

全民健保醫療審查制度之改善 ——再議審查制度之模式建構——

林欽法 馮茂倉

中華民國牙醫師公會全國聯合會保險事務委員會

前 言

全民健保實施以來，以未盡合理之醫療費用，提供幾乎涵蓋所有疾病治療之服務，健保局爲了平衡財務，對於特約醫療院所申報之醫療費用，採取嚴格之刪減回推審查制度，致使醫師之專業自主受到限制，更由於審查制度不一、核刪理由不足，受審查核刪的醫療提供者怨聲載道。

另一方面，由於現行健保局訂定的審查制度效率不彰，規範不夠明確，審查醫師未能完全掌握審查重點，致使實際執行專業的醫師心力交瘁。而審查的結果對財務控管雖有助益，卻因審查標準不一，無法導正醫療行爲，難以提昇醫療品質。

總額預算制度實施之後，健保財務的控管進入新的階段，如何經由醫療審查制度的改善達到提昇醫療品質的目的成爲重要的課題，本文就此一課題提出我們的看法與建議。

健保醫療審查制度之問題

爭議審議於健保制度中扮演著仲裁的角色，醫師對於審查之結果不服，經申復後再不服，即可提請爭議審議，因此爭議審議案件的量，可反映出作業醫師與審查醫師認知之差異性，換言之，若審查制度之規定完善，且審查醫師均一致地依照審查注意事項來審查，作業醫師也依照支付表及審查注意事項之規定來申報，則

爭議審議之案件理應不多，然而事實並非如此；根據資料顯示，八十六年度總醫療爭議審議受理的案件共 89546 件，而到八十九年度則增加至 184348 件，成長了超過一倍，如此大量的爭審案件，顯示出健保之審查制度似乎不盡完善；況且，這些爭議案件中有超過 20% 之案件，其原始金額在一百元以下，約 55% 之案件，其原始金額在五百元以下，所以，投入大量爭議審議委員會的人力，用於大量的低金額之爭議案件，對於整體健保制度中醫療品質的提升，是否有幫助？值得商榷。且總額預算實施後，如此大的低金額之爭議案件量，也顯示出總額之管理無效率，所以審查制度的改變應到了迫切需要的地步了。

審查制度改善方法之研議

要改善審查的制度與減少爭議審議案件的方法，可經由以下幾個方面來達成：

1. 在總額支付制度下，落實同儕制約的精神。經由檔案分析指標、按區域不同而調整的高額折付、統扣與罰扣之異常管理、醫師評鑑檔之建立以減少審查量等各項方法，使審查及申復案件量減少，且賦予總額受委託團體有財務控管的工具，則專業審查才能真正回歸專業，爭議審議案件才會減少。
2. 建立異常管理的處理模式，使各分區有合法程序來處理醫療行爲模式異常之醫療院所，使其導正，除了可合理控管醫療費用支

出外，亦可促進普遍之醫療品質提升。

3. 修改以 fee for service 為基礎的支付標準表，改以 grouping 或 case payment 之支付標準表給付，將健保財務責任落實於總額制度下之每一位醫師，使醫師能追求醫療品質的提升以促進效益。
4. 於爭議審議之前，建立再議審查制度：透過前述兩項制度改變後，會使審查案件量及申復案件量減少，對於申復後再不服之醫師，可提請再議，經由三位再議審查醫師從新審理，並送再議審查會議確認或討論，經此步驟可將低金額或不符醫療常規之案件過濾，進一步減少爭議審議之案件量。
5. 建立再議審查制度後，爭議審議委員會之角色改變：爭審會未來之角色應轉變為針對新科技或新醫療技術所引發之醫療爭議案件，或重大及金額龐大之醫療爭議案件，甚至是足以影響醫療品質深遠或影響民眾醫療權益之重大案件，以實證醫學之觀點進行討論或審議，以決定是否以健保給付之案例或判例，如此才能真正落實爭議審議委員會專業的權威，達到仲裁醫療給付爭議的角色。

然而，審查制度的改善，不應只有降低爭審案件或控制醫療費用的功能，也應具有醫療品質確保或改善的角色。總額支付制度之本質上及世界各國之實施經驗上，統統會產生品質確保之疑慮，而醫療品質之下降斑斑可循處處可見。尤其在健保費率雙漲之後，民眾最直接會問「費用漲價，醫療品質提升在哪裡？」，所以，醫療審查制度的改善更是刻不容緩。

“Pay for what?”和“Health maintain”是總額預算支付制度追求之最高標的，效率化更是醫療體系管理經營賴以存活，以獲得更合理報酬之不二法門，去除不必要的醫療行為是達到上述目的所必須走的路徑。而醫療品質提升是去除不必要醫療行為最重要的一環。因此以 utilization review 為中心之思考邏輯及發展之給付制度、審查方法，在總額支付制度下、及在要求醫療品質提升之前提下，應予以重新定位以促使其明確化，及預防必要之醫療行為之被省略於 Guideline

或 Protocol 外，應以真正可落實可執行之 Quality review 為主。

醫療品質之偵測、審查及管理有兩種方式：其一為整體相對性，利用電腦審查，藉由資料的比對、檔案統計分析，以統計專業及總額意涵之精神的綜合考量，去加以解析，以當時同儕之水準為整體之比較標的。其二為個體絕對性，藉由 protocol 之規範，由醫療人員審視之。總額預算制度之執行，為求品質確保，其中心應為異常管理、同儕制約及輔導教育。再議制度之優點為證據力之保持（透過申復後資料之 scanning 及 printing，初審、申復之意見徵詢的方便性及大幅縮短審查救濟之時程）及更為謹慎之專業及規範的判讀（三位再議審查醫師會審），對於駁回之案件，視需要給予進行輔導與教育，避免重蹈覆轍。

再議審查制度之建議模式

再議審查制度之實施必須建立於「異常管理」之基礎，而且應能發揮同儕制約及提昇醫療品質之功能，而最重要的配套措施則是建立有效的教育輔導機制，此即目前爭議審議委員會及二代健保規劃小組品質分組建議採行之模式。

就異常管理而言，所謂“異常”，簡單之闡釋為與同儕有明顯之差異，且不為同儕所接受。在異常管理之過程中必須注意醫療之多元化及多樣化，最起碼 layer by layer, area by area 及 individual special condition, 必須予以考量及給予說明解釋之機制，最終建立 adjust factor system, 以範例、共識融入檔案分析指標及其處理方式，而逕予處理。

牙醫總額南區分區委員會目前正在試辦「再議審查及異常管理制度」，實施過程中，發現有異常醫療行為模式者，有幾項共通點：

- (一)很多異常者的思考模式與作業模式，是符合 utilization 規範，但卻不符合 quality 的要求。其醫療行為是為了符合申報規範---->如何申報--->如何醫療作業--->如何當醫師，而不是以病人為中心--->如何當一個醫師--->如何醫療作業以符合醫療品質的要求--->怎麼

作怎麼報--->符合上述流程做適當之規範檢測審查。此時之醫療界向錢看，無效率化之原罪，應不在醫師道德之危機，而是制度有可趁之機之使然，為避免總額體制下之惡性循環，體制之變革有其必要性及急迫性。

(二)醫療倫理及醫學學理之淪喪：不符當代之醫療水準之作業，及選擇性或開發性，而避開複雜困難之必要性的醫療，棄病人之醫療人權於不顧。

(三)對於同儕不認同之行爲，有改正之誠意，但僅止於改進如何作業以符合申報及審查之要求，而不是醫療行爲醫療專業品質之導正與提升。

(四)有些人也試圖改進提升，但卻心有餘而力不足，有難言之苦。

結論及建言

雖然在試辦期間，異常處理案件均與院所達成改進及核扣費用之協議，但仍突顯出現行醫療審查無法達到提升醫療品質的窘境，也突顯出若要提昇全民健保醫療品質的目的，有許多方向是未來制度改變或修改相關法令時，應認真思考的問題：

1. 於異常處理確定之案件，若醫師之醫學學理及醫療品質之認知，已明顯不符現在醫療科技及技術之水準，在為民眾把關全民健保醫療品質提升的前提下，應有強制醫師接受醫學學理及臨床之再教育的機制，並應取得相關的認可，始得再執行該項治療。
2. 若不願配合再教育或無法取得認可之院所，應有機制限制其健保執行業務之範圍，並限制月申報健保金額，且對於被限制之項目，為保障投保人就醫且獲得適當醫療之權益，應強制該院所提出轉診病人之相關文件以資審核，若不願配合則應進一步限制其健保執業範圍及金額，甚至終止合約。
3. 應建立健保局對健保特約診所或醫院之選擇性簽約的權利。對於醫療品質不符要求的診所，經異常處理及強制性再教育或限制執業範圍與金額後，仍無法達到同儕或當時醫

療科技與技術水準基本要求的醫師，健保局應建立拒絕與該醫師簽訂健保業務合約的管道，以期使民眾進入有健保特約之診所，即已獲得可確認醫療品質的保障，如此，健保的改革才會獲得民眾的信賴。

雖然上述各點均有執行之必要，但輔導教育才是真正解決問題的根本之道。依據個案之缺失，作強制性之再教育，加以輔導改進。而教育輔導應包含下列各項：

(一)社會醫療保險及總額支付制度之精神、意涵、目標及執行目的，尤其執行目的，必須闡述實證醫學（evidence-based medicine）及價值（value）之相關性及必要性，品質及效率之需求及重要性。

(二)專業知識技術之再教育：應包含 basic review 及新知，並做簡單之能力檢覈。

(三)醫療倫理、醫療經濟與醫學社會學之基礎教育。

(四)有關醫療保險之制度法令規章及遊戲規則之重點闡述。

其執行之方式：

(一)依情況（缺失之領域、嚴重度、必須性）劃分為強制性、建議性及輔導性。

1. 對於強制性者，不從或無法通過簡單之檢覈者，應以三方合約方式，建議終止合約至達到水準要求時，若教育後已改善而限以本身條件能力，而未能達水平要求者，但不違背適當醫療者，應以明定全部打折給付。
2. 對於建議輔導型者：不改善或拒絕接受教育者，應以追蹤列管及個案加強審查處理。

(二)以醫師之方便性為原則做時間與地點之調配，師資由公會系統統籌。

(三)所有費用由使用者付費。

推薦讀物

1. 全民健康保險爭議審議委員會：全民健康保險爭議審議統計年報，89 年度。
2. 牙醫全聯會：全民健保牙醫門診總額支付制度

- 審查手冊，91年5月15日。
3. 牙醫全聯會：總額支付制度之基本架構，「牙醫總額支付制度研議小組」第一次會議記錄，86年2月1日。
 4. 林欽法：檔案分析指標及其處理方式，牙醫總額南區分區委員會會議記錄，89年度。
 5. 牙醫全聯會：合理門診量，「牙醫總額支付制度研議小組」第四次會議記錄，86年5月17日。
 6. 牙醫全聯會：統扣與罰扣，牙醫全聯會保險事務委員會研發小組會議記錄，89年度。
 7. 馮茂倉：異常管理，「南區檔案分析及異常管理效益評估」，90年5月。
 8. 林欽法：醫師評鑑檔，牙醫總額南區分區委員會會議記錄，89年度。
 9. 林欽法、馮茂倉：再議審查制度「異常管理及再議審查制度試辦計畫」，二代健保醫療品質分組，91年7月。
 10. 牙醫全聯會：全民健保牙醫門診總額支付制度醫療品質執行成果評核報告，91年9月。
 11. 牙醫全聯會：輔導教育，全民健保牙醫門診總額支付制度研討會實錄，89年8月31日。