

善用資訊科技管理，健保節流勢在必行

文、圖 / 李伯璋 張禹斌 詹建富 林子量 黃信忠
龐一鳴 施如亮 唐蕙文 蔡淑鈴

衛生福利部中央健康保險署

前言

許多民眾感到不解，當大家的保費負擔增加了，在醫院等待病床卻要大排長龍，自費項目也相對增加；另一方面，醫界卻感嘆他們的診療業務增加，有8成7的醫師認為收入越來越少。那麼，健保的錢從哪裡來，又該如何花在刀口上，是所有關心健保議題的人最想知道的。

健保的收入來源，主要為保險對象、雇主及政府共同分擔之保險費，占整體保險收入比率約為97%，另有少部分補充性財源挹注，包括菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配之收入等，占整體保險收入比率約3%（圖1）。雖然截至106年6月底止，健保財務收支累計結餘計2,463億元，約當5.08個月保險給付支出；不過，隨著少子化及高齡化趨勢，近年來(102-105)保費收入的平均成長率為2.27%；相反的，由於高齡化造成慢性病人增加，以及病人對於新藥、新醫療科技的需求（例如C型肝炎全口服新藥、癌症免疫療法）等因素，使得102-105年健保支出的年平均成長率高達4.22%，收支相差1.95個百分點。換言之，如果就健保收支連動來看，健保並未達到收支平衡。

以現行健保費率4.69%，並依醫療給付費用總額協定成長率推估，至109年安全準備將用罄且發生短絀187億元，111年短絀甚至達3,469億元（表1），因此健保勢必在109年要調整費率。然而，衡諸台灣目前整體的經濟環境，實在不宜貿然調整，所以健保若要永續經營，必須同時考量開源節流，尤其是在開源不易的情形下，節流勢必是未來重要的選項。

問題分析

除了面臨健保財務支出的壓力外，事實上，健保還要面臨開辦22年來所累積的一些制度問題，也有些是人性的考驗，卻難免造成資源的浪費，從健保大數據分析發現，105年西醫門診總醫療費用為3,924億點，依分項費用占的比例高低分別為：診療費及檢驗檢查費占38.8%(1,552億點)，藥費占34.8%(1,366億點)，診察費占21.8%(855億點)，其他占4.6%（圖2），過去這些年來健保支付藥費、治療費、檢查費、治療處置費、放射診療費等費用成長幅度驚人，從近十年的趨勢來看，7成的健保費用來支付檢驗檢查及

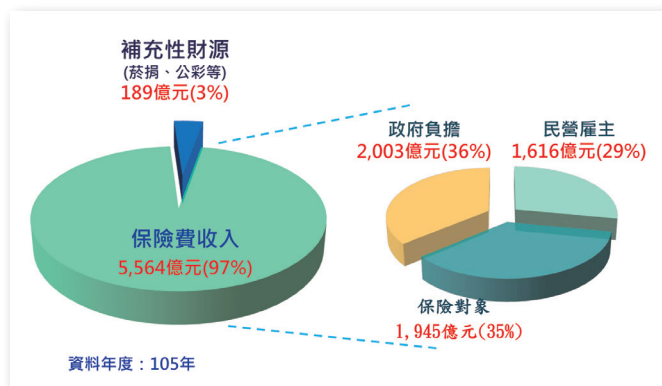


圖1 健保收入來源。

表1 健保財務收支預估-依「現行費率4.69%」推估

項目	105年	106年(P)	107年(P)	108年(P)	109年(P)	110年(P)	111年(P)
一般保險費率 (補充保險費率)	4.69% (1.91%)	4.69% (1.91%)	4.69% (1.91%)	4.69% (1.91%)	4.69% (1.91%)	4.69% (1.91%)	4.69% (1.91%)
保險收入	5,753	5,801	5,879	5,940	6,005	6,059	6,080
保險成本	5,684	6,068	6,386	6,730	7,103	7,503	7,918
當年收支餘絀	70	-268	-506	-790	-1,097	-1,444	-1,838
保險收支 累計餘絀	2,474	2,207	1,700	910	-187	-1,631	-3,469
約當保險 支出月數	5.22	4.36	3.20	1.62	-0.32	-2.61	-5.26

註：106年度醫療給付費用總額成長率協定為5.642%，107年高推估為5%，108至111年以前五年之低推估平均值+前五年之調整因素平均值，即5.128%、5.264%、5.367%及5.28%預估。

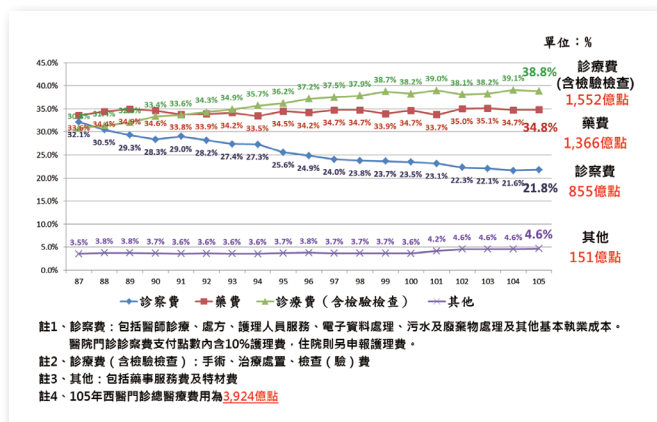


圖2 西醫門診分項費用占率趨勢圖。

藥費，是造成健保費用直線上升的主要原因。

現象一：非必要之檢驗檢查，造成費用攀升

105年西醫門診診療費及檢驗檢查費為1,522

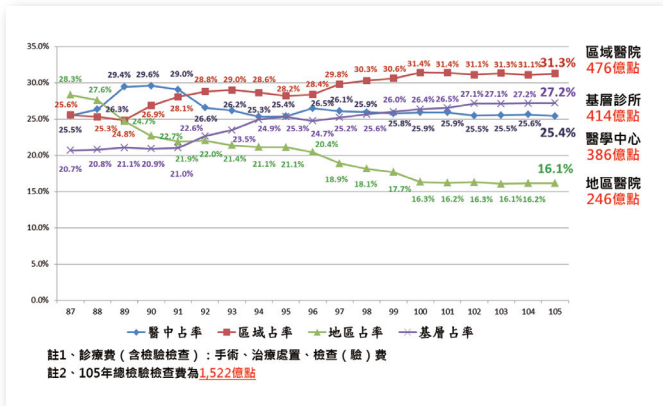


圖3 西醫門診診療費 (含檢驗檢查) 之各層級占率趨勢圖。

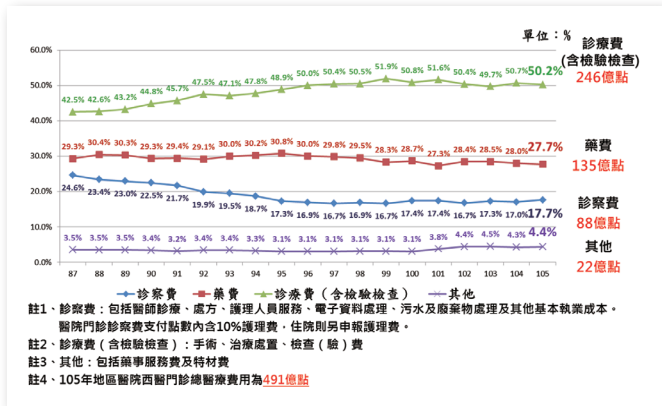


圖5 地區醫院門診分項費用占率趨勢圖。

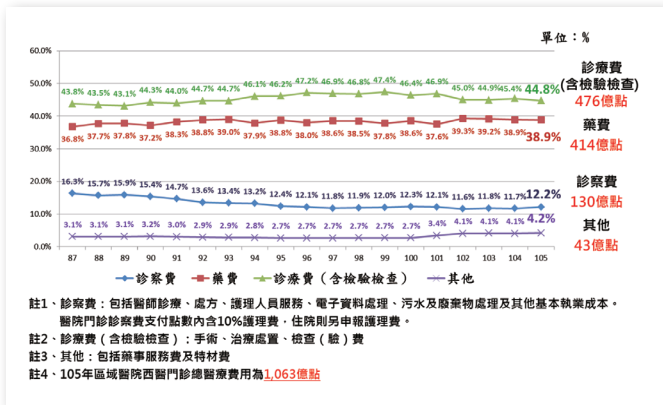


圖4 區域醫院門診分項費用占率趨勢圖。

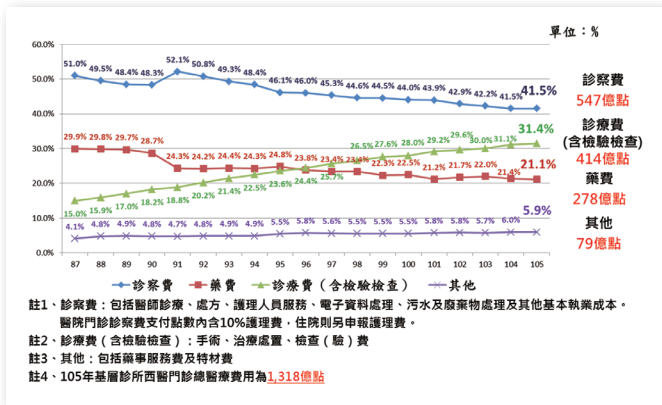


圖6 基層診所門診分項費用占率趨勢圖。

億點，其中區域醫院占31.3%(476億點)為最高，基層診所占27.2%(414億點)次之，其餘為醫學中心占25.4%(386億點)，地區醫院占16.1%(246億點) (圖3)，從區域醫院之門診分項費用結構來看，有44.8%是屬於診療費及檢驗檢查費用，若再加上藥費38.9%，幾乎占了83.7%的費用 (圖4)。另外，地區醫院雖然瓜分檢驗檢查大餅的比例最低，但從門診分項費用結構來看，診療費及檢驗檢查費用占了50.2%，占了一半的健保費用，若再加上藥費27.7%，也幾乎占了八成的費用 (圖5)。而基層診所診療費及檢驗檢查費31.4%加上藥費21.1%也超過五成的費用 (圖6)。

檢驗檢查項目前廿大排名，總計支出達688億點，其中以電腦斷層造影(CT)花費最多，支出92億點，其次為超音波檢查支出90億點，磁振造影(MRI)

表2 CT及MRI檢查項目病人1個月內再次執行率

年季	CT			MRI		
	再次執行案件數	總施行案件數	再次執行比率	再次執行案件數	總施行案件數	再次執行比率
105Q1	37,953	428,069	8.9%	4,065	152,596	2.7%
105Q2	39,074	449,169	8.7%	4,706	170,263	2.8%
105Q3	38,604	450,930	8.6%	4,693	171,858	2.7%
105Q4	40,419	463,730	8.7%	4,700	175,002	2.7%
105年	156,050	1,791,898	8.7%	18,164	669,719	2.7%

支出58億點。再深入分析105年病人於一個月內再次執行CT、MRI檢查的比率分別為8.7%及2.7% (表2)，若細分至醫院別，可以發現個別病人在部分醫院的CT再執行率高達10%以上、MRI再執行率高達5%以上。

從上面的統計得知，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，這

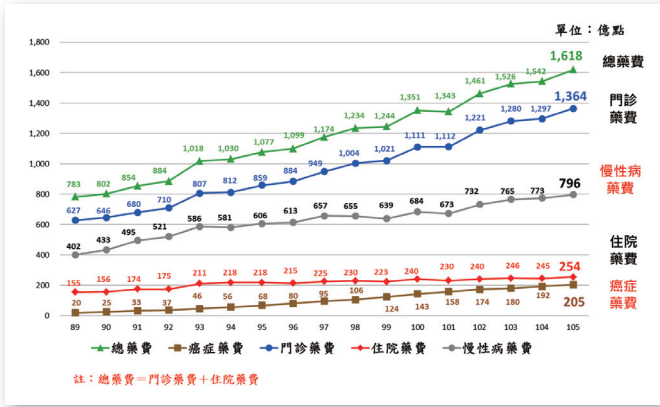


圖7 健保總藥費結構趨勢。

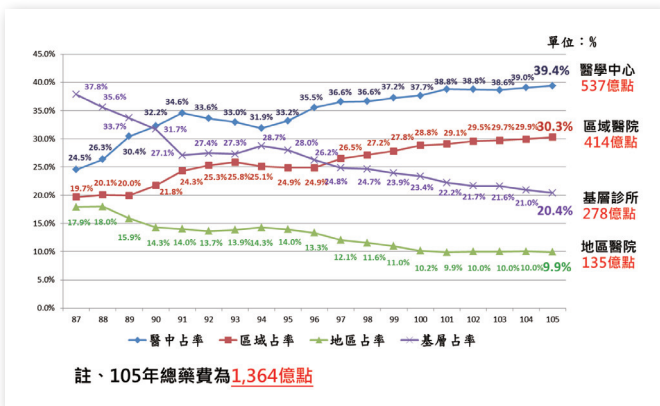


圖8 西醫門診藥費之各層級占率趨勢圖。

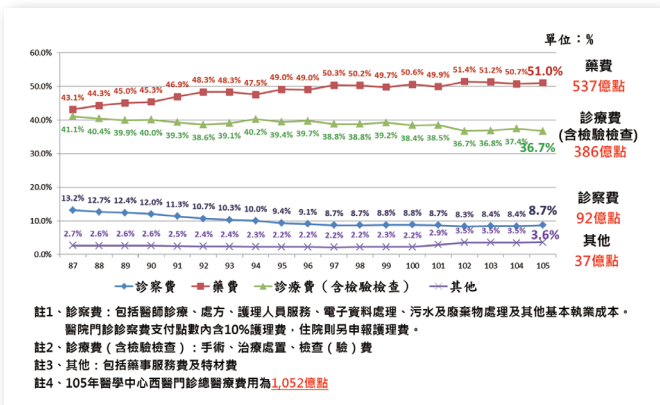


圖9 醫學中心門診分項費用占率趨勢圖。

些花費積少成多，它對健保財務已經帶來沈重的負擔。從民眾例行就醫的某些檢驗檢查，其實不乏是短期內重複受檢的項目，但就臨床需求來說，是否真的

表3 開立慢性病連續處方箋案件醫療申報概況

年度別	人數(千)		件數(千)		醫療費用(百萬)		藥費(百萬)		藥費佔率
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	
101	5,037	6.22%	20,515	8.98%	64,621	2.10%	48,745	-0.41%	75.4%
102	5,328	5.77%	22,774	11.01%	74,663	15.54%	56,546	16.00%	75.7%
103	5,582	4.78%	24,225	6.37%	80,406	7.69%	60,922	7.74%	75.8%
104	5,816	4.19%	25,439	5.01%	82,772	2.94%	62,133	1.99%	75.1%
105	6,043	3.89%	26,722	5.05%	88,818	7.30%	66,208	6.56%	74.5%

必要？確實值得醫界與社會大眾共同省思。

現象二：非必要之藥品處方，過期丟棄形同浪費

根據統計，健保在93年的藥費支出首度突破千億，達到1094億元，到105年則更高達1,681億元，其中門診藥費達1,364億元（圖7），等於8成以上的藥品處方是由門診開立，其中醫學中心占39.4%(537億點)為最高，區域醫院占30.3%(414億點)次之，其餘為基層診所占20.4%(278億點)，地區醫院占9.9%(135億點)（圖8），換言之，健保支付醫學中心及區域醫院的藥費就占了7成。從醫學中心之門診分項費用結構來看，51.0%是屬於藥費，若再加上檢驗檢查36.7%，幾乎占了近九成的費用（圖9）。

進一步分析，105年向健保申報慢性病連續處方的案件共2,672萬件（表3），其中藥費為662億元，由此可見，近9成慢性病絕大部分係開立連續處方箋處理。不過，當年為政策鼓勵慢性病人領取慢性病連續處方箋，以致這類病人免繳藥品部分負擔費用，造成部分民眾未能珍惜，甚至有許多慢性病人因擔心「斷藥」，往往重複就醫或跨院領取相同藥物，過度囤藥的結果導致不少藥品過期棄置情況。

依據中華民國藥師公會全國聯合會對外說明，國人每年過期廢棄藥品多達136噸，除了浪費健保資源外，多數人直接丟棄至垃圾桶、馬桶或水槽，也嚴重影響生態環境。如何避免藥品浪費，已刻不容緩。

健保節流三大策略

針對檢驗檢查及藥費是否過度濫用或浪費的問題，健保署提出三大節流策略，可以馬上來執行，分述如下：

一、利用資訊科技降低不必要檢驗檢查及用藥

健保署建置「醫療資訊雲端查詢系統」（含「雲端藥歷」及「雲端醫療」），已採取主動提醒功能，

表4 預估減少重覆檢驗檢查節省的點數-以105年為例

門住別	醫療費用			檢驗檢查醫令費用			
	點(億)	點(億)	占醫療費用 比率	減少重覆檢驗檢查節省的點數			
				5%	10%	15%	20%
合計				28.89	57.77	86.66	115.55
合計	4,310.14	577.74	13.4%				
門診	3,148.96	407.27	12.9%	20.36	40.73	61.09	81.45
住院	1,161.18	170.47	14.7%	8.52	17.05	25.57	34.09
醫學中心							
合計	1,015.88	189.55	18.7%	9.48	18.95	28.43	37.91
門診	532.89	119.86	22.5%	5.99	11.99	17.98	23.97
住院	483.00	69.69	14.4%	3.48	6.97	10.45	13.94
區域醫院							
合計	1,176.07	240.67	20.5%	12.03	24.07	36.10	48.13
門診	661.59	160.54	24.3%	8.03	16.05	24.08	32.11
住院	514.48	80.13	15.6%	4.01	8.01	12.02	16.03
地區醫院							
合計	501.52	90.29	18.0%	4.51	9.03	13.54	18.06
門診	338.69	69.73	20.6%	3.49	6.97	10.46	13.95
住院	162.83	20.56	12.6%	1.03	2.06	3.08	4.11
基層診所							
合計	1,616.66	57.23	3.5%	2.86	5.72	8.59	11.45
門診	1,615.79	57.15	3.5%	2.86	5.71	8.57	11.43
住院	0.87	0.09	10.1%	0.00	0.01	0.01	0.02

期待醫界能共享檢驗檢查資源，包括「最近6個月內有執行特定檢查(驗)項目類別之最近一次執行日期提示視窗」、「最近6個月內檢查(驗)紀錄」、「醫事機構上傳之最近6個月檢查(驗)結果」及「連結該查詢機構於衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)之檢查影像」(註：健保署正開發醫療院所近二個月影像查詢系統，開發完成前，先以EEC之查詢為主)。

因此，當醫院或診所在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哪些檢驗檢查，在尊重醫師醫療自主性前提下，醫師若判斷仍要進行同樣的檢驗檢查，應在病歷上註明理由。

健保署也提供各醫事機構之「健保雲端醫療系統提示之20類重要檢查(驗)項目統計」及「病人一個月內門診跨(同)院再次執行相同重要檢查(驗)項目名單」，每月產製資料後上傳健保資訊網服務系統(VPN)供醫院自我管理。在經過資訊提示、資訊回饋之後，如果醫療院所仍有過多重複檢查之案例，未來將列入立意抽審。

二、大數據分析配合立意抽審，遏止短期內重複的檢查

健保署以往已對「同院所」同一病人的電腦斷層造影、腹部超音波、X光及過敏原檢驗等項目，已設定指標立意抽審。以105年為例，共計抽審3,670件，其中有1,619件經醫界同儕的審查醫師專業審查後被核減。因此，健保署近期利用大數據分析，將以病人歸戶的基礎，擴增至「跨院所」檢驗檢查立意抽審的項目。

事實上，若能經由運用資訊科技及立意審查，有效遏止短期內重複的檢驗檢查，從健保大數據模擬的預測模式，只要節省費用5%，便可減少支出28.89億元，10%可減少支出57.77億元，15%可減少支出86.66億元，20%可減少支出115.55億元(表4)。

三、檢驗檢查支付標準逐項檢視

現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，計有1,282項檢驗檢查診療項目，其中僅129項曾調整支付點數。未來將針對部分檢驗檢查項目之支付點數，一一進行成本分析，並據此調整，惟此項作業頗為耗時費工，需依服務量多寡或單價高低逐步進行。

結語

推動「分級醫療」的策略之一是調整「部分負擔」，有醫界人士認為調幅太低，不具嚇阻效果，也有部分醫改團體認為它遏止輕症病人越級就醫只有半年效果，甚至批評這項措施是「懲罰病人」。

目前全民健保依規定向就醫民眾收取「部分負擔」費用，但不論採定率或定額制，仍是在總額預算中的一部分。對醫療院所而言，也只是代健保署收取，並增加醫療院所的現金流量，待申報健保給付時再從中扣取，顯然部分負擔並未讓醫院或診所額外的收益。

對民眾而言，主要是「使用者付費」的概念，藉此提醒民眾應珍惜醫療資源，但由於現行部分負擔收取之金額不高，以「藥品部分負擔」為例，最高上限為200元，而且依慢性病連續處方箋調劑，可免藥品部分負擔，對於強化民眾珍惜醫療資源概念，其效果有限。但也不能因調高部分負擔費用而造成民眾就醫困難，延誤病情。因此，如何在尊重民眾就醫權利、保障弱勢群體，及落實「使用者付費」之間取得一個合理的平衡點，是一個重要課題。但爭取民眾自然信任是「分級醫療」改革的目標，這需要醫界一起努力，不能只期待公權力介入來剝奪民眾就醫權，何況大幅度調高部分負擔(例如增加500元或1000元)，勢必引發民眾強烈反彈，倒不如因勢利導，透過微幅的調整加上充分的宣導與溝通，讓民眾知道「厝邊好醫師，社區好醫院」，主動配合分級醫療。

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，從105年各層級分項費用來看，醫學中心的勞務收入僅占8.7%，區域醫院占12.2%，地區醫院占17.7%，基層診所占41.5%（圖4、5、6、9），估算各類醫療人員勞務收入若採用「一點一元」估算，預計金額為981億元。以目前總額點值大約為每點在0.9元上下，等於約短缺98.1億元，因此只要檢驗檢查費用能透過資訊科技及立意審查方式，大約減少20%支出，預計可因此節省115.55億元，如此便能補足並達成醫事人員勞務收入「一點一元」的目標。因此，期盼醫界應攜手合作，每一位醫師必須改變看診習慣，減少不必要的醫療浪費，共同來扭轉醫療生態。

健保實施22年以來，雖然經由多次調整支付標準，但仍有不少醫護人員批評健保給付不合理，甚至對於總額支付「吃大鍋飯」的制度，造成收入縮水而屢有怨言。另一方面，民眾雖然對健保滿意度達8成以上，但由於近年來醫療費用不斷高漲，健保財務隱憂揮之不去，甚至到109年健保又將面臨調漲保費之壓力。以台灣目前的經濟情況下，既然調漲保費已不可行，醫療提供者及民眾應共同省思未來健保改革的方向與策略，必須勵行節流措施，而且刻不容緩。

醫療生態的改變不是一刀兩斷，而需要靠漸進式的改革，包括一方面要壯大基層診所與社區醫院的服務能量，另一方面強化醫學中心收治急重難症及罕病，因此健保總額106年編列60億元用於調高重症醫療給付，讓各層級醫院回歸到照護病人的本質。

全民健保既然是全體國人的珍貴資產，期盼醫界與民眾共同珍惜醫療資源，共同來節省諸多不必要的醫療浪費，健保署會藉由資訊科技，透過健保雲端醫療資訊系統及雲端藥歷，有效抑制非必要的檢驗檢查及重複用藥，藉此減少醫療支出，並積極落實分級醫療與使用者部分負擔，穩固踏實地逐步推動國內的醫療改革工程，讓健保可以永續經營，繼續照顧我們的下一代。

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