

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI11808R01

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1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

頁次：1

一、門診透析醫療給付費用

(一) 108年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 108年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times 西醫基層第1季預算占率(c_{q1}) + 108年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\ &\quad 預算合計(G1合計) \times 醫院第1季預算占率(h_{q1}) \\ &= 17,734,133,038 \times 24.296202\% + 21,658,467,177 \times 24.571068\% \\ &= 4,308,720,786 + 5,321,716,698 \\ &= 9,630,437,484 (D2) \end{aligned}$$

註：

- 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：
  - 西醫基層：第一季24.296202%、第二季24.852800%、第三季25.395014%、第四季25.455984%。
  - 醫院：第一季24.571068%、第二季24.951253%、第三季25.262034%、第四季25.215645%。
- 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。
  - 108年第1季調整後預算  $9,630,437,484 = 17,734,133,038(G0合計) \times 24.296202\%(c_{q1}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 24.571068\%(h_{q1})$ 。
  - 108年第2季調整後預算  $9,811,487,557 = 17,734,133,038(G0合計) \times 24.852800\%(c_{q2}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 24.951253\%(h_{q2})$ 。
  - 108年第3季調整後預算  $9,974,954,910 = 17,734,133,038(G0合計) \times 25.395014\%(c_{q3}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 25.262034\%(h_{q3})$ 。
  - 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：RGI1808R01

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1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

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：	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=87,625,000-0=87,625,000

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+87,625,000=175,250,000

	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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 175,250,000 - 0 = 175,250,000

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+175,250,000+8,500,000=271,375,000

	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 = 271,375,000 - 0 = 271,375,000

=====

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：	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

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 + 0 + 0 + 0 = 87,625,000

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 - 87,625,000 = 271,375,000

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

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	179,398,005	179,398,005	0	54,793,540	54,793,540	0	27,361,323	27,361,323
北區分區	1,032,866	69,797,275	70,830,141	279,276	20,547,368	20,826,644	182,905	8,807,300	8,990,205
中區分區	3,337,830	104,799,134	108,136,964	1,056,150	33,034,502	34,090,652	487,885	14,512,225	15,000,110
南區分區	347,485	83,943,881	84,291,366	102,365	24,582,752	24,685,117	47,523	11,595,293	11,642,816
高屏分區	177,073	101,225,314	101,402,387	56,821	27,990,131	28,046,952	342	14,047,853	14,048,195
東區分區	0	10,278,953	10,278,953	0	3,296,128	3,296,128	0	1,268,702	1,268,702
合計	4,895,254	549,442,562	554,337,816	1,494,612	164,244,421	165,739,033	718,655	77,592,696	78,311,351

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商議事會議」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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI11808R01

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 1 季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

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	9,143,000	9,774,400	18,917,400	1,572,059,328	1,392,425,525	2,964,484,853
北區分區	0	0	0	550,777,580	1,041,503,390	1,592,280,970
中區分區	-746,751	0	-746,751	843,848,548	1,086,490,405	1,930,338,953
南區分區	21,105,208	5,545,860	26,651,068	902,791,150	793,766,234	1,696,557,384
高屏分區	28,625,444	29,466,700	58,092,144	1,036,745,568	838,625,449	1,875,371,017
東區分區	22,245,624	29,369,036	51,614,660	85,247,612	129,313,815	214,561,427
合 計	80,372,525	74,155,996	154,528,521	4,991,469,786	5,282,124,818	10,273,594,604

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：RGBI1808R01

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1季

結算主要費用年月起迄:108/01-108/03

核付截止日期:108/06/30

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	9,143,000	189,172,405	801,361	199,116,766	0	54,793,540	54,793,540	1,572,059,328	1,419,786,848	2,991,846,176
北區分區	1,032,866	69,797,275	438,269	71,268,410	279,276	20,547,368	20,826,644	550,960,485	1,050,310,690	1,601,271,175
中區分區	2,591,079	104,799,134	96,576	107,486,789	1,056,150	33,034,502	34,090,652	844,336,433	1,101,002,630	1,945,339,063
南區分區	21,452,693	89,489,741	140,552	111,082,986	102,365	24,582,752	24,685,117	902,838,673	805,361,527	1,708,200,200
高屏分區	28,802,517	130,692,014	71,967	159,566,498	56,821	27,990,131	28,046,952	1,036,745,910	852,673,302	1,889,419,212
東區分區	22,245,624	39,647,989	16,552	61,910,165	0	3,296,128	3,296,128	85,247,612	130,582,517	215,830,129
合計	85,267,779	623,598,558	1,565,277	710,431,614	1,494,612	164,244,421	165,739,033	4,992,188,441	5,359,717,514	10,351,905,955

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R01

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1季

結算主要費用年月起迄：108/01-108/03

核付截止日期：108/06/30

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 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	513,246	513,246	0	182,175	182,175	0	108,727	108,727	804,148
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	513,246	513,246	0	182,175	182,175	0	108,727	108,727	804,148

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：RGBI1808R01

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1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

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 RM2+RP2
	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)	
臺北分區	0	0	0	9,143,000	9,774,400	18,917,400	18,917,400
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	21,105,208	5,545,860	26,651,068	26,651,068
高屏分區	8,884,700	0	8,884,700	19,740,744	29,466,700	49,207,444	58,092,144
東區分區	0	0	0	22,245,624	29,369,036	51,614,660	51,614,660
合計	8,884,700	0	8,884,700	72,574,920	74,155,996	146,730,916	155,615,616

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：RGI1808R01

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 1季

結算主要費用年月起迄:108/01-108/03

核付截止日期:108/06/30

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	513,246	513,246	0	182,175	182,175	9,143,000	9,883,127	19,026,127	19,721,548
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	21,105,208	5,545,860	26,651,068	26,651,068
高屏分區	8,884,700	0	8,884,700	0	0	0	19,740,744	29,466,700	49,207,444	58,092,144
東區分區	0	0	0	0	0	0	22,245,624	29,369,036	51,614,660	51,614,660
合 計	8,884,700	513,246	9,397,946	0	182,175	182,175	72,574,920	74,264,723	146,839,643	156,419,764

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)。

六、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
& \text{預算(D2)- 核定非浮動點數合計(M)- 1x腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
= & \text{-----} \\
& \text{核定浮動點數合計(P)} \\
& 9,630,437,484 - 710,431,614 - 165,739,033 \\
= & \text{-----} \\
& 10,351,905,955 \\
= & 0.84566715 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
\end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
& \text{預算(D2)} \\
= & \text{-----} \\
& \text{核定非浮動點數合計(M)+ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)+ 核定浮動點數合計(P)} \\
& 9,630,437,484 \\
= & \text{-----} \\
& 710,431,614 + 165,739,033 + 10,351,905,955 \\
= & 0.85771035 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
\end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月107/12(含)以前:於108/04/01~108/06/30期間核付者。
2. 費用年月108/01~108/03:於108/01/01~108/06/30期間核付者。