816

副本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：甯素珠(02)27065866轉2645
電子信箱：A110061@nhi.gov.tw

受文者：臺南市牙醫師公會

發文日期：中華民國104年11月30日
發文字號：健保醫字第1040080587B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

裝

主旨：檢送104年第2季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，如附件，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第62條規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。」

訂

二、按104年11月17日召開之「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」104年第4次會議決定，略以：104年第2季牙醫門診總額支付制度各區總額及每點支付金額，依前開規定辦理點值公布、結算。

三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自104年12月15日起，暫付、核付之牙醫門診費用，依104年第2季點值辦理，並於104年12月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組(均含附件) 衛生福利部中央健康保險署校對章(4)

104.12.2		收文
☐ 存查	☑ 轉知	案辦
要	健保主	擬辦
光12/10		簽名

署長 黃三桂

牙醫門診總額各分區 104 年第 2 季點值計算說明

各區一般服務浮動點值 、平均點值

投保 分區別	調整後分區預算總額 (BD)	投保該分區當地就醫浮動核定點數 (BF)	加總浮動核定點數 (GF)	跨區浮動點數x投保分區前季點值 (AF)	投保該分區核定非浮動點數 (BG)	自墊核退點數 (BJ)	浮動點值 [BD－(跨區浮動點數x前季點值，AF)－BG－BJ] /BF	平均點值 (BD)/(GF+BG＋BJ)
台北分區	3,317,926,358	2,902,037,239	3,565,218,306	564,552,155	33,732,897	1,167,459	0.93674671	0.92161583
北區分區	1,411,739,843	1,082,537,770	1,381,676,222	287,892,269	11,291,000	588,477	1.02718642	1.01304874
中區分區	1,648,955,794	1,536,796,616	1,688,501,065	137,766,428	10,681,050	288,463	0.97619935	0.97027616
南區分區	1,203,726,896	1,015,316,652	1,196,532,135	168,561,131	12,592,821	413,032	1.00674003	0.99519561
高屏分區	1,300,472,509	1,227,884,372	1,354,579,885	114,541,482	11,035,945	154,772	0.956719	0.95218956
東區分區	190,899,476	140,260,962	169,031,849	30,161,123	2,378,744	45,175	1.12871345	1.11340364
全　　區	9,073,720,876	7,904,833,611	9,355,539,462	1,303,474,588	81,712,457	2,657,378	0.96085865	0.96120848

註 1：全區浮動點值＝[BD－BG－BJ] / (GF)

註 2：全區平均點值=(BD)/(GF+BG+BJ)

註 3：製表單位及日期：醫務管理處 104 年 11 月 3 日。

一、牙醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)104年依各季預算占率調整後各季牙醫一般服務醫療給付費用

＝加總各分區〔104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) × 該區102年各季人口風險因子(R_102)× 各季預算占率〕

＝ 9,073,720,876

註: 依據103年11月18日「牙醫門診總額研商議事會議」103年度第4次會議紀錄結論，104年調整後之各季預算新占率(Ra)為第1季 22.968605%，第2季24.638898%，第3季25.993699%，第4季26.398798%。104年牙醫門診總額一般服務部門各分區預算，將按例依各分區102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。

104年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 36,826,812,940元：

1、104年第1季調整後預算 8,458,605,199元＝加總各分區〔104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102年人口風險因子(R_102)×Ra〕。

2、104年第2季調整後預算 9,073,720,876元＝加總各分區〔104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102年人口風險因子(R_102)×Ra〕。

3、104年第3季調整後預算 9,572,650,907元＝加總各分區〔104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102年人口風險因子(R_102)×Ra〕。

4、104年第4季調整後預算＝ 104年全年預算數－ 104年第1季調整後預算－ 104年第2季調整後預算－ 104年第3季調整後預算

＝ 36,826,812,940－ 8,458,605,199－ 9,073,720,876－ 9,572,650,907

＝ 9,721,835,958元。

5.計算過程詳本表頁次19：「三、一般服務費用總額」。

(二)104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

	102年各季一般服務醫療給付費用總額 (A1)	101年各季校正投保人口數成長率差值 (B1)	103年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)×(1+0.364%)	102年各季校正投保人口數成長率差值 (B2)	104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (G1) =(G0+B2)×(1+1.319%)	品質保證保留款 (C1)	104年3項一般服務移撥專用費用 (F)	104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	牙周病第3階段預算不足款 (H)	牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)
第1季	8,413,622,765	31,163,454	8,475,525,241	15,783,831	8,603,309,439	50,808,286	77,625,000	8,474,876,153	0	0
第2季	9,014,801,801	34,913,625	9,082,656,390	18,186,245	9,220,882,749	54,451,674	77,625,000	9,088,806,075	0	0
第3季	9,676,671,066	28,820,284	9,740,819,339	22,329,923	9,891,925,201	58,405,922	77,625,000	9,755,894,279	0	0
第4季	9,434,297,580	19,363,878	9,488,072,786	28,179,025	9,641,771,172	56,909,739	77,625,000	9,507,236,433	0	0
合 計	36,539,393,212	114,261,241	36,787,073,756	84,479,024	37,357,888,561	220,575,621	310,500,000	36,826,812,940	0	0

說明:

1. 103年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)
   ＝(102年各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1)＋ 101各季校正投保人口數成長率差值(B1))×(1＋0.364%)。
2. 104年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)
   ＝(103年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)＋ 102年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×(1＋1.319%)。
   ※一般服務成長率為1.319%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.373%，協商因素成長率0.946%。
3. 品質保證保留款(C1)＝ 103年編列之品質保證保留款預算＋104年編列之品質保證保留款預算＝(102年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋101年各季校正投保人口數成長率差值)×103年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.3%)＋(103年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋ 102年各季校正投保人口數成長率差值)× 104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103年12月25日衛部健字第1033360154號公告「104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103年度牙醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會103年第5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。
4. 104年3項一般服務移撥專用費用(F)：依據103年11月18日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議103年第4次會議決定略以：104年度牙醫門診總額一般服務預算總額，移撥 2億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，5千萬元支應「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方案」及0.605億元支應「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」。
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)品質保證保留款

＝ 103年編列之品質保證保留款預算＋104年編列之品質保證保留款預算

＝(102年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋101年各季校正投保人口成長率差值) × 103年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.3%) ＋
(103年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額＋102年各季校正投保人口成長率差值) × 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率 (0.3%)

＝(9,014,801,801＋ 34,913,625)×0.30%＋(9,082,656,390＋ 18,186,245)×0.30%

＝27,149,146＋27,302,528＝54,451,674

(四)104年3項一般服務移撥專用費用

全年預算310.5百萬元

1.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5,000萬元 各季預算＝ 5,000萬元/4＝ 12,500,000(E1)

第一季已支用點數： 3,504,265
第二季已支用點數： 19,957,818
第三季已支用點數： 0
第四季已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 23,462,083

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 50,000,000－ 23,462,083＝ 26,537,917(E6) (第4季結餘款回歸一般服務部門)

註: 依據「104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」第三項「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」規定，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，則依102年第4季人口風險因子(R值)分配回歸一般服務費用總額。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。

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200百萬元

第1季:

第1季預算＝200,000,000/4＝ 50,000,000

(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	3,270(J6)	暫結金額	3,270(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	20,330,622(J7)	暫結金額	20,886,430(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	12,832(J11)	暫結金額	12,832(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	9,919,025(J12)	暫結金額	10,075,066(J22)
(3)小計	加成前點數	30,265,749(J19)	暫結金額	30,977,598(J29)

暫結金額　＝　30,977,598　　未支用金額 ＝ 第1季預算 － 暫結金額　＝　19,022,402

第2季:

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 200,000,000/4 ＋ 19,022,402＝ 69,022,402

(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	4,002(K6)	暫結金額	4,002(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	42,648,584(K7)	暫結金額	42,955,843(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	9,711(K11)	暫結金額	9,711(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	10,233,914(K12)	暫結金額	10,288,961(K22)
(3)小計	加成前點數	52,896,211(K19)	暫結金額	53,258,517(K29)

暫結金額　＝　53,258,517　　未支用金額 ＝ 第2季預算 － 暫結金額　＝　15,763,885

全年合計:

全年預算＝200,000,000

(1)巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量):	加成前點數	7,272(N6)	暫結金額	7,272(N26)
巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量):	加成前點數	62,979,206(N7)	暫結金額	63,842,273(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	22,543(N11)	暫結金額	22,543(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	20,152,939(N12)	暫結金額	20,364,027(N22)
(3)小計	加成前點數	83,161,960(N19)	暫結金額	84,236,115(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)
＝ 30,977,598＋ 53,258,517＋ 0＋ 0
＝ 84,236,115
未支用金額 ＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 115,763,885(E4)(第4季結餘款回歸一般服務部門)

註：依據「104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」第二項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」規定，有關「核實申報(加成前點數)」費用，由牙醫總額一般服務部門預算項下移撥2億元，預算按季均分，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。至第4季結算後，若預算有餘額，餘額回歸一般服務部門。

3.移撥支應「牙周病統合照護計畫第3階段」專款0.605億元。
「牙周病統合照護計畫第3階段」專款支用情形，詳見本表二、專款項目費用中「牙周病統合照護計畫(第3階段)」項目。

註：依據「104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3.051億元，其中2.446億元由104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0.605億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以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，則由一般服務預算支付；年度若有結餘，則回歸一般服務總額。

二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算　＝ 443,000,000

第1季：預算＝ 443,000,000/4＝ 110,750,000

	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(論量)：	6,457,680(V01)	6,456,068(VF01)	1,612(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	9,550,064(V02)	8,794,199(VF02)	755,865(VN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	16,202,515(V03)	15,213,829(VF03)	988,686(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(論量)：	16,304,065(V04)	15,704,257(VF04)	599,808(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	5,553,833(V05)	5,328,720(VF05)	225,113(VN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	8,317,743(V06)	8,316,994(VF06)	749(VN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	8,016,788(V07)	8,016,352(VF07)	436(VN07)
(8)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(論量)：	11,269,608(V08)	11,268,157(VF08)	1,451(VN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	628,574(V09)	628,574(VF09)	0(VN09)
(10)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(論次)：	11,797,200(V10)	11,797,200(VF10)	0(VN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	57,441(V11)	57,441(VF11)	0(VN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	7,346(V12)	7,346(VF12)	0(VN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	153,116(V13)	153,116(VF13)	0(VN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	2,765(V14)	2,765(VF14)	0(VN14)
(15)發展遲緩兒童(論量) ：	474,679(V15)	408,484(VF15)	66,195(VN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	108,883(V16)	108,883(VF16)	0(VN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	207,100(V17)	207,100(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團發展遲緩兒童(論次)：	2,400(V18)	2,400(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	0(V19)	0(VF19)	0(VN19)
(20)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(V20)	0(VF20)	0(VN20)
(21)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(99)合計	95,111,800(V99)	92,471,885(VF99)	2,639,915(VN99)

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝　95,111,800

未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數＝ 110,750,000 －　95,111,800＝　15,638,200

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 443,000,000/4＋ 15,638,200＝ 126,388,200

	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(論量)：	5,555,040(W01)	5,554,110(WF01)	930(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	10,734,694(W02)	9,809,916(WF02)	924,778(WN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	18,257,784(W03)	17,131,355(WF03)	1,126,429(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(論量)：	17,961,232(W04)	17,354,378(WF04)	606,854(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	5,823,741(W05)	5,558,232(WF05)	265,509(WN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	10,187,831(W06)	10,187,371(WF06)	460(WN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	10,302,170(W07)	10,301,823(WF07)	347(WN07)
(8)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(論量)：	13,314,324(W08)	13,313,150(WF08)	1,174(WN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	864,777(W09)	864,759(WF09)	18(WN09)
(10)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(論次)：	14,269,200(W10)	14,269,200(WF10)	0(WN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	38,591(W11)	38,591(WF11)	0(WN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	10,950(W12)	10,950(WF12)	0(WN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	139,339(W13)	139,339(WF13)	0(WN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	18(W14)	18(WF14)	0(WN14)
(15)發展遲緩兒童(論量) ：	651,414(W15)	540,822(WF15)	110,592(WN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	129,973(W16)	129,973(WF16)	0(WN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	150,100(W17)	150,100(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團發展遲緩兒童(論次)：	0(W18)	0(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	0(W19)	0(WF19)	0(WN19)
(20)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(W20)	0(WF20)	0(WN20)
(21)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(99)合計	108,391,178(W99)	105,354,087(WF99)	3,037,091(WN99)

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 108,391,178

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 126,388,200 － 108,391,178＝ 17,997,022

全年合計：全年預算＝ 443,000,000

	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(論量)：	12,012,720(Z01)	12,010,178(ZF01)	2,542(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	20,284,758(Z02)	18,604,115(ZF02)	1,680,643(ZN02)
(3)重度身心障礙患者牙醫醫療服務(論量)：	34,460,299(Z03)	32,345,184(ZF03)	2,115,115(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(論量)：	34,265,297(Z04)	33,058,635(ZF04)	1,206,662(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	11,377,574(Z05)	10,886,952(ZF05)	490,622(ZN05)
(6)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	18,505,574(Z06)	18,504,365(ZF06)	1,209(ZN06)
(7)醫療團重度身心障礙牙醫醫療服務(論量)：	18,318,958(Z07)	18,318,175(ZF07)	783(ZN07)
(8)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(論量)：	24,583,932(Z08)	24,581,307(ZF08)	2,625(ZN08)
(9)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務(論量)：	1,493,351(Z09)	1,493,333(ZF09)	18(ZN09)
(10)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(論次)：	26,066,400(Z10)	26,066,400(ZF10)	0(ZN10)
(11)極重度到宅醫療服務(論量)：	96,032(Z11)	96,032(ZF11)	0(ZN11)
(12)重度到宅醫療服務(論量)：	18,296(Z12)	18,296(ZF12)	0(ZN12)
(13)極重度特定需求者醫療服務(論量)：	292,455(Z13)	292,455(ZF13)	0(ZN13)
(14)重度特定需求者醫療服務(論量)：	2,783(Z14)	2,783(ZF14)	0(ZN14)
(15)發展遲緩兒童(論量) ：	1,126,093(Z15)	949,306(ZF15)	176,787(ZN15)
(16)醫療團發展遲緩兒童(論量)：	238,856(Z16)	238,856(ZF16)	0(ZN16)
(17)到宅及特定需求者(含失能老人)(論次)：	357,200(Z17)	357,200(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團發展遲緩兒童(論次)：	2,400(Z18)	2,400(ZF18)	0(ZN18)
(19)醫療團失能老人醫療服務(論量)：	0(Z19)	0(ZF19)	0(ZN19)
(20)失能老人到宅醫療服務(論量)：	0(Z20)	0(ZF20)	0(ZN20)
(21)失能老人特定需求者醫療服務(論量)：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(99)合計	203,502,978(Z99)	197,825,972(ZF99)	5,677,006(ZN99)

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)＝ 203,502,978
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 443,000,000 － 203,502,978＝ 239,497,022

※依據「104年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」支付及申報規定：

1. 除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身障患者得加7成、重度患者得加5成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加3成、輕度患者（含失能老人）得加1成。
2. 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:

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	14,823,377	收入	27,409,899(J1)
執業服務之「論次給付」(論次) J2：			已支用點數	4,094,100(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	3,270(J6)	加成已支用點數	654(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	20,330,622(J7)	加成已支用點數	4,068,489(J4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) J5:			已支用點數	19,165,400(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	12,832(J11)	加成已支用點數	2,564(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	9,919,025(J12)	加成已支用點數	1,983,717(J9)

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)

＝ 56,724,823

未支用金額

＝ 第1季預算 － 暫結金額

＝ 13,275,177

※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。

第2季:

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 280,000,000/4 ＋ 13,275,177＝ 83,275,177

(1)執業服務之「定額給付」(論量) K1：	點數	15,531,835	收入	27,890,521(K1)
執業服務之「論次給付」(論次) K2：			已支用點數	5,150,700(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	4,002(K6)	加成已支用點數	799(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	42,648,584(K7)	加成已支用點數	8,537,026(K4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) K5:			已支用點數	24,704,300(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	9,711(K11)	加成已支用點數	1,939(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	10,233,914(K12)	加成已支用點數	2,046,794(K9)

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)
＝ 68,332,079

未支用金額
＝ 第2季預算 － 暫結金額
＝ 14,943,098

※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。

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 30,355,212		收入	55,300,420(N1)
執業服務之「論次給付」(論次) N2：			已支用點數	9,244,800(N2)
(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	7,272(N6)	加成已支用點數	1,453(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	62,979,206(N7)	加成已支用點數	12,605,515(N4)
(3)巡迴服務之「論次給付」(論次) N5:			已支用點數	43,869,700(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	22,543(N11)	加成已支用點數	4,503(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	20,152,939(N12)	加成已支用點數	4,030,511(N9)

全年已支用點數 ＝ 第1-4季已支用點數
＝ 44,138,301＋ 55,973,393＋ 0＋ 0 ＝ 100,111,694

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)
＝ 56,724,823＋ 68,332,079＋ 0＋ 0 ＝ 125,056,902

全年未支用金額 ＝ 全年預算－ 全年已暫結金額＝ 154,943,098

※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。

說明：依據「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」規定，本方案之經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，扣除第一項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」執行單位門診服務之「定額給付」後，該計畫之「論次給付」、第二項「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之「論次給付」、「核實申報之加成給付」、以浮動點值計算暫付，且每點金額不高於1元。年底時進行結算，以全年預算扣除上述之「定額給付」後，其餘給付項目以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。

(三)牙周病統合照護計畫(第1、2階段)

全年預算 ＝ 850,000,000

第1季:

預算＝850,000,000/4＝ 212,500,000

已支用點數　180,387,744

暫結金額 ＝ 1元/點× 已支用點數 ＝ 180,387,744

未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數＝ 212,500,000 － 180,387,744＝ 32,112,256

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 850,000,000/4＋ 32,112,256＝ 244,612,256

已支用點數　210,999,433

暫結金額 ＝ 1元/點× 已支用點數 ＝ 210,999,433

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 244,612,256 － 210,999,433＝ 33,612,823

全年合計:

全年預算＝ 850,000,000

已支用點數＝ 第1-4季已支用點數

＝ 180,387,744＋ 210,999,433＋ 0＋ 0＝ 391,387,177

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)

＝ 180,387,744＋ 210,999,433＋ 0＋ 0＝ 391,387,177

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 850,000,000－ 391,387,177＝ 458,612,823

註：依據「104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」診療項目由104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，全年經費為8.50億元。其預算按季均分及結算，每點金額以1元暫結；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。全年結算，每點金額不高於1元。

(四) 牙周病統合照護計畫(第3階段)

全年預算 =305,100,000

※其中2.446億元由104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0.605億元由一般服務預算移撥支應。

第1季:

預算=當季預算=移撥牙周病統合照護計畫第三階段專用全年預算/4=305,100,000/4= 76,275,000
已支用點數 68,894,617
暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 68,894,617
未支用金額= 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數= 76,275,000 － 68,894,617= 7,380,383

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 305,100,000/4+ 7,380,383= 83,655,383
已支用點數 75,125,165
暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 75,125,165
未支用金額= 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數= 83,655,383 － 75,125,165= 8,530,218

全年合計:

全年預算= 305,100,000
已支用點數= 第1-4季已支用點數
= 68,894,617+ 75,125,165+ 0+ 0= 144,019,782
全年已結算金額= 1元/點×已支用點數 = 144,019,782
全年由一般服務醫療給付費用預算支應金額= 0
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)
= 305,100,000－ (144,019,782 － 0)
= 305,100,000－ 144,019,782
= 161,080,218

註：依據「104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3.051億元，其中2.446億元由104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0.605億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以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，則由一般服務預算支付；年度若有結餘，則回歸一般服務總額。

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% × 102年各季人口風險因子(R_102)＋
(D2) × 0% × 牙醫門診87年第2季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.104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)		8,474,876,153	9,088,806,075	9,755,894,279	9,507,236,433	36,826,812,940
2.102年人口風險因子(R_102)	臺北分區	0.36492	0.36614	0.36579	0.36574	
	北區分區	0.15514	0.15516	0.15578	0.15619	
	中區分區	0.18171	0.18134	0.18195	0.18189	
	南區分區	0.13321	0.13270	0.13245	0.13235	
	高屏分區	0.14386	0.14360	0.14303	0.14288	
	東區分區	0.02116	0.02106	0.02100	0.02095	
3.牙醫門診87年各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.39391	0.38954	0.38924	0.39240	
	北區分區	0.12039	0.12078	0.12067	0.12132	
	中區分區	0.20154	0.20675	0.20478	0.20276	
	南區分區	0.12623	0.12628	0.12949	0.12730	
	高屏分區	0.14011	0.13834	0.13810	0.13818	
	東區分區	0.01782	0.01831	0.01772	0.01804	
		(BD_q1)	(BD_q2)	(BD_q3)	(BD_q4)	(加總BD)
4.依各季預算占率調整前分區一般服務預算總額(BD)＝(D2)×100%×(R_102)＋(D2)×0%×(S)(說明1、2)	臺北分區	3,092,651,806	3,327,775,456	3,568,608,568	3,477,176,653	13,466,212,483
	北區分區	1,314,792,286	1,410,219,151	1,519,773,211	1,484,935,258	5,729,719,906
	中區分區	1,539,969,746	1,648,164,094	1,775,084,964	1,729,271,235	6,692,490,039
	南區分區	1,128,938,252	1,206,084,566	1,292,168,197	1,258,282,742	4,885,473,757
	高屏分區	1,219,195,683	1,305,152,552	1,395,385,559	1,358,393,942	5,278,127,736
	東區分區	179,328,380	191,410,256	204,873,780	199,176,603	774,789,019
	小計	8,474,876,153	9,088,806,075	9,755,894,279	9,507,236,433	36,826,812,940

(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)＝〔各分區(加總BD)× Ra〕(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)＋103年分區保留款分配後結餘款(T)＋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3階段)各分區結餘款(BE5)＋移撥點值獎勵計畫各分區結餘款(BE6)(各自四捨五入至整數位)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 各季預算占率(Ra)		22.968605%	24.638898%	25.993699%	26.398798%	100%
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(說明2)(加總BD1)
2.依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)＝各分區(加總BD)×Ra	臺北分區	3,093,001,154	3,317,926,358	3,500,366,740	3,554,918,231	13,466,212,483
	北區分區	1,316,036,733	1,411,739,843	1,489,366,146	1,512,577,184	5,729,719,906
	中區分區	1,537,171,602	1,648,955,794	1,739,625,716	1,766,736,927	6,692,490,039
	南區分區	1,122,125,170	1,203,726,896	1,269,915,343	1,289,706,348	4,885,473,757
	高屏分區	1,212,312,311	1,300,472,509	1,371,980,637	1,393,362,279	5,278,127,736
	東區分區	177,958,229	190,899,476	201,396,325	204,534,989	774,789,019
	小計	8,458,605,199	9,073,720,876	9,572,650,907	9,721,835,958	36,826,812,940
3.102年人口風險因子(R_102)	臺北分區	0.36492	0.36614	0.36579	0.36574	
	北區分區	0.15514	0.15516	0.15578	0.15619	
	中區分區	0.18171	0.18134	0.18195	0.18189	
	南區分區	0.13321	0.13270	0.13245	0.13235	
	高屏分區	0.14386	0.14360	0.14303	0.14288	
	東區分區	0.02116	0.02106	0.02100	0.02095	
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)		0	0	0	0	0
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_102	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	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6.支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(I)(說明4)		-	-	-	-	-
7.各分區牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款 BI= I×R_102	臺北分區	-	-	-	-	-
	北區分區	-	-	-	-	-
	中區分區	-	-	-	-	-
	南區分區	-	-	-	-	-
	高屏分區	-	-	-	-	-
	東區分區	-	-	-	-	-
8.103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.移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明6)					0	0
10.移撥資源不足核實申報費用各分區結餘款BE4= E4×R_102	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.移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)結餘款E5(說明3)					0	0

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
12.移撥牙周病整合照護計畫(第3階段)各分區結餘款 BE5= E5×R_102	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
13.移撥點值低獎勵計畫結餘款(E6)(說明7)					0	0
14.移撥點值低獎勵計畫各分區結餘款 (BE6=E6×R_102)	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
15.調整後各季分區一般服務預算總額 (BD2)=(BD1)－(BH)－(BI)＋(T)＋(BE4)＋(BE5)＋(BE6)	臺北分區	3,093,001,154	3,317,926,358	3,500,366,740	3,554,918,231	13,466,212,483
	北區分區	1,316,036,733	1,411,739,843	1,489,366,146	1,512,577,184	5,729,719,906
	中區分區	1,537,171,602	1,648,955,794	1,739,625,716	1,766,736,927	6,692,490,039
	南區分區	1,122,125,170	1,203,726,896	1,269,915,343	1,289,706,348	4,885,473,757
	高屏分區	1,212,312,311	1,300,472,509	1,371,980,637	1,393,362,279	5,278,127,736
	東區分區	177,958,229	190,899,476	201,396,325	204,534,989	774,789,019
	小計	8,458,605,199	9,073,720,876	9,572,650,907	9,721,835,958	36,826,812,940

說明：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「104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3.051億元，其中2.446億元由104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0.605億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以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，則由一般服務預算支付；年度若有結餘，則回歸一般服務總額。

4. 依據「104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。

5. 103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1季一般預算。

6. 依據「104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」第二項「 牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」規定，有關「核實申報(加成前點數)」費用，由牙醫總額一般服務部門預算項下移撥2億元，預算按季均分，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。至第4季結算後，若預算有餘額，餘額回歸一般服務部門。

7. 依據「104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」第三項「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」規定，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，則依102年第4季人口風險因子(R值)分配回歸一般服務費用總額。

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	2,902,037,239(BF)	0.85127906	----------	28,227,171	1,167,459
	2-北區分區	258,278,766	0.85127906	219,867,305	2,108,784	
	3-中區分區	159,878,870	0.85127906	136,101,534	1,356,298	
	4-南區分區	95,377,364	0.85127906	81,192,753	876,368	
	5-高屏分區	131,189,392	0.85127906	111,678,782	923,178	
	6-東區分區	18,456,675	0.85127906	15,711,781	241,098	
	7-合計	3,565,218,306(GF)		564,552,155(AF)	33,732,897(BG)	1,167,459(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	165,252,372	0.96240476	159,039,669	1,757,825	
	2-北區分區	1,082,537,770(BF)	0.96240476	----------	8,412,154	588,477
	3-中區分區	65,244,961	0.96240476	62,792,061	565,454	
	4-南區分區	39,864,291	0.96240476	38,365,583	315,610	
	5-高屏分區	25,491,566	0.96240476	24,533,204	193,917	
	6-東區分區	3,285,262	0.96240476	3,161,752	46,040	
	7-合計	1,381,676,222(GF)		287,892,269(AF)	11,291,000(BG)	588,477(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	57,292,416	0.90812385	52,028,609	637,746	
	2-北區分區	31,466,409	0.90812385	28,575,396	236,524	
	3-中區分區	1,536,796,616(BF)	0.90812385	----------	9,226,947	288,463
	4-南區分區	35,551,002	0.90812385	32,284,713	360,654	
	5-高屏分區	24,772,733	0.90812385	22,496,710	183,323	
	6-東區分區	2,621,889	0.90812385	2,381,000	35,856	
	7-合計	1,688,501,065(GF)		137,766,428(AF)	10,681,050(BG)	288,463(BJ)

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	54,042,434	0.93016959	50,268,629	625,724	
	2-北區分區	18,995,925	0.93016959	17,669,432	160,407	
	3-中區分區	51,010,868	0.93016959	47,448,758	508,158	
	4-南區分區	1,015,316,652(BF)	0.93016959	----------	10,838,843	413,032
	5-高屏分區	55,447,584	0.93016959	51,575,656	434,586	
	6-東區分區	1,718,672	0.93016959	1,598,656	25,103	
	7-合計	1,196,532,135(GF)		168,561,131(AF)	12,592,821(BG)	413,032(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	34,355,719	0.90406897	31,059,939	359,586	
	2-北區分區	13,229,080	0.90406897	11,960,001	115,667	
	3-中區分區	24,294,876	0.90406897	21,964,244	234,648	
	4-南區分區	51,988,997	0.90406897	47,001,639	522,999	
	5-高屏分區	1,227,884,372(BF)	0.90406897	----------	9,767,060	154,772
	6-東區分區	2,826,841	0.90406897	2,555,659	35,985	
	7-合計	1,354,579,885(GF)		114,541,482(AF)	11,035,945(BG)	154,772(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	12,145,602	1.04832092	12,732,489	197,078	
	2-北區分區	4,022,199	1.04832092	4,216,555	42,584	
	3-中區分區	4,106,685	1.04832092	4,305,124	40,361	
	4-南區分區	3,094,440	1.04832092	3,243,966	32,758	
	5-高屏分區	5,401,961	1.04832092	5,662,989	121,654	
	6-東區分區	140,260,962(BF)	1.04832092	----------	1,944,309	45,175
	7-合計	169,031,849(GF)		30,161,123(AF)	2,378,744(BG)	45,175(BJ)

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	＝[3,317,926,358	－	564,552,155－	33,732,897－	1,167,459]／	2,902,037,239＝	0.93674671
北區分區	＝[1,411,739,843	－	287,892,269－	11,291,000－	588,477]／	1,082,537,770＝	1.02718642
中區分區	＝[1,648,955,794	－	137,766,428－	10,681,050－	288,463]／	1,536,796,616＝	0.97619935
南區分區	＝[1,203,726,896	－	168,561,131－	12,592,821－	413,032]／	1,015,316,652＝	1.00674003
高屏分區	＝[1,300,472,509	－	114,541,482－	11,035,945－	154,772]／	1,227,884,372＝	0.95671900
東區分區	＝[190,899,476	－	30,161,123－	2,378,744－	45,175]／	140,260,962＝	1.12871345

3.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)

＝[9,073,720,876　－ 81,712,457－ 2,657,378]／ 9,355,539,462＝ 0.96085865

4.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	＝[3,317,926,358	]／[	3,565,218,306＋	33,732,897＋	1,167,459	]＝	0.92161583
北區分區	＝[1,411,739,843	]／[	1,381,676,222＋	11,291,000＋	588,477	]＝	1.01304874
中區分區	＝[1,648,955,794	]／[	1,688,501,065＋	10,681,050＋	288,463	]＝	0.97027616
南區分區	＝[1,203,726,896	]／[	1,196,532,135＋	12,592,821＋	413,032	]＝	0.99519561
高屏分區	＝[1,300,472,509	]／[	1,354,579,885＋	11,035,945＋	154,772	]＝	0.95218956
東區分區	＝[190,899,476	]／[	169,031,849＋	2,378,744＋	45,175	]＝	1.11340364

5.全區平均點值

＝[9,073,720,876　]／[9,355,539,462＋ 81,712,457＋ 2,657,378]＝ 0.96120848

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]
＝[9,073,720,876＋462,847,855＋ 54,451,674＋ 53,258,517＋ 19,957,818]
／[9,355,539,462＋ 81,712,457＋ 2,657,378＋450,489,169＋ 52,896,211]＝ 0.97193506

註：專款專用暫結金額＝牙醫特殊服務暫結金額＋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)暫結金額(含一般服務部門支應之不足款)(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
＝ 108,391,178＋ 68,332,079＋ 210,999,433＋ 75,125,165
＝ 462,847,855

五、說明

1.本季結算費用年月包括:
費用年月104/03(含)以前:於104/07/01～104/09/30期間核付者。
費用年月104/04～104/06:於104/04/01～104/09/30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。

3.本季分區無保留款。