

總額支付制度下檔案分析的轉機與危機

陳建志 黃純德*

嘉義市牙醫師公會 高雄醫學大學口腔衛生科學研究所*

總額制度實施後，醫療費用的總額已經設定，如何將有限的醫療資源做最有效的運用，是今後醫界及健保局共同努力的方向。醫療院所不當的醫療模式及行爲，也會造成點值的浮動及總額經營的風險。中央健康保險局在爲民眾購買健康的理念下，醫療服務審查已轉爲民眾醫療品質把關爲主軸，今後個案審查以朝重點管理方向改革，以增進審查的公平及效率，檔案分析則以醫療品質的監測及審查爲主軸，以確保健保醫療品質，爲民眾健康把關。

南區牙醫保險委員會於民國八十八年率先全國採用電腦輔助審查方式以降低人爲主觀的影響，建立公正透明的審查制度，減少不必要的醫療服務量，使得該區在點值控制及爭議的案件一值非常穩定沒有忽高忽低的問題，且利用檔案分析管理的方式成功的與二十八家異常醫療院所協商，並經長期的輔導追蹤，發現院所大都願意配合南區保險委員會的運作而修正其醫療模式及行爲，就二十八家醫療院所的申報金額整體而言也都有所改善，並有近三分之二的院所達顯著性(無母數統計分析 Wilcoxon Test)，能達統計學上的顯著性表示其金額需下降改善至某些程度，因此長久以來所衍生的周邊效益絕對遠超過所核扣的一千三百多萬元，在總額支付制度同儕制約的控管下，有此成績實難可貴。但現階段檔案分析在執行面上法源不足的問題及檔案分析控管與人性面上的衝擊，將是本文探討的主題。

現階段檔案分析執行面上 法源之不足

單依檔案分析結果，要求院所齶齒填補需附臨床彩色照片，以爲審查的標的其適法性之探討爲例
南區齶齒填補佔總處置費百分比每月之平

均值：總額第一年爲 52.02%，總額第二年爲 52.53%，總額第三年爲 52.87%，總額第四年爲 52.52%，經 ANOVA 變異數分析結果：總額第一至第四年並無顯著性差異($p=0.472$)。因此分析南區牙醫總額實施第 1、2、3、4 年，齶齒填補佔總處置的百分比的平均值都落在 52%，但最大值甚至都高達 100%，由此可見健保牙醫臨床處置一半以上皆與齶齒填補有關。總額實施前後齶齒填補的支付標準調升約 25% -33%，且就健保申報規定，根管治療、複雜性拔牙、牙周手術等等處置皆須 x 光片及相關資料佐證，唯獨齶齒填補在申報上並無此設限，縱使從民國 87 年 7 月起支付標準在齶齒填補上開始有保固年限的限制，但還是在現階段最容易造成浮濫及不必要的醫療處置項目。職是之故，只要合理的把齶齒填補控管得當，牙醫界在總額問題上就解決了一大半。

雖然南區目前已循序漸進採用檔案分析的方式做異常控管的處理，尤其在齶齒填補的檔案分析上更是著墨甚深。且對於齶齒填補異常院所，透過再議制度異常案件輔導的模式，必要時，得要求院所申報時附上術前、術中、術後彩色臨床照片，作爲審查的依據。此乃根據全民健康保險牙科特約醫療院所門診審查注意事項第 15-3 條規定：爲因應審查需要，得請醫療院所提供所須之相關文件及資料，醫療院所不得藉故拒絕。如所檢附之相關文件及資料不齊時，得刪除其所申報之費用。但若只片面經由檔案分析的結果，而無相關配套措施的條件下，就逕行要求院所填補齶齒時需檢附臨床彩色照片以爲憑證，並進而做爲申報費用核刪的標的，恐將造成南區爭議審議案件的暴增，吾人深感惶恐建請三思，並提以下之淺見懇請卓參。

就法的層面而言，醫療院所與健保局的合約應屬定型化契約的一種。因此依據消費者保護法第十二條規定「定型化契約中之條款違反誠信原則，對消費者顯失公平者，無效」，所以檔案分析指標的結果若未經公告徵信而逕行做為控管處分之標準，如：逕行要求院所填補齲齒時需檢附臨床彩色照片以為審查給付之依據，雖無明顯涉及「誠信」問題，但卻有瑕疵及法源不足之憾。再依消費者保護法第十四條規定「契約之一般條款未經記載於定型化契約中而依正常情形顯非消費者所得預見者，該條款不構成契約之內容。」，因此就全民健康保險牙科特約醫療院所門診支付標準表及門診審查注意事項的條文，並無要求醫療院所填補齲齒時需檢附臨床彩色照片之規定。且按同儕制約公平待遇之原則，若對特定醫療院所不附臨床彩色照片或所附照片不清晰，就核刪其申報費用，縱使我們深知在執行面上不得不採取如此的手段，否則實難達控管上立竿見影之效，但此一措施醫療院所表面上雖概括承受，日後必遭院所質疑與反彈，對所核刪的費用必經由爭議審議的方式來要求平反，因而爭議審議的案件必然遽增將是可預期的，這與二代健保再議制度中異常管理所計畫降低爭議審議案件的預期目標恐將背道而馳，且院所所申覆的案件就消費者保護法第十一條的解釋「在定型化契約中所用之條款，應本平等互惠之原則。定型化契約條款如有疑義時，應為有利於消費者之解釋。」，近年來消費者意識日益抬頭，在健康照護上也較趨向於消費者的取向，因此爭議審議對個案的處理也較趨向於全方位的考量，在此時空背景下牙科特約醫療院所門診支付標準表及門診審查注意事項等等法源，必將不是爭議審議案件判讀的唯一標準，且不符合健保支付標準表之規定的核刪理由在爭議審議時必將重新審慎被評估。眾所皆知，在爭議審議的整體考量中，我們地區審查作業所引用核刪的條文，其法律上的位階其實大都是行政命令，就如同 IC 卡的設置僅憑「全民健康保險醫療辦法」的行政命令，因其法律位階並不高，而常遭立法委員杯葛和質疑其實施的必要性。職是之故，這些爭議審議案件被駁回的空間必然大幅降低，因此經由檔案分析的結果就逕行對院所採取的控管方式，實有待商榷，因為不僅無法達成預期的控管目標，反而徒

增醫療院所的抱怨與行政資源的浪費，面對此問題，再度懇切呼籲衛生署與牙醫師全聯會盡速擬定「檔案分析審查及管理辦法」於健保法中，以補其檔案分析控管上法源之不足。

檔案分析的迷失與醫學倫理的自覺

在勞健保之前，醫師的職業專業與社會地位具有絕對的權威性，非專業人士實難有置喙的空間，就如同 Hafferty & Light(1995)形容美國 1950 至 1960 年代為「醫療權力及聲望的黃金歲月」般，但如何防止這些社會菁英不至於為追求私利而利用醫療專業來傷害社會公眾利益，是當時社會控制的難題。

但隨著社會環境的變遷及醫療保險制度的衝擊，醫師的職業也開始面臨多元化的挑戰，這樣的改變源自於以下四個主要原因：一、政府對於醫療市場與工作有越來越多的要求及規範，如：總額支付制度的實施；二、照護管理系統的改變使醫師權威下降，醫師將成為整個醫療工業的一員而非全部；三、公司法人及財團佔據大部分的醫療市場，醫師成為受僱者，且受限於公司與財團的規定與規範，更可能由非醫療背景者所管理，醫師將喪失部分的自主權；四、傳統醫病關係的改變，Reeder 說明在 1960 年代，從消費者而非病人角度來看，醫師被認為僅是「醫療提供者」，醫病關係置於平等的地位，消費者意識不斷抬頭，不僅可參與健康立法並可涉入其他相關事務。由此可見，有越來越多的現象指出醫師的專業權力已經逐漸式微。

醫師面臨以上的考驗，失落感也越來越重，可能導致少數醫師行醫上的迷失，因而產生不當的醫療模式及行為，健保開辦五年多，健保特約醫療院所被移送法辦的案件高達 730 件，統計至八十八年十二月止，已經有 335 件被檢察官起訴，其中宣告不起訴者僅 30 件；已經一審地方法院判決者共 321 件，有罪者 309 件，判刑之比率高達 96.3%。高等法院判決者共 106 件，有罪者 99 件，比率達 93.4%。此結果造成醫師的職業面臨了社會道德的挑戰。

且現行的牙醫總額支付制度，在論量計酬制度下雖有總額的限制，但亦可能因醫療院所不當醫療行為模式創造不必要的醫療服務量，以增加

點數的現象，而致點值下降，造成醫療生態的不正常發展，最明顯的是有些分區點值顯著下降至 0.85 以下，且尚有每況愈下之趨勢。因此六分區在面對點值控管的壓力下，對醫療費用採取不同的控管方式，有些分區為控管醫療費用對醫療院所採取更多行政工作的干預，如工時表、三聯單之填寫，或增加審查之工作份量等，也或多或少增加許多會員醫師的抱怨，覺得行醫尊嚴受損；甚至因健保財務困難而將審查的專業權力淪為總額財務控管的工具，不當的核刪醫療費用，此種非理性的措施，導致申覆、爭議案件的大幅增加，尤其在牙醫門診總額預算制度實施第一年更是明顯(牙醫爭議案件在總額實施前一年 1570 件，實施第一年 6797 件，成長四倍餘)，不僅無法達到預期的控管目標，更甚者反造成更多醫療模式異常的反效果。因此如何解決總額預算制度「共有財產的危機」，除了從體制面的改革外，更不容忽視醫師同樣是人，仰賴醫學倫理教育的人性面的改革將是總額支付制度成敗的重要議題。

一. 總額支付制度與共有財產資源

在分析總額支付制度的問題時，應讓所有醫師都能體認共有財產具有的特質：(一)「共同使用性」，資源是大家所共同使用、共同所有、共同管理，難以切割為一己之私。如：大海中的魚類，對魚夫來說實難以分割。(二)「敵對性」，單位的資源若已被使用，則他人就無法再使用。如：該魚若被捕獲，就不能被其他魚夫所獲。(三)「難以排他性」，彼此之間為生命共同體，難以將使用者排除於使用範圍之外。如：同為漁夫，實難限制其他漁夫捕魚的權力。(Hurley and Card, 1996; Ostrom, 1990)

雖然總額預算與共有財產類似，但兩者之間仍有差異：(一)共有財產的多寡是天然的，而總額預算是人為的，是與政府協商而成的。(二)在一塊固定的草地上，如果均等分配，十隻羊可分到草地的十分之一，如果一百隻羊，每隻只能分到一百分之一，也就是羊隻越多，能分配到的草地就越少；但在總額預算下，如果十個醫師，每個醫師的服務量是十點，分到的錢是十分之一，如果每個醫師都投機取巧，將服務量增到一百點，則每個醫師分到的錢還是十分之一。(陳順義, 2002)

因此總額支付制度下，醫師的個別利益將會

衝擊醫界的集體利益，因個別醫師的收入遞增，將使整體醫師的所得下降，其成本亦由所有醫師來分攤，所以「敵對性」與「難以排他性」是造成集體行動問題的主要原因，每個使用者若過度的使用資源，易導致使用者之間的排擠與衝突，亦即每個人追求其自身最大利益的結果，整個團體將邁向毀滅之路，而導致「共有資源的悲劇」，這些例子在歷史上層出不窮，如：人口問題、飢荒問題、酸雨問題、第三世界的薪柴問題等等皆是。所以當醫師都懷著『怕別人賺得比自己多』的心態，不斷的創造醫療需求，使點值不斷的下降，醫療品質亦隨著下降，不但醫師成為廉價勞工生活品質低劣，且可能留下一堆醫療糾紛及爭議案件急待解決。

二. 共有財產資源與人性的考驗

(一)自私的人性

人類是既聰明又複雜的動物，長久以來，我們亦樂觀的相信「具有共同利益的一群人將會自願為團體的共同利益而努力」，其前提是建立在個人行為乃是理性而自利的條件下。但 Mancur Olson (1965)對這觀念提出反駁及批判：他認為這個邏輯是不存在的，因為個人縱使是理性且自利的，也未必會因團體目標有利於己而付出努力，因對團體合作付出的成本遠超過其所得的利益。除非團體成員不多，或有其他強制手段方法讓大家為團體利益而行動，否則，理性而自利的個人將不會為達成共同利益或團體利益而展開行動。這與上述共有財產資源的「難以排他性」的特質所引發的「搭便車」心態雷同，逃避自己應對團體所負的責任，投機取巧的獲取私利，後果卻由整個團體來承擔。

(二)背叛的人性

人類常為一己之私而選擇違背團體的共同利益的決定，「囚犯困境」的實驗結果最具代表性：即兩名嫌犯做案後被逮，檢察官分別隔離偵訊，並告知如果兩人都招認，各判八年；都不招認，各判一年；一人招認，一人不招認，則招認者釋放，不招認者判十年。結果囚犯怕被同伴先背叛，並為個人採取最優勢的策略，選擇先招認來背叛同伴，但若兩囚犯都如此「理性」思考，但卻導致集體「非理性」最遜的結果，兩囚犯都因招認被判刑八年。所以「囚犯困境」的理論：個體的理性抉擇產生集體非理性的矛盾結果。

對於上述「自私的人性」與「背叛的人性」特質，台灣醫界長久以來可能因醫師執業環境的關係亦有此通病，且大多醫師對於公共事務常扮演「冷漠的旁觀者」，但在總額支付制度下，旁觀者的角色可能因其他醫師的不實申報而淪為受害者，這些淺顯的道理，醫界雖然深知，但警覺心卻不足，因為只一味重視個人利益，而忽略了團體的成敗，終將成為大環境下的犧牲者。

三. 總額支付制度的悲劇

總額支付制度的利益與成本是不對稱的：個別醫師增加服務量所致的利益歸屬於該醫師本身，但其成本(如點值下降)卻是所有醫師共攤。(陳順義，2002)讓我們以 Phelpes 在 Health Economics 一書中的例子來討論上述的問題：

某區有 N 位醫師，假設每位醫師的實際每月申報金額都是 30 萬元，則該區的總額為 30 萬元×N，隨機抽樣某一位醫師分析他和其他醫師在誠實申報與虛報之間所造成的幾個狀況。

狀況 A

所有醫師都選擇誠實的合作策略，都能分配到 30 萬元。

狀況 B

某醫師實報但其他醫師虛報，此時醫療費用增為 $37.5 \times (N - 1) + 30$ 萬，比原來的預算 30 萬多出百分之二十的醫療服務量(因實際申報費用為 $37.5 \times (N - 1) + 30$ 萬與原來的預算 30 萬的比指為 5 : 4)，但為維持總額的平衡，不得不核刪百分之二十的費用，點值由 1 降為 0.8 元，結果某醫師的實報卻只能分配到 24 萬元(30 萬×0.8)，他不禁開始懷疑誠實是否為上策？

狀況 C

從狀況 B 的經驗，某醫師開始學習「虛報」，因為如果其他醫師都誠實申報，他可以拿到 37.5 萬元的高額。

狀況 D

由狀況 C 的結果開始發酵，最後整區醫師為了自身利益而都選擇虛報，但虛報的百分之二十五的醫療費用(30 萬報到 37.5 萬)因總額預算的因素還是被核刪，每位醫師還是只能分配到 30 萬元，可是所增加的醫療服務量卻會反映到其醫療成本，實際所得淨利因而減少。如此惡性循環，只是讓所有醫師越來越辛苦，生活品質及

		其他醫師	
		實報	虛報
某醫師	實報	(A)30 萬元	(B)24 萬元
	虛報	(C)37.5 萬元	(D)30 萬元

醫療品質也越來越差，相對的醫療糾紛也越來越多，長久下去將導致總額支付制度的破產。

總額支付制度困境的解決

為解決目前總額支付制度的控管問題，建議應從醫學的專業審查、科學的檔案分析、倫理的心靈改造教育三方面同時著手缺一不可。原因如下：

- 一. 如果僅有專業審查而缺乏檔案分析和倫理教育，審查制度易淪為總額控管的工具，非理性的審查而喪失其專業超然性，結果導致爭議審議案件的暴增；沒有檔案分析的輔助，則發現及解決問題的能力必然降低，投機的院所、搭便車的心態容易得逞，在醫學倫理教育不足的年代，是普遍嚴重的問題，藉由檔案分析相關辦法及法源的建立，去除因「道德危機」所造成不必要的醫療服務量，並可一針見血解決各區所面臨的癥結，且可經長久的檔案分析的結果來建立醫師評鑑檔，利用此醫師評鑑檔將醫療院所分級(如 A、B、C 級)，於每次健保特約簽約時依此決定該年度的點值比(如 A 級×1.05、B 級×1.0、C 級×0.95)，且每兩年重新考核，甚至考慮將長年檔案評鑑不佳的醫療院所剔除於健保體制之外，此一總額制度的重大措施和改革，將更有助於醫療資源的永續經營並為總額支付制度點值崩盤的重要轉機。
- 二. 如果有專業審查、檔案分析但缺乏醫學倫理教育，我們都知道「上有政策；下有對策」的犯罪者心態，目前醫療保險體系的違法行為，大致可以分為三類(Glaser 1991:240)。第一是所謂的過量生產(overproduction)，我把它稱為「浮報」。浮報的行為是說，醫療提供者做了太多臨床上不必要的診療、檢驗、處置和用藥等服務。第二是所謂的不實申報

(upcoding)或稱「虛報」，也就是說，醫療提供者對病患實際所做的治療程序，在費用支付標準中是屬於價格較低的項目，但卻以價格較高的項目來申報。第三類，我把它稱為舞弊(fraud)。舞弊的行為是說，醫療提供者根本沒有提供任何治療服務，卻以不實的醫療記錄向保險機構請領醫療費用。浮報、虛報和舞弊作假，都是台灣醫療保險體系長期的問題。而檔案分析醫療服務審查所採行的方法，也限制了評斷醫師工作表現和偵測違規行為所需的資訊內容。大多數保險體系的服務審查，是採用所謂的「統計檔案分析」(statistical profile analysis)。所有醫師的申請案件讀入電腦，然後計算每個醫師的服務量總額以及個別治療項目的服務數量；每個醫師的檔案，再和參考團體(如分科別和地區)作比較，偵測醫師的服務量是否「偏離常態分配」。不消說，這種統計分析方法，只能偵查出某些醫師可能做了過多不必要的服務；但它無法偵測出虛報(實際服務項目的價格較低，卻以價格較高的項目申報)和舞弊(未曾給予治療服務卻申報費用)的行為。(林國明，國家與醫療專業能力)可見檔案分析仍然存在有方法上的限制，醫療院所亦可在「檔案分析的保護膜」下，毫無忌憚的為所欲為，同樣會因「窗式效應」(院所為逃避不必要的困擾，選擇朝向安全的指標範圍內申報，並有技巧的 share 其處置項目)及「汽球擠壓效應」(如：僅控管高額院所，而所有的低額院所都可「安全」地往平均值上升)造成不必要的醫療資源而致總額支付制度的破產。為了防止此惡夢的發生，醫界的領導者可能會不斷的增加檔案分析的項目以防止異常院所的違法行為，但再如何嚴苛的檔案分析仍然有其「盲點」的存在，如上述的虛報和舞弊行為、聘任密醫、助理人員逾越臨床處置範圍等等問題，都不見得能從檔案分析中獲知；再加上違規院所不斷的從「經驗教訓」中學習應變之道，所以再多的規範反而只會傷害絕大多數善良誠實且合作醫師的行醫空間及尊嚴。正如衛生署國家醫療品質委員會主任委員黃達夫醫師所說「一個合

理的健保制度，是要允許醫師盡其所能給與病人最完善的照顧。如果制度的設計反而誘發了人性醜陋的一面，使醫師把利潤的考量放在病人的福祉之前，或偷工減料、犧牲品質以求生存的話，就表示這個制度出了問題。」在全民健保可能面臨破產的時刻，這些問題都值得牙醫界所有醫師再三深思。

總而言之，利用檔案分析控管方式，以南區之前的經驗，實可做為他區控管的參考，相信在「檔案分析審查及管理辦法」通過實施後，可補其現階段法源之不足，對總額支付制度點值的控管困境將是一大轉機。另外應加強醫學倫理教育的人性改革而非全靠檔案分析的行為控制來處理所有總額支付制度的難題，否則恐將是另一危機風暴的來臨。

推薦讀物

1. 陳順義：牙醫總額支付制度分區成效差異原因探討：中區與南區之比較。2002。
2. 劉在銓、葉鑫亮：健保下的陰影。台北：商周出版，2000: 9-16。
3. 黃達夫：用心：在對的地方。台北：天下文化書坊，2001:116。
4. 林國明：國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析。台灣設學研究第一期，2002。(研究論文)
5. 朱巧艷、蕭佳華譯：醫療社會學。台北：五南出版社，2002。
6. 中央健康保險局：全民健康保險牙科特約醫療院所門診審查注意事項，2002。
7. 行政院衛生署二代健保小組醫療品質分組：異常管理及再議審查試辦計劃，2002。
8. 行政院衛生署：全民健康保險爭議審議統計，2001:13-7。
9. 牙醫總額保險南區分區委員會：牙醫全聯會南區分區委員會牙醫門診醫療費用專業審查申報疑義事項溝通座談會會議。中華民國：台南 2000-2001。
10. 黃志峰：牙醫師對總額支付制度滿意度之研究。嘉義：國立中正大學企業管理研究所，2001。(碩士論文)