

程式代號：rgbil508R01

105年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

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:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

列印日期：106/01/25

頁 次： 1

一、門診透析全民健康保險醫療給付費用

項目	104年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	104年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	105年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	105年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	105年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.498%)	(G1) =B1×(1+3.273%)	(D1) =G0+G1
第1季	3,472,150,623	4,663,555,159	3,628,327,958	4,816,193,319	8,444,521,277
第2季	3,580,122,838	5,000,549,499	3,741,156,763	5,164,217,484	8,905,374,247
第3季	3,767,393,581	4,883,172,414	3,936,850,944	5,042,998,647	8,979,849,591
第4季	3,889,664,739	4,940,150,902	4,064,621,859	5,101,842,041	9,166,463,900
合計	14,709,331,781	19,487,427,974	15,370,957,524	20,125,251,491	35,496,209,015

說明

1. 依據104年11月11日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」104年第4次會議決定，105年總額四季預算分配案，採用各季「實際預算數」。
2. 105年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 104年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.498%)。
3. 105年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 104年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+3.273%)。
4. 105年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 105年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 105年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/25

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 2

二、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算 = 404,000,000元

(一)105年度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)

(二)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫

第1季已支用點數： 43,920,300
 第2季已支用點數： 44,329,800
 第3季已支用點數： 45,959,117
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 134,209,217

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

第1季已支用點數： 24,778,800
 第2季已支用點數： 24,086,150
 第3季已支用點數： 24,047,800
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 72,912,750

(四)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 31,297
 第3季已支用點數： 398,081
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 429,378

(五)合計

第1季已支用點數： 68,699,100
 第2季已支用點數： 68,447,247
 第3季已支用點數： 70,404,998
 第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 207,551,345

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預算(另行結算) - 暫結金額
 = 404,000,000 - 45,000,000 - 207,551,345 = 151,448,655

三、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			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (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	182,552,573	182,552,573	0	56,652,484	56,652,484	0	26,789,695	26,789,695
北區分區	1,278,767	66,033,176	67,311,943	338,323	19,766,712	20,105,035	139,821	7,895,042	8,034,863
中區分區	1,977,175	95,780,167	97,757,342	633,155	30,515,646	31,148,801	243,179	11,020,766	11,263,945
南區分區	815,910	84,934,887	85,750,797	208,200	25,043,161	25,251,361	103,722	10,131,545	10,235,267
高屏分區	261,673	105,205,334	105,467,007	86,143	29,397,612	29,483,755	6,169	13,304,406	13,310,575
東區分區	0	9,412,453	9,412,453	0	3,110,929	3,110,929	0	1,280,304	1,280,304
合 計	4,333,525	543,918,590	548,252,115	1,265,821	164,486,544	165,752,365	492,891	70,421,758	70,914,649

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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處理費(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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」後之點數。

4. 依據104年11月11日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」104年第4次會議決定略以105年門診透析保障項目如下：
腹膜透析之追蹤處理費(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：rgbi1508R01

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：106/01/25

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 4

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	5,592,400	9,299,000	14,891,400	1,427,663,592	1,338,289,265	2,765,952,857
北區分區	0	0	0	501,762,227	991,694,200	1,493,456,427
中區分區	12,520,220	0	12,520,220	750,076,354	1,093,529,570	1,843,605,924
南區分區	20,659,688	1,465,228	22,124,916	901,974,111	759,299,991	1,661,274,102
高屏分區	22,053,012	27,773,400	49,826,412	1,002,946,518	824,388,866	1,827,335,384
東區分區	0	0	0	105,843,960	144,544,865	250,388,825
合 計	60,825,320	38,537,628	99,362,948	4,690,266,762	5,151,746,757	9,842,013,519

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。

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 合計

就醫分區	核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處理費核定點數 (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)	醫院 (O) =(O2)+(O3)	小計 (P) =(N)+(O)
臺北分區	5,592,400	191,851,573	1,679,486	199,123,459	0	56,652,484	56,652,484	1,427,663,592	1,365,078,960	2,792,742,552
北區分區	1,278,767	66,033,176	874,561	68,186,504	338,323	19,766,712	20,105,035	501,902,048	999,589,242	1,501,491,290
中區分區	14,497,395	95,780,167	731,280	111,008,842	633,155	30,515,646	31,148,801	750,319,533	1,104,550,336	1,854,869,869
南區分區	21,475,598	86,400,115	303,418	108,179,131	208,200	25,043,161	25,251,361	902,077,833	769,431,536	1,671,509,369
高屏分區	22,314,685	132,978,734	354,584	155,648,003	86,143	29,397,612	29,483,755	1,002,952,687	837,693,272	1,840,645,959
東區分區	0	9,412,453	6,206	9,418,659	0	3,110,929	3,110,929	105,843,960	145,825,169	251,669,129
合 計	65,158,845	582,456,218	3,949,535	651,564,598	1,265,821	164,486,544	165,752,365	4,690,759,653	5,222,168,515	9,912,928,168

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/25

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 6

(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			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)		
	西醫基層 (RJ1)	醫院 (RK1) =(RJ1)+(RK1)	小計 (RM1)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01) =(RN1)+(R01)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN3)	醫院 (R03) =(RN3)+(R03)	小計 (RP3)
臺北分區	0	696,009	696,009	0	208,200	208,200	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	696,009	696,009	0	208,200	208,200	0	0	0

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。

2. 本表「腹膜透析追蹤處理費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處理費(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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」後之點數。

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)		
	西醫基層 (RJ2)	醫院 (RK2)	小計 (RM2) =(RJ2)+(RK2)	西醫基層 (RN2)	醫院 (RO2)	小計 (RP2) =(RN2)+(RO2)
臺北分區	0	0	0	5,592,400	9,299,000	14,891,400
北區分區	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	12,520,220	0	12,520,220
南區分區	0	0	0	20,659,688	1,465,228	22,124,916
高屏分區	7,831,000	0	7,831,000	14,222,012	27,773,400	41,995,412
東區分區	0	0	0	0	0	0
合 計	7,831,000	0	7,831,000	52,994,320	38,537,628	91,531,948

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。

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			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)		
	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	696,009	696,009	0	208,200	208,200	5,592,400	9,299,000	14,891,400
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	12,520,220	0	12,520,220
南區分區	0	0	0	0	0	0	20,659,688	1,465,228	22,124,916
高屏分區	7,831,000	0	7,831,000	0	0	0	14,222,012	27,773,400	41,995,412
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	7,831,000	696,009	8,527,009	0	208,200	208,200	52,994,320	38,537,628	91,531,948

註：依103年11月26日「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」103年第4次會議決定：

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)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)實施鄉鎮。
- (2)公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域。
- (3)公告之全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)(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)。

四、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處理費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{ - - }{\text{核定浮動點數合計(P)}} \\
 & \frac{8,979,849,591 - 651,564,598 - 165,752,365}{9,912,928,168} \\
 = & 0.82342296 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

五、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處理費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)}}{} \\
 & \frac{8,979,849,591}{651,564,598 + 165,752,365 + 9,912,928,168} \\
 = & 0.83687274 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

六、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月105/06(含)以前:於105/10/01~105/12/31期間核付者。
2. 費用年月105/07~105/09:於105/07/01~105/12/31期間核付者。