



立法院第 9 屆第 7 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  
「區域級(含)以上大醫院門診減量  
措施，自 107 年起每年減量 2%，逐  
年增加減量目標，5 年達減量 10%」  
報告  
(書面報告)

報告人：衛生福利部部长 陳時中  
報告日期：中華民國 108 年 3 月 11 日

# 目 錄

壹、	前言 .....	1
貳、	區域級(含)以上醫院門診減量措施說明.....	2
參、	區域級(含)以上醫院門診減量措施辦理情形.....	5
肆、	後續檢討 .....	8
伍、	未來規劃 .....	10
陸、	結語 .....	11

主席、各位委員女士、先生，大家好：

今天，大院第9屆第7會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，<sup>時中</sup>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，於民眾端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；另鼓勵大醫院將穩定慢性病或輕症病患下轉，集中量能並優先用於急重症照護；以下針對區域級(含)以上醫院門診減量措施之推動情形分述如下，敬請各位委員不吝惠予指教。

## 貳、區域級(含)以上醫院門診減量措施說明

### 一、緣起

因應 108 年醫院醫師納入勞動基準法，如醫院門診量仍維持現在規模，醫護人力工作負擔將比現在更為加重，故須更務實前瞻及更有效的策略，一方面改變民眾就醫習慣，一方面鼓勵醫院將輕症病患下轉，讓大醫院將資源優先用於急重症患者之照護。

本部於 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式時，明訂為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。以五年降低 10% 為目標值，並定期檢討。

本部中央健康保險署爰於 107 年 1 月、3 月及 6 月起陸續於全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議，討論本項政策之執行方式，經多次與醫界熱烈交換意見，廣納眾議並充分討論後，始於 107 年第 2 次全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議確認執行方式之計算邏輯(如附件)，排除不屬醫院總額內之案件(如透析、代辦、其他部門及轉代檢等)、重大傷病(含罕病)、轉診及視同轉診案件(含上下轉)、山地離島及醫療資源不足地區相關改善計畫、論病例計酬、愛滋病、C 肝、論質計畫中慢性病尚未穩定、類流感案件、急診及門診手術等，不列在門診減量範圍內。另醫院如門診量占率低於該層級 0.5% 以下之醫院，亦排除於本年門診減量範圍內，並自 107 年 7 月 1 日起執行。

## 二、配套措施

推動分級醫療的同時，為確保民眾就醫權益不受影響，本部中央健康保險署於協定年度總額預算時，亦針對配套措施編列預算如下表。

項目		106年	107年	108年
鼓勵院所建立轉診之合作	醫院		2.58	6.89
機制	基層		1.29	2.58
基層總額轉診型態調整費用			13.46	13.46
基層開放表別		2.5	4.5	7.2
家庭醫師整合照護計畫		15.8	28.8	28.8

為避免大醫院因為門診收入縮減而影響運作，本部中央健康保險署 106 年以 60 億元調高部分急重症醫療的給付金額，調高重症支付標準項目如下表。107 年投入 9.86 億元調整護病比加成與 ICU 護理費。

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
	急診觀察床病房費/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%

為強化醫院與診所醫療合作服務，讓大醫院可安心下轉病人，陸續實施家庭醫師整合性照護計畫、急診品質提升方案、跨層級醫院合作計畫、提升急性後期照護品質試辦計畫及居家醫療整合照護試辦計畫，鼓勵院所間之合作，提供病人連續性照護，並新增轉診支付誘因，鼓勵有效且具品質之轉診服務。並鼓勵地區醫院假日開診，於107年12月投入近7億施行其門診診察費用，周六調升100點，周日例假日150點，另排除藥費、特材以外之醫療費用加成30%，讓民眾快速就近就醫。

另為進一步減少重複醫療，本部中央健康保險署再建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」，鼓勵醫療院所透過上傳，共享醫療影像。自107年1月起，鼓勵各大醫院即時上傳電腦斷層攝影(CT)或核磁共振造影(MRI)的影像及報告，同年2月起也鼓勵將胃鏡、大腸鏡、超音波及X光等檢驗檢查結果上傳，其他院所可透過此系統調閱影像及報告內容，藉此落實分級醫療「社區好醫院，厝邊好醫師」的理念，提升病患就醫品質及方便性。

本部中央健康保險署各分區業務組也依轄區特性，積極推動醫療體系垂直整合計畫，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或基層診所甚至長照機構等，使全體民眾都能接受到完善的醫療照護。

本項政策係為考量區域級(含)以上大醫院將照護量能集中於急重症，並不以核扣費用為目的，大醫院可透過下轉穩定慢性病患或積極參與醫院以病人為中心門診整合計畫，有效減少多科病人就醫次數，以達到門診減量2%之目標，讓醫療資源得以均衡分布，醫療體系得以良性發展，全民就醫效率及品質均能提升。

### 參、區域級(含)以上醫院門診減量措施辦理情形

全國 103 家院所中，扣除納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於(等於)0.50%者(含奇美分院、八里療養院、三總北投分院、桃園療養院、草屯療養院、嘉南療養院、市立凱旋、慈惠等 8 家精神科醫院及國軍花蓮、大甲李綜合、國仁、和信、部苗粟等 5 家，共 13 家醫院)，共 90 家區域級以上醫院列入門診減量範圍，並自 107 年第 3 季開始執行，107 年第 3-4 季初步執行結果說明如下：

(一) 90 家區域級以上醫院，符合減量範圍件數計 2,197 萬件，較去年同期減少 51.5 萬件，其中醫學中心下降 1.8%，區域醫院下降 2.6%，整體約下降 2.3%，較原設定目標下降 2%略高。

層級別	Q3-Q4符合減量範圍件數 (萬件)			
	106年	107年	件數變動	下降率
	(A)	(B)	(B-A)	(B-A)/A
醫學中心	894.2	878.1	-16.0	-1.8%
區域醫院	1,354.2	1,318.8	-35.4	-2.6%
合計	2,248.4	2,197.0	-51.5	-2.3%

(二) 本案係按季結算，各季未達-2%標準者，依其超出件數予以核減，107 年第 3 季共核減 1.34 億點(醫學中心 6 家未達標，共核減 0.62 億點；區域醫院 14 家未達標，共核減 0.72 億點)；第 4 季共核減 3.55 億點(醫學中心 8 家未達標，共核減 2.22 億點；區域醫院 27 家未達標，共核減 1.33 億點)，總計兩季約共核扣約 5 億點(約占當期區域級以上醫院門診申報費用的 0.4%)。

季別	層級別	達標家數	未達標	
			家數	核扣點數 (億點)
Q3	醫學中心	13	6	0.62
	區域醫院	57	14	0.72
	小計	70	20	1.34
Q4	醫學中心	11	8	2.22
	區域醫院	44	27	1.33
	小計	55	35	3.55

(三) 各季按達標與未達標院所統計如下表。

◆ 醫學中心達標與未達標情形

醫學中心		Q3		
		達標	未達標	家數小計
Q4	達標	國泰、新光、臺中榮總、中國、奇美醫院、高雄榮總、高雄長庚、高雄醫學大學 共 8 家	萬芳、中山、慈濟 共 3 家	11
	未達標	臺大、馬偕、亞東、林口長庚、彰基共 5 家	三總、北榮及成大共 3 家	8
	家數小計	13	6	



◆ 區域醫院達標與未達標情形

區域醫院		Q3		
		達標	未達標	家數小計
Q4	達標	臺北市聯醫、部台北、三總松山、臺安醫院、長庚基隆、恩主公醫院、羅東聖母醫、耕莘醫院、台北醫大、雙和醫院、新竹馬偕、為恭醫院、敏盛綜合、壠新醫院、部臺中、部彰化、國軍台中、光田綜合、童綜合醫院、秀傳醫院、台中慈濟、大里仁愛、彰濱秀傳、埔里基督教、中榮嘉義、南市立醫院、嘉基醫院、長庚嘉義、大林慈濟、奇美柳營、市立安南、中醫北港、高雄市聯醫、大同醫院、國軍左營、國軍高雄、寶建醫院、小港醫院、台東馬偕 共 39 家	聖保祿、臺南、彰基雲林、部屏東、屏基 共 5 家	44
	未達標	部基隆、陽大、振興、臺北慈濟、汐止國泰、新北市立聯醫、臺大新竹、國軍桃園總、北榮桃園、天晟、林新、澄清中港、新樓、若瑟、阮綜合、義大、輔英、門諾 共 18 家	羅東博愛、部桃、東元、衛部豐原、臺大雲林、聖馬爾定、新樓麻豆、郭綜合、安泰 共 9 家	27
	家數小計	57	14	

## 肆、後續檢討

鑒於本項係分級醫療之重要配套措施之一，且本部公告 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式時即敘明以 5 年降低 10% 為目標值，並定期檢討； 108 年度總額及其分配方式並已公告，要求 108 年度醫學中心及區域醫院件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04% (98%\*98%)，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。

本項政策實施 2 季以來，已接獲多方建議與反映，各界對於分級醫療政策均表支持，惟對執行方式各有不同意見，包括醫學中心協會與區域醫院協會建議 108 年度門診減量計算方式應自 108 年 7 月 1 日起算，執行期間應以 1 年為基準、各分區自主管理與門診減量 2% 政策，以不重複核扣為原則、排除範圍再擴大及區域醫院門診減量降幅應為醫學中心之一半等，重大建議及各單位回復意見彙整如下表。

108 年區域級(含)以上醫院門診減量 2%措施執行方式各界意見一覽表

建議事項	全民健康保險會	台灣社區醫院協會	醫師公會全國聯合會
門診減量108年度計算方式應以108年7月1日起算，各年執行期間應以1年為基準(區協、醫學中心協會)	實施期程與基期已於108年度公告敘明，均以年度為基礎。執行期間、門診減量採用標準等涉及實際執行面，建議本部中央健康保險署納為檢討之參據。	不同意修訂。惟若仍無法確實落實大醫院門診減量措施，建議門診自行負擔依全民健康保險法第43條第1項採定率計算。	同意修訂。
各分區自主管理與門診減量2%政策，以不重複核扣為原則。(區協、醫學中心協會)			同意修訂。
區域醫院與醫學中心採相同標準逐年下降，有失公平(建議降幅應為醫學中心50%)。(區協)			醫界內部意見分歧，建議本部中央健康保險署召開會議凝聚共識。
排除轉出案件 (區協、醫學中心協會)			同意修訂。

上述建議，本部中央健康保險署均已收錄，並提至本(108)年3月6日召開之醫院總額研商議事會議討論；會上醫界代表表示支持分級醫療，惟對於本項措施對部分院所可能造成之衝擊表達疑慮；會上決議同意排除「轉出」之案件、各分區自主管理與門診減量2%政策核扣，不同意「以不重複核扣為原則」之處理方式(108年皆應進行核扣)，另108年度計算方式應以108年7月1日起算及區域醫院與醫學中心不應採相同標準逐年下降2%一節，與108年全民健康保險會總額協定公告內容不符，若需修正，請醫界依行政程序，提案至全民健康保險會討論後再議。

考量門診減量措施係以五年降低10%為目標值，目前僅執行2季，後續仍需觀察其成效，本部中央健康保險署將定期於醫院總額研商議事會議上報告執行結果，持續蒐集各界意見並作滾動式檢討。

## 伍、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、持續導引區域級(含)以上醫院將穩定慢性病下轉社區醫院及基層院所，藉由轉診資訊交換平台之有效利用及提供誘因，鼓勵雙向轉診。
- 三、持續編列額外預算鼓勵院所建立轉診之合作機制，並減少門診減量措施可能對大醫院造成財務之衝擊。
- 四、持續對民眾加強宣導有效分流及善用醫療資源之觀念，合理使用醫療資源。

## 陸、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9屆第7會期以來承大院協助與支持，就分級醫療召開公聽會，對本部業務之推展有莫大助益。對分級醫療各項政策尚祈大院鼎力支持，以嘉惠全體國人。

以上報告，敬請各位委員先進指教！

## 附件

107 年區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配之計算邏輯

### 一、申請件數及點數計算方式：

(一)透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

#### 1. 代辦案件：

(1) 門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2) 多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為 901。

#### 2. 其他部門：

(1) 居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

(2) 居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 EC。

(3) 提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目(一)~(四)為 JA、JB。

(4) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 K1。

(5) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)為 EB。

#### 3. 轉代檢：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN\_ID\_MARK)為 5、6。

(二)非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三)下列案件之件數及點數均排除不計：

1. 重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為 001。

2. 轉診案件：

(1) 轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為 A30、B30。

(2) 轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3) 經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3. 視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目(一)~(二)為 G9 案件。

5. 西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目(一)~(二)為 G5 案件。

6. 論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7. 愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8. C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 H1 或 HE。

9. 論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10. 主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11. 急診案件：門診案件分類為 02。

12. 門診手術案件：門診案件分類為 03。

(四)慢性連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、核減方式：按季結算，並自 107 年第 3 季執行。

(一)基期期間：106 年。

(二)不予核扣：

1. 106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於

0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2. 該院 107 年當季未超出 106 年當季門診件數之 98%者，不予核扣。

(三)該院 107 年當季超出 106 年當季門診件數之 98%者，核減方式如下：

1. 該院 107 年當季門診每人次平均點數  $\times$  (該院 107 年當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 98%)。

2. 該院 107 年當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數(申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註：

1. 本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」。
2. 類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。
3. 視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。
4. 每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。