

一、門診透析醫療給付費用

115年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 115\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(F0\text{合計}) \times \text{西醫基層第1季預算占率}(c_q1) \\
 &+ 115\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(F1\text{合計}) \times \text{醫院第1季預算占率}(h_q1) \\
 &= (23,354,842,003 \times 24.680302\%) + (25,008,073,068 \times 24.837823\%) \\
 &= 5,764,045,538 + 6,211,460,924 \\
 &= 11,975,506,462
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據115年2月11日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，「115年門診透析四季預算分配」依加總近三年(111-113年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。115年各季預算占率分別如下：
 - (1) 西醫基層：第1季24.680302%、第2季24.985023%、第3季25.257059%、第4季25.077616%。
 - (2) 醫院：第1季24.837823%、第2季25.031672%、第3季25.153069%、第4季24.977436%。
2. 115年度全年門診透析總額(含藥費)費用扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」合計(D12合計)為48,362,915,071元，
 - (1) 115年第1季調整後預算 $11,975,506,462 = 23,354,842,003(F0\text{合計}) \times 24.680302\%(c_q1) + 25,008,073,068(F1\text{合計}) \times 24.837823\%(h_q1)$ 。
 - (2) 115年第2季調整後預算 $12,095,151,470 = 23,354,842,003(F0\text{合計}) \times 24.985023\%(c_q2) + 25,008,073,068(F1\text{合計}) \times 25.031672\%(h_q2)$ 。
 - (3) 115年第3季調整後預算 $12,189,044,098 = 23,354,842,003(F0\text{合計}) \times 25.257059\%(c_q3) + 25,008,073,068(F1\text{合計}) \times 25.153069\%(h_q3)$ 。
 - (4) 115年第4季調整後預算 $12,103,213,041 = 115\text{年全年預算數} - 115\text{年第1季調整後預算} - 115\text{年第2季調整後預算} - 115\text{年第3季調整後預算}$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3508R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/11

115年第1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	114年各季 西醫基層門診 透析服務費 用(含藥費)	114年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費)	115年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費及透析 專款)	115年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費及透析 專款)	115年各季門診 透析合併預算 之醫療給付費用 (含藥費及透析 專款)
	(A1)	(B1)	(G0)=A1 ×(1+3.861%)	(G1)=B1 ×(1+2.209%)	(D1) =G0+G1
第1季	5,355,491,594	5,907,872,660	5,562,267,124	6,038,377,567	11,600,644,691
第2季	5,522,029,754	6,334,862,641	5,735,235,323	6,474,799,757	12,210,035,080
第3季	5,810,879,296	6,186,139,551	6,035,237,346	6,322,791,374	12,358,028,720
第4季	5,999,472,388	6,258,334,367	6,231,112,017	6,396,580,973	12,627,692,990
合計	22,687,873,032	24,687,209,219	23,563,851,810	25,232,549,671	48,796,401,481

項目	115年各季 推動腹膜透析及 居家血液透析 與提升照護 品質專款費用	115年各季 西醫基層推動 腹膜透析及居家 與提升照護 品質專款費用	115年各季 醫院推動 腹膜透析及居家 與提升照護 品質專款費用	115年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費)	115年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費)	115年各季 門診透析 合併預算之 醫療給付費用
	(E)	(E0)=E×P0	(E1)=E×P1	(F0)=G0-E0	(F1)=G1-E1	(D12)=F0+F1
第1季	108,371,603	52,252,452	56,119,151	5,510,014,672	5,982,258,416	11,492,273,088
第2季	108,371,603	52,252,452	56,119,151	5,682,982,871	6,418,680,606	12,101,663,477
第3季	108,371,603	52,252,452	56,119,151	5,982,984,894	6,266,672,223	12,249,657,117
第4季	108,371,601	52,252,451	56,119,150	6,178,859,566	6,340,461,823	12,519,321,389
合計	433,486,410	209,009,807	224,476,603	23,354,842,003	25,008,073,068	48,362,915,071

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3508R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/11

115年第1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：3

項目	支應鼓勵腹膜透析專款 不足款	合計	115年鼓勵腹膜透析專款 剩餘款導入一般服務金額 西醫基層	醫院	115年各季 門診透析合併預算 之醫療給付費用
	(I)	(J)=(J0)+(J1)	(J0)	(J1)	(D2)=D12+J-I
第1季	37,445,736	0	0	0	11,454,827,352
第2季	0	0	0	0	12,101,663,477
第3季	0	0	0	0	12,249,657,117
第4季	0	0	0	0	12,519,321,389
合計	37,445,736	0	0	0	48,325,469,335

註：

- 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，其中433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 115年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費及鼓勵腹膜透析專款)(G0)=114年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+3.861%)。
- 115年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費及鼓勵腹膜透析專款)(G1)=114年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.209%)。
- 115年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(含藥費及鼓勵腹膜透析專款)(D1)=114年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費及透析專款)(G0)+114年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費及透析專款)(G1)。
- 「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」專款依據協商當年(114年)第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率(西醫基層為48.216%(P0)；醫院為51.784%(P1))分配預算，扣除比例按季均分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3508R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：4

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	115年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	115年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G4)	支應鼓勵腹膜 透析專款 不足款 (I)	合計 (J)= (J0)+ (J1)	115年鼓勵腹膜透析專款 剩餘款導入一般服務金額 西醫基層 (J0)	醫院 (J1)	115年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D3) =G3+G4+J-I
第1季	5,764,045,538	6,211,460,924	37,445,736	0	0	0	11,938,060,726
第2季	5,835,212,646	6,259,938,824	0	0	0	0	12,095,151,470
第3季	5,898,746,224	6,290,297,874	0	0	0	0	12,189,044,098
第4季	5,856,837,595	6,246,375,446	0	0	0	0	12,103,213,041
合計	23,354,842,003	25,008,073,068	37,445,736	0	0	0	48,325,469,335

註：

依據115年2月11日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，「115年門診透析四季預算分配」依加總近三年(111-113年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。115年各季預算占率分別如下：

(1) 西醫基層：第1季24.680302%、第2季24.985023%、第3季25.257059%、第4季25.077616%。

(2) 醫院：第1季24.837823%、第2季25.031672%、第3季25.153069%、第4季24.977436%。

四、鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質

全年預算＝433,486,410元

預估鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫全年獎勵費:400,000,000元；各季為 100,000,000元

第1季可支用預算＝當季預算－預估當季獎勵費＝108,371,603－100,000,000＝8,371,603

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費	0
(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費	0
(3)腹膜透析院所推廣獎勵費	0
(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費	0
(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費	0
(6)其他相關給付項目	44,145,715
(7)小計	44,145,715

4.2居家血液透析

(1)居家血液透析	1,670,424
(2)居家訪視費－實地訪視	1,200
(3)居家訪視費－視訊訪視	0
(4)小計	1,671,624

4.3小計

已支用點數	45,817,339
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	45,817,339

未支用金額＝第1季可支用預算－暫結金額＝8,371,603－45,817,339＝-37,445,736（預算不足，由一般服務支應）
 第2季可支用預算＝當季預算－預估當季獎勵費＋前1季未支用金額＝108,371,603－100,000,000＋0＝8,371,603

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費	0
(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費	0
(3)腹膜透析院所推廣獎勵費	0
(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費	0
(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費	0
(6)其他相關給付項目	0
(7)小計	0

4.2居家血液透析

(1)居家血液透析	0
(2)居家訪視費－實地訪視	0
(3)居家訪視費－視訊訪視	0
(4)小計	0

4.3小計

已支用點數	0
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	0

未支用金額＝第2季可支用預算－暫結金額＝8,371,603－0＝8,371,603

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3508R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：6

=====

第3季可支用預算＝當季預算－預估當季獎勵費＋ 前一季未支用金額 ＝ 108,371,603 － 100,000,000 ＋ 8,371,603 ＝ 16,743,206

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 0

(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 0

(3)腹膜透析院所推廣獎勵費 0

(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 0

(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 0

(7)小計 0

4.2居家血液透析

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

(4)小計 0

4.3小計

已支用點數 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第3季可支用預算－暫結金額＝ 16,743,206－0＝ 16,743,206

第4季可支用預算＝當季預算－預估當季獎勵費＋ 前一季未支用金額＋預估全年獎勵費

＝ 108,371,601－100,000,000＋16,743,206＋400,000,000＝ 425,114,807

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 0

(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 0

(3)腹膜透析院所推廣獎勵費 0

(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 0

(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 0

(7)小計 0

4.2居家血液透析

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

(4)小計 0

4.3小計

已支用點數 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第4季可支用預算－暫結金額＝ 425,114,807－0＝ 425,114,807

全年合計：

全年預算＝ 433,486,410

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 0

(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 0

(3)腹膜透析院所推廣獎勵費 0

(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 0

(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 44,145,715

(7)小計 44,145,715

4.2居家血液透析

(1)居家血液透析 1,670,424

(2)居家訪視費－實地訪視 1,200

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

(4)小計 1,671,624

4.3小計

已支用點數 45,817,339

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 45,817,339 + 0 + 0 + 0 = 45,817,339

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 433,486,410－45,817,339＝387,669,071

註：

- 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，其中433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 本項第4季預算＝全年預算－第1-3季預算＝433,486,410－108,371,603－108,371,603＝108,371,601。

=====

五、腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算=500,000,000元

1.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫保證保留款實施方案：47,400,000(另行結算)

2.預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用：4,940,000

第1季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫保證保留款實施方案—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4
 =(500,000,000—47,400,000—4,940,000)/4=111,915,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	80,411,900	80,411,900	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	24,848,800	24,848,800	0
(3)小計：	105,260,700	105,260,700	0

已支用點數=105,260,700

暫結金額=1元/點×已支用點數=105,260,700

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=111,915,000—105,260,700=6,654,300

第2季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫保證保留款實施方案—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4+前一季未支用金額
 =(500,000,000—47,400,000—4,940,000)/4+6,654,300=118,569,300

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)小計：	0	0	0

已支用點數=0

暫結金額=1元/點×已支用點數=0

未支用金額=第2季預算—1元/點×第2季已支用點數=118,569,300—0=118,569,300

=====

第3季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析保證保留款實施方案—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額
 =(500,000,000— 47,400,000— 4,940,000)/4+118,569,300= 230,484,300

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)小計：	0	0	0

已支用點數= 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 — 1元/點× 第3季已支用點數= 230,484,300 — 0= 230,484,300

第4季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析保證保留款實施方案—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額
 + 預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用
 =(500,000,000— 47,400,000— 4,940,000)/4+230,484,300+ 4,940,000= 347,339,300

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)小計：	0	0	0

已支用點數= 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 — 1元/點× 第4季已支用點數= 347,339,300 — 0= 347,339,300

全年合計：

全年預算＝ 500,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	80,411,900	80,411,900	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	24,848,800	24,848,800	0
(3)小計：	105,260,700	105,260,700	0
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)			
＝105,260,700＋0＋0＝105,260,700			
未支用金額＝全年預算－慢性腎衰竭病人門診透析保證保留款實施方案(另行結算)－暫結金額			
＝500,000,000－47,400,000－105,260,700＝347,339,300			

註：

- 依據「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」，預算按季均分，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。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 依據「支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」通則第六點略以，管理照護費用及品質獎勵措施費用，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，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；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

六、各分區非浮動點數、浮動點數統計

(一)非浮動點數、浮動點數：

3.1.1 腹膜透析

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層 (J1)	醫院 (K1)	小計 (M1) =(J1)+(K1)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N3)	醫院 (O3)	小計 (P3) =(N3)+(O3)
臺北分區	631	178,318,331	178,318,962	0	55,802,393	55,802,393	0	31,851,831	31,851,831
北區分區	2,229,592	66,919,375	69,148,967	689,464	20,275,680	20,965,144	400,291	10,424,712	10,825,003
中區分區	1,731,411	104,979,813	106,711,224	505,206	33,457,887	33,963,093	198,287	20,737,210	20,935,497
南區分區	0	77,634,567	77,634,567	0	23,082,897	23,082,897	0	13,249,887	13,249,887
高屏分區	102,109	81,994,839	82,096,948	26,025	24,298,527	24,324,552	6,030	14,502,449	14,508,479
東區分區	0	11,901,230	11,901,230	0	3,915,950	3,915,950	0	2,002,428	2,002,428
合 計	4,063,743	521,748,155	525,811,898	1,220,695	160,833,334	162,054,029	604,608	92,768,517	93,373,125

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處置費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處置費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處置費核定點數」後之點數。
4. 依據114年12月3日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第3次研商議事會議」決議略以：
 - (1)115年門診透析服務保障項目維持原114年(腹膜透析之追蹤處置費(58011C及58017C)採每點1元支付；偏遠地區之門診透析服務院所保障每點1元)。
 - (2)當季當區一般服務浮動點值大於1元，則前開保障項目(腹膜透析之追蹤處置費及偏遠地區之門診透析服務)，以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。

3.1.2 血液透析

就醫分區	核定非浮動點數			核定浮動點數		
	西醫基層	醫院	小計	西醫基層	醫院	小計
	(J2)	(K2)	(M2) =(J2)+(K2)	(N2)	(O2)	(P2) =(N2)+(O2)
臺北分區	11,689,100	23,763,076	35,452,176	1,806,126,216	1,393,635,854	3,199,762,070
北區分區	0	1,983,384	1,983,384	710,288,040	963,179,427	1,673,467,467
中區分區	0	0	0	950,117,518	1,141,878,148	2,091,995,666
南區分區	28,750,272	0	28,750,272	988,961,003	778,328,039	1,767,289,042
高屏分區	24,289,084	29,138,700	53,427,784	1,142,968,233	814,731,430	1,957,699,663
東區分區	34,341,136	50,908,852	85,249,988	66,540,792	143,183,488	209,724,280
合 計	99,069,592	105,794,012	204,863,604	5,665,001,802	5,234,936,386	10,899,938,188

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.1.1之腹膜透析案件者。

2. 本表「核定非浮動點數」係指「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。

3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。

3.1.3 腎臟移植諮詢費

就醫分區	核定浮動點數		
	西醫基層	醫院	小計
	(N4)	(O4)	(P4) =(N4)+(O4)
臺北分區	3,600	17,400	21,000
北區分區	0	0	0
中區分區	0	600	600
南區分區	3,600	0	3,600
高屏分區	0	5,400	5,400
東區分區	0	1,200	1,200
合 計	7,200	24,600	31,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3508R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 13

3.1.4 合計

就醫分區	核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層 (J) =(J1)+(J2)	醫院 (K) =(K1)+(K2)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J) +(K)+(L)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N) =(N2)+(N3) +(N4)	醫院 (O) =(O2)+(O3) +(O4)	小計 (P) =(N)+(O)
臺北分區	11,689,731	202,081,407	424,127	214,195,265	0	55,802,393	55,802,393	1,806,129,816	1,425,505,085	3,231,634,901
北區分區	2,229,592	68,902,759	395,272	71,527,623	689,464	20,275,680	20,965,144	710,688,331	973,604,139	1,684,292,470
中區分區	1,731,411	104,979,813	262,213	106,973,437	505,206	33,457,887	33,963,093	950,315,805	1,162,615,958	2,112,931,763
南區分區	28,750,272	77,634,567	240,060	106,624,899	0	23,082,897	23,082,897	988,964,603	791,577,926	1,780,542,529
高屏分區	24,391,193	111,133,539	52,813	135,577,545	26,025	24,298,527	24,324,552	1,142,974,263	829,239,279	1,972,213,542
東區分區	34,341,136	62,810,082	42,424	97,193,642	0	3,915,950	3,915,950	66,540,792	145,187,116	211,727,908
合 計	103,133,335	627,542,167	1,416,909	732,092,411	1,220,695	160,833,334	162,054,029	5,665,613,610	5,327,729,503	10,993,343,113

(二)保障偏遠地區之門診透析服務院所原始申報之非浮動點數、浮動點數：

3.2.1 保障偏遠地區之腹膜透析

核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計	
就醫分區	西醫基層 (RJ1)	醫院 (RK1) =(RJ1)+(RK1)	小計 (RM1)	西醫基層 (RN1)	醫院 (RO1) =(RN1)+(RO1)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN3)	醫院 (RO3) =(RN3)+(RO3)	小計 (RP3)	RM1+RP1+RP3
臺北分區	0	512, 862	512, 862	0	156, 150	156, 150	0	81, 124	81, 124	750, 136
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高屏分區	0	200, 713	200, 713	0	75, 474	75, 474	0	0	0	276, 187
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	713, 575	713, 575	0	231, 624	231, 624	0	81, 124	81, 124	1, 026, 323

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處置費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處置費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處置費核定點數」後之點數。

3.2.2 保障偏遠地區之血液透析

核定非浮動點數				核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
就醫分區	西醫基層 (RJ2)	醫院 (RK2)	小計 (RM2) =(RJ2)+(RK2)	西醫基層 (RN2)	醫院 (R02)	小計 (RP2) =(RN2)+(R02)	RM2+RP2
臺北分區	0	0	0	11,689,100	23,763,076	35,452,176	35,452,176
北區分區	0	0	0	0	1,983,384	1,983,384	1,983,384
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	28,750,272	0	28,750,272	28,750,272
高屏分區	2,062,300	0	2,062,300	22,226,784	29,138,700	51,365,484	53,427,784
東區分區	0	0	0	34,341,136	50,908,852	85,249,988	85,249,988
合 計	2,062,300	0	2,062,300	97,007,292	105,794,012	202,801,304	204,863,604

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.2.1之腹膜透析案件者。
2. 本表「核定非浮動點數」係指「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3508R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：16

3.2.3 保障偏遠地區之合計

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計 RM+RP1+RP
	西醫基層 (RJ) =(RJ1)+(RJ2)	醫院 (RK) =(RK1)+(RK2)	小計 (RM) =(RJ)+(RK)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01) =(RN1)+(R01)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	
臺北分區	0	512,862	512,862	0	156,150	156,150	11,689,100	23,844,200	35,533,300	36,202,312
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	1,983,384	1,983,384	1,983,384
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	28,750,272	0	28,750,272	28,750,272
高屏分區	2,062,300	200,713	2,263,013	0	75,474	75,474	22,226,784	29,138,700	51,365,484	53,703,971
東區分區	0	0	0	0	0	0	34,341,136	50,908,852	85,249,988	85,249,988
合 計	2,062,300	713,575	2,775,875	0	231,624	231,624	97,007,292	105,875,136	202,882,428	205,889,927

註：依據114年12月3日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第3次研商議事會議」決議，保障偏遠地區之門診透析服務院所每點1元，定義分述如下：

1. 山地離島地區。
2. 當年公告「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
3. 當年公告「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之所列地區範圍(不含僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定之醫療資源不足之地點)。

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

= -----

核定浮動點數合計(P)

11,938,060,726 － 732,092,411 － 162,054,029

= -----

10,993,343,113

= 1.00460016 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

= -----

核定非浮動點數合計(M)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定浮動點數合計(P)

11,938,060,726

= -----

732,092,411 ＋ 162,054,029 ＋ 10,993,343,113

= 1.00425415 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3)＋專款專用暫結金額]

／加總[核定浮動點數合計(P)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定非浮動點數合計(M)＋專款專用已支用點數(不含獎勵金)]

＝[11,938,060,726＋ 45,817,339]

／[10,993,343,113＋ 162,054,029＋ 732,092,411＋ 44,145,715]＝ 1.00437851

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝ 45,817,339

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月114/12(含)以前：於115/04/01～115/06/30期間核付者。

2. 費用年月115/01～115/03：於115/01/01～115/06/30期間核付者。