

## 六、政府推動非傳染病防治業務執行情形

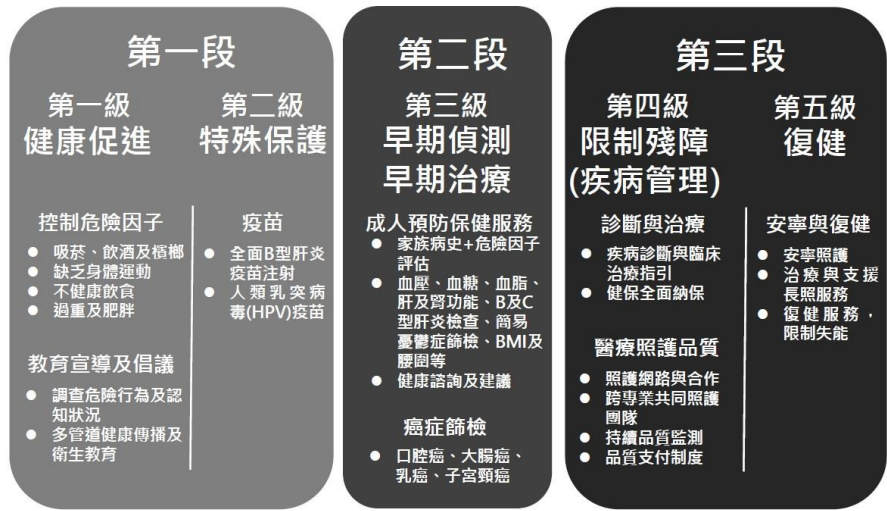
據世界衛生組織（World Health Organization，下稱 WHO）2018 年指出，非傳染病（Noncommunicable diseases, NCDs）死因已占全球死亡人數 7 成，每 2 秒鐘就有 30 至 70 歲的人過早死於癌症、心血管疾病、糖尿病及慢性呼吸道疾病等非傳染疾病，另有數億人受到憂鬱症、雙相情感障礙症、思覺失調症、物質濫用及依賴等精神疾病影響。而我國經濟快速發展、公共衛生進步，非傳染病近年已取代傳染病成為國人十大死亡主要因素。根據衛生福利部（下稱衛福部）統計，108 年國人十大死因絕大多數與非傳染病有關，諸如癌症、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、腎炎腎病症候群及腎病變等，相關疾病亦占 107 年健保醫療費用前 20 大疾病之半數以上；又據全民健康保險統計，107 年底慢性精神疾病領有重大傷病證明人數約 20 萬人，僅次於癌症重大傷病人數，且其門診及住院醫療費用，分別居重大傷病門住診醫療費用之第 4 位及第 3 位，顯見非傳染病對國人健康威脅及醫療成本負擔之嚴重。依公共衛生三段五級觀點，做好前端預防，將可減少疾病之發生與延緩病情之惡化，減少後續醫療及照顧支出。衛福部及所屬國民健康署（下稱國健署）為防治非傳染病，持續針對疾病共同危險因子推動各項健康促進措施，增進國人健康生活型態；提供以實證為基礎之預防保健服務，以期早期發現疾病早期治療；發展健康指標監測系統，以早期偵測及控制危險因子；建置疾病照護網絡，與結合中央健康保險署（下稱健保署）推動之健保論質計酬支付方案，強化疾病診療及品質管理；另針對健康高風險區域或族群，投注額外資源，以期逐步改善健康不平等情形，落實健康平權之普世價值。按聯合國全球永續發展目標（Sustainable Development Goals, SDGs）提出，在 2030 年前透過預防、治療及促進身心健康，達成將非傳染病之早發性死亡減少三分之一之目標，而我國臺灣永續發展目標 3.4 亦揭示，降低癌症、肝癌及慢性肝病、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病早發性死亡率，並增進國人健康生活型態。茲將政府非傳染病防治策略、經費編列及執行情形暨本部所提之重要審核意見，列述如次：

### （一） 政府非傳染病防治策略、經費編列及執行情形

從三段五級疾病預防觀點，非傳染病防治涉及初段預防之健康促進及特殊保護、次段預防之早期診斷及適當治療、三段預防之限制殘障及復健，如能做好前端疾病預防，將可減少後續罹病或病情惡化之醫療及照顧支出。爰我國非傳染病防治策略，由衛福部及所屬國健署以降低風險及結果導向，從「健康促進」、「早期偵測」及「疾病管理」之三段架構建置防治體系（圖 1）。其中在「健康促進」部分，包括控制菸酒檳榔、身體活動不足、不健康飲食等誘發非傳染病之前端危險因子，以減少罹病風險，由於該等危險因子涉及民眾行為面之自我管理，爰藉由宣導及教育等管道，逐步促進民眾培養健康生活型態，並透過定期調查瞭解其行為及認知之變化；另由於肝癌、子宮頸癌主要係因肝炎及人類乳突病毒感染所致，爰推動相關疫苗接種俾從源頭預防疾病之發生。在「早期偵測」部分，鑑於早期發現疾病，可早期治療及控制，提高罹癌存活率或降低疾病惡化風險，爰藉由推動成人預防保健，定期提供民眾血壓、血糖、血脂、

肝腎功能、腰圍體重及憂鬱等檢查，並依實證依據推動大腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌等四癌篩檢服務。至於「疾病管理」部分，全民健保已提供國人普及、低負擔、高品質之疾病診斷及治療機會，為協助醫事人員瞭解疾病預防及照護最新趨勢，爰發展本土適用之疾病診斷與臨床治療之實證指引，以增強醫事服務提供者識能，提升照護效能與品質；另為使病患獲致完善整合照護，提升醫療照護品質，爰推動癌症診療品質認證、慢性病共同照護網與糖尿病、腎臟病健康促進機構等相關計畫，以建置跨專業團隊合作之照護網絡，並藉由健保支付誘因建立品質支付制度，以提升院所疾病治療指引遵循度，加強個案追蹤管理、衛教指導及個案自我照護能力，以利疾病之控制，減少併發症、失能及死亡，期降低疾病對國人健康威脅及醫療成本負擔。

圖 1 我國非傳染病防治策略



資料來源：整理自國健署資料。

衛福部及國健署為推動非傳染病防治業務，歷年來投注公務預算及菸品健康福利捐經費，用以辦理菸、酒、檳榔、不健康飲食及身體活動不足等非傳染病前端危險因子之健康促進措施，推動成人預防保健及四癌篩檢等預防保健服務，強化癌症、糖尿病及腎臟病等重要非傳染病之疾病管理，建置各生命週期人口群之非傳染病監測系統，建構心理健康服務體系，並推動改善區域及族群健康不平等相關措施，106 至 108 年度合計編列相關預算 332 億 2,658 萬餘元，實際支用 312 億 4,038 萬餘元（表 1）。另健保署自 90 年以來亦逐步推動糖尿病等論質計酬支付方案，期引導院所提供患者完整及連續性之疾病管理照護，106 至 108 年度合計編列預算 55 億 8,350 萬元（含孕產婦全程照護等與非傳染病無關之方案預算），實際支用 44 億 4,064 萬餘元（表 2）。

表 1 非傳染病防治相關經費預算編列及執行情形表

單位：新臺幣千元

經費來源	項目	合計		106 年度		107 年度		108 年度	
		預算數	實支數	預算數	實支數	預算數	實支數	預算數	實支數
<b>合計</b>		<b>33,226,588</b>	<b>31,240,387</b>	<b>10,167,129</b>	<b>9,465,501</b>	<b>12,888,633</b>	<b>12,031,368</b>	<b>10,170,826</b>	<b>9,743,517</b>
菸害防制及衛生保健基金	<b>小計</b>	<b>23,936,368</b>	<b>23,400,023</b>	<b>7,510,327</b>	<b>6,854,689</b>	<b>9,525,006</b>	<b>9,393,899</b>	<b>6,901,035</b>	<b>7,151,435</b>
	菸害防制工作	4,405,793	4,172,835	1,579,074	1,459,406	1,506,791	1,454,944	1,319,928	1,258,483
	衛生保健工作	8,174,009	9,002,438	2,160,497	2,132,243	4,377,351	4,612,524	1,636,161	2,257,669
	癌症防治工作	11,356,566	10,224,750	3,770,756	3,263,038	3,640,864	3,326,429	3,944,946	3,635,281
國健署單位預算	<b>小計</b>	<b>5,682,279</b>	<b>5,632,073</b>	<b>2,134,159</b>	<b>2,105,915</b>	<b>1,889,711</b>	<b>1,877,009</b>	<b>1,658,409</b>	<b>1,649,148</b>
	國民健康業務	5,062,511	5,068,105	1,874,487	1,876,653	1,684,453	1,685,732	1,503,571	1,505,718
	科技業務	619,768	563,968	259,672	229,262	205,258	191,276	154,838	143,429
衛福部單位預算	心理健康業務	3,607,941	2,208,289	522,643	504,896	1,473,916	760,459	1,611,382	942,933

註：1. 本表僅列計非傳染病防治相關業務經費，不含行政管理支出。

2. 資料來源：整理自衛福部及國健署提供資料。

表 2 糖尿病等健保論質計酬支付方案經費編列及執行情形表

單位：新臺幣千元

總額 部門別	論質計酬 方案項目	合計		106 年度		107 年度		108 年度	
		預算數	實支數	預算數	實支數	預算數	實支數	預算數	實支數
<b>合計</b>		<b>5,583,500</b>	<b>4,440,648</b>	<b>1,701,500</b>	<b>1,329,383</b>	<b>1,891,000</b>	<b>1,462,372</b>	<b>1,991,000</b>	<b>1,648,892</b>
醫院	<b>小計</b>	3,371,500	<b>2,472,658</b>	997,500	<b>739,982</b>	1,187,000	<b>823,846</b>	1,187,000	<b>908,829</b>
	糖尿病		1,823,026		537,350		609,802		675,873
	氣喘		119,542		35,183		39,632		44,726
	乳癌		238,593		83,260		79,932		75,400
	B、C 肝炎 個案追蹤		92,872		27,760		30,920		34,191
	慢性阻塞性 肺病		50,059		6,197		18,249		25,613
	思覺失調症		148,564		50,230		45,309		53,025
	其他(註 1)								
	西醫 基層		<b>小計</b>		1,000,000		<b>936,156</b>		300,000
糖尿病		767,494	209,888	236,944		320,661			
氣喘		123,884	41,630	37,762		44,491			
B、C 肝炎 個案追蹤		38,895	12,706	11,581		14,606			
慢性阻塞性 肺病		1,865	306	673		885			
思覺失調症		4,017	1,713	1,129		1,174			
其他(註 1)									
其他		<b>小計</b>	1,212,000	<b>1,031,833</b>		404,000	<b>323,155</b>	404,000	
	初級慢性 腎臟病	388,301		122,980	132,468		132,852		
	末期腎臟病 前期	643,532		200,175	217,965		225,391		
	其他(註 1)								

註：1. 健保論質計酬支付方案預算，醫院及西醫基層總額部門另有與非傳染病無關之孕產婦全程照護及早期療育等 2 項論質計酬方案；其他部門有關腎臟病相關方案部分，另有慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵方案。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

## (二) 審計機關重要審核意見

茲將本部查核非傳染病防治之健康促進及預防保健服務執行情形、疾病管理執行情形、監測及資訊收集系統建置情形、健康不平等改善情形等面向，摘述如次：

### 1. 非傳染病健康促進及預防保健服務執行情形

據 WHO 指出，非傳染疾病之 5 大共同致病因子為不健康飲食、吸菸、空氣污染、有害飲酒及身體活動不足（圖 2），呼籲各國應致力於減少該等致病因子，以預防控制非傳染病之發生。我國衛福部及所屬國健署為降低非傳染病發生之風險，持續辦理菸、酒、檳榔健康危害防制、健康體能促進、培養國民營養與健康飲食等健康促進措施，並藉由推動成人預防保健、以及乳癌、子宮頸癌、大腸癌與口腔癌等四癌篩檢服務，期早期發現疾病早期治療；另於全國 22 市縣推動心理健康網計畫，整合心理服務資源，提升心理健康服務可近

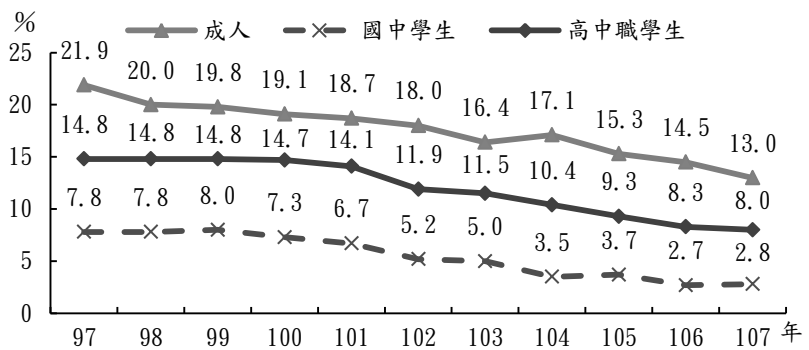
圖 2 非傳染病 5 大致病危險因子



資料來源：UN & WHO. (27 SEP 2018). TIME TO DELIVER: Third UN High-Level Meeting on Non-communicable Diseases. p.9.

性。又行政院為加速解決國內空氣污染問題，於 106 年 12 月 21 日通過「空氣污染防制行動方案」，跨部會針對 PM<sub>2.5</sub> 貢獻度較大者，提出具體管制行動。執行以來，成人吸菸率、國中學生吸菸率、高中職學生吸菸率(圖 3)、禁菸公共場所二手菸暴露率由 98 年之 20.0%、7.8%、14.8%、9.0

圖 3 成人及青少年吸菸率趨勢



資料來源：整理自國健署歷年國人吸菸行為調查及青少年吸菸行為調查。

%降至 107 年之 13.0%、2.8%、8.0%、5.4%，成人過去一年飲酒率、成年男性嚼檳榔率亦由 98 年之 46.2%、14.6%降至 106 年之 43.0%、6.1%；13 歲以上國人規律運動率則由 100 年之 27.8%上升至 108 年之 33.6%；108 年提供成人預防保健 199 萬餘人，及乳癌、子宮頸癌、大腸癌與口腔癌篩檢服務合計 501 萬餘人次，除口腔癌篩檢外，其餘服務人數均有成長；另全國直徑 2.5 微米以下之細懸浮微粒 (PM<sub>2.5</sub>) 年平均濃度從 102 年之 24.0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  降至 108 年之 16.2  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 。經查相關業務執行情形，核有：

(1) 我國非傳染病前端防治經費，囿於整體財政負擔考量與其他政事排擠，投注資源規模受限，在人口老化趨勢下，不利落實 WHO 倡議非傳染病預防及控制措施，亟待研謀改善：據 WHO 指出全球每投注 1 美元於非傳染病防治，至少可產生 7 美元之經濟效益，呼籲各國應加強投注資源於非傳染病之預防措施。經查我國非傳染病前端防治工作，由衛福部及所屬國健署主責推動，並由政府編列公務預算及菸品健康福利捐支應所需經費，惟囿於整體財政負擔考量，又受其他政事（如長照服務）排擠有限資源，肇致公共衛生投注經費規模受到限縮，不利落實推動非傳染病預防及控制措施，難以有效減少國人罹病之風險。鑑於我國人口快速老化，罹患非傳染病人口將隨之增加，勢將對我國健康照護體系帶來沉重負擔，經函請行政院督促相關主管機關研議強化非傳染病前端預防資源之投入，並加強跨部門合作強化三段五級預防策略，以利達成聯合國倡議非傳染病過早死亡率下降三分之一之永續發展目標。據復：國健署透過公共衛生三段五級架構，結合跨部會、地方政府、專業及民間團體等共同推動非傳染性疾病预防工作，並於 108 年 5 月 24 日修正菸品健康福利捐分配及運作辦法，將運用於癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健、罕見疾病等醫療費用之分配比率調增為 27.2%，用於前端健康促進與預防工作，後續將定期檢討及滾動式調整。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（一）】

(2) 為降低非傳染病發生之風險，持續推動菸酒防制、身體活動及均衡飲食等健康促進措施，惟電子煙及家庭與室外非禁菸場所二手菸問題漸趨嚴重，且仍難有效阻絕未成年接觸酒類訊息，又國人健康飲食及勞動族群規律運動習慣不足，增加罹病之風險，亟待研謀改善：衛福部及國健署辦理菸酒防制、身體活動及均衡飲食等健康促進措施，經查相關業務推動，核有：A. 為防制菸害問題，實施菸害防制法，推動菸害防制工作，據國健署調查，執行

以來整體吸菸率漸趨下降，惟國人吸菸行為遁入私領域及非禁菸場所，107年女性家庭二手菸暴露率達24.1%，而室外公共場所二手菸暴露率45.6%亦高於97年之36.2%。又新興之電子煙非屬菸害防制法定義之「菸品」，衛福部雖進行跨部會合作防制電子煙危害，惟107年國、高中生吸食電子煙比率各為1.9%及3.4%，高於成人之0.6%，而使用電子煙之國、高中生有37%、20.9%未曾吸菸，顯示電子煙對青少年健康之危害；B. 兒童及少年福利與權益保障法暨菸酒管理法已明定，不得供應酒品給未滿18歲之兒少，且酒類廣告或促銷不得以未成年人為對象，惟廣播及電視酒類廣告指定播送時段為每日21時至翌日6時，尚未能完全排除兒童實際收視時段，遑論網際網路大量之酒類廣告，難以有效阻絕未成年人接受酒類訊息；C. 據教育部體育署調查，13歲以上國人規律運動比率，自103年起維持在33%左右，規律運動人口比例成長趨緩，又分析108年各年齡層規律運動比例，以60歲以上之5至6成為最高，其次為13至24歲之3至5成，至於25至59歲之勞動人口僅約2成，顯示勞動人口較欠缺規律運動習慣，仍待加強營造支持規律運動之友善職場環境；D. 國健署近年持續推廣國人均衡飲食，公布飲食相關指南及建議，惟106年僅13.8%成人符合每日攝取3蔬2果標準，另據國民營養健康狀況變遷調查結果，103至106年有4成民眾每週至少喝7次以上含糖飲料，102至105年19歲至44歲男性、女性油脂類攝取量分別比建議量超出0.8份、0.7份，而各年齡層鹽攝取量皆已超標，顯示國人偏離健康飲食標準甚多，增加罹病之風險等情，經函請行政院督促相關主管機關研謀改善。據復：A. 國健署將儘速提送菸害防制法修正草案，納入電子煙及新興菸品之管制，亦將配合修法逐步擴大禁菸場所範圍，以達成「無菸臺灣」之目標；B. 衛福部將參據WHO酒害防制架構，規劃酒害防制政策推動策略及行動方案，跨部會強化酒害防制措施及執行成效，以減少有害飲酒對國人健康之危害；C. 國健署與體育署持續合作促進國人規律運動及身體活動，並鼓勵職場營造促進員工健康工作環境，以改善勞動族群生活型態；D. 國健署已將營養及健康飲食促進法草案提報行政院，並與教育部合作制定學童及幼兒營養基準，另藉由多元管道宣導健康飲食概念。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（一）】

(3) 成人預防保健及四癌篩檢服務囿於經費受限，利用率成長存有瓶頸，又基層公衛人力編制未隨著人口變化檢討調整，亦有礙服務推展量能，亟待研謀改善：國健署為早期發現疾病，提供成人定期預防保健服務，並推動四表3 民眾2年1次接受乳癌及大腸癌篩檢率統計

經查相關業務推動，核有：A. 成人預防保健服務人數已有成長，惟其服務利用率由96年之34.4%降至107年之29.7%，而四癌篩檢利用率，近年來亦未再明顯增加，甚至呈些微下滑趨勢(表3、4、5)，顯示近年來各項預防保健服務利用率面臨成長瓶頸。按成人預防保健自95年度起由健保移由國健署公務預算負擔，惟所編預算長期不敷實際需求，且自103年度之12億餘元逐年減少至108年度之7

表3 民眾2年1次接受乳癌及大腸癌篩檢率統計

年	單位：%	
	45至69歲婦女 乳房X光攝影	50至69歲民眾 大腸癌篩檢
96-97	12.0	10.3
97-98	11.6	10.4
98-99	21.7	23.4
99-100	29.5	32.2
100-101	32.8	33.3
101-102	36.0	38.2
102-103	36.7	40.7
103-104	39.5	42.0
104-105	38.0	40.7
105-106	39.7	41.0

資料來源：國健署106年健康促進統計年報。

億餘元，不足數尚須由健保代墊；至於四癌篩檢服務所需經費，全數以菸品健康福利捐支應，每年預算維持在 22 億餘元至 24 億餘元不等，經費成長亦受限，在國內人口老化趨勢下，益形難以滿足各篩檢年齡層所需服務；B. 衛生所為基層衛生保健單位，肩負公共衛生業務推展之責，惟全國衛生所在職人員由 103 年之 4,495 人減少至 107 年之 4,444 人，同期間全國人口數由 2,343 萬餘人增加至 2,358 萬餘人，致每名公衛人力平均服務人數由 5,213 人增加至 5,308 人，遠高於 WHO 建議公共衛生人力比之 1:2,000 人，工作負荷沉重，實務上人員流動率高，亦影響前端預防保健服務推展量能等情，經函請行政院督促相關主管機關研謀改善。據復：A. 國健署為因應成人預防保健服務利用率及經費受限問題，透過多元管道加強宣導，協調公私協力之可行合作模式，並將爭取預算或開拓財源因應，衛福部將持續建議勞動部研議將四癌篩檢併入勞工健檢項

目之可行性；B. 衛福部持續研議衛生所朝向透過增加人力、減量工作、提升效率、組織定位等四大面向進行調整，另國健署業進行委外研究，研擬衛生所功能及服務模式之政策建議、組織規程及員額編制參考基準草案之可行性評估，發展因地制宜功能與業務模式，使衛生所人員回歸專業。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（一）】

(4) 政府為降低空氣污染，由中央相關部會及各地方政府協力執行空氣污染防制行動方案，相關策略執行及督導考核等方面，間有尚待研謀改善事項：行政院環境保護署（下稱環保署）為強化空氣污染防制作為，報經行政院核定「空氣污染防制行動方案」，推動 13 項策略、44 項工作項目及 103 項細部分工項目，經查執行情形，核有：A. 據環保署推估，國內 PM<sub>2.5</sub> 污染來源比重前 2 名為裸露地表、鋪面道路車輛行駛揚塵，惟該等污染源尚乏具體管制策略，又各項空氣污染防制策略之執行多涉及部會跨域合作，環保署未本主政機關權責積極整合協調各相關機關協作推動防制工作，影響整體空氣污染改善成效；B. 「空氣污染防制行動方案」未訂定相關考核機制，無法評量及檢討策略執行成果與績效，投入鉅額資源執行結果與國內空氣品質改善情形之連結程度未明，又該方案已於 108 年底屆期，惟下一期程行動方案尚未核定，不利各項防制策略銜接執行；C. 環保署及經濟部國營事業委員會推動國營事業及大型企業空氣污染減量改善措施，惟部分行業別空氣污染物排放標準已逾 10 多年未曾檢討修正；D. 環保署與經濟部工業局分工輔導既存鍋爐業者汰換鍋爐，礙於部分業者存有疑慮等因素，待汰換鍋爐數

表 4 30 至 69 歲婦女 3 年 1 次接受子宮頸抹片篩檢率統計

單位：%

年	篩檢率
96-98	58.6
97-99	59.3
98-100	59.8
99-101	59.1
100-102	57.1
101-103	56.3
102-104	56.0
103-105	55.2
104-106	54.9

資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報。

表 5 30 至 69 歲有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者口腔黏膜檢查利用率統計

單位：%

年	利用率
99	35.4
100	44.8
101	52.9
102	53.7
103	51.6
104	52.3
105	50.0
106	46.1

資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報。

量仍有 7 成餘；E. 環保署補助 1~3 期大型柴油車汰舊換新、加裝空氣污染防治設備或進行污染改善，截至 108 年底止，加裝濾煙器或調修燃油控制系統之車輛數僅占 1.33%，又柴油車排煙端賴地方政府環境保護局進行不定期檢驗，惟檢測數僅占全國柴油車數量約 1 成，另雖推行柴油車自主管理制度，惟納入管理之大型柴油車尚未及 2 成；F. 環保署為減少二行程機車排放空氣污染物，賡續補助民眾進行汰換，惟截至 108 年底止仍未達汰換目標 100 萬輛，又近 3 年度二行程機車到檢率逐年下降，108 年度到檢率未及 5 成，無法透過定檢及時改善其排放空氣污染物等情，經函請行政院督促相關權責機關研謀改善。據復：因涉及跨部會業務，尚需時處理，已交由環保署彙辦。【詳審核報告乙、貳、行政院主管項下重要審核意見（十二）；貳拾、環境保護署主管項下重要審核意見（五）】

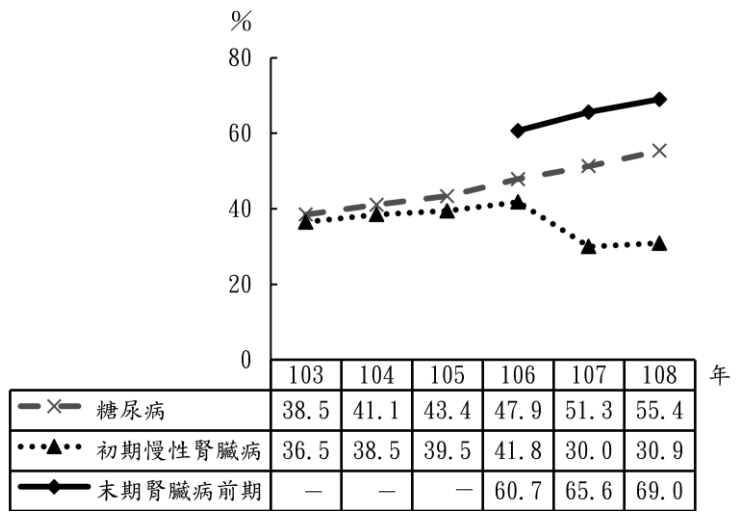
## 2. 非傳染病疾病管理執行情形

癌症、糖尿病及腎臟病等重大非傳染病，多需跨專科團隊診治或長期控制病況。國健署為強化罹病者之醫療照護品質及健康管理，歷年來推動癌症診療品質提升計畫與認證、糖尿病共同照護網、糖尿病及腎臟病健康促進機構相關計畫，108 年度全國計有 58 家醫院取得癌症診療品質認證，另有 269 家、196 家糖尿病及腎臟病健康促進機構。又健保署亦藉由推動多項論質計酬支付方案，引導院所強化病人診療、檢驗、衛教及追蹤等完整照護服務及個案管理，以提升診療品質或控制患者病情，降低後續失能或死亡之風險。108 年度收案照護糖尿病 78 萬餘人、氣喘 13 萬餘人、乳癌 1 萬餘人、慢性 B 型及 C 型肝炎 26 萬餘人、初期慢性腎臟病 40 萬餘人、末期腎臟病前期 9 萬餘人、慢性阻塞性肺病 2 萬餘人、思覺失調症 6 萬餘人。另衛福部為增進對社區精神病患之照護，提供列管個案關懷訪視照護，並由心理衛生社工針對合併保護性案件個案進一步提供整合性服務，暨辦理醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫，鼓勵醫療機構提供社區中高風險精神病人持續性社區照護服務，截至 108 年底止，列管精神疾病照護關懷個案計有 13 萬餘人，提供關懷訪視 77 萬餘人次；心理衛生社工服務開案人數 2,929 人；另全國共有 51 家醫院參與醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫，服務 908 人。經查相關業務執行情形，核有：

(1) 健保署推動多項論質計酬支付方案，降低疾病惡化之風險，惟初期慢性腎臟病及基層診所糖尿病人之收案照護率仍有提升空間，又病患衛教及追蹤管理仰賴個案管理人員，惟渠等工作負荷繁重、流動頻繁，不利維繫個案照護品質，亟待研謀改善：健保署為引導院所提供患者完整、連續之醫療照護，陸續推動包括糖尿病、末期腎臟病前期、初期慢性腎臟病等多項論質計酬支付方案（下稱論質計酬方案），經查執行情形，核有：A. 各該方案推動多年，糖尿病、末期腎臟病前期之方案照護率約 5 成、6 成，初期慢性腎臟病僅約 3 成（圖 4），又因基層院所普遍缺乏設備及人力，或病患人數少，不敷收案管理成本等，致渠等參與糖尿病論質計酬方案之照護率，與醫院存有 2 成之落差（圖 5）；B. 多重慢性病個案常需不同專科照護，惟現行論質計酬支付方案間各有不同檢驗（查）資訊登錄要求，且存有個別衛教流程，致個案管理人員需重複衛教及登打病患資訊，亦不利多重慢性病人整合照護；又實務上醫院個案

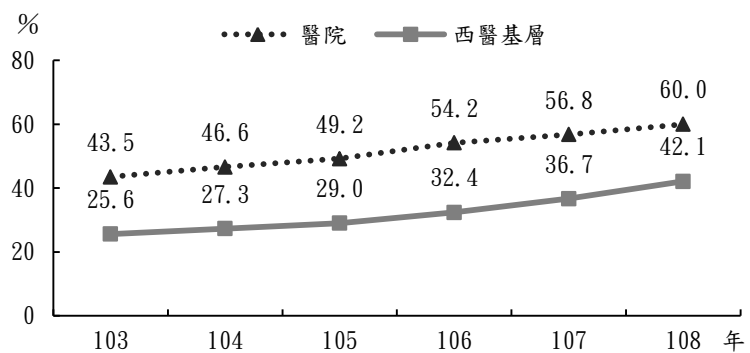
管理人力少，工作負荷繁重，影響人員穩定性，不利維繫個案照護品質等情，經函請衛福部督促研謀改善。據復：A. 健保署將加強初期慢性腎臟病論質計酬方案之執行，並不定期滾動檢討放寬論質計酬方案參與資格，另自 107 年新增轉診支付標準，建立院所合作機制，逐年開放擴大基層診所檢驗檢查範圍，暨請國健署及相關學協會協助加強宣導，冀能擴大參與；B. 健保署將逐步整合疾病類型及檢驗檢查需求相近之方案，先針對同院所同時參與糖尿病及慢性腎臟病方案者，進行整合研議作業；又國健署已規劃試辦以病人為中心之慢性病整合性照護措施，期減輕護理人員負荷，增加個案管理效能，另健保署已研議新增「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，以減少重複登錄及管理之行政程序。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（一）】

圖 4 糖尿病及腎臟病相關健保論質計酬方案照護率趨勢



註：1. 健保署自 106 年始產製末期腎臟病前期方案照護率數據。  
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

圖 5 糖尿病健保論質計酬方案醫院及基層院所照護率趨勢



資料來源：整理自健保署提供資料。

(2) 健保提供精神病人門住診及社區復健等服務，惟精神病患人均醫療費用逐年減少，支付制度設計不利社區復健服務健全發展，又健保、勞政、社福及長照相關政策未能相互配合，無法提供病人整合性服務，亟待研謀改善，完善精神病人社會支持系統之配套措施，以提供病患合適照護：健保自開辦以來，提供精神病人門住診及社區復健等服務，近年來精神疾病就醫人數成長率較整體快速，惟其平均每人醫療費用自 105 年之 22,806 點下滑至 108 年之 21,475 點，連續 3 年負成長，顯示所獲醫療資源日益減少。經查精神疾病患者除服藥控制病情外，尚需藉持續性復健治療維持病患之社會心理功能，始能有助穩定病情復歸社會，惟有關精神科心理、職能及行為治療等非藥物治療健保支付標準多年未曾調整，有礙服務量能及品質之提升。次查，衛福部近年推動精神病人社區化照護政策，健保並提供精神病人日間型及住宿型精神復健機構等社區化復健照護，以協助具復健潛能個案提升生活自理能力，復歸社會。惟住宿型機構夜間復健治療、日間型機構復健治療各給付 126 點、480 點，較住宿型機構全日復健治

療 508 點為低，加以日間型機構未如住宿型機構另行收取個案住宿費用，經營較為不易，影響業者投入意願，近年來由 101 年之 74 家降至 108 年之 68 家，發展停滯，有礙精神社區復健服務之發展；又健保、勞政、社福及長照相關政策未能相互配合，無法依病人特性整合相關服務，導致病人接受復健仍不易返回社區生活，個案存有超長慢性住院或長期滯留住宿型精神復健機構情事，未能提供病人妥善之服務，隨著精神病人逐步老化，將益形惡化，損及醫療資源配置效率。再查，健保署為使思覺失調症患者固定接受治療，提高治療依從度，推動思覺失調症醫療給付改善方案，囿於誘因不高，致院所多以較易照護之規律返診病人進行收案，無法充分彰顯促使患者固定接受治療之效益，經函請衛福部及健保署研謀改善。據復：若醫事服務機構或相關學、公會對精神治療支付標準有修訂建議，可依新增修訂診療項目申請流程提出申請，健保署將依程序辦理後續作業，並已於 109 年 6 月 3 日邀集精神相關學會、專家、醫療服務提供者代表及衛福部、社會及家庭署召開「精神疾病患者社區復健支付標準討論諮詢會議」，將進行整體性規劃及財務影響評估後，依程序辦理後續事宜；又精神病人之照護服務，除醫療外尚須與社福、長照以及勞政等資源連結合作，衛福部後續將與相關單位共同討論，研議增加精神病人社區資源布建，及強化身心障礙就業服務連結，以逐步朝向精神病人社區化之政策目標；另健保署將持續不定期滾動式檢討思覺失調症醫療給付改善方案，冀能持續擴大服務範圍，提供思覺失調症患者更有品質之醫療照護。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（三）】

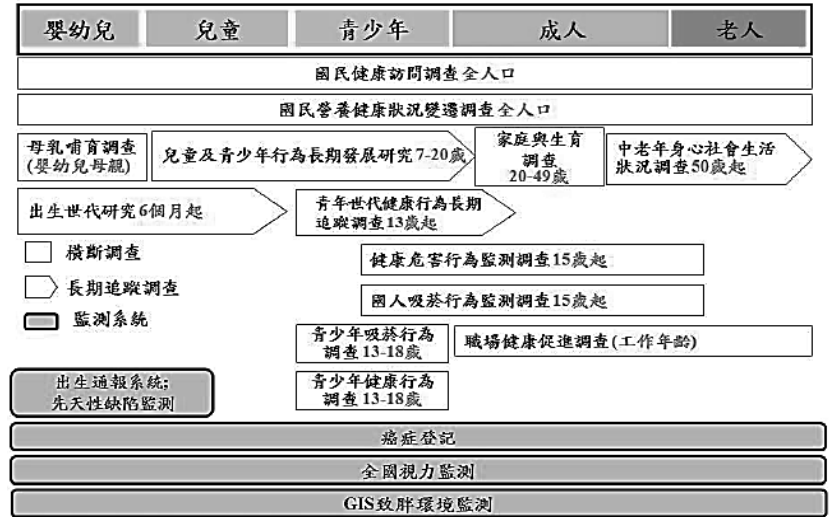
**（3） 衛福部為增進對社區精神病患之照護，補助地方政府進用關懷訪視及心理衛生社工人力，惟補助人力不敷業務實需，又補助醫療機構提供社區中高風險精神病人社區照護服務，服務量能及普及度尚有不足，亟待研謀改善：**衛福部為提供社區精神病人追蹤關懷服務，補助地方衛生局進用關懷訪視人力，依精神疾病列管個案及人力負荷比，推估全國所需社區關懷訪視人力為 425 名，較原有補助人力 96 名，需再增加補助 329 名，並報經行政院核定，惟囿於經費限制，仍僅核定補助 96 名人力，未依計畫預估需求增加人力，照護負荷沉重，加以限於計畫按年聘用及薪資結構受限，人員異動頻仍，有礙照護服務品質。次查，該部為降低合併兒少保護、家庭暴力或性侵害等保護性案件之精神疾病個案暴力再犯風險，以強化社會安全網計畫補助地方增聘心理衛生社工，提供個案密集關懷訪視與整合性服務，惟自 108 年度起實際編列預算僅占匡列經費之 8 成，108 年度核定補助人力 203 人，未達原訂人力需求 214 人。再查，該部為建構社區中高風險精神病人持續性社區照護服務，引導病人規律就醫及協助家屬處理緊急、突發狀況，減少病人傷害行為發生，並減輕家人照護壓力，辦理醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫，主、協辦醫院家數由 105 年之 28 家，成長至 108 年之 51 家，惟因收案對象以社區中不穩定長期未就醫之高危險個案為主，且服務報酬不敷所需成本，院所缺乏參與誘因，108 年新北區尚無醫療機構承作，協辦醫院亦多集中於中、南部地區，北部及東部地區相對匱乏，且除高屏區部分協辦醫院收案相對較為積極外，主要仍仰賴主辦醫院收案，又除中區外，各主辦醫院又多以所在地市縣為主要服務提供範圍，服務普及度尚有提升空間，經函請衛福部研謀改善。據復：A. 自 108 年起已於計畫訂定薪資晉階制度、督導加給及證照加給，且考量訪視安全風險，109 年度另給予

風險加給，以鼓勵優秀人才留任，並修訂社區精神病人收、結案統一標準，另將賡續爭取公務預算，希能逐年補實關懷訪視員至 425 名，以降低訪視員之負荷；B. 已聘請專家學者組成輔導團，定期至市縣實地輔導，協助地方政府開闢多元徵才管道，並自 109 年起調升風險工作費每月為 3,000 元，另將研修心衛社工及督導聘用資格等；C. 將通盤瞭解癥結原因，並研議調高計畫服務報酬之因應策略或方案，規劃於推動 110 年度計畫予以調整，以提升院所參與誘因及服務普及度。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（二）】

### 3. 非傳染病監測及資訊收集系統建置情形

非傳染病對民眾健康之威脅日增，WHO 建議各國應建立非傳染病監測系統，並依照國家資源差異，逐步涵蓋死亡率、疾病率、危險因子盛行率等資料。國健署為因應施政決策所需實證資料，並利於國際比較，除持續強化出生通報與癌症等重要疾病登記外，逐步建置涵蓋各生命週期人口群健康監測機制，並以按年或 2 至 4 年為週期，定期完成或發布國民健康訪問調查、國民營養健康狀況變遷調查、青少年吸菸與健康行為調查、國人吸菸與健康危害行為暨職場健康促進調查，又為長期追蹤觀察健康狀況，針對出生、兒童、青少年及中老年等世代辦理長期追蹤研究（圖 6），蒐集國人健康、營養、吸菸等健康資

圖 6 我國全人口與各生命週期人口群之非傳染病監測系統



資料來源：衛福部（105）。《2025 衛生福利政策白皮書暨原住民專章》，頁 33。

表 6 WHO 2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫之 25 項監測指標

項目	指標
1	30 至 70 歲人口因心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸道疾病之死亡率
2	各類癌症之每 10 萬人口發生率
3	15 歲以上人口每年酒精平均消費量
4	青少年及成人之年齡標準化酗酒（重度飲酒）盛行率
5	青少年及成人酒精相關疾病之發生率及死亡率
6	青少年身體活動不足盛行率（每日中高強度活動低於 60 分鐘）
7	18 歲以上人口身體活動不足年齡標準化盛行率（每週中高強度活動低於 150 分鐘）
8	18 歲以上人口年齡標準化平均每日食鹽（氯化鈉）攝取量
9	青少年吸菸率
10	18 歲以上人口年齡標準化吸菸率
11	18 歲以上人口血壓升高年齡標準化盛行率及平均收縮壓
12	18 歲以上人口血糖升高/糖尿病之年齡標準化盛行率
13	青少年過重及肥胖盛行率
14	18 歲以上人口過重及肥胖年齡標準化盛行率
15	18 歲以上人口從飽和脂肪酸攝取之熱量占總熱量之年齡標準化平均比率
16	18 歲以上人口蔬菜及水果攝取量少於 5 份（400 公克）之年齡標準化盛行率
17	18 歲以上人口總膽固醇升高之年齡標準化盛行率及平均總膽固醇濃度
18	具心臟病及腦中風疾病風險者接受藥物治療及諮詢服務比率
19	在公立及私立醫療院所提供經濟可負擔、優質、安全及有效之非傳染病基本藥物（包括非專利藥物）及技術
20	根據每例癌症死亡患者鴉片類止痛劑之嗎啡當量消費量（不包括美沙冬）評估安寧緩和醫療之可及性
21	根據國情及國家規劃，制定國家政策，在食品供應中限制使用飽和脂肪酸，且不使用部分氫化植物油
22	根據國家規劃及政策，在具成本效益及經濟可負擔情況下，酌情提供人類乳突病毒（HPV）疫苗
23	制定政策，減少富含飽和脂肪、反式脂肪酸、添加糖或食鹽等食品及非酒精飲料之市場行銷對兒童之影響
24	藉由嬰兒接種 B 型肝炎疫苗第 3 劑數量來監測 B 型肝炎疫苗接種率
25	30 至 49 歲婦女接受子宮頸癌篩檢之比率，以及根據國家規劃或政策，更低或更高年齡組接受子宮頸癌篩檢之比率

資料來源：整理自 WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020。

料。經查相關業務執行情形，核有：WHO 為減輕全球非傳染病疾病負擔，於 2013 年通過「2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫」(Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020)，設定於 2025 年前達成降低 25% 非傳染病早發性死亡率等 9 項全球自願性目標 (Voluntary Global Targets)，並從死亡率及罹病率、危險因子、國家政策措施等面向制訂 25 項全球監測指標 (表 6)，供各國監測及評估非傳染病防治執行情形，並於 2018 年公布各國指標數據。惟我國對於 WHO 訂定之 25 項非傳染病監測指標，尚乏定期彙整公開機制，且截至 108 年底止，計有「18 歲以上人口蔬菜及水果攝取少於 5 份 (400 公克) 之年齡標準化盛行率」及「具心臟病及腦中風疾病風險者接受藥物治療及諮詢服務比率」2 項指標尚未調查，無相關數據。另衛福部已依 WHO 公布之全球永續發展目標之相關指標定期公布我國數據，作為跨國比較監測項目，惟其中與非傳染病防治相關之「5 歲以下兒童 B 型肝炎表面抗原盛行率」及「家庭及環境空氣污染導致之每 10 萬人口年齡標準化死亡率」等 2 項指標尚未建立相關數據，不利完整評估我國非傳染病防治績效表現，亦較難進行跨國比較，經函請衛福部研議參照 WHO 建議完備我國指標數據之可行性，以為政策評估及規劃參據。據復：將持續參考 WHO 建議指標，滾動式修正我國非傳染病指標，並進行定期監測及公布相關數值。【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見 (一)】

#### 4. 非傳染病健康不平等改善情形

WHO 指出，非傳染病很大程度受到社會經濟影響，如收入、教育、職業、性別與種族等。衛福部 2025 衛生福利政策白皮書亦指出，應主動瞭解各市縣及不同群體於慢性病照護之特殊需求、資源利用障礙與照護落

差，發展適當策略，以縮小健康不平等。國健署為縮短區域、族群間健康落差，針對吸菸、飲酒、嚼檳榔盛行率及癌症發生率較高之市縣，加強辦理菸酒檳榔防制整合計畫，並提供弱勢族群放寬年齡條件或縮短間隔之預防保健服務，執行結果，108 年度計補助 8 市縣營造無菸、酒、檳榔健康政策場域 343 處，107 年度提供 55 歲以上原住民成人預防保健服務利用人

表 7 各市縣菸酒檳榔之健康危險因子盛行率

單位：%、百分點

市縣別	18 歲以上人口吸菸率			18 歲以上人口 過去 1 個月暴飲率			18 歲以上男性人口 嚼檳榔率		
	102 年	106 年	增減	102 年	106 年	增減	102 年	106 年	增減
全國	18.0	14.5	-3.5	5.4	5.1	-0.3	9.5	6.1	-3.4
臺北市	18.5	△9.8	-8.7	5.7	6.1	0.4	△3.2	4.2	1.0
新北市	*20.8	14.4	-6.4	7.1	7.1	-	6.6	4.4	-2.2
桃園市	19.8	18.0	-1.8	6.0	5.6	-0.4	11.0	6.7	-4.3
臺中市	16.9	14.3	-2.6	5.6	5.6	-	8.7	4.3	-4.4
臺南市	14.4	13.9	-0.5	3.3	3.0	-0.3	6.2	4.1	-2.1
高雄市	18.9	13.3	-5.6	4.2	3.6	-0.6	8.6	5.5	-3.1
基隆市	20.6	18.3	-2.3	5.6	7.0	1.4	8.8	5.6	-3.2
宜蘭縣	18.1	18.2	0.1	6.1	8.1	2.0	11.4	7.5	-3.9
新竹縣	13.2	11.5	-1.7	3.8	4.1	0.3	7.9	7.5	-0.4
新竹市	14.1	12.4	-1.7	4.6	4.5	-0.1	5.9	4.7	-1.2
苗栗縣	17.6	15.6	-2.0	5.2	4.8	-0.4	12.7	9.0	-3.7
彰化縣	16.2	13.3	-2.9	4.6	△2.8	-1.8	8.4	7.1	-1.3
南投縣	17.0	14.4	-2.6	7.1	4.9	-2.2	12.8	10.2	-2.6
雲林縣	18.3	13.6	-4.7	5.3	3.1	-2.2	14.7	10.1	-4.6
嘉義縣	17.8	16.2	-1.6	4.4	2.9	-1.5	16.9	13.7	-3.2
嘉義市	15.7	11.8	-3.9	△3.2	3.7	0.5	9.9	7.8	-2.1
屏東縣	17.1	19.2	2.1	5.0	4.3	-0.7	15.7	7.8	-7.9
花蓮縣	18.4	15.1	-3.3	9.3	7.1	-2.2	18.7	13.4	-5.3
臺東縣	19.2	*23.7	4.5	*11.8	*9.0	-2.8	*24.6	*19.2	-5.4
澎湖縣	17.4	14.6	-2.8	5.8	3.3	-2.5	9.8	6.3	-3.5
金門縣	△11.8	14.3	2.5	-	-	-	-	△3.1	-
連江縣	18.9	10.2	-8.7	-	-	-	-	4.3	-
最高與最低市縣差距	9.0	13.9	4.9	8.6	6.2	-2.4	21.4	16.1	-5.3

註：1. 「\*」為盛行率最高市縣，「△」為盛行率最低市縣。  
2. 資料來源：整理自國健署 102 及 106 年健康促進統計年報。

數計 3 萬餘人次，108 年度提供 18 歲以上原住民口腔黏膜檢查人數計 1 萬餘人次。另衛福部自 107 年起再針對影響原住民族健康之關鍵因素，推動包含非傳染病相關防治計畫在內之「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」（107 至 110 年），以發展符合在地文化敏感度之健康照護服務，維護渠等健康，108 年度執行結果，計設置 53 處部落健康營造中心，營造 517 處無菸酒檳榔場域，及提供以家戶為中心之慢性病個案管理 650 人等。經查相關業務執行情形，核有：(1) 據國健署健康促進年報統計，整體而言，106 年 18 歲以上國人吸菸率、男性人口嚼檳榔率均較 102 年大幅下降，過去 1 個月暴飲率亦呈微幅下滑，其中 18 歲以上國人吸菸率，計有 18 個市縣 106 年比率較 102 年下降，惟仍有臺東縣等 4 縣不減反增，最高與最低者落差達 13.9 個百分點，較 102 年之 9 個百分點為高；至於 18 歲以上男性人口嚼檳榔率，除臺北市外，各市縣均較 102 年下降，惟最高與最低者尚有 16.1 個百分點之差距（表 7）。另部分市縣 106 年 18 歲以上民眾每日攝取 3 蔬 2 果人口占比、13 歲以上國人規律運動率與全國相較落差逾 2 個百分點（表 8）。顯示部分區域在菸酒檳榔健康危害行為、身體活動不足及不健康飲食等重大致病因子，與全國相較仍有較大落差；(2) 子宮頸癌、大腸癌、乳癌篩檢率最高與最低市縣之差距，分別由 103 年之 32.4%、26.3%、25.0%，增加至 107 年之 34.4%、30.8%、27.4%，呈擴大趨勢，顯示市縣間癌症篩檢推動落差加劇；(3) 身心障礙民眾乳癌、大腸癌及子宮頸癌篩檢等服務利用率，均較全國平均為低，其中 107 年子宮頸癌篩檢服務利用率甚至較全國平均落差達 14.4 個百分點（表 9），顯示渠等使用預防保健服務資源存有障礙等情，經函請衛福部督促研謀改善，進一步縮小區域及族群間之健康不平等。據復：(1) 國健署將持續補助嚼檳榔率及口腔癌等癌症發生率較高之市縣，辦理菸酒檳榔防制整合計畫及推動弱勢族群各項檳榔健康危害防制計畫工作，並自 109 年起將檳榔健康危害業務列為嚼檳榔率、口腔癌發生死亡率高於全國之市縣加分必辦項目，以督促強化相關防制作為，另將協助各市縣針對學生、成人、高齡者擬定提升身體活動策略，強化民眾健康識能；(2) 國健署將針對篩檢率較低之市縣，規劃結合民間組織辦理宣導與篩檢服務；(3) 衛

福部正委託辦理就醫無障礙管理中心計畫，擬就不同障別研擬建置友善就醫流程、醫療單張等，並將身心障礙者子宮頸癌及乳癌篩檢服務列入國健署「癌症防治品質精進計畫」之加分指標。  
【詳審核報告乙、拾玖、衛生福利部主管項下重要審核意見（一）】

表 8 各市縣飲食運動之健康危險因子盛行率

單位：%

市縣別	106年18歲以上民眾每日攝取3蔬2果人口占比	108年13歲以上國人規律運動率
全國	13.8	33.6
臺北市	13.6	38.0
新北市	12.5	32.2
桃園市	14.0	32.6
臺中市	13.7	*31.4
臺南市	15.4	*30.3
高雄市	15.9	35.3
基隆市	*10.9	33.8
宜蘭縣	14.6	36.1
新竹縣	13.4	32.5
新竹市	14.9	35.0
苗栗縣	13.6	33.0
彰化縣	14.4	34.2
南投縣	12.0	34.4
雲林縣	*9.6	*29.7
嘉義縣	16.0	*30.2
嘉義市	15.8	37.9
屏東縣	14.2	35.6
花蓮縣	14.2	39.4
臺東縣	*11.5	36.3
澎湖縣	12.7	33.2
金門縣	—	31.9
連江縣	—	40.9

註：1. 「\*」係指該市縣比率與全國相較落差逾 2 個百分點。  
2. 資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報、體育署 108 年運動現況調查。

表 9 身心障礙者 107 年癌症篩檢率與全國平均之比較

單位：%

癌別	全國	身心障礙者
子宮頸癌（子宮頸抹片）	55.3	40.9
乳癌（乳房 X 光攝影檢查）	39.9	34.4
大腸癌（定量免疫法糞便潛血檢查）	40.8	36.4

資料來源：整理自國健署提供資料。