

健保會委員關切推動分級醫療成效檢討及鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫研議情形

健保會 112.6

為了解健保署歷年運用健保總額配合衛福部推動分級醫療政策的執行成效，及 112 年度總額門診透析服務新增「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質」專款計畫之執行內容，健保會於 5 月份委員會議安排「推動分級醫療成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)」，及「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫之具體實施內容」兩項報告案。

有關分級醫療成效部分，衛福部為促進醫療資源均衡發展，自 106 年起擬訂推動分級醫療策略，包含「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；健保會亦配合衛福部分級醫療政策，自 106 年起至 112 年分別同意編列相關預算提供誘因，累計於西醫基層總額為 295.3 億元、醫院總額為 84.9 億元及其他預算為 62.9 億元，合計投入約 443.1 億元。委員考量分級醫療政策已推行多年，健保總額亦配合投入相當多的資源，惟分級醫療成效似不明顯，建議宜進行整體的成效評估，以利檢討改善。

委員於聽取健保署的報告後，提出 5 項待檢討的問題，包括：1.分級醫療推動多年，全區轉診件數及轉診率都沒有明顯改變；2.接受下轉案件在轉診案件占比不到 15%；3.轉診支付誘因的設計不合理，分級醫療目的係為壯大基層，應是鼓勵醫院將病人下轉至基層院所，卻又提供上轉及平轉的支付誘因，正當性不足，且下轉支付 400~500 點，已超出一般門診診察費 358 點，亦未見相對成效；4.慢性病人下轉至診所後之停留時間(天數)有逐漸縮短現象，建議追蹤、分析慢性病人下轉到診所前後的就醫情況，以利了解基層是否還有精進空間；5.近 5 年區域級以上醫院之門診初級照護案件比率下降幅度不大等問題，顯見過去策略似無法奏效，應該要思考是否有其他策略可以促進各層級醫療院所的整合，這樣分級醫療才有希望。

在成效評估部分，有委員建議可以透過追蹤病人就醫情形，了解轉診後病人的疾病嚴重度是否降低，或病情有無穩定，而非僅統計轉診後停留在診所多少天；另基層開放表別項目愈來愈多，建議健保署提供開放表別的執行情形及檢討結果，以利了解是否有達到預期效果，並建請衛福部及健保署考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂更具效益的政策目標及相對應的推動策

略。

另有關「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質」專款計畫，於協商112年度總額時，付費者委員考量腹膜透析可提升病人生活品質，惟其使用人數占率逐年降低，乃建議將112年度門診透析服務新增預算專款專用於推動腹膜透析；協商結論經送衛福部決定如下：112年度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，用於鼓勵加強推動腹膜透析與提升照護品質，並請健保署會同透析服務相關團體共同研議提出具體實施計畫(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。依健保署於會中的報告內容，該署擬藉由支付誘因提升腹膜透析之可近性與照護品質，包含：鼓勵院所新設立腹膜透析室/中心開辦獎勵費(60萬點)、鼓勵院所重新收治腹膜醫療獎勵費(40萬點)、醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費(20萬點)，另有腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費(依持續接受腹膜透析時間每月給予1萬~7.2萬點)、轉診費(5千點~1萬點)等。

在聽取健保署的報告後，委員提出下列意見：1.執行目標與預期效益之評估指標，重複性高，建議應以結果面為導向，提出能明確反映整體效益的量化指標，且執行目標值過於寬鬆，宜再重新審酌；2.部分項目(如新發個案獎勵費、轉診費)支付點數高於總額相關計畫項目之獎勵點數，請健保署考量支付平衡性，監測與評估支付誘因能否買到更具價值的醫療服務，並反映在民眾的醫療照護與品質；3.部分項目之獎勵額度達數十萬點，卻未明訂資格條件或最低執行數量，亦未明訂輔導推廣腹膜透析院所之資格，宜再審酌計畫內容之適當性；4.腹膜透析病人初期需護理人員密切衛教與指導，建議將如何提升腹膜透析的護理照護品質(包含人力與專業訓練)納入考量。經委員熱烈討論後，請健保署與台灣腎臟醫學會參考所提出之建議，修正相關內容，以提升台灣腹膜透析的占率及照護品質，提供病人及家屬較佳的生活品質。

本次會議的兩項報告案皆是總額協商時委員所關心的事項，因健保資源有限，委員期望透過事前周詳規劃計畫的執行內容、事後確實檢討成效及改善，讓計畫內容逐步更臻完善，使健保資源能更有效地運用，以提升我國醫療照護品質，促進國民健康。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第6屆112年第4次委員會議議事錄\(112年5月24日\)](#)