



分級醫療實施情形及提升醫療 資源分配使用效率

行政院衛生署中央健康保險局

100.01.14



報告大綱

- 分級醫療與轉診制度
- 醫療資源配置及利用概況
- 未來加強措施
- 結論



分級醫療與轉診制度



分級醫療與轉診制度-法規面(一)

➤ 醫療法73條：

醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第60條第1項規定，先予適當之急救，始可轉診。

前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。

➤ 醫療法88條：

中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。



分級醫療與轉診制度-法規面(二)

➤ 全民健康保險法第33條：

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。(定率制)

前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。(定額制)

第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。



部分負擔原則

- 使用者付費概念及間接促進轉診。
- 推動選擇性轉診為目標，採非強制原則，且不須逐級轉診。
- 因診療需要之轉診及必要之回診，不加重門診部分負擔。
- 擴大醫院與診所部分負擔差距，有助於輕症至醫院就醫之導正。
- 保障弱勢：重大傷病及弱勢民眾權益不受影響。



轉診適用範圍

- 診所對醫院、醫院對診所或同層級之轉出、轉入，均屬轉診。
- 住院出院或門診（急診室）手術後，1個月內1次之回診（產後42日內之一次回診），視同轉診。
- 無基層醫師執業之鄉鎮，民眾至醫院就醫，視同轉診（如花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉）。
- 慢性B型、C型肝炎醫療服務改善方案試辦計畫收案病患，依療程定期於登錄收案之醫院門診，視同轉診。



分級醫療與轉診制度-執行面(一)

- 全民健康保險自94年7月15日起實施新制門診部分負擔，分別依「逕赴就醫」或「轉診」二類方式計收，調整醫學中心、區域醫院及地區醫院之門診基本部分負擔。
- 使民眾逐步改變就醫行為，提高民眾配合轉診之誘因。
- 部分負擔調整與促進分級醫療照護目的相符。



分級醫療與轉診制度-執行面(二)

(94年7月15日起實施)

單位：元

層級別	西醫門診基本部分負擔		急診部分
	未經轉診	經轉診	
醫學中心	360	210	450
區域醫院	240	140	300
地區醫院	80	50	150
基層診所	50	50	150

附註：牙醫、中醫、門診藥品及復健（含中醫傷科），
保險對象應自付之部分負擔費用，維持原規定。



推動轉診制度配套措施

- 推動家庭醫師整合性照護制度試辦計畫
 - 同一生活圈5至10家西醫診所組成一社區醫療群，並與社區醫院建置轉診合作機制。
 - 保留醫院/診所醫師之競爭機制，並促進醫院與診所之分工合作。
 - 誘導建立以病人為中心、以社區為範疇的連續性團隊照護模式。
 - 提供24小時緊急醫療諮詢電話、初級醫療、預防保健及轉診服務。
 - 98年由基層診所轉至合作醫院門診104,171人次，由合作醫院轉回診所門診33,814人次。



加強分級醫療宣導

- 加強民眾正確就醫觀念宣導，養成「小病看小醫院、大病看大醫院」習慣。
- 平時就近由家庭醫師或基層診所提供初級照護，如診治醫師認為需為進一步診療檢查時，再由醫師開立轉診單，轉診至醫院就醫，減少個人就醫負擔與就醫成本。
- 醫院提供急重症照護，診所提供初級照護，讓各級醫院、診所發揮適當的醫療服務功能。



98年西醫門診經轉診免加重部分負擔執行統計

層級別	申報人次	轉診人次	接受轉診人次	轉出率	接受轉診率
醫學中心	19,625,058	6,189	121,919	0.03%	0.62%
區域醫院	34,713,288	28,037	14,838	0.08%	0.04%
地區醫院	28,426,939	37,381	6,571	0.13%	0.02%
基層診所	217,721,329	469,471	398	0.22%	0.00%
合計	300,486,614	541,078	143,726	0.18%	0.05%

1. 轉出率=轉診人次/申報人次。

2. 接受轉診率=接受轉診人次/申報人次。

3. 申報人次含洗腎案件，不含慢箋調劑、代辦及其他案件。



部分負擔促進轉診成效

- 經據98年統計，轉出人次以基層院所為最多，約占全部86.77%，其次為地區醫院，約占全部6.91%。接受轉診人次以醫學中心為最多，約占全部84.83%，其次為區域醫院，約占全部10.32%。
- 擴大醫院與診所部分負擔差距，具有鼓勵民眾小病在地區醫院或基層診所就醫之誘因。
- 配合不加重部分負擔之設計，有助於因診療需要之轉診，有利於分級醫療之建立。



醫療資源配置及利用概況



93-99年特約院所家數統計

年度	醫學中心	占率	區域醫院	占率	地區醫院	占率	西醫基層 醫療單位	占率	合計
93	24	0.26%	80	0.86%	427	4.58%	8,793	94.31%	9,324
94	21	0.22%	73	0.77%	417	4.39%	8,992	94.62%	9,503
95	24	0.25%	70	0.72%	414	4.29%	9,152	94.74%	9,660
96	23	0.23%	72	0.74%	397	4.05%	9,303	94.98%	9,795
97	23	0.23%	77	0.78%	383	3.86%	9,427	95.13%	9,910
98	23	0.23%	78	0.78%	385	3.84%	9,546	95.16%	10,032
99年 11月	23	0.23%	81	0.79%	378	3.71%	9,710	95.27%	10,192



93-99年特約院所西醫師數統計

年度	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層醫療單位		合計
	醫師	占率	醫師	占率	醫師	占率	醫師	占率	
93	9,731	29.93%	7,020	21.59%	4,211	12.95%	11,547	35.52%	32,509
94	9,416	28.28%	7,341	22.05%	4,557	13.69%	11,984	35.99%	33,298
95	10,180	29.71%	7,142	20.84%	4,743	13.84%	12,199	35.60%	34,264
96	10,406	29.56%	7,719	21.93%	4,592	13.04%	12,485	35.47%	35,202
97	10,735	29.55%	8,428	23.20%	4,359	12.00%	12,806	35.25%	36,328
98	11,109	29.79%	8,658	23.22%	4,438	11.90%	13,089	35.10%	37,294
99年11月	10,987	29.13%	8,886	23.56%	4,399	11.66%	13,451	35.66%	37,723



各部門總額預算趨勢_預算

單位：億

總額別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫	門診透析	其他	合計
93年	2,374	765	301	168	242	65	3,916
94年	2,468	790	313	173	260	76	4,080
95年	2,573	808	321	178	277	79	4,237
96年	2,703	833	329	182	285	84	4,416
97年	2,851	864	339	187	294	67	4,601
98年	3,000	892	349	193	303	44	4,781
99年	3,105	913	358	197	309	59	4,939

註：依費協會98年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽及99年公告全民健康保險醫療給付費用總額及其分配製表。



各部門總額預算趨勢_占率

單位：%

總額別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫	門診透析	其他	合計
93年	60.6%	19.5%	7.7%	4.3%	6.2%	1.7%	100.0%
94年	60.5%	19.4%	7.7%	4.2%	6.4%	1.9%	100.0%
95年	60.7%	19.1%	7.6%	4.2%	6.5%	1.9%	100.0%
96年	61.2%	18.9%	7.5%	4.1%	6.5%	1.9%	100.0%
97年	62.0%	18.8%	7.4%	4.1%	6.4%	1.5%	100.0%
98年	62.8%	18.7%	7.3%	4.0%	6.3%	0.9%	100.0%
99年	62.9%	18.5%	7.2%	4.0%	6.2%	1.2%	100.0%

註：占率=該總額預算/各部門總額預算加總。



各部門總額預算趨勢_成長率

單位：%

總額別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫	門診透析	其他	合計
93年	4.2%	2.2%	2.9%	2.8%	8.0%	18.2%	4.1%
94年	4.0%	3.2%	3.8%	3.0%	7.2%	17.6%	4.2%
95年	4.2%	2.4%	2.8%	2.6%	6.7%	3.9%	3.8%
96年	5.0%	3.1%	2.4%	2.5%	2.9%	5.9%	4.2%
97年	5.5%	3.7%	2.9%	2.7%	3.1%	-20.5%	4.2%
98年	5.2%	3.3%	3.0%	2.9%	2.9%	-33.8%	3.9%
99年	3.5%	2.3%	2.5%	2.1%	2.0%	32.5%	3.3%

註1：成長率為與前一年比較。

註2：其他總額包括不屬各部門總額之專案計畫，例如：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、非屬各部門總額制度範圍之費用、鼓勵提升健保IC卡登錄及上傳資料之品質…等。



整體門住診醫療利用占率

單位：%

	年度	93年	94年	95年	96年	97年	98年
門診	件數占率 (%)	99.1%	99.1%	99.1%	99.1%	99.1%	99.1%
	費用占率 (%)	65.8%	65.7%	66.1%	66.4%	66.9%	67.6%
住診	件數占率 (%)	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
	費用占率 (%)	34.2%	34.3%	33.9%	33.6%	33.1%	32.4%

註1：截至99年2月6日之明細彙總檔。

註2：不含本局代辦案件，含本局代墊案件。

註3：96年相關代辦案件範圍擴大，增加排除項目有預防保健(96年起不納入健保給付範圍)、愛滋病、老人流感及結核病相關案件。

行政院衛生署中央健康保險局

98年醫療費用支出-年齡別

單位：人、億點、點/人、%



	人口數	人口數占率	醫療點數	醫療點數占率	平均每人醫療點數
總計	23,025,773	100.0%	5,131.8	100.0%	22,287.3
0--4歲	977,578	4.2%	166.0	3.2%	16,977.6
5--9歲	1,232,949	5.4%	153.4	3.0%	12,440.6
10--14歲	1,493,582	6.5%	107.7	2.1%	7,210.8
15--19歲	1,601,832	7.0%	120.4	2.3%	7,519.4
20--24歲	1,620,951	7.0%	148.6	2.9%	9,170.5
25--29歲	2,012,107	8.7%	214.9	4.2%	10,680.0
30--34歲	2,029,573	8.8%	252.1	4.9%	12,419.4
35--39歲	1,829,126	7.9%	246.2	4.8%	13,460.7
40--44歲	1,856,878	8.1%	293.2	5.7%	15,790.4
45--49歲	1,873,658	8.1%	371.8	7.2%	19,843.1
50--54歲	1,716,290	7.5%	433.9	8.5%	25,284.0
55--59歲	1,462,871	6.4%	478.7	9.3%	32,721.1
60--64歲	891,103	3.9%	377.1	7.3%	42,320.4
65歲以上	2,427,275	10.5%	1,767.8	34.4%	72,829.1
65--69歲	752,342	3.3%	403.8	7.9%	53,671.3
70--74歲	621,021	2.7%	410.9	8.0%	66,166.0
75--79歲	492,301	2.1%	393.4	7.7%	79,906.4
80歲以上	561,611	2.4%	559.7	10.9%	99,657.2

資料來源：

1. 人口數-承保處提供100年大總額協商之98年年底投保人數。

2. 醫療點數-中央健康保險局二代倉儲系統門診、藥局及住院明細檔

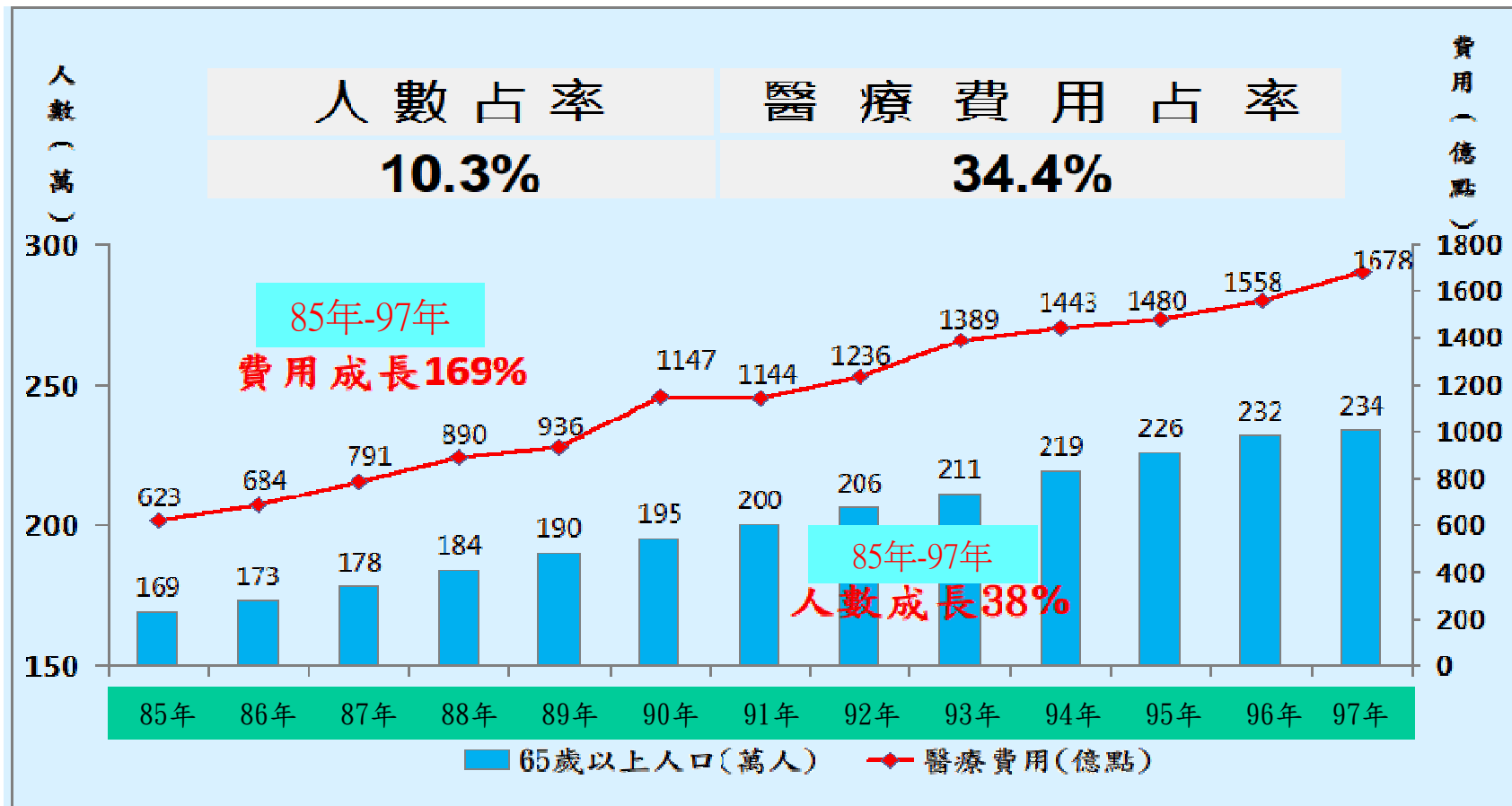
行政院衛生署中央健康保險局

註：本表醫療點數不含代辦案件點數。



人口老化

65歲以上人數及費用占率

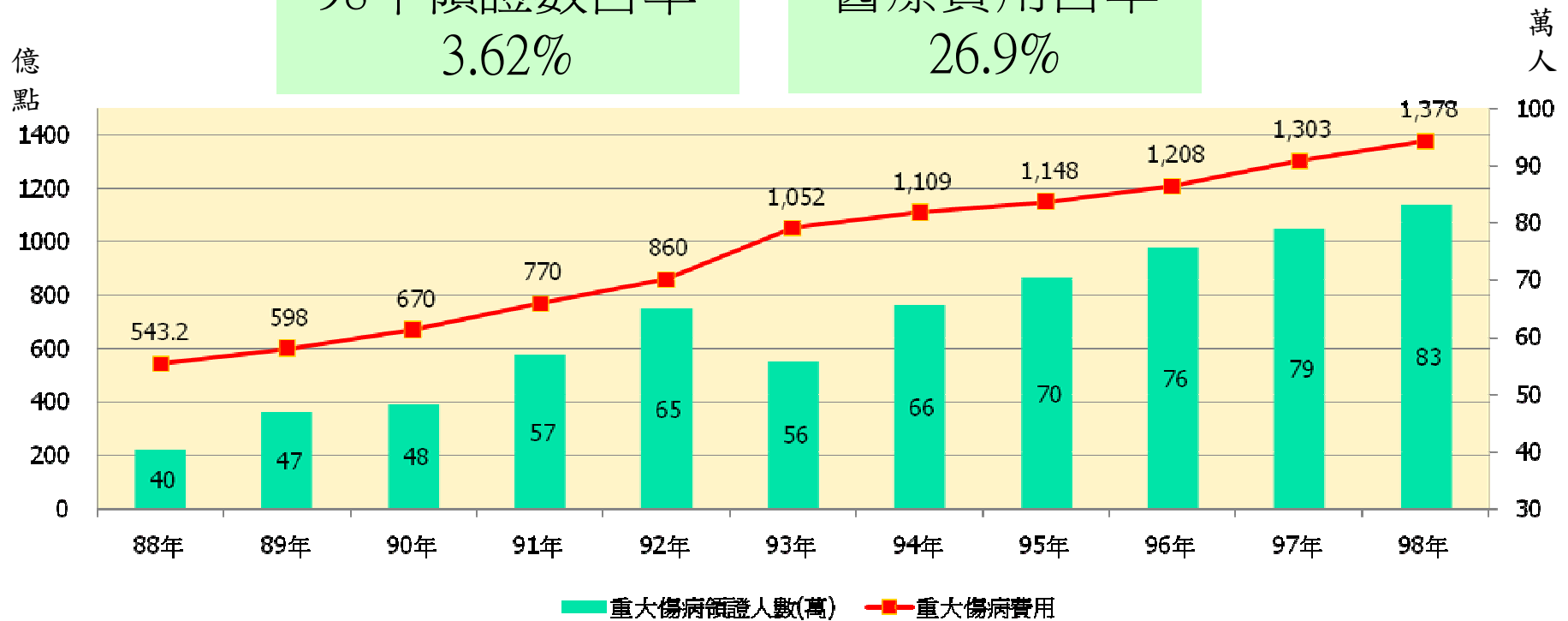




醫療費用成長原因-重大傷病

98年領證數占率
3.62%

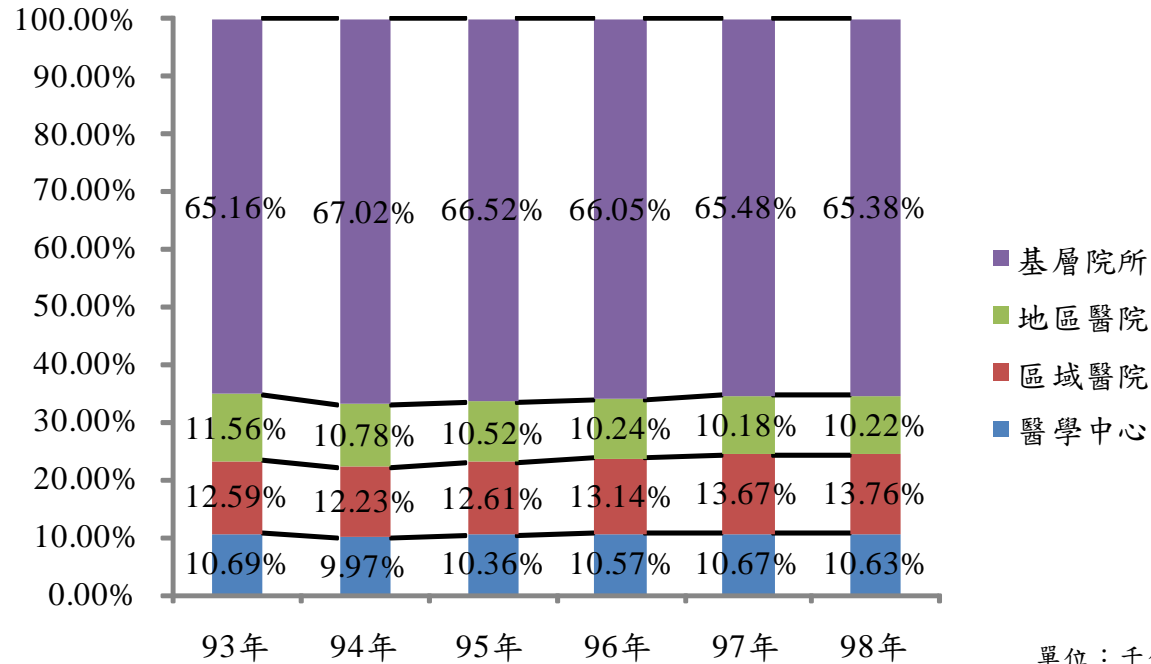
醫療費用占率
26.9%



- 健保開辦的時重大傷病人數占總人口的1.5%，現已達3.6%^(億點)，醫療費用達26.9%。
- 重大傷病者健康的保障，所需醫療花費非一般人所能負擔，例如：癌症病人每人年的醫療費用大約是全人口平均的6.4倍、洗腎為29.4倍、呼吸器依賴者為37.6倍、血友病患者為94.6倍。



93-98年西醫門診申報件數統計



	合計	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層院所	
		件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
93年	277,960.9	29,721.2	10.69%	34,983.0	12.59%	32,131.0	11.56%	181,125.7	65.16%
94年	279,987.4	27,914.5	9.97%	34,231.8	12.23%	30,180.0	10.78%	187,661.1	67.02%
95年	257,922.3	26,708.0	10.36%	32,534.4	12.61%	27,122.5	10.52%	171,557.3	66.52%
96年	261,466.3	27,644.6	10.57%	34,346.6	13.14%	26,772.2	10.24%	172,703.0	66.05%
97年	262,207.0	27,984.4	10.67%	35,844.3	13.67%	26,683.5	10.18%	171,694.9	65.48%
98年	271,279.0	28,849.4	10.63%	37,338.5	13.76%	27,729.1	10.22%	177,362.0	65.38%

資料來源：全民健康保險醫療費用支出情形報告(費協會第165次會議)。

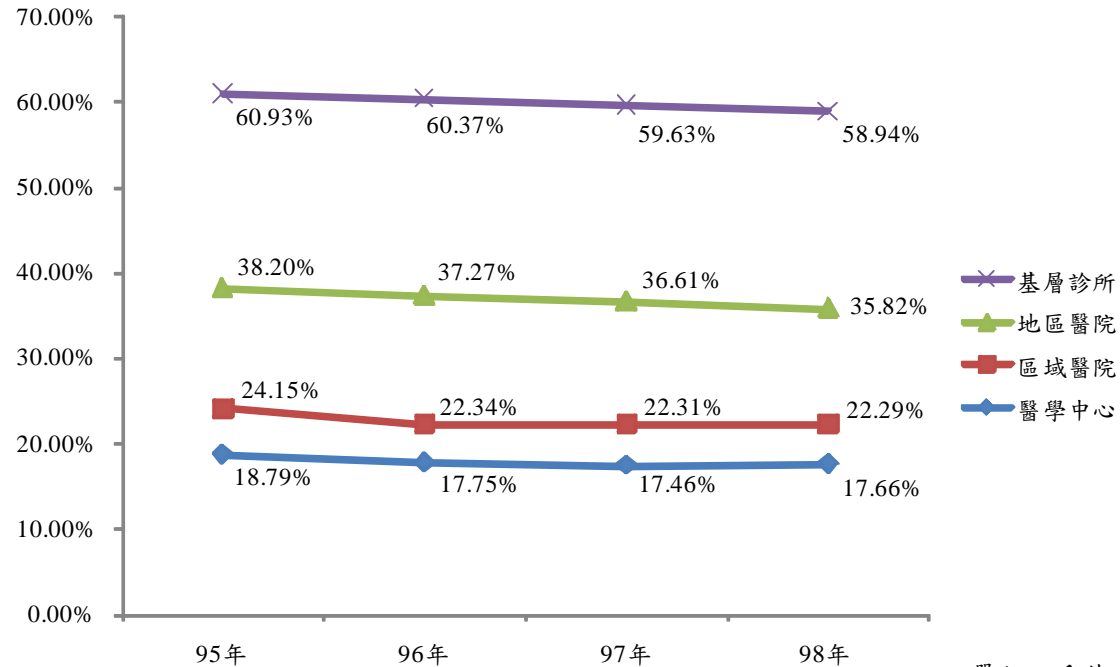
註：1. 件數不包含「轉、代檢案件」、「補報部分醫令或醫令差額案件」及交付機構件數。

2. 本表為醫院部門門診總額、西醫基層門診總額，不包含洗腎、總額外代辦案件及其他部門案件。

3. 院所層級以最新分析月份之層級為分類依據。



95-98年初級照護件數比率統計



單位：千件、%

	95年		96年		97年		98年	
	件數	照護率	件數	照護率	件數	照護率	件數	照護率
合計	169,513.7	51.34%	169,774.8	50.35%	168,696.7	49.54%	174,381.2	48.91%
醫學中心	5,260.5	18.79%	5,383.0	17.75%	5,367.9	17.46%	5,656.2	17.66%
區域醫院	8,126.7	24.15%	7,835.2	22.34%	8,500.4	22.31%	9,245.8	22.29%
地區醫院	12,556.5	38.20%	12,174.3	37.27%	11,445.3	36.61%	11,372.1	35.82%
基層診所	143,570.0	60.93%	144,382.3	60.37%	143,383.1	59.63%	148,107.1	58.94%

資料來源：全民健康保險醫療支出專題報告(監委會第156,167,179次會議)。

附註：「件數」排除案件類別非屬E1案件且醫療點數為0者。

說明：1.初級照護定義 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=498&webdata_id=946&WD_ID=4

2.照護率=初級照護件數÷西醫門診總件數。



小結(一)

➤ 提升就醫可近性

- 93-99年特約院所總家數歷年均為正成長，且均以於西醫基層醫療單位占率最高(約94~95%間)。
- 93-99年特約院所西醫師總人數歷年均為正成長，除仍以西醫基層醫療單位占率較高外，於西醫基層醫療單位之西醫師人數，且有逐年增加之趨勢。



小結(二)

➤ 醫療利用面

- 觀察85-97年醫療費用支出年齡趨勢，65歲以上人口占率約10.3%，醫療費用占率已達34.4%。另重大傷病領證人數逐年攀升，98年領證人數占總人口3.62%，醫療費用占率亦達26.9%。
- 93-99年西醫門診申報件數，歷年均以西醫基層醫療單位占率最高，顯示民眾仍多集中於基層院所就醫。
- 95-98年初級照護件數比率，歷年均以西醫基層診所之照護率最高(平均約60%)，顯示基層診所仍以提供初級照護為主，醫學中心及區域醫院則相對呈現減少之趨勢。



未來加強措施(一)

- 配合費協會年度總額協商機制，研擬適當之醫療資源配置方案，供研議參考。
- 加強醫療服務專業審查、藥費支出管理、異常專案管理、違規院所查處及醫療服務品質監測等措施，以提升醫療服務使用效率。
- 強化分級醫療與轉診作業之支付配套措施。



未來加強措施(二)

- 研議不同層級院所間垂直整合方案。
- 持續實施家庭醫師整合照護計畫，逐步落實分級醫療及轉診制度。
- 100年起推動西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫。



未來加強措施(三)

- 二代健保修法後之相關規定：
 - 第42條第2項規定，醫療服務給付項目、藥物給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務。
 - 第72條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。



未來加強措施(四)

- 二代健保修法後之相關規定：
 - 第43條第4項規定，轉診實施辦法由主管機關定之。
 - 第44條規定，保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。



結論

- 門診部分負擔分級化及拉大差距，可引導民眾至基層院所就醫。
- 目前依「轉診」及「逕赴醫院」，按層級別計收不同部分負擔，符合轉診立意。
- 醫療法雖針對醫院應依規定辦理轉診業務，尚牽涉病患個人意願及權益問題，目前法令難以強制執行。
- 配合二代健保法之修正，逐步落實轉診制度及家庭責任醫師及論人計酬制度。



敬請指教



行政院衛生署中央健康保險局