## 一〇五、分級醫療實施逾 8 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

衛生福利部(下稱衛福部)自 106 年度起推動分級醫療，106 年度健保總額 6,545 億元，114 年度已達 9,286 億元，成長快速。據衛福部中央健康保險署(下稱健保署)說明，115 年度健保總額尚未獲行政院核定，惟按 114 年 7 月國家發展委員會審議 115 年度全民健康保險醫療給付費用成長率下限 2.942%、上限 5.5%之範圍，推估總額介於 9,643.7 億元至 9,883.35 億元間。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，113 年度決算數合計 58.48 億元(詳表 1)。至上開 5 項計畫，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。

**表 1 110 至 114 年度衛福部暨所屬辦理促進分級醫療計畫經費一覽表**

單位：新臺幣百萬元

| 計畫名稱 | 經費來源 | | 110 年度 | 111 年度 | 112 年度 | 113 年度 | 114 年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 214.90 | - |
| | 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 | 160.80 | - |
| 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 2) | 5.65 (說明 2) | - |
| 強化基層照護能力及「開放 | 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 | 1,155.90 | - |

| 計畫名稱 | 經費來源 | | 110 年度 | 111 年度 | 112 年度 | 113 年度 | 114 年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 表別」項目 | | | | | | | |
| 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 | 4,248.00 | - |
| 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<br>(說明3) | 64.90<br>(說明3) | 63.50<br>(說明3) | 63.30<br>(說明3) | - |
| 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 | 5,848.55 | - |

說　　明：1.113 年度以前預算數為法定預算數，114 年度為預算案數，113 年度以前決算數為審定決算數。

2.112 及 113 年度預算執行率未達 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。

3.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。

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)，其餘 2 項計畫尚符合目標。

**表 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 | **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：健保署提供。

**(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。惟按內政部公布114年7月底我國人口2,333萬餘人，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、3,912.54億點(詳表3)。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、2,682.61億點。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　近年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 | 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 | 162,799 | 47,637 | 148,041 | 33,261 | 80,414 | 119,787 | 391,254 |
| | 113較108增幅 | 19.83 | 26.88 | 7.41 | 15.20 | 4.43 | 17.41 | 10.25 | 20.27 |
| 住院 | 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 | 123,775 | 1,494 | 102,788 | 689 | 41,698 | 3,491 | 268,261 |
| | 113較108增幅 | 9.73 | 22.52 | -5.38 | 10.76 | -3.09 | 10.05 | 0.26 | 15.77 |

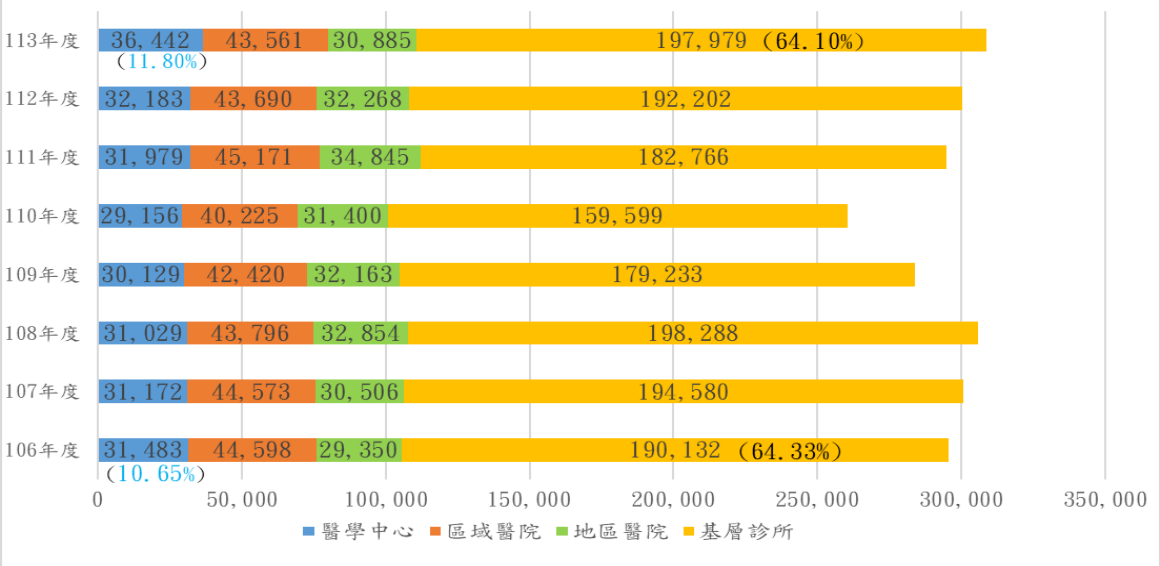
說　　明：109及110年度受COVID-19疫情影響，與常規醫療型態不同，爰不計列。
資料來源：健保署網站，https://www.nhi.gov.tw（最後瀏覽日：114年9月9日）。

**(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 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 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，本中心繪圖。

綜上，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，允宜檢討改善，以達各層級醫療分工合作之目標。

（分機：1925　賴欣憶）