

論述

醫療爭議審議與醫療品質改善

謝博生

衛生署全民健康保險爭議審議委員會

最近發生的打錯針、吃錯藥事件，呈現了台灣醫療品質問題的嚴重性，民眾對於醫療體系的信心受到重大的打擊，醫界的形象和聲譽又再次受到傷害。醫療品質的改善有賴醫界與健保局的共同努力，本文謹由醫療爭議審議的角度對此問題做一探討，提供醫界及健保局參考。

由醫療爭議看醫療品質

我國於民國八十四年三月實施全民健保以來，醫療的可近性大幅改善，並獲得民眾的高滿意度，但是由於醫療體系的整合不足及健保財務危機的出現，如何適當控制醫療費用並確保醫療品質一直是醫界關心的課題。醫師與健保局對於此一課題的看法並不一致，由醫師的觀點而言，應用高超的技術達成正確的診斷及有效的治療、儘可能恢復病人健康是優質醫療的表徵，費用並不是最重要的考量；由健保局的觀點而言，控制醫療費用並讓民眾的健康問題能獲得適當的處理，滿足眼前及潛在的社會健康需求是優質醫療的表現。

全民健保為減少不必要的醫療支出，避免醫療資源的浪費，設有醫療服務審查制度來控制其財務支出。醫療服務審查制度以同儕審查為原則，根據病歷紀錄做回顧性審查，剔除不必要的醫療項目以節約不必要的支出。健保局訂定的醫療服務規範及醫療審查制度的實施，不但具有分配醫療資源、提高利用效率、控制醫療費用的功能，也是評估臨床醫療品質的重要方法，它可以經由病歷紀錄及資料檔案的審查反映出醫療機構提供服務的品質。相對的，醫療機構對於健保

審查結果的意見不服而產生的醫療爭議，除了表示雙方對於醫療提供的見解不同之外，也能夠反映出健保局在醫療審查或醫療機構在健康服務品質的某些瑕疵。

由行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會(簡稱爭審會)所受理的醫療爭議案件可知，健保局在醫療審查方面的問題包括：審查偏重於醫療費用之控制而忽視臨床醫療品質之確保，各分區的審查標準不一、核扣方式不一、核刪理由不明確之情況亦復不少，而醫療審查所依據之規範則有不少不明確、不合理、或未能充分配合醫學專門知識及醫療科技進步之處，有待改善。

爭審會的資料也顯示：許多醫療院所未能依循「實證醫學」的原則實施診療，有少數醫院呈現基於營利動機而創造需求的情況，基層醫療診所雖然多數採用門診簡表而未經審查，但由專案申報所產生的爭議案件中，可看出不少醫療品質相關的問題，例如診斷之準確性不足、檢驗之必要性或用藥之妥適性不夠等，有些案件更反映出少數醫師在醫德方面及守法方面有問題。醫療服務審查制度對醫療專業權威造成挑戰，最佳的醫療不再是以「病人能獲得的最大善益」為考量，而是以「能否通過健保審查」為準，醫病關係就因而受到扭曲。

為了避免醫療費用遭到剔除，有些醫師以處方來決定病名，甚致為了領取所謂「合理的」給付金額，而作了過度的診斷，以較為嚴重的病名申報給付，進而影響疾病的分類。此外，為了符合健保局的作業要求，花在紙上作業時間過多，

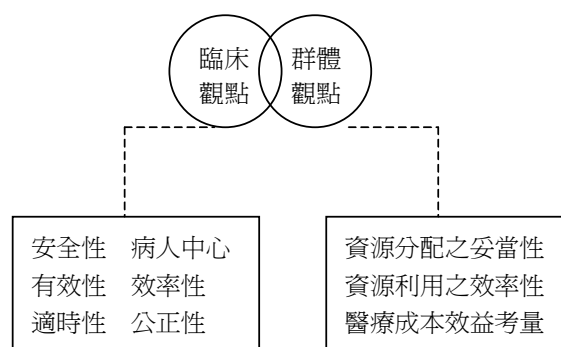
這種以避免醫療費用被刪除作為優先考慮的醫療行為，導致醫師在診療時只求儘速下個診斷、給個代碼，卻不肯多花心思去了解症狀背後之生理病理變化，而且在病歷記載時，對於疾病的記錄與症狀描述也變得愈來愈簡單。有些醫師變得唯利是圖，經常只是以健保給付的多寡來作為醫療方式的採行標準，而非以患者的需要來進行適當的診療。這些醫療行為造成了許多醫療品質問題的出現，包括過度、不足及不適當的醫療。

由於保險給付只以個體、器官作為依據，失去了全人觀點的醫療考量，在日常的診療工作中，醫師只管自己專業領域的疾病，而忽略其他領域的疾病，更忽略了病人的整體，「多做檢查、多用儀器、看影像、看報告」成為主要的醫療活動，出現「少看病人、少問病人、少觀察、少安慰病人」的景象，此種缺乏以全人醫療為考量的醫療行為，使緊繃的醫病關係更形惡化。

總額支付制度與醫療品質確保

健保局為控制財務危機，於民國九十一年七月繼牙醫、中醫及西醫基層總額之後，開始辦理「醫院總額支付制度」，宣告我國的全民健康保險進入總額支付制度的階段。總額支付制度一方面限制了醫療費用的成長，一方面提供醫師或醫療機構相當程度的財務保障，就前者而言，總額支付制度可能限制醫療供需的自由發展，阻礙醫療科技的引進與開發，減少醫療院所提升品質誘因；就後者而言，總額支付制度保障了醫療院所的收益，容易使醫療院所產生得過且過的心態，不願積極追求更新技術及更高品質的服務，也可能會設法限制新的醫療服務提供者。因此，如何確保醫療服務品質是總額支付制度下最重要的課題。

確保醫療品質可由臨床觀點及群體觀點來檢視，臨床觀點所關心的是個別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，藉使達到期待的健康狀態的可能性提高。群體觀點所注重的是醫療體系對於群眾的影響和



圖一：確保醫療品質的思考觀點

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。

實施總額支付制度之後，醫療審查由健保局委託醫事團體辦理，健保局與醫事團體應建立起伙伴關係來取代過去的對立關係，並且共同努力於醫療審查及品質確保。依照爭審會的資料，大量的專業審查，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、層級間差異，甚至連區域內同儕間的審查尺度差異都難以避免，醫療爭議不斷產生，為了建立健保局與醫界的伙伴關係，強化臨床自主，審查的方向應由費用審查朝向品質保障審查轉變。

爭審會為了疏解健保局與醫療提供者之間產生的爭議，並確保醫療品質，主張在總額支付制度下，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，而非醫療費用的核刪。民國 91 年 7 月至 12 月我們與牙醫師公會聯合會在健保局南區分局共同試辦「異常管理暨再議審查制度」，其目標即在於為總額支付制度之下的醫療審查及品質確保建立一個本土化的模式，以供推廣。

醫療爭議審議與醫療品質改善

美國醫療品質委員會及醫學研究所(IOM)於公元 2001 年 3 月發表「跨越品質鴻溝：二十一

世紀的新醫療體系」，主張對醫療照顧系統進行重要的徹底檢查，建立一套獎勵品質之報酬系統，改變醫療專業執行的文化，並提出六項醫療品質改善目標：安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正，這些主張非常值得我們借鏡。醫療品質改善一方面應基於病人的需求，重視醫療院所對個體健康的影響，另一方面也應基於社會的需求，強調醫療體系對群體健康的影響。最近，行政院二代健保規劃小組建議：爭審會將來宜轉型為醫療品質審議委員會，負責醫療品質監測及醫療品質改善之相關業務，衛生署則指示此項轉型可立即進行。爭審會為了配合此一建議，逐步將工作的重點由費用爭議審理朝向促進醫療品質改善的方向轉變，特別重視醫療資源的運用，醫療服務的價值，以及醫療服務的提供、管理及政策決定是否依據明確而可靠的科學證據，並以此做為品質相關審議的努力方向。

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，而且服務的效率該提高，避免資源浪費。醫療服務的價值取決於下列指標：此項醫療服務是否有效果、是否有效率、是否真正應付病人的需求、是否公平、會不會造成醫源性傷害。基於科學證據的健康照護包括三個步驟：證據的產生、證據的獲取及證據的利用，基於科學證據的醫療服務、醫療管理及政策決策，其目標是使醫療更有效、更安全。

目前，爭審會在處理醫療爭議案件所將採取的做法是經由實證醫學、倫理、法律、經濟面的多元考量，以公正客觀的立場進行討論，研擬通案性的原則，做為審定的依據，並提供醫療院所及健保局參考。由於醫療品質的改善涉及衛生體系的運作、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，除了上述的努力之外，下列相關措施也非常重要：

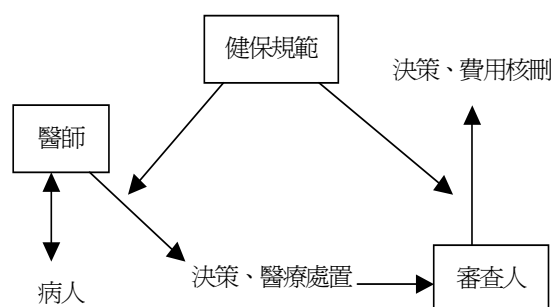
一. 為了改善醫療資源的分配、分工與管理，我國的醫療體系應朝著推展家庭醫師制度及醫院開放經營的方向，由制度面建立基層醫師與醫院互相合作的機制，強化醫療體系的垂直分工，落實轉診制度，促進基層診所提

昇品質與競爭力，均衡醫院醫療與社區醫療的發展。為此，我們提出「社區醫療體系」及家庭醫師制度的構想，並在台大醫學院社區醫學研究群同仁的協助之下，建立了本土模式，提供衛生署做為推廣的參考。

- 二. 在醫療規範的訂定及醫療利用的審查方面，宜引進實證醫學，推展醫療科技評估制度來決定醫療資源使用的優先順序，建立「基於證據的健康照護系統」(evidence-based health care)。為此，我們逐步將費用爭議審議改為品質導向，建立以「實證醫學為基礎」的審議方式，並邀集健保局與醫療院所共同討論，凝聚共識，逐步在我國推廣「基於證據的健康照護體制」。
- 三. 為了提昇醫療服務的價值，落實醫療品質改善的目標，宜積極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機制並落實其考核、追蹤及改善。為此，我們擬定了建立全國性醫療準則的工作流程，並以「手汗症醫療指標」為例，建立邀集健保局、被保險人代表、學者專家共同參與的工作模式。
- 四. 為了讓醫師對於醫療品質問題有正確的觀念，應積極推展醫療品質教育，將實證醫學為基礎之醫療品質監測及醫療爭議案例納入醫師繼續教育，讓臨床醫師能隨著社會的進步及醫療的變化而更新醫療的價值觀、態度及行為。為此，我們與台灣醫學會合辦「醫療的科學、倫理與法律討論會」，以醫師繼續教育的方式在北、中、南部分別定期實施。

醫療爭議疏解與醫療品質提昇

爭審會的資料顯示，醫療爭議的發生通常源於健保規範、醫師的處置或醫療審查(圖二)。在健保規範方面，主要的問題包括：規範並非基於證據，尤其是並未基於共識，為了解決這些問題，健保局有必要建立定期檢討、修正規範的機制及獲取共識的制度。在醫師方面，主要的問題是：不曉得健保局訂定的規範，對於健保規範發生誤判，未能提供支持遵循健保規範的證據，為



圖二：發生醫療爭議的主要原因

了解這些問題，健保局、醫學會、醫師公會、醫療機構有必要加強宣導並建立教育輔導機制。在審查人方面，主要的問題是：對於健保規範或醫師提供的證據發生誤判，對於健保規範或醫師提供證據之判讀缺乏一致性，個人主觀的偏見；為了解決這些問題，有必要建立審查一致性的機制，對於審查人的遴選及教育也很重要。

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。爭審會為了疏解醫療爭議，於民國 91 年 7 月開始將爭議案件的處理方向逐步由費用爭議審議轉變為品質爭議討論，藉此協助健保局發現在規範及審查方面的問題，同時協助醫療院所發現品質問題，並設法改善。採取上述措施之後，初步結果顯示：無論是由於醫療專業觀點不同或基於群體觀點所引起的爭議，如能基於實證醫學，並考量到倫理原則、法律規範、醫療經濟之後，由爭議雙方經過充分的溝通，能夠產生雙方同意的解決方案。

除了上述措施以外，爭審會由民國 91 年 11 月開始試辦三階段的行政指導方案，藉此疏解爭議並朝向提昇品質的方向努力，謹將其內容說明如下，以供參考。

對象

對於醫療費用爭議案件單月爭議量達二百案以上，且有意願接受行政指導之申請人，爭審會得依職權或依申請人之申請執行之。

執行程序

將每月醫療費用爭議案件量達二百案以上之申請人名單，經提報爭審會委員會議同意後，

交付執行。經交付執行之執行情形應提報次月爭審會委員會議。

執行方式

階段一：

- (1) 確定申請人接受行政指導之意願後，以書函邀請申請人到會溝通；如申請人明確拒絕時，應即停止執行，並不得據此對申請人為不利之處置。
- (2) 行政指導人員由爭審會委員及相關人員擔任。
- (3) 將爭議案件予以歸類分析，並依據「是否涉及醫療品質」、「案件金額多寡」或「爭議性質」等面向，研商「自行撤案」或「與健保局協商」之可能，如需與健保局協商，則進入第二階段。

階段二：

- (1) 函請申請人與保險人雙方開會，共同協商可行解決方式。
- (2) 行政指導人員由爭審會委員及相關人員擔任。
- (3) 申請人與保險人雙方共同確認協商共識，並做成會議紀錄。

階段三：

- (1) 申請人如與健保局達成協商共識，對於醫療費用之核付不予爭議；惟對健保醫療品質或規範仍有疑義或涉及通案性質者，得向爭審會請求行政指導，爭審會得視其性質，本於職權協助申請人進行相關醫療品質提昇之探討。
- (2) 對於維持審議之案件，爭審會將附記詳細理由，並對醫療品質相關問題，回饋具體意見。必要時，得對特定或通案性質之案件召開以實證醫學為基礎之審查會議，並邀請申請人參加。
- (3) 對於未來發生之爭議案件，輔導申請人以醫療品質為導向，將案件性質先行歸類，再提爭議審議。

方案評估

為瞭解各方案執行之成效，就各案對爭議案

件之疏減、臨床醫療品質之改善情形，應同時蒐集相關資料進行評估。

我們希望上述的措施，能夠有助於疏解醫療爭議，促進健保局與醫界合作，共同為改善醫療品質而努力，達成政府、醫界、民眾三贏的目標。

推薦讀物

1. 胡惠德：全民健保爭議審議七年回顧與展望。台灣醫界 2002;45(6)。
2. 馮茂倉、林欽法：再議審查制度試辦計畫及期中、期末檢討報告，2002。
3. 行政院二代健保規劃小組：期中檢討報告，2002。
4. 行政院衛生署：醫院總額支付制度規劃，2002。
5. 謝博生：醫療與社會。台北，台大醫學院，2002。
6. 衛生署全民健康保險爭議審議委員會：醫療爭議審議報導：爭審案例討論暨相關論述，系列①，2002。
7. 衛生署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(九十年度)，2002。