



全民健康保險醫療給付費用
門診透析預算研商議事會議
108 年第 4 次會議資料

108 年 11 月 13 日（星期三）

本署 18 樓大禮堂

「門診透析預算研商議事會議」108 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、門診透析預算研商議事會議 108 年度第 3 次會議紀錄確認……………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、108 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。	報 3-1
四、門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。	報 4-1
五、109 年研商議事會議之會議召開事宜。	報 5-1
六、腎功能異常使用 NSAID 藥量者篩異指標管理機制。	報 6-1
七、診所無障礙就醫環境合格標準(醫事司)。	報 7-1

肆、討論事項

一、「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案	討 1-1
二、109 年「門診透析服務保障項目」討論案。	討 2-1
三、109 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」修訂案。	討 3-1

四、109 年「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」修訂案。	討 4-1
五、「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。	討 5-1
六、腹膜透析追蹤處置費及 APD 的機器租金費用，回溯追扣案。	討 6-1

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研商議事會議」

108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 8 月 14 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 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

出席代表：

吳代表麥斯	請假	楊代表孟儒	楊孟儒
宋俊明代表	宋俊明	廖代表秋鐳	廖秋鐳
李代表妮真	請假	趙銘圓代表	趙銘圓
李純馥代表	李純馥	蔡代表宗昌	蔡宗昌
洪代表冠予	請假	鄭集鴻代表	鄭集鴻
張代表克士	張克士	鄭代表建信	鄭建信
張代表孟源	張孟源	盧國城代表	盧國城
張代表晏晏	張晏晏	謝代表武吉	謝孝佳代
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭咏臻代表	郭咏臻	羅永達代表	羅永達
曾代表志龍	曾志龍		
黃代表明和	黃明和		
楊代表五常	請假		

列席單位及人員：

衛生福利部
衛生福利部全民健康保險會

白其怡
廖尹嫻

衛生福利部食品藥物管理署
衛生福利部國民健康署
衛生福利部醫事司
台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣腎臟醫學會

基層透析協會
財團法人器官移植登錄中心
彰濱秀傳醫院
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組
本署資訊組
本署企劃組
本署財務組
本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組

盧秋燕
黃紀諺
潘佩淇
黃麗如、何宛青、顏正婷、
鄭禮育
吳韻婕

林元灝、林慧美、林佳靜

曾庭俞
方冠雅
李文欽、賀昊中
吳科屏、劉林義、王本仁、
洪于淇、張作貞、陳玟蓓、
楊瑜真、許博淇、張毓芬、
黃曼青、鄭智仁、鄭正義、
楊淑美
宋瑞蛟、張如薰、詹淑存
李冠毅
陳泰諭
楊雅惠
林怡君、陳懿娟
麻晟瑋
張凱瑛
呂俞樺
陳秀玲
江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、另下列事項列入繼續追蹤：

(一)序號3-透析專業醫療品質監測結果中，有關研議新增透析存活年限統計之可行性。

(二)序號4-慢性腎病患者管理與預防之相關策略初步結果中，有關雲端藥歷系統新增腎功能不佳之提示功能。

(三)序號5-其中關於透析診所進行C肝病人轉介治療，俟今年本署爭取到足夠經費始透過透析診所進行轉介治療案。

(四)序號6-NSAID藥異常者篩異指標管理機制。

第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

案由：108年第1季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認108年第1季點值如下表，會議確認後辦理點值公布、結算事宜。

季別	浮動點值	平均點值
108Q1	0.84566715	0.85771035

二、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：107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：洽悉。

第五案

案由：107年B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體轉陽個案院所說明報告案

決定：

- 一、請醫審及藥材組與台灣腎臟醫學會及消化專科醫學會研議減少C型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式。
- 二、請台灣腎臟醫學會持續輔導院所確認轉陽個案上傳資料，加強改善申報品質。

肆、討論事項

第一案

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位回復意見，討論案。

決議：

- 一、請本案相關單位（台灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全聯會、基層透析協會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全聯會、台灣移植醫學會、衛生福利部等相關單位）就本案所規劃之具體執行方案確實執行，於下次會議報告辦理情形。
- 二、有關Pre-ESRD之收案條件，請台灣腎臟醫學會研議修訂，並提下次會議討論。
- 三、請國民健康署及食品藥物管理署設計提醒民眾勿自行購買來路不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報，並建議可邀請本會之專家學者代表宋俊明教授、李文欽副院長及台灣腎臟

醫學會等共同討論海報內容，並請張貼於各藥局。

四、請醫事司研議再放寬活體腎臟移植之可行性。

五、請財團法人器官移植登錄中心設計宣導活體腎臟移植海報，並於各院所之透析室張貼。

伍、臨時提案

案由：「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案。

決議：本案尚須通盤考量，列入下次會議討論。

陸、與會人員發言摘要詳如附件。

柒、散會：下午 5 時 30 分。

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：

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	107_2_報(2) 門診透析預算執行概況報告。	有關 80 歲以上且無意識之患者適當透析處置案，將併長期使用呼吸器且無意識患者(不分年齡)透析處置適當性提送國衛院論壇納入議題討論。	本署分別於 108 年 5 月 7 日 1080033217 函及 108 年 10 月 7 日請辦單請國衛院將「80 歲以上無意識患者透析之適當處置」納入論壇議題討論，持續追蹤列管。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
2	108_2_報(4) 門診透析專業醫療服務品質監測結果。	一、透析專業醫療品質監測結果中，研議新增透析存活年限統計之可行性。 二、研議新增透析者存活年限統計之可行性部分，本署業於 108 年 7 月 26 日以健保審字第 1080035910 號函，請台灣腎臟醫學會提供「透析者存活年限統計」之操作型定義，再行研議可行性。	一、台灣腎臟醫學會於 108 年 8 月 12 日函復，建議重新檢視專業指標操作型定義時，一併討論(附件 1)。 二、擬與台灣腎臟醫學會召開「門診透析專業醫療服務品質指標操作型定義檢討討論會」，本案將於會上併同討論於「透析時間 $\geq$ 1 年之慢性透析病人死亡率」指標擴增類別，研擬新增透析者存活年限統計之可行性。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	108_2_ 討 (1) 「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略初步結果」討論案。	一、有關雲端藥歷系統新增「腎功能不佳」提示功能，請醫審及藥材組列入研議參考。 二、本署業於 108 年 5 月 13 日以健保審字第 1080035440 號函，請台灣腎臟醫學會提供「腎功能不佳」之操作型定義，俟學會回復後，再行研議可行性	一、經洽台灣腎臟醫學會，初步建議，考量以 eGFR 檢驗值為依據較診斷為準確。 二、另諮詢專家意見，建議「提示第四、五期慢性腎臟疾病及末期腎疾病 (ICD_10_CM code N18.4、N18.5、N18.6) 患者與腹膜透析之患者。並建議再規劃慢性腎臟疾病分期 3b 之病患納入提示之方式。 三、建議本案與「慢性腎臟病患者管理與預防相關策略」之具體執行方案(下稱具體執行方案)，於策略二、(一)之 2-1「雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示『此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物』字眼，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖定藥物。」併同研議。 四、規劃於本署健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區，建置「慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」提示功能，點開展現視窗，提示「eGFR<45 或第四、五期慢性腎臟疾病及末期腎疾病 (ICD_10_CM code N18.4、N18.5、N18.6) 患者與腎臟移植 (ICD_10_CM code Z94.0、T86.10-T86.19) 患者」最後一筆 eGFR 檢驗值，預計於 109 年第 1 季建置使用。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
4	108_2_ 討 (2) C 肝病人用藥治療與血液透析感染管控討論案。	其中關於透析診所進行 C 肝病人轉介治療，俟今年本署爭取到足夠經費始透過透析診所進行轉介治療案。	一、健保已自 108 年 9 月 20 日起再開放新藥使用名額，優先提供肝纖維化程度 F3 以上之 C 型肝炎患者使用。 二、本署分析之 C 型肝炎潛在名單個案(已排除截至 108/4/16 前使用新藥者，潛在名單個案不一定目前體內有 C 肝病毒，仍須進一步確認有病毒量陽性資料)中，屬於 106 年及 107 年「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質收案檔」之個案者，共有 5,784 人，其中 566 人已接受新藥治療(截至 108/10/28)。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
5	108_2_ 討 (3)「腎功能異常使用 NSAID 藥量者篩異指標管理机制」討論案。	建議本案於下次會議提會報告本案統計改善情形。	一、經統計 108 第 2 季資料，與 108 年第 1 季相較醫師數由 1616 下降至 1499 人及件數由 5,956 下降至 5,682 件(附件 2)。將持續與醫界共同合作，請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員，以確保民眾就醫安全，善用健保資源。 二、本案已納入報告事項第 6 案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	108_3_ 報(5)107年B型肝炎表面抗原、C型肝炎抗體轉陽個案院所說明報告案	一、請醫審及藥材組與台灣腎臟醫學會及消化專科醫學會研議減少C型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式。 二、請台灣腎臟醫學會持續輔導院所確認轉陽個案上傳資料，加強改善申報品質。	研議減少C型肝炎個案檢驗數據偽陽性之方式部分，本署業於108年9月27日以健保審字第1080036203號函，請台灣腎臟醫學會及消化專科醫學會提供研擬輔導院所之可行策略(附件3)，再行研議。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
7	108_3_ 討(1)「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位回復意見，討論案。	一、請本案相關單位就本案所規劃之具體執行方案確實執行，於下次會議報告辦理情形。 二、有關Pre-ESRD之收案條件，請台灣腎臟醫學會研議修訂，並提下次會議討論。 三、請國民健康署及食品藥物管理署設計提醒民眾勿自行購買來路不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報，並建議可邀請本會之專家學者代表宋俊明教授、李文欽副院長及台灣腎臟醫學會等共同討論海報內容，並請張貼於各藥局。 四、請醫事司研議再放寬活體腎臟移植之可行性。 五、請財團法人器官移植登錄中心設計宣導活體腎臟移植海報，並於各院所之透析室張貼。	一、已彙整各單位辦理情形，列入本次會議討論事項第五案。 二、Pre-ESRD計畫修訂案，列入本次會議討論事項第四案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
8	108_3_臨_「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案。	本案尚須通盤考量，列入下次會議討論。	列入本次會議討論事項第1案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

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@ms1.hinet.net

受文者：中央健康保險署

發文日期：中華民國 108 年 8 月 12 日
發文字號：台腎醫城(108)字第 702 號
附 件：

主 旨：惠請 貴署重新檢討「以健保申報資料統計門診透析專業醫療品質指標操作型定義」。

說明：

- 一、覆 貴署 108 年 7 月 26 日健保審字第 1080035910 號函。
- 二、貴局 102 年擬訂「以健保申報資料統計門診透析專業醫療品質指標操作型定義」，經過多年統計，透析院所對於指標定義有諸多意見，建議 貴局能重新檢視「以健保申報資料統計門診透析專業醫療品質指標操作型定義」。
- 三、新增「透析者存活年限統計之可行性」建議貴署重新檢視「以健保申報資料統計門診透析專業醫療品質指標操作型定義」時一併討論。

理事長

盧國城

108年第2季「腎功能異常使用NSAID藥量異常者」 院所醫師專科別異常件數統計

排序	專科別	108年第2季						108年第1季	
		醫師數	佔率	透析前件數	透析後件數	合計件數	佔率	醫師數	合計件數
	總計	1,499	100.0%	3,537	2,145	5,682	100.0%	1,616	5,956
1	內科	450	30.0%	1,570	378	1,948	34.3%	376	1,640
2	腎臟及血液透析治療相關專業訓練	368	24.5%	586	1,109	1,695	29.8%	426	1,986
	(1)腎臟科	293	19.5%	476	975	1,451	25.5%	347	1,783
	(2)腎臟科且曾受血液透析治療訓練並領有證明文件	38	2.5%	54	74	128	2.3%	38	98
	(3)曾受血液透析治療訓練並領有證明文件	37	2.5%	56	60	116	2.0%	41	105
3	外科	200	13.3%	402	213	615	10.8%	183	454
4	家庭醫學科	177	11.8%	558	102	660	11.6%	170	597
5	神經科	109	7.3%	223	94	317	5.6%	125	349
6	骨科	109	7.3%	94	136	230	4.0%	135	404
7	急診醫學科	15	1.0%	8	14	22	0.4%	35	62
8	麻醉科	13	0.9%	14	38	52	0.9%	20	65
9	心臟血管外科	13	0.9%	13	33	46	0.8%	5	36
11	小兒科	7	0.5%	15	0	15	0.3%	11	27
12	泌尿科	7	0.5%	11	3	14	0.2%	10	12
13	神經外科	5	0.3%	12	1	13	0.2%	23	56
14	復健科	5	0.3%	1	11	12	0.2%	7	11
15	精神科	4	0.3%	1	5	6	0.1%	3	4
16	婦產科	3	0.2%	12	0	12	0.2%	3	10
17	放射線科（腫瘤）	3	0.2%	6	0	6	0.1%	1	4
18	耳鼻喉科	3	0.2%	2	1	3	0.1%	3	5
19	皮膚科	2	0.1%	3	1	4	0.1%	3	10
20	眼科	2	0.1%	1	1	2	0.0%		
21	血液病專科	1	0.1%	0	3	3	0.1%	1	3
22	放射線科（診斷）	1	0.1%	3	0	3	0.1%	1	6
23	小兒心臟血管科	1	0.1%	0	1	1	0.0%		
24	胸腔暨重症專科	1	0.1%	0	1	1	0.0%	12	39
25	其他科別							63	176

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27027723
承辦人及電話：詹淑存(02)27065866轉2692
電子信箱：A110375@nhi.gov.tw

受文者：本署醫審及藥材組

發文日期：中華民國108年9月27日
發文字號：健保審字第1080036203號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：為提高院所上傳本署C型肝炎轉陽率正確性，請貴會於文到30日內提供貴會研擬輔導院所「減少C型肝炎個案檢驗數據偽陽性」之可行策略，俾利召開本案研議會議，請查照惠復。

說明：依據本署108年8月14日召開之「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」108年第3次會議報告事項第五案決定事項及與會發言重點實錄事項辦理。

正本：台灣腎臟醫學會、台灣消化系醫學會
副本：本署醫務管理組、本署醫審及藥材組



署長李伯璋

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4)。

決

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108年第2季門診透析服務點值結算報告(附件5)。

說明：

一、108年第2季透析預算如下表：

108 第 2 季	預算(元)
西醫基層預算(A)	4,407,428,616
醫院預算(B)	5,404,058,941
108 年第 2 季	
透析一般預算(C=A+B)	9,811,487,557

二、108年第2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	87,846,248	1,425,489	5,114,367,890
醫院	621,237,224	163,569,116	5,488,633,392
自墊核退	1,808,950		
合計	710,892,422	164,994,605	10,603,001,282

三、108年第2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
107Q2	0.84641094	0.85767661
108Q2	0.84274257	0.85474197

四、Pre-ESRD計畫108年全年預算和「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)」、「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」及其申復合併運用4.04億元，其中「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算4,500萬元已於108年6月底完成核發作業，前述計畫於108Q2共結算1.78億元。

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：RGBI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 1

一、門診透析醫療給付費用

(一) 108年調整後第2季門診透析醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 108年調整前各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)預算合計(G0合計) \times \text{西醫基層第2季預算占率}(c_{q1}) + 108年調整前各季醫院門診透析服務費用(含藥費) \\
 &\quad \text{預算合計}(G1合計) \times \text{醫院第2季預算占率}(h_{q1}) \\
 &= 17,734,133,038 \times 24.852800\% + 21,658,467,177 \times 24.951253\% \\
 &= 4,407,428,616 + 5,404,058,941 \\
 &= 9,811,487,557 (D2)
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據108年11月14日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」決議，108年「門診透析四季預算分配」依加總近三年(104-106年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門同期核定點數之占率分配。108年各季預算占率分別如下：
 - (1) 西醫基層：第一季24.296202%、第2季24.852800%、第3季25.395014%、第4季25.455984%。
 - (2) 醫院：第一季24.571068%、第2季24.951253%、第3季25.262034%、第4季25.215645%。
2. 108年度全年門診透析總額(含藥費)費用合計(D1合計)為39,392,600,215元。
 - (1) 108年第1季調整後預算 $9,630,437,484 = 17,734,133,038(G0合計) \times 24.296202\%(c_{q1}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 24.571068\%(h_{q1})$ 。
 - (2) 108年第2季調整後預算 $9,811,487,557 = 17,734,133,038(G0合計) \times 24.852800\%(c_{q2}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 24.951253\%(h_{q2})$ 。
 - (3) 108年第3季調整後預算 $9,974,954,910 = 17,734,133,038(G0合計) \times 25.395014\%(c_{q3}) + 21,658,467,177(G1合計) \times 25.262034\%(h_{q3})$ 。
 - (4) 108年第4季調整後預算 $9,975,720,264 = 108年全年預算數 - 108年第1季調整後預算 - 108年第2季調整後預算 - 108年第3季調整後預算$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 2

二、調整前門診透析醫療給付費用

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

註：

1. 108年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 107年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.683%)。
2. 108年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 107年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+1.839%)。
3. 108年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 108年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 108年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R05

108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:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/10/29

頁 次： 3

三、調整後門診透析醫療給付費用

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

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=404,000,000元

(一)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫:45,000,000(另行結算)

(二)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫

第1季已支用點數：55,285,070

第2季已支用點數：57,477,418

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 112,762,488

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

第1季已支用點數：32,665,720

第2季已支用點數：31,603,960

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 64,269,680

(四)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復

第1季已支用點數：453,589

第2季已支用點數：111,475

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 565,064

(五)合計

第1季已支用點數：88,404,379

第2季已支用點數：89,192,853

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 177,597,232

未支用金額 = 全年預算 - 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫預算(另行結算) - 暫結金額
= 404,000,000 - 45,000,000 - 177,597,232 = 181,402,768

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 5

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

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		
就醫分區	西醫基層 (J1)	醫院 (K1)	小計 (M1) =(J1)+(K1)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N3)	醫院 (O3)	小計 (P3) =(N3)+(O3)
臺北分區	0	180,854,884	180,854,884	0	54,871,732	54,871,732	0	27,497,811	27,497,811
北區分區	1,032,011	69,466,131	70,498,142	286,262	20,599,358	20,885,620	155,248	8,842,421	8,997,669
中區分區	3,196,872	104,032,250	107,229,122	995,395	33,111,053	34,106,448	440,244	14,854,879	15,295,123
南區分區	246,273	81,858,725	82,104,998	78,075	23,927,141	24,005,216	54,806	11,648,054	11,702,860
高屏分區	233,732	99,703,675	99,937,407	65,757	27,872,453	27,938,210	6,306	14,135,931	14,142,237
東區分區	0	9,873,371	9,873,371	0	3,187,379	3,187,379	0	1,172,317	1,172,317
合 計	4,708,888	545,789,036	550,497,924	1,425,489	163,569,116	164,994,605	656,604	78,151,413	78,808,017

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處置費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處置費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處置費核定點數」後之點數。
4. 依據107年11月14日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」107年第4次會議紀錄決議：108年門診透析服務保障項目比照107年(腹膜透析之追蹤處置費(58011C及58017C)採每點1元支付；偏遠地區之門診透析服務院所保障每點1元)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R05

108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:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/10/29

頁次：6

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	9,327,500	10,225,400	19,552,900	1,613,823,109	1,425,866,758	3,039,689,867
北區分區	0	0	0	569,323,217	1,066,951,536	1,636,274,753
中區分區	430,320	0	430,320	868,635,345	1,109,415,981	1,978,051,326
南區分區	21,118,000	6,279,128	27,397,128	924,957,483	813,292,090	1,738,249,573
高屏分區	29,565,812	29,077,200	58,643,012	1,050,732,716	861,535,996	1,912,268,712
東區分區	22,695,728	29,866,460	52,562,188	86,239,416	133,419,618	219,659,034
合 計	83,137,360	75,448,188	158,585,548	5,113,711,286	5,410,481,979	10,524,193,265

註：

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 7

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	9,327,500	191,080,284	957,162	201,364,946	0	54,871,732	54,871,732	1,613,823,109	1,453,364,569	3,067,187,678
北區分區	1,032,011	69,466,131	302,013	70,800,155	286,262	20,599,358	20,885,620	569,478,465	1,075,793,957	1,645,272,422
中區分區	3,627,192	104,032,250	279,603	107,939,045	995,395	33,111,053	34,106,448	869,075,589	1,124,270,860	1,993,346,449
南區分區	21,364,273	88,137,853	212,692	109,714,818	78,075	23,927,141	24,005,216	925,012,289	824,940,144	1,749,952,433
高屏分區	29,799,544	128,780,875	56,548	158,636,967	65,757	27,872,453	27,938,210	1,050,739,022	875,671,927	1,926,410,949
東區分區	22,695,728	39,739,831	932	62,436,491	0	3,187,379	3,187,379	86,239,416	134,591,935	220,831,351
合 計	87,846,248	621,237,224	1,808,950	710,892,422	1,425,489	163,569,116	164,994,605	5,114,367,890	5,488,633,392	10,603,001,282

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 8

(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	475,750	475,750	0	182,175	182,175	0	109,547	109,547	767,472
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	475,750	475,750	0	182,175	182,175	0	109,547	109,547	767,472

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：RGI1808R05

108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:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/10/29

頁次：9

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	9,327,500	10,225,400	19,552,900	19,552,900
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	430,320	0	430,320	430,320
南區分區	0	0	0	21,118,000	6,279,128	27,397,128	27,397,128
高屏分區	9,044,600	0	9,044,600	20,521,212	29,077,200	49,598,412	58,643,012
東區分區	0	0	0	22,695,728	29,866,460	52,562,188	52,562,188
合 計	9,044,600	0	9,044,600	74,092,760	75,448,188	149,540,948	158,585,548

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：RGBI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 10

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	475,750	475,750	0	182,175	182,175	9,327,500	10,334,947	19,662,447	20,320,372
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	430,320	0	430,320	430,320
南區分區	0	0	0	0	0	0	21,118,000	6,279,128	27,397,128	27,397,128
高屏分區	9,044,600	0	9,044,600	0	0	0	20,521,212	29,077,200	49,598,412	58,643,012
東區分區	0	0	0	0	0	0	22,695,728	29,866,460	52,562,188	52,562,188
合 計	9,044,600	475,750	9,520,350	0	182,175	182,175	74,092,760	75,557,735	149,650,495	159,353,020

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

保障偏遠地區之門診透析服務院所每點1元，定義分述如下：

(1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)實施鄉鎮。

(2)公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域。

(3)公告之全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)(不含僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定之醫療資源不足之地點)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：108/10/29

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 11

六、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定浮動點數合計(P)} \\
 & 9,811,487,557 \text{ — } 710,892,422 \text{ — } 164,994,605 \\
 = & \text{-----} \\
 & 10,603,001,282 \\
 = & 0.84274257 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

七、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D2)} \\
 = & \text{-----} \\
 & \text{核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)} \\
 & 9,811,487,557 \\
 = & \text{-----} \\
 & 710,892,422 \text{ + } 164,994,605 \text{ + } 10,603,001,282 \\
 = & 0.85474197 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月108/03(含)以前:於108/07/01～108/09/30期間核付者。
2. 費用年月108/04～108/06:於108/04/01～108/09/30期間核付者。

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果(如附件6)。

決定：

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。

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，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。

二、門診透析研商會議 109 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
109. 2. 26 (週三下午)	109. 5. 13 (週三下午)	109. 8. 19 (週三下午)	109. 11. 18 (週三下午)	109. 12. 2 (週三下午)

三、前述 109 年會議時間請各代表預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本署將儘速告知各代表。

決定：

第六案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制案。

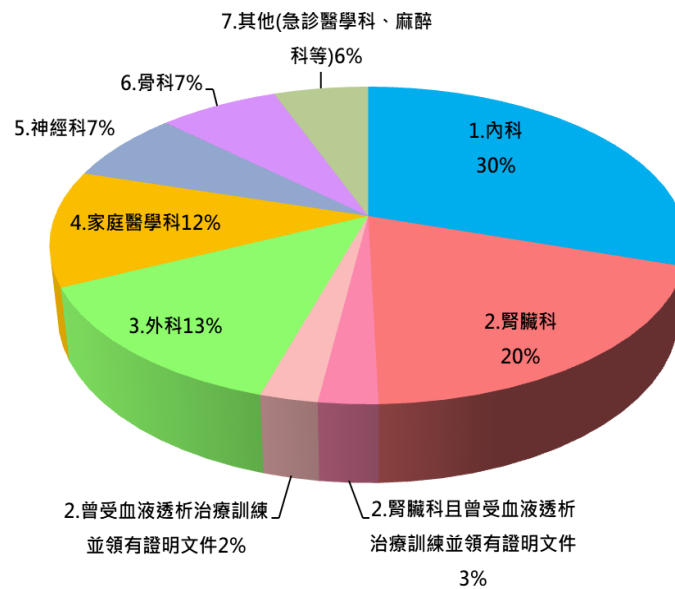
說明：

- 一、本署自 107 年 10 月起進行「腎功能異常使用 NSAID 藥量者」篩異指標管理，並依台灣腎臟科醫學會之定義修訂指標，業於 108 年 6 月 27 日提供 108 第 1 季輔導名單予台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會輔導會員；本署亦透過分區業務組立意抽審管控，期與醫界共同管理，為病人用藥安全把關。
- 二、經統計 108 年第 2 季腎功能異常者使用 NSAID 累計用藥天數超過 31 天之案件，結論摘要如下：
 - (一)總計 1,499 位醫師開立異常處方，其中腎臟科或曾受血液透析治療訓練並領有證明文件之醫師計 368 位 (25%) (如圖 1)；總計篩異件數為 5,682 件，其中腎臟及血液透析治療相關專業訓練醫師件數為 1,695 件(30%)(如圖 2)。
 - (二)另比較 108Q1 及 108Q2 變化情形，整體醫師數由 1,616 人下降至 1,499 人(下降率 7.2%)，篩異件數由 5,956 件下降至 5,682 件 (4.6%)(如圖 3)；腎臟專科訓練醫師數由 426 人下降至 368 人 (13.6%)，篩異件數由 1,986 件下降至 1,695 件(14.7%)(如圖 4)
- 三、本署為強化共同管理機制，並基於尊重醫療專業自主，請相關醫學

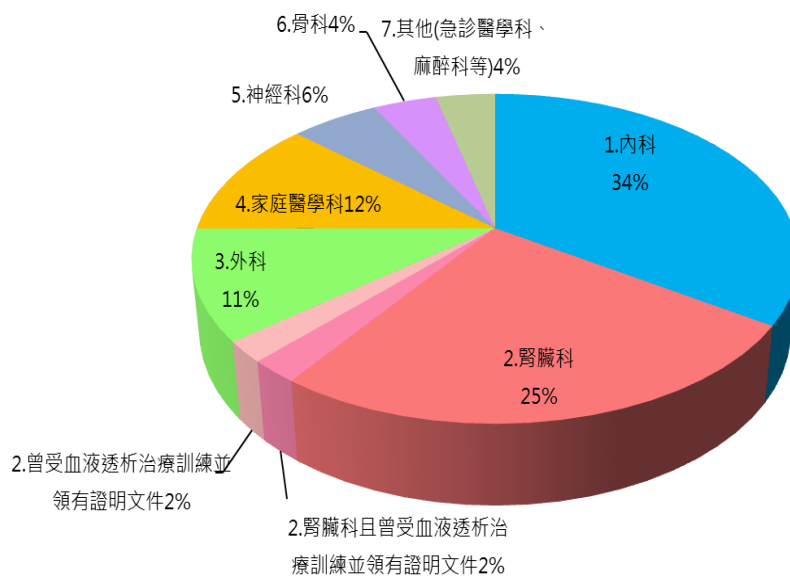
會協助輔導會員針對類此情形加強管理，本署將針對未改善者將提升抽審率，以保障醫療品質，確保民眾就醫安全，善用健保資源。

附圖-108Q2「腎功能異常使用 NSAID 藥量異常者」統計

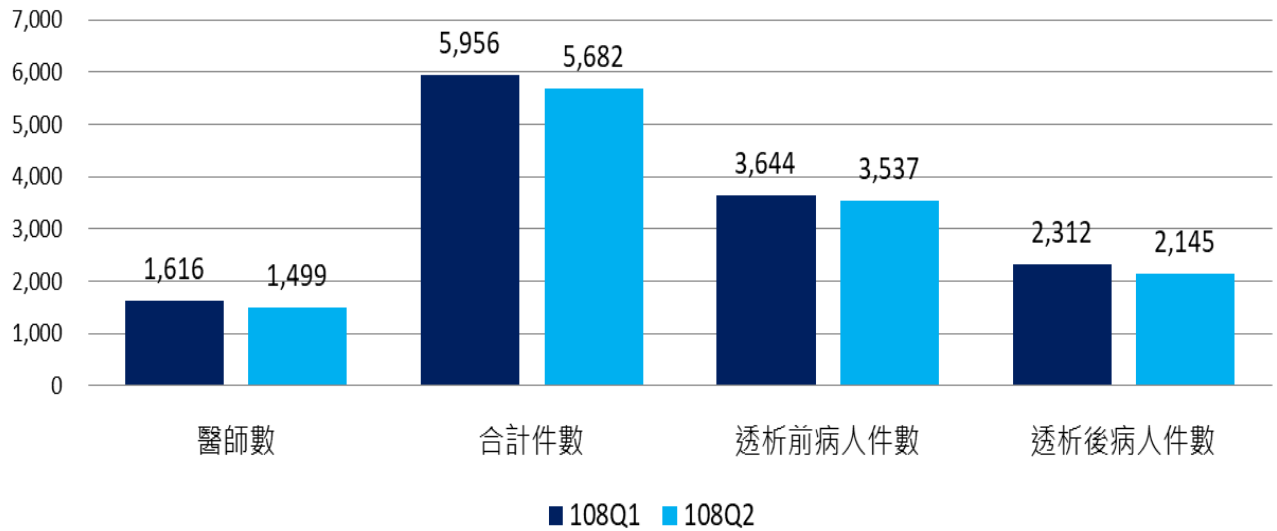
108Q2「腎功能異常使用NSAID藥量異常者」專科別院所醫師數統計(圖1)



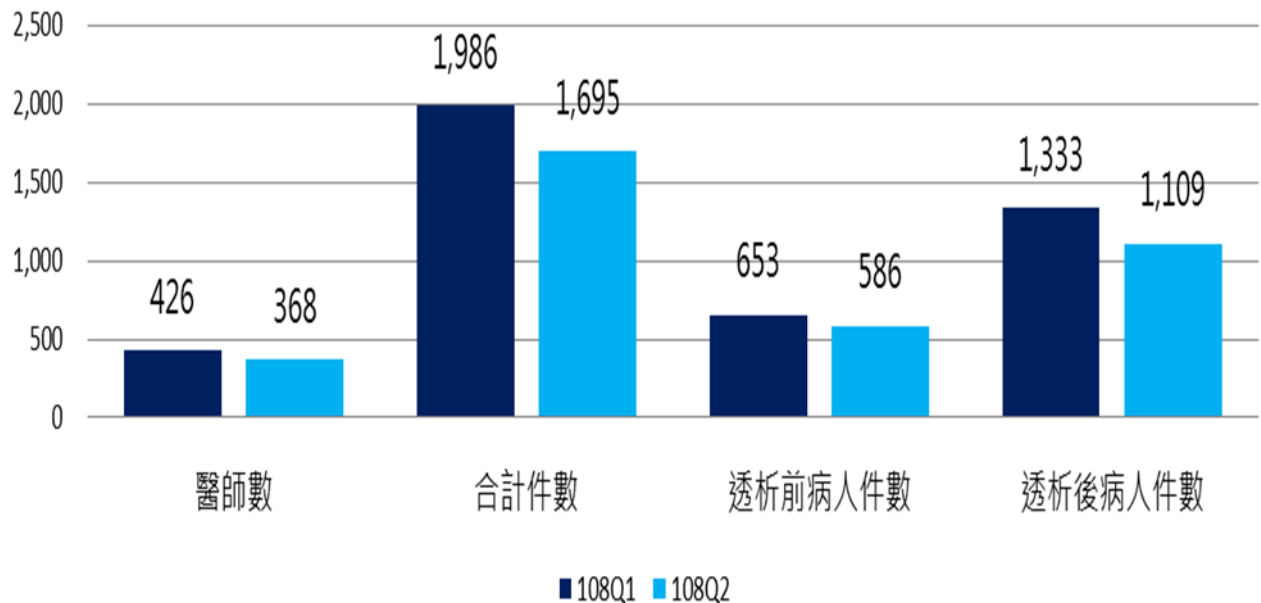
108Q2「腎功能異常使用NSAID藥量異常者」專科別件數統計(圖2)



108Q1 VS. 108Q2「腎功能異常使用NSAID藥量異常者」
改善情形_整體(圖3)



108Q1 VS. 108Q2「腎功能異常使用NSAID藥量異常者」
改善情形_腎臟及血液透析治療相關專業訓練(圖4)



第七案

報告單位：醫事司

案由：診所無障礙就醫環境合格標準報告案。

說明：

(如附件7)

108 年度無障礙就醫環境之品質保證保留款獎勵建議

一、申請條件

1. 申請資格：中醫、西醫與牙醫之健保特約診所。

2. 排除對象：

(1)衛生所

(2)按醫療機構設置標準第九條附表(七)診所設置標準表，需設置無障礙設施之診所，例如：設置復健治療設施之診所。

二、獎勵條件

符合「108 年度無障礙就醫環境合格標準」者，合格標準詳如附件 7-1。

三、申請程序

1. 申請診所填寫「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」附件 7-2。

2. 前項申請應檢附「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」之電子掃描檔

案，於 108 年 12 月 9 日前完成線上繳交(網址：

<https://forms.gle/tw1UbGbfnKnpCTVe6>)作業。

3. 後續將以抽查方式審核現場環境是否符合所填內容。

附件 7-1

108 年度無障礙就醫環境合格標準

從道路、人行道或騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。

一、無障礙通路須符合以下規定：

- (一) 通路寬度在 90 公分以上且不得有高低差，如有高低差則須設置坡道、活動式斜坡(板)、輪椅升降平台或電梯(如圖 1)。
- (二) 出入口不得有高低差且門框間之距離不得小於 90 公分，如為橫向拉門、折疊門開啟後之淨寬度不得小於 80 公分(如圖 2)。

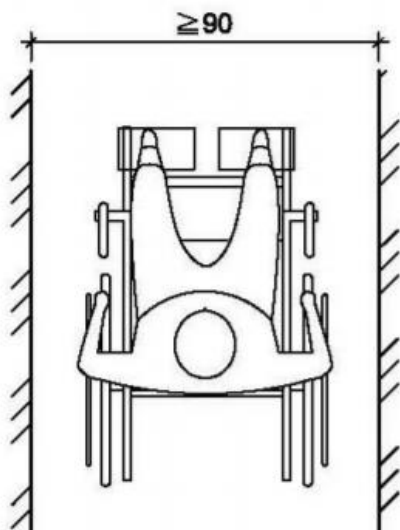


圖 1 通路寬度

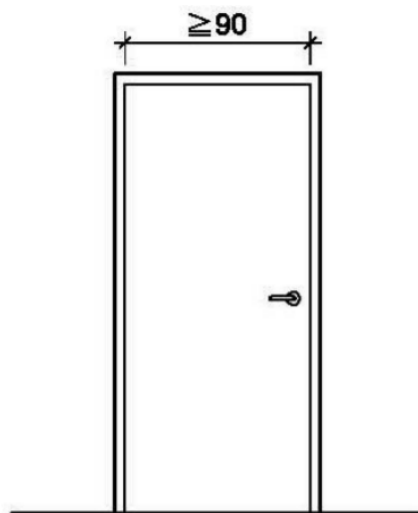


圖 2 門框間距

二、無障礙通路不得有高低差，若有高低差為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 之斜角處理(如圖 3)；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。高低差為 3 公分以上者，應設置「坡道」、「活動式斜坡(板)」、「輪椅升降平台」或「電梯」。

(一) 設置坡道者應符合以下規定：

- 1. 坡道之坡度不得大於 1/12(如圖 4)，如坡道有轉彎，應有足供輪椅轉彎的空間。高低差未達 20 公分者，其坡度得酌予放寬；惟不得超過下表規定：

高低差	超過 5 公分 未達 20 公分	超過 3 公分 未達 5 公分
坡度	1/10	1/5

2. 若因空間受限，改善有困難者，坡度得依下表規定。但應設置需由人員協助上下坡道之標誌，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話。

高低差 (公分)	75 以下	50 以下	35 以下	25 以下	20 以下	12 以下	8 以下	6 以下
坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3

3. 若無法設置坡道，得使用活動式斜坡(板)、設置輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺等設備，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。設置輪椅升降平台者應符合以下規定：

- (1) 平台之淨空間至少達 80 公分×125 公分，且出入口淨寬為 80 公分以上。
- (2) 升降平台出入口處之樓地板面，須與升降平台地板面保持平整，二者間之水平間隙在 3.2 公分以下。
- (3) 控制按鈕之位置須設於離地面 85 至 90 公分處。

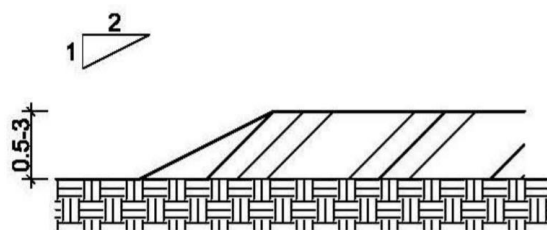


圖 3 1/2 之斜角

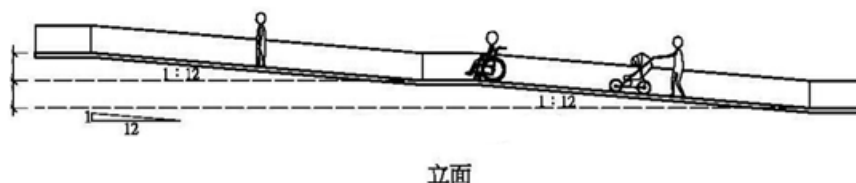


圖 4 坡度為 1/12 之坡道

4. 設置電梯者應符合以下規定：

- (1) 設置電梯，梯廳之淨空間直徑不得小於 150 公分(如圖 5)，且梯廂入口淨寬度不得小於 80 公分，機廂深度不得小於 110 公分(如圖 6)。

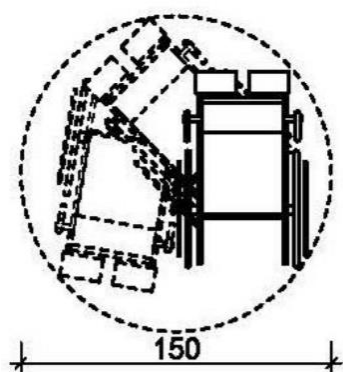


圖 5 淨空間直徑 150 公分

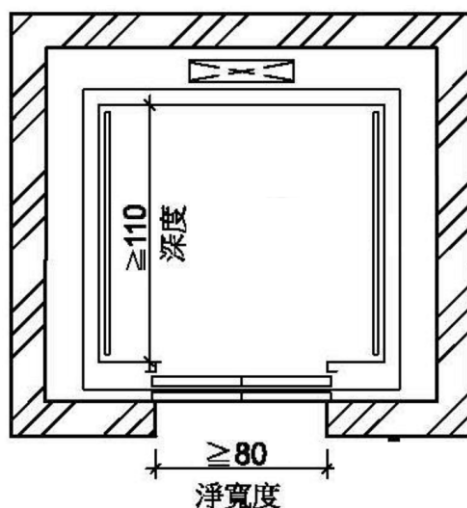


圖 6 機廂規格

- (2) 梯廂出入口與樓板應無高低差，並應於梯廳與門廳內設置 2 組電梯呼叫鈕。前組電梯呼叫鈕左邊應設置點字；後組電梯呼叫鈕之中心線距樓地板面 85 至 90 公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各 5 公分之無障礙標誌(如圖 7)。電梯呼叫鈕未符上述規定，但已設置協助使用服務鈴或註明服務人員聯絡電話者，不在此限。

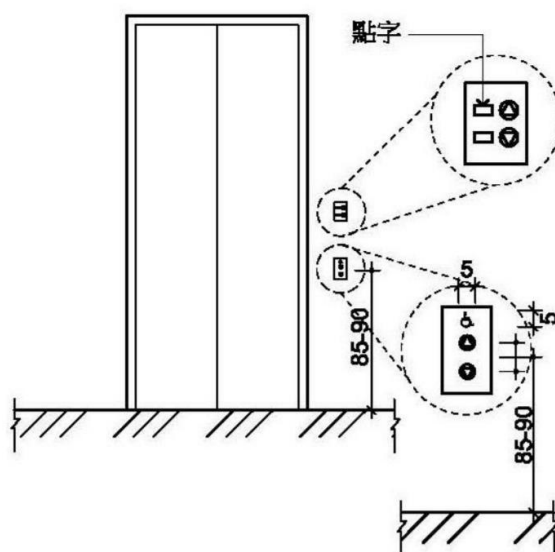


圖 7 電梯門廳與梯廳之呼叫鈕

三、無障礙通路上之出入口須符合以下規定：

- (一) 出入口門扇打開時，地面應平順、避免設置門檻。若設門檻，應為 3 公分以下，且門檻高度為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 之斜角處理；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。
- (二) 門框間之距離不得小於 90 公分；另橫向拉門、折疊門開啟後之淨寬度不得小

於 80 公分。

- (三)出入口開門方式不得使用旋轉門、彈簧門。如出入口設有自動開關裝置時，其裝置之中心點應距地板面 85 公分至 90 公分，且距柱、牆角 30 公分以上。使用自動門者，應設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置，且此裝置應透過感應到地板面 15 至 25 公分及 50 至 75 公分處之物體與人來啟動。

附件 7-2

108 年度診所無障礙就醫環境檢核表

檢核日期	中華民國 年 月 日(須於 108 年 12 月 9 日前)		
醫事機構代碼		診所名稱	
診所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

第一部分：無障礙通路(不含出入口)

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
壹、無障礙通路範圍			
一	從 道路 至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
二	從 人行道 至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
三	從 騎樓 至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
貳、無障礙通路之寬度			
一	無障礙通路範圍內，最窄通路寬度在 90公分以上 。		診所通路寬度(最窄)為____公分。
參、無障礙路上有高低差(不含出入口)			
一	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差在 0.5公分以下 。		高低差(最大)為____公分。
二	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差為 0.5至3公分 ，並有做1/2之斜角處理。		高低差(最大)為____公分。 設置的斜角水平長度是____公分，高度是____公分，坡度為____。
三	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差為 3公分以上 ，有設置「坡道」、「活動斜坡(板)」、「輪椅升降平台」或「電梯」，並符合下列方案3.1至3.4的任一標準。		高低差(最大)為____公分/樓(請圈選)。 符合方案()、()、()、()。
3.1	有設置坡道，並符合下列條件3.1.1至3.1.4的任一標準。		坡道之高度為____公分， 坡道之水平長度為____公分， 坡度為____。

內容 (同項目請至少勾選1項)						檢核情形 (請打V)	填寫規格		
3.1.1	坡道坡度小於1/12， 如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.2	高低差超過5公分、未達20公分，且坡道坡度小於1/10，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.3	高低差超過3公分、未達5公分，且坡道坡度小於1/5，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。								
3.1.4	設置坡道之坡度無法符合上述條件1、2、3的標準，但坡度符合下表規定(請圈選)，且有標示需由人員協助上下坡道之標誌，並有設置服務鈴或註明服務人員聯絡電話。								
	高低差 (公分)	75以下	50以下	35以下	25以下	20以下	12以下	8以下	6以下
	坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3
3.2	設置活動斜坡(板)，並符合下列條件3.2.1或3.2.2的任一標準。								
3.2.1	設有 服務鈴 ，由服務人員提供協助。								
3.2.2	有 註明服務人員聯絡電話 ，由服務人員提供協助。								
3.3	設置輪椅昇降平台或樓梯附掛式輪椅昇降臺等設備，並符合下列條件3.3.1或3.3.2的任一標準。 <u>輪椅昇降平台或樓梯附掛式輪椅昇降臺的設置規格標準如下：</u> - 平台之淨空間至少達80公分×125公分 - 平台出入口淨寬為80公分以上 - 昇降台出入口處之樓地板面，須與昇降台地板面保持平整，二者間之水平間隙在3.2公分以下 - 控制按鈕之位置須設於離地面85至90公分處。						平台之淨空間為__公分×__公分。 出入口淨寬為__公分。 昇降台出入口處之樓地板面，與昇降台地板面間之水平間隙為__公分。 控制按鈕之位置設於離地面__公分處。		
3.3.1	設有 服務鈴 ，由服務人員提供協助。								

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
3.3.2	有註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。		
3.4	設置電梯，並符合下列條件3.4.1或3.4.2的任一標準。 電梯的規格標準如下： ■ 梯廳之淨空間直徑不得小於150公分。 ■ 梯廂入口不得小於80公分。 ■ 機廂深度不得小於110公分。 ■ 梯廂出入口與樓板應無高低差。		梯廳之淨空間直徑為____公分。 梯廂入口為____公分。 機廂深度為____公分。
3.4.1	有於梯廳與門廳內設置2組呼叫鈕。 呼叫鈕的規格標準如下： 前組呼叫鈕左邊應設置點字；後組呼叫鈕之中心線距樓地板面85至90公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各5公分之無障礙標誌。		呼叫鈕之中心線距樓地板面____公分。 呼叫鈕上方之無障礙標誌的長為____公分，寬為____公分。
3.4.2	有於梯廳與門廳內設置服務鈴或註明聯絡電話，由服務人員提供協助。		

第二部分：無障礙通路上之出入口(門口處)

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
壹、出入口的高低差			
一	門扇打開時，地面平順(高低差在0.5公分以下)、沒有設置門檻。		門扇打開時，出入口之高低差最大為____公分。
二	若設門檻，門檻在3公分以下，且門檻高度為0.5至3公分者，有做1/2之斜角處理。		門扇打開時，出入口之高低差最大為____公分。 斜角之水平長度是____公分，高度是____公分，坡度為____。
貳、出入口的門寬			
一	出入口門框間之距離大於或等於90公分。		門框間距離最窄為____公分。
二	出入口若設橫向拉門、折疊門，開啟後之淨寬度大於或等於80公分。		門開啟後之淨寬最窄為____公分。
參、開門方式			
一	出入口開門方式非使用旋轉門、彈簧門。		

二	若有設置門之自動開關裝置，其裝置之中心點距離地板面85公分至90公分，且距柱、牆角30公分以上。		門之自動開關裝置之中心點應距地板面____公分，且距柱、牆角____公分。
三	使用自動門，並設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置。 此裝置可以透過感應到地板面15至25 公分及50至75公分處之物體與人來啟動。		自動門之感應啟動條件為感應到地板面____公分及____公分處之物體與人。

備註：

1.名詞說明

- 「無障礙通路」是指室內或室外之連續通路，並可使身心障礙者與行動不便之民眾獨立進出及通行。
- 「坡度」是指上下兩端之高度與水平長度之比值。
- 「行動不便」是指使用輪椅、手持拐杖或助行器之民眾。

2.評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示診所環境之提供情況。

3.本案資料各項填表內容若有疏漏，皆判定為不合格申請案件。

填畢此份檢核表後，請務必蓋上「診所章」、「診所負責醫師章」與騎縫章。 確認資料無誤後，請將此表掃描為電子檔(pdf./jpg./jpeg.)，於網路 Google 表單檢核表末上傳繳交(網址： https://forms.gle/tw1UbGbfKNqpCTVe6)。	診所章	診所負責醫師章
【倘有疑義，請與就醫無礙管理中心聯絡，電話： (02) 6638-2736 轉 1214】		

肆、討論事項

第一案

提案單位：楊孟儒代表

案由：「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案
說明：

- 一、透析成本日益增漲，而門診透析支付點數又不斷面臨被檢討及調降，再加上門診透析成長率多年低於國發會核定的總額上限，儘管門診透析已積極投入點值管控與各項照護管理方案，但是門診透析點值仍落於 0.7-0.8，明顯較基層點值、醫院點值更低。
- 二、鑒於上述，當各總額部門或院所一致採用現行醫療費用暫付的規定公式計算，恐怕一般基層或醫院都經營困難，門診透析服務，在點值最低、暫付金額比例最低的雙低夾擊下，面臨更嚴峻的考驗。
- 三、歷經近十年，門診透析服務僅能以約醫療費用七成不到，甚至更低成數的暫付款，實已難以為繼。
- 四、誠摯籲請全體委員代表，重新審視及調升門診透析服務暫付金額，救救全民健保門診透析照護及全國門診透析服務院所。

本署意見

- 一、暫付金額係以申請點數*暫付成數*每點暫付金額計算。
- 二、「暫付成數」：
 - (一)依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(附件討 1-1)第六條第一項第一款及第二款規定，核付紀錄未滿三個月則暫付八成五，其餘以近三個月平均核減率為計算基準(附件討 1-2)。
 - (二)以 107 年第 1 至第 4 季洗腎預算初核核減率為 0.05%(低於 2.5%)(附件討 1-3)，暫付成數可達九成二五。
- 三、「每點暫付金額」：
 - (一)依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條第二項規定，是經相關團體共同擬訂每點暫付金額訂定原則，報請主管機關核定後公告。
 - (二)牙醫門診、中醫門診、門診透析及西醫基層總額部門醫療服務

點數每點暫付金額依 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告，以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

四、96 年訂定「每點暫付金額」以最近一季結算平均點值 9 成計算，係為校正以往全部都是追扣、易造成呆帳之情形。

五、以 108 年第 1 季暫付金額 82.3 億元、核定金額 87.6 億元，如調整「每點暫付金額」之財務分析：

每點暫付金額 計算方式	最近一季平均點值*0.9 (目前規定)	最近一季平均點值*0.925 (調升 2.5%)	最近一季平均點值*0.95 (調升 5%)	最近一季平均點值 (調升 10%)
暫付金額	82.3 億	84.6 億	86.9 億	91.5 億
核定後產生應收款院所比例	0.9% (6/667)	11.84% (79/667)	68.52% (457/667)	92.8% (619/667)
應收款金額	58 萬	1,420 萬	9,275 萬	4.39 億

(一)「每點暫付金額」若以最近一季結算平均點值 9 成 25 計算：108 年第 1 季一暫暫付金額增加約 2.3 億元，核定時核定金額低於暫付金額(產生應收款)之院所比例為 11.84%(79/667)，應收款金額約 1,420 萬元，應收款金額高於 40 萬元者共 5 家，其中最高應收款金額者達約 108 萬元。

1. 應收款金額級距統計

應收款金額	院所數	金額合計
40 萬元以上	5	3,394,825
20 萬-40 萬	17	4,736,399
10 萬-20 萬	31	4,718,816
5 萬-10 萬	13	965,927
5 萬元以下	13	389,282
合計	79	14,205,249

2. 應收款前五名院所

院所	應收款金額
A 診所	1,082,151
B 醫院	907,899
C 診所	586,437

院所	應收款金額
D 醫院	413,385
E 醫院	404,955

(二)「每點暫付金額」若以最近一季結算平均點值 9 成 5 計算：108 年第 1 季一暫暫付金額增加約 4.6 億元，核定時核定金額低於暫付金額(產生應收款)之院所比例為 68.52%(457/667)，應收款金額約 9,275 萬元。

(三)「每點暫付金額」若以最近一季結算平均點值計算：108 年第 1 季一暫暫付金額增加約 9.2 億元，核定時核定金額低於暫付金額(產生應收款)之院所比例為 92.8%(619/667)，應收款金額約 4.39 億元。

六、因總額支付制度實施，醫療費用預算固定，點值係依醫療服務量而浮動，非本署可控制，若調升每點暫付金額，將產生大量應收款，且各界期待加強對醫療資源不當耗用之管理，因此仍可能衍生追扣事宜，且透析點值近期已有提升，應可舒緩院所經營壓力，另考量院所停約、終約及各總額部門衡平等性，為避免產生呆帳，本署建議仍維持現行暫付金額計算方式。

擬辦：

決定：

附件討 1-1

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 6 條

保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

附件討 1-2

第六條附表一 核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下：

核 減 率	暫 付 成 數	
	網路、電磁紀錄 申報	書面申報
○%	九成五	八成五
低於二・五%(含)	九成二五	八成五
二・五%(不含)～五%(不含)	九成	八成五
五%(含)～一〇%(不含)	八成五	八成五
一〇%(含)～一五%(不含)	八成	七成五
一五%(含)～二〇%(不含)	七成五	七成五
二〇%(含)～二五%(不含)	七成	六成五
二五%(含)～三〇%(不含)	六成五	六成五
三〇%(含)～三五%(不含)	六成	五成五
三五%(含)～四〇%(不含)	五成五	五成五
四〇%(含)以上	不暫付	不暫付

附件討 1-3

107 年第 1 至第 4 季各總額部門醫療費用核減率

總額別\核減率		107 年 Q1	107 年 Q2	107 年 Q3	107 年 Q4	107 年合計
醫院總額	初核核減率	1.37%	0.52%	0.67%	0.59%	0.78%
	申復後核減率	0.94%	0.38%	0.48%	0.47%	0.56%
	爭審後核減率	0.89%	0.37%	0.46%	0.47%	0.54%
西醫基層	初核核減率	0.64%	0.29%	0.29%	0.27%	0.37%
	申復後核減率	0.53%	0.26%	0.26%	0.24%	0.32%
	爭審後核減率	0.53%	0.26%	0.26%	0.24%	0.32%
牙醫總額	初核核減率	0.36%	0.26%	0.28%	0.26%	0.29%
	申復後核減率	0.26%	0.20%	0.22%	0.20%	0.22%
	爭審後核減率	0.26%	0.20%	0.22%	0.20%	0.22%
中醫總額	初核核減率	0.17%	0.06%	0.07%	0.07%	0.09%
	申復後核減率	0.15%	0.06%	0.07%	0.06%	0.08%
	爭審後核減率	0.15%	0.06%	0.07%	0.06%	0.08%
洗腎預算	初核核減率	0.04%	0.06%	0.05%	0.06%	0.05%
	申復後核減率	0.03%	0.04%	0.04%	0.04%	0.04%
	爭審後核減率	0.03%	0.03%	0.04%	0.04%	0.03%

註 1. 資料來源：擷取全民健保門住診醫療費用統計檔，截至 108.07.02 止已完成核付之資料。

註 2. 初核核減率 = (申請點數 - 核定點數) / 醫療點數

註 3. 申復後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數)】 / 醫療點數

註 4. 爭審後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數 + 爭審補付點數)】 / 醫療點數

第二案

提案人：本署醫務管理組

案由：109 年「門診透析服務保障項目」討論案，提請討論。

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108年12月底前送健保會同意後執行。

二、109 保障項目建議維持原 108 年項目，108 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，送健保會同意後執行

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 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」修訂案。

說明：

- 一、經統計107年血液透析所有院所各項標達標情形如附表2，其中「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」未達標為76%最高，其次為URR未達標占24%，第三為HB未達標占26%；腹膜透析院所未達標率亦以「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」未達標為68%最高，其次Weekly未達標占31%、第三為HB未達標占25%。有關「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」之定義，再請台灣腎臟醫學會協助宣導(操作型定義詳附件8)。
- 二、本署已於每季(2、5、8、11月20日)上傳截止日前，主動提醒院所需上傳檢驗數據，醫療院所如欲更正或上傳資料，另可於30-31日再次開放時間上傳，惟有部分院所於上傳截止日後，仍要求更改數據，考量品質獎勵計畫核發之公平性，本次於計畫新增超過規定期程所上傳或更正資料，不納入獎勵金核算。
- 三、為降低透析院所登錄BC肝炎轉陽率資料誤植情形，本組已於108年4月26日於VPN新增BC肝「陽性個案提示畫面功能」，並依據108年第3次門診透析預算研商議事會議決議，規劃於VPN系統新增陽性個案原因說明欄位，並配合修訂上傳格式欄位增加2項欄位，預定費用年月109年1月開始實施。
- 四、另109年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，品保款中關於無障礙部分予以刪除，惟因醫院及西醫基層總額預算兩案併陳報部核定，本案將俟衛生福利部核定後逕予修正。
- 五、檢附修訂條文內容，詳**附件9**。

擬 辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

決 議：

附表 1-109 年度修訂建議對照表

序號	原條文	修訂條文	修訂原因說明
1	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。	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，<u>超過規定期程所上傳或更正資料，不納入獎勵金核算。</u>	考量整體公平性，逾規定日期上傳資料者，獎勵金不重新核算。

附表 2-107 年院所未達標率前三名之指標項目

名次	血液透析	未達標率	腹膜透析	未達標率
1	建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	76%	建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	68%
2	URR $\geq$ 65%	24%	Weekly Kt/V $\geq$ 1.7%	31%
3	HB>8.5g/dl	22%	HB>8.5g/dl	25%

註 1：107 年血液透析所有家數為 673 家，未達標率為該項指標未達標家數/673 家，含無資料之院所。

註 2：107 年腹膜透析所有家數為 119 家，未達標率為該項指標未達標家數/119 家，含無資料之院所。

附表 3-病人透析治療模式選擇之充分告知機制完成率分布

完成率	血液透析	占率	腹膜透析	占率
無資料	15	2%	30	25%
<10%	41	6%	8	7%
10%-20%	5	1%	1	1%
21%-30%	10	1%		0%
31%-40%	15	2%		0%
41%-50%	20	3%	3	3%
51%-60%	51	8%	7	6%
61%-70%	71	11%	6	5%
71%-80%	93	14%	4	3%
81%-90%	114	17%	15	13%
91%-99%	78	12%	7	6%
100%	160	24%	38	32%
總計家數	673	100%	119	100%

註：無資料之院所指當度無透析新病人之院所。

附表 3

107年血液透析所有院所各項標達標情形

季/指標名稱	血清白蛋白（各季配分4分）				URR(各季配分4分)				Hb(各季配分4分)				鈣磷乘積(每半年配分8分)				B型肝炎表面抗原轉陽率(全年配分8分)				C型肝炎抗體轉陽率（全年配分8分）				建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制(全年配分10分)				55歲以下透析病患移植登錄率(全年配分最高10分)			
	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/673
Q1	76	567	30	16%	148	495	30	26%	139	503	31	25%																				
Q2	84	558	31	17%	128	514	31	24%	124	517	32	23%	73	578	22	14%																
Q3	58	587	28	13%	109	536	28	20%	97	547	29	19%																				
Q4	81	567	25	16%	152	496	25	26%	124	524	25	22%	71	580	22	14%	36	628	9	7%	48	616	9	8%	498	160	15	76%	90	571	12	15%
平均值	74.75	569.75	28.5	15%	134	510	29	24%	121	523	29.3	22%	72	579	22	15%																

註1：107年血液透析所有家數為673家，若院所該季為無資料，該季指標為0分。

註2：55歲以下透析病患移植登錄率得分6分6家，得分8分4家，得分10分561家，共計571家。

107年腹膜透析所有院所各項標達標情形

季/指標名稱	血清白蛋白（各季配分4分）				Weekly Kt/V(每半年配分8分)				Hb(各季配分4分)				鈣磷乘積(每半年配分8分)				B型肝炎表面抗原轉陽率(全年配分8分)				C型肝炎抗體轉陽率（全年配分8分）				建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制(全年配分10分)				55歲以下透析病患移植登錄率(全年配分最高10分)			
	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119	未達標家數(a)	達標家數(b)	無資料(c)	未達標率(a+c)/119				
Q1	24	91	4	24%					24	83	12	30%																				
Q2	24	89	6	25%	39	77	3	35%	13	92	14	23%	19	97	3	18%																
Q3	18	96	5	19%					16	92	11	23%																				
Q4	22	91	6	24%	26	88	5	26%	16	90	13	24%	12	102	5	14%		118	1	1%		118	1	1%	51	38	30	68%	7	105	7	12%
平均值	22	91.75	5.25	23%	33	83	4	31%	17	89	12.5	25%	16	100	4	16%																

註1：107年腹膜透析所有家數為119家，若院所該季為無資料，該季指標為0分。

註2：55歲以下透析病患移植登錄率得分10分共105家。

(2024). 建立對新病人血液透析治療模式選擇之充分告知機制

(建置時間：105/06/30)

- 分子：對病人透析治療模式選擇之充分告知血液透析人數。
- 分母：首次血液透析新病人數之總和。

- 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)
- 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
- 此指標需延後 2 個月執行，只執行一次。

※透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間須為首次透析病人，並於首次門診透析院所治療期間申報下列醫令者：

- (1)申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
- (2)申報門診腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- (3)如二者皆有，以最小就醫日期之醫令認定。

□分母：

- ◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義，且統計期間內屬於首次接受透析治療之新病人，於首次門診透析之院所，無論其透析次數多寡，皆計為 1 人。其透析類別之認定，以前述院所申報首次門診透析案件中，最小就醫日期之醫令認定之(如：申報醫令為血液透析者，則計入)。

※新透析病人：符合慢性透析病人，且透析起始年落於統計期間。

※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

- 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已充分告知透析治療模式選擇之人數。

□人數計算以【ID+生日】歸戶。

- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

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

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慢性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 $\geq 90\%$ 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 $\geq 90\%$ 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 $\geq 90\%$ 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 $\geq 90\%$ 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 %	1.10 分(年) 2.如第 9 項「提供無障礙就醫環境者」指標生效後，本項指標以 5 分(年)計算
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)

項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分
9. 提供無障礙就醫環境者	合格者	5分(年)
註：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」確認後生效。		

(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
3. Hb > 8.5 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	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 $\geq 75\%$	每半年 8 分
5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	受檢率 $\geq 90\%$	8 分(年)
6. C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	受檢率 $\geq 90\%$	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 %	1. 10 分 (年) 2. 如第 9 項「提供無障礙就醫環境者」指標生效後，本項指標以 5 分(年)計算

項 目	各透析院所病人監測值 達成率	得 分
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)
9. 提供無障礙就醫環境者 註：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」確認後生效。	合格者	5 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。

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：

1. 照護指標第9項「提供無障礙就醫環境者」指標未生效前之加權指數：

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

2. 照護指標第9項「提供無障礙就醫環境者」指標生效後之加權指數：

當年度得分	加權指數
$X=100$	1
$95 \leq X < 100$	0.95
$85 \leq X < 95$	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 =

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

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、本計畫辦理核發作業後，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，其核發金額將自結算當季之其他預算項下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算中支應。

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。

申報內容	慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳資料格式檔		
系統代號	QRE	系統名稱	個案管理子系統
放置路徑	定長 100bytes	命名規則	業務組別(1)+醫事機構代號(10)+ 上傳年月(YYYYMM)+流水號(2)+ESRD. txt

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
1	YEARS	年度	3	1	3	M	M	民國年:YYY (如:106)	1. 至次年 2 月 20 日前，應上傳該年度數值。 2. 檢核登錄年度別。
2	DATA_TYPE	監測值種類	2	4	5	M	M	Q1:第一季 Q2:第二季 Q3:第三季 Q4:第四季 YY:全年 註：年指標得依實際執行之季別上傳相關資料；如以 Q1~Q4 種類填報者，應按各季上傳時間規定辦理。	檢核監測值種類應符合各季上傳之規定
3	BRANCH_CODE	業務組別	1	6	6	M	M	1:臺北業務組 2. 北區業務組 3. 中區業務組 4. 南區業務組 5. 高屏業務組 6. 東區業務組	
4	HOSP_ID	透析院所代碼	10	7	16	M	M		
5	ID	身分證號	10	17	26	M	M		
6	BIRTHDAY	出生日期	8	27	34	M	M	YYYYMMDD	「開始透析日期」≥出生日期
7	DIA_TYPE	透析方式	1	35	35	M	M	1:血液透析 2:腹膜透析	

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
8	EXAM_DATE	檢驗日期	8	36	43	M	M	YYYYMMDD 註 1. 個案於院所實際檢驗日期。 2. 未填報檢驗日期者，只上傳個案基本資料，亦不得填報其它檢驗值。	「檢驗日期」須介於「監測值種類」之日期區間。
9	PRSN_ID	醫事人員身分證號	10	44	53	M	M		
10	FUNC_DATE	就醫日期	8	54	61	M	M	該監測值種類第一次透析治療實際就醫日期(IC 卡登錄就醫次數日期)	1. 就醫日期之年月須介於「年度」及「監測值種類」之區間。 2. 就醫日期 $\geq$ 「開始透析日期」
11	FIRST_DIA_DATE	開始透析日期	8	62	69	M	M	個案於該院開始透析日期	
12	ALBUMIN_BCP	Albumin(gm/dl)(BCP) 血清白蛋白	5	70	74	◎		(單位：gm/dL) 1. 本項於年度各季需填報，並依檢驗方式選擇填報『序號 12 之欄位』或『序號 13 之欄位』。 2. 上傳格式： (1). 具檢驗值者：採整數 2 位，小數 2 位及 1 位小數點(如：10.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填 0。	
13	ALBUMIN_BCG	Albumin(gm/dl)(BCG) 血清白蛋白	5	75	79	◎		(單位：gm/dl) 1. 本項於年度各季需填報。 2. 上傳檢驗值格式： (1). 具檢驗值者：採整數 2 位，小數	

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								2 位及 1 位小數點(如:10.25)。 (2). 未具檢驗值者: 請填 0。	
14	BLOOD_HB	Hb(g/dl) 血紅素	5	80	84	M		(單位: g/dL) 1. 本項於年度各季需填報。 2. 上傳檢驗值格式: (1). 具檢驗值者: 採整數 2 位, 小數 2 位及 1 位小數點(如:10.25)。 (2). 未具檢驗值者: 請填 0。	
15	URR	URR(%)尿素氮移除率	2	85	86	◎		(單位: %) 1. 本項限填報『本表序號 7 之透析方式為 1(血液透析)』者, 需填報上傳。 2. 本項於年度各季需填報。 3. 上傳檢驗值格式: (1). 具檢驗值者: 採整數 2 位 (如: 10)。 (2). 未具檢驗值者: 請填 0。	DIA_TYPE=「1(血液透析)」
16	EXAM_01	Weekly Kt/V	5	87	91	◎	M 半年	1. 本項限填報『本表序號 7 之透析方式為 2(腹膜透析)』者, 需填報上傳。 2. 本項於年度內, 需每半年填報 1 次; 故本項區分為上半年(Q1、Q2)、下半年(Q3、Q4)應分別上傳。 3. 上傳檢驗值格式: (1). 具檢驗值者: 採	DIA_TYPE=「2(腹膜透析)」

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								整數 2 位，小數 2 位及 1 位小數點(如：10.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填 0。	
17	HBsAg	B 肝表面抗原	1	92	92		M	1. 本項每年需填報 1 次。 2. 上傳檢驗結果值格式： (1). 1：陽性； 2：陰性。 (2). 未做檢驗請填 X。	
18	Anti-HCV	C 肝抗體	1	93	93		M	1. 本項每年需填報 1 次。 2. 上傳檢驗結果值格式： (1). 1：陽性； 2：陰性。 (2). 未做檢驗請填 X。	
19	EXAM_02	移植登錄	1	94	94		M	1. 本項每年需填報 1 次。 2. 上傳移植登錄之格式： (1). 1：已登錄腎臟移植，具相關資料備查。 0：未登錄腎臟移植。 (2). 未做者請填 X。	
20	EXAM_03	建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	1	95	95		M	1. 新病人需填報 1 次。 2. 上傳格式： (1). 1：當年度已充分告知並有書面資料可查核。 0：無書面資料可查核。 (2). 未做者請填 X。	
21	CaP	鈣磷乘積	5	96	100		M 半年	(單位：mg ² /dL ²) 1. 本項於年度內，需每半年填報 1 次；故本項區分為上半年(Q1、Q2)、下半年(Q3、Q4)，依檢驗執	106 年 1 月 1 日實施

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	監測頻率		備註	檢核邏輯
						季	年		
								行日期於各該季應分別上傳。 2. 上傳檢驗值格式： (1). 具檢驗值者：採整數 2 位，小數 2 位及 1 位小數點(如：60.25)。 (2). 未具檢驗值者：請填 0。	
22(新增)	B_OTHER	B 肝表面抗原變化說明	50	101	150	M		當 B 肝表面抗原與前次填報不同時必填	109 年 1 月 1 日實施
23(新增)	C_OTHER	C 肝抗體變化說明	50	151	200	M		當 C 肝抗體與前次填報不同時必填	109 年 1 月 1 日實施

第四案

提案單位：台灣腎臟醫學會

本署醫務管理組

案由：有關109年度「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」修訂案，提請討論。

說明：

一、台灣腎臟醫學會與台灣移植醫學學會修訂之建議如下：

（一）依台灣腎臟醫學會108年10月14日台腎醫城(108)字第740號函及741號函、108年4月8日台腎醫城(108)字第644號函與台灣移植醫學學會108年4月29日(108)移植會字第108013號函辦理

（二）有關急性腎損傷

1. 收案條件：建議新增「一年內曾發生嚴重急性腎損傷(AKI)，腎功能持續異常超過90天，已屬於慢性腎衰竭之病患」。

2. 給付項目及支付標準(醫令代碼)：新增AKI病患之照護獎勵費：一年內曾發生嚴重急性腎損傷(AKI)，腎功能持續異常超過90天，已屬於慢性腎衰竭之病患，符合獎勵條件者：每人限申報1次，1次800點。

（三）參與院所資格：新增照護團隊成員應接受移植相關課程2小時（包含腎臟移植與禁忌症與腎移植手術與術後照顧），並領有相關上課證明。

（四）放寬活體腎臟移植團隊照護獎勵費：現行「尚未永久透析病人」放寬至「接受透析一年內」，接受親屬活體腎臟移植者，給予獎勵。

二、本署意見：

（一）急性腎損傷部分

1. 嚴重急性腎損傷(AKI)病人，若腎功能持續異常超過90天，

是否與本署Early-CKD及Pre-ESRD之收案重複。

2. 嚴重急性腎損傷(AKI)病人是否以主診斷N179作為收案對象；另配合計畫修訂，建請貴會補充照護目標、照護指標及照護獎勵費之獎勵條件。
3. 以107年門診及住診申報主診斷碼為急性腎損傷(N179)之個案，共有14,650位，若全部納入計畫收案，預估點數增加82,040,000點(詳附表4)。

(二)延長腎移植獎勵期間

1. 為釐清獎勵金核發對象，請台灣腎臟醫學會研議，放寬活體腎臟移植團隊照護獎勵費至接受透析一年內，若照護個案之Pre-ESRD院所與透析院所為不同院所時，核發獎勵費之歸屬，對象如何認定？
2. 107年申請透析重大傷病卡病人，一年內接受親屬活體腎臟移植者共計63例，若納入獎勵計算，預計核發金額315萬。

(三)為避免預算不足，建議新增全年預算不足時，實際核發金額以原核發金額乘折付比例(折付比例 = 預算 / Σ 各院所結算點數)計算。

附表4-急性腎損傷納入計畫推估金額

支付項目	醫令點數	次數 / 年	點數*推估人數=小計
新收案管理照護費(P3402C)	1200	1 次	17,580,000
完整複診衛教及照護費(P3403C)	600	3 次	26,370,000
年度評估費(P3404C)	600	1 次	26,370,000
AKI 照護獎勵費(新增)	800	1 次	11,720,000
小計			82,040,000

三、檢附修訂條文內容，詳附件10。

擬 辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

決 議：

**「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」
109 年度修訂建議對照表**

序 號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
1	參、實施內容： 一、慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, 以下稱 CKD)個案照護： (一)參與院所：由具有下列資格醫療團隊之本保險特約醫療院所，向所屬全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請。 1. 醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意，始可參與本計畫。 2. 衛教護理人員：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明之護理人員。(持有 101 年以前三個學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者亦比照辦理)	參、實施內容： 一、慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, 以下稱 CKD)個案照護： (一)參與院所：由具有下列資格醫療團隊之本保險特約醫療院所，向所屬全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請。 1. 醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意，始可參與本計畫。 2. 衛教護理人員：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明之護理人員。(持有 101 年以前三個學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者亦比照辦理) 3. 營養師：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣腎臟醫學會共同舉	1. 依據 108 年 4 月 8 日台灣腎臟醫學會台腎醫城(108)字第 644 號函與台灣移植醫學學會 108 年 4 月 29 日(108)移植會字第 108013 號函辦理。 2. 增列第 4 點照護團隊成員接收移植相關課程。

序號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	3. 營養師：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明；或台灣營養學會腎臟專科營養師證書之營養師，得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務1次。	辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明；或台灣營養學會腎臟專科營養師證書之營養師，得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務1次。 4. (新增) <u>照護團隊成員應接受移植相關課程2小時(包含腎臟移植與禁忌症與腎移植手術與術後照顧)，並領有相關上課證明。</u>	
2	(二)照護對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 3b、4、5期、蛋白尿病患。 1. 定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N049(腎病症候群)或 N183、N184-N186(慢性腎衰竭)之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。	(二)照護對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 3b、4、5期、蛋白尿 <u>及急性腎損傷病患。</u> 1. 定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N049(腎病症候群)或 N183、N184-N186(慢性腎衰竭) <u>或 N179(急性腎損傷)之病人</u> ，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。	1. 新增「一年內曾發生嚴重急性腎損傷(AKI)，腎功能持續異常超過90天，已屬於慢性腎衰竭之病患」。 2. 請台灣腎臟醫學會確認嚴重急性腎損傷(AKI)之主診斷 ICD-10-CM/PCS 是否僅有 N179。
3	(五)照護標準及目標： 1. 醫療：		建議台灣腎臟醫學會增加嚴重急性腎損傷

序號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	(1)依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療 (另參考國民健康署與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」)。 (2)對於 Stage3b、4 及蛋白尿病患照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。 (3)Stage 5 病患照護目標為以周全的準備，在適當的時機經順利的過程安全地進入透析治療。		(AKI)病患之照護標準及目標。
4	(六)照護指標： 1. CKD Stage 3b、4 及蛋白尿病患 (參照附表 2-5)： (1)血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。 (2)低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下		建議台灣腎臟醫學會增加 3. 嚴重急性腎損傷(AKI)病患之照護指標。

序 號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	(3) 糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 控制在 7.5% 以下的比例。 (4) 完成護理衛教的比例。 (5) 完成營養衛教的比例。 (6) 以蛋白尿條件收案病患收案後 Upcr < 200 mg/gm 之比例。 2. 尚在追蹤之 CKD Stage 5 病患 (參照附表 2-5)： (1) 使用促紅血球生成素 (Erythropoietin, EP0) 的比例。 (2) 血紅素 >8.5g/dL 的比例。 (3) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。 (4) 低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下 (5) 糖尿病病患 HbA1c 控制在		

序號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	7.5%以下的比例。 (6)作好瘻管或導管之比例。 (7)完成護理衛教的比例。 (8)完成營養衛教的比例。 3. 進入透析之 CKD Stage 5 病患，結案時須有記載下列資料（參照附表 3）： (1)使用 EPO 的比例。 (2)血紅素 >8.5g/dL 的比例。 (3)血清白蛋白 (Serum albumin)在 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0 gm/dl(BCP) 以上的病人比例。 (4)選擇腹膜透析病人數及比例。 (5)作好血液透析瘻管的比例。 (6)沒有使用暫時性導管透析的比例。 (7)由門診開始進入透析治療的比例。		

序號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	(8) 完成護理衛教的比例。 (9) 完成營養衛教的比例。 (10) Stage 5 結案病患追蹤超過6個月之比例。 (11) 完成附表 4「末期腎衰竭病患治療模式」衛教表的比例。 (12) 本年度該院所 有申請尿毒症 重大傷病卡之 病患中，經本計 畫收案照護後 始進入透析者 所佔之比例。		
5	二、給付項目及支付標準(醫令代碼)： (五) Stage 4 病患之照護獎勵費(P3406C)：給予照護一年後，糖尿病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year。符合獎勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 1,500 點。已收案滿一年以上者，上年度最後一	二、給付項目及支付標準(醫令代碼)： (五) Stage 3b、4 病患之照護獎勵費(P3406C)：給予照護一年後，糖尿病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year。符合獎勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 1,500 點。已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。(詳附表 2-5)	1. 新增 AKI 病人照護獎勵費。 2. 建議台灣腎臟醫學會比照 P3406C-P3408C 制定獎勵條件。

序號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	點為下年度起點。 (詳附表 2-5) (六)Stage 5 病患之照護獎勵費 (P3407C): 給予照護一年後, 未進入透析且糖尿病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year; 非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year。給予照護一年後, 雖進入長期透析或接受腎移植但糖尿病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year; 非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year, 且完成透析前瘻管或導管之準備。符合獎勵條件者, 每人每年限申報 1 次, 1 次 3,000 點。已收案滿一年以上者, 上年度最後一點為下年度起點。(詳附表 2-5) (七)蛋白尿病患之照護獎勵費(P3408C): 以蛋白尿為收案條件	(六)Stage 5 病患之照護獎勵費(P3407C): 給予照護一年後, 未進入透析且糖尿病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year; 非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year。給予照護一年後, 雖進入長期透析或接受腎移植但糖尿病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m²/year; 非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m²/year, 且完成透析前瘻管或導管之準備。符合獎勵條件者, 每人每年限申報 1 次, 1 次 3,000 點。已收案滿一年以上者, 上年度最後一點為下年度起點。 (詳附表 2-5) (七)蛋白尿病患之照護獎勵費(P3408C): 以蛋白尿為收案條件之患者, 蛋白尿達完全緩解者 (Up_{cr} < 200 mg/gm) 之病患, 符合獎勵條件者, 每人限申報 1 次, 1 次 1,000 點。(詳附表 2-5) 新增:	

序號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	之患者，蛋白尿達完全緩解者（Up _{cr} < 200 mg/gm）之病患，符合獎勵條件者，每人限申報1次，1次1,000點。（詳附表2-5）	<u>（八）AKI病患之照護獎勵費：一年內曾發生嚴重急性腎損傷(AKI)，腎功能持續異常超過90天，已屬於慢性腎衰竭之病患，符合獎勵條件者：每人限申報1次，1次800點。</u>	
6	（十）活體腎臟移植團隊照護獎勵費 （P3411C）：由本計畫照護之個案，完成申報結案資料處理費（P3405C），尚未取得慢性腎衰竭需定期（永久）透析治療之重大傷病證明一年內，並接受親屬活體腎臟移植者，支付本計畫照護團隊獎勵費用50,000點	（十）活體腎臟移植團隊照護獎勵費（P3411C）：由本計畫照護之個案，完成申報結案資料處理費（P3405C），尚未取得慢性腎衰竭需定期（永久）透析治療之重大傷病證明 <u>或透析一年內</u> ，接受親屬活體腎臟移植者，支付本計畫照護團隊獎勵費用50,000點	1. 放寬活體腎臟移植團隊照護獎勵費。 2. 建議獎勵院所照護病人於透析一年內，接受親屬活體腎臟移植者，給予獎勵。
7	三、醫療費用申報及核付原則： （一）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	三、醫療費用申報及核付原則： （一）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。 <u>全年預算不足</u>	因應新增收案對象，避免預算不足。

序 號	原條文	建議修訂條文	修訂原因說明
	支付金額不高於 1 元。	<u>時，實際核發金額以 原核發金額乘折付 比例（折付比例 = 預算 / Σ 各院所結 算點數）計算。</u>	

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

102 年 1 月 24 日健保醫字第 1020020699 號公告
102 年 7 月 29 日健保醫字第 1020033493 號公告修訂
102 年 12 月 20 日健保醫字第 1020003863 號公告修訂
103 年 12 月 31 日健保醫字第 1030014998 號公告修訂
104 年 12 月 25 日健保醫字第 1040034420 號公告修訂
106 年 1 月 16 日健保醫字第 1050016044 號公告修訂
107 年 5 月 1 日健保醫字第 1070005217 號公告修訂
108 年 1 月 2 日健保醫字第 1080017684 號公告修訂
109 年 0 年 0 月健保醫字第 1090000000 號公告修訂

壹、依據：

全民健康保險會協定全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施目標：

- 一、對慢性腎臟病之高危險群進行個案管理，以期早期發現，積極治療與介入有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生。
- 二、結合跨專業跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- 三、降低晚期腎臟病發生率。

參、實施內容：

一、慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, 以下稱 CKD)個案照護：

(一)參與院所：由具有下列資格醫療團隊之本保險特約醫療院所，向所屬全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請。

1. 醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意，始可參與本計畫。
2. 衛教護理人員：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫

療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明之護理人員。(持有 101 年以前三個學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者亦比照辦理)

3. 營養師：領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明；或台灣營養學會腎臟專科營養師證書之營養師，得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務 1 次。

4. 照護團隊成員應接受移植相關課程 2 小時(包含腎臟移植與禁忌症與腎移植手術與術後照顧)，並領有相關上課證明。

(二)照護對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD)Stage 3b、4、5 期、蛋白尿及急性腎損傷病患。

1. 定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N049(腎病症候群)或 N183、N184-N186(慢性腎衰竭)或 N179(急性腎損傷)之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。

2. 要求：

(1)收案前須向病人解釋本計畫之目的及須病人配合定期回診等事項，若在其他醫院已接受衛教應予註明。如腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案管理照護(P3402C)費。

(2)同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準，申報相關醫療費用。

(三)收案條件：

1. CKD stage 3b 病患：腎絲球過濾率(Glomerular Filtration Rate, 以下稱 GFR) 30~44.9ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。
2. CKD stage 4：GFR 15~29.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。

3. CKD stage 5: GFR < 15 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。
4. 蛋白尿病患：24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或尿蛋白與尿液肌酸酐比值(urine protein and creatinine ratio, 以下稱 Upcr)> 1,000mg/gm 之明顯蛋白尿病患，不限各 Stage，主要包含 Stage 1、2、3a，即腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR)≥45~60 ml/min/1.73 m² 之蛋白尿患者。
5. 一年內曾發生嚴重急性腎損傷(AKI)，腎功能持續異常超過 90 天，已屬於慢性腎衰竭之病患。
6. 上述之病患，於院所之病史(或由他院轉來時他院之腎功能異常病史)，須符合慢性腎臟病之定義（符合收案條件並有三個月以上之病史）。

※eGFR 之計算：

1. 年齡 0-16 歲：採用新版的 bed side Schwartz 計算公式。
eGFR ml/min/1.73 m² (Schwartz)= 0.413 x (height in cm)÷serum Cr。
2. 年齡 16 歲以上：自 96 年度起均以 Simplified MDRD 公式為計算 eGFR 之標準公式。

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Simplified MDRD)} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \\ \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.212 \text{ (if black patient)}。$$

※Upcr 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl)及 urine creatinine (mg/dl)，Urine total protein / Urine creatinine × 1000 得 mg/gm creatinine。

(四)結案條件：

1. 因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。
2. 因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者。

(進入長期透析者必須符合尿毒症重大傷病卡適應症，且必須完成附表 4「末期腎衰竭病患治療模式」衛教表。)

3. 進入安寧療護：接受住院安寧、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案。
4. 因其他系統性疾病造成轉他科治療或轉他院治療。
5. 可歸因於病人者(不得申報結案資料處理費)：
 - (1)長期失聯(≥ 180 天)或病人未執行本計畫管理照護超過 1 年者。
 - (2)拒絕再接受治療。
 - (3)死亡。
 - (4)其他。

(五)照護標準及目標：

1. 醫療：

- (1)依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療(另參考國民健康署與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」)。
- (2)對於 Stage3b、4 及蛋白尿病患照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
- (3)Stage 5 病患照護目標為以周全的準備，在適當的時機經順利的過程安全地進入透析治療。

2. 護理衛教：

除必須提供與教導適切的 CKD 衛教知識與資料外，且能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療與照護上的必要訊息與溝通機會。

3. 飲食營養衛教：

除必須提供與教導適切的 CKD 營養知識與資料外，且能掌握病患飲食配合狀況，提供醫師與家屬在醫療與照護上的必要訊息與溝通機會。

4. 腎臟移植衛教：應充分揭露如活腎捐贈之手術方式、恢復時間及術後可能副作用等相關訊息，接受衛教對象應包含病人親屬，以提供充分資訊。
5. 其他：例如社工師、藥師、其他專科醫師等，專業知識的諮詢。

(六)照護指標：

1. CKD Stage 3b、4 及蛋白尿病患（參照附表 2-5）：
 - (1) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。
 - (2) 低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下
 - (3) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制在 7.5%以下的比例。
 - (4) 完成護理衛教的比例。
 - (5) 完成營養衛教的比例。
 - (6) 以蛋白尿條件收案病患收案後 Upcr < 200 mg/gm 之比例。
2. 尚在追蹤之 CKD Stage 5 病患（參照附表 2-5）：
 - (1) 使用促紅血球生成素(Erythropoietin, EPO)的比例。
 - (2) 血紅素>8.5g/dL 的比例。
 - (3) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。
 - (4) 低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下
 - (5) 糖尿病病患 HbA1c 控制在 7.5%以下的比例。
 - (6) 作好瘻管或導管之比例。
 - (7) 完成護理衛教的比例。
 - (8) 完成營養衛教的比例。
3. 進入透析之 CKD Stage 5 病患，結案時須有記載下列資料（參照附表 3）：
 - (1) 使用 EPO 的比例。
 - (2) 血紅素>8.5g/dL 的比例。

- (3) 血清白蛋白(Serum albumin)在 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0 gm/dl(BCP)以上的病人比例。
- (4) 選擇腹膜透析病人數及比例。
- (5) 作好血液透析瘻管的比例。
- (6) 沒有使用暫時性導管透析的比例。
- (7) 由門診開始進入透析治療的比例。
- (8) 完成護理衛教的比例。
- (9) 完成營養衛教的比例。
- (10) Stage 5 結案病患追蹤超過 6 個月之比例。
- (11) 完成附表 4「末期腎衰竭病患治療模式」衛教表的比例。
- (12) 本年度該院所有申請尿毒症重大傷病卡之病患中，經本計畫收案照護後始進入透析者所佔之比例。

二、給付項目及支付標準(醫令代碼)：申報格式請參照附表 1 之末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫申報資料格式，並依規定於 VPN 資訊系統上傳相關資料。

(一)新收案管理照護費(P3402C)：

- 1. 依規定記載相關量表、記載病患病史記錄(詳附表 2-1),1 次 1,200 點照護費(含醫師照護費 400 點、護理照護費 200 點、營養師照護費 200 點、資料管理費 400 點)，每人限申報 1 次。
- 2. 須記錄檢驗資料(報告日期於就醫日期前後 3 個月內，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳附表 2-3)。照護個案資料(附表 2-1、2-2、2-4 為護理衛教、5-1、5-2 為營養衛教，2-3 為檢驗紀錄)，留存院所備查。

(二)完整複診衛教及照護費(P3403C)：

- 1. 收案後至少間隔 77 天方能申報，1 次 600 點(含醫護營養師照護費)，每 3 個月申報(2 次申報間至少間隔 77 天) 1 次。
- 2. 須記錄檢驗等資料(報告日期於就醫日期前後 3 個月，必要項目

有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳附表 2-3)。其他項目請依病患病情需要檢驗，所有照護個案資料與檢驗均應記錄於追蹤紀錄表(院所留存，供備查，詳附表 2-2、2-3、2-4、5-1、5-2)。

備註：若已經符合收案條件的病患，當照護後 GFR 回復到 Stage 3a 或蛋白尿病患 Upcr < 1000 mg/gm 且 > 200 mg/gm 時也可繼續申報完整複診衛教及照護費。

(三)年度評估費(P3404C)：

1. 本項(P3404C)申報前 12 個月，須至少完成申報「完整複診衛教及照護費(P3403C)」3 次，且須與 P3403C 至少間隔 77 日，1 次 600 點(含醫護營養師照護費)，每人每年申報 1 次。
2. 於完成年度檢查，須記錄檢驗資料(報告日期於就醫日期前後 3 個月，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳表 2-5)及追蹤照護項目(供備查，詳附表 2-3、2-5)。同年月發生 P3404C 及 P3405C 時，僅能申報 P3405C。

(四)結案資料處理費(P3405C)：須記錄檢驗資料，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報，項目詳附表 2-3 及附表 3。

1. 符合下列情形之一者，1 次 600 點，同一院所同一病患限申報一次：
 - (1) CKD Stage 5：在收案院所至少追蹤 3 個月以上之結案個案(至少須申報過一次 P3403C)。
 - (2) CKD Stage 4：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案(至少須申報過二次 P3403C)。
 - (3) CKD Stage 3b：在收案院所至少追蹤 6 個月以上之結案個案(至少須申報過二次 P3403C)。
2. 申報 P3405C 結案資料處理費時，應記錄病患「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護結案表」(詳附表 3)、「末期腎衰竭治療模式衛教表」與「末期腎衰竭治療模式衛教病患滿意度調查表」(詳附表 4)等供

備查。

3. 如為本計畫第肆點實施內容中結案條件為 5 可歸因於病人者，不得申報結案資料處理費(P3405C)。

(五)Stage 3b、4 病患之照護獎勵費(P3406C)：給予照護一年後，糖尿病人 eGFR 下降速率 $<6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 $<4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ 。符合獎勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 1,500 點。已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點（詳附表 2-5）。

(六)Stage 5 病患之照護獎勵費(P3407C)：給予照護一年後，未進入透析且糖尿病人 eGFR 下降速率 $<6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 $<4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ 。給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植但糖尿病人 eGFR 下降速率 $<6 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ；非糖尿病人給予照護一年後 eGFR 下降速率 $<4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ ，且完成透析前瘻管或導管之準備。符合獎勵條件者，每人每年限申報 1 次，1 次 3,000 點。已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點（詳附表 2-5）。

(七)蛋白尿病患之照護獎勵費(P3408C)：以蛋白尿為收案條件之患者，蛋白尿達完全緩解者（Up_{cr} $< 200 \text{ mg/gm}$ ）之病患，符合獎勵條件者，每人限申報 1 次，1 次 1,000 點（詳附表 2-5）。

(八)持續照護獎勵費(P3409C)：由本計畫收案照護滿 3 年，且完成申報 3 次年度評估費(P3404C)或第 4 年起每年完成申報年度評估費(P3404C)者，申報 2,000 點(含醫護營養師照護費)，每人每年申報 1 次，當年同時符合申報 P3406C 或 P3407C 或 P3409C 者，則擇一申報。

(九)預先建立瘻管或導管獎勵費(P3410C)：由本計畫照護之個案完成申報結案資料處理費(P3405C)，且結案條件為「2、因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者」。首次透析沒有使用暫時性導管(含 Hickman catheter(69006C)及 perm cath(69039B)之長期置入血管導管)，且

做好之瘻管或導管必須有功能可做為第一次血液透析或腹膜透析使用。每人限申報 1 次，1 次 1000 點。

(十)活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C):由本計畫照護之個案，完成申報結案資料處理費(P3405C)，尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明或透析一年內，接受親屬活體腎臟移植者，支付本計畫照護團隊獎勵費用 50,000 點

(十一)急性腎損傷之照護獎勵費(P3412C):符合獎勵條件者，每人限申報 1 次，1 次 800 點 (詳附表 2-5)。

三、醫療費用申報及核付原則：

(一)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。全年預算不足時，實際核發金額以原核發金額乘折付比例 (折付比例 = 預算 / Σ 各院所結算點數)。

(二)屬本計畫收案之保險對象，101 年度起，P3402C、P3403C、P3404C、P3405C、P3406C、P3407C、P3408C、P3409C、P3410C 及 P3411C 醫令代碼之費用，請併服務機構當月份費用申報。

1. 門診醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報：

(1)案件分類：請填報「E1」。

(2)特定治療項目代號：請填報「K1」。

(3)就醫序號：請填報「ICK1」。

(4)部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

2. 健保卡登錄就醫類別 CA，不累計就醫次數，基本資料及檢驗資料仍由原健保資訊網 VPN 系統收載。

(三) 101 年度起，健保資訊網 VPN 系統之基本資料及檢驗資料申報欄位可以原定長格式或不定長之 XML 格式申報(詳附表 1:末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫申報資料格式—定長格式、XML 格式，後

附 XML 格式結構說明)。

(四) 院所應於次月 20 日前上傳個案基本資料及檢驗資料至末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網 VPN 系統，未依期限上傳者不予核發本計畫相關費用。

(五) 就醫日期(掛號當日日期)及檢驗日期(報告日期)務必確實填入，且就醫日期與醫療費用申報之就醫日期須相符合，以利費用正確勾稽。

(六)當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底前核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

四、保險人得舉辦本計畫執行概況檢討或發表會，由台灣腎臟醫學會或參與本計畫之特約醫療院所報告，藉以進行計畫成果檢討及經驗交流。

肆、計畫評估：

預期效益如下：

- 一、促使慢性腎臟病患得到合宜之照護與有效利用醫療資源。
- 二、減緩慢性腎臟病病患進入尿毒症的時程。
- 三、慢性腎臟病照護團隊的照護品質能與全民健保支付制度扣連。
- 四、保險人能有效控制醫療費用（符合成本效益）。
- 五、慢性腎臟病病患照護品質的資料更趨透明化，以充分掌握或分享，並能成為醫療院所臨床上進行品質改善的工具。

伍、計畫修正程序：

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，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公

告。

第五案

提案單位：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。

說明：

一、108 年 8 月 14 日召開之「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」108 年第 3 次會議紀錄略以「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略初步結果」討論案，就本案所規劃之具體執行方案確實執行，於下次會議報告辦理情形。其中中華民國中醫師公會全聯會尚未回復。

二、重點參考如下

(一)策略一、鎖定慢性腎臟病前端處理(Early-CKD)及健康促進

1. 設計提醒民眾勿自行購買來路不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報：

國健署與腎臟醫學會將於 11 月中旬前共同召開會議，請宋俊明教授、李文欽副院長與會討論設計「提升民眾用藥識能宣導海報」提醒民眾勿自行購買來路不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報事宜。

2. 建議台灣腎臟醫學會建立腎臟病潛在不適當用藥名單(仿老年醫學 Beers' criteria)，推廣宣導:尚待台灣腎臟醫學會回復。

(二)策略二、腎臟病醫療照護面

1. AKI 後成為 CKD，將有嚴重 AKI(建議曾達到 eGFR<30 者)恢復者，直接列入 Pre-ESRD 收案，已列入提本次提案討論。

2. 雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」字眼：

(1)有關腎毒性藥物定義腎臟醫學會回應，包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。

(2)規劃於本署健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區，建置「慢性

腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」提示功能，點開展現視窗，提示「eGFR<45 或第四、五期慢性腎臟疾病、末期腎病患者與腎臟移植患者」最後一筆 eGFR 檢驗值，預計於 109 年第 1 季建置使用。

(三)策略三、末期腎臟疾病生活品質及腎移植

1. 研議再放寬活體腎臟移植之可行性：

本議題涉及範圍廣大，除捐贈者情感面及自主意願外，尚須考慮法律、醫療倫理等多方層面，本司已研議召開專家會議或論壇等，蒐集各方相關意見，作為政策修訂之參考。

2. 設計宣導活體腎臟移植海報，財團法人器官移植登錄中心已於 108 年 10 月 31 日提供海報設計一張(附件 11)，請台灣腎臟醫學會協助於各院所之透析室張貼。

擬 辦：

決 議：

附表 5-慢性腎臟病患者管理與預防相關策略」之具體執行方案

108.10.30

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
策略一、鎖定慢性腎臟病前端處理(Early-CKD)及健康促進				
(一)推動民眾腎臟相關健康識能。				
1. 提升民眾使用藥物及健康食品之健康認證，設計慢性腎病患者慎用腎毒性藥物之通報廣貼於醫療院所及藥局。	1. 請國民健康署及食品藥物管理署設計提醒民眾勿自行購買來路不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報，並建議本會之專家學者代表宋俊明教授、李文欽副院長及台灣腎臟醫學會等共同討論海報內容，並請張貼於各藥局。	國民健康署、食品藥物管理署、台灣腎臟醫學會	國健署/台灣腎臟醫學會： 將於11月中旬前共同召開會議，請宋俊明教授、李文欽副院長與會討論設計「提升民眾用藥識能宣導海報」提醒民眾勿自行購買來路不明藥物等及藥局不得販賣處方藥之海報事宜。 食藥署： 本署多年來已持續針對「正確用藥五大核心(清楚表達自己的身體狀況、看清楚藥品標示、清楚用藥方法時間、做身體的主人、與醫師及藥師做朋友)」、「用藥五不(不聽、不信、不買、不吃、不推薦)」等正確用藥觀念，製作海報、單張、廣播、漫畫、影片等宣導素材，並透過臉書粉絲團、藥安週報、Youtube等多元管道進行宣導，以提醒民眾勿自行購買來路不明的藥品，避免傷身又傷財。	近期完成
	2. 對於民眾宣導正確用藥觀念，尤其是高血壓、糖尿病及ESRD前期慢性病患，預防導錯誤用藥行為導致生理損害。	中華民國藥師公會全聯會	1. 本會已於平時各項活動及教育訓練當中，提醒藥師應注意民眾使用的藥品中，對腎臟功能有影響之藥品，應給予	已完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			民眾適當教育及警示。 2. 對民眾則配合本會各項宣導活動。近期於9月21日假台中草悟道辦理用藥安全宣導園遊會，此項亦為宣導重點之一。 3. 後續本會運用藥師持續教育時機，加強藥師對於腎臟疾病以及國人腎臟保健教育等議題之課程，另運用本會發行之藥師週刊、藥學雜誌等刊物，強化藥師對腎臟病病患藥物使用注意事項，以增進藥師照護腎臟病病患知能。	
	4. 將透過與地區之公協會、社區醫療群等團體機構結盟合作，辦理中醫藥正確就醫用藥種子師資、終生志工培訓、提供民眾便利性、可近性的衛生教育服務。	中醫藥司	108年以推動中藥用藥安全五大核心能力為主軸，辦理衛教種子師資培訓課程，共計完成38位學員訓練。	已完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	5. 將建立中醫藥衛生教育五大核心能力『停、看、聽、選、用』，『停』止不當看藥行為，『看』病請找合格中醫師診治，並應向醫師說清楚，『聽』從專業的醫師、藥師的意見、信任的中醫師與藥師的指導與建議，『選』購合格中藥來源或選購有認證、安全、有效的中藥，『用』中藥時應遵醫囑講方法。	中醫藥司	108 年以「停看聽選用」五大核心能力為主軸，推動中藥用藥安全。 截至 9 月底，辦理 34 場中醫藥衛生教育推廣活動，共計 1174 位民眾參與，以提升民眾正確之中醫藥用藥安全認知及觀念。	已完成
2. 配合國民健康署「健康促進機構 108 年精進計畫」，將糖尿病、心血管疾病及 CKD 健康識能，配合健康醫院認證條文進行整併並執行認證，廣泛推動健康醫院，甚至健康城市之認證。	糖尿病、心血管疾病及 CKD 健康識能將配合研議納入「健康醫院認證之可行性」，至於健康城市部分，則會加強疾病預防策略，以推動實務為導向。	國民健康署	國健署： 刻正進行糖尿病及慢性腎臟病等慢性病病人之促進健康識能增列於健康醫院條文評分內容之作業，已分別請糖尿病衛教學會及台灣腎臟醫學會研議條文。 台灣腎臟醫學會： 配合健康醫院認證條文進行認證，已於 108 年國民健康署 107-108 年慢性病健康促進機構先驅計畫執行中。	近期完成
3. 於國民健康署及腎臟醫學會成立「腎臟健康識能」推動小組，執行民眾腎臟相關健康識能之衛教，對象包括次專科學會、家醫學會、	1. 成立「腎臟健康識能」推動小組，執行民眾腎臟相關健康識能之衛教，擬由台灣腎臟醫學會研議可行方案，由本署視其方案提供評估與建議。	國民健康署 台灣腎臟醫學會	國健署： 已聯繫台灣腎臟醫學會，召開「腎臟健康識能」推動小組會議時，一併知會健康署與會討論。	近期完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
基層協會、各民眾機構及各級學校，並制定指標，考慮納入透析保留款之品質指標及國健署計畫案。	2. 腎臟醫學會在腎臟病防治委員會中成立「腎臟健康識能」推動小組，統一製作教材和成效問卷，先在北、中、南三區向各專科學會演講推廣，同時訂定 KPI，請慢性病健康促進機構各地院所落實執行，向民眾和各級學校推廣。並將統計資料以檔案回報給腎臟醫學會彙整成全國資料。並考慮將指標納入透析保留款之品質指標及國民健康署計畫案。	台灣腎臟醫學會	台灣腎臟醫學會： 1. 於 107 年度慢性腎臟病教育課程暨慢性腎臟病照護網研習會舉辦「健康識能」教育課程，讓腎臟病健康促進機構認識何謂「健康識能」。 2. 於學會下屆腎臟病防治委員會成立「腎臟健康識能」推動小組。 3. 未來將持續推動「腎臟健康識能」。	近期完成
4. 長期可考慮目標： (1) 跨部會合作，將腎臟及相關健康(如營養、飲食)知識納入各級學校教科文中。 (2) 加強中西藥品之管理，將藥物廣告仿歐美加入「請與醫師討論」等語詞。	1. 由於網路訊息滲透力強，建議考慮由國健署主導，健保署配合，開發腎病防治 APP，提供民眾免費下載並強力宣導善加利用(基層透析協會建議)。 2. 建議主管機關確實稽核非處方販售 NSAID 藥局、地下電台或網路。(台灣醫院協會建議)	國民健康署/健保署	國健署： 將研議於明年計畫導入慢性病防治相關電子資訊管道之可行性，並與糖尿病教學會及糖尿病、慢性腎臟病等健康促進機構共同宣導疾病防治相關知識。 健保署： 俟國健署研議後納入。	近期完成
		食品藥物管理署	1. 針對未經醫師處方販售處方藥品，本署已列入衛生局每年藥政考評重點，衛生局每年稽查藥局家數達 10000 次以上，以維護民眾用藥安全。 2. 有關主管機關稽查非處方販售 NSAID	已完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			地下電台或網路一節，經檢視本署今(108)年度食品藥物化粧品監控計畫中尚無查獲是類成分產品之違規廣告案件，倘有查獲時將移交所轄衛生局查處，併副知 NCC 有關非法電台刊播情形，以維護國民用藥安全。	
	3. 建議台灣腎臟醫學會建立腎臟病潛在不當用藥名單(仿老年醫學 Beers' criteria)，推廣宣導(台灣醫院協會建議)。	台灣腎臟醫學會	尚待研議中。	近期完成
	4. 醫院實務可行作法 透過多元管道(如印刷品、網路宣導或諮詢櫃檯等)提供以實證為基礎之一般性與高風險疾病有關的健康資訊： (1) 舉辦慢性腎臟病防治院內團體宣導講座。 (2) 舉辦社區民眾腎臟病防治宣導講座。 (3) 配合全國愛腎日舉辦愛腎園遊會，宣導腎臟病防治。 A. 宣導認識腎臟病之高危險因子〈糖尿病、高血壓、	中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會	全聯會： 1. 本會配合分級醫療，落實雙向轉診，減少大醫院壅塞和醫療浪費。基於尊重醫師專業判斷及裁量下，相信醫師看診時能妥適給予民眾適當醫療照護，亦對於推動民眾對腎臟相關健康識能不餘遺力，在診間內醫師即可直接透過口頭、書面教材給予衛教；若民眾對用藥有疑義時可回診諮詢醫師。 2. 西醫基層針對藥品及檢驗訂有管控機制，透過「全民健康保險醫療費用審查注意事項」、「檔案分析	已完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	高血脂、痛風、有自體免疫疾病的 人，如紅斑性狼瘡、類風濕關節炎等及濫用藥物，如止痛劑、抗生素或亂服成藥（地下電台）、中草藥等；或毒物，如重金屬等及有腎臟病家族病史〉。 B. 宣導早期診斷、早期治療的重要性。 （尿液篩檢、尿蛋白測定及腎絲球過濾率測定）。 （台灣醫院協會建議）		審查異常不予支付指標」、「各分區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目」訂定相關規範。現行推行「健保醫療資訊雲端查詢系統」、「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」政策，已對於院所具有相當約束力。 台灣醫院協會： 1. 本會業於 108 年 9 月 17 日院協健字第 1080200558 號函請貴署及台灣腎臟病醫學會索取相關衛教宣導品，並於本會網站最新公告周知全國醫療院所相關單位所提供之腎臟病衛教宣導下載途徑。 2. 為了解全國醫療院所對於腎病防治宣傳所做的努力，本會辦理醫療院所執行腎病防治調查，共計發出 470 份問卷，截止至本（11）月 5 日合計收到的 198 家醫院回復，回復率為 42.13%，參據所回復的資料彙整，以所回復的家數中高達 97% 醫療院所設有用藥諮詢窗口（含電話或網站）、87% 醫療院所有放置腎病衛教單張，69% 醫療院所辦理腎病衛教講座，一年平均辦理 6 場	已完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			次，最多高達40場次，另半數之回場復醫療院所辦理腎病防治活動，如：社區義診及宣導活動、腎友會、愛腎月(日)、強腎俱樂部、愛腎嘉年華會等活動。	
	5. 提供民眾門診臨櫃用藥諮詢或電話諮詢及提供網站藥品查詢。(台灣醫院協會建議)	中華民國醫師公會、院中藥全 中醫師公會、台灣醫藥師公會	全聯會：在診間內醫師即可直接透過口頭、書面教材給予衛教；若民眾對用藥有疑義時可回診諮詢醫師。 台灣醫院協會：經調查97%醫療院所設有用藥諮詢窗口(含電話或網站)。 藥師公會全聯會：本會已於平時各項活動及教育訓練當中，提醒藥師應注意民眾使用的藥品有影響腎臟功能之藥品，應給予民眾適當教育及警示。	已完成
	6. 建議教育部能將正確飲食觀念及從腎病防治知識從小一開始教導，從小強化國民健康識能，每學期都能有營養及腎病防治課程，從小到小六，完整建立正確飲食習慣及腎病防治觀念，則國人洗腎發生率必能大幅降低。	基層透析協會、台灣腎臟學會	基層透析協會 1. 為了讓腎臟保健，台灣基層透析協會與台灣腎臟醫學會，結合康健雜誌、天會下雜誌教育基金會共同製作全台灣費森尤斯公司第一本護腎童書「腎臟超人與小豆冒險記」，內容除了提到腎臟的結構，也提醒每天至少要喝2,000cc的水，並指導如何做「愛腎健康操」。 2. 這本童書已於108年10月16日召開	近期完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			記者會正式發行，也會隨「希望閱讀專車」巡迴台灣偏鄉校園，後續也將送給全台200多所非都會小學各兩本，供小朋友到學校圖書館閱讀。(附件10) 3. 希望透過全台第一本護腎童書的發行，讓孩子從小就建立護腎的觀念，共同守護下一代的腎臟健康。 台灣腎臟醫學會 1. 由鄭集鴻醫師負責，於108年9月17日(星期二)下午4時召開「腎臟病防治如何納入國小教科書課程」第1次小組會議，邀請康軒文教事業副總參予。 2. 於108年9月25日拜訪師大郭鐘隆教授，郭教授是體健教科書編輯委員。	
(二)整合各層級醫療(包括基層醫療)，有效利用各種醫療資料(包括健檢資料)，推動初期腎病醫療照顧。				
1. 整合各檢查資料(包括成健等)，與社區醫療群發展糖尿病、心血管及腎臟病整合照護模式，訂定標準作業流程(SOP)並推廣至基層，Early-CKD給付及指標亦可一併檢討及改善。	1. 經評估糖尿病及初期慢性腎臟病有許多共同危險因子，且糖尿病亦為初期慢性腎臟病的重要危險因子之一，所以兩疾病的照護族群重疊比例高，且兩疾病方案須投入的照護人力及資源相近，爰本署近期將針對	中央健康保險署、台灣腎臟醫學會	健保署： 本署刻正規劃整合照護模式方案內容，預定於108年11月邀集相關單位召開會前會討論後，提報共擬會議。	近期完成

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	糖尿病及初期慢性腎臟病共病之病患研議整合照護模式。			
	2. 整合各檢查資料（包括成人健檢等），與社區醫療群發展糖尿病、心血管及腎臟病整合照護模式，訂定標準作業流程（SOP）並推廣至基層。	台灣腎臟醫學會	國民健康署 107 年-108 年慢性病健康促進機構先驅計畫委託台灣腎臟醫學會執行中。	近期完成
	3. 建立品質指標 Early-CKD 收案病人 eGFR 未改善比率。	中央健康保險署、台灣腎臟醫學會	健保署：因涉及臨床專業，擬請台灣腎臟醫學會提供操作型定義，以利本署研擬。	近期完成

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
策略二、腎臟病醫療照護面				
(一)精進慢性腎病(著重 Pre-ESRD 部分)照護。				
1. 重視 AKI 後成為 CKD，將有嚴重 AKI(建議曾達到 eGFR<30 者)回復者，直接列入 Pre-ESRD 收案(即 Pre-ESRD 包括 eGFR、蛋白尿與曾發生嚴重 AKI 之 3 種收案標準)。	腎臟醫學會主動與中央健康保險署討論修正 Pre-ESRD 收案標準，將嚴重急性腎損傷(曾經接受透析治療或 eGFR<30 者)，直接列入 Pre-ESRD 收案(即 Pre-ESRD 包括 eGFR、蛋白尿與曾發生嚴重 AKI 之 3 種收案標準)，並於腎臟醫學會舉辦研討會時演講宣導。	台灣腎臟醫學會	1. 於 108 年 10 月 14 日發文健保署修改 Pre-ESRD 之收案，新增：一年內曾發生嚴重急性腎損傷(AKI)，腎功能持續異常超過 90 天，已屬於慢性腎衰竭之病患者。 2. 於今年年會(11 月 23 日)將舉辦「Asia-Pacific AKI to/on CKD Summit」會議。	近期完成
2. 雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」字眼，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。	1. 雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」字眼，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物。本署已於 108 年 5 月 13 日函請台灣腎臟醫學會提供「腎功能不佳」之操作型定義，俟學會回復後，再行研議可行性。	中央健康保險署	健保署： 1. 經洽台灣腎臟醫學會，初步建議，考量以 eGFR 檢驗值為依據較診斷為準確。 2. 另諮詢專家意見，建議「提示第四、五期慢性腎臟疾病及末期腎疾病 (ICD_10_CM code N18.4、N18.5、N18.6)患者與腹膜透析之患者。並建議再規劃慢性腎臟疾病分期 3b 之病患納入提示之方式。 3. 建議本案與「慢性腎臟病患者管理與預防相關策略」之具體執行方案(下稱具體執行方案)，於策略二、(一)之 2-1「雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示『此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒	近期完成

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			性藥物』字眼，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖定藥物。」併同研議。 4. 規劃於本署健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區，建置「慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」提示功能，點開展現視窗，提示「eGFR <45 或第四、五期慢性腎臟疾病及末期腎疾病 (ICD_10_CM code N18.4、N18.5、N18.6) 患者與腎臟移植 (ICD_10_CM code Z94.0、T86.10~T86.19) 患者」最後一筆 eGFR 檢驗值，預計於 109 年第 1 季建置使用。 台灣腎臟醫學會： 1. 腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。 2. 與健保署討論推動開立顯影劑和 NSAID 時，雲端檢視腎功能的制度和提醒避免開立。並且評估限制開立的可行性，如：未檢視不能開慢簽等。 3. 今年 12 月內科醫學會年會腎臟醫學會安排「固腎強知」教育演講，希望提醒內科醫師能重視 NSAID 的使用。	已完成

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	2. 健保雲端藥歷中藥頁箋納入自費飲片與中藥製劑紀錄(中醫藥司建議)。	中華民國中醫藥公會全國聯合會、健保署	中醫師公會全國聯合會：未回復 健保署：自費之飲片及中藥製劑非屬醫療費用申報項目，無資料可納入健保雲端藥歷。	長期研議
	3. 中藥不良反應通報管理與中西藥併用諮詢(中醫藥司建議)。	食品藥物管理署	為方便外部通報中西藥品不良反應，並強化通報案件管理，至103年起已逐步整合中西藥品不良反應通報資訊系統整合及上線，並由中醫藥司負責中藥通報流程及其案件評估等相關業務。另，有關中西藥併用諮詢已建置於「中西藥併用諮詢資料庫」，該系統由中醫藥司建置及維護，提供醫療人員查詢使用。	已完成
	4. 落實基層中醫師使用健保醫療資訊雲端查詢系統：提醒會員確實掌握病人病情及相關檢查檢驗結果，確認已開立的藥物「複方成分」、「同成分總給藥日數」等資訊，降低重複開立相同中藥，避免藥物間交互作用產生不良反應。(中醫藥司建議)	中華民國中醫藥公會全國聯合會、健保署	中醫師公會全國聯合會：未回復。 健保署：健保醫療資訊雲端查詢系統目前已提供線上查詢及批次下載保險對象近3個月內中醫用藥資料，並持續推廣醫療院所查詢使用。	已完成
3. 維持高品質Pre-ESRD/ESRD照護，整合糖尿病、高血壓、心血管疾病等相關照護指引及計	1. 腎臟醫學會推派代表主動與健保署討論，明確定義收案率，並每半年統計公布，設法讓獎勵真正落入執行人員口袋，而非醫	台灣腎臟學會、中央健保署	健保署：獎勵落入執行人員口袋，涉及支付標準調整，預長期研議。 台灣腎臟醫學會： 1. 「邀請優秀團隊進行標竿分享」健康	長期研議

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
畫，成立跨團隊照護模式，定期跨團隊檢討改善，並訂立高效率醫療品質指標。以院所為單位計算stage4、5收案率予以獎勵及輔導。	院。 2. 由腎臟醫學會邀請優秀團隊進行標竿分享。		署 107 年-108 年慢性病健康促進機構先驅計畫委託台灣腎臟醫學會執行中。 2. 腎臟醫學會將於 11 月辦理「腎臟病健康促進機構標竿學習參訪」，邀請腎臟病健康促進機構之成員到不同層級之績優腎臟病健康促進機構給予經驗分享，提升慢性腎臟病照護品質及收案。	近期完成
	3. 腎臟科醫師除依慢性腎臟病診療指引(Kidney Diseases Quality Initiative (K-DOQI))準則進行應有的醫療照顧外，所有病人皆須每三個月接受腎臟護理與營養衛教，並評估其照護成效。(台灣醫院協會建議)	中央健康保險署	目前 Pre-ESRD 照護計畫已有規定照護標準，需依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療，另為鼓勵醫療團隊定期追蹤病人，收案後至少間隔 77 天追蹤個案，可申報完整複診衛教及照護費(P3403C)。	已完成
	4. Pre-ESRD 收案病人 stage3→4→5 變化情況，作為監測指標。定期分醫院層級公布各院比率，數值高於全國同儕平均者，應檢討內部照護流程，尋找可能原因，設法降低 ESRD 發生(台灣醫院協會建議)。	中央健康保險署	指標操作型定義規劃中，將洽詢台灣腎臟醫學會表示意見。	近期完成

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	5. 監測各中心高齡患者開始長期透析的原因和發生件數，及重大傷病卡的比率，並回饋同儕平均值。	中央健康保險署	1. 病人長期透析原因，目前無法從健保資料庫資料瞭解。 2. 有關追蹤各院所透析醫療品質，本署已定期於醫療品質資訊公開網，公布相關數據供外界查詢。	長期研 議 已 完 成
	6. 建議 Pre-ESRD/ESRD 跨領域照護團隊納入中醫師	台灣腎學會	健保署： 109 年中醫總額門診醫療給付費用新增計畫「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」	近 期 完 成
4. 重視高齡病人多重用藥與多種共病的照護，並於以病人為中心門診整合計畫中施行，運用審查管理品質。	ESRD 病人用藥整合服務，確保藥物符合適應症。由於 ESRD 屬用藥複雜度高的疾病，建議健保署能委由本會執行相關用藥照護計畫探究其原因以達控制疾病之效，期提升病人生活品質，進而節流社會醫療資源。(藥師公會建議)	中央健康保險署	藥師公會全聯會擬提案將藥師提供病人用藥整合服務，納入 Early-CKD 及 Pre-ESRD 計畫。	近 期 完 成
(二)非腎專醫師轉移 Pre-ESRD 病人之管控及提升病人自我照護責任。				
1. 基層及醫院之 Pre-ESRD 計畫收案比率(尤其 eGFR<30 之第四期病人)，列入評核(醫院評鑑或疾病認證)或品質指標獎勵條件。	1. 本署定期監測 Pre-ESRD 收案率，並於研商會議定期報告，並請分區回饋院所參考。	中央健康保險署	1. 例行辦理中，且本署按季於全球資訊網公開各縣市收案率，並於年度公開各分區縣市別醫療院所 Pre-ESRD 之收案率。 2. 並已於 106 年開發 Pre-ESRD 計畫照護率指標，置於 VPN 院所品質報告卡，供各院所查詢。。	已 完 成
	2. 透析前曾經接受過 Pre-ESRD 計畫照護，作為透析品保獎勵指標。	中央健康保險署、台灣腎學會	健保署： Pre-ESRD 參與院所僅占透析院所約 4 成，納入透析品質獎勵指	長 期 研 議

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			標，恐有不公平。 台灣腎臟醫學會： 學會持續研議討論中。	
2. 制定基層及非腎專醫師轉診 Pre-ESRD 照護計畫之獎勵措施，如比照出院回診、轉診(包括同院轉診)等免部分負擔。	1. 自行負擔的調整涉及民眾就醫權益的保障，如欲修法需取得社會共識。	中央健康保險署	健保署： 部分負擔之調整，事涉法令規定，修法須取得社會共識，不建議本項措施。	<u>長期研議</u>
	2. 明確說明 Pre-ESRD 轉診獎勵方式，以及病人的鼓勵措施，如免部分負擔等。	台灣腎臟醫學會	台灣腎臟醫學會： 學會持續研議討論中。	<u>長期研議</u>
3. 推廣健康存摺管理模式，及鼓勵醫院使用 APP 回饋病人腎功能變化，提升病人自我照護之意願。	1. 健康存摺現已提供末期腎臟病風險評估功能，讓民眾可以隨時掌握腎功能狀況，醫院可鼓勵民眾多使用，仍請多加推廣，並持續改善相關功能。	中央健康保險署	108 年 3 月釋出健康存摺 SDK，並鼓勵各院申請介接，在獲得民眾同意下，取得民眾健康存摺資料，協助及提醒民眾隨時掌握腎功能資料。	<u>長期研議</u>
4. 病人自我照護責任，長期可考慮方案 (1) 病人開始透析治療，若未經 Pre-ESRD 收案管理半年以上(時間可討論)，不發給重大	1. 重大傷病證明，係為減輕病人就醫負擔，減少其因經濟負擔，造成之就醫障礙，如須將 Pre-ESRD 收案管理納為核發要件，須先評估 Pre-ESRD 提供服務收案涵蓋率及其照護成效。	中央健康保險署、台灣腎臟醫學會	健保署： 病人是否加入 Pre-ESRD 事涉多方因素，是否歸責於病人行政作業面難以判斷，事涉民眾重大權益，建議本項措施不予實施。	<u>長期研議</u>

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
傷病卡(含永久或臨時卡)。 (2)另如何加重病人責任(行為不良者加重保費或負擔),亦應納入研議。 (3)使用者付費,透析病人負擔之可行性。	2. 增加透析病人部分負擔:查全民健康保險法第43條及第47條規定,係已載明保險對象應自行負擔門診、急診及住院費用之相關規定。爰不宜對特殊族群或病患另訂自行負擔費用,又自行負擔費用的調整涉及民眾就醫權益的保障,如欲修法須取得社會共識。	中央健康保險署、台灣腎學會	健保署: 部分負擔之調整,事涉法令規定,修法須取得社會共識,建議不實施本項措施。	<u>長期研議</u>

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	建議追蹤
策略三、末期腎臟疾病生活品質及腎移植				
(一)積極推動 SDM、腎臟緩和醫療。				
善用決策共享機制(進入透析前,必執行 SDM)及病人自主,推廣特定之重症慢性腎臟病患者之緩和醫療,如健康呼吸照護病房之管醫理模式,節省醫療資源。	1. 善用決策共享機制及腎臟病患者之緩和醫療,因決策共享機制在不同單位執行中,本署將與相關學會及醫療院所合作推廣。	國民健康署	1. 已請 191 家慢性腎臟病健康促進機構配合辦理 SDM 導入工作。 2. 將於 11 月 20 日與醫事司合辦 SDM 優化成果發表會,其中慢性腎臟病以「面對末期腎臟病,我應該選擇那一種治療方式」及「面對末期腎臟疾病,我應該選擇洗腎或安寧緩和療護」為優化主題。	近期完成
	2. 經醫師診斷為慢性腎衰竭且已進入末期狀態者,已屬安寧緩和醫療之適應症之一。若病患經醫師診斷需接受安寧緩和醫療服務,健保特約醫事服務機構執行該等診療後,得依規定向健保申報相關費用。本署已持續積極推動安寧緩和醫療服務,病患死前一年接受安寧緩和醫療之比率逐年上升,106 年達約 25%。	中央健康保險署	本署持續積極推動安寧緩和醫療服務,經統計病患死前一年接受安寧緩和醫療之比率逐年上升,106 年 40533 人(25%),107 年 42586 人(26%)。	已完成
	3. 腎臟醫學會非主責單位,但應該參與國民健康署和中央健康保險署的討論,協助相關單位訂定鼓勵措施,並積極協助向學會會員及一般民眾宣導。	台灣腎學會	1. 於 106 年配合政府單位推廣醫病共享決策一慢性腎臟病照護,並定期於慢性腎臟病教育課程及年會舉辦專題演講及機構經驗分享。	已完成

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	建議追蹤
			2. 目前 82% 腎臟病健康促進機構有執行 SDM。	
(二)鼓勵腎臟移植。				
1. 放寬活體腎臟移植獎勵方案，將現行獎勵制度放寬至接受透析一年內；且獎勵方案若在透析後，則同時獎勵移植醫師及透析醫師(以獎勵個人〔非院所〕為原則)。	1. Pre-ESRD 計畫活體腎臟移植團隊照護獎勵費，現行已放寬由本計畫照護之個案，尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並接受親屬活體腎臟移植者得申請獎勵，若欲放寬至透析 1 年內，請腎臟醫學會彙整意見後，提本會討論。	中央健康保險署、台灣腎臟學會	已列入本次會議討論案。	近期完成
	2. 已於「門診醫療費用核定總表」、「門診醫療費用核定函」新增提示「貴院本月申報(未經結算)活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)共 00 點，請用於鼓勵勸募團隊及相關醫事人員。	中央健康保險署	例行辦理中。	已完成
	3. 地方洗腎診所若轉介洗腎病患，成功接受移植手術。建議予以健保獎勵點數(移植醫學會建議)。	中央健康保險署	目前暫以 Pre-ESRD 院所為鼓勵對象，未來將俟成效研議擴大範圍。	長期研議
2. 放寬活體腎臟移植捐腎之條件(如朋友關係)，嚴格醫療倫理流程把關；若有金錢交易須負刑責。	請醫事司研議再放寬活體腎臟移植之可行性。	醫事司	1. 依現行法規，活體器官之捐贈以五親等以內之血親或配偶為限，並提經施術醫院之倫理委員會審查通過，使得施行移植手術，其目的是藉親屬關係之限制來防止器官買賣等弊端之發生。	長期研議

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	建議追蹤
			2. 本議題涉及範圍廣大，除捐贈者情感、面及自主意願外，尚須考慮法律、醫療倫理等多方層面，本司已研議召開專家會議或論壇等，蒐集各方相關意見，作為政策修訂之參考。	
	腎臟醫學會推派代表主動與移植醫學會及器官登錄中心討論，放寬捐腎條件和負面宣告之可行性。	台灣腎臟醫學會	經過與移植醫學會理監事和器官登錄中心執行長討論，建議如下： 1. 放寬活體腎移植捐腎之條件確實是可以提高腎臟移植機率的一種措施，但是如何嚴格醫療倫理流程把關，以及是否就涉及金錢交易追究刑責，都需要相關司法機關研議可行性，學會並無法提出完整規劃方案。 2. 建議先舉辦「大型論壇」討論「活體非親屬」政策修法的可能性。	<u>長期研議</u>
3. 屍腎移植方面，器捐卡採負面宣告（即未簽「拒絕器捐」卡，表示願意捐腎。）	與移植醫學會及器官登錄中心討論，放寬捐腎條件和負面宣告之可行性。	移植醫學會 台灣腎臟醫學會	台灣腎臟醫學會經過與移植醫學會理監事和器官登錄中心執行長討論，建議如下： 1. 有施行死後器捐採取負面宣告方式的國家，確實明顯提	<u>長期研議</u>

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	建議追蹤
			高了腎臟和其他器官移植的機率，但是，目前有施行的國家並不多，如果要施行，也必須確實維護個人的權益，因此，需要相關司法機關進行研議，學會無法提出完整規劃方案。 2.建議先舉辦「大型論壇」討論「器捐卡採負面宣告」政策修法的可能性。	
4. 整合媒體、宗教界及各管道宣導器捐好處，考慮加入專款及專案。	設計宣導活體腎臟移植海報，並於各院所之透析室張貼。	器捐中心	1. 有關海報數量規格及大小，將由台灣腎臟醫學會統計後回復本中心。 2. 請台灣腎臟醫學會協助寄送。	近期完成
	配合辦理，提供相關管道協助宣導。	國民健康署	將請慢性腎臟病健康促進機構協助宣導。	近期完成
5. 可考慮方案：對於捐贈者應研議鼓勵方式，如保費及部分負擔之優免、無薪假等。	1. 捐贈器官摘取器官者10年內免保費或給予某年限內免除部分負擔。(黃明和代表與李文欽副院長建議)	中央健康保險署	查衛福部於108年4月2日發布修正「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條附表一，已增列捐贈器官者摘取器官之當次手術相關費用免自行負擔。	長期研議
	2. 為鼓勵活體移植，建議立法保障捐贈者於捐贈手術及休養期間的工作薪資，由政府給予補助以便讓捐贈者可以安心休養。(移植醫學會建議)	衛福部	捐贈者之職業相關法規對於工作薪資、無薪假等之規定屬於勞動部權責。	長期研議

全台第一本護腎童書「腎臟超人與小腎豆冒險記」-發布記者會

時間：2019-10-16 18:12，新聞引據：採訪，撰稿編輯：陳國維

根據統計，每天喝含糖飲料 500cc 以上的青少年，身體質量指數 BMI 值超過 25 的機率，是沒有喝含糖飲料者的近 5 倍。腎臟科醫師表示，含糖飲料喝太多，除了發胖，也會造成尿酸過高，成為痛風與慢性腎臟病的高危險群。為了讓學生從小就建立護腎觀念，多個團體今天(16 日)共同發表全台第一本護腎童書，期盼守護下一代的腎臟健康。

許多台灣民眾愛買手搖飲料，國家衛生研究院群體健康科學研究所副所長許志成表示，喝含糖飲料與肥胖、高尿酸都有非常密切的關係，而且對愈胖的人，影響愈大。許志成：『跟沒有喝糖的人比，喝全糖而且每天喝超過 500CC 的人，他的肥胖的機率多了快 5 倍，喝罐裝飲料的人也多 4 點多倍；高尿酸比也是一樣，多了 2.4 倍，多了超過 2 倍以上。』

市售大杯現調飲料(手搖飲)之糖含量及熱量							
品 項 重量 700 公克	多多綠茶 (全糖)	珍珠奶茶 (全糖)	珍珠奶茶 (半糖)	珍珠奶茶 (微糖)	烏龍奶茶 (全糖)	烏龍奶茶 (半糖)	烏龍奶茶 (微糖)
每杯糖含量等 同之方糖量(顆)	14	12	9	8	12	7	5
每杯熱量 (大卡)	343	658	588	525	525	434	413
每天喝1杯，暑假 2個月(60天)可能 增加體重公斤數	2.7	5.1	4.6	4.1	4.1	3.4	3.2

1. 現調飲料(手搖飲)係參考衛生福利部食品藥物管理署臺灣地區食品營養成分資料庫。
2. 每日添加糖熱量係依衛生福利部國民健康署107年新版國民飲食指標建議，每日飲食中添加糖攝取量不宜超過總熱量的10%，以每日熱量攝取量2000大卡為例，則每日糖添加攝取量不宜超過200大卡，也就是50公克糖(約10顆方糖，每顆方糖含5公克糖，每公克糖可產生4大卡熱量)。

含糖飲料喝太多，影響身體健康。(陳國維 攝)

台灣基層透析協會理事長楊孟儒進一步指出，由於市售飲品多添加玉米果糖，人體消耗果糖需要靠肝臟代謝，轉換成三酸甘油脂，進而累積成脂肪，造成脂肪肝，長期去食用將造成肝臟負擔。

楊孟儒說，果糖也容易磷酸化，中間的產物之一是「腺嘌呤」，嘌呤又稱為「普林」，最後會形成尿酸，尿酸過多若無法代謝，將導致痛風，所以就算年輕人平時

不吃海鮮、不喝酒，也會因過量攝取含糖飲料，而導致尿酸值升高；研究顯示，每天喝 1、2 份高果糖糖漿飲料，比 1 個月喝不到 1 次的人，患有高尿酸血症的機率增加 85%。

楊孟儒：『高尿酸如果說超過一個程度之後，他其實對身體的影響，一個是直接對腎小管的傷害；另外，他可能引起腎結石，也會傷到腎臟；那另外就是因為尿酸會引起痛風，痛風之後吃了止痛藥，也會傷到腎臟，所以這是高尿酸會傷到腎臟的 3 種途徑。』

為了讓腎臟保健教育向下扎根，台灣基層透析協會、台灣腎臟醫學會與康健雜誌、天下雜誌教育基金會、台灣費森尤斯公司，共同製作全台第一本護腎童書「腎臟超人與小腎豆冒險記」，內容除了提到腎臟的結構，也提醒每天至少要喝掉 2,000cc 的水，並指導如何做「愛腎健康操」。這本童書即日起將隨「希望閱讀專車」巡迴台灣偏鄉校園，之後也將送給全台 200 多所非都會小學各兩本書，供小朋友到學校圖書館閱讀。



基層透析協會理事長楊孟儒/腎臟醫學會理事長盧國城/國衛院群體健康科學研究所副所長許志成



護腎童書將巡迴台灣偏鄉小學。(陳國維 攝)

末期腎衰竭的治療方法

血液透析



腹膜透析



腎臟移植

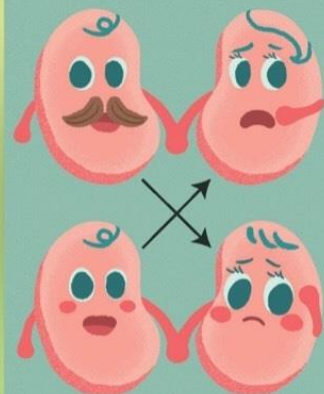
屍腎移植



親屬移植



組間配對移植



財團法人器官捐贈移植登錄中心
Taiwan Organ Registry and Sharing Center

器官捐贈 愛心常在

參考文獻：

1. 台灣腎臟學會腎利人生民眾衛教網
http://www.ckd-tai.org.tw/knowledge/index.php?tab_name=chronic
2. 衛福部活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法
<https://www.mohw.gov.tw/isp-10-46465-1.htm>
3. 台灣移植醫學學會「財團法人器官捐贈移植登錄中心活體腎臟配對捐輸作業討論會議紀錄」
http://www.transplant.org.tw/play/play_detail.asp?tid=111&ClassID=2
4. 器官捐贈宣導手冊

第六案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 的機器租金費用，回溯追扣案」，提請討論。

說明：

一、依台灣腎臟醫學會 108 年 10 月 28 日台腎醫城(108)字第 750 號函辦理(附件 12)。

二、「健保署依支付標準，針對腹膜透析追蹤處置費(58011C 及 58017C)以及 APD 的機器租金費用(58028C)，將住院部分依照日數比例扣除費用，並回溯 2016 年至 2018 年做核扣刪減。此屬不合理狀況」。

三、本署意見

(一)本案係依審計部來函，請本署查明腹膜透析追蹤處置相關費用疑有未依比例扣除住院費用案件辦理。

(二)依全民健保醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節第二項「透析治療」之規定如下：

1. 病人執行「連續性可攜帶式腹膜透析(CAPD)」或「全自動腹膜透析(APD)」可申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)每人每月定額給付 8,675 點。
2. 居家使用「全自動腹膜透析(APD，58017C)」病人每人每月另可申報 1 次「全自動腹膜透析機相關費用(58028C)」2,000 點。
3. 病人因故停止或住院，前開申報項目均需應比例扣除未治療天數；惟經與醫務管理組確認，若病人住院時續用自行攜帶之腹膜透析儀器或設備，則不需折付成數。

(三)本署依前開規定開發相關報表，如同病人於接受腹膜透析期間有住院，且其腹膜透析相關醫令申報成數為 1 者，請分區業務組回饋醫療院所應扣除未治療天數之成數明細，由醫療院所說明未扣除原因，及住院時是否有繼續使用門診處方之腹膜透析，並俟彙整統計後再簽辦是否進行核扣作業。

(四)另檢附支付標準規定相關作業。

一、現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	V	V	V	V	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1. 包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2. 每月申報一次。 3. 病人因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用。	V	V	V	V	8675
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(APD monthly fee) 註：1. 限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2. 每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費等費用。 3. 病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	V	V	V	V	2000

二、依上述支付規範說明如下：

(一)58011C「連續性可攜帶式腹膜透析」及 58017C「全自動腹膜透析」診療項目之「病人因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用」，係指原申報腹膜透析之病人，若停止使用腹膜透析治療或改其他透析方式，應按比例扣除未治療天數費用。

(二)58028C「全自動腹膜透析機相關費用」診療項目之「病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用」，係指原申報全自動腹膜透析病人，若停止使用腹膜透析治療或改其他透析方式，應按比例扣除未治療天數費用，且依健保因病就醫，有提供醫療服務才與給付之原則，該項目應與「全自動腹膜透析」合併申報，其醫令成數相同。

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@ms1.hinet.net

受文者：中央健康保險署

速 別：最速件

發文日期：民國 108 年 10 月 28 日

發文字號：台腎醫城(108)字第 750 號

附 件：

主旨：檢送台灣腎臟醫學會提案，惠請於全民健康保險醫療給付
費用門診透析預算研商議事會議討論。

說明：如附件。

正本：中央健康保險署

理事長 盧國城

台灣腎臟醫學會提案

健保署依支付標準規定，針對腹膜透析追蹤處置費 (58011C 和 58017C)以及 APD 的機器租金費用(58028C)，將住院部分依照日數比例扣除費用，並回溯 2016-2018 年做核扣刪減。此屬不合理狀況。

說明：

腹膜透析治療：屬可在家執行透析治療，需每月回診一次，高度自主性及獨立性，可依個人作息彈性調整治療時間之腎臟替代療法。

依據支付標準腹膜透析追蹤處置費註 3. 患者中途停止治療入院，則按比例扣除未治療天數費用。

「患者中途停止治療入院」是指病患中途停止腹膜透析治療，改以血液透析或其他方式治療。腹膜透析患者如果住院，其實並未中止 CAPD 或是 APD 治療，相反的，醫師和腹膜透析護理師是天天診視與處置病人，而且患者住院中也是持續接受腹膜透析治療。

現行健保署並未有住院中腹膜透析治療的相關給付，卻逕行將原門診的處置費用扣除並不合理。這是變相處罰腹膜透析治療的醫師與護理師。

另外扣除 58028C 機器租金費用也不合理，因為患者雖然住院中，但是機器仍租借在家中，此扣除著實不合理。

腹膜透析治療能提供病患及家屬較佳的生活品質，健保署逕行將追蹤處置費及機器租金因為住院而核扣，等於不鼓勵病患持續接受腹膜透析治療。