

全民健康保險爭議審議委員會會訊

為提高醫療爭議案件審議效率及紓解爭議案源，以提昇審議品質，本會於 97 年 12 月 5 日邀請中央健康保險局、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會召開「總額支付制度與醫療爭議」專題討論會議，達成多項共識，茲謹將與醫界相關的重要決議摘述如下：

- 一、經專業審查核刪不予支付的項目，期健保局能詳載具體理由，以利醫療院所遵循及本會審查。
- 二、爭議案件發現所送之病歷書寫過於簡略，無法據以判斷醫療服務合理性及必要性，為維護病人權益，請醫界詳實書寫病歷，爭議申請時應檢附完整病歷，並負舉證責任。
- 三、請醫界加強同儕制約及教育輔導之機制，對異常行為的醫療院所及醫療提供者能予以輔導改進，以促進健保醫療服務之導正及品質提升。
- 四、爭議案件發現有病歷書寫太簡略或異常醫療行為之院所，請台灣醫院協會或中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導改善。
- 五、專業審查使用之核刪代碼應具體明確說明不予支付之內容及理由，並能建立全國一致性審查指標，以及訂定的標準作業程序，俾供院所遵循。
- 六、健保之給付基準為醫療費用支付標準及藥價基準，其他如審查注意事項等相關規定為醫療之共識，建議不宜作為費用核刪之依據。
- 七、健保各分局的管理方式攸關其爭議量多寡，如台北和東區分局未施行個別醫院總額制度，與其他有施行之分局的爭議比較相對較高，建議將未施行個別醫院總額制度之分局納入併案推動之可行性。此外，對穩定型醫院考量以個別醫院總額制度的管理方式，可免競爭衝量及減少爭議案源。
- 八、健保醫療費用審查，建議以異常管理概念進行研討，俾提升審查品質，減少健保的審查負擔及爭議案源，其分配之比例（如 85/15 或 80/20 等）、具體作法及操作方式等，請健保局與醫界協商。