

立法院第 9 屆第 3 會期社會福利及衛生環境委員會

第 25 次全體委員會議

「健保審查透明化與標準明確化(如具名審查、
審查標準之一致與可預見),
及回推放大核刪妥當性之檢討」及
「全民健康保險法部分條文修正草案」
書面報告



報告機關：衛生福利部

中華民國 106 年 5 月 18 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 9 屆第 3 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 25 次全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。

今日承 貴委員會邀請報告關於「健保審查透明化與標準明確化，及回推放大核刪妥當性之檢討」及就李彥秀委員等 20 人所提「全民健康保險法部分條文修正草案」、黃昭順委員等 16 人所提「全民健康保險法增訂第十三條之一條文草案」及高志鵬委員等 21 人所提「全民健康保險法第九條及第一百零四條條文修正草案」，提出本部意見，敬請各位委員不吝指教。

壹、有關「健保審查透明化與標準明確化，及回推放大核刪妥當性之檢討」

一、前言

(一)健保審查透明化與標準明確化部分

健保開辦 21 年來，為使醫療資源合理使用，依法進行專業審查，審查完畢後審查醫藥專家需於所審畢的案件上以代號簽名，但不對外公開，並設有申復與爭議審議等救濟機制，惟仍迭有專業見解差異而引發爭議與公開具名以示負責之訴求。為回應此訴求，本部中央健康保險署(以下簡稱健保署)自 105 年 10 月起實施「醫院總額醫療費用專業雙審及公開具名試辦

方案(以下簡稱試辦方案)」，將醫院總額全體科別費用案件核減結果由 1 人意見改為 2 人共識，且對其中小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科及精神科等 6 個公開具名科別之有核減費用案件，於核減清單中呈現審查醫藥專家姓名，期望達到「減少個人專業見解差異，提升醫療費用核減合理性」之目的。

在新增公開具名試辦科別部分，泌尿科專科醫學會於 105 年 9 月告知健保署願意參與公開具名試辦方案，該學會已自 106 年第 1 季起加入試辦，而試辦科別也由試辦初期之 6 科擴增為 7 科。

試辦方案實施 1 季後，105 第 3 季費用申報與審查結果和去年同期相較，有「申報醫療費用點數變動率大於 5%」及「樣本專審初核減率變動率大於 10%」等 2 項符合調整條件，為維持本方案實施之目的，故調整專業雙審之作業方式，並自 106 年 1 月起實施，將原「有核減案件均需雙審，第 2 審醫師對第 1 審核減結果有共識部分方進行核減」之作業方式調整為「符合特定情況之案件得進行雙審，第 2 審醫師可參考第 1 審醫師意見審查，最後以第 2 審醫師的審查結果作為核減結果為原則，必要時得召開共同審查會」。

另為減少審查認知差距，健保署持續訂定全民健康保險醫療費用審查注意事項，就現有支付規定，如全民健康保險醫

療服務(藥物)給付項目及支付標準之規定等，予以補充解釋或說明。為進行審查改革，健保署促請各專科醫學會與公協會，將其內部共識與潛規則，經專業討論後提列於醫療費用審查注意事項，且朝向醫療專業常見治療模式或手術為主題，採邏輯性編排建立審查指引，並比照藥品給付規定進行編碼，以利資訊化勾稽，提供審查醫師參考。健保支付標準與審查注意事項等各類規定，均公布於健保署官網，供各界查詢。

(二)回推放大核刪妥當性之檢討部分

為使醫療資源合理使用，醫療院所申報之醫療費用案件，健保署得進行相關審查，對於不適當或不必要的醫療處置進行核減。審查的主要方式為利用電腦的程序審查與抽樣調閱病歷由審查醫藥專家專業認定之專業審查。

現行抽樣方式分為「隨機抽樣」及「立意抽樣」，隨機抽樣若經專業審查認定有不符給付條件、不適當或非必要之醫療服務案件，對於有核減的案件經處理減少極端值影響後，計算「樣本費用核減率」，依統計學原理將「樣本費用核減率」以「等比例回推」方式計算需核減的申報點數。立意抽樣則依特定條件抽審，核刪結果不回推。

隨機抽樣審查雖有統計學理上由樣本點數核減率回推之概念，而且此種作業模式，通常用於醫療申報量較高的情況，大部分的醫療院所並非每個月份皆需要隨機抽樣病歷審查，然

而，若被抽審回推後之總核減點數較高，迭有醫療院所及第一線醫事人員認有不合理之爭議。

二、目前辦理情形

(一)試辦方案實施 2 季後，已達到下列目的

1、減少個人專業見解差異

(1)樣本專審初核核減件數占率：實施前同期約 18%降為實施後 9%~13%。

(2)樣本專審申復件數占率：實施前同期 69%~74%降為實施後 65%(105Q3)。

2、核減結果透明化

(1)核減案件之核減清單中，已呈現審查醫藥專家姓名。

(2) 「健保醫療資訊溝通(VPN)平台」於 106 年 3 月 31 日上線，讓申報醫師得就審查案件與審查醫師專業交流。

(二)健保審查重點在於使費用支付合理，而非作為控管總額點值之倚賴工具

主要影響點值的因素為「醫療費用申報」與「總額預算額度」。鑑於醫療決策權主要在醫師，希望醫界在前端節流，減少不必要的檢驗、檢查與用藥。

(三)健保審查改革措施經討論後，已獲得各專科醫學會、醫師公會

全聯會、醫院協會及醫勞盟等單位共識

健保署於 106 年 4 月 25 日會議邀請本部、健保會、立法院衛環委員會各委員國會辦公室、各專科醫學會、醫師公會全聯會、醫院協會、醫勞盟等單位與會討論試辦方案執行結果及未來政策方向建議，會中已達成下列共識：

- 1、現行公開具名 7 科(小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科及泌尿科)，將依其願公開具名人數及試辦方案之調整條件，公告無法繼續辦理核減個案公開具名審查之分區及科別(註：健保署已於 106 年 5 月 10 日完成公告)。
- 2、對於特定案件採專業雙審，因可達到減少專業見解差異，故繼續辦理。
- 3、對於醫院總額公開整體審查醫藥專家名單部分，將於完成相關姓名公開意願徵詢及行政作業程序後於「健保醫療資訊溝通(VPN)平台」公開，給所有第一線醫師知悉。

(四)已完成泌尿科審查注意事項改版修訂及公告，並將公告內容作為主題範本提供各專科醫學會、公協會參考，以利其他科別比照此模式辦理。

(五)醫界對隨機審查核減點數計算方式意見紛歧，尚待繼續討論
健保署為避免現行抽樣審查及回推作業對特約醫事服務機構產生過度或不確定性之財務衝擊，影響適當醫療服務之提

供，擬將原以「樣本費用核減率」「等比例回推」方式，改採「樣本費用核減點數」加計若干倍數後來計算核減點數。為妥適處理此議題，健保署已與各專科醫學會及總額公協會召開 2 次會議共同研商。

健保署依第 2 次會議結論，於 105 年 12 月對各專科醫學會及總額公協會進行隨機抽樣核減點數計算方式之意見調查，經統計，11 個單位選擇「加計固定倍數」之核減方案、7 個單位選擇「擴大極端值計算比例/搭配分類回推」之核減方案、9 個單位尚未決定或無意見。

三、未來工作重點

(一)請各專科醫學會及公協會持續共同參與下列健保審查改革措施，以營造良好健保醫療環境。

- 1、持續修訂審查注意事項，將朝向以醫療專業常見治療模式或手術為主題。
- 2、蒐集爭議案例，請專科醫學會進行討論。
- 3、訂定審查指標，邁向精準審查。
- 4、擴增程序審查指標，擴充醫令自動化審查邏輯，及檔案分析審查異常不予支付指標。

(二)持續觀察各總額部門之點值變動狀況、蒐集醫界對於隨機抽樣核減點數計算方式調整之意見，並分析不同作業方式對特約醫事機構及健保署的影響，以為後續整體評估。

(三)希望醫界可以幫忙在前端節流，例如：於診療時查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，以減少不必要或重複的檢驗、檢查及用藥項目，使有限的健保資源可以發揮最大效用。

貳、有關委員所提「全民健康保險法部分條文修正草案」本部立場

一、有關李彥秀委員等 20 人所提全民健康保險法(下稱健保法)第 6 條條文修正草案：

本部為保障民眾知的權利，多年來已在符合法律規範的前提下，透過網路登載或編印出版品等方式，公開爭議審議結果及爭議審議案例。本案尊重委員修法提案，並俟修正法案通過後，持續就個人、法人或團體資料以代碼、匿名、隱藏部分資料或其他方式，達無從辨識該特定人之程度後，以適當方式公開全民健保爭議審議案件審議結果。

二、有關高志鵬委員等 21 人所提增訂健保法第 9 條第 3 款，使在臺灣地區出生並領有居留證明文件之外籍新生嬰兒，與在臺灣地區出生之我國籍新生嬰兒之納保時點一致，均能自出生之日起參加全民健保：

考量本國籍在臺出生之新生嬰兒並無等待期之限制，且外籍新生嬰兒並無帶病投保之疑慮，自不因其未具有我國國籍，

導致須受 6 個月等待期限限制之差別待遇，委員所提修正案，本部敬表同意。

三、有關黃昭順委員等 16 人提案，將現行全民健保之停保規定提高法位階於母法之中，增訂健保法第 13 條之 1 條文，並刪除旅外國人停保之規定：

全民健保相關停保規範，屬於人民權利義務事項，應於健保法中規定，但預定出國 6 個月以上之保險對象，考量其出國事由、就醫可近性，均排除辦理停保亦有不妥，建議政府駐外人員及遠洋漁船船員仍可辦理停保。

四、有關李彥秀委員等 20 人所提健保法第 95 條條文修正草案，全面放寬健保代位求償對象之限制：

(一) 健保法第 1 條已明定：「本保險為強制性之社會保險」，學理上與商業保險完全不同，其相異之處，譬如社會保險重在增進社會安全，不同於商業保險以追求利潤為重；社會保險講求量能付費，不同於商業保險依風險計費；社會保險之給付一視同仁，不同於商業保險依其保費高低而有所差異；社會保險多為強制保險，不同於商業保險由民眾自由投保；社會保險對於合乎保險資格一律納保，不同於商業保險視其風險得以拒保；且

保險法第 174 條亦明定：「社會保險另以法律定之」。可見社會保險與商業保險不適用相同法理或規定。

(二)有關於全民健保、職業災害保險、強制汽車責任保險(下稱強制車險)等強制性保險，因其保險給付均包含醫療給付，健保立法之初，即採墊付返還之法律關係予以規範，本部迄今亦採此見解，若有其他解釋歧見，行政院亦在研議統一見解中。若採委員所主張之「代位求償」法理進行修正，本部健保署向強制車險保險人請求醫療費用時，強制車險保險人將主張依保險對象之肇責比例酌減請求金額，與保險對象逕向強制車險保險人請求時，無須依肇責比例酌減之情形，顯有不合理之情形；若依肇責比例求償，健保署每年向強制車險保險人請求之費用，預估每年可能減少新臺幣(以下同)6.7 億元。

(三)縱使委員提案授權主管機關訂定相關求償之辦法，但參考 94 年以來辦理公共安全事故、其他重大交通事故、公害或食品中毒事件之經驗，代位求償之進行，不僅健保署須投入相當人力與行政作業成本，釐清因果關係及責任歸屬，更常須逐案透過訴訟程序執行求償，案件判決確定，曠日廢時，第三人常有脫產或無財產可執行之情況，前述事故(件)自 94 年 5 月辦理迄

今，代位求償獲償金額約 2,200 萬元，本件提案所欲達成有利健保財務之效果，顯然有限。

參、結語

健保審查制度要與時俱進，讓科學數字說話。試辦方案經過大家理性的討論後，對於後續的作法已達成「依試辦方案調整條件及願意具名醫師人數，公告無法繼續辦理公開具名審查之分區及科別」及「於完成徵詢醫院總額審查醫藥專家意願作業後，於健保醫療資訊溝通(VPN)平台上公開審查醫藥專家名單，給所有第一線醫師知悉」之共識。

健保審查制度也要公開透明討論，包括「審查標準如何訂」、「專業間如何建立共識」及「隨機抽樣核減計算公式如何調整」等。健保各總額專業審查均委由專業團體承作，因此本部健保署會持續與醫界各單位共同檢視，讓健保審查制度更好。

本部承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律案及相關業務之推動，有極大之助益，本人在此敬致謝忱。尚祈 各位委員，繼續給予支持。

以上報告，敬請主席及各位委員指教，謝謝。