



2025

主題: 健康環保

隊伍名稱: 健保糾察隊

專題名稱: 探討全民健保帶來的好處與壞處

參賽學生: 岳遠朗、莊辰晞、陳瑜禎、卞斐

指導老師: 羅陽青、宋朝盛

前言 (Introduction)

研究動機

身在臺灣，我們幾乎每天都能感受到「看病很方便」——臨時喉嚨痛，可以直接到附近診所；需要專科意見，也能自行前往大型醫院門診。這種高可近性的醫療服務，正是全民健康保險（以下簡稱「健保」）帶來的日常經驗。然而，近年媒體也頻頻報導急診壅塞、護理與醫師人力吃緊，以及健保財務壓力等議題，形成截然不同的社會觀感：一方面是人人可用的優質服務，另一方面卻是可能難以永續的隱憂。這種「便利與壓力並存」的現象，正是筆者選擇探討健保好處與壞處的起點。以 2025 年初為例，主流媒體報導各大醫院急診室待床時間拉長、壅塞恐引發人員離職潮，凸顯人力與床位能力的瓶頸；公共媒體也提到當月超額死亡與急診壅塞可能相關，讓社會更關注醫療量能與制度調整的迫切性。（[聯合新聞網](#)）

研究目的

本研究旨在以系統性梳理健保制度的好處與壞處，並蒐整政府統計、學術論文與權威報導後，提出兼顧公平（equity）、效率（efficiency）與品質（quality）的改善建議。具體目標包括：

1. 鑿清健保在覆蓋率、可近性、費用控制與數位化之主要貢獻。
2. 分析健保在過度使用、分級醫療薄弱、醫療人力壓力、財務永續與區域差距等面的挑戰。
3. 綜合上述，提出可行、具優先順序的政策與使用者層面建議。

研究方法或過程(Research Methods/Process)

研究方法

1. 文獻分析法：以衛福部及健保署官方報告、我國主計機關統計、學術論文與國內主流媒體報導為核心資料，擷取與健保利弊相關的關鍵數據與一致觀點。例：健保統計動向、全球預算制度說明、分級醫療與部分負擔新制介紹、醫療人力與急診量能新聞、以及學術研究對健保使用量與道德風險(moral hazard)的實證。[\(衛生福利部\)](#)
2. 資料蒐集：主要來源含健保署與衛福部官方網站與出版品(年報、統計動向、政策專區、App 與雲端系統說明)、行政院主計總處之醫療支出統計、國際/國內學術資料庫(PubMed/PMC 等)，以及具公共性之媒體報導(聯合報、公視等)。[\(衛生福利部\)](#)

研究架構圖

全民健康保險制度(制度背景、財務與支付、數位工具)

- 文獻蒐整與統計比對
- 分支 A：好處(普及與公平／高可近性與短等待／費用效率與全球預算／數位化與資料運用)
- 分支 B：壞處(過度使用與道德風險／分級醫療與轉診薄弱／人力與量能壓力／財務永續挑戰／城鄉區域差距)
- 整合評估：公平 × 效率 × 品質
- 結論與建議(強化基層與轉診、精準部分負擔與弱勢保障、投資人力與床位、深化數位健康與透明、財務治理與社會對話)

文獻分析與綜整

一、全民健保的主要好處

(一) 普及與公平：幾近全覆蓋，重大傷病設有免部分負擔

健保為單一保險人之社會保險，由被保險人、雇主與政府分擔保費，對低收入或弱勢族群並有補助，形成較高的制度可近性。覆蓋率長年維持在 99% 以上，提供包括西醫、牙醫、中醫與處方藥等廣泛給付；對重大傷病（癌症等 30 大類）另設免部分負擔之保障，兼顧弱勢的醫療可近性與財務保護。（[PMC](#)）

(二) 就醫可近性高與等待時間短

健保與全國多數院所特約，民眾可自由選擇就醫，平均每人每年就醫次數逾 14.2 次；文獻亦指出臺灣門診等待相對短、專科可近性高，但也因此增加大型醫院門診壓力與病患對專科「直達」的偏好。（[衛生福利部 COVID-19 資訊網站](#)）

(三) 費用效率：行政成本低、全球預算抑制費用成長

研究與官方說明指出，健保行政成本極低（文獻曾估低於醫療費用的 2%，官方資訊甚至指出低於 1%），且自 2002 年全面實施**總額預算制（Global Budget）後，歷年醫療費用年增率大致被控制在 5% 以內，對全民醫療支出有穩定效果。（[PMC](#)）

(四) 數位化與資料運用：MediCloud 與健康存摺 App

健保建立雲端醫療資訊查詢系統（MediCloud）與「健康存摺／健保行動快易通 App」，讓醫師跨院即時查詢用藥、檢驗影像與接種資料，民眾亦能掌握個人就醫紀錄與費用資訊。這些工具在疫情期間對判斷風險、分流就醫與民眾自我管理皆有助益。（[衛生福利部](#)）

(五) 研究資源：健保資料庫

健保自 2017 年起陸續開放多種資料庫供研究，形成具規模與研究價值的「健保研究資料庫（NHIRD）」與實驗室資料庫，提升政策評估與臨床研究的證據基礎。（[PubMed](#)）

二、全民健保的主要壞處／挑戰

(一) 過度使用與道德風險（moral hazard）

高可近性與低部分負擔，使臺灣民眾平均門診利用頻次偏高。研究顯示健保實施後醫療利用顯著上升，但對死亡或自評健康改善的證據並不一致，顯示「使用量上升未必等於健康效益同步提升」。學術文獻亦長期討論保費與部分負擔對需求的影響，提示需以精準的分級與價格訊號

抑制過度使用，同時照顧弱勢。(PMC)

(二)分級醫療與轉診制度相對薄弱

自由就醫與專科「直達」便利，形塑對大型醫院的偏好，削弱家庭醫師的「守門人」角色。文獻指出這造成門診量體過大、醫病互動時間短，難以在單次就診處理複雜問題，也增加重複就醫與醫療成本。健保雖推動分級醫療與轉診優惠，但整體行為改變仍需時間與制度配套。(PMC)

(三)人力與量能壓力：急診壅塞與醫護過勞的風險

2025年初，多家媒體報導急診待床時間拉長與壅塞，專家並提醒若人力與床位持續吃緊，恐引發離職潮，影響醫療服務穩定。公共媒體亦以數據討論當月超額死亡與急診壅塞的關聯。這些訊號顯示：量能瓶頸（床位、人力、轉銜流程）與季節性疫情疊加，已成健保下醫療系統治理必須面對的棘手課題。(聯合新聞網)

(四)財務永續：高齡化與醫療科技推陳出新的壓力

從國民醫療保健支出占GDP比觀察，2023年已達7.8%，長期呈緩步上升。雖近年健保基金曾出現歲入歲出順差與安全準備金累積，但面對人口快速高齡化與高價新藥、新科技納保的社會期待，收入結構與給付邊界仍需持續調整。第二代健保納入補充保費（自2013年實施），與2023/7起調整部分負擔，就是典型的「以財務與行為雙面向」求永續的作法。

(五)城鄉與區域差距

偏鄉與離島因交通不便、人口稀少與招募困難，醫事人力與設備相對不足。衛福部正透過「優化偏鄉醫療精進計畫（第二期，113–116年）」補強人力、設備、遠距醫療與緊急後送，但整體成效仍需持續監測與精準配置。(衛生福利部)

結論與應用 (Conclusion and Application)

研究結論 (綜合評析)

整體而言，健保以高覆蓋、高可近性與低行政成本，在公平與效率之間取得難得平衡；全球預算與數位化更在費用控制與醫療安全上扮演關鍵角色。這些優勢，使臺灣在疫情期間得以迅速整合資訊、分流就醫並維持醫療運作。[\(衛生福利部\)](#)

然而，高使用量與薄弱轉診所造成的門診擁擠、醫病互動時間短、急診壅塞與人力負荷，已成品質與永續的核心挑戰；高齡化與新科技亦加劇財務壓力，需以制度性工具（保費、部分負擔、給付邊界）與治理（資訊透明、績效導向）共同回應。偏鄉差距則提醒我們，普及不等於均等，仍需在地化資源與跨域合作縮小落差。[\(PMC\)](#)

未來展望與應用 (政策與使用者層面建議)

(一) 強化基層與轉診，讓「先初級、後專科」成為常態

以家庭醫師整合照護與轉診差額優惠結合，提升病人對基層的信任與連續性照護；同時運用MediCloud強化跨院資訊連結，避免重複檢查與用藥。大型醫院回歸急重難罕的定位，減輕門診壓力。[\(衛生福利部\)](#)

(二) 精準調整部分負擔，兼顧抑制過度使用與弱勢保護

延續 2023 年的「部分負擔新制」，針對非必要重複檢查／輕症直奔醫學中心等情境設計差異化費用，同時對低收入、身障、重大傷病提供免除或減免，兼顧利用抑制與公平。[\(衛生福利部\)](#)

(三) 投資人力與量能：護理留任、急診通暢與床位管理

以護理留任方案、急診出入院協調與住院床位管理、區域轉診網絡與季節性量能應變為主軸，減少急診壅塞；同時以資料監測（例如待床時間、出院轉銜）做為醫院評鑑與支付的品質指標之一。[\(聯合新聞網\)](#)

(四) 深化數位健康：擴充 App 與健康存摺的「可用性」

提高健康存摺／健保 App 與個人穿戴裝置、慢病管理工具的互通性，將用藥提醒、檢查異常追蹤與遠距醫療納入更一致的照護旅程設計；同時強化醫療費用資訊平台與自費醫材比價的透明度，促進共享決策。[\(衛生福利部\)](#)

(五) 財務治理與社會對話：穩健調整「收入 × 紿付」

面對 7.8% GDP 的醫療支出與高齡化，需持續評估保費與補充保費結構、新科技納保門檻與給付優先順序，以公開與資料導向的程序建立社會共識；並運用總額預算 + 績效支付（如 P4P）引導資源流向高價值照護。

參考文獻／資料(References/Data)

政府出版品與官方統計／政策資料

1. 衛生福利部中央健康保險署(2024)。《2023–2024 全民健康保險年報》。臺北市：衛生福利部中央健康保險署。取自政府出版品資訊網。(GPI政府出版品資訊網)
2. 衛生福利部中央健康保險署(2024)。《2023 年全民健康保險統計動向》。(衛生福利部)
3. 衛生福利部中央健康保險署。全球預算支付制度(**Global Budget**)專頁。檢自：“**the annual growth rate for medical expenses to less than 5%**”之制度說明。(衛生福利部)
4. 行政院主計總處、衛生福利部統計處(2024)。國民醫療保健支出(**2000–2023**)：醫療支出占 GDP 比資料(2023 年 7.8%)。
5. 衛生福利部(COVID-19 關鍵決策網)。(2020/更新中)。全民健康保險：就醫可近性(特約院所比率、平均每人每年就醫 14.2 次以上)、行政成本低於 1% 等。(衛生福利部 COVID-19 資訊網站)
6. 衛生福利部中央健康保險署。部分負擔專區(含 2023/7/1 新制 Q&A)。(衛生福利部)
7. 衛生福利部中央健康保險署。重大傷病免部分負擔範圍與項目(**30 大項**)。(衛生福利部)
8. 衛生福利部中央健康保險署。健保醫療資訊雲端查詢系統(**MediCloud**)與健康存摺／健保行動快易通 App。(衛生福利部)
9. 衛生福利部(2024)。優化偏鄉醫療精進計畫第二期(**113–116 年**)。(衛生福利部)

學術論文與國際資料

10. Wu, T.-Y., Majeed, A., & Kuo, K. N. (2010). *An overview of the healthcare system in Taiwan*. **British Journal of General Practice**. (涵蓋行政成本、等候時間、轉診薄弱與門診互動時間等觀察)(PMC)
11. Chen, L. (2007). *The effects of Taiwan's National Health Insurance on access and health status of the elderly*. **Health Economics** (摘要線上)。— 實證顯示利用上升但健康成效改善有限，提示使用量與成效未必等同。(PubMed)
12. Lin, Y.-L., et al. (2020). *Age Structural Transitions and Copayment Policy in Taiwan*. **International Journal of Environmental Research and Public Health** (PMC)。— 探討人口結構與部分負擔設計。(PMC)

13. Lee, P.-C., et al. (2021). *The Taiwan National Health Insurance Laboratory Databases*. **Biomedical Journal**／PubMed (PMC)。— 介紹健保資料庫之研究應用。(PubMed)
14. The Commonwealth Fund (2020). *International Health Care System Profiles: Taiwan*. — MediCloud 與數位健康簡介。(英聯邦基金會)
新聞／報導
15. 聯合報 (2025/02/24)。急診塞爆恐引發醫護離職潮。— 指出急診壅塞、待床時間長與人力壓力。(聯合新聞網)
16. 公視新聞 (2025/03/30)。2 月超額死亡率創疫後新高 台大公衛：急診壅塞有關。(公視新聞網 PNN)

附註：本文所有關鍵數據與制度性描述均來自政府官方來源或學術論文；新聞用以呈現近期醫療量能與人力壓力之脈動。對於容易隨時間變動的數值（如基金收支、費率、院所特約比率等），本文已以 2023–2025 年最新可得之官方文件與報導為準，並在文內與參考資料中清楚標示。若未來官方公布新資料，建議以最新統計修正。(衛生福利部)

