

行政院所屬各機關出國報告

(出國類別:其他)

「比較台灣與澳洲醫療費用審查」
研習報告

服務機關：行政院衛生署中央健康保
險局南區分局

姓名職稱：林純美組長

派赴國家：澳洲坎培拉

出國期間：97年11月14日至
97年12月13日

報告日期：98年2月16日

摘要

為了提昇全民健保的費用審查作業，特前往由政府主辦全民健保的國家學習，以經由比較本國與他國間對於全民健保醫療費用審查的差異，以了解我國全民健保的費用審查作業的弱點與優點之處，並提出改善全民健保醫療費用審查的建議參考。本次向澳洲聯邦政府澳洲健康照護機構(Medicare Australia)提出申請研習以進行比較台灣與澳洲全民健保費用審查制度，並獲同意於97年11月14日至97年12月13日前往該機構。

台灣醫師與健保之間透過公法的健保契約規範完整的權利與義務，而澳洲只要醫師完成註冊登記就可以申報健保費用。在費用審查上，台灣經由暫付及費用審查再核定費用，醫療費用審查嚴謹度高於澳洲。每一制度有其優缺點，制度設計的差異基本上來自於其社會價值觀，並經由政治的權衡而產生的行政作為。澳洲的醫療照護財源與支出正好介於英國的公醫制度與美國的私人保險之間，澳洲健保費用審查管理以引導人民自律遵守規範為主，重視對其公民的教育。我們的健保相關法令完整性高，但公民的遵守性不足，應再強化教育我們的公民，以降低不必要的資源浪費及醫師與健保之間的合作關係。透過這次前往澳洲健康照護機構學習，對於健保制度及費用審查的設計了解甚具助益，在與澳洲健康照護機構工作同仁相互討論與進行對健保制度的比較，發現彼此制度之間的優缺點。本次透過跨國實務的研習，豐富了自己對健保制度的認識，也學習不同的思考模式所設計的審查制度。

對於本次研習提出建議為醫療費用審查應加強醫療供給者(醫師及藥師等人員)對於費用給付制度規範的遵守進行宣導教育，以降低事後發生不正確申報或意圖謀利的不當作為。本局應發展更先進的檔案分析，或者定期應公佈我們已經研發的異常申報模式偵測技術，讓意圖從健保申報中謀取利益者收到嚇阻之功效，並獲取大眾對本局管理健保費用負責任的信任感。

目 錄

摘要	2
目 錄	3
一、研習目的	4
二、研習過程	4
三、研習重點	8
四、研習心得	27
五、建議事項	30

一、研習目的

為了提昇全民健保的費用審查作業，特前往由政府主辦全民健保的國家學習，以經由比較本國與他國間對於全民健保醫療費用審查的差異，以了解我國全民健保的費用審查作業的弱點與優點之處，並提出改善全民健保醫療費用審查的建議參考。本次向澳洲聯邦政府 Medicare Australia 提出研習申請研習專題為比較台灣與澳洲全民健保費用審查制度，獲同意於 97 年 11 月 14 日至 97 年 12 月 13 日前往研習。

二、研習過程

依據「97 年中央健康保險局人員赴國外進行健保專題短期進修、研究」計畫在 97 年 3 月提出研習計畫，並經審查後在 97 年 5 月核准本次研習計畫一個月及研習經費補助。97 年 7 月提供本次研習專題計畫書及個人履歷與自傳，透過國科會駐澳洲代表處推薦前往 Medicare Australia(澳洲聯邦政府澳洲健康照護機構)研習，並於 8 月獲得澳洲健康照護機構同意，安排於 97 年 11 月 14 日前往至 97 年 12 月 13 日研習結束返國。

雖然在國外只有四週的研習時間，但在國內期間已先行研讀澳洲的健保相關制度，前後花費將近 1 年的時間準備本次的研習。出發前除了準備本次研習的主題-比較台灣與澳洲的健保費用審查制度外，並事先收集國際間對於我國的健保制度比較資料，以做準備介紹給 Medicare Australia 同仁素材，以達成國際機構間相互交流與互惠。本次在 Medicare Australia 研習主要單位在其費用審查部門(program review division, PRD)，共 20 個工作天，學習重點主要為費用審查部門的 compliance 作業流程(見附件 2)，詳細內容如下表。

97 年 11 月 14 日至 97 年 12 月 13 日
Medicare Australia 進行短期研究學習重點

日期	星期	學習重點
11月14日	五	啟程
11月15日	六	抵達澳洲首都坎培拉，入住 Green water suit 旅館
11月16日	日	1. 認識生活環境 2. 準備星期一拜會內容及本次的研習細節
11月17日 (在機構第1天)	一	1. 見面寒暄，致送本局及台灣的代表性禮物 2. 主要負責人 Director Luat 協助處理每日進入 Medicare Australia 通行證申請作業及人員與環境介紹 3. 介紹澳洲的健保及相關的審查作業及醫療基本相關資料
11月18日 (在機構第2天)	二	1. 介紹 Medicare Australia 費用審查作業及相關規範 2. 比較相關的二國制度的相關表格內容討論 3. 與該部門 Manager Mr. Colin Bridge 會面 4. 介紹 Medicare Australia 的 Compliance model and business procedures
11月19日 (在機構第3天)	三	1. 介紹 Cost control strategies 2. 介紹 Compliance business procedures 3. 與該部門專業醫師就藥品支付標準(PBS) 及醫療支付標準表(MBS)使用進行討論
11月20日 (在機構第4天)	四	1. 與 Medicare Australia 同仁共同提出本次研習主題摘要至 2009 國際衛生經濟年會(IHEA)研討會 2. 與該部門數據維護工程師討論 PBS 與 MBS 資料庫的維護相關內容，及費用資料萃取作業的前置處理過程 3. 討論二國 Compliance lesson learned 4. 介紹異常資料以類神經分析的作業進行
11月21日 (在機構第5天)	五	1. 介紹 Providers' compliance education strategy design(Emily) 2. 拜會其 CEO Ms. Philippa 說明本次來訪的目的及一週來的學習與所見，並感謝其協助（致送本局文宣及台灣琉璃飾物為見面禮物） 3. 前往拜會駐澳洲台北經濟文化辦事處代表-林松煥博士，新聞處，文化處及經濟處相關的駐外代

		表人員。
11月22日	六	整理本週研習資料
11月23日	日	整理本週研習資料
11月24日 (在機構第6天)	一	1. 介紹使用其機構 intranet, 認識其組織各部份功能 2. 介紹 E-learning program in internet (hichome/new_intranet/index.htm) 3. 介紹專業審查部份 Lynda (profession review)
11月25日 (在機構第7天)	二	1. 介紹 Compliance 相關的立法及對媒體重要訊息的發佈, 如年度收回不當使用的費用成果。(Luke Twyford 為專業律師) 2. 介紹 Medicare 向國際知名的企業學習, 如 Intel, Boing 等企業 3. 介紹藥品不當使用的扣減措施
11月26日 (在機構第8天)	三	1. 查詢其圖書館收藏的相關醫療制度與費用資訊資料 2. 介紹 Compliance program analysis (solution 1 in compliance business model)(Leigh Herman 為專業會計師)
11月27日 (在機構第9天)	四	介紹 Medicare Australia Position(MAP)對各支付項目的解釋進行詳細的說明及修正的流程
11月28日 (在機構第10天)	五	討論 Medicare 目前的二個主要問題, 病歷審查及行政處分運用於申報錯誤的管理(Malcolm Wares)。
11月29日	六	整理本週研習資料
11月30日	日	整理本週研習資料
12月1日 (在機構第11天)	一	1. 前往 Medicare customer center 參觀 2. 參觀群體執業診所(病人自費不申請 Medicare 費用, 由病人自行核退費用)
12月2日 (在機構第12天)	二	討論一些 Medicare frauds detection 的看法及作法差異
12月3日 (在機構第13天)	三	1. 與分析師討論 ANN(類神經網路) 開放的免費軟體(www.r-project.org) 進行的分析作業, 初步將進行小型的資料以相同的 ANN 程式合作於小型的樣本資料。與台灣的同事確認相關的系

		<p>統環境可行性。</p> <p>2. 下午國科會宴請 Medicare Australia 相關的人員，以感謝協助本次研習。</p>
12月4日 (在機構第14天)	四	<p>1. 介紹 Medicare prescription shopping program 管理推動</p> <p>2. 討論已完成的報告表格內容</p> <p>3. 討論政府的作為在於 compliance 的相關活動與影響。</p>
12月5日 (在機構第15天)	五	與 Research & Analysis section, Legal, Privacy & Information Services Branch, Manager Mr. Peter Tompson 會談關於其 IT 部門的資訊揭露作業流程
12月6日	六	整理於12月7日向本地留學生報告「比較台灣與澳洲健保制度的差異」簡報資料
12月7日	日	向駐外單位及海外留學生簡報比較台灣健保與澳洲比較差異，約30人參加
12月8日 (在機構第16天)	一	<p>討論介紹台灣的健保內容主題共3部份簡報內容</p> <p>1. NHI 在台灣的推動情形; 2. IC Smart card; 3. 費用審查.</p> <p>2. 交換醫療費用管理心得</p>
12月9日 (在機構第17天)	二	Research & Analysis section, Legal, Privacy & Information Services Branch, Julia 介紹 Medicare 相關業務的定期報告產製作業與流程
12月10日 (在機構第18天)	三	<p>報告台灣制度讓 Medicare Australia 同仁了解，二主題</p> <p>“Smart card in Taiwan” 及 “National Health Insurance in Taiwan”，約25人參加</p>
12月11日 (在機構第19天)	四	<p>1. 修改準備提交 Medicare Australia 的報告內容</p> <p>2. 參與費用審查部門辦理的給予簡單的歡送茶會 (morning tee) 與致贈紀念品。</p>
12月12日 (在機構第20天)	五	<p>1. 向費用審查部門同仁報告本次的研習結果</p> <p>2. 向 Medicare Australia CEO Ms. Philippa 提交本次的研習結果書面報告並與協助本次研習相關的人員致謝與道別</p>
12月13日	六	回程機上

三、研習重點

本次的研習以比較二國的費用審查制度為主，而費用審查制度與其健保制度的建立及健保資料格式與資訊處理作業密切相關，因此先行介紹其相關制度的背景。

(一)醫療照護財源

澳洲醫療照護財源分為三層，1)OPD 及藥品為聯邦政府提供；2)免費的公立醫院住院照護由州政府提供，類同英國的公醫制度；3)私人保險的部份像美國，解決公醫制度下的效率不佳的問題，三層組織增加了行政成本的支出。在聯邦政府層級健保政策制定與費用給付審查作業分開在二個中央單位負責，負責費用審查給付的 Medical Australia 任務基本上沒有費用控制(cost-containment)的要求，這部份的規範在於健保給付政策制定(payment policy) 來自衛生暨老人部(Department of Health and Ageing, DoHA)，而確認是否遵守申報規範(payment compliance) 來自於費用審查部門(program review division, PRD, 隸屬於衛生服務部(department of human services, DoHS)，這之間沒有整合，所以相對的效率被影響。

澳洲的三層醫療照護財源提供了一般大眾的需求，滿足供給者的市場自由性，私人健康保險政府為最大股東，且有一些鼓勵與消極懲罰讓大家購買私人健康保險以解決醫療效率與需求的問題，基本上還是滿足多數的一般醫療需求。

Medicare, 公立醫院與私人保險在澳洲民眾健康照護角色

醫療給付(MBS) 與藥品給付(PBS)	公立醫院	私人保險 (private insurance)
基本需求 專科診療必須由 GP 轉診，有一些專科等候名單長，像大醫院的名醫一樣。 門診GP由病人自行選擇 GP收費可以高於公定價	基本需求，不分病人所屬 州政府別都可以使用	額外需求，牙齒保健及指定醫師費，由病人另再付費購買保險支付。 以固定的費率出售，費率以給付內容而有不同，不是以病人的健康不同而有所差異。鼓勵大家在

格，所以供需由市場自行決定。		30 歲前購買，大於此一年齡則增加其費用
<ol style="list-style-type: none"> 1. 兼顧不同的需求而設計，基本的安全網(safety net)降低弱勢民眾的就醫需求財務負擔，但相對加重了有工作者的負擔。 2. 除了固定的支付標準外，再適度開放價格由市場依供需自由決定，滿足不同喜好的自由。 3. 以家戶為單位繳費，相關的安全網保障以家戶為單位，我們在設計二代的保費收取以家戶為單位時，亦應考慮安全網亦以家戶為單位，不應以個人為單位。 4. 不提供外國人此一福利(除了特定協約的國家外)，必須自行購買私人保險，其費用昂貴。 5. 門診一些昂貴的檢查或治療必須透過轉診專科才可以處方，這部份的使用是有門檻的障礙，以免醫療資源過度被使用。 		

由於政策制訂與給付審查之間各自獨立運作，再者沒有費用控制的責任，而且相對在健康財源的管理沒有如此的緊縮，當系統沒有效率或費用不足，無法自其根本問題來處理，而是為解決現有的問題再發展另一套系統而產生私人保險(private health insurance)的建立就是為了解決公立醫院等候線(wait list)過長而建立的系統。澳洲總理陸克文(Kevin Rudd)其競選亦提到如果公立醫院的效率仍無法提昇，將考慮收回由聯邦政府管理，但此一涉及相當大的政治問題，不是如此容易進行，甚至必須進行公投，再在，各州政府對醫療管理不同，如試管嬰(IVF)只有 Victory State 可以進行，其他州都不行。

公立醫院的管理是其州政府的權限，聯邦政府不介入其管理。相對的醫療給付(medical benefit schedule, MBS)亦不能延伸至醫院使用。特定的醫院有 MBS 給付，亦須由州政府與聯邦政府簽定合約才可以使用，這部份的費用會自聯邦政府給予州政府的補助款扣減。聯邦政府給州政府的公立醫院補助款，一部份為特定的專門於醫療費用，另一部份來自於稅收的分配(但實際分配給醫院的權力在州政府掌控)，公立醫院的收入除了政府補助外，另一部份來自於病人使用私人保險身份就醫的費用收入。

雖然澳洲有 60,000 位醫師，因澳洲幅員遼闊，醫事人員集中在人口密集東岸，分佈不均問題嚴重，所以門診有提供家庭醫師(GP)在偏遠地區的給付加成，

以鼓勵他們前往鄉村執業，以改善此一問題。澳洲的 GP 人數多於台灣，但專科醫師少，所以民眾若欲接受專科的診療須要等候，就像我們大醫院的知名專科醫師經常很難掛到號一樣。澳洲雖然沿用過去的英國公醫制，但病人不須要登記於一位 GP 固定就醫，這部份是市場導向。但多數民眾自己會養成固定在一處就醫，以連續其病歷資料與同一處。雖然澳洲每位醫師服務人口比為 414 人小於台灣 634 人，但他們還是覺得醫師不足。澳洲這幾年來醫師增加主要來自於印度，這些醫師是直接進入醫學院，再留下來執業，如果是境外移民者，取得永久居留權及執照後，10 年才可以加入 Medicare Australia，澳洲醫事團體自我保護主義高於台灣，相對的我們並沒有對外籍醫師加入健保須有取得台灣執照後的觀察期間。

台灣與澳洲醫療系統與健康照護財源比較整理如下表。

台灣與澳洲醫療系統與健康照護財源比較

	項目	澳洲	台灣	附註
醫療系統與健康照護財源	每位醫師服務人數	414 (2004)	634 (2004)	澳洲醫師數多於台灣
	每千人病床數	3.9 (2005)	5.7(2006)	澳洲病床數低於台灣
	健康支出占 GDP %	10.1% (2006,)	6.16% (2006)	澳洲健康照護支出高於台灣
	政府支出占整體健康支出%	69.4% (2003)	64.9% (2003)	澳洲政府對民眾的健康照護支出高於台灣
	付費者	三方	單一付費者,健保統一給付住院與門診醫療費用	
	聯邦:Medicare Australia	門診醫療及藥品給付		
	州政府	公立醫院住院診療病人入住公立醫院可以選擇當私人病人, 可以指定醫師,		

		但收費高, 由私人保險給付及 medicare 給付一部份	
	私人保險	補足醫師費不足	

(二)健康保險財源

澳洲的健保財源來自於健保稅(medical levy, 收入*1.5%)，Medical Levy 與稅收一同收取，所以沒有工作或者收入未達一定標準者，就不用繳此部份，健保稅平時是隨薪資扣除，但外國的工作者也被扣除但無法使用其醫療給付(medicare benefits scheme, MBS) 與藥品給付(pharmaceutical benefits scheme, PBS) 後續可以申請退還。澳洲的健保財源兼具一般性與個別性的選擇，介於美國的私人保險與英國公醫制度之間。一般門診與門診處方(住院處方聯邦政府亦提供，但須另簽定協議)由聯邦政府提供，住院與急診則為州政府提供，個人除須繳一般的健保稅(medical levy) 外，還須購買私人保險，以保障其公立醫院的不足。每一家庭收入大於約 AUD \$100,000 就須購買私人保險，不然會被另外課稅，所以多數雙薪家庭都會購買私人保險。多數民眾(約 900 萬人口)另有私人保險，如: Medibank，政府機構為主要的出資人，私人保險的內容依照購買價格不同保費也有所不同，除醫般醫療外，亦給付配鏡與牙醫診療，雖然可以選擇就醫，但其就醫有基本費用(access fee) 的門檻，所以並不是完全免費，病人必須自己衡量在這部份的負擔，亦因此住院就醫不一定都會以私人保險病人住院，因公立醫院完全免費，相對節省費用。

病人一旦須住院必須由 GP 轉診至公立醫院的急診，經過相關的檢查後，確定住院後，才可以收治，所以急診也會有壅塞情形，病人可以選擇至私人醫院。部份私立醫院就蓋在公立的醫院旁，如坎培拉醫學中心旁邊由國立大學(ANU)設立一所私立醫院，以支援其教學須要的素材，病人可就近由公立醫院急診就醫後轉至私立醫院住院，而公立醫院的醫師是可以至其旁的私立醫院看診。這部份和

台灣的公立醫院醫師管理大為不同。台灣與澳洲健保給付情形比較整理如下表。

台灣與澳洲健保給付比較

	項目	澳洲	台灣	附註
	健保政策管理	衛生及老人部 (DoHA)->制定健保政策	衛生署->健保局	澳洲健保政策制定與執行單位分屬不同單位
		衛生服務部 (DoHS)->Medicare Australia 執行健保付費及費用審查		
	健保成立時間	MBS(醫療給付) 1984 年, PBS(藥品給付) 1953年	MBS(醫療給付)與 PBS(藥品給付) 1995年	澳洲全民健保早於台灣 10 年
	健保財源	稅收, 當年預算不足需求可再增加預算	保費,且自給自足, 另有部份費用來自於菸品稅及公益彩券	澳洲健保費為每人收入*1.5%(medicare levy), 由雇主自薪資預扣, 而非居民者, 可申請核退此部份
	健保年度額度支出上限	沒有固定當年的支出額度	給付是透過與醫事團體協議當年總額支出成長率, 固定當年可以支出的額度	
健保給付情形	Medicare 給付範圍	門診及藥品	門診, 住院及藥品	
	Medicare 卡	全家一張, 可以另申請副卡	每人一張健保卡	
	病人門診就醫費用	依照醫師的收費	依照健保的收費	
		醫師收費可以高於公定費率	加入健保醫師沒有收費自由	Medicare 只給付公訂費率 85%
	病人部份負擔	醫師與申報之間的差額	健保統一規定	病人自付額達上限後, Medicare 會給付差額的 80%, 台灣只有給付住院的 30 天部份負擔核退

申報健保費用	由醫師或病人自行申報	由醫師申報	澳洲 25%的病人須自行申報就診後的醫療費用核退, Medicare 有 238 個辦事處, 台灣只能允許緊急傷病核退且在 6 個月內
轉診專科醫師	必須由 GP 轉診	病人自行選擇	
健保病人浪費問題	多處就醫與收集藥品送至海外或在黑市販賣	多處就醫與打針	
醫師不正確申報或浮報費用	收回不正確費用	收回不正確費用, 亦對部份院所給予罰款	
醫師嚴重虛報	司法介入偵辦	司法介入偵辦	
病人不法領取藥品	司法介入, 罰款 \$5000AUD 及拘役二年	教育與宣導, 要求醫師負擔一部份病人管理責任	病人不法領取藥品多為貧窮的移民人口, 如越南

(三)健康保險費用支付組織-Medicare Australia

Medical Australia 在 2006 年由健康保險委員會 (health insurance committee, HIC) 轉型而來, 在過去 HIC 為一政府的事業機構, 由委員會 (commitment) 所組成, 隸屬於衛生暨老人部 (department of health and ageing, DoHA) 負責 MBS and PBS 給付。Medical Australia 在 2006 年 10 月後隸屬新成立的衛生服務部 (department of human services, DoHS), 以提供健康照護及社會福利補助的相關給付。其 CEO 負責必須接受質詢國會及確保方案執行的健全性完整性 (integrity), 費用的控制並不是主要的工作, 費用成長控制以在消費者物價指數 (consumer price index, CPI) 成長範圍內即可。

Medicare Australia 負責的工作項目包括: 門診醫療給付、藥品給付、老人安養照護給付作業、家庭援助服務、器官捐贈登記、兒童預防接種登記等, 其中前三項費用支出分別為門診醫療給付、藥品給付、老人安養照護給付業務。受

到 Medicare Australia 的組織任務(mission) 不同，作法也有不同，Medical Australia 任務: 1) 及時付費(make payment on time); 2)確保付費正確(ensuring payment correct from compliance)。Medicare Australia 並不負責收保費，藥價與醫療給付項目制訂來自於衛生暨老人部(DoHA)的權責，Medicare Australia 專責於費用的給付與審查，而所有的審查作業受到相關法令的規範。

Medicare Australia 有將近 6000 位員工，238 個地區辦公室，地區辦公室主要的業務在於協助民眾申請相關社會福利補助費用或醫療費用的核退。地區辦公室多數設立於 shopping center 內，空間上十分的舒適與人性化，服務人員主要為年輕的女性，各地的辦公室服務時間延長至非上班時間。Medicare Australia 重視消費者的反應，訂有許多提昇顧客滿意度的相關計畫，如:顧客的電話服務不僅有標準化作業亦有互動式學習課程，亦會定期表揚優良的地區服務辦公室，民眾的滿意度有 90%，所以獲有最佳服務公部門的獎項。地區辦公室是 Medicare 主要的行政成本支出來源，但近來隨著電子化的申報作業，地區辦公室的人工服務轉型中，他們開始教育民眾使用電子化作業，並且讓員工了解其未來的工作，也因此他們有一個因應未來轉型的管理部門。

前往地區辦公室辦理醫療費用核退手續相當的簡便，且當場核發現金。如果民眾以假的證明申請醫療費用核退是非法的，一旦被確認除須繳回費用，並判以拘役二年，這些案例他們也會公佈在其網站，以教育民眾遵守規範(compliance) 的必要性。

Medicare Australia 辦理相關社福津貼給付所以與弱勢家庭息息相關，特別瞭解一些弱勢家庭的需求，所以在聖誕節的來臨前，他們發出新聞稿，請大家捐獻一些日常用品與食物，以提供需要幫助的弱勢家庭。這部份對弱勢家庭適時予以關懷，和我們健保局的做法一樣。

(四)健康保險費用給付

澳洲對於 IC 卡討論多時（已有小地區試用），但基於對於個人的隱私考量上仍未能施行。就醫的憑證以家戶為單位再同一張卡 MBS 卡(塑膠卡)。台灣健保與醫師之間的關係透過商業合約作為商業之間的交易規範，但在 Medicare Australia 並沒有另外與一般的開業醫師簽訂合約，加入 Medicare Australia 醫療給付(medical benefit schedule, MBS)這部份在澳洲僅以登記即可，即具有執業登記合格者即可以申報 MBS 給付。Medicare Australia 的醫療給付限於門診就醫及藥品(pharmaceutical benefits scheme, PBS)，住院部份只有給付公立醫院藥品給付(PBS)，由醫院進行申報。支付標準內即規範所有的申報相關規定，約 720 頁，另有診療規範指引(Med-guide)也是非常的厚，雖然對於支付項目的申報詳細規範，但支付項目多且繁瑣，導致仍有不使醫師誤解支付標準申報定義，所以有宣導教育部門來提供這部份的繼續教育。

西醫門診支付標準亦可由西醫醫師提供針灸給付給病人，此部份針灸訓練來自於中國中醫協會提供。Medicare 給付電話問診看診費用。醫師診療服務的提供可以在病人的家中，但須由病人自行負擔醫師的交通費。

每一個家庭醫師(general physician)每月向 Medicare 申報費用(bulk billing)約 AUD \$16,271 (約 NTD \$360,000)，但還有一些醫師向病人收費的部份未計入約 2-3 成左右。比較其一般的公務員每年年薪約 AUD \$60,000-70,000，醫師的收入約一般的公務員 4-5 倍。

1. 支付標準

澳洲的健保給付以論量計酬為主，醫師的費用申報依支付標準價格 85%-75%，給付，這中間的 15%-25%就必須是病人自行負擔或醫師吸收的部份，若為大量申報(bulk billing)醫師診察費上都是 100%給付，醫師以大量申報病人就不需再另外付費，所以會受到民眾的歡迎，看診的數量相對較高，尤其在鄉村地區。以大量申報的醫師通常須事先預約 2-3 小時，由於人數多，所以看病時間

相對較短約 5-10 分鐘。Medicare Australia 只有 73%(2007 統計資料)的醫療費用來自於醫療供給者大量申報費用，其餘部份由民眾自行申請核退，所以須花費不少人力於辦理核退民眾醫療費用作業。醫師可以自由選擇向病人收費或申報 Medicare，向病人收取的費用亦可高於 Medicare fee-schedule 制定的價格，但台灣不行，醫療市場自由化較高。門診醫療沒有部份負擔，但藥品有部份負擔，若患者持有優惠卡者，部份負擔可以減少，每一家庭每年有自付上限，超過此一上限後再給付 80%，以降低民眾的自行負擔的負荷，但也因此有浪費的問題產生，如：逛診所取藥 (prescription shopping)。

2. 與支付標準規範遵循(compliance) 有關的重要法令與修訂過程

- 1) National Health Act (1953)(PBS)(DoHA 負責);
- 2) Medicare Australia Act (1973)(DoHS 負責) Medicare Australia 主要的執行業務依據來源，近一次的修改在於 (2002);
- 3) Health Insurance Act (Medicare Benefits Scheme, MBS) (DoHA 負責) (1973)(2008 大修改) (2009 亦有一部份的修改)，MBS & PBS 支付項目 1 年約有 4 次，由 DoHA 行政處理，但受到國會的監督。
- 4) Medicare 有關的法令修正辦理單位為 Program review district 的媒體與法律為一單位，約 9 人，其中 2 人為專業律師，整個 Medicare 有 10 位律師，其它的須協助一些法律訴訟的諮詢；媒體部份(3 人)有：1) 定期簡報成果，每週約 1 次；2) 國會議員及其報告資料的準備；3) compliance 成果或者醫師被起訴及罰款的副面消息，提醒大眾重視 Medicare Compliance 的重要性；4) 媒體訊息重要新聞發佈，約 1 個月 1 次，這部份內容可以在其網站上獲知訊息。立法部份(6 人)有：1) 內部相關員工的法令諮詢；2) 內部的政策所須的相關法令諮詢；3) 草擬與相關 Medicare 有關的法令修正部份及準備立法的相關作業，所以人員所須亦相對多，此部份並沒有外包給專業律師處理。
- 5) 立法或修法的作業，確認問題與改變→報告部長(亦為國會 senator)→再由部長向國會提出報告→獲得相關的經費或者起草立法相關規定約(2-3wks)→與相

關的利益團體(stakeholders) 溝通->國會->立法

6)MAP (Medicare Australia position (guideline)) 是對於各支付標準的規範詳細說明，讓相關人員在回答對於支付相目的規範可以很清楚，以降低申報錯誤的情形。一般一年約執行 30-50 項診療規範的說明文件，每一件約須 6 個月完成（近年來才開始進行），相當於我們與醫師對於支付項目有疑議時才進行，其過程上先統計耗用量，相關的支付標準項目，徵詢意見，專科學會、DoHA，大家都同意並在文件上簽署後，就會公佈該診療項的申報規範與定義周知。後續會再進行追蹤（約 1 年），重新訂義的邏輯條件也會進入電腦自動化檢查的程式，自動化檢查相當的完整，例如：對於申報部位已切除，下一次再申報，會被自動刪除。或者，一些疾病管理的登記系統，若該病人已經被登記，下一個登記者會被自動刪除，每一個被踢除的項目有不同的代碼，相當的多，約有 100 多項。

有時候支付標準規範已屬於明確的法令問題，就須循著修法的部份（MBS 修訂須進入國會），花費時間較多，理當應由製訂 MBS 的 DoHA 組織 來進行，但應迫於執行面的需要，所以 Medicare Australia 來進行，但同意權還是在於製訂 MBS 的 DoHA。這就是支付項目與執行單位分開為二單位的行政效率問題，Medicare Australia 不須擔負財務面的問題，僅為行政管理，所以 Medicare Australia 同仁自認與其專業團體的關係還不錯。

3. 費用申報

因為隨著醫師以整批申報(bulk billing) (30%→75%) 核退的量相對降低許多，目前的核退主要在於專科的檢查費用，這部份醫師沒有採用 bulk billing。至於醫師是否 bulk billing 取決他們的決定，並不予以硬性的規定，所以較為知名的醫師不願採 bulk billing，因 bulk billing 門診只給與價格的 85%(若 private inpatient in a private or public hospital 為住院則為 75%)，這中間的 15%-25%就必須是病人自行負擔或醫師吸收的部份，而 bulk billing

在醫師診察費上都是 100% benefit，所以病人與醫師之間上沒有損失。各類醫師診察收費如下(和我們的健保給付相仿，但健保診察費主要依人數及看診日數分級):

醫師診察費-A: AUD\$ 15, 5 分鐘

醫師診察費-B: AUD\$ 32.8, 5-20 分鐘

醫師診察費-C: AUD\$ 62.3 20-40 分鐘

醫師診察費-D: AUD\$ 91.7 >40 分鐘

多數醫師每一小時約看診 4 人，一般的醫師診察費收費在於 AUD \$60(不另收掛號費)，差額的 AUD \$20 自行負擔。因為醫師診察費的計算是以時間，而時間的計算定義就必須很清楚，所以有另一文件(mediguid)詳加定義，如病人休息等候量血壓的時間不計入，醫師移往另一個病人診間的時間不計入等，這些都是他們由 non-compliance 收集後的相關意見所製作下來的文件。還有傷口後續的照顧必須包含於同一次的診療，類同於我們的同一療程，醫師也會有模糊之處，所以也特別加以說明。由於醫師的診察費用依時間的不同，可以申請不同的時間項目，然由醫師自行判斷，這部份為最主要的 non-compliance 來源，所以會分析醫師的診療形態(practice patterns)，若為不合理則會進行收回費用，如申報的一天診療時間累計大於 10 時。

每年家戶超過約 AUD \$1000 (每一年的安全網都會調整上限金額)之後安全網(safety net) 會啟動，差額可以再補助 80%。所以年度末了就醫人數就會增加，因為家戶已達到其安全網上限，就醫幾乎不用再付費，所以就醫次數就會增加。PBS 也有安全網，所以病人必須將其與家人的一年用藥記載在一起，當其付款已達到其上限，此一支出證明就是其家人一年來用藥記錄。透過優惠卡(concession card)與 藥品記錄卡(drug list)，這也是一種建立病人藥歷的方式。PBS 的費用支出約 16.7%，為了避免不當使用，門診一次處方 AUD \$31.3 相當於 NTD \$650 但有折讓卡的病人為 AUD \$5 相當於 NTD \$110，

這部份持有折讓卡的病人過渡耗用 PBS 成了他們管理的對象，有一些用藥必須事先申請經過同意後才可以使用，並且發給代碼，或者由醫師填入其必須使用的原因代碼在其處方箋上，藥師於調劑時必須將這些代碼輸入於費用申請資料內，若有不正確則藥師所申請藥費會被踢除在電腦的檢核作業。

註:2008 年安全網上限為 AUD\$1141.8, 折扣卡(concession card) 上限為 AUD\$290。

4. 申報格式

ICD-10-CM 只用在醫院系統，在門診是不須申報此部份，此部份和健保不同。門診申報的欄位訊息內容，病人姓名、治療時間、收費、實付、服務項目、服務醫師的代號、地址(可能在二處以上執業)等，多為商業交易內容。對於提供病人的健康資訊有限。MBS 本身不申報用藥項目，PBS 包含住院病人的用藥資料。二個檔是分開的，須經由串聯才能獲得所須資訊，這部份是資料分別進入後才在 Medicare 處理。

在 on-line of e-claim 補助每件處方 AUD \$ 0.04 元/件 (0.88 元台幣，我們對於上傳的費用每件 1 元還高出他們的費用)，他們的專業團體也是要求補貼相關電腦設備後，才同意施行 E-claim。他們鼓勵醫師使用 E-claim 每日上傳，資料經處理後約 15 日付款(付款的時間也是其 performance 衡量的一部份，和我們相同)，而我們是以每月為上傳費用檔，所以他們的交易次數就相對的多，已發現的申報錯誤只好下次再修改，並請求將上一天的交易退回，再另外處理。就醫後的申報必須在 6 個月內完成，逾期就不給付。他們鼓勵醫師採用 E-claim，付款迅速就是其中的誘因之一。

5. 倉儲資料庫管理

含有病人隱私的資料，在資料庫部份是採用實體的隔離。其倉儲系統為 ORACLE，主要的 MBS 與 PBS 資料分別轉檔後，分析師(在 program review department 但屬於 IT 部門人員)，資料先行處理(SAS，以 sql⁺ 萃取資料，

放入特別的分析軟體，找出較重要的異常部份提供給使用者，約 3 個月一次。另一人再進一步針對發現撰寫處理的策略，檔案分析小組人員亦可申請其所須的特殊需求。相關可以辨視病人的資料在一般的分析上是無法獲得的。

費用審查有專責的數據中心人員，原先為 IT 部門的人員，但因過去執行上對於使用者的回應需求上無法快速回應，所以將 IT 人員及分析人員直接移至該部門，以產製所須的相關數據資料。

(五)健保費用審查

1. 費用審查部門(Program review division, PRD)

對於醫療供給者的費用 Compliance 也是從近 3 年才開始進行，其設計的概念來自於民眾申報稅務的自我遵守(TAX compliance)，Program review division(PR D) manager Collin 先生過去服務在 TAX compliance，所以理念影響於此。Medical Australia 的預算來自於其所給付的金額，約 4.5%(90cent agency fee in 20 dollar payment) 的行政經費代理在所有的社福津貼或醫療給付(benefits) 發放，但台灣的行政經費約 1.56%，相對於醫療給付的行政費用是低的。Medical Australia 行政經費係依其給付的費用(benefits)計算，所以對於 compliance 不是非常積極的目的，因為節省太多反而讓他們的預算更少。近年來推動電子化作業，但人工作業亦同時進行，所以其人工費用成本目前仍相對高，但又須額外支付 E-claim 的相關設施。

Medical Australia 預定推動的 National compliance program 再另編一筆預算並經國會同意施行，compliance program 的相關做為不是在其原有預算內勻支，所以 PRD 今年其必須改變組織，以處理自今年其其未來 4 年所增加的預算經費。而 2008 年費用審查部門(program review division, PRD) 將增加人員於費用審查(compliance program) 工作，在人力的調整上，他們會雇用一些人工作業精簡後的現有臨時人員，所以人工作業所須的人力在電子化交易後產生的新的問題，還是須要透過人力的補充來解決費用的管理問題。

Medicare 基本上是付錢的角色所以多數民眾喜歡(95%的滿意度 獲由 best of the best on CSIA customer service institute of Australia)，而費用審查基本上是扮演黑臉角色，所以比較令醫師們討厭，所以當 Medicare 的 PRD 員工前往就醫時，不喜歡讓醫師知道他在 PRD 工作，這部份的問題，與我們相同，畢竟大家都不喜歡行為上被要求 compliance，總有一些壓力存在。費用審查部門設有 3 位專責的醫師負責提供醫療的專業諮詢在 Medicare 給付上的專業內容。Medicare 的專責的醫師每週可以在外執業二次。

交換一些台灣的虛浮報檔案分析(fraud detection)我們可以經由其他外部單位醫事人員的資料，並用於健保的費用審查勾稽，Medicare Australia 同仁羨慕我們的做法，這在澳洲並不行，這些必須是法令立法才許可。Medicare Australia 費用的審查集中於總部執行，BNHI 則分散於分局執行， Medicare Australia 地方辦公室工作主要為執行調查。對於費用管理不單是費用的審查，另設有專責的 compliance 教育單位，強化於事前的教育以預防不必要的錯誤產生。費用的審查主要以電腦進行，必要時才請醫療供給者提供書面資料或說明。在費用的審查上一旦發現異常的醫療供給者，但他又是地方不可缺少的專業人員，在處理上會以人道為優先考量，不單只是法令上的要求，這是他們現在進行一些 compliance activities 的難處。

Medicare Australia 雖有訂診療規範(medguide)供醫師遵循，但診療形態的合理性最主要還是來自於其行為是否能被其同儕所能接受。異常的個案則由專業審查醫師(專職於 Medicare，可以有部份時間在外執業)先審查其檔案，若違反相關規定，或檔案仍無法釐清相關事實，則會前往院所診療處所瞭解，評估過程中並無法先獲得相關的病歷資料，只能由檔案與同儕的比較資料判斷。前往實地與該醫師進一步溝通，基本會先聆聽其說法及對於此一異常的說法的解釋，並給予醫師一些建議，再觀察其 6 個月後的統計資料，是否已達成改善，若仍無法達成或約談時不能接受專業審查醫師的意見，則會將該案例移送至 Director of

Professional Services Review 予以公正客觀的進行了解其狀況，並約談該醫師。註:Professional Services Review (PSR) Committee 設於 DOHA 部門，由專業團體負責，以對於執業偏差的醫師進一步調查其異常行為與費用的回收，此部份是經由立法。

2. 未能遵守規範風險評估(non-compliance high risks assessment)

Non-compliance 風險評估以了解易虛浮報或浪費的高風險支付項目來源或診療形態，並對風險評估訂定不同的等級，並根據不同的構面，分為財務面、社會、國家或利益團關心的項目(如:prescription shopping)，再細分不同的順位層級、類別及風險來源，並設定執行的時間及追蹤的時間排程，這部份為 compliance 的第 1 個步驟，一旦 compliance 的成效未達預期目標則會回到此一步驟來檢討。non-compliance 風險評估資料的收集除過去累積的項目外，亦定期會與相關專業團體進行會議以收集 non-compliance 的資訊，再經過數據的相關佐證及評估後再納入 non-compliance 風險執行項目，相當於我們的檔案分析項目及工作排程作業。但有一些無法經由歸納邏輯的部份工作則為質性作業進行追蹤。風險評估都有相關的數據協助以支持其評估的內容。

Medicare Australia 也會定期公佈醫師故意的非法申報及收回的費用於其年報，彙整他們發現常發生的虛浮報有那一些及司法偵辦的結果，以為警惕意圖者，並強調執業行為上遵守規範(compliance) 的重要性。他們統計主要的虛浮報如:1)申報多項照護方案，但並沒有提供;2)申報健康評估，但沒有提供;3)申報下班後的急診會談，但沒有提供;4)故意將病人約在下班後(after hour care)，申請以獲較高的診察費用;5)申報二次的會談在同一天，但只有提供一次等。

MBS 不適當的診療直接定義為每日看診大於 80 人，在一年之間發生次數大於 20 天。醫療給付(Medicare Benefits Scheme, MBS) 的醫師診察費分不同的時間給付，5 分鐘為 AUD\$15 (AUD \$1= NTD \$22)，醫師的診察費係依時間不同給付，

所以自由心證，這部份成為勾稽的重點。

MBS 資料只有醫師的診察與診療，並不包含用藥部份。用藥部份只有存放在 PBS 部份，所以他們對於 MBS 案件若有高比率沒有開藥，會列入 High risks 標的。資訊的分析基本是運用一段資料(約 1 年)觀察其異常的趨勢性情形(若只有一段期間，再為正常，通常不會被列入)，再依其各項指標的百分位，擁有愈多標記者，則被列入高危險群標的(high risk target)。主要為費用關聯法則(association rule)，另外亦使用類神經網路運用在預測模擬部份，這部份他們現在是使用網路的免費軟體。

基本上我們現行的檔案分析做的比他們完整，我們也有許多關聯法則，主要來自於我們多年的經驗所累積，並對於有支付標準之間有違反的關係則建立為自動化審查，這部份他們也有建立，以 PBS 為主，但 MBS 並沒有自動化審查，在 Medicare Australia PBS 所存放的資料內容多於 MBS，這與我們是不同的。

Australia 亦有 super clinical 的存在，service all in one place，由多位 GP 共同執業(商業團體出資)，還有其他的專業人員如:病理檢查及藥局，由於病人就醫的方便性，所以也會有同一天看二位以上的 GP 的問題，我們透過 IC 卡監測，他們則透過診療地的歸戶以確認。這部份因應診療執業模式的改變，也是他們的 non-compliance 來源之一。

Medicare Australia PBS 藥費年年上昇(藥費占之支出 16.7%)，所以也重視藥品支出管理並從不同的面向進行，例如：

- (1) 降血脂用藥品為支出前 10 名用藥，因此加強醫師處方降血脂的藥品適應症宣導教育。但對於不當用藥的部份，並不會對於處方醫師有任何的處罰，但未來會增加此部份對於醫師的行政處罰(penalty)。在澳洲醫師申報 MBS 是不須申報用藥品項內容。
- (2) 加強行政管理及特定用藥的事前審查作業，未取得申請通過的用藥在 PBS 費用申報會被剔除。

(3) 增加資料分析和 compliance 方案，除了對於逛醫院取藥 (prescription shopping) 的病人管理外，亦對於特定的醫師宣導以協助處理 prescription shopping 的病人，並有特定的病人用藥資料開放給醫師查詢。

他們對於管理節省的經費描述不僅呈現直接的費用，亦透過經濟模型預測未介入的情形，而這之間的差益就是間接的費用節省部份。在他們的逛醫院取藥 (prescription shopping) 管理方案，因該 non-compliance 項估計每年造成有 1500 萬的費用支出的損失。

3. 資訊揭露

Research & Analysis section, Legal, Privacy & Information Services Branch，主要定期提供支出報表，給予 CEO 瞭解每季及每月付款的情形，整體資源使用的情形亦有提供上網供大眾瞭解，含個別的 MBS items 或藥理分類統計亦上網提供。部門人員會先行檢視並與 DOHA 人員討論，以瞭解費用增加的相關要素及資料定義是否正確。Research & Analysis section 除處理一部份相關的數據外，主要為內部需求提供數據者，亦提相關外部研究單位所須的 MBS & PBS 資料以進行研究。資料提供有一定的申請程序，如同 TBNHI 一樣的作業，必須考慮一些隱私的問題，再者有不宜公開的資料亦不提供。所使用的處理資料系統為 SAS portable，還有另一個類似於目前局內的 Cognos 系統，可以自行依欄位擷取所須的資料，若不是現有的項目，則另外再由 SAS portable 處理。基本上因 privacy 的關係，不允將病人的 MBS 與 PBS 資料整合在一起，這部份只有在逛醫院取藥 (prescription shopping) 病人資料才會被連結。

4. 費用申報規範教育宣導

費用審查部門在 compliance 的過程中，整理一些重要的且經常發生的 mis-understanding items 做成小冊、運用媒體線上教學，提供持續性教育給與相關的醫事團體，這部份並也包含其協助診療的相關人員 (因為他們可以適時提供訊息予以協助 providers)。因為在他們的 compliance 策略最基本相關人員為

多數人，只有少部份人是為蓄意，根據此一其理念為其教育的主要部份。在澳洲每年有 3000 位 GP 加入，其中 1/3 來自海外(印度最多，加拿大，美國及歐洲等)。必須讓這些新加入 Medicare 成員對於制度及支付規定了解。因為在澳洲加入 Medicare 只要登記即可，擁有證照號碼即可以加入，不像我們 NHI 為一商業契約，雙方的權力與義務記載於合約書內。雖然我們有對新特約院所辦理簽約講習，但一些他們容易發生申報錯誤的部份，在持續上的教育與提供上並不充足，我們的利害關係人(stakeholders)(醫師、藥師、病人)。在某一些時候醫療提供者與我們的關係上是對立的，這在他們盡量的避免，所以他們也視 stakeholders 為其夥伴的字眼經常可以在其對外的文宣資料提及。他們對於各項政策進行的合法地位明載於其文件，這與我們相同，畢竟政府官員所遵循(compliance)的做為必須是為法令。Medicare Australia 在對於醫療提供者(providers) 教育策略的擬定，會先進行市場調查，了解其主要對像(audience)的需求性，以確保能滿足其標的對像所須要的訊息，並且建立市場區隔化，這部份的作法較具有企業精神理念。事後亦會對於教育宣導的成效進行追蹤，如：來自於 providers 的費用申報行為是否改變，也會有定期的市場調查，以了解 providers 的滿意度，做為一些策略的擬定與修改。

5. Medicare Australia compliance 主要問題

Medicare Australia 目前的 compliance 主要問題在於病歷審查(medical record access), 不正確申報處罰(penalty on incorrect claim) 這二部份與其立法有關，目前已進行法案的修改。由於其主要的管理者(部長)亦為參議員，所以他們須先報告他目前問題，再透過他向國會報告，以進行政策的合法化及預算的編列。一般在進行一些法案的起草作業(約 2 個月)，公告或進行公聽與相關利害團體(stakeholders) 討論(約 2 個月)，再進入國會討論(約 2 個月)，通過後才公佈。

(六) 二國的健保制度與費用審查比較

1. 二國的健保制度比較

經由二國的健保制度差異比較發現我們的民眾付費低於澳洲，且台灣健保給付範圍面廣於澳洲，民眾的就醫便利性高且沒有等候手術的名單。但我們政府對於的醫療市場管制性高於澳洲，法令的制定以防弊為主，且完整性高於澳洲。我們的健保費用申報與處理資訊化高於澳洲，相對的我們健保支付費用管理行政成本較低。健保政策制訂與執行集中於單一機構，行政效率高。申報費用的資料我們延伸收集健康照護結果，不單只是交易資料，擴充了健保資料庫的使用範圍與目的。

二國的健保制度差異比較表

	項目	澳洲	台灣
制度的差異點	就病人而言(費用負擔)	就醫的自行負擔較輕	就醫的自行負擔較重
		保費高於台灣	保費低於澳洲
	等候手術時間	長 (人工關節置換術須等候 6-12 個月) 須透過私人保險補助醫師以降低等候手術時間	短 (人工關節置換術須等候 1-2 週)
	選擇醫師權力	門診可以, 但住院不可以	都可以選擇
	醫師	自由決定收費	限制額外收費
	醫療市場收費機制	醫師主導	健保掌控
	健康照護作業資訊化	目前政策發展重點	台灣較落實
	健保管理機構	分屬二單位, 執行單位不負責政策, 政策回應速度較慢	集中一單位統一管理, 效率高, 但也較多責難
	費用管控設計	多數人都是守法	防弊性多
	健保資料庫	內容只以給付為主	可以延伸提供相關的健康照護指標, 降低再收集健康照護資料的成本

2. 二國的健保費用審查比較

醫師與健保之間透過公法的健保契約規範完整的權利與義務，較澳洲只有註

冊登記就可以申報健保費用，對於事後的醫療費用審查嚴謹度高於澳洲。我們的費用以先行暫付再經審查後才核付，澳洲是一律先核付再審查，一旦發現異常者，若該醫師已破產則無法追回費用，相對於費用的管理台灣趨於謹慎。

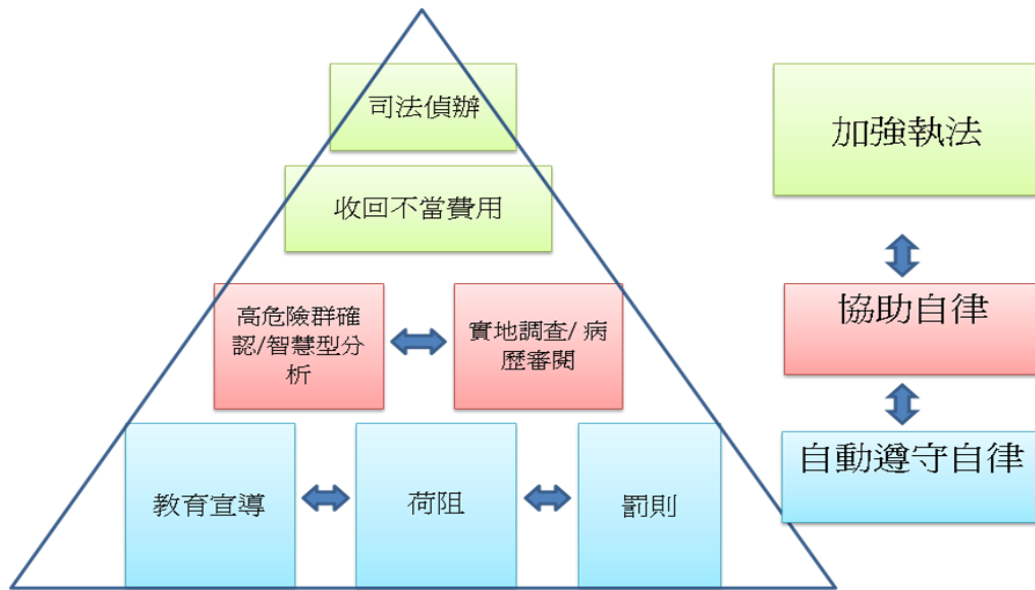
二國的費用審查管理比較表

項目	澳洲	台灣	附註
醫師與健保之間的契約	沒有另訂，只有合格醫事人員登記後就可以服務健保病人	必須與健保契約	
健保費用審查	付費後	付費前，以抽樣檢查，並回推未抽樣的部份扣減不當或不正確的申報	台灣的費用審查嚴謹於澳洲
病歷審查，以確保服務內容是否符合保險相關的給付規範	不允許	依契約行使申報內容的檢查權	澳洲沒有與健保的商業契約，只能透過修法及宣導教育進行，效率上較慢
電腦勾稽審查	除了統計常模外，透過人工智慧	一般的統計常模	澳洲的健保資料完整性低於台灣，所以須發展較進一步的電腦審查，以突破資料的不足性
審查後對於不合理的費用回收	降低稅收支出	回歸當年的總額，提高給付的點值	

3. 費用審查分級管理策略

在強化自律與分級管理活動如下圖，二國基本上都是透過宣導教育讓大家自動遵守費用申報相關規範，在對於一些特定的高危險群進一步調查，必要時予以收回不當的申報費用或進一步移送司法偵辦。但台灣的健保在費用審查上採行抽樣再放大回推母體費用，對於蓄意申報錯誤者有荷阻功效，這部份在澳洲的審查上較缺法，所以他們正在加強立法對於經常蓄意申報錯誤者給予適度行政罰款，

以收荷阻之效。

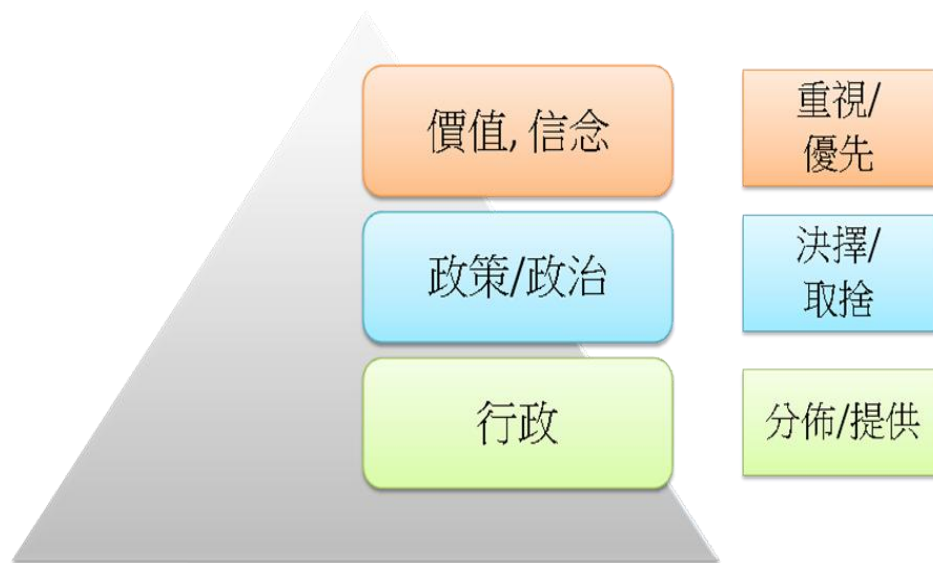


四、研習心得

1. 澳洲在門診雖然有免費的醫療，但醫師可以選擇向病人收費再申報，或代理申報，或由病人申報三種方式，多元化的自由，由市場自行決定。一般門診在 AUD \$50-60，但 Medicare 只給付 AUD \$32.8，這中間的差額就由是病人自行決定。所以市場導向的性質高，我們的健保不允許醫師再收費，醫療市場管制高，所以批評就很多，但這對於病人的權力相對有較多的保障。自由與管制這中間是須要一些的平衡，尤其健保的財務日益緊縮，我們應該適度來思考我們對於醫療市場的管制是否須鬆綁一些，以平衡大眾化與個別化之間的需求與義務。再者，我們亦必須思考我們的醫療支出財源過於集中在健保單一財源，對於醫療市場供需面的長遠影響。澳洲基本上財源是多方的分散，先滿足一般的民眾基本需求，其他的部份則由私人保險給付，也就是滿足一般的需求，額外的部份比須另外再購買(即給予陽春麵的需求，牛肉麵須另外加價)，這樣對於醫療供需的管制較台灣低，不致於過度扭曲市場的供需平衡。雖然澳洲的管理不是以成本控制為導向，但仍須在其可負擔的情形(以 CPI 為比較值)，這也是一種目標總額精神，和我們過去的管理相同。但他們

為了增加費用管控的審查作業，須另外投入資源，相對我們並沒有，所以在執行某些部份的費用管控上我們的工作負荷並不低，也因此維持我們的健保相當低的行政經費支出。Medicare Australia 醫療費用審查部門同仁知道很多的醫療浪費問題，但因法令對於隱私的過度保障，所能介入有限，有時不免有很深的無力感。而我們的相關法令基本上以防弊為主，所以我們可以介入較相對多，如 IC 卡的成功施行(澳洲仍停滯於規劃階段且暫緩)，但在積極預防虛浮報上我們在執行上仍須加強，反觀他們因介入管理的限制多，所以強調在加強於宣導與預防部份。他們將醫療給付政策與給付服務分屬二部門，在服務上達到規模經濟，但在執行與政策上必須密切配合，才能落實，不過有時還是不免雙方推諉責任的情形發生。

2. 每一制度有其優缺點，澳洲的醫療照護財源與支出正好介於英國的公醫制度與美國的私人保險之間，基本上他們的私人保險還是來自於政府為最主要的投資人，相等於再建構另一個照護網，以解決目前的等候就醫過長的問題，私人保險人口在 900 萬，約 1/3 的人口有此一保障，民眾購買私人保險澳洲政府補貼 30%，保險的費率以社區費率收取，而非以民眾的健康情形不同而有不同的收費，基本上要求民眾在 30 歲以前加入，若超過此一年齡費用會增加(移民人口另外有規定)。
3. 澳洲以公立醫院為主，醫院不看門診，在效率上不高，但可以降低過度效率化，反而由醫療供給者誘發過度的醫療需求。再者，有一些疾病過度的醫療反而增加不必要的醫療費用支出，如：呼吸器的使用。
4. 制度上的差異基本上來自於其社會價值觀，並經由政治的權衡取捨而產生的行政作為，見下圖。澳洲以人性本善出發設計制度，十分重視對其公民的教育。我們的健保相關法令完整性高，但公民的遵守性不足，應再強化教育我們的公民，以降低資源浪費及醫師與健保局之間的對立關係，再者健保以弱勢民眾為主，應多給弱勢民眾扶助，畢竟全民健保是社會安全網絡的重要支柱。



價值觀、政治與行政作為

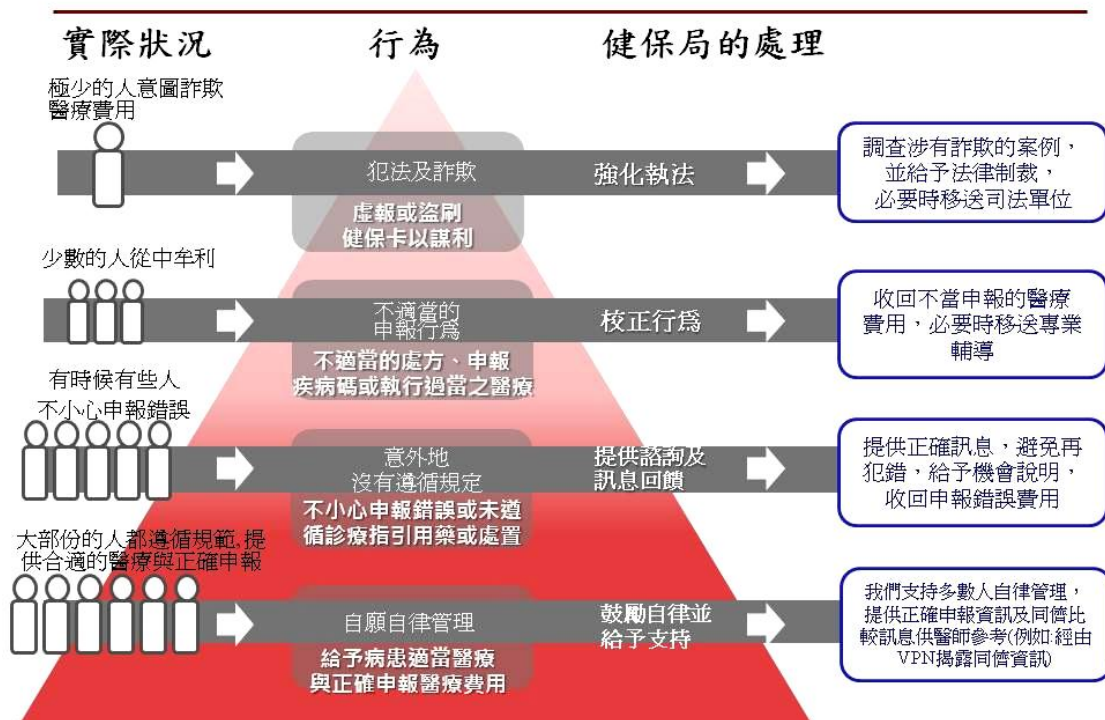
5. 透過這次 Medicare Australia 學習之旅，有助於個人對於健保制度設計及費用審查深度了解甚具助益，在國內求學與工作期間雖然在相關學科教授指導下從事健保研究，但仍無法跳脫即有的健保設計框架，在與 Medicare Australia 工作同仁相互討論與進行對健保制度的比較，不僅獲得問題的答案，也發現彼此制度之間的優缺點。透過跨國的實務研習，豐富了自己對健保制度的認識，也學習不同的思考模式所設計的審查制度，這些經驗都不是一般的學術文獻可以獲得的寶貴知識，雖然只有短暫四週的學習期間，但提供我更多的素材於未來從事此部份後續深入的研究與實務工作設計。

五、建議事項

1. 加強醫療供給者(醫師及藥師等人員)對於費用給付制度規範的遵循宣導教育，以降低事後發生不正確申報的機會。我們將應用 Medicare Australia 的 compliance 模型建構為健保醫療費用的管理原則，並加以宣導(如下圖)。在申報費作業多數人都是的遵循規範，提供合適的醫療與正確申報，我們支持多數人確實遵守規範，提供正確申報資訊及同儕比較訊息供醫師參考。在申報費用上有時候有些人不小心申報錯誤或未遵循診療指引規範處方，所以

我們提供諮詢及訊息回饋，避免再次發生錯誤並收回錯誤的費用。少數的人經由不適當處方中牟利，我們透過檔案分析及實際了解，並對於故意取巧的院所進一步輔導改正其行為，及收回不合理的費用。只有極少數的人意圖虛浮報醫療費用，我們應該對於意圖詐欺者落實執法，以保障多數人的權益。

健保醫療費用管理原則



2. 研發人工智慧檔案分析，改變僅由單一的線性模型所找出的異常個案，由於我們的健保資料已相當的豐富與完整，可以透過較先進的資料探勘工具軟體，發展更先進的檔案分析，並適度的宣導讓廣大民眾知悉，或者應定期公佈我們已經研發的異常申報模式偵測技術，讓意圖從健保申報中謀取利益者收到嚇阻之功效，並獲取大眾信任本局善盡職責管理健保費用的支出使用。

六、致謝

感謝本局企劃處規畫辦理同仁赴國外進行健保專題短期進修、研究計畫，

本人得以有本次研習機會，此次前往澳洲 Medicare Australia 機構學習讓我在實務工作與學術研究上獲益良多。特別感謝朱澤民總經理及陳孝平副總經理於本人在澳洲 Medicare Australia 研習結束前致感謝信給 Medicare Australia 執行長 Ms. Philippa。

並且感謝方志琳與毛燕明二位分局經理本於愛護及培養後進之用心，同意本人出國研習，分局內費用二組同仁們克盡職責，讓我無業務後顧之憂的情況下專心學習。

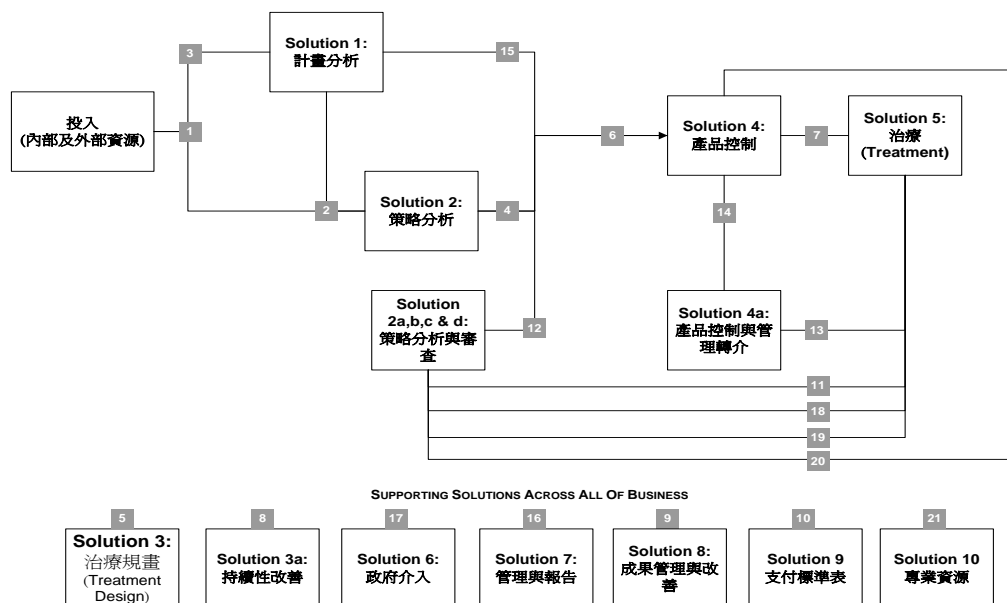
最後感謝 Medicare Australia program review division 的同仁熱心協助，以及國科會駐澳洲代表處曾東燦組長及林寶玉簡任秘書協助安排本次在澳洲研習接洽與生活事宜。

七、附件

1. Medicare Australia 網址 <http://www.medicareaustralia.gov.au/>

Medicare Australia 地址: 134, Reed Street, Greenway ACT 2901.

2. 費用審查部門的 compliance 作業流程，衡量內外資源的投入，進行審查重點計畫分析，找出重要的管理項目並擬定策略予以執行，並控制進度與執行的成果予以適時修正計畫。相關的支持活動如:定期報告與政府的介入等。



3. 本次研習結果投稿參加 2009 國際衛生經濟年會(IHEA)摘要一份(如下)。

Title: Comparing medical claim auditing strategies between Australia and Taiwan

Author: Chun-Mei Lin; Luat Vuong

Rationale: Medical claim fraud is a problem in health systems around the world, and thus research projects that enhance the sharing of experiences on how health authorities deal with this problem across nations should be undertaken. With health costs increasing across nearly all OECD countries, compliance or auditing initiatives have assisted large government-sponsored national health insurance programs, such as those in Australia and Taiwan, to ensure health expenditures are spent not only to achieve intended health outcomes but also to those with legitimate medical need.

In term of health program administration, usage of intelligence analysis to identify variations in practice patterns and design of more efficient and effective compliance or auditing processes have led to considerable progress in countering fraudulent claims and assisted in making the health dollar goes further.

Objective:

This study compares and evaluates compliance or auditing strategies employed by national health program administrators in Taiwan and Australia to identify anomolous practices, verify their causes and take appropriate steps in countering fraudulent claims.

Methodology:

An in-depth transnational case study is conducted. The author analyzes the detailed medical claim auditing strategies and management in Taiwan and Australia, with the aim of enabling insurance payers to learn appropriate compliance designs and instruments to prevent fraudulent practices.

Results:

Claims auditing process used in both Taiwan and Australia are based on intelligence analysis, with knowledge-driven intelligent systems to help insurance payers to recognize and describe novel or unusual practice patterns by health providers to control health care expenditures. The findings of this paper also illustrate the relevance and applicability of this instrument in translating claim-derived knowledge into policy and practice to prevent fraud and waste of health care services.

Conclusions:

This study provides an opportunity to understand how both Australia and Taiwan achieve intelligence analysis in claim auditing and management, and the lessons learned from this can be applied to benefit other health insurance management systems. The study also allows interested people to exchange ideas on how to apply information technology and data mining, and to create and disseminate knowledge on medical claims management and recovery.

Key words: Universal health insurance, Medical claim fraud, Practice patterns

4 AUD \$1=NTD \$22 (97 年 11 月 13 日)

5. 本次研習留影

與本次 Medicare Australia 研習單位 及國科會駐澳洲代表處人員留影	Medicare Australia 辦公大樓
	
Medicare Australia CEO 留影	與駐 Australia 代表處人員留影
	