

## 一、門診透析醫療給付費用

## (一) 108年調整後第3季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 108年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times 西醫基層第3季預算占率(c_{q1}) + 108年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\
 &\quad 預算合計(G1合計) \times 醫院第3季預算占率(h_{q1}) \\
 &= 17,734,133,038 \times 25.395014\% + 21,658,467,177 \times 25.262034\% \\
 &= 4,503,585,568 + 5,471,369,342 \\
 &= 9,974,954,910 (D2)
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據108年11月14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，108年「門診透析四季預算分配」依加總近三年(104-106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。108年各季預算占率分別如下：
  - (1) 西醫基層：第一季24.296202%、第2季24.852800%、第3季25.395014%、第4季25.455984%。
  - (2) 醫院：第一季24.571068%、第2季24.951253%、第3季25.262034%、第4季25.215645%。
2. 108年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為39,392,600,215元。
  - (1) 108年第1季調整後預算  $9,630,437,484 = 17,734,133,038(G0合計) \times 24.296202\%(c_{q1}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 24.571068\%(h_{q1})$ 。
  - (2) 108年第2季調整後預算  $9,811,487,557 = 17,734,133,038(G0合計) \times 24.852800\%(c_{q2}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 24.951253\%(h_{q2})$ 。
  - (3) 108年第3季調整後預算  $9,974,954,910 = 17,734,133,038(G0合計) \times 25.395014\%(c_{q3}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 25.262034\%(h_{q3})$ 。
  - (4) 108年第4季調整後預算  $9,975,720,264 = 108年全年預算數 - 108年第1季調整後預算 - 108年第2季調整後預算 - 108年第3季調整後預算$ 。

## 二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	107年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	107年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	108年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	108年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	108年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.683%)	(G1) =B1×(1+1.839%)	(D1) =G0+G1
第1季	3,998,889,604	5,089,512,506	4,186,157,604	5,183,108,641	9,369,266,245
第2季	4,123,241,630	5,457,287,058	4,316,333,036	5,557,646,567	9,873,979,603
第3季	4,338,922,085	5,329,189,047	4,542,113,806	5,427,192,834	9,969,306,640
第4季	4,479,742,262	5,391,371,807	4,689,528,592	5,490,519,135	10,180,047,727
合計	16,940,795,581	21,267,360,418	17,734,133,038	21,658,467,177	39,392,600,215

註：

- 108年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0) = 107年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.683%)。
- 108年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1) = 107年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+1.839%)。
- 108年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1) = 108年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0) + 108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：RGBI1808R05

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：109/05/28

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 108年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 108年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 108年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 108年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 108年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 108年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,186,157,604	5,183,108,641	9,369,266,245	4,308,720,786	5,321,716,698	9,630,437,484
第2季	4,316,333,036	5,557,646,567	9,873,979,603	4,407,428,616	5,404,058,941	9,811,487,557
第3季	4,542,113,806	5,427,192,834	9,969,306,640	4,503,585,568	5,471,369,342	9,974,954,910
第4季	4,689,528,592	5,490,519,135	10,180,047,727	4,514,398,068	5,461,322,196	9,975,720,264
合計	17,734,133,038	21,658,467,177	39,392,600,215	17,734,133,038	21,658,467,177	39,392,600,215

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=404,000,000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：8,500,000

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  
 =(404,000,000-45,000,000-8,500,000)/4=87,625,000

	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：	55,285,070	55,285,070	0
(2)初期慢性腎臟病：	32,665,720	32,665,720	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：	453,589	0	453,589
(4)小計：	88,404,379	87,950,790	453,589

已支用點數=88,404,379

暫結金額=1元/點×已支用點數=88,404,379

未支用金額=第1季預算-1元/點×第1季已支用點數=87,625,000-88,404,379=-779,379

浮動點值=(第1季預算-非浮動點數)/浮動點數=(87,625,000-453,589)/87,950,790=0.99113847

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  
 =(404,000,000-45,000,000-8,500,000)/4+0=87,625,000

	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：	57,477,418	57,477,418	0
(2)初期慢性腎臟病：	31,603,960	31,603,960	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：	111,475	0	111,475
(4)小計：	89,192,853	89,081,378	111,475

已支用點數=89,192,853

暫結金額=1元/點×已支用點數=89,192,853

未支用金額=第2季預算-1元/點×第2季已支用點數=87,625,000-89,192,853=-1,567,853

浮動點值=(第2季預算-非浮動點數)/浮動點數=(87,625,000-111,475)/89,081,378=0.98239977

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R05

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：109/05/28

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07-108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：5

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  
 =(404,000,000-45,000,000-8,500,000)/4+ 0= 87,625,000

	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：	59,435,458	59,435,458	0
(2)初期慢性腎臟病：	33,874,999	33,874,999	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：	109,138	0	109,138
(4)小計：	93,419,595	93,310,457	109,138

已支用點數= 93,419,595

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 93,419,595

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 87,625,000 - 93,419,595= -5,794,595

浮動點值 = (第3季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (87,625,000 - 109,138) / 93,310,457 = 0.93789983

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  
 =(404,000,000-45,000,000-8,500,000)/4+ 0+ 8,500,000= 96,125,000

	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：	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= 96,125,000 - 0= 96,125,000

=====

全年合計：

全年預算 = 404,000,000

	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：	172,197,946	172,197,946	0
(2)初期慢性腎臟病：	98,144,679	98,144,679	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：	674,202	0	674,202
(4)小計：	271,016,827	270,342,625	674,202

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)  
 = 87,625,000 + 87,625,000 + 87,625,000 + 0 = 262,875,000

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  
 = 404,000,000 - 45,000,000 - 262,875,000 = 96,125,000

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。

## 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	180,125,880	180,125,880	0	54,687,508	54,687,508	0	27,706,317	27,706,317
北區分區	1,155,317	71,290,964	72,446,281	315,474	20,624,795	20,940,269	202,511	8,991,307	9,193,818
中區分區	3,241,408	105,785,206	109,026,614	993,056	33,666,876	34,659,932	442,389	15,051,006	15,493,395
南區分區	262,919	81,458,512	81,721,431	78,075	23,777,345	23,855,420	56,896	11,671,643	11,728,539
高屏分區	170,105	99,372,226	99,542,331	52,039	27,721,356	27,773,395	6,308	14,474,249	14,480,557
東區分區	0	9,752,586	9,752,586	0	3,107,912	3,107,912	0	1,169,337	1,169,337
合計	4,829,749	547,785,374	552,615,123	1,438,644	163,585,792	165,024,436	708,104	79,063,859	79,771,963

## 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107年11月14日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研議事會議」107年第4次會議紀錄決議：108年門診透析服務保障項目比照107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	9,696,500	10,557,500	20,254,000	1,642,965,877	1,442,831,390	3,085,797,267
北區分區	0	0	0	580,154,036	1,083,026,249	1,663,180,285
中區分區	453,792	0	453,792	893,935,503	1,120,289,708	2,014,225,211
南區分區	21,446,128	7,283,232	28,729,360	953,419,638	824,622,663	1,778,042,301
高屏分區	26,893,664	29,142,800	56,036,464	1,068,685,478	882,203,068	1,950,888,546
東區分區	23,451,944	30,121,528	53,573,472	88,396,084	137,020,303	225,416,387
合 計	81,942,028	77,105,060	159,047,088	5,227,556,616	5,489,993,381	10,717,549,997

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：RGBI1808R05

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：109/05/28

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07-108/09

核付截止日期:108/12/31

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	9,696,500	190,683,380	1,159,176	201,539,056	0	54,687,508	54,687,508	1,642,965,877	1,470,537,707	3,113,503,584
北區分區	1,155,317	71,290,964	411,106	72,857,387	315,474	20,624,795	20,940,269	580,356,547	1,092,017,556	1,672,374,103
中區分區	3,695,200	105,785,206	144,113	109,624,519	993,056	33,666,876	34,659,932	894,377,892	1,135,340,714	2,029,718,606
南區分區	21,709,047	88,741,744	280,157	110,730,948	78,075	23,777,345	23,855,420	953,476,534	836,294,306	1,789,770,840
高屏分區	27,063,769	128,515,026	129,870	155,708,665	52,039	27,721,356	27,773,395	1,068,691,786	896,677,317	1,965,369,103
東區分區	23,451,944	39,874,114	37,787	63,363,845	0	3,107,912	3,107,912	88,396,084	138,189,640	226,585,724
合 計	86,771,777	624,890,434	2,162,209	713,824,420	1,438,644	163,585,792	165,024,436	5,228,264,720	5,569,057,240	10,797,321,960

## (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 (RO1)	小計 (RP1) =(RN1)+(RO1)	西醫基層 (RN3)	醫院 (RO3)	小計 (RP3) =(RN3)+(RO3)	
臺北分區	0	494,210	494,210	0	182,175	182,175	0	97,587	97,587	773,972
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	494,210	494,210	0	182,175	182,175	0	97,587	97,587	773,972

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	9,696,500	10,557,500	20,254,000	20,254,000
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	453,792	0	453,792	453,792
南區分區	0	0	0	21,447,440	7,283,232	28,730,672	28,730,672
高屏分區	9,200,400	0	9,200,400	17,693,264	29,142,800	46,836,064	56,036,464
東區分區	0	0	0	23,451,944	30,121,528	53,573,472	53,573,472
合計	9,200,400	0	9,200,400	72,742,940	77,105,060	149,848,000	159,048,400

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：RGI1808R05

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：109/05/28

108年第 3季

結算主要費用年月起迄：108/07-108/09

核付截止日期：108/12/31

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 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	494,210	494,210	0	182,175	182,175	9,696,500	10,655,087	20,351,587	21,027,972
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	453,792	0	453,792	453,792
南區分區	0	0	0	0	0	0	21,447,440	7,283,232	28,730,672	28,730,672
高屏分區	9,200,400	0	9,200,400	0	0	0	17,693,264	29,142,800	46,836,064	56,036,464
東區分區	0	0	0	0	0	0	23,451,944	30,121,528	53,573,472	53,573,472
合計	9,200,400	494,210	9,694,610	0	182,175	182,175	72,742,940	77,202,647	149,945,587	159,822,372

註：依103年11月26日「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」103年第4次會議決定：

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)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)實施鄉鎮。

(2)公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域。

(3)公告之全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)(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)。

