

調 查 意 見

一、臺灣醫療資源整體而言早已飽和，然卻分布不均，衛福部為促進醫療資源均衡發展，訂有醫療網計畫，鑑於該部部立醫院多數位處偏遠或醫療資源缺乏之地區，其營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求各有不同，爰檢討盤整各院專科醫師人力結構，提供偏遠地區部立醫院欠缺之診療科別及人力，以符合醫院運作。目前衛福部所屬26家醫院，扣除5家精神專科醫院因資格未符「全民健康保險急性後期整合照護計畫」、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」、「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」而未加入外，都已加入計畫。由於各該計畫之醫師人力資格，涉及神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科、整形外科、骨科、心臟內/外科……等專科醫師之參與及執行。然據本院調查發現，目前部立醫院各專科醫師人力仍處於短缺之狀態，致衛福部部立醫院雖已加入上開計畫，近3年部分醫院辦理成效並不佳，衛福部允應盤整各部立醫院所有醫療資源，並依據部立醫院之發展特性配合在地醫療需求，提供所需之醫療服務為主，以發揮其在地之角色與功能

(一)依衛福部組織法第2條規定：「本部掌理下列事項：……六、醫事人員、醫事機構、醫事團體與全國醫療網、緊急醫療業務之政策規劃、管理及督導。」醫療法第88條規定：「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。(第1項)主管機關得依前項醫療網計畫，對醫療資源缺乏區域，獎勵民間設

立醫療機構、護理之家機構；必要時，得由政府設立。(第2項)」次依衛福部各醫院組織準則第1條規定：「衛生福利部(以下簡稱本部)為辦理民眾衛生醫療保健業務，特設所屬各醫院，為四級機構，並受本部指揮監督。」

(二)聯合報於2018年諮詢專家、偏鄉醫生並根據衛福部醫療服務量統計資料結合地圖，畫出全國醫學中心及區域醫院位置，發現大型醫療院所多集中在北部和西部，東部較少，顯示全國醫療資源分布落差，而每一個縣市也有醫療資源分配不均情況。透過地圖顯示：花蓮縣地廣、醫院數少，轄區三家大型醫院都集中花蓮市，花蓮中南區偏鄉民眾就醫極度不便；臺東縣只有一家區域醫院馬偕台東分院，位於台東市，池上鄉居民若要就醫，最短車程得花上1小時11分；屏東縣醫療資源多集中在屏東市，南北狹長的地理位置，南端的恆春半島包含恆春鎮、車城、滿州、牡丹鄉，居民就醫極度不便。反觀臺北市，市區有20家大型醫院，以大安區居民為例，最短只需要6分鐘，便可抵達鄰近的臺大醫院，與偏鄉居民就醫時間形成極大落差¹。再據衛福部第八期醫療網分析：「自84年3月1日開辦全民健康保險以來，已降低民眾因疾病所造成的經濟壓力，病人亦可自由選擇就醫院所，惟部分民眾對基層醫療、家庭醫師之功能仍然認識不夠且信心不足，致初級醫療照護及慢性病人佔據重症醫療資源……²」可知，臺灣醫療資源整體而言早已飽和，然卻過度集中於都會區，造成資源分布不均，再因我國有世界上最

¹ 「相同健保費 看病命運大不同 地圖看台灣醫療資源」https://udn.com/upf/newmedia/2018_data/rural_medical/(擷取時間:2020/4/19 16:42)

² 衛福部第八期醫療網，第44頁。

好的健保制度且就醫費用不高，致民眾除非病情嚴重，否則愛逛醫院，且民眾就醫有大醫院及名醫之迷思，就醫行為偏頗，一定到醫學中心就醫。

(三)衛福部第八期醫療網計畫有關部立醫院發展之工作項目，規劃於肆、執行策略及方法摘述如下：

1、「二、分年執行策略與分工」：……三、「改善醫事人員執業環境，充實醫事人力」工作項目之策略分工如下：

項目 \ 年度	106年	107年	108年	109年	執行單位
充實並留置偏遠地區醫事人力	4. 調整偏遠地區本部所屬醫院人力結構，強化在地角色與功能。				醫福會

資料來源：衛福部108年2月21日衛部管字第1083260280號函。

2、「三、計畫執行步驟與方法」：……第三章、改善醫事人員執業環境，充實醫事人力：……第五節、充實並留置偏遠地區醫事人力：「……目前本部所屬醫院多數位處偏遠或醫療資源缺乏之地區，其營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求各有不同……。此外，各院缺乏明確的在地功能定位，及院際間總體統合調度之機制，故人力運用多僅限於短期救急，以致偏遠醫院運用服務模式運作，一直未有專科人力支援策略性規劃。……」，其策略作法：「……(六)調查偏遠地區本部所屬醫院欠缺之基本專科需求，並盤整專科醫師人力結構，提供偏遠地區本部所屬醫院欠缺之診療科別及人力，以符合醫院運作，強化偏遠醫院在地角色與功能。」基上，衛福部為促進醫療資源均衡發展，訂有醫療網計畫，鑑於該部部立醫院多數位處偏遠或醫療資源缺乏之地區，其營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求

各有不同，爰檢討盤整各院專科醫師人力結構，提供偏遠地區部立醫院欠缺之診療科別及人力，以符合醫院運作，強化該院在地角色與功能。

(四)衛福部為達成部立醫院轉型目標及改善醫事人力服務量能，自103年辦理「衛生福利部所屬醫療機構種子醫院計畫³」及自102年推動「衛生福利部所屬偏遠地區醫院重整服務效能計畫⁴」，經審計部查核衛福部醫療藥品基金106年1至8月財務收支情形，相關業務推動有：「所屬醫院定位為社區型醫院，多數已加入健保腦中風急性後期照護計畫，惟囿於專科醫師人力不足或未主動與當地基層診所合作，仍有部分醫院未加入健保居家醫療照護整合計畫及健保家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群，……」一項缺失略以：

- 1、統計105年部立醫院參加「全民健康保險急性後期整合照護計畫」(下稱急性後期整合照護計畫)情形，26家所屬醫院及4家分院中，除5家精神專科醫院外，餘25家醫院已有20家參與計畫提供服務，占部立醫院多數，餘未參與者多為分院等小規模醫院。
- 2、截至審計部查核截止日(106年11月10日)，26家所屬醫院及4家分院中，除5家精神專科醫院不符參與條件外，仍有5家醫院尚未參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(下稱居家醫療照護整合計畫)，據衛福部說明，主要係專科醫師人力不足或資格欠缺，爰無法符合計畫參與條件。
- 3、截至106年9月25日止，26家所屬醫院及4家分院

³ 106年度為「衛生福利部所屬醫療機構長期醫療支援補助原則」。

⁴ 106年度為「衛生福利部所屬偏遠地區醫院充實醫師人力計畫」。

中，除衛福部花蓮醫院豐濱原住民分院(下稱花蓮醫院豐濱分院)所處豐濱鄉無其他診所可合作成立社區醫療群外，仍有9家醫院尚未參與社區醫療群，未主動與當地基層診所合作。

(五)衛福部針對上開審計部之查核說明如下：

- 1、有關部立醫院參加急性後期整合照護計畫一項：除衛福部之八里療養院、桃園療養院、草屯療養院、嘉南療養院、玉里醫院等5家精神專科醫院，未符合參與計畫之資格，故未參與。衛福部之嘉義醫院已於105年9月申請計畫，該部之臺南醫院新化分院、臺東醫院成功分院、花蓮醫院豐濱分院因屬分院及人力受限，未參與計畫，但其院本部皆有參與該是項計畫，可提供相關服務。
- 2、有關部立醫院未參與居家醫療照護整合計畫一項：所屬26家醫院，扣除5家精神專科醫院未能符合資格而未加入外，其餘醫院均已加入居家醫療照護整合計畫，而衛福部臺東醫院成功分院因地處偏遠，大部分專科醫師人力尚需靠臺東醫院本院支援，無法提供外展式的居家醫療服務，故未提出申請。
- 3、有關部立醫院未參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家庭醫師整合性照護計畫)一項：所屬26家醫院扣除部分精神專科醫院未能符合家庭醫師整合性照護計畫參加資格，及花蓮醫院豐濱分院、衛福部胸腔病院等醫院，因地處偏遠，附近基層醫療診所不足，及肩負特殊公共任務之胸腔專責醫院，專科醫師科別不足，而未能加入外，部立醫院共計20家加入；另衛福部屏東醫院雖符合申請資格，惟大部分基層醫療院所

皆已跟其他鄰近醫院簽約，故未參與。

基上可知，衛福部所屬26家醫院，扣除5家精神專科醫院因資格未符急性後期整合照護計畫、居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫而未加入外，幾乎皆已加入計畫。

(六)查各計畫之醫事人力需求：

1、急性後期整合照護計畫：

- (1) 腦中風：PAC-CVD相關科別醫師(專任之神經科、神經外科、內科、家庭醫學科(下稱家醫科)或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師)以及物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師、社工師(人員)、護理人員，至少各1名。
- (2) 燒燙傷：專任之整形外科醫師或復健科醫師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、語言治療師、社工師(人員)、營養師、護理人員、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。團隊另需有專任。
- (3) 創傷性神經損傷：神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、社工師(人員)、營養師、語言治療師、護理人員。
- (4) 脆弱性骨折：專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師、物理治療師、職能治療師、社工師(人員)、營養師、護理人員。
- (5) 心臟衰竭：專任之心臟內科專科醫師或心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務(每位個管師之個案上限以50例為原則)、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師、臨床

心理師、社工師、營養師、藥師。

(6) 衰弱高齡病患：專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，個案管理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、營養師、社工師(人員)、藥師、護理人員。

2、居家醫療照護整合計畫訪視人員資格包括：專科醫師、牙醫師、中醫師、藥師、個案管理人員。

3、家庭醫師整合性照護計畫參與之醫師人員資格：以同一地區5家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中1/2以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家醫科專科醫師資格或1/5以上診所專任醫師具有家醫科專科醫師資格。

據上，各該計畫之醫師人力資格，涉及神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科、整形外科、骨科、心臟內/外科……等專科醫師之參與及執行。

(七)據本院109年之調查「審計部106年度中央政府總決算審核報告，衛福部為達成所屬醫院轉型目標及改善其醫事人力，推動醫療資源整合相關措施，惟所屬醫院間人力支援以短期為主，且未建立定期調查醫院人力需求機制，影響支援成效及醫病關係建立等情」案，其中調查意見：「衛福部基於所屬醫院指揮監督並統籌規劃公、私立醫療機構人力合理分布及均衡醫療資源等職責，早應建立全國醫事人力資源供需調查、支援及衡平機制，……凸顯該部目前醫事人力相關統籌盤整機制成效不彰，未能有效解決所屬各醫院實際需求……」指出：「據衛福部查復略以：『……本部已賡續督促各院積極羅致醫護人員，……辦理情形如下：1.本部所屬醫院人力

調查機制：每月主動盤點各所屬醫院醫師、護理人員、其他醫事人員等人數資料，藉以檢視各院職員空缺比率和契僱醫事人力比率，並掌握各院人力趨勢。

2. 本部所屬醫院專科醫師人力強化機制：(1) 爭取公費醫師及醫學中心支援：本部辦理105至108年『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』，由醫學中心支援急診與相關急重症之醫師人力……。(2) 辦理提升偏鄉離島醫療服務計畫：持續辦理【強化偏遠及醫療資源缺乏地區醫院效能計畫】與【所屬偏遠地區醫院充實醫師人力計畫】……

3. 整合本部所屬醫院醫療資源：(1) 推動所屬醫療機構長期醫療支援補助……(2) 規劃本部所屬醫院之區域聯盟……』等語」、「惟據衛福部所屬醫院於本院履勘、座談、訪查時分別表示略以：『……因為本院醫師年紀偏高，如果有醫師要離退，就會使情況更嚴峻，所以希望醫福會在公費生較多的時候能夠多考慮本院。……』、『本院較嚴重或是應該要被檢討的是醫師部分，近幾年來空缺變大……過去也很依賴公費生，但過去是一個蘿蔔一個坑，有多少公費生一開始就知道且分配好的，但近年是有需求的醫院都報缺，但實際出來的公費生很少……』等語，足見該部上揭所稱所屬醫院人力調查、爭取公費生與相互支援等相關計畫及機制，洵未能有效解決所屬醫院各別之實際人力需求……」可知，目前部立醫院各專科醫師人力仍處於短缺之狀態。

(八) 次查衛福部部立醫院106至108年上開計畫辦理情形：

1、急性後期整合照護計畫辦理情形如下表：

表1 106年至108年10月部立醫院辦理急性後期整合照護計畫之收案數

醫院名稱	106年	107年	108年1-10月
基隆醫院	8	37	25
臺北醫院	9	17	8
桃園醫院	126	235	188
桃園醫院新屋分院	44	56	55
苗栗醫院	37	55	54
臺中醫院	92	98	118
豐原醫院	91	152	125
彰化醫院	8	4	6
臺南醫院	111	101	92
臺南醫院新化分院	1	19	11
屏東醫院	31	31	33
金門醫院	6	6	7
南投醫院	42	37	24
嘉義醫院	0	6	4
朴子醫院	0	0	0
新營醫院	8	9	6
旗山醫院	45	31	23
恆春旅遊醫院	1	5	5
澎湖醫院	6	0	2
臺東醫院	1	11	0
花蓮醫院	30	43	48
樂生療養院	38	44	34
小計	735	997	868

資料來源：衛福部108年12月11日約詢書面資料。

依上可知，除衛福部之朴子醫院連3年都無收案數外，該部之彰化、金門、嘉義、新營、恆春旅遊、澎湖及臺東等7家醫院，近3年收案數都在個位數。

2、居家醫療照護整合計畫辦理情形如下表：

表2 106年至108年11月衛福部部立醫院辦理居家醫療照護整合計畫(S1、S2、S3)之收案人數

醫院名稱	106年			107年			108年1-11月		
	S1 居家醫 療	S2 重度居家醫 療	S3 安寧療 護	S1 居家醫 療	S2 重度居家醫 療	S3 安寧療 護	S1 居家醫 療	S2 重度居家醫 療	S3 安寧療 護
基隆醫院	0	81	2	0	80	2	8	81	3
臺北醫院	0	0	0	1	230	14	0	96	37
桃園醫院	7	13	5	9	170	30	8	118	63
苗栗醫院	0	100	4	0	123	5	7	120	13
豐原醫院	0	107	60	1	108	56	7	106	47

醫院名稱	106年			107年			108年1-11月		
	S1 居家醫 療	S2 重度居家醫 療	S3 安寧療 護	S1 居家醫 療	S2 重度居家醫 療	S3 安寧療 護	S1 居家醫 療	S2 重度居家醫 療	S3 安寧療 護
臺中醫院	347	7	59	366	51	55	272	113	50
彰化醫院	0	0	0	1	37	0	15	61	0
南投醫院	10	65	51	11	48	89	16	42	97
嘉義醫院	31	820	27	88	715	16	114	620	11
朴子醫院	3	6	1	4	15	2	4	14	4
新營醫院	0	123	2	3	154	1	3	145	2
臺南醫院	30	191	39	17	172	55	12	158	47
胸腔病院	0	0	1	0	0	0	0	0	0
旗山醫院	12	1,705	111	20	1,905	88	36	1,802	75
屏東醫院	33	59	44	24	50	45	35	84	49
恆春旅遊醫院	0	0	0	0	0	0	1	25	3
花蓮醫院	14	21	4	9	39	4	8	20	7
臺東醫院	33	3	0	43	18	0	32	11	0
金門醫院	0	1,267	25	0	1,283	25	0	1,090	37
澎湖醫院	2	50	4	2	49	3	2	5	1
樂生療養院	0	0	0	2	46	4	7	48	4

資料來源：衛福部108年12月11日約詢書面資料。

依上可知，衛福部胸腔病院近3年幾無收案數。

3、家庭醫師整合性照護計畫辦理情形如下表：

表3 106年至108年11月衛福部部立醫院辦理家庭醫師整合性照護計畫之收案人數及轉診人次

醫院名稱	106年		107年		108年1-11月	
	收案人數	轉診人次	收案人數	轉診人次	收案人數	轉診人次
基隆醫院						未參加
臺北醫院	未參加	6,385	未參加	5,948	未參加	7,211
桃園醫院	無法取得	2,095	無法取得	3,209	無法取得	3,922
苗栗醫院	0	424	0	567	0	404
豐原醫院	35,879	1,175	32,952	1,688	34,856	1,636
臺中醫院	14,393	669	14,630	552	16,722	569
彰化醫院	37,800	657	45,801	791	46,377	597
南投醫院	午安門診144診	90	午安門診144診	70	午安門診132診	50
嘉義醫院	566	566	1,253	1,253	1,277	1,277
朴子醫院	0	0	0	0	0	1
新營醫院	8,706	104	8,602	214	8,441	257
臺南醫院	0	497	0	761	0	1,348
胸腔病院	未參加	非主辦	8	非主辦		5

⁵ 收案人數之取得權限在於社醫群及健保署，衛福部桃園醫院無法取得，故建議：健保署應開放相關線上平台權限給特約醫院(計畫中配合診所上下轉診醫院)。

醫院名稱	106年		107年		108年1-11月	
	收案人數	轉診人次	收案人數	轉診人次	收案人數	轉診人次
旗山醫院						未參加
屏東醫院		未參加	0	114	0	102
恆春旅遊醫院						未參加
花蓮醫院	3,863	1,797	3,915	2,354	4,049	3,151
臺東醫院						未參加
金門醫院	0	163	0	184	0	312
澎湖醫院	9,712	無統計	11,159	696	25,311 ⁶	899 ⁷
樂生療養院		未參加	0	15	0	10

資料來源：衛福部108年12月11日約詢書面資料。

依上，目前有衛福部之基隆、旗山、恆春旅遊、臺東醫院未參加計畫；而參與計畫之醫院中，該部之苗栗、朴子、臺南、屏東、金門醫院及樂生療養院，並無收案人數僅進行轉診服務。

基上，各部立醫院執行狀況，本院於約詢時詢問部立醫院辦理急性後期整合照護計畫、居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫之服務個案數欠佳如何改善，衛福部薛瑞元次長表示：「本部不會強制部立醫院一定加入PAC計畫、居家醫療照護整合計畫、家醫計畫，應確立各家醫院資源、定位、當地醫療需求，落實公共衛生政策。」

(九)臺灣的醫療系統有其公/私立自成的體系，如長庚療體系、臺大醫院體系、馬偕醫院體系、彰化基督教醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會榮民體系等，各體系當中依據不同體系內各醫院的能力與需求，可相互支援，惟部立醫院雖負有公醫使命及對偏鄉離島及弱勢族群的照護責任，然在部立醫院體系中，卻無醫學中心等足以承載支援各醫院之能力醫院，此亦可由醫療網第八期有關「充實並留置偏

⁶ 108年人數僅統計至9月底。

⁷ 108年人數僅統計至9月底。

遠地區醫事人力」一節⁸之背景分析可證。

(十)綜上，臺灣醫療資源整體而言早已飽和，然卻分布不均，衛福部為促進醫療資源均衡發展，訂有醫療網計畫，鑑於該部部立醫院多數位處偏遠或醫療資源缺乏之地區，其營運狀況、醫療設備、醫師人力科別需求各有不同，爰檢討盤整各院專科醫師人力結構，提供偏遠地區部立醫院欠缺之診療科別及人力，以符合醫院運作。目前衛福部所屬26家醫院，扣除5家精神專科醫院因資格未符急性後期整合照護計畫、居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫而未加入外，都已加入計畫。由於各該計畫之醫師人力資格，涉及神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科、整形外科、骨科、心臟內/外科……等專科醫師之參與及執行。然據本院調查發現，目前部立醫院各專科醫師人力仍處於短缺之狀態，致衛福部部立醫院雖已加入上開計畫，近3年部分醫院辦理成效並不佳，衛福部允應盤整各部立醫院所有醫療資源，並依據部立醫院之發展特性配合在地醫療需求，提供所需之醫療服務為主，以發揮其在地之角色與功能。

二、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之目的係提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性、提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院及改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，提供整合性之照護。然在執行上面臨：藥物整合、訪視醫師面臨跨科別專業處置、資訊系統等軟體硬體設備受限……等困難，雖健保署已針對藥物整合部分研議放寬居家醫療訪視醫

⁸ 衛福部第八期醫療網，第94頁。

師開立具專科別限制之藥品範圍，但未獲相關醫/學會共識，而居家藥物整合係民眾參與計畫意願之主要因素之一，健保署應予重視並持續尋求解決。又現行「居家醫療」之照護並未給付護理人員訪視費、現階段計畫限制每日8名病患遠低於醫師門診量，而偏遠地區，又因路程限制更影響醫師居家服務量，致執行計畫所得給付不高而誘因不足，影響醫師之意願等，皆影響計畫之推動，健保署亦應一併檢討研議改善

- (一) 依據居家醫療照護整合計畫⁹，其中九、照護內容：「本計畫之『居家醫療』、『重度居家醫療』及『安寧療護』三照護階段之照護內容，包括：(一)醫師訪視：……3. 一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。4. 醫師開立藥品處方時，應透過VPN，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象用藥安全及品質。(五)藥品處方調劑服務：照護對象所需之藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區藥局或原處方院所調劑領藥。照護對象獨居時，應提供適當之藥事服務。」
- (二) 目前部立所屬26家醫院，扣除5家精神專科醫院，其餘醫院均已加入，各院辦理情形詳如表11，而衛福部臺東醫院成功分院因地處偏遠，專科醫師人力不足，故未提出申請，已如前述。經查部立醫院加入居家醫療照護整合計畫執行後之相關困境有：
- 1、藥物整合困難，包括：(1)病人習慣特定品牌藥物，對新開立之藥品感到不適應而退出計畫。(2)因涉專科醫師用藥，部分藥物更替未能獲病人或

⁹ 健保署 106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂。

家屬同意，致訪視中個案有異常狀況則無法開藥。(3)108年新增用藥整合規定，開藥醫師與居家看診醫師未必同一，且部分藥物開立有限制，非訪視醫師可開立。

- 2、訪視醫師面臨跨科別專業處置困難，包括：(1)計畫多由家醫科醫師進行看診，非原專科主治醫師為訪視醫師。(2)訪視醫師面臨專業診斷及跨科處置問題時，仍需轉介其他專科，因病患在意專科醫師是否能持續治療而非加入計畫，故多重慢性病人會退出計畫。(3)能配合該計畫醫師科別少，缺乏專科性。
- 3、資訊系統等軟體硬體設備受限，包括：(1)為利雲端藥歷連線查看用藥，居家訪視需攜帶多樣且沉重的資訊設備及需穩定的通訊網路。(2)計畫系統軟體目前無法與各院HIS(Hospital Information System，下稱HIS)系統連接，雖已開發軟體可於手機進行線上登打病歷與開藥，但仍無法與各醫院的HIS系統連通，訪視完仍至院內HIS系統重新登打，相關病歷、申報作業與收費明細等，做工繁複。
- 4、其他包括：(1)醫院對健保署抽審標準評分規範不甚清楚，導致核刪比例過高。(2)目前對計畫訪視交通費尚未制定通用之收費準則。(3)醫師覺得看診時間花費長，但計畫給付費用不高，故配合度不高。

(三)據上，各部立醫院提出相關建議如下：

- 1、調整用藥整合的條件，以鼓勵制度使病人願意轉介至居家醫療照護，諸如：健保署應提供鄰近地區居家醫療的轉介資訊給病人，對願意接受藥物整合者，給予費用優待等；第二階段居家用藥整

合部分，案家就診他院及診所選擇多，若個案至他院就診，由系統強制結案，個案接受長期醫療照護之權益受損；健保署對藥師送藥限制過嚴，建議鬆綁……等措施。

- 2、建立居家訪視健全的照會制度，諸如：應發展後送照會制度，讓居家病人需轉介者，有便利的照會專科制度。身障鑑定目前侷限在器官別專科，建議加入責任家庭醫師做長照個案身心障礙鑑定。
- 3、重新檢視計畫給付標準包括：醫師及護理師是執行居家醫療最小的人力團隊，居家訪視的各階段皆由護理師陪同，應一併給付護理訪視費、居家護理師費用。「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」均需要醫護合作的持續性照護，應依個案照顧需求給予醫師及護理合宜給付，不應侷限次數或專業。偏鄉醫師聘請不易，審核上建議放寬。

(四)另本院於108年10月31日履勘嘉義長庚醫院參與居家醫療照護整合計畫執行情形，該院自106年3月1日開始執行計畫，照護團隊除主責之嘉義長庚醫院外，尚有1家居戶所及12家診所，共計14家醫療院所。人力方面，參與科別包括：家醫科6人、血腫科2人、居戶所6人、藥師1人、營養師1人及社工師1人。而該院之建議事項包括：(1)居家醫療給付可依路程適度加權，提升偏遠地區收案照護意願；(2)新增居家醫療(S1)其他專業人員的訪視費用；(3)居家個案用藥整合於鄉村地區適度開放標準；(4)開放多個居家團隊同時照護一個居家個案，互相支援，提升照護效率及品質；(5)提供獎勵措施，引導民眾願意參與居家藥物整合及下轉基層醫療院

所。

- (五)而健保署於本院約詢時，就上開專科用藥家醫科不能開立，病患面臨換藥，致多數病患選擇退出計畫，推動不易情形，表示¹⁰：該署前請臺灣家庭醫學醫學會、臺灣在宅醫療學會、臺灣整合照護學會，及臺灣醫院整合醫學醫學會等醫/學會，依實務經驗提供放寬藥品及相關意見後，於108年3月15日開會討論研議放寬居家醫療訪視醫師開立具專科別限制之藥品範圍，但未獲共識，故用藥整合範圍排除下列藥品：(1)Permethrin外用製劑及Ivermectin兩項治療疥瘡用藥；(2)思覺失調症後線用藥Clozapine；(3)免疫製劑Etanercept、Adalimumab等；(4)個案收案前非由收案院所申請事前審查同意之用藥，應於該藥品事前審查同意效期失效過後，由收案院所申請後納入整合；(5)個案之居家精神治療案件開立之藥物；(6)失智症藥物及纖維肌痛(fibromyalgia)之Duloxetine、Pregabalin用藥，並說明：「用藥整合執行係以照護團隊計算，故由照護團隊內不同醫事服務機構之專科醫師合力提供病人居家醫療服務，……」及「另照護對象如欲維持原就醫模式，無法配合居家西醫主治醫師提供整合照護，……因是類病人可依原就醫模式至健保特約院所就醫，不影響其就醫權益，應不重複於本計畫收案，已收案者應予結案」云云。
- (六)然查居家醫療照護整合計畫之目的係提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性、提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院及改善現行不同類型居家醫療照

¹⁰ 健保署 108 年 12 月 11 日約詢書面資料。

護片段式的服務模式，提供整合性之照護。雖健保署已針對藥物整合部分邀請相關醫/學會進行研議，以放寬居家醫療訪視醫師開立具專科別限制之藥品範圍，但未獲共識，然依本院調查各部立醫院及嘉義長庚醫院執行之困境，皆提出居家藥物整合係民眾參與計畫意願之主要因素之一，是以，健保署應予重視並持續尋求解決。

(七)另查：

- 1、居家醫療照護整合計畫包含「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段。依該計畫各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療 (S1)	醫師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實
重度居家醫療 (S2)	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 其他專業人員訪	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬
安寧療護 (S3)	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬

資料來源：健保署109年4月10日健保醫字第1090033067號公告修訂居家醫療照護整合計畫。

依上，目前在「居家醫療」之照護階段並未訂有「護理人員訪視費用」之給付項目，依據上開各部立醫院及嘉義長庚在臨床執行上之經驗認為，醫師及護理師是執行居家醫療最小的人力團隊，在實務照護上皆由護理師陪同訪視，故建議應一併給付護理訪視費。

- 2、另本院約詢時針對目前居家醫療照護整合計畫每日限提供8名病患服務，相較家醫科醫師院內

門診量，執行居家醫療照護整合是否具有誘因一節，衛福部薛瑞元次長表示：「一般醫師院內門診量約80-100位病患很正常」。另健保署蔡淑鈴副署長表示：「目前半數參與居家醫療的醫師，有認真收案做居家醫療，但是兼具門診業務，絕大多數參與居家醫療的醫師都有維持門診業務」。是以，目前醫師於院內看診病患遠高於執行居家照護量，若屬偏遠地區，又因路程限制更影響醫師居家服務量，致執行計畫所得給付不高而誘因不足，影響醫師之意願，故醫院門診執行居家醫療照護整合計畫之醫師，都仍兼具門診業務並非專責。

- 3、在現行每日所能提供病患之服務人數限制及給付誘因不足下，居家醫療照護整合計畫之推動有其限制，健保署允宜進行相關檢討。

(八)綜上，居家醫療照護整合計畫之目的係提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性、提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院及改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，提供整合性之照護。然在執行上面臨：藥物整合、訪視醫師面臨跨科別專業處置、資訊系統等軟體硬體設備受限……等困難，雖健保署已針對藥物整合部分研議放寬居家醫療訪視醫師開立具專科別限制之藥品範圍，但未獲相關醫/學會共識，而居家藥物整合係民眾參與計畫意願之主要因素之一，健保署應予重視並持續尋求解決。又現行「居家醫療」之照護並未給付護理人員訪視費、現階段計畫限制每日8名病患遠低於醫師門診量，而偏遠地區，又因路程限制更影響醫師居家服務量，致執行計畫所得給付不高而誘因不足，

影響醫師之意願等，皆影響計畫之推動，健保署亦應一併檢討研議改善。

三、按「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之推動係使全民皆有家庭醫師並落實家庭責任醫師及照護責任，為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。現階段在執行上，有各院對診所家戶會員至醫院就醫或住院之狀況無法及時掌握、各衛生主管機關同步實施不同政策相互影響成效、電子轉診平台受理期限等限制，健保署允宜檢視改善，俾利計畫之持續推動

- (一)依家庭醫師整合性照護計畫，其中陸、組織運作：
- 「一、『社區醫療群之組織運作型式』方面：(一)以同一地區5家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中1/2以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家醫科專科醫師資格或1/5以上診所專任醫師具有家醫科專科醫師資格，並應與1-2家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診。……四、『社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制』方面：「(一)參與計畫之基層診所醫師與1-2家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。……(三)醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容……。合作內容至少需包含下列項目：1. 雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。2. 共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。3. 慢性病人用藥一

致。4. 醫療品質提升計畫。……(五)醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。」

(二)次依家庭醫師整合性照護計畫，其中柒、收案對象(會員)：「一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。」

(三)再依家庭醫師整合性照護計畫，其中壹拾壹、計畫評核指標：「社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：結構面指標(20分)、過程面指標(25分)、結果面指標(40分)、自選指標(15分)及加分項(本項最高得分10分)」，其中過程面指標包括：

(1) 雙向轉診(6分)：

〈1〉電子轉診使用率(3分)：於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。

〈2〉門診雙向轉診率(3分)

(2) 預防保健達成情形(19分)，包括：成人預防保健檢查率(6分)、子宮頸抹片檢查率(5分)、65歲以上老人流感注射率(2分)及糞便潛血檢查率(6分)。

基上，家庭醫師整合性照護計畫內容針對合作療機構資格、收案對象及計畫評核指標訂有相關規範。

(四)經查部立醫院近3年辦理家庭醫師整合性照護計畫情形如表12。目前有衛福部之基隆、旗山、恆春旅

遊、臺東醫院未參加計畫；而參與計畫之醫院中，該部之苗栗、朴子、臺南、屏東、金門醫院及樂生療養院，並無收案人數僅進行轉診服務，已如前述。該等醫院辦理計畫所遭遇之困境如下：

- 1、依每年度分析，各院合作社區醫療群之群數、診所數持續增加，相對合作診所收案之家戶會員亦會增加，惟各院對診所家戶會員至醫院就醫或住院之狀況無法及時掌握。
- 2、同步實施不同政策時，恐相互影響成效，如：流感疫苗施打，影響本計畫中指標65歲以上老人流感注射率成效；108年本計畫將預防保健需於基層診所接受預防保健才列入指標計算，但該部國民健康署每年委託各醫院辦理「癌症防治品質精進計畫」，並將指標績效納入醫院督導考核項目，減少會員在診所預防保健執行率。
- 3、電子轉診平台受理有效期限為90天，如有3個月慢性處方籤個案下轉到診所，若個案延後看診，於診所就醫時已逾受理期限。

(五)依據上開困境，爰提出相關建議包括：(1)建議開放相關線上平台權限給特約醫院(計畫中配合診所上下轉診醫院)，各計畫醫院可取得家戶會員之資料或建置系統連接功能，有利於資源銜接。(2)共同照護門診只有單一方面達成社醫群的指標，建議特約醫院亦應該有相關品質補助。(3)建議延長電子轉診平台轉診有效日期。(4)建議預防保健指標修正為不限基層診所執行。

(六)綜上，按「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之推動係使全民皆有家庭醫師並落實家庭責任醫師及照護責任，為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。現階段在執行上，有各院對診所

家戶會員至醫院就醫或住院之狀況無法及時掌握、各衛生主管機關同步實施不同政策相互影響成效、電子轉診平台受理期限等限制，健保署允宜檢視改善，俾利計畫之持續推動。

貳、處理辦法：

- 一、調查意見一，函請衛福部檢討改進見復。
- 二、調查意見二及三，函請健保署檢討改進見復。
- 三、調查意見，函請審計部參考。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請內政及族群委員會處理。

調查委員：尹祚芊、蔡培村、張武修

