

全民健康保險基金102年度預算評估報告目錄

頁次

一、為瞭解政府負擔健保經費是否符合健保法規定，宜於預算書明確揭示政府負擔健保保險經費之金額及比例，以利本院審議	1
二、補充保險費收入因稽徵技術不足而有高估之虞，恐無法彌補費率降低所減少之收入，應及早因應	3
三、辦理醫療院所查核結果，違規比率甚高，允宜加強查處，以防杜不當醫療支出	7
四、近年罹患主要癌症人數及醫療費用均增加，允應落實防癌工作，以減輕健保基金之負擔	10
五、衛生署及健保局應本資訊公開原則，詳細說明非協商因素及協商因素調升基準等，俾利確認每年總額醫療費用成長之合理性	12
六、高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫執行率偏低，成效未達預期目標，應研謀改善	15
七、代辦國民健康局預防保健業務墊付金額甚鉅，應積極洽收，以免影響健保財務	19
八、「保險給付」科目編列數額甚鉅，惟細項資料表達過於簡略，未符規定，不利本院預算審議	22
九、健保基金代辦業務墊支款項常未能於當年度收回，且未計收墊款息，有損基金權益	24
一〇、近年我國每人每年平均就醫次數偏高，宜有效改善，以避免浪費健保資源	28
一一、部分健保財務指標已有鈍化現象，允宜檢討以發揮預警效益	29

全民健康保險基金 102 年度預算評估報告

一、為瞭解政府負擔健保經費是否符合健保法規定，宜於預算書明確揭示政府負擔健保保險經費之金額及比例，以利本院審議

全民健康保險基金(簡稱健保基金)102 年度預算書「保費收入分析表」列示保險費收入 4,941 億 9,704 萬 2 千元，其中包括「36%政府差額補助」145 億元。

經查：

(一) 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法(以下稱二代健保法)第 3 條規定：「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。」、「政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%部分，由主管機關編列預算撥補之。」爰行政院預定自 102 年 1 月 1 日正式施行二代健保法，衛生署遂依法令規定編列預算撥補健保基金 36%政府差額補助部分計 145 億元。

(二) 據中央健康保險局(以下簡稱健保局)說明，政府差額補助編列 145 億元，係依行政院主計總處估算 102 年度健保基金保險經費扣除法定收入後之健保總經費約 4,976 億元，則政府應負擔法定下限(按 36%計算)計 1,791 億元，扣除預估 102 年度政府應負擔健保費約 1,646 億元，政府尚應以預算撥補健保基金約 145 億元；惟另依健保局自行估算，102 年度扣除法定收入後保險經費約 5,089 億 6,701 萬 6 千元，政府應負擔之下限計 1,832 億 2,812 萬 6 千元，減去預估 102 年度政府應負擔健保 1,539 億 5,815 萬 2 千元(含一般保險費 1,512 億元及補充保險費 28 億元)，政府尚應以預算撥補健保基金約 292 億 6,997 萬 4 千元。健保局之估算與 102 主計總處之推估結果顯有差異，據健保局

說明，因二代健保之保險費率及補充保險費收入預算編列時尚未確定，是以，暫按行政院主計總處審核匡列之 145 億元編列預算。

(三)二代健保法第 2 條第 1 項第 5 款規定：「保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。」是以，依健保基金 102 年度預算書「收支預計表」所列「保險給付」5,094 億 7,914 萬 3 千元，「提存安全準備」220 億 6,106 萬 4 千元，則 102 年度「保險經費」共計 5,315 億 4,020 萬 7 千元；另二代健保法對「法定收入」範圍雖無明確定義，惟若依預算書「收支預計表」所列「依法分配收入」225 億 8,701 萬元，加計「保費收入分析表」所列滯納金 3 億元，合計 228 億 8,701 萬元為法定收入，則 102 年度健保經費政府依法負擔部分應不得少於 1,831 億 1,515 萬 1 千元(保險經費扣除法定收入後金額之 36%)。

(四)健保基金 102 年度預算案，政府負擔健保經費是否符合二代健保法第 3 條規定，關鍵在於健保年度保險經費扣除法定收入後之金額及年度政府負擔健保一般保險費及補充保險費之數額。惟二代健保法對法定收入未予定義，且政府負擔健保一般保險費及補充保險費之金額各方估計數存有差異，預算書內復未將政府負擔健保保險經費之明細、金額及比例予以明確揭示，實有礙本院預算審議。

綜上，健保基金 102 年度保險費收入包括 36%政府編列差額補助 145 億元，與健保局估計之 292 億 6,997 萬 4 千元，差異 147 億 6,997 萬 4 千元；惟由 102 年度預算案無法獲得充分資訊，以瞭解政府負擔全民健康保險經費之情形。是以，行政院衛生署及健保局，實應於基金預算書中明確揭示政府負擔健保保險經費之金額及比例，並儘速對二代健保法第 3 條所稱之法定收入範圍予

以明確定義，以利本院預算審議。

二、補充保險費收入因稽徵技術不足而有高估之虞，恐無法彌補費率降低所減少之收入，應及早因應

行政院決定自 102 年度起施行二代健保法，並核定首年度健保費率以 4.91% 計收^{註1}，低於現行費率 5.17%。查二代健保法與修正前法令於保險財源籌措上最大差異在於採行「補充保險費」制度，保險對象有法定 6 項所得且符合法定要件者須繳納補充保險費^{註2}，爰健保基金 102 年度預算書「保費收入分析表」編列補充保險費收入 236 億 0,100 萬 6 千元。惟依據衛生署於 101 年 10 月 30 日衛署健保字第 1012600179 號令公布依二代健保法第 31 條第 3 項授權訂定之「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」（以下簡稱：補充保險費扣取及繳納辦法），因內容爭議頗多，且保險對象可採行諸多合法節費措施，中央健康保險局（以下簡稱：健保局）礙於稽徵技術，能否如數收取補充性保費，存有重大不確定性，為謀二代健保財務之健全，衛生署及健保局應及早因應。茲說明如下：

^{註1} 101 年 11 月 29 日中央社記者謝佳珍台北 29 日電「二代健保費率 4.91% 近 9 成民眾負擔減」報導：「行政院發言人鄭麗文今天表示，二代健保費率 4.91%，預估約 13%（300 萬人）民眾負擔增加，87% 民眾則減輕負擔或不受影響。二代健保明年元旦上路，行政院長陳冲昨天核定費率 4.91%。…。二代健保實施首年費率訂為 4.91%，一般保費收入雖然減少，但預估每年可額外收到新台幣 206 億元補充保險費，加上政府負擔保險費用比率，由 33.6%，提高到 36%，每年可為健保再增加約 200 億元收入，因此 4.91% 費率至少可維持至 105 年財務平衡。」

^{註2} 全民健康保險法第 31 條規定：「第 1 類至第 4 類及第 6 類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣 1,000 萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額 4 倍部分之獎金。二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。三、執行業務收入。但依第 20 條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。五、利息所得。六、租金收入。」同法第 34 條規定：「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第 27 條規定應負擔之保險費，按月繳納。」

(一)健保局重新估算之補充保險費收入低於調降費率所致之保費減收數

據健保基金 102 年度預算書，二代健保保費收入編列 4,944 億 9,704 萬 2 千元，其中以「薪資所得」為費基並以 4.91% 為保險費率之第 1 至 3 類保險對象保險費收入計 3,907 億 6,172 萬 5 千元，若以之推估按原保險費率 5.17% 計算第 1-3 類保險對象之保險費收入為 4,114 億 5,379 萬 2 千元，則因調降保險費率致第 1-3 類保險對象按投保金額計算之保險費收入減少計約 206 億 9,206 萬 7 千元，雖低於 102 年度預算案所編列之補充保險費金額，但略高於健保局依補充保險費扣取及繳納辦法重新估算之 102 年度健保基金補充保險費收入 206 億元。

(二)補充保險費扣取及繳納辦法內容，容有爭議

1. 辦法內容逾越母法授權：補充保險費扣取及繳納辦法第 3 條第 2 項規定，應計收補充保費之所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。如為股票或外國貨幣，其價格或兌換率依所得稅法相關規定辦理；惟二代健保法第 31 條規定應計收補充保險費之所得，並無「以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。」之規定；另參照所得稅法第 14 條第 2 項規定所列示之「所得」亦非僅以現金等為限，包括實物所得^{註3}，顯示辦法對「所得」之限縮定義，已逾越全民健康保險法之授權。

2. 辦法對獎金定義模糊，不利計收：補充保險費扣取及繳納辦

^{註3} 所得稅法第 14 條第 2 項規定，前項各類所得，如為實物、有價證券或外國貨幣，應以取得時政府規定之價格或認可之兌換率折算之；未經政府規定者，以當地時價計算。故所列示「所得」包含實物所得。

法第 3 條第 1 項第 1 款「獎金」規定，符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之「具獎勵性質」之各項給與，如年終獎金、節金、紅利等，定義模糊。查所得稅法上由雇主所給予之給付，可分為以任何名義給付之經常性與非經常性給與，經常性給與的部分屬於一般保險費之範圍，非經常性給與之項目是否屬於「具獎勵性質」之給予，如何認定?事後如何審查?另高額獎金之行業頗多有海外或大陸地區子(分)公司，若將可能超出投保金額 4 倍的給付，移由海外子(分)公司支付，將中華民國來源所得轉換成海外所得，則補充保險費之收取與稽查更將益形困難。

(三)補充保險費保險對象可合法節費，不利保費收取

- 1.應計收補充保險之所得易化整為零而節費：由於二代健保法第 31 條補充保險費收取有門檻規定，依補充保險費扣取及繳納辦法第 4 條規定，單次給付金額達 5 千元以上方須繳付，法定 6 項所得其單次給付金額未達下限即毋需扣取補充保險費(詳附表 1)；因此如利息所得部分可能產生分拆存單，以使得單筆利息所得未達補充保險費扣取下限；或有兼職薪資所得者若與雇主達成協議以領日薪方式，化整為零，亦可合法規避納費；均可藉以合法規避須繳納補充保險費，將使補充保險費短收。因此，若不採全年累計之形式計收，則無異鼓勵保險對象規避納費。
- 2.無扣費義務人之執行業務收入，無法收取補充保險費：該辦法對執行業務收入之定義為：指所得稅法第 14 條第 1 項第 2 類所稱執行業務者之業務或演技收入。由於部分執行業務所得或收入者，於所得稅法上並未存在扣繳義務人為其「扣」、

「繳」、「填」、「報」執行業務所得，因此不存在扣費義務人為其扣取補充保險費，則依據補充保險費扣取及繳納辦法規定，可能無法扣取此部分執行業務收入之補充保險費，恐將使補充保險費費基減少，且有失公平性原則^{註4}。

3.租金收入得藉交易安排規避繳納補充性保費：補充保險費扣取及繳納辦法對租金收入之定義為：指所得稅法第14條第1項第5類第1款所稱之租賃收入及第2款所稱之租賃所得：惟租金收入是否能成功計收補充保險費，端視支付租金者，是否為非自然人且將該筆支出列為其申報營利事業所得稅之營業費用，從而成為稅法之扣繳義務人及二代健保法之扣費義務人；若支付租金者為自然人，則無扣費義務人；另出租者若將其租賃標的轉由自己實質掌控之法人持有，由法人擔任出租人，將合法規避補充保險費之納費。

4.保險對象得藉以收取票據、股票及可等值兌換現金之禮券以外之實物給付，合法節費：補充保險費扣取及繳納辦法第3條第2項規定，應計收補充保費之所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。是以，保險對象若有大額所得須計收補充保險費者，若與投保單位協商以前述現金等標的以外之實物給付(如：貴金屬、寶石等)，則可依法免繳納補充保險費，合法節費，益顯不公，實不符量能付費精神。

綜上，依衛生署所公告之補充保險費扣取及繳納辦法，在節費誘因驅動下，保險對象可採行合法節費措施，以規避補充保險費之計收，若健保局未能提昇稽徵技術或未妥謀周全防杜措施，

^{註4}引自「二代健保制度保險費收繳相關議題之研究」，馬嘉應，衛生署100年度委託研究報告。

則本年度健保基金預算書編列之補充保險費收入數可能無法如預期收取，而無法填補費率降低所減少之保費收入，除不利確保健保財務收支之平衡外，亦無法達成全民健保擴大費基之修法目的，有違各界期待，衛生署及健保局應速謀對策，及早因應。

附表 1：全民健保保險對象應計收補充保險費之所得彙整表

計費項目	說明	下 限	上 限
全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金	給付所屬被保險人的薪資所得中，未列入投保金額計算的獎金(如年終獎金、節金、紅利等)，累計超過當月投保金額 4 倍部分。	無	獎金累計超過當月投保金額 4 倍後，超過的部分單次以 1,000 萬元為限。
兼職薪資所得	給付兼職人員(指非在本單位投保健保)的薪資所得	單次給付達 5,000 元	單次給付以 1,000 萬元為限
執行業務收入	給付民眾的執行業務收入，不扣除必要費用或成本。		
股利所得	公司給付股東的股利總額(包括股票股利及現金股利)。	1. 以雇主或自營業主身分投保者：給付金額超過已列入投保金額計算部分，單次給付達 5,000 元。 2. 非以雇主或自營業主身分投保者：單次給付達 5,000 元。	1. 以雇主或自營業主身分投保者：給付金額超過已列入投保金額計算部分，單次給付以 1,000 萬元為限。 2. 非以雇主或自營業主身分投保者：單次給付以 1,000 萬元為限。
利息所得	給付民眾公債、公司債、金融債券、各種短期票券、存款及其他貸出款項的利息。	單次給付達 5,000 元	單次給付以 1,000 萬元為限
租金收入	給付民眾的租金(未扣除必要損耗及費用)。	單次給付達 5,000 元	單次給付以 1,000 萬元為限

※註：1.資料來源，衛生署中央健康保險局網站。

三、辦理醫療院所查核結果，違規比率甚高，允宜加強查處，以防杜不當醫療支出

中央健康保險局(以下稱健保局)為提升健保醫療資源合理運用，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理特約醫事服務機構之管理，並查察特約機構有無密醫看診、虛浮報醫療費用等違規情事。據該局近年之查核結果，受查特約醫事服務機構之違規比率偏高，惟訪查率未能隨之因應調整，以提升健保醫療資源之合理運用，有欠妥適，謹說明如下：

(一)健保局負有管理特約醫事服務機構之責

全民健康保險法第 6 條規定，健保局為全民健康保險之保險人，其負有管理特約醫事服務機構(以下稱特約機構)之法定職掌，並依該法授權訂定「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」以管理特約機構，對違反法令及相關辦法者，除應通知其限期改善外，並得核予違規記點、扣減其申報相關醫療費用之 10 倍金額、停止特約、終止特約等處分。

(二)近年辦理特約機構查核結果，違規比率甚高

該局為辦理特約機構之訪查業務，除例行查核外，另於 99 年 10 月成立「違規查處任務小組」，專責辦理特約機構提供醫療給付或保險對象領取保險給付查處原則之研訂與涉及刑責案件之函送作業，並由各分區業務組辦理轄內違規案件實地查核及一般違規案件之處分。訪查案件來源主要為民眾檢舉、上級交查、主動分析資料發掘異常案件或其他單位移辦之違規案件等。

據該局 96 至 100 年度及 101 年度 1 月至 8 月之查察結果(詳附表 1)，各年度訪查家數分別為 688 家、540 家、634 家、847 家、680 家及 465 家，違規處分家數分別為 572 家、446 家、536 家、541 家、420 家及 223 家，違規比率分別為 83.1%、82.6%、84.5%、63.9%、61.8%及 48.0%，比率甚高；且各年函

送檢警調單位偵辦之家數亦多，分別為 166 家、122 家、197 家、86 家、105 家及 43 家，顯示該局往年之稽查方案及作為，未能發揮應有之嚇阻效果，以杜絕詐領健保給付之弊端。

(三)特約機構違規比率高居不下，惟訪查家數及訪查率未能因應調整

96 年度至 100 年度健保特約醫事機構分別為 2 萬 3,478 家、2 萬 3,874 家、2 萬 4,423 家、2 萬 5,031 家及 2 萬 5,747 家，該局各年度訪查率分別僅為 2.9%、2.3%、2.6%、3.4% 及 2.6%(詳附表 1)，未能因應查處結果調整查核廣度。又同期間違規查處之追扣罰合計金額(不含輔導繳回金額)分別為 1 億 1,356 萬元、1 億 9,922 萬元、2 億 0,830 萬元、2 億 2,163 萬元及 2 億 3,032 萬元(詳附表 2)。可見違規比率居高不下，查處追扣金額相當龐鉅，宜加強查核，以收減少不當醫療支出，對避免健保醫療資源之無謂浪費，有所裨益。

綜上，健保局辦理特約機構之訪查業務，其訪查深度及廣度，允宜配合受查特約機構違規情形予以適時調整，以收杜絕詐領健保給付之弊端、提升健保醫療資源之合理運用、維護保險對象就醫安全與品質，及建構公平合理之醫療經營環境等政策目的。

附表 1：近年全民健康保險特約醫事服務機構訪查結果統計表

年度	特約醫事服務機構家數 A	訪查家數 B	訪查率 C=B/A	違規處分家數 D	違規比率 E= D/B	移送偵辦家數 F	移送偵辦比率 G=F/B
96 年度	23,478	688	2.9%	572	83.1%	166	24.1%
97 年度	23,874	540	2.3%	446	82.6%	122	22.6%
98 年度	24,423	634	2.6%	536	84.5%	197	31.1%
99 年度	25,031	847	3.4%	541	63.9%	86	10.2%
100 年度	25,747	680	2.6%	420	61.8%	105	25.0%
101 年度(1-8 月)	26,101	465	2.9%	223	48.0%	43	19.3%

※註：1.資料來源，衛生署健保局提供及該局網站。

附表 2：全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣金額統計表

單位：新臺幣萬元

年度	項目 查處追扣金額 A	扣減金額 B	罰鍰金額 C	合計 D=A+B+C	違規扣減費用件數
96 年度	6,629	4,035	692	11,356	241
97 年度	14,014	3,359	2,549	19,922	154
98 年度	14,391	3,074	3,365	20,830	234
99 年度	14,602	2,512	5,049	22,163	215
100 年度	12,680	3,268	7,084	23,032	204
101 年度 1-8 月	5,135	1,573	135	6,843	82

※註：1.資料來源，衛生署健保局網站。

2.查處追扣金額係扣減 10 倍、罰鍰(虛報)金額之 1 倍金額及其他因查處案件造成可行正追扣之金額。

四、近年罹患主要癌症人數及醫療費用均增加，允應落實防癌工作，以減輕健保基金之負擔

癌症防治法第 3 條：「...一、癌症：係指經由病理切片證實，或經其他檢查、檢驗有效推定診斷，在臨床上具有再發或轉移現象之惡性腫瘤。...。」該項病症目前為我國 10 大死因之首；依衛生署 100 年 8 月出版之公務統計資料列示，93 年度至 98 年度每年癌症發生人數分別為 6 萬 7,895 人、6 萬 8,907 人、7 萬 3,293 人、7 萬 5,769 人、7 萬 9,818 人及 8 萬 7,189 人，顯呈上升趨勢，且於 100 年度惡性腫瘤仍居國人 10 大死因之首，計 4 萬 2,559 人因癌症而死亡，占有所有死亡人數之 28.0%；復依該署提出之資料，110 年度則將超過 11 萬人，對經濟(生產力)之影響與全民健康保險之負擔亦將隨之升高。查目前全年支應癌症治療等之健保支出達 360 億元以上，茲以 100 年度申報點數前 3 名之癌症，說明該項支出成長情形，宜請該署研謀有效防治計畫，以避免再大幅增加健保基金負擔。謹分述如下：

(一)罹患有關癌症之總人數大幅增加，每人支付點數提升率亦高，增加健保基金之負擔

依健保局統計資料，100 年度癌症醫療申報點數之前 3 名分別為「女性乳房惡性腫瘤」、「氣管支氣管及肺癌」、「口腔、口咽及下咽腫瘤」等 3 類，而 100 年度前揭癌症罹患人數相較 94 年度之人數提升率分別為 69.13%、57.84%及 51.29%，成長幅度甚高；又以平均每人醫療點數成長率觀察，同期間該 3 類癌症之提升率分別為 22.38%、30.53%及-1.42%，使期間中該 3 類癌症之醫療總點數提升率分別達 106.99%、106.02%及 49.15%(詳附表 1)，總醫療點數上升 75 億餘點，平均每種癌症提升點數約為 25 億餘點，顯示以往相關防治業務成效未達預期效益，致造成全民健康保險支出之高漲。

(二)衛生署相關防治癌症計畫主要辦理業務為加強篩檢以降低死亡率，惟未能著重長期生活習慣之變更

癌症發生率之不斷攀高，與精緻飲食及個人生活習慣息息相關，如：長期嚼食檳榔者易罹口腔癌、長期吸煙者易罹肺癌、長期食用煙燻製食品可能引發消化道病變，蔬果攝取及運動量不足，導致直腸癌及乳癌之增加等；依據先進國家經驗，倡導改變生活習慣須有 10 年至 20 年之努力，始能顯現於相關死亡率之降低；由於宣導成效不易顯現，因此，衛生署 99 年度至 102 年度執行之國家癌症防治第 2 期計畫，主要辦理重點在執行早期治療成效顯著之癌症篩檢工作，如：子宮頸癌、大腸癌等；查前揭業務雖能於中期達成死亡率下降之明顯成效，惟因無法降低發生率，故難以有效降低相關健保醫療費用之成長。

綜上，近年罹患癌症人數大幅增加，每人支付醫療點數提升比率亦高，致大幅增加全民健康保險業務負擔，宜請該署及所屬切實推動有關防治工作，使達降低發生率成效，以避免再大幅增加全民健康保險支出負擔。

附表 1：94、97 及 100 年度健保支應主要癌症點數說明表

單位：人、點

診斷疾病	94 年度			97 年度		
	人數合計	合計醫療點數 (千點)	平均每人 醫療點數	人數合計	合計醫療點數 (千點)	平均每人 醫療點數
女性乳房惡性腫瘤	43,229	2,837,337	65,635	57,221	4,180,624	73,061
氣管、支氣管及肺癌	16,796	2,693,615	160,372	21,183	4,442,964	209,742
口腔、口咽及下咽腫瘤	29,835	3,313,970	111,077	37,243	4,318,491	115,954
診斷疾病	100 年度			100 年度/94 年度		
	人數合計	合計醫療點數 (千點)	平均每人 醫療點數	人數 提升率	每人支付醫療點 數提升率	醫療點數 提升率
女性乳房惡性腫瘤	73,114	5,873,008	80,327	69.13%	22.38%	106.99%
氣管、支氣管及肺癌	26,510	5,549,493	209,336	57.84%	30.53%	106.02%
口腔、口咽及下咽腫瘤	45,138	4,942,737	109,503	51.29%	-1.42%	49.15%

※註：1.資料來源，衛生署健保局。

五、衛生署及健保局應本資訊公開原則，詳細說明非協商因素及協商因素調升基準等，俾利確認每年總額醫療費用成長之合理性

現行全民健康保險法第 47 條至第 50 條及第 54 條(100 年 1 月 26 日總統華總一義字第 10000011861 號令修正公布之全民健康保險法規定於第 41 條至第 42 條、第 60 條至第 62 條及第 65 條)規定，全民健康保險應實施總額支付制度，復按 82 年 10 月 27 日行政院函文，其立法意旨為考量國家之財務負擔，明定應由主管機關訂定醫療給付費用總額範圍等，以達維護全民健康保險財務健全目標；查 97 年度至 101 年度該項費用成長率分別為 4.687%、3.874%、3.317%、2.855%及 4.314%，是以每年均有相當程度之成長；查前揭核定成長率之主要問題在於核定數未能符合社會保險之量入為出原則，即經濟成長及薪資成長欠佳時，卻仍以一定成長幅度核定總醫療費用成長率(詳附表 1)，使收入之成長無法支應支出成長數，致影響健保基金之財務健全性，使全民健康保險財務自 96 年度起急劇惡化，96 年至 100 年各年底之安全準備累

計餘額分別為-125.7 億元、-265.25 億元、-582.24 億元-397.1 億元及-55.3 億元等；復查全民健康保險醫療費用協定委員會核定總額醫療費用成長率主要係區分一般服務及專款項目核定，其中一般服務部分區分非協商因素及協商因素計列成長率，為全民健康保險支出之主要成長部分，茲以 101 年度核列比率為例，說明前揭協定未盡合理情形，謹說明如次：

(一)政府資訊公開原則為公共課責之基礎，並能促進民主參與

政府資訊之完備公開，是現代行政管理中公共課責之基礎，公開之目的在便利人民共享及公平利用政府資訊，保障人民知的權利，增進人民對公共事務之瞭解、信賴及監督，並促進民主參與。

(二)協定非協商因素成長率時，應能詳予提供計列基準並說明各部門人口結構改變率之重大差異原因，俾確認合理性

一般服務部分之非協商因素成長率主要係依投保人口年增率、人口結構改變率及醫療服務成本指數改變率分別核列，惟未能提供計列基準，致難以確認協定數額合理性，其中人口結構改變率差異甚大殊不合理，另尚有醫療服務成本指數改變率每年成長比率不低等情形，依該局說明：「人口結構改變率：係各總額部門依年齡性別組別之就醫費用公式估計，故各部門間不同。醫療服務成本指數改變率：各總額部門以協定權重採計人事費用、藥品藥材及耗材成本、基本營業費用及其他營業費用等，並依協定公式計算年度成長率。」等，惟未能詳列公式並說明計算情形等，故難以確認前揭協定數額合理性(詳附表 2)。

(三)未提供協商因素成長率之合理性依據，顯有不足

一般服務部分之協商因素成長率(詳附表 3)主要係源因醫

療品質之提升、新藥及新醫療科技之引進、醫療服務效率之提昇及支付標準之調整等予以協商而得，惟其中醫療服務效率之改變與非協商因素中人口年增率及人口結構之改變、新醫療科技之引進及支付標準之調整與非協商因素中醫療服務成本指數改變率是否具重複性，及協商之明確依據與標準等，衛生署及健保局尚未能將相關資訊充分公開，在資料未臻完整情形下，實無法確認該等成長率合理性，核非妥適。

綜上，政府資訊公開原則為公共課責之基礎，並能促進民主參與，衛生署及健保局應本前揭原則，於全民健康保險費用協定委員會公告各年度全民健康保險醫療給付費用總額時，即詳細說明非協商因素及協商因素調升基準、計算方式及各項目列入協商因素之必要性等，俾利確認該費用成長合理性並符樽節原則。

附表 1：全民健康保險醫療費用成長情形說明表

單位：%

年度	費用協定委員會核定數				
	97 年度	98 年度	99 年度	100 年度	101 年度
年度醫療給付費用總額成長率 (相較上年度)	4.687	3.874	3.317	2.855	4.314
經濟成長率(yoy) (101 年度為全年預計數)	0.73	-1.81	10.72	4.03	1.05
工業及服務業經常性薪資年增 率(101 年度為 1-8 月數)	0.24	-2.01	1.82	1.46	1.69

※註：1.資料來源，衛生署中央健康保險局、行政院主計總處網站。

附表 2：101 年度全民健康保險各部門別非協商因素成長率說明表

單位：%

項 目	費用協定委員會核定數			
	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
非協商因素 $A=(1+C+D)*(1+B)-1$	3.003	1.895	3.297	1.659
投保人口年增率 B	0.190	0.190	0.190	0.190
人口結構改變率 C	2.017	0.716	0.543	-0.128
醫療服務成本指數改變率 D	0.791	0.986	2.558	1.594

※註：1.資料來源，衛生署中央健康保險局。

附表 3：101 年度全民健康保險各部門別協商因素成長率說明表

單位：%

項 目	費用協定委員會核定數			
	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
協商因素	0.926	1.104	-1.048	0.595
醫療品質及保險對象健康狀況的改變 -品質保證保留款	0.100	0.100	0.100	0.300
醫療服務效率提昇	-	-	-1.113	-
支付項目的改變—新醫療科技	-	1.075	-	-
支付項目的改變—支付標準調整	0.781	-	-	0.319
其他議定項目—違反管理辦法之扣款	-0.019	-0.071	-0.035	-0.024

※註：1.資料來源，衛生署中央健康保險局。

六、高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫執行率偏低，成效未達預期目標，應研謀改善

健保局為使醫療資源合理使用，自 99 年度起於全民健康保險醫療給付費用總額之「其他部門預算」匡列經費，實施「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫，擇定門診次數偏高之保險對象進行居家訪視，輔導建立正確服用藥物觀念，以避免藥物重複使用，間接減少醫療資源之浪費，施行區域為健保局台北分區及高屏分區，自 100 年度起施行區域擴大至全國，101 年度將計畫更名為「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫，賡續辦理。惟查 99 及 100 年度該試辦計畫執行率僅分別為 41.67% 及 69.42%，且執行成效均未達預期目標，允宜確實檢討執行率不足及成效欠佳之原因，切實改善。茲說明如下：

(一)該局雖已辦理輔導高頻率就醫者改善就醫次數業務，惟 99 年度及 100 年度執行實際成效不足

1.健保局依全民健康保險醫療辦法第 42 條規定：「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。…。」辦理之輔導高頻率就醫者改善就醫次數業務，其輔導對象依「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」規定，係為：1. 前一年門診申報就醫次數超過一定次數之個案。2. 當年前一季門診申報就醫次數超過一定次數之個案。3. 當年每月健保 IC 卡門診上傳就醫次數超過一定次數之個案等。輔導原則為依不同類別對象進行分類輔導與管理，對主要對象則進行電訪與親訪或審查治療等措施，而倘經輔導未能明顯改善受輔導對象之就醫行為時，則可依全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知規定，將病患依其病情及意願指定至特別醫療院所就醫等。

2. 依該局提供資料，99 年度起擴大輔導對象為：1. 前一年門診申報就醫次數達 100 次之個案(98 年度為 150 次)。2. 每季門診申報就醫次數達 50 次之個案。3. 當年每月健保 IC 卡門診上傳就醫次數達 20 次之個案(該類個案多僅以關懷函件關切，故非屬主要輔導對象)。查 99 至 100 年度經輔導後前揭對象就醫次數雖大幅下降，惟平均就醫次數仍分別高達每年 98.6 次、每季 78.7 次及每月 9.2 次以上，即每年平均就診次數極可能仍高達百次以上(詳附表 1、2)，故以往輔導業務之執行成效尚待加強。

(二) 99 及 100 年度執行高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫，惟效果不彰，未達預期目標

1. 該試辦計畫係針對門診高利用之保險對象且需輔導建立正確服藥觀念者，進行居家訪視，避免藥物重複使用，提升用藥安全，間接減少醫療資源之浪費，99 年度以 98 年度門診就醫次數 200 次以上等之門診高利用保險對象中，篩選受輔導對象；預期輔導對象為 1,100 人，總服務人次為 8,800 人次；

預計降低輔導對象前 1 年同期申報門、住診醫療費用 10% 以上。惟試辦計畫 99 年度預算 924 萬元，決算數 385 萬元，執行率僅 41.7%(詳附表 3);訪視人數為 808 人，未達目標 1,100 人；訪視人次 3,850 人次，占預期總服務人次 8,800 人次之 43.8%；另 99 年度門、住診醫療費用較 98 年度醫療費用僅下降約 4%，遠低於目標值 10%(詳附表 4)。

2. 100 年度該試辦計畫續施行，除調整輔導對象之篩選條件並擴大實施區域及輔導人數，預期訪視人數 4,300 人，預算 3,600 萬元；惟依健保局資料，100 年度決算數 2,499 萬元，執行率僅 69.4%；訪視人數 4,041 人，未達目標 4,300 人；訪視人次 24,999 人次，占預期總服務人次 34,400 人次之 72.7%；且 100 年度門、住診醫療費用較 99 年度醫療費用僅下降約 2%，遠低於目標值 10%(詳附表 5)，顯見 99 及 100 年度該試辦計畫之執行未能達成計畫預期之效果。

3. 101 年度健保局將該試辦計畫更名為「全民健康保險藥事居家照護試辦計畫」，預算 3,600 萬元，預期輔導對象下限定為 4,300 人，並修訂輔導成效目標，由預計降低輔導對象申報門、住診醫療費用較上年度同期醫療費用 10% 以上，修改為與前 1 年同期相較，預計降低輔導對象申報門診醫療費用 12% 以上，期藉由改變目標值，以達成計畫目標。

綜上，健保局 99 及 100 年度執行高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫，執行率低且成效欠佳，101 年度續行試辦並期藉由改變目標值，以達成計畫目標，成效尚待檢驗。是以，該局允應確實檢討執行率不足、成效欠佳及更改預期目標對計畫初衷之影響，切實改善，以達計畫預期效益，有效減少浪費健保資源。

附表 1：99 年度輔導高頻率就醫者成效說明表

單位：人、次

99 年度輔導類別	輔導人數	輔導前平均 就醫次數(A)	輔導後平 均就醫次 數 (B)	輔導後就 醫下降率 (B-A) /A
98 年全年度門診申報就醫 次數≥100 次	32,951	121.2	97.98	-19%
98 第 4 季至 99 年第 3 季每 季門診就醫次數≥50 次	4,617	236.1	144.7	-39%
99 年每月 IC 卡上傳就醫 次數≥20 次	6,756	23.3	10.52	-55%

※註：1.資料來源，衛生署中央健保局。

2.據中央健保局說明，對第 3 種輔導類別對象之主要輔導方式僅為即時
寄出關懷函件，故並非主要輔導對象。

附表 2：100 年度輔導門診高利用就醫者成效說明表 單位：人、次

100 年度輔導類別	輔導人數	輔導前平均 就醫次數(A)	輔導後平 均就醫次 數 (B)	輔導後就 醫下降率 (B-A) /A
99 年全年度門診就醫次數 ≥100 次	33,468	119.46	98.59	-17%
99 第 4 季至 100 年第 3 季 每季門診就醫次數≥50 次	4,433	235.3	78.69	-67%
每月 IC 卡上傳次數≥20 次	8,658	22.87	9.2	-60%

※註：1.資料來源，衛生署中央健保局。

2.據中央健保局說明，對第 3 種輔導類別對象之主要輔導方式僅為即時
寄出關懷函件，故並非主要輔導對象。

附表 3：99 及 100 年度高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫執行成果

單位：人、人次、萬元

年度	藥師 人數	訪視人數		輔導人次		預算數	預算 執行數	執行率 (%)
		目標	實際	目標	實際			
99	42	1,100	808	8,800	3,850	924	385	41.67
100	101	4,300	4,041	34,400	24,999	3,600	2,499	69.42

註：1.資料來源：101 年全民健保各部門總額執行成果摘要，全民健康保險醫療費
用協定委員會編印(101 年 8 月)。

附表 4：高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫 99 年度執行成果

執行項目	98 年度(輔導前)	99 年度(輔導後)	執行成效
平均每人門診次數	93.19 次	66.17 次	-29%
平均每人醫療點數(門診)	7.73 萬點	6.16 萬點	-20%
平均每人醫療點數(住院)	3.57 萬點	4.7 萬點	+32%
平均每人醫療點數(門、住診)	11.3 萬點	10.86 萬點	-4%
平均每人藥費點數(門診)	3.1 萬點	2.5 萬點	-19%
平均每人藥費點數(住院)	1.1 萬點	0.86 萬點	-22%
平均每人藥費點數(門、住診)	4.2 萬點	3.36 萬點	-19%

註：1.資料來源：衛生署網站，醫院及其他預算專案計畫執行成果報告(100 年 7

月 26 日)。

附表 5：高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫 100 年度執行成果

執行項目	99 年度(輔導前)	100 年度(輔導後)	執行成效
平均每人門診次數	80.99 次	67.01 次	-17%
平均每人醫療點數(門診)	7.05 萬點	5.44 萬點	-10%
平均每人醫療點數(住院)	7.55 萬點	9.32 萬點	+16%
平均每人醫療點數(門、住診)	8.62 萬點	8.42 萬點	-2%
平均每人藥費點數(門診)	2.07 萬點	1.86 萬點	-10%
平均每人藥費點數(住院)	0.91 萬點	1.29 萬點	33%
平均每人藥費點數(門、住診)	2.38 萬點	2.27 萬點	-5%

註：1.資料來源：衛生署網站，醫院及其他預算專案計畫執行成果報告(101 年 7 月 31 日)。

七、代辦國民健康局預防保健業務墊付金額甚鉅，應積極洽收，以免影響健保財務

中央健康保險局(簡稱健保局)依「行政院衛生署國民健康局委託健保局辦理預防保健服務契約」代辦國民健康局(簡稱國健局)預防保健業務，惟近年度健保基金辦理上開代辦業務之實際支出均超逾國健局各該年度之撥付數，造成鉅額墊付款未能依約收回，實不利健保基金財務調度。茲說明如下：

(一)預防保健業務經費自 95 年度起由國健局編列預算支應

行政院衛生署國民健康局組織條例第 2 條規定：「行政院衛生署國民健康局…受行政院衛生署之指揮、監督，掌理下列事項：…四、癌症防治之規劃及推動事項。五、婦幼健康、優生保健之規劃及推動事項。六、兒童、青少年保健之規劃及推動事項。七、中老年人保健之規劃及推動事項。八、特殊傷病防治之規劃及推動事項。…」是以，預防保健業務為該局法定職掌，惟 95 年度以前係由健保局辦理，爰因全民健保財務發生短絀，為拓展全民健康保險財源，並符合全民健康保險法及上開規定，自 95 年度起預防保健業務移由國健局辦理，所需經

費由該局編列預算支應，惟相關業務仍委請健保局(健保基金)代辦，雙方依所簽訂「行政院衛生署國民健康局委託健保局辦理預防保健服務契約書」及行政院衛生署所訂之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，辦理預防保健業務。

(二) 健保基金近年度代辦預防保健業務支付數超逾國健局撥入數，致截至 100 年度底墊付款達 15 億餘元

健保局受託代辦預防保健業務，係依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」補助標準代付特約醫事服務機構，故相關費用係由健保基金先行墊支，國健局依預防保健服務年度預算額度分 4 次撥付予健保局，雙方每半年再行辦理結算核銷；惟查該業務自 97 年度起，健保基金墊付特約醫事服務機構之補助費用即超逾國健局撥付之經費(詳附表 1)，至 100 年底達 15 億 4,602 萬 9 千元，復依國健局提供各預防保健項目之明細資料，截至 100 年度積欠健保基金數額為 15 億 4,902 萬 1 千元(詳附表 2)，前述金額之差異係因尚有預防保健服務費用經國健局事後審核不給付之核(追)扣案件未達帳所致。

(三) 101 年度上半年健保基金代辦預防保健業務墊款金額續增加，加重健保資金調度負擔

據健保局說明^{註5}，健保基金 101 年度 1 至 6 月預防保健服務費用，共核付 20 億 0,924 萬 6 千元，經結算沖抵國健局撥付款 13 億 3,689 萬 6 千元，及 99 至 100 年度預防保健服務案事後審核不予給付之核(追)扣案件尚應抵扣 72 萬 8 千元，國健局 101 年度上半年撥付不足數約 6 億 7,162 萬 2 千元，倘加計截至 100 年度健保基金墊款 15 億餘元，則健保基金代辦國健局預防

^{註5} 詳健保局 101 年 11 月 27 日健保財字第 1010071945 號致國健局函。

保健業務墊付款項已高達 22 億餘元，國健局撥付金額不足現象遲未改善，有礙健保基金資金調度。

綜上，依健保局與國健局所簽訂之服務契約書第 7 條第 4 項約定，預防保健經費若有撥付不足情形，由國健局撥補。是以，除健保局應依該約定積極洽請國健局儘速撥付不足數，以免加重健保基金資金調度負擔外，衛生署、國健局及健保局亦宜正視上述現象，妥謀良策，徹底解決該困境。

附表 1：95-100 年度預防保健服務費用撥付情形表

單位：新臺幣千元

年度	國健局撥款金額	健保基金實際醫療給付金額	不足數
95	1,778,682	1,778,682	0
96	2,775,366	2,775,366	0
97	2,725,000	2,865,368	-140,368
98	2,709,000	3,051,746	-342,746
99	3,047,098	3,514,814	-467,716
100	3,191,437	3,786,636	-595,199
合計	16,226,583	17,772,612	-1,546,029

※註：1.資料來源，衛生署健保局。

附表 2：97-100 年度預防保健業務實際費用明細表

單位：新臺幣千元

年度	項目	兒童預防保健	成人預防保健	孕婦產前檢查	子宮頸抹片	乳癌篩檢	兒童牙齒塗氟	小計	實際費用與預算差額
97	預算數	387,000	537,500	720,000	860,000	150,500	70,000	2,725,000	140,368
	實際數	309,935	869,079	583,423	795,080	197,221	110,630	2,865,368	
98	預算數	368,930	541,842	709,000	794,663	224,000	70,565	2,709,000	342,745
	實際數	313,872	896,065	561,908	850,302	303,783	125,815	3,051,745	
99	預算數	368,930	541,842	709,000	794,663	224,000	70,565	2,709,000	471,244
	實際數	279,003	897,230	522,895	869,404	472,990	138,722	3,180,244	
100	預算數	300,050	605,328	604,800	806,707	415,830	80,350	2,813,065	594,664
	實際數	269,483	900,737	670,117	879,185	533,643	154,564	3,407,729	
合計		-	-	-	-	-	-	-	1,549,021

※註：1.資料來源，衛生署國民健康局提供。

八、「保險給付」科目編列數額甚鉅，惟細項資料表達過於簡略，未符規定，不利本院預算審議

健保基金之「保險給付」科目，為該基金最主要支出項目，近年因該科目年成長率高於「保費收入」年成長率，相關收支短絀自 90 年度之 100 餘億元，每年鉅幅增加，迄至 99 年度因實施一代健保修正案始獲改善(詳附表 1)。惟該基金 102 年度附屬單位預算書「保險給付」科目表達極為簡略，僅於保險成本明細表列示總額 5,094 億 7,914 萬 3 千元，另於保險給付分析表中說明該項費用係自醫療費用之 5,665 億 0,027 萬 8 千元(其中總額協定醫療費用係以 101 年總額協定預算已成長率 4.5%推估)減除部分負擔 373 億 5,100 萬元、代辦部分負擔 60 億 2,076 萬 5 千元、代位求償費用 20 億元、代辦費用 114 億 6,937 萬元及菸品健康捐支應之罕見疾病醫療費用之 1 億 8,000 萬元後之餘額等，另於保險給付分析表(附表)依現行全民健康保險法第 31 條規定，將保險給付依區分門診及住院醫療費用分列，並區分各總額部門別及含括人日、人次及費用等項目，惟未詳予說明相關項目估列標準，資訊揭露仍有不足。謹說明如次：

(一)未符會計資訊充分揭露原則與財務報表表達總體目標學理，不利本院預算審議

- 1.憲法第 63 條：「立法院有議決法律案、預算案…之權。」
- 2.預算法第 50 條：「特種基金預算之審議，在營業基金以業務計畫、營業收支、生產成本、資金運用、轉投資及重大之建設事業為主；在其他特種基金，以基金運用計畫為主。」惟因健保基金最主要支出項目「保險給付」之各項運用計畫與成本資料未能列示充足細項資訊，不利本院審議。
- 3.依會計學理，不論是會計資訊充分揭露原則，或政府會計財

務報表表達之總體目標，皆為滿足使用者對有關資訊之需求；因此，各項預算資訊之表達均應滿足本院審議需求。故「保險給付」科目細項說明揭露不足，有違前揭學理並不利本院預算審議。

(二)「保險給付」表達過於簡略，有未符規定之虞

預算法第 37 條後段：「…各項計畫，除工作量無法計算者外，應分別選定工作衡量單位，計算公務成本編列。」對可詳予表達之「保險給付」簡略編列，有未符前揭規定之虞。

(三)應具適當次級科目，以利明確表達支出內容

按健保局出版之全民健康保險統計資料，有關醫療費用明細項目包括住院之診察費、病房費、管灌膳食費、檢查費、放射線檢查及診療費、治療處置費、手術費、復健治療費、血液透析費、血液血漿費、麻醉費、特殊材料費、藥費、藥事服務費、精神科治療費、注射技術費；門診之診察費、診療及材料費、藥費及藥事服務費等；均應於預算書中分列表達，俾利本院審議。

綜上，該基金 102 年度附屬單位預算書「保險給付」經費高達 5,094 億 7,914 萬 3 千元，細項資料表達過於簡略，未符規定且不利本院審議。建議嗣後宜將依現行全民健康保險法第 31 條規定列示之項目，詳予說明相關項目估列標準，同時應依全民健康保險統計資料，增列前揭醫療費用明細項目，俾適當表達；另凡有重大新增藥品給付與醫療給付項目時，均詳予說明，俾利本院審議。

附表 1：保費收入與保險給付成長情形說明表

單位：新台幣千元

項目	保費收入	保費收入成長率 (%)	保險給付	保險給付成長率 (%)	保費收入-保險給付
84 年度決算	75,871,972	—	58,696,752	—	17,175,220

85 年度決算	241,578,499	—	206,255,461	—	35,323,039
86 年度決算	241,140,889	-0.18	229,831,591	11.43	11,309,298
87 年度決算	253,612,730	5.17	248,969,649	8.33	4,643,081
88 年度決算	266,923,536	5.25	278,279,552	11.77	(11,356,016)
88 年下半年及 89 年度決算	423,209,620	5.70	425,407,172	1.91	(2,197,552)
90 年度決算	290,869,697	3.09	301,788,035	6.41	(10,918,338)
91 年度決算	303,416,960	4.31	323,255,300	7.11	(19,838,340)
92 年度決算	327,773,857	8.03	335,792,457	3.88	(8,018,600)
93 年度決算	343,965,831	4.94	352,617,003	5.01	(8,651,172)
94 年度決算	356,100,247	3.53	367,396,770	4.19	(11,296,523)
95 年度決算	367,990,223	3.34	382,208,970	4.03	(14,218,747)
96 年度決算	370,628,410	0.72	401,148,824	4.96	(30,520,414)
97 年度決算	384,884,116	3.85	415,928,423	3.68	(31,044,307)
98 年度決算	385,847,232	0.25	434,785,937	4.53	(48,938,705)
99 年度決算	438,659,197	13.69	442,311,734	1.73	(3,652,537)
100 年度決算	469,467,979	7.02	458,194,929	3.59	11,273,050
101 年預算案數	479,715,632	2.18	481,773,398	5.14	(2,057,766)
101 年度重估數	481,161,458	2.49	485,056,082	5.86	(3,894,624)
102 年預算案數	494,497,042	3.08	509,479,143	5.75	(14,982,101)

※註：1.資料來源，衛生署健保局。

2.本表保費收入係含滯納金收入；102 年度預算案數成長率係與 101 年度預算案數比較計算。101 年度預算案截至 101 年 12 月 13 日尚未完成法定程序。

九、健保基金代辦業務墊支款項常未能於當年度收回，且未計收墊款息，有損基金權益

健保基金 102 年度預算書「保險給付分析表」代辦費用科目編列 114 億 6,937 萬元，主要係受衛生署、國民健康局、疾病管制局、內政部、國軍退除役官兵輔導委員會及勞工保險局等機關委託，代為辦理嚴重精神疾病強制住院、門診戒菸試辦計畫、預防保健業務、孕婦全面篩檢愛滋計畫、愛滋防治替代治療計畫、低收入戶自行負擔費用、職業傷病醫療費用、住院膳食費及預防健檢費用等業務。

經查：

(一)委辦機關年度撥付款不足償付基金代辦業務年度支付數

102 年度健保基金預算書之「預計平衡表」應收款項期末餘額 1,368 億 9,900 萬 3 千元，其中託辦往來計 55 億 1,435 萬 3 千元；又 100 年度決算「平衡表」所列應收款項--託辦往來計 49 億 5,915 萬 8 千元(明細詳附表 1)，應收款項--託辦往來呈增加趨勢，查係健保基金代辦業務墊付款項大於委辦機關年度撥付款項所致。

(二)該基金部分代辦業務須仰賴委辦機關次年度預算撥入，方可收回墊付款項

據健保局說明，有關健保基金代辦相關業務經費撥補，係由委辦機關於每年度分期預撥經費予健保基金，基金每半年辦理結算核銷；至年度結算時，若委辦機關經費有撥付不足者，則以次年度預算撥付予健保基金償還積欠款項。依健保局資料，截至 101 年 8 月底止，100 年度(含)以前健保局代辦業務由健保基金先行墊付款項，除國健局以公務預算支應之委辦預防保健業務費用尚撥付不足 15 億 4,602 萬 9 千元外，其餘委辦機關之委託代辦業務尚能採寅吃卯糧方式，以次年度預算撥償。

(三)該基金每年度墊付金額甚鉅，惟代辦契約均未約定基金可計收墊款息，實有損基金權益

查全民健康保險法第 30 條第 5 項規定：「各級政府未依前條第 1 項規定期限撥付應補助之保險費者，得寬限 15 日；屆寬限期仍未撥付者，自寬限期滿之翌日起至完納前 1 日止，每逾 1 日，依郵政儲金 1 年期定期存款利率按日計算利息，一併徵收，保險人並得依法移送強制執行。」二代健保法第 28 條規定：「各級政府於本法中華民國 100 年 1 月 4 日修正之條文施行前，未依修正前之第 29 條規定將所應負擔之保險費撥付保險人者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾 8 年，保險人並

應依修正前之第 30 條規定向其徵收利息。」是以，各級政府積欠健保基金之保險費依法應支付利息予健保基金，而健保基金代辦業務於代辦契約雖有於契約約定委辦機關須分攤健保局之行政事務經費^{註6}（詳附表 2），惟所墊付款項健保基金均未計收墊款息，墊付款項之資金成本係由健保基金自行吸納，實有損基金權益。

綜上，健保局宜正視各項代辦業務健保基金墊付款日益增加之現象，並應積極與委辦機關洽商，修改代辦契約，就健保基金墊款部分計收墊款息，以維基金權益。

附表 1：健保基金 100 年底及 101 年 8 月底各代辦業務墊款(預收)餘額
明細表

單位：新臺幣千元

委辦機關	委辦項目	100 年底止帳列數		101 年 8 月底止帳列數	
		借(未撥數)	貸(預撥數)	借(未撥數)	貸(預撥數)
國民健康局	預防保健	2,042,521	643,560	1,391,704	1,557,371
	※兒童預防保健醫療費用		175,434		318,643
	※婦女子宮頸檢查醫療費用補助		49,622		309,728
	※孕婦產前檢查醫療費用補助		267,357		554,200
	※婦女乳房檢查醫療費用補助	700,291		379,758	
	※成人預防保健服務	1,144,607		852,432	
	※兒童牙齒氣保健服務	197,623		159,514	
	年輕婦女乳房攝影檢查		46,914		124,500
	定量免疫法糞便潛血檢查		84,964		116,500
	口腔黏膜檢查		16,843		86,500
	新生兒聽力篩檢服務檢查		93		22,300
	兒童白齒窩溝封劑服務費用		1,674		5,000
	低收入戶及一般孕婦乙型鏈球菌培養		659		20,000
	多氣聯苯患者自負醫療補助		231		1
	三歲以下兒童醫療補助	879,254		691,613	
	門診戒菸試辦計畫		56,338		113,261
疾病	孕婦全面篩檢愛滋計畫	9,934		12,980	
	愛滋病醫療費用	1,603,678		1,982,734	

^{註6} 健保局說明，該局自 99 年度起改制行政機關，代辦各項醫療費用審查所需之行政事務費，自該年度起協商各委辦機關分攤事務費；以健保局與國健局間所簽訂之「行政院衛生署國民健康局委託健保局辦理預防保健服務契約書」為例，契約書第 8 條約定：「乙方(健保局)辦理受託業務所需行政事務經費支付標準，依甲方(國健局)委託項目及預算通過額度另行議定。」

管理局	老人流感醫療費用補助		128,913		95,363
	結核病醫療費用補助	294,086		183,862	
	性病患者全面篩檢愛滋計畫費用		531	195	
	H1N1		266,457		266,463
	愛滋防治替代治療計畫	17,529		1,273	
	類流或疫情病患遽增醫療費用補貼		34,685		
衛生署	精神疾病強制住院醫療費用		39,015		51,556
	孕產婦照護品質及諮詢服務試辦計畫	9,820			
	教學醫院教學費用補助計畫				133,362
內政部及縣市政府	低收入戶住院膳食--內政部		31,101		52,683
	低收入戶住院膳食--台北市	823			860
	低收入戶住院膳食--高雄市	1,262		902	
	低收入戶住院膳食--金門縣	10		2	
	低收入戶住院膳食--連江縣	2		12	
	低收入戶住院膳食--新北市	4,438		1,484	
	低收入戶住院膳食--台中市	14,607		993	
	低收入戶住院膳食--台南市		29	347	
	低收入戶自負醫療補助	647,481		99,635	
退輔會	榮民(眷)自負醫療補助	577,091		303,284	
勞工保險局	職業傷病患者住院膳食	9,961		11,366	
	職災預防健檢	1,006,781		1,156,976	
	勞保職災醫療補助		959,260		3,071,192
	合計	7,119,278	2,160,120	5,839,362	5,342,112

※註：1.資料來源，衛生署健保局。

2.100年底帳列數未包含100年下半年結算數。

3.代辦項目除預防保健外，101年截至8月底均已辦理結算，101年截至8月底止借方餘額，均係上半年已辦理結算而撥付不足金額；貸方餘額系上半年已辦理結算而尚結餘之金額。

4.※係國健局公務預算支應預防保健欠費項目，截至100年底欠費15.46億元，101年上半年尚未結算，國健局已預撥101年度上半年預算數。

附表2：委辦機關99及100年度分攤健保局行政事務費一覽表

單位：新臺幣千元

項次	代辦機關	代辦項目	99年度分攤行政事務費	100年度分攤行政事務費
1	勞委會勞工保險局	職災醫療費用	13,244	11,865
2	衛生署國民健康局	門診戒菸治療計畫	460	755
3	衛生署國民健康局	預防保健	9,505	10,450
4	衛生署疾病管制局	傳染病	11,646	11,555
5	衛生署醫事處	強制嚴重精神病醫療費用	438	523
6	衛生署醫事處	教學成本	832	1,819
合計			36,125	36,967

※註：1.資料來源，衛生署健保局。

一〇、近年我國每人每年平均就醫次數偏高，宜有效改善，以避免浪費健保資源

按中央健康保險局提供資料，98 年度我國民眾平均每人每年就醫次數遠高於加拿大、英國、法國與德國等(詳附表 1)。查 98 年度至 100 年度每人平均就醫次數分別為 14.4 次、14.6 次及 15.1 次，略呈上升趨勢。而前揭平均就醫次數偏高情況，隱含使用健保資源浪費情形，宜請衛生署及該局確實檢討發生成因並研謀良策改善。謹說明如次：

(一) 100 年度平均每人申報件數與醫療點數均成長，應予檢討

依中央健保局提供之每人每年就醫次數與醫療點數成長說明資料(詳附表 2)，100 年度每人申報次數於原已偏高基礎上又呈成長趨勢；又尚有平均每人每年平均醫療點數成長情形，查 98 年度至 100 年度門診之平均每人醫療點數分別較上年度成長 16.5%、2.5%及 5.4%；另同期間住診之平均每人醫療點數之成長率則分別為 2.5%、1.2%及 2.9%，宜加強檢討成因，並限制成長過鉅。

(二) 應研謀並推動有效減少個人就醫次數之改善方案，以避免發生浪費全民健康保險資源情形

前揭個人就醫次數過高情形，據學者以往提出之適當建立電子病歷資料或合宜轉診制度等改善方案，健保局 99 年度起雖已針對門診高利用且多重就醫之保險對象進行藥師居家訪視計畫，惟執行率偏低，成效不佳，應請衛生署及健保局有效檢討發生成因，並就發生原因推動改善方案以有效減少個人就醫次數，避免發生浪費全民健康保險資源情形。

綜上，我國原本每人每年就醫次數即已偏高，而 100 年度該項就醫次數及平均每人醫療點數均呈成長情形，致無法有效擲節全民健康保險支出，宜請衛生署及健保局切實檢討原因，加強辦理，以避免發生浪費情形，並利全民健康保險業務之長期經營。

附表 1：主要國家每人每年就醫次數說明表

年度	台灣	美國	加拿大	英國	法國	德國	日本	韓國
98	14.4	-	<u>5.5</u>	<u>5.7</u>	<u>8.4</u>	<u>9.8</u>	<u>16.2</u>	<u>14.5</u>
99	14.6	-	-	-	<u>8.4</u>	<u>10.3</u>	-	<u>14.5</u>
100	15.1							

※註：1.資料來源，衛生署健保局(OECD Health Data, 2012)。

2.台灣資料來源：健保局二代倉儲門診、住診及藥局/物理治療/檢驗所明細檔；每人每年就醫次數=門診就醫件數/保險對象人數；國際資料來源：OECD Health Data 2012，一般黑字表西醫；底線斜體字表西、牙醫合計。

附表 2：98 至 100 年度每人每年就醫次數與醫療點數成長說明表

單位：點/人，次/人，日/人，%

項目		年度	98 年度		99 年度		100 年度	
			值	成長率	值	成長率	值	成長率
保險對象人數(千人)			22,754	0.44	22,852	0.43	22,931	0.34
門診	西醫	次數	11.40	3.1	11.63	2.0	12.10	4.1
		點數	12,616	19.3	13,061	3.5	13,867	6.2
	牙醫	次數	1.34	2.2	1.34	-0.2	1.33	-0.8
		點數	1,570	2.3	1,559	-0.7	1,561	0.1
	中醫	次數	1.69	5.9	1.61	-4.5	1.67	3.2
		點數	928	6.6	871	-6.2	891	2.3
	門診小計	次數	14.43	3.4	14.59	1.1	15.10	3.5
點數		15,114	16.5	15,490	2.5	16,320	5.4	
住診	次數	0.13	12.5	0.14	1.4	0.14	1.9	
	點數	7,323	2.5	7,413	1.2	7,631	2.9	
	日數	1.32	0.6	1.35	1.9	1.36	1.2	

※註：1.資料來源，彙整並計算健保局提供資料。

2.醫療點數不含代辦費用。

3.案件數不含代辦、居家照護、社區精神照護、慢性病處方箋第二次領藥案件、排檢及醫令差額補報案件。

一一、部分健保財務指標已有鈍化現象，允宜檢討以發揮預警效益

全民健康保險監理委員會(簡稱保監會)於94年6月決議健保局應按季編製「健保財務指標」並分析指標結果及異常說明,提供該會委員,期藉指標燈號反應健保財務情況、預測來年保險費率是否將須調整,適時發出預警,作為擬定監理業務之參考,健保局亦可根據燈號的變化,調整其政策與計畫。惟查近年來所定財務狀況之「健保財務指標」已有鈍化現象,恐無法達成其建置目的,亟待重新檢討「健保財務指標」之項目、計算方式及標準。茲說明如下:

(一)與全民健保財務狀況有關之「健保財務指標」

健保財務狀況之「健保財務指標」計有「保險費率」、「安全準備」及「借款」等3項,各指標百分比值計算及燈號標準如下:

- 1.「保險費率」指標百分比值=(精算保險費率前5年平均値-當年保險費率)/當年保險費率。百分比值 $\leq \pm 5\%$,燈號為「綠燈」;百分比值 $> \pm 5\%$ 燈號為「紅燈」。
- 2.「安全準備」指標比值=季末安全準備/最近12個月醫療費用平均數;比值小於1者,燈號為「紅燈」。
- 3.「借款」指標係指季末「短期借款」總金額與上季末餘額相比較;季末無短期借款者,燈號為「綠燈」,有借款但小於上季者為「黃燈」,大於上季者為「紅燈」。

(二)反應健保財務狀況之指標已重複出現警訊或燈號變化已規律化,無法確實發揮預警效能

- 1.查「保險費率」及「安全準備」兩指標,旨在反應全民健康保險法第20條第2項、第63條及第67條規定^{註7};又98年

^{註7}現行全民健康保險法第20條規定,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。精算之保險費率,其前5年之平均値與當年保險費率相差幅度超過正負5%者;或本保

至 101 年第 3 季健保基金上列 2 項指標均為紅燈(詳附表 1 及 2)，惟健保費率卻僅於 99 年 4 月 1 日調升 1 次，且「保險費率」及「安全準備」2 項指標續顯紅燈，保險費率調整機制顯未能依法啟動；復以二代健保法自 102 年度實施後，保險費率精算頻率由 2 年延長為 5 年 1 次，安全準備提撥由保險費收入定率提撥修改為以保險費收入結餘提撥，且取消現行全民健康保險法第 67 條調高保險費率啟動機制之規定，將保險費率調整之發動機制移出主管機關，由全民健康保險會承擔，顯示上述 2 項指標計算方式及標準，已臨須徹底檢討之狀況。

2. 98 年至 101 年第 3 季健保基金「借款」指標之燈號，為每年 1、3 季黃燈，2、4 季為紅燈(詳附表 3)，異常規律，亦顯示該財務指標結果已無法呈現健保基金對外借款金額及負擔之真實景況，預警功能收效甚微。

綜上，為落實建置「健保財務指標」目的，發揮「財務指標」反應健保重要財務事項變化之趨勢及預測未來一年內是否將面臨費率調整等預警效能，健保局允宜重新檢討「健保財務指標」之項目、計算方式及標準，以輔助全民健康保險會對健保業務之監理及該局調整政策與計畫時之參考。

附表 1：98 年-101 年第 3 季健保財務指標「保險費率」指標值

單位：%

指標	年度	98	99
----	----	----	----

險之安全準備降至最低限額者；或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，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之。另同法第 63 條規定，為平衡保險財務，應提列安全準備，保險年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補。安全準備提撥之來源則有：年度保險費收入總額 5% 範圍內提撥、保險每年度收支之結餘、安全準備所運用之收益、公益彩券盈餘及菸酒健康福利捐收入之一定比例。同法第 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。

	季別	1	2	3	4	1	2	3	4
保險費率	燈號	紅	紅	紅	紅	紅	紅	紅	紅
	百分比	13.85	13.85	13.85	24.18	24.18	9.28	9.28	9.28
指標	年度	100				101			
	季別	1	2	3	4	1	2	3	4
保險費率	燈號	紅	紅	紅	紅	紅	紅	紅	-
	百分比	9.28	9.28	9.28	9.28	8.90	8.90	8.90	-

註：1. 資料來源：中央健康保險局網站。

附表 2：98 年-101 年第 3 季健保財務指標「安全準備」指標值

指標	年度	98				99			
	季別	1	2	3	4	1	2	3	4
安全準備	燈號	紅	紅	紅	紅	紅	紅	紅	紅
	比值	-0.86	-1.10	-1.37	-1.62	-1.66	-1.55	-1.34	-1.08
指標	年度	100				101			
	季別	1	2	3	4	1	2	3	4
安全準備	燈號	紅	紅	紅	紅	紅	紅	紅	-
	比值	-0.75	-0.61	-0.37	-0.16	0.10	0.24	0.4	-

註：1. 資料來源：中央健康保險局網站。

附表 3：98 年-101 年第 3 季健保財務指標「借款」結果

單位：新台幣億元

指標	年度	98				99			
	季別	1	2	3	4	1	2	3	4
借款	燈號	黃	紅	黃	紅	黃	紅	黃	紅
	總金額	760	1,065	1,018	1,365	1,120	1,335	1,188	1,282
指標	年度	100				101			
	季別	1	2	3	4	1	2	3	4
借款	燈號	黃	紅	黃	紅	黃	紅	黃	-
	總金額	944	985	915	1,065	525	605	470	-

註：1. 資料來源：中央健康保險局網站。

(分機：1914 黃俊傑)