

## 健保財務(下)——全民皆是輸家

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

隨著社會經濟環境變遷，國人赴海外工作、求學、度假打工等情況逐年增加，但根據最新統計，**保險對象①**因入出境頻繁或**長期旅居海外②**，未能及時繳納健保費，致衍生欠費情形者約有2.3萬人，欠費金額約5.5億元。中央健康保險署為健全公平繳納保費與醫療利用之合理性，自107年6月起已針對長期旅居海外欠費的保險對象進行健保卡查核，**返國看病需繳清欠費後，才能恢復以健保身分就醫③**。健保署指出，經比對戶政、入出境、停復保紀錄等資料，截至107年11月底統計，長期旅居海外積欠健保費的人數約有2.3萬人（以第6類身分在公所投保約2.1萬人最多，占90.7%），欠費金額約5.5億元，平均每人欠費2.4萬元；其中106年有返台就醫紀錄約0.9萬人，占37.2%，平均每人就醫次數1.7次，醫療費用為3,196點（106年全體保險對象平均就醫次數14.8次，醫療費用為2.9萬點）。健保署表示，根據健保法施行細則相關規定，保險對象預定出國6個月以上，得辦理停保（未滿6個月提前返國者，即註銷停保），並自返國之日復保，至於返國復保後應屆滿3個月，始得再次辦理停保。因此，部分入出境頻繁持續加保、返國復保或註銷停保者，在返國期間未能即時處理繳費事宜，加上其在台親人未能協助持單按時繳納健保費，致衍生積欠健保費的情況。雖然上述發生欠費者占長期旅居海外保險對象的比率僅約2%，惟欠費健保卡查核措施，目的在於落實保險人之管理責任，促請保險對象善盡健保費繳納之義務，減少未持續繳交保費但返

國就醫之權益失衡爭議。健保署提醒，長期旅居海外的保險對象，請記得按時繳納保費。目前欠費對象超過8成仍出境中，為避免未收到繳款單或漏繳，建議可多加利用金融機構存款帳戶或信用卡約定轉帳扣款，或各項多元繳費方式(<https://goo.gl/5E3Xaw>)，亦可下載「全民健保行動快易通」APP，透過行動櫃檯查詢個人投保紀錄及繳納保費，以免影響返國時就醫權益。（「提升繳納保費與醫療利用之合理性及公平性，長期旅居海外保險對象如未按時繳納保費，返國就醫將受影響」焦點新聞，中央健康保險署，民國107年12月17日。）

「還有，實施健保後，政府從醫師身上所抽的稅金比以前多很多…」

「什麼意思？」丙醫師另一個疑惑。

「先說明人類免疫缺乏病毒感染部分，規定所謂『全民健康保險保險對象應自行負擔之費用及依全民健康保險法未能給付之檢驗及藥物，應由中央主管機關編列預算支應之』的反面意思是什麼？」乙醫師再給好奇的丙醫師出個題目。

「什麼是反面意思…」丙醫師還是一頭霧水。

「反面意思就是要你逆向思考。」甲醫師面帶莞爾地呼應。

「什麼是逆向思考？」丙醫師更加困惑。

「簡單地說，法律規定上有「應」字的反面意思就是「不應」，既然有『保險對象應

自行負擔之費用應由中央主管機關編列預算支應』，其他費用就是「不應由中央主管機關編列預算支應」，所以該由誰買單？」乙醫師再出考題。

「那不就是健保買單！」丙醫師開始有些概念。

「對啊！原本應由政府編列全額預算防治的『法定傳染病』，政府卻規定在確診開始服藥二年後，只願編部分預算…」乙醫師進一步解釋。

「所以，法定傳染病變成慢性病嗎？」丙醫師搶著問。

「這種轉變沒人說得準，主管機關如何規定就如何規定！所謂部分預算指『保險對象應自行負擔之費用』，你認為有多少？」乙醫師又一次出考題。

「應自行負擔之費用是指部分負擔，診所就診部分只要50元，藥費最高是200元…」丙醫師喃喃自語。

「如果這疾病被健保署公告為重大傷病？」甲醫師也出考題。

「那不就什麼費用都不用繳！」丙醫師恍然大悟。

「應該還不至於馬上列入重大傷病項目吧？」乙醫師認為不會一次到位。

「如果我是該疾病保險對象，過去治療費用都由政府負擔都不用繳費，現在一樣就醫而

且一樣免費，我會有反彈嗎？」甲醫師再問丙醫師。

「反彈？怎麼可能，一切都沒改變啊…」丙醫師一邊思索、一邊回答。

「對我這種疾病保險對象而言，什麼都沒變，但是誰付的帳改變了…」

「對喔！應該由『政府編列預算』支應的傳染病費用…變成你我所繳的『保險費來支付』，一般人怎麼可能察覺得到？」丙醫師總算理解乙醫師常講「政府不要一切靠民間」的意思。

「政府不是完全沒編列預算，只需編列少的部分負擔罷了！」甲醫師說。

「我記得你們常說健保部分負擔只占全部費用的9%~12%<sup>4</sup>…所以政府因法律規定，預算馬上減輕9成嗎？」丙醫師的記憶。

「而且依《全民健康保險法》規定，此部分所編列的預算還可以列入政府每年度應負擔36%之總經費中…」乙醫師以另一種方式回答。

「此規定，這不就讓政府一魚兩吃！」丙醫師大聲講。

「所以政府是大贏家，全民皆是輸家！」乙醫師欲下結論。

「真的，不就是『全民』…健康保險、結果皆輸，真不堪！」丙醫師不僅感傷，而且刻意拉長全民二字。

「這全民之意如果是國民還好…結果是住民。」甲醫師對著丙醫師講。

「不一樣嗎？」丙醫師又一次被攪亂。

「絕對不一樣！健保加保的資格是『戶籍』、不是『國籍』，所以有不少保險對象使用『政府每年度應負擔36%總經費』，卻毫無貢獻。」乙醫師在提示。

「你是說那些沒有繳稅的保險對象嗎？」丙醫師問。

「這倒也不一定，因為不必繳綜合所得稅的國民也不少。」甲醫師接續回答。

「長期旅居海外的保險對象如果是國民也就算了，因為國民還有繳稅的義務，問題是設有戶籍的非國民，是可以一直參加我們的全民健康保險喔！」乙醫師說。

「非只如此，領有居留證明文件者與設有戶籍相同，一樣可以一直參加我們的全民健康保險，而且不論是居住在國內或國外。」甲醫師進一步說明。

「什麼？這像話嗎？」丙醫師大吃一驚，接著問：「難道中華民國國籍沒有一點點特權或優惠嗎？」。

「優惠都一樣！根據《全民健康保險法施行細則》第37條規定，預定出國六個月以上者得辦理停保，暫時停止繳納保險費，健保署亦相對暫時停止保險給付…」乙醫師停頓一下，接著說：「但曾辦理出國停保，於返國復保後

應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

「如果我是以第6類身分在公所投保，根本無需停停加加。」丙醫師快速回應，接著問：「不是每個月才幾百塊錢，而且可以買到如此優質的醫療保險。」

「每個月749元！由中央政府負擔40%…不對，應該這樣講：平均保險費是1,249元，由中央政府負擔40%，所以保險對象及其眷屬只需每人每月繳納749元保險月。」甲醫師修正回答這個問題，以免誤會。

「所以嘛，為什麼需要停保復保、停保復保…不就是吃定健保。」乙醫師頗有感慨地回答。

「可能還有不被發現的好處，健保查核加保有漏洞，不是嗎？」丙醫師問。

「可能吧…不就是明著搶劫『全民』的資源。」乙醫師已無力再細究這個問題，接著說：「因為政府沒有能力顧好全民醫療資源，最好的處理方式就是利用上限制總額支付方式，將財務風險轉嫁到特約醫療服務提供者身上，結果造成不斷的cost down，醫療品質逐漸出現問題。」

「所以政府是大贏家，全民皆是輸家？」丙醫師回應剛剛乙醫師的話。

「是的！不斷cost down的後果不僅現在造成Over-diagnosis、over-treatment的怪現象，往後更會因此找不到優秀、用心的醫療人員。」甲醫師停頓一下，接著講：「所以全民

皆是輸家！」

「對了！你還提到實施健保後，政府從醫師身上所抽的稅金比以前多很多…這是什麼意思？」丙醫師突然想起政府是大贏家的原因之一。

「你還年輕，不知健保前之繳稅制度，今年你如何繳稅？」甲醫師問。

「不就是依照健保署統計之分列項目參考表及國稅局所定年度執行業務者費用標準嗎？」丙醫師回答。

「所以你在健保制度下執行多少業務清清楚楚，該繳的稅金一毛也跑不掉，沒有健保時是用人站崗計算，有『眉角』…」甲醫師聲音愈來愈小。（全文完）

### 問題①：參加臺灣健保成為保險對象的條件為何？

**解答：**一、本國籍人士：具有中華民國國籍，且在國內「設有戶籍」者，不論住在國內或國外，都應該自符合下列投保資格之日起投保：1. 受僱者（包含政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員、公民營事業、機構之受僱者，及其他有一定雇主之受僱者），自受僱之日起投保。2. 在臺灣地區出生的新生嬰兒，辦妥戶籍後，自出生之日起投保。3. 因公派駐國外之政府機關人員或與配偶及子女，自返國「設有戶籍之日」起投保。4. 自國外返國「恢復戶籍或新設籍」之非受僱者、眷屬等其

他人士：(1)最近2年內曾有參加健保紀錄者，自「恢復戶籍」之日起加保；(2)最近2年沒有參加健保紀錄者，自「恢復戶籍滿6個月」才能加保。

二、非本國籍人士：在臺居留之港、澳、大陸或外籍人士，在臺灣地區「領有居留證明文件」（指〈臺灣地區居留證、臺灣地區居留入境證、外僑居留證、外僑永久居留證及其他經衛生福利部認定得在臺灣地區長期居留之證明文件〉），應自符合下列投保資格之日起加保：1. 有一定雇主之受僱者，自受僱之日起加保。2. 非受僱者，自領有「居留證明文件」後，在臺「居留滿6個月」（指進入臺灣地區居留後，連續居住達6個月，或曾出境1次且未逾30日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達6個月）之日起加保。3. 自106年12月1日起，在臺灣地區出生之外籍新生嬰兒，在臺灣地區領有居留證明文件者，應自出生之日起投保。但105年12月1日至106年11月30日出生，可選擇投保居留滿6個月或自106年12月1日起投保。4. 配合《外國專業人才延攬及僱用法》於107年2月8日生效施行，對於受聘僱從事專業工作之外國專業人才，其配偶、未成年子女及其滿20歲以上，因身心障礙無法自理生活之子女，經領有「居留證明文件」，應依附該專業人才自領有居留證明文件之日起加保。

### 問題②：旅居海外僑民應如何參加、退出臺灣健保？

**解 答：**僑民部分：(一)在臺灣地區設有戶籍者，應自設籍滿6個月參加健保。沒有設戶籍者，返臺後應先洽戶政機關辦妥設籍或恢復戶籍後，自設籍之日起滿6個月參加健保；但辦理恢復戶籍的僑民，如果最近2年內曾經有參加健保紀錄，從恢復戶籍之日起參加健保，不需要6個月的限制。如果沒有辦理設籍或恢復戶籍手續，即使返臺滿6個月，也不能參加健保。(二)在臺灣地區未設戶籍，但領有臺灣地區居留證明文件，應自在臺居留滿6個月參加健保。在臺居留滿6個月是指在臺連續居住滿6個月或曾出境1次未逾30日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達6個月。但有一定雇主之受僱者，自工作日加保，不受6個月的限制。

已參加健保的僑民，離臺前主動向戶政機關辦理「戶籍註記遷出國外」，即可向健保署申請退保。已參加健保的僑民，返回僑居地超過2年未回臺，經戶政機關依《戶籍法》規定直接辦理「戶籍遷出國外」的僑民，就不合乎參加健保的條件。

每次離臺預定停留國外6個月以上，可以選擇「繼續參加健保」或「辦理停保」：(一)選擇「繼續參加健保」：不需另外提出申請，只要在離臺期間持續繳納健保費，就可繼續享受健保的醫療權益。若在國外發生不可預期的緊急傷病或分娩，應在就醫後6個月內，提出醫療費用收據正本、費用明細、診斷書及護照當次出入境紀錄影本等資料，申請緊急傷病自

墊醫療費用核退。(二)選擇「辦理停保」：可於離臺前填妥『停保申請表』，向投保單位提出申請即可。停保期間不用繳健保費，也不能享有健保醫療給付。離臺後才申請停保，只能以停保申請表送達健保署之日為停保日，不能追溯到離臺日；返臺後也不能補辦停保，或要求返還離臺期間已繳納的健保費。僑民本人如果沒辦法親自申請停保，可以委託在臺親友協助辦理，以停保申請表送達健保署之日為停保日，不能追溯到離臺日（摘錄自中央健康保險署「我國僑民參加全民健康保險須知」宣傳單，民國102年7月23日）。

**問題③：旅居海外人士「健保停復保將廢止」，有影某？**

**解 答：**旅居海外人士回國加、退健保，長年遭質疑專程回國利用健保資源，為釜底抽薪，衛福部決修改健保法，廢止實施已有23年的停、復保，但駐外人員、失蹤及遠洋漁業工作超過6個月者除外；另針對長期旅居國外、積欠健保費人士，健保署擬恢復「鎖卡」、限制就醫，預計5萬人受影響。

健保法規定，出國超過6個月以上即可辦理停保，回國後需繳3個月健保費才能辦理復保，廢除停、復保後，無論出國多久，保費一天都不能中斷。現階段由於有停、復保，讓有心人出國停繳健保費後，一旦有就醫需求，回台灣再辦理復保就可看病，之後再辦理停保離境；健保署統計，2016年國人辦理復保



後，又於一年內辦理停保有6萬多人，其中7成有就醫，這個漏洞，讓健保一年多花2.8億元（無論出國多久 保費不能中斷）。監察院日前為此對健保署提出調查報告指出，實難排除這些出國停復保頻繁民眾，刻意利用健保資源的可能性，要求衛福部提出對策，另外去年11月亦有網友在公共政策網路參與平台提案「長年旅居國外或退保期間過長者不得成為納保對象」，短時間內即獲5000人附議成案，衛福部預計明(16)日於平台上做出回應（5萬人鑽漏洞 下會期提修法）。

衛福部社保司長商東福指出，多次與各部會代表討論後，決定廢除停、復保措施，且將提高規範法律位階，從健保施行細則改為健保法，預計下會期向立法院提出修法。健保署承保組副組長江姝靚表示，國內民眾由於所得都在台灣，即使欠費也不怕追不到，且欠費者亦多為弱勢民眾，反觀能出國的人，經濟能力大多不錯，且資產都不在台灣，追繳欠款更為困難，考量廢除停復保需要耗時修法，在修法這段空窗期內，健保署擬對這些欠費者恢復「鎖卡」，以加強停、復保的公平性。（「健保停復保將廢止！僑民欠費 鎖卡限制就醫」，魏怡嘉／台北報導，中國時報，民國107年1月15日。）到目前為止，顯然又是一則假新聞！

**問題④：**「健保部分負擔」所占比率多少？

**解答：**根據最近107年10月份全民健康保險業務執行報告第40頁，表17全民健康保險\_總

額部門別醫療點數統計\_總表，民國105年度門診部分申請點數共4,276.9億點（成長率：5.05%），部分負擔共303.9億元（成長率：2.27%）；住診部分申請點數共1,949.8億點（成長率：5.21%），部分負擔共88.2億元（成長率：7.37%）。醫療點數合計6,618.8億點，成長率5.00%。

民國106年度門診部分申請點數共4,571.0億點（成長率：6.88%），部分負擔共311.8億元（成長率：2.58%）；住診部分申請點數共2,033.0億點（成長率：4.27%），部分負擔共92.8億元（成長率：5.19%）。醫療點數合計7,008.6億點，成長率5.89%。因為健保署有其一套計算公式，加上醫療費用申請係以「點數」計，部分負擔係以「元」計，部分負擔實際所占比率請讀者各自解讀！

令人好奇的是健保署的宣導：「為推動分級醫療，衛生福利部於民國106年2月18日正式公告調整全民健康保險保險對象應自行負擔門診與急診費用，本次部分負擔將自106年4月15日起實施新規定，經轉診至醫學中心或區域醫院調降40元；未經轉診至醫學中心看病，門診部分負擔調高60元。」由上述去年「總額部門別醫療點數統計」與前一（105）年度比較，部分負擔的成長率不升反降，豈不怪哉？