



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 4 次會議資料-補充資料

108 年 11 月 13 日 (星期三)

本署 18 樓大禮堂

### 討論事項

三、109年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修訂案(抽換)	第3頁
--	-----

### 臨時提案

現行門診透析服務費用應於醫院及西醫基層總額之分配計算設有校正公式案。	第5頁
------------------------------------	-----

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修訂案(抽換)。

說明：

- 一、經統計107年血液透析所有院所各項標達標情形如附表2，其中「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」未達標為76%最高，其次為URR未達標占24%，第三為HB未達標占26%；腹膜透析院所未達標率亦以「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」未達標為68%最高，其次Weekly未達標占31%、第三為HB未達標占25%。有關「建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制」之定義，再請台灣腎臟醫學會協助宣導(操作型定義詳附件8)。
- 二、本署已於每季(2、5、8、11月20日)上傳截止日前，主動提醒院所需上傳檢驗數據，醫療院所如欲更正或上傳資料，另可於30-31日再次開放時間上傳，惟有部分院所於上傳截止日後，仍要求更改數據，考量品質獎勵計畫核發之公平性，本次於計畫新增超過規定期程所上傳或更正資料，不納入獎勵金核算。
- 三、為降低透析院所登錄BC肝炎轉陽率資料誤植情形，本組已於108年4月26日於VPN新增BC肝「陽性個案提示畫面功能」，並依據108年第3次門診透析預算研商議事會議決議，規劃於VPN系統新增陽性個案原因說明欄位，並配合修訂上傳格式欄位增加2項欄位，預定費用年月109年1月開始實施。
- 四、另109年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，品保款中關於無障礙部分予以刪除，惟因醫院及西醫基層總額預算兩案併陳報部核定，本案將俟衛生福利部核定後逕予修正。

五、 檢附修訂條文內容，詳**附件9**。

## 臨時提案

提案人：台灣醫院協會

案由：現行門診透析服務費用應於醫院及西醫基層總額之分配計算設有校正公式案，提請討論。

說明：

- 一、門診透析總額自 92 年起即由醫院總額與西醫基層總額中切割門診透析分項預算後再合併預算執行，預算雖有其計算公式，歷年兩部門就預算間移轉問題迭有爭議，參據 108 年 8 月 14 日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議 108 年第 3 次會議」資料，醫院部門門診透析 95~107 年預算數與醫療利用點數占率差異區間約為 1.2%~4.5%(附件 1)，仍有預算自醫院部門移轉至西醫基層。
- 二、為真實反映目前醫院及西醫基層門診透析醫療利用情形，本會建議就門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之分配計算採用當年度第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算後，應設有校正公式以調整反應預算移轉問題。

## 本署意見

- 一、門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式係依據 108 年 5 月 24 日全民健康保險會委員會議通過之 109 年總額協商架構(附件 2)辦理，摘要如下：
  - (一)先協定新年度整體的門診透析服務費用成長率。
  - (二)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，而得新年度分別在醫院及西醫基層總額下的門診透析費用及成長率。
- 二、109 年度全民健康保險醫療費用給付費用總額及其分配方式，業經全

民健康保險會協定並已於 108 年 10 月 31 日衛部健字第 1083360149 號函陳報衛生福利部核定。

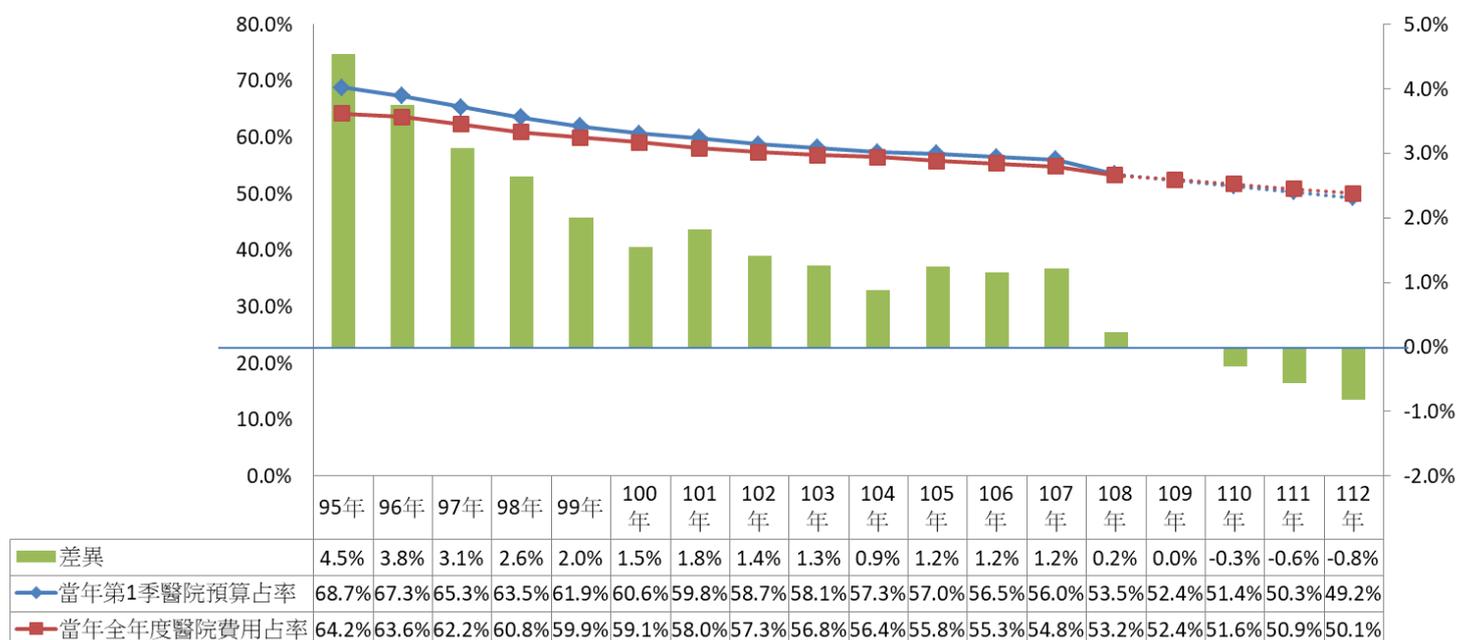
三、經統計 103-107 年醫院及西醫基層門診透析預算與結算金額，差值約為 0.3%(金額差值約為 1-1.38 億元，附件 3)。

四、本案涉及全民健康保險會「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」，如欲變更，建議應依「全民健康保險會會議規範」向該會提出復議案，並依其決議辦理。

**擬辦：**

**決定：**

## 附件 1



## 附件 3

部門 年度		當年協商 分配占 率	年度預算		年度結算(含自墊核退)		差值(結算-預算)	
			預算數	占率	結算數	占率	金額	占率
103	醫院	57.74%	19,041,662,652	57.743%	18,936,599,406	57.424%	-105,063,246	-0.319%
	基層	42.26%	13,934,965,735	42.257%	14,040,029,052	42.576%	105,063,317	0.319%
104	醫院	56.99%	19,487,427,974	56.986%	19,514,536,150	57.067%	27,108,176	0.079%
	基層	43.01%	14,709,331,781	43.014%	14,681,436,001	42.933%	-27,895,780	-0.079%
105	醫院	56.70%	20,125,251,491	56.697%	20,010,903,069	56.375%	-114,348,422	-0.322%
	基層	43.30%	15,370,957,524	43.303%	15,485,305,954	43.625%	114,348,430	0.322%
106	醫院	56.14%	20,723,977,723	56.138%	20,619,128,851	55.854%	-104,848,872	-0.284%
	基層	43.86%	16,192,074,075	43.862%	16,296,922,864	44.146%	104,848,789	0.284%
107	醫院	55.66%	21,267,360,418	55.662%	21,129,835,692	55.302%	-137,524,726	-0.360%
	基層	44.34%	16,940,795,581	44.338%	17,078,320,341	44.698%	137,524,760	0.360%

註：實際收入含國內自墊醫療核退，因國外自墊醫療核退無法區分醫院或基層，依各總額實際收入比例分攤，不含其他部門支應 4500 萬品質獎勵金。

## 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構

第 4 屆 108 年第 3 次委員會議(108.5.24)通過

### 一、總額設定公式

#### ■ 年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用=

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2、註3</sup>×(1+醫療服務成本及人口因素成長率+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<sup>註4</sup>

#### 年度部門別醫療給付費用成長率=

(年度部門別醫療給付費用－前一年度校正後部門別醫療給付費用)/前一年度校正後部門別醫療給付費用

#### ■ 年度全民健保醫療給付費用=

$\sum_{i=1}^4$ [前一年度校正後部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]+年度其他預算<sup>註1</sup>醫療給付費用

#### 年度全民健保醫療給付費用成長率=

(年度全民健保醫療給付費用－前一年度校正後全民健保醫療給付費用)/前一年度校正後全民健保醫療給付費用

註：1.部門別(i)=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.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，考量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 109 年總額基期須校正 107 年投保人口成長率差值)。

3.依本會 107 年第 5 次委員會議(107.6.22)通過之「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」，108 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 109 年度總額協商之基期費用。

4.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)成長率計算公式

[(1+人口結構改變對醫療服務點數之影響率(下稱人口結構改變率)+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1

#### (二)各項因素之計算方法

##### 1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料。109年度總額係以106年每人醫療費用點數為基礎，計算107年相對106年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡及性別百分比平均值計算，並以1歲為一組)。

## 2. 醫療服務成本指數改變率

### (1) 成本項目之權數

採行政院主計總處105年工商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，刪除「最高及最低5%極端值」後之平均數。

### (2) 成本項目對應之指數與權重如下(均沿用108年度總額之計算方式)：

採行政院主計總處發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。

項目	指標類別	
人事費用	1/2 採用主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資。 1/2 採用主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資。	
藥品費用	醫院部門	躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數
	西醫基層及牙醫部門	105年全民健保藥費申報權重及躉售物價指數-藥品類指數
	中醫部門	躉售物價指數-藥品類中藥製劑之權重及指數
醫療材料費用	躉售物價指數-醫療器材及用品類	
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，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，另西醫基層及牙醫之全

民健保藥費申報權重，係以 105 年為基期。

### (3)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 年為基值(訂為 100)，計算 107 年相對 106 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 107 年醫療給付費用占率加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

### 3.投保人口預估成長率

以 107 年對 106 年投保人口成長率估算(採各季季中投保人數之平均值)

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依行政院核定之內涵辦理。

## 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×(1+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