

一、門診透析醫療給付費用

113年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 113\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(F0\text{合計}) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_q2) + 113\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)} \\
 &\quad \text{預算合計}(F1\text{合計}) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_q2) \\
 &= 21,800,416,473 \times 24.941657\% + 23,761,422,188 \times 24.937947\% \\
 &= 5,437,385,101 + 5,925,610,872 \\
 &= 11,362,995,973 \text{ (D3)}
 \end{aligned}$$

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 $11,482,808,661 = 113\text{年全年預算數} - 113\text{年第1季調整後預算} - 113\text{年第2季調整後預算} - 113\text{年第3季調整後預算}$ 。

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	113年各季 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)	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：

- 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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

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%。

程式代號：RGI3308R05

113年第 2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:113/04—113/06

核付截止日期:113/09/30

列印日期：113/11/04

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

(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

0

(6)合計

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 = 48,838,243 - 0 = 48,838,243

=====

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

$$= 108,371,601 - 80,000,000 + 48,838,243 + 320,000,000 = 397,209,844$$

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

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 = 397,209,844 - 0 = 397,209,844

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 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 36,080,566

(6)合計 36,276,566

暫結金額 = 第1～4季暫結金額＝ 17,891,498 + 18,385,068 + 0 + 0 = 36,276,566

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 = 433,486,410 - 36,276,566 = 397,209,844

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:	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= 154,443,050 — 0= 154,443,050

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+154,443,050+ 3,600,000= 273,643,050

	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:	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= 273,643,050 — 0= 273,643,050

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：	151,230,350	151,230,350	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	41,126,600	41,126,600	0
(3)小計：	192,356,950	192,356,950	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＋0＝192,356,950

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

＝511,000,000－45,000,000－192,356,950＝273,643,050

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

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		
就醫分區	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	176,169,248	176,169,248	0	54,147,939	54,147,939	0	30,275,264	30,275,264
北區分區	591,948	66,603,884	67,195,832	158,463	20,034,350	20,192,813	150,258	10,114,102	10,264,360
中區分區	2,004,156	106,006,540	108,010,696	590,580	33,638,799	34,229,379	261,993	20,232,784	20,494,777
南區分區	0	84,906,257	84,906,257	0	24,667,923	24,667,923	0	14,028,529	14,028,529
高屏分區	44,888	88,439,881	88,484,769	13,620	25,580,596	25,594,216	228	15,603,728	15,603,956
東區分區	0	12,332,850	12,332,850	0	3,916,252	3,916,252	0	2,113,072	2,113,072
合 計	2,640,992	534,458,660	537,099,652	762,663	161,985,859	162,748,522	412,479	92,367,479	92,779,958

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）。

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	11,123,300	23,850,628	34,973,928	1,840,211,864	1,401,776,749	3,241,988,613
北區分區	0	0	0	683,718,264	1,032,710,258	1,716,428,522
中區分區	0	0	0	952,926,221	1,155,797,093	2,108,723,314
南區分區	18,623,256	0	18,623,256	1,028,929,633	791,781,116	1,820,710,749
高屏分區	37,625,656	30,516,300	68,141,956	1,112,521,491	866,321,625	1,978,843,116
東區分區	27,409,580	50,237,124	77,646,704	68,019,036	144,176,020	212,195,056
合 計	94,781,792	104,604,052	199,385,844	5,686,326,509	5,392,562,861	11,078,889,370

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	18,000	20,400	38,400
北區分區	0	0	0
中區分區	0	4,368	4,368
南區分區	3,600	0	3,600
高屏分區	0	10,200	10,200
東區分區	0	0	0
合 計	21,600	34,968	56,568

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	11,123,300	200,019,876	402,144	211,545,320	0	54,147,939	54,147,939	1,840,229,864	1,432,072,413	3,272,302,277
北區分區	591,948	66,603,884	275,042	67,470,874	158,463	20,034,350	20,192,813	683,868,522	1,042,824,360	1,726,692,882
中區分區	2,004,156	106,006,540	182,625	108,193,321	590,580	33,638,799	34,229,379	953,188,214	1,176,034,245	2,129,222,459
南區分區	18,623,256	84,906,257	109,909	103,639,422	0	24,667,923	24,667,923	1,028,933,233	805,809,645	1,834,742,878
高屏分區	37,670,544	118,956,181	88,282	156,715,007	13,620	25,580,596	25,594,216	1,112,521,719	881,935,553	1,994,457,272
東區分區	27,409,580	62,569,974	31,694	90,011,248	0	3,916,252	3,916,252	68,019,036	146,289,092	214,308,128
合 計	97,422,784	639,062,712	1,089,696	737,575,192	762,663	161,985,859	162,748,522	5,686,760,588	5,484,965,308	11,171,725,896

(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	477,750	477,750	0	147,475	147,475	0	81,070	81,070	706,295
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	176,788	176,788	0	52,050	52,050	0	2,112	2,112	230,950
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	654,538	654,538	0	199,525	199,525	0	83,182	83,182	937,245

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。

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, 123, 300	23, 850, 628	34, 973, 928	34, 973, 928
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, 623, 256	0	18, 623, 256	18, 623, 256
高屏分區	7, 773, 600	0	7, 773, 600	29, 852, 084	30, 516, 300	60, 368, 384	68, 141, 984
東區分區	0	0	0	27, 409, 580	50, 237, 124	77, 646, 704	77, 646, 704
合 計	7, 773, 600	0	7, 773, 600	87, 008, 220	104, 604, 052	191, 612, 272	199, 385, 872

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 RM+RP1+RP
	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	477,750	477,750	0	147,475	147,475	11,123,300	23,931,698	35,054,998	35,680,223
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	18,623,256	0	18,623,256	18,623,256
高屏分區	7,773,600	176,788	7,950,388	0	52,050	52,050	29,852,084	30,518,412	60,370,496	68,372,934
東區分區	0	0	0	0	0	0	27,409,580	50,237,124	77,646,704	77,646,704
合 計	7,773,600	654,538	8,428,138	0	199,525	199,525	87,008,220	104,687,234	191,695,454	200,323,117

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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} - \text{核定非浮動點數合計(M)} - 1 \times \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{11,362,995,973 - 737,575,192 - 162,748,522} \\
 = & \frac{11,171,725,896}{11,171,725,896} \\
 = & 0.93653141 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定浮動點數合計(P)}}{11,362,995,973} \\
 = & \frac{737,575,192 + 162,748,522 + 11,171,725,896}{11,362,995,973} \\
 = & 0.94126485 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

$$\begin{aligned}
 & \div \text{加總}[\text{核定浮動點數合計(P)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 = & [11,362,995,973 + 18,385,068] \\
 & \div [11,171,725,896 + 162,748,522 + 737,575,192 + 18,385,068] = 0.94135417
 \end{aligned}$$

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＝ 18,385,068

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月113/03(含)以前:於113/07/01～113/09/30期間核付者。
2. 費用年月113/04～113/06:於113/04/01～113/09/30期間核付者。