

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：中央健康保險局。

貳、案由：為中央健康保險局未能積極任事，迄未完成建置稽核重複就診、檢驗檢查及處方之資料及機制，無法儘速達成抑制醫療浪費之功能；規劃及執行 IC 卡時，未審時度勢研擬相關配套措施，並在不損及民眾醫療權益之前提下，即時修正全民健康保險法相關法令，課予保險對象節制醫療浪費之義務，對於醫療浪費之遏止，未見具體績效，均有未當，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

為調查中央健康保險局（下稱健保局）於民國（下同）九十二年七月實施健保 IC 卡對於醫療浪費之節制績效，本院爰約詢健保局李副總經理丞華等相關主管人員，發現確有下列違失：

- 一、健保局未能積極任事，迄未完成建置稽核重複就診、檢驗檢查及處方之資料及機制，無法儘速達成抑制醫療浪費之功能，遏止醫療浪費之績效不彰，洵有未當。
 - （一）依據行政院於九十年六月十一日核定修正之「健保 IC 卡實施計畫」，實施健保 IC 卡之效益包括：五至七年不需換卡、避免醫療費用申報資料與實際資料之落差、方便民眾查閱在保與繳費狀況、促進醫事服務機構電腦化及連線、帶動國內資訊工業之發展、整合現行醫療憑證、避免重複利用昂貴儀器及檢查暨作為個人醫療費用紀

錄工具，讓民眾瞭解其利用醫療資源之情形。又前開計畫之效益與節制醫療浪費最有關係者為「避免重複利用昂貴儀器及檢查」，該計畫推估健保IC卡實施首（九十二）年，可降低每人每年就醫次數〇．四次，節省醫療費用新台幣（下同）五四．六億元；第二年（九十三）後，每年預估降低〇．二次就醫次數，節省醫療費用達二七．三億元。另實施健保IC卡可防止醫事服務機構虛報、浮報醫療費用，預估第一年可節省醫療費用三十億元，第二年後每年約可節省十五億元。亦即健保IC卡之實施，對於降低就醫次數及防止醫事服務機構虛報、浮報醫療費用等節制醫療浪費之效益，實施首年之節省金額合計約八四．六億元，第二年後，每年為四二．三億元。

（二）查前開計畫預定健保IC卡存放之資料包括：「健保資料專區」、「醫療專區」及「衛生行政專區」三大類。惟目前僅於「健保資料專區」存放保險對象之健保資料，包括：保險人代碼、保險對象身分註記、卡片有效期限、就醫可用次數、最近一次就醫序號、就醫資料登錄、就醫累計次數、保健服務、新生兒依附註記、孕婦產前檢查、最後月經開始日期及預產期等資料。經詢據健保局表示，因各界對IC卡內存放內容有諸多意見，故先行將無爭議內容存放在健保IC卡上，俟有共識再循序漸進地將原規劃存放之內容逐步上線，該局與醫界及相關團體溝通後，已於九十三年十一月增加「器官捐贈項目」註記，同年十二月增加「重大傷病項目」註記，另規劃於九十四年一月增加醫令項目（例如：電腦斷層（CT）、磁共振造影（MRI）、正子掃

描 (PET) 檢查等) 登錄及醫學中心之慢性病連續處方箋藥品登錄, 係重要醫令項目 (例如: CT、MRI、PET 檢查等紀錄) 登錄於健保 IC 卡後, 即可達成「避免重複利用昂貴儀器及檢查」之目的。至於「健保資料專區」之就醫累計費用、醫療費用總計、部分負擔累計費用、個人保險費, 「醫療專區」之過敏藥物、門診處方箋、基層診所、地區醫院及區域醫院之長期處方箋及「衛生行政專區」之預防接種資料項目, 尚規劃中, 實施期程未確定。

(三) 詢據健保局實施健保 IC 卡後對防止虛、浮報醫療費用及節制醫療浪費之成效, 據表示:

- 1、健保 IC 卡在節制醫療浪費上扮演啟動之角色, 惟需「提供醫療院所適當誘因」及「建構醫療資訊整合計畫」等機制配合, 始能對節制醫療浪費有所成效。在「提供醫療院所適當誘因」部分, 健保局於九十三年七月一日實施「醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」, 鼓勵電腦斷層造影 (CT) 及核磁造影 (MRI) 檢查等醫療資源共享, 避免患者重複受檢。又衛生署刻正報請行政院同意「國家健康資訊基礎建設專案」所需之經費, 預計在計畫執行後十八個月內完成醫學中心及區域醫院間影像資料網路傳輸, 再十八個月後可完成全體醫院間之醫療資訊網路傳輸, 達到資源共享及節制醫療浪費之預期成效。
- 2、健保局利用健保 IC 卡及讀卡機上傳資料之功能, 可將病人之就醫日期、時間、醫事服務機構代碼、身分證統一編號等資料, 產生不可改變之「驗證碼」, 再配合上

傳資料之機制，傳回健保局總局作歸戶彙整，並與醫事服務機構申報醫療費用之資料檔進行比對，即可針對非正常就醫之行為進行稽核，防止醫事服務機構浮報及濫報醫療費用。惟因健保 IC 卡實施初期，醫療院所即時上傳作業未臻熟稔，就醫資料亦欠缺完整性，故健保局延至九十三年七月始對醫療院所上傳至資料庫之保險對象就醫資料進行分析。

3、健保局於九十三年七月開始針對醫療利用異常之保險對象展開監控作業，擷取資料之條件係按「地區」、「月份」篩檢出就診次數前一百名之保險對象，再依據前開條件，勾稽出每月就醫累計次數超過三十次以上保險對象之就醫明細，並將資料下傳至轄區各分局以進行即時輔導。九十三年七月，就醫超過三十次以上者有三〇三人，同年八月及九月分別為二八八人及二三九人。

4、健保局曾藉由民眾檢舉、資料分析及訪查保險對象等方式，發現醫療院所利用健保紙卡無法正確記錄就醫時間之缺點，而收集或自創健保卡號、註記健保卡換取非對症物品及溢註記健保卡格以虛報費用等情事，前揭多蓋格或就醫造假之違規類型，健保局於九十一年查獲五十五件、九十二年查獲三十六件，惟實施健保 IC 卡後，已可正確記錄保險對象就醫之時間及項目，醫療院所已無法再對就醫資料造假，又健保局對醫療院所每日上傳資料均進行分析，對於異常之醫療院所即進行訪查，故九十三年一至六月已未查獲前開違規情事。

(四)查健保 IC 卡自九十二年七月一日實施，九十三年一月一日全面執行，惟存放之內容

與行政院核定實施計畫之內容有明顯差距，故健保局未能儘速監測醫師或病患重複利用昂貴儀器及檢查之情形，健保IC卡亦無法儘速達成抑制醫療浪費之功能；部分健保IC卡上原規劃存放之資料，例如精神病或愛滋病患之登錄恐涉及保護個人隱私資料之質疑，確需健保局與社會團體或病友團體協商，俟有共識再行實施，惟除前開疾病外之重大傷病登錄或利用昂貴儀器及檢查等重要醫令登錄，若未涉及隱私權部分，其登錄與健保IC卡可否達成節制醫療浪費之目的息息相關，然前述資料迄今仍未存放在健保IC卡上，故本院詢據健保局健保IC卡對於節制醫療浪費之績效、每年可節省之醫療費用及防止醫事服務機構虛報、浮報醫療費用之金額，該局均未能提供具體量化數據，其效益顯未如期達成，健保局難辭執行不力之咎。又九十三年七月一日起，健保局已可勾稽出每月就醫累計次數超過三十次以上保險對象之就醫明細、防止醫療院所對就醫資料造假、查核醫療院所違規，惟利用健保IC卡對保險對象就醫次數進行勾稽係實施後僅見不同於以往紙卡之功能，卻仍無法達成即時監控醫療利用異常之成效，僅能在保險對象重複醫療已造成醫療浪費之既定事實後，始勸導民眾改變異常之就醫行為，而未能及時遏止民眾不必要之重複就醫；且是項勾稽作業亦遲至九十三年七月始進行，換言之，在九十二年七月實施健保IC卡前，甚至至九十三年七月之一年期間，健保局並未積極規劃如何儘速利用健保IC卡以發揮抑制醫療浪費之功能，導致社會各界對於健保IC卡在醫療費用節制毫無效果之指責。健保局未能積極任事，迄未完成建置稽核重複就診、檢驗檢查及處方之

資料及機制，無法儘速達成抑制醫療浪費之功能，遏止醫療浪費之績效不彰，洵有未當。

二、健保局於規劃及執行IC卡時，未審時度勢研擬相關配套措施，並在不損及民眾醫療權益之前提下，即時修正全民健康保險法相關法令，課予保險對象節制醫療浪費之義務，對於醫療浪費之遏止，未見具體績效，顯有違失。

(一) 健保局為即時監控醫療利用異常之保險對象，原已訂定「全民健康保險醫療利用異常輔導專案計畫」，針對就診頻率過高者進行輔導改善。健保IC卡實施後，該局嗣於九十三年七月開始擷取每月、各地區就診次數前一百名之保險對象，並勾稽出每月就醫累計次數超過三十次以上保險對象之就醫明細，將該項資料下傳至轄區各分局以進行即時輔導。

(二) 健保局發現民眾異常就醫情形之後續處置：

1、以親自訪視或電話訪視方式，瞭解保險對象有無就醫、用藥之問題或障礙，再依個案分別進行輔導。

2、建立管控名單，函請醫療院所加強輔導保險對象之正確就醫及用藥觀念，並將其用藥資料提供予醫療院所參考。

3、對於就醫頻繁或利用率異常者，依其病情，由特定醫事服務機構給與適當之治療。

(三) 全民健保之理念，係透過被保險人繳交健保費之集體互助方式，在保險對象有醫療需要時，均可獲得醫療給付，透過風險分擔機制，掃除民眾就醫障礙，避免因病而

窮。然健保費之收入來自於被保險人，因費率及投保金額調整不易，故健保實施以來保費收入之成長有其限制，然而，醫療費用隨著人口增加、人口老化及醫療科技之進步，逐年上漲係必然之趨勢，惟醫療費用之成長幅度近年來均大於保費收入之成長，全民健保入不敷出所致之財務問題，因而屢受社會各界所關切，如何將有限之健保費更有效率地使用於必要之醫療上，為社會保險之難題，卻為全民健保可否永續經營之關鍵所在。

(四)全民健保之被保險人有繳交健保費之義務，其獲得醫療給付之權益相對亦將受到保障；保險特約醫事服務機構有提供保險對象醫療服務之義務，因而獲得對價之醫療費用支付，惟一旦醫療院所或保險對象對於醫療之供給或需求遠超過實際之需要而發生醫療浪費情事，將排擠健保預算使用之用途，影響確有需求者之醫療需要，而危及全民健保之公益性質，因此民眾醫療權益之保障並非等同於毫無節制地使用醫療資源，再由全體被保險人共同買單。健保局目前對於醫療費用之控制，對供給醫療服務之醫療院所，已先後實施合理門診量、總額預算制度，亦對醫療服務提供之適當性進行審查或稽核；至於民眾部分則以提高部分負擔為因應，惟部分負擔制度係對保險對象就醫時課予相同之義務，而未針對恣意浪費者進行規範。健保局已於九十三年全面實施健保IC卡，可對就醫異常保險對象進行控管，惟其控管方式仍著重於個案輔導，或限定個案由特定醫事服務機構給與適當之治療，然揆諸現行全民健康保險法相關法令，並未有限制超高診次或就診異常民眾至特定醫院就醫之規

定，健保局又於九十二年間為配合健保 IC 卡之實施而取消高診次加重部分負擔之措施，現行徒採個案輔導方式對於民眾節制醫療浪費之效果仍需視民眾有無配合意願而定，並無拘束力可言。綜上，健保局於規劃及執行 IC 卡時，未審時度勢研擬相關配套措施，並在不損及民眾醫療權益之前提下，即時修正全民健康保險法相關法令，課予保險對象節制醫療浪費之義務，對於醫療浪費之遏止，未見具體績效，顯有違失。

綜上論結，為中央健康保險局未能積極任事，迄未完成建置稽核重複就診、檢驗檢查及處方之資料及機制，無法儘速達成抑制醫療浪費之功能；規劃及執行 IC 卡時，未審時度勢研擬相關配套措施，並在不損及民眾醫療權益之前提下，即時修正全民健康保險法相關法令，課予保險對象節制醫療浪費之義務，對於醫療浪費之遏止，未見具體績效，均有未當，爰依監察法第二十四條提案糾正，送請行政院轉飭所屬確實檢討並依法妥處見復。