

## 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、實施分級醫療多年，惟 113 年度基層診所就醫件數占比下降，而醫學中心不僅家數增加，且門診及住院健保點數增幅最高，恐與分級醫療目標未合

衛福部自 106 年度起推動分級醫療，106 年度健保總額預算為 6,545 億元，114 年度已達 9,286 億元，成長快速。經查：

(一)110 至 114 年度辦理多項分級醫療計畫，預算數介於 53.58 至 69.59 億元，其中「家庭醫師整合性照護計畫」未達目標

為利各層級醫療院所分工合作，衛福部 106 年度起推動分級醫療，110 至 114 年度辦理 5 項分級醫療計畫，包括「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 114 年度預算數合計 53.58 億元至 69.59 億元間(詳表 2-1-1)，其中以「家庭醫師整合性照護計畫」預算數最高，114 年度達 46.48 億元。

上述 5 項計畫中，衛福部對「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」訂有績效指標，惟「家庭醫師整合性照護計畫」執行結果，111 至 113 年度於「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 項指標實際值未達成目標(詳表 2-1-2)，其餘 2 項計畫尚符合目標。

(二)112 年 7 月提高醫學中心、區域醫院部分負擔，惟 113 年度醫學中心家數較 106 年度增加，恐與分級醫療目標有悖

健保署自 112 年 7 月 1 日起調整部分負擔，醫學中心或區域醫院藥費收取上限由 200 元調整為 300 元，而醫學中心、區

域醫院急診部分負擔各調升至 750 元及 400 元。健保署說明新制實施 1 年後，基層門診就醫件數占率自實施前 70.17% 上升至 70.39%，慢性病人於基層診所就醫率則自 38.85% 增至 43.46%。

據衛福部說明，有關醫學中心家數估算，依「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」第 9 點規定：「以每二百萬人口數得評定一家醫學中心，估算全國及各一級醫療區域醫學中心家數；…」為參考原則，並保留彈性空間。

按內政部公布 114 年 5 月底我國人口 2,335 萬餘人，若依上開評定原則，醫學中心至多 12 家。然觀察健保特約醫院家數，106 年度醫學中心為 26 家、區域醫院 84 家、地區醫院 364 家，113 年度醫學中心已增至 28 家、區域醫院 84 家、地區醫院則減至 347 家；至於醫學中心家數增加原因，衛福部說明係為平衡區域醫療資源落差。

由於我國分級醫療未具強制性，112 年 7 月雖調高醫學中心部分負擔，然 113 年度醫學中心較 106 年度增加 2 家，民眾僅需負擔較高自費額仍可前往醫學中心就醫，爰醫學中心整體申報之門診與住院點數恐仍增加，與分級醫療目標有悖。

### **(三)113 年度醫院門診與住院健保申報件數、點數皆較 108 年度成長，尤以醫學中心增幅最高**

衛福部執行 5 項分級醫療計畫，雖部分計畫尚符預期，仍需觀察各層級醫院就診件數與醫療點數之變化，以瞭解是否達到分級醫療效果。有關門診醫療費用申報情形，排除受 COVID-19 疫情影響之 109 及 110 年度，108 年度醫院(含醫學中心、區域醫院及地區醫院)門診申報件數合計 1 億 865 萬 2 千件、申報點數共 3,253.08 億點，113 年度分別提高至 1 億 1,978 萬 7 千件、3,912.48 億點(詳表 3-1-1)。113 年度醫院門診件數、點數較 108 年度各成長 10.25%、20.27%，其中醫學中心門診件數、點

數增幅各 19.83%、26.88%為最高。

至於住院部分，108 年度醫院住院醫療費用共申報 348 萬 2 千件、2,317.13 億點，113 年度提高至 349 萬 1 千件、2,682.58 億點。113 年度醫院住院申報件數較 108 年度增加 0.26%、點數增加 15.77%，而醫學中心則為 9.73%、22.52%，增幅亦為最高。

表 3-1-1 108 至 113 年度健保對各層級醫院之醫療給付概況表—按門診及住院費用申報狀況 單位：千件；百萬點；%

類別	年度	醫學中心		區域醫院		地區醫院		醫院合計	
		件數	點數	件數	點數	件數	點數	件數	點數
門診 費用 申報 狀況	108	32,453	128,311	44,349	128,510	31,850	68,487	108,652	325,308
	111	32,532	140,038	43,317	136,565	32,432	80,426	108,281	357,029
	112	34,894	146,189	47,614	146,822	34,306	84,172	116,814	377,183
	113	38,889	162,796	47,637	148,039	33,261	80,413	119,787	391,248
	113 較 108 增幅	19.83	26.88	7.41	15.20	4.43	17.41	10.25	20.27
住院 費用 申報 狀況	108	1,192	101,020	1,579	92,802	711	37,891	3,482	231,713
	111	1,067	103,693	1,329	93,316	686	43,427	3,082	240,436
	112	1,216	114,206	1,515	102,739	737	45,322	3,468	262,267
	113	1,308	123,773	1,494	102,787	689	41,698	3,491	268,258
	113 較 108 增幅	9.73	22.52	-5.38	10.76	-3.09	10.05	0.26	15.77

說明：109 及 110 年度受 COVID-19 疫情影響，與常規醫療型態不同，爰不計列。  
資料來源：健保署網站，<https://www.nhi.gov.tw>（最後瀏覽日：114 年 7 月 8 日）。

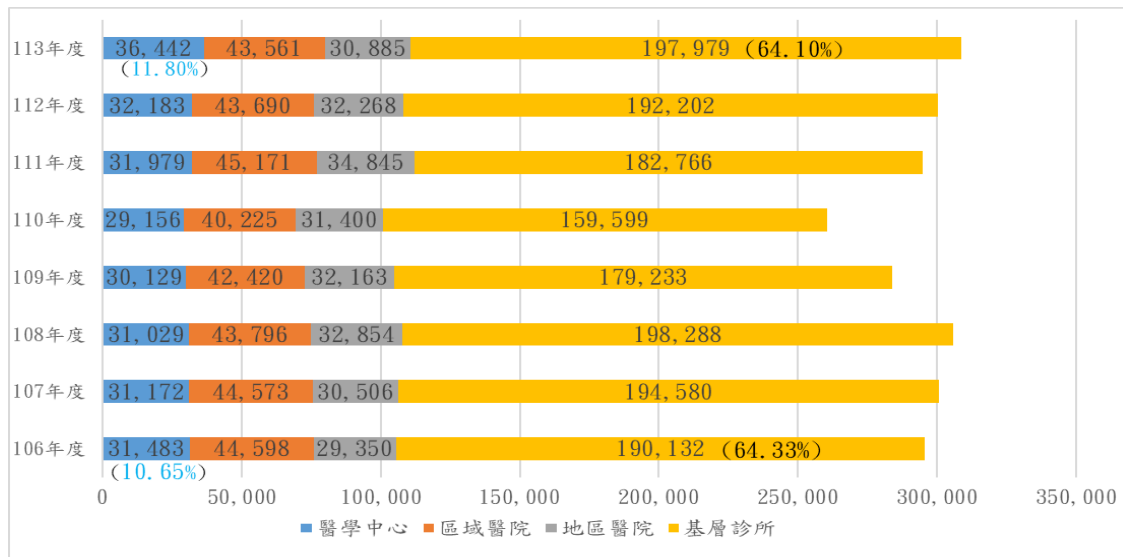
#### (四)113 年度基層診所就醫次數占比低於 106 年度，惟同期間醫學中心占比卻提高，與分級醫療冀提高基層診所就醫之目標未合

觀察 106 至 113 年度國人於各層級醫療院所總就醫次數(詳圖 3-1-1)，106 年度國人在醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所之就醫總次數合計 2 億 9,556 萬 3 千件，以基層診所 1 億 9,013 萬 2 千件(占比 64.33%)最高，醫學中心 3,148 萬 3 千件(占比 10.65%)最低；113 年度總就醫件數增至 3 億 886 萬 7 千件，基層診所 1 億 9,797 萬 9 千件(占比 64.1%)仍居冠，醫學中心 3,644 萬 2 千件(占比 11.8%)最低，惟相較 106 年度，113

年基層診所占比下降、醫學中心提高，恐與分級醫療有悖。

圖 3-1-1 106 至 113 年度各層級醫療院所總就醫次數表

單位：千件



說明：1. 資料範圍係總額內、外案件；資料源自多模型健保資料平台之門診明細檔。  
 2. 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。

資料來源：整理自健保署公布資料，本研究自行繪圖。