

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：中央健康保險局執行稽核工作不力，每年查核違規醫事服務機構所追回之費用寥寥無幾，難以防杜健保醫療支出之無謂浪費；又未能善盡職責戮力查察不法案件，稽核頻度呈逐年下降趨勢，無從嚇阻不肖醫事服務機構違規情事；且迄未建立完備之醫療費用審查監控機制，無從杜絕詐領健保給付弊端，迭經審計部指摘歷歷卻未有效改善等情均有違失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

據報載：不肖醫師與民眾勾結，將人頭病患之檢體混充癌症檢體，向保險公司詐領保險金；行政院衛生署中央健康保險局（下稱健保局）疑似稽查不力，未能提出有效之稽查方案及作為，以杜絕詐領健保給付弊端之缺失，涉有違失等情乙案。經本院向健保局、審計部調閱相關卷證，並約詢該局主管人員以釐清案情竣事，茲將該局所涉疏失部分臚列如次：

一、健保局執行稽核工作不力，每年查核違規醫事服務機構所追回之費用寥寥無幾，難以防杜健保醫療支出之無謂浪費，洵有疏失：

（一）依中央健康保險局組織條例第9條規定，健保局稽核室掌理健保稽核業務，是項業務分為「內部稽核」及「外部訪查」兩部分，內部稽核業務係指針對健保局內部各項業務進行稽核；外部訪查業務則是對投保單位、保險對象及特約醫事服務機構違規案件派員進行查核。目前案件來源主要為健保總局辦理專案稽核、審查案件或檔案分析發現異常案件及

民眾檢舉案件等。為保障全體保險對象就醫權益、加強健保醫療資源之有效運用及建構公平合理之醫療經營環境，對於特約醫事服務機構涉及違規案件之查核，是為重要之一環，合先敘明。

(二)根據健保局提供之節流措施執行成效統計表（如附表 1）顯示：

- 1、自 88 年至 98 年底止，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、違規查處追回費用、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，彙計其節流措施摺節約有新台幣（下同）1,687 億元。
- 2、其中查處違規院所追回費用部分，11 年來共計追回 28.79 億元，僅占節流措施摺節總額之 1.71%，而其年平均追回 2.61 億元更僅為一年動輒 4 千多億元健保醫療給付費之零頭，足見其在杜絕健保醫療資源浪費、縮減健保財務缺口方面之貢獻度，比重明顯偏低。

(三)又據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（如附表 2）顯示：

- 1、健保局 94 年～98 年之查處違規追扣費用件數分別為 568 件、885 件、241 件、154 件、234 件，而 5 年來共計追扣 2,082 件。
- 2、健保局 94 年～98 年之查處違規追扣金額分別為 22,318 萬元、52,644 萬元、29,877 萬元、34,402 萬元、36,933 萬元，而 5 年來共計追扣 176,174 萬元。
- 3、健保局 94 年～98 年之查處違規平均每件追扣金額分別為 39 萬元、59 萬元、124 萬元、223 萬元、

158 萬元，而 5 年來平均每件追扣 85 萬元。

- 4、易言之，祇要健保局勤於『違規查處』必有斬獲，倘依上開平均每件可追扣 85 萬元折算，則對避免健保醫療資源之無謂浪費，必有裨益。

(四)綜上，健保局執行稽核工作 11 年來共計追回 28.79 億元（年平均追回 2.61 億元），即便是 98 年亦僅為 3.7 億元，對照一年高達 4 千多億元之健保醫療給付費用支出，顯不成比例，核該局每年查核違規醫事服務機構所追回之費用寥寥無幾，難以防杜健保醫療支出之無謂浪費，洵有疏失。

二、健保局未能善盡職責戮力查察不法案件，稽核頻度呈逐年下降趨勢，無從嚇阻不肖醫事服務機構違規情事，核有怠失：

(一)由全民健康保險特約醫事服務機構查核機制與違規查獲率統計表（如附表 3）可知：

- 1、健保局 94 年～98 年之特約醫事服務機構數分別為 22,433 家、22,956 家、23,257 家、23,445 家、23,913 家。
- 2、健保局稽核人員 5 年來平均查核院所家數（查核比率）為 1,090 家（占 4.70%）。
- 3、健保局稽核人員 94 年～98 年查核特約醫事服務機構查獲違規件數（查獲違規比率）分別為 999 家（占 45%）、1,309 家（占 95%）、572 家（占 83%）、446 家（占 83%）、536 家（占 85%），而 5 年平均查獲違規件數（查獲違規比率）為 772 家（占 71%）。
- 4、換言之，健保局目前之特約醫事服務機構數近 24,000 家，其稽核人員近 5 年來，平均每年查核院所家數（查核比率）為 1,090 家（占 4.70%）家；而查獲違規件數（查獲違規比率）為 772 家

(占 71%)，顯見「查察核特約醫事院所之家數與查獲違規件數成正比」。

(二)查健保局稽核人員 5 年來平均查核院所家數為 1,090 家，又 94 年~98 年查核院所家數(查核比率)分別為 2,205 家(占 9.83%)、1,382 家(占 6.02%)、688 家(占 2.96%)、540 家(占 2.30%)、634 家(占 2.65%)，呈現稽核頻度逐年下降之趨勢；揆諸該局在組織編制上，總局設有稽核室，各分局(現已改制為業務組)另設醫務管理科之查核人員，目前查核人力計 39 名，專責辦理特約醫事服務機構違規案件之查察，以相同專責人力與查核工作負荷量而言，其 98 年查核院所家數(634 家)僅為 94 年(2,205 家)之 29%，凸顯該局之稽核頻度嚴重不足與查察職能每況愈下，亟待加強。

(三)綜上，健保局現有查核人力 39 名，專責辦理特約醫事服務機構違規案件之查察工作，揆諸渠等於 94 年查核 2,205 家特約院所，然 98 年卻僅查核 634 家，顯未傾其全力稽核查處違規案件，尤其近年來之稽核頻度更是逐年下降，並未充分發揮其法定職能，甚且每況愈下，無從嚇阻不肖醫事服務機構詐領健保醫療給付情事，核有怠失。

三、健保局迄未建立完備之醫療費用審查監控機制，無從杜絕詐領健保給付弊端，迭經審計部指摘歷歷，核其行事欠當，實難辭其咎：

頃據審計部於 99 年 1 月 12 日函報本院，扼要摘述派員抽查健保局 94~97 年度財務收支及決算，發現該局在「稽核詐領健保給付案件相關作為」方面，涉有下列未盡職責之情事：

(一)94 年度：不肖醫療院所涉嫌藉由換取藥品，蒐集民眾健保卡盜刷，或於民眾就醫時重複盜刷健保 IC

卡；或藉由蒐購遊民及安養中心老人健保卡、利用人頭假住院等不法方式，偽造病歷紀錄等，長期詐領健保給付情事，時有所聞，其中林進興、永仁、太順、富強等醫院涉嫌詐領健保給付期間甚達3年至11年，金額逾2千7百萬元，顯示該局現有之健保醫療費用監控機制，未能即時、主動偵知上開異常情事，致非但侵蝕健保資源，亦損及政府形象。

院所名稱	詐領年別	期間	詐領金額(萬元)
林進興醫院	88年至94年	7年	325
永仁醫院	88年至94年	7年	373
太順醫院	92年至94年	3年	44
富強醫院	84年至94年	11年	2,001
合 計			2,745

(二)95年度：中央健康保險局辦理醫療費用審查作業，核有二代醫療資訊系統醫令自動檢核功能未臻完備，致未能即時發現醫療院所重複、超次、未依規定項目申報費用，或將未具重大傷病身分之保險對象申報為免自行負擔費用案件；且未能即時偵知醫療院所未依規定申報保險對象接受預防保健服務之給付；或未查知醫療院所有無確實登錄資料或符合連續管理要件，仍逕予核付醫療費用等欠妥情事，顯示該局尚乏完備之費用檢核及審查機制，難以即時監控醫療院所異常申報費用之行為，徒增追扣醫療費用之困擾。

(三)97年度：該局針對醫療院所釋出處方箋交由藥局調劑之費用，雖於二代醫療費用系統建置「當日重覆申報」等10項異常項目勾核功能，由各分局按月執

行清查，惟據該局所屬東區分局事後清查轄區藥局申報資料，卻查獲部分藥局於民國 94 年 1 月至 97 年 10 月間，長期與其他藥局重複申報同一處方，虛報藥費及藥事服務費高達 4 百餘萬點，顯示該局二代醫療費用系統未能及時偵知醫事服務機構重複申報同一處方，虛報藥費及藥事服務費，經通知檢討改善，並全面清查有無類似欠妥情事，俾適時遏止醫療機構不法行為，維護有限健保資源。

- (四)綜上，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，影響民眾觀感至鉅，而不利健保財務改革措施之推動，前揭缺失迭經審計部指摘歷歷，核其行事欠當，實難辭其咎。

綜上所述，中央健康保險局執行稽核工作不力，每年查核違規醫事服務機構所追回之費用寥寥無幾，難以防杜健保醫療支出之無謂浪費；又未能善盡職責戮力查察不法案件，稽核頻度呈逐年下降趨勢，無從嚇阻不肖醫事服務機構違規情事；且迄未建立完備之醫療費用審查監控機制，無從杜絕詐領健保給付弊端，迭經審計部指摘歷歷卻未有效改善等情均有違失，爰依監察法第 24 條提案糾正，移送行政院衛生署轉飭所屬確實檢討改進見復。

附表 1

中央健康保險局之節流措施執行成效統計表

(單位：億元，億點，%)

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	總計
平均每人醫療費用成長率(註 1)	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%	9.3%	
藥價調整金額【億元】	-	5	46	32	57	0.7	23.6	96.7	60 (註 2)	-	-	321
違規查處追回費用【億元】(註 3)	2.71	2.98	2.2	1.8	0.9	0.6	2.2	5.3	3	3.4	3.7	28.79
醫療審查核減【億點】(註 4)	111	128	111	109	65	105	138	126	138.1	134.4	172	1337.5
合計【億元】	113.71	135.98	159.2	142.8	122.9	106.3	163.8	228	201.1	137.8	175.7	1687.29
查核追回費用/合計【%】	2.38	2.19	1.38	1.26	0.73	0.56	1.34	2.32	1.49	2.47	2.11	1.71

註：

- 1.自 95 年起，因醫療費用成長率遵行行政院衛生署費用協定委員會頒定之「總額醫療費用成長率」，無控制「平均每人醫療費用成長率」之空間，不再登錄。
- 2.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。第 6 次藥價調查新藥價自 98 年 10 月 1 日起生效，故 98 年影響金額尚未能計算。
- 3.違規查處追回費用，係為扣減金額、罰鍰金額、輔導繳回金額及查處追回金額之總和。
- 4.醫療審查核減為初核核減點數(98 年 1-3 月實際值為 43 億點，推估 98 年 1-12 月審查核減點數為 172 億點)。
- 5.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 1,677 億元。

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：萬元

項目 年度	查處追 扣金額	輔導繳 回金額	扣減金額	罰鍰金額	合 計	違規扣減費用 (件數)	平均每件 扣減費用
94 年度	18,857	未統計	2,604	857	22,318	568	39
95 年度	10,968	35,972	5,221	483	52,644	885	59
96 年度	6,629	18,521	4,035	692	29,877	241	124
97 年度	14,014	14,480	3,359	2,549	34,402	154	223
98 年度	14,391	16,103	3,074	3,365	36,933	234	158
總 計	64,859	85,076	18,293	7,946	176,174	2,082	85

附註：

1. 查處追扣金額係扣減十倍、罰鍰（虛報）金額之一倍金額及其他因查處案件造成可行政追扣之金額。
2. 輔導繳回金額係輔導醫事服務機構正確申報後自動繳回之誤報金額。

附表 3

全民健康保險特約醫事服務機構查核機制與違規查獲率統計表

案源別 年度	民眾 檢舉	費用審核 異常個案	其他單 位移辦	全局性 專案稽查	主動 發現	其他	合計查核 院所家數	當年特約 院所數	查核比 率(%)	查獲違 規件數	查獲比 率(%)
94	343	94	5	1,678	77	8	2,205	22,433	9.83	999	45
95	367	72	22	873	33	15	1,382	22,956	6.02	1,309	95
96	329	56	11	173	83	36	688	23,257	2.96	572	83
97	294	52	9	115	55	15	540	23,445	2.30	446	83
98	346	67	31	118	57	15	634	23,913	2.65	536	85
總計	1,679	341	78	2,957	305	89	5,449	116,004	4.70	3,862	71

備註：1. 資料期間：94 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日。

2. "上級交查案件"已依案源別分類列計。

3. 製表日期：99.02.10.