

調 查 報 告

壹、案由：中央健康保險局因健保收入及支出失衡，發生財務困窘，而實施之「總額支付制度」、「醫院自主管理」及「醫院卓越計畫」，未有妥適之配套措施，嚴重損及民眾就醫權益，並影響醫院之經營生存，認有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見：

為調查「全民健康保險醫院總額支付制度」、「醫院自主管理」及「醫院卓越計畫」對於民眾就醫權益之保障及醫院經營管理之衝擊乙案，本院爰召開二場諮詢會議，分別諮詢財團法人辜公亮基金會和信癌症治療中心醫院黃院長○○、全民健康保險醫療費用協定委員會（下稱健保費協會）前主任委員吳教授○○、中央研究院謝研究員○○、台北醫學大學醫務管理學系郭教授○○、財團法人消費者文教基金會李董事長○○、台灣醫療改革基金會張董事長○○、台灣地區醫院協會謝理事長○○、國立台灣大學附設醫院林院長○○、中華民國醫師公會全國聯合會吳理事長○○、該聯合會全民健保對策委員會召集人邱立法委員○○、全民健康保險醫院總額執行委員會吳主任○○等專家學者，並二次約詢行政院衛生署（下稱衛生署）陳署長○○、中央健康保險局（下稱健保局）劉總經理見祥○○及衛生署醫政處薛處長○○、藥政處王處長○○等相關主管人員，業經調查竣事，茲將意見臚列如后：

一、健保局執行醫院總額支付制度、醫院自主管理及醫院卓越計畫，未建立完善節制醫療費用之健保給付範圍、支付標準、藥價基準、分級醫療、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化及重大傷病、罕見疾病、偏遠地區之醫療照護等相關配套措施，復未能採行有效遏止醫療浪費之方法，造成醫院限診、減少開藥種類或數量、不願開立慢性病連續處方箋、取消原排定之門診、不當轉診、拒絕開立或要求病患自費購買高價藥物、拒收病人、拒絕病人住院及延長重要檢查之等候期間等情事，損害民眾就醫權益，引發民怨，洵有未當。

(一)本院前於九十年間就「全民健康保險之執行績效及其相關問題」進行調查，發現國內醫療保健支出占國內生產毛額（下稱 GDP）之比率較諸其他國家仍屬較低，現階段全面性實施總額預算，雖可將醫療費用之成長予以控制，但有限之預算卻可能造成醫療資源分配之排擠效果，同時衍生教學及研究任務成長緩慢停滯等問題；另按照先進國家實施經驗，總額預算實施前，保險人已長期掌握民眾健康狀況及醫療利用行為之豐富資料，且對醫療服務提供者之規範與倫理亦已建立相當之基礎，但仍不免發生影響民眾就醫可近性及醫療品質之疑慮，況我國不論對醫事人員之倫理規範，或對民眾健康資訊之掌握，仍在初期發展階段，醫院總額支付制度相關配套條件尚有未盡周延之處，爰請衛生署依調查意見「衛生署研議實施醫院總額支付制度之同時，對於就診民眾權益、醫院生存、醫療品質及醫療生態之維持及規範，應深入評估並妥適研擬相關配套措施」進行檢討。

- (二)總額支付制度實施之目的，係課以醫療提供者節制醫療費用之責任，透過協商方式協議年度支出總額，使醫療提供者共同承擔財務風險責任，並控制醫療費用於預算先設定之範圍內，同時藉由總額之實施提升醫療效率、品質及專業自主性，促使醫療院所之適當分工與合作。至於國內實際運作係採支出上限制，即預先依據醫療服務成本及其服務量之成長，設定全民健康保險（下稱健保）支出之年度預算總額，醫療服務以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量大於原先協議之總服務量時，每點支付金額將被稀釋，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可控制年度醫療費用總額。然總額支付制度雖可控制醫療費用之成長幅度，惟無同儕制約之機制時，將使醫療院所無所適從、人心惶惶，在互相猜忌下衝高服務量，此種惡性競爭之方式，卻反向造成點值之低落及醫療院所選擇病人等之弊端，且在醫院激烈競爭下，首被市場機制淘汰者，恐為無法衝高或未衝高服務量之醫院，而發生目前已實施總額支付制度之國家所擔心之「劣幣驅逐良幣」問題。
- (三)實施總額支付制度應採行之配套措施，包括：合理之給付範圍、支付標準之合理調整、分級醫療轉診制度之健全、臨床指引及實證依據作為審核之標準、醫院相關品質指標之透明化、重大傷病、罕見疾病及偏遠地區醫療之保障措施，制度設計之同儕制約效果及整合性共同溝通與互動資訊平台之建置，亦須妥善建立上開配套措施，始能在總額支付制度下，將醫療資源及費用之配置合理化。惟因國內健保總額

之計算，係建立在公勞保時代之醫療費用基礎，其費用結構並不合理，又有輕病所占費用比率過高、門診醫療資源不當使用等之醫療型態扭曲，復因醫院總額支付制度在民國（下同）九十一年下半年開始實施，九十二年即因嚴重急性呼吸道症候群（下稱 SARS）疫情影響，就診量大幅下滑，使衛生署與醫院協商九十三年度健保總額支付，雖已考量九十二年 SARS 之影響效應，惟仍無法合理、妥適計算出每人醫療費用之成長率，因此健保財務之缺口，勢必由全國醫院共同承受財務風險。

(四) 健保局高屏分局（下稱高屏健保分局）於八十九年一月辦理醫院自主管理，嗣健保局於九十年七月及九十三年七月分別開始實施醫院總額支付制度及醫院卓越計畫。前開制度之精神，均係由各健保分局與轄區內有加入意願之醫院協商當期醫療費用之範圍，透過預先協商之預算分配架構，參加之個別醫院不再與其他醫院競爭同一總額，可避免過度競爭下導致之財務風險，使醫院專注於醫療服務之提供及醫療品質之提升，並降低不必要之用藥、重複檢查及初級照護門診服務，亦同時分擔節制浪費之責任。至於醫院卓越計畫可理解成個別醫院之總額，因個別醫院之總額已固定，故醫院之利潤在於成本之降低，而增加服務量反提高醫院經營成本，不利於醫院之財務，故卓越計畫之實施，首要避免者為醫療院所減少醫療服務因應或拒收醫療成本較高之病患；另因卓越計畫之實施有按季分配總額之額度，故當季之總額用罄後，醫院可能以拒收病患或將原訂檢查、手術之期程取消或延後。

(五) 健保局於醫院卓越計畫實施後，已派員前往醫院實地稽核民眾就醫情形，並要求醫

院成立「病患服務中心」，俾及時處理民眾就醫各項問題。該局另組成「醫院卓越計畫效應行動方案」，針對申報資料進行檔案分析，加強稽核，發現異常即輔導醫院立即改善。至於該局接獲申訴及監測醫療利用情形之結果如次：

- 1、九十三年七月至同年十二月三日，民眾申訴之案件計八二一件，其中醫學中心五〇五件、區域醫院一九四件、地區醫院一二二件。九十三年十月間，民眾申訴之類別以掛不上號最多，有十家醫院、七十四件申訴案，其次為減少開藥種類或數量，有十五家醫院、二十六件申訴案，再次之為不願開立慢性病連續處方箋，計七家醫院、十八件案件。九十三年十一月間，民眾申訴之類別以醫院不願開立慢性病連續處方箋最多，計六家醫院、二十七件案件，其次為掛不上號，有八家醫院、十三件申訴案，再次之為減少開藥種類或數量，有四家醫院、六件申訴案。
- 2、行政院國軍退除役官兵輔導委員台中榮民總醫院係唯一一家遭健保分局終止醫院卓越計畫合約之醫院，該院於實施期間，屢遭民眾申訴，包括：
 - (1)網路及電話預約掛號限額：對於現場掛不到號之民眾亦未妥善處理，導致重症患者或弱勢民眾被排擠於外，九十三年九月遭申訴案件計九十八件，掛不到號者即占七十八件，其中有二十二件表明係重大傷病患者。
 - (2)原排定之門診取消：醫師停診無代診醫師，已預約掛號之病患未妥善安排就診。
 - (3)未妥善安排轉診：依院方安排到他院就診，但台中榮民總醫院至他院支援醫師之看診病患多，等候時間長。且九月中旬將腎臟移植病患之門診追蹤及癌症門

診化學治療轉由台安醫院雙十分院執行。

(4)拒開高價藥物：拒絕開立高價藥物及要求民眾自費購買高價藥物各一件申訴案，另將藥費比率高之個案轉由合作醫院治療。

(5)醫院病床並未滿床，卻拒絕化療病患治療，且急診待床人數多：四件癌症需做化學治療及一件原安排手術關閉人工肛門個案，原已排定住院治療，惟醫院以滿床或額度用罄為由，拒絕治療，該院急診室每日待床人數約三十人，然經實地了解占床率僅七五%左右。

(6)九十三年九月間至其他醫院支援之診次，每週最多一〇四診次，醫師大量在外支援，影響台中榮民總醫院之照護品質。

3、限診：九十三年十月九日至十月十五日間，各醫院平均門診量增減情形如次：診次減少十%以上醫院為二十八家（分別為醫學中心一家、區域醫院三家、地區醫院二十四家）、減診五%至十%之醫院為三十七家、減診五%至增診五%之醫院為一二六家、增診五%至十%之醫院為十二家、增診十%以上之醫院為二十一家，門診診次增加或整體接近不變之醫院計一五九家，故診次減少五%以上之醫院合計六十五家，占二九%。減診之主要原因包括：醫師離職、醫師請假、醫師出國、醫師停止支援、停止復健業務、醫院整修等。

4、換藥：

(1)依九十年至九十三年七月藥品費用結構分析，使用專利或監視藥品之比率由九

十年之十七·四%，上升至九十三年七月之三十一·一%；使用原開發廠藥品及BE (bioequivalence, 譯：生體相等性試驗) 學名藥品之比率亦由九十年之七十二·七%，上升為九十三年七月之七七%，使用一般學名藥品之比率由九十年之二十七·一%，降為九十三年七月之二二·八%，故醫院縱有換藥之情形，惟藥品之品質無變差之疑慮。

(2) 納入全民健保給付之藥品，均須通過查驗登記，並取得衛生署核發之藥品許可證，且目前藥廠均需實施「現行藥品優良製造規範 (current Good Manufacturing Practice, cGMP)」。又七十二一年一月二十八日列入新藥監視之藥品，學名藥品在上市前均須依照「藥品生體可用率及生體相等性試驗基準」，執行相關之試驗。故藥品之品質，應已達到一定水準。詢據衛生署陳署長○○表示，在藥效無影響之前提下，不反對醫療院所更換藥品。

- 5、拒收病人：截至九十三年十一月底，健保局接獲申訴拒絕為重症治療案件計八件。
- 6、輕病住院：健保局對於住院案件疾病嚴重度之改變情形，已透過健保申報資料進行檔案分析，發現六個分局所轄區域醫院及地區醫院九十三年第二季較九十二年第一季之病例組合指數 (case-mix index, CMI) 平均值均增加，醫學中心僅東區分局由一·三五降為一·三三，地區教學醫院僅高屏分局之病例組合指數由○·七六降至○·七四、東區分局由○·八七降為○·七八外，其餘均呈現成長。就整體醫療服務情形而言，並無出現輕病住院之趨勢。

- (六) 本案諮詢委員表示，渠所服務之醫學中心安排電腦斷層攝影（下稱 CT）檢查之等候期間原為一星期左右，惟因醫院當季分配之額度已用罄，故安排部分病患於一個月後始進行 CT 檢查。
- (七) 另總額支付制度對於偏遠地區醫療及急、重症醫療之保障措施，詢據健保局表示，該局已自九十三年六月起，對偏遠地區醫院之急診醫療加三成給付，且健保費協會協商九十四年醫院總額時，已特別為罕見疾病、血友病及愛滋病患者之用藥，保留二二·三億元預算，專款專用，該專款之額度如有不足，亦將由健保局其他部門編列預算另行支付。
- (八) 國內部分醫院，門診診次及病患人數均多，致難有良好之品質保障而為各界垢病，且醫院開立藥品之考量在於價差之高低，連帶影響健保財務。按卓越計畫實施之目的，本應包括降低過量之門診量及在藥效相同之前提下使醫院以 BA/BE 藥品（bioavailability /bioequivalence；藥品生體可用率／生體相等性試驗）取代較為昂貴之原廠藥，惟衛生署及健保局執行卓越計畫之前，並未教育民眾卓越計畫實施之理由及民眾應配合或相關之權益保障事項，故民眾未改善就醫之態度及習慣，對醫院卓越計畫有諸多不滿。且卓越計畫由健保局與個別醫院協商醫療費用，反使醫院陷入財務之角度思考，忽略醫療之本質應以病人為中心，而有不當壓縮醫療成本之情事。依健保局提供之資料、台中榮民總醫院因應卓越計畫實施之管理措施及媒體報導之消息，確有醫院於卓越計畫實施後採行限診、限號、減少開藥種類或數量、

不願開立慢性病連續處方箋、取消原排定之門診、不當轉診病患、拒開高價藥物、要求病患自費購買高價藥品、拒收病人、拒絕病人住院導致急診室待床病人多及延長重要檢查之等候期間等問題，而有損害民眾就醫權益之情事。另在個別醫院總額固定之前提下，醫院確有關閉病床之情事，健保局迄今雖未發現醫院將成本高但無利潤可言之重症或罕見疾病病患不當轉出醫院，該局亦以醫院檔案分析針對不當轉診急、重症病患之情形進行監控，然監測之結果僅為指標值數字之變化，當數字出現明顯變化時，問題可能已達無法解決之地步，過於信賴監測指標值之變化，未必能真實反映民眾醫療權益受損之實情；又健保費協會協商九十四年醫院總額時，已特別為罕見疾病、血友病及愛滋病患者之用藥，保留二二·三億元預算，專款專用，惟查衛生署公告之全民健康保險重大傷病範圍之重大傷病即有三十一大類，領有重大傷病證明之人數約五十萬人，惟該保留專款卻僅用於罕見疾病、血友病及愛滋病患者之用藥，其他重大傷病病人之醫療支出，仍在總額內支應，未有特別之保障措施。至於偏遠地區之醫院，雖有急診醫療加三成之給付保障，惟當地之醫院，即使明知其他醫療服務之點值被嚴重稀釋，卻因醫療人員數目、設備及當地人口數較少等限制，實無能力透過增加服務量達成目標收入以減少營運之衝擊，而現行總額支付制度對於偏遠地區之醫療雖有特別考量，惟保障措施是否足夠，仍非無疑。綜上，健保局執行醫院卓越計畫，未建立完善之配套措施，造成醫院限診、減少開藥種類或數量、不願開立慢性病連續處方箋、取消原排定之門診、不當轉診、拒絕開立或

要求病患自費購買高價藥物、拒絕病人住院及延長重要檢查之等候期間等情事，致影響民眾就醫權益，洵有未當。

二、健保局實施總額支付制度，未建立完善之相關配套措施，亦未協助醫院建置同儕制約機制，導致醫院間之惡性競爭，核有欠當。

(一)健保局九十三年結算之「九十一年度第三、四季醫院總額點值」及「九十二年度醫院總額點值」：

- 1、九十一年第三季，包含門診洗腎，醫學中心門診平均點值為○·九七一○元、區域醫院為○·九六六七元、地區醫院為○·九六二一元，平均為○·九六七二元。區域醫院每點點值為醫學中心之九九·五六%，地區醫院為醫學中心之九九·○八%。
- 2、九十一年第四季，包含門診洗腎，醫學中心門診平均點值為○·九六四四元、區域醫院為○·九五四八元、地區醫院為○·九四一六元，平均為○·九五五三元。區域醫院每點點值為醫學中心之九九·○○%，地區醫院為醫學中心之九七·六三%。醫學中心、區域醫院及地區醫院之點值，分別較前一季減少○·六八%、一·二三%、二·一三%。
- 3、九十二年不分季、不包含門診洗腎，醫學中心門診平均點值為○·九三三八元、區域醫院為○·九○九五元、地區醫院為○·八六四五元，平均為○·九○九五元。區域醫院每點點值為醫學中心之九七·四○%，地區醫院為醫學中心之九二·

五八%。

- 4、九十一年第三季，醫學中心住診平均點值為○·九五六二元、區域醫院為○·九五四五元、地區醫院為○·九五二八元，平均為○·九五四九元。區域醫院每點點值為醫學中心之九九·八二%，地區醫院為醫學中心之九九·六四%。
- 5、九十一年第四季，醫學中心住診平均點值為○·九五一四元、區域醫院為○·九四五八元、地區醫院為○·九四八〇元，平均為○·九四八七元。區域醫院每點點值為醫學中心之九九·八二%，地區醫院為醫學中心之九九·六四%。醫學中心、區域醫院及地區醫院之點值，分別較前一季減少○·五〇%、○·九一%、○·五〇%。
- 6、九十二年不分季，醫學中心住診平均點值為一·〇〇一七元、區域醫院為○·九九八四元、地區醫院為○·九九六八元，平均為○·九九九五元。區域醫院每點點值為醫學中心之九九·六七%，地區醫院為醫學中心之九九·五一%。
- 7、九十二年之總額點值結算及九十三年之預估點值：
 - (1)台北健保分局九十二年之門診點值(未含洗腎，以下同)，醫學中心為○·九四〇三元，區域醫院為○·九一四四元、地區醫院為○·八七七一元；住院點值，醫學中心為一·〇二〇七元，區域醫院為一·〇二八九元、地區醫院為一·〇二一一元。九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·九一一二元、區域醫院為○·八七九四元、地區醫院為○·八二六三元；非卓越計畫醫院之

門住診點值（醫學中心均參加卓越計畫），區域醫院為○·八六七三元、地區醫院為○·八二二五元。

- (2) 北區健保分局九十二年之門診點值，醫學中心為○·九一四一元，區域醫院為○·八九二三元、地區醫院為○·八五〇四元；住院點值，醫學中心為○·九八六四元，區域醫院為○·九八四八元、地區醫院為○·九八四〇元。九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·九七六九元、區域醫院為○·九五三七元、地區醫院為○·九三九五元；非卓越計畫醫院之門住診點值（醫學中心均參加卓越計畫），區域醫院為○·六七六八元、地區醫院為○·六五七八元。
- (3) 中區健保分局九十二年之門診點值，醫學中心為○·九三四八元，區域醫院為○·九〇二五元、地區醫院為○·八六一二元；住院點值，醫學中心為○·九七六六元，區域醫院為○·九七一八元、地區醫院為○·九七五八元。九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八九八六元、區域醫院為○·八八七五元、地區醫院為○·八六三二元；非卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八三六一元，區域醫院為○·八二〇〇元、地區醫院為○·八一七四元。
- (4) 南區健保分局九十二年之門診點值，醫學中心為○·九二六二元，區域醫院為○·九〇六二元、地區醫院為○·八三八五元；住院點值，醫學中心為○·九

八二一元，區域醫院為○·九七六三元、地區醫院為○·九七四九元。九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八三元、區域醫院為○·八四元、地區醫院為○·八二元；非卓越計畫醫院之門住診點值，不分層級為○·七七元。

(5)高屏健保分局九十二年之門診點值，醫學中心為○·九四六九元，區域醫院為○·九三七○元、地區醫院為○·八八二四元；住院點值，醫學中心為一·○一一五元，區域醫院為一·○一二八元、地區醫院為一·○一四一元。九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八九元、區域醫院為○·九○元、地區醫院為○·九二元；非卓越計畫醫院之門住診點值，不分層級為○·八○元。

(6)東區健保分局九十二年之門診點值，醫學中心為○·八六○八元，區域醫院為○·八九二九元、地區醫院為○·八五七八元；住院點值，醫學中心為○·九九四○元，區域醫院為○·九九四八元、地區醫院為○·九九五四元。九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，區域醫院為○·八五二一元、地區醫院為○·八四○一元（醫學中心未加入卓越計畫）；非卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·七六五一元，區域醫院為○·七○五六元、地區醫院為○·六八九一元。

(二)總額支付制度之最終目的，並不在於醫療費用之控制，而應回歸至醫療及實施健保

制度之本質，即醫療品質之保障、醫療效率之提昇及醫療資源分配之公平及合理。詢據健保局表示，實施總額支付制度之配套措施，包括：支付制度之改革、提升效率誘因、修改支付標準、藥價基準，以建立公平合理之分配工具，減少浮濫使用之誘因，惟查前開配套措施，健保局目前尚在建置中，短期間內勢難達成醫療資源公平合理配置之目的。在健保費協會核定之醫療費用成長率未能實際反映醫療成本之成長，及前揭總額支付制度相關配套措施未建置完成下，將醫院置於同一總額下進行生存之競爭，其結果必然將各醫療院所申報之醫療費用進行齊頭式之統一核刪，由醫療院所共同承擔健保財務風險，而醫院衝高服務量、發展成本低、利潤高之醫療服務均為不得不然之策略，然對於因人力、設備不足而不易衝高服務量之小型醫院，或以急、重症醫療為主之醫學中心，則面臨更為嚴竣之經營考驗。依據九十一年第三季、第四季及九十二年度之醫院點值結算，醫院之門診點值確有快速下降之趨勢，住院點值雖尚可維持，然門診點值部分，區域醫院每點點值為醫學中心之九七·四〇%，地區醫院為醫學中心之九二·五八%，且九十一年第四季之結算資料與九十一年第三季（包含門診洗腎）相較，醫學中心、區域醫院及地區醫院分別較前一季減少〇·六八%、一·二三%、二·一三%。至於台北健保分局九十三年卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為〇·九一一二元、區域醫院為〇·八七九四元、地區醫院為〇·八二六三元；非卓越計畫醫院之門住診點值（醫學中心均參加卓越計畫），區域醫院為〇·八六七三元、地區醫院為〇·八二二五元。北區健保

分局卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·九七六九元、區域醫院為○·九五三七元、地區醫院為○·九三九五元；非卓越計畫醫院之門住診點值（醫學中心均參加卓越計畫），區域醫院為○·六七六八元、地區醫院為○·六五七八元。中區健保分局卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八九八六元、區域醫院為○·八八七五元、地區醫院為○·八六三二元；非卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八三六一元，區域醫院為○·八二〇〇元、地區醫院為○·八一七四元。南區健保分局卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八三元、區域醫院為○·八四元、地區醫院為○·八二元；非卓越計畫醫院之門住診點值，不分層級為○·七七元。高屏健保分局卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·八九元、區域醫院為○·九〇元、地區醫院為○·九二元；非卓越計畫醫院之門住診點值，不分層級為○·八〇元。東區健保分局卓越計畫醫院之門住診點值，區域醫院為○·八五二一元、地區醫院為○·八四〇一元（醫學中心未加入卓越計畫）；非卓越計畫醫院之門住診點值，醫學中心為○·七六五一元，區域醫院為○·七〇五六元、地區醫院為○·六八九一元。各層級醫院點值被稀釋之速度加快，故以門診為發展重心之醫院，其經營危機勢將浮現。

(三)綜上，健保局為全民健保之保險人，為避免健保總額點值之低落，應責無旁貸協助醫院建立同儕制約之機制及建立相關配套措施。惟國內於九十一年實施醫院總額支付制度，相關之支付制度改革、效率誘因、支付標準及藥價基準之修正卻尚未建置

完成，復以健保局並未協助醫院建置同儕制約機制，導致醫院間之惡性競爭，核有欠當。

三、健保局開辦及停辦醫院卓越計畫，事前未有週妥之規劃，亦未建立完善配套措施，影響醫院之經營生存及民眾之就醫權益，顯有不當。

(一)國內醫療費用快速成長之原因，與民眾就醫習性、人口快速老化、疾病嚴重程度改變、新藥、新醫療儀器、新醫療技術之開發及醫院及病床之擴張有關。國內部分民眾未有轉診之觀念，在大醫院看輕病，使醫療支出增加；健保剛開辦時，國內老年人口為七%，九十三年已增加至九%，若以九十一年之資料與八十五年相較，六十五歲以上人口成長率為十八%，惟醫療費用成長率為八三%；八十五年至九十一年之重大傷病人口成長率為六五%，同期間醫療費用成長率為一〇六%；至於國內健保特約醫療院所之家數，自八十五年至九十一年增加二、一一九家，成長十三%，醫師人數增加九、七二四人，增加二八%，病床數增加三二、三〇七床，增加三十%，且 CT、MRI 等高科技設備增加二四七台，增加一四六%，新藥品項增加三四九項，增幅為二十六倍，新藥申報金額自八十六年至九十二年八月止累計金額達四四〇億元，均為造成健保支出大幅增加之原因。又經濟合作發展組織國家 (Organisation for Economic Co-operation and Development, 下稱 OECD) 為提供良好之醫療服務及發展，醫療費用成長率通常為經濟成長率之二倍。惟國內健保總額成長率核定之程序，係由衛生署送交行政院先行核定成長率，健保費協會再依據行

政院核定之成長率進行各部門總額之協商，依據健保費協會公告之九十三年每人醫療給付費用成長率，牙醫門診為二·六四％、中醫門診為二·四一％、西醫基層為二·七〇％、醫院為四·一〇％。健保費協會之公式實未能反映六十五歲以上人口、高度利用率及重大傷病人數及照護強度之增加，此類人口之醫療費用成長率每年大約在十四％至十六％左右，然醫院年度總額成長率只有四％。另依據主計處預估國內九十三年之經濟成長率為五·八七％，然而行政院核定九十三年全民健保每人醫療費用成長率為四·〇一％，加計保險對象人口成長率〇·三三％，合計四·三四％，故學界及醫界均反映核定之總額成長率確有不足。

(二) 健保局於九十三年七月開始實施醫院卓越計畫，由各健保分局與轄區有意願配合衛生政策之醫院，依據該院服務規模、費用結構及合理成長率，協商當期醫療費用之範圍，藉由降低個別醫院財務風險之誘因，讓醫院專注在提供醫療服務與提升醫療品質，降低不必要之用藥、重複檢查及初級照護門診服務。醫院總額之承辦單位即台灣醫院協會原先提出之醫院卓越計畫，係採高標準評核申請之醫院，實施之目的並非作為費用之管制，而係品質之提升，故需具備一定品質之醫院始得加入，惟健保局將醫院加入之門檻降低，只要二年內未遭健保停約，且願意公開醫療品質監測指標或財務資訊，即可加入該試辦計畫。因卓越計畫之範圍擴大，至九十三年十月底之參加家數為二二八家，占醫院家數之四五％，然其費用占率為六四％，故扣除卓越計畫醫院之總額，其餘五五％之醫院要競爭三六％之總額。故卓越計畫之醫院

已有固定總額之保障，醫院之管理在於成本之控制；非卓越計畫之醫院需共同競爭剩餘之總額，個別醫院對於服務量之自律，卻難保其他醫院有衝高服務量之行為，在點值浮動之不確定因素下，醫院只得以衝高服務量以保障收入，卻可能連帶使每點點值更為降低。

(三) 依據各分局之點值預估資料，參加卓越計畫醫院之點值，均優於同地區、同層級之非卓越計畫醫院。其中又以北區健保分局之點值差異最大，該分局區域醫院，參加卓越計畫醫院九十三年七月之平均點值為○·九五三七元，未參加卓越計畫醫院為○·六七七○元；參加卓越計畫之地區醫院之平均點值為○·九三九五元，未參加卓越計畫醫院為○·六五七八元，未參加卓越計畫者之點值係卓越計畫區域醫院、地區醫院之七○·九九%、七○·○一%。若未分醫院層級，台北、北區、中區、南區、高屏及東區等健保分局未參加卓越計畫醫院之點值分別為○·八五三九元、○·六六七八元、○·八二四八元、○·七七元、○·八○元及○·七三九一元，係卓越計畫醫院之點值○·八九二五元、○·九六四三元、○·八八八六元、○·八四元、○·九一元及○·八四八八元之九五·六八%、六九·二五%、九二·八二%、九一·六七%、八七·九一%及八七·○七%，顯示非卓越計畫醫院平均預估點值，均低於卓越計畫醫院。

(四) 依據健保局提供之資料，參加卓越計畫之醫院家數占率為四十五%，費用占率為六十四%，九十三年九月間，參加卓越計畫醫院之醫療點數與協議值之差距已由九十

三年八月之十％下降至二％，而重大傷病件數之占率亦較非卓越計畫醫院為高。在監測指標部分，參加卓越計畫醫院之門診醫院醫療服務點數比率、藥費成長率、抗生素使用率、平均住院日數、IC卡上傳比率及各分局別指標，包括：疾病嚴重度、同日再急診率、門診慢性病開立慢性病連續處方箋百分比等，均優於非卓越計畫醫院。故在醫療費用點數之成長及品質之監測值，卓越計畫醫院均優於非卓越計畫醫院。惟健保局表示，醫院卓越計畫之實施期間為九十三年七月一日至十二月三十一日，在配套措施建置完成前，明（九十四）年將不再繼續辦理醫院卓越計畫。亦即健保局不再與個別醫院協定總額，所有醫院將競爭同一總額，卓越計畫醫院原先之限診、換藥等問題可能不再發生，代之而起者，則是所有醫院一起衝高服務量。然因總額之成長率，未能完全反映人口老化、疾病嚴重程度改變、新藥、新醫療儀器、新醫療技術之開發、醫院及病床數之擴張，當總額之成長率低於總體申報量之成長率時，不難預見醫院將發生衝高服務量而造成拉低每點服務點值之情事，更將使全體醫院之經營雪上加霜，民眾醫療權益亦不可能免於受影響。

（五）綜上，健保局辦理醫院卓越計畫，參加之家數占率為四十五％，費用占率為六十四％，預算排擠之結果，造成非卓越醫院點值大幅縮水；該局復於九十三年十二月表示將暫停辦理醫院卓越計畫，讓所有醫院競爭同一總額。健保局開辦及停辦醫院卓越計畫，事前未有週妥之規劃，亦未建立完善配套措施，影響醫院之經營生存及民眾就醫權益，顯有不當。

四、健保局核定藥價之資訊不足，藥費支出金額占醫療費用支出之比率偏高，致醫療院所以開立處方獲得藥價差做為收入之主要來源，影響健保財務及民眾醫療權益，洵有未當。

(一)本院八十九年間就「中央健康保險局辦理全民健保業務，自開辦以來，藥費支出暴增一倍，且欠費數額居高不下」及九十年間就「全民健康保險之執行績效及其相關問題」進行調查，調查意見指出「健保局對於藥價差問題未能妥適解決，且藥品核價機制不足」，且經本院糾正健保局在案。

(二)健保局於本院八十九年間開始調查後，始進行藥價調查，且於本院糾正該局後，對專利期內藥品按藥價調查結果調整藥價，預估每年節省之金額如次：

- 1、八十九年藥價調整：採藥價調查及分類分組定價之方式，進行藥價調整作業，共調整九、八〇一品項之藥價，新藥價於九十年四月一日生效，每年可節省藥費金額約四十六億元，迄九十三年十二月止之三年九個月期間，計可節省藥費約一七二·五億元。
- 2、九十年藥價調整：調整八、一六二品項之藥價，新藥價已於九十二年三月一日生效，每年可節省藥費金額約五十七億元，迄九十三年十二月止之一年十個月期間，計可節省藥費約一〇四·五億元。
- 3、九十一年一月一日調降基層診所「簡表」申報之每日藥品費用，每年可節省藥費金額約三十二億元，迄九十三年十二月止之三年期間，計可節省藥費約九十六億

元。

- 4、九十三年辦理藥價調整作業，於同年十一月一日實施二十七品項之新藥價，估計每年可節省〇·六八億元，迄九十三年十二月止之二個月期間，計可節省藥費約〇·一一億元。

依據前開健保局提供之資料，若八十九年至九十三年間，該局未進行藥價調降，則九十三年預估之藥費支出將比實際支出增加一三五·六八億元；至於該局自九十年四月一日開施實施新藥價迄今（九十三年十二月），計可節省之藥費金額約為三七三·一一億元。

(三)詢據健保局表示，醫療機構採購藥品時，一方面由於藥品販售業者之彼此競爭，復因為醫療機構採購能力、購買數量、交貨地點、付款條件之差異，而有不同之議價能力，致產生藥價差。故藥品在自由市場且政府進行訂定單一價格之情況下，大小型機構分別購置時，必然會有價差存在；不只在我國如此，世界各國皆然。健保局辦理九十年藥價調整，新藥價於九十二年三月一日起實施後，估計之藥價差已縮減至七%以內。另詢據衛生署及健保局對於解決藥價差問題之思維及困難包括：

- 1、健保局直接介入市場機制，訂定健保藥品之合理價，使醫院依此價格採購。然因藥價固定，使價差成為枱面下交易之考量，對於醫院及藥商有利。
- 2、以大、小院所實際採購價，加上合理管理費用支付藥價。但醫療院所之採購人員可能與藥商攜手抬高藥價，增加管理費用，更可能有枱面下之價差，對健保財務

更為不利。

- 3、由健保局自行採購，配送予醫療院所，以徹底解決價差問題。卻可能需面對外國藥商發動要求開放自由市場之國際壓力；且藥品由健保壟斷獨買，反扼殺未蒙採購藥廠之生機。
 - 4、針對某些特定層級或地區之院所，或某些必要藥品，給予加成，彌補城鄉差距，或大、小醫院之差異。然界定需加成支付之藥品、地區、院所有實際之困難。
 - 5、採行同成分、同療效藥品之單一藥價基準。然歐美先進國家，各層級醫院各有其主要照護之對象，國內醫學中心、區域醫院及地區醫院，各自競爭病患，若採行單一藥價，小型醫院及基層醫療院更難以競爭。
- (四)按有關藥品支付金額之計算，健保法第四十九條係規定：「…藥品及計價藥材依成本給付。…」同法施行細則第六十七條之一規定：「本法第四十九條第三項所稱藥品及計價藥材之成本，係指保險醫事服務機構取得同類藥品及計價藥材之市場平均價格；其核算，依本法第五十一條有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理。」健保局為縮小健保藥品支付價格與市場實際交易價格間之差距，爰多次進行健保藥價調查，以直接銷售給特約醫事服務機構之所有藥品供應商為調查對象，調查內容除藥商及藥品之基本資料外，另包含藥品銷售量（包括贈品量、藥品耗損、扣除退貨數量）、銷售總金額（包括營業稅、扣除折讓金額及退貨金額），廠商需按季申報資料等，惟藥價之訂定應考量之藥廠（商）研發、製造、原料、銷售、行銷等成

本及醫療院所藥品儲存、運送、耗損等管理費用及議價能力，健保局在藥品成本未透明化之情形下，僅透過藥價調查，能否確實掌握藥品之實際成本，不無疑問。因之，健保局估計藥價差之金額已縮減至七%以內，其正確性仍非無疑。

(五)至於藥價差造成藥品之龐大支出亦為醫療浪費之原因，健保局雖已多次調降藥價後，使藥費之成長率明顯下降，惟依據該局提供之資料，九十年至九十二年間，國內藥費支出金額分別為八四七億元、九〇四億元及九四五億元，分別占醫療費用之二四·八%、二四·四%及二四·七%。藥費之成長率雖已自八十七年、八十八年之十二·九%及十一·三%，降至九十二年僅成長四·三%，惟與 OECD 國家藥費占率約十五%相較，國內藥品支出顯然偏高。

(六)綜上，醫療院所提供專業之醫療服務，健保局給予合理之對價支付，對健保財務及民眾之醫療權益始具保障。然國內藥品成本未能透明化，健保局核定藥價之資訊不足，藥費支出金額占醫療費用支出之比率偏高，致醫療院所以開立處方獲得藥價差做為收入之主要來源，除使國內藥費支出不斷增加，危及健保財務外，亦可能造成民眾取得之藥品品項，係以醫院之收入為考量，而非病患之實際需要，未能保障民眾之醫療權益，洵有未當。

五、健保局未能積極遏止醫療浪費，對於醫療浪費之態樣、範圍及金額未進行深入之研究，復未有完善之機制隨時評估各項節流措施之成效，有欠允當。

(一)國內醫療費用成長快速，各界咸認與醫療浪費有關，惟本院多次詢問衛生署國內醫

療浪費之金額，該署均未能進行完整之推估。醫療浪費之原因，國內學者多指出與社會保險誘導之道德危害有關，當提供醫療保險後，可減少消費者財務之不確定性，進而讓消費者之利用增加，產生三類型之道德危害：首先，在就醫行為上，消費者會對事前預防措施之誘因降低，造成疾病罹病率或嚴重度提高；再者，就醫價格障礙降低後，假性之醫療需求或非必要之求診會隨之增加；最後，消費者監督醫療提供者之誘因，在醫療保險介入後降低，可讓醫師誘發需求之程度提高。至於學者多數認為國內醫療浪費之問題，與保險對象之重複就醫、領藥及檢查、國人每人每年門診就醫次數維持在十四至十五次間，高於歐美先進國家平均之六至八次及藥價差造成藥品之龐大支出，使國內藥費占醫療費用之二十四%至二十五%間，明顯高於OECD國家藥費占率之十五%等有關。另全民健保之支出約有二十一%係利用於上呼吸道感染（感冒居多）之治療、腸胃疾病及骨關節疾病之治療分別占十九%及十七%，健保之資源有限，然前開疾病可能無就醫之必要，所使用之醫療費用卻占健保支出之二分之一，亦為形成醫療浪費之主因。

(二)九十二年間，國內發生嚴重之SARS疫情，民眾畏懼在醫療院所遭受感染，故SARS流行期間，除非病況不得已，民眾多數均不願前往醫院就醫，利用當時期實際之醫療服務量，應可推算國內民眾真正之醫療需要量，至於實際值與預期值之差異，即可能為非真正必要之醫療需求，甚可據此推斷醫療浪費之情形。本院鑑於健保局遲遲無法推估醫療浪費之金額，亦無法預測國人實際之醫療需求，爰於SARS流行期

結束後，建議該局以 SARS 流行期間之醫療需要相關資料作為研究基礎，針對該時期與平時之醫療需求進行比較，以瞭解醫療浪費之態樣及金額。據健保局粗步分析之結果：九十二年四月至六月 SARS 期間之整體實際醫療費用皆較預期醫療費用為低，其中以六月份改變率為負二〇·四％最高，由預期之三一六億元降到二五二億元；不同服務別中則以六月份住院改變率為負二五·五％最高。若以層級別分析，不同層級醫療費用改變率以六月份醫學中心下降最多，達三一·四％，其次為區域醫院下降二四·九％。醫學中心醫療費用之下降率，無論四月、五月及六月等三個月份均高於其他層級之醫院。若按分局別分析，醫療費用改變率以六月份之台北分局下降二四·四％最多，其次為高屏健保分局之下降二一·一％，台北健保分局醫療費用之下降率，無論四月、五月及六月等三個月份均高於其他健保分局之醫院。

(三)為使醫療行為免於濫用，世界各國之醫療保險均採行就醫超次加重部分負擔與專業審查等多重措施，期以減少過度使用之行為。然衛生署已多次調整部分負擔並實施門診合理量制度，卻僅在初期對於健保財務之控制有所貢獻，但貢獻度隨時間之經過而遞減。至於專業審查及加強對違規醫療院所之稽核，由於審查之方式多為事後之書面審查，非必需之醫療通常已經發生，又健保局稽核出有違規情事之醫療院所，其違規之事實往往重大而明顯，而對於並無實質必要卻在無意中供給或獲得之醫療浪費，透過審查或稽核之制度予以控制之效果卻極為有限。至於衛生署原先冀望九十二年七月實施之健保 IC 卡計畫，可減少不必要之重複就醫、重複領藥及 CT、核

磁共振（即 MRI）等高貴檢查之費用支出，然因健保 IC 卡上註記之資料，預計於九十四年一月始將「重要醫令項目」及「慢性病連續處方箋」等兩項存放內容納入，故迄今仍無法稽核重複就診、檢驗檢查及處方之資料及機制，未能遏止醫療浪費。

(四) 總額支付制度之實施背景，在於國內醫療費用快速成長，健保財務多年來均發生入不敷出之窘境。至於衛生署、健保局、醫療團體及一般民眾，在主觀上雖亦多認為國內有嚴重之醫療浪費問題，惟醫療浪費之態樣、範圍及金額，卻均無客觀、本土性之相關統計或理論基礎可佐證，以致於衛生署或健保局歷年來所提出之各項開源節流之方案，對於醫療浪費節制之效果極其有限。國內於九十二年間發生嚴重之 SARS 疫情，非必要之醫療需求被壓制，當時期實際之醫療需要應接近在無醫療浪費情事下之醫療需要，健保局對於九十二年四月至六月之健保申報資料分析，亦發現 SARS 期間之整體實際醫療費用皆較預期醫療費用為低，惟該局尚未利用該期間之健保資料，詳細分析醫療浪費之態樣、範圍及金額。又健保局在近年來已多次表示調整部分負擔及健保費率之必要性，惟該局對外說明健保財務入不敷出之同時，卻未能提出實證、客觀且本土性之研究資料，向民眾說明該局對於醫療浪費遏止之具體績效，讓民眾瞭解該局確已竭盡所有遏止醫療浪費之措施，惟醫療費用仍無可避免地持續成長，而有調高保險對象部分負擔及健保費之必要。

(五) 綜上，健保局未能積極遏止醫療浪費，對於醫療浪費之態樣、範圍及金額未進行深入之研究，復未有完善之機制隨時評估各項節流措施之成效，有欠允當。

六、衛生署未能建立民眾對於基層醫療院所之信心，亦未能提出落實轉診制度之計畫時程及評估績效，推動分級醫療及轉診制度不力，顯有未洽。

(一)目前國內醫療資源之配置紊亂，原本應以住院為主，照顧急、重症患者之大型醫院，紛紛擴展門診規模，而基層醫療院所卻逐漸萎縮，也造成了各層級醫療院所在醫療上之任務模糊，又部分民眾對於基層醫療之品質存疑，故許多民眾即使輕病亦前往大型醫院就醫。由於醫療院所不分層級，互相競爭門診病患，擴充門診規模，導致醫療費用急遽成長，分級醫療難以落實，轉診制度亦未能有效推動。至於總額支付制度之實施，雖能壓抑醫療費用之成長率在一個範圍內，惟其影響者僅係醫療院所服務量之每點點值，醫院互相競爭同一總額，不論層級醫院每點之點值均相同，醫院為保障收入，仍需繼續衝高門診服務量，因此即使實施總額支付制度，對醫療資源之結構失衡之問題仍未能解決，甚至可能發生惡性競爭地衝高服務量之情事。

(二)本院前就「全民健康保險之執行績效及其相關問題」進行調查，調查意見中已指出「衛生署未能健全轉診制度實施之環境，均衡配置各層級之醫療資源及醫師素質，致民眾對基層醫療之品質缺乏信心，分級醫療難以落實」，且經本院糾正衛生署在案。惟國內之分級醫療及轉診制度，目前仍未能落實，經該署分析之原因如次：

1、醫療體系之架構，原係規劃由各社區之診所提供一級醫療，地區醫院提供二級醫療，區域醫院及醫學中心提供三級醫療，然因民眾有自由就醫、醫師有自由執業之權利，加上全民健保之實施，去除民眾經濟障礙，且國人就醫之可近性高，故

往往傾向越級就醫方式，致各級醫療間之垂直分工及照會制度無法有效落實。

- 2、因轉診在醫療法（修正前為第五十條，現行為第七十三條），僅規定略以：「醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診」，故並無強制性，且轉診涉及病人就醫習慣、意願及醫療之專業認定，故執行不易。
- 3、部分負擔制度或有利於轉診制度之推行，但仍應考量是否造成保險對象就醫之經濟負擔過重、民眾之接受度及醫療環境之能否配合。

（三）經詢據衛生署對於落實轉診制度之計畫及時程及如何評估基層診所與醫院之合作關係、分級醫療及雙向轉診及民眾對於基層醫療院所醫療品質之信心已有改善等問題，該署並未具體回復實施之時程及績效評估之方法或指標，僅表示為有效營造推動轉診制度之環境，已逐步建立本土化家庭醫師制度，發展社區醫療衛生體系，鼓勵基層醫師和社區內醫院暨衛生局、衛生所共同合作，成立社區醫療群及社區公衛（防疫）群；並與重症醫療、教學研究及訓練之醫學中心，建立良好支援及轉診。經查衛生署已自九十二年三月起推動實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，藉組成基層醫師團隊之方式，提供當地民眾適切之醫療照護及轉診服務，建立基層醫療之信心，該計畫九十三年起擴大試辦，截至九十三年三月底止，透過家庭醫師轉介至合作醫院就醫之病患計有三、五八三人次；九十二年九月至九十三年二月試辦計畫屆滿一年，調查發現在社區醫療群西醫門診就醫次數占全部西

醫門診就醫次數之四七·八%。截至九十三年十二月底，全國計二六七個試辦計畫運行中。加入試辦計畫之民眾平時可有專屬家庭醫師，社區醫療群可提供二十四小時電話諮詢、預防保健及基層門診到住院之持續性醫療照護等服務，並將醫療照護由個人擴及家戶成員。目前約有一、四五九家基層院所加入，占九十二年底基層院所數約十七·〇四%。約有一、六六三位醫師加入，占九十二年底基層院所醫師數約十五·〇三%。每週約可提供共同照護門診一、六〇〇診次以上，基層醫師可視病情需要，將病患轉診至合作醫院，提供持續性醫療照護。

(四)綜上，分級醫療及轉診制度能否落實之關鍵在於民眾對於基層醫療院所之信心，並進而願意前往基層醫療院所就醫。衛生署雖已於九十二年三月起推動實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，九十三年起擴大試辦，惟其成效仍屬有限，且提升基層醫療品質之關鍵並不全在於參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」之基層院所家數之增加，而在於制度之設計可否讓民眾對於基層醫療院所之醫療品質有信心，且在有接受急、重症治療之需要時，亦可順利轉診合作之醫院。衛生署未能建立民眾對於基層醫療院所之信心，亦未能提出落實轉診制度之計畫時程及評估績效，推動分級醫療及轉診制度不力，顯有未洽。

七、行政院允應儘速推動並完成健保之改革，建立全民健保之財務責任制度，澈底解決健保財務問題，永續提供醫療保健服務。

(一)我國社會保險制度之醫療保險實施前，政府雖編列衛生福利預算，惟其用途主要是

作為預防接種或傳染病防治等公共衛生事項，民眾需完全自付費用，方能獲得醫療服務。八十四年三月一日全民健保實施前，銓敘部、台閩地區勞工保險局及內政部，為保障公務人員、勞工及農民之就醫權益，爰辦理公、勞、農保，被保險人每月繳交少數保險費，獲得醫療給付，因制度之闕漏及執行之缺失，產生巨大虧損，終由政府以預算補貼；榮民及軍人在未納入全民健保醫療保險前，退輔會所屬榮民（總）醫院及國軍醫院已提供免費之醫療；另烏腳病、肺結核等部分疾病之防治，在全民健保實施前，係由衛生署編列預算，全民健保後則由健保費中支應。由此可知，銓敘部、勞保局、內政部、退輔會、國防部及衛生署對公務員、勞工、農民、榮民、軍人及特定疾病患者所提供之醫療照護雖經全民健保之實施而整合，然各該部會對於特定族群之醫療照護責任並未全部移轉。

(二)全民健保於八十四年開辦，八十四年至八十六年間，保險收入均大於保險支出，八十六年底累計之健保安準備餘額為六一五·六億元。八十七年間，保險收入較前一年成長六·九%，保險支出卻成長十·三%，當年之保險支出首次大於保險收入，收支相抵後，虧損十五·六億元，惟健保尚有六百億之安全準備餘額。然近年來健保收入之成長小於支出之成長，使健保財務問題日趨惡化，並在九十一年底可能發生用罄安全準備餘額之情事，衛生署爰於當（九十一）年同時調整健保費率及部分負擔，惟按該署提供之資料，九十年至九十二年，健保每年之虧損分別為一五六·四億元、一五六·五億元及九·〇億元，至九十三年年底，健保收支餘絀預估虧損

為四十億元，安全準備餘額預估為四十億元，故即使在衛生署實施健保雙漲後，健保財務問題仍未見改善。

(三)依據健保法第三十九條規定，依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目係排除在健保給付範圍。揆諸其立法意旨，係基於全民健保之財務獨立、自給自足，有關推動衛生政策所需之費用，本應由政府相關單位編列預算，而非由健保費支應；況目前健保財務收支失衡，開源尚屬不易，故對於法定之全民健保不給付項目，自不得率爾開放。惟不在健保給付範圍內之指示用藥，目前仍繼續給付；而預防保健之服務項目，亦由兒童、成人預防保健、子宮頸抹片檢查及孕婦產前檢查，擴大至結核病完治治療費、老人流感疫苗之診療費、婦女乳房檢查及兒童預防保健項目，上開本因由政府編列預算支應之國民保健經費，目前卻由健保費支付，其範圍、項目且持續增加中；至於感染症醫療網或教學研究費用等，應由傳染病防治費用或相關教育單位編列預算，現卻由健保給付，當然使健保財務危機，愈形困頓。

(四)在醫療支出之控制部分，衛生署採行西方國家辦理健康保險之經驗，於八十七年、八十九年、九十年及九十一年，分別開始實施牙醫、中醫、西醫基層醫療院所及醫院之總額支付制度。前開制度係由健保局與醫療院所就特定範圍之醫療服務，預先協定下年度醫療服務總體支出，不論整體醫療院所實際上之醫療服務數量之成長率，最多僅給付醫療院所預先協商之醫療費用。九十一年及九十二年平均每人醫療

給付費用成長率分別為六·四四%及三·九〇%，而健保費協會與醫院協商核定九十三年之醫療費用成長率則為四·一〇%。然而，總額支付實施後，健保局雖將財務風險之責任與醫療院所共同承擔，惟學者及醫療院所咸認該醫療費用之成長率偏低，可能壓抑醫療科技之發展及影響醫療品質，與健保照顧全民健康之初衷有違。至於控制醫療費用之成長，不應僅於透過協定上限之機制以控制成長率，用價格之壓抑作為服務量成長之代價，根本之道仍在於導正國內醫療服務量過高之問題。

(五)德國於西元二〇〇四年一月一日開始進行健保改革，至今一年，健保負債大為減輕，其關鍵在於執行家庭醫師制度、檢討給付範圍。由家庭醫師負責民眾第一線之醫療，並判斷病患有無需轉診至專科醫師或醫院就診，使不必要之服務量下降；針對民眾藥物處方浮濫現象，除徵收掛號費、嚴格限制付費處方範圍外，部分藥品由病患自費購買，同時調降藥品價格，公定藥品銷售利潤。我國家庭醫師制度尚未健全、分級醫療及轉診制度未能落實、民眾每年每人之門診次數遠高於歐美國家、健保給付範圍及項目逐年增加、藥品費用亦仍居高不下，至於完善節制醫療費用、合理配置醫療資源之支付標準、藥價基準、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化等相關配套措施，迄未建置完成，國人引頸期盼之二代健保改革復未有明確之時程，醫療費用不合理成長之問題，自難以解決。

(六)總額支付制度實施之背景，在於健保財務之困窘，然預先協定醫院總額之成長率，或可暫時控制保險支出之金額，但健保財務之問題，亦與保險收入緊密相關，國內

迄未建立健保財務責任制度，可預見健保虧損之問題將無解決之日。觀諸健保局近年來在支出面已採行總額支付制度，將醫療費用之成長率預先設定其上限值，然相對收入面之財務責任制度卻未受到重視，一旦衛生署決定調高健保費率，即引發民眾之反彈。在目前之健保制度下，投保金額之成長及保險費率之調整，始可能增加健保收入，卻仍無法解決保險支出成長率大於收入成長率之問題。衛生署二代健保規劃小組已研擬健保財務籌措方案，保險財源之籌措將以醫療費用之成長率作為基準，雖有健保財務責任制度之精神，惟是否為國人接受，行政院應評估其可行性。至於現行健保費率之合理性、公務人員健保費是否以全薪投保或以家戶實際所得為計算基礎、各類被保險人投保金額認定及投保金額分級表上限金額設定之公平性及合理性，亦有檢討之必要。又保險收入之開源方向，行政院亦允應妥為研議，以政府收入之其他財源挹注全民健保財務，例如增加公益彩券盈餘之分配、開徵酒類附加捐、政府負擔眷口數三口以上之健保費、職業災害保險收入扣除現金給付餘額全數償付全民健保代辦職業災害醫療給付費用、衛生主管機關負擔預防保健費用等之可行性，釐清相關權責部會所編列有關公共衛生、社會福利及醫療支出之項目及預算，用以健全全民健保財務，始能拯救全民健保之財務危機。

(七) 至於總額支付制度利用價格之壓抑作為服務量成長之代價，短期間或有效果，惟對於醫療生態之扭曲，雖難以量化，卻令人憂慮，根本之道仍在於家庭醫師制度之健全、分級醫療及轉診制度之落實、合理配置醫療資源之健保給付範圍、支付標準、

藥價基準、醫療費用審查之實證醫學指引及醫療品質資訊之透明化等相關配套措施之建立，並採行有效遏止醫療浪費之方法，始能在完善節制醫療費用之同時，顧及醫療資源之使用效率及合理分配。

(八)綜上，行政院應儘速推動並完成健保之改革，建立全民健保之財務責任制度，澈底解決健保財務問題，永續提供醫療保健服務。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一至五部分，擬提案糾正中央健康保險局。
- 二、調查意見六，擬提案糾正行政院衛生署。
- 三、抄調查意見，函請行政院檢討改進見復。
- 四、抄調查報告送請本院人權保障委員會參考。
- 五、調查報告通過後公布。
- 六、檢附派查函及相關附件，送請財政及經濟委員會處理。