

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：1

一、門診透析醫療給付費用

112年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 112\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(F0合計)} \times \text{西醫基層第2季預算占率(c_q1)} + \text{導入112年各季西醫基層鼓勵透析病患諮詢腎臟移植(J0)} \\
 &\quad + 112\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)預算合計(F1合計)} \times \text{醫院第2季預算占率(h_q1)} + \text{導入112年各季醫院鼓勵透析病患諮詢腎臟移植(J1)} \\
 &= 20,828,914,816 \times 24.890057\% + 0 + 23,373,197,424 \times 24.878052\% + 0 \\
 &= 5,184,328,770 + 5,814,796,209 \\
 &= 10,999,124,979 \text{ (D3)}
 \end{aligned}$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R05

112年第 2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:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

頁次：2

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先以預估經費每季500萬元扣除；倘未於當年導入，則減扣除112年本項預算額度。前開諮詢費依據衛生福利部112年8月30日衛部保字第1121260319號令，該診療項目自112年10月1日生效。

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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：	71,615,831	71,615,831	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,164,000	19,164,000	0
(3)小計：	90,779,831	90,779,831	0

已支用點數= 90,779,831

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 90,779,831

未支用金額= 第2季預算 — 1元/點× 第2季已支用點數= 141,475,380 — 90,779,831= 50,695,549

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+50,695,549=166,445,549

	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=166,445,549—0=166,445,549

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+166,445,549+3,000,000=285,195,549

	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=285,195,549—0=285,195,549

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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：	140,635,531	140,635,531	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	40,168,920	40,168,920	0
(3)小計：	180,804,451	180,804,451	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 + 90,779,831 + 0 + 0 = 180,804,451

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

＝ 511,000,000－45,000,000－180,804,451＝ 285,195,549

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

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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	169,462,392	169,462,392	0	53,343,971	53,343,971	0	27,968,817	27,968,817
北區分區	944,480	66,955,862	67,900,342	288,588	20,691,478	20,980,066	199,265	10,340,019	10,539,284
中區分區	2,064,043	104,108,890	106,172,933	624,583	33,899,914	34,524,497	300,872	19,349,551	19,650,423
南區分區	0	84,066,795	84,066,795	0	25,105,410	25,105,410	0	14,288,443	14,288,443
高屏分區	0	90,260,011	90,260,011	0	26,731,951	26,731,951	0	15,231,967	15,231,967
東區分區	0	12,742,806	12,742,806	0	3,966,384	3,966,384	0	1,890,826	1,890,826
合 計	3,008,523	527,596,756	530,605,279	913,171	163,739,108	164,652,279	500,137	89,069,623	89,569,760

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：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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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	11,467,700	19,290,448	30,758,148	1,855,460,233	1,387,877,864	3,243,338,097
北區分區	38,683,690	0	38,683,690	630,625,724	1,045,274,154	1,675,899,878
中區分區	0	0	0	947,759,852	1,161,002,812	2,108,762,664
南區分區	9,537,172	0	9,537,172	1,025,902,223	816,637,676	1,842,539,899
高屏分區	39,240,724	30,791,000	70,031,724	1,117,782,716	880,603,778	1,998,386,494
東區分區	18,975,236	37,980,996	56,956,232	83,551,252	151,495,868	235,047,120
合 計	117,904,522	88,062,444	205,966,966	5,661,082,000	5,442,892,152	11,103,974,152

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：RGBI3208R05

112年第 2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:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

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) +(K)+(L)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N)	醫院 (O)	小計 (P) =(N)+(O)
	=(J1)+(J2)	=(K1)+(K2)						=(N2)+(N3)	=(O2)+(O3)	
臺北分區	11,467,700	188,752,840	359,296	200,579,836	0	53,343,971	53,343,971	1,855,460,233	1,415,846,681	3,271,306,914
北區分區	39,628,170	66,955,862	193,974	106,778,006	288,588	20,691,478	20,980,066	630,824,989	1,055,614,173	1,686,439,162
中區分區	2,064,043	104,108,890	334,873	106,507,806	624,583	33,899,914	34,524,497	948,060,724	1,180,352,363	2,128,413,087
南區分區	9,537,172	84,066,795	151,756	93,755,723	0	25,105,410	25,105,410	1,025,902,223	830,926,119	1,856,828,342
高屏分區	39,240,724	121,051,011	130,614	160,422,349	0	26,731,951	26,731,951	1,117,782,716	895,835,745	2,013,618,461
東區分區	18,975,236	50,723,802	0	69,699,038	0	3,966,384	3,966,384	83,551,252	153,386,694	236,937,946
合 計	120,913,045	615,659,200	1,170,513	737,742,758	913,171	163,739,108	164,652,279	5,661,582,137	5,531,961,775	11,193,543,912

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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	399,760	399,760	0	130,125	130,125	0	63,425	63,425	593,310
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	211,018	211,018	0	52,050	52,050	0	0	0	263,068
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	610,778	610,778	0	182,175	182,175	0	63,425	63,425	856,378

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 2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:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

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	11,467,700	19,290,448	30,758,148	30,758,148
北區分區	0	0	0	38,683,690	0	38,683,690	38,683,690
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	9,537,172	0	9,537,172	9,537,172
高屏分區	8,400,900	0	8,400,900	30,839,824	30,791,000	61,630,824	70,031,724
東區分區	0	0	0	18,975,236	37,980,996	56,956,232	56,956,232
合 計	8,400,900	0	8,400,900	109,503,622	88,062,444	197,566,066	205,966,966

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：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

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	399,760	399,760	0	130,125	130,125	11,467,700	19,353,873	30,821,573	31,351,458
北區分區	0	0	0	0	0	0	38,683,690	0	38,683,690	38,683,690
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	9,537,172	0	9,537,172	9,537,172
高屏分區	8,400,900	211,018	8,611,918	0	52,050	52,050	30,839,824	30,791,000	61,630,824	70,294,792
東區分區	0	0	0	0	0	0	18,975,236	37,980,996	56,956,232	56,956,232
合 計	8,400,900	610,778	9,011,678	0	182,175	182,175	109,503,622	88,125,869	197,629,491	206,823,344

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)。

七、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,999,124,979 \text{ — } 737,742,758 \text{ — } 164,652,279 \\
 = & \text{-----} \\
 & 11,193,543,912 \\
 = & 0.90201370 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,999,124,979 \\
 = & \text{-----} \\
 & 737,742,758 \text{ + } 164,652,279 \text{ + } 11,193,543,912 \\
 = & 0.90932378 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3)＋專款專用暫結金額]

$$\begin{aligned}
 & \text{／加總[核定浮動點數合計(P)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定非浮動點數合計(M)＋專款專用已支用點數]} \\
 = & [10,999,124,979 + 0] \\
 & \text{／}[11,193,543,912 + 164,652,279 + 737,742,758 + 0] = 0.90932378
 \end{aligned}$$

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112/03(含)以前:於112/07/01～112/09/30期間核付者。
2. 費用年月112/04～112/06:於112/04/01～112/09/30期間核付者。