

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R05

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：111/04/27

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：1

一、門診透析醫療給付費用

(一) 110年第4季調整後門診透析醫療給付費用總額

=110年調整前各季門診透析合併預算之醫療給付費用(加總D1)—110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

= 41,994,683,862—10,282,983,511—10,467,790,624—10,594,835,816

= 10,649,073,911 (D2)

註：

1. 依據110年2月24日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」決議，110年「門診透析四季預算分配」依加總近三年(106-108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。110年各季預算占率分別如下：

(1)西醫基層：第1季24.372375%、第2季24.877078%、第3季25.283058%、第4季25.467489%。

(2)醫院：第1季24.584175%、第2季24.968821%、第3季25.182627%、第4季25.264377%。

2. 110年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為41,994,683,862元。

(1)110年第1季調整後預算 10,282,983,511 = 19,387,658,269(G0合計)×24.372375%(c_q1) + 22,607,025,593(G1合計)×24.584175%(h_q1)。

(2)110年第2季調整後預算 10,467,790,624 = 19,387,658,269(G0合計)×24.877078%(c_q2) + 22,607,025,593(G1合計)×24.968821%(h_q2)。

(3)110年第3季調整後預算 10,594,835,816 = 19,387,658,269(G0合計)×25.283058%(c_q3) + 22,607,025,593(G1合計)×25.182627%(h_q3)。

(4)110年第4季調整後預算 10,649,073,911 = 110年全年預算數—110年第1季調整後預算—110年第2季調整後預算—110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	109年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	109年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	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)	110年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.992%)	(G1) =B1×(1+1.801%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,358,878,467	5,314,396,783	4,576,473,680	5,410,109,069	9,986,582,749
第2季	4,494,424,937	5,698,421,755	4,718,786,630	5,801,050,331	10,519,836,961
第3季	4,729,521,422	5,564,663,628	4,965,619,131	5,664,883,220	10,630,502,351
第4季	4,883,018,542	5,629,593,985	5,126,778,828	5,730,982,973	10,857,761,801
合計	18,465,843,368	22,207,076,151	19,387,658,269	22,607,025,593	41,994,683,862

註：

1. 110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 109年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.992%)。
2. 110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 109年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+1.801%)。
3. 110年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 110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：RGBI3008R05

110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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 110年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 110年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 110年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 110年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 110年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 110年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	9,986,582,749	4,725,232,777	5,557,750,734	10,282,983,511
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,519,836,961	4,823,082,870	5,644,707,754	10,467,790,624
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,630,502,351	4,901,792,885	5,693,042,931	10,594,835,816
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,857,761,801	4,937,549,737	5,711,524,174	10,649,073,911
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	41,994,683,862	19,387,658,269	22,607,025,593	41,994,683,862

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：5,140,000

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—5,140,000)/4=99,965,000

	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：	62,445,177	62,445,177	0
(2)初期慢性腎臟病：	18,325,080	18,325,080	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	80,770,257	80,770,257	0

已支用點數=80,770,257

暫結金額=1元/點×已支用點數=80,770,257

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=99,965,000—80,770,257=19,194,743

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—5,140,000)/4+19,194,743=119,159,743

	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：	58,224,590	58,224,590	0
(2)初期慢性腎臟病：	15,763,550	15,763,550	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	7,517	0	7,517
(4)小計：	73,995,657	73,988,140	7,517

已支用點數=73,995,657

暫結金額=1元/點×已支用點數=73,995,657

未支用金額=第2季預算—1元/點×第2季已支用點數=119,159,743—73,995,657=45,164,086

=====

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
 =(450,000,000－45,000,000－5,140,000)/4+45,164,086=145,129,086

	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：	62,429,796	62,429,796	0
(2)初期慢性腎臟病：	18,028,800	18,028,800	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	80,458,596	80,458,596	0

已支用點數＝ 80,458,596

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 80,458,596

未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝145,129,086－80,458,596＝64,670,490

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
 =(450,000,000－45,000,000－5,140,000)/4+64,670,490+5,140,000＝169,775,490

	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：	66,249,100	66,249,100	0
(2)初期慢性腎臟病：	27,487,300	27,487,300	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	93,736,400	93,736,400	0

已支用點數＝ 93,736,400

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 93,736,400

未支用金額＝第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝169,775,490－93,736,400＝76,039,090

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：	249,348,663	249,348,663	0
(2)初期慢性腎臟病：	79,604,730	79,604,730	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	7,517	0	7,517
(4)小計：	328,960,910	328,953,393	7,517

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)

＝80,770,257＋73,995,657＋80,458,596＋93,736,400＝328,960,910

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

＝450,000,000－45,000,000－328,960,910＝76,039,090

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R05

110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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：7

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	170,896,399	170,896,399	0	52,947,958	52,947,958	0	28,037,774	28,037,774
北區分區	1,220,109	69,710,031	70,930,140	365,733	20,823,335	21,189,068	281,786	10,109,204	10,390,990
中區分區	2,522,222	106,218,691	108,740,913	772,501	34,222,995	34,995,496	403,079	18,297,602	18,700,681
南區分區	86,282	85,784,252	85,870,534	26,025	25,423,067	25,449,092	3,240	13,203,304	13,206,544
高屏分區	96,934	98,359,498	98,456,432	26,025	28,147,568	28,173,593	462	15,958,406	15,958,868
東區分區	0	11,620,495	11,620,495	0	3,649,125	3,649,125	0	1,648,239	1,648,239
合 計	3,925,547	542,589,366	546,514,913	1,190,284	165,214,048	166,404,332	688,567	87,254,529	87,943,096

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109年11月18日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」109年第4次會議決議，110年門診透析服務保障項目維持原109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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

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：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 8

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	8,905,200	20,776,776	29,681,976	1,815,594,917	1,436,671,140	3,252,266,057
北區分區	0	0	0	674,307,463	1,080,970,542	1,755,278,005
中區分區	297,312	0	297,312	934,766,309	1,175,828,906	2,110,595,215
南區分區	12,833,788	10,556,012	23,389,800	1,026,605,875	829,963,958	1,856,569,833
高屏分區	36,057,202	30,348,200	66,405,402	1,126,985,909	913,275,296	2,040,261,205
東區分區	21,780,096	36,224,796	58,004,892	86,555,964	150,168,654	236,724,618
合 計	79,873,598	97,905,784	177,779,382	5,664,816,437	5,586,878,496	11,251,694,933

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：RGBI3008R05

110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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

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)	醫院 (K)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1)	西醫基層 (N)	醫院 (O)	小計 (P)
	=(J1)+(J2)	=(K1)+(K2)		+(K)+(L)			=(N1)+(O1)	=(N2)+(N3)	=(O2)+(O3)	=(N)+(O)
臺北分區	8,905,200	191,673,175	404,881	200,983,256	0	52,947,958	52,947,958	1,815,594,917	1,464,708,914	3,280,303,831
北區分區	1,220,109	69,710,031	20,646	70,950,786	365,733	20,823,335	21,189,068	674,589,249	1,091,079,746	1,765,668,995
中區分區	2,819,534	106,218,691	196,773	109,234,998	772,501	34,222,995	34,995,496	935,169,388	1,194,126,508	2,129,295,896
南區分區	12,920,070	96,340,264	93,652	109,353,986	26,025	25,423,067	25,449,092	1,026,609,115	843,167,262	1,869,776,377
高屏分區	36,154,136	128,707,698	83,124	164,944,958	26,025	28,147,568	28,173,593	1,126,986,371	929,233,702	2,056,220,073
東區分區	21,780,096	47,845,291	68,965	69,694,352	0	3,649,125	3,649,125	86,555,964	151,816,893	238,372,857
合 計	83,799,145	640,495,150	868,041	725,162,336	1,190,284	165,214,048	166,404,332	5,665,505,004	5,674,133,025	11,339,638,029

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

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：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 10

(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	251,320	251,320	0	83,280	83,280	0	63,561	63,561	398,161
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	251,320	251,320	0	83,280	83,280	0	63,561	63,561	398,161

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：RGI3008R05

110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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

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 (R02)	小計 (RP2) =(RN2)+(R02)	RM2+RP2
臺北分區	0	0	0	8,905,200	20,776,776	29,681,976	29,681,976
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	297,312	0	297,312	297,312
南區分區	0	0	0	12,833,788	10,556,012	23,389,800	23,389,800
高屏分區	10,311,500	0	10,311,500	25,745,702	30,348,200	56,093,902	66,405,402
東區分區	0	0	0	21,780,096	36,224,796	58,004,892	58,004,892
合 計	10,311,500	0	10,311,500	69,562,098	97,905,784	167,467,882	177,779,382

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：RGBI3008R05

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：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

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
	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	251,320	251,320	0	83,280	83,280	8,905,200	20,840,337	29,745,537	30,080,137
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	297,312	0	297,312	297,312
南區分區	0	0	0	0	0	0	12,833,788	10,556,012	23,389,800	23,389,800
高屏分區	10,311,500	0	10,311,500	0	0	0	25,745,702	30,348,200	56,093,902	66,405,402
東區分區	0	0	0	0	0	0	21,780,096	36,224,796	58,004,892	58,004,892
合 計	10,311,500	251,320	10,562,820	0	83,280	83,280	69,562,098	97,969,345	167,531,443	178,177,543

註：依據109年11月18日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」109年第4次會議決議，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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,649,073,911 \quad - \quad 725,162,336 \quad - \quad 166,404,332 \\
 = & \text{-----} \\
 & 11,339,638,029 \\
 = & 0.86047784 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,649,073,911 \\
 = & \text{-----} \\
 & 725,162,336 \quad + \quad 166,404,332 \quad + \quad 11,339,638,029 \\
 = & 0.87064800 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/09(含)以前:於111/01/01～111/03/31期間核付者。
2. 費用年月110/10～110/12:於110/10/01～111/03/31期間核付者。