

實證醫學與健保爭議審議

Evidence-based Medicine and Dispute Deliberation of National Health Insurance

楊培銘

台大醫院內科部

健保爭議審議之由來

醫療的最高目標是追求優質的醫療，但在現行的健保制度下，這個目標似乎是可望而不可及的。我國於民國 84 年 3 月開始實施全民健保，健保局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，由醫界同儕執行審查，有初審及複審兩種方式，此二方式皆在健保局主導下為之。但若醫療院所對於複審仍不服氣時，則可於複審核定後 60 天內申請爭議審議，受理單位即是衛生署下所設立的全民健康保險爭議審議委員會(簡稱爭審會)。醫療爭議之存在，顯示醫療院所與健保局雙方對於醫療執行的見解不同；而由爭審會所受理的醫療爭議案件之分析中，可見健保局在醫療審查方面確實存在一些問題，但也顯示某些醫療院所未能合理的執行醫療行為。

此外，醫療科技的日新月異，以及部分民眾過度頻繁之就診，使得醫療支出之金額不斷增加，但健保局所能掌握的總額卻無法同步成長，因此，健保金額一直捉襟見絀，間接地必需約束醫療支出之成長幅度，而其醫療審查原則勢必趨嚴而增加核刪的比例。在這種情況下，爭審會所受理的案件數目當然也就不斷增多了。

姑且不論健保給付制度是否合理，民眾的內心祇希望能獲得安全可靠的醫療，至於醫界與健保局之間的紛爭，他們既無法理解也擔心其權益會受損。醫界對現行的健保給付制度固然不滿，但絕對不能自亂陣腳，惟有自我要求提供民眾優良的醫療品質，才能據以向健保局要求改善給付的方式，甚至打破既存的健保僵局。

實證醫學與健保爭議審議之處理

事實上，爭審會所聘請的審查醫師固然與健保局所聘的初審及複審醫師有所區隔，然而，大家所依據之審查標準卻是一樣的，所審查的內容也是相同的病歷資料。有些爭審案件之審查結果確實會推翻健保局原先之決議，表示不同的審查醫師對同一案件有不同的看法。這種結果對於提出爭議審議的醫療院所而言，會感到無所適從；而健保給付制度的公信力也會因而大打折扣。

醫療爭議之產生有很多原因，但其解決必須基於公正客觀的立場方克為功。爭審會為了疏解醫療爭議，自民國 91 年 7 月起開始將爭議案件的處理方向逐步轉向品質爭議之討論，希望能幫助健保局發現其在規範及審查方面的問題，同時也協助醫療院所發現其醫療品質之問題，並設法改善。在採行此等措施之過程中，實證醫學(evidence-based medicine, EBM)扮演關鍵的角色。

實證醫學之精義

實證醫學的精義在於利用目前廣為大家所認同之醫學知識去執行每一件醫療行為。目前大家所認同的醫學知識大多來自隨機取樣的臨床對照試驗(randomized clinical trial, RCT)以及整合多項 RCT 結果加以統計而成的統合分析(meta-analysis)。RCT 之實施始於 1950 年代而在 1970 年代開始被重視，這應歸功於英國的一位臨床流行病學專家 Archie Cochrane，他可以說是 EBM 之開路先鋒。同時代中，美國食品與藥物管理局(FDA)也開始強調 RCT 之結果對於判斷

藥物療效及安全上之重要性。EBM 之觀念及精神雖然源自 Archie Cochrane，但其開始被大家廣泛使用則是在 1990 年代，那是因為大量的醫學資料已經被輸入電腦的資料庫中，且網際網路已經成形，讓大家能很方便的上網查詢其所需的醫學資料。

在目前的醫院評鑑及一般醫學的訓練中，實證醫學皆為被評估的重要指標之一。病歷書寫中，每日的 progress note 被要求以 SOAP 之方式書寫，其中，“A”即是 assessment，其實也就是實證醫學最重要的落腳處，而這項也是現今台灣醫界所最欠缺的。Assessment 長期以來一直被用為 tentative diagnosis 或 impression 之代名詞，其實是不對的。惟有依據病人之主觀症狀 (Subjective symptoms) 及客觀檢查 (Objective-physical examination findings & laboratory data) 所得結果，加以整理、消化及吸收，歸納出主要問題，再上網詳查相關文獻，仔細研讀後，再將其結果應用於病患之診斷及治療上。所以，assessment 其實是需要花功夫的，其內容應該是相當詳細的，包括醫師的邏輯思考；assessment 沒有落實，對病患之後續處理 (planning) 必定不理想。

自從二十世紀初 Flexner report 問世以來，美國的醫學教育逐步邁入正軌，其制度也慢慢成形。當醫學教育制度化之後，培育出來的醫師素質自然較為整齊，而隨著醫療科技之日益進展，歐美的醫療行為也慢慢有所依據，這其實正是實證醫學精神之起步。尤其 RCT 被廣泛使用之後，也更奠定了實證醫學之基礎，目前有許多有關實證品質之評價系統，皆以設計良好的 RCT 所獲致之結論為主要依據，若有將相關主題之一些 RCT 文獻予以整理統計而成的統合分析則更好。

實證醫學之執行要點

執行實證醫學時，其主要課題乃是上網查詢相關主題之所有重要資訊。現代的醫師需要熟悉目前所能查詢之資料庫以及檢索技巧與策略；如何從眾多資料庫中搜尋到所需的、完整的實證醫學文獻，這對現代的醫師是一項很大的挑戰。在

台灣，不論政府相關部門或個別醫療院所，皆很重視實證醫學，故皆購買了或多或少的資料庫供其醫師使用。實證醫學相關的資料庫中，EBMR (Evidence-Based Medicine Reviews)、CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews)、CCTR (Cochrane Central Register of Controlled Trials)、及 DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness) 等皆常被利用，因其中可查到許多原始的及評論性的文章。所謂評論性的文章，乃是經由系統性文獻評議方式 (systematic review) 將相關主題之 RCT 文獻予以統合分析後，整理而成綜合論點，讓讀者對該主題能在短時間內即可獲得寶貴的資訊。由於執行 systematic review 者常為該領域之專家，因此這種評論性文章通常具有相當高的可信度，足供臨床醫師執行相關醫療行為之參考。當然，在日常醫療中，並非所有的問題皆有 RCT 所獲得之結果可供參考，更查不到評論性的文獻；此時，我們仍可利用非 RCT 之臨床研究，如：世代研究 (cohort study)、個案對照研究 (case control study) 等，之成果報告或論文來處理病人之問題；有豐富經驗的醫師甚至也可以善用其過去之經驗以處理病患。不過，二十一世紀的醫師一定要隨時記得吸收最新醫學知識，並將之應用於其日常醫療中。

剛開始上網檢索文獻時，可能會因其所使用檢索策略之不適當而遭遇許多挫折，然而，這是一個必經的過程，祇要能不斷請教有經驗的醫師或圖書館人員，改善其檢索技巧，任何醫師最終皆會嚐到成功的果實的。我們觀察台大醫院 R1 住院醫師在學習上網檢索之過程中，可見用心的 R1 住院醫師會在有限的學習時程內獲得相當大的收穫，讓他們對未來的檢索充滿信心，這也表示實證醫學之精神有機會在他們身上落實，令我們感到欣慰。

上網找到所需的醫學文獻後，另一個挑戰是文獻的評讀 (critical appraisal)。研判一篇文獻的好壞，需注意兩件事：(一) 研究設計，(二) 統計方法。較沒有經驗的醫師剛開始判斷一篇文獻的好壞，常以其所刊登雜誌之排名為依據，其實這是不可靠的，因為排名在前面的雜誌中仍可能

因種種因素而刊登品質不佳的研究論文。前已述及 RCT 之文獻乃是實證醫學之基石，因此，仔細瞭解文獻中所涉及的臨床研究之設計是非常重要的。研究設計分為實驗性與觀察性兩大類，RCT 屬於實驗性研究，這也是所謂第三階段 (phase III) 的臨床試驗，研究對象通常最好能達到一千人以上才能確實考驗研究之假說。RCT 之隨機取樣 (randomization) 過程對於研究結果非常具有影響性，因此主持 RCT 之醫師與負責 randomization 的人最好不是同一人，以免取樣會有所偏差。樣本大小也會涉及統計結果之效力，因此研究人數不能太少。誤差大小則可由信賴區間 (confidence interval) 或標準誤 (standard error of the mean) 看出端倪。研究過程中，研究對象之流失率及忠誠度也會影響最後結果之判讀。至於觀察的項目 (outcome) 及其所用的統計方法也是判斷文獻好壞的重要指標。以上種種皆與流行病學研究模式息息相關，因而實證醫學也被稱為「臨床流行病學 (clinical epidemiology)」。這些判斷技巧需要具備一些相關的基本知識，通常會在醫學院流行病學的課程中學到，但更重要的是需要不斷的演練。

實證醫學之執行應始於病人且止於病人

當醫師面對每一位病患時，應仔細詢問其病史，深入瞭解並加以抽絲撥繭，歸納出一些主要的醫學問題 (medical problem)，再依實證醫學之精神去診治病患，如此應能處理大多數病患的問題，即使無法解決病患之所有問題，至少已盡到醫師的職責了。若能依循此等模式去執行醫療行為，不但在有醫療糾紛時能站得住腳，對於健保給付有意見而欲提出申復時，也很容易引經據典、據理立爭，最後終能獲得應有的權益。然而，必須注意的是，實證醫學是要去執行，而不是光講原則的。在病歷中，醫師面對病患所找出的醫學問題一定要寫出 problem list，再針對每一個 problem 去進行 SOAP 之過程，其中，assessment 部分之內容呈現最能表達出醫師的思路歷程 (thinking process)。祇有在每位病患的病歷內呈

現其診治過程中所有的相關資料，才能在有需要時隨時取用。當醫師的臨床經驗愈豐富，且腦中的醫學知識愈充足時，面對病患執行實證的醫療行為所需花費的時間與精力也就愈少，因此，實證醫學之執行其實是需要不斷演練的。當實證醫學能落實於日常醫療中時，醫師對每位病患之診治也將會更有效率。

推動以實證為基礎的健保爭議審議

美國的醫療健保研究及品質管理局 (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) 成立於 1999 年，其主要任務就是支持、執行及推廣能改善患者預後、增進照護品質、降低不必要的資源消耗及提升病患安全的研究。AHRQ 選擇了 12 種常見疾病，邀請專家學者組成 Patient Outcomes Research Team (PORT)，評估各種治療的效用，並資助新的研究以彌補資料之不足。AHRQ 更提供經費給 12 個實證醫學中心 (Evidence-based Practice Centers, EPC)，針對普遍或重要疾病的治療進行實證報告，也針對昂貴的治療方式進行醫療科技評估。除了美國的 AHRQ 之外，英國的 National Institute of Clinical Excellence (NICE) 及加拿大的 Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 都與醫療科技產品的給付有直接關係。這些機構都會邀請專家以 EBM 的原則做醫療科技的評估，並針對醫療照護上的重大議題定期做系統性文獻回顧，以作為制定臨床照護指引 (clinical practice guideline) 的重要依據。在台灣，是否應有類似的組織以協助推動 EBM，落實以實證為基礎的全民健保給付及健康相關政策之制定？在沒有這種組織之前，爭審會是否要扮演這個角色？換言之，當實證醫學之精神尚未能夠落實於所有醫療行為，也未能被廣泛應用於健保局之初、複審之過程中時，爭審會有責任扛下這個重擔，就其所受理的眾多案件中，予以分門別類，再自其中挑出能夠以實證醫學的精神去從事爭議審議的部分，希望能應用實證醫學之執行所獲得之資訊去解決爭議之問題，並將

之回饋給提出申復的醫療院所，且提供健保局參考。

結 論

總而言之，實證醫學的精神必需落實於二十一世紀的醫療行為中，也應是醫界與健保局互相溝通的根據。惟有如此，民眾才能獲得優質的醫療，醫療資源才能有效利用，而醫界、民眾與健保局三方也才能平心靜氣地討論「如何提升健康照護」這個嚴肅的議題。

但在此等理想境界實現之前，爭審會針對其所受理之案件推動以實證為基礎的爭議審議模式，應能促使實證醫學廣泛地被應用於台灣醫界的日常醫療行為中。

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. 謝博生：醫療與社會。台北，台大醫學院，2002。
3. 謝博生：醫療爭議審議與醫療品質改善。台

灣醫學 2002;6:915-9。

4. 衛生署全民健保爭議審議委員會：多汗症：以內視鏡胸交感神經切斷術治療之爭議。台灣醫學 2002; 6:906-12。
5. 林慧玲、何蘊芳、陳文慧、游文瑛、張啓仁：藥師如何應用實證醫學於藥物治療。台灣醫學 2002; 6:404-15。
6. 楊培銘等：實證醫學特輯。台灣醫學 2003; 7:530-78。
7. Rosenberg W, Donald A: Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ 1995; 310:1122-6。
8. Sackett DL, Straus SE: Finding and applying evidence during clinical rounds: the “evidence cart”. JAMA 1998; 280:1336-8。
9. Greenhalgh T: How to read a paper: the Medline database. BMJ 1997; 315:180-3。
10. Karen AR, Dickersin K: Development of a highly sensitive search strategy for the retrieval of reports of controlled trials using Pubmed. Int J Epidemiol 2002; 31:150-3.