

全民健康保險醫院總額醫療費用案件

「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果說明

健保署，1061117

一、實施歷程

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」等双重救濟機制，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，本署自 105 年 10 月起實施「專業雙審及公開具名試辦方案」，以醫院總額醫療費用為範圍，在「專業雙審的部分」將全體科別費用案件核減結果由 1 人意見改為 2 人共識；在「公開具名審查」的部分，則對小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科及精神科等 6 個科別有核減費用之案件，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，105Q3 費用案件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%(整體增加 6.47%、門診增加 6.64%、住診增加 6.26%)」及「樣本專審初核減率變動率大於 10%(整體初核減率降低 77.78%、樣本專審初核減率減少 48.08%)」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」。

另於實施第 2 季後，105Q4 費用案件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%(整體增加 6.29%、門診增加 6.81%、住診增加 5.48%)」、「預估浮動點值變動率大於 5%(減少 5.01%)」及「樣本專審初核減率變動率大於 10%(整體初核減率降低 47.83%、樣本專審初核減

率減少 44.55%)」等 3 項符合調整條件，故本署於 106 年 4 月 25 日召開「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果討論會議，並確認本方案後續執行方式。

二、試辦方案實施 4 季後，已達到下列目的：

(一)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 19.3%(105Q2)降為實施後 14.3%(106Q2)~18.8(105Q4)。
- 2.樣本專審申復件數占率：實施前同期 67.2%(105Q2)降為實施後 47.2%(106Q2)~63.5%(105Q4)。

(二)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。
- 3.醫院總額部門整體審查醫藥專家名單，已依審查醫藥專家之意願，公布於「健保資訊網服務系統(VPN)」，以供第一線臨床醫師查詢。

三、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：

(一)主要影響點值的因素為「醫療費用申報」與「總額預算額度」。

(二)由歷年的醫院總額申報點數資料可得知，醫院在檢驗、檢查及藥費的成長率均高於診察費成長率，因此使醫師的診療報酬無法合理化，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，本署在後端審查作業時會偏重立意審查，使有限的健保資源可以發揮最大效用。

四、106 年 4 月 25 日召開試辦方案討論會議結論

(一)當日會議邀請衛生福利部、健保會、立法委員國會辦公室、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。

(二)會議結論如下：

- 1.請公開具名 7 科(小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科及泌尿科)醫學會於 106 年 4 月 30 日前，提供足額且已簽立願意具名同意

書之審查醫藥專家名單，後續由本署依其願公開具名人數及試辦方案之調整條件，公告難以繼續辦理於核減個案公開具名審查之分區及科別。

- 2.對於專業雙審部分，因可達到減少專業見解差異目的，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。
- 4.請各專科醫學會及公協會共同參與本署所規劃各項健保審查改革措施，以營造良好健保醫療環境。各項審查改革措施如下：

(1)修訂審查注意事項

未來審查注意事項的修訂，將朝向以醫療專業常見治療模式或手術為主題，採邏輯性編排，來建立審查指引，並比照藥品給付規定進行編碼，以利資訊化勾稽及提供予審查醫藥專家參考，並業以泌尿科之公告內容作為主題範本提供予各專科醫學會、公協會參考，以利各科別比照此模式辦理。

(2)蒐集爭議案例，請專科醫學會進行討論

除蒐集審畢評量之審查意見不一致案例外，也將蒐集全民健康保險爭議審議會撤銷之案例，並邀集專科醫學會討論，以為修訂審查注意事項之參考，及使審查醫藥專家進行審查時有所依循。

(3)訂定審查指標，邁向精準審查

為持續精進審查效率，並節省特約醫事機構的行政成本，將請醫療服務審查受託單位與專科醫學會研訂審查指標，使醫療費用案件審查模式由減少「隨機抽樣審查」，偏重「立意抽樣審查」方式，以朝「精準審查」方向邁進。

(4)擴增程序審查指標

為減少對個案的專業審查差異，將擴增醫令自動化審查邏輯，並請各總額公協會及專科醫學會提供可採閾值核扣的檔案分析審查異常不予支付指標，以提升審查效率。

六、試辦方案辦理至 106 年 10 月 31 日進度

(一)本署於 106 年 9 月 30 日健保審字第 1060036072 號及 106 年 5 月 10 日健保審字第 1060035304 號公告修訂「全民健康保險醫院總額醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦方案」公開具名審查各科別之不適用分區。

1.原試辦於核減個案公開具名之科別與分區，因有意願公開具名之審查醫藥專家人數已不足以於法定核定期限內完成該分區之審查業務，不適用於核減個案公開具名作業。

2.不適用科別及分區別如下：

兒科：臺北區、北區、中區、南區、高屏及東區。

泌尿科：北區、中區、及高屏。

耳鼻喉科：北區、南區、高屏及東區。

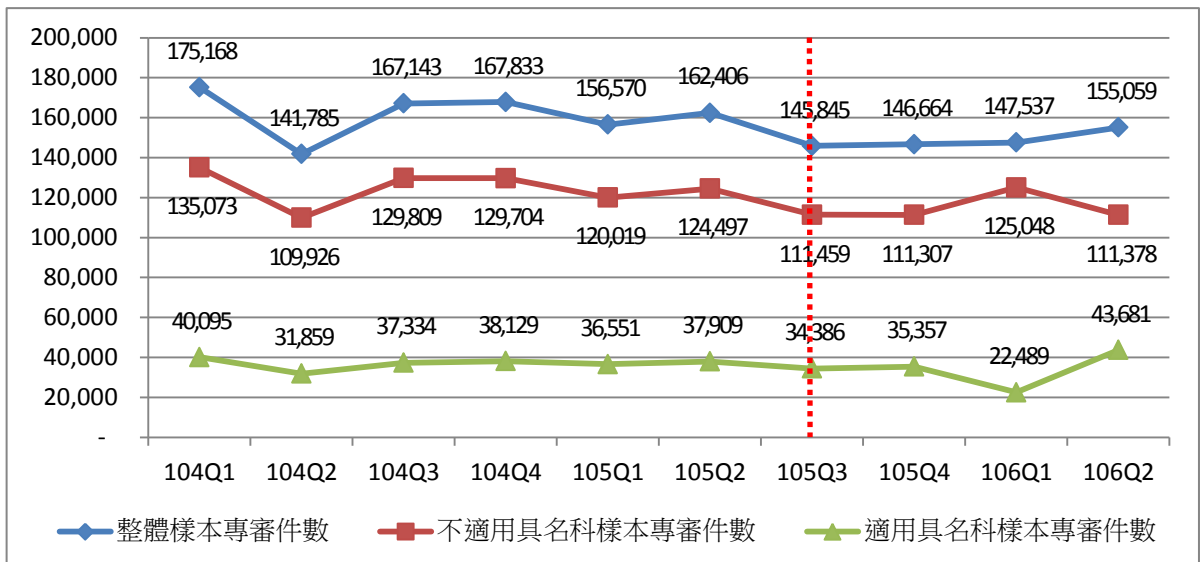
眼科：北區、中區、南區、高屏及東區。

神經科：中區、南區及東區。

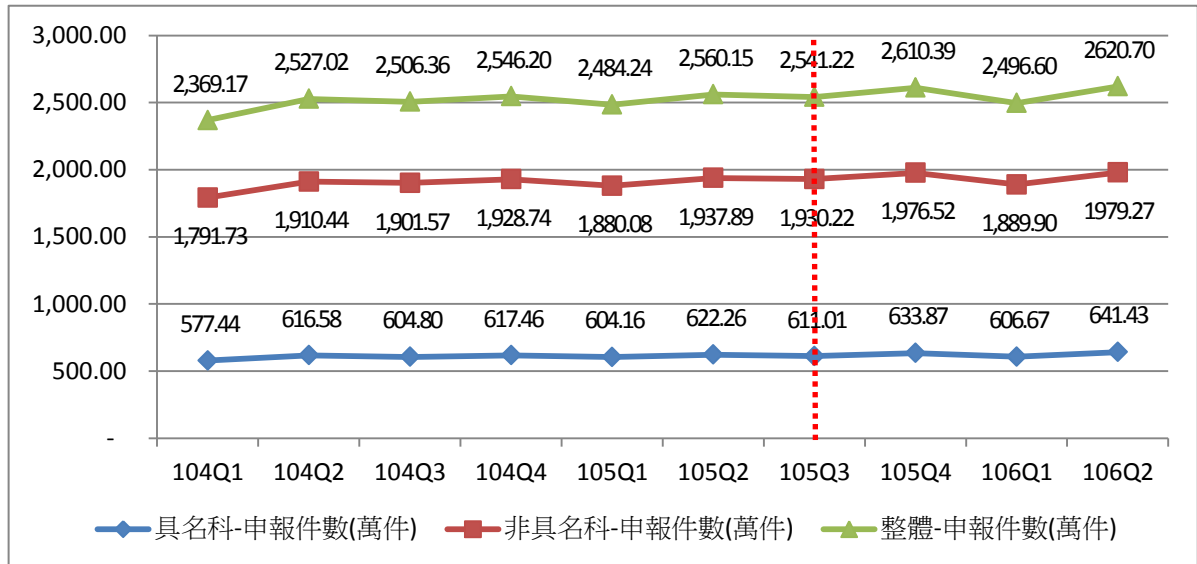
精神科：中區、南區及高屏。

(二)試辦方案執行數據

1.樣本專審件數：105Q3 至 106Q2，4 季合計(440,046 件)較去年同期(491,546 件)減少 10.48%；105Q3(145,845 件)較 104Q3 (167,143 件)減少 12.74%、105Q4(146,664 件)較 104Q4 (167,833 件)減少 12.61%、106Q1(147,537 件)較 105Q1 (156,570 件)減少 5.77%、106Q2(155,059 件)較 105Q2 (162,406 件)減少 4.52%。



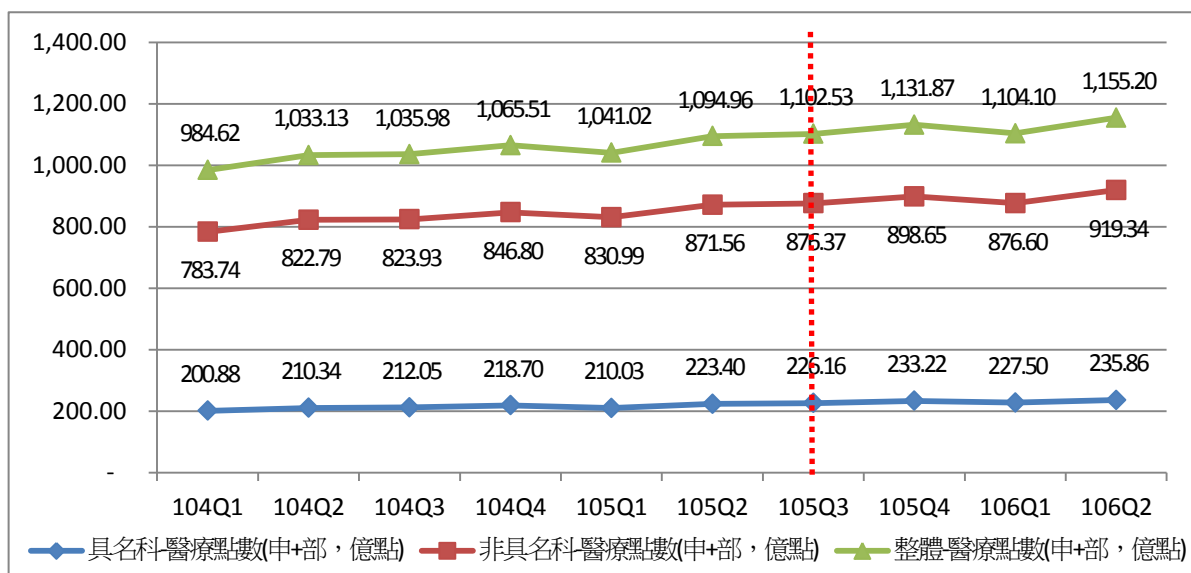
2.醫療費用申報件數：105Q3 至 106Q2，4 季合計(10,268.9 萬件)較去年同期(10,097 萬件)增加 1.70%；105Q3(2,541 萬件)較 104Q3 (2,506 萬件)成長 1.40%、105Q4(2,610 萬件)較 104Q4 (2,546 萬件)成長 2.51%、106Q1(2,496 萬件)較 105Q1 (2,484 萬件)成長 0.48%、106Q2(2,620 萬件)較 105Q2 (2,560 萬件)成長 2.37%。



*非具名科，4 季合計成長 1.67%、105Q3 較 104Q3 成長 1.47%、105Q4 較 104Q4 成長 2.49%、106Q1 較 105Q1 成長 0.48%、106Q2 較 105Q2 成長 2.14%。

*具名科，4 季合計成長 1.81%、105Q3 較 104Q3 成長 0.99%、105Q4 較 104Q4 成長 2.76%、106Q1 較 105Q1 成長 0.38%、106Q2 較 105Q2 成長 3.08%。

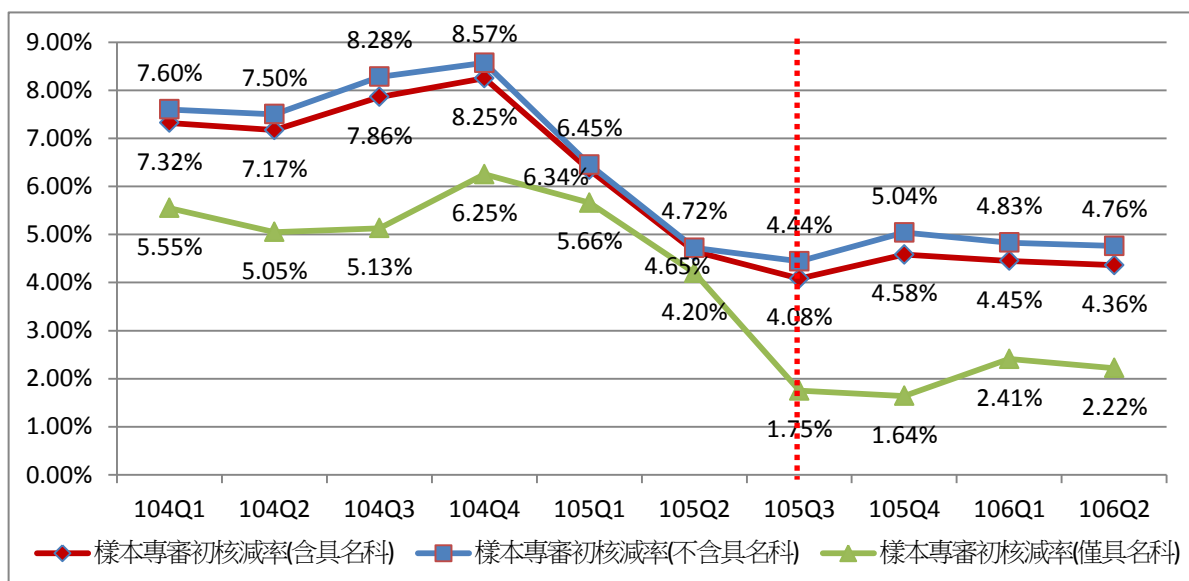
3.醫療費用申報點數：105Q3 至 106Q2，4 季合計(4,493.70 億點)較去年同期(4,237.47 億點)增加 6.05%；105Q3(1,103 億點)較 104Q3(1,036 億點)成長 6.47%、105Q4(1,132 億點)較 104Q4(1,065 億點)成長 6.29%、106Q1(1,103 億點)較 105Q1(1,041 億點)成長 5.96%、106Q2(1,155 億點)較 105Q2(1,095 億點)成長 5.50%。



*非具名科，4季合計成長 5.86%；、105Q3 較 104Q3 成長 6.31%、105Q4 較 104Q4 成長 6.14%、106Q1 較 105Q1 成長 5.4%、106Q2 較 105Q2 成長 5.48%。

*具名科，4季合計成長 6.78%、105Q3 較 104Q3 成長 6.6%、105Q4 較 104Q4 成長 6.39%、106Q1 較 105Q1 成長 8.19%、106Q2 較 105Q2 成長 5.58%。

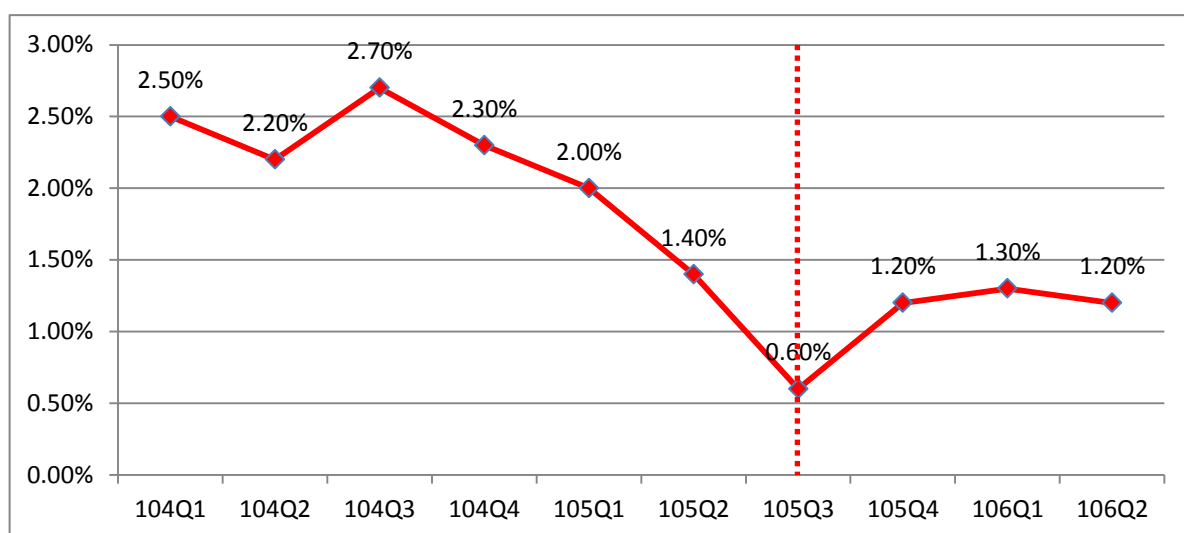
4-1.樣本專審初核減率：整體部分，105Q3(4.08%)較 104Q3(7.86%)減少 48.08%、105Q4(4.58%)較 104Q4(8.25%)減少 44.48%、106Q1(4.45%)較 105Q1(6.34%)減少 29.81%、106Q2(4.36%)較 105Q2(4.65%)減少 6.24%。



*非具名科,105Q3較104Q3減少46.43%、105Q4較104Q4減少41.19%、
106Q1較105Q1減少25.12%、106Q2較105Q2增加0.85%。

*具名科,105Q3較104Q3減少65.95%、105Q4較104Q4減少73.66%、
106Q1較105Q1減少57.42%、106Q2較105Q2減少47.14%。

4-2.整體初核減率：整體部分，105Q3(0.6%)較104Q3(2.7%)減少77.78%、
105Q4(1.2%)較104Q4(2.3%)減少47.83%、106Q1(1.30%)較
105Q1(2.00%)減少35%、106Q2(1.20%)較105Q2(1.40%)減少14%。

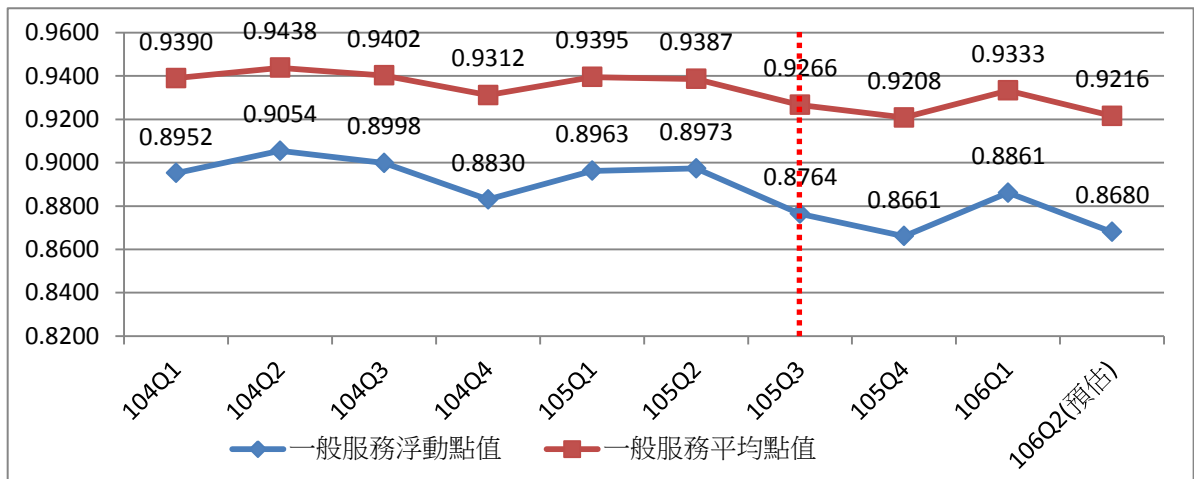


5-1 一般服務浮動點值

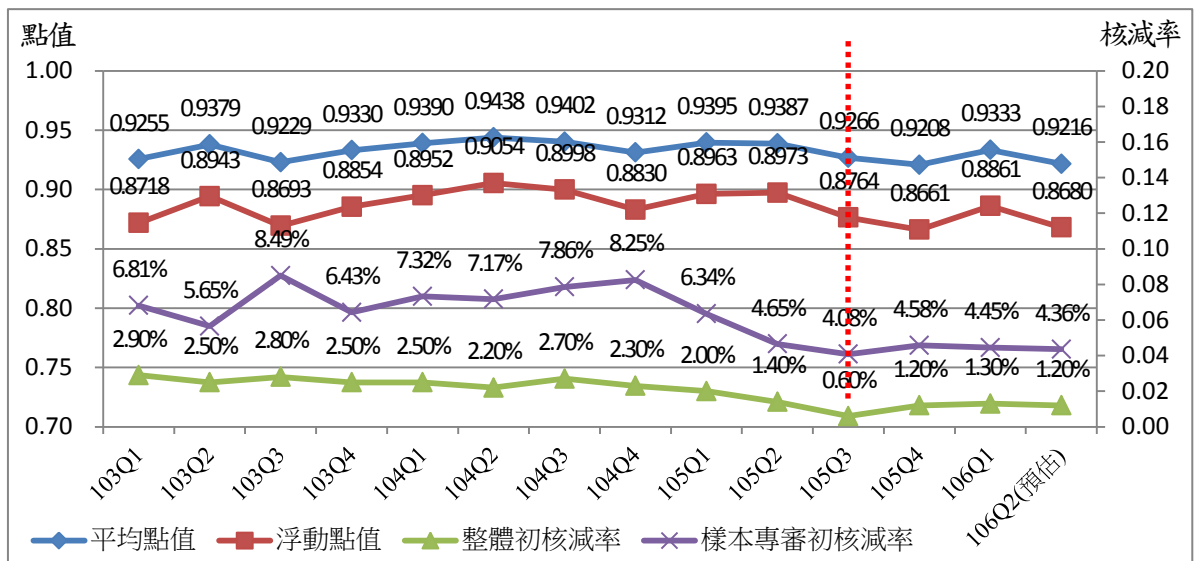
- (1)105Q3 浮動點值 0.8764；較104Q3(0.8998)減少2.60%。
- (2)105Q4 浮動點值 0.8661；較104Q4 (0.8830)減少1.91%。
- (3)106Q1 浮動點值 0.8861；較105Q1 (0.8963)減少1.14%。
- (4)106Q2 浮動點值(預估) 0.8680；較105Q2 (0.8973)減少3.26%。

5-2. 一般服務平均點值

- (1)105Q3 平均點值 0.9266；較104Q3(0.9402)減少1.45%。
- (2)105Q4 平均點值 0.9208；較104Q4 (0.9312)減少1.12%。
- (3)106Q1 平均點值 0.9333；較105Q1 (0.9395)減少0.66%。
- (4)106Q2 平均點值(預估) 0.9216；較105Q2 (0.9387)減少1.82%。

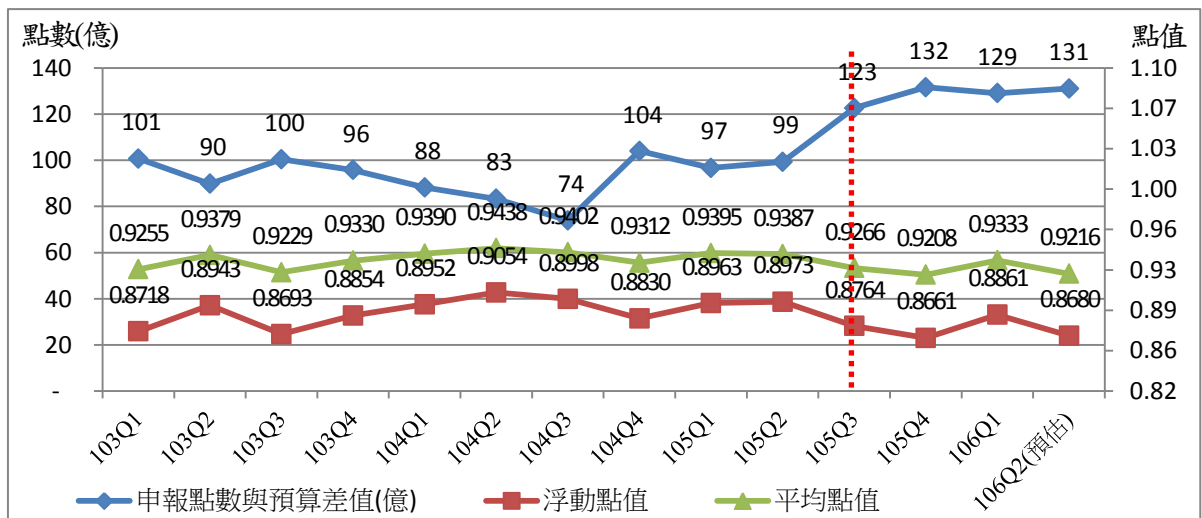


***核減率趨勢與點值趨勢並不一致**



註：經迴歸檢定，兩類點值(Y)分別對兩類核減率(X)之回歸檢定，其 p 值均大於 0.05，兩者無統計相關。

***申報與預算差值趨勢和點值趨勢相反**



註：經迴歸檢定，兩類點值(Y)分別對申報與預算差值(X)之回歸檢定，其 p 值均小於 0.05，兩者間有統計相關。

(三)醫院總額公開整體審查醫藥專家名單進度

- 1.本署依據106年4月25日召開「專業雙審及公開具名試辦方案執行結果」討論會議會議紀錄，請本署各分區業務組徵詢醫院總額部門現任審查醫藥專家同意團體姓名公開之意願。
- 2.為提升同意書簽立比率，本署已於106年6月14日有函請各專科醫學會，鼓勵現已受聘為審查醫藥專家之會員簽立同意書，惟各專科醫學會陸續啟動中，後續將由本署各分區業務組繼續徵詢尚未同意之審查醫藥專家的意願，對於有異動之名單，將彙整後按季公開。
- 3.醫院總額部門整體審查醫藥專家名單，已依審查醫藥專家之意願，公布於「健保資訊網服務系統(VPN)」，以供第一線臨床醫師查詢。整體同意比率為50.8%。

(四)審查注意事項修訂進度

- 1.為減少審查認知差距，本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。
- 2.為進行審查改革，本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。
- 3.本署已完成泌尿科、耳鼻喉科、婦產科及復健科審查注意事項改版修訂及公告，並已召開內科系及外科系之審查注意事項修訂專家討論會議，俟完成後續行政程序後即進行公告，合計完成10個專科別條文修訂。

(五)蒐集爭議案例，請專科醫學會進行討論

- 1.本署已收集106年3月審畢評量作業，經評量為意見不一致，且經評估需提請討論之爭議案例計9件，分屬4個就醫科別(胸腔內科、風濕免疫科、消化內科、血液腫瘤科)、2個專科醫學會(內科、外科)。
- 2.106年7月已辦理4場次經審畢評量後之健保爭議案例研討會，並參考

專科醫學會推薦之專家研討意見，研擬審查注意事項提案單或將其研討結論函送相關專科學會參考。

3.106年10月辦理1場次以病人歸戶之健保爭議案例研討會，對於專科醫學會推薦之專家研討結論將函送該學會參考。

(六)104年至106Q2醫院層級爭議審議案件數統計

本署自105年10月起實施「專業雙審及公開具名試辦方案」後，衛生福利部爭議審議會受理爭議案件數已逐季下降，其中106Q1及106Q2的爭議案件數相較去年同期分別減少29.17%及34.06%，代表本方案實施後，已確實有效降低審查爭議案件數。

期間	健保申請件數 (門診+住診)(A)	爭審件數 (B)	相較去年同期 爭審件數比較	爭審率 (B)/(A)
104全年	9,978萬9,000件	103,894	-	0.104%
105全年	1億197萬件	84,348	-18.81%	0.083%
105Q1	2,484萬3,000件	24,612	-	0.099%
105Q2	2,560萬1,000件	20,256	-	0.079%
105Q3	2,541萬4,000件	19,913	-	0.078%
105Q4	2,611萬2,000件	19,567	-	0.075%
105Q3~Q4	5,152萬6,000件	39,480	-	0.077%
106Q1	2,496萬6,000件	17,432	-29.17%	0.070%
106Q2	2,620萬7,000件	13,357	-34.06%	0.051%
106Q1~Q2	5,117萬3,000件	30,789	-31.38%	0.060%