更新日期：115 年 11 月 4 日

115 年分級醫療整體成效進度追蹤

截至 115 年 1-9 月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)115 年 1-9 月各層級就醫占率：醫學中心 12.77%、區域醫院 15.17%、地區醫院 9.95%，基層診所 62.11%。115 年 1-9 月就醫次數較 106 年(基期)同期增加，各層級就醫件數於區域醫院、地區醫院、基層診所減少，醫學中心就醫件數增加。

單位：千件

總就醫次數	106 年 1-9 月		115 年 1-9 月	
	值	占率	值	占率
合計	223,389	100.00%	224,322	100.00%
醫學中心	24,983	11.18%	28,640	12.77%
區域醫院	34,564	15.47%	34,039	15.17%
基層醫療(A+B)	163,842	73.34%	161,643	72.06%
地區醫院(A)	22,540	10.09%	22,318	9.95%
基層診所(B)	141,302	63.25%	139,324	62.11%

◎資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔（115.11.04 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，排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排程」案件。

(二)轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

115 年 1-9 月總轉診案件 2,641 千件，占總就醫件數比率 1.18% (106 年同期為 0.74%)。其中轉診至醫學中心就醫 1,151 千件，占該層級就醫件數比率 4.02% (106 年同期為 2.72%)；轉診至區域醫院就醫 1,054 千件，占該層級就醫件

數比率 3.10% (106 年同期為 2.20%)，轉診至地區醫院就醫 359 千件，占該層級就醫件數比率 1.61% (106 年同期為 0.89%)；轉診至基層診所就醫 76 千件，占該層級就醫件數比率 0.05% (106 年同期為 0.002%)。

單位：千件

接受院所層級	106 年 1-9 月		115 年 1-9 月	
	值	轉診率	值	轉診率
合計				
總就醫件數	223,389		224,322	
轉診件數	1,644	0.74%	2,641	1.18%
醫學中心				
總就醫件數	24,983		28,640	
轉診件數	680	2.72%	1,151	4.02%
區域醫院				
總就醫件數	34,564		34,039	
轉診件數	761	2.20%	1,054	3.10%
地區醫院				
總就醫件數	22,540		22,318	
轉診件數	200	0.89%	359	1.61%
基層診所				
總就醫件數	141,302		139,324	
轉診件數	3	0.002%	76	0.05%

◎資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔（115.11.04 擷取）

◎轉診案件：就醫日期為 106/115 年 1-9 月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為 05)、申報院所代號第一碼為 A、H、J、Q、R、S 之案件。

▲轉　　診：(1)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1 且來源院所代號不等於轉入院所代號。

(2)申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、008、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、C6、F3、FT、JA(偏鄉、IDS)且來源院所代號等於轉入院所代號。

(3)接受轉診醫令代碼 01038C、00193C。

▲視同轉診：申報部分負擔代碼為 A40、B40、C40、A31、B31、C31 或部分負擔代碼為 C30 且轉代檢註記為 T 之案件。

二、 各層級轉診流向及上下轉分析

（一）115 年 1-9 月各層級轉診流向(不含視同轉診案件)：

1、醫學中心轉出 72,049 件，其中 33.36%轉至區域醫院、39.24%轉至地區醫院、18.51%轉至基層診所、8.89%轉至其他醫學中心。

2、區域醫院轉出 95,248 件，其中 53.23%轉至醫學中心、7.17%轉至地區醫院、12.88%轉至基層診所、26.72%轉至其他區域醫院。

3、地區醫院轉出 145,410 件，其中 57.56%轉至醫學中心、22.88%轉至區域醫院、3.52%轉至基層診所、16.04%轉至其他地區醫院。

4、基層診所轉出 624,100 件，其中 48.99%轉至醫學中心、38.14%轉至區域醫院、11.24%轉至地區醫院、1.63%轉至其他基層診所。

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	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
106 年 1-9 月										
合計	333,890	100%	3,184	100%	13,678	100%	35,833	100%	274,923	100%
醫學中心	163,455	48.95%	544	17.09%	8,951	65.44%	21,008	58.63%	132,327	48.13%
區域醫院	135,546	40.60%	1,965	61.71%	3,338	24.40%	10,901	30.42%	114,543	41.66%
地區醫院	31,669	9.48%	652	20.48%	843	6.16%	3,638	10.15%	25,724	9.36%
基層診所	3,220	0.96%	23	0.72%	546	3.99%	286	0.80%	2,329	0.85%
115 年 1-9 月										
合計	943,199	100%	72,049	100%	95,248	100%	145,410	100%	624,100	100%
醫學中心	448,060	47.50%	6,406	8.89%	50,705	53.23%	83,696	57.56%	305,769	48.99%
區域醫院	324,771	34.43%	24,032	33.36%	25,446	26.72%	33,267	22.88%	238,027	38.14%
地區醫院	129,483	13.73%	28,274	39.24%	6,830	7.17%	23,325	16.04%	70,155	11.24%
基層診所	40,885	4.33%	13,337	18.51%	12,267	12.88%	5,122	3.52%	10,149	1.63%

◎資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔（115.11.04 擷取）。

◎合計欄與各特約層級加總差異，係「資料不全」欄位(轉診(轉出或轉入)院所代號未填寫者)未呈現。

（二）115 年 1-9 月轉診上下轉件數：

1、 為鼓勵院所建立轉診之合作機制，自 107 年 7 月起於支付標準提供轉診誘因，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案。

2、 115 年 1-9 月總轉診件數 943,199 件，其中接受上轉 781,619 件，平轉 65,326 件，下轉（含回轉）89,862 件。

單位：件數

	114 年 1-9 月		成長率	115 年 1-9 月		成長率
	件數	占率		件數	占率	
接受上轉	941,110	83.89%	8.22%	781,619	82.87%	-16.95%
接受平轉	71,197	6.35%	-1.93%	65,326	6.93%	-8.25%
接受下轉(A+B)	102,186	9.11%	-15.50%	89,862	9.53%	-12.06%
單向下轉(A)	75,092	6.69%	-18.01%	62,539	6.63%	-16.72%
回轉(B)	27,094	2.42%	-7.65%	27,323	2.90%	0.85%
資料不全	7,349	0.66%	4.34%	6,392	0.68%	-13.02%
總計	1,121,842	100.00%	4.82%	943,199	100.00%	-15.92%

◎備註: 1.鼓勵轉診相關支付標準，自 107 年 7 月始生效。

2.因同一筆案件轉出及轉入流向會重複計算案件數，故同一筆僅計轉入端 1 件以轉入(接收院所)之件數分析。

◎資料範圍：總額內、外案件，因前後年度定義不同，為利比較均以接受轉診院所資料進行統計。

(1) 106 年 7-12 月及 107 年 1-6 月之轉診定義為申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1(接受他院轉入)案件且申報院所代碼不等於轉入院所代碼案件或部分負擔代碼 A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、 C6、 F3、 FT、 JA 且申報院所代碼等於轉入院所代碼案件。

(2) 107 年 7 月後之轉診定義為申報部分負擔代碼 A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 1(接受他院轉入)案件且申報院所代碼不等於轉入院所代碼案件或部分負擔代碼 A30、B30、C30、D30、001、002、003、004、005、006、007、008、009、011、801、802、901、902、903、904、905、906、907 且轉代檢註記為 G9、G5、 C6、 F3、 FT、 JA 且申報院所代碼等於轉入院所代碼案件及 01038C 案件。

◎居護所及精神科社區復健機構轉診至基層診所視為同平轉。

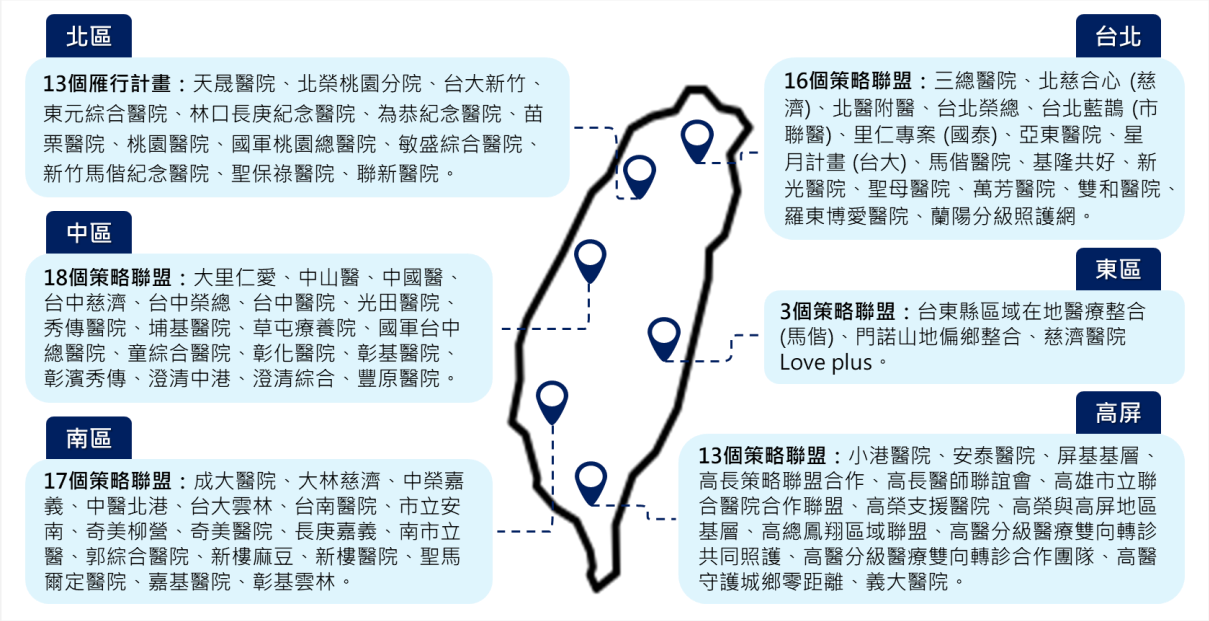
◎回轉係指轉回原轉出院所之案件。

◎資料不全係指轉診(入)院所代號未填寫之資料。

◎為利年度比較，均以接受轉診院所資料進行統計。

（三）本署積極推動醫療體系垂直整合，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護，

截至 115 年 9 月底共計組成 80 個策略聯盟，已有 6,681 家特約院所(醫學中心 28 家、區域醫院 80 家、地區醫院 270



家、基層院所 6,155 家、居家護理機構 139 家、精神復健機構 5 家及呼吸照護所 4 家)參與。

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，115 年 1-9 月較 114 年同期減少 57,868 件。

檢傷分級	**114 年 1-9 月**	**115 年 1-9 月**	**成長率**
檢傷 1 級	153,275	149,527	-2.45%
檢傷 2 級	578,210	595,045	2.91%
檢傷 3 級	4,153,252	3,942,287	-5.08%
檢傷 4 級	543,021	480,329	-11.55%
檢傷 5 級	58,908	63,732	8.19%

◎ 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門、住診明細、醫令檔 (115.11.2 擷取)。
◎ 資料範圍：急診係門、住診案件申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」。門診資料排除：接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者、慢性病連續處方箋調劑、居家與護理之家照護、精神科社區復健、預防/篩檢/戒菸/登革熱快篩等代辦案件、補報部分醫令或醫令差額及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。
◎ 住院資料排除：代辦膳食費案件、補報部分醫令或醫令差額案件及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。

四、 開放基層表別，擴大診所服務範疇：

為壯大基層，開放基層院所服務範疇，自 106 年起西醫基層總額開放表別項目詳附表 1-1 至附表 1-8。

五、 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至基層診所就醫及緩解急診壅塞：112 年 7 月 1 日實施部分負擔調整方案，調整門診藥品與急診部分負擔：

1. 醫學中心與區域醫院之藥品部分負擔上限自 200 元調整至 300 元；另醫院開立之慢性病連續處方箋，第一次調劑依一般藥品計收部分負擔(附表 2-1)。
2. 急診部分負擔：改依就醫院所層級別計收，醫學中心調高至 750 元、區域醫院調高至 400 元(附表 2-2)。
3. 門診基本部分負擔本次未調整。

六、 電子轉診平台使用件數：

(一)轉診應基於醫療上之需要，並符合醫療法第 73 條(醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診)之規定，即轉診需求應依病人實際病情由醫師專業判斷，各層級醫療院所分工各具有不同的任務與角色，使病人得到適切醫療照護。

(二)為推動分級醫療並提升轉診效率，本署「電子轉診平台」，於 106 年 3 月 1 日上線。115 年 1-9 月共 11,359 家院所使用，轉診約 128.9 萬人次。

七、 健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統使用成效：

(一)截至 115 年 9 月底，健康存摺使用人數約 1,281 萬人，使用次數約 6 億 8,718 萬人次。

(二)108 年 3 月新增健康存摺系統軟體開發套件（Software Development Kit, SDK），民眾可以透過 SDK 下載本人健康存摺資料至自身行動裝置，再依自主意願提供給信任的第三方健康照護 APP 運用，提供加值服務，截至 115 年 9 月止，共 10 家（20 支 APP）已完成 SDK 申請正式上

線，提供民眾各式健康加值服務。

(三)115 年 1-9 月份共有 29,586 家院所、135,118 位醫事人員查詢使用健保醫療資訊雲端查詢系統，醫療院所整體使用率達 97.2%，(使用率：醫院 100%、西醫診所 98.4%、中醫診所 97.8%、牙醫診所 98.6%、藥局 93.8%)，經歸戶後有 85.9%的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢本系統，平均每月約 4.4 千萬查詢人次。

(四)107 年起提供醫療影像跨院調閱分享機制，經統計有調閱影像案件中，醫療院所跨院調閱占率達 49%，其中基層診所跨院調閱占率達 98%，除可避免檢查重複，亦可強化基層診所照護能力，提供精準醫療；估計 107 年第 2 季累計至 115 年第 3 季分享電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)醫療影像，平均每月替民眾節省約 991.1 萬元影像複製費及交通時間成本。

附表 1-1　106 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-胜鏈胰島素免疫分析	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 1-2　107 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	09113C	皮質素免疫分析	240	240	2.9
2	12086C	人類白血球抗原—HLA-B27	1,351	1,351	6.5
3	12121C	甲促素結合體抗體	360	360	1.7
4	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）	30	30	2.3
5	62046C	局部皮瓣(1-2 公分)	3,350	5,126	0.7
6	62047C	局部皮瓣(2 公分以上)	7,310	11,184	2.6
7	09099C	心肌旋轉蛋白 I	450	450	47.2
8	12165C	A 群鏈球菌抗原	200	200	0.2
9	19013C	陰道式超音波	957	957	63.5
合計					127.5

附表 1-3　108 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A	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	09129C	維生素 B12 免疫分析	180	180	2.6
2	12073C	淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗	800	800	5.7
3	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法	2,450	2,450	7.9
4	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	4,000	4,000	29.2
5	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000	2,000	127.5
6	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800	2,800	59.2
7	20013C	頸動脈超音波檢查	800	800	20.5
8	22017C	平衡檢查	450	450	3.9
9	51018C	光化治療 一天	855	855	1.3
10	51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線) 一天	430	430	16.3
11	51033C	皮膚鏡檢查	250	250	0.1
合計					274.2

附表 1-4　109 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A	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	08036C	部分凝血活酶時間	180	180	21.2
2	12060C	DNA 抗體	300	300	5.1
3	12068C	甲狀腺球蛋白抗體	200	200	4.5
4	12134C	甲狀腺過氧化胺抗體	200	200	3.4
5	12193C	B 型利鈉肽(B 型利納利尿胜肽)	800	800	34.7
6	14026C	輪狀病毒抗原	280	280	0.5
7	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	350	350	0.4
8	14064C	腺病毒抗原檢查	150	150	0.7
9	15007C	穿刺細胞檢查	667	667	8.1
10	18037C	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波	1,140	1,140	-
11	54043C	其他耳鼻喉囊腫之穿刺或引流	150	150	0.0
12	62020C	二氧化碳雷射手術	3,213	4,916	10.8
13	09130C	葉酸免疫分析	180	180	2.8
14	86206C	眼坦部玻璃體切除術-簡單	9,266	14,177	-
15	85818C	虹膜成形術：固定戳穿(顯微鏡下手術)	4,204	6,432	0.0
16	86407C	光線凝固治療	3,591	5,494	-
17	86209C	移位晶體摘除合併玻璃體切除術	17,550	26,852	0.3
合計					92.7

註:62020C 自 111 年 9 月 1 日起改為 62020B。

附表 1-5　110 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A	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	18039C	無壓迫性試驗	517	517	1.6
2	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	1,500	1,500	42.3
3	80005C	陰道縫合術（縫合陰道損傷，非產科）	2,999	4,588	0.0
4	80006C	陰道會陰縫合術：縫合陰道及會陰損傷（非產科）	5,160	7,895	0(註)
5	23609C	電腦自動視野儀檢查—Threshold	862	862	15.6
合計					59.5
註：本項 110 年基層跨表申報量大於開放後之預估量，爰改以 0 計。					

附表 1-6　111 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A	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	80604C	輸卵管剝離術	6,665	10,197	0.0
2	80606C	輸卵管造口術	10,739	16,431	0.0
3	14082C	人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗	320	320	0.58
合計					0.58

附表 1-7　112 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A	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	18010C	頸動脈聲圖檢查	900	900	26.2
合計					26.2

附表 1-8　114 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 A	含材料費支付點數	預估基層年增加預算(百萬點)
1	02028C	預立醫療照護諮商費	3,000	3,000	-
合計					-

附表 2-1、西醫門藥品診部分負擔規定

對象	**層級別**	**一般藥品處方箋**	**慢連箋 第一次調劑**	**慢連箋 第二次以後調劑**
一般民眾	醫學中心及區域醫院	定率 20%收取，上限 300 元； 藥費 100 元以下收 10 元		免收
	地區醫院	定率 20%收取，上限 200 元； 藥費 100 元以下免收		
	基層診所/中醫	定率 20%收取，上限 200 元；藥費 100 元以下免收	免收	
弱勢族群 (低收入戶、中低收入戶、身心障礙者)	不分層級	定率 20%收取，上限 200 元； 藥費 100 元以下免收	免收	

說明：

1. 低收入戶之部分負擔，依健保法第 49 條由社政單位編列公務預算支應，醫事機構免向保險對象收取部分負擔。
2. 具身心障礙之保險對象，於就醫時需出具證明，方得以弱勢族群身分收取部分負擔。

附表 2-2、急診部分負擔調整內容

層級別/對象	**一般民眾**	**弱勢族群 (低收入戶、中低收入戶、身心障礙者)**
醫學中心	750 元	550 元
區域醫院	400 元	300 元
地區醫院	150 元	150 元
基層診所	150 元	150 元

說明：

1. 低收入戶之部分負擔，依健保法第 49 條由社政單位編列公務預算支應，醫事機構免向保險對象收取部分負擔。
2. 具身心障礙之保險對象，於就醫時需出具證明，方得以弱勢族群身分收取部分負擔。