



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2次會議資料

107年5月16日(星期三)

本署18樓大禮堂

「門診透析預算研商議事會議」107年第2次會議議程

壹、主席致詞

貳、門診透析預算研商議事會議107年度第1次會議紀錄確認. 第1頁

參、報告事項

一、「門診透析總額研商議事會議」歷次會議決議事項辦理情形。	第5頁
二、門診透析預算執行概況。	第12頁
三、106年第4季門診透析服務點值結算報告。	第29頁
四、門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。	第40頁

肆、討論事項

修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案	第68頁
--	------

伍、臨時動議

陸、散會

「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 1 次會議紀錄

時間：107 年 3 月 7 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

出席代表：

吳代表瑞堂	請假	呂代表國樑	郭芝蕙 ^(代)
宋代表俊明	請假	李代表妮真	李妮真
李代表永振	李永振	李代表純馥	請假
林代表石化	請假	洪代表冠予	洪冠予
張代表孟源	張孟源	張代表克士	張克士
梁代表淑政	周雯雯 ^(代)	郭代表錦玉	郭錦玉
郭代表咏臻	郭咏臻	陳代表麗淑	陳麗淑
楊代表五常	楊五常	曾代表志龍	曾志龍
蔡代表宗昌	蔡宗昌	廖代表秋鐳	廖秋鐳
盧代表國城	盧國城	鄭代表集鴻	鄭集鴻
顏代表大翔	顏大翔	謝代表武吉	王秀貞 ^(代)
羅代表永達	羅永達		

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、廖尹嫻
台灣醫院協會	林佩菽、吳洵伶、吳心華
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜、吳韻婕
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、林佳靜、 曾庭俞
本署醫務管理組	林淑範、劉林義、洪于淇 林右鈞、劉勁梅、林蘭 邵子川、許博淇、鄭正義

本署醫審及藥材組	曾玫富、朱文玥、陳淑儀
本署企劃組	余佺婕
本署資訊組	李冠毅
本署臺北業務組	儲鳳英、陳懿娟
本署北區業務組	黃穎瑜
本署中區業務組	張志煌
本署南區業務組	傅明貞
本署高屏業務組	陳秀玲
本署東區業務組	江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 1，請針對「台灣腎臟醫學會建議修訂全民健康保險醫療費用審查注意事項意見」部分繼續列管，其餘同意解除列管。

第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

一、洽悉。

二、考量慢性腎臟病預防屬國民健康署業務，有關鼓勵國人建立健康生活型態及慢性病預防等相關意見轉請該署參考。

第三案

案由：106 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 106 年第 3 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
106Q3	0.83472726	0.84696046

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

案由：「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」之執行方式。

決議：相關意見納參，另由本署召開會議，邀集本會相關代表、移植登錄中心與台灣移植醫學學會共同討論。

伍、臨時討論案

案由：修訂 107 年「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」增訂計畫結案後，尚未取得慢性腎衰竭需定期透析治療之重大傷病證明者，亦可申報活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)之相關規定。

決議：

一、放寬活體腎臟移植團隊之照護獎勵費申報規定：照護個案於尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明前完成腎臟移植，照護團隊亦可申報 5 萬點獎勵費用。

二、另請於下次會議報告透析重大傷病卡核發流程。

陸、與會人員發言摘要，詳如附件。

柒、散會：下午4時25分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

說明：

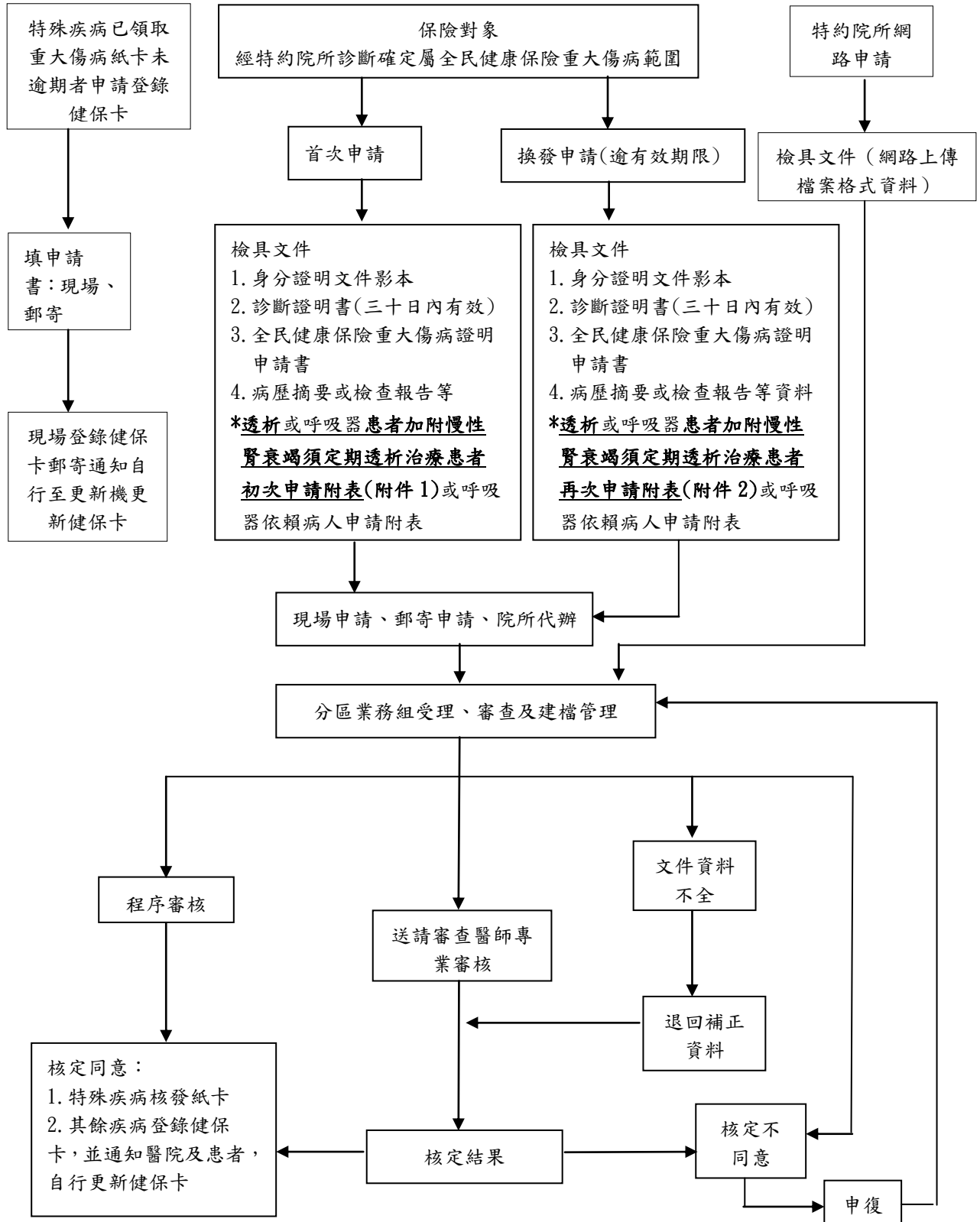
序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	106_3_臨 因腎友常患共病需就醫，近來被全面核刪診察費，且各分區做法不一。 106_4_血液透析屬定額支付項目，同一醫師同次醫療服務不得再申報診察費。	有關部分代表所提各分區核刪透析診察費標準不一致一節，已於第106年第4次門診透析研商議事會議討論，決議委請台灣腎臟醫學會擬定相關審查的共識建議。	1. 依支付標準第二部第一章第一節門診診察費之通則八規定，由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次，爰本署將請各分區業務組依此原則辦理。 2. 另前請台灣腎臟醫學會擬定審查共識一節，台灣腎臟醫學會已來函在案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	107_1_報(2)_門診透析預算執行概況報告	考量慢性腎臟病預防屬國民健康署業務，有關鼓勵國人建立健康生活型態及慢性病預防等相關意見轉請該署參考。	本署已於107年3月29日健保醫字第1070032955A號函副知國民健康署。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	107_1_報(3)_107年第3季門診透析服務點值結算報告	依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。	本署已於107年3月29日健保醫字第1070032955B號函辦理點值公布、結算事宜。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	107_1_討(1) 「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」之執行方式。	相關意見納參，另由本署召開會議，邀集本會相關代表、移植登錄中心與台灣移植醫學學會共同討論。	本署已於107年5月3日邀集本會相關代表、移植登錄中心與台灣移植醫學學會共同討論，惟並無共識，會議紀錄將副知健保會。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	107_1_臨_ 修訂「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」案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 放寬活體腎臟移植團隊之照護獎勵費申報規定: 照護個案於尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明前完成腎臟移植, 照護團隊亦可申報 5 萬點獎勵費用。 2. 下次會議報告透析重大傷病卡核發流程。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關 Pre-ESRD 之修訂, 本署已於 107 年 5 月 1 日健保醫字第 1070005217 號函辦理公告事宜。 2. 有關透析重大傷病卡核發流程, 詳 p. 7 說明。 	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

決定：

透析重大傷病證明核發流程說明

一、重大傷病證明申請核發流程圖如下：



二、透析患者申請重大傷病證明說明：

(一)申請案件須逐案送請腎臟專科醫師審查，確認其符合適應症始得核發證明；另依本保險保險對象免自行負擔費用辦法規定略以，保險人應自收受申請文件之日起14日內(不包含例假日)，為重大傷病證明之核定。

(二)審查醫師依病況之可逆性，核給3個月或永久有效期限重大傷病證明。

附件一 全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明申請附表-初次申請

初次：第一次申請透析治療者（含從未申請或前次申請未獲核定同意透析治療）請填寫全部欄位，否則不予收件

姓名：_____ 性別：男 女 身分證字號：_____

出生：民國_____年_____月_____日 初次透析治療日期：_____年_____月_____日

居住地址：_____ 電話：_____

透析院所：_____（代號：_____）

透析方式：血液透析（永久性血管通路完成日期：_____年_____月_____日）

腹膜透析：（腹膜透析導管植入日期：_____年_____月_____日）

原發病因：____-____-____（請參考本表背面說明）

一、定期透析適應症(Indication)：：（請勾選）（請參考本表背面說明）

（一）絕對適應症 （二）相對適應症

二、伴隨症狀(Symptoms and Signs)：（請務必勾選）

1. 心臟衰竭或肺水腫 2. 心包膜炎 3. 出血傾向
 4. 神經症狀：意識障礙，抽搐或末梢神經病變 5. 高血鉀（藥物難以控制）
 6. 嚴重酸血症（藥物難以控制） 7. 噁心、嘔吐（藥物難以控制）
 8. 惡病體質(cachexia) 9. 重度氮血症 (BUN > 100 mg/dl)
 10. 其他（請說明）：_____

三、相關疾病(Comorbidity)：（請務必勾選）

1. 糖尿病 2. 高血壓 3. 鬱血性心臟衰竭 4. 缺血性心臟病
 5. 腦血管病變 6. 慢性肝病/肝硬化 7. 惡性腫瘤 8. 結核
 9. 其他（請說明）：_____

四、生化檢驗值(Laboratory data)：（檢驗日期：_____年_____月_____日）

Albumin：____.____.____ g/dl Hct：____.____ % Hb：____.____.____ gm% K：____.____ mEq/L
BUN：____.____.____ mg/dl Cr：____.____.____ mg/dl eGFR (MDRD-S)：____.____ ml/min/1.73m²
Daily urine amount：____.____.____ ml

五、其他相關檢查資料與說明：（病史、腎臟超音波等）

- 過去病史及檢查已知為慢性腎衰竭 日期：_____年_____月_____日
 異常BUN：____.____.____ mg/dl或Cr：____.____.____ mg/dl. 日期：_____年_____月_____日
 腎臟超音波檢查異常（下列原因可複選）日期：_____年_____月_____日
左腎臟剩餘 8-10cm 右腎臟剩餘 8-10cm
左腎臟剩餘 6-8cm 右腎臟剩餘6-8cm
左側水腎 右側水腎 慢性腎實質病變 其他說明：_____

六、未符合上述條件但因其他嚴重或危及生命之臨床狀況必須進入定期透析之理由

負責醫師姓名：_____（簽章） 中腎專醫字____號 日期：_____年_____月_____日

（以上相關資料如有造假，負責醫師願付一切法律責任）

-----（以下由審核醫師填寫）-----

敬送 _____醫師

審核意見：1. 同意發給重大傷病證明。有效期間永久。

2. 無法確定為不可逆性尿毒症，發給有效期限三個月之重大傷病證明，三個月後申請再次評估，請嘗試停止透析並仔細照護與評估是否必須永久透析，若病患無法免除透析，請收集相關資料佐證，並於下次再申請時仔細說明。

3. 不符申請條件，不同意。理由：_____

A資料不全，請補足資料：_____

B其他：_____

審核醫師姓名：_____（簽章） 中腎專醫字____號 日期：_____年_____月_____日

全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明初次申請說明

一、適應症：

1. 絕對適應症：腎絲球濾過率 $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73m}^2$ 或血清肌酸酐 $SCr \geq 10.0 \text{ mg/dl}$
2. 相對適應症：

- 糖尿病患者：重度慢性腎衰竭且 $eGFR \leq 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ 或血清肌酸酐 $SCr \geq 6.0 \text{ mg/dl}$ ，且伴有下列任何一種併發症者【註：重度慢性腎衰竭之定義為慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者】
- 非糖尿病患者：重度慢性腎衰竭且 $eGFR \leq 10 \text{ ml/min/1.73m}^2$ 或血清肌酸酐 $SCr > 8.0 \text{ mg/dl}$ ，且伴有下列任何一種併發症者【註：重度慢性腎衰竭之定義為兩側腎臟顯著萎縮(多囊腎例外)或慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者】

註：GFR起採用MDRD 簡易公式計算estimated GFR

$$\text{estimated GFR} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.212 \text{ (if black)}$$

二、申請時機：

1. 選擇血液透析之患者於開始長期透析治療時申請，不論經由臨時插管或永久血管。預先準備血管通路但尚未開始透析時請勿申請。
2. 選擇腹膜透析之患者於開始長期換液治療時申請。預先植入腹膜導管但尚未開始換液時請勿申請。以傳統植管方式者開始透析日為植管日，預先植管患者開始透析日為拉管日。

三、原發病因填碼說明：

[原發病大類]

A=A 腎臟實質疾病 B=B 系統性疾病 C=C 阻塞性腎病變及泌尿系統疾病 D=D 腎血管病變
E=E 遺傳性疾病 F=F 其他已知原因腎衰竭 G=G 不明原因之腎衰竭 H=H 中毒 I=I 其他

[原發病細類]

A=A 腎臟實質疾病

A-01A 慢性腎絲球腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)

A-01B 慢性腎絲球腎炎(有病理切片診斷者)

A-01B-a A型免疫球蛋白腎炎 A-01B-b 局部腎絲球硬化症 A-01B-c 膜性腎病變 A-01B-d 膜性增生性腎炎

A-01B-e 間質增生性腎炎 A-01B-f 微小變化型腎病變 A-01B-g 半月狀腎絲球腎炎 A-01B-h 鏈球菌感染後腎絲球腎炎

A-01B-i 腎小管組織腎炎 A-01B-j 止痛劑性腎病變 A-01B-k 其他型腎絲球腎炎

A-02A 快速進行性腎絲球腎炎(臨床診斷，未有病理切片者) A-02B 快速進行性腎絲球腎炎(有病理切片診斷者)

A-03A 慢性腎間質性腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)

A-03A-a 中藥引起之慢性腎間質性腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)

A-03B 慢性腎間質性腎炎(有病理切片診斷者)

A-03B-a 中藥引起之慢性腎間質性腎炎(有病理切片診斷者)

A-04 慢性腎盂腎炎 A-05 急性腎衰竭(未恢復) A-06 其他腎實質疾病

B=B 系統性疾病

B-01 腎硬化症(缺血性腎病變)

B-02 惡性高血壓

B-03 糖尿病

B-04 紅斑性狼瘡

B-05 類澱粉腎病變

B-06 硬皮症

B-07 多發性骨髓病

B-08 痛風性腎病變

B-09 肝硬化

B-10 心衰竭

B-11 妊娠毒血症

B-12 其他代謝異常引起的腎衰竭

B-13 其他系統性疾病引起之腎衰竭

B-14 敗血症

C=C 阻塞性腎病變及泌尿系統疾病

C-01 結石

C-02 腎結核

C-03 腎尿路惡性腫瘤

C-04 其他惡性腫瘤導致之尿路阻塞

C-05 逆流性腎病變

C-06 其他原因引起之阻塞性腎病變

D=D 腎血管病變

D-01 腎梗塞 D-02 腎動脈栓塞 D-03 腎靜脈血栓症 D-04 溶血性尿毒症候群 D-05 其他腎血管疾病

E=E 遺傳性疾病

E-01 多囊腎 E-02 其他腎囊腫性疾病 E-03 遺傳性腎炎 E-04 腎形成不全 E-05 其他遺傳性疾病導致腎衰竭

F=F 其他已知原因腎衰竭

F 其他已知原因腎衰竭

G=G 不明原因之腎衰竭

G 不明原因之腎衰竭

H=H 中毒

H-01 一般藥物中毒 H-02 農藥中毒 H-03 化學製劑中毒 H-04 其他中毒

I=I 其他

附件二 全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明申請附表-再次申請

再次：曾申請獲發定期透析重大傷病證明，本次再提出申請者；請填寫全部欄位，否則不予收件

姓名：_____ 性別：男女 身分證字號：_____

出生：民國_____年_____月_____日 初次透析治療日期：_____年_____月_____日

居住地址：_____ 電話：_____

透析院所：_____ (代號：_____)

透析方式： 血液透析 (永久性血管通路完成日期：_____年_____月_____日)

腹膜透析：(腹膜透析導管植入日期)：_____年_____月_____日)

原發病因：_____ - _____ - _____ (請參考初次申請之附表背面說明)

一、上次申請結果 此次申請為第_____次申請

無法確定為不可逆性尿毒症，發給有效期限三個月之重大傷病證明。

不符申請條件，不同意。理由：_____ 資料不全 其他：

初次申請之定期透析適應症(Indication)： 絕對適應症 相對適應症

二、目前之透析情況與生化檢驗值(Laboratory data)：(檢驗日期：_____年_____月_____日)

每週血液透析次數：_____次 每次透析時間：_____小時 (每日腹膜換液：_____次)

Albumin：_____ g/dl Hct：_____ % Hb：_____ gm% K：_____ mEq/L

BUN：_____ mg/dl Cr：_____ mg/dl

Daily urine amount：_____ ml 最長不透析日之24小時CCr：_____ ml/min

(請參考本表背面CCr計算公式)

三、相關檢查資料與說明：(是否嘗試停止透析、停止透析後之臨床狀況)(請務必勾選)

有 無 嘗試停止透析治療 日期：_____年_____月_____日

最長停止透析之日數：_____日；當時之BUN：_____ mg/dl Cr：_____ mg/dl

必須再開始透析或持續定期透析之理由：

每日尿量低於400cc 危及生命之狀況 嚴重影響生活品質 反覆入院或急診

四、目前之伴隨症狀(Symptoms and Signs)：(請務必勾選)

1. 心臟衰竭或肺水腫 2. 心包膜炎 3. 出血傾向

4. 神經症狀：意識障礙，抽搐或末梢神經病變 5. 高血鉀(藥物難以控制)

6. 嚴重酸血症(藥物難以控制) 7. 噁心、嘔吐(藥物難以控制)

8. 惡病體質(cachexia) 9. 重度氮血症(BUN > 100 mg/dl)

10. 其他 (請說明)：_____

五、目前之相關疾病(Comorbidity)：(請務必勾選)

1. 糖尿病 2. 高血壓 3. 鬱血性心臟衰竭 4. 缺血性心臟病

5. 腦血管病變 6. 慢性肝病/肝硬化 7. 惡性腫瘤 8. 結核

9. 其他 (請說明)：_____

六、未符合上述條件但因其他嚴重或危及生命之臨床狀況必須進入定期透析之理由

負責醫師姓名：_____ (簽章) 中腎專醫字_____號 日期：_____年_____月_____日

(以上相關資料如有造假，負責醫師願付一切法律責任)

----- (以下由審核醫師填寫) -----

敬送 _____ 醫師

審核意見：1. 同意發給重大傷病證明。有效期間永久。

2. 無法確定為不可逆性尿毒症，發給有效期限三個月之重大傷病證明，三個月後申請再次評估，請嘗試停止透析並仔細照護與評估是否必須永久透析，若病患無法免除透析，請收集相關資料佐證，並於下次再申請時仔細說明。

3. 不符申請條件，不同意。理由：

A 資料不全，請補足資料：_____

B 其他：_____

審核醫師姓名：_____ (簽章) 中腎專醫字_____號 日期：_____年_____月_____日

全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明再次申請說明

慢性腎衰竭需定期透析治療申請重大傷病證明者，於初次申請時或因當時狀況可能存有急性腎衰竭的因素且情況尚有挽回機會、或因所附資料不足以判斷是否必須定期透析，因此審核醫師評定審核不符申請條件，病患通常於一段時日後再次申請。為減少反覆申請的困擾，請負責醫師特別注意以下情況：

1. 本病人腎臟功能損壞是否已達非定期透析不可？
2. 是否曾嘗試在周密的照顧下停止透析？
3. 停止透析後的每日尿量如何？檢驗數據如何？
4. 停止透析後是否產生危急生命的臨床狀況？或因明顯之尿毒症狀嚴重危害生活品質？
5. 停止透析後是否反而因各種無法處理的緊急狀況而頻繁出入醫院與急診？

請提供以上狀況之詳細記錄作為再次申請重大傷病證明之佐證資料。

CCr 計算公式：因病患已接受透析故不適用原尚未透析時使用之 MDRD-S 公式，請於停止透析或透析間最長間隔日收集 24 小時尿液，計算 24 小時肌酸酐廓清率(CCr)。

$$\text{肌酸酐廓清率(CCr)} = \frac{\text{尿中肌酸酐濃度} \times \text{尿液總量}}{\text{血中肌酸酐濃度} \times \text{時間}}$$

單位： $\frac{\text{mg/dl} \times \text{ml}}{\text{mg/dl} \times \text{min}} = \text{ml/min}$

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算執行概況報告(如附件，第13頁)

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106年第4季門診透析服務點值結算報告(如附件，第31頁)

說明：

一、106年第4季透析預算如下表：

106Q4	預算(元)
西醫基層預算(A)	4,281,753,959
醫院預算(B)	5,253,621,842
106年第4季透析一般預算(C=A+B)	9,535,375,801

二、106年第4季透析點數申報情形如下表：

106Q4	非浮動點數 (點)	腹膜透析追蹤 處理費(點)	浮動點數 (點)
西醫基層	57,958,200	1,839,296	4,860,071,622
醫院	588,646,042	162,077,546	5,281,424,219
自墊核退	3,832,430		
合計	650,436,672	163,916,842	10,141,495,841

三、106年第4季點值結算結果及彙整近二年結算點值如下表：

季別	浮動點值	平均點值
105Q1	0.79245960	0.80836228
105Q2	0.83027587	0.84323411
105Q3	0.82342296	0.83687274
105Q4	0.83824025	0.85052691
106Q1	0.81052081	0.82484066
106Q2	0.84016418	0.85209246
106Q3	0.83472726	0.84696046
106Q4	0.85993451	0.87034565

四、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫106年預算4.04億元(其他部門)，統計至第4季支用情形如下：

(一)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：0.45億元，預計於107年6月完成全年結算核發，本季暫不支付。

(二)Pre-ESRD計畫：2.00億元。

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early_CKD)：1.23億元。

(四)前述(二)、(三)項共支用 3.23 億元，尚在預算範圍內。

五、本季結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜；另公開各部門總額各結算季之結算說明表於全球資訊網(路徑:本署全球資訊網>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民健保總額支付制度)，請各代表自行下載參考。

決定：

程式代號：RGBI1608R01

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：107/05/09

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10—106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：1

一、門診透析全民健康保險醫療給付費用

項目	105年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	105年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	106年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	106年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	106年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+5.342%)	(G1) =B1×(1+2.975%)	(D1) =G0+G1
第1季	3,628,327,958	4,816,193,319	3,822,153,238	4,959,475,070	8,781,628,308
第2季	3,741,156,763	5,164,217,484	3,941,009,357	5,317,852,954	9,258,862,311
第3季	3,936,850,944	5,042,576,647	4,147,157,521	5,193,027,857	9,340,185,378
第4季	4,064,621,859	5,101,842,041	4,281,753,959	5,253,621,842	9,535,375,801
合計	15,370,957,524	20,125,251,491	16,192,074,075	20,723,977,723	36,916,051,798

註：

- 106年2月15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」106年第1次會議決議：106年「門診透析四季預算分配」分配比照105年方式辦理(採用各季「實際預算數」)。
- 106年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 105年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+5.342%)。
- 106年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 105年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.975%)。
- 106年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 106年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 106年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

二、慢性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

(一)106年度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)

(二)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫

第1季已支用點數：48,187,084

第2季已支用點數：48,304,069

第3季已支用點數：51,102,695

第4季已支用點數：52,581,800

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 200,175,648

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

第1季已支用點數：27,598,200

第2季已支用點數：28,113,397

第3季已支用點數：28,946,000

第4季已支用點數：38,322,496(傳票日期:107/05/11前核付者)

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 122,980,093

(四)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：228,742

第3季已支用點數：46,785

第4季已支用點數：678,277

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 953,804

(五)合計

第1季已支用點數：75,785,284

第2季已支用點數：76,646,208

第3季已支用點數：80,095,480

第4季已支用點數：91,582,573

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 324,109,545

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預算(另行結算) - 暫結金額
= 404,000,000 - 45,000,000 - 324,109,545 = 34,890,455

三、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			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (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	180,330,292	180,330,292	0	54,652,774	54,652,774	0	26,659,883	26,659,883
北區分區	1,024,666	68,557,792	69,582,458	260,250	20,168,963	20,429,213	132,994	8,311,639	8,444,633
中區分區	4,220,378	98,473,076	102,693,454	1,319,359	30,632,852	31,952,211	594,544	12,507,218	13,101,762
南區分區	581,983	85,987,678	86,569,661	156,149	24,629,653	24,785,802	86,153	10,943,627	11,029,780
高屏分區	323,925	105,647,741	105,971,666	103,538	28,857,446	28,960,984	6,495	14,205,728	14,212,223
東區分區	0	9,532,195	9,532,195	0	3,135,858	3,135,858	0	1,166,091	1,166,091
合計	6,150,952	548,528,774	554,679,726	1,839,296	162,077,546	163,916,842	820,186	73,794,186	74,614,372

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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處理費(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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」後之點數。
4. 依據105年11月16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」105年第4次會議紀錄決議：106年門診透析服務保障項目比照105年(腹膜透析之追蹤處理費(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	7,158,600	9,315,200	16,473,800	1,493,589,187	1,372,618,846	2,866,208,033
北區分區	0	0	0	524,136,881	1,023,864,223	1,548,001,104
中區分區	430,320	0	430,320	804,475,133	1,083,885,263	1,888,360,396
南區分區	21,292,268	2,954,868	24,247,136	911,898,579	763,338,359	1,675,236,938
高屏分區	22,926,060	27,847,200	50,773,260	1,022,681,988	816,114,381	1,838,796,369
東區分區	0	0	0	102,469,668	147,808,961	250,278,629
合 計	51,807,248	40,117,268	91,924,516	4,859,251,436	5,207,630,033	10,066,881,469

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。
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：RGBI1608R01

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：107/05/09

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10—106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 5

3.1.3 合計

就醫分區	核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處理費核定點數 (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	7,158,600	189,645,492	2,030,953	198,835,045	0	54,652,774	54,652,774	1,493,589,187	1,399,278,729	2,892,867,916
北區分區	1,024,666	68,557,792	721,786	70,304,244	260,250	20,168,963	20,429,213	524,269,875	1,032,175,862	1,556,445,737
中區分區	4,650,698	98,473,076	480,072	103,603,846	1,319,359	30,632,852	31,952,211	805,069,677	1,096,392,481	1,901,462,158
南區分區	21,874,251	88,942,546	341,110	111,157,907	156,149	24,629,653	24,785,802	911,984,732	774,281,986	1,686,266,718
高屏分區	23,249,985	133,494,941	256,316	157,001,242	103,538	28,857,446	28,960,984	1,022,688,483	830,320,109	1,853,008,592
東區分區	0	9,532,195	2,193	9,534,388	0	3,135,858	3,135,858	102,469,668	148,975,052	251,444,720
合 計	57,958,200	588,646,042	3,832,430	650,436,672	1,839,296	162,077,546	163,916,842	4,860,071,622	5,281,424,219	10,141,495,841

(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			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (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) =(RJ1)+(RK1)	小計 (RM1)	西醫基層 (RN1)	醫院 (RO1) =(RN1)+(RO1)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN3)	醫院 (RO3) =(RN3)+(RO3)	小計 (RP3)	
臺北分區	0	526,780	526,780	0	156,150	156,150	0	0	0	682,930
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	121,916	121,916	0	26,025	26,025	0	0	0	147,941
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	648,696	648,696	0	182,175	182,175	0	0	0	830,871

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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處理費(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「腹膜透析追蹤處理費核定點數」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 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	7,158,600	9,315,200	16,473,800	16,473,800
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	430,320	0	430,320	430,320
南區分區	0	0	0	21,292,268	2,954,868	24,247,136	24,247,136
高屏分區	7,621,900	0	7,621,900	15,304,160	27,847,200	43,151,360	50,773,260
東區分區	0	0	0	0	0	0	0
合 計	7,621,900	0	7,621,900	44,185,348	40,117,268	84,302,616	91,924,516

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。
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：RGBI1608R01

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：107/05/09

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10—106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 8

3.2.3 保障偏遠地區之合計

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (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	526,780	526,780	0	156,150	156,150	7,158,600	9,315,200	16,473,800	17,156,730
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	430,320	0	430,320	430,320
南區分區	0	0	0	0	0	0	21,292,268	2,954,868	24,247,136	24,247,136
高屏分區	7,621,900	121,916	7,743,816	0	26,025	26,025	15,304,160	27,847,200	43,151,360	50,921,201
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	7,621,900	648,696	8,270,596	0	182,175	182,175	44,185,348	40,117,268	84,302,616	92,755,387

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)。

=====

四、一般服務浮動每點支付金額

預算(D1)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處理費核定點數合計(P1)

= -----

核定浮動點數合計(P)

9, 535, 375, 801 － 650, 436, 672 － 163, 916, 842

= -----

10, 141, 495, 841

= 0.85993451 (四捨五入至小數第8位)

五、平均點值

預算(D1)

= -----

核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處理費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)

9, 535, 375, 801

= -----

650, 436, 672 + 163, 916, 842 + 10, 141, 495, 841

= 0.87034565 (四捨五入至小數第8位)

六、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月106/09(含)以前:於107/01/01~107/03/31期間核付者。
2. 費用年月106/10~106/12:於106/10/01~107/03/31期間核付者。

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果(如附件，第41頁)。

決定：

肆、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標乙案，提請討論(如附件，第 69 頁)。

說明：

- 一、依據台灣腎臟醫學會 107 年 4 月 24 日台腎醫城(107)字第 404 號函辦理。
- 二、該會對於門診透析專業醫療服務品質指標項目與監測值修訂意見及相關建議如下：
 - (一)刪除腹膜透析「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率」，新增「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV)受檢率」。
 - (二)「『鈣磷乘積』合格率： $<60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 」建議修改為「『鈣磷乘積』合格率： $<60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 之百分比」。
- 三、綜上，本署彙整研擬「門診透析總額支付制度醫療服務品質指標」之專業醫療服務品質指標之修正草案乙份(詳附件)。

擬辦：擬依會議決議辦理品保方案專業醫療服務品質指標修訂事宜。

決定：

台灣腎臟醫學會

函

聯絡地址：台北市 100 青島西路十一號四樓之一
聯絡電話：(02) 2331-0878 傳真：(02) 2383-2171
電子郵件信箱：snroctpe@msl.hinet.net
網址：<http://www.tsn.org.tw>

106 台北市信義路 3 段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

速 別：

發文日期：民國 107 年 4 月 24 日

發文字號：台腎醫城(107)字第 404 號

附 件：

主旨：有關「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標項目與監測值修訂，本會意見如說明，請 卓參。

說明：

一、覆 貴署 107 年 1 月 15 日健保審字第 1070076003 號函。

二、指標修訂建議如下：

(A)腹膜透析「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率」

建議刪除監測轉陽率，更改為「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率」及「C 型肝炎抗體(Anti-HCV) 受檢率」。

(B)「鈣磷乘積」合格率： $< 60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$

建議修改為：「鈣磷乘積」合格率： $< 60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 之百分比。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長

盧國城

總收文 107 年 4 月 26 日收到

健保審

中央健康保險署
審 1070055465

修正如底線及
刪除線文字

附表 全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案（草案）
門診透析總額支付制度醫療服務品質指標（HD 部分）-【專業醫療服務品質指標】

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
專業醫療服務品質							
11. 鈣磷乘積	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1+10%)為上限最近3 年平均*(1-10%)為下限。 ※本項為正負向指標	每三個月	每六個月	資料 分析	保險人或 台灣腎臟 醫學會	受檢率 合格率： <u>< 60 mg²/dL²之百分比</u> *排除自第一次透析日起未滿3個月之病患	本署於107年1月15日函請台灣腎臟醫學會對門診透析總額品質確保方案之專業醫療服務品質指標修訂表示意見，該會建議將「鈣磷乘積」合格率： <u>< 60 mg²/dL²</u> 建議修改為 <u>< 60 mg²/dL²之百分比</u> 。

備註：

- 1.參考值：正向指標取平均值*(1-10%)為下限，負向指標取平均值*(1+10%)為上限；若為當年度新增指標則無參考值，若監測期間未達3年指標，取其現有監測期間做為參考值期間。
- 2.追蹤期間之總病人月數：追蹤期間（如三個月或六個月）內，所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數。

門診透析總額支付制度醫療服務品質指標 (PD 部分)

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
專業醫療服務品質							
8. B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽受檢率	最近3年平均 值*(1+10%)為上限。最近3年平均 值*(1-10%)。 ※本項為負向指標規定 合理範圍	每年	每年	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	轉陽率= $\frac{\text{追蹤期間 HBsAg 由陰性轉為陽性} - (\text{新感染} - \text{陰性病人數})}{\text{追蹤期間之} - (\text{百分比})}$ 受檢率 *排除自第一次透析日起未滿3個月之病患	本署於107年1月15日函請台灣腎臟醫學會對門診透析總額品質確保方案之專業醫療服務品質指標修訂表示意見，該會建議刪除監測轉陽率，更改為「B型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率」。
9. C 型肝炎抗體(anti-HCV) 轉陽受檢率	最近3年平均 值*(1+10%)為上限。最近3年平均 值*(1-10%)。 ※本項為負向指標規定 合理範圍	每年	每年	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	轉陽率= $\frac{\text{追蹤期間 Anti-HCV 由陰性轉為陽性} - (\text{新感染} - \text{陰性病人數})}{\text{追蹤期間之} - (\text{百分比})}$ 受檢率 *排除自第一次透析日起未滿3個月之病患	本署於107年1月15日函請台灣腎臟醫學會對門診透析總額品質確保方案之專業醫療服務品質指標修訂表示意見，該會建議刪除監測轉陽率，更改為「C型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率」。
11. 鈣磷乘積	1.受檢率：最近3年平均 值*(1+10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1+10%)為上限 最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正負向指標	每三 個月	每六個 月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率 合格率： $< 60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 之百分比 *排除自第一次透析日起未滿3個月之病患	本署於107年1月15日函請台灣腎臟醫學會對門診透析總額品質確保方案之專業醫療服務品質指標修訂表示意見，該會建議將「鈣磷乘積」合格率： $< 60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 建議修改為 $< 60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 之百分比。

備註：

- 參考值：正向指標取平均值*(1-10%)為下限，負向指標取平均值*(1+10%)為上限；若為當年度新增指標則無參考值，若監測期間未達3年指標，取其現有監測期間做為參考值期間。
- 追蹤期間之總病人月數：追蹤期間(如三個月或六個月)內，所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數。

