



我國全民健康覆蓋—從疾病與健康給付談起

COVID-19（新冠肺炎）肆虐全球，各界除關注防疫表現外，亦聚焦醫療照護系統之量能。本文從我國全民健康保險、與「疾病與健康」相關的社會給付統計，及全民健康覆蓋指標，來探討我國健康覆蓋之現況。

邱淑純（行政院主計總處綜合統計處專門委員）

壹、前言

我國自民國 84 年開辦全民健康保險（以下簡稱健保），採用強制性投保策略，納保對象逐步擴大，納保率由開辦之初的 59% 提升至目前的 99.8%，保障國民享有基本的健康照護需求。

隨醫療服務擴大，我國健保醫療費用申報點數由民國 85 年的 2,248 億點，上升到 107 年之 7,384 億點（平均年增 5.6%）；健保醫療費用核付金

額¹亦由 91 年之 3,336 億元，逐年擴增至 107 年之 6,328 億元（平均年增 4.1%）（下頁圖 1），健保平均每人醫療費用點數²由 91 年之 1.5 萬點增至 107 年 3.1 萬點，擴增 1 倍（平均年增 4.7%），顯見單從健保資源利用狀況觀察，即可知我國醫療覆蓋的面向廣泛且日益擴大。本文將進一步由與「疾病與健康」相關的社會保障給付統計，以及世界衛生組織（WHO）之全民健康覆蓋指標，來探討我國現行健康覆蓋

的概況。

貳、疾病與健康給付

我國依據國際勞工組織（ILO）規範，並參採部分國家做法所編布之社會保障支出統計，依高齡、身心障礙、遺族、疾病與健康、生育、家庭與小孩、失業、職業傷害、住宅及其他等 10 項功能進行區分，其中「疾病與健康」可作為瞭解我國在健康照護資源配置樣貌的另一項參考指標。

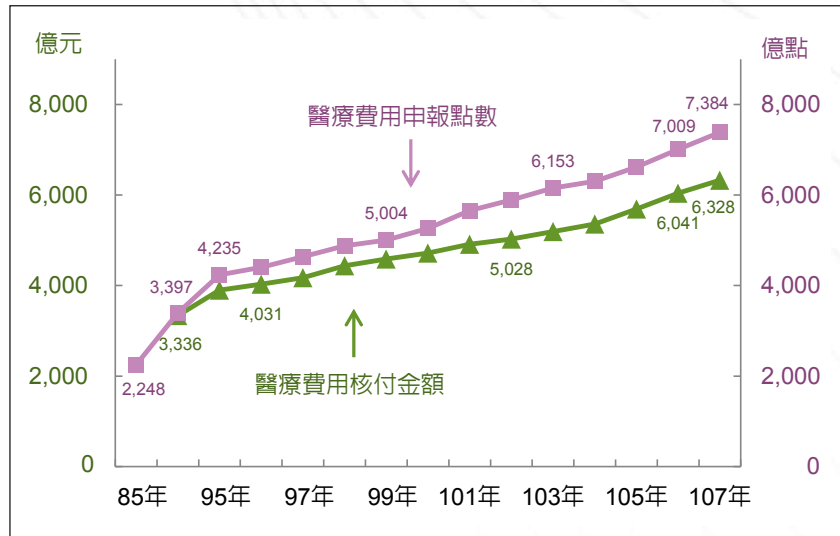
一、疾病與健康給付

依 ILO 規範，疾病與健康給付範圍涵蓋維持、恢復或改善被保障者健康及其工作能力之給與，及因傷所給予的醫療給付。107 年我國疾病與健康給付 6,696 億元，占整體社會給付 (Social Benefit) 1 兆 9,890 億元之 33.7% (圖 2)，在各功能別中僅次於高齡給付，較 106 年增 359 億元或增 5.7%，主因 107 年健保給付成長 5.5% 所致，與 99 年相較，增 2,018 億元，8 年間平均年增 4.6% (下頁附表)。

(一) 依給付型態觀察

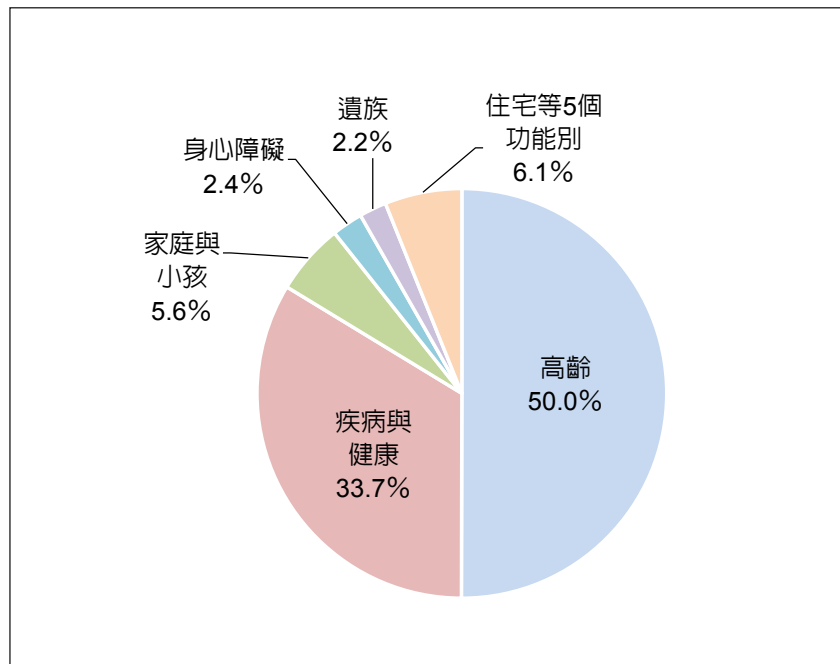
給付型態區分為現金及實物給付，疾病與健康給付絕大多數以醫療費用相關之實物給付為主，107 年占比為 99.8%，金額 6,685 億元，較 106 年增 359 億元或增 5.7%，主因健保醫療給付逐年增加所致，與 99 年相較，增 2,018 億元，8 年間平均年增 4.6%；現金給付金額各年變化不大，107 年僅 10 億元 (下頁附表)。

圖 1 全民健保醫療費用申報點數及核付金額



資料來源：衛生福利部中央健康保險署「全民健康保險統計」107 年年報。

圖 2 107 年我國社會保障支出各功能別比重



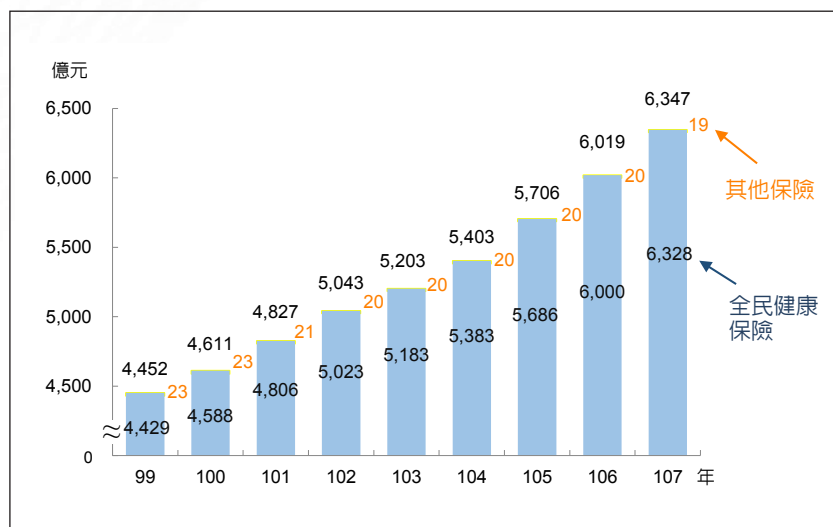
說明：因四捨五入之故，總計數字容或不等於細項數字之和。
資料來源：行政院主計總處「社會保障支出統計」。

論述》統計・調查

(二) 依計畫型態觀察
計畫類型依被保障者是否需負擔保費 (Contribution) 來區分，分為繳款型計畫 (即社會保險) 及非繳款型計畫 (即社會救助及福利服

務)。疾病與健康給付以社會保險為大宗，107 年占比為 94.8%，給付金額 6,347 億元，較 106 年增 327 億元或增 5.4%，主因健保醫療給付增加所致，與 99 年相較，增 1,894 億元，8 年間平均年增 4.5%；非繳款型之「社會救助及福利服務」計畫給付 349 億元 (占 5.2%)，較 106 年增 31 億元或增 9.8%，主要提供疫苗採購、就醫交通費及罕見疾病等給付，近 8 年平均年增 5.6% (附表)。
(三) 依社會保險計畫項目觀察

圖 3 疾病與健康給付－社會保險



資料來源：行政院主計總處社會保障支出統計。

附表 我國社會保障支出之疾病與健康給付

單位：億元・%

	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	107年較106年		107年較99年	
										增減數	增減率	增減數	平均增減率
總計	4,678	4,845	5,060	5,283	5,480	5,695	6,006	6,337	6,696	359	5.7	2,018	4.6
依給付型態													
現金給付	11	12	12	11	11	10	11	10	10	0	0.1	-1	-0.7
實物給付	4,667	4,834	5,048	5,272	5,469	5,685	5,995	6,327	6,685	359	5.7	2,018	4.6
依計畫型態													
社會保險	4,452	4,611	4,827	5,043	5,203	5,403	5,706	6,019	6,347	327	5.4	1,894	4.5
社會救助及福利服務	226	234	232	240	277	293	300	318	349	31	9.8	124	5.6

資料來源：行政院主計總處社會保障支出統計。

107年社會保險計畫之疾病與健康給付以健保給付6,328億元為大宗（占99.7%），較106年增328億元或增5.5%，8年間平均年增4.6%，主因人口老化、新藥增加、擴增給付範圍以及重大傷病及慢性病人數逐年增加所致；其他保險含勞工保險非職災之相關傷病給付、高中以下學生及托嬰中心兒童團保等計畫，合計19億元，歷年占比均僅0.3~0.5%，較106年減1億元或減4.9%，近8年平均年減2.6%（上頁圖3）。

（四）依給付來源觀察

107年社會救助及福利服務計畫之疾病與健康給付來源，以來自中央政府294億元（占84.3%）較高，為地方政府55億元（占15.7%）之5.4倍，近8年中央、地方給付平均年增分別為5.7%及5.4%（圖4）。

二、占GDP比重

107年我國疾病與健康給付6,696億元，占GDP比重

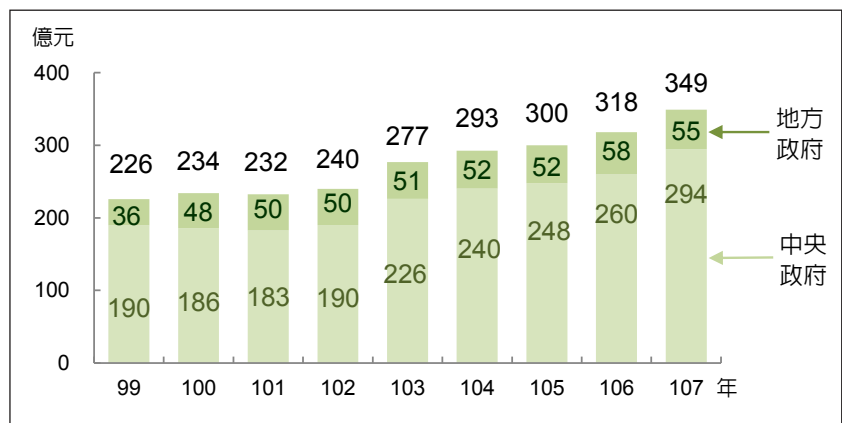
3.65%（99年至107年平均占3.44%），高於2016年ILO世界社會保障報告（World Social Protection Report, 2014-15）所列172個國家平均2.8%。

以區域別觀察，北美洲及西歐國家遠遠高於全球平均，分別占8.5%及7.9%，中東歐國家4.4%，拉丁美洲及加勒比海地區4.0%，而亞太地區及中東則僅分別占1.5%及2.0%。亞太地區國家當中，我國高於越南（2.5%）、香港（2.3%）、泰國（2.3%）、中國大陸（1.3%）、新加坡（1.2%），惟低於日本（7.2%）及南韓（4.1%）（下頁圖5）。

參、我國全民健康覆蓋

另一個涵蓋面向更加廣泛的指標為全民健康覆蓋（UHC），此項指標源自於聯合國2015年之永續發展目標（SDGs），2015年9月聯合國大會（UNGA）通過了17項SDGs，其中目標3（SDG3）的主軸『健康與福祉』，係專注於確保健康的生活方式，促進每個年齡層人群的福祉；細項目標3.8即是實現UHC，確保每個個人和社區均能獲得所需的基本衛生服務，且負擔得起基本的藥物和疫苗。2017年7月UNGA所通過之UHC，內含3.8.1「基本衛生服務涵蓋指

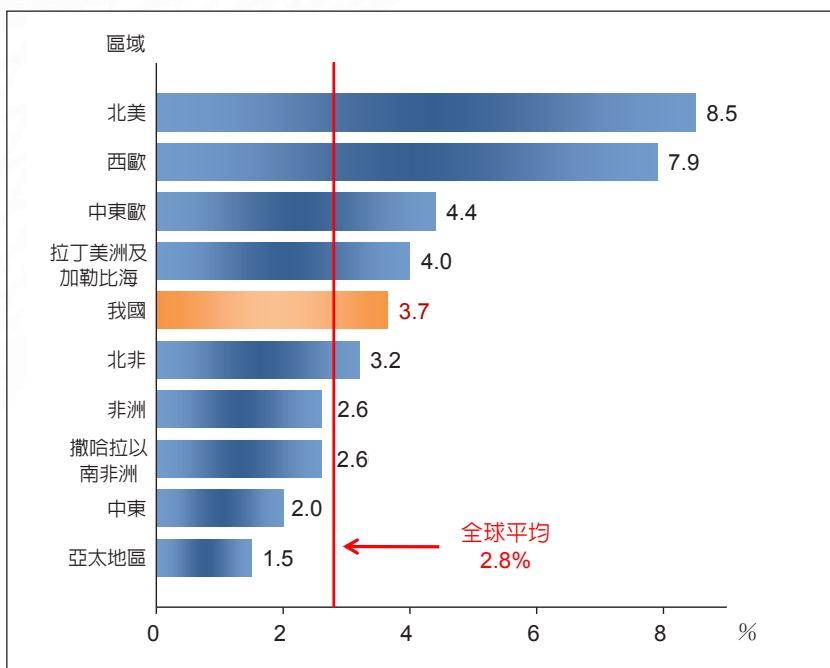
圖4 高齡給付－社會救助及福利服務



資料來源：行政院主計總處社會保障支出統計。

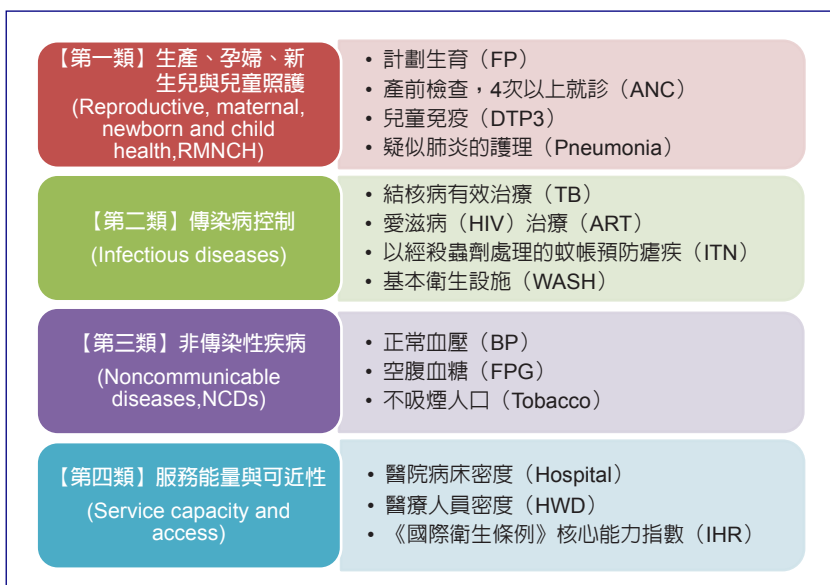
論述》統計·調查

圖 5 主要區域疾病與健康給付占 GDP 比重



說明：我國資料年為 2018 年，其餘國家介於 2005 ~ 2013 年。
資料來源：2016 年 ILO 世界社會保障報告 (World Social Protection Report, 2014-15)、行政院主計總處。

圖 6 基本衛生服務涵蓋指數 (Service Coverage Index, SCI)



資料來源：WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report。

數」及 3.8.2「財務保障指標」兩個面向，WHO 亦據以編布 UHC 之監測報告。

一、基本衛生服務涵蓋指數 (Service Coverage Index, SCI)

SCI 涵蓋對民衆提供包括生殖健康、孕產婦健康、新生兒和兒童健康、傳染性與非傳染性疾病基本服務之平均覆蓋範圍。監測指標包含「生產、孕婦、新生兒與兒童照護」、「傳染病控制」、「非傳染性疾病」及「服務能量與可近性」等四大類，共計 14 項指標

(圖 6)。

(一) 指標內涵

1. 計劃生育 (FP)：已婚或同居的育齡婦女 (15-49 歲) 中，使用現代方法避孕之比率。
2. 產前檢查，4 次以上就診 (ANC)：孕婦產檢 4 次或以上之比率。
3. 兒童免疫 (DTP3)：接受三次白喉、破傷風、百日咳疫苗的嬰兒比例。
4. 疑似肺炎的護理

(Pneumonia)：在調查之前的兩週內，將 5 歲以下的疑似肺炎送予適當醫療的比率。

5. 結核病有效治療 (TB)：結核病治療的成功率。
6. 愛滋病 (HIV) 治療 (ART)：愛滋病患接受治療的比率。
7. 以經殺蟲劑處理的蚊帳預防瘧疾 (ITN)³：使用經殺蟲劑處理的蚊帳之人口比率 (僅針對瘧疾高風險國家)。
8. 基本衛生設施 (WASH)：使用基本衛生設施家庭的比率。
9. 正常血壓 (BP)：18 歲以上成年人的年齡標準化正常血壓 (收縮壓 <140 mm Hg 和舒張壓 <90 mm Hg) 比率。
10. 空腹血糖 (FPG)：18 歲以上成年人的年齡標準化空腹血糖平均值 (mmol / L)。
11. 不吸煙人口 (Tobacco)：過去 30 天中 15 歲以上成年人的年齡標準化未吸煙

比率。

12. 醫院病床密度 (Hospital)：指人均醫院床位。
13. 醫療人員密度 (HWD)：指人均醫療專業人員 (內科醫生、精神科醫生和外科醫生)。
14. 《國際衛生條例》(International Health Regulations) 核心能力指數 (IHR)：為 13 項核心能力⁴屬性的平均比率。

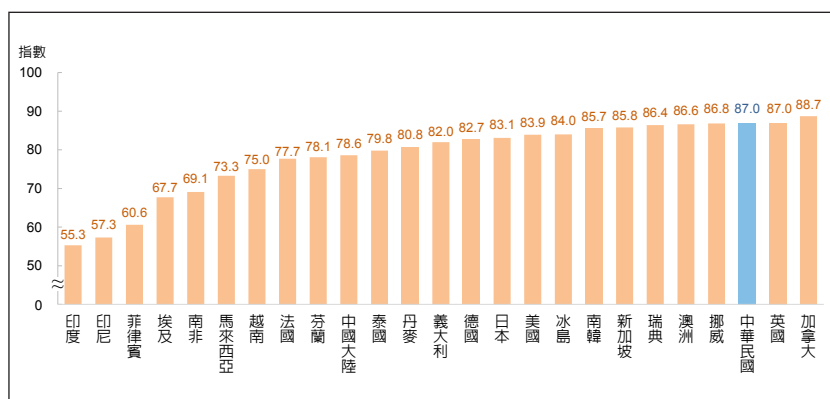
(二) 統計結果

依據衛福部編算結果，2017 年我國 UHC 之 SCI 為 87.0，高於全球平均 66，與 WHO「邁向全民健康之路的基本醫療保健：2019 年監

測報告」(Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage：2019 Monitoring Report) 公布之 183 個國家相較，與英國並列第 2 名⁵，屬健康服務涵蓋範圍高之國家，高於新加坡 (第 8)、南韓 (第 9)、美國 (第 12)、日本 (第 15)、德國 (第 18)、義大利 (第 21)、中國大陸 (第 31) 等國，僅較加拿大 (第 1) 為低 (圖 7)。

我國 SCI 由 2016 年之 85.1 上升至 2017 年之 87.0，依四大類監測指標觀察，第四類「服務能量與可近性」指標 99.9 與 2016 年持平，

圖 7 2017 年 SCI 國際比較



資料來源：WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report、衛生福利部「2017 全民健康覆蓋 (UHC) 指標」。

論述》統計・調查

全球排名第 1。其餘 3 類指標則均呈上升，其中第一類「生產、孕婦、新生兒與兒童照護」指標由 2016 年之 89.9 上升至 2017 年之 90.9，全球排名第 25；第二類「傳染病控制」指標由 2016 年之 78.5 上升至 2017 年之 82.9，排名第 6；第三類「非傳染性疾病」指標由 2016 年之 74.6 上升至 2017 年之 76.0，排名第 15（圖 8）。

整體而言，我國醫療照護涵蓋廣，且持續提升，惟就各類細項指標觀察，仍有可以做得更好的地方，如第一類指標之計劃生育部分。

二、財務保障指標

(Financial Protection)

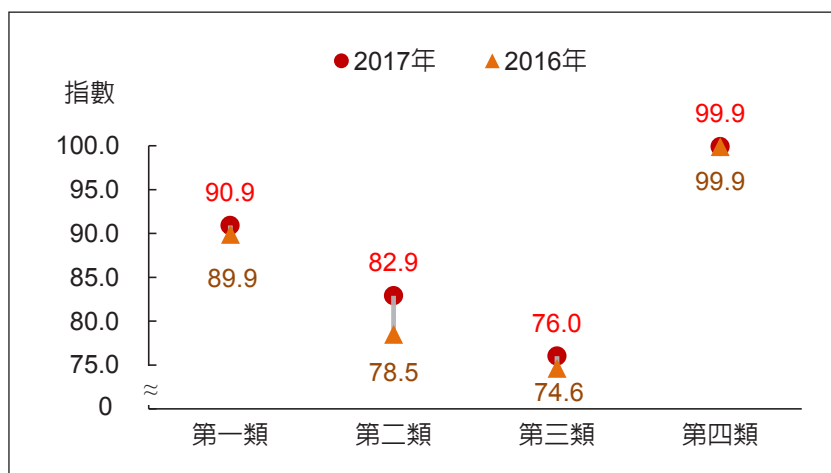
財務保障指標係指與家庭支出或收入相比，家庭醫療保健支出占比較大的人口所占比例，亦即評估一個國家或地區運用公部門提供之醫療服務以外，民衆需額外自付醫療保健支出費用⁶超過某個門檻之人口比率。

若以家庭自付醫療保健

支出占家庭總支出超過 10% 的人口比率為衡量指標，根據 WHO 報告，2015 年此項指標之全球平均為 12.7%，我國依據衛福部編算結果，2017 年為

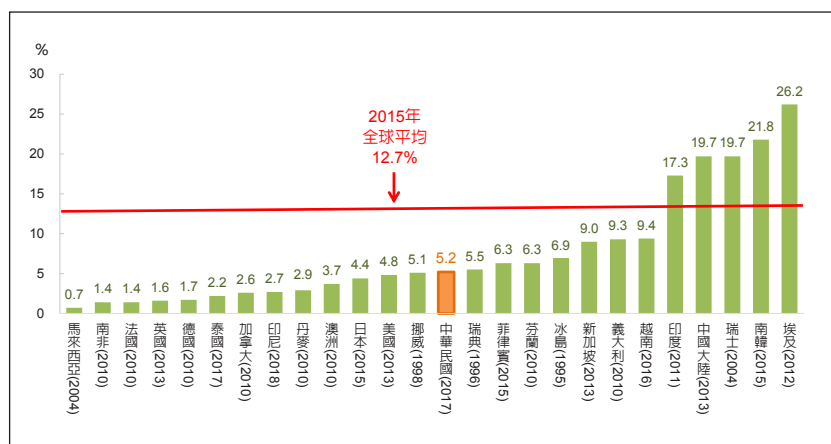
5.2%，與主要國家比較，較美國（4.8%）、日本（4.4%）、加拿大（2.6%）等國略高，惟低於南韓（21.8%）、中國大陸（19.7%）及新加坡（9.0%）

圖 8 我國 SCI 四大類指標數



資料來源：衛生福利部「2017 全民健康覆蓋（UHC）指標」。

圖 9 家庭自付醫療保健支出占家庭總支出大於 10% 的人口比率國際比較



說明：（）內為各國資料年度。

資料來源：WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report。

等國，我國屬家庭醫療財務負擔相對較輕國家（上頁圖9）。

肆、結語

全民健保提供幾乎所有國人基本的健康醫療照護，若加計以其他保險及非保險形式提供之照護，與「疾病與健康」有關的社會給付占我國社會保障支出三分之一，顯示我國對民眾健康之重視。即使由WHO涵蓋各種健康照護投入及成果指標之全民健康覆蓋來看，我國亦屬於醫療服務涵蓋範圍相對較高，財務負擔相對較低的國家，全民健康覆蓋甚佳。惟隨人口快速老化及醫療科技進展等影響，健保醫療費用持續增加，未來要如何在財務負擔與醫療服務之間取得平衡，仍將是需面對的挑戰。

註釋

1. 資料始自91年。
2. 平均每人醫療費用點數 = [申請點數 + 部分負擔 (為利於統計，部分負擔1元以1點計)] ÷ 年中人口數。
3. 我國屬瘧疾低風險國家，故不計入此項。

- 4.13 項核心能力包括 (1) 國家法律、政策和財政 (National legislation, policy and financing) ; (2) 協調與聯繫 (Coordination and National Focal Point communications) ; (3) 監督 (Surveillance) ; (4) 回應 (Response) ; (5) 準備 (Preparedness) ; (6) 風險溝通 (Risk communication) ; (7) 人力資源 (Human resources) ; (8) 實驗室 (Laboratory) ; (9) 入境點 (Points of entry) ; (10) 人畜共患病事件 (Zoonotic events) ; (11) 食品安全 (Food safety) ; (12) 化學事件 (Chemical events) ; (13) 放射性核緊急情況 (Radionuclear emergencies) 。
5. 以我國資料加入比較，共計184個國家進行排名。
6. 以我國而言，係指不含健保保費之家庭醫療保健支出。

參考文獻

1. 行政院主計總處「社會指標」網頁「統計表」項下之「社會保障支出統計」，<https://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=43631&CtNode=6470&mp=4>。
2. 衛生福利部統計處「2017全民健康覆蓋(UHC)指標」，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2158-53075-113.html>。
3. 衛生福利部統計處「WHA 衛生福利統計通報」，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4445-113.html>。
4. 衛生福利部全民健康保險署「健保統計資料」項下之「全民健康統計」，https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=82B811CDE03526FB&topn=23C660CAACAA159D。
5. ILO (2016), ILO Social Security Inquiry Manual.
6. ILO (2016), World Social Protection Report 2014-15. <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--en/index.htm>.
7. 世界衛生組織(WHO), Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, 2019 Monitoring Report, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/。❖