

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署。

貳、案由：行政院衛生署中央健康保險局漠視多年來實施門診高利用保險對象輔導專案計畫之節流效益，挹注查核人力不足，縱任就醫及用藥浮濫問題惡化；又罔顧審計部稽察其推動健保 IC 卡實施計畫所指摘缺失事項長達 2 年多，迄未謀求現狀有效改善方案，完全寄託於遙遙無期之「健保 IC 卡改善計畫」，核有疏失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

據報載，行政院衛生署（下稱衛生署）中央健康保險局（下稱健保局）公布國人年平均就醫 15 次，惟民國（下同）99 年逾 3 萬多人 1 年就醫超過 100 次，其中更有民眾 1 年看診高達 1,078 次；另有罹患多重疾病之民眾，不斷重複領藥，1 年領藥超過 22 年份藥物。事涉健保資源濫用及民眾用藥安全，究政府相關部門是否涉有違失情事，認有深入瞭解之必要，案經向健保局調閱相關卷證資料，並約詢該局相關主管人員，茲已釐清案情竣事，爰將衛生署涉有疏失部分臚述如次：

一、健保局漠視多年來實施「門診高利用保險對象輔導專案計畫」之節流效益，挹注查核人力不足，縱任就醫及用藥浮濫問題惡化，顯未善盡珍惜健保醫療資源有效運用，並確保民眾用藥安全之職責，核有怠失：

（一）查健保局提供之 97~100 年國人每人每年醫療資源利用狀況統計圖（如附圖 1）顯示：

1、97~100 年每人每年平均醫療資源利用次數，分別為 13.99 次、14.43 次、14.59 次、15.1 次，呈現逐年增加之趨勢。

2、97~100 年每 100 人住院件數，分別為 13.1 件、13.36 件、13.55 件、13.81 件，亦呈現逐年增加之趨勢。

3、又依該局之統計分析資料，發現下述情形：

(1) 全國愛逛醫院、愛吃藥的 65 歲以上老人，約有兩萬多名，每年至少到 6 家醫院看病，全年就醫次數超過 100 次，每天吃 6 種、10 顆藥以上，每人一年平均醫療費用高達新台幣(下同)56 萬元，其中一半用於藥費。

(2) 老人慢性病多，得因應不同疾病服用多種藥，但是生理機能退化，加上認知能力下降，無法正確辨識藥物，用藥風險因而倍增。此外，有的老人還會中藥與西藥併用，或購買保健食品，並不知道自己服用的藥物，不但內容重複，而且服用劑量已超過常人劑量的好幾倍。

(3) 老人多病纏身，狀況不一，到處看診，醫病雙方都不察，往往就會遇上重複開藥的情況，若沒有藥師幫忙做「用藥總整理」，很容易出現藥物交互作用。根據藥師公會統計，最常見重複用藥，除慢性病、三高（高血糖、高血脂、高血壓）藥物外，止痛藥也不少。

(4) 健保局分析全年度門診就醫次數 ≥ 100 次保險對象且經派員訪視輔導後發現，超過七成的個案是因為身體不適問題無法解決或因多重疾病而就診或稍覺有不適即就診等 3 項為主要原因，以致於平均 3-4 天就需要到院所就醫。

(二) 次就國際資料比較而言，根據 99 年健保資料庫統計，國人每人每年看診次數 15.2 次，為經濟合作與發展組織 (OECD) 國家 5.9 次的 2.6 倍；每張處方箋藥品品項數為 4.2 項，為 OECD 國家 1.9 項的 2.2

倍。而健保藥品支出占健保總費用的 25%，亦高於 OECD 國家的 15%。況且台灣末期腎臟疾病盛行率世界第一，許多研究證實，此與藥品及中草藥的多量使用有關。凡此均見國人異常就醫或重複領藥之情形過於浮濫，欠缺合理有效之管控措施。

(三)卷查健保局自 90 年起便開始執行「門診高利用保險對象輔導專案計畫」，並視其輔導業務人力負荷量，逐步調低應行輔導保險對象全年門診就醫次數門檻：

- 1、90 年係以 88 年全年門診就醫次數超過 300 次（含）之個案為輔導對象。
- 2、91 年以 89 年全年門診就醫次數超過 100 次（含）及 200 次（含）之個案為輔導對象。
- 3、93 年以前一年門診申報就醫次數 ≥ 200 次為輔導對象。
- 4、97 年以前一年門診就醫次數 ≥ 150 次為輔導對象。
- 5、設定「將前 1 年申報門診就醫次數 ≥ 100 次者納入輔導」門檻：係依 99 年 3 月立法院立法委員要求健保局擴大輔導範圍，故自 99 年起將 98 年申報門診就醫次數 ≥ 100 次者納入輔導。因此輔導人數遽增為 3 萬餘人，在輔導人力未增加之情形下，工作負荷量約增加 7.2 倍。

(四)復據健保局提供 99 年至 101 年全民健康保險因異常就醫或重複用藥而耗用之醫療費用統計表如下：

- 1、99 年輔導 98 年度門診就醫次數 ≥ 100 次者(總輔導人數為 32,951 人)輔導至 99 年 12 月之成效與 98 年同期比較，每人平均就醫次數下降 19%，每人平均醫療費用下降 16%，節制之醫療費用約為 5.1 億元(如附表 1)。

- 2、100 年輔導 99 年度門診就醫次數 \geq 100 次者（總輔導人數為 33,468 人，其中新個案數為 18,641 人，占 56%）輔導至 100 年 12 月之成效與去年同期比較，每人平均就醫次數下降 17%，每人平均醫療費用下降 16%，節制之醫療費用約為 6.2 億元（如附表 2）。
- 3、101 年輔導 100 年度門診就醫次數 \geq 100 次者（總輔導人數為 33,468 人，其中新個案數為 19,200 人，占 58%）輔導至 101 年 11 月為止之成效與去年同期比較，每人平均就醫次數下降 23%，每人平均醫療費用下降 25%，節制之醫療費用約為 7.4 億元。
- 4、承上，為協助保險對象就醫更有效率，該局 99~101 年針對高就醫頻率之病人介入各種輔導措施後，其所節制之醫療費用分別約為 5.1 億元、6.2 億元、7.4 億元，足見在目前輔導人力未增加之情形下，已有一定之節流成效，倘再酌增必要輔導人力，其所能擷節之健保醫療費用，勢必更為可觀！

（五）綜上，健保局漠視 11 年來實施「門診高利用保險對象輔導專案計畫」之節流效益，未思寬籌輔導訪查工作所需業務人力，逐步調低應行輔導保險對象全年門診就醫次數門檻以精進其執行力度，竟縱任就醫及用藥浮濫問題逐年惡化，顯未善盡珍惜健保醫療資源有效運用，並確保民眾用藥安全之職責，核有怠失。

二、健保局罔顧審計部稽察其推動健保 IC 卡實施計畫所指摘缺失事項長達 2 年多，迄未謀求現狀有效改善方案，完全寄託於遙遙無期之「健保 IC 卡改善計畫」，嚴重延宕強化重複看病、領藥等醫療浪費管控措施

之實施期程，肇致無法及時運用醫療資訊科技，善盡嚴謹把關任務，洵有欠當：

(一)卷查審計部於 99 年 5 月 12 日函報本院該部稽察健保局推動健保 IC 卡實施計畫之缺失，摘要略以：

- 1、健保局迄未有效驗證醫事服務機構有無確實登錄、查詢就醫紀錄，衛生署亦未善盡督導之責，致健保 IC 卡難以發揮避免重複檢驗、檢查及用藥之積極功能，核有未盡職責及效能過低情事。
- 2、健保 IC 卡之相關管理法制未臻周延，無法確保醫事服務機構履行正確登錄就醫紀錄之義務。
- 3、健保 IC 卡存放就醫資料之使用管理，缺乏法律明確授權，衍生推動健保 IC 卡上傳及登錄政策之適法性疑義。
- 4、健保局之輔導及管理措施未臻積極、有效，致上傳資料正確率提昇進展遲緩，衛生署亦未善加督導。
- 5、健保局對健保 IC 卡上傳資料之正確性未能有效確認，致上傳資料缺乏利用價值，未具實益。

(二)本院委員旋依審計部上開函報資料申請自動調查，並提出調查意見，略以：

- 1、健保局規劃健保 IC 卡實施之目標有些雖已有效達成，但有關節省醫療費用之預估卻顯有落差，日後辦理相關計畫之評估允應以此為鑑，務實研擬，以符實際。
- 2、健保局規劃二代健保卡時，應吸取最新資訊發展趨勢，縝密規劃醫療資訊化環境，強化有關重複看病、取藥與檢驗、檢查等醫療浪費之監督設計，俾使健保 IC 卡之實施成效能充分發揮。
- 3、立法院審查中之全民健康保險法修正草案，業增訂第 15 條規定，作為健保 IC 卡登錄就醫資料之

法源依據，該法案迄今確未審議通過，惟尚難歸咎於衛生署及健保局推動不力，併予敘明。

(三)承上，本案前揭調查意見嗣經健保局於 99 年 11 月 4 日函復本院，略以：

- 1、現行健保卡最大的問題在於卡片內載資料過多，讀取緩慢，致醫師讀取意願低，而無法充分發揮善醫療浪費監督之效能。為改善此問題，健保局刻正研擬「健保 IC 卡改善計畫案」。另有關本院建議該局於規劃二代健保卡時，應強化重複看病、取藥與檢驗、檢查等醫療浪費之監督乙節，屬醫療資訊運用之範疇，該局除於現行作業持續加強外，於二代健保 IC 卡規劃時，亦將本院所囑之議題，一併納入執行細節，加強執行。
- 2、衛生署要求醫生開藥都要登錄在健保卡上，但是有的醫生基於業務機密【按此種理由，殊難令人信服】，只做簡單註記，而且一般讀卡機上只能讀到過去六次就診用藥紀錄，除非醫生積極看診，逐一比對病患拿藥情況，遇有重複用藥就另開新藥，否則很難避免。

(四)末查「健保 IC 卡改善計畫(草案)」之核定情形及預計實施期程乙節：

- 1、健保局前於 97 年 12 月 31 日便著手規劃該草案，期間歷經多次會商修正，嗣於 101 年 7 月 19 日再函報衛生署「健保 IC 卡改善計畫(草案)」，衛生署 101 年 8 月 29 日函復該局略以：請健保局再審慎研議，重新報行政院核定。惟查目前該局之研議進度僅停留在請各組室重新評估依據行政院各部會意見研擬修訂改善計畫之可能性。
- 2、有關預計實施期程，依據健保局報衛生署「健保 IC 卡改善計畫(草案)」之內容：

(1) 於計畫核定後約 1 年內完成細部需求討論及定案。

(2) 於細部需求定案後，配合預算編列及例發卡片採購作業辦理製卡委商服務採購，並進行資訊系統建置，包括：採購作業、系統建置、公告院所資訊系統架構建議方案、作業環境建置與測試，作業時間約需 2 年。

(3) 依前開所需時間合計，改善計畫可於核定後 3 年實施。

3、承上，有關「健保 IC 卡改善計畫(草案)」，迄今仍未再次函報衛生署審議，遑論報請行政院核定，且依前開所需時間合計，改善計畫尚須於核定後 3 年才能正式付諸實施，可見該計畫之實施期程仍然遙遙無期。

(五) 質言之，健保局罔顧審計部 99 年 5 月 12 日稽察其推動健保 IC 卡實施計畫所指摘缺失事項，至今已長達 2 年多，迄未謀求現狀有效改善方案，完全寄託於遙遙無期之「健保 IC 卡改善計畫」，嚴重延宕強化重複看病、領藥等醫療浪費管控措施之實施期程，肇致無法及時運用醫療資訊科技，善盡嚴謹把關任務，洵有欠當。

綜上所述，行政院衛生署中央健康保險局漠視多年來實施「門診高利用保險對象輔導專案計畫」之節流效益，挹注查核人力不足，縱任就醫及用藥浮濫問題惡化，顯未善盡珍惜健保醫療資源有效運用，並確保民眾用藥安全之職責，核有怠失；又該局罔顧審計部稽察其推動健保 IC 卡實施計畫所指摘缺失事項長達 2 年多，迄未謀求現狀有效改善方案，完全寄託於遙遙無期之「健保 IC 卡改善計畫」，嚴重延宕強化重複看病、領藥等醫療浪費管控措施之實施期程，肇致無法及時運用醫療資訊科技，善盡嚴謹把關任務，洵有欠當；爰依監察法第 24 條提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改進見復。

提案委員：尹祚芊

中 華 民 國 102 年 2 月 日

附表 1

99 年輔導 98 年度門診就醫次數 ≥ 100 次者之成效比較表

項 目	98 年 1-12 月	99 年 1-12 月	輔導成效	下降率
就醫次數(次)	3,993,660	3,161,087	-832,573	-19%
醫療費用(點)	2,970,767,122	2,455,389,101	-515,378,021	-16%

備註：99 年總輔導人數為 32,951 人。

附表 2

100 年輔導 99 年度門診就醫次數 ≥ 100 次者之成效比較表

項 目	99 年 1-12 月	100 年 1-12 月	輔導成效	下降率
就醫次數(次)	3,997,926	3,144,366	-853,560	-17%
醫療費用(點)	3,177,763,993	2,557,165,008	-620,598,985	-16%

備註：100 年總輔導人數為 33,468 人。

附圖 1

醫療資源利用狀況統計圖

