

一、門診透析醫療給付費用

113年調整後第3季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 113\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(F0\text{合計}) \times \text{西醫基層第3季預算占率}(c_q3) + 113\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)} \\
 &\quad \text{預算合計}(F1\text{合計}) \times \text{醫院第3季預算占率}(h_q3) \\
 &= 21,800,416,473 \times 25.310292\% + 23,761,422,188 \times 25.188962\% \\
 &= 5,517,749,067 + 5,985,255,606 \\
 &= 11,503,004,673 \text{ (D3)}
 \end{aligned}$$

註：

- 依據113年3月20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，「113年門診透析四季預算分配」依加總近三年(109-111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。113年各季預算占率分別如下：
 - 西醫基層：第1季24.464538%、第2季24.941657%、第3季25.310292%、第4季25.283513%。
 - 醫院：第1季24.744555%、第2季24.937947%、第3季25.188962%、第4季25.128536%。
- 113年度全年門診透析總額(含藥費)費用扣除「院所加強推動腹膜透析及提升其照護品質計畫」專款合計(D2合計)為45,561,838,661元。
 - 113年第1季調整後預算 $11,213,029,354 = 21,800,416,473(F0\text{合計}) \times 24.464538\%(c_q1) + 23,761,422,188(F1\text{合計}) \times 24.744555\%(h_q1)$ 。
 - 113年第2季調整後預算 $11,362,995,973 = 21,800,416,473(F0\text{合計}) \times 24.941657\%(c_q2) + 23,761,422,188(F1\text{合計}) \times 24.937947\%(h_q2)$ 。
 - 113年第3季調整後預算 $11,503,004,673 = 21,800,416,473(F0\text{合計}) \times 25.310292\%(c_q3) + 23,761,422,188(F1\text{合計}) \times 25.188962\%(h_q3)$ 。
 - 113年第4季調整後預算 $11,482,808,661 = 113\text{年全年預算數} - 113\text{年第1季調整後預算} - 113\text{年第2季調整後預算} - 113\text{年第3季調整後預算}$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	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)	113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)	113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)	113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+4.587%)	(G1)=B1 ×(1+1.586%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,967,125,082	5,650,802,746	5,194,967,110	5,740,424,478	10,935,391,588
第2季	5,121,586,322	6,059,213,066	5,356,513,487	6,155,312,185	11,511,825,672
第3季	5,389,489,237	5,916,961,380	5,636,705,108	6,010,804,387	11,647,509,495
第4季	5,564,406,042	5,986,014,775	5,819,645,347	6,080,952,969	11,900,598,316
合計	21,042,606,683	23,612,991,967	22,007,831,052	23,987,494,019	45,995,325,071

項目	推動腹膜透析 與提升照護品 質專款費用	113年各季 西醫基層推動 腹膜透析 品質專款	113年各季 醫院推動 腹膜透析 品質專款	113年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費)	113年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費)	113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	(D2)=F0+F1
第1季	108,371,603	51,853,645	56,517,958	5,143,113,465	5,683,906,520	10,827,019,985
第2季	108,371,603	51,853,645	56,517,958	5,304,659,842	6,098,794,227	11,403,454,069
第3季	108,371,603	51,853,645	56,517,958	5,584,851,463	5,954,286,429	11,539,137,892
第4季	108,371,601	51,853,644	56,517,957	5,767,791,703	6,024,435,012	11,792,226,715
合計	433,486,410	207,414,579	226,071,831	21,800,416,473	23,761,422,188	45,561,838,661

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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%，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。
2. 113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年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.587%)。
3. 113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)=112年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+1.586%)。
4. 113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. 「鼓勵院所加強推動腹膜透析及提升其照護品質計畫」專款依據依協商當年(112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47.848%(P0)；醫院為52.152%(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：RGI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 113年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (F0)	調整前 113年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (F1)	調整前 113年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =F0+F1	調整後 113年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 113年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 113年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D3) =G3+G4
第1季	5,143,113,465	5,683,906,520	10,827,019,985	5,333,371,172	5,879,658,182	11,213,029,354
第2季	5,304,659,842	6,098,794,227	11,403,454,069	5,437,385,101	5,925,610,872	11,362,995,973
第3季	5,584,851,463	5,954,286,429	11,539,137,892	5,517,749,067	5,985,255,606	11,503,004,673
第4季	5,767,791,703	6,024,435,012	11,792,226,715	5,511,911,133	5,970,897,528	11,482,808,661
合計	21,800,416,473	23,761,422,188	45,561,838,661	21,800,416,473	23,761,422,188	45,561,838,661

註：

依據113年3月20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，「113年門診透析四季預算分配」依加總近三年(109-111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。113年各季預算占率分別如下：

(1)西醫基層：第1季24.464538%、第2季24.941657%、第3季25.310292%、第4季25.283513%。

(2)醫院：第1季24.744555%、第2季24.937947%、第3季25.188962%、第4季25.128536%。

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

(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)其他相關給付項目 17,891,498

(6)合計 17,891,498

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 17,891,498

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 - 17,891,498 = 10,480,105

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 + 10,480,105 = 38,851,708

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 106,000

(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 90,000

(5)其他相關給付項目 18,189,068

(6)合計 18,385,068

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 18,385,068

未支用金額= 第2季可支用預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 38,851,708 - 18,385,068 = 20,466,640

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 + 20,466,640 = 48,838,243

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)其他相關給付項目 18,538,395

(6)合計 18,538,395

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 18,538,395

未支用金額= 第3季可支用預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 48,838,243 - 18,538,395 = 30,299,848

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：5

$$\begin{aligned} \text{第4季可支用預算} &= \text{當季預算} - \text{預估當季獎勵費} + \text{前一季未支用金額} + \text{預估全年獎勵費} \\ &= 108,371,601 - 80,000,000 + 30,299,848 + 320,000,000 = 378,671,449 \end{aligned}$$

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)其他相關給付項目	0
(6)合計	0

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季可支用預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 378,671,449 - 0 = 378,671,449$$

全年合計：

$$\text{全年預算} = 433,486,410$$

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	106,000
(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	90,000
(5)其他相關給付項目	54,618,961
(6)合計	54,814,961

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 17,891,498 + 18,385,068 + 18,538,395 + 0 = 54,814,961$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 433,486,410 - 54,814,961 = 378,671,449$$

註：

- 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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%，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。
- 依據113年3月18日健保醫字第1130105256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：3,600,000

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

=(511,000,000－45,000,000－3,600,000)/4=115,600,000

	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：	74,945,500	74,945,500	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	21,278,800	21,278,800	0
(3)小計：	96,224,300	96,224,300	0

已支用點數=96,224,300

暫結金額=1元/點×已支用點數=96,224,300

未支用金額=第1季預算－1元/點×第1季已支用點數=115,600,000－96,224,300=19,375,700

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

=(511,000,000－45,000,000－3,600,000)/4＋19,375,700=134,975,700

	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：	76,284,850	76,284,850	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,847,800	19,847,800	0
(3)小計：	96,132,650	96,132,650	0

已支用點數=96,132,650

暫結金額=1元/點×已支用點數=96,132,650

未支用金額=第2季預算－1元/點×第2季已支用點數=134,975,700－96,132,650=38,843,050

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—3,600,000)/4+38,843,050=154,443,050

	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：	80,381,200	80,381,200	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	21,303,200	21,303,200	0
(3)小計：	101,684,400	101,684,400	0

已支用點數=101,684,400

暫結金額=1元/點×已支用點數=101,684,400

未支用金額=第3季預算—1元/點×第3季已支用點數=154,443,050—101,684,400=52,758,650

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—3,600,000)/4+52,758,650+3,600,000=171,958,650

	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=171,958,650—0=171,958,650

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：	231,611,550	231,611,550	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	62,429,800	62,429,800	0
(3)小計：	294,041,350	294,041,350	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)

＝96,224,300＋96,132,650＋101,684,400＋0＝294,041,350

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

＝511,000,000－45,000,000－294,041,350＝171,958,650

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 9

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	175,274,158	175,274,158	0	54,383,825	54,383,825	0	30,422,550	30,422,550
北區分區	649,947	66,017,738	66,667,685	183,044	19,821,482	20,004,526	144,268	10,121,760	10,266,028
中區分區	1,998,508	105,234,408	107,232,916	572,557	33,427,455	34,000,012	207,158	20,286,705	20,493,863
南區分區	0	84,325,047	84,325,047	0	24,661,551	24,661,551	0	13,885,415	13,885,415
高屏分區	102,430	87,234,738	87,337,168	26,025	25,239,663	25,265,688	4,065	15,263,468	15,267,533
東區分區	0	11,753,795	11,753,795	0	3,851,776	3,851,776	0	2,132,175	2,132,175
合 計	2,750,885	529,839,884	532,590,769	781,626	161,385,752	162,167,378	355,491	92,112,073	92,467,564

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112年11月14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，113年門診透析服務保障項目維持原112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：RGI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 10

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 (J2)	醫院 (K2)	小計 (M2) =(J2)+(K2)	西醫基層 (N2)	醫院 (O2)	小計 (P2) =(N2)+(O2)
臺北分區	11,090,500	24,162,700	35,253,200	1,865,584,616	1,419,219,252	3,284,803,868
北區分區	0	0	0	699,636,860	1,038,529,058	1,738,165,918
中區分區	0	0	0	969,277,581	1,171,248,314	2,140,525,895
南區分區	18,655,268	0	18,655,268	1,036,526,788	803,576,556	1,840,103,344
高屏分區	37,691,444	30,212,900	67,904,344	1,127,314,824	869,802,454	1,997,117,278
東區分區	27,657,316	51,357,152	79,014,468	69,423,024	144,522,890	213,945,914
合 計	95,094,528	105,732,752	200,827,280	5,767,763,693	5,446,898,524	11,214,662,217

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 (N4)	醫院 (O4)	小計 (P4) =(N4)+(O4)
臺北分區	19,800	28,200	48,000
北區分區	0	0	0
中區分區	600	12,000	12,600
南區分區	3,000	0	3,000
高屏分區	0	9,000	9,000
東區分區	0	0	0
合 計	23,400	49,200	72,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 11

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	11,090,500	199,436,858	327,079	210,854,437	0	54,383,825	54,383,825	1,865,604,416	1,449,670,002	3,315,274,418
北區分區	649,947	66,017,738	356,828	67,024,513	183,044	19,821,482	20,004,526	699,781,128	1,048,650,818	1,748,431,946
中區分區	1,998,508	105,234,408	313,368	107,546,284	572,557	33,427,455	34,000,012	969,485,339	1,191,547,019	2,161,032,358
南區分區	18,655,268	84,325,047	127,731	103,108,046	0	24,661,551	24,661,551	1,036,529,788	817,461,971	1,853,991,759
高屏分區	37,793,874	117,447,638	168,188	155,409,700	26,025	25,239,663	25,265,688	1,127,318,889	885,074,922	2,012,393,811
東區分區	27,657,316	63,110,947	32,240	90,800,503	0	3,851,776	3,851,776	69,423,024	146,655,065	216,078,089
合 計	97,845,413	635,572,636	1,325,434	734,743,483	781,626	161,385,752	162,167,378	5,768,142,584	5,539,059,797	11,307,202,381

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 12

(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 RM1+RP1+RP3
	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)	
臺北分區	0	492,564	492,564	0	147,475	147,475	0	84,375	84,375	724,414
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	182,548	182,548	0	52,050	52,050	0	0	0	234,598
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	675,112	675,112	0	199,525	199,525	0	84,375	84,375	959,012

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：RGBI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 13

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	11,090,500	24,162,700	35,253,200	35,253,200
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	18,655,268	0	18,655,268	18,655,268
高屏分區	3,103,700	0	3,103,700	34,587,744	30,212,900	64,800,644	67,904,344
東區分區	0	0	0	27,657,316	51,357,152	79,014,468	79,014,468
合 計	3,103,700	0	3,103,700	91,990,828	105,732,752	197,723,580	200,827,280

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：RGI3308R05

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：14

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	492,564	492,564	0	147,475	147,475	11,090,500	24,247,075	35,337,575	35,977,614
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	18,655,268	0	18,655,268	18,655,268
高屏分區	3,103,700	182,548	3,286,248	0	52,050	52,050	34,587,744	30,212,900	64,800,644	68,138,942
東區分區	0	0	0	0	0	0	27,657,316	51,357,152	79,014,468	79,014,468
合 計	3,103,700	675,112	3,778,812	0	199,525	199,525	91,990,828	105,817,127	197,807,955	201,786,292

註：依據112年11月14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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} - \text{核定非浮動點數合計(M)} - 1 \times \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 11,503,004,673 - 734,743,483 - 162,167,378 \\
 = & 11,307,202,381 \\
 = & 0.93799451 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} \\
 = & \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 11,503,004,673 \\
 = & 734,743,483 + 162,167,378 + 11,307,202,381 \\
 = & 0.94255145 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

$$\begin{aligned}
 & \text{／加總[核定浮動點數合計(P)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 = & [11,503,004,673 + 18,538,395] \\
 & \text{／}[11,307,202,381 + 162,167,378 + 734,743,483 + 18,538,395] = 0.94263859
 \end{aligned}$$

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＝ 18,538,395

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月113/06(含)以前：於113/10/01～113/12/31期間核付者。
2. 費用年月113/07～113/09：於113/07/01～113/12/31期間核付者。