

調 查 意 見

關於衛生福利部（衛福部）中央健康保險署（下稱健保署）核付「國人申請核退海外疾病自墊醫療費用」比例及金額偏低，以及民眾在出國期間辦理停保，嗣又復保者等情案，經參閱衛福部 2 度提供之書面資料，復於民國（下同）106 年 10 月 30 日詢問健保署李副署長丞華、李組長純馥、江副組長姝靚及董專門委員玉芸等主管及相關人員，並請該署補充提供相關資料後，業已調查竣事。茲分述調查意見如下：

一、健保署現行核付國人海外疾病自墊醫療費用申請核退之相關規範，尚難認有明顯欠當之處。然因核退金額設有上限，遭致民眾非議。為落實國人出國期間之醫療保障，健保署允宜持續加強宣導健保於核退國人自墊海外醫療費用之緊急傷病範圍、金額上限與申請時限等相關規定。

（一）「全民健康保險法」（下稱「健保法」）第 55 條規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：一、於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。三、於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。五、依第 47 條規定自行

負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。」、同法第 56 條規定：「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第 1 款、第 2 款或第 4 款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起 6 個月內。二、依第 3 款規定申請者，為繳清相關費用之日起 6 個月內，並以最近 5 年發生者為限。三、依第 5 款規定申請者，為次年 6 月 30 日前。保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」健保署依據上開「健保法」第 56 條第 2 項規定訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」（下稱「核退辦法」）¹，該辦法於第 3 條規定緊急傷病範圍，並於第 6 條規定：「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫學中心急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」爰我國健保之保險對象於臺灣地區外，發生不可預期之緊急傷病

¹ 現行之「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」依據「健保法」第 56 條第 2 項規定訂定，原名稱為「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」。行政院衛生署 101 年 10 月 30 日以衛署健保字第 1012660257 號令修正發布名稱及全文 9 條；並自 102 年 1 月 1 日施行。衛福部 106 年 9 月 19 日以衛部保字第 1061260435 號預告修正「核退辦法」第 6 條、第 7 條、第 9 條及第 5 條附表草案，退費標準將從現行的「醫學中心門診平均費用」，修正為「各級醫院與診所的平均費用」，健保署估計明年核退費用將可望減少為 2.32 億元。

或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫後，得依據前開相關規定，於期限內向健保署申請核退其於海外自墊之醫療費用，惟核退金額訂有上限，其超過部分，不予給付。

(二) 健保署核退費用之基準及申請與核退情形統計：

- 1、有關核退費用之基準，由保險人健保署每季公告之。臺灣地區外之案件自墊醫療費用 106 年之核退上限，如表 20 所示。

表 20、國人在海外或大陸地區自墊醫療費用之核退上限
(106 年)

單位：新臺幣元

時間 \ 項目	門診(每次)	急診(每次)	住院(每日)
106 年第 1 季	2,001	3,636	7,535
第 2 季	2,132	3,652	8,398
第 3 季	2,193	3,729	8,543
第 4 季	2,169	3,633	8,344

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之服務項目上限辦理。

資料來源：衛福部健保署網站 (<https://www.nhi.gov.tw>)。

- 2、依健保署提供之資料，100 年至 105 年境外自墊醫療費用申請及核退情形，核付就醫件數占比各年分別為 90.88%、90.59%、90.78%、89.33%、89.12%及 86.40%，各年核付金額占比分別為 36.06%、30.83%、32.13%、33.56%、32.52%及 31.78%。若加總 100 年至 105 年之申請及核付情形，可計算出核付就醫件數之平均占比為 89.99%，核付金額之平均占比為 32.69%。由此

可見，歷年來絕大多數之案件均可獲健保署核退海外自墊醫療費用，惟因核退金額訂有上限，爰核付金額占比平均約為 32.69%，如表 21 所示。又，由上開核付金額占比約為 32.69% 之情形，亦可視為適度反映健保支付國內醫療院所之費用相較於國外之醫療院所之收費而言，相對偏低。

表 21、國人申請與核付臺灣地區外之自墊醫療費用統計
(100 年至 105 年)

單位：萬件、新臺幣萬元、%

年度別	申請		核付		核付占比	
	就醫件數 (萬件)	申請金額 (萬元)	就醫件數 (萬件)	核付金額 (萬元)	就醫件數 占比 (%)	核付金額 占比 (%)
100	12.5	84,230	11.4	30,371	90.88%	36.06%
101	13.5	101,152	12.2	31,190	90.59%	30.83%
102	14.1	100,505	12.8	32,296	90.78%	32.13%
103	15.0	99,770	13.4	33,480	89.33%	33.56%
104	14.7	105,079	13.1	34,175	89.12%	32.52%
105	15.1	118,534	13.5	37,672	86.40%	31.78%
平均	14.2	101,545	12.7	33,197	89.99%	32.69%

註：本院依據衛福部提供資料整理。

(三) 針對臺灣地區外自墊醫療費用之核退金額，其比例僅約為申請金額之三之一，是否偏低乙節，健保署於接受本院詢問時表示：「一、考量本保險保費之計收，係以國內醫療給付水平、基於保險收支連動、國外自墊醫療費用之核退屬補償性質，宜以國內平均支付費用給付，並以平均支付最高之醫學中心為上限。二、因國外醫療院所醫療水準與收費標準

不同，存有地域別之差異，如美國醫療費用高昂，考量本保險之保費計收以國內醫療給付為水平，並採收支連動，故以平均支付費用給付應屬合理。另該署每年均對外發布新聞，建議至國外之國人應視需要購買商業醫療保險，以補不足。三、考量國外醫療院所醫療水準與收費標準皆不同，為達給付公平性，故不特別區分國別，爰以醫療費用支付規定核實給付，並以支付國內醫學中心費用為上限，不致造成不同國家別間之給付差異。」依據該署前開說明，核其現行相關規範，尚難認有明顯欠當之處。惟為落實對國人出國期間之保障，健保署允宜持續加強宣導健保於核退國人自墊海外醫療費用之緊急傷病範圍、金額上限與申請時限等相關規定。

二、我國健保對於保險對象在境外因緊急傷病就醫，得申請自墊醫療費用核退，對於被保險人之照顧可謂周全；惟對被保險人之照顧愈周全，亦意味著健保之負擔及行政作業成本亦較高昂。健保署允宜隨時留意各國健康或社會保險對於被保險人申請核退境外自墊醫療費用之發展趨勢，並參酌我國國情為必要之調整，俾利我國健保相關規範之與時俱進。

(一)依據「健保法」第 55 條第 1 項第 2 款之規定，國人於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫，得向保險人申請核退自墊醫療費用，其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限，如前所述；健保署於接受本院詢問時亦補充說明：「有關核退，緊急傷病與非特約的醫療院所，一開始開辦時不限制在國內，只要緊急傷病不論境內、境外都予以核退。」

- (二)依健保署提供之資料，亞洲鄰近國家對於自墊醫療費用核退規定，日本與我國相同，凡被保險人在境外因緊急傷病就醫，均得申請自墊醫療費用核退，然日本核退金額之計算與我國略有差異，係依日本國內支付相同醫療處置之醫療費用核算，採核實支付，並扣除醫療費用被保險人須負擔 30%，為該次核退自墊醫療費用，另排除出國旅行時接受不孕治療、自然分娩、救護車，病房差額費……等給付。而韓國、香港、中國大陸等地區之健康或社會保險，則無境外自墊醫療費用核退之制度。
- (三)於全球化趨勢下，國人出國旅遊、探親及工作等之頻率愈來愈高，故健保支應國人國外自墊醫療費用之金額，亦呈現逐年上升態勢。依健保署之統計，100 年之申請金額為 8 億 4,239 萬元、核退金額為 3 億 371 萬元，至 105 年時之之申請金額增至 11 億 8,534 萬元、核退金額增至 3 億 3,672 萬元，如表 39 所示。相對而言，我國與日本對於被保險人在境外因緊急傷病就醫，均得申請自墊醫療費用核退，對於被保險人之照顧較為周全，惟健保對被保險人之照顧愈周全，亦意味著健保的負擔及行政作業成本均較高昂。健保署允宜隨時留意各國健康或社會保險對於被保險人申請核退其境外自墊醫療費用之發展趨勢，並參酌我國國情，俾利我國健保相關規範之與時俱進。

三、海外自墊醫療費用申請核退案件中，不論件數或金額均以大陸地區之占比最高，健保署雖已建立並改進相關審查機制，以增進審查效能，然似仍有持續精進空間。

- (一)105 年境外自墊醫療費用核退之件數及金額，詳如

表 22 所示：
表 22、申請臺灣地區外之自墊醫療費用依地區別統計
(105 年)

單位：千件、新臺幣萬元、%

地區別	申請		核付		核付占比	
	件數 (千件)	金額 (萬元)	件數 (千件)	金額 (萬元)	件數占比 (%)	金額占比 (%)
中國大陸	109.5	52,937	100.6	26,012	91.9%	49.1%
日本	6.7	8,107	5.3	2,198	79.1%	27.1%
香港	5.8	4,080	4.9	928	84.5%	22.7%
美國	5.4	23,449	3.6	1,733	66.7%	7.4%
泰國	4.9	4,229	4.4	1,425	89.8%	33.7%
越南	4.4	4,795	4.1	964	93.2%	20.1%
新加坡	2.7	2,433	2.2	498	81.5%	20.5%
紐澳	2.5	2,163	1.7	492	68.0%	22.7%
亞洲其他國家	1.7	1,817	1.5	540	88.2%	29.7%
歐洲國家	1.6	5,411	1.3	745	81.3%	13.8%
韓國	1.3	2,106	1.1	461	84.6%	21.9%
菲律賓	1.0	787	0.9	371	90.0%	47.1%
馬來西亞	0.9	956	0.7	309	77.8%	32.3%
加拿大	0.9	1,685	0.6	177	66.7%	10.5%
印尼	0.8	1,347	0.7	360	87.5%	26.7%
美洲其他國家	0.4	870	0.3	176	75.0%	20.2%
非洲國家	0.4	682	0.3	148	75.0%	21.7%
大洋洲國家	0.4	681	0.3	135	75.0%	19.8%
合計	151.3	118,534	134.6	37,672	89.0%	31.8%

註：本院依據衛福部提供之資料排序製表。

上開 105 年境外自墊醫療費用核退之件數及金額統計透露，中國大陸之申請件數及金額均屬最高，申請件數達 10.95 萬件，金額達 5 億 2,937 萬元；核付件數占比約 91.9%、核付金額占比為 49.1%。申請件數次高者為日本，申請件數 0.67 萬件、金額 8,107 萬元；核付件數占比約 79.1%、核付金額占比僅 27.1%。申請金額再次高者為美國，申請件數 0.54 萬件、金額 2 億 3,449 萬元；核付件數占比約 66.7%、核付金額占比僅 7.4%。

另觀察健保署提供 100 年至 105 年之海外自墊醫療費用申請地區別統計資料，歷年來均以中國大陸之申請件數為最高，每年約達 10 萬件，申請金額亦逐年增加，由 100 年之 3.9 億元增至 105 年的 5.2 億元；核付件數占比約 9 成、核付金額占比約 5 成。申請金額次高之美國，申請金額介於 2.2 億元至 2.9 億元間，惟其申請件數僅 5 千餘件，應係美國醫療費用相對昂貴所致。

(二)茲將 100 年至 105 年臺灣地區外的自墊醫療費用核退金額，再依其所在洲分別統計後得知，亞洲國家核退金額最高且呈現逐年上升趨勢，似反映了國人因地緣關係前往亞洲國家工作、求學及旅遊人數最多之情況；歐洲及大洋洲國家金額雖遠不及亞洲及美洲國家，惟近年來金額逐漸增加，應與國人前往當地旅遊人數增加有關。臺灣地區外的自墊醫療費用，100 年至 105 年依地區別統計之核退金額，彙計於表 23。

表 23、申請臺灣地區外之自墊醫療核退金額依地區別統計
(100-105 年)

單位：千件、新臺幣百萬元、%

年度 地區別	100	101	102	103	104	105
亞洲國家	275.1	281.1	290.1	303.2	307.1	340.7
美洲國家	22.2	24.8	23.1	21.1	23.0	20.9
歐洲國家	2.4	2.9	3.9	5.2	6.1	7.5
非洲國家	1.3	0.6	1.4	1.3	1.1	1.5
大洋洲國家	2.7	2.5	4.4	4.0	4.5	6.3
其他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	303.7	311.9	323.0	334.8	341.8	376.7

註：本院依據衛福部提供資料整理。

(三)大陸地區之申請核退案件占比過半及金額最高，爰本院特別關心健保署之處理情形。健保署於接受本院詢問時表示：「已於 100 年建立自墊核退加強審查名單，包括加強審查整批寄件申辦自墊醫療費用核退之台商醫院、申請件數排名前 10 之院所、申請費用排名前 50 之被保險人、就醫次數排名前 50 之被保險人。為改善審查效益，已於 106 年著手醫療資訊系統之自墊核退系統改造案，將受理案件以自動化系統審查，預計 107 年完成建置實施」等。就核退案件最多之地區，健保署將特別注意並推動審查機制之改造等，核無欠妥；然審查作為乃健保核付海外自墊醫療費用之重要關鍵，攸關制度之公平性，應持續精進核退自墊海外醫療費用之相關機制，以資周妥。

四、歷年來退保又加保之就醫占比均逾5成，健保署允宜持續檢討及研議相關防弊機制，以杜不當之投機行為，俾符國人對制度公平之期待；又，內政部與衛福部於「戶籍法」與「健保法」關於退保與加保制度間規定之扞格，允應及早協調整合。

- (一)按「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近2年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前6個月繼續在臺灣地區設有戶籍。二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：（一）政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。（二）公民營事業、機構之受僱者。（三）前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。（四）在臺灣地區出生之新生嬰兒。（五）因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國100年1月4日修正之條文施行前已出國者，於施行後1年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第1款6個月之限制。」、「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿6個月。二、有一定雇主之受僱者。」、「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象；已參加者，應予退保：一、失蹤滿6個月者。二、不具第8條或第9條所定資格者。」分別為「健保法」第8條、第9條及第13條所明定。爰不具備上開「健保法」第8條與第9條之資格，以及失蹤滿6個月者，均應退保；若退保後再次符合「健保法」第8條或第9條所定各款資格之一者，即應再加保。

(二)據衛福部提供之資料，民眾退保又加保後之健保給付情形（門診及住院之合計數），歷年來之就醫占比均逾5成，如表24所示。

表 24、國人退保又加保醫療利用統計

單位：人、%、億點

年度	退保又加保	就醫人數	就醫占比	醫療點數
100	16,191	8,913	55%	1.39
101	16,277	9,546	59%	1.46
102	16,008	9,989	62%	1.58
103	14,960	7,955	53%	1.31
104	20,352	10,090	54%	1.66
105	23,835	11,355	47%	1.94
平均	17,937	9,641	54%	1.56

資料來源：衛福部。

(三)依上開統計可知，退保又加保以利用醫療資源者自100年度之8,913人增至104年度的10,090人，其利用醫療資源點數自100年度之1.39億點增至104年度之1.66億點；各年度退保又加保之就醫占比分別為55%、59%、62%、53%、54%。以104年為例，該年整體健保保險給付為5,381億元²，相對於整體健保保險給付之規模而言，退保又加保以利用醫療資源之1.66億點，其所占整體健保資源比例固然極低，惟其攸關國人對健保制度是否公平之觀感，且統計數據所顯示歷年來退保又加保之就醫占比均逾5成之資訊，似透露出不乏有刻意享受健

² 資料來源：衛福部健保署網站。

保福利者之可能。健保署允宜持續檢討及研議相關防弊機制，以杜不當之投機行為，俾符國人期待。

- (四)另，依據「戶籍法」第 16 條第 3 項：「出境 2 年以上，應為遷出登記。……」之規定，於我國現行戶籍登記制度中，出國 2 年即應辦理遷出登記，隨即因在臺灣地區未設戶籍而不具「健保法」第 8 條所定資格時，必須依「健保法」第 13 條規定退保，引發不少收入不高民眾高額醫療費用之負荷（如分娩、重病開刀、意外急病等支出）。遑論在實務上，因求學、工作需要而不得不經常出入國境者，已涉其健保權益，似已出現健保制度與戶籍制度規定間之扞格，相關部門應予協調，力求一致，以確保國人健康維護之權益。

五、辦理復保後於同一年度旋即辦理停保之平均就醫者占比高達 7 成，實難排除該等被保險人係刻意享受健保福利之可能性，相關法令仍應持續務實檢討，以求完善。健保署握有全國最完善之個人健康資訊，允宜適時蒐集攸關資訊，並針對復保再停保者中，涉及申請海外就醫核付者之明細進行大數據分析，以供未來決策及修法之參考與依循。

- (一)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，故保險對象出國期間若選擇辦理停保，尚未返國不得辦理復保，因此停保期間在國外自墊之醫療費用，不能申請核退；但出國未滿 6 個月即返國者，則應辦理註銷停保。

(二)復保後之保險費計算說明如下：

- 1、全民健康保險係為分擔社會風險而設之強制性保險，保險對象應為實際且長期居住於保險施行區域者，故「健保法」第 8 條第 1 項即明定具有我國國籍者，須在臺灣地區設有戶籍作為認定條件，以避免長期居住國外之國民於有醫療需要時，短期返國投保，利用醫療資源，對長期投保繳納保險費者造成不公。
- 2、保險對象自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³。

- 3、保險對象應依第 1 類至第 6 類投保順序及資格參加健保，按其投保身分計收保險費，並非皆以最低保險費標準計算。

(三)保險對象依相關規定辦理復保，是否為治療疾病所需，衛福部表示無法查證。就最近 3 年辦理復保後，旋於同一年度又辦理停保之保險對象相關資訊統計如下：

- 1、投保身分：主要以投保於第 6 類者最多，約占全體短期復停保人數的 87%，其次為第 1 類者約占 7%、第 2 類約占 6%；另大多以被保險人身分加保，約占全體短期復停保人數的 66%、眷屬則約占 34%。
- 2、性別：以女性居多，約占全體短期復停保人數的 62%。
- 3、年齡：以 25-45 歲最多，約占全體短期復停保人數的 42%，其次為 46-65 歲者，約占 29%，7-17 歲者約占 9%，0-6 歲及 66 歲以上各占約 7%，18-24 歲者約占 6%。

(四)辦理復保後，於同一年度旋即辦理停保之人數及就醫統計，以 100 年至 105 年資料計算平均值，平均每年 50,533 人、就醫 36,481 人；就醫占比 72%、醫療點數 2.54 億點，詳如表 25。

³ 「健保法施行細則」第 38 條第 1 項第 2 款原規定：「出國 6 個月以上者，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿 6 個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。」嗣 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛以署健保字第 1012660265 號令修正發布全文 73 條，並自 102 年 1 月 1 日起施行之「健保法施行細則」第 37 條第 1 項第 2 款規定：「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。」

表 25、國人復保又停保醫療利用統計表
(100 年至 105 年)

單位：人、%、億點

年度	復保又停保	就醫人數	就醫占比	醫療點數
100	37,700	29,093	77%	2.11
101	43,004	32,398	75%	2.31
102	50,508	36,675	73%	2.60
103	54,385	38,315	70%	2.56
104	56,848	40,554	71%	2.82
105	60,751	41,853	69%	2.82
平均	50,533	36,481	72%	2.54

註：人數以身分證號歸戶計算。醫療點數為申請點數與部分負擔金額合計，部分負擔以 1 元 1 點計算，表 25 同。

資料來源：衛福部。

(五)經查，本院前相關調查案提出「原已停保之旅外國人，於返國後短期內即辦理復保並以健保資格就醫，與公平原則容有未洽，應予檢討」⁴之意見後，主管機關已檢討修正相關法令，於兼顧國人權益下，增進健保制度之公平性與財務平衡。健保署於接受本院詢問時亦強調：「因為健保是全國的社會保險……只能用等待期；健保 84 年一開始開辦就是 4 個月等待期，因為外界質疑，102 年後改為 6 個月，且規定如要再停保需繳 3 個月。……境外就醫核

⁴ 該案於 99 年 6 月 2 日經本院財政及經濟委員會第 4 屆第 48 次會議審議通過，該段調查意見函請當時之行政院衛生署中央健康保險局妥處見復。嗣當時之行政院衛生署中央健康保險局對於該段調查意見函復：「目前送立法院審議之二代健保修法草案中，針對長期旅居國外者，規定因長期出國 2 年未曾回國致戶籍被遷出國外時，必須於恢復戶籍之日起 6 個月才可參加健保，並朝取消出國停復保規定方向研議。」等內容後，本院認其所報內容

退與停保復保的兩個問題爭議很大，一般來說所涉經費每年都在4億元上下，占比不高，但受到社會矚目，該署十分重視。另外擁有國籍與擁有戶籍與出入境的資料，三者有不同定義，過去走的是戶籍制；有戶籍才能納保，無戶籍者不可納保，如希望長居海外者不要回臺占健保便宜，故有等待期，至於留學生如2年未回國就會被停保，回來後若未馬上找到工作需有等待期6個月，所以處理相關問題需要十分小心。依據分析，七、八月間，留學生回國者最多，看牙、感冒的也最多，真正重病的倒不多。出境6個月可以停保，回國後復保，復保如要再停保需繳3個月保費，讓這些人可以繳納保費，以維持健保財務的平衡。」保險對象依相關規定辦理復保，是否為治療疾病所需，衛福部固然無法查證，惟依上開辦理復保後，於同一年度旋即辦理停保之人數及就醫統計可知，其中平均就醫占比高達72%，實難排除該等被保險人為治療疾病所需，而辦理復保且於就醫後，未幾又即辦理停保以節省保費之可能性，相關法令仍應持續務實檢討，以求周延。健保署握有全國最完善之個人健康資訊，允宜針對停保再復保者中，涉及申請海外就醫核付者之明細進行大數據分析，以為相關政策研擬、修正之依循。又，主管機關雖能掌握辦理復保後，旋於同一年度又再辦理停保之被保險人的基本資料，惟本院於調查期間進一步詢問對於出國期間辦理停保及辦理復保，有無蒐集或研析其身分別、出國事由、停(復)保理由、年齡、出國地區、離境時間長短等相關資訊時，健保署則云：「『健保法施行細則

』僅規範保險對象因失蹤未滿 6 個月或預定出國 6 個月以上時，得辦理停保，未針對出國停保者之出國事由、年齡、出國地區、離境時間長短等條件予以限制或有例外規定，因此保險對象辦理停保、復保時，毋需提供上述相關資訊，爰健保署難以知悉有關出國事由、停(復)保理由及出國地區等資訊」等，殊為可惜。對於被保險人之資訊掌握愈充足，愈有助於保險人對於保險之財務及風險等做出更為精準之評估及預測，爰健保署或可考量於保險對象申請辦理停(復)保時，蒐集被保險人之攸關資訊，以供未來決策及修法之參考。

貳、處理辦法：

- 一、調查意見一至五，函請衛生福利部中央健康保險署檢討改進見復。
- 二、調查意見四，函請內政部及衛生福利部協調見復。
- 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：陳委員小紅、尹委員祚芊