

壹、案

由：據審計部106年度中央政府總決算審核報告，二代健保已建立保險財務收支連動機制，惟保險收支存在結構性失衡，且仍有醫療浪費情事，亟待研謀改善，俾確保健保長期財務健全，建立永續之健康照護保險體制案。

貳、調查意見：

本案經調閱衛生福利部(下稱衛福部)之卷證資料，並諮詢前行政院衛生署署長楊志良及葉金川、行政院主計總處主計長朱澤民、國立陽明大學衛生福利研究所李玉春教授、私立長庚大學醫務管理學系盧瑞芬教授、亞洲大學健康管理學系陳孝平教授及私立淡江大學會計學系韓幸紋副教授，並詢問衛福部薛瑞元次長、衛福部社會保險司商東福司長、衛福部中央健康保險署李丞華副署長、衛福部全民健康保險會技監兼執行秘書周淑婉、衛福部食品藥物管理署陳可欣簡任技正等相關主管人員後，業已調查竣事，茲臚列調查意見如後：

- 一、調漲健保費率對於改善健保財務狀況最為直接有效，然不易為一般社會大眾所接受，復以我國目前每4年即有總統、立法委員或縣市長之選舉，政治因素干擾下，調漲費率幾乎是不可能之任務；惟在現行保險費率維持4.69%下，預估108年收支短絀約400億元，健保安全準備將於111年用罄，屆時費率必須提高至超過法定上限6%，始能平衡收支。衛福部責無旁貸，允應對可能惡化之健保財務狀況，未雨綢繆，持續積極進行健保財務改革作為，以更周全的改善方案尋求全民健康保險會委員之支持，俾改善保險財務收支連動機制缺乏合理彈性等問題，以避免未來因健保財務收支出現重大逆差時，保險費率調幅急遽攀升可能形成對全民之極大衝擊。

- (一)「全民健康保險財務平衡及收支連動機制」之訂定，係因健保署於全民健康保險會(下稱健保會)104年10月22日召開之「105年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」中提出「健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨105年度保險費率審議

方案」之財務推估結果，105年底之安全準備餘額預估將逾2,400億元，約當5.2個月保險給付支出。部分健保會委員認為已超出「健保法」第78條規定維持1至3個月的安全準備餘額原則甚多，顯示4.91%保險費率過高，乃於104年第9次委員會議（104年10月23日）提出要求依據「健保法」第24條條文規定，於105年1月1日起調降健保費率0.5%，以4.41%來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任之臨時提案；另部分委員則認為健保財務自106年起將出現收支短絀，爰提出支持全民健康保險105年費率維持現行4.91%之臨時提案。前揭二提案併案討論後，健保會委員達成共識，認應遵循二代健保財務收支連動精神，建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之可長可久費率調整機制，使健保費率調整基於健保財務之客觀條件，並能適時彈性調升或調降，決議請健保署研提「財務平衡及收支連動機制」提104年第10次委員會議（104年11月20日）討論，經委員討論後研訂之「全民健保財務平衡及收支連動機制」如下：

- 1、當年起（含）第3年年底安全準備餘額超出3個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。
- 2、當年年底安全準備餘額不足1.5個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則。

(二)健保署嗣於105年10月17日「106年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」提報「106年度保險費率審議方案（草案）」時指出，依「全民健保財務平衡及收支連動機制」進行之財務推估顯示，

該機制存在「啟動費率調整時點無法適時反映收支狀況」、「保險收支存在結構性失衡的逆差，未來保險費率調幅將急遽攀升」等問題，惟後續所提之「全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案」，未獲健保會支持，仍維持104年11月20日通過之機制。健保署於106年間再召開2場專家學者諮詢會議，參採專家學者「啟動條件多元化」、「調整方式具彈性」等意見，將「保險成本超出保險收入」、「2年收支平衡費率超出現行費率」之幅度等因素納入「啟動條件」；並於「調整方式」列入財務缺口應同時藉開源及節流（部分調整費率、部分節流措施）處理、費率調整幅度應具有彈性（如3~5%，以免變動幅度太大影響民生過鉅，並可衡酌當年國家經濟整體情況）等，以使費率審議可多面向考量並能適度彈性調整，研擬「全民健保財務平衡及收支連動機制」建議修正方案，然該修正方案經健保會討論後，認為未盡周延，仍未獲通過。

- (三)惟查，健保署所編製之「106年度全民健康保險財務評估報告」，係二代健保實施以來首次編製，該評估報告結論明確指出：「健保財務收支存在結構性失衡，於維持現行健保費率4.69%情況下，106年至110年平均每年財務收支逆差3.26個百分點，且逐年持續擴大，預估110年財務收支短絀將達994億元；如以未來每年收支平衡費率觀之，呈逐步上升趨勢，若嗣後每年調整，平均調幅僅約3.77%，衝擊較小；若依健保會研訂之收支連動機制，於110年調升費率至5.69%，調整幅度達21.32%，113年將再調整費率為6.34%，調整幅度達11.42%，之後每3年調整1次費率，平均每次調幅為13.06%，衝擊較大。」衛福部表示，在現行保險費率維持4.69%下，

預估108年收支短絀約400億元，安全準備將於111年用罄。復依「106年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」決議中，就「全民健保財務平衡及收支連動機制建議方案」之意見亦指出：「現行機制及健保署建議方案，皆無法解決健保財務收支結構性失衡的問題，預估110或111年之保險費率將超過法定上限6%，屆時須面對修法或調整給付範圍的難題」。本院舉辦諮詢會議中，與會專家直言調漲費率對於改善健保財務狀況最為直接有效，然不易為一般社會大眾所接受，2次調漲費率後首長即去職，復以我國目前每4年即有總統、立法委員或縣市長之選舉，政治干預將是很大問題，調漲費率幾乎是不可能之任務。衛福部於接受本院詢問時亦說明，推動健保相關制度改革時，主管機關也得注意避開政治敏感時期，尋求適當的時機，改革作為方有機會較為順利的達成。經統計我國85年65歲以上人口占比為8.3%，費用占比25%，107年時65歲以上人口占比為14.5%，費用占比達38.4%，即不到15%的老年人口已耗費近4成的醫療費用；然目前我國與OECD其他社會保險模型國家相較，65歲以上人口占比較低，且我國強制醫療保險占GDP比重較低，隨著我國人口逐漸老化，日後勢將造成醫療費用進一步成長。此外，為改善醫師勞動條件並兼顧民眾就醫權益，於108年9月1日起「醫療保健服務業僱用之住院醫師」(不包括公立醫療院所依公務人員法制進用之人員)將納入勞動基準法之適用對象，屆時相關醫療院所之營運成本勢必增加，其將採取哪些因應對策，是否將導致健保支出增加，仍待觀察。爰衛福部與健保署責無旁貸，允應對可能惡化之健保財務狀況，未雨綢繆，繼續推動

及進行健保財務改革之作為，消除政治因素之干擾，將健保會委員之疑義，審慎研議或再次諮詢專家學者之專業意見，以更周全的改善方案尋求全民健康保險會委員之支持，俾改善現行保險財務收支連動機制缺乏合理彈性等問題，以避免未來可能因保險收支出現重大逆差時，保險費率調幅急遽攀升可能形成對全民之極大衝擊。

二、二代健保縱然未能將費基一次擴大至總所得，惟已使所得相同被保險人之保險費負擔更為趨近，其公平性較一代健保相對改善，亦契合社會保險量能負擔之精神。衛福部允應再接再厲，持續結合各領域之專家學者，就健保財務制度改革深入研析，以尋求更完善之配套方案，確保健保制度之永續。

(一)第一代健保在財務設計上因沿襲並整合不同既有制度，故被保險人依職業及屬性區分為6類14目(二代健保調整為6類15目)，各類目之最低投保金額及負擔比率存有部分落差；第1、2、3類被保險人係依職域分類，按投保金額及負擔比率，由被保險人、雇主及政府分別計算應納保險費；第4、5、6類被保險人非以一般職域歸類，無可參照之所得，考量其組成之所得變異大，並兼顧行政成本，因此依全體保險對象之每人平均保險費定額徵收。至於依附被保險人投保之眷屬，則比照被保險人繳納保費，並訂有計費眷口數上限，以減輕多眷口家庭負擔。

二代健保自102年1月1日實施，茲說明其特色如下：

1、一代健保之投保金額主要是採計經常性薪資所得，惟民眾所得來源漸趨多元，薪資所得占綜合總所得比率呈現遞減的趨勢，且高所得者之所得來源多來自薪資以外之非勞務所得，以經常性薪

資為保險費計算基礎，造成薪資所得者相對承擔較多的財務責任。為提升保險費負擔公平性，爰進行健保財務改革。二代健保係在既有基礎上進行改革，除維持既有計收方式外，另針對未列入投保金額之高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利、利息及租金等6項所得（收入），計收補充保險費，使費基涵蓋綜合所得之範圍由原先之6成擴大至9成以上，拉近所得相同者之保險費負擔，以提升負擔公平性。

- 2、另外在雇主負擔方面，二代健保依投保單位每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額之部分，扣取補充保險費，使不同行業別之雇主負擔趨於公平，並減少投保單位將薪資轉以其他名目給付以規避保險費負擔之誘因。而在政府方面則於「健保法」明定政府負擔不得少於保險費扣除法定收入後金額之36%（二代健保實施前約33~34%），同步提升政府對健保之財務責任。

（二）二代健保保費新制，對於改善健保財務頗有助益，惟其理想與實務仍有若干落差，略以：

- 1、二代健保實施前，主要係以經常性薪資所得，作為保費計算基礎，但因經常性薪資所得，僅占綜合所得6成左右，受薪民眾相對承擔較大的保費責任；另因以職業別計算保險費制度之設計，存有保險費負擔未盡公平合理及政府負擔責任有待適度提升等因素之考量，衛福部遂於99年提出以家戶總所得為保費計費基礎之「健保法」修法案，目的係為強化量能負擔及擴大計費基礎。
- 2、99年原規劃之家戶總所得制度，係取消被保險人類目分類，保險費計費方式係扣費義務人於給付被保險人所得稅法規定之各類所得達一定金額

以上時，按保險費率扣取被保險人之保險費，並由保險人依財政部核定之綜合所得總額按年度結算，不論眷口人數，就每戶所得總額，依保險費率計費。另所得未達下限者依下限計費，超過上限者依上限計費，適用上下限者應論口計費，但最多4口。

- 3、惟國人無所得稅資料比率極高，若保險費制度架構於所得稅制下，可能複製現行稅制問題，潛藏另一形式的不公平；且未申報綜合所得者之戶籍內人口，按下限收費，衍生設算虛擬所得爭議。另家戶總所得之計費方式，使家戶人口少者負擔加重、單身者保險費增加，引起懲罰單身之批評。衛福部表示，考量推動過程中，因制度變革過大，社會無法達成共識，爰以計收補充保險費方式進行改革。

(三)經查，二代健保雖然未能將費基一次擴大到總所得，惟已再向前邁進一大步，掌握更多原未列入計費之所得或收入，以自給付源頭計收補充保險費方式，使所得相同被保險人之保險費負擔更為趨近，其公平性較一代健保相對改善，亦契合社會保險量能負擔之精神。衛福部允應再接再厲，持續結合各領域之專家學者，就健保財務制度改革深入研析，精益求精，尋求更完善之配套方案，以確保健保制度之永續。

三、在目前健保署所推動之各項開源措施中，以102年始實施之二代健保成效最為顯著；至於節流措施部分，最有效的方案則為總額支付制度，此外有效落實重複用藥管理方案，推動減少不必要之檢驗檢查，並運用大數據分析等，每年均可節省相當金額之健保支出。

各開源節流措施成效允應定期檢視，適時調整，俾維持健保財務平衡，同時降低健保費率調整對社會各界所造成的衝擊。又，長期居住國外之國民於有醫療需要時，短期返國投保，即可享受高額之醫療資源，增加健保之支出，亦對長期投保繳納保險費者不公，主管機關似應採取更積極作為，以杜絕類此情事。

(一)為維持健保財務平衡及降低健保費率調整對整體社會的衝擊，主管機關推動之開源措施如下：

- 1、為貫徹健保保險費負擔之公平性，健保署自87年起即陸續以財稅資料、勞保及勞退等外部資料，執行投保金額輔導查核作業，每年增加保險費收入達15億元以上。
- 2、每月辦理保險對象中斷投保開單作業，每年增加保險費收入約29億元。
- 3、91年6月修法通過擴大投保金額分級表最高與最低一級維持在5倍以上差距，因而投保金額上限由60,800元，於91年8月提高至87,600元，94年4月提高至131,700元，99年4月提高至182,000元，一年（107年）增加健保收入約167億元。
- 4、調整軍公教人員以全薪乘以公告比率投保至全薪納保，由91年8月82.42%，分別於94年4月調整為87.04%，96年8月調整為90.67%，98年10月調整為93.52%，至102年1月調整為實際俸（薪）給總額投保，一年（107年）增加之收入約168億元。
- 5、爭取菸品健康福利捐、公益彩券盈餘（含運動彩券）挹注健保安全準備，一年（107年）增加健保收入約154億元。
- 6、102年實施二代健保，擴大費基針對保險對象未列入投保金額之高額獎金、兼職、執行業務、股利、利息、租金等6項所得（收入），以及投保單

位每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額部分計收補充保險費，一年（107年）增加健保收入463億元。

(二)在節約醫療資源方面，健保已全面實施總額預算制度，每年度預算金額之擬訂、協定、分配，係依據「健保法」第60、61條規定辦理，已有效控制醫療費用於預算範圍內，衛福部於接受本院詢問時即強調管控健保支出最有效的方案即為總額支付制度。自91年7月全面實施總額支付制度以來，藉由總額制度有效將每年醫療費用成長率大約控制在5%以下。總額預算下，因醫療資源有限，健保長期推動相關方案，例如：加強偏遠地區服務以提升民眾就醫公平性、加強慢性病照護以提升醫療品質、提升醫療服務效率等。為減少不必要的醫療支出，健保署積極尋求應用資訊科技技術及大數據分析方法，將病患於不同院所之就醫資訊歸戶，提供醫師診療及處方參考，以避免重複處方藥品或檢驗(查)，實施策略及成效說明如下：

1、有關「健保雲端藥歷系統」及「健保醫療資訊雲端查詢系統」：

- (1) 健保累積近25年的健保申報資料，是全國最大的個人資料庫，因應近年來大數據觀念之興起和電子化政府政策，在確保資安下，開始逐步彙整各領域資料，於102年7月建置完成以病人為中心的「健保雲端藥歷系統」，提供醫事人員因醫療需要可以查詢該病人，以健保身分跨院所就醫資料，減少不必要之醫療資源重複使用。
- (2) 「健保雲端藥歷系統」自105年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，提供線上查詢西醫用藥、中醫用藥、過敏藥物、特定管制藥品用藥、

特定凝血因子用藥、檢查檢驗紀錄、檢查檢驗結果、牙科處置及手術、復健醫療、手術紀錄、出院病摘及疾病管制署之預防接種等12類資訊；107年再新增及擴大各項功能，包括：新增醫療影像查詢功能、新增「疑似藥品療效不等」通報功能、新增「院所上傳影像品質」通報功能，以及全面推動醫療院所使用跨院重複開立藥品及檢驗（查）醫囑主動提示功能，有助於落實醫師善用雲端醫療系統資訊以減少醫療的重複浪費。

(3) 「健保醫療資訊雲端查詢系統」特約醫事機構使用率統計如下表。

表1 「健保醫療資訊雲端查詢系統」特約醫事機構使用率統計表

單位：家數、%

特約類別	107年健保特約醫事機構家數 (A)	使用雲端查詢系統特約醫事機構家數 (B)	使用雲端查詢系統特約醫事機構家數比率 (C)= (B)/(A)
醫學中心	26	26	100%
區域醫院	84	85 ^註	100%
地區醫院	363	367 ^註	100%
西醫診所	10,430	10,158	97%
中醫診所	3,661	3,017	82%
牙醫診所	6,723	6,188	92%
特約藥局	6,350	5,920	93%
總計	27,637	25,761	93%

註：有使用健保醫療資訊雲端查詢系統但停止健保特約醫事機構亦列入計算。
資料來源：衛福部。

2、減少重複用藥部分：

(1) 107年資料顯示，86.5%的病人在就醫或領藥時，均有透過醫事人員查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」。以降血壓、降血脂、抗思覺失調症、抗憂鬱症、降血糖及安眠鎮靜類等六大類

藥品為例，經統計103年至106年用藥日數重疊率(以查詢藥歷門診病人之六類藥品的給藥日數為分母，以該病人跨院勾稽同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數為分子)與前一年同期比較減少之藥費，103年減少0.5億元、104年減少1.5億元、105年減少1.0億元、106年減少0.4億元，合計減少3.4億元；已達成減少重複用藥目的。

- (2) 自107年起針對重點藥品及20大類檢驗(查)執行情形高於同儕之醫療院所按月資訊回饋，供其自我管理；並針對異常案件，進行立意專業審查，於108年1月也擴大實施60類重複用藥管理方案。經管理後初步統計，20大類檢驗(查)於107年上半年較去年同期成長率為4.0%，與106年上半年成長率7%比較已收管理成效。而80/20藥費管理部分，統計近3年(105至107年)上半年門診校正藥費成長率，與去年同期相比，成長率分別為7.84%、14.11%、1.19%，顯示重點管理藥品於107年申報成長趨緩；另重複用藥管理方案以107年第4季資料預估，每年可以減少重複之藥費2.2億元。
- (3) 另106年10月起再加強管理抗血栓、前列腺肥大、抗癲癇、心臟疾病、緩瀉劑及痛風治療等6類藥品，截至107年其用藥日數重疊率降幅亦達16%。
- (4) 自108年1月起，再將重複用藥風險較高或較多之藥品，如免疫製劑、支氣管阻塞劑、抗病毒藥物、抗組織胺、胃腸道用藥與制酸劑等納入加強管理範圍，重點管理藥品約占門診藥費7成。

3、減少檢驗檢查部分：

- (1) 健保署自106年第3季起，按月提供醫療院所病人跨院門診28日內再次執行統計暨院所及醫師門診執行率統計資料，供醫師處方參考，並透過健保雲端查詢平台，以避免不必要的電腦斷層掃描（Computed Tomography，下稱CT）及核磁共振造影（Magnetic Resonance Imaging，下稱，MRI）檢查，估計每月節省健保3,500萬點CT及MRI檢查費用及病患139萬元複製影像費用。
- (2) 自107年9月輔導未調閱病人已做檢查之影像或報告卻逕自開立檢查單之情形，截至107年12月底其案件量已由808件降至346件。
- (3) 運用大數據分析配合立意抽審，提升整體審查成效：健保署自102年發展篩異平台以針對疑似異常案件抽樣專審，目前建置超過100項指標進行管理，統計106年共核減醫療費用1.6億點、107年共核減醫療費用近2億點。

表2 健保署避免重複處方藥品或檢驗(查)實施策略及成效

實施策略及措施	實施成效
減少重複用藥部分：	
1. 107年資料顯示，86.5%的病人在就醫或領藥時，均有透過醫事人員查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」。	以降血壓、降血脂、抗思覺失調症、抗憂鬱症、降血糖及安眠鎮靜類等六大類藥品為例，經統計103年至106年用藥日數重疊率與前一年同期比較減少之藥費，103年減少0.5億元、104年減少1.5億元、105年減少1.0億元、106年減少0.4億元，合計減少3.4億元；爰確定已達成減少重複用藥目的。
2. 自107年起針對重點藥品及20大類檢驗(查)執行情形高於同儕之醫療院所按月資訊回饋，供其	經管理後初步統計，20大類檢驗(查)於107年上半年較去年同期成長率為4.0%，與106年上半年成長率

實施策略及措施	實施成效
自我管理；並針對異常案件，進行立意專業審查，於108年1月也擴大實施60類重複用藥管理方案。	7%比較已收管理成效。而80/20藥費管理部分，統計近3年(105至107年)上半年門診校正藥費成長率，與去年同期相比，成長率分別為7.84%、14.11%、1.19%，顯示重點管理藥品於107年申報成長趨緩；另重複用藥管理方案以107年第4季資料預估，每年可以減少重複之藥費2.2億元。
3. 106年10月起再加強管理抗血栓、前列腺肥大、抗癲癇、心臟疾病、緩瀉劑及痛風治療等6類藥品。	截至107年其用藥日數重疊率降幅達16%。
4. 自108年1月起，再將重複用藥風險較高或較多之藥品，如免疫製劑、支氣管阻塞劑、抗病毒藥物、抗組織胺、胃腸道用藥與制酸劑等納入加強管理範圍。	重點管理藥品約占門診藥費7成。
減少檢驗(查)部分：	
1. 健保署自106年第3季起，按月提供醫療院所病人跨院門診28日內再次執行統計暨院所及醫師門診執行率統計資料，供醫師處方參考，並透過健保雲端查詢平台，以避免不必要之電腦斷層掃描(CT)及核磁共振造影(MRI)檢查。	估計每月節省健保3,500萬點CT及MRI檢查費用及病患139萬元複製影像費用
2. 自107年9月輔導未調閱病人已做檢查之影像或報告卻逕自開立檢查單之情形。	截至107年12月底其案件量已由808件降至346件。
3. 運用大數據分析配合立意抽審，提升整體審查成效：健保署自102年發展篩異平台以針對疑似異常案件抽樣專審，目前建置超過100項指標進行管理。	統計106年共核減醫療費用1.6億點、107年共核減醫療費用近2億點。

資料來源：彙整自衛福部提供資料。

(三)除上述開源節流措施外，依「全民健康保險法施行細則」(下稱「健保法施行細則」)第37條：「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位

填具停保申報表1份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：一、失蹤未滿6個月者。二、預定出國6個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿3個月，始得再次辦理停保。前項第1款情形，自失蹤當月起停保；前項第2款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。」及第39條：「保險對象停保後，應依下列規定辦理：一、失蹤未滿6個月者，於6個月內尋獲時，應自尋獲之日註銷停保，並補繳保險費。逾6個月未尋獲者，應溯自停保之日起終止保險，辦理退保手續。二、預定出國6個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿6個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。政府駐外人員或其隨行之配偶及子女，辦理出國停保後，因公返國未逾30日且持有服務機關所出具之證明，得免依前項第2款規定註銷停保或復保，但在臺期間不得列入出國期間計算。……」等規定，保險對象預定出國6個月以上者得選擇是否辦理停保，並於出國期間暫停繳納保險費，亦停止保險給付。而選擇辦理停保且出國6個月以上之民眾，須俟返國後方能以回國日辦理復保，應於復保之日起繳納保險費；但曾辦理出國停保者，如再次申請停保，應於其前次停保之返國復保日計算滿3個月，始得再次辦理停保。即應至少繳納3個月保險費，始得再次申請停保。惟上開制度，不時遭媒體批評長期居住國外之國民於有醫療需要時，短期返國投保，即可利用高額之醫療資源，增加健保之支出，亦對長期投保繳納保險費者不公，主管機關亦應採取積極作為，以杜絕此情形。

(四)改善財務狀況之方法，無非開源與節流二大方向。目前主管機關所推動之各項開源措施中，以102年實施之二代健保，擴大費基針對保險對象未列入投保金額之高額獎金、兼職、執行業務、股利、利息、租金等6項所得（收入），以及投保單位每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額部分計收補充保險費，以107年度為例，該年度即增加健保收入達463億元，成效最為顯著。至於節流措施部分，最有效的方案則為總額支付制度，此外有效落實重複用藥管理方案，推動減少不必要之檢驗檢查，並運用大數據分析，每年均可減少相當金額之健保支出，亦頗具成效。基於醫療科技持續進步，納入健保之範圍與給付，勢將逐漸增加，爰應定期檢視各開源節流措施成效，適時調整，俾維持健保財務平衡，同時降低健保費率調整對社會各界所造成的衝擊。此外，長期居住國外之國民於有醫療需要時，短期返國投保，即可享受高額之醫療資源，增加健保之支出，亦對長期投保繳納保險費者不公，主管機關似應採取更積極作為，以杜絕類此情事。

四、實施DRG制對醫院提升效率、減少浪費，確有助益，惟目前仍僅實施401項DRG(占比20%)，原預計自107月7月1日起分3階段推動第3至5階段計1,089項之DRG，惟因醫師和醫療院所反對，迄今尚未能順利推行。DRG的支付制度可使得各醫院必須控制成本支出，以投入較少的醫療資源來達到較大的療效，減少醫療流程不必要的資源浪費，並進而提高醫療品質。衛福部既已蒐集各專科醫學會所提供對DRG之相關建議或意見，允應儘速研議並適切調整，俾利落實。

- (一) 住院診斷關聯群 (Diagnosis related groups, DRG) 支付制度，是同病同酬為概念的醫療費用支付制度，同一住院疾病採包裹給付，和過去論量計酬有所不同，係各國實施醫療保險制度以來，由保險人給付醫療院所的主要支付制度之一。DRG是根據住院病患診斷、手術或處置，依年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同群組，再依各群組所耗用醫療資源，訂定各群組的包裹支付方式。凡病患屬於同一診斷，住院給付均給予定額給付，亦即同病同酬。這種同病同酬包裹式的支付制度使得各個醫院必須針對群組的疾病建立起一定的診斷治療模式，即所謂的臨床路徑 (Clinical Pathway) 來控制醫院本身成本的支出，使醫療可以以最少的資源來達到最大的療效。由於 DRG 支付制度可以迫使醫療院所重新檢視院內的醫療流程是否有資源浪費，並進而提高醫療品質，因此各個先進國家爭相仿效，美國、加拿大、澳洲、紐西蘭、德國、比利時、愛爾蘭、捷克、葡萄牙、西班牙、法國、挪威、瑞典、日本、新加坡、韓國……等國都採用類似制度，以控管醫療費用。
- (二) 我國住院診斷關聯群 (Tw-DRG) 共規劃分5階段導入，第1階段於99年導入164項DRG，第2階段於103年7月導入237項DRG，目前合計已導入401項DRG。因現行導入之第1、2階DRG多為外科系疾病，為解決因分階段實施Tw-DRG，未實施之住院案件仍採論量計酬支付，造成醫院內部管理之矛盾。
- (三) 衛福部前於105年1月28日公告，自105年3月1日起，醫院住院全面實施Tw-DRG支付制度。惟考量醫界對於擴大實施Tw-DRG仍有疑義，且發布後適逢春節假期，特約醫院反映營運困擾或電腦資訊程式配合困

難等問題，衛福部健保署經謹慎評估後，決定暫緩實施。暫緩實施期間，衛福部健保署廣納各界對於Tw-DRG之修訂意見並規劃4.0版Tw-DRG支付通則，後於107年3月20日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議，自107年7月1日起實施4.0版支付通則，扣除80項暫緩實施項目，分3階段實施第3至5階段計1,089項DRG：

- 1、第3階段DRG：107年7月1日實施，計443項。
- 2、第4階段DRG：107年9月1日實施，計259項（含原第3階段之20項）。
- 3、第5階段DRG：107年11月1日實施，計387項。

惟上述決議之會議紀錄公開後，衛福部接獲各界反應意見多表示對於實施內容仍有疑慮。考量Tw-DRG實施屬重大支付制度變革，衛福部健保署於107年6月11日函請77家醫學會提出執行上有困難之DRG項目、具體理由說明及建議處理方式，健保署現針對前述醫學會函復意見調整Tw-DRG支付制度及財務試算，俟與相關醫學會討論後，再將辦理情形提案至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。截至108年1月14日止，共計47個專科醫學會提供823項修訂建議（共計影響923項DRG），綜整意見如下表所示：

表3 專科醫學會提供對DRG制之意見

建議處理方式	提出學會數	DRG數	提出內容
核實	13	174	脊椎損傷、放射性手術、癲癇重積、癲癇手術術前評估、糖尿病足部傷口潰瘍/週邊血管疾病、天疱瘡
暫緩	14	460	敗血症、細菌性肺炎、結核病、顱骨切開術、再生不良性貧血、凝血因子異常、發炎性腸道疾病不同入院原因、住院復健（先發展功能相關群組）、消化系DRG可能涵蓋所有消化道及肝膽胰，差異性大、小兒外科相關DRG

建議處理方式	提出學會數	DRG數	提出內容
再分類	13	70	急性胰臟炎/急性肝炎/肝膿瘍/肝硬化及酒精性肝炎(年齡)、腹股溝疝氣或腹壁疝氣與常規疝氣不同、耳鼻喉科建議依手術方式/年齡/CC再分類
部分排除部分暫緩	8	60	兒科醫學會建議0-17歲DRG項目暫緩實施
部分核實	5	123	血漿置換術、腎臟切片病理檢驗、腦血管疾病所使用之特材(腦血管閉塞球囊系統組/微導管/血管支架/氣球)、心瓣膜、DBS、IONM、血管內超音波、血栓抽吸導管
分類表調整	4	8	眼科相關虛擬碼調整
調升支付點數	2	28	骨髓炎、小耳手術
合計	47	923	

資料來源：衛福部。

(四)經核，依衛福部提供資料，106年第1、2階段導入項目執行成果，包括平均住院日數為3.96日，較前1年成長0.1%、DRG案件申報與實際點數比值1.195，較前1年下降0.8%，意即健保DRG支付之醫療點數高於醫院以論量計酬申報點數19.5%；此外，DRG案件3日內再急診率1.91%，較前一年下降4.2%，以及DRG住院案件轉出率0.58%，較前一年下降5.2%等。再依107年申報資料，DRG案件總計71萬餘件、約401億點，其相較第3~5階未導入DRG項目及總住院案件，DRG案件數及醫療點數之成長率皆較低，顯示DRG案件之醫療效率較高；又DRG申報點數與實際點數比值為1.177(較前1年減少1.5%)，意即健保DRG支付之醫療點數高於醫院以論量計酬申報點數17.7%，顯見實施DRG制對醫院提升效率、減少浪費，確有助益。惟107年3月20日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之決

議：自107年7月1日起實施4.0版支付通則，扣除80項暫緩實施項目，分3階段推動第3至5階段計1,089項DRG，惟因醫師和醫療院所反對，迄今未能順利推行，目前僅實施401項DRG。衛福部於接受本院詢問時直言，健保從管價、管量與管總費用這三方面去管控，管價部分已凍結20年，對醫院已經控管很嚴；管量可從病人方的部分負擔，但是調得太高也會影響病人就醫權益、犧牲窮人；違規查處的部分可能減少金額只有1-2%，但有嚇阻效果。內科病人的分類系統還不健全，故目前未全面實施DRG。然DRG的支付制度可使得各醫院必須控制成本支出，以投入較少的醫療資源來達到較大的療效，減少醫療流程不必要的資源浪費，並進而提高醫療品質。衛福部既已蒐集各專科醫學會所提供對DRG之建議或意見，允應儘速研議並適切調整，俾利落實。

五、健保藉由部分負擔制度，可提高民眾成本意識，使民眾更審慎使用醫療資源，防杜醫療不必要的浪費及無謂的保險支出，亦可順勢導引民眾的就醫選擇並改變民眾的就醫習慣，落實轉診制度目標。另，重大傷病免除部分負擔，能避免阻礙病人適時就醫及大幅減輕重大傷病患者及其家屬之經濟負擔，有其必要；然為杜質疑，主管機關允應持續精進重大傷病免除部分負擔之相關管控機制或作為，以避免不當之濫用。

(一) 健保自規劃時期即有部分負擔制度之構想，並自84年3月1日開辦時，即予採行。依「健保法」規定，門診或急診部分負擔有「定率制」與「定額制」；住院部分負擔為「定率制」，且為避免民眾負擔過重，定有單次及全年上限。

1、「定率制」就是每次就醫，都得依照醫療費用比

率，計算應繳費用，手術、檢驗做得越多，或是藥品越貴，部分負擔就越高，但也相對較公平，就是使用多少醫療資源，就付多少部分負擔；但會造成民眾就醫前無法估算該次就醫所需的部分負擔費用。也可能易造成輕症往醫學中心就醫的情形；若是較嚴重疾病、需要做額外的檢查檢驗，部分負擔動輒可能就要上千元，將導致重症者負擔沉重，輕症者定率金額低於現行金額，更易逕至醫學中心就醫，不利於分級醫療之推動。

- 2、「定額制」係為20多年前健保開辦時，為減少民眾就醫的經濟負擔，使經濟弱勢民眾無就醫之經濟障礙，即採行沿用至今。舉例來說，一般感冒患者到醫學中心看門診的診察費、藥事服務費等，現行收取定額部分負擔是420元，所以民眾可以事先估算部分負擔金額，另外民眾如果選擇醫學中心就醫，部分負擔將高於選擇基層診所(50元)、地區醫院(240元)或區域醫院(80元)，有利於醫療分級之推動。缺點則是負擔金額與醫療成本無絕對關係。

(二) 健保部分負擔之變化情形：

- 1、健保開辦時，考量如採定率制，硬體設備不足，須耗費相當之人力計算，其行政成本過高，且民眾就醫無法預估負擔金額，為使制度順利上路，採用「定額制」，為落實部分負擔制度設計之原意，自健保開辦以來，多次滾動式修正相關措施。
- 2、94年間，為促進轉診，公告調整西醫門診部分負擔之定額計收金額，依「經轉診」及「未經轉診」計收。

表4 94年公告之健保部分負擔計收金額

層級別	西醫門診		急診
	經轉診	未經轉診	
醫學中心	210元	360元	450元
區域醫院	140元	240元	300元
地區醫院	50元	80元	150元
診所	50元	50元	150元

資料來源：衛福部。

- 3、106年4月，為了導引民眾改變就醫習慣，希望藉此建立有效的轉診制度，西醫門診部分負擔金額再次調整。主要調整內容為民眾如經基層診所轉診至醫學中心就醫，部分負擔費用由210元調降至170元；未經轉診至醫學中心門診就醫，部分負擔費用由360元調高至420元；另為紓解醫學中心急診輕症就醫，同時調整急診部分負擔，至醫學中心急診，檢傷分類第3-5級部分負擔費用調高為550元，第1-2級維持450元。區域醫院及地區醫院急診，維持300元及150元。
- 4、住院部分負擔係依「健保法」第47條第1項規定辦理，並依該法施行細則第62條規定訂定單次及全年上限。

表5 急性病房應自行負擔之住院費用

住院天數	30日以內	逾30日至第60日	逾60日起
部分負擔比率	10%	20%	30%

資料來源：衛福部。

表6 慢性病房應自行負擔之住院費用

住院天數	30日以內	逾30日至第90日	逾90日至第180日	逾180日起
部分負擔比率	5%	10%	20%	30%

資料來源：衛福部。

- 5、由於人口結構日益老化、民眾就醫行為改變及醫療科技不斷推陳出新，96年至106年，健保醫療

點數由4,400億成長至7,000億。106年整體部分負擔(含政府補助及保險對象自行負擔)為404.6億，占醫療點數約5.8%。

(三)重大傷病免除部分負擔：

1、102年至107年分別截至當年度12月底，領有全民健康保險重大傷病證明有效領證數及醫療服務分別如下列2表。

表7 102年至107年底全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表

年度	有效領證
102	986,287
103	974,720
104	967,239
105	954,681
106	956,376
107	957,033

備註：有效領證數：係指實際有效領證卡數，已排除死亡及註銷案件。
資料來源：衛福部。

表8 近6年(102年-107年)重大傷病醫療服務概況統計—門住診合計

醫療利用項目	102年	103年	104年	105年	106年	107年
就醫人數						
值(人)	906,690	926,281	925,372	931,793	942,603	957,134
成長率(%)	3.48	2.16	-0.10	0.69	1.16	1.54
全國保險人數	23,193,063	23,290,460	23,453,723	23,536,734	23,618,666	23,841,920
佔保險人數比率(%)	3.91	3.98	3.95	3.96	3.99	4.01
醫療點數						
值(百萬)	162,523.3	167,910.0	172,032.8	181,453.7	191,687.8	203,878.9
成長率(%)	4.29	3.31	2.46	5.48	5.64	6.36
全國點數	600,715.3	627,047.5	642,823.2	500,890.8	711,709.4	738,202.9
佔全國點數比率(%)	27.05	26.78	26.76	36.23	26.93	27.62

資料來源：衛福部。

2、有關重大傷病免除部分負擔之公平性，衛福部之說明略以：

- (1) 部分負擔制度於規劃之初即有對弱勢群體及特定疾病予以免除、負擔不可過重以免妨礙適時就醫之基本原則，因此當時參考所收集各國制度，並考量在有限的行政及資訊系統資源下，於「健保法」規定，保險對象因重大傷病就醫免自行負擔費用。
 - (2) 外界雖對重大傷病免部分負擔存在公平性的疑慮，但該措施是否造成醫療資源濫用仍較缺乏實證資料，然不可否認確實能避免妨礙病人適時就醫及減輕重大傷病患者之經濟負擔，符合規劃原則。曾有學者提出以高醫療費用認定重大傷病免部分負擔的作法可能有助於促進公平性，但同時也提出仍會有醫療資源使用效率的疑慮，並同樣會產生道德風險，此外保險人及醫事服務機構之資訊系統及技術是否能配合也是關鍵挑戰。
 - (3) 現行重大傷病免除部分負擔之範圍僅限於重大傷病證明有效期限內，為重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。近年來，健保署對於提出重大傷病項目之增修建議，態度愈趨嚴謹，並隨著科技進步、疾病相關治療之發展情形，適時建議調整核發要件及證明效期，未來仍將持續檢討調整。
- (四) 綜上，健保藉由部分負擔制度，民眾就醫時除了健保付的醫療費用之外，自身也要負擔一小部分的費用，可提高民眾成本意識，使民眾更審慎使用醫療資源，防杜醫療不必要的浪費及保險無謂的支出，亦可順勢導引民眾的就醫選擇並改變民眾的就醫

習慣。換言之，部分負擔制度係為降低道德風險，可有效減少醫療不必要的浪費並節省健保之支出，故其制度設計之良窳，將決定節省健保支出之幅度或金額，亦能因勢利導而成為落實政策的工具。健保自84年3月1日開辦時即採用部分負擔制度，並依「健保法」規定，門診或急診部分負擔有「定率制」與「定額制」；住院部分負擔為「定率制」，定有單次及全年上限，於兼顧避免民眾負擔過重之同時，期待降低不必要的醫療浪費。嗣為導引民眾改變就醫習慣，對於經基層診所轉診至醫學中心就醫者，其部分負擔費用由210元調降至170元；而未經轉診至醫學中心門診就醫者，部分負擔費用由360元調高至420元門診或急診部分負擔，期待落實轉診制度，其方向應為正確。重大傷病免除部分負擔，102年至107年重大傷病就醫使用醫療服務人數佔全體保險人數比率約4%，而其使用醫療點數佔全國點數28.25%¹，故目前社會部分人士對重大傷病免部分負擔之公平性，存有疑慮；惟對於重大傷病免除部分負擔，不可否認確實能避免妨礙病人適時就醫及大幅減輕重大傷病患者及其家屬之經濟負擔，應有其必要，主管機關應持續精進重大傷病免除部分負擔之相關機制，以避免不當之濫用。提高部分負擔金額，即可減少健保支出，然部分負擔之調整，如同衛福部之說明，除考量財務的平衡性外，仍須以民眾的立場，考量整體醫療環境及是否造成民眾就醫經濟障礙等，另取得社會共識支持，尤其重要。

¹ 此數據之計算，係以重大傷病102年至107年使用醫療點數之合計數，除以同期間全國點數之合計數。

六、有鑒於105年6月實施「健保欠費與就醫權脫鉤（全面解卡）案」後，106年底健保欠費金額增為233億餘元，1年間增幅達10.76%，較以往年度為高，而保險對象當年度保費收繳率降為69.72%（106年）等情，健保署允宜持續追蹤該案實施後之欠費變化情形，掌握並分析欠費者背景及欠費原因等資訊，以瞭解其中蓄意欠費者、無能力繳費者、弱勢或近貧欠費者增加實情，俾免政策美意反造成蓄意欠費者之增加，形成健保財務漏洞，亦違反社會保險量能負擔之公平原則。

（一）83年8月9日公布之「健保法」第30條第3項前段規定：「保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。」再依88年7月15日公布之「健保法」第30條第3項前段規定：「保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，『得』暫行拒絕給付。」92年6月18日公布之「健保法」第30條第4項前段規定：「保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付及核發保險憑證。」爰依原「健保法」第30條規定，對於被保險人未繳清保險費予以鎖卡，以避免欠費影響健保財務。

（二）配合102年1月1日二代健保之實施，健保局依據100年1月26日公布之「健保法」第37條第1項前段規定：「保險人於投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金前，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。」之立法精神，研訂「二代健保健保費欠費暫行停止保險給付執行規劃方案」，分階段全面清查欠費遭鎖卡對象，透過直轄市及縣(市)政府社政或民政單位之協助，僅就認定具繳納健保費之能力，經輔導後仍拒不繳納者，方予鎖卡；而屬無力繳納健保費之弱勢對象，即予解卡，以保障弱勢民眾健保就醫權。²

² 依據101年5月24日原衛生署(102年7月23日改制成立衛生福利部)「保障弱勢民眾健保就醫

- (三)嗣鑒於蔡總統競選時醫療政策主張，第11項廢除健保鎖卡制度以保障弱勢略以，「只要符合健保資格者就可憑健保卡就醫，不鎖卡政策雖可能使欠費增加，加強欠費催收是另一公權力之行使，有如租稅稽徵般，不能因民眾之欠稅而影響其應享有之公民權利。」為落實醫療平權之普世價值，給予就醫權益的公平性保障，健保署爰於105年6月7日起實施「健保欠費與就醫權脫鉤（全面解卡）案」，藉廢除鎖卡制度，去除弱勢民眾欠費無法就醫之恐懼，更加落實弱勢照顧，對符合健保資格者，完成加保手續，均可就醫無礙。
- (四)依106年度中央政府總決算審核報告：二代健保實施後，保險對象及投保單位欠費金額，由102年底之184億餘元，逐年增至105年底之210億餘元，每年欠費成長率約3%至6%，惟健保全面解卡後，106年底欠費金額增為233億餘元，1年間增幅約10.76%，較以往年度為高；且當年度應收保險費之收繳狀況，102至106年保險對象及投保單位當年度保險費收繳率平均約為97%，惟其中保險對象當年度收繳率102至105年間約為71.46%至72.04%不等，至解卡後之106年則降為69.72%，顯示保險對象之保險費當年度收繳率呈下滑趨勢，將增加後續追討之行政成本。
- (五)有關健保全面解卡對欠費之影響及相關追討措施之成效，據衛福部表示：
- 1、現行健保署對健保欠費均依「健保法」第35條規定，對除弱勢以外³之欠費民眾，經催繳仍未繳納者，即移送行政執行，有薪資、銀行存款或房產者的欠費者會被執行扣取；105年6月7日起實施

權，未來健保局僅對有能力但拒繳健保費者鎖卡」新聞。

³ 依健保署針對本院108年1月11日處台調參字第1080830103號函所詢內容，於同年5月28日再補充說明：「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」第5點規定排除弱勢民眾約13.6萬人後，將欠費移送法務部行政執行署執行。

全面解卡後仍依法催收，對蓄意拒繳健保欠費者，應具相當嚇阻效果。另對經濟困難者，健保署賡續提供紓困基金貸款、轉介公益團體補助保險費及分期繳納保險費等措施⁴，以減輕其經濟負擔。各級政府對特定弱勢民眾補助健保費，包括低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、設籍前經濟弱勢新住民、身心障礙者、中低收入70歲以上老人及未滿18歲兒童及少年、未滿20歲及55歲以上之無職業原住民等，107年補助人數約305萬餘人，補助金額約252億餘元。

- 2、據該部稱，由於保險對象積欠健保費原因複雜，且衛福部健保署無保險對象個人家庭及經濟生活等相關資料，爰難以定義欠費者是否為蓄意積欠健保費行為或屬無能力繳納者。另，囿於全面解卡實施後健保署並無取得最新個人綜合所得稅稅率等外部資料，加以欠費對象、欠費金額及保險對象戶籍所在地皆屬滾動資料，故尚難就欠費對象之背景、縣市別等屬性比較分析。惟整體欠費催收情形，該署均持續監控，及辦理各項欠費催繳及移送行政執行作業，長期而言保險費收繳率仍可達99%以上，全面解卡未對健保財務及營運造成影響，而實施全面解卡措施前、後之保險費收繳率，仍維持近99%之水準，如下表。

表9 健保署實施全面解卡措施前、後之保險費收繳率情形表

單位：%

資料年月	全面解卡前	全面解卡後	
	105年5月	106年12月	107年12月
保險費收繳率	98.82%	98.66%	98.54%

註：統計期間為截至各該統計時間當月底止，保險費在5年請求權期間資料。

資料來源：衛福部。

⁴ 107年欠費協助為：紓困貸款，核貸2,406件，金額1.83億元；分期繳納，核准8.1萬件，金額23.05億元；愛心轉介，補助5,749件，金額2,579萬元；公益彩券回饋金，4.4萬人次，金額2.48億元。

- 3、依衛福部提供資料，全面解卡前、後之欠費金額如下表。全面解卡政策施行後之欠費金額較高，該部分分析原因為欠費之催收執行期間拉長，及隨整體社會經濟發展，健保保險費收入賡續成長約3.5%⁵，爰每年發生之欠費金額亦隨之增加。

表10 解卡前、後之投保單位及保險對象保險費欠費金額統計

單位：億元

資料年月	全面解卡前	全面解卡後	
	105年5月	106年12月	107年12月
投保單位及保險對象 保險費欠費金額	201.58	233.43	257.81

備註：1. 不含補充保險費。

2. 計算期間為保險費在5年請求權期間資料。

資料來源：衛福部。

- 4、健保署為防杜蓄意積欠健保費者，已強化與法務部行政執行署溝通協調，針對有清償能力者加強催收，實施全面解卡措施前、後之執行命令數及收回金額數均增加。

表11 健保署實施全面解卡措施前、後之欠費執行及追討情形表

單位：萬件、億元

項目	全面解卡前	全面解卡後	
	105年	106年	107年
執行命令數(萬件)	9.7	15.0	18.2
收回金額(億元)	7.10	12.16	15.55

資料來源：衛福部。

(六)按全民健保為自助互助之社會保險，健保財源必須來自民眾、雇主及政府等共同分攤，因此民眾具有享受健保保障之權利，亦有繳納健保費之義務。實

⁵ 健保署強化與法務部行政執行署溝通，該署加強執行作業力道，扣押欠費者薪資、存款等動產及不動產，爰健保署近年移送案件平均執行時間拉長，107年平均執行期間約415天，較105年增加約110天。投保單位欠費移送案件雖已取得債證，但仍須依據健保法38條向負責人求償，致其整體收繳期程拉長。

施全面解卡後，對蓄意拒繳健保欠費者，無法針對欠費民眾暫行停止保險給付（健保卡鎖卡），端賴欠費催繳、加徵滯納金及移送行政執行，以促使民眾按時繳納保費。如106年度中央政府總決算審核報告所指，健保全面解卡後，106年底健保欠費金額增為233億餘元，1年間增幅約10.76%，較以往年度為高，而保險對象當年度保費收繳率106年降為69.72%等情，健保署除加強蓄意欠費者相關催繳機制外，仍允宜持續追蹤健保全面解卡後相關欠費變化情形，包括欠費對象之分析，縣市、投保單位、弱勢欠費金額等欠費者背景及欠費原因資訊，以瞭解蓄意欠費有無異常增加，蓄意欠費者、無能力繳費者、弱勢或近貧欠費者之變化情形，俾免政策美意反造成蓄意欠費者增加，形成健保財務漏洞，亦違反社會保險量能負擔之公平原則。

七、透過健保抑制資源不當耗用改善方案之推動，可反映至點值提升，落實公平、品質、效率等目標；此外，該改善方案每年度之執行成果，除提報健保會外，亦於年度健保給付總額協商時列為重要參考資料，對於改善健保財務狀況，不無助益，應予重視並加強辦理。「病人自主權利法」業已施行，健保署允應針對末期無效醫療提出檢討與具體改善方案，以適當監測數據檢驗改善成效。又，健保署未能參考如美國及加拿大等國家之作法，利用健保給付方式對高齡共病衰老者、癌症病患、失智或失能者，提供預立醫療照護諮商，鼓勵此等族群經諮商後預立醫療計畫以減少持續無效之醫療，態度顯得消極，確有檢討之空間。

(一)造成醫療資源不當耗用因素包括「不足使用」、「不當使用」及「過度使用」，其概況與檢討情形，略

述如下：

- 1、不足使用係指醫療資源尚無法滿足需求，可能發生於偏遠地區等醫療資源較缺乏地區，健保署已透過IDS計畫⁶、醫療資源不足地區改善方案、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫等，將醫療送進偏遠地區，以106年山地離島、醫療資源不足區、一般地區之西醫基層就醫率(門診就醫人數/保險總人數)觀之，分別為84.33%(山地離島)、82.40%(醫療資源不足區)、80.16%(一般地區)，已較一般地區為高。
- 2、對於醫療資源不當使用部分，如屬於專業認定，則將透過審查機制予以核刪，健保署亦透過大數據分析，以精準審查方式掌控醫療品質；如屬於浮報虛報部分，則健保署將啟動查核機制，查證屬實者均依相關規定辦理。
- 3、如為醫療資源過度使用部分，可分為無效醫療及重複醫療，無效醫療因目前國內並無共識，且基於醫療倫理及無法律授權，只能以衛教鼓勵方式執行，如安寧緩和治療等；而對於重複醫療部分，健保署則透過建置雲端系統，由前端醫師處方即予以通知，並輔以對重複開藥不予支付之策略，應已一定程度降低重複之處置、藥品及檢驗或檢查。

(二)健保署每年研議提升民眾就醫及用藥品質，減少重複或不必要之藥品或檢驗，就重複之醫療耗用提出改善對策後，提健保會討論，並依健保會意見修訂後報衛福部核定，茲將102年至108年健保抑制資源不當耗用改善方案之相關內容，彙整說明如下：

⁶ 健保局於88年11月推動「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(Integrated Delivery System, 簡稱IDS計畫)。

1、分析可能造成醫療浪費之原因：

包括總額支付制度下論量計酬之誘因，致提供過多之醫療照護；生命末期甚多非必要的醫療，造成資源排擠效應；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要之高科技醫療檢查及治療；人口老化多重慢性病缺乏整合性醫療，易造成重複就醫及重複用藥的問題(108年更改為保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗檢查與處置問題)；就醫可近性高，少數病患患有高診次就醫問題；醫療分科過細，造成整體就醫屬片斷醫療，就醫次數不易控制(108年更改為照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療)等。

2、實施內容：

- (1) 加強全民健保教育宣導(103年)；深化民眾珍惜健保資源宣導(104、105、106、107、108年)。
- (2) 高診次就醫輔導(102、103年)；正確就醫觀念及行為(104、105、106、107、108年)。
- (3) 強化自我照護能力(106、107、108年)。
- (4) 持續推動分級醫療(107、108年)。
- (5) 提供(或利用)即時資訊避免重複醫療(102、103、104、105、106年)；減少重複醫療利用(107、108年)；精進雲端醫療資訊系統(107、108年)。
- (6) 持續支付制度改革(102、103、104、105、106年)；持續推動疾病管理(107、108年)。
- (7) 高耗用醫療項目管控(102、103年)；減少不必要的高耗用醫療項目(104、105、106年)。
- (8) 多重疾病整合醫療之推動(102、103年)；提供民眾多重疾病整合醫療服務(104、105、106年)。

- (9) 減少無效醫療耗用(102、103、104、105、106、107年);尊重醫療自主,保障善終權益(108年)。
- (10) 增進院所之合作機制(107、108年)。
- (11) 藥費管制措施或合理藥費管控措施(102、103、104、105、106年)。
- (12) 提高審查之精準度(107年)。
- (13) 強化違規查處機制(103、104、105、106、107、108年)。
- (14) 各分區自訂管理策略(106年)。

3、預期效益：

- (1) 降低民眾不必要就醫及避免不必要的檢查及用藥。(102、103、104、105年)
- (2) 避免延長末期病患的痛苦,讓生命有尊嚴,臨終有品質,降低臨終醫療使用。(102、103、104、105年);讓生命有尊嚴、臨終有品質,使病患獲得適切之醫療服務,促進民眾健康(105年);
- (3) 提供整合式照護,降低民眾重複就醫情形,提升醫療效率及品質,使病患獲得適切之醫療服務,促進民眾健康(106年);減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護,加強疾病管理、增進院所間之合作機制,降低民眾重複就醫情形,提升就醫醫療安全與品質,增進醫療連續性,使病患獲得適切之醫療,促進民眾健康(107、108年)。
- (4) 透過支付制度改革,提升醫療效率及品質,使病患獲得適切之醫療服務,促進民眾健康。(102、103、104年);經由支付制度改革及提供有品質的臨終照護,避免不必要的檢查、用藥與臨終前急性醫療利用(106年)。
- (5) 降低慢性病患不當處方用藥及提升慢性病患

用藥品質。(102、103、104、105年)

(6) 透過珍惜健保資源宣導與落實醫療知情權，加強民眾正確就醫觀念及行為(106、107、108年)。

(7) 經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用、提升審查精準性等，促使醫療資源使用更有效率(107、108年)。

(三)關於健保抑制資源不當耗用改善方案之成效，詢據衛福部表示大部分醫療費用之成長主要來自人口老化及新藥新科技之引進，自健保署推動總額支付制度以來，醫療費用每年成長率已控制在4-6%之間，比其他國家已相對穩健，惟因醫療費用影響因素眾多，亦非僅上開方案之執行即有重大影響，另上開方案相關執行結果可能反映於公平（如：加強偏遠地區服務）、品質（如：加強慢性病照護）、效率（如：DRG、分級醫療）。

關於上開方案費用節省效益部分，健保署以推動健保醫療資訊雲端服務為例，透過資訊公開，減少重複用藥及檢查，103年至106年推估共節省3.4億元（一年平均8,500萬元），反映於總額點值之提升、新藥及新科技之導入、增加給付範圍等。此外，高診次就醫輔導部分，102年至106年高診次就醫輔導，平均每年輔導人數約4.5萬人，經輔導後，平均每人就醫次數較輔導前下降約20%，節省健保資源金額分別為5.32億元、7.29億元、5.58億元、4.25億元、5.28億元。

推動安寧療護之成效部分，接受安寧療護之人數逐年穩定成長，從102年約2.6萬人，增加至107年5.1萬人；病患死亡前一年接受安寧療護之人數比率亦由102年15.7%增加至106年25.2%，安寧療護費用逐年成長。「病人自主權利法」於105年1月6日

公布，依該法第19條自公布後3年施行之規定，自108年1月6日起施行，依據該法第14條規定，末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智，以及其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形，若病人有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。本院諮詢學者亦指出在有安寧照護的機構推動情形甚佳，應廣為宣導，除可尊重病人醫療自主並保障其善終權益外，尚可節省醫療支出。

「病人自主權利法」歷經3年準備期已於本（108）年1月6日正式生效上路，減少無效醫療耗用、尊重醫療自主，保障善終權益等計畫雖已列入歷年之健保「抑制資源不當耗用改善方案」中，允應針對非屬「病人自主權利法」規範之末期無效醫療提出檢討與具體改善方案，以適當監測數據檢驗改善成效。又，健保署未能參考如美國及加拿大等國家之作法，利用健保給付方式對高齡共病衰老者、癌症病患、失智或失能者，提供預立醫療照護諮商（ACP），鼓勵此等族群經諮商後預立醫療計畫以減少無效醫療拖磨，健保署消極作為，實有檢討之必要。

- （四）經查，健保署每年研議提升民眾就醫及用藥品質，減少重複或不必要之藥品或檢驗，就重複之醫療耗用提出改善對策之相關作為，符合「健保法」第72條：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」之

規定，透過各改善對策之實施，其對所增加健保節餘之金額，可反映至點值提升，達到提升公平、品質、效率等目標；此外，縱如衛福部之說明，醫療費用大部分成長主要來自人口老化及新藥新科技之引進，自推動並施行總額支付制度以來，醫療費用每年成長率已受控制，然健保抑制資源不當耗用改善方案每年度之執行成果，除提報健保會外，亦於年度總額協商時列為重要參考資料，對於改善健保財務狀況，不無助益，應予重視並加強辦理。此外，「病人自主權利法」已於本（108）年1月6日施行，減少無效醫療耗用、尊重醫療自主，保障善終權益等計畫雖已列入歷年之健保抑制資源不當耗用改善方案中，然允應針對末期無效醫療提出檢討與具體改善方案，以適當監測數據檢驗改善成效。又，健保署未能參考如美國及加拿大等國家之作法，利用健保給付方式對高齡共病衰老者、癌症病患、失智或失能者，提供預立醫療照護諮商（ACP），鼓勵此等族群經諮商後預立醫療計畫以減少持續之無效醫療，態度顯得消極，確有檢討之空間。

八、衛福部未對「公司法」修正後對補充保險費之影響進行評估並採取因應措施，凸顯該部未能確實掌握影響健保財務之因素，似欠積極。

- （一）100年1月26日修正公布並自102年1月1日起施行之「健保法」第31條規定：「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣1千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：一、所屬投保單位給付全年累計逾

當月投保金額四倍部分之獎金。二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。三、執行業務收入。但依第20條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。五、利息所得。六、租金收入。扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」而前行政院衛生署於101年10月30日衛署健保字第1012600179號令訂定發布並自102年1月1日施行之「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第4條規定：「扣費義務人給付本法第31條第1項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣5千元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第31條第1項第1款逾當月投保金額4倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。前項應扣取補充保險費之利息所得，其單次給付未達新臺幣2萬元者，扣費義務人併得於次年1月31日之前，依照規定格式造冊，彙送給保險人，由保險人逕向保險對象收取。……」其後，為兼顧健保財務之穩健，適度減輕民眾補充保險費負擔，該規定於104年12月2日修正，將利息所得、股利所得、租金收入及執行業務收入，全面放寬補充保險費扣費標準，單筆扣費下限一律由5千元提高到2萬元。而原訂補充保險費率2%亦於105年1月1日起調降為1.91%。

- (二)衛福部表示，107年增加健保保險收入約463億元，約占健保保險收入7%，實施後費基涵蓋綜合所得之

範圍已擴大至9成以上，對健保財務收支結構性問題之改善助益不小。102年至107年補充保險費收繳情形如下表。

表12 102年至107年健保補充保險費收繳情形

年度	收繳金額(億元)
102	403.5
103	468.2
104	474.5
105	443.9
106	449.8
107	463.4

資料來源：衛福部。

(三)107年8月1日修正公布前之「公司法」第228條規定：「每會計年度終了，董事會應編造左列表冊，於股東常會開會30日前交監察人查核：一、營業報告書。二、財務報表。三、盈餘分派或虧損撥補之議案。」及同法就「閉鎖性股份有限公司」⁷於第356條之10規定：「公司章程得訂明盈餘分派或虧損撥補於每半會計年度終了後為之。」嗣因彈性化之盈餘分派或虧損撥補有助於提升股東投資意願，使公司治理更具彈性。爰修正後之「公司法」增訂第228條之1第1項規定：「公司章程得訂明盈餘分派或虧損撥補於每季或每半會計年度終了後為之。」並刪除同法第356條之10之規定，以鬆綁公司盈餘分派次數限制得於每半年或每季為期限為之。是以公司

⁷ 公司法第356條之1規定：「閉鎖性股份有限公司，指股東人數不超過50人，並於章程定有股份轉讓限制之非公開發行股票公司。」

法修正後，公司1年最多可分派4次盈餘，亦即股東1年最多可領取4次股利，股利發放次數增加，減少每次股利所得金額，易致每次股利所得低於健保補充保費單筆扣費下限，而無須繳納健保補充保費，影響其收入。惟衛福部就本院所詢「『公司法』修正後，放寬股利發放次數，貴部有無評估其對於健保補充保費之影響？又有無因應措施？」時卻表示，實際影響金額須視各公司獲利盈餘、股利發放政策及民眾持有情形而定。顯見，衛福部並未對「公司法」之修正可能造成補充保險費之影響進行評估並採取因應措施，似欠積極。

(四)再者，衛福部表示，為瞭解扣費單位補充保險費繳納情形，健保署自104年起取得財稅單位核定之102年所得資料（財稅所得核定資料與實際所得有2年落差）啟動補充保險費查核作業，平均每年約1.2萬家扣費單位有短漏繳情形、金額約2億元。依查核經驗，除少數民眾採合法節費健保署予以尊重外，絕大多數扣費單位及保險對象均能依規定繳納補充保險費，僅少部分因不諳相關規定或認知疑義致有漏短繳，經輔導後大多能配合補繳，尚不至有所謂規避脫序之情形。又以存款500萬元為例，分成數張1年期之定期存款，利息約定按月支領，補充保險費係依個別定期存款各月給付之利息金額分別計算；前開案例屬民眾個人投資理財規劃行為，尚難遽以認定係針對徵收補充保險費所致，健保署予以尊重。

(五)按「106年度全民健康保險財務評估報告」業已指出，健保財務收支存在結構性失衡，於維持現行健保費率4.69%情況下，106年至110年平均每年財務收支逆差3.26個百分點，且逐年持續擴大，預估110

年財務收支短絀將達994億元。以102年至107年補充保險費收繳情形觀之，105年調降補充保險費費率，其補充保險費即較104年短少約30.6億元，而「公司法」修正放寬年度內盈餘發放次數，民眾存款拆單、按月取息等個人投資理財規劃行為，在在均影響健保補充保險費所能挹注健保財務之金額。衛福部雖稱，健保補充保險費對健保財務收支結構性問題之改善有所助益，且少數民眾採合法節費，該部予以尊重，惟該部未對「公司法」之修正所造成補充保險費之影響進行評估及採取因應措施，實凸顯該部未能注意影響健保財務之因素，似欠積極。

參、處理辦法：

- 一、調查意見，函請衛生福利部檢討改進見復。
- 二、調查意見，函復審計部。
- 三、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族委員會處理。

調查委員：陳小紅、章仁香、楊美鈴、田秋堃