

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務預算總額(BD1)

$$= 114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(D2\text{合計}) \times 107-108、112\text{年各季核定點數平均占率}(Ra) \\ \times \text{該區}112\text{年各季人口風險因子}(R_{112}) \\ = 12,677,703,565$$

註：依據113年11月19日「牙醫門診總額研商議事會議」113年度第3次會議決定，114年度牙醫門診總額預算四季重分配方式，以「107-108、112年各季核定點數平均占率(Ra)」計算一般服務預算四季重分配占率：第1季23.946284%、第2季24.753232%、第3季25.542684%、第4季25.757800%。114年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將按例依各分區112年度各季人口風險因子(R<sub>112</sub>)進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。

114全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為49,633,404,093元：

1. 114第1季調整後預算11,885,355,902元=114年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R<sub>112</sub>)。
2. 114第2季調整後預算12,285,871,665元=114年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R<sub>112</sub>)。
3. 114第3季調整後預算12,677,703,565元=114年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(D2合計)×Ra×(R<sub>112</sub>)。
4. 114第4季調整後預算= 114年全年預算數－ 114年第1季調整後預算－ 114年第2季調整後預算－ 114年第3季調整後預算  
 = 49,633,404,093－ 11,885,355,902－ 12,285,871,665－ 12,677,703,565  
 = 12,784,472,961元。

5. 計算過程詳本表頁次25：「三、一般服務費用總額」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/06

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：2

(二)114年調整前各季牙醫一般服務醫療給付費用分配至各分區預算

	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	112年 違反特管 辦法之扣 款(註1) (B2)	113年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	112年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B3)	113年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B4)	114年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G1)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	114年4項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	114年調整前各 季一般服務醫 療給付費用分 配至各分區預算 (D2)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)	
				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 2.055\%)$				$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 2.676\%)$				$= G1 - C1 - F$
第1季	11,077,439,855	-95,524,163	13,413,960	11,221,283,676	29,741,499	200,029	11,552,307,990	26,806,674	95,000,000	11,430,501,316	0	
第2季	11,830,545,824	-128,370,499	13,413,960	11,956,344,645	92,336,077	200,029	12,371,308,800	28,723,750	95,000,000	12,247,585,050	0	
第3季	12,684,000,535	-118,775,136	13,413,960	12,837,130,398	96,582,042	200,029	13,280,023,967	30,832,102	95,000,000	13,154,191,865	9,673,221	
第4季	12,313,651,261	-76,786,368	13,413,961	12,502,022,084	87,035,302	200,027	12,926,145,941	30,020,079	95,000,000	12,801,125,862	0	
合計	47,905,637,475	-419,456,166	53,655,841	48,516,780,803	305,694,920	800,114	50,129,786,698	116,382,605	380,000,000	49,633,404,093	9,673,221	

註：

1. 113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (112年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+前1年度(112年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+2.055%)。

※112年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 53,655,841元，按季均分。

2. 114年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)

= (113年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+前1年度(113年)總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)) × (1+2.676%)。

※一般服務成長率為2.676%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.675%，協商因素成長率0.001%。

※113年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 800,114元，按季均分。

3. 106年編列之品質保證保留款預算(C1) = (105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.3%)。

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後113年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會113年第8次委員會議決議，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與114年度品質保證保留款(95.8百萬元)合併運用(計212.2百萬元)。

4. 114年4項一般服務移撥專用費用(F)：依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定辦理。114年度牙醫門診總額一般服務預算移撥項目及金額如下，移撥總金額計3.8億元，按季均分：

(1)移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。

(2)移撥0.8億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」。

(3)移撥2.2億元支應「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。

(4)「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(0.5億元)。

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

5. 為避免調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計與調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計產生數元誤差，故調整後第4季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算=調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計-調整後第1季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算-調整後第2季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算-調整後第3季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算。

### (三)114年4項一般服務移撥專用費用

全年預算=380,000,000元

1. 移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。每季移撥7,500,000元(Z)，其中中區移撥5,000,000元，高屏移撥2,500,000元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 移撥醫療資源不足地區改善方案之核實申報費用

全年預算=220,000,000元

第1季：

第1季預算=220,000,000/4= 55,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,535(J6)	暫結金額	1,535(J26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	25,669,287(J7)	暫結金額	27,336,173(J27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	8,183(J11)	暫結金額	8,183(J21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,171,028(J12)	暫結金額	19,148,770(J22)
(3)小計	加成前點數	43,850,033(J19)	暫結金額	46,494,661(J29)

暫結金額 = 46,494,661

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 8,505,339

第2季：

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額= 220,000,000/4 + 8,505,339= 63,505,339

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,528(K6)	暫結金額	1,528(K26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	38,878,236(K7)	暫結金額	41,460,986(K27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,964(K11)	暫結金額	9,964(K21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,507,993(K12)	暫結金額	19,477,314(K22)
(3)小計	加成前點數	57,397,721(K19)	暫結金額	60,949,792(K29)

暫結金額 = 60,949,792

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 2,555,547

## 第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額=	220,000,000/4 +	2,555,547=	57,555,547		
(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,376(L6)		暫結金額	1,376(L26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	14,682,314(L7)		暫結金額	15,582,346(L27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,732(L11)		暫結金額	12,732(L21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,685,662(L12)		暫結金額	19,631,477(L22)
(3)小計	加成前點數	33,382,084(L19)		暫結金額	35,227,931(L29)

暫結金額 = 35,227,931

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 22,327,616

## 第4季:

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額=	220,000,000/4 +	22,327,616=	77,327,616		
(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M6)		暫結金額	0(M26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)		暫結金額	0(M27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)		暫結金額	0(M21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)		暫結金額	0(M22)
(3)小計	加成前點數	0(M19)		暫結金額	0(M29)

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 77,327,616

## 全年合計:

全年預算=220,000,000

(1)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	4,439(N6)		暫結金額	4,439(N26)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	79,229,837(N7)		暫結金額	84,379,505(N27)
(2)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	30,879(N11)		暫結金額	30,879(N21)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	55,364,683(N12)		暫結金額	58,257,561(N22)
(3)小計	加成前點數	134,629,838(N19)		暫結金額	142,672,384(N29)

已暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)  
 = 46,494,661 + 60,949,792 + 35,227,931 + 0  
 = 142,672,384

未支用金額 = 全年預算 - 已暫結金額  
 = 220,000,000 - 142,672,384  
 = 77,327,616 (E4)

- 註：1. 依據「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」,有關巡迴計畫之「加成申報」費用,加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥220百萬元支應。該預算按季均分及結算,以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算;全年預算若有結餘,依當年度該部門總額地區預算移撥款之處理方式辦理。
2. 移撥經費全年預算若有結餘,優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫,若再有剩餘則回歸一般服務費用總額,並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

## 3. 全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫

全年預算：80,000,000元

第1季: 預算=80,000,000/4= 20,000,000

已支用點數: 16,970,969

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 16,970,969

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額= 20,000,000－ 16,970,969= 3,029,031

第2季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 3,029,031= 23,029,031

已支用點數: 17,658,147

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 17,658,147

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額= 23,029,031－ 17,658,147= 5,370,884

第3季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 5,370,884= 25,370,884

已支用點數: 17,917,593

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 17,917,593

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額= 25,370,884－ 17,917,593= 7,453,291

第4季: 預算=當季預算+ 前一季未支用金額=80,000,000/4+ 7,453,291= 27,453,291

已支用點數: 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額= 27,453,291－ 0= 27,453,291

全年合計: 預算=80,000,000

全年已支用點數: 52,546,709

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 52,546,709

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 80,000,000－52,546,709

= 27,453,291 (E5)

註：1. 依據114年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，本計畫按季結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則依一般服務費用地區預算分配方式處理。

2. 移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。每季移撥12,500,000元(R)。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

5. 全年合計：

全年預算380,000,000元

第1季:預算= 380,000,000/ 4 = 95,000,000

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 46,494,661(J29)+ 16,970,969+ 12,500,000(R) = 83,465,630

未支用金額: 第1季預算-第1季已暫結金額= 95,000,000- 83,465,630 = 11,534,370

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 11,534,370 = 106,534,370

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 60,949,792(K29)+ 17,658,147+ 12,500,000(R) = 98,607,939

未支用金額: 第2季預算-第2季已暫結金額= 106,534,370- 98,607,939 = 7,926,431

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 7,926,431 = 102,926,431

已暫結金額: 7,500,000(Z)+ 35,227,931(L29)+ 17,917,593+ 12,500,000(R) = 73,145,524

未支用金額: 第3季預算-第3季已暫結金額= 102,926,431- 73,145,524 = 29,780,907

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 380,000,000/ 4+ 29,780,907 = 124,780,907

已暫結金額: 0(Z)+ 0(M29)+ 0+ 0(R) = 0

未支用金額: 第4季預算-第4季已暫結金額= 124,780,907- 0 = 124,780,907

全年合計:預算= 380,000,000

全年已暫結金額: 255,219,093

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已暫結金額

= 380,000,000 - 255,219,093

= 124,780,907 (E11)

註：

1. 各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。
2. 移撥全年4項一般服務移撥專用費用結餘款之支應情形：第1季至第3季為0(E11)

## 二、專款項目費用

## (一)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 323,800,000

第1季:

預算=323,800,000/4= 80,950,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)J1:	點數	10,075,188(J0)	收入	19,124,651(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	3,374,970(J2)
執業計畫診所之品質獎勵費用J13:			已支用點數	0(J13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,535(J6)	加成已支用點數	303(J3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	25,669,287(J7)	加成已支用點數	5,161,661(J4)
巡迴計畫之品質獎勵費用J14:			已支用點數	0(J14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)J5:			已支用點數	37,691,850(J5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	8,183(J11)	加成已支用點數	1,640(J8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,171,028(J12)	加成已支用點數	3,698,486(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				60,004,098(J10)

## 暫結金額

= 執業服務之定額給付收入 (J1)+1元/點× (J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14已支用點數)

= 69,053,561

## 未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 11,896,439

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(J6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(J7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(J11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(J12)由一般服務預算項下移撥支應。

## 第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 323,800,000/4 + 11,896,439= 92,846,439

(1)執業服務之「定額給付」(論量)K1:	點數	10,740,425(K0)	收入	20,281,536(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2:			已支用點數	4,002,600(K2)
執業計畫診所之品質獎勵費用K13:			已支用點數	0(K13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,528(K6)	加成已支用點數	302(K3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	38,878,236(K7)	加成已支用點數	7,820,597(K4)
巡迴計畫之品質獎勵費用K14:			已支用點數	0(K14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)K5:			已支用點數	45,398,150(K5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	9,964(K11)	加成已支用點數	1,996(K8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,507,993(K12)	加成已支用點數	3,771,688(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14):				71,735,758(K10)

## 暫結金額

= 執業服務之定額給付收入 (K1)+1元/點× (K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14已支用點數)

= 81,276,869

## 未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 11,569,570

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(K6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(K7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(K11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(K12)由一般服務預算項下移撥支應。

## 第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 323,800,000/4 + 11,569,570= 92,519,570

(1)執業服務之「定額給付」(論量)L1:	點數	10,089,386(L0)	收入	18,890,171(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2:			已支用點數	3,280,600(L2)
執業計畫診所之品質獎勵費用L13:			已支用點數	0(L13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	1,376(L6)	加成已支用點數	271(L3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	14,682,314(L7)	加成已支用點數	2,980,891(L4)
巡迴計畫之品質獎勵費用L14:			已支用點數	0(L14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)L5:			已支用點數	35,330,900(L5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	12,732(L11)	加成已支用點數	2,546(L8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	18,685,662(L12)	加成已支用點數	3,811,602(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14):				55,496,196(L10)

## 暫結金額

= 執業服務之定額給付收入 (L1)+1元/點× (L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14已支用點數)

= 64,296,981

## 未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 28,222,589

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(L6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(L7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(L11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(L12)由一般服務預算項下移撥支應。

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 323,800,000/4 + 28,222,589=109,172,589

(1)執業服務之「定額給付」(論量)M1:	點數	0(M0)	收入	0(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2:			已支用點數	0(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:			已支用點數	0(M13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M6)	加成已支用點數	0(M3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M7)	加成已支用點數	0(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14:			已支用點數	0(M14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)M5:			已支用點數	0(M5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	0(M11)	加成已支用點數	0(M8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	0(M12)	加成已支用點數	0(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14):				0(M10)

暫結金額

= 執業服務之定額給付收入 (M1)+1元/點× (M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14已支用點數)

= 0

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 109,172,589

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(M6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(M7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(M11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(M12)由一般服務預算項下移撥支應。

## =====

## 全年合計：

全年預算=323,800,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量)N1：	點數	30,904,999(N0)	收入	58,296,358(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：			已支用點數	10,658,170(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：			已支用點數	0(N13)
(2)巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	4,439(N6)	加成已支用點數	876(N3)
巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	79,229,837(N7)	加成已支用點數	15,963,149(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：			已支用點數	0(N14)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：			已支用點數	118,420,900(N5)
(4)社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)：	加成前點數	30,879(N11)	加成已支用點數	6,182(N8)
社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)：	加成前點數	55,364,683(N12)	加成已支用點數	11,281,776(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：				187,236,052(N10)

全年已暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)  
 = 69,053,561 + 81,276,869 + 64,296,981 + 0 = 214,627,411

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 109,172,589

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(N6)、巡迴醫療團服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(N7))、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數(N11)、社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數(N12)由一般服務預算項下移撥支應。

## 註：

- 依據「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，各季預算先扣除執業計畫「定額支付」費用後，執業計畫—巡迴服務之「論次支付」、巡迴計畫之「論次支付」及「核實申報之加成支付」，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，以全年預算扣除上述之「定額支付」費用後，其餘支付項目及獎勵費用皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴計畫規定，屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務、12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫、高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)、支付標準「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)案件、支付標準「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)案件。依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加計2成。
- 社區醫療站及巡迴點牙醫醫療服務：依據「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，社區醫療站及巡迴點提供屬牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數依本方案之巡迴計畫規定申報，並由本方案之專款費用支應，不得重複申報，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

## (二)牙醫特殊醫療服務

全年預算 = 855,900,000

(8.059億元由114年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另0.5億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。)

第1季：預算 = 855,900,000/4 = 213,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,958,985(V01)	3,941,354(VF01)	17,631(VN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	49,313,049(V02)	47,892,528(VF02)	1,420,521(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	32,433,704(V03)	31,781,606(VF03)	652,098(VN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	33,783,113(V04)	33,282,123(VF04)	500,990(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,083,197(V05)	12,762,994(VF05)	320,203(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	1,747,619(V06)	1,648,139(VF06)	99,480(VN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,209,081(V07)	17,208,683(VF07)	398(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,550,284(V08)	12,550,027(VF08)	257(VN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	17,752,686(V09)	17,750,781(VF09)	1,905(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	679,226(V10)	679,184(VF10)	42(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	64,211(V11)	64,211(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	997,867(V12)	997,867(VF12)	0(VN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	472,654(V13)	472,612(VF13)	42(VN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	14,419,200(V14)	14,419,200(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	748,950(V15)	748,900(VF15)	50(VN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	26,074(V16)	26,074(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	340,800(V17)	340,800(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	120,688(V18)	120,598(VF18)	90(VN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,866(V19)	76,866(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	133,962(V20)	133,933(VF20)	29(VN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,798(V21)	18,798(VF21)	0(VN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	7,039(V22)	7,039(VF22)	0(VN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,970,837(V23)	1,970,837(VF23)	0(VN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,572,519(V24)	2,572,519(VF24)	0(VN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	508,602(V25)	508,602(VF25)	0(VN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,098,747(V26)	1,098,747(VF26)	0(VN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V27)	0(VF27)	0(VN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	162,872(V28)	162,872(VF28)	0(VN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(V29)	0(VF29)	0(VN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(V30)	0(VF30)	0(VN30)
(99)合計	206,251,630(V99)	203,237,894(VF99)	3,013,736(VN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數 = 206,251,630		= 第1季預算 - 暫結金額 = 7,723,370	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/06

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：14

第2季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 855,900,000/4+ 7,723,370= 221,698,370

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	3,739,156(W01)	3,738,655(WF01)	501(WN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	50,501,158(W02)	49,034,812(WF02)	1,466,346(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	34,330,359(W03)	33,563,898(WF03)	766,461(WN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	37,015,881(W04)	36,540,582(WF04)	475,299(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,471,170(W05)	13,226,028(WF05)	245,142(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,045,723(W06)	1,958,046(WF06)	87,677(WN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	19,941,058(W07)	19,940,656(WF07)	402(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,179,189(W08)	14,178,603(WF08)	586(WN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	20,476,862(W09)	20,475,008(WF09)	1,854(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,031,883(W10)	1,031,883(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	76,128(W11)	76,128(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,242,463(W12)	1,242,343(WF12)	120(WN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	681,994(W13)	681,952(WF13)	42(WN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	15,998,400(W14)	15,998,400(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	961,994(W15)	961,994(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	41,393(W16)	41,393(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	422,400(W17)	422,400(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	161,738(W18)	161,738(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	76,070(W19)	76,041(WF19)	29(WN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	146,226(W20)	146,226(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,923(W21)	22,923(WF21)	0(WN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	4,457(W22)	4,457(WF22)	0(WN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,834,959(W23)	1,834,959(WF23)	0(WN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,667,492(W24)	2,667,492(WF24)	0(WN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	425,098(W25)	425,098(WF25)	0(WN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,076,535(W26)	1,076,535(WF26)	0(WN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W27)	0(WF27)	0(WN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	200,517(W28)	200,517(WF28)	0(WN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(W29)	0(WF29)	0(WN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(W30)	0(WF30)	0(WN30)
(99)合計	222,773,226(W99)	219,728,767(WF99)	3,044,459(WN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數= 222,773,226		= 第2季預算 - 暫結金額= -1,074,856	

=====

※第2季浮動每點支付金額

= (第2季預算－先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數費用)／浮動點數  
[第2季預算－1元/點×(WF01+WF02+WF03+WF07+WF08+WF15+WF16+WF18+WF19+WF23+WF24+WN99)]

= -----  
WF04+WF05+WF06+WF09+WF10+WF11+WF12+WF13+WF14+WF17+WF20+WF21+WF22+WF25+WF26+WF27+WF28+WF29+WF30  
= 0.98850772

第3季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 855,900,000/4+

0= 213,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,622,730(X01)	4,622,307(XF01)	423(XN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	56,598,189(X02)	55,012,189(XF02)	1,586,000(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	35,508,459(X03)	34,804,016(XF03)	704,443(XN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	38,219,702(X04)	37,657,192(XF04)	562,510(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	14,656,328(X05)	14,261,986(XF05)	394,342(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,997,489(X06)	2,700,586(XF06)	296,903(XN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,580,183(X07)	18,579,846(XF07)	337(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,240,930(X08)	13,240,702(XF08)	228(XN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	17,861,521(X09)	17,859,094(XF09)	2,427(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	660,245(X10)	660,245(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	60,688(X11)	60,688(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	1,404,742(X12)	1,404,742(XF12)	0(XN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	387,416(X13)	387,306(XF13)	110(XN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	14,520,000(X14)	14,520,000(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	1,125,194(X15)	1,125,070(XF15)	124(XN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	54,066(X16)	54,066(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	494,400(X17)	494,400(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	167,571(X18)	167,424(XF18)	147(XN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	74,871(X19)	74,871(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	153,240(X20)	153,123(XF20)	117(XN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,685(X21)	41,685(XF21)	0(XN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	6,677(X22)	6,677(XF22)	0(XN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,965,794(X23)	1,965,794(XF23)	0(XN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,949,169(X24)	2,949,169(XF24)	0(XN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	425,687(X25)	425,687(XF25)	0(XN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	1,195,726(X26)	1,195,726(XF26)	0(XN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X27)	0(XF27)	0(XN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	281,027(X28)	281,027(XF28)	0(XN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(X29)	0(XF29)	0(XN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(X30)	0(XF30)	0(XN30)
(99)合計	228,253,729(X99)	224,705,618(XF99)	3,548,111(XN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數= 228,253,729		= 第3季預算 - 暫結金額= -14,278,729	

※一般預算支應前第3季浮動每點支付金額

$$[ \text{第3季預算} - 1 \text{元/點} \times (\text{XF01} + \text{XF02} + \text{XF03} + \text{XF07} + \text{XF08} + \text{XF15} + \text{XF16} + \text{XF18} + \text{XF19} + \text{XF23} + \text{XF24} + \text{XN99}) ]$$

=

$$\text{XF04} + \text{XF05} + \text{XF06} + \text{XF09} + \text{XF10} + \text{XF11} + \text{XF12} + \text{XF13} + \text{XF14} + \text{XF17} + \text{XF20} + \text{XF21} + \text{XF22} + \text{XF25} + \text{XF26} + \text{XF27} + \text{XF28} + \text{XF29} + \text{XF30}$$

$$= 0.84498205 < 0.95$$

※依據「114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

※浮動每點支付金額為0.95所需預算=1元/點×(XF01+XF02+XF03+XF07+XF08+XF15+XF16+XF18+XF19+XF23+XF24+XN99)

$$+ 0.95 \text{元/點} \times (\text{XF04} + \text{XF05} + \text{XF06} + \text{XF09} + \text{XF10} + \text{XF11} + \text{XF12} + \text{XF13} + \text{XF14} + \text{XF17} + \text{XF20} + \text{XF21} + \text{XF22} + \text{XF25} + \text{XF26} + \text{XF27} + \text{XF28} +$$

XF29+XF30)

$$= 223,648,221$$

※一般預算支應後第3季浮動每點支付金額為0.95，由一般服務預算支應之預算(I)=223,648,221-第3季預算=223,648,221-213,975,000= 9,673,221

=====  
 第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 855,900,000/4+

0= 213,975,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y07)	0(YF07)	0(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y08)	0(YF08)	0(YN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y09)	0(YF09)	0(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y10)	0(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y11)	0(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	0(Y12)	0(YF12)	0(YN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	0(Y13)	0(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	0(Y14)	0(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	0(Y17)	0(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y18)	0(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y19)	0(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	0(Y20)	0(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y22)	0(YF22)	0(YN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y23)	0(YF23)	0(YN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(Y24)	0(YF24)	0(YN24)
(25)居家中度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y25)	0(YF25)	0(YN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	0(Y26)	0(YF26)	0(YN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y27)	0(YF27)	0(YN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	0(Y28)	0(YF28)	0(YN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Y29)	0(YF29)	0(YN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Y30)	0(YF30)	0(YN30)
(99)合計	0(Y99)	0(YF99)	0(YN99)

暫結金額

= 1元/點×已支用點數=

0

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額= 213,975,000

全年合計：全年預算 = 855,900,000	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務：	12,320,871(Z01)	12,302,316(ZF01)	18,555(ZN01)
(2)自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	156,412,396(Z02)	151,939,529(ZF02)	4,472,867(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	102,272,522(Z03)	100,149,520(ZF03)	2,123,002(ZN03)
(4)中度身心障礙暨中度以上精神疾病患者牙醫醫療服務：	109,018,696(Z04)	107,479,897(ZF04)	1,538,799(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	41,210,695(Z05)	40,251,008(ZF05)	959,687(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	6,790,831(Z06)	6,306,771(ZF06)	484,060(ZN06)
(7)醫療團自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	55,730,322(Z07)	55,729,185(ZF07)	1,137(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	39,970,403(Z08)	39,969,332(ZF08)	1,071(ZN08)
(9)醫療團中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	56,091,069(Z09)	56,084,883(ZF09)	6,186(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,371,354(Z10)	2,371,312(ZF10)	42(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	201,027(Z11)	201,027(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	3,645,072(Z12)	3,644,952(ZF12)	120(ZN12)
(13)醫療團其他具身心障礙證明者牙醫醫療服務：	1,542,064(Z13)	1,541,870(ZF13)	194(ZN13)
(14)醫療團極重度、重度身心障礙、中度身心障礙暨中度以上精神疾病者、輕度身心障礙者、失能老人、發展遲緩兒童(論次)：	44,937,600(Z14)	44,937,600(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	2,836,138(Z15)	2,835,964(ZF15)	174(ZN15)
(16)醫療團特定需求者重度身心障礙者牙醫醫療服務：	121,533(Z16)	121,533(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	1,257,600(Z17)	1,257,600(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團巡迴計畫自閉症、失智症、極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	449,997(Z18)	449,760(ZF18)	237(ZN18)
(19)醫療團巡迴計畫重度身心障礙者牙醫醫療服務：	227,807(Z19)	227,778(ZF19)	29(ZN19)
(20)醫療團巡迴計畫中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	433,428(Z20)	433,282(ZF20)	146(ZN20)
(21)醫療團巡迴計畫輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	83,406(Z21)	83,406(ZF21)	0(ZN21)
(22)醫療團巡迴計畫發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	18,173(Z22)	18,173(ZF22)	0(ZN22)
(23)居家極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,771,590(Z23)	5,771,590(ZF23)	0(ZN23)
(24)居家重度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,189,180(Z24)	8,189,180(ZF24)	0(ZN24)
(25)居家中度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,359,387(Z25)	1,359,387(ZF25)	0(ZN25)
(26)居家失能老人牙醫醫療服務：	3,371,008(Z26)	3,371,008(ZF26)	0(ZN26)
(27)居家發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z27)	0(ZF27)	0(ZN27)
(28)家居整病人牙醫醫療服務：	644,416(Z28)	644,416(ZF28)	0(ZN28)
(29)居家出院準備牙醫醫療服務：	0(Z29)	0(ZF29)	0(ZN29)
(30)居家腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務：	0(Z30)	0(ZF30)	0(ZN30)
(99)合計	657,278,585(Z99)	647,672,279(ZF99)	9,606,306(ZN99)
全年預算 = 855,900,000			
全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數			
= 206,251,630 + 222,773,226 + 228,253,729 +		0 = 657,278,585	
全年已結算金額 = 206,251,630 + 221,698,370 + 213,975,000 +		0 = 641,925,000	

---

$$\begin{aligned} \text{全年由一般服務部門支應之預算} &= 9,673,221 \\ \text{全年未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{全年已結算金額} - \text{全年由一般服務醫療給付費用支應之預算}) \\ &= 855,900,000 - (641,925,000 - 9,673,221) \\ &= 855,900,000 - 632,251,779 \\ &= 223,648,221 \end{aligned}$$

註：

依據「114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」點值結算方式如下：

1. 本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
2. 全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元，另前述屬移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。
3. 計畫不得併報全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫；得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。

## (三)12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫

全年預算 = 171,500,000元

第1季:預算 = 171,500,000/4 = 42,875,000

已支用點數： 37,191,095

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 37,191,095

未支用金額： 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 42,875,000 - 37,191,095 = 5,683,905

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 171,500,000/4 + 5,683,905 = 48,558,905

已支用點數： 34,686,849

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 34,686,849

未支用金額： 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 48,558,905 - 34,686,849 = 13,872,056

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 171,500,000/4 + 13,872,056 = 56,747,056

已支用點數： 50,361,987

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 50,361,987

未支用金額： 第3季預算 - 第3季暫結金額 = 56,747,056 - 50,361,987 = 6,385,069

第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 171,500,000/4 + 6,385,069 = 49,260,069

已支用點數： 0

暫結金額： 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額： 第4季預算 - 第4季暫結金額 = 49,260,069 - 0 = 49,260,069

全年合計:預算 = 171,500,000

已支用點數： 122,239,931

全年已結算金額： 1元/點×全年已支用點數 = 122,239,931

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

= 171,500,000 - 122,239,931

= 49,260,069

註:依據「114年度全民健康保險12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」,預算按季均分及結算,每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘,則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

## (四)超音波根管沖洗計畫

全年預算：144,800,000元

第1季:預算=  $144,800,000/4= 36,200,000$ 

已支用點數：25,134,582

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 25,134,582

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額 =  $36,200,000 - 25,134,582 = 11,065,418$ 第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額 =  $144,800,000/4 + 11,065,418 = 47,265,418$ 

已支用點數：27,904,350

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 27,904,350

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 =  $47,265,418 - 27,904,350 = 19,361,068$ 第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額 =  $144,800,000/4 + 19,361,068 = 55,561,068$ 

已支用點數：28,803,660

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 28,803,660

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 =  $55,561,068 - 28,803,660 = 26,757,408$ 第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額 =  $144,800,000/4 + 26,757,408 = 62,957,408$ 

已支用點數：0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額 =  $62,957,408 - 0 = 62,957,408$ 

全年合計:預算= 144,800,000元

已支用點數：81,842,592

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 81,842,592

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

=  $144,800,000 - 81,842,592$ 

= 62,957,408

註：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

## (五)高風險疾病口腔照護計畫

全年預算 = 2,800,000,000元

第1季:預算 = 2,800,000,000/4 = 700,000,000

已支用點數： 816,595,082

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 816,595,082

未支用金額：第1季預算－第1季暫結金額 = 700,000,000－816,595,082 = -116,595,082

浮動點值 = (第1季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (700,000,000－0) / 816,595,082 = 0.85721800

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,800,000,000/4 + 0 = 700,000,000

已支用點數： 863,705,983

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 863,705,983

未支用金額：第2季預算－第2季暫結金額 = 700,000,000－863,705,983 = -163,705,983

浮動點值 = (第2季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (700,000,000－0) / 863,705,983 = 0.81046098

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,800,000,000/4 + 0 = 700,000,000

已支用點數： 899,730,711

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 899,730,711

未支用金額：第3季預算－第3季暫結金額 = 700,000,000－899,730,711 = -199,730,711

浮動點值 = (第3季預算－非浮動點數) / 浮動點數 = (700,000,000－0) / 899,730,711 = 0.77801057

第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,800,000,000/4 + 0 = 700,000,000

已支用點數： 0

暫結金額：1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額：第4季預算－第4季暫結金額 = 700,000,000－0 = 700,000,000

全年合計:預算 = 2,800,000,000元

已支用點數： 2,580,031,776

全年已結算金額：1元/點×全年已支用點數 = 2,580,031,776

全年未支用金額 = 全年預算－全年已結算金額

= 2,800,000,000－2,580,031,776

= 219,968,224

## 註：

1. 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。
2. 「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。
3. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定「114年度一般服務費用之地區預算分配方式」略以，各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額。

## (六)特定疾病病人牙科就醫安全計畫

全年預算 = 307,100,000元

第1季:預算 =  $307,100,000/4 = 76,775,000$ 

已支用點數: 67,309,648

暫結金額:  $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 67,309,648$ 未支用金額: 第1季預算 - 第1季暫結金額 =  $76,775,000 - 67,309,648 = 9,465,352$ 第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $307,100,000/4 + 9,465,352 = 86,240,352$ 

已支用點數: 78,561,869

暫結金額:  $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 78,561,869$ 未支用金額: 第2季預算 - 第2季暫結金額 =  $86,240,352 - 78,561,869 = 7,678,483$ 第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $307,100,000/4 + 7,678,483 = 84,453,483$ 

已支用點數: 83,638,090

暫結金額:  $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 83,638,090$ 未支用金額: 第3季預算 - 第3季暫結金額 =  $84,453,483 - 83,638,090 = 815,393$ 第4季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $307,100,000/4 + 815,393 = 77,590,393$ 

已支用點數: 0

暫結金額:  $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0$ 未支用金額: 第4季預算 - 第4季暫結金額 =  $77,590,393 - 0 = 77,590,393$ 

全年合計:預算 = 307,100,000元

已支用點數: 229,509,607

全年已結算金額:  $1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 229,509,607$ 

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已結算金額

=  $307,100,000 - 229,509,607$ 

= 77,590,393(E6)

註:本計畫預算係按季均分及結算,每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季;若當季預算不足時,則採浮動點值結算。

全年預算若有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。

## (七)非齒源性口腔疼痛處置(114年新增項目)

全年預算= 14,400,000元

第1季:預算= 14,400,000/4= 3,600,000

已支用點數: 0

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第1季預算-第1季暫結金額= 3,600,000- 0= 3,600,000

第2季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 14,400,000/4+ 3,600,000= 7,200,000

已支用點數: 651,172

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 651,172

未支用金額: 第2季預算-第2季暫結金額= 7,200,000- 651,172= 6,548,828

第3季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 14,400,000/4+ 6,548,828= 10,148,828

已支用點數: 1,954,247

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 1,954,247

未支用金額: 第3季預算-第3季暫結金額= 10,148,828- 1,954,247= 8,194,581

第4季:預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 14,400,000/4+ 8,194,581= 11,794,581

已支用點數: 0

暫結金額: 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額: 第4季預算-第4季暫結金額= 11,794,581- 0= 11,794,581

全年合計:預算= 14,400,000元

已支用點數: 2,605,419

全年已結算金額: 1元/點×全年已支用點數= 2,605,419

全年未支用金額 = 全年預算- 全年已結算金額

= 14,400,000 - 2,605,419

= 11,794,581(E7)

註：本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足，則採浮動點值結算。

(八)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+114年編列之品質保證保留款預算

= (105年1-4季牙醫一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.30%) + 116,382,605

= ( 8,887,743,719 + 47,814,126) × 0.30% + ( 9,536,674,173 + 37,909,079) × 0.30% + (10,232,725,814 + 44,641,542) × 0.30%  
 + ( 9,977,436,416 + 29,256,671) × 0.30% + 95,800,000

= 26,806,674 + 28,723,750 + 30,832,102 + 30,020,079 + 95,800,000

= 212,182,605

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	26,806,674	28,723,750	30,832,102	30,020,079	116,382,605
2. 114年編列之品質保證保留款預算	23,950,000	23,950,000	23,950,000	23,950,000	95,800,000
3. 合計	50,756,674	52,673,750	54,782,102	53,970,079	212,182,605

※衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)與114年度之品質保證保留款(95.8百萬元)合併運用(計212.2百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/06

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁 次： 27

三、各分區一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額：

依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)=(D2)×100% × 112年各季人口風險因子(R\_112)(四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	
-----							
1. 114年調整前各季一般服務醫療給付 費用分配至各分區預算(D2)		11,430,501,316	12,247,585,050	13,154,191,865	12,801,125,862	49,633,404,093	
-----							
2. 112年人口風險因子(R_112)	臺北分區	0.37056	0.37139	0.37171	0.37181		
	北區分區	0.16651	0.16598	0.16655	0.16657		
	中區分區	0.18100	0.18079	0.18092	0.18071		
	南區分區	0.12521	0.12519	0.12475	0.12466		
	高屏分區	0.13752	0.13745	0.13692	0.13710		
	東區分區	0.01920	0.01920	0.01915	0.01915		
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)	
-----							
3. 依各季預算占率調整前分區一般 服務預算總額(BD)= (D2)×100%×(R_112) (註1、2)	臺北分區	4,235,686,568	4,548,630,612	4,889,544,658	4,759,586,607	18,433,448,445	
	北區分區	1,903,292,774	2,032,854,167	2,190,830,655	2,132,283,535	8,259,261,131	
	中區分區	2,068,920,738	2,214,240,901	2,379,856,392	2,313,291,455	8,976,309,486	
	南區分區	1,431,213,070	1,533,275,172	1,640,985,435	1,595,788,350	6,201,262,027	
	高屏分區	1,571,922,541	1,683,430,565	1,801,071,950	1,755,034,356	6,811,459,412	
	東區分區	219,465,625	235,153,633	251,902,775	245,141,559	951,663,592	
		小計	11,430,501,316	12,247,585,050	13,154,191,865	12,801,125,862	49,633,404,093
-----							

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/06

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：28

(二)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額:

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2) = [(D2合計) × Ra - 扣減與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)] × R\_112(四捨五入至整數位)  
+ 前一年分區保留款分配後結餘款(T) + 114年4項一般服務移撥專用費用支應高風險疾病口腔照護計畫預算  
不足款後之剩餘款(E11)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		23.946284%	24.753232%	25.542684%	25.757800%	100%
2. 全民健康保險牙醫門診 總額特殊醫療服務計畫(B6)		0	0	0	0	0
3. 112年人口風險因子(R_112)	臺北分區	0.37056	0.37139	0.37171	0.37181	
	北區分區	0.16651	0.16598	0.16655	0.16657	
	中區分區	0.18100	0.18079	0.18092	0.18071	
	南區分區	0.12521	0.12519	0.12475	0.12466	
	高屏分區	0.13752	0.13745	0.13692	0.13710	
	東區分區	0.01920	0.01920	0.01915	0.01915	
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(註2)(加總BD1)
4. 依各季預算占率調整後分區一般 服務預算總額(BD1)= (D2)×Ra×(R_112) (註1、2)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,712,429,192	4,753,931,892	18,433,448,445
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,111,471,529	2,129,550,012	8,259,261,131
	中區分區	2,151,249,418	2,221,162,738	2,293,650,129	2,310,247,201	8,976,309,486
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,581,543,520	1,593,484,820	6,201,262,027
	高屏分區	1,634,474,144	1,688,693,060	1,735,831,172	1,752,461,036	6,811,459,412
	東區分區	228,198,833	235,888,736	242,778,023	244,798,000	951,663,592
	小計	11,885,355,902	12,285,871,665	12,677,703,565	12,784,472,961	49,633,404,093
5. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I)(註3)		0	0	9,673,221	0	9,673,221
6. 各分區支應「全民健康保險牙醫 門診總額特殊醫療服務計畫」 預算不足款(I) BI = I × R_112(註3)	臺北分區	0	0	3,595,633	0	3,595,633
	北區分區	0	0	1,611,075	0	1,611,075
	中區分區	0	0	1,750,079	0	1,750,079
	南區分區	0	0	1,206,734	0	1,206,734
	高屏分區	0	0	1,324,457	0	1,324,457
	東區分區	0	0	185,243	0	185,243
	小計	0	0	9,673,221	0	9,673,221

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/06

114年第3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7. 113年分區保留款分配後結餘款(T)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	11,275,888	0	0	0	11,275,888
	小計	11,275,888	0	0	0	11,275,888
8. 中區、高屏分區移撥款(Z) (註4)	中區分區	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000
	高屏分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	小計	7,500,000	7,500,000	7,500,000	7,500,000	30,000,000
9. 全年114年4項一般服務移撥專用費用 支應高風險疾病口腔照護計畫 預算不足款後之結餘款(E11) (註5、註6及頁次7)(第4季計算)					0	0
10. 各分區114年4項一般服務移撥 專用費用支應高風險疾病口腔 照護計畫預算不足款後之結餘 款(BE11) (BE11=(E11)×R_112) (第4季計算)	臺北分區				0	0
	北區分區				0	0
	中區分區				0	0
	南區分區				0	0
	高屏分區				0	0
	東區分區				0	0
小計					0	0
11. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)-(BI)+(T)+(Z) +(BE11)	臺北分區	4,404,237,483	4,562,849,878	4,708,833,559	4,753,931,892	18,429,852,812
	北區分區	1,979,030,611	2,039,208,979	2,109,860,454	2,129,550,012	8,257,650,056
	中區分區	2,156,249,418	2,226,162,738	2,296,900,050	2,315,247,201	8,994,559,407
	南區分區	1,488,165,413	1,538,068,274	1,580,336,786	1,593,484,820	6,200,055,293
	高屏分區	1,636,974,144	1,691,193,060	1,737,006,715	1,754,961,036	6,820,134,955
	東區分區	239,474,721	235,888,736	242,592,780	244,798,000	962,754,237
	小計	11,904,131,790	12,293,371,665	12,675,530,344	12,791,972,961	49,665,006,760

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額各別加總後與分區一般服務預算總額(D2)所產生之數元誤差，故東區分區一般服務預算總額= 分區一般服務預算總額(D2)減去前五分區一般服務預算總額。
2. 為避免調整後各季各分區一般服務預算總額個別加總後(加總BD1)與調整前各季各分區一般服務預算總額加總(加總BD)產生之數元誤差，故調整後第4季各分區一般服務預算總額(BD1\_q4)=調整前全年各分區一般服務預算總額(加總BD)減去第1-3季調整後各分區一般服務預算總額(BD1\_q1、BD1\_q2、BD1\_q3) =加總BD-BD1\_q1-BD1\_q2-BD1\_q3。
3. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定略以，114年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.5億元用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
4. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定略以，114年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.3億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.2億元，高屏移撥0.1億元。
5. 依據113年11月19日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議113年度第3次會議決定略以，114年度牙醫門診總額一般服務預算移撥3.8億元作為特定用途移撥款，用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、特殊醫療服務計畫、弱勢鄉鎮醫療服務及該投保人口就醫率全國最高二區之保障款等4項定特用途，移撥經費若有剩餘優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
6. 「114年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」全年經費為28億元，本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元；全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應。

## 四、各分區一般服務浮動點值之計算

## 1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,998,847,987(BF)	0.95221473	-----	28,880,520	207,225
	2-北區分區	421,972,250	0.95221473	401,808,192	3,480,811	
	3-中區分區	238,690,186	0.95221473	227,284,311	2,041,680	
	4-南區分區	139,172,302	0.95221473	132,521,916	1,197,921	
	5-高屏分區	185,115,058	0.95221473	176,269,285	1,392,455	
	6-東區分區	22,346,620	0.95221473	21,278,781	317,855	
	7-合計	5,006,144,403(GF)		959,162,485(AF)	37,311,242(BG)	207,225(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	263,926,082	1.03655109	273,572,868	2,658,851	
	2-北區分區	1,590,420,296(BF)	1.03655109	-----	13,183,529	108,828
	3-中區分區	107,236,572	1.03655109	111,156,186	936,838	
	4-南區分區	70,484,249	1.03655109	73,060,525	578,551	
	5-高屏分區	41,997,146	1.03655109	43,532,187	337,229	
	6-東區分區	4,605,405	1.03655109	4,773,738	57,929	
	7-合計	2,078,669,750(GF)		506,095,504(AF)	17,752,927(BG)	108,828(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	78,899,989	1.03146247	81,382,378	771,481	
	2-北區分區	47,436,642	1.03146247	48,929,116	424,222	
	3-中區分區	2,037,089,331(BF)	1.03146247	-----	15,054,901	38,589
	4-南區分區	47,050,607	1.03146247	48,530,935	448,103	
	5-高屏分區	31,819,564	1.03146247	32,820,686	255,478	
	6-東區分區	3,052,527	1.03146247	3,148,567	36,784	
	7-合計	2,245,348,660(GF)		214,811,682(AF)	16,990,969(BG)	38,589(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R01

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/02/06

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：32

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	62,880,085	1.07081535	67,332,960	600,815	
	2-北區分區	29,220,173	1.07081535	31,289,410	268,623	
	3-中區分區	68,919,493	1.07081535	73,800,051	609,530	
	4-南區分區	1,238,698,049(BF)	1.07081535	-----	10,162,604	61,571
	5-高屏分區	68,331,076	1.07081535	73,169,965	543,376	
	6-東區分區	2,593,273	1.07081535	2,776,917	35,052	
	7-合計	1,470,642,149(GF)		248,369,303(AF)	12,220,000(BG)	61,571(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	45,152,571	1.06367691	48,027,747	432,248	
	2-北區分區	19,636,831	1.06367691	20,887,244	169,198	
	3-中區分區	32,615,650	1.06367691	34,692,514	304,808	
	4-南區分區	69,514,132	1.06367691	73,940,577	557,168	
	5-高屏分區	1,453,944,640(BF)	1.06367691	-----	11,888,218	31,031
	6-東區分區	3,610,948	1.06367691	3,840,882	42,429	
	7-合計	1,624,474,772(GF)		181,388,964(AF)	13,394,069(BG)	31,031(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,358,304	1.15181014	16,538,040	181,774	
	2-北區分區	4,602,237	1.15181014	5,300,903	55,091	
	3-中區分區	4,530,021	1.15181014	5,217,724	41,743	
	4-南區分區	2,840,764	1.15181014	3,272,021	36,536	
	5-高屏分區	6,723,044	1.15181014	7,743,670	60,215	
	6-東區分區	160,354,849(BF)	1.15181014	-----	1,920,709	4,735
	7-合計	193,409,219(GF)		38,072,358(AF)	2,296,068(BG)	4,735(BJ)

註：本表浮動點數不含高風險疾病病人牙結石清除(診療項目代碼91090C)核定浮動點數。

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)  
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)  
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)  
 - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]  
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 4,708,833,559 - 959,162,485 - 37,311,242 - 207,225 ] / 3,998,847,987 = 0.92830551
北區分區	= [ 2,109,860,454 - 506,095,504 - 17,752,927 - 108,828 ] / 1,590,420,296 = 0.99715981
中區分區	= [ 2,296,900,050 - 214,811,682 - 16,990,969 - 38,589 ] / 2,037,089,331 = 1.01373012
南區分區	= [ 1,580,336,786 - 248,369,303 - 12,220,000 - 61,571 ] / 1,238,698,049 = 1.06538144
高屏分區	= [ 1,737,006,715 - 181,388,964 - 13,394,069 - 31,031 ] / 1,453,944,640 = 1.06069558
東區分區	= [ 242,592,780 - 38,072,358 - 2,296,068 - 4,735 ] / 160,354,849 = 1.26107580

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)  
 - 核定非浮動點數(BG)  
 - 自墊核退點數(BJ)]  
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)  
 = [12,675,530,344 - 99,965,275 - 451,979] / 12,618,688,953 = 0.99654672

4. 一般服務分區平均點值 = [ 調整後分區一般服務預算總額(BD2) ]  
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 4,708,833,559 ] / [ 5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225 ] = 0.93361386
北區分區	= [ 2,109,860,454 ] / [ 2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828 ] = 1.00635762
中區分區	= [ 2,296,900,050 ] / [ 2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589 ] = 1.01525909
南區分區	= [ 1,580,336,786 ] / [ 1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571 ] = 1.06568987
高屏分區	= [ 1,737,006,715 ] / [ 1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031 ] = 1.06050849
東區分區	= [ 242,592,780 ] / [ 193,409,219 + 2,296,068 + 4,735 ] = 1.23955216

5. 一般服務全區平均點值 = [12,675,530,344 ] / [ 12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 ] = 0.99657398

6. 牙醫門診總額平均點值=加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

+ 專款專用暫結金額

+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額

／加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區	= [ 4,708,833,559 + 414,595,343 + 4,012,619 + 2,412,829 ]	
	／ [ 5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225 + 470,893,411 + 4,012,619 ]	= 0.92956244
北區分區	= [ 2,109,860,454 + 167,462,424 + 2,127,777 + 2,424,333 ]	
	／ [ 2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828 + 183,267,292 + 2,052,768 ]	= 1.00001026
中區分區	= [ 2,296,900,050 + 254,103,733 + 9,751,384 + 2,193,210 ]	
	／ [ 2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589 + 282,449,814 + 9,454,019 ]	= 1.00339286
南區分區	= [ 1,580,336,786 + 143,648,858 + 4,452,843 + 5,905,809 ]	
	／ [ 1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571 + 161,010,966 + 4,158,396 ]	= 1.05233395
高屏分區	= [ 1,737,006,715 + 188,776,470 + 10,862,650 + 4,106,738 ]	
	／ [ 1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031 + 210,570,788 + 10,212,410 ]	= 1.04415465
東區分區	= [ 242,592,780 + 38,898,459 + 4,020,658 + 874,674 ]	
	／ [ 193,409,219 + 2,296,068 + 4,735 + 40,046,349 + 3,491,872 ]	= 1.19702685
全區	= [ 12,675,530,344 + 1,207,485,287 + 35,227,931 + 17,917,593 ]	
	／ [ 12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 + 1,348,238,620 + 33,382,084 ]	= 0.98832927

註：1. 專款專用暫結金額=醫療資源不足地區改善方案支付金額+牙醫門診總額特殊醫療服務計畫+12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫  
+高風險疾病口腔照護計畫+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4。

五、修正後一般服務費用總額

(一)依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2) =  $[(D2合計) \times Ra - 扣減與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫重複之預算(B6)] \times R_{112}$  (四捨五入至整數位)  
 - 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)  $\times R_{112}$  (四捨五入至整數位)  
 + 前一年分區保留款分配後結餘款(T) + 114年4項一般服務移撥專用費用支應高風險疾病口腔照護計畫預算不足款後之剩餘款(E11)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	4,708,833,559
調整後北區分區一般服務預算總額	=	2,109,860,454
調整後中區分區一般服務預算總額	=	2,296,900,050
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,580,336,786
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,737,006,715
調整後東區分區一般服務預算總額	=	242,592,780

總計		12,675,530,344
----	--	----------------

## (二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

$$- [(一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)) \times 1.15]$$

$$\text{臺北分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款(T1)} = 242,592,780 - [(193,409,219 + 2,296,068 + 4,735) \times 1.15] = 17,526,255$$

2. 分區累計保留款(T2) = 分區前季累計保留款(P) + 分區當季保留款(T1)

$$\text{臺北分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款(P)} + \text{當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{北區分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款(P)} + \text{當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{中區分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款(P)} + \text{當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{南區分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款(P)} + \text{當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{高屏分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款(P)} + \text{當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{東區分區累計保留款(T2)} = \text{前季累計保留款(P)} + \text{當季保留款(T1)} = 42,178,679 + 17,526,255 = 59,704,934$$

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD3) = 調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T1)

$$\text{修正後臺北分區一般服務預算總額} = 4,708,833,559(\text{BD2}) - 0 = 4,708,833,559$$

$$\text{修正後北區分區一般服務預算總額} = 2,109,860,454(\text{BD2}) - 0 = 2,109,860,454$$

$$\text{修正後中區分區一般服務預算總額} = 2,296,900,050(\text{BD2}) - 0 = 2,296,900,050$$

$$\text{修正後南區分區一般服務預算總額} = 1,580,336,786(\text{BD2}) - 0 = 1,580,336,786$$

$$\text{修正後高屏分區一般服務預算總額} = 1,737,006,715(\text{BD2}) - 0 = 1,737,006,715$$

$$\text{修正後東區分區一般服務預算總額} = 242,592,780(\text{BD2}) - 17,526,255 = 225,066,525$$

總計

12,658,004,089

註：保留款之運用係依據「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」辦理。

六、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
- ／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 4,708,833,559 - 959,162,485 - 37,311,242 - 207,225 ] / 3,998,847,987 = 0.92830551
北區分區	= [ 2,109,860,454 - 506,095,504 - 17,752,927 - 108,828 ] / 1,590,420,296 = 0.99715981
中區分區	= [ 2,296,900,050 - 214,811,682 - 16,990,969 - 38,589 ] / 2,037,089,331 = 1.01373012
南區分區	= [ 1,580,336,786 - 248,369,303 - 12,220,000 - 61,571 ] / 1,238,698,049 = 1.06538144
高屏分區	= [ 1,737,006,715 - 181,388,964 - 13,394,069 - 31,031 ] / 1,453,944,640 = 1.06069558
東區分區	= [ 225,066,525 - 38,072,358 - 2,296,068 - 4,735 ] / 160,354,849 = 1.15177910

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [12,658,004,089 - 99,965,275 - 451,979] / 12,618,688,953 = 0.99515781

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

／[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 4,708,833,559 ] / [ 5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225 ] = 0.93361386
北區分區	= [ 2,109,860,454 ] / [ 2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828 ] = 1.00635762
中區分區	= [ 2,296,900,050 ] / [ 2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589 ] = 1.01525909
南區分區	= [ 1,580,336,786 ] / [ 1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571 ] = 1.06568987
高屏分區	= [ 1,737,006,715 ] / [ 1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031 ] = 1.06050849
東區分區	= [ 225,066,525 ] / [ 193,409,219 + 2,296,068 + 4,735 ] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [12,658,004,089 ] / [ 12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 ] = 0.99519604

---

5. 修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額  
+ 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]  
/加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)  
+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區	= [ 4,708,833,559 + 414,595,343 + 4,012,619 + 2,412,829 ] / [ 5,006,144,403 + 37,311,242 + 207,225 + 470,893,411 + 4,012,619 ] = 0.92956244
北區分區	= [ 2,109,860,454 + 167,462,424 + 2,127,777 + 2,424,333 ] / [ 2,078,669,750 + 17,752,927 + 108,828 + 183,267,292 + 2,052,768 ] = 1.00001026
中區分區	= [ 2,296,900,050 + 254,103,733 + 9,751,384 + 2,193,210 ] / [ 2,245,348,660 + 16,990,969 + 38,589 + 282,449,814 + 9,454,019 ] = 1.00339286
南區分區	= [ 1,580,336,786 + 143,648,858 + 4,452,843 + 5,905,809 ] / [ 1,470,642,149 + 12,220,000 + 61,571 + 161,010,966 + 4,158,396 ] = 1.05233395
高屏分區	= [ 1,737,006,715 + 188,776,470 + 10,862,650 + 4,106,738 ] / [ 1,624,474,772 + 13,394,069 + 31,031 + 210,570,788 + 10,212,410 ] = 1.04415465
東區分區	= [ 225,066,525 + 38,898,459 + 4,020,658 + 874,674 ] / [ 193,409,219 + 2,296,068 + 4,735 + 40,046,349 + 3,491,872 ] = 1.12377133
全區	= [ 12,658,004,089 + 1,207,485,287 + 35,227,931 + 17,917,593 ] / [ 12,618,688,953 + 99,965,275 + 451,979 + 1,348,238,620 + 33,382,084 ] = 0.98708634

註：1. 專款專用暫結金額=醫療資源不足地區改善方案支付金額+牙醫門診總額特殊醫療服務計畫+12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫  
+高風險疾病口腔照護計畫+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4。

## 七、說明

### 1. 本季結算費用年月包括：

費用年月114/06(含)以前：於114/10/01~114/12/31期間核付者。

費用年月114/07~114/09：於114/07/01~114/12/31期間核付者。

### 2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。