



立法院第 9 屆第 5 會期
社會福利及衛生環境委員會全體委員會議

衛生福利部
「推動分級醫療-強化偏鄉醫療」
公聽會說明資料

報告日期：中華民國 107 年 4 月 26 日

目 錄

提案一、研討推動分級醫療之策略與成效	1
提案二 研討偏鄉醫療照護及資源分配之強化措施與成效	9

「推動分級醫療—強化偏鄉醫療」公聽會

衛生福利部說明資料

為優化有效轉診與分級醫療制度，本部健保署積極辦理分級醫療六大策略及配套措施，以促進社區醫療之健全發展，均衡醫療資源之配置，並透過強化在地醫療人力，以提升偏遠地區醫院醫療照護能力與醫療服務品質。

提案一、研討推動分級醫療之策略與成效

壹、提升基層醫療服務量能

一 為壯大基層量能，針對基層院所有能力執行之項目，規劃逐年開放，其中 106 年度西醫基層總額編列 2.5 億元，開放 25 項診療項目至基層施行，107 年則編列 4.5 億元預算，支應 106 年開放項目及增加開放 9 項診療項目至基層施行。

二 擴大家庭醫師整合性照護計畫，106 年編列 15.8 億元擴大診所參與，參與醫療群已達 526 群(成長率 27%)、參與院所數為 4,063 家(成長率 33%)、收案數達 413 萬人(成長率 37%)，並達成各次級醫療區均已至少有 1 群醫療群診所服務之目標。

107 年執行經費為 24.3 億元，持續強化家庭醫師整合性照護計畫之效率與品質，落實社區醫療群與合作醫院間實質照護，包括由單向轉診朝向雙向轉診及慢性病共同照護，推廣社區

醫療群應主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理。

三 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務，截至 107 年 3 月底全國共有 259 家聯合診所。

四 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境，將「全國醫療院所無障礙就醫環境資訊」於 106 年 12 月 26 日公告於本部官網，並將無障礙就醫環境資料上傳「全民健保行動快易通」APP 作業，於 107 年 1 月 5 日上線提供民眾查詢。

貳、 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

一 本部健保署依現有規定協助弱勢民眾，辦理欠費繳納協助、紓困基金貸款、分期繳納等。另低收入戶、重大傷病、醫療資源缺乏區等已有部分負擔免除或減免規定。

二 提供開診時段與急診就醫資訊查詢，本部健保署健保快易通 APP 及全球資訊網建置全國特約醫療院所每日「看診時段查詢系統」、「重度級急救責任醫院急診壅塞查詢系統」及「急救和緊急狀況處理」。

三 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫，106 年 4 月 15 日實施經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔 40 元(由 210 元、140 元調降為 170 元、100 元)。未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔 60 元(由 360 元調

整為 420 元)。

四 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞，106 年 4 月 15 日實施至醫學中心急診檢傷分類為 3 級、4 級、5 級者的部分負擔，由 450 元調高至 550 元。

五 建置電子轉診單並監控非必要之轉診，修訂全民健康保險轉診實施辦法自 106 年 4 月 13 日公告實施，推動落實雙向轉診並強化轉診機制。

參、 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

一 挹注 60 億元調高急重症支付標準，經本部健保署彙整 45 個專科醫學會建議項目，共調整急重症支付項目 1,716 項，公告自中華民國 106 年 10 月 1 日生效。

二 限制醫院輕症服務成長，逐年減少醫學中心及區域醫院門診服務量，107 年區域級以上醫院之門診件數下降 2%，以五年降低 10% 為目標值並定期檢討，107 年醫學中心、區域醫院門診件數不得超過 106 年 98% 之執行方式，本部健保署於 107 年 1 月 24 日及 3 月 1 日醫院總額研商議事會議討論，未獲共識部分亦報本部核定，將自 107 年第 3 季起實施。

三 持續推動緊急醫療能力分級，106 年 2 月 7 日公告修訂「106 年度醫院緊急醫療能力分級評定作業基準」，並於中區、南區、

北區辦理說明會。

肆、 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 一 106 年 3 月 1 日建置轉診資訊交換平台，病人於診所就醫後，如需轉診，可透過平台提供病情資料等，轉介至接受轉診院所，提升效率與安全。截至 107 年 3 月底，計有 4,218 家院所使用轉診平台，其中 330 家以批次方式轉診，已安排就醫 158,379 人次。
- 二 106 年 1 月建置居家醫療照護資訊共享平台，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，於 106 年 6 月底訂定「出院準備及追蹤管理費作業規範」，並請本部健保署分區業務組積極輔導醫院辦理，各醫院諮詢窗口置於本部網站長照政策專區—長照 2.0 相關政策，供民眾參考。
- 四 持續辦理跨層級醫院合作計畫，藉由醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務。另開放基層診所之皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科支援地區醫院急診，目前共 47 個醫療團隊參與計畫，截至 107 年 2 月共申報 1,838 診次。
- 五 鼓勵醫療院所透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」共享醫療影像，為提升民眾就醫與用藥品質，並加強醫師及藥事人員

替民眾健康把關，本部健保署運用雲端科技建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」，讓醫師於臨床處置、開立處方及藥事人員調劑時，可查詢病人的就醫與用藥紀錄等，並自 107 年 1 月起，鼓勵各大醫院即時上傳電腦斷層攝影(CT)或核磁共振造影(MRI)的影像及報告，2 月起，也鼓勵將胃鏡、大腸鏡、超音波及 X 光等檢驗檢查結果上傳，其他的基層院所則可以透過此系統調閱影像及報告內容，藉此落實分級醫療「社區好醫院，厝邊好醫師」的理念，提升病患就醫品質及方便性。截至 3 月底，上傳院所家數 329 家，總計 261 萬件。全國 CT/MRI 有 99%醫院已進行上傳，另 91%醫院已進行影像調閱，平均調閱 1 筆 CT/MRI 資料僅需 10-25 秒，醫師即可清楚看到完整之檢查/檢驗結果資訊。

伍、 提升民眾自我照護能力

- 一 加強宣導分級醫療及部分負擔調整，運用各類型媒體通路，刊登分級醫療、轉診制度及家庭醫師等宣導廣告，未來除利用既有管道逐年提升民眾正確認知，已爭取納入 12 年國教課綱，提升民眾自我照護知能。
- 二 為精進健康存摺功能，107 年再增加四癌篩檢結果資料、自行登錄自費健康檢查結果、兒童預防接種時間提醒及推播功

能、健康存摺體驗版及醫療檢查影像查詢或下載。截至 107 年 3 月底，健康存摺使用人數約 62 萬人，使用次數約 505 萬人次。另為提升健康存摺使用之友善性，107 年下半年亦將增加「手機快速認證」功能。

陸、 加強醫療財團法人管理

- 一 加強醫療財團法人監督管理，「醫療法人部分條文修正草案」修正重點包含「強化公共監督，健全董事會治理」、「加強醫療財團法人財務資訊公開透明」及「要求醫療財團法人善盡社會責任並擴大公益投入」。經 106 年 12 月 28 日立法院黨團協商，俟提請院會公決，將按既定時程持續辦理。
- 二 106 年 3 月 22 日發布修訂醫療機構設置標準第 13 條，限制法人所設醫院附設之門診部，以離島或原住民族地區為限。因應醫療機構設置標準修訂，配合醫院門診部回歸醫院總額，107 年醫院總額編列 4 億元之專款予以補助。
- 三 規範醫院不得以交通車載送不當招攬輕症病人，並督促地方衛生主管機關積極辦理。

柒、 分級醫療未來規劃

- 一 持續強化家庭醫師整合性照護計畫之效率與品質，包括調整社區醫療群組織運作、增進 24 小時接聽人員專業能力、設置

社區醫療群個案管理人員及鼓勵醫療群提供跨院際合作服務，以增加民眾對基層醫療之信心。

- 二 持續監測醫學中心及大型區域醫院初級醫療，以及穩定慢性病下轉社區醫院及基層院所，藉由持續精進之轉診資訊交換平台，提供誘因鼓勵雙向轉診。
- 三 落實公平原則並減少藥品浪費，研議持慢性病連續處方箋收取藥品負擔。
- 四 編列額外預算鼓勵院所建立轉診之合作機制，減少分級醫療可能對西醫基層總額財務之衝擊，107 年總額持續編列相關專案費用，基層編列 1.29 億元、醫院編列 2.58 億元，將以新增轉診診察費方式用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案。其他部門預算新增「基層總額轉診型態調整費用」，全年編列 13.46 億元，用於調整分級醫療基層可能之風險，避免造成基層總額財務影響。
- 五 持續對民眾加強宣導分級醫療及節約醫療資源之觀念，合理使用醫療資源。

捌、 小結

分級醫療之推動涉及民眾就醫習慣之改變，以及各層級醫療院所現行提供醫療服務之行為，具有一定之困難度，非短時間內

可以完全改變，本部秉持推動決心，將持續邀集社會賢達共同研
議、廣納建言，以提升台灣醫療體系之效率與品質。

提案二 研討偏鄉醫療照護及資源分配之強化措施與成效

壹、 強化醫療服務

山地離島及偏遠地區由於交通不便、人口稀少且分散，無法吸引醫師前往開業，相對於一般地區醫療資源普遍不足。為提供國人於山地離島及偏遠地區醫療照護，達到照顧醫療服務無偏差之理想，依據全民健康保險會各年度總額協商結果，推動西醫、中醫及牙醫巡迴、開業及相關服務計畫共計 5 項，說明如下：

一 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)

自 88 年起本部健保署積極推動 IDS 計畫，每年編列預算約 6 億元，鼓勵有能力、有意願之承作醫院於 50 個山地離島地區與當地院所合作，推動各項醫療服務包含：夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療等醫療服務，以及健康促進、衛教、到宅服務，提升當地保險醫療照護可近性。查 106 年計有 26 家醫院承作計畫，服務約 46 萬人次。

二 西醫醫療資源不足地區改善方案

為鼓勵西醫基層、醫院醫師至醫療資源不足地區提供巡迴、開業服務，健保署自 92 年起每年編列預算辦理方案，參酌醫人比、縣市衛生局提供等意見公告各年度方案施行地區，以

獎勵開業 3 年每月收入 20 至 35 萬點及支付巡迴論次費用 3,500 至 8,500 點之方式，鼓勵醫療院所提供服務，促使保險對象獲得適當服務。

106 年方案施行地區計 115 個鄉鎮區，西醫基層及醫院總額各編列 1.8 億及 0.6 億專款。共計 160 家院所承作巡迴計畫，服務約 30 萬人次，5 家診所參與開業計畫。

三 中醫醫療資源不足地區改善方案

自 92 年起，本部健保署參酌山地離島及特殊困難分級，以獎勵開業 3 年每月收入 30 至 40 萬點及支付巡迴論次費用 3,000 至 13,200 點之方式，鼓勵中醫師至無中醫鄉及僅一家中醫執業之鄉鎮開業、提供巡迴服務。均衡中醫醫療資源分布，促使保險對象獲得適當中醫醫療照護。

106 年方案施行地區計 162 個鄉鎮區，中醫總額編列 1.215 億專款。共計 93 家院所承作巡迴計畫，服務約 22 萬人次，12 家診所參與開業計畫。

四 牙醫醫療資源不足地區改善方案

為均衡牙醫醫療資源，本部健保署鼓勵牙醫師至牙醫醫療資源不足地區及山地離島執業及提供巡迴醫療服務，自 91 年起每年編列預算，獎勵開業診所每月收入 22 至 30 萬點及支付

巡迴論次費用 1,500 至 3,700 點。

106 年方案施行地區計 145 個鄉鎮區，牙醫總額編列 2.8 億專款。共計 284 家院所承作巡迴計畫，服務約 17 萬人次，34 家診所參與開業計畫。

五 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之保險對象在地醫療，減少就醫奔波之苦，本部健保署自 101 年起推動全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，針對提供 24 小時急診及內、外、婦、兒科服務之醫院，浮動點值最高補至 1 元，每家全年補助最高 1,500 萬元；未提供 24 小時急診服務之醫院，每科每年最高補助 100 萬元。使申請醫院具備較佳之醫療提供能力，增進保險對象就醫可近性。

106 年編列預算 8 億元，計有 90 家醫院參與計畫。

貳、強化在地醫院急重症醫療量能

一 偏鄉醫療照護分配現況

偏遠地區醫療可近性處於較不利環境，環境多處山區、濱海地區，交通不便，導致醫療照護資源(品質)不足，為強化山地、偏遠地區緊急醫療照護能力，規劃策略以「改善醫療照護可近性，提升在地醫療量能」為首要目標。

- (一) 醫學中心支援計畫：105年起由27家醫學中心或重度級急救責任醫院支援辦理，106年提供108名11類急重症專科醫師人力，支援醫療資源不足地區25家醫院，俾提升在地醫院之緊急醫療照護能力，增加當地居民就醫可近性，每年計投入新臺幣6.7億元。
- (二) 偏遠地區資源挹注：透過設立11處「觀光地區、假日夜間醫療站」及7家「提升醫院急診能力」、強化3家重度級急救責任醫院照護能力、提升15縣市醫院兒科急診照護量能等，以提升交通不便資源缺乏地區緊急醫療救護量能，維持偏遠地區醫療照護不中斷，每年計投入新臺幣3.8億元整。
- (三) 轉診網絡後送規劃：將全國199家(重度級39家、中度級80家及一般級80家)急救責任醫院規劃為14個轉診網絡，推動網絡內醫院轉診機制。依據健保署資料，各醫院檢傷一級病人急診24小時滯留率自105年平均2.94%下降至106年為2.31%；又檢傷二級病人急診48小時滯留率自105年平均為3.03%下降至106年為2.18%，顯示計畫實施後，緊急傷病患急診暫留率皆下降，已逐步強化各地區醫院轉診網絡，每年預估投入新臺幣6千萬元整。

(四) 遠距醫療：醫師法第 11 條明定醫師施行治療、開給方劑或交付診斷書必須在「親自診察下為之」為原則。但在山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式診察、開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。因應網路時代來臨及高齡化社會在宅醫療之需求，擬定「通訊診療辦法草案」於 107 年 1 月 10 日預告，初步擴大五款特殊情形病人條件。

(五) 公費醫師制度：自 105 年重新辦理公費醫師制度，每年增加 100 名公費醫學生，於完成內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科專科醫師訓練後，分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務。

二 偏鄉醫療強化措施

(一) 短期目標：透過支援方式解決醫師人力缺口。

1. 運用補助計畫鼓勵醫學中心或重度級急救責任醫院指派專科醫師人力深入偏鄉及資源缺乏地區醫院提供醫療服務，暫且紓解人力缺口，並透過醫療技術交流，強化在地醫療照護水準，減少健康不平等差距。
2. 105 年起由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援辦理，

截至 106 年計提供 108 名 11 類專科醫師支援醫療資源不足地區 25 家醫院，俾提升在地醫院之緊急醫療照護能力。

(二) 中期規劃：扶持在地醫院，提升醫療照護能力。

透過以醫學中心規劃區域認養，由交通方便且資源豐沛之區域，協助認養資源缺乏之原住民鄉或偏遠地區，以區域聯防相互結盟概念，扶持在地醫院醫療照護能力，提升偏遠地區醫療照護水準，縮小城鄉間因交通、資源、技術間造成之落差。

(三) 長期規劃：深耕在地，長期人力留任。

1. 強化在地醫院急重症醫療量能，針對資源缺乏地區，以區域聯防概念，結合縣市所在醫院強化醫院特色，發展區域整合醫療模式，共同提升在地醫療照護強度。
2. 結合鼓勵醫師留任制度，提高誘因加強醫師人力續留偏遠地區醫療機構持續服務民眾，並與重點科別公費醫師培育計畫之人力接軌，鼓勵醫師深耕偏鄉，以穩定偏遠地區醫師人力，逐步提升當地照護量能。

三 執行成效

(一) 輔導在地醫院加強醫療照護量能：106 年已輔導 12 縣市之 25 家受獎勵醫院，協助緊急醫療資源不足地區之 1 家醫院

達重度級，5 家醫院達部分重度級，5 家醫院達全中度級，1 家醫院達中度級(不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護章節)，10 家達部分中度級急救責任醫院基準，有效落實在地化醫療以降低緊急傷病患者轉出率。

- (二) 維持偏鄉緊急醫療照護不中斷：透過設立 3 個「夜間或假日救護站」、8 個「觀光地區急診醫療站」及 7 家地區醫院辦理「提升醫院急診能力計畫」等，每月共提供 460 診次之急診醫療服務，每月約可服務 9,200 急診人次。
- (三) 提升兒科急診緊急醫療能力：補助偏遠 15 縣市一家中度級以上急救責任醫院，提供 24 小時兒科(含新生兒及早產兒)緊急醫療服務，以建立該醫療區域內兒童重症緊急醫療轉診網絡。
- (四) 強化重度級急救責任醫院醫療照護品質：維護該縣市唯一重度級急救責任醫院持續提供急重難症醫療照護，協助雲林縣台大雲林分院、宜蘭縣羅東博愛醫院、屏東縣安泰醫院緊急醫療評定為重度級急救責任醫院標準。
- (五) 穩定落實醫院轉診網絡：統計 106 年度全國急救責任醫院急診轉出共計 78,269 人，網絡內醫院互轉比率 70.2%，總登錄完整率為 96.6%，區域聯防機制已建立，多數患者

皆可於生活圈內就近就醫，在發病後黃金時間內得到救治。

- (六) 專科醫師人力挹注及分配：105至106年度預定各培育100名公費醫學生，入學人數分別為87名及97名，招生期程為105至109學年度，共計5年，培育期程為105年9月1日至115年6月30日止，計10學年整，將優先分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務。

參、 離島醫療在地化

本部以「在地優質醫療及照護」為目標，強化離島地區醫院之醫療資源，並提升醫療服務品質，減少病患緊急空中後送之頻率，落實在地醫療照護，就近年之強化在地醫療、充實醫事人力及緊急醫療後送等相關計畫，說明如下：

一 強化在地醫療

- (一) 藉由醫療發展基金購置或汰換急重症相關設施設備，如主動脈氣球幫浦系統、高階心臟超音波機器、可攜型體外循環維生系統、十二導程心電圖分析儀等。
- (二) 補助興建醫療大樓，如澎湖醫院門診大樓、澎湖醫療大樓、金門醫療大樓(精神科大樓、綜合醫療大樓)及連江醫療大樓等。

- (三) 澎湖醫院成立化療照護中心及心血管照護中心、金門醫院成立心導管室。
- (四) 改善衛生所(室)辦公廳舍、新(重)建工程及更新相關設備(施)，如澎湖縣衛生所(室)修繕工程、連江縣北竿鄉衛生所新(重)建工程、連江西莒衛生所空間整修工程、購置巡迴醫療(機)車及 X 光機、自動體外心臟電擊器、心電圖機、消毒鍋等相關醫療設備。
- (五) 建置共用醫療資訊系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS)，透過資訊及網路科技與本部醫院連線支援判讀，強化其資訊化服務，縮短醫療城鄉數位落差。

二 充實醫事人力

- (一) 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS計畫)引進專科醫療，提供離島地區民眾全天候醫療、假日門診、夜間急診及專科門診，並於無醫師長駐的離島加強提供巡迴醫療診次，並有護理人員駐島，協助當地民眾就醫事宜。
- (二) 105 年至 108 年醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫支援 21 名專科醫師，以提升離島地區醫院急重症醫療照護品質。

- (三) 優先分發公費醫師，104 至 106 年共分發 40 名公費醫師至離島地區服務。
- (四) 著重在地醫事人力培育並提升留任率，以逐漸降低對外部支援人力依賴，現已培育 464 名離島籍養成公費醫事人員。

三 緊急醫療後送

- (一) 如於當地無法獲得妥善醫療照護，可自行搭機(船)轉診至臺灣本島就醫者，經審查核符規定，補助就醫實支交通費二分之一。
- (二) 如當地醫療機構量能無法提供適當醫療處置，則應依緊急醫療救護法規定，先做適當處置，由當地醫療機構申請空中轉診後送，並經本部空中轉診審核中心審核確有緊急後送臺灣本島就醫需要者，立即以委託民間航空提供後送服務或內政部空中勤務總隊支援，106 年共後送 235 人次。
- (三) 另為因應民眾緊急醫療空中轉診需求，本部於 106 年 7 月 28 日完成「金門、連江、澎湖地區救護航空器駐地備勤暨運送服務計畫」採購案決標，於金門、連江及澎湖地區採委外方式各配置一架民用航空器駐地備勤，預定於 107 年 7 月執行任務。