

立法院第 9 屆第 2 會期  
社會福利及衛生環境委員會全體委員會議

「全民健康保險調整部分負擔  
以落實分級醫療之可行性  
暨相關配套措施」  
書面報告

報告人：衛生福利部  
報告日期：中華民國 105 年 11 月 7 日

主席、各位委員女士、先生：

今天大院第 9 屆第 2 會期社會福利及衛生環境委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。

關於「全民健康保險調整部分負擔以落實分級醫療之可行性暨相關配套措施」，本部提出報告。敬請各位委員不吝惠予指教：

## 壹、前言

- 一、依醫療法第 88 條規定，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。
- 二、為推動分級醫療及轉診制度，達到醫療分工及合作之目的，除於醫療法明定醫院辦理轉診相關規定外，另依緊急醫療救護法第 38 條：「中央衛生主管機關應辦理醫院緊急醫療處理能力分級評定；醫院應依評定等級提供醫療服務，不得無故拖延，前項分級標準，由中央衛生主管機關依緊急醫療之種類訂之」。醫院整體處理緊急傷病患之能力，將急救責任醫院緊急醫療能力分為「重度」、「中度」、及「一般」。
- 三、依全民健康保險法第 43 條規定，係以提高財務負擔，以推動分級醫療，但門診部分負擔自 94 年調整後，迄今 10 餘年未調整。但自付費用過高，恐影響經濟弱勢之民眾就醫權益。另同法第 44 條明定實施家庭責任醫師制度，以促進預防醫學，並提升醫療品質與醫病關係，落實轉診制度。台灣實施家庭醫師整合照

護計畫已超過 10 年，因係採自由參加，參與基層診所共 3,042 家，占率 29%；照護之民眾約 260 萬人，涵蓋率約 11%。

## 貳、落實分級醫療配套措施

為推動分級醫療，本部擬定「溝通與論述」、「促進醫療體系合作」、「導引保險對象就醫習慣」及「法規面配套修正」等 4 項策略。為擴大溝通，本部中央健康保險署於本(105)年 8 月 19 日及 8 月 23 日，邀請醫界代表、健保會付費者代表及專家學者召開討論及諮詢會議，並於 10 月 20 日於台大國際會議中心舉辦「推動健保法 43 條分級醫療」公聽會，邀請醫界、學界、付費者代表、立法委員、健保會委員及關心本議題民眾共同參加，聽取各界意見，約 130 人參與。為推動分級醫療，相關配套措施說明如下：

### 一、壯大基層醫療實力

1. 開放基層表別：將原限定由醫院實施的健保醫療費用支付標準項目，放寬多數可由基層診所實施，讓民眾不會因某些檢查、檢驗或處置因限制於醫院執行，而僅能至醫院就醫。為藉由開放基層表別，壯大醫療實力，提升基層服務能力，106 年基層總額已協商編列開放表別經費 2.5 億元；另考量配合分級醫療政策，預期基層醫療服務量將成長，亦於基層總額協商增編 6 億元。

### 2. 擴大家庭醫師整合性照護計畫

擴大社區醫療群服務量能與品質，結合居家醫療與院所間垂直與水平合作，落實在地化、社區化的全人照護與醫療，以促進

分級醫療。規劃 106 年擴大基層診所組成家醫群、增加收案對象及服務內容，本項亦增編 4 億元，全年預算達 15.8 億元。

## 二、維持醫院重症照顧之量能

為提升醫療品質建立分級醫療制度，本部自 75 年起推動醫療網計畫，將全國劃分為 6 個一級醫療區、17 個二級醫療區及 50 個醫療次區域，合理分配醫療資源提供民眾適切之醫療服務，並依醫療法第 28 條辦理醫院評鑑，迄今全國近 500 家醫院中，共評定醫學中心 19 家、區域醫院 81 家及地區醫院 324 家，提供在地醫療與分級轉診之基礎架構。另外，為確保急重症患者於緊急狀況時能及時獲得適切之照護，爰依緊急醫療救護法第 38 條，自 98 年起辦理醫院緊急醫療能力分級評定作業，目前全國共指定有 195 家急救責任醫院提供全年 24 小時之急診服務，其中含 36 家重度級醫院及 82 家中度級醫院，可提供急性心肌梗塞、腦中風、重大創傷及高危險妊娠等重大疾病處置，而全國 22 縣市（含離島）中，已有 19 縣市具有全中度級以上之急救責任醫院。爰此，在壯大基層的同時，須考量維持大型醫院適當營運，以逐步轉向提供重症醫療為主。依 106 年總額協商結果，設定醫學中心初級照護服務量不得超過 105 年的 95%，超過部分，不予分配。因此減少初級照護之費用，則用於調整重症支付標準。106 年醫院總額非協商因素 89.7 億元，其中 60 億元用於調整重症支付標準。

## 三、導引保險對象就醫習慣

### 1. 調整部分負擔

適度調整定額部分負擔，以紓解醫學中心門診服務量及落實健保法第 43 條精神：

(1)門診部分負擔

A.經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔，醫學中心由 210 元降至 170 元，區域醫院由 140 元降至 100 元。地區醫院維持不變。

B.未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔，由 360 元調升至 420 元。區域及地區醫院維持不變。

C.其餘維持現況。

(2)急診部分負擔

A.至醫學中心急診：經檢傷分類為第 3 級、4 級、5 級者之部分負擔，由 450 元調高至 550 元；經檢傷分類為第 1 至 2 級者之部分負擔，維持現況 450 元。

B.其餘維持現況。

2.鼓勵民眾自我健康管理

分級醫療的成功，民眾就醫習慣也占很重要部分，為導引民眾就醫行為，除加強民眾宣導，提供各項就醫資訊，建立社區照護網絡。另提供各項健康資訊供民眾參考，並推出「健康存摺 2.0 版」，鼓勵民眾自我健康管理，以預防疾病為未來推動全民健保之新方向。

四、建立以社區為中心的整合性居家醫療照護服務模式

1.透過醫療網計畫，由衛生局主導評估轄區健康資源與人口需求，

統籌調度轄內衛生所、醫療、社區資源與人力，促進社區內衛生、教育及社會各類資源之整合，發展適切之全人健康照護服務對策與服務網絡，及以社區人口為單位之服務績效追蹤機制，使各層級社區健康照護資源能發揮其最大服務效能。

2. 結合基層診所及社區資源，連結醫院出院後服務及社區長期照護資源，發展自醫院至社區的分層、分工之整合性健康照護服務模式及服務網絡，強化出院轉銜機制，以及基層醫療院所於整合性醫療照護服務之角色。

五、就生活圈、就醫流向與醫院緊急醫療能力等級，將全國急救責任醫院規劃為 14 個急診轉診網絡，重度級急救責任醫院為各網絡之基地醫院，提供特定緊急傷病患之綠色通道，提供急診病人向上、平行、向下無縫接軌之急診轉診服務，落實在地醫療及分級就醫，並建置電子轉診單，使各醫院急診轉診資訊透明院際間轉診溝通與互助更為順暢，並以此為基礎，逐步擴大至住院及加護病房病人之轉診。

#### 六、開發轉診資訊系統

為鼓勵醫療的垂直與水平合作，讓病人至基層診所就醫後，如果需要轉診，可以透過資訊平台將病人及其病情資料等，轉介至接受轉診的院所，促進醫療資訊之暢通，亦減少不必要之反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。。

#### 七、法規面配套

以上措施涉及法規修正部分，將依程序修正。目前就全民健康

保險醫療辦法已於 105 年 7 月 21 日召開第 1 次外部研商會議，預定 11 月 21 日召開第 2 次會議；全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法，已於 105 年 9 月 6 日完成內部研商會議，綜整後近期將召開外部會議；全民健康保險轉診實施辦法，刻正研擬修正草案，將擇期召開研商會議。此外，為提升健康照護之可近性與加強民眾之自我健康管理，除已鬆綁醫事人員提供居家照護之報備支援規定外，亦將研議檢討醫療機構設置標準及遠距醫療之法規限制，進行修法。

### **參、執行進度**

- 一、為落實並逐步推動分級醫療，本部中央健康保險署已於 105 年 10 月 20 日辦理公聽會蒐集各界意見。
- 二、依全民健康保險法第 5 條第 1 項第 5 款其他有關保險業務之監理事項為全民健康保險會權責，本案將於 105 年 11 月 18 日提案至全民健康保險會進行報告。
- 三、為強化基層醫療品質及服務量能，並落實各層級醫療機構之功能定位與分工，本部已積極規劃第 8 期醫療網計畫，期藉由區域醫療體系之運作，結合相關策略之整合模式與給付制度變革，提升健康照護體系之效能，達成分級醫療之目標。

### **肆、總結**

本部承大院各委員對業務推動之支持與協助，在此敬致謝忱。尚祈各位委員繼續給予支持。