

# 全民健康保險基金105年度預算評估報告目錄

頁次

一、補充保費短期內雖改善健保財務，惟費基不盡公平且欠穩定性，加以人口結構老化等因素，健保財務仍將面臨挑戰，允應檢討並積極研謀永續經營對策 -----	1
二、健保主管機關允宜儘速督促健保會透過共同參與及公開充分討論，以研提健保永續經營方案 -----	5
三、「保險給付」項下「提升保險服務成效」經費額度不低，惟表達過於簡略，允宜於預算書揭露構成項目之編列基礎，俾利本院審議 -----	9
四、臺北聯合門診中心近年來營運收支短絀均逾千萬元，在結束營運前，除保障原有就醫民眾之權益外，允應儘速就既有醫療人力、物資予以妥適規劃	11
五、疾病別醫療給付改善方案雖略具成效，惟部分方案之結果面指標有待強化，收案數、照護率亦下滑，允宜積極檢討，並針對確有成效之方案研議擴大辦理 -----	14
六、推動提升住院護理照護品質方案雖有助增加護理人力，惟護病比及護理照護品質等仍有改善空間，允宜積極檢討改進 -----	16
七、家庭醫師整合性照護計畫之涵蓋率、特約機構參與率雖漸增，惟近年來執行效益似有鈍化現象，部分品質指標亦未達標，允宜積極研謀改善作法 -	21
八、安寧療護服務雖略具成效，惟服務機構分布不均，接受教育訓練之專業人員比率仍偏低，允宜積極推廣，俾利提升重症末期病患照護品質 -----	23
九、鼓勵醫事機構查詢藥歷方案之預算執行率偏低，基層診所之參與率仍嫌不足，且部分核付指標達成情形欠佳，允宜積極檢討並提升方案執行成效 -	26
一〇、國人近年來罹患主要癌症人數及醫療費用呈逐年增加趨勢，允宜積極檢討防治工作之成效，以減輕健保財務之負擔 -----	30
一一、國人每人每年平均門、住診就醫次數居高不下，醫療點數亦持續增長，西醫門診次數更遠高於歐美先進國家，允宜積極研擬改善措施 -----	32

## 全民健康保險基金 105 年度預算評估報告

為推動全民健康保險（以下簡稱全民健保）業務，我國依據全民健康保險法（下稱健保法）於民國（以下同）84 年成立全民健康保險基金（以下簡稱健保基金）並以營業基金辦理，99 年度配合健保法修法改編作業基金，並編製附屬單位預算。健保基金主要任務係建立完善全民健保制度，進行健保各項財源之收繳，提供適當之醫療照護，以維護全體國民健康。該基金 105 年度預算案編列業務總收入 6,000 億 3,464 萬 5 千元、業務總成本與費用 6,000 億 5,049 萬 6 千元、本期短絀 1,585 萬 1 千元。謹就健保基金 105 年度預算案編列及相關業務計畫，舉其要者評估說明如下：

### 一、補充保費短期內雖改善健保財務，惟費基不盡公平且欠穩定性，加以人口結構老化等因素，健保財務仍將面臨挑戰，允應檢討並積極研謀永續經營對策

健保基金 105 年度附屬單位預算案保費收入科目編列 5,621 億 1,151 萬 4 千元，其中，補充保費項目編列 445 億 7,922 萬 2 千元。有關補充保費對健保財務、負擔公平性之影響及其他可能影響健保收支之因素，謹說明如次：

#### (一)補充保費之收取對健保財務確有助益，惟制度設計上仍有不公平現象，又其財源缺乏穩定性，有待積極檢討

為改善健保財務，二代健保自 102 年起實施，雖將一般保費費率自 5.17% 調降至 4.91%，惟加徵補充保費，初期費率訂為 2%，當年度安全準備餘額即躍升至 745.82 億元，截至 104 年 8 月底安全準備餘額高達 2,085.53 億元，折合約 4.69 個月保險給付支出，已逾健保法第 78 條法定安全準備上限<sup>1</sup>，顯示加徵補充保費短期內確實改善健保財務。

<sup>1</sup> 健保法第 78 條規定：「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。」

在補充保費制對保費負擔公平性之影響方面，據 103 年二代健保檢討報告，補充保費仍存在不公平現象，舉其要者包括：

1. **保險對象方面**：依單次給付金額計費，具規避保費之誘因，又有單筆給付上、下限之規範，負擔金額可能因受給付筆數不同而相異，導致總所得相同者卻負擔不同額保費之情形，另有因類別不同而有不同免計收補充保費之規定。
2. **投保單位方面**：部分投保單位雖僱有員工，或雇主自行支薪，惟未於該單位辦理員工加保，致不適用健保法第 34 條<sup>2</sup>規定，使企業規避補充保費；又按月計費致使薪資總額逾總投保金額之月份需負擔補充保費，反之卻無法扣抵。

前揭檢討顯示，補充保費未考量課費實務之複雜性，反而使量能課費之原則未能落實，導致保費負擔之公平性遭受質疑。

至於補充保費財源之穩定性方面，據健保署統計資料<sup>3</sup>，102 年度及 103 年度補充保費收繳金額分別為 403.25 億元及 465.51 億元，以計費項目而言，以股利所得貢獻最多，各年度分別為 88 億 9,405 萬 1 千元及 115 億 8,797 萬 5 千元，占各該年度補充保費比率分別為 22.06% 及 24.89%（詳附表 1），此與經濟景氣、股市上漲致上市櫃公司傾向發放股利有關。惟補充保費項目多隨景氣波動而有大幅變化，不利健保財務穩定。

**附表 1**：健保補充保費 102、103 年度收繳情形

單位：新臺幣千元；%

年度 補充保費項目	102		103	
	金額	占率	金額	占率
合計	40,324,557	100.00	46,550,583	100.00

<sup>2</sup> 健保法第 34 條規定：「第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第 27 條規定應負擔之保險費，按月繳納。」

<sup>3</sup> 參考健保署 103 年健保統計資料（84 年至 103 年時間數列統計，表 10 補充保險費，截至 104 年 5 月 5 日之統計資料）。查詢網址：

[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\\_id=1023&WD\\_ID=1043&webdata\\_id=4830](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=4830)。

年度		102		103	
補充保費項目		金額	占率	金額	占率
保險對象負擔	股利所得	8,894,051	22.06	11,587,975	24.89
	高額獎金	3,990,797	9.90	4,786,088	10.28
	租金收入	2,824,818	7.01	2,923,300	6.28
	兼職所得	2,480,549	6.15	2,294,946	4.93
	利息所得	1,385,721	3.44	2,463,922	5.29
	執行業務收入	763,399	1.89	788,211	1.69
投保單位負擔		19,985,223	49.56	21,706,140	46.63

※註：1. 資料來源，健保署統計資料。

2. 資料日期為 104 年 5 月 5 日。

## (二)隨人口結構改變，經濟及政府財政結構陷入困境，在保費政策未調整之情況下，健保財務收支短期內恐再度失衡

有關人口結構對健保收支之影響，由於目前健保向個人收取之保費係依實際依附眷屬人數核算，向雇主收取及政府負擔之保費則係依平均眷屬人數而定<sup>4</sup>，伴隨我國總生育率持續低迷，少子化衝擊勢必使平均眷屬人數下滑，此等因素對健保收入前景恐產生不利影響。又據健保署針對各年齡層之健保藥費、醫療費用統計資料<sup>5</sup>，103 年度我國逾 50 歲之中高齡人口赴西醫特約機構就醫，使用健保藥費達 1,066.4 億點，占全年總藥費比率 69.8%；使用醫療費用達 3,581.9 億點，占 65.2%。其中，65 歲以上老年人口每人平均藥費 2 萬 1,512.9 點，每人平均醫療費用更高達 7 萬 3,898.4 點（詳附表 2），均居各年齡層之冠，顯示中高齡人口之藥費及醫療費用對健保支出具關鍵性影響。又據內政部 104 年 5 月底發布之人口統計資料，我國 103 年總生育率為 1.165 人，低於人口學家所稱超低生育率 1.3 人之門檻；國家發展委員會 103 年 8 月發布之人口推估資料，我國預估將於 107 年、114 年，分別邁入高齡社會、超高齡社

<sup>4</sup> 健保法第 29 條規定：「第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之。」

<sup>5</sup> 參閱健保署 104 年 10 月 7 日發布標題「健保公布 103 年各年齡層藥費及醫療費用分布情形」新聞稿。

會，依目前國人就醫用藥習慣，未來健保藥費、醫療費用恐將持續增加。

**附表 2：健保 103 年度西醫特約機構各年齡別藥費、醫療費用**

項目 年齡別	藥費		每人平均 藥費 (點)	醫療費用		每人平均 醫療費用 (點)
	點數 (億點)	占比 (%)		點數 (億點)	占比 (%)	
6 歲以下	32.2	2.1	2,356.7	225.9	4.1	16,537.8
7 至 18 歲	53.5	3.5	1,842.5	205.1	3.7	7,068.5
19 至 50 歲	375.1	24.6	3,577.3	1,483.9	27.0	14,153.0
51 至 64 歲	465.2	30.5	11,125.4	1,516.9	27.6	36,273.8
65 歲以上	601.2	39.4	21,512.9	2,065.0	37.6	73,898.4
總計	1,527.2	100.0	7,028.3	5,496.8	100.0	25,298.1

※註：1. 資料來源，整理自健保署 104 年 10 月統計資料。  
2. 本表因小數點以下第 1 位採 4 捨 5 入進位，故有尾差。

另據健保署 104 年 10 月 2 日提供二代健保財務收支概估資料(詳附表 3)，倘維持現行費率 4.91% 之情況下，全民健保截至 105 年度尚可維持賸餘，惟自 106 年度起財務狀況將反轉，出現短絀 148 億元；累積餘絀方面，隨著收支短絀規模擴大，截至 109 年度將僅餘 247 億元，約當 0.41 個月保險支出，低於法定安全準備下限。倘政府無法有效處理人口結構老化、少子化現象，又我國近年來經濟發展面臨長期結構困境，致國人實質經常性薪資近 10 餘年未明顯成長<sup>6</sup>，加以中央政府財政窘困<sup>7</sup>恐難以挹注足夠財源等不利因素交互作用下，健保財務未來恐將面臨更嚴峻之挑戰。

<sup>6</sup> 根據行政院主計總處我國歷年工業及服務業受雇員工薪資統計資料，在 91 至 103 年度期間，國人實質經常性薪資年增率均低於 1%，其中，93、94、96、97、98、100、101 年度甚至出現負成長，顯示近年來國人實質薪資停滯不前。

<sup>7</sup> 根據我中央政府歷年總預算歲入、歲出資料，自 88 年起，除 95 至 97 年度期間曾出現為數甚低之賸餘外，其餘各年度均出現收支短差情形，顯示當前我中央政府財政困窘。

**附表 3：二代健保 104 至 109 年度財務收支概估表**

單位：新臺幣億元

年度 項目	104(P)	105(P)	106(P)	107(P)	108(P)	109(P)
保險收入	5,765	5,766	5,922	6,071	6,219	6,368
一般保險費	4,750	4,769	4,799	4,810	4,811	4,801
補充保險費	435	435	435	435	435	435
36%政府 差額補助	360	384	512	652	804	969
其他	220	178	176	174	169	163
保險成本	5,375	5,698	6,070	6,432	6,816	7,223
保險給付	5,375	5,698	6,070	6,432	6,816	7,223
其他成本 與費用	0	0	0	0	0	0
當年收支餘絀 (-)	390	68	-148	-361	-597	-855
保險收支 累計賸餘	2,140	2,208	2,060	1,699	1,102	247
約當保險 支出月數	4.78	4.65	4.07	3.17	1.94	0.41

※註：1. 資料來源，健保署提供。

2. 保險收入=保費收入+彩券及菸捐分配收入+雜項業務收入+利息收入+收回呆帳+雜項收入-呆帳-利息費用。

3. 保險成本=保險給付+雜項費用。

4. 約當保險支出月數=保險收支累計賸餘÷(保險成本÷12個月)。

5. 表內數字加減尾差係因四捨五入所致。

綜上，補充保費之收取雖對健保財務確有助益，惟費基不盡公平且欠穩定，又近年來我國人口結構改變，經濟及政府財政亦陷入困境，在健保保費政策未調整下，健保財務短期內恐將面臨短絀之情況。衛福部允宜積極檢討現行健保收支政策，以確保全民健保永續經營。

## 二、健保主管機關允宜儘速督促健保會透過共同參與及公開充分討論，以研提健保永續經營方案

全民健保自 84 年開辦以來，因健保支出每年成長率高於健保收入增加率，至 87 年保費收入即不敷支應醫療費用，且其收支差距日益擴大，至 96 年安全準備金即用罄（詳附表 1），惟其改善財

務收支失衡，多以開源為主，抑制醫療浪費成效不足，致難以達成結構性改善健保財務狀況。有關當前健保收支政策改革方向，謹建議如下：

**(一) 健保保費允宜儘速建立公平、合理之費基，任何保費收繳措施之調整均應將中、長期可能對財務產生衝擊之因素納入考量**

全民健保係社會保險，開辦初衷在於避免民眾因病而貧，使民眾患病時之醫療支出負擔，透過保險機制匯集眾人財力獲得減輕，並早日恢復健康，可謂窮病者之保障機制，蘊含有能力者幫助失能或潛在失能者之重大意義，爰量能課費係健保保費收取之根本原則，亦是二代健保之立法意旨。二代健保改革擴大費基之舉措雖有助於開源，惟仍未解決將保險對象區分為 6 類 14 目且論口計費所產生之不公平問題，且未採原規劃之家戶總所得制而採補充保費制，對量能課費原則之落實未竟全功，亦反映過去保費多由受薪民眾承擔之不公平、不合理現象。當前健保保費政策之改革，允應優先檢討費基，調整現行對保險對象分類收費之作法，改以更符合公平原則之收費模式（如家戶總所得制）。有關近期部分民間團體基於當前健保安全準備已逾法定上限等理由提出調降健保保費費率之訴求<sup>8</sup>，及衛福部宣布自 105 年起調高利息、股利、租金及執行業務收入等補充保費項目之扣費標準<sup>9</sup>，鑒於健保法第 78 條係基於確保健保財務健全而針對安全準備所訂定之原則性規定，全民健保之安全準備除因應短期資金調度所需外，尚須因應中、長期人口老化、景氣循環等財務衝擊，又任何保費收繳條件之調整，本質上均隱

<sup>8</sup> 參見工商時報 104 年 10 月 21 日標題為「民團聯手促調降健保費率」之報導。

<sup>9</sup> 參見衛福部 104 年 10 月 15 日標題為「健保將提 50 億元於明年挹注醫療照護體系，並自明年元旦起提高補充保險費扣費標準到 2 萬元」之新聞稿。

含保費負擔比率之移轉，另據健保法第 33 條規定，一般保費費率與補充保費費率採連動方式，倘僅以近期健保財務良好為由調整健保保費收繳條件，卻未顧及中、長期可能影響財務之因素，恐非永續經營之道。另二代健保之精神在於共同參與、財務透明，爰衛福部就任何涉及調整保費收繳條件之變更事宜，允宜由健保會召集各方充分討論後再行決定，以符合二代健保之精神。

## **(二) 健保資源允宜結合預防保健，藉由促進全民健康，俾有效抑制健保支出**

解決醫療給付逐年攀升根本之道在於有效抑制醫療浪費，並結合預防及健康促進，亦即各級政府需投入適當資源於公共衛生支出。惟據衛福部歷年國民醫療保健支出（NHI）統計，自健保開辦以來，我國各年度公共衛生支出占 NHI 比率多低於 4%，相較於個人醫療支出占比始終高於 8 成，比率顯然偏低<sup>10</sup>，顯示我國各級政府對公共衛生業務有所輕忽，由於缺乏適當之資源投入，防疫及預防保健工作較難推展，其從源促進健康之效益不易發揮，民眾健康未能有效提升，導致個人須承受更重之醫療負擔，形成當前重醫療輕預防之不均衡現象。衛福部為我國公衛、醫療及社福業務主管機關，允宜統籌相關資源，採行源頭管理，透過衛生及醫療體系強化預防及健康促進工作，以提升全民健康，長期而言，將有助於減少醫療給付，進而健全健保財務。

## **(三) 透過調整健保醫療給付方式，以改善急重症醫師人力不足，並建構健全醫療體系**

---

<sup>10</sup>據衛福部 85 年度至 102 年度各年度國民醫療保健支出統計，除 92 年度、93 年度、96 年度、98 年度及 99 年度外，其餘年度公共衛生支出占 NHI 比率均不及 4%，99 年度以來，該比率甚至有逐年下滑之趨勢；相較而言，個人醫療支出占比自 81.71% 逐年成長至 88.67%。

面對當前醫療勞動環境不佳引發醫事人力分配不均之「五大皆空」、健保藥價給付調整對新藥引進之衝擊等現象，如何避免廉價健保引發輿論對血汗健保、醫療崩壞之疑慮，衛福部允宜儘速提出改善健保體系醫療環境措施之優先事項，例如：藉醫療體系整合，解決醫療資源分布不均之情況、針對醫療財團法人透過制定專法強化監督管理，促其落實公益本質，使全民健保聚焦於促進民眾健康，及改善醫事從業人員勞動條件等，以促進全民健康為終極目標。

綜上，全民健保自 84 年開辦以來，因健保支出每年成長率高於健保收入增加率，至 87 年保費收入即不敷支應醫療費用，且其收支差距日益擴大，至 96 年安全準備金即用罄，惟其改善財務收支失衡，多以開源為主，抑制醫療浪費成效不足，致難以達成結構性改善健保財務狀況。因此，允應透過共同參與及充分討論，以研提健全財務之永續經營方案；並透過結合預防保健等措施，養成運動強身習慣，促進民眾健康，以有效抑制健保醫療給付；另經由調整健保醫療給付方式，以改善急重症醫師人力不足，俾建構健全醫療體系。

**附表 1**：全民健保財務收支狀況分析（權責基礎）

單位：新臺幣億元；%

年度	保費收入 (含滯納金收入)		保險給付		呆帳		其他收支		保險收 支餘絀	保險累 計餘絀
	金額	成長 率	金額	成長 率	金額	成長 率	金額	成長 率	金額	金額
84. 3- 84. 12	1, 941. 6	-	1, 568. 5	-	5. 1	-	3. 4	-	371. 4	371. 4
85	2, 412. 4	-	2, 229. 4	-	10. 0	-	10. 9	-	183. 9	555. 3
86	2, 482. 3	2. 9	2, 376. 1	6. 6	76. 8	665. 4	30. 9	182. 7	60. 3	615. 6
87	2, 606. 9	5. 0	2, 620. 4	10. 3	33. 1	-56. 9	31. 0	0. 5	-15. 6	600. 0
88	2, 672. 9	2. 5	2, 859. 0	9. 1	42. 2	27. 6	18. 2	-41. 3	-210. 0	390. 0
89	2, 907. 3	8. 8	2, 821. 1	-1. 3	62. 3	47. 6	-14. 3	-178. 6	9. 6	399. 6
90	2, 908. 7	0. 1	3, 017. 9	7. 0	53. 6	-13. 9	6. 4	-	-156. 4	243. 2
91	3, 034. 2	4. 3	3, 232. 6	7. 2	35. 9	-33. 0	77. 8	111. 7	-156. 6	86. 6

年度	保費收入 (含滯納金收入)		保險給付		呆帳		其他收支		保險收 支餘絀	保險累 計餘絀
	金額	成長 率	金額	成長 率	金額	成長 率	金額	成長 率	金額	金額
92	3,277.7	8.0	3,357.9	3.9	18.4	-48.8	94.7	21.8	-3.8	82.8
93	3,439.7	4.9	3,526.2	5.0	3.8	-79.5	86.0	-12.0	-4.3	78.5
94	3,561.0	3.5	3,674.0	4.2	40.6	978.0	90.3	5.0	-63.4	15.2
95	3,679.9	3.3	3,822.1	4.0	32.4	-20.3	171.4	89.9	-3.2	12.0
96	3,706.3	0.7	4,011.5	5.0	32.3	-0.2	199.9	16.6	-137.7	-125.7
97	3,848.8	3.9	4,159.3	3.7	31.5	-2.6	202.4	1.3	-139.6	-265.3
98	3,858.5	0.3	4,347.9	4.5	36.9	17.1	209.3	3.4	-317.0	-582.2
99	4,386.6	13.7	4,423.1	1.7	36.3	-1.5	258.0	23.3	185.1	-397.1
100	4,694.7	7.0	4,582.0	3.6	36.1	-0.6	265.2	2.8	341.8	-55.3
101	4,828.5	2.9	4,804.4	4.9	30.7	-15.0	271.9	2.5	265.3	210.0
102	5,300.8	9.8	5,021.3	4.5	37.4	22.0	293.7	8.0	535.8	745.8
103	5,451.0	2.8	5,181.4	3.2	37.5	0.2	281.9	-4.0	513.9	1,259.8
總計	70,999.8		71,635.8		692.9		2,588.7		1,259.8	

※註：1. 資料來源，(1)健保署網站。(2)103 年度健保基金決算書。

2. 保費收入=保險費收入+保險費滯納金收入。

3. 其他收支=利息收入-利息費用+投資賸餘-投資短絀+彩券及菸捐分配收入  
+雜項業務收入+其他業務外收入-其他業務外費用。

4. 保險收支餘絀=保費收入(含滯納金收入)-保險給付-呆帳+其他收支。

### 三、「保險給付」項下「提升保險服務成效」經費額度不低，惟表達過於簡略，允宜於預算書揭露構成項目之編列基礎，俾利本院審議

(一) 為改善民眾與特約醫療院所端之資訊傳遞效率與確保資訊安全，發揮健保醫療給付效益，健保基金 105 年度保險營運計畫中，於「保險給付」科目項下編列「提升保險服務成效」預算 3 億 4,141 萬 3 千元。該業務項目預算之表達方式，核有以下待改進之處：

#### (一)提升保險服務成效之表達方式過於簡略，有未符預算法規定及會計學理之虞

1. 健保基金 105 年度附屬單位預算案「保險給付」科目項下「提升保險服務成效」業務項目之表達過於簡略，僅於保險給付分析表之說明欄位提及「辦理提升電子化審查、資料倉儲相關資訊系統及強化資安作業等所需相關電腦設備、電腦軟體及業務費用。」

2. 有未符預算法相關規定之虞：預算法第 37 條規定：「…各項計畫，除工作量無法計算者外，應分別選定工作衡量單位，計算公務成本編列。」及同法第 50 條規定：「特種基金預算之審議，在營業基金以業務計畫、營業收支、生產成本、資金運用、轉投資及重大之建設事業為主；在其他特種基金，以基金運用計畫為主。」健保基金係屬作業基金，惟該基金「提升保險服務成效」業務項目未能詳予說明相關成本之估列標準，有未符預算法相關規定之虞。

3. 有未符會計學理之虞：依會計學理，不論是會計資訊充分揭露原則，或政府會計財務報表表達之總體目標，皆為滿足使用者對相關資訊之需求，故各項預算資訊之表達均應滿足本院審議需求。惟「提升保險服務成效」業務項目對相關預算之編列資訊揭露不足，有違前揭學理之虞。

**(二) 允宜於預算書列示構成項目之編列基礎及相關說明，以明確表達提升保險服務成效之內容**

經洽健保署提供相關資料，「提升保險服務成效」業務項目包括電腦設備 1 億 6,357 萬 9 千元、資訊軟體 6,831 萬 8 千元、應用系統開發 8,871 萬 1 千元（詳附表 1），係參考最近年度該署採購案之決標金額及最新共同供應契約價格編列，另業務費 2,080 萬 5 千元，惟預算書中並未揭露前揭訊息，爰健保署允宜於預算書中分列表達，並於說明欄就構成項目之編列基礎詳加說明，俾利本院審議。

綜上，健保基金 105 年度附屬單位預算案保險給付項下提升保險服務成效經費計 3 億 4,141 萬 3 千元，細項資料說明過於簡略，有違預算法相關規定及會計學理之虞，且不利本院審議，允宜詳予說明相關項目估列標準，俾妥適表達並利本院審議。

**附表 1：提升保險服務成效之預算明細表**

單位：新臺幣千元

科目	細項	預算案數	說明
固定資產-機械及設備	電腦設備	163,579	電子化審查、醫療影像儲存傳輸系統(PACS)、資料倉儲系統升級及資安強化內外資源整合管理及醫療篩異及檔案分析指標相關系統所需主機、磁碟陣列、資安強化作業及行動應用網路工作站所需高階(Layer7)防火牆、高階(10G)網路交換器及虛擬化網路監控伺服器。
無形資產-電腦軟體	軟體	68,318	電子化審查、PACS 報表列印集中管理系統軟體、主機資料庫資安強化安全稽核監控軟體、資料倉儲系統升級及資安強化等專業備份、偵測防禦、監控等。
	應用系統開發	88,711	提升管控與審查相關系統開發、醫療篩異及檔案分析指標系統、資料倉儲系統升級及資安強化暨資料倉儲資料庫升級移轉作業等。
業務費	軟體服務費及數據通訊費	20,805	倉儲系統租用統計分析軟體、資訊體軟硬體招標評選會審查費及系統專家諮詢服務費等。
合計			341,413

※註：1. 資料來源，整理自健保署提供資料。

四、臺北聯合門診中心近年來營運收支短絀均逾千萬元，在結束營運前，除保障原有就醫民眾之權益外，允應儘速就既有醫療人力、物資予以妥適規劃

(一) 健保基金 105 年度門診營運計畫係由臺北聯合門診中心辦理，編列門診醫療收入 1 億 6,695 萬 2 千元，門診醫療成本 1 億 8,280 萬 3 千元，營運收支短絀 1,585 萬 1 千元。經查：

(一)臺北聯合門診中心近年來營運收支均呈短絀情況，金額均逾千萬元，營運績效欠佳，用人費用占比高係主因，且預決算數差距頗鉅，預算編列欠覈實

臺北聯合門診中心 101 年度至 103 年度營運收支決算數均呈短絀，各年度金額分別為 3,195 萬 9 千元、5,898 萬 7 千元及 1,085 萬 9 千元（詳附表 1），均逾千萬元，營運績效欠佳，較收支賸餘預算數 427 萬 9 千元、205 萬 4 千元及 268 萬 8 千元分別相差 3,623 萬 8 千元、6,104 萬 1 千元及 1,354 萬 7 千元，預決算數差距頗鉅，顯示近年來臺北聯合門診中心之營運收支預算編列欠覈實，亟需檢討改進。

(二) 又 101 至 103 年度臺北聯合門診中心之用人費用占門診醫療收入比率分別為 34.07%、38.63%及 34.7%，用人費用占門診醫療成本比率分別為 32.68%、34.87%及 33.95%（詳附表 2），占比均逾 3 成，顯示該門診中心用人費用沉重，實為營運收支短絀之主要原因。

**(二)鑒於該門診中心即將結束營運，除保障原有就醫民眾之權益及撙節不必要之支出外，允應儘速提出既有醫療人力、物資後續安置計畫**

臺北聯合門診中心在醫療院所分級上，雖屬基層診所，惟因駐診醫師多來自醫學中心、區域醫院等之名醫，爰頗受民眾好評。據行政院 98 年 11 月 10 日院授研綜字第 09822615137 號函，該門診中心需於 104 年底前結束營運，惟為顧及民眾就醫權利，健保署分別於 103 年 8 月及 104 年 2、10 月建請行政院同意分階段結束營運，據該署規劃，公園門診已於 104 年 7 月全面停診，信義門診則擬延後結束營運，預訂於 105 年 10 月全面停診，存續期限最遲至 105 年底。在當前過渡期間，健保署除保障現有就醫民眾之權益，及撙節不必要之支出以改善營運績效外，允應儘速提出既有醫療資源後續安置計畫，包括現有人員離、退職、留用人員之移撥運用，及庫存藥品、醫材

之處置等。

綜上，臺北聯合門診中心近年來由於用人費用占比偏高，營運收支呈短絀情況，金額均逾千萬元，營運績效欠佳，且因預算編列欠嚴謹，營運收支預決數差距頗鉅。在該門診中心預定 105 年底結束營運前之過渡期間，健保署除保障現有就醫民眾之權益，及擲節不必要之支出以改善營運績效外，允應儘速提出既有醫療人力、物資後續安置計畫。

**附表 1：臺北聯合門診中心 101-103 年度營運收支情形**

單位：新臺幣千元、%

年度 科目別		101	102	103
醫療 收入	預算數	943,780	737,609	643,884
	決算數	749,486	547,539	494,587
	增減(-)	-194,294	-190,070	-149,297
	占預算數比	20.59	25.77	23.19
醫療 成本	預算數	939,501	735,555	641,196
	決算數	781,445	606,526	505,446
	增減(-)	-158,056	-129,029	1-135,750
	占預算數比	16.82	17.54	21.17
本期 餘絀	預算數	4,279	2,054	2,688
	決算數	-31,959	-58,987	-10,859
	增減(-)	-36,238	-61,041	-13,547
	占預算數比	846.88	2,971.83	503.98

※註：1. 資料來源，101-103 年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2. 表內數字加減尾差係因四捨五入所致。

**附表 2：臺北聯合門診中心 101-103 年度用人費用與醫療收入及成本比較**

單位：新臺幣千元、%

年度 科目	101	102	103
用人費用(1)	255,365	211,511	171,601
醫療收入(2)	749,486	547,539	494,587
(1)/(2)	34.07	38.63	34.70
醫療成本(3)	781,445	606,526	505,446
(1)/(3)	32.68	34.87	33.95

※註：1. 資料來源，101-103 年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2. 表內數字加減尾差係因 4 捨 5 入所致。

## 五、疾病別醫療給付改善方案雖略具成效，惟部分方案之結果面指標有待強化，收案數、照護率亦下滑，允宜積極檢討，並針對確有成效之方案研議擴大辦理

為扭轉全民健保以論量計酬為主之支付制度，對醫療體系可能產生供給誘發需求之行為模式，健保署自 90 年起，陸續推動糖尿病等多項疾病之醫療給付改善方案，透過包裹式支付及獎勵金制度，引導醫療提供者給予病人完整照護措施，使病人獲得品質良好之醫療服務，長期而言，全民健保亦可節省醫療給付，尋求病人、醫療服務提供者及健保三贏之局面。在預算執行情形方面<sup>11</sup>，除初期慢性腎臟病方案所需經費係與其他部門項下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 4.04 億元併用外<sup>12</sup>，醫院部門 101 至 103 年度預算數分別為 5.0 億元、5.0 億元及 5.7 億元，執行數分別為 4.0 億元、4.6 億元及 5.2 億元，執行率分別為 80.0%、92.0% 及 91.2%；西醫基層預算數分別為 2.1 億元、1.6 億元 2.1 億元，執行數分別為 1.6 億元、1.7 億元及 1.9 億元，執行率分別為 76.2%、106.3% 及 90.5%。近年來健保疾病別醫療給付改善方案之實施情形，謹說明如次：

### (一)推動疾病別醫療給付改善方案已略具成效，惟部分方案之品質獎勵標準允宜強化結果面指標，俾利評估方案之執行成效

據我國學者近年來研究<sup>13</sup>，全民健保推動之疾病別醫療給付改善方案對病人臨床品質指標多有所改善。惟由各方案之品質獎勵標準（詳附表 1）觀之，部分方案採諸如收案率、住院門診

<sup>11</sup> 健保糖尿病醫療給付改善方案自 101 年 10 月導入支付標準；高血壓醫療給付改善方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自 102 年 1 月 1 日起停止試辦。

<sup>12</sup> 據健保署提供資料，101 年度至 103 年度健保初期慢性腎臟病醫療給付改善方案各年度預算執行數分別約 0.4 億元、0.5 億元及 0.8 億元

<sup>13</sup> 參見謝慧敏、林怡潔、邱亨嘉等合著，論質計酬支付制度與慢性疾病照護品質成效，醫療品質雜誌 2014 年 3 月號，第 8 卷第 2 期，第 28 至 31 頁。

次數、檢查率等非屬結果面指標，較難彰顯收案病人醫療品質，允宜針對各方案所屬疾病別加強研發結果面指標，俾利進一步評估方案之執行成效。

(二)附表 1：健保疾病別醫療給付改善方案之品質獎勵標準

方案別	品質獎勵標準
氣喘	完整追蹤率、急診、住院之使用情形
乳癌	病人於特定癌症分期之存活率
糖尿病	完整追蹤率、血糖、血脂情況
B、C 型肝炎	收案率、肝功能檢驗比率、年度完整追蹤率
思覺失調症	精神科門診、急診及住院等使用情形、失聯結案率
初期慢性腎臟病	慢性腎臟病分期較新收案者改善、腎絲球過濾率估算值較新收案改善且達 2 項以上良好指標（如血壓、血糖、血脂、戒菸等）

※註：1. 資料來源，整理自各醫療給付改善方案。

## (二)部分方案收案數、照護率下滑，抑或雖有成長惟仍有改善空間

據健保署統計資料，101 年度至 103 年度期間，氣喘方案收案數自 10.66 萬人減少至 10.2 萬人，照護率則自 39.3% 下滑至 36.06%；乳癌方案收案數則呈先升後降之情況，照護率自 13.66% 下降至 10.96%，其餘方案之收案數及照護率雖呈增加趨勢，惟除思覺失調症照護率逾 6 成外，其餘均未達 5 成（詳附表 2）。針對收案數、照護率下滑及照護率偏低情形，健保署允宜檢討參與方案之醫療服務提供者是否就收案存有選擇性偏差，而僅挑選對其有利之病人，對方案之成效評估產生扭曲效果。另以初期慢性腎臟病方案為例，截至 103 年度之照護率 36.46%，收案人數僅 23.92 萬人，與學者先前推估我國罹患慢性腎臟病人數逾 200 萬人<sup>14</sup>，兩者人數相差甚遠，仍有大幅成長空間，健保署允宜針對確有成效之方案，積極研謀對策擴大辦理，改善罹患相關疾病民眾之就醫品質。

<sup>14</sup>據國家衛生研究院研究員溫啟邦先生 2008 年針對近 50 萬人的大型前瞻性世代研究發現，我國罹患慢性腎臟性疾病的患者高達 12%，平均每 8 個成年人就有 1 人罹患此症，推估全國約有 200 多萬患者。參見國家衛生研究院第 259 期電子報相關報導。

**附表 2：健保疾病別醫療給付改善方案收案照護情形**

單位：人；%

年度		101	102	103
氣喘醫療給付改善方案	收案數	106,581	103,984	101,990
	照護率	39.30	37.49	36.06
乳癌醫療給付改善方案	收案數	12,653	13,458	12,041
	照護率	13.66	13.29	10.96
糖尿病醫療給付改善方案	收案數	325,501	365,821	419,455
	照護率	33.94	35.06	38.48
B、C 型肝炎醫療給付改善方案	收案數	121,423	149,365	175,317
	照護率	26.14	30.58	35.31
思覺失調症醫療給付改善方案	收案數	47,657	49,209	57,565
	照護率	51.20	52.22	60.28
初期慢性腎臟病醫療給付改善方案	收案數	123,976	174,910	239,157
	照護率	26.40	29.36	36.46

※註：1. 資料來源，(1)104 年全民健康保險各部門總額評核會醫院總額及其他預算專案計畫執行報告。(2)審計部 103 年度中央政府總決算審核報告。

綜上，全民健保推動疾病別醫療給付改善方案已略具成效，惟部分方案之品質獎勵標準採諸如收案率、住院門診次數、檢查率等非屬結果面指標，較難彰顯收案病人醫療品質，允宜針對各方案所屬疾病別加強研發結果面指標，俾利進一步評估方案之執行成效。又氣喘、乳癌等方案之照護率近年來呈下滑趨勢，其餘方案之收案數及照護率雖呈增加趨勢，惟除思覺失調症照護率逾 6 成外，其餘均未達 5 成。健保署允宜針對確有成效之方案，積極研謀擴大辦理，改善罹患相關疾病民眾之就醫品質，俾利達成健保醫療給付改善方案之目標。

## 六、推動提升住院護理照護品質方案雖有助增加護理人力，惟護病比及護理照護品質等仍有改善空間，允宜積極檢討改進

護理人員係各醫療院所最主要之醫療照護人力，渠等對病人安全及健康情形之改善具有最大影響力。惟長久以來，護理人員

之專業及工作環境往往被外界忽視。近年來，隨著醫病關係轉變，由於未受到適度尊重，加以勞動條件惡化，護理人員離職潮所引發之護理人力荒，及其衍生之病人權益受衝擊等，逐漸成為眾所關注之醫療議題之一。面對政府高層宣誓及輿論呼籲，健保署自 98 年度起，始推動健保提升住院護理照護品質方案，目的為鼓勵特約醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。前揭方案截至 103 年度係以專案，採專款專用方式辦理，又為順應外界要求，健保署於 103 年度該方案 20 億元預算中，提撥 4 億元試辦護病比與健保給付連動，另自 104 年度起，除將護病比納入醫院評鑑正式項目外，將原專款 20 億元移列至健保總額之一般服務費用項下，主要支應護病比之連動。有關健保署推動健保提升住院護理照護品質方案之成效，謹說明如次：

**(一)參與方案之特約醫院護理人力雖有增加，惟人員流動率仍有上揚趨勢，護病比亦有待改善**

依據健保署統計，參與健保提升住院護理照護品質方案之特約醫院 99 年度至 103 年度各年度淨增加之護理人員數分別為 1,184 人、1,709 人、1,069 人、2,243 人及 1,317 人，合計 7,522 人，同期間各類別特約醫院中，以區域醫院增加最多，達 3,699 人，醫學中心增 3,150 人居次（詳附表 1），顯示參與方案之特約醫院護理人力已有增加。

**附表 1：參與住院護理照護品質方案醫院之護理人員淨變動數**

單位：人

年度別 醫院類別	99	100	101	102	103	總計
醫學中心	222	674	640	932	682	3,150
區域醫院	908	769	342	1,071	609	3,699
地區醫院	29	229	145	235	54	692
精神專科	25	37	-52	13	-31	-8
慢性醫院	-	-	-6	-8	3	-11
合計	1,184	1,709	1,069	2,243	1,317	7,522

※註：1. 資料來源，整理自健保署「醫院及其他預算專案計畫執行成果報告」。

惟住院護理品質除涉及護理人力充足與否外，亦與護理人員年資與流動率有所關聯。就參與前揭方案之特約醫院之較資深（2 年以上年資）護理人員比率而言，各層級醫院 103 年度 67.13% 雖略高於前 3 個年度<sup>15</sup>之平均值，惟以護理人員流動率（年資 3 個月以上護理人員季離職率）觀之，各層級醫院 100 年度至 103 年度分別為 3.16%、3.68%、3.47% 及 3.72%（詳附表 2），呈逐年增加趨勢，反映較資淺護理人員流動率仍不低，除不易累積相關工作經驗外，與醫療團隊人員亦較不易形成合作默契，對較資深之護理人員而言，需耗費時間不斷訓練新進人員，恐壓縮渠等照護病人之時間，不利住院護理品質之提升。另從國際比較資料觀之，我國平均護理工作執業年數僅 6 至 7 年，與亞洲鄰近實施類似健保制度之國家相比，少於韓國之 8 年、日本之 15.7 年、泰國之 31.2 年，亦遠不及芬蘭之 35 年、英國之 30 年、愛爾蘭之 25 年；在整體護理人員流動率方面，我國 18.4%，相較於韓國之 16.9%、日本之 11.0%、泰國之 5.5%，顯然偏高（詳附表 3）。一般而言，護理人員在職場年資至少約 3 至 5 年，始具專業成熟度。我國護理人員投入職場時間較短、流動率較高，其原因包括醫院為節約人力成本而壓縮護理人力，以及護理工作內容繁重等<sup>16</sup>，反映護理人員勞動條件仍有相當大之改善空間。

至於外界所關切之平均護病比（每位護理師照顧之病患人數），據健保署最新統計，103 年度參與健保提升住院護理照護品質方案之各層級特約醫院全日平均護病比分別為：醫學中心

---

<sup>15</sup> 依據健保署年度「醫院及其他預算專案計畫執行成果報告」，參與「健保提升住院護理照護品質方案」之特約醫院 100 年度至 102 年度期間，2 年以上年資護理人員比率分別為 68.37%、64.13% 及 65.63%。

<sup>16</sup> 陳俐瑾、游惠珠、蕭晴文，簡單了解護士荒，科技報導，104 年 7 月 17 日。網址 <http://scitechreports.blogspot.tw/2015/07/blog-post.html#more>。查閱日期 104 年 10 月 5 日。

1：8.1、區域醫院 1：9.2、地區醫院 1：7.8，與馬總統於 98 年宣示卸任前達 1：7 之目標尚屬有間。另衛福部為改善護理人員工作環境，雖已於 104 年正式將醫院護病比納入醫院評鑑項目，惟護理人員除照顧病人之本務外，實務上往往需承擔非屬護理專業之業務、評鑑及文書工作等雜務，所產生之實質工作量恐無法透過護病比指標反映，且因僅納入評鑑，而非透過立法規範，致改善護理人員工作環境之成效恐不如預期。

**附表 2：參與住院護理照護品質方案醫院之護理人員年資與流動率**

單位：%

項目 醫院 類別	2 年以上年資 護理人員季比率				3 個月以上年資 護理人員季離職率			
	100 年	101 年	102 年	103 年	100 年	101 年	102 年	103 年
全體	68.37	64.13	65.63	67.13	3.16	3.68	3.47	3.72
醫學 中心	79.74	77.58	76.12	76.69	2.35	2.26	2.05	1.98
區域 醫院	72.43	71.68	72.62	72.95	3.24	3.05	2.93	2.99
地區 醫院	59.20	61.06	63.40	64.35	4.20	3.94	3.73	4.04
精神 專科	62.10	66.82	70.41	73.64	2.86	3.00	3.02	3.35
慢性 醫院	-	52.84	34.26	52.32	-	7.80	5.09	5.69

※註：1. 資料來源，整理自健保署「醫院及其他預算專案計畫執行成果報告」。

**附表 3：主要國家護理人員平均執業期間及流動率比較**

單位：年、%

國別/ 地區別	我國	韓國	日本	泰國	澳門	馬來 西亞
平均執 業期間	6~7	8	15.7	31	33~43	40
流動率	18.4	16.9	11.0	5.5	5.0	-
國別/ 地區別	愛爾蘭	紐西蘭	英國	丹麥	瑞典	芬蘭
平均執 業期間	25	25	30	30 以上	超過 20	35
流動率	6.6	26.0	8.2	32.0	-	-

※註：1. 資料來源，整理自 International Council of Nurses (ICN) 網站資料。

2. 丹麥、芬蘭、愛爾蘭、紐西蘭、瑞典及英國為 2013 年調查資料；日本、韓國、澳門、馬來西亞、我國及泰國為 2014 年調查資料。

**(二)參與方案之特約醫院近年相關指標值反映護理照護品質並未獲顯著改善**

為評估參與健保提升住院護理照護品質方案之特約醫院之護理品質，健保署於前揭方案訂有包括跌倒發生率、壓瘡發生率與感染發生率等 3 項品質指標。以 101 至 103 年度品質指標值觀之，除 101 年度外，醫學中心之感染發生率及壓瘡發生率均高於全體，地區醫院各年度感染發生率均高於全體；就全體而言，103 年度各項指標值均較 102 年度增加（詳附表 4），顯示參與方案特約醫院之護理品質改善情形並不顯著，可能增加病人住院費用及日數，健保署允宜積極檢討前揭方案之實施成效，並督促特約院所妥善處理院內感染問題及改善護理人力配置情形。

**附表 4：101 至 103 年度提升住院護理照護品質方案品質指標表**

單位：%

指標年度	感染發生率			跌倒發生率			壓瘡發生率		
	101	102	103	101	102	103	101	102	103
全體	3.38	1.60	1.70	0.68	0.45	0.53	1.03	0.60	0.63
醫學中心	2.15	2.13	1.98	0.58	0.44	0.44	0.91	1.12	1.12
區域醫院	1.60	1.17	1.36	0.52	0.36	0.44	0.43	0.26	0.31
地區醫院	3.94	2.07	1.92	0.38	0.44	0.44	1.03	0.78	0.51

※註：1. 資料來源，整理自健保各年度「醫院及其他預算專案計畫執行成果報告」。

綜上，近年來健保署推動提升住院護理照護品質方案，雖促使參與之特約醫院增加護理人力，惟各層級醫院之護理人員流動率仍有逐年增加趨勢，改善護病比仍有努力空間，另護理照護品質亦未獲顯著改善，健保署允宜審慎研議將護病比納入法令規範，並積極檢討前揭方案之實施成效，督促特約院所妥善處理院內感染問題及改善護理人力配置情形。

**七、家庭醫師整合性照護計畫之涵蓋率、特約機構參與率雖漸增，惟近年來執行效益似有鈍化現象，部分品質指標亦未達標，允宜積極研謀改善作法**

健保法第 44 條規定：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。第 1 項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。」爰健保署自 92 年起試辦健保家庭醫師整合性照護計畫，並於 95 年起改為全面推動。有關我國家庭醫師制度近年來推動情形，謹說明如次：

**(一)計畫推動多年，涵蓋率、參與診所與醫師之比率雖逐漸增加，惟近年來投入經費之效益似有鈍化情形**

根據健保署提供之統計資料，健保家庭醫師整合性照護計畫自 92 年起推動，截至 104 年 4 月止，涵蓋率自 0.3% 逐步上升至 10.5%，參與診所占比自 1.7% 增至 29.7%，參與醫師占比則自 1.4% 上揚至 24.9%（詳附表 1）。惟以該計畫投入經費之效益觀之，試辦階段（93 及 94 年）、全面推動初期階段（95 至 98 年）、改革階段（99 及 100 年）及全面檢討修正階段（101 年迄今，取 101 年至 103 年之數據）各階段平均每投入 1 億元經費所對應之收案（受益）人數分別為 17.5 萬人、20.2 萬人、18.1 萬人及 18.9 萬人，而全面檢討修正階段之經費投入效益未達前 3 階段之平均值 19.2 萬人（詳附表 2），反映該計畫近年來在收案人數之增加上似面臨瓶頸，投入經費之效益有鈍化現象。

**(二)近年來該計畫部分品質指標有未達標之情形**

該計畫之品質指標包括參與計畫特約機構收案會員之急診

率、疾病住院率及固定就診率等 3 項，以 101 年度至 103 年度品質指標情形觀之，該期間各年度固定就診率實際值均未達當年度目標值，102 年度及 103 年度之急診率實際值亦未達各該年度目標值（詳附表 3），恐不利該計畫之目標達成。

綜上，家庭醫師整合性照護計畫推動多年，涵蓋率、參與診所與醫師之占比雖逐漸增加，惟近年來投入經費之效益似有鈍化現象，且該計畫若干品質指標值有未達標情形，健保署允宜積極研謀推動策略，以早日落實健保法揭櫫之目標。

**附表 1：家庭醫師整合性照護計畫歷年參與情形**

單位：人、家、%

年度	收案人數 (萬人)	收案人數占納保人口 比率	收案人數占較需照護 族群比率	醫療 群數	診所 數	參與 診所 占率	醫師 數	參與 醫師 占率
92	6.0	0.3	-	24	144	1.7	154	1.4
93	62.0	2.8	-	269	1,576	18.4	1,811	16.4
94	118.7	5.1	-	258	1,533	17.1	1,766	14.7
95	153.6	5.3	-	303	1,801	19.7	2,050	16.8
96	137.1	6.8	-	305	1,736	18.8	1,981	16.0
97	156.9	6.6	-	324	1,871	19.9	2,269	17.7
98	161.0	7.0	-	318	1,789	18.7	2,026	15.5
99	131.2	5.8	34.1	356	2,183	21.5	2,478	18.6
100	144.5	6.2	34.3	373	2,257	22.9	2,499	17.9
101	211.1	9.1	38.6	367	2,361	23.8	2,749	19.7
102	205.4	8.8	42.2	374	2,785	27.7	3,343	23.3
103	223.5	9.6	43.3	389	2,890	28.5	3,527	24.1
104(截至4月)	248.5	10.5	48.2	426	3,035	29.7	3,709	24.9

註：1. 資料來源，健保署。

2. 99 年以前採登記制(家戶為單位)，99 年起改由健保署交付較需照護名單為主。

**附表 2：家庭醫師整合性照護計畫之各階段經費投入效益情形**

單位：新臺幣億元；萬人

階段別	年度別	年度實支 經費數 (1)	階段實支 經費數 (2)	年度 收案 人數 (3)	階段收 案人數 (4)	年度平 均效益 (3)/(1)	階段平 均效益 (4)/(2)
試辦	93	4.7	10.3	62.0	180.7	13.2	17.5
	94	5.6		118.7		21.2	

階段別	年度別	年度實支經費數 (1)	階段實支經費數 (2)	年度收案人數 (3)	階段收案人數 (4)	年度平均效益 (3)/(1)	階段平均效益 (4)/(2)
全面推動初期	95	7.3	30.1	153.6	608.6	21.0	20.2
	96	5.7		137.1		24.1	
	97	10.1		156.9		15.5	
	98	7.0		161.0		23.0	
改革	99	7.8	15.2	131.2	275.7	16.8	18.1
	100	7.4		144.5		19.5	
全面檢討修正	101	9.9	33.8	211.1	640.0	21.3	18.9
	102	12.0		205.4		17.1	
	103	11.9		223.5		18.8	

註：1. 資料來源，整理自健保署提供資料。

2. 階段實支經費數係所屬年度實支經費數加總；階段收案人數係所屬年度收案人數加總；平均效益係指每億元經費投入所對應之收案人數。

**附表 3：近年家庭醫師整合性照護計畫之品質情形**

單位：%

指標		年度		
		101	102	103
固定就診率	目標值	≥48.47	≥51.32	≥51.90
	收案會員平均值	47.23	50.51	51.13
急診率	目標值	-	≤23.88	≤24.78
	收案會員平均值	28.24	25.30	25.37
住院率	目標值	-	≤12.39	≤12.96
	收案會員平均值	9.41	11.99	11.69

※註：1. 資料來源，整理自健保各年度「西醫基層總額執行成果報告」。

2. 101 年度急診率與住院率尚未列入品質指標，爰無目標值。

#### 八、安寧療護服務雖略具成效，惟服務機構分布不均，接受教育訓練之專業人員比率仍偏低，允宜積極推廣，俾利提升重症末期病患照護品質

為提升國內重症末期病人之照護品質，健保署自 98 年 9 月起將住院及居家安寧療護納入一般給付項目，又自 100 年起將安寧照護模式引進一般病房，試辦健保安寧共同照護服務，另自 103 年起，結合在地醫療資源推動社區安寧療護。在推動模式方面，住院安寧與安寧共照係採醫院照護模式；安寧居家、社區安寧則分別採在宅、社區照護模式，亦是當前重點推動項目，其目標係使末期病人在自己最熟悉之環境中獲得善終。在經費來源方面，

住院安寧及安寧共照服務之醫療費用係於醫院部門總額項下支應，安寧居家及社區安寧則於其他部門總額項下支應。據健保署提供資料，健保安寧療護業務 101 年度至 104 年度（截至 8 月底）各年度醫療費用分別為 8.05 億點、8.13 億點、8.31 億點及 7.56 億點，接受安寧療護服務人數分別為 2 萬 1,434 人、2 萬 5,575 人、3 萬 0,619 人及 2 萬 4,913 人，已略具成效（詳附表 1）。惟：

**(一)提供安寧療護之特約機構多坐落於都會區，偏鄉、離島等偏遠地區相對貧乏，又設有安寧病房之特約醫院層級以醫學中心及區域醫院比率較高，影響安寧療護服務提供之可近性**

據健保署截至 104 年 10 月 13 日統計資料，全國提供健保住院安寧、安寧共照、安寧居家及社區安寧服務之特約機構分別為 52 家、84 家、130 家及 80 家，分布地點多集中於 6 個直轄市，至偏鄉、離島等地區則相對貧乏，連江縣甚至無健保特約機構提供安寧療護服務（詳附表 2）。就設有安寧病房之特約醫院層級而言，仍以醫學中心及區域醫院比率較高，分別有 16 家醫學中心（占比 61.54%）及 27 家區域醫院（占比 32.53%），分別提供 268 床及 357 床，至於地區醫院 9 家（占比 2.44%），僅提供 64 床（詳附表 3），顯示健保安寧療護資源分布不均，恐影響服務提供之可近性。

**(二)接受安寧療護訓練之專業人力仍不足，恐不利安寧療護服務之推廣，亦有礙其品質之提升**

為提升參與安寧療護服務人員之專業技能，健保署與相關學會及地方衛生機關合作辦理安寧療護教育訓練<sup>17</sup>。截至 104 年 10 月 13 日之統計資料，接受甲、乙類教育訓練之人數分別為

---

<sup>17</sup> 分為甲類及乙類，前者需接受教育訓練 80 小時（含見習 40 小時），及每年繼續教育 20 小時，後者主要係配合社區安寧療護之推廣，針對基層特約機構人員提供相關教育訓練 21 小時，及每年繼續教育 4 小時。

1,358人、440人，合計1,798人，包括醫師753人、護理師845人、社工人員184人及心理師16人，其中接受教育訓練之醫師及護理師分別僅占全國相關執業人數之1.68%及0.65%<sup>18</sup>，比率仍偏低，恐不利安寧療護服務之推廣，亦有礙其品質之提升。

綜上，近年來健保推動安寧療護服務，隨著接受服務人數逐年增加，已略具成效，惟提供安寧療護之特約機構多坐落於都會區，又設有安寧病房之特約醫院層級以醫學中心及區域醫院比率高，資源分布不均，致妨礙相關服務之可近性。又接受安寧療護訓練之醫護人員比率偏低，恐不利安寧療護服務之推廣，亦有礙其品質之提升。健保署允宜積極研謀對策，透過加強宣導，俾利提升國人接受善終之觀念，進而接受安寧療護服務，俾利改善重症末期病患之照護品質。

**附表 1**：健保安寧療護服務 101 至 104 年度之醫療費用及照護人數統計

單位：億點；人

項目	住院安寧		安寧共照		安寧居家		社區安寧		總計	
	醫療費用	服務人數	醫療費用	服務人數	醫療費用	服務人數	醫療費用	服務人數	醫療費用	服務人數
101	7.25	10,154	0.29	13,476	0.51	4,984	-	-	8.05	21,434
102	7.18	10,330	0.40	18,589	0.55	5,492	-	-	8.13	25,575
103	7.21	10,756	0.50	23,553	0.60	6,063	0.00	32	8.31	30,619
104	6.29	7,597	0.58	19,836	0.69	5,233	0.02	282	7.56	24,913

- ※註：1. 資料來源，整理自健保署提供資料。  
 2. 104 年度為截至 8 月底資料。  
 3. 安寧居家之醫療費用點數含括社區安寧之醫療費用點數。  
 4. 醫療費用=申請點數+部分負擔（安寧共照係醫令點數加總計算）。  
 5. 服務人數係 ID+生日歸戶計算。

**附表 2**：提供健保安寧療護服務之特約機構分布情形

單位：家

健保分區別	縣市別	提供各類別安寧療護之健保特約機構數			
		住院安寧	安寧居家	安寧共照	社區安寧
臺北	臺北市	10	13	13	8
	新北市	5	10	10	5
	基隆市	1	2	2	1

<sup>18</sup> 經洽中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會，截至 104 年 9 月底，全國執業登記之醫師、護理師分別為 4 萬 4,809 人、12 萬 9,036 人。

	宜蘭縣	3	3	5	2
	金門縣	0	0	1	1
	連江縣	0	0	0	0
北區	桃園市	3	5	10	12
	新竹縣	1	1	4	2
	新竹市	1	2	2	0
	苗栗縣	1	1	6	1
中區	臺中市	6	12	12	3
	彰化縣	1	2	5	8
	南投縣	0	2	4	13
南區	雲林縣	1	1	3	1
	嘉義縣	2	1	4	2
	嘉義市	2	3	4	3
	臺南市	5	7	9	6
高屏	高雄市	5	10	17	4
	屏東縣	2	3	8	2
	澎湖縣	0	0	2	0
東區	花蓮縣	2	4	6	2
	臺東縣	1	2	3	4
合計		52	84	130	80

※註：1. 資料來源，健保署提供。  
2. 截至 104 年 10 月 13 日資料。

**附表 3：提供安寧病房之各層級醫院家數及相關病床數統計**

單位：家；床

年度別	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院
101	院所數	14	29	4
	病床數	248	392	38
102	院所數	14	28	6
	病床數	248	385	56
103	院所數	15	27	9
	病床數	268	367	65
104	院所數	16	27	9
	病床數	268	357	64

※註：1. 資料來源，整理自健保署提供資料。  
2. 104 年度為截至 9 月底資料。

## 九、鼓勵醫事機構查詢藥歷方案之預算執行率偏低，基層診所之參與率仍嫌不足，且部分核付指標達成情形欠佳，允宜積極檢討並提升方案執行成效

為避免特約醫事服務機構重複用藥，提升病人用藥品質，健保署自 102 年度正式啟用健保雲端藥歷系統，又為推廣前揭系統之使用，該署辦理健保鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（以下簡稱健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案），並自 103 年度起，逐年編列專款支應，105 年度該方案總額協定預算案數 11 億

元。有關健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案之實施成效，謹說明如下：

**(一) 健保雲端藥歷系統雖有助於節省申報藥費，惟健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案之預算執行率偏低，且基層診所等醫事服務機構之參與率不高**

據健保署統計資料，健保雲端藥歷系統自 102 年度正式啟用以來，隨著特約醫事服務機構對該系統整體使用率增至逾 5 成，截至 104 年度（第 1 季）預估減少申報藥費達 100 餘億元，已略具成效<sup>19</sup>。為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之就醫資訊，確保保險對象之就醫安全及提升醫療服務審查效率，健保署另於健保醫療給付費用總額之其他項目編列預算，補助全體特約醫事服務機構申辦提升網路頻寬之全年月租費，103 年度及 104 年度預算數均為 22 億元，執行數分別為 0.08 億元及 0.63 億元（截至 104 年度第 1 季），執行率分別僅為 0.39% 及 2.86%，顯然偏低。在特約醫事服務機構申辦情形方面，截至 104 年 8 月底止，醫學中心與區域醫院已全數參與該方案，地區醫院、基層診所，以及藥局、檢驗、助產等交付機構之申辦家數分別為 280 家、2,963 家、987 家、2 家及 1 家，分別占全國家數之 75.68%、14.68%、16.79%、0.93% 及 6.25%（詳附表 1），反映基層診所、藥局等特約醫事服務機構之申辦情形未臻理想。

---

<sup>19</sup> 據健保署統計，自 102 年 7 月啟用健保雲端藥歷查詢系統以來，各年度查詢該系統病人之藥費變動情形分別為：102 年度第 3、4 季計約增加 0.13 億元；103 年度計約減少 58.92 億元；104 年度截至第 1 季計約減少 48.83 億元。

**附表 1：健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案 104 年 8 月底申辦情形**

單位：家；%

機構別 項目	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	基層 診所	藥局	檢驗 機構	助產 機構	合計
申辦家 數	26	83	280	2,963	987	2	1	4,342
全國家 數	26	83	370	20,181	5,879	215	16	26,770
申辦家 數占全 國家數 比率	100.00	100.00	75.68	14.68	16.79	0.93	6.25	16.22

註：1. 資料來源，整理自健保署提供資料。

2. 全國家數係健保 104 年 8 月 31 日特約家數。

## (二)門診抽審案件數位審查、特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率等核付指標之達成情形欠佳

為管控健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案有關網路月租費之補助，健保署訂有核付指標<sup>20</sup>及指標目標值，並針對達標之特約醫事服務機構核給獎勵金。惟截至 104 年度第 1 季，醫院層級之特約醫事服務機構在門診抽審案件數位審查及特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率等指標之達標家數比率均僅為 20.3 % (詳附表 2)；基層診所及交付機構則在特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率及門診抽審案件數位審查等指標之達標家數比率分別為 16.6% 及 13.1%，達標情形欠佳，亦影響獎勵金之核給。

<sup>20</sup> 醫院層級之特約醫事服務機構的核付指標包括住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率等 5 項；診所及交付機構之核付指標包括門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查 (西醫基層診所排除適用)、健保卡登錄處方及上傳作業正確率等 4 項。

**附表 2**：健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案醫院、診所及藥局之核付指標各季達成情形

單位：家；%

項目		機構別			診所及藥局		
		醫院			診所及藥局		
季別		103 年第 3 季	103 年第 4 季	104 年第 1 季	103 年第 3 季	103 年第 4 季	104 年第 1 季
參加機構數		89	163	192	0	90	199
住院病人雲端藥歷系統查詢率	達標家數	50	122	173	/		
	達標家數占參加機構比率	56.2	74.8	90.1			
門診病人雲端藥歷系統查詢率	達標家數	72	152	189	0	60	152
	達標家數占參加機構比率	80.9	93.3	98.4	0	66.7	76.4
特療資訊查詢名單開啟率	達標家數	63	117	175	0	22	33
	達標家數占參加機構比率	70.8	71.8	91.1	0	24.4	16.6
門診抽審案件數位審查	達標家數	7	13	39	0	6	26
	達標家數占參加機構比率	7.9	8.0	20.3	0	6.7	13.1
特定檢項資源共享率	達標家數	25	39	39	/		
	達標家數占參加機構比率	28.1	23.9	20.3			
健保卡處方上傳作業正確率	達標家數	/			0	87	184
	達標家數占參加機構比率				0	96.7	92.5

註：1. 資料來源，整理自健保署提供資料。

綜上，鑒於基層診所及交付機構就健保鼓勵醫事機構查詢藥歷方案之參與率偏低，參與之特約醫事服務機構在門診抽審案件數位審查等指標目標值之達成情形未臻理想，致該方案之預算執

行率偏低，健保署允宜積極檢討各指標項目、目標值等方案內涵，俾利增加特約機構之參與意願，以提升雲端藥歷系統之建置效能。

**一〇、國人近年來罹患主要癌症人數及醫療費用呈逐年增加趨勢，允宜積極檢討防治工作之成效，以減輕健保財務之負擔**

據衛福部 104 年 6 月間最新公布之國人 10 大死因，惡性腫瘤（以下簡稱癌症）已連續第 33 年蟬聯 10 大死因榜首，平均每 100 人即有近 28 人因癌症而往生。又依該部最新衛生公務統計，97 年度至 101 年度癌症發生人數分別為 7 萬 9,818 人、8 萬 7,189 人、9 萬 0,649 人、9 萬 2,682 人及 9 萬 6,694 人，呈逐年攀升趨勢。謹就截至 103 年度健保支應主要癌症醫療點數，說明相關醫療支出成長情形如次：

**(一)健保支應醫療點數前 3 名之癌症就醫人數、醫療總點數近 7 年來平均增幅均逾 5 成，每人支付點數提升率亦高，造成健保基金沉重負擔**

依健保署統計資料，103 年度癌症醫療點數之前 3 名依序為大腸惡性腫瘤，氣管、支氣管及肺癌，以及女性乳房惡性腫瘤等 3 類，103 年度因前揭癌症就醫人數相較 97 年度成長率分別為 45.25%、65.84%及 55.58%，平均增幅逾 5 成，平均每人醫療點數成長率除女性乳房惡性腫瘤成長 3.85%外，大腸惡性腫瘤以及氣管、支氣管及肺癌分別略減 1.25%、5.76%，惟前揭 3 類癌症之醫療總點數增幅仍分別達 43.47%、56.82%及 61.59%(詳附表 1)，平均成長率亦逾 5 成，反映國人罹患癌症人數成長率居高不下，係導致健保支出攀升之推力之一，衛福部及國健署癌症預防保健工作之成效仍有檢討空間。

**(二)癌症發生率不斷攀升與個人不良生活習慣具有密切關連性，**

**除持續辦理癌症篩檢工作外，亦應積極推動預防保健工作，以有效降低罹癌率**

世界衛生組織（WHO）研究指出，菸、酒、不健康飲食、缺乏運動及肥胖等主要危險因子，占癌症死因之 30%。而 103 年度居健保支應醫療點數前 3 名之大腸惡性腫瘤，氣管、支氣管及肺癌，以及女性乳房惡性腫瘤亦與前揭致癌因子有關。近年來國健署雖推動癌症定期篩檢工作，惟從先進國家推動防治癌症之經驗觀之，唯有透過養成健康生活習慣，始能有效減少癌症罹患機率。鑒於「預防勝於治療」，衛福部及國健署除持續推動癌症篩檢工作外，允宜積極推動相關預防保健計畫，雙管齊下，以有效降低國人癌症罹患率，減輕健保財務負擔。

綜上，國人近年來罹患癌症人數大幅增加，導致全民健保承受龐鉅之醫療費用，衛福部及國健署除推動癌症篩檢工作外，亦允應積極辦理預防保健計畫，推廣健康生活習慣，俾降低國人癌症之罹患率，有效減輕健保財務負擔。

**附表 1：97、100 及 103 年度健保支應醫療點數前 3 名之主要癌症情形**

單位：人、點、%

診斷疾病	97 年度			100 年度		
	人數	醫療點數 (百萬點)	平均每人 醫療點數	人數	醫療點數 (百萬點)	平均每人 醫療點數
大腸惡性腫瘤	47,642	6,246	131,112	59,100	8,005	135,455
氣管、支氣管及肺癌	19,672	5,688	289,163	24,996	7,198	287,955
女性乳房惡性腫瘤	56,786	5,308	93,478	72,646	7,507	103,330
診斷疾病	103 年度			103 年度/97 年度		
	人數	醫療點數 (百萬點)	平均每人 醫療點數	人數 成長率	醫療點數 成長率	每人支付 點數 成長率
大腸惡性腫瘤	69,201	8,961	129,489	45.25	43.47	-1.25

氣管、支氣管及肺癌	32,625	8,920	273,418	65.84	56.82	-5.76
女性乳房惡性腫瘤	88,349	8,577	97,078	55.58	61.59	3.85

※註：1. 資料來源：健保署二代倉儲系統門診明細、交付機構明細、住院明細檔、重大傷病領證檔。

2. 統計範圍：醫事服務機構申報之費用明細資料中重大傷病就醫之案件（部分負擔代碼='001'之案件）。

3. 人數以 ID、BIRTHDAY 進行歸戶，醫療點數=申請點數+部分負擔點數。

4. 癌症病患：取重大傷病類別為癌症者，依領證之重大傷病診斷碼進行統計。

## 一一、國人每人每年平均門、住診就醫次數居高不下，醫療點數亦持續增長，西醫門診次數更遠高於歐美先進國家，允宜積極研擬改善措施

據健保署提供統計資料，我國民眾平均每人每年就醫次數自 101 年度之 15.12 次微幅增至 103 年度之 15.22 次，遠高於法國之 8.1 次、加拿大之 9 次及德國之 11.4 次<sup>21</sup>(詳附表 1)。有關近年來我國民眾之健保門、住診資源運用情形，謹說明如次：

### (一)近年來國人門、住診平均每人就醫次數與醫療點數多呈增長

依健保署提供之每人每年就醫次數與醫療點數成長說明資料(詳附表 2)，101 至 103 年度期間，門診平均每人就醫次數分別較上年度增加 0.63%、0.52%及 1.35%，醫療點數則分別較上年度成長 2.58%、4.74%及 3.37%；住診平均每人就醫次數除 102 年度較上年度減少 1.3%外，101 年度與 103 年度分別較上年度增加 0.26%及 2.19%，醫療點數則分別較上年度提升 0.31%、0.89%及 4.17%。

### (二)為達成全民健康之願景，衛福部與健保署允應積極研謀對策

健保署雖提出「提升品質，使民眾看病愈少且愈健康」之

<sup>21</sup> 法國與德國均為 102 年度資料，加拿大為 101 年度資料。

願景，並辦理多項品質改善方案<sup>22</sup>，惟近年來國人平均使用門、住診醫療資源之情形仍有增無減，顯示我國健保雖提高醫療可近性，惟民眾健康情形並未顯著改善。此外，論量計酬為主之給付制度及自負額偏低之情形，均係誘發健保資源遭不當運用之主因。面對此一情勢，健保署允應研謀對策，遏阻少數國人濫用健保資源之情形，並適時檢討前揭醫療品質改善方案之成效。衛福部亦允宜逐步提高預防保健支出占國民醫療保健支出之比重，提出前端、治本及預防之具體作法，改善民眾健康情形，以有效減少後端之健保負擔。

綜上，近年來國人門、住診平均每人就醫次數與醫療點數多呈成長，每人每年門診就醫次數較歐美先進國家仍偏高，顯示民眾健康情形並未顯著改善，致健保醫療支出持續增加。衛福部及健保署允宜積極研謀對策，除遏阻少數國人濫用健保資源外，並積極檢討前揭醫療品質改善方案之成效，另提出前端、治本及預防之具體作法，促進全民健康，以有效減少健保負擔。

**附表 1**：主要國家每人每年門診就醫次數表

單位：次

年度	我國	美國	加拿大	英國	法國	德國	日本	韓國
101	15.12	...	9.0	...	8.4	11.1	16.1	16.1
102	15.10	...	...	...	8.1	11.4	...	16.5
103	15.22	...	...	...	...	...	...	...

※註：1. 資料來源，健保署提供。

**附表 2**：101 至 103 年度每人每年就醫次數與醫療點數成長說明表

單位：點/人；次/人；日/人；%

年度	101		102		103	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
保險對象人數 (萬人)	2,304	0.51	2,319	0.65	2,332	0.56

<sup>22</sup> 請參見本評估報告第 5 至 8 題內容。

年度		101		102		103		
項目		值	成長率	值	成長率	值	成長率	
門診	西醫	次數	12.0	-0.04	12.0	0.22	12.1	1.37
		點數	14,189	2.33	14,902	5.03	15,442	3.62
	牙醫	次數	1.4	2.98	1.4	2.38	1.4	1.22
		點數	1,622	3.91	1,671	3.02	1,700	1.74
	中醫	次數	1.7	3.67	1.7	1.14	1.7	1.32
		點數	929	4.26	960	3.34	981	2.19
	小計	次數	15.1	0.63	15.1	0.52	15.2	1.35
		點數	16,740	2.58	17,533	4.74	18,123	3.37
住診	次數	0.14	0.26	0.14	-1.30	0.14	2.19	
	點數	7,656	0.31	7,724	0.89	8,046	4.17	
	日數	1.4	-0.05	1.3	-0.95	1.3	0.83	

- ※註：1. 資料來源，健保署提供。  
2. 本表不含「代辦」及「居家照護及社區精神復健」申報案件。  
3. 平均每人係以季中保險對象人數(以2、5、8、11月底保險對象人數平均數)為分母。  
4. 門診件數排除「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「交付機構」及「醫令金額補報」申報案件。  
5. 醫療點數=申請點數+部分負擔金額。  
6. 住院件數排除「醫令金額補報」申報案件。  
7. 住院日數=急診病床日數+慢性病床日數。

(分機：1912 黃彥斌)