



立法院第 9 屆第 4 會期
社會福利及衛生環境委員會全體委員會議

衛生福利部
分級醫療成效檢討與未來規劃報告
(書面報告)

報告人：衛生福利部次長 何啟功
報告日期：中華民國 106 年 10 月 30 日

目 錄

壹、 前言	1
貳、 分級醫療六大策略辦理進度說明.....	2
一、 提升基層醫療服務量能.....	2
二、 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔.....	3
三、 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務.....	5
四、 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護.....	6
五、 提升民眾自我照護知能.....	7
六、 加強醫療財團法人管理.....	12
參、 分級醫療初步成效.....	17
一、 各層級轉診就醫情形.....	17
二、 各層級轉診流向.....	19
三、 電子轉診平台使用人次.....	20
肆、 分級醫療未來規劃.....	21
伍、 結語	21

主席、各位委員女士、先生，大家好：

今天，大院第9屆第4會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，^{啟功}承邀列席報告，深感榮幸。本部持續以「促進全民健康與福祉」為使命，並以「健康、幸福、公平、永續」為核心價值，提供民眾全面及整合性之衛生福利服務，未來我們將繼續努力打造本部成為「最值得民眾信賴的部會」。

壹、前言

因應人口老化，復因老年人口多有多重共病，醫療需求高，加上無法自行判斷正確就醫科別，致可能衍生就醫安全與無效醫療等問題，且在大型醫院就醫，由於就診人數過多，老年人就醫障礙較高，長時間候診亦造成老人就醫之困境，亦相對排擠其他重症病患之就醫權益。

為解決上述就醫之困境，爰本部提出「全力推動分級醫療六大策略」之政策，建議民眾建立有家庭醫師或經常就診醫師之觀念與習慣，由固定基層醫師為其健康把關，有必要再轉診至醫院就診。以下針對分級醫療六大策略(詳下圖)之推動情形分述如下，敬請各位委員不吝惠予指教。



貳、分級醫療六大策略辦理進度說明

一、提升基層醫療服務量能

(一)開放基層表別，擴大診所服務範疇

1. 開放基層表別，已與醫界達成共識，決議開放 25 項表別項目(附表 1)，自 106 年 5 月 1 日實施。
2. 上述開放 25 項表別項目，106 年 5-8 月基層院所申報計約 83.8 百萬點，其中流行性感冒 A、B 型病毒抗原及超音波心臟圖 3 項佔約 78.6 百萬點。

(二)擴大家庭醫師整合性照護計畫。

本年度參與計畫之醫療群共計 526 群(成長率 27%)、參與院所數為 4,063 家(成長率 33%)、收案數達 413 萬人(成長率 37%)，並達成各次級醫療區均已至少有 1 群醫療群診所服務之目標。

(三)鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務

醫療法第 13 條已訂有聯合診所管理辦法，並研擬基層診所朝向聯合執業推廣方案，醫院申請設立或擴充病床經醫審會審議通過者，均敘明附帶決議「為推動及落實衛生福利部之分級醫療政策，本案經同意申請擴增病床，應請申請人研提建立醫院開放機制，加強與社區醫院及基層院所間的合作計畫報請地方衛生局核轉本部備查，始予正式許可。」，另統計截至 106 年 9 月底全國共有 258 家聯合診所。

(四)輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

1. 輔導基層診所規劃無障礙空間，截至 106 年 10 月計有 20 個縣市衛生局完成統計，尚未完成調查作業之縣市衛生局，

將配合年度督考作業辦理。

2. 另研議推動友善就醫環境輔導作業，以提供身心障礙者友善就醫環境。(委辦計畫業於 106 年 8 月 9 日完成契約簽訂。)

二、導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

(一)降低弱勢民眾就醫經濟障礙

原依規定減免部分負擔之保險對象均維持原有權益。

(二)提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢

1. 研議假日開診診察費加成、調整第一階段合理門診量等事宜，本部健保署持續追蹤醫師全聯會協調假日開診結果，並觀察各地區假日開診率變化情形。並預訂本年度 12 月 14 日共同擬定會議由全聯會提案報告該會輔導結果及開診率變化情形。
2. 提供開診時段與急診就醫資訊查詢，於本部健保署健保快易通 APP 及全球資訊網建置全國特約醫療院所每日「看診時段查詢系統」、「重度級急救責任醫院急診壅塞查詢系統」及「急救和緊急狀況處理」。
3. 提供社區醫療群之 24 小時電話諮詢專線，公開社區醫療群之 24 小時電話諮詢專線於健保署全球資訊網及 opendata。

(三)調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫

106 年 4 月 15 日實施經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔。未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔。(附表 2-1)

(四)調整急診部分負擔，紓解急診壅塞

106 年 4 月 15 日實施至醫學中心急診檢傷分類為 3 級、4 級、5 級者的部分負擔，由 450 元調高至 550 元。(附表 2-2)

(五)建置電子轉診單並監控非必要之轉診

1. 106年3月1日建置轉診資訊交換平台，病人至基層診所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資料等，轉介至接受轉診院所，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。截至8月底，計有3,465家院所使用，已安排轉診就醫62,372人次；在現有526個社區醫療群中，已全數使用電子轉診平台安排轉診。
2. 修訂全民健康保險轉診實施辦法自106年4月13日公告實施，推動落實雙向轉診並強化轉診機制，修正重點如下：
 - (1). 落實雙向轉診：保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診院所繼續接受治療，應建議轉回原診療或其他適當之院所，接受後續追蹤治療。
 - (2). 保留轉診優先看診名額：特約院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。
 - (3). 明訂轉診單效期：特約院所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單，轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。
 - (4). 放寬視同轉診範圍：持轉診單就醫後，經醫師認定需繼續門診診療者，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診，視同轉診。
 - (5). 建議採用電子轉診：明列各項轉診單應記載之內容，建議特約院所使用健保署建立之電子轉診平台傳送轉診單。

三、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

(一)挹注 60 億調高重症支付標準

1. 本部健保署函請 45 個專科醫學會以急重症項目優先排列提供支付標準調整建議，彙整所有建議調整項目，推估財務影響約 226 億元。
2. 106 年 8 月 9 日支付標準共同擬訂會議通過，共調整急重症支付項目 1,716 項(附表 3)。衛生福利部於 106 年 9 月 30 日以衛部保字第 1061260461 號令，發布修正並自中華民國 106 年 10 月 1 日生效。

(二)限制醫院輕症服務成長

限制醫院輕症服務成長，有關醫學中心與區域醫院 106 年初級照護件數不得超過 105 年 90%之執行方式，本部健保署業於 105 年 11 月 16 日、12 月 7 日、106 年 1 月 5 日、2 月 7 日分別邀請付費者代表(11/16 及 12/7)、專家學者、醫學院代表、醫院協會及各層級代表及各專科醫學會代表等密集研議，並提 106 年 2 月 22 日、4 月 11 日、05 月 24 日醫院總額研商議事會議討論，終獲共識如下：

1. 106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%之初級照護管控範圍：以 105 年西醫門診申報主診斷件數排名前 500 項者為基礎，並以具共識之 ICD-10-CM/PCS 代碼納為 106 年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目。
2. 核扣方式：按季結算，並自 106 年 1 月 1 日起實施，核扣金額以該院當季超出件數乘上該院當季初級照護平均點數計算，惟若當季該院初級照護率低於 5%，不予核扣。106 年 7 月 4 日於醫院總額研商議事會議決議，有關 106 年初級照護案件點數核減部分，第 1 季併第 2 季處理。

3. 經初步統計至106年第2季區域級以上醫院初級照護管案件數約減少100萬件，下降幅度為18%。

(三)推動緊急醫療能力分級，研修「106年度醫院緊急醫療能力分級評定作業基準」。

1. 106年2月7日衛部醫字第1061661010號公告「106年度醫院緊急醫療能力分級評定作業基準」

2. 本部醫事司於106年3月14日、3月16日、3月20日分別辦理中區、南區、北區，辦理106年度醫院緊急醫療能力評定作業說明會。

四、強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

(一)建置轉診資訊交換平台

106年3月1日建置轉診資訊交換平台，病人至基層診所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資料等，轉介至接受轉診院所，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。

(二)建置居家照護資訊共享平台

106年3月1日公告修正全民健康保險居家醫療照護整合計畫，提供病患整合性全人照護。106年1月建置資訊共享平台，醫療團隊跨院際分享同一個案之照護資訊，強化個案健康管理服務。

(三)強化醫院出院準備及追蹤服務

定期觀察醫院「出院準備及追蹤管理費」申報及執行成效，並由本部健保署各分區辦理績優醫院標竿學習。

為使醫院對出院準備服務之適用對象、團隊組成、作業流程等項有所依循，本部健保署已於106年6月底訂定「出

院準備及追蹤管理費作業規範」，並於7月上旬請分區業務組積極輔導醫院循作業規範辦理。

本部健保署綜整辦理健保「出院準備及追蹤管理」各醫院之電話諮詢窗口，並於106年8月23日置於衛生福利部網站長照政策專區—長照2.0相關政策，供民眾諮詢參考。

(四) 鼓勵醫師跨層級支援

藉由醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務提升社區醫院醫療及建立落實分級醫療制度基礎。於106年1月17日修正公告開放基層診所之皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科支援地區醫院急診。目前共47個醫療團隊參與計畫，截至106年8月共申報7,813診次。

(五) 鼓勵診所及醫院共同照護

105年度家醫計畫評核指標已將「共同照護門診」、「病房巡診」及「醫療群會員門診經醫療群轉診率」列為評核項目。106年計畫並新增「社區醫療群醫師支援醫院」指標項目，由各分區協助輔導。

五、提升民眾自我照護知能

(一) 加強宣導分級醫療及部分負擔調整

本部健保署配合分級醫療相關配套措施推動，自105年12月起持續對民眾宣導說明轉診及部分負擔調整內容，加強外界對政策內容瞭解，並透過各類型管道加強對外宣導：

1. 運用各類型媒體通路，刊登分級醫療、轉診制度及家庭醫師等宣導廣告：

- (1) 全國北中南公車車體滿版廣告90面：走期3月16

日至 4 月 15 日，共 31 天。

- (2) 國光客運北中南車體滿版廣告 30 面：走期 3 月 30 日至 4 月 28 日，共 30 天。
- (3) 戶外廣播宣傳車 2 部：走期 3 月 27 日至 4 月 23 日及 4 月 10 日至 5 月 7 日。
- (4) 由衛生福利部陳時中部長、本部健保署李伯璋署長及邱泰源、林靜儀及陳宜民立法委員代言分級醫療政策，錄製 30 秒宣導 CF 帶，於 4 月至 5 月間搭配電視頻道廣告 54 檔，另運用大樓電梯電視、計程車內電視及戶外電視牆廣告露出 106,600 檔，並透過臉書廣告加強曝光，集中話題關注度。
- (5) 由本部健保署李署長親自擔任配音，錄製分級醫療廣播宣導帶（國、自然語版），搭配全國性廣播聯播網、地方電台強力播送（走期 4 月 6 日至 4 月 15 日），並透過臉書及 Line@生活圈轉發曝光，強調本部健保署為建立友善的轉診管道，除鼓勵院所間建立轉診機制外，並已於 3 月 1 日啟用電子轉診資訊交換平台，作為協助病患轉診及後續照顧之用，期盼透院所間分工合作及民眾的配合，疏解醫學中心一床難求的現象。
- (6) 電子新聞網站全站式廣告：分別於自由時報電子報、聯合新聞網 UDN、蘋果日報及中時電子報網站刊登廣告，走期 5 月 5 日至 5 月 21 日，預估曝光數達 1,150 萬次。

2. 本部健保署設計 11 款宣導海報、單張及年曆，並印製相關宣導海報及單張，配合政策期程發送至各醫事機構及社區藥局張貼，提供就醫及領藥民眾最新政策訊

息，統計全國醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所、藥局等共計張貼約7.6萬張海報及22萬張單張，加強宣導訊息觸達範圍。

3. 展開全國分級醫療宣導說明會，自 106 年 1 月至 10 月 27 日已辦理 607 場次宣導說明會，參加人數達 114,170 人並已辦理完畢。宣導對象包括民眾、醫療院所、投保單位、服務機構及相關團體（包括民間團體及媒體），第一線與民眾接觸，進行政策推廣及意見交換。
4. 本部健保署主動積極洽詢各類型免費資源：
 - (1) 由本部健保署李署長伯璋主動拜會全國各縣市政府首長爭取支持分級醫療政策，均獲得首長全力支持，結合全國衛生、戶政、交通及觀光系統等服務據點及公益頻道或廣告等縣市公務宣導管道，協助發送宣導訊息，增加全國各地民眾觸及效果。
 - (2) 積極爭取行政院新聞處安排全國公益宣導管道，拓展宣導資源廣度，已於全國廣播電台進行 9,465 檔次託播、全國無線電視台 CF 託播 477 次，並刊登桃園國際機場入境通道燈箱一面(走期自 4 月 12 日起至 7 月 10 日)。
 - (3) 主動聯繫全國 170 家廣播電台，搭配各電台節目需求安排，由本部健保署配合接受專訪或 call out，對外說明分級醫療政策共計 52 場次，拓展宣導對象及宣導頻率。
 - (4) 正式函請全國各部會及地方政府機關，運用 LED、官網及電視牆等協助聯結或播放相關訊息、標語或宣導帶，跨機關合作宣導分級醫療政策。

5. 本部健保署自有行政資源應用：

- (1) 運用自營新媒體平台（FB 及 Line@）即時發布最新消息，截至 10 月 12 日，本部健保署官方臉書已發布 48 則、Line@發布 27 則相關訊息。
- (2) 於本部健保署全球資訊網建置分級醫療宣導專區，提供外界最新政策訊息，包含民眾版簡報(Slide share)、相關新聞(10 則)、FAQ(97 題)、宣導素材(20 則)、相關規範(2 條)及 6 大策略辦理進度等訊息。
- (3) 透過記者會、本部健保署電子報及大量電子郵件系統，配合政策推動期程，不定期發送相關宣導訊息。
- (4) 運用署本部及六分區業務組辦公大樓外牆，張貼大型分級醫療宣導廣告；另透過分區業務組臨櫃辦公場域張貼宣導訊息，並於民眾電子繳款單已加印推動分級醫療、落實雙向轉診之宣導文字，提醒民眾珍惜醫療資源。
- (5) 由各分區業務組轉送宣導標語、CF 帶及單張電子檔，請轄內醫事機構，於院內電視、LED 播放與應用，並主動壓製宣導素材光碟 5,000 份，便於各醫事機構運用。
- (6) 搭配分區業務組各類型說明會或其他大型活動管道，加強投保單位、公（協）會員、醫事機構及一般民眾說明分級醫療政策，辦理宣導作業或活動，進行在地行銷。

6. 106 年第 4 季前持續宣導規劃及執行：

- (1) 電視媒體專題訪問，安排署長 106 年 11 月 1 日接受 5-8 分鐘專題訪問，並將於東森新聞台「李四端

的雲端世界」中播出。

(2) 規畫新聞專欄撰寫、懶人包圖文及網路廣告製作等、於蘋果日報、關鍵評論等新媒體、網站等播放、預計曝光達 50 萬次。

(3) 結合分級醫療政策，持續宣導「健康存摺」及「避免重複檢驗檢查及避免重複用藥」，安排署長於 106 年 11 月 1 日接受 30 分鐘專題訪問及錄製廣播帶外、並將於東森財經台「57 健康同學會」、非凡電視台「台灣名人堂」、中廣流行網及新聞網、POP RADIO、寶島流行網、公車車體廣告、計程車車內廣告、戶外 LED 及民視新聞網、UDN、PCHOME 等新媒體及網站等持續刊播宣導。

7. 本部健保署於 106 年 7 月間，以全國 22 縣市，年滿 20 歲以上的民眾為受訪對象，進行電話民意調查，調查結果顯示，84%受訪民眾知道分級醫療政策，知道此政策到「診所/地區醫院」看病的比率(75%)高於不知道者(66%)，且知道者至「醫學中心/區域醫院」看病比率(10%)亦低於不知道者(16%)，顯示本部健保署運用各種多元管道之宣導策略，成效顯著。

8. 未來仍將利用既有管道(電視、廣播、戶外媒體、新媒體、網站、app、活動、數位教材、記者會)積極宣導，逐年提升民眾正確認知與認同，並爭取納入 12 年國教課綱中，多元宣導及向下扎根，以養成民眾正確就醫概念，提升民眾自我照護知能。

(二)加強自我健康管理，精進「健康存摺 2.0 版」

健康存摺 106 年新增多項功能，除最近三年就醫資料，另可自行輸入血壓、血糖等生理資料，也可提醒洗牙、慢箋領藥

與回診、預防保健及癌症篩檢之建議時間，提升健康存摺之實用性。截至 106 年 9 月底，健康存摺使用人數 54 萬人，使用人次 396 萬人次。

(三) 宣導利用家醫群 24 小時電話諮詢服務

於健保署全球資訊網家醫計畫會員專區，提供社區醫療群 24 小時電話諮詢專線

六、加強醫療財團法人管理

(一) 修法加強醫療財團法人監督管理

「醫療法人部分條文修正草案」業經 106 年 5 月 17 日立法院第 9 屆第 3 會期社會福利及衛生環境委員會第 24 次全體委員會議審查完竣，並俟協商後提請院會公決，修正重點如下：

1. 強化公共監督，健全董事會治理：

限制醫療財團法人董事長只能連任一次、同一人不得同時擔任醫療財團及醫療社團法人或兩個以上醫療財團法人董事長。此外，不論醫療財團法人或醫療社團法人均應設置監察人、醫療財團法人並應有中央主管機關加派之公益監察人；且董事會成員應有社會公正人士及員工代表董事各 1 名以上，以強化公共監督。另明定捐助章程及章則準則，與規定不符者，應自準則施行之日起二年內完成變更，以健全醫療財團法人治理。

2. 加強醫療財團法人財務資訊公開透明：

醫療財團法人於年度終了五個月內，應依中央主管機關訂定之編製準則製作財務報告，經會計師簽證、董事會通過、監察人承認後，向中央主管機關申報。此

外，對外捐贈動產達一定比率或數額應事先經過主管機關核准，另應依中央主管機關公告之方式，主動公開其捐助章程、董事與監察人之姓名及現職、以及年度財務報告。

3. 要求醫療財團法人善盡社會責任並擴大公益投入：
將醫療財團法人每年應投入教研發展及社會公益之計算基礎由年度醫療收入結餘，擴大為年度收入結餘，增加其公益投入，並規定年度稅後盈餘應優先用於改善員工薪資福利及補充短缺人力，善盡社會責任。

(二) 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施

避免法人所設醫院利用附設門診部擴增診所家數，修訂醫療機構設置標準第 13 條，限制法人所設醫院不得附設門診部(除於離島、原住民地區或醫療資源不足地區外) 106 年 3 月 22 日以衛部醫字第 1061661785 號令發布施行。

(三) 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

函請各地方政府衛生局，重申醫療機構不得藉提供專車載送病人，招攬病人就醫、刺激或創造醫療需求，以及不當擴大醫療服務區域等情形在案。

前開各項措施按既定期程推動，相關辦理期程及進度均置本部健保署全球資訊網公開，並定期更新執行進度。

附表1-106年西醫基層總額開放表別診療項目

序號	醫令代碼	醫令名稱	表定支付點數	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	12078C	CA-153腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	400	6.3
2	12079C	CA-199腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	400	9.6
3	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	150	4.5
4	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	150	4.5
5	17004C	標準肺量測定(包括FRC測定)	485	485	3.4
6	17006C	支氣管擴張劑試驗	485	485	3.1
7	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200	1,200	91.1
8	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	600	600	8.4
9	47043C	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	7,818	7,818	8.9
10	54044C	耳石復位術	432	432	0.8
11	64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	2,727	4,172	0.4
12	86402C	網膜透熱或冷凍法再附著術	6,260	9,578	0.1
13	87031C	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術	5,820	8,905	0.0
14	09122C	INTACT副甲狀腺免疫分析	360	360	5.0
15	09128C	C-肽鏈胰島素免疫分析	180	180	0.7
16	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	225	225	2.7
17	12048C	運鐵蛋白	275	275	0.5
18	12151C	同半胱胺酸(Homocysteine)	400	400	1.2
19	12172C	尿液肺炎球菌抗原	320	320	0.3
20	13008C	細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定,抗酸菌除外),對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	100	100	1.3
21	13011C	細菌藥物敏感性試驗-3菌種以上	300	300	0.3
22	13017C	KOH顯微鏡檢查	45	45	0.0
23	09111C	甲狀腺球蛋白(EIA/LIA)	90	90	0.6
24	13009C	細菌藥物敏感性試驗-1菌種以上	150	150	3.6
25	13010C	細菌藥物敏感性試驗-2菌種以上	230	230	0.9

附表 2-1、西醫門診部分負擔規定

各層級	西醫門診 基本部分負擔	
	經轉診	未經轉診
醫學中心	170 元	420 元
區域醫院	100 元	240 元
地區醫院	50 元	80 元
診所	50 元	50 元

註：經轉診至醫學中心、區域醫院，部分負擔調降 40 元。

未經轉診至醫學中心，部分負擔調升 60 元。

附表 2-2、急診部分負擔調整內容

層級別	檢傷分類				
	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級
一、症狀 描述舉例	二、心跳停止、意識不清、不明原因胸痛、大量血便、重大創傷等		三、輕度呼吸困難、心跳過速、各種感染症(如感冒)、輕度燒傷、腹瀉等		
醫學中心	450 元		550 元		
區域醫院	300 元		300 元		
社區醫院	150 元		150 元		
診所	150 元		150 元		

註：至醫學中心急診，於完成急診診療後，依檢傷分類為非 1、2 級者之部分負擔費用調高 100 元。

附表 3、60 億調高重症支付標準項目

類別	調整內容	項目數	財務影響 (百萬點)	調幅	醫院層級 影響點數 =A+B+C	醫學中心 A	區域醫院 B	地區醫院 C
基本診療	調升ICU診療費	3	1,597	80%	1,597	801	654	142
	高危險妊娠住院診察費	1	50	150%	50	25	17	9
	精神科急診診察費	1	7	64%	7	1	5	1
	急診觀察病房費/護理費(第1天)	4	320	120%~150%	320	173	126	20
	放寬急診診察費例假日加成時間	7	27		27	6	14	7
	急診診察費1-2級	2	178	9%~11%	178	77	81	19
	兒童專科醫師加成	16	765	50%~150%	765	383	327	56
特定診療	手術項目	130	1,350	2%~150%	1,350	760	520	70
	手術通則調整		67		67	34	29	4
	手術項目兒童加成全面列為提升兒童加成	1,513	137		137	106	24	7
	生產支付標準(DRG+論病例計酬)	13	351		351	149	128	74
	麻醉項目	2	238	20%~50%	238	64	107	67
	治療處置	11	407	9%~100%	407	160	195	52
	檢驗檢查	13	461	4%~90%	461	189	166	106
總計		1,716	5,956	2%~150%	5,956	2,928	2,393	635
		占率(%)			100%	49%	40%	11%

參、分級醫療初步成效

自 106 年 4 月 15 日實施門診與急診部分負擔調整，持續監測截至 8 月底各層級就醫情況如下(以下係以就醫日期為擷取條件)

一、各層級轉診就醫情形

(一)總就醫次數申報及各層級占率變化情形

1. 總就醫次數申報情形：

106 年 4-8 月總就醫次數 121,56 萬件，較去年同期 122,27 萬件減少 0.58%。

2. 各層級占率變化情形：

106 年 4-8 月各層級總就醫件數較去年同期之占率變化，至基層診所就醫占率由 63.1%增加至 63.8%，至地區醫院就醫占率增加由 10.1%增加至 10.2%；至區域醫院就醫占率從 15.6%下降至 15.4%，至醫學中心就醫占率則從 11.3%減少至 10.6%。

附表 4、105 及 106 年 4-8 月總就醫次數

總就醫次數	105 年 4-8 月		106 年 4-8 月	
	值	占率	值	占率
合計	122,266,399	100.00%	121,561,388	100.00%
醫學中心	13,789,011	11.28%	12,925,956	10.63%
區域醫院	19,019,978	15.56%	18,670,343	15.36%
地區醫院	12,300,551	10.06%	12,393,330	10.20%
基層院所	77,156,859	63.11%	77,571,759	63.81%

註：資料來源：健保署二代倉儲：門診明細檔(106.9.30 擷取)。

◎資料範圍：總額內、外案件。

◎總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，並不計補報、轉代檢、慢速箋調劑、病理中心、就醫併同開立 bc 肝用藥、其他依規定拆併報案件。

(二)轉診人次申報情形：

106 年 4-8 月經轉診就醫占總門診就醫人次占率為 0.17%，較去年同期上升 41%，未經轉診就醫占率為 99.83%，較去年同期下降 0.63%。其中醫學中心經轉診就醫人次成長率為

53.61%最高。

106年4-8月總轉診就醫201,102人次，較去年同期增加41%。其中至醫學中心轉診就醫98,996人次，較去年同期增加53%；至區域醫院轉診就醫81,284人次，較去年同期增加30.9%；至地區醫院轉診就醫18,300人次，較去年同期增加13.6%；基層診所2,522人次。

附表5 105年及106年4-8月轉診情形

接受院所層級	105年4-8月			106年4-8月			成長率 ((B-A)/A)
	值 (A)	轉診案件 占各層級 總就醫次數 比率	總就醫次數 層級占率	值 (B)	轉診案件 占各層級 總就醫次 數 比率	總就醫次 數層級占 率	
合計							
總就醫次數	122,266,399		100.00%	121,561,388		100.00%	
轉診案件							
轉診	142,637	0.12%		201,102	0.17%		40.99%
未經轉診	122,123,762	99.88%		121,360,286	99.83%		-0.63%
醫學中心							
總就醫次數	13,789,011		11.28%	12,925,956		10.63%	
轉診案件							
轉診	64,446	0.47%		98,996	0.77%		53.61%
未經轉診	13,724,565	99.53%		12,826,960	99.23%		-6.54%
區域醫院							
總就醫次數	19,019,978		15.56%	18,670,343		15.36%	
轉診案件							
轉診	62,085	0.33%		81,284	0.44%		30.92%
未經轉診	18,957,893	99.67%		18,589,059	99.56%		-1.95%
地區醫院							
總就醫次數	12,300,551		10.06%	12,393,330		10.20%	
轉診案件							
轉診	16,106	0.13%		18,300	0.15%		13.62%
未經轉診	12,284,445	99.87%		12,375,030	99.85%		0.74%
基層院所							
總就醫次數	77,156,859		63.11%	77,571,759		63.81%	
轉診案件							
轉診		0.00%		2,522	0.003%		
未經轉診	77,156,859	100.00%		77,569,237	99.997%		0.53%

註：資料來源：健保署二代倉儲：門診明細檔（106.9.30擷取）。

◎資料範圍：總額內、外案件。

◎總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，並不計補報、轉代檢、慢連箋調劑、病理中心、就醫併同開立bc肝用藥、其他依規定拆併報案件。

▲轉診：申報部分負擔代碼A30、B30、C30且轉代檢註記為1(接受他院轉入)案件或D30案件。

▲未經轉診：總就醫次數-轉診件數。

▲視同轉診：申報部分負擔代碼為A40、B40、C40、A31、B31、C31案件。

二、各層級轉診流向

- (一)、醫學中心轉出 1,846 件，其中 63%轉至區域醫院、17%轉至地區醫院、1%轉至基層診所，19%轉至其他醫學中心。
- (二)、區域醫院轉出 8,216 件，其中 66%轉至醫學中心、6%轉至地區醫院，5%轉至基層診所、23%轉至其他區域醫院。
- (三)、地區醫院轉出 20,120 件，其中 59%轉至醫學中心、32%轉至區域醫院、1%轉至基層診所、8%轉至其他地區醫院。
- (四)、基層診所轉出 167,550 件，其中 48%轉至醫學中心、41%轉至區域醫院、9%轉至地區醫院、1%轉至其他診所。

附表6、105年及106年4-8月轉診案件申報 - 依層級及流向

接受院所	轉出院所											
	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		不詳	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
105年4-8月												
合計	142,637	100%	2,652	100%	6,077	100%	15,901	100%	114,857	100%	3,150	100%
醫學中心	64,446	45%	153	6%	3,618	60%	8,487	53%	51,851	45%	337	11%
區域醫院	62,085	44%	844	32%	1,999	33%	6,023	38%	50,688	44%	2,531	80%
地區醫院	16,106	11%	1,655	62%	460	8%	1,391	9%	12,318	11%	282	9%
基層診所												
106年4-8月												
合計	201,102	100%	1,846	100%	8,216	100%	20,120	100%	167,550	100%	3,370	100%
醫學中心	98,996	49%	359	19%	5,407	66%	11,857	59%	81,054	48%	319	9%
區域醫院	81,284	40%	1,159	63%	1,877	23%	6,412	32%	69,118	41%	2,718	81%
地區醫院	18,300	9%	312	17%	495	6%	1,625	8%	15,551	9%	317	9%
基層診所	2,522	1%	16	1%	437	5%	226	1%	1,827	1%	16	0%

註：資料來源：健保署二代倉儲；門診明細檔（106.9.30擷取）。

三、急診就醫情形

統計急診屬輕症之檢傷分類第4-5級案件數，106年4-8月

去年同期約減少4萬7千件。

附表7、105與106年4-8月急診各檢傷分類申報概況

單位：件數

檢傷分類	105年		106年	
	第2季	第3季(7-8月)	第2季	第3季(7-8月)
檢傷1級	47,251	30,448	47,869	34,622
檢傷2級	181,454	121,042	179,914	128,632
檢傷3級	1,175,302	750,823	1,181,773	847,693
檢傷4級	315,818	190,623	275,307	188,787
檢傷5級	24,815	15,555	20,917	14,215
其他	98,029	63,081	94,793	66,953

註：◎資料來源：中央健康保險署二代倉儲系統門、住診明細、醫令檔。(106.10.2擷取)

四、電子轉診平台使用人次

(一)為推動分級醫療並提升轉診效率，本部健保署規劃「電子轉診平台」，院所HIS系統銜接平台，轉診櫃台即時收到資訊，可主動安排就醫，有些醫院也配合提供優先或轉診保留號、優先排檢、主動聯繫、提供查詢檢驗資料等。

(二)電子轉診平台自 106 年 3 月 1 日正式上線，截至 10 月 28 日止，透過平台轉診計 103,686 人次，且已完成就醫為 85,839 人次，占 83%；526 個社區醫療群中，已全數使用電子轉診平台安排轉診。

肆、分級醫療未來規劃

- 一、持續強化家庭醫師整合性照護計畫之效率與品質，包括調整社區醫療群組織運作、強化 24 小時接聽人員專業能力、設置社區醫療群個案管理人員及鼓勵醫療群提供跨院際合作服務，以強化民眾對基層醫療之信心。
- 二、持續監測醫學中心及大型區域醫院初級醫療及穩定慢性病下轉社區醫院及基層院所，藉由持續精進之轉診資訊交換平台，提供誘因鼓勵雙向轉診。
- 三、編列額外預算鼓勵院所建立轉診之合作機制，減少分級醫療可能對西醫基層總額財務之衝擊
- 四、持續對民眾加強宣導分級醫療及節約醫療資源之觀念，合理使用醫療資源。

伍、結語

在台灣自由就醫的環境下，分級醫療之推動涉及民眾就醫習慣之改變及各層級醫療院所現行提供醫療服務之行為，具有一定之困難度，非短時間內可以完全改變，本部秉持持續推動之決心，尚祈大院支持及社會配合，俾使台灣醫療體系之效率與品質能持續提升。

本部於第九屆第四會期以來承大院協助與支持，就分級醫療召開公聽會及進行醫療法修法審查，對本部業務之推展有莫大助益。對醫療法之修法尚祈大院鼎力支持優先審議，早日完

成立法程序，以嘉惠全體國人。

以上報告，敬請各位委員先進指教！