

醫療爭議之處置

Analysis on Medical Disputes

陳杰峰 邱文達

台北醫學大學 市立萬芳醫院

前 言

對臨床醫師而言，健保爭議的產生，處理起來，不僅耗費精力，而且會減少照顧病人的時間，因此對爭議審議背後的議題，有需要進一步研究，並進而降低爭議，全民健康保險從 1995 年 3 月 1 日開始實施，為了解決可能發生大量之醫療費用爭議案件，故在全民健康保險法第五條，設置了審議全民健保爭議案件之專責機關，是為行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會(爭審會)。截至 2001 年底，爭審會受理健保爭議案件達 75 萬件，除了健保剛開辦那一年只有 5 萬件之外，其餘每年都超過 10 萬件[1]。這背後的原因若能有效處理，應該可減少爭議於未然。

爭議是什麼

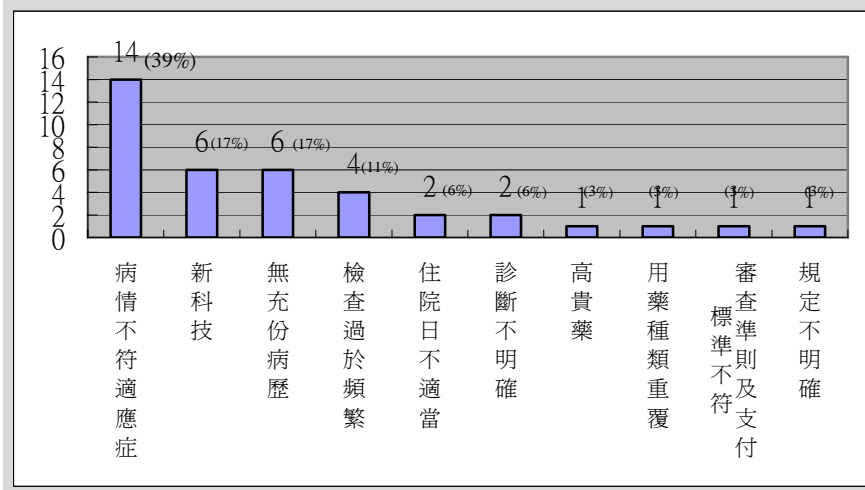
保險給付的爭議(reimbursement disputes)和醫療產生的爭議(medical disputes)，是不一樣的。保險的爭議，傾向於用管理的思維來解決，相較於醫療上的爭議，是依醫療及法律的觀點來討論。根據爭審會 2005 年年報裡的報告[2]，爭審案件駁回率約 75%左右，這表示爭議案件裡面，駁回和撤銷的比率，約為 3:1；即有 75%的機率，爭審會會支持健保局的裁判。我們進而收集國內有關爭議審議的文獻進行探討。於思博網[3]，以「爭議」當做關鍵字搜尋文獻，總共找到了 219 筆資料，其中有 39 篇

和健保爭議審議有關。這些文獻中形成的議題，勢必是爭議中的爭議。這 39 篇中，有 36 篇提到實際的爭議案件，30 篇(83%)是治療的爭議，9 篇(25%)與診斷爭議相關。有關於治療的爭議較常被提出來討論，這是一個有趣的現象。

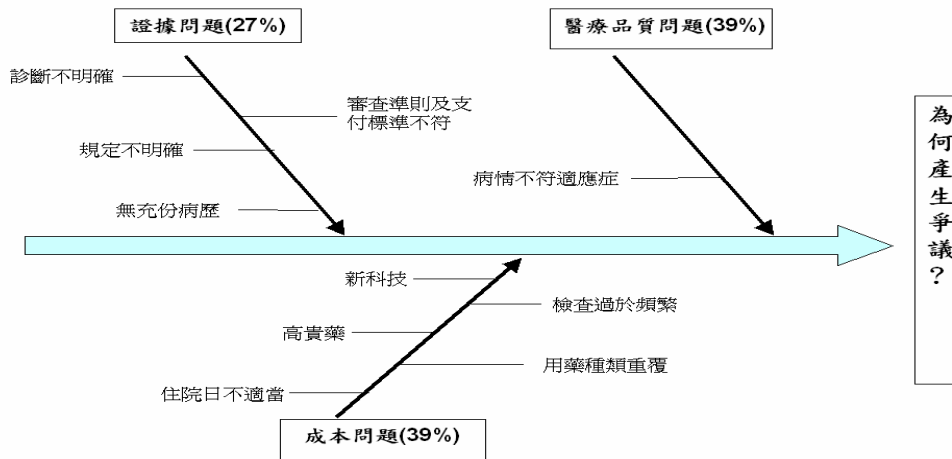
我們再更進一步的以根本原因分析(root cause analysis, RCA)以討論其爭議原因。每篇文章的爭議原因可能不止一個，約略可將這些爭議背後之原因，分成下列 10 個因素，茲統計如下(圖一)：

這些爭議的背後，事實上，帶出三個爭議的議題，為醫療的成本問題、醫療的品質問題及證據問題。首先，針對成本問題，我們發現新科技的出現，佔爭議產生的原因一大部份，事實上，新科技對於健保的支出有很大的影響，根據 2004 年 Carlsson 的報告顯示，在所有的國家裡面，新科技所帶來的醫療負擔都是增加的。新科技佔了所有藥物支出的 30%~50%，而這些藥物支出在過去 10 年裡，是以每年 12%的比例持續增加，這些新的藥品佔了健康照護體系支出的 15%[4]。另外，老年人口的增加，也是讓這醫療體系大為改變的因素。譬如美國的 1 篇報導顯示，到了 2010 年將近有 41%的醫療支出是用來照顧老人，而其中有 14%是藥物的支出[5]。新科技的產生，其爭議之化解，有賴明確的醫療科技評估(health technology assessment, HTA)報告。其次是品質問題，令人訝異的是，醫療品質問題佔爭議案件 39%，均為病情不符適應症，可見大家對於適應症之認知需要有全國共同之標準，則可以經由發展實證醫學診療指引，讓臨床工作人員有所本，

進而減少爭議。至於引起 27% 的爭議為證據問題，待持續醫學教育之努力(圖二)。如：無充份病歷、診斷不明確及規定不明確，則有



圖一 爭議背後的原因
(n=36, 每篇文章的爭議原因可能不止一個)



圖二 爭議原因的魚骨圖分析

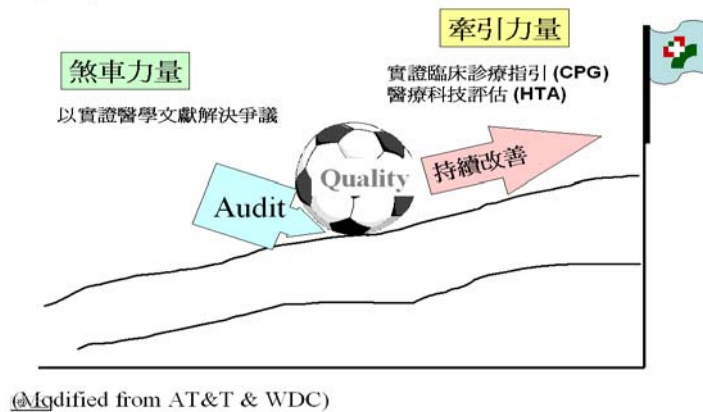
醫療科技評估與實證診療指引做為爭議討論之基礎

許多國家期望藉由一套完整的系統，來合理分配醫療資源，醫療科技評估就是其中一個重要的部份。什麼是醫療科技呢?醫療科技是指任何可用來促進健康預防診斷，或是治療疾

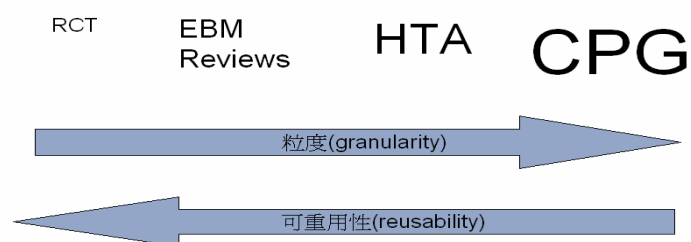
病，甚至於包含復健和長期照護的醫療措施 [6]，其中包含了藥物、設備、臨床處置及醫療照護的設施。HTA 是一門包含多重學科領域的政策分析方法，以研究醫療科技之發展、散佈與應用上的經濟涵義為主 [7]。目前對於 HTA 較被人接受的定義是，依據所可掌握的資源，系統性的評估統計資料、科學行為、社會行為、生物科技、成本效率等相關因素，以協助決策者產生最佳決策，進而提升全民福祉 [8]。各國由於國情的差別，展開 HTA 活動的時間也不盡相同，最早開始有 HTA 的國家是

美國，始於 1920 年代。國內 HTA 活動有民國 89 年到 91 年由台灣大學所主持的醫療科技評估研究，也是發展的契機。爭議審議是發生問題以後的一個審議過程，但是，如果能在事前評估，才是能解決問題的根本之道。從一個源自於 AT&T 的滾球理論 [9] (圖三)，我們可以知道以實證醫學文獻解決爭議，是一個煞車的力量；但是，要將它化為事前評估做成 HTA 及 CPG，才是能夠牽引醫療品質持續改善的向上提升力量。

滾球理論



圖三 醫療品質管理的滾球理論



圖四 EBM 文獻的粒度(granularity)及可重用性(reusability)

HTA 的評估報告影響範圍非常廣泛，包含了健康照護提供者與保險業，因此，HTA 通常由國家直接介入與組織，所以，為了解決龐大的爭議審議，台灣應也有成立 HTA 機構的必要，由專業機構所提出來的 HTA 報告，也可以在經過討論之後，形成臨床指引(clinical practice guideline, CPG)的重要基礎。而 HTA、EBM 跟 CPG 這中間有怎麼樣的關連呢？實證醫學基本上最注重的是隨機對照試驗(Randomized Controlled Trial, RCT)，這是一種研究方法，其特性是一個概念，而經由數個 RCT，可以形成一個 EBM 的結論。EBM 文獻是建構 HTA 的元素。而針對每一項醫療科技，由其是新的醫療科技，更需要完整的醫療科技評估。臨床指引的主題範圍又比 HTA 更大。因此，我們可以說，RCT 文獻的粒度(granularity)較小，也就是其可重用性(reusability)較大；相對地，CPG 的粒度較大，可重用性較小(圖四)。

結論

臨床醫師學習當中，最熟悉的是人體解剖、生理、病理，其最大單位為“人”；反之，衛生行政處理眾人健康之事，其最小單位為“人”。因此，身為醫師基本上是要讓眾人活得更好、活得更久，醫師應該是站在醫療上的考量。管理上面的考量對醫療而言，往往是一個折衷的辦法。醫師應當參與爭議審議制度的討論，並且能夠參與 HTA 的建構，讓臨床醫師在第一線，處理病人疾病的時候，能夠即時的有 HTA 的結論來實踐，進而化解爭議於未然。

致謝

本文之完成承曾珮娟小姐彙整文章內容，謹致謝忱。

推薦讀物

1. 張玉霞、謝博生：我國爭議審議制度之改善與政策建議。台灣醫學 2003;7:736-46。
2. 行政院衛生署爭審會 94 年年報，2006。
3. 中文電子期刊服務系統 CEPS (Chinese

Electronic Periodicals Service)，取自：
<http://www.ceps.com.tw/ec/echome.aspx>。

4. Carlsson P: Health technology assessment and priority setting for health policy in Sweden. Int J Technol Assess Health Care 2004;20:44-54.
5. Shine KI: Presidents report to the members, Institute of Medicine Annual Meeting, October 16 2001. Available at: www.iom.edu. Accessed: March 3, 2003.
6. The NHS Health Technology Assessment Programme, from the World Wide Web: <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>.
7. International Network of Agencies for Health Technology Assessment, 2000.
8. Banta D: The management of health technology from a national perspective. Int J Healthcare Technol Management 2001;3:177-90.
9. 邱文達：全面品質教育。取自：
<http://video.tmu.edu.tw/>，2006。