

近年我國實施分級醫療、醫護留任與減緩急診壅塞成效之初探

一、近 5 年(110 至 114 年度)我國分級醫療相關預算編列及執行情形

我國醫療院所分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各層級負有不同任務。衛生福利部(下稱衛福部)自 106 年起推動分級醫療政策，旨讓醫院專注照顧急重症病人，病患先至基層醫療院所或地區醫院，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，經必要檢查治療於病情穩定後，依醫師建議轉回原院所或其他適當院所接續治療，提升醫療照護品質並紓解醫學中心擁擠情形。經查：

(一)106 年度訂定分級醫療六大策略，110 至 114 年度辦理 5 項促進分級醫療相關計畫

為達醫療分工合作目的，衛福部中央健康保險署(下稱健保署)訂定分級醫療六大策略，分別為「提升基層醫療服務量能」、「導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔」、「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」、「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」、「提升民眾自我照護知能」、「加強醫療財團法人管理」。

此外，健保署亦於 110 至 114 年度辦理 5 項促進分級醫療計畫，分別為「鼓勵院所建立轉診之合作機制」、「基層總額轉診型態調整費用」、「強化基層照護能力及『開放表別』項目」、「家庭醫師整合性照護計畫」及「跨層級醫院合作計畫」，該 5 項計畫 110 至 113 年度合計預算數介於 53.58 至 61.59 億元間，114 年度則增至 69.59 億元(詳表 2-1-1)。

表 2-1-1 衛福部暨所屬辦理促進分級醫療之計畫經費一覽表

單位：新臺幣百萬元

計畫名稱	經費來源		110年	111年	112年	113年	114年
鼓勵院所建立轉診之合作機制	健保基金 -醫院	預算數	400.00	224.70	224.70	224.70	224.70
		決算數	200.14	197.99	214.40	160.80 (說明2)	-
	健保基金 -基層	預算數	258.00	258.00	258.00	258.00	258.00
		決算數	143.50	142.70	158.10	121.20 (說明2)	-
基層總額轉診型態調整費用	健保基金	預算數	10.00	8.00	8.00	8.00	8.00
		決算數	10.00	5.41	5.68 (說明3)	4.23 (說明3)	-
強化基層照護能力及「開放表別」項目	健保基金	預算數	920.00	1,220.00	1,320.00	1,320.00	1,720.00
		決算數	409.10	490.30	890.20	900.20 (說明2)	-
家庭醫師整合性照護計畫	健保基金	預算數	3,670.00	3,948.00	3,948.00	4,248.00	4,648.00
		決算數	3,670.00	3,885.60	3,948.00	(說明4)	-
跨層級醫院合作計畫	健保基金	預算數	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
		決算數	61.40 (說明5)	64.90 (說明5)	63.50 (說明5)	73.70 (說明5)	-
小計	健保基金	預算數	5,358.00	5,758.70	5,858.70	6,158.70	6,958.70
		決算數	4,494.14	4,786.90	5,279.88		

說明：1. 112 年度以前決算數為審定決算數，113 年度為自編決算數，114 年度為預算案數。

2. 113 年度第 4 季尚未完成決算，113 年度為第 1 至第 3 季資料。

3. 112 年預算執行率未達 80%係因僅核付轉診成功案件，轉出院所及轉入院所均有申報該案件才符合條件。另 113 年尚未完成結算，暫以 113 年第 1 至第 3 季資料提供。

4. 該計畫歷年皆於隔年 6 月完成結算作業，爰尚無 113 決算數。

5. 該計畫由地區醫院主責並組成跨層級合作團隊辦理醫療支援，惟規定明列同體系醫院、呼吸照護、精神專科醫院、已參與全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫等地區醫院不得參與，並限制院所每月可申報之支援診次上限，爰預算執行率較低。

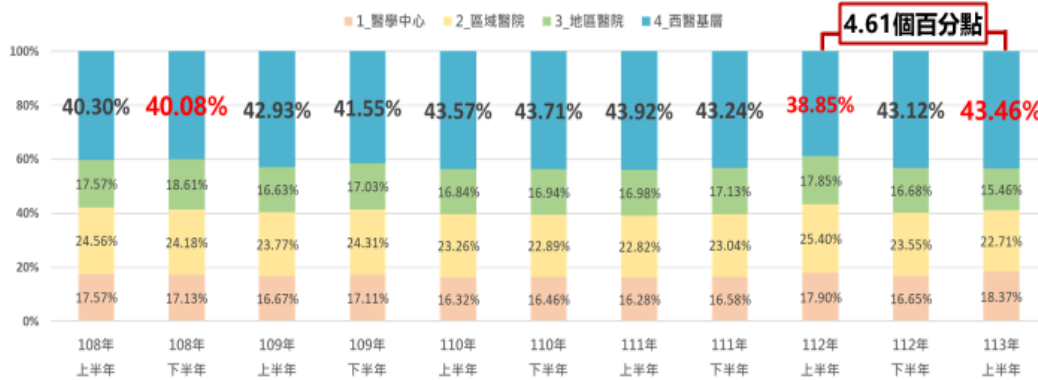
資料來源：健保署提供。

(二)113 年度慢性病人在基層診所就醫比率雖高於 108 年度，惟「家庭醫師整合性照護計畫」部分指標之實際值未達目標

依健保署說明，慢性病人於基層診所就醫件數比率由 108 年度之 40.08%提升到 113 年度之 43.46%(詳圖 2-1-1)，該署爰認為分級醫療略具成效。

圖 2-1-1 慢性病人(不含重大傷病)於西醫基層診所就醫占率成長圖

113年上半年慢性病人至西醫基層就醫件數占率，較112年上半年增加4.61個百分點且已超過疫情前同期占率。



- 資料來源：多模型健保資料平台門診、交付機構及住院明細檔。(擷取日期：113年04月01日)
- 統計範圍：門診醫院、西醫基層處類部門(不含門診透析)案件。
- 本表排除重大傷病註記係申報部分負擔代碼001、011、012、013之案件
- 慢性病患指(原)案件類別為04、05、06、08、E1、E2、E3或給藥天數>14天之案件；並排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病患處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」。

資料來源：健保署提供。

上述 5 項計畫中，衛福部就「強化基層照護能力及『開放表別』項目」、「家庭醫師整合性照護計畫」及「跨層級醫院合作計畫」3 項計畫訂有績效指標，其中「強化基層照護能力及『開放表別』項目」績效指標為 112 年度「新增開放表別項目至少 1 項」，實際執行已達目標，至於「跨層級醫院合作計畫」之績效指標 111 至 113 年度皆為「民眾就醫滿意度」，實際執行亦達目標。

「家庭醫師整合性照護計畫」則訂定 6 項績效指標¹，惟「子宮頸抹片檢查率」、「糞便潛血檢查率(50-75 歲)」、「急診率」及「潛在可避免急診率」4 項指標，於 111 至 113 年度皆有實際執行情形未達目標之現象(詳表 2-1-2)。

表 2-1-2 家庭醫師整合性照護計畫績效指標之實際值未達目標簡表

績效指標	衡量基準	年度	111	112	113	114
子宮頸抹片檢查率	30 歲(含)以上女性收案會員中，於院所接受	目標值	≥25.78%	≥25.76%	≥25.71%	≥較需照護族群 63 百分位

¹ 包含「成人預防保健檢查率」、「子宮頸抹片檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率(50-75 歲)」、「急診率」及「潛在可避免急診率」。

績效指標	衡量基準	年度	111	112	113	114
	子宮頸抹片人數比率	實際值	24.19%	27.28%	27.17%	-
糞便潛血 檢查率 (50-75歲)	50歲以上至未滿75歲 收案會員中，於基層 院所接受定量免疫糞 便潛血檢查人數比率	目標值	≥9.01%	≥21.82%	≥21.74%	≥較需照護族群 83百分位
		實際值	16.90%	18.54%	18.96%	-
急診率	會員急診人次占家醫 收案會員人數比率	目標值	≤25.15%	≤27.84%	≤20.38%	≤會員30百分位
		實際值	30.76%	34.56%	25.88%	-
潛在可避 免急診率	潛在可避免急診慢性 類疾病之案件數占18 歲以上慢性疾病收案 會員人數比率(詳說明)	目標值	≤423.62	≤454.06	≤556.30	≤會員30百分位
		實際值	962.75	979.76	1,107.40	-

說明：潛在可避免急診率單位為「每十萬人口之可避免急診數」。

資料來源：健保署資料庫收載資料。