

分級醫療六大策略辦理進度成效

為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有醫療機構及人力合理分布，應建立分級醫療制度，達到醫療分工及合作目的，爰本署經彙集公聽會、立法院衛環委員會及專家學者意見，擬訂(一)提升基層醫療服務量能。(二)導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔。(三)調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務。(四)強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護。(五)提升民眾自我照護知能。(六)加強醫療財團法人管理等兼顧各面向之六大策略(詳下圖)。



為落實分級醫療各項配套措施，大部分措施已於 106 年完成，本署亦於 107 年增列預算擴大辦理，108-112 年繼續編列預算持續辦理，並輔以定期追蹤管制考核措施，目前辦理情形說明如下：

一、 配套措施屬健保署業務與醫事司業務已完成事項：

(一) 健保署部分：

1. 推動分級醫療配合編列之預算

單位：億元

預算項目	總額	106	107	108	109	110	111	112	113	合計
1.強化基層照護能力及「開放表別」項目	西醫	2.5	4.5	7.2	8.2	9.2	12.2	13.2	13.2	70.2
2.家庭醫師整合性照護計畫	基層	20.3	24.3	28.8	35.0	36.7	39.48	39.48	42.48	266.54
3.鼓勵院所建立轉診合作機制			1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58	16.77
			2.58	6.89	6.89	4.0	2.247	2.247	2.247	27.101
4.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 ^{註1}	醫院					5.0	10.0	5.0	5.0	25.0
5.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 ^{註1}						10.0	20.0	10.0	10.0	50.0
6.地區醫院全人全社區照護計畫 ^{註2}									5.0	5.0
7.基層總額轉診型態調整費用	其他預算		13.46	13.46	10.0	10.0	8.0	8.0	8.0	70.92
總計		22.8	46.13	58.93	62.67	77.48	94.507	80.507	88.507	531.531

註1：110~111年編列於一般服務，112年以後編列於專款項目

2.：113年新增專款項目

2. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：於支付標準提供轉診誘因，**113年**基層編列2.58億元；醫院編列2.247億元，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案。本項將以新增轉診診察費方式辦理。業經107年5月10日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)討論通過，新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診診察費加算」等5項支付標準，衛生福利部已於107年6月26日以衛部保字第1071260293號公告，該等項目自107年7月1日起施行。

3. 開放基層表別，擴大診所服務範疇：

- (1) 106 年開放表別項目編列 2.5 億元，開放 25 項表別項目，112 年基層院所申報 461.9 百萬點。
- (2) 107 年開放表別項目編列 4.5 億元，開放 9 項表別項目，其 112 年基層院所申報數為 197.9 百萬點。
- (3) 108 年開放表別項目編列 7.2 億元，開放 11 項表別項目，其 112 年基層院所申報數為 151.7 百萬點。
- (4) 109 年開放表別項目 8.2 億元，開放 17 項表別項目，其 112 年基層院所申報數為 51.9 百萬點。
- (5) 110 年開放表別項目編列 9.2 億元，開放 5 項表別項目，其 112 年基層院所申報數為 37.0 百萬點。
- (6) 111 年開放表別項目編列 12.2 億元，開放 3 項表別項目，其 112 年基層院所申報數為 0.2 百萬點。
- (7) 112 年開放表別項目，編列 13.2 億元，開放 1 項表別項目，其 112 年基層院所申報數為 1.5 百萬點。

收載年度	預算數 (百萬元)	開放項數	各費用年度執行數(百萬點)					
			107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
106 年	250.0	25	228.2	379.9	144.1	87.8	101.7	461.9
107 年	450.0	9	59.5	132.3	165.9	178.6	193.1	197.9
108 年	720.0	11	...	56.5	95.6	116.5	143.3	151.7
109 年	820.0	17	...	...	5.1	19.8	27.9	51.9
110 年	920.0	5	...	...	...	8.6	26.4	37.0
111 年	1,220.0	3	...	...	...	...	0.0	0.2
112 年	1,320.0	1	...	...	...	...	...	1.5
合計 ^註	5,700.0	70	287.6	568.7	410.8	411.2	492.4	902.2
預算執行率			63.2%	78.5%	50.1%	44.5%	40.2%	68.4%

4. 擴大家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)：

- (1) 自 106 年起已達成各次級醫療區均至少有 1 群醫療群診所服務之目標，106 至 112 年計畫執行狀況如下：

	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
預算數(億元)	20.3	24.3	28.8	35.0	36.7	39.48	39.48
預算執行數(億元)	20.3	24.3	28.8	35.0	36.7	38.85	-
預算執行率	100%	100%	100%	100%	100%	98.4%	-
醫療群	526	567	605	622	623	609	558
參與診所數	4,063	4,558	5,052	5,407	5,587	5,678	5,590
參與醫師	5,182	5,924	6,666	7,307	7,637	7,833	7,807
收案人數(萬人)	413	473	546	575	601	600	596

註 1.107 年計畫編列 28.8 億，其中 4.5 億元挹注 106 年不足款；另 109 年較 108 年增加 620 百萬元，其中 4 億元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群。

註 2.112 年於隔年 5 月進行結算作業，爰尚無預算執行數

- (2) 落實社區醫療群與合作醫院間實質照護，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；推廣社區醫療群應主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式。
- (3) 為由單向轉診朝向雙向轉診，107 年家醫計畫修訂重點除增加落實雙向轉診及共同照護，評核指標亦新增雙向轉診指標，包含電子轉診使用、住院門診及雙向轉診率(後續因考量電子轉診平台使用率已近 100%、不易評估住院雙向轉診之成效等因素刪除)。

5. 鼓勵醫師跨層級支援，跨層級醫院合作計畫實施：

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。

108 年 3 月 4 日修正公告開放基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院，自 108 年 4 月 1 日起實施，以加強社區醫院假日服務量能。112 年 12 月共 76 個醫療團隊參與計畫，截至 112 年 1-12 月共申報約 20,709 診次。

6. 鼓勵診所及醫院共同照護，列為家醫計畫評核指標：
 - (1) 105 年將「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 年續將「社區醫療群醫師支援醫院」納入指標項目。
 - (2) 為提升社區醫療群照護，107 年家醫計畫修訂重點除增加落實雙向轉診及共同照護，另將社區藥局、物理治療所及檢驗所納入做為合作單位，建立醫療群合作診所，提供復健科、眼科及精神科等醫療服務。
 - (3) 預防保健項目回歸基層院所提供服務，108 年家醫計畫修訂預防保健項目指標之計算改以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。
7. 降低弱勢民眾就醫經濟障礙：

112 年 7 月 1 日起實施之部分負擔調整方案，原依規定減免或法定補助部分負擔之保險對象(如重大傷病、低收入戶、無職榮民及其遺眷等)均維持原有權益，身心障礙者及中低收入戶皆不受影響。
8. 提供開診時段與急診就醫資訊查詢：
 - (1) 於本署健保快易通 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即時訊息」及「急症處理」。

(2) 新增地圖式查詢功能，供民眾查詢所在位置半徑 4 公里內之院所，另增加道路名稱查詢條件及篩選條件下院所資料匯出清單功能。

(3) 新增條件查詢「無障礙服務」功能，照顧年長者及身心障礙人士查詢各地提供無障礙服務之醫療院所。

9. 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫：

112 年 7 月 1 日實施之部分負擔調整方案，調高醫學中心及區域醫院藥品部分負擔上限至 300 元，另醫院開立之慢性病連續處方箋第一次調劑比照一般藥品收費，基層院所維持慢箋免部分負擔。未來仍持續對部分負擔進行滾動式檢討。

10. 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞：

112 年 7 月 1 日實施之部分負擔調整方案，改依急診就醫院所層級別計收急診部分負擔。醫學中心調高至 750 元、區域醫院調高至 400 元，地區醫院和基層診所仍維持 150 元，以期民眾可依病情需要，選擇適當之急診院所。

11. 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。106 年全年共 4,064 家院所使用，轉診約 13.6 萬人次；107 年全年共 9,568 家院所使用，轉診約 70.5

萬人次；108 年共 11,391 家院所使用，轉診約 137 萬人次；109 年共 11,557 家院所使用，轉診約 143 萬人次；110 年共 11,267 家院所使用，轉診約 140 萬人次；111 年 1-12 月共 11,245 家院所使用，轉診約 142 萬人次。112 年 1-12 月共 11,465 家院所使用，轉診約 150 萬人次。

(2) 持續與醫療院所之 HIS 系統資料介接交換，減少院所行政作業程序。

(3) 精進電子轉診平台功能：

① 電子轉診平台強化下轉(醫院資訊轉回診所)功能作業。

② API 功能完善、如：提供轉診單序號編碼原則、增加夾帶檔案格式及個數、與醫界建立功能精進窗口。

12. 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：

106 年 4 月 13 日公告修正全民健康保險轉診實施辦法，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，建議特約院所使用本署建立之電子轉診平台傳送轉診單。

13. 增列地區醫院支付標準獎勵措施：

(1) 推動分級醫療的目的，在讓各層級醫療院所各司其職、分工合作，但由於假日有不少西醫基層診所未能提供診療服務，以致許多民眾在週六、週日生病，只能被迫前往大醫院掛急診，徒增就醫不便與金錢花費，增列地區醫院支付標準獎勵措施如下：

①106 年起急診案件保障點值，推估 1 年增加 1.35 億元：

自 106 年 10 月起地區醫院急診案件保障點值 1 點 1 元(推估 1 年增加 1.35 億元)。

②107 年週六門診診察費調升 100 點，週日及國定假日調升 150 點，另假日門診排除藥品、特材、診察費以外之診療費用額外加成 30%，推估 1 年增加約 6.8 億點：

12 月 1 日起增加「地區醫院週六、週日及國定假日門診診察費加計」支付項目，週六調升 100 點，

週日及國定假日調升 150 點，期待彌補民眾假日就醫之需求；另鑑於地區醫院假日開診勢必增加成本，本署為合理反映假日各類醫事人員與行政團隊出勤、加班之實際成本，亦對假日門診排除藥品、特材、診察費以外之診療費用額外加成 30%(推估 1 年增加約 6.8 億點)。

③108 年地區醫院門診診察費夜間加成 10%，1 年增加約 1.2 億點。

(2) 此外，為利民眾方便查詢住家附近地區醫院週六、日門診服務情形，本署已請各地區醫院配合登錄及維護其週六、日「服務時段」及「開診科別」。民眾於健保署全球資訊網及健保快易通 APP「固定服務時段」頁面，透過點選地區醫院週六日開診連結，即可顯示該時段「開診科別」，假日生病免煩惱，快速便利且可就近就醫。

14. 調高急重症支付標準：

(1) 106 年 10 月 1 日起調高重症支付標準，1 年挹注 60 億元。

(2) 107 年投入 9.8 億元調整護病比加成與 ICU 護理費，並刪除門診合理量公式，調整 11 項特定處置項目支付標準，共挹注 20.3 億元用於調整急重症支付標準。

(3) 108 年再投入預算 42 億元，用於調整急重症支付標準，包括 413 項診療項目點數、提升住院診察費及增列 75 歲以上加成 20%、急診診察費診治 6 歲以下

兒童之專科醫師加成、麻醉費調整為提升兒童加成、住院護理費調升等。

- (4) 109 年醫院總額醫療服務成本指數改變率所增預算，用於調升「急診診察費」、「檢傷分類第三級急診診察費」、「住院診察費」及「住院護理費」支付點數，推估 1 年挹注 36.81 億元，自 110 年 3 月 1 日起生效；另調整 400 項急重難症特定診療項目及 4 項亞急性呼吸照護病床、2 項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數，調幅介於 0.5%~80%之間，合計 22.73 億點，並自 110 年 7 月 1 日起生效。
- (5) 110 年醫院總額運用「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(5 億元)」及「提升重症照護費用，促進區域級(含以上)醫院門住診結構改變(10 億元)」，保障「區域級以上醫院加護病床之住院護理費、地區醫院假日/夜間門診案件(不含藥費)」以 1 點 1 元支應，自 110 年 4 月 1 日起生效。
- (6) 111 年醫院總額運用「提升重症照護費用，促進區域級(含以上)醫院門住診結構改變 (20 億元)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(10 億元)」，調升住院首日護理費支付點數 30%，自 111 年 3 月 1 日起生效。另自同年 4 月 1 日起，區域級(含)以上醫院加護病床之診療費及住院護理費、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費每點 1 元支付。

(7) 112 年、113 年醫院總額編列「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」（10 億元）及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」（5 億元）兩項專款。113 年運用方式預計延續 112 年專款計畫，將依程序提至相關會議討論。計畫內容摘述如下：

A. 區域級（含）以上醫院：支應加護病房住院診察費及病房費、新生兒中重度住院診察費及急診觀察床病房費及護理費等急重症診療項目，其調整前後點數差額。

B. 地區醫院：支應慢性呼吸照護病房、急診診察費及住院護理費全日平均護病比之額外加成。

15. 門診減量政策：

(1) 因應 108 年醫院醫師納入勞基法，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，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。

(2) 自 107 年第 3 季起，區域級(含)以上醫院門診件數須較 106 年降低 2%，並以達 5 年內門診減量 10%為目標。除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)、交付機構申報案件、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。另該醫院如門診量占率低於該層級 0.5% 以下之醫院，亦排除於門診減量範圍內。

(3) 門診減量政策配套

① 為避免大醫院因為門診收入縮減而影響運作，本署自 106 年以 60 億元調高部分急重症醫療的給付金額外，107 年再挹注 20.3 億元、108 年 42 億元調整急重症支付標準，並於 107 年 12 月 1 日起暫不實施醫院門診合理量。

② 強化醫院與診所醫療合作服務，於急診品質提升方案及提升急性後期整合照護計畫等增加轉診獎勵費用，鼓勵有效且具品質之轉診服務。

③ 本署各分區業務組依轄區特性，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、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護。

(4) 因自 109 年起受疫情影響，為利醫界全力配合防疫，暫緩執行本項措施，110-112 年醫院總額協(決)定事項未列本項措施。

16. 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。

17. 強化醫院出院準備及追蹤服務：

- (1) 定期觀察醫院「出院準備及追蹤管理費」申報及執行成效，並由本署各分區辦理績優醫院標竿學習。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 107 年起每年於其他部門預算編列 5 千萬元，用於鼓勵醫療院所針對出院準備服務對象中符合長照 2.0 之個案，提供適切之轉銜服務。

18. 加強宣導分級醫療：

賡續 106 年至 111 年之執行成果，112 年持續對民眾宣導說明分級醫療、雙向轉診制度、家庭醫師制度，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) 辦理全國分級醫療宣導說明會：

112 年持續宣導，搭配本署分區業務組各類型說明會或其他大型活動管道，112 年 1 月至 112 年 12 月全國已辦理 1 場次宣導說明會，參加人次達 1,131 人次。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。

(2) 製作宣導素材

- ①每年設計及印製健保年報，分送至本署各分區業務組，供其向國內外各界宣導全民健保制度之用。
- ②本署設計印製宣導單張、海報及懶人包 112 年 1 月至 112 年 12 月計 25 則，提供分區業務組臨櫃辦公場域、本署業務說明會及宣導活動張貼佈置發送，增加政策宣導效益。
- ③本署 112 年 1 月至 112 年 12 月拍攝健康存摺、分級醫療政績宣導等影片計 22 支，置於本署 YouTube 影片帳號，本署各分區業務組聯服中心，供民眾自行下載、點閱或瀏覽。

(3) 本署自有行政資源應用：

- ①106 年至今運用自營新媒體平台（Facebook 及 Line@）即時發布最新消息，112 年 1 月至 12 月本署官方臉書已發布 18 則、LINE@已發布 8 則相關訊息，積極推播。
- ②106 年至 112 年於本署全球資訊網分級醫療宣導專區，持續提供政策訊息，包含民眾版簡報 (Slideshare)、相關新聞、FAQ(84 題)、宣導素材(17 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運用本署及六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。

(4) 本署署長自 107 年主動積極拜訪教育部、國民教育署以及發行國民小學國語課本的翰林、南一、康軒等出版公司，分級醫療等健保理念已納入 108 年學年度國小課綱，期待我們的下一代能經由課文的學習，老師的教導及師生的討論，從小便能內化「珍惜健保，正確就醫」的理念。

① 本署設計劇本，由各分區業務組同仁組成健保校園天團，於 108 年第一學期至 45 所國小，進行 57 場校園話劇巡迴表演，共計 72,875 名學童，各學校師生反應熱烈！

② 為因應疫情，本署與高雄市、屏東縣、澎湖縣教育局合作，將校園宣導短片上傳雲端，供國小下載於課堂中播放，並搭配 Google 表單填寫問卷抽獎，成效亮眼，未來將視疫情規劃校園宣導形式。

③ 110 年委託如果劇團製作「健保小劇場 陪你長大 陪你健康一輩子」話劇影片、趙自強推薦影片及「全民健保小手冊」電子書，111 年再次合作製作「健保小劇場 健保的大禮物等你來打開」話劇影片、趙自強推薦影片及「全民健保小手冊」電子書，並置於本署全球資訊網供外界閱覽，並運用本署自有新媒體通路 FB-追蹤人數 20 萬人)推播，截至 112 年 12 月底觀看次數達 11 萬 4,346 次。

19. 加強自我健康管理，精進「健康存摺 2.0 版」：

- (1) 持續蒐集各界意見，打造貼近民眾需求之健康存摺，充實健康存摺收載內容，除健保就醫、用藥及檢驗檢查結果資料、醫療輻射接受量外，另加入跨機關健康資料包括疾病管制署預防接種資料、國民健康署四癌篩檢與成人健檢結果資料及醫事司安寧緩和照護資料，並提供民眾自行紀錄生理量測資料及自費健檢資料之功能，隨著穿戴裝置的普及健康存摺亦連結 Google Fit 及 Apple Health 載入該二 App 所收載之健康資料，完整個人健康存摺資料，便利民眾自我健康管理。
- (2) 108 年 3 月新增健康存摺系統軟體開發套件 (Software Development Kit, SDK)，供民眾自主提供健康資料給信任的第三方健康照護 APP，加值健康。
- (3) 新增手機快速認證功能，透過本署「全民健保行動快易通 APP」輸入手機門號及身分證號後，進行身分驗證，即可完成健保卡註冊和行動裝置綁定，使用健康存摺，讓民眾使用上更加簡便。
- (4) 提供推播提醒服務，民眾可以自行設定慢連箋領藥及回診與接種疫苗、安排接受癌症篩檢、成人健檢推播提醒時間，另針對癌症篩檢結果異常之個案，健康存摺系統主動推播提醒民眾回診，協助民眾照護個人健康。
- (5) 與金門縣政府合作，透過健保署健康存摺，將金門縣

政府補助縣民自費健康檢查結果載入健康存摺，供民眾後續加值應用。

- (6) 增設眷屬管理功能，就尚未擁有手機之幼兒或不熟悉智慧手機操作之長輩，家長或晚輩可以透過健康存摺眷屬管理功能照護幼兒健康或協助長輩管理個人健康。
- (7) 配合我國防疫政策於健康存摺增設 COVID-19 疫苗接種紀錄/病毒檢測結果專區，口罩購買紀錄查詢，提供民眾快速查詢疫苗接種時間及 PCR 檢測結果與口罩購買情形。
- (8) 提供就醫總覽功能，提供民眾查詢近 3 年各年度合計就醫次數、醫事機構申報之健保點數及部分負擔金額，期望民眾珍惜健保資源。
- (9) 持續充實資料收載內容，增加人工電子耳資料，精進服務內容，提供疾病追蹤照護功能。

健保存摺查詢內容如下：



20. 鼓勵醫療院所透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」共享病人就醫用藥與檢查檢驗資訊：

- (1) 為提升病人用藥安全及品質，健保署 102 年 7 月建置「健保雲端藥歷系統」；105 年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」(下稱雲端系統)，目前已涵括西醫用藥、中醫用藥、過敏藥物、特定管制藥品用藥、特定凝血因子用藥、檢查檢驗紀錄、檢查檢驗結果(含醫療影像調閱)、牙科處置及手術、復健醫療、手術紀錄、出院病摘及 CDC 預防接種等 12 類主題式資訊。
- (2) 健保署自 107 年 9 月起陸續發展及推廣特約醫事服務機構使用跨院重複用藥/檢查檢驗、西藥交互作用及過敏藥(108 年)、中西藥交互作用(109 年)、高風險腎臟病病人非類固醇抗發炎口服藥用藥(111 年)等多項主動提示功能，以電腦自動運算比對，提醒醫師於處方時留意病人藥品等使用情形，節省醫師於診間需閱讀大量資訊時間，提升醫療效率及品質，保障病人安全。
- (3) 109 年 COVID-19 疫情爆發時，健保署第一時間提供健保特約/非特約醫事機構、長照機構及特定公務機關(消防局、矯正機關及地檢署)等單位可查詢民眾之 TOCC(旅遊史、職業別、接觸史及是否群聚)等重要防疫資訊，後續並於雲端系統增加病人 COVID-19 抗病毒用藥/臺灣清冠一號使用情形、COVID-19 抗病毒用藥 Paxlovid 藥品交互作用主動提示、COVID-19 疫苗接種紀錄提示等防治作為，降低第一線工作者之染疫

風險，成為臺灣防疫的關鍵利器。前述防疫相關功能，於 112 年 5 月隨中央流行疫情指揮中心解散已陸續退場，並將相關個人資料銷毀。

(4) 執行成效

A. 112 年共有 29,403 家院所、81,435 位醫事人員查詢使用本系統；113 年 1 月份共有 27,136 家院所、65,909 位醫事人員查詢使用本系統，醫療院所整體使用率達 91.6%(使用率：醫院 100%、西醫診所 94.5%、中醫診所 92.0%、牙醫診所 92.8%、藥局 85.4%);經歸戶後有 85.9%的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢雲端系統，平均每月約有 4.0 千萬查詢人次。

B. 醫療院所跨院調閱醫療影像占整體雲端系統調閱件數達 75%，其中基層診所跨院調閱醫療影像占該特約層級別調閱件數達 98%;估計 107 年第 2 季累計至 112 年第 4 季分享電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)每月可為民眾節省約 775.6 萬元影像複製費用及交通時間成本。

C. 統計 109 年 2 月至 112 年 4 月止，TOCC 提示之總查詢次數已逾 23 億人次。

健保醫療資訊雲端查詢系統查詢內容圖示如下：

健保雲端系統查詢項目內容



(二) 醫事司部分：

1. 鼓勵診所朝向多科聯合執業：

依醫療法第 13 條規定已訂有聯合診所管理辦法，使基層診所朝向多科聯合執業。健保署統計 112 年 12 月底全國共有 318 家聯合診所。

2. 推動緊急醫療能力分級，布建急重症服務網絡，強化區域合作。由 206 家急救責任醫院(重度級 46 家、中度級 77 家、一般級 83 家)，建構成 14 個轉診網絡，提供 24 小時急重症照護。

3. 規範醫院不得以交通車載送不當招攬輕症病人。

本部業於 105 年 7 月 13 日函通知各地方政府衛生局，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。

4. 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，於 106 年 3 月 22 日發布修訂醫療機構設置標準第 13 條，限制法人所設醫院附設之門診部，以離島或原住民族地區為限。

5. 加強醫療財團法人監督管理

為使醫療財團法人治理及財產使用健全發展，並促使其善盡社會責任，本部於 106 年間擬具「醫療法部分條文修正草案」送請立法院審議，惟未能於第 9 屆立法委員會期中完成立法程序。然於 108 年 2 月 1 日施行之財團法人法之內容與前揭本部於 106 年間推行之修正草案已有大部分相同，如：財產運用、捐贈行為及資訊公開等，已大幅度補足財團法人監理之法源。本部將持續檢討醫療法人管理相關法令及制度，並視需要適時提出修正草案。