

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
承辦人：洪郁涵  
電話：(02)2752-7286#152  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：yuhan327@tma.tw

受文者：嘉義市醫師公會

發文日期：中華民國104年1月12日  
發文字號：全醫聯字第1040000041號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨(0000041A00\_ATTCH1.pdf)

主旨：衛生福利部中央健康保險署公告「104年度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」，如附件，請查照。

說明：依據衛生福利部中央健康保險署104年1月5日健保醫字第1030014999號公告副本辦理。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會

副本：

理事長 蘇 清 泉

104.1.14.51

第1頁，共1頁

上網公告  
鄭華琴  
104.1.14

裝

訂

線

副本

0038 104. 1. 06 270

# 衛生福利部中央健康保險署 公告

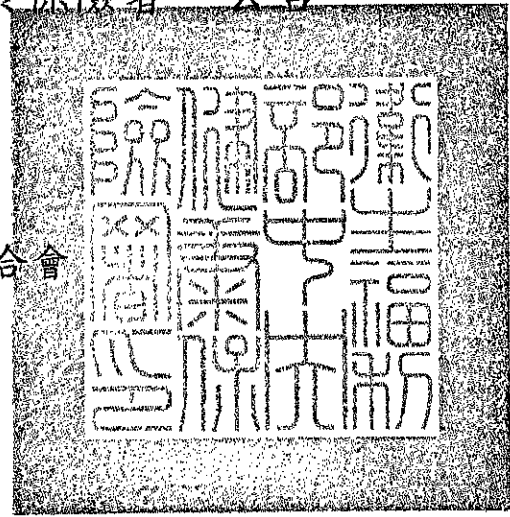
台北市安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國104年1月5日

發文字號：健保醫字第1030014999號

附件：附件請至本署全球資訊網公告區下載



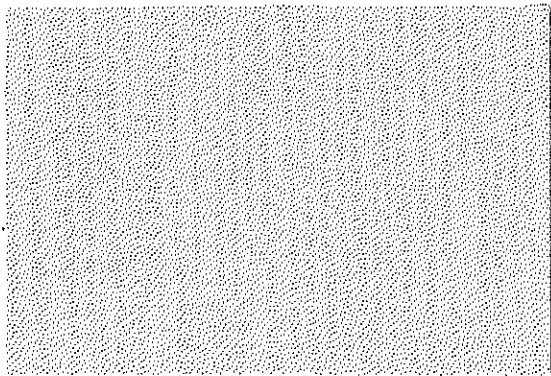
主旨：公告「104年度全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，如附件。

依據：衛生福利部103年12月26日衛部保字第1031260965號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、全民健康保險爭議審議會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、本署資訊組(協助公告於本署全球資訊網)

衛生福利部中央健康保險署公告第1030014999號

## 署長黃三桂



## 104 年度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：104 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 7.5 分
4. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	$\leq$ 3.5%	9 分(年)
5. C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	$\leq$ 3.5%	9 分(年)
6. 建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於新接受透析治療之病人，應給予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)	100 %	10 分(年)
7. 55 歲以下透析病人移植登錄率 (%)	移植登錄率 $\geq$ 5%      10 分(年) 4% $\leq$ 移植登錄率 $<$ 5%      8 分(年) 3% $\leq$ 移植登錄率 $<$ 4%      6 分(年) 2% $\leq$ 移植登錄率 $<$ 3%      4 分(年) 1% $\leq$ 移植登錄率 $<$ 2%      2 分(年)	10 分(年)

註：1. 院所應將監測項目執行情形提報至保險人，由保險人定期進行監控管理。

2. 受檢率計算時僅納入在該院所接受透析 1 個月以上之病人，若院所平均每月透析病人數在 20 人以下，則受檢率目標值須達 90% 以上；透析病人數超過 20 人時，受檢率須達 95% 以上。

(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 $\geq$ 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 7.5 分
4.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	$\leq$ 3.5%	9 分(年)
5. C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率	$\leq$ 3.5%	9 分(年)
6.建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於新接受透析治療之病人，應給予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)	100 %	10 分(年)
7. 55 歲以下透析病人移植登錄率 (%)	移植登錄率 $\geq$ 5% 10 分(年) 4% $\leq$ 移植登錄率<5% 8 分(年) 3% $\leq$ 移植登錄率<4% 6 分(年) 2% $\leq$ 移植登錄率<3% 4 分(年) 1% $\leq$ 移植登錄率<2% 2 分(年)	10 分(年)

註：1. 院所應將監測項目執行情形提報至保險人，由保險人定期進行監控管理。

2. 受檢率計算時僅納入在該院所接受透析1個月以上之病人，若院所平均每月透析病人數在20人以下，則受檢率目標值須達90%以上；透析病人數超過20人時，受檢率須達95%以上。

(三)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。

五、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104年1月1日至104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。

六、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. 104 年血液透析品質獎勵金額 =

【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)】\* 104 年度本計畫之獎勵金額

2. 104 年腹膜透析品質獎勵金額 =

【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)】\* 104 年度本計畫之獎勵金額

(二)各院所加權指數：

104 年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，分別計算加權指數：

104 年得分	加權指數
≥90	1
85-89	0.9
80-84	0.8
75-79	0.7
71-74	0.6
≤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 104 年之分配金額 =

$$\frac{\text{該血液透析院所 104 年申報血液透析點數} \times \text{該血液透析院所加權指數}}{\sum \text{各血液透析院所 104 年申報血液透析點數} \times \text{各血液透析院所加權指數}} \times 104 \text{ 年血液透析品質獎勵金額}$$

2. 個別實施腹膜透析院所 104 年之分配金額 =

$$\frac{\text{該腹膜透析院所 104 年申報腹膜透析點數} \times \text{該腹膜透析院所加權指數}}{\sum \text{各腹膜透析院所 104 年申報腹膜透析點數} \times \text{各腹膜透析院所加權指數}} \times 104 \text{ 年腹膜透析品質獎勵金額}$$

七、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與管理，作為品質公開之參考資料。

(二) 104年申報醫療費用點數之資料：依實施門診透析院所於105年3月底前申報之104年費用年月資料計算。

(三) 105年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。

八、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。

九、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

### 3-1 『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. 各透析院所於每季申報季報告時一同上傳下列資料：

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. 評分方式：

完成率	評分
≥ 90%	10
≤ 75% ~ < 90%	8
≤ 60% ~ < 75%	6
< 60	0

5. 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.23。

(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

3-2 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

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)：

腹膜透析	血液透析
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<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
<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)



3-3 『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：

衛教者簽名：

### 3-4 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。