

一、門診透析醫療給付費用

(一) 110年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 110年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times 西醫基層第1季預算占率(c_{q1}) + 110年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\ &\quad 預算合計(G1合計) \times 醫院第1季預算占率(h_{q1}) \\ &= 19,387,658,269 \times 24.372375\% + 22,607,025,593 \times 24.584175\% \\ &= 4,725,232,777 + 5,557,750,734 \\ &= 10,282,983,511 (D2) \end{aligned}$$

註：

- 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：
 - 西醫基層：第1季24.372375%、第2季24.877078%、第3季25.283058%、第4季25.467489%。
 - 醫院：第1季24.584175%、第2季24.968821%、第3季25.182627%、第4季25.264377%。
- 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。
 - 110年第1季調整後預算 $10,282,983,511 = 19,387,658,269(G0合計) \times 24.372375\%(c_{q1}) + 22,607,025,593(G1合計) \times 24.584175\%(h_{q1})$ 。
 - 110年第2季調整後預算 $10,467,790,624 = 19,387,658,269(G0合計) \times 24.877078\%(c_{q2}) + 22,607,025,593(G1合計) \times 24.968821\%(h_{q2})$ 。
 - 110年第3季調整後預算 $10,594,835,816 = 19,387,658,269(G0合計) \times 25.283058\%(c_{q3}) + 22,607,025,593(G1合計) \times 25.182627\%(h_{q3})$ 。
 - 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：

- 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%)。
- 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%)。
- 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)。

程式代號：RGBI3008R05

110年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
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:110/01—110/03

核付截止日期:110/06/30

列印日期：110/08/03

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：	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2季預算-1元/點×第2季已支用點數=119,159,743-0=119,159,743

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+119,159,743=219,124,743

	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:	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 = 219,124,743 - 0 = 219,124,743

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+219,124,743+5,140,000=324,229,743

	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:	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 = 324,229,743 - 0 = 324,229,743

=====

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：	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

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 + 0 + 0 + 0 = 80,770,257

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 - 80,770,257 = 324,229,743

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	170,884,163	170,884,163	0	53,428,440	53,428,440	0	27,779,670	27,779,670
北區分區	1,359,336	68,726,518	70,085,854	378,252	20,653,117	21,031,369	204,050	9,892,961	10,097,011
中區分區	2,800,903	104,011,569	106,812,472	875,940	33,802,319	34,678,259	393,483	17,049,044	17,442,527
南區分區	165,446	81,081,658	81,247,104	52,050	24,264,440	24,316,490	30,485	12,178,431	12,208,916
高屏分區	166,347	98,640,896	98,807,243	52,050	28,828,455	28,880,505	6,963	15,549,983	15,556,946
東區分區	0	11,247,391	11,247,391	0	3,634,973	3,634,973	0	1,532,281	1,532,281
合計	4,492,032	534,592,195	539,084,227	1,358,292	164,611,744	165,970,036	634,981	83,982,370	84,617,351

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)。

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	8,761,700	19,286,096	28,047,796	1,766,594,641	1,400,792,664	3,167,387,305
北區分區	0	0	0	630,228,474	1,063,184,152	1,693,412,626
中區分區	269,928	0	269,928	908,340,912	1,130,982,283	2,039,323,195
南區分區	12,130,308	8,200,924	20,331,232	988,791,073	815,620,761	1,804,411,834
高屏分區	30,855,612	29,630,700	60,486,312	1,092,217,892	893,633,981	1,985,851,873
東區分區	22,178,180	34,186,804	56,364,984	82,306,252	141,320,610	223,626,862
合 計	74,195,728	91,304,524	165,500,252	5,468,479,244	5,445,534,451	10,914,013,695

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

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：110/08/03

110年第1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

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	8,761,700	190,170,259	346,812	199,278,771	0	53,428,440	53,428,440	1,766,594,641	1,428,572,334	3,195,166,975
北區分區	1,359,336	68,726,518	101,429	70,187,283	378,252	20,653,117	21,031,369	630,432,524	1,073,077,113	1,703,509,637
中區分區	3,070,831	104,011,569	196,312	107,278,712	875,940	33,802,319	34,678,259	908,734,395	1,148,031,327	2,056,765,722
南區分區	12,295,754	89,282,582	66,188	101,644,524	52,050	24,264,440	24,316,490	988,821,558	827,799,192	1,816,620,750
高屏分區	31,021,959	128,271,596	27,981	159,321,536	52,050	28,828,455	28,880,505	1,092,224,855	909,183,964	2,001,408,819
東區分區	22,178,180	45,434,195	56,823	67,669,198	0	3,634,973	3,634,973	82,306,252	142,852,891	225,159,143
合計	78,687,760	625,896,719	795,545	705,380,024	1,358,292	164,611,744	165,970,036	5,469,114,225	5,529,516,821	10,998,631,046

(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	299,182	299,182	0	104,100	104,100	0	80,524	80,524	483,806
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	299,182	299,182	0	104,100	104,100	0	80,524	80,524	483,806

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
	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	8,761,700	19,286,096	28,047,796	28,047,796
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	269,928	0	269,928	269,928
南區分區	0	0	0	12,130,308	8,200,924	20,331,232	20,331,232
高屏分區	8,671,500	0	8,671,500	22,184,112	29,630,700	51,814,812	60,486,312
東區分區	0	0	0	22,178,180	34,186,804	56,364,984	56,364,984
合計	8,671,500	0	8,671,500	65,524,228	91,304,524	156,828,752	165,500,252

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：110/08/03

110年第 1季

結算主要費用年月起迄:110/01-110/03

核付截止日期:110/06/30

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 (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	299,182	299,182	0	104,100	104,100	8,761,700	19,366,620	28,128,320	28,531,602
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	269,928	0	269,928	269,928
南區分區	0	0	0	0	0	0	12,130,308	8,200,924	20,331,232	20,331,232
高屏分區	8,671,500	0	8,671,500	0	0	0	22,184,112	29,630,700	51,814,812	60,486,312
東區分區	0	0	0	0	0	0	22,178,180	34,186,804	56,364,984	56,364,984
合 計	8,671,500	299,182	8,970,682	0	104,100	104,100	65,524,228	91,385,048	156,909,276	165,984,058

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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2) - 核定非浮動點數合計(M) - 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{\text{預算(D2) - 核定非浮動點數合計(M) - 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)}} \\
 & \frac{10,282,983,511 - 705,380,024 - 165,970,036}{10,998,631,046} \\
 = & 0.85570953 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)}}{\text{預算(D2)}} \\
 & \frac{10,282,983,511}{705,380,024 + 165,970,036 + 10,998,631,046} \\
 = & 0.86630159 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月109/12(含)以前:於110/04/01~110/06/30期間核付者。
2. 費用年月110/01~110/03:於110/01/01~110/06/30期間核付者。