

全民健康保險基金、管制藥品製藥工廠作業基金 106 年度預算評估報告目錄

頁次

壹、全民健康保險基金 -----	1
一、區域級以上醫院處理輕症案件比率仍高，允宜落實分級醫療俾利醫學中心等醫院致力於急重難症，及各層級醫療院所各司其職 -----	1
二、健保署雖辦理多次藥價調整，惟各層級醫療院所之藥價差反呈惡化趨勢，允宜積極究明原因並據以改善 -----	3
三、健保財務預計 105 年度起入不敷出，109 年度將面臨費率調漲壓力並超過法定上限 6%，行政院宜及早研謀因應 -----	5
四、隨著健保經費逐年成長，政府應負擔數勢必隨之擴增，行政院宜及早研謀因應 -----	10
五、中央機關積欠健保醫療款項情況嚴重，宜儘速償還，俾維健保財務健全及利於資金調度 -----	12
六、原菸捐分配予健保之 200 餘億元已不足彌補因菸害所致最低健保醫療費用 300 億元，復因分配辦法修正致菸捐分配數降至 150 餘億元，恐因侵蝕健保財務根基而引發爭議 -----	13
七、未經醫師處方販售處方用抗生素之違規情形呈惡化趨勢，允宜檢討管控 -	17
八、健保保費高薪低報情形嚴重，利用第 6 類身分規避較高額健保費之案例屢見不鮮，宜請健保署依法追討並適性輔導正確歸類 -----	20
九、出國 6 個月以上人士享有出國停保及短期返國復保看病之權，除對其他被保險人不公平外，亦有違反健保法母法之虞 -----	22
一〇、近年罹患前 3 名主要癌症人數及醫療費用均增加，允應落實防癌工作，以減輕健保基金負擔 -----	25
一一、辦理醫療院所查核結果，違規比率甚高，允宜加強訪查及查處，以防杜不當醫療支出 -----	27
貳、管制藥品製藥工廠作業基金 -----	28

一二、該廠業務雖呈擴張趨勢，惟相關成本費用卻未能有效抑減，致獲利能力 衰退，允宜妥為研謀改善 -----	29
一三、廠房新建暨整建工程計畫進度落後，允應強化管控，俾如期如質完工， 以降低未來管制藥品供應風險 -----	30
一四、若干管制藥品於 105 年度甫上市銷售，106 年度預計單位成本允宜參酌 上開實際數估算，俾符實況 -----	31
一五、管制藥品製藥工廠作業基金 106 年度部分生產、委製或進口品項之銷貨 成本較 104 年度增加，宜嚴予控管，俾增經營績效 -----	33

全民健康保險基金、管制藥品製藥工廠作業基金 106 年度預算評估報告

壹、全民健康保險基金

為推動全民健康保險業務，我國依據全民健康保險法於民國（以下同）84 年成立全民健康保險基金（以下簡稱「健保基金」）並以營業基金辦理，99 年度配合健保法修法改編作業基金，並編製附屬單位預算。健保基金主要任務係建立完善全民健保制度，進行健保各項財源之收繳，提供適當之醫療照護，以維護全體國民健康。該基金 106 年度預算案編列業務收入 6,087 億 9,633 萬 3 千元、業務成本與費用 6,108 億 1,499 萬 3 千元、業務外收入 20 億 2,087 萬 4 千元、業務外費用 221 萬 4 千元，本期餘絀無列數。謹就健保基金 106 年度預算案編列及相關業務計畫，舉其要者評估說明如下：

一、區域級以上醫院處理輕症案件比率仍高，允宜落實分級醫療俾利醫學中心等醫院致力於急重難症，及各層級醫療院所各司其職

健保署為促進分級醫療，避免醫院急診壅塞，減少醫療浪費，陸續推動家庭醫師整合性照護制度試辦計畫、急診品質提升方案、急性後期照護品質試辦計畫等（詳附表 1），經查：

附表 1：健保基金促進分級醫療所辦理計畫經費一覽表

單位：新台幣億元

年 度	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	合 計
全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫	7.7	8.8	8.8	9.15	9.15	11.15	11.15	11.15	12.15	12	11.8	113
全民健康保險急診品質提升方案	-	-	-	-	-	-	-	3.2	3.2	3.2	1.6	11.2
全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	6

※註：1. 資料來源，105 年 8 月衛福部健保會編印「全民健保各部門總額執行成果摘要」。

（一）初級照護比率已下降

上開計畫陸續辦理後，依 105 年 9 月衛福部健保會及健保

署編「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—105年版」，近年來醫學中心及區域醫院之初級照護件數占門診比率¹，已分別由 101 年度之 15.0%及 20.1%，下降為 104 年度之 12.7%及 19.1%；醫學中心及區域醫院之初級照護點數占門診比率，亦分別由 101 年度之 7.6%及 10.8%，下降為 104 年度之 6.6%及 10.4%（詳附表 2），顯示區域級以上醫院治療可由基層處理之輕症病人，其比率已逐年下降。

附表 2：各層級醫院初級照護件數(點數)占門診件數(點數)之比率統計表 單位：%

年 度	101	102	103	104
初級照護病人門診次數占門診次數百分比	23.1	22.3	21.8	21.0
醫學中心	15.0	14.2	13.8	12.7
區域醫院	20.1	19.8	19.5	19.1
地區醫院	36.1	34.7	33.8	33.1
初級照護病人門診點數占門診點數百分比	11.3	10.8	10.6	10.4
醫學中心	7.6	7.1	7.0	6.6
區域醫院	10.8	10.6	10.4	10.4
地區醫院	21.6	20.4	19.8	19.3

※註：1. 資料來源，105 年 9 月衛福部健保會及健保署編「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—105 年版」。

2. 「初級照護」係依全民健康保險醫療費用協定委員會委託研究計畫「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」(DOH92-CA-1002)成果報告中定義 A 類項目，排除急診案件及國際疾病分類碼為 ECODE 之案件，再依台灣醫學中心協會建議調整之。故無次級照護，並計算容許值。

(二)落實分級醫療仍有努力空間

惟單就各層級初級照護比率觀之，各區域級以上醫院處理輕症案件比率仍高，以 104 年度為例，依 104 年全民健康保險統計資訊，以醫學中心門診件數 3,241 萬 1 千件及區域醫院門診件數 4,291 萬 2 千件估算，顯示區域級以上醫院門診件數中，高達 1,231 萬件門診案件(醫學中心門診件數 3,241 萬 1 千件

1. 每百位門診病患中，較適合由基層診所或地區醫院處理之感冒及輕症等初級照護案件。

×12.7%+區域醫院門診件數4,291萬2千件×19.1%=1,231萬件)
可由基層醫療院所處理，顯見分級醫療仍宜持續改善，俾利醫學中心等醫院有餘裕資源致力於急重難症，及各層級醫療院所各司其職，以提升醫療資源使用效率。

綜上，健保署辦理多項計畫以促進分級醫療，揆近年來醫學中心及區域醫院之初級照護比率雖已下降，惟就各層級初級照護比率觀之，區域級以上醫院處理輕症案件比率仍高，顯示促進分級醫療尚有努力空間，允宜落實俾利醫學中心等醫院致力於急重難症，暨各層級醫療院所得以各司其職。

二、健保署雖辦理多次藥價調整，惟各層級醫療院所之藥價差反呈惡化趨勢，允宜積極究明原因並據以改善

104 年度健保藥費 1,623.3 億點（詳附表 1），占同年度健保支出 6,303.7 億點之 25.8%，揆近 5 年來健保藥費占健保支出比重均逾 25%，經查：

附表 1：健保藥費占健保支出情形表

年度	藥 費 （ 億 點 ）	健保支出（億點）	藥費占健保支出（%）
100	1,424.0	5,521.0	25.8%
101	1,420.0	5,655.0	25.1%
102	1,541.0	5,893.0	26.1%
103	1,606.0	6,152.0	26.1%
104	1,623.3	6,303.7	25.8%

※註：1. 資料來源，健保署。

（一）藥品支付價格調整目標，應逐步縮小藥價差，俾更接近藥品市場實際之加權平均價

全民健康保險法第 46 條規定：「保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於 5 年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。前項調整作業程序及

有關事項之辦法，由主管機關定之。」健保署爰依上開條文訂定「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，並依規定辦理藥價調查及藥價調整。依上開作業辦法第 3 點規定，藥品支付價格調整目標，係應逐步縮小逾（無）專利期、年代久遠或品質較無爭議之同成分、同含量、同規格且同劑型藥品之價差，並以藥價調查方式，逐步調整藥品支付價格，俾更接近藥品市場實際之加權平均銷售價格。

(二)健保署雖辦理多次藥價調整，惟各層級醫療院所之藥價差反呈惡化趨勢，核與上述預期目標欠符

查健保署近年分別於 98、100、103、104 及 105 年度辦理藥價調整，揆健保署提供各層級醫療院所之藥價差比率統計表（詳附表 2），醫學中心之藥價差分別為 25%、23.3%、23%、24%及 24%；區域醫院分別為 25%、24.5%、25%、27%及 27%；地區醫院分別為 29%、28.6%、31%、33%及 33%；基層診所分別為 37%、36.5%、40%、42%及 44%；藥局則分別為 35%、33%、35%、34%及 36%（詳附表 2），足徵該署雖辦理多次藥價調整，惟各層級醫療院所之藥價差反較 98 年度呈愈趨惡化趨勢，該署允宜積極究明藥價差愈趨擴大之根本原因並據以改善，俾達成「應逐步縮小藥價差」之預期目標。

附表 2：藥價差比率統計表 單位：%

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	藥局
98	25	25	29	37	35
100	23.3	24.5	28.6	36.5	33.0
103	23	25	31	40	35
104	24	27	33	42	34
105	24	27	33	44	36

※註：1. 資料來源，健保署。

2. 藥價差比率計算方式為：[藥商銷售數量×(健保支付價格-藥商銷售價格)]/[藥商銷售數量×健保支付價格]。

綜上，藥品支付價格調整之目標，在於逐步縮小藥價差，俾更接近藥品市場實際之加權平均價；健保署雖辦理多次藥價調整，惟各層級醫療院所之藥價差反呈惡化趨勢，該署允宜積極究明藥價差愈趨擴大之原因並據以改善，俾達成「應逐步縮小藥價差」之預期目標。

三、健保財務預計 105 年度起入不敷出，109 年度將面臨費率調漲壓力並超過法定上限 6%，行政院宜及早研謀因應

二代健保自 102 年度開始實施，截至 104 年底已屆 3 年，104 年度保費收入決算數 5,694.35 億元（詳附表 1），保險給付 5,380.76 億元，呆帳 39.91 億元，其他收支餘額 755.27 億元；收支相抵後，104 年度保險收支賸餘 1,028.95 億元，加計 103 年底累計賸餘餘額 1,259.76 億元，截至 104 年底累計賸餘餘額 2,288.71 億元。

附表 1：二代健保收支及累計餘絀表

單位：新台幣億元、%

年度	保費收入 (含滯納金收入)		保險給付		呆帳		其他收支		保險收支餘絀 (-)	保險累計餘絀 (-)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	金額
102	5,300.80	9.78	5,021.27	4.51	37.41	21.98	293.69	8.01	535.81	745.82
103	5,451.03	2.83	5,181.44	3.19	37.5	0.24	281.85	-4.03	513.94	1,259.76
104	5,694.35	4.46	5,380.76	3.85	39.91	6.43	755.27	167.97	1,028.95	2,288.71

※註：1. 資料來源，健保署於 105 年 8 月 4 日提供。

2. 100-104 年度為審定決算數。

3. 其他收支=彩券及菸捐分配收入+雜項業務收入+利息收入+收回呆帳+雜項收入-業務費用-利息費用-雜項費用，其中 104 年度決算數包含依 104 年 5 月 15 日行政院協商結論核算原則計算之「政府應負擔健保總經費不足 36% 部分」102 及 103 年度差額 489 億 9,351 萬 6 千元(102 年度為 192 億 5,749 萬元、103 年度為 297 億 3,602 萬 6 千元)，因屬以前年度保費收入，以雜項收入列帳。

4. 保險收支餘絀=保費收入(含滯納金收入)-保險給付-呆帳+其他收支。

惟查：

(一)補充保費門檻調高、費率調降及眷口數減少等因素影響下，每年度合計影響保險收入 266 億元，為數頗鉅

衛福部因民眾迭有反映，於 104 年 10 月 15 日召開記者會宣布調高補充保費門檻；另健保署於同月 20 日公告健保平均眷口數由原 0.62 人調降為 0.61 人；衛福部全民健康保險會（以下簡稱「健保會」）旋於 104 年 11 月 20 日決議將健保費率由 4.91% 降為 4.69%，而補充保險費採連動制並隨同調降為 1.91%，政府應負擔健保總經費不足 36% 部分亦受費率調降而減少。上開調高補充保費門檻及新費率之實施均自 105 年度開始，每年度影響保險收入合計 266 億元，為數頗鉅（詳附表 2）。

附表 2：健保費調整之各項措施對保險收入預估影響情形表

單位：新台幣千元

調 整 項 目	各年度對保險收入預估影響數
一般保險費率由 4.91% 調整為 4.69%	-18,800,000
補充保險費率由 2% 調整為 1.91%	-1,800,000
政府應負擔健保總經費不足 36% 部分（受費率調降影響）	-400,000
平均眷口數由 0.62 人調整為 0.61 人	-1,400,000
補充保費起徵點由 5 千元提高至 2 萬元	-4,200,000
合計	-26,600,000

※註：1. 資料來源，健保署提供。

2. 104 年 11 月 20 日全民健康保險會委員會議研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」，爰全民健康保險會依全民健康保險法第 24 條規定及前開機制進行保險費率之審議。

(二)健保預計 105 年度起入不敷出；另 109 年度起費率預估將超過健保法上限 6%，若仍維持現行費率 4.69%，安全準備將於當年度用罄且 112 年底累計短絀將超過 5,000 億元，宜及早因應

105 年度費率調降且補充保費門檻調高，致預計當（105）年度起入不敷出（詳附表 3）。健保會以全民健康保險制度須在財務平衡穩定下運作始能永續，以及保險費率應依二代健保法所揭示財務收支連動精神，建立以科學數據為基礎且不受外力

干擾之審議機制，因此依健保法第 78 條「本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則」之規定，於 104 年 11 月 20 日健保會委員會議研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」（以下簡稱「連動機制」），並據以審議 105 年度費率，連動機制規定如下：「...中央健康保險署應依下列原則研提保險費率調整方案送本會審議：（一）當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。（二）當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。」。

依連動機制，105 年度健保費率雖由 4.91% 降為 4.69%，惟 109 年度費率旋即須調漲至 6.50%（詳附表 3），至 111 年度則須調漲至 7.31%，均超出健保法第 18 條規定上限 6%。由上開費率調整規劃，109 年度若保險成本無法抑減，健保法又無法及時完成費率上限 6% 之修法程序時，則費率之調升有違法之虞；倘若屆時仍維持現行費率 4.69%（詳附表 4），健保安全準備將於當（109）年底用罄，且 112 年底累計短絀預計將超過 5,000 億元，為數頗鉅，行政院及衛福部宜及早研謀因應。

附表 3：健保財務收支概估表（自 106 年起費率依連動機制調整）

單位：新台幣億元

項目	105 年 (P)	106 年 (P)	107 年 (P)	108 年 (P)	109 年 (P)	110 年 (P)	111 年 (P)	112 年 (P)
一般保險費費率	4.69%	4.69%	4.69%	4.69%	6.50%	6.50%	7.31%	7.31%
補充保險費費率	1.91%	1.91%	1.91%	1.91%	2.65%	2.65%	2.98%	2.98%
保險收入	5,607	5,786	5,933	6,077	7,609	7,609	8,448	8,479
一般保險費	4,638	4,667	4,675	4,671	6,204	6,165	6,817	6,753
補充保險費	390	390	390	390	541	541	608	608
政府應負擔健保 總經費不足 ³⁶	395	547	688	841	702	740	865	960

項目	105 年 (P)	106 年 (P)	107 年 (P)	108 年 (P)	109 年 (P)	110 年 (P)	111 年 (P)	112 年 (P)
%部分								
公益彩券盈餘分配收入	17	17	17	17	17	17	17	17
菸捐提存安全準備	166	166	167	166	166	165	165	164
其他收入	1	0	-3	-7	-21	-19	-24	-23
保險成本	5,648	6,030	6,401	6,794	7,212	7,656	8,129	8,633
保險給付	5,648	6,030	6,401	6,794	7,212	7,656	8,129	8,633
當年收支餘絀 (-)	-41	-243	-467	-717	397	-47	319	-154
保險收支累計 餘絀	2,364	2,120	1,653	936	1,333	1,286	1,605	1,451
約當保險支出 月數	5.02	4.22	3.10	1.65	2.22	2.02	2.37	2.02

※註：1. 資料來源，健保署於 105 年 8 月 4 日提供。

2. 本表含勞動部自 105 年 5 月 1 日起調整勞保投保薪資分級表上限為 4 萬 5,800 元，依據全民健康保險法施行細則第 46 條規定，僱用被保險人數 5 人以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者之健保最低投保金額配合同步調整，預估健保收入 105 年度增約 1.458 億元，年增約 2.187 億元。

3. 保險收入=保費收入+公益彩券盈餘及菸捐分配收入+雜項業務收入+利息收入+其他業務外收入-呆帳。

4. 保險成本=保險給付+其他業務外費用。

5. 保險成本 105 年度總額成長率以協商版本計算，自 106 年度起之成長率參考行政院核定 105 年度總額範圍上限 5.8% 計算，並考量愛滋權益保障條例部分條文，經總統公布修正於 104 年 2 月 4 日之前已開始服藥之病患，其醫療費用自 106 年 2 月 4 日由全民健保給付，預估一年增加約 40 億元(預估年增 20%)。

6. 依據 105 年 6 月 22 日立法院社會福利及衛生環境委員會第 33 次全體委員會議決議，政府應負擔健保總經費不足 36% 部分，納入政府已負擔保險費認列範圍之 9 項中央政府已實質負擔保險費減為 7 項，自 105 年度起施行。

7. 依據 104 年 11 月 20 日全民健康保險會委員會議研訂之「全民健保財務平衡及收支連動機制」評估未來健保費率，一般保險費費率 4.69%(補充保險費費率 1.91%)約可維持至 108 年，惟 109 年度一般保險費費率須調整至 6.50%，補充保險費費率調整為 2.65%，111 年度一般保險費費率須調整至 7.31%，補充保險費費率調整為 2.98%。

8. 依據全民健康保險法第 18 條規定，保險費率以 6% 為上限；另惟依同法第 24 條規定，以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

9. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

附表 4：健保財務收支概估表（自 106 年起費率維持現行 4.69%）

單位：新台幣億元

項目	105 年 (P)	106 年 (P)	107 年 (P)	108 年 (P)	109 年 (P)	110 年 (P)	111 年 (P)	112 年 (P)
保險收入	5,607	5,786	5,933	6,077	6,217	6,352	6,481	6,606
一般保險費	4,638	4,667	4,675	4,671	4,650	4,622	4,596	4,554
補充保險費	390	390	390	390	390	390	390	390
政府應負擔健保 總經費不足 36% 部分	395	547	688	841	1,007	1,190	1,379	1,597
公益彩券盈餘 分配收入	17	17	17	17	17	17	17	17
菸捐提存安全 準備	166	166	167	166	166	165	165	164
其他收入	1	0	-3	-7	-13	-32	-65	-115
保險成本	5,648	6,030	6,401	6,794	7,212	7,656	8,129	8,633
保險給付	5,648	6,030	6,401	6,794	7,212	7,656	8,129	8,633
當年收支餘絀 (-)	-41	-243	-467	-717	-995	-1,304	-1,648	-2,026
保險收支累計 餘絀	2,364	2,120	1,653	936	-59	-1,363	-3,012	-5,038
約當保險支出 月數	5.02	4.22	3.10	1.65	-0.10	-2.14	-4.45	-7.00

※註：1. 資料來源，健保署於 105 年 8 月 4 日提供。

2. 其他同附表 3 之註 2~6 及註 9。

(三)105 年度費率調降且補充保費門檻調高，依連動機制規定，109 及 111 年度將連續面臨費率調漲問題，恐面臨輿論之反對聲浪與壓力

另由保險收支成長率分析，以預估保險費率維持不變之 106 至 108 年度為例，當年度保險收入大致較前一年度成長 2.43% 至 3.19%，惟同期間保險成本每年成長率均超過 6%，可知若每年度保險費率維持不變，長期而言健保收入成長率實無法與健保給付總額增加之速度相抗衡。雖現行健保財務狀況尚有賸餘，惟受健保保險費率調降、補充保費門檻調高且眷口數調降等因素影響，致保險收支預計自 105 年度起即發生短絀，並旋

於 3 年多後（109 年度）復有調高費率之需求，且依連動機制規定，109 及 111 年度將連續面臨費率調漲問題，恐面臨輿論之反對聲浪與壓力。

綜上，健保於 105 年度調高補充保費門檻且調降費率，預估每年影響保險收入 266 億元，且 105 年度起入不敷出；依「全民健保財務平衡及收支連動機制」，109 年度開始費率將再度調漲且超過健保法上限 6%；若維持現行費率，安全準備將於當年度用罄且 112 年底累計短絀將超過 5,000 億元，行政院宜及早研謀因應。

四、隨著健保經費逐年成長，政府應負擔數勢必隨之擴增，行政院宜及早研謀因應

健保基金 106 年度預算案「保費收入－政府應負擔健保總經費不足 36% 部分」編列 405 億元，係支應二代健保實施後政府應負擔健保費之法定下限。經查：

（一）106 年度政府應負擔全民健康保險費法定下限差額預算 562 億元（尚包含以前年度提列不足數），係依二代健保法規定提撥

二代健保自 102 年 1 月 1 日開始正式實施，並於全民健康保險法內明定政府應負擔保險費比率，該法第 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²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。」及第 78 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 個月之保險給付支出

2. (1)「保險經費」依全民健康保險法第 2 條規定，係指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

(2)「法定收入」係指滯納金、保險資金及安全準備運用收益淨額、依健保法以外法令分配之收入（如菸品健康福利捐、公益彩券盈餘、運動彩券盈餘…等）、呆帳提列、其他收支淨額、代位求償…等保險費收入及保險給付支出以外之各項收支總計。

為原則。」衛生福利部依上開規定，於 106 年度編列政府應負擔健保費法定下限差額為 562 億元，包括：以前年度（102-104 年度）撥付不足數 157 億元³，以及 106 年度應負擔數 405 億元。

(二)政府依法應負擔之差額補助提列不足數 365 億元，仍待以後年度補足，行政院宜及早研謀因應

該部單位預算 102 至 104 年度編列之政府應負擔差額補助，分別為 145 億元、159 億元及 374 億元（詳附表 1），較同期間健保基金決算數 237 億元、213 億元及 907 億元分別少編 92 億元、54 億元及 533 億元，截至 104 年底累計少編列 679 億元。105 及 106 年度除編列當年政府應負擔之差額補助分別為 363 億元及 405 億元，各自再補提以前年度（102-104 年度）撥付不足數 157 億元，爰該部 105 及 106 年度公務預算分別編列 520 億元及 562 億元。至以前年度仍提列不足數 365 億元⁴，則尚待以後年度補足。面對我國人口高齡化趨勢，106 年度健保給付預計高達 6,065 億元，政府依法應負擔之 36% 保險費金額勢必隨著每年增加之保險經費成長，未來可能造成政府財政鉅額負擔，行政院宜及早研謀因應。

附表 1：全民健康保險政府應負擔健保總經費不足 36% 部分撥補情形 單位：新台幣億元

年 度	衛福部公務預算編列數(1)	健保署健保基金決算數(2)	撥補不足數 (1)-(2)	撥補不足 累計數
102	145	237	-92	-92
103	159	213	-54	-146
104	374	907	-533	-679

※註：1. 資料來源，健保署提供。

2. 衛福部公務預算編列數為法定預算數，健保署健保基金決算數為審定決算數。

3. 健保基金對於以前年度（102-104 年度）撥付不足數係以「應收款項」入帳。

4. 106 年底提列不足數 365 億元=104 年底提列不足數 679 億元-105 年度補提 157 億元-106 年度補提 157 億元。

3. 104 年度全民健康保險基金決算數 907 億元，包含補列依據 104 年 5 月 15 日行政院協商結論核算原則計算之 102-103 年度差額 490 億元(102 年度為 193 億元、103 年度為 297 億元)。
4. 詢據健保署表示，102 及 103 年度之健保基金決算數僅 200 餘億元，104 年度暴增至 900 餘億元，主要係因原依行政院主計總處計算之金額認列政府應提列數，嗣後依 104 年 5 月 15 日協商結論改照健保署計算結果(102 至 104 年度分別為 430 億元、510 億元及 417 億元)補列所致。

綜上，政府依法應負擔之差額補助提列不足數 365 億元，仍待以後年度補足，面對我國人口高齡化趨勢，政府依法應負擔之 36% 保險費金額勢必隨著每年增加之保險經費成長，未來可能造成政府財政鉅額負擔，行政院宜及早研謀因應。

五、中央機關積欠健保醫療款項情況嚴重，宜儘速償還，俾維健保財務健全及利於資金調度

中央機關委託健保署代辦醫療相關事務，截至 104 年底對健保基金累計欠費 140.98 億元，經查：

(一)積欠健保款項金額龐大，且 104 年底欠費金額較 103 年底增加

上開委託代辦欠費之機關及款項，包括：退輔會榮民及榮眷自行負擔費用 1.03 億元、衛福部兒童牙齒塗氟等 8.14 億元、疾管署愛滋病醫療費用等 85.32 億元、國健署預防保健費用等 35.28 億元、社家署三歲以下兒童自行負擔費用 10.74 億元，以及勞保局職災醫療費用 0.47 億元(詳附表 1)，且 104 年底欠費金額較 103 年底 121.86 億元增加 19.12 億元。

(二)宜儘速償還，俾維健保財務健全及利於資金調度

上開中央機關公務預算積欠健保基金各項代辦之醫療費用等款項，形同國庫潛藏負債。且 104 年底積欠金額較 103 年底增加，宜儘速償還，俾維健保財務健全及利於資金調度。

附表 1：健保基金墊款（周轉）情形表

單位：新台幣億元

受委辦 或墊款 或周轉	委辦（墊 借）（周轉）機 關（基金）	委辦（墊借） （周轉）項目	103 年底 欠費金額	104 年底欠 費金額
受委辦	退輔會	榮民及榮眷自行負 擔費用	1.70	1.03
受委辦	衛福部	兒童牙齒塗氟等	0	8.14
受委辦	疾管署	愛滋病醫療費用等	65.46	85.32
受委辦	國健署	預防保健費用等	39.75	35.28
受委辦	社家署	三歲以下兒童自行 負擔費用	14.01	10.74
受委辦	勞保局	職災醫療費用	0.94	0.47
合計			121.86	140.98

※註：1. 資料來源，健保署於 105 年 8 月 4 日提供。

2. 103 年底及 104 年底欠費金額為審定決算數。

3. 依「衛生福利部中央健康保險署受託辦理其他政府機關醫療費用撥付作業」契約，自 104 年起逾期撥補年度結算撥付不足數者，依每年 1 月 1 日郵政儲金一年期定期儲金固定利率(105 年 1 月 1 日利率為 1.2%)，按日計算利息，且若委辦機關經本署通知請撥費用而未撥付，又未提出還款計畫，該署得終止行政協助。

綜上，中央機關公務預算積欠健保基金各項代辦之醫療費用等，形同國庫潛藏負債，行政院應正視並儘速償還，俾免影響健保運作。

六、原菸捐分配予健保之 200 餘億元已不足彌補因菸害所致最低健保醫療費用 300 億元，復因分配辦法修正致菸捐分配數降至 150 餘億元，恐因侵蝕健保財務根基而引發爭議

衛福部（國民健康署）及財政部（國庫署）於 104 年 10 月 15 日會銜修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」（以下簡稱「菸捐分配辦法」），調整菸捐之分配比率，並追溯自 104 年 9 月 1 日施行，其中分配予健保基金供作全民健康保險安全準備部分，由原菸捐之 7 成調降為 5 成，詳附表 1。經查：

（一）衛福部追溯修正菸捐分配辦法，將原分配予健保安全準備之

比率由 7 成降為 5 成，致健保收入每年減少 61 億元

依健保署提供資料，上開調整修正因發生於 104 年 9 月，對於 104 年度健保獲配決算之影響數為 22 億 5,995 萬 2 千元；若就全年度之影響，依衛福部提供資料，以分配比率甫修正之 105 年度預算為例，菸捐原預計分配予健保基金 215.3 億元（包括：健保安全準備 213.5 億元，及撥入健保之罕見疾病醫療費用 1.8 億元）估算，每年健保收入約短少 61 億元〔 $(215.3-1.8) \div 70\% \times (70\%-50\%)$ 〕，預計減為 154.3 億元⁵，詳附表 2。

(二)每年菸害所致最低健保醫療費用 300 億元，現因菸捐分配辦法修正致分配數降至 150 餘億元，恐將因侵蝕健保財務根基而引發爭議

查健保署曾指出，吸菸造成癌症、中風、心臟病、氣喘等疾病，菸害造成之疾病醫療費用約占各國醫療費用之 10%（6-15%，中推估 10%）⁶。本研究以 103 年度國民醫療保健支出 9,955 億元估算，估計每年因菸害造成之醫療費用至少五百億元（ $9,955 \text{ 億元} \times 6\%$ ），即便以每年健保給付 5,000 餘億元為基準計算，估計每年因菸害所致健保給付超過 300 億元（ $5,000 \text{ 億元} \times 6\%$ ），以 105 年度為例，原菸捐分配予健保 215.3 億元，已不足彌補因菸害所致最低健保醫療費用 300 億元，因上述菸捐分配辦法修正，菸捐分配予健保將降至 154.3 億元⁷，恐因侵蝕健

5. 若觀諸 106 年度預算，菸捐預計分配予健保基金 50%，較 104 年菸捐分配比率修正前之 70%，收入短少 60 億元〔 $106 \text{ 年度預計菸捐 } 300 \text{ 億元} \times (70\%-50\%)$ 〕。

6. 中央健康保險署電子報/新聞報馬仔/102 年 5 月 22 日發布：菸害衍生的每年醫療費用至少 500 億元：過去 50 年流行病學研究顯示吸菸造成癌症、中風、心臟病、氣喘等數百種疾病。根據已發表的醫學文獻，顯示菸害造成的疾病醫療費用約占各國醫療費用的 10%（6-15%，中推估 10%），我國每年國民醫療費用約 9,000 億元，依此估計我國每年因菸害造成的醫療費用最保守估計約在 500 億元。

7. 若觀諸 106 年度預算，並以修正前菸捐分配比率 7 成計算，健保基金可獲配 212.43 億元（ $300 \text{ 億元} \times 70\% + \text{罕見疾病之全民健保用藥費用 } 2.43 \text{ 億元}$ ），已不足彌補因菸害所致最低健保醫療費用

保財務根基而引發爭議。

附表 1：105 年度菸捐分配狀況表（項目別） 單位：新臺幣千元

辦 理 項 目		原 分 配 比 率	預估 105 年 度獲配收入	編列預算 基 金 別	新 分 配 比 率	預估 105 年 度獲配收入
衛福部主管		99%	30,195,000		99%	30,195,000
1. 全民健康保險之安全準備		70%	21,350,000	全民健康 保險基金	50%	15,250,000
2. 癌症防治	擴大推動國家防癌 工作	5.5%	1,377,500	菸害防制 與衛生保 健基金	11%	3,055,000
	第二期(103-106 年) 癌症研究計畫		300,000			300,000
3. 提升預防醫學 與臨床醫學 醫療品質	疫苗接種計畫	4%	457,500	疫苗基金	7.3%	854,000
	健康照護績效提升 計畫		762,500	醫療發展 基金		1,372,500
	心理及口腔健康品 質提升計畫					
	醫院醫療品質提升 計畫					
	醫療及照護機構應 變保全和醫療及照 護品質提升計畫					
	提升醫療機構臨床 試驗品質與藥事照 護計畫					
4. 補助醫療資源 缺乏地 區	推動弱勢族群醫療 照護計畫	2.5%	762,500	醫療發展 基金	4.5%	1,372,500
	提升醫療資源不足 地區醫療服務品質 計畫					
	偏遠、離島及醫療資 源缺乏地區醫院效 能提升計畫					
5. 罕見疾病等之醫療費用		2%	180,000	全民健康 保險基金	2.7%	180,000
			430,000	菸害防制 與衛生保 健基金		643,500

300 億元，因上述菸捐分配辦法修正，菸捐分配予健保已降至 152.43 億元(300 億元×50%+罕見疾病之全民健保用藥費用 2.43 億元)。

辦 理 項 目	原 分 配 比 率	預估 105 年 度 獲 配 收 入	編 列 預 算 基 金 別	新 分 配 比 率	預估 105 年 度 獲 配 收 入
6. 補助經濟困難者之保險費	6%	1,830,000	全民健康 保險紓困 基金	5%	1,525,000
7. 中央與地方菸害防制	3%	915,000	菸害防制 與衛生保 健基金	5%	1,525,000
8. 中央與地方衛生保健	3%	915,000		5.5%	1,677,500
9. 中央與地方社會福利及長期 照顧資源發展	3%	915,000	社會福利 基金	8%	1,525,000
		0	長照服務 發展基金		915,000

※註：1. 資料來源，衛福部於 105 年 5 月提供。

2. 預估菸捐 105 年度收入約 305 億元，因農委會菸捐獲配累積尚有餘額，足以支應辦理輔導菸農轉作所需經費，爰 105 年度未分配 2 億元供農委會辦理菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用，以 **305 億元**核計衛福部主管獲配菸品健康福利捐之基礎。（另 1%分配於財政部國庫署及賦稅署，辦理中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。）

附表 2：105 年度菸捐分配狀況表（基金別）

單位：新臺幣千元

基 金 別	原 比 率	原 金 額	新 比 率	新 金 額
合 計	99%	30,195,000	99%	30,195,000
1. 全民健康保險基金	70%+1.8 億	21,530,000	50%+1.8 億	15,430,000
2. 醫療發展基金	2.5%+2.5% =5%	1,525,000	4.5%+4.5%=9%	2,745,000
3. 全民健康保險紓困基金	6%	1,830,000	5%	1,525,000
4. 菸害防制及衛生保健基金	13.5%-1.8 億	3,937,500	24.2%-1.8 億	7,201,000
5. 疫苗基金	1.5%	457,500	2.8%	854,000
6. 社會福利基金	3%	915,000	5%	1,525,000
7. 長照服務發展基金	0%	0	3%	915,000

※註：1. 資料來源，衛福部於 105 年 5 月提供。

綜上，菸捐分配予健保金額原已不足彌補因菸害所致最低健保醫療費用 300 億元，因 104 年 10 月菸捐分配辦法修正致分配予健保金額降至 150 餘億元，恐將因侵蝕健保財務根基而引發爭議，衛福部宜妥慎規劃財源並預作因應。

七、未經醫師處方販售處方用抗生素之違規情形呈惡化趨勢，允宜檢討管控

104 年度各縣市西醫門診抗生素藥費合計 15.14 億元，105 年 1-6 月則高達 8.42 億元，經查：

(一)101 至 104 年度門診抗生素使用率有微幅下降趨勢，惟每年西醫門診抗生素藥費仍高達 14 至 15 億餘元

監察院 89 年及 98 年均曾調查抗生素濫用等問題，並責成相關部門針對抗生素之使用及管控加以強化。依健保署統計，101 至 104 年度門診抗生素使用率有微幅下降趨勢(詳附表 1)，惟每年西醫門診抗生素藥費仍高達 14 至 15 億餘元。就各縣市分析，台北市 101 至 104 年度抗生素藥費均為各縣市之冠，每年均逾 3 億元；至於抗生素使用率，新北市 101 至 104 年度均為各縣市第一，使用率為 12.4%-12.7%，105 年 1-6 月使用率更達 12.8%。上開抗生素若未正確使用，不僅造成健保資源之不當耗用，亦將因抗藥性之產生，導致後續感染用藥之困難，甚而出現敗血症或休克，不得不慎。

附表 1：各縣市西醫門診抗生素藥費及使用率統計

單位：新台幣億元

縣市 名稱	101 年		102 年		103 年		104 年		105 年 1-6 月	
	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率
臺北市	3.20	10.4%	3.45	10.3%	3.58	10.3%	3.39	10.1%	1.84	10.6%
臺中市	1.66	10.3%	1.79	10.3%	1.90	10.6%	1.89	10.9%	1.08	11.2%
臺南市	1.11	11.7%	1.10	11.1%	1.16	11.1%	1.10	10.8%	0.61	11.2%
高雄市	1.32	10.0%	1.31	9.7%	1.36	9.6%	1.33	9.5%	0.71	9.8%
基隆市	0.27	11.3%	0.29	11.4%	0.31	11.2%	0.29	11.2%	0.16	11.3%
新竹市	0.34	11.8%	0.37	11.3%	0.40	10.6%	0.40	11.0%	0.26	12.4%
嘉義市	0.26	10.5%	0.25	9.9%	0.27	9.6%	0.26	9.5%	0.15	9.9%
新北市	1.81	12.7%	1.91	12.5%	2.09	12.4%	2.01	12.4%	1.14	12.8%
桃園市	1.60	10.7%	1.58	9.7%	1.49	8.9%	1.51	9.2%	0.86	9.3%
新竹縣	0.16	10.8%	0.16	9.7%	0.16	9.2%	0.16	9.0%	0.09	9.1%
宜蘭縣	0.27	10.1%	0.28	10.1%	0.31	9.9%	0.28	9.8%	0.15	9.7%
苗栗縣	0.17	9.2%	0.16	8.2%	0.15	7.4%	0.16	7.2%	0.10	7.3%

縣市 名稱	101 年		102 年		103 年		104 年		105 年 1-6 月	
	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率	抗生素 藥費	使用率
彰化縣	0.64	9.6%	0.63	9.1%	0.71	9.5%	0.70	9.3%	0.39	9.4%
南投縣	0.16	9.5%	0.17	8.5%	0.17	8.6%	0.18	8.3%	0.11	8.4%
雲林縣	0.28	9.7%	0.32	9.6%	0.40	9.7%	0.40	9.4%	0.21	9.8%
嘉義縣	0.23	6.6%	0.28	6.6%	0.27	6.9%	0.23	7.3%	0.13	7.8%
屏東縣	0.29	10.0%	0.29	9.8%	0.30	9.7%	0.30	9.4%	0.16	9.6%
澎湖縣	0.03	8.2%	0.03	8.9%	0.04	8.8%	0.04	8.0%	0.02	8.4%
花蓮縣	0.34	10.2%	0.37	10.0%	0.39	10.0%	0.35	10.1%	0.19	10.5%
臺東縣	0.13	8.6%	0.15	8.2%	0.14	8.0%	0.14	7.8%	0.07	7.5%
金門縣	0.02	9.3%	0.02	8.4%	0.02	8.3%	0.02	8.8%	0.01	9.2%
連江縣	0.01	9.8%	0.01	9.3%	0.00	8.4%	0.00	8.6%	0.00	8.0%
年度抗生素 藥費合計及 平均抗生素 使用率	14.28	10.6%	14.92	10.3%	15.63	10.2%	15.14	10.2%	8.42	10.5%

※註：1. 資料來源，健保署依健保門診醫療費用清單及醫令明細檔、藥品主檔資料提供。

2. 資料範圍：健保西醫門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件，排除代辦案件。

3. 抗生素使用率公式： $(\text{西醫門診給藥案件之抗生素藥品案件數} / \text{西醫門診給藥案件數}) * 100\%$ 。

4. 資料限制：查截至 105 年 8 月 11 日止健保門診申報資料完整收載範圍僅至 105 年 6 月費用資料，故本次統計期間為 101 年 1 月至 105 年 6 月止。

5. 數字加減乘除尾差係因四捨五入所致。

(二)未經醫師處方販售處方用抗生素之違規情形呈惡化趨勢，中央及地方各衛生機關(單位)允宜積極改善

抗生素係屬醫師處方藥品，依藥事法施行細則第 3 條規定：

「...醫師處方藥品，係指經中央衛生主管機關審定，在藥品許可證上，載明須由醫師處方或限由醫師使用者。」，另藥事法第 50 條第 1 項：「須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應。...。」同法第 92 條：「違反……第 50 條第 1 項……者，處新臺幣 3 萬元以上 200 萬元以下罰鍰。」。查衛福部為掌握抗生素之使用流向，乃責成各縣市衛生局加強稽查抗生素之販售是否符合上開規定。其中 104 年度查獲違規件數最多之縣市依

序為：台北市、新北市、高雄市、宜蘭縣及桃園市；至於全國違規比率部分，由 101 年度 0.13%、逐年增加為 102 年度 0.19%、103 年度 0.36%及 104 年度 0.99%，顯見未經醫師處方販售處方用抗生素之違規情形呈惡化趨勢，中央及地方各衛生機關(單位)允宜積極改善，俾避免因藥局違規販售且民眾得輕易赴藥局(房)購得抗生素，導致抗生素濫用情形之惡化，影響國人健康。

附表 2：稽查各縣市藥局(房)，發現未經醫師處方販售處方用抗生素之違規案例統計表

單位：件

年度 縣市	101 年		102 年		103 年		104 年		105 年 1~7 月	
	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數
臺北市	1,107	3	1,195	4	1,414	7	1,017	17	615	7
新北市	1,985	1	2,897	2	2,898	8	1,774	16	1,008	2
基隆市	198	3	205	3	217	4	203	4	70	1
宜蘭縣	423	1	444	4	437	6	276	12	415	6
桃園市	2,137	2	783	8	765	13	847	12	445	3
新竹縣	229	1	198	1	234	0	263	0	151	0
新竹市	187	0	759	0	926	1	462	2	720	0
苗栗縣	416	0	418	0	446	8	436	3	187	5
臺中市	11,912	15	12,161	9	13,146	11	1,114	8	358	0
彰化縣	876	0	588	5	513	3	937	9	908	1
南投縣	467	0	552	0	498	0	706	0	452	0
雲林縣	1,013	1	1,017	0	1,201	0	1,158	5	570	3
嘉義縣	488	3	373	4	380	3	437	3	333	7
嘉義市	155	1	211	0	181	1	177	2	210	0
臺南市	2,681	1	1,988	4	987	1	971	1	947	2
高雄市	2,013	2	1,389	2	1,224	9	1,049	14	559	0
屏東縣	759	0	488	4	547	7	320	3	92	0
花蓮縣	155	2	155	1	150	15	154	8	154	5
臺東縣	305	0	243	0	419	0	386	7	136	1
澎湖縣	137	0	122	0	92	0	64	0	48	0
金門縣	8	0	14	0	13	0	46	1	9	1
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
年度合計家數	27,651	36	26,200	51	26,688	97	12,797	127	8,387	44
年度違	0.13%		0.19%		0.36%		0.99%		0.52%	

年度 縣市	101 年		102 年		103 年		104 年		105 年 1~7 月	
	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數	稽查數	違規處分數
規比率										

※註：1. 資料來源：食品藥物管理署彙集各縣市衛生局資料提供。

2. 連江縣轄內無藥商、藥局，故無稽查數。

綜上，由於抗生素若未正確使用，不僅造成健保資源之不當耗用，亦將因抗藥性之產生，導致後續感染用藥之困難，甚而出現敗血症或休克，爰其使用及販售尤應加強管控；另 101 至 104 年度未經醫師處方販售處方用抗生素之違規情形呈惡化趨勢，中央及地方各衛生機關(單位)允宜檢討改善，俾避免因藥局違規販售且民眾得輕易赴藥局(房)購得抗生素，導致抗生素濫用情形之惡化，影響國人健康。

八、健保保費高薪低報情形嚴重，利用第 6 類身分規避較高額健保費之案例屢見不鮮，宜請健保署依法追討並適性輔導正確歸類

104 年度健保保費高薪低保金額為 14.7 億元，高薪低保人數 16 萬 2,362 人，經查：

(一)健保保費高薪低報情形嚴重，健保署除依法追繳外，宜針對逐年遞增之高薪低保金額及人數詳查原因，俾減少類似情事發生

健保保費高薪低報情形嚴重，金額及人數均逐年增加，依健保署提供資料，102 至 104 年度查獲高薪低保金額分別高達 14.2 億元、14.28 億元及 14.7 億元(詳附表 1)，至於高薪低保人數，102 年度為 13 萬 8,119 人、103 年度增至 15 萬 4,997 人，104 年度持續上升至 16 萬 2,362 人。針對上開第 1 類及第 2 類高薪低保情況，宜請健保署依法追繳短繳保費，並針對逐年遞增之高薪低保金額及人數詳查原因，俾改善並減少類似情事發

生。

附表 1：健保各類被保險人高薪低保統計表

單位：人；新台幣百萬元

身分別 年度	第 1 類		第 2 類		合 計	
	人 數	高薪低 保金額	人 數	高薪低 保金額	人 數	高薪低 保金額
102	130,019	1,052	8,100	368	138,119	1,420
103	145,540	1,078	9,457	350	154,997	1,428
104	153,600	1,154	8,762	316	162,362	1,470

※註：1. 資料來源，健保署於 105 年 5 月提供。

(二)利用第 6 類身分規避較高額健保費之案例屢見不鮮，健保署應檢視其身分及所得狀況後適性輔導或統計，以有效杜絕其高薪低保情事

上開經健保署查核發現高薪低保之被保險人身分類別，僅限於第 1 類及第 2 類被保險人，而第 3 類至第 6 類被保險人是否存在高薪低保情事，健保署以「第 3 類被保險人（農會及水利會會員或實際從事農業、漁業工作者）係以公民營事業機構及職業工會被保險人之平均投保金額計算保險費，自 103 年 7 月起，該類被保險人係以 2 萬 2,800 元為投保金額計算保險費；至於第 4 類至第 6 類被保險人（義務役軍人、低收入戶、榮民、地區人口等）之保險費則以第 1 類至第 3 類之被保險人平均保險費計算，並無高薪低報之查核空間。」為由，**表示並無高薪低報之查核空間**，故並未提供相關統計資料。

查目前健保制度設計，係視被保險人納保身分別決定應繳納健保費率，第 1 類及第 2 類被保險人（受薪階級或雇主）係依薪資、營利所得或執行業務所得級距以課徵保費，第 3 類被保險人（農會及水利會會員或實際從事農業、漁業工作者）自 103 年 7 月起係以定額投保金額計算保險費，第 4 類至第 6 類被保險人（義務役軍人、低收入戶、榮民、地區人口等）之保險

費則以前 3 類被保險人平均保險費計算保險費，並非整體收入高低。由上開制度可知，由於第 3 類至第 6 類被保險人保費並非依據所得，實際上給予被保險人投機納保以規避健保費之空間。

徹底解決第 3 類至第 6 類投機納保之最佳方式，首推依「家戶總所得」而非依「身分別」計算保費；惟照目前尚未實施家戶總所得之健保制度下，健保署至少應針對媒體披露事件或異常情形檢視其身分及所得情形，對於具備第 1 類至第 2 類身分而採取適用第 3 類至第 6 類較低費率之被保險人，健保署應適性輔導其正確歸類，並針對各種規避之態樣統計其高薪低保之人數及金額等資料，俾作為日後改進或修法參考，以有效杜絕利用第 3 至 6 類身分規避較高額健保費之情形。

綜上，針對第 1 類及第 2 類被保險人高薪低保情況，宜請健保署依法追討相關金額；在未實施家戶總所得前，健保署對於具備第 1 類至第 2 類身分而採取適用第 3 類至第 6 類較低費率之被保險人，應適性輔導其正確歸類，俾杜絕利用身分別少繳健保費之情形。

九、出國 6 個月以上人士享有出國停保及短期返國復保看病之權，除對其他被保險人不公平外，亦有違反健保法母法之虞

104 年度於一年內短期返國復保，又出國辦理停保之被保險人，據健保署提供資料顯示，健保收取之保險費收入約 3.11 億元（包括：被保險人自付 1.83 億元、投保單位負擔 0.17 億元及政府負擔 1.11 億元，詳附表 1），健保支出之醫療費用共計約 2.81 億元。經查：

附表 1：104 年度一年內短期返國復保又出國停保者之健保費負擔

及醫療費用對照表

單位：新台幣百萬元

健保費 負擔者	保 險 費 負 擔 金 額				醫療費用
	被保險人自付	投保單位	政 府	合 計	
金額	183	17	111	311	281
%	59	5	36	100	

※註：1. 資料來源，健保署於 105 年 5 月提供。

(一)二代健保除維持一代健保原有出國停復保制度外，另設計停復保新制，以適度增加出國停保者之義務

我國實施一代健保時，即於健保法施行細則訂有出國停復保規定。102 年度起施行之二代健保，除維持原有出國停復保制度外，另設計停復保新制（詳附表 2），包括：延長加保等待期（即應自設籍滿 6 個月才可以加保，原為 4 個月）以及限縮曾有加保紀錄期間（即最近 2 年曾有投保紀錄，原只要曾有投保紀錄即可）始為本健保保險對象；同時再增訂預定出國 6 個月以上者，如曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿 3 個月，始得再次辦理停保之規定，以適度增加出國停保者之義務。

附表 2：健保之停復保新舊制對照表

停 復 保 規 定	舊 制	新 制
1. 曾有加保紀錄期間 2. 延長加保等待期	88 年 7 月 15 日公布之全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款：「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象： 一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前 4 個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。...。」	100 年 1 月 26 日修正之全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款：「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。...。」
3. 復保規定	88 年 11 月 18 日公布之全民健康保險法施行細則第 36 條：「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費： 一、失蹤未滿 6 個月者。」	101 年 10 月 30 日修正之全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項：「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一份送交保險人，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

停 復 保 定 規	舊 制	新 制
	二、 <u>預定出國 6 個月以上者</u> 。 但遠洋漁船船員除外。」	給付： 一、失蹤未滿 6 個月者。 二、 <u>預定出國 6 個月以上者</u> 。 <u>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。...</u> 。」

※註：1. 資料來源，本中心整理。

(二)出國 6 個月以上人士享有出國停保及短期返國復保看病之權，對照國內被保險人完全無停保之選擇權，即使失業者同樣必須繳納健保費之情形，似非合理

健保法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款：「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，…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。」第 39 條第 1 項第 2 款：「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。」依上開規定，只要出國 6 個月以上，出國期間均可停保（自由選擇停保與否）並免繳健保費，返國之日即可立刻復保看病，最短可僅繳 3 個月保費，又可再次辦理停保，對照國內被保險人完全無停保之選擇權，即使失業者同樣必須繳納健保費之情形，似非合理。

(三)停復保機制亦有違反健保法母法之虞

另就法制而言，健保法本身僅規範納保與退保資格，至於停復保規定係另以施行細則規範，故停復保機制亦有違反健保法母法之虞，宜予檢討。

綜上，宜檢討目前出國停復保制度之必要性及適法性，以避免被濫用而規避健保費之情形；且相對於其他被保險人完全無停保選擇權，即使失業者亦須繳納健保費之情形，停復保制度有失衡平，允宜檢討改善，以維持繳費制度之公平性。

一〇、近年罹患前 3 名主要癌症人數及醫療費用均增加，允應落實防癌工作，以減輕健保基金負擔

癌症防治法第 3 條規定：「…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。…。」98 年度至 102 年度每年癌症發生人數分別為 8 萬 7,189 人、9 萬 0,649 人、9 萬 2,682 人、9 萬 6,694 人及 9 萬 9,143 人，呈逐年上升趨勢；且於 104 年度惡性腫瘤居國人 10 大死因之首，計 4 萬 6,829 人因癌症而死亡，占有所有死亡人數之 28.6%。茲以 104 年度醫療點數前 3 名之癌症，說明該項支出成長情形，宜請衛生福利部研謀有效防治計畫，以避免再大幅增加健保基金負擔。謹分述如下：

(一)罹患前 3 名主要癌症總人數及醫療總點數均大幅增加，致增加健保基金負擔

依健保署提供資料，104 年度癌症醫療點數之前 3 名分別為「氣管、支氣管及肺癌」、「大腸惡性腫瘤」及「女性乳房惡性腫瘤」等 3 類，而 104 年度前揭癌症罹患人數相較 98 年度之人數提升率分別為 67.07%、29.97%及 38.35%，成長幅度甚高；同期間該 3 類癌症之醫療總點數提升率分別達 47.59%、33.73%及 52.28%(詳附表 1)，醫療點數前 3 名之主要癌症總醫療點數上升 82 億餘點，顯示以往相關防治業務成效仍待加強，俾避免全民健康保險支出之高漲。

(二)癌症發生率不斷攀高與飲食及運動習慣相關，長期生活習慣之變更始能降低死亡率

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。

綜上，近年罹患前 3 名主要癌症總人數及醫療總點數均大幅增加，致增加全民健康保險負擔，宜請衛生福利部及國民健康署切實推動飲食及運動等相關防治工作，俾達降低發生率成效，以避免擴大全民健康保險支出負擔。

附表 1：98、101 及 104 年度健保支應醫療點數前 3 名之主要癌症點數說明表

統計項目(ICD-9-CM 碼)	98 年	101 年	104 年	104 年度 /98 年度 提升率 (%)	104 年度 /98 年度 提升值
氣管、支氣管及肺癌(162)					
就醫人數(人)	21,495	27,992	34,836	62.07%	13,341
醫療點數(百萬點)	6,340.3	8,077.9	9,357.5	47.59%	3,017
平均每人醫療點數(點)	294,964	288,578	268,615	-8.93%	-26,349
大腸惡性腫瘤(153-154)					
就醫人數(人)	51,069	64,208	66,374	29.97%	15,305
醫療點數(百萬點)	6,713.7	8,537.3	8,978.0	33.73%	2,264
平均每人醫療點數(點)	131,464	132,963	135,265	2.89%	3,801
女性乳房惡性腫瘤(174)					
就醫人數(人)	62,054	79,133	85,849	38.35%	23,795
醫療點數(百萬點)	5,717.8	7,957.5	8,707.3	52.28%	2,990
平均每人醫療點數(點)	92,142	100,559	101,426	10.08%	9,284
合計					
就醫人數(人)	134,618	171,333	187,059	38.96%	52,441
醫療點數(百萬點)	18,772	24,573	27,043	44.06%	8,271
平均每人醫療點數(點)	139,446	143,422	144,569	3.67%	5,123

- ※註：1. 資料來源，健保署依二代倉儲系統門診明細、交付機構明細、住院明細檔、重大傷病領證檔提供。
2. 統計範圍：醫事服務機構申報之費用明細資料中重大傷病就醫之案件(部分負擔代碼=「001」之案件)。
3. 人數以 ID、BIRTHDAY 進行歸戶，醫療點數=申請點數+部分負擔點數。
4. 癌症病患：取重大傷病類別為癌症者，依領證之重大傷病診斷碼進行統計。

一一、辦理醫療院所查核結果，違規比率甚高，允宜加強訪查及查處，以防杜不當醫療支出

中央健康保險署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」辦理保險醫事服務機構之特約及管理，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。據該署近年之查核結果，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)健保署負有審查全民健康保險醫療服務之責

全民健康保險法第 7 條規定，健保署為全民健康保險之保險人，依衛生福利部中央健康保險署組織法第 2 條規定，該署負有審查全民健康保險醫療服務之法定職掌；另衛生福利部依全民健康保險法第 66 條第 1 項及第 67 條第 1 項規定，訂定「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」以管理保險醫事服務機構，對違反法令及相關辦法者，除應通知其限期改善外，並得予以違約記點、扣減其申報相關醫療費用之 10 倍金額、停約 1 個月至 3 個月，以及終止特約等處分。

(二)近年辦理特約機構查核結果，違規比率甚高，且 104 年度移送法辦家數增加 7 成，稽查方案及嚇阻效果仍待加強

據該署 100 至 104 年度查察結果(詳附表 1)，各年度訪查家數分別為 680 家、680 家、689 家、793 家及 803 家，違規處分家數分別為 420 家、372 家、344 家、380 家及 383 家，違規比率分別為 61.8%、54.7%、49.9%、47.9%及 47.7%；至各年度函送檢警調機關偵辦之家數亦多，分別為 105 家、77 家、117 家、100 家及 171 家，雖違規比率有逐年下降趨勢，惟違規比率及家數仍高，且 104 年度移送法辦家數成長 7 成，顯示該署往

年之稽查方案及嚇阻效果仍待加強，俾有效杜絕詐領健保給付之弊端。

(三)特約機構違規比率高居不下，惟訪查比率未能因應調整

100 年度至 104 年度健保特約醫事機構分別為 2 萬 5,747 家、2 萬 6,317 家、2 萬 6,822 家、2 萬 7,332 家及 2 萬 7,683 家，該署各年度訪查率分別僅為 2.6%、2.6%、2.6%、2.9% 及 2.9%，又同期間違規查處追扣金額分別約 2.3 億元、1 億元、1 億元、1.2 億元及 3 億元。可見訪查比率甚低，未能因應查處結果調整查核廣度，宜加強查核，以收減少不當醫療支出之效，避免健保醫療資源之無謂浪費。

綜上，健保署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。

附表 1：健保署 100 至 104 年度訪查特約醫事服務機構統計

單位：家數；%；新臺幣億元

年 度	特約醫事服務機構數	訪查家數	訪查比率	處分家數	違規比率	移送法辦家數	追回金額
100	25,747	680	2.6	420	61.8	105	2.3
101	26,317	680	2.6	372	54.7	77	1.0
102	26,822	689	2.6	344	49.9	117	1.0
103	27,332	793	2.9	380	47.9	100	1.2
104	27,683	803	2.9	383	47.7	171	3.0

※註：1. 資料來源，健保署提供。

2. 訪查比率＝訪查家數÷特約醫事服務機構數。

3. 違規比率＝處分家數÷訪查家數

貳、管制藥品製藥工廠作業基金

管制藥品製藥工廠主要設立宗旨為控管上游高成癮性之第一、二級管制藥品，辦理國內第一、二級管制藥品之輸入、輸出、製造、品管、銷售、保管及製造方法之研究等業務。106 年度預算案業務收入 6

億 2,612 萬元，業務成本與費用 4 億 6,755 萬 7 千元，業務外收入 407 萬 4 千元，業務外費用 56 萬 6 千元，本期賸餘 1 億 6,207 萬 1 千元。謹就該基金 106 年度預算案編列及相關業務計畫，舉其要者評估說明如下：

一二、該廠業務雖呈擴張趨勢，惟相關成本費用卻未能有效抑減，致獲利能力衰退，允宜妥為研謀改善

管制藥品製藥工廠 106 年度業務收入 6 億 2,612 萬元，本期賸餘 1 億 6,207 萬 1 千元，銷貨毛利率 28.72%，淨利率 25.88%，經查：

(一)近年來各項經營效能比率每況愈下

依預算法第 4 條第 1 項第 2 款規定：「…凡經付出仍可收回，而非用於營業者，為作業基金。…」及 106 年度中央政府總預算附屬單位預算編製辦法第 3 條第 1 項規定：「…作業基金預算之編製，應本企業化經營原則，設法提高產銷營運（業務）量，增加收入，抑減成本費用，…，改進產銷及管理技術，提高產品及服務品質，以提升經營績效，除負有政策性任務者外，應以追求最高盈（賸）餘為目標。」故作業基金應積極推動業務，開源節流，以達作業基金付出而可收回之自給自足精神；惟查該廠近年來各項經營效能比率卻每況愈下，本期賸餘由 103 年度 1 億 9,001 萬 5 千元，降為 106 年度 1 億 6,207 萬 1 千元（詳附表 1）。

附表 1 近年業務收入及經營效能比率				單位：新台幣千元
項 目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
業務收入	528,003	586,496	594,433	626,120
銷貨收入	527,940	586,406	594,333	626,020
銷貨成本	320,242	382,322	413,686	446,172
銷貨毛利	207,698	204,084	180,647	179,848
本期賸餘	190,015	196,786	164,069	162,071
銷貨毛利率	39.34%	34.80%	30.39%	28.72%
淨利率	35.99%	33.55%	27.60%	25.88%

※註：1. 資料來源，管制藥品製藥工廠 105 及 106 年度預算案。
2. 103 至 104 年度為決算數，105 年度及 106 年度為預算案數。

(二)業務雖呈擴張趨勢，惟相關成本費用卻未能有效抑減，致獲利能力衰退

依附表 1 數據顯示，該廠業務收入雖自 103 年度之 5 億 2,800 萬 3 千元增加至 106 年度之 6 億 2,612 萬元，銷貨收入亦隨同由 103 年度之 5 億 2,794 萬元增加至 106 年度之 6 億 2,602 萬元，惟因銷貨成本之成長超越銷貨收入增加速度，致銷貨毛利由 103 年度之 2 億 0,769 萬 8 千元，逐年遞減為 106 年度之 1 億 7,984 萬 8 千元，同期間銷貨毛利率由 39.34% 降至 28.72%，淨利率亦由 35.99% 降至 25.88%；足徵該廠近年業務雖呈擴張趨勢，業務收入及銷貨收入均成長，惟相關成本費用卻未能有效抑減，獲利能力反逐年衰退，肇致銷貨毛利、銷貨毛利率及淨利率均呈減少趨勢。

綜上，管制藥品製藥工廠業務雖呈擴張趨勢，惟相關成本費用卻未能有效抑減，致獲利能力衰退，各項經營效能指標均呈下降趨勢，宜妥為因應，俾改善營運績效。

一三、廠房新建暨整建工程計畫進度落後，允應強化管控，俾如期如質完工，以降低未來管制藥品供應風險

管制藥品製藥工廠 106 年度預算案「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」專案計畫編列 1 億 5,411 萬 8 千元。經查：

(一)「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」預算執行率偏低

為符合衛生福利部要求自 104 年 1 月 1 日起，未符合國際 GMP 標準(PIC/S GMP)之西藥製劑工廠，不得從事西藥藥品生產之規定，管制藥品製藥工廠爰辦理「管制藥品製藥工廠廠房新

建暨整建工程計畫」。該計畫總經費 4 億 9,377 萬 6 千元，工期為 101 年至 106 年。迄 104 年度共編列預算 1 億 8,276 萬 8 千元，惟截至 104 年底累計執行數僅 5,692 萬 5 千元，累計預算執行率僅 31.1%；至於工程進度，截至 104 年底及截至 105 年 8 月底止之實際進度分別為 12.58%及 27.10%，顯示預算執行進度落後。

(二)因計畫進度落後，原預計 106 年度完工恐難以達成，屆時管制藥品之庫存量掌控風險恐將增加

依該計畫預定期程，預計 103 年 3 月上網公告、5 月初及同月底分別決標及開工，復加計近 1,300 日曆天之工期，預計於 106 年 12 月 15 日完成驗收與辦理移交接管。該廠 104 年 2 月 5 日雖已申報新建工程開工，惟即使後續施工順利，亦已較預定期程延宕逾 8 個月，致能否依原定 106 年 12 月順利完成驗收與辦理移交接管作業，不無疑問，屆時管制藥品之庫存量掌控風險恐將增加。

綜上，「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」進度落後及預算執行率偏低，允宜加強進度控管，俾工程如期如質完成，避免造成未來國內第 1、2 級管制藥品供應之風險。

一四、若干管制藥品於 105 年度甫上市銷售，106 年度預計單位成本允宜參酌上開實際數估算，俾符實況

管制藥品製藥工廠作業基金 106 年度銷貨成本 4 億 4,617 萬 2 千元，較 105 年度 4 億 1,368 萬 6 千元增加 3,248 萬 6 千元，增幅 7.85%，經查：

(一)105 年度預計新增品項截至 8 月底僅「吩坦尼貼片 75ug」實際上市；至於「平舒疼口頰溶片 200 微公克」等 104 年度預計

新增品項則截至 105 年度始實際銷售

查 105 年度預計新增銷售品項，包括：釋通緩釋錠 16 毫克、吩坦尼貼片 75ug、「紐申達」膜衣錠 50 毫克、「紐申達」膜衣錠 100 毫克，以及「紐申達」膜衣錠 150 毫克等，惟上開品項截至同（105）年 8 月底僅「吩坦尼貼片 75ug」實際上市銷售；另 104 年度預計新增品項，包括：平舒疼口頰溶片 200 微公克、平舒疼口頰溶片 600 微公克、奧諾美 5 毫克速效膠囊、疼始康定 10 毫克持續藥效錠，以及疼始康定 20 毫克持續藥效錠等，其中「奧諾美 5 毫克速效膠囊」、「疼始康定 10 毫克持續藥效錠」，及「疼始康定 20 毫克持續藥效錠」等 3 項品項，因許可證暨健保藥價分別於 104 年 12 月及 8 月取得，方進行輸入採購作業或決標，未及於 104 年度上市銷售，故 105 年度始實際銷售。

(二)新增品項銷貨成本宜依 105 年 1-8 月實際單位成本估列，俾符實況

查上開品項 106 年度預計銷售單價均與 105 年度 1-8 月實際單價相同，惟 105 及 106 年度預計平均單位銷貨成本均高於 105 年度 1-8 月實際數（詳附表 1）。由於上開品項之銷售成本以前年度均無實際值，105 及 106 年度單位成本均係預估值，爰允宜參酌 105 年 1-8 月實際單位成本估算 106 年度銷貨成本，俾符實況。

附表 1：105 年度甫實際銷售品項之 106 年度銷貨成本推估表

單位：新台幣元

項 目	105 年 1-8 月實 際單位銷 貨成本 A	106 預計 單位成本 B	105 預計 單位成本	106 預計 銷售總量 C	106 年度 預計單位 成本高估 數 D=B-A	106 年度預 計銷貨成本 高估數 C*D
吩坦尼貼片 75ug	469.17	515.34	515.55	40,000	46.17	1,846,800
奧諾美 5 毫克速效膠囊	10.41	11.72	12.08	360,000	1.31	471,600

項 目	105 年 1-8 月實 際單位銷 貨成本 A	106 預計 單位成本 B	105 預計 單位成本	106 預計 銷售總量 C	106 年度 預計單位 成本高估 數 D=B-A	106 年度預 計銷貨成本 高估數 C*D
疼始康定 10 毫克持續藥效錠	30.29	32.43	33.32	260,000	2.14	556,400
疼始康定 20 毫克持續藥效錠	60.28	61.27	62.32	180,000	0.99	178,200
合計						3,053,000

※註：1. 資料來源，依管制藥品製藥工廠歷年預算書及該廠提供資料整理。

綜上，104 及 105 年度若干新增品項於 105 年度甫實際上市銷售，該等品項 106 年度預計單位成本允宜參酌實際銷售成本估算，俾符實況。

一五、管制藥品製藥工廠作業基金 106 年度部分生產、委製或進口品項之銷貨成本較 104 年度增加，宜嚴予控管，俾增經營績效

管制藥品製藥工廠作業基金 106 年度於該廠自製、委製與進口之 33 種品項中，有 23 種品項於 104 年度亦有產製、委製或進口。經查：

(一)106 年度 9 種自製品，預計單位銷貨成本較 104 年度決算數增加者有 8 種，宜加強管控成本，俾增績效

106 年度 9 種自製品，其中 8 種之預計單位銷貨成本較 104 年度決算數為高（詳附表 1），分別為：“管制藥品廠”硫酸嗎啡錠 15 毫克、管制藥品廠嗎啡長效膜衣錠 30 毫克、鹽酸嗎啡注射液 10 毫克、鹽酸嗎啡注射液 20 毫克、磷酸可待因錠 30 毫克、鹽酸配西汀錠 50 毫克、鹽酸配西汀注射液 50 毫克及磷酸可待因注射液 15 毫克/毫升等，宜請該工廠仍嚴予管控相關成本項目，俾增效率。

(二)106 年度 14 種委製品及進口品，其中 9 種品項預計單位銷貨成本高於 104 年度實際數

106 年度 14 種委製品及進口品，有：硫酸嗎啡長效膜衣錠 60 毫克、“管制藥品廠”硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升、管制藥品廠吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升、阿華吩坦尼注射液、磷酸可待因、吩坦尼貼片 12ug、吩坦尼貼片 25ug、吩坦尼貼片 50ug，及平舒疼口頰溶片 200 微公克等 9 種品項，該等品項 106 年度單位委製或進口成本高於 104 年度決算數，宜請該工廠本樽節原則採購，俾增績效。

附表 1：104 年度及 106 年度管制藥品單位銷貨成本比較表

單位：新台幣元

類	項目	106 年度單位銷貨成本	104 年度實際單位銷貨成本	106 年度減 104 年度之差價
※第一級管制藥品				
自	鹽酸嗎啡錠 10 毫克	-	1.61	-
自	“管制藥品廠”硫酸嗎啡錠 15 毫克	2.41	2.10	0.31
自	管制藥品廠嗎啡長效膜衣錠 30 毫克	5.92	5.08	0.84
自	鹽酸嗎啡注射液 10 毫克	12.54	10.48	2.06
自	鹽酸嗎啡注射液 20 毫克	12.93	10.93	2
進	阿片酊	1.09	1.11	-0.02
進	硫酸嗎啡長效膜衣錠 60 毫克	59.67	59.61	0.06
進	默痛舒持續性藥效膠囊 60 毫克	73.31	73.51	-0.2
委	“管制藥品廠”硫酸嗎啡口服液 2 毫克/毫升	1.58	1.51	0.07
進	阿片粉	-	18.39	-
進	鹽酸古柯鹼	-	652.23	-
	小計	8 項		
※第二級管制藥品				
自	磷酸可待因錠 15 毫克	1.57	1.67	-0.1
自	磷酸可待因錠 30 毫克	2.24	1.94	0.3
自	鹽酸配西汀錠 50 毫克	4.42	3.76	0.66
自	鹽酸配西汀注射液 50 毫克	13.31	11.08	2.23
委	管制藥品廠吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升	13.70	13.56	0.14
委/進	吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 10 毫升	54.50	56.94	-2.44
進	阿華吩坦尼注射液	105.81	103.70	2.11
進	磷酸可待因	17.80	16.62	1.18
進	吩坦尼貼片 12ug	148.06	146.48	1.58
委託	吩坦尼貼片 25ug	134.44	131.88	2.56
委託	吩坦尼貼片 50ug	272.16	265.65	6.51

類	項目	106 年度單位銷貨成本	104 年度實際單位銷貨成本	106 年度減104 年度之差價
進	吩坦尼貼片 75ug	515.34	-	
進	釋通緩釋錠 8 毫克	111.35	112.23	-0.88
進	釋通緩釋錠 16 毫克	166.42	-	
進	平舒疼口頰溶片 200 微公克	230.97	221.53	9.44
進	平舒疼口頰溶片 600 微公克	319.15	321.48	-2.33
進	奧諾美 5 毫克速效膠囊	11.72	-	
進	疼始康定 10 毫克持續藥效錠	32.43	-	
進	疼始康定 20 毫克持續藥效錠	61.27	-	
進	“紐申達”膜衣錠 50 毫克	33.29	-	
進	“紐申達”緩釋錠 100 毫克	54.38	-	
進	“紐申達”緩釋錠 150 毫克	69.72	-	
進	吩妥拉口頰錠 100 微公克	193.42	-	
進	吩妥拉口頰錠 200 微公克	217.26	-	
	小計	24 項		
※第三級管制藥品				
自	磷酸可待因注射液 15 毫克/毫升	12.43	10.22	2.21
	小計	1 項		
	總計	33 項		

※註：1. 資料來源，管制藥品製藥工廠提供。

2. 類別欄中「自」代表自製品項，「進」代表進口品項，「委託」代表委製品項，「委/進」代表 106 年度委製而 104 年度進口之品項。

綜上，該基金 106 年度部分生產、委製或進口品項之銷貨成本、委製或進口成本較 104 年度決算數增加，宜嚴予控管，俾增經營績效。