

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部中央健康保險署。

貳、案由：衛生福利部（下稱衛福部）開辦全民健康保險（下稱健保）迄今已逾30年，然健保醫療服務給付項目及支付標準（下稱健保支付標準）仍存有處置與手術界定未妥、部分術式定義不清，抑或支付點數偏低之情形，負責規劃及執行健保業務之衛福部中央健康保險署（下稱健保署）多迨至相關學會、公會或醫療院所提案，或有異常申報紀錄始事後查核，致健保支付標準長期積弊未除，未能合理反映醫療成本及醫療專業價值，核有怠失，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

我國人口結構快速老化，慢性病及重症照護需求提升，加上新興藥品、特材及醫療服務項目之快速發展，醫療費用急遽成長，健保自民國（下同）84年開辦迄今，支出總額由1,573.6億元，至114年達8,385.4億元，金額龐大。健保支付標準涵蓋診療項目也自初期3千餘項，今已收載逾6千餘項，健保支付標準非僅為醫療服務之計價基準，更影響醫療資源配置及健康照護體系發展。為瞭解現行健保支付標準與臨床實務之切合度，及健保支付點數反映醫療專業、風險及人力投入之有效性，本院爰立案調查。

本案經向健保署及審計部調閱有關健保支付標準擬訂程序、健保總額分配及醫療科技評估（Health Technology Assessment，下稱HTA）機制等卷證資料¹，

¹審計部115年3月23日台審部三字第1150011247號函、衛福部115年4月17日衛授保字第

並於115年4月30日就健保給付制度及資源配置現況等情形，與健保署進行簡報座談²。最後根據上述所得資料，就制度面所涉問題，於115年5月28日詢問衛福部及健保署等機關業務主管及承辦人員³，並卷析115年6月11日健保署及衛福部國民健康署（下稱國健署）補充資料到院⁴，已調查完畢。

本案調查發現，囿於健保倉促開辦，初期逾3千項醫療費用支付標準尚未與醫界完成議定，致健保支付標準承襲「勞工保險診療費用支付標準表」（下稱勞保甲乙丙表），然該表不但未有成本分析基礎，甚有以各大醫院與原勞保局個別洽定之最低值作為標準沿用之情，且該表於增刪費用項目、調整給付涵蓋範圍乃至採用論量或定額支付方式皆缺乏客觀修正原則而備受批評，此均造就現行健保給付不合理之根源。嗣後健保署雖於90年起規劃導入支付標準資源基準相對評價表，然適用科別有限，終未能全盤檢討。又自84年3月健保開辦迄今，仍逾5百項診療項目支付標準從未調整，並存有處置與手術界定未妥、部分術式定義不清，抑或支付點數偏低之情形。就過往沿用勞保而既存之支付標準問題，健保署多迨至相關學會、公會或醫療院所提案，或有異常申報紀錄始事後查核，欠缺主動、全面性及系統性檢討作為，致健保支付標準積弊未除，未能合理反映醫療成本及醫療專業價值，核有怠失，應予糾正促其注意改善。茲臚列事實與理由如下：

- 一、醫療費用支付標準，係保險人為給付醫療院所及醫事人員所提供之服務，就各項醫療行為訂定不同給付準

1150104774號函及該部同年月21日同字第1150680853號函。

²衛福部115年4月24日衛授保字第1150680917號函。

³衛福部115年5月27日衛授保字第1150681111號函。

⁴健保署承辦人115年6月9日電子郵件寄送、國健署115年6月11日國健婦字第1150105011號函。

則而為支付依據。其訂定牽涉合理醫療服務成本、照護品質與量能、保險財務之收支平衡及醫療資源配置，尤為健康照護體系之核心制度。

我國健保於84年3月1日正式開辦，並為發揮保險之大數法則，採行強制納保制度，施行單一保險人制度，截至113年12月底止，全民健保特約醫療院所合計達2萬2,352家，占全國所有醫療院所總數91.01%。是以，我國醫療體系發展乃至各項醫療照護資源之分配，係與健保給付情形密切相關。

二、經查，健保整合既有勞工保險（下稱勞保）、公務人員暨其相關保險（下稱公保）等公辦醫療保險制度，惟因新制牽涉廣泛，至開辦前夕，包含資訊系統、特約規範及逾3千項醫療費用支付標準等行政配套均尚未整備完成。為避免制度延宕並確保醫療服務不中斷，醫療費用之申報與支付乃沿用原勞保所定之醫療費用支付標準，即勞保甲乙丙表。勞保未涵蓋項目則輔以公保給付內容；若皆無規定，則由原行政院衛生署中央健康保險局⁵（下稱原健保局）與醫界共同協議訂定。

三、惟查，勞保甲乙丙表受限於過往個別協商訂定之方式，致使長期缺乏客觀合理的成本分析基礎，部分項目更係以各級醫院最低值作為參考標準，未能真實反映服務項目之醫療資源實際耗用量。又其協商議定之形式，不但易有人為操作之可能，亦影響醫療資源分配之合理性。且勞保支付標準於增刪費用項目、調整給付涵蓋範圍及採用論量或定額支付方式皆缺乏一致且客觀之修正原則，均讓勞保甲乙丙表備受批評：

（一）勞保甲乙丙表，合計收載3千餘診療項目，各項支

⁵行政院衛生署中央健康保險局於102年7月23日改制為健保署，下同。

付標準訂定，係參考歷年各醫療院所申報資料，並依器官部位分類。囿於同級醫療院所間申報價格差異甚大，故以同級醫院最低申報價格作為訂價基礎，如遇有不同意見，再由原行政院勞工委員會⁶（下稱原勞委會）、原行政院衛生署⁷及醫界研商議定。

（二）然查，勞保支付標準訂定初期，大型醫院的支付標準係為個別洽定，致使當時大型醫院與中小型醫院標準差異懸殊，如同為大腿骨手術，在中小型醫院只有1萬多元的給付，若在大型醫院卻可申請至7萬元之手術給付；同為手臂骨折手術，在中小型醫院手術費約1,200元，大醫院則要12,000元，差距10倍。其後所訂定之勞保甲乙丙表雖消除個別洽定之缺失與弊端，然其透過拼湊各大醫院之支付標準項目，又僅於2年內倉促研擬而成，致使其多存有支付項目名稱錯誤、重複，或實質醫療服務內容相同而名稱卻相異等謬誤之處。且前開綜整各家醫院支付標準，並就有疑慮之處，予以調整之作法，雖能讓標準迅速擬訂並取得共識，然亦使研訂過程欠缺客觀之基礎成本分析及資源耗用評估機制，復因各專科醫療團體影響力不同，而導致支付標準寬緊不一、科別間支付不平衡及各科盈虧差距頗大，並造成不同科別醫師間勞逸不均。部分診療項目亦曾因首長建議，而提高支付額度，研訂過程存有人為操作空間。

（三）又查，勞保支付標準表訂定時之原意，乃將支付點數固定不變，而僅調整每點單價，惟實施後即常面對醫療院所以不符成本為由，要求增加支付點數的

⁶行政院勞工委員會已於103年2月17日改制升格為勞動部，下同。

⁷行政院衛生署於102年7月23日改制為衛福部，下同。

壓力，每次調整時，均因牽涉到診療行為的增減和費用結構的改變，而重新調整點數，未能充分發揮相對點數表之長處。

- (四)除支付金額訂定之問題外，勞保支付標準於增刪費用項目及調整給付涵蓋範圍亦缺乏合理修正依據，於護理服務費、藥事服務費及基本診療費等服務項目間之涵蓋與拆分變動頻繁，乃至醫療過程所使用之基本醫療耗材，及檢驗檢查所需之材料與儀器設備等作業成本，究應內含於各診療項目費用中，或採獨立項目加計核付，欠缺一致且客觀之判定原則。又其醫療服務費用支付方式，究應按服務項目數量來論量給付或包裹式論次定額給付，也無明確採用依據，此均讓勞保甲乙丙表備受批評。

四、嗣後健保署雖於90年起導入支付標準資源基準相對評價表，然適用科別有限，終未能全盤檢討：

- (一)原健保局為建立以醫療資源耗用為基礎之支付標準，於90至91年間規劃導入「臺灣版資源耗用為基礎之相對值表」(Resources-based Relative Value Scales，下稱RBRVS)，函請各專科醫學會就主要手術章節訂定基準項目，並依醫師投入工作時間、技術困難度及醫療風險等因素建立各診療項目之相對價值，以作為支付點數調整依據。惟各專科醫學會普遍欠缺專責人力及經費，多僅由少數人員辦理，難以逐項評估各診療項目之資源耗用及成本；復因成本分析涉及人事成本、非計價藥材、設備折舊、行政管理及作業費等多項成本要素，多憑經驗估算填報，致蒐集之成本資料準確性及客觀性不足，據以建立之相對價值及支付標準，亦難充分反映實際醫療成本。

- (二)健保署於93年7月率先針對外科等27科導入RBRVS，95

年1月擴及婦產科，共調升支付點數1,336項、調降164項、新增27項及刪除9項；100至101年間再度辦理RBRVS評量作業，並於102年1月調升特定診療項目516項及基本診療項目5項，另提高兒童加成151項，新增地區醫院門診及急診加成22項。惟RBRVS主要適用於可量化醫療資源耗用之診療項目，不適用於內科等工作量及資源投入難以客觀衡量之科別，致使此類支付標準修正調整，僅止於部分科別。且RBRVS採相對價值重分配精神，即某些科別點數提高，代表有科別可能下降，各專科學會及醫療團體意見分歧，具高度社會關注或醫界訴求較強烈之疾病及診療項目較被優先重視，支付標準調整再次傾向議題導向，影響改革成效。

五、又查，健保署雖自102年起，將具實證基礎之HTA機制，明定於支付標準擬訂程序中，惟實務上，仍僅應用於新擬訂之支付標準，舊有標準則仍待相關學會、公會或醫療院所向該署提出修正申請，或發現異常申報紀錄時再進行調查調整，欠缺全盤檢討之機制：

(一)全民健康保險法（下稱健保法）於100年1月4日修正全文，同法第41條第1項規定，醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。復依同法第42條第2項規定，醫療服務給付項目及支付標準的訂定，保險人得先辦理HTA作業，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。據此，後續訂定之健保支付標準始有實證評估機制及法制化程序基礎。

(二)然查，就現行健保支付標準之新增或修正，多係由健保特約醫事機構、相關公會或專科醫學會提出，

藥品及特材另由健保特約醫事機構或取得主管機關核發之「藥物許可證」或「查驗登記技術與行政資料審核通過核准函」之藥商、醫療器材商提出。而健保署係於查有異常特殊申報情形及涉及支付標準釋示或修訂建議時，始發起修正，該署再定期監測5年內新增及修正之診療項目費用申報情形，如有申報情形超出先前預估之財務衝擊者，則轉請學會研議是否提案修正診療項目支付規範。要言之，若無發生異常或無單位申請，健保署並無主動盤點及檢討現行支付標準之機制。

六、再查，自84年3月健保開辦迄今，仍有逾5百項診療項目支付標準從未調整，且現行健保支付標準中，更存有處置與手術界定未妥、部分術式定義不清，抑或支付點數偏低之情形，致使醫療勞務風險與給付間失衡：

(一)部分具高風險或高侵入性之醫療行為，甚至已有實質替代手術的效果，卻被歸類於處置，影響醫療院所申報材料費之加成：

- 1、按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第2部第2章第6節及第7節之規定，歸類於手術之診療項目，其所需之一般材料費及過程面特材費，得依所定點數及表列加計比率計算，未表列者，則依所定點數之53%計算之。而歸類於處置之診療項目，如需用到特材、特殊藥劑或其他麻醉時得另加算其費用，惟原則上不另給付一般材料、表面麻醉、浸潤麻醉及簡單之傳導麻醉等費用。
- 2、經查，部分處置所含診療項目，如息肉切除術（Polypectomy）及眼科雷射治療（Ocular Laser Therapy）已具實質替代手術效果，然仍歸類於處置；又如氣管切開造口術（Tracheostomy）、氣管內管插管（Endotracheal tube insertion）、胸腔引

流（Chest drainage）及深部複雜創傷處理（Debridement）等，皆為急重症常見、具高度感染與出血風險之侵入性處置，施行風險並不亞於小型手術，惟卻被歸類為處置，不適用手術加成費用，使醫療勞務風險與健保給付間失衡。

- （二）其餘支付標準問題還包含：部分手術項目仍沿用早期命名方式或英文名稱未能明確代表手術內容，術式名稱亦與國際普遍使用標準有異。如多竇副鼻竇手術（Multiple sinusectomy）及鼻中膈鼻道成形術（Septomeatal plasty）等。亦有診療項目之支付點數偏低，給付點數未能充分呈現執行處置所需之醫療人力技術、感染管制要求、耗材成本及時間投入，如具侵入性之動脈注射或鼻胃管置放等。又，部分支付項目仍保留早期以單次操作即給付之設計，如動脈注射、單項血液檢查等，惟現行診療過程多為包裹式服務，許多基礎操作已成為完成療程之必要步驟或為套組檢查，鮮有該診療項目代碼適用情形。
- （三）又依115年6月29日發布更新之「醫療服務給付項目及支付標準」，仍有5百餘項診療項目，自84年3月1日開辦以來，未曾修正或調整，30年餘來均給付同樣點數。此均見現行評估及修正機制，顯難落實於舊有既存標準，欠缺系統性檢討機制。

綜上所述，我國健保採強制納保，且為單一保險人制度，特約醫療院所占全國所有醫療院所總數9成以上。健保支付標準非僅為醫療服務之計價基準，更影響醫療資源配置及健康照護體系發展。惟至健保開辦前夕，逾3千項醫療費用支付標準尚未與醫界完成議定，致健保支付標準多承襲勞保甲乙丙表，然該表不但未有成本分析基礎，甚有以各大醫院與原勞保局個別洽定之最低值作為標準沿用之情，且該表於增刪費用項目、調整給付涵蓋範圍乃至採用論量或定額支付方式皆缺乏客觀修正原則而備受批評，此均造就現行健保給付不合理之根源。復就健保支付標準既存問題，健保署多迨至相關學會、公會或醫療院所提案，或有異常申報紀錄始事後查核，欠缺主動、全面性及系統性檢討作為，致現行健保支付標準仍存有處置與手術界定未妥、部分術式定義不清，抑或支付點數偏低之情形，未能合理反映醫療成本及醫療專業價值，核有怠失，爰依監察法第24條之規定提案糾正，移送衛生福利部轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：蕭自佑、賴鼎銘