

論 述

全民健康保險醫療服務審查問題之探討

章殷超

中和龍佑醫院 臺大醫院

前 言

自全民健保開辦以來，由於健康保險介入，醫療行為已經由醫、病兩方關係，轉變為醫、病、健康保險人三方關係。健保局為了平衡保險的財務、約束醫療服務提供者之醫療行為在保險機構的要求範圍內並維持適當的醫療服務品質，實施醫療服務審查。但是就全民健保實施以來的經驗看來，受審查核刪的醫療機構怨聲載道，實際執行專業審查的醫師們也心力交瘁，健保局左右為難。健保局、民眾與醫療單位間彼此的爭議、衝突與指責不斷，民眾最終所接受的醫療品質，也在近來許多重大的醫療疏失事件後而被投了不信任票並備受質疑，民眾對於醫療品質的不滿也在健保雙漲後正式引爆。何以原本期待三贏的健保制度，實施後竟成為三輸的情景？其原因當然錯綜複雜，並且醫、病及健保局三方面都有其責任，難辭其咎。而其中健保醫療服務審查制度與執行上種種的問題，扮演著相當重要的角色，值得深加探討。其中有來自臨床醫理與審查本質上的困難，有審查制度設計上的不周全，及健保局與審查單位在執行上的問題。事實上，醫療服務審查並非不能做為健保確保醫療品質的利器，但必須在制度設計與執行上適當調整，方能達到預定的目標。當然醫、病及健保局也都應該重新思考在未來確保醫療品質洪流中，各自應扮演的角色與改造。

「就醫可近性」(accessibility)、「成本」(cost)、「品質」(quality)向為國家醫療衛生政策上的三大考量點，理論上我們希望能夠以「最小」的成本讓「最多」的人民得到「最好」的醫療；但實際上「就醫可近性」、「成本」、「品質」

這三者卻總是處於兩律背反的緊張關係；有鑑於醫療資源的有限性，一個務實的健康保險政策是要達到以「合理」的成本，讓「納保」的人民，得到「適切」的醫療。所以全民健保實施以來便訂定醫療服務支付標準及審查制度以達成上述之任務，更藉以控制醫療支出、平衡保險財務以達健保永續經營，約束並規範醫療行為，進而確保醫療品質。然而強制納保之全民健保，其支付標準與醫療服務審查之限制與精神，由於無法普遍獲得被保險人與醫療服務提供者普遍之共識，於是成為全民健保實施以來被保險人、醫療服務提供者與健保局間最大的爭議與衝突點。

醫療是一個高度專業的行為，醫療支出是否必要、適當、並合乎一定之醫療品質，除了醫療的專業人士之外，醫療行為的對造一病患，限於資訊的不對等性，並無法輕易得知。一般而言，基於專業自主的精神，並沒有特殊對醫療行為之內容進行事後審查的普遍制度存在。但醫療行為由於「健康保險」的介入，健康保險人成為醫療行為的最主要付費者後，為確保醫療服務提供者所提供的醫療符合健康保險人所承保的「理賠範圍」，醫療服務審查制度於焉誕生。健康保險人對特約醫療院所所提供之醫療給付進行審查，就成本控制(cost containment)上而言，不但能消極地避免健康保險的詐欺與濫用(fraud and abuse)，更能積極地提升醫療利用的效率；就醫療品質而言，不但能消極地減少醫療錯誤，避免醫療傷害，更能積極地提升醫療實效、促進品質。

然而健保實施以來，醫療服務審查制度，一直為醫療服務提供者所不滿與詬病，除了少數可能因為醫療服務提供者被核扣而引起的情緒反

應外，的確也存在許多健保局應多多調整、改進與溝通宣導的批評，如審查標準不一致、相關規範不周延、內規太多且經常有所變更、審核過程及審核標準訂定不夠透明、審查醫師不公正不夠客觀、過度干預專業自主權、並未考量病患與醫療機構之特殊性、健保局球員兼裁判、行政作業繁複冗長、缺乏具醫界共識的臨床規範供審查委員及特約醫療院所遵循、健保局會因財務問題而調節並指示審查的嚴格程度、給予審查醫師服務單位特別寬鬆的審查標準、甚至以核扣績效給予審查醫師獎金或作為續聘的依據。

究竟現行醫療服務審查制度在設計與執行上出了什麼問題？應該如何修正才能控制醫療成本與確保醫療品質的精神與目標？本文希望從審查與爭議審議之執行現況，審查醫師對於目前醫療服務專業審查執行之觀點，爭議審議案件之特性，分析目前醫療服務審查制度的問題，並供未來醫療服務審查制度設計與執行規劃時之參考。

我國健康保險醫療服務審查制度之沿革

全民健保實施之前，台灣共有勞(投保人數最多約所有社會保險的 85%)、公、農保等三種公辦保險，但是仍有百分之三十以上的人口(尤其是老年人和小孩)沒有醫療保險。政府為了解決醫療可近性的問題開辦全民健保，政策重心偏重於「全民納保」與「費用控制」上，至於醫療品質的問題，一般共識則保留到以後再處理。而在全民健康保險法第五十二條中規定：「保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法由主管機關定之。」，由此條文看來，中央健康保險局下設之「醫療服務審查委員會」職司一定之品質確保機能。

基本上全民健保的醫療服務審查制度是沿襲勞保制度而來，勞保在實施之初，規定所有醫療費用申請案件，都要先經專業審查方得給付。但是當時因為電腦尚未普及，所以所有審查皆須

進行人工作業，往往曠日廢時，如需完成所有專業審查才給付醫療費用，對醫療院所權益之傷害很大，所以在實務上便發展出門診之免審範圍，以及專案醫療申請案件和醫療院所約定先行折扣給付的方式，由於醫療院所事前已經同意協商之折扣給付比例，因此少有爭議發生，故勞保初期，特約醫療院所對醫療費用審查制度與爭議審議制度並無太多關切。

當勞保給付案件越來越多時，對所有申請案件均進行專業審查顯得不合時宜，故勞保後期便發展出抽樣審查制度，並於法律明定，勞保局對特約醫療院所申請費用之核減，應載明其核減理由。特約醫療院所對於審查結果有異議時亦得依規定向勞保局申請複核，仍有異議時，得依台閩地區勞工保險爭議事項審議辦法規定，向台閩地區勞工保險監理委員會申請審議。

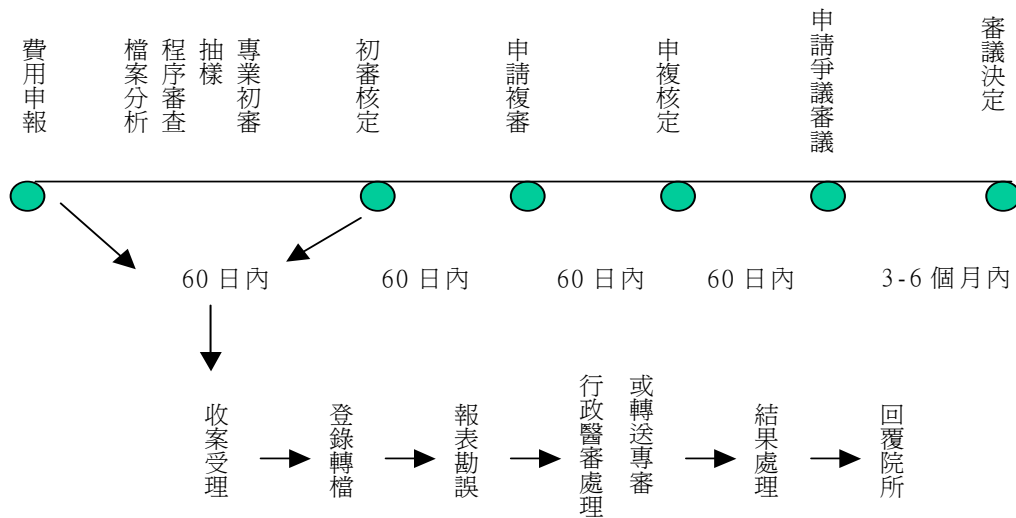
勞保時期審查、複核、爭議審議之審查流程，均由保險人(勞保局)來進行，難免給人球員兼裁判之聯想，於是到了勞保後期便有將爭議審議自監理委員會中獨立出來的呼聲。全民健保之審查模式，基本上是沿用勞保時代之審查模式，但已經將爭議審議事項交由直屬於衛生署之全民健保爭議審議委員會處理。

全民健保醫療服務審查之現況

一. 審查相關法規-設立之目的與組織

醫療服務審查係依據全民健康保險法第五十二條實施。同時在全民健康保險法(第四十二、五十三條)、中央健康保險局組織條例、中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法規範下，在健保局層級設置了醫療服務審查組織。有審查必有爭議，由於醫療爭議案件性質涉及高度醫學專業，又因為醫療審查案件非常多，所以提請爭議的案件數量勢必相當龐大，恐非解決行政爭議的一般訴願機關及訴訟機關所能適任，故除了在健保局設立複審機制之外，另外依據全民健康保險法第五條於衛生署設立全民健康保險爭議審議委員會(以下簡稱爭審會)增加爭議審議機制，以減少訴訟的案件。

二. 審查相關法規-審查依據



圖一：現行醫療費用審查之流程

健保局辦理審查工作時依據以下法規執行：

- (1)全民健康保險醫療辦法及醫事服務機構醫療服務審查辦法
- (2)全民健康保險特約醫事服務機構合約、附約
- (3)全民健康保險藥價基準
- (4)全民健康保險藥品給付規定
- (5)全民健康保險醫療費用支付標準
- (6)全民健康保險醫療費用審查注意事項
- (7)其他相關規定：包括醫療法令、解釋函等

三. 審查流程(圖一)

全民健保醫療服務審查主要可以分成行政(程序)審查與專業審查。行政審查部分由健保各分局之費用組(行政人員)負責，而專業審查則依據案件類型(如高額案件、特定案件或是一般案件等)由健保局總局的醫療服務審查委員會負責總督導考核，再分別交由審查小組或是各分局的醫療服務審查分組(審查醫師)負責審查。

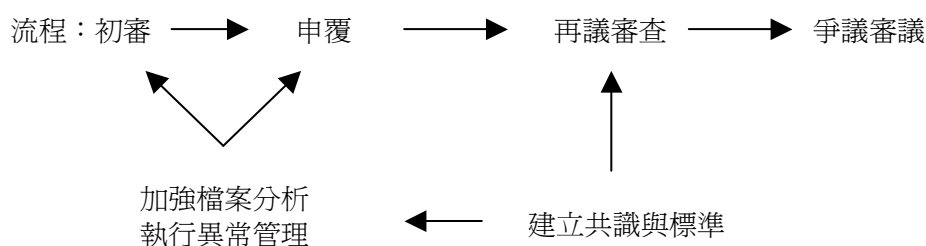
各特約醫療院所提出申報資料(含書面申報，電子資料申報)後，健保局受理後，經轉檔作業、平衡檢查在規定的期限內完成醫療費用暫付作業。為保證支付品質(特約醫療院所申報是

否符合規定)及特約醫療院所提供醫療服務品質，遂以各項審查方式來決定是否予以核付或予以核減處罰。

行政(程序)審查主要是確保特約醫療院所申報案件內容在行政作業規定上的完整性與正確性。行政(程序)審查後，依申報案件性質進行專案審查前的抽樣作業(立意抽樣或隨機等距抽樣)。

抽樣後送交各分區之地區醫療服務審查分組進行專業審查，由健保局各分局遴聘醫藥專業人員，針對各特約醫療院所的醫療服務之合理性、適當性以專業的角度進行評核，總額預算前由健保局共遴聘審查醫師約一千五百餘位負責執行醫療服務專業審查作業。總額預算實施後，部分(牙醫、西醫基層等)醫療服務專業審查交由各區總額預算執行委員會遴聘審查醫師執行，而審查之依據、抽樣之方式、審查醫師的遴聘規定，仍依據相同之法規進行。由於總額預算制度實施時間尚短，所以各區總額執行委員會與健保局之間的關係與授權程度仍多處在調整、適應與制度化的階段中。

專業審查主要核刪重點與項目雖然在相關法規有所訂定，但除了部分有明確的使用規範



圖二：審查機制

外，其餘多半是基於審查醫師之專業自主判斷。審查法規並規定，核刪時應將刪減理由詳加註明。

現行醫療費用審查由初審起始，若特約醫療院所不服審查結果，可向健保局提出複審，再不服，可向「爭審會」提出爭議審議。若仍不服，得再依法提請行政爭訟。複審由健保局依特約醫療院所提出對初審結果之不服內容進行重新審查，針對被核扣之項目及核刪理由，根據特約醫療院所提出之病歷資料及申覆理由，依照審查相關規定及臨床醫理進行被核扣項目之重新判斷。爭議審議醫療案件則由獨立於衛生署之爭審會另外聘請之審查醫師(目前約一百五十餘人，並與健保局所聘請之初審及複審醫師有所區隔)以與初、複審相同的審查依據與標準，對特約醫療院所不服複審的內容再一次判斷，作成初審意見後提爭議審議委員會決議之。

審查作業的革新與調整現況

審查制度執行至今，因屢遭特約醫療院所質疑與詬病，健保局與爭審會已陸續提出執行醫療服務審查作業時之許多改進方案，並且已經實施或試辦中。

如健保局各分局研議利用伯列特原理(Pareto Principle)，配合加強檔案分析，藉以發現重要醫療案件的問題點，將有限的審查資源投注在關鍵的部分醫療申報案件上，提昇審查效率與節省審查資源；以電腦審查與檔案分析作為例行管理主要工具，而對於例外管理(異常管理、

重點管理)再輔以專業審查與實地審查；專業審查以異常管理為主要對象，並減少個案之專業審查以提昇對專業自主權的尊重；總額預算實施後將專業審查交由醫療專業團體執行；並計劃訂定以實證醫學為基礎的審查及執業規範等等。

爭審會更為將全民健保醫療服務審查目的由財務之管控轉變為兼具品質之提昇，以保障民眾就醫品質，讓政府健保資源永續經營且尊重醫界臨床判斷，達成三贏之局面。提出許多具體的改進措施如：經由實證醫學，公開討論與辨證的方式，以期建構效率化之品質指標與範例；建立尊重醫療之多元化、多樣化，符合經濟效益之guideline；並執行行政指導方案藉以減少爭議審議案件之數量，促使爭審會能轉變角色為對重大醫療爭議案件，或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，進行實證醫學觀點的研討，以形成案例或範例並建立爭審會解決醫療爭議案件時之高度公信力與公權力。

落實於審查流程中的建議是結合加強檔案分析、異常管理，並進行以特約醫療院所整體醫療表現為審查單位的審查機制與「再議制度」(圖二)，並已經由牙醫門診總額南區分區委員會由九十一年度二代健保醫療品質分組行動研究計劃下辦理。

醫療服務審查及爭議審議制度執行的問題與原因探討

針對目前醫療服務審查制度設計與執行內

容的探討與分析，發現產生的種種問題、衝擊，與造成特約醫療院所與健保局間之緊張關係，不外乎來自以下的原因：一. 臨床醫理與醫療審查本質上的困難，二. 審查制度設計的不周全，三. 審查制度執行問題，四. 審查單位公信力不足，五. 特約醫療院所的反應，以下針對各點論述說明：

一. 臨床醫理與醫療審查本質上的困難

1. 臨床醫理的彈性與不確定性

醫療本來就有其不確定性，對於何時應予處置，何種處置較為適當，各種處置的選項中其優劣得失的比較等等本來就有其彈性，存在著所謂「誠實的誤差」。雖然如此，然而對同一醫療問題出現沒有合理標準的處置差別，不論如何，總是對醫療品質的一個警訊。所以醫學界也一直努力在尋求同儕共識，如自 1980 年起陸續發展的執業準則(Practice guideline)、臨床路徑(Clinical pathway)等等。

醫療的合理性、適當性與必要性，在定義間必然存有灰色地帶，在這區間要尋求同儕共識是很困難的，除非是明顯不合理、不適當或不必要的醫療行為，否則要形成醫界的共識不是件容易的事。因此必然造成醫療專業審查的不確定與標準的難以訂定。

2. 專業自主、個人主觀判斷與價值的差異

執業醫師與審查醫師都有其個人主觀之價值與判斷，並且期望在執行業務時都能充分享有專業自主，但期間的差異必然存在而導致衝突。然而專業自主與個人主觀的判斷若非建構在證據醫學(Evidence-based Medicine)的強固基礎上，便會流於頑固、自大、剛愎自用。對於許多尚未具共識之證據醫學存在之醫療處置差異，必須經由公正的團體在適當的程序下，訂定的規則來評估與規範。

3. 審查標準的難以訂定

由於醫療專業的特殊性，醫療的必要性與適當性往往只是一種概念，要明確定義與規範有實際上的困難。而健保更有於有限資源，保障的醫療服務範圍只能是合理醫療行為內容的一部份，必然會有些違同儕共識及合理之醫療項目無法納入健保給付範圍之內。雖然用各項支付標準

與給付規定來規範及定義健保保障的醫療服務範圍，但必然會存在許多模糊而未能標準化的空間。醫療服務審查標準實質上的無法完全標準化，加上必然會存在的專家間主觀判斷的差異，必會導致審查不一致的結果，而此審查公平性迭遭質疑。

臨床醫療領域廣泛，醫療事件若從法規面(相關法律及健保給付規定)、同儕看法面及醫療本質之合理面區分可以有許多不同的類型。基本上法規面中的「不合醫療相關法律」與醫療本質中的「醫療本質不合理」類型，被處罰或核扣比較沒有爭議，但是法規面中的「不合健保相關規定」類型，因為可能某些限制而與無法給付所有符合同儕意見或醫療本質合理的醫療行為，所以就會有許多爭議。

健保爲了在有限資源下保障民眾最大範圍的醫療需求，必然要有比合理醫療範疇限制更多、更嚴格的給付規定，以減少某些醫療處置的過度使用與浪費。在某些不具確定療效甚至具確定療效的處置上，若不違背醫學倫理也不會造成副作用，多用了又何妨的聲浪必然存在。「不合健保明定之相關給付與審查規定」醫療類型中，會有「雖不合健保相關規定，但符合同儕看法」及「不合健保相關規定，雖尚未形成同儕或符合同儕看法，但醫療本質合理(respectable minority)」之可能；而在「符合同儕看法」的醫療類型中，健保給付之各項給付與審查規定，亦可能無法明確規範或尚未明確規範。以上所述這兩類醫療本質與規定無法明確定義或相衝突的部分，爭議易起。

理論上所有醫療行為可以依上述分類予以區分，但實際上各類型間的界限必須經過不斷的調整與討論才能日漸清楚並獲得共識與釐清。

二. 審查制度設計的不周全

1. 專業審查及行政救濟程序無進入門檻的設計

健保申報案件自開辦以來隨著納保人數激增且被保險人年就醫次數一直成長，至民國九十年時，平均每個月醫療費用申報案件約有二千八百萬件(含中醫、西醫、牙醫之門診住院等案件)，而依目前初審方式抽樣之專業審查案件每個月約五十多萬件(約百分之二)，需專業審查之

案件實在太多，雖然總額預算實施後，有部分分局與各區執委會已經開始針對重點特約醫療院所實施專業審查的改變，但是案件仍多。

特約醫療院所不論是因為堅持自己的醫療行為符合規定、不認同健保規定與審查結果，或是不管如何就是要申訴，而提出複審與爭審。由於複審與爭審是行政救濟程序，以現行的規定不需要付費。只需花費影印費、郵費及部分人力來謄寫理由及申請文件即可，但是若有部分案件能夠撤銷，則醫療費用可回收甚至高達 50-100 倍（回推放大倍數）。於是醫療院所必然被善加利用沒設門檻的行政救濟程序，健保局與爭審會的審查成本（國家行政資源）必定增加，審查之結果因案件數增加，也就更難每案詳述核刪理由。

2. 抽樣審查與放大回推設計的限制

專業審查以隨機或立意抽樣方式選取部分案件加以審查，隨機抽樣雖有形式上全部審查的意義，但取樣太少恐怕代表性不夠，無法掌握特約醫療院所或醫師之執業模式與醫療行為的特色，取樣太多又會增加審查作業負擔。且該制度實施以來，取樣與核扣回推放大之公平性深受質疑。若特約醫療院所偶因某些特殊金額較大的案件被核扣並回推放大，必造成極大的損失而有所不服與不滿。為彌補損失，可能會誘使某些特定的特約醫療院所以系統性的申報、虛報、浮報或濫報來因應，造成更大的浪費。

此外，以抽樣之單一案件審查的方式，未能完整呈現醫療院所及醫師的醫療習性與服務全貌，醫療服務之合理性、必要性與適當性及品質亦難由單次的記載得到確認（有時必須參考前後的病歷才比較好判斷）。目前審查制度只能以核扣方式抑制不適當或不必要的「個案」醫療行為，但是對於「整體」的偏差醫療行為卻少有直接管制及輔導的能力，更無法積極導正醫療資源分配之公平及效率，更不可能有積極保障醫療服務品質之作用。

3. 病歷審查設計的限制

專業審查除了部分特定案件外，大都以抽樣之單次病歷作為審查依據。病歷審查最大的問題是無法確認病歷記載之內容與實際醫療行為的一致性（如造假病歷、格式化病歷等等），然而專

業審查只能在醫療院所並無偽造病歷的前提下來判斷該醫療服務之合理性、必要性與適當性及醫療品質。病歷記載的格式與要求由於並無特別規範，目前有許多病歷書寫都過於疏漏，使審查醫師缺乏賴以審查之證據，更會造成醫療專業審查的困難與爭議。

其次好的病歷書寫品質不一定代表醫療品質，但至少有利於審查之證據；反之沒有詳實的病歷書寫，雖然不一定醫療品質不好，但是在醫療行為的程序上，與特約醫療院所應負之舉證責任上是有嚴重瑕疵的。

4. 單一審查人設計的限制

醫療專業判斷必存有差異，所以在健保局各分局內部或各分局間與爭審會間，專家個審的審查結果不必然一致是可預期的結果，雖然目前法規並無訂定是單一審查人，然而目前每一階段之專業審查幾乎都採單一審查人制度，除非有特別的案件才會由另外的審查醫師複核，於是審查結果會受到專家個人主觀影響很大。而再以同樣方式，由另一位專家進行個案病歷審查之行政救濟程序（複審與爭審），對於審查爭議產生的原因釐清不但不一定有助益，反而有時會因為不同階段之審查結果不同讓特約醫療機構對於審查標準更加困惑與無所適從，無法解決特約醫療院所對初、複審結果不服的質疑，更會增加審查之複雜度與困難。而且審查過程中只要某一關通過就能不被核扣的審查方式，審查比較容易被操控也比較會鼓勵醫療院所進行行政救濟程序。所以市場上傳聞只要多跟審查醫師建立好關係，審查結果必然有所影響，在這樣的設計下的確會是影響審查公平性的大問題。所以總額預算實施後，執委會已經成為各方勢力進駐與覬覦的標的，不是沒有道理的。

三. 健保局與審查單位執行上的問題

1. 審查規範訂定的內容與程序不夠透明

審查規範尤其是給付標準訂定時，因醫療資源的有限性必然有無法完全涵蓋所有合理醫療，而健保局也必須隨時因應醫療支出型態而調整或修訂給付及審查規定，這些給付或審查規定的調整、修訂與限制，在本質上是可以被特約醫療院所與民眾接受的。但其程序是否透明化，內

容是否兼顧民眾的就醫權益、醫療專業與特約醫療院所的意見與醫療資源分配的公平性，經常會受到特約醫療院所與民眾挑戰與質疑。

醫療產業是由供給創造需求的特殊性，這些調整，其程序若不夠公開透明，調整後若沒讓特約醫療院所與民眾了解健保的困難與用意，及適應的時間，容易引起反彈，而且容易落入被強勢醫學會主導，造成醫療資源分配不公的結果。事實上，任何的調整都必然會有人受到影響，也就是說實質上完全公平的調整不一定做得到，但是程序上的公平正義應盡量維持。

2. 健保局對於醫療詐欺行為與醫療單位營運成本的稽核作為不夠

審查的目的在於確保「支付品質」與「醫療品質」，確保支付品質最重要的就是要避免不當的費用支出，影響健保財務狀況，然而比專業審查更上游的追查稽核詐欺之醫療申報行為，與避免浮報、濫報所進行的醫療單位營運成本稽核應該更落實，才不會落入以專業審查的核扣動作來進行健保醫療資源的維持。實際上醫療院所要調整或加工單一審查案件的病歷資料，用以規避審查並不是件難事。

3. 電腦檔案分析的審查效能未彰顯

利用適當的指標(醫療利用與醫療品質)執行電腦檔案分析，較容易呈現醫療機構整體的表現。加強對特約醫療院所、特約醫師與病患之總歸戶資料分析，佐以個案審查與實地審查的證據，能有效找出異常或偏差之醫療行為。將是異常管理之重要起步，並能提昇審查效率。

4. 醫療品質審查與醫療利用審查的衝突

健康保險人進行「以費用控制為目的之醫療利用審查」主要是在節制醫療提供者的道德風險，防止詐欺與濫用，其關切點在「成本」；與「醫療品質審查」的關切點並不相同，當兩者混而為一時，便很容易發生保險人以「品質控管」為名，行「利用控管」之實；或反之醫療院所以「醫療品質」之名，進行利用審查申覆之實。不管哪一種情形，都是當前爭議審議的主要訟源。不同審查單位之審查醫師審查時若採用不同的目標，更會引起爭議。

本來複審與爭審會設立的目的與任務，應該

是解決因健保醫療費用審查制度所造成的行政爭議。就其立場而言，爭審應以爭議項目是否不符審查相關之各項規定，進行對於健保審查作業品質之審議。換言之就是以各項審查規定出發(可能目前規定並不完善，但總是目前所依以遵循的規定)，而非以(絕對的)醫療品質出發。若是爭審審查時發現有明顯會影響或危害醫療品質的規定時，爭審會得以附帶決議建議健保局修正其相關審查及給付規定。但是由於審查標準的訂定與公正性的維持有其實際上的困難，而且爭審專家審查比較會由醫療本質的合理性與適當性的邏輯來思考並進行審查，以致不同組織依不同審查標準進行審查，於是特約醫療院所無所依循，必然增加許多爭議事件。

5. 健保局對於特約醫療院所質疑審查不公的回應不足，影響審查公信力

球員兼裁判一直是健保執行醫療專業審查作業時最為特約醫療院所所詬病的。審查醫師之醫療院所可享受較鬆的審查標準規範，專業審查結果容易被操縱等等一直傳頌在醫界中，然而健保局對於這些不一定真實的指控與耳語，未拿出實證資料來反駁，傷害健保審查制度甚鉅，也影響審查單位的公信力。

6. 健保局對於審查醫師反應與爭審會建議之回應消極與指揮機制不明

健保局對於審查醫師與爭審會所提之建議無法劍及履及，也許是該建議的確窒礙難行，但是溝通協調的管道與機制至少應該呈現。而爭審會對於醫療品質的重視又會使健保局審查標準受到挑戰與不信任，於是爭審會與健保局間始終存在著某種程度的互相不滿。

四. 審查單位公信力的不足

1. 審查醫師都是執業醫師且為兼職

審查醫師幾乎都是執業醫師，能參與審查作業的時間相當有限。審查報酬每三小時約只有2500-3000元，在微薄的酬勞狀況下會願意擔任審查醫師，而且在規定時間內必須完成龐大的審查案件，這種吃力不討好扮演黑臉的角色，容易被一般特約醫療院所認定，健保局另有好處給予審查醫師。此外執業醫師通常很忙，要能抽空執行審查作業非常困難，所以審查案件太多時更會

造成審理案件積壓，導致審查效率不佳。此外兼職的審查醫師是否能熟悉審查標準異動的內容也是受到質疑的。

2. 審查醫師個人與審查醫師間尺度不一致

醫療本質的不確定性，在選擇該如何提供醫療處置時，本來就普遍存在著所謂「誠實的誤差」。然而每個專家可接受的誤差範圍卻大不相同，而個人尺度的一致性與穩定度也可能變化，所以審查結果經常出現專家意見不一致的現象，不僅審查公正性會遭質疑，也會讓特約醫療院所不知所措、無所適從。

尤有甚者，若這種不一致是起因自審查醫師間彼此可能護航或對特定對象採用較不同的標準，那麼勢必嚴重傷害審查的公正性，特約醫療院所的必然會質疑、猜忌與耳語，更不服審查結果。

3. 審查醫師了解審查各項規定與遵守程度不一

依照審查醫師遴聘原則所聘請的審查醫師，在醫學專業領域的涉獵與專精當然無庸置疑，但對於各項審查相關規定與注意事項是否熟悉，對於相關規定的改變是否了解，對於相關規定是否贊同並會遵守，可能存有相當的差異，這種差異左右著審查的尺度與結果。尤其當碰到同儕意見認可，但是審查相關規定嚴格限制之醫療處置類型時，究竟該如何依循，審查醫師間會有很大的差異。

4. 遴聘審查醫師的程序與單位

總額預算執行前，審查醫師由健保局各分局遴聘，給外界有球員兼裁判之譏，且每每被質疑遴聘程序是黑箱作業，審查單位的公正性被嚴厲批評。不管這種批評是基於特約醫療院所不甘被核扣之損失而起的情緒反應或的確存有黑箱作業。為維持審查單位的公正客觀立場，在遴聘過程中的確必須依法以公開、透明的方式去除大眾的疑慮。總額預算開辦後，委託各區總額預算執行委員會遴聘，雖可去除球員兼裁判的疑慮，但可能更要避免各利益團體與勢力介入執委會，操控審查作業影響醫療資源公平性。

5. 以確保點值為審查目標

總額預算前並無所謂確保點值問題，因每一點值固定。總額後因各總額單位內醫療總支出一

定，所以總支出點數高時點值會降低，所以各區執委會紛紛以最現實的確保點值為審查的重要目標，而非以醫療申報案件實際的合理性、適當性與必要性來考量醫療審查的尺度。將審查淪為利益分配的推手，大大降低了醫療服務審查的格調與立場，公信力當然是不被認同的。更不用說以病患安全健康為中心，與確保及提昇醫療品質的遠大目標。

五. 特約醫療院所的反應

1. 疏漏的病歷記載，無法驗證申覆或爭審理由

健康保險的介入後，健康保險人監督醫療提供者的角色讓醫病關係中的醫師角色起了很大的變化。以往醫療費用產生直接發生於醫療事件之後，病患直接可以衡量花費是否值得；第三者付費時費用發生不可能在醫療事件發生後即時產生，而且健康保險人並不直接接觸醫療行為，並需依靠醫療行為之證據才能衡量其花費是否在保險的規範內，而最常用來評估的證據便是病歷。醫師法十二條中規定醫師執行業務時應製作病歷，並依規定保存，病歷應包含的內容也有規定。所以病歷書寫可視為是醫療行為的一部份，是醫師執行業務之應盡義務，但是在目前的醫療生態中，醫師往往因為有太多病人，忙到很難完整記載病歷。

而就醫療費用申報之責任歸屬來看，特約醫療院所應提出足以說服健保局給付該項醫療支出的理由，經健保局核定。若審查後有核減之項目，才由健保局(審查醫師)描述之理由，但是目前因為專業審查案件過多，難以維持一定的審查品質後，反而導致特約醫療院所多所批評並轉移了應負的責任。

2. 用對自己有利的過去判定當成申覆或爭審理由，且曾被核刪的醫療處置項目重複出現

本來醫療專業判斷一定存有差異，同一類型的醫療處置可能在審查之不同階段會有不同的審查結果。於是部分特約醫療機構便會拿過去同類型對自己有利的審查的結果，當作不服新審查結果的申訴理由，增加了審查的複雜度與困難。因此同類型的複審或爭議案件便經常重複出現。甚至明顯不符健保規定之醫療處置也重複出現。

3. 質疑審查醫師間彼此可能護航或採用較寬鬆標準，審查醫師透過核扣可獲取較多的獎金及繼續擔任審查醫師的資格

當特約醫療院所遭到核扣後，基本上會覺得該醫療處置不適當、不必要或品質不好的很少，大多是覺得審查規範不適當或是審查醫師不明瞭實際狀況，未考慮醫療行為發生時現實壓力下醫師不得不為的難處，所以一般對於審查醫師都沒什麼好感，而審查醫師也有同樣的壓力。由於審查工作吃力不討好，辦黑臉的角色，大家卻仍願意繼續擔任，外界會認為健保局一定給予相當的利益，於是不管這些傳聞是真是假，各種耳語與對審查單位的不滿於懷疑，便陸續在醫療界傳播。

4. 批評健保局不大多在藥價黑洞與查緝醫療詐欺行為上努力，而只在一些無傷大雅的醫療處置上斤斤計較

經案件分析發現大多數被核扣的案件，都是審查醫師判定無積極療效或不必要之處置，基本上核扣金額(未放大回推前)不大的佔絕大部分，看起來的確是無傷大雅。在醫療資源浪費的種種狀況下，其嚴重程度的確比起藥價黑洞與醫療詐欺行為為輕。但是這些無傷大雅的「浪費」加總起來，影響程度卻不見得比較輕。然而健保局如能在這兩方面多下點功夫以杜悠悠之口，審查作業核扣之合理性就更高了。

醫療服務審查核扣案件之形成因素與其影響醫療品質之推論

造成各項被核扣的醫療處置的行為原因，林林種種。不同案由也有不同的原因，不是處置之醫師本人實難解答。

推論起來應該大部分是申報醫師堅持個人的習慣與專業判斷，基於醫療機構與病患特殊性所作的決定。可歸因在「誠實的誤差」範圍內，與對於健保規範的不夠清楚或是健保相關規定不夠嚴謹完善。這類核扣案件大致上並不會造成太明確的醫療品質降低，而且透過證據醫學與具公信力的單位經常性的檢討與公開辨證，可以得

到最大的共識以減少爭議。

然而在爭審資料回顧中也不難發現，有些病歷資料不得不讓審查專家懷疑，某些特殊醫療院所可能涉及浮報、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。這類的行為經推論，不外是基於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、虛報與濫報所得到的利益以彌補可能被審查核扣的損失。這類案件基本上是犯罪行為，會侵蝕健保資源而影響醫療資源分配之公平性，間接影響醫療品質。要解決這類的問題應從加強醫療機構營運成本稽核、檔案分析與異常管理著手。

結論與建議

維護及提昇醫療品質不只是衛生署、健保局所要努力的目標，也是醫界與民眾所希望追求的。總額預算制度實施後這個議題更形重要。何以面對相同的目標，在目前健保醫療品質保證機制的醫療服務審查制度實施時，會是醫界與健保局衝突，而民眾接受的醫療品質無法確保的現況。由上述的分析發現，有許多的確是醫療本質上難以解決的問題，有些是有限資源下不得不的限制，然而有更多的是制度設計上與制度執行上的問題。透過制度與執行面上的適當調整，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關係並提昇醫療品質，當然許多調整必須再從整體健保精神與效益衡量及實施障礙評估才能落實。以下列出健保局可參考之調整方案：

- 一. 應立即建立並加強查核醫療機構營運成本機制，以消弭不當之藥價黑洞，與醫療服務機構浮報、虛報、以低價藥報高價藥或以少報多的醫療詐欺行為。
- 二. 釐清並界定「醫療費用審查」及「醫療品質審議」的原則與目標。強化審查分工機制與組織間之協調性。如總額預算執委會、健保局、爭審會等等之機構分工、聯繫與指揮體系。
- 三. 加強利用電腦檔案分析，透過適當之評估醫

療利用與醫療品質之相關指標建立，來呈現醫療機構之整體醫療表現，以發現異常之醫療機構，並達到專業審查減量的目的。

- 四. 加強異常機構之管理，以病歷全審、全本病歷審查、不定時抽審、實地審查、即時審查或資訊公開等方式遏阻異常行為。
- 五. 建立病患個人、醫療人員及醫療機構總歸戶以利異常管理之執行。
- 六. 調整醫療專業審查進入之門檻：初審減量、複審與爭審之行政救濟進入門檻設定。
- 七. 建立暢通的特約醫療院所申訴管道。
- 八. 醫療審查相關規定訂定與公告實施之程序修正。
- 九. 檢討單一審查人制度並評估減少審查案件後以雙審查人制度執行之可行性。
- 十. 修訂相關配套法規及契約。
- 十一. 訂定健保病歷書寫規範。
- 十二. 明確訂定有限資源下之健保涵蓋之醫療服務範圍及醫療品質確保的定義，並透過各種宣傳管道，教育被保險人與醫療提供者。
- 十三. 建立以尊重專業自主，同儕自發、自覺、自省、制約與醫療機構責任制為基礎的醫療審查制度與醫療品質確保機制。
- 十四. 審查醫師審查品質之評鑑制度之建立。
- 十五. 給付制度及醫療資源分配檢討與評估。

此外衛生署亦應負起以下之責任：

- 一. 整合各醫療專業團體及醫學會，建立以證據醫學為基礎的各項醫療臨床指引。
- 二. 落實醫療專業之管制各項事宜(醫政管理)。
- 三. 強化醫療專業人員證照制度之管理，與專業人員繼續教育。
- 四. 設定病歷品質規範並加強稽核。
- 五. 強化醫療機構評鑑及醫療結果評估機制。
- 六. 明確訂定國家醫療品質目標。
- 七. 設立總管國家醫療品質之機構，以設定目標，整合資源，指揮協調，排解紛爭，建立案例。
- 八. 設立管控醫療經費分配與設定醫療優先順序的公正性組織。

推薦讀物

1. 中央健康保險局：全民健康保險法規修正要輯，2001。
2. 行政院研究發展考核委員會：評估醫院醫療品質指標。行政院研究發展考核委員會，1999。
3. 行政院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案例彙編醫療篇(三)(四)，2000,2001。
4. 行政院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，2001。
5. 李玉春：新世紀的醫療保健政策。厚生基金會，2001。
6. 星雙鈺：健保醫療費用審查決策模式。中央健康保險局委託研究計劃，1997。
7. 徐弘正：全民健康保險復健醫療費用專業審查一致性之評估研究，中央健康保險局委託研究計劃，1999。
8. 張鴻仁等：全民健保法入門-保障全民健康權力的憲章。醫藥法規叢書系列，199
9. 張苙雲：醫療與社會。巨流圖書公司，1998。
10. 張雪真：歐美國家醫療體制與保險制度。社會安全叢書，1994。
11. 張睿詒：全民健康保險爭議審議案件及其影響因素之研究，行政院衛生署委託研究計劃，1998。
12. 黃月桂：中央健保局住院醫療服務及專業審查之評估研究，行政院衛生署委託研究計劃，1998。
13. 莊逸洲：全民健康保險醫療服務及費用審查方法。行政院衛生署委託研究計劃，1993。
14. 陳孝平：影響全民健康保險醫療費用因素之探討(供給面)。中央健康保險局委託研究計劃，1999。
15. 楊志良：健康保險。巨流圖書公司，1996。
16. 楊志良：全民健康保險爭議審議制度與案件發生之初步探討。行政院衛生署委託研究計劃，1997。
17. 楊銘欽：守護民眾健康醫療保健政策白皮書。厚生基金會，2001。

18. 葉金川：全民健保傳奇。董氏基金會，2002。
19. 鍾國彪：全民健康保險的整體醫療品質之評估計劃，中央健康保險局委託研究計劃，1997。
20. 鍾國彪：全民健康保險的整體醫療品質之研究－以建立指標之基本資料為主。中央健康保險局委託研究計劃，2000。
21. 薛亞聖：住院病患入院及住院日適當性研究－AEP之本土化。中央健康保險局委託研究計劃，2000。
22. 薛亞聖：全民健保爭議審議醫療案件發生原因與其影響因素之探討。行政院衛生署委託研究計劃，1999。
23. 藍忠孚：全民健保之評析與展望。國家衛生研究院，1998。
24. AFAl-Assaf: Managed Care Quality: A Practice Guide, CRC Press,1998.
25. Avedis Donaedian: The Definition of Quality and Approach to its Assessment, Health Administration Press, 1980.
26. Goldman RL: Improving peer review: alternatives to unstructured judgments by a single reviewer. *Joint Commission J Quality Improv* 1996;22:762-9.
27. Korda H: Utilization review for Medicaid Diagnosis: Related Groups systems: practice, innovation, and lessons of experience. *Am J Med Quality* 1994;9:54-67.
28. Localio AL, Weaver SL, Landis JR, et al: Identifying adverse events caused by medical care: degree of physician agreement in a retrospective chart review. *Ann Inter Med* 1996;125:457-64.
29. Maurice Kogan, Sally Redfern: Making Use of Clinical Audit-A Guide to Practice in the Health Professions. Open University Press, 1995.
30. Richard Baker, Hilary Hearnshaw, Noelle Robertson: Implementing Change With Clinical Audit, John Wiley & Sons, 1999.