

一、門診透析醫療給付費用

(一) 114年第4季調整後門診透析醫療給付費用總額

=114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)+114年鼓勵腹膜透析專款剩餘可流用金額-114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

= 46,941,595,841 + 0 - 11,570,950,211 - 11,752,867,391 - 11,834,699,968

= 11,783,078,271 (D3)

註：

1. 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%。

2. 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，

(1) 114年第1季調整後預算 11,570,950,211 = 22,480,588,501(F0合計)×24.567482%(c_q1) + 24,461,007,340(F1合計)×24.725211%(h_q1)。

(2) 114年第2季調整後預算 11,752,867,391 = 22,480,588,501(F0合計)×25.019980%(c_q2) + 24,461,007,340(F1合計)×25.053051%(h_q2)。

(3) 114年第3季調整後預算 11,834,699,968 = 22,480,588,501(F0合計)×25.257585%(c_q3) + 24,461,007,340(F1合計)×25.169226%(h_q3)。

(4) 114年第4季調整後預算 11,783,078,271 = 114年全年預算數 - 114年第1季調整後預算 - 114年第2季調整後預算 - 114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) (A1)	113年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費) (B1)	114年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費及透析 專款) (G0)=A1 ×(1+3.090%)	114年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費及透析 專款) (G1)=B1 ×(1+2.917%)	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) (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 (E)	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 (E0)=E×P0	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 (E1)=E×P1	114年各季 西醫基層門診 透析服務費用 (含藥費) (F0)=G0-E0	114年各季 醫院門診透析 服務費用 (含藥費) (F1)=G1-E1	114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) (D12)=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：115/06/08

114年第4季

結算主要費用年月起迄：114/10—114/12

核付截止日期：115/03/31

頁次：3

項目	導入114年 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額	導入114年 西醫基層 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額	導入114年 醫院 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額	114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	11,154,992,651
第2季	0	0	0	11,748,520,792
第3季	0	0	0	11,888,647,244
第4季	0	0	0	12,149,435,154
合計	0	0	0	46,941,595,841

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。
- 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)×(1+3.09%)。
- 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)×(1+2.917%)。
- 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)。
- 「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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R05

114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:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

列印日期：115/06/08

頁次：4

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	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 服務費用(含藥費) (G4)	導入114年 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額 (J)	導入114年 西醫基層 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額 (J0)	導入114年 醫院 鼓勵腹膜透析專款 剩餘可流用金額 (J1)	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+J
第1季	5,522,914,533	6,048,035,678	0	0	0	11,570,950,211
第2季	5,624,638,747	6,128,228,644	0	0	0	11,752,867,391
第3季	5,678,053,749	6,156,646,219	0	0	0	11,834,699,968
第4季	5,654,981,472	6,128,096,799	0	0	0	11,783,078,271
合計	22,480,588,501	24,461,007,340	0	0	0	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 18,732,106
- (7)小計 19,132,106

4.2居家血液透析

- (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)小計 0

4.3小計

已支用點數 19,132,106
 暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 19,132,106
 未支用金額 = 第1季可支用預算 - 暫結金額 = 28,371,603 - 19,132,106 = 9,239,497

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 + 9,239,497 = 37,611,100

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 1,200,000
- (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 23,914,024
- (7)小計 25,114,024

4.2居家血液透析

- (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)小計 0

4.3小計

已支用點數 25,114,024
 暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 25,114,024
 未支用金額 = 第2季可支用預算 - 暫結金額 = 37,611,100 - 25,114,024 = 12,497,076

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R05

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：115/06/08

114年第4季

結算主要費用年月起迄：114/10-114/12

核付截止日期：115/03/31

頁次：6

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 + 12,497,076 = 40,868,679

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 37,833,495
- (7) 小計 37,833,495

4.2 居家血液透析

- (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) 小計 0

4.3 小計

已支用點數 37,833,495

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 37,833,495

未支用金額 = 第3季可支用預算 - 暫結金額 = 40,868,679 - 37,833,495 = 3,035,184

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 + 3,035,184 + 320,000,000 = 351,406,785

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 50,400,000
- (2) 腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 291,195,600
- (3) 腹膜透析院所推廣獎勵費 28,122,000
- (4) 提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 29,892,000
- (5) 院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 210,000
- (6) 其他相關給付項目 48,172,955
- (7) 小計 447,992,555

4.2 居家血液透析

- (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) 小計 0

4.3 小計

已支用點數 447,992,555 (傳票日期：115/06/05)

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 447,992,555

未支用金額 = 第4季可支用預算 - 暫結金額 = 351,406,785 - 447,992,555 = -96,585,770

=====

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 52,000,000

(2) 腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 291,195,600

(3) 腹膜透析院所推廣獎勵費 28,122,000

(4) 提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 29,892,000

(5) 院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費 210,000

(6) 其他相關給付項目 128,652,580

(7) 小計 530,072,180

4.2 居家血液透析

(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) 小計 0

4.3 小計

已支用點數 530,072,180

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 19,132,106 + 25,114,024 + 37,833,495 + 447,992,555 = 530,072,180

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 433,486,410 - 530,072,180 = -96,585,770

浮動點值 = 全年預算 / 浮動點數 = 433,486,410 / 530,072,180 = 0.81778751

4.9(4.2及4.2)調整後全年結算合計	已支用點數	調整後結算金額
A. 鼓勵院所加強推動腹膜透析及與提升其照護品質計畫		
(1)院所開辦腹膜透析獎勵費	52,000,000	42,524,951
(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費	291,195,600	238,136,125
(3)腹膜透析院所推廣獎勵費	28,122,000	22,997,820
(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費	29,892,000	24,445,304
(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費	210,000	171,735
(6)其他相關給付項目	128,652,580	105,210,475
(7)小計	530,072,180	433,486,410
B. 居家血液透析		
(1)居家血液透析	0	0
(2)居家訪視費－實地訪視	0	0
(3)居家訪視費－視訊訪視	0	0
(4)小計	0	0
X. 合計	530,072,180	433,486,410

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：	80,043,899	80,043,899	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	22,220,200	22,220,200	0
(3)小計：	102,264,099	102,264,099	0

已支用點數=102,264,099

暫結金額=1元/點×已支用點數=102,264,099

未支用金額=第2季預算-1元/點×第2季已支用點數=126,771,802-102,264,099=24,507,703

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+24,507,703=137,282,703

	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:	83,850,400	83,850,400	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵):	24,338,200	24,338,200	0
(3)小計:	108,188,600	108,188,600	0

已支用點數= 108,188,600

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 108,188,600

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 137,282,703 - 108,188,600 = 29,094,103

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+29,094,103+3,900,000=145,769,103

	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:	86,000,100	86,000,100	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵):	22,676,740	22,676,740	0
(3)小計:	108,676,840	108,676,840	0

已支用點數= 108,676,840

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 108,676,840

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 145,769,103 - 108,676,840 = 37,092,263

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：	326,275,197	326,275,197	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	91,632,540	91,632,540	0
(3)小計：	417,907,737	417,907,737	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 + 102,264,099 + 108,188,600 + 108,676,840 = 417,907,737

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 - 417,907,737 = 37,092,263

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。

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	68	179,220,389	179,220,457	0	55,344,673	55,344,673	0	31,665,744	31,665,744
北區分區	2,207,986	67,420,586	69,628,572	690,080	20,249,128	20,939,208	455,688	10,651,828	11,107,516
中區分區	1,825,236	107,150,364	108,975,600	520,500	33,486,258	34,006,758	194,239	20,902,407	21,096,646
南區分區	0	80,494,187	80,494,187	0	23,603,450	23,603,450	0	13,597,143	13,597,143
高屏分區	93,701	84,032,638	84,126,339	26,025	24,257,320	24,283,345	6,164	14,865,444	14,871,608
東區分區	0	12,088,323	12,088,323	0	3,925,322	3,925,322	0	2,008,393	2,008,393
合計	4,126,991	530,406,487	534,533,478	1,236,605	160,866,151	162,102,756	656,091	93,690,959	94,347,050

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 (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	12,377,900	24,044,248	36,422,148	1,861,776,635	1,422,667,480	3,284,444,115
北區分區	0	1,979,033	1,979,033	726,876,688	992,236,407	1,719,113,095
中區分區	0	0	0	978,551,352	1,169,169,952	2,147,721,304
南區分區	30,058,760	0	30,058,760	1,016,061,418	794,661,827	1,810,723,245
高屏分區	36,884,641	29,556,900	66,441,541	1,153,768,624	844,288,607	1,998,057,231
東區分區	34,562,400	51,199,316	85,761,716	67,603,540	146,808,569	214,412,109
合計	113,883,701	106,779,497	220,663,198	5,804,638,257	5,369,832,842	11,174,471,099

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	9,000	22,800	31,800
北區分區	0	0	0
中區分區	0	2,400	2,400
南區分區	2,400	0	2,400
高屏分區	0	8,400	8,400
東區分區	0	1,200	1,200
合計	11,400	34,800	46,200

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：115/06/08

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 14

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	12,377,968	203,264,637	301,550	215,944,155	0	55,344,673	55,344,673	1,861,785,635	1,454,356,024	3,316,141,659
北區分區	2,207,986	69,399,619	300,273	71,907,878	690,080	20,249,128	20,939,208	727,332,376	1,002,888,235	1,730,220,611
中區分區	1,825,236	107,150,364	418,457	109,394,057	520,500	33,486,258	34,006,758	978,745,591	1,190,074,759	2,168,820,350
南區分區	30,058,760	80,494,187	223,608	110,776,555	0	23,603,450	23,603,450	1,016,063,818	808,258,970	1,824,322,788
高屏分區	36,978,342	113,589,538	96,703	150,664,583	26,025	24,257,320	24,283,345	1,153,774,788	859,162,451	2,012,937,239
東區分區	34,562,400	63,287,639	0	97,850,039	0	3,925,322	3,925,322	67,603,540	148,818,162	216,421,702
合 計	118,010,692	637,185,984	1,340,591	756,537,267	1,236,605	160,866,151	162,102,756	5,805,305,748	5,463,558,601	11,268,864,349

(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 (RO1)	小計 (RP1) =(RN1)+(RO1)	西醫基層 (RN3)	醫院 (RO3)	小計 (RP3) =(RN3)+(RO3)	
臺北分區	0	521,192	521,192	0	156,150	156,150	0	82,230	82,230	759,572
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	229,957	229,957	0	67,667	67,667	0	0	0	297,624
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	751,149	751,149	0	223,817	223,817	0	82,230	82,230	1,057,196

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

就醫分區	核定非浮動點數			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計 RM2+RP2
	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)	
臺北分區	0	0	0	12,377,900	24,044,248	36,422,148	36,422,148
北區分區	0	0	0	0	1,979,033	1,979,033	1,979,033
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	30,058,760	0	30,058,760	30,058,760
高屏分區	2,308,300	0	2,308,300	34,576,388	29,556,900	64,133,288	66,441,588
東區分區	0	0	0	34,562,400	51,199,316	85,761,716	85,761,716
合計	2,308,300	0	2,308,300	111,575,448	106,779,497	218,354,945	220,663,245

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：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：115/06/08

114年第 4季

結算主要費用年月起迄:114/10-114/12

核付截止日期:115/03/31

頁 次： 17

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	521,192	521,192	0	156,150	156,150	12,377,900	24,126,478	36,504,378	37,181,720
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	1,979,033	1,979,033	1,979,033
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	30,058,760	0	30,058,760	30,058,760
高屏分區	2,308,300	229,957	2,538,257	0	67,667	67,667	34,576,388	29,556,900	64,133,288	66,739,212
東區分區	0	0	0	0	0	0	34,562,400	51,199,316	85,761,716	85,761,716
合 計	2,308,300	751,149	3,059,449	0	223,817	223,817	111,575,448	106,861,727	218,437,175	221,720,441

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)。

