發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771



摘要

臺灣於民國一一五年五月通過《醫療法》修正案，三班護病比進入法制化階段。此一政策窗口的

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

開啟，使「健保收入治理、三班護病比、照顧安全與社會福利外溢」必須被放在同一個分析框架中。本研究以比較政策分析為方法，並提出四個研究斷裂：病人安全文獻與健保財務文獻之間、臺灣護理研究與民國一一三年以後三班護病比政策之間、比較政策文獻與社會福利外溢之間、政策工具與成效問責之間。研究進一步提出五項可驗證命題，分別針對收入治理、班別配置、支付誘因、技能組合與社福外溢。比較發現有三：第一，收入結構決定策略性購買空間，但不自動保證護理安全；第二，法定比例可改變醫院基準配置，但須搭配支付、資料與執法；第三，臺灣政策窗口已從「獎勵先行」進入「法制化與問責」階段。本研究主張，護病比應被理解為健保策略性購買照顧安全的核心指標，其成敗不只取決於醫院是否達標，也取決於新增資源是否真正轉化為護理人力淨增加、照護過程改善、病人安全提升，以及住院整合照護與長照銜接下家庭負擔的下降。

關鍵詞：健保收入治理、三班護病比、策略性購買、護理安全支付與問責、家庭照顧者、社會福利外溢

Abstract

Following the May 2026 passage of amendments to Taiwan's Medical Care Act, three-shift nurse-patient ratios have entered formal legal implementation. This policy window requires that revenue governance, staffing standards, care safety, and social welfare spillover be analysed as one institutional system. Using comparative policy analysis, this article identifies four research ruptures between patient safety and health financing literatures, between Taiwanese nursing research and post-2024 three-shift policy, between comparative policy and

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

welfare spillover, and between policy instruments and outcome accountability. Five testable propositions are advanced regarding revenue governance, shift-specific staffing, payment incentives, skill-mix, and welfare spillover. Three comparative findings emerge: revenue structure conditions but does not guarantee strategic purchasing of nursing safety; mandated minimum ratios shift baseline staffing only when coupled with payment design, transparency, and enforcement; and Taiwan has transitioned from incentive-led pilots to statutory accountability. The article reframes nurse-patient ratios as a core indicator of National Health Insurance strategic purchasing of care safety, whose success depends on whether new resources translate into net staffing increases, improved care processes, patient safety gains, and reduced family caregiving burden under integrated inpatient care and long-term care linkage.

Keywords: health insurance revenue governance, three-shift nurse-patient ratio, strategic purchasing, nursing safety payment and accountability, family caregiver, welfare spillover

壹、前言：護病比與健保收入治理的制度連動

臺灣醫療體系的政策辯論，常把護病比放在醫院管理或職場安全領域，把健保收入放在保費、總額與財務平衡領域。此一分工容易遮蔽兩者的制度連動：當健保支付未充分反映護理照顧所需人力、夜班風險與留任成本時，醫院可能以壓縮護理人力、依賴家屬陪病或外部看護來維持服務量，照護風險再轉嫁至病人安全、家庭照顧者與出院後社區照顧。健保收入因而不只是財務議題，更是醫療品質、護理勞動與照顧公平的制度基礎。

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

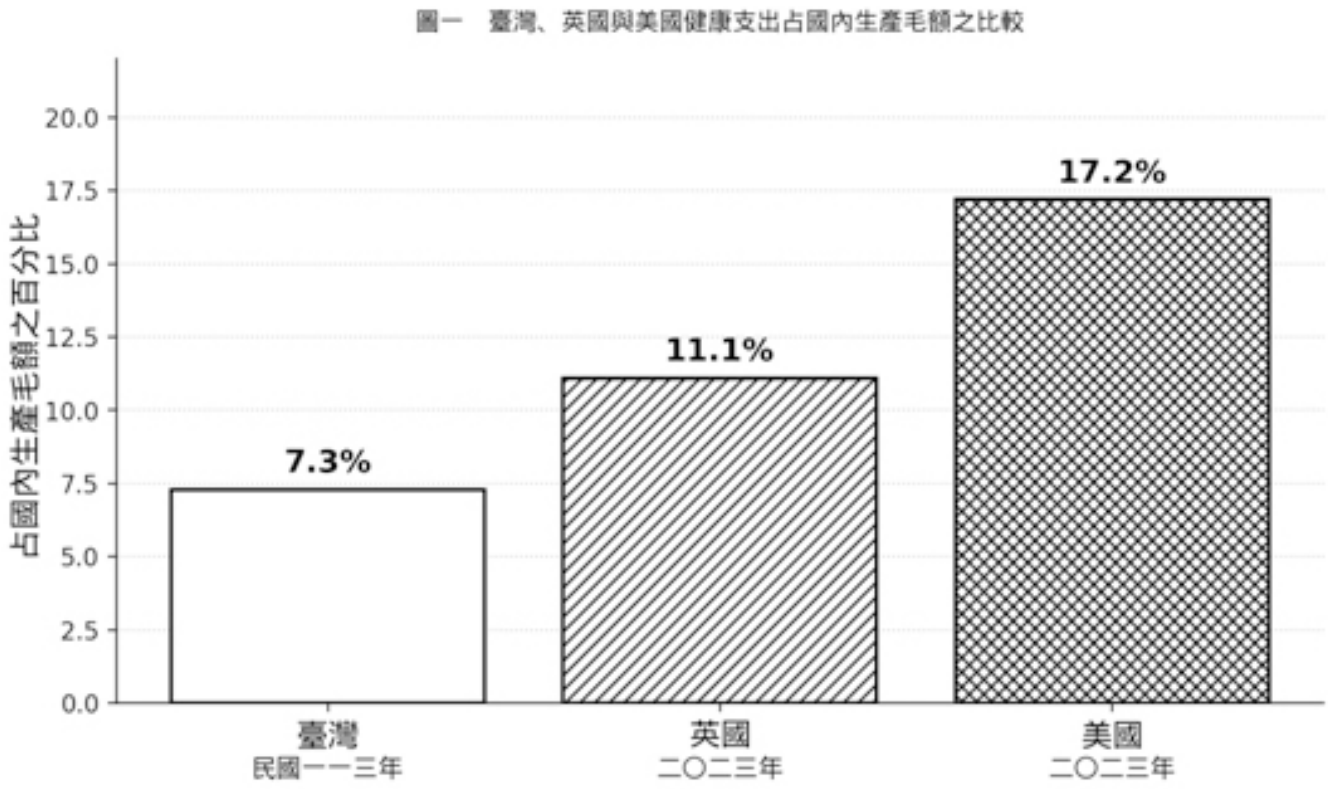
民國一一五年五月，立法院三讀通過《醫療法》修正案，將三班護病比納入法律，並規定首次標準以民國一一三年三月一日施行之三班護病比標準為準，未達標醫院須提出改善計畫，情節重大者最重可處停業一年（中央社，2026；衛生福利部，2026a）。此一政策窗口的開啟，使臺灣護病比改革不再停留於行政命令或補助獎勵，而進入法制化與問責設計階段；研究與政策討論也必須從「是否訂定比例」轉向「如何確保比例標準能被健保支付、護理薪資、夜班留任、病人安全資料與家庭照顧者減負共同支撐」。

OECD（2025a）資料顯示，美國健康支出約占GDP 17.2%、每千人口執業護理師約12.4人；英國健康支出約占GDP 11.1%、每千人口執業護理師約9.1人。衛生福利部統計處（2026）資料顯示，民國一一三年臺灣國民醫療保健支出占GDP 7.3%、每千人口執業護理師約7.5人。三國健康投入與護理人力供給的落差（見圖1、圖3），構成本研究探討健保收入治理如何支撐護理人力安全的脈絡。

圖1 臺灣、英國與美國健康支出占國內生產毛額之比較

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771



資料來源：OECD（2025a）Health at a Glance 2025: United Kingdom country note，https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/united-kingdom_82034050-en.html；衛生福利部統計處（2026）《113年國民醫療保健支出》，https://www.mohw.gov.tw/dl-99631-cfe880cf-a90b-4eba-b240-351bf8abfd75.html ；CMS（2024）NHE Fact Sheet，https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet 。臺灣為民國一一三年數值；美國與英國為OECD 2025年報告引用之2023年數值。

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

貳、文獻回顧與四個研究斷裂

既有護理人力研究已充分證明護理配置與病人安全、照護遺漏、護理師倦怠及離職意圖有關；健保財務研究亦已討論臺灣低費率、總額支付與財務永續。然而，兩組文獻多半分別處理「醫院內部人力配置」與「健保收入財務平衡」，較少分析健保作為單一購買者如何透過收入治理、支付設計、專款問責與資訊公開，把護病比標準轉化為護理師待遇、留任與病人安全改善。本研究因此把文獻缺口重新界定為以下四個研究斷裂。

一、第一斷裂：病人安全文獻與健保財務文獻之間

Aiken

等人（2002）以賓州168家醫院的研究發現，外科病房病人對護理師比每增加一位病人，30天死亡率與救援失敗風險上升約7%；Needleman等人（2002）以全國醫院資料發現，註冊護理師配置與多項照護品質與不良事件相關；Needleman等人（2011）進一步以單一醫院長期資料發現，當班護理人力低於目標配置與住院死亡風險上升相關。英國Aiken等人（2014）以包含英格蘭在內的歐洲九國資料發現，護理師照顧病人數增加與手術病人死亡率上升有關；Griffiths等人（2018, 2019）發現護理人力與基本生活照護、評估與紀錄遺漏密切相關，且護理輔助人員增加並未補償註冊護理師不足。然而，這些研究多以醫院為分析單位，較少結合健保收入治理與支付設計分析。Mathauer等人（2017）的策略性購買架構提醒，公共購買者必須決定購買什麼、向誰購買、如何付款與如何治理，但臺灣健保收入治理研究尚未充分接軌護理人力安全。

二、第二斷裂：臺灣研究與民國一一三年以後三班護病比政策之間

Phoca PDF

臺灣Chen等人（2019）以本地內外科病房資料發現，病人對護理師比例會透過個人倦怠、與病人相關倦怠及工作不滿意，影響護理師離職意圖。然而，民國一一三年公告之三班護病比已從全日平均指標轉向白班、小夜、大夜的班別配置，民國一一五年並進入法制化階段，臺灣現有文獻尚缺少針對「三班別配置、夜班津貼、健保支付與住院整合照護」之整合型政策分析。行政院核定民國一一四至一一七年護理人力政策整備中長程計畫，四年投入新臺幣275億元，包含每年47億元夜班津貼、每年16億元三班達標獎勵、每年3.6億元新手臨床導師制度，以及健保資源四年共100億元改善護理薪資與工作條件（衛生福利部，2026a）；此一政策包裹須以同步思考的研究取向加以分析。

三、第三斷裂：比較政策文獻與社會福利外溢之間

既有美英比較研究多用以說明「美國高支出、英國稅收支應、臺灣低費率」的差異，較少回答不同收入治理模式如何影響護理人力配置、醫院誘因、資料透明與家庭照顧負擔。衛生福利部統計處（2026）資料顯示，民國一一三年長期照顧支出為新臺幣2,239億元，其中私部門為1,222億元、家庭看護支出為698億元；當醫院護理人力不足時，照顧需求並不會消失，而會轉往家屬陪病、私人看護、外籍看護及出院後社區照顧。護病比因此不只是醫療品質問題，也是家庭照顧者減負與社會福利支出的前端治理問題。

四、第四斷裂：政策工具與成效問責之間

臺灣已具備夜班津貼、護理費加成、三班達標獎勵、住院整合照護與健保署月份別三班護病比公開資料（中央健康保險署，2025, 2026b；衛生福利部，2025a, 2025b），健保會公告民國一一

Phoca PDF

五年度健保整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較基期成長5.5%（全民健康保險會，2026），確實提供討論護理安全購買的政策空間，但目前缺少把這些工具串接為「經費流向、人力淨增加、留任、病安、家庭負擔」之問責資料庫。這一斷裂使現行政策可能停留於形式達標或單純醫院收入補貼，而難以判斷新增資源是否真正轉化為照顧安全。

參、研究設計、命題與資料來源

本研究採比較政策分析與文件分析法。比較國家選擇美國與英國，理由有三：第一，美英分別代表多元支付者與稅收支應全民健康服務兩種制度典型，與臺灣全民健保單一保險人模式形成清楚對照；第二，加州自一九九九年通過AB 394、二〇〇四年起分階段實施全美首見的醫院法定最低護病比，且二〇〇五年起內外科病房標準為一比五、部分step-down單位二〇〇八年調至一比三，可提供臺灣三班護病比法制化的長期參照（California Department of Public Health, 2007；California Board of Registered Nursing, 2024）；第三，英國以NICE二〇一四年安全護理配置指引（SG1）強調以實證工具評估個別病房病人需求，並列出每位護理師白班照顧超過八位成人病人時須啟動的紅旗指標（NICE, 2014），可提供以指引與資訊治理為核心的政策參照。

本研究避免將不同層次指標混為一談：OECD每千人口護理師數為總體供給指標、臺灣三班護病比為病房班別配置指標、加州法定比例為法定最低配置、英國NICE指引為實證為基礎的安全配置原則。本研究亦修正過往論點，主張臺灣護理人力不足並非單純由健保費率偏低造成，而是由低費率、總額支付、醫院成本控制、夜班勞動風險、家庭陪病文化與長照銜接不足共同形成；健保收入治理的政策意義，不在於簡化為「提高保費」，而在於健保是否有能力以策略性購買方式，

Phoca PDF

將新增資源明確綁定護理待遇、班別配置、留任、病人安全與家庭照顧者減負。

資料來源分為三類：第一，同儕審查文獻；第二，OECD Health at a Glance 2025、CMS National Health Expenditure資料、NHS Digital workforce statistics、DHSC年報；第三，臺灣衛生福利部、中央健康保險署、全民健康保險會、加州BRN與CDPH、英國NICE等官方資料。

本研究進一步提出五項可驗證命題（見表1），涵蓋收入治理、班別配置、支付誘因、技能組合與社福外溢。命題並非傳統量化假設，而是供後續實證研究與政策評估參照的可觀察指標組合。

表1 本研究五項可驗證命題與可觀察指標

命題	內容	可觀察指標
P1 收入治理	健保收入與支付設計若具有專款追蹤與問責機制，三班護病比較可能轉化為護理人力淨增加，而非單純醫院收入補貼。	護理師FTE淨增加、薪資度、離職率、夜班留
P2 班別配置	三班別護病比比全日平均護病比更能揭露夜班風險與照護安全缺口。	白班、小夜、大夜達標率額、病安事件件
P3 支付誘因	僅有護病比標準不足以改善結果；若同時有夜班津貼、護理費加成與公開資料，政策效果較可能穩定。	達標獎勵、護理費加成、、病人安全結果
P4 技能組合	照顧服務員與護理輔助人力可補充生活照顧，但不能替代註冊護理師的臨床判斷與風險管理。	註冊護理師比例、照服員倒、壓瘡、用藥錯
P5 社福外溢	若護病比政策連結住院整合照護與出院準備，家庭陪病與私人看護負擔較可能下降。	住院整合照護使用率、家求、看護費負擔、長照

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

資料來源：作者整理。P4呼應Griffiths等人（2019）對護理輔助人員無法補償註冊護理師不足之研究；P2與P3呼應NICE（2014）SG1對白班護理師照顧病人數超過八人時啟動紅旗指標之建議。

肆、健保收入結構比較：臺灣、美國、英國

一、臺灣：單一保險人、低費率、三方分擔

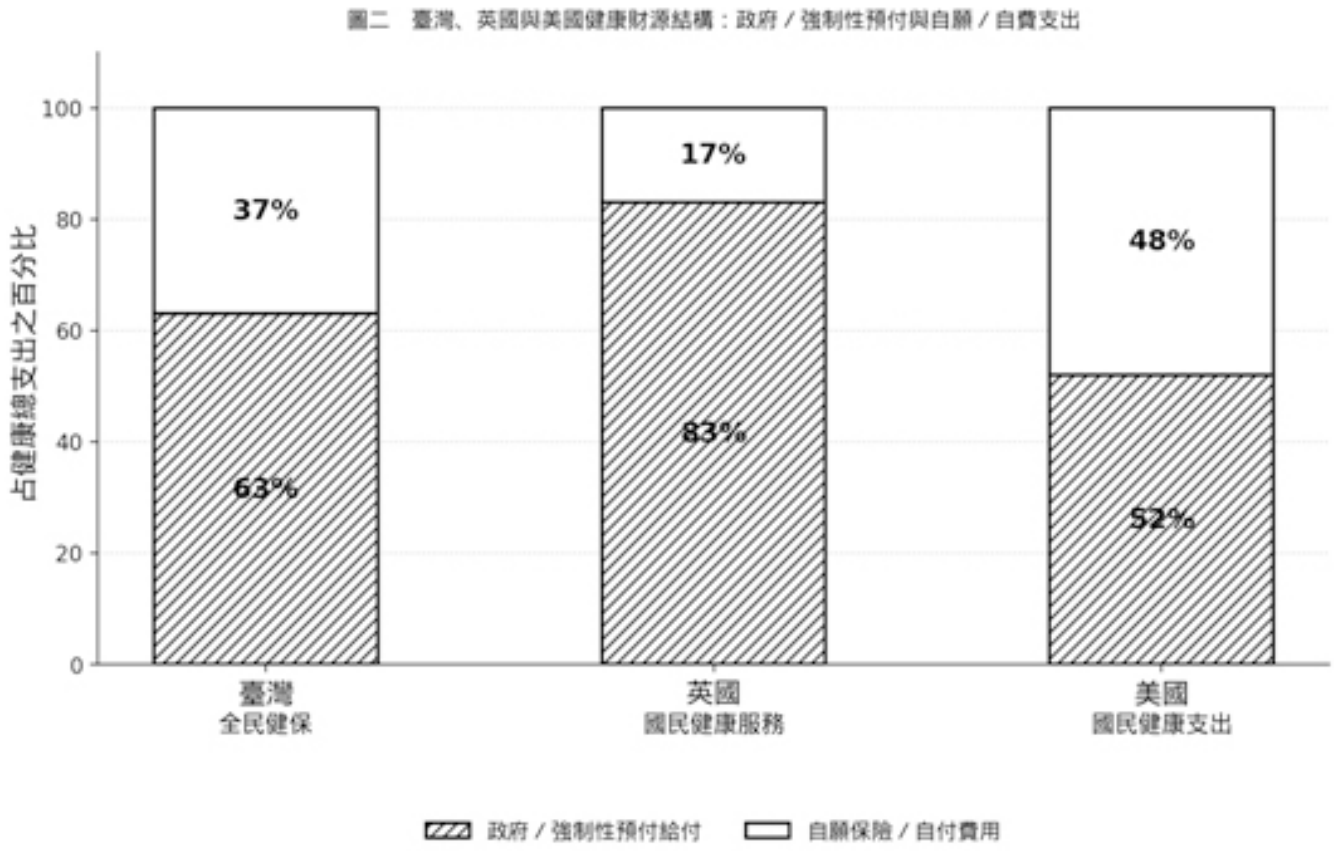
臺灣健保以單一保險人運作，主要收入來自保險費，由政府、雇主、被保險人三方分擔。一般保費費率自民國一一〇年起為5.17%，補充保險費為2.11%，針對高額獎金、兼職所得、執行業務、股利、利息與租金等課徵（中央健康保險署，2026a）。健保整體財源除一般保費與補充保費外，亦包括政府公務預算挹注、菸品健康福利捐及其他收入。低費率有利於可近性與行政簡便，但相對也壓縮策略性購買護理安全的空間。

全民健康保險會公告，民國一一五年度健保整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較基期成長5.5%（全民健康保險會，2026）；衛生福利部統計處（2026）資料顯示，民國一一三年國民醫療保健支出為新臺幣1兆8,897億元，占GDP 7.3%，平均每人國民醫療保健支出為80,719元。健保收入治理的挑戰，在於低費率下如何保有策略性購買空間（見圖2）。

圖2 臺灣、英國與美國健康財源結構：政府／強制性預付與自願／自費支出

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771



資料來源：OECD（2025a）Health Statistics 2025，https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en.html；CMS（2024）National Health Expenditure Data，https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data；衛生福利部統計處（2026），https://www.mohw.gov.tw/dl-99631-cfe880cf-a90b-4eba-b240-351bf8abfd75.html。「政府／強制性預付」指OECD分類下之government schemes與compulsory contributory health financing schemes，涵蓋NHI、Medicare、Medicaid與NHS等公部門或強制性給付。

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

二、美國：多元支付者與CMS資訊治理

美國健保收入採多元支付者制度。Centers for Medicare & Medicaid Services（2024）公布的國民健康支出資料顯示，二〇二三年美國健康支出總額約4.9兆美元、占GDP約17.6%、平均每人約14,570美元；其中Medicare、Medicaid與其他公部門合計約占52%，商業保險、自付與其他私部門合計約占48%。Medicare主要由聯邦保險貢獻法（FICA）下的薪資稅2.9%（雇主與受僱者各1.45%）支應，二〇一〇年《平價醫療法》對高所得加課0.9%附加稅；Medicaid則由聯邦與州政府共同分擔，聯邦比例（FMAP）介於50%至90%之間。Papanicolas、Woskie與Jha（2018）以高所得國家比較資料發現，美國高支出主要來自價格與行政成本，而非高利用率；Anderson、Hussey與Petrosyan（2019）的後續分析支持此結論。

美國健保收入治理的特徵是跨制度切割明確、總支出最高，公部門份額相對較低，且行政成本高昂。對護理人力政策而言，這種多元結構意味著沒有單一支付者可推動全國一致的護病比；加州AB 394法定強制比例因此是州層級的單獨嘗試，醫院須自行吸收人力成本，缺乏聯邦對應補助。同時CMS透過Hospital Compare、Hospital Value-Based Purchasing與Hospital-Acquired Conditions Reduction Program等資訊治理工具，間接影響醫院護理配置（Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024）。

三、英國：稅收支應的國民健康服務與國民保險

英國國民健康服務以一般稅收為主要財源，輔以國民保險（National Insurance）貢獻與少量處方費用。Department of Health and Social

Phoca PDF

Care（2024）年度報告與The King's Fund（2024）整理顯示，二〇二三至二〇二四年英格蘭NHS核心預算約1,810億英鎊，OECD（2025a）資料則顯示英國健康支出約占GDP 11.1%、平均每人約6,747美元PPP，公部門份額約83%，為三國中最高。

英國模式的優勢在於跨世代與跨所得階層的公平性高、行政成本相對低、就醫時不需自付大額費用；劣勢在於服務量受預算硬約束影響、人力擴充與設備投資受財政循環左右、地區資源不均仍須額外管理（Tikkanen et al., 2020）。

英國護理人力政策在Mid Staffordshire事件（Francis, 2013）後，朝向以實證指引、文化變革與資訊治理為核心。NICE（2014）SG1指引建議以病人嚴重度為基礎之安全配置，並列出白班每位護理師照顧超過八位成人病人時的紅旗檢視程序；皇家護理師學會（Royal College of Nursing, 2025）公布的Nursing Workforce Standards強化專業課責；NHS Digital（2024）資料顯示，英格蘭NHS合格護理師人數雖持續增加，但護理空缺率仍高，反映訓練與留任壓力（見表2）。

表2 臺灣、美國與英國健保收入與健康財源結構比較

面向	臺灣（NHI）	美國（多元支付者）	
財源主軸	保險費5.17%、補充保費2.11%+政府公務預算	Medicare薪資稅2.9%+ACA 0.9%；Medicaid聯邦+州；商業保險	一般
政府／強制性預付份額	約63%	約52%	
每人健康支出	民國113年約新臺幣80,719元	約14,570美元（2023年）	約6
策略性購買主體	中央健康保險署單一保險人	CMS與商業保險者並存	En

Phoca PDF

資訊治理工具	健保署月份別三班護病比公開資料	CMS Hospital Compare、HVBP	

資料來源：中央健康保險署（2026a），https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-3277-6c895-2588-1.html ；全民健康保險會（2026），https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-4039-84142-116.html ；衛生福利部統計處（2026），https://www.mohw.gov.tw/dl-99631-cfe880cf-a90b-4eba-b240-351bf8abfd75.html ；CMS（2024）NHE Fact Sheet，https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet ；DHSC（2024），https://www.gov.uk/government/publications/dhsc-annual-report-and-accounts-2023-to-2024 ；OECD（2025a）United Kingdom country note，https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/united-kingdom_82034050-en.html 。

伍、護病比與護理人力政策比較

一、臺灣：從獎勵先行到法制化與問責

衛生福利部於民國一一三年公告醫學中心、區域醫院與地區醫院之白班、小夜、大夜標準：醫學中心為白班一比六、小夜一比九、大夜一比十一；區域醫院為白班一比七、小夜一比十一、大夜

Phoca PDF

一比十三；地區醫院為白班一比十、小夜一比十三、大夜一比十五（衛生福利部，2024a；見表3、圖4）。民國一一五年五月《醫療法》三讀通過後，首次標準以民國一一三年三月一日施行之三班護病比為準，並規劃於民國一一七年五月一日正式施行；情節重大者最重可處停業一年（中央社，2026；衛生福利部，2026a）。

表3 臺灣三班護病比標準（民國一一三年公告）

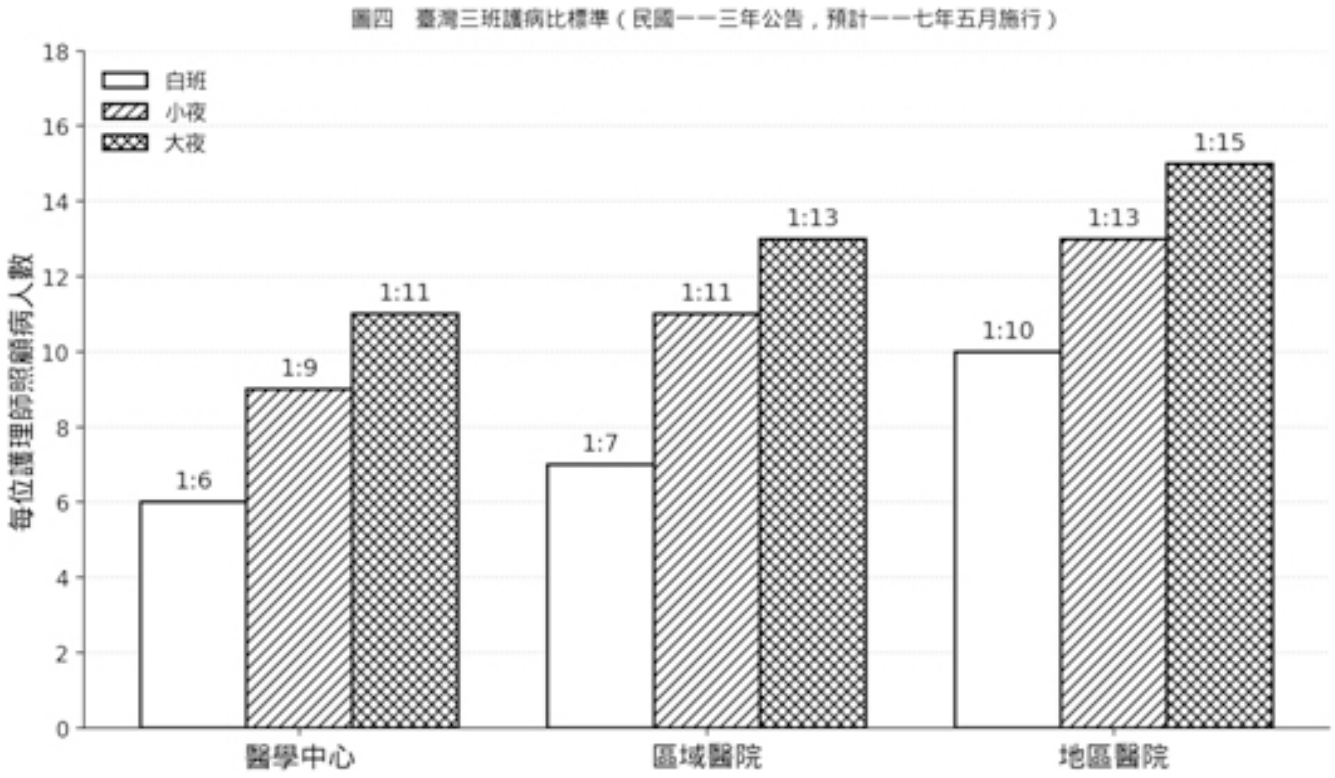
醫院別	白班	小夜	大夜
醫學中心	一比六	一比九	一比十一
區域醫院	一比七	一比十一	一比十三
地區醫院	一比十	一比十三	一比十五

資料來源：衛生福利部（2024a），https://www.mohw.gov.tw/cp-6656-77368-1.html；中央健康保險署（2026b）三班護病比資訊公開，https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-15138-b2fee-3669-1.html。

圖4 臺灣三班護病比標準（民國一一三年公告，預計一一七年五月施行）

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771



資料來源：衛生福利部（2024a），https://www.mohw.gov.tw/cp-6656-77368-1.html；中央社（2026）醫療法三讀通過，https://www.cna.com.tw/news/aipl/202605080198.aspx。

政策工具方面，衛福部與健保署採取獎勵先行：民國一一四年三班護病比達標獎勵，第一階段依兩班或三班達標給予不同加成，第二階段自民國一一四年七月起以三班整體達標作為10%住院護理費加成標準（中央健康保險署，2025）。衛福部民國一一四年公布首次撥付三班護病比達標獎勵金約5.47億元，並要求專款專用、不得替代原薪資或既有獎勵（衛生福利部，2025a）。此外，民國一一四至一一七年護理人力政策整備中長程計畫，四年投入新臺幣275億元，包括夜班津貼、達標獎勵、新手臨床導師制度與健保資源投入（衛生福利部，2026a）；健保署亦建立月份別三班護病比公開資料（中央健康保險署，2026b）。

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

二、美國：加州AB 394與聯邦CMS資訊治理

加州AB 394於一九九九年立法、二〇〇四年起分階段實施，二〇〇五年起內外科病房護病比為一比五；部分step-down等單位於二〇〇八年調整為一比三，並維持加護病房一比二之標準（California Department of Public Health, 2007；California Board of Registered Nursing, 2024）。Aiken等人（2010）以加州、紐澤西與賓州三州護理師資料比較發現，加州護理師平均照顧病人數明顯較低，且與外科病房病人死亡率與救援失敗率呈現政策方向一致的差異；Mark等人（2013）以多年資料分析發現，AB 394實施後加州醫院護理人力配置明顯增加，但對病人結果的整體效應較細緻，視結果指標與醫院基線而異。

美國經驗有三項啟示：第一，法定最低比例可改變醫院基準配置，但成效仍取決於是否同時搭配支付配套；第二，強制比例需要清楚的執行與監測機制，加州由州護理委員會與州公共衛生部負責執行，並有罰則與資料公開；第三，強制比例的政治阻力與成本爭議持續，後續其他州雖陸續討論類似立法，但全面採行者有限，原因之一是聯邦並無對應補助（American Nurses Association, 2024）。

三、英國：實證指引、文化變革與資訊治理

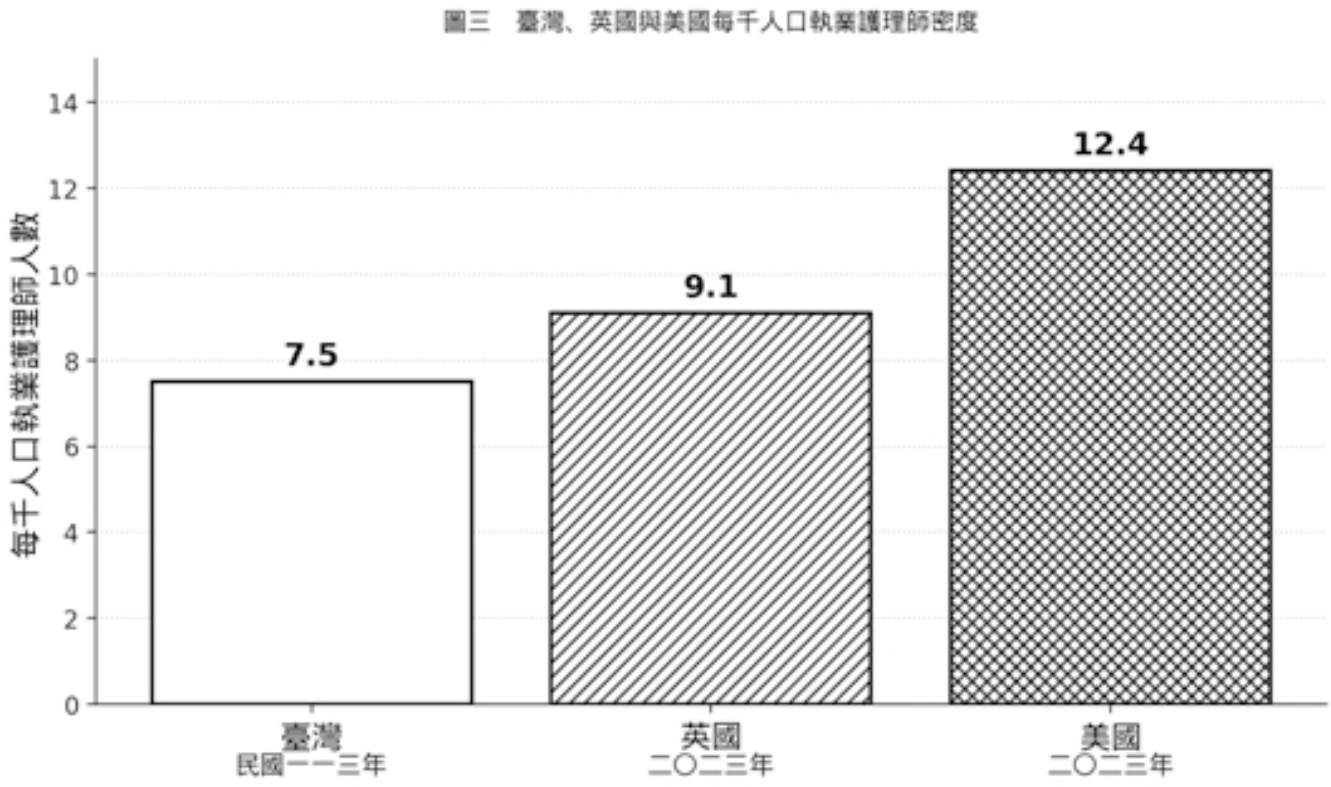
英國NHS體系並未採行全國一致的法定護病比，而是以多重制度工具支持安全配置。Mid Staffordshire NHS Foundation Trust公共調查（Francis, 2013）認定病人安全嚴重缺失與護理人

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

力不足、文化與監督體系失靈密切相關，建議全面強化人力安全、透明資訊與專業課責。NICE（2014）SG1指引建議以實證工具評估個別病房病人需求，並列出白班每位護理師照顧超過八位成人病人時的紅旗檢視程序；皇家護理師學會（Royal College of Nursing, 2025）公布的Nursing Workforce Standards強化專業課責；Griffiths等人（2019）發現註冊護理師當班缺額與住院死亡率上升有關，而以護理輔助人員替代並未產生相同保護效果，此項結論直接支持本研究命題P4（見圖3）。

圖3 臺灣、英國與美國每千人口執業護理師密度



資料來源：OECD（2025a）Health at a Glance 2025 country notes：United Kingdom，https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-

Phoca PDF

glance-2025_15a55280-en/united-kingdom_82034050-en.html 與United

States相關報告

；臺灣資料取自衛生福利部護

理及健康照護司公開護理人力統計，https://dep.mohw.gov.tw/DONAHC/np-1083-104.html

。臺灣資料為執業護理人員，OECD國別資料為practising nurses（含註冊護理師與職業護士）。

表4 臺灣、美國與英國護理人力政策工具比較

面向	臺灣（NHI）	美國（加州AB 394）	英國（NICE
法律強制力	一一五年五月《醫療法》三讀；一一七年五月一日施行	州法強制最低比例	專業指引，
配置依據	醫院別 + 三班別	病房類別（內外科、加護、step-down等）	病人嚴重
財政工具	健保獎勵金、夜班津貼、四年275億元中長程計畫	醫院自行吸收+CMS績效支付	NHS信託預
資訊治理	健保署月份別三班護病比公開	CMS Hospital Compare	NHS Digit
弱點	小型與偏鄉醫院合規壓力、專款流向不易追蹤	州際擴散有限、聯邦無對應補助	各信託執行

資料來源：作者整理。臺灣：衛生福利部（2024a, 2025a, 2026a）、中央健康保險署（2025, 2026b）、中央社（2026）。美國：California Department of Public

Phoca PDF

Health（2007），https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/Pages/AFL-07-26.aspx；California Board of Registered Nursing（2024），https://www.rn.ca.gov/regulations/title22.shtml；CMS（2024），https://www.cms.gov/medicare/quality/hospital-value-based-purchasing。英國：NICE（2014），https://www.nice.org.uk/guidance/sg1 ；NHS Digital（2024），https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-workforce-statistics；RCN（2025），https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/rcn-nursing-workforce-standards-uk-pub-011-930 。

陸、比較發現：三個機制論證

發現一：收入結構決定策略性購買空間，但不自動保證護理安全

美國健康支出最高，但多元支付者結構造成全國一致護病比政策困難，加州AB 394雖以州法改變基準配置，但缺乏聯邦對應補助、其他州擴散有限；英國公費與稅收支應比例高，但仍面臨人力空缺與地區執行差異；臺灣單一保險人具有集中購買能力，但5.17%一般費率與2.11%補充保費下，必須把新增資源設計成可追蹤、可問責的護理安全支付。這呼應命題P1：收入治理結構僅構成策略性購買的必要條件，是否轉化為護理人力淨增加，端視支付設計與專款問責。

發現二：法定比例可改變醫院基準配置，但須搭配支付、資料與執法

Phoca PDF

加州經驗發現，法定最低比例（醫療外科一比五、加護一比二）可改變醫院配置基準，但成效仍取決於支付配套與監測機制（Mark et al., 2013；Aiken et al., 2010）；英國以紅旗指標與專業課責補充安全文化（NICE, 2014；Griffiths et al., 2019）。臺灣《醫療法》修正案三讀通過後，三班護病比已具強制力，但若僅有比例標準而無夜班津貼、護理費加成、公開資料與執法配套，效果可能受限。這呼應命題P2與P3：班別配置揭露夜班風險，但須與支付誘因結合方能穩定政策效果。

發現三：臺灣政策窗口已從「獎勵先行」進入「法制化與問責」階段

民國一一五年五月《醫療法》修正案三讀通過，三班護病比正式入法，並規劃於民國一一七年五月一日施行，未達標醫院須提出改善計畫，情節重大者最重可處停業一年（中央社，2026；衛生福利部，2026a）。同時，行政院核定民國一一四至一一七年護理人力政策整備中長程計畫，四年投入新臺幣275億元；健保會公告民國一一五年度健保總額成長率5.5%、總額費用9,883.35億元（全民健康保險會，2026）。臺灣政策已不再只是「是否訂定比例」的問題，而是如何把法制化、支付制度、資訊治理與住院整合照護整合為可問責的政策機制。這呼應命題P5：護病比改革之社福外溢面向，須以住院整合照護與出院準備之政策銜接加以回應。

柒、討論：跨層次理論貢獻

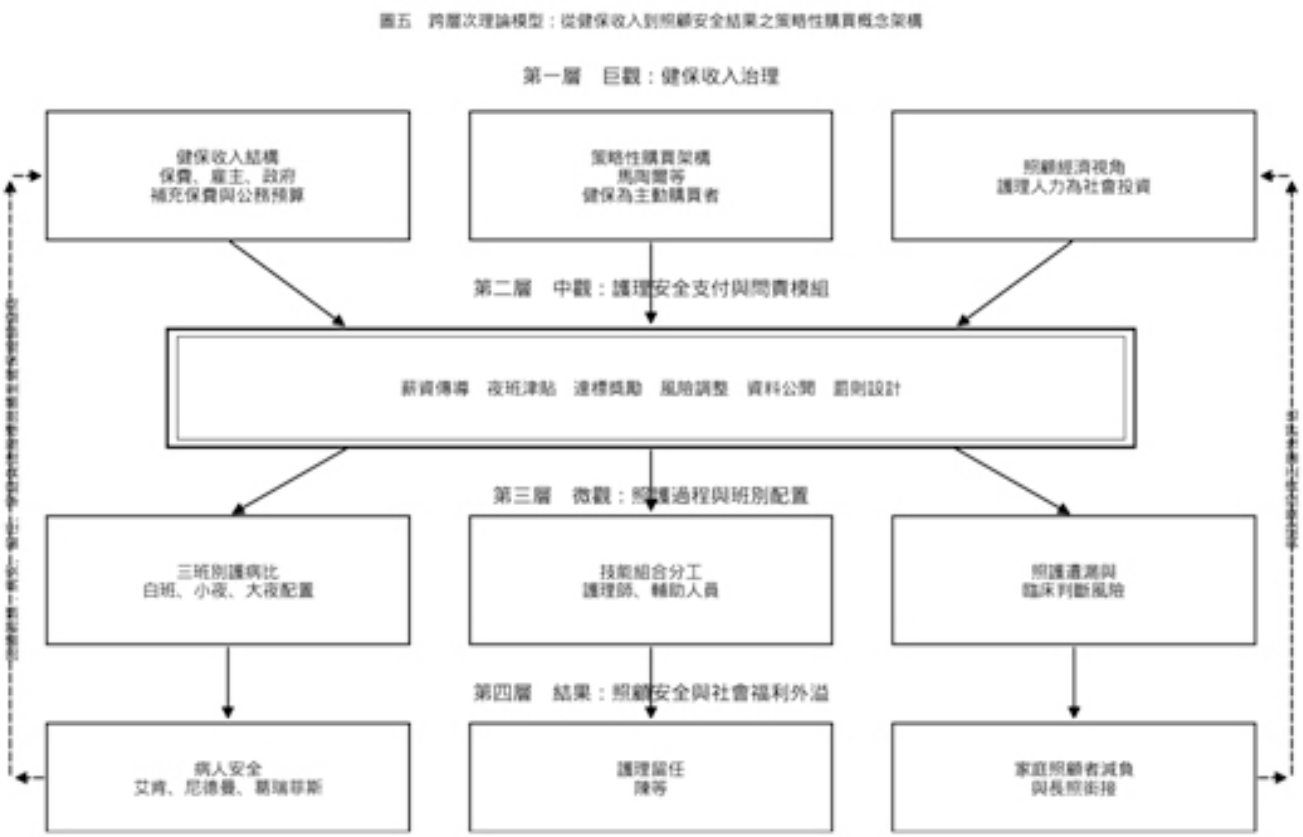
本研究之理論貢獻可整理為四層跨層次模型（見圖5）。第一層為巨觀收入治理：健保費率、補充保費、政府預算、總額成長與專款設計，決定健保是否有足夠能力購買護理安全。第二層為中

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

觀策略性購買：健保不是只支付住院量，而是透過護理費、夜班津貼、達標獎勵、公開資料與罰則，引導醫院配置護理人力。第三層為微觀照護過程：護病比、夜班負荷、技能組合、照護遺漏與臨床判斷，影響病人安全與護理師留任。第四層為社會福利外溢：醫院內護理不足會外溢到家屬陪病、私人看護、外籍看護、出院準備與長照體系，並透過病人安全、離職率與家庭照顧負擔指標，回饋影響健保總額協商與政策投資正當性。

圖5 跨層次理論模型：從健保收入到照顧安全結果之策略性購買概念架構



資料來源：作者依Donabedian（1988）、Mathauer等人（2017）、Aiken等人（2014）、Griffiths等人（2019）整理。回饋箭頭表示病人安全、留任率與家庭照顧者負擔等結果指標將回饋至

Phoca PDF

健保總額協商與政策投資正當性評估。

一句話的理論主張可整理為：本研究的理論貢獻，在於將護病比從醫院人力配置指標重新界定為健保策略性購買照顧安全的制度節點；並進一步指出，護理人力不足的成本不只留在醫院，而會透過陪病、私人看護與長照銜接，外溢為家庭照顧者與社會福利體系的負擔。

捌、政策建議：接軌民國一一五至一一七年法制化與問責

一、設置「護理安全支付與問責模組」

將現行夜班津貼、三班護病比達標獎勵、護理費加成、健保新增護理待遇經費與住院整合照護相關經費，整合為「護理安全支付與問責模組」，並非另設新基金，而是在健保總額與相關公務預算中建立可辨識、可追蹤、可稽核的跨來源護理安全支出分類（衛生福利部，2025a, 2026a）。模組應包含至少六項公開指標：護理師薪資與津貼增加幅度、夜班專責或固定班制度比例、護理人力淨增加、護理師離職率、各班別護病比達標率、病人安全結果。若醫院獲得加成卻未改善上述指標，應要求提出改善計畫；若經費被挪用或替代既有薪資，應依專款專用規定追回並公告。

二、把三班護病比入法寫成民國一一五至一一七年實施路徑

民國一一五至一一六年應作為基線與過渡期，建立醫院別、病房別、班別別資料，並針對偏鄉、招募困難與急重症病房設計嚴重度調整；民國一一七年五月一日正式施行後，獎勵應逐步轉向「合規 + 成效」混合支付。此外，應呼應Griffiths等人（2019）對技能組合的警示，允許醫院以註

Phoca PDF

冊護理師、護理佐理員、照顧服務員與資訊科技組成有明確分工的技能組合，但須明確界定護理專業不可替代之工作。

三、把資料公開從「達標揭露」升級為「結果問責」

現行公開資料已提供月份別與醫院別三班護病比檔案（中央健康保險署，2026b），未來應與三組指標串接：護理人力指標（淨增加、離職率、留任年資與夜班班次）、病人安全指標（跌倒、壓瘡、院內感染、用藥錯誤與非計畫再入院；可參考CMS Hospital Compare之資料治理邏輯）、家庭照顧指標（住院整合照護使用率、家屬陪病需求、看護費負擔與長照銜接率）。為避免資料公開造成醫院污名化，呈現可採分層方式：對社會大眾公開醫院層級與趨勢；對主管機關與研究者提供去識別化細部資料；對醫院提供同儕比較與改善建議。

四、把住院整合照護寫成護病比政策的一部分

住院整合照護的政策目標之一，是減輕家屬陪病照顧與經濟負擔（衛生福利部，2025b）；其經費自民國一一四年起由公務預算支應。若僅被理解為增聘照顧服務員，而未與護理師分工、護病比、夜班配置與出院銜接整合，可能造成角色混淆。本研究建議以「照顧安全團隊」作為政策單位：護理師負責專業評估、臨床判斷、照護計畫與風險管理；照顧服務員協助生活照顧與基本觀察；社工與出院準備團隊評估家庭支持、經濟負擔與長照資源；社區長照單位承接出院後服務。

五、以「有條件的社會投資」邏輯調整健保收入

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

若只主張提高健保費率，容易被視為財務負擔；若只主張醫院自行改善，又忽略全民健保低支付對護理人力的結構影響。較能形成社會共識的論述，是把護理人力支出說明為照顧安全、家庭照顧者減負與社區照顧韌性的社會投資。具體而言，未來若需調整健保收入結構，新增資源應綁定四件事：護理師薪資與津貼、夜班留任、住院整合照護、公開問責；以避免「加保費但民眾無感」的風險，並使護理人力政策與社會福利政策互相支持（見表5）。

表5 臺灣最新政策接軌與本研究政策建議

政策建議	銜接之既有臺灣政策	預期效果
1. 護理安全支付與問責模組	健保獎勵金、夜班津貼、114-117年護理整備計畫（衛福部, 2026a）	經費追蹤至薪資與留任單純醫院補貼
2. 三班護病比115-117年實施路徑	《醫療法》三讀（中央社, 2026；衛福部, 2026a）	減少偏鄉醫院合規壓力公平性
3. 公開資料升級為結果問責資料庫	健保署月份別三班護病比公開（健保署, 2026b）	結合病安、留任與家屬
4. 住院整合照護納入護病比政策	住院整合照護擴大推動（衛福部, 2025b）	降低家屬陪病、私人看護本
5. 有條件的社會投資式健保收入調整	健保總額成長5.5%（健保會, 2026）	提升健保收入結構調整

資料來源：作者整理。臺灣政策資料來源同前。

Phoca PDF

玖、結論

臺灣三班護病比入法後，政策問題已不再只是「是否訂定比例」，而是如何確保比例標準能被健保支付、護理薪資、夜班留任、病人安全資料與家庭照顧者減負共同支撐。本研究主張，護病比應被理解為健保策略性購買照顧安全的核心指標；其成敗不只取決於醫院是否達標，也取決於新增資源是否真正轉化為護理人力淨增加、照護過程改善、病人安全提升，以及住院整合照護與長照銜接下家庭負擔的下降。如此，護理人力政策才能從職場改善政策，提升為高齡社會中支持全民健保永續與社會福利公平的社會投資政策。

本研究透過美英比較發現三項機制：第一，收入結構決定策略性購買空間，但不自動保證護理安全；第二，法定比例可改變醫院基準配置，但須搭配支付、資料與執法；第三，臺灣政策窗口已從「獎勵先行」進入「法制化與問責」階段。基於跨層次理論模型，本文提出五項可驗證命題與五項政策建議，主張護理人力政策、健保收入治理、住院整合照護與長照銜接應被視為同一照顧鏈，而非分離政策。臺灣若能把握民國一一五至一一七年法制化的政策窗口，建立護理安全支付與問責模組、分級風險調整、結果問責資料庫，並把家庭照顧者減負放入評估核心，三班護病比改革將成為高齡社會中支持家庭、社區與全民健保永續的關鍵社會投資。

參考文獻

中央社（2026）。〈醫療法三讀 三班護病比入法未改善者最重停業一年〉。https://www.cna.com.tw/news/aipl/202605080198.aspx

Phoca PDF

中央健康保險署（2025）。《衛生福利部114年度「三班護病比達標醫院獎勵」》。https://www.nhi.gov.tw/ch/dl-84803-46fedc7a86334bf6863f97dab937167b-1.pdf

中央健康保險署（2026a）。〈第1類到第3類投保單位負擔及被保險人、眷屬自付保險費的計算公式及釋例〉。https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-3277-6c895-2588-1.html

中央健康保險署（2026b）。〈三班護病比資訊公開〉。https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-15138-b2fee-3669-1.html

全民健康保險會（2026）。〈115年度健保總額協商結果圓滿達成共識〉。https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-4039-84142-116.html

衛生福利部（2024a）。〈醫院三班護病比標準公告同步啟動40億投資三班輪值夜班護理人員直接獎勵〉。https://www.mohw.gov.tw/cp-6656-77368-1.html

衛生福利部（2025a）。〈三班護病比先達標先獎勵首次撥付〉。https://www.mohw.gov.tw/cp-7177-82863-1.html

衛生福利部（2025b）。〈卓揆：擴大推動住院整合照護服務，減輕家屬陪病照顧與經濟負擔〉。https://www.mohw.gov.tw/cp-7183-81148-1.html

衛生福利部（2026a）。〈三班護病比入法用制度支持護理人員〉。https://dep.mohw.gov.tw/DONA

Phoca PDF

HC/cp-1083-86309-104.html

衛生福利部統計處（2026）。《113年國民醫療保健支出》。https://www.mohw.gov.tw/dl-99631-cfe880cf-a90b-4eba-b240-351bf8abfd75.html

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 288(16), 1987-1993. https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J., & Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Services Research, 45(4), 904-921. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824-1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Anderson, G. F., Hussey, P., & Petrosyan, V. (2019). It's still the prices, stupid: Why the US spends so much on health care, and a tribute to Uwe Reinhardt. Health Affairs, 38(1), 87-95.

Phoca PDF

https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05144

American Nurses Association. (2024). Nurse staffing advocacy. https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-staffing/

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. BMJ Quality & Safety, 23(2), 116-125. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767

California Board of Registered Nursing. (2024). Nurse-to-Patient Staffing Ratio Regulations (Title 22, §70217). https://www.rn.ca.gov/regulations/title22.shtml

California Department of Public Health. (2007). All Facilities Letter 07-26: Implementation of nurse-to-patient ratios for step-down units. https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/Pages/AFL-07-26.aspx

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). National Health Expenditure Data: NHE Fact Sheet. https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). Hospital Value-Based Purchasing Program.

Phoca PDF

https://www.cms.gov/medicare/quality/hospital-value-based-purchasing

Chen, Y.-C., Guo, Y.-L. L., Chin, W.-S., Cheng, N.-Y., Ho, J.-J., & Shiao, J. S.-C. (2019). Patient-nurse ratio is related to nurses' intention to leave their job through mediating factors of burnout and job dissatisfaction. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(23), 4801. https://doi.org/10.3390/ijerph16234801

Department of Health and Social Care. (2024). DHSC annual report and accounts: 2023 to 2024. https://www.gov.uk/government/publications/dhsc-annual-report-and-accounts-2023-to-2024

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Francis, R. (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. The Stationery Office. https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. Journal of Advanced Nursing, 74(7), 1474-1487. https://doi.org/10.1111/jan.13564

Phoca PDF

Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. BMJ Quality & Safety, 28(8), 609-617. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043

Mark, B. A., Harless, D. W., Spetz, J., Reiter, K. L., & Pink, G. H. (2013). California's minimum nurse staffing legislation: Results from a natural experiment. Health Services Research, 48(2 Pt 1), 435-454. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01465.x

Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017). Strategic purchasing for universal health coverage: Key policy issues and questions. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/strategic-purchasing-for-universal-health-coverage-key-policy-issues-and-questions

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals (SG1). https://www.nice.org.uk/guidance/sg1

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, 346(22), 1715-1722. https://doi.org/10.1056/NEJMsa012247

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse

Phoca PDF

staffing and inpatient hospital mortality. New England Journal of Medicine, 364(11), 1037-1045. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025

NHS Digital. (2024). NHS Workforce Statistics. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-workforce-statistics

OECD. (2025a). Health at a Glance 2025: United Kingdom country note. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/united-kingdom_82034050-en.html

Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA, 319(10), 1024-1039. https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150

Royal College of Nursing. (2025). RCN Nursing Workforce Standards (UK). https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/rcn-nursing-workforce-standards-uk-pub-011-930

The King's Fund. (2024). The NHS budget and how it has changed. https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/nhs-budget-nutshell

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. K. (2020). International

Phoca PDF

發佈：2026-07-22, 週三 15:21
點擊數：771

profiles of health care systems. The Commonwealth Fund.

https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2020/dec/international-profiles-health-care-systems-2020

作者　黃芳誼　為東吳大學社會系

Phoca PDF