

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署、中央健康保險局

貳、案由：行政院衛生署及中央健康保險局對各級政府嚴重積欠應負擔健保費補助款之情形，未能謀求澈底解決方案，且健保局各分局對於欠費之催收，回收率仍然偏低；又醫療費用審查方式確有闕漏；審查醫師間審查結果寬鬆不一，相關申報法規宣導亦未臻落實；另民眾重複就診及醫療院所重複開藥之現象，未見積極有效改善作為，權責主管機關核有疏失，爰依監察法第二十四條規定，提案糾正。

參、事實及理由：

全民健康保險自民國（以下同）八十四年三月實施迄今已逾六年，對提升我國醫療品質、減輕民眾醫療負擔的貢獻，有目共睹，但欲使該項制度可長可久，尚必須健全全民健保業務，並正視其財務隱憂，妥為因應。據資料顯示，全民健保開辦迄今，健保財務每下愈況，醫療支出持續快速成長，在八十七年三月起即出現入不敷出的現象，並日益惡化，八十八年更出現一百八十六億元的赤字，全民健保之財務危機，確已顯現徵候。本院鑑於公平合理分配醫療資源，強化醫療費用審查制度、導正民眾醫療觀念、精進欠費催繳作為等攸關全民健保永續經營至鉅且深，案經八十九年七月十二日、九月六日分別前往中央健康保險局（以下簡稱健保局）台北分局、高屏分局，九十年元月十五日

、四月二日、四月十二日、四月十六日分別前往健保局南區分局、北區分局、中區分局及東區分局實地瞭解各分局辦理該業務之情形，並與各分局相關業務主管進行座談，同時聽取部分審查醫師對現行醫療費用審查之看法；八十九年六月四日約詢行政院衛生署（以下簡稱衛生署）黃副署長富源、健保局賴總經理美淑等相關主管人員，九十年四月三十日續約詢衛生署黃副署長富源、健保局張總經理鴻仁等相關主管人員到院說明。經查相關權責主管機關確有疏失，茲分述如次：

一、各級政府應負擔之健保費補助款無法如期撥付，嚴重影響健保局之財務調度，主管機關未能釐定澈底解決方案，亟待檢討改善：

（一）依據健保法第二十七條之規定，保險對象加入全民健保所需繳交之健保費，部分需由保險對象自付，部分則由投保單位負擔，另有部分之健保費，則由中央或地方政府負擔。至於保險對象或投保單位若有發生積欠健保費情事者，健保局則依健保法第二十九條、第三十條加以催繳、或加徵滯納金、利息、或暫行拒絕給付，若仍未繳交健保費，甚至移送法院強制執行，惟對於各級政府欠繳健保費補助款時，相關法律對此問題之處理卻付之闕如。

（二）全民健保係於八十四年開辦，在開辦第一年，即有嘉義縣、雲林縣及彰化縣政府發生積欠健保費補助款之情事，此問題延宕多年，卻仍然懸而未決，迄九十年三月，除基隆市、金門縣及連江縣政府外，均發生欠款之情事，尚待撥付之金額更高達了二五三．〇四億元，約為一個月所需之醫療費用金額，除嚴重影響健保財

務調度外，各級政府公然漠視法律規定之行徑，更對政府公信力斲傷甚大。惟歷年來，健保局對於欠費之保險對象或投保單位，均進行催繳、加徵滯納金、利息或暫行拒絕給付等手段，但對於各級政府積欠健保費補助款之問題，卻只能透過加強行政協調、持續函催及開會協商等方法來解決，觀諸目前各級政府高額欠費之情況，未見成效。

(三) 為解決健保財務困境，行政院八十九年六月一日召開「健保財務問題與對策協商事宜」會議，其協商結論摘錄如下：

- 1、各級政府自九十年度起，應依法核實編列並按時撥付健保費補助款。
- 2、台北市政府、高雄市政府及各縣市政府所積欠之健保費補助款，應自九十年度起，分三年編列預算攤還。
- 3、各欠費縣市政府未來如仍持續不予繳納，請財政部、主計處依地方制度法第七十六條規定，自中央撥付各級政府之補助款中扣減，並逕撥中央健康保險局。
- 4、各級政府如未依法按時撥付保險費補助款，致中央健康保險局須向金融機構融通資金以撥付醫療給付而孳生之利息費用，由欠費之政府依欠款比例分擔。

(四) 「健保財務問題與對策協商事宜」會議固已在去年召開完畢，並做成結論，惟依據健保局所提供之資料，九十年上半年已開單之尚待撥付金額合計為六四·一八億元，且在本院約詢健保局相關主管人員時，張總經理鴻仁亦表示，仍有部分縣市應繳之健保費補助款未撥入健保局，在在均顯示該會議之結論形同具文，多數

縣市均未依該結論按實撥付應負擔之補助款。另前揭會議結論之一指出「各欠費縣市政府未來如仍持續不予繳納，請財政部、主計處依地方制度法第七十六條規定，自中央撥付各級政府之補助款中扣減，並逕撥中央健康保險局」，惟主計處表示，中央扣減之金額，仍不得逕撥健保局，因預算科目不同，出帳恐有困難；另各級政府積欠健保費補助款之主要原因多係預算編列不足，或預算雖已編列，但由於財政拮据而未撥付，為解決此問題，部分學者專家及官員，建議健保費補助款改由中央政府撥付，惟仍需修訂健保法之條文，方能解決此問題。

(五) 綜上所述，各級政府應負擔之健保費補助款無法如期撥付，嚴重影響健保財務調度，此問題延宕多年，健保局迄未能釐定澈底解決方案，亟待檢討改善；另為解決各級政府健保費補助款欠費之問題，行政院雖已透過協商會議做成結論，然各級政府卻仍繼續發生欠費，該會議之結論，顯然未見效果，行政院應再儘速協調相關部會及地方政府研擬具體可行方案，以解決欠費問題；另各級政府欠繳健保費補助款之問題，多年來懸而未決，有關健保法相關規定未盡周延之處，主管機關衛生署未予檢討修正，亦有疏失。

二、健保局對於欠費之催收雖有專責單位辦理，惟其催收率仍然偏低，為求法定財源之穩固充實，應儘速謀求對策：

(一) 依健保法第二十九條規定，第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位扣繳，並於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納；第二類及第三類

被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳給保險人；第六類被保險人應自付之保險費則由被保險人持繳款單至金融機構繳納，同法第三十條規定略以，投保單位未依規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，另加徵滯納金；保險費自逾寬限期一百五十日起至完納前一日止，依年利率百分之五按日計算利息，一併徵收。前項保險費、滯納金或利息，自投保單位應繳納之日起，逾三十日仍未繳納者，保險人得移送法院強制執行。

(二) 健保局現行之催收標準程序，係在掌握欠費名單後，先寄發催繳函，如欠費之個人已繳納，則進行銷帳作業並結案，第二、三類個人保險欠費仍未繳清則第二次催繳欠費，若被保險人仍欠費，才進行強制執行，請求清償，但被保險人無財產或執行無實益，則取得債權憑證，依轉銷呆帳作業要點處理。依據健保局約詢時所提供之資料顯示，八十四年三月至八十九年十二月間，投保單位及保險對象應收之健保費為一〇、五六八．四五億元，實收保險費為一〇、三二四．七七億元，收繳率為九七．六九%，應收而未收部分之健保費則為二四三．六八億元；而八十四年三月至八十九年十一月，第二、三、六類保險對象個人欠費約為一四六億元，但健保局將逾期未繳健保費、滯納金、利息而移送強制執行之金額僅為七七億餘元，至於同時期投保單位及被保險人逾期欠費，移送執行後已結案部分之金額為一四三億餘元，其中僅十九億餘元繳清，占十三．三一%，其餘之一二四

億餘元，大多係取得債權憑證，但因為部分投保單位及民眾無財產或其財產已被設定抵押，健保局追償之欠費屬於普通債權，故執行並無實益。

- (三) 全民健保係強制納保，強調自助互助精神，凡符合保險對象資格者，均有繳納健保費之義務，對於未依規定繳納健保費者，健保局應本於職責，積極對欠費進行催收，然健保局現行之催收作業，雖有專責單位辦理，惟其績效不彰，為求法定財源之穩固充實，如何加強催收成效，允宜儘速謀求對策。

三、醫療費用審查方式有所闕漏，致無法即時發現林口長庚醫院違規情事；為彰顯審查效果，健保局應予評估擴大大事審項目，加強實地審查，積極發展檔案分析技術：

- (一) 依據「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第三條，醫療服務審查包括醫療服務申報及支付、程序審查及專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析；同辦法第十五條則明訂「保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，保險人得採抽樣方式進行專業審查」、「經保險人檔案分析發現保險醫事服務機構中特定科別、醫師或支付項目申報異常者，得增加或減少隨機抽樣比率或採行立意抽樣」，經查現行全民健保醫療費用審查方式依審查之內容分為程序審查與專業審查，依審查數量區分為抽樣審查與立意抽樣審查，依審查執行之地點或審查之標的區分為書面審查與實地審查，依審查之實施時間區分為事前審查、實地審查與占大多數之事後審查。
- (二) 健保局為能更有效地減少非必要之醫療處置，已對部分之醫療項目進行事前審查

，也針對部分醫療院所進行實地審查，惟因全民健保開辦以來，醫療院所每年申報醫療費用之門診件數約在二億五千萬件至三億二千萬件，住院件數則有二三〇萬件以上，限於人力之限制及力求管理上之效率，健保局實務上之審查作業係偏重於書面之事後審查，在醫療院所申報醫療費用時，健保局透過電腦隨機抽取部分案件要求醫療院所將抽中案件之病歷資料送健保局進行審查。因審查之主要標的係醫療行為完成後填具之病歷資料，審查醫師依病歷上之記載來衡量被審案件中各項處置在醫療上是否必要，惟因係事後之審查，各案件在臨床上之嚴重性、併發症或其他突發之狀況，僅能依書面資料進行推論，故病歷資料之完整性及醫療院所行政部門或醫師申報技術之良窳與醫療費用審查之結果反而更密切相關，且事後審查核減支付醫療院所之費用時，醫療院所非必需之醫療處置已進行完成，對於減少不必要之醫療，效果不大，為能減少非必要醫療所造成之資源浪費，健保局允宜適當評估擴大大事先審查項目，並加強實地審查，使醫療費用審查之效果更為彰顯。

(三) 有關林口長庚醫院放射線科申報電腦斷層費用致生爭議乙案，經查該院之醫師係於八十六年時即有以「三度空間影像重組」者，申報二次電腦斷層費用，甚者，部分屬僅進行傳統電腦斷層檢查者，亦申報二次費用之情事，惟健保局卻於八十九年時才發現此問題，發現時間有所落差之原因，經健保局於約詢時之說明摘要如下：

- 1、現行醫療費用審查制度雖有程序審查及專業審查，惟林口長庚醫院不實申報電腦斷層檢查費用乙事，無法由程序審查之範圍查知；而專業審查係採隨機抽樣方式為原則，也未必會抽到有問題的樣本。
- 2、門診醫療費用審查件數龐大，雖依健保局開發之電腦程式做勾稽進行檢覈，惟電腦檢核仍為輔助性質，無法完全掌握可能之申報問題。
- 3、由於醫療費用之審查均係以月為單位，依隨機抽樣方式辦理，同一病患二筆申報資料均被抽中之機率很小，且案件送請專業審查需檢附明細資料、病歷及報告，因未附 X 光片，無法從單筆資料中發現異常現象，且該院係採分開申報費用方式，即使抽中為樣本，審查醫師單從個案亦不易發現重複申報問題，故未能即時發現原因。
- 4、該局近年來之電腦技術不斷發展，現行之資料倉儲技術可針對歷年來各院所申報費用之資料進行回溯勾稽，此次林口長庚醫院違規申報之情事也因而發現。

(四) 綜上，現行健保局醫療服務審查方式包括程序審查、專業審查、事前審查、事後審查、抽樣審查、立意抽樣審查、檔案分析及實地審查，各項審查方式雖趨俱備，惟審查之重點集中在以隨機抽樣之方式抽取樣本，再進行事後的書面審查，此時，非必需之醫療已經發生，且透過隨機抽樣方式，未必能將醫療費用申報有問題之個案有效抽出，即使健保局抽出有問題之個案，並對抽出之個案分別進行程序審查及專業審查，但若無其他輔助工具之配合，亦仍難窺得醫療院所或醫師申

報醫療費用狀況之全貌。此次林口長庚醫院於八十六年時即以「三度空間影像重組」者，申報二次電腦斷層費用，甚者，部分屬僅進行傳統電腦斷層檢查者，亦有申報二次費用之情事，而健保局卻遲至八十九年時進行檔案分析，利用資料倉儲技術勾稽時才發現此問題，惟在資料倉儲技術尚未發展前，該局未能發展其他技術以及時勾稽、發現醫療申報相關問題，致使林口長庚醫院申報不實之問題，在發現時間上，顯有嚴重落差，醫療費用審查方式仍有闕漏，且各種審查制度間之配合，猶待加強；另為能事先減少非必需之醫療，健保局允宜適當評估擴大事先審查項目，加強實地審查，使醫療費用審查之效果更為彰顯；且為全面掌控醫療院所或醫師申報醫療費用狀況之全貌，健保局更應積極發展檔案分析技術。

四、健保局雖有訂定各種審查規範，惟因審查醫師對於醫療專業判斷之不同，致審查醫師間審查結果寬鬆不一；且申報相關法規宣導未臻落實，致部分醫療院所及醫師失所依循：

- (一) 以健保各分局八十九年醫療費用之核減情形觀之，六個健保分局之初審核減率為六·一一%，複審核減率為五·七三%，約有六·二%之案件經複審後未被核刪，但以南區健保分局觀之，該分局八十九年之初審核減率為五·二八%，複審核減率為三·九九%，經過複審後，約有二四·四%之案件未被核刪費用，由於複審之審查醫師必不得為初審之審查醫師，故初、複審審查結果間之歧異，表示初、複審審查醫師對於相同案件之專業看法不同，而肇致審查結果寬鬆不一，且本院與各健保分局人員座談時，部分審查醫師認為同一分局或不同分局間審查醫師

對於醫療專業判斷之不同，肇致審查醫師間審查結果寬鬆不一。

(二) 經查，健保局為提升醫療費用審查品質，齊一審查醫師審查結果，目前所採行之相關措施為：

- 1、為提升醫療費用審查品質，健保局醫療服務審查委員會訂有醫療服務審查作業要點，針對地區審查分組審查醫師審畢之案件進行抽審評量作業，抽審方式有例行抽審、重點抽審及追蹤抽審，審查醫師就各地區醫審分組人員審核結果提供建議，地區審查分組醫事人員對審查小組評量建議結果如有不同專業見解或認為有討論必要者，得填列個案討論單敘明理由，於地區審查分組相關專科審查醫師討論後，認為仍有必要時，得提報於審查小組討論，以確保審查品質。
- 2、為求專業審查作業審查結果之一致性及提升審查品質，各分局定期舉辦各科審查醫事人員座談會，座談研討內容包括：各科審查實例研討及提案討論、審查經驗交流、不合臨床常規案件之審查原則，共辦理四屆審查醫事人員各科研討會，並將會中決議事項製作會議紀錄供審查醫師審查作業參考，如需特約醫療院配合申報作業，函請特約醫療院所參考。
- 3、訂定「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」、「全民健康保險醫療費用審查作業要點」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」、「全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點」等各審查作業規定供審查醫師參照，並寄發特約醫療院所於醫療申報作業時參考。

4、透過各科案例研討訂定審查案例彙編，供審查作業時參考。

5、對於核減異常案件訂定有二次送審作業原則，並於二次送審時由審查醫師決定是否送審查會議討論。

(三) 健保局現已依據各專科之需要，訂定醫療費用專業審查之一般及專科審查原則，供審查醫師做審查之參考，亦針對審查之品質進行評量，如醫療院所對審查結果有質疑時，也可透過複審及爭審以維自身權益。但部分審查醫師認為，縱使有各科審查之原則及各項會議之參考案例供參，審查醫師主要卻仍以其專業知識和經驗，就醫療院所所送之病歷或醫令資料，針對個案是否有醫療上之必要性進行審查，惟審查醫師之專業知識、經驗深受養成教育過程中所受之專業訓練影響，醫師所受養成教育不同，對醫療上是否必要之看法亦有所不同，故審查醫師就其專業知識，針對個案進行審查時，往往因其與進行醫療之醫師對專業上之認知不同，而對醫療費用進行核刪，迭造成與醫療院所之爭議，故健保局對於醫療費用審查之規範應更明確，減少灰色地帶。

(四) 全民健保實施已邁入第七年，醫療院所費用遭核減之情形仍居高不下，依據本院約詢時健保局所提供之資料，近三年來，健保六分局之核減率，不論初審、複審及爭審均有逐年上升之趨勢，而在本院前往各分局座談時，則有審查醫師認為部分案件遭到核減係因醫師未瞭解健保局申報之相關規定所致，針對此部分，健保局應加強宣導，俾醫療院所及醫師有所依循。

五、對民眾重複就診及醫療院所重複開藥之現象，未見積極有效改善作為，顯有未當！

現行醫療費用審查之內容係就醫療提供者所提供醫療服務之合理性、適當性予以評核，並對違反相關支付及審查規定之案件進行核減，惟對於醫療消費者（即一般民眾）醫療之適切性卻未給予有效督導控制措施，健保開辦以來，每人每年門診次數已達十五次，高居全世界第一位，而門診每一處方箋平均所開藥品品項數高達四．一項，也較其他先進國家高出甚多，每人年平均藥費高達三千元，門診藥費占門診費用更高達百分之三十，在在均顯示民眾重複就診及重複取藥之浪費情形相當嚴重，造成健保財務上的沉重負擔。經查健保局現行之檔案分析，除已建立醫院檔及醫師檔外，亦已建立病人檔案，就醫療利用率高之保險對象之就醫資料進行歸戶，再由健保分局人員向該保險對象進行輔導，若保險對象之高醫療利用率係由醫療院所或醫師誘發，亦由健保分局相關人員進行溝通，惟透過病人檔案分析掌握醫療高利用率之保險對象，係在保險對象接受醫療後之一種事後審查方式，事先發生之醫療浪費已然造成，故健保局更應審慎研議有效對策，俾在保險對象至醫療院所重複醫療或取藥時，即能立刻查覺，並加以妥適之處理，同時應教育民眾健保資源有限之觀念，讓保險對象避免發生不當之重複醫療或取藥。

綜上所述，行政院衛生署及中央健康保險局對欠費之催收及醫療費用審查與衛生醫療教育之宣導均有疏失，爰依監察法第二十四條規定提案糾正，函請行政院轉飭所屬檢討改進見復。

提案委員：

中 華 民 國 九 十 年 四 月 三 十 日