

全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案

一、確保門診透析總額支付制度(以下簡稱本制度)實施後，透析醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。

二、保險對象就醫權益之確保：

(一)中央健康保險局(以下簡稱健保局)每半年應針對各地區保險對象就醫可近性、醫療服務品質滿意度等情形進行調查，其調查內容之設計，應會同門診透析總額聯合執行委員會研訂，並得委託民意調查機構辦理，其調查結果經整理後，提供西醫基層總額及醫院總額受託單位參考。

(二)健保局每半年應統計分析民眾申訴及其他反映案件數之變化情形。

(三)西醫基層總額及醫院總額受託單位應於本制度實施後，建立民眾諮詢、申訴及其他反映案件處理機制，並與健保局共同廣為宣導。

(四)各地區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或申訴及其他反映案件顯著增加，經健保局檢討結果認為有歸責於透析院所者，應函知所屬西醫基層總額或醫院總額受託單位立即督導改善，並逐案追蹤。

三、專業醫療服務品質之確保，配合「透析醫療服務品質提升計畫」辦理。(附件)

四、透析醫療服務品質監控與輔導：

(一)所列品質指標項目，可參考前述專業醫療服務品質指標的發展狀況，逐年檢討修訂。

(二)健保局應將前述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，出版各分局「報告卡」(Report card)，以供健保局與

西醫基層總額、醫院總額受託單位，共同輔導透析機構持續性改善服務品質，並供保險對象查詢參考。

五、透析醫療服務風險監控機制之建立：

- (一) 醫療機構利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：健保局應按季分析透析醫療服務利用率及平均每點支付金額，並於次季製成報表，函送西醫基層總額受託單位、醫院總額受託單位、衛生署及全民健保費用協定委員會。
- (二) 每點支付金額容許變動範圍暫定為正負百分之五，若每點支付金額變動比率不在上述容許範圍內，健保局應會同門診透析總額聯合執行委員會共同檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。
- (三) 基層醫療機構與醫院之醫師與病人流動之監控：
為避免透析醫療實施總額支付制度後，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構或醫院就醫，進而影響透析醫療機構服務可近性及品質，健保局應定期提出下列監控指標：
 1. 每季提供基層透析醫療機構透析次數(或總點數)及醫院透析次數(或總點數)占全體透析次數(或總點數)之比率。
 2. 每季提供基層醫療機構與醫院腎臟專科醫師數之變動，即基層醫療機構腎臟專科醫師與醫院腎臟專科醫師人數比。

六、獎懲：

- (一) 本方案所訂各項醫療服務品質指標的執行結果，納入次年度門診透析總額協商因素的一項參採數據。
- (二) 前述醫療品質與民眾健康改善因素若為正值時，健保局與西醫基層總額、醫院總額受託單位，得將該協商因素成長率部分用於支付標準之調整，以直接獎勵提升品質，其餘保留於年度結束時，依門診透析機構醫療服務品質指標執行達成率分配之。

七、本方案送請全民健康保險費用協定委員會備查及報請行政院衛生署核定後，由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。