

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核對截止日期:107/03/31

頁次：1

一、牙醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第4季調整後牙醫一般部門服務醫療給付費用

=106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(加總D2)-106年第1~3季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計
= 39,057,525,581 - 9,403,874,966 - 9,543,815,737 - 10,026,411,695
= 10,083,423,183

註：

依據106年2月21日「牙醫門診總額研商議事會議」106年度第1次會議紀錄決定，106年度牙醫門診總額預算四季重分配比照105年第1次會議決議，採「近3年各季核定點數平均占率」進行分配，重分配後之占率如下：第一季24.08%、第二季24.44%、第三季25.67%、第四季25.82%。106年牙醫門診總額一般服務部門各分區預算，將援例依各分區104年度各季R值相關參數進行分配，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。

106年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 39,057,525,581元：

1. 106年第1季調整後預算 9,403,874,966元 = 加總各分區 [106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) × 各季104年人口風險因子(R₁₀₄) × Ra]。
2. 106年第2季調整後預算 9,543,815,737元 = 加總各分區 [106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) × 各季104年人口風險因子(R₁₀₄) × Ra]。
3. 106年第3季調整後預算10,026,411,695元 = 加總各分區 [106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) × 各季104年人口風險因子(R₁₀₄) × Ra]。
4. 106年第4季調整後預算 = 106年全年預算數 - 106年第1季調整後預算 - 106年第2季調整後預算 - 106年第3季調整後預算
= 39,057,525,581 - 9,403,874,966 - 9,543,815,737 - 10,026,411,695
= 10,083,423,183元。

5. 計算過程詳本表頁次19：「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：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：2

(二)106年調整前各季牙醫一般部門服務醫療給付費用分配至各分區預算

	104年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	105年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+3.046%)	104年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G1) =(G0+B2)× (1+2.340%)	品質 保證保留款 (C1)	106年4項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	106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) =G1-C1-F	支應牙周病 第3階段預 算不足款 (H)	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款(I)
第1季	8,603,309,439	21,716,005	8,887,743,719	47,814,126	9,144,649,899	52,681,750	103,900,000	8,988,068,149	3,670,094	0
第2季	9,220,882,749	33,891,015	9,536,674,173	37,909,079	9,798,628,500	56,488,071	103,900,000	9,638,240,429	14,879,524	3,514,837
第3季	9,891,925,201	38,325,186	10,232,725,814	44,641,542	10,517,857,752	60,622,853	103,900,000	10,353,334,899	15,999,744	559,745
第4季	9,641,771,172	40,736,073	9,977,436,416	29,256,671	10,240,849,705	59,067,601	103,900,000	10,077,882,104	27,478,560	8,568,252
合計	37,357,888,561	134,668,279	38,634,580,122	159,621,418	39,701,985,856	228,860,275	415,600,000	39,057,525,581	62,027,922	12,642,834

註：

- 105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
= (104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 3.046%)。
- 106年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
= (105年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 2.340%)。
※一般服務成長率為2.340%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率0.418%。
- 品質保證保留款(C1) = 105年編列之品質保證保留款預算 + 106年編列之品質保證保留款預算 = (104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額 + 103年各季校正投保人口數成長率差值) × 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%) + (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數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%)。
※依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後104年度牙醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。
- 106年4項一般服務移撥專用費用(F)：依據105年11月22日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議105年度第4次會議決定辦理。106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4.156億元，按季均分：
(1)移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。
(2)移撥8千萬元支應「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」。
(3)移撥2.1億元用於保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用點值專用。
(4)移撥0.456億元支應牙周病第二階段(P4003C)預算，0.650億元支應牙周病第三階段(P4003C)預算。
- 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)品質保證保留款

= 105年編列之品質保證保留款預算+106年編列之品質保證保留款預算

= (104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額+103年各季校正投保人口成長率差值) × 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.3%) +
 (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成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.3%)

= (9,641,771,172 + 40,736,073) × 0.30% + (9,977,436,416 + 29,256,671) × 0.30%

= 29,047,522 + 30,020,079 = 59,067,601(C1)

(四)106年4項一般服務移撥專用費用

全年預算415.6百萬元

1. 移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

2. 全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫

全年預算8,000萬元 各季預算 = 8,000萬元/4 = 20,000,000(E1)

第1季已支用點數： 7,443,579

第2季已支用點數： 11,905,510

第3季已支用點數： 17,293,953

第4季已支用點數： 18,998,416

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數

= 55,641,458

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 80,000,000 - 55,641,458 = 24,358,542(E7) (第4季結餘款回歸一般服務部門)

註：依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至1元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額依104年第4季人口風險因子(R值)分配。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。

3. 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210百萬元

第1季:

第1季預算=210,000,000/4= 52,500,000

(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	2,178(J6)	暫結金額	2,178(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	21,850,562(J7)	暫結金額	22,180,828(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	12,929(J11)	暫結金額	12,929(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	12,987,994(J12)	暫結金額	13,165,275(J22)
(3)小計	加成前點數	34,853,663(J19)	暫結金額	35,361,210(J29)

暫結金額 = 35,361,210

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 17,138,790

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額= 210,000,000/4 + 17,138,790 = 69,638,790

(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	2,141(K6)	暫結金額	2,141(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	37,881,120(K7)	暫結金額	38,321,368(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	14,895(K11)	暫結金額	14,895(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	13,475,149(K12)	暫結金額	13,632,823(K22)
(3)小計	加成前點數	51,373,305(K19)	暫結金額	51,971,227(K29)

暫結金額 = 51,971,227

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 17,667,563

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 210,000,000/4 + 17,667,563 = 70,167,563

(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	1,118(L6)	暫結金額	1,118(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	13,150,501(L7)	暫結金額	13,264,091(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	13,871(L11)	暫結金額	13,871(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	15,207,994(L12)	暫結金額	15,365,121(L22)
(3)小計	加成前點數	28,373,484(L19)	暫結金額	28,644,201(L29)

暫結金額 = 28,644,201

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 41,523,362

第4季：

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝210,000,000/4＋41,523,362＝94,023,362

(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	1,092(M6)	暫結金額	1,092(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	40,045,973(M7)	暫結金額	40,516,048(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	13,348(M11)	暫結金額	13,348(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	15,848,404(M12)	暫結金額	16,006,192(M22)
(3)小計	加成前點數	55,908,817(M19)	暫結金額	56,536,680(M29)

暫結金額＝56,536,680

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝37,486,682

全年合計：

全年預算＝210,000,000

(1)巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	6,529(N6)	暫結金額	6,529(N26)
巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	112,928,156(N7)	暫結金額	114,282,335(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	55,043(N11)	暫結金額	55,043(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	57,519,541(N12)	暫結金額	58,169,411(N22)
(3)小計	加成前點數	170,509,269(N19)	暫結金額	172,513,318(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)
 ＝35,361,210＋51,971,227＋28,644,201＋56,536,680
 ＝172,513,318

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝37,486,682(E4)(第4季結餘款回歸一般服務部門)

註：依據「106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「核實申報」費用，加成前點數由牙醫總額一般服務預算項下移撥210百萬元支應。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，則回歸一般服務費用總額，以210百萬元為限，並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」(P4001C、P4002C)專款0.456億元，支應「牙周病統合照護計畫(第3階段)」(P4003C)專款0.650億元。「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」、「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

註：依據「106年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4001C、P4002C」診療項目全年經費為10.880億元，其中10.424億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」專款項目下支應，另0.456億元由一般服務預算移撥支應。「P4003C」診療項目全年經費為4.156億元，其中3.506億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目下支應，另0.650億元由一般服務預算移撥支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：6

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算 = 473,000,000

第1季：預算 = 473,000,000/4 = 118,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	6,613,480(V01)	6,612,262(VF01)	1,218(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,653,697(V02)	12,748,251(VF02)	905,446(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	20,837,105(V03)	19,856,642(VF03)	980,463(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：	18,337,355(V04)	17,780,558(VF04)	556,797(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,126,840(V05)	6,743,616(VF05)	383,224(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	463,424(V06)	418,834(VF06)	44,590(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,825,880(V07)	9,825,323(VF07)	557(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,510,500(V08)	9,510,133(VF08)	367(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：	13,219,175(V09)	13,217,738(VF09)	1,437(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	786,459(V10)	786,459(VF10)	0(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	128,383(V11)	128,383(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	514,238(V12)	514,210(VF12)	28(VN12)
(13)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)：	12,862,229(V13)	12,862,229(VF13)	0(VN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	163,519(V14)	163,519(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,098(V15)	3,098(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(V16)	0(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	93,100(V17)	93,100(VF17)	0(VN17)
(18)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	290,655(V18)	290,587(VF18)	68(VN18)
(19)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務：	245,623(V19)	245,623(VF19)	0(VN19)
(20)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,553(V20)	1,553(VF20)	0(VN20)
(21)到宅失能老人牙醫醫療服務：	6,084(V21)	6,084(VF21)	0(VN21)
(99)合計	114,682,397(V99)	111,808,202(VF99)	2,874,195(VN99)

暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 114,682,397

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 3,567,603

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 473,000,000/4＋ 3,567,603＝ 121,817,603

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	5,818,243(W01)	5,817,684(WF01)	559(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,154,868(W02)	14,202,435(WF02)	952,433(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	22,232,905(W03)	21,097,624(WF03)	1,135,281(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：	20,402,770(W04)	19,851,006(WF04)	551,764(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,176,562(W05)	6,867,751(WF05)	308,811(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	731,573(W06)	606,438(WF06)	125,135(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,246,074(W07)	11,245,510(WF07)	564(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,559,948(W08)	11,559,791(WF08)	157(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：	14,883,599(W09)	14,881,672(WF09)	1,927(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	938,610(W10)	938,610(WF10)	0(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	146,150(W11)	146,150(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	703,628(W12)	703,628(WF12)	0(WN12)
(13)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)：	16,353,600(W13)	16,353,600(WF13)	0(WN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	132,479(W14)	132,479(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	8,761(W15)	8,761(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(W16)	0(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	100,700(W17)	100,700(WF17)	0(WN17)
(18)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	319,755(W18)	319,755(WF18)	0(WN18)
(19)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務：	401,895(W19)	401,854(WF19)	41(WN19)
(20)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	13,002(W20)	12,944(WF20)	58(WN20)
(21)到宅失能老人牙醫醫療服務：	32,045(W21)	32,045(WF21)	0(WN21)
(99)合計	128,357,167(W99)	125,280,437(WF99)	3,076,730(WN99)

暫結金額＝ 1元/點×第2季已支用點數＝ 128,357,167

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額＝ -6,539,564

※一般預算支應前第2季浮動每點支付金額

[第2季預算－1元/點×(W01+W02+W03+W07+W08+W14+W15+W18+W19+WN04+WN05+WN06+WN09+WN10+WN11+WN12+WN16+WN20+WN21)]

=

WF04+WF05+WF06+WF09+WF10+WF11+WF12+W13+WF16+W17+WF20+WF21

= 0.89189828<0.95

※依據「106年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，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。

※浮動每點支付金額為0.95所需預算＝1元/點×(W01+W02+W03+W07+W08+W14+W15+W18+W19+WN04+WN05+WN06+WN09+WN10+WN11+WN12+WN16+WN20+WN21)+0.95元/點×(WF04+WF05+WF06+WF09+WF10+WF11+WF12+W13+WF16+W17+WF20+WF21)

=125,332,440

※一般預算支應後第2季浮動每點支付金額為0.95，由一般服務預算支應之預算＝125,332,440－第2季預算＝125,332,440－121,817,603＝ 3,514,837

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 8

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 473,000,000/4＋

0＝ 118,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	6,282,208(X01)	6,281,602(XF01)	606(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,106,440(X02)	14,256,702(XF02)	849,738(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	21,714,878(X03)	20,810,308(XF03)	904,570(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：	20,108,006(X04)	19,502,330(XF04)	605,676(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,080,367(X05)	7,610,054(XF05)	470,313(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	706,256(X06)	614,360(XF06)	91,896(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,746,016(X07)	9,745,513(XF07)	503(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,080,813(X08)	9,080,538(XF08)	275(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：	11,848,585(X09)	11,846,721(XF09)	1,864(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	664,006(X10)	664,006(XF10)	0(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	116,583(X11)	116,583(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	816,791(X12)	816,791(XF12)	0(XN12)
(13)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)：	13,315,200(X13)	13,315,200(XF13)	0(XN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	47,939(X14)	47,939(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	84(X15)	84(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(X16)	0(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	38,000(X17)	38,000(XF17)	0(XN17)
(18)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	491,691(X18)	491,691(XF18)	0(XN18)
(19)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務：	546,278(X19)	546,247(XF19)	31(XN19)
(20)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	39,714(X20)	39,714(XF20)	0(XN20)
(21)到宅失能老人牙醫醫療服務：	59,890(X21)	59,890(XF21)	0(XN21)
(99)合計	118,809,745(X99)	115,884,273(XF99)	2,925,472(XN99)
暫結金額＝ 1元/點×第3季已支用點數＝ 118,809,745		未支用金額＝ 第3季預算－暫結金額＝	-559,745

※第3季浮動每點支付金額

[第3季預算－1元/點×(X01＋X02＋X03＋X07＋X08＋X14＋X15＋X18＋X19＋XN04＋XN05＋XN06＋XN09＋XN10＋XN11＋XN12＋XN16＋XN20＋XN21)]

＝

XF04＋XF05＋XF06＋XF09＋XF10＋XF11＋XF12＋X13＋XF16＋X17＋XF20＋XF21

＝ 0.98975270

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 473,000,000/4＋

0＝ 118,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	4,817,378(Y01)	4,816,229(YF01)	1,149(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,073,618(Y02)	14,326,826(YF02)	746,792(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	23,861,164(Y03)	22,765,346(YF03)	1,095,818(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：	20,748,826(Y04)	20,303,373(YF04)	445,453(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,556,352(Y05)	7,256,591(YF05)	299,761(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	758,239(Y06)	681,219(YF06)	77,020(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,356,081(Y07)	11,355,527(YF07)	554(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,982,787(Y08)	11,982,100(YF08)	687(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：	14,930,548(Y09)	14,929,168(YF09)	1,380(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,009,369(Y10)	1,009,369(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	116,598(Y11)	116,598(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	763,945(Y12)	763,940(YF12)	5(YN12)
(13)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)：	15,768,000(Y13)	15,768,000(YF13)	0(YN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	77,095(Y14)	77,095(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	0(Y15)	0(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(Y16)	0(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	43,700(Y17)	43,700(YF17)	0(YN17)
(18)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	471,144(Y18)	471,144(YF18)	0(YN18)
(19)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務：	713,047(Y19)	712,997(YF19)	50(YN19)
(20)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	97,616(Y20)	97,616(YF20)	0(YN20)
(21)到宅失能老人牙醫醫療服務：	295,757(Y21)	295,757(YF21)	0(YN21)
(99)合計	130,441,264(Y99)	127,772,595(YF99)	2,668,669(YN99)

暫結金額＝ 1元/點×第4季已支用點數＝ 130,441,264

未支用金額＝ 第4季預算－暫結金額＝ -12,191,264

※一般預算支應前第4季浮動每點支付金額

[第4季預算－1元/點×(Y01+Y02+Y03+Y07+Y08+Y14+Y15+Y18+Y19+YN04+YN05+YN06+YN09+YN10+YN11+YN12+YN16+YN20+YN21)]

＝

YF04+YF05+YF06+YF09+YF10+YF11+YF12+Y13+YF16+Y17+YF20+YF21

＝ 0.80100876<0.95

※依據「106年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，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。

※浮動每點支付金額為0.95所需預算＝1元/點×(Y01+Y02+Y03+Y07+Y08+Y14+Y15+Y18+Y19+YN04+YN05+YN06+YN09+YN10+YN11+YN12+YN16+YN20+YN21)+0.95元/點×(YF04+YF05+YF06+YF09+YF10+YF11+YF12+Y13+YF16+Y17+YF20+YF21)

＝127,377,997

※一般預算支應後第4季浮動每點支付金額為0.95，由一般服務預算支應之預算＝127,377,997－第4季預算＝127,377,997－118,250,000＝ 9,127,997

※106年第4季實際支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)＝ 9,127,997－ 559,745(106年第3季浮動點值>0.95，不需由一般服務預算支應)＝ 8,568,252

=====
 全年合計：全年預算 = 473,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：	23,531,309(Z01)	23,527,777(ZF01)	3,532(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	58,988,623(Z02)	55,534,214(ZF02)	3,454,409(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	88,646,052(Z03)	84,529,920(ZF03)	4,116,132(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：	79,596,957(Z04)	77,437,267(ZF04)	2,159,690(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	29,940,121(Z05)	28,478,012(ZF05)	1,462,109(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	2,659,492(Z06)	2,320,851(ZF06)	338,641(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	42,174,051(Z07)	42,171,873(ZF07)	2,178(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	42,134,048(Z08)	42,132,562(ZF08)	1,486(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：	54,881,907(Z09)	54,875,299(ZF09)	6,608(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,398,444(Z10)	3,398,444(ZF10)	0(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	507,714(Z11)	507,714(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	2,798,602(Z12)	2,798,569(ZF12)	33(ZN12)
(13)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)：	58,299,029(Z13)	58,299,029(ZF13)	0(ZN13)
(14)醫療團特定需求者極重度身心障礙牙醫醫療服務：	421,032(Z14)	421,032(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	11,943(Z15)	11,943(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者失能老人牙醫醫療服務：	0(Z16)	0(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團特定需求者(論次)：	275,500(Z17)	275,500(ZF17)	0(ZN17)
(18)到宅極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,573,245(Z18)	1,573,177(ZF18)	68(ZN18)
(19)到宅重度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,906,843(Z19)	1,906,721(ZF19)	122(ZN19)
(20)到宅中度身心障礙者牙醫醫療服務：	151,885(Z20)	151,827(ZF20)	58(ZN20)
(21)到宅失能老人牙醫醫療服務：	393,776(Z21)	393,776(ZF21)	0(ZN21)
(99)合計	492,290,573(Z99)	480,745,507(ZF99)	11,545,066(ZN99)

全年預算 = 473,000,000

全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 114,682,397 + 128,357,167 + 118,809,745 + 130,441,264 = 492,290,573

全年已結算金額 = 114,682,397 + 125,332,440 + 118,250,000 + 127,377,997 = 485,642,834

全年由一般服務部門支應之預算 = 12,642,834

全年未支用金額 = 全年預算 - (全年已結算金額 - 全年由一般服務醫療給付費用預算支應金額)

= 473,000,000 - (485,642,834 - 12,642,834)

= 473,000,000 - 473,000,000

= 0

註：依據「106年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本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。

(二)醫療資源不足地區改善方案

全年預算 = 280,000,000

第1季:

預算=280,000,000/4= 70,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量) J1:	點數 13,895,634(J0)	收入	24,882,549(J1)
執業服務之「論次給付」(論次) J2:		已支用點數	4,352,250(J2)
(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 2,178(J6)	加成已支用點數	436(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 21,850,562(J7)	加成已支用點數	4,366,699(J4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) J5:		已支用點數	21,678,400(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 12,929(J11)	加成已支用點數	2,586(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 12,987,994(J12)	加成已支用點數	2,598,248(J9)
(5)小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9):			46,894,253(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已支用點數)

= 57,881,168

未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 12,118,832

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務部門計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 12

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 12,118,832= 82,118,832

(1)執業服務之「定額給付」(論量) K1:	點數 14,456,790(K0)	收入	24,594,859(K1)
執業服務之「論次給付」(論次) K2:		已支用點數	5,438,000(K2)
(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 2,141(K6)	加成已支用點數	430(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 37,881,120(K7)	加成已支用點數	7,649,303(K4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) K5:		已支用點數	26,343,300(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 14,895(K11)	加成已支用點數	2,985(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 13,475,149(K12)	加成已支用點數	2,695,316(K9)
(5)小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9):			56,586,124(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已支用點數)

= 66,724,193

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額

= 15,394,639

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務部門計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：13

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 15,394,639= 85,394,639

(1)執業服務之「定額給付」(論量) L1:	點數 13,714,487(L0)	收入	22,600,637(L1)
執業服務之「論次給付」(論次) L2:		已支用點數	3,846,000(L2)
(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 1,118(L6)	加成已支用點數	224(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 13,150,501(L7)	加成已支用點數	2,632,461(L4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) L5:		已支用點數	19,121,400(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 13,871(L11)	加成已支用點數	2,775(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 15,207,994(L12)	加成已支用點數	3,041,629(L9)
(5)小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9):			42,358,976(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已支用點數)

= 51,245,126

未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 34,149,513

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務部門計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：14

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 280,000,000/4 + 34,149,513=104,149,513

(1)執業服務之「定額給付」(論量) M1:	點數 13,926,732(M0)	收入	23,550,413(M1)
執業服務之「論次給付」(論次) M2:		已支用點數	4,949,700(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13:(傳票日期:107/04/18前核付者)		已支用點數	4,060,500(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 1,092(M6)	加成已支用點數	220(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 40,045,973(M7)	加成已支用點數	8,034,203(M4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) M5:		已支用點數	28,364,700(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 13,348(M11)	加成已支用點數	2,670(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 15,848,404(M12)	加成已支用點數	3,169,796(M9)
(5)小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13):			62,508,521(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已支用點數)

= 72,132,202

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 32,017,311

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務部門計算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：15

全年合計:

全年預算=280,000,000

(1)執業服務之「定額給付」(論量) N1:	點數 55,993,643(N0)	收入	95,628,458(N1)
執業服務之「論次給付」(論次) N2:		已支用點數	18,585,950(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13:(傳票日期:107/04/18前核付者)		已支用點數	4,060,500(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 6,529(N6)	加成已支用點數	1,310(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112,928,156(N7)	加成已支用點數	22,682,666(N4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) N5:		已支用點數	95,507,800(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 55,043(N11)	加成已支用點數	11,016(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 57,519,541(N12)	加成已支用點數	11,504,989(N9)
(5)小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13):			208,347,874(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)
 = 57,881,168 + 66,724,193 + 51,245,126 + 72,132,202 = 247,982,689

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 32,017,311

※巡迴醫療團服務之論量(巡迴服務之「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)納入一般服務部門計算。

註：依據「106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,執業計畫一巡迴服務之「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,其餘支付項目皆採浮動點值計算,且每點支付金額不高於1元。

=====

(三)牙周病統合照護計畫(第1、2階段)

全年預算 = 1,088,000,000

※其中10.424億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」專款項目下支應，另0.456億元由一般服務預算移撥支應。

第1季：

預算 = 1,088,000,000 / 4 = 272,000,000

已支用點數 285,394,023

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 285,394,023

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 272,000,000 - 285,394,023 = -13,394,023

暫結浮動點值 = (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (272,000,000 - 0) / 285,394,023 = 0.95306831

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,088,000,000 / 4 + 0 = 272,000,000

已支用點數 308,335,229

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 308,335,229

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 272,000,000 - 308,335,229 = -36,335,229

暫結浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (272,000,000 - 0) / 308,335,229 = 0.88215674

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,088,000,000 / 4 + 0 = 272,000,000

已支用點數 322,459,924

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 322,459,924

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 272,000,000 - 322,459,924 = -50,459,924

暫結浮動點值 = (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (272,000,000 - 0) / 322,459,924 = 0.84351567

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 1,088,000,000 / 4 + 0 = 272,000,000

已支用點數 341,979,851

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 341,979,851

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點 × 第4季已支用點數 = 272,000,000 - 341,979,851 = -69,979,851 (第4季若有結餘款回歸一般服務部門(E5))

暫結浮動點值 = (第4季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (272,000,000 - 0) / 341,979,851 = 0.79536850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：17

全年合計：

全年預算 = 1,088,000,000

已支用點數 = 第1-4季已支用點數

= 285,394,023 + 308,335,229 + 322,459,924 + 341,979,851 = 1,258,169,027

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)

= 272,000,000 + 272,000,000 + 272,000,000 + 272,000,000 = 1,088,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,088,000,000 - 1,088,000,000 = 0

註：依據「106年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4001C」及「P4002C」診療項目全年經費為10.880億元，其中10.424億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」專款項目下支應，另0.456億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；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。全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.456億元為上限並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

(四) 牙周病統合照護計畫(第3階段)

全年預算 = 415,600,000

※其中3.506億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目下支應，另0.650億元由一般服務預算移撥支應。

第1季：

預算 = 415,600,000/4 = 103,900,000

已支用點數 107,570,094

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 107,570,094

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 103,900,000 - 107,570,094 = -3,670,094 (預算不足，由一般服務預算支付H)

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 415,600,000/4 + 0 = 103,900,000

已支用點數 118,779,524

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 118,779,524

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 103,900,000 - 118,779,524 = -14,879,524 (預算不足，由一般服務預算支付H)

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 415,600,000/4 + 0 = 103,900,000

已支用點數 119,899,744

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 119,899,744

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 103,900,000 - 119,899,744 = -15,999,744 (預算不足，由一般服務預算支付H)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：18

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 415,600,000/4 + 0 = 103,900,000$$

$$\text{已支用點數} = 131,378,560$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 131,378,560$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 103,900,000 - 131,378,560 = -27,478,560 \text{ (預算不足, 由一般服務預算支付H)}$$

(第4季若有結餘款回歸一般服務部門(E6))

全年合計:

$$\text{全年預算} = 415,600,000$$

$$\text{已支用點數} = \text{第1-4季已支用點數}$$

$$= 107,570,094 + 118,779,524 + 119,899,744 + 131,378,560 = 477,627,922$$

$$\text{全年已結算金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 477,627,922$$

$$\text{全年由一般服務部門支應之預算} = 62,027,922$$

$$\text{全年未支用金額} = \text{全年預算} - (\text{全年已結算金額} - \text{全年由一般服務醫療給付費用預算支應金額})$$

$$= 415,600,000 - (477,627,922 - 62,027,922)$$

$$= 415,600,000 - 415,600,000$$

$$= 0$$

註：依據「106年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4003C」診療項目全年經費為4.156億元，其中3.506億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目下支應，另0.650億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.650億元為上限並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：19

三、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% × 104年各季人口風險因子(R_104)(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. 106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)		8,988,068,149	9,638,240,429	10,353,334,899	10,077,882,104	39,057,525,581
2. 104年人口風險因子(R_104)	臺北分區	0.36681	0.36744	0.36721	0.36745	
	北區分區	0.15688	0.15707	0.15766	0.15816	
	中區分區	0.18155	0.18115	0.18155	0.18121	
	南區分區	0.13182	0.13142	0.13098	0.13079	
	高屏分區	0.14226	0.14223	0.14191	0.14176	
	東區分區	0.02068	0.02069	0.02069	0.02063	
		(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_104)(說明1、2)	臺北分區	3,296,913,278	3,541,475,063	3,801,848,108	3,703,117,779	14,343,354,228
	北區分區	1,410,048,131	1,513,878,424	1,632,306,780	1,593,917,834	6,150,151,169
	中區分區	1,631,783,772	1,745,967,254	1,879,647,951	1,826,213,016	7,083,611,993
	南區分區	1,184,807,143	1,266,657,557	1,356,079,805	1,318,086,200	5,125,630,705
	高屏分區	1,278,642,575	1,370,846,936	1,469,241,756	1,428,640,567	5,547,371,834
	東區分區	185,873,250	199,415,195	214,210,499	207,906,708	807,405,652
	小計	8,988,068,149	9,638,240,429	10,353,334,899	10,077,882,104	39,057,525,581

(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)=[(加總各分區BD)× Ra× R_104] (四捨五入至整數位)－各分區支應牙周病整合照護計畫(第3階段)預算不足款(BH)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+105年分區保留款分配後結餘款(T)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥醫療資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥牙周病整合照護計畫(第1、2階段)各分區結餘款(BE5)+移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)各分區結餘款(BE6)+移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款(BE7) (各自四捨五入至整數位)+「103年新增支付標準預算口乾症患者照護執行率連2年未達30扣原編預算50」之各分區預算調整款(BE8)

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)		24.076986%	24.435280%	25.670883%	25.816851%	100%
2. 104年人口風險因子(R_104)	臺北分區	0.36681	0.36744	0.36721	0.36745	
	北區分區	0.15688	0.15707	0.15766	0.15816	
	中區分區	0.18155	0.18115	0.18155	0.18121	
	南區分區	0.13182	0.13142	0.13098	0.13079	
	高屏分區	0.14226	0.14223	0.14191	0.14176	
	東區分區	0.02068	0.02069	0.02069	0.02063	
3. 依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)=(加總各分區BD)×Ra×R_104		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(說明2)(加總BD1)
	臺北分區	3,449,435,376	3,506,779,654	3,681,798,638	3,705,340,560	14,343,354,228
	北區分區	1,475,279,905	1,499,047,138	1,580,764,068	1,595,060,058	6,150,151,169
	中區分區	1,707,273,500	1,728,862,221	1,820,295,043	1,827,181,229	7,083,611,993
	南區分區	1,239,618,798	1,254,248,264	1,313,259,404	1,318,504,239	5,125,630,705
	高屏分區	1,337,795,253	1,357,416,912	1,422,848,084	1,429,311,585	5,547,371,834
	東區分區	194,472,134	197,461,548	207,446,458	208,025,512	807,405,652
	小計	9,403,874,966	9,543,815,737	10,026,411,695	10,083,423,183	39,057,525,581
4. 支應牙周病整合照護計畫(第3階段)預算不足款(H) (說明3)		3,670,094	14,879,524	15,999,744	27,478,560	62,027,922

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：21

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區支應牙周病整合照護計畫 (第3階段)預算不足款 BH= HxR_104	臺北分區	1,346,227	5,467,332	5,875,266	10,096,997	22,785,822
	北區分區	575,764	2,337,127	2,522,520	4,346,009	9,781,420
	中區分區	666,306	2,695,426	2,904,754	4,979,390	11,245,876
	南區分區	483,792	1,955,467	2,095,646	3,593,921	8,128,826
	高屏分區	522,108	2,116,315	2,270,524	3,895,361	8,804,308
	東區分區	75,897	307,857	331,034	566,882	1,281,670
	小計	3,670,094	14,879,524	15,999,744	27,478,560	62,027,922
6. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I)(說明4)		0	3,514,837	559,745	8,568,252	12,642,834
7. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_104(說明10)	臺北分區	0	1,291,492	205,544	3,148,538	4,645,574
	北區分區	0	552,075	88,249	1,355,435	1,995,759
	中區分區	0	636,713	101,622	1,552,462	2,290,797
	南區分區	0	461,920	73,315	1,120,536	1,655,771
	高屏分區	0	499,915	79,433	1,214,552	1,793,900
	東區分區	0	72,722	11,582	176,729	261,033
	小計	0	3,514,837	559,745	8,568,252	12,642,834
8. 105年分區保留款分配後結餘款(T) (說明5)	臺北分區	-	-	-	-	-
	北區分區	-	-	-	-	-
	中區分區	-	-	-	-	-
	南區分區	-	-	-	-	-
	高屏分區	-	-	-	-	-
	東區分區	-	-	-	-	-
9. 中區、高屏分區移撥款(Z) (說明6)	中區分區	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
	高屏分區	1,250,000	1,250,000	1,250,000	1,250,000	5,000,000
	小計	3,750,000	3,750,000	3,750,000	3,750,000	15,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：22

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明7)					37,486,682	37,486,682
11. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4 = E4×R_104	臺北分區				13,774,481	13,774,481
	北區分區				5,928,894	5,928,894
	中區分區				6,792,962	6,792,962
	南區分區				4,902,883	4,902,883
	高屏分區				5,314,112	5,314,112
	東區分區				773,350	773,350
	小計				37,486,682	37,486,682
12. 移撥牙周病整合照護計畫(第1、2階段)結餘款E5(說明3)					0	0
13. 移撥牙周病整合照護計畫(第1、2 階段)各分區結餘款 BE5 = E5×R_104	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
14. 移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)結餘款E6(說明3)					0	0
15. 移撥牙周病整合照護計畫(第3階段) 各分區結餘款 (BE6 = E6×R_104)	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
16. 移撥點值低獎勵計畫結餘款(E7)(說明8)					24,358,542	24,358,542

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：23

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
17. 移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款 (BE7=E7×R_104)	臺北分區				8,950,546	8,950,546
	北區分區				3,852,547	3,852,547
	中區分區				4,414,011	4,414,011
	南區分區				3,185,854	3,185,854
	高屏分區				3,453,067	3,453,067
	東區分區				502,517	502,517
	小計				24,358,542	24,358,542
18. 「103年新增支付標準預算 口乾症患者照護執行率連2 年未達30%扣原編預算50%」 之各分區預算調整款(BE8) (說明9)	臺北分區	-4,175	-4,175	-4,175	-4,173	-16,698
	北區分區	4,815	4,815	4,815	4,816	19,261
	中區分區	-7,575	-7,575	-7,575	-7,573	-30,298
	南區分區	7,374	7,374	7,374	7,372	29,494
	高屏分區	-3,070	-3,070	-3,070	-3,069	-12,279
	東區分區	2,630	2,630	2,630	2,629	10,519
	小計	-1	-1	-1	2	-1
19. 調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)-(BH)-(BI)+(T)+ (Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6) +(BE7)+(BE8)	臺北分區	3,448,084,974	3,500,016,655	3,675,713,653	3,714,815,879	14,338,631,161
	北區分區	1,474,708,956	1,496,162,751	1,578,158,114	1,599,144,871	6,148,174,692
	中區分區	1,709,099,619	1,728,022,507	1,819,781,092	1,834,348,777	7,091,251,995
	南區分區	1,239,142,380	1,251,838,251	1,311,097,817	1,321,885,891	5,123,964,339
	高屏分區	1,338,520,075	1,356,047,612	1,421,745,057	1,434,215,782	5,550,528,526
	東區分區	194,398,867	197,083,599	207,106,472	208,560,397	807,149,335
	小計	9,403,954,871	9,529,171,375	10,013,602,205	10,112,971,597	39,059,700,048

- 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「106年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，「P4001C」及「P4002C」診療項目全年經費為10.880億元，其中10.424億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第1、2階段)」專款項目下支應，另0.456億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；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。全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.456億元為上限並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。「P4003C」診療項目全年經費為4.156億元，其中3.506億元由106年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」專款項目下支應，另0.650億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點支付金額以1元計算；當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.650億元為上限並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
4. 依據「106年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本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。
 ※原106年第4季支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款為9,127,997，106年第3季浮動點值>0.95，不需支應，106年第4季實際支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I) = 9,127,997 - 559,745(106年第3季浮動點值>0.95，不需支應) = 8,568,252。
5. 105年分區保留款分配後結餘款(T): 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規定，保留款經分配後若仍有餘額，依分配後之餘款比例，回歸該區次年第一季一般預算。
6. 依據105年11月22日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議105年度第4次會議決定略以，106年度牙醫門診總額一般服務預算移撥0.15億元用於投保人口就醫率全國最高之二分區，其中中區移撥0.1億元，高屏移撥0.05億元。
7. 依據「106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「核實申報」費用，加成前點數由牙醫總額一般服務預算項下移撥210百萬元支應。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，則回歸一般服務費用總額，並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
8. 依據「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，本預算按季均分與結算，每點支付金額最高補至1元。季預算若有結餘，則流至次季繼續支用；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額依104年第4季人口風險因子(R值)分配。季預算若有不足，則依其該季符合條件之申報醫療點數，計算每點獎勵金額。
9. 依據105年11月22日「牙醫門診總額研商議事會議」105年度第4次會議紀錄結論，「103年新增支付標準預算口乾症患者照護執行率連2年未達30%扣原編預算50%」，經費0.151億，扣款分配為50% (0.0755億) 依六分區103-104年實際未達執行率扣款、50% (0.0755億) 按101年各區人口風險因子(R值)分配進行。106年校正金額試算如下：台北追扣16,698點，北區補19,261點，中區追扣30,298點，南區補29,494點，高屏追扣12,279點，東區補10,519點。
10. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)：106年第3季浮動點值>0.95，不需由一般服務預算支應，各分區已支應金額將於106年第4季各分區應支應金額中扣減，106年第4季各分區實際支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)如下：
 (BI = 原106年第4季各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款 - 106年第3季各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款)
 臺北：3,354,082 - 205,544 = 3,148,538；北區：1,443,684 - 88,249 = 1,355,435；中區：1,654,084 - 101,622 = 1,552,462；
 南區：1,193,851 - 73,315 = 1,120,536；高屏：1,293,985 - 79,433 = 1,214,552；東區：188,311 - 11,582 = 176,729。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：25

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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	3,263,195,712(BF)	0.87502331	-----	27,435,455	985,902
	2-北區分區	307,025,664	0.87502331	268,654,613	2,308,811	
	3-中區分區	185,396,593	0.87502331	162,226,340	1,531,157	
	4-南區分區	115,408,193	0.87502331	100,984,859	958,681	
	5-高屏分區	146,137,027	0.87502331	127,873,305	985,495	
	6-東區分區	21,830,546	0.87502331	19,102,237	260,613	
	7-合計	4,038,993,735(GF)		678,841,354(AF)	33,480,212(BG)		985,902(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	196,666,415	0.94897605	186,631,718	2,086,366	478,899
	2-北區分區	1,249,913,613(BF)	0.94897605	-----	7,374,414	
	3-中區分區	77,109,374	0.94897605	73,174,949	640,627	
	4-南區分區	44,896,932	0.94897605	42,606,113	341,589	
	5-高屏分區	28,625,622	0.94897605	27,165,030	198,684	
	6-東區分區	4,017,088	0.94897605	3,812,120	51,173	
	7-合計	1,601,229,044(GF)		333,389,930(AF)	10,692,853(BG)		478,899(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	64,703,820	0.93094484	60,235,687	677,994	330,766
	2-北區分區	37,161,781	0.93094484	34,595,568	284,703	
	3-中區分區	1,699,530,445(BF)	0.93094484	-----	13,986,100	
	4-南區分區	40,414,910	0.93094484	37,624,052	363,987	
	5-高屏分區	26,744,985	0.93094484	24,898,106	194,453	
	6-東區分區	2,656,754	0.93094484	2,473,291	31,891	
	7-合計	1,871,212,695(GF)		159,826,704(AF)	15,539,128(BG)		330,766(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：26

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	59,436,388	0.94210921	55,995,569	560,048	
	2-北區分區	26,170,992	0.94210921	24,655,933	211,270	
	3-中區分區	56,783,626	0.94210921	53,496,377	534,234	
	4-南區分區	1,130,449,144(BF)	0.94210921	-----	9,278,432	209,322
	5-高屏分區	60,500,766	0.94210921	56,998,329	449,062	
	6-東區分區	2,253,066	0.94210921	2,122,634	29,727	
	7-合計	1,335,593,982(GF)		193,268,842(AF)	11,062,773(BG)	209,322(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	38,721,743	0.96730667	37,455,800	343,336	
	2-北區分區	15,566,375	0.96730667	15,057,458	133,050	
	3-中區分區	26,684,370	0.96730667	25,811,969	242,025	
	4-南區分區	62,236,352	0.96730667	60,201,638	505,982	
	5-高屏分區	1,292,001,910(BF)	0.96730667	-----	7,107,982	162,510
	6-東區分區	4,029,669	0.96730667	3,897,926	47,247	
	7-合計	1,439,240,419(GF)		142,424,791(AF)	8,379,622(BG)	162,510(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	13,222,604	1.07443102	14,206,776	201,212	
	2-北區分區	4,510,138	1.07443102	4,845,832	46,498	
	3-中區分區	3,981,810	1.07443102	4,278,180	37,362	
	4-南區分區	2,628,103	1.07443102	2,823,715	25,219	
	5-高屏分區	5,878,378	1.07443102	6,315,912	79,557	
	6-東區分區	158,187,815(BF)	1.07443102	-----	1,933,129	42,941
	7-合計	188,408,848(GF)		32,470,415(AF)	2,322,977(BG)	42,941(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：27

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	= [3,714,815,879	- 678,841,354	- 33,480,212	- 985,902] /	3,263,195,712 = 0.91980643
北區分區	= [1,599,144,871	- 333,389,930	- 10,692,853	- 478,899] /	1,249,913,613 = 1.00373592
中區分區	= [1,834,348,777	- 159,826,704	- 15,539,128	- 330,766] /	1,699,530,445 = 0.97594732
南區分區	= [1,321,885,891	- 193,268,842	- 11,062,773	- 209,322] /	1,130,449,144 = 0.98840798
高屏分區	= [1,434,215,782	- 142,424,791	- 8,379,622	- 162,510] /	1,292,001,910 = 0.99322520
東區分區	= [208,560,397	- 32,470,415	- 2,322,977	- 42,941] /	158,187,815 = 1.09821394

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)
 = [10,112,971,597 - 81,477,565 - 2,210,340] / 10,474,678,723 = 0.95747888

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 | = [3,714,815,879 |] / [4,038,993,735 + 33,480,212 + 985,902] = 0.91195593 |
| 北區分區 | = [1,599,144,871 |] / [1,601,229,044 + 10,692,853 + 478,899] = 0.99177877 |
| 中區分區 | = [1,834,348,777 |] / [1,871,212,695 + 15,539,128 + 330,766] = 0.97205538 |
| 南區分區 | = [1,321,885,891 |] / [1,335,593,982 + 11,062,773 + 209,322] = 0.98145310 |
| 高屏分區 | = [1,434,215,782 |] / [1,439,240,419 + 8,379,622 + 162,510] = 0.99062928 |
| 東區分區 | = [208,560,397 |] / [188,408,848 + 2,322,977 + 42,941] = 1.09322843 |

5. 一般服務全區平均點值 = [10,112,971,597] / [10,474,678,723 + 81,477,565 + 2,210,340] = 0.95781592

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 + 品質保證保留款預算
 + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額 + 移撥醫療資源不足且點值低暫結金額]
 / 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
 + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]
 = [10,112,971,597 + 602,888,759 + 59,067,601 + 56,536,680 + 18,998,416]
 / [10,474,678,723 + 81,477,565 + 2,210,340 + 666,308,196 + 55,908,817] = 0.96187072

註：專款專用暫結金額 = 牙醫特殊服務結算金額(含一般服務部門支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 牙周病統合照護計畫
 (第1、2階段)暫結金額 + 牙周病統合照護計畫(第3階段)結算金額(含一般服務部門支應之不足款)
 = 127,377,997 + 72,132,202 + 272,000,000 + 131,378,560
 = 602,888,759

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)=[(加總各分區BD)× Rax R_104] (四捨五入至整數位)－支應牙周病整合照護計畫(第3階段)預算不足款(BH)－各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+ 105年分區保留款分配後結餘款(T)+中區、高屏分區移撥款(Z)+移撥資源不足核實申報費用各分區結餘款(BE4)+移撥牙周病整合照護計畫(第1、2階段)各分區結餘款(BE5)+移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)各分區結餘款(BE6)+移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款(BE7) (各自四捨五入至整數位)+「103年新增支付標準預算口乾症患者照護行率連2年未達30%扣原編預算50%」之各分區預算調整款(BE8)

調整後臺北分區一般服務預算總額	=	3,714,815,879
調整後北區分區一般服務預算總額	=	1,599,144,871
調整後中區分區一般服務預算總額	=	1,834,348,777
調整後南區分區一般服務預算總額	=	1,321,885,891
調整後高屏分區一般服務預算總額	=	1,434,215,782
調整後東區分區一般服務預算總額	=	208,560,397

總計 10,112,971,597

(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)] × 1.15

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/14

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：30

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)

臺北分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
北區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
中區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
南區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
高屏分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
東區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0

(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)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	3,714,815,879(BD2) -	0 =	3,714,815,879
修正後北區分區一般服務預算總額 =	1,599,144,871(BD2) -	0 =	1,599,144,871
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,834,348,777(BD2) -	0 =	1,834,348,777
修正後南區分區一般服務預算總額 =	1,321,885,891(BD2) -	0 =	1,321,885,891
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	1,434,215,782(BD2) -	0 =	1,434,215,782
修正後東區分區一般服務預算總額 =	208,560,397(BD2) -	0 =	208,560,397

總計

10,112,971,597

註：保留款之運用係依據全民健保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辦法辦理。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

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	= [3,714,815,879	- 678,841,354-	33,480,212-	985,902] /	3,263,195,712 =	0.91980643
北區分區	= [1,599,144,871	- 333,389,930-	10,692,853-	478,899] /	1,249,913,613 =	1.00373592
中區分區	= [1,834,348,777	- 159,826,704-	15,539,128-	330,766] /	1,699,530,445 =	0.97594732
南區分區	= [1,321,885,891	- 193,268,842-	11,062,773-	209,322] /	1,130,449,144 =	0.98840798
高屏分區	= [1,434,215,782	- 142,424,791-	8,379,622-	162,510] /	1,292,001,910 =	0.99322520
東區分區	= [208,560,397	- 32,470,415-	2,322,977-	42,941] /	158,187,815 =	1.09821394

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)

$$= [10,112,971,597 - 81,477,565 - 2,210,340] / 10,474,678,723 = 0.95747888$$

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	= [3,714,815,879	]/ [ 4,038,993,735 +	33,480,212 +	985,902] =	0.91195593
北區分區	= [1,599,144,871	]/ [ 1,601,229,044 +	10,692,853 +	478,899] =	0.99177877
中區分區	= [1,834,348,777	]/ [ 1,871,212,695 +	15,539,128 +	330,766] =	0.97205538
南區分區	= [1,321,885,891	]/ [ 1,335,593,982 +	11,062,773 +	209,322] =	0.98145310
高屏分區	= [1,434,215,782	]/ [ 1,439,240,419 +	8,379,622 +	162,510] =	0.99062928
東區分區	= [208,560,397	]/ [ 188,408,848 +	2,322,977 +	42,941] =	1.09322843

4. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [10,112,971,597 - 81,477,565 - 2,210,340] / 10,474,678,723 = 0.95781592$$

$$\begin{aligned}
& 5. \text{修正後牙醫門診總額平均點值} = \text{加總} [\text{依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額} (BD3) \\
& \quad + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款預算} \\
& \quad + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥醫療資源不足且點值低暫結金額}] \\
& \quad / \text{加總} [\text{一般服務核定浮動點數} (GF) + \text{核定非浮動點數} (BG) + \text{自墊核退點數} (BJ) + \text{專款專用已支用點數} \\
& \quad + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數}] \\
& = [10,112,971,597 + 602,888,759 + 59,067,601 + 56,536,680 + 18,998,416] \\
& \quad / [10,474,678,723 + 81,477,565 + 2,210,340 + 666,308,196 + 55,908,817] = 0.96187072
\end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額 = 牙醫特殊服務結算金額(含一般服務部門支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 牙周病統合照護計畫(第1、2階段)暫結金額 + 牙周病統合照護計畫(第3階段)結算金額(含一般服務部門支應之不足款)

$$\begin{aligned}
& = 127,377,997 + 72,132,202 + 272,000,000 + 131,378,560 \\
& = 602,888,759
\end{aligned}$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/09(含)以前：於107/01/01~107/03/31期間核付者。

費用年月106/10~106/12：於106/10/01~107/03/31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。