

立法院第9屆第8會期

社會福利及衛生環境委員會第10次全體委員會議

推動分級醫療、居家醫療照
護整合計畫及居家失能個案
家庭醫師照護方案
執行成效報告
(書面報告)

報告機關：衛生福利部

報告日期：108年11月13日

目 錄

| | |
|-----------------------------------|----|
| 壹、推動分級醫療之策略與成效 | 1 |
| 一、各層級門診人次占率變動 | 2 |
| 二、六大策略及相關預算編列說明 | 3 |
| 三、分級醫療未來規劃 | 7 |
| 貳、推動居家醫療照護整合計畫執行成效 | 7 |
| 一、居家醫療社區化 勢之所趨 | 7 |
| 二、有限居家醫療人力 投入實質整合照護 | 8 |
| 三、執行成效 | 9 |
| 參、居家失能個案家庭醫師照護方案執行情形 | 11 |
| 一、背景 | 11 |
| 二、方案簡介 | 11 |
| 三、推動及執行情形 | 11 |
| 四、執行成果 | 12 |
| 五、檢討及策進作為 | 12 |
| 肆、結語 | 12 |

主席、各位委員女士、先生：

今天，大院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，承邀列席報告，深感榮幸。本部持續以「促進全民健康與福祉」為使命，並以「健康、幸福、公平、永續」為核心價值，提供民眾全面及整合性之衛生福利服務，未來我們將繼續努力打造本部成為「最值得民眾信賴的部會」。

以下分別就本部推動分級醫療、居家醫療照護整合計畫及居家失能個案家庭醫師照護方案之執行成效，提出專案報告，敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、推動分級醫療之策略與成效

本部自 106 年全力推動分級醫療六大策略及相關配套措施，由今(108)年 1-9 月各層級就醫占率變化來看已略見成效，說明如下：

一、各層級門診人次占率變動：

108 年 1-9 月較去年同期，醫學中心就醫占率從 10.69%減少至 10.10%，區域醫院就醫占率從 15.12%降至 14.36%；地區醫院就醫占率由約 10.14%增加至 10.76%，基層院所就醫占率由 64.06%增加至 64.78%。

單位：千

| 總就醫次數 | 107 年 1-9 月 | | 108 年 1-9 月 | |
|-------|-------------|---------|-------------|---------|
| | 值 | 占率 | 值 | 占率 |
| 合計 | 223,408 | 100.00% | 225,576 | 100.00% |
| 醫學中心 | 23,875 | 10.69% | 22,775 | 10.10% |
| 區域醫院 | 33,772 | 15.12% | 32,387 | 14.36% |
| 地區醫院 | 22,649 | 10.14% | 24,278 | 10.76% |
| 基層院所 | 143,112 | 64.06% | 146,136 | 64.78% |

二、六大策略及相關預算編列說明

(一) 推動分級醫療六大策略

1. 提升基層醫療服務量能

- (1) 開放基層表別，擴大診所服務範疇，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 年開放項目及再增加開放 9 項診療項目至基層施行，108 年則編列 7.2 億元，支應 106 及 107 年開放項目及再增加開放 11 項診療項目至基層施行。
- (2) 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，107 及 108 年皆編列預算 28.8 億元，以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。
- (3) 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務，截至 108 年 9 月底全國共有 286 家聯合診所。

2. 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- (1) 提供開診時段與急診就醫資訊查詢，本部中央健康保險署(下稱本部健保署)健保署健保快易通 APP 及全球資訊網建置院所每日「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」。
- (2) 自 107 年 12 月 1 日起增列地區醫院假日開診相關支付鼓勵措施，鼓勵地區醫院假日開診，滿足民眾假日就醫之需求；民眾可於健保署全球資訊網及健保快易通 APP 「固定服務時段」頁面，查詢住家附近地區醫院週六、日門診服務情形。
- (3) 106 年 4 月 15 日起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。未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔；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。

3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

持續推動區域級以上醫院門診減量，107年第3季起，區域級以上醫院之門診件數須較106年降低2%，以5年內門診減量10%為目標；108年第1季及第2季符合降低2%範圍門診件數相較106年同期分別下降5.1%及4.8%。另配合調高醫院重症支付標準及取消合理門診量，鼓勵醫院專注於急重難症之照護。

4. 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- (1)為提升轉診效率，本部健保署「電子轉診平台」於106年3月1日上線，108年1-9月底，共10,767家院所使用，轉診約102萬人次。
- (2)持續辦理跨層級醫院合作計畫(預算1億元)，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務。108年3月4日修正公告開放基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院，自108年4月1日起實施，以加強社區醫院假日服務量能。目前共73個醫療團隊參與計畫，108年1-9月共申報約1.3萬診次。
- (3)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，查詢病人的就醫與用藥紀錄等。截至108年10月上傳醫療影像院所家數393家，總計3,171萬件。經統計醫療院所跨院調閱醫療影像占整體調閱件數已達69%，其中基層診所跨院調閱醫療影像占該特約

層級別調閱件數已達 93%。

5. 提升民眾自我照護知能

- (1) 加強宣導分級醫療及部分負擔調整，利用既有管道逐年提升民眾正確認知，並已爭取納入 12 年國教課綱，提升民眾照護知能。
- (2) 持續精進健康存摺功能，108 年 5 月新增眷屬管理功能，可透過健康存摺查閱家人的資料，方便管理家人的健康。截至 108 年 10 月底，使用人數約 153 萬人，使用次數約 1,764 萬人次。

6. 加強醫療財團法人管理(需花較長時間與醫界達成共識並修法，將按既定時程持續辦理)

- (1) 加強醫療財團法人監督管理，「醫療法人部分條文修正草案」106 年 12 月 28 日經立法院黨團協商，俟提請院會公決，將按既定時程持續辦理。
- (2) 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施，於 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。
- (3) 規範醫院不得以交通車載送不當招攬輕症病人。

(二) 推動分級醫療配合編列之預算

108 年總額持續編列分級醫療相關專案費用(約 60 億元)，包括於支付標準提供轉診誘因，於基層及醫院總額共編列 9.47 億元，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案；其他預算「基層總額轉診型態調整費用」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；擴大家庭醫師整合性計畫編列 28.8 億元，持續落實社區醫療群與合作醫院間實質照護；基層診所持續開放表別醫療服務，108 年編列 7.2 億；辦理跨層級醫院合作計畫編列 1 億元，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務；107 年起每年於其他部門預算編列 5 千萬元，用於鼓勵院所針對出院準備服務對象中符合長照 2.0 之個案提供轉銜服務。

位：億點

| 項目 | 106 年 | 107 年 | 108 年 |
|---------------|-------|-------|-------|
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制 | | 3.87 | 9.47 |
| 基層總額轉診型態調整費用 | | 13.46 | 13.46 |
| 基層開放表別 | 2.5 | 4.5 | 7.2 |
| 家庭醫師整合照護計畫 | 15.8 | 28.8 | 28.8 |
| 跨層級醫院合作計畫 | 1 | 1 | 1 |
| 強化出院準備 | - | 0.5 | 0.5 |
| 合計 | 19.3 | 52.13 | 60.43 |

此外，107 年於醫院總額醫療服務成本指數改變率所增加之預算，已用於辦理重症護理照護品質、持續推動「護病比與健保支付連動」、刪除門診合理量公式、調整 11 項特定處置項目支付點數，以及增列地區醫院假日之門診診察費加計 100 點及 150 點，以及假日門診診療費用加成 30%，合計挹注約 27.05 億點；另 108 年醫療服務成本指數改變率預計再投入預算 43.942 億元，用於調升 413 項診療項目點數、提升住院診察費及增列 75 歲以上加成 20%、地區醫

院門診診察費夜間加成 10%、急診診察費診治 6 歲以下兒童之專科醫師加成、麻醉費調整為提升兒童加成、住院護理費調升等。

三、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，調整社區醫療群組織運作，以增加民眾對基層醫療之信心。
- (二)積極推動醫療體系垂直整合計畫，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，藉由分工合作讓大小醫院、診所各司其職，共同照護病人。
- (三)持續監測區域級以上醫院門診減量政策，以及穩定慢性病下轉社區醫院及基層院所，並持續精進之轉診資訊交換平台。

貳、推動居家醫療照護整合計畫執行成效

一、居家醫療社區化 勢之所趨

隨著臺灣人口老化，居家醫療照護的需求日益增加，健保雖提供之多項居家醫療照護，但在照護過程中，病人的照護需求會隨著病程發展轉變，例如疾病末期時，照護需求由一般居家照護轉為安寧療護，此時，因為原機構可能無法提供安寧療護服務，病患需轉由其他機構照護，重新建立醫病關係。

故為改善不同類型居家醫療照護片段式之服務模式，以提供病人整合性之全人照護，本部健保署自 105 年起推展「居家醫療照護整合計畫」，且著重於促進社區內照護團隊之合作，包括各類醫事人員間之水平整合，及上、下游醫療院所之垂直整合，以病人為中心提供完整醫療服

務，鼓勵社區內醫療院所組成整合照護團隊，就近收案提供居家醫療服務，以及時回應照護對象非預期性需求，此計畫整合了一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及 104 年實施的居家醫療試辦計畫，藉由照護團隊之合作與個案管理機制，提供病人完整醫療服務，無須因病情改變更換照護團隊，提升居家醫療照護之連續性。

二、有限居家醫療人力 投入實質整合照護

本部健保署並依「居家醫療照護整合計畫」執行情形及為增加提供居家病人整合性之全人照護，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形，強化管理機制等目的修訂計畫，於 107 年邀集醫師、牙醫師、中醫師、護理師及藥師等公會全國聯合會、台灣醫院協會、提供居家醫療照護相關團體等 17 個單位，共同參與討論，召開 3 次研商會議，並依程序於 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後通過，經本部核定新修訂之「居家醫療照護整合計畫」自 108 年 6 月 1 日起施行，修訂重點如下：

- (一) 強化連結服務：包括西醫主治醫師整體評估病人需求後連結服務、院外醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療需求、居家醫療團隊間之照護資訊應流通傳遞。
- (二) 新增夜間及例假日緊急訪視加成：針對生命徵象不穩定、呼吸喘急持續未改善等 8 項適應症，醫師、護理人員及呼吸治療人員之夜間及例假日緊急訪視，加成 40%~70%。
- (三) 新增居家牙醫、中醫及藥師醫療服務。
- (四) 鼓勵用藥整合，完成者提高品質獎勵措施：收案前請病人簽署同意書。

(五) 增訂管理措施：如修訂收案條件使更明確、收案量遠高於同儕者加強審查、無接受居家醫療服務收案病人之結案機制。

(六) 收案後 6 個月內未完成用藥整合之病人應予以結案。照護團隊提供完整照護者，調高個案管理費。

三、執行成效

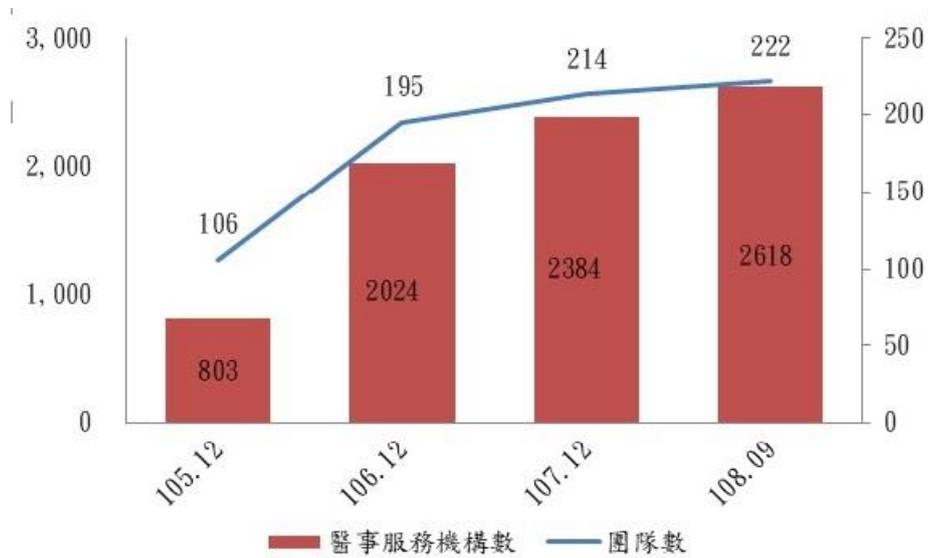
截至 108 年 9 月底，有 2,618 家醫事服務機構組成 222 個團隊，就近照護 58,958 人(如圖一、二)，全國 50 個次醫療區域均有服務院所，逾 9 成為基層診所及居護所，可就近提供照護，個案收案後每人每月西醫門診就醫次數減少 0.44 次。

為方便長期照顧管理中心及健保特約醫事服務機構雙向轉介與追蹤居家醫療及長期照顧個案，減少重複登打個案基本資料、評估結果的時間，本部健保署自 106 年 10 月建置「電子轉介平台」，讓醫療與長照間的個案轉介更流暢，進而縮短民眾等待服務送達的時間。

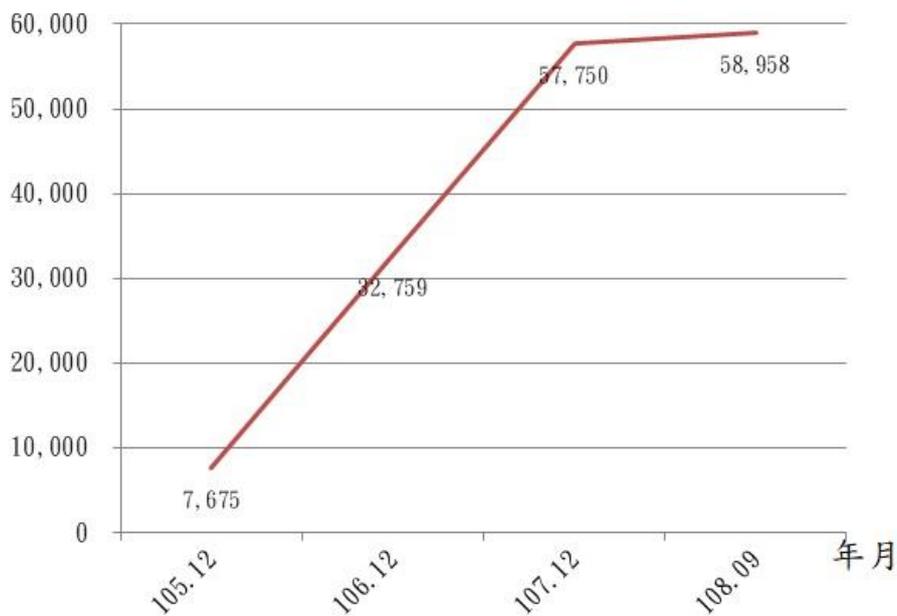
為減輕醫護人員到居家提供醫療服務之健保卡讀卡設備重量，健保署開發「居家輕量藍牙 APP」，並於 108 年 3 月 1 日上線，期能達到輕、快、簡、便的四大好處，「輕」：減輕醫護團隊居家訪視攜帶各式資訊設備的不便、「快」：即時取得病患過去就醫資訊，「簡」：APP 操作介面直覺化簡單易用、「便」：讓居家訪視醫師更便利，有更多時間和心力來照顧病人。

APP 功能包含取健保卡就醫序號、讀、寫與上傳健保卡之就醫資料、查詢健保醫療資訊雲端系統及產製處方箋 QR CODE 等類似診間之作業。

本部健保署將持續透過廣納民眾與醫療院所的意見，滾動式修正，逐步升級居家醫療照護。



圖一、居家醫療照護整合計畫院所參與情形



圖二、居家醫療照護整合計畫照護人數

參、居家失能個案家庭醫師照護方案(下稱居家失能方案)執行情形

一、背景

疾病可能導致失能狀況惡化，失能也可能造成民眾就醫不便或是維持健康的能力下降，二者環環相扣，故為建立以失能個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務模式，提供個案健康及慢性疾病管理，以延緩失能程度惡化，減少健保及長照資源耗用，本部於 108 年 7 月 19 日開始實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」。

二、方案簡介

「居家失能個案家庭醫師照護方案」係由基層診所的醫師及護理人員就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並由熟悉個案之醫師開立醫師意見書，提供長照醫事服務建議，協助長照服務人員更了解個案的狀況和需求，以建立醫療與長照結合之服務模式。

三、推動及執行情形

- (一)本部辦理 10 場說明、宣導及教育訓練，並製作課程影片供各界參閱；地方政府亦積極辦理本案說明會及特約服務單位。
- (二)新增長照給付及支付基準：經本部長期照顧諮詢會工作小組聯席會議、本部長期照顧諮詢會第 3 次委員會議討論後，公告修正長照給付及支付基準，新增「AA12 開立醫師意見書」。
- (三)辦理相關配套措施，包括：公告「直轄市、縣(市)政府特約居家失能個案家庭醫師照護服務契約書參考範本」

及公布「居家失能個案家庭醫師照護方案服務流程及辦理注意事項」等。

(四)撰寫問答集，公布於本部長照專區及周知各縣市。

(五)配合中華民國醫師公會全國聯合會召開記者會。

四、執行成果

方案實施三個多月，各界對本方案整合長照及醫療服務皆表肯定。迄 11 月 8 日約有 264 家醫療院所及衛生所加入特約，310 名醫師及 389 名護理人員參與，派案服務人數約 2,586 人，服務量能持續成長中。

五、檢討及策進作為

(一)居家失能方案實施僅三個多月，仍有服務單位及有長照需要之民眾對本方案瞭解有限，故將會同地方政府、醫事團體及本部健保署等單位持續溝通宣導，並收集各方建議後增修 QA 釐清疑義，以利服務單位瞭解及參與本方案。

(二)居家失能方案為新政策，為利地方政府交流推動經驗，於今年 12 月召開會議分享推動經驗，並將邀集相關團體共同檢討執行情形。

肆、結語

本部承大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。