

=====

一、門診透析醫療給付費用

114年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 114\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(F0合計)} \times \text{西醫基層第1季預算占率}(c_{q1}) \\
 &+ 114\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)預算合計(F1合計)} \times \text{醫院第1季預算占率}(h_{q1}) \\
 &= (22,480,588,501 \times 24.567482\%) + (24,461,007,340 \times 24.725211\%) \\
 &= 5,522,914,533 + 6,048,035,678 \\
 &= 11,570,950,211 \text{ (D3)}
 \end{aligned}$$

註：

- 依據114年3月5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，「114年門診透析四季預算分配」依加總近三年(110-112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。114年各季預算占率分別如下：
 - 西醫基層：第1季24.567482%、第2季25.019980%、第3季25.257585%、第4季25.154953%。
 - 醫院：第1季24.725211%、第2季25.053051%、第3季25.169226%、第4季25.052512%。
- 114年度全年門診透析總額(含藥費)費用扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」合計(D2合計)為46,941,595,841元，
 - 114年第1季調整後預算 $11,570,950,211 = 22,480,588,501(F0\text{合計}) \times 24.567482\%(c_{q1}) + 24,461,007,340(F1\text{合計}) \times 24.725211\%(h_{q1})$ 。
 - 114年第2季調整後預算 $11,752,867,391 = 22,480,588,501(F0\text{合計}) \times 25.019980\%(c_{q2}) + 24,461,007,340(F1\text{合計}) \times 25.053051\%(h_{q2})$ 。
 - 114年第3季調整後預算 $11,834,699,968 = 22,480,588,501(F0\text{合計}) \times 25.257585\%(c_{q3}) + 24,461,007,340(F1\text{合計}) \times 25.169226\%(h_{q3})$ 。
 - 114年第4季調整後預算 $11,783,078,271 = 114\text{年全年預算數} - 114\text{年第1季調整後預算} - 114\text{年第2季調整後預算} - 114\text{年第3季調整後預算}$ 。

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	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)	114年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費及透析 專款)	114年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費及透析 專款)	114年各季門診 透析合併預算 之醫療給付費用 (含藥費及透析 專款)
	(A1)	(B1)	(G0)=A1 ×(1+3.090%)	(G1)=B1 ×(1+2.917%)	(D1) =G0+G1
第1季	5,194,967,110	5,740,424,478	5,355,491,594	5,907,872,660	11,263,364,254
第2季	5,356,513,487	6,155,312,185	5,522,029,754	6,334,862,641	11,856,892,395
第3季	5,636,705,108	6,010,804,387	5,810,879,296	6,186,139,551	11,997,018,847
第4季	5,819,645,347	6,080,952,969	5,999,472,388	6,258,334,367	12,257,806,755
合計	22,007,831,052	23,987,494,019	22,687,873,032	24,687,209,219	47,375,082,251

項目	推動腹膜透析及 居家血液透析 與提升照護 品質專款費用	114年各季 西醫基層推動 腹膜透析及居家 與提升照護 品質專款費用	114年各季 醫院推動 腹膜透析及居家 與提升照護 品質專款費用	114年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費)	114年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費)	114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	51,821,133	56,550,470	5,303,670,461	5,851,322,190	11,154,992,651
第2季	108,371,603	51,821,133	56,550,470	5,470,208,621	6,278,312,171	11,748,520,792
第3季	108,371,603	51,821,133	56,550,470	5,759,058,163	6,129,589,081	11,888,647,244
第4季	108,371,601	51,821,132	56,550,469	5,947,651,256	6,201,783,898	12,149,435,154
合計	433,486,410	207,284,531	226,201,879	22,480,588,501	24,461,007,340	46,941,595,841

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R05

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：114/08/22

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 3

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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及居家血液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. 114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)=113年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1) $\times$ (1+3.090%)。
3. 114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)=113年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1) $\times$ (1+2.917%)。
4. 114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)=113年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費及透析專款)(G0)+113年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費及透析專款)(G1)。
5. 「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」專款依據協商當年(113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47.818%(P0)；醫院為52.182%(P1))分配預算，扣除比例按季均分。

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 114年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (F0)	調整前 114年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (F1)	調整前 114年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =F0+F1	調整後 114年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 114年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 114年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D3) =G3+G4
第1季	5,303,670,461	5,851,322,190	11,154,992,651	5,522,914,533	6,048,035,678	11,570,950,211
第2季	5,470,208,621	6,278,312,171	11,748,520,792	5,624,638,747	6,128,228,644	11,752,867,391
第3季	5,759,058,163	6,129,589,081	11,888,647,244	5,678,053,749	6,156,646,219	11,834,699,968
第4季	5,947,651,256	6,201,783,898	12,149,435,154	5,654,981,472	6,128,096,799	11,783,078,271
合計	22,480,588,501	24,461,007,340	46,941,595,841	22,480,588,501	24,461,007,340	46,941,595,841

註：
 依據114年3月5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，「114年門診透析四季預算分配」依加總近三年(110-112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。114年各季預算占率分別如下：
 (1)西醫基層：第1季24.567482%、第2季25.019980%、第3季25.257585%、第4季25.154953%。
 (2)醫院：第1季24.725211%、第2季25.053051%、第3季25.169226%、第4季25.052512%。

四、鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質

全年預算＝433,486,410元

預估鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫全年獎勵費: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

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 400,000

(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)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 18,733,306

(7)小計 19,133,306

4.2居家血液透析 0

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

4.3小計

已支用點數 19,133,306

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝19,133,306

未支用金額＝第1季可支用預算－暫結金額＝28,371,603－19,133,306＝9,238,297

第2季可支用預算＝當季預算－預估當季獎勵費＋前1季未支用金額＝108,371,603－80,000,000＋9,238,297＝37,609,900

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 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)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 0

(7)小計 0

4.2居家血液透析 0

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

4.3小計

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－暫結金額＝37,609,900－0＝37,609,900

=====

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 ＋ 37,609,900 ＝ 65,981,503

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 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)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 0

(7)小計 0

4.2居家血液透析 0

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

4.3小計

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－暫結金額＝ 65,981,503－0＝ 65,981,503

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＋65,981,503＋320,000,000＝ 414,353,104

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 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)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 0

(7)小計 0

4.2居家血液透析 0

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

4.3小計

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－暫結金額＝ 414,353,104－0＝ 414,353,104

=====

全年合計：

全年預算＝ 433,486,410

4.1鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫 已支用點數

(1)院所開辦腹膜透析獎勵費 400,000

(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)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 0

(6)其他相關給付項目 18,733,306

(7)小計 19,133,306

4.2居家血液透析 0

(1)居家血液透析 0

(2)居家訪視費－實地訪視 0

(3)居家訪視費－視訊訪視 0

4.3小計 已支用點數 19,133,306

暫結金額＝第1～4季暫結金額＝ 19,133,306 + 0 + 0 + 0 = 19,133,306

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 433,486,410－19,133,306＝414,353,104

註：

- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114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及居家血液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114年5月21日健保醫字第1140110566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、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費額度後，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、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費。

=====

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＝500,000,000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：3,900,000

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

＝(500,000,000－45,000,000－3,900,000)/4＝112,775,000

	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：	76,380,798	76,380,798	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	22,397,400	22,397,400	0
(3)小計：	98,778,198	98,778,198	0

已支用點數＝98,778,198

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝98,778,198

未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝112,775,000－98,778,198＝13,996,802

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

＝(500,000,000－45,000,000－3,900,000)/4＋13,996,802＝126,771,802

	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2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝126,771,802－0＝126,771,802

=====

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
 =(500,000,000—45,000,000—3,900,000)/4+126,771,802= 239,546,802

	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= 239,546,802 — 0= 239,546,802

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
 =(500,000,000—45,000,000—3,900,000)/4+239,546,802+ 3,900,000= 356,221,802

	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= 356,221,802 — 0= 356,221,802

=====

全年合計：

全年預算＝ 500,000,000

	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：	76,380,798	76,380,798	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	22,397,400	22,397,400	0
(3)小計：	98,778,198	98,778,198	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)

＝ 98,778,198 + 0 + 0 + 0 = 98,778,198

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

＝ 500,000,000－45,000,000－98,778,198＝ 356,221,802

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	173,634,791	173,634,791	0	54,436,446	54,436,446	0	29,800,200	29,800,200
北區分區	592,774	66,731,237	67,324,011	156,118	20,284,010	20,440,128	133,648	10,226,139	10,359,787
中區分區	1,954,034	106,005,944	107,959,978	572,550	33,553,244	34,125,794	209,571	20,205,209	20,414,780
南區分區	0	80,840,332	80,840,332	0	23,800,116	23,800,116	0	13,250,387	13,250,387
高屏分區	95,353	84,882,821	84,978,174	26,025	24,712,838	24,738,863	153	14,923,127	14,923,280
東區分區	0	11,626,513	11,626,513	0	3,829,339	3,829,339	0	2,037,807	2,037,807
合 計	2,642,161	523,721,638	526,363,799	754,693	160,615,993	161,370,686	343,372	90,442,869	90,786,241

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113年11月26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，114年門診透析服務保障項目維持原113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	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	11,471,800	23,774,364	35,246,164	1,813,049,584	1,383,201,510	3,196,251,094
北區分區	0	445,968	445,968	700,510,827	989,867,821	1,690,378,648
中區分區	0	0	0	942,869,894	1,154,754,991	2,097,624,885
南區分區	29,841,128	0	29,841,128	994,722,824	783,125,602	1,777,848,426
高屏分區	35,955,428	29,476,503	65,431,931	1,115,465,902	835,787,963	1,951,253,865
東區分區	28,288,760	51,800,468	80,089,228	69,814,360	143,975,660	213,790,020
合 計	105,557,116	105,497,303	211,054,419	5,636,433,391	5,290,713,547	10,927,146,938

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	醫院	小計
	(N4)	(O4)	(P4) =(N4)+(O4)
臺北分區	3,600	21,600	25,200
北區分區	0	0	0
中區分區	0	1,800	1,800
南區分區	6,000	0	6,000
高屏分區	0	12,000	12,000
東區分區	0	6,000	6,000
合 計	9,600	41,400	51,000

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	醫院	自墊核退	小計	西醫基層	醫院	小計	西醫基層	醫院	小計
	(J) =(J1)+(J2)	(K) =(K1)+(K2)	(L) + (K)+(L)	(M)=(J) + (K)+(L)	(N1)	(O1)	(P1) =(N1)+(O1)	(N) =(N2)+(N3) +(N4)	(O) =(O2)+(O3) +(O4)	(P) =(N)+(O)
臺北分區	11,471,800	197,409,155	547,939	209,428,894	0	54,436,446	54,436,446	1,813,053,184	1,413,023,310	3,226,076,494
北區分區	592,774	67,177,205	333,918	68,103,897	156,118	20,284,010	20,440,128	700,644,475	1,000,093,960	1,700,738,435
中區分區	1,954,034	106,005,944	389,434	108,349,412	572,550	33,553,244	34,125,794	943,079,465	1,174,962,000	2,118,041,465
南區分區	29,841,128	80,840,332	225,850	110,907,310	0	23,800,116	23,800,116	994,728,824	796,375,989	1,791,104,813
高屏分區	36,050,781	114,359,324	58,909	150,469,014	26,025	24,712,838	24,738,863	1,115,466,055	850,723,090	1,966,189,145
東區分區	28,288,760	63,426,981	39,388	91,755,129	0	3,829,339	3,829,339	69,814,360	146,019,467	215,833,827
合 計	108,199,277	629,218,941	1,595,438	739,013,656	754,693	160,615,993	161,370,686	5,636,786,363	5,381,197,816	11,017,984,179

(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	505,522	505,522	0	156,150	156,150	0	88,950	88,950	750,622
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	153,962	153,962	0	52,055	52,055	0	0	0	206,017
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	659,484	659,484	0	208,205	208,205	0	88,950	88,950	956,639

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	11,471,800	23,774,364	35,246,164	35,246,164
北區分區	0	0	0	0	445,968	445,968	445,968
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	29,841,128	0	29,841,128	29,841,128
高屏分區	2,361,600	0	2,361,600	33,593,828	29,476,503	63,070,331	65,431,931
東區分區	0	0	0	28,288,760	51,800,468	80,089,228	80,089,228
合 計	2,361,600	0	2,361,600	103,195,516	105,497,303	208,692,819	211,054,419

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										
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	
就醫分區	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) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	RM+RP1+RP
臺北分區	0	505,522	505,522	0	156,150	156,150	11,471,800	23,863,314	35,335,114	35,996,786
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	445,968	445,968	445,968
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	29,841,128	0	29,841,128	29,841,128
高屏分區	2,361,600	153,962	2,515,562	0	52,055	52,055	33,593,828	29,476,503	63,070,331	65,637,948
東區分區	0	0	0	0	0	0	28,288,760	51,800,468	80,089,228	80,089,228
合 計	2,361,600	659,484	3,021,084	0	208,205	208,205	103,195,516	105,586,253	208,781,769	212,011,058

註：依據113年11月26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，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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{\text{11,570,950,211－739,013,656－161,370,686}} \\
 = & \frac{11,017,984,179}{0.96846807} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D3)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定浮動點數合計(P)}}{\text{11,570,950,211}} \\
 = & \frac{739,013,656＋161,370,686＋11,017,984,179}{0.97085018} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3)＋專款專用暫結金額]

$$\begin{aligned}
 & \text{／加總[核定浮動點數合計(P)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定非浮動點數合計(M)＋專款專用已支用點數]} \\
 = & \frac{[11,570,950,211＋19,133,306]}{[11,017,984,179＋161,370,686＋739,013,656＋18,733,306]} = 0.97092943
 \end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝19,133,306

十、說明

本季結算費用年月包括：

- 費用年月113/12(含)以前:於114/04/01～114/06/30期間核付者。
- 費用年月114/01～114/03:於114/01/01～114/06/30期間核付者。