

=====

一、門診透析醫療給付費用

114年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$= 114\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(F0\text{合計}) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_q2)$$
$$+ 114\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(F1\text{合計}) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_q2)$$
$$= (22,480,588,501 \times 25.019980\%) + (24,461,007,340 \times 25.053051\%)$$
$$= 5,624,638,747 + 6,128,228,644$$
$$= 11,752,867,391 (D3)$$

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 $11,570,950,211 = 22,480,588,501(F0\text{合計}) \times 24.567482\%(c_q1) + 24,461,007,340(F1\text{合計}) \times 24.725211\%(h_q1)$ 。

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

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

(4) 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) (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	114年各季 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

項目	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)	114年各季 門診透析 合併預算之 醫療給付費用 (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。

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 18,732,106

(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x 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x 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

=====

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	0
(7)小計	0

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 0

暫結金額 = 1元/點x 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季可支用預算 - 暫結金額 = 40,868,679 - 0 = 40,868,679

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 + 40,868,679 + 320,000,000 = 389,240,280

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

(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 0

暫結金額 = 1元/點x 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季可支用預算 - 暫結金額 = 389,240,280 - 0 = 389,240,280

=====

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 1,600,000

(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 42,646,130

(7)小計 44,246,130

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 44,246,130

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 19,132,106 + 25,114,024 + 0 + 0 = 44,246,130

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝433,486,410－44,246,130＝389,240,280

浮動點值＝全年預算/浮動點數＝433,486,410/44,246,130＝9.79715989

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	1,600,000	15,675,456
(2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費	0	0
(3)腹膜透析院所推廣獎勵費	0	0
(4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費	0	0
(5)院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費	0	0
(6)其他相關給付項目	42,646,130	417,810,954
(7)小計	44,246,130	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	44,246,130	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

$$\begin{aligned} \text{第1季:預算} &= (\text{全年預算} - \text{慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫} - \text{預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用}) / 4 \\ &= (500,000,000 - 45,000,000 - 3,900,000) / 4 = 112,775,000 \end{aligned}$$

	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

$$\text{已支用點數} = 98,778,198$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 98,778,198$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 112,775,000 - 98,778,198 = 13,996,802$$

$$\begin{aligned} \text{第2季:預算} &= (\text{全年預算} - \text{慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫} - \text{預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (500,000,000 - 45,000,000 - 3,900,000) / 4 + 13,996,802 = 126,771,802 \end{aligned}$$

	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

$$\text{已支用點數} = 102,264,099$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 102,264,099$$

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

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：	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= 137,282,703 - 0= 137,282,703

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+137,282,703+3,900,000=253,957,703

	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：	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= 253,957,703 - 0= 253,957,703

=====

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:	156,424,697	156,424,697	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵):	44,617,600	44,617,600	0
(3)小計:	201,042,297	201,042,297	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+ 0+ 0= 201,042,297

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 - 201,042,297= 253,957,703

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	125	175,845,664	175,845,789	0	54,866,398	54,866,398	0	30,747,242	30,747,242
北區分區	2,154,595	66,115,794	68,270,389	711,230	19,532,404	20,243,634	387,237	10,278,204	10,665,441
中區分區	2,008,468	107,986,645	109,995,113	572,550	33,903,783	34,476,333	212,576	20,715,991	20,928,567
南區分區	0	82,209,517	82,209,517	0	24,056,784	24,056,784	0	13,478,745	13,478,745
高屏分區	95,794	84,037,904	84,133,698	26,025	24,422,646	24,448,671	153	14,834,280	14,834,433
東區分區	0	11,937,170	11,937,170	0	3,963,473	3,963,473	0	2,029,162	2,029,162
合 計	4,258,982	528,132,694	532,391,676	1,309,805	160,745,488	162,055,293	599,966	92,083,624	92,683,590

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	12,181,100	24,409,380	36,590,480	1,837,122,860	1,405,309,680	3,242,432,540
北區分區	0	1,956,000	1,956,000	710,504,153	995,910,497	1,706,414,650
中區分區	0	0	0	960,537,845	1,170,150,185	2,130,688,030
南區分區	30,319,968	0	30,319,968	1,002,661,220	791,552,177	1,794,213,397
高屏分區	36,025,568	29,901,300	65,926,868	1,130,665,770	845,769,469	1,976,435,239
東區分區	32,325,784	52,529,344	84,855,128	68,733,544	145,482,369	214,215,913
合 計	110,852,420	108,796,024	219,648,444	5,710,225,392	5,354,174,377	11,064,399,769

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	1,800	24,000	25,800
北區分區	0	0	0
中區分區	0	3,600	3,600
南區分區	1,800	0	1,800
高屏分區	0	12,000	12,000
東區分區	0	3,600	3,600
合 計	3,600	43,200	46,800

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	12,181,225	200,255,044	290,572	212,726,841	0	54,866,398	54,866,398	1,837,124,660	1,436,080,922	3,273,205,582
北區分區	2,154,595	68,071,794	256,903	70,483,292	711,230	19,532,404	20,243,634	710,891,390	1,006,188,701	1,717,080,091
中區分區	2,008,468	107,986,645	157,260	110,152,373	572,550	33,903,783	34,476,333	960,750,421	1,190,869,776	2,151,620,197
南區分區	30,319,968	82,209,517	179,029	112,708,514	0	24,056,784	24,056,784	1,002,663,020	805,030,922	1,807,693,942
高屏分區	36,121,362	113,939,204	32,145	150,092,711	26,025	24,422,646	24,448,671	1,130,665,923	860,615,749	1,991,281,672
東區分區	32,325,784	64,466,514	25,652	96,817,950	0	3,963,473	3,963,473	68,733,544	147,515,131	216,248,675
合 計	115,111,402	636,928,718	941,561	752,981,681	1,309,805	160,745,488	162,055,293	5,710,828,958	5,446,301,201	11,157,130,159

(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 RMI+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	513,942	513,942	0	156,150	156,150	0	79,913	79,913	750,005
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	209,564	209,564	0	72,870	72,870	0	0	0	282,434
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	723,506	723,506	0	229,020	229,020	0	79,913	79,913	1,032,439

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	12,181,100	24,409,380	36,590,480	36,590,480
北區分區	0	0	0	0	1,956,000	1,956,000	1,956,000
中區分區	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	30,319,968	0	30,319,968	30,319,968
高屏分區	1,033,200	0	1,033,200	34,992,368	29,901,300	64,893,668	65,926,868
東區分區	0	0	0	32,325,784	52,529,344	84,855,128	84,855,128
合 計	1,033,200	0	1,033,200	109,819,220	108,796,024	218,615,244	219,648,444

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 (RO1) =(RN1)+(RO1)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (RO) =(RO2)+(RO3)	小計 (RP) =(RN)+(RO)	
臺北分區	0	513,942	513,942	0	156,150	156,150	12,181,100	24,489,293	36,670,393	37,340,485
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	1,956,000	1,956,000	1,956,000
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	30,319,968	0	30,319,968	30,319,968
高屏分區	1,033,200	209,564	1,242,764	0	72,870	72,870	34,992,368	29,901,300	64,893,668	66,209,302
東區分區	0	0	0	0	0	0	32,325,784	52,529,344	84,855,128	84,855,128
合 計	1,033,200	723,506	1,756,706	0	229,020	229,020	109,819,220	108,875,937	218,695,157	220,680,883

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)。

