

西醫基層診所異常申報內外痔完全切除術爭議案例

Controversial Issues Regarding Abnormal Claims on Complete Hemorrhoidectomy in Basic Clinics

全民健康保險爭議審議委員會

前言

痔瘡在緊張、忙碌的生活型態中，是一個常見且擾人的疾病。根據國外統計其盛行率可達 4.4%，其中有三分之一需積極治療。痔瘡的症狀如：疼痛、出血、脫垂、搔癢，雖然不至威脅生命，卻影響生活品質甚鉅(沈希哲，2004)。痔瘡的治療依其症狀的嚴重度而定，有非手術的治療如：局部藥膏、栓劑使用、橡皮圈結紮法、硬化劑注射療法、冷凍療法等(江瑞坤、尹文耀、劉鎮嘉、陳淑娟、王君仔，2006)。另外科手術則適用於：1.門診治療失敗；2.三或四度脫垂性混合痔；3.發生箝頓、壞死的栓塞痔；4.伴隨有其他肛門疾患(趙德馨、王輝明、劉添裕、陳壽星、王弘、黃勇福，1991)。然而，痔瘡並不是治療後就不會復發，如果潛在因素沒有去除，則復發機率頗大。

痔瘡切除術為論病例計酬之定額給付制度，所以對醫療院所而言只要能減少支出就可以獲得利潤。根據研究顯示，論病例計酬的制度讓整體醫療費用顯著的降低，但是其中降低的部分卻為手術費、麻醉費及藥費所折抵(錢慶文、黃三桂，2000)，這樣的情形很難排除醫師是否有過度醫療的情形。本會於爭審案件中，發現某些院所，出現不當申報費用的情形。如果醫院管理階層沒有適度作醫療品質和成本的管控，過度的醫療浪費，可能會衝擊健保的支付點數，導致未來院所可能面臨品質與財務的雙重虧損，連帶著衝擊病患的照護品質。

案例摘要

一、案例說明

本會審查專家於審查案件時，發現甲診所對於痔瘡患者的治療，

多採行內外痔完全切除術為主，不僅手術施行量高於同儕且多數病患的病況並不符合手術適應症。另有病患於術後返診頻率偏高、病歷記載過於簡略的情形。而且根據健保局資料顯示該診所更以其他醫師掛名數度更換院所名稱，繼續營業並異常申報健保費用。這樣的醫療行為不僅有危害病人安全之虞，也排擠西醫基層院所整體健保資源。而從健保局隨機、立意抽樣審查及實地審查的資料，也顯示甲診所的診療行為有諸多不合理之處，將其分述如下：

- (一)健保局於實地訪查，發現甲診所未經醫師診斷逕行提供醫療服務及虛報肛門鏡等醫療費用違規情事，處停約 2 個月、2 倍罰鍰及扣減 10 倍醫療費用，並檢送資料至衛生主管機關，衛生主管機關依違反醫師法第 15 條第 1 項規定及市政府組織自治條例第 2 條第 2 項規定，處罰鍰新台幣 2 萬元整。
- (二)健保局於檔案分析中發現甲診所所有非外科系醫師執行需要相當專業之外科及直腸外科診療業務，經審查組委員約談輔導，其負責醫師自承申報作業有誤所致，簽結聲明書同意自醫療費用中追扣。
- (三)甲診所更名為乙醫院後，健保局實地訪查抽審門住診案件，發現門診病歷記錄不全，移送分局醫管組查核，並發文檢送資料至衛生局，衛生局依違反醫師法第 12 條第 1 項規定，處新台幣 2 萬元整。
- (四)健保局的資料顯示，甲診所因多次違規遭健保局停約，而該負責人卻另以不同的機構名稱向健保局申請特約繼續執業。
- (五)甲診所異常申報情形：健保局統計資料顯示甲診所申報之「直腸鏡檢查」、「肛門鏡檢查」、「S 狀結腸鏡檢查」、「肛門鏡檢查」、「第三級外科病理，一般性」、「內外痔完全切除術」等項目皆為同儕最高。
- (六)健保局經檔案分析發現甲診所每月申報之大量手術及診療皆出自負責醫師產值，其餘醫師大都只申報門診量極不合理。

二、爭議案件分析

(一)爭議標的情形分析：

本案係以甲診所申請門診診療之爭議審議案件，進行整理與分析。在申請爭議的案件中，其爭議標的包括：直腸鏡檢查、肛門鏡檢、麻醉術式、抗生素及內外痔完全切除術等。

(二)內外痔完全切除術異常分析統計：

1.全部病患之病歷記載主訴皆為肛門出血，且診療醫師於施行肛診後(Digital Examination)後並未詳細載明有無腫瘤、血便、血絲等觀察情形，僅記載 np (nothing particular)。另診療醫師於首次門診施行肛門鏡後，旋即排定下次門診施行內外痔完全切除手術，並未經過 2 至 4 週的保守治療及觀察或橡皮圈結紮法 (Rubber band ligation) 等治療。另該診所幾乎所有的病患之肛門鏡檢查報告結果皆為混合痔(Mixed hemorrhoids)，其中 Grade III 共 187 案(佔 96.9%)，Grade IV 共 6 案(佔 3.1%)(詳見附表一)，與術後所附病理檢驗報告敘述有不一致之情形。而且根據申報資料顯示甲診所之醫師所診治的病患，其痔瘡嚴重度皆為 Grade III 及 Grade IV 與流行病學盛行率不符。

表一、甲診所病人痔瘡診斷之分級統計

分 級	案件數	百分比
Grade III	187	96.
Grade IV	6	3.1
總 計	193	100.0

2.全部病人手術記錄之手術發現(Operative finding)皆為：「Internal and external hemorrhoids over the whole circumference of the anus, especial at 3., 7. & 11. O'clock direction」，手術部位大小及圖示皆雷同，缺乏個別化之描述。根據病歷記載，本會審查專家發現手術紀錄與病理報告不相符。若依據其手術記錄，整個病灶的大小至少要 2 公分，惟其檢體統計顯示，並非每個病兆都大於 2 公分，而且其病理檢驗報告內容過於簡略，未提及相關病理變化。(詳見附表二)

表二、甲診所病人病理檢驗報告檢體大小統計表

大小(公分)	案件數	百分比
1	25	13.1
1.5	45	23.4
2	73	38.1
2.5	20	10.4
3	25	13.0
3.5	2	1.0
4	2	1.0
總計	192	100.0

註：1 案未附報告資料

3. 甲診所病患於接受內外痔全切除術後，其門診病歷記載主述、用藥及處置雷同，無個別化處置之記載，且多數病患術後返診次數偏高。臨床上，病患於術後若無合併症發生，則術後一個月內回診4次以內屬於合理範圍。而根據統計資料顯示，甲診所的病患回診次數5次(含)以上的比率高達29.5%，然而從病歷記載無法看出回診次數如此頻繁之必要性。(請見附表三)

表三、甲診所病患術後一個月內門診次數統計表

次數	案件數	百分比
1	56	29.0
2	15	7.8
3	33	17.1
4	32	16.6
5	27	14.5
6	11	5.7
7	7	3.6
8	3	1.6
9	8	4.1
總計	192	100.0

註：1 案未附報告資料

問題與討論

一、實證醫學依據：

根據痔瘡的部分可分為外痔、內痔及混合痔。以程度來分可分為四個等級(姜正愷、林楨國，2005)。痔瘡的治療應針對病患之病情，選取最適當的方式，因而可以有效避免濫用非必要之檢查及處置，也可減少無謂的藥物治療，且診斷與治療之過程應是循序漸進的，由最不具侵入性的治療如：飲食控制、坐浴、藥膏使用、橡皮筋結紮法，最後才考慮手術的方式。甲診所對於痔瘡病人治療，於病患首次門診施行肛門鏡檢查後，逕行安排施行內外痔完全切除手術，忽略保守治療。與臨床的治療指引大相逕庭。且若因術後併發症而使病患有更多傷害，將使手術之意義盡失(沈希哲，2004)。臨床上病患接受內外痔完全切除術後的返診的次數，以術後一個月內返診4次為最適當。該診所部分病患返次數過多，非但對病患沒有助益，卻有浪費健保資源之虞。

二、倫理法律正當性觀點：

- (一)根據醫療法第82條規定：「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意」。依法醫師應善盡醫療上必要之注意，細心診視病人，並依個別之病況，審慎開立必要之處方及施行適當之處置，避免非必要之重複用藥及處置，以保障病人就醫安全之權益。
- (二)另依醫師法第25條規定醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：1.業務上重大或重複發生過失行為；2.利用業務機會之犯罪行為，經判刑確定；3.非屬醫療必要之過度用藥或治療行為；4.執行業務違背醫學倫理；5.前四款及第二十八條之四各款以外之業務上不正當行為。因此，病歷記載主述、用藥及處置雷同，無個別化之記載卻例行申報費用、手術紀錄之 Procedure 手術部位大且圖示雷同，無個別化之標示，與其病理檢驗報告之檢體大小差異極大，除看不出治療個別化與成效外，亦有可能涉及違反業務上不正當行為。

三、資源分配公平性觀點：

甲診所申報施行肛門鏡檢查與內外痔完全切除手術的數量皆高於同儕

值，而且所施行的手術皆申報套裝式檢驗項目及直腸鏡檢查，突顯出支付點數誘發過度申報問題。內痔的診斷包括：乙狀結腸鏡檢查或肛門鏡檢查(糠榮誠、饒樹文、趙培傑、吳昌杰，1999)。細究其支付點數發現肛門鏡檢查(28023C)的支付點數為 804 點，而直腸鏡檢查(28011C)的支付點數為 611 點；然肛門鏡檢查及直腸鏡檢查的檢查過程簡單且耗時短。此種低風險、高報酬之給付項目容易誘導醫療院所實施並申報該項診療費用，且肛門鏡檢查金額不應高於直腸鏡檢查。

四、資源利用妥善性觀點：

痔瘡切除論病例計酬制度自民國 86 年 10 月起實施，由於論病例計酬是一種定額給付制度，所以醫療院所只要能減少支出自然就會有利潤(錢慶文、黃桂三，2000)。然而，從研究顯示醫院、醫師和病患特性都會影響醫療費用的增減。意即院所衍生出「施行不必要之檢查」、「施行不適當且過多之手術」、「過度用藥」等醫療弊端都會衝擊著整體的醫療資源。不當的醫療執業行為，將造成健保入不敷出，並連帶排擠其他預防保健、急重症等之醫療支出。醫療院所對於醫療資源的運用更應該更為妥善，不應有過度醫療之行為，否則健保支付點數一旦調降，將會衝擊醫療院所的營運成本與民眾接受醫療照護的品質。

結論與建議

- 一、建請健保局依據西醫基層特約院所科別屬性，訂定相關異常管理指標，如：肛門鏡檢查執行率、痔瘡切除術執行率等，超過同儕值甚多時提高抽審比率及實地審查頻率。
- 二、為避免低風險、高報酬之給付項目誘導醫療院所例行性申報費用，建議相關單位研議修訂肛門鏡檢查 (28023C)、直腸鏡檢查(28011C)支付點數，並規範其申報數量。
- 三、基於病人安全及醫療品質，重新評估與檢討基層醫療院所執行痔瘡切除術之適當性，建議健保局參照股及腹股溝疝氣手術(AGE<1，單側)(門診)(97224P)，將痔瘡或痔瘡併肛門瘻管切除術增加門診手術論病例計酬，訂定合理之支付點數及診療項目要求表。
- 四、針對非屬醫療必要之過度用藥及診療行為、執行業務違背醫學倫、濫

用健保資源等情事，如已達違反醫師法第 25 條第 3、4、5 款由醫師公會或主管機關移付懲戒之規定，健保局應將相關資料，函請衛生主管機關、醫師公會等相關機關進行必要之處理。

- 五、對於違反全民健康保險特約及管理辦法情節重大之違約醫師或醫事服務機構負責人，應增訂觀察期，且觀察期間內在健保特約醫事服務機構不得以其所執行之醫療業務申報健保費用，並提出接受醫學倫理及實證醫學繼續教育數小時之學分證明始得續約。
- 六、建請健保局與醫事處共同訂定資訊公開事宜，適時將資訊揭露，使民眾有選擇之權益。
- 七、目前健保局已將違規處以罰緩或停約之名單公布於網站上，惟此訊息民眾仍未熟知，應可委請相關單位將此訊息廣為宣導，以教導民眾尋求相關訊息。

誌謝

本文之完成承本會高俊棟先生提供資料，周燕玉小姐彙整相關資料，台北醫學大學附設醫院吳志雄院長惠予審稿，謹致感謝。

參考文獻

1. 江瑞坤、尹文耀、劉鎮嘉、陳淑娟、王君仔：淺談現代人難以啟齒的隱疾~痔瘡~。基層醫學 2006; 21(9): 244-248。
2. 沈希哲：區域性醫院痔瘡手術的經驗。北市醫學雜誌 2004; 1(4): 58-63。
3. 姜正愷、林楨國：痔瘡的誤解及爭議。臨床醫學 2005; 55(1): 1-5。
4. 趙德馨、王輝明、劉添裕、陳壽星、徐弘、黃勇福：連續 1000 例痔瘡手術後評估。1991; 7(10): 526-530。
5. 糠榮誠、饒樹文、趙培傑、吳昌杰：痔瘡。國防醫學 1999; 28(4): 267-273。
6. 錢慶文、黃三桂：論病例計酬制度對住院日數及醫療費用之影響：以痔瘡切除手術為例。公共衛生 2000; 26(4): 303-317。
7. 嚴玉華、吳重慶、牟聯瑞：實施臨床路徑對痔瘡切除手術醫療資源利用的影響。秀傳醫學雜誌 2004; 5(3-4): 111-117。