

# 從健保大數據分析，邁向健保改革之路

文、圖 / 李伯璋 張禹斌 林子量 黃信忠 詹建富 龐一鳴 蔡淑鈴

衛生福利部中央健康保險署

## 前言

全民健保開辦至今已有22年，讓全民享有就醫的便利性，掃除弱勢民眾就醫的經濟障礙，並保障其醫療權益，此一社會保險制度是台灣社會安定的基石，也吸引各國來台取經效法的對象。為落實蔡英文總統之醫療政策目標及具體主張：「進行醫療體系水平與垂直整合，推動『從社區到醫院』的連續性全人照護健康體系，以因應高齡社會」，健保署今年積極推動分級醫療與落實雙向轉診作為政策施行重點，期待透過有效的社區健康照護網絡及雙向轉診制度，提供民眾最完整、便利的健康醫療照顧。

健保署於105年12月首次針對全民健康保險特約院所執業之西醫師，進行滿意度調查，醫師對全民健保表示滿意（含非常滿意）為30.2%、普通31.0%、不滿意（含非常不滿意）為38.7%，其中，有高達86.8%醫師認為「民眾浪費醫療資源及藥物」，這也提醒健保制度要改善的方向。就醫經濟學而言，人口老化、慢性疾病增加與新藥新科技不斷進步，都會讓醫療費用支出合理上升，但除了這些外在因素外，是否還有其他造成健保醫療支出繼續飛漲的原因呢？我們嘗試從健保大數據的資料中，希望能挖掘某些值得醫界與社會大眾共同省思之處，作為未來健保改革的方向。

## 健保申報資料分析結果

門診就醫人數維持在2,053萬人到2,199萬人，住院人數維持在169萬人到199萬人之間，平均每年變動幅度不大（圖1）。但從每年就醫人次趨勢來看，全台門住診就醫人次則由每年約2億5,675萬人次成長到105年已達2億9,166萬人次（圖2），近20年間增加了4,000萬人次。如果以每年每位門診病人平均就醫次數來看，在不含中醫、牙醫就診人次，這些年都維持在12到13次左右，只有民國92年SARS疫情來襲那一年才降到11.77次（圖3）。

健保的醫療費用則從87年的2,520億點到105年的5,953億點，成長2.36倍（圖4），其中，門診費用從87年1,627億點到105年的3,924億點，成長141.2%；住院費用從87年的893億點到105年的2,028億點，成長127.1%。換言之，在就醫人數、就醫人

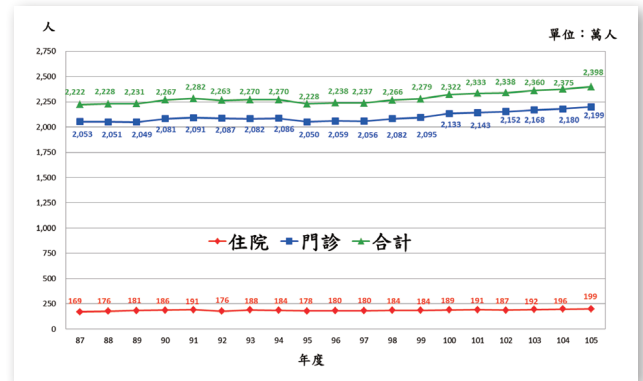


圖1 門住診就醫人數趨勢圖。

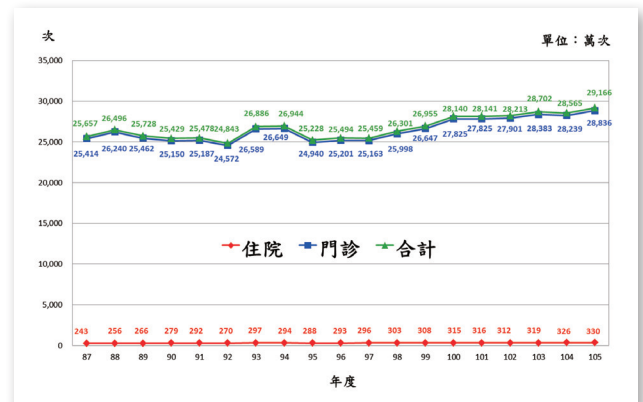


圖2 門住診就醫人次趨勢圖。

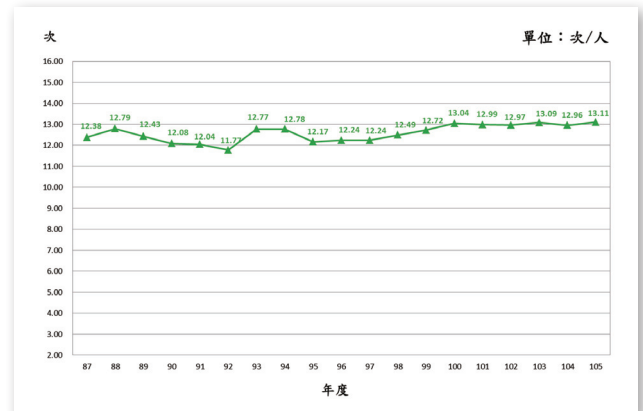


圖3 每位門診病人平均門診次數趨勢圖。

次、平均就醫次數維持在一定數值下，每年整體醫療費用是持續攀升，而且每人次就醫的平均費用也呈現逐年上升的趨勢。

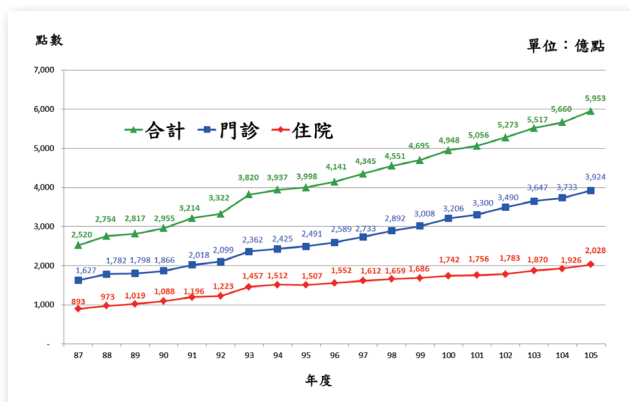


圖4 醫療費用趨勢圖。

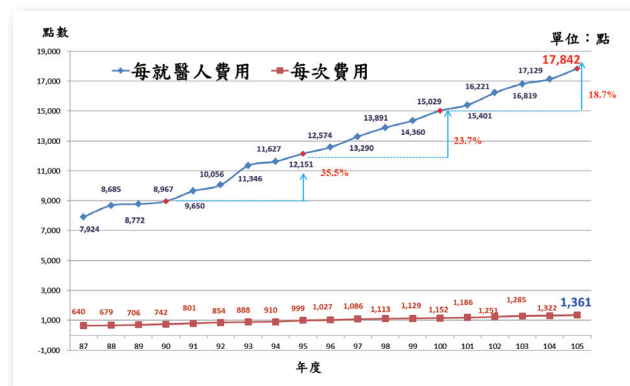


圖5 門診病人平均每人及每次「門診費用」趨勢圖。

從健保申報資料顯示，「門診病人」平均每位門診費用從87年7,924點到105年的17,842點，成長125%。而每次門診就醫費用從87年640點到105年1,361點，成長112%（圖5）。「住院病人」平均每位住院費用從87年的52,839點到105年的102,072點，成長93.9%，每次住院就醫費用從87年的36,739點到105年的61,412點，成長67.1%（圖6）。

單就醫院門診及住院的費用結構，105年門診占56.5%，住院占43.5%（圖7）（92年發生SARS疫情，93年將較多的預算用於住院，但隨著醫療科技之進步，部分傳統住院手術已由門診手術、非侵入性治療（放射線）、藥物…等取代，慢性病費用也增加，因此，94年以後門診費用占率逐年上升），進一步解構門診醫療費用項目，由低往高排列，分別為醫師「診察費」、「藥費」、「治療費（包括門診手術、復健治療及檢驗檢查，如：尿液檢查、血液檢查、生化檢查、放射線診療…）」，其中「診察費」從87年的522億點到105年的854億點，成長63.6%；「藥費」從87年的546億到105年的1,522億，成長178.7%，「治療費」從87年的501億點到105年的1,522億點，成長203%（圖8）。

醫學中心門診醫療費用項目解構來看，則可發現「藥費」比「治療費」還高（圖9），區域醫院門診醫療費用項目解構與整體醫療費用趨勢一致，「治療費」及「藥費」支出仍是大幅增加（圖10），至於地區醫院的門診醫療費用項目雖逐年成長，但「治療費」及「藥費」成長幅度不若醫學中心或區域醫院那麼大（圖11）。

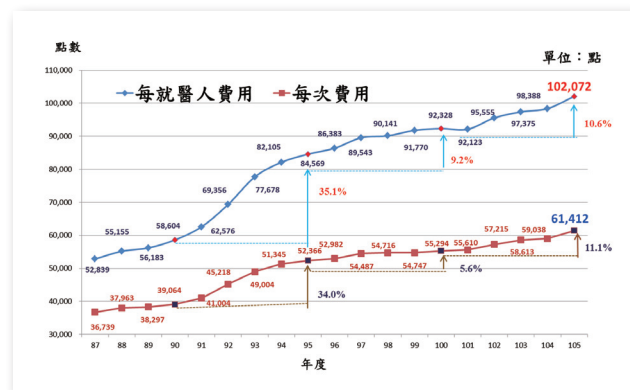


圖6 住院病人平均每人及每次「住院費用」趨勢圖。

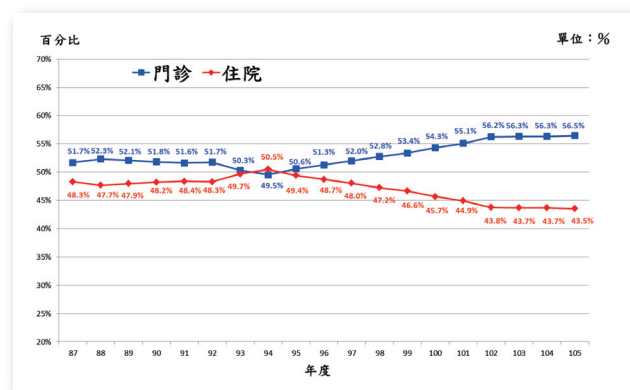


圖7 醫院之門診醫療費用占率趨勢圖。

單就門診病人之「治療費」來分析，門診病人平均每位「治療費」從87年的2,439點到105年的6,921點，成長183.7%。平均每次門診「治療費」從87年197點到105年528點，成長168%（圖12）。若從住院

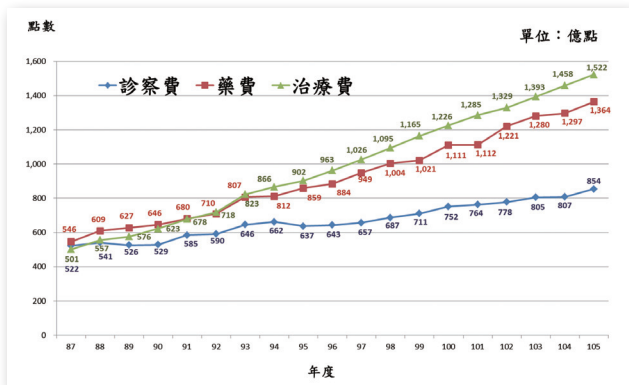


圖 8 門診分項費用結構趨勢圖。

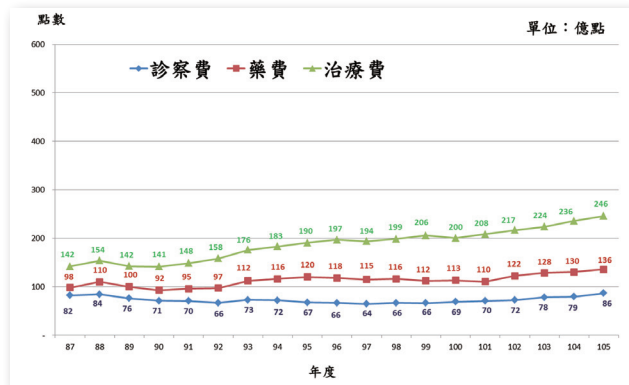


圖 11 地區醫院門診分項費用結構趨勢圖。

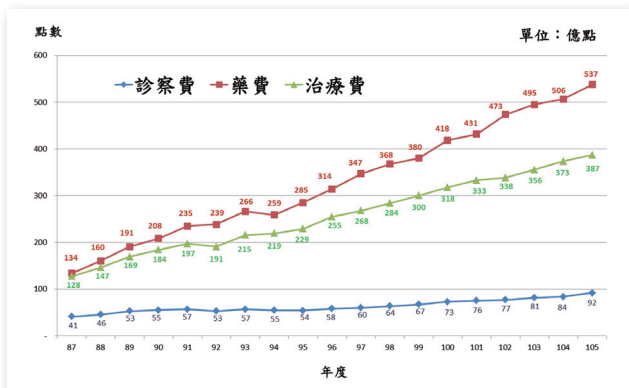


圖 9 醫學中心門診分項費用結構趨勢圖。

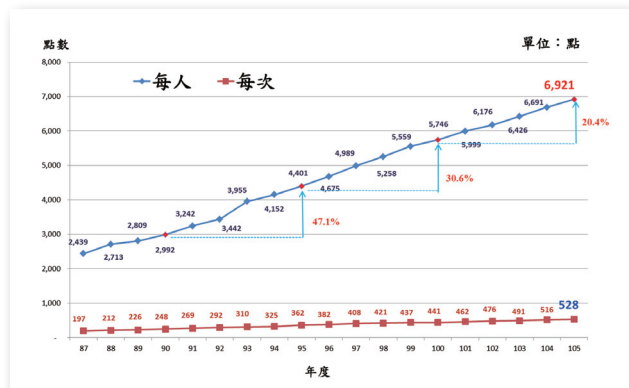


圖 12 門診病人平均每人及每次「治療費」趨勢圖。

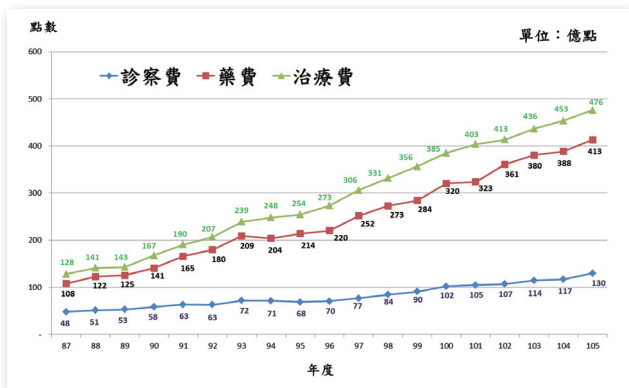


圖 10 區域醫院門診分項費用結構趨勢圖。

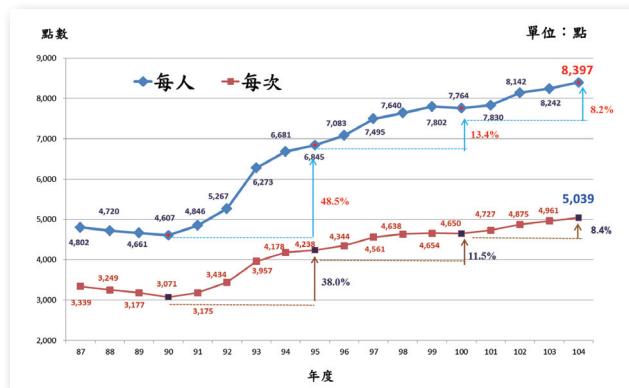


圖 13 住院病人平均每人及每次「檢查費」趨勢圖。

病人之「檢查費」(住院「檢查費」係指檢查項目,如:尿液檢查、血液檢查、生化檢查...)來分析,住院病人平均每位「檢查費」從87年的4,802點到105年的8,397點,成長74.8%。平均每次住院「檢查費」

從87年的3,339點到105年的5,039點,成長50.9%(圖13)。若從住院病人之「治療處置費」(住院「治療處置費」指住院期間之治療處置項目,不包含手術、檢驗檢查、放射診療)來分析,住院病人平均每位

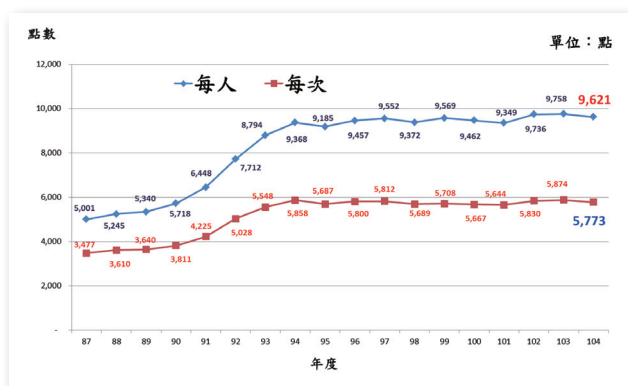


圖 14 住院病人平均每人及每次「治療處置費」趨勢圖。

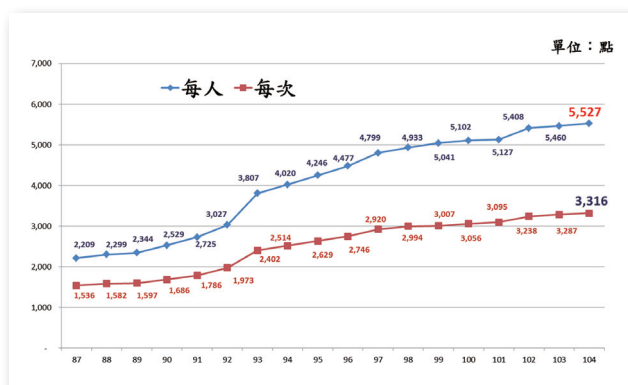


圖 15 住院病人平均每人及每次「放射診療費」趨勢圖。

「治療處置費」從87年的5,001點到105年的9,621點，成長92.3%，住院病人平均每次「治療處置費」從87年的3,477點到105年的5,773點，成長66%（圖14）。若從住院病人之「放射診療費」來分析，住院病人平均每位「放射診療費」從87年的2,209點到105年的5,527點，成長150.2%，住院病人平均每次「放射診療費」從87年的1,536點到105年的3,316點，成長115.8%（圖15）。

從上述監控結果發現，門診之「治療費」及住院「檢查費」、「治療處置費」、「放射診療費」之每人費用，每5年成長幅度雖有減緩，但不論門診或住院的「檢驗檢查費用」，每年仍持續成長，在健保費用支出占有不小比重。

綜觀105年健保支付檢查項目點數前二十名排名，總計費用支出達688億點（表1），其中以「電腦斷層造影」花費最多，計92.92億點，其次「超音波

表 1 105年檢查項目支付點數前20項排名

排名	名稱	點數 (億)
1	電腦斷層	92.92
2	超音波	90.96
3	磁振造影	58.86
4	心臟酵素與血脂肪	55.43
5	病理	36.45
6	循環機能	35.60
7	糖尿病	34.52
8	血液	34.36
9	鏡檢	32.95
10	骨頭X光	32.34
11	免疫	27.19
12	腎功能	25.25
13	細菌培養	19.37
14	肝功能	18.27
15	胸部X光	17.89
16	神經學	17.82
17	攝影及掃瞄	16.38
18	甲狀腺功能	16.30
19	正子造影	12.59
20	腫瘤標記	12.57
	合計	688.02

檢查」，計90.96億點，再來「磁振造影」，計58.86億點。單以「電腦斷層造影」之歷年費用趨勢來分析，從87年的31億點到105年的92億點，成長196.7%；「磁振造影」從13億點到105年58億點，成長346.1%（圖16）。另外，「血液生化檢查」從88年的72億點到105年的199億點，成長176.3%；「微生物免疫學檢查」從88年的24億點到105年的93億點，成長287.5%（圖17）。

## 討論

從歷年來的統計得知，國人求治西醫門診平均一年看病13次，是美國的3倍。看完門診有8成病人會拿藥，一張處方平均開出3.2種藥，也高過歐美國家的1到2種。健保法中門診藥品部分負擔之費用是0-200元，所以即使是1萬元的藥品，部分負擔也只有200元。

反觀醫師診察費用在過去近20年的成長相當有限，雖然歷經幾次健保保險費率及部分負擔的調整，

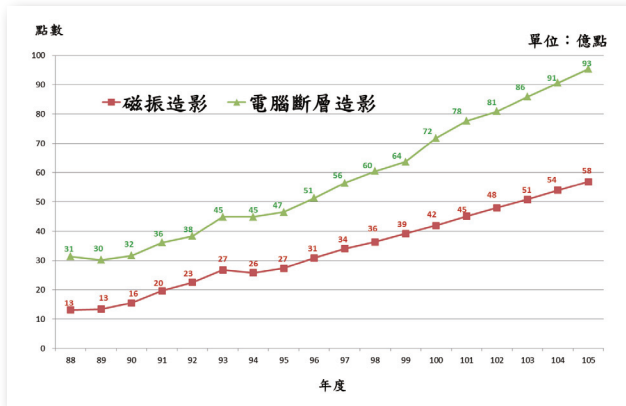


圖 16 門、住診「磁振造影」、「電腦斷層造影」費用趨勢圖。

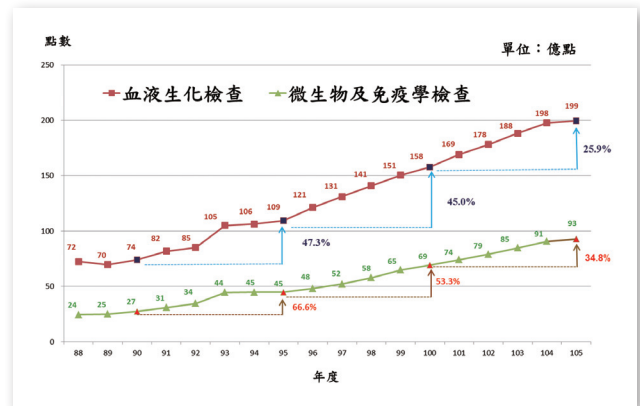


圖 17 門、住診「血液生化檢查」及「微生物免疫學檢查」費用趨勢圖。

但這筆收入卻始終未真正反應在支付醫療人員的勞務收入，如：醫師診察費、藥事服務費、護理費、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師、物理治療師、職能治療師…等專業服務費，反而「藥費」、「治療費」、「檢查費」、「治療處置費」、「放射診療費」成長幅度相當高。許多病人到醫療院所看病，各醫療院所就會做一系列的生化檢驗、影像檢查，還有很多病人並未按時服藥，等到年終大掃除時再從抽屜裡清出許多過期藥物而被迫丟掉，這些花費積少成多，每年的支出都高達幾百億元。換言之，這些年來健保有許多費用是支付給使用機器的檢查費用與藥費上，因此，為促使醫療資源合理分配，並減少不必要的醫療行為，包括降低重複檢驗或檢查，同時有效抑制藥品浪費，將成為健保未來的改革重點，重要措施如下：

一、「推動分級醫療與落實雙向轉診」

民國95年，各層級院所的門診件數占率分布，西醫基層占70.2%，地區醫院占11.2%，區域醫院占10.2%，醫學中心占8.4%；但到了民國105年，西醫基層和地區醫院的占率各下滑到64.7%和9.7%，相反的，區域醫院和醫學中心則上升到14.8%和10.8%。在衛生福利部前部長林奏延、現任部長陳時中與醫師公會全國聯合會邱泰源理事長的支持下，健保署推動「分級醫療六大策略廿四項配套」，藉此導引民眾改變就醫習慣。以輕症而言，在基層診所只需50-100元掛號費，加上50元部分負擔就能完成診斷治療，若是病情單純，根本不需至醫學中心花費100元掛號費

與420元部分負擔。如果經由基層診所為我們做完鑑別診斷後，因病情複雜而轉診至醫學中心，部分負擔也降低為170元，而且經修正公布的「全民健保轉診實施辦法」，對於需後續治療者，也把當次轉診之日起一個月內可有4次回診也視同轉診，這對於轉診病人而言，等於到醫學中心可享5次部分負擔減免的優惠，這才是聰明就醫者的省錢之道。此外，健保署也建置「轉診資訊交換平台」，病人至基層院所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資料等，轉介至接受轉診院所，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。該系統已於106年3月1日上線，截至5月1日止，共有1,849家醫療院所使用，轉出病人計有14,951人次，其中12,158人次於一個月內完成掛號，佔81.3%。

## 二、「健保醫療資訊雲端查詢系統」

102年7月建置以病人為中心的「健保雲端藥歷系統」，供醫師及藥師可查詢其病人過去三個月門、住診處方用藥內容，發揮用藥安全把關的成效。105年參考醫界意見，擴大為「健保醫療資訊雲端查詢系統」（簡稱「健保雲端醫療系統」），涵蓋雲端藥歷（西醫用藥紀錄）、藥物過敏史、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄、檢查（驗）紀錄、手術紀錄、牙科處置與手術紀錄、檢查（驗）結果、出院病歷摘要、中醫用藥紀錄及復健醫療紀錄等資訊，提供各特約醫療院所及藥局進行線上查詢，已自106年3月29日起全面上線。「健保雲端醫療系統」上路

後，統計105年全年有22,708家醫療院所啟動查詢，包含醫院層級(100%)、9,784家西醫基層診所(99%)、1,783家中醫診所(52%)、5,087家牙醫診所(78%)、5,517家藥局(93%)及41家其他醫事機構，每月平均查詢筆數計2.3千萬人次，就醫病人查詢比率約79.6%。根據統計，從103年至105年第三季，被查詢雲端藥歷病人降血壓、降血脂、降血糖、安眠鎮靜、抗思覺失調及抗憂鬱症等六類藥品跨院所同藥理用藥日數重疊率，均呈現下降趨勢，顯示健保雲端醫療系統確已發揮避免慢性病人重複用藥的成效。

### 三、「重要檢驗檢查項目結果共享制度」

初期先採取主動提醒功能，亦即當醫院或診所就診時與開立檢驗檢查項目時，電腦系統將提醒醫師該病人近期已作那些檢驗檢查，避免重覆檢驗檢查。但非強制性，仍尊重醫師之醫療自主性，惟重覆檢驗檢查之案例將為專業審查之立意抽審重點。

### 四、「醫事服務人員勞務收入點值固定」

健保現有調高的保費收入大幅度流向檢驗檢查費及藥費，換言之，即使增加了醫院的收入，醫療人員收入未必增加。而醫師為了維持收入，只能提高門診量，也使得「檢驗檢查」及「藥品」也隨之增加開立數量，這現象必須透過支付標準及總額協商來解決。醫療人員對醫療院所而言是醫療運作的重要核心，以目前民眾就診需求量，醫療人員工作環境倍感辛勞，其專業能力應受肯定，筆者認為其勞務收入，包括：醫師診察費、護理費、藥事服務費、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師、物理治療師、職能治療師…等專業服務費、住診手術費、住診麻醉費，應給予保障，先朝「勞務收入點值固定一點一元以上，調高勞務支付點數」，及減少不必要的重覆檢驗檢查（目前檢驗檢查為浮動點值）、檢討支付標準方向規劃，作為減少不必要醫療行為之改革措施之一來處理，是可以討論的議題。

### 結語

從健保財務收支趨勢來看，預計109年安全準備金將用罄，屆時勢必面臨調整保費的巨大壓力；問題是，當前台灣經濟遭逢不景氣，全體雇主及被保險人收入沒有增加，國民所得成長有限，但物價卻又持續上漲之際，民眾與醫界一定要共同節省不必要醫療所

造成的支出，來避免調漲健保費。

健保署近年陸續利用資訊科技推出「健康存摺」、「雲端藥歷」、「雲端醫療」、「轉診資訊交換平台」，除了提供民眾自主健康管理參考，以維持或促進健康外，也要促成醫療與健保資源做更有效率的分配，並配合「分級醫療六大策略廿四項配套」，加速醫療改革藍圖逐步落實。

不論「二代健保」或將規劃「三代健保」，皆以財務收入增加及公平性為重點，但這些年來不論是「藥費」、「治療費」、「檢查費」、「治療處置費」、「放射診療費」之單次費用均呈大幅成長是不爭事實。如果民眾就醫行為及醫師執業醫療環境未能有效的改變，即使未來調整健保費率，真的把「餅」作大了，卻僅是治標而未治本。沒有開始，就沒有改變的機會，「推動分級醫療與落實雙向轉診」追求優質的醫療，我們追求台灣健保能永續經營，為2300萬人民提供最好的醫療照護，也為醫療人員創造快樂的工作環境。

通訊作者：

衛生福利部中央健康保險署 李伯璋署長

電話：(02)27022788

電子信箱：pochang@nhi.gov.tw