

立法院第十屆第七會期

社會福利及衛生環境委員會第9次全體委員會議

後疫情時期如何持續推動落實醫院與基層均衡發展的分級醫療制度之規劃及具體作為
(書面報告)

報告機關：衛生福利部

報告日期：112年4月19日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 10 屆第 7 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。茲就「後疫情時期如何持續推動落實醫院與基層均衡發展的分級醫療制度」之規劃及具體作為，提出專案報告。敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、背景

為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有醫療機構及人力合理分布，本部自 106 年起建立並推動分級醫療制度，擬訂(一)提升基層醫療服務量能。(二)導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔。(三)調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務。(四)強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護。(五)提升民眾自我照護知能。(六)加強醫療財團法人管理等兼顧各面向之六大策略。目的引導民眾適當的就醫習慣，並藉由各層級醫療院所分工，提升醫療效率，讓區域以上醫院專注於急、重、難、罕等嚴重複雜疾病照護，輕症或病情穩定者至社區院所(地區醫院或基層診所)，本項政策於疫情期間仍持續檢討推動，未因疫情而改變。

貳、歷年為推動分級醫療制度所編列之預算

為推動分級醫療各項措施逐年編列預算，於 107 年增列預算擴大辦理，自 108 年起亦繼續編列預算持續辦理，且每年編列預算額度約 60 億餘元。

單位：億元

預算項目	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
鼓勵院所建立轉診之合作機制		3.87	9.47	9.47	6.58	4.83	4.83
基層總額轉診型態調整費用		13.46	13.46	10.00	10.00	8.00	8.00
基層開放表別	2.50	4.50	7.20	8.20	9.20	12.20	13.20
家庭醫師整合照護計畫	15.80	28.80	28.80	35.00	36.70	39.48	39.48
跨層級醫院合作計畫	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
強化出院準備		0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.45
合計	19.30	52.13	60.43	64.17	63.98	66.01	66.96

參、相關措施辦理情形

一、開放基層表別，擴大診所服務範疇：106年度西醫基層總額編列 2.5 億元，開放 25 項診療項目至基層施行，並逐年編列預算至 111 年累積開放 70 項診療項目至基層施行。

二、積極推動家庭醫師整合性照護計畫：

(一) 112 年編列 39 億元擴大診所參與，以落實社區醫療群與合作醫院間實質照護，包括由單向轉診朝向雙向轉診及慢性病共同照護，截至 111 年計有 609 個醫療群、5,678 家診所、7,833 位醫師參加計畫，收案會員人數計 600.2 萬餘人。

(二) 落實社區醫療群與合作醫院間實質照護，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；推廣社區醫療群應主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式。

(三) 為鼓勵診所及醫院共同照護，並將「共同照護門診」、「病房巡診」、「雙向轉診」及「醫療群會員門診經醫療群轉診

率」等列入家醫計畫指標。

三、強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護：

- (一)藉由醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務，提升社區醫院醫療及建立落實分級醫療制度基礎。108年3月4日修正公告開放基層診所專科醫師於星期六、星期日支援助地區醫院，自108年4月1日起實施，以加強社區醫院假日服務量能。111年共74個醫療團隊參與計畫，截至111年(1-12月)共申報約20,872診次。
- (二)為提升轉診效率，本部中央健康保險署「電子轉診平台」於106年3月1日上線，111年共11,245家院所使用，轉診約142萬人次。
- (三)鼓勵醫療院所透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」共享醫療影像，查詢病人的就醫與用藥紀錄等。截至111年12月上傳醫療影像院所家數459家，總計1億4,618萬件。經統計醫療院所跨院調閱醫療影像占整體調閱件數已達76%，其中基層診所跨院調閱醫療影像占該特約層級別調閱件數已達98%。

四、滾動式調整部分負擔制度，導引民眾轉診就醫習慣：

- (一)自106年4月15日實施經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔。未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔。醫學中心急診檢傷分類為3級、4級、5級者的部分負擔，由450元調高至550元。
- (二)112年預計調整門診藥品及急診部分負擔，藉以引導民眾就醫習慣。

五、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務：

106年10月1日起調高重症支付標準，1年挹注60億元，107年再挹注20.3億元並逐年編列預算調整，調整項目包括加護病房護理費、住院診察費、急診診察費、住院護理費及400項急重難特定項目支付點數調整。

六、提升民眾自我照護知能：

(一)加強宣導分級醫療及部分負擔調整，利用既有管道逐年提升民眾正確認知，並已爭取納入12年國教課綱，提升民眾照護知能。

(二)持續精進健康存摺功能，108年新增眷屬管理功能，可透過健康存摺查閱家人的資料，方便管理家人的健康。截至111年12月底，使用人數約1,090萬人，使用次數約3億0,641萬人次。

肆、分級醫療成效

一、本部中央健康保險署積極推動醫療體系垂直整合，由各層級醫療院所合作組成，截至111年底共計組成81個策略聯盟，已有7,152家特約院所(醫學中心24家、區域醫院83家、地區醫院300家、基層診所6,581家、藥局1家、居護護理機構154家、精神復健機構6家及呼吸照護所3家)參與，以民眾為中心評估其照護需求，適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護。

二、各層級轉診就醫情形：

111年1-12月各層級就醫占率：醫學中心10.85%、區域醫院15.32%、地區醫院11.82%，基層診所62.00%。

自 109 年起因疫情影響，整體就醫次數較 106 年(基期)同期下降，其中基層診所呈現下降，可能係因輕症患者減少看診，又因民眾加強個人防疫措施(如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等)，降低病毒感染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少，而急、重、難、罕患者仍需固定至大醫院就診。

單位：千件

總就醫次數	106 年 1-12 月		111 年 1-12 月	
	值	占率	值	占率
合計	295,563	100.00%	294,761	100.00%
醫學中心	31,483	10.65%	31,979	10.85%
區域醫院	44,598	15.09%	45,171	15.32%
地區醫院	29,350	9.83%	34,845	11.82%
基層診所	190,132	64.33%	182,766	62.00%

1.資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔（擷取時間：112.2.6）

2.資料範圍：總額內、外案件。

3.總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排程」案件。

三、轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

111 年總轉診案件 4,469 千件，占總就醫件數比率 1.52%(106 年同期為 0.83%)。其中轉診至醫學中心就醫 1,391 千件，占該層級就醫件數比率 4.35%(106 年同期為 3.21%)；轉診至區域醫院就醫 1,485 千件，占該層級就醫件數比率 3.29%(106 年同期為 2.58%)，轉診至地區醫院就醫 635 千件，占該層級就醫件數比率 1.82%(106 年同期為 0.95%)；轉診至基層診所就醫 958 千件，占該層級就醫件數比率 0.52%(106 年同期為 0.004%)，各層級轉診率均高於 106 年

推動分級醫療前。

單位：千件

接受院所層級	106年1-12月		111年1-12月	
	值	轉診率	值	轉診率
合計				
總就醫件數	295,563		294,761	
轉診件數	2,448	0.83%	4,469	1.52%
醫學中心				
總就醫件數	31,483		31,979	
轉診件數	1,012	3.21%	1,391	4.35%
區域醫院				
總就醫件數	44,598		45,171	
轉診件數	1,150	2.58%	1,485	3.29%
地區醫院				
總就醫件數	29,350		34,845	
轉診件數	279	0.95%	635	1.82%
基層院所				
總就醫件數	190,132		182,766	
轉診件數	7	0.004%	958	0.52%

註 1. 資料來源多模型健保資料平台：門診明細檔（擷取時間：112.2.6）

2. 轉診案件：就醫日期為 106/111 年 1-12 月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為 05)、申報院所代號第一碼為 A、H、J、Q、R、S 之案件。

3. 轉診：(1)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1 且來源院所代號不等於轉入院所代號。(2)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、C6、F3、FT、JA(偏鄉、IDS)且來源院所代號等於轉入院所代號。(3)接受轉診醫令代碼 01038C。

4. 視同轉診：申報部分負擔代碼為 A40、B40、C40、A31、B31、C31 或部分負擔代碼為 C30 且轉代檢註記為 T 之案件。

伍、未來持續推動落實醫院與基層均衡發展的分級醫療制度之規劃

- 一、持續強化家庭醫師整合性照護計畫效率與品質，整合預防保健、疾病治療與管理及轉銜長期照護，調整社區醫療群

組織運作，以增加民眾對基層醫療之信心。

- 二、滾動式檢討及調整部分負擔制度導引民眾改變就醫習慣。
- 三、透過支付誘因及恢復門診合理量，讓醫院下轉個案至基層診所，另持續鼓勵醫院與診所加強合作雙邊醫師相互支援，以落實醫院與基層均衡發展的分級醫療制度。

陸、結語

有關分級醫療推動，因涉及民眾就醫習慣改變，各層級醫療院所提供醫療服務行為重新磨合，具有一定困難度，本部中央健康保險署除持續透過各類型管道加強對外宣導，亦於健保全球資訊網建置「分級醫療」專區，加強對民眾宣導就醫分級正確觀念。

本部承 大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。