

一、門診透析醫療給付費用

(一) 111年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 111年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times 西醫基層第1季預算占率(c_{q1}) + 111年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\ &\quad 預算合計(G1合計) \times 醫院第1季預算占率(h_{q1}) \\ &= 20,296,702,853 \times 24.493007\% + 23,058,436,568 \times 24.630378\% \\ &= 4,971,272,851 + 5,679,380,088 \\ &= 10,650,652,939 (D2) \end{aligned}$$

註：

- 依據111年2月23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，「111年門診透析四季預算分配」依加總近三年(107~109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。111年各季預算占率分別如下：
 - 西醫基層：第1季24.493007%、第2季24.782281%、第3季25.265177%、第4季25.459535%。
 - 醫院：第1季24.630378%、第2季24.877681%、第3季25.180672%、第4季25.311269%。
- 111年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為43,355,139,421元。
 - 111年第1季調整後預算 $10,650,652,939 = 20,296,702,853(G0合計) \times 24.493007\%(c_{q1}) + 23,058,436,568(G1合計) \times 24.630378\%(h_{q1})$ 。
 - 111年第2季調整後預算 $10,766,390,228 = 20,296,702,853(G0合計) \times 24.782281\%(c_{q2}) + 23,058,436,568(G1合計) \times 24.877681\%(h_{q2})$ 。
 - 111年第3季調整後預算 $10,934,267,182 = 20,296,702,853(G0合計) \times 25.265177\%(c_{q3}) + 23,058,436,568(G1合計) \times 25.180672\%(h_{q3})$ 。
 - 111年第4季調整後預算 $11,003,829,072 = 111年全年預算數 - 111年第1季調整後預算 - 111年第2季調整後預算 - 111年第3季調整後預算$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R05

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：111/10/27

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	110年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	110年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	西醫基層門診 透析移列「腹膜 透析追蹤處置費及 APD租金」之預算	醫院門診透析 移列「腹膜透 析追蹤處置費及 APD租金」之預算	111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(A0)	(B0)	(G0)=(A1-A0) ×(1+4.689%)	(G1)=(B1-B0) ×(1+2.015%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	10,200	1,009,800	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,200	1,009,800	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,200	1,009,800	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,200	1,009,800	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	40,800	4,039,200	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

註：

- 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列，按季均分。
- 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=[110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)-西醫基層門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(A0)]×(1+4.689%)。
- 111年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=[110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)-醫院門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(B0)]×(1+2.015%)。
- 111年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)=111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+111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：RGBI3108R05

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：111/10/27

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 111年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939
第2季	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228
第3季	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182
第4季	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

四、腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算=450,000,000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：5,100,000

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
 =(450,000,000-45,000,000-5,100,000)/4=99,975,000

	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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	0

已支用點數=86,013,796

暫結金額=1元/點×已支用點數=86,013,796

未支用金額=第1季預算-1元/點×第1季已支用點數=99,975,000-86,013,796=13,961,204

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
 =(450,000,000-45,000,000-5,100,000)/4+13,961,204=113,936,204

	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=113,936,204-0=113,936,204

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
 =(450,000,000-45,000,000-5,100,000)/4+113,936,204= 213,911,204

	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= 213,911,204 - 0 = 213,911,204

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
 =(450,000,000-45,000,000-5,100,000)/4+213,911,204+ 5,100,000= 318,986,204

	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= 318,986,204 - 0 = 318,986,204

=====

全年合計：

全年預算 = 450,000,000

	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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	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)

= 86,013,796 + 0 + 0 + 0 = 86,013,796

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

= 450,000,000 - 45,000,000 - 86,013,796 = 318,986,204

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「支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病」通則第六點略以，疾病管理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。

五、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	0	166,764,962	166,764,962	0	53,053,693	53,053,693	0	27,857,746	27,857,746
北區分區	1,098,362	66,677,716	67,776,078	352,765	20,574,227	20,926,992	224,162	9,893,883	10,118,045
中區分區	2,456,460	104,194,298	106,650,758	754,710	34,536,835	35,291,545	375,328	18,698,604	19,073,932
南區分區	84,515	86,011,606	86,096,121	26,025	26,373,930	26,399,955	0	13,648,752	13,648,752
高屏分區	61,261	95,274,676	95,335,937	15,962	28,172,373	28,188,335	300	15,659,527	15,659,827
東區分區	0	10,919,487	10,919,487	0	3,647,654	3,647,654	0	1,534,021	1,534,021
合計	3,700,598	529,842,745	533,543,343	1,149,462	166,358,712	167,508,174	599,790	87,292,533	87,892,323

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111年2月23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，111年門診透析服務保障項目維持原110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	9,196,300	20,416,388	29,612,688	1,792,301,578	1,404,061,160	3,196,362,738
北區分區	0	0	0	654,436,850	1,059,590,022	1,714,026,872
中區分區	340,344	0	340,344	918,018,439	1,154,691,773	2,072,710,212
南區分區	8,610,072	-19,560	8,590,512	1,008,017,806	823,906,887	1,831,924,693
高屏分區	38,908,968	29,446,200	68,355,168	1,103,104,260	890,580,248	1,993,684,508
東區分區	21,461,532	35,065,984	56,527,516	84,168,892	148,971,933	233,140,825
合計	78,517,216	84,909,012	163,426,228	5,560,047,825	5,481,802,023	11,041,849,848

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R05

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：111/10/27

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：9

3.1.3 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)	醫院 (O) =(O2)+(O3)	小計 (P) =(N)+(O)
臺北分區	9,196,300	187,181,350	319,898	196,697,548	0	53,053,693	53,053,693	1,792,301,578	1,431,918,906	3,224,220,484
北區分區	1,098,362	66,677,716	81,424	67,857,502	352,765	20,574,227	20,926,992	654,661,012	1,069,483,905	1,724,144,917
中區分區	2,796,804	104,194,298	66,752	107,057,854	754,710	34,536,835	35,291,545	918,393,767	1,173,390,377	2,091,784,144
南區分區	8,694,587	85,992,046	123,081	94,809,714	26,025	26,373,930	26,399,955	1,008,017,806	837,555,639	1,845,573,445
高屏分區	38,970,229	124,720,876	26,105	163,717,210	15,962	28,172,373	28,188,335	1,103,104,560	906,239,775	2,009,344,335
東區分區	21,461,532	45,985,471	71,991	67,518,994	0	3,647,654	3,647,654	84,168,892	150,505,954	234,674,846
合計	82,217,814	614,751,757	689,251	697,658,822	1,149,462	166,358,712	167,508,174	5,560,647,615	5,569,094,556	11,129,742,171

(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 (R01)	小計 (RP1) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN3)	醫院 (R03)	小計 (RP3) =(RN3)+(R03)	
臺北分區	0	251,979	251,979	0	78,075	78,075	0	53,690	53,690	383,744
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	251,979	251,979	0	78,075	78,075	0	53,690	53,690	383,744

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/10/27

頁 次： 11

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
	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)	RM2+RP2
臺北分區	0	0	0	9,196,300	20,416,388	29,612,688	29,612,688
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	340,344	0	340,344	340,344
南區分區	0	0	0	8,610,072	-19,560	8,590,512	8,590,512
高屏分區	10,606,700	0	10,606,700	28,302,268	29,446,200	57,748,468	68,355,168
東區分區	0	0	0	21,461,532	35,065,984	56,527,516	56,527,516
合 計	10,606,700	0	10,606,700	67,910,516	84,909,012	152,819,528	163,426,228

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：RGBI3108R05

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：111/10/27

111年第1季

結算主要費用年月起迄：111/01—111/03

核付截止日期：111/06/30

頁次：12

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	251,979	251,979	0	78,075	78,075	9,196,300	20,470,078	29,666,378	29,996,432
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	340,344	0	340,344	340,344
南區分區	0	0	0	0	0	0	8,610,072	-19,560	8,590,512	8,590,512
高屏分區	10,606,700	0	10,606,700	0	0	0	28,302,268	29,446,200	57,748,468	68,355,168
東區分區	0	0	0	0	0	0	21,461,532	35,065,984	56,527,516	56,527,516
合計	10,606,700	251,979	10,858,679	0	78,075	78,075	67,910,516	84,962,702	152,873,218	163,809,972

註：依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第1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)。

六、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2) - 核定非浮動點數合計(M) - 1x腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{\text{10,650,652,939 - 697,658,822 - 167,508,174}} \\
 = & \frac{11,129,742,171}{11,129,742,171} \\
 = & 0.87921946 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)}}{\text{10,650,652,939}} \\
 = & \frac{697,658,822 + 167,508,174 + 11,129,742,171}{10,650,652,939} \\
 = & 0.88793110 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。
2. 費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。