



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 2 次會議資料

106 年 5 月 17 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 2 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 1 次會議紀錄確認.. 第 2 頁

參、報告事項

一、「門診透析總額研商議事會議」歷次會議決議事項辦理情形。	第 6 頁
二、門診透析獨立預算執行概況。	第 7 頁
三、105 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。	第 37 頁
四、門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。	第 48 頁
五、再次籲請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會等單位，協助督促特約院所，應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識，維護病人健康。	第 73 頁

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」。	第 81 頁
二、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。	第 95 頁
三、修訂 107 年腹膜透析支付標準案。	第 106 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 1 次會議紀錄

時間：106 年 2 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 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

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	宋俊明	李代表妮真	李妮真
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
曾代表志龍	曾志龍	楊代表五常	楊五常
廖代表秋鐸	廖秋鐸	蔡代表江欽	蔡江欽
鄭代表集鴻	鄭集鴻	盧代表國城	盧國城
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	鐘代表應欽	鐘應欽
龐代表一鳴	龐一鳴	(依姓氏筆劃排列)	

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	李雨青、吳洵伶、吳心華
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵
台灣腎臟醫學會	陳金順、林元灝、林慧美、 吳明儒
基層透析學會	曾庭俞

本署醫務管理組

陳真慧、張溫溫、劉林義
洪于淇、陳逸嫻、林蘭
邵子川、楊秀文、鄭正義
林右鈞

本署醫審及藥材組

曾玟富、陳淑儀

本署企劃組

董玉芸

本署資訊組

姜義國

本署臺北業務組

陳懿娟、張惠芳

本署北區業務組

麻晟瑋

本署中區業務組

張志煌

本署南區業務組

黃梅珍

本署高屏業務組

陳雀美

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：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明。

決定：洽悉。

第二案

案由：本會歷次決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第三案

案由：門診透析獨立預算執行概況。

決定：洽悉。

第四案

案由：105 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 105 年第 3 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
105Q3	0.82342296	0.83687274

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。

第五案

案由：活體腎臟移植面面觀。

決定：洽悉。

第六案

案由：慢性腎臟病防治策略研議進度。

決定：請台灣腎臟醫學會參酌委員意見修正，並提供指標定義及優先順序等相關建議，於下次會議予以說明。

肆、討論事項：

第一案

案由：106 年「門診透析四季預算分配」案。

決議：106 年四季預算分配比照 105 年方式辦理。

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	105_4_討 (1)_106 年門診透析服務保障項目及操作型定義	1. 106 年保障項目比照 105 年，腹膜透析追蹤處理費及偏遠地區之透析服務保障一點一元。 2. 請台灣腎臟醫學會參酌本會代表相關意見，於 106 年 4 月底前提出腹膜透析相關支付標準調整之具體方案。	1. 106 年保障項目依會議決議辦理。 2. 腹膜透析支付標準之建議，台灣腎臟醫學會以 106 年 4 月 26 日台腎醫城(106)字第 103 號函回復，列入本次會議討論事項第三案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	106_1_報 (4)_105 年第 3 季門診透析服務點值結算報告	105 年第 3 季點值，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。	本署業以 106 年 3 月 9 日健保醫字第 1060032803B 號函請各分區業務組配合辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	106_1_報(6)_慢性腎臟病防治策略研議進度	請台灣腎臟醫學會參酌委員意見修正，並提供指標定義及優先順序等相關建議，於下次會議予以說明。	列入下次會議報告事項。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
4	106_1_討 (1)_106 年「門診透析四季預算分配」	106 年四季預算分配比照 105 年方式辦理。	遵照辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

決定：

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：門診透析服務執行概況報告(如附件，第9頁)。

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105年第4季門診透析服務點值結算報告(如附件，第39頁)

說明：

一、105年第4季透析預算如下表：

105Q4	預算(元)
西醫基層預算(A)	4,064,621,859
醫院預算(B)	5,101,842,041
105年第4季透析一般預算(D=A+B)	9,166,463,900

二、105年第4季透析點數申報情形如下表：

105Q4	非浮動點數 (點)	腹膜透析追蹤 處理費(點)	浮動點數 (點)
西醫基層	64,430,622	1,196,177	4,725,371,672
醫院	585,662,311	163,872,681	5,233,412,587
自墊核退	3,448,339		
合計	653,541,272	165,068,858	9,958,784,259

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

四、Pre-ESRD 計畫 105 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 106 年 6 月底前完成核發作業，前述計畫累計至 105Q4 共結算 2.9 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	104 年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	104 年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	105 年各季 西醫基層門診透析 服務費用(含藥費)	105 年各季 醫院門診透析 服務費用(含藥費)	105 年各季 門診透析合併預 算之醫療給付費用
	(A1)	(B1)	(G0) =A1×(1+4.498%)	(G1) =B1×(1+3.273%)	(D1) =G0+G1
第 1 季	3,472,150,623	4,663,555,159	3,628,327,958	4,816,193,319	8,444,521,277
第 2 季	3,580,122,838	5,000,549,499	3,741,156,763	5,164,217,484	8,905,374,247
第 3 季	3,767,393,581	4,883,172,414	3,936,850,944	5,042,998,647	8,979,849,591
第 4 季	3,889,664,739	4,940,150,902	4,064,621,859	5,101,842,041	9,166,463,900
合計	14,709,331,781	19,487,427,974	15,370,957,524	20,125,251,491	35,496,209,015

說明

- 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」。
- 105 年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(G0)= 104 年公告各季西醫基層門診透析服務費用(含藥費)(A1)×(1+4.498%)。
- 105 年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(G1)= 104 年公告各季醫院門診透析服務費用(含藥費)(B1)×(1+3.273%)。
- 105 年公告各季門診透析合併預算之醫療給付費用(D1)= 105 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)105 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： 43,920,300

第 2 季已支用點數： 44,329,800

第 3 季已支用點數： 45,959,117

第 4 季已支用點數： 48,567,798

暫結金額 = 1 元/點× 已支用點數 = 182,777,015

(三)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

第 1 季已支用點數： 24,778,800

第 2 季已支用點數： 24,086,150

第 3 季已支用點數： 24,047,800

第 4 季已支用點數： 33,842,000

暫結金額 = 1 元/點× 已支用點數 = 106,754,750

註:初期慢性腎臟病醫療給付改善方案結算傳票日期至 106 年 4 月 28 日止。

(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： 31,297

第 3 季已支用點數： 398,081

第 4 季已支用點數： 113,051

暫結金額 = 1 元/點× 已支用點數 = 542,429

(五)合計

第 1 季已支用點數： 68,699,100

第 2 季已支用點數： 68,447,247

第 3 季已支用點數： 70,404,998

第 4 季已支用點數： 82,522,849

暫結金額 = 1 元/點× 已支用點數 = 290,074,194

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 - 290,074,194 = 68,925,806

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 (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	184,302,437	184,302,437	0	56,375,754	56,375,754	0	26,845,582	26,845,582
北區分區	1,161,073	66,883,673	68,044,746	312,263	19,676,051	19,988,314	140,906	7,928,648	8,069,554
中區分區	1,947,543	95,424,369	97,371,912	615,092	30,273,842	30,888,934	256,851	11,286,240	11,543,091
南區分區	639,166	85,102,555	85,741,721	173,426	25,009,234	25,182,660	85,137	10,383,672	10,468,809
高屏分區	277,876	105,896,255	106,174,131	95,396	29,339,409	29,434,805	6,307	14,007,866	14,014,173
東區分區	0	9,667,930	9,667,930	0	3,198,391	3,198,391	0	1,213,875	1,213,875
合 計	4,025,658	547,277,219	551,302,877	1,196,177	163,872,681	165,068,858	489,201	71,665,883	72,155,084

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 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 次會議決定略以 105 年門診透析保障項目如下：

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 (J2)	醫院 (K2)	小計 (M2) =(J2)+(K2)	西醫基層 (N2)	醫院 (O2)	小計 (P2) =(N2)+(O2)
臺北分區	5,793,300	9,093,800	14,887,100	1,458,812,020	1,342,654,832	2,801,466,852
北區分區	0	0	0	501,564,836	992,960,491	1,494,525,327
中區分區	12,471,924	0	12,471,924	752,403,605	1,100,922,294	1,853,325,899
南區分區	20,409,508	1,907,392	22,316,900	902,546,369	761,940,805	1,664,487,174
高屏分區	21,730,232	27,383,900	49,114,132	1,003,385,885	818,708,425	1,822,094,310
東區分區	0	0	0	106,169,756	144,559,857	250,729,613
合 計	60,404,964	38,385,092	98,790,056	4,724,882,471	5,161,746,704	9,886,629,175

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。

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 (每點以 1 元支付)			核定浮動點數		
	西醫基層	醫院	自墊核退	小計	西醫基層	醫院	小計	西醫基層	醫院	小計
	(J) =(J1)+(J2)	(K) =(K1)+(K2)	(L)	(M)=(J) +(K)+(L)	(N1)	(O1)	(P1) =(N1)+(O1)	(N) =(N2)+(N3)	(O) =(O2)+(O3)	(P) =(N)+(O)
臺北分區	5,793,300	193,396,237	1,240,601	200,430,138	0	56,375,754	56,375,754	1,458,812,020	1,369,500,414	2,828,312,434
北區分區	1,161,073	66,883,673	779,959	68,824,705	312,263	19,676,051	19,988,314	501,705,742	1,000,889,139	1,502,594,881
中區分區	14,419,467	95,424,369	633,357	110,477,193	615,092	30,273,842	30,888,934	752,660,456	1,112,208,534	1,864,868,990
南區分區	21,048,674	87,009,947	660,712	108,719,333	173,426	25,009,234	25,182,660	902,631,506	772,324,477	1,674,955,983
高屏分區	22,008,108	133,280,155	132,905	155,421,168	95,396	29,339,409	29,434,805	1,003,392,192	832,716,291	1,836,108,483
東區分區	0	9,667,930	805	9,668,735	0	3,198,391	3,198,391	106,169,756	145,773,732	251,943,488
合 計	64,430,622	585,662,311	3,448,339	653,541,272	1,196,177	163,872,681	165,068,858	4,725,371,672	5,233,412,587	9,958,784,259

(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 (每點以 1 元支付)			核定浮動點數 (每點以 1 元支付)		
	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	584,813	584,813	0	160,488	160,488	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	584,813	584,813	0	160,488	160,488	0	0	0

- 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。
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。

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)		
	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)
臺北分區	0	0	0	5,793,300	9,093,800	14,887,100
北區分區	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	12,471,924	0	12,471,924
南區分區	0	0	0	20,409,508	1,907,392	22,316,900
高屏分區	7,949,900	0	7,949,900	13,780,332	27,383,900	41,164,232
東區分區	0	0	0	0	0	0
合 計	7,949,900	0	7,949,900	52,455,064	38,385,092	90,840,156

- 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

就醫分區	核定非浮動點數			腹膜透析追蹤處理費核定點數 (每點以 1 元支付)			核定浮動點數 (每點以 1 元支付)		
	西醫基層 (RJ)	醫院 (RK)	小計 (RM)	西醫基層 (RN1)	醫院 (R01)	小計 (RP1)	西醫基層 (RN)	醫院 (R0)	小計 (RP)
	= (RJ1)+(RJ2)	= (RK1)+(RK2)	= (RJ)+(RK)			= (RN1)+(R01)	= (RN2)+(RN3)	= (R02)+(R03)	= (RN)+(R0)
臺北分區	0	584,813	584,813	0	160,488	160,488	5,793,300	9,093,800	14,887,100
北區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0	0	12,471,924	0	12,471,924
南區分區	0	0	0	0	0	0	20,409,508	1,907,392	22,316,900
高屏分區	7,949,900	0	7,949,900	0	0	0	13,780,332	27,383,900	41,164,232
東區分區	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	7,949,900	584,813	8,534,713	0	160,488	160,488	52,455,064	38,385,092	90,840,156

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：rgbil508R01

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：106/05/03

105 年第 4 季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

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)

9,166,463,900 － 653,541,272 － 165,068,858

= -----

9,958,784,259

= 0.83824025 (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)

9,166,463,900

= -----

653,541,272 ＋ 165,068,858 ＋ 9,958,784,259

= 0.85052691 (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 105/09(含)以前:於 106/01/01～106/03/31 期間核付者。
2. 費用年月 105/10～105/12:於 105/10/01～106/03/31 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49頁)。

決定：

第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：再次籲請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會等單位，協助督促特約院所，應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識，維護病人健康。

說明：

- 一、依據財團法人台灣醫療改革基金會 106 年 2 月 24 日醫改字第 1060002005 號函辦理（附件 1，第 75 頁）。
- 二、該會來函說明，該會接獲民眾申訴反映及實際查證，發現部分透析院所於健保醫療品質資訊公開網之「B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器」欄位內，呈現空白而未揭露相關資訊，造成病人選擇醫療院所之困擾；另因該指標意涵為「B 肝、C 肝有固定透析機器，不能給予沒有肝炎(非 B 肝及 C 肝)病患使用，B 肝或 C 肝兩者之間之機器使用須作完整化學消毒」，故請本署於相關協商會議督促透析特約院所應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識。
- 三、經統計台灣腎臟醫學會提供之資料，血液透析院所「B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器」乙項，105 年第 3 季填報「是」之院所共 510 家，填報「否」之院所共 7 家，資料空白之院所共 88 家，合計 605 家。
- 四、本署業已於 106 年 3 月 22 日以健保審字第 1060002396A 號函（附件 2，第 76 頁）請台灣腎臟醫學會並副知台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會等單位協助轉知在案。
- 五、同時亦於本次「門診透析預算研商議事會議」場合，再次籲請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會等單位轉知所屬透析機構，除應如實填報並提供完整資訊，以供本署正確公開資訊外，亦應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識，維護病人健康。
- 六、另台灣腎臟醫學會復於 106 年 4 月 17 日台腎醫城(106)字第 099 號函（附件 3，第 77 頁）建議刪除全民健康保險醫療品質公開網指標「B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器」乙項，惟前

開醫學會函文說明二(B)(C)與現行指標意涵似無太大衝突，且因本項指標係為「全民健康保險醫療品質資公開辦法」第2條附表2規定本署應定期公開之醫療品質資訊，增刪指標須依全民健康保險法第74條規定，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布之增修程序辦理。本署已定期增修檢討資訊公開指標項目，故擬俟未來啟動指標檢討時，一併納入增修檢討。故該指標未修訂前，仍建請醫界配合。

決定：

財團法人台灣醫療改革基金會 函

機關地址：106台北市大安區復興南路二段151巷8號3樓之5
聯絡人：朱顯光、辜智芬
電話：02-27091329#16
傳真：02-27091540
Email：thrf@seed.net.tw

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2月24日

發文字號：醫改字第1060002005號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明 (A2103000010000000_1060002005_Attach1.docx)

主旨：有關本會對於全民健保醫療品質資訊網-院所別醫療品質指標資訊之疑義與建言如說明段，請查照見復。

說明：

- 一、本會接獲民眾申訴反映及本會實際查證，發現部分透析院所於旨揭健保品質資訊公開網頁之「B肝、C肝是否設立透析專屬機器」欄位內，呈現空白而未揭露相關資訊，顯有違反品質資訊公開之立法意旨，並造成病患選擇醫療院所之困擾(如附件)。建請儘速督導改善，要求各院所應如實填報及公開，不得省略或空白。
- 二、查貴署於健保品質資訊公開網頁有關「B肝、C肝是否設立透析專屬機器」之說明文字指出，「B肝、C肝有固定透析機器，不能給予沒有肝炎(非B肝及C肝)病患使用，B肝或C肝兩者之間之機器使用須作完整化學消毒」。爰請於相關協商會議督促特約院所應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病患清楚辨識；亦可做為請病患協助檢核健保品質指標資訊正確性之判斷依據。
- 三、另查本會多次建議針對健保特約藥局設計相關品質資訊公開指標，並經貴署於去(105)年提報全民健康保險會。惟最後公布增列之健保品質資訊公開指標，並無健保藥局相關指標，併請釋疑說明。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會



附件 2

衛生福利部中央健康保險署 函

檔 號：

保存年限：

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

承辦人及電話：陳懿琴(02)27065866轉3006

電子信箱：A110100@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國106年3月22日

發文字號：健保審字第1060002396A號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關本署全民健康保險醫療品質資訊公開網公布之機構別指標「B肝、C肝是否設立透析專屬機器」乙項，請貴會協助敦促院所如實填報及並提供完整資訊，以利本署進行資訊公開，請查照。

說明：

- 一、依據財團法人台灣醫療改革基金會106年2月24日醫改字第1060002005號函辦理。
- 二、該會來函說明接獲民眾申訴反映及實際查證，發現部分透析院所「B肝、C肝是否設立透析專屬機器」欄位空白，造成病人選擇醫療院所之困擾；另因「B肝、C肝有固定透析機器，不能給予沒有肝炎病人使用，B肝或C肝兩者之間之機器須做完整化學消毒」亦建議敦促透析院所應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識。
- 三、查「B肝、C肝是否設立透析專屬機器」資料，係由貴會統一調查後，定期提供本署進行資訊公開，故請貴會協助督促院所如實填報並提供完整資訊，以利本署正確公開資訊，併請同時轉知透析院所應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識，維護病人健康。

正本：台灣腎臟醫學會

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、財團法人台灣醫療改革基金會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會



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：suroctpe@msl.hinet.net
網址：<http://www.tsm.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

送 別：

發文日期：民國 106 年 4 月 17 日

發文字號：台腎醫城(106)字第 099 號

附 件：

主旨：建議刪除全民健康保險醫療品質資訊公開網指標「B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器」，請 參參。

說明：

一、覆 貴署 106 年 3 月 22 日健保審字第 1060002396A 號函。

二、本會意見如下：

- (A)衛生福利部疾病管制署於 106 年 1 月 9 日公告「醫療機構血液透析感染管制措施指引」，對於透析院所透析病患 B 肝、C 肝處置已有具體規範。
- (B)疾病管制署於 106 年 3 月 8 日專家會議決議：C 型肝炎透析病患應集中照護，班與班之間必須徹底消毒。會議中對於 C 型肝炎並未規範須使用專屬透析機。
- (C)為維護透析病患隱私權，只要醫護人員及 B 肝(C 肝)病患自身知道所用之透析機為 B 機(或 C 機)，無 B 肝或 C 肝患者只需知道其使用之機器為非 B 機(或 C 機)。

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 106 年 4 月 19 日收到

健保審

中央健康保險署
審 1060055965

(本署網頁)

● B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器

✎ 主要名稱意涵

為什麼要建立這項指標？

B 肝、C 肝有固定透析機器，不能給予沒有肝炎(非 B 肝及 C 肝)病患使用，B 肝或 C 肝兩者之間之機器使用須作完整化學消毒。

第六案

報告單位：台灣腎臟醫學會

案由：慢性腎臟病防治策略研議進度(報告資料於會上發送)。

決定：

肆、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」案
(如附件，第83頁)，提請討論。

說明：

一、專業醫療服務品質指標：

(一)依據台灣腎臟醫學會 105 年 10 月 13 日台腎醫鴻(105)字第 580 號函及衛生福利部疾病管制署 105 年 12 月 23 日疾管防字第 1050009570 號請辦單辦理。

(二)專業醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂摘要說明如下：

1. 依「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 3 次會議紀錄討論事項第一案決議，將「鈣磷乘積小於 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$ 」指標列入「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標之範圍。
2. 考量本品保方案專業醫療服務品質指標項目業改以健保申報資料及透析院所上傳至健保署 VPN 系統資料計算，爰將「55 歲以下透析病人移植登錄率」指標之監測方法修訂為「資料分析」。
3. 另對於門診透析專業醫療服務品質指標項目之腹膜透析「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率」指標增修建議如下：
 - (1). 台灣腎臟醫學會建議配合 105 年度第 3 次門診透析預算研商議事會議決議，刪除監測轉陽率。
 - (2). 經疾病管制署比對急性 B、C 型肝炎確診個案之疫調結果，顯示 B、C 型肝炎確診之透析個案遠低於品質監測指標之轉陽人數，該署考量我國目前仍為 B、C 型病毒性肝炎高盛行率國家，且該等患者為急性 B、

C 型肝炎高風險族群，爰請保留腹膜透析品質監測指標，俾利該類高風險病患之疾病監測及預防。

- (三)綜上，研擬新增「鈣磷乘積」指標，並修正「55 歲以下透析病人移植登錄率」指標監測方法，另為利 B、C 型肝炎高風險族群的疾病監測及預防，建議保留腹膜透析「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率」2 項指標。

二、其他相關修正：

- (一)人口學部分，由於衛生福利部自 2014 年起已發行「台灣腎病年報」，該年報由國家衛生研究院及台灣腎臟醫學會共同製作；其內容包含方法學之定義、2000 年迄今之台灣透析現況、發生、盛行、共病狀態、移植、藥物、住院、醫療點數、高齡透析患者..等年度統計資料，部分資料亦經年齡、性別校正；考量透析相關人口學資料宜有醫療專業之方法學進行追蹤與比較之一致性，爰回歸該項專業統計年報，建議刪除相關文字。
- (二)另考量保險對象就醫權益調查方式與時俱進，建議滿意度調查相關內容，由保險人參考各界意見後研訂進行方式。
- (三)考量臺灣腎臟醫學會研議「慢性腎臟病防治策略」，爰刪除附表積極目標之相關文字。

擬辦：擬依會議決議辦理並陳報衛生福利部核定，由本署辦理後續公告事宜。

決議：

全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案(草案)

行政院衛生署 96 年 7 月 27 日衛署健保字第 0960033452 號函核定
行政院衛生署 97 年 6 月 5 日衛署健保字第 0970026545 號函核定
行政院衛生署 98 年 7 月 3 日衛署健保字第 0980074567 號函核定
行政院衛生署 99 年 5 月 4 日衛署健保字第 0990068390 號函核定
行政院衛生署 100 年 9 月 28 日衛署健保字第 1002660194 號函核定
行政院衛生署 101 年 4 月 9 日衛署健保字第 1010007029 號函核定
行政院衛生署 102 年 1 月 8 日衛署健保字第 1010027355 號函核定
行政院衛生福利部 103 年 3 月 31 日衛部保字第 1031260198 號函核定
行政院衛生福利部 104 年 5 月 7 日衛部保字第 1041260322A 號函核定
行政院衛生福利部 105 年 7 月 25 日衛部保字第 1050007952 號函核定

一、為確保門診透析總額支付制度(以下稱本制度)實施後，透析醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。(補列數字序號)

二、保險對象就醫權益之確保：

- (一) 全民健康保險保險人(以下稱保險人)每年應針對本制度各分區保險對象就醫可近性、醫療服務品質滿意度等情形進行調查，其調查內容之設計，應會同門診透析總額研商議事會議研訂，並得委託民意調查機構辦理，其調查結果經整理後，提供西醫基層總額及醫院總額醫療服務審查業務受委託專業機構、團體(以下稱受託單位)參考。
- (二) 保險人每年應統計分析民眾申訴及其他反映案件數之變化情形。
- (三) 西醫基層總額及醫院總額受託單位應於本制度實施後，建立民眾諮詢、申訴及其他反映案件處理機制，並與保險人共同廣為宣導。
- (四) 各分區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或申訴及其他反映案件顯著增加，經保險人檢討結果認為有歸責於透析院所者，應函知所屬西醫基層總額或醫院總額受託單位立即督導改善，並逐案追蹤。

三、專業醫療服務品質之確保，配合本方案附表辦理。(文字誤植)

四、透析醫療服務品質監控與輔導：

- (一) 所列品質指標項目，可參考前述專業醫療服務品質指標的發展狀況，逐年檢討修訂。
- (二) 保險人應公開前述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，供保險人與西醫基層總額、醫院總額受託單位，共同輔導透析機構持

續性改善服務品質，並供保險對象查詢參考。

五、透析醫療服務風險監控機制之建立：

- (一) 醫療機構利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：保險人應按季分析透析醫療服務利用率及平均每點支付金額，並於次季製成報表，函送西醫基層總額受託單位、醫院總額受託單位、全民健康保險會(以下稱健保會)及主管機關。
- (二) 每點支付金額容許變動範圍暫定為正負百分之五，若每點支付金額變動比率不在上述容許範圍內，保險人應提「門診透析總額研商議事會議」共同檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。
- (三) 基層醫療機構與醫院之醫師與病人流動之監控：
- (四) 為避免透析醫療服務在總額支付制度之下，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構或醫院就醫，進而影響透析醫療服務可近性及品質，保險人應定期提出下列監控指標：
 - 1. 每季提供基層透析醫療機構透析次數(或總點數)及醫院透析次數(或總點數)占全體透析次數(或總點數)之比率。
 - 2. 每季提供基層醫療機構與醫院腎臟專科醫師數之變動，即基層醫療機構腎臟專科醫師與醫院腎臟專科醫師人數比。

六、獎懲：

- (一) 本方案所訂各項醫療服務品質指標的執行結果，納入次年度門診透析總額協商因素的一項參採數據。
- (二) 前述醫療品質與民眾健康改善因素若為正值時，保險人與西醫基層總額、醫院總額受託單位，得將該協商因素成長率部分用於支付標準之調整，以直接獎勵提升品質，其餘保留於年度結束時，依門診透析機構醫療服務品質指標執行達成率分配之。

七、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施。修正時亦同。(文字誤植)

附表 全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案

一、人口學資料

指標項目	檢驗頻率	監測頻率*	監測方法	監測單位	指標定義或監測內容	修訂說明
1. 病患總數	每三個月	每三個月	院所申報	保險人、台灣腎臟醫學會		1.衛生福利部自 2014 年起發行「台灣腎病年報」，由「國家衛生研究院」&「台灣腎臟醫學會」共同製作；該年報內容含方法學、自 2000 年迄今之台灣透析現況、發生、盛行、共病狀態、移植、藥物、住院、醫療點數、高齡透析患者..等年度統計資訊，部分資料經年齡、性別校正。 2.考量透析相關人口學資料宜有醫療專業之方法學進行追蹤與比較，爰回歸由衛生福利部發行之專業醫療統計年報。
2. 年齡(mean, $\pm$ SD)	每三個月 每年	每三個月 每年	院所申報	保險人、台灣腎臟醫學會		
3. 年齡 $\geq$ 65 歲者	每三個月 每年	每三個月 每年	院所申報	保險人或台灣腎臟醫學會	個案數;百分比	
4. 糖尿病腎病病人數	每三個月 每年	每三個月 每年	院所申報	保險人或台灣腎臟醫學會	個案數;百分比	
5. 死亡個案數	每三個月	每三個月	院所申報	保險人或台灣腎臟醫學會	個案數;病患轉院後二個月內死亡者，其死亡記錄權責歸屬原轉出之院所，但轉入之院所有告知死亡個案之病歷摘要至原透析院所之義務。	專業醫療服務指標已訂定死亡率，避免重複予以刪除。

一、保險對象就醫調查

指標項目	檢驗頻率	監測頻率*	監測方法	監測單位	指標定義或監測內容	修訂說明
1.醫療品質滿意度保險對象保險對象就醫調查	每年	每年	問卷調查	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。	1.擴大指標涵蓋範圍。 2.考量民眾就醫經驗調查方式與時俱進，由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。

二、專業醫療服務品質

(一)血液透析

指標項目	參考值 ¹	檢驗頻率	監測頻率	監測方法	監測單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
1.營養狀態-血清白蛋白 (Albumin)	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 合格率： BCG法：≥3.5 gm/dl 之百分比 BCP法：≥3.0 gm/dl 之百分比 *排除自第一次透析日起未滿3個月之病患	
2.尿素氮透析效率-URR	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標	每三個月	每三個月 (自102年開始監測)	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 合格率：≥65%之百分比 *排除自第一次透析日起未滿3個月之病患	

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
3.貧血檢查-Hb	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率:最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標	每個月	每三 個月 (自 102年 開始 監測)	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率、全體平均值 合格率：>8.5 g/dL之百分比 排除正在接受化學療法之癌症 病患及非腎性貧血(如地中海貧 血)個案 *排除自第一次透析日起未滿3 個月之病患	
4.住院率	依特約類別分為醫學中 心、區域醫院、地區醫 院及基層診所，以最近 3年平均*(1+10%)為 上限。 ※本項為負向指標		每六 個月	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	住院率(住院次數/每100人月): 住院率=(追蹤期間所有病人之 總住院次數)X100/(追蹤期間 之總病人月數) *排除自第一次透析日起未滿3 個月之病患	
5.死亡率	依特約類別分為醫學中 心、區域醫院、地區醫 院及基層診所，以最近 3年平均*(1+10%)為 上限。 ※本項為負向指標		每三 個月	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	死亡率(死亡個案數/每100人 月): 透析時間<1年死亡率=(追蹤 期間透析小於1年之死亡個案 數)X100/(追蹤期間透析小於 1年之總病人月數) 透析時間≥1年死亡率=(追蹤 期間透析大於等於1年之死亡 個案數)X100/(追蹤期間透析 大於等於1年之總病人月數) *排除自第一次透析日起未滿3 個月之病患	

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
6.瘻管重建率	最近3年平均 值*(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標		每六 個月	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	瘻管重建率（重建次數/每100 人月）： 重建率=（追蹤期間所有病人須 重新接受動靜脈瘻管或人工血 管手術之總次數）X100/（追蹤 期間之總病人月數） *排除自第一次透析日起未滿3 個月之病患	
7.脫離率	脫離率(I)-腎功能回復 脫離率(II)-腎移植 ※本項為參考指標		每三 六個 月	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	脫離率I(腎功能回復而不須再 透析者)=(追蹤期間新病人因腎 功能回復而不須再繼續接受透 析治療之人數)/(追蹤期間之 所有新病人數)（百分比） 脫離率II(因腎移植而不須再透 析者)=(追蹤期間因腎移植而不 須再接受透析治療之人數)/ (追蹤期間之所有病人數)（百 分比） *排除自第一次透析日起未滿3 個月之病患	
8.B 型肝炎表面 抗原(HBsAg) 轉陽率	最近3年平均 值*(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標	每年	每年	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	轉陽率=（追蹤期間 HBsAg 由陰 性轉為陽性（新感染）之人數） /（追蹤期間之陰性病人數） （百分比） *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患	

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
9. C 型肝炎抗體 (anti-HCV)轉 陽率	最近 3 年平均值 *(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標	每年	每年	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	轉陽率=(追蹤期間 Anti-HCV 由 陰性轉為陽性(新感染)之人 數)/(追蹤期間之陰性病人數) (百分比) *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患	
10. 55 歲以下血 液透析病人 移植登錄率	最近 3 年平均值 *(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標		每年	院所申 報資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	55 歲以下血液透析病患移植登 錄率=(55 歲以下血液透析病 患移植登錄人數 / 55 歲以下 血液透析病患人數) (百分 比) *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患	考量本品保方案專業醫療 服務品質指標項目業改以 健保申報資料及透析院所 上傳至健保署 VPN 系統資 料計算，爰將本項指標之 監測方法修訂為「資料分 析」。
11. 鈣磷乘積	1.受檢率：最近 3 年平 均值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近 3 年平 均值*(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標		每六 個月	資料分 析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率 合格率：< 60 mg ² /dL ² *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患	依「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 3 次會 議紀錄討論事項第一案決 議，將鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ² 指標列入「全民健 康保險門診透析總額支付 制度品質確保方案」專業 醫療服務品質指標之範 圍，爰一併新增受檢率。

備註：

- 1.參考值：正向指標取平均值*(1-10%)為下限，負向指標取平均值*(1+10%)為上限；若為當年度新增指標則無參考值，若監測期間未達 3 年指標，取其現有監測期間做為參考值期間。
- 2.追蹤期間之總病人月數：追蹤期間（如三個月或六個月）內，所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數。

(二)腹膜透析

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
1.營養狀態-血清白蛋白 (Albumin)	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率、全體平均值 合格率： BCG法：≥3.5 gm/dl 之百 分比 BCP法：≥3.0 gm/dl 之百 分比 *排除自第一次透析日起未 滿3個月之病患	
2.尿素氮透析效 率-Weekly Kt/V	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標	每六個 月	每六個 月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率、全體平均值 合格率：≥1.7 之百分比 *排除自第一次透析日起未 滿3個月之病患	
3.貧血檢查-Hb	1.受檢率：最近3年平均 值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近3年平均 值*(1-10%)為下限。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月(自 102年 開始監 測)	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率、全體平均值 合格率：>8.5 g/dL 之百分 比 排除正在接受化學療法之 癌症病患及非腎性貧血(如 地中海貧血)個案 *排除自第一次透析日起未 滿3個月之病患	
4.住院率	依特約類別分為醫學中 心、區域醫院、地區醫院 及基層診所，以最近3年		每六個 月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫	住院率(住院次數/每100人 月)： 住院率=(追蹤期間所有病	

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
	平均值*(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標				學會	人之總住院次數) X100/ (追蹤期間之總病人月數) *排除自第一次透析日起未 滿3個月之病患	
5.死亡率	依特約類別分為醫學中 心、區域醫院、地區醫院 及基層診所，以最近3年 平均值*(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標		每三個 月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	死亡率(死亡個案數/每100 人月): 透析時間<1年死亡率=(追 蹤期間透析小於1年之死亡 個案數) X 100/(追蹤期間 透析小於1年之總病人月 數) 透析時間≥1年死亡率=(追 蹤期間透析大於等於1年之 死亡個案數) X 100/(追蹤 期間透析大於等於1年之總 病人月數) *排除自第一次透析日起未 滿3個月之病患	
6.腹膜炎發生率	最近3年平均值*(1+10%) 為上限。 ※本項為負向指標		每六個 月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	腹膜炎發生率(發生腹膜炎 次數/每100人月): 腹膜炎發生率=(追蹤期間 所有病人發生腹膜炎之總 次數) X 100/(追蹤期間之 總病人月數) *排除自第一次透析日起未 滿3個月之病患	
7.脫離率	脫離率(I)-腎功能回復		每三六	資料	保險人	脫離率I(腎功能回復而不	

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
	脫離率(II)-腎移植 ※本項為參考指標		個月	分析	或台灣 腎臟醫 學會	須再透析者)=(追蹤期間新 病人因腎功能回復而不須 再繼續接受透析治療之人 數)/(追蹤期間之所有新病 人數) (百分比) 脫離率 II (因腎移植而不須 再透析者)=(追蹤期間因腎 移植而不須再接受透析治 療之人數)/(追蹤期間之所有 病人數) (百分比) *排除自第一次透析日起未 滿 3 個月之病患	
8. B 型肝炎表面 抗原 (HBsAg) 轉陽率	最近 3 年平均值*(1+10%) 為上限。 ※本項為負向指標	每年	每年	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	轉陽率=(追蹤期間 HBsAg 由陰性轉為陽性(新感染) 之人數)/(追蹤期間之陰性 病人數) (百分比) *排除自第一次透析日起未 滿 3 個月之病患	1. 本署於 105 年 9 月 23 日函 請台灣腎臟醫學會對門診 透析總額品質確保方案之 專業醫療服務品質指標修 訂表示意見,該會建議配合 105 年度第 3 次門診透析預 算研商議事會議決議,刪除 監測腹膜透析「B 型肝炎表 面抗原 (HBsAg) 轉陽率」 及「C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率」指 標。 2. 案經本署於 105 年 11 月 29
9. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	最近 3 年平均值*(1+10%) 為上限。 ※本項為負向指標	每年	每年	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	轉陽率=(追蹤期間 Anti-HCV 由陰性轉為陽性 (新感染)之人數)/(追蹤 期間之陰性病人數) (百 分比) *排除自第一次透析日起未 滿 3 個月之病患	

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
							日請辦疾病管制署就刪除本案腹膜透析「B 型肝炎表面抗原（HBsAg）轉陽率」及「C 型肝炎抗體（anti-HCV）轉陽率」2 項指標之適宜性惠示意見，經該署比對急性 B、C 型肝炎確診個案之疫調結果，顯示 B、C 型肝炎確診之透析個案遠低於品質監測指標之轉陽人數，該署考量我國目前仍為 B、C 型病毒性肝炎盛行率國家，且該等患者為急性 B、C 型肝炎高風險族群，爰請保留腹膜透析品質監測指標，俾利該類高風險病患之疾病監測及預防。 3. 綜上，參採疾病管制署相關意見，為利疾病監測及預防，且本案 2 項指標相關資訊係由健保申報資料及透析院所上傳至健保署 VPN 系統資料彙算而得，爰建議保留本案 2 項指標。

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ²	修訂說明
10. 55 歲以下腹膜透析病人移植登錄率	最近 3 年平均值*(1-10%) 為下限。 ※本項為正向指標		每年	院所 申報 資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	55 歲以下腹膜透析病患移植登錄率=(55 歲以下腹膜透析病患移植登錄人數 / 55 歲以下腹膜透析病患人數) (百分比) *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患	考量本品保方案專業醫療服務品質指標項目業改以健保申報資料及透析院所上傳至健保署 VPN 系統資料計算，爰將本項指標之監測方法修訂為「資料分析」。
11. 鈣磷乘積	1.受檢率：最近 3 年平均值*(1±10%)。 ※本項為規定合理範圍 2.合格率：最近 3 年平均值*(1+10%)為上限。 ※本項為負向指標		每六個 月	資料 分析	保險人 或台灣 腎臟醫 學會	受檢率 合格率：< 60 mg ² /dL ² *排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患	依「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 3 次會議紀錄討論事項第一案決議，將鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ² 指標列入「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標之範圍，爰一併新增受檢率。

備註：

- 1.參考值：正向指標取平均值*(1-10%)為下限，負向指標取平均值*(1+10%)為上限；若為當年度新增指標則無參考值，若監測期間未達 3 年指標，取其現有監測期間做為參考值期間。
- 2.追蹤期間之總病人月數：追蹤期間(如三個月或六個月)內，所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數。

積極目標：

- (1) 針對急性併慢性腎衰竭需緊急透析者，嘗試脫離透析，減少提早進入長期透析的發生率。
- (2) 加強末期腎臟病衛教宣導，提高長期腹膜透析佔總透析人數的比例。
- (3) 與國民健康局合作，積極推廣慢性腎臟病防治工作，藉由各推廣機構之宣導及衛教，降低末期腎衰竭的發生率。

第二案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：107年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案，提請討論。

說明：

一、有關107年修訂「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」，按台灣腎臟醫學會以106年5月1日台腎醫城(106)字第104號函，因該計畫於106年度甫予修正，建議執行一年後給予全部檢討（如附件1，第96頁）。

二、檢附106年本計畫內容如附件2(第97頁)。

健保署說明：

考量106年度前述計畫甫予修正(如：增訂鈣磷指標、增訂B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率、C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率二項之受檢率)，擬同意於本計畫執行一年後再予檢討。

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 5 月 1 日
發文字號：台腎醫城(106)字第 104 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，本會意見如說明。

說 明：

- 一、覆 貴署 106 年 4 月 5 日健保醫字第 1060032983 號函。
- 二、『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』106 年度已作修改，尚未滿一年，建議執行一年後再給予全部檢討。

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

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	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	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)：

1. 院所應將本計畫之監測項目執行情形定期提報及上傳至保險人之資訊系統，由保險人進行監控管理、結算計分及核發之依據。
2. 受檢率目標值，依院所平均每月透析病人數調整如下
 - (1) ≤ 20 人：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。
 - (2) > 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。

十一、本計畫自 106 年 1 月 1 日起實施。

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

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

☐ 選擇「安寧療護」

附件 1-3『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1.您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠

2.您對衛教的方式滿意嗎？

☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意

3.您對衛教內容瞭解嗎？

☐非常瞭解 ☐瞭解 ☐稍微瞭解 ☐不瞭解 ☐非常不瞭解

4.整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐非常有幫助 ☐有幫助 ☐普通 ☐沒有幫助 ☐完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

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。』

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：腹膜透析支付標準修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會105年11月16日召開第4次會議結議事項：
 - (一)106年保障項目比照105年，腹膜透析追蹤處理費及偏遠地區之透析服務保障一點一元。
 - (二)請台灣腎臟醫學會參酌本會代表相關意見，於106年4月底前提出腹膜透析相關支付標準調整之具體方案。
- 二、台灣腎臟醫學會以106年4月26日台腎醫城(106)字第103號函，同意腹膜透析追蹤處理費維持保障1點1元(如附件，第107頁)。
- 三、依全民健康保險會之決議，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，送健保會同意後執行。
- 四、歷年腹膜透析之點值保障措施如下：
 - (一)95-99年腹膜透析案件扣除藥費及藥事服務費採每點1元外，其餘項目以每點1.2元核算。
 - (二)100-102年僅保障腹膜透析追蹤處理費(58011C及58017C)，採每點1.1元支付。
 - (三)103-106年腹膜透析追蹤處理費(58011C及58017C)，採每點1元支付。
- 五、建請台灣腎臟醫學會仍依全民健康保險會之決議，研提腹膜透析追蹤處理費相關支付標準調整之具體方案。

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
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

述 別：

發文日期：民國 106 年 4 月 26 日

發文字號：台腎醫城(106)字第 103 號

附 件：

主旨：有關腹膜透析支付標準，本會意見如說明，請 卓參。

說明：

一、依據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 次會議決議辦理。

二、本會同意腹膜透析追蹤處理費維持保障一點一元。

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 106 年 5 月 3 日收到

健保醫

中央健康保險署

1060057210

