

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：110/10/20

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 1

=====

一、門診透析醫療給付費用

(一) 110年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 110年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_q2) + 110年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\ &\quad \text{預算合計}(G1合計) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_q2) \\ &= 19,387,658,269 \times 24.877078\% + 22,607,025,593 \times 24.968821\% \\ &= 4,823,082,870 + 5,644,707,754 \\ &= 10,467,790,624 (D2) \end{aligned}$$

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 $10,282,983,511 = 19,387,658,269(G0合計) \times 24.372375\%(c_q1) + 22,607,025,593(G1合計) \times 24.584175\%(h_q1)$ 。
(2)110年第2季調整後預算 $10,467,790,624 = 19,387,658,269(G0合計) \times 24.877078\%(c_q2) + 22,607,025,593(G1合計) \times 24.968821\%(h_q2)$ 。
(3)110年第3季調整後預算 $10,594,835,816 = 19,387,658,269(G0合計) \times 25.283058\%(c_q3) + 22,607,025,593(G1合計) \times 25.182627\%(h_q3)$ 。
(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 2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:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/20

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：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病：	0	0	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：	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=145,129,086－0=145,129,086

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+145,129,086+5,140,000=250,234,086

	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：	0	0	0
(2)初期慢性腎臟病：	0	0	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：	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=250,234,086－0=250,234,086

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：110/10/20

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁次：6

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：	120,669,767	120,669,767	0
(2)初期慢性腎臟病：	34,088,630	34,088,630	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：	154,765,914	154,758,397	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 + 0 + 0 = 154,765,914

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

＝ 450,000,000－45,000,000－154,765,914＝ 250,234,086

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

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：110/10/20

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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	172,318,162	172,318,162	0	53,846,963	53,846,963	0	28,016,401	28,016,401
北區分區	1,275,236	69,664,110	70,939,346	354,518	20,737,180	21,091,698	197,510	10,157,183	10,354,693
中區分區	2,632,747	104,534,103	107,166,850	830,515	34,125,075	34,955,590	376,457	17,909,938	18,286,395
南區分區	166,464	84,032,743	84,199,207	52,050	25,241,927	25,293,977	29,120	13,258,929	13,288,049
高屏分區	105,293	98,555,366	98,660,659	28,628	28,890,223	28,918,851	1,113	16,039,635	16,040,748
東區分區	0	11,548,572	11,548,572	0	3,686,463	3,686,463	0	1,622,736	1,622,736
合 計	4,179,740	540,653,056	544,832,796	1,265,711	166,527,831	167,793,542	604,200	87,004,822	87,609,022

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：110/10/20

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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	9,393,100	20,140,972	29,534,072	1,799,006,878	1,425,823,470	3,224,830,348
北區分區	0	0	0	654,060,047	1,075,589,991	1,729,650,038
中區分區	281,664	0	281,664	927,978,257	1,153,155,742	2,081,133,999
南區分區	12,481,636	8,779,928	21,261,564	1,005,527,673	825,029,623	1,830,557,296
高屏分區	32,016,092	30,745,900	62,761,992	1,113,552,900	903,039,116	2,016,592,016
東區分區	21,937,856	34,937,004	56,874,860	84,115,824	143,939,343	228,055,167
合 計	76,110,348	94,603,804	170,714,152	5,584,241,579	5,526,577,285	11,110,818,864

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 2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:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/20

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) +(K)+(L)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N)	醫院 (O)	小計 (P) =(N)+(O)
	=(J1)+(J2)	=(K1)+(K2)						=(N2)+(N3)	=(O2)+(O3)	
臺北分區	9,393,100	192,459,134	641,219	202,493,453	0	53,846,963	53,846,963	1,799,006,878	1,453,839,871	3,252,846,749
北區分區	1,275,236	69,664,110	127,796	71,067,142	354,518	20,737,180	21,091,698	654,257,557	1,085,747,174	1,740,004,731
中區分區	2,914,411	104,534,103	124,049	107,572,563	830,515	34,125,075	34,955,590	928,354,714	1,171,065,680	2,099,420,394
南區分區	12,648,100	92,812,671	0	105,460,771	52,050	25,241,927	25,293,977	1,005,556,793	838,288,552	1,843,845,345
高屏分區	32,121,385	129,301,266	83,605	161,506,256	28,628	28,890,223	28,918,851	1,113,554,013	919,078,751	2,032,632,764
東區分區	21,937,856	46,485,576	42,581	68,466,013	0	3,686,463	3,686,463	84,115,824	145,562,079	229,677,903
合 計	80,290,088	635,256,860	1,019,250	716,566,198	1,265,711	166,527,831	167,793,542	5,584,845,779	5,613,582,107	11,198,427,886

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：110/10/20

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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)	
臺北分區	0	313,163	313,163	0	104,100	104,100	0	81,324	81,324	498,587
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	313,163	313,163	0	104,100	104,100	0	81,324	81,324	498,587

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 2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:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/20

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	9,393,100	20,140,972	29,534,072	29,534,072
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	281,664	0	281,664	281,664
南區分區	0	0	0	12,481,636	8,779,928	21,261,564	21,261,564
高屏分區	8,806,800	0	8,806,800	23,209,292	30,745,900	53,955,192	62,761,992
東區分區	0	0	0	21,937,856	34,937,004	56,874,860	56,874,860
合 計	8,806,800	0	8,806,800	67,303,548	94,603,804	161,907,352	170,714,152

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：110/10/20

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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
	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	313,163	313,163	0	104,100	104,100	9,393,100	20,222,296	29,615,396	30,032,659
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	281,664	0	281,664	281,664
南區分區	0	0	0	0	0	0	12,481,636	8,779,928	21,261,564	21,261,564
高屏分區	8,806,800	0	8,806,800	0	0	0	23,209,292	30,745,900	53,955,192	62,761,992
東區分區	0	0	0	0	0	0	21,937,856	34,937,004	56,874,860	56,874,860
合 計	8,806,800	313,163	9,119,963	0	104,100	104,100	67,303,548	94,685,128	161,988,676	171,212,739

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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{10,467,790,624 - 716,566,198 - 167,793,542} \\
 = & \frac{11,198,427,886}{0.85578360} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)}}{10,467,790,624} \\
 = & \frac{716,566,198 + 167,793,542 + 11,198,427,886}{0.86633904} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/03(含)以前:於110/07/01～110/09/30期間核付者。
2. 費用年月110/04～110/06:於110/04/01～110/09/30期間核付者。