



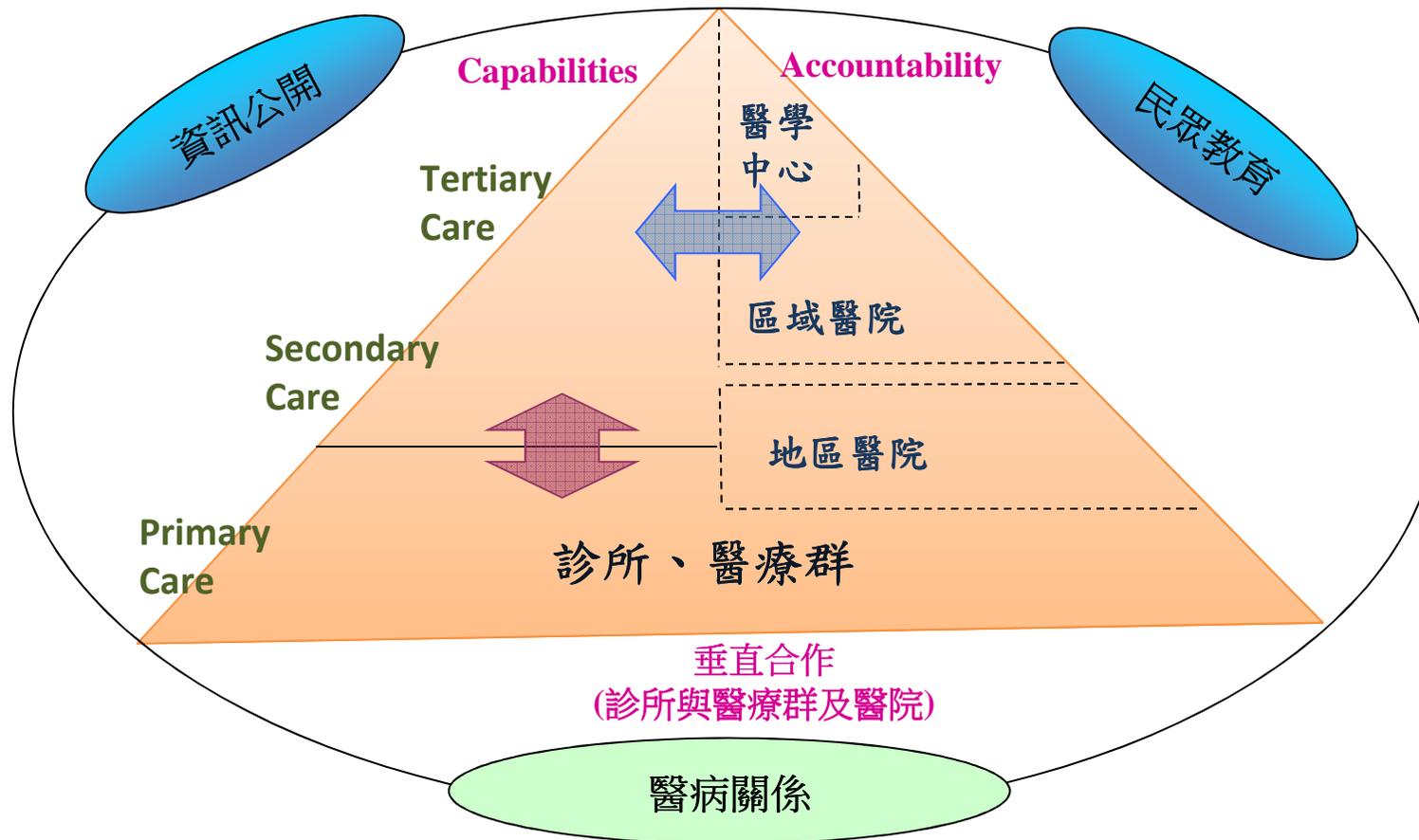
# 發揮各層級醫院角色功能 重振五大科 具體策略

衛生福利部  
醫事司

2013年11月22日



# 急性醫療體系架構





# 發揮各層級醫院角色功能

## 醫療機構分類與任務

- 醫學中心
- 社區型醫院
- 基層醫療機構

## 醫療資源與體系整合

- 醫療區域輔導與醫療資源整合計畫
- 論人計酬試辦計畫
- 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫
- 提升急性後期照護品質試辦計畫

## 四大面向

## 健全急、重症醫療照護網絡

- 醫院緊急醫療能力分級評定作業
- 急診暨轉診品質提升計畫
- 急診品質提升方案

## 強化社區醫療服務

- 家庭醫師整合性照護計畫
- 整合性社區健康照護網絡



## 醫療機構分類與任務： 基層醫療機構

- 提供一般門診醫療保健服務、衛生保健教育及持續性醫療照顧
- 包括小型醫院、診所、衛生所
- 以社區民眾健康需求為導向，鼓勵社區型醫院依自身特色及專長發展，建立該醫院之任務角色
  - 可由原有提供急性醫療服務之角色，擴展至提供慢性病或身心健康照護之能力



## 醫療機構分類與任務： 社區型醫院

- 在社區醫療體系擔任主導角色，提供優質醫療服務，並經評鑑合格之醫院
- 鼓勵社區型醫院，以區域群體之力量，發展服務專長並與整合性健康照護模式結合和提升效率
  - 疾病管理：優先管理急症或重症病人，強化第一線與後送機構之處理機制，落實醫療資源與資訊共享、區域醫療照護團隊整合、民眾健康自主管理以及醫療品質改善措施
  - 焦點族群：整合醫療團隊與遵循治療指引，充實老人多重性慢性病管理，強化跨領域醫療團隊服務提供之合理化與效益，落實由急性、中期、居家照護、安寧緩和醫療照護與社區照護之持續性照護功能



# 醫療機構分類與任務：

## 醫學中心

- 具有研究、教學、訓練及高度醫療作業等多種功能，並經評鑑合格之醫院
- 被賦予相當社會責任及期待，對國內各醫院有引領發展及做為支援後盾之重要性
  - 提供重症、難症醫療服務
  - 負責醫學生之臨床教學，並應與其他公私立醫院建立建教合作之關係，提供適當之實習訓練
  - 從事臨床及基礎醫學研究與須精密診斷及高度技術之醫療工作，引進醫療技術、開發新技術，帶動醫療健康科技之創新、研究與發展
  - 輔導醫療區域內之醫療機構，提供良好支援與轉診服務，協助培訓區域內之醫護人員及技術人員。



# 全民健康保險轉診實施辦法

- 健保署自94年7月起實施依「轉診」及「逕赴醫院」分別計收不同部分負擔金額，推動轉診制度。
- 102年依據二代健保法第43條規定，訂定「全民健康保險轉診實施辦法」，明定自102年1月1日起，特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排。將較現行轉診流程順暢、合乎專業安排，相對無協助之轉診有明顯改善，有助落實分級轉診。



# 醫療資源與體系整合(1/2)

## 策略

## 辦理成果

### 醫療區域輔導 與醫療資源整 合計畫

1. 發展全國6大區域內醫療資源整合對話與協商平台，建立區域內醫療支援體系。
2. 加強醫事人員教育，推動整合性照護及雙向轉診網絡。
3. 結合區域內各衛生局、學者專家及社區醫院，共同規劃推動適合區域需求之服務模式，透過共同參與及有步驟的推動，達成預期目標，提高社區醫院服務品質。

### 論人計酬試辦 計畫

為加強醫療體系整合，健保署已有多項試辦方案，其中論人計酬試辦計畫101年至102年編列專款3億元，辦理區域醫療體系整合，目前有八個團隊參與，照護對象約21萬人。



## 醫療資源與體系整合(2/2)

### 策略

### 辦理成果

醫院以病人為  
中心門診整合  
照護試辦計畫

102年編列專款5億元，提供門診整合性服務且鼓勵跨醫院病人整合性照護，照護對象約45萬人。

提升急性後期  
照護品質試辦  
計畫

1. 參考英、美等先進國家經驗，組成跨醫院團隊共同照護病人，合作團隊中，醫學中心為急性期治療及轉出醫院，將符合收案資格病人下轉至承作醫院(區域或地區醫院)，並以病人為中心由上下游醫院共同照護。
2. 該計畫於102年10月7日公告，自公告日起受理醫院組成跨院團隊申請參與試辦，預定於102年12月底前，評選優秀之醫院團隊，自103年起開始實施。



# 健全急、重症醫療照護網絡(1/2)

---

## 策 略

## 辦理成果

---

### 醫院緊急醫療 能力分級評定 作業

1. 針對國人十大主要死因前五名之急性腦中風、急性冠心症、重大外傷等急重症照護，列入醫院緊急醫療能力分級評定。
2. 截至102年7月底止，全國共有191家通過急救責任醫院評定，包含27家重度級及76家中度級急救責任醫院，每一縣市均有中度級以上急救責任醫院或特殊急、重症照護中心。



## 健全急、重症醫療照護網絡(2/2)

### 策略

### 辦理成果

#### 急診暨轉診品質提升計畫

1. 計25家基地醫院提出申請，全國急救責任醫院共181家參與，涵蓋率達95%。
2. 建立緊急傷病患轉診網絡及轉診單電子登錄管理平台，提供民眾即時性及持續性的醫療服務，並落實醫院緊急醫療能力分級制度，減少因重複就診或不當轉診之醫療資源浪費。

#### 急診品質提升方案

於101年5月1日起施行「全民健康保險急診品質提升方案」，針對提升急診重大疾病照護品質、加強適當轉診及提升急診處置效率三大面向確立指標，對達標者提供獎勵措施，101至103年各年預算經費皆編列3.2億元支應，為加強醫院垂直合作解決急診壅塞，對轉診提供1,000~2,000元之獎勵。



# 強化社區醫療服務

## 策略

## 辦理成果

### 家庭醫師整合性照護計畫

102年編列專款12.15億元，鼓勵基層診所組成醫療群提供個案管理衛教、24小時諮詢專線、加強預防醫學及轉診，有2,361家診所、126家醫院參與，照護對象約211萬人。

### 整合性社區健康照護網絡計畫

1. 由衛生局扮演整合平台，將以往由衛生所辦理之公共衛生三段五級之第一段預防工作，納入基層醫療機構服務範疇。
2. 運用社區資源，結合社區內之各類組織，與基層醫療院所合作共同推展，使預防與治療並重。
3. 在地就近提供民眾具有完整性、協調性與持續性之醫療服務。



## 結語 (1/2)

- 醫學中心家數仍維持現行19家，不再增加，必要時仍應有明確退場機制
- 都會型大醫院需要限制，偏鄉醫院需要保障
- 醫院仍維持分級制度，但應落實轉診制度
- 各縣市均至少有1家重度級（或中重度級）急救責任醫院，3個離島縣市為有中度級急救責任醫院
- 健保支付和醫院層級短期可能無法脫勾，長期仍應規劃，強調以品質給付為前提，服務項目相同、品質相同，支付就應相同



## 結語 (2/2)

- 多年來推動分級醫療與轉診制度措施，已見初步成效
- 國人目前門診已多至社區就醫
  - 以101年為例，國人至基層診所看診次數占71.5%、至地區醫院看診占7.97%，兩者合計79.5%
  - 近八成的民眾在診所或小醫院就醫
- 定期監控各層級門診初級照護率
  - 醫學中心之門診初級照護率，已由93年之25.0%降至101年17.1%，區域醫院之門診初級照護率，已由93年之30.8%降至101年22.89%



# 重振五大科

## 提高五大科執業意願

- 調整全民健保五大科別支付標準
- 增加五大科住院醫師津貼
- 合理調整五大科醫師訓練容額
- 充實五大科醫療輔助人力
- 強化畢業後一般醫學之五大科訓練

## 充實偏遠地區醫療服務

- 挹注五大科偏遠地區醫療資源
- 建立山地離島在地養成公費生制度
- 延攬旅外醫師返鄉服務

## 四大面向 12項策略

## 降低醫療糾紛風險

- 推動醫療過失刑責合理化
- 推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度

## 解決急診壅塞及安全

- 急診壅塞因應策略
- 強化急診室安全



## 策略一

# 調整全民健保五大科別支付標準(1/2)

### 策 略

### 辦理情形及成果

#### 提高全民健保 五大科別支付 標準

1. 101年醫院總額調高婦、兒科等6項診療項目支付標準達14%以上。
2. 101年西醫基層總額調高婦、外及兒科門診診察費9%（兒科3%），6歲以下兒童得再加成20%。
3. 102年醫院總額協商50.55億元用於調整內、外、婦、兒、急診服務相關之處置、手術及麻醉項目支付標準，已提至102年8月2日及8月29日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議討論，並於10月3日由本部中央健康保險署修改調整方案，陳報本部裁定。



## 策略一

# 調整全民健保五大科別支付標準(2/2)

### 策 略

### 辦理情形及成果

#### 提高全民健保 五大科別支付 標準

101年至102年共投入89.56億元：

1. 100年：醫院投入14.87億元，用以將婦、兒、外科門診診察費提高17%。
2. 101年：
  - 醫院：12.83億元，用以調高住院診察費(內、外、婦、兒科)及部分婦、兒科診療項目。
  - 西醫基層：9.09億元，用以提高婦、兒、外科專科醫師門診診察費。
3. 102年(調整草案申報科別影響點數分布表如下表)：
  - 醫院：50.55億元，用以合理調整急重難科別，並兼顧各層級醫院之發展。
  - 西醫基層：2.22億元，要用於合理調整急重難科別及內外科之支付標準。



## 策略二

# 增加五大科住院醫師津貼

---

### 策 略

### 辦理情形及成果

---

#### 提供五大科住院醫師完訓津貼補助

1. 行政院102年5月29日核定「重點科別住院醫師津貼補助計畫」，102年9月1日開辦。
2. 五大科住院醫師完訓一年，一次補助12萬元給醫師本人。
3. 預計完成1,589位住院醫師津貼補助，撥付1.9億元。



## 策略三

# 合理調整五大科醫師訓練容額

### 策 略

### 辦理情形及成果

調整住院醫師  
訓練容額總數，  
以更貼近每年  
西醫畢業生人  
數，間接提高  
五大科招收率

1. 102年1,670名，103年再調降為1,550名。
2. 除五大科外，其餘專科之容額較過去減少30%。
3. 影響：  
部分專科別（如耳鼻喉科、眼科）出現某些縣市分配不到住院醫師之情形，恐導致未來醫療服務提供之斷層。



## 策略四

# 充實五大科醫療輔助人力

---

### 策 略

以專科護理師  
為醫療輔助人  
力，且專科護  
理師領證人數  
每年增加800  
人

### 辦理成果

1. 101年專科護理師甄審計有810人甄審合格，102年計有929名通過筆試，並於9月7日及8日進行專科護理師甄審口試，計有736人通過。
2. 於102年1月增設外科(婦產科組)。
3. 影響：  
資深護理人員升任專科護理師人數增加，恐導致第一線護理人力紛紛轉換跑道。



## 策略五

# 強化畢業後一般醫學之五大科訓練

---

### 策 略

### 辦理情形及成果

---

#### 強化畢業後全科及五大科訓練

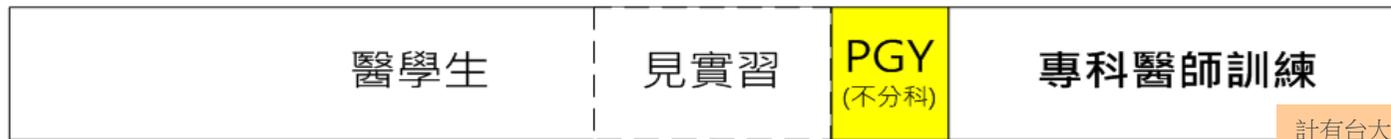
1. 於100年7月1日起實施一年期畢業後綜合臨床醫學訓練（PGY訓練）。
2. 100年度及101年度分別有614名學員及1,325名醫學系畢業生完成一年期PGY訓練。
3. 102年度截至9月底止，有1,369名醫學系畢業生接受PGY訓練。



# 因應醫學系學制改革之PGY分組試辦

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

現況  
2011.07~



計有台大、北榮、林口長庚  
參加試辦計畫

2013.07試辦PGY分組訓練

組別	分組	內科	外科	兒科	婦產科	社區內科	選修2※	急診	社區	選修1*
試辦	內科組	6	1				1			
	內(兒)	2	1	4			1			
	外科組	1	6				1	1	2	1
	外(婦)	1	2		4		1			
現制	不分組	3	2	1	1	1				

\*：選修1為衛生署指定之23專科醫師分科。  
 ※：選修2限於內、外、婦、兒科及急診訓練，計5科。

未來  
2013.09入學  
2019進入  
PGY



2019.07

2013/11/22



## 策略六

# 推動醫療過失刑責合理化

### 策略

### 辦理成果

一、明定醫事人員  
執行醫療業務  
應負刑事責任  
之情形

二、明定違反注意  
義務之認定或  
判斷標準

「醫療法第82條之1修正草案」101年12月13日經行政院審議通過，101年12月18日函送立法院審議。本會期提報列為優先審查法案。

\* 醫療法第82條之1(修正)

醫事人員執行醫療業務，以故意或違反必要之注意義務且偏離醫療常規致病人死傷者為限，負刑事責任。但屬於醫療上可容許之風險，不罰。

前項注意義務之違反，應以該醫療領域當時當地之醫療水準、醫療設施及客觀情況為斷。



## 策略七

# 推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度

### 策 略

### 辦理成果

推動「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」立法

1. 立法院已於102年1月4日進行逐條審議，條文共計52條，已通過35條。
2. 本會期提報列為優先審查法案。

鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件救濟試辦計畫

1. 101年10月1日開辦，試辦至103年。
2. 截至102年7月11日，審定案件83件次，救濟案件69件，共救濟6,915萬1,815元。
3. 初步資料顯示：開辦後婦產科醫療糾紛件數下降，由100年30件次，降至101年6件次，降幅80%（註：99年的醫糾共9次）



## 策略八

# 挹注五大科偏遠地區醫療資源(1/3)

### 策 略

### 辦理情形及成果

#### 緊急醫療資源 不足地區急救 責任醫院

1. 已公告102年「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，共計42家，其中區域醫院10家，地區醫院32家（101年為41家，其中區域醫院11家、地區醫院30家）。
2. 102年已配合衛生福利部公告「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，其急診診察費予以加成30%，並對急診案件給予每點1元保障，以確保該等醫院急診品質。



## 策略八

# 挹注五大科偏遠地區醫療資源(2/3)

### 策 略

### 辦理情形及成果

#### 增進全民健保 醫療資源不足 地區之醫療服 務提升計畫

1. 對於山地離島、健保醫療資源不足地區及其鄰近地區與緊急醫療資源不足地區急救責任醫之地區級醫院，如承諾強化提供24小時急診或內、外、婦兒門住診等至少二科醫療服務者，給予醫院總額部門醫療費用(排除呼吸器及精神科)每點1元保障，每家醫院補助金額最高為1,500萬(執行一年)。
2. 101年補助2.68億元、家數50家，其中地區醫院46家，補助2.39億元(89%)；102年推估補助金額5.88億元、家數66家通過審查，其中地區醫院62家，推估補助金額為5.28億元(90%)；103年經費則提高至8億元執行。



## 策略八

# 挹注五大科偏遠地區醫療資源(3/3)

### 策 略

### 辦理情形及成果

醫學中心支援  
離島及醫療資  
源不足地區醫  
院緊急醫療照  
護服務獎勵計  
畫

1. 19家醫學中心支援16家醫療資源不足地區醫院急診與相關急重症之醫師計畫已陸續分配完成，每年將檢討支援成效，機動調整。
2. 屏東、澎湖與金門等地已有具體成效。
3. 連江縣因此獲2013年遠見雜誌「醫療衛生」項目，民眾滿意度全國之冠。



## 策略九 偏遠地區公費醫師養成

---

### 策 略

### 辦理成果

---

#### 偏遠地區公費 醫師養成

1. 地方養成公費生計畫，分年分期培育，101~105年預計增加五大科公費醫師114名：
  - (1) 原住民地區：18名
  - (2) 離島地區：96名
2. 101~105年預計分發48名培育之公費醫師返鄉服務：
  - (1) 原住民地區：20名
  - (2) 離島地區：28名
3. 服務期滿繼續留任偏遠地區達70%。



## 策略十

# 延攬旅外醫師返鄉服務

### 策 略

鼓勵美、加、日、澳、紐、英、法或德，具我國醫師證書之旅外醫師返鄉，於偏遠地區服務

### 辦理成果

1. 於101年10月30日公告延攬旅外專科醫師返鄉服務試辦計畫。
2. 102年已核可由美國回國之2名婦產科、1名內科醫師分別至屏東縣、南投縣及新竹縣服務。
3. 瓶頸：  
許多長年旅外之醫師均有意願返鄉服務，惟礙於無我國醫師證書而卻步。
4. 改善措施：  
刻委託宣導計劃，加強宣導活動。



# 策略十一

## 急診壅塞因應策略

### 策 略

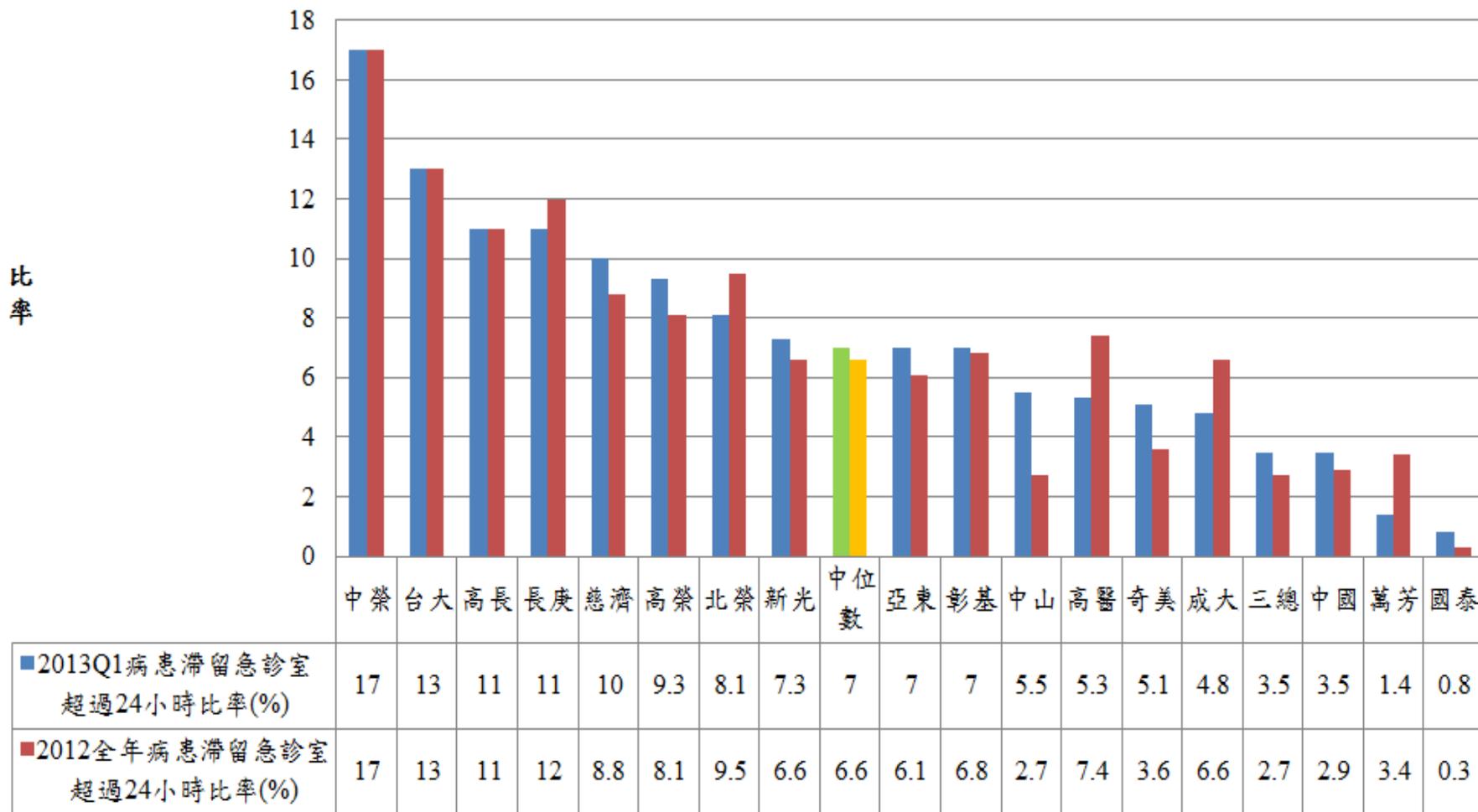
辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，鼓勵醫院垂直整合

### 辦理情形及成果

1. 102年架構25個網絡執行，計181家急救責任醫院參加，涵蓋率達95%。
2. 屏東縣外轉其他縣市的上轉率已下降20%，縣內網絡平轉及下轉率上升50%；其他縣市如台南、桃園上轉率皆持續下降中。
3. 由健保署協助定期提供急診壅塞指標，輔導醫院改善：
  - (1)急診滯留超過24小時與48小時人數及佔急診總人數之比率。
  - (2)急診轉住院暫留急診48小時以上案件比率。
  - (3)急診病患檢傷五級各級住院比例。



# 急診病患滯留超過24小時佔急診總人次比率



2013/11/22



## 策略十二 強化急診室安全

策略	辦理情形及成果
訂定急診安全標準作業流程	<ol style="list-style-type: none"><li>1.完成訂定急診安全標準作業流程，且已納入醫院評鑑及醫院緊急醫療能力分級評定。</li><li>2.完成訂定「急診暴力緊急醫療應變模組」，並於102年8月9日假嘉義基督教醫院、9月25日假童綜合醫院、10月9日假林口長庚醫院辦理多場急診防暴示範演練。</li></ol>
參酌公務人員執行公務時應受保護條款，研修醫療法第106條	已研擬醫療法第106條修正草案，將急診暴力列為公訴罪，刻由本部法規會審議。



## 結語

- 招募與留任同樣重要
- 由於PGY訓練已步上正軌，最困難的時刻已過
- 五大皆空之根結在於急重症人才留置之危機，未來期藉由改善執業環境（推動醫療過失刑責合理化及籌辦醫療事故救濟制度）、提供經濟誘因（調整支付標準、提供住院醫師完訓津貼補助）、強化人才培育（改革專科醫師訓練制度、賡續辦理畢業後一般醫學訓練制度）與合理配置五大科醫療輔助人力等措施，有效改善醫療體系人力資源不均之困境。



感謝聆聽  
敬請指導

2013/11/22