

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

一. 依據:全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 102 年度第 4 次紀錄。

二. 目標值:分區結算平均點值大於 1.15 元部分。

三. 保留款機制:

(一) 依分區別設立保留款,分區保留款由該分區運用。

(二) 以季為結算期,分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。

四. 保留款之運用:

(一) 該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。

(二) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

(三) 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。

五. 保留款運用之計算方式:

(一) 以季為結算期,如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時,則由分區保留款補助該季分區預算,最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。

如保留款不足時,則依該分區院所結算點數,按比例分配。

(二) 於年底結算時,該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區:

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核,則以 3 年內最近一次考核成績為依據,且該院所申報點數較前一年不超過±20%者),其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務,屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目,其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵,餘款則補助論次計酬項目,最多補助到核定金額加成至 5 成;如餘款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(三) 前(一)(二)項分配後,若有餘款,則列入鼓勵全國醫療資源不足區之

醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一般預算。

六、本方案由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

【計算範例】

依據：「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」（以下簡稱本方案）

一、保留款計算方式：

(一) 該分區當季平均點值 >1.15 時，啟動保留款機制。

(二) 該分區保留款=該分區原一般服務預算總額-[$1.15 \times$ 核定點數(含部分負擔)]

[註]核定點數(含部分負擔)：含核定浮動點數、核定非浮動點數及自墊核退點數。

(三) 依據本方案，保留款計算過程如下(假設自該季始保留)：

1. 假設102年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因102年第4季北區及東區分區平均點值 >1.15 ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保業務組別	102年第3季浮動點值	102年第3季平均點值	102年第4季浮動點值	102年第4季平均點值
台北	0.9304	0.9467	0.9555	0.9536
北區	1.1580	1.1448	1.2155	1.1929
中區	0.9545	0.9610	0.9887	0.9869
南區	1.0458	1.0424	1.1148	1.0970
高屏	1.0828	1.0726	1.1225	1.1118
東區	1.1015	1.1012	1.3081	1.2926

2. 計算北區及東區102年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保業務組別	預算總額(BD2)	浮動點數(GF)	非浮動點數(NF1)	自墊核退非浮動點數(NF2)	平均點值	平均點值(修正後)
北區	1,103,938,752	874,538,409	50,922,934	0	1.1929	1.1500
東區	179,410,385	132,059,221	6,735,312	0	1.2926	1.1500
北區保留款=	1,103,938,752 - [1.15 × (874,538,409+50,922,934+0)]				=39,658,208	
東區保留款=	179,410,385 - [1.15 × (132,059,221 + 6,735,312 + 0)]				=19,796,672	

二、保留款之運用：

- (一) 分區季平均點值小於1元：該分區補貼款=1元/點×該分區核定點數(含部分負擔)-該分區原一般服務預算總額。
- (二) 剩餘分區保留款，用於鼓勵以下各項。

1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所：

假設東區經評核優等執業診所甲、乙、丙診所，每月保障額度均為15萬元，某季總額內分別核定點數4萬1千點、13萬點及16萬點。

表 3 執業服務補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)A	核定非浮動點數(含部分負擔)B	該區浮動點值 C	實質收入 D= C×A+1×B	最後結算執業收入 E	依保留款機制每點點值 1.3 元 F	重新計算院所收入 G= F×A+1×B	保留款補付 H=G-E
甲	40,000	1,000	1.1221	45,884	150,000	1.3	53,000	0
乙	120,000	10,000	1.1221	144,652	150,000	1.3	166,000	16,000
丙	140,000	20,000	1.1221	177,094	177,094	1.3	202,000	24,906

[註1]：「最後結算執業收入(E)」：如院所的實質收入(D)小於保障額度，以保障額度計算。

[註2]：「重新計算院所收入」(G)若小於「最後結算執業收入(E)」者，則不再分配保留款。

[註3]：假設東區保留款不足分配，依甲、乙、丙診所各保留款補付比重分攤。

2. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之醫療服務：

假設丁診所某月「核實申報」核定浮動點數5萬點、戊診所「核實申報」核定浮動點數12萬點；該年度該季全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱資源不足改善方案)，該季資源不足改善方案之論量計酬結算浮動點值為0.71111111元，全年資源不足改善方案之結算點值為0.95555555。

- (1) 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數加計 2 成部分之補助款。

表 4 巡迴服務(論量浮動點數加成部分)補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 A	全年資源不足 結算點值 B	依保留款機制每點點值 1.5 元 C	保留款補付 $D=(C-B)*A$
丁	10,000	0.95555555	1.5	5,444
戊	24,000	0.95555555	1.5	13,067

[註]：核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 (A)，為每件加計 2 成之點數(此項由專款預算支應，故使用全年資源不足改善方案之結算點值計算)。

(2) 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數補助款。

表 5 巡迴服務(論量浮動點數)補助試算表

診所	核定浮動點數 (含部分負擔)A	該季資源不足 論量結算 浮動點值 C	依保留款機制每點點值 1.5 元 D	保留款補付 $(D-C)*A$
丁	50,000	0.71111111	1.5	39,445
戊	120,000	0.71111111	1.5	94,668

[註]：核定浮動點數(含部分負擔) (A)為每件加計 2 成前之點數。此項 101 年度起改由一般服務移撥款預算支應，故使用當季結算時資源不足改善方案之論量結算浮動點值計算。

3. 前項分配後若有餘款，則補助「論次計酬」者，最多補助到核定金額加成至5成，如保留款不足分配，依保留款補付比重分攤：

假設本保留款尚有50萬元，各院所該年度「論次計酬」核定金額為48萬元，但因本項分配之補助金額最多補助到核定金額加成至5成， $480,000(\text{元}) \times 50\% = 240,000(\text{元})$

- (三) 前(一)(二)項分配後若有餘款，則補助全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第一季

一般預算，補助至該區第1季平均點值每點1.15元為限。

例：假設前(一)、(二)項分配後尚有保留款餘款 260,000 元(A)，其中 200,000 元來自東區，60,000 元來自北區，列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務。

1. 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務之浮動點數(專款部分)

補助點值=【前(一)(二)項分配後之餘款】/加總全國資源不足之(N2+N4+N5+N9)

(1). 若該區(資源不足改善方案全年結算浮動點值+補助點值)>1，則
實際補助點值=1-資源不足全年結算浮動點值。

(2). 若該區(資源不足改善方案全年結算浮動點值+補助點值)≤1，則
實際補助點值=補助點值。

(3). 分配保留款金額=實際補助點值×[醫療資源不足地區之(N2、N4、N5、N9)點數]

N1：執業服務之「定額給付」(論量)

N2：執業服務之「論次給付」(論次)

N3：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成點數

N4：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成點數

N5：巡迴服務之「論次給付」(論次)

N6：巡迴服務之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數

N7：巡迴服務之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數

N8：社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成點數

N9：社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成點數

N11：社區醫療站之「核實申報加成給付」__藥費(論量)加成前點數

N12：社區醫療站之「核實申報加成給付」__非藥費(論量)加成前點數

假設己診所某月核定浮動點數為12萬點，庚診所某月核定浮動點數為24萬點。

表6 補助全國醫療資源不足區(專款部分)

補助全國 資源不足 之保留款 A	診所	核定浮動點 數 B(註2)	資源不足全 年結算 浮動點值 D	可補助點值 C=A/ΣB	實際補助點 值 E	保留款補付 F= E×B	保留款補付 後餘額 G=A- ΣF
260,000	己	120,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	5,333	244,000
	庚	240,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	10,667	
	小計	360,000				16,000	

[註1]：核定浮動點數，係指論次計酬點數及巡迴浮動論量加計2成部分點數，含部分負擔點數(N2+N4+N5+N9)。

[註2]：可補助點值=260,000/360,000=0.72222222

院所實際補助點值=1-0.95555555=0.04444445

2. 鼓勵全國醫療資源不足地區之醫療服務浮動點數(論量部分)

補助點值=【前(三)1.項保留款補付後餘額(G)】/加總全國醫療資源不足地區之點數(N7+ N12)

(1). 若(各季資源不足改善方案之論量結算浮動點值+補助點值)>1，則實際補助點值=1-各季資源不足論量結算浮動點值。

(2). 若(各季資源不足改善方案之論量結算浮動點值+補助點值)≤1，則實際補助點值=補助點值。

(3). 分配保留款金額=實際補助點值 × [醫療資源不足地區支點數(N7、N12)]

假設本保留款尚餘24.4萬元(A1)，己診所某月核定浮動點數為24萬點，庚診所某季核定浮動點數為36萬點。

表7 補助全國醫療資源不足區(論量部分)

補助全國 資源不足 之保留款 A1	診所	核定浮動點 數B(核 實)(註2)	各季資源不 足論量結算 浮動點值D	可補助點值 C=A1/ΣB	實際補助 點值E	保留款補付 F= E×B	保留款補付 後餘額 G = A1 - ΣF
244,000	己	240,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	2,667	237,333
	庚	360,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	4,000	
	小計	600,000				6,667	

[註1]：上表核定點數含部分負擔(N7+N12)。

[註2]：各診所之保留補付數為各診所逐筆計算。

[註3]：補助點值=244,000/600,000=0.40666666

院所實際補助點值=1-0.98888888=0.01111112

3. 回歸該區次年一般預算

依前項計算後之餘額為237,333元。

因前(一)、(二)項分配後保留款260,000元(A)列入鼓勵全國醫療資

源不足區醫療服務，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區，故回歸各分區次年一般預算分配方式如下：

表8 回歸該區次年一般預算

保留款補付後 餘額 G	分區	餘額 A	餘額占率 $B = A / \Sigma A$	回歸該區次年第1 季一般預算之額度 $C = G \times B$
237,333	北區	60,000	23.076923%	54,769
	東區	200,000	76.923077%	182,564
	小計	260,000	100.00%	237,333

註：餘額 A 為該分區列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務之額度。