

【商業周刊第 1165 期】健保費憑什麼漲？

健保黑洞形成的四大主因

撰文者：胡鈞維

健保局的管理不善，與不肖醫師詐領健保費，其實才是全民健保瀕臨破產的首害。

全民健保會不會倒？根據中央健保局於今年三月四日提出的精算報告，若現行保險費率維持不變，到民國一百零四年，全民健保的累計虧損將高達新台幣四千八百四十一億元，正式超越當年度的保費收入；也就是說，再過五年，全民健保恐宣告破產。

雖然，台灣的健保制度連諾貝爾經濟學獎得主克魯曼（Paul Krugman）都讚不絕口，但事實上，其財務狀況慘不忍睹。

全民健保自民國八十七年，也就是開辦的第四年起，就處於「支出大於收入」的情況（八十九年除外），縱使於九十一年，健保局一度調高保費（由四·二五％調整為四·五五％），「寅吃卯糧」仍不見改善；到九十六年，全民健保的安全準備金已全數用罄，累計盈虧自此由正轉負，從此再不復返。

什麼原因？外界將矛頭指向「收費不公」，然而，若從高達近三千億元的健保黑洞形成原因來看，健保局的管理不善，才是首害。

虧損原因一：詐領健保費 連男人也可以摘子宮

當中，最大一項是「醫療院所詐領健保費」，高達一千六百四十八億元，這指的是，以救人為職志的醫師，竟然是造成全民健保虧損大洞的頭號戰犯。

有多嚴重？從民國九十四年至今，平均每一百家健保特約醫療院所就有約五家遭查獲違規，堪稱高犯罪率。再根據監察院最新的報告，過去十一年來，健保局應追回的不肖醫療院所詐領健保費用，總計達一千六百七十七億元，至今卻只追回二十八億六千九百萬元，等於平均一年才追回約二億六千萬元，成功率不到二％。

不肖醫療院所如何 A 健保費？最常見的是，同一天多次刷民眾的健保 IC 卡，再錯開日期申報；或者，有些患者明明未住院、未檢查、未開刀，醫院卻申報費用；甚至連醫學中心級的高雄醫學院附設中和醫院，都會有婦產科醫師涉及為「假病人」誇大病情動刀。

台灣醫療改革基金會研發組長朱顯光表示，勾結安養院，是醫療院所詐領健保費的另一做法。有些醫院預先收走整間安養院老人的健保卡，再去刷卡，假裝老人做了復健治療；曾經發生的荒誕情形還包括：醫師明明住院還能看診、同一顆牙拔了好幾次、男人拿掉子宮、健保 IC 卡持有人出國還能看病……。

對此，健保局的說法是：「稽查人力有限」，然而，這「有限的人力」，在過去的十一年間，可以成功揪出高達千億的詐領案，為何追討不回？

「貓明明已經看到老鼠在那了，偏偏就是不抓。」一位學者直接點出健保局稽查單位的不作為。

「若不是（健保局）放縱，就是有勾結。」

而且，醫改會統計，從健保局發現違規、查證屬實、公布，再到實際處罰，至少要花上三年半，「懲罰曠日廢時，才會讓不肖醫師有恃無恐。」醫改會執行長劉梅君直指；甚者，即使遭停約、終止特約，一些違規遭舉發的診所也不怕罰，因為只要診所換個名字，還是可以申請健保給付。諷刺的是，這種惡習已存在十多年，卻直到今年三月十一日，衛生署長楊志良丟出辭呈的三天後，健保局才提出「永不特約累犯違規醫師」及「多次違規醫療院所，同址永不特約」等方案；問題是，這還得仰仗立法委員們全力修法通過，才能真正落實。

虧損原因二：藥價黑洞 醫院藥價差達二五％

健保虧損的第二大元凶，來自藥價黑洞，包括兩類：一、醫院藥品定價過高；二、學名藥（專利已過期藥品）的採購價格偏高。前者指的是醫院向藥廠買藥品時，大賺一筆差價；後者則是醫院買來的藥太貴了。總括一句就是：醫院愛賺錢、愛當冤大頭，還要求健保局加乘埋單。

目前國內醫院的藥品定價有多高？舉加拿大為例，政府明文規定院方只能收取一五％的藥價差，台灣卻達二五％，這筆費用若能省下來，健保局每年就可省下一百二十億元。

要如何改善？上週才辭官的楊志良曾以學者身分提出建議：除長期慢性病用藥仍照常給付外，一

般門診用藥全部取消，由民眾自行拿處方箋至藥局買藥，如此一來，便沒有所謂的藥價差問題。只是，在醫院不願放手，真正落實「醫藥分業」者少之又少。

而現今國內學名藥的採購價格又是多高？再比較國外例子，美國對學名藥的採購價格，是專利藥的最多六成（這還是專利過期隔年的價格，之後會再要求降價），反觀國內，學名藥的採購價格是專利藥的九成。或許有人會說，各家醫院對各類藥品的採購數量不同，若量少價格當然較高，但若今天將採購者改成健保局，而不是各醫院，情況自然有所改變。只是，如此一來，醫院無法從中賺取藥價差，健保局統購此提案，當然再遭反對。

虧損原因三：重複給藥 亂開藥，台灣洗腎第一名

造成健保虧損的第三個原因是：重複給藥的情形浮濫，這在老年人身上尤其常見。

根據健保局統計，台灣六十五歲以上老人，每人每年醫師會開出七至十三種藥，當中五種是重複，而導致重複給藥的主因，就是重複看病。一位老年人若有多種疾病，骨質疏鬆要看骨科、高血壓要看心臟內科、糖尿病要看新陳代謝科，若糖尿病引發白內障，還得加個眼科，而常見的情況是，這位老人多半要跑上四個專科，結果就是，四個醫師恐會重複開藥，不只對病人不利，更造成醫療資源浪費。

國防醫學院藥學系教授黃旭山即指出，有位大陸醫界人士曾跟他說，「台灣健保那麼便宜，但你們的平均壽命也沒有比我們多很多。」黃旭山分析，台灣健保制度提供的便利性世界聞名，民眾隨時可以看病，但看了病就開藥，也導致台灣洗腎率，同樣是全球第一。

對此弊端，健保局直到今年三月十一日才提出四項解決方案，包括「要求慢性病患就醫時，須攜帶藥袋」、「多重慢性病患可要求醫院提供整合性門診」、「全年就醫次數超過百次，健保 IC 卡將遭鎖卡」與「藥事人員主動居家輔導正確用藥」。但其實，「健保局只要善用耗資四百億元建置的健保 IC 卡系統，強制醫療院所登錄就醫及用藥紀錄，就能有效解決這些不必要的重複治療及開藥。」台灣醫改會研究發展組副組長黃經祥提出釜底抽薪的解決方法。

虧損原因四：幽靈人口 移民也能回國看病

其他的虧損黑洞還有：北、高兩市積欠健保補助款與「幽靈」人口盛行。前者算是初步獲得解決，如台北市政府已於去年提出還款計畫，預計自今年起分五年度還清欠款。而所謂的「幽靈」人口，是指已移民國外者或大陸的台商，只要仍有戶籍在台灣，並向當地區公所繳交最低額度的健保費，就能吃健保一口。這雖遭詬病已久，但現行健保制度是：「凡如期繳交健保費者，就得享有健保看病權利」，要完全制止並不容易。

健保局分析發現，每年有近一萬二千人專程返台復保就醫，總醫療費用逾一億元，其中約三分之一是治療牙疾；回台一次就用掉超過五萬元醫療費的，則至少有兩百人，這些短期返台復保後就醫者，平均每交一元健保費，全民健保就得為他們支出一．七元的醫療費。

全民健保該不該救？答案當然是肯定的。只是，到去年累計虧損已將近六百億元的全民健保，已如同躺在急診室的重大傷患，要救活，絕對不只是增收保費（為其輸血），更重要的是節制醫療浪費（止血），否則，不管健保費如何調漲，調漲多少，仍將是無底洞。

總而言之，解決現存健保管理不善問題，才是當務之急，光是討回不肖醫師詐領健保費，就足以讓全民健保至去年的累計虧損一筆勾銷；若政府一味的想調漲保費，卻不革除沉痾，只會招致人民更大的反彈。**延伸閱讀：不肖醫師是健保虧損最大元凶**

——健保黑洞形成原因

地方政府及投保者積欠保費 869.3 億元

占 30.8%

不肖醫師詐領健保費 1,648 億元

占 58.3%

藥價黑洞約 200 億元

占 7%

重複給藥浮濫約 100 億元

占 3.6%

「幽靈」人口看病逾 10 億元

占 0.3%

註：台北市政府已於去年 10 月 23 日提出還款計畫，預計自今年起分 5 年度還清欠款 資料來源：監察院、醫改會、民間健保監督聯盟 整理：蕭勝鴻

延伸閱讀：二代健保不上路，保費負擔永遠難公平

原有的健保收費機制，是依照每人每月薪資所得的固定比例扣款，許多富人的月薪極低，但收入頗豐，因此造成有錢人所付健保費甚至較一般中產階級要低。

因此，健保局於兩年前提出一·五代健保概念，除維持以薪資所得收取保費外，另外再按個人「非薪資所得」（包括租金、股票投資所得、利息所得、版稅、演出費用等）加徵保險費，須多繳保費者，包括高獎金、低底薪的業務員、包租公、演藝人員、股市大戶、名嘴等，但實際上真正衝擊最大的，仍是中產階級，尤其是每年等待年終獎金、股利分紅的上班族，費用反而增加。

現今楊志良與行政院長吳敦義所爭執不下的，仍是一·五代健保的範圍，差別只在於雙方對於調高保費的分界點，是否該以月薪五萬元為基準罷了。

真正公平的健保收費機制，是健保局目前正規畫的二代健保，這指的是，未來全民健保的收費對象，將由個人改為家戶，之所以公平在於，即使政府是以月薪五萬元作分界，但說不定領五萬多元的人還得養父母、妻小，結果負擔更重，以家戶為單位，才能解決健保收費不公問題。