

調 查 報 告

壹、案由：據報載，行政院衛生署中央健康保險局公布國人年平均就醫 15 次，惟 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乙案。

貳、調查意見：

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，爰臚述調查意見如下：

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排名第一，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 ≥ 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 ≥ 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

答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。

三、有關報載嚴重浪費健保資源之特殊案例，經健保局專案訪查輔導後，業已導正其濫用行為，並可擷節醫療費用之無謂支出，顯見建置管控被保險人異常就醫或重複領藥之管理機制確有必要：

(一) 根據健保局查復本院指出，「某民眾一年就醫多達 1,078 次」者(下稱 A 君)，屬 99 年門診就醫 ≥ 100 次之 3 萬餘人中就醫次數最高者。A 君因職業傷害(在菜市場剝雞)長期飽受髖關節疼痛之苦，且因考量自身家庭狀況(家庭環境不佳，恐復健時間長影響收入)，拒絕進一步開刀手術治療，故大多以

急診方式施打 Nalbuphine 止痛針劑（作用類似 Morphine），藉以緩解疼痛之苦而導致不斷就醫。A 君嗣由該局北區業務組予以輔導，透過其經常就醫院所之共同協助輔導、提升其家庭支持功能，及持續關心提供就醫問題之協助等措施，A 君在 100 年就醫次數已降為 237 次，其所節省之醫療費用 74%（如附表 3）與就醫成本相當可觀。

（二）次查「某民眾重複用藥，一年領了超過 20 年份（8000 多天）的藥物」之個案（下稱 B 君），亦屬 99 年門診就醫 ≥ 100 次之 3 萬餘人之一，其就醫及領藥情形如下：

- 1、B 君係罹患多重疾病而跨多家醫療院所就診之病患，因其罹患高血壓、心臟病併有氣喘等多重疾病，常擔心發病而自行增加用藥劑量，又因常遺失藥品而跨多家院所就醫並持不同院所開立慢性病連續處方箋至藥局不斷重複領藥，以致 99 年就醫次數為 341 次，領藥日數更高達 8,134 項日（每一種品項開藥 1 日計 1 項日）；由於全年總計領取藥品在 22 項次以上，且全年均有領藥紀錄（ $22 \times 365 = 8,030$ ），故並非報載全年領 20 年份藥物，合先敘明。
- 2、B 君係由健保局台北業務組負責輔導，經該業務組派員訪視教導用藥安全，並請有重複開立藥品之醫療院所及藥局共同檢視用藥及協助輔導後，100 年就醫次數降為 172 次，領藥日數隨即降至 4,019 項日，其所節省之醫療費用 37%（如附表 4）亦相當可觀，足見介入輔導後已明顯避免民眾因重複用藥而造成生命危險，更可積極保障民眾用藥安全。

（三）綜上，有關報載門診高利用保險對象嚴重浪費健保

資源之特殊案例，經健保局派員予以專案訪查輔導後，業已導正其濫用行為，並有效擷節健保醫療費用之支出，核其適足以遏阻無謂浪費情事，顯見建置管控被保險人異常就醫或重複領藥之管理機制確有必要。

四、衛生署應參照「全民健康保險法」所賦予之法源依據，責成健保局積極主動研擬抑制資源不當耗用之改善方案，並督飭所屬機關協同推動管控「高用藥量個案」相關措施，庶可達成節約健保醫療資源之宏效：

(一)依據全民健康保險法（下稱二代健保法，修正條文定自102年1月1日施行）之規定，已賦予「抑制健保資源不當耗用」之法源依據：

1、第53條：保險人就下列事項，不予保險給付：

(1)住院治療經診斷並通知出院，而繼續住院之部分。

(2)有不當重複就醫或其他不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫。但情況緊急時不在此限。

(3)使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物。

(4)違反本保險規定之有關就醫程序。

2、第72條：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」

(二)第查台灣已經步入高齡化社會，65歲以上老人目前占10.9%，105年老年人口將破三百萬人大關，114年則每5人就有1人是老人，成為「超高齡社會」，用藥安全問題將會越來越嚴重，因此彙整個案用藥、追蹤療效以及是否按時吃藥的「藥事照護」服

務工作，更顯重要。而目前衛生署所屬機關執行抑制健保資源不當耗用之措施如下：

- 1、健保局自 90 年起執行「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，已如前述。且該局於三年前即已開始針對「高診次」民眾進行用藥輔導，目前規劃藥師訪視一次，就可申請藥事照顧費用一千元，這兩萬多名用藥高危險族群都已經列入輔導對象，未來將由受過訓練的專業藥師親自輔導，視察用藥狀況，希望降低他們就醫次數及門診費用，並減少重複用藥的風險。
- 2、衛生署食品藥物管理局（下稱食管局）亦於 100 年跟進，委請藥事照護發展中心試辦高診次民眾藥事居家照護計畫，提供老年人、慢性病患、外籍人士就近用藥諮詢或健康照護。藥師針對個案進行一年 8 次的居家訪視，民國 99 年及 100 年分別輔導了 808 人及 4,032 人，大幅降低受訪老人門診就醫次數達 17%，門診費用也下降 10%，99 年與 100 年門診醫療費用分別節省 1,266 萬元與 2,444 萬元，一共省下 3,710 萬元。該局並計畫 102 年將擴大到老人安養、護理照顧等機構中的高用藥量個案。
- 3、衛生署護理及健康照護處自 102 年起也將分別針對用藥高風險族群、獨居老人提供相關服務。

(三)綜上，衛生署應參照「二代健保法」所賦予之法源依據，責成健保局積極主動研擬抑制健保資源不當耗用之改善方案，並督飭所屬機關協同推動管控「高用藥量個案」相關措施，庶可達成共同節約健保醫療資源之宏效。

調查委員：尹祚芊

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。

附表 3

A 君 99~100 年度健保就醫情形比較表

項目 \ 年度	99 年 (a)	100 年 (b)	下降比率 (b-a) / a
就醫次數	1,078	237	-78%
醫療費用(元)	655,374	169,663	-74%
就醫院所家數	4	3	-25%

附表 4

B 君 99~100 年度健保就醫情形比較表

項目 \ 年度	99 年 (a)	100 年 (b)	下降比率 (b-a) / a
就醫次數	341	172	-50%
醫療費用(元)	1,239,224	775,931	-37%
就醫院所家數	39	31	-21%

附圖 1

醫療資源利用狀況統計圖

