

(三)全民健康保險基金

政府為辦理全民健康保險業務，依據衛生福利部中央健康保險署組織法及全民健康保險法等規定，設立全民健康保險基金。該基金 112 年度各項營運計畫及預算之執行等，經予書面審核，並派員就地抽查，茲將查核結果說明如次：

1. 營運計畫實施情形之查核

該基金主要營運計畫係於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依全民健康保險法規定給予保險給付。112 年度預計支付保險給付 7,755 億 4,063 萬餘元，實際支付 7,766 億 3,990 萬餘元，較預計增加 10 億 9,926 萬餘元，約 0.14%，主要係全民健康保險會協議訂定之醫療費用總額成長率較預計為高，保險給付隨增所致。

2. 預算執行情形之審核

112 年度決算審核結果，全民健康保險保費收支、其他業務收入及業務費用、業務外收入及費用等收支結餘 338 億 7,191 萬餘元，經依全民健康保險法規定悉數提存安全準備，審定本期賸餘為零，與預算數相同。又 112 年度保險費等收支結餘，尚未提存安全準備，其實際本期賸餘為 338 億 7,191 萬餘元，與同基礎之預算短絀 202 億 959 萬元，相距 540 億 8,150 萬餘元，主要係保費收入較預計增加所致。

3. 餘絀及撥補之審定

(1) 餘絀審定 112 年度決算經行政院核定無餘絀數，本部依法審核修正減列業務收入 399,008,878 元、業務成本與費用 399,008,878 元，收支互抵，餘絀未有增減，予以照數審定。

(2) 餘絀撥補 112 年度決算審定無餘絀數，亦無撥補事項。

4. 現金流量之查核

112 年度期初現金及約當現金 225 億 8,739 萬餘元，經業務、投資及籌資活動結果，現金及約當現金淨減 68 億 8,869 萬餘元，期末現金及約當現金為 156 億 9,869 萬餘元；其現金及約當現金淨減數與預算淨增數 238 億 1,138 萬餘元，相距 307 億 8 萬餘元，主要係保險收支短絀轉為賸餘，原預計收回安全準備填補短絀轉為提存安全準備，投資活動產生淨現金流出所致。

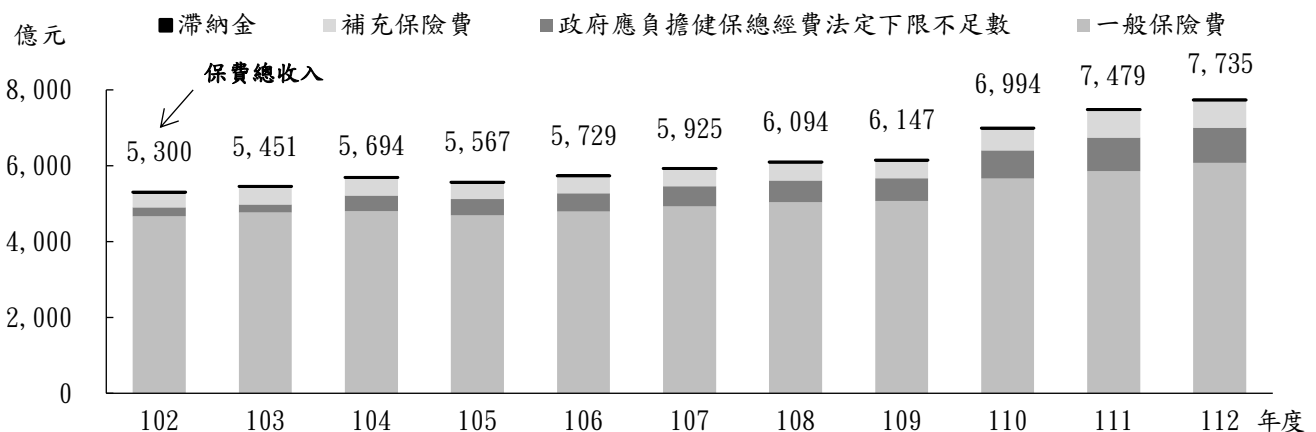
5. 重要審核意見

(1) 政府開辦全民健康保險，提供國人普及、低負擔、高品質之醫療照護服務，惟健保補充保險費扣取上限金額未適時調整，且間有抑制健保資源不當耗用管控項目多期未達目標、保險支出成長速度持續超逾保險收入等情事，允宜研謀改善，以維護健保永續經營，並發揮保障民眾健康權益之最大綜效。

政府為提供國人普及、低負擔、高品質之醫療照護服務，開辦全民健康保險（下稱健保），並設置全民健康保險基金（下稱健保基金），進行各項保險財源之收繳，及醫療費用之給付。經查健保基金財務管理情形，核有下列事項：

A. 健保保費收入主要由一般保險費及補充保險費組成，其中一般保險費投保金額已隨基本工資漲幅調整，並已調增最高等級投保金額，惟補充保險費扣取上限金額自 100 年間訂定後，迄未再檢討調整：依全民健康保險法（下稱健保法）第 19 條規定，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，分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同。經查健保保費收入主要包括一般保險費、補充保險費等，分別占保費收入近 8 成、1 成，收入金額由 102 年度之 5,300 億餘元，逐漸成長至 112 年度之 7,735 億餘元（圖 1），其中一般保險費係以經常性薪資作為計費基礎，嗣因政府於 111 年、112 年、113 年調整基本工資，據中央健康保險署（下稱健保署）推估，保險收入已分別增加約 57 億元、56 億元、52 億元。另健保署配合自 111 年

圖 1 健保保費收入情形



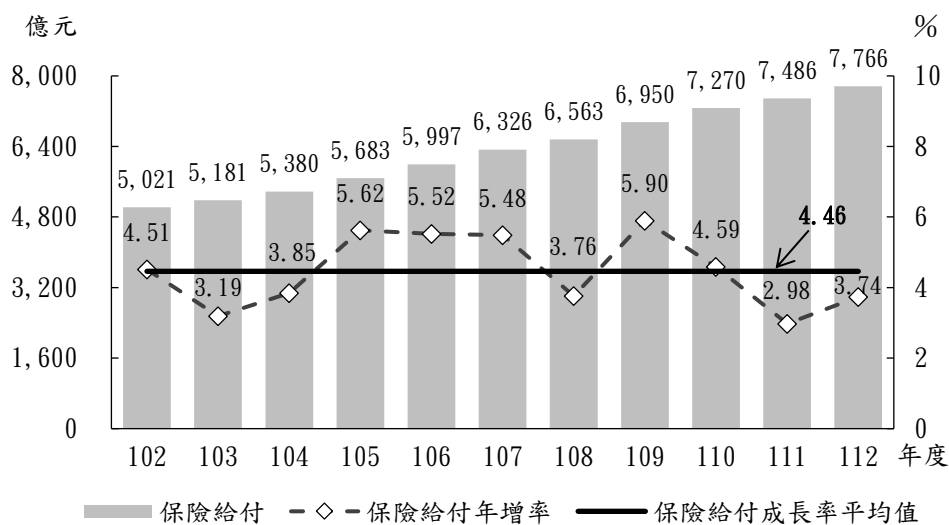
資料來源：整理自健保署提供資料。

7月起調整分級表最高等級投保金額，保險收入可再增加約 25 億元。按政府為因應保費收入偏重經常性薪資計費，前於 100 年 1 月 4 日修正健保法第 31 條，將原未列入保險費計費基礎之股利所得等 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，逾上限金額者，免予扣取補充保險費，亦即僅能以現行費率 2.11% 計收補充保險費 21 萬 1 千元。惟據財政部 113 年 4 月公告 110 年度綜合所得稅申報核定統計專冊，利息所得、股利所得申報金額為 1 千萬元以上者，分別為 5 萬餘件、15 萬餘件，較 107 年度之 4 萬餘件、8 萬餘件，各增加 5 千餘件、6 萬餘件，增幅約 12.51%、84.73%。顯示補充保險費之扣取上限金額自 100 年 1 月 4 日訂定迄 113 年 5 月，已逾 13 年未曾調整，而非經常性薪資收入超逾該上限金額者日益增加，恐未能契合補充保費機制有關依民眾負擔能力收取保費之原意，經函請衛生福利部（下稱衛福部）加速凝聚各方共識，推動補充保險費計費機制之改革作業。據復：已研議改革補充保險費收繳機制，並將檢討補充保險費上限納入考量，以強化量能負擔保費原則。

B. 健保署為減少不當耗用健保資源情形，擬訂管理策略及管控項目，惟部分管控項目連續多期未達目標：健保保險給付支出係由衛福部全民健康保險會（下稱健保會）每年依協議訂定之總額成長率，決定醫療給付費用總額，排除保險對象部分負擔等非保險給付支出後而得，據健保署統計，健保保

險給付支出金額由 102 年度之 5,021 億餘元，逐年成長至 112 年度之 7,766 億餘元（圖 2），健保保險給付支出成長率平均值 4.46%。健保署為減少不當耗用健保資源，每年度擬定抑制健保資源不當耗用改善方案，就非

圖 2 健保保險給付與年增率



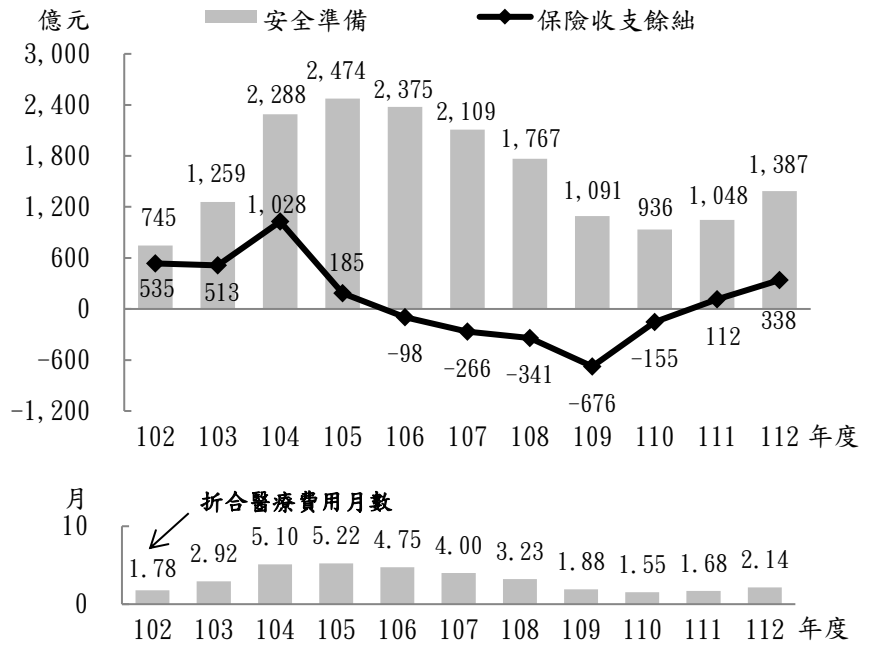
資料來源：整理自健保署提供資料。

必要醫療行為，擬訂管理策略與管控項目，及各項目之目標值，並定期統計及檢討目標達成情形，111 及 112 年度抑制健保資源不當耗用改善方案管控項目分別為 16 項及 18 項。據健保署統計 112 年第 3 季各項管控項目目標達成情形，其中項目 3、6、9 及 18 有關「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」、「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」、「提升非同體系區域級（含）以上醫院回轉率（累計）」、「住院案件出院後 3 日以內急診率」等 4 項未達目標值；且項目 3 已連續於 111 年度、112 年第 2 季及第 3 季未達目標值，又項目 9 已連續於 111 年度、112 年第 2 季未達目標值。健保署為達成上述 2 項管控項目所設目標值，於 111 及 112 年度係依門診高利用保險對象輔導程序書，由分區業務組寄發關懷函，並請保險對象常就診之醫療院所協助輔導；另透過按月回饋分級醫療管理指標結果予醫學中心、區域醫院，以引導其減少輕症服務，並將病患轉診至地區醫院、基層診所就醫等。惟該等管控項目已連續多期未能達成預計目標，該署仍僅依循既定措施進行輔導，未能及早就部分管控項目未達目標值情形，探討原因及調整策略，經函請衛福部督促深入探討癥結原因，精進門診高利用保險對象之輔導及分級醫療管理措施，暨加強向民眾宣導正確就醫觀念，以改善方案執行成效，促進醫療資源合理使用。據復：為導正民眾就醫觀念及提升輔導成效，已研議調高民眾就醫部分負擔，並結合醫療院所與社福單位，提供個案多元輔導措施；另鼓勵各層級醫療院所合作組成策略聯盟，以民眾為中心評估其照護需求，轉診至適合之地區醫院、基層診所就醫，又為提供醫療院所誘因，已調升轉診費支付點數，暨持續向醫療院所宣導，及辦理全國分級醫療說明會，以落實分級醫療。

C. 政府為減緩健保保險費費率調整壓力，於 112 年度編列預算撥補健保基金，惟健保保險支出成長速度持續超逾保險收入，長期仍不利維持健保財務收支平衡：依健保法第 76 條及第 78 條規定，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 個月之保險給付支出為原則。次依健保會第 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，調漲費

率；保險費率以 6% 為上限。經查健保基金於 110 年間因調高保險費率（一般保險費、補充保險費費率分別調整為 5.17%、2.11%），當年度短絀數減少為 155 億餘元，嗣 111 年度保險收入受基本工資調整等因素影響，轉為結餘 112 億餘元。據 111 年度健保財務評估報告指出，如一般保險費費率續維持

圖 3 健保收支餘絀暨安全準備及折合醫療費用月數



資料來源：整理自健保署提供資料。

5.17%，預估 112 年度保險收支將轉為短絀。行政院為減輕健保財務壓力，於 112 年度撥補健保基金 240 億元，當年度安全準備仍可維持 2.14 個月保險給付（圖 3）。惟據健保署於 112 年 11 月 15 日試算 113 年度健保保險費率結果，如一般保險費費率維持 5.17%，114 年度保險收支轉為短絀，且短絀數持續擴大，雖 114 年底安全準備總額尚符規定，如為維持健保基金 115 年底安全準備總額至少 1 個月保險給付支出，115 年起每年皆須調整費率，費率將於 117 年超過 6%。按本部曾建請衛福部正視健保基金財務結構現況，並確實檢討已推動改革措施成效，據復已研擬各項可能之財務改善配套方案，並與各界溝通，尋求共識，推動健保改革。惟該署 112 年度推動部分負擔調整、補充保險費制度改革等財務改善配套方案，及健保醫療給付總額中長期改革計畫（110 年-114 年）等措施，尚須持續執行；復因人口老化、慢性病醫療需求增加，暨廣續引進新藥物及新醫療技術，102 至 112 年度健保保險給付支出成長率平均值 4.46%，超逾同期間健保保費收入成長率平均值 3.85%，又健保投保人口成長率將自 115 年度起呈負成長，受限投保人口持續減少，未來保費收入增長有限，保險支出成長速度將持續超逾保險收入，在不調整費率情況下，來年恐須編列預算撥補，屆

時勢將排擠其他政事支出，造成財政負擔。經函請衛福部通盤檢討精進各項財務改善配套方案及健保改革措施，綜整考量健保財務平衡，以發揮保障民眾健康權益之最大綜效。據復：已通盤檢討並研擬各項改革措施，在收入面，將持續爭取公務預算，並規劃調高投保金額上限、擴大保險費計費基礎等多元財務方案，以強化量能負擔之精神；在支出面，研議將具公共衛生性質之項目改以公務預算支應，並落實抑制資源不當耗用及重複用藥、檢查(驗)管理措施等，以提升資源配置之效益。

D. 健保署為健全健保保費收繳基礎，定期辦理投保金額查核，惟間有部分投保單位及被保險人重複發生低報投保金額情形，且預警系統指標項目尚僅限於第 1 類被保險人：健保署為依法行政及落實健保保費負擔之公平性，持續輔導國人以正確身分投保，覈實申報投保金額，並向財政部及勞動部勞工保險局等外部機關取得財稅所得、勞退月提繳工資及勞保投保薪資等資料，比對健保投保資料，辦理投保金額查核，發現投保單位及被保險人低報投保金額者，則函知逕予調整保險費，並追溯補收一定期間之保費差額，108 至 112 年度就健保投保之高薪低保查核結果，累計補收保費達 45 億 6,406 萬餘元，已獲致一定成效。經查該署辦理投保金額之查核情形，核有：

(A) 依健保法第 89 條規定，第 1 類被保險人之投保單位、第 2 類被保險人，將投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以 2 倍至 4 倍之罰鍰。據健保署統計，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

24,223 家至 336 家間，被保險人介於 42,033 人至 174 人間(表 1)，甚有 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，而該署僅逕予調整投保金額，未落實依短繳之保險費金額予以裁罰，無法發揮嚇阻效果；(B) 健保署考量現行查核作業均屬事後查核，為強化及時輔導投保單位覈實申報投保金額，建立「第 1 類受僱者投保金額預警系統」，並設置預警指標，透過數據分析疑似低報投保金額之投保單位，再由各分

表 1 108 至 112 年度投保單位及被保險人重複發生低報投保情形

單位：家、人

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

註：1. 109 至 111 年度受新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 疫情影響，部分查核項目暫緩辦理。
 2. 本表係健保署查獲第 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。
 3. 資料來源：整理自健保署提供資料。

區業務組預先篩選疑似低報之風險單位進行輔導，以提升查核效率，惟據該署統計 108 至 112 年度查核結果，第 2 類被保險人亦存有低報投保金額情事，尚待研議設置第 2 類被保險人投保金額預警指標，以供規劃查核運用等情事。經函請健保署加強輔導投保單位及被保險人正確申報投保金額，並依法進行裁罰，暨研議增設其他類別被保險人預警項目之可行性，以提升輔導查核效率及效果。據復：(A) 倘經該署查證個案違規屬實，將依其違規事由審酌受責難程度，依健保法、行政罰法及行政程序法等規定辦理裁處罰鍰事宜；(B) 刻正蒐集分區業務組實務意見及建議，規劃增設第 2 類被保險人投保金額預警系統。

E. 健保法明定政府每年負擔健保總經費下限，惟因定義未盡明確，致應提列或增列安全準備之計列屢生爭議，且距衛福部 105 年間規劃完備健保法相關規範已逾 7 年，仍未見後續作為：健保法第 3 條規定：「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。」同法第 2 條第 5 款規定，保險經費係指「保險給付支出」及「應提列或增列之安全準備」。經查政府應負擔之總經費，於健保收支結餘時，依健保法第 76 條規定，將結餘全數提列安全準備，並將該數額計入「應提列或增列之安全準備」項目，惟倘遇健保收支短絀，產生「應收回之安全準備」，則「應提列或增列之安全準備」項目究係應計零或計入年度短絀數，存有爭議，經本部函請衛福部研議明確政府負擔健保總經費之定義，案經該部於 105 年 6 月 21 日函復將就健保法及其相關子法規定持續檢討，並將可能產生之爭議納入考量，使相關法制規範更臻完備。嗣健保署於編列 106 年度預算時，預估當年度保險收支產生短絀，健保會部分委員對於「應提列或增列之安全準備」究係應計零或計入年度短絀數，產生爭論，惟該部參照 106 年 1 月 23 日行政院政務委員等協商結論，不論保險收支為結餘或短絀，皆採實際值計算，至該項爭議，先以條文解釋方式處理，爾後再適時以修法之方式辦理。然迄 113 年 4 月底止，期間有關政府每年負擔健保總經費，均係以行政院前開協商結論為依據，距該部規劃完備健保法相關規範已逾 7 年，仍未見後續作為，經函請衛福部研議適時推動修法作業。據復：已列入健保法修法核心工作小組研商議題，並將配合健保改革及修法時程逐步落實，明確政府負擔健保總經費之定義，以杜爭議。

(2) 中央健康保險署辦理全民健康保險居家醫療照護整合計畫，提升因失能或疾病致不便外出就醫者之醫療照護可近性，惟現行推廣居家醫療服務方式，無法積極引導民眾申請，且部分醫療院所囿於人力不足及成本考量，欠缺參與計畫意願，甚有部分參與計畫醫師收案後未實質提供居家醫療服務等情，允宜研謀改善，以發揮計畫執行成效。

行政院為回應高齡社會需求，於 111 年 11 月 10 日核定「因應超高齡社會對策方案（112-115 年）」，方案中擬具「發展到宅式健康照顧」之執行策略，將「擴大推動居家醫療照護服務」列為具體措施，並列有居家醫療照護服務提供家數達 3,000 家之預期目標。由中央健康保險署（下稱健保署）推動「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），透過特約醫事服務機構組成整合性照護團隊，由醫師或藥師等人員訪視外出就醫不便之病人，並提供個案健康管理等服務，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。據健保署統計，112 年底參與計畫之特約醫事服務機構（下稱醫療院所）3,315 家，已達預期效益目標。經查居家醫療整合計畫執行情形，核有：A. 據健保署統計，112 年度居家醫療整合計畫收案照護人數 8 萬餘人，其中失能無法外出就醫者近 9 成，且收案模式多係病人或其家屬提出申請（表 2）。惟據衛生福利部（下稱衛福部）統計，112 年度長照需要等級第 7 級至第 8 級

（下稱重度失能者）且實際使用交通接送服務就醫（或定期式復健、透析治療）者 2 萬 9 千餘人，其中未參與上述計畫者 2 萬 7 百餘人，約 71.14%，顯示諸多有居家醫療需求者未參與計畫。健保署雖於健康存摺 APP 向前述未參與計畫者，推播居家醫療服務訊息，惟按衛福部公告之 112 年度長照服務使用者人口學特性，近 9 成長照服務

使用者為 65 歲以上，且個案如屬重度失能者，須高度仰賴他人協助，是否下載並使用前述健康存摺 APP 有待商榷，恐無法積極引導民眾申請居家醫療服務；B. 醫療機構中地區醫院與基層院所參與

表 2 112 年度居家醫療整合計畫收案來源

單位：人、%

收案來源	人數	
	人數	占比
合計	88,164	100.00
病人或其家屬自行向參與該計畫之醫療院所提出申請	52,063	59.05
由醫院轉介出院個案至參與該計畫之醫療院所	21,448	24.33
各市縣長期照顧管理中心等單位（註 1）轉介至參與該計畫之醫療院所	14,653	16.62

註：1. 除各市縣長期照顧管理中心外，尚有各地方政府社會局或衛生局等單位。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

計畫比率分別僅占 42.34% 及 16.57% (表 3)，主要係居家訪視須規劃訪視路線、時程及進行個案管理等，醫療院所囿於人力不足，影響參與意願，加以執行居家訪視時，平均每人每日訪視 3.5 人、可申報 8 千餘點，相較門診看診，平均每人每日看診 29.6 人、申報 3 萬餘點，執行居家訪視之財務誘因較門診為低，更使醫療院所缺乏參與誘因；C. 計畫明定居家醫療主治醫師每 3 個月至少訪視病人 1 次，照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，由保險人逕行結案，據健保署統計，112 年度

表 3 112 年底特約醫療機構參與居家醫療整合計畫情形
單位：家、%

特約醫事服務機構別	特約家數	參與家數		未參與家數	
		家數	占比	家數	占比
醫學中心	25	20	80.00	5	20.00
區域醫院	83	72	86.75	11	13.25
地區醫院	359	152	42.34	207	57.66
基層院所	14,724	2,440	16.57	12,284	83.43

註：1. 112 年底參與計畫之醫療院所 3,315 家，包括上述醫事服務機構 2,684 家，及其他醫事機構 631 家，本表分析對象排除其他醫事機構。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

6 個分區業務組轄內居家醫療主治醫師未依規定頻率訪視個案之比率為 20.78% 至 31.78%，惟健保署對於醫師超逾 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，仍占當年度結案數之 23.15%，顯示部分醫療院所於個案收案後未實質提供居家醫療服務，執行成效未如預期等情事。經函請健保署研議跨司署合作建立使用長照交通服務之重度失能者資料之可行性，並提升醫療院所參與計畫誘因，及優化計畫關於訪視作業之管理措施，以確保居家醫療需求者獲得服務。據復：A. 持續與衛福部長期照顧司合作，並請長照相關服務人員，協助將居家醫療照護資訊提供案家參考；B. 已規劃提高醫事人員訪視費用，以提高醫療院所之參與意願；C. 請各分區業務組加強管控及輔導醫療院所，針對無法配合主治醫師訪視時間之個案，應轉介照護團隊其他醫師協助。

(3) 中央健康保險署為奠定全民皆有家庭醫師之基礎，辦理全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，並規劃整合慢性病相關方案(計畫)，以擴大照護範圍，惟計畫執行多年仍未具備完整實施策略、部分慢性病病人無法於單一診所獲得全面照護，另家醫大平臺所需部分資料未獲權責機關同意提供，恐影響平臺功能等情，允宜研謀改善，以提升照護效率，及早實現全民皆有家庭醫師之目標。

中央健康保險署（下稱健保署）為落實「因應超高齡社會對策方案（112-115年）」所列「強化家庭醫師制度」具體措施，推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」（下稱家醫計畫），該計畫鼓勵基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，提供會員健康資料建檔、24小時諮詢專線及病人轉診等服務，並設定較需照護個案之65歲以上多重慢性病個案收案達20%之預期目標，實際執行結果，收案比率為22%，已達預期效益目標。嗣健保署為朝「以人為中心」之合作照護模式推展，讓病人在同一家醫療院所接受完整之醫療服務，規劃自113年起整合糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病等

醫療給付改善方案至家醫計畫，升級為「大家醫計畫」，並導入健康科技工具，以強化個案管理功能。經查家醫計畫執行情形，核有：A. 健保署為奠定全民皆有家庭醫師之基礎，自92年間推動家醫計畫試辦作業，將慢性病等較需照護之名單，交付其主要就醫診所收案照

表4 家醫計畫執行情形

項目	單位	110年度	111年度	112年度
預算數	千元	3,670,000	3,948,000	3,948,000
參與診所數	家	5,587	5,687	5,590
占西醫基層診所數比率	%	53.1	53.5	52.0
參與醫師數	人	7,637	7,833	7,807
占西醫基層醫師人數比率	%	46.0	46.3	44.4
收案會員數	千人	6,008	6,002	5,958
占總保險對象人數比率	%	24.8	24.8	24.9

資料來源：整理自112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及健保署提供資料。

護，經健保署112年度篩選出需照護名單613萬餘人中，仍有需照護對象189萬餘人未經收案照護。且據該署統計，家醫計畫截至112年底止，收案會員數占總保險對象人數之比率為24.9%（表4），距接軌至全民皆有家庭醫師之目標，仍有大幅差距；另已規劃於113至114年度陸續完成5種照護整合方案、代謝症候群防治計畫（下稱代謝計畫）與家醫計畫之整合作業，惟迄無癌症治療品質改善計畫與家醫計畫之整合時程規劃，暨尚乏家醫計畫接軌至全民皆有家庭醫師之完整期程、實施步驟及相關配套措施之規劃，恐不利目標之達成；B. 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 年度參與代謝計畫，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 項照護整合方案之診所分別為 2,367 家、1,216 家、1,080 家、593 家，其中未參加家醫計畫之診所分別有 362 家、161 家、116 家、55 家，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，其收案診所未參加家醫計畫，爾後將由給藥日份最高診所收案照顧，而無法達成病患於同一診所接受醫療照護之目標；C. 健保署 113 年度推動「大家醫計畫」之目標，係為整合各項方案（計畫），讓病人在同一家醫療院所接受完整醫療服務，惟該署於 113 年度家醫計畫修正個案管理費給付規定，對於不同診所收案均支付個案管理費，未能引導單一診所同時提供個案全人醫療照護，與「大家醫計畫」之目標有間；D. 健保署規劃建置家醫大平臺，將民眾醫療、保健等方面之健康資料進行整合，提供主動監測數據、異常提醒等功能，惟迄 113 年 4 月 12 日止，疾病管制署未同意提供疫苗注射資料，於家醫大平臺建置完成後，恐因未整合預防接種資料，致影響平臺對於個案疫苗注射情形提醒功能之運作等情事。經函請衛生福利部督促積極擬訂家醫計畫接軌至全民皆有家庭醫師之完整規劃及實施步驟，及引導診所加入家醫計畫並輔導個案於同一診所接受醫療照護，暨強化跨機關間之資料整合及溝通作業，以落實「以人為中心」之全人全程醫療照護，並及早實現全民皆有家庭醫師之目標。據復：A. 已規劃於家醫大平臺收載成人預防保健及五癌篩檢相關資訊，俟資料整合後，賡續研議家醫計畫與癌症治療品質改善計畫整合事宜，並規劃辦理「地區醫院全人全社區照護計畫」，逐年擴大照護範圍，實現全民皆有家庭醫師之目標；B. 將持續向醫界宣導診所加入家醫計畫之重要性，並持續優化計畫內容，以提升診所參與家醫計畫之意願；C. 113 年家醫計畫派案原則修訂後，個案由同家診所提供家醫計畫與糖尿病等 3 項照護整合方案服務、代謝計畫服務者分別約 95%、86%，將持續鼓勵診所參加家醫計畫進而讓個案由同一診所提供全人醫療照護；D. 將持續與疾病管制署溝通說明家醫大平臺之功能，及現行查詢機制之差異，俾利家醫大平臺整合疫苗接種資料。

(4) 中央健康保險署為提高思覺失調症病人治療依從性，推動全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，並新增訪視項目，收案照護人數已漸增，惟部分院所受限人力、成本考量缺乏參與意願；復因跨機關配合不易，執行訪視人數偏低，允宜研謀善策因應，俾提供思覺失調症病人連續性照護。

中央健康保險署（下稱健保署）為提高思覺失調症病人治療依從性，鼓勵醫療院所主動積極介入，並提升醫療照護品質，自 99 年起推動「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）。經查方案執行情形，核有：A. 健保署為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，並於年度開始前，分析符合收案條件之思覺失調症病人前 1 年度就醫行為，提供可收案名單予各分區業務組交付轄內參與方案之醫療院所自行收案。收案人數自 110 年度之 59,822 人，增加至 112 年度之 77,443 人，協助病人獲得較佳之照護成效。惟查醫療院所囿於人力及行政事務考量，較無參與意願，致 110 至 112 年度診所及醫院實際參與率分別約 5% 及 6 成（表 5），仍有病人因醫療院所未參與方案而無法獲得收案照護，尚待研擬提升醫療院所參與意願之具體措施；B. 健保署為加強思覺失調症病人追蹤照護，111 年度公告新增「居家追蹤訪視」及「高風險病人出院後追蹤訪視」項目，「居家追蹤訪視」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；「高風險病人出院後追蹤訪視」適用對象為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），期透過醫療體系及社區精神衛生系統共同合作，提高病人治療依從性。查 111 及 112 年度醫療院所實際

表 5 醫療院所參與思覺失調症醫療給付方案情形

項目 院所 類別	110 年度			111 年度			112 年度		
	符合參與 資格家數	參與方案且實 際申報費用		符合參與 資格家數	參與方案且實 際申報費用		符合參與 資格家數	參與方案且實 際申報費用	
		占比	占比		占比	占比			
合計	593	146	24.62	605	157	29.95	628	154	24.52
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

資料來源：整理自健保署及各分區業務組提供資料。

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，據該署說明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，致執行訪視作業人數偏低，未能達成加強追蹤照護病人之目標等情事。經函請健保署研謀善策因應，或研議提供醫療院所訪視誘因，俾提供思覺失調症病人連續性照護。據復：A. 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，提升院所參與方案之誘因；B. 為建立醫院與社區合作機制，已定期與衛生福利部心理健康司召開聯繫會議，並配合該司需求，提供研擬出院病人轉銜等策略所需資訊，亦將持續宣導與推動醫院及社區間人力配合、訪視及照護模式。

6. 111 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 111 年度審核報告非營業部分內列重要審核意見 4 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 1 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 3 項（表 6），其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 1 項通知檢討改善。

表 6 111 年度審核報告非營業部分所列全民健康保險基金重要審核意見覆核辦理情形

重要審核意見標題	說明
仍待繼續改善	
衛生福利部及中央健康保險署為健全健保基金財務結構，推動各項收支改革措施，惟健保保費收入在一般保險費主要負擔人口占比逐年減少等實況下難有增長；另指示用藥及日劑藥費給付措施尚有精進空間，允宜研謀善策，以維護有限健保資源。	衛生福利部已推動各項財務改善方案，惟保險支出成長速度持續超逾保險收入，在不調整費率情況下，來年恐須編列預算撥補，屆時將排擠其他政事支出，造成政府財政負擔，業再研提審核意見詳「5. 重要審核意見（1）」。
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(1) 中央健康保險署配合全民健保醫療給付總額中長期改革計畫，積極改革健保給付及支付制度，惟執行情形間有未臻周妥情事，允宜完善相關配套措施，以增進醫療品質與提升資源配置效益。	/
(2) 為早期發現代謝症候群個案，辦理全民健康保險代謝症候群防治計畫，惟收案對象與其他計畫間有重複，又年輕族群罹患代謝疾病就醫率升高，收案率卻相對偏低，且計畫參與院所涵蓋率仍有提升空間，允宜研謀改善，以增進照護成效。	
(3) 為提升民眾住院照護品質及減輕家屬照顧負擔，辦理全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，惟間有計畫執行情形欠佳，又醫療費用申報系統檢核機制未臻完備，允宜檢討改善，俾達成計畫目標。	

該基金收支餘絀之審定、餘絀審定後現金流量及資產負債狀況，詳戊、附表、壹、各基金附表〔請至審計部全球資訊網之總決算審核報告查詢平台(<https://auditreport.audit.gov.tw/>)查閱〕。