

行政院及所屬各機關出國報告
(出國類別：考察)

DRG 及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析
之方法與運用考察訓練報告

服務機關：行政院衛生署中央健康保險局

出國人-職稱：經理 姓名：林金龍

-職稱：秘書 姓名：龐一鳴

-職稱：三等專員 姓名：曾玫富

-職稱：副研究員 姓名：黃信忠

出國地區：美國加州洛杉磯及亞利桑那州鳳凰城

出國期間：2003/11/16-2003/11/23

報告日期：2004/01/30

J0/009205427

系統識別號:C09205427

公務出國報告提要

頁數: 35 含附件: 否

報告名稱:

DRG 及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用

主辦機關:

行政院衛生署中央健康保險局

聯絡人/電話:

高以琳/27028920

出國人員:

林金龍 行政院衛生署中央健康保險局 北區分局 經理
龐一鳴 行政院衛生署中央健康保險局 醫務管理處 秘書
曾玫富 行政院衛生署中央健康保險局 醫審小組 三等專員
黃信忠 行政院衛生署中央健康保險局 數據處理中心 約聘副研究員

出國類別: 考察

出國地區: 美國

出國期間: 民國 92 年 11 月 02 日 - 民國 92 年 11 月 09 日

報告日期: 民國 93 年 02 月 25 日

分類號/目: J0/綜合(醫藥類) J0/綜合(醫藥類)

關鍵詞: DRG,醫療費用審查,醫療品質,前瞻性支付制度

內容摘要:

前瞻性支付制度的實施在美國造成的影響可歸納如下：(1)平均住院日呈現下降趨勢、(2)住院人數先呈現下降，然後持平，目前則再呈現上升(部分因為保險人數增加所致)、(3)整體佔床率持續下降、(4)前瞻性支付制度實施後，醫院總利潤立即達到高峰，後來回復到4-5%的歷史水準、(5)門診服務快速擴展，導致醫院門診服務前瞻性支付制度的發展。我國在全面引進DRG為支付制度時，美國的經驗值得我們借鏡，諸如：檢視各項衝擊、監測醫療供給者的反應、建立隨時驗證系統，適時修改支付規則及配套措施、組成專家小組檢視改變狀況、品質審查機制及系統的建立等。美國健康保險醫療費用審查制度之演變趨勢可歸納如下：(1)審查制度已由個案專業審查逐步轉型為注重整體醫療品質之監控管理，但個案專業審查制度並未偏廢、(2)醫療費用審查單位與醫療服務提供者的關係，由「黑臉」轉變為「白臉」，由負面的管制轉變為正面的輔導及合作、(3)品質改進係以主題導向方式，選定主要的疾病或照護項目推動品質改進專案計畫，通常並由地方先辦理，再逐步推展為全國性之計畫、(4)檔案分析在醫療費用審查上之角色日益加重，尤其住院部分利用DRG相關申報資料及以CMI進行校正等是主要的分析方式。台灣的全民健康保險自民國九十一年七月起全面實施總額支付制度，總體醫療費用之成長已受到有效管制，而相對應之醫療費用審查制度轉型措施，亦與近年來美國醫療費用審查制度之演變趨勢一致。總額支付制度之實施，在美國均已無相關經驗可供參考，反而美方人士極有興趣瞭解台灣目前實施總額支付制度之相關經驗，

顯見台灣的全民健康保險制度實施成果，已引起美國方面的重視。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘 要

前瞻性支付制度的實施在美國造成的影響可歸納如下：(1)平均住院日呈現下降趨勢、(2)住院人數先呈現下降，然後持平，目前則再呈現上升(部分因為保險人數增加所致)、(3)整體佔床率持續下降、(4)前瞻性支付制度實施後，醫院總利潤立即達到高峰，後來回復到 4-5%的歷史水準、(5)門診服務快速擴展，導致醫院門診服務前瞻性支付制度的發展。

我國在全面引進 DRG 為支付制度時，美國的經驗值得我們借鏡，諸如：檢視各項衝擊、監測醫療供給者的反應、建立隨時驗證系統，適時修改支付規則及配套措施、組成專家小組檢視改變狀況、品質審查機制及系統的建立等。

美國健康保險醫療費用審查制度之演變趨勢可歸納如下：(1)審查制度已由個案專業審查逐步轉型為注重整體醫療品質之監控管理，但個案專業審查制度並未偏廢、(2)醫療費用審查單位與醫療服務提供者的關係，由「黑臉」轉變為「白臉」，由負面的管制轉變為正面的輔導及合作、(3)品質改進係以主題導向方式，選定主要的疾病或照護項目推動品質改進專案計畫，通常並由地方先辦理，再逐步推展為全國性之計畫、(4)檔案分析在醫療費用審查上之角色日益加重，尤其住院部分利用 DRG 相關申報資料及以 CMI 進行校正等是主要的分析方式。

台灣的全民健康保險自民國九十一年七月起全面實施總額支付制度，總體醫療費用之成長已受到有效管制，而相對應之醫療費用審查制度轉型

措施，亦與近年來美國醫療費用審查制度之演變趨勢一致。總額支付制度之實施，在美國均已無相關經驗可供參考，反而美方人士極有興趣瞭解台灣目前實施總額支付制度之相關經驗，顯見台灣的全民健康保險制度實施成果，已引起美國方面的重視。

目 次

壹、目的.....	1
貳、過程.....	2
參：心得與建議.....	3
第一章 美國 DRG 的實施議題與衝擊.....	3
第二章 美國健康保險體系與醫療費用審查制度 之概況與借鏡.....	8
第三章 我國全民健康保險醫療費用審查制度之 改善現況.....	26

壹、目的

本次考察主題為 DRG 及總額制度下之醫療服務審查方式、運作流程與品質監控暨檔案分析之發展與運用，其主要目的如下：

- 一、 瞭解美國 DRG 支付制度實施過程之相關衝擊與反應。
- 二、 瞭解美國 DRG 支付制度實施後新的醫療品質管理概念、審查品質指標內容、監測方式及成效，供本局未來實施 DRG 支付制度後，醫療費用審查方式、技術及品質監控模式與內容實際作業之參考。
- 三、 瞭解美國 DRG 支付制度下之審查重點、方法、運作流程及相關法令、組織及資訊系統內容，供本局未來醫療費用申報及醫療服務審查發展策略之參考。
- 四、 瞭解美國如何將檔案分析技術運用在醫療費用及醫療服務的審查上，供本局發展檔案分析技術及運用在醫療服務審查之實際作業參考。

貳、過程

「DRG 及總額制度下之醫療服務審查及檔案分析之方法與運用」行程表

Date	Time	Content	Speaker	location
Nov. 16(日)		出發 台北---洛杉磯		
Nov. 17(一)	9:00 AM to 11:45AM	DRGs introduction and RAND's DRG paper	Dr. Glenn Melnick	1725 at RAND
	12:00 noon to 1:00 PM	Lunch		Santa Monica
	03:40 PM	Take off to Phoenix, Arizona		LAX
Nov. 18(二)	9:00 AM to 5:00 PM	Peer Review Organization	Debra Nixon	Health Services Advisory Group
	07:00 PM	Return from Phoenix to LA		Torrance
Nov. 19(三)	9:00 AM to 12:00 Noon	DRG case Mix	Dr. Nasreen Dhanani	1822 at RAND
	12:00 Noon to 1:00 PM	Lunch		Santa Monica
	1:00 PM to 5:00 PM	DRGs Creep	Dr. Nasreen Dhanani	1517 at RAND
Nov. 20(四)	9:00 AM to 12:00 Noon	DRGs outlier	Dr. Donna Farley	1725 at RAND
	12:00 Noon to 1:00 PM	Lunch		
	2:00 PM to 5:00 PM	Hospital payment in DRGs	Joseph Chang, CEO	East View Hospital
Nov. 21(五)	9:00 AM to 12:00 Noon	Reaction and preparation of DRGs payment in provider	Dr. Melissa Lopez	USC
	12:00:00 Noon to 1:00 PM	Lunch		USC
	1:00 PM to 4:00 PM	Policy forum with IPPAM program	Dr. Joanna Yu	VKC 253 in USC
Nov. 22(六)		洛杉磯---台北		
Nov. 23(日)		抵台		

參：心得與建議

第一章 美國 DRG 的實施議題與衝擊

一、前瞻性付費制度(PPS)的衝擊:1984-1998

前瞻性付費制度的實施在美國造成的影響可歸納如下：

- (一) 平均住院日在一開始實施的幾年呈現下降趨勢然後緩慢下來
- (二) 一開始入院數下降然後持平現在則呈現上升(部分因為保險人數增加所致)
- (三) 整體佔床率持續下降
- (四) PPS 下的利潤從開始的高利潤到快速的下降和目前正上升(前瞻性支付制度實施後，總利潤立即達到高峰，後來回復到 4-5%的歷史水準)
- (五) 門診服務的快速擴展-導致醫院門診服務前瞻性付費 (PROSPECTIVE PAYMENT)的發展

二、執行面議題

對 HCFA/CMS 及醫院而言，PPS 引進了許多管理及行政上的工作：

管理面：

- (一) 預防詐欺、浮濫及控制費用及因應系統的反應改變。
- (二) 監測衝擊，提昇研究，收集資料即時修正系統。
- (三) 處理不正常事件，設定供給者與 Medicare 對話議題機制，極小化醫

院的管理負擔及整合其他聯邦政策。

行政面：

編碼、資料系統、主要人員訓練及醫院配合執行 PPS 所需之特殊基礎建設的發展等。

三、PPS 引進後的反應

DRG 實施後，院所為追求最大利潤，產生的反應分述如下：

(一) 疾病嚴重度 CMI(CASE-MIX INDEX)的改變：

由於住院率下降導致較高之 CMI 值使得疾病嚴重度的上升，相關研究已經證明有較嚴重疾病，較高的出院病患到護理之家及較大的居家健康機構使用，根據 ProPAC 1990 年的結論指出在實施後幾年 CMI 的改變有 40-50%是導因於較嚴重的病患，而 RAND 的研究也證明 1986-1987 間年有 33%及 1987-1988 年間有 50%的上升是導因於編碼習慣的改變(Carter et al., 1990, 1991)。

(二) DRG Creep：

DRG Creep 被發現導因於 DRG 編碼系統的模稜兩可，由於 DRGS 間在臨床上的異質性，使得醫院能夠藉由改變編碼取得較高給付的 DRG，例如主、次診斷的組合，這個與生俱來的瑕疵是由於使用資源耗用一致為計算基礎。

(三) UPCODING：

由於上述 DRG Creep 的問題，導致醫院在編碼上的改變，研究發

現大部分編碼的改變有利於醫院的財務，致使醫院產生 UPCODING 的反應。

(四) Medicare 的相關因應：

做為一個政府的付費者，Medicare 當然希望保證 PPS 和 DRG 的實施不會對保險對象帶來負面的效果，因此監測機制的使用是必然的：

1. ProPAC - 對國會每年報告成本衝擊及醫院存留狀況。
2. PROs - 與 Medicare 訂合約，使用申報和醫療紀錄資料報告品質的衝擊(判斷處置和編碼的適當性)。
3. 提供研究資金 - 例如 RAND 對品質影響的驗證研究

四、照護品質

根據 RAND 對五種疾病(CHF, AMI, Hip fracture, Pneumonia and Stroke)處置結果的驗證，整體來說在結果面上並沒有負面的衝擊，綜合發現如下

- (一) 實施後住院疾病及期望死亡率是較高的。
- (二) 實施後除了 Hip fracture 外照護過程改善且死亡率下降。
- (三) 比較 PPS 實施前後一段時間，五種疾病照護品質整體來說實施後是更適當的。
- (四) 實施後出院病情不穩定現象增加。
- (五) 住院死亡率下降，觀察出院後 30 天和 180 天內的死亡率並無改變。

(六) 出院後到其他機構顯著增加。

五、可近性問題

PPS 實施後照護可近性問題同樣被關心，當給付縮減會不會造成可近性的下降或住院適當照護的減少，假如醫院關閉可近性同樣遭到威脅，相關研究結果發現：

- (一) 少數嚴重病患轉移至門診處理。
- (二) 對於高成本的病患 PPS 並沒有減少醫院的財務風險。
- (三) 院內滯留及提早出院是更大的管理焦點。
- (四) 整體住院日是下降的。

這些效果並沒有產生長期作用。

實施後醫院的存留問題，整體而言醫院是興榮的，並無醫院關閉的現象，研究上比較獲利和損失的醫院時發現，損失的醫院有較弱的財務及管理控制系統及較差的營業利用管制，較少編碼訓練以提升利潤及較少病患。醫院的利潤方面，1984 年有 85% 的醫院呈現獲利狀況，下降到 1990 年下降到 40%(Medicare 病患部分)。

六、實施中 Medicare 的反應策施

Medicare 在醫院追求最大利潤的反應下，視出現之問題隨時進行支付規則改變的策略，例如

- (一) 總體的外科支付。
- (二) 費用相對於日數的例外。

- (三) 急性照護出院後的包裹。
- (四) 增加審查。
- (五) 加重詐欺的懲罰。
- (六) 家庭健康利益部分由 part A 移轉到 part B。
- (七) 轉移病患的規定。
- (八) 編碼模稜兩可案例的標準化-結合適當性及臨床指引。
- (九) 醫院存留的監控-特別是鄉村型醫院。
- (十) 醫院門診照護的 PPS 系統。

七、我國健保引進 DRG 的借鏡

我國健保為單一付費者且全民納保，DRG 分類系統正在發展及建置中，且有總額預算制，與美國情況並不一致，但在執行面遭遇之議題、確保保險對象就醫品質、監測機制建立及審查等之目標上應是一致的，我國在全面引進 DRG 為支付制度時美國的經驗確實值得我們借鏡，諸如

- (一) 檢視各項衝擊建立監測機制。
- (二) 監測醫療供給者的反應。
- (三) 隨時驗證系統，適時修改支付規則及配套措施。
- (四) 組成專家小組檢視改變狀況。
- (五) 品質審查機制及系統的建立。

我國在總額支付制度下，費用控制已非實施 DRG 後之議題，

確保品質已成為首要功課，下一章將介紹我們此行程了解到的美國健康保險體系與醫療費用審查制度之概況與借鏡。

第二章 美國健康保險體系與醫療費用審查制度之概況與借鏡

一、美國國會針對健康保險體系之相關立法概況：

- (一)1965 年美國國會通過社會安全法案(Title XIX of Social Security Act)，建立老人照護保險(Medicare)及低收入者照護保險(Medicaid)制度，支付醫院合理的費用(PART A)及醫師合理的報酬(PART B)。
- (二)1982 年美國國會通過賦稅公平及聯邦責任法案(Tax Equity and Federal Responsibility Act, TEFRA)，加強管控醫療照護費用，老人照護保險(Medicare)開始發展診斷關聯群(DRGs)之前瞻性支付制度，同儕審查組織(Peer Review Organization , PRO)也在此時設立，CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)也成為世界上最大的政府支助的品質監控計畫的管理單位。
- (三)1986 年美國國會通過健康照護品質改進法案(Health Care Quality Improvement Act, HCQIA)，進行健康照護品質監控的活動，並建置

國家醫療照護專業人員資料庫，鼓勵醫療專業同儕審查。1996 年美國國會通過健康保險責任法案(Health Insurance Portability and Accountability Act ,HIPAA)，又引致更廣泛的改變。

二、美國聯邦政府中與健康照護體系相關之單位：

- (一)衛生部(Department of Health and Human Services,)
- (二)退伍軍人事務部(Veterans Affairs)
- (三)國防部(Department of Defense)
- (四)聯邦監獄管理局(Federal Bureau of Prisons)
- (五)美國海岸巡防署(United States Coast Guard)
- (六)人事行政局(Office of Personnel Management)
- (七)公共衛生服務單位(Public Health Service)
- (八)聯邦貿易委員會(Federal Trade Commission)
- (九)預算管理局(Office of Management and Budget)
- (十)商務部(Department of Commerce)
- (十一)高速公路運輸及安全管理局(National Highway Transportation and Safety Administration)
- (十二)社會安全管理局(Social Security Administration)

三、美國聯邦政府衛生部下轄單位：

- (一)健康保險服務中心(Centers for Medicare and Medicaid Services,

CMS)

- (二)健康照護品質管理局(Administration for Healthcare and Research Quality, AHRQ)
- (三)國家衛生研究所(National Institute of Health, NIH)
- (四)疾病管制局(Centers for Disease Control, CDC)
- (五)印第安健康服務管理單位(Indian Health Service)
- (六)醫療資源及服務管理局(Health Resources and Services Administration, HRSA)
- (七)衛生部秘書處(Secretary of HHS)
- (八)兒童及家庭健康管理局(Administration for Children and Families)
- (九)藥物食品管理局(Food and Drug Administration, FDA)
- (十)毒性物質及疾病註冊管理局(Agency for Toxic Substances and Disease Registry)
- (十一)計畫支援中心(Program Support Center)
- (十二)物質濫用及精神衛生服務管理局(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)
- (十三)老人健康管理局(Administration on Aging)

四、健康保險服務中心(Centers for Medicare and Medicaid

Services, CMS)之任務

(一)負責美國超過七千六百萬人之健康保險權益事務，包括老人照護保險(Medicare)、低收入者照護保險(Medicaid)及州立兒童健康保險計畫(State Children's Health Insurance Program, SCHIP)，每年支出超過4,250億美元之醫療費用，主要業務重點有下列三項：

1. 健康照護保險給付事項之管理
2. 以被保險人為焦點的活動
3. 以品質為焦點的活動

(二)健康保險服務中心(CMS)以私法契約(Private Contracts)委託方式管理老人照護保險(Medicare)，包括：

1. 委託財務中介管理者(Fiscal Intermediaries, FI)負責醫院保險服務部分(Part A)，例如 Blue Cross/Blue Shield、Trailblazers、Mutual of OMAHA 等。
2. 委託媒介者(Carrier)負責門診及醫師保險服務部分(Part B)，例如 Noridian 等。
3. 委託健康維護組織(HMO)提供管理式照護服務(Part C)
4. 委託計畫保全單位(Program Safeguards)負責監控前述各業務合約單位是否有作假或濫用醫療資源之情形。
5. 委託品質改進組織(Quality Improvement Organization, QIO)執行醫療服務審查及醫療品質改進工作，以保障被保險人權益，例

如 HSAG in Arizona。

五、品質改進組織(Quality Improvement Organization, QIO)：

(一)品質改進組織(Quality Improvement Organization, QIO)的前身就是同儕審查組織(PROs)，該類組織間通常均互相合作，彼此學習優點，目前全美國有 44 個品質改進組織(QIO)，已形成「品質改進專家(Quality Improvement Experts)的全國性網絡，該類組織藉由與健康保險服務中心(CMS)簽約合作，每次簽約三年，執行醫療服務審查、醫療品質改進及醫療提供者教育訓練等工作。亞歷桑那州的品質改進組織(QIO)名稱為健康服務諮詢群組(Health Services Advisory Group, HSAG)，成立於 1979 年，是一個由亞歷桑那州的醫師及護士合組的私人、營利性公司，目前計有 145 位獨立的審查醫師。

(二)品質改進組織(QIO)的任務演變，大體上可區分為七個階段，說明如次：

1. 第一階段(西元 1984 年-1986 年)

1)重點強調減少非必要的住院、手術及可避免的併發症；改善具有某些特定診斷或進行某些特定手術之病患管理工作。

2)特定的審查類別(重點)：

a. 病患由實施前瞻性支付制度(PPS)之醫院轉移至另一家實施
前瞻性支付制度(PPS)之醫院、專科醫院、免責單位(exempt
unit)或吊床(swing bed)者。

b. 七天內再住院者

c. DRG 之 day and cost outliers

d. 醫院通知有非保險給付服務項目者

e. 醫院有要求調整 DRG 者

f. 健康保險服務中心(CMS)或品質改進組織(QIO)選定之 DRG 項
目

g. 住院前或手術前審查

3) 審查樣本選擇方法：自老人照護保險(Medicare)申報資料中隨機
抽樣或立意抽樣。

4) 審查時程：原則上除住院前審查案件外，均採回溯性審查。

2. 第二階段(西元 1987 年-1989 年)

1) 基本上重點與第一階段相同，但更為強調提早出院及轉院者之審
查。

2) 特定的審查類別(重點)：

a. 基本上與第一階段審查類別(重點)相同，惟部分審查類別之
審查頻率減少，部分審查類別之審查頻率則增加，並發展

一個社區外展計畫(community outreach program)。

b. 值得注意的新增審查程序如下：

I、品質的考量依疾病嚴重程度區分

II、發展了批准程序(sanctions procedures)

III、發展了一般性的品質篩檢作業

c. 住院病患轉移至醫院門診部門及門診手術中心之情形，促使

品質改進組織(QIO)在本階段較積極審查此類個案。

3. 第三階段(西元1990年-1993年)

1)基本上重點與第一階段相同，但更為強調提早出院及轉院者之審查。

2)特定的審查類別(重點)：

除第二階段審查類別(重點)外，並增加下列重點：

I、Assistants at cataract surgery

II、Ambulatory surgery in hospital outpatient departments
and freestanding centers

III、HMO(Health Maintenance Organizations)

IV、Medicare Code Editor

V、Community outreach

VI、Disciplinary cases of physicians identified by state
medical boards

VII、Patient dumping

VIII、Some post payment cases identified by CMS

IX、十項手術的支付前審查(Prepayment review of ten surgical procedures)

X、獨立的心導管中心(Freestanding cardiac catheterization centers)

XI、Intervening care

4. 第四階段(西元1994年-1996年)

1)基本上重點與第三階段相同，但另增加建立執行健康照護品質改進計畫(health care quality improvement program)的基礎架構，且更強調社區延伸(外展)部分。

2)特定的審查類別(重點)：

除第三階段審查類別(重點)外，並增加下列重點：

- a. 為執行健康照護品質改進計畫(health care quality improvement program)伴隨而來的檔案分析工作。
- b. 執行第一個國家品質改善計畫：合作心血管計畫(cooperative cardiovascular project, CCP)。

5. 第五階段(西元1997年-1999年)

1)執行重點：持續執行以檔案分析為基礎的品質改善計畫。

2)由品質改進組織(QIO)主導之核心工作包括：

- a. HCQIP(Diabetes in Arizona)，約佔 51%工作量
- b. 被保險人的教育及推廣(outreach) ，約佔 6%工作量
- c. 獨立個案審查，約佔 10%工作量
- d. 資料分析及報告，約佔 15%工作量

6. 第六階段(西元 2000 年-2002 年)

1)執行重點：執行六個全國性之品質改進計畫，包括：

- a. 急性心肌梗塞(AMI)
- b. 心臟衰竭(heart failure)
- c. 腦中風(stroke)
- d. 肺炎及其預防注射 (pneumonia / immunizations)
- e. 糖尿病(diabetes)
- f. 乳癌及乳房攝影 (breast cancer / mammography)

2)地區性的品質改進計畫延伸至替代性組合(alternative settings)。

3)地區性的品質改進計畫焦點放在減少不公平性上。

4)推動支付錯誤預防計畫(payment error prevention program, PEPP)，降低以 DRG 支付費用之住院病患相關的支付錯誤。

5)個案審查的需求仍持續。

7. 第七階段(西元 2003 年-2005 年)

1)執行重點：透過幾個主要的全國性品質改善計畫，啟動品質評量資訊之公開及課責。

2)當前全國的優先順序：

a. CMS 希望 QIO 與 Medicare FFS 及 Medicare+Choice 的服務提供者、被保險人及合作夥伴共同合作改善病患在下列四項健康照護設施中的照護品質：

I、護理之家

II、居家照護機構

III、醫院

IV、診所

b. 建立品質改進的夥伴關係 (partnership for improvement)

c. 保護及週知病患 (protecting and informing patient)

d. 支援醫院進行品質報告(supporting hospital reporting on quality)

e. 進行較先進的醫療照護品質研究(conducting studies to advance quality of care)

f. 監測醫院支付情形 (Monitoring hospital payment)

由上所述，品質改進組織(QIO)前三個階段的主要工作內容，係進行隨機的個案醫療費用及病歷審查，以亞歷桑那州為例，每年審查三萬個以

上的案例，審查作業需要電腦主機系統支援，大的州(例如加州、紐約州及俄亥俄州等)有自己專用的系統，其他的州則共用電腦主機系統之資源，美國由於幅員廣大，統計分析資料之取得並不容易。

在此段時期，品質改進組織(QIO)(前身為同儕審查組織, PRO)係扮演「黑臉」(BAD GUYS)的角色，採行的通常是懲罰性手段，常質疑醫療服務提供者的醫療決定，形同政府的「規範之手」，故與醫院及醫療服務提供者之溝通或互動常是負面的，彼此間的關係常呈緊張狀態。

隨機個案審查的成本效益不高，僅能改善一小部分MEDICARE被保險人的照護品質，也只能隨機地發現一些「壞蘋果」，且審查的程序及審查結果，各州的變異很大。

健康保險服務中心(CMS)曾公布二次「國家醫院死亡率報告」(National Hospital Mortality Reports)，第一次曾引起很大的新聞事件，因第一次的報告係利用DRG相關的申報資料進行非常精細的存活分析預測模式的統計分析，醫院接到報告後均立即辯稱「資料的正確性很差」及「我的病人病情較嚴重」等，報告公布後，使醫院如坐針氈，媒體的焦點也都鎖定在那些是「壞醫院」上，而且幾乎所有的醫院都需要另外聘用或諮詢生物統計專家，才能瞭解報告內容。

第二次公布「國家醫院死亡率報告」，引起的爭議便大幅減少，主要是因為品質改進組織(QIO)的介入，健康保險服務中心(CMS)在公布報告前，先將較原始之資料提供給品質改進組織(QIO)進行過濾，品質改進組織。

(QIO)則幫忙醫院瞭解統計資料之意涵，並提供改進建議，開啟了品質改進組織(QIO)和醫院合作的新紀元。

「國家醫院死亡率報告」公布二次後，由於仍持續引起醫院的反彈，最後健康保險服務中心(CMS)已停止公布該項報告資料。

經歷前述各階段的經驗，品質改進組織(QIO)決定改變原有的觀念及作法，開始扮演「白臉」(Good Guys)的角色，品質改進組織(QIO)變成最佳照護(Best Practices)及照護標準(Standards of Care)的促進者，並負責推動地區性的品質改進計畫，與合約的醫療服務提供者變成共同合作的夥伴關係。

每一個品質改進組織(QIO)均各自發展獨立的品質改進計畫(QIP)，地區性的品質改進計畫會隨著推動的州數增加而逐漸發展成全國性的品質改進計畫，而健康保險服務中心(CMS)近年來也開始主導一些品質改進的議題，並積極發展醫療品質指標，目前主要發展的品質議題及品質指標或品質衡量項目內容，說明如次：

(一)醫院品質

1. 急性心肌梗塞(Acute Myocardial Infarction)

- 1) 阿斯匹靈的早期管理(Early administration of aspirin)
- 2) 出院時阿斯匹靈的使用情形(Aspirin at discharge)
- 3) β 阻斷劑的早期管理(Early administration of beta blocker)
- 4) 出院時 β 阻斷劑的使用情形(Beta blocker at discharge)

- 5)收縮機能不全下，出院時 ACE 抑制劑的使用情形 (ACE inhibitor at discharge if systolic dysfunction)
 - 6)開始進行 reperfusion 治療的時間(Time to initiation of reperfusion therapy)
 - 7)戒煙諮詢之執行情形(Smoking cessation counseling)
- 2.心臟衰竭(Heart Failure)
- 1)住院前或住院期間左心室功能之評估 (Evaluation of left ventricular function before or during hospitalization)
 - 2)收縮機能不全下，出院時 ACE 抑制劑的使用情形 (ACE inhibitor at discharge if systolic dysfunction)
 - 3)出院指導(Discharge instructions)
 - 4)戒煙諮詢之執行情形(Smoking cessation counseling)
- 3.肺炎(Pneumonia)
- 1)進行抗生素治療管理前之血液培養(Blood culture before antibiotic administration)
 - 2)四小時內開始進行抗生素治療管理的時間(Time to initial antibiotic administration under four hours)
 - 3)抗生素之使用符合現行治療指引之情形(Antibiotic(s) consistent with current guidelines)
 - 4)肺炎雙球菌之預防注射(Pneumococcal (PPV) immunization)

- 5) 流行性感冒之預防注射(Influenza immunization)
 - 6) 二十四小時內之血氧評估(Oxygenation assessment within 24 hours)
 - 7) 戒煙諮詢之執行情形(Smoking cessation counseling)
4. 手術感染預防(Surgical Infection Prevention)
- 1) 選取的手術項目：
 - a. 冠狀動脈繞道手術(CABG)
 - b. 心臟手術(Cardiac surgery)
 - c. 結腸手術(Colon surgery)
 - d. 髖關節及膝關節置換手術 (Hip/knee arthroplasty)
 - e. 腹腔及陰動相關之切除手術(Abdominal / vaginal hysterectomy)
 - f. 血管手術 Vascular surgery(aneurysm , thromboendarterectomy , vein bypass)
 - 2) 品質指標：
 - a. 預防性抗生素之使用符合現行治療指引之情形(Prophylactic antibiotic consistent with guidelines)
 - b. 抗生素治療管理時點的正確性(Correct timing of antibiotic administration)
 - c. 抗生素治療管理期間的正確性 (Correct duration of

antibiotic administration)

(二)門診品質

1.慢性疾病(Chronic Disease)

糖尿病(Diabetes)：品質指標如次

- 1)每年執行一次糖化血色素檢查 (Annual HbA1c testing)
- 2)每二年由眼科專科醫師執行一次眼底檢查(Biennial retinal exam
by eye professional)
- 3)每二年執行一次血脂肪檢查 (Biennial lipid profile
determination)

2.預防服務(Preventive Services)

1)乳癌(Breast Cancer)：品質指標如次

每二年執行一次乳房攝影檢查 (Biennial screening
mammography)

2)成人預防注射(Adult immunizations)：品質指標如次

- a. 流行性感冒預防注射(Influenza immunization)
- b. 肺炎雙球菌預防注射 (Pneumococcal (PPV) immunization)

(三)護理之家品質

1.急性後期(Post Acute)：品質衡量項目如次

- 1)疼痛(Pain)
- 2)Delirium
- 3)Delirium with risk adjustment for facility admission profile
- 4)第十四天的行動是否比第五天時好 (Walk as well or better on day 14 as on day 5)

2. 慢性照護(Chronic Care)：品質衡量項目如次

- 1)疼痛(Pain)
- 2)感染(Infections)
- 3)褥瘡(Pressure sores)
- 4)Pressure sores with risk adjustment for facility admission profile
- 5)體能限制(Physical restraints)
- 6)基本日常活動能力之喪失程度 (Loss of ability in basic daily tasks)

(四)居家照護品質

1. 體能活動(Physical Activity)：品質衡量項目如次

- 1)步行或移動能力的改進 (Improvement in ambulation/locomotion)
- 2)轉移能力的改進(Improvement in transferring)
- 3)如廁盥洗能力的改進(Improvement in toileting)

2. 疼痛(Pain)：品質衡量項目如次

疼痛干擾活動程度改進的程度 (Improvement in pain interfering with activity)

3. 基本日常需求(Basic Daily Needs)：品質衡量項目如次

1)洗澡能力的改進(Improvement in bathing)

2)洗澡能力的穩定程度(Stabilization in bathing)

3)口服藥物管理能力的改進 (Improvement in management of oral medications)

4)上半身穿衣能力的改進 (Improvement in upper body dressing)

4. 緊急醫療(Medical Emergencies)：品質衡量項目如次

1)Any emergent care

2)Acute care hospitalization

5. 精神健康(Mental Health)：品質衡量項目如次

精神錯亂頻率的改進(Improvement in confusion frequency)

六、美國健康保險體系與醫療費用審查制度演變之借鏡：

(一)醫療費用審查制度部分：

1. 健康保險醫療費用審查制度已由個案專業審查逐步轉型為注重整體

醫療品質之監控管理，但個案專業審查制度並未偏廢。

2. 醫療費用審查單位與醫療服務提供者的關係，由「黑臉」轉變為「白臉」，由負面的管制轉變為正面的輔導及合作。
3. 品質改進係以主題導向方式，選定主要的疾病或照護項目推動品質改進專案計畫，通常並由地方先辦理，再逐步推展為全國性之計畫。
4. 檔案分析在醫療費用審查上之角色日益加重，尤其住院部分利用 DRG 相關申報資料及以 CMI 進行校正等是主要的分析方式。

(二)健康保險體系部分：

1. 美國目前尚未達到全體國民均有健康保險保障之境界，且公營健康保險之人口涵蓋率未及三成，整體而言，仍以民營健康保險體系為主流，由於各州多元發展，體系龐雜零散，形同毫無體系可言。
2. 美國醫療照護費用昂貴，且健康保險之給付僅能涵蓋一部分之醫療費用，有時甚至可能僅給付全部醫療費用的二至三成，故美國民眾即使有健康保險，醫療照護費用仍是一項頗為重大的經濟負擔。
3. 美國的健康保險支付制度，雖然有一部分實施前瞻性支付制度(例如 DRGs、HMO 等)，但整體而言，仍屬論量計酬支付體系，雖然近年來醫療費用的審查重點已逐漸轉移至醫療品質之改進，惟醫療照護費用之持續高漲，仍是重大問題，所以醫療照護費用之管控仍是非常重要之議題。
4. 由於美國幅員廣大，各州健康保險體系多元，各類健康保險單位眾多，故完整的健康保險醫療費用申報資訊之取得較為不易，醫療費

用統計分析之時程落差較大。

整體而言，台灣的全民健康保險制度體系單一，全民均納入保險體系保障，除少部分(約5%~10%)之部分負擔及自付費用外，絕大部分之醫療費用均由健康保險給付涵蓋，健保資訊系統單一且功能強大，每個月全國所有特約醫療院所申報之醫療費用，均可在次月底前即可完整掌握，在前述各項上均已較美國制度毫不遜色。台灣的全民健康保險自民國九十一年七月起全面實施總額支付制度，總體醫療費用之成長已受到有效管制，而相對應之醫療費用審查制度轉型措施，亦與近年來美國醫療費用審查制度之演變趨勢一致。總額支付制度之實施，在美國均已無相關經驗可供參考，反而美方人士極有興趣瞭解台灣目前實施總額支付制度之相關經驗，此行台灣提供之全民健康保險光碟及書面簡介資料，亞歷桑那州的品質改進組織(QIO)相關主管均迫不及待的當場閱讀及提問，顯見台灣的全民健康保險制度實施成果，已引起美國方面的重視。

第三章 我國全民健康保險醫療費用審查制度之改善現況：

一、 全民健康保險醫療費用審查制度現況：

- (一) 審查組織：中央健康保險局為審查特約醫療院所辦理全民健康保險醫療服務項目、數量及品質，設置醫療服務審查委員會，委員全部為兼職，每三個月開一次委員會議；審查委員會為審查業務需要，於健保局總局設置審查小組，於各分局設置地區審查分

組，並聘用審查醫師約一千二百餘位負責實際審查作業。

(二) 醫療服務審查流程：特約醫療院所費用審查流程包括初核、申復、(再議)、爭議審議，從申報費用至爭議審議核定，最長約時一年，如特約醫療院所對爭議審議結果不服，依大法官會議 533 號解釋，得再依法提起行政爭訟。

(三) 醫療服務審查結果：在全民健康保險尚未實施或僅少部分部門實施總額支付制度時，費用管控及杜絕浪費確實是醫療服務審查工作的最重要目的，為達成此一目的，健保局針對易浮濫使用、高危險性之項目(如 CT、MRI、ESWL 等)進行事前審查，並利用檔案分析將醫療院所、醫師及病人之資料予以歸戶，以協助專業審查、實地審查及違規查核之進行，審查結果如次：

1. 依健保局歷年統計，健保門住診醫療費用總核減率八十六年為 3.28%、八十七年為 2.73%、八十八年為 3.48%、八十九年為 3.97%、九十年為 3.29%。

2. 事前審查核准率八十九年為 82.4%、九十年為 82.2%。

二、 全民健康保險醫療費用審查制度存在之問題：

(一) 審查尺度不一：目前審查標準未能完全逐一明確規範，讓審查醫師有諸多自我判斷空間，進而引起特約醫療院所醫師及保險對象之質疑。

(二) 核減理由不足：臨床醫療領域廣泛，審查醫師常未詳述核減理

由，引起審查不公之質疑及增加爭議案件，造成行政成本之負擔。

(三) 難以兼顧品質：不完全確定之審查標準，無法導正醫療行為，難以提昇品質。

(四) 未完全掌握審查重點：過去專業審查係針對所有醫療院所之申報案件隨機抽樣一定比例之案件交由審查醫師審查，雖有形式上全部審查的意義，但卻因此迷失審查重點，未能完全針對異常醫療院所、醫師或病患加強輔導及管理，增加審核行政成本。

三、 全民健康保險醫療費用審查制度改善方向：

醫院總額支付制度自九十一年七月一日實施後，全民健康保險已正式邁入全面實施總額支付制度的時代，在總額支付制度下，年度醫療費用總額已預先協定，所以在管理理念上，應由過去重視醫療費用管控之模式，轉型為醫療費用點值預測、醫療品質之提升及避免醫療院所將財務風險轉嫁保險對象承擔。

為符合上述審查目的之轉變，醫療服務審查業務應朝提升費用核付效率、建立費用偵測合作模式、建立檔案分析為主軸之審查及促進品質提升等四大主軸進行規劃改善：

(一) 提升費用核付效率：

1. 事前審查改善：

事前審查實有預防不必要服務之提供、減少核減爭議之功能，惟

目前雖規定二週內完成核定，但仍會有民眾等待時間過長及審查標準不一致之爭議，為解決此一問題並保留事前審查之精神，應可朝建立醫院申請自辦事前審查機制之方向改善。

2. 改革審查單位，提升可比較之基礎：

改革支付基準(如以論病例計酬或論人計酬)，鼓勵減少不必要之浪費或虛報，增進審查合理性及效率。在未完成改革之論量計酬部分，藉著審查單位改革(如疾病診斷關聯群 DRGs)，分析不同院所間同類 DRGs 或校正病例組合指數(case-mix index)後各種醫療服務利用情形，進行整體之比較，再對異常個案作審查。

3. 發展醫令自動化審查：

以電腦輔助行政審查，針對支付標準及審查辦法中有關支付條件、使用適應症等規定，以電腦審查降低專業審查之作業量，並減少審查爭議。

4. 個案專業審查改善：

為改善專業審查尺度不一之情形，目前正朝須違反支付標準、藥價基準、藥品給付規定、審查注意事項、醫療辦法、審查辦法等規定者，才予以核減之方向努力，且核減應將核減之依據及理由詳細說明。

(二) 建立費用偵測合作模式：由健保局及醫界代表共同組成各總額點值

共同管理對策小組，監測點值變化情形，並研擬因應對策之建議。

(三) 建立檔案分析為主軸之審查：

1. 建立檔案分析運作模式：

- 1) 藉統計分析偵測病患就醫、醫療院所診療型態與費用申報之異常狀況，供審查參考，使專業審查重點由目前個案審查轉變為整體診療型態的審核，以提升審查之一致性及效率，減少專業間之紛爭，並合理控制費用，降低作假的機會。
 - a. 醫療院所檔案分析：以醫療院所為單位，定期將其病人資料彙總分析(如：服務種類、數量、金額、使用頻率等)，進行同儕院所之比較、同類病例之比較、個別院所時間趨勢之比較、與標準值之比較(依據執業常模訂定醫界接受之標準值)，以偵測醫療服務提供或申報異常現象。
 - b. 病人檔案分析：將每位病人每次就醫紀錄歸檔後，分析其同一疾病之治療狀況，以偵測虛報、浮報或重覆就醫之現象。
- 2) 檔案分析資訊回饋醫療院所：對於提供不當診療之醫療院所，可提供其診療型態與同儕醫師之比較，俾利醫師尋求改進之方向，對於優良之醫療院所則有鼓勵作用。

2. 建立醫療院所輔導機制：

針對診療型態異常或提供醫療服務品質不符合規範之醫療院所，建立輔導作業流程，提供輔導及改善建議，情節重大者，依合約規定處

理。

(四) 促進品質提升：

1. 建立案例研討機制：

針對因審查規則不明確或未規定而產生審核爭議之案例，建立案例研討作業機制，透過審查醫師及臨床醫學專家引進證據醫學法則共同討論，依研討結果訂定文件供審核及醫師教育參考，以促進醫療品質提昇。

2. 品質指標之建立及品質資訊公開：

- 1) 成立品質共同管理小組，建立品質指標及公開品質資訊、並以實證醫學之方法研訂臨床治療指引或給付規定，以全面提昇醫療品質。
- 2) 品質資訊公開：針對不同品質管理目的，公布不同的品質指標項目，包括為促使醫療院所改善品質，對醫療院所公布的品質指標資料及為讓消費者有所選擇，對社會大眾公布的品質指標資料。