

=====

一、門診透析醫療給付費用

(一) 113年第4季調整後門診透析醫療給付費用總額

＝113年原調整前全年門診透析合併預算之服務費用(含藥費)(D12合計)+113年鼓勵腹膜透析專款剩餘可流用金額－113年第1~3季調整後門診透析合併預算之醫療給付費用合計

＝ 45,561,838,661＋ 133,486,410－ 11,213,029,354－ 11,362,995,973－ 11,503,004,673

＝ 11,616,295,071 (D3)

註：

1. 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%。

2. 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，原調整前全年門診透析合併預算之服務費用(含藥費)為45,561,838,661元，依113年總額公告，前開計畫300百萬元不得流用於一般服務，經結算113年得流用133,486,410元，爰全年預算修正為45,695,325,071元(D2合計)。

(1)113年第1季調整後預算 $11,213,029,354 = 21,800,416,473(F0合計) \times 24.464538\%(c_q1) + 23,761,422,188(F1合計) \times 24.744555\%(h_q1)$ 。

(2)113年第2季調整後預算 $11,362,995,973 = 21,800,416,473(F0合計) \times 24.941657\%(c_q2) + 23,761,422,188(F1合計) \times 24.937947\%(h_q2)$ 。

(3)113年第3季調整後預算 $11,503,004,673 = 21,800,416,473(F0合計) \times 25.310292\%(c_q3) + 23,761,422,188(F1合計) \times 25.188962\%(h_q3)$ 。

(4)113年第4季調整後預算 $11,616,295,071 = 113年原調整前全年門診透析合併預算之服務費用(含藥費) + 113年鼓勵腹膜透析專款剩餘可流用金額 - 113年第1季調整後預算 - 113年第2季調整後預算 - 113年第3季調整後預算$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R05

113年第 4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:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

列印日期：114/05/08

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 合併預算之服務費用 醫療給付費用(含藥費)
	(E)	(E0)=E×P0	(E1)=E×P1	(F0)=G0-E0	(F1)=G1-E1	(D12)=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

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：114/05/08

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 3

項目	導入113年 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額	導入113年 西醫基層 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額	導入113年 醫院 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額	113年各季 門診透析 合併預算之 醫療給付費用
	(J)	(J0)	(J1)	(D2)=D12+J
第1季	0	0	0	10,827,019,985
第2季	0	0	0	11,403,454,069
第3季	0	0	0	11,539,137,892
第4季	133,486,410	63,870,577	69,615,833	11,925,713,125
合計	133,486,410	63,870,577	69,615,833	45,695,325,071

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。
- 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%)。
- 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%)。
- 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)。
- 「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：114/05/08

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 4

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	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 服務費用(含藥費) (G4)	導入113年 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額 (J)	導入113年 西醫基層 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額 (J0)	導入113年 醫院 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額 (J1)	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+J
第1季	5,333,371,172	5,879,658,182	0	0	0	11,213,029,354
第2季	5,437,385,101	5,925,610,872	0	0	0	11,362,995,973
第3季	5,517,749,067	5,985,255,606	0	0	0	11,503,004,673
第4季	5,511,911,133	5,970,897,528	133,486,410	63,870,577	69,615,833	11,616,295,071
合計	21,800,416,473	23,761,422,188	133,486,410	63,870,577	69,615,833	45,695,325,071

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

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：114/05/08

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 6

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 ＋ 30,299,848 ＋ 320,000,000 ＝ 378,671,449

已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 68,200,000(傳票日期：114年5月9日)

(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 113,186,000(傳票日期：114年5月5日)

(3)腹膜透析院所推廣獎勵費 4,419,000(傳票日期：114年5月5日)

(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 28,940,000(傳票日期：114年5月5日)

(5)其他相關給付項目 19,336,754

(6)合計 234,081,754

暫結金額 ＝ 1元/點× 已支用點數＝ 234,081,754

未支用金額＝ 第4季可支用預算 － 1元/點× 第4季已支用點數 ＝ 378,671,449 － 234,081,754 ＝ 144,589,695

全年合計：

全年預算＝ 433,486,410

已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 68,200,000(傳票日期：114年5月9日)

(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 113,292,000(傳票日期：114年5月5日)

(3)腹膜透析院所推廣獎勵費 4,419,000(傳票日期：114年5月5日)

(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 29,030,000(傳票日期：114年5月5日)

(5)其他相關給付項目 73,955,715

(6)合計 288,896,715

暫結金額 ＝ 第1～4季暫結金額＝ 17,891,498 ＋ 18,385,068 ＋ 18,538,395 ＋ 234,081,754 ＝ 288,896,715

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 － 移列一般服務金額＝ 433,486,410 － 288,896,715 － 133,486,410 ＝ 11,103,285

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. 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。
3. 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。
4. 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+前一季度未支用金額
 =(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：	81,651,500	81,651,500	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,989,600	19,989,600	0
(3)小計：	101,641,100	101,641,100	0

已支用點數＝ 101,641,100

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數＝ 101,641,100

未支用金額＝ 第4季預算 — 1元/點× 第4季已支用點數＝ 171,958,650 — 101,641,100＝ 70,317,550

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：	313,263,050	313,263,050	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	82,419,400	82,419,400	0
(3)小計：	395,682,450	395,682,450	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 + 101,641,100 = 395,682,450

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

＝ 511,000,000－45,000,000－395,682,450＝ 70,317,550

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。

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	175,614,489	175,614,489	8,675	54,446,050	54,454,725	0	30,289,935	30,289,935
北區分區	682,092	66,745,784	67,427,876	180,442	20,155,385	20,335,827	147,348	10,365,135	10,512,483
中區分區	1,986,650	105,887,691	107,874,341	570,311	33,341,662	33,911,973	200,589	20,426,027	20,626,616
南區分區	0	82,344,685	82,344,685	0	24,034,413	24,034,413	0	13,708,163	13,708,163
高屏分區	97,230	86,040,918	86,138,148	26,024	24,919,122	24,945,146	153	15,351,323	15,351,476
東區分區	0	11,623,714	11,623,714	0	3,773,944	3,773,944	0	2,061,804	2,061,804
合 計	2,765,972	528,257,281	531,023,253	785,452	160,670,576	161,456,028	348,090	92,202,387	92,550,477

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：114/05/08

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 11

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	11,611,200	24,057,503	35,668,703	1,851,560,036	1,415,277,376	3,266,837,412
北區分區	0	0	0	701,181,300	1,028,633,927	1,729,815,227
中區分區	0	0	0	961,999,705	1,173,977,577	2,135,977,282
南區分區	18,752,280	0	18,752,280	1,026,058,674	802,555,277	1,828,613,951
高屏分區	37,303,788	29,561,165	66,864,953	1,131,469,129	858,267,284	1,989,736,413
東區分區	26,996,000	51,483,215	78,479,215	69,556,940	144,668,954	214,225,894
合 計	94,663,268	105,101,883	199,765,151	5,741,825,784	5,423,380,395	11,165,206,179

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	7,200	25,800	33,000
北區分區	0	0	0
中區分區	0	6,000	6,000
南區分區	2,400	0	2,400
高屏分區	0	9,000	9,000
東區分區	0	13,200	13,200
合 計	9,600	54,000	63,600

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：114/05/08

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 12

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	11,611,200	199,671,992	579,083	211,862,275	8,675	54,446,050	54,454,725	1,851,567,236	1,445,593,111	3,297,160,347
北區分區	682,092	66,745,784	320,594	67,748,470	180,442	20,155,385	20,335,827	701,328,648	1,038,999,062	1,740,327,710
中區分區	1,986,650	105,887,691	247,025	108,121,366	570,311	33,341,662	33,911,973	962,200,294	1,194,409,604	2,156,609,898
南區分區	18,752,280	82,344,685	154,699	101,251,664	0	24,034,413	24,034,413	1,026,061,074	816,263,440	1,842,324,514
高屏分區	37,401,018	115,602,083	47,607	153,050,708	26,024	24,919,122	24,945,146	1,131,469,282	873,627,607	2,005,096,889
東區分區	26,996,000	63,106,929	29,823	90,132,752	0	3,773,944	3,773,944	69,556,940	146,743,958	216,300,898
合 計	97,429,240	633,359,164	1,378,831	732,167,235	785,452	160,670,576	161,456,028	5,742,183,474	5,515,636,782	11,257,820,256

(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	523,272	523,272	0	156,150	156,150	0	87,362	87,362	766,784
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	149,878	149,878	0	52,005	52,005	0	0	0	201,883
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	673,150	673,150	0	208,155	208,155	0	87,362	87,362	968,667

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：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：114/05/08

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 14

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	11,611,200	24,057,503	35,668,703	35,668,703
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	18,752,280	0	18,752,280	18,752,280
高屏分區	893,800	0	893,800	36,409,988	29,561,165	65,971,153	66,864,953
東區分區	0	0	0	26,996,000	51,483,215	78,479,215	78,479,215
合 計	893,800	0	893,800	93,769,468	105,101,883	198,871,351	199,765,151

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。

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	523,272	523,272	0	156,150	156,150	11,611,200	24,144,865	35,756,065	36,435,487
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	18,752,280	0	18,752,280	18,752,280
高屏分區	893,800	149,878	1,043,678	0	52,005	52,005	36,409,988	29,561,165	65,971,153	67,066,836
東區分區	0	0	0	0	0	0	26,996,000	51,483,215	78,479,215	78,479,215
合 計	893,800	673,150	1,566,950	0	208,155	208,155	93,769,468	105,189,245	198,958,713	200,733,818

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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} - \text{核定非浮動點數合計(M)} - 1 \times \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{11,616,295,071 - 732,167,235 - 161,456,028} \\
 = & \frac{11,257,820,256}{0.95246429} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定浮動點數合計(P)}}{11,616,295,071} \\
 = & \frac{732,167,235 + 161,456,028 + 11,257,820,256}{0.95596009} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

$$\begin{aligned}
 & \text{／加總[核定浮動點數合計(P)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 = & \frac{[11,616,295,071 + 234,081,754]}{[11,257,820,256 + 161,456,028 + 732,167,235 + 19,336,754]} = 0.97367437
 \end{aligned}$$

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＝ 234,081,754

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月113/09(含)以前:於114/01/01～114/03/31期間核付者。
2. 費用年月113/10～113/12:於113/10/01～114/03/31期間核付者。