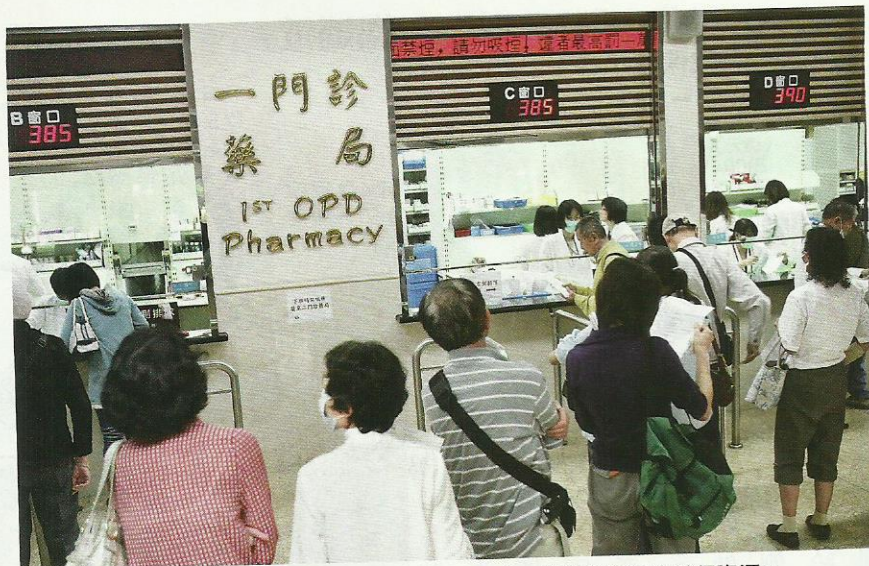


財務危機2 重複開藥、無效醫療 雲端系統管控支出

健保省錢大作戰 設關卡砍除三多

撰文·呂苡榕

台灣一年丟棄的藥品達一九三公噸，光是無效的電腦斷層和磁振造影，去年就浪費十七億元。健保財務敲警鐘，健保署因此展開省錢大作戰，大量節流防堵浪費，避免健保收支嚴重失衡。



攝影·吳東岳

根據健保署統計，台灣一年丟棄的藥品高達193公噸，等於浪費不少健保資源。

截

至今年八月底，健保收支結餘累計達二二三一億元。儘管看似銀彈充沛，但曾任健保局總經理的台大

健康政策與管理研究所教授鄭守夏提醒，這些錢最多只能再撐兩年，就會出現財務危機。健保署同樣心知肚明，為了推遲財務失衡的期

程，健保署這幾年也已悄悄展開省錢大作戰，不讓健保花錢如流水。

根據統計，健保支出有三多：拿藥多、檢驗多、就醫多。為了減少浪費，近期健保署分

別從藥品和檢驗下手。以藥物來說，健保署推估台灣一年丟棄的藥品高達一九三公噸，顯見不少民眾拿了藥卻是囤積到過期後直接丟掉。

拿藥多

民眾囤藥、重複給付

「許多人去A醫院拿藥，三天後又去B醫院拿相同的藥，一次開藥給一個月份，民眾囤了好幾個月藥量。」健保署署長李伯璋邊說邊搖頭。重複開立的藥物中，健保署歸納出前六名分別是：降血壓、降血脂、降血糖和抗思覺失調、抗憂鬱及安眠鎮定藥物。為了遏止民眾囤藥、健

保重複給付，最後卻是丟棄浪費，「我們現在透過『健保醫療資訊雲端查詢系統』來提醒醫師。病人來看診，系統就會跳出提醒，告訴醫生這名病人三天前已拿了藥，不要再開，否則健保不給付。」

二〇一三年啟動管制重複開藥措施，直到一六年，光是前述六項最常重複開立的藥物，便因此累計省下超過三億元的藥費支出。李伯璋說。今年九月，健保署也已將此功能全面推展到各級醫療院所，擴大管制藥品浪費的問題。

此外，健保署也漸次取消「指示用藥」的給付，像是今年十月，維骨力等三十一種含葡

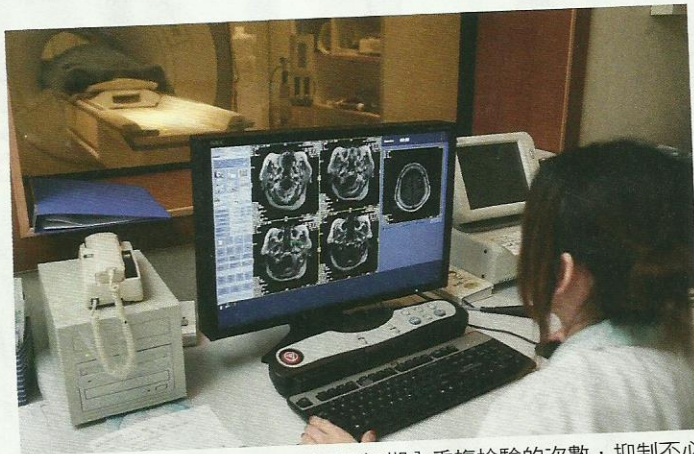
指示用藥

意指可由醫師、藥師或藥劑生指導民眾使用，購買時不需處方箋的藥品，例如普拿疼、胃藥（制酸劑）等。

葡萄糖的指示用藥終止給付。「其實《健保法》本來就明定不給付指示用藥，只是因為過去公保、勞保有給付，健保只好跟著給。」曾撰寫健保財務研究的政大公共行政系教授陳敦源說，指示用藥已違法給付二十三年，現在逐步取消，是回歸正軌。

但許多民眾就醫後習慣領藥，「不少醫師也藉著開立指示用藥來維持醫病關係，而且醫院也能藉此賺藥費，所以取消給付仍有它的難度。」台北市醫師職業工會不願具名的王醫師無奈苦笑地說。

目前健保仍給付九百多項指示用藥，這些藥品一年吃掉健保十七億元，雖然法令明定不用給付，但李伯璋對全面終止仍小心翼翼，「有些指示用藥，像是止痛藥，看醫師、拿藥，民眾只要負擔少許的藥費；但若自己去藥房買，可能



攝影：吳東岳

健保署透過大數據分析，管制民眾短期內重複檢驗的次數，抑制不必要的健保支出。

要花上百元。這種成本落差太大的，要不要取消給付，就要比較謹慎。」

檢驗多 斷層、超音波費用高

健保署省錢的第二步，則是透過大數據分析找到過度浪費的檢驗項目。根據健保署統計，最常使用的二十項檢驗項目，像是電腦斷層、腹部超音波等，一年就花掉健保六八八

億元，其中卻有不少浪費。

「像電腦斷層，我們大數據分析發現，照了電腦斷層的民眾，有十五%沒有在三十天內回診，剩下回診的病患中，有5%的人是跑去其他醫院看診、重複檢驗。這些人等於是照完以後沒有追蹤，浪費了資源。」李伯璋說道。

其中，健保署抓出電腦斷層和磁共振造影名列檢驗量第一與第三的項目，光是去年，浪費掉的金額就高達十七億元。「今年一月，我們增加醫療影像上傳及調閱的互享機制，七月起要求醫院在病人做完檢驗後二十四小時內要上傳影像。」李伯璋說，透過影像互享，民眾若跑去其他醫院回診，另一家醫院不但能看到前一家醫院的醫療影像，系統也會提醒醫師，這名病患曾做過的檢查項目，藉此減少重複檢驗和資源浪費。

健保署也預估，在透過雲端系統降低重複檢驗量後，前二十大檢驗項目，就可省下十

二億元的支出。健保署雖節省開支，但面對明年預計突破七千億元的健保支出，恐怕還是杯水車薪。是否還有其他「節流」方式？對此，醫療改革基金會副執行長朱顯光就建議，可考慮無效醫療不再給付。

根據健保署統計，往生前最後一次住院者，每一百位中有三十二位會使用呼吸器，平均使用二十天，平均醫療費用二十九萬元；有十位則仍會洗腎，平均洗腎十次，醫療費用三十三萬元，「但像是癌末病患的洗腎，在考慮治癒機率和生活品質等面向後，健保可以思考還要不要給付。」

就醫多 小病痛大醫院看診

醫師公會全國聯合會西醫基層審查執行會主任委員黃啟嘉則是呼籲應強化「分級醫療」。近期健保署積極要求醫學中心下放病患給基層診所，同時宣示醫學中心每年得減少2%門診量，李伯璋說，「我

們也透過調整給付點數，給重症治療較多點數，鼓勵醫學中心聚焦在重症醫治上。」但分級醫療成效仍有限。

黃啟嘉建議應

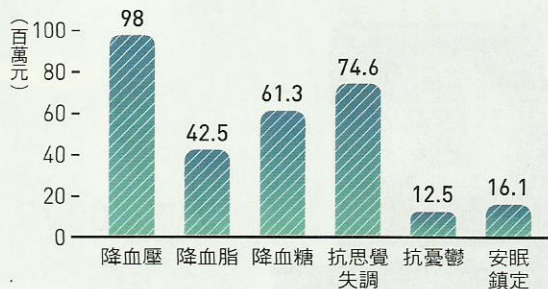
從價格著手，「分級醫療就好比我們去高雄會坐高鐵，去桃園則是坐區間車。如果價格沒有區別，去桃園的也

選擇坐高鐵，結果反而要去高雄的買不到座位。」他強調，分級醫療可以讓資源有效利用、節省支出，但須拉高價格差距，才有辦法落實。

健保財務錙銖必較，但疾病的爆發速度卻急速成長。去年衛福部公布台灣罹癌統計，發現每五分鐘就有一人罹癌。今年健保藥總預算，已框列二十五億元，作為癌症新藥額度，但想要申請納入給付的新藥多達二十種，且癌症新藥是否納入給付經歷的協商過程，

6大藥品共省3億元 節流有成

——2014至2016年藥品節省之經費



資料來源：健保署

30日重複檢驗 減少千次浪費

——電腦斷層、磁振造影全台檢驗次數



資料來源：健保署

例，一次免疫療法約五十萬元費用，民眾須自付一成，有多少人能每次拿出五萬元？而且許多癌症已類似慢性病，吃藥得吃上一輩子，藥費對病人經濟仍是沉重負擔。」

滕西華建議，在保險義務相同的前提下，可考慮醫療給付占健保支出二七%的重大傷病藥以及癌症新藥，都設計「共同負擔」的給付方式。

至於藥費怎麼算？滕西華強調，首先得區分「單次」和「年度」藥費支出，再分別定下民眾負擔的天花板。她舉例，像是單次藥費負擔五百元、年度藥費負擔上限六千元，剩下由健保給付，如此一般民眾才有可能用得起新藥。

但不論是減少支付或調整負擔比例，最終仍得回到制度規則內討論。當健保支出年年成長，民眾支付能力卻有限，財務警鐘已響起，如何能在病患權益和減少支出之間，找到中間平衡點，已是迫在眉睫的大哉問。

平均耗費七八二天，相較英國

二二九天、加拿大四一三天來得長，讓病友團體心力交瘁。

而協商曠日廢時的原因，除了藥價能否被藥廠接受，另一個問題是：不同團體代表難

免擔心，在健保財務有限的前提下，大餅被癌症新藥瓜分，將擠壓其他可分配的数量。

民間團體倡議

「共同負擔」設上限

在健保財務吃緊，但癌症愈加頻繁的狀況，病友團體開

始倡議不同的藥費給付模式，以「共同負擔」(copay)設定民眾負擔金額上限後，由病患和健保共同支付費用，兼顧健保財務和病友期待，來支付新藥藥費。

雖然「共同負擔」從「使用者付費」的角度出發，只是如何設計，才能確保病患不至於因自付的藥費昂貴而傾家蕩產？民間監督健保聯盟發言人滕西華強調，「若是健保、病患各負擔一定比例，即使健保負擔九〇%，以黑色素瘤為