

## 推動分級醫療策略及配套

依醫療法規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，達到醫療分工及合作目的。

全民健康保險法第 43 條規定，未經轉診者加重其門診部分負擔費用以落實分級醫療制度，惟門診部分負擔自 94 年調整後，迄今 10 餘年未調整。統計 95 年醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所門住診醫療費用占率分別為 31.8%、27.0%、16.6%、24.6%，如趨勢維持不變，預估至 109 年各層級占率分別為 34.5%、33.0%、11.8%、20.7%(如附圖 1)，統計及推估 95 至 109 年各層級門診件數占率如附圖 2，顯示臺灣醫療體系嚴重失衡；此外，同法第 44 條明定實施家庭責任醫師制度，以促進預防醫學，並提升醫療品質與醫病關係，落實轉診制度。

爰此，為減輕醫學中心一床難求的現象，並使其回歸教學、研究及重難症照護之本質，推動分級醫療實為必要的改革方案。

本部經彙集公聽會、立法院衛環委員會及專家學者意見，擬定策略及配套如下：

### 策略一、提昇基層醫療服務量能

#### (一)開放基層表別，擴大診所服務範疇(短、中程)

讓民眾不會因某些檢查、檢驗或處置因限制於醫院執行，而僅能至醫院就醫。研議開放基層執行心臟超音波、癌症腫瘤標記等檢查，以壯大基層服務能力，106 年基層總額已協商編列 2.5 億元。另預期基層醫療服務量將成長，亦於基層總額協商增編 6 億元。

**(二)編列 15.8 億擴大家庭醫師整合性照護計畫(短、中程)**

擴大社區醫療群服務量能與品質，結合居家醫療與院所間垂直與水平合作，落實在地化、社區化的全人照護與醫療，增加收案對象及服務內容，本項增編 4 億元，全年預算達 15.8 億元。

**(三)鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務(中程)**

基層診所朝向聯合執業的方式，可提供民眾更全面性、跨專科別，全人全家照護模式。

**(四)輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境(中、長程)**

加強推動醫院與診所提供無障礙就醫環境，於健保行動快易通(APP)之醫療院所查詢中標示。

**策略二、導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔**

**(一)降低弱勢民眾就醫經濟障礙(短程)**

現行健保法規定重大傷病、分娩、山地離島、低收入戶、榮民榮眷之家戶代表免部分負擔；醫療資源缺乏地區減免 20%。由機關補助部分負擔費用包括，3 歲以下兒童、結核病患、油症患者、百歲人瑞、經離島院所轉至本島當次就醫；持身心障礙手冊者門診就醫部分負擔均 50 元。另孕婦由國健署提供產前檢查預防保健服務不涉及部分負擔，上述規定及補助措施已降低弱勢民眾就醫經濟障礙。

**(二)提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢(短、中程)**

研議假日開診診察費加成、調整第一階段合理門診量等事宜。

彙集全國特約醫療院所每日看診時段，透過行動裝置下載「全民健保行動快易通」App 或由本署網站查詢院所看診時段。提供社區醫療群之 24 小時電話諮詢專線，讓民眾獲取就醫資訊。提供民眾簡易之急診檢傷評量資訊與建立醫院急診壅塞查詢的 APP。

### **(三)調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫(短程)**

- 1.經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔，醫學中心由 210 元降至 170 元，區域醫院由 140 元降至 100 元。地區醫院維持不變。
- 2.未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔，由 360 元調升至 420 元。區域、地區醫院維持不變。

### **(四)調整急診部分負擔，紓解急診壅塞(短程)**

- 1.至醫學中心急診：於完成急診治療後，醫院依檢傷分類為 3 級、4 級、5 級者的部分負擔，由 450 元調高至 550 元；檢傷分類為第 1 至 2 級者部分負擔，仍維持現況 450 元。
- 2.另晚上 12 時至隔日早上 6 時，第 3 至 5 級不予以調高部分負擔，以確保急症患者能及時獲得適切之照護。

### **(五)建置電子轉診單並監控非必要之轉診(短、中程)**

規劃建立快速轉診的資訊交換系統，對於拖延的轉診或超過一定比率之轉診，進行監控及管理。

## **策略三、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務**

### **(一)挹注 60 億元調高重症支付標準(短、中程)**

106 年醫院總額非協商因素 89.7 億元，其中 60 億元用於調整重症支付標準。

## **(二)限制醫院輕症服務成長(短、中程)**

逐年減少醫學中心及區域醫院初級照護服務量，設定醫學中心及區域醫院初級照護服務量，分別不得超過 105 年的 80% 及 90%，超過部分，不予分配總額。

## **(三)持續推動緊急醫療能力分級(短、中程)**

自 98 年起辦理醫院緊急醫療能力分級評定作業，目前全國共指定有 195 家急救責任醫院提供全年 24 小時急診服務，其中含 36 家重度級醫院及 82 家中度級醫院，全國 22 縣市（含離島）中，已有 19 縣市具有全中度級以上之急救責任醫院，確保急重症患者於緊急狀況時能及時獲得適切照護。

# **策略四、強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護**

## **(一)建置轉診資訊交換平台(短、中程)**

病人至基層診所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資料等，轉介至接受轉診院所，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。

## **(二)建置居家照護資訊共享平台(短、中程)**

收載居家個案照護歷程、健康評估量表等資訊，供醫療團隊跨院際分享同一個案之照護資訊，強化個案健康管理服務。

## **(三)強化醫院出院準備及追蹤服務(短、中程)**

自 105 年 4 月新增「出院準備及追蹤管理費」，鼓勵醫院做好出院準備及出院後追蹤諮詢，依照病人病況，轉介至後續照護資源，如家醫群門診追蹤、居家醫療整合照護、長期照顧服務等，減少病人出院後短期內之再急診及再住院，鼓勵出院病人回歸社區。

#### **(四)挹注 1 億元鼓勵醫師跨層級支援(短程)**

持續辦理跨層級醫院合作計畫，促進醫師支援社區醫院，提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫。

#### **(五)鼓勵診所及醫院共同照護(短、中程)**

鼓勵家庭醫師整合照護計畫家醫群與合作醫院推動共同照護門診、病房巡診及協助病人轉診，提供病人連續性照護

#### **(六)挹注 3 億元試辦區域醫療整合計畫(中、長程)**

鼓勵區域醫療整合，促進診所與醫院間垂直及水平合作，提升基層診所醫療品質與量能，讓基層提供民眾優質的初級照護服務，減輕大型醫院負荷，使能更專注提供重症醫療。

### **策略五、提升民眾自我照護知能**

#### **(一)加強宣導分級醫療(短、中程)**

透過健保署網頁、官方臉書、LINE@等多元媒體通路及健保署分區業務組各項活動、全民健康保險季刊等，加強宣導分級醫療。並與網路插畫家合作，製作網路漫畫及宣導單張。

#### **(二)加強自我健康管理(短、中、長程)**

宣導「健康存摺 2.0 版」(網址：<https://myhealthbank.nhi.gov.tw>)鼓勵民眾自我健康管理，以預防疾病為未來推動方向。

#### **(三)宣導利用家醫群 24 小時電話諮詢服務(短、中程)**

加強宣導參與「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群之 24 小時電話諮詢專線，讓民眾獲取就醫資訊。

### **策略六、加強醫療財團法人管理**

#### **(一)修法加強醫療財團法人監督管理(短程)**

已研擬修法強化醫療法人董事會監督治理機制，規範董事組成應有員工董事及社會公正人士、要求法人資訊公開與透明、加強法人對外捐贈審查機制、促使提升公益支出與強化員工教育訓練及明定年度稅後盈餘應優先辦理改善機構勞動條件。

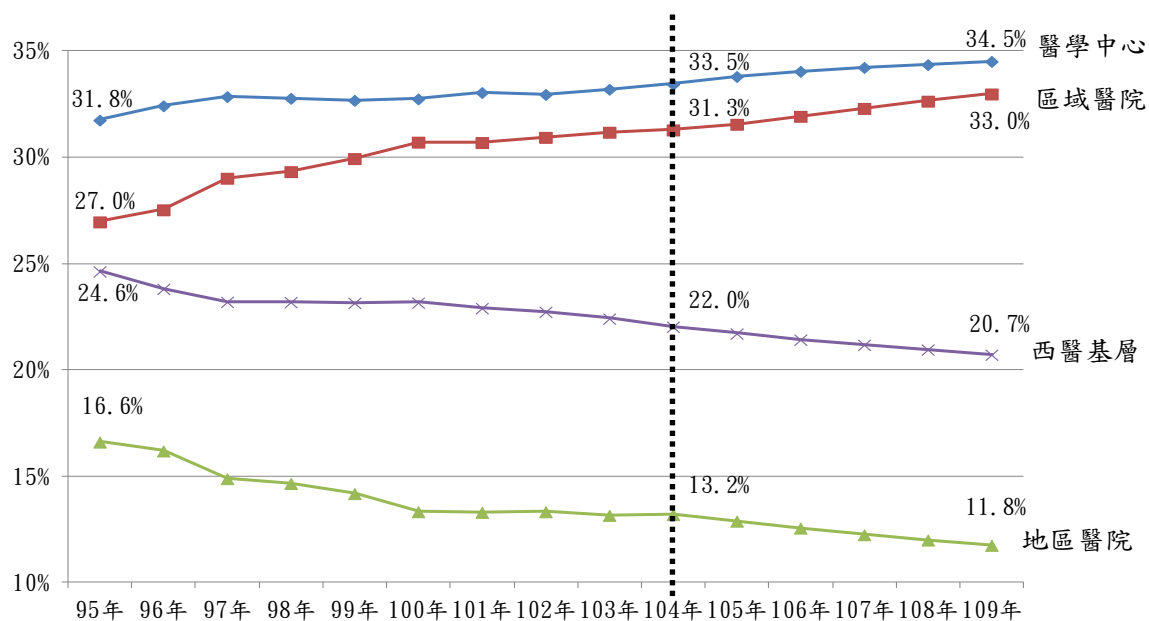
## **(二)限制醫療法人醫院附設診所之管理措施(短程)**

為避免法人所設醫院利用附設門診部擴增診所家數，違反醫療法人僅設立醫院或同時設立醫院及診所者，其家數上限為十家，其中診所至多一家之公告(95年5月9日衛署醫字第950200927號)。已預告修正醫療機構設置標準，限制法人所設醫院，除於離島、原住民地區或醫療資源不足地區外，不得附設門診部，以落實醫療資源合理分布與分級醫療精神。

## **(三)規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人(短程)**

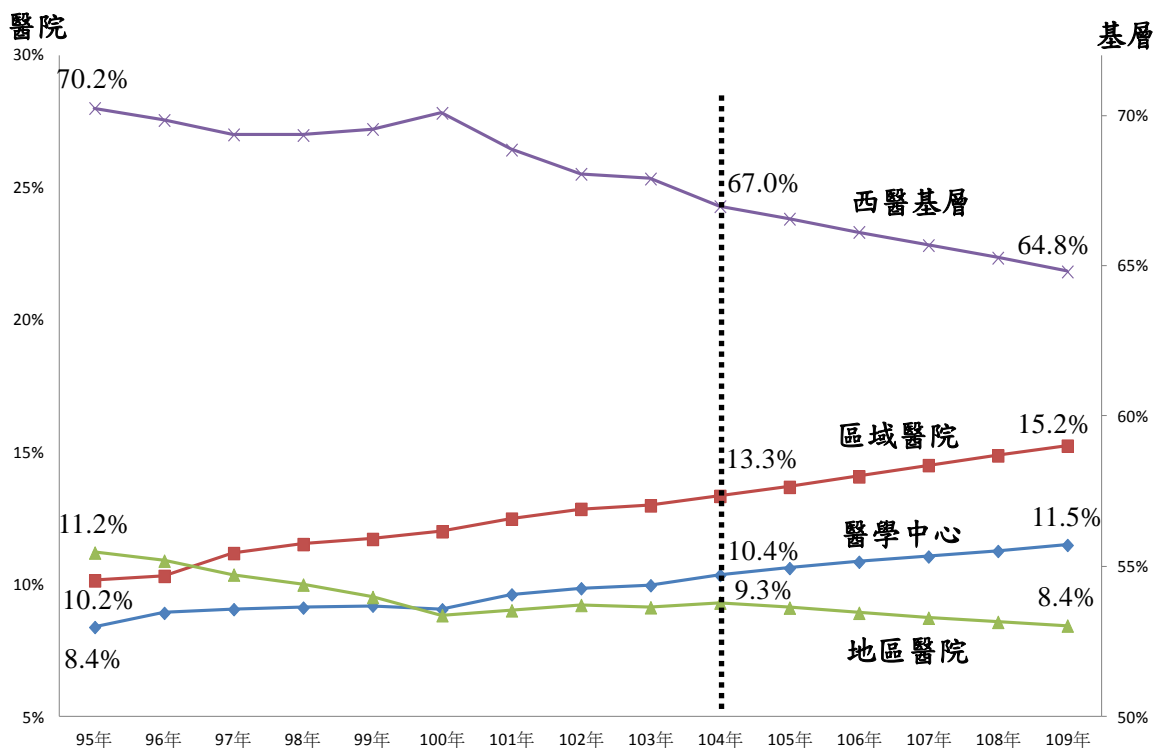
為遏止醫療機構藉提供醫療交通車載送病人而有不當招攬之情事，並兼顧確有搭乘醫療交通車之需求民眾權益（例如偏鄉地區、老弱婦孺及殘障重症病人等），研議規範醫院交通車只限於以定點方式，載送「偏鄉地區」、「定點」、「老弱婦孺」及「殘障重症病人」之可行做法。

### 95-109 年各層級門住診合計點數占率趨勢圖



註:105 年起點數係按前 10 年點數之幾何平均成長率推估

### 95-109 年各層級門診件數占率趨勢圖



註:105 年起件數係按前 10 年件數之幾何平均成長率推估