

## 健保會委員關切「111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」及「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形

健保會111.8.29

為瞭解健保總額配合衛福部推動分級醫療政策的執行成效，以及委員關心醫院急診壅塞的改善情形，7月份委員會議安排健保署報告「111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」及「全民健康保險急診品質提升方案」(含急診壅塞監測指標)之執行情形。

有關轉診制度之推動，為使醫院專注服務急重難症病患，鼓勵西醫基層將急重難症個案上轉至醫院，而醫院將照護後病情穩定個案下轉回基層，自106年起，健保每年均於醫院及西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款預算(111年度編列4.827億元)，支付病人上轉及下轉之費用，以提高轉診誘因。另為減緩推動分級醫療後，病人往基層集中所造成的財務衝擊，也編列「基層總額轉診型態調整費用」(111年度編列8億元)。依整體執行結果而言，實施轉診後，107、108年西醫基層人次占率略有提升，醫學中心及區域醫院則略減，符合期待。慢性病案件下轉至西醫基層逐年提升，下轉案件以糖尿病、高血壓等慢性病居多，顯示慢性病逐漸往基層移動，尚符合分級醫療政策宗旨，但疫情發生後西醫層級之就醫人次占率之趨勢反轉，且西醫基層上轉至醫院案件，遠大於醫院下轉至基層案件，分級醫療政策成效不明顯。

健保會委員於聽取報告後認為，分級醫療推動成效雖然可能受到疫情影響，但為提升醫療體系及健保整體運作效能，仍須檢討相關措施、持續推動分級醫療。健保會委員提出諸多改善建議，包含應檢討目前上轉案件其上轉之必要性及下轉案件數偏低之原因，精進轉診鼓勵方式及支付誘因，並針對慢性病人下轉到診所之停留天數逐年變短之現象進行追蹤分析，以瞭解慢性病人下轉後的就醫情形。此外，為擴大西醫基層服務量能，建議持續擴大開放表別項目，讓西醫基層也能提供與醫院一樣的服務項目，並期望健保署能持續優化電子轉診資訊交換平台，以利醫療院所協助病患轉診及後續追蹤照顧。最後，決定請健保署參考委員意見，持續檢討及精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於協商112年度總額提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。

至於急診品質提升方案，我國大型醫院急診壅塞現象一直受到社會大眾的關心，爰自101年度總額起每年編列本方案預算，希望藉由方案推動縮短病人在急診室留置時間，紓解大型醫院急診壅塞現象，並提升重症照護品質。健保署於111年4月1日公告修訂方案內容，主要以提高重大疾病照護品質獎勵為主，並刪除急診壅塞及效率等多項指標。委員考量本方案的目標為改善急診壅塞情形，若無相關監測指標，將無法評估方案實施成效，以及是否達到「紓解急診壅塞情形」之目標，爰請健保署於本次會議提出方案執行情形(含急診壅塞

監測指標)專案報告。

委員於聽取健保署的報告後，認為本方案執行已逾10年，但醫學中心急診壅塞情形並未有效改善。民眾在意的是急重症病人等不到住院或加護病房床位，必須滯留在急診室，其原因很複雜，包括各層級醫院的分工、體系內部運作與人力及民眾就醫行為，都是影響急診壅塞的重要因素，需要進行根本原因分析，建議健保署針對壅塞問題特別嚴重的幾家醫學中心，逐院專案瞭解與關切。此外，也有醫界委員認為方案偏重品質獎勵，若獎勵的處置原本就屬於常規指引需處理的範圍，給予獎勵等於增加支付，是否能達到提升品質之目的有待檢驗，而對於真正需要鼓勵的「減少急診壅塞」的獎勵項目相對不足，應予檢討。另也有委員提出修改指標之建議，均請健保署做為未來方案修訂之參考。最後，委員考量急診處置效率仍應為績效評核重點，為能持續監測醫院整體指標之表現，決定請健保署持續監測原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」，並將監測結果送健保會，俾納為112年度總額協商之參考。