

一、 題目：落實分級醫療及雙向轉診制度之研析

二、 所涉法律

全民健康保險法

三、 探討研析

- (一) 我國目前醫療院所層級，按衛生福利部分類，分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各級醫院負有不同照護任務與角色。分級醫療之目的是讓醫院專注照顧急重症病患，民眾有病先至基層醫療院所或地區醫院就醫，經醫師專業診療後，將複雜個案轉診至其他專科診所或醫院照護，病患經必要之檢查或治療後，依醫師建議轉回原院所或其他適當院所，接受後續治療或照顧。分級醫療透過各級醫療院所分工合作，藉由雙向轉診，提供病患連續性、整合性之醫療照護，協助民眾找對醫師、看對科，提升醫療照護品質並紓解醫學中心擁擠情形。
- (二) 為推動分級醫療，衛生福利部於 2017 年 2 月 18 日公告調整全民健康保險保險對象應自行負擔門診與急診費用，自 2017 年 4 月 15 日起實施，經轉診至醫學中心或區域醫院調降 40 元；未經轉診至醫學中心看病，門診部分負擔調高 60 元。
- (三) 依健保統計資料，醫院門診住診費用比約 54：46。換言之，醫院收入每 100 元有 54 元來自門診，46 元來自住診，醫院收入靠門診多，加上同病不同酬，一般基層

診所可看的病，到醫學中心看門診，每件健保支出增加近千元，嚴重扭曲醫療資源。健保開辦時，地區醫院家數為 568 家，至 2009 年底僅餘 385 家，醫院家數驟減 32%。1995 年門住診合計申報健保點數佔全部醫院 33.5%，2009 年已降為 18.7%；然而醫學中心卻由 35.2% 增為 41.2%，區域醫院由 31% 增加為 37.7%。疾病不分輕重擠爆醫學中心，造成血汗醫院及急診室擁擠現象；而地區醫院則逐漸凋零，被迫歇業，形成倒金字塔型之醫療體系。

- (四) 按全民健康保險法第 43 條規定：「保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，居家照護醫療費用之 5%。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其 30%、40% 及 50% (第 1 項)。前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免 (第 2 項)。第 1 項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前 1 年平均門診費用及第 1 項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額 (第 3 項)。第 1 項之轉診實施辦法及第 2 項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之 (第 4 項)。」作為分級醫療之法源依據，類似規定雖於全民健康保險法 1994 年 8 月 9 日制定公布時即已納入第 33 條，惟並未確實執行。當時僅以第 3 項「主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前 1 年平均門診費用及第 1 項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額」規定實施。因此，全民健康保險於開辦至今，對於民眾未經轉診到醫院就醫之自行負擔費用，與原先之設計差距頗大，各級醫院間之自行負擔費用級距不高，因此民

眾直接至醫學中心看病，並未造成大多數民眾經濟上之壓力。

- (五) 健保署為落實分級醫療，自 2018 年 7 月 1 日起，醫學中心及區域醫院全年門診量必須減少 2%，包括初級照護、輕症、穩定慢性病人等，但不包括急症、重症及原先轉診病人。如確認醫院年度未能達標，即不予給付未達標部分之健保給付，以解決大醫院門診壅塞亂象。而限定門診減量目標平均一年減少 2%，5 年則縮減 10%。

四、建議事項

- (一) 因分級醫療未能落實，健保署以總額及核刪制度，來管控健保醫療成本支出，維持財務平衡。對民眾而言，只要健保費不漲、住院時有病床、藥品不短缺，健保資源是否浪費不是他們關心之議題。但是一個公共衛生良好、國民知識水準足夠之國家，不可能有大量急症、重症、難症病患。而我國民眾平均就醫次數、住院天數、醫學中心家數比及加護病床數都遠超過其他先進國家。換言之，我國超乎常態之醫學中心醫療需求、門診及住院需求，問題勢必出在制度。全民健康保險法第 43 條之規定至今已 24 年，從未確實施行，亦從未修法；如要落實分級醫療、雙向轉診制度，應確實依法行政執行法律規定；如因多年來社會型態改變，法律已無法因應社會需求，亦應儘速修法。
- (二) 依健保給付規定，醫學中心門診費用約 1500 元，原本部分負擔 360 元，健保給付約為 1140 元。106 年起 4 月 15 日起部分負擔調漲為 420 元，民眾多付 60 元，

健保給付減為 1080 元，少付 60 元會增加當年度健保結餘。以 2017 年健保財務轉為虧損 88 億元，調漲部分負擔似可稍微緩解健保財務壓力。惟調漲金額低，雖 1 年增加健保收入約 20 億元，但卻讓弱勢病患負擔增加。如要解決弱勢病患急重症必須在醫學中心就醫，只有落實分級醫療、雙向轉診，才不會造成醫療使用上之不平等。

- (三) 分級醫療制度使得輕症、不須複雜處理、檢查或一般藥品治療之病患，可以在基層醫療院所接受適當治療，醫學中心只處理難症、重症、需特殊儀器或藥品個案及手術住院病患，症狀緩解後再送回基層醫療院所照顧追蹤，從而醫學中心醫護人員不會有過勞問題，而基層醫療院所亦不會有缺少病患困擾。因此，落實分級醫療、雙向轉診制度刻不容緩。又為使民眾有充足資訊就近尋求諮詢診治，不會發生身體不適或有醫療需求時，即往大醫院就醫之現象，健全基層醫療院所、建立家庭醫師制度，實為落實分級醫療、雙向轉診制度須先完備之作為，應屬政府當務之急。

撰稿人：李麗莉