



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 次會議資料

107 年 11 月 14 日（星期三）

本署 18 樓大禮堂

「門診透析預算研商議事會議」107 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、門診透析預算研商議事會議 107 年度第 3 次會議紀錄確認……………第 1 頁

參、報告事項

一、歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。	第 7 頁
二、門診透析預算執行概況報告。	第 15 頁
三、107 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。	第 29 頁
四、門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。	第 41 頁
五、108 年研商議事會議之會議召開事宜。	第 67 頁
六、報告研議修訂「全民健康保險醫院及西醫基層醫療費用內科審查注意事項」規範之「尿毒症相關治療及檢查」案。	第 68 頁

肆、討論事項

一、108 年「門診透析服務保障項目」討論案。	第 77 頁
二、108 年門診透析總額四季預算重分配案。	第 78 頁
三、108 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。	第 81 頁
四、108 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。	第 87 頁

伍、臨時動議

陸、散會

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

107 年第 3 次會議紀錄

時間：107 年 8 月 15 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：黃曼青

出席代表：

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

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯、白其怡
衛生福利部全民健康保險會	廖尹嫻
台灣醫院協會	林佩菽、吳洵伶、何宛青
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、林佳靜、

曾庭俞

本署醫務管理組

劉林義、洪于淇、歐舒欣、
林右鈞、許博淇、楊瑜真、
邵子川、鄭正義

本署醫審及藥材組

曾玫富、賴淑華、陳怡蓓

本署企劃組

吳千里

本署財務組

楊雅惠

本署臺北業務組

莫翠蘭、陳懿娟、黃怡菱

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

張志煌、張凱瑛

本署南區業務組

程慶惠

本署高屏業務組

陳秀玲

本署東區業務組

江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。

決定：

一、洽悉。

二、有關追蹤事項序號1-各分區對透析診察費核刪標準不一致需

再釐清一案，請醫審及藥材組於下次會議提供辦理進度，本案繼續列管，其餘追蹤事項解除列管。

三、追蹤事項序號7，確認腹膜透析及血液透析同步增列「B型肝炎表面抗原受檢率」及「C型肝炎抗體受檢率」兩項指標，並報部公告。

第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關同時呼吸器跟住院透析90天以上病患持續住院原因，將一年分析1次，並於本會議報告。
- 三、為合理運用透析費用，請腎臟醫學會評估無意識病人意識狀況之適當方式（含量表種類及各評分範圍適當處置）及定期上傳本署、80歲以上且無意識之患者適當透析次數、藥物品質對腎臟的影響等，請於一個半月內提供本署作為研議參考。

第三案

案由：107年第1季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認107年第1季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
107Q1	0.8082	0.8223

- 二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

四、廖秋燭代表對四季預算分配之意見，請正式提案於下次會議討論。

第四案

案由：106 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』核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

案由：精準審查抽審指標篩選「腎功能異常使用 NSAID 藥量者」現況分析。

決定：有關「腎功能異常使用 NSAID」，因分析其中有 34%為腎臟科醫師開立，請醫審及藥材組與腎臟醫學會就相關定義釐清後，將資料提供該學會作為輔導依據，並列為精準審查抽審指標。

肆、與會人員發言摘要，詳如附件。

伍、散會：下午 5 時

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。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	106_3_臨 因腎友常患共 病需就醫，近來 被全面核刪診 察費，且各分區 做法不一。 106_4 血液透析屬定 額支付項目，同 一醫師同次醫 療服務不得再 申報診察費。 107_2_報(1) 歷次會議辦理 情形-序號 1	1. 有關部分代表所提各分 區核刪透析診察費標 準不一致一節，請台灣 醫院協會及中華民國 醫師公會全國聯合會 表示意見後彙整研議。 2. 本署將於函復腎臟醫學 會所提審查建議時，一 併釐清透析共病申報 診察費之疑義，並副知 相關單位，另請分區業 務組轉知各醫療院所。	已列入本次會議報告事項第 六案。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
2	107_2_討(1) 修訂「全民健康 保險門診透析 總額支付制度 品質確保方案」 之專業醫療服 務品質指標案。 107_3_追蹤事 項(7) 確認腹膜透析 及血液透析同 步增列該兩項 受檢率指標，並 再行報部。	有關「B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)受檢率」及「C 型 肝炎抗體(Anti-HCV)受檢 率」兩項指標於前次會議 確認腹膜透析及血液透析 同步增列該兩項受檢率指 標，並再行報部。	本署已於 107 年 10 月 8 日報部 核定，並於 10 月 16 日公告(健 保醫字第 1070034008 號公 告)。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
3	107_2_報(3) 107 年第 4 季門 診透析服務點 值結算報告。	1. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公 布、結算事宜。 2. 廖秋燭代表對四季預算 分配之意見，請正式提 案於下次會議討論。	1. 本署已於 107 年 9 月 4 日健 保醫字第 1070033774B 號函 辦理點值公布、結算事宜。 2. 廖秋燭代表已於 107 年 10 月 1 日提案，並列入本次會 議討論事項第二案。	☒ 解除 ☐ 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	107_2_報(2) 門診透析預算 執行概況報告。	請腎臟醫學會評估無意識病人意識狀況之適當方式（含量表種類及各評分範圍適當處置）及定期上傳本署、80歲以上且無意識之患者適當透析次數、藥物品質對腎臟的影響等。	一、腎臟醫學會已於107年10月5日來函提供相關意見(附件1)，摘述如下： 1. 目前對於無意識判定的指標，在醫院接受急性醫療病人，以格拉斯哥昏迷指數小於8分稱為重度昏迷；極重度失智病人則以臨床失智評估量表達3分以上或功能性評估量表達7分以上認定。 2. 80歲以上在安養中心的末期腎臟病人若要開始接受透析治療前，如經醫療團隊評估病人屬於失能臥床，或是衰弱症狀態，則可考慮給予緩和治療或不透析之內科治療，惟如非以上條件，則給予透析亦符合醫學倫理。若認為80歲以上在安養中心的病患仍需要接受透析治療有不妥適之處，建議請立法院召開公聽會，對於健保所提供的醫療服務設定限制範圍，不宜由醫師專業團體單方面決定，以免違反醫學倫理與違憲。 3. 降血壓藥物含NDMA是否對腎臟造成影響，依據美國食品藥物管理局公告之訊息，病患服用此藥物應不至有顯著的腎臟損傷風險。 二、鑒於無效醫療影響健保給付，本署擬將此議題轉至國衛院政策論壇相關議題討論之參考。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	107_2_報(5) 精準審查抽審 指標篩選「腎功能異常使用 NSAID 藥量者」 現況分析	有關「腎功能異常使用 NSAID」，因分析其中有 34% 為腎臟科醫師開立，請醫審及藥材組與腎臟醫學會就相關定義釐清後，將資料提供該學會作為輔導依據，並列為精準審查抽審指標。	1. 本署於 107 年 8 月 15 日會議當日會後即以電子郵件提供相關指標定義予陳代表金順及台灣腎臟醫學會，惟未有指標修訂之意見。 2. 本署統計 107 年第 2 季 Chronic kidney disease 病人(診斷碼為 N181、N182、N183、N184、N185、N186、N189、R880、Z4901、Z4902、Z4931、Z4932、Z9115、Z940、Z992)使用口服 NSAID 藥物(ATC 前四碼為 M01A 及 M01B 且為口服藥)日數≥31 日之案件，其開立處方醫師為腎臟科或曾受血液透析治療訓練並領有證明文件之名單共計 1,971 件，分屬 191 家醫院之 409 位醫師。 3. 為讓台灣腎臟醫學會儘速輔導會員，本署業於 107 年 10 月 24 日發文提供上揭名單，建請學會於 107 年 12 月底前回復輔導結果。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

決 定：

28

附件 1

台灣腎臟醫學會

函

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

106 台北市信義路 3 段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

速 別：

發文日期：民國 107 年 10 月 5 日

發文字號：台腎醫城(107)字第 507 號

附 件：

主旨：檢送「評估無意識病人意識狀況之適當方式（含量表種類及各
評分範圍適當處置）」、「80 歲以上且無意識之患者適當透析次
數」、及「藥物品質對腎臟的影響」意見，請 卓參。

說明：

依據 107 年 8 月 15 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商
議事會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長

盧國城

總收文 107 年 10 月 9 日收到

健保醫字

中央健康保險署
署 1070062076

(1) 評估無意識病人意識狀況之適當方式（含量表種類及各評分範圍適當處置）？

(2) 80 歲以上且無意識之患者適當透析次數？

台灣腎臟醫學會意見

對於以上這些問題，根據病人自主權利法、安寧緩和醫療條例，和國內外研究成果，說明如下：

(1) 安養中心的無意識病人，在臨床上是許多種病人族群的集合，這類病人可能屬於病人自主權利法所定義的不可逆昏迷狀態、永久植物人或是極重度失智者，依照目前台灣的安寧緩和醫療條例，這些病人尚不能被判定為生命末期，因此這類病人罹患尿毒症給予透析治療，符合目前的醫療常規。若病人在意識清醒時已先簽署「預立醫療決定」，表明在腎臟衰竭時不接受透析治療，醫療團隊根據病人意願，可以提供緩和療護，讓病人得到更好的症狀控制與舒適照顧。

(2) 無意識狀態的定義，在國內各醫學專業團體的看法仍有歧異，由神經內科、神經外科、和復健科的角度來看，格拉斯哥昏迷指數(Glasgow Coma Scale)是在住院中疾病急性期的判斷指標，使用上仍有限制，包含：眼球周遭腫脹、眼瞼外商，插上器官內管(Vt)和失語症(VA)、閉鎖症候群(lock-in syndrome)、植物人狀態、和使用鎮靜劑與神經肌肉阻斷劑時。

若以急性後期照護和長期照顧的專業立場來講，此時的無意識狀態，會偏向評估病人是否為重度失智或已經是植物人。

植物人的判定有其醫學上的定義，如：持續植物人狀態(persistent vegetative state, PVS)是指病人已經持續高過一個月以上。永久植物人狀態(permanent vegetative state, PVS)是指腦部外傷一年後，因為缺氧等因素導致腦受損六個月後，仍無任何知覺跡象，康復的機會幾乎為零。最低意識狀態，是指狀似植物人，卻有時出現意識徵兆：如眼睛有追蹤物體或人的移動、朝物伸手，對指令或周遭環境做出細微反應等。

(3) 目前對於無意識判定的指標，在醫院接受急性醫療病人，以格拉斯哥昏迷指數小於 8 分稱為重度昏迷。對於病人自主權利法所稱極重度失智病人，要根據臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)達 3 分以上($CDR \geq 3$)；或是功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test, FAST)達 7 分以上($FAST \geq 7$)

(4) 80 歲以上在安養中心的末期腎臟病人若要開始接受透析治療前，醫療團隊應該評估病人是否屬於失能臥床，或是衰弱症狀態。在新英格蘭醫學雜誌發表的文獻[1]指出，這類病人可以考慮以緩和醫療或是不透析內科治療的方式，不一定都要進行透析治療。若是這類病人不是處於衰弱症狀態，給予緩和和透析也是符合醫學倫理的治療方式，根據病況逐步調整透析劑量。

(5) 根據憲法第 157 條[2]，和憲法增修條文第 10 條第五項[3]與第八項規定[4]，由國家

來推行全民健康保險。如果鈞長認為「80歲以上在安養中心的病患仍需要接受透析治療」有不妥適之處，應依照司法院大法官於釋字第485號解釋[5]，敦請立法院召開公聽會，對於健保所提供的醫療服務設定限制範圍，並廣納各界意見，最後制定法律，讓政府機關依法行政，不宜由醫師專業團體來單方面決定，以免有違背醫學倫理與違憲之虞。

細項說明：

國內各次專科醫師對於「無意識」的看法分歧，在奇美醫院主編的「失智症安寧緩和醫療照護指引」[6,7]和花蓮慈濟醫院主編的「腦神經損傷末期患者安寧緩和醫療評估及治療指引」[8]，呈現了神經外科、神經內科、老人醫學科、長期照護專家看到的不同面向，尤其是安養中心內的極重度失智患者，普遍被放置鼻胃管延續生命[6]，若出現只有兩個器官的問題(腦部與腎臟)，給予血液和腹膜透析治療是目前台灣的醫療常規，當病情出現惡化，也可以進行緩和透析方式，著重在緩解病人症狀，避免病人受苦。這時若病人選擇接受不透析內科治療，可以結合安寧共照團隊，或是居家安寧團隊的合作來進行，相信在第一線的家庭醫學科醫師也不會去拒絕給予病人適當的維持生命治療，最終依據病情提供終末照顧，讓病人可以安詳離世。

相對而言，住院中的呼吸器依賴透析病人，若呈現無意識狀態，或多重器官衰竭時，大家才會認同需要安寧療護與瀕死照護，這是目前的台灣腎臟科醫師共識[9-11]。台大雲林分院林宏茂醫師團隊，以資深護理師來評估住院病人的緩和與需求評估表，和指引諮詢專家建議由護理師來第一線啟動緩和療護的論點相符[12]。生命末期病況是以4分以上為會診安寧共照團隊的啟動點，但是在透析病人要到5.5分以上才是適當的啟動點[12]，顯示末期腎臟病人族群有多重共病、失能臥床與健保政策的複雜狀況相連，因此更需要衛生福利部來統籌了解不同專科之間對於生命末期判斷的共識，而非讓單一專科醫師決定這麼沉重的生命倫理難題。

司法院大法官於釋字第485號解釋提及：立法者基於社會政策考量，尚非不得制定法律，將福利資源為限定性之分配。...惟鑒於國家資源有限，有關社會政策之立法，必須考量國家之經濟及財政狀況，依資源有效利用之原則，注意與一般國民間之平等關係，就福利資源為妥善之分配，並應斟酌受益人之財力、收入、家計負擔及須照顧之必要性妥為規定，不得僅以受益人之特定職位或身分別作為區別對待之唯一依據；關於給付方式及額度之規定，亦應力求與受益人之基本生活需求相當，不得超過達成目的所需必要限度而給予明顯過度之照顧[5]。我們固然要尊重末期腎臟病患的人性尊嚴，又要保障他們的生命權，依照安寧緩和醫療條例新修正第7條可採行的措施，包括「不施行」與「終止或撤除」心肺復甦術或維生醫療。當醫護人員「不施行」與「終止或撤除」透析療法時，應當向病患家屬說真話，「能救的當然要救，不能救的就要放手」，否則只是延長病人痛苦的時間，倒不如讓他(她)們善終 [13]。

在2011年腎臟健康論壇上，腎臟醫學會已經對政府提出建言[14]：「許多醫師反映，以目前社會氛圍，不適合由醫師直接向病家洽談預立醫療自主計畫，唯恐觸犯病人禁忌、

藥物品質對腎臟的影響相關資料

台灣腎臟醫學會意見

用法用量：

高血壓：使用劑量為每天一次，每次 80mg 或 160mg，最高劑量可增加至 320mg。

According to tests of a small random selection of API batches performed by this manufacturer, the levels of NDMA detected range between **3.4 ppm to 120 ppm**, with an average of **66.5 ppm**. According to the principles of ICH-M7, these levels raise concerns, considering that NDMA belongs to the group of N-nitroso compounds.

根據 2018 年 7 月 16 日歐洲藥物管理局發佈之消息。估算每日最高暴露量

N-Nitrosodimethylamine (NDMA) **120ppm**

38.4 mg NDMA / 每日最高暴露 = 0.64 mg/kg bw/day

At present, the acceptability limit of the impurity in valsartan was tentatively designated as **0.3ppm** according to the requirements of ICHM7, and further assessment was still being conducted by EMA.

根據 ICHM7 計算方式，計算每人每日安全攝取量：

TD₅₀ in Rat = 0.0959 mg/kg/day

0.0959 / 50,000 = 1.918 ng/kg/day

1.918 ng/kg/day * 50kg = 95.9 ng/person

Consuming up to **96 ng NDMA/day** is considered reasonably safe for human ingestion.

美國食品藥物管理局公告之訊息，同樣以每人每日 96 ng 為安全基準。

Information on non-neoplastic effects in humans and experimental animals associated with exposure to NDMA is **inadequate** to characterize **exposure-response**.

Effects in the **kidneys** (including glomerulus dilatation and slight thickening of the Bowman's capsule) were observed in mink receiving **0.2 mg NDMA/kg/day** from the diet (period not specified) (Martino et al., 1988).

N-Nitrosodimethylamine (NDMA) **120ppm**

38.4 mg NDMA / 每日最高暴露 = **0.64 mg/kg bw/day**(遠低於動物實驗產生腎臟損傷劑量)

依據目前的資訊，病患服用此藥物應不至有顯著的腎臟損傷風險

引起不快，且衛生署並未提供該計畫版本，希望法界能提供意見，以為參考。」記得在病人自主權利法草案公聽會中，法律界專家提醒醫師不要熱心過度去誤觸「受囑託殺人罪」的紅線，在病人自主權利法的規定很清楚，要根據病人自主善終意願，不是外加力量強迫病人接受，但是醫師有義務提供病人不同的選擇，做好醫病共享決策的良好溝通。在明年一月即將要施行病人自主權利法，期盼衛福部在「國民死亡識能」的共識整合工作，可以邁出一大步，由政策來帶領台灣走向真正的高價值醫療。

參考文獻：

1. Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*. 2009 Oct 15;361(16):1539-47.
2. 中華民國憲法第 157 條 國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。
3. 中華民國憲法增修條文第 10 條第五項 國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。
4. 中華民國憲法增修條文第 10 條第八項 國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作，對於社會救助和國民就業等救濟性支出應優先編列。
5. 李建良：論立法裁量之憲法基礎理論。台北大學法學論叢 2000 年 12 月；47:203-6。
6. Chen PJ, Liang FW, Ho CH, Cheng SY, Chen YC, Chen YH, Chen YC. Association between palliative care and life-sustaining treatments for patients with dementia: A nationwide 5-year cohort study. *Palliat Med*. 2018 Mar;32(3):622-30.
7. 陳炳仁主編：失智症安寧緩和醫療照護指引。台南市：奇美醫院。2016 年 10 月：1-161。
8. 王英偉、謝至鏗主編：腦神經損傷末期患者安寧緩和醫療評估及治療指引。花蓮市：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院。2016 年：1-73。
9. 蔡宏斌、王英偉、陳呈旭、黃政文、陳世宜、洪培豪、方震中、陳麗光：第二十章慢性腎臟病的保守性治療（包含緩和醫療）。竹南：國家衛生研究院。台灣慢性腎臟病臨床診療指引。2015 年 9 月：626-73。
10. 蔡宏斌、黃政文、洪冠予等：生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引。台北市：臺大醫院。2016 年 10 月：1-136。
11. 蔡宏斌：探討臺灣腎臟專科醫師推動腎病緩和療護之知識、態度與障礙。臺北市：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所博士論文 2018 年 8 月；283p。
12. 林宏茂：發展早期緩和醫療照會需求評估工具-以某區域教學醫院為例。雲林縣：國立雲林科技大學工業工程與管理系博士論文，2018 年 1 月：108p。
13. 洪培豪、蔡宏斌、鍾應欽、黃政文、洪冠予：「不施行」與「終止或撤除」透析治療之憲法爭議。腎臟與透析 2013;25(4):255-60。
14. 蔡宏斌、陳瑞容：第拾章終止透析或不予透析。2011 腎臟健康論壇之共識與建言；2011 年 12 月；141-64。

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2)。

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107年第2季門診透析服務點值結算報告(附件3)。

說明：

一、107年第2季透析預算如下表：

107 第 2 季	預算(元)
西醫基層預算(A)	4,123,241,630
醫院預算(B)	5,457,287,058
107 年第 2 季	
透析一般預算(C=A+B)	9,580,528,688

二、107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	62,657,353	1,696,430	4,975,862,518
醫院	589,849,447	163,090,926	5,375,127,949
自墊核退	2,042,962	-	-
合計	654,549,762	164,787,356	10,350,990,467

三、107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
106Q2	0.84016418	0.85209246
107Q2	0.84641094	0.85767661

四、Pre-ESRD計畫107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4,500萬元預訂於108年6月底前完成核發作業，前述計畫於107Q2共結算1.66億元。

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:本署全球資訊網>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民健保總額支付制度)，請各代表自行下載參考。

決 定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/10/31

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 1

一、門診透析全民健康保險醫療給付費用

項目	106年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	106年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	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)	107年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.624%)	(G1) =B1×(1+2.622%)	(D1) =G0+G1
第1季	3,822,153,238	4,959,475,070	3,998,889,604	5,089,512,506	9,088,402,110
第2季	3,941,009,357	5,317,852,954	4,123,241,630	5,457,287,058	9,580,528,688
第3季	4,147,157,521	5,193,027,857	4,338,922,085	5,329,189,047	9,668,111,132
第4季	4,281,753,959	5,253,621,842	4,479,742,262	5,391,371,807	9,871,114,069
合計	16,192,074,075	20,723,977,723	16,940,795,581	21,267,360,418	38,208,155,999

註：

1. 107年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 106年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.624%)。
2. 107年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 106年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.622%)。
3. 107年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 107年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 107年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

二、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算=404,000,000元

(一)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：51,169,196

第2季已支用點數：52,860,688

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 = 104,029,884

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

第1季已支用點數：31,415,600

第2季已支用點數：30,397,200

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 = 61,812,800

(四)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

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 = 0

(五)合計

第1季已支用點數：82,584,796

第2季已支用點數：83,257,888

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 = 165,842,684

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 - 165,842,684 = 193,157,316

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/10/31

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 3

三、各分區非浮動點數、浮動點數統計

(一)非浮動點數、浮動點數：

3.1.1 腹膜透析

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層 (J1)	醫院 (K1)	小計 (M1) =(J1)+(K1)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1) =(N1)+(O1)	西醫基層 (N3)	醫院 (O3)	小計 (P3) =(N3)+(O3)
臺北分區	0	179,440,166	179,440,166	0	54,541,449	54,541,449	0	27,135,538	27,135,538
北區分區	1,132,411	68,967,256	70,099,667	286,271	20,558,071	20,844,342	97,871	8,416,356	8,514,227
中區分區	3,930,954	99,614,636	103,545,590	1,201,994	31,622,879	32,824,873	611,694	13,012,340	13,624,034
南區分區	345,108	84,319,282	84,664,390	104,100	24,501,687	24,605,787	29,023	11,424,613	11,453,636
高屏分區	341,096	104,191,204	104,532,300	104,065	28,647,408	28,751,473	6,613	14,316,807	14,323,420
東區分區	0	10,108,399	10,108,399	0	3,219,432	3,219,432	0	1,399,243	1,399,243
合 計	5,749,569	546,640,943	552,390,512	1,696,430	163,090,926	164,787,356	745,201	75,704,897	76,450,098

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106年11月15日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」106年第4次會議紀錄決議：107年門診透析服務保障項目比照106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)。

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	醫院	小計	西醫基層	醫院	小計
	(J2)	(K2)	(M2) =(J2)+(K2)	(N2)	(O2)	(P2) =(N2)+(O2)
臺北分區	8,478,800	9,155,300	17,634,100	1,552,284,298	1,396,243,741	2,948,528,039
北區分區	0	0	0	541,628,926	1,044,377,214	1,586,006,140
中區分區	399,024	0	399,024	823,190,893	1,092,674,505	1,915,865,398
南區分區	22,460,256	4,402,004	26,862,260	917,394,487	779,474,649	1,696,869,136
高屏分區	25,569,704	29,651,200	55,220,904	1,036,735,597	831,355,068	1,868,090,665
東區分區	0	0	0	103,883,116	155,297,875	259,180,991
合 計	56,907,784	43,208,504	100,116,288	4,975,117,317	5,299,423,052	10,274,540,369

註：

1. 本表資料為血液透析案件，係指門診透析案件中非屬表3.1.1之腹膜透析案件者。

2. 本表「核定非浮動點數」係指藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。

3. 本表「核定浮動點數」係指該案件中扣除前開「核定非浮動點數」後之核定點數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/10/31

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 5

3.1.3 合計

就醫分區	核定非浮動點數				腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層 (J)	醫院 (K)	自墊核退 (L)	小計 (M)=(J)	西醫基層 (N1)	醫院 (O1)	小計 (P1)	西醫基層 (N)	醫院 (O)	小計 (P)
	=(J1)+(J2)	=(K1)+(K2)		+(K)+(L)			=(N1)+(O1)	=(N2)+(N3)	=(O2)+(O3)	=(N)+(O)
臺北分區	8,478,800	188,595,466	1,159,313	198,233,579	0	54,541,449	54,541,449	1,552,284,298	1,423,379,279	2,975,663,577
北區分區	1,132,411	68,967,256	381,995	70,481,662	286,271	20,558,071	20,844,342	541,726,797	1,052,793,570	1,594,520,367
中區分區	4,329,978	99,614,636	204,168	104,148,782	1,201,994	31,622,879	32,824,873	823,802,587	1,105,686,845	1,929,489,432
南區分區	22,805,364	88,721,286	167,523	111,694,173	104,100	24,501,687	24,605,787	917,423,510	790,899,262	1,708,322,772
高屏分區	25,910,800	133,842,404	125,498	159,878,702	104,065	28,647,408	28,751,473	1,036,742,210	845,671,875	1,882,414,085
東區分區	0	10,108,399	4,465	10,112,864	0	3,219,432	3,219,432	103,883,116	156,697,118	260,580,234
合 計	62,657,353	589,849,447	2,042,962	654,549,762	1,696,430	163,090,926	164,787,356	4,975,862,518	5,375,127,949	10,350,990,467

(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	451,009	451,009	0	156,150	156,150	0	0	0	607,159
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	451,009	451,009	0	156,150	156,150	0	0	0	607,159

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。

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 (RO2)	小計 (RP2) =(RN2)+(RO2)	RM2+RP2
臺北分區	0	0	0	8,478,800	9,155,300	17,634,100	17,634,100
北區分區	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	399,024	0	399,024	399,024
南區分區	0	0	0	22,460,256	4,402,004	26,862,260	26,862,260
高屏分區	7,900,700	0	7,900,700	17,669,004	29,651,200	47,320,204	55,220,904
東區分區	0	0	0	0	0	0	0
合 計	7,900,700	0	7,900,700	49,007,084	43,208,504	92,215,588	100,116,288

註：

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/10/31

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：8

3.2.3 保障偏遠地區之合計

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處置費核定點數 (每點以1元支付)			核定浮動點數 (每點以1元支付)			合計
	西醫基層 (RJ) =(RJ1)+(RJ2)	醫院 (RK) =(RK1)+(RK2)	小計 (RM) =(RJ)+(RK)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01) =(R01)+(R01)	小計 (RP1) =(RN1)+(R01)	西醫基層 (RN) =(RN2)+(RN3)	醫院 (R0) =(R02)+(R03)	小計 (RP) =(RN)+(R0)	
臺北分區	0	451,009	451,009	0	156,150	156,150	8,478,800	9,155,300	17,634,100	18,241,259
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	399,024	0	399,024	399,024
南區分區	0	0	0	0	0	0	22,460,256	4,402,004	26,862,260	26,862,260
高屏分區	7,900,700	0	7,900,700	0	0	0	17,669,004	29,651,200	47,320,204	55,220,904
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	7,900,700	451,009	8,351,709	0	156,150	156,150	49,007,084	43,208,504	92,215,588	100,723,447

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

保障偏遠地區之門診透析服務院所每點1元，定義分述如下：

(1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)實施鄉鎮。

(2)公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域。

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

四、一般服務浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D1)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} \\
 = & \frac{\text{核定浮動點數合計(P)}}{\text{9,580,528,688 － 654,549,762 － 164,787,356}} \\
 = & \frac{10,350,990,467}{0.84641094} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

五、平均點值

$$\begin{aligned}
 & \text{預算(D1)} \\
 = & \frac{\text{核定非浮動點數合計(M)＋ 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋ 核定浮動點數合計(P)}}{\text{9,580,528,688}} \\
 = & \frac{654,549,762 + 164,787,356 + 10,350,990,467}{0.85767661} \quad (\text{四捨五入至小數第8位})
 \end{aligned}$$

六、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月107/03(含)以前:於107/07/01～107/09/30期間核付者。
2. 費用年月107/04～107/06:於107/04/01～107/09/30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4)。

決定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 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 108 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
108. 2. 20 (週三下午)	108. 5. 15 (週三下午)	108. 8. 14 (週三下午)	108. 11. 13 (週三下午)	108. 11. 27 (週三下午)

三、前述 108 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：

報告事項第六案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：報告研議修訂「全民健康保險醫院及西醫基層醫療費用內科審查注意事項(以下稱審查注意事項)」規範之「尿毒症相關治療及檢查」案。

說明：

一、本案緣起及歷程說明如下：

(一)本議事研商會議 106 年第 3 次臨時動議案：「因腎友常患共病就醫，近來被全面核刪診察費，且本署各分區做法不一」。

(二)本議事研商會議 106 年第 4 次，決議請台灣腎臟醫學會擬訂血液透析審查共識。

二、現行內科審查注意事項內容為：血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用內。

三、台灣腎臟醫學會於107年2月2日提出修訂血液透析審查共識之建議，本署為凝聚專業共識，再請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會提供意見，彙整如附件5，摘要如下：

1. 台灣腎臟醫學會建議：

(1)明列「尿毒症相關治療及檢驗」：藥劑共 5 項；檢驗部分，包括每月項目 8 項、每半年及每年項目各 2 項，共 12 項。

(2)明列定額排除條件：「因腸胃出血、癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內」，及「透析病患因病情變化而急做之檢驗不含在血液透析費用內」。

(3)增列「透析費用屬同一療程，若病患洗腎當日，因其他非尿毒相關病情看診拿藥，不分就診院所為何，仍應支付診察費」。

2. 本署意見摘要如下：

(1)明列「尿毒症相關治療及檢驗」部分，考量個案個別差異及疾病進程而有所不同，應由臨床醫師依治療準則及專業判斷選擇病人治療之最佳方式，故不宜正面表列費用所含藥劑及檢驗項目，以免掛一漏萬。

(2)建議「排除條件」部分，本署意見如下：

A. 原則同意明訂「因癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內」；「腸胃出血」部分，請台灣腎臟醫學會再確認與尿毒症治療是否無關？

B. 另「病情變化而急做之檢驗」部分，因違反支付標準診療項目「血液透析(58001C、58027C、58029C)註1：所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內」，故不訂定。

(3)建議增列「診察費」部分，涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部西醫第一章基本診療第一節門診診察費通則第九條之規定，故不宜訂定。

四、建請台灣腎臟醫學會依說明三、2.(2)再修訂「排除條件」內容，後續本署將依程序修訂全民健康保險醫療費用審查注意事項。

附件 1、研議修訂審查注意事項規範之「尿毒症相關治療及檢查」定義案意見彙整表

台灣腎臟醫學會建議修訂審查注意事項 內容	支付標準規定	本署意見	其他單位意見
5.其他注意事項：(1)血液透析應注意開始洗腎之時機，透析次數，EPO 等紅血球生成刺激劑(ESA)之使用與用量。其尿毒症相關治療(包括簡單感冒藥)及檢查(如下列)應包括於血液透析費用內。 (1)相關治療及檢查：包括簡單感冒藥及檢查範圍如下 <u>藥劑：①鈣片</u> <u>②維他命 B 群</u> <u>③葉酸。</u> <u>④紅血球生成素</u> <u>⑤簡單感冒藥</u> <u>檢驗項目：</u> <u>①每月例行之 CBC、BUN、Cr、Ca、P、Na、K、Alb。</u> <u>②每半年之 i-PTH、ferritin。</u> <u>③每年之 HBsAg、Anti-HCV。</u> (2)排除條件： <u>①因腸胃出血、癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內。</u> <u>②透析病患因病情變化而急做之檢驗</u>	第二部第二章第六節第二項透析治療： 1. 通則：血液透析採定額支付。 2. 診療項目：血液透析(58001C、58027C、58029C)註 1，所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內。	1.考量「尿毒症相關治療及檢查」範圍廣泛，個案個別差異及疾病進程而有所不同，故不宜正面表列費用所含藥劑及檢驗項目，以免掛一漏萬，應由臨床醫師依治療準則及專業判斷選擇病人治療之最佳方式，以尊重醫療專業自主性。 2.另學會建議「排除條件」部分： (1)原則同意明訂「因癌症或其他外傷出血所需之輸血不含在血液透析費用內」；「腸胃出血」部分，請台灣腎臟醫學會再確認與尿毒症治療是否無關？。 (2)另「病情變化而急做之檢驗」部分，因違反支付標準診療項目「血液透析(58001C、58027C、58029C)註 1：所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及	台灣醫院協會 本案原則尊重健保署意見。 中華民國醫師公會全國聯合會 認同健保署意見，略以：「『尿毒症相關治療及檢查』範圍廣泛，個案差異及疾病進程不同，不宜正面表列費用所含藥劑及檢驗項目，應由醫師依治療準則及專業判斷選擇病人治療最佳方式」，且考量各區因應醫療環境差異，業已各自發展合宜之監督管理措施，建議審查注意事項「其尿毒症相關治療及檢查」定義，維持現行條文規定。 台灣腎臟醫學會 維持原建議。

附件 1、研議修訂審查注意事項規範之「尿毒症相關治療及檢查」定義案意見彙整表

台灣腎臟醫學會建議修訂審查注意事項 內容	支付標準規定	本署意見	其他單位意見
<u>不含在血液透析費用內。</u>		腎性貧血之輸血費在內」，故不訂定。	
(新增) <u>「透析費用屬同一療程，若病患洗腎當日，因其他非尿毒相關病情看診拿藥，不分就診院所為何，仍應支付診察費」。</u>	第二部第一章第一節門診 診查費規定： 八、由同一醫師診療之同日 兩次以上之門診相同 病情案件，限申報門診 診察費一次。 九、全民健康保險醫療辦法 第八條規定之同一療 程疾病，各療程之診察 費限申報一次。	1.建議增列「診察費」部分，應 依本署 107 年 5 月 11 日健保 醫字第 1070033111 號函辦 理，詳附件 2，摘錄如下：血 液透析期間，院所應提供血液 透析之完整照護，且其定額支 付已含與血液透析相關費 用，個案在透析期間產生之照 護問題所需相關費用，應含於 透析定額支付中，不應再申報 門診診察費。 2.本項涉全民健康保險醫療服務 給付項目及支付標準第二部 西醫第一章基本診療第一節 門診診察費通則第九條之規 定，故不宜訂定。	台灣醫院協會 本案原則尊重健保署意見。 中華民國醫師公會全國聯合會 認同健保署意見，且考量各區因 應醫療環境差異，業已各自發展 合宜之監督管理措施，建議審查 注意事項「其尿毒症相關治療及 檢查」定義，維持現行條文規 定。 台灣腎臟醫學會 維持原建議。

抄件：許博淇

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)27026324

承辦人及電話：許博淇(02)27065866轉2642

電子信箱：A111063@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國107年5月11日

發文字號：健保醫字第1070033111號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關台灣基層透析協會將本保險「醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第一節門診診察費通則八擴大解釋為「同日同醫師不同病情者可申報診察費」一案，復如說明，請查照。

說明：

一、復貴會106年10月26日全醫聯字第1060001610號函。

二、「由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次」係針對「兩次以上門診」；台灣基層透析協會所提「同日同醫師不同病情之就醫」未說明係同次門診或兩次門診，若屬「同次門診」則與通則所述「兩次以上門診」不同情境，不應擴大解釋。

三、血液透析期間，院所應提供血液透析之完整照護，且其定額支付已含與血液透析相關費用，個案在透析期間產生之照護問題所需相關費用，應含於透析定額支付中，不應再申報門診診察費。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108年「門診透析服務保障項目」案。

說明：

一、依全民健康保險會(以下簡稱健保會)決議:對於需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，若仍有部分服務須採點值保障，由中央健康保險署會同相關團體議定後，於107年12月底前送健保會同意後執行。

二、108保障項目建議維持原107年項目，107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. 107年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。

3. 107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。

三、本案俟本會議確認後，送健保會同意後執行。

決議：

討論事項第二案

提案人：廖秋燭代表

案由：108 年度洗腎總額各季預算分配改為實際申報點數占率分配，提請討論。

說明：

- 一、洗腎總額各季預算原依據日曆數佔率分配，但因未考量新增病人之醫療費用累積效果，造成點值逐季降低，為導正各季點值差異，自105年起改為總額開辦前之各季費用佔率分配。
- 二、歷經2年結算資料顯示，各季實際申報點數佔率與總額開辦前一年已有很大變化，以致醫院部門第2季分配預算最高，但實際申報醫療費用並非最高，故第2季點值結算後造成約1.4億元移轉至基層。

		第1季	第2季	第3季	第4季	全年
105年 預算佔率	基層	23.61%	24.34%	25.61%	26.44%	100%
	醫院	23.93%	25.66%	25.06%	25.35%	100%
	合計	23.79%	25.09%	25.30%	25.82%	100%
105年 申報點數佔率	基層	24.39%	24.80%	25.32%	25.50%	100%
	醫院	24.72%	24.87%	25.18%	25.23%	100%
	合計	24.57%	24.84%	25.24%	25.35%	100%
106年 預算佔率	基層	23.61%	24.34%	25.61%	26.44%	100%
	醫院	23.93%	25.66%	25.06%	25.35%	100%
	合計	23.79%	25.08%	25.30%	25.83%	100%
106年 申報點數佔率	基層	24.31%	24.94%	25.43%	25.32%	100%
	醫院	24.61%	25.02%	25.29%	25.08%	100%
	合計	24.48%	24.98%	25.35%	25.19%	100%

- 三、建議自108年起比照醫院總額部門分配方式(依據106年11月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106年第4次會議決定)，改為「四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配」，減少季間預算分配不均造成之部門預算移轉差異。

本署意見：

經與廖代表討論，四季重分配改依加總近3年(104年-106年)西醫基層及醫院部門各季核定點數占該部門近三年核定點數之占率分配，104年-106年各季核定點數及108年預算占率如表一，108年度門診透析總額預算如表二，並依前述占率重新分配各季預算如表三。

決議：

表一、104 年-106 年各季核定點數及 108 年預算占率

整體

季別	104年		105年		106年		104-106年核定點數 小計 $X=x1+x2+x3$	108年預算占率 $X/\Sigma X$
	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	10,000	24.30%	10,446	24.57%	10,646	24.48%	31,093	24.449998%
Q2	10,248	24.90%	10,561	24.84%	10,866	24.98%	31,675	24.907199%
Q3	10,443	25.37%	10,730	25.24%	11,028	25.35%	32,202	25.321407%
Q4	10,468	25.43%	10,777	25.35%	10,956	25.19%	32,202	25.321396%
合計	41,160	100.00%	42,515	100.00%	43,496	100.00%	127,171	100%

西醫基層

季別	104年		105年		106年		104-106年核定點數 小計 $Y=y1+y2+y3$	108年預算占率(基層) $(a)=Y/\Sigma Y$
	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	4,335	24.19%	4,583	24.39%	4,722	24.31%	13,640	24.296202%
Q2	4,447	24.81%	4,660	24.80%	4,845	24.94%	13,952	24.852800%
Q3	4,560	25.44%	4,757	25.32%	4,940	25.43%	14,257	25.395014%
Q4	4,580	25.56%	4,791	25.50%	4,920	25.32%	14,291	25.455984%
合計	17,922	100.00%	18,791	100.00%	19,427	100.00%	56,140	100%

醫院

季別	104年		105年		106年		104-106年核定點數 小計 $Z=z1+z2+z3$	108年預算占率(醫院) $(b)=Z/\Sigma Z$
	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	5,663	24.38%	5,860	24.72%	5,920	24.61%	17,442	24.571068%
Q2	5,797	24.96%	5,898	24.87%	6,017	25.02%	17,712	24.951253%
Q3	5,880	25.32%	5,969	25.18%	6,084	25.29%	17,933	25.262034%
Q4	5,885	25.34%	5,983	25.23%	6,032	25.08%	17,900	25.215645%
合計	23,224	100.00%	23,710	100.00%	24,053	100.00%	70,987	100%

註

1. 依據 98 年 5 月 14 日「門診透析支付委員會」98 年第 2 次會議決定：自 98 年起「門診透析預算採日曆數分配四季預算」，並於 103 年 11 月 26 日「門診透析預算研商議事會議」103 年第 4 次會議提案報告通過。(以前各季實際預算與結算數之占率有落差，造成各季點值差異大，自 98 年起考量透析處置無假日之分別，故建議以每季日曆數占全年日曆數之占率來攤算四季預算。)
2. 依據 104 年 11 月 11 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」104 年第 4 次會議決定，105 年總額四季預算分配案，採用各季「實際預算數」。106 年 2 月 15 日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」106 年第 1 次會議決議：106 年「門診透析四季預算分配」分配比照 105 年方式辦理(採用各季「實際預算數」)。
3. 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(PI)+核定浮動點數(P)
4. 預算占率=醫院或西醫基層部門(102 年當季核定點數+103 年當季核定點數+104 年當季核定點數)/ 醫院或西醫基層部門(102 年全年核定點數+ 103 年全年核定點數+ 104 年全年核定點數)

表二、108 年度門診透析總額預算

項目	107年各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)	107年各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)	108年各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0) =A1×(1+4.683%)	108年各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)=B1× (1+1.839%)	108年各季門診透析合併預算之醫療給付費用(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	21,658,467,176	39,392,600,214

註：
1. 107年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 106年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.683%)。
2. 107年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 106年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+1.839%)。
3. 107年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 107年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+107年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

表三、按平均占率重新分配預算與未校正前各季預算之比較

(單位：百萬)

季別	調整前A			調整後B			占率	差距		
	醫院A1	基層A2	合計A3=A1+A2	醫院B1=C1*a	基層B2=C2*b	合計B3=B1+B2		醫院D1=B1-A1	基層D2=B2-A2	合計D3=D1+D2
108Q1	5,183,108,641	4,186,157,604	9,369,266,245	5,321,716,698	4,308,720,786	9,630,437,484	24.447326%	138,608,057	122,563,182	261,171,239
108Q2	5,557,646,567	4,316,333,036	9,873,979,603	5,404,058,941	4,407,428,616	9,811,487,557	24.906930%	-153,587,626	91,095,580	-62,492,046
108Q3	5,427,192,834	4,542,113,806	9,969,306,640	5,471,369,342	4,503,585,568	9,974,954,910	25.321900%	44,176,508	-38,528,238	5,648,270
108Q4	5,490,519,134	4,689,528,592	10,180,047,726	5,461,322,195	4,514,398,068	9,975,720,263	25.323843%	-29,196,939	-175,130,524	-204,327,463
合計	21,658,467,176 C1	17,734,133,038 C2	39,392,600,214	21,658,467,176	17,734,133,038	39,392,600,214	100.000000%	0	0	0

討論事項第三案

提案人：本署醫務管理組

台灣腎臟醫學會

案由：修訂「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」案，提請討論。

說明：

- 一、為提升民眾生活便利性，擬配合國發會召開「行動支付跨部會研商第四次會議」決議，擴大行動支付場域至各基層院所；建議新增相關指標：凡基層特約醫事服務機構於當年度提出保險對象使用行動支付證明(至少1筆)，達標者於計算品質監測項目總分後額外加給5分。
- 二、為配合健保會要求，提前品質獎勵計畫核發期程，將申報點數截取時間點提前至次年1月底。
- 三、檢附修訂條文內容，詳附件6。

擬辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

決議：

「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」
108 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	(新增)	六、 <u>政策獎勵加分項目及計分方式：為提升民眾生活便利性，擴大行動支付場域至各基層院所，凡基層特約醫事服務機構於當年度提出保險對象使用行動支付證明(至少 1 筆)，於當年度 1 月底前提供行動支付證明至分區業務組，達標者於計算品質監測項目總分後額外加給 5 分。</u>	配合國發會召開「行動支付跨部會研商第四次會議」決議。
2	十一、申報及核付原則： （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 3 月底前申報之當年度費用年月資料計算。	十一、申報及核付原則： （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 <u>1 月底</u> 前申報之當年度費用年月資料計算。	配合健保會要求，提前品質獎勵計畫核發期程，將申報點數截取時間點提前至次年 1 月底。

108 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

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，其中編列 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
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 1-1~1-4)	100 %	10 分(年)
8. 55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率 $\geq 5\%$ 4% $\leq$ 移植登錄率 $< 5\%$ 3% $\leq$ 移植登錄率 $< 4\%$ 2% $\leq$ 移植登錄率 $< 3\%$ 1% $\leq$ 移植登錄率 $< 2\%$	10 分(年) 8 分(年) 6 分(年) 4 分(年) 2 分(年)

(二)腹膜透析照護指標項目及評分標準，如下表：

項 目	各透析院所病人監測值 達成率	得 分
1.血清白蛋白[Albumin ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP)]	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每季 4 分
2. Weekly Kt/V ≥ 1.7	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每半年 8 分
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 1-1~1-4)	100 %	10 分(年)
8. 55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率 $\geq 5\%$ 4% $\leq$ 移植登錄率 $< 5\%$ 3% $\leq$ 移植登錄率 $< 4\%$ 2% $\leq$ 移植登錄率 $< 3\%$ 1% $\leq$ 移植登錄率 $< 2\%$	10 分(年) 8 分(年) 6 分(年) 4 分(年) 2 分(年)

註(血液透析及腹膜透析照護指標)：

- 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，由保險人進行監控管理、結算計分及核發之依據。
- 受檢率目標值，依院所平均每月透析病人數調整如下
 - ≤ 20 人：B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率目標值，須達 85%；其餘指標之受檢率目標值須達 90%以上。
 - > 20 人：B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)之受檢率目標值，須達 90%；其餘指標之受檢率目標值須達 95%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、政策獎勵加分項目及計分方式：為提升民眾生活便利性，擴大行動支付場域至各基層院所，凡基層特約醫事服務機構於當年度提出保險對象使用行動支付證明(至少 1 筆)，於當年度 1 月底前提供行動支付證明至分區業務組，達標者於計算品質監測項目總分後額外加給 5 分。

七、參加核發院所之資格：

- (一)計畫年度期間內，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)該院所之品質監測項目總分全年達超過 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，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。

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

(二)各院所加權指數：

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

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

(三)各院所血液透析、腹膜透析分配方式

1.個別實施血液透析院所當年度之分配金額 =

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

2.個別實施腹膜透析院所當年度之分配金額 =

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

九、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，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。

(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六項「核發金額之計算方式」進行計算並辦理費用核發作業。

十、本計畫辦理核發作業後，若有未列入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。

十一、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。

討論事項第四案

提案單位：台灣腎臟醫學會

本署醫務管理組

案由：有關108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、台灣腎臟醫學會修訂「衛教營養師資格」之建議如下：

（一）依107年10月22日台腎醫城(107)字第523號函辦理。

（二）衛教營養師資格：建議修訂為「領有台灣腎臟護理學會、台灣營養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或台灣營養學會腎臟專科營養師證書之營養師」。

（三）本署意見：

1. 本案分別於104年第4次會議，並邀中華民國營養師公會全聯會列席表示意見，公會表示能暫緩1-2年來做宣導，並希望屆時有95%以上的臨床工作營養師可以取得資格。106年第4次會議再次提案討論，決議維持現狀。

2. 本案如同意修訂，建議自108年起新加入方案院所均需符合上述營養師資格規定，另已加入方案院所，給予半年緩衝期，自108年7月1日起未符合資格者不得參加本方案。

二、依據107年8月9日「降低透析發生率及推廣腎臟移植相關策略專家會議」之會議結論(附件8)，建議Pre-ESRD計畫之衛教內容應加入腎臟移植資訊，照護團隊成員應接受移植相關課程，並領有相關上課證明，並於衛教時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，且接受衛教對象應包含病患親屬。

三、檢附修訂條文內容，詳附件7。

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」
108 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	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。	3、營養師： <u>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</u>：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。	依107年10月22日台腎醫城(107)字第523號函辦理。
	<u>(新增)</u>	4、<u>照護團隊成員應接受移植相關課程，並領有相關上課證明。</u>	依據107年8月9日「降低透析發生率及推廣腎臟移植相關策略專家會議」之會議結論辦理。
2	(五)照護標準及目標：		
	<u>(新增)</u>	<u>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患親屬，以提供充分資訊。</u>	依據107年8月9日「降低透析發生率及推廣腎臟移植相關策略專家會議」之會議結論辦理。

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 12 月○日健保醫字第○○○○○○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，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 期及蛋白尿病患。

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。

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) $30 \sim 44.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患。

2、CKD stage 4：GFR $15 \sim 29.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患。

3、CKD stage 5: GFR $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 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) $> 1,000 \text{ mg/gm}$ 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) $\geq 45 \sim 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之蛋白尿患者。

5、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。

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Schwartz)} = 0.413 \times (\text{height in cm}) \div \text{serum Cr}。$$

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 $\times$ 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患親屬，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 ($\text{UpCr} < 200 \text{ mg/gm}$) 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)，且結案條件為「1：腎臟移植」，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。

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。

(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。

相關策略專家會議結論

依據 107 年第 2 次門診透析預算研商議事會議決定，本署組成專家小組研議降低透析發生率及推廣腎臟移植相關策略，第一次會議業於今(107)年 8 月 9 日召開，重要結論摘錄如下：

一、降低透析發生率：

(一)慢性腎臟病照護指引修訂慢性腎臟疾病管理流程建議依年齡別

區分，並研議增加結果面照護指標。

(二)建議建立全國性警示系統，提醒院所針對 eGFR 檢驗數值小於 45

之病人應照會腎臟科醫師。

(三)有關持續提供民眾端加強自我健康管理與健康識能誘因乙節，

轉請國民健康署研議。

二、推廣腎臟移植：

(一)Pre-ESRD 計畫之衛教內容，應加入腎臟移植相關資訊，且團隊

成員應接受移植相關課程認證；另接受衛教對象應包含病患親

屬，以提供充分資訊。

(二)針對民眾端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，以澄清疑慮。

(三)考量腎移植之長期存活率優於其他腎臟替代療法，建議可進一

步放寬活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)適用條件：

1. 針對 107 年度 Pre-ESRD 計畫之活腎移植團隊照護獎勵費

(P34011C)，已將申請資格放寬至照護對象取得慢性腎衰竭需定期

(永久)透析重大傷病證明前接受親屬活體腎臟移植乙節，請針對

移植醫師妥為說明。

2. 等候腎移植病人已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析重大傷病證明及主診斷為紅斑性狼瘡或其他非屬 Pre-ESRD 照護計畫適用範圍之疾病者，研議比照活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)之適用條件。

(四)為減輕保險對象負擔，建議針對捐腎者之醫療費用可免部分負擔。

三、至健保會 107 年協定內容「針對慢性腎衰竭末期(ESRD)之病人，將以透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」前次會議各單位無共識乙節，專家成員對當次結論無異議。

四、後續仍將持續召開專家諮詢會議，並視會議結論再提報本會參考。

