

一、牙醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第4季調整後牙醫一般服務醫療給付費用

$$\begin{aligned}
&= 108年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(加總D2) - 108年第1~3季依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額合計 \\
&= 40,958,994,254 - 9,738,505,907 - 10,115,856,617 - 10,503,475,745 \\
&= 10,601,155,985
\end{aligned}$$

註：依據107年11月20日「牙醫門診總額研商議事會議」107年度第4次會議決定，108年度牙醫門診總額預算四季重分配採「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23.776233%、第二季24.697522%、第三季25.643881%、第四季25.882364%。108年牙醫門診總額一般服務各分區預算，將援例依各分區106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。

108年全年牙醫一般服務醫療給付費用總額預算為 40,958,994,254元：

1. 108年第1季調整後預算 9,738,505,907元 = 加總各分區 [ 108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106年人口風險因子(R<sub>106</sub>) × Ra ]。
2. 108年第2季調整後預算 10,115,856,617元 = 加總各分區 [ 108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106年人口風險因子(R<sub>106</sub>) × Ra ]。
3. 108年第3季調整後預算 10,503,475,745元 = 加總各分區 [ 108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106年人口風險因子(R<sub>106</sub>) × Ra ]。
4. 108年第4季調整後預算 = 108年全年預算數 - 108年第1季調整後預算 - 108年第2季調整後預算 - 108年第3季調整後預算  

$$\begin{aligned}
&= 40,958,994,254 - 9,738,505,907 - 10,115,856,617 - 10,503,475,745 \\
&= 10,601,155,985元。
\end{aligned}$$

5. 計算過程詳本表頁次19：「三、一般服務費用總額」。

(二)108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

	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	105年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	107年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+1.706%)	106年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B2)	107年 違反特管 辦法之扣 款(註2) (B3)	108年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G1) =(G0+B2+B3)× (1+8.276%)	106年編列 之品質保證 保留款預算 (C1)	108年5項 一般服務 移撥專用 費用 (F)	108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	支應牙醫特 殊醫療服務 計畫預算 不足款 (I)
第1季	9,144,649,899	25,790,150	9,326,887,756	20,655,046	1,241,777	10,122,489,991	26,806,674	718,050,000	9,377,633,317	0
第2季	9,798,628,500	22,522,872	9,988,700,214	27,628,976	1,241,777	10,846,625,140	28,723,750	718,050,000	10,099,851,390	0
第3季	10,517,857,752	41,717,192	10,739,721,293	15,620,224	1,241,777	11,646,798,127	30,832,102	718,050,000	10,897,916,025	0
第4季	10,240,849,705	15,432,842	10,431,254,727	33,039,351	1,241,776	11,331,663,601	30,020,079	718,050,000	10,583,593,522	0
合計	39,701,985,856	105,463,056	40,486,563,990	96,943,597	4,967,107	43,947,576,859	116,382,605	2,872,200,000	40,958,994,254	0

註：

- 107年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0)  
= (106年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(A1) + 105年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1 + 1.706%)。
- 108年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G1)  
= (107年調整前各季牙醫門診一般服務醫療給付費用總額(G0) + 106年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)) + 前1年度(107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(B3) × (1 + 8.276%)。  
※一般服務成長率為8.276%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.187%，協商因素成長率8.089%。  
※108年牙醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 4,967,107元，按季均分。
- 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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107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107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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。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108年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。
- 108年5項一般服務移撥專用費用(F)：依據107年12月4日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議107年度第1次臨時會議決定辦理。108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28.722億元，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0.8億元支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」。
  - (3)移撥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)移撥0.5億元支應「牙醫特殊醫療服務計畫」。
  - (5)移撥25.272億元支應「牙周病統合治療方案(原於專款-牙周病統合照護計畫)」：六分區預算按107年1-6月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付P4002C」之申報件數占率分配。
- 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)108年5項一般服務移撥專用費用

全年預算2,872,200,000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弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫

全年預算： 80,000,000元

全年結算家數： 157

全年支用點數： 114,110,980

$$\text{浮動點值} = \text{全年預算} / \text{全年支用點數} = 80,000,000 / 114,110,980 = 0.70107189$$
$$\text{結算金額} = \text{浮動點值} \times \text{全年支用點數} = 0.70107189 \times 114,110,980 = 79,999,999$$
$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 80,000,000 - 79,999,999 = 1(E6) \text{ (四捨五入之差值，無結餘款回歸一般服務)}$$

註：依據「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，本預算按年結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。  
全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依106年第4季人口風險因子(R值)分配至各區。

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	2,053(J6)	暫結金額	2,053(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	22,854,285(J7)	暫結金額	23,267,227(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	6,144(J11)	暫結金額	6,144(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	12,925,104(J12)	暫結金額	13,147,068(J22)
(3)小計	加成前點數	35,787,586(J19)	暫結金額	36,422,492(J29)

暫結金額 = 36,422,492

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 13,577,508

第2季:

第2季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 13,577,508= 63,577,508

(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	5,046(K6)	暫結金額	5,046(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	39,919,511(K7)	暫結金額	40,827,505(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	3,476(K11)	暫結金額	3,476(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	12,944,726(K12)	暫結金額	13,234,858(K22)
(3)小計	加成前點數	52,872,759(K19)	暫結金額	54,070,885(K29)

暫結金額 = 54,070,885

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 9,506,623

第3季:

第3季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 9,506,623= 59,506,623

(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	1,486(L6)	暫結金額	1,486(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	13,710,853(L7)	暫結金額	13,921,008(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	10,352(L11)	暫結金額	10,352(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	15,377,930(L12)	暫結金額	15,672,327(L22)
(3)小計	加成前點數	29,100,621(L19)	暫結金額	29,605,173(L29)

暫結金額 = 29,605,173

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 29,901,450

第4季：

第4季預算=當季預算+前一季未支用金額= 200,000,000/4 + 29,901,450= 79,901,450

(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	1,791(M6)	暫結金額	1,791(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	43,611,584(M7)	暫結金額	44,778,766(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	9,192(M11)	暫結金額	9,192(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	15,082,917(M12)	暫結金額	15,413,074(M22)
(3)小計	加成前點數	58,705,484(M19)	暫結金額	60,202,823(M29)

暫結金額 = 60,202,823

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = 19,698,627

全年合計：

全年預算=200,000,000

(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	10,376(N6)	暫結金額	10,376(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	120,096,233(N7)	暫結金額	122,794,506(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	29,164(N11)	暫結金額	29,164(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	56,330,677(N12)	暫結金額	57,467,327(N22)
(3)小計	加成前點數	176,466,450(N19)	暫結金額	180,301,373(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)  
 = 36,422,492 + 54,070,885 + 29,605,173 + 60,202,823  
 = 180,301,373

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 19,698,627(E4)(第4季結餘款回歸一般服務)

註：依據「108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，加成前點數由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥200百萬元支應。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200百萬元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

4. 移撥支應「牙醫特殊醫療服務計畫」專款0.5億元。專款支用情形，請詳見本表二、專款項目費用。

註：依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫全年經費為5.84億元，5.34億元由108年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。

5. 移撥25.272億元支應「牙周病統合治療方案(原專款-牙周病統合照護計畫)」：

六分區預算按107年1-6月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付P4002C」之申報件數占率分配。移撥過程請詳見本表三、一般服務費用總額。

## 二、專款項目費用

(一)牙醫特殊服務全年預算 = 584,000,000

(5.34億元由108年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。)

第1季：預算 = 584,000,000/4 = 146,000,000

	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：	5,578,229(V01)	5,577,716(VF01)	513(VN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	15,499,331(V02)	14,593,079(VF02)	906,252(VN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	23,818,356(V03)	22,760,020(VF03)	1,058,336(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：	21,481,448(V04)	20,830,032(VF04)	651,416(VN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	7,965,044(V05)	7,698,289(VF05)	266,755(VN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	689,552(V06)	616,567(VF06)	72,985(VN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,909,765(V07)	9,909,388(VF07)	377(VN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,489,349(V08)	10,488,782(VF08)	567(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：	13,012,554(V09)	13,011,019(VF09)	1,535(VN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	812,816(V10)	812,766(VF10)	50(VN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	74,418(V11)	74,418(VF11)	0(VN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	954,497(V12)	954,497(VF12)	0(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)：	13,795,200(V13)	13,795,200(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：	289,494(V14)	289,494(VF14)	0(VN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	12,652(V15)	12,652(VF15)	0(VN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	169,100(V16)	169,100(VF16)	0(VN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V17)	0(VF17)	0(VN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,986(V18)	12,986(VF18)	0(VN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	25,584(V19)	25,584(VF19)	0(VN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(V20)	0(VF20)	0(VN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(V21)	0(VF21)	0(VN21)
(99)合計	124,590,375(V99)	121,631,589(VF99)	2,958,786(VN99)
暫結金額		未支用金額	
= 1元/點×已支用點數 = 124,590,375		= 第1季預算 - 暫結金額 = 21,409,625	

第2季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 584,000,000/4+ 21,409,625= 167,409,625

	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：	5,281,701(W01)	5,281,357(WF01)	344(WN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	16,721,322(W02)	15,843,640(WF02)	877,682(WN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	26,038,651(W03)	24,790,846(WF03)	1,247,805(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：	23,728,931(W04)	23,024,556(WF04)	704,375(WN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	8,868,657(W05)	8,514,278(WF05)	354,379(WN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	794,485(W06)	703,841(WF06)	90,644(WN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,273,590(W07)	11,273,180(WF07)	410(WN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,456,062(W08)	12,455,738(WF08)	324(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：	14,499,094(W09)	14,496,984(WF09)	2,110(WN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,024,263(W10)	1,024,218(WF10)	45(WN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	107,485(W11)	107,485(WF11)	0(WN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	849,979(W12)	849,979(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)：	15,712,590(W13)	15,712,590(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：	298,314(W14)	298,314(WF14)	0(WN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	5,074(W15)	5,074(WF15)	0(WN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	171,000(W16)	171,000(WF16)	0(WN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(W17)	0(WF17)	0(WN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,544(W18)	17,544(WF18)	0(WN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	5,577(W19)	5,577(WF19)	0(WN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,837(W20)	1,837(WF20)	0(WN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(W21)	0(WF21)	0(WN21)
(99)合計	137,856,156(W99)	134,578,038(WF99)	3,278,118(WN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數= 137,856,156	= 第2季預算 - 暫結金額= 29,553,469		

第3季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 584,000,000/4+ 29,553,469= 175,553,469

	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：	6,498,246(X01)	6,497,877(XF01)	369(XN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	17,209,248(X02)	16,402,276(XF02)	806,972(XN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	25,770,189(X03)	24,657,389(XF03)	1,112,800(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：	23,848,331(X04)	22,937,597(XF04)	910,734(XN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,293,484(X05)	8,970,283(XF05)	323,201(XN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	843,972(X06)	758,267(XF06)	85,705(XN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,642,698(X07)	9,642,382(XF07)	316(XN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	9,881,141(X08)	9,880,752(XF08)	389(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：	12,987,214(X09)	12,985,968(XF09)	1,246(XN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	577,887(X10)	577,876(XF10)	11(XN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	56,853(X11)	56,853(XF11)	0(XN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	901,680(X12)	901,680(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)：	13,656,000(X13)	13,656,000(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：	276,041(X14)	276,041(XF14)	0(XN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	6,359(X15)	6,359(XF15)	0(XN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	216,600(X16)	216,600(XF16)	0(XN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X17)	0(XF17)	0(XN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	46,767(X18)	46,767(XF18)	0(XN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	5,304(X19)	5,304(XF19)	0(XN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	0(X20)	0(XF20)	0(XN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(X21)	0(XF21)	0(XN21)
(99)合計	131,718,014(X99)	128,476,271(XF99)	3,241,743(XN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數= 131,718,014	= 第3季預算 - 暫結金額= 43,835,455		



=====  
第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 584,000,000/4+ 43,835,455= 189,835,455

	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：	4,763,468(Y01)	4,763,087(YF01)	381(YN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	18,883,971(Y02)	17,898,594(YF02)	985,377(YN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	27,851,797(Y03)	26,663,359(YF03)	1,188,438(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：	25,716,727(Y04)	24,969,865(YF04)	746,862(YN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	10,319,095(Y05)	9,881,077(YF05)	438,018(YN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	878,997(Y06)	786,502(YF06)	92,495(YN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	11,663,508(Y07)	11,663,148(YF07)	360(YN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	12,378,000(Y08)	12,377,896(YF08)	104(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：	15,997,338(Y09)	15,995,455(YF09)	1,883(YN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,059,032(Y10)	1,059,032(YF10)	0(YN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	78,520(Y11)	78,520(YF11)	0(YN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	981,168(Y12)	981,168(YF12)	0(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)：	16,135,200(Y13)	16,135,200(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：	116,983(Y14)	116,983(YF14)	0(YN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	3,415(Y15)	3,415(YF15)	0(YN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	193,800(Y16)	193,800(YF16)	0(YN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,161(Y17)	4,161(YF17)	0(YN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	40,154(Y18)	40,154(YF18)	0(YN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	18,499(Y19)	18,499(YF19)	0(YN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	1,520(Y20)	1,520(YF20)	0(YN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Y21)	0(YF21)	0(YN21)
(99)合計	147,085,353(Y99)	143,631,435(YF99)	3,453,918(YN99)
暫結金額	未支用金額		
= 1元/點×已支用點數= 147,085,353	= 第4季預算 - 暫結金額= 42,750,102		

全年合計：全年預算 = 584,000,000

	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：	22,121,644(Z01)	22,120,037(ZF01)	1,607(ZN01)
(2)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	68,313,872(Z02)	64,737,589(ZF02)	3,576,283(ZN02)
(3)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	103,478,993(Z03)	98,871,614(ZF03)	4,607,379(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：	94,775,437(Z04)	91,762,050(ZF04)	3,013,387(ZN04)
(5)輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	36,446,280(Z05)	35,063,927(ZF05)	1,382,353(ZN05)
(6)發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	3,207,006(Z06)	2,865,177(ZF06)	341,829(ZN06)
(7)醫療團極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	42,489,561(Z07)	42,488,098(ZF07)	1,463(ZN07)
(8)醫療團重度身心障礙者牙醫醫療服務：	45,204,552(Z08)	45,203,168(ZF08)	1,384(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：	56,496,200(Z09)	56,489,426(ZF09)	6,774(ZN09)
(10)醫療團輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,473,998(Z10)	3,473,892(ZF10)	106(ZN10)
(11)醫療團發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	317,276(Z11)	317,276(ZF11)	0(ZN11)
(12)醫療團失能老人牙醫醫療服務：	3,687,324(Z12)	3,687,324(ZF12)	0(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)：	59,298,990(Z13)	59,298,990(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：	980,832(Z14)	980,832(ZF14)	0(ZN14)
(15)醫療團特定需求者重度身心障礙牙醫醫療服務：	27,500(Z15)	27,500(ZF15)	0(ZN15)
(16)醫療團特定需求者(論次)：	750,500(Z16)	750,500(ZF16)	0(ZN16)
(17)醫療團社區醫療站極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	4,161(Z17)	4,161(ZF17)	0(ZN17)
(18)醫療團社區醫療站重度身心障礙者牙醫醫療服務：	117,451(Z18)	117,451(ZF18)	0(ZN18)
(19)醫療團社區醫療站中度身心障礙暨中度以上精神疾病者牙醫醫療服務：	54,964(Z19)	54,964(ZF19)	0(ZN19)
(20)醫療團社區醫療站輕度身心障礙者牙醫醫療服務：	3,357(Z20)	3,357(ZF20)	0(ZN20)
(21)醫療團社區醫療站發展遲緩兒童牙醫醫療服務：	0(Z21)	0(ZF21)	0(ZN21)
(99)合計	541,249,898(Z99)	528,317,333(ZF99)	12,932,565(ZN99)

全年預算 = 584,000,000

全年已支用點數 = 第1-4季已支用點數

$$= 124,590,375 + 137,856,156 + 131,718,014 + 147,085,353 = 541,249,898$$

$$\text{全年已結算金額} = 124,590,375 + 137,856,156 + 131,718,014 + 147,085,353 = 541,249,898$$

$$\text{全年由一般服務部門支應之預算} = 0$$

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

$$= 584,000,000 - (541,249,898 - 0)$$

$$= 584,000,000 - 541,249,898$$

$$= 42,750,102(E5)(\text{第4季結餘款回歸一般服務，以0.5億元為限})$$

註：

依據「108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；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區；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	13,592,498(J0)	收入	22,195,514(J1)
執業服務之「論次給付」(論次)J2:			已支用點數	4,341,100(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	2,053(J6)	加成已支用點數	412(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	22,854,285(J7)	加成已支用點數	4,571,488(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	24,803,200(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	6,144(J11)	加成已支用點數	2,001(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	12,925,104(J12)	加成已支用點數	2,682,584(J9)
(5) 小計已支用點數 (J0+J2+J3+J4+J5+J8+J9+J13+J14):				49,993,283(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)

= 58,596,299

## 未支用金額

= 第1季預算 - 暫結金額

= 11,403,701

※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)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= 280,000,000/4 + 11,403,701= 81,403,701

(1) 執業服務之「定額給付」(論量)K1：	點數	14,175,325(K0)	收入	22,998,927(K1)
執業服務之「論次給付」(論次)K2：			已支用點數	5,054,550(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	5,046(K6)	加成已支用點數	1,232(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	39,919,511(K7)	加成已支用點數	8,034,895(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	29,845,700(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	3,476(K11)	加成已支用點數	1,266(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	12,944,726(K12)	加成已支用點數	2,647,991(K9)
(5) 小計已支用點數 (K0+K2+K3+K4+K5+K8+K9+K13+K14)：				59,760,959(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)  
= 68,584,561

未支用金額

= 第2季預算 - 暫結金額  
= 12,819,140

※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)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= 280,000,000/4 + 12,819,140= 82,819,140

	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)L1：	13,773,982(L0)	22,937,508(L1)
執業服務之「論次給付」(論次)L2：		已支用點數 3,828,300(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 1,486(L6)	加成已支用點數 301(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 13,710,853(L7)	加成已支用點數 2,746,648(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 21,947,300(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 10,352(L11)	加成已支用點數 2,065(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 15,377,930(L12)	加成已支用點數 3,074,620(L9)
(5) 小計已支用點數 (L0+L2+L3+L4+L5+L8+L9+L13+L14)：		45,373,216(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)

= 54,536,742

## 未支用金額

= 第3季預算 - 暫結金額

= 28,282,398

※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)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= 280,000,000/4 + 28,282,398= 98,282,398

(1) 執業服務之「定額給付」(論量)M1：	點數	14,640,368(M0)	收入	23,337,195(M1)
執業服務之「論次給付」(論次)M2：			已支用點數	5,255,460(M2)
執業計畫診所之品質獎勵費用M13：			已支用點數	4,193,700(M13)(傳票日期:109/04/24前核付)
(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	1,791(M6)	加成已支用點數	358(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	43,611,584(M7)	加成已支用點數	8,734,130(M4)
巡迴計畫之品質獎勵費用M14：			已支用點數	1,657,905(M14)(傳票日期:109/04/24前核付)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)M5：			已支用點數	30,983,200(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	9,192(M11)	加成已支用點數	1,839(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	15,082,917(M12)	加成已支用點數	3,018,303(M9)
(5) 小計已支用點數 (M0+M2+M3+M4+M5+M8+M9+M13+M14)：				68,485,263(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)

= 77,182,090

未支用金額

= 第4季預算 - 暫結金額

= 21,100,308

※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)由一般服務預算項下移撥支應。

## 全年合計：

全年預算=280,000,000

項目	點數	收入
(1) 執業服務之「定額給付」(論量)N1：	56,182,173(N0)	91,469,144(N1)
執業服務之「論次給付」(論次)N2：		已支用點數 18,479,410(N2)
執業計畫診所之品質獎勵費用N13：		已支用點數 4,193,700(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 10,376(N6)	加成已支用點數 2,303(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 120,096,233(N7)	加成已支用點數 24,087,161(N4)
巡迴計畫之品質獎勵費用N14：		已支用點數 1,657,905(N14)
(3) 巡迴服務之「論次給付」(論次)N5：		已支用點數 107,579,400(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 29,164(N11)	加成已支用點數 7,171(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 56,330,677(N12)	加成已支用點數 11,423,498(N9)
(5) 小計已支用點數 (N0+N2+N3+N4+N5+N8+N9+N13+N14)：		223,612,721(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)  
= 58,596,299 + 68,584,561 + 54,536,742 + 77,182,090 = 258,899,692

全年未支用金額 = 全年預算 - 全年已暫結金額 = 21,100,308

※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)由一般服務預算項下移撥支應。

## 註：

- 依據「108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，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 社區醫療站牙醫醫療服務：依據「108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」，社區醫療站提供屬牙周病統合案件或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。
- 有關社區醫療站提供屬牙周病統合案件或牙醫特殊計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務者，其論次支付點數結算併同(3)巡迴服務之「論次給付」(論次)。

## (三)居家牙醫醫療服務(原到宅牙醫醫療服務)(由其他預算支應)

第1季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,033,606(P1)	1,033,528(PF1)	78(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,221,739(P2)	1,221,697(PF2)	42(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務:	87,272(P3)	87,272(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務:	275,220(P4)	275,220(PF4)	0(PN4)
(9)合計	2,617,837(P9)	2,617,717(PF9)	120(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第1季已支用點數 = 2,617,837			
第2季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,385,032(P1)	1,385,032(PF1)	0(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,218,021(P2)	1,218,021(PF2)	0(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務:	106,167(P3)	106,167(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務:	380,856(P4)	380,856(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務:	0(P5)	0(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務:	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	3,090,076(P9)	3,090,076(PF9)	0(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第2季已支用點數 = 3,090,076			
第3季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,516,853(P1)	1,516,853(PF1)	0(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,481,243(P2)	1,481,243(PF2)	0(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務:	130,589(P3)	130,589(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務:	385,522(P4)	385,522(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務:	22,800(P5)	22,800(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務:	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	3,537,007(P9)	3,537,007(PF9)	0(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第3季已支用點數 = 3,537,007			
第4季:	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,607,449(P1)	1,607,449(PF1)	0(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務:	1,639,741(P2)	1,639,741(PF2)	0(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務:	125,803(P3)	125,803(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務:	425,567(P4)	425,567(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務:	64,253(P5)	64,253(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務:	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	3,862,813(P9)	3,862,813(PF9)	0(PN9)
暫結金額 = 1元/點×第4季已支用點數 = 3,862,813			



全年合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)極重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,542,940(P1)	5,542,862(PF1)	78(PN1)
(2)重度身心障礙者牙醫醫療服務：	5,560,744(P2)	5,560,702(PF2)	42(PN2)
(3)中度身心障礙牙醫醫療服務：	449,831(P3)	449,831(PF3)	0(PN3)
(4)失能老人牙醫醫療服務：	1,467,165(P4)	1,467,165(PF4)	0(PN4)
(5)居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段牙醫醫療服務：	87,053(P5)	87,053(PF5)	0(PN5)
(6)出院準備牙醫醫療服務：	0(P6)	0(PF6)	0(PN6)
(9)合計	13,107,733(P9)	13,107,613(PF9)	120(PN9)
暫結金額 = 第1-4季暫結點數			
= 2,617,837 + 3,090,076 + 3,537,007 + 3,862,813 =	13,107,733		

註：

- 依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之到宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下支應。
- 依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」略以，到宅牙醫醫療服務自108年6月起適用「108年全民健保險居家醫療照護整合計畫」。

(四)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}
 &= 106年編列之品質保證保留款預算 + 108年編列之品質保證保留款預算 \\
 &= (105年1-4季牙醫一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口預估成長率差值) \times 106年品質保證保留款成長率(0.30\%) + 119,100,000 \\
 &= (8,887,743,719 + 47,814,126) \times 0.30\% + (9,536,674,173 + 37,909,079) \times 0.30\% + (10,232,725,814 + 44,641,542) \times 0.30\% \\
 &\quad + (9,977,436,416 + 29,256,671) \times 0.30\% + 119,100,000 \\
 &= 26,806,674 + 28,723,750 + 30,832,102 + 30,020,079 + 119,100,000 \\
 &= 235,482,605
 \end{aligned}$$

(五)網路頻寬補助費用

全年預算 = 136百萬元

第1季已支用點數：24,334,246  
 第2季已支用點數：28,602,637  
 第3季已支用點數：30,366,496  
 第4季已支用點數：31,200,173(傳票日期:109/04/24前核付)  
 全年已支用點數：114,503,552

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1元/點 \times \text{已支用點數} = 114,503,552 \\
 \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 136,000,000 - 114,503,552 = 21,496,448
 \end{aligned}$$

## 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% × 106年各季人口風險因子(R\_106)(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. 108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)		9,377,633,317	10,099,851,390	10,897,916,025	10,583,593,522	40,958,994,254
2. 106年人口風險因子(R_106)	臺北分區	0.36903	0.36941	0.36886	0.36923	
	北區分區	0.15828	0.15866	0.15926	0.15981	
	中區分區	0.18101	0.18093	0.18178	0.18155	
	南區分區	0.13023	0.13000	0.12962	0.12937	
	高屏分區	0.14108	0.14075	0.14022	0.13993	
	東區分區	0.02037	0.02025	0.02026	0.02011	
		(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_106)(說明1、2)	臺北分區	3,460,628,023	3,730,986,102	4,019,805,305	3,907,780,236	15,119,199,666
	北區分區	1,484,291,801	1,602,442,422	1,735,602,106	1,691,364,081	6,513,700,410
	中區分區	1,697,445,407	1,827,366,112	1,981,023,175	1,921,451,404	7,427,286,098
	南區分區	1,221,249,187	1,312,980,681	1,412,587,875	1,369,199,494	5,316,017,237
	高屏分區	1,322,996,508	1,421,554,083	1,528,105,785	1,480,962,242	5,753,618,618
	東區分區	191,022,391	204,521,990	220,791,779	212,836,065	829,172,225
	小計	9,377,633,317	10,099,851,390	10,897,916,025	10,583,593,522	40,958,994,254

## (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) $\times$ Rax R\_106](四捨五入至整數位)+各分區支應牙周病統合治療方案移撥款(BH)-各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫預算不足款(BI)+107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)+移撥牙醫特殊醫療服務計畫各分區結餘款(BE5)+移撥弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫各分區結餘款(BE6)

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)		23.776233%	24.697522%	25.643881%	25.882364%	100%
2. 106年人口風險因子(R_106)	臺北分區	0.36903	0.36941	0.36886	0.36923	
	北區分區	0.15828	0.15866	0.15926	0.15981	
	中區分區	0.18101	0.18093	0.18178	0.18155	
	南區分區	0.13023	0.13000	0.12962	0.12937	
	高屏分區	0.14108	0.14075	0.14022	0.13993	
	東區分區	0.02037	0.02025	0.02026	0.02011	
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) $\times$ Ra $\times$ R_106		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(說明2)(加總BD1)
	臺北分區	3,593,800,835	3,736,898,593	3,874,312,063	3,914,188,175	15,119,199,666
	北區分區	1,541,410,715	1,604,981,811	1,672,783,547	1,694,524,337	6,513,700,410
	中區分區	1,762,766,954	1,830,261,938	1,909,321,821	1,924,935,385	7,427,286,098
	南區分區	1,268,245,624	1,315,061,360	1,361,460,526	1,371,249,727	5,316,017,237
	高屏分區	1,373,908,414	1,423,806,819	1,472,797,369	1,483,106,016	5,753,618,618
	東區分區	198,373,365	204,846,096	212,800,419	213,152,345	829,172,225
	小計	9,738,505,907	10,115,856,617	10,503,475,745	10,601,155,985	40,958,994,254
4. 移撥牙周病統合治療方案 (H)(說明3)		631,800,000	631,800,000	631,800,000	631,800,000	2,527,200,000

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區107年1-6月牙周病統合性治療 第二階段支付P4002C申報件數占率 (Ha_107) (說明3)	臺北分區	0.35555640	0.35555640	0.35555640	0.35555640	
	北區分區	0.15278792	0.15278792	0.15278792	0.15278792	
	中區分區	0.17519758	0.17519758	0.17519758	0.17519758	
	南區分區	0.12182996	0.12182996	0.12182996	0.12182996	
	高屏分區	0.17076688	0.17076688	0.17076688	0.17076688	
	東區分區	0.02386126	0.02386126	0.02386126	0.02386126	
	合計	100%	100%	100%	100%	
6. 各分區牙周病統合治療方案 移撥款 BH= HxHa_107 (說明3)	臺北分區	224,640,534	224,640,534	224,640,534	224,640,532	898,562,134
	北區分區	96,531,408	96,531,408	96,531,408	96,531,407	386,125,631
	中區分區	110,689,831	110,689,831	110,689,831	110,689,831	442,759,324
	南區分區	76,972,169	76,972,169	76,972,169	76,972,168	307,888,675
	高屏分區	107,890,515	107,890,515	107,890,515	107,890,514	431,562,059
	東區分區	15,075,543	15,075,543	15,075,543	15,075,548	60,302,177
	小計	631,800,000	631,800,000	631,800,000	631,800,000	2,527,200,000
7. 支應牙醫特殊醫療服務計畫預算 不足款(I) (說明4)		0	0	0	0	0
8. 各分區支應牙醫特殊醫療服務計畫 預算不足款 BI= IxR_106	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
9. 107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	-	-	-	-	-

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
10. 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
11. 移撥醫療資源不足核實申報費用結餘款E4(說明7)					19,698,627	19,698,627
12. 移撥資源不足核實申報費用各分區 結餘款BE4= E4×R_106	臺北分區				7,273,324	7,273,324
	北區分區				3,148,038	3,148,038
	中區分區				3,576,286	3,576,286
	南區分區				2,548,411	2,548,411
	高屏分區				2,756,429	2,756,429
	東區分區				396,139	396,139
小計				19,698,627	19,698,627	
13. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫結餘款E5(說明4)					42,750,102	42,750,102
14. 移撥牙醫特殊醫療服務計畫 各分區結餘款 (BE5= E5×R_106)	臺北分區				15,784,620	15,784,620
	北區分區				6,831,894	6,831,894
	中區分區				7,761,281	7,761,281
	南區分區				5,530,581	5,530,581
	高屏分區				5,982,022	5,982,022
	東區分區				859,704	859,704
小計				42,750,102	42,750,102	
15. 移撥弱勢鄉鎮獎勵計畫結餘款(E6)(說明8)					0	0
16. 移撥弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵 計畫各分區結餘款 (BE6=E6×R_106)	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	

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
17. 調整後各季分區一般服務預算總額	臺北分區	3,818,441,369	3,961,539,127	4,098,952,597	4,161,886,651	16,040,819,744
(BD2)=(BD1)+(BH)-(BI)+(T)+	北區分區	1,637,942,123	1,701,513,219	1,769,314,955	1,801,035,676	6,909,805,973
(Z)+(BE4)+(BE5)+(BE6)	中區分區	1,875,956,785	1,943,451,769	2,022,511,652	2,049,462,783	7,891,382,989
	南區分區	1,345,217,793	1,392,033,529	1,438,432,695	1,456,300,887	5,631,984,904
	高屏分區	1,483,048,929	1,532,947,334	1,581,937,884	1,600,984,981	6,198,919,128
	東區分區	213,448,908	219,921,639	227,875,962	229,483,736	890,730,245
	小計	10,374,055,907	10,751,406,617	11,139,025,745	11,299,154,714	43,563,642,983

## 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107年12月4日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議107年度第1次臨時會議決定略以，108年度牙醫門診總額一般服務預算移撥25.272億元支應「牙周病統合治療方案(即原專款牙周病統合照護計畫)」，六分區預算按107年1-6月六分區「牙周病統合性治療第二階段支付P4002C」之申報件數占率分配。為避免牙周病統合方案移撥款各季加總後所產生之數元誤差：東區移撥款為每季預算之合計移撥款減去前五區移撥款；第4季預算則為全年移撥款減去前三季移撥款。
4. 依據「108年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本計畫全年經費為5.84億元，其中5.34億元由108年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應；另0.50億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。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；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.5億元為限，並依106年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區；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. 107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107年12月4日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議107年度第1次臨時會議決定略以，108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「108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200百萬元支應。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106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弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，本預算按年結算，加計點數採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依106年第4季人口風險因子(R值)分配至各區。

## 四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

## 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	3,697,279,421(BF)	0.90649239	-----	29,869,802	338,296
	2-北區分區	356,190,936	0.90649239	322,884,373	2,636,368	
	3-中區分區	206,264,218	0.90649239	186,976,944	1,659,328	
	4-南區分區	125,271,584	0.90649239	113,557,738	1,024,042	
	5-高屏分區	164,653,177	0.90649239	149,256,852	1,098,802	
	6-東區分區	21,961,320	0.90649239	19,907,769	242,229	
	7-合計	4,571,620,656(GF)		792,583,676(AF)	36,530,571(BG)	338,296(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	227,024,175	0.98661154	223,984,671	2,276,350	
	2-北區分區	1,407,723,396(BF)	0.98661154	-----	10,704,900	134,759
	3-中區分區	83,583,057	0.98661154	82,464,009	688,329	
	4-南區分區	51,362,954	0.98661154	50,675,283	377,589	
	5-高屏分區	32,411,343	0.98661154	31,977,405	217,993	
	6-東區分區	4,249,804	0.98661154	4,192,906	50,314	
	7-合計	1,806,354,729(GF)		393,294,274(AF)	14,315,475(BG)	134,759(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	74,103,681	0.97044886	71,913,833	687,139	
	2-北區分區	43,193,116	0.97044886	41,916,710	315,799	
	3-中區分區	1,855,020,245(BF)	0.97044886	-----	13,598,520	106,155
	4-南區分區	44,473,511	0.97044886	43,159,268	424,371	
	5-高屏分區	29,733,617	0.97044886	28,854,955	221,542	
	6-東區分區	2,831,279	0.97044886	2,747,611	33,849	
	7-合計	2,049,355,449(GF)		188,592,377(AF)	15,281,220(BG)	106,155(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	65,936,206	1.00859284	66,502,785	692,021	
	2-北區分區	28,494,275	1.00859284	28,739,122	232,945	
	3-中區分區	62,397,851	1.00859284	62,934,026	543,558	
	4-南區分區	1,229,423,582(BF)	1.00859284	-----	170,608	73,560
	5-高屏分區	67,017,567	1.00859284	67,593,438	517,282	
	6-東區分區	2,720,242	1.00859284	2,743,617	30,580	
	7-合計	1,455,989,723(GF)		228,512,988(AF)	2,186,994(BG)	73,560(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	43,949,296	0.99379137	43,676,431	420,469	
	2-北區分區	18,069,292	0.99379137	17,957,106	147,074	
	3-中區分區	29,142,353	0.99379137	28,961,419	262,986	
	4-南區分區	67,591,476	0.99379137	67,171,826	568,155	
	5-高屏分區	1,435,802,477(BF)	0.99379137	-----	10,822,034	60,666
	6-東區分區	4,121,446	0.99379137	4,095,857	46,415	
	7-合計	1,598,676,340(GF)		161,862,639(AF)	12,267,133(BG)	60,666(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	14,422,854	1.15361305	16,638,393	199,584	
	2-北區分區	5,039,996	1.15361305	5,814,205	50,270	
	3-中區分區	4,540,856	1.15361305	5,238,391	48,254	
	4-南區分區	3,272,783	1.15361305	3,775,525	31,623	
	5-高屏分區	6,360,685	1.15361305	7,337,769	50,878	
	6-東區分區	164,051,481(BF)	1.15361305	-----	1,973,820	13,326
	7-合計	197,688,655(GF)		38,804,283(AF)	2,354,429(BG)	13,326(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) - 緩起訴捐助款)
- 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	=[ 4,161,886,651	- 792,583,676	-( 36,530,571	- 0)	- 338,296]	/ 3,697,279,421	= 0.90132060
北區分區	=[ 1,801,035,676	- 393,294,274	-( 14,315,475	- 0)	- 134,759]	/ 1,407,723,396	= 0.98974782
中區分區	=[ 2,049,462,783	- 188,592,377	-( 15,281,220	- 0)	- 106,155]	/ 1,855,020,245	= 0.99485870
南區分區	=[ 1,456,300,887	- 228,512,988	-( 2,186,994	- 0)	- 73,560]	/ 1,229,423,582	= 0.99683084
高屏分區	=[ 1,600,984,981	- 161,862,639	-( 12,267,133	- 3,443,249)	- 60,666]	/ 1,435,802,477	= 0.99612434
東區分區	=[ 229,483,736	- 38,804,283	-( 2,354,429	- 0)	- 13,326]	/ 164,051,481	= 1.14788173

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) - 緩起訴捐助款)
- 自墊核退點數(BJ)]
- / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [11,299,154,714 - ( 82,935,822 - 3,443,249) - 726,762] / 11,679,685,552 = 0.96055115

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) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	=[ 4,161,886,651	] / [	4,571,620,656	+ 36,530,571	- 0	+ 338,296]	= 0.90309127
北區分區	=[ 1,801,035,676	] / [	1,806,354,729	+ 14,315,475	- 0	+ 134,759]	= 0.98914256
中區分區	=[ 2,049,462,783	] / [	2,049,355,449	+ 15,281,220	- 0	+ 106,155]	= 0.99259954
南區分區	=[ 1,456,300,887	] / [	1,455,989,723	+ 2,186,994	- 0	+ 73,560]	= 0.99866320
高屏分區	=[ 1,600,984,981	] / [	1,598,676,340	+ 12,267,133	- 3,443,249	+ 60,666]	= 0.99590939
東區分區	=[ 229,483,736	] / [	197,688,655	+ 2,354,429	- 0	+ 13,326]	= 1.14709514

5. 一般服務全區平均點值 = [11,299,154,714] / [11,679,685,552 + 82,935,822 - 3,443,249 + 726,762] = 0.96082025

$$\begin{aligned}
& 6. \text{牙醫門診總額平均點值} = \text{加總} [ \text{依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額} (BD2) \\
& \quad + \text{專款專用暫結金額} \\
& \quad + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫金額} ] \\
& \quad / \text{加總} [ \text{一般服務核定浮動點數} (GF) + \text{核定非浮動點數} (BG) - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數} (BJ) \\
& \quad + \text{專款專用已支用點數} (\text{含品質保證保留款}) + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數} ] \\
& = [ 11,299,154,714 + 315,262,695 + 60,202,823 + 80,000,000 ] \\
& / [ 11,679,685,552 + 82,935,822 - 3,443,249 + 726,762 + 306,565,868 + 58,705,484 ] = 0.96943912
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& \text{註：1. 專款專用暫結金額} = \text{牙醫特殊服務結算金額} (\text{含一般服務支應之不足款}) + \text{醫療資源不足地區改善方案支付金額} \\
& \quad + \text{品質保證保留款預算} + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} \\
& = 147,085,353 + 77,182,090 + 59,795,079 + 31,200,173 \\
& = 315,262,695
\end{aligned}$$

$$2. \text{品質保證保留款預算} = 106 \text{年各季品質保證保留款預算} + 108 \text{年品質保證保留款預算} / 4。$$

## 五、說明

### 1. 本季結算費用年月包括：

費用年月108/09(含)以前：於109/01/01~109/03/31期間核付者。

費用年月108/10~108/12：於108/10/01~109/03/31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。