

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：行政院衛生署、中央健康保險局。

貳、案由：行政院衛生署罔顧全民健保重新評估保險費率之機制，未能本於法律授權範圍內適時予以調整；又長年將安全準備提撥率調整為0%，致戕害健保永續經營體制之安全閥功能；且健保費收入、醫療給付項目與費用總額之審議機關各行其是，收支未能連動；該署亦未積極推動二代或1.5代健保方案；另擴大代位求償辦法，設定求償門檻過高，多數求償名目徒具宣示作用。而中央健康保險局就全民健保之節流計畫執行不力，未達預期目標；諸多浪費健保費用情事，業經審計部抽查屬實；且對本院多次糾正與審計部函請檢討改善事項置若罔聞，迄未作適當之改進與處置等情均有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

全民健康保險（下稱健保）是維繫國家、社會安定的一股龐大力量，不但使我國醫療費用維持在占國內生產毛額（GDP）6.2%以下（如附表1），且讓很多原本弱勢、無法就醫的民眾得到醫療保障，提供了國民最重要與最基本之民生福祉；因此台灣的健保滿意度和醫療績效廣獲國際醫療衛生界一致肯定與讚賞，譽為標竿學習之對象。

惟健保費用年年喊漲，健保財務缺口預計到98年底將增至新台幣（下同）600億元，中央健康保險局（下稱健保局）似未善盡開源節流責任，涉有浪費健保費用等情事，案經本院調閱相關卷證、諮詢專家學者意見，並約詢行政院衛生署（下稱衛生署）、健保局相關主管

官員，茲已釐清案情竣事，爰將衛生署、健保局涉有違失部分臚列如次：

一、衛生署罔顧全民健保重新評估保險費率之機制，未能本於法律授權範圍內適時予以調整，肇致財務累計短絀已逾 331 億元，核其縱任財務缺口持續惡化擴大，猶未依法行政，顯有違失：

(一)全民健康保險法（下稱健保法）第 19 條規定：「前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以 6% 為上限；開辦第一年以 4.25% 計繳保險費；第二年起，依第 20 條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之」；同法第 20 條：「本保險之保險費率由保險人至少每 2 年精算 1 次，每次精算 25 年。前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士 15 至 21 人組成精算小組審查之。保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：1. 精算之保險費率，其前 5 年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負 5% 者。2. 本保險之安全準備降至最低限額者。3. 本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。」

(二)自 87 年起，健保即開始出現財務短絀，必須由安全準備挹注，因此積極實施各項開源節流措施，至 91 年 9 月，在安全準備為 0 及考量維持 2 年財務平衡的前提下，曾將費率從 4.25% 微調至 4.55%，使健保財務之困境暫告紓緩；但因費率之調整，僅能維持 2 年之財務穩定，至 93 年財務即再度出現困境。頃據健保局統計，截至 98 年 4 月底止，待安全準備填補之短絀數為 331 億元。另由於菸品健康福利捐自 98 年 6 月 1 日起每包增加 10 元，其部分將可挹

注健保財務；預估截至 98 年底止，待安全準備填補之短絀數為 493 億元。

- (三) 揆諸衛生署核定「民國 96 年全民健康保險精算報告」之精算結果，97 年至 101 年之 5 年平衡費率應為 5.18%，與現行全民健保之健保費率為 4.55%，相差之幅度達 13.85%（相差幅度遠超過負 5%），已完全符合健保法第 20 條第 1 款重行調整健保費率之條件，此其一也。
- (四) 根據健保法第 67 條規定：「本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付總額為原則；超過 3 個月或低於 1 個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率」，查截至 94 年底，本保險之安全準備餘額僅存 15 億餘元，較上開法條規定之最低數額，不足額度達 291 億餘元（按當時 1 個月之保險給付總額為 306 億餘元），而截至 98 年 4 月底止，待安全準備填補之短絀數為 331 億元，亦即非但毫無安全準備可言，甚且寅支卯糧，短絀金額反倒已接近 1 個月之安全準備（目前約為 351 億元），故早已符合健保法第 20 條第 2 款重行調整健保費率之條件，此其二也。
- (五) 健保局為使醫療資源分配合理化及提升醫療服務品質，自 85 年起逐年陸續增修訂住院、急重症醫療及部分給付較偏低之支付項目、引進新科技、新藥與重大傷病支付之急遽增加，因而每年醫療給付之額外支出動輒數十億元，勢必嚴重衝擊健保財務之穩定成長，從而亦符合健保法第 20 條第 3 款重行調整健保費率之規定，此其三也。
- (六) 綜上，保險費之調整機制，依照健保法第 19 條第 2 項規定，係由主管機關報請行政院核定，並以百分之六為上限，屬於法律授權事項，是以衛生署在法

定範圍內行使決定調整保險費率，自屬依法有據。詎料該署竟罔顧健保法第 20 條、第 67 條所賦予其重新評估保險費率之機制，未能本於法律授權範圍內適時予以調整，肇致財務累計短絀已逾 331 億元，核其縱任財務缺口持續惡化擴大，已然寅吃卯糧，猶未依法行政，顯有違失。

## 二、衛生署漠視全民健保精算結果之預警作用，長年將安全準備提撥率調整為 0%，致使健保永續經營體制之安全閥功能，形同虛設，殊有未當：

### (一) 健保法有關安全準備之相關規定：

- 1、健保法第 63 條：「本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：一、由每年度保險費收入總額 5% 範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。二、本保險每年度收支之結餘。三、保險費滯納金。四、本保險安全準備所運用之收益。本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。」
- 2、健保法第 64 條：「政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。」
- 3、健保法第 65 條規定：「政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。」
- 4、健保法第 67 條規定：「本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付總額為原則；超過 3 個月或低於 1 個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。」

- (二)按健保費必須在有節餘之情況下才可能提撥安全準備金，惟健保財務自 87 年起即開始出現資金短絀現象，又因健保醫療支出成長大於收入成長，依健保法第 63 條規定，本保險收支發生短絀時，由保險安全準備先行填補。由於當時健保安全準備已經全數用於填補短絀，且健保收入已無餘額提撥為安全準備，旋經健保局於 87 年間陳報衛生署同意「免由全民健康保險費收入總額提撥安全準備」在案，亦即其提撥率 10 年多以來均為零，導致截至 96 年 3 月安全準備餘額業已完全用罄，凸顯健保財務調度之窘境。
- (三)健保局自 86 年起，依健保法第 20 條之規定每 2 年陸續提交 86 年、88 年、90 年、92 年、94 年及 96 年等 6 次精算報告，模擬各項可能狀況，供決策參考。而全民健保精算報告一方面作為重新考量費率的依據，另一方面提供未來健保收支會發生何種趨勢的參考，同時也可以讓衛生署決定每年的總額醫療費用，實具有健全健保財務資金調度之預警作用暨確保健保體制永續經營之安全閥功能。
- (四)綜上，衛生署既未參考健保局上開 6 次費率精算結果，於符合保險費率調整要件時立即予以調整，已如前述；更以「避免在經濟環境不景氣下再增加民眾負擔」等政治考量因素為由，於 87 年間率爾同意健保局「免由全民健康保險費收入總額提撥安全準備」，徒使其 10 年多來均豁免依健保法第 63 條規定自全民健康保險費收入總額提撥健保安全準備，無從發揮平衡保險財務之積極功能，足見該署漠視全民健保精算結果之預警作用，長年將安全準備提撥率調整為 0%，致使健保永續經營體制之安全閥功能，形同虛設，殊有未當。

三、全民健保保費收入、醫療給付項目與費用總額之審議機關各行其是，收支未能連動，無從建立權責相符之組織體制，導致健保財務缺口日趨龐鉅，洵有未洽：

(一)全民健康保險監理委員會組織規程第 2 條：全民健康保險監理委員會(下稱監理會)掌理事項如下：

- 1、保險政策之提供事項。
- 2、保險年度計畫及業務報告之審議事項。
- 3、保險預算、結算、決算之審議事項。
- 4、保險業務之檢查事項。
- 5、保險財務、帳務之稽核事項。
- 6、保險法規及業務興革之研究建議事項。
- 7、其他有關保險業務之監督事項。

(二)健保法第 48 條規定：「為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會」，而全民健康保險醫療費用協定委員會(下稱費協會)掌理事項如下：

- 1、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。
- 2、協定各地區門診及住院費用之分配比例。
- 3、協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。
- 4、協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。
- 5、其他經主管機關交議之醫療費用審議事項。

(三)目前訂定給付範圍為主管機關之權限，而衛生署與健保局並未建構給付項目的調整機制，亦乏社會各界反映其需求之正式化參與管道，使得給付項目的調整與連動之保費負擔缺乏必要的社會基礎。是以

衛生署雖回應民意及醫療服務提供者之要求而逐年增加給付項目、擴張給付範圍，重大傷病表列項目有增無減，但民眾保費負擔卻未隨之變動，亦即在醫療給付費用已大幅擴增的情況下，並沒有同時提出配套之財務平衡方案以資因應，致健保財務負荷愈趨沉重。

- (四)承上，監理會掌理保險預算（保費收入）之審議，衛生署為訂定給付範圍之主管機關，而醫療給付費用總額範圍，則交由費協會進行年度總額及其分配方式之協商，彼此之間並未將醫療給付與財務收支作通盤性考量；形成全民健保保費收入、醫療給付項目與費用總額之審議機關各行其是，收支未能連動，無從建立權責相符之組織體制，導致健保財務缺口日趨龐鉅，洵有未洽。

#### 四、二代健保方案忝為紓解健保財務缺口治本之道，1.5代健保方案亦可權宜治標，惟衛生署均未積極推動修法工作或說服社會各界以形成共識，實有怠忽職守：

- (一)目前全民健保面臨著財務失衡日趨嚴重、保費負擔差異性大、健保收支缺乏連動、資源配置機制不足、醫療資訊不夠公開及醫療品質提升等問題，為解決上述問題，行政院特成立二代健保規劃小組，該小組自90年7月1日起，歷經數年規劃，乃於93年8月提出總結報告，內容包括「強化資訊提供以提升醫療品質」、「財務平衡且提升服務購買效率」、「擴大社會多元化參與健保政策」、「建構權責相符之健保組織體制」等四大層面之政策建議，忝為紓解「健保財務缺口」治本之道。衛生署嗣於95年推出二代健保法案，由於改革幅度甚大，推出之後，迄今礙於經濟景氣不佳，且尚未能獲得社會各界完整共識，故立法程序並無任何進展。

- 1、行政院二代健保規劃小組於93年8月提出二代健保規劃總結報告。
  - 2、衛生署於95年3月將攸關推動二代健保之健保法修正草案函報行政院。
  - 3、行政院於95年5月3日將「健保法修正草案」函請立法院審議。
  - 4、嗣因立法院屆期不連續，行政院於97年2月15日再次將「健保法修正草案」函請立法院審議。
- (二)查二代健保既為紓解「健保財務缺口」治本之道，固有賴經濟景氣復甦等外在環境之配合，但面對執政之行政與立法部門俱屬同一政黨，進行黨政協商相對較為容易的前提下，迄未把全面性改革之二代健保當做優先法案，顯見衛生署在修法工作方面推動不力；且該署在「爭取社會大眾支持」方面的努力不足，迄今仍未達成各界共識。
- (三)有關「1.5代健保改革方案（個人總所得保費新制）」是健保局提出來的健保財務改革方案之一，由於其所需增修健保法之條文少，係改革幅度與阻力均較小，且相對容易推動之可行權宜性治標方案。但衛生署卻在甫一推出即遭民意反彈聲浪高漲之際，不到48小時之內迅即喊停，並於函復本院時陳稱該方案尚在構思的階段，該署與相關之機關、團體及專家學者們，並未進行溝通討論，也未依此正式提出健保法之修正草案，更無既定的實施時間表，未來將會配合整體環境與經濟之情勢，詳加研議之後，再作通盤考量云云，凸顯其對於重大健保政策之抉擇多所反覆。
- (四)綜上，衛生署就二代健保方案忝為紓解健保財務缺口治本之道及其曾對外宣稱可權宜治標的1.5代健保改革方案，均未積極推動修法工作，亦未說服社



會各界取得完整共識，實難辭怠忽職守之咎。

五、衛生署訂定之擴大代位求償辦法，設定求償門檻過高，多數求償名目徒具宣示作用，欠缺挹注健保財務拮据之實質效益，亟待檢討改進：

(一)基於挹注全民健保財務，以維繫全民健保永續經營之前提，經參酌全民健保公民會議共識並提全民健保監理委員會第 117 次會議討論，為落實公平正義原則及減輕全民負擔理念，衛生署於 94 年 3 月 1 日擬具健保法第 65 條及第 82 條修正草案報請行政院審議，其中擴大代位求償範圍之第 82 條條文，於 94 年 5 月 18 日經總統令公布修正。

1、健保法第 65 條之規定，已如前述。

2、健保法第 82 條規定：「保險對象因發生保險事故，而對第三人有損害賠償請求權者，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：(一)汽車交通事故：向強制汽車責任保險保險人請求。(二)公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求。(三)其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未投保者，向第三人請求。前項第 3 款所定重大交通事故、公害及食品中毒事件之求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。」

(二)按健保局自 87 年起即實施汽車交通事故代位求償之機制，而衛生署依前揭第 82 條之規定，旋於 95 年 5 月 10 日訂定發布「全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」(下稱擴大代位求償辦法)。又為利健保局執行公共安全事故之代位求償實務作業亦得有具體規範可資依循，另於 96 年 2 月 27 日配合增修健保法施行細則第 70-4 條

至第 70-6 條等 3 條文，明定公安事故之定義及其代位求償之範圍、方式及程序等事項準用代位求償辦法。

- (三)根據健保局提供之代位求償入帳金額統計表(如附表 2)顯示:87 年至 98 年 6 月底止從汽車交通事故之代位求償入帳金額為 16,194,919,757 元(占總數 99.98%)，而自 95 年 5 月擴大至食品中毒事件、其他重大之交通事故、公害、其他公共安全事故等 4 大代位求償名目，其代位求償入帳金額僅為 3,167,773 元(占總數 0.02%)，凸顯目前該項所謂「擴大代位求償名目」作業之執行實益非常有限。
- (四)綜上，衛生署 95 年 5 月 10 日訂定之擴大代位求償辦法，所設定之求償門檻或許過高，造成多數代位名目無法覈實據以求償，淪為徒具道義上之宣示作用，欠缺挹注健保財務拮据之實質效益，亟待檢討改進。

#### **六、健保局就全民健保之節流計畫執行不力，未達預期目標，核其搏節之金額遠遜於開拓之財源，無以縮減財務缺口，實有疏失：**

- (一)根據健保局提供之開源措施執行成效統計表(如附表 3)顯示：自 88 年至 98 年 4 月底止，透過中斷投保開單、投保金額查核、代位求償、公益彩券、菸品健康福利捐收益、提高投保金額上限、調整軍公教全薪投保比率、配合基本工資調升投保金額、預防保健支出與法定傳染病支出由公務預算支應、教學成本由公務預算支應等 10 大開源措施之執行，累計開拓約 3,276 億元之財源，成果可謂相當豐碩。
- (二)另據健保局提供之節流措施執行成效統計表(如附表 4)顯示：自 88 年至 98 年 4 月底止，透過抑制

平均每人醫療費用成長率、抑制藥費成長率、藥價調整金額、違規查核追回費用、醫療審查核減等 5 大節流措施之執行，倘以藥價調整金額、違規查核追回費用、醫療審查核減（其點值以 1 點 1 元估計）等 3 項足資統計金額之項目，彙計其節流措施擲節僅約 1,558 億元。

(三) 綜上，由健保局上開 5 大節流措施所擲節金額尚不及其 10 大開源措施所開拓財源之半數，再證諸衛生署葉署長亦坦承「健保局在節流措施方面尚有很大值得努力的空間」，顯見該局就全民健保之節流計畫執行不力，未達預期目標，核其擲節之金額遠遜於開拓之財源，無以縮減財務缺口，確有疏失。

**七、健保局諸多浪費健保費用情事，業經審計部抽查屬實，核其未善盡職責，致使財務瀕臨危機，危及永續經營，確有可議：**

頃據審計部於 98 年 7 月 15 日函報本院，扼要摘述派員抽查健保局 97 年度財務收支及決算，發現其涉有下列未盡職責之情事：

(一) 國人每人每年門診次數居高不下，未依法落實自負額制度：為避免民眾浪費醫療資源，並使健保資源得以投注於較嚴重疾病之治療，健保法第 34 條規定：「本法實施後連續 2 年如全國平均每人每年門診次數超過 12 次，即應採行自負額制度（即在一定金額之醫療費用內，民眾需完全自行負擔）；其實施辦法，由中央主管機關另定之。」按全民健保自 84 年開辦後，國民每人每年門診次數，84 年為 12.9 次，85 年為 13.8 次，86 年為 14.5 次，依上開法令規定，至 86 年即已符合法定自負額制度實施要件。惟查衛生署未能依法行政，迄未訂定自負額制度實施辦法，以落實健保法自負額制度，亦未就該制度

窒礙難行之處，適時檢討修正健保法，致近 10 年(88 年至 97 年)每人每年門診就醫次數，均介於 14.4 至 15.8 次之間，居高不下(如附表 5)，任令醫療資源遭不當浪費，影響健保財務之健全，顯未盡主管機關職責。

- (二) 支付制度設計不良，誘發不必要之醫療浪費：健保實施初期，採行論量計酬之支付制度，致使醫療院所不計各項醫療服務之效益，與是否切合民眾整合性之全人照護需求，競相提供非屬必要之醫療服務，如提供非必要之檢驗、檢查及用藥，導致醫療費用快速成長，醫療品質卻未能相對提昇。衛生署及健保局為管控醫療費用之成長，雖於 91 年 7 月全面實施醫療費用總額支付制度，期藉由醫療院所共同分擔財務責任，發揮同儕制約功能，以控制醫療費用之成長於一定範圍內。惟查總額支付制度實施後，除總額協商過程未臻透明，屢遭各界抨責外，因相關配套措施未臻完善，且主要仍建構於論量計酬之支付基準，致有醫師持續擴增服務量，不僅造成浪費，亦致總額實施初期，醫療服務量暴增，每點支付金額(以下簡稱點值)大幅下滑，紛擾不斷。嗣健保局雖藉由醫療費用分級審查措施(即俗稱小總額)，控制醫療服務量之成長，而醫療院所為免落入健保局加強審查範圍，則以短報醫療服務量因應，該項措施雖得以維持點值之穩定，卻肇致醫界迭有「總額不足」之反彈聲浪，影響總額支付制度永續運作，該局仍有未盡職責情事。
- (三) 部分保險對象浪費健保資源，未妥依規定處理，亦乏有效因應措施：健保實施後，國人年平均就醫次數達 14 至 15 次，以如前述，較歐美先進國家為高。由於保險對象就醫成本低廉，誘發其對醫療服務

之需求增加，致有部分病人習於「逛醫院」，甚有利用醫療院所間未相互連線之管理漏洞，遊走不同醫療院所，異常大量領用藥品，除造成醫療浪費外，甚有因藥物濫用，罹患腎臟病需長期洗腎情事，危及民眾健康。據健保局統計，國人洗腎醫療費用申報件數及點數逐年成長，至96年度(97年度費用申報資料尚未完成統計)門診洗腎醫療費用申報量已達308億餘點，占門診總申報量之10.65%，位居健保重大傷病門診醫療費用之首位，對健保財務造成沉重負擔。按95年8月2日修正發布之全民健康保險醫療辦法第42條雖明定：「保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，保險人應予輔導，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付」，課予保險對象節制醫療資源浪費之義務。惟實際執行結果，保險對象若經輔導無效，健保局多未能妥依上開規定處理，復未研採有效之管理措施，致部分保險對象就醫次數居高不下【查95年門診申報就醫次數超過150次共5,074人，其95年(輔導前)每人平均就醫次數為179.6次，經該局於96年輔導結果，96年(輔導後)每人平均就醫次數仍高達142.1次】，顯示健保局仍未能有效遏止保險對象重複就診之不當浪費健保資源情事，核未善盡保險人職責。

(四) 健保醫療費用審查監控機制未臻完備，未能有效杜絕詐領健保給付弊端：健保實施以來，時有不肖醫療機構或勾結安養機構業者，或蒐集安養機構老人、遊民健保卡，或以蓋健保卡換取物品，偽造不實就醫紀錄，長期虛、浮報醫療費用，詐領健保給付(如報載部分不肖醫療院所涉與安養機構勾結，假看

診真刷卡詐騙，詐領健保給付金額逾 7 千萬元，又如部分藥局於 94 年 1 月至 97 年 10 月間，長期重複申報處方箋藥費及藥事服務費金額高達 4 百餘萬點)【另本院業已行文台灣台南地方法院檢察署，賡續追蹤瞭解上開詐領健保給付案之後續偵辦結果】。惟查健保局多年來未能建立完備之健保醫療費用審查監控機制，致未能即時察知不當虛、浮報醫療費用情事，有效杜絕詐領健保給付弊端，任令不肖醫療院所長期侵蝕健保資源，影響民眾觀感至巨，而不利健保財務改革措施之推動，核有嚴重怠忽職責情事。

八、健保局對本院多次糾正與審計部函請檢討改善事項置若罔聞，因循苟且、輕忽怠慢，迄未作適當之改進與處置，陳疴依舊，至屬欠當：

(一)本院先前糾正健保局之事項略以：

- 1、於 93 年 12 月 28 日以(93)院台財字第 0932201200 號公告，就健保局迄未完成建置稽核重複就診等機制，無法達成抑制醫療浪費之功能，予以糾正。
- 2、於 94 年 1 月 12 日以(94)院台財字第 0942200009 號公告就健保局執行醫院總額支付制度，制度設計未盡周詳，予以糾正。
- 3、於 94 年 1 月 25 日以(94)院台財字第 0942200105 號公告就健保局未依健保法規定提撥足額健保安全準備，亦未適時調整保險費率，未能發揮平衡保險財務之積極功能等，予以糾正。

(二)健保現行藥價調查及調整機制未臻周延，衍生鉅額藥價差，侵蝕健保醫療資源，業經審計部於 96 年 6 月 15 日促請衛生署通盤檢討研修相關法規，健全健保藥品核價及價格調整機制，以消弭不當藥價差，該署雖稱將研議建立藥品快速調價及機動調查等機

制，研修藥價基準，以迅速反映藥品市場實際交易價格。惟查藥價基準迄未能完成修訂，顯示健保局未積極任事，致未能落實所稱「藥品快速調價及機動調查機制」，使健保藥價適時反映藥品實際市場價格，顯有未善盡保險人職責情事。

(三)綜上，經本院逐一審視健保局上開缺失，發現雖已糾正在案，詎該局竟置若罔聞，核其罔顧本院多次糾正與審計部函請檢討改善事項，因循苟且、輕忽怠慢，迄未作適當之改進與處置，陳疴依舊，至屬欠當。

綜上所述，行政院衛生署罔顧全民健保重新評估保險費率之機制，未能本於法律授權範圍內適時予以調整；又長年將安全準備提撥率調整為 0%，致戕害健保永續經營體制之安全閥功能；且健保費收入、醫療給付項目與費用總額之審議機關各行其是，收支未能連動；該署亦未積極推動二代或 1.5 代健保方案；另擴大代位求償辦法，設定求償門檻過高，多數求償名目徒具宣示作用。而中央健康保險局就全民健保之節流計畫執行不力，未達預期目標；諸多浪費健保費用情事，業經審計部抽查屬實；且對本院多次糾正與審計部函請檢討改善事項置若罔聞，迄未作適當之改進與處置等情均有違失，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。

附表 1：臺灣全民健保實施後之重要指標

	92	93	94	95	96
<b>基本經社指標</b>					
總人口數 (百萬)	22.60	22.69	22.77	22.88	22.96
粗出生率 (‰)	10.06	9.56	9.06	8.96	8.92
人口結構 (%)					
0-14 歲	19.83	19.34	18.70	18.12	17.56
15-64 歲	70.94	71.18	71.56	71.88	72.23
65 歲以上	9.24	9.48	9.74	10.00	10.21
經濟成長率 (%)	3.50	6.15	4.16	4.89	5.72
平均每人 GNP (美元)	14,012	15,156	16,113	16,532	17,299
家戶所得五等分位差距倍數 (倍)	6.1	6.0	6.0	6.0	6.0
失業率 (%)	4.99	4.44	4.13	3.91	3.91
<b>醫療衛生指標</b>					
每萬人醫師數	14.32	14.69	14.96	15.24	15.60
每萬人病床數	60.31	63.18	64.29	65.12	65.61
醫療院所投資 (億元)	264	278	268	250	298
NHE (億元) *	6,408	6,683	6,887	7,294	7,714
NHE 成長率 (%)	4.60	4.30	3.05	5.92	5.76
NHE/GDP (%)	6.09	6.04	6.01	6.14	6.13
家庭自費醫療費用/NHE (%)	35.00	34.50	36.07	36.47	36.98
被保險人口比率 (%)	97.26	97.55	98.00	98.29	99.32
國民平均壽命 (歲)					
男性	74.8	74.7	74.5	74.9	75.1
女性	80.3	80.8	80.8	81.4	81.9
標準化死亡率 (0/0000)	532.3	528.7	530.0	495.4	491.6
<b>全民健保服務指標</b>					
門診就診率 (%)	91.16	92.22	92.35	90.97	90.99
住診就診率 (%)	7.67	8.12	7.95	7.68	7.74
健保給付 (億元)	3,392	3,537	3,732	3,864	4,056
家庭健保受益/家庭保費支出 (倍)	2.8	3.0	3.0	3.0	3.0
家戶最低所得組 (最低 20%) (倍)	5.1	5.1	5.0	5.2	5.0
家戶最高所得組 (最高 20%) (倍)	2.2	2.4	2.3	2.3	2.3
平均每人門診次數 (次)	14.4	15.7	15.8	14.7	14.9
平均每件住院日數 (日)	9.64	9.70	9.86	9.92	10.02
健保滿意度 (%)	77.6	76.6	71.7	63.4	77.4

\* NHE (National Health Expenditure) 係指全國衛生經費支出。



附表 2：代位求償入帳金額統計表

(單位：元，%)

年度	汽車交通事故		食品中毒事件		其他重大交通事故		公害		公安事故		合計	
	金額	比率	金額	比率	金額	比率	金額	比率	金額	比率	金額	比率
87	4,057,042	100.00									4,057,042	100.00
88	519,304,601	100.00									519,304,601	100.00
89	1,870,021,833	100.00									1,870,021,833	100.00
90	1,259,774,628	100.00									1,259,774,628	100.00
91	1,527,934,831	100.00									1,527,934,831	100.00
92	1,422,612,254	100.00									1,422,612,254	100.00
93	1,567,993,370	100.00									1,567,993,370	100.00
94	1,519,922,264	99.99			135,729	0.01	41,276	0.00			1,520,099,269	100.00
95	1,646,143,011	99.91	933,500	0.06	320,847	0.02	167,337	0.01			1,647,564,695	100.00
96	1,817,698,330	99.94	147,250	0.01	863,581	0.05					1,818,709,161	100.00
97	1,882,161,416	99.97							558,253	0.03	1,882,719,669	100.00
98	1,157,296,177	100.00									1,157,296,177	100.00
合計	16,194,919,757	99.98	1,080,750	0.01	1,320,157	0.01	208,613	0.00	558,253	0.00	16,198,087,530	100.00

註：98 年係第 1 季及第 2 季求償金額。

附表 3：中央健康保險局之開源措施執行成效統計表

(單位：億元)

開源措施	實施情形	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年 4月底
中斷投保開單	88年5月	17	112	96	43	28	65	66	66	34	32.8	8.4
投保金額查核	86年	11	15	16	17	16	16	17	18.6	17.3	16.5	4.5
代位求償	87年 95年5月(擴大範圍)*	9	12	13	15	15	16	16	16	18	19	7 註2
公益彩券	88年12月 97年起含運動彩券	-	1	1	15	12	12	10	10	9	10.75	3.8
菸品健康福利捐收益	91年1月 95年2月16日*	-	-	-	55	73	68	74	152	181	181	67
提高投保金額上限	91年8月(87600元) 94年4月(131700元)*	-	-	-	11	26	26	50	70	76	79	26
調整軍公教全薪投保比率	91年8月(82.42%) 94年4月(87.04%)* 96年8月(90.67%)	-	-	-	35	85	85	102	110	116	125	42
配合基本工資調升投保金額	96年8月	-	-	-	-	-	-	-	-	48.63	112	40
預防保健支出與法定傳染病支出由公務預算支應	94年(法定傳染病)* 95年(預防保健)*	-	-	-	-	-	-	0.0289	28.65	51.08	50.76 註4	16.27 註4
教學成本由公務預算支應	96年7月*	-	-	-	-	-	-	-	-	20.28	19.87	註5

註：1.\*為94年之多元微調措施。

2. 87年實施汽車交通事故代位求償，95年5月擴大代位求償範圍至公共安全事故、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件。

3. 本項調整投保金額，不含軍公教全新投保比率之調整(87.04%→90.67%)。

4. 97年度法定傳染病及預防保健由公務預算撥付之法定預算數為50.87億元，本項之實際支應數，須視醫療院所申報費用及相關審查後確定。截至製表時之最新資料，97年帳列拆帳金額約為50.76億元(預防保健28.74億元；法定傳染病22.02億元)。98年度法定傳染病及預防保健由公務預算撥付之法定預算數為48.81億元，本項之實際支應數，須視醫療院所申報費用及相關審查後確定。

5. 依行政院衛生署97年9月25日署授保字第09700000610號函，檢討後刪除。

6. 經彙計本表之總金額約3,276億元。

附表 4：中央健康保險局之節流措施執行成效統計表

(單位：億元，%)

節流成效	88 年	89 年	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年 (4 月底)
平均每人醫療 費用成長率(%)	6.53	0.96	4.34	6.44	3.90	3.80	3.605	-	-	-	-
藥費成長率 (%)	11.28	3.12	2.20	6.90	4.30	15.70	2.44	1.8	2.5	7.0	<u>98 年 1-3 月</u> <u>7.2</u>
藥價調整金額 (億元)	-	5	46	32	57	0.7	23.6	96.7	60 <sup>(1)</sup>	-	-
違規查核追回 費用(億元)	2.71	2.98	2.2	1.8	0.9	0.6	2.2	5.2	3	3.4	1.2
醫療審查核減 (億點)註 2	111	128	111	109	65	105	138	126	138.1	134.4	<u>44.8</u>

- 1.第 5 次藥價調整已於 95 年 10 月 2 日公布，其新藥價自 95 年 11 月 1 日起生效，預估每年影響金額為 90 億元。95 年 1 月 1 日起，藥局日劑藥費調降預估每年影響金額約為 6.7 億元。第 5 次藥價再確認及更正申報已於 96 年 7 月 19 日公布，其新藥價自 96 年 9 月 1 日起生效，預估每年影響金額為 60 億元。
- 2.醫療審查核減為初核核減點數(98 年 1-4 月值係以 97 全年值推估截至 98 年 3 月 31 日已完成核付之資料)。
- 3.藥價調整金額、違規查核追回費用、醫療審查核減(其點值以 1 點 1 元估計)等 3 項足資統計金額之項目，彙計其節流措施撙節總額約 1,558 億元。

附表 5：全民健康保險平均每人年門診就醫次數

(單位：次)

年 度	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
平均每人年 門診就醫次數	15.4	14.8	14.4	14.5	14.4	15.7	15.8	14.7	14.9	15.0