

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 4 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 112 年 5 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 4 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 12

五、優先報告事項

中央健康保險署「112 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(含 111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略)(口頭報告)----- 24

六、討論事項

(一)113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)----- 27

(二)113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案) -- 47

(三)有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案----- 62

七、報告事項

(一)推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)----- 71

(二)「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案----- 75

八、臨時動議

三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 5 月 5 日衛部健字第 1123360057 號函送
委員在案，並於本年 5 月 5 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第3次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年4月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、
李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、
林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、
商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳
委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃
委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉
委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭
委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~12頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~17頁)

決定：

一、上次(第2次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦
理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

(三)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

二、請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，儘速將112年度牙醫門診總額地區預算分配之特定用途移撥款執行方式函報本會備查。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第18~34頁)

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。

決定：

一、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、請中央健康保險署於衛生福利部交議本會關於「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。

陸、討論事項(詳附錄第35~43頁)

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認案。

決議：

一、依委員意見修正確認醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，如附件二(修正如劃線處)。

二、依112年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚

有應提報本會確認事項未提出^註，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近1次委員會議討論。

註：應提報本會確認事項如下：

1.112 年度醫院總額 2 項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標)及「執行目標」與「預期效益之評估指標」：

(1)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能。

(2)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能。

2.112 年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」。

柒、報告事項(詳附錄第44~84頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度全民健康保險基金附屬單位決算及113年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、請中央健康保險署持續追蹤計畫執行成效，並將監測結果及計畫成效提報本會，以利總額協商參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時57分。

「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之本會委員所提諮詢意見摘要

一、對113年度總額範圍草案之建議

付費者委員意見：

(一)總額範圍之設定應考量健保財務，並積極改善健保財務收支結構失衡問題。

1.行政院於111年8月核定112年總額範圍時已函示要求衛福部，須注意健保財務警訊並及早規劃因應，本次所擬之113年度總額範圍草案高、低推估成長率相對於近年幾乎為最低，惟兩者差距之協商空間高達2.947%，是近12年來第6高。且依健保署財務模擬試算，以113年總額上限為4%，則保險收入成長率1.72%，保險成本成長率4.14%，收不抵支將超支2.42%，健保財務收支仍嚴重失衡，因此高推估成長率4%仍有偏高之虞，建議年度總額範圍之設定，應考量健保財務，積極改善健保財務收支結構失衡的問題。

2.依健保署財務模擬試算，若113年度總額上限4%，則當年底保險收支累計結餘數，約當1.01個月保險給付支出，在法定下限邊緣，而其中已包含113年政府特別預算撥補健保基金200億元的收入，若不含此筆撥補金額，則推估安全準備可能只剩約0.7個月保險給付支出，低於法定應至少一個月保險給付支出之規定，未來仍有面臨調漲費率之壓力。考量目前國內社會經濟仍不景氣，不宜調漲保費增加民眾負擔，建議積極推動開源節流措施。

(二)113年度總額基期，目前僅扣減一般服務未導入預算部分(約1.95億元)，至於過去配合政策推動投入許多預算之成效，如減少重複藥費部分，節流效益之回饋款尚無相關扣減額度，應合理減列總額基期，以減緩健保總額成長之壓力。

醫事服務提供者委員意見：

(一)低推估公式中部分參數，無法反映醫療院所實際成本之變動，請再審酌。

1.109~111 年我國經濟成長率(GDP)高，平均約 4.1%，111 年消費者物價指數(下稱 CPI)相較 109 年亦成長 5.5%，但 113 年度總額範圍草案高、低推估值(成長率分別為 4%~1.053%)為近年來最低。目前醫療院所面臨各項成本大幅增加，如醫事人力、藥價等，若總額範圍這麼低，醫療院所恐虧本經營，建議重新評估總額範圍設定公式，以及與經濟成長率、CPI 連動性的可行性。

2.低推估公式的醫療服務成本指數改變率(下稱 MCPI)改採 4 年平均價值計算，惟目前物價齊漲，未來 MCPI 可能呈現成長之趨勢，在 MCPI 高成長的趨勢下，改採較低的 4 年平均價值計算，較無法反映醫療院所實際成本需求，建議衛福部重新考慮 MCPI 之計算方式。

(二)COVID-19 疫情後，社會各界肯定醫界的防疫貢獻，認為需要投資醫療，但衛福部提出 113 年度總額範圍草案高推估成長率 4%，卻是近 12 年最低的高推估值。依健保署試算，其當年保險收支累計結餘剛好是 1.01 個月保險給付支出，不知是否為避免調高保費，請衛福部考量醫療需要投資，不要僅考慮費率調整的問題，重新評估高推估之設定。

(三)基期扣減的理由宜明確，並說明是因為什麼狀況而扣減基期。

專家學者及公正人士委員意見：

(一)目前所提之五大政策目標增加之費用，已占滿協商因素空間，宜請進一步說明協商因素對應五大政策目標增加費用之考量，否則將壓縮醫界想提出之新項目及醫界與付費者之可協商空間，將增加總額協商的困難度。

(二)建議年度總額範圍，將民眾特殊醫療需求，例如針對醫療費用支出龐大或每年急遽增加等特定疾病(如癌症)所需費用，列為總額協商因素考量。

(三)衛福部為使每年 MCPI 數值趨勢較為平穩，改採 4 年平均價值計算，尚屬合宜。建議未來總額低推估公式指標，除須具備透明、可預測性外，亦須具備長時間的穩定性，以供各界檢視。另就調整後的結果，建議對單年度數值與 4 年平均數值之差值，考量是否有調整做法，低推估公式之設定，需建立正確的科學數

據基礎，以確保總額推估結果的正確性。

- (四)113 年度總額 MCPI 指數之計算基期，仍採主計總處 105 年工業及服務業普查調查資料，惟時隔 8 年之久，其結構與現行各總額部門成本結構不盡相同，若主計總處有更新年度的調查資料，宜採用最新資料，以契合實際成本結構。

二、對113年度總額政策目標之建議

付費者委員意見：

- (一)政策目標第一項，提到「結合公共衛生體系與健保資源」，請說明 113 年度總額結合哪些公務預算及其額度。公共衛生基本上是政府的重要責任，宜考量由健保負擔這些費用之合理性，避免原由公務預算支應部分過度轉由健保支付。
- (二)政策目標第三項，提到「推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫」，宜請說明 DRG 推動之期程及欲達成之政策目標。
- (三)政策目標第四項，提到「持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件」，預算編列高達 139.28 億元。近年編列「新醫療科技」預算約 30 多億元，則剩餘約 100 億元之具體用途為何？若用於調整支付標準，則建議以專案通盤檢討支付標準，並檢視預算編列之合理性。
- (四)建議衛福部交付總額政策目標項下之新增醫療服務計畫，宜訂定相關 KPI，並需有相關規劃。

壹、醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案及延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
- 四、優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，動支條件及結算方式如下：

(一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

- 1.動支條件：支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。
- 2.結算方式：採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

- 1.動支條件：
 - (1)全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支。
 - (2)且支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後^{註1}之獎勵費用^{註2}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成

效獎勵費)較108年同期高。

2.結算方式：依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第四季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第四季該分區一般服務費用結算。

註：

1.「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後6個月止。

2.COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

註：上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

五、結算方式：由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、預期效益之評估指標：

(一)MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19引起MIS-C照護人數為基準。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用MIS-C的醫療費用，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

貳、西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

一、預算經費：112年度全年經費10百萬元。

二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。

三、預期效益之評估指標：接受長新冠照護之個案超過2萬件以上。

四、動支條件：

(一)支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。

(二)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

六、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第3次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依優先報告事項決定，於本(112)年5月5日以衛部健字第1123360056號書函，將113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之本會決定與委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要，併同發言實錄送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(第79頁)。

(二)業於本年5月8日以衛部健字第1123360059號書函，將報告事項第一案「111年度全民健康保險基金附屬單位決算及113年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」決定不予備查及委員所提意見函送權責單位中央健康保險署(下稱健保署)，如附錄二(第80頁)。另依主席指示，針對政府應負擔法定下限36%的法令依據及兩種爭點的計算方式，分別請社保司及李委員永振提供說明資料，如附錄三(第81~90頁)、附錄四(第91~111頁)，請委員參閱。

(三)決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表(第17~19頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，相關單位回復如附錄五(第112~131頁)。

二、本會訂於本年7月17、18日(星期一、二)，於本部1樓大禮堂召開「全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」，議程如附件二(第22~23頁)，敬請委員預留時間，本會將發函邀請委員報名參加。

三、健保署業依委員要求於本年4月28日提供111年度委託台灣醫院協會辦理「111年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」之報告電子檔，本會整理報告結論摘要如附錄七(第134~136頁)供參。

四、中華民國牙醫師公會全國聯合會於本年4月27、28日，擇彰化縣、南投縣、台中市及桃園市辦理「112年牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)計15位參加，茲整理參訪報告如附錄

八(第 137~144 頁)，請參閱。

五、中華民國醫師公會全國聯合會於本年 5 月 2、3 日，擇高雄市辦理「112 年度全民健康保險西醫基層總額專案計畫實地訪查活動」，本會委員(含代理人)計 15 位參加，茲整理訪查報告如附錄九(第 145~150 頁)，請參閱。

六、為落實健保法規定，本會對於與保險有關之重要事項，得辦理公民參與活動，預定於本年 6~8 月間針對「新藥可否採行差額負擔」議題分別在北、中、南、東地區辦理公民參與活動，邀請付費者委員代表所屬會員團體派員參加，屆時請委員協助推派事宜，本項工作係委由國立臺北護理健康大學張副教授博雅研究團隊辦理。

七、下次(第 5 次)委員會議(112.6.28)依年度工作計畫安排之專案報告主題如下，請委員最晚於本年 5 月 29 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

(一)「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響

(二)其他預算核(決)定事項之辦理情形：

1.「提升保險服務成效」之執行成效(含提出精進且能反映整體保險服務成效之評估指標及執行成果)

2.「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路頻寬補助費用)，依退場期程(110~114 年)提出退場之執行方式規劃

3.「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」之成效檢討(含經費動支條件、推動分級醫療對西醫基層總額之財務影響、分級醫療執行效益、支付誘因及操作方式之合理性、提出轉型改善方案)

八、本會針對上次(第 3 次)委員會議對藥費管控策略及檢討作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄六(第 132~133 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要

議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>），敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

九、衛福部及健保署於本年 4 月至 5 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 5 月 11 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 5 月 4 日副知，為因應嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解編後之過渡時期確診者就醫需求，自 112 年 5 月 1 日起調整健保給付通訊診療之適用照護對象及實施期限，如附錄十(第 151~152 頁)，本次調整重點如下：

(1)照護對象：自 112 年 5 月 1 日起新增主管機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且 COVID-19 檢驗陽性；山地、離島地區民眾及住宿型長照機構住民且 COVID-19 檢驗陽性者維持不變(為健保給付通訊診療之適用照護對象)。

(2)實施期限：至 112 年 12 月 31 日止。

(二)健保署

1.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十一(第 153~158 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
112.4.13/ 112.1.1	全民健康 保險醫療 資源不足 地區之醫 療服務提 升計畫	新增得申請本計畫之醫院包括：大園敏盛醫院及衛生福利部桃園醫院新屋分院；另刪除廣聖醫院(歇業)。
112.4.14/ 112.1.1	112 年醫 院總額結 算執行架 構之偏遠 地區醫院 認定原則	1.配合公告之「112 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，施行地區減少雲林縣臺西鄉、屏東縣枋山鄉。 2.「彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院」未符合 112 年健保署中區業務組增列認定原則資格，爰予以刪除。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
112.4.17/ 112.1.1	112 年全 民健康保 險牙醫門 診總額品 質保證保 留款實施 方案	<p>1.修訂核發資格:酌修不符合加強感染管制院所定義文字為「院所全年度未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者」。</p> <p>2.修訂附表 1、附表 2 之指標、操作型定義及核算基礎：</p> <p>(1)修訂專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」：新增全口牙結石清除術相關醫令代碼，並刪除第 3 項次指標(同院所 180 天內重複執行全口牙結石清除比例)。</p> <p>(2)調降政策獎勵指標(二)「牙周病統合照護品質」之核算基礎：由 15%調降為 5%。</p> <p>(3)增訂政策獎勵指標(七)「高風險疾病患者照護」：定義為「該院所當年度高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)申報件數 12 件(含)以上」，核算基礎為 10%，適用於醫院及基層院所。</p>
112.4.17/ 112.1.1	112 年全 民健康保 險牙醫門 診總額弱 勢鄉鎮醫 療服務提 升獎勵計 畫	<p>1.修訂適用鄉鎮之篩選條件：以 110 年全國牙醫師人口比(1：1,485)做為計算基礎，並配合更新適用鄉鎮名單(新增彰化縣社頭鄉、高雄市茄萣鄉、台東縣大武鄉)。</p> <p>2.修訂獎勵方式之點值最低分區定義：結算年度維持 109 年。</p> <p>3.修訂不予核發條件：</p> <p>(1)酌修不符合加強感染管制院所定義文字為「院所當季中未每月(新開業者自特約次月起)申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者」。</p> <p>(2)新增離島地區不受「未執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者」之限制。</p>
112.5.10/ 112.5.1	全民健康 保險特約 醫事服務 機構提供	<p>配合衛福部 112 年 5 月 1 日起調整健保給付通訊診療之適用照護對象及實施期限，修正本須知，如下：</p> <p>1.新增照護對象：112 年 5 月 1 日起，主管</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	保險對象 視訊診療 作業須知	機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且 COVID-19 檢驗陽性。 2.修訂實施日期：至 112 年 12 月 31 日止。 (原為 112.3.20~112.4.30, 並視疫情狀況檢討) 3.新增醫療機構之執行規範：執行「住宿型長照機構 COVID-19 檢驗陽性住民」或「主管機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且 COVID-19 檢驗陽性」之視訊診療，應報健保署分區業務組備查。

2.本年 4 月 12 日副知，公告 112 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫 4 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十二(第 159 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十三(第 160 頁)。

決定：

上次(第3次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共1項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第4案： 112年3月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。	於112年5月4日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第20~21頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項： 衛生福利部「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「113 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。	請中央健康保險署於衛生福利部交議本會關於「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。	於 112 年 5 月 4 日請辦健保署。	健保署回復：遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.俟健保署依法併提「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」至本會審議後解除追蹤	112 年 8 月
2	討論事項： 112 年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護生費用」決定項目內容，需提報本會確認案。	依 112 年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有應提報本會確認事項未提出，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近 1 次委員會議討論。	於 112 年 5 月 4 日請辦健保署。	健保署回復：有關 112 年度醫院總額新增 2 項專款計畫「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」，及同年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」，業經本署 112 年 4 月 27 日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 1 次臨時會決議略述如下： 1. 醫院總額部分由	1.繼續追蹤 2.本項工作涉及總額協定項目之執行，請健保署儘速辦理，並提至委員會議確認後解除追蹤	112 年 8 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
				<p>台灣醫院協會提出具體可量化之執行目標。</p> <p>2. 西醫基層總額部分，由中華民國醫師公會全國聯合會與中華民國護理師護士公會全國聯合會討論凝聚共識後再提至本會議討論。</p>		

健保會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議之健保署答覆

上次(第 3 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：112 年 3 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 84 頁)</p> <p>有關 111 年大陸港澳人士及無戶籍國民與外籍人士保險費暨醫療使用統計，整體收支雖沒有超支，但兩種人員第 2、第 3 類之被保險人及眷屬在 110、111 年度因疫情醫療量能下降的情形下，該 8 種被保險對象醫療費用占保費比率都超過 100%，因狀況特殊，健保署是否深入瞭解、掌握，以謀改善？</p>	<p>一、第 2 類及第 3 類被保險人雖醫療費用占保費比率都超過 100%，因投保人數不多，在分母(保費)數值較小的情況下，易造成比率放大顯示的情況，但實際醫療點數沒有超出保費收入太多，尚屬合理。</p> <p>二、另第 2 類及第 3 類眷屬多數為配偶生產等醫療行為造成相關合理醫療支出。</p>
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 85 頁)</p> <p>各項政策實施效果應多利用相關行政資料進行分析，如此才能提升政策制定品質，近期幾個大家關注的重要計畫，例如：</p> <p>112 年西醫基層總額因應基層護理人力需求，反映護理人員薪資，根據健保署回覆，健保署規劃以護理人員健保投保金額進行觀察，但此仍無法觀察到是否僅是將原先的非經常性薪資移為經常性薪資，故建議串連所得資料，但健保署回覆此分析超出原先蒐集資料之用途，可能違反個資法。</p> <p>滕西華委員關心近五年醫事人力與非醫事人力費用占比變化，擔心院所將業務外包，可能影響醫療品質，健保署回覆因目前醫院財報中人事費並未</p>	<p>一、有關 112 年西醫基層總額「因應基層護理人力，提高 1-30 人次診察費一節：</p> <p>(一)依個人資料保護法第 5 條之規定，個人資料之蒐集、處理或利用，應尊重當事人之權益，依誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯。</p> <p>(二)本案經 112 年 4 月 27 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過新增「提升基層護理人員照護品質加計」診療項目 6 點，支付規範訂有限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所始得申報。</p>

委員意見	健保署說明
<p>區分醫事人力及非醫事人員費用，但此同樣可以利用醫事人力登錄 ID 串連所得資料即可獲知。</p> <p>另外，本次會議資料第 95~96 頁，上次會議我有建議住院整合照護服務試辦計畫後續應觀察醫院照顧人力是否有持續流向長照 2.0 的情況，健保署有回應會建立護佐人力訓練及證照制度，這個後續也應該辦理資格登錄後，追蹤後續是否穩定於醫院服務，或後續流向長照 2.0，因目前居家式服務時薪為 210~350 元，相對較高，若是培訓後的人力因薪資因素流出，會影響到政策的成效。</p> <p>總而言之，健保署未來是否積極思考如何突破相關限制，妥善運用數據資料，對於政策成效加以觀察並追蹤後續，例如針對護理人員加薪是希望達到何種效果，是希望增加護理人員留任誘因嗎？如果是，編列預算加薪後是否確實達到其成效，還是其薪資仍舊低於其他相關行業，護理人員仍可能流向其他相關行業等問題，健保署應進行長期觀察，如此一來才可提高政策成效及政策品質。</p>	<p>(三)考量使用財稅資料須符合個人資料保護法等相關規範，本預算係用於調升診療項目支付點數，爰仍須以基層院所實際申報資料為計算憑據，本署規劃將以護理人員薪資達「全民健康保險投保金額」次一級距為評估方式。</p> <p>二、有關建立護佐人力訓練及證照制度、辦理資格登錄等事項，因屬衛生福利部護理及健康照護司權責，委員寶貴意見，請貴會轉請該司參考。</p> <p>三、有關醫事人力登錄ID串連所得資料一節，與護理人力串聯所得資料相同，超出原先蒐集資料之用途，恐違反個人資料保護法之規定，宜審慎考量。</p>

全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：112 年 7 月 17 日、18 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 17 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	
09:20~10:10	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10:10~10:40	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:40~11:10	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11:10~12:30	評論及意見交流(80 分鐘)	
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 賦 歸 —		

7月18日(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:40~12:40	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)通過之評核作業方式，重提報重點如下：

- 1.簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 2.111 年執行未滿半年及 112 年新增項目之執行現況及未來規劃，請一併提報。

五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告(含 111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略)，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 112 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理，本次進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

決定：

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條規定，本會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額(下稱總額)範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛生福利部(下稱衛福部)核定。本會均依行政院核定之總額範圍及衛福部當年交付之政策目標進行協商，為利每年 9 月份協商進行，爰循例事先議定協商架構及原則。
- 二、本案主要依本(112)年 4 月 19 日衛福部函提本會委員會議諮詢之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 113 年度總額範圍草案)資料，並參考 112 年度總額協商架構及原則，及去年總額協商經驗及委員建議，擬具「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(如附件，第 30~35 頁)。修訂重點如下：

(一)總額協商架構部分：

依據衛福部所提 113 年度總額範圍草案暫列(如附件，第 30 頁)，後續俟行政院核定總額範圍後始予定案，將再提報委員會議確認。

- 1.總額設定公式：整體公式架構不變，113 年總額基期之計列，與 112 年度原則相同，以最近結算年度為基準，扣除該年度一般服務未導入預算之部分，即 113 年度總額基期將扣除 111 年一般服務未導入預算部分。
- 2.醫療服務成本及人口因素：其中「醫療服務成本指數改變率」配合修正改採 4 年平均値計算(如附件，第 35 頁)。
- 3.餘為更新各項參數之資料採計年度，或酌修文字使文意更臻明確。

(二)總額協商原則部分：

主要係沿用 112 年度總額協商原則，並審視去(111)年本會總額協商經驗及委員意見。除更新年度及酌修文字以臻明確外，研修重點說明如下：

1.第五點之(四)及第六點(三)，明訂延續性項目須依預算額度增減修訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

(1)研修理由：依據衛福部近年的政策指示「總額協商時，提案應先訂定好相關 KPI」，本會早已於協商原則明訂新增項目需提出「執行目標」及「預期效益評估指標」，但依去年協商經驗，部分延續性項目在新年度有增減預算，卻未提出相對應之 KPI 修正(如代謝症候群防治計畫)，無法明確展現其合理之目標及效益。建議增列延續性項目預算增減較前一年達一定百分比以上者，亦須重新修訂 KPI。

(2)擬修訂內容：依上開政策指示，於總額協商原則之第五點(四)、第六點(三)，增列延續性一般服務項目及續辦性專款項目預算增減較前一年達 20% 以上者，亦須提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件，第 33 頁)。

2.第七點其他原則增訂第(一)項，明訂新增協商項目或計畫之觀察期及處理原則。

(1)研修理由：依近年協商經驗，新增協商項目因計畫執行方式未成熟，尚需討論定案之時間，無法於年度開始即執行，加上初期執行尚未穩定且成效不明，若一開始就列入一般服務項目，除增加總額協商困難外，倘執行率不佳者也需處理扣款事宜(如高風險疾病口腔照護項目)徒增行政困擾。故去年評核委員及本會委員均提出建議，新增項目宜先列為專款項目，俟執行穩定具相當成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

(2)擬修訂內容：依上開建議，將原第六點專款項目之(三)，移至第七點其他原則之(一)並增修文字「新增協商項目或計畫，執行初期尚不穩定，宜列為專款項目，俟執行穩定且

具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。」(如附件，第 34 頁)。

三、檢附以下資料供參考：

- (一)「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如參考資料一(第 36~41 頁)。
- (二)健保署提供之 111 年度各部門查處追扣金額表，如參考資料二(第 42 頁)。惟協商時以健保署提供之數值為準。若對扣款數值有疑義，請各總額部門逕與健保署核對。
- (三)「貳、總額協商原則」第五點第(一)項提及之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」，如參考資料三(第 43~46 頁)。

擬辦：擬具「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(修正如附件劃線處)，請討論。主要請委員決議是否增訂以下 2 點原則：

- 一、延續性項目預算額度增減達 20% 以上者，須重新修訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如說明二、(二)之 1)。
- 二、新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目(如說明二、(二)之 2)。

決議：

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 112 年第○次委員會議(112.○.○)通過

壹、總額協商架構(暫列，最終以衛福部報奉行政院核定內容為準)

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

- 註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
 2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年總額基期須校正 111 年度總額投保人口成長率差值)。
 3.依本會 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，112 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 113 年度總額協商之基期費用。
 4.依衛福部報奉行政院核定之 113 年度總額之基期淨值，係以 112 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
 5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

- (一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度

西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 111 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 114 年度總額協商

之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)、過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，及檢附前開實證資料。並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。若為延續性項目預算增減較前一年達 20%以上者，須重新修訂執行目標及預期效益之評估指標。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

~~(三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。(本項移列至七、其他原則之(一))~~

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目預算增減較前一年達 20%以上者，須重新修訂執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(五)112 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，113 年度專款項目可照列 112 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

(一)新增協商項目或計畫，執行初期尚不穩定，宜列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

(由六、專款項目之(三)移至本項，並增修文字)

(二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。

(三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

- 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
- 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

(四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。

(五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。

(六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

(七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 110 年醫療費用點數為基礎，計算 111 年納保人口年齡性別結構相對於 110 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.«躉售物價指數—西醫藥品類»指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算(暫列，最終以衛福部報奉行政院核定內容為準)

1. 113 年度總額醫療服務成本指數改變率以 4 年(113~110 年)平均值計算。

2. 單年度之醫療服務成本指數改變率數值計算方式：以 113 年度為例，係依前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 111 年相對 110 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 111 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 111 年對 110 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 112 年總額基期須校正 110 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，111 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 112 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部函報行政院之 112 年度總額之基期淨值，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度

西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 110 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 113 年度總額協商

之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

- (四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)、過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，及檢附前開實證資料。並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (六)111 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，112 年度專款項目可照列 111 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方

式變動之。

- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 109 年醫療費用點數為基礎，計算 110 年納保人口年齡性別結構相對於 109 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 111 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」；「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 110 年相對 109 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 110 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 110 年對 109 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

111 年度各部門查處追扣金額表

單位：元

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	9,957	4,599,091	7,510,980	12,120,028
西醫基層 總額	總額舉發	11,645	0	0	11,645
	非總額舉發	2,210,890	14,421,884	45,471,476	62,104,250
牙醫門診 總額	總額舉發	43,631	262,453	34,157,527	34,463,611
	非總額舉發	207,484	404,617	188,013	800,114
中醫門診 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	301,117	3,032,463	654,324	3,987,904
其他 預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	50,983	1,368,418	883,864	2,303,265
合計	總額舉發	55,276	262,453	34,157,527	34,475,256
	非總額舉發	2,780,431	23,826,473	54,708,657	81,315,561

註 1：總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發；非總額舉發包含民眾檢舉與健保署主動查核項目。

註 2：類型別定義：

扣減：扣減 10 倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數。

全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則

第2屆104年第2次委員會議(104.3.27)通過

壹、背景說明

依總額支付制度之設計，健保經費規劃及分配，第一層為政策與經費擬訂，屬主管機關衛福部權責(健保法第 60 條)；第二層為分配，屬健保會權責(健保法第 61 條)；第三層為擬訂「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」之細項分配，屬健保署權責(健保法第 41 條及第 42 條)。

為避免總額支付制度實施後，影響新醫療科技之引進，每年度協議訂定之總額，均含有「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」等項目之預算。惟依二代健保總檢討報告，各方對於「新醫療科技」之預算及其執行面，若無明確規範與共識，則醫界會因擔心點值而抗拒新醫療科技之引進，乃是必然，長期而言，不但影響我國醫療體系之發展，更影響民眾之權益。因此，建立年度總額對給付項目調整之處理機制，有其必要性。

貳、運作原則

- 一、調整給付項目所需年度財源，涉及財務平衡者，應於擬訂報院總額範圍時預為安置。
- 二、主管機關交付協定總額時，給付項目調整之政策宜具體明確。
- 三、保險人研提之給付項目調整方案，應有整體規劃及經費預估。
- 四、健保會依政策目標及健保署或各總額部門所提給付項目調整方案，進行總額協定分配。
- 五、依總額核(協)定事項落實與管控給付項目之調整。
- 六、總額核(協)定給付相關計畫執行結果之檢討。

參、作業流程

細部之作業流程如下表：

全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程

作業原則	時程	負責單位	作業流程
1.主管機關擬訂年度總額範圍：針對涉及財務平衡者，應預為安置調整給付項目所需財源	1~3 月	衛福部 (健保署)	(1)應先確定政策目標。 (2)為達目標而需配合調整(增修訂)給付項目或給付內容之經費，涉及財務平衡者，一律納入估算，且預估試算應盡量具體。
2.主管機關交付健保會協定年度總額及其分配方式：應交付供協商遵循之具體明確給付項目調整政策	7~8 月	衛福部	交議「年度總額協定案」時，宜一併提示具體明確之給付相關政策及財務影響，供後續協商遵循。原由政府負擔轉由健保給付之服務需有相關法源依據及財務規劃。
3.保險人研提年度給付項目調整方案：涉及財務平衡者，應整體規劃方案(草案)內容及預估所須經費	8~9 月	健保署	<p>(1)依循政策目標及民眾需求，針對擬新增之給付項目或擬調整之給付內容，提出包裹式之預算需求，納入各部門總額協商方案之「新醫療科技」或「其他醫療服務利用密集度之改變」項下，送健保會協商。</p> <p>①引進新醫療科技：</p> <p>A.醫療服務：依目前之推估方式，將擬新增之給付項目(含包裹支付特材之項目)、擬調整之給付內容及所估列預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。</p> <p>B.藥物(含新增品項及新增品項於5年內之給付內容調整)：依目前之推估模式(新藥及新特材納入給付5年內及新增品項於5年內調整給付內容之實際費用影響)，估計新藥物下年度所增加預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。</p> <p>②健保已給付5年以上藥物品項之給付內容調整：</p> <p>A.對於財務衝擊較大之給付內容調整品項，彙整共同擬訂會議之</p>

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>結論，納入年度總額協商考量。至於財務影響小之品項，建議共同擬訂會議可優先通過，以利時效。</p> <p>B.本項之財務影響，可考慮納入「其他醫療服務利用密集度之改變」反映。</p> <p>(2)應併提「資源配置及財務平衡方案」，包含擬新增項目或給付內容調整之財務試算(含新舊藥品替代率、其他替代效應等)、各項目之給付優先順序，及可用財源(如：調降藥物支付價格、取消不具效益之給付項目等相關節流措施之效益)，以利總額協商之順利進行。</p>
4.健保會協議訂定年度總額：依政策目標及健保署或各總額部門所擬給付項目調整方案，進行協定分配	8~9 月	健保會	<p>(1)依主管機關交付之總額範圍及政策目標，並就健保署及各總額部門所擬給付項目調整方案，考量付費能力及過去執行成果，協議訂定該年度「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」等項目之相關預算。</p> <p>(2)明立總額協定事項，以利落實執行。</p>
5.保險人依總額核(協)定事項，落實與管控給付項目之調整	全年	健保署	<p>(1)各部門總額經核定後，對新增給付項目及調整給付內容之預算，應確依核定事項執行，並於實施前 1 年年底說明擬調整之規劃或項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。</p> <p>(2)考量資源有限，對新增或調整之給付項目與內容，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>(3)於共同擬訂會議討論增修訂給付項目與內容時，宜逐步建立各項目之費用影響及整體財務監測模式，以利後續之執行與管控。其增、修訂</p>

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>後，若經評估確實對點值影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門，則可於次年協商時提出，納入協商因素考量。</p> <p>(4)對於因考量財務衝擊未及納入給付與調整給付內容之品項，可排入下年度競爭預算，對財務影響較大者，須提報衛福部規劃下年度總額範圍時參考。</p>
6.給付相關計畫執行結果之檢討	全年	健保署 健保會	<p>(1)定期提報「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」項目之執行情形及其財務影響評估：</p> <p>①將共同擬訂會議通過之新增品項與調整之給付內容及其財務影響等，列入例行之業務執行報告，每半年(1、7月)提報。(依本會 103 年 2 月份委員會議決議事項辦理)</p> <p>②於協商下年度總額前(7 月)，提報當年度及過去 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及其財務影響。(參照本會 102 年 8 月份委員會議決定事項辦理)</p> <p>(2)執行成果納入下年度總額協商參考，若未符核定事項，則須予檢討、處理。</p>

第二案

提案單位：本會第三組

案由：113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

說明：

一、依據本會本(112)年第 1 次委員會議(112.2.22)決定通過之「112 年度工作計畫」，訂於本年 9 月 20~22 日召開 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)協商共識會議及委員會議確認協商結果。歷年在總額協商前，均會事先議定協商工作計畫及協商共識會議之與會人員、進行方式(協商時間)與相關原則等協商程序事宜，以提高議事效率。為利 113 年度總額協商工作之進行，援例事先研訂總額協商程序。

二、本案除更新年度別、會議日期，及未涉實質內容酌修部分文字以臻明確外，參考去(111)年衛福部政策指示及協商實務運作經驗微調部分內容，擬具「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(如附件，第 50~55 頁)。

三、微調 113 年度總額協商程序，重點如下：

(一)第一點「工作計畫表」第一項協商前置作業，增訂 1 項程序，請本部業管單位先就各總額部門規劃之協商草案提供意見。

1. 研修依據：依衛福部 111 年 11 月 25 日內部會議決議「未來應於總額協商前，由健保會就各總額部門提出之計畫，請本部業管單位表示意見，事先評估有無悖離本部政策規劃方向與施政目標」。

2. 擬修訂內容：依上開建議，於工作計畫表「一、協商前置作業」第(三)款，增訂第 5 目如劃線處(如附件，第 50 頁)，增列：「於 8 月份將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考」。

(二)第二點「協商共識會議」第(三)項進行方式，增列門診透析協

商場次。

1. 研修理由：

門診透析服務費用之預算協商方式：

- (1) 因門診透析服務費用涉及醫院及西醫基層兩總額部門，依協商原則，其預算編列及計算方式如下：
 - ① 合併醫院及西醫基層兩總額部門門診透析服務費用，並統為運用。
 - ② 兩部門之費用計算方式：先協定透析費用總成長率，再依兩部門協商當年第 1 季點數占率分配預算，而得醫院及西醫基層門診透析服務費用及其成長率。
 - (2) 門診透析服務費用之協商安排，過去係依該兩總額部門抽籤順序，併入抽籤序優先之協商部門場次後進行協商，並未有單獨協商場次，為利其協商程序明確及運作順利，擬明列其協商場次。
 - (3) 因應門診透析單獨列為協商場次，本會重新檢視該協商場次有關台灣腎臟醫學會代表之角色定位：
 - ① 因門診透析預算分別編列在醫院及西醫基層總額，歷年透析預算之協商，均由該兩部門共同推派代表主談，並考量預算協商涉及透析專業，亦邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明(如附件，協商共識會議(二)與會人員之(4)門診透析服務，第 52 頁)。
 - ② 惟近年總額協商時，台灣腎臟醫學會代表多次表達，該會應有協商代表名額，直接參與門診透析服務協商，而非僅列席說明。爰請委員考量，門診透析場次協商，台灣腎臟醫學會代表之角色，是否維持現狀，列席說明，或修正為該會可推派 1 名代表參與協商，請討論。
2. 修訂內容：擬修正二、協商共識會議(三)進行方式 3. 協商時間表，單獨列出門診透析服務預算協商場次(如附件劃線處，第 53 頁)；其餘配合修正文字。

(三)另將配合討論事項第一案之決議，修訂協商程序相關文字，如第一點「工作計畫表」之一、(四)及二、(二)與附表之劃線處(如附件，第 50~51、55 頁)。

四、至於各部門之協商順序，援例由各部門委員代表於本年 7 月份委員會議自行或派員抽籤決定。若無法派員抽籤，則擬授權由本會執行秘書於會議上代抽。至於門診透析服務協商時段，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。後續將依抽籤結果安排「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，並於 8 月份委員會議提報。

五、另檢附「112 年度總額協商程序」供參考(如參考資料，第 56~61 頁)。

擬辦：擬具「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(修正如附件劃線處)，請討論。主要請委員決議以下 2 點：

- 一、門診透析服務是否列為單獨協商場次。
- 二、有關門診透析協商場次，台灣腎臟醫學會之角色維持列席說明，或修正為推派 1 名代表參與協商。

決議：

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 112 年第○次委員會議(112.○.○)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 113 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 111 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)113 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「<u>112 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽</u>」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 113 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所提出之「<u>113 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體說明如下： <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目、延續性項目預算增減較前一年達 20% 以上者之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，若能提出分年目標值尤佳)。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 4 次委員會議(112 年 5 月 24 日)</p> <p>112 年 7 月 17、18 日</p> <p>112 年第 6 次或第 7 次委員會議(112 年 7 月 26 日或 8 月 16 日)</p> <p>112 年第 7 次委員會議(112 年 8 月 16 日)</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月 16 日下午 (112 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署<u>提送之「113年度總額協商因素項目及計畫草案」</u>，應提報內容及格式如附表： (1)新增項目、<u>延續性項目預算增減較前一年達 20%以上者之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</u>，請以<u>具體、可量化之結果面為導向</u>，呈現資源投入之具體效益。 (2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.<u>113年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議</u>。</p>	<p>112年8~9月</p> <p>112年8月23日上午</p> <p>112年8月25日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目、<u>延續性項目預算增減較前一年達 20%以上者之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</u>。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目、<u>延續性項目預算增減較前一年達 20%以上者之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</u>之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署將研修後之«執行目標»及«預期效益之評估指標»，提報10月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。</p>	<p>112年第6次委員會議(112年7月26日)抽籤^註，於第7次委員會議(112年8月16日)提報排定議程</p> <p>112年9月20日全天；若有未盡事宜，於9月21日上午9時30分繼續處理</p> <p>112年第8次委員會議(112年9月22日上午9時30分開始)</p> <p>112年第9次委員會議(112年10月18日)</p> <p>112年11~12月</p> <p>112年10月2日前 (適逢國慶連續假期，請各總額部門及早準備)</p> <p>112年第10次委員會議(112年11月15日)</p>

工作項目及內容	預訂時程
(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	112年11~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	112年10月~113年12月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：112年9月20日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：112年9月20日(星期三)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於112年9月21日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。(依委員討論決議配合修正)
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總

額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。

2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	90~150分鐘
門診透析 ^{註2}	10分鐘	10分鐘	10分鐘	20分鐘	30~50分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘	20分鐘	50分鐘	75~115分鐘
牙醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
中醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
其他預算	20分鐘	20分鐘		35分鐘	55~75分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額及門診透析服務費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見交換		總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
			所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議		付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算協商		由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商
			若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

- 5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：
 - (1)付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。
 - (2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。
 - (3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。
- 6.各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：112 年 9 月 22 日(星期五)上午 9 時 30 分。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以<u>具體、可量化之結果面</u>呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.延續性項目預算增減較前一年達 20% 以上者，須提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」。 5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 112 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 110 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)112 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業： 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。 1.召開 112 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「112 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(若能提出分年目標值尤佳)。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 (2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p>	<p>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日) 111 年 7 月 20 日</p> <p>111 年第 7 次或第 8 次委員會議(111 年 7 月 29 日或 8 月 19 日)</p> <p>111 年第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)</p> <p>111 年 8 月</p> <p>111 年 8 月 19 日下午 (111 年第 8 次委員會議結束後)</p> <p>111 年 8~9 月</p> <p>111 年 8 月 26 日上午</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「112 年度總額協商因素項目及計畫草案」，應提報內容及格式如附表： (1)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。 (2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.112 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>111 年 8 月 31 日前</p> <p>原則不召開，後續再視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署將研修後之«執行目標»及«預期效益之評估指標»，提報 10 月份委員會議確認。 (2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。 2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>111 年第 7 次委員會議 (111 年 7 月 29 日)抽籤^註，於第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)提報排定議程</p> <p>111 年 9 月 21 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 22 日上午 9 時 30 分繼續處理</p> <p>111 年第 9 次委員會議 (111 年 9 月 23 日上午 9 時 30 分開始)</p> <p>111 年第 10 次委員會議 (111 年 10 月 28 日)</p> <p>111 年 11~12 月</p> <p>111 年 10 月 6 日前</p> <p>111 年第 11 次委員會議 (111 年 11 月 18 日)</p> <p>111 年 11~12 月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<p>111 年 10 月~112 年 12 月</p>

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：111年9月21日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：111年9月21日(星期三)上午9時30分起，
全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於111年9月22日(星期四)上午9時
30分至12時30分討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額
部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，
推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會
談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並
邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總
額，及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於7月份委員會會議抽籤確定後，不可臨時
要求變更。
- 3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開 內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計 (最長時間含各自召 開內部會議時間)
			付費方	醫界方			
醫院	30分鐘	門診透析 20分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	門診透析 20分鐘	130~190分鐘
西醫基層	25分鐘		20分鐘	20分鐘	50分鐘		115~155分鐘

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開 內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開 內部會議時間)
		付費方	醫界方		
牙醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
中醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段 \ 場次		四部門總額協商	其他預算協商
		第一階段 提問與意見 交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
第二階段 視雙方需要 自行召開內 部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)	
第三階段 部門之預算 協商	由「付費方」與「醫界方」雙方 進行預算協商 (得請健保署人員提供說明) 若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	由「付費方」與「健保署」雙方 進行預算協商	

5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

- 6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

(一)時間：111 年 9 月 23 日(星期五)上午 9 時 30 分。

(二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

(三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

第三案

提案人：陳委員節如

連署人：楊委員芸蘋、楊委員玉琦

代表類別：保險付費者代表

案由：有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案，提請討論。

說明：

- 一、各總額部門之醫療資源不足地區改善方案，可提升偏遠地區當地民眾的醫療可近性。其中醫療院所支援極偏遠地區之巡迴醫療服務，因交通因素，致醫療成本相對其他地區為高。
- 二、為鼓勵醫師支援極偏遠地區之巡迴醫療，建議健保署對不同程度偏遠地區之巡迴醫療服務，進行所需之成本分析，合理提升極偏遠地區巡迴醫療之診察費支付。
- 三、因健保資源有限，應合理分配及使用預算，爰建議健保署進行檔案分析，考量下列因素，檢討各地區巡迴醫療執行結果，以提升預算使用效率：
 - (一)宜考慮因交通建設改善後，實質已非偏遠地區，其巡迴點的退場機制。
 - (二)應考量巡迴點每診次醫療服務病患人數及醫療利用情形。
 - (三)應檢討醫療服務品質，並列入醫療院所續辦之考量。

擬辦：如說明二、三。

中央健康保險署意見：(資料後附)

.....

本會補充說明：

- 一、112 年度各部門總額醫療資源不足地區改善方案之預算及決定事項如下：

部門	專款項目	全年經費(百萬元)	決定事項
醫院	醫院支援西醫醫療資源不足地區改	100.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療

部門	專款項目	全年經費(百萬元)	決定事項
	善方案		需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
西醫基層	西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
牙醫門診	醫療資源不足地區改善方案	280.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
中醫門診	醫療資源不足地區改善方案	172.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

二、查各部門總額110年醫療資源不足地區改善方案預算執行率介於42.8%~88.5%；111年(截至第3季)預算執行率介於32.5%~72.1%，詳下表。另整理107~110年各部門總額執行情形供委員參考(如附件，第64~67頁)。

部門	110年預算 (百萬元)	110年		111年預算 (百萬元)	111年(截至第3季)	
		執行數 (百萬元)	執行率 (%)		執行數 (百萬元)	執行率 (%)
醫院	100.0	81.9	81.9	100.0	72.1	72.1
西醫基層	317.1	135.7	42.8	317.1	102.92	32.5
牙醫門診	280.0	247.7	88.5	280.0	167.48	59.8
中醫門診	140.6	119.5	85.0	172.0	93.93	54.6

三、本案屬年度總額訂定後，各部門總額專款計畫之執行面建議，依健保法第61條第4項規定^註，研商及推動總額支付制度係屬保險人權責，健保署皆循法定程序於各部門總額研商議事會議會同醫療服務提供者、付費者代表及專家學者研商計畫內容，爰委員對本案提出之建議，送請該署研參。

註：健保法第61條第4項「第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」。

決議：

107~110年各部門總額醫療資源不足地區改善方案執行情形

表1 西醫基層總額西醫醫療資源不足地區改善方案執行情形

自90年起實施

項目	年度			
	107	108	109	110
預算數(百萬元) ^{註1、2}	187.0	217.1	317.1	317.1
預算執行數(百萬元)	187.0	197.0	174.0	135.7
預算執行率(%)	100.0%	90.7%	54.9%	42.8%
1.巡迴醫療				
目標數				
--鄉鎮數	85	83	97	96
--總服務診次	10,000	10,000	10,000	10,200
--總服務人次	225,000	225,000	225,000	227,000
目標執行數				
--鄉鎮數	83	83	90	86
--總服務診次	12,262	12,598	12,794	12,266
--總服務人次	232,555	236,030	227,016	217,505
目標達成率				
--鄉鎮數	97.6%	100.0%	92.8%	89.6%
--總服務診次	122.6%	126.0%	127.9%	120.3%
--總服務人次	103.4%	104.9%	100.9%	95.8%
2.獎勵開業				
新開業診所家數	7	1	0	0
持續辦理開業計畫診所數	5	12	8	4
服務量(門診人次) ^{註3}	45,714	53,484	30,134	5,855
計畫結束後持續開業家數 ^{註4}	2	3	5	6

註：1.108年新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20.1百萬元，因有其他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行，故108年度實際可執行預算數為197百萬元。

2.本項專款醫院與西醫基層得相互留用，107、108年結算點數超出預算，由醫院總額同項專款支應6.7及1.4百萬元，並改採浮動點值，如未採浮動點值，則執行率分別為104.5%、114.6%。

3.獎勵開業服務計畫之服務門診人次不含該診所巡迴計畫服務人次。

4.計算自105年起至當年度結束計畫、退出計畫後持續開業之累計診所家數。

表 2 醫院總額西醫醫療資源不足地區改善方案—醫院支援西醫基層執行情形
自100年起實施

項目	年度	107	108	109	110
西醫醫療資源不足地區改善方案					
預算數(百萬元)		80.0	80.0	80.0	100.0
預算執行數(百萬元) ^{註1}		80.0	80.0	80.0	81.9
預算執行率(%) ^{註2}		100.0%	100.0%	100.0%	81.9%
巡迴醫療					
目標數					
--鄉鎮數		30	32	31	32
--總服務診次		3,000	3,000	3,000	3,000
--總服務人次		50,000	50,000	50,000	50,000
目標執行數					
--鄉鎮數		29	31	32	33
--總服務診次		4,712	5,023	5,235	4,740
--總服務人次		65,642	67,884	71,396	62,494
目標達成率					
--鄉鎮數		96.7%	96.9%	103.2%	103.1%
--總服務診次		157.1%	167.4%	174.5%	158.0%
--總服務人次		131.3%	135.8%	142.8%	125.0%

註：1.107~109年結算點數分別為73.3、78.6、86.6百萬點。

2.本項專款醫院與基層得相互流用，107~108年西醫基層同項專款全年預算不足，由醫院總額專款支應6.7、1.4百萬元，故實際執行率為91.6%、98.2%；109年醫院超支6.6百萬元，由西醫基層移撥，故實際執行率為108.3%。

表3 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執行情形

自91年起實施

項目	年度			
	107	108	109	110
醫療資源不足地區改善方案				
預算數(百萬元)	280.0	280.0	280.0	280.0
預算執行數(百萬元)	251.6	258.9	253.4	247.7
預算執行率	89.9%	92.5%	90.5%	88.5%
1.無牙醫鄉執業服務				
目標數				
--無牙醫鄉減少數 ^{註1}	35	37	37	37
--總服務天數	5,600	5,600	5,600	6,000
--總服務人次	50,000	50,000	50,000	50,000
執行數				
--無牙醫鄉減少數	37	38	37	37
--總服務天數	6,513	6,727	6,025	5,636
--總服務人次	48,746	51,775	47,869	46,601
目標達成率				
--無牙醫鄉減少數	105.7%	102.7%	100.0%	100.0%
--總服務天數	116.3%	120.1%	107.6%	93.9%
--總服務人次	97.5%	103.6%	95.7%	93.2%
2.無牙醫鄉巡迴服務				
目標數				
--醫療團	18	19	19	19
--醫療站	14	22	22	22
--總服務天數	6,000	6,000	6,000	10,000
--總服務人次	100,000	100,000	100,000	110,000
執行數				
--醫療團	19	19	19	19
--醫療站	21	22	25	26
--總服務天數	11,588	11,562	11,157	10,500
--總服務人次	123,600	127,631	124,764	113,254
目標達成率				
--醫療團	105.6%	100.0%	100.0%	100.0%
--醫療站	150.0%	100.0%	113.6%	118.2%
--總服務天數	193.1%	192.7%	186.0%	105.0%
--總服務人次	123.6%	127.6%	124.8%	103.0%

註：無牙醫鄉執業服務之目標數「無牙醫鄉減少數」係指自91年度起累計無牙醫鄉減少數。

表 4 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案執行情形
自92年起實施

項目	年度	107	108	109	110
醫療資源不足地區改善方案					
預算數(百萬元)		135.6	135.6	135.6	140.6
執行數(百萬元)		123.4	135.3	135.6	119.5
預算執行率 ^{註2}		91.0%	99.8%	100.0%	85.0%
1.巡迴醫療服務計畫					
申報點數(百萬點)		79.1	87.1	95.5	89.0
目標數					
--計畫數(鄉鎮數)		80	80	80	80
--總服務天數		5,700	5,700	5,700	10,000
--總服務人次		145,000	145,000	145,000	240,000
執行數					
--計畫數(鄉鎮數)		103	112	116	116
--計畫數(巡迴點)		263	285	308	319
--總服務天數		9,808	11,174	13,346	12,251
--總服務人次		235,807	278,599	315,838	260,391
目標達成率					
--計畫數(鄉鎮數)		128.8%	140.0%	145.0%	145.0%
--總服務天數		172.1%	196.0%	234.1%	122.5%
--總服務人次		162.6%	192.1%	217.8%	108.5%
2.獎勵開業服務計畫					
申報點數(百萬點)		44.3	48.3	48.2	30.5
目標數(鄉鎮數)		5	5	5	5
執行數(鄉鎮數)		5	2	5	0
目標達成率		100%	40%	100.0%	0.0%

註：1.巡迴醫療服務計畫數，係指提供中醫門診巡迴醫療服務之無及僅有1家中醫醫事服務機構鄉鎮數；獎勵開業服務計畫目標數，係指當年度無中醫鄉鎮減少數。
2.109年結算點數超出預算改採浮動點值，如未採浮動點值，執行率為106%。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)，請鑒察。

(資料後附)

.....
本會補充說明：

一、本案依 112 年度工作計畫辦理，安排本項報告之考量為：

(一)112 年度醫院總額決定事項「請健保署會同醫院總額相關團體提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形」。

(二)分級醫療為衛福部近年重點政策，本會委員多次表達，認為分級醫療成效似不明顯，建議宜進行整體成效檢討及改善。

二、為利委員了解分級醫療之背景，重點摘要分級醫療推動及總額預算編列情形，供委員參考：

(一)衛福部之分級醫療政策：

為促進醫療資源均衡發展，衛福部自 106 年起擬訂推動分級醫療策略，包括「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」、「提升基層醫療服務量能」及「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」等。本會亦配合衛福部分級醫療政

策，編列相關預算提供相關政策誘因。

(二)配合分級醫療政策，總額預算編列情形(相關預算彙整如下表)：

1.在西醫基層部分：

- (1)為擴大診所服務範疇，自 106 年起，於西醫基層總額編列專款項目「強化基層照護能力『開放表別』」，並擴大辦理「家庭醫師整合性照護計畫」，以提升西醫基層診所服務量能。
- (2)另為強化醫院與診所醫療合作服務，自 107 年起，於醫院、西醫基層總額編列專款項目「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，新增轉診相關支付標準，並於其他預算編列「基層總額轉診型態調整費用」，支應相關風險調整所需費用。

2.在醫院部分：

- (1)為避免大醫院因為門診收入縮減而影響運作，於 106 年運用「醫療服務成本指數改變率」所增預算，其中 60 億元調高 1,716 項急重症醫療支付標準，107 年投入 9.86 億元，調整護病比加成與 ICU 護理費。
- (2)為鼓勵大醫院下轉輕症病患，優先照護急重症患者，於 107 年度醫院總額明訂門診減量措施，即區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%，並以 5 年降低 10%為目標值。惟 109 年起因 COVID-19 疫情嚴峻，自 109 年 1 月暫緩實施門診減量措施迄今，以利醫界全力配合防疫。107、108 年門診減量執行結果如附件(第 74 頁)。
- (3)110、111 年度總額於一般服務編列「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」、「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」預算，用於保障點值及調整相關支付標準，並於 112 年度總額移列至專款項目。

單位：億元

核(決)定項目	總額	106	107	108	109	110	111	112	合計
強化基層照護能力及「開放表別」項目	西醫 基層	2.5	4.5	7.2	8.2	9.2	12.2	13.2	57.0
家庭醫師整合性照護計畫		20.3	24.3	28.8	35.0	36.7	39.48	39.48	224.06
鼓勵院所建立轉診合作機制			1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58	14.19
持續推動分級醫療，壯大社區醫院 ^{註2}	醫院 ^{註1}		2.58	6.89	6.89	4.0	2.247	2.247	24.854
提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變 ^{註2}							5.0	10.0	5.0	20.0
基層總額轉診型態調整費用	其他 預算		13.46	13.46	10.0	10.0	8.0	8.0	62.92

註：1.106年運用「醫療服務成本指數改變率」增加預算，其中60億元調高1,716項急重症醫療支付標準，107年投入9.86億元調整護病比加成與ICU護理費。

2.110~111年編列於一般服務，112年編列於專款項目，名稱修正為：「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。

三、考量分級醫療政策已推行多年，健保總額亦配合投入相當預算，藉由本次整體分級醫療政策成效檢討，建請衛福部及健保署參考委員所提意見，並考量COVID-19疫後之醫療供需情形，研訂未來更有效的推動策略及相應之政策目標。

四、劉委員淑瓊於本年4月28日提出本案需請健保署回應或說明之問題，本會於5月1日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切問題如下：

(一)請說明分級醫療執行成效中「接受上轉」、「接受下轉」(「單向下轉」及「回轉」)之定義。

(二)請說明107~111年「接受下轉」並排除90天內再於醫院層級就醫之案件數。

(三)請說明「建立轉診之合作機制」中，5項轉診支付標準項目(醫院「辦理轉診費_回轉及下轉」；醫院及診所「辦理轉診費_上轉」；醫院及診所「接受轉診診察費加算」)之檢討情形。

決定：

區域級(含)以上醫院門診減量執行結果

季別	層級別	家數	達標家數	符合減量範圍 件數成長率	核扣點數 (億點)
107年Q3	醫學中心	19	13	-2.8%	0.62
	區域醫院	71	57	-3.6%	0.72
	小計	90	70	-3.3%	1.34
107年Q4	醫學中心	19	11	-0.7%	2.22
	區域醫院	71	44	-1.7%	1.33
	小計	90	55	-1.3%	3.55
108年Q1	醫學中心	19	19	-5.3%	0
	區域醫院	69	55	-4.9%	1.16
	小計	88	74	-5.1%	1.16
108年Q2	醫學中心	19	19	-4.9%	0
	區域醫院	69	56	-4.7%	1.03
	小計	88	75	-4.8%	1.03
108年Q3	醫學中心	19	19	-5.7%	0
	區域醫院	69	62	-5.0%	0.36
	小計	88	81	-5.3%	0.36
108年Q4	醫學中心	19	17	-2.7%	0.16
	區域醫院	69	42	-1.5%	1.35
	小計	88	59	-2.0%	1.52

註：1.自107年第3季起，區域級(含)以上醫院門診件數須較106年降低2%，並以達5年內門診減量10%為目標。

2.不列入門診減量件數之排除類別如下：

- (1)透析、代辦、轉代檢及其他部門，其件數及點數排除。
- (2)非屬醫院申報者不計(如：特約藥局、物理治療所、檢驗所等)。
- (3)下列12項案件：1重大傷病(含罕病)案件、2轉診案件、3視同轉診案件、4山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS計畫)、5醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門、6論病例計酬案件、7愛滋病案件、8C肝案件：門診案件分類為E1且特定治療項目(一)~(四)為H1或HE、9論質計畫且慢性病未穩定案件、10主診斷為類流感案件、11急診案件、12門診手術案件。
- (4)慢性病連續處方箋調劑(案件分類為08)、診察費為0案件、補報原因註記為2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。
- (5)108年修訂計算邏輯:除上述12項案件外，增訂排除轉出(實際下轉成功)案件；另溯自108年1月1日起當季門診減量幅度如超過目標件數，可累計至下一季併同計算，並累計至當年第四季止。

3.109年因應COVID-19疫情暫緩執行。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案，請鑒察。

(資料後附)

.....
本會補充說明：

一、依 112 年度總額關於本案之決定事項如下：

(一)門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(二)請中央健康保險署(下稱健保署)辦理下列事項：

會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至健保會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提健保會報告。

二、本案係健保署依前項(二)提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之執行內容，至於本會研析意見，俟健保署資料送會後，再行提供。

決定：

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

附錄一

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳思琪
聯絡電話：(02)8590-6871
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年5月5日
發文字號：衛部健字第1123360056號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：本會第6屆112年第3次委員會議紀錄節錄及意見摘要

主旨：檢陳本會對「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之意見，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部112年4月19日衛部保字第1121260130號函。
- 二、鈞部依據全民健康保險法第60條規定，交下擬訂之113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案，經提本會第6屆112年第3次委員會議(112.4.26)報告，檢送會議紀錄決定、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要，併同發言實錄，如附件，敬請鈞部參考。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：范裕春
聯絡電話：(02)8590-6860
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsfrank8@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年5月8日
發文字號：衛部健字第1123360059號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄及與會人員發言實錄(節錄)

主旨：有關貴署提送111年度全民健康保險基金附屬單位決算及113年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，本會決定不予備查，復請查照。

說明：

- 一、併復貴署112年2月15日健保計字第1120720120號及同年3月17日健保計字第1120720184號函。
- 二、所送旨揭決算及預算備查案，經提本會第6屆112年第3次委員會議(112.4.26)報告，決定不予備查，委員所提意見，請貴署研參(會議紀錄及與會人員發言實錄節錄如附件)。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部社會保險司(含附件)

政府應負擔健保總經費法定下限之爭議過程及計算說明

社會保險司

- 一、依 102 年 1 月 1 日實施之健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。另依同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。故政府每年應撥補之健保總經費法定下限差額可以用下列計算式呈現： $36% * [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入]$ - 政府已負擔數。(相關法條請參閱附件 1，第 84~85 頁)
- 二、政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，實施初期本部與主計總處因法規見解不同，致預算編列陸續產生爭議，經行政院二階段協商，已有明確結論，相關內容如下：
- (一) 第一階段爭議(102-105 年度)：
1. 當時各年度健保財務收支均有結餘，以 102 年為例，本部主張就收入面反推之全年結餘 728 億元^{註 1}，應依健保法第 76 條規定全數計入算式中之「應提列或增列之安全準備」，如此無論從收入面或支出面計算均可得相同結果。主計總處則引用健保法第 78 條，選擇以 1 個月安全準備總額為基礎，102 年度「應提列或增列之安全準備」僅列計 208 億元（當時 1 個月安全準備約 418 億元，因 101 年已有累積結餘 210 億元，故再計入 208 億元補足到 1 個月）。雙方各自主張之計算方式請參閱表 1(第 83 頁)。
 2. 經行政院協商決定尊重主管機關對健保之法令解釋權及計算方式，並於

註 1：以保險對象及民營雇主應負擔保險費回推出總保費 $[(1,957+1,558)/0.64=5,491$ 億元]+保險費以外之收入淨值(259 億元)-保險成本(5,021 億元)=年度收支結餘(728 億元)。

104年6月2日函送協商結論，請本部修正施行細則，自104年度起將政府實質負擔之原住民健保費等9項，列入政府已負擔數計算(詳附件2，第86~88頁)。惟修正施行細則時，部分健保會委員爭取下，經立法院實質審查將9項改為7項，並修正自105年起實施。

(二) 第二階段爭議(106年度)：

1.後因預估收支將轉為短絀，對於遇有短絀之年度，算式中「應提列或增列之安全準備」項目，究應計為0或是計入年度短絀數，本部與主計總處意見又生歧異。本部當時主張短絀時應採支出面算法，並應將提列或增列之安全準備以0值代入。主計總處則認為若因健保盈、虧而有不同算法，將造成前後年度算法不一，違反法安定性，應依當年度實際營運數計列「應提列或增列之安全準備」，使計算方式前後一致。雙方各自主張之計算方式請參閱表2(第83頁)。

2.經行政院再次跨部會協商，並於106年2月3日核復(詳附件3，第89~90頁)，本案係因法規不明確致生爭議，惟修法曠日廢時，先以條文解釋方式處理，再適時提出修法使相關規定更臻明確。考量目前健保未以平衡費率計收保險費，在長期平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，而健保法第76條安全準備之內涵，即為平衡財務，具調節盈餘、短絀之性質，若均以正值或0值計算，導致帳務收支不平衡之諸多不合理現象，因此各年度算式中「應提列或增列之安全準備」項目，應無論盈虧皆以「實際營運值」全數計入該項目，使計算方式符合前後一致。而該計算結果即為政府負擔勞資政三方總保險費36%之數值【(民眾負擔+民營雇主負擔)/64%*36%】^{註2}。自此，確立本案之法律見解及計算方式，本部與主計總處之長期爭議業獲解決。

註2：以保險費推算政府責任符合二代健保收支連動之精神

$$\text{保險收入} = \text{保險費收入} + \text{法定收入} \quad \dots\dots\text{①}$$

$$\text{保險收入} = \text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} \quad \dots\dots\text{②}$$

$$\text{因①} = \text{②}，$$

$$\text{故保險費收入} = \text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入}$$

三、綜上，目前政府應負擔健保總經費法定下限之法律見解及計算方式，確係經行政院跨部會研商確立；各年度據以計算之政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，亦有相關法定文書備查。我們尊重委員的不同見解，也願意在未來修法時將條文寫得更明確，但希望委員尊重現行法制運作下的結果。

表 1：本部與主計總處第 1 次爭議之政府應負擔數計算方式比較

102 年度	政府負擔數(A)	總保險費(B)	〔保險給付支出+應提列或增列之安全準備-法定收入〕(C)	政府負擔比率		
				支出面 (D)=(A)/(C)	收入面 (E)=(A)/(B)	
收入面	1,977	5,491			36.00%	
支出面	衛福部	1,977	5,491	5,021+728-259=5,491	36.00%	36.00%
	主計總處	1,787	5,301	5,021+208-266=4,963	36.00%	33.71%

註 1:主計總處認列之法定收入為公彩、運彩、菸捐分配。

註 2:部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與尾數之間，容有未能完全吻合情況。

表 2：本部與主計總處第 2 次爭議之政府應負擔數計算方式比較

106 年度	政府負擔數(A)	總保險費(B)	〔保險給付支出+應提列或增列之安全準備-法定收入〕(C)	政府負擔比率		
				支出面 (D)=(A)/(C)	收入面 (E)=(A)/(B)	
收入面	2,061	5,726			36.00%	
支出面	0 值	2,097	5,761	5,998+0-174=5,824	36.00%	36.39%
	實際值	2,061	5,726	5,998-98-174=5,726	36.00%	36.00%

相關法規

■全民健康保險法

第 2 條第 5 款：「保險經費」指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

第 3 條：政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。

第 17 條：本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 76 條：本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

第 78 條：本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。

■全民健康保險法施行細則

第 45 條:本法第 3 條第 1 項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下:

- 一、政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第 27 條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

<修正前>本法第 3 條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

第 73 條:本細則自中華民國 102 年 1 月 1 日施行。

本細則修正條文，除中華民國 104 年 12 月 15 日修正之第 45 條自 105 年 1 月 1 日施行外，自發布日施行。

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058 臺北市忠孝東路1段1號
傳 真：02-33566920
聯 絡 人：王馨儀
電子郵件：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國104年6月2日
發文字號：院臺衛字第1040134413號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (104GA01715_1_021540344521.docx)

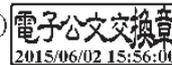
主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額之疑義」之檢討結果及解決方案一案，照104年5月15日本院杜政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論辦理。

說明：

- 一、復104年3月5日衛部保字第1041260164號函。
- 二、檢附104年5月15日本院杜政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：財政部、國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



衛生福利部 104/06/02



保 1040116171

104年5月15日本院社政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論

- 一、本案有關政府應負擔全民健康保險法（以下簡稱健保法）法定下限差額之計算方式，仍依 103 年 12 月 29 日第 1 次會議協商結論，尊重主管機關衛生福利部對健保之法令解釋權及計算方式。
- 二、有關健保法第 3 條第 1 項「政府每年度負擔本保險之總經費」之認列範圍，除衛生福利部所提「原住民健保費」、「65 歲以上離島地區居民健保費」、「中低收入戶健保費」、「70 歲以上老人健保費」、「中重度身心障礙者健保費」、「中低收入戶 18 歲以下兒少健保費」等 6 項外，本院主計總處所提「失業被保險人及其眷屬健保費」、「受僱者（勞工身分）育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費」、「經濟弱勢者健保費」等 3 項，均屬健保收入面中政府已實質負擔之保險費，應予列入，自本（104）年度起實施，並請衛生福利部儘速修正「全民健康保險法施行細則」第 45 條規定，將以上 9 項認列為政府已負擔保險費之範圍；至財政部所提「公益彩券回饋金－協助弱勢族群排除就醫障礙」，據衛生福利部說明該項補助用途尚包括交通費、掛號費等非屬健保費之項目，爰不宜納入認列。另請本院主計總處會同衛生福利部，依前開原則重新計算本案預算不足數金額，並依政府財政狀況分年撥補。
- 三、依衛生福利部「102-106 年度健保財務狀況及政府應負擔 36%法定下限差額」資料估計，104 年健保安全準備總額預計將超過健保法第 78 條訂定以 1 個月至 3 個月為原則之上限甚多，恐引發調降保險費率及提高健保支出之爭議，且考量健保費率易降難升，安全準備總額應儘可能維持一定水準，以兼顧健保財務及國家財政。目前每年菸捐分配 70% 挹注於健保安全準備，其他運用於弱勢照顧之比率偏低，尚有檢討空間，仍請衛生福利部確實依本院秘書長 103 年

12月22日院臺衛字第10300157752號函示儘速檢討菸捐分配比率，建議可朝訂定彈性調整菸捐用途別分配比率之機制，或仍採固定分配比率並定期進行滾動式檢討等兩方向研議，於本年6月底前完成檢討並進行修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第4條之程序，俾使菸捐之分配使用更符實需，發揮最大效益。

- 四、現階段健保財務狀況雖有足額的安全準備，但邁入高齡社會後，未來仍將面臨財務壓力，請衛生福利部短期仍應透過二代健保已建立之收支連動機制，並持續推動各項開源節流措施，延後健保財務困窘發生之時間點；長期則建議擬訂中長程計畫或邀集產、官、學等各界專家，共同檢討健保制度，就健保財務制度及醫療資源分配等項提出完整的規劃，作為下一階段健保改革之參考，以確保健保永續經營。

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920
聯絡人：王馨儀
電子信箱：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國106年2月3日
發文字號：院臺衛字第1060162872號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (A21000000I0000000_1060162872-0-0.tif)

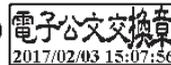
主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額」之計算疑義一案，照106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論辦理。

說明：

- 一、復105年8月11日衛部保字第1051260337號函。
- 二、檢附106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



衛生福利部 106/02/03



保 1060103542

106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論

- 一、本案係因現行全民健康保險法（以下簡稱健保法）對政府應負擔全民健康保險（以下簡稱健保）總經費法定下限36%之規定不明確，致衛生福利部與本院主計總處對相關條文之法令見解及計算公式產生不一致情形，惟考量修法恐曠日廢時，現階段宜先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法，俾使相關規定更臻明確。
- 二、依健保法第2條及第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限之計算方式為「36%（保險給付支出＋應提列或增列之安全準備－法定收入）」。考量目前健保未以每年度平衡費率計收健保費，使健保在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，經衡酌同法第76條有關提列安全準備之內涵，安全準備應有平衡健保財務之目的及調節健保盈餘、短絀之性質，倘安全準備均以正值或零值計算，將使健保帳務收支不平衡，並導致諸多不合理現象。
- 三、本案有關「應提列之安全準備」之處理方式，應採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限36%之責任。請衛生福利部會同本院主計總處就本案立法意旨及計算公式內涵研擬說帖，並向全民健康保險會妥適說明。

有關二代健保政府應負擔健保總經費法定下限計算方式爭議之探討

李永振

一、政府應負擔二代健保總經費法定下限之計算方式由下列之相關法條規範應可明確獲得，但主責單位或稱：因為無法由相關條文直接計算該數額，或曰：該計算方式規定不明確，實令人不解！

(一)健保法第 2 條第 1 項第 5 款：保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

(二)健保法第 3 條：政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。

(三)健保法第 76 條：本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源包括：

1.本保險每年度收支之結餘、2.本保險之滯納金、3.本保險安全準備所運用之收益、4.政府已開徵之菸、酒健康福利捐、5.依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

(四)健保法第 78 條：本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。

(五)健保法施行細則第 45 條(101.10.30 修正發布之原條文)：本法第 3 條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

二、二代健保實施初期，各主責單位對於法令之規範，由各自立場解讀，致產生曲解或掉入迷思陷阱，沒有精準掌握立法意旨，出現爭議！對於政府應負擔健保總經費法定下限計算方式，就是其中之一：

(一)由前述之法令規範，政府應負擔健保總經費法定下限之正解為：
 $36\% \times [(保險給付支出 + 應提列或增列安全準備) - 法定收入]$ 。

(二)衛福部健保署則依據健保法第 2 條、第 3 條及第 17 條提出收入面之公式： $(民眾及雇主負擔保險費 \div 64\%) \times 36\%$ ，但由這些法令看不出公式之存在(依法無據)。

健保法第 17 條：本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

(三)主計總處則依健保法第 2 條、第 3 條及第 78 條提出如下經補強之支出面公式： $[\text{保險給付支出} + (\text{1 個月之保險給付支出} - \text{年初安全準備總額}) - \text{法定收入}] \times 36\%$ ，公式中(1 個月之保險給付支出-年初安全準備總額)若為負數以 0 代入，即政府補至安全準備 1 個月保險給付支出就可以，亦是沒有遵循法令規範！

(四)兩單位的算法雖都沒有遵循法令規範，仍透過行政院跨部會多次協商，於 104 年 5 月 15 日獲致如下結論：

結論一：計算方式原則尊重主管機關(衛福部)的法令解釋權，採健保署收入面算法。

結論二：儘速修正健保法施行細則第 45 條，將其他法令規範贊助 7 類人員繳納健保費屬於社會福利補助之金額，視為政府所繳健保費的費用。

健保法施行細則第 45 條(105.12.23 修正發布之現行條文)：

本法第 3 條第 1 項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 1.政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費。
- 2.政府依本法第 27 條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 3.受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

結論三：儘速檢討菸捐分配比例。

三、健保署於預估 106 年度健保財務時，發現將產生收支短絀，提出要改變計算方式之主張，行政院遂進行第二度協商。據當時借調參與協調爭議之財政部專門委員蔡玉時對此議題評析之文章，協商結論為：健保署計算方式改按支出面計算恐無實益，應維持行政院 104 年第一次協商以收入面計算方式之決定。

四、協商後本議題又衍生新質疑，主責單位雖提出說明(如附件 1、2，第 98~111 頁)，但一直無法釋疑解惑，亦沒有針對質疑者之論點，提出有力之法理駁辯！每詢及本議題時，健保署總是重複說明如

後：本署歷來依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。其說明存有幾項問題，卻沒有進一步的說明！

- (一)依前述說明，行政院協商結論係 104 年完成，目前之質疑項係 106 年 7 月才於健保會提出，104 年協商時不存在之議題，如何以其結論處理？
- (二)104 年結論的計算方式係採沒有法令依據支撐的衛福部健保署提出的收入面計算，後來又改為不是結論的支出面算法，依據為何？
- (三)健保署辦理的法令依據，為何沒有遵循「明定本保險安全準備之來源及財務短絀之處理方式」關鍵的健保法第 76 條規範？
- (四)新採用的支出面算法公式中「應提列或增列之安全準備」項目，為何沒有遵循健保法第 76 條第 1 項有關安全準備之來源規範計算，而僅以本保險實際營運結果代入，更代入短絀之負值？明顯減輕政府對於二代健保應盡之財務責任！

五、衛福部目前採用計算公式中有關「應提列或增列安全準備」之釐清說明中，不合乎法理之待釐清點。

- (一)健保法相關規定與「應提列或增列之安全準備」於計算公式疑義之說明提及(詳附件 1，第 98~108 頁)，依健保法第 3 條第 1 項規定，政府應負擔法定下限金額= $36\% \times [(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列安全準備}) - \text{法定收入}]$ ，其中保險給付支出及法定收入均有明確數值，但應提列或增列之安全準備，健保法並未明定計提方式。由於 102 年至 105 年度健保每年收支均有結餘，健保署依健保法第 76 條規定，將結餘全數提列安全準備，並將該數額計入公式中「應提列或增列之安全準備」項目，並依此導出收入面算法(民間負擔 $\div 64\% \times 36\%$)，支出面與收入面獲致相同結果。其說明尚待釐清點：

- 1.說明中，引保險收入=支出+應提列或增列之安全準備 \Rightarrow 保險收入-支出=應提列或增列之安全準備，另保險收入減支出應等於收支餘絀，102~105 年度均有結餘，致以結餘數視為應提列或增列

之安全準備代入公式，但依健保法第 76 條第 1 項訂定安全準備之來源，年度保險收支結餘只是法定來源五種之一，另有四種未計入，沒有法遵，亦低估政府應盡之財務責任?!

2. 將收支餘絀視為應提列或增列之安全準備，在邏輯上是否有混淆之嫌？依此而導出之收入面公式是否正確？！
3. 法定收入只言及有明確數值，並未清楚說明，是否有擴大認列之疑慮？(擴大認列可減少政府之負擔)
4. 若依收入面與支出面方法算得的結果是相同的，為何不以較簡易可算得的收入面的公式入法，卻以令人摸不著頭緒的支出面方式規範！當時立法的精神、意旨，就是要政府多負擔二代健保財務責任。

(二)公式中「應提列或增列之安全準備」項目，應不論盈虧皆採實際值計算，該段說明應是在剖析、探討目前的法令規範是否合情理，但不能說明目前的處理是依法行政！依健保法第 76 條第 1 項第 1 款規定，只有年度保險收支結餘才列入安全準備來源之一，若短絀只能以 0 計入，何來計入短絀負值之餘地？何況其餘四項來源完全不見了！如果其論述有道理，也應先修法才可運用，哪有自認有理就直接採行，何來依法？另其他說明亦有不合邏輯之虞：

說明一：用以填補短絀之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法分攤其中的 36%，應納入考量。此點在健保法第 76 條第 2 項已納入考量，應無疑義！但將此項規範扯到安全準備之提列，似乎有些無厘頭！其論述提及，當年度收入少於支出時(短絀)，「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，等同政府當年度尚需額外負擔短絀之 36%，不合理，且不符合健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。明顯曲解第 76 條第 2 項條文之規範，似有混淆視聽之嫌！

說明二：二代健保增訂之政府責任，立法原意涵蓋保險費負擔比率的觀念。又扯健保法第 17 條規定，此條內容雖勉強可視

為「保險費收入分攤原則」，但並沒明定個別應分攤比率！於健保法條文只看到政府應負擔之法定下限為 36%，此意謂著，依該法所規範方式計算，政府負擔之比率是浮動，但就是不得少於 36%，這才是正解，何來法規適用上之疑義。

說明三：短絀年度「應提列或增列之安全準備」若以 0 或其他正值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則。此段說明繞不出對健保法第 17 條及第 76 條 2 項規範曲解、錯置之迷思！且文中提及，政府與民間之保險費負擔比率固定，政府負擔 36%，民眾及民營雇主合計負擔 64%。由此觀之，負有法令解釋權責的主責單位所作法令之闡釋，如何令人民信服！

六、依協商結論二修正健保法施行細則第 45 條之合理性(詳附件 2，第 109~111 頁)：

(一)該修正案業經立法院於 105 年 6 月 22 日實質審查，相關法規修正程序已完備，應無疑義。但文中提及，未否決健保法第 27 條各類目的個別負擔責任，且施行細則第 45 條之條文內容，業已敘明其法源依據是健保法第 3 條，則尚須進一步釐清：

- 1.該 7 類人員依健保法第 27 條規範所繳的保險費雖由政府依社會福利贊助，但實質由民間被保險人或團體繳納，應歸屬民間繳納的保險費，今又視為政府已繳的保險費，認知有些錯亂！政府編列的社會福利預算又可作為政府負擔社會保險的保險費支出，一魚兩吃，令人欣羨！
- 2.至於施行細則第 45 條第 1 項第 2 款提到，其他法律規定補助.....，其法依據為健保法第 3 條。健保法第 3 條有 2 項，第 1 項規定政府應負擔建保總經費法定下限，很明確；第 2 項雖有提及「依法令規定」，但其應在規範應編列本保險相關預算支應該負擔 36% 不足數額，由主管機關撥補，找不到有「其他法律規定補助」之法源文字，又令人一頭霧水！

(二)111 年 2 月份委員會議，衛福部函送「全民健保財務調整措施」

草案，請本會表示意見。其中近期可推動措施第 4 項「強化政府財務責任」擬修正施行細則第 45 條，則每年健保保費可增至少 128 億元，但至今已逾 1 年，仍未見成果，期盼衛福部能依 104 年 5 月之協商結論一，趕快執行法令解釋權力，修回原條文內容，以解健保財務燃眉之急。

依衛福部計算政府應負擔二代健保總經費法定下限之方式，與本文質疑論述的計算方式所算得的金額，105~111 年 7 年間政府約少負擔 973 億元，加上施行細則第 45 條修回原條文內容，1 年又多 128 億元，兩者若同時實現，當年可增 1,101 億元的收入，對目前吃緊的健保財務如吃下一顆大補丸，至少 3~4 年不須調漲保費費率，亦可藉此緩衝期間，研擬中長期之財務調整措施，落實享譽全球的台灣健保制度真的可以永續！

(衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第3次委員會議補充資料1P.67)

110至113年健保財務收支情形及模擬試算表

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年	
				總額成長率 採下限 1.053%	總額成長率 採上限 4%
	審定決算數	自編決算數	預估數		
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,450	8,697
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	1.053%	4%
保險成本	7,274	7,498	7,792	7,871	8,115
保險成本成長率	4.60%	3.08%	3.92%	1.01%	4.14%
非保險給付占率	7.22%	7.43%	6.91%	6.93%	6.74%
保險收入	7,119	7,602	7,708	7,842	7,841
保險收入成長率	13.39%	6.78%	1.40%	1.73%	1.72%
一、保險費相關收入	6,948	7,433	7,540	7,673	7,673
(一)保險費收入	6,990	7,472	7,343	7,517	7,517
1.一般保險費	5,663	5,862	5,957	6,072	6,072
2.補充保險費	582	724	589	605	605
3.政府負擔不足法定 36%之差額	745	886	797	840	840
(二)其他收入	-42	-39	197	156	156
二、安全準備相關收入	171	169	169	169	168
當年安全準備填補金額	326	65	253	198	442
當年保險收支餘絀	-155	103	-84	-29	-274
保險收支累計餘絀	936	1,040	956	927	681
約當保險給付支出月數	1.55	1.66	1.47	1.41	1.01

製表日期：112.04.18

- 說明：1、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限 36% 差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 3、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 4、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 5、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 6、以全民健康保險會 111 年第 11 次委員會議(111.11.18)審議「全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)」資料之假設進行推估，113 年保險費率以維持 5.17% 推估，另政府負擔不足法定 36% 之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 7、110 年保險收入成長 13.39%，主要係因一般保險費及補充保險費之費率分別調為 5.17% 及 2.11%；111 年保險收入成長 6.78%，主要係因平均投保金額(基本工資調漲及軍公教調薪等)及補充保險費較去年增加所致。
- 8、112 年納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金 240 億元；113 年納入「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金 200 億元；平均眷口數自 112 年起由 0.58 人調降為 0.57 人。
- 9、為評估 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，係依 113 年度總額基期淨值約 8,362.29 億元為基期進行計算。
- 10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 109 年第 8 次委員會議資料 P.118~139)

討論事項第五案

提案人：干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員育家、林委員敏華、林委員錫維、邱委員寶安、馬委員海霞、張委員文龍、許委員美麗、許委員駢洪、陳委員有慶、陳委員炳宏、陳委員莉茵、葉委員宗義、趙委員銘圓、蔡委員明鎮、鄭委員建信、鄭委員素華(依委員姓名筆劃排序)

代表類別：保險付費者代表

案由：近年政府未遵循健保法承擔 36% 經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，如說明一，將加速 110 年安全準備餘額降至 0.5 個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，如說明三-1 及說明四，以供健保會委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3~2.5 個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案，提請討論。

說明：

一、長期中肯提醒、政府仍未爭取合法稅賦填補健保經費缺口

(一)檢視近年政府未遵循健保法承擔法定經費

健保法明確規定，政府負擔健保經費「不得少於 36%」，也就是政府負擔健保經費「可以 37%、38%、39%…」，而非「小於 36%」！惟檢視近年政府負擔健保經費 105 年 35%、106 年 34%、107 年 34%、108 年降至 33%，與健保法第 3 條規定不符。政府長期未落實負擔健保法定經費，已影響財務健全，導致 105~108 年健保收入短缺約 487 億元(再加計 109 年預算實估，更將高達 788 億元)；政府逕行調整政策、曲解法規，都沒有主動提會諮詢，而是在健保會委員監理過程被揭露，與

健保法第 5 條規定不符。

(二)主管機關核心幕僚，提供不當的決策資訊，陷部長於不義！

1.過去政府願意撥補 102、103 年應負擔健保經費的高額不足款

關於追回政府應負擔總經費 36%的議題，102、103 年也曾經發生過，當時健保會委員們發現主計總處採用有利政府的計算方式，也就是對於應提列安全準備有所誤解並予以逕減；當時健保會委員也是努力不懈連署提案，並成功爭取回這筆經費(至少 490 億元)；請問最後的受益者是誰？是不是讓健保署在醫療配置上，能有更多的財力資源，使營運更順暢！事隔至今，主管機關核心幕僚仍舊是在「收入面」或「支出面」取巧，選擇對政府負擔較小的方式計算，仍然是在健保會委員的監理過程被揭露(未遵循健保法第 2 條、第 3 條及第 76 條第 1 項計算「政府應負擔法定經費」)，當今政府尚未填補健保經費缺口。

2.拜託社保司捍衛健保法，而非推諉給未來修法！

有關「政府應負擔健保經費 36%不足數問題癥結」，是在修法嗎？健保會長期討論下來，大家皆知悉，問題不在修法！而是沒有落實現行健保制度及法令遵循！請大家互相提醒，健保法的解釋與問責，不是掌握在主計總處！拜託社保司捍衛健保法的「維權天平」，確保全民健保的權益！

3.委員們長期提醒政府撥補健保欠費，體制程序已經盡力

本委員會已經歷多次積極的提醒，甚至為了提高有效溝通層級，109 年 4 月 24 日連署提案「請求健保署協助本委員會向行政院彙報說明」，至今費率審議在即，仍未實現；而政府近年未依法承擔健保經費 36%責任，權責單位亦未積極爭取合法稅賦，撥補健保經費的缺口。

歷次健保會委員會議本案提醒及建議，整理如下表(詳如附件一)

日期	摘要說明	議事錄
107.04.27	提出健保基金附屬單位決算案不予備查之關鍵說明	P19
108.04.26	謹慎審閱健保決算及預算案，連續第2年不予備查。	P29
108.05.07	逕減安全準備來源法定項目，政府負擔經費未達36%！	P24
108.05.24	請社保司在現行制度落實法遵，而非推諉給未來修法！ 追蹤政府欠費議題是否改善，應該在政府何時要撥補！	P18
108.09.27	質疑總額預算的高、低推估，政府承擔健保經費居然一樣！	P88
108.10.25	提醒政府逐年欠費將如滾雪球效應，不怕念起，只怕覺遲！	P37~40
108.11.15	提案請求政府撥補105~107年欠費，以健全健保財務。	P77
108.12.27	提案請求健保署提供「依法計算之財務收支表」(有效監理)	P63
109.02.21	第2次請求健保署提供「依法計算規定之財務收支表」未果	P35
109.04.24	第3次請求健保署提供「依法計算規定之財務收支表」未果 謹慎審閱健保決算及預算案，連續第3年不予備查。 配合紓困方案推動，仍請政府依財政狀況撥補健保欠費。 提案請求健保署協助本委員會向行政院彙報(提高溝通層級)	P14、 P17、 P22、 P103
109.05.22	社保司仍未回答「政府應負擔健保經費的法規計算基礎」	P24
109.07.24	第4次請求健保署提供「依法計算規定之財務收支表」未果	P23
109.08.28	提案請健保署配合上半年疫情，落實109年期中預算檢討。	P49
109.09.25	圖解重申政府未遵循健保法規、負擔健保經費未達法定36% 第5次請求健保署提供「依法計算規定之財務收支表」未果 重申有關提醒政府撥補健保欠費，體制內程序已盡力走完！	P61

二、近年審議費率之法遵基礎失序、預警基礎失真，但真實費率適足！

(一)早期健保署提供「費率審議資料」尚依配合辦理

二代健保開辦初年，有關健保費率審議作業需請健保署配合事項，已於102年9月28日委員會議決議在案(附件二-1)，健保署須提供審議資料應包括「安全準備提撥項目」，檢視105年11月18日費率審議方案，健保署尚依配合辦理，提供「安

全準備提撥項目」(附件二-2, 投影片編號 22, 即依健保法第 76 條第 1 項法定項目列示), 並有明確圖解標示「保險經費 = 保險給付支出 + 應提列之安全準備」(附件二-3, 投影片編號 20, 健保法第 2 條規定)供委員或專家學者瞭解重要影響因素。

(二)關鍵資料「安全準備提撥項目」自 106 年 11 月之後已被移除

惟自 106 年 11 月 17 日費率審議方案已開始移除「安全準備提撥項目」及「保險經費」之說明, 改由「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式」(附件二-4, 投影片編號 15)替換原本前述審議資料之說明, 並且誤導公式「政府應負擔保險總經費 = (保險對象負擔 + 民營雇主負擔) ÷ 64% × 36%」? 實乃依法無據且公式偏頗(在短絀年度更顯不當), 其目的儼然在減輕政府承擔健保經費; 另檢視 107 年 11 月 16 日費率審議方案(附件二-5, 投影片編號 16)及 108 年 11 月 15 日費率審議方案(附件二-6, 投影片編號 18), 如出一轍, 皆誤導「政府應負擔保險總經費之計算方式」。

(三)政府如撥補欠費、依法計提安全準備, 現行費率仍然適足!

截至目前政府仍未撥補健保欠費, 最終導致費率審議的預警基礎「安全準備餘額」被嚴重錯估並低估, 卻進而透過媒體釋放錯誤訊息「安全準備金 110 年底將見底, 僅剩 0.5 個月, 將調漲費率?」, 若政府依法實際填補長期欠費(即如實依據健保法第 2 條、第 3 條及第 76 條第 1 項計算), 110 年底安全準備餘額將高達 2.3~2.5 個月(依總額高低推估而異), 亦即現行費率仍然適足! 不必調漲 110 年度費率!

三、守護最後一道防線, 應請回歸健保費率審議規範

(一)敬請健保署協助提供費率審議資料內容

有關 109 年 11 月 20 日提送健保會委員會議之費率審議方案資料內容, 須請健保署協助如下:

1. 請依 102 年 9 月 28 日委員會議決議之費率審議規範(包含該案附件之項目內容說明)辦理, 務必出具法定「安全準備

提撥項目」相關說明，並依法提供正確安全準備金餘額，備供委員會議中嚴謹審議。

2.依 108 年 12 月 27 日決議，務必提供「委員主張依據健保法規定計算」之健保財務收支情形報表(註 1)，包括政府負擔不足法定 36%經費之差額(註 2)、安全準備約當保險給付月數(符合法定安全準備金餘額)。以供委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3~2.5 個月、依法回應現行費率適足。

註1：提供健保財務收支情形報表，請分別依「社保司主張」及「委員主張依據健保法規定」兩造差異基礎，計算政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額、安全準備約當保險給付月數，以供委員辨識費率審議風險、有效執行財務監理；否則，近年政府欠費未撥補，單一相信社保司的計算方式，將會導致審議時不當高估費率，那麼將不法增加全體無辜被保險人及雇主的負擔。

註2：請依健保法第76條第1項規定計算「應提列安全準備來源」實際金額後，再代入同法第2條、第3條規定之公式遵循演算。

(二)依法不依人審議費率，守護最後一道防線

在目前仍未依健保法審議費率(109年11月20日健保會委員)之前，政府即頻頻藉由媒體對大眾預告費率調漲，引發社會的不安，與健保法第24條規定不符；而健保費率審議在即，仍請健保會委員守護健保法所賦予的職責，一起努力完成全民所託付的任務：「保險費率審議(健保法第5條第1項第1款)」及「保險財務之監理(健保法第5條第1項第5款)」，以期有效執行。

四、建置專屬「健保費率審議」公開資訊，去中心化、以昭公信

綜觀近年新興的區塊鏈帳務管理，值得大家信賴的原因，在於「去中心化」的共識！反觀近年政府「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減「法定必要項目」以減輕政府應負

擔健保經費之計算內涵，累計近四年(105~108年)已減少安全準備金額達487億元(再加計109年度預算基礎，更將高達788億元)。我們長期努力，就是要提醒政府依健保法規定，回歸值得全民信賴的「安全準備」合規帳務！否則，不當調漲費率時，又將如何安撫民怨！此際，為了落實保障人民知的權利，增進人民對公共事務之瞭解、信賴及監督，並持續強化全民健保費率審議機制，建請健保署參照台電「電價費率資訊揭露專區」(附件三)，於本次健保費率審議結束之後，建置「全民健保費率審議資訊揭露專區」(專屬公開資訊網頁)，以方便民眾查詢健保署提供審議資料的專業性，及審議會議紀錄的客觀及公正性，昭全民公信。

擬辦：建請政府儘速撥補105~108年應負擔健保法定經費的不足款487億元，以補正費率審議基礎(安全準備餘額)的真實性；並請健保署依本提案說明三-1(回歸費率審議規範提供109年11月20日費率審議會議資料)辦理、以合法據實量化現行費率適足，以及依本提案說明四(建置專屬「健保費率審議」公開資訊)辦理，以昭全民公信。

109.10.23 健保委員會議討論事項第五案
 回應有關社保司意見(會議補充資料 P17~21)之釐清說明
 陳炳宏 109.10.22

附件

政府應負擔健保總經費法定下限計算公式- 「應提列或增列之安全準備」應依營運實際值計算

一、政府應負擔健保總經費法定下限立法背景

二代健保修法時，為改善健保財務及提升負擔公平性，針對民眾高額獎金等 6 項所得(收入)及雇主支付薪資未計入投保金額之部分，新增 2%補充保險費之規定；由於補充保險費主要由民眾及民營雇主負擔，政府整體負擔率將相對下降，在此之前政府負擔率約為 34%，立法委員基於照顧人民及提升政府對健保財務責任，要求政府負擔亦需相應提高 2 個百分點，於健保法明定政府每年度至少應負擔保險經費扣除法定收入後金額之 36%(以下稱法定下限)

未依健保法第76條第1項規定計算「應提列安全準備來源」實際金額後，再代入同法第2條、第3條規定之公式遵循演算！導致政府負擔比率：105年35%、106年34%、107年34%、108年33%！

探究立法原意，是立基於保險費分攤的角度，政府負擔經費之合理計算方式，應以民眾及民營雇主因加徵補充保險費後所負擔之保險費，按政府原負擔之相對比例(34:66)計算為基礎，並適度提高，俾使二者負擔比例維持在 36:64，修法改變原經費負擔比率後(政府由 34%提高為 36%)，明顯加重政府健保負擔。

二、健保法相關規定與「應提列或增列之安全準備」於計算公式之疑義

依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。因此，政府應負擔健保總經費法定下限可以用以下計算式呈現：

$36\% * [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入]$

上述公式中，「保險給付支出」、「法定收入」均有明確數值，但「應提列或增列之安全準備」，健保法並未明定計提方式。由於 102 至 105 年度健保每年收支均有結餘，健保署依健保法第 76 條規定，將結餘全數提列安全準備，並將該數額計入公式中「應提列或增列之安全準備」項目，則獲致之政府負擔數，可與政府分攤 36% 總保險費之結果相同。

健保法第76條第1項已明確規定計算「應提列安全準備來源」

$$保險收入 = 保險費收入 + 法定收入 \quad \dots\dots ①$$

$$保險收入 = 支出 + 應提列或增列之安全準備 \quad \dots\dots ②$$

因 ①=②，因此

$$保險費收入 = 支出 + 應提列或增列之安全準備 - 法定收入$$

亦即，可直接以政府分攤 36% 保險費之原則，透過民眾與民營雇主實際負擔數占總保險費 64% 之方式，推算政府應負擔數(民間負擔 ÷ 64% × 36%)。

惟於編列 106 年預算時，預估當年度保險收支將產生短絀，因無結餘可供提列安全準備，若仍維持政府負擔總保險費 36% 之計算方式，則公式中「應提列或增列之安全準備」項目，基於安全準備填補之精神，需以負數將全年短絀數帶入。

健保法第76條第1項

混淆健保法第76條第1項及第2項規定

三、公式中「應提列或增列之安全準備」項目，應不論盈虧皆採實際值計算

健保法第76條第2項

由於健保法對於法定下限之計算方式規定不明確，未來應配合法律研修使相關規定更臻明確。在此之前，「應提列或增列之安全準備」應依立法意旨，不論盈虧皆採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限 36% 之責任。亦即不只是有結餘時將結餘數計入，遇有短絀時，亦應以實際短絀數帶入公式計算。理由如下：

混淆健保法第76條第1項及第2項規定

(一) 用以填補短絀之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法

分攤其中的 36%，應納入考量

依健保法第 24 條規定，健保會每年應依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，故其財務係秉持「隨收隨付」、「年度收支連動」的短期平衡觀念建構而成，原則上單一年度之收入應與支出相當，只維持法定安全準備，不就盈餘做長期的提存準備。惟考量費率向來易降難升並避免其頻繁調整，二代健保實施之後，各年度審議完成之費率並非年度平衡費率，在長期財務平衡機制下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形；因此目前各年度結餘，均依健保法第 76 條規定全數納入安全準備，作為調節收支盈虧、平衡健保財務之用。

請寫清楚
健保法第76條第2項

當年度收入小於支出時，依健保法第 76 條規定，應由安全準備先行填補，而用於填補短絀之安全準備，為政府、民營雇主及民眾三方歷年來分攤保險費累存之結果，政府既已於過去年度承擔其中 36%，計算應負擔數時，納入考量應屬合理。若此時「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，等同政府當年度除原先負擔保險費之 36%外，尚需額外負擔短絀之 36%，形成政府單方少付要補，多付卻不退之不合理現象，亦不符合健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。

混淆健保法第76條
第1項及第2項規定

(二)二代健保增訂之政府責任，立法原意涵蓋保險費負擔比率的觀念

對於政府負擔法定下限之法規解釋，不應僅拘泥於單一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵。二代健保實施前，政府皆是依被保險人身分類目分攤一定比例的保險費，推動立法過程，亦多次說明將強化政府財務責

任，其負擔保險費之比率將由 34%提高至 36%。因此，在計算政府各年度法定下限時，由政府負擔總保險費的 36% 應符合二代健保之立法原意。

檢視健保法與政府負擔下限有關之條文，亦未違背前述以保險費為計算基礎之原意。依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 17 條規定，本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。若依健保法第 24 條之當年收支平衡原則，無論是依第 2 條(支出原則)或是第 17 條(保險費收入分攤原則)，計算健保法第 3 條政府應負擔 36%之保險經費，結果皆會相同。

102 至 105 年雖非當年收支平衡，惟因有結餘，健保署將各年度結餘計入「應提列或增列之安全準備」後，二者亦獲致相同的結果。106 年度健保收支出現短絀時，若將年度短絀數以負值計入「應提列或增列之安全準備」，二者結果亦同；然倘於短絀年度，不採計當年短絀數，改以 0 或其他正值計入，則上述收、支二種算法將產生不同結果，無法互相平衡，反而有法規適用上之疑義。

(三)短絀年度「應提列或增列之安全準備」若以 0 或其他正值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則

於收入小於支出之短絀年度，「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，等同民眾及民營雇主應負擔短絀數之 64%部分是由安全準備填補，政府則須再就短絀數負擔 36%，因既有之安全準備已內含政府過去年度負擔 36%之數額，政府單獨就短絀數額外負擔，將有重複計算政府負擔之問題，導致政府負擔率**超過 36%**；此種以 0 或

依健保法第3條規定不得少於36%，政府也可以負擔37%、38%、39%，
但近年政府負擔比率：105年35%、106年34%、107年34%、108年33%！

其他正值計入安全準備之計算方式，政府負擔比率將隨之快速成長，有違民眾、民營雇主及政府三方負擔比率衡平之社會保險財務機制。

反之，若本於政府負擔總保險費 36%之原則，各年度營運結果無論是結餘或是短絀，「應提列或增列之安全準備」均以實際值計入，則計算方式可維持各年度的一致性，政府與民間之保險費負擔比率固定，政府負擔 36%，民眾及民營雇主合計負擔 64%，符合二代健保立法「強化政府責任」及「政府責任明確」之初衷。

依法無據

依健保法第3條規定不得少於36%，政府也可以合法負擔37%、38%、39%！

全民健保是社會安定的重要基礎，穩健經營是政府責無旁貸的重要使命。除了負擔保險費之 36%外，政府依法開徵之菸捐及公益彩券之盈餘，每年另有一定比率挹注健保安全準備。然而，政府各項支出實際皆為全民負擔，在資源有限下，某項政事別經費的增加將排擠其他施政支出；全民健保係屬社會保險，民眾與企業亦有其各自應盡之基本責任。因此，無論是基於前述之立法意旨、法條內涵、計算一致性，或是社會保險本質，各年度計算政府負擔數時，「應提列或增列之安全準備」項目，均應依年度營運結果，不論盈虧一律採實際值計算，以明確政府法定責任及維護全民最大福祉。

(衛生福利部全民健康保險會第 3 屆 106 年第 5 次委員會議資料 P.36~38)
**健保法施行細則第 45 條之適法性與政府應負擔健保總經費法定下限
計算方式之一致性、合理性說明**

社會保險司

有關健保會於 106 年第 2 次委員會議，針對健保署所函送「105 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」備查案，政府應負擔總經費首次將 7 項政府依其他法令補助負擔的保費納入計算，委員質疑該 7 項保險對象是否有免繳保險費之法律依據，若有適法性之疑義恐將限縮政府財務責任之虞，爰建請本部應審慎檢視相關法令，研議因應處理，並就委員所提健保法第 27 條與同法施行細則第 45 條有無扞格之處，及現行規定對政府財務責任規範不夠明確等意見，審慎評估並檢討修法之必要，俾確保依法行政一案，經再次檢視相關法規，並於 106 年 4 月 24 日召開學者專家會議徵詢專業意見，謹就研議結果綜整說明如下：

健保法施行細則第 45 條規定之適法性

本部前於 104 年 12 月 15 日修正發布健保法施行細則，將原住民健保費等 9 項中央政府依其他規定實質負擔的保險費列入政府負擔數計算，並從 104 年實施一案，經立法院於 105 年 6 月 22 日依立法院職權行使法進行實質審查，並於 105 年 11 月 2 日通知本部更正，重點包含：(1)不應將「失業被保險人及其眷屬健保費」及「經濟弱勢者健保費」之補助納入政府負擔經費計算(註：即刪除 9 項中的 2 項)；(2)新規定應自 105 年 1 月 1 日施行。本部業於 105 年 12 月 23 日依立法院審查結果再次修正發布，並送請立法院備查在案，相關法規修正程序已完備。

至於健保法施行細則第 45 條修正後之規定與健保法第 27 條是否有扞格之處，經查健保法第 27 條，係規範 6 類 15 目之各類目被保險人、投保單位及政府之個別負擔比率；施行細則第 45 條則是補充解釋計算政府應負擔保險經費總數之內涵，並未否決健保法第 27 條各類目的個別負擔責任，且施行細則第 45 條之條文內容，業已敘明其法源依據是健保法第 3 條。本案修正既有母法依據，亦經立法院實質審查及主管機關依法發布，原住民健保費等 7 項政府依其他規定補助之項目，自 105 年起計入健保法第 3 條所稱政府每年度負擔本保險之總經

費，適法性應無疑義。

另有關於前開施行細則修正將原住民健保費等 7 項改列政府負擔後，政府是否需負擔該 7 項之 36% 相對款一節，由於政府相對款是依健保法第 3 條政府負擔 36% 下限規定，針對保險對象及民營雇主繳納之保險費，政府之相對應負擔；健保法施行細則第 45 條修正既屬合法，自 105 年度起，原住民健保費等 7 項(約 68.48 億元)依法應改列為政府負擔，而該等經費在非屬保險對象及民營雇主負擔之情形下，政府相對應負擔 36% 的 38.52 億元(68.48 億元/64%*36%=38.52 億元)，自無需再另行撥補。

本部健保署計算方式之一致性與合理性

依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。因此，政府每年應負擔之總經費下限，可以用下列計算式呈現：

$$36\% * (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入})$$

過去健保會李委員永振於垂詢本案時，曾提出依健保署之財估顯示 105 年度計入 7 項 68.5 億元，對保險費收入減少 107 億元，106 年度計入 7 項 70.6 億元，對健保收入影響 70.6 億元，一年有放大，一年未放大，有一致性及合理性疑義。經檢視李委員於 105 年 12 月 23 日健保會委員會議提供資料，健保署當時針對 106 年亦先採取與 102 至 105 年度相同之原則推算政府負擔數，即透過保險對象及民營雇主之合計負擔數(應占 64%)，推算政府應負擔總數，惟因推算結果顯示當年支出將超過收入，無安全準備可供提列，因此直接以「36%*(保險給付支出-法定收入)」計算政府負擔數，即公式中「應提列或增列安全準備」項目以 0 值列計，致所得結果已超過原依整體保險費 36% 推算之負擔數，故整體財務影響看不出該 7 項改列政府負擔之擴大效果。

惟前開健保署計算公式中「應提列或增列之安全準備」項目，就本案立法意旨及計算公式內涵，應依健保法第 76 條規定，於收支結餘年度將結餘全數提列安全準備，於短絀年度則由安全準備先行填補，並將年度結餘或短絀之實際值計

入公式中「應提列或增列之安全準備」項目，則獲致之政府負擔數，可與政府分攤 36%總保險費之結果相同。亦即各年度應一律依保險對象、民營雇主及政府三方分攤保險費之精神，由政府負擔其中的 36%，理由擇要如下：

- (一) 用以填補短絀之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法分攤其中 36%，應納入考量：健保法第 24 條之財務設計是以當年收支平衡為原則，惟目前並未以年度平衡費率計費，在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形；若於支出大於收入之年度將「應提列或增列之安全準備」以 0 值計入，等同要求政府單方負擔短絀之 36%，並不合理，亦不符合健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。
- (二) 二代健保增訂政府責任，立法原意是採取「保險費」負擔比率的觀念：法規解釋不應僅拘泥於單一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵；修法時政府曾對外說明，政府負擔保險費比率將由 34%提高至 36%，爰於計算政府各年度法定下限時，由政府負擔總保險費的 36%應符合二代健保之立法原意。另依健保法年度收支平衡原則，無論依第 2 條(支出原則)或是第 17 條(保險費收入分攤原則)，計算政府負擔 36%數之結果皆同；如於短絀年度，不採計短絀數(以 0 計入)，則收、支結果不同，無法互相平衡，反而有法規適用上疑義。
- (三) 「應提列或增列之安全準備」若以 0 值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則：若支出大於收入之年度，「應提列或增列之安全準備」以 0 值計入，則該年度民間應負擔 64%短絀數是由安全準備填補，惟既有安全準備已內含政府過去負擔 36%數額，政府單獨就短絀數額外負擔，將導致政府於收入面之保險費負擔率超過 36%，有違勞資政三方負擔比率衡平之社會保險財務機制。若政府固定負擔 36%的保險費，不再分盈餘、短絀年度 2 種不同處理方式，可維持各年度間一致性，符合二代健保立法政府責任明確之初衷。

上述研議結果，本部於 106 年 4 月 24 日召開學者專家會議，多數出席之專家學者皆表認同。惟有鑑於本案多次出現爭議，顯見現行法規尚有改善空間，本部未來將配合法律研修，使相關規定更臻明確。

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>陳委員節如會後書面意見(議事錄第 32~33 頁)</p> <p>針對補充資料 1 第 56 頁投影片第 13 張，高推估的政策目標和內涵，其中第一大點是「整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康」。公共衛生基本上是政府的重要責任，下面說明(一)也有提到會結合公務預算，請問今年和明年結合了哪些公務預算、多少公務預算？健保體系負擔的這些費用，合理性到哪裡？健保會跟健保署也應該要讓我們有進一步的了解，避免原本應該由公務預算撥補的過度推到健保體系來。</p> <p>另外，補充資料 1 第 56 頁投影片第 14 張的第三大點「推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率」，其中第(二)點提到「推動 DRG(住院診斷關聯群)支付制度，試辦以醫院為單位導入的計畫」，上一屆健保會尾聲，對於推動 DRG 的部分，健保署說「正在針對以疾病別擴大導入 DRGs 項目進行評估，研議以擇定試辦範圍、優先順序及財務保障方式」，鼓勵醫院參加，這部分後來的研議結果是什麼？請問今年和明年對 DRG 支付制度目標和期程的規劃是什麼？</p>	<p>一、健保醫療給付總額中長期改革計畫係為促進公共衛生、醫療服務及照護服務體系之協調與整合，為避免資源重複配置，經費來源除導入健保基金外，亦投入公務預算及相關基金，各有其適用範圍及對象，用以優化整體健康服務資源，俾使資源利用最大化，並提供保險對象以人為本的照護。另總額支付制度係每年透過協商機制，管控整體醫療費用成長，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。</p> <p>二、以111年起導入健保之中長期計畫「代謝症候群」、「住院整合照護計畫」為例，「代謝症候群」未導入前當年預算約為19.84億元，導入後111、112年健保預算分別為3.08億、6.16億元，「住院整合照護計畫」導入健保後111、112年預算分別為3億及5.6億元，113年相關預算，各司署將於協商時提供。</p> <p>三、有關推動DRG部分，本署說</p>

委員意見	健保署說明
	<p>明如下：</p> <p>(一)為持續推動Tw-DRGs，本署 111 年與台灣醫院協會共組工作小組，研議DRG擴大實施方式、內容及可行性，惟因實施版本及期程尚無共識，爰本署 112 年延續前述工作小組會議，刻正研商 DRG 雙軌實施之具體方案。</p> <p>(二)承上，本署預計於 112 年擬訂 DRG 雙軌實施方案，並以試辦方式推動，期依實施經驗及成效，逐步修正及完善 DRG 支付制度，以達逐步擴大推動之目的。</p> <p>(三)另因本署規劃 113 年全面改版使用 2023 年版 ICD-10-CM/PCS，爰前述推動期程及改革方向，亦將同步配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換時程進行調整。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 33~34 頁)</p> <p>在 111 年 3 月 15 日 112 年總額擬訂方向會議，主席(時任薛次長瑞元)決議：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關 KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界……」依據現任薛部長瑞元的裁示，總額相關計畫應於協商前訂好相關 KPI，其中包含：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界等。具體而言，醫改會認為，若是新</p>	<p>一、本署每年依全民健康保險會議通過之「年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，就新增項目應提供之內容及格式提供相關內容；若屬醫界提案項目，皆配合協同醫界於協商前提報及相關 KPI 等。</p> <p>二、感謝台灣醫療改革基金會提供左列新計畫之規劃架</p>

委員意見	健保署說明
<p>開始且具價值的醫療服務計畫，欲交付協商，可以下列框架為宜：</p> <p>資料來源：台灣醫療改革基金會繪製 參考：健保有關計畫架構</p>	<p>構，將一併於相關會議提供醫界參考。</p>
<p>陳委員杰(議事錄第 44~45 頁)</p> <p>有關報告事項第一案 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，本人剛剛有提到部分被保險人申請停保又復保的問題，我主要的目標是希望能杜絕健保浪費，因為健保基金常常喊沒錢、錢不夠，我提出善意的建議，剛剛社保司商司長提到有 9 萬人申請復保，其中有 3 萬人沒有使用健保，請問其他 6 萬人到底使用多少健保費，是否於會後提供書面資料讓大家了解，我尊重健保署，衛福部相關長官對此議題的關心重視，本人只是卑微的要求，請提供委員這 6 萬人使用多少健保費的資料，謝謝。</p>	<p>一、近5年(107-110年)平均每年短期復保人數約5.3萬人，使用醫療資源3.6萬人，保險費收入2.66億元，醫療支出2.60億點(1點不等於1元)，收支相當，對健保財務尚無負面影響。</p> <p>二、其中108年短期復保人數約9.1萬人、使用醫療資源6.0萬人，保險費收入4.48億元，醫療支出4.17億點(1點不等於1元)。</p>
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 53 頁)</p> <p>會議資料第 66 頁，為何 112 年部分負擔較 111 年大幅增加，113 年又減少，其預測的基礎為何？</p> <p>行政院總額附帶決議提到未來會面對調整費率甚至提高法定費率上限的壓力，衛福</p>	<p>一、有關部分負擔預測，本署說明如下：</p> <p>(一)112 年度預算部分負擔編列 49,819,000 千元，係 111 年 3 月編列預算作業時，考量</p>

委員意見	健保署說明
<p>部應即早因應。會議資料第 71 頁，提到開源的措施包含檢討旅外國人權利義務(但是此部分財務影響數小，並無法增加太多保費收入)、強化政府責任(是指將目前 36%再提高其比例嗎，此部分會涉及對於其他項目有排擠效果，如果要再提高比例，可能的範圍是多少)、擴大補充保險費計費基礎(有哪些可能的計費基礎，可以增加多少保費收入)，其他可能財源尚有加徵營業稅、碳費，很多學者提到增加財產為課費基礎，以及目前健保法已經明訂的酒品健康捐，或將菸品健康捐分配比例拉高，目前部裡面的方向為何？因未來人口結構變化，未來新增財源一定要注重財源長期成長性。</p>	<p>COVID-19 疫情趨勢未明，爰以 109 及 110 年部分負擔平均值接近 5 年幾何平均成長率-0.2%計算，又當時預計衛生福利部將於 111 年 4 月公告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，故另加計部分負擔調整方案之金額推估。</p> <p>(二)113 年度預算部分負擔編列 45,011,000 千元，係 112 年 3 月編列預算作業時，考量 COVID-19 疫情已較緩解，爰以 111 年部分負擔金額接近 5 年(排除 109 年度、110 年度極端值)平均成長率推估，另因部分負擔調整案暫緩，實施時程亦未明確，故未另加計相關金額。</p> <p>(三)綜上，因 112 年推估值加計部分負擔調整方案影響金額，故增加金額幅度較大。</p> <p>二、有關財源部分，本署說明如下：</p> <p>(一)現行一般保費的薪資加上 6 項個人所得的補充保費費基，已占個人綜合所得 9 成以上，除對健保財務有助益外，亦提升健保負擔公平性水準。</p> <p>(二)衛生福利部已成立健保法</p>

委員意見	健保署說明
	<p>修法工作小組，將檢討左列各項開源議題，以為健保長期財務作準備。本署將配合全民健康保險財務制度改革政策決定辦理。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 59~60 頁)</p> <p>謝謝主席。請各位委員看到會議資料第 72~75 頁，首先對健保會同仁的意見表示支持，我想請教健保署，如果代謝計畫跟家醫計畫要整併，不知道健保署跟健康署可以解決目前這 2 個方案的哪些執行上的問題？然後可以承諾達到怎樣的目標？為什麼會問這個問題，因為在今天資料中，我們看到這個計畫，當然有列出一些成效指標，但指標現在都只是初步結果，看不出具體成效，但是對於代謝計畫沒有達到預期的人數，沒有太多的解釋。</p> <p>不過，我們從健保署的資料看來，最大值應該可以到 27 萬 4,200 人，但是到了 3 月，這 9 個月當中，其實只有收案 2 萬多人，就是我們數據上說的 23,820 人，剛剛有補充，到 4 月多人數是有提高，但是我聽到 1 個數字，112 年可望達到 10 萬人，但是我記得總額協商時的數據是 25 萬，這中間還有很大的落差。2 萬多人不到 1 成，裡面其實還有 68% 是重複的，所以也就造成收案人數低，重疊性高，希望健保署跟健康署可以在總額協商之前，讓我們了解到底問題出在哪裡。從醫療端來看，是不是個案管理費的申報、支付、成人健檢資料的勾稽或行政作業，讓診所覺得過於繁瑣或者不易釐清，所以意願比較低落，運作上比較不順暢。從民眾端角度，是因為不知</p>	<p>一、代謝症候群防治計畫與家醫計畫個案重複率高，且多數由家醫群執行，故為提供全人照護，規劃將本計畫與家醫計畫充分整合，以達資源有效應用。未來希由家醫計畫之醫療群或家庭責任醫師，針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理延緩病患進入慢性病的病程，如後續個案發展為慢性病個案時，可透過家庭責任醫師進行慢性病個案健康管理，多重慢性病門診整合，協助處理安排病人轉診及追蹤治療結果，並提升慢性病人照護品質等，落實全人照護。</p> <p>二、後續將依委員建議協同衛生福利部國民健康署(以下簡稱健康署)進一步分析相關資料。</p>

委員意見	健保署說明
<p>道，所以利用率低，或是使用以後沒有幫助，或者是民眾健康識能不足，這些因素都應該要加以釐清。</p> <p>所以我的具體建議，在總額協商之前，希望可以做潛在可收案人數跟實際收案人數之間的人口統計、疾病型態跟醫療利用分析，同時也做健保分區以及縣市的橫向比較，希望能看到完整的評鑑報告，成效評估也能具體說明這些數字代表什麼意義，我想這對付費者在總額協商時會有幫助。</p>	
<p>陳委員節如(議事錄第 61 頁)</p> <p>我有幾個問題，代謝症候群防治計畫應該是長期性的規劃，我們很期待協商 113 年度總額前可以看到代謝症候群防治計畫跟家醫計畫整併規劃。但是今年有 1 個問題，疫情已經平緩了，健保署跟健康署在代謝症候群防治計畫是預計要收多少案，剛剛劉委員也有在質疑這個問題，對於計畫整體效益指標是什麼，希望有 1 個指標，在總額協商之前有 1 個很明顯的指標告訴我們。</p> <p>還有代謝症候群在收案後，如果個案已經達到改善的效果，就是結案了嗎？或者相隔 1 年、半年，同一個人是否還可以重新進到這個計畫但不同診所，或不同診所還是要被收案？雖然是不同診所收案，但短時間再度收案，這個合適嗎？我是說這個計畫的內容。</p> <p>目前結案條件有多加 1 項，收案個案已達 1 年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者，這裡的未有進步指的是什麼？是收縮壓 160 降到 150？或是飯前血糖 180 降到 160？這種情況可以算是進步</p>	<p>一、111年預算為3.08億、執行目標提供10萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務，112年預算為6.16億，依健康署於總額協商時預估可收案25萬人。</p> <p>二、111年提報預期效益評估指標為「代謝症候群改善率」及「介入成功率」，因本計畫僅執行不到一年，爰112年維持預期效益評估指標。</p> <p>三、依本計畫規定，個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群者可進行結案，並於同一院所一年內不得再收案，是否需修訂計畫收案規定，將於113年度修訂計畫檢討。</p> <p>四、有關112年新增結案條件「收案個案已達1年且收案評估時未達標準值的管理</p>

委員意見	健保署說明
<p>嗎？以上幾個問題請教。</p>	<p>項目，任一項皆未有進步者」，係指個案於收案時，代謝症候群指標未達標準的項目，於追蹤管理時所有的指標皆無任何進步，如飯前血糖原180降至160或收縮壓160降到150皆表示有進步。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 61 頁)</p> <p>我的問題是會議資料第 79 頁第 2 個表格，收案日前 4 個月內無使用三高用藥者，於收案日後 4 個月內約有 42%使用，這個會讓人誤以為本來沒病，參加計畫變成有病，怪怪的，你要告訴大家，可能這些沒有使用三高用藥的人，他不曉得自己有三高問題，你要告訴我們，本來是沒有，但是發現有多少人、多少比例有這個病，其中有多少人使用藥物，這樣才是對的，不然大家會以為沒病變有病，這個計畫就有問題，這個以後要注意一下。</p>	<p>謝謝委員意見，未來將注意簡報呈現方式。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 62~63 頁)</p> <p>剛剛劉委員一開始提到重複收案這件事情，與家醫群裡面重複的比例這麼高，不是只有診所跟醫生而已，我們關切的不是只有整合，還有這些重複是集中在特定病人或是特定院所，有沒有資源使用上合理性的問題，其實也應該要評估。</p> <p>另外，會議資料第 81 頁有關收案評估費支付點數，健康署回答需反映於支付點數增加執行誘因，其實協商的時候就有提到，如果是公務跟健保預算同時支應專案，健康署怎麼能夠主張請健保署增加支付點數誘因，來提高院所參加的意願，我要問的是，如果健康</p>	<p>一、有關家醫計畫及代謝症候群計畫重複收案個案，依規定不能重複支應個案管理費；後續將規劃與家醫計畫整合，以提供全人照護。</p> <p>二、有關委員提及提高支付誘因應由健康署公務預算支應一節，將轉請健康署參考。</p> <p>三、代謝症候群防治計畫診所品質獎勵費之當年度檢驗檢查上傳率係指該診所所</p>

委員意見	健保署說明
<p>署主張支付誘因要增加，這部分是由健康署出錢嗎？比如說，這些參與的人可能有戒菸問題，戒菸這部分的預算原本健康署就有委託專案給戒菸診所，本來就可以在戒菸部分另外有申請費用，所以這個誘因是由誰來出錢就很關鍵，因為總額協商時，付費者代表原本就關心，公務預算本來應該要出的錢，不應該由健保直接替代過來。</p> <p>再來，講到上傳雲端，在診所獎勵項目提到，診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率大於等於 70% 者，這是指方案的上傳率還是這家診所所有病人的上傳率？這不一樣。照理說，這個方案裡面上傳沒有達標，是不會支應獎勵費，這個上傳率到底是指什麼的上傳率，應該要說清楚。</p>	<p>有病人檢驗檢查上傳率，本項指標訂定係為配合本署「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，並依該方案規定內容辦理。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 63~64 頁)</p> <p>我對這個案有 4 點回應，第 1 點，對於 110 年委員所提的意見，健保署及健康署雖然有逐項回應，但沒有完整、具體、精準的納到計畫裡面，請各位看到會議資料第 81 頁，剛才劉淑瓊委員也有提到，我們的目標要多少人？我記得在協商的時候醫界是提 20 萬人，但是付費者要求 38.5 萬人，後來計畫出來是 10 萬人而已，現在只有執行 2 萬多人，所以差異是很大的。但是請各位看到第 81 頁，健康署提到，把每個診所上限從 100 人提高到 200 人，我心裡就想這是有對症下藥嗎？問題出在這裡嗎？這樣就可以達到 10 萬人、20 萬人嗎？</p> <p>第 2 點，剛才滕委員也有提到，會議資料第 80 頁的收案評估費，健保署做得很好，有提出要降到 300 點，提出來應該有所依據，</p>	<p>一、本署將持續鼓勵院所參與本計畫，研擬新增派案機制，以擴大照護人數。後續將規劃整併至家醫計畫，以提供全人照護。</p> <p>二、有關委員建議支付點數調降一項，將轉請健康署參考研議。</p>

委員意見	健保署說明
<p>但討論討論又回到 900 點，等於有做沒有做全，就沒有結果，所以我才會講沒有完整、精準、具體的收到計畫中。但是健保署有提供近 12 個月的檢查、檢驗結果供醫師查詢，並朝向以人為中心之合作照護模式整合推動，這點是值得肯定的。</p>	
<p>侯委員俊良(議事錄第 65~66 頁)</p> <p>我想回到計畫目的，剛剛林委員有提到，這邊最主要是要引導代謝症候群患者改變飲食跟生活型態，我在整個計畫裡面只看到量，沒有看到質，這部分大概要質才有辦法改變，我們知道要改變生活型態是非常困難的，因為我們是民主社會不是專制社會，每個人的自由度非常高。這部分，一開始我就看不到，因為有些人的生活飲食習慣非常好，但就是有這樣的疾病，這一類的人是不是應該要排除？在數據分析的部分，並沒有看到這樣的處理。</p> <p>第 2 點，我們一直講到量，比如說會議資料第 77 頁說明三，有提到每個診所收案人數上限從 100 人提升到 200 人，我想人數不是問題，而是質量的部分要怎麼處理，如剛剛陳石池委員所提到的，後面的數據我覺得不應該呈現，因為這裡面是不是有些是因為吃了藥，如會議資料第 78 頁第 1 個表，各位看一下，進步比較緩慢的是什麼？腰圍、身體質量指數，其他的項目都 20% 以上，我就很懷疑，這 20% 裡面是不是有些人是吃藥，本來 4 個月前是沒吃藥，因為他不知道，收案之後發現問題，可能給他藥，是不是就降了，這些數據是不是要排除掉，否則達不到我們的目標，因為我們的目的，我看計畫都會看目的性，目</p>	<p>一、本計畫已訂定相關獎勵指標，診所品質獎勵費(包括：代謝症候群改善率、個案完整照護達成率及介入成效率)、新發現個案獎勵費、個案進步獎勵費及個案績優改善獎勵費，透過各項指標，評量本計畫執行情形。</p> <p>二、考量本署未收載個案生活飲食型態的資料，後續將參考委員建議協同健康署進一步分析個案的危險因子及用藥介入等相關資料。</p>

委員意見	健保署說明
<p>的就是對於這群要改變生活飲食型態的，後面整個數據出來不是 for 這個部分都會失真，是不是應該在整個計畫處理的時候，更細緻的把這些區分出來，才有可能更精準的去看。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 66~67 頁)</p> <p>我要問的是會議資料第 77 頁三(二)，剛才也有提到，為了提升診所照護人數，每個診所收案人數從 100 人提高到 200 人，我比較質疑的是，不論診所規模跟醫師人數情況之下，每個診所都可以從 100 人提高到 200 人，對於品質部分我是有相當大的質疑，就已經參加的來講，如果經過效益評估，績效並不是很好的，是不是還要把 100 人也提高到 200 人，這樣績效跟服務品質不是更差了嗎？所以對於 100 人要提高為 200 人，是不是應該要有區分或分級，這是第 1 點。</p> <p>第 3 點，看到會議資料第 76 頁，追蹤管理(1)醫師以電話、訪視、診間等方式定期追蹤、提供衛教指導，這是醫師親自還是醫師指導診所人員從事電話、訪視、診間的有關方式就可以？我覺得文字上應該要明確說明，我不知道是醫師指導就可以，還是要醫師親自做，如果要醫師親自做才可以，文字上要更明確一點，以上建議。</p>	<p>謝謝委員意見，代謝症候群防治計畫目前並無其他醫事人員參與，僅有醫師執行個案追蹤管理事宜。</p>
<p>黃委員金舜(議事錄第 72 頁)</p> <p>第二個部分，長年台灣健保都沒錢買新藥，結果指示用藥法規上明確規定不能健保給付，政府便宜行事。指示用藥在用途上就是安全性高、藥性溫和，所以醫生、藥事人員都可以推薦，在台灣很奇怪，藥師可以推薦，但在診所、醫院，醫生開的可以健保給付，我要問健保署，如果民眾去藥局拿這 836 項，藥</p>	<p>一、健保給付藥品須由醫師開立處方箋，並由民眾依處方箋領藥後方予給付。</p> <p>二、本署後續將儘速召開溝通會議蒐集各界意見，期使指示用藥在符合法規並顧及臨床需求下逐步退出健保。</p>

委員意見	健保署說明
<p>局是不是可以要求健保給付，謝謝。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 72~73 頁)</p> <p>第 2 點，從頁數來看，補充資料 2 投影片第 12 張，對於重複用藥的管制措施，我們也相信，一方面來看健保署確實很努力，從 108 年，我看的是 108~111 年，這是對於重複用藥的扣減數額是逐年在升高，可是我們從另外一個角度來講，這些控管的措施，好像沒減低重複用藥的狀況，因為這是一體兩面，你扣愈多表示採取這些管制措施後，還是沒有減少，看起來好像是這樣，這可能還要考慮看看，到底是哪裡出問題，要不然採取這些管控措施，好像也沒有降低重複用藥的狀況。</p> <p>再來是補充資料 2 投影片第 14 張，右半邊有一個無效廠商的還款，這裡面有一個叫做效益較差者暫停，然後用藥反應低者調整藥品支付價。因為這上面沒有寫文字上的說明，所以所謂的較差者跟所謂的低者，裡面到底是什麼樣的內容，不太清楚。再來是有關於反應低者調整藥品支付價，是怎麼樣的調整方式，報告裡面看起來好像也沒有詳細的說明，這是有關於投影片第 14 張。</p> <p>再來是補充資料 2 投影片第 18、19 張，有關 DET 的檢討，我們知道署長對外講過對於 DET 部分有新的措施方案，可是我看內容沒有呈現出來，變成是落後的資料，這部分可能在什麼情況下讓我們再了解一下，現在署長所要採取的新措施。</p> <p>再來是補充資料 2 投影片第 23 張，剛才我也有講過，我去分析整個癌症醫療費用狀況，這 5 年來大概占健保給付百分之 18 點多，這是相當可觀的數字。如果我們再把洗腎</p>	<p>一、有關補充資料 2 投影片第 12 張圖表說明如下：</p> <p>(一) 此圖表係以 99 年至 102 年重疊藥費歷史資料之年化平均成長率推估，如無健保醫療資訊雲端查詢系統、門診特定藥品重複管理方案、主動提示功能 API 及各項藥費管理相關政策介入下，可能產生之重複藥費(藍色虛線)，其與每年(103 年至 111 年)申報重疊藥費(紅色實線，同藥理重疊用藥日數*平均每日給藥點數)相減之差值，推估各項措施後介入後之綜效。</p> <p>(二) 此圖表係以同藥理(ATC 前 5 碼)相同視為用藥重疊，非實際核扣之重複藥費(以同成分同劑型視為重複，並訂有相關管控條件)。</p> <p>二、本署「門診特定藥品重複用藥管理方案」係針對重複用藥之處方核檢不合理情形後進行核扣，執行成果如下：</p> <p>(一) 重複藥費：111 年為 15,222 萬元，較 108 年之 16,956 萬元減少 1,734 萬元，下降 10.23%。</p>

委員意見	健保署說明
<p>部分再加進來，比例將近 25%，等於這兩種健保給付金額，已經超過我們整年度健保給付的 4 分之 1 以上，這相當可觀。所以我當然也有建議，對於這個特殊的疾病，然後龐大的用藥情形，在非協商因素考量的時候，是不是應該在下一年度做考量，因為這會比較精確一點，這是有關於投影片第 23 張，大概以上的問題請教，謝謝。</p>	<p>(二)重複用藥日數下降率：111 年相較 108 年下降 15%。</p> <p>三、有關癌症藥品廠商還款檢討之措施：</p> <p>(一)本署依據真實世界證據分析結果，發現超過 9 成胃癌及 8 成肝癌病患對癌症免疫藥品沒有反應，整體來看多數病患用藥約 2 個月就惡化或死亡，治療結果與一般化療或標靶藥品差不多，但健保卻須付出數倍藥費，因此由專業醫師、醫界團體、付費者及病友團體組成的共擬會議經參考本土數據，及觀察國際癌症治療指引後，考量健保資源應合理分配，決議暫停這兩種癌別新個案之申請用藥。</p> <p>(二)本署係根據臨床實證及再評估結果，重新調整藥品給付，包括維持給付、調整給付規定、調整價格或停止給付等。</p> <p>四、針對 DET 方案之檢討：本署近期將邀集相關利益團體共同研商，期能制定可合理實施之 DET 方案。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 73~74 頁)</p> <p>非常謝謝健保署這次的專案報告，我也覺得蠻棒的，但如果有機會也可以同時或下次報告新特材收載跟相關流程會更好，不是</p>	<p>一、有關 BA/BE 學名藥之給付政策：</p> <p>(一)現行健保給付則依藥商取</p>

委員意見	健保署說明
<p>更好，蠻好的，如果有機會的話。針對補充資料 2 投影片第 9 張跟第 10 張提出請教，第 9 張投影片裡面提到學名藥核價，我想問學名藥兩個問題，現行收載裡面，現行未完成 BA/BE 的藥品是否會進入收載？第二，過去沒有完成 BA/BE 的藥品是否退出收載？因為我們一直質疑過去有沒有執行 BA/BE 的藥品納入學名藥給付，已經蠻多年，我記得陳節如委員當立委的時候，她也針對這個議題開過蠻多記者會，提出一些沒有做 BA/BE 用藥的問題，這是第 1 個。</p> <p>第 2 是透過 MEA，補充資料 2 第 10 張投影片，關於暫時性健保支付看起來確實是德政，但是擴大運用的 3 個裡面，其中第 2 個我有非常大的疑慮，我也不是非常支持。首先，療效或安全尚未確定，現在再生醫療雙法目前就有這樣的問題了，我不知道為何健保要惡化這樣的現象。沒有完成第三期臨床試驗，這就是沒上市的藥品，你是指全球沒有完成第三期？還是在台灣沒有完成第三期？不管是在台灣或是全球沒有完成第三期，你要在二期的臨床療效，有一些特殊藥品如果在第二期非常有效，也可以不必做第三期，或是三期的要求比較低，但是我們要如何確定，他沒有完成第三期，他二期的臨床療效要多顯著。因為沒有上市，沒有完成第三期，病人的保障在哪裡？還是由健保署出面給付。</p> <p>我們剛剛講，已經拿到藥證再進入審查，都要 12.5 個月都還沒有納入給付，但是在這裡卻要把沒有完成第三期臨床試驗的納入暫時性給付，會不會變成由健保署出錢收載，還幫廠商收臨床試驗個案，然後我們還付錢。本</p>	<p>得藥品許可證後辦理收載作業。</p> <p>(二)部分藥品依據衛生福利部食品藥物管理署之規範，無須執行 BA/BE 試驗，所有藥品皆依現行法規辦理申請查驗登記。</p> <p>二、有關暫時性健保支付政策：原則上，藥品須領有藥品許可證，或取得藥品主管機關核發之查驗登記技術與行政資料審核通過核准函，可向健保建議收載。針對已獲藥品主管機關核准上市，惟因加速許可，其長期療效或安全性具未確定性，且屬於臨床迫切需求 (Unmet medical need) 之新藥，本署規劃暫時性健保支付制度，以兼顧病人用藥權益及健保財務，並藉藥品給付協議明定藥廠應盡之責任及義務，確保健保財務及病人權益不受影響。</p>

委員意見	健保署說明
<p>來臨床試驗第三期是廠商要出資，病人不用付錢，完成三期的有效性才能申請上市，上市後進入第四期，所以至少完成三期有效申請到藥證，健保署才可以收載進入專家評估。可是我們這裡把沒有完成三期，而且明確的寫療效跟安全都沒有確定的，究竟為什麼要替廠商作嫁到這種地步，將他連臨床試驗的錢都省了，健保還幫廠商收病人，還付臨床試驗的經費，我非常不解，我在這邊表示，我個人非常不支持這個納入暫時性給付要件，謝謝。</p>	
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 75 頁)</p> <p>重複用藥其實不只關係到醫療費用的支出，也跟病人安全有很大的關連性，所以我們希望健保署能夠進一步提供，現在我們的管控措施到底成效跟限制在哪裡？就是每年 6~8 億裡面，我們想知道首先是各層級的醫事服務機構重複開立的情況怎麼樣？是跨科別還有跨層級重複的比例有多少、人數大概是怎樣？常見的重複用藥有哪些？為什麼會有浪費。我覺得這都是付費者很想知道的。</p> <p>再來針對指示用藥給付，請大家看到補充資料 2 第 26 頁，在今年第 2 次委員會議的時候，醫改會就有提出來，請健保署能夠給我們 3 個資料，在總額協商之前，當時健保署也允諾在 4 月份的報告裡面要講，但是沒有看到，我們希望能夠儘快的提供。這 3 件事情，第 1 是要盤點指示用藥的用量高，但是處方藥的可替代性低的是哪一些？第 2 是要概算健保給付指示藥品的時候，民眾的就醫行為、醫事人員醫療行為趨使下，造成的隱形成本，像診療費、醫事服務費等大概是怎麼樣的一個情況。第 3，民眾常用的指示用藥，如</p>	<p>一、重複用藥醫師處方前預防措施：</p> <p>(一)看診醫師可透過本署健保醫療資訊雲端查詢系統，查詢病人近期中西醫用藥紀錄，作為處方參考。</p> <p>(二)另為即時提醒醫師避免重複處方及用藥，本署建置藥品交互作用主動提示功能，以利醫師及藥師掌握病人用藥情形，避免醫師處方可能對病人造成的傷害。</p> <p>二、有關指示用藥給付後續精進策略：</p> <p>(一)本署將持續檢討指示用藥之臨床需求，針對臨床需求高者(醫令量大)保留給付，且兒童專用及公衛藥品優先考慮予以保留給付。</p> <p>(二)本署後續將儘速召開溝通會議蒐集各界意見，期使指</p>

委員意見	健保署說明
<p>果我們不給付的話，對於不同族群會造成怎樣的一個健康衝擊？因為剛剛的報告都是講未來我們會怎樣，希望健保署可以給我們一個承諾，你的時間表是怎麼樣，能夠把這些數據提出來，我們就可以一方面又符合健保法規規定不要再給付，但另外一方面也不要影響到一些人的健康，我覺得這個數據事不宜遲，謝謝。</p>	<p>示用藥在符合法規並顧及臨床需求下逐步退出健保。</p> <p>三、有關「概算健保給付指示藥品時，民眾的就醫行為、醫事人員醫療行為趨使下，造成的隱形成本，像診療費、醫事服務費等」：考量涉及層面甚廣，本署尚無相關資料可提供。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 75~76 頁)</p> <p>主席、各位委員，大家午安。首先，張副組長報告的非常好，我本身非常的 appreciate，我是對重複用藥，記得去年我也提過同樣的問題，我說管控有成效，但逐漸增加，你要小心，沒想到今年又爬上來，表示你們管控方法真的是有問題，我不知道你們是閉門造車自己想辦法，還是我要邀請醫界還是消費者團體，大家共同討論問題出在什麼地方，你們沒有用對的方法，所以成效不好，希望這方面能夠再有所改善。</p> <p>再來是補充資料 2 投影片第 22 張有關新藥、罕藥的問題，我想請問 1 個問題，假設這是 1 個新藥，可是它治療癌症，你是規劃在新藥類還是癌藥類？這是第 1 個問題。第 2 個，用這麼多新藥、罕藥，可是癌症還是十大死因第一名，每年一直上升，所以藥效的效果你要檢討，是不是真的這麼好嗎？我覺得這個要討論，你花這麼多錢，可是死亡還是第一名，人數還增加，這表示效果是有問題，我覺得要去討論一下，新藥進來要嚴格，我不認同假設沒有做好，每次用恩慈療法，這個都不好的，沒有直接效果把人民當小老鼠在做實驗，</p>	<p>一、本署「門診特定藥品重複用藥管理方案」係針對重複用藥之處方核檢不合理情形後進行核扣，執行成果如下：</p> <p>(一)重複藥費：111 年為 15,222 萬元，較 108 年之 16,956 萬元減少 1,734 萬元，下降 10.23%。</p> <p>(二)重複用藥日數下降率：111 年相較 108 年下降 15%。</p> <p>二、有關癌症用藥申報藥費情形：</p> <p>(一)此表為顯示癌症用藥、新藥之藥費申報情形，是故癌症新藥申報費用係分別計入前揭類別之申報藥費。</p> <p>(二)我國歷經 108 年至 112 年第四期國家癌症防治計畫，國人整體癌症標準化發生率近年來呈現上下波動，標準化死亡率則自 93 年起由每</p>

委員意見	健保署說明
<p>這是不對的，不要講說新藥有個希望，這不對啊，有時候是沒有效，應該要有足夠的臨床證據才可以納入新藥來使用，這樣才是比較合理的，謝謝。</p>	<p>十萬人口 142.8 人下降至 110 年的 118.2 人，降幅達 17%。顯示透過建置永續經營的癌症防治體系，如持續推動癌症篩檢，發展個人化癌症精準預防健康服務、縮小癌症防治各領域的不平等之措施，可提升癌症防治成效。</p>
<p>陳委員杰(議事錄第 76~77 頁)</p> <p>我們現在有些藥物，當然就是說到底是不是台灣市場真的有缺藥，是不是它本身藥價沒有辦法達到非常合理化。</p> <p>希望健保署、健保會能夠正視這個問題，當然就是說保護台灣的藥，我本人表示非常支持，但是原則上不要損害到健保被保險人的用藥權益，台灣到底目前真的有缺藥嗎？我是有一點質疑，當然相對世界各國有缺藥嗎？我相信可能是價格的問題，我希望核價本來就要有區隔化，比方說進口藥，藥效比較好，當然是否核價可以稍微高一點？剛剛報告有提到學名藥 BA/BE 的部分，本身是原來原廠藥價 90%，一般學名藥是原廠藥價 80%，有關進口藥價可能沒提到，我提出這個問題希望大家正視健保被保險人權益，希望能夠用到比較好的藥，對所有被保險人的健康應該會有所幫助，藉由這個機會做以上的建議，不然我擔心很多好的藥可能會退出台灣的藥品市場，謝謝。</p>	<p>缺藥是國際性議題，世界各國都可能會面臨，國內藥品短缺原因繁多，健保藥價因素為其中之一。針對缺藥，衛生福利部已經成立跨部會「藥物供應處理中心」預警通報及時處理因應臨床端的需求。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 77~78 頁)</p> <p>大家好，還是非常肯定健保署同仁平常就積極監督，今天報告整理非常多資料，真的</p>	<p>一、有關HTR之規劃及品項： (一)本署委託CDE辦理HTR，依</p>

委員意見	健保署說明
<p>很不簡單，非常的肯定，謝謝。我個人是對補充資料 2 投影片第 13 張 HTR 部分，能不能給我們一些初步的成果，到底這 4 個決策的分布是怎麼樣？另外就是說是不是有針對新藥相對於舊藥，就是所謂的第一大類跟第三 A 大類、第三 B 大類的部分有做比較效益分析嗎？comparative benefit analysis。這個部分在做適應症的辨證方面其實是有相當大的助益。</p> <p>再來是補充資料 2 投影片第 23 張，有關癌症的照護，健康署的代表已經離席了，這個部分是不是能夠建議跟健康署所維護的癌登資料做適當的串連勾稽，因為癌症的病人數增加也有可能是篩檢成效的結果，所以在癌症的病人數裡面，它的分期的分布是如何，是不是也可以回應剛剛陳石池委員所提問成效的部分，如果我們早期介入、早期治療，縱使用藥的費用上升，但是是不是延長病人有意義的生命，或是說生活品質，這個部分是可以列入成效的。</p>	<p>他國經驗、新實證、國內使用情形等，篩選已給付項目，並邀集專家學者召開 HTR 選題會議，討論 HTR 品項之選定、審查及排序等事宜。</p> <p>(二)本署參照 CDE 之 HTR 報告，依程序檢討給付規定，如函詢相關公會意見、提藥品專家諮詢委員會、全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。</p> <p>二、有關與健康署癌登資料串接分析：為強化提供癌症病友照護，本署與健康署所維護的癌症病人登錄資料申請串聯，經分析晚期非小細胞肺癌病人之存活率結果，發現一線使用 EGFR 標靶藥品之存活率顯著高於使用化療藥物之對照組，顯示健保收載標靶藥品且用於晚期肺癌第一線治療，對於病人存活率有顯著助益。本署將持續針對其他癌別進行分析。</p>
<p>蔡委員麗娟(議事錄第 78 頁)</p> <p>第 1 個我要請問的是，我們可以了解 111 年 PVA 跟 MEA 還款的金額到底是多少？因為 110 年有公布差不多 50 億元，111 年這數字能不能明確一點的告訴我們，我記得在我們上一次共識營的時候，石署長有說到就是</p>	<p>一、111 年藥品給付協議 (PVA/MEA)：一般服務項目之返還金額約 79.64 億元。</p> <p>二、有關暫時性健保支付之規劃：本署將於 113 年爭取額</p>

委員意見	健保署說明
<p>說未來 PVA 跟 MEA 的還款，他是支持回到新藥的預算裡面，所以第 1 個就是了解 111 年到底返還的錢有多少？</p> <p>另外一個問題，在補充資料 2 投影片第 10 張，剛剛西華委員也有提到，暫時性的健保支付，這個 Conditional listing，不管是薛部長或者是石署長，在很多場合裡面都有提到說是為了增加癌症新藥的可近性，可能這個藥物的 Unmet medical need 比較高，過去以來都沒有比較突破性的新藥，突破性的藥物發明，同時它已經取得藥證，但或許還要更多臨床真實世界的數據的支持，才能夠做是不是要常規給付的參考，所以就有暫時性健保支付的機制。</p> <p>但是就我們的了解，這錢還是在新藥一大包的經費預算裡面，所以如果要做這件事情，沒有一個額外的 funding 在那邊的時候，可能會排擠到目前已經有一些實證非常清楚，但是只是因為財務衝擊太大，一直都沒有辦法給付，所以在這兩相權衡之間，這是一個好的想法，但如果沒有配套的預算，真的會排擠到一些已經看到而且已經進來很久，數據非常的明確，但是的確是財務的衝擊太大，健保是沒有辦法給付，甚至有一些是 complication，2 個藥加進來就更貴，這部分也希望健保署能再多一點說明，想法很好，立意也非常好，但怎麼樣有一些配套，才能讓癌症病人用藥時的確是可以增加可近性，以上，謝謝。</p>	<p>外預算支應暫時性健保支付品項，懇請貴會委員予以支持。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 82~83 頁)</p> <p>由報告內容看似相當完整、周全，健保署同仁也很辛苦，但由報告資料投影片第 21 張</p>	<p>藥費占率為一相對概念，代表當年度藥費申報點數占整體醫療</p>

委員意見	健保署說明
<p>圖表來看，藥費申報點數從 102 年 1,541 億點每年增加，到 111 年已達 2,316 億點，成長 50%，藥費占率亦自 106 年每年提高，在疫情最嚴峻的 110 年更達到最高峰 28.7%，111 年雖略降 1.4%，但金額仍是增加，兩者似乎不搭，不曉得我們期待想改善的效果是否會出現？</p>	<p>申報點數之比率，並不代表藥費本身之消長狀況。從近六年藥費及其成長率觀之，藥費成長率已有逐年下降之趨勢，本署將持續精進藥品支付及調整制度，以合理分配健保有有限資源。</p>
<p>陳委員節如會後書面意見(議事錄第 83 頁)</p> <p>補充資料 2 投影片第 4 張，前瞻規劃精準給付當中提到的「前瞻性評估(HS)」想了解是否還有像過去一樣設定「財務衝擊 2 億的上限」？建議應該落實前瞻性評估原有的精神，讓健保署可以實際面對財務衝擊，不是先匡著財務上限。</p> <p>補充資料 2 投影片第 24 張，新藥收載結果分析，這個時間是指給付生效那一次的受理時間開始算吧？這個數據與病友團體們的認知(癌藥從申請健保到給付平均約 730 天，相當於 2 年)差異相當大。健保署應考慮誠實地列一張新藥「首次申請納入給付」到「給付正式生效」的時間統計，這才能更加釐清冗長的環節在哪裡。不是每次都各說各話。不管要推新藥給付的先鬆後緊，還是納入給付後的醫療科技再評估(HTR)，大家都很支持，但前端審查程序資訊的揭露對於病人也是很重要的環節，不該讓病人一直看不到盡頭地等待。</p>	<p>一、有關現行健保新藥預算預估模式，設定以 2 億元作為單一藥品年度財務影響(BIA)上限之假設：</p> <p>(一)此係根據過往共同擬訂會議藥品審議經驗，納入健保收載之藥品約有九成之 BIA 少於 2 億元。</p> <p>(二)預算預估模式僅作為預算額度之規劃使用，健保新藥之收載仍依循以「療效價值」為新藥訂價原則，以最適當的「價格」取得與「民眾用藥品質」間的平衡，包含考量臨床療效、安全性、成本效益、健保財務衝擊等，據以評估新藥收載之要件。</p> <p>(三)為兼顧病人權益，若新藥治療範圍為醫療有急迫性、醫療未滿足或療效突破之處，廠商可舉證其價值與重要性以爭取優先給付。</p> <p>二、外界及本署計算結果差異，</p>

委員意見	健保署說明
	<p>係因歷程計算起點不同：</p> <p>(一) 外界採廠商第 1 次向本署申請收載，至該藥品生效之總耗用時間，這期間包含廠商因不同意健保核定結果而主動撤案，或議價協商不成而結案後，廠商又再一次向健保署申請收載，而進入後續審查程序，所加總後之整體耗用時間。本署係依廠商每一次向本申請收載案件之受理時間為計算起點。</p> <p>(二) 後續將導入新藥加入給付流程之相關措施，藉由「精進新藥預算預估模式」、「爭取新藥預算」、「核價流程管控與加速」、「建立多元風險分攤模式」、「推動暫時性健保支付」、「優化醫療科技評估」等多元策略，在健保現有新醫療科技預算額度下，有效健保加碼，無效限縮給付，提升醫療資源配置之合理性。</p>

健保會委員針對健保藥費管控策略及檢討之期許

健保會 112.5

我國即將於 2025 年邁入超高齡社會，隨著人口老化、新醫療科技快速發展，以及民眾就醫習慣等種種因素下，111 年度健保醫療費用總額已突破 8 千億元大關，其中藥品費用達 2,300 億元(藥費占率已超過 28%)，健保會委員關心藥費支出節節上升，乃於 4 月份委員會議安排健保署進行藥費管控策略及檢討專案報告。

健保署報告內容除說明健保藥費支出現況，也提出為管控藥費推動的各項措施，包括：實施藥品費用分配比率目標制(DET, Drug Expenditure Target)、建置健保醫療雲端查詢系統，強化重複用藥管控措施，及為精進新藥預算預估模式，建立「前瞻式評估登錄平台(HS, Horizon Scanning)與運用藥品給付協議(MEA, Managed Entry Agreements)機制，加速新藥引進，並提出包含藥價調整檢討(含 DET)、加速收載健保新藥及檢討指示用藥給付等 3 大改革方向。

委員於聽取報告後，提出諸多建議，包括：對於重複用藥管控措施部分，委員認為與病人安全有很大的關連性，希望健保署能進一步分析重複用藥管控措施的成效與限制，例如各層級醫事服務機構重複開立情形、跨科別和跨層級重複用藥的比例及重複用藥人數、常見的重複用藥品項、浪費的原因等，作為改革方向之依據。

對於研擬將尚未完成第三期臨床試驗的新藥納入暫時性給付部分的作法，有委員表示雖理解如此可加速引進新藥，立意良善，但更關心在藥品療效跟安全尚未確定前即暫時性給付，病人健康能否得到保障？且此一作法是否會排擠到過去已有實證，但因財務衝擊太大而未能收載之其他新藥，建議針對納入給付之新藥宜有足夠的臨床數據支持，以確保用藥品質。

健保署對於委員關切之暫時性支付提出說明，符合暫時性支付申請條件的新藥，除必須已取得食藥署核發藥證，且必須用於目前無藥可醫的疾病，才會納入審查，未來若經真實世界資料佐證其療效不如預期，健保就會停止給付；至其

使用新藥預算是否會排擠其他新藥，因新藥審查順序是按照申請順序，目前擬列入暫時性支付者約 2~3 種藥品，尚不會排擠到其他新藥，然為使有臨床需要的民眾能早日使用所需新藥，也請委員在總額協商時對新藥預算的編列可以更寬裕，以利加速引進新藥。

另有委員建議應盡速落實健保法第 51 條，指示用藥不列入給付範圍之規定，並建議在取消指示用藥前，應先盤點出使用量高，但是處方藥可替代性低的品項；第二是估算健保給付指示藥品，對於民眾就醫行為及醫師醫療行為，造成的隱形成本有多少(例如診察費等)；第三為評估民眾常用的指示用藥(例如止痛藥、咳嗽與感冒用藥等)，若取消給付，對於不同族群的衝擊是什麼？希望健保署審慎評估，讓指示用藥的政策除符合法規，亦能兼顧臨床及民眾需求，健保署對於委員意見，表示將持續與與各相關團體進行溝通。

健保會委員肯定健保署的努力，也感謝其提供豐富的資料，面對藥費支出逐年提高，期望健保署在推動健保藥品政策改革時，應優先考量病患權益及減少社會衝擊，未來在預算編列與執行上，能夠透過加速新藥的引進及精準給付，讓資源用在有效的治療，使健保能夠永續經營。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議議事錄(112 年 4 月 26 日)

「111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」期末報告結論摘要

執行機關：台灣醫院協會

委託機關：健保署

計畫期間：111 年 5 月 21 日至 12 月 10 日

醫院總額自 91 年 7 月實施迄今已逾 20 年，醫界多年來反映希望就醫院總額一般服務預算地區分配公式進行檢討，健保署爰於 111 年委託台灣醫院協會辦理「醫院總額地區預算分配方式評估委辦案」，就醫院總額地區預算分配等相關議題進行討論。台灣醫院協會歷經近 6 個月時間，從組成醫院總額地區預算工作小組、預擬地區預算相關議題、蒐集分區分會意見、召開共識會議暨工作小組會議、健保資料的初探，到產出初步結論，供健保署做為地區預算分配公式之參考。重要結論如下：

一、對醫院總額地區預算分配公式之建議

(一)排除特定保險對象人數(山地原住民及機構型精神病人)後，以全國各性別、年齡層平均醫療費用，推算各分區之地區預算基本數經健保資料的初探，有關醫院總額地區預算分配公式修正第一階段建議，特殊族群人口排除山地原住民及機構型精神病人。即公式為以健保歷年實際數據資料為基礎，各分區排除特定之保險對象人數(山地原住民及機構型精神病人)，分別依其性別及一定歲數為級距的年齡組別進行統計，以全國各性別、各年齡層平均醫療費用推算各分區之地區預算為基本數，山地原住民及機構型精神病人費用，以外加形式加入各地區預算中，以形成新醫院總額地區預算分配公式。

(二)於排除特殊族群後試算疾病別各分區分布差異，再考量是否以外加形式反映

有關疾病別的資料，雖初步探查署版 10 大癌別資料並無顯著的分區別差異，惟經討論地區預算公式第一階段排除山地原住民及機構型精神病人，鑑於特殊族群人口於正式計算中會以聯集形式排除，對於原計算之疾病別資料會產生連動影響，建議健保署應

於各區人口減列特殊族群後再重新試算疾病別資料，或有可能產出不同的結果，後續第二階段才適宜就資料考量是否以外加形式反映差異。另建議健保署除重新試算十大癌別外，亦就署版前 20 大疾病進行試算。

(三)未來地區預算之分配應以戶籍人口為依據

- 1.依健保署所提供之各分區投保人口與就醫人口流向資料顯示，各分區皆有近 40%人口未就醫，而有就醫者的資料亦反映各分區皆有不同程度的非投保分區就醫情形，值得深入探討。對於未就醫人口有多少比例其戶籍不在投保分區，請健保署以戶籍資料研究各分區實際投保及就醫情形。本項經共識，建議未來地區預算分配應以戶籍人口為依據。
- 2.鑑於醫院部門地區預算分配的調整，尚有諸多議題仍需持續於各分區溝通而形成共識，但在此次討論過程中，分區預算的分配基礎，由現行投保人口導向，調整為以戶籍人口為基礎，是目前在地區預算分配公式未修正前，就現行公式健保署可先行試算調整的項目。

(四)應設置地區預算分配微調機制

考量近年醫療科技進步，醫療費用結構可能隨之轉變，為避免公式設計無法反映現況，建議應設置地區預算分配微調的機制，為適當的時機即啟動檢討機制，讓預算分配更貼近事實，臻於完善。

二、其他與地區預算分配相關議題

(一)醫院附設門診部回歸總額預算：應設有回歸年限

本案經討論多數分區贊同應設有年限回歸，擬以 5 年為原則，惟因受影響分區主張應考量分區管理因素，希望再攜回討論，建議暫待地區預算公式有共識後再議。

(註：醫院總額於 107、108 年分別於協商因素-其他醫療服務及利用密集度改變項目，合計編列 4.42 億元，用以反映台北區、高屏區、東區及南區等 4 區之醫院附設門診部回歸原醫院，對醫院總額之財務影響。該筆預算分配於所在分區一般服務結算，並每年隨一般服務成長。)

(二)跨區就醫浮動點值結算：續採全國前1季浮動點值

雖多數分會表達續採現行採全國前一季浮動點值計算，惟考量地區預算分配若由投保人口調整為戶籍人口為校正人口基礎，對於跨區就醫浮動點值結算的主張可能會異動，爰暫待地區預算公式有共識後再議。

(三)新醫療科技預算分配：編列於其他預算採專款專用

- 1.本項為各分區最具共識的議案，對預算的編列，共識為先置於其他預算採專款專用，待費用趨於穩定後，併回醫院總額基期再做有效分配。
- 2.新醫療科技的編列應儘速於 113 年改置於其他預算採專款專用，原 112 年(含)以前所編列之新醫療科技預算續留醫院總額一般服務預算(即不切割移列)，待費用趨於穩定後(比照現行觀測 5 年)結算相關替代影響後併回醫院總額基期。至於費用切割，採以新年度預算直接改列專款形式辦理，全新納保的新藥使用本項預算支出。即若 113 年編列 30 億元預算，則 113~117 年皆在其他部門留有 30 億元預算額度，而 114 年新醫療科技編列為 113 年+114 年，以此類推。
- 3.新醫療科技費用必須改變現有做法才能徹底解決釐清現行新藥新科技不斷擴大納入而預算的編列卻嚴重不足，造成鉅額健保財務落差，可能澈底拖垮醫院系統的普遍質疑。

112 年度牙醫門診總額參訪活動報告

壹、時間：112 年 4 月 27 日至 4 月 28 日

貳、參訪主題及地點：

一、牙醫特殊醫療服務計畫：

(一)彰化縣衛生福利部彰化老人養護中心。

(二)桃園市平鎮區居家醫療服務到宅訪視。

二、牙醫醫療資源不足地區改善方案：

(一)南投縣仁愛鄉互助村醫療站。

(二)台中市和平區谷關醫療站。

(三)桃園市觀音區觀音醫療站。

參、參訪人員：

一、本會委員(含代理人)共計 15 人。

盧主任委員瑞芬、干委員文男(陳委員杰代理人)、周委員麗芳、林委員文德、林委員錫維(林委員恩豪代理人)、花委員錦忠、馬委員海霞(陳委員節如代理人)、商委員東福、張委員清田、陳委員彥廷、黃委員金舜、楊委員玉琦、董委員正宗、滕委員西華、韓委員幸紋。

二、其他：本部社會保險司陳專門委員淑華、本部口腔健康司陳簡任技正少卿、健保署北區業務組林組長寶鳳及同仁、健保署中區業務組李組長純馥及同仁、本會同仁。

肆、參訪重點摘要：

主題一：牙醫特殊醫療服務計畫

一、計畫簡介：

(一)112 年度專款預算 6.721 億元，另由一般服務預算之特定用途移撥款移撥 0.5 億元支應。

(二)本計畫自 91 年起開辦，提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患及特定身心障礙者牙醫醫療服務，其中「特定身心障礙者」照護類型分為院所及醫療團等二類，並提供居家牙醫醫療服務，

其服務模式摘要如下：

1. 特定身心障礙者牙醫醫療服務：

- (1) 初級/進階照護院所：院所須具備相應設備，醫師須符合一定臨床經驗及教育訓練資格。
- (2) 醫療團：由各縣市牙醫師公會協調牙醫師組成，至機構提供牙醫醫療服務，機構包括：身心障礙福利機構、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童機構、衛福部所屬或社家署擇定設置口腔診療服務據點之老人福利機構、未設牙科之精神科醫院、一般護理之家。
- (3) 醫療費用支付方式：
 - ① 除麻醉項目外，論量項目得依病人障礙程度加成支付。
 - ② 醫療團得採論次加論量支付方式，論次每小時支付 2,400 點，每診次以 3 小時為限(至少服務 3 人次)。

2. 居家牙醫醫療服務：

- (1) 由牙醫師向牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)提出申請，經牙全會核可後，至住家進行訪視或居家牙醫醫療服務。
- (2) 醫療費用支付方式：採論次方式支付訪視費(限 1 年 1 次)、牙醫醫療服務費(限 2 個月 1 次)、評估出院病人居家照護需求(每次住院限 1 次)。

二、參訪地點及計畫執行概況：

參訪地區	彰化縣	桃園市
參訪地點	衛生福利部 彰化老人養護中心	平鎮區個案住家
特殊醫療服務 類型/對象	醫療團牙醫醫療服務： 1. 105 年起設置口腔牙醫診療據點。 2. 服務對象：限機構住民，包括：失能、失智、插管及臥床長者。 3. 口腔醫療需求： 蛀牙(55%)、牙齦疼痛(20%)、洗牙及其他問題(25%)。	居家牙醫醫療服務： 47 歲男性，極重度身心障礙並有鼻胃管留置，108 年由創世基金會桃園分院社工協助申請居家牙醫醫療服務。

參訪地區	彰化縣			桃園市
服務院所/提供項目	1.承辦院所：光良牙醫診所、芬園楊牙醫診所。 2.服務情形：每週1診次，提供全口檢查、一般處置、牙體復形、洗牙、拔牙、全口牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、口腔衛教等。			1.承辦院所：向樂牙醫診所。 2.服務情形：每位個案以2個月執行1次為限，醫師每日最多執行8人次(每月以80人次為限)，提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定/特定局部治療、簡單性拔牙、單面蛀牙填補等。
醫療利用情形	年度	診次	服務人次	110年全國居家牙醫醫療服務人次為2,783人次。
	108	35	215	
	109	34	226	
	110	30	204	
	111	31	193	

三、參訪地點醫師建議：

現行醫療團服務對象以機構內住民為限，惟彰化老人養護中心亦自辦日照中心，日照中心長輩白天皆在機構內活動，建議考量將機構內日照中心長者納入服務對象，提升其就醫方便性。

主題二：牙醫醫療資源不足地區改善方案

一、計畫簡介：

(一)112 年度預算 2.8 億元，外加一般服務預算之特定用途移撥款移撥 2 億元支應巡迴計畫之「加成申報」費用加成前點數。

(二)本計畫自 91 年起實施，鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執業及提供巡迴醫療服務，均衡牙醫醫療資源。其執行方式分為執業計畫及巡迴計畫等兩類，其服務模式摘要如下：

- 1.執業計畫以「無牙醫鄉」為優先(共 84 個鄉鎮)，另有巡迴施行地區計 153 個。
- 2.施行地區：劃分四級，一級為平地鄉或山地地區但交通尚屬方便、二級為山地、離島地區或特殊偏遠平地鄉、三級為特殊困難地區(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難)、四級為極端特殊困難及新竹縣尖石鄉司馬庫斯、玉峰村及秀巒村、嘉

義縣阿里山鄉豐山村、新美村、茶山村、高雄市桃源區拉芙蘭里、澎湖縣白沙鄉吉貝嶼及望安鄉花嶼村。

3.醫療費用支付方式：

(1)執業計畫：

每月保障額度依地區分級支付 22 萬點~30 萬點，另須提供巡迴服務每月至少 2 次(比照巡迴計畫支付論次費用)，每月每次平均就診人次不得低於 3 人。

(2)巡迴計畫：

①本計畫專款主要支付論次費用，依照偏遠程度分級，平日(假日)診次每小時支付點數分別為 1,800 點(2,100 點)、2,700 點(3,000 點)、3,700 點(4,000 點)及 4,300 點(4,600 點)，亦支付論量計酬服務點數加計 2 成部分。

②至於論量計酬部分，依照院所實際醫療服務提供點數，由一般服務預算支應。

③管理措施：每月平均每診次就醫人次連續 3 個月未達一定標準(一級地區 3 人、二級地區以上 2 人)須書面說明。

二、參訪地點及計畫執行概況：

參訪地區		南投縣仁愛鄉	台中市和平區	桃園市觀音區
地區 簡介	面積	1,274 平方公里	1,038 平方公里	88 平方公里
	人口數	15,670 人	10,891 人	73,443 人
	村里數	16 村	8 里	24 里
	牙醫診所數	0	2	6
	牙醫師數	0	2	26
	每位牙醫師服務在籍人口數	-	5,446 人	2,825 人
巡迴 醫療 概況	施行區域分級	第二級	第三級	第一級
	醫療站	互助村醫療站	谷關醫療站	觀音醫療站
	開診情形	每周一、二、三、五、六 1~2 診，共 7 診，其中每周一、三、五提供夜診(18:30~21:00)。	每周三、四、六、日 1~3 診，共 9 診，其中每周六、日提供夜診(17:30~20:30)	每周二~五上午 1 診，共 4 診。
	服務內容	牙科診療服務。		

參訪地區	南投縣仁愛鄉	台中市和平區	桃園市觀音區																																							
承辦院所	埔里基督教醫院、仁愛鄉衛生所、健安診所、田診所、聖本篤診所、路加診所。	17 家牙醫診所，計 18 位支援醫師。	11 家牙醫診所，計 11 位支援醫師。																																							
執行概況/成果	<p>1. 111.11.2 核准，房舍由互助村衛生室無償借用，醫療站內部設備、裝潢費、水電費、消耗品由支援醫師依診次平均分擔。</p> <p>2. 病患組成：居民超過 1,500 人，以原住民為主。</p> <p>3. 近 4 個月服務概況如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年/月</th> <th>醫師數</th> <th>服務人數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>111.12</td> <td>3</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>112.01</td> <td>3</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>112.02</td> <td>3</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>112.03</td> <td>3</td> <td>108</td> </tr> </tbody> </table>	年/月	醫師數	服務人數	111.12	3	77	112.01	3	48	112.02	3	62	112.03	3	108	<p>1. 102.9 揭牌，房舍向龍谷飯店承租，醫療站內部設備由民間捐助，租金、水電費、消耗品由支援醫師依診次平均分擔。</p> <p>2. 病患組成：以當地居民(原住民)為主、遊客緊急醫療。</p> <p>3. 近 4 年服務概況如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>服務時數</th> <th>服務人數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>108</td> <td>1,344</td> <td>1,548</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>1,512</td> <td>1,663</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>1,440</td> <td>1,725</td> </tr> <tr> <td>111</td> <td>1,458</td> <td>1,419</td> </tr> </tbody> </table>	年	服務時數	服務人數	108	1,344	1,548	109	1,512	1,663	110	1,440	1,725	111	1,458	1,419	<p>1. 110.2 啟用，房舍與觀音區衛生所共用，診療椅由民間捐助，水電費、軟硬體維護及牙助薪酬等費用，由桃園縣衛生局編列經費以標案方式委託公會承做。</p> <p>2. 近 2 年服務概況如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>診次</th> <th>服務人數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110</td> <td>181</td> <td>435</td> </tr> <tr> <td>111</td> <td>201</td> <td>1,043</td> </tr> </tbody> </table>	年	診次	服務人數	110	181	435	111	201	1,043
年/月	醫師數	服務人數																																								
111.12	3	77																																								
112.01	3	48																																								
112.02	3	62																																								
112.03	3	108																																								
年	服務時數	服務人數																																								
108	1,344	1,548																																								
109	1,512	1,663																																								
110	1,440	1,725																																								
111	1,458	1,419																																								
年	診次	服務人數																																								
110	181	435																																								
111	201	1,043																																								

三、參訪地點醫師建議：

- (一) 南投縣偏鄉牙醫師人力缺乏及老化，服務量能不足，建議爭取預算增加支付誘因(如：達特定服務量給予一定點值)，鼓勵已在南投縣開、執業的醫師加入特殊醫療及偏鄉服務。
- (二) 建議研議開放跨縣市巡迴點的醫療服務，並提高跨縣市提供服務之交通費，以增進牙醫師參加意願。
- (三) 現行醫療站牙醫師至社區辦理衛教活動或加強口腔照護檢查，若發現口腔問題，礙於申報規定無法當場處置，建議研議將醫療站外展活動之醫療服務納入支付。
- (四) 醫缺地區常因居民特性就診人次不高，但為照顧當地民眾，仍有提供巡迴醫療必要，建議取消現行每診次就醫人次未達

3 人須書面說明等規定。

伍、委員關心重點與回應：

一、委員關心與建議事項：

(一)牙醫特殊醫療服務計畫：

- 1.有關是否將老人機構內日照中心長者納入計畫服務對象，考量日照中心長者晚上會回到社區，其就醫可近性與一般社區民眾相近，建議審慎思考將其納入是否符合牙特計畫初衷，若要放寬，仍須審慎研議收案條件及造冊方式。
- 2.目前仍有許多身障就醫困難個案，未能知道牙特計畫相關服務訊息，建議牙全會透過社福團體努力加強宣導。

(二)牙醫醫療資源不足地區改善方案：

1.計畫執行面問題：

- (1)牙醫師投入偏鄉醫療需投入許多時間及交通成本，若是未來研議跨區巡迴醫療服務，建議適當考量交通成本。
- (2)現行每診次就醫人次需達 3 人及醫療站外展活動未能申報費用之限制，建議牙全會於研修計畫時保留執行彈性，如：若經評估屬特殊狀況或有必要，可授權由分區業務組審核等。

2.提升民眾就診意願問題：

- (1)社福機構及鄰里長系統為民眾最常接觸的平台，建議牙全會與其合作，加強宣導，增進民眾瞭解相關資訊。
- (2)建議加強偏鄉地區之口腔健康活動及宣導，並與公共衛生活動結合推動，提升民眾就醫意願。

3.醫師人力問題：

- (1)有關增加南投縣偏鄉支付誘因(如：達特定服務量給予一定點值)之建議，牙全會可思考整體資源配置，並協調不同縣市、區域意見後通盤研議。至於要增加多少支付誘因才能使人力有效投入，需提出相關數據佐證及方案以利討論。
- (2)有關人力缺乏及老化部分，建議透過政策面導引年輕牙醫師投入偏鄉、牙特及到宅照護，如：牙醫師畢業後一般醫

學訓練計畫(PGY)、醫師繼續教育(CME)納入相關訓練、善用公費生與國際牙醫等人力，期讓年輕牙醫師有機會接觸偏鄉醫療，讓年長牙醫師得以將經驗傳承。

4. 醫療站軟硬體及營運問題：

觀音醫療站是一個很成功的案例，其場地與衛生所共用，醫療設備由民間捐贈，至於水電費、軟硬體維護及牙助薪酬等費用，由桃園縣衛生局編列經費以標案方式委託公會承做。建議牙全會未來設置醫療站時，可多與民間團體及地方政府合作，讓民間愛心、公共衛生經費及健保預算共同發揮力量。

5. 觀音醫療站與衛生所共用場地，衛生所內有藥局，但現行規定醫療站需釋出處方請民眾至社區藥局領藥，可否適用特殊調劑，建議健保署研議更便民的做法。

二、牙全會代表回應：

- (一)有關醫療站之外展活動申報問題，在醫缺及牙特計畫外展點之外展活動可能都有相關需求，牙全會將進一步研議相關內容及提出預算需求。
- (二)委員的相關建議，牙全會皆會再整理相關數據及完善資料呈現，於 113 年度總額協商時爭取委員支持。

三、健保署回應：

- (一)牙特計畫服務對象，依當時計畫目的，仍以機構住民等就醫可近性較低者為主，若要納入機構內長照中心長輩，建議研提方案於總額協商時提出。
- (二)112 年醫缺計畫預算為 2.8 億元，牙特計畫為 6.721 億元，目前預算尚未用完，若有計畫執行面問題及修訂需求，牙全會可直接提出計畫研修建議。
- (三)有關偏鄉地區民眾就診之服務輸送，可與當地交通局共同研議加強公共運輸，提升民眾之就醫可近性。
- (四)有關年輕牙醫師無法投入偏鄉醫療的理由，多是子女就學、家人生活機能無法滿足，除健保支付誘因外，尚有其他問題須克服，例如：負向誘因(牙醫師子女就學問題)。

- (五) 觀音醫療站透過衛生局標案外包的模式，支應醫療站營運所需費用，值得提供其他地方衛生局參考。
- (六) 有關觀音醫療站釋出藥品處方箋部分，因該區有 3 家社區藥局，受藥事法第 102 條規定限制，不可自行調劑，需請藥師公會全聯會協助進一步研議。

112 年度全民健康保險西醫基層總額專案計畫實地訪查報告

壹、時間：112 年 5 月 2 日至 5 月 3 日

貳、參訪主題及地點：

一、西醫醫療資源不足地區改善方案：

(一)高雄市內門區三平里巡迴點。

(二)高雄市六龜區寶來里巡迴點。

二、旗山區基層醫療執行情形—高雄市旗山區聖星診所。

三、家庭醫師整合性照護計畫之大岡山醫療群執行情形—高雄市岡山區王宏育診所。

參、參訪人員：

一、本會委員(含代理人)共計 15 人。

盧主任委員瑞芬、吳委員榮達、周委員慶明、周委員麗芳、商委員東福、張委員清田、陳委員相國、陳委員鴻文、楊委員玉琦、劉委員淑瓊、干委員文男(陳委員杰代理人)、林委員錫維(林委員恩豪代理人)、馬委員海霞(陳委員節如代理人)、黃委員俊傑(詹委員永兆代理人)、劉委員振聲(陳委員彥廷代理人)。

二、其他：高屏業務組林組長淑華及同仁、本會同仁。

肆、參訪重點摘要

一、西醫醫療資源不足地區改善方案

(一)計畫簡介

1.112 年度預算 317.1 百萬元，得與醫院總額同項專款(100 百萬元)相互流用。

2.本計畫自 90 年起開辦，鼓勵西醫基層及醫院醫師至醫療資源不足地區提供醫療服務，執行方式包含獎勵開業服務及巡迴醫療服務，並支應醫缺地區診所補充點值(每點支付金額最高補至 1 元)及例假日診察費加計 2 成之費用。

3.112 年度施行鄉鎮共 128 個，依施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件分級，第一級為醫療資源導入較容易，第

二級為醫療資源導入一般，第三級為醫療資源導入較困難，並分別訂定支付標準。

(二)參訪地點及計畫執行概況

參訪地區		內門區三平里	六龜區寶來里
地區簡介	村里數	18 里	12 里
	診所數	3	4
	醫師數	4	5
	每位西醫師服務在籍人口數	3,350 人	2,368 人
巡迴醫療概況	施行區域分級	第二級	第二級
	巡迴點	三平里社區活動中心	寶來里社區活動中心
	開診情形	每周二 1 診	每周三 1 診
	服務內容	社區保健諮詢、預防保健服務、一般性疾病就診與慢性病定期診治、用藥諮詢、社區健康營造	
	承辦院所	高雄市內門區 觀亭診所	高雄市六龜區 大嘉診所
	醫療團隊	醫師、護理師	醫師、護理師、藥師
111 年執行成果	平均每診看診人次	10	37
	病患組成	高齡患者居多	

(三)參訪地點醫師反映

- 1.巡迴需攜帶病歷、藥品等眾多物品，以及看診時需輔助人手，人力略顯不足。
- 2.偏鄉交通不便是一大問題，也無經費補助，都是診所自行負擔，希望政府可能提供小黃公車站點。

二、旗山區基層醫療執行情形—聖星診所

(一)旗山區居民大多務農維生，因人口外流影響，高齡人口占比高，且老年退化性疾病的增加，導致此區的失能人口眾多，因此醫療需求以老年醫學為主。

(二)聖星診所於 107 年設立，是神經內科與家庭醫學科合組的診所，並深度結合長期照護服務，打造高齡失能友善空間，為

當地高齡失能人口提供容易取得的高品質服務；其設立宗旨是「建立讓失能與高齡患者都能自在就醫、接受完整照護的專門場域」，期待以診所結合居家、社區及機構照顧的型態，建立偏鄉診所新的經營模式。

- (三)為解決偏鄉醫療困境，實現醫療結合長照的理想，聖星診所致力打造無障礙就醫環境，診所內除可提供 X 光、心電圖、超音波、抽血檢驗、復健物理治療外，也設立 2 個失智據點、長照 C 據點以及銀髮健康俱樂部。對於失能嚴重個案，則積極提供居家醫療、居家失能服務，並可以透過長照服務連結聖星診所照護資源，期能成為無障礙與全人照護的社區醫療中心。

三、家庭醫師整合性照護計畫之大岡山醫療群執行情形—高雄市岡山區王宏育診所

(一)計畫簡介

- 1.112 年度預算 3,948 百萬元。
- 2.為奠定家庭醫師制度之基礎，健保署 92 年起於一般服務試辦本計畫，94 年起移至專款項目，至今已邁入 20 年。鼓勵同一地區的基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，提供會員健康資料建檔、24 小時諮詢專線、病人轉診服務、加強診所與醫院合作及辦理社區衛教宣導等特色服務。
- 3.111 年計有 609 個醫療群參與計畫，其中診所數為 5,664 家(占西醫基層診所約 53%)、醫師數為 7,833 人(占西醫基層醫師約 46%)、收案會員數為 600.2 萬人(占總保險對象人數約 25%)。

(二)大岡山醫療群簡介

- 1.大岡山醫療群於 93 年成立，經過整併，目前有岡山基層醫療群及岡山橋頭醫療群，分別有 20 間、17 間診所，共 56 位家庭醫師參與，其垂直轉診合作醫院主要為岡山秀傳醫院及岡山國軍醫院，平行轉診之診所為組內社區醫療群之診所。王宏育診所屬於「岡山基層醫療群」，提供一般內兒科、皮膚科診療服務，診所內備有各類衛教單張，並給予病患詳細解說。

2.醫療群共同設立「大執行中心」為運作樞紐，由診所醫師為主導，各診所負責資料上傳至社區醫療網及合作醫院等行政工作。為加強醫師間及醫師與家戶會員間的聯繫，除每個月舉辦學術演講外，醫療群共同印製衛教資料每月寄發，同時印上24小時電話諮詢專線，通知會員社區衛教演講活動時間(健康講座與免費健檢)，期運用最少資源，發揮最大效益。

伍、委員關心重點與回應

一、委員關心與建議事項

- (一)此次參訪可見西醫基層部門在醫療資源不足地區的服務熱誠，未來也支持繼續推動，對於預算、制度規劃、配套措施，以及交通不便、人力不足等問題，有哪些是健保會及健保署可以協助幫忙的？
- (二)有關家醫計畫，高雄市有幾個醫療群、醫療群與各層級醫院的關係，以及醫療群在防疫過程的角色為何？此外，對於執行不佳的醫療群，其輔導、退場機制為何？
- (三)建議健保署提供家醫計畫的實施成效，如有參加者的住院醫療耗用是否較未參加者節省等統計資料，讓委員了解醫療群對民眾的幫助及資源投入的效益。
- (四)建議健保署繼續辦理家醫計畫的標竿學習分享會，邀請執行績效優良的醫療群經驗分享、互相觀摩，提升醫療群醫療量能。

二、醫師公會全聯會代表回應

- (一)西醫醫療資源不足地區改善方案：
 - 1.巡迴計畫的醫事人員報酬是以「論次計酬」支付，依施行鄉鎮醫人比、人口密度及交通狀況分為三級，有不同的支付點數，其中已內含各項成本、交通、時間等耗用，但有醫師反映交通費還是不足，全聯會會再討論是否提高論次給付或額外增列交通費。此外，交通問題也需要爭取與當地政府配合，也建議將巡迴點設在公車路線上。
 - 2.未來調整預計以施行鄉鎮第二級為主，當然第三級也會調整，

雖然第三級是資源導入困難區域，但因為鄉鎮數不多，且主要執行者是醫院端，多具有 IDS 的資源及經驗，而調整第二級才能真正照顧到基層醫師，在醫缺計畫的運作上，還是要考慮醫院及診所間的平衡。

- 3.這 2 年因為疫情影響，醫缺計畫的預算執行率不高(註：109 年 54.9%、110 年 42.8%)，但我們也不敢貿然提高支付點數，怕回復常態後會經費不足，等疫情再穩定一點，將進行全面檢討。

(二)家庭醫師整合性照護計畫：

- 1.有關醫療群退場的執行方式，醫療群有針對住院率、急診率、預防保健檢查率等訂定 KPI(評核指標)，評核指標分數未達 70 分就需退場。有些病人或某些科別的病患住院率或急診率會偏高，導致部分醫療群為了拉高分數，把這些容易住院、急診的病人或科別剔除，建議排除極端值(如醫療耗用最高 20%及最低 20%)後再計算成績，取中間值來做評比才公平，也可避免醫療耗用高的病患無法被收案照護，這是未來可以討論的修訂方向。
- 2.112 年度家醫計畫的預算雖然沒有增加，但我們的獎優汰劣會做得更確實。早期發現早期治療，會讓民眾活得更久更健康，長期下來不一定可以節省醫療耗用，但健保不是以省錢為目標，民眾有健康的生命，才是健保的價值。
- 3.基層診所所有 2 萬多家，散在全國各地，疫情期間，透過醫療群動員基層診所，藉由定期開會、分享防疫資訊、採檢教導等，形成區域服務網絡，網絡運作可提高效能，不論協助疫調、支援篩檢或疫苗注射，都能積極、迅速協助政府推動防疫作業，養兵千日用在一時，將來仍然會有傳染病發生，建議持續支持家醫計畫，使更多診所加入醫療群。
- 4.讓整體醫療群進步很重要，過去健保署有舉辦觀摩大會，大家可以聚在一起經驗分享，建議持續辦理。

三、健保署高屏業務組回應

- (一)有關偏鄉交通問題，需要向當地政府反映、爭取，在醫缺計畫給付部分，則由全聯會與健保署溝通、討論，透過支付制度設計，讓醫師願意留在偏鄉深耕。
- (二)高屏業務組轄區內共有 94 個醫療群，診所參與率大約 45%，除與當地的地區醫院結合，更有大型的區域醫院或醫學中心做為後送醫院。在政策推動上，家醫計畫最大的功能就是將基層、地區醫院與大醫院結合，藉由分級醫療的經驗，讓醫療群在防疫上發揮很大功能。
- (三)健保署會定期分析數據，監測各個醫療群的評核指標達成情形，並定期與醫療群溝通、討論，讓計畫的執行更加精進。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路六段
488號
聯絡人：崔允馨
聯絡電話：02-27065866 分機：2657
傳真：02-27069043
電子郵件：A111019@nhi.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年5月4日
發文字號：衛授保字第1120661697號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：因應嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解編後之
過渡時期確診者就醫需求，自112年5月1日起調整健保給
付通訊診療之適用照護對象及實施期限，詳如說明，請轉
知所轄醫療機構配合辦理，請查照。

說明：

一、依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心112年4月25
日新聞稿辦理。

二、旨揭適用照護對象及實施期限調整如下：

(一)照護對象：

1、山地、離島地區COVID-19檢驗陽性民眾、住宿型長照
機構COVID-19檢驗陽性住民維持不變。

2、自112年5月1日起新增主管機關或其所屬機關認可之居
家照護收案對象且COVID-19檢驗陽性。

(二)實施期限：至112年12月31日止。

三、健保給付通訊診療之相關申報規定，將另行通知。

四、副本抄送相關公(協)會，並請轉知所屬會員配合辦理。



2.05.04



1123340099

正本：地方政府衛生局

副本：本部醫事司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部長期照顧司、本部社會保險司、本部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部中央健康保險署各分區業務組、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部社會及家庭署、國軍退除役官兵輔導委員會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會

2023/05/04
11:48:26
電交換章

裝



訂



線

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月13日

發文字號：健保醫字第1120106577號

附件：請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」(附件)，並溯自112年1月1日起生效。

依據：衛生福利部112年4月7日衛部保字第1121260115號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300088

副本

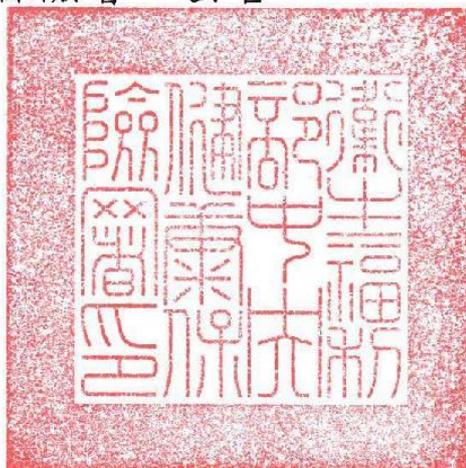
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月14日
發文字號：健保醫字第1120106576號
附件：請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「112年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(附件)，並溯自112年1月1日起生效。

依據：衛生福利部112年4月7日衛部保字第1121260121號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300093

112.4.17

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月17日
發文字號：健保醫字第1120106811號
附件：請自本署全球資訊網公告欄自行擷取

主旨：公告「112年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」如附件。

依據：衛生福利部112年4月11日衛部保字第1121260127號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、本署各分區業務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300100

112.4.18

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月17日
發文字號：健保醫字第1120106777號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取

裝
訂
線

主旨：公告112年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，自112年1月1日起生效。

依據：衛生福利部112年4月11日衛部保字第1120114240號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發

1123300099

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：崔允馨
聯絡電話：02-27065866 分機：2657
傳真：02-27069043
電子郵件：A111019@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年5月10日

發文字號：健保醫字第1120661760號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001_1120661760_doc5_Attach1.pdf)

主旨：為配合自112年5月1日起調整健保給付通訊診療之適用照
護對象及實施期限，修正「全民健康保險特約醫事服務機
構提供保險對象視訊診療作業須知」(附件)，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年5月4日衛授保字第1120661697號函(副
本)辦理。
- 二、為利辦理醫療費用核付事宜，請轉知所屬會員，倘醫療機
構執行「住宿型長照機構COVID-19檢驗陽性住民」或「主
管機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且COVID-19
檢驗陽性」之視訊診療，應以傳真或電子郵件報本署分區
業務組備查。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協
會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國
診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部心理健康司、衛
生福利部長期間照顧司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛



112.05.10



1123340105

生福利部疾病管制署、衛生福利部社會及家庭署、國軍退除役官兵輔導委員會、
地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組(均含附件)

電 2023/05/10 文
交 13:54:23 換 章

裝

訂

線



檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  3
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月12日
發文字號：健保醫字第1120661334號
附件：請自行至本署全球資訊網下載

主旨：公告112年4月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自112年4月1日起。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300087

6項中醫醫療照護計畫自112年4月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	2	5	2	2	2	0	13	
	醫師數	2	26	2	5	3	0	38	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	2	4	6	3	4	0	19	
	醫師數	3	46	11	7	7	0	74	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	1	1	6	3	4	1	16	
	醫師數	1	1	11	8	6	1	28	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	0	1	1	2	1	0	5	
	醫師數	0	9	1	5	2	0	17	
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫計 醫輔助醫療計 畫	院所數	1	5	2	2	2	0	12
		醫師數	2	26	3	5	3	0	39
	癌症患者中 醫門診延 醫門診延 護計畫	院所數	0	4	2	2	1	0	9
		醫師數	0	25	3	5	2	0	35
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	1	4	4	3	3	1	16
		醫師數	2	25	8	7	5	1	48
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	3	5	4	5	9	0	26	
	醫師數	5	20	8	9	12	0	54	

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 5 月 24 日

- 一、本會重要業務報告(會議資料第12、14頁)----- 1
- (一)補充一、(一)：衛福部函復本會有關 113 年度總額範圍(草案)所提諮詢意見
- (二)新增九、(一)之 2：衛福部預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案
- 二、討論事項
- 第三案「有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案」之健保署意見(會議資料第62頁)----- 8
- 三、報告事項
- (一)第一案「推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)」之健保署報告內容(含簡報)(會議資料第 71 頁)----- 12
- (二)第二案「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案」(會議資料第 75 頁)----- 26

(會議資料第 12、14 頁)

四、本會重要業務報告：補充一、(一)及新增九、(一)之 2

說明：

一、本會依上次(第 3 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依優先報告事項決定，於本(112)年 5 月 5 日以衛部健字第 1123360056 號書函，將 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之本會決定與委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要，併同發言實錄送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(會議資料第 79 頁)。衛福部於本年 5 月 17 日函復本會有關「113 年度健保總額範圍草案」委員諮詢意見，如附件一(第 3~4 頁)。依來函說明二(略以)，衛福部將本會委員所提 113 年度總額範圍、低推估公式及政策目標等相關意見，併同 113 年總額範圍擬訂相關資料，報請行政院參考。

九、衛福部及健保署於本年 4 月至 5 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 5 月 11 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

2.依行政程序法規定於本年 5 月 17 日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案，如附件二(第 5~7 頁)，對公告內容有任何意見或修正建議者，可自公告刊登公報次日起 30 日內(6 月 16 日截止)陳述意見或洽詢衛福部。前開資料已於同日寄至各委員電子信箱。重點如下：

(1)調整門診藥品部分負擔：

院所層級	一般藥品		慢性病連續處方箋	
	藥費 100 元以下	藥費 101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次以後調劑
基層院所/ 中醫	免收 【現況相同】	比率 20% 上限 200 元 【現況相同】	免收	免收
地區醫院			比照一般藥品 【現況免收】	
醫學中心 區域醫院	10 元 【現況免收】	比率 20% 上限 300 元 【現況上限 200 元】		

註：低收入戶、中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者，門診藥品部分負擔維持依現行規定收取(不受影響)。

(2)調整急診部分負擔：

特約類別	現行規定		修正草案
	檢傷 1-2 級	檢傷 3-5 級	不區分檢傷
基層診所	150		150
地區醫院	150		150
區域醫院	300		400
醫學中心	450	550	750

註：低收入戶、中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者急診就醫部分負擔大致維持依現行規定收取，即醫學中心 550 元、區域醫院 300 元、地區醫院及診所 150 元。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年5月17日
發文字號：衛部保字第1120118950號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關本部就113年度健保總額範圍草案諮詢貴會之委員意見，復請查照。

說明：

- 一、復貴會112年5月5日衛部健字第1123360056號書函。
- 二、貴會委員所提113年度總額範圍、低推估公式及政策目標等相關意見，本部將併同113年總額範圍擬訂相關資料，報請行政院參考，簡要說明如下：
 - (一)健保總額範圍係由低推估值加上政策目標所形成，其低推估值用以維持新年度醫療需要及照護與舊年度相同，而過去健保總額政策目標之擬訂，多參酌醫療服務提供者等各界，以年度為基準所提出之健保給付項目或計畫，並考量總體經濟情勢的民眾付費能力、整體醫療保健支出及健保財務等。
 - (二)有關健保總額範圍低推估公式之醫療服務成本指數



(MCPI)，本部於111年3月召開之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案擬訂方向」會議時，與會者提出MCPI為落後指標，與當下經濟之認知有所落差，建議未來本部應研議並改善。為解決此一問題，本部研擬各種預測模型，並於111年11月召開專家諮詢會議討論，經檢視其部分推估方法及預測值皆具有不確定性或無法找到解釋力足夠之模型，而採多年平均為相對合適且平穩之計算方式，其中4年平均較符合原MCPI指標波動趨勢；本部爰將研析結果，提案至112年3月之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案擬訂方向」會議討論，與會者多數建議可使MCPI數值相對平穩之方向。

(三)本部將賡續以「維持公平、提升效率、改善健康」3大全民健保核心價值為原則，持續投資健康、提升給付價值，以使健保資源發揮最大效益，保障民眾醫療權益、改善醫療照護品質。

正本：本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李洵璋
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年5月17日
發文字號：衛部保字第1120114745B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案之公告影本1份

主旨：檢送本部112年5月17日於行政院公報刊登預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」之公告影本1份，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起30日內陳述意見或洽詢本部，請查照。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣急診醫學會、台灣兒童急診醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、內政部、內政部役政署、內政部消防署、內政部警政署、內政部移民署、內政部空中勤務總隊、國軍退除役官兵輔導委員會、海洋委員會海巡署、中央警察大學、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部全民健康保險爭議審議會、本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



附件

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一)收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

藥品費用	應自行負擔費用	
	西醫基層醫療單位/ 地區醫院/中醫	區域醫院/ 醫學中心
100 元以下	0 元	10 元 (低收入戶/中低收入者/身心障礙者 0 元)
101-200 元	20 元	20 元
201-300 元	40 元	40 元
301-400 元	60 元	60 元
401-500 元	80 元	80 元
501-600 元	100 元	100 元
601-700 元	120 元	120 元
701-800 元	140 元	140 元
801-900 元	160 元	160 元
901-1,000 元	180 元	180 元
1,001-1,100 元	200 元	200 元
1,101-1,200 元		220 元
1,201-1,300 元		240 元
1,301-1,400 元		260 元
1,401-1,500 元		280 元
1,501 元以上		300 元
		低收入戶/ 中低收入者/ 身心障礙者 200 元

(二)保險對象持醫院開立之慢性病連續處方箋調劑(開藥 28 天以上)，第一次調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之門診藥品費用。

(三)下列情形之一者，免計應自行負擔之門診藥品費用：

- 1.接受牙醫醫療服務。
- 2.接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論病例計酬項目服務。
- 3.低收入戶、中低收入者及身心障礙者持慢性病連續處方箋調劑(開藥 28 天以上)。
- 4.持西醫基層醫療單位及中醫門診開立之慢性病連續處方箋調劑(開藥 28 天以上)。
- 5.持醫院開立之慢性病連續處方箋第二次及第三次調劑(開藥 28 天以上)。

二、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用

(一)收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

層級別	應自行負擔費用
醫學中心	750 元
區域醫院	400 元
地區醫院	150 元
基層醫療單位	150 元

(二)低收入戶、中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔費用 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔費用 150 元。

註：

1. 「低收入戶」指合於社會救助法規定之低收入戶成員；「中低收入者」指符合社會救助法規定之中低收入戶及符合老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法規定之年滿七十歲中低收入老人；「身心障礙者」指領有社政主管機關核發之身心障礙證明者。
2. 低收入戶應自行負擔之費用，依法由中央社政主管機關補助。
3. 其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

(會議資料第 62 頁)

討論事項第三案「有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案」後附資料(健保署意見)

中央健康保險署意見：

- 一、提案說明一、各總額部門之醫療資源不足地區改善方案，可提升偏遠地區當地民眾的醫療可近性。其中醫療院所支援極偏遠地區之巡迴醫療服務，因交通因素，致醫療成本相對其他地區為高。
- 提案說明二、為鼓勵醫師支援極偏遠地區之巡迴醫療，建議健保署對不同程度偏遠地區之巡迴醫療服務，進行所需之成本分析，合理提升極偏遠地區巡迴醫療之診察費支付。

回復如下：

- (一)考量參與巡迴醫療醫事人員(醫師、護理及藥事人員)之交通時間等成本，西、中、牙醫醫不足改善方案依施行區域分級，支付「巡迴醫療論次費用」：

醫事人員	施行區域分級 (執行巡迴醫療時間)	論次費用 (單位：點)
西醫醫不足改善方案(每診次)		
醫師	一級(一般日/例假日)	3,500/4,500 點
	二級(一般日/例假日)	4,500/5,500 點
	三級(一般日/例假日)	7,500/8,500 點
護理及藥事人員	一般日/例假日	1,200/1,700 點
中醫醫不足改善方案(每診次)		
中醫師	中醫資源不足	2,000 點
	一級偏遠	3,000 點
	二級偏遠	5,000 點
	山地	8,800 點
	一級離島	11,000 點
	二級離島	12,100 點
	三級離島	13,200 點
牙醫醫不足改善方案(每小時)		
牙醫師	一級(平日/假日)	1,800/2,100 點
	二級(平日/假日)	2,700/3,000 點
	三級(平日/假日)	3,700/4,000 點
	四級(平日/假日)	4,300/4,600 點

(註)上開方案申報論次費用規定說明：

- 1.西醫及中醫：論次費用以每診計算，每診次至少 3 小時，每位醫師 1 天以 1 診次為原則(特殊情形除外)。
- 2.牙醫：論次費用以每小時計算，每診次以 3 小時為限，下午 6 時後視為夜診，以假日點數計算。每天服務時數一、二級地區以 6 小時為原則，三、四級地區以 9 小時為限。

(二)為鼓勵院所持續參與，西、中、牙醫不足改善方案，「論量費用加成」支付：

方案	計算方式
西醫醫不足改善方案	診察費加成：基層診所每件加計 3 成，醫院則按申報點數加計 2 成。
中醫醫不足改善方案	診察費加成：按申報點數加計 1 成。
牙醫醫不足改善方案	醫療費用加成：每件加計 2 成。

二、提案說明三、因健保資源有限，應合理分配及使用預算，爰建議健保署進行檔案分析，考量下列因素，檢討各地區巡迴醫療執行結果，以提升預算使用效率：

- (一)宜考慮因交通建設改善後，實質已非偏遠地區，其巡迴點的退場機制。
- (二)應考量巡迴點每診次醫療服務病患人數及醫療利用情形。
- (三)應檢討醫療服務品質，並列入醫療院所續辦之考量。

回復如下：

西、中、牙醫醫不足改善方案每期執行期程計 1 年，每年重新評估各方案施行區域等內容之合宜性，並經全民健康保險醫療給付費用各總額部門研商議事會議決議辦理，本署就上開評估因素，依各方案規定說明如下：

(一)考慮交通建設，評估巡迴點退場機制

- 1.西醫醫不足改善方案：每年度施行區域係參酌前一年各鄉鎮醫人比(>2,600)，並經當地衛生主管機關及本署分區業務組評估後修訂。
- 2.中醫醫不足改善方案：限該行政區無中醫醫事服務機構，或僅有一家中醫醫事服務機構之行政區可實行之。

3. **牙醫醫不足改善方案**：每年度施行區域依牙醫全聯會及本署評估結果，經牙醫門診總額研商議事會議討論通過後公告實施，其中執業計畫以「無牙醫鄉」為優先。

(二)評估巡迴點每診次醫療服務病患人數及醫療利用情形

1. **西醫醫不足改善方案**：經查執行巡迴計畫滿3個月，若該巡迴點每診次平均就醫未達5人次者，暫停該巡迴點服務，執行院所需提改善計畫書或變更巡迴點，俟分區業務組核定，始得恢復或變更巡迴點。
2. **中醫醫不足改善方案**：執行巡迴醫療服務者，若連續5個月每月每診平均就醫人次少於10人，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續3個月，每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。
3. **牙醫醫不足改善方案**：成立滿二年之社區醫療站及巡迴點，一級地區與二級(含)以上地區每巡迴地點每月平均每診次就醫人次連續三個月低於3人與2人者，由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用。若經改善後，連續三個月仍未達標，由牙醫全聯會評估該巡迴地點下年度得否繼續提供巡迴醫療服務，並將評估結果函送保險人。

(三)檢討醫療服務品質，並列入醫療院所續辦之考量

1. **西醫醫不足改善方案**：
 - (1)執行院所應於計畫執行結束後或年度結束後10個工作日內提交執行報告，包括評核表(含照片)、民眾滿意度調查表(至少10名)至分區業務組，且每一個巡迴點須各自評分，以作為申請下年度計畫之審查依據。
 - (2)各分區業務組可視需要，於計畫執行期間進行實地訪查，查

院所若有未經報備無故休診 2 次、涉有特管辦法第 38 至 40 條中各條所列違規情事之一、提供醫療服務違反本方案目的或規定等情形，則需終止該院所執行本方案。

2. 中醫醫不足改善方案：

- (1) 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告(含執行成果及實施效益)予中醫全聯會；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。
- (2) 參與本方案之保險醫事服務機構，1 年至少考核 1 次，由分區業務組進行實地考核或電話抽查評核，若列入輔導等級且經複核未改善者，將終止執行本方案。

3. 牙醫醫不足改善方案：

- (1) 執行之巡迴醫療團應於計畫執行結束或年度結束 10 日內檢送執行報告及學童口腔健康狀況調查統計表至牙醫全聯會，由牙醫全聯會將本方案執行進度撰寫於執行報告及彙整執行成果撰寫於評核報告，並於全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會報告。
- (2) 醫療團實際診療診次執行率低於 85% 者，經所轄分區業務組重新評估核定後，得終止該醫療團執行本計畫。另巡迴醫療團應對所屬服務醫師做品質審查及工作考核，如有特殊情況可提報牙醫全聯會舉辦實地訪視。負責醫師應協商各項行政事務及團隊管理，如有違反健保相關法規及前開之規範，牙醫全聯會及保險人得作為據以評估該醫療團下年度是否參與本計畫之重要依據。

綜上，本署將持續戮力辦理西、中、牙醫醫不足改善方案，藉由導入醫療資源，以期平衡城鄉醫療差距、完善在地醫療照護。

(會議資料第 71 頁)

報告事項第一案「推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)」之健保署報告內容(含簡報)

.....

報告單位：中央健康保險署

案由：推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)，請鑒察。

說明：

一、依據貴會 112 年度工作計畫及同年 5 月 1 日轉劉淑瓊委員之意見辦理。

二、分級醫療執行情形(附件，第 15~25 頁)，重點如下：

(一)疫情期間(109 至 111 年)西醫基層受到疫情影響件數占率呈現下降，可能與防疫措施，民眾加強個人防疫措施(如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等)有關，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少。111 年件數占率已微幅上升。

(二)就區域級以上醫院門診初級照護案件占率，111 年醫學中心 14.40%、區域醫院 19.34%，較分級醫療實施前(105 年)下降(醫學中心 15.40%、區域醫院 22.90%)。

(三)111 年全年轉診件數仍較去(110)年同期成長，其中下轉件數成長 1.82%。

(四)本署持續推動分級醫療及透過部分負擔調整引導民眾就醫，並延續疫情期間已建立的制度及政策，朝向發展全人全程照護而努力。

三、有關劉淑瓊委員請本署補充轉診相關定義一節說明如下：

(一)分級醫療執行成效中「接受上轉」、「接受下轉」、「單向下轉」及「回轉」之定義部分：

「接受上轉」係指院所接受上轉之案件，以醫學中心為例，醫學中心接受區域級以下院所轉診病患；「接受下轉」以地區醫院為例，地區醫院接受區域層級以上醫院的轉診病患；回轉係

指轉診至其他院所，其他院所再轉回原轉出院所之案件。

(二)107~111 年「接受下轉」並排除 90 天內再於醫院層級就醫之案件數部分：

1. 現行邏輯就醫院層級病患下轉至基層院所案件計算如下表。
2. 依貴會 112 年度工作計畫，本署將於下次(6 月)委員會議報告「基層總額轉診型態費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，並依委員提供之具體操作型定義，研議於下次會議報告之可行性。

年度	醫院下轉案件數	醫院層級下轉至基層	
		件數	占率
107 年 7-12 月	10,673	6,906	65%
108 年	27,058	16,152	60%
109 年	123,208	73,003	59%
110 年	54,767	33,022	60%
111 年	117,022	61,625	53%

備註：1.資料來源：多模型健保資料平台門診、住診清單明細檔、清單醫令明細檔。

2.資料範圍：總額內、外案件，申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1(接受他院轉入)案件或部分負擔代碼 A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、C6、F3、FT、JA 且申報院所代碼等於轉入院所代碼案件或有申報醫令代碼為 01034B、01035B、01036C、01037C、01038C 之案件。

3.轉出院所：係指將病患轉出之院所 (TRAN_ID_HOSP_ID)。

4.接受院所：接受來自轉出院所病患之院所。

5.實際就醫定義：係以身分證號、生日、轉出院所代號對應接受轉診院所申報之來源院所代號且接受轉診之就醫日期與轉出日期相差小於 90 天。

(三)「建立轉診之合作機制」中，5 項轉診支付標準項目(醫院「辦理轉診費_回轉及下轉」；醫院及診所「辦理轉診費_上轉」；醫院及診所「接受轉診診察費加算」)之檢討情形部分：

1. 為鼓勵院所建立轉診之合作機制，於支付標準提供轉診誘因，係透過獎勵方式，鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案，並以新增轉診診察費方式辦理。
2. 考量近年支付標準陸續開放基層亦可適用，以提升基層醫療

服務量能，另因診所專科化造成基層診所因科別治療之限制及無平轉獎勵誘因，致使基層診所上轉案件增加。為鼓勵基層院所間水平合作，經評估民眾照護需求後，可就近轉至適合之基層診所提供完善適宜的醫療照護，研擬新增基層院所之「平轉」及「接受平轉」支付項目，點數暫訂為 50 點。

3. 另為讓醫院致力於急診及重症照護，研擬減少西醫基層上轉誘因，將「上轉」支付點數由原 200~250 點調降為 50 點，於 109 年 3 月 5 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟與會代表表示考量疫情影響民眾就醫型態，且上轉多數為急診案件，爰該提案未獲共識。
4. 本署將依貴會之安排，於下次會議報告「基層總額轉診型態費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」之成效檢討。

健保署業務窗口：朱文玥科長，聯絡電話：02-27065866，分機 2665

.....
本會補充說明：

本案之本會補充說明詳會議資料第 71~73 頁。於檢視健保署所送報告內容後，建請該署於會上補充說明疫情對推動分級醫療可能之影響及檢討後之規劃方向與作法。

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

推動分級醫療之成效



衛生福利部中央健康保險署

112年5月24日

分級醫療

分級醫療的六大策略

6. 加強醫療財團法人管理

- 修法加強醫療財團法人監督管理
- 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
- 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

5. 提升民眾自我照護知能

- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

4. 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護

1. 提升基層醫療服務量能

- 開放基層表別，擴大診所服務範疇
- 擴大家庭醫師整合性照護計畫
- 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務
- 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

2. 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
- 提高假日基層開診率，提供開診時段與急診就醫資訊查詢
- 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫
- 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞
- 建置電子轉診單並監控非必要轉診

3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- 調高重症支付標準
- 持續推動緊急醫療能力分級

※紅字為健保署權責

3

逐年編列分級醫療推動預算

單位：億元

項目	年度						
	106	107	108	109	110	111	112
鼓勵院所建立轉診之合作機制		3.87	9.47	9.47	6.58	4.83	4.83
基層總額轉診型態調整費用		13.46	13.46	10.0	10.0	8.0	8.0
基層開放表別	2.5	4.5	7.2	8.2	9.2	12.2	13.2
家庭醫師整合照護計畫	15.8	28.8	28.8	35.0	36.7	39.48	39.48
跨層級醫院合作計畫	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
強化出院準備	—	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.45
合計	19.3	52.13	60.43	64.17	63.98	66.01	66.96

4

主要策略-建構垂直整合雙向轉診系統



5

基層端：提升基層服務量能~開放表別1/2

➢ 106-111年開放表別累積開放品項數69項，費用申報2171億元

單位：百萬元

收載年度	預算數	開放品項數	107	108	109	110	111
106年	250	25	228.2	379.9	144.1	87.8	101.7
107年	450	9	59.5	132.3	165.9	178.6	193.1
108年	720	11		56.5	95.6	116.5	143.3
109年	820	17			5.1	19.8	27.9
110年	920	5				8.6	26.4
111年	1,220	2					0.0038
合計	4,380	69	287.7	568.7	410.7	411.3	492.4

2170.8

6

基層端：提升基層服務量能~持續推動家醫計畫2/2

應收個案
419.2萬人

• 保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象(給付改善方案收案個案)

自收個案
180.9萬人

• 診所自行收案(採定額制)：原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。
自收個案限制：①每名醫師200人/300人為上限。②自行收案會員當年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。③每家診所自收個案1,200人/1800人為上限(每家診所6名醫師計算)

- ✓每位醫師收案支付個案管理費上限1,080/1,180人。
- ✓111年本署分派應照護名單共6,072,643人

7

醫院端：大醫院專注重症，輕症下轉1/2

年度	投入預算(億元)	歷年調高急重症支付標準項目
106年	60	調升急重症之診察費、麻醉、手術、特定診療，及手術項目之兒童加成等1,716項支付標準點數
107年	30.1	1. 投入9.8億元調整護理病比加成與ICU護理費，並刪除門診合理量公式 2. 調整11項特定處置項目支付標準，共挹注20.3億元用於調整急重症支付標準。
108年	42	調整急重症支付標準，包括413項診療項目點數、提升住院診察費及增列75歲以上加成20%、急診診察費診治6歲以下兒童之專科醫師加成、麻醉費調整為提升兒童加成、住院護理費調升等。
109年	23.1	醫院總額醫療服務成本指數改變率所增預算 1. 36.81億元用於調升「急診診察費」、「檢傷分類第三級急診診察費」、「住院診察費」及「住院護理費」支付點數 2. 22.73億元調整400項急重難症特定診療項目及4項亞急性呼吸照護病床、2項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數
110年	15	醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(5億元)」及「提升重症照護費用，促進區域級(含以上)醫院門住診結構改變(10億元)」，保障「區域級以上醫院加護病床之住院護理費、地區醫院假日/夜間門診案件(不含藥費)」以1點1元支應
111年	30	醫院總額運用「提升重症照護費用，促進區域級(含以上)醫院門住診結構改變(20億元)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(10億元)」，調升住院首日護理費支付點數30%，區域級(含)以上醫院加護病床之診療費及住院護理費、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費每點1元支付。

8

醫院端：112年新增專款項目^{2/2}

「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」

「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」

➤112年4月27日112年第1次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議臨時會決議部分通過

專款項目	支付內容
持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5億)	1.慢性呼吸照護病房加成3%：P1011C(第1-90日)及P1012C(第91天以後)。 2.急診診察費(含不分檢傷及按檢傷分類)再加成15%：01015C、00201B-00204B及00225B。 3.地區醫院住院護理費全日平均護病比加成，請台灣醫院協會與護理師公會攜回研議。
健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10億)	1.加護病床病房費及住院診察費調幅5.7%~24.7%：03010E調升325點、03011F調升594點、02011K調升109點。 2.新生兒中重度住院診察費調幅13.8%~84.6%：02017K調升693點、02018A調升107點 3.急診觀察床病房費及護理費調幅50.1%~100%：03073A(第一天)調升184點、03018A(第二天起)調升167點、03075A(第一天)調升286點、03042A(第二天起)調升175點。

9

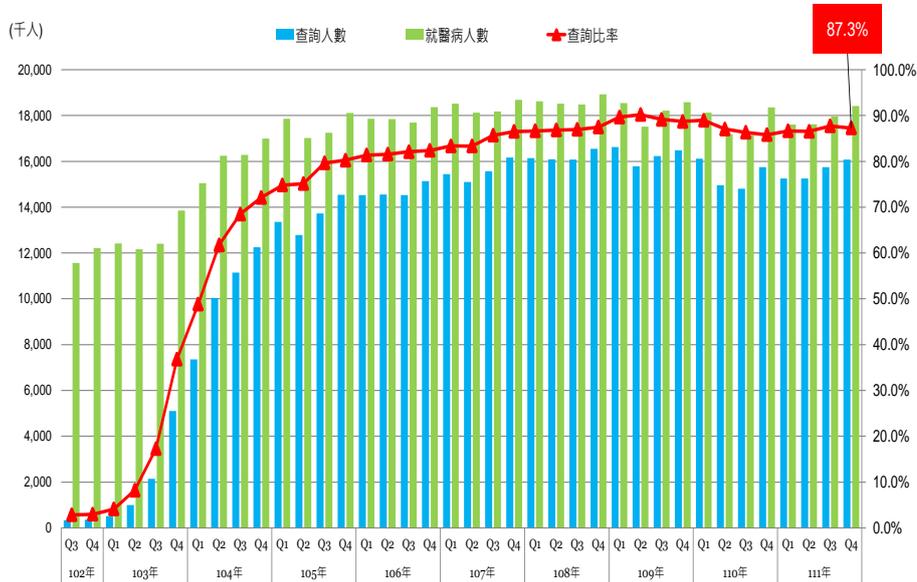
促進醫院與診所合作~資訊共享-雲端分享^{1/4}



10

促進醫院與診所合作~資訊共享-雲端分享^{2/4}

- 就醫病人雲端系統查詢率近**9成**，醫療院所整體使用率達**99%**
- 平均每月約有**3.7千萬**查詢人次



11

促進醫院與診所合作~規劃支付轉診誘因，鼓勵轉診^{3/4}

層級別	西醫基層		醫學中心	
	使用	未使用	使用	未使用
是否使用電子轉診平台	使用	未使用	使用	未使用
上轉	每人250點	每人200點	接受轉診診察費加算200點	
下轉或治療結束後回轉(限醫院層級以上申報)	接受轉診診察費加算200點		每人500點	每人400點

12

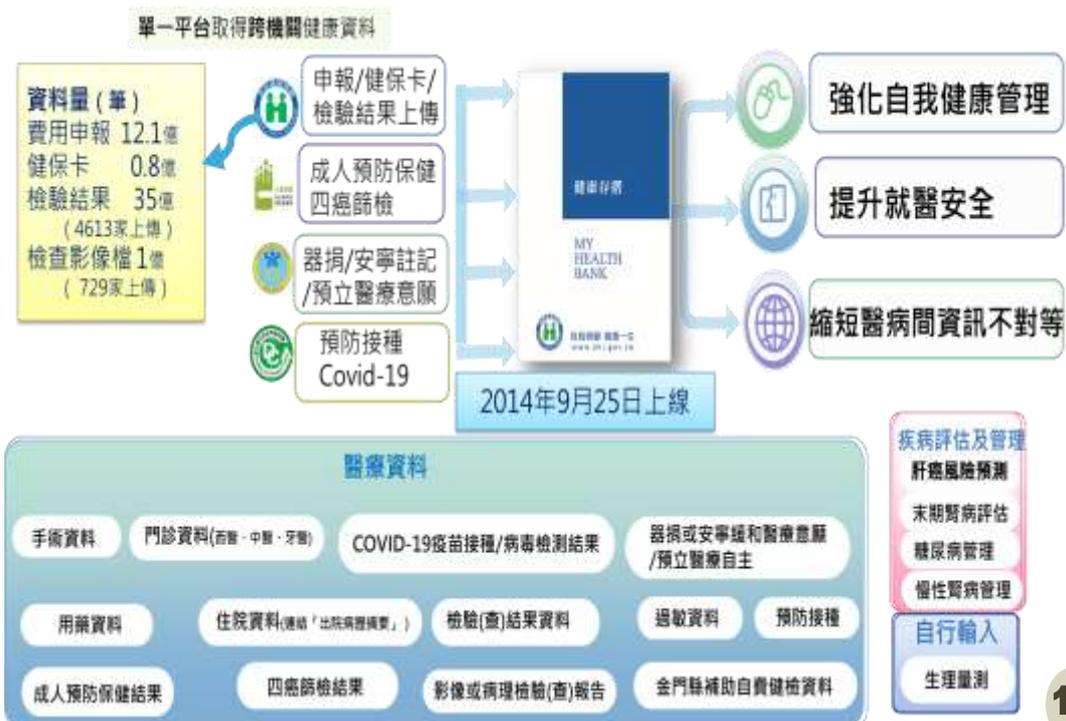
促進醫院與診所合作~醫療體系垂直整合聯盟^{4/4}



截至111年12月底共計組成**81**個策略聯盟，已有**7,152**家特約院所(醫學中心**24**家、區域醫院**83**家、地區醫院**300**家、基層診所**6,581**家、藥局**1**家、居護護理機構**154**家、精神復健機構**6**家及呼吸照護所**3**家)參與。

13

民眾端賦能與部分負擔~健康存摺推動



14



健康存摺

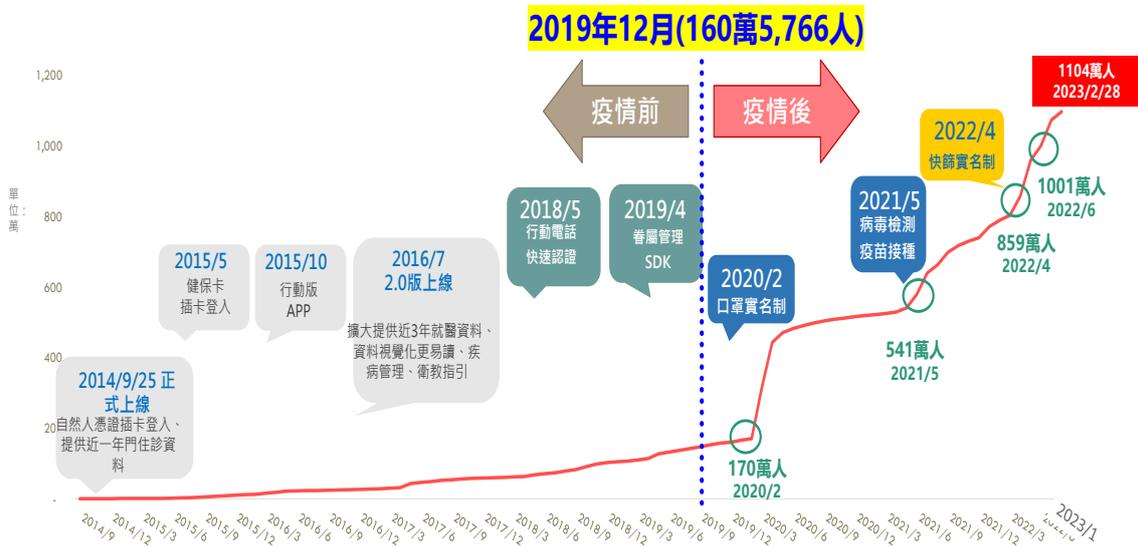
1104萬 3億1986萬

使用人數

使用人次

統計至2023年2月28日

2018年12月突破1百萬
2020年09月超過5百萬
2021年07月超過6百萬
2022年06月超過1千萬



健康存摺發展軌跡與使用人數

多元管道宣導分級醫療

運用本署FB、LINE@、全球資訊網、Podcast宣傳分級醫療政策。

FB、LINE@

- LINE@好友人數約**64萬人**。
- FB按讚人數約**19萬人**。
- 111年1月至12月本署FB及Line@發布**37則**分級醫療相關訊息。



全球資訊網

- 全球資訊網111年瀏覽量約**26萬人次**。
- 建置分級醫療宣導專區，提供**相關新聞、FAQ、宣導素材**等訊息。



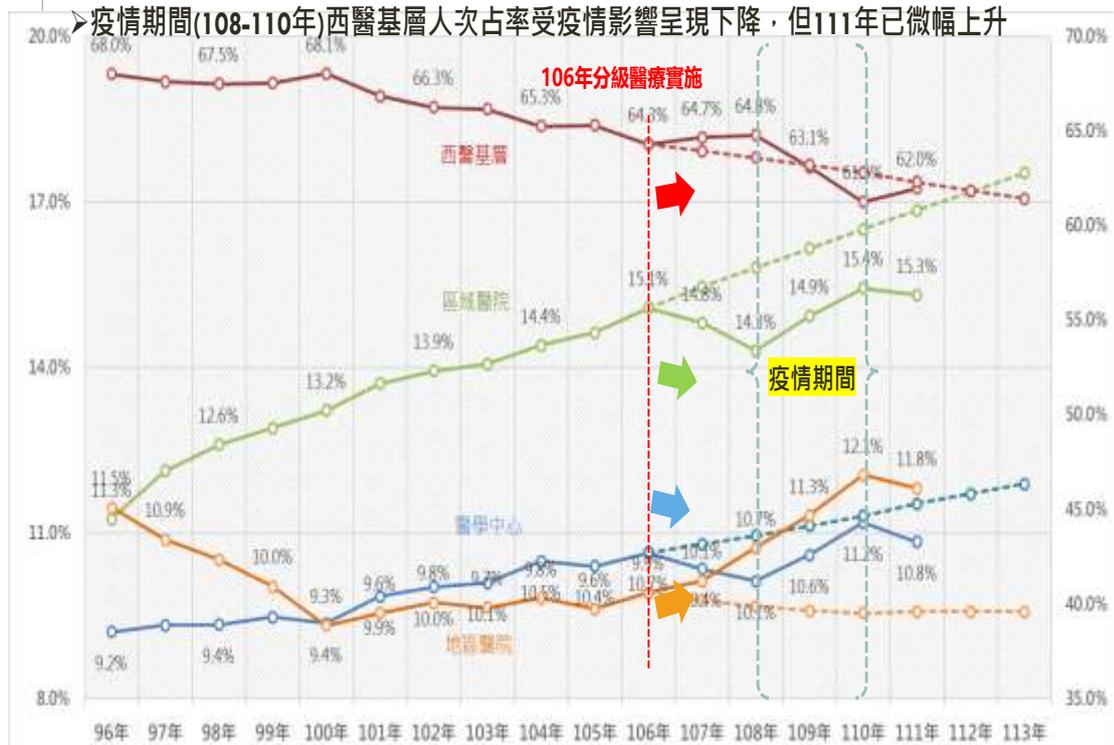
PODCAST廣播平台

- 平台瀏覽人數約**6.5萬人**。
- 推出**3集**分級醫療相關單集。



分級醫療執行情形：西醫門診各層級人次占率趨勢

疫情期間(108-110年)西醫基層人次占率受疫情影響呈現下降，但111年已微幅上升

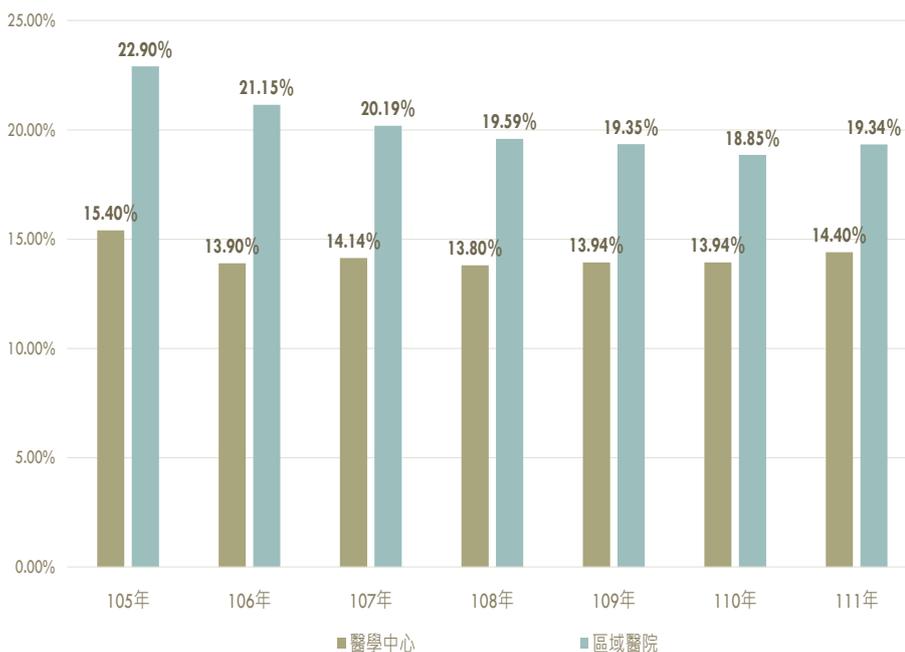


註：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估。

17

105-111年醫學中心及區域醫院門診初級照護之次數占率

醫學中心及區域醫院門診初級照護案件比率，111年較未實施分級醫療前(105年)下降



18

106-111年各層級醫院收入費用占率

▶地區醫院近5年(107-111年)醫療點數逐年增加，
由107年16.7%上升至111年19.1%

層級	106年	107年	108年	109年	110年	111年
醫學中心	40.9%	40.7%	40.4%	40.2%	39.8%	39.6%
區域醫院	38.8%	38.5%	37.7%	37.0%	36.2%	36.0%
地區醫院	16.2%	16.7%	17.8%	18.0%	18.7%	19.1%
財團法人	1.7%	1.8%	1.9%	1.9%	1.9%	2.1%
社團法人	3.4%	3.6%	4.0%	4.4%	4.7%	4.9%
公立	3.6%	3.7%	3.8%	3.7%	4.0%	4.2%
一般	7.5%	7.6%	8.1%	8.0%	8.0%	7.9%
交付機構	4.1%	4.1%	4.1%	4.8%	5.3%	5.2%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

註：

1.依據111年1月21日健保會第5屆111年第1次委員會議，委員於「健保會會議之抑制資源不當耗用報告案」中建議辦理。

2.資料來源：總額各案件核定醫療費用分攤明細(PHFB_DECIDE_DIST)。

19

111年全年轉診件數概況

▶111年轉診件數較110年成長，下轉件數成長1.82%

	110年1-12月		111年1-12月		成長率
	件數	占率	件數	占率	
接受上轉	888,497	77.80%	937,030	77.84%	5.46%
接受平轉	82,298	7.21%	91,373	7.59%	11.03%
接受下轉(A+B)	160,650	14.07%	163,572	13.59%	1.82%
資料不全	10,510	0.92%	11,856	0.98%	12.81%
總計	1,141,955	100.00%	1,203,831	100.00%	5.42%

20

落實**分級醫療** 珍惜醫療資源

未來努力方向

- **精進家醫計畫**：串連「預防保健」、「疾病治療」及「長照及居家照護」，擴展全人全程照護。
- **持續讓醫院下轉穩定慢性病個案**：透過支付誘因，讓醫院下轉個案至基層院所。
- **持續鼓勵醫院與診所加強合作**：鼓勵醫院與診所建立聯盟，雙邊醫師相互支援。
- **導引民眾改變就醫習慣**：賦能民眾，調整部分負擔制度。

21

謝謝聆聽，敬請指教

22

(會議資料第 75 頁)

報告事項第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 112336002 號公告、112 年 4 月 27 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議及台灣腎臟醫學會 112 年 5 月 11 日台腎醫麥字第 11200500128 號函(如附件二，第 49~67 頁)辦理。

二、預算來源：

112 年門診透析服務總費用成長率 1%，約 433.5 百萬元。

三、本計畫(如附件一，第 32~48 頁)重點如下：

(一)提升腹膜透析新發個案照護費：

1.獎勵院所設立腹膜透析室/中心：

(1)鼓勵院所新設腹膜透析室/中心：60 萬點，每機構限核付 1 次。

(2)鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費：40 萬點，每機構限核付 1 次。

(3)醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費：20 萬點，每機構限核付 1 次。

2.獎勵腹膜新發個案透析照護團隊獎勵費：

(1)首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達 6 個月以上者，醫學中心、區域醫院 36,000 點；地區醫院、基層診所：72,000 點。

(2)首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達 12 個月以上者(第 7 個月至 12 個月)，醫學中心、區域

醫院 10,000/月；地區醫院、基層診所：20,000/月。

3.加強病人自我照護品質處置費：腹膜透析追蹤處置費(58011C 及 58017C)加成 10%。

(二)腹膜透析機構推廣獎勵：

1.以腹膜透析病人數 5 人以上機構為主。地區醫院、基層診所不在此限。

2.依院所 PD(腹膜透析)病人數成長率設定每人獎勵點數(1,000~4,000 點)，各院獎勵金額以每人獎勵點數 X 腹膜透析病人數。

(三)提升腹膜透析院所照護品質獎勵：依品質指標計算全年總分達 70 分以上者，依該院當年度 12 月 31 日腹膜透析病人數*5,000 點為該院所分配腹膜透析治療推廣獎勵金。

(四)給付項目及支付標準表：

1.鼓勵執行 SDM(醫病共享決策)：

(1)CKD(末期腎病) Stage 5 或血液透析治療 2 年內之病人執行 SDM：為 600 點/次，CKD Stage 5 病人每半年限申報 1 次，血液透析治療 2 年內之病人限每年申報 1 次。

(2)CKD Stage5 或血液透析治療 2 年內之病人執行 SDM，病人經 SDM 成功轉為腹膜透析治療：醫學中心、區域醫院另加算 600 點/次、地區醫院及基層診所加算 1,400 點/次。

2.腹膜透析病人訪視費：均為 1,200 點/次，每季 1 次，1 年中 2 次可以視訊方式進行（依通訊診察治療辦法規定辦理）。

3.轉診費(含上轉、下轉及回轉、平轉)：每病人限申報 1 次，上、下轉及回轉為 10,000 點及平轉 5,000 點獎勵。

四、另依前開會議，會後台灣腎臟醫學會於 112 年 5 月 11 日來函建議酌修部分內容，擬併同陳報衛生福利部核定：

(一)「加強病人自我照護品質處置費」，因考量其訂有給付規範要

求(提供病人透析技術再訓練、解決病人突發狀況及處理病人營養問題)，建議應由院所端於執行前開處置後，再向本署申報，而非由本署直接給付腹膜透析處置費 1 成，爰由第七點給付項目及支付標準(一)提升腹膜透析新發個案獎勵費調整至同項目(四)給付項目及支付標準表。

(二)有關第七點給付項目及支付標準(一)提升腹膜透析新發個案獎勵費項下之「6.腹膜透析個案，且持續接受腹膜透析照護達 3 個月以上獎勵費」與同項之「4. 腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」重複獎勵，爰予以刪除。

五、旨揭計畫執行目標及預期效益評估指標如下：

(一)執行目標：

- 1.腹膜透析新發個案：占率 $\geq 10\%$ 。
- 2.腹膜透析盛行個案：占率 $\geq 8\%$ 。
- 3.腹膜透析病人 1 年存活率： $\geq 94\%$ 。
- 4.腹膜透析病人 3 年存活率： $\geq 72\%$ 。

(二)預期效益評估指標：

- 腹膜透析新發個案占率：9.4%~10%。
- 腹膜透析盛行個案占率：7.7%~8%。
- 腹膜透析病人 1 年存活率：92%~94%。
- 腹膜透析病人 3 年存活率：68%~72%。

六、旨揭計畫除計畫之支付標準(七之(四)項)自公告日起生效外，其他溯自 112 年 1 月 1 日生效，全案將依程序公告後實施。

報告單位業務窗口：朱文玥科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

.....
本會補充說明：

一、本案係健保署依據 112 年度總額關於門診透析服務之決定事項辦理，相關內容如下：

(一)門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款

專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。
2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(二)請中央健康保險署(下稱健保署)辦理下列事項：

會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至健保會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提健保會報告。

二、本會研析意見：

(一)有關「執行目標」、「預期效益之評估指標」部分：

1.執行目標與 2021 年台灣腎病年報數值相較，部分目標值太過寬鬆，建請重新審酌指標值。

項目	執行目標	2021 年台灣腎病年報數值
1.腹膜透析新發個案占率	≥ 10%	9.4%(108 年)
2.腹膜透析盛行個案占率	≥ 8%	8.0%(108 年)
3.腹膜透析病人 1 年存活率	≥ 94%	95.4% (99~103 年累積存活率)
4.腹膜透析病人 3 年存活率	≥ 72%	79.5% (99~103 年累積存活率)

2.所提之「執行目標」、「預期效益之評估指標」均為重複，其中「腹膜透析病人 1 年及 3 年存活率」雖能反映健康照護成果，惟存活率影響因素較多，目前健保署之「全民健保門診透析總額支付制度品質確保方案」，均有定期監測「腹膜炎發生率」、「透析效率」、「住院率」等直接反映腹膜透析照護品質之指標(如參考資料一，第 68 頁)，建議可作為評估本計畫執行後之整體品質表現指標。

(二)有關獎勵方式/給付項目部分：

1.健保署說明四中，提及雖本案業於 112.4.27 共同擬訂會議通過，惟台灣腎臟醫學於 5 月 11 日來函建議「加強病人自我

照護品質處置費」，不宜直接給予費用加成，建議移列(四)給付項目及支付標準表，並訂有給付規範；另刪除重複獎勵之項目「6.腹膜透析個案，且持續接受腹膜透析照護達3個月以上獎勵費」，健保署將併同陳報衛生福利部核定。經審視台灣腎臟醫學之建議合理，建議本會予以支持

2.另對於本案相關獎勵方式及支付點數，宜考量成本效益及與其他專案支付獎勵之衡平性，說明如下：

(1)查健保署112年第1次研商會議會議資料，以111年申報資料估算，血液透析門住診療費用平均每人74萬點、腹膜透析68萬點。若以本案獎勵方式粗估，將獎勵新腹膜透析病人的支付點數加總，每人每年最多可支付約20萬點之獎勵費，其額外獎勵費用約占腹膜透析全年診療費用的29.4%(20萬點/68萬點)，也較其他健保專案計畫為高，宜再審酌其成本效益之合理性。

(2)健保資源有限，建議通盤考量與其他健保專案計畫之支付衡平性：舉例而言，本計畫部分支付項目(如新發個案照護團隊獎勵費、轉診費)，高於其他總額計畫相關項目之獎勵點數，如下表：

獎勵項目	計畫名稱/支付項目	支付點數
新個案照護獎勵費	本計畫 腹膜透析新發個案 照護團隊獎勵費	(1)同一院所新發個案持續透析6個月以上，3.6萬~7.2萬點/每個案 (2)第7~12個月，每月1萬~2萬點/每個案
	西醫基層總額 全民健康保險代謝 症候群防治計畫 新發現個案獎勵費	新發現未滿40歲保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案150點
轉診費	本計畫 轉診費(含上轉、下轉 及回轉、平轉)	平轉5千點/次 上轉、下轉及回轉1萬點，每病人限申報1次

獎勵項目	計畫名稱/支付項目	支付點數
	醫院總額 急診品質提升方案 急診轉診品質獎勵	(1)急診上轉、下轉、平轉 上轉、平轉：轉出及接受轉診醫院各 500 點 下轉：轉出及接受轉診醫院各 2 千點 (2)重症病人直接轉入加護病房 上轉、平轉：轉出及接受轉診醫院各 5 千點

(三)綜上，建議健保署考量支付衡平性及進行財務評估，並評估推動成效與病人照護結果。

四、另承本會主任委員指示，適逢天下雜誌於 112.4.19 辦理「醫療新趨勢系列論壇-居家透析的現在與未來」，會後請本會整理相關資訊，俾利委員瞭解最新透析資訊與國內外現況。(如參考資料二，第 69~131 頁)

決定：

「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」(草案)

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一) 提升末期腎衰竭病人腹膜透析治療之占率。
- (二) 加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人透析技術存活率與總存活率。
- (三) 鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- (四) 鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(下稱SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵、及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

三、實施期間：自 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日，惟本計畫(七之(四)項)涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)，自公告日起生效。

四、預算來源

- (一) 112 年門診透析服務總費用成長率 1%，約 433.5 百萬元，屬專款專用項目。
- (二) 預算先扣除預估之新發個案獎勵費及品質獎勵費額度後，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；第 4 季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

五、112 年度執行目標

- (一) 腹膜透析新發個案：占率 $\geq 10\%$ 。
(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數)
 $\times 100\%$ 。(以最近一年腹膜透析新發個案占率之參考值為基準)
- (二) 腹膜透析盛行個案：占率 $\geq 8\%$ 。
(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) $\times 100\%$ 。
(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)
- (三) 腹膜透析病人 1 年存活率： $\geq 94\%$ 。
(依據台灣腎臟醫學會 110 腎病年報腹膜透析病人 1 年存活率為基準)

(四) 腹膜透析病人 3 年存活率： $\geq 72\%$ 。

(依據台灣腎臟醫學會 110 腎病年報腹膜透析病人 3 年存活率為基準)

六、參與院所與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請。

(一) 醫師資格：

1. 應至少有一名專任腎臟專科醫師。
2. 設立於山地離島地區之特約院所，醫師資格須具有 2 個月之腹膜透析訓練(附件 1)且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析訓練班並取得及格證書，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(二) 護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

七、給付項目及支付標準

(一) 提升腹膜透析新發個案獎勵費

本項費用於年度結算時，由保險人以補付方式撥付。

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.院所新設立腹膜透析室/中心 開辦獎勵費 註： 1.適用對象：新成立腹膜透析室/中心(附件 2)，且中心成立後 1 年內有收治腹膜透析個案，或 1 年內有與醫院共同照護腹膜透析病人。 2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施、及護理人員等費用。 3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。 4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約(「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」醫院與診所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄，如附件 3)，醫療相互支應。 5.新設置之機構須提交當地衛生局核准設立之公函。	V	V	V	V	600,000

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<p>2. 鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：同時符合下列條件之院所</p> <p>(1)已設立腹膜透析室/中心，於本計畫公告日前1年(如112年1月1日公告，則前1年係指111年1月1日至111年12月31日)皆未收治腹膜透析病人。</p> <p>(2)公告日(含)後收治腹膜透析病人或公告日(含)後1年內有與輔導院所共同照護腹膜透析病人。</p> <p>2. 本項所定點數鼓勵費用包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新、及護理人員等費用。</p> <p>3. 每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。</p> <p>4. 共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約，醫療相互支應。</p>	V	V	V	V	400,000
<p>3. 醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：同時符合下列條件：</p> <p>(1)輔導院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。</p> <p>(2)且被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心1年內有收治腹膜透析個案，或1年內有與輔導醫院共同照護腹膜透析病人。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、及專家諮詢協助費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。</p> <p>4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約，醫療相互支應。</p> <p>5.被輔導院所須提交當地衛生局核准設立之公函。</p> <p>6.輔導院所可輔導一家以上的受輔導院所。被輔導院所，僅限被一家輔導院所輔導。</p>		V	V	V	200,000

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
7.輔導院所名單：由台灣腎臟醫學會指定。(如附件1) 8.「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書，如附件4。					
4.腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 -首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月以上者 註： 1.腹膜透析新發個案係指該病人近3年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 2.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。	V	V	V	V	36,000 72,000
-首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達12個月以上者(第7個月至12個月)(月) 註： 1.首次接受腹膜透析治療之新病人係指該病人近3年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 2.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。 3.核付當月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，當月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。 4.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。	V	V	V	V	10,000 20,000
5.加強病人自我照護品質處置費： 註：至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果於病歷。 1.執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 2.解決腹膜透析病人之突發之狀況。 3.處理腹膜透析病人營養問題。	V	V	V	V	加成 10%
6.腹膜透析個案，且持續接受腹膜透析照護達3個月以上獎勵費 註：適用對象：同時符合下列條件： 1. CKD stage 或已接受血液透析治療之病人。 2. 腹膜透析前一年曾於該院所執行SDM。 3. 腹膜透析新發個案係指該病人近3年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 4. 持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。	V	V	V	V	10,000 20,000

(二) 腹膜透析院所推廣獎勵費

1、適用對象

(1)區域醫院(含)以上醫院，其申報腹膜透析(下稱PD)病人數5人以上者。

(2)地區醫院、基層診所。

2、年成長率=【(112年12月PD病人數-111年12月PD病人數)÷111年12月PD病人數】×100%

3、獎勵點數：

成長率≥3%：1,000點×112年12月腹膜透析病人數。

成長率≥5%：2,000點×112年12月腹膜透析病人數。

成長率≥10%：3,000點×112年12月腹膜透析病人數。

成長率≥15%：4,000點×112年12月腹膜透析病人數。

註：

1.112年12月若無值，則以該院所當年度最後一個月申報計算。

2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。

(三) 提升腹膜透析院所照顧品質獎勵費：各項品質指標項目及計算方式，如下：

1、腹膜透析照護品質指標項目：

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤55%	4分(季)	以院所為單位進行計算
2. 血鈉≥130 mmol/L	受檢率≥90%且合格率≥60%	8分(半年)	
3. 血鉀≥3.2 mmol/L	受檢率≥90%且合格率≥80%	8分(半年)	
4. 心胸比(CardiThoracic Ratio)≤0.55	受檢率≥90%且合格率≥70%	14分(年)	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內，renal Kt/V下降≤0.4/半年	受檢率≥90%且合格率≥60%	10分(年)	
6. 腹膜炎發生率	每100人月腹膜炎≤2.0次	14分(年)	
7. 住院率	每千透析人口≤435.28人次	14分(年)	

2、計算方式：

- (1)收案需滿3個月(含)以上之個案，始列入品質獎勵費計算。
- (2)當年度該院所腹膜透析品質監測指標項目總分全年70分以上者，才得以分配獎勵金額。
- (3)核發金額計算方式：每家分配腹膜透析治療推廣獎勵金額 = 5000點 X 當年度12月31日該院所腹膜透析病人數

(四)給付項目及支付標準表：

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8101C	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療2年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)(次)	V	V	V	V	600
P8102C	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療2年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)(次) 註： 1. CKD Stage 5 病人限每半年申報一次，惟如屬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之保險對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報前開醫令之日起半年內不得再申報。 2. 血液透析治療2年內之病人係指保險對象當次就醫年—第1次申報門診透析案件(案件分類為05)之費用年≤2者。 3. 血液透析治療2年內之病人，每一機構限每年申報1次。 4. SDM 範本及說明內容如附件5。	V	V	V	V	600
P8103A	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療2年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)後成功轉腹膜透析加算			V	V	600
P8104Q	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療2年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)後成功轉腹膜透析加算	V	V			1,400
P8105A	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療2年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)後成功轉腹膜透析加算			V	V	600
P8106Q	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療2年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)後成功轉腹膜透析加算 註： 1. 本項由執行醫病共享決策(SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 2. 每病人限申報1次。	V	V			1,400

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	腹膜透析病人訪視費(次)					
<u>P8107C</u>	1.實地訪視	V	V	V	V	1,200
<u>P8108C</u>	2.視訊訪視	V	V	V	V	1,200
	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 院所自行、或由地區醫院或基層診所協助輔導醫院執行腹膜透析病人居家訪視，由實際訪視之機構申報。 基層診所與醫院須簽訂共同照護合約。 居家訪視完成須提供居家訪視單。 本項訪視須間隔 90 天以上申報，如屬視訊訪視至少間隔 180 天始得再申報。視訊訪視依「通訊診察治療辦法」辦理。 不得與支付標準 <u>第二部第二章第六節 58026C 居家訪視-居家透析治療</u>、居家照護第五部第一章居家照護所訂「護理訪視費」及全民健康保險居家醫療照護整合計畫之「醫師訪視費用」、「護理人員訪視費用」，同時申報。 個案如同時為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」之收案個案者，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 醫事人員執行相關服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。 申報規範：「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」填列如下： <ol style="list-style-type: none"> 醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間 -迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。 如為基層診所向醫院簽訂共同照護合約者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3:接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。 					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>P8109B</u>	<p>腹膜透析下轉及回轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院完成導管手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原照顧機構繼續腹膜透析照護。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每一病人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件</p> <p>b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者</p> <p>c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者</p> <p>d.Pre-ESRD 轉診獎勵費及 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」</p> <p>e.已申報醫療服務支付標準 01034B、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」</p> <p>3.申報規範：</p> <p>(1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。</p> <p>(2)其他申報規範同轉診支付標準(01034B-01038C)之規定。</p>		V	V	V	10,000
<u>P8110B</u>	<p>腹膜透析平轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他同層級醫院腹膜透析導管植入手術並開始腹膜透析</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每一病人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：a-e 同上</p> <p>3.申報規範：</p> <p>(1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。</p> <p>(2)其他申報規範同轉診支付標準 (01034B-01038C)之規定。</p>		V	V	V	5,000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8111Q	<p>腹膜透析上轉獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象：地區醫院、基層診所轉介尿毒症病人至醫院執行腹膜透析導管植入手術並開始腹膜透析 2. 執行規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)每一病人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： <ol style="list-style-type: none"> a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者 d.Pre-ESRD 轉診獎勵費及 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」 e.已申報醫療服務支付標準 01034B、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」 f.已申報醫療服務支付標準 01036B、01037B「辦理轉診費_上轉」 3. 申報規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。 (2)其他申報規範同轉診支付標準(01034B-01038C)之規定。 	V	V			10,000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>P8112C</u>	加強病人自我照護品質處置費 -連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	V	V	V	V	868
<u>P8113C</u>	-全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis	V	V	V	V	868
<u>P8114C</u>	-全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註： 1.至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果於病歷。 (1)執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 (2)解決腹膜透析病人突發之狀況。 (3)處理腹膜透析病人營養問題。 2.本項支付點數為支付標準 58011C(連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD)、58017C(全自動腹膜透析)58028C(全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee))加成 10%之費用。	V	V	V	V	7

八、醫療費用申報及核付原則

(一)醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二)本計畫之醫療費用申報及核付原則：

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「05」。
2. 任一特定治療項目代號：請填報「K3」。

(三)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 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

九、退場機制：未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本方案之資格。

十、保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

十一、資訊公開：保險人得公開參與本方案之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。

十二、請台灣腎臟醫學會於下列時程提供本保險人下列院所名單及生效日期：

(一)簽訂共同照護之院所，由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。另品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者，請台灣腎臟醫學會於次年 1 月底前提供本保險人。請於次月 10 日前向本保險分區業務組報備。

(二) 下列資料請於次年 1 月底前提供本保險。

1.符合本計畫七(一) 1.院所新設立腹膜透析室/中心開辦獎勵費 2.鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費 3.醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費之院所。

2.符合本計畫七(三)1.腹膜透析照護品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

十三、本計畫如次年仍有編列預算，在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十四、預期效益

(一) 提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。

(二) 延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。

(三) 改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。

(四) 讓末期腎病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

十五、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。

附件 1 112 年度腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單

訓練醫院	地址
國立臺灣大學醫學院附設醫院	100 臺北市中正區中山南路 7 號
臺北榮民總醫院	112 臺北市北投區石牌路 2 段 201 號
三軍總醫院附設民眾診療服務處	114 臺北市內湖區成功路 2 段 325 號
財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	104 臺北市中山區中山北路 2 段 92 號
財團法人國泰綜合醫院	106 臺北市大安區仁愛路 4 段 280 號
台北市立聯合醫院仁愛院區	106 臺北市大安區仁愛路 4 段 10 號
臺北醫學大學附設醫院	110 臺北市信義區吳興街 252 號
台北市立聯合醫院忠孝院區	115 臺北市南港區同德路 87 號
新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	111 臺北市士林區文昌路 95 號
振興醫療財團法人振興醫院	112 臺北市北投區振興路 45 號
臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理	116 臺北市文山區興隆路 3 段 111 號
財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	220 新北市板橋區南雅南路 2 段 21 號
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	231 新北市新店區中正路 362 號
衛生福利部台北醫院	242 新北市新莊區思源路 127 號
馬偕醫院淡水分院	251 新北市淡水區民生路 45 號
財團法人思主公醫院	237 新北市三峽區復興路 399 號
台北慈濟醫院	231 新北市新店區建國路 289 號
財團法人國泰綜合醫院汐止分院	221 新北市汐止區建成路 59 巷 2 號
衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	235 新北市中和區中正路 291 號
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院安康院區	231 新北市新店區車子路 15 號
國立陽明交通大學附設醫院	260 宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號
天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	265 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號
衛生福利部桃園醫院	330 桃園市桃園區中山路 1492 號
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	333 桃園市龜山區公西村復興街 5 號、龜山區舊路村頂湖路 123 之一號
敏盛綜合醫院	330 桃園市桃園區經國路 168 號
聯新國際醫院	324 桃園市平鎮區廣泰路 77 號
國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院	300 新竹市北區經國路一段 442 巷 25 號
東元醫療社團法人東元綜合醫院	302 新竹縣竹北市縣政二路 69 號
財團法人國泰綜合醫院新竹分院	300 新竹市東區中華路二段 678 號
新竹馬偕紀念醫院	300 新竹市東區光復路二段 690 號
大千綜合醫院	360 苗栗縣苗栗市新光街 6 號
光田醫療社團法人光田綜合醫院	433 臺中市沙鹿區興安里沙田路 117 號
仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	412 臺中市大里區東榮路 483 號

訓練醫院	地址
童綜合醫院梧棲院區	435 臺中市梧棲區大庄里中棲路1段699號
佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	427 臺中市潭子區豐興路一段66號
亞洲大學附屬醫院	413 臺中市霧峰區福新路222號
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	500 彰化縣彰化市南瑤里中山路一段542號
財團法人彰化基督教醫院	500 彰化縣彰化市光南村南校街135號
財團法人彰濱秀傳紀念醫院	505 彰化縣鹿港鎮鹿工路6號
國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(斗六院區)	640 雲林縣斗六市雲林路二段579號
戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	600 嘉義市東區忠孝路539號
天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院	600 嘉義市東區大雅路二段565號
佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	622 嘉義縣大林鎮平林里民生路二號
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	613 嘉義縣朴子市仁和里嘉朴路西段六號
奇美醫療財團法人奇美醫院	710 臺南市永康區中華路901號
輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院	243 新北市泰山區貴子路69號
奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	736 臺南市柳營區太康村201號
長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	833 高雄市鳥松區大埤路123號
義大醫療財團法人義大醫院	824 高雄市燕巢區角宿里義大路1號
安泰醫療社團法人安泰醫院	928 屏東縣東港鎮興東里中正路一段210號
屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	900 屏東縣屏東市華山里大連路60號
台東馬偕紀念醫院	950 臺東縣臺東市長沙街303巷1號
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	970 花蓮縣花蓮市中央路3段707號
長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	204 基隆市安樂區參金路222號
中國醫藥大學附設醫院	404 臺中市北區育德路2號
行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	407 臺中市西屯區臺灣大道4段1650號
中山醫學大學附設醫院	402 臺中市南區建國北路一段110號
澄清綜合醫院中港分院	407 臺中市西屯區台灣大道四段966號
林新醫療社團法人林新醫院	408 臺中市南屯區惠中路3段36號
台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	701 臺南市東區泉北里東門路一段57號
國立成功大學醫學院附設醫院	704 臺南市北區勝利路138號
臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	709 臺南市安南區長和路2段66號
國軍高雄總醫院附設民眾診療處	802 高雄市苓雅區中正一路2號
財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	807 高雄市三民區自由一路100號
阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	802 高雄市苓雅區鼓中里成功一路162號
高雄榮民總醫院	813 高雄市左營區大中一路386號

腹膜透析設備應具下列設備：

- (1)腹膜透析床。
- (2)醫用氣體設備及抽吸設備。
- (3)其他周邊設備：
包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。
- (4)手部衛生設備。
- (5)紫外線消毒燈。

附件 3

全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫
醫院與診所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

基層診所 (以下簡稱甲方)

醫院 (以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

- 第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。
- 第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。
- 第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。
- 第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。
- 第五條、甲、乙任何一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。
- 第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。
- 第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。
- 第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

乙 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

附件 4

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導設立腹膜透析中心，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

(請加蓋與合約相符之印信及印)

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病患編號：_____

姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

病患教育程度：不識字小學初中高中大專研究所

病患家庭狀態：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	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<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"/> 移植的優點和缺點
<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"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<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"/> 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)	<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)

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

- 您覺得衛教的時間足夠嗎？
1.非常足夠 2.足夠 3.普通 4.不足夠 5.非常不足夠
- 您對衛教的方式滿意嗎？
1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意
- 您對衛教內容瞭解嗎？
1.非常瞭解 2.瞭解 3.稍微瞭解 4.不瞭解 5.非常不瞭解
- 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？
1.非常有幫助 2.有幫助 3.普通 4.沒有幫助 5.完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

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

106 台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：中央健康保險署

逕 別：

發文日期：民國 112 年 5 月 11 日

發文字號：台腎醫參字第 11200500128 號

主旨：檢陳門診透析服務項目「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其
照護品質實施計畫」修正案(如附件)，請查照。

說明：

一、依 貴署 112 年 4 月 27 日 112 年支付標準共同擬訂會議第 1 次臨時會會議決議辦理。

二、本計畫之預期效益評估指標：

- (一) 腹膜透析新發個案占率：9.4% ~ 10%。
- (二) 腹膜透析盛行個案占率：7.7% ~ 8%。
- (三) 腹膜透析病人 1 年存活率：92% ~ 94%。
- (四) 腹膜透析病人 3 年存活率：68% ~ 72%。

正本：中央健康保險署

副本：台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

理事長



「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」(草案)

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一) 提升末期腎衰竭病人腹膜透析治療之占率。
- (二) 加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人透析技術存活率與總存活率。
- (三) 鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- (四) 鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(下稱SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵、及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

四、實施期間：自 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日，惟本計畫(七之(四)項)涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)，自公告日起生效。

四、預算來源

- (一) 112 年門診透析服務總費用成長率 1%，約 433.5 百萬元，屬專款專用項目。
- (二) 預算先扣除預估之新發個案獎勵費及品質獎勵費額度後，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；第 4 季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

五、112 年度執行目標

- (一) 腹膜透析新發個案：占率 $\geq 10\%$ 。
(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數)
 $\times 100\%$ 。(以最近一年腹膜透析新發個案占率之參考值為基準)
- (二) 腹膜透析盛行個案：占率 $\geq 8\%$ 。
(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) $\times 100\%$ 。
(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)
- (三) 腹膜透析病人 1 年存活率： $\geq 94\%$ 。
(依據台灣腎臟醫學會 110 腎病年報腹膜透析病人 1 年存活率為基準)

(四) 腹膜透析病人 3 年存活率： $\geq 72\%$ 。

(依據台灣腎臟醫學會 110 腎病年報腹膜透析病人 3 年存活率為基準)

六、參與院所與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請。

(一) 醫師資格：

3. 應至少有一名專任腎臟專科醫師。

4. 設立於山地離島地區之特約院所，醫師資格須具有 2 個月之腹膜透析訓練(附件 1)且完成腹膜透析訓練班並取得及格證書，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(二) 護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

七、給付項目及支付標準

(一) 提升腹膜透析新發個案獎勵費

本項費用於年度結算時，由保險人以補付方式撥付。

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.院所新設立腹膜透析室/中心 開辦獎勵費 註： 1.適用對象：新成立腹膜透析室/中心(附件 2)，且中心成立後 1 年內有收治腹膜透析個案，或 1 年內有與醫院共同照護腹膜透析病人。 2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施、及護理人員等費用。 3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。 4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約(「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」醫院與診所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄，如附件 3)，醫療相互支應。 5.新設置之機構須提交當地衛生局核准設立之公函。	V	V	V	V	600,000
2. 鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費	V	V	V	V	400,000

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<p>註：</p> <p>1.適用對象：同時符合下列條件之院所</p> <p>(1)已設立腹膜透析室/中心，於本計畫公告日前1年(如112年1月1日公告，則前1年係指111年1月1日至111年12月31日)皆未收治腹膜透析病人。</p> <p>(2)公告日(含)後收治腹膜透析病人或公告日(含)後1年內有與輔導院所共同照護腹膜透析病人。</p> <p>7. 本項所定點數鼓勵費用包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新、及護理人員等費用。</p> <p>8. 每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。</p> <p>9. 共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約，醫療相互支應。</p>					
<p>3. 醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：同時符合下列條件：</p> <p>(1)輔導院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。</p> <p>(2)且被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心1年內有收治腹膜透析個案，或1年內有與輔導醫院共同照護腹膜透析病人。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、及專家諮詢協助費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責人、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再核付。</p> <p>4.共同照護之定義：院所間簽訂共同照護合約，醫療相互支應。</p> <p>5.被輔導院所須提交當地衛生局核准設立之公函。</p> <p>6.輔導院所可輔導一家以上的受輔導院所。被輔導院所，僅限被一家輔導院所輔導。</p>		V	V	V	200,000

項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
7.輔導院所名單：由台灣腎臟醫學會指定。					
8.「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書，如附件4。					
4.腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費 -首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月以上者	V	V	V	V	36,000 72,000
註： 1.腹膜透析新發個案係指該病人近3年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 2.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。					
-首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達12個月以上者(第7個月至12個月)(月)	V	V	V	V	10,000 20,000
註： 1.首次接受腹膜透析治療之新病人係指該病人近3年首次申報腹膜透析追蹤處置費。 2.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。 3.核付當月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，當月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。 4.持續係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。					

(二) 腹膜透析院所推廣獎勵費

1、適用對象

- (1)區域醫院(含)以上醫院，其申報腹膜透析(下稱PD)病人數5人以上者
- (2)地區醫院、基層診所。

2、年成長率=【(112年12月PD病人數-111年12月PD病人數)÷111年12月PD病人數】X100%

3、獎勵點數：

- 成長率≥3%：1,000點x112年12月腹膜透析病人數。
- 成長率≥5%：2,000點x112年12月腹膜透析病人數。
- 成長率≥10%：3,000點x112年12月腹膜透析病人數。
- 成長率≥15%：4,000點x112年12月腹膜透析病人數。

註：

- 1.112年12月若無值，則以該院所當年度最後一個月申報計算。
- 2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。

(三) 提升腹膜透析院所照顧品質獎勵費：各項品質指標項目及計算方式，如下：

1、腹膜透析照護品質指標項目：

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤55%	4分(季)	以院所為單位進行計算
2. 血鈉≥130 mmol/L	受檢率≥90%且合格率≥60%	8分(半年)	
3. 血鉀≥3.2 mmol/L	受檢率≥90%且合格率≥80%	8分(半年)	
4. 心胸比(CardiThoracic Ratio)≤0.55	受檢率≥90%且合格率≥70%	14分(年)	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內，renal Kt/V 下降≤0.4/半年	受檢率≥90%且合格率≥60%	10分(年)	
6. 腹膜炎發生率	每100人月腹膜炎≤2.0次	14分(年)	
7. 住院率	每千透析人口≤435.28人次	14分(年)	

2、計算方式：

- (1)收案需滿3個月(含)以上之個案，始列入品質獎勵費計算。
- (2)當年度該院所腹膜透析品質監測指標項目總分全年70分以上者，才得以分配獎勵金額。
- (3)核發金額計算方式：每家分配腹膜透析治療推廣獎勵金額 = 5000點 X 當年度12月31日該院所腹膜透析病人數

(四)給付項目及支付標準表：

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8101C	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)(次) 註： 1.CKD Stage 5 病人限每半年申報一次，惟如屬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之保險對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報前開醫令之日起半年內不得再申報。 2.血液透析治療 2 年內之病人每一機構限每年申報 1 次。 3.SDM 範本及說明內容如附件 5。	V	V	V	V	600
P8102A P8103Q	對於 CKD Stage 5 或血液透析治療 2 年內之病人，執行末期腎病治療方式醫病共享決策(SDM)後成功轉腹膜透析加算 註： 3.本項由執行醫病共享決策(SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 4.每病人限申報 1 次。’	V	V	V	V	600 1,400

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8104C	腹膜透析病人訪視費(次)					
	3.實地訪視	V	V	V	V	1,200
P8105C	4.視訊訪視	V	V	V	V	1,200
	註： 9. 院所自行、或由地區醫院或基層診所協助輔導醫院執行腹膜透析病人居家訪視，由實際訪視之機構申報。 10. 基層診所與醫院須簽訂共同照護合約。 11. 居家訪視完成須提供居家訪視單。 12. 本項訪視須間隔 90 天以上申報，如屬視訊訪視至少間隔 180 天始得再申報。視訊訪視依「通訊診察治療辦法」辦理。 13. 不得與支付標準第五部第一章居家照護所訂「護理訪視費」及全民健康保險居家醫療照護整合計畫之「醫師訪視費用」、「護理人員訪視費用」，同時申報。 14. 個案如同時為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」之收案個案者，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 15. 醫事人員執行相關服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。 16. 申報規範：「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」填列如下： (1) 醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間 -迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。 (2) 如為基層診所向醫院簽訂共同照護合約者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3:接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8106B	<p>腹膜透析下轉及回轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院完成導管手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原照顧機構繼續腹膜透析照護。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每一病人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件</p> <p>b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者</p> <p>c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者</p> <p>d.Pre-ESRD 轉診獎勵費及 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」</p> <p>e.已申報醫療服務支付標準 01034B、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」</p> <p>3.申報規範：</p> <p>(1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填0。</p> <p>(2)其他申報規範同轉診支付標準(01034B-01038C)之規定。</p>		V	V	V	10,000
P8107B	<p>腹膜透析平轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>4.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他同層級醫院腹膜透析導管植入手術並開始腹膜透析</p> <p>5.支付規範：</p> <p>(1)每一病人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：a-e 同上</p> <p>6.申報規範：</p> <p>(1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填0。</p> <p>(2)其他申報規範同轉診支付標準 (01034B-01038C)之規定。</p>		V	V	V	5,000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8108Q	<p>腹膜透析上轉獎勵費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象：地區醫院、基層診所轉介尿毒症病人至醫院執行腹膜透析導管植入手術並開始腹膜透析 2. 執行規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)每一病人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： <ol style="list-style-type: none"> a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者 d.Pre-ESRD 轉診獎勵費及 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」 e.已申報醫療服務支付標準 01034B、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」 f.已申報醫療服務支付標準 01036B、01037B「辦理轉診費_上轉」 3. 申報規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)本項之「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。 (2)其他申報規範同轉診支付標準(01034B-01038C)之規定。 	V	V			10,000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8109C	加強病人自我照護品質處置費加算 --連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	V	V	V	V	868
P8110C	--全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis	V	V	V	V	868
P8111C	--全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee)	V	V	V	V	7
	註： 註： 3.至少完成下列任一項，並於病歷中記載將處置過程與結果於病歷。 (4) 執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 (5) 解決腹膜透析病人突發之狀況。 (6) 處理腹膜透析病人營養問題。 4. 本項支付點數為支付標準 58011C(連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD)、58017C(全自動腹膜透析)58028C(全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee))加成 10%之費用。					

八、醫療費用申報及核付原則

(一)醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二)本計畫之醫療費用申報及核付原則：

門診醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報：

3. 案件分類：請填報「05」。
4. 任一特定治療項目代號：請填報「K3」。

(三)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 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

九、退場機制：未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本方案之資格。

十、保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

十一、資訊公開：保險人得公開參與本方案之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。

十二、請台灣腎臟醫學會於下列時程提供本保險人下列院所名單及生效日期：

(一)簽訂共同照護之院所，由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。另品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者，請台灣腎臟醫學會於次年 1 月底前提供本保險人。請於次月 10 日前向本保險分區業務組報備。

(二) 下列資料請於次年 1 月底前提供本保險。

1.符合本計畫七(一) 1.院所新設立腹膜透析室/中心開辦獎勵費 2.鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費 3.醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費之院所。

2.符合本計畫七(三)1.腹膜透析照護品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

十三、本計畫如次年仍有編列預算，在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十四、預期效益

(五) 提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。

(六) 延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。

(七) 改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。

(八) 讓末期腎病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

112 年度腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單

訓練醫院	地址
國立臺灣大學醫學院附設醫院	100 臺北市中正區中山南路 7 號
臺北榮民總醫院	112 臺北市北投區石牌路 2 段 201 號
三軍總醫院附設民眾診療服務處	114 臺北市內湖區成功路 2 段 325 號
財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	104 臺北市中山區中山北路 2 段 92 號
財團法人國泰綜合醫院	106 臺北市大安區仁愛路 4 段 280 號
台北市立聯合醫院仁愛院區	106 臺北市大安區仁愛路 4 段 10 號
臺北醫學大學附設醫院	110 臺北市信義區吳興街 252 號
台北市立聯合醫院忠孝院區	115 臺北市南港區同德路 87 號
新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	111 臺北市士林區文昌路 95 號
振興醫療財團法人振興醫院	112 臺北市北投區振興路 45 號
臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理	116 臺北市文山區興隆路 3 段 111 號
財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院	220 新北市板橋區南雅南路 2 段 21 號
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	231 新北市新店區中正路 362 號
衛生福利部台北醫院	242 新北市新莊區思源路 127 號
馬偕醫院淡水分院	251 新北市淡水區民生路 45 號
財團法人思主公醫院	237 新北市三峽區復興路 399 號
台北慈濟醫院	231 新北市新店區建國路 289 號
財團法人國泰綜合醫院汐止分院	221 新北市汐止區建成路 59 巷 2 號
衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)	235 新北市中和區中正路 291 號
天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院安康院區	231 新北市新店區車子路 15 號
國立陽明交通大學附設醫院	260 宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號
天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	265 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號
衛生福利部桃園醫院	330 桃園市桃園區中山路 1492 號
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	333 桃園市龜山區公西村復興街 5 號、龜山區舊路村頂湖路 123 之一號
敏盛綜合醫院	330 桃園市桃園區經國路 168 號
聯新國際醫院	324 桃園市平鎮區廣泰路 77 號
國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院	300 新竹市北區經國路一段 442 巷 25 號
東元醫療社團法人東元綜合醫院	302 新竹縣竹北市縣政二路 69 號
財團法人國泰綜合醫院新竹分院	300 新竹市東區中華路二段 678 號
新竹馬偕紀念醫院	300 新竹市東區光復路二段 690 號
大千綜合醫院	360 苗栗縣苗栗市新光街 6 號
光田醫療社團法人光田綜合醫院	433 臺中市沙鹿區興安里沙田路 117 號
仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	412 臺中市大里區東榮路 483 號

童綜合醫院梧棲院區	435 臺中市梧棲區大庄里中棲路1段699號
佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	427 臺中市潭子區豐興路一段66號
亞洲大學附屬醫院	413 臺中市霧峰區福新路222號
秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	500 彰化縣彰化市南瑤里中山路一段542號
財團法人彰化基督教醫院	500 彰化縣彰化市光南村南校街135號
財團法人彰濱秀傳紀念醫院	505 彰化縣鹿港鎮鹿工路6號
國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(斗六院區)	640 雲林縣斗六市雲林路二段579號
戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	600 嘉義市東區忠孝路539號
天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院	600 嘉義市東區大雅路二段565號
佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院	622 嘉義縣大林鎮平林里民生路二號
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	613 嘉義縣朴子市仁和里嘉朴路西段六號
奇美醫療財團法人奇美醫院	710 臺南市永康區中華路901號
輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院	243 新北市泰山區貴子路69號
奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	736 臺南市柳營區太康村201號
長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	833 高雄市烏松區大埤路123號
義大醫療財團法人義大醫院	824 高雄市燕巢區角宿里義大路1號
安泰醫療社團法人安泰醫院	928 屏東縣東港鎮興東里中正路一段210號
屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	900 屏東縣屏東市華山里大連路60號
台東馬偕紀念醫院	950 臺東縣臺東市長沙街303巷1號
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	970 花蓮縣花蓮市中央路3段707號
長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	204 基隆市安樂區麥金路222號
中國醫藥大學附設醫院	404 臺中市北區育德路2號
行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院	407 臺中市西屯區臺灣大道4段1650號
中山醫學大學附設醫院	402 臺中市南區建國北路一段110號
澄清綜合醫院中港分院	407 臺中市西屯區台灣大道四段966號
林新醫療社團法人林新醫院	408 臺中市南屯區惠中路3段36號
台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	701 臺南市東區泉北里東門路一段57號
國立成功大學醫學院附設醫院	704 臺南市北區勝利路138號
臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	709 臺南市安南區長和路2段66號
國軍高雄總醫院附設民眾診療處	802 高雄市苓雅區中正一路2號
財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	807 高雄市三民區自由一路100號
阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	802 高雄市苓雅區鼓中里成功一路162號
高雄榮民總醫院	813 高雄市左營區大中一路386號

腹膜透析設備應具下列設備：

- (1)腹膜透析床。
- (2)醫用氣體設備及抽吸設備。
- (3)其他周邊設備：
包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。
- (4)手部衛生設備。
- (5)紫外線消毒燈。

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫院與診所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

基層診所 (以下簡稱甲方)

醫院 (以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

- 第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。
- 第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。
- 第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。
- 第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。
- 第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。
- 第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。
- 第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。
- 第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

乙 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」

醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導設立腹膜透析中心，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章
(Blank space for signatures and stamps)	(Blank space for signatures and stamps)

(請加蓋與合約相符之印信及印)

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病患編號：_____

姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

病患教育程度：不識字小學初中高中大專研究所

病患家庭狀態：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	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<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"/> 移植的優點和缺點
<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"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<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"/> 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)	<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)

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

5. 您覺得衛教的時間足夠嗎？
1.非常足夠 2.足夠 3.普通 4.不足夠 5.非常不足夠
6. 您對衛教的方式滿意嗎？
1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意
7. 您對衛教內容瞭解嗎？
1.非常瞭解 2.瞭解 3.稍微瞭解 4.不瞭解 5.非常不瞭解
8. 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？
1.非常有幫助 2.有幫助 3.普通 4.沒有幫助 5.完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：

衛教者簽名：

寄件者: 洪于淇
寄件日期: 2023年5月16日星期二 上午 10:07
收件者: cyyang3@vghtpe.gov.tw
副本: snroctpe@msl.hinet.net; 朱文瑛; 林其璧; 張花瑋; yhhsu@tmu.edu.tw; 陳怡菁
主旨: 收到非常謝謝您!RE: 請貴會於112年5月10日(三)前正式來函，提供你4月27日共識會議決議「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升長期護理品質計畫(草案)」修訂版，謝謝

From: cyyang3@vghtpe.gov.tw <cyyang3@vghtpe.gov.tw>
Sent: Monday, May 15, 2023 4:22 PM
To: 洪于淇 <vickyh@nhi.gov.tw>
Cc: snroctpe@msl.hinet.net; 朱文瑛 <wyueh@nhi.gov.tw>; 林其璧 <A111149@nhi.gov.tw>; 張花瑋 <A111344@nhi.gov.tw>; yhhsu@tmu.edu.tw; 陳怡菁 <A111034@nhi.gov.tw>
Subject: Re: 請貴會於112年5月10日(三)前正式來函，提供你4月27日共識會議決議「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升長期護理品質計畫(草案)」修訂版，謝謝

洪專委您好，

誠如剛才通話提問，固有的「申報碼58026C居家訪視-居家透析治療1200點（如附件）」，不能和「新碼P8104C/P8105C腹膜透析病人訪視費」，重複申報。

因此，一位PD新病人，第一年最多申報4次1200點，而非5次。建議將相關規定加註於本計畫內容，以免院所錯誤申報。謝謝！

楊智宇醫師
臺北榮總腎臟科
0936-973-102

腹膜透析醫療品質指標

指標項目	項目	年	參考值(110年) ^註	監測結果				
				106	107	108	109	110
專業醫療服務品質								
營養狀態 血清白蛋白 (Albumin)	受檢率		88.76%~100%	98.94%	98.90%	98.44%	98.54%	98.13%
	BCG平均值		...	3.73	3.74	3.74	3.74	3.75
	≥3.5百分比		≥79.87%	87.75%	88.31%	89.23%	88.70%	89.13%
	BCP平均值		...	3.28	3.22	3.24	3.46	3.48
尿素氮 透析效率- Weekly Kt/V	受檢率		87.67%~100%	97.46%	97.61%	97.07%	97.55%	96.58%
	平均值		...	2.05	2.03	2.05	2.03	2.01
	≥1.7百分比		≥83.82%	94.48%	93.43%	93.59%	92.38%	92.77%
貧血檢查-Hb	受檢率		88.59%~100%	98.93%	98.63%	98.24%	98.44%	98.35%
	平均值		...	10.20	10.23	10.25	10.31	10.25
	>8.5 g/dL之百分比		≥87.17%	97.03%	96.96%	96.56%	97.03%	97.31%
住院率 (人次/每千人)	住院率(負向指標)		≤470.14	435.67	425.05	435.28	421.88	399.90
跨院住院率 (每100人月)	住院次數		...	8,405	8,238	8,487	...	...
	住院率(負向指標)		...	10.77%	10.57%	10.85%	...	...
同院住院率 (每100人月)	住院次數		...	7,349	7,171	7,254	...	...
	住院率(負向指標)		...	9.42%	9.20%	9.27%	...	...
死亡率 (人/每百人)	透析時間<1年之死亡率 (負向指標)		≤1.22	1.20	0.98	1.28	1.07	1.10
	透析時間≥1年之死亡率 (負向指標)		≤1.68	1.57	1.39	1.61	1.58	1.89
腹膜炎發生率 (每100人月)	腹膜炎發生數		...	1,306	1,138	1,035	1,121	1,199
	腹膜炎發生率(負向指標)		≤1.54	1.67	1.46	1.32	1.42	1.53
脫離率 (百分比)	腎功能恢復人數	參考指標		9	12	11	14	6
	脫離率I-腎功能回復			0.80%	1.06%	1.03%	1.30%	0.54%
	腎移植人數			93	103	127	96	64
	脫離率II-腎移植			1.43%	1.58%	1.97%	1.48%	1.00%
B型肝炎表面抗原受檢率			89.80%~100%	...	99.59%	99.91%	99.82%	96.28%
B型肝炎表面抗原轉陽率(負向指標)			≤0.29%	0.52%	0.34%	0.24%	0.20%	0.19%
C型肝炎抗體受檢率			89.81%~100%	...	99.60%	99.93%	99.83%	96.36%
C型肝炎抗體轉陽率(負向指標)			≤0.15%	0.16%	0.16%	0.19%	0.05%	0.19%
55歲以下腹膜透析病患移植登錄率			≥54.45%	58.73%	59.96%	60.42%	61.13%	61.56%
C型肝炎抗體陽性慢性透析病人HCV RNA 檢查率(血透腹透合併)			...	...	...	...	...	81.06%
HCV RNA陽性慢性透析病人抗病毒藥物治 療率(血透腹透合併)			...	...	...	...	...	93.85%
鈣磷乘積	受檢率		88.70%~100%	98.92%	98.74%	98.41%	98.53%	98.06%
	鈣磷乘積< 60 mg ² /dL ² 之 百分比		≥86.07%	94.87%	95.54%	95.64%	95.72%	95.54%

資料來源：中央健康保險署。

註：正向指標取最近3年平均* (1-10%) 為參考值，負向指標取最近3年平均* (1+10%) 為參考值；若為當年度新指標則無參考值；監測期間未達3年指標，取其現有監測期間作為參考值期間。

提供有關「天下雜誌醫療新趨勢系列論壇-居家透析的現在與未來」
之相關資料供委員參考

一、天下雜誌於112.4.19辦理「醫療新趨勢系列論壇-居家透析的現在與未來」，該論壇除邀請美國專家演講美國居家透析政策外，並邀請健保署演講「台灣居家透析健保政策展望」(如附件1)、腎臟醫學會演講「居家透析的現在與未來」(如附件2)，會議討論內容紀實(如附件3)，提供以上資料供委員參考。

二、上開資料除包含居家透析相關議題外，亦包含國際上透析發生率、盛行率，及透析模式介紹及國際比較，為利委員了解，另整理透析相關之健保資料供委員參考。

(一)我國慢性腎臟病門診透析人數及醫療利用情形：

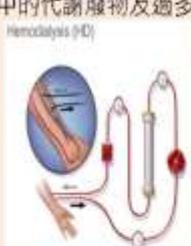
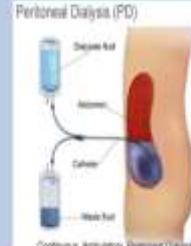
- 1.我國透析每百萬人口發生率、盛行率為世界之冠(如附件1第3張簡報)，且每年持續上升。但經年齡標準化校正，近年成長率已趨緩，但整體透析人數仍然持續增加，111年透析人數為97,657人。
- 2.依據腎病年報94~108年資料(如附表)，我國開始透析之平均年齡延後5歲(由62.8歲延至67.5歲)，新發透析人口75歲以上占率逐年上升(由22.1%升至33.2%)；40~64歲年輕族群逐年下降，顯示人口老化是透析人口增加的主因。
- 3.歷年門診透析服務總預算數、就醫人數、點數、平均點值資料如下表，近年透析人數成長率下降，自109年起皆低於2%，而預算成長率皆維持3.0%以上：

年度	106	107	108	109	110	111	112
預算數(億元)	369.16	382.08	393.93	406.73	419.95	433.55	446.56
成長率(%)	4.0%	3.5%	3.1%	3.25%	3.25%	3.25%	3.0%
透析人數(人)	87,455	89,986	92,624	94,396	96,165	97,657	—
成長率(%)	2.8%	2.9%	2.9%	1.9%	1.9%	1.6%	—
費用點數(億點)	434.99	449.05	461.01	475.42	483.74	486.55	—
成長率(%)	2.3%	3.2%	2.7%	3.1%	1.7%	0.6%	—
病床數(床)	19,128	19,647	20,434	21,031	21,633	22,203	—
成長率(%)	3.8%	2.7%	4.0%	2.9%	2.9%	2.6%	—
平均點值	0.8486	0.8512	0.8550	0.8556	0.8682	0.8908	—

(二)透析治療模式之概況：

1. 透析模式簡介：目前有血液透析、腹膜透析(CAPD)、自動腹膜透析(APD)、居家血液透析；透析模式之治療頻率、原理及優缺點如下：

透析模式選擇 Treatment Options

		居家透析治療		
血液透析 (HD) Hemodialysis		腹膜透析 (CAPD) Peritoneal Dialysis	自動腹膜透析(APD) Automated PD	居家血液透析(HHD) Home Hemodialysis
治療頻率	每周前往透析中心進行3次，每次需4-5小時的透析時間	一天4-5次的換液，每次換液約20-30分鐘	夜間睡眠前接上管路，自動腹膜透析機自動按照設定做8-10小時的透析治療	約2天進行1次6-8小時的血液透析，目前需向中央健保局提出臨床試驗申請，目前台灣使用率低。
原理	將病人血液經血液迴路管引出，進入血液透析機上的人工腎臟來過濾血中的代謝廢物及過多的水分 	利用人體腹腔內的腹膜作為半透膜，藉由灌入肚子的新鮮透析液將身體過多的水分及代謝物排除 		將洗腎機器放置病人家中，利用睡覺時間進行血液透析，病人或照護者需先接受兩個月的訓練，學會自行打針及透析的技巧。

不同透析模式的特色 Treatment Options

		居家透析治療		
模式	血液透析(HD)	連續可活動式腹膜透析 (CAPD)	全自動腹膜透析 (APD)	居家血液透析 (HHD)
優點	<ul style="list-style-type: none"> 能快速有效的移除代謝廢物和多餘水分 由專業醫護人員負責全程的透析治療，較有安全感 與其他病人及醫護人員，有較多互動、交流的機會 	<ul style="list-style-type: none"> 可自行在家或工作場所執行透析治療，減少往返透析中心的不便 治療時間具彈性，較不影響正常生活 治療時不需要扎針 持續且溫和的透析方式，對心肺血管壓力較血液透析小許多 正常情況下，維持殘餘腎功能較血液透析理想 		<ul style="list-style-type: none"> 可自行在家執行透析治療 治療時間具彈性，較不影響正常生活 脫水時間較慢，可避免血壓波動、抽筋等情況的發生，尿毒消除率佳。
缺點	<ul style="list-style-type: none"> 每週三次需在固定的時段前往透析中心每次治療都需要扎針 治療中及治療後有可能產生不適的症狀—抽筋、聲音沙啞 手上有瘻管或人工血管 對心血管肺部壓力較大 飲食及水分攝取限制較嚴格 水電資源的使用量大，對環境生態的影響待評估。 	<ul style="list-style-type: none"> 須自行執行每天的換液，必須有足夠的視力，或家裡有照顧者來協助執行換液 腹部有一條腹膜透析導管且灌入透析液，導致身體形象的改變 家中須準備一個儲放透析液及配件的地方 		<ul style="list-style-type: none"> 病人或照護者需先接受2個月的訓練 必須學會自行打針及使用血液透析的技巧 居家醫療廢棄物的棄置尚待衛生主管機關研議。 目前台灣使用量低。

2. 透析膜式之選擇：

(1)我國門診透析情形(不包含住院透析)：我國111年透析人數為97,657人，血液透析89,748人(91.9%)、腹膜透析6,532人(6.7%)。近年我國腹膜透析人數占率逐年下降，由106年7.5%至111年6.7%。歷年門診透析醫療服務利用概況(健保署資料)如下表：

年 度		106	107	108	109	110	111
腹膜 透析	人數(人)	6,565	6,487	6,576	6,548	6,550	6,532
	占率(%)	7.5%	7.2%	7.1%	6.9%	6.8%	6.7%
	點數(億點)	27.94	27.99	28.06	28.28	27.97	27.92
	占率(%)	6.4%	6.2%	6.1%	5.9%	5.8%	5.7%
血液 透析	人數(人)	79,628	82,223	84,785	86,560	88,301	89,748
	占率(%)	91.1%	91.4%	91.5%	91.7%	91.8%	91.9%
	點數(億點)	401.36	415.25	427.08	441.11	449.62	452.51
	占率(%)	92.3%	92.5%	92.6%	92.8%	92.9%	93.0%

註：同年「腹膜/血液」透析轉換占率，106~111年約占1.3%~1.4%。

(2)國際比較：依2022年美國腎臟病登錄系統資料，2020年多數國家血液透析超過80%，腹膜透析約11.0%~20.0%。我國腹膜透析比例7.9%，低於美國、香港、新加坡世界許多國家，但高於附近的日本、韓國，而我國居家血液透析未納入健保給付，但腎臟醫學會及健保署已開始研議將居家血液透析納入給付。2020年世界各國ESRD病人透析治療模式之比率如下表(%)：

	腹膜透析	血液透析	居家血液透析
加拿大	20.6	74.5	4.9
丹麥	20.1	73.4	6.5
美國	11.7	86.1	2.1
香港	67.3	29.4	3.2
中國大陸	14.1	85.9	-
薩爾瓦多	64.5	35.5	-
新加坡	13.2	86.7	0.00
臺灣	7.9	92.1	-
韓國	4.6	95.4	0.0
日本	2.9	96.8	0.2

(三)總額鼓勵院所加強推動腹膜透析之措施：

- 1.依112年度總額決定事項，門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。
- 2.健保署已會同門診透析服務相關團體，於5月份委員會議提專案報告，主要內容為鼓勵醫病共享決策(SDM)、團隊成長獎勵、新發個案獎勵、鼓勵新設腹膜透析中心，並設計品質監控獎勵，由醫院及基層透析診所組成共同照護團隊，相互支應等內容(詳附件1、2)。本會後續將持續監測執行成果。

三、有關我國引進居家血液透析之現況

我國健保目前尚未將居家血液透析納入健保給付，健保署已於111.5.18門診透析預算研商會議，討論「有關若健保給付『居家血液透析』之運作模式」案，會議決議移請台灣腎臟醫學會審慎評估。

附表 歷年門診透析病患發生情形(2021 腎病年報資料)

項目	年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108
新發個案數		8,807	8,525	9,004	9,394	9,571	10,179	10,019	10,391	10,697	10,668	11,184	11,596	11,887	12,346	12,475
-- <40 歲		546	505	515	509	531	536	501	504	518	490	498	527	482	468	457
-- 40-64 歲		3,846	3,755	3,852	3,855	4,014	4,121	4,180	4,253	4,317	4,114	4,287	4,360	4,436	4,326	4,341
-- 65-74 歲		2,468	2,205	2,363	2,509	2,341	2,503	2,376	2,505	2,581	2,598	2,787	2,911	3,096	3,315	3,539
-- ≥75 歲		1,947	2,060	2,274	2,521	2,685	3,019	2,962	3,129	3,281	3,466	3,612	3,798	3,873	4,237	4,138
新發個案數年齡層占率																
-- <40 歲		6.2%	5.9%	5.7%	5.4%	5.5%	5.3%	5.0%	4.9%	4.8%	4.6%	4.5%	4.5%	4.1%	3.8%	3.7%
-- 40-64 歲		43.7%	44.0%	42.8%	41.0%	41.9%	40.5%	41.7%	40.9%	40.4%	38.6%	38.3%	37.6%	37.3%	35.0%	34.8%
-- 65-74 歲		28.0%	25.9%	26.2%	26.7%	24.5%	24.6%	23.7%	24.1%	24.1%	24.4%	24.9%	25.1%	26.0%	26.9%	28.4%
-- ≥75 歲		22.1%	24.2%	25.3%	26.8%	28.1%	29.7%	29.6%	30.1%	30.7%	32.5%	32.3%	32.8%	32.6%	34.3%	33.2%
透析發生率																
--發生率(每百萬人口)		387	373	392	408	414	439	431	446	458	455	476	493	504	523	529
--年齡標準化發生率(每百萬人口)		337	315	324	327	322	332	315	318	318	307	313	314	314	316	309
透析盛行率																
--盛行率(每百萬人口)		2,182	2,305	2,437	2,565	2,698	2,833	2,937	3,039	3,138	3,216	3,309	3,399	3,486	3,590	3,679
--年齡標準化盛行率(每百萬人口)		1,902	1,957	2,020	2,069	2,118	2,163	2,180	2,199	2,210	2,206	2,211	2,209	2,208	2,211	2,202
移植率(每百萬人口)		22.6%	19.2%	14.5%	15.6%	16.4%	14.8%	15.8%	13.1%	14.3%	14.8%	12.9%	12.9%	13.6%	13.7%	16.7%
--境內		13.5%	12.1%	10.4%	12.1%	13.1%	11.9%	13.2%	10.9%	13.0%	13.7%	12.0%	12.0%	12.9%	12.8%	16.0%
--境外		9.0%	7.1%	4.1%	3.5%	3.3%	2.8%	2.6%	2.1%	1.2%	1.1%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.7%
新發透析患者主診斷為糖尿病之比率		43.4%	43.2%	43.9%	46.1%	45.8%	45.3%	45.9%	45.6%	45.1%	45.5%	45.3%	45.9%	45.4%	46.3%	47.9%
透析患者開始透析之平均年齡		62.8	63.2	63.7	64.3	64.5	65.2	65.2	65.6	65.7	66.3	66.3	66.5	66.8	67.3	67.5



天下雜誌-
醫療新趨勢系列論壇|居家透析的現在與未來



台灣居家透析健保政策展望

石崇良
衛生福利部中央健康保險署 署長
2023,4,19



報告大綱

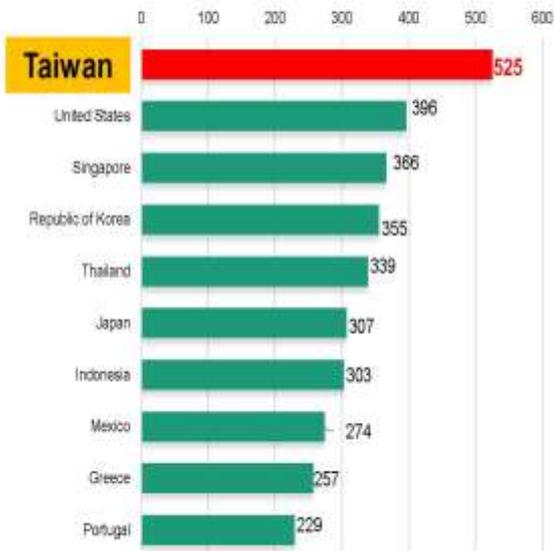
- 1 台灣尿毒症治療概況
- 2 全民健康保險慢性腎臟病(CKD)照護政策
- 3 慢性腎臟病健康照護品質資訊化

2

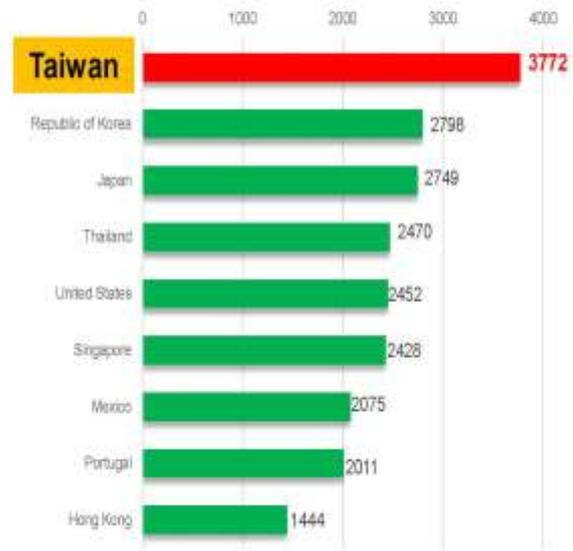


透析發生率、盛行率之國際比較

每百萬人口發生率



每百萬人口盛行率

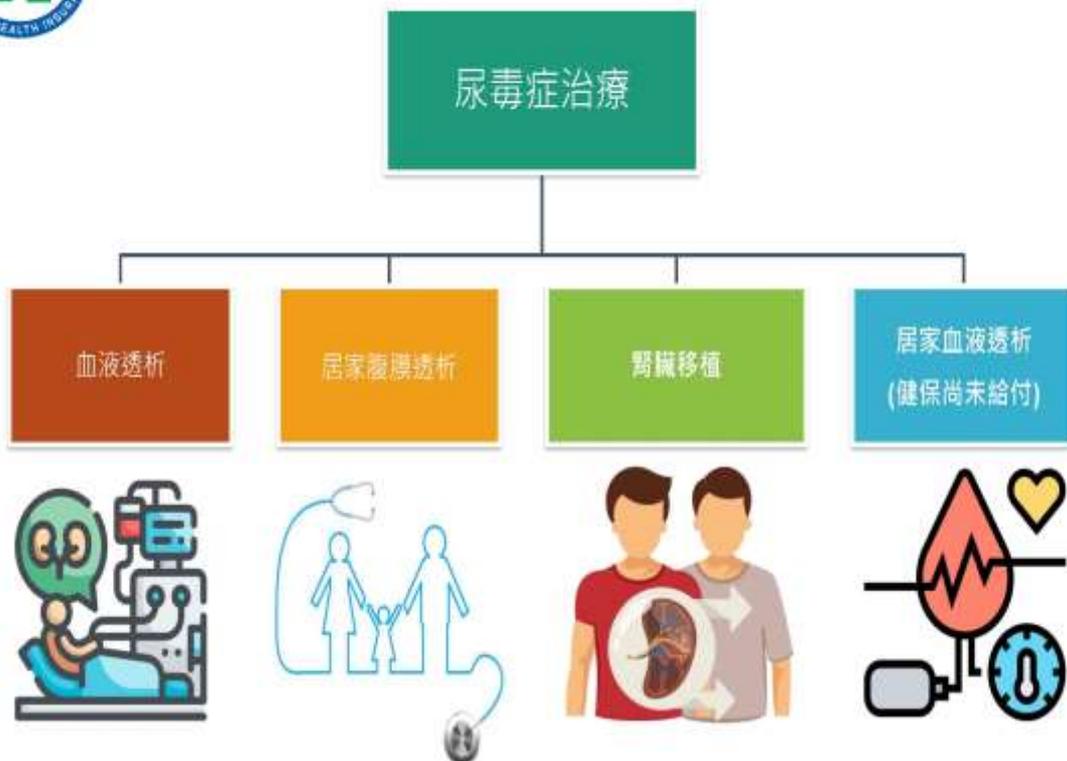


World Health Organization (WHO) Global Health Observatory (GHO) Data Repository (2022) (WHO 2023)

3



尿毒症治療



4



現行透析治療相關支付標準

透析治療處置費採包裹式定額給付

	血液透析	連續性可攜帶式 腹膜透析	全自動腹膜透析
支付點數	4,100 (每次)	8,675 (每月)	8,675* (每月)
醫事服務提供者 (111年申報資料)	醫院:52% 診所:48%	醫院:99.5% 診所:0.5%	醫院:99.5% 診所:0.5%

*全自動腹膜透析機相關費用-每日另支付67點

5



門診透析照護人數

透析病人數約有90%以上為血液透析

(單位:人數)

年度	血液透析	腹膜透析	兩者皆有	合計*
2018	82,204 (91.4%)	6,487 (7.2%)	1,275(1.4%)	89,966
2019	84,729 (91.5%)	6,576 (7.1%)	1,262(1.4%)	92,567
2020	86,552 (91.7%)	6,548 (6.9%)	1,288(1.4%)	94,388
2021	88,293 (91.8%)	6,550 (6.8%)	1,314(1.4%)	96,157
2022	89,748 (91.9%)	6,532 (6.7%)	1,377(1.4%)	97,657

*本表資料包括急性透析及長期透析。

6



門診透析新發生及累積個案人數

- ◆ 新發生個案數於近兩年逐漸下降
- ◆ 新發生個案數占率已逐年下降



7



近5年門診透析申報情形

- 2022年透析人數達97,657人，申報487億點，醫療費用平均每人每年50萬點
- 儘管透析服務人數及費用仍持續攀升，惟人數成長率已逐年趨緩

年度	門診透析申報值				成長率			
	人數	清單件數 (千件)	點數 (百萬)	每人平均點數	人數	清單件數 (千件)	點數 (百萬點)	每人平均點數
2018	89,966	968.7	44,905	499,128	2.9%	2.8%	3.2%	0.3%
2019	92,567	997.0	46,101	498,026	2.9%	2.9%	2.7%	-0.2%
2020	94,388	1,016.9	47,542	503,683	2.0%	2.0%	3.1%	1.1%
2021	96,157	1,034.4	48,374	503,069	1.9%	1.7%	1.7%	-0.1%
2022	97,657	1,047.0	48,655	498,224	1.6%	1.2%	0.6%	-1.0%

資料來源：健保署四代倉儲，擷取時間：2023年2月7日

8



門診透析預算數

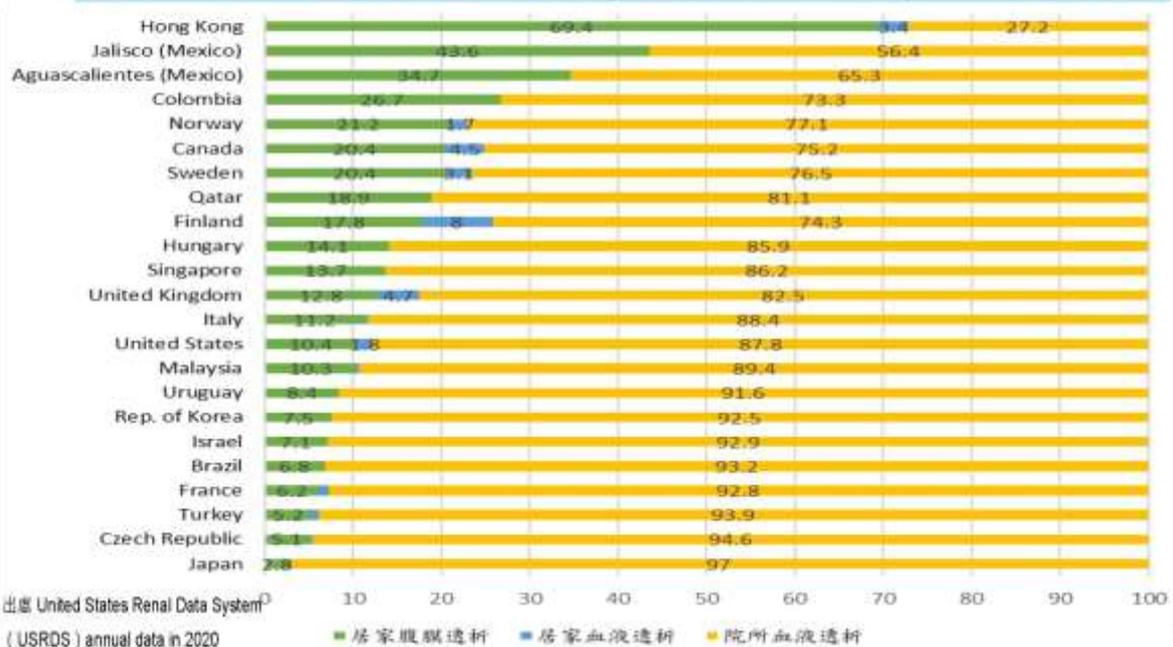


9



血液透析、腹膜透析、居家血液透析之各國比較

台灣病患人數占比: 腹膜透析 6.9%; 血液透析 91.7%; 兩者皆有 1.4%



10



摘要

1 台灣尿毒症治療概況

2 全民健康保險慢性腎臟病(CKD)照護政策

3 慢性腎臟病健康照護品質資訊化

11



全民健康保險慢性腎臟病(CKD)照護



- **獎勵腹膜透析**
 - 於2023年編列鼓勵腹膜透析預算,增加腹膜透析治療模式之病患使用率及保險給付效益。
- **鼓勵提供居家透析**
 - 鼓勵透析專業人員、腎臟科醫師、病患及家屬,了解居家透析治療模式。
 - 後續研擬規劃將居家透析納入健保給付。
- **鼓勵腎臟移植**

12



初期慢性腎臟病計畫成果

年度	2019			2020			2021		
	收案數	改善人數	改善率	收案數	改善人數	改善率	收案數	改善人數	改善率
血壓	109,444	34,219	31.3%	124,125	39,850	32.1%	139,351	46,671	33.5%
糖化血色素 (HbA1C)	307,708	66,671	21.7%	343,419	79,050	23%	378,180	94,291	24.9%
低密度脂蛋白 (LDL)	191,580	88,998	46.5%	211,617	101,619	48%	231,765	114,603	49.4%
戒菸	92,434	23,521	25.4%	101,435	26,373	26%	110,074	29,835	27.1%

13



糖尿病腎病變三階段

糖尿病腎病變是導致末期腎病變最主要的原因



14

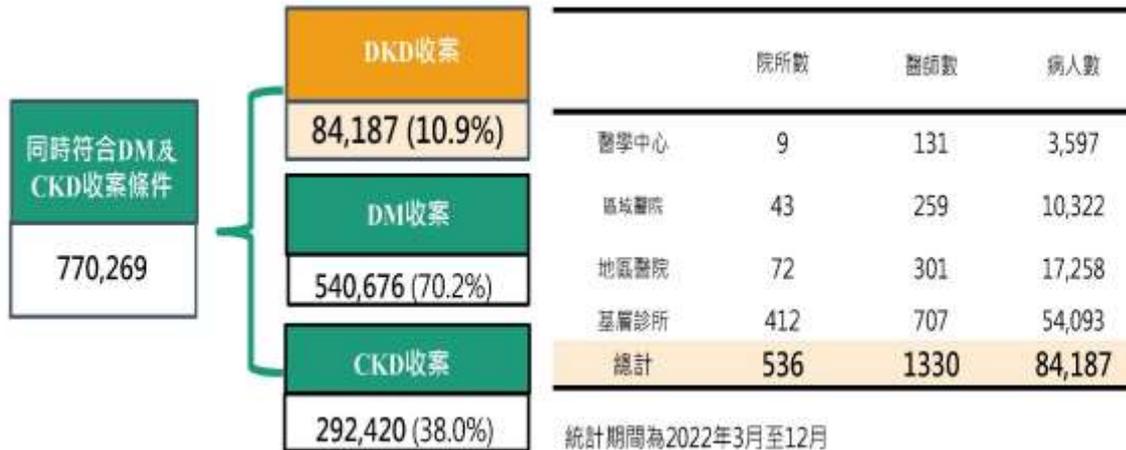


推動糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

➤ 推動糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

過去糖尿病與初期慢性腎臟病為分開收案

現在健保署於同院同時參與DM及Early-CKD 方案之個案於同次就診中，完成DM及Early-CKD追蹤管理照護，以減少病人合併症，改善生活品質照護



15



2022年糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)品質指標

- DKD照護病人 HbA1c 控制良率有58.10 %
- DKD照護病人 LDL控制良率有75.16 %

DKD 照護個案數(A)	UACR<30mg/gm %人數 (B)	UACR 控制良率 (C=B/A)	UACR>300mg/gm 人數 (D)	UACR 控制不良率 (E=D/A)	HbA1c<7.0% (或80歲以上 HbA1c<8.0%)人數 (F)	HbA1c 控制良率 (G=F/A)
81,200	35,104	43.23%	9,862	12.15%	47,178	58.10%

HbA1c >9.0% 人數(H)	HbA1c 控制不良率 (I=H/A)	LDL <100mg/dL 人數 (J)	LDL 控制良率 (K=J/A)	LDL >130mg/dL 人數 (L)	LDL 控制不良率 (M=L/A)
5,411	6.66%	61,031	75.16%	5,067	6.24%

備註:

1. DKD照護個案數：病人可能在DM、CKD、DKD方案間轉換，DKD照護個案數為當年度最後一次申報DKD照護費之病人計算
2. 檢驗數值以病人當年度最後一次檢驗值列計

16



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

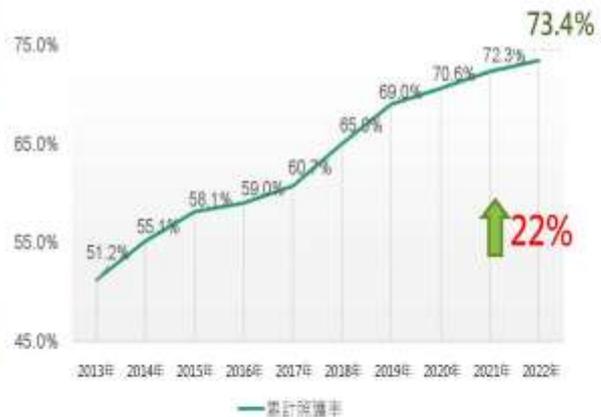
個案管理、結合跨專業跨領域之醫療團隊照護
早期發現及介入、延緩進入透析治療



末期腎臟病前期照護，延緩進入透析

- 2022年照護約10.6萬人，累計照護率73.4%
- Pre-ESRD醫療服務逐年增加，累計照護率2013年至2022年增加22%

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報點數 (百萬點)
2018	240	830	90,419	219.4
2019	244	869	95,539	237.2
2020	233	835	97,747	246.5
2021	237	856	101,120	250.8
2022	235	877	106,413	271.4



註：

1. 資料來源：本署三代資訊系統門診費申報資料 (匯取日期：112年2月16日)。
2. 分母：有12月門診兩次或生診一次能醫主診斷N184-186、O49符合收案條件之開戶病人數，扣除洗腎及死亡人數。
3. 分子：申報費令代碼前3碼為P34之開戶人數(ID開戶)。



全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人 照護與衛教計畫成效

項目	年度				
	2017	2018	2019	2020	2021
執行數(百萬點)	200.2	218.0	237.2	246.4	249.3
參與家數	225	240	244	233	237
--醫院	181	191	196	187	189
--基層	44	49	48	46	48
累計收案人數	419,312	509,729	605,268	702,999	804,120
--醫院	404,533	491,611	583,894	678,403	776,171
--基層	14,957	18,314	21,581	24,816	28,178
病況改善個案數					
--stage 3b、4 病況改善個案數	13,243	13,486	14,818	15,575	15,156
--stage 5 cases 病況改善個案數	3,509	3,454	3,733	3,792	3,564
--蛋白尿病患病況改善個案數	17	29	39	42	45
--持續照護個案數	7,853	8,853	10,289	11,102	12,040
收案病人臨床檢驗值改善情形					
--收案數(A)	83,256	90,417	95,539	97,731	97,768
--改善人數(B)					
血壓控制	41,278	44,368	47,648	48,230	49,517
低密度脂蛋白控制	52,532	57,143	60,618	62,982	64,975
血紅素改善	35,642	39,032	40,724	41,269	41,000
--改善率(B/A)					
血壓控制	49.6%	49.1%	49.9%	49.3%	50.6%
低密度脂蛋白控制	63.1%	63.2%	63.4%	64.4%	66.5%
血紅素改善	42.8%	43.2%	42.6%	42.2%	41.9%

超過60%病患在低密度脂蛋白指標達改善



19



2022年醫療科技再評估(HTR)-1

藉由微幅增加國內腹膜透析使用比例，可大幅降低門急診透析費用及總醫療支出

治療方式		基礎點數		調整點數											
血液透析		3,912 點		支付點數 ↓5%	支付點數 ↓10%										
腹膜透析		<table border="1"> <tr> <td>初次CAPD病人每點費</td> <td>2,847 點</td> </tr> <tr> <td>CAPD持續值入費</td> <td>4,284 點</td> </tr> <tr> <td>APD全自動旋轉透析機租賃費用(每月)</td> <td>67 點</td> </tr> <tr> <td>追蹤處置費</td> <td>8,675 點</td> </tr> <tr> <td>居家訪視費</td> <td>1,200 點</td> </tr> </table>	初次CAPD病人每點費	2,847 點	CAPD持續值入費	4,284 點	APD全自動旋轉透析機租賃費用(每月)	67 點	追蹤處置費	8,675 點	居家訪視費	1,200 點	支付點數 ↑5%	支付點數 ↑10%	
初次CAPD病人每點費	2,847 點														
CAPD持續值入費	4,284 點														
APD全自動旋轉透析機租賃費用(每月)	67 點														
追蹤處置費	8,675 點														
居家訪視費	1,200 點														
總支出 (億點)	腹膜透析使用 人數比例 (基礎值約8%)	10%	450.1	428.5	387.2										
		12%	442.2	421.2	381.0										
		15%	430.4	410.3	371.6										

20



2022年醫療科技再評估(HTR)-2 居家透析無法大力推廣的主因

- 醫療人員本身對居家透析模式較不熟悉
- 缺乏推行之財務誘因
- 病人或家屬對自行執行透析技巧缺乏信心



21



鼓勵院所加強推動腹膜透析及提升其照護品質計畫

優點

- ✓ 在醫師的評估下，病人可以在家進行血液透析
- ✓ 執行腹膜透析病人及其家人可以有更好的生活品質

預算

2023年門診透析預算，除給予2%的一般成長外，另加編**1%**(約**4.335億元**)專款，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質

獎勵項目

- ✓ 新增腹膜透析室/中心
- ✓ 執行末期腎病治療方式醫病共享決策
- ✓ 照護團隊獎勵費
- ✓ 轉診費(上轉、平轉及回轉、下轉)
- ✓ 品質獎勵

讓新病人可以有
腹膜透析的選擇



22



居家血液透析納入健保給付

居家血液透析之好處

- 節省交通時間
- 降低心臟血管併發症
- 提升行動不便病人之可近性
- 改善病人生活品質

申請過程

- 健保署於110年12月28日接獲醫院建議將「居家血液透析」納入健保給付。
- 台灣腎臟醫學會於112年2月22日以電子郵件回復成本分析表與作業流程表，經本署檢視部分內容待再確認。



2022年醫療科技再評估(HTR)-3

成本效益分析結果-腎移植優於透析

	生命人年	QALY	成本 (NTD)	遞增效益 (QALY)	遞增成本 (NTD)
透析	24.71	14.23	2,155萬	-	-
腎移植	25.77	17.45	1,784萬	增加 3.22	省371萬



健保署鼓勵腎臟移植之相關措施

2020年推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)
及末期腎臟病前期計畫(Pre-ESRD)
Early-CKD 照護人數約 430,000人
Pre-ESRD 照護人數約 97,000人

免除器官移植及摘取手術之
部分負擔

提升民眾器官捐贈意願
健保卡註記器捐意願

調升腎臟移植「器官移植手術支付點數」



增列「器官移植協調管理費」
摘取器官 / 移植醫院各5,000點

增列「活體腎臟移植團隊照護獎勵費」
獎勵點數：10,000點、30,000點、60,000點

25



摘要

1 台灣尿毒症治療概況

2 全民健康保險慢性腎臟病(CKD)照護政策

3 慢性腎臟病健康照護品質資訊化

26



健保醫療資訊雲端查詢系統可查詢內容



27



健保雲端系統提升病人用藥安全

健保雲端系統高風險腎臟病人用藥主動提示功能

重複用藥提示

高風險處方用藥提示



28



健保署全球資訊網慢性腎臟病照護品質資訊公開

透析病人機構別
醫療品質資訊公開



<https://reurl.cc/9V8XWa>

提供慢性腎臟病
衛教資訊



<https://reurl.cc/eXY8QM>



健康存摺

- 全民健保透過「健保快易通 | 健康存摺APP」，提供個人健康資料給民眾。超過1100萬人使用此APP，普及率約為50%。
- 推廣健康意識，並賦予民眾隨時隨地存取個人健康資訊的權力。

顯示慢性腎臟疾病風險評估



公私協力

軟體開發套件 (SDK)：供使用者授權其健康資料給值得信賴的第三方進行進一步的加值服務。

「智抗糖」APP
提供針對血糖、
血壓和體重的個人化
健康管理，
可查看進展和趨勢。





透析病人存活率之國際比較

國家		👍 1年存活率			👍 2年存活率			👍 5年存活率		
		台灣	美國	歐洲	台灣	美國	歐洲	台灣	美國	歐洲
整體表現		90.0%	80.3%	85.5%	79.7%	69.1%	73.5%	54.9%	43.6%	42.9%
透析治療	血液透析	89.4%	79.1%	-	78.8%	67.7%	-	53.5%	42.0%	-
	腹膜透析	95.4%	91.5%	-	87.4%	82.8%	-	65.9%	57.7%	-

出處: 2021 Annual Report on Kidney Disease in Taiwan.

31



COVID-19疫情期間慢性腎臟病人照護成效

- 死亡率與住院率在新冠肺炎疫情前3年(2019年至2021年)維持平穩，2022年血液透析病人死亡率有微幅上升。
- 80% 病患接受疫苗施打，2022年感染率上升。

年度	透析時間<1年 死亡率		透析時間≥1年 死亡率		住院率		感染率	疫苗施打率
	血液透析	腹膜透析	血液透析	腹膜透析	血液透析	腹膜透析		
2019	2.20%	1.28%	2.57%	1.61%	430.04	435.28	N/A	N/A
2020	2.28%	1.07%	2.48%	1.58%	424.00	421.88	0.00%	0.01%
2021	2.39%	1.10%	2.66%	1.89%	400.41	399.90	0.17%	80.84%
2022	<u>2.69%</u>	1.11%	<u>3.04%</u>	1.82%	406.94	412.03	32.84%	80.43%

資料來源：健保資料庫(製表日期：2023年4月16日)

備註：

- 死亡率(率指稱)：係統計期間符合標準連續透析超過3個月且透析時間小於1年或大於等於1年之長期透析個案死亡之比率。本死亡率以兩年之率各值平均計算(單位：死亡人數/每百人)；腹膜透析係統計至體中醫師診察透析任一醫令者，餘均屬血液透析。
- 住院率(半年指稱)：係統計期間符合連續透析超過3個月之長期透析個案發生住院次數之比率。本住院率以兩年之上、下半年各值平均計算(單位：住院人次/每千人)；腹膜透析係統計至體中醫師診察透析任一醫令者，餘均屬血液透析。
- 感染率：以當年腹膜透析計算。
- 疫苗施打率：以當年腹膜透析COVID-19疫苗計算。

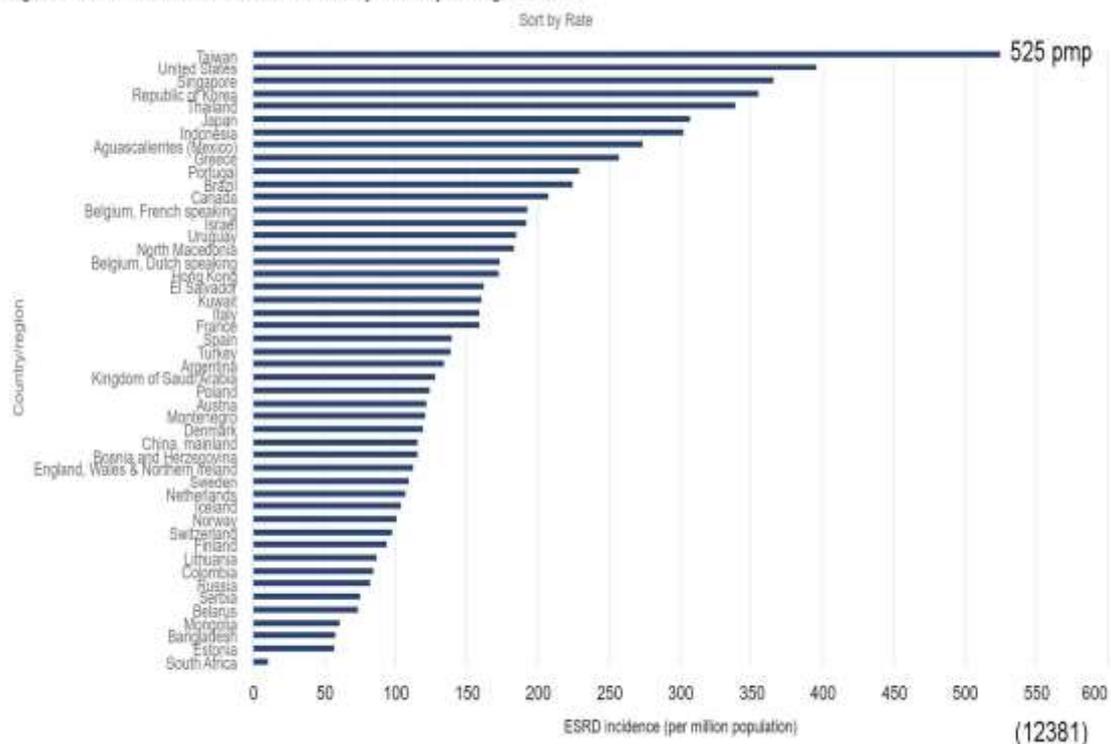
32



THANK YOU

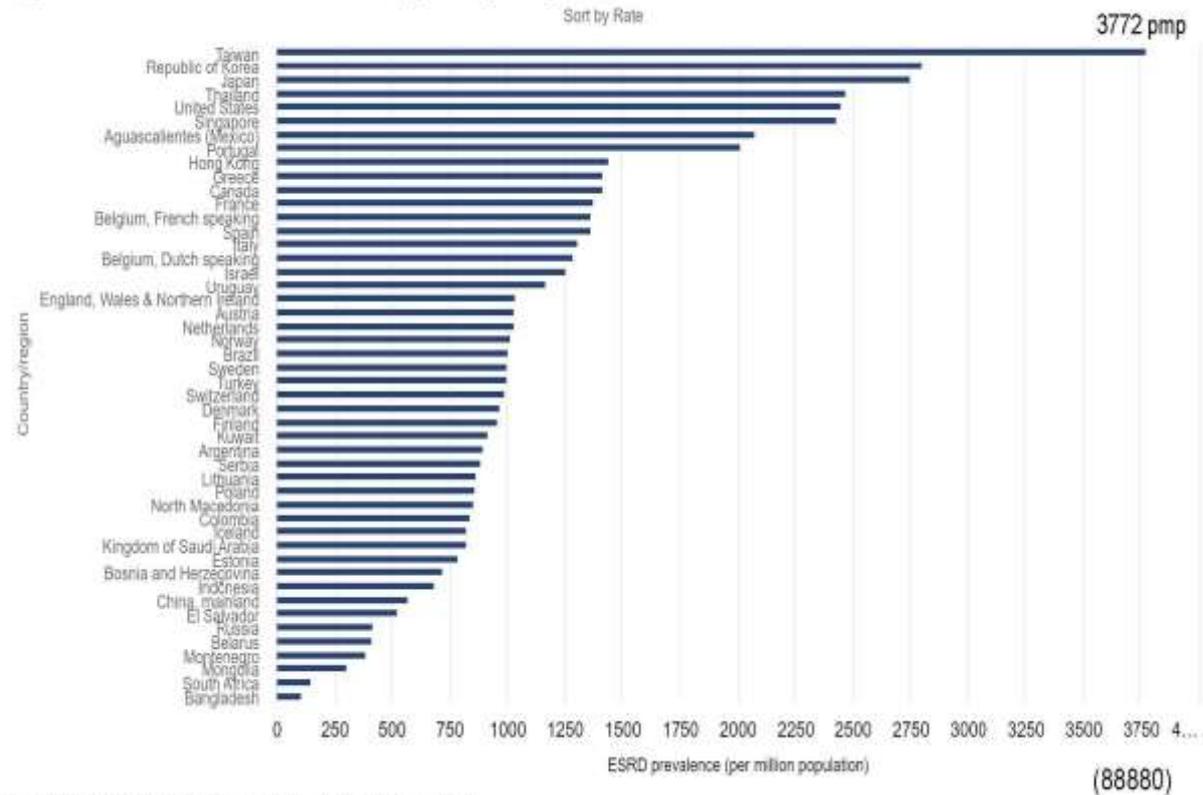


Figure 11.2 Incidence of treated ESRD, by country or region, 2020



Data Source: 2022 United States Renal Data System Annual Data Report

Figure 11.9 Prevalence of treated ESRD, by country or region, 2020

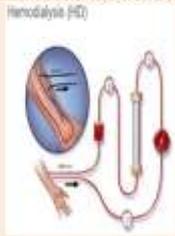
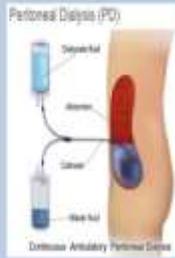


Data Source: 2022 United States Renal Data System Annual Data Report

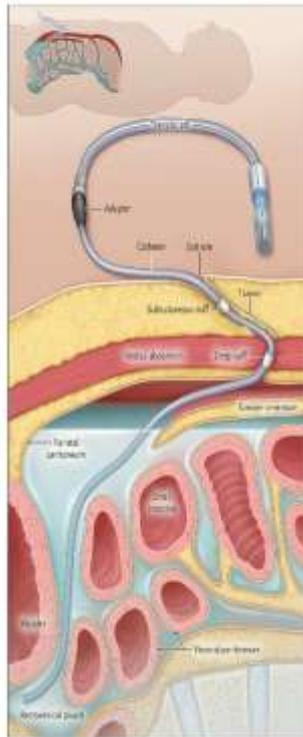


台灣腎臟醫學會
Taiwan Society of Nephrology

透析模式選擇 Treatment Options

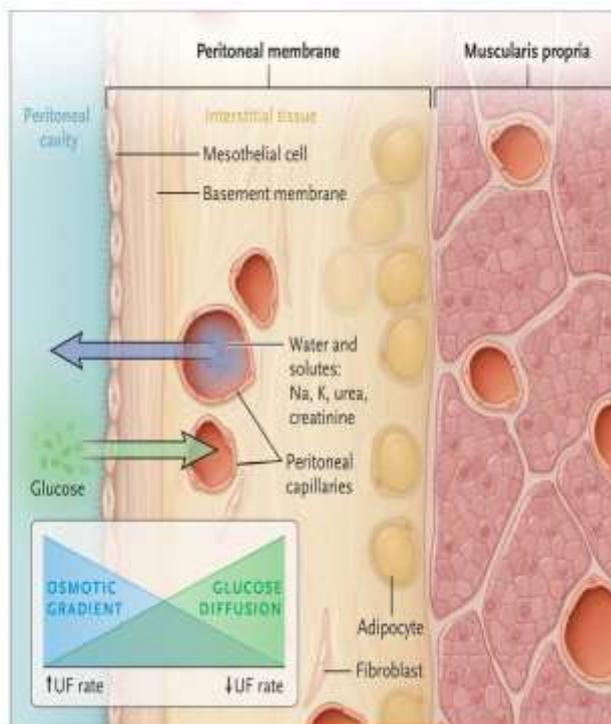
		居家透析治療		
血液透析 (HD) Hemodialysis		腹膜透析 (CAPD) Peritoneal Dialysis	自動腹膜透析 (APD) Automated PD	居家血液透析 (HHD) Home Hemodialysis
治療頻率	每周前往透析中心進行3次，每次需4-5小時的透析時間	一天4-5次的換液，每次換液約20-30分鐘	夜間睡眠前接上管路，自動腹膜透析機自動按照設定做8-10小時的透析治療	約2天進行1次6-8小時的血液透析。目前需向中央健保局提出臨床試驗申請，目前台灣使用率低。
原理	將病人血液經血液迴路管引出，進入血液透析機上的人工腎臟來過濾血中的代謝廢物及過多的水分 	利用人體腹腔內的腹膜作為半透膜，藉由灌入肚子的新鮮透析液將身體過多的水分及代謝物排除 		將洗腎機器放置病人家中，利用睡覺時間進行血液透析，病人或照護者需先接受兩個月的訓練，學會自行打針及透析的技巧。

Peritoneal Dialysis (PD) System



N Engl J Med 2021;385:1786-1795

Physiology of Peritoneal Dialysis



N Engl J Med 2021;385:1786-1795

Types of Peritoneal Dialysis

Table 1. Types of Peritoneal Dialysis.

Type	Description
Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)	Manual instillation and drainage of dialytic fluid several times per day
Automated peritoneal dialysis (APD)	Use of a machine (cycler) to instill and drain fluid a number of times over a period of several hours
Nocturnal intermittent peritoneal dialysis (NIPD)	APD performed at night only, with no fluid in the peritoneal cavity during the day
Continuous cycling peritoneal dialysis (CCPD)	APD at night plus a final installation of fluid into the peritoneal cavity, which remains there during the day; performed with or without an additional exchange of fluid during the course of the day
Incremental peritoneal dialysis	Initiation of peritoneal dialysis at a low dose, with stepwise increases as needed to compensate for loss of residual kidney function
Urgent-start peritoneal dialysis	Initiation of peritoneal dialysis within 2 wk after catheter placement in a person with end-stage kidney disease and no previously planned renal replacement therapy

N Engl J Med 2021;385:1786-1795



台灣醫學會
Taiwan Society of Nephrology

不同透析模式的特色 Treatment Options

模式	居家透析治療			
	血液透析(HD)	連續可活動式腹膜透析 (CAPD)	全自動腹膜透析 (APD)	居家血液透析 (HHD)
優點	<ul style="list-style-type: none"> 能快速有效的移除代謝廢物和多餘水分 由專業醫護人員負責全程的透析治療，較有安全感 與其他病人及醫護人員，有較多互動、交流的機會 	<ul style="list-style-type: none"> 可自行在家或工作場所執行透析治療，減少往返透析中心的不便 治療時間具彈性，較不影響正常生活 治療時不需要扎針 持續且溫和的透析方式，對心肺血管壓力較血液透析小許多 正常情況下，維持殘餘腎功能較血液透析理想 	<ul style="list-style-type: none"> 可自行在家執行透析治療 治療時間具彈性，較不影響正常生活 脫水時間較慢，可避免血壓波動、抽筋等情況的發生，尿毒消除率佳。 	<ul style="list-style-type: none"> 病人或照護者需先接受2個月的訓練 必須學會自行打針及使用血液透析的技巧 居家醫療廢棄物的棄置尚待衛生主管機關研議。 目前台灣使用量低。
缺點	<ul style="list-style-type: none"> 每週三次需在固定的時段前往透析中心每次治療都需要扎針 治療中及治療後有可能產生不適的症狀—抽筋、聲音沙啞 手上有瘻管或人工血管 對心血管肺部壓力較大 飲食及水分攝取限制較嚴格 水電資源的使用量大，對環境生態的影響待評估。 	<ul style="list-style-type: none"> 須自行執行每天的換液，必須有足夠的視力，或家裡有照顧者來協助執行換液 腹部有一條腹膜透析導管且灌入透析液，導致身體形象的改變 家中須準備一個儲放透析液及配件的地方 		

Perceived Barriers to Peritoneal Dialysis and Potential Solutions

Table 2. Perceived Barriers to Peritoneal Dialysis and Potential Solutions.

Perceived Barrier	Potential Solution
Morbid obesity	Use of a presternal catheter
Polycystic kidney disease	Use of frequent low-volume exchanges (e.g., with APD)
Presence of an ostomy	Use of an extended catheter system (e.g., a presternal catheter to place the exit site far from the ostomy)
Severe cognitive or physical impairment	Performance of peritoneal dialysis by an assistant or caregiver

N Engl J Med 2021;385:1786-1795

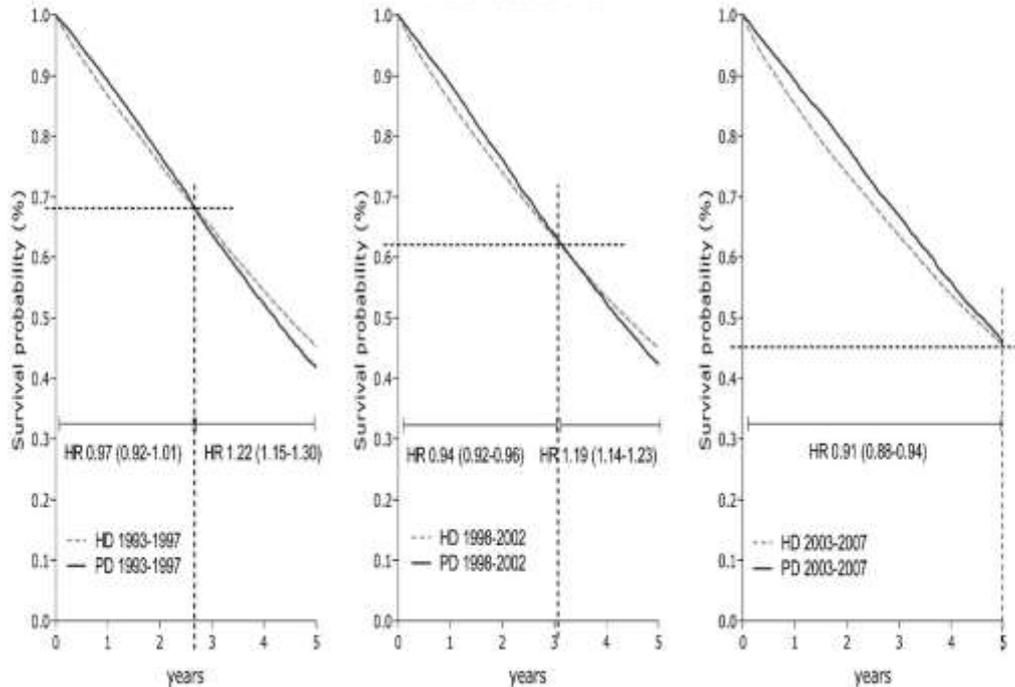
Complications of Peritoneal Dialysis

Table 3. Complications of Peritoneal Dialysis.

Infectious complications
Peritonitis
Exit-site or tunnel infections
Noninfectious complications
Catheter-related
Impaired flow (unidirectional or bidirectional)
Leak
Pain (during infusion or drainage)
Related to increased intraabdominal pressure
Back pain
Hernia
Hydrothorax
Metabolic
Hypokalemia
Metabolic syndrome
Encapsulating peritoneal sclerosis

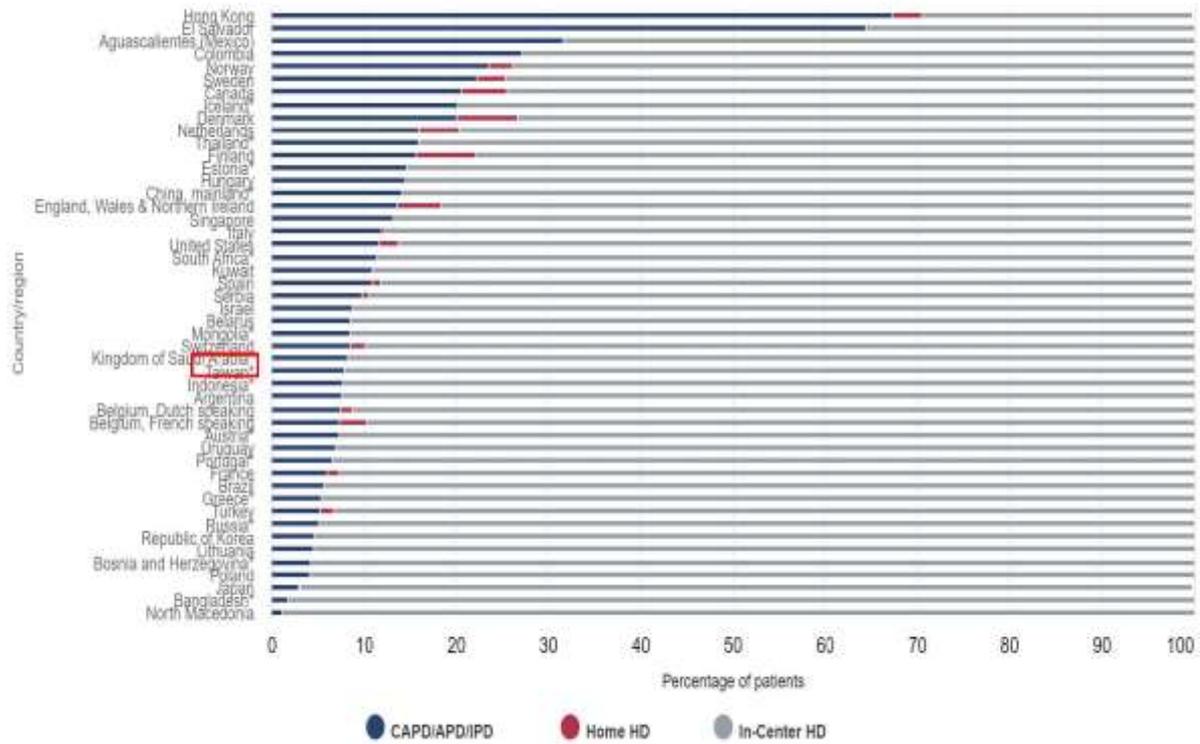
N Engl J Med 2021;385:1786-1795

Five-year patient survival for patients starting dialysis on HD and PD



Nephrol Dial Transplant (2016) 31: 120-128

Figure 11.16 Distribution of dialysis modality in prevalent patients with ESRD, by country or region, 2020



Data Source: 2022 United States Renal Data System Annual Data Report

2019年台灣腹膜透析(PD)人數占新發生透析之9.4%

Kidney Disease in Taiwan

表1 2019年台灣透析與移植現況

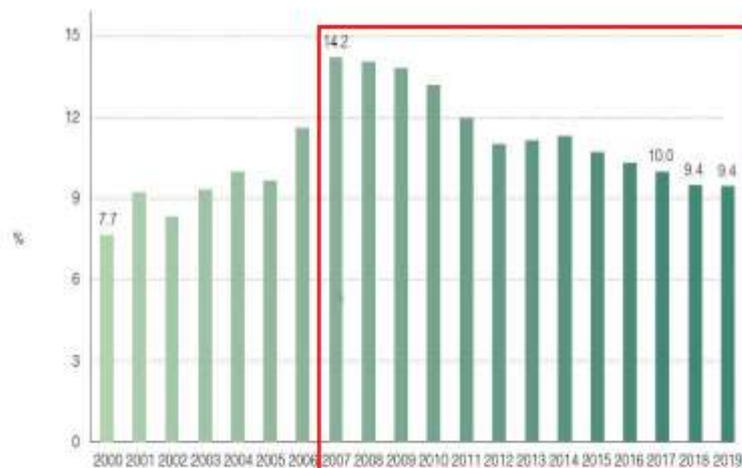
	男性	女性	總計
發生			
透析發生數	6,904	5,571	12,475
透析發生率(每百萬人口)	590	468	529
平均透析年齡(歲)	65.8	69.5	67.5
使用血液透析人數	6,273	5,025	11,298
使用腹膜透析人數	631	546	1,177 (9.4%)
死亡與存活			
透析患者死亡數	5,172	4,447	9,619
透析患者死亡平均年齡(歲)	71.6	75.4	73.4
透析患者死亡率(每百透析人年)	12.4	11.6	12.0
透析死亡患者有糖尿病人數	3,274	2,667	5,941
透析死亡患者有糖尿病比率(%)	63.3	60.0	61.8
2010-2014年新發透析患者五年累積存活率(%)	55.0	54.9	54.9
2010-2014年新發血液透析患者五年累積存活率(%)	53.8	53.2	53.5
2010-2014年新發腹膜透析患者五年累積存活率(%)	64.6	67.2	65.9

2020年
9.7%

2021台灣腎病年報

2007年後腹膜透析占新發生透析比例持續下降

圖12 新發透析患者使用腹膜透析比率(%)



註：腹膜透析指開始連續門急診透析三個月內至少有一次腹膜透析者。

2021台灣腎病年報

2015-2019年腹膜透析占總透析人口比例亦持續下降

表 10 2015-2019年透析盛行患者人數

	2015	2016	2017	2018	2019
總計	77,746	80,006	82,177	84,695	86,840
性別					
男性	39,456 (50.7%)	40,910 (51.1%)	42,397 (51.6%)	44,128 (52.1%)	45,469 (52.4%)
女性	38,290 (49.3%)	39,096 (48.9%)	39,780 (48.4%)	40,567 (47.9%)	41,371 (47.6%)
腹膜透析	6,923 (8.9%)	6,970 (8.7%)	6,856 (8.4%)	6,885 (8.2%)	6,901 (8.0%)

註：腹膜透析—當年度最後一季有使用過腹膜透析者為腹膜透析。

2020年 7.57%

2021台灣腎病年報

腹膜透析者開始透析之平均年齡較血液透析者年輕

圖 19 透析患者開始透析之平均年齡(歲) (依透析模式別)



註：腹膜透析指開始連續門急診透析三個月內至少有一次腹膜透析者，若無則歸為血液透析。

2021台灣腎病年報

透析病人使用腹膜透析比率在年輕族群相對高

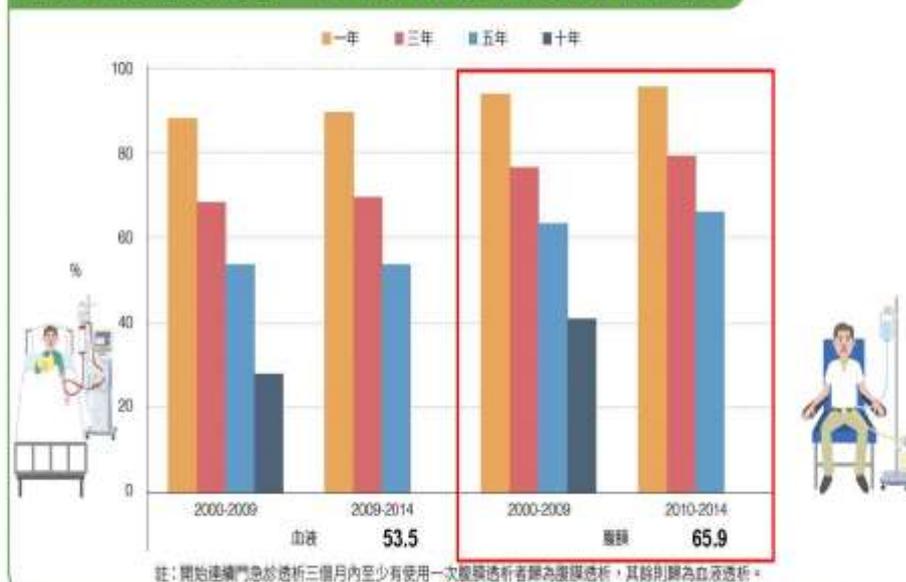
圖31 透析盛行患者使用腹膜透析比率(%) (依年齡別)



2021台灣腎病年報

腹膜透析者存活率優於血液透析者

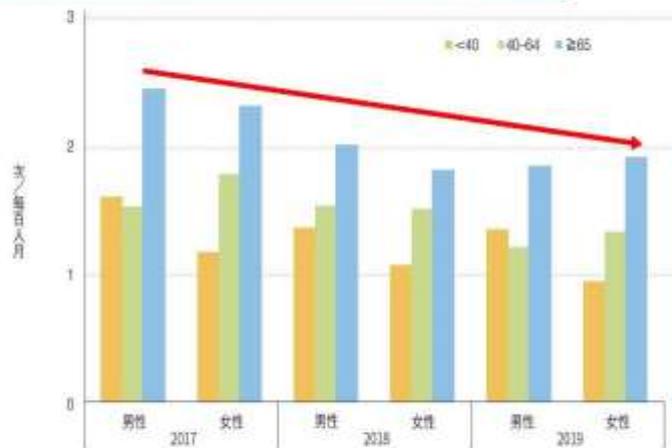
圖45 血液與腹膜透析患者一、三、五及十年累積存活率比較(%) (依世代別)



2021台灣腎病年報

2017-2019腹膜透析者腹膜炎發生率呈下降趨勢

圖207 2017-2019年腹膜透析患者腹膜炎發生率(依性別·年齡別)



資料來源：台灣健保資料庫。

註1：腹膜透析—開始連續門診透析三個月內至少有一次腹膜透析者。

註2：腹膜炎—以門診或住院任一診斷為準且有接受抗生素(注射劑)治療者。腹膜炎 ICD-9-CM與ICD-10-CM碼請參考方法學。

註3：腹膜炎發生率=(當年性別·年齡別)發生腹膜炎之總次數*100/(當年性別·年齡別)腹膜透析患者總人月數。

2021台灣腎病年報

台灣腹膜透析者存活率優於美、加、紐、澳、馬來西亞

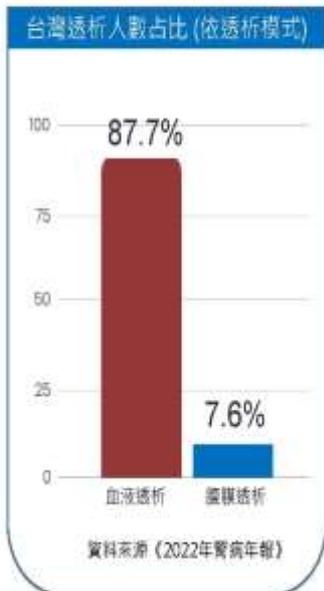
圖53 台灣、美國、加拿大、馬來西亞、南韓、澳洲與紐西蘭新發透析患者五年累積存活率(%) (依透析模式別)



資料來源：美國2020腎臟病年報(USRDS)；2021加拿大器官替代登記年報；2016馬來西亞透析與移植登記報告；南韓2020腎臟病年報(KORPDS)；ANZDATA 2020年報；台灣健保資料庫。

2021台灣腎病年報

台灣推動居家透析的機會與挑戰



Opportunity

- 雲端數位醫療提升居家透析技術
- 降低機構內醫療人力負擔
- 治療時間具彈性，提升社會生產力
- 以病人為中心，提升生活品質
- 減少門急診、住院等醫療費用
- 治療時不需要扎針
- 維持殘餘腎功能較血液透析理想
- 減少來往透析的交通花費與時間
- 減少陪病家屬的身心負擔
- 減少因進出機構的感染風險

Challenge

- 無特殊獎勵或鼓勵政策，機構、醫護誘因不足
- 病人與家屬對居家透析知識不足
- 病患對於自我照護意識不足
- 專科醫師對腹膜透析的經驗有限
- 健保總額體制下，醫療院所須透過增加醫療服務量來平衡醫療設備的投入支出
- 衛教或家訪的給付不足
- 須評估基層院所參與治療的服務平衡性
- 遠端照護期間無給付規劃
- 大多數院所腹膜透析醫療尚未資訊化

鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫

CORE VALUE



Result-oriented
結果導向



Regulation
符合規範



Patient-centered
以病人為中心



Balansability
Segmentation
考量平衡性、區隔性

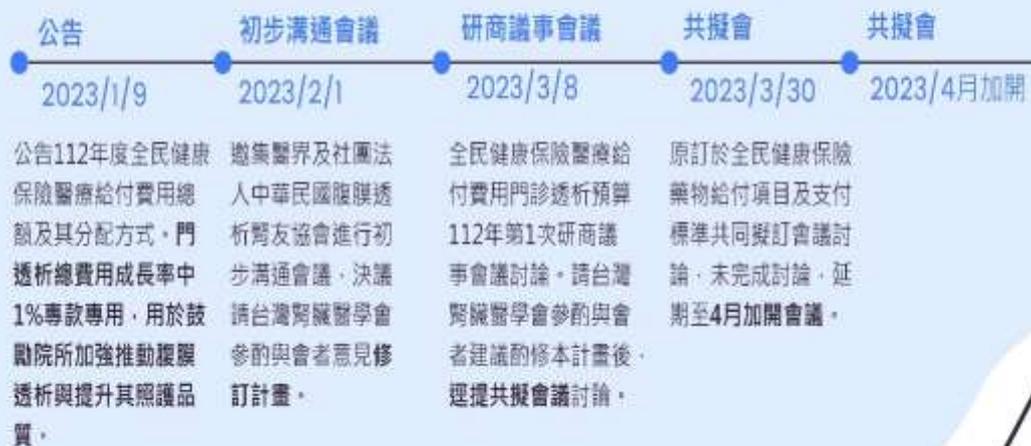
鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫



Goal	Quantity 提升末期腎衰竭病人PD治療之占率			Quality 加強院所PD照護品質及病人自我照護能力，提升病人透析技術存活率與總存活率			
Strategy	醫務共享決策 (SDM)	團隊成長獎勵 新發個案獎勵	鼓勵新設PD中心/室，提升可近性	醫護團隊 品質監控獎勵	醫院及基層透析診所共同照護團隊，相互支援		
Tactics	<ul style="list-style-type: none"> CKD stage 5或HD病人1年內，經SDM後選擇PD達3個月以上 CKD stage 5或HD 2年以上，每年執行一次SDM 	<ul style="list-style-type: none"> 病人數達5人以上，依達成長率給予獎勵 獎勵照護團隊首次PD新發個案，照獲達6或12個月 	鼓勵並輔導成立收治PD病人 新設、重設、轉導	病人自我照護品質提升，現有追蹤處置費加成	依據PD照護品質指標達成之院所給予獎勵	居家訪視	轉診至大型醫療院所或基層



The Last Mile



台灣腎臟醫學會的任務與角色

數位轉型

國際連結

永續發展

醫療 x 教育 x 研究

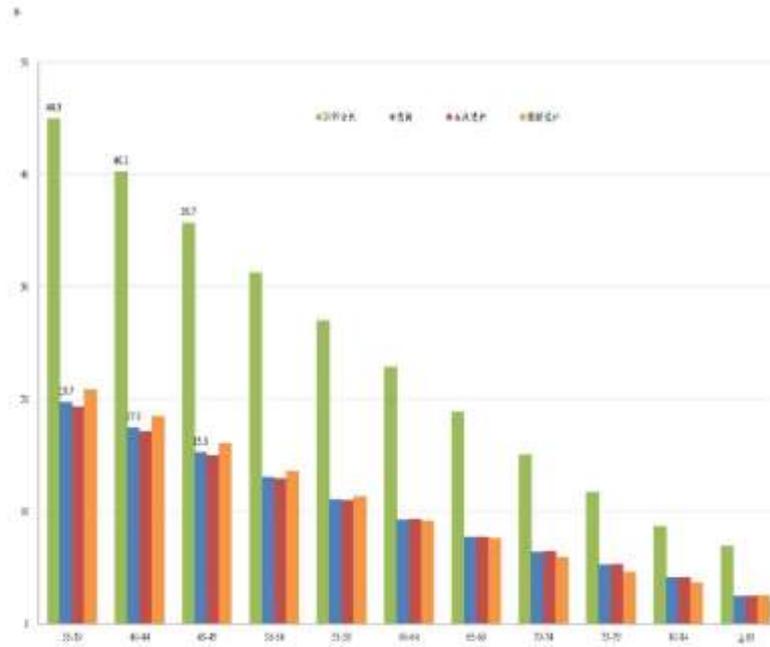
- 成立腹膜透析委員會
- 支持與監督各醫療院所收治病人數與品質狀況
- 促進醫療院所間成功經驗的傳承與交流
- 持續滾動式調整策略與計畫



謝謝



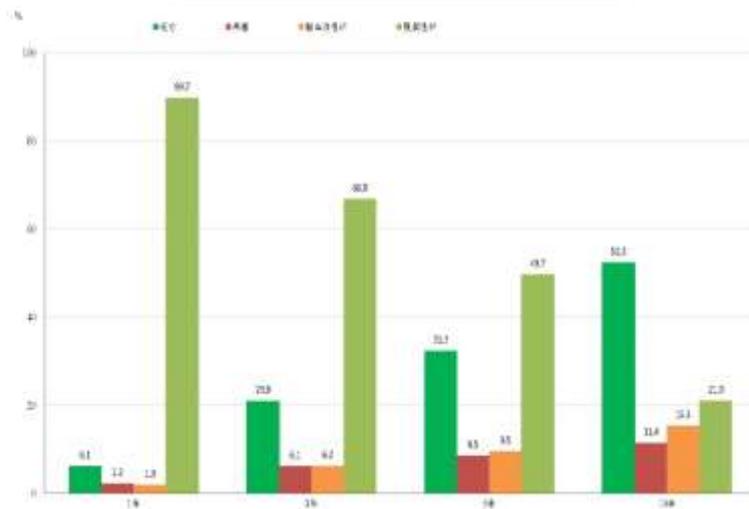
2015-2019年透析患者之平均餘命比較 (依透析模式別)



資料來源：全國透析資料系統資料庫。

2000-2010年腹膜透析患者十年內預後情形 (%)

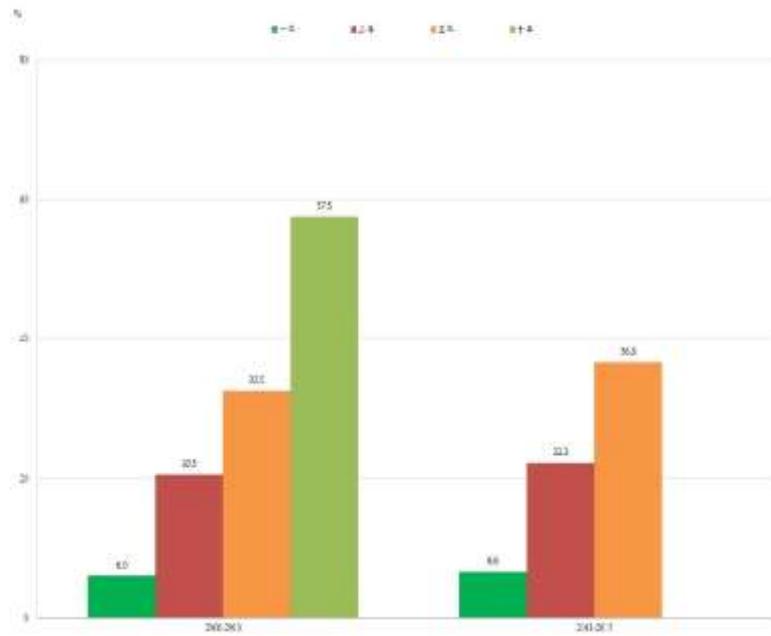
	1年	3年	5年	10年
死亡	6.1	20.9	32.3	52.3
移植	2.2	6.1	8.5	11.4
轉血液透析	1.9	6.2	9.5	15.3
腹膜透析	89.7	66.8	49.7	21.0
暫時血液透析	0.1	0.2	0.4	0.7



資料來源：台灣健保資料庫。

2021台灣腎病年報

腹膜透析患者一、三、五及十年 tech. failure 比率 (%)



資料來源：台灣透析資料庫。



2023 居家透析的 現在與未來

醫療新趨勢論壇

2023 Medicine in New Waves

NOW AND BEYOND OF HOME DIALYSIS

會後精彩內容紀實

主辦單位
Organizer



指導單位
Advisory
Organization



時 間 2023 年 4 月 19 日 (三) 08:00-11:00
 地 點 台北喜來登大飯店 B1 翠芳 + 薈萃廳 (台北市中正區忠孝東路一段 12 號)
 共同主辦 美國在台協會、天下雜誌
 指導單位 衛生福利部
 出席名單 歐德瑞 Brent Omdahl / 美國在台協會商務組組長
 吳迎春 / 天下雜誌董事長
 石崇良 / 衛生福利部中央健康保險署署長
 Kate Blackwell / 美國聯邦醫療保險與醫療補助服務中心、
 创新中心、特殊人群和計劃部副處長
 吳琬瑜 / 天下雜誌共同執行長兼內容長
 石崇良 / 衛生福利部中央健康保險署署長
 吳發斯 / 台灣腎臟醫學會理事長、臺北醫學大學副校長
 許永和 / 台灣腎臟醫學會秘書長、臺北醫學大學新國民醫院院長
 鄭守夏 / 國立臺灣大學公共衛生學院院長、健康政策與管理研究所教授
 盧瑞芬 / 長庚大學管理學院醫務管理學系暨管理研究所教授
 許志成 / 國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員兼副所長、
 國家衛生研究院高齡醫學暨健康福祉研究中心辦公室執行長



● 前言 INTRODUCTION	3
● 開幕致詞 Welcome Opening Remarks	
歐德瑞 Brent Omdahl / 美國在台協會商務組組長	4
吳迎春 Yin-Chuen Wu / 天下雜誌董事長	5
石崇良 Chung-Liang Shih / 衛生福利部中央健康保險署署長	6
● 專題演講 Keynote speech (1) 美國居家透析政策 Home Dialysis in the United States (主講人: Kate Blackwell / 美國聯邦醫療保險與醫療補助服務中心、創新中心、特殊人群和計劃部副處長)	7
● 專題演講 Keynote speech (2) 台灣居家透析健保政策展望 Outlook for National Health Insurance coverage of home dialysis in Taiwan (主講人: 石崇良 Chung-Liang Shih / 衛生福利部中央健康保險署署長)	11
● 台美經驗交流 Panel Discussion (主持人: 盧瑞芬 / 長庚大學管理學院醫務管理學系暨管理研究所教授, 與談人: Kate Blackwell / 美國聯邦醫療保險與醫療補助服務中心、創新中心、特殊人群和計劃部副處長、石崇良 / 衛生福利部中央健康保險署署長)	14
● 台灣腎臟醫學會專題分享 (分享人: 許永和 Yung-Ho Hsu / 台灣腎臟醫學會秘書長、臺北醫學大學新國民醫院院長)	18
● 從全球到台灣透析趨勢的發展, 臺灣未來的機會與挑戰 Global and domestic trends in dialysis, Taiwan's opportunities and challenges (主持人: 吳琬瑜 / 天下雜誌共同執行長兼內容長, 與談人: 石崇良 / 衛生福利部中央健康保險署署長、吳麥斯 / 台灣腎臟醫學會理事長、臺北醫學大學副校長、許永和 / 台灣腎臟醫學會秘書長、臺北醫學大學新國民醫院院長、鄭守夏 / 國立臺灣大學公共衛生學院院長、盧瑞芬 / 長庚大學管理學院醫務管理學系暨管理研究所教授、許志成 / 國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員兼副所長)	20
● 論壇簡報	
專題演講 (1) 美國居家透析政策 Home Dialysis in the United States	
專題演講 (2) 台灣居家透析健保政策展望 Outlook for National Health Insurance coverage of home dialysis in Taiwan	
台灣腎臟醫學會專題分享	

前言

INTRODUCTION

病毒傳染並無國界之分，COVID-19 帶動世界共同對抗疫情，開啟全球衛生治理（**global health governance**）的里程碑。衛生治理（**health governance**）是「一個社會自我組織、以促進並保衛其人群健康的行動與手段」，即便是非傳染性疾病也將面對社會是否有好的衛生治理，且具備適切、具代表性、可問責且透明公開等特質，透過政策、組織與機制落實。

面對末期慢性腎臟病人的治療，是許多國家衛生治理上不容忽視的重要議題，產官學扮演的角色與任務複雜與艱鉅，不僅關乎病人的照護品質，更考驗健保支出、醫療量能與資源的配置。疫情趨使全球加速思考末期慢性腎臟病人治療的轉型，居家透析不再只是治療趨勢，而是現在進行式，更是毫無疑問、可以預見的未來。

美國聯邦醫療保險和補助服務中心（**CMS**）自 2021 年起計畫實施的 **ESRD Treatment Choice (ETC) Model** 支付計畫，鼓勵居家透析與腎臟移植，以期提升照護品質；而台灣自 2006 年及 2011 年推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（**Early-CKD**）及末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫（**Pre-ESRD**），亦將於 2023 年啟動「鼓勵院所加強推動腹膜透析暨品質提升計畫」，這將是台灣面對末期慢性腎臟病人治療轉型新的里程碑。

台灣與美國在醫療衛生領域的合作與交流從未間斷，美國在台協會與天下雜誌期待藉由本次論壇，持續這份對醫療照護與對社會的關懷，邀請 **CMS** 從發展創新支付、設計醫療服務交付模型，與推動居家透析政策上，分享他們的發現、機會與挑戰。而台灣健保向來以高效率、高品質的保險制度聞名遐邇，相信透過本次交流，雙方可激盪出更多火花，為共同提升慢性腎臟病患的醫療與生活品質，攜手努力。

開幕致詞 Welcome Opening Remarks

歐德瑞 Brent Omdahl 美國在台協會商務組組長



台灣與美國多年來，從不間斷的在非常重要的公共衛生議題上彼此密切合作，共同交流。這樣的關係，是透過 TECRO (Taipei Economic and Cultural Representative Office in the United States, TECRO, 中華民國駐美國代表處)，於 2020 年 8 月與衛福部共同所促成醫療與健康的討論，今天的研討會也是基於雙邊合作的延續。

COVID-19 為人類健康、經濟帶來巨大的影響，疫後也為我們帶來很好的機會，讓我們重新評估現有的醫療制度。運用這個轉捩點，改變醫療制度，以更公平、有效的方法提供醫療照護，藉此因應未來更多公共衛生上未知的挑戰。

腎臟疾病是台美共同需要面對的挑戰，包含高醫療成本、病患生活品質下降，及其他共病例如：心血管疾病、糖尿病...等。台美雙方有類似的醫療制度設計，為改善病患醫療品質而努力，台灣健保署過去推動 Early-CKD 及 Pre-ESRD 計畫；美國 2006-2011 年推動 Kidney Care Choices，2019-2021 年推出 ETC 計畫。

疫情的挑戰，無論從個人或透過合作的形式，都應該思考醫療政策的轉型。今天非常高興透過論壇，建立台美雙方合作與交流，以推動居家透析及提升照護品質。我雖然並非醫護人員，但過去曾在醫療產業服務，當時所接觸的慢性疾病與糖尿病、心臟病的患者讓我體會到，改變病患的行為是非常困難，因此，我非常期待今天的討論，無論台灣或美國可以一同討論如何優化我們的政策，如何提升治療的結果，同時改變病患的心態，幫助更多的慢性病患，實現永續的發展，為社會帶來幸福。

Education & Work Experience

歐德瑞先生目前擔任美國在台協會商務組組長，來到台灣之前，歐德瑞先生於 2016 年至 2019 年擔任美國駐尼日利亞外交使團的商務顧問，還負責管理美國商務部在西非的業務。此前，他曾擔任在南非約翰內斯堡的撒哈拉以南非洲地區副資深商務官、佐治亞州亞特蘭大的美國商務部出口服務中心 (U.S. Export Assistance Center) 的代理主任，在菲律賓馬尼拉和越南河內的商務參贊。歐德瑞先生畢業於塔夫茨大學弗萊徹法律與外交學院，獲得碩士學位，並獲得楊百翰大學學士學位。在為美國政府服務之前，他在製藥和企業軟體產業工作了十年，並且擁有創業家和特許經營投資者的經歷。

吳迎春 Yin-Chuen Wu
天下雜誌董事長



我並非專業醫療從業人員，但作為代表公眾，與在座專家一同探討對社會重要且緊急的問題—腎臟病。台灣過去曾被稱為洗腎王國，過去是、現在還是。在 2023 年 3 月的世界腎臟日公布 USRDS 美國腎臟資料登錄系統（United States Renal Data System）的報告中，台灣洗腎人口是位居世界第一，且超過美國及新加坡。這是一群需要靠機器維生的人，而且台灣在有面臨洗腎風險的人口，也是排名全球第三，也就是所謂的慢性腎臟病盛行率，今天許多公共衛生的專家非常清楚，而天下雜誌過去也曾多次報導，這是台灣非常重要的公共衛生議題。

台灣慢性腎臟病盛行率和洗腎率是世界第一，但台灣的盛行率卻沒有美國高，換言之，在美國、日本有許多人患有腎臟病但卻不需要到機構去洗腎，但他們去了哪裡了？他們靠什麼續命？今天的主題就是來探討，到底還有哪些可以續命的方式？隨著台灣高齡化的趨勢，腎臟病的人口也在逐漸增加中，我看著身邊必須陪著家人去洗腎的同事和朋友，真的非常的不忍，特別是住在沒有電梯但患有腎臟病的患者。

昨天，我去參加了一位同事父親的告別式。這位體貼的父親，就是得知自己需要洗腎，但又不忍心看到他的兒女們需要為此奔波辛苦，選擇放棄生命，可見他知道將為家人在未來的日子裡，造成多大的傷害、痛苦，這都是我們身邊的體驗和經歷。

誠實的說，目前對於居家透析效能如何，至今還沒有能力深入研究，相信等一下署長和各位醫療專家會給我們更多更科學的證據。身為一個有九十歲媽媽要照顧的照顧者，我對今天的主題非常感興趣，天下雜誌也非常榮幸能扮演媒體的角色，把台灣最痛苦的問題，放在我們搭建的平台聚光燈之下，作最精實的討論及佈達。

Education & Work Experience

吳迎春生於高雄，政大新聞系畢業，加州柏克萊大學碩士。1981 年進入天下雜誌擔任編輯，是天下雜誌第一個科技線記者。歷任後製主編、影視中心編導、叢書部主編、天下雜誌總編輯、社長等職。現並擔任台北市雜誌商業同業公會理事長。

石崇良 Chung-Liang Shih
衛生福利部中央健康保險署署長



台灣過去一直有洗腎王國的稱號，健保至今已經 28 年，台灣慢慢的由疾病的照顧為主轉向預防，以慢性腎臟病而言就是最好的例子，我們從 2011 年開始啟動 Early-CKD 的計畫，目的就是希望早期發現腎臟病，透過介入的措施減緩惡化，甚至進入透析。而後，也開始關注糖尿病人在腎臟產生的影響，台灣多數的腎衰竭的病人中，大多數的就是糖尿病，因此，我們也於 2022 年將糖尿病人納入 Early-CKD 照顧的一環。另外，進入洗腎前的病患 Pre-ESRD 也是非常重要的關鍵，所以，我們目前有三個健保計畫在防治 CKD 走入 ESRD 而需要透析。

但是，透析病人仍然是非常的大的挑戰，統計過去五年 2018 年透析病人 9 萬人，今年以突破 10 萬人，5 年內增加 1 萬人。費用也從 450 億元增加至 500 億元，增加近 50 億元。透析病人中，多數還是接受血液透析，接受腹膜透析僅有 7%，非常低。

過去三年，COVID-19 帶來非常大的衝擊，也讓我們重新思考 Home care 的可能性，愈來愈多的民眾可以接受在家照護。因此，今天我們在此討論 Home Dialysis 是個非常好的時機，特別是在總額中特別編列預算作為鼓勵腹膜透析之用。非常感謝天下雜誌與 AIT 主辦這次研討會，邀集台灣在公共衛生與腎臟病的專家們，針對這個議題進行深入的討論，也謝謝分享美國的經驗，相信對於台灣未來透析政策制定會有很大的幫助。

Education & Work Experience

衛生福利部常務次長
衛生福利部醫事司司長
衛生福利部主任秘書
衛生福利部綜合規劃司司長
行政院衛生署企劃處處長
行政院衛生署醫事處處長
美國聯邦文官學院(FEI)
受訓結業
新加坡李光耀學院受訓結業
行政院國家政務研習班第一期結業
行政院衛生署桃園醫院醫務秘書
國立臺灣大學附設醫院急診醫學部主治醫師

專題演講 Keynote speech (1)

美國居家透析政策 Home Dialysis in the United States

主講人

Kate Blackwell

美國聯邦醫療保險與醫療補助服務中心、創新中心、特殊人群和計劃部副處長



Kate Blackwell，從美國密歇根大學獲得碩士學位，現任美國聯邦醫療保險與醫療補助服務中心、創新中心、特殊人群和計劃部副處長，於中心工作七年，致力為患有腎病的醫療保險受益人開發創新的支付模式。她還研究了地理、健康不平等、農村醫療保健和醫療保險人口的相互影響。

醫療保險和醫療補助創新中心模型主任

加州大學聖地亞哥分校政治學碩士

美國政府問責署

密歇根大學公共衛生研究所衛生政策組生碩士

加州大學戴維斯分校政治學學士

我們近期最重要的政策就是和居家透析有關，今天來和大家談談，我們如何推動居家透析。首先，要說明我們如何進行支付，再來談談 ESRD 的治療模式，我也會來談談如何讓居家透析更普及？以及，我們學到了什麼教訓？如何推動未來的政策？

為何要推動居家透析

當病患腎臟衰竭，將會需要腎臟替代療法，在美國透析中心是獨立於醫療院所的機構，病患會到透析中心，一周 3-4 次，每次 3-4 小時進行血液透析。居家透析就是發生在家裡的透析治療，無論是腹膜透析（Peritoneal Dialysis，以下簡稱 PD）或血液透析（Hemodialysis，以下簡稱 HD）都可以在家進行，但 PD 是較常見的。居家透析雖然不是在機構內進行，但會由機構來進行管理，由機構提供設備並監控病患的透析。而病人也可以進行腎臟移植或透過藥物來管理，無論透過哪一種方法，都有優缺點及需要考量的地方。舉例來說，腎臟移植當然是最好的治療的方式，但不見得每位病人都可獲得到可供移植的腎臟，甚至有些病患可能不適合，或不願意接受腎臟移植。現在美國大多數腎臟衰竭的病患會選擇居家透析，一項研究調查發現，**42% 受訪病患表示會選擇居家透析，而 90% 的腎臟科醫師會為自己選擇居家透析。**

居家透析可以符合工作的彈性和需求，例如，平日朝九晚五的上班族若需要一周去 3 次機構進行血液透析，就會非常不方便。我們當然會希望居家透析的人數上升，也希望 HD 和居家透析的人數相當。

42% 受訪病患表示會選擇居家透析，90% 的腎臟科醫師會為自己選擇居家透析。

美國推動居家透析的障礙

我們從圖表中可以看到，2010 到 2020 這十年間，即使許多病人偏好居家透析，但大部分的病人仍然是選擇 HD，藍線表示在洗腎中心洗腎的病患，紅線表示不到 15%的病患選擇居家透析。我們看到隨著時間已有逐步成長，居家透析的比例仍然比較低。而在美國為何居家透析的比例比較低？這裡有幾個原因，第一，和病人開始透析的狀況有關，在洗腎前有接受腎臟科照護的人，比較容易開始在家中進行透析。但有 1/3 的病人在透析前是不知道自己患有腎病，如果病人無法於透析前知道自己患有腎病，就較難開始獲得照護與衛教，以協助病患選擇居家透析。第二，與醫療的提供者有關，醫療提供者的資源有限，因此，最容易、不昂貴的方式就是使用原本的方式，就是到洗腎中心洗腎。從現狀改變，變成居家透析，就需要使用不同的做法，也會需要較多的前置投資。因此，在美國的給付制度針對醫療提供者，提供居家透析更好的給付方式。第三，和社會因子有關，居家透析會需要病人更多的投入，病人必須在家從事醫療程序而非在洗腎中心由醫療人員協助。有些人因為沒有照護者，就無法選擇居家透析。另外，居家透析也需要適合做居家透析的環境，例如：水、電或足夠的空間來存放藥水，倘若病患的住所不穩定，也是無法做居家透析。

推動居家透析的給付制度設計

給付的制度上，美國醫療保險主要有兩個方法，一種是私人保險，由個人或僱主來購買；另外一種是公共保險，只要符合資格即可取得，例如 Medicare（聯邦醫療保險）即是來自聯邦，老年或失能者即可取得，並提供 ESRD 的患者及需要透析的病人。雖然目前並非所有洗腎者都有 Medicare，但在美國 Medicare 仍是非常重要的給付來源，覆蓋率達新發透析患者的 64%，以及現存透析患者的 79%。Medicare 的給付方式有兩種，一種是針對洗腎中心針對所有的透析治療，包含設備、藥物、檢驗、備品、人員及資本相關的給付。透析的病人是由個管師管理，在家中洗腎亦可獲得一樣的給付，這樣的給付方式會影響洗腎中心如何思考他們的商業模式。例如：洗腎中心若有提供居家透析，即可減少機構的空間和員工人數，因為，病人不需要一周數次需要到洗腎中心，原有洗腎中心的空間僅能容納 6-8 人，且必須投資許多設備與機器，醫師為病人提供臨床照護，依照人頭進行給付，針對維持病人透析所需的回診、監控、醫囑進行給付。無論在機構內或居家透析的給付是一致的。對於醫師，給付與看診的次數有關，而在居家透析無論病人每月看診的次數，我們給予的給付都是一致的，從洗腎中心管理的角度來看，醫師在居家透析可能獲得的給付更多。CMMI 開發了新的醫療給付的測試及遞送模型，我們希望能改善病人的照護、更好的給付系統，和以病人為中心的做

針對 Medicare 及 Medicaid 提高誘因進行測試，為期五年，評估是否有效，若測試成功且的確可以改善品質或降低成本，我們就會考慮永久的改入 Medicare 及 Medicaid（聯邦醫療補助計畫）中。

法來配合。我們希望針對 Medicare 及 Medicaid 提高誘因進行測試，為期五年，評估是否有效，若測試成功且的確可以改善品質或降低成本，我們就會考慮永久的改入 Medicare 及 Medicaid（聯邦醫療補助計畫）中。ETC 模式即是我們創新中心的測試之一。

ETC 模式的運作方式

ETC 模式最主要的目的是為了測試針對透析的給付調整，評估是否可改變病人治療管理的方式，以增加居家透析的比例，若測試成功，我們也希望藉此觀察是否在改變財務誘因下，能造成行為的改變，當然，醫療提供者的行為改變，病人的行為也會改變，因為洗腎中心和臨床照護的人員對於病人的決策扮演至關重要的角色，2021 年 1 月開始計畫，預計 2027 年 6 月結束，目前 ETC 模式已進行約兩年的時間，之前有提出 ETC 模式會調整透析的給付方式，而調整的運作方式主要有兩個方向，第一，主要是針對居家透析給予前三年較高的給付，希望能促進更多人加入這個治療。第二，針對表現及成效的給付調整，針對洗腎的數量中居家透析及換腎的數量來計算，根據指標來給付，當達到標準即可獲得較高的給付，另外，也和過去的績效進行對比，根據過去相比成效較好，也可獲得較高的給付。再來我們也會評估成果，以判斷如何調整透析的給付。若居家透析及換腎的人數較低或沒有顯著的成長，會因此獲得較低的給付。

ETC 調整透析的給付方式，主要有兩個方向：

1. 對居家透析給予前三年較高的給付。
2. 對表現及成效的給付的調整，當達到標準即可獲得較高的給付。

第一年 ETC 模式參與者的成效

我們也會聚焦於政策上，協助醫療提供者提高居家透析及換腎的比例，第一，是針對醫療從業人員對病人進行衛教，進行學習的協作，提高居家透析與換腎的知識。ETC 模式是隨機、強制性的，我們會選擇 30% 的洗腎中心與醫療人員加入這個模式，圖中藍色標示的地區是目前全美有加入的，白色標示的區塊為沒有加入的。2021 年 ETC 第一階段的成果中，已有 2,300 個洗腎中心、97,000 個受益的病人加入，我們來看 2021 年居家透析的比例 15%，換腎 18%。ETC 模式在參與者的成效，洗腎中心中有 81% 改善了居家透析的比例，96% 改善了換腎的比例，這是非常好的成效。41% 洗腎機構獲得正向的給付調整，14% 取得了負向的調整；臨床工作者中 72% 改善了居家透析的比例，57% 改善了換腎的比例，56% 獲得正向的給付調整，10% 取得了負向的調整。這些是第一年的執行成效，我們預期隨著時間有更好的改善，第一，改變照護模式是需要時間的，我們預期改變的時間愈長，即會有更好的改變會發生，影響力也會發生。ETC 模式需要時間來做證明，每一年的成效提高，給付的正向調整也會提高，我們預期這樣的正向財務影響，參與者表現也會獲得改善，因為他們的財務也會因此獲得正向的調整。

美國居家透析的社會影響因子

先前提出美國即使病人偏好居家透析，但實際上居家透析的比例還是偏低，其原因除了病人的社會影響因子外，也包含醫療提供者的影響。首先，我們先來看看社會影響因子，美國比較容易發現弱勢、貧窮或教育程度較低的族群，較容易得到腎病，也因此遭受到醫療上的不公平，也較難選擇居家透析或換腎。為了要處理這樣的不公平，我們必須研究醫療制度及族群，因為他們可能面對雙重不公平的影響。為了解決不平等的社會因素，我們開始改變 ETC 的政策框架，我們針對經濟因素的影響，選擇了兩個支柱的作法，第一，針對參與計畫的病人較低社經地位的比例，若比例較高時可以獲得較多的補助。第二，針對健康平權的計畫，如果參與機構有更多的社經地位較低的族群，選擇換腎或居家透析即可獲得獎勵。這個計畫 2022 年才開始，還不能知道這個政策是否有效，但我們

樂觀的認為這將對弱勢的病人獲得很大的改善。但 ETC 模式並非是我們唯一的創新支付模式，我們還有其他的透析的支付模式與政策。

腎臟照護選擇模式 (Kidney Care Choices Model)

我們的團隊正在實驗 Kidney Care Choices Model，這是一個整合性的照護模式，讓病患在還未進入透析前即可接受治療。這個政策也是鼓勵大家選擇居家透析，其中第一項，**改變腎臟科醫師的給付模式，使無論在機構內或居家洗腎拿到的錢是一樣的**。另外，我們也有獎勵措施，若在透析前改善健康狀況時，醫師也能獲得較高的給付。此模式與 ETC 同時進行，因此，也有機構是同時進行這兩個模式。

新型與創新設備給付模式 Transitional Add-on Payment Adjustment for New and Innovative Equipment and Supplies (TPNIES)

另外，我們針對新型與創新設備上，會給使用新科技的洗腎中心較高的給付額，例如在病人家中使用的設備，剛才提到居家透析為何會較難推廣，就是因為病患在居家需要初期設備的投資，因此，我們希望透過補助讓機構不會因為成本較高而不願意採購設備，故不願意提升居家透析的比例。

ETC 模式的歸因評估

而未來仍是充滿挑戰。我們如何得知 CMS 的模式究竟是否有效？當然，我們有許多不同的模式，第一，通常我們常見的就是成本與品質間的關係，成本降低或醫療品質是否提高，獎勵措施要持續必須基於假設品質一致，成本就必須降低；而倘若成本不變，品質就必需要提高。但品質與成本並非我們唯一的指標，我們會來看居家透析或換腎的比例是否會提高。即使尚未有條件使這個模式成為長久的計畫，但我們會在此模式中選擇有成效，或與其他計畫有相輔相承效果的項目放入，或者，會再進行測試。假設在 ETC 的計畫結束後，居家透析的比例有增加，我們也必須思考，究竟 ETC 模式是原因，還是有其他的計畫造成的，換句話說，我們需要有正確的歸因才行。當然，除了居家透析之外，我們也想知道，ETC 模式對其他政策領域是否也有效。

未來的挑戰

我們也希望我們的計畫可以成功，使病患可以獲得他們想要的治療模式，但居家透析仍然還是有其他的障礙，我們可能在這個計畫中還無法處理的，因此，我們還會繼續尋找，有任何地方我們可以再施力的地方。例如，在執行治療前必須設置血管通路或在腹膜進行植管，如果沒有完成這些通路設置，病患就會比較慢才開始這個治療。我們也希望能透過衛教的方式，來延緩病患進入透析的時間，使病患能做好準備，甚至是在選擇哪一種治療方案前，能讓病患有足夠的知識。我們知道在美國有許多腎臟科醫師不願意開立居家透析的處方，寧願選擇洗腎中心，因此，我們希望能有方式來鼓勵腎臟科醫師開立居家透析的處方給病患。CMS 嘗試用不同的方式，來改善美國居家透析的比例，雖然我們的計畫才執行了幾年，但我們非常有信心，這些計畫能讓更多的病患使用居家透析，這是我們的努力，希望能照顧到這些病患。

專題演講 Keynote speech (2)

台灣居家透析健保政策展望 Outlook for National Health Insurance coverage of home dialysis in Taiwan

主講人

石崇良 Chung-Liang Shih
衛生福利部中央健康保險署署長

台灣透析模式的發生、盛行及財務分析

台灣慢性腎臟病及末期慢性腎臟病的防治分為三個部分，第一，目前在台灣末期慢性腎臟病的照護的狀況；第二，全民健保針對慢性腎臟病照護的政策；第三，如何利用數位創新來改善慢性腎臟病的照護。首先，根據美國的腎臟病登錄系統，台灣在全世界末期慢性腎臟病的新發與盛行率都是最高，新發率是每百萬人 525，盛行率是每百萬人 3,772，如此龐大的病人在治療上的選擇簡單分為四類，第一類是在機構內的 HD，目前在台灣的比例最高佔 93%。PD 與換腎這兩種方式是對病人的社交影響最小的方式，最能夠維持每日的活動占 7%，另外，較新興方式的是居家血液透析（Home Hemodialysis，簡稱 HHD），目前在各國的比例都非常低。除了居家血液透析外，PD 及 HD 目前健保皆有給付。從給付的經費來看，每次的 HD 的給付是 4,100 元，這是統包，包含所有醫療、藥物、醫材、EPO 等；而 PD 的 CAPD（連續性可攜式腹膜透析，Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis，簡稱 CAPD）及 APD（全自動腹膜透析，Automatic Peritoneal Dialysis，簡稱 APD）每月會有 8,675 元處置費（醫師費），並不包含透析液體和藥水的費用。因此，我們換算為一年的費用 HD 約為 50 萬，PD 大約 42.7 萬，相比較來說，PD 還是較低的費用。這和美國的制度不同的是，美國如同剛才 Kate Blackwell 提到的，他們將這兩種給付調整成相同的。

一年的費用血液透析約為 50 萬，腹膜透析大約 42.7 萬，相比較來說，腹膜透析是較低的費用。

台灣與全球透析模式的比較

我們從服務機構的比例來看，HD 以醫院及診所的比例約為各 50%，但是在 PD 幾乎都是以醫院為基礎的服務，而在診所的比例非常的低。以接受這兩種透析模式來看，以 PD 為主的治療模式這幾年大致維持在 7%，沒有太多的改變，93%都是 HD。從趨勢來看，橘色的為新增的洗腎病患，累積起來的就是所有洗腎的病患，綠色的部分就是新發透析病人比例增加的趨勢，可以看到人數已有漸漸的減緩及下降，這是個好現象，我們也做了一些努力，等一下再來和大家分享。在費用上的變化，新發的部分有稍微減少，但累積來看並不會減少太多，整體還是在增加的趨勢。因此，紅色的趨勢線還在上升，但稍有減緩。當我們來看全世界比例，黃色的是接受 HD 的部分，目前 50~97%都是以 HD 為主，PD 的佔比約在 10~70%，大部分都集中在 10~20%是多數國家的比例，比較特殊的香港有 70%接受 PD 為主。以歐美國家來比較，台灣 PD 的比例還是低很多。

台灣過去推動慢性腎臟病預防與治療的計畫

但往上游才是我們關切的，減少要進入透析的病人比例，健保署有幾個重要的計畫，包含在 2011 年 Early-CKD 及 2022 年 DKD（糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，Diabetic Kidney Disease, 簡稱 DKD）的計畫，還有 Pre-ESRD 計畫。首先是 Early-CKD 就是提供獎勵方案以早期介入，病人包含 Stage 1 到 Stage 3A 的 CKD 病人，目標減少腎功能的惡化，我們觀察到 Key Performance Indicator 這幾年的成績是在血壓的控制、HbA1c（血糖值）及 LDL-C（低密度膽固醇脂蛋白）的控制，在血壓和 Lipid（血中脂質）的控制較好，但在 HbA1c 的控制還有蠻大進步的空間，另外，我們也將戒菸列入計畫中。而 DM（diabetes，糖尿病）的病人，依據文獻的統計，Type 1 有 25~35% 會進入透析，Type 2 則有 10~20% 會進入透析，早期也需要進行預防，因此，2022 年我們也將 Diabetic Kidney Disease 也列入 integrated care（整合照護）中，包含 education 及 primary care enhancement（初級照護提升），目前來看比例還是太低，還有努力的空間，但若能進入這個計畫時，相對 HbA1c、Lipid 及 UACR（urinary albumin creatinine ratio，尿液微白蛋白）的控制都較好，因此，會希望這個計畫能繼續延長。另外，進入 Stage 3B 後則進入 Pre-ESRD，由腎臟科醫師作為 leader 與團隊一同照護，結合營養師、藥師，以及個案管理師的導入，目的是希望能減緩進入透析的時間，目前這樣的覆蓋率已達 70%，成效不錯，未來在 Early-CKD 的改善空間還是很大。

台灣為何要推動居家透析

我們依據健保資料庫進行的 HTR（Health Technology Reassessment，簡稱 HTR），主要是要呈現兩個重點，第一，當我們能將 PD 的佔比提升的話，對於健保的支出會明顯的降低。第二，當我們把 PD 的給付提高時，也會讓 HD 的支出

下降。所以，這也呼應 Kate

Blackwell 提到的，當我們增加 PD 的給付，也會使 HD 的比例下降。

依據健保資料庫進行的 HTR（Health Technology Reassessment，簡稱 HTR），主要是要呈現兩個重點：

1. 當 PD 佔比提升，對於健保的支出會明顯的降低。
2. 當我們把 PD 的給付提高時，會讓 HD 的支出下降。

台灣推動居家透析的障礙

所以，如何提供好的誘因，除了提高給付外，還要面對推動 PD 的主要障礙，第一，醫療人員對 PD 的熟悉度不夠，需要強化教育與訓練；第二，是家庭是否有能力協助照護的信心，特別是對於年紀大的族群。因此，今年我們特別新增了鼓勵 PD 的計畫，我們拿了透析總額的 1%，約四億三千萬做為獎勵措施。其中一個鼓勵方案是，大家看到過去 PD 都集中在醫院，我們特別設置了開辦 PD 中心的鼓勵費用；第二，我們鼓勵做 Share Decision Making（SDM，醫病共決）的費用，作為與家屬及病人溝通的鼓勵；第三，會有個案管理的費用，可以協助照顧接受居家透析的病人和 consultation，另外也訂定了 quality indication（品質指標），來評估成效，達到成效也可以獲得獎勵。另外，居家血液透析對於某些病人還是有些幫助，但針對預算影響和給付的計算，還需要討論，未來也不排除納入。最後，對於換腎的病人與其他透析方式比較，會有更好的 quality of life，對於整體預算來說也會有很正面的影響，這是非常值得推廣的。所以，在鼓勵換腎上也會有些做法，包含，無論接受手術或捐贈者都可免除部分負擔，另外對於醫院器官捐贈的協調師也會納入，另外也有鼓勵 living donor（活體器官捐獻者）的費用。

如何運用數位創新提升腎病照護

最後，我們來看看如何運用 digital innovation 來提升 CKD 的照護，我們目前擁有 Medi Cloud System，其中包含所有的醫療資料，涵蓋所有的檢測結果、用藥、疫苗等就醫資料，結合在腎臟病的照護中，主動的提供給醫師，若有 CKD 的病人使用到 NSAIDs（非類固醇抗發炎藥物）或高風險的藥物，則主動的預先提醒醫師。另外我們也發展 My Health Bank 的 App，鼓勵 CKD 的病人可以在 App 可以連結到資訊公開網，連結到透析品質與照護的結果、衛教資料。在經由介入後，我們從一年、五年及十年的生存率來看，台灣約為 55% 的生存率，若以透析模式來比較，PD 的生存率較高，當然在其中並未排除年齡上及 comorbidity（合併症）的考慮，因為還是有病人是不適合做 PD 的。在疫情中，透析族群也是較脆弱的族群，在疫情期間是否會有較高的死亡率，也是我們所關切的，若比較疫情前後幾年，透析一年內及超過一年以上的死亡率，大致上沒有太大的變化，但 HD 病人在去年的死亡率確有稍高一點。而從 hospital admission rate 來看，在這幾年中並未因為疫情而明顯的增加，但在 Covid-19 的感染率去年 32%，1/3 的透析病人有感染過，但是否因此造成死亡率增加必須再經由臨床上的統計分析才能得知。

健保署持續推動居家透析的願景

從 WHO 在 Health System Framework 中，前面有提到台灣末期腎臟病的病患的存活率比其他國家來得高，但是台灣的健保體系也花了很多的錢，所以我們需要強化財務的管理，改善醫療服務的效率。所以居家透析是治療末期腎臟病很好的選擇，未來健保署會持續的努力來鼓勵居家透析。

台美經驗交流 Panel Discussion

主持人

盧瑞芬／長庚大學管理學院醫務管理學系暨管理研究所教授

與談人

Kate Blackwell / 美國聯邦醫療保險與醫療補助服務中心、
創新中心、特殊人群和計劃部副處長

石崇良／衛生福利部中央健康保險署署長

盧瑞芬 Jui-Fen Lu

長庚大學管理學院醫務管理學系暨管理研究所教授



衛生福利部全民健康保險會主任委員

Health Economics 期刊副主編

長庚大學管理學院院長

臺灣健康經濟學會理事長

國際健康經濟學會理事

盧瑞芬：很多人會想要了解，在目前的治療模式中，洗腎中心的血液透析還是占大多數，目前最大的阻力為何？該如何改變大家的想法推動居家透析或換腎？

Kate：目前在建立這個政策時最大的阻力是「改變醫療提供者的行為」，我們重點在改變行為，大家可以想像一定會有阻力，特別是來自醫療院所，這會影響他們能夠拿到多少錢，要他們改變是很困難的一件事，他們一定要改變他們的行為，如果他們不改變他們的行為，就一定要承受一些結果。但也會有一些他們無法控制的，因為還是會有些病患不願意換腎或居家透析，其實對於醫療院所的醫師來說，他們能做的也非常有限。為了解決這些問題，我們要去建立 ECT 模式，我們是有一套程序讓大眾回饋他們的意見，我們從洗腎中心、醫師及病友組織，我們得到了一百多封的意見，大多數的病人與醫師都非常支持 ECT 模式，他們也都認為換腎與居家透析應該要有更高的普及率才是，但是，雖然大家都支持，也有人批評我們這個模式中的一些元素他們不滿意，我們也獲得了一些建議，我們都非常認真的參考這些建議，我們也吸納了公眾的意見，我們希望能納入這些意見能讓這個模式更加成功，但也有透析的供應者不滿現有模式，但我們會盡量平衡各種利害關係人的選擇及偏好，希望對我們的計畫有所幫助。

石崇良：目前台灣鼓勵換腎很多年，但成效非常有限，台灣主要換腎的來源主要是以往生者的腎臟捐贈為主，與其他國家的比例比較，其他國家約是 50%，而台灣則是低於這個比例，鼓勵活體捐贈是我們目前重要的議題，這牽涉了民眾的教育與傳統全屍的觀念必需要改變。另外，針對死亡者的捐贈上，政策的捐贈政策還需要更加努力，還有心臟停止的器官捐贈，心臟停止時還可保留腎臟功能，因為疫情造成這個計畫也有些停頓，否則，我們已規劃出心臟停止器官捐贈的指引，這也可以成為換腎的另一種來源。台灣和美國在推動居家透析的想法類似，需要克服的問題也蠻相近的，主要來自兩個方面，第一，給付的層面，在美國把兩種透析的給付調整成相同，採用 capitation（人頭）的方式來處理；而台灣兩種透析得給付沒有完全相同，落差上有一點，但並非非常大，但最大的問題還是來自 wellness 的問題，有沒有意願，而這個意願在 Kate Blackwell 的分析和我們相同，包含醫師的鼓勵和家屬照顧的能力，這是最主要的兩個關鍵因素。今年的新的方案中特別強調醫師的鼓勵和病人的強化，share decision making 就是要強化醫師鼓勵透析方式的誘因與溝通。另外，最大的挑戰是 PD 最主要的提供者都是醫院，但是，透析的病人有一半都是來自基層診所，所以才會有第一個階段，先去鼓勵建立以診所為基礎的 PD center，提升照護的可近性。除此之外，導入 telecare（遠距醫療），增加遠距照護，對病人或家屬照顧的能力都有所幫助，相信也能藉此鼓勵病人或家屬願意選擇居家透析。

盧瑞芬：石署長提出 2023 年將提出鼓勵成立新的透析中心以提升腹膜透析的服務，我們看到美國從 2021 年開始就有穩定的 PD 病人的成長，這是由於有新的透析中心還是現有 PD center 的成長？

Kate：兩者皆有，現有的透析中心的設備和新增的透析中心都有成長，有許多新的透析中心則聚焦在居家透析，其中有一種屬性，就是以區域為單位，將所有居家透析病人集中在一個中心，這種集中式的居家透析中心就可以利用他們的經濟規模，有效率的來支援大量居家透的患者，以免同時必須管理到院及居家透析，因為這兩種病患的需求是截然不同的。這樣的增長，還是會受到限制，因為中心必需要得到 Medicare 的認證，認證他們可以提供居家透析的服務，我們也期待更多中心可以提供腹膜透析的服務，因此，我們也會持續加速認證的腳步，以滿足居家透析的需求。

盧瑞芬：我們都非常重視以病人為中心的治療選擇，針對 share decision making，是否有任何經濟上的誘因而鼓勵醫療提供者來提供這樣的服務，或未來是否這樣的規劃？

Kate：居家透析必須有足夠的教育和訓練，讓病人有足夠的信心在家中舒適的進行這樣的治療，目前共有 6-7 次的衛教，將聚焦於目前腎病的階段走到末期、未來的需求以及換腎的選項，這樣的衛教我們會給付，在 ETC 及治療選擇模式中，我們會強調必須教育病人使病人知道有哪些選項。除此之外，還有額外的訓練給付，讓洗腎中心可以衛教病人。另外，還有院內自我透析的方式，讓病人自我在洗腎中心透過臨床專業人員的監督底下進行透析，讓病人可以有信心自己可以完成一部分的透析，這就像是院內透析的中繼站。我們沒有針對照顧者或家屬提供教育，因為我們不見得能有照顧者或家屬可以提供照顧，這是我們目前尚未觸及的，但我們也覺得這是有機會的。共享的醫療決策上，病人必須要被「賦能」與「賦權」才能做出合理的決定，因此，經濟的誘因在提供醫療提供者的給付是個方法，因為，醫療提供者有誘因，也會願意配合讓病人一起來做決定。

石崇良：我們在台灣做 PD 的經驗真的非常有限，目前台灣 PD 的佔比相較許多國家都還要低，只比日本好一點，比韓國和馬來西亞差，在亞洲也不是好成績。除了鼓勵醫師來鼓勵病人接受居家透析外，怎麼給他們好的支持，例如大家最憂心的感染造成的腹膜炎，在腹膜透析的照護上還是有些問題，一方面是因為人口老化，接受透析的多是高齡者，自我照護能力的強化，或是家庭照護的支持還是我們很大的挑戰，必須強化社區的支持系統，因此，廣佈腹膜透析中心以及遠距的支持，是我們下一步必須要推動的重點。

盧瑞芬：台灣的數位醫療是未來改善居家透析照護非常重要的，目前數位科技導入居家透析，您覺得未來的做法會如何？您的觀點如何？

Kate：病人在家的時候，當他們在家需要協助時，遠距醫療就可以提供這樣的資源，在美國我們也在調整我們的政策，未來透過網路來提供我們的服務。我們在疫情間也學習到的經驗是，病人會希望不要經常出入醫療院所，因此，遠距醫療提供很大的彈性，這也是病人的心之所願，這也是我們目前正在努力的。

盧瑞芬：看起來 COVID-19 是機會的窗口，讓我們可以推動居家透析，純粹就是因為在醫院的感染率比較高，就此面向，美國是否有運用這樣的機會來推動居家透析呢？無論在提供病人的衛教資料，或更多誘因讓病人選擇居家透析？

Kate：依據資料顯示，不同的透析方式的死亡率有很大的不同，這和他們的健康狀況、社經地位有關，但以機構內透析的病人必須比較常進出醫療院所，接觸到醫護人員，因此，感染的機會也會比較高，這也是我們目前在和病友團體、醫療人員溝通的地方，即使是一般的流感季節，免疫力下降時，死亡率也會非常高，即使不是 COVID-19 也應該鼓勵大家來做居家透析。除了生活的彈性之外，病人的安全問題，居家透析都有較佳的優勢。

石崇良：台灣也有類似的觀察，疫情後，無論是接受度或滿意度，遠距醫療都有提高，無論病人或醫護人員，這是很好的機會讓我們來透過遠距醫療來提升居家透析的比例。

盧瑞芬：Kate 的報告中提到影響這個治療的社會因子，針對社會弱勢的族群，這些病患腹膜透析的比例比較低，不知道台灣是否有類似的觀察或研究？

石崇良：我覺得我們必須更仔細的統計分析才能知道是否有和美國相同的狀況，但我們的病患年紀比美國更高，因此，如何在高齡人口中推動居家透析是我們非常大的挑戰，另外，糖尿病病患的照護，糖尿病病患的免疫系統較弱，很容易感染所以，我們得強化糖尿病病患接受居家透析的信心。

盧瑞芬：請兩位總結。

Kate：台灣的模式也讓我受到啟發，我們遇到類似的挑戰，病患選擇的透析方式有很多障礙都很類似，包含醫療單位的抗拒，社會及文化因子，我們採取的方法並非全然一致，但我們的目標都是一樣的，我也希望進一步的了解，台灣的成果如何。

石崇良：ETC 模式是個非常好的例子，居家透析和換腎可以透過制度的設計，包含經濟上的誘因而提高，除此之外，社會因子是我們另一個需要關注的議題，未來我們開始推動居家透析的政策後，我們就可以來進一步的分析，不平等這一類的社會決定因子，也許未來財務因子就不見得那麼重要了。

台灣腎臟醫學會專題分享

分享人

許永和 Yung-Ho Hsu

台灣腎臟醫學會秘書長・臺北醫學大學新國民醫院院長

許永和 Yung-Ho Hsu

台灣腎臟醫學會秘書長・臺北醫學大學新國民醫院院長



臺灣大學醫學院臨床醫學研究所碩士
高雄醫學院醫學系學士
臺北醫學大學泌尿腎臟研究中心副主任
臺北醫學大學新國民醫院內科主任
衛生福利部雙和醫院醫務部主任
臺北醫學大學腎臟科教授
臺北醫學大學醫學系內科學科腎臟內科主任
衛生福利部雙和醫院教學部主任
臺灣腎臟醫學會監事
財團法人腎臟病防治基金會董事

透析模式的介紹

美國 USRDS 在 2020 年最新的資料統計，台灣的新發與盛行率是第一，但也同時發現，韓國、新加坡和泰國也顯著的提高，而非非常值得注意的問題是，第一與第二的差距仍然非常的大。目前透析的方式中，HD 是在醫院中透過機器與環境下，讓血液進行物質的交換與水分的移除；而 PD 則是運用一袋袋的透析液體來進行物質的交換，並分為 CAPD 及 APD 兩種方式，病人需要先植入腹膜透析管在病人體內，透析液每袋約兩公升，灌入肚子內大約停留五個小時，一天循環 4-5 次，這種方式稱之為 CAPD，所能提供的物質交換是使用腹膜腔中的腹膜的微血管做物質交換，病人只要和藥水袋脫離後，病人即可自由移動，這是透過連續性的腹膜透析。倘若，我們運用一台腹膜透析機器在晚上為病人進行換液，大約持續八至十小時，這就稱之為全自動腹膜透析（Automatic Peritoneal Dialysis，簡稱 APD）。早上的時候和機器脫離後，肚子就是空的，這就稱之為 NIPD（Nightly Intermittent Peritoneal Dialysis，日間空腹 APD），若是在早上起來時最末袋的藥水在肚子內，無論中午是否有排出，都可稱之為 CCPD（Continuous cycling peritoneal dialysis，連續循環式腹膜透析）。而 HD 及 PD 最大的差別來自，HD 所有的醫療行為都在醫院發生，因此，主要的醫療執行者是醫護人員，環境為醫院；而 PD 最主要是在家裡發生，而執行醫療動作者是病人或家屬，這是兩者最大的差別。雖然比較多的老年人都是洗 HD，但其實大多數的病人其實都可以執行 PD，無論是太過肥胖、多囊腎的患者或是長期腹壁上有造瘻口，我們都還是有方法可以來解決，除非病人已經開刀很多次，腹膜已經嚴重的沾粘，才有可能無法執行 PD，或是精神病、腦中風、眼睛看不到而自己或沒有家屬可以來協助進行 PD。

PD 及 HD 的比較

PD 的併發症主要還是 peritonitis (腹膜炎)，另一種是與感染無關而與腹膜的效率與通透性有關所引起的併發症。若是要比較 PD 及 HD 哪種比較好？可以來看看歐洲的 cohort study (世代研究)，這是無論是 1990 或 2000 年的 5 年存活率都是相同的。另外，在每年四月提報給美國的 USRDS，秋天就會公佈結果，PD 的佔比差異很大，亞洲的都是偏低，台灣較日本及韓國高，但較泰國及新加坡低。全世界大約 11% ESRD 病人選擇 PD 作為主要的治療模式，70% 國家的 PD 都是小於 10%。目前全台在執行 PD 的醫療院所約有 130 家，而 99.5% 都是集中在醫院。台灣 2019 的發生率為 9.4%，2020 年 9.7%，換言之，2020 年中有 9.7% 的患者選擇 PD，從 PD 的選擇從 2007 年 14.2% 到現在的 9%，一直在下滑中，這也是為何國家希望介入來推動 PD。若以盛行率來看，2015~2020 年都一直在下降中，只剩下 7.5%。和 HD 的比較來看，HD 還是年紀較大的平均 68 歲，PD 約 57 歲，相差將近 10 歲。PD 的病人是比 HD 更年輕，年輕族群選擇 PD 的比例較高，25~35 歲選擇 PD 超過 20% 以上。若以世代 5 年的存活率來看，HD 的存活率 53%，PD 的存活率 65%。歐洲的資料看來兩者存活率相當，但在台灣來看，PD 的存活率較佳。PD 的 peritonitis (腹膜炎) 是造成無法繼續進行腹膜透析的主要原因，但我們看到台灣 PD 的腹膜炎發生率是逐年下降，比全世界好得許多。若與其他國家相比較，台灣的存活率還是比歐美國家好，只比韓國稍差，主要原因是因為韓國與日本一樣 PD 的佔比都較低。

台灣推動居家透析的挑戰

我們目前面對的挑戰中，從臨床醫師的角度來看，主要的挑戰包含以下因素，首先，主要還是誘因的問題，醫療必須以量支應設備的費用；知識不對等的因素，使病人和家屬治療的認識有限；病人無法獲得可以提供居家透析的環境；腎臟科醫師對 PD 的知識不足；若病人已經發現明顯的需要再訓練時，目前健保給付也沒有覆蓋這部分；PD 既然是發生在家中，因此，了解家中透析的環境，就如同在醫院進行評鑑環境一樣的重要，目前健保在家訪的給付也沒有誘因；基層醫療的平衡性不足；需要積極提升醫療院所遠距及資訊化的程度；要建立醫院診所相互補的作用。

鼓勵醫療院所提升腹膜透析

今年衛福部提撥透析成長率 1% 的預算鼓勵腹膜透析，台灣腎臟醫學會開會許多次的會議，聽過各方意見並與健保署相互討論，我們必須以結果為導向，提高 PD 的佔率並改善 PD 的品質，也必須符合健保法規的規範，並以病人為中心出發，以及平衡性、區域性的問題。鼓勵的措施包含以下作法：在教育上，以 SDM 針對 CKD Stage 5 或初期在 HD 的病人給予鼓勵；許多新病人最多的 drop out 都是在第一年，因此，針對剛開始 PD 的病人也給予鼓勵；依據 PD 病人的成長率給予鼓勵；廣設 PD 腹膜透析中心或腹膜透析中心重新再啟動；對於品質提升及品質指標的達成；增加家訪與訪視；大醫院及診所的互補。台灣腎臟醫學會在此扮演的角色主要是在醫療、教育及研究上，吳麥斯理事長當選後即設立腹膜透析委員會，來主導全國性的事務，因為此在公衛領域已漸形成其重要性，醫療院所的訪視與監督外，也會提供指引，將經驗教育並傳承。無論病人或醫護人員的教育推廣，腎臟醫學會扮演非常重要的角色，我們也將依據國家發展的腳步，進行滾動性的調整。

從全球到台灣透析趨勢的發展，臺灣未來的機會與挑戰
**Global and domestic trends in dialysis,
Taiwan's opportunities and challenges**

主持人

吳琬瑜／天下雜誌共同執行長兼內容長

與談人

石崇良／衛生福利部中央健康保險署署長

吳麥斯／台灣腎臟醫學會理事長

許永和／台灣腎臟醫學會秘書長

鄭守夏／國立臺灣大學公共衛生學院院長

盧瑞芬／長庚大學管理學院醫務管理學系暨管理研究所教授
許志成／國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員兼副所長

吳琬瑜 **Wan-Yu Wu**

天下雜誌共同執行長兼內容長



美國哥倫比亞大學東亞所訪問學人
台大 EMBA 商學組碩士
東吳大學社會學研究所
東吳大學社會學系
天下雜誌總編輯
天下集團《Cheers 快樂工作人雜誌》創刊總編輯

吳麥斯 **Mai-Szu Wu**

台灣腎臟醫學會理事長・臺北醫學大學副校長



國際醫療衛生促進協會常務理事
財團法人腎臟病防治基金會董事長
台灣移植醫學學會理事長
財團法人器官捐贈移植登錄中心董事
台灣醫院協會理事
臺北醫學大學泌尿腎臟研究中心主任
臺北醫學大學醫學系內科學科教授

鄭守夏 Shou-Hsia Cheng

國立臺灣大學公共衛生學院院長・健康政策與管理研究所教授



台灣健康保險學會理事長
衛生福利部全民健康保險會主任委員
國立台灣大學健康政策與管理研究所所長
行政院衛生署副署長
中央健康保險局局長

許志成 Chih-Cheng Hsu

國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員兼副所長・
國家衛生研究院高齡醫學暨健康福祉研究中心辦公室執行長



國立陽明交通大學臨床醫學研究所兼任教授
中國醫藥大學醫務管理學系合聘教授
國家衛生研究院論壇執行長
國家衛生研究院老年醫學研究組研究員兼主任
國家衛生研究院醫療保健研究組副研究員
國家衛生研究院醫療保健研究組助理研究員

吳琬瑜：在臨床上或實務上，我們可以如何改善或推廣腹膜透析的看法或想法？

吳麥斯：台灣腎臟醫學會除了從照護端外，病人的價值才是最重要的，我們不只是談 patient-center 而是 patient value，病人有時會有不好的需求主要來自不同的文化背景，因此，完全聽病人的也會有點問題。我們從專業的角度來看，要看病人的 value。台灣腎臟醫學會的目標是要提供 feasible 最好的 care，在目前的資源下該如何來做。我們目前最大的 barrier 其實只有兩點，包含 confidence 及 culture。而 confidence 又分為三部分，包含 patient、family 及 physician。我希望媒體及所有的人一起幫忙，給予病人更多的信心，而家人也需要，台灣開始透析的年齡是 67.6 歲，這是非常老的，因為許多國家都沒有到這麼老的，而且我們看到年報中看到 2000 年時是 58-59 歲，台灣已經拉長了開始透析的年齡約 8-9 年，而台灣的平均壽命僅有增加 10 年，因此，我們是樂觀的相信我們的新發與盛

行率有朝一日不會再是第一。而美國 USRDS 的數字是非常鬆散的，每個國家的 definition 是不同的，在國衛院許志成教授的幫忙下，台灣的數字是非常精準且 definition 是非常清楚的，而韓國為何今年立刻跳上第二名，這就是因為他們過去的資料非常不完整，因此，我們不用妄自菲薄，我們未來不會再是第一名的。我們要提供最好的照護，因此，我們的 physician 也會有 confidence。第二，culture 的改變不會那麼快，需要等到民眾知道這是好的治療，台灣雖然少子化及老年化，台灣的透析診所也較多，密度較高，年輕人透析的人數開始下降。接下來，有幾個重要的行動是三件事，首先，是垂直整合，過程中有會有許多挑戰，PD 並非大家想像中那麼單純，**後面的 support system 需要很好的 training**，病人會突然打電話來，因為他們是在家，有些 physician 的 confidence 和 support team 不夠，是不會喜歡這樣的，所以，我們會把所有的經驗傳承給基層診所，我們有會讓他們得到相同的 confidence。第二，就是**遠端照護及數位轉型**，目前台灣的數位轉型也是領先全世界，目前台灣的自動透析機都 100%都是可以上網的，醫師在醫院都是可以看得到的，因此，**PD 是非常適合做遠端照護的平台，健保署也可以放寬相關的規範**。目前台灣自動透析的佔比也接近 50%也是非常高的。第三，就是教育，我們現在會有 workshop 來進行操作，讓基層進入時比較沒有 barrier 和害怕。我們還有 mentorship 的 program，我們會一個帶一個，讓有經驗的 center 到基層，promote 自己也 promote 別人，也會直接共同照護病人，透過居家照護就近照護，若有併發症發生時會有綠色通道，在適當的地方獲得適當的照護。當我們把這些系統建立好後，就可以往前走。

吳琬瑜：醫師的推動也是重要的因素，請問醫師在對病人推廣 PD 的意願高嗎？如果不高，那障礙是什麼？

吳麥斯：在醫院的醫師意願應該都很高，因為他們都非常清楚，病人治療得好，病人會得到 value 及方便，有時候就算醫師的意願很高，但當他離開醫院時，他沒有 support system 他就會擔心了，所以我們應該來解決這個問題，當我們來增加醫師的 confidence 時，他的意願就會變高。

吳琬瑜：2021 年您受國衛院的委託進行「慢性腎臟病預防與透析政策研議」這本研究受到很大的關注，許多的政策也是參考這份資料。聽到今天的論述和討論，不知道是否有我們沒有注意到的部分？

鄭守夏：慢性腎臟病的問題非常複雜，當時衛福部希望找個中立而沒有利害關係的單位來協助做，我也因此開了許多研討會和讀了許多研究。今天題目就是居家透析，而廣義來說比較像是 PD，若把透析機器搬回家，可能費用更高，因此，我們重點是把原本在洗腎中心洗的往 PD 推。當我們在分析時主要分為兩大塊，主要是為病人著想和為醫師著想，醫師自己如果為病人著想遠大於為自己著想，就像是天下雜誌在做百大名醫，如同概念上的「良醫」，病人的好壞優於自己好壞的決策。病人覺得好及方便很重要，因為現在免部分負擔，現在 HD 連交通接送、甚至給便當，我媽媽過世前，洗腎洗了八年，她的滿意度是很高的，除了每次去的時候都要插針，那個針頭實在好粗、好痛，洗到最後當然是因為多重問題。相對於醫師部分，主要是「uncertainty」，病人在家照顧醫師總是比較不放心，有些部分不是我看得到的，因此我們應該 **pay for uncertainty**，提高一點照護的費用，包含衛教、家訪或家人的 consultation，這是降低醫師的擔心，也會降低病人或家屬的擔心，這是可以再努

- Pay for uncertainty，提高一點照護的費用，包含衛教、家訪或家人的 consultation，這是降低醫師的擔心，也會降低病人或家屬的擔心，這是可以再努力做的。
- 台灣有非常棒的雲端資訊系統和 IC 卡的系統，目前缺的就是，我們是否能鼓勵所有的醫師都能點開，雖然有 8 個頁面非常複雜，但若給適度的給付，我相信這樣可以避免多重慢性病用藥造成不好的結果。

力做的。另外，醫師在臨床上的考量，還是必須考量 business model，因為，總不會做一個虧本的洗腎中心，因此，會有營運成本及營利的考量，否則人員、機器維修都會有困難，在此狀況下，會不會有習慣性補空床，這是非常自然的。因此，提升 PD 是以新病人為主，舊的 HD 病人當然不大可能，台灣的經營者或投資者有固定成本的壓力，但新的病人是有可能的。因此，降低擔心，提高信心是一部分。另外，站在病人的立場，醫師是否可以完整的告知病人會得到什麼，健保都需要給付，讓病人有選擇是第一步，不會因為有空床而讓病人補空床。現 PD 病人可能因為有工作的需求，不然台灣的 HD 的影音及周邊服務非常好，無論哪種治療方式，我們都應該讓病人有選擇。另外，應該花更多一點錢在預防，例如多重用藥的病人是否可做普篩，例如每 1-2 年做腎功能篩檢，或是糖尿病和腎病的論質計酬，但雙方個管師都不溝通的，但現在已經將兩方整合，這也是台灣創新的做法，我也寄予厚望。台灣許多專業化後，若是個管師都專業化，如何做到 patient-center。我們未來需要強化 patient-center 的概念，慢性腎臟病的病人可能同時要看許多醫師，也需要開很多不同的藥物，醫師是否有仔細的看雲端藥歷，台灣有非常棒的雲端資訊系統和 IC 卡的系統，目前缺的就是，我們是否能鼓勵所有的醫師都能點開，雖然有 8 個頁面非常複雜，但若給適度的給付，我相信這樣可以避免多重慢性病用藥造成不好的結果。要進步一定要投資，因此，給付是很重要的。以病人為中心而談 PD 比較省錢不是很好的，應該是以病人為中心，包裝一下並且和醫學會好好合作。

吳琬瑜：我對病人為中心感觸非常深，因為我的母親也是長年的糖尿病患，因為看得病太多，我需要請醫師看看藥物之間是否有衝突，而且西醫的分科很細，若個管師也分科，對病人會是很大的痛苦。接下來，想請教盧教授，目前 PD 及 HD 的實施從健保的利弊來看，從您的高度來看，您的看法如何？

盧瑞芬：我們看到美國和台灣都是要給給付，藉此改變醫療提供者的行為，藉由改變醫療提供者的行為，進而改變病人的行為，因此，這兩邊是可以同時進行的。但很現實的是，醫療服務的提供就是資訊非常不對稱的，所以，病人知道的一定比醫療提供者得少，當我聽到吳理事長及許秘書長在腎臟醫學會所做的事情，很多都不是我們目前直接有關係的事情，而是以 patient-center 去做，包含 PD 的醫師對 PD 也不見有信心，因為即使在腎臟科的領域中，醫師可能也只是對以機器為主的血液透析有了解，而不清楚如何讓病人在家接受治療。我很高興看到腎臟醫學會接受這個倡議並要努力帶頭來做，這使我對於居家透析開始很有信心，因為醫療提供者知道自己的不足，而知道自己可以努力做到的方向，我覺得這一點，建立很好的 public trust。今天提供的許多資料也糾正了我許多觀念，過去並沒有透析相關研究，在健保會對於透析也很少發言，但因為今天這個機會我花了許多時間去讀資料，訪問蠻多的人。我相信許多健保會的委員可能也沒機會研究這麼深入，我希望這些

資料可以公開，我希望能先在總額協商前先教育委員，什麼叫做透析，我們要做的重點是什麼，委員與醫療提供者可以有更好的溝通，今天的研討會真是功德無量，我會請健保會的委員也再科普一下，我自己也會加入。我想我們的重點在如何讓病人過得更好，今天比較少提出的是 end of life 的病人，我自己的公公在進入安寧病房前，醫師還問他是否需要透析，但他堅決拒絕，因為他不希望在離開時身上插滿管子，因此，就立即住進了安寧病房。我覺得 end of life 很重要，因此 empower patient 非常重要，我的公公是大學教授，我先生是醫生，因此，我們可以進入 decision making 的歷程，讓他來做決定。但一般的大眾這種機會並不會太多，若九十多歲的人再繼續透析，實在沒有意義。

吳琬瑜：許教授聽過今天的討論，您有沒有什麼提醒或建議？

許志成：十年來和台灣腎臟醫學會一起合作，我自己也學習非常多。腎臟醫學會以 patient-center 為目標這對病人的 quality 和 value 愈來愈重視我覺得這非常值得鼓勵。從過去經驗從實際的角度，提供給大家思考這個問題，第一，剛才鄭院長提到關於洗腎中心固定成本的問題，若是忽略了這個問題，PD 大概就行不通，因為固定成本已經投資了，我覺得可以學習美國，把給機構和醫師的費用分為兩筆，或許健保署也可以思考，創造一個基層診所比較不擔心固定成本不受影響的機制。第二，今年提高的四億左右的經費要提升 PD 的佔率，其中有個策略就是盡量鼓勵新設腹膜透析中心，但如何幫助地區醫院提高他們的收案率及品質，以全台 130 家的腹膜透析中心，收案的量是非常的不平均，很多中心可以達到好幾百，很多中心甚至一大部分的收案率都是小於 10，倘若量太少，要增加 quality 就是較難以達到目標。我們對於現有的腹膜透析中心尤其是地區醫院，基層不願意做 PD 比較難有營養師等資源，因此，若能讓地區醫院提升收案數量可能是我們可以努力的目標。現在透析的人口老化，若年紀較大或共病較多的病人，無法自我照護，做 PD 的難度就較高，所以，我們應該要把小於 60 歲又沒有糖尿病的病人洗 PD 的比例約 36%，這些病人應該也比較容易接受 PD，把小於 60 歲又沒有糖尿病的病人比例提升到 50%，我覺得這對針對全體的佔比的提升更有意義，也更直接，也能很快的達到目標。

1. 學習美國，把給機構和醫師的費用分為兩筆，創造基層診所比較不擔心固定成本不受影響的機制。
2. 幫助提升地區醫院收案數量與品質。
3. 把小於 60 歲又沒有糖尿病的病人比例提升到 50%。

吳琬瑜：署長必須面對許多利害關係人，您覺得最大的挑戰，以及希望大家協作的地方是什麼？目前預算的執行的困難或挑戰為何？

石崇良：透析開始的年齡較老，透析病人中 60% 有糖尿病，這是我們目前最大的挑戰，我們的目標在哪裡？既有的病人很難改變了，我們只能從新發生的病人來看，雖然我們非常努力在針對 ESRD 的病人能逐漸減少，但過去五年增加一萬人，一年增加兩千人，如果我們的目標可以訂在，未來新發生的病人能有 10-20% 接受 PD，以現有的量能沒有問題，重點在於分布。因此，對目標而言，要做到廣設也相當的困難，因此，腹膜透析中心的設計應該是擇區域設計，透過統籌照顧的概念，就像是

我們開始推動特殊需求者的照護一樣。腹膜透析中心要針對 PD 的教育和訓練進行推廣，對醫護、家屬和病人提供資料，組織照護團隊，必須要有一個 back up 的醫院，在前端做 PD 的診所都必須做訓練、照會及轉介，當然也必須提供 telemedicine 的協作。現在的健保要做數位轉型，幾個重點包含：empower patient、提供無圍牆的服務，現有健康存摺及 App，應該要讓透析病人下載健保 My Health Bank，充分的收集所有的醫療資訊，我們也可以藉此推播重要的衛教資料，同時也可以主動送出提醒，我覺得這是一個最好的工具。加上 telemedicine 的推廣成為雙向的提供服務，剛開始透析時可能有較多的問題，我們如何透過 telemedicine 讓病人即時獲得協助，提高頻率。在給付上應該也要不同的方式，例如第一年的給付應該要高一點，因為醫師必須提供的衛教、諮詢和遠距照顧都比較耗時，但穩定後他的照護就會比較容易，因為自我照護的能力提升了，明年也許在透析的總額應該給予第一年病人較高的給付，在第一年把血液透析和腹膜透析的給付拉成一致。

吳琬瑜：我們非常認同健保應該數位化，台北的人口每年都淨流出，很多人都回鄉，但有很大的問題是來自公平正義、醫療資源不夠分配的問題。剛剛提到無築牆的服務是個先進而且是個前進的方向，我們應該多多來倡議這樣的事情。