

# 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目錄

	頁次
壹、前言	1
貳、近年我國實施分級醫療、醫護留任與減緩急診壅塞措施概況	1
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	1
二、近年衛福部推動醫師及護理人員留任之相關計畫	4
三、110至114年度解決急診壅塞之相關計畫、預算編列與執行情形	6
四、111至114年度健保對急、重症給付標準之檢討調整情形	8
參、問題探討	10
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	10
二、實施夜班護理人員獎勵，惟年資3個月以上護理離職率逾9成，護理執業率未增，另有健保給付住院金額低於旅宿業房價，及衛福部網站揭露之月薪高於月實領數，易生誤解等情事，均待研謀改善	13
三、113年度一至三級急診病人轉入病房小於8小時比率低於112年度，急診病人留置急診室逾24小時時間長於112年度，醫學中心急診壅塞仍待解決	17
四、雖調高急重症健保支付標準，惟醫學中心與區域醫院之初級門診照護率上升，另有部分給付未盡合理，及113年度外科、急診醫學科醫師減少等情事，均待檢討改善	21
肆、結論	26

# 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

## 壹、前言

我國自 84 年 3 月開辦全民健康保險(下稱健保)以來，提供民眾醫療照護，降低民眾就醫之財務障礙，健保總額預算更從 102 年度 5,531 億元增至 114 年度 9,286 億元。國人對健保滿意度雖達 9 成，惟健保長期保險收支短絀，且嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情後，我國面臨護理人員短缺，分級醫療實施多年成效似未彰顯，急重症醫師爆發離職潮、醫院急診壅塞亦較往年嚴峻。本報告擬對中央政府在分級醫療、留任醫護人員、解決急診壅塞及提升急重症健保給付之相關策進作為與成效進行探討，俾維醫療永續。

## 貳、近年我國實施分級醫療、醫護留任與減緩急診壅塞措施概況

為利醫療體系分工合作，政府實施分級醫療，而醫護人員、急診為重要資源，以下說明近年中央政府在該等面向預算編列及執行情形：

### 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。

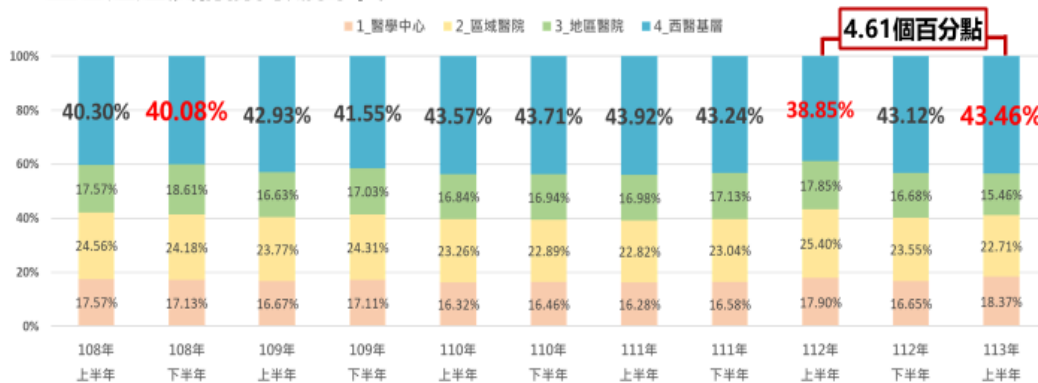
資料來源：健保署提供。

## (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。



1. 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)
2. 統計範圍：門診醫院、西醫基層處級部門(不含門診透析)案件。
3. 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
4. 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<sup>1</sup>，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，於院所接受子宮頸抹片人數比率	目標值	≥25.78%	≥25.76%	≥25.71%	≥較需照護族群 63 百分位
		實際值	<b>24.19%</b>	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%	<b>18.54%</b>	<b>18.96%</b>	-
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	<b>30.76%</b>	<b>34.56%</b>	<b>25.88%</b>	-
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	<b>962.75</b>	<b>979.76</b>	<b>1,107.40</b>	-

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。

## 二、近年衛福部推動醫師及護理人員留任之相關計畫

近期護理師與急重症醫師皆出現離職潮<sup>2</sup>，為留任醫師及護理人員，衛福部辦理相關計畫，說明如下：

### (一)留任醫師相關計畫

衛福部 109 年度起辦理「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」(第 1 期)，補助服務期滿之公費醫師至高度偏遠地區、偏遠地區之醫院服務，於服務期滿一年，依偏遠程度每年補助各機關 120

<sup>1</sup> 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」。

<sup>2</sup> 林志怡，急重症醫師出現離職潮 吳明賢：應以病人為中心改革制度，自由時報，114 年 6 月 17 日，<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/1711902>(最後瀏覽日：114 年 7 月 7 日)。

至 180 萬元<sup>3</sup>。113 年度起辦理「偏鄉醫師留任獎勵計畫」(第 2 期)，對象擴至非公費醫師，每年補助 50 名醫師，113 年度實際補助 51 人，114 年核定 49 人。上述留任醫師相關計畫 110 至 112 年度預算數皆為 6,919 萬元，113 年度增為 8,374 萬元，114 年度再增為 9,130 萬元(詳表 2-2-1)，皆由衛福部公務預算支應。

表 2-2-1 衛福部暨所屬辦理留任醫師之相關計畫經費表

單位：新臺幣百萬元

計畫名稱	年度	110	111	112	113	114
優化偏鄉醫療精進計畫-偏鄉(公費)醫師留任獎勵計畫(醫事司)	預算數	69.19	69.19	69.19	-	-
	決算數	33.74 (說明 1)	68.17	49.33 (說明 1)	-	-
優化偏鄉醫療精進計畫第二期-偏鄉(公費)醫師留任獎勵計畫(醫事司)	預算數	-	-	-	83.74	83.80
	決算數	-	-	-	73.21	-
優化偏鄉醫療精進計畫第二期-偏鄉牙醫師留任獎勵計畫(口腔健康司)	預算數	-	-	-	-	7.50 (說明 2)
	決算數	-	-	-	-	-
小計	預算數	69.19	69.19	69.19	83.74	91.30
	決算數	33.74	68.17	49.33	73.21	

- 說明：1. 110 及 112 年度執行率未滿 80%，係因需時核算醫師服務期滿日或任職日，並依契約規定於醫師服務滿 1 年後始得撥付補助款項。
2. 依 113 年 4 月 9 日核定「優化偏鄉醫療精進計畫第二期」之充實在地牙醫醫療量能，114 年度編列偏鄉牙醫師留任獎勵約 750 萬元，惟該計畫正按行政院 113 年 12 月指示修正執行內容、經費編列項目及數額。
3. 表列計畫經費皆由衛福部公務預算支應。

資料來源：衛福部提供。

## (二)留任護理人員相關措施

衛福部 113 年度以健保基金 40 億元辦理「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，嗣行政院 113 年 7 月核定「護理人力政策整備中長程計畫(114-117 年)」總經費 275.4 億元，透過人才培育等 12 項策略，促進領照護理師執業(詳表 2-2-2)，概

<sup>3</sup> 70%應撥付該名留任醫師，5%為醫院管理費，餘 25%則用於相關科別醫師費用，衛生所則全額發給該醫師，至多補助 2 年。

述如下：

1. 正向職場：衛福部113年3月1日正式實施三班護病比標準，以獎勵先行等原則推動，並搭配夜班護理人員獎勵及三班護病比達標醫院獎勵。夜班護理人員獎勵 113 年度撥付 39.89 億元，114 年度編列 47 億元，不分醫院層級及病床類別皆有獎勵。另透過護理新手臨床導師、友善護理職場典範認證、擴大住院整合照護等，期留任護理人力。
2. 薪資改善：衛福部於「護助 e 起來」網站定期更新醫院薪資福利，112 年函請四大公醫體系提升公職護理人員比率。

表 2-2-2 113 及 114 年度衛福部暨所屬辦理留任護理人員相關計畫經費表

單位：新臺幣百萬元

計畫名稱		經費來源		113 年	114 年
護理人力政策 整備中長程計 畫(114-117 年)	三班輪值夜班護理 人員直接獎勵	衛福部公 務預算	預算數	-	4,700
			決算數	-	-
	三班護病比達標醫 院獎勵	衛福部公 務預算	預算數	-	1,600
			決算數	-	-
	護理友善職場典範 認證	衛福部公 務預算	預算數	-	25
			決算數	-	-
	護理新手臨床導師 制度	衛福部公 務預算	預算數	-	360
			決算數	-	-
113 年度「全民健康保險強化住院護 理照護量能方案」		健保基金	預算數	4,000	-
			決算數	詳說明	-
合計				4,000	6,685

說明：該方案尚未辦理結算，爰無實際數。  
資料來源：衛福部提供。

### 三、110 至 114 年度解決急診壅塞之相關計畫、預算編列與執行情形

#### (一)辦理「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」及「全民健康保險急診品質提升方案」

為緩解急診壅塞，衛福部 110 至 114 年度辦理「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」，該計畫係建立院際間急重症轉診機制及特定重症轉診快速通道，以確保緊急傷病患轉診安全；該部亦辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，該方案內容包

括重症照護品質獎勵、轉診品質獎勵、急診處置效率獎勵及補助急診專科醫事人力等事項。該 2 項計畫 110 年度預算數共計 2 億 7,300 萬，決算數共計 2 億 551 萬元，經費逐年遞增，113 年度預算數增至 3 億 2,800 萬，決算數共 3 億 2,861 萬元(詳表 2-3-1)。

**表 2-3-1 衛福部暨所屬辦理解決急診壅塞相關計畫預、決算概況表** 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	
提升急重症及加護病房轉診品質計畫	醫療發展基金	預算數	27.00	28.00	28.00	28.00	28.00
		決算數	27.11	27.22	27.97	28.61	-
全民健康保險急診品質提升方案	健保基金	預算數	246.00	300.00	300.00	300.00	300.00
		決算數	178.40	300.00	300.00	300.00	-
小計		預算數	273.00	328.00	328.00	328.00	328.00
		決算數	205.51	327.22	327.97	328.61	-

說明：1. 112 年度以前為審定決算數，113 年度為自編決算數。  
2. 113 年度以前為法定預算數、114 年度為預算案數。  
3. 「全民健康保險急診品質提升方案」110 年度因 COVID-19 疫情，故預算執行率為 72%。

資料來源：衛福部提供。

## (二)「全民健康保險急診品質提升方案」之績效指標，114 年度第 1 季表現劣於 111 年度

「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」績效指標計有 3 項，其中急性腦中風與急性冠心症之轉診快速通道使用率，113 年度實際值各為 97%、95%，高於 112 年度之 84%與 84%(詳表 2-3-2)，另緊急外傷之轉診快速通道使用率 113 年度實際值 82% 亦高於目標值。至於「全民健康保險急診品質提升方案」則以「一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率」等按每人每次給予健保點數獎勵，未設定目標值，惟該比率自 111 年度之 61.9%，降至 114 年第 1 季之 56.29%，有劣化情況。

**表 2-3-2 提升急重症及加護病房轉診品質計畫指標表** 單位：%

績效指標	衡量基準	年度	111 年	112 年	113 年	114 年
建立特定重症轉診	急性腦中風之轉診快速通道使用率	目標值	60	1 小時達成率	70	70
		實際值	70	84	97	-

績效指標	衡量基準	年度	111年	112年	113年	114年
快速通道完成比率	急性冠心症之轉診快速通道使用率	目標值	60	1小時達成率	70	70
		實際值	81	84	95	-
	緊急外傷之轉診快速通道使用率	目標值	建立模式	建立模式	70	70
		實際值	已建立	已建立	82	-

資料來源：健保署提供。

#### 四、111至114年度健保對急、重症給付標準之檢討調整情形

健保署自111至114年度調高急重症相關支付標準如下：

- (一)111年度約增20億點：一般服務「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」預算用於提升重症照護費用，保障區域級以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及調升首日住院護理費，合共約20億點。
- (二)112年度約15億元：112年度醫院總額專款「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」10億元及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」5億元，支付急重症基本診療項目之支付點數差額或額外加成，包含加護病床住院診察費、新生兒中重度住院診察費及急診診察費等。
- (三)113年度約18.38億元：除延續112年度15億元，並於醫院總額一般服務「提升醫院兒童急重症照護量能」調整3.38億元，挹注新生兒中重度住院診察費、兒童加護病房住院診察費等。
- (四)114年度約增28.3億點：「114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」42.4億點，因自114年5月1日起生效，推估114年財務影響為28.3億點，概述如下：
  1. 急診相關基本診療項目(11.0億點)：急診診察費拆分為診察費及護理費並調升支付點數10%等。
  2. 急救責任醫院加護病房基本診療項目(6.1億點)：重度級急

救責任醫院，加護病床住院診察費、病房費及護理費以醫學中心點數支付等。

3. 調升離島急救責任醫院急診案件醫療服務支付（0.3 億點）。
4. 調升急性一般（含精神）病床住院護理費支付點數 12.3%至 15.9%（25.0 億點）。
5. 前述標準調整將扣合特定指標（醫護調薪或增聘人力、加護病床收治、急診留滯等），達標始外加個別醫院預算額度。

至於報章媒體<sup>4</sup>報導我國健保對心肺甦醒術與氣管內管插管給付偏低乙節，健保署說明近年調整概況如下：

**(一)心臟按摩：**診療代碼 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」之支付點數，醫院、西醫基層各從 110 年 7 月、111 年 12 月調整至現行 1,800 點。此外，108 年 2 月「急診品質提升方案」新增到院前心跳停止(OHCA)照護獎勵，於收治急診之醫院治療後意識清醒者或存活出院者給予獎勵；另針對轉院治療後清醒出院者或存活出院者，轉出及轉入院所皆可獲得獎勵。

**(二)氣管內管插管：**代碼 47031C「氣管內管插管」，醫學中心、區域醫院或地區醫院、西醫基層診所目前均支付 835 點。111 年 6 月新增 47105C「影像導引氣管內管插管術—疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病」(2,321 點)及 47106C「影像導引氣管內管插管術—困難氣道或緊急狀況」(1,484 點)，該 3 項擇一申報。

---

<sup>4</sup> 李伯璋，調整住院支付標準 改善血汗醫療，聯合報，114 年 1 月 11 日，<https://udn.com/news/story/7339/8482889>(最後瀏覽日：114 年 7 月 7 日)

### 參、問題探討

#### 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

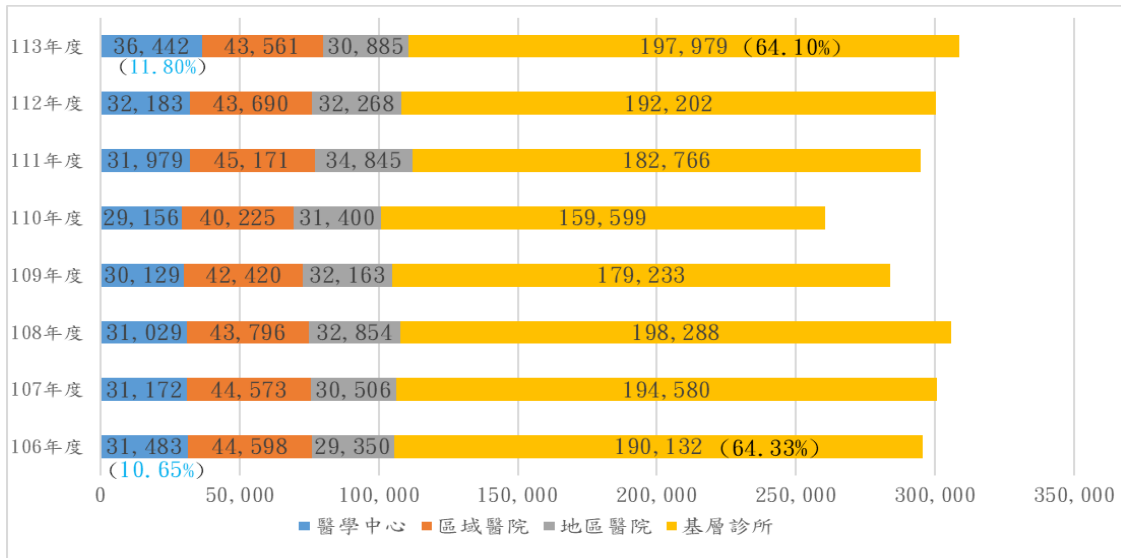
說明：109 及 110 年度受 COVID-19 疫情影響，與常規醫療型態不同，爰不計列。  
資料來源：健保署網站，<https://www.nhi.gov.tw> (最後瀏覽日：114 年 7 月 8 日)。

#### (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。

## 二、實施夜班護理人員獎勵，惟年資 3 個月以上護理離職率逾 9 成，護理執業率未增，另有健保給付住院金額低於旅宿業房價，及衛福部網站揭露之月薪高於月實領數，易生誤解等情事，均待研謀改善

COVID-19 疫情後，我國與多數國家皆面臨護理人員短缺問題，尤其醫院護理人員 80%以上需輪值三班，人力短缺更為嚴重，衛福部爰提出多項留任護理人員措施。經查：

(一)113 及 114 年度分別以 40 億元及 68.85 億元辦理留任護理人員措施，獲核發獎勵金之醫院需提供發放情形供健保署備查

衛福部 113 年度以健保基金 40 億元辦理「全民健康保險強

化住院護理照護量能方案」<sup>5</sup>，提供急性一般病床護理人員夜班獎勵 27 億元及其他護理獎勵 13 億元；114 至 117 年度則由衛福部編列公務預算辦理「護理人力政策整備中長程計畫(114-117 年)」，總經費 275.4 億元，114 年度預算數 68.85 億元。

據衛福部說明，「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」已明訂「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之款項應用於撥付急性一般病床護理人員夜班獎勵，而「其他護理獎勵」之款項應用於撥付其他固定輪值三班單位，不得用於其他用途。健保署並規範醫院應於 114 年 5 月底前提報本方案 113 年度獎勵金發放情形，函送健保署分區業務組備查，如未將本方案款項落實於前述用途，將予以追扣。

## (二)114 年 4 月醫院護理人員人數雖高於 113 年同期，惟 114 年 5 月我國護理人員執業率反低於實施三班護病比措施前

衛福部說明 113 及 114 年度護理人員留任措施成果如次：

1. 三班護病比達標率提高：113 年每月達標率醫學中心及區域醫院介於 30%至 40%間、地區醫院 80%至 86%間，114 年 1 月達標率提升至醫學中心 59%、區域醫院 49%、地區醫院 94%。
2. 114 年 4 月底護理人員總執業人數 19 萬 3,018 人，較 113 年 4 月增加 3,615 人，其中 114 年 4 月醫院護理人員 12 萬 1,121 人，較 113 年 4 月增加 1,452 人。

然觀察我國執業護理人數於 113 年 3 月實施三班護病比前後之變化，依衛福部網站資料，實施前 113 年 2 月護理人員執業人數為 18 萬 9,972 人(詳表 3-2-1)、114 年 5 月提高至 19 萬 3,154 人；惟若細究護理人員執業率(扣除 65 歲以上)，實施三班護病比措施前，113 年 2 月為 62.72%，實施後 114 年 5 月則

---

<sup>5</sup> 該方案尚未辦理結算，113 年度已撥付 39.89 億元，實際數仍待確認。

為 62.36%，反低於實施前。

表 3-2-1 近年我國領證護理人員人數、執業人數及執業率

單位：人數；%

護理人員	112 年 12 月	113 年 2 月	113 年 12 月	114 年 5 月
領證人數(扣除 65 歲以上未執業之護理人員)(A)	301,380	302,871	309,391	309,717
執業人數(B)	190,024	189,972	193,876	193,154
執業率(扣除 65 歲以上未執業之護理人員)(B/A)	63.05	62.72	62.66	62.36

資料來源：衛福部網站資料(<https://www.mohw.gov.tw/>(最後瀏覽日 114 年 7 月 7 日))。

### (三)113 年度急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」 達 97%，夜班獎勵留才效果似未顯著

茲因 113 年度「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」將護理人員離職率列為評估指標之一，包括急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期等。據健保署說明該等指標尚無 112 年同期資料，爰改提供 113 年度急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」為 97%，急性一般病床之「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」為 121%<sup>6</sup>。

考量 113 年度健保基金發放護理人員夜班獎勵費近 40 億元，惟 113 年度新進護理人員離職率仍高達 9 成，顯示夜班獎勵金留才效果似未顯著。

### (四)114 年 5 月醫學中心急性一般病床之護理費與病房費合計數 低於 113 年度一般旅宿業平均房價，恐低估護理專業價值

護理工作具備高度醫療專業，三班輪值則為醫院護理人員離職主因之一，在不考慮其他醫療給付情況下，比較健保給付

<sup>6</sup> 為比較 113 年度我國護理人員之空缺率、離職率與 112 年度之變化，經洽請衛福部提供資料，獲復近期已完成 113 年度調查，惟尚待分析資料而未提供。

住院金額(護理費與病房費)與一般旅館業平均房價之差異，即可略知健保給付之合理性。

依衛福部 114 年 4 月 30 日修正發布之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目(114 年 5 月 1 日生效)，護理費按病床類型與醫院層級而不同，以急性一般病床為例，第一天護理費(每床)健保支付點數，醫學中心為 1,154 點、病房費則為 598 點，二者合計 1,752 點，假設點值 1 點 1 元，則第 1 天合共 1,752 元，遠低於 113 年度旅館業平均房價 2,960 元(詳表 3-2-2)；另急性一般病床之病房費健保給付 598 元僅為旅宿業平均房價 2,960 元之 20%，爰醫院缺乏加開病床誘因。

**表 3-2-2 健保給付急性一般病床之護理費及病房費與一般旅館業平均房價表** 單位：健保點數；新臺幣元

健保基金給付急性一般病床之護理費及病房費(支付點數)				113 年旅館業平均房價(含觀光旅館與旅館)
護理費(床/天)		病房費(詳說明 2)	小計	
第 1 天	醫學中心	1,154	598	1,752
	區域醫院	1,032		1,630
	地區醫院	977		1,575
第 2 天起	醫學中心	888		1,486
	區域醫院	794		1,392
	地區醫院	752		1,350
				2,960

說明：1. 本表不計列診察費。護理費之健保支付點數按病床種類而不同，本表以急性一般病床為例。

2. 急性一般病床(床/天)病房費之健保支付點數按診療項目代碼而異，支付點數包括 598 點、532 點等，表列以 598 點為例。

資料來源：114 年 4 月 30 日修正發布之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、交通部觀光署 114 年 3 月 3 日「113 年度旅宿業營運狀況分析」新聞稿。

**(五)衛福部網站揭露之護理人員月薪係含年終獎金、久任獎金、夜班津貼後之平均金額，故高於實領月薪，易生誤解**

為提高護理薪資，衛福部說明透過其「護助 e 起來」網站定期更新醫院薪資福利，供護理人員參考；且 112 年函請四大公醫體系提升公職護理人員比率，帶動公私醫院護理薪資改善。

衛福部雖建置網站供醫院登錄護理人員薪資，惟該網站所

揭露全職護理人員平均月薪係以全年薪資除以 12 個月，由於平均月薪包含經常性薪資及非經常性薪資，其中年終獎金、紅利或績效獎金、簽約獎金、留任獎金、久任獎金等屬非經常性薪資，但為年薪重要項目，爰平均月薪遠高於每月實際領取之經常薪資，恐有誤導疑慮。例如：網站所示年資不足一年之非主管全職護理人員平均月薪(含經常性薪資與非經常性薪資)，其中臺大醫院公職護理師 6 萬 5,660 元、臺北市立聯合醫院和平婦幼院區 6 萬 4,227 元等，遠高於實領月薪。衛福部期藉由公布護理人員薪資，以實際提升護理人員待遇，恐過度樂觀並易生誤解。

### **三、113 年度一至三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 112 年度，急診病人留置急診室逾 24 小時時間長於 112 年度，醫學中心急診壅塞仍待解決**

醫院急診為處置緊急傷病患的第一線，乃重要醫療資源。據健保署資料，114 年第 1 季醫院(包含醫學中心、區域醫院及地區醫院)急診件數達 205 萬 9,154 件，相較於 112 及 113 年度醫院急診件數最高 747 萬 7,235 件而言，急診量大幅增加。經查：

#### **(一)為解決醫院急診壅塞辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，惟 113 年度一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 111 及 112 年度**

為解決醫院急診壅塞，衛福部 110 至 114 年度辦理「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」及「全民健康保險急診品質提升方案」2 項計畫，該 2 計畫 110 年度決算數合計 2 億 551 萬元，嗣後經費逐年遞增，113 年度決算數合共 3 億 2,861 萬元(詳表 2-3-1)。

前述「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」績效指標計

有「急性腦中風之轉診快速通道使用率」、「急性冠心症之轉診快速通道使用率」與「緊急外傷之轉診快速通道使用率」，該 3 項指標 113 年度實際值各為 97%、95%及 82%，尚優於目標值之 70%、70%及 70%（詳表 2-3-2）。

至於「全民健康保險急診品質提升方案」則以「一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率」為衡量指標，按每人給予健保點數獎勵，未設定目標值，惟該比率自 111 年度 61.9%降至 113 年度 59.5%，114 年度第 1 季更僅 56.29%(詳表 3-3-1)，顯示急診病人須等待更長時間方能轉入病房。

**表 3-3-1 全民健康保險急診品質提升方案指標表** 單位：%

績效指標(實際值)	111 年度	112 年度	113 年度	114 年 1-3 月
一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率	61.90	60.60	59.50	56.29

資料來源：中央健康保險署醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1342(資料擷取日期：114 年 5 月 7 日)。本項指標未訂定目標值。

## (二)112 年 7 月調高醫學中心及區域醫院急診部分負擔，惟 113 年度醫學中心急診件數不減反增

健保署於 112 年 7 月 1 日將醫學中心、區域醫院急診部分負擔各調升至 750 元及 400 元<sup>7</sup>，然據衛福部資料，112 年度各層級醫院急診合計 747 萬 7,235 件(詳表 3-3-2)，其中醫學中心 181 萬 8,785 件(占醫院總急診件數 24.32%)、區域醫院 364 萬 4,995 件(占醫院總急診件數 48.75%)；至於 113 年度各層級醫院急診總件數降為 728 萬 1,960 件，惟醫學中心反增至 191 萬 3,390 件(占醫院總急診件數 26.28%)、區域醫院降為 347 萬 2,336 件(占醫院總急診件數 47.68%)。以上顯示調高醫學中心急診部分負擔，並未達到病患轉往區域醫院或地區醫院急診就醫之效果。

<sup>7</sup> 醫學中心由 450 元調升至 750 元，增加 300 元；區域醫院由 300 元調升至 400 元，提高 100 元。

**(三)113 年度急診病人留置急診室超過 24 小時比率高於 112 年度**

關於近 2 年醫院急診壅塞情形，觀察醫院急診室留置超過 24 小時之件數與比率，112 年度留置醫院急診室超過 24 小時共計 24 萬 8,378 件、占醫院急診總件數之 3.32%，113 年度增至 26 萬 7,960 件、占比提高為 3.68%，113 年度急診病患留滯醫院急診室時間反較 112 年度增加(詳表 3-3-2)。

**表 3-3-2 近 3 年各層級醫院急診病人留置急診室超過 24 小時之件數及比率一覽表** 單位：件；%

項目	年度	留置急診室超過 24 小時之件數(A)	急診總件數(B)	比率(A/B)
醫學中心	112	130,624	1,818,785	7.18
	113	147,905	1,913,390	7.73
	114 第 1 季	41,448	530,394	7.81
區域醫院	112	98,189	3,644,995	2.69
	113	107,040	3,472,336	3.08
	114 第 1 季	30,881	981,625	3.15
地區醫院	112	19,565	2,013,455	0.97
	113	13,015	1,896,234	0.69
	114 第 1 季	4,900	547,135	0.90
小計	112	248,378	7,477,235	3.32
	113	267,960	7,281,960	3.68
	114 第 1 季	77,229	2,059,154	3.75

說明：留置急診室超過 24 小時之件數係指急診留置時間(急診治療迄日減急診治療起日)>24 小時之件數總計，至於急診總件數(B)係指急診之案件數(含職災急診)。

資料來源：中央健康保險署醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1336(資料擷取日期：114 年 5 月 7 日)。

**(四)檢傷一級急診病人轉入病房小於 8 小時 113 年度比率為 61.25%，尚低於 112 年度之 62.58%**

依衛福部公告「急診五級檢傷分類基準」，急診檢傷分為五級，第一級最嚴重，需復甦急救、第五級最輕微，屬於非緊急。

112 年度各級醫院檢傷一級急診病人於 8 小時內轉入病房

件數計 7 萬 948 件，占檢傷一級急診病人轉入病房 11 萬 3,370 件之 62.58%；至 113 年度各級醫院檢傷一級急診病人於 8 小時內轉入病房件數計 7 萬 201 件，占檢傷一級急診病人轉入病房 11 萬 4,614 件之 61.25%(詳表 3-3-3)；其中醫學中心與區域醫院 113 年度急診檢傷一級病患於 8 小時內轉住院比率各為 45.77%與 66.21%，均低於 112 年度之 46.04%與 67.47%，顯示該二層級可提供急診患者轉住院治療之量能不及 112 年度。

**表 3-3-3 近 3 年各層級醫院檢傷一級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率一覽表** 單位：件；%

項目	年度	檢傷一級急診病人轉入病房小於 8 小時之件數(A)	檢傷一級急診病人轉入病房件數(B)	比率(A/B)
醫學中心	112 年	17,381	37,754	46.04
	113 年	19,342	42,261	45.77
	114 年第 1 季	3,985	10,131	39.33
區域醫院	112 年	37,757	55,962	67.47
	113 年	35,398	53,460	66.21
	114 年第 1 季	7,921	13,086	60.53
地區醫院	112 年	15,810	19,654	80.44
	113 年	15,461	18,893	81.83
	114 年第 1 季	3,422	4,706	72.72
小計	112 年	70,948	113,370	62.58
	113 年	70,201	114,614	61.25
	114 年第 1 季	15,328	27,923	54.89

說明：檢傷一級急診病人轉入病房小於 8 小時之件數係指(急診治療迄日-急診治療起日)<8 小時之件數總計。至於檢傷一級急診病人轉入病房件數係指當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日且急診後有轉住院(限同院)之案件數總計，以急診診察費醫令或住院診察費醫令(急診後轉住院未申報急診診察費者)判斷其檢傷分類，判斷後只留檢傷分類一級的案件為分母。

資料來源：中央健康保險署醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1342(資料擷取日期：114 年 5 月 7 日)，健保署提供。

#### (五)宜參酌考量專業團體對於解決急診壅塞問題提出之建議

從 113 年度一、二、三級急診病人轉入病房小於 8 小時比

率低於112年度、急診病人留置急診室超過24小時比率高於112年度等，顯示113年度急診處置效率未及112年度。

針對急診壅塞現象，台灣急診醫學會於114年2月提出「急診壅塞改善建議」<sup>8</sup>，說明114年急診壅塞達前所未有嚴重，若持續將引發急診醫護大規模離職。該學會說明急診壅塞本質為急診住院待床壅塞，原因係可利用住院床位不足，急診住院配床比例失衡，並建議短期應變措施包括提高急診住院配床比例、增加壅塞所需急診醫護人力及強化加護病房資源調控；至長期改革則建議建立急診緊急應變機制、調整健保支付、推動急診住院替代選項及設立監測機制。

另台灣神經學學會及台灣腦中風學會於114年6月發布聯合聲明<sup>9</sup>指出腦中風急性診療大量消耗神經科醫師資源，呼籲保障神經科醫師權益，檢討制度與給付。

針對上述醫療團體之建言，衛福部允宜審慎回應，通盤考量，以解決急診壅塞與避免醫療崩壞。

#### **四、雖調高急重症健保支付標準，惟醫學中心與區域醫院之初級門診照護率上升，另有部分給付未盡合理，及113年度外科、急診醫學科醫師減少等情事，均待檢討改善**

「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」係分級醫療推動策略之一，衛福部於111年度調高急重症健保支付標準點數20億點，112及113年度各增加15億元及18.38億元，114年度則提高約28.3億點。經查：

<sup>8</sup> 急診壅塞改善建議，台灣急診醫學會，參考台灣急診醫學會網站，<https://www.sem.org.tw>(最後瀏覽日114年7月14日)。

<sup>9</sup> 台灣神經學學會及台灣腦中風學會聯合聲明20250610，參考社團法人台灣腦中風學會網站，<https://www.stroke.org.tw>(最後瀏覽日114年7月14日)。

**(一)健保署漸次調高急重症相關支付標準，自 111 年度 20 億點調升至 114 年度 28.3 億點**

健保署 111 至 114 年度調高急重症支付標準如下：

1. **111 年度增 20 億點**：111 年度一般服務「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」預算用於提升重症照護費用，保障區域級以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，並調升首日住院護理費，合共約 20 億點。
2. **112 年度增 15 億元**：112 年度醫院總額專款「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」10 億元及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」5 億元<sup>10</sup>。
3. **113 年度增 18.38 億元**：除延續 112 年度 15 億元，另醫院總額一般服務「提升醫院兒童急重症照護量能」調高 3.38 億元<sup>11</sup>。
4. **114 年度增 28.3 億點**：114 年度其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」42.4 億點，因部分項目自 114 年 5 月 1 日起生效，推估 114 年度財務影響 28.3 億點<sup>12</sup>。

**(二)衛福部調高急重症支付標準，惟醫學中心與區域醫院之初級門診照護率卻逐年提高**

為確保健保基金財務穩定及資源有效配置，全民健康保險

<sup>10</sup> 合計 15 億元係以專款計畫方式支付急重症基本診療項目之支付點數差額或額外加成，包含加護病床住院診察費、新生兒中重度住院診察費及急診診察費等。

<sup>11</sup> 3.38 億元挹注新生兒中重度住院診察費、兒童加護病房住院診察費、病房費及護理費等(113 年 7 月 1 日生效)。

<sup>12</sup> 含急診相關基本診療項目 11.0 億點、急救責任醫院加護病房基本診療項目 6.1 億點、調升離島急救責任醫院急診案件醫療服務支付 0.3 億點、調升急性一般(含精神)病床住院護理費支付點數 25.0 億點，共增加約 42.4 億點，因自 114 年 5 月 1 日起生效，推估 114 年財務影響為 28.3 億點。

會建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，考量區域醫院以上層級應以急重症照護為主，爰將「區域醫院以上初級門診照護率」列入監測指標，以觀察資源有無過度投入初級照護。

依衛福部資料，醫學中心初級門診照護率由 110 年度 13.88%逐年遞增至 113 年度 15.56%(詳表 3-4-1)，同期間區域醫院由 18.81%增至 20.18%，至於地區醫院雖未被列為觀測指標，其比率由 110 年度 30.89%降為 113 年度 30.51%。由於醫學中心及區域醫院 110 至 113 年度投入輕症照護比率皆呈增加趨勢，顯示區域醫院以上層級恐過度投入初級照護。

表 3-4-1 110 至 113 年度各層級醫院初級門診照護率表 單位：%

年度	110	111	112	113
醫學中心	13.88	14.35	15.08	15.56
區域醫院	18.81	19.31	20.11	20.18
地區醫院	30.89	30.28	30.58	30.51

說明：1. 醫院初級門診照護率=【符合初級照護之門診案件數(不含門診透析)/門診總案件數(不含門診透析)】\*100%。

2. 「初級照護」：105 年度起以 ICD-10-CM/PCS 疾病編碼進行統計。資料範圍係醫院部門案件，不含門診透析。

資料來源：多模型健保資料平台-門診明細檔(擷取時間：114.2.24)。

### (三)心肺甦醒術等健保給付項目，雖多次調整項目及金額，惟相較於韓國、美國之給付水準，健保給付仍略偏低

依健保署說明，健保對心臟按摩係以代碼 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」支付，醫學中心、區域醫院與地區醫院均支付相同點數，給付標準經多次修訂，摘述如下：

1. 支付規範：由「自開始施行至病人恢復心跳、自發性呼吸、開始使用輔助維生方法或被宣告死亡等狀況發生為止，申報一次」調整為「1. 不足 10 分鐘者，以 10 分鐘申報。2. 每次以 60 分鐘為上限。3. 提升兒童加成項目」。
2. 支付點數：醫院自 110 年 7 月、西醫基層診所自 111 年 12 月，調高至現行 1,800 點。

3.108 年 2 月於「急診品質提升方案」新增到院前心跳停止 (OHCA) 照護獎勵，於收治急診之醫院治療後意識清醒者或存活出院者，分別給予 3 萬點及 1 萬點獎勵(擇一)；另轉院治療後清醒出院者或存活出院者，轉出及轉入院所皆可獲相同獎勵，清醒出院 1 萬 5,000 點，存活出院 5,000 點。

至於其他國家對 CPR 之給付規範，依健保署提供資料如下：

1. 韓國：依執行時間【15 分鐘以內、15 至 30 分鐘、30 至 45 分鐘、45 至 60 分鐘及超過 60 分鐘(每日)】訂給付代碼，並依醫院層級有不同加成，合計點數為 2,511.08 至 7,530.84 點，約新臺幣 4,690 元至 1 萬 4,065 元。
2. 美國：給付依地區不同，以紐約為例，於醫院執行時美金 203.06 元(約新臺幣 6,593 元，匯率 32.47)、在診所或門診執行時美金 369.95 元(因醫師需自付場地與器材成本)等。

#### (四)健保給付氣管內管插管之金額，恐低於通水管費用

有關診療項目 47031C「氣管內管插管」，無論醫學中心、區域醫院或地區醫院均支付相同點數(目前 835 點)，西醫基層診所亦同。另 111 年 6 月新增 47105C「影像導引氣管內管插管術—疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病」(2,321 點)及 47106C「影像導引氣管內管插管術—困難氣道或緊急狀況」(1,484 點)，該 3 項係擇一申報。

依前揭資料，氣管內管插管之 3 項健保給付介於 835 至 2,321 點間，以 1 點 1 元計約 835 至 2,321 元。惟參考網站水管修繕估價，通水管費用約 1,500 至 3,000 元<sup>13</sup>，爰屢有健保給付氣管內管插管金額低於通水管費用之說法。

#### (五)113 年度外科、急診醫學科醫師少於 112 年度，114 學年度部

<sup>13</sup>Pro360 達人網，<https://www.pro360.com.tw>(最後瀏覽日：114 年 7 月 7 日)。

### 分牙醫系分數超過醫學系，允宜正視醫師選科及學子選系問題

針對前述心肺甦醒術、氣管內管插管等健保給付狀況，據健保署說明，依 114 年度全民健康保險給付費用總額協商架構及原則規定，需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理為原則，部分服務需採點值保障者，由該署會同各部門總額相關團體議定後送衛福部全民健康保險會同意後執行。而該署提供之 114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目，並未單獨列示該二項目。

詢據健保署說明，影響醫師選擇其專科別之因素眾多，且為回應各界所提健保給付修訂建議，該署 114 年度已從健保總額移出保留額度，用於推動政策執行，以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整等，推估 114 年度財務影響 28.3 億點。

然檢視中華民國醫師公會全國聯合會公布之各科別執業醫師資料，113 年度執業醫師 5 萬 5,338 人，較 112 年度 5 萬 4,340 人增加(詳表 3-4-2)，惟 113 年度外科醫師 4,221 人、急診醫學科 2,172 人皆低於 112 年度，與 113 年度醫師人數呈成長之眼科、皮膚科及整形外科，對比強烈。此外，衛福部雖辦理留任醫師計畫，惟計畫範疇係針對偏鄉醫師，與一般科別醫師無涉。

再者，114 學年度大學申請入學，已有部分牙醫系分數超過醫學系，允宜正視醫師選科、學子選系考量之因素(如健保給付金額、醫療糾紛、工時等)，以及對未來醫療生態之影響。

表 3-4-2 112 及 113 年度各科別執業醫師統計表 單位：人數

科別	外科	眼科	皮膚科	整形外科	急診醫學科	執業醫師人數合計
112 年度	4,236	2,012	1,444	614	2,177	54,340
113 年度	4,221	2,026	1,476	639	2,172	55,338

說明：表列醫師人數係醫學中心、區域醫院、地區醫院、精神科醫院、

及基層診所之合計。

資料來源：整理自中華民國醫師公會全國聯合會網站資料。

## 肆、結論

我國自 84 年 3 月開辦全民健康保險迄今，大幅降低民眾就醫財務障礙，114 年度健保總額預算已達 9,286 億元，惟醫療體系仍面臨護理人員短缺、急診壅塞等問題。而我國實施分級醫療多年，113 年度醫學中心家數不減反增，且其門診及住院健保點數增幅最高，而基層診所就醫件數占比卻下降，恐與分級醫療目標未合；在留任護理人員部分，113 年度起雖實施夜班護理人員獎勵，惟年資 3 個月以上護理離職率逾 9 成，114 年 5 月護理執業率未增，顯示夜班獎勵之留才效果恐未顯著，而網站揭露護理人員之平均月薪高於月實領數，恐易生誤解。此外，為緩解急診壅塞，衛福部辦理相關計畫，惟 113 年度一至三級急診病人轉入病房小於 8 小時比率低於 112 年度，急診病人留置急診室逾 24 小時時間長於 112 年度，急診處理速度下降，壅塞依舊；另近年雖調高急重症健保支付標準，惟醫學中心與區域醫院之初級門診照護率上升，且部分健保給付項目未盡合理，113 年度外科、急診醫學科醫師人數減少等，均待研謀善策因應，俾維護健保與醫療體系永續。

(分機：1925 賴欣憶)

## 參考文獻

- 一、民國114年5月戶口統計資料分析，內政部戶政司，114年6月10日。
- 二、交通部觀光署114年3月3日「113年度旅宿業營運狀況分析」新聞稿。
- 三、衛生福利部網站及健保署網站統計資料。