



**全民健康保險醫療給付費用
門診透析預算 111 年第 2 次研商議事會議
議程資料**

**111 年 5 月 18 日（星期三）下午 2 時
中央健康保險署 18 樓大禮堂
(視訊會議為 Microsoft Teams 視訊軟體)**

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 1 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、110 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。	報 3-1
四、修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」(下稱「品保方案」)附表之三、專業醫療服務品質指標「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」及「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2 項指標「參考值」案。	報 4-1
五、門診透析專業服務品質指標監測結果。	報 5-1

肆、討論事項

一、「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 1-1
二、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。	討 2-1
三、有關若健保給付「居家血液透析」之運作模式，提請討論。	討 3-2

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 1 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 2 月 23 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、視訊會議為 Microsoft Teams 視訊軟體)

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	陳瑞瑛(代)	曾代表國憲	曾國憲
宋代表俊明	宋俊明*	黃代表尚志	黃尚志
李代表妮真	李妮真*	楊代表五常	楊五常*
林代表元灝	林元灝	楊代表孟儒	楊孟儒
邱代表琦皓	邱琦皓	鄒代表繼群	鄒繼群
洪代表冠予	請 假	蔡代表宗昌	蔡宗昌*
張代表克士	王斯弘(代)	蔡代表明鎮	張鈺民(代)
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
張代表禹斌	公 出	顏代表大翔	顏大翔
張代表晏晏	張晏晏*	謝代表輝龍	謝輝龍*
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、陳燕玲、陳淑美

台灣醫院協會

黃麗如*、許雅淇*

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

常宏傳、王郁青*

全國聯合會

本署醫務管理組

游慧真、劉林義、韓佩軒、
陳依婕、洪于淇、劉立麗、
鄭智仁、劉志鴻、劉勁梅、
阮柏叡、林其瑩、鄭正義、
楊淑美

本署醫審及藥材組

高幸蓓、涂奇君、陳昌志
丁安安、陳惠群

本署資訊組

吳少庾

本署企劃組

王宗曦*、趙偉翔、吳箴*

本署財務組

李佩耿

本署違規查處室

陳靜慈

本署臺北業務組

陳懿娟*、莊智雯*

本署北區業務組

盧珮茹*、張佩萱*

本署中區業務組

戴婷豫*、林昱*

本署南區業務組

林純美*、賴阿薪*、洪懷吟*、
梁耀文*、傅明貞*、李怡君*
張曉玲*、黃雅蘭*、蘇家驊*、
葉美伶*

本署高屏業務組

本署東區業務組

江春桂*、張家綾*

壹、 主席致詞(略)

貳、 確認本會前次會議紀錄

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4、6、7、8、9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」篩異指標管理機制。
 - (二) 序號2-C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案：請台灣腎臟醫學會依本署提供名單輔導會員後續處置與轉介。
 - (三) 序號3-「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費，回溯追扣案」，併報告事項第五案追蹤。
 - (四) 序號5-「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：請中華民國中醫師公會全國聯合會於明(111)年本會議報告執行成果。
 - (五) 序號10-「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，請台灣腎臟醫學會於實施半年後，依病人照護情形，研擬相關指標。
- 三、序號6「基層透析門診無法參與西醫基層保留款計畫」案，因111年全民健康保險西醫基層品質保證保留款計畫業已公告，請台灣腎臟醫學會於商討112年前開計畫前，提案至中華民國醫師公會全國聯合會，並於本保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議討論。
- 四、序號8-有關111年「門診透析服務保障項目」之偏鄉認定範圍，同意比照110年認定方式(附件1)。

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：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第3季門診透析服務點值報告。

決定：

一、110 年第 3 季點值確認如下：

項目 年季	浮動點值	平均點值
110 年 第 3 季	0.85914332	0.86943829

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：本署醫務管理組

案由：111 年門診透析預算四季重分配案。

決定：

- 一、依 111 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式，門診透析服務項目之決定事項略以：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，減列數按季均分減列。
- 二、111 年門診透析預算分配比照 110 年分配方式，採「加總近 3 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」，以 107 年至 109 年各季核定點數推估 111 年預算占率(附件 2-表 1)、111 年度門診透析總額預算(附件 2-表 2)，並依前述占率重新分配各季預算(附件 2-表 3)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」修訂案。

決定：

- 一、依 111 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額及其分配方

式，111 年醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」編列預算 15 百萬，其中依門診透析服務項目之決定事項略以，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，減列數按季均分減列。

二、考量 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」業經 109 年第四次共擬會議決議，並於 110 年 3 月 1 日實施，故不另修訂該項支付標準。

三、58011C、58017C「腹膜透析追蹤處置費」，修訂重點如下：

(一)門診或住院執行院所按實際使用天數申報。

(二)修改支付規範註 3 文字為「病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比例扣除腹膜透析未治療天數費用」。

(三)新增支付規範註 4「病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」。

(四)為能確實掌握腹膜透析病人治療情形，新增支付規範註 5「申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載」。

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：

一、解除列管案件：

(一)本署：

1. 研議糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護計畫。

2. 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 NSAID 情形，進行院所抽審作業。

(二) 台灣腎臟醫學會：腎臟病相關費用納入健保透析總額。

二、持續追蹤案件：

(一) 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。

(二) 每季追蹤：

請台灣腎臟醫學會研議：

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. 慢性腎臟病人多重用藥整合。
4. 提高初期慢性腎臟病方案照護率。
5. 提高器官捐贈。
6. 腎臟病人全人照護及在宅照護模式。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：關於健保醫療資訊雲端查詢系統「高風險腎臟病人用藥提示(API)」新增腎功能不明者提示內容及邏輯，提請討論。

決議：依台灣腎臟醫學會建議照案通過。

伍、散會：下午 4 時 35 分。

陸、與會人員發言實錄如附件 3。

111年門診透析保障項目如下：

- 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。
 - (一)山地離島地區。
 - (二)當年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
 - (三)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)。

表1、以107年-109年各季核定點數推估111年預算占率

西醫基層

季別	107 年		108 年		109 年		107-109 年 核定點數小計 $Y=y1+y2+y3$	111 年預算占率 (西醫基層) $(a)=Yi/\Sigma Y$
	核定點數 (百萬) y1	占率	核定點數 (百萬) y2	占率	核定點數 (百萬) y3	占率		
Q1	4,982	24.56%	5,079	24.25%	5,439	24.66%	15,500	24.493007%
Q2	5,040	24.84%	5,204	24.85%	5,439	24.66%	15,683	24.782281%
Q3	5,079	25.04%	5,316	25.39%	5,593	25.36%	15,989	25.265177%
Q4	5,186	25.56%	5,341	25.51%	5,585	25.32%	16,112	25.459535%
合計	20,287	100.00%	20,940	100.00%	22,057	100.00%	63,284	100%

醫院

季別	107 年		108 年		109 年		107-109 年 核定點數小計 $Z=z1+z2+z3$	111 年預算占率 (醫院) $(b)=Zi/\Sigma Z$
	核定點數 (百萬) z1	占率	核定點數 (百萬) z2	占率	核定點數 (百萬) z3	占率		
Q1	6,068	24.68%	6,148	24.46%	6,305	24.75%	18,520	24.630378%
Q2	6,128	24.92%	6,273	24.97%	6,305	24.75%	18,706	24.877681%
Q3	6,135	24.95%	6,358	25.30%	6,442	25.28%	18,934	25.180672%
Q4	6,255	25.44%	6,350	25.27%	6,428	25.23%	19,032	25.311269%
合計	24,586	100.00%	25,128	100.00%	25,479	100.00%	75,194	100%

整體

季別	107 年		108 年		109 年		107-109 年 核定點數小計 $X=X1+X2+X3$	111 年預算占率 (c)=Xi/ ΣX
	核定點數 (百萬) X1	占率	核定點數 (百萬) X2	占率	核定點數 (百萬) X3	占率		
Q1	11,050	24.62%	11,227	24.37%	11,744	24.71%	34,021	24.567600%
Q2	11,168	24.89%	11,477	24.91%	11,744	24.71%	34,390	24.834083%
Q3	11,214	24.99%	11,674	25.34%	12,035	25.32%	34,923	25.219291%
Q4	11,441	25.50%	11,691	25.38%	12,012	25.27%	35,144	25.379026%
合計	44,873	100.00%	46,069	100.00%	47,536	100.00%	138,478	100%

註1. 110年2月24日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算110年第1次研商議事會議」決議：110年「門診透析四季預算分配」依加總近3年(106-108年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。

註2. 核定點數=核定非浮動點數(M)+腹膜透析追蹤處置費核定點數(P1)+核定浮動點數(P)，核定非浮動點數不含自墊核退。

表二、調整前111年門診透析預算金額

項目	110 年各季西醫 基層門診透析服 務費用(含藥 費)(A1)	110 年各季醫院門 診透析服務費用 (含藥費)(B1)	「腹膜透析追蹤處 置費及 APD 租金」 移列西醫基層門診 透析費用(A0)	「腹膜透析追蹤處 置費及 APD 租金」 移列醫院門診透析 費用(B0)	111 年各季西醫基層門 診透析服務費用(含藥 費)(G0)= (A1-A0)×(1+ <u>4.689</u> %)	111 年各季醫院門診透 析服務費用(含藥 費)(G1)= (B1-B0)×(1+ <u>2.015</u> %)	111 年各季門診透析 合併預算之醫療給 付費用 (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. 本表自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」預算，按季均分。
2. 111公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)=110公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.689%)。
3. 111公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=110公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.015%)。
4. 111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)+11年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

表三、調整後111年門診透析預算分配金額

季別	調整前			調整後 B			占率	差距		
	西醫基層 G0	醫院 G1	合計 A3=G0+G1	西醫基層 B1=C1*a	醫院 B2=C2*b	合計 B3=B1+B2		西醫基層 E1=B1-G0	醫院 E2=B2-G1	合計 E3=E1+E2
111Q1	4,791,053,853	5,518,092,619	10,309,146,472	4,971,272,851	5,679,380,088	10,650,652,939	24.566068%	180,218,998	161,287,469	341,506,467
111Q2	4,940,039,857	5,916,911,348	10,856,951,205	5,029,985,935	5,736,404,293	10,766,390,228	24.833020%	89,946,078	-180,507,055	-90,560,977
111Q3	5,198,446,334	5,778,000,469	10,976,446,803	5,127,997,901	5,806,269,281	10,934,267,182	25.220233%	-70,448,433	28,268,812	-42,179,621
111Q4	5,367,162,809	5,845,432,132	11,212,594,941	5,167,446,166	5,836,382,906	11,003,829,072	25.380680%	-199,716,643	-9,049,226	-208,765,869
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	100.000000%	0	0	0
	C1	C2								

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) 「腎功能異常使用 NSAIDs 藥量者」篩異指標管理機制。 110_2_討(4) 110_3_討(5) 111_1_討(2) 有關於健保醫療資訊雲端查詢系統增修摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍及新增「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)。 110_2_討(5) 有關修訂「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」個案管理指標定義案。	一、有關雲端藥歷系統「腎功能不佳」新增提示功能，將立意抽審結果回饋院所，並請台灣醫院協會跟台灣腎臟醫學會研議適用其他專科別之止痛替代方法或管理策略，以及腎功能異常使用 NSAIDs 藥量者篩異指標管理機制回饋院所自我管理案併案列管。	健保署 一、健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱雲端系統)部分： (一)本署依會議決議，辦理雲端系統增修「摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍」，業於111年1月19日完成並上線。 (二)本署業依會議決議新增「高風險腎臟病人用藥主動提示(API)」，針對慢性腎臟病(CKD)第3期至第5期及透析病人，醫師處方 NSAIDs 逾一定天數進行提示。業於111年1月26日完成並上線。另有關增修腎功能狀態不明者提示部分，程式開發中。 二、為持續追蹤及管理透析前高風險腎臟病人，於3個月內累計使用 NSAIDs 藥品總日數≥ 31日之個案： (一)回饋資訊，供醫界自主管控：本署按季將開立 NSAIDs 用藥之院所醫師名單(將新增異常處方高於同儕值	☒ 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
			註記)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)回饋成效：分析111年第1季前揭指標監測結果與前1季比較，病人數由10千人下降至8.6千人（下降14%）。	
		二、通過健保醫療資訊雲端查詢系統增修摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍部分。	健保署 本署依會議決議，辦理雲端系統增修「摘要區腎臟病人宜注意用藥提示文字並擴大提示範圍」，業於111年1月19日完成並上線。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
		三、新增高風險腎臟病人用藥主動提示(API)之提示文字內容再函請台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會確認。	健保署 本署業依會議決議新增「高風險腎臟病人用藥主動提示(API)」，針對慢性腎臟病(CKD)第3期至第5期及透析病人，醫師處方NSAIDs逾一定天數進行提示。業於111年1月26日完成並上線。另有關增修腎功能狀態不明者提示部分，程式開發中。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
2	108_2_討(2) 109_1_報(4) C肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。	透過院所轉介C型肝炎透析病人進行治療。	健保署 納入本次討論事項第2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
3	109_1_討(1) 109_4_討(2) 109_臨_討(1) 「腹膜透析追蹤處置費及APD的機器租金費用，回溯追扣案」 111_1_報(5) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」修訂案。	一、58028C「全自動腹膜透析機相關費用」業經109年第四次共擬會議決議，並於110年3月1日實施，故不另修訂該項支付標準。 二、「腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)」，修訂重點如下： (一)門診或住院執行院所按實際使用天數申報。 (二)修改支付規範註3文字為「病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比例扣除腹膜透析未治療天數費用」。 (三)新增支付規範註4「病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」。 (四)為能確實掌握腹膜透析病人治療情	健保署 一、全自動腹膜透析機相關費用(58028C)修訂案，衛生福利部已於110年2月9日公告自110年3月1日生效。 二、58011C/58017C「腹膜透析處置費」修訂案，已提至111年3月10日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議討論通過，並續於111年4月28日至同年5月6日預告，後續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。	☐ 解除 ☒ 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項摘要	辦理情形	追蹤情形
		形，新增支付規範註5「申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載」。		
4	110_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111年再至本會議報告本計畫之執行成果。	將於門診透析 111 年第 3 次研商議事會議報告執行成果。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
5	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。	台灣腎臟醫學會所提「藥師照護指標定義及說明」，請於計畫實施半年後，再依病人照護情形，研擬相關成效指標，並提會討論。	台灣腎臟醫學會藥師公會全國聯合會請於會議上補充。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

決 定：

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：



門診透析預算執行概況

中央健康保險署
111.5.18

大綱

- 
1. 111年第1季點值推估
 2. 111年第1季醫療供給與利用
 3. 各相關方案執行概況(Early-CKD、Pre-ESRD)



01

111年第1季點值推估

3

111年第1季點值推估假設

- 總額醫療費用含部分負擔。
- 本次點值預估各季以實際預算數分配。
- 總額為以送核補報占率(99.99090663%)校正，該占率以最近一季(110Q4)結算金額計算得之。
- 以預估核減率調整之，預估核減率採110上半年爭審後核減率，各分區分別計之。
- 申報之藥費屬非浮動點數其每點支付1元；腹膜透析之追蹤處理費則每點支付1元。

門診透析獨立預算預估點值

月份	預算 (百萬)	預估核付點數(百萬)			預估點值	
		非浮動 點數	腹膜透析追蹤費	浮動點數	浮動點值	平均點值
第1季	10,650	698	167	11,126	0.8794	0.8881

說明：

一、製表日期：111年5月4日。

二、總額邏輯說明：

1.總額醫療費用含部分負擔。

2.本次點值預估，依加總近3年(106-108年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。西醫基層各季依序為24.37%、24.88%、25.28%、25.47%；醫院部門各季依序為24.58%、24.97%、25.18%、25.26%。

3.預算以送核補報占率(99.99090663%)校正，該占率以最近一季(110Q4)結算金額計算得之。

三、預估點數：

1.以核減率校正，預估核減率採110上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

2.藥費為非浮動點數每點1元；腹膜透析追蹤處理費每點1元。

02

111年第1季

醫療供給與利用(供給面)

111年Q1門診透析院所數

項目	年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
腹膜透析	110年Q1	29	20	28	18	16	4	115
	111年Q1	30	19	28	17	16	4	114
	增減	1	-1	0	-1	0	0	-1
整體	110年Q1	211	91	138	108	131	20	699
	111年Q1	223	94	142	115	135	20	729
	增減	12	3	4	7	4	0	30
整體成長率		6%	3%	3%	6%	3%	0%	4%

註：

- 資料來源：擷自111年4月29日本署三代倉儲資料。
- 醫院或基層申報血液透析或腹膜透析任一醫令之院所家數合計：
 - 血液透析：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58029C、58025C、58027C
 - 腹膜透析：58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C
- 成長率為整體透析院所本季最後一個月與去年同期之比較。
- 腹膜透析院所數異動區域之說明：
 - 臺北：增加土城醫院。
 - 北區：減少部苗栗。
 - 南區：減少崙安診所。

7

111年Q1門診透析院所數

項目	年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
醫學中心	110年Q1	8	1	4	2	3	1	19
	111年Q1	8	1	4	2	3	1	19
	增減	0	0	0	0	0	0	0
區域醫院	110年Q1	18	12	15	13	13	3	74
	111年Q1	18	12	15	13	13	3	74
	增減	0	0	0	0	0	0	0
地區醫院	110年Q1	39	29	36	21	30	8	163
	111年Q1	41	28	34	21	29	8	161
	增減	2	-1	-2	0	-1	0	-2
基層診所	110年Q1	146	49	83	72	85	8	443
	111年Q1	156	53	89	79	90	8	475
	增減	10	4	6	7	5	0	32
整體	110年Q1	211	91	138	108	131	20	699
	111年Q1	223	94	142	115	135	20	729
	增減	12	3	4	7	4	0	30
整體成長率		6%	3%	3%	6%	3%	0%	4%

註：

- 資料來源：擷自111年4月29日本署三代倉儲資料。
- 醫院或基層申報血液透析或腹膜透析任一醫令之院所家數合計：
 - 血液透析：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58029C、58025C、58027C
 - 腹膜透析：58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C
- 成長率為整體透析院所本季最後一個月與去年同期之比較。

111年Q1門診透析醫師數

層級別	年季	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	與去年同期之增減
醫學中心	110年Q1	86	38	52	22	52	6	256	6
	111年Q1	90	36	53	22	53	8	262	
區域醫院	110年Q1	98	55	58	64	58	7	339	3
	111年Q1	95	55	60	66	63	8	342	
地區醫院	110年Q1	81	104	76	46	71	17	392	17
	111年Q1	95	100	79	46	66	29	409	
基層院所	110年Q1	240	103	122	129	151	20	732	36
	111年Q1	258	96	129	134	155	24	768	
合計	110年Q1	483	243	269	235	290	46	1,507	57
	111年Q1	509	239	281	244	299	60	1,564	
增減		26	-4	12	9	9	14	57	
成長率		5.4%	-1.6%	4.5%	3.8%	3.1%	30.4%	3.8%	

註：

- 資料來源：擷自111年4月29日本署三代倉儲資料。
- 醫院或基層申報血液透析或腹膜透析任一醫令之院所家數合計：
 - 血液透析：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58029C、58025C、58027C
 - 腹膜透析：58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C
- 成長率為整體透析院所本季最後一個月與去年同期之比較。
- 因同一醫師可能跨分區或跨層級執業，故有各分區及各層級醫師數加總後不等於合計之情形，各分區醫師數增減不等於合計醫師數之增減。

9

111年Q1門診透析病床數

層級別	年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	增減
醫學中心	110年3月	581	137	300	138	347	75	1,578	19
	111年3月	596	137	300	142	347	75	1,597	
區域醫院	110年3月	1,098	742	872	727	711	105	4,255	91
	111年3月	1,150	747	898	727	719	105	4,346	
地區醫院	110年3月	865	1,013	982	655	706	148	4,369	47
	111年3月	903	1,017	982	662	704	148	4,416	
基層院所	110年3月	3,544	1,206	1,790	1,962	2,264	207	10,973	454
	111年3月	3,765	1,263	1,847	2,032	2,317	203	11,427	
合計	110年3月	6,088	3,098	3,944	3,482	4,028	535	21,175	611
	111年3月	6,414	3,164	4,027	3,563	4,087	531	21,786	
增減		326	66	83	81	59	-4	611	
成長率		5%	2%	2%	2%	1%	-1%	3%	

註：

- 資料來源：擷自111年3月31日本署三代倉儲資料。
- 增減及成長率係與前年最後一個月之同期比較。
- 病床數含洗腎治療床及腹膜透析床。

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所

排名	分區別	層級別	機構名稱	病床數		
				111年3月	110年3月	增加量
1	臺北	地區醫院	土○醫院	45	24	21
2	臺北	基層診所	喜○診所	30	12	18
3	臺北	區域醫院	雙○醫院	100	83	17
4	臺北	醫學中心	三○總醫院	68	53	15
4	高屏	地區醫院	義○大昌醫	45	30	15
4	臺北	基層診所	田○診所	30	15	15
4	臺北	基層診所	全○圓診所	30	15	15
5	臺北	區域醫院	新○市聯醫	92	78	14
5	中區	區域醫院	部○投	44	30	14
5	中區	基層診所	玉○診所	29	15	14
小計						158

註：本表僅呈現擴床資料

11

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所

臺北

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	地區醫院	土○醫院	45	24	21
2	基層診所	喜○診所	30	12	18
3	區域醫院	雙○醫院	100	83	17
4	醫學中心	三○總醫院	68	53	15
4	基層診所	田○診所	30	15	15
4	基層診所	全○圓診所	30	15	15
5	區域醫院	新○市聯醫	92	78	14
6	基層診所	櫟○診所	27	15	12
7	區域醫院	部○北	44	34	10
7	基層診所	柏○診所	30	20	10
小計					147

註：本表僅呈現擴床資料

12

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 北區

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	地區醫院	中○新竹	32	24	8
2	地區醫院	德○醫院	22	15	7
2	地區醫院	臺○生醫	46	39	7
3	區域醫院	新○馬偕	49	44	5
4	基層診所	心○診所	26	22	4
5	地區醫院	新○民法人	22	19	3
小計					34

註：本表僅呈現擴床資料

13

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 中區

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	區域醫院	部○南投	44	30	14
1	基層診所	玉○診所	29	15	14
2	區域醫院	童○合醫院	138	128	10
2	地區醫院	彰○漢銘	28	18	10
3	基層診所	農○診所	20	15	5
4	基層診所	合○診所	19	15	4
4	基層診所	旭○診所	19	15	4
5	地區醫院	員○醫院	55	53	2
5	區域醫院	部○原	60	58	2
6	地區醫院	惠○醫院	20	19	1
小計					66

註：本表僅呈現擴床資料

14

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所

南區

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	地區醫院	吉○醫院	25	15	10
2	地區醫院	彰○雲林	53	45	8
3	醫學中心	奇○醫院	90	86	4
3	基層診所	慈○診所	19	15	4
4	基層診所	惠○診所	30	28	2
小計					28

註：本表僅呈現擴床資料

15

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所

高屏

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	地區醫院	義○大昌醫	45	30	15
2	基層診所	益○診所	24	15	9
3	基層診所	揚○診所	30	23	7
4	區域醫院	輔○醫院	65	61	4
4	基層診所	琉○衛生所	19	15	4
4	基層診所	尚○診所	19	15	4
4	區域醫院	國○左營	30	26	4
4	基層診所	怡○診所	19	15	4
4	地區醫院	澎○醫院	24	20	4
4	基層診所	偉○康診	38	34	4
小計					59

註：本表僅呈現擴床資料

16

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 東區

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	地區醫院	北○鳳林	8	7	1
小計					1

註：本表僅呈現擴床資料

17

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 醫學中心

排名	分區別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	台北	三○總醫院	68	53	15
2	南區	奇○醫院	90	86	4
小計					19

註：本表僅呈現擴床資料

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 區域醫院

排名	分區別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	臺北	雙○醫院	100	83	17
2	臺北	新○聯醫	92	78	14
2	中區	部○投	44	30	14
3	臺北	部○北	44	34	10
3	中區	童○合醫院	138	128	10
4	臺北	恩○公醫院	52	45	7
7	北區	新○馬偕	49	44	5
6	高屏	國○左營	30	26	4
6	臺北	耕○醫院	81	77	4
6	高屏	輔○醫院	65	61	4
小計					89

註：本表僅呈現擴床資料

19

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 地區醫院

排名	分區別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	台北	土○醫院	45	24	21
2	高屏	義○大昌醫	45	30	15
3	中區	彰○漢銘	28	18	10
4	南區	彰○雲林	53	45	8
4	北區	中○大新竹	32	24	8
5	北區	臺○生醫	46	39	7
5	北區	德○醫院	22	15	7
6	高屏	澎○醫院	24	20	4
7	北區	新○民法人	22	19	3
7	高屏	天○聖功	24	21	3
小計					86

註：1.本表僅呈現擴床資料。

2.111年新增共3家地區醫院，新增38床。

20

111年Q1門診透析病床數增加前10大院所 基層診所

排名	層級別	機構名稱	病床數		
			111年3月	110年3月	增加量
1	台北	喜○診所	30	12	18
2	台北	全○圓診所	30	15	15
2	台北	田○診所	30	15	15
3	中區	玉○診所	29	15	14
4	台北	櫟○診所	27	15	12
5	台北	柏○診所	30	20	10
6	高屏	益○診所	24	15	9
7	南區	安○民雄診	15	7	8
8	高屏	揚○診所	30	23	7
9	台北	松○診所	14	8	6
9	台北	板○診所	21	15	6
9	南區	杏○診所	36	30	6
註: 小計					114

1.本表僅呈現擴床資料。
2.111年新特約透析診所29家共新增443床。

21

02

111年第1季

醫療供給與利用(利用面)

111年Q1門診透析服務利用情形-總表

透析類別		值					成長率				
		人數	清單件數 (千件)	醫令件數 (千件)	點數 (百萬)	每人 平均點數	人數	清單件數 (千件)	醫令件數 (千件)	點數 (百萬)	每人 平均點數
腹膜透析	110年Q1	6,361	19	114	744	116,886	0.33%	5.08%	152.80%	0.34%	0.01%
	111年Q1	6,382	20	287	746	116,894					
血液透析	110年Q1	79,911	238	2,816	11,062	138,428	1.47%	1.37%	1.11%	1.13%	-0.34%
	111年Q1	81,087	241	2,848	11,187	137,958					
二者皆有	110年Q1	524	2	11	65	124,283	-5.92%	-4.89%	76.88%	-7.27%	-1.44%
	111年Q1	493	2	20	60	122,498					
合計	110年Q1	86,796	259	2,941	11,871	136,763	1.34%	1.59%	7.27%	1.03%	-0.31%
	111年Q1	87,962	263	3,155	11,993	136,343					

註：

資料來源：擷自111年4月29日本署三代倉儲資料。

1.成長率係與前一年同期比較。

2.清單件數05案件計算。

3.醫令件數：血液透析醫令計算('58001C','58019C','58020C','58021C','58022C','58023C','58024C','58025C','58027C','58029C')

腹膜透析醫令計算('58002C','58011A','58011B','58011C','58017A','58017B','58017C','58026C','58028C')

4.全自動腹膜透析機相關費用 (58028C) 自110年3月1日起改按「日」計算，爰醫令件數大幅成長。

23

111年Q1門診透析服務利用情形-層級別

項目 透析類別	110年Q1					111年Q1					成長率				
	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	基層 院所	合計	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	基層 院所	合計	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	基層 院所	合計
人數 腹膜透析	3,350	2,551	430	42	6,361	3,367	2,545	452	34	6,382	0.5%	-0.2%	5.1%	-19.0%	0.3%
血液透析	7,571	18,179	16,364	40,770	79,911	7,615	18,179	16,391	41,461	81,087	0.6%	0.0%	0.2%	1.7%	1.5%
二者皆有	270	222	70	164	524	256	194	65	177	493	-5.2%	-12.6%	-7.1%	7.9%	-5.9%
小計	11,191	20,952	16,864	40,976	86,796	11,238	20,918	16,908	41,672	87,962	0.4%	-0.2%	0.3%	1.7%	1.3%
清單件數(千件) 腹膜透析	10	7	1	0	19	10	8	2	0	20	4.8%	2.1%	26.7%	-20.3%	5.1%
血液透析	21	52	46	119	238	21	52	47	121	241	1.2%	0.2%	0.8%	2.1%	1.4%
二者皆有	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2	-4.1%	-10.8%	3.3%	0.7%	-4.9%
小計	32	60	48	119	259	33	60	48	122	263	2.2%	0.3%	1.5%	2.1%	1.6%
醫令件數(千件) 腹膜透析	58	46	9	1	114	146	117	23	1	287	151.9%	151.9%	169.5%	84.9%	152.8%
血液透析	249	612	544	1,412	2,816	252	614	547	1,436	2,848	1.1%	0.2%	0.6%	1.7%	1.1%
二者皆有	4	4	1	2	11	9	7	2	3	20	110.2%	70.8%	82.0%	21.8%	76.9%
小計	311	662	553	1,414	2,941	407	737	572	1,439	3,155	30.7%	11.3%	3.3%	1.8%	7.3%
點數(百萬) 腹膜透析	392	299	48	5	744	392	300	50	4	746	0.1%	0.2%	5.4%	-21.0%	0.3%
血液透析	978	2,403	2,138	5,543	11,062	989	2,409	2,150	5,639	11,187	1.1%	0.2%	0.6%	1.7%	1.1%
二者皆有	28	23	5	9	65	26	20	5	9	60	-5.6%	-11.9%	-7.0%	-0.5%	-7.3%
小計	1,398	2,725	2,190	5,557	11,871	1,408	2,729	2,205	5,651	11,993	0.7%	0.1%	0.7%	1.7%	1.0%

註：1.成長率係與前一年同期比較。

資料來源：擷自111年4月29日本署三代倉儲資料。

2.人數小計為各層級人數加總。

3.全自動腹膜透析機相關費用 (58028C) 自110年3月1日起改按「日」計算，爰醫令件數大幅成長。

24

111年Q1門診透析服務利用情形-分區別

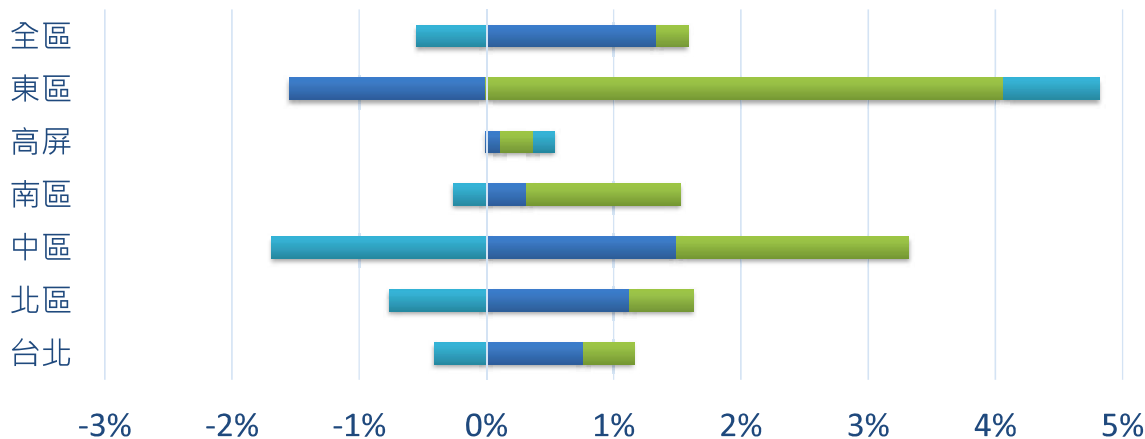
項目	透析類別	110Q1							111Q1							成長率						
		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
人數	腹膜透析	2,106	810	1,298	950	1,062	141	6,361	2,082	816	1,301	1,001	1,049	145	6,382	-1.1%	0.7%	0.2%	5.4%	-1.2%	2.8%	0.3%
	血液透析	23,594	12,539	15,098	13,479	15,036	2,306	79,911	23,819	12,699	15,343	13,477	15,075	2,270	81,087	1.0%	1.3%	1.6%	0.0%	0.3%	-1.6%	1.5%
	二者皆有	112	79	135	79	128	10	524	109	65	134	76	120	4	493	-2.7%	-17.7%	-0.7%	-3.8%	-6.3%	-60.0%	-5.9%
	小計	25,812	13,428	16,531	14,508	16,226	2,457	86,796	26,010	13,580	16,778	14,554	16,244	2,419	87,962	0.8%	1.1%	1.5%	0.3%	0.1%	-1.5%	1.3%
清單件數 (千件)	腹膜透析	6.16	2.34	3.95	2.74	3.10	0.41	18.70	6.04	2.45	4.65	3.02	3.07	0.42	19.65	-2.0%	4.5%	17.9%	10.5%	-1.1%	2.9%	5.1%
	血液透析	68.82	36.50	43.72	38.72	43.77	6.37	237.90	69.82	37.08	44.62	39.08	44.03	6.54	241.17	1.5%	1.6%	2.1%	0.9%	0.6%	2.7%	1.4%
	二者皆有	0.37	0.29	0.62	0.29	0.59	0.03	2.19	0.36	0.24	0.63	0.29	0.55	0.01	2.08	-2.2%	-14.7%	1.6%	-1.0%	-7.6%	-59.4%	-4.9%
	小計	75.35	39.13	48.29	41.75	47.47	6.81	258.79	76.22	39.77	49.90	42.39	47.64	6.97	262.90	1.2%	1.6%	3.3%	1.5%	0.4%	2.5%	1.6%
醫令件數 (千件)	腹膜透析	40	13	24	15	20	2	114	95	31	64	44	48	5	287	139.3%	133.5%	170.0%	193.6%	142.5%	140.4%	152.8%
	血液透析	812	432	518	464	520	71	2,816	820	436	526	468	523	74	2,848	1.0%	1.1%	1.6%	0.9%	0.7%	3.5%	1.1%
	二者皆有	2	1	3	2	3	0	11	4	2	6	2	5	0	20	83.5%	53.0%	116.2%	48.8%	65.5%	-33.5%	76.9%
	小計	854	446	545	481	542	74	2,941	919	469	597	515	577	79	3,155	7.6%	5.2%	9.5%	7.1%	6.3%	7.6%	7.3%
點數 (百萬)	腹膜透析	245	95	146	111	131	16	744	240	93	149	120	129	16	746	-2.0%	-2.1%	1.4%	7.9%	-1.4%	2.6%	0.3%
	血液透析	3,187	1,695	2,036	1,822	2,042	280	11,062	3,218	1,714	2,069	1,839	2,057	290	11,187	1.0%	1.1%	1.6%	0.9%	0.8%	3.5%	1.1%
	二者皆有	12	9	17	9	17	1	65	12	8	17	8	15	0	60	-2.4%	-14.6%	-1.8%	-3.8%	-10.7%	-67.3%	-7.3%
	小計	3,444	1,799	2,200	1,943	2,190	296	11,871	3,469	1,814	2,235	1,967	2,201	306	11,993	0.8%	0.9%	1.6%	1.3%	0.5%	3.2%	1.0%

資料來源：摘自111年4月29日本署三代倉儲資料。

25

註：全自動腹膜透析機相關費用（58028C）自110年3月1日起改按「日」計算，受醫令件數大幅成長。

111年Q1門診透析服務利用情形-解構圖



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
病人數成長率	0.77%	1.13%	1.49%	0.32%	0.11%	-1.55%	1.34%
每人就醫次數成長率	0.39%	0.50%	1.83%	1.20%	0.26%	4.06%	0.24%
每次就醫點數成長率	-0.40%	-0.76%	-1.69%	-0.26%	0.16%	0.76%	-0.55%
費用成長率	0.75%	0.86%	1.60%	1.26%	0.53%	3.23%	1.03%



03

各相關方案執行概況 (Early-CKD、Pre-ESRD)

27

Early-CKD



Early-CKD醫療服務利用情形

年度	院所數	醫師數	照護人數	預算執行 (百萬)
106年	901	3,853	352,650	113.2
107年	930	3,893	386,663	125.6
108年	999	4,001	407,149	132.2
109年	1,099	4,158	433,663	143.6
110年	1,168	4,360	462,492	152.5
111年1-3月	1,150	3,967	204,973	41.2

註：1.資料來源：本署三代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:111年5月5日)

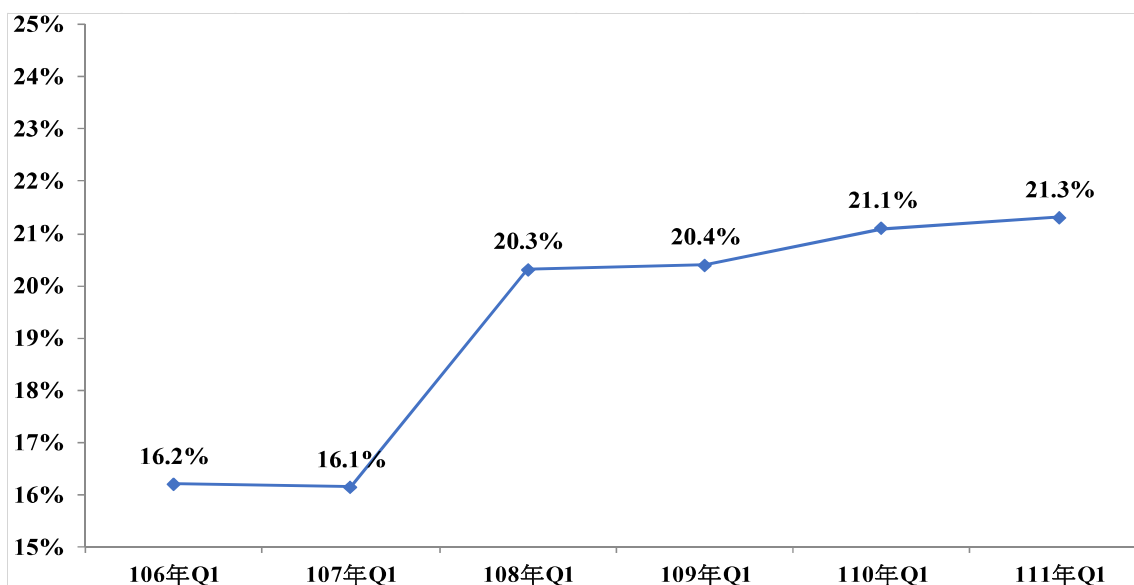
2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P43之歸戶數。

3.預算執行：該年度申報點數。

4.110年、111年資料仍持續收載中,後會因擷取時間不同而變動。

28

歷年Early-CKD個案照護率



註

- 1、資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔。(資料擷取時間:111年5月5日)
- 2、分母：統計期間內符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及申報醫令代碼為P3402C、P3403C、P3404C、P3405C的病人。
- 3、分子：申報醫令代碼前3碼為P43之歸戶人數(ID歸戶)。
- 4、111年資料仍持續收載中，後會因擷取時間不同而變動。

29

111年Q1各層級別照護率

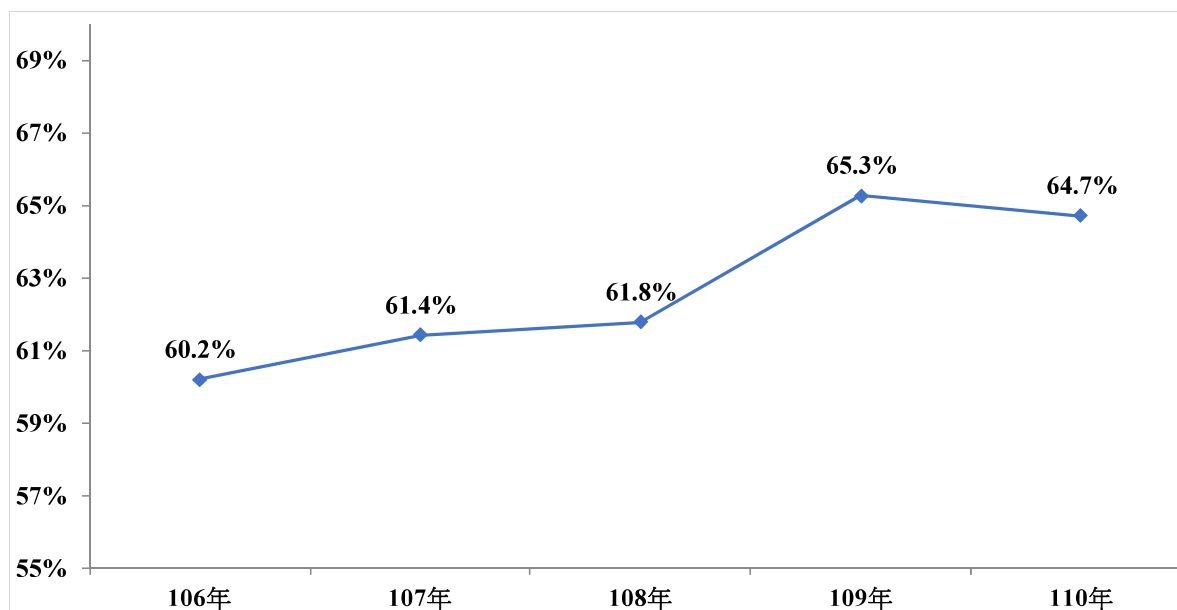
層級別	已收案照護人數	符合收案人數	照護率
全國	204,973	961,105	21.3%
醫學中心	37,063	236,510	15.7%
區域醫院	56,192	300,665	18.7%
地區醫院	38,212	196,487	19.4%
基層診所	73,518	248,089	29.6%

註

- 1、資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔。(資料擷取時間:111年5月5日)
- 2、分母：統計期間內符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及申報醫令代碼為P3402C、P3403C、P3404C、P3405C的病人。
- 3、分子：申報醫令代碼前3碼為P43之歸戶人數(ID歸戶)。

30

歷年Early-CKD完整追蹤率



註

1、資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔。(資料擷取時間:111年5月11日)

2、分母：統計期間內經Early-CKD方案照護之病人(有申報醫令前三碼為P43者)，並排除第四季新收案之人數。

3、分子：分母中達下列2項條件之一者為完整追蹤：

(1) 當年度新收案者(有申報P4301C者)：如為第一季申報新收案，且當年度追蹤管理(P4302C)達二次，或為第二、三季申報新收案，且當年度追蹤管理(P4302C)達一次。

(2) 非當年度新收案者(持續照護個案)：當年度追蹤管理(P4302C)達二次。

31

Pre-ESRD



Pre-ESRD醫療服務利用情形

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報點數 (百萬點)
106年	225	796	83,262	201.7
107年	240	830	90,419	219.4
108年	244	869	95,539	237.2
109年	233	835	97,747	246.5
110年	237	856	101,121	250.8
111年Q1	226	807	72,110	66.4

註：1.資料來源：本署三代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:111年5月6日)

2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P34之歸戶數。

3.預算執行：該年度申報點數。

4.110年、111年資料仍持續收載中，後會因擷取時間不同而變動。

111年Q1各層級別累計收案情形

Stage4、5病患照護情形			
層級別	已收案照護人數	符合收案人數	照護率
全 國	36,202	64,100	56.48%
醫學中心	12,011	21,069	57.01%
區域醫院	16,856	27,215	61.94%
地區醫院	5,985	11,397	52.51%
基層診所	1,350	4,419	30.55%

註：

1. 資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔 (擷取日期：111年5月6日)。
2. 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
3. 分子：申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。

33

111年Q1分區別累計收案情形

Stage4、5病患照護情形			
分區別	已收案照護人數	符合收案人數	照護率
全 國	36,202	64,100	56.48%
臺 北	10,525	19,662	53.53%
北 區	4,666	8,422	55.40%
中 區	6,841	12,643	54.11%
南 區	6,380	10,414	61.26%
高 屏	7,183	11,523	62.34%
東 區	607	1,436	42.27%

註：

1. 資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔 (擷取日期：111年5月6日)。
2. 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
3. 分子：申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。

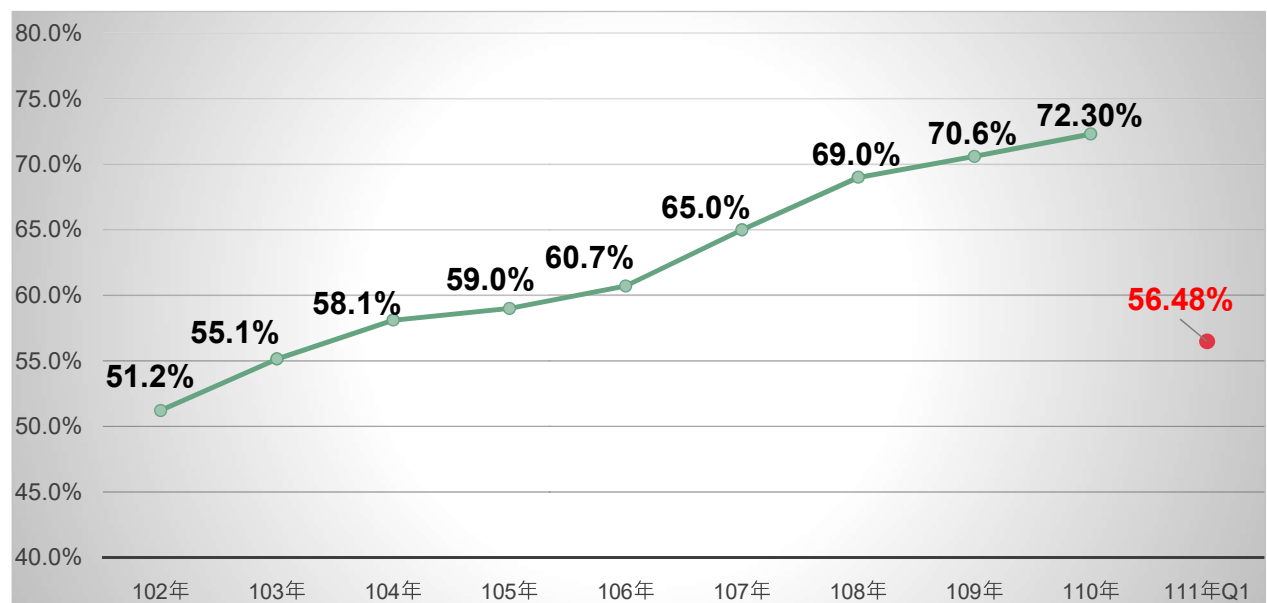
34

111年Q1累計收案情形-分區別*層級別

Stage4、5病患照護情形				
分區別	特約類別	已收案照護人數	符合收案人數	照護率
臺北	醫學中心	5,437	9,507	57.19%
	區域醫院	3,887	7,011	55.44%
	地區醫院	1,014	2,280	44.47%
	基層診所	187	864	21.64%
北區	醫學中心	816	1,616	50.50%
	區域醫院	2,194	3,551	61.79%
	地區醫院	1,302	2,401	54.23%
	基層診所	354	854	41.45%
中區	醫學中心	2,326	4,221	55.11%
	區域醫院	2,601	4,564	56.99%
	地區醫院	1,674	2,961	56.53%
	基層診所	240	897	26.76%
南區	醫學中心	1,135	2,111	53.77%
	區域醫院	4,293	6,338	67.73%
	地區醫院	820	1,426	57.50%
	基層診所	132	539	24.49%
高屏	醫學中心	2,019	3,094	65.26%
	區域醫院	3,576	5,170	69.17%
	地區醫院	1,155	2,048	56.40%
	基層診所	433	1,211	35.76%
東區	醫學中心	278	520	53.46%
	區域醫院	305	581	52.50%
	地區醫院	20	281	7.12%
	基層診所	4	54	7.41%

35

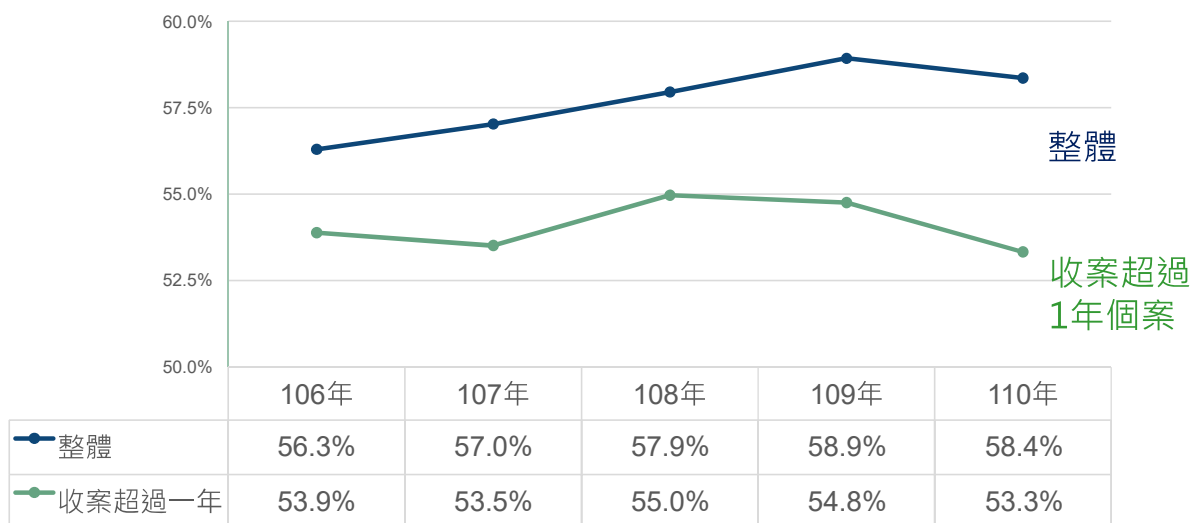
歷年Pre-ESRD個案累計照護率



註：

- 資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔 (擷取日期：111年5月6日)。
- 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、N049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
- 分子：申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。

近5年完整照護情形



- 1.收案超過1年個案之照護率近三年略有下降趨勢
- 2.疫情對整體完整照護率亦有影響。

備註：

1.資料來源：本署第三代倉儲(擷取日期：111/05/11)

2.完整照護率：

(1)收案超過1年個案：收案超過1年者，當年度曾申報P3404C之比率。

(2)整體：收案後均有按季申報P3403C之比率。

37

111年Q1累計新增獎勵費申報情況

項目	院所數	醫師數	照護人數	申報費用(萬)
預先建立瘻管獎勵費	76	199	349	34.9
保險對象接受親屬活體腎臟移植者之照顧獎勵費				
(1)透析前	2	2	2	12
(2)取得重大傷病卡6個月內	1	2	2	6
(3)取得重大傷病卡超過6個月	-	-	0	0

註：1.資料來源：本署三代倉儲醫令及明細檔(資料擷取:111年5月3日)。

2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼為P3410、P3411、P3412、P3413C之歸戶數。

3.申報院所：

(1)透析前活體移植共2例：亞東醫院及成大醫院各1例。

(2)取得重大傷病卡6個月內移植共2例：三軍總醫院2例。

4.110年Q1保險對象接受親屬間活體腎臟移植照護人數：

	照護人數
(1)透析前	5
(2)取得重大傷病卡6個月內	4
(3)取得重大傷病卡超過6個月	6

受疫情影響，腎移植照護人數略有下降

38

111年Q1急性腎臟病(AKD)照護及藥師諮詢服務

項目	院所數	執行醫事人員數	照護人數	申報費用(萬)
急性腎臟病(AKD)照護				
(1)AKD病人管理與照護	17	41	79	9.2
(2)AKD藥師照護	6	7	10	0.2
Pre-ESRD藥事照護	55	172	3,236	67.1

資料來源：本署三代倉儲醫令及明細檔 (資料擷取:111年5月3日)

39

小結

1. 門診透析人數成長率有趨緩趨勢，110年人數成長率為2.0%，111年第1季為1.34%；醫療供給方面(院所、醫師及病床數)成長率在3~4%之間。
2. DM-CKD整合照護計畫於111年3月1日起實施，請院所積極整合，收案照護。
3. 疫情期間Early-CKD及Pre-ESRD完整追蹤/照護率略有波動：Early-CKD因放寬檢驗檢查可免予上傳，完整追蹤率略有上升；Pre-ESRD完整照護率略有下降情形，請醫療院所持續關注病人後續照顧情形。

40

敬請指教

報告事項-第三案**報告單位：本署醫務管理組****案 由：110年第4季門診透析服務點值結算報告(頁次報3-3)。****說 明：**

一、110年第4季透析預算如下表：

110 第 4 季	預算(元)
西醫基層預算(A)	4,937,549,737
醫院預算(B)	5,711,524,174
透析一般預算(C=A+B)	10,649,073,911

二、110年第4季透析核定點數如下表：

	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	83,799,145	1,190,284	5,665,505,004
醫院	640,495,150	165,214,048	5,674,133,025
自墊核退	868,041		
合計	725,162,336	166,404,332	11,339,638,029

三、110年第4季點值結算之一般服務浮動及平均點值如下：

季別	浮動點值	平均點值
110 年 Q4	0.86047784	0.87064800
109 年 Q4	0.84674960	0.85820726

*依據109年11月19日門診透析預算研商議事會議109年第4次會議決議，109年上半年採半年結算、下半年恢復按季結算。

四、Pre-ESRD計畫110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)」、「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)及其申復合併運用4.5億元，品保款(預算4,500萬)預訂於111年6月底前完成核發。上述計畫截至110年Q4結算金額共計328,960,910元(預算執行率為81.22%)。

五、本季結算作業，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 定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 1

一、門診透析醫療給付費用

(一) 110年第4季調整後門診透析醫療給付費用總額

=110年調整前各季門診透析合併預算之醫療給付費用(加總D1)－110年第1~3季調整後門診透析合併預算之醫療給付費用合計

= 41,994,683,862－ 10,282,983,511－ 10,467,790,624－ 10,594,835,816

= 10,649,073,911 (D2)

註：

1. 依據110年2月24日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」決議，110年「門診透析四季預算分配」依加總近三年(106-108年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。110年各季預算占率分別如下：

(1)西醫基層：第1季24.372375%、第2季24.877078%、第3季25.283058%、第4季25.467489%。

(2)醫院：第1季24.584175%、第2季24.968821%、第3季25.182627%、第4季25.264377%。

2. 110年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為41,994,683,862元。

(1)110年第1季調整後預算 $10,282,983,511 = 19,387,658,269(G0合計) \times 24.372375\%(c_q1) + 22,607,025,593(G1合計) \times 24.584175\%(h_q1)$ 。

(2)110年第2季調整後預算 $10,467,790,624 = 19,387,658,269(G0合計) \times 24.877078\%(c_q2) + 22,607,025,593(G1合計) \times 24.968821\%(h_q2)$ 。

(3)110年第3季調整後預算 $10,594,835,816 = 19,387,658,269(G0合計) \times 25.283058\%(c_q3) + 22,607,025,593(G1合計) \times 25.182627\%(h_q3)$ 。

(4)110年第4季調整後預算 $10,649,073,911 = 110年全年預算數 - 110年第1季調整後預算 - 110年第2季調整後預算 - 110年第3季調整後預算$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 2

二、調整前門診透析醫療給付費用

項目	109年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	109年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	110年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	110年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	110年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.992%)	(G1) =B1×(1+1.801%)	(D1) =G0+G1
第1季	4,358,878,467	5,314,396,783	4,576,473,680	5,410,109,069	9,986,582,749
第2季	4,494,424,937	5,698,421,755	4,718,786,630	5,801,050,331	10,519,836,961
第3季	4,729,521,422	5,564,663,628	4,965,619,131	5,664,883,220	10,630,502,351
第4季	4,883,018,542	5,629,593,985	5,126,778,828	5,730,982,973	10,857,761,801
合計	18,465,843,368	22,207,076,151	19,387,658,269	22,607,025,593	41,994,683,862

註：

- 1.110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 109年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.992%)。
- 2.110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 109年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+1.801%)。
- 3.110年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 110年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 110年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

項目	調整前 110年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G0)	調整前 110年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費) (G1)	調整前 110年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D1) =G0+G1	調整後 110年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費) (G3)	調整後 110年各季 醫院門診透析 算之醫療給付費用 (G4)	調整後 110年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用 (D2) =G3+G4
第1季	4,576,473,680	5,410,109,069	9,986,582,749	4,725,232,777	5,557,750,734	10,282,983,511
第2季	4,718,786,630	5,801,050,331	10,519,836,961	4,823,082,870	5,644,707,754	10,467,790,624
第3季	4,965,619,131	5,664,883,220	10,630,502,351	4,901,792,885	5,693,042,931	10,594,835,816
第4季	5,126,778,828	5,730,982,973	10,857,761,801	4,937,549,737	5,711,524,174	10,649,073,911
合計	19,387,658,269	22,607,025,593	41,994,683,862	19,387,658,269	22,607,025,593	41,994,683,862

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：4

四、腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算=450,000,000元

1. 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：45,000,000(另行結算)
2. 預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用：5,140,000

第1季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4
=(450,000,000—45,000,000—5,140,000)/4=99,965,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	62,445,177	62,445,177	0
(2)初期慢性腎臟病：	18,325,080	18,325,080	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	80,770,257	80,770,257	0

已支用點數=80,770,257

暫結金額=1元/點×已支用點數=80,770,257

未支用金額=第1季預算—1元/點×第1季已支用點數=99,965,000—80,770,257=19,194,743

第2季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4+前一季未支用金額
=(450,000,000—45,000,000—5,140,000)/4+19,194,743=119,159,743

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	58,224,590	58,224,590	0
(2)初期慢性腎臟病：	15,763,550	15,763,550	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	7,517	0	7,517
(4)小計：	73,995,657	73,988,140	7,517

已支用點數=73,995,657

暫結金額=1元/點×已支用點數=73,995,657

未支用金額=第2季預算—1元/點×第2季已支用點數=119,159,743—73,995,657=45,164,086

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 5

第3季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額
=(450,000,000— 45,000,000— 5,140,000)/4+ 45,164,086= 145,129,086

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：	62,429,796	62,429,796	0
(2)初期慢性腎臟病：	18,028,800	18,028,800	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	80,458,596	80,458,596	0

已支用點數= 80,458,596

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 80,458,596

未支用金額= 第3季預算 — 1元/點× 第3季已支用點數= 145,129,086 — 80,458,596= 64,670,490

第4季:預算=(全年預算—慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫—預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用)/4 + 前一季未支用金額
+ 預估初期慢性腎臟病品質獎勵費用
=(450,000,000— 45,000,000— 5,140,000)/4+ 64,670,490+ 5,140,000= 169,775,490

	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：	66,249,100	66,249,100	0
(2)初期慢性腎臟病：	27,487,300	27,487,300	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	0	0	0
(4)小計：	93,736,400	93,736,400	0

已支用點數= 93,736,400

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數= 93,736,400

未支用金額= 第4季預算 — 1元/點× 第4季已支用點數= 169,775,490 — 93,736,400= 76,039,090

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 6

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：	249,348,663	249,348,663	0
(2)初期慢性腎臟病：	79,604,730	79,604,730	0
(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復：	7,517	0	7,517
(4)小計：	328,960,910	328,953,393	7,517

暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝ 80,770,257＋ 73,995,657＋ 80,458,596＋ 93,736,400＝ 328,960,910

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－ 328,960,910＝ 76,039,090

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：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

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	170,896,399	170,896,399	0	52,947,958	52,947,958	0	28,037,774	28,037,774
北區分區	1,220,109	69,710,031	70,930,140	365,733	20,823,335	21,189,068	281,786	10,109,204	10,390,990
中區分區	2,522,222	106,218,691	108,740,913	772,501	34,222,995	34,995,496	403,079	18,297,602	18,700,681
南區分區	86,282	85,784,252	85,870,534	26,025	25,423,067	25,449,092	3,240	13,203,304	13,206,544
高屏分區	96,934	98,359,498	98,456,432	26,025	28,147,568	28,173,593	462	15,958,406	15,958,868
東區分區	0	11,620,495	11,620,495	0	3,649,125	3,649,125	0	1,648,239	1,648,239
合 計	3,925,547	542,589,366	546,514,913	1,190,284	165,214,048	166,404,332	688,567	87,254,529	87,943,096

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處置費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處置費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處置費核定點數」後之點數。
4. 依據109年11月18日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」109年第4次會議決議，110年門診透析服務保障項目維持原109年(腹膜透析之追蹤處置費(58011C及58017C)採每點1元支付；偏遠地區之門診透析服務院所保障每點1元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R05

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：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

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	8,905,200	20,776,776	29,681,976	1,815,594,917	1,436,671,140	3,252,266,057
北區分區	0	0	0	674,307,463	1,080,970,542	1,755,278,005
中區分區	297,312	0	297,312	934,766,309	1,175,828,906	2,110,595,215
南區分區	12,833,788	10,556,012	23,389,800	1,026,605,875	829,963,958	1,856,569,833
高屏分區	36,057,202	30,348,200	66,405,402	1,126,985,909	913,275,296	2,040,261,205
東區分區	21,780,096	36,224,796	58,004,892	86,555,964	150,168,654	236,724,618
合 計	79,873,598	97,905,784	177,779,382	5,664,816,437	5,586,878,496	11,251,694,933

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.1.1之腹膜透析案件者。
2. 本表「核定非浮動點數」係指「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 9

3.1.3 合計

就醫分區	核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層 (J) =(J1)+(J2)	醫院 (K) =(K1)+(K2)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J) +(K)+(L)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N) =(N2)+(N3)	醫院 (O) =(O2)+(O3)	小計 (P) =(N)+(O)
臺北分區	8,905,200	191,673,175	404,881	200,983,256	0	52,947,958	52,947,958	1,815,594,917	1,464,708,914	3,280,303,831
北區分區	1,220,109	69,710,031	20,646	70,950,786	365,733	20,823,335	21,189,068	674,589,249	1,091,079,746	1,765,668,995
中區分區	2,819,534	106,218,691	196,773	109,234,998	772,501	34,222,995	34,995,496	935,169,388	1,194,126,508	2,129,295,896
南區分區	12,920,070	96,340,264	93,652	109,353,986	26,025	25,423,067	25,449,092	1,026,609,115	843,167,262	1,869,776,377
高屏分區	36,154,136	128,707,698	83,124	164,944,958	26,025	28,147,568	28,173,593	1,126,986,371	929,233,702	2,056,220,073
東區分區	21,780,096	47,845,291	68,965	69,694,352	0	3,649,125	3,649,125	86,555,964	151,816,893	238,372,857
合 計	83,799,145	640,495,150	868,041	725,162,336	1,190,284	165,214,048	166,404,332	5,665,505,004	5,674,133,025	11,339,638,029

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 10

(二)保障偏遠地區之門診透析服務院所原始申報之非浮動點數、浮動點數：

3.2.1 保障偏遠地區之腹膜透析

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計 RM1+RP1+RP3
	西醫基層 (RJ1)	醫院 (RK1)	小計 (RM1) =(RJ1)+(RK1)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01)	小計 (RP1) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN3)	醫院 (R03)	小計 (RP3) =(RN3)+(R03)	
臺北分區	0	251,320	251,320	0	83,280	83,280	0	63,561	63,561	398,161
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	251,320	251,320	0	83,280	83,280	0	63,561	63,561	398,161

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：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 11

3.2.2 保障偏遠地區之血液透析

核定非浮動點數				核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
就醫分區	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	8,905,200	20,776,776	29,681,976	29,681,976
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	297,312	0	297,312	297,312
南區分區	0	0	0	12,833,788	10,556,012	23,389,800	23,389,800
高屏分區	10,311,500	0	10,311,500	25,745,702	30,348,200	56,093,902	66,405,402
東區分區	0	0	0	21,780,096	36,224,796	58,004,892	58,004,892
合 計	10,311,500	0	10,311,500	69,562,098	97,905,784	167,467,882	177,779,382

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.2.1之腹膜透析案件者。
2. 本表「核定非浮動點數」係指「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 12

3.2.3 保障偏遠地區之合計

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計 RM+RP1+RP
	西醫基層 (RJ)	醫院 (RK)	小計 (RM)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN)	醫院 (R0)	小計 (RP)	
	=(RJ1)+(RJ2)	=(RK1)+(RK2)	=(RJ)+(RK)			=(RN1)+(R01)	=(RN2)+(RN3)	=(R02)+(R03)	=(RN)+(R0)	
臺北分區	0	251,320	251,320	0	83,280	83,280	8,905,200	20,840,337	29,745,537	30,080,137
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	297,312	0	297,312	297,312
南區分區	0	0	0	0	0	0	12,833,788	10,556,012	23,389,800	23,389,800
高屏分區	10,311,500	0	10,311,500	0	0	0	25,745,702	30,348,200	56,093,902	66,405,402
東區分區	0	0	0	0	0	0	21,780,096	36,224,796	58,004,892	58,004,892
合 計	10,311,500	251,320	10,562,820	0	83,280	83,280	69,562,098	97,969,345	167,531,443	178,177,543

註：依據109年11月18日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」109年第4次會議決議，保障偏遠地區之門診透析服務院所每點1元，定義分述如下：

1. 山地離島地區。
2. 當年公告「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。
3. 當年公告「全民健康保險西醫醫療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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/04/27

110年第 4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

頁 次： 13

六、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,649,073,911 \quad - \quad 725,162,336 \quad - \quad 166,404,332 \\
 = & \text{-----} \\
 & 11,339,638,029 \\
 = & 0.86047784 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 10,649,073,911 \\
 = & \text{-----} \\
 & 725,162,336 \quad + \quad 166,404,332 \quad + \quad 11,339,638,029 \\
 = & 0.87064800 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/09(含)以前:於111/01/01～111/03/31期間核付者。
2. 費用年月110/10～110/12:於110/10/01～111/03/31期間核付者。

報告事項-第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」

（下稱「品保方案」）附表之三、專業醫療服務品質指標「C型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」及「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2 項指標「參考值」案（如附表）。

說明：

- 一、本署前於 111 年 1 月 5 日函請台灣腎臟醫學會針對品保方案增修事宜提供專業意見，台灣腎臟醫學會於 111 年 2 月 11 日函及 111 年 2 月 22 日電子郵件回復 111 年維持原案，無增修項目。
- 二、近期各界無建議品保方案專業指標增修事項，惟「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」及「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」2 項指標之「參考值」誤植部分，說明如下：
 - （一）品保方案專業指標參考值之訂定：正向指標取平均值 $\times (1-10\%)$ 為下限，負向指標取平均值 $\times (1+10\%)$ 為上限。
 - （二）前揭 2 項指標皆為正向指標，參考值誤植為最近 3 年平均值 $\times (1+10\%)$ 為上限，故修正參考值為「最近 3 年平均值 $\times (1-10\%)$ 為下限。」。

擬辦：擬依本次會議決議，辦理後續品保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

決定：

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

附表 全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案

修正如畫底線及刪除線

(三)血液透析/腹膜透析(新增)

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
1. C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率(新增)	最近 3 年平均值 * <u>$(1+10\%)(1-10\%)$</u> 為 <u>±</u> 上下限。 ※本項為正向指標		每年	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	檢查率=(分母病患於統計期間及追蹤統計期前 3 年有做 HCV RNA 檢查或 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫收案治療者人數)/(統計期間門診透析服務品質上傳資料之最大檢驗日期檢驗結果「Anti-HCV」為陽性人數) (百分比) *HCV RNA 檢查以門診透析服務品質上傳資料、檢驗(查)結果(即時)上傳資料與 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫收案資料計算 *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患以及當年度(統計年)前已死亡以及當年度(統計年)死亡且沒有檢驗值上傳紀錄之個案。
2. HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率(新增)	最近 3 年平均值 * <u>$(1+10\%)(1-10\%)$</u> 為 <u>±</u> 上下限。 ※本項為正向指標		每年	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	治療率=(分母病患於統計期間及追蹤統計期前 3 年，於 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫收案治療者，不含：最末次收案治療失敗、復發與再感染者) / (於統計期間及追蹤統計期前 3 年之 HCV RNA 檢查之最大檢驗日期檢驗結果為陽性或 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫收案治療者病人數) (百分比) *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患以及當年度(統計年)前已死亡以及當年度(統計年)死亡且沒有檢驗值上傳紀錄之個案。

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。

報告事項-第五案

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5-2)。

決定：

貳、討論事項

討論事項-第一案

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) 明年第 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)。

(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、追蹤辦理情形如附件(頁次討1-3)。

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、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。	請於會議上補充。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

討論事項-第二案

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。

說明：

- 一、本署篩選院所上傳於【健保資訊服務網系統（VPN）>ESRD 透析服務品質提升獎勵計畫】之 HCV RNA 及 anti-HCV 資料，並排除已接受 C 肝新藥（下稱 DAA）治療及死亡者，待評估接受 C 肝診療處置之透析病人數如下表：

院所上傳 HCV RNA 及 anti-HCV 情形		人數	累計人數
HCV RNA 待確認	A-病人不願轉介治療	731	731
	B-已治療完成	1,384	2,115
	X-已轉介但尚未有檢驗結果	194	2,309
HCV RNA(+)		76	2,385
Anti-HCV(+)		93	2,478

- 二、上述透析病人所在之透析院所特約類別分布如下：

	特約類別					
	醫院			醫院 合計	診所	總計
	醫中	區域	地區			
A	46	130	160	336 (14%)	395 (16%)	731
B	79	368	287	734 (30%)	650 (26%)	1,384
X	18	41	32	91 (3.7%)	103 (4.2%)	194
RNA(+)	4	11	15	30 (1.2%)	46 (1.9%)	76
Anti-HCV(+)	4	5	14	23 (0.9%)	70 (2.8%)	93
總計	151	555	508	1,214 (49%)	1,264 (51%)	2,478

擬辦：

- 一、本署將透過各分區業務組回饋透析院所前述 C 肝透析病人名單，其後續處置流程研擬如下：

(一)屬 RNA(+):

- 1、確認病人最新之 RNA 結果(查詢院內資料或健保雲端 BC

肝炎專區)，評估病人是否須接受 DAA 治療。

- 2、依「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，DAA 治療前應有半年內之 RNA(+)資料，另計畫已無限制醫師處方 DAA 之專科資格，腎臟科醫師亦可開立。
- 3、透析院所如無法提供 C 肝治療，且病人未接受轉介，可透過設置 C 肝外展門診方式，由他院消化專科醫師於透析診所為病人診療，本署分區業務組將協助媒合。

(二)屬 HCV RNA 待確認：

- 1、屬 A-病人不願轉介治療：請向本署分區業務組回饋病人不願治療的原因，可透過外展門診方式提供病人 C 肝治療。
- 2、屬 B-已治療完成或 X-已轉介但尚未有檢驗結果：依「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」，可上傳 4 年內 RNA 結果，請先自健保雲端 BC 肝炎專區查詢病人是否有最近 1 次 RNA 結果資料。

(三)屬 Anti-HCV(+): 確認病人最新之 Anti-HCV(+)結果 (查詢院內資料或健保雲端 BC 肝炎專區)，評估病人是否須檢驗 RNA，若檢驗後 RNA 為陽性，則為其提供 C 肝診療。

- 二、請透析院所及腎臟科主治醫師協助前揭 C 肝診療處置，透析院所如無法直接處方 DAA 治療 RNA(+)病人，請儘量配合由外展門診方式讓病人能夠接受治療。

決 議：

討論事項-第三案

提案單位：本署醫務管理組

案 由：有關若健保給付「居家血液透析」之運作模式，提請討論。

說 明：(本案將於後續補充)