

計畫編號：DOH93-TD- D-113-001

行政院衛生署九十三年度科技研究計畫

建立以醫師為中心之慢性病處方箋釋出  
機制及提昇病患就醫醫療水準以避免浪  
費醫療資源之模型研究

成果報告

執行機構：臺北醫學大學

計畫主持人：戴承正

研究人員：戴承正

執行期間：93 年 1 月 1 日至 93 年 12 月 31 日

\*\*本研究報告僅供參考，不代表本署意見\*\*

# 目 錄

## 頁 碼

封面

目錄

壹、 計畫摘要

甲、 中文摘要

乙、 英文摘要

貳、 計畫內容

(1) 前言：背景與現況、研究目的等

(2) 材料與方法

(3) 結果

(4) 討論

(5) 結論與建議

(6) 參考文獻：

(7) 圖、表

參、 附錄：研究調查問卷、法規及其他重要資料均應列為成果報告

附錄

共( )頁

## 壹之(1)、中文摘要

關鍵詞：全民健康保險、慢性病處方簽、醫療資源、成本分析

由於全民健康保險實施以後，國人的醫療利用情形大幅增加，導致全民健保支出呈現大幅增加，然而，保費收入卻無法相對增加的情形下，出現費用無法攤平的情況。最初，中央健保局於民國 88 年 8 月 1 日實施新制門診部分負擔制度，針對門診藥品、門診高利用者以及復健醫療部分，希望節制民眾就醫的道德風險，減緩醫療支出大幅增加的趨勢。民國 91 年，衛生署及中央健保局評估健保保費及部份負擔仍無法支應龐大支出，因而再度調高保費。衛生署及中央健保局在 91 年決定雙漲後，及面臨社會大眾巨大的壓力。事實上，健保所一提供給社會大眾之任務並非一非常便宜的陽春醫療服務。教育國民了解健保保費為一社會責任稅為一重點。除此外，健保雙漲即是大眾未將醫療視為珍貴資源而濫與使用的後果。

除了為健保開源之外，積極減少可能的支出為健保醫療的一大重點。開發慢性病處方簽之目的即在於減少國民使用非必要的醫療支出。但是關於慢性卡開立意願與否，最重要即在於醫師收入可能受到影響以及健保制度擬行之“合理門診量”間之衝突。健保制度為了避免不必要的浪費，因而鼓勵長期病患領用慢性病處方簽。然而健保所給付的醫療處方費用卻是以犧牲醫師的看診所得而達成任務，如果醫師面臨收入減少狀況

時，勢必不願開立慢性病處方箋。

本研究之目的在於建立一線性或回歸數學模型，以全國民眾就醫次數做基準，資料來源將以健保局全國之就醫人次及診斷相關性，並可能就一區域教學級以上之醫院為討論對象，以預測可能可以開立慢性病處方箋之醫療診斷，建立以醫師為基準而又可以促進及加強轉診服務。因而減低民眾就醫次數，消極地減少健保醫療費用之支出。如果預期初步可以達成原醫療費用支出之 90%，即可為健保節省相當大量的金錢。下一步醫療節省方案也就可以進行研發以付諸實施。在進行健保資料庫抽樣資料分析(1/500)，

## 壹之(2)、英文摘要

The expenditure increased rapidly and massively after utilization of national health insurance plan in 1995. Almost all citizens in Taiwan are covered in this plan. However, the cheap insurance fee and highly booming overuse of this insurance resource have made this system in financial morass. In 2002, the financial fee and Coinsurance rate with exemption of catastrophic ills. In fact, it's important to make citizens to understand that national health insurance is a kind of tax but not commercial insurance. Therefore, inappropriate use of this resource definite extravagate the asset of our country.

Moreover, we are effort attempting to depict a possible direction to save the expenditure by decreasing outpatient number. It's also important that we not only value the decreased insurance expenditure but also the doctors' income. Preserving adequate doctors' income will assure its working of the idea of increased percentage of Prescription Refill for chronic diseases. Our aim target is to decrease 10% expenditure of the insurance with little influence on doctors' income.

## 貳、計畫內容

### (1) 前言：背景與現況、研究目的等

本研究在於了解影響醫師與病患間之互動，因而影響開立慢性病處方簽之重要因素：

#### 甲、影響醫師開立慢性病處方簽之因素：

1. 健保對醫師開立慢性病處方簽診察費用之給付影響醫師開立之意願：關於慢性病處方簽開立之比率亦必須考量醫師收入層面，以線性回歸考量，提高診察費用以維持醫師收入，進而達到醫師有意願願意開立慢性病處方簽。此外，提高部份負擔費用以抑制病患不必要之看診，進而減少醫療浪費，改變就醫內容以及針對重病提高加給，改善醫療服務內容。
2. 病患病情是否穩定足以讓醫師安心開立慢性病處方簽：病情因素為影響是否可以開立慢性病處方簽之主要因素，此項研究將針對疾病診斷及分科原則以了解醫師開立慢性病處方簽之動力。
3. 病患是否明瞭病患可以請求開立慢性病處方簽：對於可以開立慢性病處方簽之病患，醫師多不願主動開立慢性病處方簽，如果加強民眾之教育，期望收到提高開立慢性病處方簽之比例。

## 乙、 診斷與開立處方簽之設定以及規範

1. 限定每位醫師開立之慢性病處方簽相關診斷及藥物類別：避免單一位醫師開立所有藥物並且確立分科專業原則，以提高醫療服務品質。
2. 開立藥物類別內容以及交互作用亦需責成藥師給予詳細指導：目前之醫療環境仍遠離此項目標，原因在於藥師服務費用無法足夠提供增加目前醫療人力之負擔。
3. 專科醫師制度在於提高醫療水平及醫療的精緻化。然以目前之健保制度，對於醫師之專業勞務投入、醫療風險及執業成本等，完全採取不同工而同酬之門診診察費支付標準。看重病的與看輕証者，所花時間不同然而所得收入相同。

## 丙、 支付標準不合理助長對開立慢性病處方簽之消極心態

1. 目前健保支付制度為論量計酬，因而導致醫療服務提供者以量制價，消極的以費用核刪、醫療審查以及提高部份負擔等以求減少不必要的支出。然而，門診費用反增不減。落實慢性卡制度主要即為減少全民健保醫療費用之支出。
2. 支付標準之不合理現象可由門住診不合理之比例得知，依民國八十七年之統計資料，門診費用比例竟達住院費用比例之

兩倍。除此外，各項支付標準自健保開辦以來亦未依照國民所得水準調整，以及醫療水準之提昇而修改。這種現象亦間接造成了住院醫師申請及錄取總人數的偏極化。

#### 丁、 抑制不當醫療行為及不合理之需求

1. 民眾就醫需求可能有誘導之行為，一項重要原因在於醫療取得容易而且對民眾本身之成本偏低，而健保制度又未確立轉診醫療制度。因而非常容易造成醫療之浪費。
2. 民眾醫療教育及水準對避免因醫療之容易取得而造成經常性的浪費。

#### 戊、 本計畫產生之背景及重要性

全民健康保險實施以後，國人的醫療利用情形大幅增加，導致全民健保支出呈現大幅增加，然而，保費收入卻無法相對增加的情形下，出現費用無法攤平的情況。最初，中央健保局於民國88年8月1日實施新制門診部分負擔制度，針對門診藥品、門診高利用者以及復健醫療部分，希望節制民眾就醫的道德風險，減緩醫療支出大幅增加的趨勢。民國91年，衛生署及中央健保局評估健保保費及部份負擔仍無法支應龐大支出，因而再



度調高保費。衛生署及中央健保局在91年決定雙漲後，及面臨社會大眾巨大的壓力。事實上，健保所一提供給社會大眾之任務並非一非常便宜的陽春醫療服務。教育國民了解健保保費為一社會責任稅為一重點。除此外，健保雙漲即是大眾未將醫療視為珍貴資源而濫與使用的後果。

除了為健保開源之外，積極減少可能的支出為健保醫療的一大重點。開發慢性病處方簽之目的即在於減少國民使用非必要的醫療支出。但是關於慢性卡開立意願與否，最重要即在於醫師收入可能受到影響以及健保制度擬行之「合理門診量」間之衝突。健保制度為了避免不必要的浪費，因而鼓勵長期病患領用慢性病處方簽。然而健保所給付的醫療處方費用卻是以犧牲醫師的看診所得而達成任務，如果醫師面臨收入減少狀況時，勢必不願開立慢性病處方簽。

因此，建立以醫師為核心之慢性病處方簽為醫療處方之重點。在考量醫師收入面外，達成醫師在國民收入為中高水準外，應當配合合理門診量為未來醫療之標準，以避免醫療服務品質因醫師看診人次過多而造成品質低劣。從以上之要點可知，維持醫師之收入及提昇醫療服務品質為二個研究重點方向。

研究必須達成的目標，茲列如下：

- 1) 建立數學模式以了解目前醫師之收入及維持此收入  
必須看診之人數，因而計算出慢性病處方簽應支付醫師之診察費用。
- 2) 合理門診量之實施，研擬提高級別支付差別，以抑制  
醫師過度看診之意願。
- 3) 建立良好轉診制度，以避免醫療不必要之浪費。

提昇醫療服務品質及病患醫療水準亦為一重要目標。

## (2) 材料與方法

### 研究資料來源

原擬分析健保局近三年來疾病診斷與用藥分析，但因慮及近一年來，健保制度變動甚大，多數醫院已實施自主管理或加入卓越計畫，因此僅以近一年之健保資料做分析基礎，並以一區域教學級以上醫院作為比較。研究內容包括醫師預估薪資及預估之平均病患回診數。

### 研究資料庫之建立

先自門診處方及治療明細檔以系統比例抽樣法抽取適當樣本數後，以費用年月、申報類別、醫事機構代號、申報日期、案件分類及流水號六個欄位值為辨識值，再自門診處方醫令明細檔抽出相對應之醫令。門診處方及治療明細檔之抽樣，是依健保局提供之原始檔以西、牙、中醫檔案之分類，按比率計算各檔案資料量比率分別抽取適當資料量。各檔案再以母體資料中月份占年度資料量之比率，計算每月應抽取樣本數，再以系統抽樣法自每月資料檔中抽出所需樣本數，再將每月抽樣資料整合後即為抽樣資料，資料量約佔母體樣本數之 0.2%，亦即每 500 筆取 1 筆。

電腦檔案作 data mining 之細部工作。針對慢性病處方簽在

抽樣醫院之開立比率預估每位醫師可能之開立張數，並間接預估醫師之收入。

## 研究步驟

1. 資料收集以電腦檔案分析為主，了解病患就醫模式及回診狀況。
2. 歸類與計算：將可能可以使用慢性處方簽之診斷疾病做歸類及整理，目前初步決定以高血壓及糖尿病為長期追蹤及試圖給予慢性病處方簽之主要族群。
3. 醫師薪資精算及診察費線性相關。
4. 嚐試建立良好轉診制度推演模型，由資料分析目前轉診制度無法落實之原因，再與實際狀況關連分析以了解轉診制度與慢性病處方簽釋出機制應否有明確關係。良好轉診制度之建立以及推行牽涉廣泛，且目前有許多學者專家進行深入研究，惟在台灣特殊生活習性且喜好攀緣講關係求診之醫療型態下，無法將國外行之多年之完善制度移植。因此，此部份將作文獻探討並作為本研究後續必須延續之相關研究。
5. 提昇民眾醫療水平部份需與衛生所工作及目前醫療體系對於

大眾進行之醫療教育作連結。過去數十年來我國在地方推展衛生行政成就斐然，然近年來似乎有遲滯現象，與病患集中於中大型醫院就醫有潛在之相關性。此部份與民眾是否願意接受良好轉診制度亦有明確關連，並且與病患是否願意接受慢性病處方簽之開立有明確關連。未來應該由衛生署再行編列衛生教育經費，施行民眾教育，提昇疾病了解程度，進而有效運用醫療資源，避免人云亦云，同一疾病多處求診，因而浪費健保資源。

6. 研究資料來源主要有二：其一為全民健保資料庫中之慢性病處方釋出比例，在資料擷取中，我們將各醫療院所以及醫師分佈做資料結合，以了解在各醫療院所開立慢性病處方簽之狀況是否有明顯差異，並且估算在各個醫療院所中，每位醫師開立之比例與每次門診看診個案數，用以估算醫師每月之大約收入。其二資料來源則為某一甲類教學醫院內有開立慢性病處方簽之醫師以及其每次門診之門診個案數目，用以比對在各醫院間以及單一醫院抽樣是否有顯著差異。所有資料皆用作預估醫師收入以及在開立慢性病處方簽後，各醫師收入差異之模型比較之用。
7. 在資料收集完成後，進行醫療費用預估工作。在現行狀況下，假設總醫療費用為 100(不含藥費)，欲達成 90%醫療支出時(不

含藥費)，每一醫師應當增加開立之慢性病處方簽個案數。在此項研究無法將藥費管控減少估計含入此項研究，因為藥費部份牽涉影響較大，且有治療療效差別之故，因而予以排除，不在此次研究討論之中。僅以目前藥費支出作為研究使用時之數據使用。

8. 建立線性迴歸方程模式，我們建立以下方程模式

$$Y_1 = \beta_0 + \beta_1 X_1 + (1/2)\beta_2 X_2 + (1/3)\beta_3 X_3 + E_1 \text{-----}(1)$$

將醫師診察費用收入預估數作為應變數  $Y_1$ ，醫師一般門診人數為  $X_1$  (給付 243 點/人)，慢性病處方簽開立連續二個月之門診人數為  $X_2$  (給付 443 點/人)，慢性病處方簽開立連續三個月之門診人數為  $X_3$ 。

而醫療總費用支出為  $Y_2$ ：

$$Y_2 = Y_1 + \alpha_0 + \alpha_1 X_1 + \alpha_2 X_3 + E_2 \text{----}(2)$$

$\alpha_1 X_1 + \alpha_2 X_3$  為其他藥費等等變數，不在此次研究討論範圍之內。而門診總醫療費用之產生即為上述方程。但此次研究會將可能節省之藥費差別，作部份討論。

6. 關於影響方程式(1)的所有可能變數還有，醫師診察費用的調升，部份負擔調整後可能引起病患要求慢性病處方簽釋出比例之上升，甚而病患因釋出處方簽後，在部份負擔約略相當於自

行決定調配藥物可能之醫療費用支出大約相當之比率( $\beta_4 X_4$ )

等，因此，此項方程式在做修正後會有多條可能預估直線。

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + (1/2)\beta_2 X_{i2} + (1/3)\beta_3 X_{i3} - \beta_4 X_{i4} + E_i \text{-----}(3)$$

### (3) 結果

1. 關於研究精算後之健保支出，在保障醫師收入不會受到嚴重影響，提高合理門診量級間之診察費差異數及提昇民眾知識水平等因素考量。初步以高血壓及糖尿病為中心模型，若可以達成至少 10% 之健保支出，則此項模型應可推廣於其他慢性疾病。此項研究首要即在於建立醫師收入與病患人數關連之數學模型，並將探討台灣民眾獨特之就醫習性與轉診制度對於此一研究可能產生之互動關係，同時探討民眾醫療水平可能對此一預估值可能產生之影響，以及目前醫療體系對於提昇民眾就醫水平已作之努力。建議後續再進行建立我國轉診制度與醫師收入之相關深入研究。
2. 我們初步對於健保資料庫提供之全國醫療院所之所有月份及該月份慢性病處方箋檢視，在資料庫內登錄之醫療院所總數為 9189 家，2002 年全年開出之慢性病處方箋共有 2570569 張，而全年共有處方箋張數為 97385412 張。慢性病處方箋所佔比例約為 2.64%。針對開立處方箋比例較高之前 30 家醫療院所進行分析發現，開立慢性病處方箋之比率為 3.297% (最大值為 10.87%，最小值為 0.223%，中位數為 0.89%)。自以上數據看來，慢性病處方箋之開立比率確實過低。而且對於看診量大之醫療院所，慢性病處方之比率較高，而看診總人數較少之醫療院所則有相對遞減之趨勢。
3. 依 2002 年健保資料庫抽取樣本總案例數 52,7098，而慢性卡的開立總數則只有 4908 張，僅佔 0.93%，約為整體醫療院所開立慢性卡之中位數比率(表一)。
4. 在表二全民健康保險之財務收支分析指出，每年收支成長狀況



在保險收入僅在個位數，但是醫療費用成長狀況可以達到 10 位數。在表三則為九十三年度之第一季及第二季慢性病處方成長率，合計之成長率為 3.5%。而在表四中，各分局的成長率則有區域開立慢性疾病處方之差異。

5. 表六為西醫院所慢性病連續處方箋件數統計表。若依照與前一點，我們分析所得慢性病處方箋開立比率有明顯差異(0.89% and 0.93% vs 7.88%)，由此看來慢性病處方箋開立比率會有一種趨勢，即是由大型醫院往中小型醫院之開立比率更形明顯低下。而引發此項行為之最大動機即在於慢性卡開立過多會明顯引起開立醫師收入減少。
6. 在表一中，慢性病所佔比率為 18.78%(98998/527098)，而慢性卡開立僅為 0.93%。我們在下列亦計算慢性卡開立之比率為 7.88%時的診察費用總數。我們以若一位醫師每一診次 45 位患者，其中為慢性病處方箋開立者，針對方程式(1)

$$Y_1 = \beta_0 + \beta_1 X_1 + (1/2)\beta_2 X_2 + (1/3)\beta_3 X_3 + E_1$$

進行探討，先去除+(1/3) $\beta_3 X_3$ (以資料來源無法算出開立三個月慢性卡之比率)，以簡單方程式推算，

$$Y_1 = \beta_0 + \beta_1 X_1 + (1/2)\beta_2 X_2 \text{-----(4)}$$

而在完全不開立慢性卡之狀態下則為：

$$Y_1 = \beta_0 + \beta_1 X_1 \text{-----(5)}$$

每一醫師每一診次的收入則為

$$Y_{(1)} = 243 * \text{Patient number} \text{ (去除 } \beta_0 \text{，因為醫師門診沒有基本收入，45 個患者的收入數為 10935----健保支出)}$$

6. 為了達到 10%的醫療診察費用節省，增加慢性卡的開立為重要步驟。回歸方程式(4)，依照目前的開立比例，則每診次

0.93%\*45 為 0.42 張。

$$Y=243X_1+(1/2)443X_2------(4)$$

$$X_1+X_2=45$$

與未開立慢性卡之間健保支出的差別為 $(243-221.5)*X_2$ ，

$21.5*0.42=9.03$ ，僅佔整體 0.083%。但若以 7.88%的慢性處方

箋開立比率計算，則每次開立張數為  $7.88%*45=3.546$  張，而

支出差別則為  $21.5*3.546=76.239$  元，佔每次門診比率為

0.697%。

7. 在某一區域級教學醫院，我們所計算獲得的慢性病處方箋 92 年每月開立比率(表九)，其中 5 月及 6 月受 SARS 影響，因而開立比率大增。扣除此二個月份影響後之慢性病開立比率，每月平均為 3.67%，中位數 3.68%，最大值 6.26%，最小值 0.92%。開立比率亦在所有醫院值之最小值及最大值中間。
8. 由上述之計算看來，欲達成 10%的醫療費用節省，我們如果單單加強開立慢性病處方箋的狀況下，應該要達成的費用為 1093.5 元。若以  $21.5*N=1093.5$ ，N 勢必大於 45，為不可能達到的目標。因此必然要減少就診患者數目才有達成此項目標的可能。達成的因素最重要為藥費減少明顯支出。以表十列出民國 88 年至 93 年期間門診醫療費用藥費佔率狀況，均在 28%-30%之間浮動。而每筆藥費約在 249.9 元(88 年)至 321.50 元間浮動，平均值為 286.68 元(標準差 26.41)。若以 92 年四季之平均值 296.70 元計算，因此，45 位患者之總藥費則約 13351.5

元。而藥費之 10% 為 1335.15 元，只要減少 4.5 位患者即可達成。若加上診察費支出之 10%(1093.5 元)，需再減少 3.69 位患者，共減少 8.15 位患者，而診察費節省部份則為  $21.5 * 8.15 = 175.225$  元。

9. 若以每診次 45-8.15 位患者來看，則每診次僅有 36.85 位患者。醫師收入影響層面為減少 18.11% 診察費收入。
10. 以某區域醫院前四名之慢性病卡開立醫師之 92 年 1 月至 12 月之平均看診患者總數 895.77 位，總診察費為  $(895.77 - 32.87) * 243 + (1/2) * 443 * (32.87) = 216965.4$  元。若減少 18.11% 之收入，影響層面不可謂之不小，且總診察費並非全屬醫師所有，醫院必須先行扣除管理及護理人員聘雇費用後方給付給看診醫師。

11. 由上敘述我們可以推得新方程式如下

$$Y = Y1 + Y2 \text{-----} (6)$$

$$Y1 = 10935$$

$$Y2 = 13351.5$$

$$0.9Y = (243 + B1) * N1 + (1/2) * (443 + B2) * N2 + N * 296.70 \text{----} (7)$$

$$N1 + N2 = N ; N2 / N1 \text{ had better } \geq 7.88\% \text{-----} (8)$$

$$Y1 = (243 + B1) * N1 + (1/2) * (443 + B2) * N2 \text{-----} (9)$$

B1 為診察費應當增加之部份，B2 為慢性病處方箋應當增加之部份。

12. 依照此項方程式可用於預估醫師收入不受影響下，而達成每次醫療費用減少之最佳門診病患人次。在方程式(3)中，有慢性病處方箋開立連續三個月者，以所獲得資料無法進入計算，因而予以去除，目前慢性病處方箋不論開立二個月或三個月者，診察費給予均相同，因此比率愈高，醫師收入影響必更加明顯。

#### (4) 討論

1. 在民國九十二年第一季國內發生 SARS 緊急醫療事件後，在後 SARS 的重建計劃主要著重於病患安全品質策略及醫療品質再造計劃。在這一計畫裡，將著重於本土醫療安全研究、病人安全宣導教案、一般醫學訓練模式、安全自願通報系統、病人安全就醫環境、陪病及看護人員管理制度、全責護理照護制度、病人安全監測指標、安全教育訓練制度、醫療品質改善機制以及醫院評鑑新制。但是這些朝向醫療制度革新的新措施，會更耗用人力、物力及國家的財力。
2. 在目前健保制度對於醫療給付的政策以及病患就醫習慣下，國家對於醫療整體的負擔太過沈重，因而無法將財力大量改支應於病患之教育及社會宣導部份，間接造成病患對於醫療耗用狀況無法改善，並且日漸惡化。
3. 健保對於醫療給付未作限制，業績制度因而在醫院經營上為主流勢力，在各醫院為求壯大，醫師爭求績效的壓力下，資源耗用更加雪上加霜。
4. 據九十三年六月份全民健康保險業務執行報告指出，92 年門診申報 2,351.98 億點、住診申報 1,187.24 億點，合計 3,539.22 億點；另以 93 年 8 月申報點數來看，門診每人平均申報 793 點，住診每人平均申報 47,722 點、每人日平均申報 4,876 點、平均住院日 9.79 日；93 年第二季與去年

- 同期比較，門診件數成長 19.63%、點數成長 21.99%，住診件數成長 26.16%、點數成長 32.11%，日數成長 21.54%
5. 93 年第二季門診各服務別之申報：西醫件數成長 19.94%、點數成長 22.53%，牙醫件數成長 22.85%、點數成長 18.04%，中醫件數成長 14.84%、點數成長 11.76%，藥局件數成長 37.27%、點數成長 43.64%。
6. 93 年第二季西醫各層級別之申報：醫學中心門診件數成長率為 37.97%、點數成長率為 26.73%，住診件數成長率為 41.41%、點數成長率為 39.18%，日數成長 31.77%；區域醫院門診件數成長率為 42.41%、點數成長率為 33.37%，住診件數成長率為 29.13%、點數成長率為 32.97%，日數成長率為 23.09%；地區醫院門診件數成長率為 22.75%、點數成長率為 22.59%，住診件數成長率為 12.36%、點數成長率為 20.38%，日數成長率為 12.69%；基層診所門診件數成長率為 13.35%、點數成長率為 13.40%（93 年第二季成長率高可能係 92 年發生 SARS 之故，又 93 年 5-7 月基層住診費用下降原因可能係去年 SARS 期間生產案件都到基層去之故）。
7. 藥費申報情形：截至 93 年 10 月 1 日之全民健康保險申報費用明細檔資料分析，92 年門診申報 768.93 億元（西醫基層 201.60 億元、西醫醫院及其他 525.30 億元、中醫門診 40.64 億元、牙醫門診 1.39 億元），住診申報 176.42 億元【西醫基

層 0.44 億元、西醫醫院及其他 175.98 億元(醫學中心 87.70 億元、區域醫院 62.67 億元、地區醫院 25.61 億元)】，門住診合計 945.36 億元；93 年第二季門診每件平均申報 265 元，較去年同期成長 1.9%；住診每件平均申報 7,183 元，較去年同期成長 7.6% (88 年至 93 年 6 月藥費統計表如表十)。

8. 由上述數據看來，醫療費用持續成長，主要的注意點為件數及點數成長均成二位數，但是健保保費均未隨使用率而調高。若以使用者付費原則，若未調整保費，則應調高部份負擔以及門診掛號費用。
9. 表十一為民國九十二年國民醫療保健支出財源及配置表，在此表中，個人醫療費用佔達 88.98%，而相對耗費於公共衛生及社區教育則僅佔 3.47%，其中研究推廣業務更僅佔 0.48%。未來為提昇就醫醫療品質，加強醫療人員與病患及病患家屬溝通，最重點即在於提昇一般民眾之醫療認識以及對醫療的良好運用，而不是一昧使用健保資源，蓋健保卡看病解決問題。
10. 表十二至十四為各疾病別所佔資源及複診比率。新陳代謝疾病及循環系統疾病所佔比率高，且病患多為慢性疾病，而呼吸疾病則多為急性疾病。因此著重於此二類慢性疾病較易得到效果。
11. 病患教育的基礎在於建立良好的社區醫療品質。目前醫療院

所爭相求大，各層級醫療機構功能模糊不清之狀況下，民眾無法獲得整體性、持續性及方便性的醫療健康服務。而病患受到媒體影響，又易於向某些醫院集中趨勢。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會提出建立以社區為基礎之醫療體系，針對社區醫療群設計遠距或網際網路之繼續教育以提昇社區醫療品質並間接提昇病患就醫水準，同時建議以家庭醫師整合性照護試辦計劃之家戶檔案急轉診資訊系統為基礎，整合醫療、全民健保、公共衛生、繼續教育等資源，發展為整合性社區醫療資訊應用系統。對於登記於社區醫療群的各家戶單位，提供全方位的醫療、健康、衛生及福利資訊，強化家戶參與社區醫療群的意願，進而落實全人健康照護的理念。



## (5) 結論與建議

1. 在建立此方程式供參考外，其中有幾項重點提出於此一方程式的規劃。包括有提高醫師之看診費用，減少合理門診病患人數。但是，業績制度的存在必然讓此一美意隳壞，因此，倘使提高醫師看診費用同時，亦當嚴格實施斷頭制度，亦即高於看診人數者不應提供健保給付，此用意在於杜絕業績制度。
2. 提昇醫療服務品質並非醫師或醫療人員單方面的任務，而必須上下皆行。包括中央單位，公私立醫院，地方衛生機關以及其他醫療知識相關人員共同進行。提昇病患就醫醫療水準，在病人本身之醫療知識水準足夠，醫病溝通良好，才是真正提昇醫療水準的方法。

(6) 參考文獻：

郭政雯、黃文鴻。台灣全民健康保險之高血壓治療直接成本分析。陽明大學醫務管理研究所 2001 碩士論文。

周輝政、李存修、賴美淑。新制部份負擔實施後全民健康保險財務及門診利用所受到的影響。台灣大學財務金融研究所 2001 碩士論文。

陳秋芬、錢慶文。門診慢性病醫療資源耗用分析—以二家地區醫院為例。陽明大學醫務管理研究所 2000 年碩士論文

黃秋萍、薛亞聖、楊銘欽。支付制度改變對醫療資源耗用之影響—以論量計酬制改成論病例計酬制為例。台灣大學醫療機構管理研究所 2000 碩士論文。

曾文秀、胡煒明。健保醫院合理門診量之爭議。醫院雜誌 2001;34(6):7-13

文羽苹、江東亮。全民健康保險學術資料庫基本檔的應用經驗。台灣衛誌 2002;21(2):150-155

蔡貞慧、周穎政。台灣全民健康保險的醫療支出重分配效果。台灣衛誌 2002;21(5):373-379

白裕彬、黃月桂、王惠玄。我國健康保險體系實施總額預算制度後肢未來展望與策略探討。行政院衛生署九十一年度委託研究計劃

蕭慶倫、Winnie Yip、周穎政、盧瑞芬。全民健康保險成本效益依國際化標準之評估計劃。行政院衛生署九十二年度委託研究計劃

黃旭男。應收保險費收入預估模型之建立。行政院衛生署九十一年度委託研究計劃

林兆欣、許碩芬、林明俊、蘇恩德。依保險對象罹病風險建立全民健保醫療費用預測模型。行政院衛生署九十一年委託研究計劃

中央健康保險局。全民健康保險醫療支出專題報告(九十年一月至九十二年十二月)

中央健康保險局。全民健康保險業務執行報告(九十三年六月份)

Chou CC, Lee MS, Ke CH, Chung MH. Prescription patterns of hypertension--National Health Insurance in Taiwan. *J Chin Med Assoc(JCMA)* 2004;67(3):123-30.

Stafford RS, Davidson SM, Davidson H, Miracle-McMahill H, Crawford SL, Blumenthal D. Chronic disease medication use in managed care and indemnity insurance plans. *Health Serv Res* 2003;38(2):595-612.

黃麗蓮、楊碩英。以系統動力學研究保險人、被保險人、及醫療機構之決策互動對健保財務與品質的影響。國立中山大學企業管理學系 2002 年博士班論文

李品青，行政院衛生署。全民健保醫療統計全文(九十一年)。

World Health Organization. Annex Table 5 Selected national health account indicators: measured levels of expenditure on health, 1997-2001



全民健康保險財務收支分析表(權宜基礎)

單位:億元

會計年度	保險收入		醫療費用	
	金額	成長率	金額	成長率
1995.3-1995.6	760.04	-	586.97	-
1995.7-1996.6	2411.71	-	2062.55	-
1996.7-1997.6 <sup>2,1</sup>	2423.51	0.49	2298.32	11.43
1997.7-1998.6 <sup>2,2</sup>	2528.15	4.32	2489.70	8.33
1998.7-1999.6	2595.25	2.65	2782.80	11.77
1999.7-2000.12 <sup>1</sup>	4176.37	7.28	4275.09	2.42
2001.1-2001.12 <sup>2,3</sup>	2861.46	0.28	3017.88	5.91
2002.1-2002.12 <sup>3</sup>	3076.10	7.50	3234.74	7.19

資料來源：健保局，2003b

註：

- 1.1999.7-2000.12 政府會計年度修改為歷年制之過渡期,實為一年六個月之收支數。
- 2.平均檔口數削減時程:(1)96' 10 由 1.1 調降至 0.95(2)98' 03 調降至 0.88(3)01' 01 調降為 0.78。
- 3.修法 2002.08 起(1)單公教人員八成薪計費(2)擴大投保金額上限級距至五倍。  
2002.09 起保費率 4.25%調升為 4.55%。

表

## 二、全民健康保險財務收支分析表

層級別	重大傷病	急診	慢性病	一般	小計	藥費	
醫學中心	第一季點數	3,022	922	6,158	2,638	12,739	6,610
	第二季點數	3,149	787	6,287	2,783	13,006	6,750
	成長率	4.2%	-14.7%	2.1%	5.5%	2.1%	2.1%
區域醫院	第一季點數	1,436	1,091	5,396	3,574	11,498	5,181
	第二季點數	1,520	1,071	5,634	3,936	12,160	5,337
	成長率	5.8%	-1.9%	4.4%	10.1%	5.8%	3.0%
地區醫院	第一季點數	339	519	2,903	3,453	7,214	2,682
	第二季點數	375	520	3,046	3,723	7,664	2,755
	成長率	10.7%	0.1%	5.0%	7.8%	6.2%	2.7%
合計	第一季點數	4,797	2,533	14,456	9,665	31,451	14,473
	第二季點數	5,045	2,377	14,967	10,441	32,830	14,842
	成長率	5.2%	-6.1%	3.5%	8.0%	4.4%	2.5%

表三、九十三年健保依醫院分級比較支付點數及成長狀況

分局		重大傷病	急診	慢性病	一般	小計	藥費
台北	第一季點數	1,676	870	5,318	2,684	10,548	5,130
	第二季點數	1,791	845	5,680	3,085	11,400	5,474
	成長率	6.8%	-3.0%	6.8%	14.9%	8.1%	6.7%
北區	第一季點數	594	394	2,166	1,615	4,769	2,055
	第二季點數	648	404	2,197	1,632	4,811	2,038
	成長率	9.0%	2.6%	-1.8%	1.1%	0.9%	-0.9%
中區	第一季點數	1,129	483	2,489	1,993	6,094	2,768
	第二季點數	1,120	423	2,464	2,055	6,063	2,689
	成長率	-0.8%	-12.3%	-1.0%	3.1%	-0.5%	-2.9%
南區	第一季點數	561	291	1,992	1,258	4,102	1,928
	第二季點數	609	271	2,050	1,366	4,297	1,969
	成長率	8.6%	-6.6%	2.9%	8.5%	4.7%	2.1%
高屏	第一季點數	727	411	2,123	1,877	5,137	2,203
	第二季點數	764	354	2,212	2,072	5,402	2,260
	成長率	5.1%	-13.8%	4.2%	10.4%	5.2%	2.6%
東區	第一季點數	109	85	369	238	801	389
	第二季點數	112	80	425	231	858	411
	成長率	2.6%	-5.6%	17.9%	-3.0%	7.1%	5.7%
合計	第一季點數	4,797	2,533	14,456	9,665	31,451	14,473
	第二季點數	5,045	2,377	14,967	10,441	32,830	14,842
	成長率	5.2%	-6.1%	3.5%	8.0%	4.4%	2.5%

表四、九十三年健保依各分局支付點數及成長狀況



類型	醫院層級	部分負擔金額			
		一般門診	牙醫	中醫	急診
基本部分負擔	醫學中心	210 元	50 元	50 元	420 元
	區域醫院	140 元	50 元	50 元	210 元
	地區醫院	50 元	50 元	50 元	150 元
	基層診所	50 元	50 元	50 元	150 元
藥品部分負擔	醫療院所不分層級	藥費		藥費部分負擔	
		100 元以下		0 元	
		101-200 元		20 元	
		201-300 元		40 元	
		301-400 元		60 元	
		401-500 元		80 元	
		501-600 元		100 元	
		601-700 元		120 元	
		701-800 元		140 元	
		801-900 元		160 元	
		901-1000 元		180 元	
1001 元以上		200 元			
復健治理治療(含中醫傷科)	醫院層級	同療程第一次(即基本部分負擔)		同療程第二至第六次	
	醫學中心	210 元		50 元	
	區域醫院	140 元		50 元	
	地區醫院	50 元		50 元	
	基層診所	50 元		50 元	

表五、門診費用部份負擔

年 份	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	合計
9107	134,140	38,594	15,105	26,812	214,651
9207	87,371	30,058	19,778	35,915	173,122
成長率	-34.87%	-22.12%	30.94%	33.95%	-19.35%
9108	136,293	43,177	15,329	28,139	222,938
9208	61,137	33,267	18,799	36,225	149,428
成長率	16.05%	79.15%	67.61%	54.58%	-32.97%
9109	137,183	44,670	15,114	28,545	225,512
9209	158,169	77,352	25,693	43,497	304,711
成長率	55.20%	136.59%	100.60%	74.75%	35.12%
9110	157,905	53,707	17,116	31,808	260,536
9210	212,909	105,683	30,319	49,881	398,792
成長率	34.83%	96.78%	77.14%	56.82%	53.07%
9111	153,024	55,564	18,432	33,445	260,465
9211	201,873	98,276	29,690	49,864	379,703
成長率	31.92%	76.87%	61.08%	49.09%	45.78%
9112	163,921	62,024	20,713	35,836	282,494
9212	226,481	117,704	34,975	55,970	435,130
成長率	38.16%	89.77%	68.86%	56.18%	54.03%
總計9107-9112	882,466	297,736	101,809	184,585	1,466,596
總計9207-9212	947,940	462,340	159,254	271,352	1,840,886
成長率	7.42%	55.29%	56.42%	47.01%	25.52%
92/7-12各層 級院所占率	51.49%	25.12%	8.65%	14.74%	100.00%

備註：1. 資料來源：截至93.07.05申請的表受理檔之慢性連續處方箋調劑件數。

2. 特約藥局之申報件數已納入各層級院所計算，故不另計算其中報件數。

3. 成長率係與上年同期比較。

4. 9207成長率呈負數係因SARS期間之故。

5. 製表日期：93.07.14

表六、西醫院所慢性病連續處方箋件數統計表—層級別

藥局申報件數統計表—分局別

分局 日期	台北分局	高雄分局	中區分局	南區分局	西區分局	東區分局	合計
9107	1,204,651	719,721	327,034	446,281	197,910	21,740	2,917,337
9207	1,079,365	652,789	392,464	652,171	273,553	153,384	3,215,716
成長率	-10.46%	-9.31%	20.01%	46.98%	38.23%	614.74%	10.2%
9103	1,172,199	752,781	355,172	470,678	211,045	21,193	2,922,868
9203	1,123,431	705,493	427,697	653,089	289,737	163,751	3,406,181
成長率	-4.12%	-6.16%	20.49%	47.76%	35.36%	672.67%	16.3%
9109	1,118,055	691,317	321,756	463,484	215,913	21,771	2,832,356
9209	1,263,390	821,319	386,707	792,646	327,289	187,704	3,687,177
成長率	15.25%	19.34%	19.78%	71.02%	52.03%	657.76%	31.1%
9110	1,250,075	775,074	370,626	515,053	249,681	27,654	3,227,959
9210	1,569,261	925,273	597,854	850,268	388,637	213,163	4,334,456
成長率	25.53%	19.35%	61.30%	71.52%	55.65%	670.92%	40.4%
9111	1,278,623	755,211	333,216	513,343	257,185	33,470	3,219,459
9211	1,349,541	859,029	564,619	850,290	364,461	192,897	4,165,843
成長率	5.55%	13.16%	67.41%	65.64%	41.71%	443.71%	29.6%
9112	1,509,729	811,355	385,557	349,765	276,114	59,768	3,442,288
9212	1,748,177	1,057,213	729,247	1,073,840	472,351	245,787	5,327,621
成長率	15.83%	30.30%	88.14%	303.33%	71.07%	381.23%	54.7%
合計9107-9112	7,473,577	4,459,468	2,166,831	2,859,714	1,410,248	181,592	18,353,500
合計9207-9212	8,050,323	4,928,107	3,193,537	4,975,290	2,116,029	1,158,713	24,558,010
成長率	8.75%	11.83%	51.81%	68.16%	50.63%	538.03%	32.1%
92/7-12各分局 占率	32.07%	20.37%	13.04%	20.26%	8.62%	4.72%	103.00%

備註：1. 藥局申報件數資料來源：截至93.07.05申報總表處理後  
 2. 成長率係與上平均期比較。  
 3. 9207-9208成長率正負數係因SUSIS系統之故。  
 4. 發表日期：93.07.14

表七、藥局申報件數統計表---分局別

Year-Month	慢性病處方箋總案數	藥局申報件數總數	慢箋比率
9107	214651	2917337	0.073578
9108	222938	2927668	0.076149
9109	225512	2837896	0.079465
9110	260536	3227932	0.080713
9111	260465	3213439	0.081055
9112	282494	3442288	0.082066
全國總數	1466596	18566560	

表八、慢性病處方箋之總案數、藥局申報總件數及其比率

慢箋比率的平均值為 0.078837，Max 0.082066，Min 0.073578

92 年月份	1	2	3	4	5	6
慢箋開立比率	00.92%	1.29%	01.57%	2.16%	12.94%	12.14%

92 年月份	7	8	9	10	11	12
慢箋開立比率	6.16%	5.63%	3.48%	6.26%	3.88%	5.29%

表九、某區域醫院慢性病處方箋 92 年每月開立比率，其中 5 月及 6 月受 SARS 影響，因而開立比率大增。扣除此二個月份影響後之慢性病開立比率：average 3.67%，Median 3.68%，Max 6.26%，Min 0.92%

門住診別		門診			住診			合計		
年	月	藥費 (百萬)	每件藥費	藥費 佔率	藥費 (百萬)	每件藥費	藥費 佔率	藥費 (百萬)	每件藥費	藥費 佔率
88年	1-12月 小計	9,380	249.9	29.1%	2,476	2,950.3	12.8%	11,856	308.9	23.0%
89年	1-12月 小計	9,150	254.6	29.1%	2,342	2,901.3	12.2%	11,492	312.8	22.7%
90年	1-12月 小計	9,079	256.0	28.1%	2,330	2,827.8	11.2%	11,409	314.4	21.5%
91年	1-12月 小計	9,601	270.4	28.4%	2,556	3025.2	11.0%	12,157	333.1	21.4%
92年	1-3月	2,455	286.8	29.2%	653	3361.0	11.4%	3,108	355.1	21.9%
	成長率	5.3%	3.9%	0.7%	2.6%	9.2%	-0.1%	4.7%	3.5%	0.9%
	4-6月	2,279	314.3	29.0%	614	3522.3	10.2%	2,894	389.7	20.9%
	成長率	-9.5%	15.1%	1.8%	-9.8%	14.3%	-9.0%	-9.6%	15.0%	-2.8%
	7-9月	2,355	281.6	26.8%	625	3291.7	9.9%	2,981	348.5	19.7%
	成長率	1.9%	6.4%	-3.4%	2.3%	9.8%	-9.1%	2.0%	6.6%	-5.9%
	10-12月	2,687	304.1	28.9%	665	3495.3	10.1%	3,352	371.4	21.1%
	成長率	9.8%	8.1%	-0.2%	5.8%	8.5%	-6.3%	9.0%	7.4%	-2.0%
92年	1-12月 小計	9,778	296.1	28.4%	2,561	3411.7	10.4%	12,339	365.4	20.9%
93年	1-3月	2,727	321.5	30.0%	713	3788.4	10.7%	3,440	396.9	21.9%
	成長率	11.0%	12.1%	2.9%	9.1%	12.7%	-5.6%	10.6%	11.8%	-0.4%
	4-6月	2,824	318.2	29.4%	759	3882.9	10.5%	3,583	395.0	21.3%
	成長率	23.9%	1.2%	1.4%	23.4%	10.6%	3.0%	23.8%	1.3%	2.2%

3. 資料來源：全民健康保險申報費用明細檔

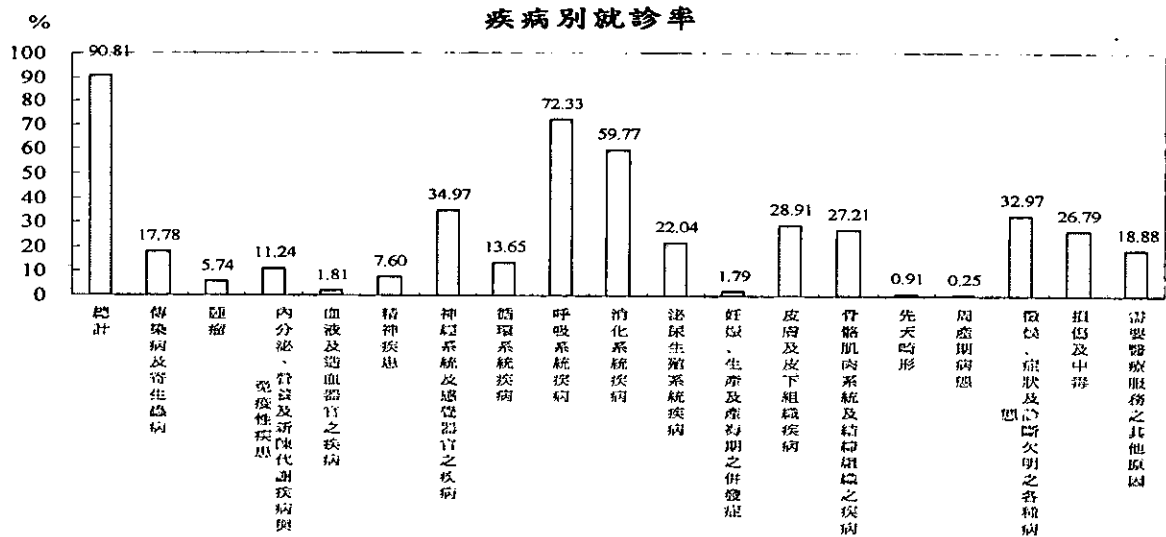
4. 資料截止日期：93年7月4日

表十、全民健康保險藥費佔率申報統計表

	總計	百分比 %	年成長率
總計	617,274	100.00	4.96
	100.00		0.00
1. 一般行政	14,975	2.43	-7.55
2. 公共衛生	21,437	3.47	3.40
衛生行政	18,490	3.00	5.82
研究推廣	2,946	0.48	8.07
衛生所	540	0.09	1.30
3. 個人醫療	549,237	88.98	4.87
醫院	246,410	39.92	1.06
住院	131,520	21.31	0.45
藥費	19,061	3.09	-0.26
其他	112,459	18.22	0.57
門診	114,889	18.61	1.76
藥費	44,362	7.19	4.47
其他	70,527	11.43	0.12
診所	188,017	30.46	4.16
西醫	111,246	18.02	2.81
藥費	20,887	3.38	-5.04
其他	90,359	14.64	4.81
中醫	20,108	3.26	4.87
藥費	5,064	0.82	5.31
其他	15,044	2.44	4.72
牙醫	56,663	9.18	6.67
藥費	20	0.00	-33.69
其他	56,643	9.18	6.69
其他專業機構	32,072	5.20	14.16
醫藥用品支出	66,110	10.71	18.78
醫療用具設備及器材	16,628	2.69	6.17
4. 資本形成	31,626	5.12	15.20

表十一、民國九十二年國民醫療保健支出財源及配置表

單位：新臺幣百萬元、%



民國九十一年門診人數統計—按疾病別及院所別分

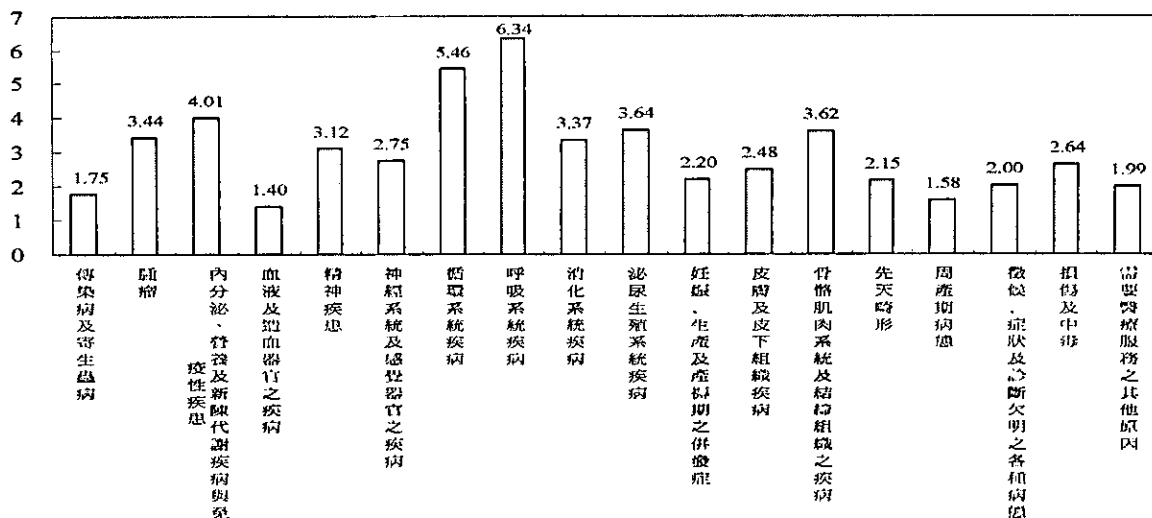
單位：人數

疾病別	門診人數								診所合計
	總計	醫院合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科醫院	非評鑑西醫院	非評鑑中醫院	
總計	20,399,283	12,504,616	4,624,081	5,635,352	5,770,424	92,521	1,073,368	553,086	19,326,811
I 傳染病及寄生蟲病	3,993,358	1,332,535	379,779	487,687	465,615	1,159	59,491	2,803	2,932,903
II 腫瘤	1,288,951	1,084,420	531,168	400,326	235,247	165	30,835	1,933	271,976
III 內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	2,524,759	1,877,925	678,082	722,250	582,788	4,211	100,717	14,027	921,835
IV 血液及造血器官之疾病	406,339	303,689	113,165	105,684	84,760	646	11,607	1,401	112,860
V 精神疾患	1,706,526	1,282,873	479,156	481,517	333,077	76,408	46,757	4,951	543,549
VI 神經系統及感覺器官之疾病	7,856,253	2,805,601	947,449	1,035,813	947,402	8,930	160,336	24,429	6,132,795
VII 循環系統疾病	3,065,580	2,293,190	853,918	911,843	739,962	7,229	128,787	14,218	1,230,856
VIII 呼吸系統疾病	16,247,596	4,761,633	1,153,079	1,624,369	2,151,031	10,396	377,062	124,801	15,101,167
IX 消化系統疾病	13,426,627	4,652,911	1,308,916	1,780,426	1,798,912	15,502	286,375	76,626	11,520,165
X 泌尿生殖系統疾病	4,950,688	2,970,860	899,224	1,221,009	1,060,651	1,695	181,149	51,849	2,902,984
XI 妊娠、生產及產褥期之併發症	401,641	220,827	60,674	72,354	92,791	12	15,412	1,172	233,370
XII 皮膚及皮下組織疾病	6,494,969	2,148,131	587,765	773,685	806,895	3,072	113,473	27,552	5,118,894
XIII 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	6,112,867	3,301,573	936,305	1,193,032	1,374,549	6,393	220,008	153,530	4,072,514
XIV 先天畸形	204,121	173,170	101,246	50,091	25,985	44	3,228	328	32,817
XV 周產期病態	55,054	46,030	16,424	16,600	12,890	-	1,056	3	9,336
XVI 徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	7,407,156	3,509,256	870,229	1,175,603	1,482,640	4,869	247,634	107,932	5,057,813
XVII 損傷及中毒	6,017,456	2,481,770	374,020	730,268	1,231,561	2,338	173,653	202,595	4,329,565
XVIII 需要醫療服務之其他原因 (V分類)	4,240,887	2,584,855	690,600	1,068,599	964,378	6,283	123,041	5	2,218,295
不詳	46,906	17,671	4,355	2,514	9,134	10	1,721	26	29,385

表十二、門診人次按西、牙、中醫門診疾病別與院所別分及西醫門診人次按疾病別、性別與年齡別分



疾病別平均就診次數



民國九十一年門診人次統計—按疾病別及院所別分

單位：千人次

疾病別	門診人次								
	總計	醫院合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	其他	診所合計	西、牙醫診所	中醫診所
總計	311,916	97,511	29,656	31,936	29,143	6,777	213,885	188,824	25,060
I 傳染病及寄生蟲病	6,990	2,111	660	740	628	84	4,879	4,771	108
II 腫瘤	4,431	4,038	2,332	1,175	467	64	388	342	46
III 內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	10,137	7,305	2,975	2,373	1,660	296	2,827	2,597	230
IV 血液及造血器官之疾病	570	443	232	129	68	13	126	89	37
V 精神疾患	5,318	3,992	1,438	1,349	523	682	1,302	1,189	113
VI 神經系統及感覺器官之疾病	21,627	7,377	2,691	2,372	1,966	348	14,244	13,718	526
VII 循環系統疾病	16,746	11,770	4,246	4,223	2,850	451	4,923	4,560	363
VIII 呼吸系統疾病	102,957	12,815	2,587	3,946	5,139	1,142	90,137	84,495	5,642
IX 消化系統疾病	45,250	9,835	2,995	3,610	2,625	605	35,414	32,823	2,591
X 泌尿生殖系統疾病	17,999	8,992	2,667	3,200	2,562	563	8,949	7,371	1,578
XI 妊娠、生產及產褥期之併發症	882	437	111	122	178	27	445	405	40
XII 皮膚及皮下組織疾病	16,136	3,935	1,085	1,278	1,332	240	12,200	11,427	773
XIII 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	22,104	9,333	2,438	2,770	3,299	826	12,770	8,646	4,124
XIV 先天畸形	440	379	248	88	37	7	60	29	31
XV 周產期病態	87	69	30	22	16	1	17	17	0
XVI 徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	14,838	4,018	1,071	1,240	1,268	438	10,819	6,729	4,090
XVII 損傷及中毒	15,878	5,862	787	1,484	2,824	768	10,010	5,247	4,762
XVIII 需要醫療服務之其他原因 (V分類)	8,429	4,588	1,034	1,702	1,646	207	3,726	3,725	0
不詳	1,098	210	29	113	53	15	649	643	6

表十三、各種疾病重複就診次數

民國九十一年西醫門診費用統計—按疾病別、性別及年齡別分

單位：百萬點數

疾病別	西醫門診費用(點數)						
	總計			0-14歲	15-44歲	45-64歲	65歲以上
		男	女				
總計	189,931	90,593	98,187	23,579	52,712	59,023	54,617
I 傳染病及寄生蟲病	3,734	1,948	1,752	646	1,524	918	646
II 腫瘤	10,522	5,147	5,330	184	2,557	4,321	3,460
III 內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	12,502	6,083	6,392	346	2,000	5,426	4,730
IV 血液及造血器官之疾病	1,303	902	398	230	711	214	148
V 精神疾患	6,995	3,359	3,605	598	3,065	1,927	1,405
VI 神經系統及感覺器官之疾病	14,332	6,712	7,561	2,377	3,240	3,431	5,284
VII 循環系統疾病	23,162	12,302	10,814	93	1,889	8,645	12,536
VIII 呼吸系統疾病	35,574	17,646	17,677	14,406	11,303	5,640	4,224
IX 消化系統疾病	11,446	6,139	5,230	1,183	3,735	3,738	2,791
X 泌尿生殖系統疾病	32,367	13,697	18,506	256	8,719	13,730	9,662
XI 妊娠、生產及產褥期之併發症	587	6	548	4	573	7	3
XII 皮膚及皮下組織疾病	6,246	3,040	3,134	833	3,107	1,312	994
XIII 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	14,424	5,982	8,361	190	3,562	5,339	5,332
XIV 先天畸形	682	316	364	461	121	61	40
XV 周產期病態	39	21	18	35	3	1	1
XVI 徵候、症狀及診斷欠明之各種病態	5,391	2,282	3,050	729	1,847	1,494	1,320
XVII 損傷及中毒	6,444	3,558	2,805	699	2,883	1,690	1,172
XVIII 需要醫療服務之其他原因 (V分類)	3,608	1,114	2,411	250	1,553	999	806
不詳	573	339	229	60	320	131	62

表十四、西醫門診疾病別醫療費用統計

參、 附錄：研究調查問卷、法規及其他重要資料均應列為成果報告  
附錄