



全民健康保險醫療給付費用
門診透析預算研商議事會議
108 年第 3 次會議資料-補充資料

108 年 8 月 14 日 (星期三)

本署 18 樓大禮堂

討論事項

「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位回復意見。(更新)	第 3 頁
---------------------------------	-------

臨時提案

「現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額」討論案。	第 22 頁
---	--------

第一案

提案單位：醫務管理組

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位回復意見，提請討論。

說明：

一、108年5月15日召開之「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」108年第2次會議紀錄略以「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略初步結果」討論案，請台灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全聯會、基層透析協會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全聯會、台灣移植醫學會、衛生福利部等相關單位，就所轄業務範圍內研擬可行做法，並於1個月內函復本署。疾病管制署與中華民國醫師公會全國聯合會未表示意見。

二、重點參考如下

(一)策略一、鎖定慢性腎臟病前端處理(Early-CKD)及健康促進

1. 糖尿病、心血管疾病及CKD健康識能將配合研議納入「健康醫院認證之可行性」。(國健署)
2. 成立「腎臟健康識能」推動小組，執行民眾腎臟相關健康識能之衛教，擬由台灣腎臟醫學會研議可行方案，由國健署視其方案提供評估與建議。(國健署)
3. 建議台灣腎臟醫學會建立腎臟病潛在不適當用藥名單(仿老年醫學Beers' criteria)，推廣宣導。

(二)策略二、腎臟病醫療照護面

1. AKI 後成為 CKD，將有嚴重 AKI(建議曾達到 eGFR<30 者)恢復者，直接列入 Pre-ESRD 收案，請腎臟醫學會彙整意見後，提本會討論。
2. 雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」字眼，俟台灣腎臟醫學會回復後，再行研議可行性
3. 基層及醫院之 Pre-ESRD 計畫收案比率(尤其 eGFR<30 之第四期病人)，列入品質指標獎勵條件，
 - (1) Early-CKD 收案病人 eGFR 未改善比率。
 - (2) Pre-ESRD 收案病人 stage3→4→5 變化情況，作為監測指標。
 - (3) 透析前曾經接受過 Pre-ESRD 計畫照護，作為透析品保獎勵指標。

(三)策略三、末期腎臟疾病生活品質及腎移植

1. 放寬活體腎臟移植獎勵方案，現行獎勵制度為尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，若欲放寬至接受透析一年內，請腎臟醫學會彙整意見後，提本會討論。
2. 研議納入品保指標
 - (1) 多重器官衰竭病人透析患者，進入安寧比例。
 - (2) 透析一年內進入移植者。(現行已納入 55 歲以下透析病人移植登錄率作為獎勵指標)

擬辦：

決定：

降低台灣末期腎病發生率整體策略

108.8.13 更新

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
策略一、鎖定慢性腎臟病前端處理(Early-CKD)及健康促進		
(一)推動民眾腎臟相關健康識能。		
1. 提升民眾使用藥物及健康食品之健康認證，設計慢性腎病患者慎用腎毒性藥物之通報廣貼於醫療院所及藥局。	國健署	無意見
	食藥署	無意見
	台灣腎臟醫學會	無意見
	(藥師公會)	對於民眾宣導正確用藥觀念，尤其是高血壓、糖尿病及 ESRD 前期慢性病患，預防錯誤用藥行為導致生理損害。
	(中醫藥司)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將透過與地區之公會、社區醫療群等團體機構結盟合作，辦理中醫藥正確就醫用藥種子師資、終生志工培訓、提供民眾便利性、可近性的衛生教育服務。 2. 將建立中醫藥衛生教育五大核心能力『停、看、聽、選、用』，『停』止不當看病、購藥及用藥行為，『看』病請找合格中醫師診治，並應向醫師說清楚，『聽』從專業中醫師、藥師的意見、信任中醫師與藥師的指導與建議，『選』

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
		購合格中藥來源或選購有認證、安全、有效的中藥，『用』中藥時應遵醫囑講方法。
2. 配合國健署「健康促進機構108年精進計劃」，將糖尿病、心血管疾病及CKD健康識能，配合健康醫院認證條文進行整併並執行認證，廣泛推動健康醫院，甚至健康城市之認證。	國健署	糖尿病、心血管疾病及CKD健康識將配合研議納入「健康醫院認證之可行性」，至於健康城市部分，則會加強疾病預防策略，以推動實務為導向。
3. 於國健署及腎臟醫學會成立「腎臟健康識能」推動小組，執行民眾腎臟相關健康識能之衛教，對象包括次專科學會、家醫學會、基層協會、各民眾機構及各級學校，並制定指標，考慮納入透析保留款之品質指標及國建署計畫案。	國健署	成立「腎臟健康識能」推動小組，執行民眾腎臟相關健康識能之衛教，擬由台灣腎臟醫學會研議可行方案，由本署視其方案提供評估與建議。
	台灣腎臟醫學會	腎臟醫學會在腎臟病防治委員會中成立「腎臟健康識能」推動小組，統一製作教材和成效問卷，先在北、中、南三區向各專科學會演講推廣，同時訂定KPI，請慢性病健康促進機構各地院所落實執行，向民眾和各級學校推廣。並將統計資料以檔案回報給腎臟醫學會彙整成全國資料。並考慮將指標納入透析保留款之品質指標及國健署計畫案。

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
<p>4. 長期可考慮目標：</p> <p>(1) 跨部會合作，將腎臟及相關健康(如營養、飲食)知識納入各級學校教科文中。</p> <p>(2) 加強中西藥品之管理，將藥物廣告仿歐美加入「請與醫師討論」等語詞。</p>	<p>基層透析協會</p>	<p>由於網路訊息滲透力強，建議考慮由健保署與國健署合作開發腎病防治APP，提供民眾免費下載並強力宣導善加利用。</p>
	<p>全聯會</p>	<p>尊重台灣腎臟醫學會等相關單位建議。</p>
	<p>(醫院協會)</p>	<p>1. 建議主管機關確實稽核非處方販售NSAID(藥局、地下電台、或網路)。</p> <p>2. 建議台灣腎臟醫學會建立腎臟病潛在不適當用藥名單(仿老年醫學Beers' criteria)，推廣宣導。</p> <p>3. 醫院實務可行作法透過多元管道(如印刷品、網路宣導或諮詢櫃檯等)提供以實證為基礎之一般性與高風險疾病有關的健康資訊： (1) 舉辦慢性腎臟病防治院內團體宣導講座 (2) 舉辦社區民眾腎臟病防治宣導講座</p>

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
		<p>(3)配合全國愛腎日舉辦愛腎園遊會，宣導腎臟病防治</p> <p>A. 宣導認識腎臟病之高危險因子〈糖尿病、高血壓、高血脂、痛風、有自體免疫疾病的人，如紅斑性狼瘡、類風濕關節炎等及濫用藥物，如止痛劑、抗生素或亂服成藥(地下電台)、中草藥等；或毒物，如重金屬等及有腎臟病家族病史〉</p> <p>B. 宣導早期診斷、早期治療的重要性。(尿液篩檢、尿蛋白測定及腎絲球過濾率測定)</p> <p>4. 提供民眾門診臨櫃用藥諮詢或電話諮詢及提供網站藥品查詢</p>
	食藥署	<p>加強中西藥品之管理，將藥物廣告仿歐美加入「請與醫師討論」等語詞。依我國藥事法已有針對藥物廣告進行規範，並教育民眾須經醫師診斷開立處方，才能使用處方藥。本署已建立相關機制保障民眾用藥安全，暫無將藥品廣告仿歐美之作法，將「請與醫師討論」等語詞加入</p>

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
		藥品廣告之考量。
	(台灣腎臟學會)	建議教育部能將正確飲食觀念及腎病防治知識從小一開始教導，從小強化國民健康識能，每學期都能有營養及腎病防治課程，從小一到小六，完整建立正確飲食習慣及腎病防治觀念，則國人洗腎發生率必能大幅降低。
(二)整合各層級醫療(包括基層醫療)，有效利用各種醫療資料(包括健檢資料)，推動初期腎病醫療照顧。		
<p>1. 整合各檢查資料(包括成健等)，與社區醫療群發展糖尿病、心血管及腎臟病整合照護模式，訂定標準作業流程(SOP)並推廣至基層，Early-CKD 給付及指標亦可一併檢討及改善。</p>	<p>健保署</p>	<p>1. 經評估糖尿病及初期慢性腎臟病有許多共同危險因子，且糖尿病亦為初期慢性腎臟病的重要危險因子之一，所以兩疾病的照護族群重疊比例高，且兩疾病方案須投入的照護人力及資源相近，爰本署近期將針對糖尿病及初期慢性腎臟病共病之病患研議整合照護模式。</p> <p>2. 特約醫事服務機構可參考「檢驗(查)結果上傳格式說明」，上傳各項檢查結果(包括DM、CKD</p>

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
		個案照護資料)。
	全聯會	尊重台灣腎臟醫學會等相關單位建議
	台灣腎臟醫學會	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前健保署推動之整合照護模式中腎臟病整合照護的成效檢討，以期找出成效優良的團隊，發展標竿學習。整合各檢查資料(包括成人健檢等)，與社區醫療群發展糖尿病、心血管及腎臟病整合照護模式，訂定標準作業流程(SOP)並推廣至基層。 2. Early CKD 給付和指標之修正一併檢討及改善，並將CKD3A 列入給付範圍，重點監測 eGFR 變化率。
	家醫學會	主席指示有關跨專科的部分，由腎臟醫學會協調
	(醫院協會)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由各縣市衛生局主導舉辦腎臟病宣導活動。 2. 建議衛生局督考基層院所初期腎病醫療照顧執行成效。

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
3. 配合院所「以病人為中心門診整合照護計畫」，納入整合初期腎臟病及轉介 Pre-ESRD 照護方案。	健保署	本計畫係以病人為中心之門診整合計畫，原則希望能將多重慢性病之用藥予以整合，單一疾病之管理本署規劃各項疾病管理計畫予以追蹤。本署亦將考量各項計畫整合之可行性，如 DM 與 CKD。
	醫院協會	配合辦理。
策略二、腎臟病醫療照護面		
(一)精進慢性腎病(著重 Pre-ESRD 部分)照護。		
1. 重視 AKI 後成為 CKD，將有嚴重 AKI(建議曾達到 eGFR<30 者)回復者，直接列入 Pre-ESRD 收案(即 Pre-ESRD 包括 eGFR、蛋白尿與曾發生嚴重 AKI 之 3 種收案標準)。	健保署	Pre-ESRD 之收案是否改變，請腎臟醫學會彙整意見後，提本會討論。
	台灣腎臟醫學會	腎臟醫學會主動與健保署討論修正 Pre-ESRD 收案標準，將嚴重急性腎損傷(曾經接受透析治療或 eGFR<30 者)，直接列入 Pre-ESRD 收案(即 Pre-ESRD 包括 eGFR、蛋白尿與曾發生嚴重 AKI 之 3 種收案標準)，並於腎臟醫學會舉辦研討會時演講宣導。
2. 雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒	健保署	本署已於 108 年 5 月 13 日函請台灣腎臟醫學會提供「腎功能不佳」之操作型定義，俟學會回復後，再行研議可行性。

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
<p>性藥物」字眼，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。</p>	<p>台灣腎臟醫學會</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。 2. 腎臟醫學會推派代表主動與健保署討論推動開立顯影劑和 NSAID 時，雲端檢視腎功能的制度和提醒避免開立的可行性，如：未檢視不能開慢簽等。
	<p>(醫院協會)</p>	<p>雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」字眼，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物。</p>
	<p>(中醫藥司)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議健保雲端藥歷中藥頁箋納入自費飲片與中藥製劑紀錄。 2. 中藥不良反應通報管理與中西藥併用諮詢。 3. 落實基層中醫師使用健保醫療資訊雲端查詢系統：加註標示「此患者為慢性腎臟病病患」，提醒確實掌握病人病情及相關檢查檢驗結果，確認已開立的藥物「複方成分」、「同成分總給藥日數」等資訊，降低重複開立相同中藥，避免藥物間交互

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
		作用產生不良反應。
<p>3. 維持高品質 Pre-ESRD/ESRD 照護，整合糖尿病、高血壓、心血管疾病等相關照護指引及計畫，成立跨團隊照護模式，定期跨團隊檢討改善，並訂立高效率醫療品質指標。以院所為單位計算 stage4、5 收案率予以獎勵及輔導。</p>	<p>健保署</p> <p>台灣腎臟醫學會</p>	<p>經評估糖尿病及初期慢性腎臟病有許多共同危險因子，且糖尿病亦為初期慢性腎臟病的重要危險因子之一，所以兩疾病的照護族群重疊比例高，且兩疾病方案須投入的照護人力及資源相近，爰本署近期將針對糖尿病及初期慢性腎臟病共病之病患研議整合照護模式。</p> <p>腎臟醫學會推派代表主動與健保署討論，明確定義收案率，並每半年統計公布，設法讓獎勵能真正落入執行人員口袋，而非醫院。並由腎臟醫學會邀請優秀團隊進行標竿分享。</p>

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
	<p>醫院協會</p> <p>(中醫藥司)</p>	<p>1. 腎臟科醫師除依慢性腎臟病診療指引 (Kidney Diseases Quality Initiative (K-DOQI)) 準則進行應有的醫療照顧外, 所有病人皆須每三個月接受腎臟護理與營養衛教, 並評估其照護成效。</p> <p>2. 監測各院所參加 Pre-ESRD 整合式照護計畫個案 stage transition 情況, 例如每年有多少比率從 stage3b 變 stage4, 有多少比率從 stage4 變成 stage5, 數值高於全國同儕平均者, 應檢討內部照護流程, 尋找可能原因, 設法降低 ESRD 發生。</p> <p>3. 監測各中心高齡患者開始長期透析的原因和發生件數, 以及重大傷病卡的比率, 並回饋同儕平均值。</p> <p>研擬推動「中醫門診慢性腎病患健康管理計畫」</p>
4. 重視高齡病人多重用藥與多種共病的照護, 並於	健保署	醫院以病人為中心門診整合計畫已有制定7項「整合成效指標」定期監測。

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
以病人為中心門診整合計畫中施行，運用審查管理品質。	(藥師公會)	ESRD 病人用藥整合服務，確保藥物符合適應症。由於 ESRD 屬用藥複雜度高的疾病，建議健保署能委由本會執行相關用藥照護計畫探究其原因以達控制疾病之效，期提升病人生活品質，進而節流社會醫療資源。
(二)非腎專醫師轉移 Pre-ESRD 病人之管控及提升病人自我照護責任。		
1. 基層及醫院之 Pre-ESRD 計畫收案比率(尤其 eGFR<30 之第四期病人)，列入評核(醫院評鑑或疾病認證)或品質指標獎勵條件。	健保署	本署定期監測 Pre-ESRD 收案率，並於研商會議定期報告，並請分區回饋院所參考。
	台灣腎臟醫學會	明確定義 Pre-ESRD 收案比率計算方式及達標的標準，並定期分醫院層級公布各院比率，同時列入各區醫院健保品質保留款條件。
	(中醫藥司)。	建議 Pre-ESRD/ESRD 跨領域照護團隊納入中醫師
2. 制定基層及非腎專醫師轉診 Pre-ESRD 照護計畫之獎勵措施，如比照出院回診、轉診(包括同院轉診)等免部分負擔。	健保署	自行負擔的調整涉及民眾就醫權益的保障，如欲修法需取得社會共識。
	台灣腎臟醫學會	明確說明 Pre-ESRD 轉診獎勵方式，以及病人的鼓勵措施，如免部分負擔等。

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
<p>3. 推廣健康存摺管理模式，及鼓勵醫院使用 APP 回饋病人腎功能變化，提升病人自我照護之意願。</p>	<p>健保署</p>	<p>1. 健康存摺現已提供末期腎臟病風險評估功能，讓民眾可以隨時掌握腎功能狀況，醫院可鼓勵民眾多使用。</p> <p>2. 健保署亦發展眷屬管理功能，另提供軟體開發套件(SDK)供醫院發展相關疾病管理 APP。</p>
	<p>醫院協會</p>	<p>無意見。</p>
	<p>全聯會</p>	<p>尊重台灣腎臟醫學會等相關單位建議。</p>
<p>4. 病人自我照護責任，長期可考慮方案</p> <p>(1)病人開始透析治療，若未經 Pre-ESRD 收案管理半年以上(時間可討論)，不發給重大傷病卡(含永久或臨時卡)。</p> <p>(2)另如何加重病人責任(行為不良者加重保費或部分負擔)，亦應納</p>	<p>健保署</p>	<p>1. 重大傷病證明，係為減輕病人就醫負擔，減少其因經濟負擔，造成之就醫障礙，如須將 Pre-ESRD 收案管理納為核發要件，須先評估 Pre-ESRD 提供服務收案涵蓋率及其照護成效。</p> <p>2. 增加透析病人部份負擔：查全民健康保險法第 43 條及第 47 條規定，係已載明保險對象應自行負擔門診、急診及住院費用之相關規定。爰不宜對特殊族群或病患另訂自行負擔費用，又自行負擔的調整涉及民眾就醫權益的保障，如欲修法需取得社會共識。</p>

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
<p>入研議。</p> <p>(3)使用者付費，透析病人部分負擔之可行性。</p>	<p>(基層透析協會)</p>	<p>病人開始透析治療，若未經 Pre-ESRD 收案管理半年以上(時間可討論)，不發給重大傷病卡(含永久或臨時卡)。似有不合理之處，因為經 Pre-ESRD 收案的 Case 可能因為非在腎臟科追蹤、該單位無法取得照護資格而未加入或病患最近半年未看診或從未看診。</p>
<p>策略三、末期腎臟疾病生活品質及腎移植</p>		
<p>(一)積極推動 SDM、腎臟緩和醫療。</p>		
<p>善用決策共享機制(進入透析前，必執行 SDM)及病人自主，推廣特定之重症慢性腎臟病患者之緩和醫療，如健康呼吸照護病房之管理模式，節省醫療資源。</p>	<p>國健署</p>	<p>善用決策共享機制及腎臟病患者之緩和醫療，因決策共享機制在不同單位執行中，本署將與相關學會及醫療院所合作推廣。</p>

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
	健保署	經醫師診斷為慢性腎衰竭且已進入末期狀態者，已屬安寧緩和醫療之適應症之一。若病患經醫師診斷需接受安寧緩和醫療服務，健保特約醫事服務機構執行該等診療後，得依規定向健保申報相關費用。本署已持續積極推動安寧緩和醫療服務，病患死前一年接受安寧緩和醫療之比率逐年上升，106年達約 25%。
善用決策共享機制(進入透析前，必執行 SDM)及病人自主，推廣特定之重症慢性腎臟病患者之緩和醫療，如健康呼吸照護病房之管理模式，節省醫療資源。	(台灣腎臟學會)	腎臟醫學會非主責單位，但應該參與國健署和健保署的討論，協助相關單位訂定鼓勵措施，並積極協助向學會會員及一般民眾宣導。
(二)鼓勵腎臟移植。		
1. 放寬活體腎臟移植獎勵方案，將現行獎勵制度放寬至接受透析一年內；且獎勵方案若在透析後，則同時獎勵移植醫師及透析醫師(以獎勵個人〔非	健保署	1. Pre-ESRD 計畫活體腎臟移植團隊照護獎勵費，現行已放寬由本計畫照護之個案，尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並接受親屬活體腎臟移植者得申請獎勵，若欲放寬至透析 1 年

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
院所〕為原則)。		<p>內，請腎臟醫學會彙整意見後，提本會討論。</p> <p>2. 已於「門診醫療費用核定總表」、「門診醫療費用核定函」新增提示「貴院本月申報(未經結算)活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)共00點，請用於鼓勵勸募團隊及相關醫事人員。</p>
	移植醫學會	地方洗腎診所若轉介洗腎病患，成功接受移植手術。建議予以健保獎勵點數。
2. 放寬活體腎移植捐腎之條件(如朋友關係)，嚴格醫療倫理流程把關；若有金錢交易須負刑責。	移植醫學會	無意見
	台灣腎臟醫學會	腎臟醫學會推派代表主動與移植醫學會及器官登錄中心討論，放寬捐腎條件和負面宣告之可行性。
	(醫事司)	為增加等待換腎病人成功接受移植的機會，改善末期腎臟疾病病人之存活率與生活品質，衛福部於108年2月14日發布「活體腎臟交換捐贈移植手術管理辦法」，明定非親屬間之合適腎臟捐贈者，得於自主意願下，經器官移植醫學倫理委員會審查通過，進行非親屬之交換捐贈移植手術。
3. 屍腎移植方面，器捐卡採負面宣	移植醫學會	無意見

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
告(即未簽“拒絕器捐”卡，表示願意捐腎。)	台灣腎臟醫學會	腎臟醫學會推派代表主動與移植醫學會及器官登錄中心討論，放寬捐腎條件和負面宣告之可行性。
	(基層透析協會)	此作法雖然也獲得陳副總統的認同，但對於一個器捐未行成風氣的台灣社會，負面宣告的作法，將會是高敏感的社會議題，未獲得共識前，不宜貿然實施。
4. 整合媒體、宗教界及各管道宣導器捐好處，考慮加入專款及專案行動方案。	器捐中心	建議立意極佳，惟宥於經費不足，宣導經費拮据，不足以提供 20 個病人 1 年洗腎之需，若能有更多機構投入或增加經費來源，預期能獲得更具體之成效。
	衛福部 (醫事司)	衛福部每年皆編列預算新台幣 1000 萬元補助。
	國健署	配合辦理，提供相關管道協助宣導。
5. 可考慮方案：對於捐贈者應研議鼓勵方式，如保費及部分負擔之優免、無薪假等。	移植醫學會	為鼓勵活體移植，建議立法保障捐贈者於捐贈手術及休養期間的工作薪資，由政府給予補助以便讓捐贈者可以安心休養。
	衛福部 (健保署)	查衛福部於 108 年 4 月 2 日發布修正「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條附表一，已增列捐贈器官者摘取器官之相關費用免自行負

策略及措施	主責單位 (建議單位)	回應說明
		擔。

臨時提案

提案人：楊代表孟儒

案由：現行全國透析院所門診透析申報費用之暫付金額長期偏低，已嚴重衝擊院所的週轉金及正常營運，建請調升暫付金額。

說明：

- 一、透析成本日益增漲，而門診透析支付點數又不斷面臨被檢討及調降，再加上門診透析成長率多年低於國發會核定的總額上限，儘管門診透析已積極投入點值管控與各項照護管理方案，但是門診透析點值仍落於 0.7-0.8，明顯較基層點值、醫院點值更低。
- 二、鑒於上述，當各總額部門或院所一致採用現行醫療費用暫付的規定公式計算，恐怕一般基層或醫院都經營困難，門診透析服務，在點值最低、暫付金額比例最低的雙低夾擊下，面臨更嚴峻的考驗。
- 三、歷經近十年，門診透析服務僅能以約醫療費用七成不到，甚至更低成數的暫付款，實已難以為繼。
- 四、誠摯籲請全體委員代表，重新審視及調升門診透析服務暫付金額，救救全民健保門診透析照護及全國門診透析

服務院所。

本署意見

- 一、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第六條第二項，有關每點暫付金額，是經相關團體共同擬訂每點暫付金額訂定原則，報請主管機關核定後於96年8月7日健保醫字第0960052622號公告，其中門診透析總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限。
- 二、107年第1至第4季洗腎預算初核核減率為0.05%(低於2.5%)(表1)，故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第六條第一項第三點，暫付成數可達九成二五。
- 三、因總額支付制度實施，醫療費用預算固定，點值係依醫療服務量而浮動，非本署可控制，且各界期待加強對醫療資源不當耗用之管理，因此仍可能衍生追扣事宜且因透析點值近期已有提升，應可舒緩院所經營壓力。另考量院所停約、終約及各總額部門衡平等，為避免產生呆帳，本署建議仍維持現行暫付成數辦理。

擬辦：

決定：

附件一

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

第 6 條

保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。
屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相

關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第六條附表一 核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下：

核 減 率	暫 付 成 數	
	網路、電磁紀錄 申報	書面申報
○%	九成五	八成五
低於二·五%(含)	九成二五	八成五
二·五%(不含)~五%(不含)	九成	八成五
五%(含)~一〇%(不含)	八成五	八成五
一〇%(含)~一五%(不含)	八成	七成五
一五%(含)~二〇%(不含)	七成五	七成五
二〇%(含)~二五%(不含)	七成	六成五
二五%(含)~三〇%(不含)	六成五	六成五
三〇%(含)~三五%(不含)	六成	五成五
三五%(含)~四〇%(不含)	五成五	五成五
四〇%(含)以上	不暫付	不暫付

表 1-107 年第 1 至第 4 季各總額部門醫療費用核減率

總額別\核減率		107 年 Q1	107 年 Q2	107 年 Q3	107 年 Q4	107 年合計
醫院總額	初核核減率	1.37%	0.52%	0.67%	0.59%	0.78%
	申復後核減率	0.94%	0.38%	0.48%	0.47%	0.56%
	爭審後核減率	0.89%	0.37%	0.46%	0.47%	0.54%
西醫基層	初核核減率	0.64%	0.29%	0.29%	0.27%	0.37%
	申復後核減率	0.53%	0.26%	0.26%	0.24%	0.32%
	爭審後核減率	0.53%	0.26%	0.26%	0.24%	0.32%
牙醫總額	初核核減率	0.36%	0.26%	0.28%	0.26%	0.29%
	申復後核減率	0.26%	0.20%	0.22%	0.20%	0.22%
	爭審後核減率	0.26%	0.20%	0.22%	0.20%	0.22%
中醫總額	初核核減率	0.17%	0.06%	0.07%	0.07%	0.09%
	申復後核減率	0.15%	0.06%	0.07%	0.06%	0.08%
	爭審後核減率	0.15%	0.06%	0.07%	0.06%	0.08%
洗腎預算	初核核減率	0.04%	0.06%	0.05%	0.06%	0.05%
	申復後核減率	0.03%	0.04%	0.04%	0.04%	0.04%
	爭審後核減率	0.03%	0.03%	0.04%	0.04%	0.03%

註 1. 資料來源：擷取全民健保門住診醫療費用統計檔，截至 108.07.02 止已完成核付之資料。

註 2. 初核核減率 = (申請點數 - 核定點數) / 醫療點數

註 3. 申復後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數)】 / 醫療點數

註 4. 爭審後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數 + 爭審補付點數)】 / 醫療點數