

台灣急重症跨區就醫之變化情形：2001-2010年

李虹映¹ 黃信忠^{2,3} 許怡欣⁴ 林文德^{1,5,*}

目標：本研究以急重症就醫流向為基礎，探討過去10年間民眾急重症跨區就醫流向的變化情形。**方法：**本研究利用全民健康保險資料庫約200萬人的就醫及承保資料做為分析的主要檔案，首先利用保險對象基層醫療利用次數最多地區及投保地區定義其居住地，接著採美國紐約大學急診緊急分類規則將門診之急診案件依其診斷判定急重症，而住院之急診案件則直接視為急重症；接著利用50個醫療次區域做為地區單位，計算各地區在2001及2010年的急重症跨區就醫比例，並以配對t檢定比較此10年間的急重症跨區就醫比例差異，最後將跨區就醫分為低、中、高三組，分別檢定其10年間的急重症跨區就醫比例及急診能量的差異。**結果：**整體之急重症跨區就醫比例自2001年的43.4%降至2010年的41.2%，但差異未達顯著，而第三個四分位數和第一個四分位數的比值則由2.19降為2.13。急重症跨區就醫比例較高地區10年間的跨區就醫比例有顯著的下降，但平均仍達57.7%。地區的急重症跨區就醫比例愈高，其急診能量有愈小的趨勢。**結論：**整體而言，我國2001年至2010年急重症跨區就醫比例並沒有顯著的下降，區域間的跨區就醫差異亦未大幅縮小，但急重症跨區就醫比例較高地區的急診能量有顯著的改善，其跨區就醫比例亦有顯著降低，未來應將緊急醫療資源優先分配至跨區就醫比例較高的地區。（台灣衛誌 2014；33(1)：64-74）

關鍵詞：急重症、跨區就醫、醫療次區域

前 言

區域醫療資源分配的良好影響民眾就醫的可近性，該可近性可以病患跨區就醫做為評估的指標[1]。例如，過去醫療網計畫的評估顯示，地區醫療資源雖有明顯的增加，但區域級以上醫院的分布仍然懸殊，尤其民眾跨區住院的比例並未明顯降低[2]，突

顯硬體醫療資源外，以病人實際就醫情形做為評估指標的重要性。此外，研究顯示區域外就醫的醫療利用比當地就醫耗用較多的醫療資源，而且較嚴重的疾病也傾向會跨區就醫，顯示交通的便利性並非跨區就醫的重要因素，反而是因居住地醫院無法處理較嚴重的疾病，迫使居民需跨區就醫，而造成就醫公平性的問題[3]，故跨區就醫的問題值得吾人加以重視。

跨區就醫在緊急醫療時尤為重要，如腦血管疾病、意外事故傷害、心臟疾病等，及時的就醫可提高病人的存活，如需跨區就醫或是轉送，可能危害急重症病人的生命安全，因此區域內的緊急醫療資源是否充足、區域間的緊急醫療資源是否均衡分配，均是衛生政策需重視的議題。衛生福利部自1990年起輔導台北、高雄、宜蘭等17個區域陸續成立緊急醫療網，並於1995年8月推動通過緊急醫療救護法的立法，以結合衛生、醫療

¹ 長榮大學醫務管理學系

² 元智大學資訊學院資訊管理研究所

³ 衛生福利部中央健康保險署醫務管理處

⁴ 台北醫學大學醫務管理學系暨研究所

⁵ 長榮大學高齡產業研究中心

* 通訊作者：林文德

聯絡地址：台南市歸仁區長大路1號

E-mail: vincelin@mail.cjcu.edu.tw

投稿日期：102年7月9日

接受日期：103年1月7日

DOI:10.6288/TJPH201433102055