

全民健康保險基金、管制藥品製藥工廠作業基金 114 年度 預算評估報告目錄

頁次

壹、全民健康保險基金	1
一、114 年度預算案其他補助收入編列 81 億元，惟當年度保險收支淨短絀 459 億餘元，若維持現行費率，預計 115 年底，安全準備餘額恐不符健保法規 定，亟待研謀對策	1
二、補充保險費扣取上限金額自訂定後已逾 13 年未調整，鑑於非經常性薪資收 入逾 1 千萬元者已日增，允宜研謀調整補充保費收繳機制，以契合量能負 擔原則	3
三、112 年度查獲高薪低保金額為自 108 年度以來新高，且部分投保單位及被 保險人屢有重複低報情形，然其僅對第 1 類被保險人建置預警系統，允宜 檢討改善	5
四、112 年度「家庭醫師整合性照護計畫」之參與診所數、長者流感注射率等， 均低於 111 年度，且部分慢性病患無法於單一診所獲全面照護，允宜研謀改 善	6
五、推動「全民健保思覺失調症醫療給付改善方案」，惟部分院所缺乏參與意願， 且跨機關配合不易，執行訪視人數偏低，允宜研謀改善	8
六、112 年度轉診案件中轉出數仍以診所居多、醫學中心及區域醫院以轉入為主， 與各層級醫療院所雙向轉診目標有間，允宜檢討改善	11
七、112 年度國人就醫次數達到 108 年度以來最高，且高於部分先進國家，允 宜研謀減少非必要就醫及醫療處置措施，俾抑制健保費用支出之增長	13
八、辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，部分醫療院所囿於成本考量 等無參與意願，且部分參與計畫醫師收案後未提供居家醫療服務，均待改善	14
九、112 年度健保抑制資源不當耗用改善方案執行結果，5 項未達預期目標值， 其中有 3 項連續 2 年未達標，允宜檢討改善，以維護健保資源之合理運用	17

貳、管制藥品製藥工廠作業基金 -----	19
一〇、自 103 年度調整代輸入管制藥品之收費標準後，迄 113 年 8 月底止皆再 未調整，惟在成本調升下收費已不敷支出，允宜研議修訂，俾符作業基金 之設置意旨 -----	19
一一、112 年度管制藥品自製率 3 成、整體國內製造率 5 成，仍與 115 年度自製 率 7 成目標有間，允宜積極辦理新產線開發與建置，俾達目標 -----	21
一二、112 年度部分自製產品之生產不良率高於 111 年度，生產管控仍待改善， 俾降低生產成本-----	23

全民健康保險基金、管制藥品製藥工廠作業基金 114 年度預算評估報告

壹、全民健康保險基金

全民健康保險基金(下稱健保基金)114 年度預算案編列業務收入 8,678 億 7,319 萬 3 千元，業務成本與費用 8,711 億 375 萬 8 千元，業務外收入 32 億 3,268 萬 3 千元，業務外費用 211 萬 8 千元，收支相抵後本期賸餘無列數。謹就健保基金 114 年度預算案評估如下：

一、114 年度預算案其他補助收入編列 81 億元，惟當年度保險收支淨短絀 459 億餘元，若維持現行費率，預計 115 年底，安全準備餘額恐不符健保法規定，亟待研謀對策

健保基金 114 年度預算案編列保費收入 7,992 億 9,436 萬 7 千元、收回安全準備 459 億 9,430 萬 3 千元，其中收回安全準備係因健保收支淨短絀，依法編列收回安全準備填補，與 113 年度收回安全準備預算數 294 億 6,621 萬 4 千元相較，增加收回 165 億 2,808 萬 9 千元，增幅 56.09%。

另健保基金 114 年度預算案於其他補助收入編列 81 億元，係政府撥補健保基金辦理癌症新藥暫時性支付專款 50 億元、挹注罕見疾病之健保用藥 20 億元與輸注液及沖洗液藥品供應穩定專案 11 億元。

依全民健康保險法(下稱健保法)第 76 條及第 78 條規定¹，健保年度收支之結餘，應提列安全準備；於年度收支發生短絀時由安全準備先行填補；安全準備總額以相當於最近精算 1 個月至 3

¹全民健康保險法第 76 條第 1 項規定：「本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：一、本保險每年度收支之結餘。二、本保險之滯納金。三、本保險安全準備所運用之收益。四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。五、依其他法令規定之收入。」第 2 項規定：「本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。」、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。」

個月之保險給付支出為原則。次依全民健康保險會第 5 屆 110 年第 4 次委員會議決議，當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出時，調漲保險費率，以 6% 為上限。

健保基金於 112 及 113 年度雖各獲行政院撥補 240 億元及 200 億元，惟依該基金於 113 年 8 月 23 日按現行保險費率(一般 5.17%、補充 2.11%)推估 113 至 117 年度財務收支(詳表 1)，預計 114 年底安全準備總額雖大於 1 個月保險給付支出，惟 115 年底僅供 0.09 個月保險給付支出，已低於健保法要求至少 1 個月之規定。

依健保基金 112 年度決算書，該基金 112 年底累計安全準備餘額 1,387 億餘元，折合約 2.14 個月保險給付。惟健保署按現行保險費率 5.17%，推估安全準備餘額恐於 116 年度全數用罄，為利健保永續，允宜積極研謀開源節流之善策。

表 1 依現行費率推估 113 至 117 年度財務收支預估表(推估時間 113 年 8 月 23 日)

單位：新臺幣億元；月

項目	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
一般保險費率	5.17%				
補充保險費率	2.11%				
保險收入	8,087	8,105	8,199	8,265	8,351
保險成本	8,104	8,580	9,023	9,418	9,780
總額成長率(%)(詳表說明)	4.7	5.0	3.653	4.131	4.345
保險收支餘絀	-18	-475	-824	-1,153	-1,429
保險收支累計餘絀	1,370	895	71	-1,083	-2,511
約當保險支出月數	2.03	1.25	0.09	-1.38	-3.08

說明：1. 表列保險收入、保險成本指與健保有關係之收入與成本，非餘絀表之會計科目。

2. 113 年起為預估數，114 年醫療給付費用總額成長率係參考 114 年度預算案，暫以 5% 推估，115 年起醫療給付費用總額成長率以非協商因素與協商因素之歷史資料進行推估。惟實際成長率以健保會依健保法第 61 條規定協議訂定，並經衛福部公告為準，爰表列總額成長率將與最終核定之總額成長率不同。

3. 行政院於 113 年 8 月 22 日院會通過主計總處編具 114 年度預算案，其中「健保財務協助方案」之「政府健保費法定下限認列範圍排除其他法令部分」編列 134 億元。

4. 表列 114 年度保險收支短絀 475 億元係按 113 年 8 月 23 日財務狀況推估，爰與 114 年度預算書保險收支淨短絀 459 億餘元不同。

資料來源：健保署 113 年 9 月提供。

綜上，健保基金 114 年度預算案其他補助收入雖編列 81 億元，且預計收回安全準備 459 億餘元以填補保險收支淨短絀，惟依健保署 113 年 8 月下旬按現行費率 5.17% 推估，預計 115 年底安全準備餘額恐已未符健保法規定之下限，允宜積極研謀善策，俾利健保永續經營。

二、補充保險費扣取上限金額自訂定後已逾 13 年未調整，鑑於非經常性薪資收入逾 1 千萬元者已日增，允宜研謀調整補充保費收繳機制，以契合量能負擔原則

健保基金 114 年度預算案「保險收入－保費收入」科目編列 7,992 億 9,436 萬 7 千元，包括一般保險費 6,303 億 1,339 萬 3 千元、補充保險費 626 億 5,097 萬 4 千元等項。經查：

(一) 保費收入主要為一般保險費及補充保險費，其中一般保險費之投保金額隨基本工資調漲而提高

依健保法第 19 條規定略以，第 1 類至第 3 類被保險人之投保金額由主管機關擬訂分級表，而分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同。近年一般保險費及補充保險費各占健保保費收入近 8 成及 1 成(詳表 1)，114 年度預估一般保險費占保費收入之 78.86%。一般保險費以經常性薪資為計費基礎，由於 111 至 113 年度每年皆調升基本工資，據健保署推估，保險收入因而分別增加約 57 億元、56 億元及 52 億元²。

表 1 111 至 114 年度健保基金保險費收入簡表 單位：新臺幣千元；%

項目	111	112	113	114
業務收入-保費收入(A)	747,904,072	773,534,415	751,917,149	799,294,367
1. 一般保險費(B)	585,711,662	607,480,730	607,218,713	630,313,393
2. 補充保險費(C)	73,388,478	72,258,104	60,478,436	62,650,974

²參考 112 年度中央政府總決算審核報告。

項目	111	112	113	114
3. 政府應負擔健保總經費不足36%部分	88,282,180	93,265,229	83,700,000	105,800,000
4. 滯納金	521,752	530,352	520,000	530,000
一般保險費占保費收入比率(B/A)	78.31	78.53	80.76	78.86
補充保險費占保費收入比率(C/A)	9.81	9.34	8.04	7.84

說明：112 年度以前為決算審定數，113 及 114 年度為預算案數。
資料來源：健保基金提供。

(二)補充保費扣取上限金額自 100 年訂定後，迄 113 年 9 月下旬皆未調整

健保保費收入原偏重經常性薪資，100 年 1 月修正健保法第 31 條，將股利所得等 6 項非經常性薪資收入以單次給付 1 千萬元為限，計收補充保險費，逾上限金額部分，免再扣取補充保險費，僅以現行費率 2.11%計收補充保險費 21 萬 1 千元。

惟審計部於 112 年度中央政府總決算審核報告指出，依財政部 113 年公告 110 年度綜合所得稅申報核定統計專冊，利息所得、股利所得申報金額 1 千萬元以上者各為 5 萬餘件、15 萬餘件，較 107 年度各增加 5 千餘件、6 萬餘件。然補充保險費扣取上限自 100 年訂定後迄 113 年(9 月下旬)逾 13 年未調整，該期間非經常性薪資收入逾前開法定上限金額(1,000 萬元)者已增加，恐未能契合補充保費依負擔能力收取之原意，審計部已函請衛福部推動補充保險費計費機制改革，獲該部回應已研議改革補充保險費收繳機制。

考量一般保險費投保金額隨基本工資調漲而提高，111 年 7 月健保署亦調增最高等級投保金額，惟補充保險費扣取上限金額逾 13 年未調整，允宜檢討改善。

綜上，健保補充保險費扣取上限金額自 100 年間訂定後，迄 113 年 9 月下旬皆未檢討調整，允宜檢討改善補充保險費計費機

制，俾契合補充保費依負擔能力收取之原意及充裕基金收入。

三、112 年度查獲高薪低保金額為自 108 年度以來新高，且部分投保單位及被保險人屢有重複低報情形，然其僅對第 1 類被保險人建置預警系統，允宜檢討改善

健保基金 114 年度預算案編列「保費收入」7,992 億 9,436 萬 7 千元，較 113 年度預算數 7,519 億 1,714 萬 9 千元，增加 473 億 7,721 萬 8 千元(增幅 6.30%)。經查：

(一)近 5 年，112 年度查獲高薪低保人數僅次於 108 年度，查獲低報金額則為最高

為健全健保保費收繳基礎，健保署定期辦理投保金額查核，112 年度健保署查獲第 1 類及第 2 類被保險人高薪低保人數合計 11 萬 4,671 人，近 5 年(108 至 112 年度)來僅低於 108 年度，且 112 年度該 2 類人高薪低保金額合計 17 億 5,121 萬元，平均每人高薪低保 1 萬 5,272 元，為自 108 年以來最高(詳表 1)。

表 1 健保第 1 類及第 2 類被保險人補收保費(高薪低保)統計表

單位：人；新臺幣萬元

年 度	第 1 類被保險人		第 2 類被保險人		第 1、2 類合計		
	低報人 數	高薪低保 金額	低報人 數	高薪低保 金額	低報人 數	高薪低保 金額	人均高薪低保 金額(元)
108	117,610	76,559	13,008	22,508	130,618	99,067	7,584
109	111,979	64,317	2,683	558	114,662	64,875	5,658
110	48,212	43,658	1,788	441	50,000	44,099	8,820
111	39,853	41,808	10,847	31,436	50,700	73,244	14,447
112	79,764	132,817	34,907	42,305	114,671	175,121	15,272
合計					460,651	456,406	

說明：109 至 111 年度受 COVID-19 疫情影響，部分查核項目暫緩辦理。

資料來源：審計部 112 年度全民健康保險基金財務收支及決算審核通知。

(二)108 至 112 年度有部分投保單位及被保險人連續 5 年低報投保金額，惟健保署建置之預警系統僅限對第 1 類被保險人

依健保法第 89 條規定略以，第 1 類被保險人之投保單位、

第 2 類被保險人，短報投保金額者除追繳保險費外，並按其短繳之保險費金額處以 2 倍至 4 倍之罰鍰。

審計部於 112 年度中央政府總決算附屬單位決算及綜計表審核報告指出，108 至 112 年度第 1 類及第 2 類投保單位及被保險人重複低報投保金額 2 至 5 次者，投保單位介於 2 萬 4, 223 家至 336 家間（詳表 2），其中 336 家投保單位、174 位被保險人連續 5 年遭查核發現低報投保金額，惟健保署僅調整投保金額而未裁罰，無法發揮嚇阻效果。另健保署僅建立「第 1 類受僱者投保金額預警系統」，透過數據分析疑似低報投保金額之投保單位，對其進行輔導，惟第 2 類被保險人亦有低高薪低報情事，卻未建立建置相關預警機制，尚待研議建置。

表 2 108 至 112 年度投保單位及被保險人重複低報投保金額表
單位：家；人

重複次數	投保單位	被保險人
2 次	24, 223	42, 033
3 次	3, 602	5, 336
4 次	450	533
5 次	336	174

說明：表列數據係健保署查獲第 1 類及第 2 類投保單位及被保險人低報投保金額情形之合計數。

資料來源：112 年度中央政府總決算附屬單位決算及綜計表審核報告-非營業部分。

綜上，112 年度查獲被保險人高薪低保金額為自 108 年度以來最高，且部分投保單位及被投保人連續 5 年高薪低保，然健保署僅對第 1 類被保險人建置預警系統，亟待檢討改善。

四、112 年度「家庭醫師整合性照護計畫」之參與診所數、長者流感注射率等，均低於 111 年度，且部分慢性病患無法於單一診所獲全面照護，允宜研謀改善

健保署近年持續推動「家庭醫師整合性照護計畫」（下稱家醫

計畫)，所需經費由西醫基層醫療給付費用總額中之專款項目支應。家醫計畫 112 年度預算執行數為 39.34 億元、113 年度預算數為 39.48 億元，114 年度經費因總額協商仍在進行而未確定。

依健保法第 44 條第 1 項規定³，保險人(即健保署)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。健保署自 92 年間試辦家醫計畫，陸續規劃整合慢性病相關方案計畫，以擴大照護範圍。

按衛福部全民健康保險會資料，112 年度家醫計畫預算執行數 39.34 億元高於 111 年度之 38.85 億元，惟 112 年度參與醫療診所為 5,590 家、參與醫師 7,807 人及收案人數 595 萬 8 千人，皆少於 111 年度(詳表 1)。另該計畫 112 年度會員固定就診率 49.1% 較 111 年度之 49.2% 下降，至於預防保健業務，112 年度 65 歲以上老人流感注射率 46.6%，亦低於 111 年度之 47.7%。

表 1 110 至 112 年度家醫計畫執行情形概況表

項目		110 年度	111 年度	112 年度
預算數(百萬元)		3,670.0	3,948.0	3,948.0
執行數(百萬元)		3,670.0	3,885.6	3,934.2
參與診所數	家數(家)	5,587	5,687	5,590
	占西醫基層診所數比率(%)	53.1	53.5	52.3
參與醫師	人數(人)	7,637	7,833	7,807
	占西醫基層診所數比率(%)	46.0	46.3	45.4
收案人數	人數(千人)	6,008	6,002	5,958
	占總保險對象人數比率(%)	24.8	24.8	24.8

資料來源：113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，衛福部全民健康保險會(113 年 8 月)。

審計部於 112 年度中央政府總決算審核報告指出，健保署於 113 年度修改家醫計畫之較需照護名單交付原則，優先將參與代謝

³依健保法第 44 條第 1 項規定：「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。」

症候群防治計畫，及糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病等 3 項照護整合方案之收案會員，交付予同時有參加家醫計畫之診所；其餘慢性病個案，以給藥日份最高診所收案照顧。惟 112 年度參與上述照護整合方案之診所，部分診所未參與家醫計畫，倘依 113 年度家醫計畫較需照護名單交付原則，參與前述方案(計畫)之病人，其收案診所若未參加家醫計畫，爾後將改由給藥日份最高診所收案，無法達成病患於同一診所接受醫療照護之目標。對此，衛福部說明將持續向醫界宣導診所加入家醫計畫之重要、持續優化計畫內容，以提升診所參與家醫計畫意願。

綜上，健保署持續推動家庭醫師整合性照護計畫，惟 112 年度部分執行實績較 111 年度退步，允宜研謀改善，以達預期成效。

五、推動「全民健保思覺失調症醫療給付改善方案」，惟部分院所缺乏參與意願，且跨機關配合不易，執行訪視人數偏低，允宜研謀改善

健保基金 114 年度預算案於「業務成本與費用」項下「保險給付」編列 8,580 億 4,039 萬 1 千元，包含預計辦理「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」(下稱思覺失調症醫療給付方案)。經查：

(一)思覺失調症醫療給付方案之 111 及 112 年度預算執行率皆未達 3%

為提高思覺失調症病人治療依從性，健保署自 99 年起推動思覺失調症醫療給付方案，透過各項給付費用及品質獎勵費，鼓勵醫療院所參與方案。惟該計畫 112 年度決算數 6,653 萬 1 千元僅占預算數 25 億 4,370 萬元之 2.62%，111 年度預算執行

率亦僅 2.57%⁴，且 112 年度實際收案 7 萬 7,443 人，遠低於預計人數(詳表 1)。

此外，部分醫療院所囿於人力及行政事務考量，並無意願參與上開計畫，爰 110 至 112 年度診所及醫院實際參與率分別約 5%及 6 成(詳表 2)。

表 1 111 至 114 年度醫療院所參與思覺失調症醫療給付方案表

單位：新臺幣千元；人

思覺失調症醫療給付方案	111 年度	112 年度	113 年度	114 年度
預算數	2,300,100	2,543,700	2,714,400	註 2
決算數	59,107.8	66,531.3	註 1	
預計收案人數	91,226	116,488	116,689	
實際收案人數	75,250	77,443	註 1	

說明：1.113 年度決算數及實際收案人數，將配合年度結算作業辦理。

2.114 年度預算數將俟總額協商公告預算，其餘將依 114 年執行情形辦理。

資料來源：健保署提供。

表 2 醫療院所參與思覺失調症醫療給付方案情形表

單位：家；%

院所類別	110 年度			111 年度			112 年度		
	符合參與資格	參與方案且實際申報費用	比率	符合參與資格	參與方案且實際申報費用	比率	符合參與資格	參與方案且實際申報費用	比率
診所	379	18	4.75	392	18	4.59	413	17	4.12
醫院	214	128	59.81	213	139	65.26	215	137	63.72
合計	593	146	24.62	605	157	25.95	628	154	24.52

說明：醫療院所於年底結算前，均可持續收案，爰更新至 112 年度。

資料來源：健保署提供。

(二)111 年度新增訪視項目，其中高風險病人需跨機關訪視，惟因配合不易，實際訪視人數偏低

按審計部 112 年度中央政府總決算審核報告，健保署為加強思覺失調症病人追蹤照護，111 年度新增「居家追蹤訪視」及「高風險病人出院後追蹤訪視」項目，前者適用對象為未固定就醫及久未就醫且非住院之病人，每人 1 年得訪視 4 次；後者

⁴111 年度預算執行率=(59,107.8 千元/2,300,100 千元)*100%=2.57%。

適用高風險病人，當年度入住急性病房出院後 3 個月內，由入住醫院負責追蹤，每人得訪視 6 次，其中 3 次須與衛生局及其所屬護理人員、心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視（下稱共訪）。

依健保基金提供資料，111 及 112 年度醫療院所實際執行居家追蹤訪視人數僅 52 人、22 人；高風險病人出院後追蹤訪視人數僅 57 人、154 人，且共訪達 3 次以上者僅 14 人、63 人（詳表 3），主要係醫療院所受限人力、成本因素考量及跨機關配合不易，致未能達成加強追蹤照護病人之目標。

表 3 111 及 112 年度思覺失調症醫療給付方案之居家追蹤訪視及高風險病人出院後追蹤訪視表 單位：人；%

年 度	居家追蹤訪視		高風險病人出院後追蹤訪視		
	符合訪視條件人數(說明1)	訪視人數	符合訪視條件人數 (說明2)	訪視人 數	共訪至少 3 次人數
111	21,763	52	2,624	57	14
112	24,187	22	2,737	154	63

說明：1. 係當年度已收案之未固定就醫及久未就醫病人，因無法計算停止訪視條件之人數，爰尚未排除停止訪視條件之人數。
2. 係當年度已收案之高風險病人於年度中曾申報精神科住院人數。
3. 考量醫療院所配合本方案於年底結算前，均可持續收案，將配合年度結算資料辦理，爰統計至 112 年度。

資料來源：健保署提供。

雖健保基金說明將請各分區業務組優先輔導年度應收案名單人數較多之醫療院所參與方案，並適時爭取經費，提升參與誘因；另為建立醫院與社區合作機制，已定期與衛福部心理健康司召開會議，並配合該司需求，提供研擬出院病人轉銜等所需資訊。惟該計畫 111 及 112 年度實際收受人數偏低，合作機制仍待強化。

綜上，健保基金 111 及 112 年度辦理全民健保思覺失調症醫療給付改善方案，實際執行績效與預期差距極大，允宜積極檢討

改善，以提供思覺失調病人適切之照護。

六、112 年度轉診案件中轉出數仍以診所居多、醫學中心及區域醫院以轉入為主，與各層級醫療院所雙向轉診目標有間，允宜檢討改善

健保基金 114 年度預算案於「保險給付」編列 8,580 億 4,039 萬 1 千元，其中醫院之門診、住院保險給付各編列 3,543 億 1,814 萬 4 千元及 2,563 億 9,015 萬元；西醫基層之門診、住院保險給付各編列 1,578 億 7,547 萬 5 千元及 11 億 4,796 萬 3 千元。經查：

(一)112 年度轉診件數自 110 年度以來逐年增加

健保署自 107 年起推動「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，增加院所轉診支付誘因，鼓勵大型醫院將輕症及穩定慢性病個案下轉至社區院所就醫，以落實分級醫療及促進醫療院所建立雙向轉診合作機制，相關預算由健保年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額中支應。據健保署提供資料，113 年度該轉診合作機制預算數合計 4.827 億元⁵，其中預計分配予醫院、基層之預算數各 2.247 億元及 2.58 億元，皆與 112 年度相同。

依健保署統計之醫療服務利用資料，110 至 112 年度門診與住院總件數分別為 3 億 1,441 萬 2 千件、3 億 3,950 萬 4 千件及 3 億 8,406 萬 3 千件，呈增加趨勢；至於同期間各層級院所接受轉診件數亦自 110 年度之 114 萬 1,955 件增至 112 年度之 123 萬 8,622 件(詳表 1)。

表 1 110 至 112 年度全國醫療院所接受轉診件數統計表 單位：件

年度	接受轉診件數				合計
	接受上轉	接受平轉	接受下轉	其他(無法分類或不詳)	
110	888,497	82,298	160,650	10,510	1,141,955
111	937,030	91,373	163,572	11,856	1,203,831
112	999,220	83,809	149,235	6,358	1,238,622

⁵114 年度尚未總額協商，爰無相關預算數。

說明：轉診案件不含視同轉診案件。

資料來源：健保基金提供。

(二)110 至 112 年度轉診案件轉出件數最多者為基層診所，區域醫院及醫學中心轉入案件增加，與雙向轉診政策目標有間

觀察 110 至 112 年度各層級醫療院所，包括醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所接受轉診(轉入)及轉出案件情形(詳表 2)，基層診所以轉出為主，轉出件數差額自 110 年度之 62 萬 9,011 件擴大至 112 年度之 71 萬 9,125 件，區域醫院及醫學中心則以轉入為主，112 年度區域醫院轉入件數差額 31 萬 7,552 件，較 110 及 111 年度增加；而 112 年度醫學中心轉入件數差額達 44 萬 9,942 件，亦較 110 年度之 34 萬 7,428 件及 111 年度之 38 萬 626 件大幅增加。由於轉診案件仍以基層診所轉出居多，而區域醫院及醫學中心皆轉入居多，且轉入差額 110 年度至 112 年度間呈逐年增加現象，顯示執行結果與雙向轉診政策目標有間，醫學中心負擔反而加重。

表 2 109 至 111 年度各層級醫療院所轉診件數統計表 單位：件數

年度	層級別	接受轉診(轉入)件數 A	轉出件數 B	件數差額(A-B)
110	醫學中心	438,626	91,198	347,428
	區域醫院	406,108	131,125	274,983
	地區醫院	196,248	179,138	17,110
	基層院所	100,973	729,984	-629,011
合計		1,141,955	1,131,445	10,510
111	醫學中心	474,208	93,582	380,626
	區域醫院	416,953	137,935	279,018
	地區醫院	208,873	193,642	15,231
	基層院所	103,797	766,816	-663,019
合計		1,203,831	1,191,975	11,856
112	醫學中心	513,984	64,042	449,942
	區域醫院	428,669	111,117	317,552
	地區醫院	186,241	187,899	-1,658
	基層院所	109,728	828,853	-719,125
合計		1,238,622	1,191,911	46,711

資料來源：健保署。

綜上，110 年度至 112 年度轉診案件中，基層診所仍以轉出居多，而區域醫院及醫學中心轉入差額則呈逐年增加，與雙向轉診之政策目標存有落差，顯示分流措施仍待檢討改善，俾實現分級醫療目標。

七、112 年度國人就醫次數達到 108 年度以來最高，且高於部分先進國家，允宜研謀減少非必要就醫及醫療處置措施，俾抑制健保費用支出之增長

健保基金 114 年度預算案於「業務成本與費用」項下「保險給付」編列 8,580 億 4,039 萬 1 千元，較 113 年度預算數 8,107 億 2,253 萬 3 千元，增加 473 億 1,785 萬 8 千元(增幅 5.84%)。

全民健保開辦以來醫療費用持續成長，衛福部自 91 年 7 月起全面實施總額支付制度，期控制醫療費用，並推動多項支付制度改革措施。健保醫療給付費用總額成長率核定範圍係按公式計算低推估及高推估數，109 年度至 113 年度行政院核定成長率介於 1.272%至 5.5%間(詳表 1)，由於最終核定總額成長率多接近核定上限，總額協商調整有限，醫療費用成長難以趨緩。另 113 年度醫療給付費用總額預計 8,755 億餘元，較 109 年度 7,526 億元增加 1,229 億元。

表 1 109 至 113 年度全民健保醫療給付費用總額及核(決)定結果簡表

單位：新臺幣百萬元；%

年度	109	110	111	112	113	
行政院核定總額成長率範圍	3.708-5.5	2.907-4.5	1.272-4.4	1.307-4.5	2.621-4.7	
核定結果	較前 1 年核定總額成長率	5.237	4.107	3.320	3.323	4.700
	總金額	752,640.7	783,554.4	809,561.5	836,423.5	875,534.7

說明：表列較前一年核定總額成長率之計算方式，係按各年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告辦理。

資料來源：113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，113 年 8

月。

此外，112 年度國人平均就醫 16.10 次，為 108 年度以來最高，相較於 108 年度至 111 年度間之加拿大最高 8.1 次、法國最高 7.4 次及德國最高 11.2 次(詳表 2)，國人年均就醫次數明顯偏高，允宜研謀善策，引導民眾避免非必要之就醫，並督促醫療院所減少非必要之醫療處理，俾減緩醫療費用之成長。

表 2 我國與先進國家每人每年門診就醫次數簡表 單位：次

年度	我國	加拿大	法國	德國	日本	韓國
108	15.37	8.1	7.4	11.2	15.7	18.8
109	14.20	-	6.3	10.8	14.1	16.2
110	13.12	6.5	7.1	10.9	14.8	17.3
111	14.28	-	7.2	11.1	-	19.1
112	16.10					

說明：國際資料來源為 OECD Health Data，西醫與牙醫門診合計。
資料來源：健保署提供。

綜上，健保基金自 91 年 7 月起實施總額支付制度迄今，因醫療給付仍以論量計酬為主，爰抑制醫療利用效果有限，尤其 112 年度國人門診次數為 108 年度以來最高，高於部分先進國家，允宜研謀善策，促使民眾減少非必要就醫，並督促醫療院所減少非必要醫療處置，俾確保健保永續。

八、辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，部分醫療院所囿於成本考量等無參與意願，且部分參與計畫醫師收案後未提供居家醫療服務，均待改善

健保基金 114 年度預算案於「業務成本與費用」項下「保險給付」編列 8,580 億 4,039 萬 1 千元，包含辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(下稱居家醫療整合計畫)，該計畫 112

年度預算執行數 14 億 9,260 萬元，113 年度與其他 4 項計畫⁶共用 83.78 億元，114 年度經費因總額協商仍在進行而未確定。經查：

(一)112 年底參與居家醫療整合計畫之醫療院所達 3,315 家，已逾目標之 3,000 家

行政院於 111 年 11 月核定「因應超高齡社會對策方案(112-115 年)」，其中「擴大推動居家醫療照護服務」為具體措施之一，並列有 112 年度居家醫療照護服務提供家數達 3,000 家之目標。健保署透過居家醫療整合計畫，經特約醫療院所組成整合性照護團隊，由醫師或藥師等訪視外出就醫不便之病人，以提升因失能或疾病致不便外出就醫者之醫療照護可近性。據該署統計，112 年底共 3,315 家醫療院所參與該計畫，已達預期目標。

(二)部分醫療院所囿於人力不足，或外出訪視病人收入低於門診而無參與意願，另部分參與計畫醫師未依規定頻率訪視病人

依健保署資料，112 年度居家醫療整合計畫收案照護人數 8 萬 8,164 人，其中失能無法外出就醫者近 9 成。若檢視各層級健保特約醫療院所參與情形，迄 112 年底醫學中心與區域醫院參與率為 80%以上(詳表 1)，惟地區醫院僅 42.34%、基層院所 16.57%，顯待提升。

表 1 112 年底健保特約醫療機構參與居家醫療整合計畫簡表

單位：家；%

特約醫事服務機構類別	參與計畫		未參與計畫		特約家數(C=A+B)
	家數(A)	占比(A/C)	家數(B)	占比(B/C)	
醫學中心	20	80	5	20.00	25
區域醫院	72	86.75	11	13.25	83
地區醫院	152	42.34	207	57.66	359

⁶除居家醫療整合計畫，其餘 4 項為在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務。

特約醫事服務機構類別	參與計畫		未參與計畫		特約家數 (C=A+B)
	家數(A)	占比(A/C)	家數(B)	占比(B/C)	
基層院所	2,440	16.57	12,284	83.43	14,724

資料來源：112 年度中央政府總決算附屬單位決算及綜計表審核報告-非營業部分。

至於地區醫院及基層院所參與率偏低原因，依審計部 112 年度中央政府總決算審核報告，主要係居家訪視須規劃訪視路線、時程等，醫療院所囿於人力不足而影響參與意願，且執行居家訪視時，平均每人每日訪視 3.5 人可申報 8 千餘點，惟門診看診平均每人每日看診 29.6 人可申報 3 萬餘點，居家訪視之財務誘因低於門診，爰醫療院所缺乏參與誘因。

復居家醫療整合計畫明訂居家醫療主治醫師每 3 個月至少訪視病人 1 次，而照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，則由保險人逕行結案。據健保署統計，112 年度居家醫療主治醫師未依規定頻率訪視比率介於 20.78%至 31.78 間，惟該署對醫師逾 3 個月未辦理訪視情形，未建立具體管理措施，致 112 年度因逾 6 個月未提供病人居家醫療照護而結案者，占當年度結案數之 23.15%，顯示部分醫療院所於個案收案後，並未實質提供居家醫療服務。

針對上述情形，健保署說明已規劃提高醫事人員訪視費用，以及請各分區業務組加強管控輔導醫療院所，針對無法配合主治醫師訪視時間之個案，應轉介其他醫師協助等。考量 112 年度醫師未依規定頻率訪視比率仍逾 20%，爰應積極改善，以提升執行成效。

綜上，有關居家醫療照護整合計畫，地區醫院及基層院所參與比率仍待提升，且部分參與醫師收案後未實質提供居家醫療服務，均待檢討改善，俾提升醫療照護可近性。

九、112 年度健保抑制資源不當耗用改善方案執行結果，5 項未達預期目標值，其中有 3 項連續 2 年未達標，允宜檢討改善，以維護健保資源之合理運用

健保基金 114 年度預算案於「業務成本與費用」之「保險給付」編列 8,580 億 4,039 萬 1 千元，較 113 年度預算數 8,107 億 2,253 萬 3 千元，增加 473 億 1,785 萬 8 千元(增幅 5.84%)。經查：

(一)健保法規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源，健保署每年度應擬訂健保抑制資源不當耗用之改善方案

依按健保法第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」據健保署提供 112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，資源不當耗用包括無效醫療⁷及非必要醫療，而非必要醫療係該方案之主要管控目標。

該方案主要實施策略及方法包括合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務(推動分級醫療等)及善用醫療資源及合理使用(如減少重複醫療利用)等。

(二)依 112 年度改善方案執行結果，有 5 項指標未達預期目標，且其中 3 項 111 及 112 年度皆未達標

有關 112 年度健保抑制資源不當耗用改善方案之執行結果(詳表 1)，依健保署提供資料，該方案訂定 18 項指標，其中 5 項指標未達預期目標，未達標原因說明如下：

1. 「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」：受保險對象就醫可近性高且財務障礙少、人口高齡等影響，另精神疾病患者約 38%，渠等受心理因素影響致輔導不易見效。

⁷常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性。

2. 「非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」：因疫情期間輕症病人可能減少非必要就醫行為，致下轉量能提升有限。
3. 「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」：112年7月修訂「出院準備及追蹤管理費」支付規範，排除出院後轉往同體系院所住院案件，限縮接受同體系院所之轉院案件，可能影響本指標。另部分醫院同期出院準備件數成長率大於後續醫療件數成長率，致執行值略低於目標值。
4. 「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」：因疫情期間輕症病人可能減少非必要就醫行為，致回轉量能提升有限。
5. 「住院案件出院後3日以內急診率」：112年目標值訂定之基期涵蓋COVID-19疫情警戒期，考量民眾於疫情相關管控措施下減少赴醫院(含急診)就醫，爰目標值高估致未能達標。

上述112年度5項未達標之指標，其中「門診就醫次數大於90次之保險對象就醫成長率」、「非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」及「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」3項指標111年度亦未達標。考量該方案之目的在於降低不必要醫療資源使用，允宜針對實際執行成效未達目標之項目檢討改善，以促進醫療服務效率與合理使用。

表 1 112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之指標達成情形表

指標名稱	目標值	執行值	達標情形
全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	≥5%	12.5%	達標
年度使用健康存摺人次增加率	≥5%	25%	達標
門診就醫次數大於90次之保險對象就醫成長率	≤-18%	-15.32%	未達標
基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	75.5%	達標
非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去	≥63,486	60,037	未達標

指標名稱	目標值	執行值	達標情形
年同期增加			
接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29.8%	29.6%	未達標
居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	<0	-0.52	達標
與長照2.0之銜接率	≥48%	50.6%	達標
提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.33%	4.80%	未達標
醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	98%	達標
全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	10%	達標
門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	11%	達標
西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	≤0%	-44%	達標
違規院所訪查家次	≥456家	472家	達標
死亡前安寧利用率	≥31.3%	35.0%	達標
呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72.2%	75.1%	達標
西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	1.15%	達標
住院案件出院後3日內急診率	≤2.35%	2.57%	未達標

資料來源：健保署。

綜上，健保署每年擬訂全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，並推動辦理；惟112年度執行結果，仍有5項指標未達預期目標，且其中有3項已連續2年未達標，允宜檢討改善，以維健保資源之合理運用。

貳、管制藥品製藥工廠作業基金

管制藥品製藥工廠作業基金(下稱製藥工廠基金)114年度預算案編列業務收入9億6,539萬7千元，業務成本與費用7億2,194萬6千元，業務外收入746萬1千元，業務外費用79萬3千元，收支相抵後賸餘2億5,011萬9千元，較113年度預算數2億5,048萬8千元，減少36萬9千元，減幅0.15%。謹就製藥工廠基金114年度預算案評估如下：

一〇、自103年度調整代輸入管制藥品之收費標準後，迄113年8月底止皆再未調整，惟在成本調升下收費已不敷支出，允宜研議修訂，俾符作業基金之設置意旨

製藥工廠基金114年度預算案編列銷貨收入9億6,524萬7

千元、銷貨成本 6 億 2,371 萬 2 千元，銷貨成本係依據 114 年度銷貨數量並參考以前年度及 114 年度預計成本估算。此外，製藥工廠基金亦辦理代輸入國外之第 1 級、第 2 級管制藥品業務，114 年度預算案編列雜項業務收入 15 萬元，113 年度預算數為 30 萬元、112 年度決算數為 23 萬元。

為防止流用、濫用第 1 級、第 2 級管制藥品，管制藥品管理條例第 4 條明定，由管制藥品製藥工廠（下稱製藥工廠）專責辦理我國管制藥品之輸入、輸出、製造及販賣事宜。此外，衛福部食品藥物管理署（下稱食藥署）則訂定「衛生福利部食品藥物管理署管制藥品製藥工廠藥品銷售價格及專案輸入管制藥品收費要點」（下稱管制藥品收費要點），依該要點第 3 點規定略以，製藥工廠得接受領有管制藥品登記證之機關(構)或業者（下稱購戶）之申請，辦理專案輸入醫藥教育研究試驗用第 1 級、第 2 級管制藥品，並依「專案輸入管制藥品收費項目及金額表」按件收取費用(含手續費、報關費及逾期保管費)，其中手續費由製藥工廠自行估算擬訂，報關費係依實際發生之金額代收代付。

製藥工廠曾於 103 年 4 月 22 日調整收費標準，每案手續費調升至 5,000 元，迄 113 年 8 月底未再調整。另審計部於 112 年度中央政府總決算附屬單位決算及綜計表審核報告指出，製藥工廠 107、111 年間調升代輸入業務人員之薪資，增幅各為 3%及 4%。此外，據該廠 113 年 8 月 22 日評估，為辦理代輸入業務，每案需投入 45 小時(詳表 1)，以 112 年度該廠業務人員時薪 245 元估算，相關人力成本為 1 萬 1,025 元，爰現行手續費收入 5,000 元已不敷支應有關支出。

表 1 製藥工廠代輸入業務，每案需投入人次時間表

單位：人次、小時

作業項目	人次	時間
購戶印鑑卡建檔、審核申請者醫藥教育試驗同意函、申請書、訂購單及委託書	2	8
審核輸入、輸出憑照	1	2
製作藥品認購憑證及申辦運輸憑照	2	4
駕駛	1	4
辦理通關提領、入庫作業	3	12
辦理出貨至門市及門市入庫作業	3	9
確認申請者繳款、開立統一發票及核對交貨數量等事宜	2	6
合計	14	45

資料來源：製藥工廠(113年9月4日提供)。

雖據製藥工廠說明，該廠正辦理管制藥品收費要點之修訂，惟考量製藥工廠基金屬作業基金，成本經付出需可收回，該廠允宜建立定期調整訂價機制，俾收回相關成本。

綜上，近年管制藥品製藥工廠針對代輸入管制藥品之收費標準已不敷有關支出，與作業基金應收回付出成本之原則不合，允宜積極檢討收費標準，以維護基金權益。

一一、112 年度管制藥品自製率 3 成、整體國內製造率 5 成，仍與 115 年度自製率 7 成目標有間，允宜積極辦理新產線開發與建置，俾達目標

製藥工廠基金 114 年度預算案編列銷貨成本 6 億 2,371 萬 2 千元，較 113 年度預算數 5 億 5,571 萬 1 千元增加 6,800 萬 1 千元，增幅 12.24%。經查：

(一)112 年度管制藥品自製率 31%、整體國內製造率 54%，115 年度自製率目標為 71%

製藥工廠基金設立之主要宗旨，係控管上游高成癮性之第 1、2 級管制藥品，並辦理國內第 1、2 級管制藥品之輸入、輸出、

製造、品管、銷售、保管及製造方法之研究等業務；又管制藥品具重要性與獨特性，製藥工廠具有配合國防戰備需要之責，爰提升管制藥品自製率有其必要。

依據製藥工廠基金提供之 108 至 112 年度品項製造情形表（詳表 1），其中 112 年度管制藥品委製率及自製率分別為 23% 及 31%，國內整體製造率合計 54%。據製藥工廠說明，該廠 115 年度自製率之目標為 71%。

表 1 製藥工廠基金 108 至 112 年度品項製造情形表 單位：新臺幣千元

年度	委製品項		輸入品項		自製品項		國內製造率 A+C	存貨評價、盤餘絀、出售下腳收入等與存貨相關之餘絀	銷貨成本合計
	銷貨成本	比率 A	銷貨成本	比率 B	銷貨成本	比率 C			
108	131,772	22%	369,125	62%	94,510	16%	38%	-3	595,404
109	121,274	22%	325,364	59%	103,919	19%	41%	0	550,557
110	126,527	24%	280,368	52%	128,233	24%	48%	0	535,128
111	128,897	24%	280,985	52%	133,059	25%	48%	55	542,996
112	133,438	23%	258,865	46%	173,465	31%	54%	0	565,768

資料來源：製藥工廠。

（二）允宜依規劃之產品研發與量產時程積極辦理，俾提升自製及整體國內製造率

製藥工廠近年為提高自製率，陸續辦理短期產線開發計畫，且該廠新建廠房於 107 年 12 月通過 GMP 評鑑後，迄 112 年底已增加 2 種生產劑型⁸及 5 項自製產品；中長期產線開發計畫則持續進行，預計再增加 2 種產線（膠囊劑產線及貼片劑產線）及增加自製 5 項產品，該廠宜積極依前揭計畫辦理新產線開發及建置事宜，以持續擴增自製產能，並提升國內整體製造率。

綜上，112 年度製藥工廠管制藥品自製率及整體國內製造率分別為 31% 及 54%，惟距 115 年度自製率達 7 成之目標仍遙；允宜依計畫積極辦理新產線開發及建置事宜，以擴增自製產能，及早實

⁸包括注射劑產線及液劑產線。

現國藥國造之目標。

一二、112 年度部分自製產品之生產不良率高於 111 年度，生產管控仍待改善，俾降低生產成本

製藥工廠基金 114 年度預算案編列銷貨成本 6 億 2,371 萬 2 千元，較 113 年度預算數 5 億 5,571 萬 1 千元增加 6,800 萬 1 千元，增幅 12.24%。另該廠 112 年度部分自製產品不良率較 111 年度略有偏高情形。

觀察製藥工廠 114 年度預計自製之第 1 級至第 3 級管制藥品，倘排除 114 年度起甫採自製之產品品項，則該廠 112 年度自製產品生產不良率高於 111 年度之產品共計 8 項(詳表 1)，其中第 1 級管制藥品計有「“管制藥品廠”硫酸嗎啡錠 15 毫克」等 3 項產品、第 2 級管制藥品計有「“管制藥品廠”吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升/支(自製)」等 4 項產品、第 3 級管制藥品計有「磷酸可待因注射液 15 毫克/毫升」等 1 項產品。為有效控管成本，允宜積極提高產品良率，俾降低產品不良情形。

綜上，管制藥品製藥工廠 114 年度自製之管制藥品，其中第 1 級至第 3 級管制藥品，112 年度部分品項之產品不良率高於 111 年度，允宜研謀有效管控生產作業，俾降低產品不良率，以提升績效。

表 1 管制藥品製藥工廠作業基金 112 年度自製品生產不良率高於 111 年度簡表

單位：%；粒；顆；毫克；瓶

項目	111 年度 不良率	112 年度決算數			114 年度預算 案生產總量
		生產總量	不良產品量	不良率	
第 1 級管制藥品					
“管制藥品廠”硫酸嗎啡錠 15 毫克	0.5496%	3,813,350 粒	2,894.91 公克	0.6748%	5,100,000 粒
鹽酸嗎啡注射液 10 毫克/毫 升	1.0207%	2,511,283 支	29,085.3 支	1.1353%	2,436,000 支

項目	111 年度 不良率	112 年度決算數			114 年度預算 案生產總量
		生產總量	不良產品量	不良率	
鹽酸嗎啡注射液 20 毫克/毫升	1.1551%	410,484 支	5,375.4 支	1.2799%	420,000 支
第 2 級管制藥品					
“管制藥品廠” 吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升/支 (自製)	1.1464%	2,747,655 支	32,424.25 支	1.1585%	2,100,000 支
磷酸可待因錠 30 毫克	0.5598%	2,639,210 粒	1,691.8 公克	0.5696%	3,000,000 粒
鹽酸配西汀注射液 50 毫克/毫升	1.2223%	244,671 支	4,689.3 支	1.8608%	210,000 支
“管制藥品廠” 美沙冬濃縮內服液 10 毫克/毫升(自製)	0.2474%	15,082 瓶	290.4 瓶	1.8617%	10,200 瓶
第 3 級管制藥品					
磷酸可待因注射液 15 毫克/毫升	1.6491%	242,005 支	7,217.6 支	2.8641%	210,000 支

說明：本表僅列示 114 年度預計生產(不含輸入)，且 112 年度不良率高於 111 年度之項目，至於 114 年度起甫自製項目則不計列。

資料來源：製藥工廠提供。

(分機：1925 賴欣憶)