

衛生福利部委託研究計畫期末報告

年度:108 年度

計畫名稱:如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及
照護成效之探討—以西醫醫療服務為例

計畫編號:M08P1109

執行期限:108 年 01 月 22 日至 108 年 11 月 21 日

執行機構:財團法人中華經濟研究院

計畫主持人: 簡毓寧

協同主持人: 簡麗年

研究人員: 陳亭安 吳芳儀 鍾和益

報告日期:108 年 11 月 21 日

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 前言.....	1
第二節 背景說明.....	2
第二章 各項醫療資源不足地區政策內容盤點.....	5
第一節 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫.....	7
第二節 醫療資源不足地區改善方案.....	13
第三節 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS).....	21
第四節 提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫.....	27
第五節 提升離島地區基層照護服務計畫.....	33
第六節 離島醫療照護行動計畫.....	39
第七節 政策內容比較分析.....	52
第三章 各項醫療資源不足地區政策之公務統計資料彙整與分析.....	57
第一節 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫.....	57
第二節 醫療資源不足地區改善方案.....	63
第三節 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS).....	82
第四章 醫療資源分布探討.....	87
第五章 醫療資源不足區域居民之西醫醫療服務利用與健康成效分析.....	89
第一節 資料來源說明與操作型定義.....	89
第二節 醫療資源不足地區長住居民的分析結果.....	99
第六章 中央健康保險署醫療資源不足地區之政策效果分析.....	109
第一節 醫療資源不足地區政策績效指標之預期方向說明.....	109
第二節 西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案.....	112
第三節 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫.....	113
第四節 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫.....	114
第五節 實證綜合結果討論.....	115
一、西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案.....	115
二、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫.....	116
三、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫.....	117
第七章 政策建議與研究限制.....	118
第一節 研究限制.....	118
第二節 政策建議.....	119
參考文獻.....	121
附件目錄.....	124
附件 1 全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件.....	125
附件 2 IRB 核准函.....	136

表目錄

表 1	105 年全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件修正對照表	3
表 2	107 年全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件修正對照表	4
表 3	各單位之健康照護政策	6
表 4	101 年度全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	10
表 5	102 年度全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	11
表 6	103、106、107、108 年度全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	12
表 7	為西醫醫療資源不足地區改善方案歷年計畫名稱與計畫目的	15
表 8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案之歷年名稱	20
表 9	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫-加強偏遠地區醫療服務	23
表 10	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫-加強偏遠地區醫療服務申請資格及評核指標	25
表 11	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫施行地區一覽表	26
表 12	醫學中心支援離島偏遠地區計畫-醫療資源不足地區醫院申請資格	29
表 13	醫學中心支援離島偏遠地區計畫-評核指標	30
表 14	醫學中心支援離島偏遠地區計畫-評核指標-續	30
表 15	緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區計畫申請資格	32
表 16	104 年提升離島地區基層照護服務計畫	35
表 17	106 年提升離島地區基層照護服務計畫	36
表 18	107 年提升離島地區基層照護服務計畫	37
表 19	108 年提升離島地區基層照護服務計畫	38
表 20	離島醫療照護行動計畫	41
表 21	離島醫療照護計行動計畫-1	42
表 22	離島醫療照護行動計畫-2	43
表 23	離島醫療照護行動計畫-3	44
表 24	離島醫療照護行動計畫-4	45
表 25	離島醫療照護行動計畫-5	46
表 26	離島醫療照護行動計畫-6	47
表 27	離島醫療照護行動計畫-7	48
表 28	離島醫療照護計行動計畫-8	49
表 29	離島醫療照護行動計畫-9	50
表 30	離島醫療照護計行動計畫-10	51
表 31	醫療資源不足地區健康照護政策經費來源	55
表 32	醫療資源不足地區健康照護政策之比較分析	56
表 33	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫之各年度預算及執行額度	57
表 34	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案各年度參與醫院、申訴案件與預防保健服務量	59

表 35	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案各年度提供科別服務情形	60
表 36	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案各年度民眾滿意度調查(%)	61
表 37	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案各年度申訴案件與預防保健服務量	61
表 38	歷年預算及執行額度	63
表 39	各年度巡迴醫療住民眾利用統計表	64
表 40	各年度巡迴醫療服務提供概況	68
表 41	各年度巡迴醫療服務目標達成統計表	68
表 42	各年度申請新開業診所	69
表 43	各年度民眾滿意度評估表	69
表 44	台北、北區及中區業務組巡迴醫療服務提供概況統計表	70
表 45	南區、高屏及東區業務組巡迴醫療服務提供概況統計表	71
表 46	台北及北區業務組民眾滿意度評估各項目狀況表	72
表 47	中區及南區業務組民眾滿意度評估各項目狀況表	73
表 48	高屏及東區業務組民眾滿意度評估各項目狀況表	74
表 49	歷年各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況	75
表 50	各年度醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案-歷年預算及執行狀況	77
表 51	各年度醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案-歷年巡迴醫療服務目標 達成統計表	78
表 52	各年度各分區參與醫院家數	79
表 53	各年度醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案-巡迴科別與巡迴診次	80
表 54	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫各年度公告預算	82
表 55	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫公告鄉鎮名單	84
表 56	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫各年度執行成效指標	85
表 57	山地離島及醫療資源不足地區相關申請項目代碼	89
表 58	「102 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域	92
表 59	AHRQ 之 PQI 指標定義下的「可避免疾病」之 ICD9CM 代碼	94
表 60	AHRQ 之 PQI 指標定義下的「可避免疾病」之 ICD9CM 代碼(續)	95
表 61	健保六分區「鄉外就醫分率」門、急、住診之相關操作型定義	96
表 62	變項操作型定義	97

圖目錄

圖 1	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫演進狀況	7
圖 2	醫療資源不足地區改善方案政策發展沿革	13
圖 3	西醫醫療資源不足地區改善方案之歷史沿革	14
圖 4	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫演進狀況	21
圖 5	醫學中心支援離島偏遠地區計畫歷史沿革	28
圖 6	緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段之緊急醫療服務歷史沿革	31
圖 7	山地離島照護行動計畫	39
圖 8	所屬單位及計畫名稱	52
圖 9	107 年醫療資源缺乏條件區域之醫療分布	88
圖 10	全人口與偏鄉之就醫次數(萬次)-門、住、急診	99
圖 11	全人口與偏鄉之醫療費用(萬元)-門、住、急診	100
圖 12	全人口與偏鄉之鄉外就醫次數(萬次)-門、住、急診	101
圖 13	全人口之鄉外就醫分率(%)-門、住、急診	102
圖 14	全人口與偏鄉之可避免住院率	103
圖 15	全人口與偏鄉之可避免急診率	103
圖 16	健保六分區之鄉外就醫分率(%)-門診	104
圖 17	健保六分區之鄉外就醫分率(%)-住院	105
圖 18	健保六分區之鄉外就醫分率(%)-急診	106
圖 19	健保六分區之可避免住院率	107
圖 20	健保六分區之可避免急診率	108
圖 21	政策需求面績效評估指標	111
圖 22	差異中差異法說明	112
圖 23	西醫改善方案之評估指標	115
圖 24	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之評估指標	116
圖 25	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫評估指標	117

摘要

行政院衛生福利部為消弭健康不平等差距，克服偏鄉離島醫療照護資源不均，近年來努力推行離島偏鄉地區醫療照護的各項計畫，並編列多項公務預算及健保支出投入在提升當地軟硬體設施(如補助衛生所重擴建、醫療服務資訊化、協助設置醫療站等)及培育在地醫事人才，例如：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、西醫醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫、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及緊急醫療資源不足地區改善計畫等，其目的在於提升醫療資源不足地區之就醫可近性，以落實世界衛生組織所提倡之健康平等(Health Equality)理念。

本計畫盤點醫療資源不足地區(含山地離島)相關文獻及官方資料，以及近 3 年公務預算及健保經費投注在醫療資源不足地區之資源，依健保六分區之劃分檢討執行情形；並利用健保資料庫評估全民健康保險醫療資源不足地方(包含山地離島)人民的醫療使用與健康成效，分析當地民眾鄉外就醫行為、相關計畫之利用與效益、可能的影響因素及其差異原因，以探討資源配置及醫療利用之合理性，後續會依據健保署三項政策進行模型設計及實證分析。

依據目前所盤點及實證分析的結果，我們提出以下幾點結論與建議：**(1)尚未發現嚴重的政策重疊狀況**：依據目前所盤點的結果發現，由於我國各項偏鄉政策，依據其政策目的不同，其適用鄉鎮、承作醫院、基層診所皆有所規範及限制，盤點結果尚未發現有明顯或嚴重重疊的狀況。**(2)政策績效指標判斷方向，建議依政策目的設定**：有關健保署醫療資源不足地區之政策，建議可依據各項政策之推動目的不同，就政策效果各項績效指標在判讀方向進行調整。**(3)巡迴醫療效果較不顯著，惟透過醫院推動的效果較佳**：在政策效果評估部分，IDS 計畫、提升計畫透過醫療院所來推動偏鄉醫療服務，故呈現出顯著政策效果，惟改善方案主要以巡迴醫療為主，新開業的數量較少，政策效果的強度較無法達到統計上的顯著。

(4)建議運用 GIS 分析工具，以醫療生活圈的概念來評估醫療資源分布狀況：由於目前針對偏鄉醫療資源多寡的認定，多以偏鄉鄉內是否有足夠的醫療資源為主要的評判依據，建議未來可運用地理資訊系統(GIS)，以醫療生活圈的概念，重新評估鄉鎮的醫療資源分布狀況，把錢花在更需要的鄉鎮，讓經費支出更具成本效益。(5)考量對各別偏鄉預算的重新調配：針對「周邊醫療資源匱乏，卻預算挹注較少」的偏鄉，可能是推動有實務困難或交通不易到達等問題，建議依據當地實際狀況研擬可行方案，以平衡偏鄉醫療分布不均問題，將錢花在刀口上。

關鍵詞：醫療資源不足地區、醫療利用、健康平等

Abstract

To eliminate the gap of health inequality, overcome the uneven resources of medical care and barriers in the rural areas, the Ministry of Health and welfare has actively promoted the ploy for medical care in the rural areas. They budgeted to promote the software device and training medical talent in the areas with insufficient medical resources, such as Integrated health care delivery system, Improving under served healthcare resources, National health insurance in the rural areas of Improving Medical Service Program, Medical center support offshore islands and Medical resources insufficient area hospital emergency medical care service award program. The aim of the program is to improve the accessibility of medical care in some areas with inadequate medical resources to implement the Health Equality philosophy advocated of the World Health Organization.

This study reviews the relevant literature and government data of areas with insufficient medical resources, as well as the resources of the medical budget and health care funds in the past three years, and review the relevant programs according to the division of the six districts of health insurance. In addition, we also will use the health insurance database to evaluate the medical utilization and health outcomes of the population with insufficient health care resources; to analyze the medical treatment behaviors inside and outside the district; collecting the possible influencing factors, and evaluating the policy impact via empirical methods.

According to the result of this study, we propose the following conclusions and recommendations: (1) No serious policy overlap has been found. (2) It is recommended to set the expected effect of policy performance indicators according to policy objectives. (3) The effect of roving medical treatment is less significant, but the

effect of promotion through the hospital is better. (4) It is recommended to use GIS analysis tools to evaluate the distribution of medical resources based on the concept of a medical life circle. (5) Consider the redeployment of the budgets of individual townships.

Keywords: areas with insufficient medicines resources, medical utilization, health equality

第一章 緒論

第一節 前言

行政院衛生福利部為消弭健康不平等差距，克服偏鄉離島醫療照護資源不均與照顧障礙，近年來政府積極努力推行離島偏鄉醫療照護等各項計畫，並編列多項公務預算及健保支出投入在提升當地軟硬體設施(如補助衛生所重擴建、醫療服務資訊化、協助設置醫療站等)及培育在地醫事人才，例如：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、西醫醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫、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及緊急醫療資源不足地區改善計畫等，其目的在於提升醫療資源不足地區之就醫可近性，以落實世界衛生組織所提倡之健康平等(Health Equality)理念。

然伴隨著各項改善醫療資源不足地區健康照護政策的推動，各項健康照護計畫之推動及執行成效，未來調整與精進之政策方向，將攸關整體希望工程計畫之成敗。有鑑於我國醫療資源不足地區相關健康照護政策已實施多年，投注預算數及執行數逐年提升，然究竟各項相關政策計畫是否有具體成效，偏鄉地區民眾就醫需求是否有被滿足，抑或仍以區外就醫為主，為能確保在有限的健保預算限制下，醫療資源能夠獲得最具成本效益之應用，避免疊床架屋之疑慮，達平衡區域間醫療資源發展之目的。

本計畫將盤點醫療資源不足地區(含山地離島)相關文獻及官方資料，以及近3年公務預算及健保經費投注在醫療資源不足地區之資源，依健保六分區之劃分檢討相關計畫/方案之執行情形；並利用健保資料庫評估全民健保醫療資源缺乏的地方(包含山地離島)民眾的健康成效與對醫療的使用，分析當地民眾區內及區外就醫行為、相關計畫之利用與效益、可能的影響因素及其差異供政府參酌。

第二節 背景說明

臺灣中央健康保險署自 2003 年開始，實行「西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」，期待能改善醫療不足區域的醫療可近性，降低城鄉醫療資源不平等的問題，此方案起初是利用臺灣各鄉鎮的醫師服務人口數，作為判定醫療資源缺乏區域的標準(吳文瑜，2017)。於 2005 年之後，亦增加當地村里無醫師執業、都市化分級(曾國雄，1986)、距離鄰近醫療機構之交通不變問題與評估有實際醫療需求等標準為判斷依據(張孟源，2011)。在 2013 年，欲改成每一位登記之執業醫師所服務的戶籍人數，以及各縣市政府衛生局每一年提供的醫療資源不足地區的名單、人口多於 2600 人與排除掉「全民健康保險山地離島醫療給付提昇計畫」之地區，將 118 個鄉鎮地區定義成醫療資源不足的地區，依當地鄉鎮的交通情況、醫人比、人口的密度與健保六分區與當地區域衛生局之主管機關去評估認定後，從容易至困難分別分為三個等級(吳文瑜，2017)。而目前健保署醫療資源缺乏相關的改善方案包含中醫、牙醫及西醫，而「西醫醫療資源不足地區改善方案」與「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，其評估的方式以西醫醫療資源、醫師服務投保人口與鄉鎮人口比，以及山地鄉作為標準。

醫療資源缺乏地區是以全民健保法為依據，在 105 年 12 月 29 日修正第三點醫人比計算及 107 年 11 月 26 日再次修正醫人比、醫師登記地區及相關條文，以下表為相關修正條件，取自全民健保法公告修正對照表，於 102 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件法規正式生效，於 105 年度修正第三條，保險人由每年年底改以近三年依當年度 7 月 1 日每一位登記之執業醫師所服務的戶籍人數去平均計算醫人比，並於年底公告醫療資源缺乏地區符合條件的鄉鎮地區名單，以避免單一時點計算醫人比影響變動幅度，引用全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件(衛生福利部，2016)，詳見表 1。

修正規定	現行規定	說明
三、保險人應依最近三年各年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數平均計算醫人比，於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件鄉、鎮、市、區。	三、保險人於每年年底時，應依當年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數計算醫人比後，公告次年符合醫療資源缺乏地區條件鄉、鎮、市、區。	為避免採單一時點計算醫人比影響變動幅度，爰改以最近三年各年七月一日之三個時點數據平均計算。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部法令規章全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」法規內容:，網址: https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=566F65327F08E4B3&topn=5F7F45739FF3DD4D		

全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件法規於 107 年度再次修正內容，修正第一條中所提到全民健康保險法第四十三條第二項醫療資源缺乏地區之定義，條件改為:(一)以最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數或是最近三年平均醫人比要多於 4300 人之地區，(二)人口密度小於全國平均人口密度的五分之一，(三)其餘特殊情形，要陳報相關主管機關核定，引用全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件(衛生福利部, 2018)。第三條保險人依以下規定詳細計算各鄉、鎮、市、區之醫人比、人口密度，於每年年底公布隔年符合醫療資源缺乏地區條件者，符合條件為：(一)醫人比:以各年七月一日登記執業醫師數計算(二)人口密度:以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算，引用全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件(衛生福利部，2018)，詳見表 2。

表 2 107 年全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p>一、全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所定就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：</p> <p>(一) 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。</p> <p>(二) 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。</p> <p>(三)其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。</p>	<p>一、全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：</p> <p>(一) 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。</p> <p>(二) 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。</p>	<p>一、 醫人比之條件除原以最近三年平均數值認定外，亦應能反映最近之醫師人力現況，爰修正第一點將最近一年醫人比亦予納入，與原列於第三點之「最近三年平均」併列規範。</p> <p>二、 為確實反映保險對象可利用之醫療資源情況，經再檢討參酌其他法令所定偏遠地區等相關規定，於第二款新增「人口密度低於全國平均人口密度五分之一」為醫療資源缺乏地區認定條件，以納入地理幅員較寬廣、人口較少，就醫較為不便之鄉鎮；原第二款順移為第三款。</p>
<p>二、中華民國九十九年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。</p>	<p>二、中華民國九十九年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、台中市、嘉義市、台南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。</p>	<p>文字酌作修正。</p>
<p>三、保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：</p> <p>(一) 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。</p> <p>(二) 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。</p>	<p>三、保險人應依最近三年各年七月一日每位登記執業醫師所服務之戶籍人數平均計算醫人比，於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件鄉、鎮、市、區。</p>	<p>配合第一點之修正，明定醫人比及人口密度計算應採行數據。</p>
<p>資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部法令規章全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」之法規內容，網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=566F65327F08E4B3&topn=5F7F45739FF3DD4D</p>		

第二章 各項醫療資源不足地區政策內容盤點

為消弭解決醫療資源不足問題，政府推動多項偏鄉山地離島健康照護政策，表 3 為與我國原鄉、離島、醫療資源不足地區有相關之健康照護政策盤點。在政府各部門所負責的健康照護政策中，照護司提出原住民鄉與長期照護為主之政策；醫事司以在地醫療量能及提升急診能力；健保署提出以偏鄉醫療照顧之政策，服務對象為山地離島及醫療資源不足地區；疾管署以傳染病防治為實施重點，國健署及心口司提出慢性疾病與健康促進之預防措施；資訊處會以整合照護網路的方式，使服務地區可以有完善之醫療網絡。其中，以偏鄉為主要實施對象的政策有：(1)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫；(2)醫療資源不足地區改善方案；(3)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)；(4)提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫，包含：醫學中心支援離島偏遠地區計畫及緊急醫療及相關應變醫療資源不足地區計畫；(5)提升離島地區基層照護服務計畫；(6)離島醫療照護行動計畫，包含：養成公費生培育計畫、社區健康營造計畫、離島醫療資源提升計畫、離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫、衛生福利部離島地區醫院化療照護之中心計畫、衛生所醫事人員急重症教育訓練計畫、離島遠距健康先驅計畫、緊急醫療後送計畫等，共計六大偏鄉政策。

由於本計畫以探討偏鄉之醫療資源分布問題為主，故以下乃針對前述六大政策內容，逐項進行盤點，本章盤點重點有：歷史沿革、背景與目的、計畫施行條件、申請資格與評核指標等項目。

表 3 各單位之健康照護政策

政策	在地醫療照護品質	在地醫療量能	全民健保偏鄉醫療照顧	傳染病防治	慢性管理與健康促進	C 肝防治	整合照護網路
計畫	<ul style="list-style-type: none"> ●離島醫療照護計畫 ●原鄉衛生所醫療資訊系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS) 	<ul style="list-style-type: none"> ●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 	<ul style="list-style-type: none"> ●健保山地離島醫療給付效益提昇計畫(IDS) ●提升離島地區基層照護服務計畫 	<ul style="list-style-type: none"> ●A 肝 ●結核病 ●肺炎鏈球菌疫苗接種 	<ul style="list-style-type: none"> ●HPV 疫苗 ●癌症篩檢 ●成人健檢 ●慢性病管理 ●生育健康指導及諮詢 	<ul style="list-style-type: none"> ●試辦山地原鄉 ●C 肝完治 ●C 肝用藥 	<ul style="list-style-type: none"> ●花蓮秀林模式 ●高雄模式
	<ul style="list-style-type: none"> ●衛生所/室重擴(修建、設施(備)) ●就醫交通費 	<ul style="list-style-type: none"> ●緊急醫療資源不足地區改善計畫 	<ul style="list-style-type: none"> ●西、中、牙醫療資源不足地區改善方案 		<ul style="list-style-type: none"> ●提供原鄉癌症醫療服務品質 		
	<ul style="list-style-type: none"> ●長照綜合服務據點 	<ul style="list-style-type: none"> ●提供兒科急診醫療品質及資源整合 	<ul style="list-style-type: none"> ●醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 		<ul style="list-style-type: none"> ●戒菸服務 ●心理健康 		
	<ul style="list-style-type: none"> ●一鄉鎮日照 	<ul style="list-style-type: none"> ●緊急醫療網 ●空轉後送 			<ul style="list-style-type: none"> ●肺結核篩檢 ●山地鄉胸部 X 光檢查 		
	<ul style="list-style-type: none"> ●長照 2.0 	<ul style="list-style-type: none"> ●緊急醫療資源不足地區之地區醫院提升急診能力 			<ul style="list-style-type: none"> ●免費戒菸服務 		
單位	照護司	醫事司	健保署	疾管署	國健署、心口司	C 肝防治辦公室、健康署、健保署	資訊處

資料來源:內容文字整理自「衛生福利部國民健康署 108 年解決健康不平等、原鄉醫療資源之現況與展望」。

第一節 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

一、歷史沿革

本計畫前身為「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，自 98 年起編入於其他預算，用於補助符合資格醫院之浮動點值，補足至每點 1 元。衛生福利部中央健康保險署於 101 年起修正為「全民健康保險醫療資源不足之醫療服務提升計畫」，除要求醫院須提供 24 小時急診服務等之外，並增加評估指標及退場機制，引用全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(衛生福利部中央健康保險署，2012)。101 至 102 年經費仍由其他預算支應，並自 103 年起移至醫院總額專款編列預算支應。是以點值方式保障山地離島地區由醫療院所提供醫療資源服務，於 103、106、107、108 年調整有參與之醫療院所於當年度的預防保健服務量，並需比前一年多 10% 以上，由擔任巡迴醫療之院所提供經費的補助，並加強居民就醫可近性(廖興中，2013)，如圖 1 所示。



圖 1 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫演進狀況

二、背景與目的

於 101 年度開始實施，針對山地離島地區與醫療資源不足地區，以點值方式保障該區域或鄰近資源不足地區醫療院所提供 24 小時急診、住院、內外兒婦科等醫療服務，並加強民眾就醫之在地化，引用全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(衛生福利部中央健康保險署，2012)。於 101 至 108 年期間，計畫內容略有微調，以 101 年度醫院申請條件中，住院呼吸器、精神科費用皆不得超過住院費用 50% 以上，另外，兩項費用合計亦不得大於 50% 以上，上述條件僅在 99 年度，但自民國 102 年後則將此項申請條件刪除。評估指標，101 至 103 年評估指標中，要求有參與之醫院須於當年度之預防保健服務量，比前一年多 10% 以上，104 年起修改為 5 % 以上。民眾滿意度提升指標，103 年以後參與之醫院的民眾申訴案件數應須小於前年，引用全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(衛生福利部中央健康保險署，2015)。

三、計畫施行條件、申請資格與評核指標

表 4 與表 5 取自 101 至 102 年衛生福利部中央健保署全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升之各年度計畫的評估指標與各項申請條件說明。醫院申請條件為 1.山地、離島地區醫院，但若上述鄉鎮未設立醫院，則以區域等級醫院最靠近的醫學中心 30 公里以上為主，2.醫療資源不足的醫院，若上述未設立則以鄰近醫院為主，3.上述兩項條件的醫院必須提供緊急醫療照護，並符合醫院住院呼吸費用不超過 50% 以上、精神科費用不超過總費用 50% 以上、呼吸器及精神科合計費用不能超過總費用 50%，並且需要符合當年度緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之地區級醫院。計畫評估指標以參與之醫院須多增加 24 小時急診數、增設內外科、婦產、小兒科之家數、醫院提升預防保健服務量並需較前一年成長至少 10% 以上，並提升醫院就醫民眾對於 24 小時兒科、婦產科、內外科、急診的滿意度，主動通知各項檢查報告結果之民眾滿意度、每一年民眾申訴件數皆須小於 100 年。引用全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(衛生福利部中央健康保險署，2013)。

表 6 為 103、106、107、108 年度全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，評估指標中將受保障醫院提升預防保健服務數量修改為需比前一年至少成長 5% 以上。而民眾滿意度的整體民眾申訴案件數，修改為須低於前一年度，引用全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫。(衛生福利部中央健康保險署，2015)

表 4 101 年度全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

年度	預算來源	目的	申請醫院條件	申請醫院需承諾強化提供之醫療服務	評估指標
101 年	全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目。	為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。	<p>一、離島、山地鄉之醫院，若上述地區未設立則以區域級醫院距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。</p> <p>二、於全民健保醫療資源不足地區之醫院，若上述未設利則以鄰近醫院為主，但排除以設立區域級醫院之地區。</p> <p>三、上述兩類醫院需提供急性照護為主，並符合：</p> <p>(一)申報 99 年醫院總額部門之住院呼吸器費用，不得大於其住院費用 50% 以上。</p> <p>(二)申報 99 年醫院總額部門之精神科費用(門住合計)，不得大於其總費用 50% 以上。</p> <p>(三)申報前述住院呼吸器及精神科之合計費用，亦不得大於其總費用 50% 以上。</p> <p>四、申請時，需符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。</p>	<p>一、提供 24 小時急診服務：</p> <p>(一)急診設施須符合醫療機構設置標準。</p> <p>(二)急診室 24 小時至少應有一位家醫科、內科、外科、婦產科、小兒科之專科醫師值班。</p> <p>(三)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。</p> <p>二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟全民健康保險保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。</p> <p>三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p>	<p>一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。</p> <p>二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。</p> <p>三、受保障醫院提升預防保健服務量：受保障醫院於計劃期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 10% 以上。</p> <p>四、民眾滿意度提升：</p> <p>(一) 受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。</p> <p>(二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。</p> <p>(三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於 100 年。</p>

資料來源:內容文字直接整理自衛生福利部 101 年「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」之內容，網址:

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BF343D46311B4345&topn=50A8D85DEB3666E7

表 5 102 年度全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

年度	預算來源	目的	申請醫院條件	申請醫院需承諾強化提供之醫療服務	評估指標
102 年	全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目。	為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。	<p>一、離島、山地鄉之醫院，若上述地區未設立則以區域級醫院距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。</p> <p>二、於全民健保醫療資源不足地區之醫院，若上述未設利則以鄰近醫院為主，但排除以設立區域級醫院之地區。</p> <p>三、申請時，需符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。</p>	<p>一、提供 24 小時急診服務：</p> <p>(一)急診設施須符合醫療機構設置標準。</p> <p>(二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。</p> <p>二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。</p> <p>三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p>	<p>一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。</p> <p>二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。</p> <p>三、受保障醫院提升預防保健服務量：</p> <p>受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 10% 以上。</p> <p>四、民眾滿意度提升：</p> <p>(一)受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。</p> <p>(二)受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。</p> <p>(三)受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於 100 年。</p>

資料來源：內容文字直接整理自衛生福利部 102 年「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」之內容，網址：
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BF343D46311B4345&topn=50A8D85DEB3666E7

表 6 103、106、107、108 年度全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

年度	預算來源	目的	申請醫院條件	申請醫院需承諾強化提供之醫療服務	評估指標
103 年 106 年 107 年 108 年	全民健康保險醫療給付費用總額預算。	為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。	<p>一、設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。</p> <p>二、設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。</p> <p>三、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。</p>	<p>一、提供 24 小時急診服務：</p> <p>(一)急診設施須符合醫療機構設置標準。</p> <p>(二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。</p> <p>二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。</p> <p>三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。</p> <p>四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。</p>	<p>一、受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。</p> <p>二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。</p> <p>三、受保障醫院提升預防保健服務量：受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5% 以上。</p> <p>四、民眾滿意度提升：</p> <p>(一) 受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。</p> <p>(二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。</p> <p>(三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。</p>

資料來源：內容文字整理自衛生福利部 103-108 年「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」之內容，網址：
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BF343D46311B4345&topn=50A8D85DEB3666E7

第二節 醫療資源不足地區改善方案

一. 政策發展沿革

94 年度開始實施醫療資源缺乏地區改善試辦計畫，以促進基層醫師能夠到醫療缺乏地區進行相關醫療服務，且至當地進行開業服務或是提供定點專科醫師支援醫療服務與巡迴醫療服務，引用醫療資源缺乏地區改善試辦計畫(衛生福利部中央健康保險署，2005)。在 98 年度先以增進偏遠地區醫療品質為醫療服務計畫名稱，但在 100 年將醫院總額預算編列進去，因此將名稱更改為醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，激勵地區醫院到基層診所尚未申請新開業服務、巡迴醫療服務的醫療資源不足地區鄉鎮，提供巡迴醫療服務。然而，為將醫療資源不足地區的醫療服務進一步整合，因此於 103 年度將「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足改善方案」與「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」兩項計畫進行整併，最後名稱改為「西醫醫療資源不足地區改善方案」，鼓勵地區醫院醫師到無接受基層醫師醫療服務的醫療資源缺乏地區，以及提供巡迴醫療與老人的到宅服務，以促使保險對象都能夠接受醫療資源服務，引用西醫醫療資源不足地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2014)，如圖 2。

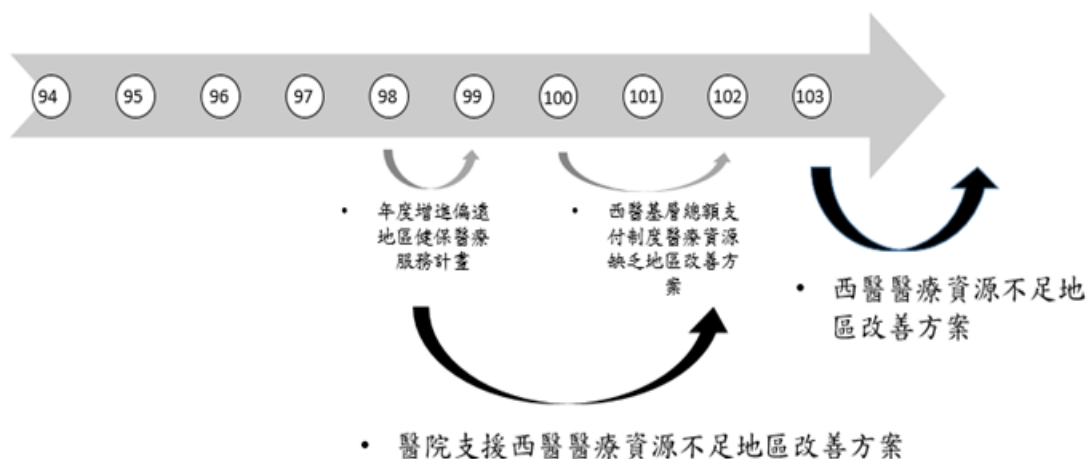


圖 2 醫療資源不足地區改善方案政策發展沿革

(一) 西醫醫療資源不足地區改善方案

1. 歷史沿革

全民健康保險自 90 年開始施行西醫基層總額支付制度，並於隔年鼓勵基層醫師至醫療資源缺乏地區供相關醫療服務，91 年「西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案」，並於 92 年度實施「西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫」，93 年至 94 年則為「西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫」，95 年至 102 年則為「西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」，最後於 103 年改為「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(張孟源, 2011)，因此，本計畫以全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案進行以下說明(陳亮維, 2015)。詳見圖 3。

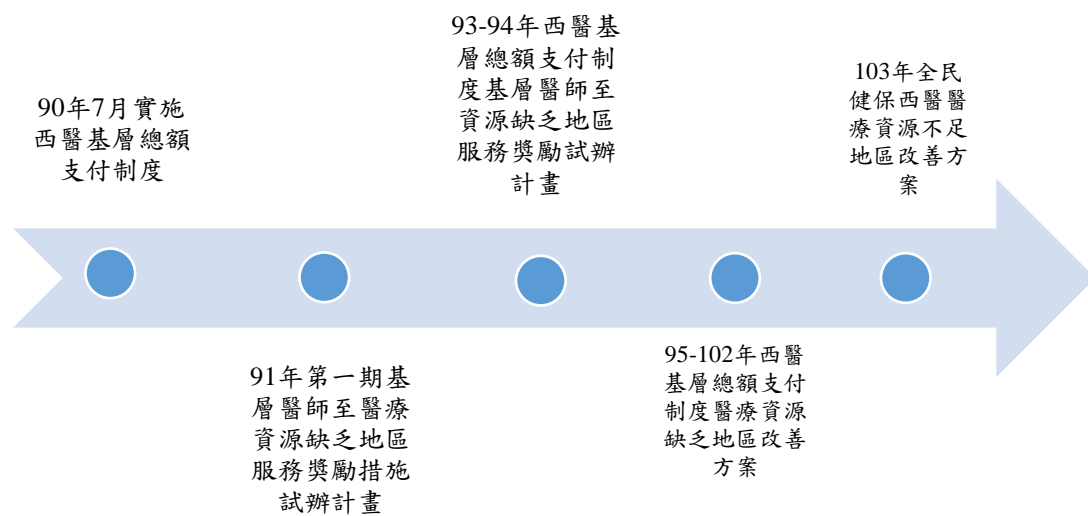


圖 3 西醫醫療資源不足地區改善方案之歷史沿革

2. 背景與目的

此方案從 103 年度改為「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，希望能夠藉由此項計畫鼓勵各個基層醫師至醫療資源缺乏的地方提供醫療服務，自 103 年與醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案合併後，計畫名稱改成西醫醫療資源不足地區改善方案，計畫整體目的為鼓勵基層醫師能夠到醫療資源缺乏地區進行醫療服務，引用西醫醫療資源不足地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2014)，詳見表 7 為歷年計畫名稱及計畫目的。

表 7 為西醫醫療資源不足地區改善方案歷年計畫名稱與計畫目的		
年度	名稱	目的
90-91	西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案	鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，以均衡西醫基層醫療資源，促使全體保險人都能得到適當的醫療服務。
92	西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫	在鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，以均衡西醫基層醫療資源，促使全體被保險對象都能獲得適當的醫療服務。
93-94	西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫	鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，以均衡西醫基層醫療資源，促使全體被保險對象都能獲得適當的醫療服務。
95-96 年	西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案	鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，以均衡西醫基層醫療資源，促使全體保險人都能得到適當的醫療服務。
97-99 年		鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，促使全體被保險對象都能得到適當的醫療服務。
100-102 年	西醫醫療資源不足地區改善方案	以鼓勵西醫醫院醫師與基層醫院至醫療資源不足地區，並提供醫療保健之服務，以促使全體被保險人都可獲得適當地醫療資源服務。
103-108 年		
資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會於 100 年西醫基層醫療資源不足地區改善方案實地訪查紀實-兼論 101 年度方案之接軌與展望，網址： http://lawdata.com.tw/tw/detail.aspx?no=57166		

二、計畫施行條件、申請資格與評核指標

本方案於民國 90 年開始實施，西醫基層總額支付制度第一期的獎勵措施方案是希望鼓勵基層醫師到醫療缺乏地區進行服務。此方案所指的醫療缺乏地區則以 89 年每個鄉鎮每位西醫醫師所服務的投保人口數超過 4,000 人，並未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」。此方案所編列的經費預算為「資源缺乏地區獎勵加成」佔第一期西醫基層醫療給付費用總額的 0.193%。執行目標以鼓勵西醫基層醫師至當地開業並執行 5 個計畫為目標，並提供固定的專科門診或是巡迴醫療服務以 20 個計畫為主要目標，醫療院所申請條件為全民健保特約醫院、向衛生所登記為診所，並簽訂「全民健康保險醫事服務機構合約」，引用醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案(衛生福利部中央健康保險署，2000)。

在 90 至 94 年度西醫基層總額支付制度獎勵措施試辦計畫希望基層醫師到醫療資源缺乏地區服務，實施內容與 91 年大致相同，不同處在於預算來源的部分，此年度以 92 年西醫基層醫療給付費用總額中的「醫療資源缺乏地區服務獎勵專案」，並占該預算 0.185%。93 年度西醫基層總額支付制度獎勵試辦計畫，乃透過全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議協定，希望鼓勵基層醫師深入偏鄉來提供門診醫療服務，執行目標修改為西醫基層至醫療院所開業醫療服務目標數為 3 個計畫目標數，提供定點服務之專科醫師支援醫療服務以執行 30 個鄉鎮為計畫目標，另外增加三項目標，鼓勵西醫基層醫師提供巡迴醫療服務並且希望以 40 個鄉鎮為目標，此外應以無醫村為首要對象。開業與巡迴的申請條件增加若申請支援的專科醫師可於同一個健保分區內開業，另外，當地開業診所與專科醫師不得跨區。94 年以西醫基層總額支付制度獎勵試辦計畫希望基層醫師至醫療缺乏地區服務，施行地區以每個鄉鎮每位西醫醫師服務的投保人數或是戶籍在當地的人口數大於 4,000 人，都市化分級以 7、8 級的鄉鎮為主，且沒有實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」的鄉鎮則訂定為符合的地區。

計畫執行目標以執行基層醫師到醫療缺乏地區進行開業、專科醫師支援 30 個定點之醫療服務、巡迴醫療達到 40 個。以下醫療院所申請條件為需於衛生所登記為診所或申請支援的專科醫師可跨鄉、跨縣提供醫療服務，引用西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫(衛生福利部中央健康保險署，2005)。

且 95 至 99 年度將計畫名稱改為西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案，施行地區以每個鄉鎮每位西醫醫師服務的投保人口數或是戶籍在當地人口數大於 3,500 人、並排除第 1 至 4 級的鄉鎮、都市化分級為 7、8 級，且無實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」。執行目標以執行 60 個巡迴醫療計畫，醫療資源分配以第一級地區為沒有開業之醫療資源缺乏地區的無醫村為主要優先對象，引用西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2010)。

96 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案，內容中目標與申請條件與 95 年度計畫相同，不同之處在於施行地區，96 年度施行地區條件增加以每一位醫師提供服務的投保人數或戶籍在當地人口數若大於 2,500 人之鄉鎮且位於較偏遠的地方，需以無醫村優先支援助地區名單為核准的依據為符合之偏鄉地區。

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案，施行地區篩選條件修改為以中央健保局根據各衛生局所提供之醫療資源缺乏地區名單，根據以下要件選擇名單第一個條件為需當地村、里沒有醫師執業，第二項條件為距離鄰近就醫醫療院所交通不易抵達的地方，第三項條件為經評估考量後有醫療需求不足的地方則為醫療缺乏地區。執行目標以鼓勵西醫基層醫師到施行地區進行開業，提供醫療缺乏地區巡迴醫療服務，並以總服務人次 30,000 與總服務時數 10,500 為計畫執行目標，引用西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2008)。

於 98 及 99 年度計畫目標為總服務人次增加至 150,000 與總服務時數至 15,000。本計畫申請條件修改為特約院所的醫師不能支援其他院所，並於該院所支援之醫師總門診時間與巡迴醫療服務時間不能超過總門診時數的三分之一。門診服務時數需於執行地點以每個禮拜最少提供 5 天門診服務並須有 3 次夜間門診，此外，醫療服務的總時數不能少於 24 小時。若以巡迴醫療申請條件來說，每個醫療巡迴點最多每日 1 次至少 1 小時，最多至兩個巡迴點。申請條件修改為本計畫特約院所醫師不能支援其他院所，並於該院所支援之醫師總門診時間與巡迴醫療服務時間不能超過總門診時數的三分之一。引用西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2010)。

在 100 年至 108 年全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，計畫執行目標以鼓勵基層醫師到施行地區開業，並提供巡迴醫療服務，於 100 年度總服務人次增加至 180,000 與總服務時數為 26,000。計畫申請條件中，門診服務時數之執業地點以每個禮拜最少 5 天門診服務且須有 3 次的夜間門診，每個診次最少需要 2 小時以上，夜間門診時段需在每天的晚上 6 點至 10 點，總時數不可小於 24 小時，引用西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2013)。101 年全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，此年度修改預算部分，編列 1.5 億元於全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目。計畫執行中提供巡迴醫療，以總服務人次 220,000 及總服務時數 32,000 為目標。

102 年全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，計畫目標以鼓勵西醫基層醫師至當地新開業提供醫療服務，並提供醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務，以總服務人次 220,000 及總診次 10,000 為目標，引用西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2013)。

103 至 104 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，施行條件改為排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之地區，經費來源編

列 150 百萬元以全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，且醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案預算編列 60 百萬元於全民健康保險醫院醫療給付費用總額之專款項目，計劃目標分為基層診所與醫院。以基層醫療診所目標來說，提供巡迴醫療服務總服務人次 225,000 及總診次為 10,000，且醫院須提供醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務，其中主要項目包括提供行動不便者醫療服務、專科巡迴或疾病個案管理服務總服務人次以 50,000 及總診次 3,000 為主。

105 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，當年編列 240 百萬元，獎勵至偏鄉地區開業與巡迴醫療為目標，為鼓勵西醫醫師到施行區域新開業進行醫療服務並提供該地區巡迴醫療服務，目標以總服務人次 225,000 及總診次 10,000 為主。106 年全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，預算編列 180 百萬元，與醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案之醫院總額同項專款合併使用。

107 年全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，預算編列 187 百萬元，與醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案之醫院總額同項專款之合併使用。引用西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案(衛生福利部中央健康保險署，2018)。108 年全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，預算編列 217.1 百萬元，與醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案之醫院總額同項專款合併使用，詳見附件 1。

(二) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案

1. 歷史沿革

歷年均投入相當的健保經費及公務預算，除了增加當地鄉鎮現有的醫療資源，應加強鄉外醫療資源挹注偏遠地區與山地離島地區駐點服務的外生性資源，提高該等地區民眾就醫之可近性。展現出我國對於原鄉離島鄉鎮居民的醫療照護方面之積極作為，這些照護政策也讓我國在醫療人權上邁進一大步，躍居醫療先進國家之列。自 100 年 1 月起開始實施醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案。

2. 背景說明

促進所有保險對象都可以得到良好的醫療照護服務，並且強化偏遠鄉鎮地區醫療資源不足情形，以鼓勵區域級以上的醫院醫師到基層醫療診所沒有提供開業服務或是巡迴醫療服務的地區進行醫療服務。從 98 至 99 年開始此計畫，名稱為年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫，針對 98 年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案，將無醫師提供醫療服務的鄉鎮作為本方案執行地區，100 至 102 年更改名稱為醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區之方案，鼓勵地區級以上的醫院到此計畫的醫療資源缺乏地區提供巡迴醫療服務，在 102 年後因全民健康保險各部門總額評核會議決議，從 103 年就與西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案進行合併西醫醫療資源不足地區改善方案，如表 8。

年度	名稱	目的
98-99	年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫	健保分局核定院所承作 98 年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案後，仍未有醫師前往開業或提供巡迴醫療服務之鄉鎮
100-102	醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	鼓勵地區級以上醫院至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，包括：專科巡迴、提供行動不便或獨居老人到宅醫療或疾病個案管理服務。
103	西醫醫療資源不足地區改善方案	鼓勵西醫基層及醫院醫師至醫療不足地區提供醫療服務，促使全體保險對象都可獲得適當地醫療服務。

第三節 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)

一、歷史沿革

臺灣地區因為整體地理環境特殊，多為山地及離島，交通較不容易到達，因此早期醫療資源大多集中於大城市，造成部分偏鄉地區民眾就醫不便，無法吸引醫事人員至偏鄉離島地區開業，加上住民人口數過少，醫師開業所得不符合經濟效益，使醫事人員不願留下；民國 84 年健保開辦時，因山地離島地理環境特殊，無吸引之條件讓醫療人員前往偏鄉執業及服務，也因為居民就診不方便，而出現了「有保險卻無法獲得醫療」等相關說法。為了鼓勵醫療院所的醫師進入山地離島地區提供民眾醫療資源服務，並在健保給付與特約管理規範下，盡可能去放寬標準，舉例來說，像是調高醫師門診診察費用等鼓勵方案，都是希望相關醫療院所可以設立在山地偏遠地區，促使當地民眾可以獲得醫療服務，且確保就醫等相關權益，圖 4 為山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)之歷史演進與說明：

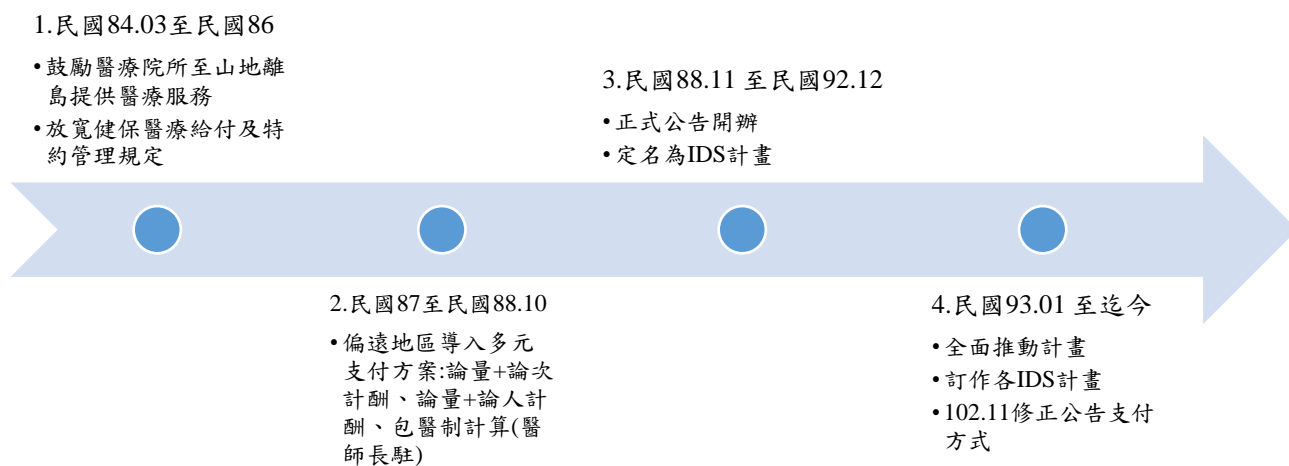


圖 4 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫演進狀況

資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部全民中央健康保險署 2014 年綠色奇蹟 全民健保山地離島醫療服務紀實」，網址:

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=2FDBF477F5B316AC&topn=CDA985A80C0DE710

(一) 民國 84 年 3 月至民國 86 年

希望落實醫療資源分布平均，健保署自民國 85 年 7 月舉辦「偏遠地區醫療改善方案討論會」。從民國 86 年 3 月開始，選定花蓮縣秀林鄉推動「偏遠地區健康保險多元支付方案」，促進各個醫療院所至山地離島地區給予醫療服務。

(二) 民國 87 年至民國 88 年 10 月

為了能夠改善山地離島地區醫療資源不足的狀況，民國 87 年開始推動一系列的試辦計畫，強化挹注山地離島之外的醫療資源納入醫療服務中，在醫療需求較高的山地離島偏鄉中，進行專案試辦計畫，辦理成人健檢、居家服務與復健治療等相關服務，希望藉由誘導山地離島之外的醫療資源，改善山地離島保險對象就醫的方便性。

(三) 民國 88 年 11 月至民國 92 年 12 月

民國 88 年 11 月實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(Integrated Delivery System, 簡稱 IDS 計畫) 希望可以全面的推動。在 42 個山地離島地區，實施 24 項全民健保山地離島地區醫療給付效益提昇計畫或醫療改善計畫。服務內容包括:提供門診、急診之醫療服務、巡迴醫療及專科門診服務等，希望可以增加山地離島地區醫療服務的便利性。各分區執行 IDS 計畫的服務，有不同的實行方式，如:離島對特殊專科服務需求量較多，健保署會以論次計酬的方式，藉由承作醫院提供專科醫師定點門診服務；山地鄉鎮地區，是由承作醫院結合當地衛生所的相關醫護人員，提供定期定點巡迴醫療、居家護理及到宅服務，針對某些疾病盛行率較高的地區，提供相關的教育及篩檢等檢查，並提供完善的醫療照護品質及服務，引用全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(衛生福利部中央健康保險署，2013)。

(四) 民國 93 年 01 月至迄今

希望透過 IDS 計畫的投入及服務，可以讓山地離島地區居民提高就醫的便利性，且充分改善偏鄉醫療不足的情況。也因為交通不便利性的問題，導致醫療院所不願意將人力及資源投入在偏鄉醫療不足的地區，所以，健保署就此推動醫療資源不足地區改善方案，鼓勵西醫、中醫、牙醫師可至鄉鎮提供醫療服務，並設立診所及提供巡迴醫療服務，讓偏鄉地區之民眾可以獲得醫療資源服務。

二、背景與目的

從目前台灣有 50 個山地離島鄉鎮，且因為先天地理環境的關係，而交通不便利，造成山地離島鄉鎮人口數較少且分散，導致一直面臨有醫療資源不足與就醫困難的狀況。為了落實世界衛生組織所提倡之健康平等理念，強化原鄉離島鄉鎮居民之醫療人權，陸續建置偏鄉地區醫療在地化、緊急醫療後送、健保 IDS 計畫、電子病歷系統、醫療資訊化與在地醫療公費生培訓等相關政策(衛生福利部護理及健康照護司，2014)。

中央健康保險署為了提升山地離島地區醫療服務就醫的方便性，而辦理 IDS 計畫以解決此問題，此計畫有三大宗旨及特色，以下資料取自於中央健康保險署「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫-加強偏遠地區醫療服務」。

如下表 9:

三大宗旨	<ol style="list-style-type: none">1. 以較彈性之支付方式，鼓勵醫療院所在一定收入保障下，提高意願至山地離島地區進行醫療服務。2. 協調整合平地之醫療院所、山地離島地區診所或衛生所，組織醫療合作團隊，降低當地民眾就醫之困難，並增加醫療服務。3. 透過醫療資源的整合與當地民眾參與之意見，全面性改善山地離島地區之醫療服務品質。
------	---

表 9 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫-加強偏遠地區醫療服務-續

<p>三大特色</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完整的醫療服務: 提供定點門診、24 小時急診及夜間門診診療、夜間待診, 專科診療、巡迴醫療服務, 轉診後送服務。 2. 顧醫療也顧健康: 配合地區需要, 醫療服務也包含衛生教育、疾病篩檢、居家照護、預防保健、社區醫療家戶健康管理等項目。 3. 兼顧在地民眾需求: 依當地人口特性及醫療利用情形, 增多樣性服務, 以解決當地民眾最急需之醫療服務, 並落實醫療服務可近性與便利性。
<p>資料來源: 資料內容直接整理自「衛生福利部中央健康保險署-醫院總額及其他預算專案計畫執行成果報告(2016)」網址: file:///C:/Users/PC428A/Downloads/5%E9%86%AB%E9%99%A2%E5%8F%8A%E5%85%B6%E4%BB%96%E9%A0%90%E7%AE%97%E5%B0%88%E6%A1%88%E8%A8%88%E7%95%AB_0029967000.pdf</p>	

三、計畫施行條件、申請資格與評核指標

以鼓勵有意願與能力之醫療機構到山地離島地區給予服務, 並提高民眾醫療可近性, 以改善山地離島地區醫療服務照護。此計畫期效為 3 年, 表 10 是 50 個山地離島地區與 2 個適用地區的施行地區一覽表。

計畫預算是以全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」專款項目, 由分區業務組公開以徵求有意願、能力之醫療院所提出計畫申請。計畫承作醫院需依當地醫療需求給予協調或整合不同專科醫師進行診療, 並與當地社區照護資源結合促使夜間門診、定點門診、專科診療、夜間待診、巡迴醫療服務、假日門診、天然災害等醫療服務項目提供給最需要的保險對象, 以下為此計畫申請資格及評核指標:

表 10 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫-加強偏遠地區醫療服務申請資格及評核指標

申請資格	<p>計畫之醫療院所需為本保險之特約醫療院所。</p> <p>並提出 2 年內未曾有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一。</p>
評核指標	<p>1. 民眾滿意度: 對整體醫療服務改善計畫滿意度填答「非常滿意」與「滿意」兩個選項合計所占百分比。</p> <p>2. IDS 執行狀況: 依醫療服務項目各別制訂(夜間門診、巡迴醫療、專科門診等執行率)。</p> <p>3. 提升醫療照護品質:(四項選二項, 每項 15%, 合計 30%)</p> <p>居家照護服務案件數:$\frac{\text{實際執行居家照護服務案件數合計}}{\text{符合支付標準第 5 部第一章通則二所定居家照護收案條件之案件數合計}}$</p> <p>專科服務利用率:$\frac{\text{專科門診每月平均就診人次}}{\text{計畫前一年專科門診每月平均就診加成人次}}$</p> <p>衛教宣導活動:$\frac{\text{實際提供衛教宣導活動次數}}{\text{計畫所定衛教宣導活動次數}}$</p> <p>長期照護轉介:$\frac{\text{轉介長期照護需求成功之個案數}}{\text{發現長期照護需求之個案數}}$</p> <p>4. 促進預防保健指標:(四項選二項, 每項 10%, 合計 20%)</p> <p>成人預防保健受檢率:$\frac{\text{計畫實施地區受檢人數}}{\text{(計畫實施地區 40 至 64 歲以上申報 G9 案件保險對象人數/3)+計畫實施地區 65 歲(含)申報 G9 案件保險對象人數}}$</p> <p>65 歲以上老人流感注射率:$\frac{\text{計畫實施地區注射人數}}{\text{(計畫實施地區 65 歲以上申報 G9 案件保險對象人數)}}$</p> <p>口腔黏膜檢查率:$\frac{\text{計畫實施地區受檢人數}}{\text{(計畫實施地區 30 歲以上申報 G9 案件保險對象人數/2)}}$</p> <p>子宮頸抹片檢查率:$\frac{\text{計畫實施地區受檢人數}}{\text{(計畫實施地區 20 歲(含)以上女性申報 G9 案件保險對象人數)}}$</p> <p>5. 當地特定疾病個案管理: 依當地盛行率高之疾病別, 訂定疾病個案管理計畫並予收案之個案數。</p>
<p>備註:各項醫療服務費用案件之「特定治療項目代號」欄位為 G9</p> <p>資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 102 年度全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」, 網址: https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=747734D9BD70A038&topn=3185A4DF68749BA9</p>	

表 11 是目前全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫施行地區，一共有52個山地離島地區，其中有29個為山地鄉且2個是適用地區，而21個為離島鄉：

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園縣	復興鄉	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉、**大埔鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
高屏	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
高屏	澎湖縣	馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉	
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、**豐濱鄉	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	31個【29個山地鄉(區)；2個適用地區】	21個【21個離島鄉(島)】

**適用地區：比照本計畫提供因地制宜之醫療服務及相關規定辦理，惟門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署108年度全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=747734D9BD70A038&topn=3185A4DF68749BA9

第四節 提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫

此計畫是醫學中心支援離島及偏遠地區計畫、緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫、104 至 106 年度「提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫」及 105 至 106 年提升急診兒科醫療品質及資源整合計畫等，而 107 年因風災受災醫事機構以執行補助受災醫事機構加速重建計畫，恢復受災醫事機構因震災造成之設備損壞。

以下會以醫學中心支援離島及偏遠地區計畫、緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫及提升醫療資源不足地區重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫為本研究的盤點分析。

一、醫學中心支援離島偏遠地區計畫

(一)歷史沿革

自 101 年起，此項計畫由醫學中心提供支援山地離島地區之急診及重症醫師，以提高離島地區在地醫療服務品質，加強民眾就醫之可近性。民國 102 年起辦理「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」，由台中榮民總醫院支援本部南投醫院、彰化基督教醫院支援佑民醫院、中國醫大附設醫院支援竹山秀傳醫院。為辦理急重症醫療照護網絡，民國 103 年設置 10 個觀光地區急診醫療站及 3 個假日及夜間救護站，是為了解決偏鄉地區醫療資源不足，105 至 107 年更名為醫學中心暨重度級急救醫院支援離島急偏遠地區計畫，且增加至 27 家醫學中心，支援 25 家醫療資源不足地區醫院急診及重症的醫師人員，提供山地離島地區與醫療資源不足地區的醫院達成「醫院緊急醫療能力分級標準」，引用醫學中心支援離島偏遠地區計畫(衛生福利部醫事司，2017)，如圖 5 所示。

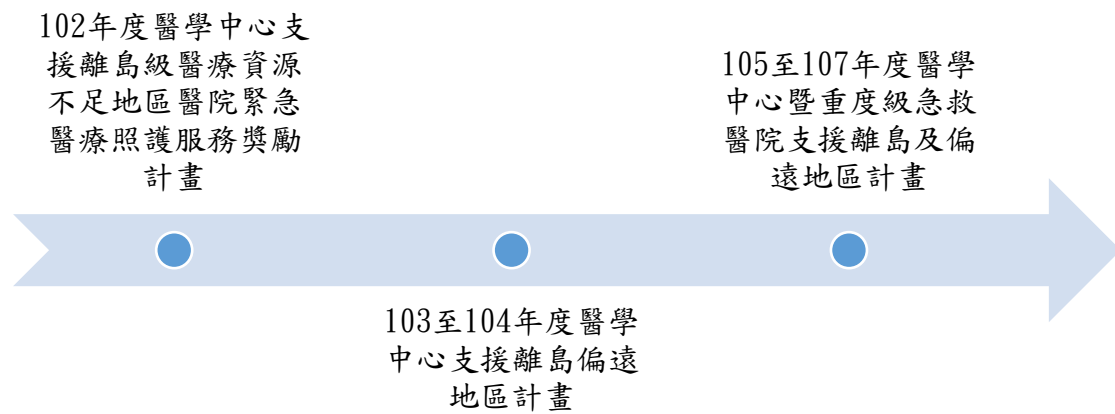


圖 5 醫學中心支援離島偏遠地區計畫歷史沿革

(二)背景與目的

衛生福利部利用醫療發展基金於94至96年間執行緊急醫療資源缺乏改善計畫。透過政策評估檢視兩年後補助計畫的執行成效。本計畫內容之申請資格以醫事司所指定之醫療資源不足地區醫院(在地醫院)，執行方式以每年達到醫院緊急醫療分級評定重度級基準之「腦中風」、「重大傷病」、「心血管」、「加護病房」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒」為重度級標準，並須達到每年醫院緊急醫療能力分級評定中的中度級標準。另外，須包含醫學中心或是重度級急救責任醫院對在地醫院醫師人員進行教育訓練以提高醫療品質。本計畫主要之目標為，使在地醫院病人轉出率下降、提升在地醫院緊急傷病服務品質、在地民眾滿意度提升、在地醫院完成所有指定模式與提報品質指標。如下表 12 所示：

表 12 醫學中心支援離島偏遠地區計畫-醫療資源不足地區醫院申請資格	
執行模式	執行內容
模式一	每年達成當年度醫院緊急醫療分級評定重度級基準中之「急診」、「加護病房」章節，及「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」擇一以上章節之重度級標準。
模式二	每年達成當年度醫院緊急醫療能力分級評定之全中度級標準。
模式三	每年達成當年度醫院緊急醫療能力分級評定中度級標準中之「急診」、「加護病房」章節，及「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」擇一以上章節之中度級標準。
資料來源:內容文字直接整理自於「醫事司醫學中心或重度級急救責任醫院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」，網址: https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/fp-2710-7584-106.html	

(二)計畫施行條件、評核指標

表 13 及表 14 為醫學中心支援離島偏遠地區計畫-評核指標，此計畫分為六大章節，以急診的評核指標以轉出率、住院率、人次以急診會診超過 30 分鐘及所占的比例為主；加護病房評核指標以急診須住加護病房病人轉診率、加護病房專責醫師及值班醫師班表為主；腦中風則以接受治療所佔之急性缺血腦中風患者之人數；心血管以 ST 段上升之急性心肌梗塞病人之相關治療比例為評核指標；重大傷病以轉入與轉出統計與進入開刀房比例為主；高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)則以急診高危險妊娠孕產婦及新生兒病人轉出、轉入統計為評核指標，引用醫學中心支援離島偏遠地區計畫(衛生福利部醫事司，2017)。

表 13 醫學中心支援離島偏遠地區計畫-評核指標

章節	項目指標
急診	<p>急診轉出率 (包括 AAD)。</p> <p>轉出及轉入(請分別列出前五名轉出、轉入醫院、診斷之每月病人人次)之個案原因分析。</p> <p>離島部分之轉診個案分析請增加分析直升機轉診之轉出原因、轉出後後送結果(含診斷及死亡率)。</p> <p>急診病人住院率。</p> <p>急診會診超過 30 分鐘之人次及所佔比例</p>
加護病房	<p>在急診等候轉入加護病房超過 6 小時以上之月平均人數、平均急診停留時間。</p> <p>急診須住加護病房病人轉診率。</p> <p>加護病房專責醫師及值班醫師班表。</p>
<p>資料來源:內容文字直接整理自於「醫事司醫學中心或重度級急救責任醫院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」, 網址: https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/fp-2710-7584-106.html</p>	

表 14 醫學中心支援離島偏遠地區計畫-評核指標-續

腦中風	<p>接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人佔所有急性缺血性腦中風病人之比例。</p> <p>接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人佔所有符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人之比例</p> <p>急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療時間 <60 分鐘之比例。</p>
心血管	<p>ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術 (Primary PCI) 時, Door to balloon time 小於 90 min 比例。</p> <p>ST 段上升之急性心肌梗塞病人接受靜脈血栓溶解劑小於 30 min 之比例。</p> <p>ST 段上升之急性心肌梗塞病人適合接受靜脈血栓溶解劑或緊急冠狀動脈介入術 (Primary PCI) 治療已接受之比例。</p>
重大外傷	<p>外傷小組啟動時間應符合規定, 且應有啟動及評估紀錄。</p> <p>重大外傷病人轉入與轉出統計及原因分析。</p> <p>緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率。</p>
高危險妊娠孕產婦及新生兒 (含早產兒)	<p>急診高危險妊娠孕產婦及新生兒病人轉出、轉入統計及原因分析 (請列出轉出、轉入醫院之每月病人人次及個案原因分析)。</p> <p>緊急高危險妊娠孕產婦到院後 60 分鐘內由婦產科專科醫師診治比率。</p>

資料來源:內容文字直接整理自於「醫事司醫學中心或重度級急救責任醫院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」, 網址: <https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/fp-2710-7584-106.html>

二、緊急醫療及相關應變醫療資源不足地區計畫

(一)歷史沿革

圖 6 為緊急醫療及相關應變醫療資源不足地區計畫歷史沿革，於民國 94 年度開始實施緊急醫療資源不足地區之整天及特定時段全時或特殊時段之緊急醫療服務，共補助 20 個偏遠地區以三個方案類別進行(提升緊急醫療資源缺乏地區之急診能力、夜間假日救護站、觀光地區急診醫療站)，並於 103 至 104 年改為緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫，最後於 105 年至今將更名為緊急醫療及相關應變醫療資源不足地區計畫。

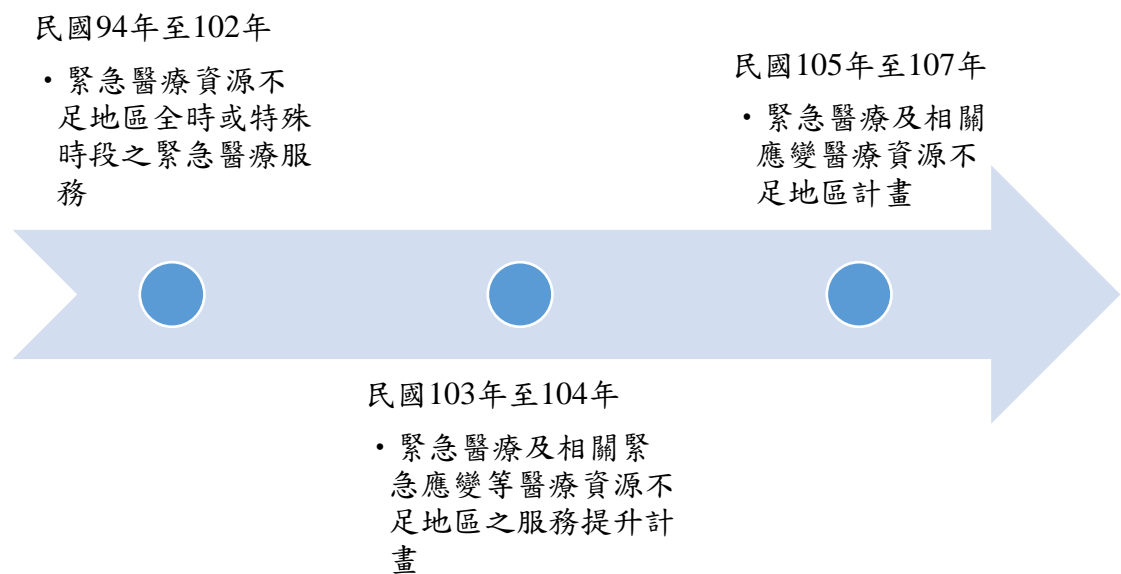


圖 6 緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段之緊急醫療服務歷史沿革

(二)背景與目的

醫事司自民國 94 年度開始辦理加強緊急醫療資源不足地區全時段或是特殊時段的緊急醫療服務，為強化假日、夜間性於各鄉鎮設立定點急救站，本計畫與觀光旅遊旺季之緊急醫療服務，促進醫院派遣 1 名醫師 2 名護理人員，提供遊客與當地民眾之緊急醫療需求。

(三)計畫施行條件、申請資格與評核指標

表 15 為緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區計畫申請資格，執行模式分為三種，分別是假日及夜間救護站、觀光區域急診醫療站、提升醫院急診能力之緊急醫療資源不足地區；執行成效以加強緊急醫療資源不足地區全時段或是特定時段的醫療服務，在設立急診及假日救護單位及提高醫療資源不足地區醫院之急診服務，引用醫學中心支援離島偏遠地區計畫(衛生福利部醫事司，2017)。

申請資格	<p>(一)執行模式</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設假日及夜間救護站。 2.設觀光區域急診醫療站。 3.提升醫院急診能力之緊急醫療資源不足地區。 <p>(二)獎勵費用項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫護人員值班費：每日最多 2 診次；每診次最多醫師 1 人(1 萬元/人)；護理人員 2 人(4 千元/人)。 2.行政管理費：每診次 1 千元。 3.急重症病患轉診費：限臺東縣關山次區域、花蓮縣玉里次區域申請，支給檢傷 1、2 級病患轉診費用，以每季 50 萬元為限。
執行成效	<p>加強緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段（夜間與假日、觀光旺季）之緊急醫療服務，獎勵在地醫院提供當地居民與遊客緊急醫療，以設立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」模式辦理</p>
<p>資料來源:內容文字直接整理自於「醫事司醫學中心或重度級急救責任醫院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」，網址： https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/fp-2710-7584-106.html。本研究整理。</p>	

第五節 提升離島地區基層照護服務計畫

一、歷史沿革

提升離島地區基層照護服務計畫從 104 年至 108 年度，因台灣離島地區礙於交通不方便、人口數外流嚴重，導致當地醫療資源提供有限，只有少部分地區醫療院所提供假日門診、急診、住院或緊急事件之辦理，因此造成醫療資源不足而無法立即得到支援。而且基層診所到離島地區新開業基層診所較不容易經營且營運困難，因此若執業之醫療院所假日、休診或回台，會造成當地民眾就醫不方便且無法取得資源引用提升離島地區基層照護服務計畫(衛生福利部中央健保署，2017)。

二、背景與目的

為了促使基層院所醫師能夠長時間居住在離島地區，並以加強「在地醫療」為目標，以建置離島地區基層之整體假日醫療照護網絡，保障山地離島地區的照護品質及提升醫療就醫之可近性，引用提升離島地區基層照護服務計畫(衛生福利部中央健康保險署，2017)。

三、計畫施行條件、申請資格與評核指標

此計畫施行地區為台灣全部的離島鄉鎮，為：澎湖縣、蘭嶼縣及綠島鄉等。以下為此計畫歷年的整理表格，從 104 年開始施行提升離島地區基層照護服務計畫，在每年度中效益指標都會有所更動。

此計畫從 104 年度開始實施，鼓勵西醫基層院所醫師能至臺灣離島地區(澎湖、金門、媽祖、蘭嶼、綠島、琉球)進行醫療服務，以積極加強在地醫療化，並建置離島地區西醫基層之假日醫療照護網路，透過鼓勵方式確保當地照護服務與提升就醫可近性。預期成果希望降低離島地區到台灣就醫且減少交通成本，如表 16。

表 17 為 106 年度提升離島地區基層照護服務計畫中經費來源為衛福部醫療發展金「提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫」獎勵經費以新台幣 2,100 萬元整，效益指標中改為每季例假日合計開診率大於等於 60%。

表 18 為 107 年度之計畫，經費來源中醫療發展基金經費以 2,800 萬元整；效益指標分為西醫診所與牙醫診所，其中西醫診所每週六每月平均開診率大於等於 76%、週日平均開診率大於等於 40%；牙醫診所每週六平均開診率大於等於 58%、週日每月平均開診率大於等於 20%。

表 19 為 108 年度經費來源為衛福部醫療發展基金新台幣 3,100 萬元整，效益指標同樣分為兩種，西醫診所指標為每週六平均診率為大於等於 76%、週日每月平均開診率大於等於 40%；牙醫診所指標為每週六每月平均開診率大於等於 60%、週日每月平均開診率為大於等於 25%。

表 16 104 年提升離島地區基層照護服務計畫

<p>施行條件</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特約西醫及牙醫基層診所提供例假日開診服務，每次開診時數不得少於 3 小時，並於執業地點張貼例假日開診時間表。 2. 例假日開診時間表如因故休診者，應於休診前於執業場所公告休診通知。 3. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所應定期更新例假日看診時刻表，以便即時追蹤及輔導。
<p>申請資格</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所且醫事機構於本計畫公告前 2 年未曾有全民健康保險特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列任一違規情事者。 2. 有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本計畫醫療費用申報，由參與特約西醫及牙醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)，未及於費用年月申報之案件，不可補報及補付。
<p>預期效益</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 減少離島地區民眾至本島就醫，降低所耗費交通及社會成本。 2. 建構離島地區西醫及牙醫基層之例假日照護醫療網絡，提高醫療可近性。
<p>效益指標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 週日開診率：85% 以上(週日開診西醫基層診所家數/該地區西醫基層診所家數*100%) 2. 民眾滿意度調查：85% 以上([非常滿意+滿意]人數/就醫人數*100%)
<p>資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 104 年提升離島地區基層照護服務計畫」。本研究整理。網址: http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5720_1040033174-2.pdf</p>	

表 17 106 年提升離島地區基層照護服務計畫

<p>施行條件</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特約西醫及牙醫基層診所提供例假日開診服務，每次開診時數不得少於 3 小時，並於執業地點張貼例假日開診時間表。 2. 例假日開診時間表如因故休診者，應於休診前於執業場所公告休診通知。 3. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所應定期更新例假日看診時刻表，以便即時追蹤及輔導。
<p>申請資格</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所且醫事機構於本計畫公告前 2 年未曾有全民健康保險特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列任一違規情事者。 2. 有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本計畫醫療費用申報，由參與特約西醫及牙醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)，未及於費用年月申報之案件，不可補報及補付。
<p>預期效益</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.減少離島地區民眾至本島就醫，降低所耗費交通及社會成本。 2.建構離島地區西醫及牙醫基層之例假日照護醫療網絡，提高醫療可近性。
<p>效益指標</p>	<p>每季例假日合計開診率 $\geq 60\%$</p>
<p>資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 106 年提升離島地區基層照護服務計畫」。本研究整理。網址: https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/6956_1060033030-1.pdf</p>	

表 18 107 年提升離島地區基層照護服務計畫	
施行條件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特約西醫及牙醫基層診所提供例假日開診服務，每次開診時數不得少於 3 小時，並於執業地點張貼例假日開診時間表。 2. 例假日開診時間表如因故休診者，應於休診前於執業場所公告休診通知。 3. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所應定期更新例假日看診時刻表，以便即時追蹤及輔導。
申請資格	<ol style="list-style-type: none"> 1. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所且醫事機構於本計畫公告前 2 年未曾有全民健康保險特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列任一違規情事者。 2. 有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本計畫醫療費用申報，由參與特約西醫及牙醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)，未及於費用年月申報之案件，不可補報及補付。
預期效益	<ol style="list-style-type: none"> 1. 減少離島地區民眾至本島就醫，降低所耗費交通及社會成本。 2. 建構離島地區西醫及牙醫基層之例假日照護醫療網絡，提高醫療可近性。
效益指標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 西醫診所：週六每月平均開診率\geq76%、週日每月平均開診率\geq40%。 2. 牙醫診所：週六每月平均開診率\geq58%、週日每月平均開診率\geq20%。
<p>資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 107 年提升離島地區基層照護服務計畫」。本研究整理。網址: http://sc-dr.com.tw/shangchan/upload/files/%E9%9B%A2%E5%B3%B6%E5%9C%B0%E5%8D%80%E5%9F%BA%E5%B1%A4%E7%85%A7%E8%AD%B7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E8%A8%88%E7%95%AB.pdf</p>	

表 19 108 年提升離島地區基層照護服務計畫

<p>施行條件</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特約西醫及牙醫基層診所提供例假日開診服務，每次開診時數不得少於 3 小時，並於執業地點張貼例假日開診時間表。 2. 例假日開診時間表如因故休診者，應於休診前於執業場所公告休診通知。 3. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所應定期更新例假日看診時刻表，以便即時追蹤及輔導。
<p>申請資格</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 離島地區之特約西醫及牙醫基層診所且醫事機構於本計畫公告前 2 年未曾有全民健康保險特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列任一違規情事者。 2. 有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。本計畫醫療費用申報，由參與特約西醫及牙醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)，未及於費用年月申報之案件，不可補報及補付。
<p>預期效益</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.減少離島地區民眾至本島就醫，降低所耗費交通及社會成本。 2.建構離島地區西醫及牙醫基層之例假日照護醫療網絡，提高醫療可近性。
<p>效益指標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.西醫診所週六每月平均 開診率\geq76%、週日每月平均開診率\geq40%。 2.牙醫診所 週六每月平均開診率\geq60%、週日每月平均開診率\geq25%。
<p>資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 108 年提升離島地區基層照護服務計畫」。本研究整理。網址: http://sc-dr.tw/shangchan/upload/files/108%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E6%8F%90%E5%8D%87%E9%9B%A2%E5%B3%B6%E5%9C%B0%E5%8D%80%E5%9F%BA%E5%B1%A4%E7%85%A7%E8%AD%B7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E8%A8%88%E7%95%AB.pdf</p>	

第六節 離島醫療照護行動計畫

一、歷史沿革

山地及離島地區的人口數約 45 萬人，加上原住民人口數約 81 萬人，占全台人口數百分之三；土地面積則是大約占臺灣地區的 44%(林奏延與鄧素文,2014)。在健康及疾病狀況方面，依據衛生福利部醫事系統統計資料，民國 102 年山地離島的醫師數，為每 1 萬人中有 8.81 名，約僅全國平均萬人中有 18.03 名的半數(林奏延與鄧素文，2014)。

為了讓偏鄉離島獲得平等與優質的醫療照顧，在民國 94 年通過「原住民族基本法」，以確保原住民的健康照護問題。而民國 98 至 101 年，行政院健康照護升值白金方案提出「智慧醫療服務—山地離島服務遠距醫療」；而 101 年至 105 年，衛生福利部開創全民均等健康照護計畫，亦提出提升偏鄉地區醫療照護能力等重大政策，如圖 7 所示。

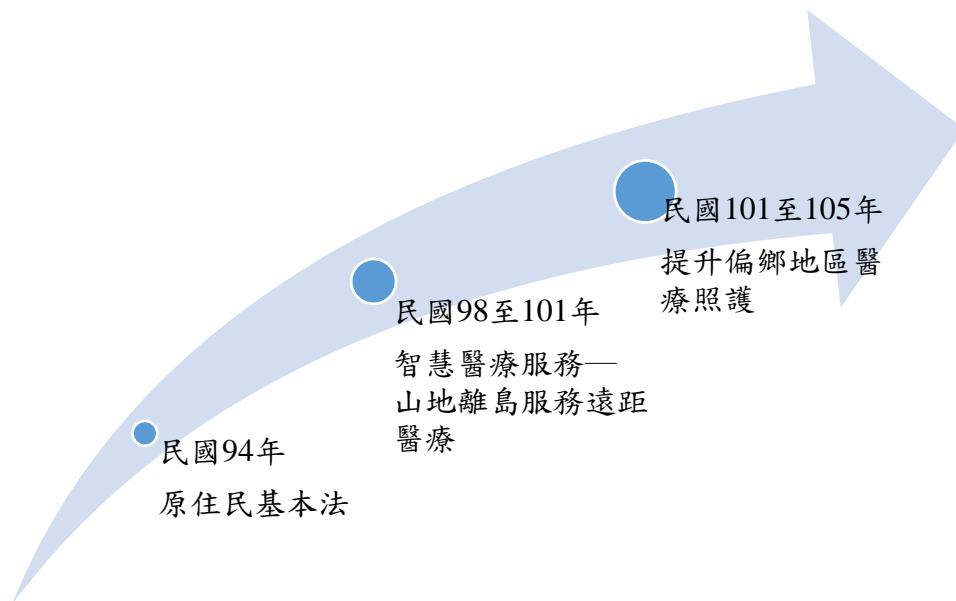


圖 7 山地離島照護行動計畫

二、背景與目的

衛生福利部邀請各相關單位研擬離島醫療照護整體計畫(10大行動計畫)，以如何推動離島地區各項健康照護政策流程、行政管理等水平合作，讓離島居民獲得健康促進永續發展的精神。目前離島地區居民與全國民眾並未享受同等醫療資源服務，因此針對不同離島地區規劃不同醫療服務，本計畫整體目標期待達到提升在地醫病信任關係與降低不必要或夜間之空中轉診後送，5項策略原則分別為(1)提供適合離島居民的健康照護(2)強化離島地區居民自決及自我增能(3)改善醫療照護可近性(4)提升醫事人員急重症能力(5)提升緊急醫療後送效能。並建立10大離島地區醫療行動計畫，分別為養成公費生培育計畫、社區健康營造計畫、離島醫療資源提升計畫、離島地區醫療給付效益提升計畫、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫、全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案、離島地區醫院化療照護中心計畫、衛生所(室)醫事人員急重症教育訓練計畫、離島遠距視訊多方會診先驅計畫、緊急醫療空中轉診後送計畫。詳細資料如表 20。

表 20 離島醫療照護行動計畫

策略目標(2)	策略原則(5)	行動計畫(10)		監測指標(20)
		項目	執行單位	
提升在地醫病信任關係	1.提供適合離島民眾的健康照護	1.養成公費生培育計畫	照護司	1.在地醫事人力培訓人數 2.在地醫事人力留任人數 3.社區健康營造的覆蓋率 (一鄉一營照中心) 4.醫院急診轉出率 5.離島地區每萬人口醫師數 6.可避免住院率 7.門診每人平均就醫次數 8.受保障醫院增設 24 小時急診之家數 9.受保障醫院增設內、外、婦產、小兒科之家數 10.牙齒填補2年保存率 11.牙體復形案件+牙周案件申報點數占率 $\geq 70\%$ 12.根管治療案件申報點數占率 $\geq 20\%$ 13.癌症病人在地治療人次 14.Port-A導管血流感染率 15.離島地區衛生所醫事人員完訓率 16.空中轉診後送執行數 17.夜間空中轉診後送比率 18.不必要空中轉診後送比率
	2.強化離島地區民眾自覺及自我增能	2.社區健康營造計畫	照護司	
	3.改善醫療照護可近性	3.離島醫療資源提升計畫	醫事司	
		4.離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)	健保署	
		5.全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	健保署	
		6.全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案	健保署	
		7.衛生福利部離島地區醫院化療照護中心計畫	醫福會	
降低不必要或夜間之空中轉診後送	4.提升醫事人員急重症能力	8.衛生所(室)醫事人員急重症教育訓練計畫	照護司	
		9.離島遠距健康先驅計畫	照護司	
	5.提升緊急醫療後送效能	10.緊急醫療後送計畫	照護司	

資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部 照護司 108 年原住民族及離島健康服務專區之離島醫療照護行動計畫」,本研究整理。

三、各項離島醫療資源照護計畫

(一) 養成公費生培育計畫

自 58 至 78 年以「臺灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」、「臺灣省地方醫護人員養成計畫(續辦計畫)」、「臺灣省地方醫護人員養成第三期十年計畫」來辦理，而 83 年修訂「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」，且於 90 年修正「臺灣省地方醫護人員養成第三期計畫」為「臺灣省地方醫護人員養成績辦計畫」。90 年後由行政院衛生署(本部前身)延續臺灣省地方醫護人員養成計畫訂定「行政院衛生署地方醫事人員養成第一期計畫」，自 90 至 93 年止，為期 4 年，除賡續規劃培育臺灣省山地離島地區之醫事人員外，亦於 91 年起整合金門、連江縣之需求，第二期計畫，自 96 至 100 年止，為期 5 年，因計畫對象及服務地區為原住民與山地離島地區，所以計畫名稱更正為「行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫」是第三期計畫，自 101 至 105 年止，為期 5 年，於 100 年 12 月 29 日經行政院原則同意。且修正調整連江縣籍及澎湖縣籍員額，又配合教育部「離島地區學生保送高級中等以上學校辦法」，修訂離島考生資格限制事宜(衛生福利部，2015)。自 91 年開始將金門及連江縣納入本計畫辦理，每期計畫的養成計畫公費生，預計招生人數不盡相同，所以在表 21 中提供醫事人員養成計畫公費生招生培育計畫的目標與預期成效。

計畫名稱	養成公費生培育計畫
背景說明	培訓離島地區醫事人才，以維持離島地區醫事人力，縮短城鄉差距。
執行狀況	106 年以培育 450 位公費生，約七成公費生期滿後仍願意留下。
目標	改善離島地區醫療資源不足，確保當地醫事人力，提升醫療照護之品質與可近性，維護離島地區居民身心健康及健全照護系統，並落實醫療在地化之政策。
預期成效	縮短離島地區城鄉差距，平衡醫療資源。落實性別平等政策綱領，強化女性職業與就醫權利，以提供不同性別之健康服務。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部照護司 2015 年原住民族及離島地區醫事人員養成計畫第 4 期」，本研究整理。	

(二) 社區健康營造計畫

離島地區因為地理環境因素，健康照護資源獲得較不便利，為了提升離島地區居民健康狀況，在 89 年 8 月 1 日在離島地區推動社區健康營造計畫，結合地方政府與民間團體設置「社區健康營造中心」，以「建立創造機制」、「因地制宜」及「永續經營」三大方向，透過社區健康營造中心的介入，使得離島地區健康的個人、家庭及部落，以下表 22 是歷年執行狀況及目前的施行目標。

計畫名稱	社區健康營造計畫
背景說明	離島地區醫療資源可近性不足，故為活化離島地區居民健康狀況，推行社區健康營造計畫，以因地制宜、建立機制、永續經營促使民眾對自我健康的責任。
執行狀況	106 年辦理之健康篩檢、健康飲食促進、衛教宣導、長者居家關懷等活動，並提升民眾對社區營造的認知，落實區域設定目標，建立自我健康評估指標，達成永續經營。 107 年度規劃設置社區健康營造中心，聚焦於「能力提升」與「就業加值」，加強離島地區健康照護資源，同時也提升在地的就業率。
目標	建立離島地區居民健康生活之永續發展，以跨領域合作方式，發展健康照護產業，提升整體醫療服務利用之涵蓋率，建立健康生活永續發展。
預期成效	採用因地制宜的健康議題，建立社區健康照護產業模式，打造健康營造平台，並創新社區健康照護產業模式，提升離島地區健康照護。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部照護司 108 年離島醫療照護行動計畫」,本研究整理。	

(三) 離島醫療資源提升計畫

偏遠地區醫療資源處於較不便利的情況，且原住民居住的環境多處山區、靠海地區及交通不便，造成醫療照護資源品質不佳，為了加強山地離島的醫療服務，從原住民健康的部落層面開始介入，以改善原住民醫療照護品質及提升健康狀態。以下表 23 為歷年執行狀況及目前的執行目標。

表 23 離島醫療照護行動計畫-3	
計畫名稱	離島醫療資源提升計畫
背景說明	以建構原住民健康的部落層面介入，縮短健康不平等，以改善醫療照護可近性。
執行狀況	目前執行狀況自 102-105 年醫學中心支援地區醫院之數量從 19 家增加至 27 家。 106 年度各醫院檢傷一級病人急診 24 小時滯留率從 2.94% 下降至 2.31%。
目標	醫學中心支援地區醫院，並設立假日夜間醫療站、觀光地區以提升在地急重症醫療能力。 遠距醫療以通訊方式看診、開處方箋、並囑咐醫療單位護理人員執行。將急救責任醫院規劃為 14 個轉診網絡。推動院內轉診機制，建構區域合作醫療。
預期成效	偏鄉醫療達到醫院緊急醫療能力分級評定標準，使偏鄉地區醫院急診轉出率下降，改善偏遠地區重點科別醫師人力不足。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健保署 108 年離島醫療照護行動計畫」,本研究整理。	

(四) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)

從 88 年起辦理「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫簡稱 IDS 計畫」，提供門診、急診、專科醫療支援、巡迴醫療及居家護理等醫療服務，即從疾病診療到篩檢、預防保健及衛教宣導等，以下表 24 是目前執行狀況及未來預期成效。

計畫名稱	離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)
背景說明	離島地區因交通不便，導致醫事人員招募困難，因此為了避免形成有保險無醫療的情況，推動此計畫以鼓勵有意願或是能力之醫療院所至 29 個偏鄉與 21 個離島鄉鎮進行醫療服務，從疾病到預防、衛教與篩檢等，以「哪裡有需要，就往哪裡去」方向進行改善。
執行狀況	實施範圍有金門縣、連江縣、澎湖縣、屏東縣、臺東縣及高雄市等進行每 3 年一期提供醫療服務。以執行狀況來說，1-3 間地區醫院及基層醫院，離島地區居民就醫可近性高於山地鄉鎮。
目標	以鼓勵有意願與能力之醫療院所至離島地區進行醫療服務，提升在地被保險人醫療照護可近性，改善偏遠地區重點科別醫師人力之不足，並透過醫療社區意識與資源之整合，改善離島地區醫療保健與服務品質，達到醫療在地化之長期目標。
預期成效	鼓勵將台灣本島醫療人力與資源送至離島地區，提供門診、巡迴醫療與緊急後送之醫療服務，並提升離島地區被保險人醫療可近性。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健保署 108 年離島醫療照護行動計畫」,本研究整理。	

(五) 全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案

民國 93 年開始推動「醫療資源不足地區改善方案」，將醫療資源送進山地離島，希望可以減少醫療不足的情況且增加當地醫療就醫方便性，且進一步推動「全民健康保險中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案」，鼓勵中醫師及牙醫師前往醫療資源不足地區，提供中醫、牙醫之執業計畫或巡迴醫療服務。透過與當地基層醫療院所來補足離島地區醫療資源不足的問題，藉此提升離島地區醫療照護，達到醫療資源分布均衡，以下表 25 是目前執行現況及預期目標。

表 25 離島醫療照護行動計畫-5	
計畫名稱	全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案
背景說明	推動「全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案」，鼓勵中醫師、牙醫師前往醫療資源不足地區，提供中醫、牙醫之執業計畫或巡迴醫療服務。
執行狀況	中醫醫療不足地區自 106 年統計，參加巡迴服務醫療院所家數，金門縣 2 家、連江縣 1 家、澎湖縣 6 家、屏東琉球鄉 2 家、臺東縣蘭嶼鄉及綠島鄉各 1 家。獎勵開業計畫:澎湖縣 1 家。 牙醫醫療不足地區 106 年統計，參加巡迴服務醫療院所家數為金門縣 1 家、澎湖縣 4 家、臺東縣蘭嶼鄉及綠島鄉各 1 家。獎勵開業計畫為澎湖縣 2 家。
目標	促使中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，且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，使得當地可以改善醫療不足的問題，也獲得該有的醫療照護。
預期成效	鼓勵基層中醫師、牙醫師至離島地區長期開業或提供巡迴服務，深耕在地基層醫療，全面提升離島地區民眾健康維護與促進。
監測指標	1. 牙齒填補 2 年保存率 2. 牙體復形(以下稱 OD)案件+牙周案件申報點數占率 \geq 70% 3. 根管治療案件申報點數占率 \geq 20%
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健保署 108 年離島醫療照護計行動計畫」, 本研究整理。	

(六) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

以增進民眾就醫之可近性，衛生福利部中央健康保險署於 101 年 5 月更名為「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」。且於 103 年新增符合「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」的區域級醫院參加這項計畫提供相關補助，而 103 年至 105 年，離島地區執行本計畫之醫院，有連江縣立醫院、澎湖縣為衛生福利部澎湖醫院、三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處共 2 家，以下表 26 是目前執行現況及預期的目標。

計畫名稱	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
背景說明	以強化離島地區民眾在地醫療，並提供醫療服務與社區預防保健，並增進民眾就醫可近性。
執行狀況	對於離島地區主要提供急性醫療照護社區醫院，並加強 24 小時急內、外、婦、兒科門診、住院之醫療服務，以每週三次以上之門診為服務項目，提供當地居民完整之醫療服務。並於 103 年新增符合「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」的區域醫院參與此項計畫，並補助急診檢傷分類。
目標	加強離島地區民眾在地化醫療，以點值保障該區域或鄰近地區之醫療院所，持續落實推動離島社區醫院的穩健經營，提供社區保健或醫療服務，強化在地民眾醫療可近性。
預期成效	推動離島地區醫療可近性並落實在地醫療對民眾的照護品質。
監測指標	1.受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形 2.受保障醫院增設內科、外、婦產科、小兒科之家數情形 3.受保障醫院提升預防保健服務量：受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量，須較前一年至少成長 5% 以上 4.民眾滿意度提升
資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健保署 108 年離島醫療照護行動計畫」，本研究整理。	

(七) 衛生福利部離島地區醫院化療照護之中心計畫

癌症防治法於 92 年 5 月 21 日公佈實施，衛生福利部依據該法自 94 年 3 月 10 日發布「癌症診療品質保證措施準則」，於 98 年增撥經費於癌症防治。根據衛生福利部統計，「惡性腫瘤」於 71 年起為 35 年首要死因，因醫療資源不足及交通不便利等多項因素下，導致病情拖延，除增加經濟負擔外，亦造成病體額外的負荷，所以有本行動計畫的執行，以下表 27 是目前執行情況與預期成效。

計畫名稱	衛生福利部離島地區醫院化療照護中心計畫
背景說明	離島地區因人口較少，若有癌症患者需接受化療，只能安排至本島進行治療，故為提升離島地區醫院化療照護品質，減少空中後送之成本，以落實醫療照護在地化，提供病人完善的化療治療。
執行狀況	以澎湖醫院為化療中心為例，從 104-107 年每月約有 50 人次癌症病人可不至本島進行治療。
目標	補助化療中心團隊續留離島，為追蹤癌症病人之病情，以病人為中心、提供符合癌症診療品質的癌症照顧，並依照癌症嚴重程度以適當的方式提供治療，並提高生活品質，以減少病人往返之困擾。
預期成效	使癌症病人獲得最方便有效之治療，積極治療癌症症狀以提升生活品質，強化在地醫療訓練達到醫療在地化，並保障居民就醫之權利，降低政府對往返之交通補助費，以成立癌症小組加強醫療品質，使癌症病人獲得最完善的照護。
監測指標	1.提高癌症病人在地治療人次 2.民眾接受化療滿意度問卷調查 3.癌症診療完治率 4.Port-A 導管血流感染率
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部照護司 108 年離島醫療照護行動計畫」，本研究整理。	

(八) 衛生所醫事人員急重症教育訓練計畫

107 年 2 月 5 日內政部空中勤務總隊黑鷹直昇機自臺東縣蘭嶼鄉執行空中轉診後送，於任務途中不幸失事，事件發生之後，同時與臺東縣衛生局、本部空中轉診審核中心，就在地醫療與空中轉診流程進行檢視，然因緊急救護過程的不確定風險，為強化離島醫療人員急重症照護能力：將辦理在地醫療人員的急重症照護進階繼續教育。又因應各離島衛生所室醫護人員緊急醫療救護技能需要提升，本計畫期藉由邀集各離島地區衛生所室及醫院醫護人員進行訓練，獲得執行緊急醫療救護作業應備能力，以下表 28 為目前執行現況及預期成效。

計畫名稱	衛生所醫事人員急重症教育訓練計畫
背景說明	空中勤務總隊黑鷹直昇機自臺東縣蘭嶼鄉執行空中轉診後送，於任務途中不幸失事，就在地醫療與空中轉診流程進行檢視，雖然專業標準已制度化，然因緊急救護過程的不確定風險，希望能強化離島醫事人員急重症照護能力。
執行狀況	於 107 年澎湖縣三總澎湖分院、金門縣金門醫院、屏東縣琉球鄉衛生所及臺東縣臺東馬偕醫院，辦理在地醫事人員的急重症照護進階繼續教育。
目標	希望可以強化離島地區衛生所(室)及醫院醫護人員的緊急救護能力，且能穩定後送患者病情，避免須於夜間或氣候不佳時進行後送。
預期成效	讓離島地區衛生所(室)及醫院醫護人員具有相關緊急醫療救護知識的能力，增加在地醫護人員受訓可近性。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部照護司 108 年離島醫療照護行動計畫」,本研究整理。	

(九) 離島遠距健康先驅計畫

實施全民健保後，在原住民族及離島地區依然有醫療不便利性和不足問題。雖然本部對於離島地區投入相關醫療補充政策，包括醫學中心支援計畫、IDS 計畫、公費生養成計畫等，因地區執業環境相對困難，常常導致難以招募或留任醫事人員，使民眾遇有急重症時，必須採空中轉診後送方式至適當醫院就醫。對於尚無法避免的空中轉診後送，本計畫規劃辦理離島遠距健康先驅計畫（以蘭嶼鄉為試辦點），目的在建立本部空中轉診審核中心（以下稱空審中心）、蘭嶼衛生所及臺東馬偕醫院三方視訊會診系統，藉由共同決策模式，提供醫療專業意見，藉此提昇在地民眾之信賴，可減少不必要的空中轉診後送或夜間後送，以下表 29 為目前現況及預期成效。

計畫名稱	離島遠距健康先驅計畫
背景說明	當離島居民遇到急重症時，需採用空中轉診後送方式至其他醫院治療，因此以遠距健康先驅計畫，以蘭嶼鄉為主，成立空中轉診審核中心，以三方視訊會診系統共同決策模式，提供醫療意見，以減少不必要的空中轉診後送或夜間後送服務。
執行狀況	為了強化後送審查機制，已同意由空中轉診審查中心 HIS 介接中央健保署雲端藥歷與衛福部資訊處電子病歷交換中心取得病人病史與就醫資料。
目標	醫師以電子病歷簽章，降低空中轉診後送 80% 的申請時間，透過遠距視訊讓病患家屬共同決策，減少不必要的後送與多方決策減輕第一線醫師壓力，並透過大數據資料掌握當地醫療需求，投入適當醫療資源，以 AI 改善醫療品質，降低緊急後送與夜航。以系統化蒐集離島居民與原住民實際醫療需求，以投入最適合的醫療資源並運用在全國原住民地區、離島及醫療資源不足偏鄉地區。
預期成效	改善空中轉診後送申請，醫療資訊即時共享，並於轉診事前三方會診，與病患家屬共同決策，降低夜航及不必要後送。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部照護司 108 年離島醫療照護計行動計畫」,本研究整理。	

(十) 緊急醫療後送計畫

對於離島地區的緊急傷患者，因受到當地醫療資源所限，而無法提供緊急傷病之醫療照護服務者，根據「緊急醫療救護法」、「救護直昇機管理辦法」及「衛生福利部空中轉診審核中心離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，凡符合空中救護適應症者，可使用空中轉診後送醫療服務，所以訂定此計畫為改善緊急患者需要提供即時醫療資源，以下表 30 是本計畫目前執行現況及預期日標。

表 30 離島醫療照護計行動計畫-10	
計畫名稱	緊急醫療後送計畫
背景說明	離島地區之緊急傷病患因受到醫療資源的限制，無法立即提供醫療照護，加上需符合衛福部認定之空中救護適應者，即可派遣航空器協助緊急病患空中轉診後送服務。
執行狀況	自 106 年申請案件共 274 件，核准率為 85.77%，另外，透過空中轉診審查作業後，可減少不必要的空中轉診，每年可省下近億元。
目標	以提升緊急醫療後送效能，確保離島居民急重症病人得以在適當時機轉送至臺灣本島醫療院所進行治療，降低死亡傷殘機率。
預期成效	成立全國空中轉診審查制度，達到「病人不動，資源及醫師動」，以改善離島地區醫療可近性，透過離島進行地區救護後送至本島就醫之效率。
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部照護司 108 年離島醫療照護計行動計畫」,本研究整理。本研究整理。	

第七節 政策內容比較分析

從上述各項計畫政策，如圖 8 所屬單位及計畫名稱中央健康保險署實施的全民健康保險醫療不足地區之醫療提昇計畫、醫療資源不足改善方案及山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)及提升離島地區基層照護服務計畫，醫事司的提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫，護理及健康照護司離島醫療照護行動計畫，可以瞭解目前在西醫資源缺乏地區，有哪些單位執行之相關計畫，本節會將各項計畫政策內容整理作分析。



圖 8 所屬單位及計畫名稱

表 32 為各項計畫相關整理，健保署於 101 年 5 月實施全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，且經費編列在健康保險西醫總額之其他預算，在 102 年後才更改為全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫，經費也更改至醫院總額之專款項目中，服務對象為符合山地離島與醫療資源不足的地區居民，以點值保障參與醫院，須提供急診室 24 小時就醫資訊及專科(如:內科、外科、婦產科、小兒科)的門診及住院服務。

西醫醫療資源不足地區改善方案實施從 90 年至 93 年已有開辦西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案，在 94 年更改為西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫，而 95 至 99 年為西醫基層總額支付制度總額資源缺乏地區改善方案，最後在 100 年改為西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，預算編列於西醫基層總額預算之專款項目，而計畫目的為鼓勵基層醫師到醫療資源缺乏地區進行服務，促使民眾獲得醫療服務，且於 100 年度於醫總額新增「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區之方案」，在 104 年將西醫基層及醫院之方案整併為「西醫醫療資源不足地區改善方案」，其專款預算互相流用。

山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)自 88 年 11 月起開始實行，且經費編列於健保總額其他預算，而 IDS 計畫為提供完善的醫療服務及兼顧在地民眾需求，提供門、急診地點、巡迴醫療及專科醫療服務，及轉診後送服務，因各鄉鎮的不同需求，提供如:居家照護、疾病篩檢、預防保健、社區醫療家戶健康管理、衛生教育等項目，希望能增加偏鄉居民便利性，引用山地離島地區醫療給付效益提升計畫(衛生福利部中央健康保險署，2013)。

提升離島地區基層照護服務計畫從 104 年至 108 年度，預算編列於醫療發展基金，因台灣離島地區礙於交通不方便、人口數外流嚴重，導致當地醫療資源提供有限，只有少部分地區醫療院所提供假日門診、急診、住院或緊急事件之辦理，造成醫療資源不足而無法立即支援，促使基層院所醫師能夠長時間居留在離島地區，並以加強「在地醫療」為目標，以建置離島地區基層之整體假日醫療照護網絡，保障山地離島地區的照護品質及提升醫療就醫之可近性，引用提升離島地區基層照護服務計畫(衛生福利中央健康保險署，2017)。

醫事司自 98 年實施提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫，預算編列於醫療發展基金，計畫以 94 年辦理之緊急醫療及相關緊急應變等醫療資源不足地區之服務提升計畫、102 年辦理之醫學中心支援離島及偏遠地區計畫、105 年重度級急救責任醫院緊急醫療照護服務品質計畫及 105 年提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫為相關業務計畫，目的是希望加強緊急醫療資源不足地區整天或特定時間，且由醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院，提供 24 小時兒科急診服務，增加民眾就醫之便利性，引用醫學中心支援離島偏遠地區計畫(衛生福利部醫事司，2017)。

離島醫療照護行動計畫中一共 10 大行動計畫為養成公費生培育計畫、社區健康營造計畫、離島醫療資源提升計畫、離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫、全民健康保險中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案、衛生福利部離島地區醫院化療照護中心計畫、衛生所(室)醫事人員急重症教育訓練計畫、離島遠距健康先驅計畫及緊急醫療後送計畫等，以 10 項主要策略行動計畫發展符合當地的健康醫療照護服務，減少造成醫療資源不平等，且會訂定相關指標作為長期監測之標準。

後續有將各項計畫詳細經費預算來源，依據健保署、醫事司及照護司之計畫經費加以整理，因照護司的離島醫療資源提升計畫有 10 大行動計畫，而有涵蓋健保署的全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫及山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)，詳見表 31。

表 31 醫療資源不足地區健康照護政策經費來源

計畫/經費來源	健保西醫基層總額	健保其他預算	健保醫院總額	醫療發展基金	離島建設基金	其他
1.全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫			●			
2.西醫醫療資源不足地區改善方案/醫院總額支援西醫醫療不足地區改善方案	●(西醫改善方案)		●(支援改善方案)			
3.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)		●				
4.提升離島地區基層照護服務計畫				●		
5.緊急醫療相關應變醫療資源不足地區計畫				●		
6.醫學中心支援離島及偏遠地區計畫				●		
7.離島醫療照護行動計畫					●	
(1)養成公費生培育計畫						●(公務預算)
(2)社區健康營照計畫					●	
(3)離島醫療資源提升計畫				●		
(4)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)		●				
(5)中醫及牙醫醫療資源不足改善方案						●(牙醫/中醫門診醫療給付費用總額)
(6)全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫			●			
(7)衛福部離島地區醫院化療照護中心計畫				●		
(8)衛生所(室)醫事人員急重症教育訓練計畫				●		
(9)離島遠距健康先驅計畫					●	
(10)緊急醫療後送計畫					●	

項目/計畫	全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫	西醫醫療資源不足地區改善方案	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)	醫學中心支援離島及偏遠地區計畫	緊急醫療相關應變醫療資源不足地區計畫	提升離島地區基層照護服務計畫	離島醫療照護行動計畫
實施時間	101年5月年至迄今	95年制迄今	88年至迄今	102年至迄今	94年至迄今	104年至108年	58年至迄今
經費來源	健保其他預算/健保醫院總額專款項目	健保西醫基層總額專款項目	健保總額其他預算	醫療發展基金	醫療發展基金	醫療發展基金	離島建設基金及各項原有計畫之經費預算
施行地區	山地離島與醫療資源不足地區居民	每鄉鎮每位西醫醫師服務投保人口數超過4000人，且未實施「全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮	29個山地鄉及21個離島鄉	山地離島與醫療資源不足地區居民	山地離島與醫療資源不足地區居民	山地離島與醫療不足地區居民	依10項計畫施行條件
服務項目	保障離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足區域或鄰近區域之醫院點值，以提供24小時急診等強化醫療服務	獎勵開業、巡迴醫療補助，以鼓勵醫師到醫療資源不足地區服務	提供24小時急性（夜間門診）醫療、專科診療（如眼科、婦產科、牙科等）、巡迴醫療及轉診後送等醫療服務	強化重度級急救責任醫院醫療照護品質	設立「觀光地區、假日夜間醫療站」及「提升醫院急診能力計畫」	鼓勵離島地區基層診所，能在例假日提供開診服務，每次至少3小時	1.推動網絡內醫院轉診機制 2.辦理公費醫師制度 3.提升醫療照護能力
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫、西醫醫療資源不足地區改善方案、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、提升離島地區基層照護服務計畫、醫事司醫學中心支援離島及偏遠地區計畫及提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫、照護司離島醫療照護行動計畫」。本研究整理。							

第三章 各項醫療資源不足地區政策之公務統計資料彙整與分析

本計畫之執行重點聚焦於盤點全民健保偏鄉醫療照顧政策，故以下將針對健保署所管轄之全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫、醫療資源不足地區改善方案(包含：西醫醫療資源不足地區改善方案、醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案等)、及山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)等政策內容，進行公務統計資料之彙整與分析，盤點重點有：年度預算、歷年執行鄉鎮及執行成效指標等項目。

第一節 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

一、預算(年度別)

該計畫從 101 年 5 月 28 日開始實施，預算來源為「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目，101 年度預算執行率為 54%，因計畫從 6 月開始實施，故執行率偏低，102 年度 1 月開始實施後，當年度執行率提高為 91%，之後 103 至 104 年度執行率皆達到 8 成以上，如表 33 所示。

項目/年度	101	102	103	104	105	106
預算數(億)	5	6.7	8	8	8	8
支出費用(億)	2.7	6.1	6.6	6.5	6.7	8.0
預算執行率(%)	54%	91%	83%	82%	84.4	100

註:本計畫 101 年 6 月公告實施
資料來源:內容文字整理自「衛生福利部中央健康保險署 105 年度西醫醫院總額及其他預算專案計畫執行成果報告」，衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

二、歷年執行鄉鎮說明(公告鄉鎮與執行鄉鎮)

依據全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫內容所載，該政策之適用醫院資格如下：

- (一) 山地離島之醫院若地區未設立醫院者，則為其鄰近地區之醫院，是區域級醫院須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者(衛生福利部中央健康保險署，2015)¹。
- (二) 醫療資源不足地區之醫院；若無醫院，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除有設立區域級醫院之鄉鎮(衛生福利部中央健康保險署，2015)²。

於 101 年度開始實施此計畫，101 年度共有 72 間區域與地區級醫院符合申請資格，於隔年 102 年增加為 95 間醫院，之後於 103 至 107 年符合申請資格之醫院大約介在 91 至 95 之間，108 年度符合資格之名單尚未公布。

¹ 文字內容直取自「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」之相關規定。

² 文字內容直取自「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」之相關規定。

三、執行成效指標盤點(依年度別與業務區別)

(一)各年度執行成效指標盤點

1.參與醫院、申訴案件與預防保健服務量

表 34 各年度醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案-參與醫院、申訴案件與預防保健服務量於 102 年度有 66 家確實參與此計畫，較 101 年度增加 16 家，證實有保障偏鄉地區之醫療院所，103 年度則增加至 74 家；在整體預防保健服務數量之變化中，於 100 年預防保健服務量為 41.3 萬件，101 年度增加 45.3 萬件，成長率為 10%，可得知參加之醫療院所有落實加強提供預防保健醫療服務。

項目/年別	100	101	102	103	104	105	106
符合資格家數	--	79	101	108	108	122	130
參加本計畫	--	50	66	74	72	85	90
參加偏鄉地區認定原則	--	9	13	13	13	14	10
未參加計畫	--	20	22	21	23	23	30
預防保健服務量(萬件)	41.3	45.3	71.9	130	142.5	--	--
成長率(%)	--	10.00	8.10	4.10	-0.10	2.5	0.7
申訴案件	8	6	1	0	1	--	--

資料來源：內容文字整理自「衛生福利部中央健康保險署 104 年至 106 年全民健康保險各部門總額評核會執行報告」，由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

2.提供科別服務

表 35 為各參加醫院提供科別之服務數，101 年度全部參加的醫院有 50 家，提供門診、外科門診、急診醫療服務，有 40 家提供婦產科門診服務，有 26 家則提供小兒科門診服務；102 年度內科、外科門診家數增加至 66 家，有 41 家提供婦產科門診與小兒科門診，最後有 52 間提供急診醫療服務；105 年度 85 家內外科門診、有 55 家醫院提供婦產科門診、有 51 家提供小兒科服務、急診服務為 69 家，並由內外婦產科專科醫師提供每週三次以上門診服務；103 年度急診服務有 59 家提供服務、有 74 家提供內外科門診醫療服務、有 50 家提供婦產科門診醫療服務、小兒科門診有 47 家提供服務；從 103 至 106 年度各科服務數量逐年增加，並在 106 年度急診服務數量達到 72 家。

項目/分區別	101	102	103	104	105	106
內科	50	66	74	72	85	90
外科	50	66	74	72	85	89
婦產科	40	41	50	50	55	58
小兒科	36	41	47	46	51	54
急診	50	52	59	59	69	72

資料來源：內容文字整理自「衛生福利部中央健康保險署 104 年至 106 年全民健康保險各部門總額評核會執行報告」，由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

3.民眾滿意度

表 36 為各年度醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案-民眾滿意度調查，在 101 年度各科民眾滿意度皆達到 84% 以上；於 105 年度整體民眾滿意度 9 成以上。

項目/年別	101	102	103	104	105	106
對急診	87	88	82	89	90	91
對內科門診	85	92	88	93	94	93
對外科門診	84	90	86	91	91	92
對婦產科門診	89	89	86	91	91	86
對小兒科門診	86	87	82	89	89	89
對檢察結果主動通知	86	89	87	88	92	94

資料來源：內容文字整理自「衛生福利部中央健康保險署 104 年至 106 年全民健康保險各部門總額評核會執行報告」，由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

4.申訴案件與預防保健服務量

表 37 為各年度醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案-申訴案件與預防保健服務量，整體預防保健服務數量之變化中，於 100 年預防保健服務量為 41.3 萬件，101 年度增加 45.3 萬件，成長率為 10%，不過 106 年成長率下降至 0.7%，可得知參加之醫療院所所有落實加強提供預防保健醫療服務。

項目/年別	100	101	102	103	104	105	106
符合資格家數	--	79	101	108	108	122	130
參與醫院數	--	50	66	74	72	85	90
預防保健服務量	41.3 萬件	45.3 萬	71.9 萬	130 萬	142.5 萬	--	--
成長率(%)	--	10.00	8.10	4.10	-0.10	2.5	0.7
申訴案件	8	6	1	0	1	--	--

資料來源：內容文字整理自「衛生福利部中央健康保險署 104 年至 106 年全民健康保險各部門總額評核會執行報告」，由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

四、小結

全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫乃是透過點值保障方式，鼓勵偏鄉鄰近醫院提供 24 小時急診且專科(如：內、外、婦及兒等)門診，以解決偏鄉地區醫療資源不足問題。由歷年預算編列可以發現，整體呈現向上攀升的走勢，並在 103 年與 104 年度整體預算達到新台幣 8 億元。在參與醫院部分，統計至 106 年止，符合資格的醫院家數及實際參與的醫院家數皆持續增加，然而，仍有部分醫院未參加該計畫。整體而言，參與醫院家數維持在 70 家以上；提供的服務科別以外科最多，兒科居末；預防保健之總服務量逐年增加，106 年達 142.5 萬件；年度民眾申訴案件維持在 10 件以下，尤其在 103 年度並無任何申訴案件。透過前述綜整可知，全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫對於醫療資源不足地區民眾提供更多門急診醫療服務，將有助於減少遠程就醫的交通成本費用，就急症來說，可就近進行醫療服務。

第二節 醫療資源不足地區改善方案

一. 西醫醫療資源不足地區改善方案

(一) 健保預算(年度別)

從 94 年至 105 年度預算數為 200 至 240 百萬元，而 106 年為 180 百萬元，歷年執行率為 49.5 至 94.0% 之間，而歷年預算執行率最高為 95 年度(94.0%)，且 95 年至 98 年的預算額度為 100 百萬元，各年度相較後，在 96 年預算執行率偏低未達到一半，近年執行率皆有一半以上，詳見表 38。

年度/項目	預算數(百萬元)	執行數(百萬元)	預算執行率(%)
94	200	122.4	61.2
95	100	94.0	94.0
96	100	49.5	49.5
97	100	56.5	56.5
98	100	59.3	59.3
99	100	69.7	69.7
100	100	62.3	62.3
101	150	85.2	56.8
102	150	109.1	72.7
103	150	119.9	79.9
104	150	129.5	86.3
105	240	174.8	72.8
106	180	127.2	70.7

資料來源:內容文字整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 年至 106 年全全民健康保險會醫院總額執行成果報告」，由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

(二) 執行成效指標盤點與分析

1. 各年度執行成效指標盤點

表 39 為 94 至 106 年度的巡迴醫療住民利用統計分布，服務項目有巡迴總診次、巡迴總人次及平均每診服務人次，從 94 年開始每年的平均每診服務人次逐年增加，除 95 及 97 年之外，歷年的巡迴總人次都落在 170,000 以上，隨著巡迴醫療的推動，將對於醫療不足地區居民就醫便利性帶來助益，詳見下表。

年別/項目	巡迴總診次	巡迴總人次	平均每診服務人次
94	11,386	179,357	15
95	10,685	154,061	14
96	22,074	294,697	13
97	8,686	147,621	17
98	8,755	170,637	19
99	10,152	182,321	18
100	10,269	197,526	19
101	12,830	260,444	20
102	13,556	250,165	18
103	13,103	227,662	17
104	12,658	214,661	17
105	11,621	198,760	17
106	11,875	216,131	19

資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 95 年度西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫報告、96 年度西醫基層總額執行成果報告、98 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告及 106 年全民健康保險會醫院總額執行成果報告」，由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

表 40 為各年度巡迴醫療服務提供概況，項目有參與醫師數、參與護理人員數、計畫數(執行院所數)、巡迴鄉數及巡迴點數(村數)。透過表可清楚看到 103 年為分野，94-103 年期間大致呈現上升趨勢，104-106 年則多呈現下滑走勢。以 94-103 年而言，迴鄉數從 75 增加至 90 個，計畫數也從 90 增加至 139 個，巡迴點數由 193 加到 323，投入醫師數 94 年為 220 位，至 98 年降至 143 增加，103 年又再回升至 176 位醫師。但 104 至 106 年而言，醫師數由 150 位降至 138 位，計畫數由 124 降至 119，巡迴鄉數由 86 降至 82 個，巡迴點數也由 295 降至 273。

表 41 為歷年巡迴醫療服務目標達成統計，項目為鄉鎮數、巡迴總服務人次及巡迴總服務時數/診次，目標數是依據當年度公告的鄉鎮數及巡迴總服務人次/診次，且執行數為有實際實施鄉鎮數及巡迴總服務人次/診次，最後為當年度的目標達成率，從 94 年開始巡迴總服務人次/診次達成率呈現穩定且成長，而巡迴總服務人次落在 14 至 26 萬間，巡迴總服務診次落在 1 至 2 萬，可見此改善方案執行成效是有顯著效果。

表 42 為 94 至 106 年新開業醫療服務，其中除 96、97、104 及 105 年無新開業之外，其他年度皆有醫師「申請新開業」，惟值得注意的是，鮮少新開業診所可維持 2 年以上，透過「持續辦理開業計畫診所數」統計資料可以發現，到下一個年度仍維持開業的診所，104 年最高達 7 家，但到 106 年僅剩下 2 家在市面上。

表 43 為歷年民眾滿意度評估，由執行此改善方案醫師於執業地點請就醫民眾填寫本問卷，作為以下評估指標項目，有候診時間滿意度、醫療效果滿意度、醫療設備滿意度、醫師服務態度滿意度、語言溝通能力滿意度、門診時段滿意度及民眾看病方便性，而在 94 至 97 年未增加民眾看病便利性指標項目，所以無法呈現相關數據，從表中可以得知每年的候診時間滿意度有逐年上升的趨勢，而其餘指標項目也有穩定的成長，顯見對於醫療不足地區民眾就醫方便性有顯著提高，在醫療設備滿意度是指標中，滿意度相較為低的項目，以 62% 至 89% 之間。

2.各業務組執行成效指標盤點

衛生福利部中央健保署之業務範圍，共區分為六大業務組。台北業務組涵蓋範圍有臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣；北區業務組涵蓋範圍有桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣；中區業務組涵蓋範圍有臺中市、彰化縣、南投縣；南區業務組涵蓋範圍有雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市；高屏業務組涵蓋範圍有高雄市、屏東縣、澎湖縣；東區業務組涵蓋範圍有花蓮縣、臺東縣。其中，以 108 年統計資料來看，各業務組管轄內，納入政策的偏鄉數目統計如下：台北業務組共 16 個、北區業務組共 13 個、中區業務組共 25 個、南區業務組共 38 個、高屏業務組共 15 個、東區業務組共 10 個。由前述可知，南區業務組所占比例最大，其次為中區業務組，其後依序為台北、高屏、東區業務組。

表 44 及表 45 為歷年各分區業務組巡迴醫療服務提供概況，指標項目有參與醫師數、參與醫護人員數、計畫數(執行院所數)、巡迴鄉數及巡迴點數(村數)。由表可知，各分區業務組由取得資料往前推三年(即 104 至 106 年)的各指標變動狀態，以台北、高屏跟東區而言，大致呈現持平或微幅波動的狀態；以北區及中區業務組而言，則皆呈現下滑走勢；值得注意的是南區業務組，其參與醫護人員數、巡迴鄉數及巡迴點數(村數)皆增加，而參與醫師數與計畫數(執行院所數)是下滑的。

表 46、表 47 及表 48 為歷年各分區民眾滿意度評項目狀況，項目為候診時間滿意度、醫療效果滿意度、醫療設備滿意度、醫師服務態度滿意度、語言溝通滿意度、門診時段滿意度及民眾看病方便性，自 95 年、97 年及 104 年尚未提供相關數據，而 103 年未提供問卷數，所以無相關數值填入，從 94 年至 106 年可得知候診時間滿意度、醫療效果滿意度、語言溝通滿意度及門診時段滿意度呈逐年上升或持平的趨勢，在醫療設備滿意度相較於其他滿意度是屬於偏低的項目。

表 49 為歷年各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況。由表可知，由歷年趨勢來看，

整體而言執行鄉鎮數呈現逐年增加趨勢，且在 99 年後各分區執行鄉鎮占率多為 100%。若由取得資料往前推三年(即 104 至 106 年)來檢視，台北業務組呈現持平；北區、中區業務組呈現上升趨勢；南區、高屏及東區則呈現微幅下降趨勢。

項目/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
參與醫師數	220	190	156	153	143	167	149	167	171	176	150	139	138
參與護理人員數	294	--	220	239	236	282	261	264	285	308	290	301	299
計畫數(執行院所數)	90	136	88	82	112	115	122	133	136	139	124	118	119
巡迴鄉數	75	60	57	57	63	73	78	81	86	90	86	84	82
巡迴點數(村數)	--	--	193	199	222	245	247	330	353	323	295	281	273

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 年至 106 年全民健康保險會西醫基層總額執行成果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

項目/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
目標數													
鄉鎮數(個)	80	80	80	99	101	75	82	83	90	93	88	89	84
巡迴總服務人次	--	--	30,000	30,000	150,000	150,000	180,000	220,000	220,000	225,000	225,000	225,000	225,000
巡迴總服務時數/診次	--	--	10,500	10,500	15,000	15,000	26,000	32,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
執行數													
鄉鎮數(個)	75	60	57	57	63	73	78	81	86	90	86	84	82
巡迴總服務人次	179,357	154,061	294,697	147,621	170,637	182,321	197,526	260,444	250,165	227,662	214,661	198,760	216,131
巡迴總服務時數/診次	11,386	10,685	22,074	8,686	8,755	10,152	10,269	12,830	13,556	13,103	12,658	11,621	11,875
目標達成率													
鄉鎮數	93.7	75	71.3	57.6	65.3	97.3	95.1	98	95.6	96.7	97.73	98	97.62
巡迴總服務人次	--	--	982.3	492.07	113.76	121.55	109.73	118.38	113.7	101.18	97.61	88.97	96.06
巡迴總服務時數/診次	--	--	70.08	82.72	58.37	200.61	116.96	121.88	135.6	131.03	128.36	116.12	118.75

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 年至 106 年全民健康保險會西醫基層總額執行成果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

項目/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
新開業診所家數	3	3	0	0	4	4	2	1	4	3	0	0	5
持續辦理開業計畫診所數	8	3	--	--	--	4	2	1	1	4	7	4	2
平均每家院所每週服務診次(次)	--	--	--	--	14.5	17	17	16	--	--	--	--	--
平均每家院所每週服務時數(小時)	--	--	--	--	46	54	53	48	--	--	--	--	--

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94年至106年全民健康保險會西醫基層總額執行成果報告及101年「西醫基層醫療資源不足地區改善方案」資料庫(行政院衛生署中央健康保險局註:92年至94年服務人次因某些計畫診所包含開業專科支援及巡迴，故無法細分) 由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

年度/項目別	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
候診時間滿意度(%)	86	--	92	90	94	94.5	94.8	94	94	95	95	95	96
醫療效果滿意度(%)	88	--	91	89	92	94.5	92.8	95	92	94	93	93	94
醫療設備滿意度(%)	62	--	80	76	86	87.5	80.5	85	84	86	86	81	89
醫師服務態度滿意度(%)	93	--	97	92	94	96.6	97.3	97	97	98	98	98	97
語言溝通能力滿意度(%)	91	--	95	91	94	95.9	94.4	97	96	96	97	96	97
門診時段滿意度(%)	78	--	87	--	93	94	92.7	94	93	94	91	94	95
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	88	91.6	94.8	94	95	96	97	96	97

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94至106年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

項目/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
台北													
參與醫師數	11	--	5	17	15	28	24	27	27	26	--	21	19
參與護理人員數	5	--	19	18	18	30	25	27	26	32	--	25	24
計畫數(執行院所數)	4	--	--	--	7	8	16	18	16	16	--	11	11
巡迴鄉數	--	--	3	4	5	9	11	10	11	11	--	12	12
巡迴點數(村數)	--	--	9	14	15	28	34	47	51	41	--	32	32
北區													
參與醫師數	26	--	27	28	16	16	17	17	15	16	--	9	8
參與護理人員數	23	--	44	27	11	11	12	17	12	18	--	12	13
計畫數(執行院所數)	5	--	--	--	4	4	7	8	11	11	--	9	9
巡迴鄉數	--	--	8	4	5	5	6	7	7	10	--	9	8
巡迴點數(村數)	--	--	22	15	16	16	18	23	24	21	--	20	17
中區													
參與醫師數	42	--	21	20	23	23	23	24	29	32	--	27	24
參與護理人員數	29	--	15	18	43	27	25	24	38	44	--	53	40
計畫數(執行院所數)	5	--	--	--	20	19	18	19	21	22	--	28	16
巡迴鄉數	--	--	8	9	13	14	14	14	16	19	--	22	19
巡迴點數(村數)	--	--	21	22	24	29	31	36	54	76	--	50	45
資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理													

表 45 南區、高屏及東區業務組巡迴醫療服務提供概況統計表

項目/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
南區													
參與醫師數	82	--	89	70	70	76	63	78	82	82	--	67	71
參與護理人員數	157	--	124	129	127	141	119	143	158	161	--	151	162
計畫數(執行院所數)	62	--	--	--	63	63	61	68	72	73	--	34	31
巡迴鄉數	--	--	28	27	28	29	29	32	37	34	--	62	67
巡迴點數(村數)	--	--	109	100	115	122	113	176	182	152	--	145	147
高屏													
參與醫師數	15	--	5	9	12	14	12	10	7	10	--	8	9
參與護理人員數	33	--	5	34	25	45	42	27	22	21	--	23	23
計畫數(執行院所數)	7	--	--	--	11	13	11	10	7	8	--	5	5
巡迴鄉數	--	--	4	8	8	10	9	8	6	7	--	6	6
巡迴點數(村數)	--	--	19	36	41	38	36	32	24	18	--	17	17
東區													
參與醫師數	9	--	9	9	7	10	10	11	11	10	--	7	7
參與護理人員數	14	--	13	13	12	28	38	26	29	32	--	37	37
計畫數(執行院所數)	5	--	--	--	7	8	9	10	9	9	--	7	7
巡迴鄉數	--	--	6	5	4	6	9	10	9	9	--	7	7
巡迴點數(村數)	--	--	13	12	11	12	15	16	18	15	--	17	15

資料來源: 內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供, 本研究整理

項目別/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
台北													
問卷數	44	--	--	--	327	340	446	340	455	--	--	327	523
候診時間滿意度(%)	96.0	--	85.0	--	96.0	98.0	96.3	98.0	95.0	99.0	--	96	99.0
醫療效果滿意度(%)	94.0	--	78.0	--	94.0	98.0	94.5	98.0	94.0	99.0	--	94	99.0
醫療設備滿意度(%)	66.0	--	78.0	--	89.0	80.0	67.3	80.0	82.0	90.0	--	89	83.0
醫師服務態度滿意度(%)	98.0	--	93.0	--	97.0	96.0	98.4	96.0	95.0	100.0	--	97	100.0
語言溝通能力滿意度(%)	96.0	--	90.0	--	94.0	99.0	98.8	99.0	96.0	99.0	--	94	99.0
門診時段滿意度(%)	94.0	--	73.0	--	94.0	92.0	92.0	92.0	90.0	100.0	--	94	100.0
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	91.0	90.0	96.0	90.0	93.0	97.0	--	91	100.0
北區													
問卷數	50	--	--	--	58	100	180	131	112	--	--	327	6
候診時間滿意度(%)	84.0	--	98.0	--	100.0	100.0	99.0	100.0	100.0	95.0	--	96	100.0
醫療效果滿意度(%)	84.0	--	98.0	--	100.0	100.0	96.0	100.0	100.0	96.0	--	94	89.0
醫療設備滿意度(%)	62.0	--	89.0	--	84.0	100.0	90.0	93.0	92.0	85.0	--	89	67.0
醫師服務態度滿意度(%)	85.0	--	100.0	--	100.0	100.0	98.0	100.0	100.0	100.0	--	97	100.0
語言溝通能力滿意度(%)	85.0	--	99.0	--	100.0	100.0	95.0	100.0	100.0	99.0	--	94	100.0
門診時段滿意度(%)	81.0	--	96.0	--	98.0	100.0	93.0	100.0	99.0	99.0	--	94	100.0
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	84.0	100.0	99.0	96.0	95.0	99.0	--	91	100.0
資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理													

表 47 中區及南區業務組民眾滿意度評估各項目狀況表

項目別/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
中區													
問卷數	49	--	--	--	223	366	476	308	527	--	--	327	545
候診時間滿意度(%)	88.0	--	97.0	--	96.0	89.0	94.0	94.0	100.0	100.0	--	96	99.0
醫療效果滿意度(%)	89.0	--	94.0	--	97.0	88.8	93.0	98.0	100.0	100.0	--	94	98.0
醫療設備滿意度(%)	73.0	--	87.0	--	90.0	83.3	83.3	91.0	100.0	100.0	--	89	97.0
醫師服務態度滿意度(%)	93.0	--	99.0	--	99.0	92.5	96.4	98.0	100.0	100.0	--	97	99.0
語言溝通能力滿意度(%)	90.0	--	99.0	--	98.0	92.1	95.5	97.0	100.0	100.0	--	94	99.0
門診時段滿意度(%)	84.0	--	99.0	--	97.0	89.8	91.3	93.0	99.0	100.0	--	94	99.0
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	90.0	85.0	92.4	95.0	99.0	100.0	--	91	99.0
南區													
問卷數	43	--	--	--	1,105	1131	1104	976	916	--	--	327	1,475
候診時間滿意度(%)	87.0	--	95.0	--	93.0	95.0	91.0	92.0	94.0	92.0	--	96	93.0
醫療效果滿意度(%)	85.0	--	94.0	--	90.0	93.0	92.0	93.0	92.0	89.0	--	94	92.0
醫療設備滿意度(%)	61.0	--	80.0	--	85.0	84.0	83.0	80.0	80.0	78.0	--	89	82.0
醫師服務態度滿意度(%)	90.0	--	98.0	--	91.0	97.0	97.0	97.0	97.0	95.0	--	97	95.0
語言溝通能力滿意度(%)	91.0	--	97.0	--	94.0	96.0	99.0	97.0	96.0	92.0	--	94	96.0
門診時段滿意度(%)	73.0	--	89.0	--	89.0	91.0	94.0	91.0	90.0	88.0	--	94	92.0
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	92.0	93.0	99.0	92.0	92.0	94.0	--	91	94.0

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

表 48 高屏及東區業務組民眾滿意度評估各項目狀況表

項目別/分區	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
高屏													
問卷數	50	--	--	--	143	179	232	100	35	--	--	327	120
候診時間滿意度(%)	76.0	--	91.0	--	83.0	93.5	97.7	92.0	90.0	93.0	--	96	96.0
醫療效果滿意度(%)	88.0	--	85.0	--	79.0	92.6	96.5	92.0	91.0	91.0	--	94	97.0
醫療設備滿意度(%)	52.0	--	78.0	--	84.0	84.8	93.2	89.0	90.0	89.0	--	89	92.0
醫師服務態度滿意度(%)	97.0	--	92.0	--	79.0	94.3	98.2	93.0	93.0	92.0	--	97	99.0
語言溝通能力滿意度(%)	96.0	--	90.0	--	81.0	93.7	98.2	95.0	93.0	91.0	--	94	97.0
門診時段滿意度(%)	71.0	--	84.0	--	85.0	90.7	95.6	90.0	90.0	90.0	--	94	95.0
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	80.0	89.6	98.1	95.0	92.0	91.0	--	91	95.0
東區													
問卷數	51	--	--	--	78	90	102	100	90	--	--	327	141
候診時間滿意度(%)	87.0	--	87.0	--	95.0	91.0	91.0	90.0	86.0	93.0	--	96	82.0
醫療效果滿意度(%)	86.0	--	94.0	--	91.0	97.0	85.0	90.0	78.0	95.0	--	94	82.0
醫療設備滿意度(%)	57.0	--	71.0	--	82.0	94.0	66.0	80.0	62.0	78.0	--	89	66.0
醫師服務態度滿意度(%)	94.0	--	99.0	--	97.0	97.0	96.0	96.0	99.0	100.0	--	97	94.0
語言溝通能力滿意度(%)	90.0	--	95.0	--	95.0	94.0	80.0	95.0	93.0	96.0	--	94	87.0
門診時段滿意度(%)	67.0	--	87.0	--	94.0	94.0	90.0	95.0	88.0	92.0	--	94	79.0
民眾看病方便性(%)	--	--	--	--	89.0	98.0	84.0	95.0	100.0	96.0	--	91	91.0

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

項目/年度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
台北													
執行鄉鎮數	--	--	--	4	6	9	11	11	11	10	11	11	11
占率(%)	--	--	--	33.3	50.0	100.0	100.0	100	92	100	92	100	100
北區													
執行鄉鎮數	--	--	--	4	5	5	6	6	7	7	7	9	9
占率(%)	--	--	--	57.1	55.6	83.3	100.0	100	100	100	100	100	100
中區													
執行鄉鎮數	--	--	--	9	13	14	14	14	16	14	16	19	18
占率(%)	--	--	--	42.9	65.0	100.0	100.0	100	89	100	89	100	95
南區													
執行鄉鎮數	--	--	--	27	28	29	29	29	37	32	37	33	34
占率(%)	--	--	--	77.1	80.0	100.0	100.0	100	100	94	100	100	100
高屏													
執行鄉鎮數	--	--	--	8	10	10	9	9	6	8	6	6	5
占率(%)	--	--	--	47.1	55.6	100.0	100.0	100	86	100	86	100	100
東區													
執行鄉鎮數	--	--	--	5	4	6	9	9	9	10	9	8	7
占率(%)	--	--	--	71.4	57.1	86.0	69.0	100	100	100	100	89	88

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理

(三) 小結

由前述可知大致有以下幾點總結。第一，有關預算部分。西醫醫療資源不足地區改善方案之歷年預算持續攀升，104 年達 129.5 百萬元，105 年最高達 174.8 百萬元，106 年又再降回 127.2 百萬元；而對應巡迴醫療服務總人次，94 年後持續攀升，101 年最高達 260,444 人次，其後逐年下降至 105 年為 198,760 人次，106 年回升至 216,131 人次。值得注意的是，若已投入的執行經費除以巡迴醫療服務總人次來看，平均人次巡迴醫療費用呈現逐年攀升的趨勢，以 96 年最低為 168 元/人次，105 年最高為 879 元/人次，而 106 年則下降為 589 元/人次。

第二，巡迴醫療服務次數自 101 年之後逐年下降，是否因新開業所帶來的外溢效果，透過新開業的統計數據可發現，我國偏鄉新開業或持續開業的診所，占極少數，應無構成影響。惟本計畫研究團隊曾致電衛生所詢問，部分衛生所指出，由於偏鄉民眾多前往鄰近醫院就醫，對於鄉內新開業門診的就醫偏好並不高，此可能也是造成新開業診所無法維持之原因之一。

第三，就健保六分區業務組的推動狀況部分。若檢視 104 至 106 年巡迴醫療服務提供概況（指標項目納入參與醫師數、參與醫護人員數、計畫數(執行院所數)、巡迴鄉數及巡迴點數(村數)等），平均而言，台北、高屏及東區為持平，北區及中區為呈現下滑走勢；南區業務組則呈現上升趨勢。

二. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案

(一) 預算(年度別)

表 50 為歷年醫院支援西醫醫療不足地區改善方案的預算及執行率，從 98 年至 106 年顯示預算執行率有逐年增加，從 99 年的 14.0% 增長至 100.0%，最高達 117.1%，不過從 103 年後醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案與西醫醫療缺乏地區改善方案合併，為 103 年西醫醫療不足地區改善方案，但因醫院總額還是有編列此方案的預算，會與西醫醫療不足地區改善方案合併使用，詳見下表。

	98	99	100	101	102	103	104	105	106
預算數 (百萬元)	200.0	200.0	50.0	50.0	50.0	60.0	60.0	60.0	60.0
預算執行數 (百萬元)	6.1	28.0	33.1	46.1	58.5	65.4	60.0	60.0	60.0
預算執行率(%)	3.7	14.0	66.2	92.1	117.1	109.0	100.0	100.0	100.0

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告、全民健康保險醫療費用協定委員會 101 年各部門總額執行成果摘要、全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。

(二) 歷年執行鄉鎮說明

自 98 年公告鄉鎮為 35 個，執行鄉鎮為 31 個。而 99 年為 31 個相較於 98 年減少 4 個，且執行鄉鎮為 31 個，100 年公告鄉鎮為 31 個，執行鄉鎮為 29 個，102 年公告鄉鎮為 32 個，執行鄉鎮為 31 個。

在 103 年公告鄉鎮為 33 個，執行鄉鎮數為 32 個，104 年公告鄉鎮數為 33 個，執行鄉鎮數為 31 個，而 105 及 106 年公告鄉鎮數皆為 32 個，執行鄉鎮數都為 30 個。

(三) 執行成效指標盤點(依年度別與各業務組別)與分析

1.各年度執行成效指標盤點

自 98 年目標的總服務人次從 150,000 下降至 106 年 50,00 次，總服務診次從 98 年 15,000 減少至 106 年 3,000 次，而執行的總服務人次從 99 年 21,117 增加至 106 年 66,237 次，目標達成率不論在鄉鎮數、總服務人次或總服務診次都呈現逐年成長趨勢。

	98	99	100	101	102	103	104	105	106
目標數									
鄉鎮數	35	31	31	35	32	33	33	32	32
總服務人次	150,000	150,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
總服務診次	15,000	15,000	5,000	5,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
目標執行數									
鄉鎮數	31	31	29	33	31	32	31	30	30
總服務人次	--	21,117	27,135	37,550	51,315	59,052	60,937	67,244	66,237
總服務診次	--	9,009	10,101	12,903	4,369	4,505	4,543	4,543	4,320
目標達成率									
鄉鎮數	88.6	100.0	93.5	94.3	96.9	97.0	93.9	93.8	93.8
總服務人次	--	14.1	54.3	75.1	102.6	118.1	121.9	134.5	132.5
總服務診次	--	60.1	202.0	258.1	145.6	150.2	151.4	144.5	144.0

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告、全民健康保險醫療費用協定委員會 101 年各部門總額執行成果摘要、全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。

2.各業務組執行成效指標盤點

表 52 為各年度各分區參與醫院家數，99 年台北從 6 家至 102 年參與家數增加為 8 家，中區從原本 7 家增加至 13 家，南區從 5 家上升為 6 家，高屏從 6 家增加為 8 家，東區則增加部立台東醫院的參與，歷年參與的醫院家數也有穩定增加，詳見下表。

分區	參與醫院			
	99	100	101	102
台北	6 家醫院	9 家醫院	10 家醫院	8 家醫院
北區	4 家醫院	5 家醫院	4 家醫院	4 家醫院
中區	7 家醫院	5 家醫院	11 家醫院	12 家醫院
南區	5 家醫院	5 家醫院	6 家醫院	6 家醫院
高屏	6 家醫院	9 家醫院	9 家醫院	8 家醫院
東區	2 家醫院	1 家醫院	4 家醫院	3 家醫院
總計	30 家醫院	34 家醫院	44 家醫院	41 家醫院

資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告、全民健康保險醫療費用協定委員會 101 年各部門總額執行成果摘要、全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。

99 年起至 102 年，台北及北區執行鄉鎮數都是維持穩定，中區執行鄉鎮落於 6 至 7 個鄉鎮之間，高屏區執行鄉鎮維持 8 至 9 個鄉鎮中，東區則有逐年增加至 102 年為 3 個鄉鎮。在巡迴診次上，歷年各分區都為逐年穩定及成長，滿意度皆落在 90 分以上，除了東區滿意度為 88 至 89 分，表 53 為執行鄉鎮、巡迴科別、巡迴診次、服務人次及滿意度。

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
99						
執行鄉鎮	4	3	7	7	8	2
巡迴科別	4	10	8	3	3	5
巡迴診次	321	327	819	472	952	112
服務人次	2,168	651	7,144	3,274	7,504	376
滿意度	94.5	92.0	86.7	91.6	99.5	88.6
100						
執行鄉鎮	4	3	6	6	9	1
巡迴科別	6	3	7	3	5	1
巡迴診次	326	292	730	478	1,503	38
服務人次	2,023	656	9,141	5,290	9,770	255
滿意度	93.4	99.2	94.0	90.7	94.4	89.6
101						
執行鄉鎮	4	3	7	7	9	3
巡迴科別	6	3	8	2	6	3
巡迴診次	575	216	1,236	549	1,611	114
服務人次	4,233	1,032	12,810	6,544	12,355	576
滿意度	92.1	91.9	94.0	91.4	95.0	89.0
102						
執行鄉鎮	4	4	7	5	8	3
巡迴科別	8	2	7	2	7	3
巡迴診次	505	265	1,853	563	985	198
服務人次	4,415	1,411	22,042	8,736	14,082	629
滿意度	93.4	99.2	94.0	90.7	94.4	89.6
備註:巡迴科別:100:一般科、內、外、家醫、復健、骨、消化外、感染、心臟血管內、老人醫學、神經、新陳代謝科 101:一般科、內、外、家醫、復健、骨、小兒、神經、精神、新陳代謝、胸腔內科 102:一般科、內、外、家醫、復健、骨、耳鼻喉、小兒、神經、新陳代謝科						
資料來源: 內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告、全民健康保險醫療費用協定委員會 101 年各部門總額執行成果摘要、全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。						

(四) 小結

從歷年執行結果顯示，服務人次從 100 年後為達成目標，100 年之前總服務人次相較為低，可能是因為施行鄉鎮為地緣較不易抵達且當地人數為少，服務人次較困難提升，抑或是居民又不瞭解巡迴醫療之服務時間及地點，及鄰近鄉鎮有提供醫療服務以致於民眾對於當地巡迴醫療的需求或使用率降低。

雖然在部分年度的資料上有些缺漏，不過整體上還是能了解執行的情況，預算方面，自 102 年開始達成率都有大幅提升，而鄉鎮執行達成率都有在 90% 以上甚至到 100%，且滿意度都有維持在 90% 以上，顯示此方案在民眾的看法上都是達到穩定接受的狀況，各年度參與的醫院也有逐年增加，可見醫療院所願意進入醫療不足地區提供相關醫療服務給當地民眾。

另有關健保六分區業務組的實施狀況，評估指標納入執行鄉鎮數、巡迴科別數、巡迴診次、服務人次及滿意度。就執行鄉鎮數而言，健保六分區大致呈現持平，僅南區小幅減少。就巡迴科別數而言，多數呈持平水準，僅北區有較明顯降幅。就巡迴診次而言，台北、中區、南區與東區呈現上升趨勢，高屏雖為上升趨勢，但 102 年有較明顯的降幅，北區歷年呈下滑走勢，惟於 102 年皆小幅攀升。就服務人次而言，各區業務組皆呈現成長趨勢，僅東區於 100 年有小幅下滑。

第三節 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)

一、預算(年度別)

表 54 為山地離島地區醫療給付效益提昇計畫各年度公告預算，公告預算由 92 年度至 106 年度為主，從 92 年度預算為 359 百萬元增加至 93 年度 454 百萬元，並於 96 年度再上升為 603 百萬元，在 102 年度執行數為 471 百萬元，預算執行率則為 77.9%，隔年度 103 年預算數略為增加的狀況下預算執行率降至 74%，但在 105 年度以預算數不變的狀況下，預算執行率達到歷年最高為 80.6%，而在最近一年 106 年度，預算執行率則略為下降，執行率為 78.4%，因此整體來說，預算數從 102 至 106 年中變動幅度並不大，而執行率則也介在 74% 至 80.6% 之間。

年度/項目	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
預算數 (百萬元)	359	454	549	549	603	603	603	603	603	603	603.9	605.4	605.4	605.4	605.4
執行數 (百萬元)	--	--	--	--	--	--	--	433	439	452	471	448	469	488	475
預算 執行率	--	--	--	--	--	--	--	71.7	72.7	74.8	77.9	74	77.4	80.6	78.4

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。

二、歷年執行鄉鎮說明(公告鄉鎮與執行鄉鎮)

山地離島地區醫療給付效益提昇計畫於102至108年度公告之山地離島地區名單並未變動，公告名單總共有52個地區，離島鄉為21個鄉鎮、山地鄉為31個鄉鎮，但其中南區嘉義縣大埔鄉與東區花蓮縣豐濱鄉此兩區並未規類在山地離島地區，因此將此地區列為適用地區，其中有關門診與急診的基本部分負擔則與西醫基層診所相同，歷年之公告鄉鎮名單請詳見表55。

表 55 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫公告鄉鎮名單

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園縣	復興鄉	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉、**大埔鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
高屏	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
高屏	澎湖縣	馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉	
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、**豐濱鄉	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	31個【29個山地鄉(區)；2個適用地區】	21個【21個離島鄉(島)】

註：**適用地區：比照本計畫提供因地制宜之醫療服務及相關規定辦理，惟門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 102年全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。

三、執行成效指標盤點(依年度別鄉鎮別)與分析

表 56 為山地離島地區醫療給付效益提昇計畫各年度執行成效指標，從 102 至 106 年度承作醫院數皆為 26 間醫院，服務鄉鎮數山地鄉與離島鄉分別為 29 個與 21 個，總服務人次以山地鄉狀況來說，服務人次大約介在 89.2 萬次-96.8 萬次，離島鄉則以 102 年度服務總人次居多為 252.4 萬次，在 105 年度總人次最低為 238 萬次，另外，山地離島鄉在 102 年度總服務人次皆為歷年最高分別為 96.8 萬次與 252.4 萬次。在急性疾病每十萬人口可避免住院數，在 102 年度為最高 1476.57。

年度/項目	102	103	104	105	106
承作醫院數	26	26	26	26	26
服務鄉鎮數	50	50	50	50	50
山地鄉	29	29	29	29	29
離島鄉	21	21	21	21	21
服務總人次(萬次)					
山地鄉	96.8	93.2	89.2	90.2	90.1
離島鄉	252.4	235.2	234.6	238	239
慢性疾病每十萬人口 可避免住院數	1,066.42	1,000.50	975.1	921.46	957.0
急性疾病每十萬人口 可避免住院數	1,476.57	1,454.89	1,469.85	1,470.51	1,412.83
資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部中央健康保險署 94 至 106 年西醫基層總額專案計畫執行結果報告」由衛生福利部全民健康保險會提供，本研究整理。					

四、小結

山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)，是針對山地鄉人口提供在地醫療服務為其主要目的。就醫療資源來說，山地鄉所接受到的資源與全國有很大的懸殊，因此 IDS 的介入是對山地離島地區民眾健康狀況之改善帶來相當大的幫助。由預算編列可得知，從原本的 359 百萬元增加至 106 年度 605.4 百萬元元整，值得注意的是，透過健保資料庫之申報費用，可以知道在健保六分區中，實際醫療費用的歷年報支金額皆有成長，此一現象亦可反映出 IDS 推動在地醫療的執行成效，此介入加強民眾對鄉內醫療品質達到一定的信心，亦提昇民眾的鄉內就醫狀況。

政府為了解決山地鄉偏鄉醫療資源不足問題，於 88 年開始推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)，IDS 整體目標為醫療服務遞送，以加強持續性與周延性，促使許多單位進行跨區合作，如遠距醫療、衛生教育、老人服務或是心理健康照護等等，進行跨團隊合作，使醫師固定至山地鄉進行醫療服務，以追求醫療照護的持續性，因此若有穩定的醫師來源，政府提供持續性的醫療資源、降低民眾跨地區進行醫療服務，以達到最佳的醫療品質服務。

第四章 醫療資源分布探討

本章節利用 107 年公告醫療資源缺乏條件區域，透過衛生福利部中央健康保險署的健保特約醫事機構查詢，了解目前醫療缺乏區域之醫療分布情況。

圖 9 為 107 年醫療資源缺乏條件區域之各科診所、藥局及醫院分布整理，紅色標示為鄉鎮未有相關科別提供，橘色標示為衛生所或巡迴醫療服務能提供之科別。在健保六分區業務組中，缺乏牙科的鄉鎮有：北區的獅潭區、南區的六腳鄉及東區為長濱鄉；缺乏不分的鄉鎮有：台北區的五結鄉、北區峨眉鄉及南區的褒忠鄉；缺乏家醫科有：台北區的石碇區、坪林區、北區為北埔鄉及獅潭鄉、中區為大安區，南區的六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、大埔鄉、官田區及將軍區，高屏區為田寮區及東區為大武鄉。

此外，整體而言，多數鄉鎮缺乏內、外、婦、兒四科醫療服務。在內科部分，除了台北區的冬山鄉及五結鄉、北區的北埔鄉及獅潭鄉，中區的埔鹽鄉及田尾鄉，南區的褒忠鄉及鹿草鄉、東區的卑南及太麻里鄉，其他醫療缺乏區域都無增設內科。在外科的部分，只有增設南區的褒忠鄉及官田鄉、高屏區的永安區、東區的太麻里鄉之外，而兒科中，有增設之鄉鎮為台北區的冬山鄉、北區的芎林鄉、橫山鄉、北埔鄉及造橋鄉，南區的鹿草鄉、東區的卑南鄉及太麻里鄉，有增設婦科之鄉鎮只有高屏區的永安區、東區的太麻里鄉及長濱鄉。

藥局的部分，由圖 9 中可知醫療資源缺乏的鄉鎮中都有可以取得慢性處方箋或領取藥物，在醫院分布上，醫學中心及區域醫院在醫療資源缺乏區域是沒有增設的。且在地區醫院中，僅有一家地區醫院設置於東區的豐濱鄉。

		醫療缺乏情況										
健保六分區	鄉鎮	牙科	不分科	家醫科	內科	外科	兒科	婦科	藥局	醫學中心	區域醫院	地區醫院
台北區	石碇區											
	坪林區											
	石門區											
	萬里區											
	冬山鄉											
北區	五結鄉											
	葛林鄉											
	橫山鄉											
	北埔鄉											
	寶山鄉											
中區	峨眉鄉											
	造橋鄉											
	羅源鄉											
	大安區											
	國姓鄉											
	鎮西鄉											
	福興鄉											
	芬園鄉											
	埔鹽鄉											
	田尾鄉											
南區	芳苑鄉											
	大城鄉											
	溪州鄉											
	大埤鄉											
	懷遠鄉											
	六腳鄉											
	東石鄉											
	鹿港鄉											
	大埔鄉											
	官田區											
高屏區	七股區											
	將軍區											
	楠化區											
	麟蹄區											
	田寮區											
東區	永安區											
	萬巒鄉											
	新豐鄉											
	梓潼鄉											
東區	卑南鄉											
	大武鄉											
	太麻里鄉											
	長濱鄉											
	豐濱鄉											
富里鄉												

圖 9 107 年醫療資源缺乏條件區域之醫療分布

我們後續也利用電話詢問缺乏診所及藥局之鄉鎮衛生所，調查結果發現，若鄉鎮無法提供缺乏專科診所，則民眾會至鄰近鄉鎮就醫或其他鄉鎮之專科醫師會定期至衛生所提供服務；而若需要拿取慢性處方箋，且鄉鎮中沒有特約藥局的話，則政府亦會在衛生所提供取的慢性處方箋之服務，當地居民會至鄰近鄉鎮之藥局領取。

第五章 醫療資源不足區域居民之西醫醫療服務利用與健康成效分析

第一節 資料來源說明與操作型定義

全民健保資料庫（National health insurance research database, NHIRD）涵蓋保險對象及民眾納保與就醫相關保險資料，且健保資料庫區分為三大類資料庫：費用檔，醫令檔，和基本資料檔，且記錄就診資訊，也將醫療處置及相關醫療利用完整的紀錄。本計畫除了相關方案歷年執行情況外，還會透過全民健保資料庫分析醫療資源不足地區居民之西醫醫療服務利用與健康效益情況，利用六分區業務組之醫療資源不足地區常住居民的醫療利用與健康狀態，提供改善政策擬定之參考。研究主題包含三大部分，分別為山地離島及醫療資源不足地區長住居民的醫療利用情形、健康成效以及資源配置及醫療利用之合理性等三項，表 57 為山地離島及醫療資源不足地區計畫在健保資料之相關申請項目代碼。

變項	項目代碼
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	G9
西醫醫療資源不足地區改善方案	G5
西醫醫療資源不足地區改善方案(新開業)	G6
疾病試辦計畫	E4-E9、N、C、R
預防保健服務項目	A3
醫療院所戒菸服務補助計畫	B7

一、山地離島及醫療資源不足地區長住居民醫療利用情形之相關分析

本計畫的實證分析，第一步將使用民國 94 年至 105 年之門急診、住院全民健保處方及治療明細檔、全民健保承保檔以及醫事機構基本資料檔等全人口之資料檔，進行醫療資源不足地區長住居民。其後再針對偏鄉地區之長住居民並進一步分析門診、急診與住院等醫療利用使用情況，以及瞭解該地區長住居民之鄉內及鄉外就醫情況。

二、山地離島及醫療資源不足地區「長住居民」之操作型定義

為能確實分析山地離島及醫療資源不足地區長住居民的醫療利用情形之相關分析，第一，我們必須先就山地離島及醫療資源不足地區長住居民進行健保資料庫的身分認定。依據林民浩等(2011)對於健保資料庫人口居住地變項之推估方式，長住居民之居住地估計方式有以下三種定義，一為投保地即居住地，稱為「投保地型居住地估計方法」；二為呼吸道感染(ICD 9 CODE：460-466, 480-487)就醫地即居住地，稱為「呼吸道感染就醫型居住地估計方法」；三為第 3,5,6 類投保人、配偶及 15 歲以下子女，以投保地；其餘以呼吸道感染認定之，稱為「綜合特質型居住地估計方法」。

其中以「綜合特質型居住地估計方法」表現最佳，故本計畫採用「綜合特質型居住地估計方法」作為山地離島及醫療資源不足地區居民之居住地的認定方式。透過以上方式推估出健保資料庫之山地離島及醫療資源不足地區長住居民，才能正確計算該地區居民之醫療使用趨勢與情況。

一、山地離島及醫療資源不足地區之操作型定義

醫療資源缺乏地區之認定乃以全民健保法為依據，於 102 年正式公布實施，於 105 年 12 月 29 日修正第三點醫人比計算，繼於 107 年 11 月 26 日再次修正醫人比、醫師登記地區及相關條文，詳細修正歷史沿革，請參閱本計畫之第一章第二節說明。

行政院衛生福利部中央健康署，每年年底皆會依據全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點，公告下年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區條件的施行區域」，而每年度所發布之地區皆有所差異。有鑒於本計畫報告的分析期間落於 96 至 105 年期間，而 96 至 101 年，此時尚未有正式公告定義醫療資源缺乏地區，故我們以「102 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件的施行區域」，作為醫療資源缺乏地區之認定，醫療資源缺乏地區之鄉鎮縣市，請參閱表 58 「102 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域，後續 103 至 105 年會依照各年度之醫療資源缺乏地區條件的施行區域為參考依據。

表 58 「102 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	23	南區業務組	雲林縣大埤鄉
2	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	24	南區業務組	雲林縣元長鄉
3	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	25	南區業務組	雲林縣臺西鄉
4	臺北業務組	新北市石門區	26	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
5	臺北業務組	新北市萬里區	27	南區業務組	嘉義縣東石鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	28	南區業務組	臺南市七股區
7	北區業務組	新竹縣芎林鄉	29	南區業務組	臺南市大內區
8	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	30	南區業務組	臺南市安定區
9	北區業務組	新竹縣新埔鎮	31	南區業務組	臺南市官田區
10	北區業務組	新竹縣橫山鄉	32	南區業務組	臺南市南化區
11	北區業務組	新竹縣寶山鄉	33	南區業務組	臺南市將軍區
12	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	34	高屏業務組	高雄市內門區
13	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	35	高屏業務組	高雄市永安區
14	中區業務組	臺中市外埔區	36	高屏業務組	高雄市田寮區
15	中區業務組	彰化縣大村鄉	37	高屏業務組	屏東縣長治鄉
16	中區業務組	彰化縣田尾鄉	38	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉
17	中區業務組	彰化縣芳苑鄉	39	高屏業務組	屏東縣新園鄉
18	中區業務組	彰化縣芬園鄉	40	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉
19	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉	41	東區業務組	花蓮縣富里鄉
20	中區業務組	彰化縣溪州鄉	42	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
21	中區業務組	彰化縣福興鄉	43	東區業務組	臺東縣大武鄉
22	中區業務組	彰化縣線西鄉	44	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
			45	東區業務組	臺東縣長濱鄉

資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部 中央健康保險署 102 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件 公告施行區域」

二、AHRQ 之 PQI 指標定義下的「可避免疾病」之操作型定義

依據中央健保署所發布的「中央健康保險署醫療服務指標」，其中與可避免疾病相關之醫療服務指標有：全國可避免住院、全國可避免急診、西醫門診病人可避免住院、西醫門診病人可避免急診，並建立詳細的指標說明。

其可避免疾病之定義，乃依據Prevention Quality Indicators (PQI) Version 5.0 所規範之ICD9CM代碼，納入主診斷碼為PQI #1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)、#15(青年氣喘)、#5(COPD及成年氣喘)以及#10(脫水)等，詳細代碼如表 59及表 60所示。

其中，PQI#5(COPD及成年氣喘)，主要針對40歲以上病人，而PQI#15(青年氣喘)以18-39歲病人，其餘PQI#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)以及#10(脫水)，皆限制在18歲以上病人，公式如下：

$$\text{可避免疾病} = \frac{\text{可避免急診件數/可避免住院件數}}{\text{18歲以上戶籍人口數}}$$

我們利用上述可避免疾病之定義，將各項PQI之急診或住院件數除18歲以上戶籍人口數即可計算出該疾病之可避免急診率及可避免住院率。

表 59 AHRQ 之 PQI 指標定義下的「可避免疾病」之 ICD9CM 代碼				
指標名稱	疾病分類	操作型定義 ICD9CM		年齡限制
PQI #1	(糖尿病短期併發症)	25010 25011 25012 25013 25020 25021	25022 25023 25030 25031 25032 25033	18 歲以上
PQI #3	(糖尿病長期併發症)	25040 25041 25042 25043 25050 25051 25052 25053 25060 25061 25062	25063 25070 25071 25080 25081 25082 25083 25090 25091 25092 25093	18 歲以上
PQI #5	(COPD 及成年氣喘)	4910 4911 49120 49121 49122 4918 4919	4920 4928 494 4940 4941 4960	40 歲以上
PQI #7	(高血壓)	4010 4019 40200 40210 40290 40300	40310 40390 40400 40410 40490	18 歲以上
PQI #8	(心臟病)	39891 40201 40211 40291 40403 40411 40413 40491 40493 4280 4281 42820	42821 42822 42823 42830 42831 42832 42833 42840 42841 42842 42843 4289	18 歲以上
PQI #10	(脫水)	5845 5846 5847	5848 5849 9975	18 歲以上

指標名稱	疾病分類	操作型定義 ICD9CM		
PQI #11	(細菌性肺炎)	481	48242	18 歲以上
		4822	4829	
		48230	4830	
		48231	4831	
		48232	4838	
		48239	485	
		48241	486	
PQI #12	(尿道感染)	59010	59081	18 歲以上
		59011	5909	
		5902	5950	
		5903	5959	
		59080	5990	
PQI #13	(心絞痛)	4111	4130	18 歲以上
		41181	4131	
		41189	4139	
PQI #14	(控制不良之糖尿病)	NA		18 歲以上
PQI #15	(青年氣喘)	49300	49321	18-39 歲
		49301	49322	
		49302	49381	
		49310	49382	
		49311	49390	
		49312	49391	
		49300	49392	
資料來源：內容文字直接整理自「衛生福利部 中央健康保險署醫療服務指標之可避免疾病」，本研究整理。				

三、健保六分區「鄉外就醫分率」門、急、住診之操作型定義

在山地離島及醫療資源不足地區之醫療資源利用指標中，「鄉外就醫分率」為重要的評估指標之，本計畫將針對全國及健保六分區中，有關山地離島及醫療資源不足地區長住居民之門診、住診以及急診鄉外就醫分率的歷年變化狀況，相關的操作型變數定義，請參見表 61。

表 61 健保六分區「鄉外就醫分率」門、急、住診之相關操作型定義

變項	操作型定義	資料欄位
急診	利用健保資料庫門急診與住診處方及治療明細檔，確認是否申報相關之案件類別及申報類別	案件類別(CASE_TYPE)為 02，且申報類別(APPL_TYPE)為 1
偏鄉地區鄉外就醫	利用健保資料庫門急診與住診處方及治療明細檔，輔以前述之居住地及偏鄉地區之認定後，進一步檢視該患者當次就醫紀錄是否位於居住地或者不在居住地。	$\text{偏鄉鄉外就醫分率(門診)} = \frac{\text{偏鄉門診鄉外就醫次數}}{\text{偏鄉門診就醫次數}}$ $\text{偏鄉鄉外就醫分率(住診)} = \frac{\text{偏鄉住診鄉外就醫次數}}{\text{偏鄉住診就醫次數}}$ $\text{偏鄉鄉外就醫分率(急診)} = \frac{\text{偏鄉急診鄉外就醫次數}}{\text{偏鄉急診就醫次數}}$
全人口之鄉外就醫	利用健保資料庫門急診與住診處方及治療明細檔，輔以前述之居住地認定後，進一步檢視該患者當次就醫紀錄是否位於居住地或者不在居住地。	$\text{全國鄉外就醫分率(門診)} = \frac{\text{全國門診鄉外就醫次數}}{\text{全國門診就醫次數}}$ $\text{全國鄉外就醫分率(住診)} = \frac{\text{全國住診鄉外就醫次數}}{\text{全國住診就醫次數}}$ $\text{全國鄉外就醫分率(急診)} = \frac{\text{全國急診鄉外就醫次數}}{\text{全國急診就醫次數}}$

資料來源：本計畫整理。

四、控制變項之操作型定義

本計畫將控制變項分為人口學變數、地理環境及鄉鎮別社經變數、鄉鎮別醫療資源變數及時間虛擬及鄉鎮別虛擬變數。人口學變數有性別及年齡，性別男性編碼為 1，女性編碼為 0，年齡為當年看診之就醫年齡，地理環境及鄉鎮別社經變數有平均年齡、是否為山地鄉籍原住民鄉、平均收入、人口密度及健保六分區及距離急救責任醫院之車程，如表 62。

變項	操作型定義	變項類型
人口學變數		
性別	男性編碼為 1，女性編碼為 0	類別
年齡	為當年看診之就醫年齡	連續
地理環境及鄉鎮別社經變數		
平均年齡	將人口中各鄉鎮之年齡算平均值	連續
是否為山地鄉及原住民鄉	為山地鄉則編碼為 0；若為原住民鄉則編碼為 1	類別
平均收入	鄉鎮之平均收入	連續
人口密度	鄉鎮之總人口數除以總面積	連續
健保六分區	台北區為 1，北區為 2，中區為 3，南區為 4，高屏區為 5，東區為 6	類別
鄉鎮別醫療資源變數		
巡迴次數	以西醫改善方案之巡迴醫療次數及新開業的總醫療次數	連續
提升計畫變項	以 102 至 105 年有參與提升計畫醫院距離 30 公里且 30 分鐘內可到達之鄉鎮，編碼為 1，不符合之鄉鎮，編碼為 0	類別
距離地區以上醫院之距離	鄉鎮距離地區以上醫院之距離，以公里作為單位計算	連續
資料來源：本研究整理。		

五、研究倫理

本研究為健保申報資料研究，病患身分證字號已經模糊處理，個人資料無法辨識。研究資料將存放於中央健康保險署機房，個人資料無法攜出，研究屬於最小風險。目前本計畫之研究倫理審查已提交國立台灣大學行為與社會科學研究倫理委員會進行審查，並已取得審查核可證明(NTU-REC No.:201905EM032)，有關倫理審查核准文件，請參閱附件 2。

第二節 醫療資源不足地區長住居民的分析結果

一、門診、住診及急診就醫次數

89年至105年的偏鄉門診就醫次數落在700萬至800萬次之間，而全人口的就醫次數則落在16000萬次以上。在住診就醫次數中，全人口落在225至400萬次間，偏鄉則使用10至12萬次，歷年就醫次數有逐年穩定成長的趨勢，而急診就醫次數，全人口落在150至175萬次中，偏鄉則為8萬至10萬的逐年上升，如圖10。

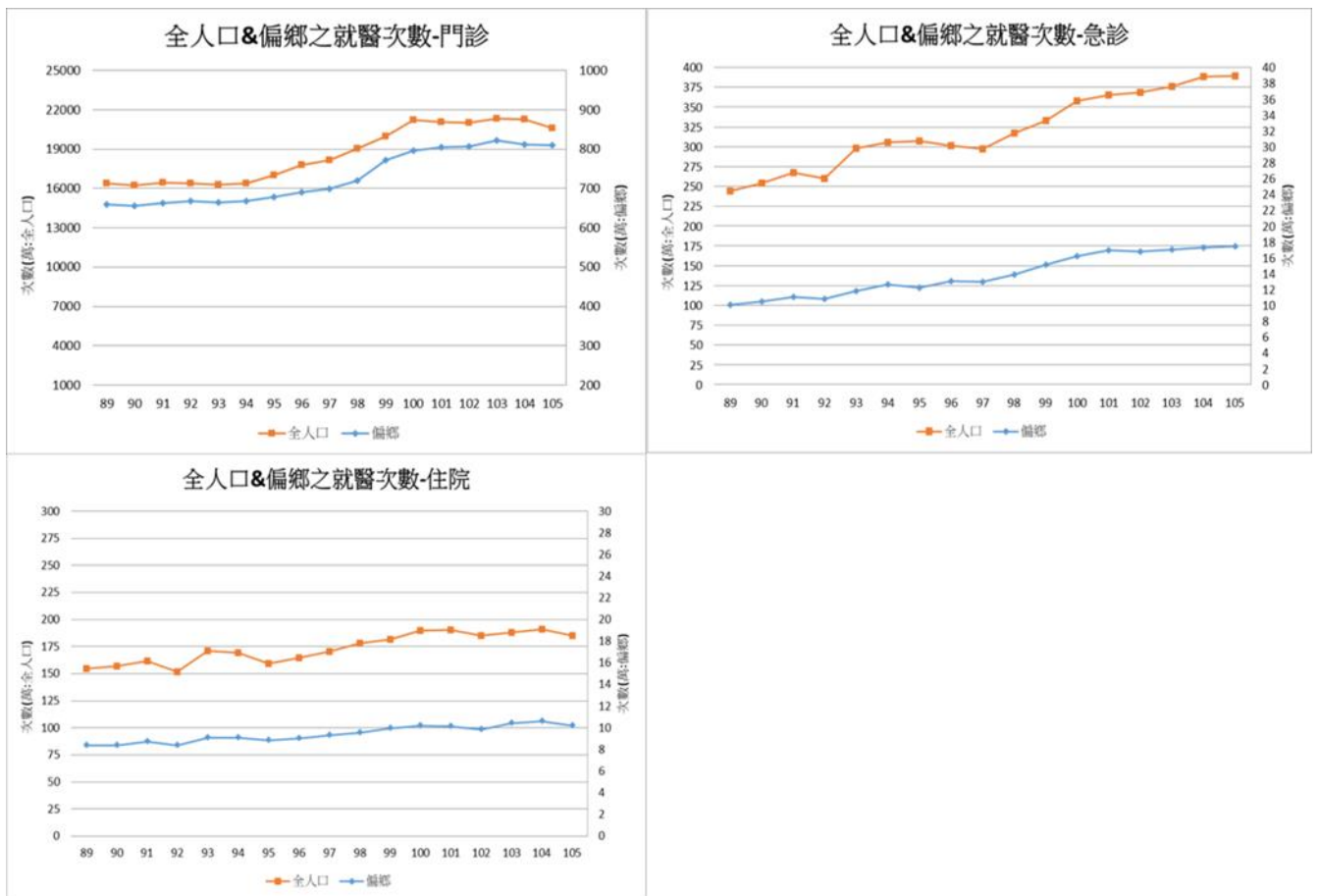


圖 10 全人口與偏鄉之就醫次數(萬次)-門、住、急診

二、門診、住診及急診就醫費用

在 89 年至 105 年的門、住及急診醫療費用，從結果中發現全人口門診醫療費用歷年使用在 120,000 至 240,000 百萬元以上，而在偏鄉地區則落在 4,000 至 10,000 百萬元，呈現歷年逐漸上升的趨勢。住診費用中，全人口費用以 600,000 至 1,200,000 百萬元之間，偏鄉則歷年落在 20,000 至 80,000 百萬元。

急診費用在全人口落在 40,000 至 120,000 百萬元，但在 102 年度微下降，103 年才有逐漸上升，則在偏鄉地區也是同樣情形，費用落在 2,000 至 6,000 百萬元之間，如圖 11。

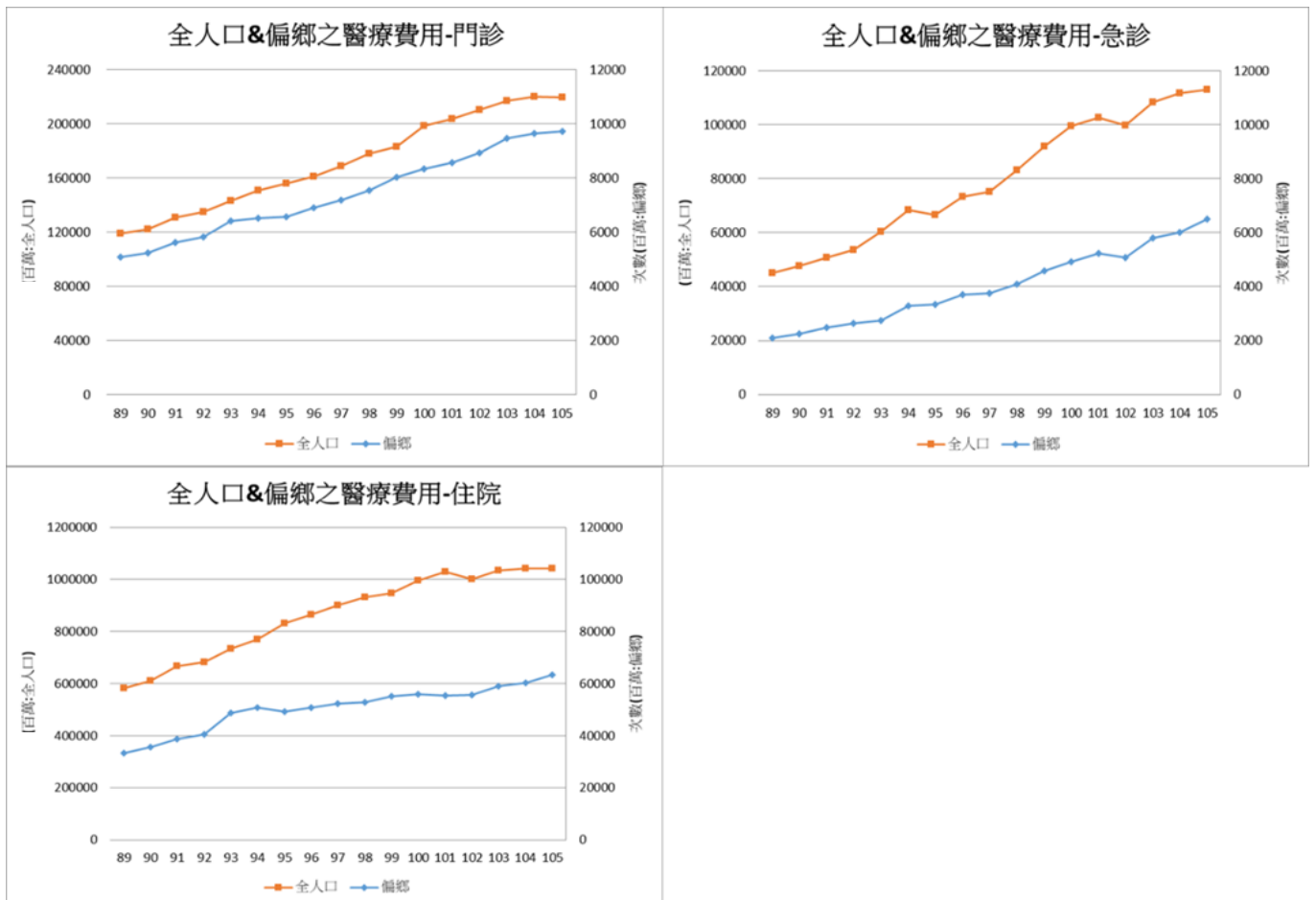


圖 11 全人口與偏鄉之醫療費用(萬元)-門、住、急診

三、門診、住診及急診鄉外就醫次數

在 89 年至 105 年全人口及偏鄉地區的鄉外就醫次數，分為門診、住診及急診部分，門診的鄉外就醫次數中，全人口次數落在至 12,000 至 18,000 萬次，而偏鄉地區則是 600 至 700 萬次，歷年的鄉外就醫次數呈現穩定成長。

住院鄉外次數也是逐年增加，全人口中從 89 年的 125 萬次至 105 年 175 萬次以上，上升趨勢相較於增高許多，偏鄉地區則從 8 萬次至 10 萬次上升趨勢是穩定增加。全人口的急診鄉外就醫次數落在 200 萬至 325 萬次，偏鄉地區則落在 10 萬至 16 萬次，如圖 12。

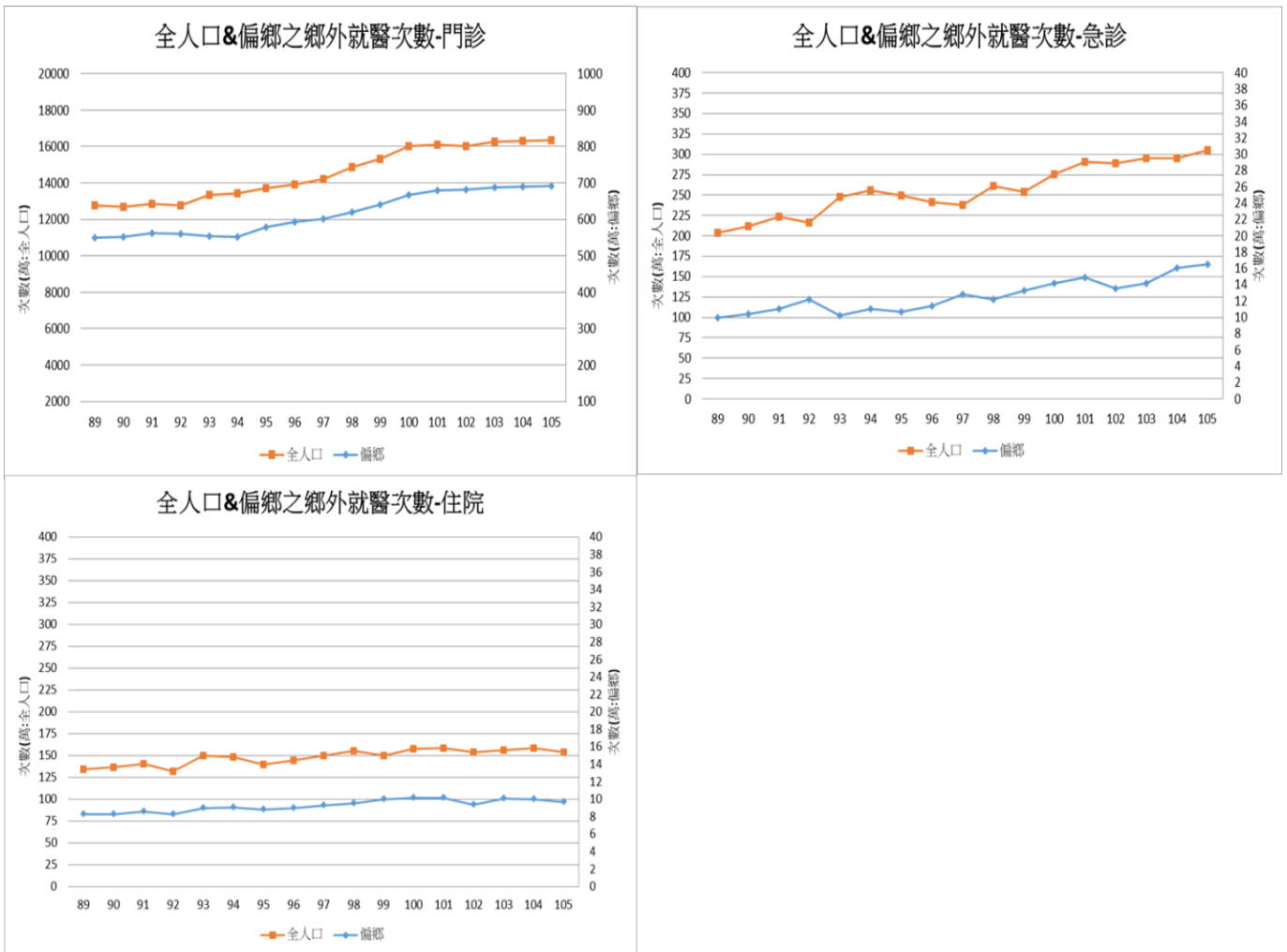


圖 12 全人口與偏鄉之鄉外就醫次數(萬次)-門、住、急診

四、門診、住診及急診鄉外就醫分率

圖 13 為全人口及偏鄉之鄉外就醫分率，分為門診、住院及急診，從門診鄉外就醫分率顯示全人口歷年就醫分率增加，不過在 99 年下降，落在 75 至 80%，偏鄉地區在 92 年就醫分率為降低，但在 93 年後為逐年成長，落在 80% 至 90%。

住院鄉外就醫分率中，全人口在 98 年之後逐漸緩降，由 80% 下降至 75%，而偏鄉地區的住院鄉外就醫分率大致維持在 95% 至 100% 間，並呈現微幅成長趨勢。在急診部分，全人口最高峰落於 98 年約 80% 至 85% 間，其後逐漸緩降，至 105 年止，約為 75% 至 80% 左右。偏鄉地區在急診鄉外就醫分率，整體亦呈現穩定上升趨勢。

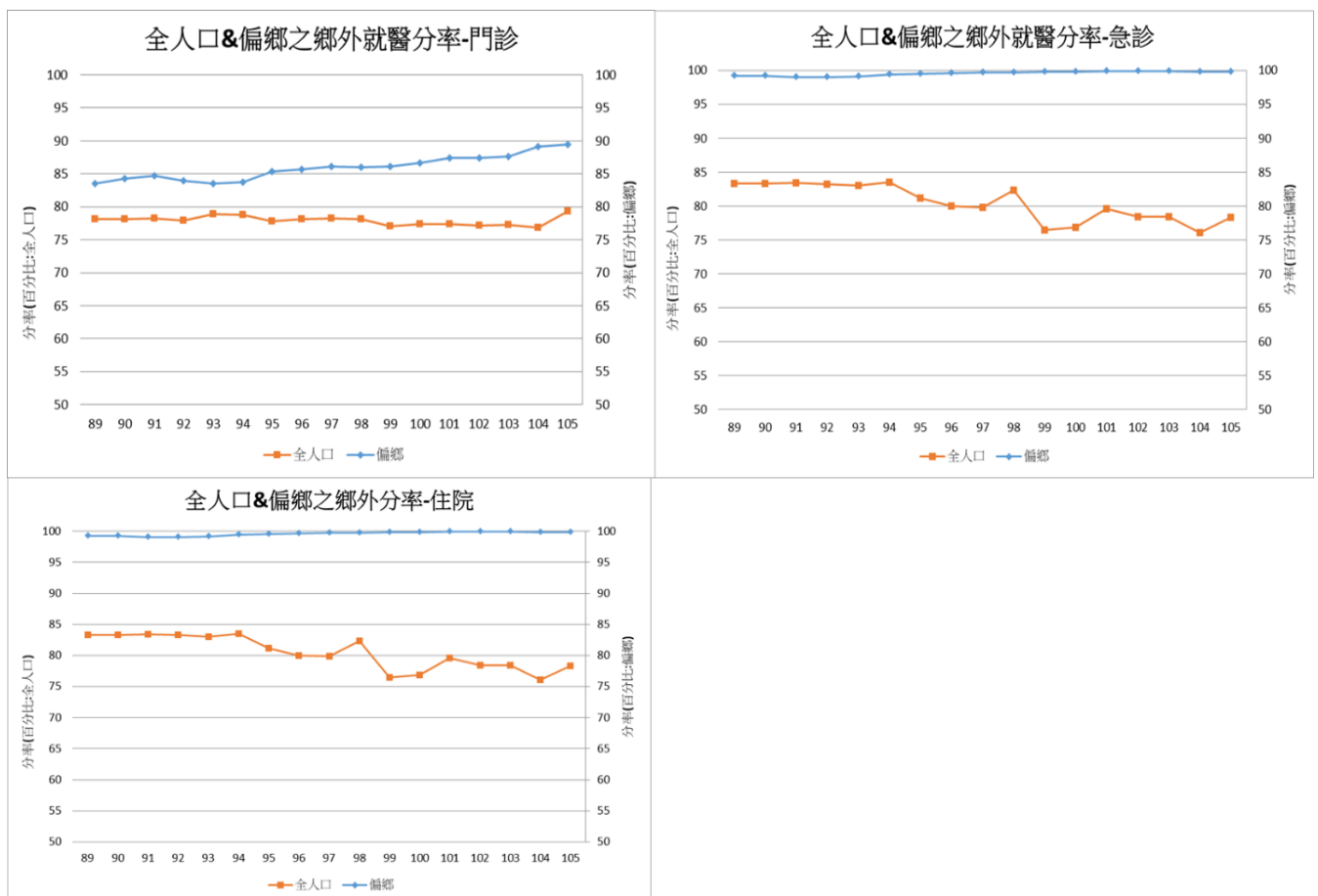


圖 13 全人口之鄉外就醫分率(%)-門、住、急診

五、可避免住院率及可避免急診率

圖 14 為全人口及偏鄉之可避免住院率，全人口從 89 年的 14 至 16%，且逐年增加至 105 年的 16 至 18%，而偏鄉地區中，從 89 年的 16% 逐年增加趨勢，且增加至 105 年 18%。

從圖 27 可以看到全人口之可避免急診率在 89 年落在 0.5 至 0.6%，並呈現小幅成長趨勢，偏鄉地區從 89 年落在 0.5 至 0.6%，且逐年為成長趨勢，但在 102 年略為下降落在 0.8%，103 年增加落在 0.8 至 0.9%，而 105 年又下降落在 0.7 至 0.8%。

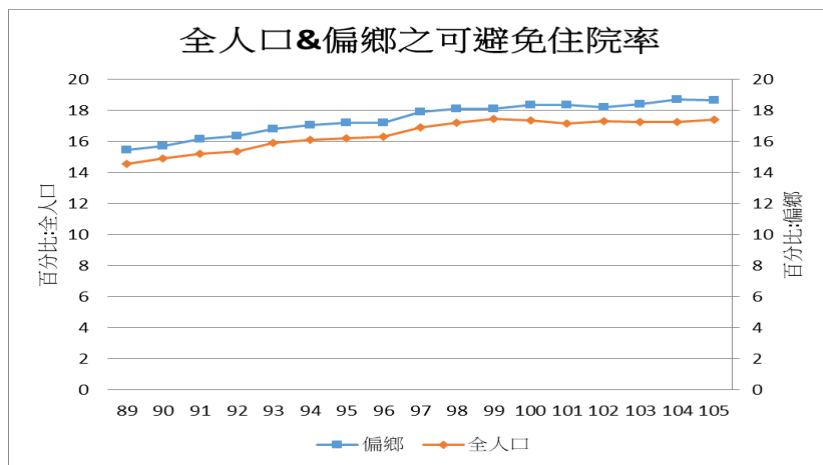


圖 14 全人口與偏鄉之可避免住院率

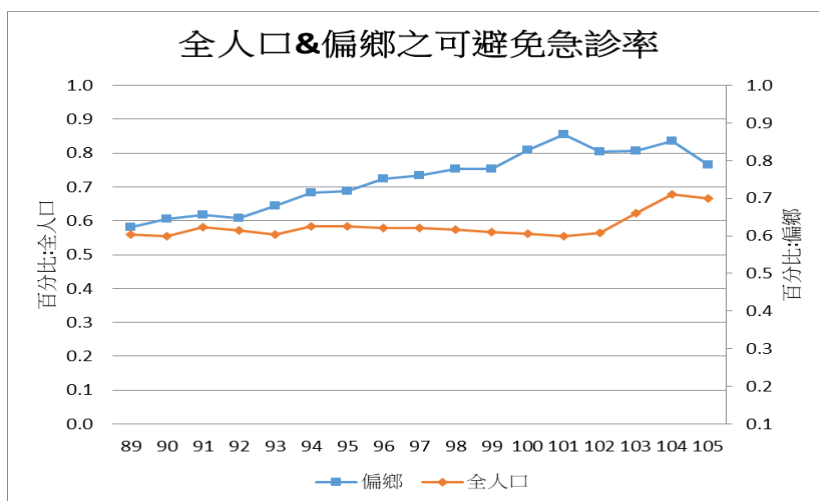


圖 15 全人口與偏鄉之可避免急診率

六、健保六分區門診鄉外就醫分率

在門診鄉外就醫分率中，臺北區的全人口鄉外就醫分率落在 70% 至 75%，而偏鄉地區落在 80% 至 90%，呈現逐年穩定增加，北區則在全人口 92 年、95 年及 96 年的全人口為降低，偏鄉地區則穩定增加的趨勢。中區顯示不管是全人口或偏鄉地區的鄉外就醫分率都是呈現逐年上升，南區只有偏鄉地區 92 年稍微下降，落在 85% 至 90% 之間，而高屏區全人口及偏鄉地區的鄉外就醫分率為穩定成長，東區雖然是逐年增加，但可以發現全人口的鄉外就醫分率從 50% 上升至 55%，如圖 16。

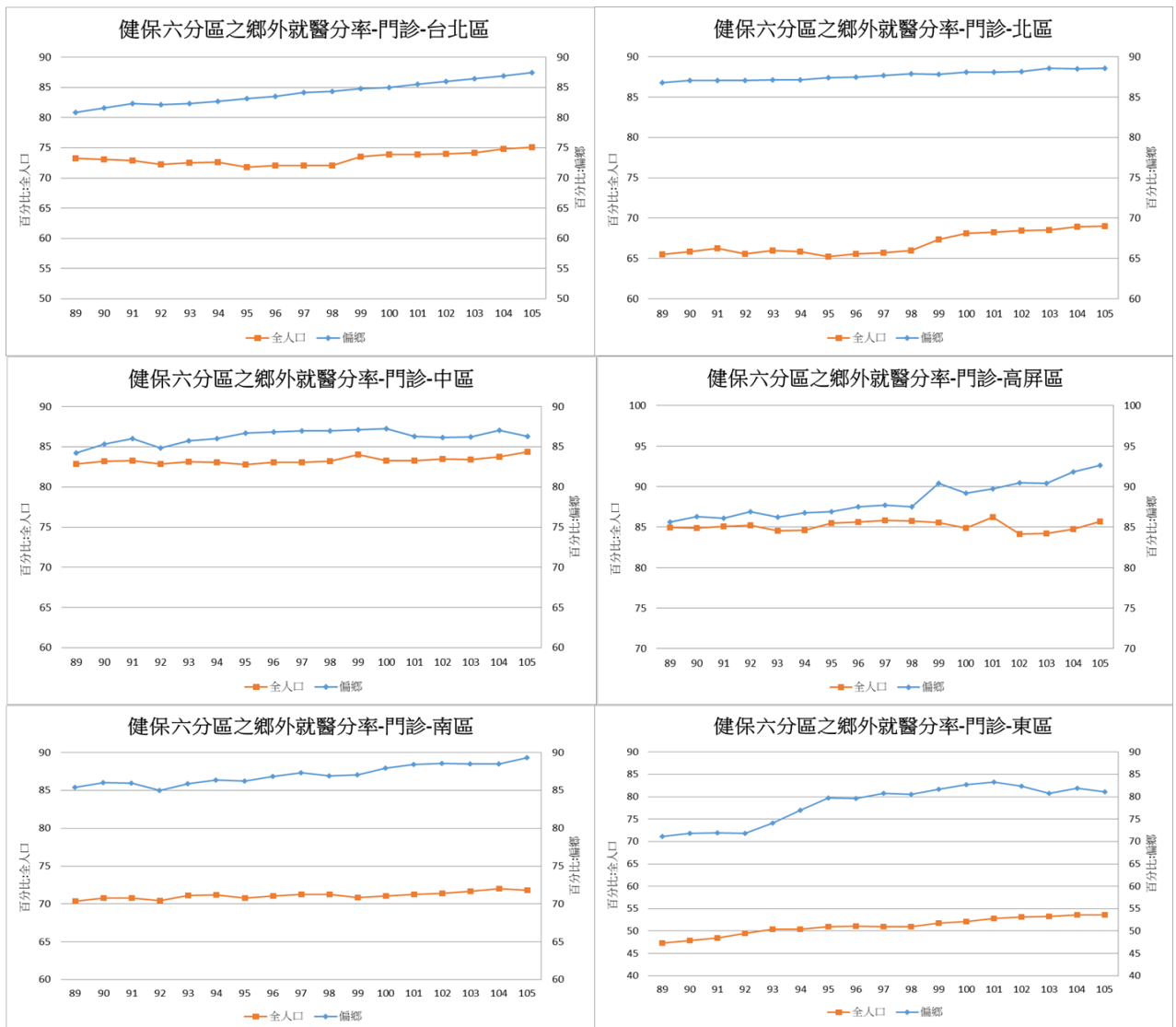


圖 16 健保六分區之鄉外就醫分率(%)-門診

七、健保六分區住院鄉外就醫分率

從圖 17 的住院鄉外就醫分率顯示，在北區、台北、中區、南區及高屏區，全人口及偏鄉地區鄉外就醫分率都是呈現逐年上升或持平趨勢，全人口鄉外就醫分率落在 80% 至 85%，但東區則落在 60% 至 70% 之間。而偏鄉地區則是 89 年至 105 年是逐年穩定趨勢，落在 95% 至 100%，不過在中區鄉外就醫分率中，90 年至 100 年是逐年穩定趨勢，落在 95% 至 100%，101 年後穩定趨勢，且多落在 95 至 100%。

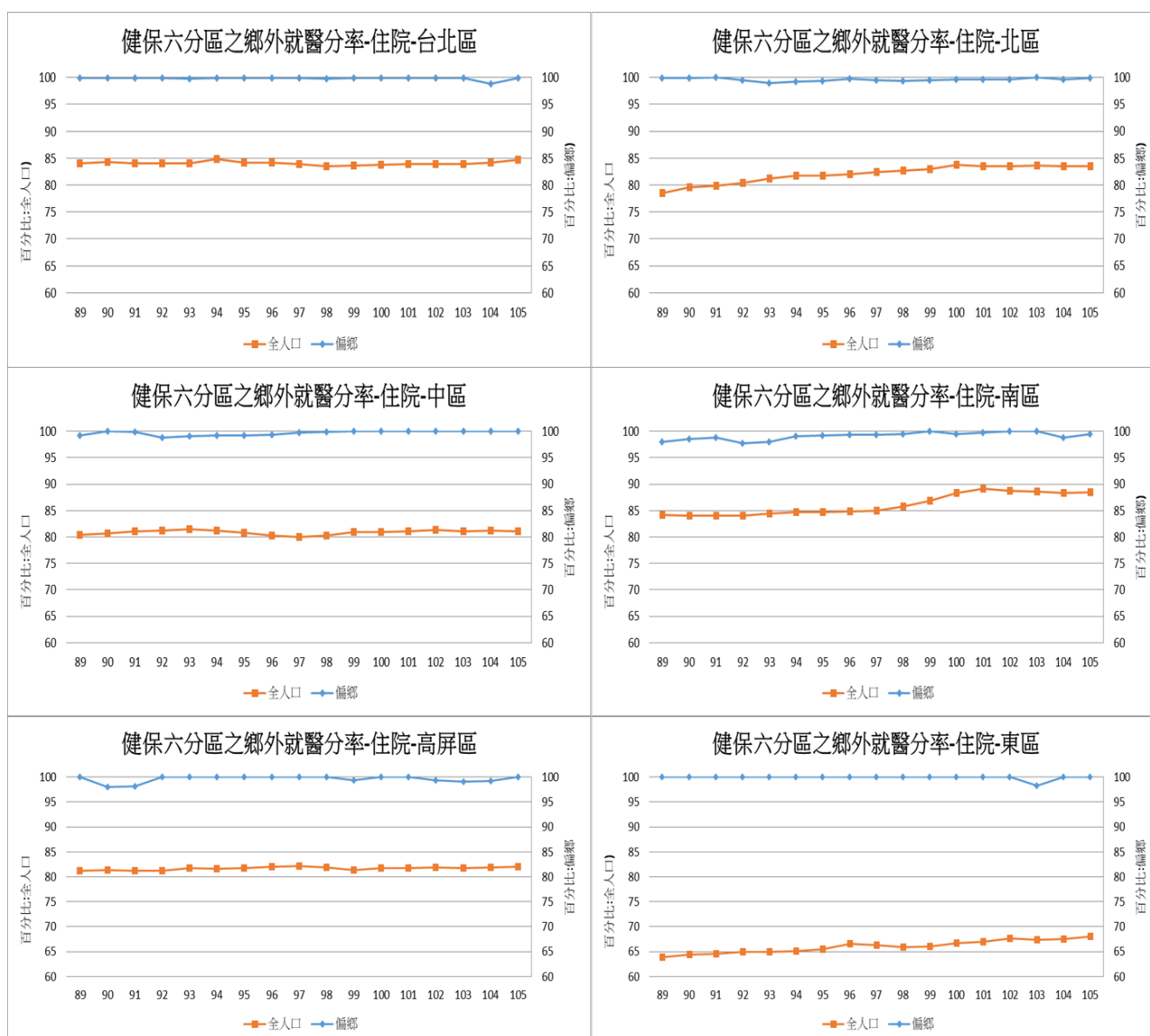


圖 17 健保六分區之鄉外就醫分率(%)-住院

八、健保六分區急診鄉外就醫分率

健保六分區的急診鄉外就醫分率，在全人口的北區、中區、南區、高屏區及東區為穩定成長，但台北的急診鄉外就醫分率在 94 年上升，不過 95 年後降低，東區則 97 年 100 年稍微下降，整體還是呈現穩定趨勢。偏鄉地區中，在北區、台北、中區、高屏及東區的全人口急診鄉外就醫分率都為 100%，但中區 97 年有微幅下降，且中區 89 年至 93 年呈現逐年成長，不過 95 及 98 年有下降趨勢，100 年後維持穩定趨勢，如圖 18。

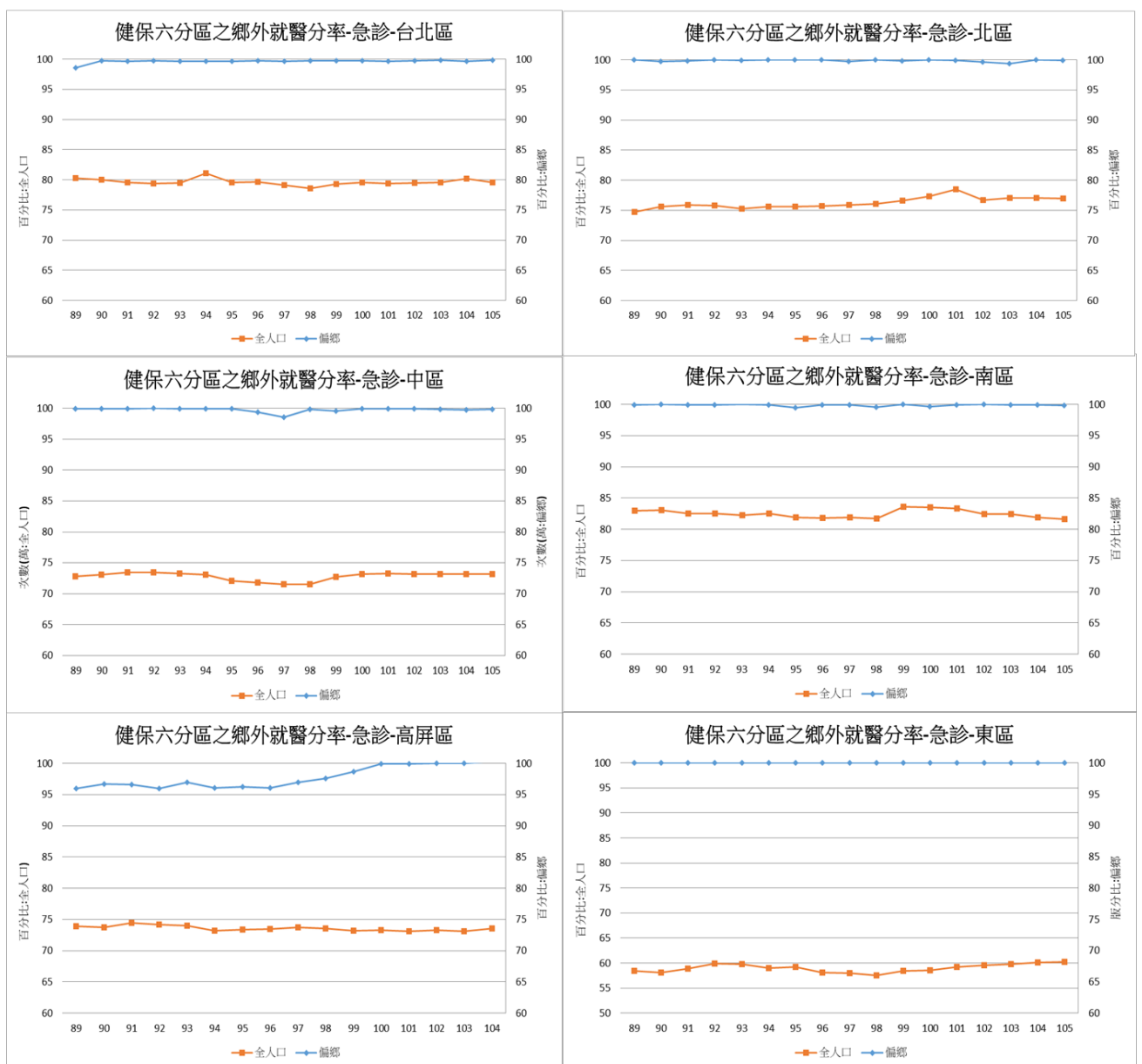


圖 18 健保六分區之鄉外就醫分率(%) - 急診

九、健保六分區可避免住院率

圖 19 為健保六分區全人口及偏鄉之可避免住院率，在全人口中，台北區、北區、中區、南區、高屏區及東區都是逐年成長趨勢，不過台北區在 96 年略為下降，落在 18 至 20%，且南區在 96 年也有微幅下降，落在 16 至 18%。

而偏鄉地區，可以發現台北區是逐年上升，但 96 年下降落在 18 至 20%，北區為逐年增加，不過在 105 年略為下降，而中區在 103 年有稍微下降趨勢，不過整體為上升，而南區、高屏區及東區則是呈現逐年穩定成長趨勢。

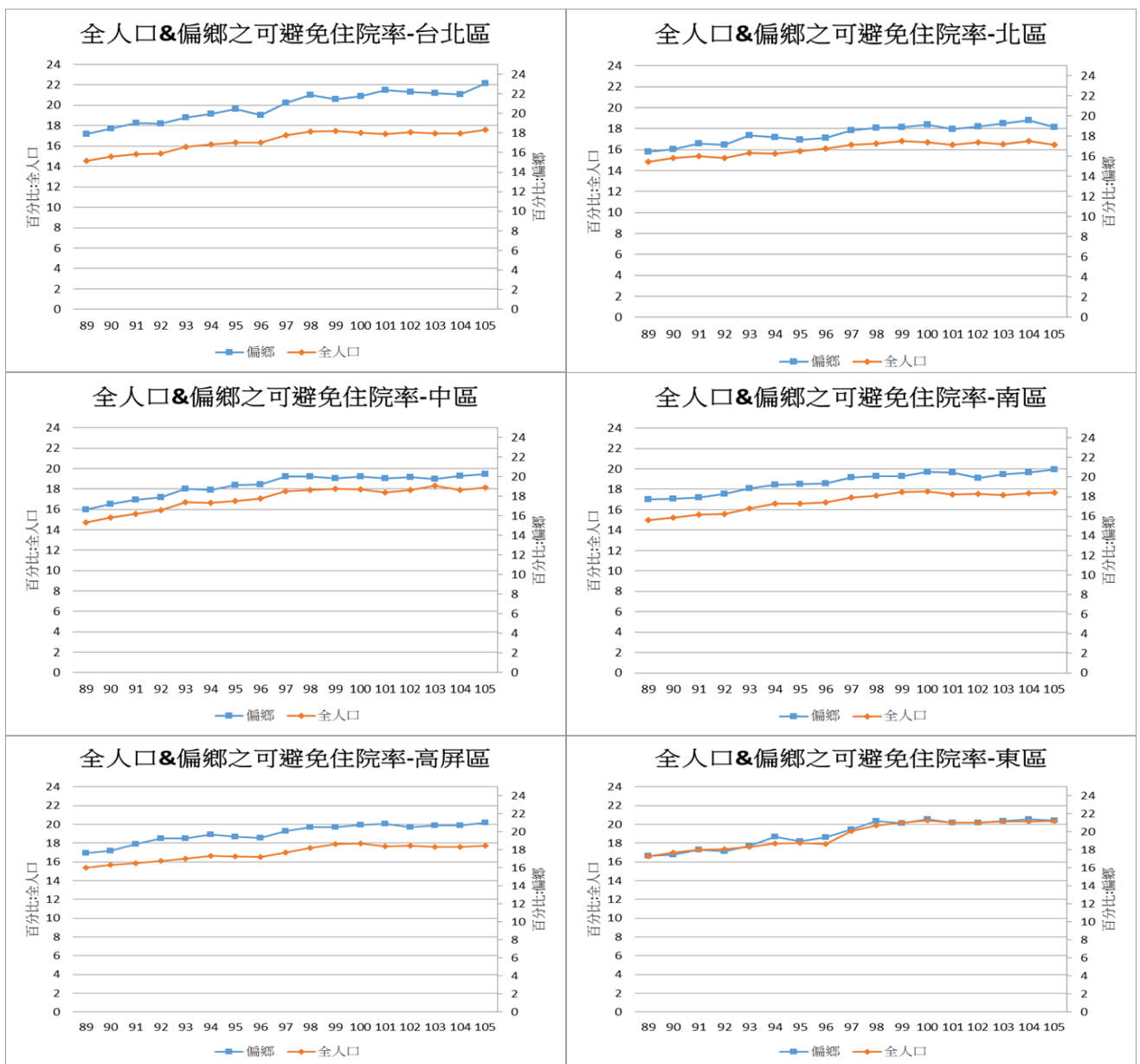


圖 19 健保六分區之可避免住院率

十、健保六分區可避免急診率

圖 20 為全人口及偏鄉之健保六分區可避免急診率，全人口可避免急診率中，發現台北區、北區、中區、南區及高屏區逐年為增加或穩定趨勢，不過台北區在 92 年有略微下降，南區在 101 年略為上升，落在 0.4 至 0.5%，東區在 94 年及 104 年有稍微下降。而在偏鄉地區，台北區從 89 至 91 年落在 0.6 至 0.7%，但在 92 年略為下降，93 年後呈現微幅上升趨勢，北區在 96 年、102 及 103 年呈微幅下降，中區為逐年成長且落在 0.6 至 0.8%，南區的可避免急診率大致落在 0.6 至 0.9%，高屏區整體呈現上升趨勢，且最高峰落在 105 年 0.8 至 0.9%，東區則整體逐年穩定成長。

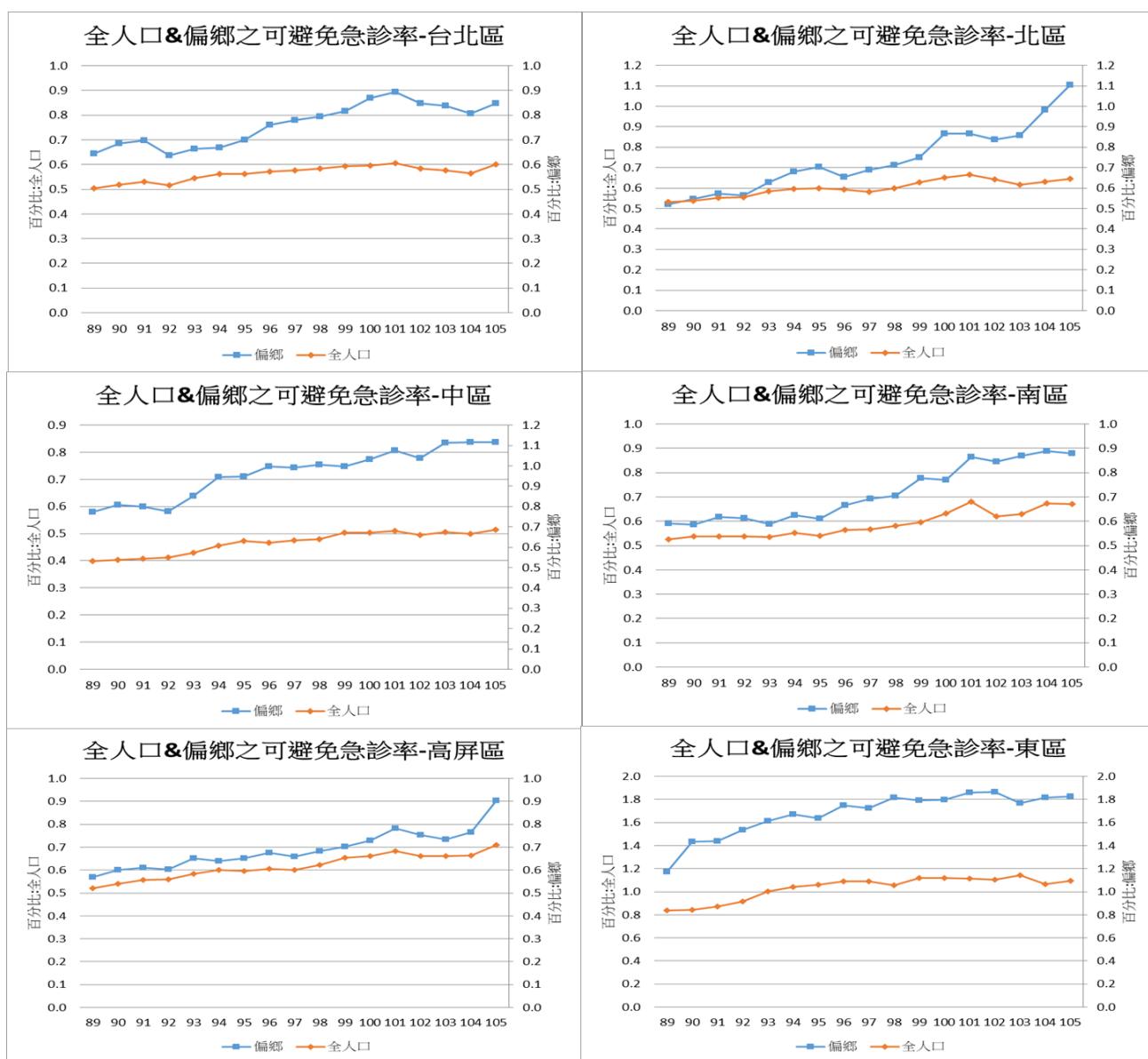


圖 20 健保六分區之可避免住院率

第六章 中央健康保險署醫療資源不足地區之政策效果分析

第一節 醫療資源不足地區政策績效指標之預期方向說明

有鑑於各項政策雖有執行目標或績效評估標準之結果，但無法確切評估政策介入前及介入後評估標準是否有差異，故本計畫將針對健保署所管轄之全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(以下簡稱提升計畫)、醫療資源不足地區改善方案(以下簡稱改善方案)、及山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)(以下簡稱IDS計畫)，透過右列指標，進一步檢視「政策介入前後」，是否具有其政策效益。

圖 21 政策需求面績效評估指標為相關政策需求面績效評估指標，一共有 5 項之評估指標，說明如下。考量不同政策有其政策實施重點，以下茲針對個別政策內容，重新推定鄉外就醫分率之變動方向。第一，以提升計畫而言，其政策推動方式以醫院為單位，邀集偏鄉(非當地)附近的地區醫院或區域醫院增設內、外、婦、兒四科門診及 24 小時急診，以解決偏鄉醫療資源不均的問題，由於醫院不在偏鄉鄉內，因此，本計畫預估若此政策是有效果的，則「鄉外就醫分率指標」應呈現上升的趨勢。第二，以改善方案而言，其主要政策內容在於推動新開業或巡迴醫療，因此預期「鄉外就醫分率指標」應呈現下降的趨勢。第三，以 IDS 計畫而言，因 IDS 主要推動的是山地離島鄉內提供 24 小時急診、夜間門診、眼、婦、牙科專科門診、巡迴醫療及轉診制度，因此，預期「鄉外就醫分率指標」應呈現下降的趨勢，因 IDS 計畫主要提供門診服務以及 24 小時急診，所以認為因政策實施鄉內就醫分率呈現增加。

指標 2 與指標 3 分別為可避免住院率及可避免急診，透過過去文獻可知，提升計畫、IDS 計畫及改善方案在此兩指標之預期方向皆為下降。(譚秀芬等,2001)。

指標 4 為專科門診次數，以不分科、內科、外科、家醫科、婦科及兒科為評估之專科科別，而部份文獻指出針對一般外科研究中，發現因有提升醫療照護服務品質計畫會提高外科門診次數，所以預期在提升計畫之專科門診次數為增加(林進川，2002；張嘉雯等，2010)。

指標 5 為門診、急診及住院之醫療利用次數，在提升計畫預期門診醫療次數上升、急診醫療利用為下降及住院醫療次數不變，改善方案中預期門診及急診醫療次數為下降，且住院醫療次數為不變，而 IDS 計畫則與提供計畫之方向相似，門診及急診醫療利用次數為上升，住院醫療次數不變之趨勢(譚秀芬等，2001；林進川，2002)。

惟在鄉外就醫率的認定方向，針對部分鄉鎮(如冬山鄉、五結鄉、峨眉鄉...等)若在當年度同時收到醫療資源不足地區醫療服務提升計畫及西醫醫療資源不足地區改善方案之政策挹注，對於鄉外就醫率的變化，將呈現一正一反的方向拉扯，此部分之政策方向較難清楚釐清，其結果將視哪一個政策效果強烈來決定最終變化。

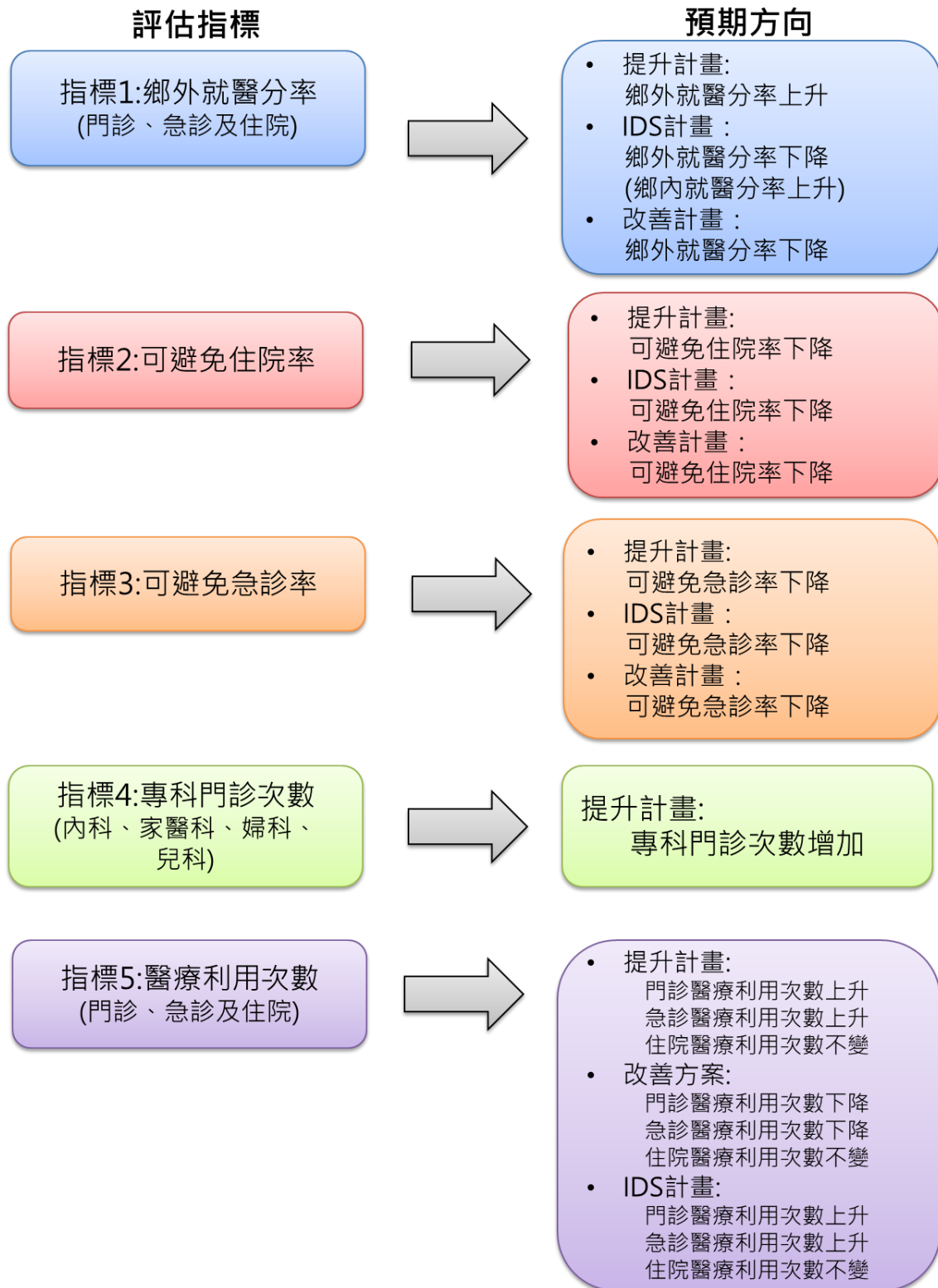


圖 21 政策需求面績效評估指標

第二節 西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

一、改善方案模型設計

我們利用 94 至 108 年之公告符合改善方案施行地區，找出當年度符合之西醫改善方案之鄉鎮，並依據劉介宇(2006)都市化分層制度，將醫療資源不足鄉鎮區分為實驗組與控制組兩組。後續利用差異之差異法(Difference In Difference)，常用於檢視事件發生之效果，通常會使用在政策實施效果之評估，將研究對象區分為受影響的實驗組，及未受到影響的控制組。不過因沒有政策介入之控制組鄉鎮，可能有其特殊限制，例如:地理位置問題造成醫療資源無法到達等，故我們執行實證模型時會進一步將時間及組間差異進行控制，已排除不隨時間變動的內生因素之影響，以了解政策介入之真正影響因素 (陳文意，2012)，如圖 22。

因此，改善方案會利用差異之差異法，比較實驗組與控制組之門診、急診及住院之醫療利用次數、鄉外就醫次數、鄉外就醫率、鄉內就醫次數、鄉內就醫率、可避免急診率、可避免住院率。探討在政策介入前及介入後，是否會因為政策介入而讓醫療不足之鄉鎮可以獲得改善，且也可以得知鄉鎮中的可避免急診率及可避免住院率，是否會因為政策介入而有所不同。

二、實證結果

研究結果發現，94 年介入當年相較於介入前，政策效果，門診、急診就醫次數下降，鄉外就醫分率為下降，可避免急診率下降，但都統計上無顯著差異。

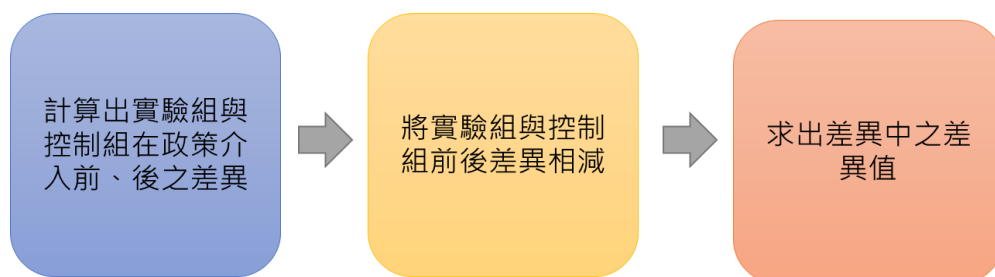


圖 22 差異中差異法說明

第三節 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

一、IDS 計畫模型設計

因自山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)開始以來，每年度實施之鄉鎮都為相同，且無法找出介入時點之實驗組與對照組，所以透過山離島地區計畫特定代碼為分組之依據，將 IDS 的歷年門診申報次數，包括巡迴次數、夜間門診及專科門診等，將山離島地區計畫特定代碼之門診申報次數區分為上升組、穩定組及下降組，並據此建立實證分析模型。

二、實證結果

實證分析研究結果指出，在上升組及下降組部分，門診就醫總次數、鄉內就醫分率都為顯著增加。可避免住院率及可避免住院率中，呈現逐年顯著下降趨勢。

在穩定組上升組實證分析結果，不論在門診總醫療次數、門診鄉內就醫分率都為增加，住院只有在醫療總次數沒有顯著差異，但鄉內就醫率及鄉內就醫分率都是有逐年顯著增加，可避免住院率及可避免急診率，呈現穩定增加趨勢。

第四節 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

一、提升計畫模型設計

我們以 102 年為介入年份，將各年度公告參與的醫院以 30 公里(或 30 分鐘內可到達)為距離，尋找醫院周邊符合條件的偏鄉作為實驗組；另一方面，我們以一直未參與提升計畫的公告醫院，以 30 公里(或 30 分鐘內可到達)為距離，尋找醫院周邊符合條件的偏鄉作為控制組。其後，兩者納入劉介宇(2006)都市化分層制度，進一步定義醫療資源不足鄉鎮區的分組鄉鎮。

提升計畫同樣利用差異之差異法，比較實驗組與控制組之門診、急診及住院之醫療利用次數、鄉外就醫次數、鄉外就醫率、鄉內就醫次數、鄉內就醫率、可避免急診率、可避免住院率及專科門診次數(內科、外科、婦科、兒科、不分科及家醫科)。

二、實證結果

實證結果發現，政策效果門診就醫次數、鄉外就醫分率顯著增加，專科門診的內科及婦科為顯著增加。

第五節 實證綜合結果討論

目前評估指標共有六項，如：鄉外就醫率、可避免急診率、可避免住院率、巡迴醫療次數、專科門診次數及醫療利用次數，後續會依照各項計畫之評估指標探討實證結果與預期方向是否有不同。

一、西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

在西醫改善方案中，設立的評估指標如圖 23，評估指標 1:門診、急診及住院之鄉外就醫率，從實證結果可以得知與預期方向是一致的，急診及住院之鄉外就醫率是下降或不變的，不過無統計上顯著差異，但在門診之鄉外就醫率為在介入後第二年開始為下降且也有統計上顯著差異。

評估指標 2:可避免住院率，實證結果呈現不符合預期方向，雖在介入後第一年及第三年為下降但不顯著，不過介入後第二年可避免住院率為顯著增加。評估指標 3:可避免急診率，發現與預期方向一致，且在介入後第四年有顯著下降。

評估指標 5:門診、急診及住院之醫療利用次數，門診醫療利用次數與預期方向一致，在介入後第三年及第四年有顯著下降，急診醫療利用次數與預期方向一致，但無統計上顯著差異，則住院醫療利用次數與預期方向是相似，不過在介入第四年為顯著下降。

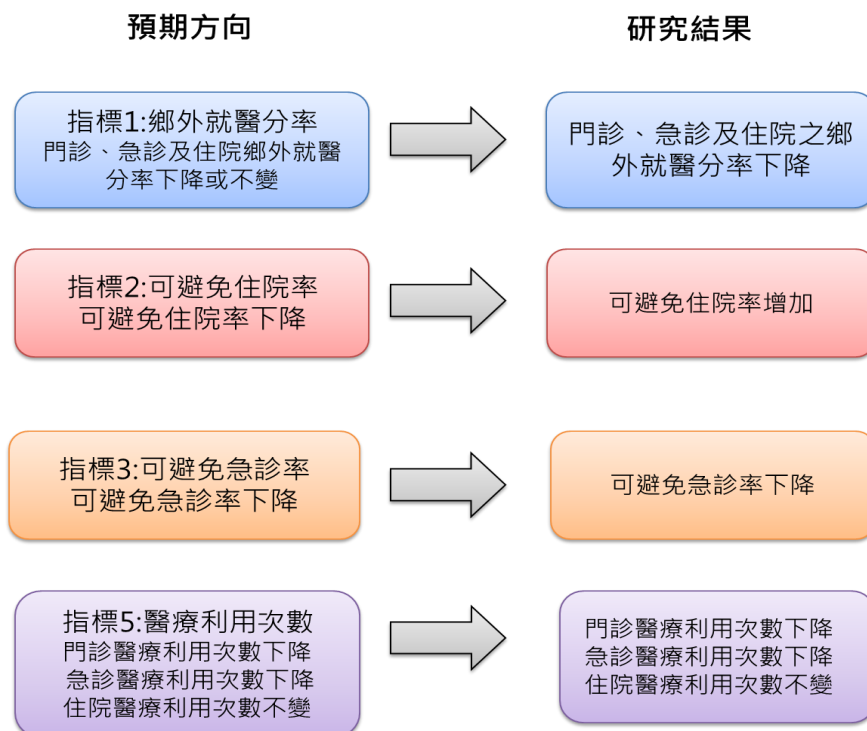


圖 23 西醫改善方案之評估指標

二、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之評估指標有 4 項，為指標 1:門診、急診及住院之鄉外就醫率，預期方向為門診、急診及住院之鄉內就醫率為上升，與研究結果是一致，在上升組、穩定組及下降組在鄉外就醫分率為顯著增加，因為有政策之介入，可以即時發現疾病而盡早就醫，而計畫目的是提供門診服務及 24 小時急診，所以會讓鄉內就醫增加。

指標 2:可避免住院率下降，與預期結果是部分一致且為顯著，不過在穩定組與預期方向相反，呈現穩定且增加，指標 3:可避免急診率下降，與研究結果方向部分一致且為顯著下降，但在穩定組為顯著增加，與預期方向不一致為顯著增加。

指標 5:門診、急診醫療利用次數上升而住院醫療次數為不變，從研究結果發現門診及急診醫療利用次數為顯著增加，住院醫療次數在上升組及下降組為顯著增加，但穩定組為增加但不顯著，如圖 24。

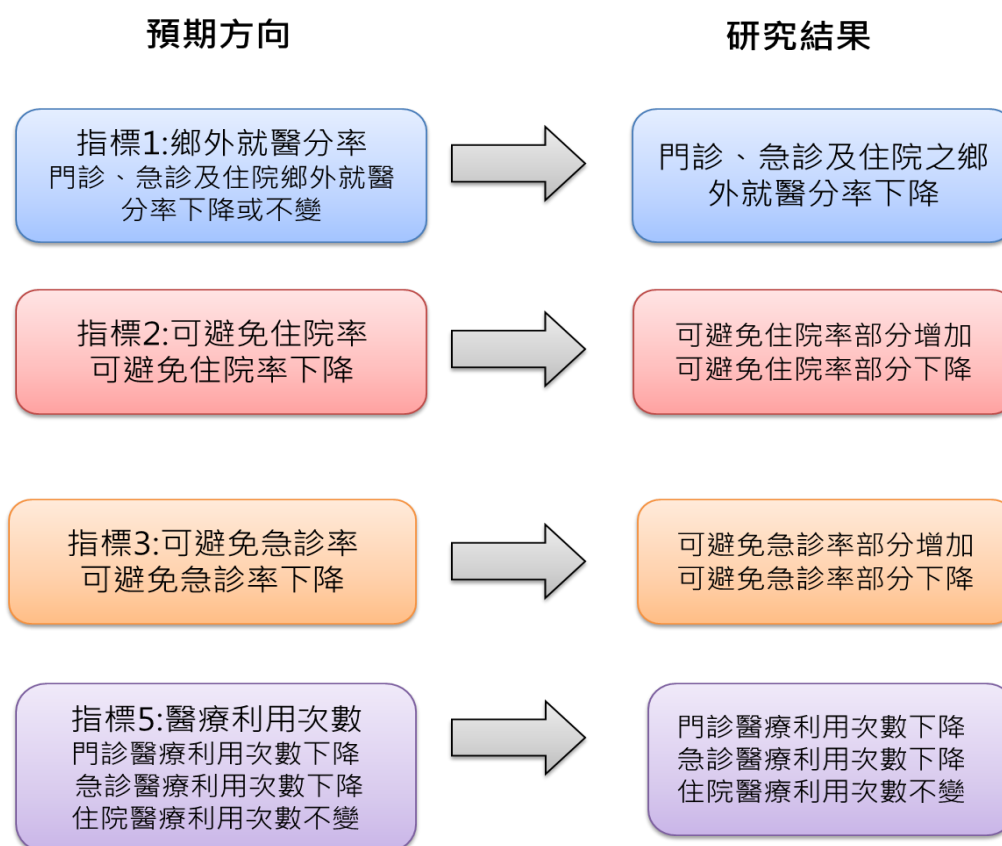


圖 24 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之評估指標

三、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

提升計畫共有五項評估指標，指標 1:門診、急診及住院之鄉外就醫率，研究結果與預期方向一致，在介入當年至介入後第三年都為顯著增加，指標 2:可避免住院率，預期方向為可避免住院率下降與研究結果相同，在介入後第一年為顯著下降。

指標 3:可避免急診率，研究結果是可避免急診率下降與預期方向一致為下降但都不顯著，指標 4:專科門診次數，預期方向是專科門診次數增加，與研究結果為符合，內科門診次數介入當年及介入後第一年為顯著增加，外、兒科門診次數在介入後第二年及介入後第三年為顯著增加，婦科則只有在介入後第三年有顯著增加，而家醫科門診次數為不顯著。指標 5:門及急診之醫療利用次數，而住院醫療利用次數與預期方向一致，不過在介入後一年為下降，如圖 25。

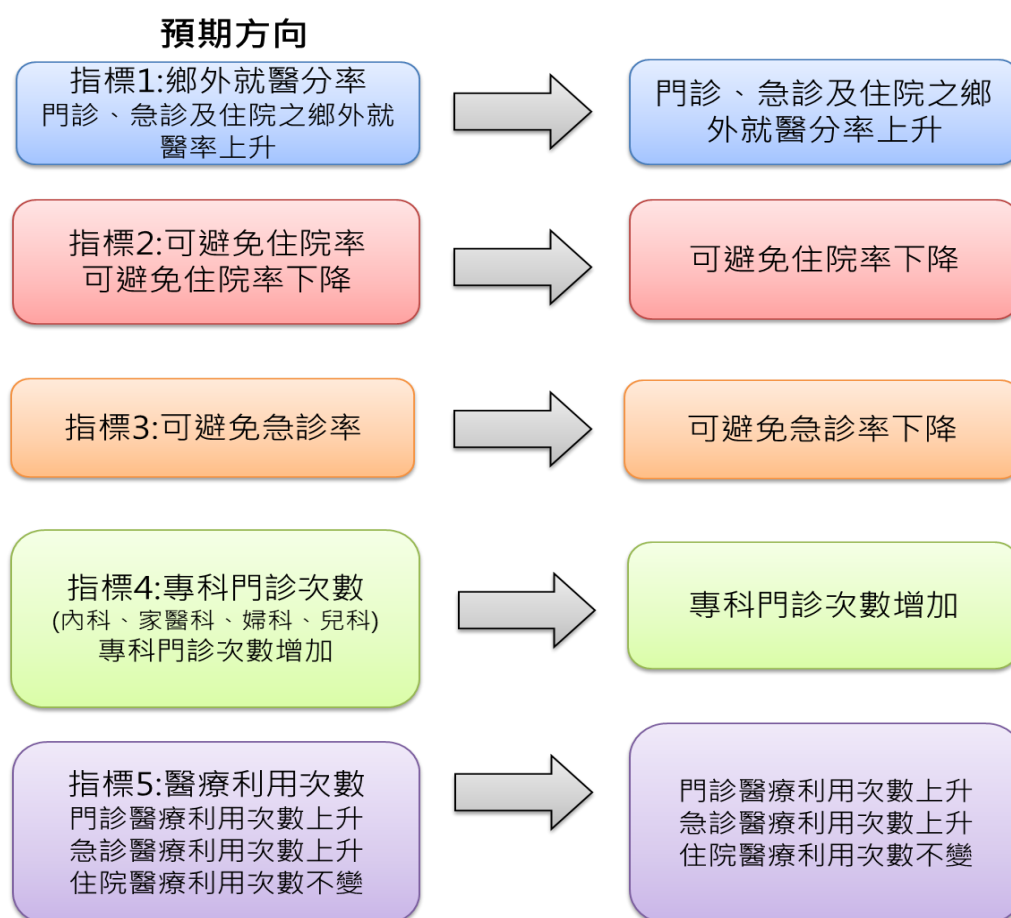


圖 25 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫評估指標

第七章 政策建議與研究限制

第一節 研究限制

本計畫研究限制如下：

1. **有關政府預算資料盤點工作：**以偏鄉地醫療資源不足地區做為盤點指標項目之細項，盤點之數據蒐集有其難度，理由在於偏鄉或醫療院所申請之資料過去多為紙本申請，並由健保署分區核定，於3年後進行資料銷毀，因此，部分盤點只有近幾年有相關資料。此外，本計畫需針對各執行預算進行盤點，惟經資料搜尋、整理及詢問相關人員後發現，現存的預算分配資料尚無針對各業務組與各鄉鎮進行細分，因此，僅能透過健保資料有紀錄者加以盤點，對於無法透過健保資料整理的預算數據，將無法定義到各別鄉鎮的數值。
2. **有關實施鄉鎮盤點工作：**在政府提供之醫療資源缺乏地區之名單中，因無法得知確切的實施偏鄉，僅能透過公告鄉鎮推估醫療政策介入之成效，此點對於政策效果的推估將可能產生偏誤。
3. **有關 GIS 地理資訊系統之定位問題：**本計畫利用地理資訊系統(GIS)計算鄉鎮中心及醫院間距離³，受限於軟體功能，僅能採用「直線距離」來定義兩點距離，尚無法將兩點間的交通是否為平面道路、高中低海拔山路或道路建議速限等情境納入考量。對此，本計畫為求執行內容之準確性，曾考量利用 Google Map 之「推薦路線」功能來定義車程，以建置全臺 368 個鄉鎮至各年度醫療機構距離及車程的矩陣列表，惟僅一個年度至少有 13 萬筆的距離資料，不易透過人工逐一比對；此外，儘管 Google Map 平台現有開發一套「距離矩陣 API (Distance Matrix API)」，可藉由人工智慧協助使用者將大量起始點資料進行距離及車程的估算並匯出，惟此項是付費軟體，故未來希冀能藉助這套人工智慧系統，讓研究結果更能符合實際狀況。

³ 有關 GIS 的定位方式，有兩點經緯度位置需加以定義：鄉鎮中心點及醫院位置。在鄉鎮中心點的認定上，我們計算三種指標：人口加權中心、幾何中心及衛生所之經緯度位置，惟檢視幾何中心及衛生所位置作為新鎮中心有部分區域視不合理的分布(例如：位於海上、兩鄉鎮之衛生所相距近)，故最終採人口加權中心作為鄉鎮中心點認定之。醫院位置部分，則以醫院地址換算其經緯度定義之。

第二節 政策建議

本計畫之政策建議如下：

1. **尚未發現嚴重的政策重疊狀況：**依據目前所盤點的結果發現，由於我國各項偏鄉政策，依據其政策目的不同，其適用鄉鎮、承作醫院、基層診所皆有所規範及限制，盤點結果尚未發現有明顯或嚴重重疊的狀況。
2. **政策績效指標判斷方向，建議依政策目的設定：**本計畫針對西醫醫療資源不足地區改善方案(簡稱改善方案)、全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(簡稱提升計畫)以及山地離島醫療給付效益提昇計畫(簡稱 IDS 計畫)，建議應可依據各項政策之推動目的不同，針對用來判斷政策效果的各项績效指標，在判讀方向上進行調整。說明如下：(1)鄉外就醫率：提升計畫為上升、IDS 與改善計畫為下降；(2)可避免住院：提升計畫、IDS 計畫及改善方案皆下降；(3)可避免急診：提升計畫、IDS 計畫及改善方案皆下降；(4)專科門診次數：提升計畫、IDS 計畫及改善方案皆下降；(5)醫療利用次數：提升計畫與改善計畫的門診與急診皆為上升，IDS 計畫的門診與急診為上升，住院部分則三項計畫皆不變。此外，由於目前皆以績效指標為主要評估指標，未來建議可考慮將健康指標，例如：死亡率、平均餘命等健康評估指標。
3. **巡迴醫療效果較不明顯，惟透過醫院推動的效果較佳：**在政策效果評估部分，本計畫利用差異中差異模型，分別針對西醫醫療資源不足地區改善方案(簡稱改善方案)以及全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(簡稱提升計畫)進行政策效果分析。研究結果發現，提升計畫主要目的是透過醫院提供內、外、婦、兒四科門診及 24 小時急診，在政策介入前後可發現顯著的政策效果。改善方案部分，其著重在鄉內巡迴醫療的提供，由實證結果發現，儘管在估計係數上可看到降低鄉外就醫率之正向政策效果，但其並無法達到統計上的顯著性。此外，在 IDS 計畫主要目的在提升鄉內就醫率，透過實證結果發現，在鄉內就醫率、可避免住院率、可避免急診率等政策績效指標之變動方向，皆指向此政策具有顯著的正向政策效果。整體而言，由於提升計畫與 IDS 計畫多透過醫療院所來推動偏鄉醫療服務，故呈現出顯著政策效果，惟改善方案主要以巡迴醫療為主，新開業的數量較少，政策效果的強度較無法達到統計上的顯著。惟 IDS 計畫為醫院評

鑑的一環，對於醫院協助推動相關政策可能具有較為強烈的誘因機制，故未來擬訂政策方向及執行相關政策評估時，亦應將此影響因素納入考量。

4. **建議運用 GIS 分析工具，以醫療生活圈的概念來評估醫療資源分布狀況：**在影響因素分析部分，我們發現「離地區醫院的距離」為健保六分區中最具一致性的影響因素，其距離越遠顯著增加可避免急診率。對此，本計畫建議以醫療生活圈的角度，重新檢視醫療資源分布。理由說明在於，運用政府公布醫療資源缺乏地區之名單，我們利用地理資訊系統(GIS)計算各偏鄉距離與醫療院所之最短距離發現，以 30 分鐘車程估算，在 30 分鐘內台北區之偏鄉可至之醫療院所家數遠遠高於其他地區之 30 分鐘內抵達醫療院所之家數，特別是在東區。由於目前針對偏鄉醫療資源多寡的認定，多以偏鄉鄉內是否有足夠的醫療資源為主要的評判依據，但由民眾的就醫習慣而言，如果在生活圈內有較好的大型醫院，多數會前往較大型的醫院就醫，此現象不僅造成鄉外就醫分率持續攀升，也是偏鄉新開業診所無法持續營業的原因之一。因此，建議未來可運用地理資訊系統(GIS)，以醫療生活圈的概念，重新評估鄉鎮的醫療資源分布狀況，把錢花在更需要的鄉鎮，讓經費支出更具成本效益。
5. **考量對各別偏鄉預算的重新調配：**針對「周邊醫療資源匱乏，卻預算挹注較少」的偏鄉，可能是推動有實務困難或交通不易到達等問題，建議依據當地實際狀況研擬可行方案，以平衡偏鄉醫療分布不均問題，將錢花在刀口上。

參考文獻

一、中文文獻

1. 吳文瑜，2017。醫療資源不足地區民眾跨區門診醫療利用探討—以宜蘭縣頭城鎮為例，國立陽明大學醫務管理研究所碩士學位論文。
2. 吳依凡，2004。醫療資源可近性對個人醫療利用的影響—台灣地區的實證研究，國立中央大學產業經濟研究所碩士學位論文。
3. 宋玉清與林文德，2017。以地理資訊系統界定醫療偏遠程度—以高雄市為例，醫務管理期刊。第 18 期第 3 卷，頁 202-215。
4. 林奏延與鄧素文，2014。從山到海的關懷：邁向國際級偏鄉離島醫療與照顧，衛生福利部護理與健康照護司。
5. 林進川，2002。原住民地區實施醫療給付效益提昇計畫之探討—以屏東縣春日鄉為例，高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班學位論文。
6. 章殷超、溫在弘與賴美淑，2009。利用地理資訊系統探討肝癌病患就醫地理可近性與醫院選擇間之相關性，台灣公共衛生雜誌。第 28 期第 6 卷，頁 517-529。
7. 章殷超、溫在弘與賴美淑，2011。比較不同地理可近性分析方法於評估台灣各鄉鎮每萬人口西醫師數之差異，台灣公共衛生雜誌。第 30 期第 6 卷，頁 558-572。
8. 陳亮維，2015。「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」對民眾醫療利用之影響評估，國立陽明大學公共衛生研究所碩士學位論文。
9. 張孟源與劉俊宏，2011。100 年西醫基層醫療資源不足地區改善方案實地訪查紀實-兼論 101 年度方案之接軌與展望，臺灣醫界雜誌。第 54 期第 59 卷，頁 510-521。
10. 張嘉雯、王惠玄與詹又諳，2010。病患參與醫療服務的前置因素及後續行為之探討：以一般外科為例，管理學報。第 27 期第 6 卷，頁 603-621。
11. 曾國雄與吳水源，1986。臺灣地區市鎮鄉都市化程度特性之研究，國立臺灣師範大學地理研究報告。第 12 期，頁 287-323。
12. 廖興中，2013。台灣小兒科醫療資源空間可近性分析，公共行政學報。第 44 期，頁 1-39。
13. 劉介宇、洪永泰、莊義利、陳怡如、翁文舜、劉季鑫與梁賡義，2006。台灣地區鄉鎮市區發展類型應用於大型健康調查抽樣設計之研究，健康管理學刊。第 4 期第 1 卷，頁 1-22。
14. 衛生福利部，2016。全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件。
15. 衛生福利部，2018。全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件。
16. 衛生福利部中央健康保險署，2000。醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案。
17. 衛生福利部中央健康保險署，2005。醫療資源缺乏地區改善試辦計畫。
18. 衛生福利部中央健康保險署，2008。西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案。

19. 衛生福利部中央健康保險署，2010。西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案。
20. 衛生福利部中央健康保險署，2012。全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫。
21. 衛生福利部中央健康保險署，2013。全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。
22. 衛生福利部中央健康保險署，2013。全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫。
23. 衛生福利部中央健康保險署，2013。西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案。
24. 衛生福利部中央健康保險署，2014。西醫醫療資源不足地區改善方案
25. 衛生福利部中央健康保險署，2015。全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫。
26. 衛生福利部中央健康保險署，2018。西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案。
27. 衛生福利部中央健康保險署，2014。醫療照顧體系介紹。
28. 衛生福利部中央健康保險署，2017。提升離島地區基層照護服務計畫。
29. 鍾和益，2010。影響成人心血管疾病患者合併中風之個人因素與地區變異分析(2000-2007年)，臺灣大學醫療機構管理研究所學位論文。
30. 譚秀芬、曾泓富、葉麗靖與林宜玲，2001。整合醫療服務經營模式(IDS)對偏遠地區醫療利用影響之比較研究：以阿里山鄉、大埔鄉、望安鄉、七美鄉為例，行政院衛生署中央健康保險局。

二、英文文獻

1. ESRI (2017). About ArcGIS. <https://www.ESRI.com/en-us/what-is-gis/overview>.
2. Goodchild, M. F., & Janelle, D. G. (Eds.). (2004). *Spatially integrated social science*. Oxford University Press.
3. Hill, C., Zurakowski, D., Bennet, J., Walker-White, R., Osman, J. L., Quarles, A., & Oriol, N. (2012). Knowledgeable Neighbors: a mobile clinic model for disease prevention and screening in underserved communities. *American journal of public health, 102*(3), 406-410.
4. Hjortsberg, C. (2003). Why do the sick not utilise health care? The case of Zambia. *Health economics, 12*(9), 755-770.
5. Lin, G., Allan, D. E., & Penning, M. J. (2002). Examining distance effects on hospitalizations using GIS: a study of three health regions in British Columbia, Canada. *Environment and Planning A, 34*(11), 2037-2053.
6. Wong, D. W. S., & Lee, J. (2005). *Statistical analysis of geographic information with ArcView GIS and ArcGIS* (No. G 70.212. L43 2005). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

附件目錄

附件 1 全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

附件 2 IRB 核准函

附件 1 全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

90 至 94 年度西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案	
預算來源	<p>一、90 至 91 年:</p> <p>(一)「資源缺乏地區鼓勵加成」占第一期西醫基層醫療給付費用總額 0.193%，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。</p> <p>(二)預算動支採申請制，依實際執行狀況支付。</p> <p>二、92 至 94 年</p> <p>(一)自九十二年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「醫療資源缺乏地區服務獎勵專案」部門之預算。</p> <p>(二)占全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額的百分之〇·一八五，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。</p>
施行地區	<p>以各年度之 12 月底每鄉鎮每位西醫師服務投保人口數超過 4000 人，且未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮。</p>
執行目標	<p>一、90 至 92 年</p> <p>(一)鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區開業，以執行 5 個計畫為目標。</p> <p>(二)鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供定期專科門診或巡迴醫療服務，以執行 20 個計畫為目標。</p> <p>二、93 年至 94 年</p> <p>(五) 鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區開業(執業)醫療服務，本年度以執行三個計畫為目標。</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供定點專科醫師支援醫療服務，本年度以執行三十個計畫為目標。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供巡迴醫療服務，本年度以執行四十個計畫為目標，並以無醫村為優先執行地區，其中十個計畫需為九十二年及九十三年皆屬醫療資源缺乏地區且未執行巡迴醫療服務計畫者。</p>

附件 1 全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

90 至 94 年度西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案(續)	
申請條件	<p>一、90 至 92 年</p> <p>(一)屬全民健康保險特約醫療院所或分區委員會（但須有一所全民健康保險特約醫療院所負責承作）。</p> <p>(二)全民健康保險特約醫療院所須符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）的特約醫事服務機構。2. 應與健保局簽訂「全民健康保險醫事服務機構合約」。 <p>二、93 至 94 年</p> <p>(一)屬全民健康保險特約醫療院所或分區委員會（但須有一所全民健康保險特約醫療院所負責承作）。</p> <p>(二)全民健康保險特約醫療院所須符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）的特約醫事服務機構。2. 應與健保局簽訂「全民健康保險醫事服務機構合約」。 <p>(三) 申請巡迴之專科醫師可經當地衛生局報備核准，於同一健保分局內跨鄉、跨縣市執行本計畫，而考慮對病患照護之延續性，基層開業診所及專科醫師不能跨區執行本計畫。</p>
資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健保署 90 至 94 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」，網址： https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BF343D46311B4345&topn=50A8D85DEB3666E7	

附件 1 全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

95 至 99 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案	
預算來源	全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理
施行地區	每鄉鎮每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>3500 人、排除第 1-4 級之鄉鎮、都市化分級為第 7、8 級之鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>2500 人之鄉鎮並位處偏遠不便地區，且無實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮。
執行目標	<p>一、95 至 96 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至醫療院所缺乏地區開業，以無醫村優先，以執行 3 個為目標，若在有限預算下，新開業計畫以不超過 6 個為原則。</p> <p>(二) 提供巡迴醫療，以執行 60 個為目標，以無醫村為優先執行地區，目標為 40 個</p> <p>(三) 各鄉鎮基層定點與巡迴醫療服務超過每位西醫醫師服務投保人口或在籍人口數<3500 人，則不得提供醫療服務。</p> <p>(四) 若計畫經費試辦之預算達到 90% 以上，則停止受理本計畫之申請。</p> <p>二、97 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每位醫師僅限申請一次。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務，以 30,000 總服務人次及 10,500 總服務時數為目標。</p> <p>三、98 至 99 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每位醫師僅限申請一次。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務，以 150,000 總服務人次及 15,000 總服務時數為目標。</p>

附件 1 全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

95 至 99 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案	
預算來源	全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理
施行地區	每鄉鎮每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>3500 人、排除第 1-4 級之鄉鎮、都市化分級為第 7、8 級之鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>2500 人之鄉鎮並位處偏遠不便地區，且無實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮。
執行目標	<p>一、95 至 96 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至醫療院所缺乏地區開業，以無醫村優先，以執行 3 個為目標，若在有限預算下，新開業計畫以不超過 6 個為原則。</p> <p>(二) 提供巡迴醫療，以執行 60 個為目標，以無醫村為優先執行地區，目標為 40 個</p> <p>(三) 各鄉鎮基層定點與巡迴醫療服務超過每位西醫醫師服務投保人口或在籍人口數<3500 人，則不得提供醫療服務。</p> <p>(四) 若計畫經費試辦之預算達到 90% 以上，則停止受理本計畫之申請。</p> <p>二、97 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每位醫師僅限申請一次。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務，以 30,000 總服務人次及 10,500 總服務時數為目標。</p> <p>三、98 至 99 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每位醫師僅限申請一次。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務，以 150,000 總服務人次及 15,000 總服務時數為目標。</p>

95 至 99 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案(續)	
申請條件	<p>一、95 至 96 年</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵西醫基層醫師至醫療資源缺乏地區提供開業服務:為全民健康保險特約之醫療院所,需於衛生局登記為診所,並簽訂「全民健保特約醫事服務機構合約」,鼓勵西醫基層醫師治醫療資源缺乏地區提供巡迴醫療服務,須為全民健康保險特約醫療院所或西醫基層總額分區委員會,全民健保特約醫療院所需於衛生局登記為診所,且與中央健保局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」,巡迴醫師經當地衛生局核准後,可於同一健保分局內跨鄉、縣市執行計畫,但基層開業診所醫師不得跨分區執行醫療服務。 2. 經縣市醫師公會、診所等輔導後,由兩間以上醫療院所組成巡迴醫療團隊,於無醫村進行看診(每周至少 4 次),其中一間負責執行承作中心,醫事人員依照規定申報出勤費用。 3. 非計畫之公告醫療缺乏地區之診所前款聯合巡迴醫療團隊之承作執行中心時,診察費加成立部分比照醫療缺乏地區辦理巡迴醫療計畫之診所。 <p>二、97 至 99 年</p> <p>(一)鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業： 需於衛生局登記為診所且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療院所須於衛生局登記為診所且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。 2. 申請巡迴之醫師經當地衛生局報備核准,於同一健保分局內得跨鄉、跨縣市,但不得跨分區執行本計畫。 3. 需兩間以上診所組成巡迴醫療團隊,依法規經當地衛生局報備核准。

附件 1 醫全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

100 至 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案	
預算來源	全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理
施行地區	<p>每鄉鎮每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>3500 人、排除都市化分級表第 1-4 級之鄉鎮，都市化分級表第 7、8 級之所有鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口或在籍人口數>2500 人之鄉鎮並位處偏遠不便地區與其他經評估確屬醫療需求鄉鎮，以及未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」及「全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」之鄉鎮。篩選條件以中央健保局依據各縣市衛生局提供之醫療資源缺乏地區名單，並依下列條件篩選後施行</p> <p>(1) 當地村、里無醫師執業 (2) 距鄰近就醫處所交通不便 (3) 經評估確實有醫療需求。</p>
執行目標	<p>一、100 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每一分區之每位醫師、診所稱、執業地址限申請一次；變更分區申請本計畫新開業需間隔三年以上。</p> <p>(二) 至施行地區提供巡迴醫療服務，以 180,000 總服務人次及 26,000 總服務時數為目標。</p> <p>二、101 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每一分區之每位醫師、診所稱、執業地址限申請一次；變更分區申請本計畫新開業需間隔三年以上。</p> <p>(二) 至施行地區提供巡迴醫療服務，以 220,000 總服務人次及 32,000 總服務時數為目標。</p> <p>三、102 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每一分區之每位醫師、診所稱、執業地址限申請一次；變更分區申請本計畫新開業需間隔三年以上。</p> <p>(二) 至施行地區提供巡迴醫療服務，以 220,000 總服務人次及 10,000 總服務時數為目標。</p> <p>四、103 至 108 年</p> <p>(一) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業，每一分區之每位醫師、診所稱、執業地址限申請一次；變更分區申請本計畫新開業需間隔三年以上。</p> <p>(二) 至施行地區提供巡迴醫療服務，以 225,000 總服務人次及 10,000 總服務時數為目標。</p>

100 至 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(續)	
申請條件	<p>一、100 年至 102 年</p> <p>(一)鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 需於衛生局登記為診所且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。 2. 申請本計畫開業需為特約診所專任醫師，於執行新開業優惠一年期間不得支援其他醫療院所；支援醫師加入診察，均依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於 7 日前向西醫基層總額受託辦理單位報備，並由醫師公會全國聯合會發文轉知保險人及本保險人分區業務組，該診所所有支援醫師合計其門診與巡迴醫療時間不得超過該診所總門診診次的三分之一。 3. 門診時間表有異動，以書面函及巡迴門診時段異動表、執業醫師休診單於異動、休診起始一週前向醫師公會全國聯合會全民健康保險基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組完成核備，若為無法預期之臨時事故，診所應以電話並傳真報備啟動備援人力支援，未及啟動備援人力支援診療服務時，診所應於獲知事故發生後 24 小時內完成緊急報備休診。診所無故休診兩次或累計請假休診達二個月者，則終止該診所承辦本計畫。 4. 門診服務時數：特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，並包含 3 次夜診，每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時-22 時；且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於 24 小時。 5. 門診天數、時段、地點，則依執行之申請計畫書所列時間為依據。門診時間若為政府公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期則為休診日，不需補診。 6. 西醫基層醫師開業提供醫療服務後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有全民健保醫事服務機構特約及管理辦法第 36 -38 條中各條所列違規情事之一者，應自條件變更改次月起或停約日起停止本計畫。 <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 須於衛生局登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。 2. 申請巡迴之醫師須為申辦特約診所之專任醫師，須經當地衛生局報備核准，於同一本保險人分區業務組內得跨鄉鎮(區)、跨縣市，不得跨分區執行本方案。

附件 1 醫全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

100 至 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(續)	
申請條件	<p>3. 每個巡迴點及每位醫師巡迴醫療至多每天 1 次、每週以 2 次診療為限；醫師每次巡迴時間不得少於 3 小時（天災、事故等因素，經本保險人分區業務組確認者除外），當次巡迴 2 個點者，每個巡迴點至少 1 小時，每次至多 2 個巡迴點。去年度已申請，每時段平均就醫人數低於 8 人，則取消承作資格。</p> <p>4. 申請巡迴醫療服務計畫醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 2 次。同一醫師、同一看診地點，以每週看診一次為原則（巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請健保基層總額支付分區委員會會同本保險人分區業務組討論確認後，同意至多以同一醫師、同一看診地點每週兩次巡迴方式辦理。）；又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2 次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每 1 時段 3 小時；每一巡迴點，每天至多 1 時段。</p> <p>5. 衛生所人員於上班時間至衛生室或醫療資源不足地區巡迴等執行衛生所職權之業務，不得申請本方案巡迴醫療服務之報酬。</p> <p>6. 門診天數、時段、地點，則依執行本方案之特約診所申請計畫書所列時間表為依據，惟本保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫、中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。</p> <p>7. 申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。</p> <p>8. 診所及醫師參與本方案資格：申請參與本方案提供服務之成員須最近 2 年未曾涉及有特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。</p> <p>9. 本項巡迴醫療服務提供後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），應自條件變更改次月起或停約日起停止本項巡迴醫療服務。</p>

100 至 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(續)	
申請條件	<p>10. 全民健康保險特約診所符合下列條件之一者，列為本年度申請方案優先核定對象：</p> <p>a. 去年度經核定通過執行本方案之診所，均遵守本方案規定辦理申請、異動，並依規定填報考核項目、執行報告，並遵守依特管辦法第 11 條、醫療法第 22 條第 1 項與醫療法施行細則第 11 條，於提供保險對象醫療服務後開給符合規定之收據者。</p> <p>b. 去年度申請本方案之巡迴地點重複者，以去年度已承辦之診所及通過西醫基層總額醫療資源不足地區方案考核辦法為優先，若該地區無診所承辦則以先提出申請診所為優先承作。註記為兒科醫療資源不足地區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。</p> <p>二、103 年至 108 年</p> <p>(一)鼓勵西醫基層醫師至施行地區開業：</p> <p>1. 需於衛生局登記為診所且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。</p> <p>2. 申請本計畫開業需為特約診所專任醫師，於執行新開業優惠一年期間不得支援其他醫療院所；支援醫師加入診察，均依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於 7 日前向西醫基層總額受託辦理單位報備，並由醫師公會全國聯合會發文轉知保險人及本保險人分區業務組，該診所所有支援醫師合計其門診與巡迴醫療時間不得超過該診所總門診診次的三分之一。</p> <p>3. 門診時間表有異動，以書面函及巡迴門診時段異動表、執業醫師休診單於異動、休診起始一週前向醫師公會全國聯合會全民健康保險基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組完成核備，若為無法預期之臨時事故，診所應以電話並傳真報備啟動備援人力支援，未及啟動備援人力支援診療服務時，診所應於獲知事故發生後 24 小時內完成緊急報備休診。診所無故休診兩次或累計請假休診達二個月者，則終止該診所承辦本計畫。</p> <p>4. 門診服務時數：特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，並包含 3 次夜診，每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時-22 時；且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於 24 小時。</p> <p>5. 門診天數、時段、地點，則依執行之申請計畫書所列時間為依據。門診時間若為政府公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期則為休診日，不需補診。</p>

100 至 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(續)	
申請條件	<p>7. 西醫基層醫師開業提供醫療服務後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有全民健保醫事服務機構特約及管理辦法第 36 -38 條中各條所列違規情事之一者，應自條件變更改次月起或停約日起停止本計畫。</p> <p>(二) 鼓勵西醫基層醫師至施行地區提供巡迴醫療服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 須於衛生局登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。 2. 申請巡迴之醫師須為申辦特約診所之專任醫師，須經當地衛生局報備核准，於同一本保險人分區業務組內得跨鄉鎮(區)、跨縣市，不得跨分區執行本方案。 3. 每個巡迴點及每位醫師巡迴醫療至多每天 1 次、每週以 2 次診療為限；醫師每次巡迴時間不得少於 3 小時（天災、事故等因素，經本保險人分區業務組確認者除外），當次巡迴 2 個點者，每個巡迴點至少 1 小時，每次至多 2 個巡迴點。去年度已申請，每時段平均就醫人數低於 8 人，則取消承作資格。 4. 申請巡迴醫療服務計畫醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 2 次。同一醫師、同一看診地點，以每週看診一次為原則，又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2 次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每 1 時段 3 小時；每一巡迴點，每天至多 1 時段。 5. 衛生所人員於上班時間至衛生室或醫療資源不足地區巡迴等執行衛生所職權之業務，不得申請本方案巡迴醫療服務之報酬。 6. 門診天數、時段、地點，則依執行本方案之特約診所申請計畫書所列時間表為依據，惟本保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫、中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。 7. 申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。 8. 診所及醫師參與本方案資格：申請參與本方案提供服務之成員須最近 2 年未曾涉及有特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。

附件 1 醫全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行條件

100 至 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(續)	
申請條件	<p>9. 本項巡迴醫療服務提供後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），應自條件變更改次月起或停約日起停止本項巡迴醫療服務。</p> <p>10. 全民健康保險特約診所符合下列條件之一者，列為本年度申請方案優先核定對象：</p> <p>a. 去年度申請本方案之巡迴地點重複者，以去年度已承辦之診所及通過西醫基層總額醫療資源不足地區方案考核辦法為優先，若該地區無診所承辦則以先提出申請診所為優先承作。</p> <p>b. 為兒科醫療資源不足地區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外醫師各一名申請巡迴醫療服務。</p> <p>c. 執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，如同時提供藥事服務者 該巡迴點之藥事服務應依相關依相關藥事法藥事法令令規定規定辦理辦理。</p>
<p>資料來源:內容文字直接整理自「衛生福利部中央健保署 100 至 108 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，網址： https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=747734D9BD70A038&topn=3185A4DF68749BA9</p>	

國立臺灣大學
行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

核可日期：2019 年 5 月 20 日

倫委會案號：201905EM032

核可證明有效期限：2019 年 6 月 1 日起至 2020 年 12 月 31 日

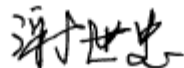
計畫名稱：如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效之探討—以西醫醫療服務為例
校/院/系/計畫主持人：財團法人中華經濟研究院 / 第三院所/簡毓寧 其他

計畫文件版本日期：【研究計畫書，2019 年 4 月 29 日】

上述計畫案經 2019 年 5 月 20 日 國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的 6 週，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠 

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval: May 20, 2019

NTU-REC No.: 201905EM032

Validity of this approval: from June 1, 2019 to December 31, 2020

Title of protocol:

University/ College/ Department/ Principal Investigator : Chung-Hua Institution for Economic Research/The Third Research Division/ Yu-Ning Chien

Version date of documents : 【Research Protocol, April 29, 2019】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as exempt on May 20, 2019. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh
Research Ethics Committee

