



全民健康保險醫療給付費用
門診透析預算 111 年第 4 次研商議事會議
議程資料

111 年 11 月 16 日（星期三）下午 3 時
中央健康保險署 18 樓大禮堂

會議議程

壹、主席致詞

貳、全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 111 年第 3 次研商議事會議紀錄.....第 1 頁

參、報告事項(原則上每 90 分鐘休息 10 分鐘，適當時機由主席裁示)

一、歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。	報 1-1
二、門診透析預算執行概況報告。	報 2-1
三、112 年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議之會議召開事宜。	報 3-1
四、門診透析專業服務品質指標監測結果。	報 4-1

肆、討論事項

一、112 門診透析服務保障項目討論案	討 1-1
二、門診透析 111 年第 1 季點值重新結算及 111 年第 2 季點值結算確認案，提請討論。	討 2-1
三、「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析品質提升獎勵計畫」修訂案。	討 3-1
四、「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形」，提請討論。	討 4-1

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

111 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 17 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路三段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

出席代表(依姓氏筆劃排列，*為線上與會人員)

干代表文男	干文男	郭代表咏臻	郭咏臻
吳代表麥斯	吳麥斯	曾代表國憲	曾國憲
宋代表俊明	宋俊明	黃代表兆杰	黃兆杰
李代表妮真	李妮真	黃代表尚志	黃尚志
林代表元灝	林元灝	楊代表五常	請 假
邱代表琦皓	邱琦皓	楊代表孟儒	楊孟儒
洪代表冠予	請 假	鄒代表繼群	鄒繼群
張代表克士	張克士	蔡代表宗昌	蔡宗昌
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表晏晏	黃雪玲(代)	謝代表輝龍	謝輝龍
張代表鈺民	張鈺民	顏代表大翔	顏大翔
梁代表淑政	梁淑政		

列席單位及人員：

衛生福利部	陳淑華、白其怡
衛生福利部全民健康保險會	吳鴻來、陳淑美
衛生福利部國家消除 C 肝辦公室	吳慧敏
台灣醫院協會	黃麗如、吳昱嫻、何宛青、 顏正婷、林佩荻
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林慧美、張靜宜
社團法人台灣基層透析協會	曾庭俞

社團法人中華民國藥師公會
全國聯合會
中國醫藥大學附設醫院
本署醫務管理組

常宏傳、王麗卿

吳美瑤

游慧真、劉林義、韓佩軒、
洪于淇、陳依婕、宋宛蓁、
劉志鴻、林其瑩、鄭正義、
楊淑美、鄭智仁

本署醫審及藥材組

許明慈、張如薰、何小鳳、
郭容桂、陳惠群、單國浩、
薛俊傑、黃詔威

本署資訊組

吳少庾

本署企劃組

王宗曦、趙偉翔

本署違規查處室

請 假

本署臺北業務組

莊智雯*

本署北區業務組

陳姿伶*、盧珮茹*

本署中區業務組

張黛玲*、謝明珠*

本署南區業務組

林純美*、許寶茹*、梁耀文*、
李怡君*

本署高屏業務組

張曉玲*、黃雅蘭*、張慧娟*、
葉美伶*、蘇文翎*、蘇家驊*

本署東區業務組

王素惠*、江春桂*、陳佳穎*、
黃婷婷*

壹、 主席致詞(略)

貳、 確認本會前次會議紀錄

決 定：修正 111 年第 2 次會議紀錄討論事項第一案，決議事項第一點之年度追蹤，「請中華民國中醫師公會全國聯合會於『明』年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執

行成果。」修正為「請中華民國中醫師公會全國聯合會於『111』年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執行成果。」。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、序號2、3、5、6、8解除列管，其他持續列管(如下)：

(一) 序號1-「腎功能異常使用NSAIDs藥量者」篩異指標管理机制：持續回饋透析前高風險腎臟病人3個月內累計使用NSAIDs總日數 ≥ 31 日個案之監控成效，並續辦腎功能狀態不明者提示事項。

(二) 序號4-「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」藥師照護指標定義及說明案，請台灣腎臟醫學會及藥師公會全聯會於今(111)年第4次會議研擬提出。

(三) 序號7-慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形(含居家血液透析支付標準研議)。

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。

決定：

一、洽悉。

二、有關代表建議糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案內糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)之病人診療費調高一節，將俟112年總額協商結果辦理。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 1 季門診透析服務點值報告。

決定：

一、111 年第 1 季點值確認如下：

項目 年季	浮動點值	平均點值
111 年 第 1 季	0.89904465	0.90603525

二、會議確認後依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：中醫師公會全國聯合會

中國醫藥大學附設醫院

案由：「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果。

決定：

一、洽悉。

二、因本次報告數據呈現數據有侷限性，請中醫師公會全國聯合會於明(112)年收集更完整資訊再至本會議報告執行之成果。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」結算報告。

決定：

一、洽悉。

二、為鼓勵醫療品質較好之院所，請台灣腎臟醫學會通盤檢討本計畫之指標，研擬符合政策鼓勵及更具鑑別度之指標。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形」，提請討論。

決議：持續追蹤案件如下：

一、年度追蹤：

請中華民國中醫師公會全國聯合會於 112 年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫」執行成果。

二、每季追蹤：

(一)台灣腎臟醫學會：

1. 發展腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。
2. 腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。
3. 提高器官捐贈。
4. 腎臟病人全人照護及在宅照護模式(含居家血液透析支付標準評估)。

(二)社團法人藥師公會全國聯合會：協助研擬慢性腎臟病人多重用藥整合之策略。

(三)中華民國醫師公會全國聯合會：提高初期慢性腎臟病方案照護率。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：提升「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」西醫基層藥師服務照護情形，提請討論。

決議：請台灣腎臟醫學會與藥師公會全國聯合會積極鼓勵基層診所與社區藥局合作，提供藥師照護服務，並於計畫執行一定時間後，檢討收案流程及上傳資料內容之適當性。

第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：追蹤透析病人 C 型肝炎之檢驗結果及請透析院所提供後續

診療處置案，提請討論。

決 議：本署將持續提供透析、Early-CKD 或 Pre-ESRD 收案病人中罹患 C 肝尚未治療名單，請本署各分區業務組輔導所轄院所，並回饋後續醫療處置情形。

第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案 由：提升「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」之院所自主管理方式，提請討論。

決 議：

- 一、本署將持續回饋開立 NSAIDs 藥量異常之院所醫師名單（含異常處方高於同儕值註記），並函請台灣腎臟科醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員，並將開立藥量資訊回饋予院所，供其自我管理。
- 二、前開藥量異常之個案如為 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之收案對象，請本署醫審及藥材組同時函轉 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之負責醫師本於權責，加強衛教與追蹤個案開立具腎毒性藥物(如 NSAIDs)之情形。

伍、臨時動議

臨時提案

提案單位：台灣腎臟醫學會

本署醫務管理組

案 由：「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」加入 C 型肝炎 Anti-HCV 抗體篩檢、HCV 病毒 RNA 定量檢驗及轉介治療之整體機制案，提請討論。

決 議：為提高 Pre-ESRD 及 Early CKD 收案個案之 C 型肝炎篩檢率以利後續治療，請台灣腎臟醫學會與衛生福利部國家消除 C 肝辦公室、衛生福利部國民健康署研議執行策略後，再提案討論。

陸、散會：下午 5 時 00 分。

柒、與會人員發言實錄如附件。

壹、報告事項

報告事項-第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形
1	108_2_討(3) 108_4_報(6) 109_1_報(6) 109_2_報(8) 109_3_報(6) 111_1_報(1) 111_3_討(4) 「腎功能異常使用 NSAIDs 藥量者」篩異指標管理機制。 111_1_討(2) 「高風險腎臟病人用藥提示(API)」邏輯及提示內容案(含腎功能不明者)。	一、持續回饋透析前高風險腎臟病人 3 個月內累計使用 NSAIDs 總日數≥ 31日個案之監控成效。 二、前開開立藥量異常之個案如為 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之收案對象，請同時函轉 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之負責醫師本於權責，加強衛教與追蹤個案開立具腎毒性藥物(如 NSAIDs)之情形	健保署 一、回饋資訊，供醫界自主管控： (一) 本署自 107 年第 2 季起，按季將開立 NSAIDs 藥量異常之院所醫師名單，函請台灣腎臟科醫學會、台灣醫院協會及醫師公會全聯會協助輔導會員，供其自我管理。 (二) 次於 111 年第 1 季起，回饋資訊新增異常處方件數大於等於同儕 98 百分位註記，提供學會優先輔導會員。 (三) 因發現部分申請 Pre-ESRD 及 Early-CKD 計畫醫師，亦有開立 NSAIDs 藥量異常情形，爰依據 111 年第 3 次本會議決議，於 111 年 9 月 21 日提供學會輔導函中，開立藥量異常名單新增 Early-CKD 及 Pre-ESRD 醫師註記及個案數。 二、回饋成效： (一) 分析 111 年第 3 季高風險腎臟病人 3 個月內累計使用 NSAIDs 總日數≥ 31日情形如下(以申報資料主次診斷碼或 eGFR 值定義高風險腎臟病人)：	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形																																								
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>費用 年季</th><th>醫師數</th><th>醫師數 較前一季 相比</th><th>病人數</th><th>病人數 較前一季 相比</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110 Q2</td><td>5,945</td><td></td><td>9,102</td><td></td></tr> <tr> <td>110 Q3</td><td>5,986</td><td>0.69%</td><td>9,277</td><td>1.92%</td></tr> <tr> <td>110 Q4</td><td>6,128</td><td>2.37%</td><td>9,986</td><td>7.64%</td></tr> <tr> <td>111 Q1</td><td>5,559</td><td>-9.29%</td><td>8,608</td><td>-13.80%</td></tr> <tr> <td>111 Q2</td><td>5,686</td><td>2.28%</td><td>8,506</td><td>-1.18%</td></tr> <tr> <td>111 Q3</td><td>6,085</td><td>7.02%</td><td>9,286</td><td>9.17%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>35,389</td><td></td><td>54,765</td><td></td></tr> </tbody> </table> (二) 承上，111 年第 3 季 Early-CKD 醫師數 812 人，占 13.3%，Pre-ESRD 醫師數 111 人，占 1.8%。 三、本署已建立雲端提示 API、回饋開立藥量異常資訊，惟高風險腎臟病人使用 NSAIDs 異常情形改善不顯著，後續研擬啟動專案，請審查醫師協助把關。	費用 年季	醫師數	醫師數 較前一季 相比	病人數	病人數 較前一季 相比	110 Q2	5,945		9,102		110 Q3	5,986	0.69%	9,277	1.92%	110 Q4	6,128	2.37%	9,986	7.64%	111 Q1	5,559	-9.29%	8,608	-13.80%	111 Q2	5,686	2.28%	8,506	-1.18%	111 Q3	6,085	7.02%	9,286	9.17%	總計	35,389		54,765		
費用 年季	醫師數	醫師數 較前一季 相比	病人數	病人數 較前一季 相比																																								
110 Q2	5,945		9,102																																									
110 Q3	5,986	0.69%	9,277	1.92%																																								
110 Q4	6,128	2.37%	9,986	7.64%																																								
111 Q1	5,559	-9.29%	8,608	-13.80%																																								
111 Q2	5,686	2.28%	8,506	-1.18%																																								
111 Q3	6,085	7.02%	9,286	9.17%																																								
總計	35,389		54,765																																									
		三、續辦腎功能狀態不明者提示事項。	健保署 一、已依 111 年第 1 次會議決議完成於健保醫療資訊雲端查詢系統跨院重複開立醫囑主動提示功能 (API) 之「高風險腎臟病人用藥提示」新增「腎功能狀態不明者」提示內容之系統開發，並預計於 111 年 11 月 24 日 (星期四) 上線。 二、本次依台灣腎臟醫學會建議新增「腎功能狀態不明者」提示係針對 6 月以上未採檢 eGFR 或血清肌酸酐的病人，醫師處方 NSAIDs 逾一定天數進行提示。提示流	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管																																								

序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形
			程圖(附件1附圖)及提示內容如附件1附表新增提示內容。 三、倘以已介接並使用之院所推估新增「腎功能狀態不明者」提示人數每月約有1.3萬人；若推廣至所有特約醫事服務機構介接使用本項提示，每月預估約6萬名病人受惠。本署未來將請各分區業務組協助宣導並輔導院所使用，避免醫師過度處方 NSAIDs 藥品，維護民眾用藥安全。	
2	111_2_報(4) 「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果。	請中醫師公會全國聯合會於112年再至本會議報告本計畫之執行成果。	將於門診透析 112 年第 3 次研商議事會議報告執行成果。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
3	110_3_討(5) 「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」(下稱 Pre-ESRD 計畫)藥師照護指標定義及說明案。	「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」藥師照護指標定義及說明案，請台灣腎臟醫學會及藥師公會全聯會於今(111)年第4次會議前研擬相關指標。	併討論事項第四案報告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

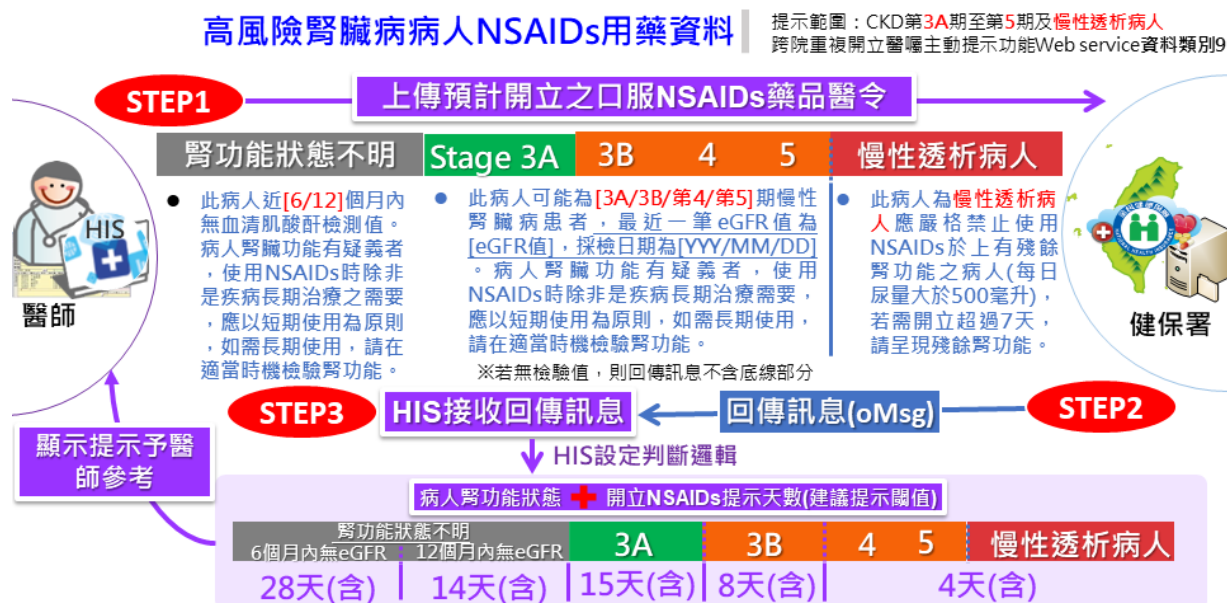
序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形
4	111_2_討(1) 111_3_討(1) 慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形。 111_2_討(3) 有關健保給付「居家血液透析」之運作模式案。	一、請台灣腎臟醫學會研議： (一)發展腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。 (二)腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。 (三)慢性腎臟病人多重用藥整合。 (四)提高初期慢性腎臟病方案照護率。 (五)提高器官捐贈。 (六)腎臟病人全人照護及在宅照護模式(含居家血液透析支付標準修訂)。	納入討論事項第四案。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
5	111_3_報(2) 門診透析業務執行報告	有關代表建議糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案內糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)之病人診療費調高一節，將俟112年總額協商結果辦理。	健保署 本署於111年9月21日衛生福利部全民健康保險會112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議，應增編 DKD 相對應之獎勵條件預算(醫院總額建議增編1.789億元、西醫基層建議增編1.20億元)，本署將俟衛生福利部公布112年總額及其分配後，辦理支付標準相關增修訂作業。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	111_3_報(5) 110 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」結算報告。	為鼓勵醫療品質較好之院所，請台灣腎臟醫學會通盤檢討本計畫之指標，研擬符合政策鼓勵及更具鑑別度之指標。	台灣腎臟醫學會 建議暫不修訂，納入討論事項第三案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形
7	111_3_討(2) 提升「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」西醫基層藥師服務照護情形	請台灣腎臟醫學會與藥師公會全國聯合會積極鼓勵基層診所與社區藥局合作，提供藥師照護服務，並於計畫執行一定時間後，檢討收案流程及上傳資料內容之適當性。	併討論事項第四案報告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
8	111_3_討(3) 追蹤透析病人C型肝炎之檢驗結果及請透析院所提供後續診療處置案	健保署將持續提供透析、Early-CKD或Pre-ESRD收案病人中罹患C肝尚未治療名單，請各分區業務組輔導所轄院所，並回饋後續醫療處置情形	健保署 一、本署自111年8月1日於「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之上傳欄位格式，新增「檢驗結果陽陰性判斷」欄位，俾利於彙整C肝須評估追蹤及治療名單。 二、經擷取111年8月院所上傳保險對象(ID)最後一筆檢驗日期的HCV RNA 檢驗結果再排除死亡人數後共5,902人，其中屬透析、Pre-ESRD、Early-CKD病人且HCV RNA 陽性者共81人，排除已接受DAA治療58人，未接受DAA治療之人數如下： (一)透析病人：5人。 (二)Pre-ESRD 病人：2人。 (三)Early-CKD 病人：16人。 共計23人需評估是否接受DAA治療，提供本署各分區業務組，以輔導所轄醫療院所評估追蹤治療情形。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形
			三、本署將每月提供透析、Early-CKD 或 Pre-ESRD 收案病人中罹患 C 肝尚未治療名單予本署各分區業務組，以輔導所轄醫療院所，請腎臟醫學會轉知會員及相關醫療院所就該名單之評估及治療結果回復本署分區業務組。	
9	111_3_臨 「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」加入 C 型肝炎 Anti-HCV 抗體篩檢、HCV 病毒 RNA 定量檢驗及轉介治療之整體機制案。	為提高 Pre-ESRD 及 Early CKD 收案個案之 C 型肝炎篩檢率以利後續治療，請台灣腎臟醫學會與衛生福利部國家消除 C 肝辦公室、衛生福利部國民健康署研議執行策略後，再提案討論。	台灣腎臟醫學會 請於會議上補充。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

決 定：

附圖、「高風險腎臟病人用藥提示」院所提示流程圖



附表、「高風險腎臟病人用藥提示」院所提示天數建議表

項次	病人腎功能狀態提示條件	回傳訊息(oMsg)	開立 NSAIDs 提示天數 (建議提示閾值) (※需與當次醫師開立 NSAIDs 天數判斷後再 提供回傳訊息予醫師)
111 年 1 月 26 日 上 線	慢性腎臟病第 3A 期病人： 1. 最近一次 eGFR 值 45≤eGFR<60。 2. 資料範圍內任一診斷碼 (ICD-10-CM)為 N18.3 或 N18.9。	此病人可能為[3A/3B/第 4/第5]期慢性腎臟病患 者，最近一筆 eGFR 值為 [eGFR 值]，採檢日期為 [YYY/MM/DD]。病人腎臟 功能有疑義者，使用 NSAIDs 時除非是疾病長 期治療之需要，應以短 期使用為原則，如需長 期使用，請在適當時機 檢驗腎功能。(若無檢驗 值則提示訊息移除底線 部分)	15(含)
	慢性腎臟病第 3B 期病人： 1. 最近一次 eGFR 值 30≤eGFR<45。 2. 資料範圍內任一診斷碼 (ICD-10-CM)為 Z94.0。		8(含)
	慢性腎臟病第 4 期病人： 1. 最近一次 eGFR 值 15≤eGFR<30。 2. 資料範圍內任一診斷碼 (ICD-10-CM)為 N18.4。		4(含)

項次	病人腎功能狀態提示條件	回傳訊息(oMsg)	開立 NSAIDs 提示天數 (建議提示閾值) (※需與當次醫師開立 NSAIDs 天數判斷後再 提供回傳訊息予醫師)
111 年 1 月 26 日 上 線	4 慢性腎臟病第 5 期病人： 1. 最近一次 eGFR 值<15且尚未透析。 2. 資料範圍內任一診斷碼 (ICD-10-CM)為 N18.5。		4(含)
	5 慢性透析病人：門診連續 3 個月申報案件分類為 05 之病人。	此病人為慢性透析病人，應嚴格禁止使用 NSAIDs 於尚有殘餘腎功能之病人(每日尿量大於 500 毫升)，若須開立超過 7 天 NSAIDs，請呈現殘餘腎功能。	4(含)
本次 新增 提示 內容	6 腎功能狀態不明(近 12 個月內無血清肌酸酐檢測值)資料範圍內無 eGFR 值、無任一腎臟病診斷碼且無檢測 Creatinine	此病人近 12 個月內無血清肌酸酐檢測值。病人腎臟功能有疑義者，使用 NSAIDs 時除非是疾病長期治療之需要，應以短期使用為原則，如需長期使用，請在適當時機檢驗腎功能。	14(含)
	7 腎功能狀態不明(近 6 個月內無血清肌酸酐檢測值)資料範圍內無 eGFR 值，有檢測 Creatinine，但最近一次採檢日期超過 6 個月。	此病人近 6 個月內無血清肌酸酐檢測值。病人腎臟功能有疑義者，使用 NSAIDs 時除非是疾病長期治療之需要，應以短期使用為原則，如需長期使用，請在適當時機檢驗腎功能。	28(含)
	8 腎功能狀態不明(近 6 個月內無血清肌酸酐檢測值)資料範圍內最近一次 eGFR 值≥60，但採檢日期超過 6 個月。	此病人近 6 個月內無血清肌酸酐檢測值。病人腎臟功能有疑義者，使用 NSAIDs 時除非是疾病長期治療之需要，應以短期使用為原則，如需長期使用，請在適當時機檢驗腎功能。	28(含)

備註：

1. 資料範圍：健保雲端系統所呈現之資料範圍，現行為近 12 個月內資料，eGFR 檢驗值來源包含檢驗檢查結果即時上傳、成人健檢、CKD 及 PRE-ESRD 收案檔；Creatinine 檢驗值來源為檢驗檢查結果即時上傳。
2. 口服 NSAIDs 藥品：ATC 碼前 5 碼為 M01AA、M01AB、M01AC、M01AE、M01AG、M01AH 或 ATC 碼 7 碼為 M01AX01、M01AX02、M01AX07、M01AX17 且醫令代碼第 8 碼=1(口服藥)。
3. 提示訊息優先順序：若病人同時符合上述各項次提示條件，則依據慢性腎臟病嚴重程度及腎功能狀態不明情形由項次 5 至 1、6、7、8 順序進行提示。
4. 開立 NSAIDs 提示天數：當次醫師開立多筆 NSAIDs，請依單筆開立最長天數判斷。

報告事項-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(附件)。

決定：

報告事項-第三案

報告單位：醫務管理組

案由：112年全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議之會議召開事宜。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每3個月開會1次，必要時得召開臨時會議。

二、門診透析研商會議112年會議時間，擬訂如下表：

第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1臨時會
112.2.22	112.5.17	<u>112.8.15</u>	<u>112.11.14</u>	112.11.29
(週三下午)	(週三下午)	(<u>週二</u> 下午)	(<u>週二</u> 下午)	(週三下午)

三、請各代表預留前述112年會議時間，以利會議順利召開，如遇特殊情事致會議日期異動，本署將儘速轉知各代表。

決定：

報告事項-第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：門診透析專業服務品質指標監測結果(附件，頁次報4-2)。

決定：

貳、討論事項

討論事項-第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年「門診透析服務保障項目」討論案。

說明：

- 一、依全民健康保險會(以下簡稱健保會)決議:對於需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，若仍有部分服務須採點值保障，由中央健康保險署會同相關團體議定後，於111年12月底前送健保會同意後執行。
- 二、112年保障項目係考量弭平台灣因城鄉差距導致偏遠地區醫療資源分配不均，使整體醫療體系可更健全發展，並發展腹膜透析以兼顧透析病人亞健康及生活品質維持，爰建議維持原111年項目如下：
 - (一) 腹膜透析之追蹤處置費(58011C、58017C)採每點 1 元支付。
 - (二) 偏遠地區之門診透析服務保障每點 1 元支付，前述所稱偏遠地區應依本署公告範圍為主。
 1. 山地離島地區。
 2. 當年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
 3. 當年「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)。
- 三、本案俟本會議確認後，送全民健康保險會同意後執行。

決議：

討論事項-第二案

提案單位：本署醫務管理組

臺北業務組

案由：門診透析111年第1季點值重新結算及111年第2季點值結算確認案，提請討論。

說明：

- 一、111 年第 1 季門診透析點值業於前次會議確認並公布於本署全球資訊網。
- 二、查本署臺北業務組發現 111 年第 1 季有 12 家醫院 111 年 3 月醫療費用(約 2.40 億點)因核定費用作業延遲(傳票日超過 6 月 30 日)，致使前開費用未納入 111 年第 1 季結算，而納入第 2 季結算，影響總額結算之正確性及院所權益。
- 三、依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 12 條規定(略以)：「保險醫事服務機構申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第 3 個月底前核定之當季及前未核定之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。」
- 四、為避免影響前開 12 家醫院之權益，研擬重新結算 111 年第 1 季點值，重新結算結果點值(表 1)如下：
 - (一)110 年 Q1 浮動點值將由 0.89904465 下降至 0.87921946。
 - (二)110 年 Q2 浮動點值將由 0.85419407 上升至 0.87292451。

表 1. 重新計算 111 年 Q1 門診透析點值影響評估

結算季別	原浮動點值 A	重新結算後 浮動點值(註) B	點值差 GAP=B-A
111Q1	0.89904465	0.87921946	-0.01982519
111Q2	0.85419407	0.87292451	0.01873044

註：如將臺北區12家醫院費用年月111年3月送核案件未納入111Q1結算(落入111Q2結算)回歸納入111Q1結算。

- 五、111 年第 1、2 季門診透析未重新及重新結算之資料(預算、核定點數及點值)詳如附件 1、2。
- 六、Pre-ESRD 計畫 111 年全年預算與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(簡稱 Early-CKD)」及「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(下稱品保款)合併運用 4.5 億元，品保款(預算 4,500 萬)預訂於 112 年 6 月底前完成核發。上述計畫截至 111 年第 2 季結算金額共計 167,554,916 元(預算執行率為 41.3%)。
- 七、111 年第 1-2 季結算作業，俟會議確認後辦理點值公布、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：首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療費用給付規定>各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105 年起)>門診透析)，請各代表自行下載參考。

決 議：

未重新結算 111 年第 1-2 季門診透析結算資料

一、111年第1季至第2季透析預算如下表：

	預算數(元)	
	111 第 1 季	111 第 2 季
西醫基層預算(A)	4,971,272,851	5,029,985,935
醫院預算(B)	5,679,380,088	5,736,404,293
透析一般預算(C=A+B)	10,650,652,939	10,766,390,288

二、111年第1季至第2季透析核定點數如下表：

	111 年第 1 季			111 年第 2 季		
	非浮動 點數 (點)	腹膜透析 追蹤處置費 (點)	浮動點數 (點)	非浮動 點數 (點)	腹膜透析 追蹤處置費 (點)	浮動點數 (點)
西醫 基層	82,217,814	1,149,462	5,560,647,615	83,513,864	1,076,609	5,686,198,367
醫院	575,730,264	154,197,461	5,380,598,334	661,104,414	181,818,490	5,831,190,408
自墊 核退	689,251			791,611		
合計	658,637,329	155,346,923	10,941,245,949	745,409,889	182,895,099	11,517,388,775

三、111年第1季至第2季點值結算之一般服務浮動及平均點值如下：

季別	第 1 季		第 2 季	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
111 年	0.89904465	0.90603525	0.85419407	0.86506951
110 年	0.85570953	0.86630159	0.85578360	0.86633904

四、Pre-ESRD計畫111年全年預算與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(簡稱Early-CKD)」及「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(下稱品保款)合併運用4.5億元，品保款(預算4,500萬)預訂於112年6月底前完成核發。上述計畫截至111年第2季結算金額共計167,554,916元(預算執行率為41.3%)。

五、111年Q1結算說明表(列印日期：111/7/29，頁次討2-5至討2-17)、111年Q2結算說明表(列印日期：111/11/02，頁次討2-18至討2-30)。

重新結算 111 年第 1-2 季門診透析結算資料

一、111年第1季至第2季透析預算如下表：

	預算數(元)	
	111 第 1 季	111 第 2 季
西醫基層預算(A)	4,971,272,851	5,029,985,935
醫院預算(B)	5,679,380,088	5,736,404,293
透析一般預算(C=A+B)	10,650,652,939	10,766,390,288

二、111年第1季至第2季透析核定點數如下表：

	111 年第 1 季			111 年第 2 季		
	非浮動 點數 (點)	腹膜透析 追蹤處置費 (點)	浮動點數 (點)	非浮動 點數 (點)	腹膜透析 追蹤處置費 (點)	浮動點數 (點)
西醫 基層	82,217,814	1,149,462	5,560,647,615	83,513,864	1,076,609	5,686,198,367
醫院	614,751,757	166,358,712	5,569,094,556	622,082,921	169,657,239	5,642,694,186
自墊 核退	689,251			791,611		
合計	697,658,822	167,508,174	11,129,742,171	706,388,396	170,733,848	11,328,892,553

三、111年第1季至第2季點值結算之一般服務浮動及平均點值如下：

季別	第 1 季		第 2 季	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
111 年	0.87921946	0.88793110	0.87292451	0.88205613
110 年	0.85570953	0.86630159	0.85578360	0.86633904

四、Pre-ESRD計畫111年全年預算與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(簡稱Early-CKD)」及「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(下稱品保款)合併運用4.5億元，品保款(預算4,500萬)預訂於112年6月底前完成核發。上述計畫截至111年第2季結算金額共計167,554,916元(預算執行率為41.3%)。

五、111年Q1結算說明表(列印日期：111/10/27，頁次討2-31至討2-43)、111年Q2結算說明表(列印日期：111/11/01，頁次討2-44至討2-56)。

=====

一、門診透析醫療給付費用

(一) 111年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 111年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times \text{西醫基層第1季預算占率}(c_{q1}) + 111年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\
 &\quad \text{預算合計}(G1合計) \times \text{醫院第1季預算占率}(h_{q1}) \\
 &= 20,296,702,853 \times 24.493007\% + 23,058,436,568 \times 24.630378\% \\
 &= 4,971,272,851 + 5,679,380,088 \\
 &= 10,650,652,939 (D2)
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，「111年門診透析四季預算分配」依加總近三年(107~109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。111年各季預算占率分別如下：
 - (1) 西醫基層：第1季24.493007%、第2季24.782281%、第3季25.265177%、第4季25.459535%。
 - (2) 醫院：第1季24.630378%、第2季24.877681%、第3季25.180672%、第4季25.311269%。
2. 111年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為43,355,139,421元。
 - (1) 111年第1季調整後預算 $10,650,652,939 = 20,296,702,853(G0合計) \times 24.493007\%(c_{q1}) + 23,058,436,568(G1合計) \times 24.630378\%(h_{q1})$ 。
 - (2) 111年第2季調整後預算 $10,766,390,228 = 20,296,702,853(G0合計) \times 24.782281\%(c_{q2}) + 23,058,436,568(G1合計) \times 24.877681\%(h_{q2})$ 。
 - (3) 111年第3季調整後預算 $10,934,267,182 = 20,296,702,853(G0合計) \times 25.265177\%(c_{q3}) + 23,058,436,568(G1合計) \times 25.180672\%(h_{q3})$ 。
 - (4) 111年第4季調整後預算 $11,003,829,072 = 111年全年預算數 - 111年第1季調整後預算 - 111年第2季調整後預算 - 111年第3季調整後預算$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/07/29

頁 次： 2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	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)	西醫基層門診 透析移列「腹膜 透析追蹤處置費及 APD租金」之預算	醫院門診透析 移列「腹膜透 析追蹤處置費及 APD租金」之預算	111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(A0)	(B0)	(G0)=(A1-A0) ×(1+4.689%)	(G1)=(B1-B0) ×(1+2.015%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	10,200	1,009,800	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,200	1,009,800	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,200	1,009,800	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,200	1,009,800	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	40,800	4,039,200	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列，按季均分。
2. 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=[110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)－西醫基層門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(A0)]×(1+4.689%)。
3. 111年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=[110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)－醫院門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(B0)]×(1+2.015%)。
4. 111年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 111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：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/07/29

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 111年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939
第2季	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228
第3季	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182
第4季	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

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：5,100,000

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—5,100,000)/4=99,975,000

	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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	0

已支用點數=86,013,796

暫結金額=1元/點×已支用點數=86,013,796

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=99,975,000—86,013,796=13,961,204

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—5,100,000)/4+13,961,204=113,936,204

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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=113,936,204—0=113,936,204

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
 $= (450,000,000 - 45,000,000 - 5,100,000) / 4 + 213,936,204 = 213,911,204$

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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= $213,911,204 - 0 = 213,911,204$

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
 $= (450,000,000 - 45,000,000 - 5,100,000) / 4 + 213,911,204 + 5,100,000 = 318,986,204$

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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= $318,986,204 - 0 = 318,986,204$

=====

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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	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)

＝ 86,013,796＋ 0＋ 0＋ 0＝ 86,013,796

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－ 86,013,796＝ 318,986,204

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R05

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：111/07/29

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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	127,743,469	127,743,469	0	40,892,442	40,892,442	0	20,818,323	20,818,323
北區分區	1,098,362	66,677,716	67,776,078	352,765	20,574,227	20,926,992	224,162	9,893,883	10,118,045
中區分區	2,456,460	104,194,298	106,650,758	754,710	34,536,835	35,291,545	375,328	18,698,604	19,073,932
南區分區	84,515	86,011,606	86,096,121	26,025	26,373,930	26,399,955	0	13,648,752	13,648,752
高屏分區	61,261	95,274,676	95,335,937	15,962	28,172,373	28,188,335	300	15,659,527	15,659,827
東區分區	0	10,919,487	10,919,487	0	3,647,654	3,647,654	0	1,534,021	1,534,021
合 計	3,700,598	490,821,252	494,521,850	1,149,462	154,197,461	155,346,923	599,790	80,253,110	80,852,900

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111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，111年門診透析服務保障項目維持原110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：RGI3108R05

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：111/07/29

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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	9,196,300	20,416,388	29,612,688	1,792,301,578	1,222,604,361	3,014,905,939
北區分區	0	0	0	654,436,850	1,059,590,022	1,714,026,872
中區分區	340,344	0	340,344	918,018,439	1,154,691,773	2,072,710,212
南區分區	8,610,072	-19,560	8,590,512	1,008,017,806	823,906,887	1,831,924,693
高屏分區	38,908,968	29,446,200	68,355,168	1,103,104,260	890,580,248	1,993,684,508
東區分區	21,461,532	35,065,984	56,527,516	84,168,892	148,971,933	233,140,825
合 計	78,517,216	84,909,012	163,426,228	5,560,047,825	5,300,345,224	10,860,393,049

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：RGI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/07/29

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)	=(N)+(O)
臺北分區	9,196,300	148,159,857	319,898	157,676,055	0	40,892,442	40,892,442	1,792,301,578	1,243,422,684	3,035,724,262
北區分區	1,098,362	66,677,716	81,424	67,857,502	352,765	20,574,227	20,926,992	654,661,012	1,069,483,905	1,724,144,917
中區分區	2,796,804	104,194,298	66,752	107,057,854	754,710	34,536,835	35,291,545	918,393,767	1,173,390,377	2,091,784,144
南區分區	8,694,587	85,992,046	123,081	94,809,714	26,025	26,373,930	26,399,955	1,008,017,806	837,555,639	1,845,573,445
高屏分區	38,970,229	124,720,876	26,105	163,717,210	15,962	28,172,373	28,188,335	1,103,104,560	906,239,775	2,009,344,335
東區分區	21,461,532	45,985,471	71,991	67,518,994	0	3,647,654	3,647,654	84,168,892	150,505,954	234,674,846
合 計	82,217,814	575,730,264	689,251	658,637,329	1,149,462	154,197,461	155,346,923	5,560,647,615	5,380,598,334	10,941,245,949

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

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：111/07/29

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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
	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	251,979	251,979	0	78,075	78,075	0	53,690	53,690	383,744
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	251,979	251,979	0	78,075	78,075	0	53,690	53,690	383,744

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：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/07/29

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	9,196,300	20,416,388	29,612,688	29,612,688
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	8,610,072	-19,560	8,590,512	8,590,512
高屏分區	10,606,700	0	10,606,700	28,302,268	29,446,200	57,748,468	68,355,168
東區分區	0	0	0	21,461,532	35,065,984	56,527,516	56,527,516
合 計	10,606,700	0	10,606,700	67,910,516	84,909,012	152,819,528	163,426,228

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：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/07/29

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	251,979	251,979	0	78,075	78,075	9,196,300	20,470,078	29,666,378	29,996,432
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	8,610,072	-19,560	8,590,512	8,590,512
高屏分區	10,606,700	0	10,606,700	0	0	0	28,302,268	29,446,200	57,748,468	68,355,168
東區分區	0	0	0	0	0	0	21,461,532	35,065,984	56,527,516	56,527,516
合 計	10,606,700	251,979	10,858,679	0	78,075	78,075	67,910,516	84,962,702	152,873,218	163,809,972

註：依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第1次研商議事會議」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資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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,650,652,939 \text{ — } 658,637,329 \text{ — } 155,346,923 \\
 = & 10,941,245,949 \\
 = & 0.89904465 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,650,652,939 \\
 = & 658,637,329 + 155,346,923 + 10,941,245,949 \\
 = & 0.90603525 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/12(含)以前:於111/04/01～111/06/30期間核付者。
2. 費用年月111/01～111/03:於111/01/01～111/06/30期間核付者。

=====

一、門診透析醫療給付費用

(一) 111年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 111\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(G0\text{合計}) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_q2) + 111\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)} \\
 &\quad \text{預算合計}(G1\text{合計}) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_q2) \\
 &= 20,296,702,853 \times 24.782281\% + 23,058,436,568 \times 24.877681\% \\
 &= 5,029,985,935 + 5,736,404,293 \\
 &= 10,766,390,228 (D2)
 \end{aligned}$$

註：

- 依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，「111年門診透析四季預算分配」依加總近三年(107~109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。111年各季預算占率分別如下：
 - 西醫基層：第1季24.493007%、第2季24.782281%、第3季25.265177%、第4季25.459535%。
 - 醫院：第1季24.630378%、第2季24.877681%、第3季25.180672%、第4季25.311269%。
- 111年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為43,355,139,421元。
 - 111年第1季調整後預算 $10,650,652,939 = 20,296,702,853(G0\text{合計}) \times 24.493007\%(c_q1) + 23,058,436,568(G1\text{合計}) \times 24.630378\%(h_q1)$ 。
 - 111年第2季調整後預算 $10,766,390,228 = 20,296,702,853(G0\text{合計}) \times 24.782281\%(c_q2) + 23,058,436,568(G1\text{合計}) \times 24.877681\%(h_q2)$ 。
 - 111年第3季調整後預算 $10,934,267,182 = 20,296,702,853(G0\text{合計}) \times 25.265177\%(c_q3) + 23,058,436,568(G1\text{合計}) \times 25.180672\%(h_q3)$ 。
 - 111年第4季調整後預算 $11,003,829,072 = 111\text{年全年預算數} - 111\text{年第1季調整後預算} - 111\text{年第2季調整後預算} - 111\text{年第3季調整後預算}$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	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)	西醫基層門診 透析移列「腹膜 透析追蹤處置費及 APD租金」之預算	醫院門診透析 移列「腹膜透 析追蹤處置費及 APD租金」之預算	111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(A0)	(B0)	(G0)=(A1-A0) ×(1+4.689%)	(G1)=(B1-B0) ×(1+2.015%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	10,200	1,009,800	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,200	1,009,800	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,200	1,009,800	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,200	1,009,800	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	40,800	4,039,200	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列，按季均分。
2. 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=[110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)－西醫基層門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(A0)]×(1+4.689%)。
3. 111年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=[110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)－醫院門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(B0)]×(1+2.015%)。
4. 111年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 111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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 111年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939
第2季	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228
第3季	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182
第4季	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

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：5,100,000

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—5,100,000)/4=99,975,000

	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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	0

已支用點數=86,013,796

暫結金額=1元/點×已支用點數=86,013,796

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=99,975,000—86,013,796=13,961,204

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—5,100,000)/4+13,961,204=113,936,204

	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：	63,625,100	63,625,100	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	17,916,020	17,916,020	0
(3)小計：	81,541,120	81,541,120	0

已支用點數=81,541,120

暫結金額=1元/點×已支用點數=81,541,120

未支用金額=第2季預算—1元/點×第2季已支用點數=113,936,204—81,541,120=32,395,084

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—5,100,000)/4+32,395,084=132,370,084

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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=132,370,084—0=132,370,084

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—5,100,000)/4+132,370,084+5,100,000=237,445,084

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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=237,445,084—0=237,445,084

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：	129,826,896	129,826,896	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	37,728,020	37,728,020	0
(3)小計：	167,554,916	167,554,916	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)

＝ 86,013,796＋ 81,541,120＋ 0＝ 167,554,916

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－ 167,554,916＝ 237,445,084

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

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	270	208,044,251	208,044,521	0	67,316,459	67,316,459	0	35,333,851	35,333,851
北區分區	1,154,190	68,072,023	69,226,213	357,988	21,034,114	21,392,102	256,130	10,263,819	10,519,949
中區分區	2,228,426	104,260,639	106,489,065	692,596	35,742,052	36,434,648	323,236	18,570,275	18,893,511
南區分區	84,946	86,296,458	86,381,404	26,025	26,006,193	26,032,218	3,240	13,968,396	13,971,636
高屏分區	0	94,890,358	94,890,358	0	28,011,094	28,011,094	0	16,009,074	16,009,074
東區分區	0	11,550,499	11,550,499	0	3,708,578	3,708,578	0	1,709,126	1,709,126
合 計	3,467,832	573,114,228	576,582,060	1,076,609	181,818,490	182,895,099	582,606	95,854,541	96,437,147

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111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，111年門診透析服務保障項目維持原110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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

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	9,159,400	20,912,828	30,072,228	1,830,764,392	1,593,850,036	3,424,614,428
北區分區	0	0	0	674,433,520	1,078,371,292	1,752,804,812
中區分區	406,848	0	406,848	945,913,078	1,173,664,665	2,119,577,743
南區分區	9,091,508	0	9,091,508	1,028,546,932	832,568,685	1,861,115,617
高屏分區	40,510,420	30,463,000	70,973,420	1,123,321,175	905,281,053	2,028,602,228
東區分區	20,877,856	36,614,358	57,492,214	82,636,664	151,600,136	234,236,800
合 計	80,046,032	87,990,186	168,036,218	5,685,615,761	5,735,335,867	11,420,951,628

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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

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)	=(N)+(O)
臺北分區	9,159,670	228,957,079	309,181	238,425,930	0	67,316,459	67,316,459	1,830,764,392	1,629,183,887	3,459,948,279
北區分區	1,154,190	68,072,023	72,146	69,298,359	357,988	21,034,114	21,392,102	674,689,650	1,088,635,111	1,763,324,761
中區分區	2,635,274	104,260,639	279,542	107,175,455	692,596	35,742,052	36,434,648	946,236,314	1,192,234,940	2,138,471,254
南區分區	9,176,454	86,296,458	71,668	95,544,580	26,025	26,006,193	26,032,218	1,028,550,172	846,537,081	1,875,087,253
高屏分區	40,510,420	125,353,358	59,074	165,922,852	0	28,011,094	28,011,094	1,123,321,175	921,290,127	2,044,611,302
東區分區	20,877,856	48,164,857	0	69,042,713	0	3,708,578	3,708,578	82,636,664	153,309,262	235,945,926
合 計	83,513,864	661,104,414	791,611	745,409,889	1,076,609	181,818,490	182,895,099	5,686,198,367	5,831,190,408	11,517,388,775

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

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：111/11/02

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

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	256,686	256,686	0	78,075	78,075	0	55,005	55,005	389,766
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	256,686	256,686	0	78,075	78,075	0	55,005	55,005	389,766

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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

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	9,159,400	20,912,828	30,072,228	30,072,228
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	406,848	0	406,848	406,848
南區分區	0	0	0	9,091,508	0	9,091,508	9,091,508
高屏分區	10,783,000	0	10,783,000	29,727,420	30,463,000	60,190,420	70,973,420
東區分區	0	0	0	20,877,856	36,614,358	57,492,214	57,492,214
合 計	10,783,000	0	10,783,000	69,263,032	87,990,186	157,253,218	168,036,218

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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/02

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) =(R01) =(RN1)+(R01)	小計 (RP1) =(RP1)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	
臺北分區	0	256,686	256,686	0	78,075	78,075	9,159,400	20,967,833	30,127,233	30,461,994
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	406,848	0	406,848	406,848
南區分區	0	0	0	0	0	0	9,091,508	0	9,091,508	9,091,508
高屏分區	10,783,000	0	10,783,000	0	0	0	29,727,420	30,463,000	60,190,420	70,973,420
東區分區	0	0	0	0	0	0	20,877,856	36,614,358	57,492,214	57,492,214
合 計	10,783,000	256,686	11,039,686	0	78,075	78,075	69,263,032	88,045,191	157,308,223	168,425,984

註：依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第1次研商議事會議」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資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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,766,390,228 \text{ — } 745,409,889 \text{ — } 182,895,099 \\
 = & \text{-----} \\
 & 11,517,388,775 \\
 = & 0.85419407 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,766,390,228 \\
 = & \text{-----} \\
 & 745,409,889 + 182,895,099 + 11,517,388,775 \\
 = & 0.86506951 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月111/03(含)以前:於111/07/01～111/09/30期間核付者。
2. 費用年月111/04～111/06:於111/04/01～111/09/30期間核付者。

=====

一、門診透析醫療給付費用

(一) 111年調整後第1季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 111\text{年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計}(G0\text{合計}) \times \text{西醫基層第1季預算占率}(c_{q1}) + 111\text{年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費)} \\
 &\quad \text{預算合計}(G1\text{合計}) \times \text{醫院第1季預算占率}(h_{q1}) \\
 &= 20,296,702,853 \times 24.493007\% + 23,058,436,568 \times 24.630378\% \\
 &= 4,971,272,851 + 5,679,380,088 \\
 &= 10,650,652,939 \text{ (D2)}
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，「111年門診透析四季預算分配」依加總近三年(107~109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。111年各季預算占率分別如下：
 - (1) 西醫基層：第1季24.493007%、第2季24.782281%、第3季25.265177%、第4季25.459535%。
 - (2) 醫院：第1季24.630378%、第2季24.877681%、第3季25.180672%、第4季25.311269%。
2. 111年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為43,355,139,421元。
 - (1) 111年第1季調整後預算 $10,650,652,939 = 20,296,702,853(G0\text{合計}) \times 24.493007\%(c_{q1}) + 23,058,436,568(G1\text{合計}) \times 24.630378\%(h_{q1})$ 。
 - (2) 111年第2季調整後預算 $10,766,390,228 = 20,296,702,853(G0\text{合計}) \times 24.782281\%(c_{q2}) + 23,058,436,568(G1\text{合計}) \times 24.877681\%(h_{q2})$ 。
 - (3) 111年第3季調整後預算 $10,934,267,182 = 20,296,702,853(G0\text{合計}) \times 25.265177\%(c_{q3}) + 23,058,436,568(G1\text{合計}) \times 25.180672\%(h_{q3})$ 。
 - (4) 111年第4季調整後預算 $11,003,829,072 = 111\text{年全年預算數} - 111\text{年第1季調整後預算} - 111\text{年第2季調整後預算} - 111\text{年第3季調整後預算}$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/10/27

頁 次： 2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	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)	西醫基層門診 透析移列「腹膜 透析追蹤處置費及 APD租金」之預算	醫院門診透析 移列「腹膜透 析追蹤處置費及 APD租金」之預算	111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(A0)	(B0)	(G0)=(A1-A0) ×(1+4.689%)	(G1)=(B1-B0) ×(1+2.015%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	10,200	1,009,800	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,200	1,009,800	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,200	1,009,800	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,200	1,009,800	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	40,800	4,039,200	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列，按季均分。
2. 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=[110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)-西醫基層門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(A0)]×(1+4.689%)。
3. 111年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=[110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)-醫院門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(B0)]×(1+2.015%)。
4. 111年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)=111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+111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：RGBI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/10/27

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 111年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939
第2季	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228
第3季	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182
第4季	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

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：5,100,000

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—5,100,000)/4=99,975,000

	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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	0

已支用點數=86,013,796

暫結金額=1元/點×已支用點數=86,013,796

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=99,975,000—86,013,796=13,961,204

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—5,100,000)/4+13,961,204=113,936,204

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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=113,936,204—0=113,936,204

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
 =(450,000,000－45,000,000－5,100,000)/4+113,936,204= 213,911,204

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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= 213,911,204－0= 213,911,204

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
 =(450,000,000－45,000,000－5,100,000)/4+213,911,204+ 5,100,000= 318,986,204

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	0	0	0
(3)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= 318,986,204－0= 318,986,204

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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	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)

＝ 86,013,796＋ 0＋ 0＋ 0＝ 86,013,796

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－ 86,013,796＝ 318,986,204

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/10/27

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	166,764,962	166,764,962	0	53,053,693	53,053,693	0	27,857,746	27,857,746
北區分區	1,098,362	66,677,716	67,776,078	352,765	20,574,227	20,926,992	224,162	9,893,883	10,118,045
中區分區	2,456,460	104,194,298	106,650,758	754,710	34,536,835	35,291,545	375,328	18,698,604	19,073,932
南區分區	84,515	86,011,606	86,096,121	26,025	26,373,930	26,399,955	0	13,648,752	13,648,752
高屏分區	61,261	95,274,676	95,335,937	15,962	28,172,373	28,188,335	300	15,659,527	15,659,827
東區分區	0	10,919,487	10,919,487	0	3,647,654	3,647,654	0	1,534,021	1,534,021
合 計	3,700,598	529,842,745	533,543,343	1,149,462	166,358,712	167,508,174	599,790	87,292,533	87,892,323

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111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，111年門診透析服務保障項目維持原110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：RGBI3108R05

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：111/10/27

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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	9,196,300	20,416,388	29,612,688	1,792,301,578	1,404,061,160	3,196,362,738
北區分區	0	0	0	654,436,850	1,059,590,022	1,714,026,872
中區分區	340,344	0	340,344	918,018,439	1,154,691,773	2,072,710,212
南區分區	8,610,072	-19,560	8,590,512	1,008,017,806	823,906,887	1,831,924,693
高屏分區	38,908,968	29,446,200	68,355,168	1,103,104,260	890,580,248	1,993,684,508
東區分區	21,461,532	35,065,984	56,527,516	84,168,892	148,971,933	233,140,825
合 計	78,517,216	84,909,012	163,426,228	5,560,047,825	5,481,802,023	11,041,849,848

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：RGBI3108R05

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：111/10/27

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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)	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)	=(N)+(O)
臺北分區	9,196,300	187,181,350	319,898	196,697,548	0	53,053,693	53,053,693	1,792,301,578	1,431,918,906	3,224,220,484
北區分區	1,098,362	66,677,716	81,424	67,857,502	352,765	20,574,227	20,926,992	654,661,012	1,069,483,905	1,724,144,917
中區分區	2,796,804	104,194,298	66,752	107,057,854	754,710	34,536,835	35,291,545	918,393,767	1,173,390,377	2,091,784,144
南區分區	8,694,587	85,992,046	123,081	94,809,714	26,025	26,373,930	26,399,955	1,008,017,806	837,555,639	1,845,573,445
高屏分區	38,970,229	124,720,876	26,105	163,717,210	15,962	28,172,373	28,188,335	1,103,104,560	906,239,775	2,009,344,335
東區分區	21,461,532	45,985,471	71,991	67,518,994	0	3,647,654	3,647,654	84,168,892	150,505,954	234,674,846
合 計	82,217,814	614,751,757	689,251	697,658,822	1,149,462	166,358,712	167,508,174	5,560,647,615	5,569,094,556	11,129,742,171

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

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：111/10/27

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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
	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	251,979	251,979	0	78,075	78,075	0	53,690	53,690	383,744
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	251,979	251,979	0	78,075	78,075	0	53,690	53,690	383,744

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：RGI3108R05

111年第 1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:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/10/27

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	9,196,300	20,416,388	29,612,688	29,612,688
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	8,610,072	-19,560	8,590,512	8,590,512
高屏分區	10,606,700	0	10,606,700	28,302,268	29,446,200	57,748,468	68,355,168
東區分區	0	0	0	21,461,532	35,065,984	56,527,516	56,527,516
合 計	10,606,700	0	10,606,700	67,910,516	84,909,012	152,819,528	163,426,228

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：RGBI3108R05

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：111/10/27

111年第 1季

結算主要費用年月起迄:111/01—111/03

核付截止日期:111/06/30

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
	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) =(R01)+(R01)	小計 (RP1) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	
臺北分區	0	251,979	251,979	0	78,075	78,075	9,196,300	20,470,078	29,666,378	29,996,432
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	8,610,072	-19,560	8,590,512	8,590,512
高屏分區	10,606,700	0	10,606,700	0	0	0	28,302,268	29,446,200	57,748,468	68,355,168
東區分區	0	0	0	0	0	0	21,461,532	35,065,984	56,527,516	56,527,516
合 計	10,606,700	251,979	10,858,679	0	78,075	78,075	67,910,516	84,962,702	152,873,218	163,809,972

註：依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第1次研商議事會議」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資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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{10,650,652,939 - 697,658,822 - 167,508,174} \\
 = & \frac{11,129,742,171}{0.87921946} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)}}{10,650,652,939} \\
 = & \frac{697,658,822 + 167,508,174 + 11,129,742,171}{0.88793110} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/12(含)以前:於111/04/01～111/06/30期間核付者。
2. 費用年月111/01～111/03:於111/01/01～111/06/30期間核付者。

=====

一、門診透析醫療給付費用

(一) 111年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 111年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_q2) + 111年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\
 &\quad \text{預算合計}(G1合計) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_q2) \\
 &= 20,296,702,853 \times 24.782281\% + 23,058,436,568 \times 24.877681\% \\
 &= 5,029,985,935 + 5,736,404,293 \\
 &= 10,766,390,228 (D2)
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，「111年門診透析四季預算分配」依加總近三年(107~109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。111年各季預算占率分別如下：
 - (1) 西醫基層：第1季24.493007%、第2季24.782281%、第3季25.265177%、第4季25.459535%。
 - (2) 醫院：第1季24.630378%、第2季24.877681%、第3季25.180672%、第4季25.311269%。
2. 111年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為43,355,139,421元。
 - (1) 111年第1季調整後預算 $10,650,652,939 = 20,296,702,853(G0合計) \times 24.493007\%(c_q1) + 23,058,436,568(G1合計) \times 24.630378\%(h_q1)$ 。
 - (2) 111年第2季調整後預算 $10,766,390,228 = 20,296,702,853(G0合計) \times 24.782281\%(c_q2) + 23,058,436,568(G1合計) \times 24.877681\%(h_q2)$ 。
 - (3) 111年第3季調整後預算 $10,934,267,182 = 20,296,702,853(G0合計) \times 25.265177\%(c_q3) + 23,058,436,568(G1合計) \times 25.180672\%(h_q3)$ 。
 - (4) 111年第4季調整後預算 $11,003,829,072 = 111年全年預算數 - 111年第1季調整後預算 - 111年第2季調整後預算 - 111年第3季調整後預算$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/01

頁 次： 2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	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)	西醫基層門診 透析移列「腹膜 透析追蹤處置費及 APD租金」之預算	醫院門診透析 移列「腹膜透 析追蹤處置費及 APD租金」之預算	111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(A0)	(B0)	(G0)=(A1-A0) ×(1+4.689%)	(G1)=(B1-B0) ×(1+2.015%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	10,200	1,009,800	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,200	1,009,800	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,200	1,009,800	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,200	1,009,800	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	40,800	4,039,200	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列，按季均分。
2. 111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=[110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)-西醫基層門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(A0)]×(1+4.689%)。
3. 111年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=[110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)-醫院門診透析移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算(B0)]×(1+2.015%)。
4. 111年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)=111年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+111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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/01

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 111年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 111年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 111年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 111年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939
第2季	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228
第3季	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182
第4季	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072
合計	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421	20,296,702,853	23,058,436,568	43,355,139,421

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：5,100,000

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—5,100,000)/4=99,975,000

	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：	66,201,796	66,201,796	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	19,812,000	19,812,000	0
(3)小計：	86,013,796	86,013,796	0

已支用點數=86,013,796

暫結金額=1元/點×已支用點數=86,013,796

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=99,975,000—86,013,796=13,961,204

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—5,100,000)/4+13,961,204=113,936,204

	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：	63,625,100	63,625,100	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	17,916,020	17,916,020	0
(3)小計：	81,541,120	81,541,120	0

已支用點數=81,541,120

暫結金額=1元/點×已支用點數=81,541,120

未支用金額=第2季預算—1元/點×第2季已支用點數=113,936,204—81,541,120=32,395,084

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—5,100,000)/4+32,395,084=132,370,084

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵):	0	0	0
(3)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=132,370,084—0=132,370,084

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—5,100,000)/4+132,370,084+5,100,000=237,445,084

	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(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵):	0	0	0
(3)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=237,445,084—0=237,445,084

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：	129,826,896	129,826,896	0
(2)初期慢性腎臟病(含初期慢性腎臟病資料上傳獎勵)：	37,728,020	37,728,020	0
(3)小計：	167,554,916	167,554,916	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)

＝ 86,013,796＋ 81,541,120＋ 0＋ 0＝ 167,554,916

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－ 167,554,916＝ 237,445,084

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/01

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	270	169,022,758	169,023,028	0	55,155,208	55,155,208	0	28,294,428	28,294,428
北區分區	1,154,190	68,072,023	69,226,213	357,988	21,034,114	21,392,102	256,130	10,263,819	10,519,949
中區分區	2,228,426	104,260,639	106,489,065	692,596	35,742,052	36,434,648	323,236	18,570,275	18,893,511
南區分區	84,946	86,296,458	86,381,404	26,025	26,006,193	26,032,218	3,240	13,968,396	13,971,636
高屏分區	0	94,890,358	94,890,358	0	28,011,094	28,011,094	0	16,009,074	16,009,074
東區分區	0	11,550,499	11,550,499	0	3,708,578	3,708,578	0	1,709,126	1,709,126
合 計	3,467,832	534,092,735	537,560,567	1,076,609	169,657,239	170,733,848	582,606	88,815,118	89,397,724

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111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算第1次研商議事會議」決議，111年門診透析服務保障項目維持原110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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/01

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	9,159,400	20,912,828	30,072,228	1,830,764,392	1,412,393,237	3,243,157,629
北區分區	0	0	0	674,433,520	1,078,371,292	1,752,804,812
中區分區	406,848	0	406,848	945,913,078	1,173,664,665	2,119,577,743
南區分區	9,091,508	0	9,091,508	1,028,546,932	832,568,685	1,861,115,617
高屏分區	40,510,420	30,463,000	70,973,420	1,123,321,175	905,281,053	2,028,602,228
東區分區	20,877,856	36,614,358	57,492,214	82,636,664	151,600,136	234,236,800
合 計	80,046,032	87,990,186	168,036,218	5,685,615,761	5,553,879,068	11,239,494,829

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：RGBI3108R05

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：111/11/01

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

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)	醫院 (K)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1)	西醫基層 (N)	醫院 (O)	小計 (P)
	=(J1)+(J2)	=(K1)+(K2)		+(K)+(L)			=(N1)+(O1)	=(N2)+(N3)	=(O2)+(O3)	=(N)+(O)
臺北分區	9,159,670	189,935,586	309,181	199,404,437	0	55,155,208	55,155,208	1,830,764,392	1,440,687,665	3,271,452,057
北區分區	1,154,190	68,072,023	72,146	69,298,359	357,988	21,034,114	21,392,102	674,689,650	1,088,635,111	1,763,324,761
中區分區	2,635,274	104,260,639	279,542	107,175,455	692,596	35,742,052	36,434,648	946,236,314	1,192,234,940	2,138,471,254
南區分區	9,176,454	86,296,458	71,668	95,544,580	26,025	26,006,193	26,032,218	1,028,550,172	846,537,081	1,875,087,253
高屏分區	40,510,420	125,353,358	59,074	165,922,852	0	28,011,094	28,011,094	1,123,321,175	921,290,127	2,044,611,302
東區分區	20,877,856	48,164,857	0	69,042,713	0	3,708,578	3,708,578	82,636,664	153,309,262	235,945,926
合 計	83,513,864	622,082,921	791,611	706,388,396	1,076,609	169,657,239	170,733,848	5,686,198,367	5,642,694,186	11,328,892,553

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R05

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：111/11/01

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

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	256,686	256,686	0	78,075	78,075	0	55,005	55,005	389,766
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	256,686	256,686	0	78,075	78,075	0	55,005	55,005	389,766

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：RGI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/01

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	9,159,400	20,912,828	30,072,228	30,072,228
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	406,848	0	406,848	406,848
南區分區	0	0	0	9,091,508	0	9,091,508	9,091,508
高屏分區	10,783,000	0	10,783,000	29,727,420	30,463,000	60,190,420	70,973,420
東區分區	0	0	0	20,877,856	36,614,358	57,492,214	57,492,214
合 計	10,783,000	0	10,783,000	69,263,032	87,990,186	157,253,218	168,036,218

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：RGBI3108R05

111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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/01

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) =(R01) =(RN1)+(R01)	小計 (RP1) =(RP1)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	
臺北分區	0	256,686	256,686	0	78,075	78,075	9,159,400	20,967,833	30,127,233	30,461,994
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	406,848	0	406,848	406,848
南區分區	0	0	0	0	0	0	9,091,508	0	9,091,508	9,091,508
高屏分區	10,783,000	0	10,783,000	0	0	0	29,727,420	30,463,000	60,190,420	70,973,420
東區分區	0	0	0	0	0	0	20,877,856	36,614,358	57,492,214	57,492,214
合 計	10,783,000	256,686	11,039,686	0	78,075	78,075	69,263,032	88,045,191	157,308,223	168,425,984

註：依據111年2月23日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第1次研商議事會議」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資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

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,766,390,228 \text{ — } 706,388,396 \text{ — } 170,733,848 \\
 = & \text{-----} \\
 & 11,328,892,553 \\
 = & 0.87292451 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,766,390,228 \\
 = & \text{-----} \\
 & 706,388,396 \text{ + } 170,733,848 \text{ + } 11,328,892,553 \\
 = & 0.88205613 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月111/03(含)以前:於111/07/01～111/09/30期間核付者。
2. 費用年月111/04～111/06:於111/04/01～111/09/30期間核付者。

討論事項-第三案

報告單位：本署醫務管理組
台灣腎臟醫學會

案由：「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、台灣腎臟醫學會111年11月7日台腎醫尚字第1110110715號函(附件1)來函表示旨揭計畫監測項目，暫不修訂。
- 二、為提高慢性腎衰竭病人門診透析服務品質，前次會議決定請台灣腎臟醫學會通盤檢討本計畫，研擬符合政策鼓勵及更具鑑別度之指標。

本署建議：

- 一、查本計畫110年核發結果(附件2)及各照護指標項目達成率(附3)，血液透析及腹膜透析均有4項指標(附件3-註記*)，全國滿分家數占率達8成以上，且指標已沿用5年，另經分析110年各院所B型肝炎及C型肝炎受檢率(附件4)如下：
 - (一)B型肝炎受檢率：
 1. 血液透析：平均值為98%，中位數為98%，P25為94%。
 2. 腹膜透析：平均值為96%，中位數為100%，P25為97%。
 - (二)C型肝炎受檢率：
 1. 血液透析：平均值為99%，中位數為98%，P25為95%。
 2. 腹膜透析：平均值為96%，中位數為100%，P25為97%。
- 二、為配合推動國家消除C型肝炎政策，儘早發現B肝及C肝病人進行感染管控，建議血液透析及腹膜透析之B型肝炎受檢率及C型肝炎受檢率標準均由90%提升至95%。
- 三、另有關指標「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」，建請台灣腎臟醫學會提供標準化衛教內容，並補充於附件1-2末期腎衰竭治療模式衛教表(頁次討3-15)。
- 四、修正對照表如附件5，計畫草案如附件6。

決議：

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
E-mail : snroctpe@msl.hinet.net

106 台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：民國 111 年 11 月 7 日

發文字號：台腎醫尚字第 1110110715 號

附 件：

主 旨：112 年度「全民健康保險慢性腎衰竭病人透析服務品質提升獎勵計畫」監測項目，本會建議暫不修訂，請 查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 111 年第 3 次研商議事會議記錄辦理。
- 二、112 年度「全民健康保險慢性腎衰竭病人透析服務品質提升獎勵計畫」監測項目，本會建議暫不修訂。

理事長

黃尚志

附件 2

表 2-1：110 年預算分配、申報點數及核發點數統計

	血液透析	腹膜透析	合計
申報點數	45,177,357,292	3,196,218,141	48,373,575,433
占率	93.39%	6.61%	100.00%
預算分配	42,026,686	2,973,314	45,000,000
占率	93.39%	6.61%	100.00%
核發金額	42,026,692	2,973,315	45,000,007
占率	93.39%	6.61%	100.00%

表 2-2:110 年血液透析核發與不核發統計

核發/ 分區	院所家數 (A=B+C)	不核發院所			核發院所			核發家數 占率 (C/A)
		無指 標分 數	≤70 分	合計 (B)	家數(C)	核發金額(D)	金額占率(D/E)	
台北	230	3	68	71	159	11,815,315	28.11%	69.13%
北區	94	0	23	23	71	6,585,001	15.67%	75.53%
中區	142	0	30	30	112	7,709,060	18.34%	78.87%
南區	109	0	20	20	89	6,991,478	16.64%	81.65%
高屏	134	0	24	24	110	8,042,506	19.14%	82.09%
東區	20	0	8	8	12	883,332	2.10%	60.00%
小計	729	3	173	176	553	42,026,692(E)	100.00%	75.86%

備註：1.當年度無指標分數納入血液透析不核發家數計算，不重複算於腹膜透析家數。

2.當年度違規院所納入血液透析不核發家數計算，不重複算於腹膜透析家數。

3.本表統計不含法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院。

表 2-3.110 年腹膜透析核發與不核發統計

核發/ 分區	院所家數 (A=B+C)	不核發院所			核發院所			核發家 數占率 (C/A)
		無指 標分 數	≤70 分	合計(B)	家數(C)	核發金額 (D)	金額占率(D/E)	
台北	30	0	6	6	24	953,677	32.07%	80.00%
北區	20	0	3	3	17	422,399	14.21%	85.00%
中區	29	1	9	10	19	474,129	15.95%	65.52%
南區	18	0	4	4	14	418,627	14.08%	77.78%
高屏	16	0	2	2	14	631,789	21.25%	87.50%
東區	4	0	1	1	3	72,694	2.44%	75.00%
小計	117	1	25	26	91	2,973,315(E)	100.00%	77.78%

表 3-1.110 年血液透析照護指標項目達成率統計

層級別	總院所數	季指標						半年指標		年指標							
		血 清 白 蛋 白 【 Albumin ≥ 3.5 gm/dl(BCG) 或 3.0gm/dl(BCP) 】		URR $\geq 65\%$		Hb >8.5 g/dL		* 鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ²		* B 型肝炎表 面 抗 原 (HBsAg) 轉 陽率		* C 型肝炎抗體 (Anti-HCV) 轉 陽率		* 55 歲以下透 析病人移植 登錄率		建立對新病 人透析治療 模式選擇之 充分告知機 制	
		滿分院 所數	占率	滿分院 所數	占率	滿分院 所數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率
醫學中心	19	19	100%	14	74%	18	95%	19	100%	19	100%	19	100%	19	100%	1	5%
區域醫院	74	60	81%	51	69%	58	78%	65	88%	68	92%	65	88%	70	95%	4	5%
地區醫院	168	107	64%	86	51%	84	50%	128	76%	144	86%	144	86%	134	80%	39	23%
西醫基層	468	361	77%	300	64%	274	59%	386	82%	406	87%	401	86%	370	79%	179	38%
全國	729	547	75%	451	62%	434	60%	598	82%	637	87%	629	86%	593	81%	223	31%

*：該指標全國之滿分家數占率達 8 成。

表 3-2.110 年腹膜透析照護指標項目達成率統計

層級別	總院所數	季指標				半年指標				年指標							
		血清白蛋白 【(Albumin $\geq$ 3.5 gm/dl(BCG) 或 3.0gm/dl(BCP))		Hb > 8.5 g/dL		Weekly Kt/V $\geq$ 1.7		* 鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ²		* B 型肝炎表面 抗原(HBsAg) 受檢率		* C 型肝炎抗體 (Anti-HCV) 受檢率		* 55 歲以下透 析病人移植登 錄率		建立對新病人 透析治療模式 選擇之充分告 知機制	
		滿分 院所數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率	滿分 院所 數	占率
醫學中心	19	17	89%	17	89%	14	74%	18	95%	17	89%	17	89%	19	100%	5	26%
區域醫院	67	47	70%	38	57%	47	70%	61	91%	64	96%	63	94%	60	90%	27	40%
地區醫院	23	10	43%	11	48%	15	65%	16	70%	18	78%	18	78%	17	74%	8	35%
西醫基層	8	4	50%	1	13%	5	63%	7	88%	8	100%	6	75%	6	75%	0	0%
全國	117	78	67%	67	57%	81	69%	102	87%	107	91%	104	89%	102	87%	40	34%

*：該指標全國之滿分家數占率達 8 成。

表 4-1、110 年 B 型肝炎受檢率統計

透析類別	指標名稱	目前指標定義	院所數 T=A+B	無上傳 院所數 (A)	受檢率						
					分 析 院 所 數 (B)	全 國 平均	P10	P25	P50	P75	P90
血液透析	B 型肝炎表面 抗原(HBsAg) 轉陽率	(A) 平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率 ≥90%且轉陽率≤ 2.0% (B) 平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受 檢率≥90%且轉陽率≤3.5%	729	3	726	98%	89%	94%	98%	100%	100%
腹膜透析	B 型肝炎表面 抗原(HBsAg) 受檢率	受檢率≥90%	117	1	116	96%	92%	97%	100%	100%	100%

註：全國平均參考本會議 111 年第 2 次研商議事會議報告案 5-110 年第 4 季門診透析專業醫療服務品質指標監測結果，非院所歸戶後院所統計值之平均。

表 4-2、110 年 C 型肝炎受檢率統計

透析類別	指標名稱	目前指標定義	院所數 T=A+B	無上傳 院所數 (A)	受檢率						
					分 析 院 所 數 (B)	全 國 平均	P10	P25	P50	P75	P90
血液透析	C 型肝炎抗體 (Anti-HCV)轉 陽率	(A) 平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率 ≥90%且轉陽率≤ 2.0% (B) 平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受 檢率≥90%且轉陽率≤3.5%	729	3	726	99%	91%	95%	98%	100%	100%
腹膜透析	C 型肝炎抗體 (Anti-HCV)受 檢率	受檢率≥90%	117	1	116	96%	89%	97%	100%	100%	100%

註：全國平均參考本會議 111 年第 2 次研商議事會議報告案 5-110 年第 4 季門診透析專業醫療服務品質指標監測結果，非院所歸戶後院所統計值之平均。

「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修正對照表

原 案	修正草案																																				
五、品質監測項目及計分方式： (一)血液透析照護指標項目及評分標準，如下表： <table><tr><th>項 目</th><th>各透析院所病人監測值達成率</th><th>得 分</th></tr><tr><td>5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率</td><td>(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤3.5%</td><td>8 分(年)</td></tr><tr><td>6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率</td><td>(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤3.5%</td><td>8 分(年)</td></tr></table> (二)腹膜透析照護指標項目及評分標準，如下表： <table><tr><th>項 目</th><th>各透析院所病人監測值達成率</th><th>得 分</th></tr><tr><td>5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率</td><td>受檢率≥90%</td><td>8 分(年)</td></tr><tr><td>6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率</td><td>受檢率≥90%</td><td>8 分(年)</td></tr></table> 註(血液透析及腹膜透析照護指標)： 1.院所應將本計畫之監測項目執行情形定期提報及上傳至保險人之資訊系統，由保險人依本計畫第八項「申報及核付原則」，進行監控管理、結算計分及核發。 2.受檢率目標值，依院所平均每月透析病人數調整如下： (1) >20 人：除 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率外，其餘指標之受檢率目標值須達 95%以上。 (2) ≤20 人：除 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率外，其餘指標之受檢率目標值須達 90%以上。	項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分	5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)	6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)	項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分	5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率≥ 90%	8 分(年)	6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率≥ 90%	8 分(年)	五、品質監測項目及計分方式： (一)血液透析照護指標項目及評分標準，如下表： <table><tr><th>項 目</th><th>各透析院所病人監測值達成率</th><th>得 分</th></tr><tr><td>5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率</td><td>(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥<u>95%</u>且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥<u>95%</u>且轉陽率≤3.5%</td><td>8 分(年)</td></tr><tr><td>6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率</td><td>(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥<u>95%</u>且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥<u>95%</u>且轉陽率≤3.5%</td><td>8 分(年)</td></tr></table> (二)腹膜透析照護指標項目及評分標準，如下表： <table><tr><th>項 目</th><th>各透析院所病人監測值達成率</th><th>得 分</th></tr><tr><td>5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率</td><td>受檢率≥<u>95%</u></td><td>8 分(年)</td></tr><tr><td>6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率</td><td>受檢率≥<u>95%</u></td><td>8 分(年)</td></tr></table> 註(血液透析及腹膜透析照護指標)： 1.院所應將本計畫之監測項目執行情形定期提報及上傳至保險人之資訊系統，由保險人依本計畫第八項「申報及核付原則」，進行監控管理、結算計分及核發。 2.受檢率目標值，依院所平均每月透析病人數調整如下： (1) >20 人：各項指標之受檢率目標值須達 95%以上。 (2) ≤20 人：除 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率<u>須達 95%以上</u>外，其餘指標之受檢率目標值須達 90%以上。	項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分	5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)	6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)	項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分	5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率≥ <u>95%</u>	8 分(年)	6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率≥ <u>95%</u>	8 分(年)
項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分																																			
5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)																																			
6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ 90% 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)																																			
項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分																																			
5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率≥ 90%	8 分(年)																																			
6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率≥ 90%	8 分(年)																																			
項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分																																			
5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)																																			
6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤ 2.0% (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率≥ <u>95%</u> 且轉陽率≤3.5%	8 分(年)																																			
項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分																																			
5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率≥ <u>95%</u>	8 分(年)																																			
6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率≥ <u>95%</u>	8 分(年)																																			

全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

中華民國○年○月○日健保醫字第1110000000號公告

一、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的：

- (一)提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病人之併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- (二)提升慢性腎衰竭病人自我照護之能力，預防疾病惡化，促進健康。
- (三)鼓勵有效管理腎臟疾病，藉由品質監控，輔導門診透析院所及獎勵機制，持續改善醫療品質與服務品質，提升我國腎臟病整體之醫療照護品質。

三、經費來源：當年度全民健康保險醫療給付費用其他預算項下之腎臟病照護及病人衛教計畫，其中以4,500萬元支應本計畫。

四、品質監測項目及計分方式：

(一)血液透析照護指標項目及評分標準，如下表：

項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP))	受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 75\%$	每季 4 分
2. URR $\geq 65\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 95\%$	每季 4 分
3. Hb > 8.5 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 90\%$	每季 4 分
4.鈣磷乘積小於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$	受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 80\%$	每半年 8 分

項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分
5.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率 $\geq 90\%$ <u>95%</u> 且轉陽率 $\leq 2.0\%$ (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ <u>95%</u> 且轉陽率 $\leq 3.5\%$	8 分(年)
6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率 $\geq 90\%$ <u>95%</u> 且轉陽率 $\leq 2.0\%$ (B)平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ <u>95%</u> 且轉陽率 $\leq 3.5\%$	8 分(年)
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於首次透析治療之新病患，應給予其完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。(如附件 1-1~1-3)	100 %	10 分(年)
8.55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率 $\geq 5\%$ 4% $\leq$ 移植登錄率 $< 5\%$ 3% $\leq$ 移植登錄率 $< 4\%$ 2% $\leq$ 移植登錄率 $< 3\%$ 1% $\leq$ 移植登錄率 $< 2\%$	10 分(年) 8 分(年) 6 分(年) 4 分(年) 2 分(年)

(二)腹膜透析照護指標項目及評分標準，如下表：

項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分
1.血清白蛋白[Albumin ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP)]	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每季 4 分
2. Weekly Kt/V ≥ 1.7	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每半年 8 分

項 目	各透析院所病人監測值	得 分
	達成率	
3. Hb > 8.5 g/dL	受檢率 ≥ 95% 且 合格率 ≥ 80%	每季 4 分
4. 鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ²	受檢率 ≥ 95% 且 合格率 ≥ 75%	每半年 8 分
5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率 ≥ 90% 95%	8 分(年)
6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率 ≥ 90% 95%	8 分(年)
7. 建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於首次透析治療之新病患，應給予其完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。(如附件 1-1~1-3)	100 %	10 分(年)
8. 55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率 ≥ 5% 4% ≤ 移植登錄率 < 5% 3% ≤ 移植登錄率 < 4% 2% ≤ 移植登錄率 < 3% 1% ≤ 移植登錄率 < 2%	10 分(年) 8 分(年) 6 分(年) 4 分(年) 2 分(年)

註(血液透析及腹膜透析照護指標)：

1. 院所應將本計畫之監測項目執行情形定期提報及上傳至保險人之資訊系統，由保險人依本計畫第八項「申報及核付原則」，進行監控管理、結算計分及核發。
2. 受檢率目標值，依院所平均每月透析病人數調整如下：
 - (1) >20 人：除 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率外，其餘指標各項指標之受檢率目標值須達 95% 以上。
 - (2) ≤ 20 人：除 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率須達 95% 以上外，其餘指標之受檢率目標值須達 90% 以上。

五、前述各項監測指標之操作型定義，同「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，並可於保險人「健保資訊網服務系統(VPN)」查詢。

六、參加核發院所之資格：

- (一) 當年度與全民健康保險保險人(以下稱保險人)簽訂設立透析醫療業務之院所。當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即為不同開業主體分別計算。
- (二) 當年度該院所之品質監測項目總分全年超過 70 分以上者。
- (三) 醫事機構有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條至第 40 條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載之日起於

當年1月1日至當年12月31日期間，經保險人處分且違規事項歸因於門診透析業務者，不得參與獎勵金之分配。

七、核發金額之計算方式：

(一) 血液透析及腹膜透析分配之獎勵金額

1. 當年度血液透析品質獎勵金額 =

【當年度血液透析申報醫療服務點數/(當年度血液透析申報醫療服務總點數+當年度腹膜透析申報醫療服務總點數)】× 當年度本計畫之獎勵金額

2. 當年度腹膜透析品質獎勵金額 =

【當年度腹膜透析申報醫療服務點數/(當年度血液透析申報醫療服務總點數+當年度腹膜透析申報醫療服務總點數)】× 當年度本計畫之獎勵金額

(二) 各院所加權指數：

當年度實施血液透析或腹膜透析院所，依本計畫第四項之品質監測指標之全年得分(X)，分別計算加權指數：

當年度得分	加權指數
$X \geq 90$	1
$85 \leq X < 90$	0.9
$80 \leq X < 85$	0.8
$75 \leq X < 80$	0.7
$70 < X < 75$	0.6
$X \leq 70$	0

(三) 各院所血液透析、腹膜透析分配方式

1. 個別實施血液透析院所當年度之分配金額 =

$$\frac{\text{該血液透析院所當年度申報血液透析點數} \times \text{該血液透析院所加權指數}}{\sum \text{各血液透析院所當年度申報血液透析點數} \times \text{各血液透析院所加權指數}} \times \text{當年度血液透析品質獎勵金額}$$

2. 個別實施腹膜透析院所當年度之分配金額＝

該腹膜透析院所當年

$$\frac{\text{度申報腹膜透析點數} \times \text{該腹膜透析院所加權指數}}{\sum \text{各腹膜透析院所當年}} \times \text{當年度腹膜透析品質獎勵金額}$$

度申報腹膜透析點數 × 各腹膜透析院所加權指數

八、申報及核付原則：

(一) 品質監測指標相關資料之申報：

各透析醫療院所應按季，確實提報與上傳本計畫第四項之品質監測指標相關資料予保險人【健保資訊服務網系統(VPN)＞ESRD透析服務品質提升獎勵計畫】，由保險人定期進行監控管理及結算與核發之依據，並做為品質公開之參考資料，超過「ESRD透析服務品質提升獎勵計畫上傳資料注意事項」(詳附件2)規定期程所上傳或更正資料，不納入獎勵金核算。

(二) 當年度申報醫療費用點數之資料：依實施門診透析院所於次年1月底前申報之當年度費用年月資料計算。

(三) 次年度6月底前，由保險人依本計畫第七項「核發金額之計算方式」進行計算並辦理費用核發作業。

九、本計畫辦理核發後，若有未列入當年度本計畫核發名單之特約院所提出申復等行政救濟事宜，案經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度本計畫預算支應，若次年度無本計畫預算，則自當時結算之當季門診透析預算支應。

十、本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準

1. 各透析院所有告知新發生之末期腎衰竭病人不同治療模式的義務，並於衛教後請病人填寫滿意度調查表。
2. 末期腎衰竭治療模式衛教內容須包含：透析通路和原理、透析場所、透析時間、透析執行者、透析可能產生的症狀、透析適應症及禁忌症、透析之飲食/血壓/貧血控制、腎臟移植的原理和主要執行院所、移植的優缺點、移植適應症及禁忌症、移植後抗排斥藥物簡介、其它(居家照護、社會福利等)。
3. 末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式如下：
$$\text{完成率}(\%) = (\text{本季末期腎衰竭治療模式衛教完成人數} / \text{本季新透析病人人數}) \times 100\%$$
4. 選擇安寧緩和醫療：
個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。前述資料請至衛生福利部「安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統」(網址 <https://hpcod.mohw.gov.tw/>)下載。

附件 1-2 末期腎衰竭治療模式衛教表

(年 月 日)

醫院/診所名稱： 病人來源：☐ 門診 ☐ 住院
 病人姓名： 病歷號碼：
 性 別：☐ 男 ☐ 女
 身分證字號： 出生年月日： 年 月 日
 病人教育程度：☐ 不識字 ☐ 小學 ☐ 初中 ☐ 高中 ☐ 大專 ☐ 研究所
 病人家庭狀態：☐ 未成年受扶養 ☐ 有職業獨立工作 ☐ 因病修養半工作狀態
☐ 因病無法工作 ☐ 退休獨立生活 ☐ 年邁或因病受照顧
☐ 有工作能力但失業
 陪同家屬：☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 家長 ☐ 其他：

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

☐ 不施行血液透析或腹膜透析

☐ 敗血症 ☐ 癌症 ☐ 心血管併發症 ☐ 中風 ☐ 肝衰竭
☐ 呼吸衰竭 ☐ 營養障礙 ☐ 病人意願 ☐ 家屬共識 ☐ 其他

☐ 施行血液透析、腹膜透析、腎臟移植

腹膜透析	血液透析
☐ 透析通路和原理	☐ 透析通路和原理
☐ 透析場所/時間/執行者	☐ 透析場所/時間/執行者
☐ 透析可能產生的症狀	☐ 透析可能產生的症狀
☐ 適應症及禁忌症	☐ 適應症及禁忌症
☐ 飲食/血壓/貧血控制	☐ 飲食/血壓/貧血控制
☐ 其它(居家照護、社會福利等)	☐ 其它(居家照護、社會福利等)

腎臟移植
☐ 移植的術前評估
☐ 移植的優點和缺點
☐ 移植的併發症
☐ 適應症及禁忌症
☐ 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
☐ 其它(居家照護、社會福利等)

☐ 選擇「安寧療護」

附件 1-3 『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐非常瞭解 ☐瞭解 ☐稍微瞭解 ☐不瞭解 ☐非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐非常有幫助 ☐有幫助 ☐普通 ☐沒有幫助 ☐完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫上傳資料注意事項

1. 資料段屬性說明：M 為必填；◎為條件式必填。

2. 上傳路徑：

自健保資訊服務網系統 (VPN) >ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫。



3. 上傳時間：

- (1) 第 1 季(Q1)：上傳截止日為該年度 5 月 20 日。
- (2) 第 2 季(Q2)：上傳截止日為該年度 8 月 20 日。
- (3) 第 3 季(Q3)：上傳截止日為該年度 11 月 20 日。
- (4) 第 4 季(Q4)：上傳截止日為次年度 02 月 20 日。
- (5) 半年期：應分為上半年(Q1、Q2)，下半年(Q3、Q4)分別上傳，上傳截止日同 Q1-Q4；亦即如於 Q2 上傳，則其上傳截止日為該年度 8 月 20 日。
- (6) 年指標(YY)：得依實際執行之季別上傳相關資料。
 - A. 如以「Q1~Q4」種類填報者，應按各季上傳時間規定辦理。
 - B. 如以「YY」種類填報，上傳截止日為次年度 02 月 20 日。
- (7) 季、半年及年指標之補上傳日為截止月之最後 2 日，若最後 1 日遇週末或國定假日則順延至次 1 上班日。如第 4 季(Q4)、下半年(Q3、Q4)及年指標(YY)原補傳日為 2 月 27 日、28 日，因二二八和平紀念日順延至次 1 上班日(如 3 月 1 日)。

4. 上傳資料注意事項：

- (1) 院所每季及每年上傳 25 個欄位檢驗資料；本上傳系統只提供定長為 210 bytes 上傳格式，其中不能有空值。
- (2) 上傳檔案之命名規則如下：
業務組別(1)+醫事機構代號(10)+ 上傳檔案年月(YYMM)+流水號(2)+ESRD.txt
舉例：北區業務組(2)之醫事機構代號為 1234567890，106 年 4 月第 1 次上傳本資料檔案，則檔案應命名為『212345678901060401ESRD.txt』。

5. 上傳格式檢核

- (1) 唯一值條件(取 Key 值)：
以年度、監測值種類、透析院所代碼、身分證號、出生日期、透析方式、檢驗

日期等七項欄位。

(2) 資料重複上傳

A. 上傳資料個案如前已曾上傳入檔，不允許重複上傳；檔案畫面將提示錯誤訊息「該監測值資料已存在，不得重複上傳！」

B. 若院所須更正已上傳資料(如：檢驗值)，可於畫面『查詢』後『更正』，將原該筆資料『刪除』後再重新上傳。

(3) 上傳截止日期：

各項監測值上傳截止日應依第3點上傳時間之規定，若逾上傳時間，錯誤訊息：「已超過該季監測值上傳截止日！」

(4) 檢驗值與檢驗日期須併同檢核：

A. 若『檢驗日期』為空白，但欄位9以後卻有檢驗值(含數字0及文字X)，提示錯誤訊息：『未填報檢驗日期時，只上傳個案基本資料，不得填報其它檢驗值！』

B. 若該次僅上傳某一檢驗值，但未有其他檢驗值時，則未具檢驗值之項目，仍應依下列方式填列(不得有空值)：

I. 數字格式欄位(12~16)填報0(不可為空白)。

II. 文字格式欄位(17~20)填報X(不可為空白)。

(5) 「檢驗日期」及「就醫日期」檢核說明：

「檢驗日期」及「就醫日期」需介於該筆資料所屬「監測值種類」之區間，如：

監測值種類為Q1，則就醫日期、檢驗日期需介於1/1~3/31

監測值種類為Q2，則就醫日期、檢驗日期需介於4/1~6/30

監測值種類為Q3，則就醫日期、檢驗日期需介於7/1~9/30

監測值種類為Q4，則就醫日期、檢驗日期需介於10/1~12/31

討論事項-第四案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略追蹤辦理情形」，
提請討論。

說明：

一、依據109年5月13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2次會議決議如下：

(一)110年第1季提供109年辦理情形：

1. 食品藥物管理署：提升民眾用藥安全(含藥品廣告警語)及健康食品之健康認證，落實執行並加強宣傳。
(110年第1次會議解除列管)
2. 國民健康署：持續強化民眾護腎之健康識能，並培養醫院種子教師(110年第1次會議解除列管)。
3. 中醫師公會全國聯合會：於本會議報告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行成果
(持續列管-於111年第3次會議報告)。

(二) 每次會議提供辦理情形：

1. 中央健康保險署：
 - (1) 研議糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫
(111年第1次會議解除列管)。
 - (2) 鼓勵移植獎勵(109年第3次會議解除列管)。
 - (3) 於雲端藥歷提示病人腎功能異常，並持續監控院所對腎功能異常者使用 NSAIDs 情形，進行院所抽審作業(111年第1次會議解除列管)。
 - (4) 函請教育部將護腎衛教納入課程(110年第3次會議解除列管)。

2. 台灣腎臟醫學會：

(1) 發展腎病專業品質監測指標，以落實專業審查。

(110 年第 3 次會議解除列管)

(2) 研議腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。

(3) 研議 AKI 病人照顧計畫。(110 年第 3 次會議解除列管)

(4) 推動藥師納入腎臟病患者照顧計畫。(110 年第 3 次會議解除列管)

二、請台灣腎臟醫學會參酌國家衛生研究院論壇「慢性腎臟病與透析之政策研議」成果報告，研議政策規劃之可行性：

(一) 發展安寧透析的專業醫療指標。

(二) 腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。

(三) 慢性腎臟病人多重用藥整合。

(四) 提高初期慢性腎臟病方案照護率。

(五) 提高器官捐贈。

(六) 腎臟病相關費用納入健保透析總額。(111年第1次會議暫緩辦理-解除列管)

(七) 腎臟病人全人照護及在宅照護模式。

三、有關健保給付「居家血液透析」之運作模式案，依本會議111年第2次研商議事會議決議，併中國醫藥大學附設醫院補充資料，移請台灣腎臟醫學會審慎評估。

四、追蹤辦理情形如附件(頁次討4-4)。

本署意見：

- 一、有關藥師公會所提Pre-ESRD藥事照護之指標，依據本會議110年第3次研商議事會議決議，考量指標需兼顧監控病人照護過程與反應諮詢品質，建議實施一段時間後再議。
- 二、查藥師公會所提指標與前開會議提案相同，請台灣腎臟醫學會及藥師公會就指標提供詳細操作型定義。

決 議：

「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」追蹤表

主責單位	追辦事項	辦理情形	追蹤情形
台灣腎臟醫學會	一、發展腎病病人之緩和透析及安寧療護之專業指引。 二、腎臟病人推動預立醫療照護諮詢(ACP)。 三、提高器官捐贈。 四、腎臟病人全人照護及在宅照護模式。(含居家血液透析支付標準評估)	健保署 有關新增居家血液透析支付標準案，本署已於111年8月22日收到腎臟醫學會評估意見，為使評估資料完整，已請台灣腎臟醫學會補充成本分析表及作業流程後，依增修診療項目之程序辦理後續事宜。 台灣腎臟醫學會 請於會議上補充。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
中華民國醫師公會全國聯合會	提高初期慢性腎臟病方案照護率。	請於會議上補充。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
藥師公會全國聯合會	慢性腎臟病人多重用藥整合。	於會議報告(附件)。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管