

透過大數據管理 健保改革不停歇

李伯璋

台灣婦產科醫學會前理事長謝卿宏 19 日在《蘋果日報》論壇投書「有結餘又握有大數據 健保可做更好」一文，內容對於健保署推動的政策多所指正。本人身為健保署長有義務提出說明，並就教於社會大眾。

謝醫師指稱近期 38 種胃藥疑似含致癌成分原料藥而下架，是「健保署亂砍藥價的惡果」，這種說法並不正確。事實上。國際間販售的學名藥，其原料藥來源以印度及中國大陸為主，而我國輸入的原料藥亦大多數為中國大陸及印度，並無特殊，以最近發生的「致癌胃藥」風波，其源頭是國際知名藥廠葛蘭素史克生產的胃藥「善胃得」，其主要成分 ranitidine 被美國驗出含有致癌物 NDMA，由於這是全球性事件，台灣也採取預防性下架措施，目前已有多項藥品經檢驗合格，重新上架販售。

國內本土藥廠所製售的學名藥，在上市前需證明其與原廠藥在療效上沒有差異，再者，健保署為讓學名藥與原廠藥能有競爭上的利基，是採原廠藥的 8 成或 9 成核價，相關品質也一直都有食藥署的把關機制。外界若把單一的中國大陸原料藥品質問題，歸罪於健保藥價調整政策，有如「張飛打岳飛」實在讓人莫名其妙。

另外，針對本署實施診斷關聯群(Tw-DRGs)給付制度，這是一種「同病同酬」的支付概念，讓醫師執行臨床工作時選擇「做得好，獲利就越高」。不過，部分醫院及醫師對於DRGs存在部分執行疑慮，我們聽到醫界的心聲，健保署將會逐一評估專科醫學會所提出之不適宜導入項目，調整Tw-DRGs支付制度，在不影響民眾就醫權益下，鼓勵特約醫院持續提升醫療品質及效率。

有關健保署全面採用美國2014年版ICD-10-CM/PCS，這是基於與國際疾病分類編碼接軌，它與ICD-9-CM之間的差異，仍請醫療院所體諒過渡時期的相關規定及標準存在不一致的現象。本署除在新編碼實施前積極宣導與輔導，亦蒐集醫療院所反映之編碼問題，提供醫療院所自身錯誤樣態和本署檢核邏輯供參，如今已穩定上路。

謝醫師提到，不同類器官的不同類手術處置在健保給付支付標準手術通則中被編為同類手術，導致給付不公，健保署亦已針對病患於同一手術術野，醫師同時執行多器官手術，屬於支付標準同類第二、三個手術，過去僅能依支付標準之一半申報，在考量臨床醫師辛勞及病人安全，已於今年3月公告調整手術分項並修正支付標準，在重新分項後，跨科執行手術的醫師可獲得較合理的支付點數，不再被打折給付。

另外，健保署為減少專業見解差異，自2016年10月起試辦「具

名審查」，目的在提升醫療費用核減之合理性，我們感謝婦產科、泌尿科、小兒科及精神科醫學會的支持，目前仍配合執行這項政策，健保署各分區業務組也視需要召開「審查改革座談會」，透過面對面溝通並傾聽醫界心聲，進而弭平誤解以減少審查作業爭議。至於有關婦產科醫學會要求健保署提供已聘任之具名審查之名單，本署皆已提供，且該會歷次來文推薦願意具名之醫藥專家名單，本署亦皆依程序聘任，並非如謝醫師所言「健保署拒不告知」。

鑑於國人就醫可近性高，加上健保「部分負擔」收取費用偏低的情形下，使得各醫學中心、區域醫院醫師診間都有看不完的病人，開刀房有開不完的刀。因此，健保署建置雲端藥歷與雲端醫療資訊分享系統，在尊重醫療專業的前提下，期能有效降低重複用藥及檢驗檢查，並透過大數據管理，把醫療申報明顯異常的情形回饋給各醫療院所，進行雙向溝通，避免不必要的醫療浪費。衷心期盼全國民眾及醫界人士能共同支持健保改革工程，達成提升醫療品質與促進國人健康、健保財務平衡、醫界合理報酬之三贏局面。

中央健保署署長