

支付標準改革構想

醫務管理組
陳依婕 專門委員
111年10月13日(四)

1

莊欣怡科長：

各位長官、各位同仁、各位醫界先進，大家早安，歡迎大家來參加 111年的健保署英文專書讀書會，今天我們是加值場次的第五場，那我們先請主席致詞。

李伯璋署長：

謝謝!我覺得最近你們的加值場都是強棒出擊，同仁如果有一些東西可以主動告訴我們，可以爭取presentation。我覺得很好，我們聽一下依婕，在這過去幾年的時候，從科長到專委，我看到很多部分在做對話，都蠻有概念的。其實我今天早上想到林義跟于淇，很謝謝你們每一年在處理總額協商的事情，也都很用心在做，不過最後的結論發現，其實我們處理半天，到最後還是送部長那邊去。昨天部長有講一個用語「新藥進來」，其實概念是conditional approval，你們聽昨天他說新藥要放在什麼地方，我是想說錢是什麼一個情況。

劉林義副組長：

沒有什麼叫做暫時性給付，給了就給了。

李伯璋署長：

其實很多人埋怨我們新藥進來比較慢，也許沒有一些Real word data很難說怎麼樣，假如說先進來，上次我們對話conditional approval，我們可以讓你先儘快，不過可能變成1年或2年，我們要review，看狀況怎麼樣，因為有些藥品進來就進來了，進來好像先佔先贏，未來發展要再做一些調整，我是想說于淇跟林義你們要再想一下，怎麼去應付這個東西。歡迎依婕。

陳依婕專門委員：

署長、各位長官同仁以及線上的醫界先進大家好，我是醫務管理組的陳依婕，今天要為各位介紹「支付標準改革構想」。

演講大綱

- 01 緣起 到底有多不合理？
- 02 基礎 診療項目增修流程 & RBRVS是什麼？
- 03 啟航 支付標準研修方向

2

今天的報告會分成3個部分，第1個部分我們會用幾個故事來講一下，支付標準到底哪裡不合理？第2個部分，我們會簡單帶一下基礎篇，也就是現在增修診療項目的流程是什麼，還有什麼是RBRVS。第3個部分就是今天的重點了，我們支付標準接下來要研修的方向是什麼

緣起

到底有多不合理？

3

首先是緣起，我們要來看一下支付標準到底有多不合理？

健保保費、給付雙漲「醫護依舊血汗」 醫療工會提出2大訴求

【寵物】歡慶兩週年 寵物用品全館滿額折百



▲台北市立聯合醫院企業工會常務理事曹芸華護理師健保給付漲了，勞動條件未改善。(圖/記者嚴云岑攝)

報導者 THE REPORTER 贊助 評論 專題 攝影 多媒體 議題

健保給付中逐年下降的醫師費，會帶來什麼影響？

貶值的醫療專業——診察費被剝2層皮，問診愈仔細、做得愈心酸

udn/ 元氣網/ 焦點/ 醫藥新聞

救命CPR遭諷比按摩便宜 健保23年首次漲給付

2018-12-22 12:48:01 中央社 / 記者張茗喧台北22日電

救命的心肺復甦術 (CPR) 因健保給付低，遭諷「比腳底按摩便宜」。健保署多次開會決議，CPR給付將從755元漲至1000元，漲幅約32%，是23年來首次調漲，最快明年初上路。

今周刊 外國人讚台灣健保好便宜！前台大醫曝背後真相：台灣的驕傲與悲哀

撰文 | 蘇君薇 分類 | 保險 醫療來源 | 劉成昌攝影、王明銓醫師臉書 日期 | 2019-03-03 10:28

我剪了幾則新聞報章雜誌上的報導，這裡有提到一些例子。

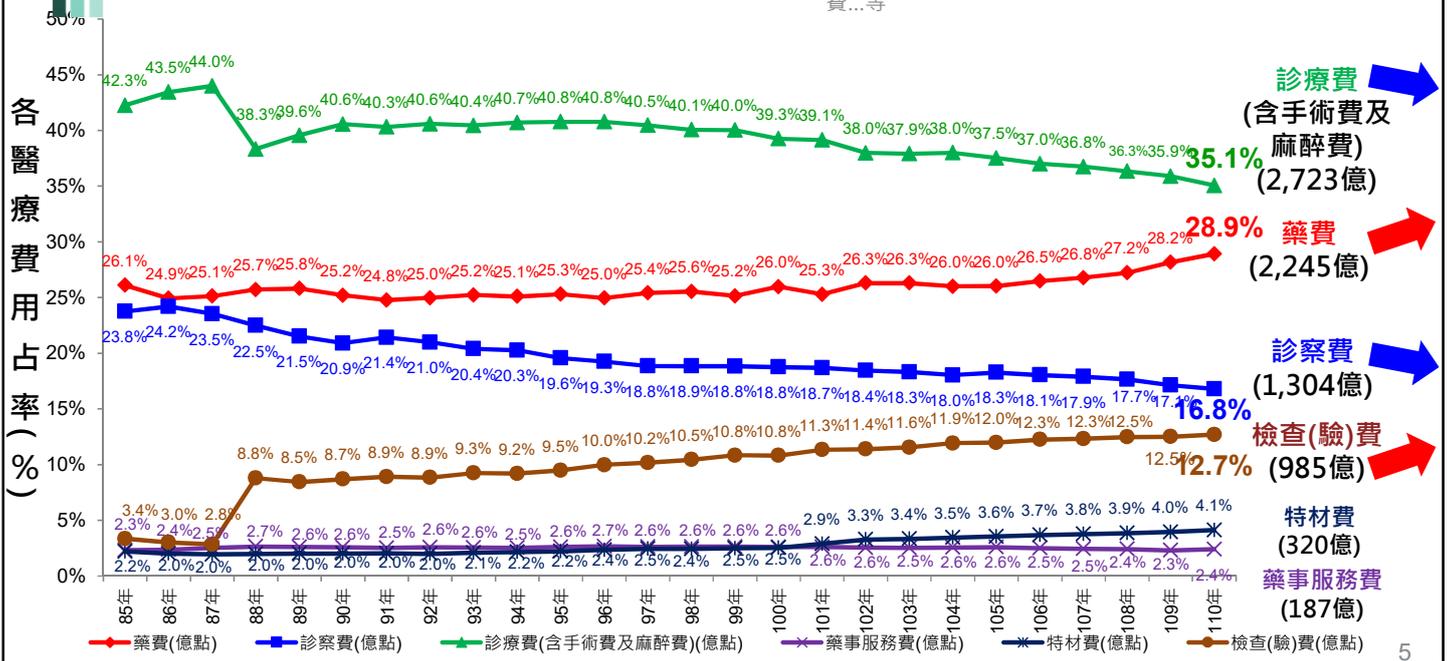
先講個故事，去年過完年沒多久，我們收到了一張紙條，上面寫說明天會有人來我們樓下抗議，來抗議的題目是什麼？我們每個科都很擔心，會落到誰頭上。一看到裡面的第一句話「健保即將花4億元調整護理費」咦？看起來是一個好消息啊？為什麼要來抗議呢？原來還有第二句話「護理人員一毛都沒拿到」，所以這個報導裡面反應兩個問題：第1個就是支付標準終於要調了，好久沒調了。第2個反應的是護理人員、醫事人員不一定有真的拿到我們調整後的支付點數。

接下來，我們再來看右邊這3則新聞，在最上方的新聞裡提到，診察費看越多、問診越仔細，其實是做得越心酸，大家知不知道我們現在基層的門診診察費支付點數是多少？358點，再加上幾乎都有的專科醫師加成大約接近390點。那醫院門診診察費呢？看一次病人，健保支付286點，而且你看診的時間越長，平均成本就越低。

另外有個醫界先進提到了「心臟按摩比腳底按摩便宜、通血管比通水管廉價」，這聽起來，是很心酸的一件事。其實這幾年來，我們陸陸續續都有一些改善。像報導上面有提到，107年的時候「心臟按摩每10分鐘」從755點調到1000點；去年的時候，從1000點調到1800點，其實我們陸陸續續有在改善，但這個改善可能未必會讓醫護人員感受得到。

歷年醫療分項費用占率

註：診療費(不含檢查(驗)費)在住院案件包含病房費、管灌飲食費、放射線診療費、治療處置費、手術費、復健治療費、血液血漿費、血液透析費、麻醉費、精神科治療費、注射技術費與嬰兒費...等



新聞都有所謂的見報率，那這張投影片應該就是我們「見會率」最高的投影片。這張呈現各個醫療分項費用的占率。這邊又要提一下藥費、檢查檢驗還有特材的費用占率是逐年提升的。相對來說，醫事人力投入為主的醫療服務費用，比如說，診療、診察費，它的占率是下降的；我們回頭去看，可能它們背後的絕對金額其實是在逐年成長的，但是因為我們的分母越來越大，而它成長的幅度沒有藥費、檢查檢驗還有特材費用成長來的高，所以相對來說，它的占率在下降，這背後也反應出一些問題。

監察院

■ 我國歷來公辦醫療保險之財務評估分析、支付基準建立、及支付項目涵蓋之決策過程調查

1. 全民健保醫療費用支付標準為全民健保政策的核心，惟全民健保政策實施前，竟未經審慎研訂而全然沿用從未進行成本分析的勞保甲乙丙表，即倉促於84年3月1日實施，支付標準的籌劃與制定作業，顯過於粗糙。之後前健保局雖曾於93年導入「臺灣版資源耗用為基礎的相對值表(Resources-based Relative Value Scales)」，但結果難具準確及客觀性，且終未能全面推動。全民健保實施迄今已逾27年，健保署遲未能確切且全面針對支付標準所列的醫療項目，進行成本分析檢討，亦未檢視支付標準之合理性。2017年5月24日，健保署公告修正支付標準，但部分項目仍沿用勞保甲乙丙表，且部分項目之支付標準與勞保甲乙丙表相同，但部分項目之支付標準則高於勞保甲乙丙表，造成支付標準之不一致。2018年2月，健保署公告修正支付標準，但部分項目仍沿用勞保甲乙丙表，且部分項目之支付標準與勞保甲乙丙表相同，但部分項目之支付標準則高於勞保甲乙丙表，造成支付標準之不一致。
2. 全民健保支付標準修正，但部分項目仍沿用勞保甲乙丙表，且部分項目之支付標準與勞保甲乙丙表相同，但部分項目之支付標準則高於勞保甲乙丙表，造成支付標準之不一致。
3. 全民健保自開辦以來，醫療費用支付制度以論量計酬設計為主，導致醫療院所紛紛「衝量」服務，無意增加創造醫療市場的誘因，亦使健保財務面臨虧損危機，雖然健保局已於93年導入「臺灣版資源耗用為基礎的相對值表」，但部分項目之支付標準仍沿用勞保甲乙丙表，且部分項目之支付標準與勞保甲乙丙表相同，但部分項目之支付標準則高於勞保甲乙丙表，造成支付標準之不一致。
4. 全民健保支付標準修正，但部分項目仍沿用勞保甲乙丙表，且部分項目之支付標準與勞保甲乙丙表相同，但部分項目之支付標準則高於勞保甲乙丙表，造成支付標準之不一致。
5. 全民健保支付標準修正，但部分項目仍沿用勞保甲乙丙表，且部分項目之支付標準與勞保甲乙丙表相同，但部分項目之支付標準則高於勞保甲乙丙表，造成支付標準之不一致。
6. 醫療科技的進步及新藥技術創新與發現，有助減少併發症和殘疾的發生機率，或延長國人平均餘命。然各類疾病並非均適合以新醫療科技醫治，在論量計酬及醫病資訊不對等之情況下，為避免部分醫療人員過度強調新醫療科技之有效性，而使病患在無需使用新醫療科技下，仍大量運用該等技術或藥物治療，易造成資源無效率，政府應強化醫療機構之醫學論理，並建立有效之資訊透明機制。另新醫療科技成本高昂，衛福部雖每年編列部分預算並建立審查機制，逐項審核新醫療科技得否納入全民健保給付，然新醫療科技快速發展下，新產品問世速度極快，在有限資源下，該部除應持續追蹤已核准之新醫療科技成效外，並應強化資源之分配，以避免資源之錯置與浪費。

支付標準遲未全面檢討

總額如違章建築蓋高樓

名稱、章節錯誤或過時

研商代表合理及代表性

論量使醫療導向產業化

強化醫學論理資訊透明

6

監察院日前跟我們索取了一些資料，做了一份通盤調查並提出建議：

第1點，健保開辦以來已過27年，可是現在有很多內容跟開辦時是一樣的，都是沿用勞保的甲乙丙表，有些其實已經過時，所以應該要好好地來通盤檢討一下。

第2點，支付標準裡頭有些項目名稱不對，比如說多寶副鼻竇手術看起來名字是有問題的。此外還有章節歸類的錯誤，比如說氣管切開列在處置章節，但照理說氣管切開應該要進手術室、去開刀房進行，這些20幾年來沒有做全面檢討，更不用說裡面有些過時的項目。

第3個，跟支付制度有關係。健保開辦以來，一直都是以論量計酬為基礎，那這間接導致醫事服務提供者是以衝量的方式，來提高他們收入。雖然我們後來陸續實施了多元支付制度，如論病例計酬、論品質計酬(P4P)或是DRG，但這些支付制度占總額的比率還是沒有很高。以DRG為例，占整體總額的比率約5%，論病例計酬約占0.8%，P4P更低了約占0.1左右。論量計酬也會間接導致醫療服務被拆分的太細，而使得醫療有產業化的趨勢。

第4點，提到總額就像違章建築蓋高樓。報告裡提到的原因是因為總額當時訂定的時候，是以開辦前一年每人平均的醫療費用乘上成長率，然後再乘上季中的人口數所得到的一個總額，而其中每人平均醫療費用由於當時的支付標準不夠合理導致偏低，所以像違章建築一樣；爾後我們每一年協商他的成長率就像其上蓋高樓，這是需要改善檢討的地方。

第5點，會議代表的合理性跟代表性，以醫院研商議事會議為例子。各層級醫院代表都是8名，可是名額沒隨著歷年醫院家數或服務量的變化而調整。此外，我們的代表是沒有任期制的，所以可能會做很久很久。

第6點，醫學論理跟資訊透明，主要講的是新醫療科技，還有醫病資訊不對等。大家一直持續引進新醫療科技，但新的一定好嗎？昂貴新科技的背後，是否有可能代表資源運用無效率？這需要透過醫學論理及資訊公開的方式來處理。

6

基礎

增修診療項目流程 & RBRVS是什麼？

看完了緣起後，我們要來到基礎篇。

醫療服務給付項目及支付標準

開辦迄今
公告修正157次

統計至111年9月1日支付標準診療項目數，計4,779項



基本診療：診察費、病床費、護理費等
特定診療：手術、處置、檢驗、檢查等



診察、放射線診療、牙科處置及手術



診察、診療、藥費、針傷處置等



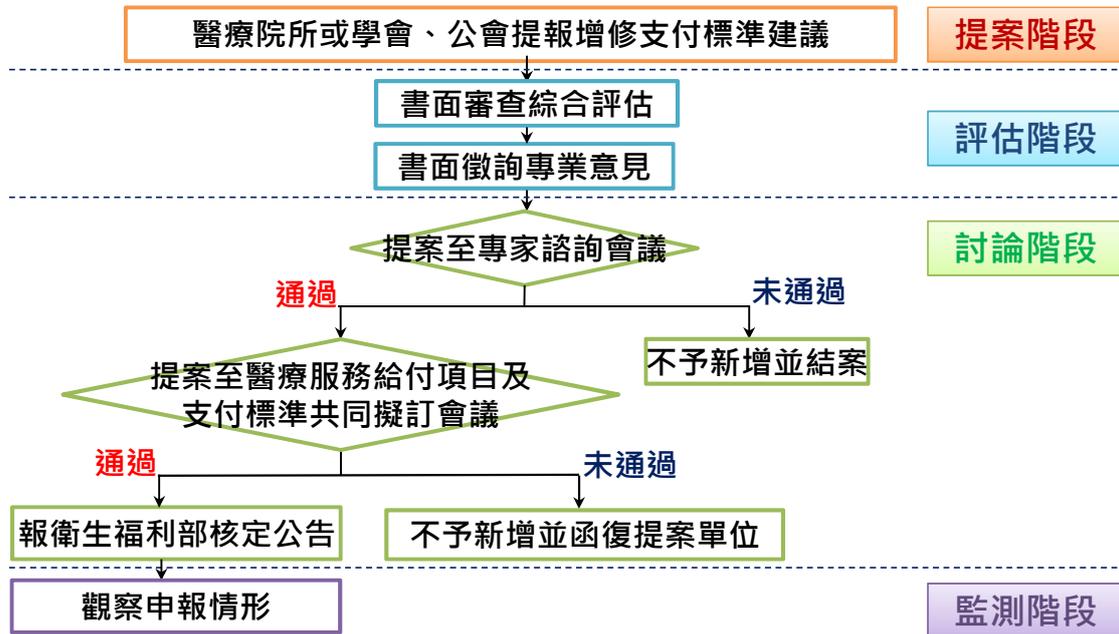
居家照護、論病例計酬、住院診斷關聯群、
論品質計酬

8

先簡介一下支付標準，目前收載了4779項診療項目，從開辦以來公告修訂了157次。裡面篇幅最大的就是西醫章節，又分成基本診療章跟特定診療章，基本診療章收錄每一次就醫原則上都會支付的費用，比如說診察費，又或者是住院時的病房費、護理費。那特定診療章就不一定每個病人都會用到，比如說手術、處置、檢驗、檢查等等。另外中醫、牙醫的診療項目也都有收錄在支付標準裡面。

除了論量計酬以外，其他的支付制度比如說論病例計酬、DRG或是P4P中有3個疾病別也有收錄在支付標準裡面。

診療項目增修流程



9

增修支付標準的流程分成下面的4個步驟：

第1個是提案階段，目前會由醫療院所或者是相關的學協公會提案，廠商沒有在提案的範疇裡面，原因是我們希望由醫療服務提供者提出增修診療項目的申請。

第2個評估階段分為兩個部分，第1部分是書面審查、第2部分是請專業幫忙審查。書面審查會請由署內行政同仁執行，主要是看資料完整性；完整的資料將進到專業審查，我們會請相關的醫學會或是專家幫忙審查，就提案單位所提增修診療項目的合理性提供建議。資料彙整完後將進入討論階段。

第3個討論階段，首先會進到專家諮詢會議，我們會邀請相關的醫學會、提案單位還有專家，大家一起坐下來細細地看增修診療項目的內容，並提出草案。接著提到共同擬訂會議，也就是法定程序去討論，討論通過之後，會先預告、接著報部核定並公告實施。

公告實施之後會進到監測階段，每一個診療項目都會在健保會觀察5年的時間，會監測5年的執行量，因為每個項目都有所謂的「產品曲線」，它會慢慢的成長到穩定期，或稱高原期。

增修診療項目必備文件-1

下載路徑：中央健康保險署全球資訊網首頁 / 健保表單下載 / 醫療相關表單

醫療相關表單

居家照護

重大傷病

轉診表單

門診處方箋

新增診療項目及現有診療項目修訂申請

精神社區復健(99.12.30新增)相關申請表單

特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)

其他表單

新增診療項目及現有診療項目修訂申請

▶ 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目申請附件

※醫療院所申請必備文件

- 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目建議(1040416)
(104.04.24更新)   
- 診療項目成本分析表、作業流程、須搭配使用之藥品、特殊材料或診療項目、執行診療項目相關醫事人員資格暨設備資料(表003-1~003-4)(106.05.09更新)  

▶ 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準現有診療項目修訂申請附件

- 修1-全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之現有診療項目修訂建議(1040416)(104.04.24更新)   
- 修2-診療項目成本分析表及作業流程表003-1及003-2(106.05.09更新)  

接下來這兩張是講我們的增修診療項目相關文件、表單放在網站上的這個地方。

增修診療項目必備文件—2

- ✓ 新增診療項目申請表/現有診療項目修訂申請表
- ✓ 成本分析表
- ✓ 作業流程
- ✓ 檢附國內外臨床療效及文獻報告
- ✓ 須使用之藥品或特殊材料
- ✓ 執行診療項目相關醫事人員資格暨設備資料



11

每一次增修診療項目的時候，提案單位都要送來資料，如果這些資料越完整，會幫助我們在研議的過程更加順暢。裡面我主要會提兩張表，因為這跟我們後面講RBRVS有些關聯。

成本分析表

003-1 診療項目成本分析表

現有項目 新增項目

項目名稱：

項目編號：

提案單位：

成本分析資料醫事機構名稱：

單位：元

用人成本	人員別	人數	每人每分鐘 成本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計	
	1. 主治醫師以上						
2. 住院醫師							
3. 護士人員							
4. 醫事人員							
5. 行政人員							
6. 工友、技工							
不計價材料 或藥品 成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
設備費用	名稱	取得 成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間 (分)	成本小計	合計成本
房屋折舊	平方公尺或坪數	成本	年限	金額	估用時間	成本小計	
維修費用 = (房屋折舊費用 + 醫療設備折舊費用 + 非醫療設備折舊費用) × Z							
直接成本合計						12	
作業及管理費用(直接成本 × X%)							

用人成本

- 依作業流程計算執行時間
- 主治/住院醫師、護理或其他醫事人員成本

不計價藥材

- 非列項之醫材或藥品
- 原則上每個個案均需使用始列計

設備費用

- 區分醫療設備折舊及非醫療設備折舊

房屋折舊

- 以使用面積及成本計算房屋折舊

維修費用

- 以房屋折舊、醫療設備折舊費用、非醫療設備折舊費用之一定比率計算

作業管理費

- 以直接成本(用人、不計價藥材、設備、房屋折舊、維修費用)之一定比率計算

第一張表是「成本分析表」，它的結構包含3個部分：

第1個部分是「用人成本」，指的是在執行這個診療項目的時候，會有哪些醫事人員的投入，比如說主治醫師幾名、住院醫師幾名、護理人員或是相關的醫事人員有多少幾位；此外還有一個重點，就是他們在做這個診療項目的時候，所執行的時間。

第2個部分是「不計價材料跟藥品」，有些項目因為是過程面使用的，比如說紗布、棉花、縫線等項目，也就是非以藥物支付標準來核價的項目，我們支付點數會涵蓋這些內容。

第3個部分是「設備跟房屋的成本」，我們會請提案單位，都會把相關的資料寫上來。

整體而言，除了這些以外，我們會透過一些參數來反應它的維修成本、作業管理成本，那總合起來就是診療項目支付點數訂定的來源。

作業流程

- ✓ 請提案單位敘明診療項目執行流程
- ✓ 包含前置期、初期、中期及後期所投入之設備、人力、藥品、醫療器材等資訊

003-2作業流程

診療項目名稱：經鼻高流量濕化氧氣治療

提案單位：台灣急救護理學會

作業流程提供醫事機構名稱：台灣急救護理學會

作業流程	前置期	二、初期	三、中期	四、後期
設備	費雪派克 AIRVO 2 (24小時)	費雪派克 AIRVO 2 (24小時)	費雪派克 AIRVO 2 (24小時)	費雪派克 AIRVO 2 (24小時)
人力	呼吸治療師一名(10分鐘)	呼吸治療師一名(30分鐘) 護理師一名(20分鐘) 住院醫師一名(5分鐘) 主治醫師一名(5分鐘)	呼吸治療師一名(10分鐘) 護理師一名(20分鐘) 住院醫師一名(5分鐘) 主治醫師一名(5分鐘)	呼吸治療師一名(10分鐘) 護理師一名(20分鐘) 住院醫師一名(5分鐘) 主治醫師一名(5分鐘)
藥品	氧氣(50-70公升/分鐘) 無菌蒸餾水(2公升/天)	氧氣(50-70公升/分鐘) 無菌蒸餾水(2公升/天)	氧氣(50-70公升/分鐘) 無菌蒸餾水(2公升/天)	氧氣(50-70公升/分鐘) 無菌蒸餾水(2公升/天)
醫療器材	加熱呼吸管路 與濕化器血組(1套) 、氧氣雙頭管(1條)	加熱呼吸管路 與濕化器血組(1套) 、氧氣雙頭管(1條)	加熱呼吸管路 與濕化器血組(1套) 、氧氣雙頭管(1條)	加熱呼吸管路 與濕化器血組(1套) 、氧氣雙頭管(1條)
診療項目	經鼻高流量濕化氧氣治療	經鼻高流量濕化氧氣治療	經鼻高流量濕化氧氣治療	經鼻高流量濕化氧氣治療

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

另外一個跟成本分析相關連的就是「作業流程」，剛剛那個成本分析到底人員編制合不合理，時間配置合不合理，我們會透過這張作業流程來呈現。

這邊舉一個例子是濕化高流量氧氣治療，也就是疫情期間最有名的high flow，這是當時提案單位提出來的內容，會分成幾個階段—前置期、初期、中期、後期，提案單位會描述這個診療項目執行的過程、所需要的人力，還有設備等等的投入，讓我們瞭解這個診療項目執行的過程。

什麼是RBRVS？

Resource-based Relative Value Scale 以資源耗用為基礎的相對值表



14

剛剛是增修診療項目的介紹，接下來我們要講什麼是RBRVS，RBRVS的英文就是Resource-Based Relative Value Scale，它的中文是「以資源耗用為基礎的相對值表」，所以資源耗用是它評估的基礎，另外，它是評估相對值，而不是絕對值。

RBRVS的發展—美國



- ✓ 1980年代哈佛大學蕭慶倫教授團隊
- ✓ 背景：
 1. 醫師費高漲
 2. 過去由醫師各自定價，收費標準因地區、專科別而異，缺乏統一標準，造成醫師間支付結構失衡
- ✓ 以相對值重新評估各項目醫師費資源耗用的方法學
- ✓ 包含醫師耗用時間、技術與體力的投入、心智投入及判斷多寡、病人潛在風險所引起之心理壓力
- ✓ 現由美國醫師公會(AMA)與專科醫學會合作，由RVS專科學會更新委員會(Specialty Society RVS Update Committee, RUC)每年更新

資料來源：全民健康保險醫療費用支付標準相對值研訂計畫 15

先提一下RBRVS發展的過程，RBRVS是美國開始研究的方法學，當時的背景是美國的醫療費用醫師費高漲，昨天王榮德教授教授演講，剛好也有一張投影片在講這件事情。裡面講到1960年代的美國，醫療保健支出占美國GDP大概是5%，到了1970年代變成7%、1980年代變成9%，所以它上漲速度非常快，一直到現在2020年它已經成長到接近20%，所以醫師費高漲是他們很重要的一個議題。

另外因為他們各個州的醫師費是個別定價的，所以會因為州別、區域別的不同，或是專科醫師別不同，造成他的醫師費定價的方式不一樣，缺乏統一標準，造成醫師費的結構失衡。

基於這兩個因素，所以他們希望透過一個方法學來訂定醫師費，1980年代由哈佛大學的蕭慶倫教授團隊提出這個方法學。因為是探討醫師費，所以是醫師的投入，醫師投入可以分為什麼？第1個是醫師在這個診療項目花了多少時間，第2個是技術跟體力的投入，可能有些是勞力活，比如說，手術要站很久，也就是「體力」，第3個是心智的投入還有判斷的多寡，簡稱為「腦力」，另外可能因為病人的疾病、風險程度不一樣，醫生所承受的壓力是不同的，所以第4個是「壓力」，透過這4個環節來評估醫師投入的相對值。

其實蕭慶倫教授他們發展的這個方法學，CMS有參考，但是沒有完全的採用，CMS後來陸續有做一些調整、一些增修，現在是由美國的醫師公會每一年都會跟專科學會合作，一起來重新審視這些醫師費的定價，每年他們都會透過一個委員會更新。原則上，每個診療項目大約是每4年會更新一次，這是美國的部分。

RBRVS的發展—台灣

- ✓ 衛生署全民健康保險規劃小組，成立「全民健康保險支付標準專案研究小組」
- ✓ 美國：開放性醫院(open staff system)制度
→分為醫師費及醫院支付標準
台灣：閉鎖性醫院(closed staff system)制度
→支付標準除醫師成本外，亦涵蓋醫院及其他專業人員之投入
- ✓ 依據RBRVS的精神，並參考張錦文教授醫院成本分析資料、醫院手術室專家之手術相對值評估、數十家醫院之收費標準及日本支付標準，發展「全民健康保險支付標準(草案)」

資料來源：全民健康保險醫療費用支付標準相對值研訂計畫 16

反過來看台灣呢？在健保開辦之前，當時衛生署的健保規劃小組成立支付標準的研究小組，研究小組裡面，發現台灣跟美國有很大的不同，美國是open staff system，意思是他們是由外面的醫生帶著病人到醫院去，使用醫院的資源、手術室或是相關的人力，比如住院醫師或護理人員相關的人力，所以他們的費用支付方式是分為醫師費跟醫院費。

但在台灣是close staff system，我們是閉鎖式醫院的系統，醫師是執業登記在醫院裡面，所以支付標準的設計是診療項目支付點數涵蓋所有的成本，就像剛剛成本分析表看到的，會連同裡面的醫師、護理人員、還有相關的房屋、設備等等的所有成本都算在支付點數裡頭，跟美國在制度上就有很大的不同。

依據RBRVS的精神，當時的這個研究小組參考了RBRVS還有後來我們稱為醫管之父張錦文教授的相關成本分析資料，以及陸續蒐集了一些比如說醫院的收費標準或者是參考日本的支付標準，而訂出開辦前支付標準的草案。

那些年，我們一起做的RBRVS

- 87年【牙醫醫療費用相對值】：健保小組與牙醫師公會全國聯合會合作

90~91年 RBRVS評量作業

- 93年7月：外科等27科導入
95年1月：婦產科導入
- 點數調升1336項
點數調降164項
新增27項
刪除9項
- 共計增加71億點(63億點+8億點)

100~101年 重啟RBRVS評量作業

- 102年1月導入
- 特定診療項目點數調升516項
基本診療項目點數調升5項
兒童加成率提升151項
新增地區醫院門診及急診加成22項
- 共計增加50.55億點

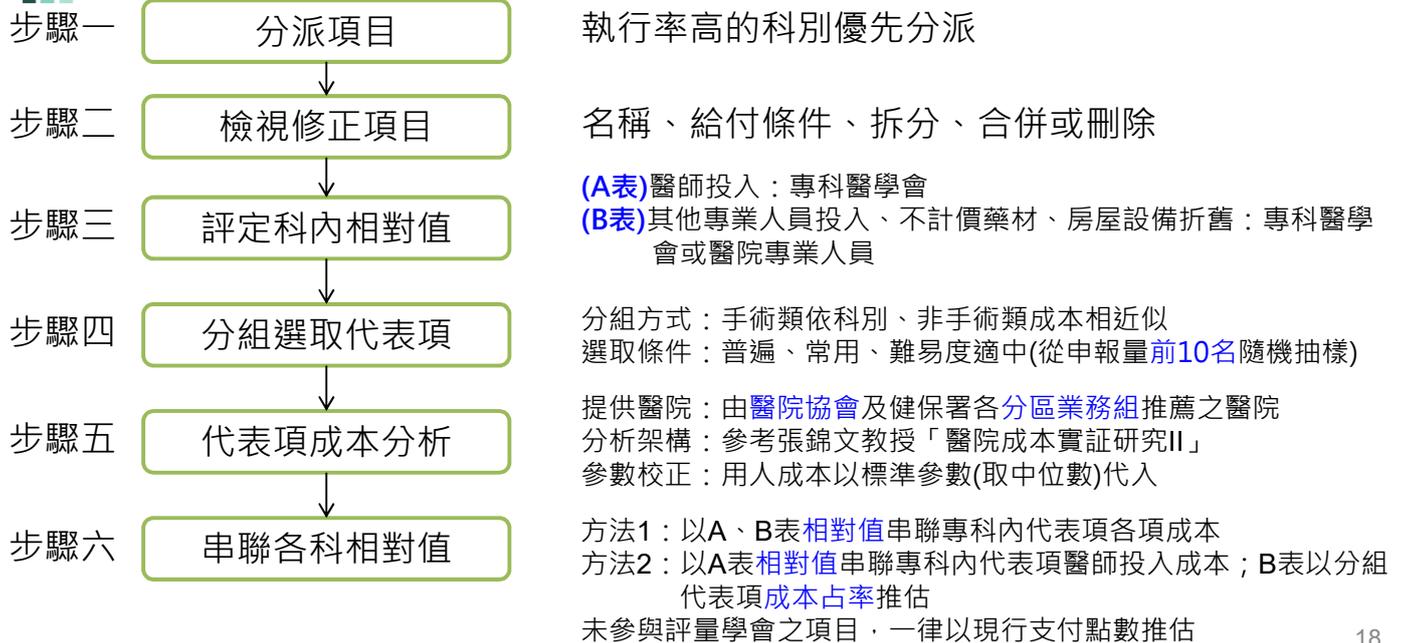
17

另外，開辦之後做過幾次RBRVS，從找到的資料裡面可以看到，87年要實施牙醫門診總額之前，當時健保小組跟牙醫全聯會一起合作，分成4個次專科執行RBRVS相關的評估。

在西醫的部分，第一次是在90年到91年期間完成的，這邊秀出的是結果，其實中間花了非常多的努力，結果是在93年7月將27個科別的支付標準公告修正、95年1月公告修正婦產科的項目，總共調升的項目是1336項、調降164項，花了71億點。裡面值得一提的是調降的項目，原先應該是相對值表評完以後，有些項目該調降、有些項目該調升；可是當時經過協商的結果，調降的項目是降超過40%才降。不是每年過年油價都會凍漲嗎？它凍降，調幅在40%以內的項目就不降，超過的才降。比如說有個項目評估結果是調降50%，但因為40%以內凍降，所以就調降10%的gap，這是當時協商的結果。

第二次我們RBRVS是在十年之後，就是100年到101年的時候，那時候也是花了兩年多的時間來做評量，最後是在102年1月導入。當時的結果是往上調，特定診療章調516項、基本診療章也有一些項目點數調升，重要是增加了很多加成，所以基本診療章現在看到陸續看到的加成，也跟這有一些關係。當時投入的是50.55億，大家聽到這個有沒有覺得很熟悉，背後的源起就是因為當時監察院的黃煌雄委員，針對內外婦兒四大皆空，後來變成五大皆空這個議題，衍生出來覺得健保的支付不合理是一件裡面的根本原因，所以希望健保去做調整。

相對值表串聯步驟



18

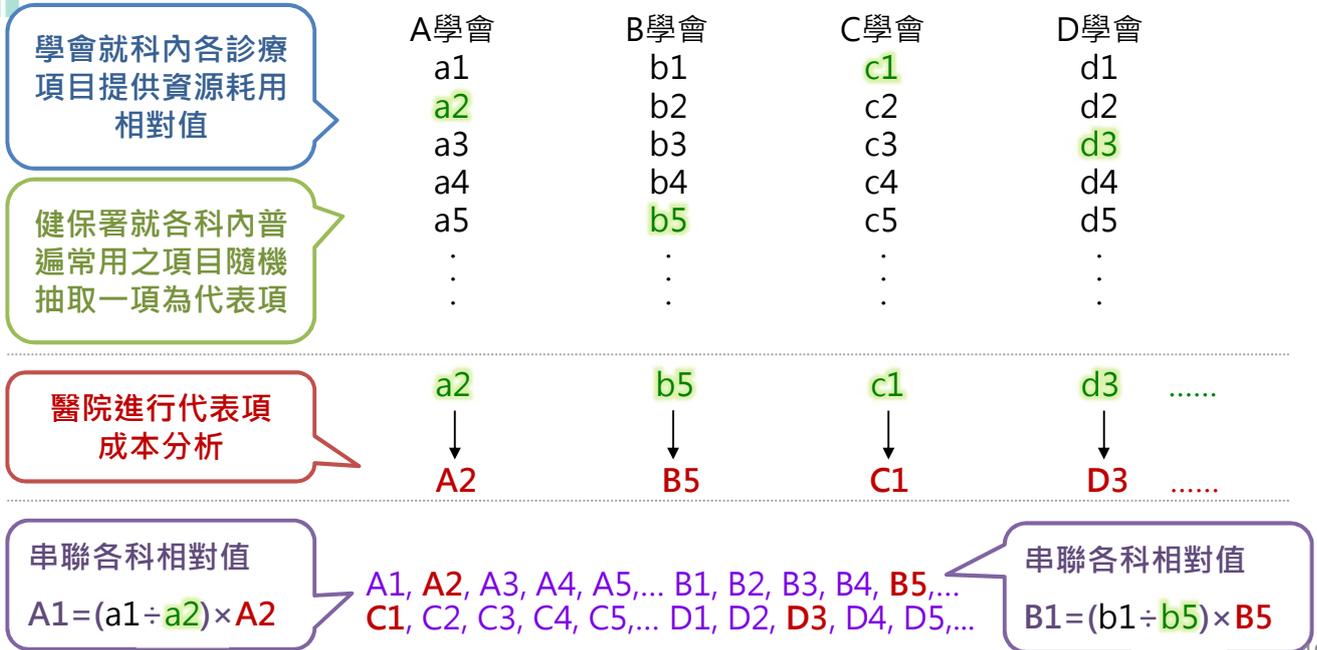
剛剛講的是結果，我們來看看中間到底花了哪些努力，以接下來的兩張投影片做簡單的介紹。

第一步要先把所有的診療項目區分一下，由哪些專科評量，所以我們以申報量來分派它到底是該哪一個專科來幫忙評定。分完專科以後，第二個會請專科幫我們看它的中英文名稱、支付規範訂的合不合理，有沒有需要合併、拆分，或者刪除的。

另外重要的關鍵在步驟三，每個專科會評定自己科內這些項目的相對值，相對值評量的時候分兩部分，一個是A表，有點像美國的RBRVS，評醫師費的部分，看看醫師投入的相對關係。另外B表評量就是剩下的那些成本。

科內評完了以後，我們要怎麼把每個科的串連起來呢？這時候就會在每個科裡面找代表項，代表項找到了以後，會請醫院做成本分析，就會透過剛剛的成本分析表訂出一個價格。所以橫向有絕對點數，接下來就是透過這些絕對點數，去回算透過科內的相對值，來回算它的點數應該要訂多少。

研訂架構



從這張投影片可以更清楚的看到剛剛所提的關聯。

首先將診療項目依照申報資料分科別分派，假設這邊有4個學會，每個學會負責評科內的項目彼此之間的相對關係，比如說A學會他以a1當基準，把a1當成1，拿a2來跟它比，投入的心力、腦力、體力等等所耗費的是它的多少倍。

每個科評完了以後，接下來健保署會選擇代表項，假設淺綠色發光的是代表項，這些代表項會請醫院幫忙做成本分析得出它的絕對點數，得到絕對點數之後，我們會回算每一個項目該是多少點，然後訂出整個通盤支付標準調整的方案。

啟航

支付標準研修方向

20

剛剛那是基礎篇，那接下來要帶著大家起飛囉！

執行目的及規劃期程

合理支付

明確規範

與時俱進

照護弱勢

資料彙整

分科討論

跨科討論

共擬會議

111.09

111.12

112.07

112.09

1st RBRVS - 28個專科
2nd RBRVS - 33個專科

21

接下來要講一下為什麼要調整支付標準？有幾個重要的目的：

第1個是扣連一開始報章雜誌提到的合理支付，我們希望讓醫療人員的投入都能夠有合理的回饋，第2個是明確規範，大家在實務上運作的時候，都會希望遊戲規則訂得好，後面執行就不會那麼困難、不會有那麼多爭議，所以我們也希望讓支付標準的規範更明確。第3個很重要的是希望與時俱進，我們不希望這輛車還是停在30、40年前的那台車，希望能夠讓這台車越來越貼近現在的馬路。第4個就是保障弱勢，用弱勢這個字不見得合適，想要表達的是，那些資源獲得相對不易的那些族群，能夠受到照護。

目前規劃的期程在下面這條線，第1個階段就是資料彙整，要透過這些專科別討論前，資料彙整是很重要的，我們資料收集的越齊全，在後面討論時候一定會更有效率。資料收集完會進入到分科討論的階段，參考前面兩次RBRVS的經驗，都要跟非常多專科醫學會一起坐下來討論，所以這也是我們目前估計時間要花最多的部分。再來是訂出支付標準調整的那個方案以後，資源跟實際落實還是會有一段差距，所以我們會需要透過跨科調整這部分來做一些討論，第4個是法定程序，要提到共擬會議討論。

步驟1—資料彙整

站在巨人的肩膀上

1. 最近一次RBRVS及成本分析串聯結果
2. 近年各學協公會提出修訂診療項目建議
3. 函釋或審查注意事項
4. 近年申報量(無申報量項目、未列項)
5. 鄰近國家支付標準(if need)



22

簡單講一下每一個步驟我們打算做什麼，第1個步驟資料彙整，這個部分會希望站在巨人的肩膀上，意思就是過去已經做的RBRVS經驗，我們要好好保留下來，這樣這次執行將更有效率。

第2個是近期陸續收集到相關的學協公會或者是醫療院所提出的修訂診療項目申請，他們要提的時候都一定會送成本分析表，所以那是很重要的一個參考依據。

另外，函釋或者是審查注意事項有一些對於支付上的限制，比如說適應症或者是執行次數等規範，我們希望這些遊戲規則明確的訂到支付標準上面。

還有一個重點就是申報量，我們可以透過申報量來了解目前的申報情形，比如有些項目已經好多年都沒有人在申報了，那它可能是過時該刪除的項目，或者是未列項，因為現在未列項比照申報的遊戲規則很明確了，所以有些項目其實大家已經普遍在執行，支付標準卻沒有列的，也可以趁這個機會將它列上去。

最後講一下鄰近國家的支付標準，如果有需要的話我們會試著收集。這有個例子，我們去年11月新增的95項胸腔鏡、腹腔鏡相關手術，當時我們就是參考日本的支付標準訂出點數，所以如果有需要的話，我們會透過這些資料來通盤檢討。

步驟2—分科討論

集思廣益

1. 依申報量分派專科別(部定專科、申報之就醫科別)
2. 討論內容：
 - ✓ 中英文名稱、章節歸屬正確性
 - ✓ 建議支付點數(or 相對值)
 - ✓ 支付規範(適應症、執行頻率、資格限制)
3. 特殊議題

23

接下來，步驟2是分科討論，就是像剛剛講的，我們會透過各個不同專科醫學會，討論出怎麼訂定具體的相對點數，或者是所謂的相對值，裡面當然也會看一下監察委員非常關心的中英文名稱、章節合理性還有相關的支付規範。

趁這個機會也有一些特殊議題是需要拿出來討論。

特殊議題

門診合理量？

手術通則所列事項支付合理性

- 同一手術野內之**對稱器官**，除有特殊規定者外，係指**兩側之手術費用**
- 同一手術野或同一病巢內
 - 同類或兩側性手術
1st全額、2nd一半、3rd一半
 - 不同類手術
1st全額、2nd全額、3rd一半
 - 多重創傷符合重大創傷重大傷病資格者，**胸腹手術均全額**
- 一般材料費越來越**不一般**

檢查(驗)通則累計一定項次數折付

累計項次數 門診診別	累計項次數之總給付額折扣數		
	全額給付	九折	八折
門診 區域、醫中 地區醫院	20項次以下	21-30項次	31項次以上
基層院所	10項次以下	11-15項次	16項次以上
住診 區域、醫中 地區醫院	40項次以下	41-60項次	61項次以上
基層院所	30項次以下	31-40項次	41項次以上

每次門診或住院施行**一般尿液、糞便、血液學、生化學檢查**，除癌症、臟器移植、糖尿病、加護病房及燒傷病房病人所做檢查外，依上表折付

健保精神醫療的支付衡平性

診療項目：

急性住院、慢性住院、日間住院、居家治療、社區精神復健(日間型/住宿型)、精神醫療治療費

相關政策：

國民心理健康計畫、CRPD身心障礙者權利公約

24

舉3個例子，第1個是手術通則，目前有一些規定好像怪怪的。比如說，同一手術野裡面的對稱器官，除非另外有規定，否則都是指兩側的費用，意思就是兩側器官。比如說，肺臟、乳房、卵巢等兩側器官，如果支付標準沒有特別寫單側或雙側，那麼兩側的費用跟單側的費用都是用同樣的支付。聽起來其實很奇怪，比如說有一個1萬8千點，因為支付標準上面沒有寫單側或雙側，所以如果是同一手術野開進去的話，做單側跟做雙側得到支付都是1萬8千點，這點是需要檢討的。

另外，手術章節通則提到，同一手術野做多項手術的話，第2或第3刀會有折付，折付折多少？50%，50%是怎麼訂的，其實是考量到有些資源重複投入，比如說你劃刀之前，清理、消毒或者是除毛，這些步驟不會重複做，那一樣你在縫合傷口的時候，不會因為你做同一手術野有兩個術式同一個傷口就縫兩次，意思是裡面有些成本不會重複投入。可是那些重複的成本有到50%嗎？這點其實可以透過成本分析表，或者是剛剛講的作業流程來重新審視的。此外，一般材料費現在越來越不一般了，當年是以53%來訂一般材料費，現在也是需要檢討。

第2個例子就是檢查(驗)通則，有一個規定是累積到一定項次數後要做折付，像一般尿液、糞便、血液還有生化檢查章節的項目，如果做的越多，超出的項次會打折，概念是一次機器上機就做那麼多，成本相對應該比較低吧。可是其實在訂定各細項的時候，其實已經有考慮攤提，所以會不會有重複折扣的問題呢？

以更大的面向來看，以最近精神醫療支付衡平性為例，精神醫療健保給付包含急/慢性住院、日間住院、居家治療、社區精神復健(分成日間型/住宿型機構)或精神治療項目，如會談、團體治療等，若用成本來訂，在醫院執行的成本一定是最高。可是若配合國家相關的政策，如國民心理健康計畫或是CRPD身心障礙者權利公約，提到希望病人走向社區、去機構化，那支付上可能要有一些不一樣的思考。

剛剛講的例子都是特定診療章的例子，基本診療章也有類似的問題，比如說門診合理量到底合不合理，這是一個很值得思考的部分。

步驟3—跨科討論

絞盡腦汁

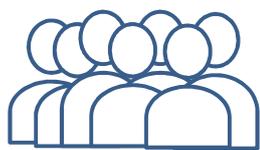
1. 組成專家會議討論
2. 討論內容：
 - ✓ 通盤審視調整方案
 - ✓ 有限的資源下，如何合理配置
 - ✓ 分階段執行內容



→ 依程序提至醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論

25

前面提了通盤訂定支付標準的相對值，並提出建議的調整方案，但是資源有限，每一年的預算就這麼多，到底哪些項目該先調呢？這可能需要透過跨科的專家會議一起來討論，討論如何在有限的資源下合理的配置。接下來，我們會依程序提到共擬會議。

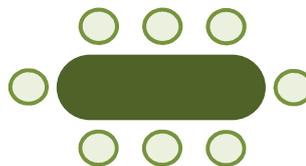


署內端作業

分區、醫審：協助提供支付標準修訂意見

醫管組承辦科：

1. 總窗口，並有專人彙整資料、建立共用槽管理
2. 分科討論，科內同仁分小組，分工完成多場專科會議



與醫界合作

專科別：

分科討論時，依據臨床實務情形，提供具體支付標準修訂建議

醫院端：

本署將視需要，請醫院協助提供成本分析資料

持續爭取總額預算支應

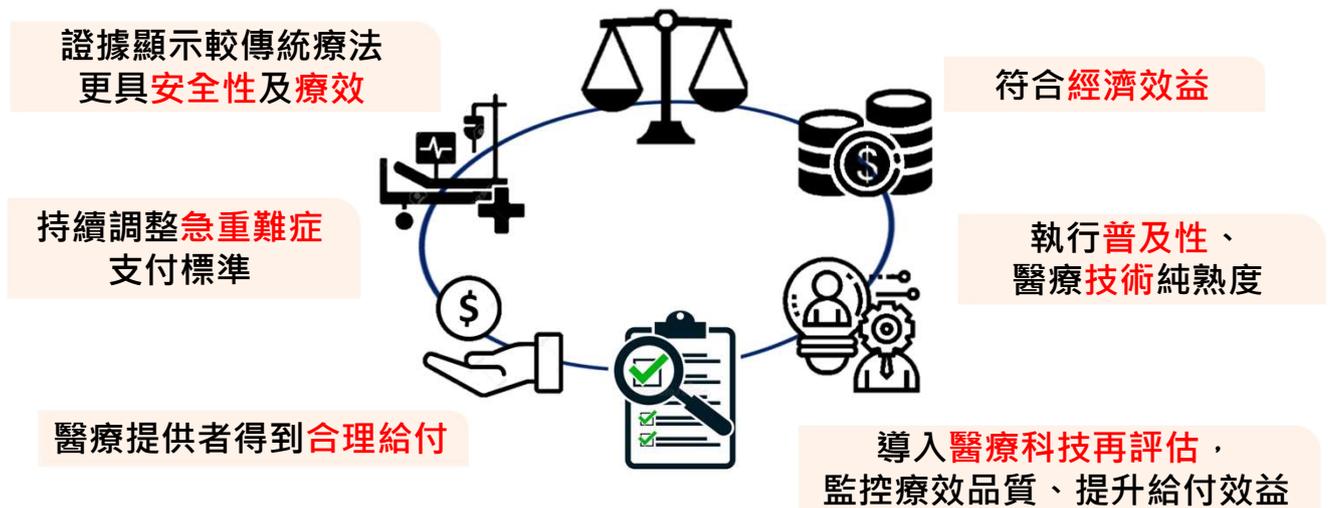
這一張呈現我們對於資源的盤整。在署內端的部份，會需要相關單位一起通力合作，像是分區業務組或者是醫審及藥材組可以幫忙收集，目前審查時醫藥審查專家的建議，或者是剛剛提到的審查注意事項，若有對於支付上的限制，也可以提供給我們彙整，讓資料更完整、更全面。醫管組承辦科支付標準科是總窗口，由專人負責做資料蒐集，還有一件很重要的是傳承，若把相關的資料建立好，後人更能夠清楚地看到我們現在是怎麼做的。另外在分科討論的部分，因為專科別很多，所以會由整個科的同仁一起通力合作，完成專科會議。

請醫界幫忙的部分，一個是專科別，專科醫學會是很重要的關鍵，幫忙依據實務上的經驗提供具體支付標準修訂的建議，還有相對值的訂定；醫院端的話，會需要請醫院幫忙提供一些項目的成本分析。

其實還有一個非常重要的關鍵，用春聯寫在右手邊，老實說，沒有錢，就算已經研議好所有的調整方案，在協商的時候還是會有一定難度，所以春聯是重要的話。

結語—支付標準增修考量原則

尊重醫療專業，務實調整支付標準，確保醫事人員獲得合理給付



27

倒數第二張講的是支付標準增修的原則，我們會站在這個基礎來研究這次支付標準的增修。裡面最關鍵的就是希望站在尊重醫療專業下，讓各個醫事人員都能夠得到合理的給付跟合理的回饋。

感想



- ✓ 用客觀的方法學，通盤及系統性修訂現有診療項目
- ✓ 支付標準易讀好懂跟上時代的潮流
- ✓ 成本與價值的扣連

歡迎你的加入！

28

最後是我的心得感想，其實RBRVS這個方法呢，是希望透過客觀的方法學，而不是用喊價的方式來訂健保支付。這一次希望用通盤、系統性的方式來將支付標準訂得更合理。

裡面也衍生一些議題，比如說署長常常講我們的門診診察費，那個點數如果排列組合全部呈現出來，要用6大張A3的紙才有辦法排完，因為加成種類非常非常的多，怎麼樣讓支付標準易讀好懂、怎麼樣可以跟著上時代的腳步是很重要的課題。

另外要扣連到這次讀書會的主題就是Pay For Value，剛剛講的都是用成本來定價，但是論量跟論品質之間要怎麼扣連，是我們現在就需要趕快來思考的方向。

這份投影片唯一做的一個動畫就是這個，我們現在要做這件事情，非常非常需要人力的投入，所以歡迎有志之士加入我們！



感謝聆聽

29

以上是我今天的簡報。謝謝。