



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 次會議資料

106 年 11 月 15 日（星期三）

本署 18 樓大禮堂

# 「門診透析預算研商議事會議」106 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 106 年度第 3 次會議紀錄確認.. 第 頁

參、報告事項

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| 一、歷次會議決議事項辦理情形追蹤表。           | 第 1 頁  |
| 二、門診透析預算執行概況。                | 第 11 頁 |
| 三、106 年第 2 季門診透析服務點值結算報告。    | 第 25 頁 |
| 四、門診透析專業醫療服務品質指標監測結果         | 第 37 頁 |
| 五、107 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。 | 第 61 頁 |

肆、討論事項

|                                             |        |
|---------------------------------------------|--------|
| 一、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(草案)』。   | 第 65 頁 |
| 二、有關「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」修訂建議 | 第 81 頁 |
| 三、107 年「門診透析服務保障項目」案。                       | 第 93 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」106 年  
第 3 次會議紀錄

時間：106 年 8 月 16 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：劉立麗

出席代表：

|       |        |       |        |
|-------|--------|-------|--------|
| 吳代表瑞堂 | 陳瑞瑛(代) | 呂代表國樑 | 呂國樑    |
| 宋代表俊明 | 宋俊明    | 李代表妮真 | 李妮真    |
| 李代表永振 | 李永振    | 林代表石化 | 林石化    |
| 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 | 陳麗淑    | 郭代表錦玉 | 郭錦玉    |
| 曾代表志龍 | 曾志龍    | 楊代表五常 | 劉碧珠(代) |
| 廖代表秋燭 | 廖秋燭    | 蔡代表江欽 | 蔡宗昌    |
| 鄭代表集鴻 | 鄭集鴻    | 盧代表國城 | 盧國城    |
| 謝代表武吉 | 王秀貞    | 顏代表大翔 | 顏大翔    |
| 羅代表永達 | 羅永達    | 鐘代表應欽 | 鐘應欽    |

列席單位及人員：

|               |              |
|---------------|--------------|
| 衛生福利部         | 周雯雯          |
| 衛生福利部全民健康保險會  | 陳燕鈴、廖尹嫻      |
| 台灣醫院協會        | 林佩菽、何宛青、洪郁婷  |
|               | 吳洵伶、王秀貞      |
| 中華民國醫師公會全國聯合會 | 洪郁涵、黃佩宜      |
| 台灣腎臟醫學會       | 陳金順、林元灝、林慧美、 |
|               | 林佳靜、曾庭俞      |

本署醫務管理組

陳真慧、劉林義、洪于淇

林右鈞、林蘭、歐舒欣

邵子川、鄭正義

本署醫審及藥材組

李待弟、陳淑儀

本署企劃組

柯秉志

本署資訊組

姜義國

本署臺北業務組

儲鳳英、陳懿娟、許敏惠

張惠芳

本署北區業務組

麻晟偉

本署中區業務組

張志煌

本署南區業務組

林育彥

本署高屏業務組

陳秀玲

本署東區業務組

江春桂

## 壹、主席致詞(略)

## 貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

## 參、報告事項

### 第一案

案由：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 1「台灣腎臟醫學會提出腹膜透析相關支付標準調整之具體方案」、序號 3「門診透析獨立預算執行概況」對民意調查之建議、序號 5「特約院所於透析機器擺放明確之專屬機器標示」請腎臟醫學會協助輔導之後續事宜、序號 7「修訂 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」等

四案繼續列管，其餘同意解除列管。

## 第二案

案由：門診透析預算執行概況及慢性腎臟病防治策略報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、考量慢性腎臟病防治屬於國家級政策請將會議紀錄轉國家衛生研究院參考。

## 第三案

案由：106 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認 106 年第 1 季點值，如下表：

| 季別    | 浮動點值       | 平均點值       |
|-------|------------|------------|
| 106Q1 | 0.81052081 | 0.82484066 |

- 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。

## 第四案

案由：105 年『全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫』結算報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、確認 105 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』，以各院所定期上傳本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」做為結算與核發依據，且為維上傳資料之正確性，對於未上傳或上傳資料錯誤者，不予核發。
- 三、本計畫辦理核發作業後，若有未列入核發之特約院所提出申復

等行政救濟事宜，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「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」預算支應。

## 肆、討論事項

### 第一案

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。

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」B型及C型肝炎轉陽之目標值及指標鑑別度之適當性，請台灣腎臟醫學會納入「肝癌及肝炎防治會」及與會代表相關意見，於下次會議提案討論。

### 第二案

案由：腹膜透析支付標準修訂案案。

決議：

- 一、腹膜透析支付標準調整案經與會代表充分討論，支付標準仍維持現狀，107年仍採點保障點值的方式處理。
- 二、另將本會代表建議取消醫院評鑑腹膜透析執行占率之相關意見，轉請衛福部醫事司參考。

### 臨時動議

案由：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，提請討論。

決議：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，由本署醫審及藥材組瞭解本個案並蒐集各分區處理情形，研擬適當處理方式，於下次會議說明。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

說明：

| 序號 | 案號/案由                                                                                                                                                          | 決定/決議事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 辦理情形                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 追蹤建議                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <p>105_4_討<br/>(1)_106 年門診<br/>透析服務保障<br/>項目及操作型<br/>定義</p> <p>106_2_討(3)_<br/>修訂107年腹膜<br/>透析支付標準<br/>案</p> <p>106_3_討(2)_<br/>107 年腹膜透析<br/>支付標準修訂<br/>案</p> | <p>1. 105 年 11 月 16 日<br/>第 4 次會議決議：<br/>請台灣腎臟醫學會<br/>參酌本會代表相關<br/>意見，於 106 年 4<br/>月底前提出腹膜透<br/>析相關支付標準調<br/>整之具體方案。</p> <p>2. 106 年 5 月 17 日第<br/>2 次會議決議：請臺<br/>灣腎臟醫學會就腹<br/>膜透析支付標準修<br/>訂部分，參酌本會<br/>歷次代表意見，於<br/>下次會議提供具體<br/>之建議方案。</p> <p>3. 106 年 8 月 16 日第<br/>3 次會議決議：<br/>(1)腹膜透析支付<br/>標準調整案經與會<br/>代表充分討論，支<br/>付標準仍維持現<br/>狀，107 年仍採點保<br/>障點值的方式處<br/>理。<br/>(2)本會代表建議<br/>取消醫院評鑑腹膜<br/>透析執行占率之相<br/>關意見，轉請衛福<br/>部醫事司參考。</p> | <p>1. 本署已於 106 年 9 月 8<br/>日健保醫字第<br/>1060033840D 號函行文<br/>醫事司，有關代表建議<br/>取消醫院評鑑腹膜透<br/>析執行率等相關意見。</p> <p>2. 衛福部於 106 年 9 月 13<br/>日衛部醫字第<br/>1061640624 號函行文<br/>財團法人醫院評鑑暨<br/>醫療品質策進會，建議<br/>取消醫院評鑑腹膜透<br/>析執行率等相關意<br/>見，請納入醫院評鑑基<br/>準研修參考。</p> <p>3. 有關腹膜透析點值保<br/>障一節，併本次會議討<br/>論第 3 案辦理。</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 解除列管<br/><input type="checkbox"/> 繼續列管</p> |

| 序號 | 案號/案由                                                                                            | 決定/決議事項                                          | 辦理情形                                                                                                                                                                                                       | 追蹤建議                                                                   |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 2  | 106_2_報(2)_<br>門診透析獨立<br>預算執行概況<br><br>106_3_報(2)_<br>門診透析獨立<br>預算執行概況                           | 1. 洽悉。<br>2. 與會代表對於問卷之意見，如郵寄回收率、極端值處理等，由本署企劃組參考。 | 本署企劃組轉知 106 年受託調查單位(陽明大學)說明如下：<br>1. 郵寄回復問卷，以致贈小額禮券方式提升回復率。<br>2. 極端值的處理方式：今年報告將呈現三種數字：<br>(1)一般的平均值<br>(2)中位數<br>(3)去除掉極端值後的平均值<br>(4)「極端值定義」：原本的平均值加減 2 個標準差後算出兩個新值(上限和下限)。用此新值當作一個界線，大於或是小於該新值都當作極端值處理。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 3  | 106_2_報(4)_<br>特約院所於透<br>析機器擺放明<br>確之專屬機器<br>標示，以供病人<br>清楚辨識<br><br>106_3_報(1)_5<br>決議事項辦理<br>情形 | 序號 5 繼續列管，下次會議追蹤台灣腎臟醫學會回復標示不完整的院所輔導情形。           | 本署於 106 年 6 月 22 日函送未填報完整之院所名單計 108 家，請台灣腎臟醫學會協助輔導並提供填報完整之院所名單，該會於 106 年 8 月 28 日提供 638 家院所名單，經勾稽比對僅剩 4 家未填報完整之院所，其中 3 家目前已終止特約或歇業，1 家持續追蹤輔導中。                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |

| 序號 | 案號/案由                                                                                               | 決定/決議事項                                                                                          | 辦理情形                                                        | 追蹤建議                                                                   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 4  | 106_3_報(2)_門診透析預算執行概況及慢性腎臟病防治策略報告                                                                   | 考量慢性腎臟病防治屬於國家級政策請將會議紀錄轉國家衛生研究院參考。                                                                | 本署已於 106 年 9 月 8 日健保醫字第 1060033840C 號函行文國家衛生研究院。            | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 5  | 106_3_報(3)_106 年第 1 季門診透析服務點值結算報告                                                                   | 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。                                                                     | 本署已於 106 年 9 月 8 日健保醫字第 1060033840B 號函辦理點值公布、結算事宜。          | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 6  | 106_3_討(1)_修訂 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」案，「衛生福利部肝癌及肝炎防治會 106 年第 1 次會議」建議修訂事宜，列入本次會議討論事項第二案。 | 「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」B 型及 C 型肝炎轉陽之目標值及指標鑑別度之適當性，請台灣腎臟醫學會納入「肝癌及肝炎防治會」及與會代表相關意見，於下次會議提案討論。 | 台灣腎臟醫學會就「衛生福利部肝癌及肝炎防治會 106 年第 1 次會議」建議修訂事宜，列入本次會議討論事項第 1 案。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |

| 序號 | 案號/案由                                                      | 決定/決議事項                                                                                              | 辦理情形                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 追蹤建議                                                                   |
|----|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 106_3_臨<br>因腎友常患共<br>病需就醫，近來<br>被全面核刪診<br>察費，且各分區<br>做法不一。 | 有關部分代表所提<br>各分區核刪透析診<br>察費標準不一致一<br>節，由本署醫審及藥<br>材組瞭解本個案並<br>蒐集各分區處理情<br>形，研擬適當處理方<br>式，於下次會議說<br>明。 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依支付標準第二部西<br/>醫第一章基本診療第<br/>一節門診診察費通則<br/>第八點規定，同一醫師<br/>診療同日兩次以上門<br/>診相同病情案件，限申<br/>報門診診察費一次。另<br/>血液透析屬定額支付<br/>項目，同一醫師同次醫<br/>療服務不得再申報診<br/>察費。</li> <li>2. 本署106年西醫基層及<br/>醫院醫療服務審查作<br/>業，已委託予中華民國<br/>醫師公會全國聯合會<br/>及台灣醫院協會辦<br/>理，相關抽審案件，腎<br/>友病患共病就醫，是否<br/>屬同病情案件，均依聘<br/>任之審查醫藥專家依<br/>個案專業審查認定辦<br/>理，醫療院所如有異<br/>議，得循申復與爭議審<br/>議機制辦理救濟。</li> <li>3. 如對於是否認定屬同<br/>病情之審查結果有爭<br/>議，請相關專業醫學會<br/>彙整有關臨床屬腎臟<br/>病同病情之專業建<br/>議，俾憑訂定審查原<br/>則。</li> <li>4. 經查中區、高屏及東區<br/>業務組近來並無全面核<br/>刪診察費情事，臺北、</li> </ol> | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |

| 序號 | 案號/案由                                                          | 決定/決議事項                                                                                              | 辦理情形                                                             | 追蹤建議                                                                           |
|----|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 106_3_臨<br>因腎友常患共<br>病需就醫，近<br>來被全面核刪<br>診察費，且各<br>分區做法不<br>一。 | 有關部分代表所提<br>各分區核刪透析診<br>察費標準不一致一<br>節，由本署醫審及藥<br>材組瞭解本個案並<br>蒐集各分區處理情<br>形，研擬適當處理方<br>式，於下次會議說<br>明。 | 北區及南區業務組依專<br>業審查有核刪診察<br>費。代表所提案例屬北<br>區業務組轄區，再請該<br>區代表人員協助說明。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除<br>列管 <input type="checkbox"/> 繼續<br>列管 |

決定：

## 第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析預算執行概況報告(如附件，第13頁)

決定：



### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106年第2季門診透析服務點值結算報告(如附件，第27頁)

說明：

一、106年第2季透析預算如下表：

| 106Q2                | 預算(元)         |
|----------------------|---------------|
| 西醫基層預算(A)            | 3,941,009,357 |
| 醫院預算(B)              | 5,317,852,954 |
| 106年第2季透析一般預算(C=A+B) | 9,258,862,311 |

二、106年第2季透析點數申報情形如下表：

| 106Q2 | 非浮動點數<br>(點) | 腹膜透析追蹤<br>處理費(點) | 浮動點數<br>(點)    |
|-------|--------------|------------------|----------------|
| 西醫基層  | 54,628,150   | 1,381,688        | 4,789,302,529  |
| 醫院    | 587,391,567  | 164,145,405      | 5,265,814,240  |
| 自墊核退  | 3,366,558    |                  |                |
| 合計    | 645,386,275  | 165,527,093      | 10,055,116,769 |

三、彙整近二年結算點值如下表：

| 季別    | 浮動點值       | 平均點值       |
|-------|------------|------------|
| 104Q1 | 0.82969102 | 0.84317136 |
| 104Q2 | 0.81769317 | 0.83196363 |
| 104Q3 | 0.81073535 | 0.82535056 |
| 104Q4 | 0.80871190 | 0.82338923 |
| 105Q1 | 0.79245960 | 0.80836228 |
| 105Q2 | 0.83027587 | 0.84323411 |
| 105Q3 | 0.82342296 | 0.83687274 |
| 105Q4 | 0.83824025 | 0.85052691 |
| 106Q1 | 0.81052081 | 0.82484066 |
| 106Q2 | 0.84016418 | 0.85209246 |

四、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫106年預算4.04億元(其他部門)，至第2季支用情形如下：

(一)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：0.45 億元，預計於 107 年 6 月完成核發。

(二)Pre-ESRD 計畫：0.96 億元。

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early\_CKD)：0.56 億元。

(四)透析品質提升獎勵計畫申復：23 萬元。

(五)合計支用 1.52 億元。

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

**決定：**

一、門診透析全民健康保險醫療給付費用

| 項目  | 105年各季<br>西醫基層門診透析<br>服務費用(含藥費) | 105年各季<br>醫院門診透析<br>服務費用(含藥費) | 106年各季<br>西醫基層門診透析<br>服務費用(含藥費) | 106年各季<br>醫院門診透析<br>服務費用(含藥費) | 106年各季<br>門診透析合併預<br>算之醫療給付費用 |
|-----|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|     | (A1)                            | (B1)                          | (G0)<br>=A1×(1+5.342%)          | (G1)<br>=B1×(1+2.975%)        | (D1)<br>=G0+G1                |
| 第1季 | 3,628,327,958                   | 4,816,193,319                 | 3,822,153,238                   | 4,959,475,070                 | 8,781,628,308                 |
| 第2季 | 3,741,156,763                   | 5,164,217,484                 | 3,941,009,357                   | 5,317,852,954                 | 9,258,862,311                 |
| 第3季 | 3,936,850,944                   | 5,042,998,647                 | 4,147,157,521                   | 5,193,027,857                 | 9,340,185,378                 |
| 第4季 | 4,064,621,859                   | 5,101,842,041                 | 4,281,753,959                   | 5,253,621,842                 | 9,535,375,801                 |
| 合計  | 15,370,957,524                  | 20,125,251,491                | 16,192,074,075                  | 20,723,977,723                | 36,916,051,798                |

註：

1. 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」)。
2. 106年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 105年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+5.342%)。
3. 106年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 105年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+2.975%)。
4. 106年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 106年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)+ 106年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/10/26

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 2

二、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫全年預算(其他部門)

全年預算=404,000,000元

(一)106年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫:45,000,000(另行結算)

(二)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫

第1季已支用點數： 48,187,084

第2季已支用點數： 48,304,069

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 96,491,153

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

第1季已支用點數： 27,598,200

第2季已支用點數： 28,113,397

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 55,711,597

(四)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫申復

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 228,742

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 228,742

(五)合計

第1季已支用點數： 75,785,284

第2季已支用點數： 76,646,208

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 152,431,492

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 - 152,431,492 = 206,568,508

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/10/26

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

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      |             |                          | 腹膜透析追蹤處理費核定點數<br>(每點以1元支付) |             |                          | 核定浮動點數       |            |                          |
|------|--------------|-------------|--------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|--------------|------------|--------------------------|
|      | 西醫基層<br>(J1) | 醫院<br>(K1)  | 小計<br>(M1)<br>=(J1)+(K1) | 西醫基層<br>(N1)               | 醫院<br>(O1)  | 小計<br>(P1)<br>=(N1)+(O1) | 西醫基層<br>(N3) | 醫院<br>(O3) | 小計<br>(P3)<br>=(N3)+(O3) |
| 臺北分區 | 0            | 182,802,014 | 182,802,014              | 0                          | 55,763,032  | 55,763,032               | 0            | 26,322,414 | 26,322,414               |
| 北區分區 | 1,140,910    | 67,984,827  | 69,125,737               | 286,273                    | 20,305,235  | 20,591,508               | 156,526      | 8,188,701  | 8,345,227                |
| 中區分區 | 2,735,830    | 94,933,908  | 97,669,738               | 861,218                    | 30,165,763  | 31,026,981               | 349,575      | 11,531,144 | 11,880,719               |
| 南區分區 | 566,232      | 85,438,935  | 86,005,167               | 156,134                    | 25,084,168  | 25,240,302               | 84,499       | 10,804,487 | 10,888,986               |
| 高屏分區 | 202,562      | 106,517,818 | 106,720,380              | 78,063                     | 29,560,792  | 29,638,855               | 5,999        | 13,920,689 | 13,926,688               |
| 東區分區 | 0            | 9,715,329   | 9,715,329                | 0                          | 3,266,415   | 3,266,415                | 0            | 1,361,373  | 1,361,373                |
| 合 計  | 4,645,534    | 547,392,831 | 552,038,365              | 1,381,688                  | 164,145,405 | 165,527,093              | 596,599      | 72,128,808 | 72,725,407               |

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處理費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處理費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處理費核定點數」後之點數。
4. 依據105年11月16日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」105年第4次會議紀錄決議：106年門診透析服務保障項目比照105年(腹膜透析之追蹤處理費(58011C及58017C)採每點1元支付；偏遠地區之門診透析服務院所保障每點1元)。

3.1.2 血液透析

| 就醫分區 | 核定非浮動點數      |            |                          | 核定浮動點數        |               |                          |
|------|--------------|------------|--------------------------|---------------|---------------|--------------------------|
|      | 西醫基層<br>(J2) | 醫院<br>(K2) | 小計<br>(M2)<br>=(J2)+(K2) | 西醫基層<br>(N2)  | 醫院<br>(O2)    | 小計<br>(P2)<br>=(N2)+(O2) |
| 臺北分區 | 6,617,400    | 9,442,300  | 16,059,700               | 1,471,674,039 | 1,361,453,806 | 2,833,127,845            |
| 北區分區 | 0            | 0          | 0                        | 509,548,702   | 1,011,572,356 | 1,521,121,058            |
| 中區分區 | 430,320      | 0          | 430,320                  | 782,229,444   | 1,104,145,857 | 1,886,375,301            |
| 南區分區 | 20,774,424   | 2,409,936  | 23,184,360               | 912,773,214   | 751,547,698   | 1,664,320,912            |
| 高屏分區 | 22,160,472   | 28,146,500 | 50,306,972               | 1,007,823,251 | 821,093,191   | 1,828,916,442            |
| 東區分區 | 0            | 0          | 0                        | 104,657,280   | 143,872,524   | 248,529,804              |
| 合 計  | 49,982,616   | 39,998,736 | 89,981,352               | 4,788,705,930 | 5,193,685,432 | 9,982,391,362            |

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：RGI1608R01

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：106/10/26

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 5

## 3.1.3 合計

| 就醫分區 | 核定非浮動點數     |             |             |                           | 腹膜透析追蹤處理費核定點數<br>(每點以1元支付) |             |                          | 核定浮動點數        |               |                       |
|------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|---------------|---------------|-----------------------|
|      | 西醫基層<br>(J) | 醫院<br>(K)   | 自墊核退<br>(L) | 小計<br>(M)=(J)<br>+(K)+(L) | 西醫基層<br>(N1)               | 醫院<br>(O1)  | 小計<br>(P1)<br>=(N1)+(O1) | 西醫基層<br>(N)   | 醫院<br>(O)     | 小計<br>(P)<br>=(N)+(O) |
|      | =(J1)+(J2)  | =(K1)+(K2)  |             |                           |                            |             |                          | =(N2)+(N3)    | =(O2)+(O3)    |                       |
| 臺北分區 | 6,617,400   | 192,244,314 | 1,243,081   | 200,104,795               | 0                          | 55,763,032  | 55,763,032               | 1,471,674,039 | 1,387,776,220 | 2,859,450,259         |
| 北區分區 | 1,140,910   | 67,984,827  | 860,962     | 69,986,699                | 286,273                    | 20,305,235  | 20,591,508               | 509,705,228   | 1,019,761,057 | 1,529,466,285         |
| 中區分區 | 3,166,150   | 94,933,908  | 458,281     | 98,558,339                | 861,218                    | 30,165,763  | 31,026,981               | 782,579,019   | 1,115,677,001 | 1,898,256,020         |
| 南區分區 | 21,340,656  | 87,848,871  | 398,963     | 109,588,490               | 156,134                    | 25,084,168  | 25,240,302               | 912,857,713   | 762,352,185   | 1,675,209,898         |
| 高屏分區 | 22,363,034  | 134,664,318 | 359,409     | 157,386,761               | 78,063                     | 29,560,792  | 29,638,855               | 1,007,829,250 | 835,013,880   | 1,842,843,130         |
| 東區分區 | 0           | 9,715,329   | 45,862      | 9,761,191                 | 0                          | 3,266,415   | 3,266,415                | 104,657,280   | 145,233,897   | 249,891,177           |
| 合 計  | 54,628,150  | 587,391,567 | 3,366,558   | 645,386,275               | 1,381,688                  | 164,145,405 | 165,527,093              | 4,789,302,529 | 5,265,814,240 | 10,055,116,769        |

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/10/26

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 6

(二)保障偏遠地區之門診透析服務院所原始申報之非浮動點數、浮動點數：

## 3.2.1 保障偏遠地區之腹膜透析

| 就醫分區 | 核定非浮動點數       |                             |             | 腹膜透析追蹤處理費核定點數<br>(每點以1元支付) |                             |             | 核定浮動點數<br>(每點以1元支付) |                             |             | 合計          |
|------|---------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|-------------|-------------|
|      | 西醫基層<br>(RJ1) | 醫院<br>(RK1)<br>=(RJ1)+(RK1) | 小計<br>(RM1) | 西醫基層<br>(RN1)              | 醫院<br>(RO1)<br>=(RN1)+(RO1) | 小計<br>(RP1) | 西醫基層<br>(RN3)       | 醫院<br>(RO3)<br>=(RN3)+(RO3) | 小計<br>(RP3) | RM1+RP1+RP3 |
| 臺北分區 | 0             | 460,756                     | 460,756     | 0                          | 147,475                     | 147,475     | 0                   | 0                           | 0           | 608,231     |
| 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             | 76,344                      | 76,344      | 0                          | 26,025                      | 26,025      | 0                   | 4                           | 4           | 102,373     |
| 東區分區 | 0             | 0                           | 0           | 0                          | 0                           | 0           | 0                   | 0                           | 0           | 0           |
| 合 計  | 0             | 537,100                     | 537,100     | 0                          | 173,500                     | 173,500     | 0                   | 4                           | 4           | 710,604     |

註：

1. 本表「核定非浮動點數」係指腹膜透析案件之藥費、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」門診透析服務院所之浮動點數及保障偏遠地區之門診透析服務院所之浮動點數。
2. 本表「腹膜透析追蹤處理費核定點數」係指於本季之腹膜透析案件追蹤處理費(58011C及58017C)點數。
3. 本表「核定浮動點數」係指於本季結算之腹膜透析案件扣除前開「核定非浮動點數」及「腹膜透析追蹤處理費核定點數」後之點數。

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：106/10/26

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 7

## 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<br>(每點以1元支付) |             |                             | 合計         |
|------|---------------|-------------|-----------------------------|---------------------|-------------|-----------------------------|------------|
|      | 西醫基層<br>(RJ2) | 醫院<br>(RK2) | 小計<br>(RM2)<br>=(RJ2)+(RK2) | 西醫基層<br>(RN2)       | 醫院<br>(R02) | 小計<br>(RP2)<br>=(RN2)+(R02) | RM2+RP2    |
| 臺北分區 | 0             | 0           | 0                           | 6,617,400           | 9,442,300   | 16,059,700                  | 16,059,700 |
| 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                           | 20,774,424          | 2,409,936   | 23,184,360                  | 23,184,360 |
| 高屏分區 | 7,867,900     | 0           | 7,867,900                   | 14,292,572          | 28,146,500  | 42,439,072                  | 50,306,972 |
| 東區分區 | 0             | 0           | 0                           | 0                   | 0           | 0                           | 0          |
| 合 計  | 7,867,900     | 0           | 7,867,900                   | 42,114,716          | 39,998,736  | 82,113,452                  | 89,981,352 |

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。

| 3.2.3 保障偏遠地區之合計 |                              |                            |                            |               |                             |                     |                              |                            |                          |            |
|-----------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------|
| 核定非浮動點數         |                              |                            | 腹膜透析追蹤處理費核定點數<br>(每點以1元支付) |               |                             | 核定浮動點數<br>(每點以1元支付) |                              |                            | 合計                       |            |
| 就醫分區            | 西醫基層<br>(RJ)<br>=(RJ1)+(RJ2) | 醫院<br>(RK)<br>=(RK1)+(RK2) | 小計<br>(RM)<br>=(RJ)+(RK)   | 西醫基層<br>(RN1) | 醫院<br>(R01)<br>=(RN1)+(R01) | 小計<br>(RP1)         | 西醫基層<br>(RN)<br>=(RN2)+(RN3) | 醫院<br>(R0)<br>=(R02)+(R03) | 小計<br>(RP)<br>=(RN)+(R0) | RM+RP1+RP  |
| 臺北分區            | 0                            | 460,756                    | 460,756                    | 0             | 147,475                     | 147,475             | 6,617,400                    | 9,442,300                  | 16,059,700               | 16,667,931 |
| 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                   | 20,774,424                   | 2,409,936                  | 23,184,360               | 23,184,360 |
| 高屏分區            | 7,867,900                    | 76,344                     | 7,944,244                  | 0             | 26,025                      | 26,025              | 14,292,572                   | 28,146,504                 | 42,439,076               | 50,409,345 |
| 東區分區            | 0                            | 0                          | 0                          | 0             | 0                           | 0                   | 0                            | 0                          | 0                        | 0          |
| 合 計             | 7,867,900                    | 537,100                    | 8,405,000                  | 0             | 173,500                     | 173,500             | 42,114,716                   | 39,998,740                 | 82,113,456               | 90,691,956 |

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：RGI1608R01

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：106/10/26

106年第 2季

結算主要費用年月起迄:106/04—106/06

核付截止日期:106/09/30

頁 次： 9

四、一般服務浮動每點支付金額

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

= -----

核定浮動點數合計(P)

9,258,862,311 － 645,386,275 － 165,527,093

= -----

10,055,116,769

= 0.84016418 (四捨五入至小數第8位)

五、平均點值

預算(D1)

= -----

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

9,258,862,311

= -----

645,386,275 + 165,527,093 + 10,055,116,769

= 0.85209246 (四捨五入至小數第8位)

六、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月106/03(含)以前:於106/07/01～106/09/30期間核付者。
2. 費用年月106/04～106/06:於106/04/01～106/09/30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，第39頁))

說明：

決定：



## 報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 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 107 年會議時間，擬訂如下表：

| 次數   | 1                       | 2                        | 3                        | 4                         | 5                      |
|------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 會議日期 | 107.3.7<br>星期三<br>14:00 | 107.5.16<br>星期三<br>14:00 | 107.8.15<br>星期三<br>14:00 | 107.11.14<br>星期三<br>14:00 | 107.11.28<br>星期三 14:00 |
| 會議名稱 | 107 年<br>第 1 次會議        | 107 年<br>第 2 次會議         | 107 年<br>第 3 次會議         | 107 年<br>第 4 次會議          | 107 年<br>第 1 次臨時會      |
| 會議地點 | 18F<br>大禮堂              | 18F<br>大禮堂               | 18F<br>大禮堂               | 18F<br>大禮堂                | 18F<br>大禮堂             |

三、前述 107 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：



## 肆、討論事項



## 第一案

提案單位：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、依上次會議決議：略以…「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」B型及C型肝炎轉陽之目標值及指標鑑別度之適當性，請台灣腎臟醫學會納入「肝癌及肝炎防治會」及與會代表相關意見，於下次會議提案討論。
- 二、台灣腎臟醫學會於106年10月30日台腎醫城(106)字第195號函建議慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫修訂重點(如附件1):
  - 1.B型肝炎表面抗原(HBsAg)及C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率之監測目標值皆修訂為 $\leq 2\%$ 。
  - 2.附件1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準第3項末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式，建議修訂。
  - 3.另對於附件1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準第4項選擇安寧緩和醫療：建議使用1050314修訂之台灣安寧緩和照顧基金會「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」版本，格式請至衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統下載。

三、本署意見詳附件2說明：

擬辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

決議：

# 台灣腎臟醫學會 函

地址：台北市青島西路 11 號 4 樓之一  
電話：(02) 2331-0878  
傳真：(02) 2383-2171  
電子郵件信箱：snroctpe@ms1.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 106 年 10 月 30 日

發文字號：台腎醫城(106)字第 195 號

附 件：

主 旨：有關『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』修訂意見，本會意見如附件。

說 明：

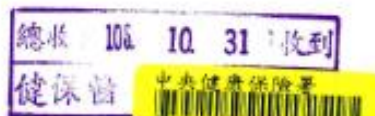
依據 106 年第 4 次全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長

盧國城



# 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建議

台灣腎臟醫學會意見

| 序號 | 原條文                                                                                                                  | 修訂條文                                                                                                                                                                                                                                         | 修訂原因說明                                                                     | 本署意見                                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 血液透析照護指標項目及評分標準：<br>5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率：<br>受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$                                     | 血液透析照護指標項目及評分標準：<br>5. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率：<br>受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2\%$                                                                                                                                                               | 參考衛福部肝癌及肝炎防治會106年第1次會議紀錄及與會代表相關意見修訂                                        | 本署無意見                                                                                                 |
| 2  | 血液透析照護指標項目及評分標準：<br>6. C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率：<br>受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$                                    | 血液透析照護指標項目及評分標準：<br>6. C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率：<br>受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2\%$                                                                                                                                                              | 參考衛福部肝癌及肝炎防治會106年第1次會議紀錄及與會代表相關意見修訂                                        | 本署無意見                                                                                                 |
| 3  | 附件 1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準<br>3. 末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式如下：<br>完成率(%)=(本季末期腎衰竭治療模式衛教完成人數/本季新透析病人人數) $\times 100\%$ | 附件 1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準<br>3. 末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式如下：<br><u>完成率(%)=(當年度末期腎衰竭治療模式衛教完成人數/當年度首次開始接受透析治療且在該院門診接受透析治療超過3個月之新透析病人人數)<math>\times 100\%</math></u><br>註：【對新病人透析選擇之告知，如有跨院時，其分母歸屬主責院所上傳之定義】：當年度開始透析之新病患需在主責院所之門診接受透析治療超過3個月。 | (1)指標項目-建立對新病人透析治療模式選擇充分告知機制，為「年度得分」，建議完成率計算公式，以「年度」為追蹤期間。<br>(2)讓指標定義更明確。 | (1)本項指標為年度指標，本以「年度」為追蹤期間，惟本署仍每季提供數據供參。<br>(2)另完成率之定義考量病人於第1次接受透析時，院所即應將治療模式衛教予病人，而非等穩定透析後再告知，故建議不予修訂。 |
| 4  | 4. 選擇安寧緩和醫療：<br>個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」，格式詳見 P.8                             | 4. 選擇安寧緩和醫療：<br>個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「 <u>預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書</u> 」，格式請至衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統下載                                                                                                                 | 刪除附件                                                                       | 本署無意見                                                                                                 |

### 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人\_\_\_\_\_ (正楷簽名)若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選 ☐ )

- ☐接受 安寧緩和醫療(定義說明請詳背面)  
☐接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)  
☐接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)  
☐同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(正楷簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

☐是 ☐否 年滿二十歲(簽署人為成年人或未年滿二十歲之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(正楷簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

◎在場見證人(二)：(正楷簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

◎簽署日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(必填)

◎法定代理人：(簽署人為未成年末期病人(或監護宣告之人)時，方由法定代理人在此欄位填寫)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度。

2 需要回覆通知者請於☐打勾(無勾選者視同無須回覆)：☐註記手續辦理成功時，請以手機簡訊或郵寄回覆通知簽署人。若無收到回覆，請撥打 02-23582186 衛生福利部意願書處理小組查詢。

3「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：意願書原索取單位或台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

【副本】依衛生福利部中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印。1050314 版

## 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」健保 IC 卡註記申辦注意事項

### ◎簡易問答：

#### 一、問：為什麼要將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（以下簡稱意願書）加註在健保 IC 卡？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：

1. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。
2. 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。但對於已經簽署「意願書」之民眾，所簽立之「意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術或之意願，確實有其重要性。

#### 二、問：民眾該如何將「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願」加註於健保 IC 卡？

答：將已填妥之『意願書』正本送回意願書原索取之醫療單位或寄至受理委託之『台灣安寧照顧協會』（地址：25160 新北市淡水區民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw）即可申辦辦理健保 IC 卡加註事宜。

#### 三、問：當「意願書」簽署已加註在健保 IC 卡，是否無法撤除及取消註記？

答：當簽署人意願改變欲撤除時，可填妥「撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書」（簡稱聲明書），經簽署人本人親筆簽名後，將該聲明書送回原索取之醫療單位或受理委託執行之『台灣安寧照顧協會』，原索取單位或台灣安寧照顧協會會依程序協助簽署人辦理健保 IC 卡撤除註記手續。

#### 四、問：如何查詢「意願書」在健保 IC 卡註記辦理進度？

答：一、網路查詢：民眾可先備妥 1. 一般讀卡機（非健保專用讀卡機） 2. 自然人憑證或健保 IC 卡。

◎方式一：以自然人憑證查詢。

進入衛生福利部網頁 <http://www.mohw.gov.tw> > 衛生醫療 > 安寧療護器官捐贈 > 線上服務 1. 安寧療護及器官捐贈意願簽署查詢 > 將自然人憑證卡片插入讀卡機中 > 輸入 PIN 卡 > 【完成查詢】。

◎方式二：以健保 IC 卡查詢。

進入衛生福利部網頁 <http://www.mohw.gov.tw> > 衛生醫療 > 安寧療護器官捐贈 > 線上服務 1. 安寧療護及器官捐贈意願簽署查詢 > 將健保 IC 卡卡片插入讀卡機中 > 【完成查詢】。

二、可向意願書原送交之醫療機構查詢；或撥打安寧免付費諮詢專線：0800-220-927 查詢。

三、可自中央健康保險署各區業務組、附設門診中心之公共服務站或與中央健康保險署有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

### ◎解釋名詞：

- 1、**末期病人**：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 2、**安寧緩和醫療**：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 3、**維生醫療**：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。
- 4、**不施行心肺復甦術**：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
- 5、**不施行維生醫療**：指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。

### ◎補充說明：

- 1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，末期病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。
- 2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人之末期病人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人之末期病人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。
- 3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。
- 4、醫療法第 60 條：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。前項危急病人如係低收入、中低收入或路倒病人，其醫療費用非本人或其扶養義務人所能負擔者，應由直轄市、縣（市）政府社會行政主管機關依法補助之。

1050314 版



財團法人(台灣)安寧照顧基金會  
中華民國 Hospice Foundation of Taiwan

B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 $\leq 2\%$ ，占 74.6%

|     |                    |                      |                        |                      |                      |                      |                      |             |      |
|-----|--------------------|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|------|
| 指標值 | $0 < X \leq 0.4\%$ | $0.4\% < X \leq 1\%$ | $1.0\% < X \leq 1.5\%$ | $1.5\% < X \leq 2\%$ | $2\% < X \leq 2.5\%$ | $2.5\% < X \leq 3\%$ | $3\% < X \leq 3.5\%$ | $X > 3.5\%$ | 合計   |
| 家數  | 12                 | 45                   | 37                     | 12                   | 11                   | 7                    | 8                    | 10          | 142  |
| 占率  | 8%                 | 32%                  | 26%                    | 8%                   | 8%                   | 5%                   | 6%                   | 7%          | 100% |

C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率 $\leq 2\%$ ，占 70.8%

|     |                     |                       |                        |                      |                      |                      |                      |             |      |
|-----|---------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|------|
| 指標值 | $0 < X \leq 0.64\%$ | $0.64\% < X \leq 1\%$ | $1.0\% < X \leq 1.5\%$ | $1.5\% < X \leq 2\%$ | $2\% < X \leq 2.5\%$ | $2.5\% < X \leq 3\%$ | $3\% < X \leq 3.5\%$ | $X > 3.5\%$ | 合計   |
| 家數  | 21                  | 32                    | 65                     | 35                   | 17                   | 10                   | 3                    | 33          | 216  |
| 占率  | 10%                 | 15%                   | 30%                    | 16%                  | 8%                   | 5%                   | 1%                   | 15%         | 100% |

## 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

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 $\geq 3.5$ 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                                                            | 受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0$<br>3.5%                                                                                      | 8 分(年)                                          |
| 6.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率                                                           | 受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0$<br>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 $\geq 5\%$<br>4% $\leq$ 移植登錄率 $< 5\%$<br>3% $\leq$ 移植登錄率 $< 4\%$<br>2% $\leq$ 移植登錄率 $< 3\%$<br>1% $\leq$ 移植登錄率 $< 2\%$ | 10 分(年)<br>8 分(年)<br>6 分(年)<br>4 分(年)<br>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<br>達成率                                                                                                            | 得 分                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1.血清白蛋白[Albumin $\geq 3.5$ 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 $\geq 1.7$                                                        | 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 $\geq 5\%$<br>4% $\leq$ 移植登錄率 $< 5\%$<br>3% $\leq$ 移植登錄率 $< 4\%$<br>2% $\leq$ 移植登錄率 $< 3\%$<br>1% $\leq$ 移植登錄率 $< 2\%$ | 10 分(年)<br>8 分(年)<br>6 分(年)<br>4 分(年)<br>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
  - $\leq 20$  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、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。

## 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/(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 =

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

## 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，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 3 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。

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

## 附件 1-1『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準

1. 各透析院所有告知新發生之末期腎衰竭病人不同治療模式的義務，並於衛教後請病人填寫滿意度調查表。末期腎衰竭治療模式衛教內容須包含：透析通路和原理、透析場所、透析時間、透析執行者、透析可能產生的症狀、透析適應症及禁忌症、透析之飲食/血壓/貧血控制、腎臟移植的原理和主要執行院所、移植的優缺點、移植適應症及禁忌症、移植後抗排斥藥物簡介、其它(居家照護、社會福利等)。
2. ~~各透析院所於每季統計下列資料備查：~~  
院所本季新透析病人人數：~~—————人。~~  
院所完成末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查之新病人之人數：~~—————人。~~
3. 末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式如下：  
$$\text{完成率}(\%) = (\text{本季末期腎衰竭治療模式衛教完成人數} / \text{本季新透析病人人數}) \times 100\%$$
4. 選擇安寧緩和醫療：  
個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」，格式詳見 P.8。【由醫師視個案情形建議簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，格式請至衛生福利部安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統下載】  
(1). ~~院所本季告知選擇安寧緩和醫療病人人數：—————人。~~  
(2). ~~院所本季簽署選擇安寧緩和醫療病人人數：—————人。~~

**附件 1-2 末期腎衰竭治療模式衛教表( 年 月 日)**

醫院/診所名稱：                      病人來源：☐ 門診 ☐ 住院  
 病人姓名：                      病歷號碼：                      性別：☐ 男 ☐ 女  
 身分證字號：                      出生年月日：      年      月      日

病人教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所  
 病人家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態  
                                          ☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧  
                                          ☐有工作能力但失業

陪同家屬：☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 家長 ☐ 其他:

衛教內容( 確實執行項目請打勾)：

- ☐不施行血液透析或腹膜透析
- ☐敗血症    ☐癌症    ☐心血管併發症    ☐中風    ☐肝衰竭
- ☐呼吸衰竭    ☐營養障礙    ☐病人意願    ☐家屬共識    ☐其他
- ☐施行血液透析、腹膜透析、腎臟移植

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

| 腎臟移植                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 移植的術前評估<br><input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點<br><input type="checkbox"/> 移植的併發症<br><input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症<br><input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介<br><input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等) |

☐選擇「安寧療護」

### 附件 1-3『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1.您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠

2.您對衛教的方式滿意嗎？

☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意

3.您對衛教內容瞭解嗎？

☐非常瞭解 ☐瞭解 ☐稍微瞭解 ☐不瞭解 ☐非常不瞭解

4.整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐非常有幫助 ☐有幫助 ☐普通 ☐沒有幫助 ☐完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

## 附件 1-4 選擇安寧緩和醫療意願書

### 選擇安寧緩和醫療意願書

本人\_\_\_\_\_因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且  
病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及  
第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。

二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按  
壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。

立意願人：

簽名：\_\_\_\_\_國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

在場見證人（一）：

簽名：\_\_\_\_\_國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

在場見證人（二）：

簽名：\_\_\_\_\_國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽名：\_\_\_\_\_國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）

簽名：\_\_\_\_\_國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住（居）所：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

~~附件 1-4 附註：~~

~~1. 安寧緩和醫療條例第四條規定：~~

~~『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。』~~

~~——前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：~~

~~——一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。~~

~~——二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。~~

~~——三、立意願書之日期。~~

~~——意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧~~

~~緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』~~

~~2. 安寧緩和醫療條例第五條規定：~~

~~『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。』~~

~~——前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，~~

~~——於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』~~

~~3. 安寧緩和醫療條例第七條規定：~~

~~『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：~~

~~一、應由二位醫師診斷確為末期病人~~

~~二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。~~

~~末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。~~

~~前項最近親屬之範圍如下：~~

~~一、配偶。~~

~~二、成人直系血親卑親屬。~~

~~三、父母。~~

~~四、兄弟姐妹。~~

~~五、祖父母。~~

~~六、曾祖父母或三親等旁系血親。~~

~~七、一親等直系姻親。~~

~~第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。』~~



## 討論事項第二案

提案人：台灣腎臟醫學會

案由：有關「107 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(如附件 5)，提請 討論。

### 說明：

一、台灣腎臟醫學會建議 Pre-ESRD 修訂重點如下：

(一)依106年11月2日台腎醫城(106)字第204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」。

二、本署意見如下：

(一)本案前於 104 年第 4 次會議(11/11)曾討論，並邀中華民國營養師公會聯會列席表示意見，當時公會希望能暫緩 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。

(二)本案如同意修訂，建議自 107 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 107 年 7 月 1 日起未符合資格者不得參加本方案。

擬辦：本案俟本會議確認後，送衛生福利部核定後公告。

決議：

# 台灣腎臟醫學會 函

聯絡地址：台北市 100 青島西路十一號四樓之一  
聯絡電話：(02) 2331-0878 傳真：(02) 2383-2171  
E-mail：snroctpe@ms1.hinet.net

受文者：中央健康保險署

速 別：最速件  
發文日期：民國 106 年 10 月 31 日  
發文字號：台腎醫城(106)字第 204 號  
附 件：

主旨：檢送『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』修訂建議提案。

說明：條文修訂建議：

| 序號 | 原條文                                                          | 修訂條文                                                                                                                         | 修訂原因說明                                                |
|----|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1  | 參、實施內容：(一)參與院所：3、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。 | 3、營養師：<br><u>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。</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。 | 依據104年11月11日召開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次會議紀錄辦理。 |

正本：中央健康保險署

理 事 長

盧國城

總收文106年11月2日收到  
健保醫字

中央健康保險署  
署1060065225

## 中華民國營養師公會全國聯合會針對「修訂 Pre-ESRD 計畫之營養師資格」相關建議說明

說明：

1. 在醫院或診所執業的營養師，都是經過國家考試通過，持有營養師證書的營養師。
2. 營養師法也未規範營養師應具有其他專科或次專科之證書才能執行營養評估、諮詢及飲食建議之相關業務。
3. 營養職類於醫療職場相較於其他醫師或醫事職系之執業人數差異甚大，目前糖尿病、腎臟病、減重、心血管、TPN、重症、膳食管理，全都必需要經過專科認證，台灣大規模的醫院畢竟不多，很多醫院或診所僅有營養師 1 人，完成這些專科或次專科認證的確是辛苦的。
4. 營養師對病人的營養衛教，是病人整體營養評估後的總體專業營養建議。各自共照網課程並無法滿足或符合營養師總體營養評估與衛教之需求與訓練成果，若不同疾病就有一個共照網，而且必需分別取得各自的認證，才能執行營養衛教之健保給付，這並不符合營養師法。
5. 以腎臟病共照網之要求  
必須為所規定學會之課程才為有效，為取得證書的過程中，需額外付出大量且長期之會費（入會費、年會費及每次課程費用）。  
因工作所需，欲取證之營養師必需多筆額外長期之負擔，且獨厚所規定學會，有壟斷之嫌。
6. 營養師有營養師法來規範，也樂見營養師在各專科的在職進修、自我精進與學習。

故建議

1. 回歸營養師換證時之繼續教育訓練之課程規劃學習與取證，  
即要求符合該疾病別或綜合疾病營養之訓練課程規劃與講師要求
2. 不應限定由那些學會所把持  
應由該具公信力、且無利益關係之市政府負責單位，統一規劃辦理認證(如糖尿病共同照護網)，並有認證學分查詢與合格營養衛教師名冊以供所需醫療院所查詢，讓營養師人力充分應用。

# 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  
106 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。

(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。

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

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。

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

※Upcr 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl) 及 urine creatinine (mg/dl)， $\text{Urine total protein} / \text{Urine creatinine} \times 1000$  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( $\geq 180$  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、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) 完成護理衛教的比列。
- (5) 完成營養衛教的比列。
- (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)的比列。
- (2) 血紅素>8.5g/dL 的比列。
- (3) 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比列。
- (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%以下的比列。
- (6) 作好瘻管或導管之比列。
- (7) 完成護理衛教的比列。

(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。

### 討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107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106年12月底前送健保會同意後執行。

二、106 年保障項目如下：

(一)腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 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. 106 年「減免部分負擔之醫療資源缺乏地區」。

3. 106 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、107 年保障項目除 106 年保障項目外，另依劉建國等委員於 107 年中央政府總預算案提案建議藥事服務費應調整為固定點值，本次會議提請討論。

擬辦：本案俟本會議確認後，送健保會同意後執行。

決議：

