

# 導入品質審查，促進品質改善

## — 醫療爭議審議新方向

### The New Direction of Medical Dispute Mediation

謝博生

行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會主任委員

爲了配合當前全民健康保險醫療政策之實施並傳達本會之宗旨與目標，本期「醫療爭議審議報導」換了新的封面。新封面的設計概念由下述三個面向構成：第一、本會的定位：本會業務係審議健保局與醫療機構間以及健保局與被保險人間的醫療或權益爭議案件，故以天秤表徵本會角色的公平性與衡平性。第二、本會推展業務的理念：本會的目標在於提昇全民健保之醫療品質，秉持下述四項核心理念辦理爭議案件之審議：「實證醫學的依據」、「倫理、法律的考量」、「資源分配的公平性」、「資源利用的妥善性」，其中「實證醫學的依據」以及「倫理、法律的考量」主要針對醫療機構、醫師，而「資源分配的公平性」與「資源利用的妥善性」則主要針對體系、制度，希冀將這四項核心理念落實在爭議審議業務的運作，藉以促進全民健保醫療品質的改善。第三、本會的願景：本會的願景是協助政府建構全人照護的醫療體系，落實以病人爲中心的健康照護，實現優質、安全的醫療，是以在天秤後方增繪人型之浮水印爲底。

本文謹就爭審會如何將上述四項核心理念落實在爭議審議業務，藉以推動醫療爭議審議作業的轉型，導入品質審查制度並促進醫療品質的改善，做簡要的探討。

### 醫療爭議的性質與爭審會的回應

〔1-3〕

在論量計酬制度之下，健保局實施醫療審查及核扣醫療費用所造成的爭議，其原因很多，不同案由也有不同的原因，大部分案件是申報醫師堅持個人的習慣與專業判斷，並基於醫療機構與病患之特殊性所作的決定，而可歸因在「誠實的誤差」範圍內，以及歸因在健保規範的不夠清楚或是健保相關規定的不夠嚴謹完善。這類案件大致上並不會造成太明確的醫療品質降低，而且透過實證醫學與具公信力單位的經常性檢討與公開辯證，可以得到最大的共識以減少爭議。

在醫療爭議案件中，有少數案件的病歷資料確實讓審查專家懷疑，某些醫療機構可能涉及浮報、虛報醫療費用與甚至製作造假的病歷記錄，且經常重複出現。這類行爲的出現，令人遺憾，考量其原因，不外是基於下列心態：抽樣審查可能不被抽到，可以規避審查，或利用修改病歷以通過專業審查，甚至是透過系統性申報、浮報、虛報與濫報，如此所得到的利益可以彌補可能被審查核扣的損失。這類案件基本上是違反了健保法的犯罪行爲，不但會侵蝕健保資源而影響醫療資源分配之公平性，也會影響醫療品質。在本會的處理中，這類案件如有經健保局查處，則大部

分被歸類為權益案件，本會會依照情節的類別及程度的輕重，附帶對健保局等相關單位提出改善措施的建議。

除了上述兩類案件之外，有許多案例並未達到觸犯法律的程度，但可以明顯地看出來，這些案例在醫療處理過程中，呈現不符合醫療常規或不符合醫學倫理之處，此種情況極可能造成「醫療品質問題」（包括利用過度、利用不足或利用錯誤）而影響到醫療品質或病人安全。對於這一類的案件，本會會依照醫療行為的樣態加以分類，分別附帶提出改善建議。

維護病人安全及提昇醫療品質不只是衛生署、健保局所要努力達成的任務，也是醫界與民眾所希望追求的目標，總額支付制度實施後，這個議題更形重要。但是，面對相同的目標，做為健保醫療品質保證機制之一的醫療審查制度，為何成為醫界與健保局衝突的來源，而卻無法確保民眾所接受到的醫療品質呢？由爭審會的資料看來，許多醫療品質問題的產生確實是醫療本質上難以解決的問題，有些則是在有限資源下不得不採取的限制，然而屬於制度設計上與制度執行上所造成的問題也不少。透過制度設計與執行面上的改善，應該可以減少許多醫療本質的困難與資源有限的限制，進而消除醫界與健保局的衝突與爭議，並提昇醫療品質。

健保局於 2002 年實施醫院總額預算制度以後，醫療品質的確保成為大家關心的課題，爭審會為了協助確保醫療品質，於 2003 年開始，嘗試將醫療爭議審議之重點由費用爭議之處理改為朝向兼具品質提昇及制度改善之方向改變，以保障民眾就醫品質，並讓政府健保資源得能永續經營且尊重醫界臨床判斷，期能達成三贏之局面。

過去四年之中，爭審會採行的具體措施包括：成立醫療品質組，建立審查室制度及審查專

家遴聘制度，導入依據實證醫學的審議，依疾病分類建立符合實證醫學之審議通則。這些改善措施雖然提昇了本會處理爭議案件的效率，提高了本會的組織效能，但並未減少爭議案件的產生，由爭議案件的內容來看，各種醫療品質問題也反復出現，有待進一步檢討、改進。

### 爭審會角色的調整方向〔2-3〕

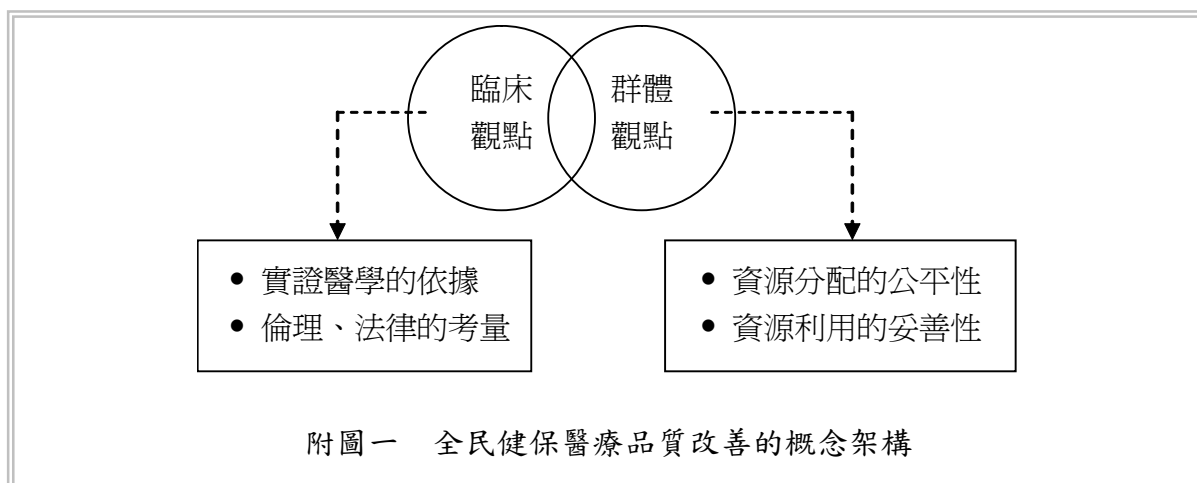
衛生署於 2005 年 12 月成立「全民健康保險醫療品質委員會」，進行二代健保醫療品質改善的規劃，採行的策略主要是：論質計酬、民眾參與、資訊公開，並以疾病為基礎提出醫療品質改善方案，逐步實施。爭審會受命配合此一政策，擬將審議作業的重點由費用爭議的處理調整為朝向促進醫療品質改善的方向轉變，特別要重視醫療資源的運用及醫療服務的價值，除強調醫療服務的提供、管理及政策決定是否依據明確而可靠的科學證據，是否符合於以病人為中心的思維及倫理、法律的考量之外，並應以此做為品質相關審議的原則，藉以促進全民健保醫療品質的改善。

適當的醫療資源運用意指：醫療資源的分配、分工及管理必須合理，能夠提供完整性、連續性的醫療服務，而且服務的效率應該提高，避免資源浪費。醫療服務的價值則應取決於下列指標：此項醫療服務是否有效果、是否有效率、是否真正回應病人的需求、是否公平、會不會造成醫源性傷害。

全民健保醫療品質的改善可由臨床觀點及群體觀點來檢視，臨床觀點所關心的是醫療機構、醫師對於病患健康的影響，優質醫療的要素包括：醫療技術、醫病關係及人道關懷，醫療機構、醫師應能提供適時、有效、安全且能符合於最新醫學專門知識的醫療照護，藉此使就醫民眾達到期待的健康狀態的可能性提高。群體觀點所注重

的是體系、制度對於民眾的影響和減少「次群體」之間的健康差異，良好的醫療體系應達成醫療資源的妥當分配並提昇醫療資源的利用效率，為民

眾提供具備可近性、週全性、持續性、預防性的整合性健康照護。附圖一列示這兩種觀點的相互關係。



未來，爭審會在處理醫療爭議案件時將採取的做法是：經由實證醫學、倫理、法律、資源分配與資源利用的考量，以公正客觀的立場進行討論，研擬通案性的原則及判準，做為審定的依據，促使爭審會能轉變角色，成為對重大醫療爭議案件或對新醫療技術於健保總額體制下造成審查或涉及品質之爭議時，進行實證醫學、倫理、法律、資源配置、資源利用等觀點的研討平台，以形成所建立之通案性原則及判準的案例或範例，建立爭審會之公權力在解決醫療爭議案件上的高度公信力與專業權威性，並落實於醫療機構的改善及制度面的改進，藉以確保全民健保醫療品質。

### 辦理醫療爭議審議業務的核心理念 [4-7]

就國內目前情況而言，附圖一所示架構之四項核心理念應該就是本會將醫療爭議審議業務由費用審查朝向品質審查改變，以促進全民健保醫療品質改善時所要

依循的思想指導，本節特就此四項理念分別做簡要說明。

#### (一)實證醫學的依據

實證醫學之精義在於善用目前廣為大家所認同之醫學知識去執行每一件醫療行為。實證醫學講求的是針對每位患者之病情，選取最合適的診斷與治療方式，因而可以有效避免濫用昂貴的檢查工具，也可減少無謂的藥物治療。假若每位醫師皆能以實證醫學的精神去診治病患，醫療費用必定會趨於合理。

診斷與治療之過程應是循序漸進的，由最基本的病史詢問、身體檢查乃至簡易的檢驗達到初步的診斷，若有必要才安排高科技、昂貴的檢查或檢驗，治療也是要由便宜而有效的藥物或方式開始，而後才考慮昂貴的療法。由此可見只要能落實實證醫學之精神，醫療資源就不至於浪費。

實證醫學並非突然冒出來的新興學問，也非時髦的產物，它其實早已存在於過去數十年醫界前輩

們的看病模式之中。許多醫師誤以為實證醫學乃是要大家整天上網去查資料，再生吞活剝地將之應用於病患之診治上面；事實上，實證醫學之精神祇是要每位醫師看病時都能抱持謹慎的態度，所有的診斷及治療措施都要有依據，而此依據應與最新的醫學知識同步，因此，上網查詢醫學新知祇不過是醫療過程中的步驟之一。醫師惟有傾聽病人的陳訴，用心分析評估所聽到之症狀及檢查身體之所見，然後推論病人可能罹患之疾病，接著再去查閱資料以佐證自己對病情之看法，如此，他（她）才能正確地安排後續的處置。也就是說，惟有依據病人的病情、病徵進行審慎周延的病情評估才能圓滿地解決病人的問題，而非一味地使用各種高科技檢驗。

當醫師以實證醫學的精神處理每位病人的問題時，他（她）起初或許會感到費力，但久而久之，技巧會愈來愈熟練，且當臨床經驗愈來愈豐富時，他（她）對醫學知識之利用也就愈來愈有效率，自然就能以最簡便有效之方式確立診斷，並以最經濟實惠的方式成功治療病患。

實證醫學應始於病人並止於病人，它能讓醫療服務科學化，更使醫療具有人性化，因而，它能確實解決每一位病人的醫療需求，確保診斷與治療之合理性與正確性，且能減少醫療資源之浪費。實證醫學之精神可被應用於醫療之所有層面。除了醫師之外，藥師、護理人員及其它醫事人員執行其業務時也應依循實證醫學之精神，醫院之管理人員亦然。當所有執行健康照護的專業人員都能具備實證醫學的精神時，健康照護的品質自然就會提升，優質的健康照護也就能實現了。

## (二)倫理、法律的考量

醫院總額預算制度實施以後，醫療機構正面臨一個迅速變化的市場環境，在競爭激烈的醫療環境中，永續經營已成為醫院經營者及管理者的首要考量，醫病關係也受到衝擊，而這些轉變不可避免地

影響醫院中的「倫理氛圍」，並使其快速變化。醫院存在的目的應該是為病人及大眾提供高品質的醫療服務，但是當這個目的和醫院在利潤追求、成本控制或者醫療資源的分配等經營管理目標上產生衝突時，醫護人員應該如何反應呢？專業守則告訴醫療專業人員要促進病人的福祉，但隨著臨床環境的複雜性愈來愈高，當這些守則和醫院經營管理上的其他價值的維繫產生不一致時，醫療專業人員又該如何面對？

目前醫院中的倫理氛圍都具有不確定、紊亂甚至是不安的特徵，促使置身其中的成員在面臨道德困局時，不知該如何處理，而這種不安也滲入廣大的社會，影響著一般大眾和媒體對於醫療機構的觀感與信任。在目前的醫療環境中，為了讓醫院能夠實現優質、安全的醫療，獲得民眾、社會的信任，重視「醫療組織倫理」，營造正面的「倫理氛圍」是重要的關鍵所在。

組織的「倫理氛圍」就像是一個組織的性格，就如同人格會時常影響個人在面對道德困局時的因應態度和行為，當組織成員面對價值衝突的課題時，組織的「倫理氛圍」亦能指引組織及其組成分子的行為方式。醫療組織的倫理可以透過整合「臨床倫理」(clinical ethics)、「商業倫理」(business ethics)、以及「專業倫理」(professional ethics)三者來達到改善組織中之「倫理氛圍」的目的。

為了改善醫療機構內部之「倫理氛圍」，可以努力的方向包括：將醫院的核心價值(例如病患的健康照護)視為其使命和願景的基礎，並且將這些核心價值清楚地反映在所有層次的策略、結構和政策上，讓醫院內的所有員工以及醫院外部的利害關係人都能認知與理解。此外，醫院的經營者或管理者應帶頭做正面倫理氛圍的模範，協助發展、表達並支持醫院的核心價值，將這些價值視為醫院政策和每日實務工作程序的基礎。具體的作法包括：發

展和制訂組織的倫理規範，用來處理醫療組織的許多特定活動，包括行銷、住院、轉院、出院、宣傳行為等，並可用來發展醫院和員工、其他健康照護提供者、教育機構以及付費者之間的關係。除了建立醫療機構內部的「倫理氛圍」之外，在醫療機構與病人的關係，醫療機構與醫療體系的關係，醫療機構與政府、社會的關係等方面，也應以正面的「倫理氛圍」為基礎，逐步建立良性的互動機制，藉以達成經由優質、安全的醫療來贏得民眾、社會之信任的目標。

### (三)資源分配的公平性

醫療資源分布的公平性與可近性攸關民眾的健康，促進醫療資源的地區分布均衡是世界各國的發展趨勢，也是政府在醫療體系改革所努力的目標。全民健康保險的一項重要目標在於提供全體國民平等可近的醫療服務、確保高品質的醫療水準、加強醫療服務效率及在合理範圍控制醫療費用。全民健保開辦後，不僅大幅提昇醫療保險納保率、明顯降低就醫的財務障礙、並且擁有頗高的民眾滿意度水準。然而伴隨這些成果所支付的，是平均每年成長率為 5.07%，而總數已高達四仟億元的醫療費用支出。

為擷節醫療費用支出並期望醫療資源合理使用，健保局著手進行支付制度改革，並於 1998 年開始陸續辦理牙醫、中醫、西醫基層及醫院的總額預算支付制度。其主要規劃目標包括控制醫療費用支出於合理範圍、促進醫療資源合理分布以增進民眾就醫可近性、透過同儕制約使醫療服務合理提供、及提昇醫療服務品質與增進國民衛生保健。

事實上，醫療保險總額預算支付制度在國外已行之有年。大多數研究均支持總額預算制度能有效控制醫療費用的成長。有些研究認為施行總額制度可促進醫療資源重分配並增進就醫可近性，亦有研究指出總額制度並無促進醫療資源重分配及增進

就醫可近性之效果。而造成這些差異的原因，可能是制度規劃的目的及實行對象的差異所產生。

醫療資源中以人力資源最為寶貴，除了人力資源培養不易外，更重要的是醫師人力最能直接掌握資源的運用，進而影響醫療品質、就醫可近性與醫療成本。儘管醫師的人數及分布是醫療資源配置公平性及可近性極為重要的指標，但是，若就民眾享有資源的公平性層面而言，醫師分布的均勻與否則僅是一個中介因素，更重要的應是，民眾在醫療過程這一階段所實際獲得的照護資源。期待爭審業務的轉型能有助於促進醫療資源分布的公平性及可近性，及醫療品質的提昇。

### (四)資源利用的妥善性

影響一地區醫療利用之因素包含醫療供給面與醫療需求面因素。就供給面而言，包含一地區之醫師數、病床數及儀器設備等之多寡；就需求面而言，包含人口之年齡結構、性別比例、及家庭所得等因素。在醫療需求面因素中，以年齡來看，在過去的文獻顯示人口中幼兒與老年人之醫療利用率較高，以性別而言，女性平均使用較多的醫療資源。所得對醫療需求之影響呈示：當所得愈高時，一般的醫療利用就相對較高；但是當民眾有醫療保險時，則醫療需求較不容易受到所得變動之影響。就醫療資源而言，醫療資源（例如：醫師、病床、設備）愈充足，則醫療利用愈多；而在醫師人力資源對醫療利用的影響上，許多研究發現：某一地區醫師人力增加時，民眾醫療利用亦顯著的增加；另外有些國家對支付價格及給付範圍作嚴格把關，因而對於醫療利用之控制影響不小。

台灣全民健保實施後，民眾在財務負擔很少之醫療環境中就醫，醫院及醫師以論量計酬之方式申領報酬，如何在此種制度下來減少醫療資源之浪費，就成為重要之議題，期待爭議審議重點之調整能促進醫療資源利用之妥善性。

## 爭審會與相關機構的合作〔8〕

由於醫療品質的改善涉及整個醫療體系的運作、健保支付的規範及審查，也涉及醫療院所的日常醫療工作及醫事人員的教育輔導，因此，除了爭審會本身在醫療審議上進行轉型的努力之外，相關機構的配合、協助及制度的變革也非常重要。就當前的實況而言，健保局的配合與醫策會的協助，對於爭審會為促進全民健保醫療品質改善而在醫療爭議審議作業上進行之轉型努力，最為重要。

### (一) 健保局的配合

全民健保實施以來，一直採用論量計酬制度，此一制度容易造成道德危機，醫療機構與醫師競相以「衝量」製造業績，未能以病人為中心來考量醫療的利用，為了提昇醫療服務的價值，落實醫療品質改善的目標，未來，健保局宜積極推動論質計酬的支付及審查制度，訂定各種客觀的準則及指標，建構能夠提昇醫療服務品質的支付制度並落實其考核、追蹤及改善。

健保局目前所採行的抽樣式、放大核扣式的專業審查，特別是「個案病歷審查」，不但在審查的公平性上常發生專科間、區域間、層級間的差異，甚至連區域內同儕間的審查尺度差異都難以避免，因而醫療爭議不斷產生。為了疏解健保局與醫療提供者之間產生的爭議，並改善醫療品質，在總額支付制度下，應由健保局及受委託辦理醫療審查的醫事團體共同合作，建立 1. 檔案分析、異常管理，2. 同儕制約，及 3. 教育輔導的機制。醫療審查的方法應以檔案分析及異常管理取代「個案病歷審查」，而審查的主要目的應該放在醫療品質的保障，解決各種品質問題，而非醫療費用的核刪。為了建立健保局與醫界的伙伴關係，強化臨床專業的自主性，爭審會應與健保局密切合作，協助健保局將其審查的方向配合爭審業務的轉型，由費用審查朝向品質保障審查作轉變。同時健保局也應對於配

合不良的醫事服務機構，除了醫療專業審查外，也應研擬更具體有效的作為，以避免僅採取核刪其醫療費用的消極作法。

### (二) 醫策會的協助

醫策會可透過輔導機制協助醫療院所改善缺失，也可在評鑑過程中接受評鑑的醫療院所提供自我檢視的機會—檢視自己的價值、使命、任務與展望，考量應珍視的價值和完成任務的方式，以落實改善醫療品質。爭審會應設法運用醫策會的輔導功能及評鑑機制，請醫策會協助將所建立之爭議審議通案性原則及判準，用以輔導醫療機構改善醫療品質、提昇組織倫理。

就國內現況而言，如何協助醫療院所建立重視實證醫學、組織倫理、資源分配及利用的組織文化，尤其值得努力。2003 年 JCAHO 明確地訂出新的醫院評鑑標準中，有關「組織倫理(organization ethics)」就包含下列項目，可做為我國醫院評鑑的參考。

- 組織在它的照護、治療、服務以及商業實務上的行為必須合乎倫理。
- 組織必須處理利益衝突的問題。
- 組織決策的廉正(integrity of decisions)與否係以病患對照護、治療及服務的需求為基礎。
- 當照護、治療和服務等要求因受到內部或外部的審查而導致必須加以拒絕時，組織之決定必須是基於對病人之需求所做評估的結果。

## 結語

全民健保實施以來，醫療機構與健保局醫療審查之間，許多爭議的產生是由於醫療專業的觀點不同，另有一些爭議是基於群體觀點，考慮到資源分配之妥當性及資源利用的效率性而產生。無論屬於那一類，爭議的解決必須以多元的角度、公正客觀

的立場來思考，並納入實證醫學的依據、倫理與法律的考量、資源分配與利用是否妥善等各個面向的思維。

爭審會爲了配合二代健保醫療品質改善政策，疏解醫療爭議，並促進全民健保醫療品質的改善，應將爭議案件的處理方向由費用爭議審議轉變爲品質爭議審議。因此，在爭議審議業務的辦理上應該依據四項核心理念：「實證醫學的依據」、「倫理、法律的考量」、「資源分配的公平性」、「資源利用的妥善性」，就個案進行討論，一方面協助健保局發現存在於制度、法令、規範及審查方面的問題，一方面協助醫療院所發現存在於醫療照顧及經營管理方面的問題，同時建立機制，定期追蹤並協助改善。

爲了讓全民健保醫療品質獲得確保，除了爭審會的努力之外，健保局的配合、醫策會的協助以及制度面的改革也很重要，期待大家共同努力，營造優質的醫療環境。

## 參考文獻

1. 謝博生：醫療概論。台北：台大醫學院。2003。
2. 謝博生：健康藍圖。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。2006。
3. 衛生署全民健保爭議審議委員會：全民健康保險爭議審議年報。2005。
4. 衛生署全民健保爭議審議委員會：以實證醫學爲基礎之審議運作模式共識營報告。2004。
5. 蔡甫昌：臨床生命倫理學。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。2003。
6. 李丞華、周穎政：醫療資源之分配研究—可用效應與誘發效應之分析。台北：行政院衛生署科技研究發展計畫(DOH91-TD-1066),2002。
7. 謝啓瑞：健保支付制度改革與醫療成長。台北：行政院國科會專題研究計畫(NSC-91-2415-H-001-027),2003。
8. 衛生署全民健保爭議審議委員會：醫療爭議審議報導系列5。2003。