

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：1

一、門診透析醫療給付費用

112年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 112\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(F0合計)} \times \text{西醫基層第1季預算占率}(c_{q1}) + \text{導入112年各季西醫基層鼓勵透析病患諮詢腎臟移植(J0)} \\
 &\quad + 112\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)預算合計(F1合計)} \times \text{醫院第1季預算占率}(h_{q1}) + \text{導入112年各季醫院鼓勵透析病患諮詢腎臟移植(J1)} \\
 &= 20,828,914,816 \times 24.400582\% + 0 + 23,373,197,424 \times 24.628890\% + 0 \\
 &= 5,082,376,439 + 5,756,559,083 \\
 &= 10,838,935,522 \text{ (D3)}
 \end{aligned}$$

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	111年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費)	111年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費)	112年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費及鼓勵 腹膜透析專款)	112年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費及鼓勵 腹膜透析專款)	112年各季門診 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)
	(A1)	(B1)	(G0)=A1 ×(1+3.675%)	(G1)=B1 ×(1+2.405%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,791,053,853	5,518,092,619	4,967,125,082	5,650,802,746	10,617,927,828
第2季	4,940,039,857	5,916,911,348	5,121,586,322	6,059,213,066	11,180,799,388
第3季	5,198,446,334	5,778,000,469	5,389,489,237	5,916,961,380	11,306,450,617
第4季	5,367,162,809	5,845,432,132	5,564,406,042	5,986,014,775	11,550,420,817
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	21,042,606,683	23,612,991,967	44,655,598,650

項目	推動腹膜透析 與提升照護品 質專款費用	112年各季 西醫基層推動 腹膜透析 品質專款	112年各季 醫院推動 腹膜透析 品質專款	預扣 鼓勵透析病患 諮詢腎臟移植	預扣112年各季 西醫基層鼓勵 透析病患諮詢 腎臟移植	預扣112年各季 醫院鼓勵透析 病患諮詢腎臟 移植	112年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費)	112年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費)
	(E)	(E0)=E×P0	(E1)=E×P1	(H)	(H0)=H×P0	(H1)=H×P1	(F0)=G0-E0-H0	(F1)=G1-E1-H1
第1季	108,371,603	51,066,867	57,304,736	5,000,000	2,356,100	2,643,900	4,913,702,115	5,590,854,110
第2季	108,371,603	51,066,867	57,304,736	5,000,000	2,356,100	2,643,900	5,068,163,355	5,999,264,430
第3季	108,371,603	51,066,867	57,304,736	5,000,000	2,356,100	2,643,900	5,336,066,270	5,857,012,744
第4季	108,371,601	51,066,866	57,304,735	5,000,000	2,356,100	2,643,900	5,510,983,076	5,926,066,140
合計	433,486,410	204,267,467	229,218,943	20,000,000	9,424,400	10,575,600	20,828,914,816	23,373,197,424

項目	導入112年各季 鼓勵透析病患 諮詢腎臟移植	導入112年各季 西醫基層鼓勵 透析病患諮詢 腎臟移植	導入112年各季 醫院鼓勵透析 病患諮詢腎臟 移植	112年各季 門診透析 合併預算之 醫療給付費用
	(J)	(J0)	(J1)	(D2)=F0+F1+J
第1季	0	0	0	10,504,556,225
第2季	0	0	0	11,067,427,785
第3季	0	0	0	11,193,079,014
第4季	0	0	0	11,437,049,216
合計	0	0	0	44,202,112,240

註：

1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。
2. 112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)=111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+3.675%)。
3. 112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)=111年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.405%)。
4. 112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)=112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)+112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)。
5. 「院所加強推動腹膜透析及提升其照護品質計畫」專款及「預扣鼓勵透析病患諮詢腎臟移植」依據依協商當年(111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47.122%(P0)；醫院為52.878%(P1))分配預算，扣除比例按季均分。
6. 依據112年5月30日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第2次研商議事會議」決議，新增「腎臟移植諮詢費」診療項目係為鼓勵透析病人諮詢腎臟移植，以每點1元支付，暫估預算約2,000萬元，本項尚未公告生效前以預估經費每季500萬元扣除；倘未於當年導入，則減扣除112年本項預算額度。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 112年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (F0)	調整前 112年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (F1)	導入112年各季 鼓勵透析病患 諮詢腎臟移植 (J)	導入112年各季 西醫基層鼓勵 透析病患諮詢 腎臟移植 (J0)	導入112年各季 醫院鼓勵透析 病患諮詢腎臟 移植 (J1)	調整前 112年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =F0+F1+J
第1季	4,913,702,115	5,590,854,110	0	0	0	10,504,556,225
第2季	5,068,163,355	5,999,264,430	0	0	0	11,067,427,785
第3季	5,336,066,270	5,857,012,744	0	0	0	11,193,079,014
第4季	5,510,983,076	5,926,066,140	0	0	0	11,437,049,216
合計	20,828,914,816	23,373,197,424	0	0	0	44,202,112,240
項目	調整後 112年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 112年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	導入112年各季 鼓勵透析病患 諮詢腎臟移植 (J)	導入112年各季 西醫基層鼓勵 透析病患諮詢 腎臟移植 (J0)	導入112年各季 醫院鼓勵透析 病患諮詢腎臟 移植 (J1)	調整後 112年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D3) =G3+G4+J
第1季	5,082,376,439	5,756,559,083	0	0	0	10,838,935,522
第2季	5,184,328,770	5,814,796,209	0	0	0	10,999,124,979
第3季	5,274,220,743	5,901,457,247	0	0	0	11,175,677,990
第4季	5,287,988,864	5,900,384,885	0	0	0	11,188,373,749
合計	20,828,914,816	23,373,197,424	0	0	0	44,202,112,240

註：

- 依據112年3月8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，「112年門診透析四季預算分配」依加總近三年(108~110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。112年各季預算占率分別如下：
(1)西醫基層：第1季24.400582%、第2季24.890057%、第3季25.321630%、第4季25.387731%。
(2)醫院：第1季24.628890%、第2季24.878052%、第3季25.248823%、第4季25.244235%。
- 依據112年5月30日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第2次研商議事會議」決議，新增「腎臟移植諮詢費」診療項目係為鼓勵透析病人諮詢腎臟移植，以每點1元支付，暫估預算約2,000萬元，本項尚未公告生效前以預估經費每季500萬元扣除；倘未於當年導入，則減扣除112年本項預算額度。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：4

四、鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫

全年預算=433,486,410元

預估全年獎勵費:320,000,000元；各季為80,000,000元

第1季可支用預算=當季預算—預估當季獎勵費=	108,371,603—	80,000,000=	28,371,603		
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1季可支用預算 — 1元/點× 第1季已支用點數=		28,371,603 —	0=		28,371,603
第2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—	80,000,000+	28,371,603=		56,743,206
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 — 1元/點× 第2季已支用點數=		56,743,206 —	0=		56,743,206
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—	80,000,000+	56,743,206=		85,114,809
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 — 1元/點× 第3季已支用點數=		85,114,809 —	0=		85,114,809
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—	80,000,000+	85,114,809+	320,000,000=	433,486,410
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 — 1元/點× 第4季已支用點數=		433,486,410 —	0=		433,486,410
全年合計:					
全年預算=	433,486,410				
已支用點數=	0				
暫結金額 = 第1~4季暫結金額=	0+	0+	0+	0=	0
未支用金額= 全年預算 — 暫結金額=	433,486,410 —	0=			433,486,410

註：

- 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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1%（約4.335億元）專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。
- 依據112年7月4日健保醫字第1120112758號「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，預算先扣除預估院所開辦腹膜透析獎勵費、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費、腹膜透析院所推廣獎勵費、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費額度後，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，則流用於至下季；第4季併同前開預估獎勵費額度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。
- 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—108,371,603=108,371,601。
- 上開預估全年獎勵費係指院所開辦腹膜透析獎勵費、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費、腹膜透析院所推廣獎勵費、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費。

=====

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=511,000,000元

1. 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：45,000,000(另行結算)
2. 預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用： 3,000,000

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－預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4
 =(511,000,000－ 45,000,000－ 3,000,000)/4= 115,750,000

	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：	69,019,700	69,019,700	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	21,004,920	21,004,920	0
(3)小計：	90,024,620	90,024,620	0

已支用點數= 90,024,620

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 90,024,620

未支用金額= 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數= 115,750,000－ 90,024,620= 25,725,380

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－預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額
 =(511,000,000－ 45,000,000－ 3,000,000)/4+ 25,725,380= 141,475,380

	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= 141,475,380－ 0= 141,475,380

第3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—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額
 =(511,000,000—45,000,000—3,000,000)/4+141,475,380=257,225,380

	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=257,225,380—0=257,225,380

第4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—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
 =(511,000,000—45,000,000—3,000,000)/4+257,225,380+3,000,000=375,975,380

	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=375,975,380—0=375,975,380

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：7

全年合計：

全年預算＝ 511,000,000

	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：	69,019,700	69,019,700	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	21,004,920	21,004,920	0
(3)小計：	90,024,620	90,024,620	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)

＝ 90,024,620 + 0 + 0 + 0 = 90,024,620

未支用金額＝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(另行結算)－暫結金額

＝ 511,000,000 - 45,000,000 - 90,024,620 = 375,975,380

註：

1. 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。
2. 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R05

112年第 1季

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/08

頁 次： 8

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	0	169,781,547	169,781,547	0	52,908,340	52,908,340	0	27,608,121	27,608,121
北區分區	991,437	67,430,418	68,421,855	294,658	20,824,412	21,119,070	188,826	10,235,785	10,424,611
中區分區	1,939,461	103,109,017	105,048,478	589,768	32,060,832	32,650,600	268,218	18,228,262	18,496,480
南區分區	0	82,448,767	82,448,767	0	24,739,650	24,739,650	0	13,832,850	13,832,850
高屏分區	22	91,202,636	91,202,658	0	26,856,141	26,856,141	0	14,956,205	14,956,205
東區分區	0	12,083,145	12,083,145	0	3,911,623	3,911,623	0	1,809,002	1,809,002
合 計	2,930,920	526,055,530	528,986,450	884,426	161,300,998	162,185,424	457,044	86,670,225	87,127,269

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111年11月16日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第4次研商議事會議」決議，112年門診透析服務保障項目維持原111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〕。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 9

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	10,713,300	19,291,656	30,004,956	1,827,596,944	1,365,554,414	3,193,151,358
北區分區	38,506,575	0	38,506,575	630,618,662	1,037,112,006	1,667,730,668
中區分區	0	0	0	938,162,966	1,142,205,020	2,080,367,986
南區分區	9,334,536	0	9,334,536	1,010,779,877	808,116,295	1,818,896,172
高屏分區	39,306,952	30,524,500	69,831,452	1,104,412,448	875,972,301	1,980,384,749
東區分區	19,243,284	37,682,244	56,925,528	83,033,248	149,705,524	232,738,772
合 計	117,104,647	87,498,400	204,603,047	5,594,604,145	5,378,665,560	10,973,269,705

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 10

3.1.3 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)	醫院 (K)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1)	西醫基層 (N)	醫院 (O)	小計 (P)
	=(J1)+(J2)	=(K1)+(K2)		+(K)+(L)			=(N1)+(O1)	=(N2)+(N3)	=(O2)+(O3)	=(N)+(O)
臺北分區	10,713,300	189,073,203	275,717	200,062,220	0	52,908,340	52,908,340	1,827,596,944	1,393,162,535	3,220,759,479
北區分區	39,498,012	67,430,418	312,487	107,240,917	294,658	20,824,412	21,119,070	630,807,488	1,047,347,791	1,678,155,279
中區分區	1,939,461	103,109,017	106,109	105,154,587	589,768	32,060,832	32,650,600	938,431,184	1,160,433,282	2,098,864,466
南區分區	9,334,536	82,448,767	115,628	91,898,931	0	24,739,650	24,739,650	1,010,779,877	821,949,145	1,832,729,022
高屏分區	39,306,974	121,727,136	170,412	161,204,522	0	26,856,141	26,856,141	1,104,412,448	890,928,506	1,995,340,954
東區分區	19,243,284	49,765,389	1,070	69,009,743	0	3,911,623	3,911,623	83,033,248	151,514,526	234,547,774
合 計	120,035,567	613,553,930	981,423	734,570,920	884,426	161,300,998	162,185,424	5,595,061,189	5,465,335,785	11,060,396,974

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 11

(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

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
	西醫基層 (RJ1)	醫院 (RK1)	小計 (RM1) =(RJ1)+(RK1)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01)	小計 (RP1) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN3)	醫院 (R03)	小計 (RP3) =(RN3)+(R03)	RM1+RP1+RP3
臺北分區	0	371,547	371,547	0	116,245	116,245	0	64,063	64,063	551,855
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	153,680	153,680	0	43,375	43,375	0	0	0	197,055
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	525,227	525,227	0	159,620	159,620	0	64,063	64,063	748,910

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R05

112年第 1季

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/08

頁次：12

3.2.2 保障偏遠地區之血液透析

就醫分區	核定非浮動點數			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
	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	10,713,300	19,291,656	30,004,956	30,004,956
北區分區	0	0	0	38,506,575	0	38,506,575	38,506,575
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	9,334,536	0	9,334,536	9,334,536
高屏分區	9,270,100	0	9,270,100	30,036,852	30,524,500	60,561,352	69,831,452
東區分區	0	0	0	19,243,284	37,682,244	56,925,528	56,925,528
合 計	9,270,100	0	9,270,100	107,834,547	87,498,400	195,332,947	204,603,047

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：RGBI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 13

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
	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	371,547	371,547	0	116,245	116,245	10,713,300	19,355,719	30,069,019	30,556,811
北區分區	0	0	0	0	0	0	38,506,575	0	38,506,575	38,506,575
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	9,334,536	0	9,334,536	9,334,536
高屏分區	9,270,100	153,680	9,423,780	0	43,375	43,375	30,036,852	30,524,500	60,561,352	70,028,507
東區分區	0	0	0	0	0	0	19,243,284	37,682,244	56,925,528	56,925,528
合 計	9,270,100	525,227	9,795,327	0	159,620	159,620	107,834,547	87,562,463	195,397,010	205,351,957

註：依據111年11月16日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第4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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R05

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 14

七、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{10,838,935,522 - 734,570,920 - 162,185,424} \\
 = & \frac{11,060,396,974}{0.89889895} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)}}{10,838,935,522} \\
 = & \frac{734,570,920 + 162,185,424 + 11,060,396,974}{0.90648127} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

$$\begin{aligned}
 & \text{／加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M) + 專款專用已支用點數]} \\
 = & \frac{[10,838,935,522 + 0]}{[11,060,396,974 + 162,185,424 + 734,570,920 + 0]} = 0.90648127
 \end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝ 0

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月111/12(含)以前:於112/04/01～112/06/30期間核付者。
2. 費用年月112/01～112/03:於112/01/01～112/06/30期間核付者。