

輕病住院之爭議案例

The Dispute of Inappropriate Hospital Admissions

全民健康保險爭議審議委員會

前 言

依 95 年全民健康保險統計資料顯示，95 年住院申報件數 291 萬件，平均每月 24 萬件；申報點數 1,463 億點（核付金額 1,232 億元），平均每月申報點數 122 億點，平均每件點數 50,216 點，平均每日點數 5,061 點（核付金額 4,264 元），平均每件住院日數 9.92 日；按特約類別分，總申報點數以醫學中心 631 億點最高，占 43.14%，區域醫院 506 億點次之，占 34.61%，地區醫院 306 億點第三，占 20.88%。

常被國際研究做為入院適當性判定工具的 Appropriateness Evaluation Protocol(AEP)，為提供各國間做不適當入院比率及原因之比較，其提出不適當入院原因如下：(1)過早入院-較已安排施行住院處置之時間提早一天以上入院；(2)任何診斷性處置和(或)治療應可於門診完成；(3)病人施行之診斷性處置和(或)治療應可於門診完成，但因無法快速安排而入院；(4)無診斷性處置和(或)治療之書面計劃；(5)病人非因急性照護入院，其所需之照護可於慢性病、護理之家等機構獲得；(6) 病人施行之診斷性處置和(或)治療應可於門診完成，但因病人居住地區距醫院太遠，為使其快速完成而入院；(7) 其他。

由於全民健保初期仍延續公、勞保以論量計酬為主之支付制度，在財務誘因下，鼓勵醫院多提供醫療服務，因此，在各項因應對策中，對於醫療資源是否有濫用及浪費情形，特別引起關注，而住院病患之入院及住院日是否適當，便成為值得研究的

課題，又因為輕病住院現象於本會審理案件中屢續不斷，基於醫療資源妥善利用之觀點，爰將此輕病住院之問題提供各界參考。

案例摘要

一、案例說明

本會此次審理甲醫院 95 年 10 月住院爭議審議案件共 39 案，其中有 13 案（33.3%）健保局是以 210A「依據病歷記載，病況無長期住院治療之必要，應可改為門診繼續控制即可/病況應已可出院，不需繼續住院」與 205A「病歷未具體記載病況/診斷/治療等情形，無法顯示住院之必要性(含輕病住院)」理由核減，甲醫院各以敘述病情後而係病情需要等為由申請爭議，本會審查室之意見為「住院日數過長」，發現甲醫院有明顯輕病住院的現象，且病歷的書寫極為簡略，無法反應病情。

二、案例分析

(一)由中央健康保險局提供之資料顯示：

1. 依據健保局提供之相關資料顯示，95 年度甲醫院專任醫師月平均人數為 8 人，支援醫師月平均人數為 2 人；其急性一般病床 12 床、急性急診暫留床 3 床及急性收差額病床 8 床，共計急性床數為 23 床，沒有慢性病床。
2. 甲醫院為 94 年新開辦醫院，故健保局 95 年度採逐月審查方式審核其醫療費用。

(二)爭議審議情形：

1. 甲醫院 95 年 1 月至 96 年 10 月住院醫療案件爭議審議結果分析

甲醫院自 95 年 1 月至 96 年 10 月期間爭議審議總案件共計 413 案，總案件之駁回率為 87.65%，其中 95 年 1-12 月住院爭議審議案件數為 127 案，駁回率為 84.25%，96 年 1-10 月住院爭議審議案件數為 286 案，駁回率為 90.74%，見表一。

表一、甲醫院 95 年 1 月至 96 年 10 月住院醫療案件爭議審議結果

受理年月	類別	總案數	撤銷	部撤	駁回	駁回率(%)
95 年 1-12 月	住院	127	5	15	107	84.25
96 年 1-10 月	住院	286	6	20	255	89.16
總計	住院	413	11	35	362	87.65

2. 本次案例甲醫院申報 95 年 10 月住院爭議審議案件共 39 案，總爭議費用為 88,008 點，為瞭解本案之態樣，爰進一步分析如下：

(1) 住院科別：

本案例申報之爭議審議案件住院科別共 6 科，其中內科案件數為 18 案（46.15%）為最多，其次為骨科 8 案（20.51%），外科 6 案（15.38%）居第 3 位，最少為不分科與泌尿科各為 2 案（5.13%），見表二。

表二、甲醫院 95 年 10 月住院爭議審議案件科別分佈情形

科別	案數	百分比
不分科	2	5.13%
內科	18	46.15%
外科	6	15.38%
骨科	8	20.51%
泌尿科	2	5.13%
急診	3	7.69%
總計	39	100.00%

(2) 病人性別與年齡：

本案例性別分佈情形為女性 13 案（33.3%），男性 26 案（66.7%），以男性病患為多，其平均年齡女性為 65.1 歲，男性平均年齡為 59.5 歲，女性較男性年長 5.6 歲，總平均年齡為 61.4 歲，男性與女性最大年齡都為 89 歲，最小年齡女性為 37 歲，男性為 19 歲，見表三。

表三、甲醫院 95 年 10 月住院爭議審議案件病人性別與年齡統計

性別	個案數	百分比%	平均年齡	最大值	最小值
女	13	33.3	65.1	89	37
男	26	66.7	59.5	89	19
總計	39	100.0			
平均			61.4		

在年齡層分佈情形方面，以 41-65 歲 21 人(53.85%)為最多，其次是 66-80 歲 8 人(20.51%)，再其次為 81-90 歲 6 人(15.38%)，以年齡層分布而言，本次案例大多為中高年齡層病人，見表四。

表四、甲醫院 95 年 10 月住院爭議審議案件病人年齡層分佈情形

年齡	案數	百分比%
20 歲以下	1	2.56%
21-40 歲	3	7.69%
41-65 歲	21	53.85%
66-80 歲	8	20.51%
81-90 歲	6	15.38%
總計	39	100.00%

(3) 病人住院來源及住院天數：

本次案例住院病人由急診入院為 21 人(53.8%)，其平均住院天數為 6.3 天，門診入院為 18 人(46.2%)，平均住院天數為 4.6 天，急診入院較門診入院

患者多 1.7 天，總平均住院天數為 5.5 天，見表五。

表五、甲醫院 95 年 10 月住院爭議審議案件病人來源及平均住院天數

病人來源	個案數	百分比	平均住院天數
門診	18	46.2	4.6
急診	21	53.8	6.3
總計	39	100.0	
平均			5.5

以住院天數分布情形顯示，住院 1 天即出院者有 7 人(17.95%)為最多，其次為住院 3-4 天各 5 人(12.82%)，再其次為住院 6-8 天各 4 人(10.26%)，住院天數最長為 14 天 1 人(2.56%)，見表六。

表六、甲醫院 95 年 10 月住院爭議審議案件病人來源及平均住院天數

住院天數	案數	百分比
1	7	17.95%
2	4	10.26%
3	5	12.82%
4	5	12.82%
5	2	5.13%
6	4	10.26%
7	4	10.26%
8	4	10.26%
9	2	5.13%
10	1	2.56%
14	1	2.56%
總計	39	100.00%

針對住院 1 天的病況分析，科別為不分科 1 人、內科 2 人、骨科 4 人為最多，骨科診斷 3 人為坐骨神經痛，1 人為手術前檢查；其中 6 位病人為門診住院，1 位急診住院診斷為充血性心臟衰竭，6 位病人核減項目為檢查、檢驗，

核減住院天數者為 1 人。

綜合以上資料顯示，本次案例以內科、男性、急診住院個案為多，大多為中高年齡層病患，平均住院天數為 5.5 天，其中住院 1 天即出院者有 7 人，以骨科門診病人因坐骨神經痛而入院為多，7 案以做完檢查、檢驗後出院為主。

問題與討論

一、實證醫學的依據

國內有關醫療適當性之研究或報導，多數集中在醫療服務上，但有關醫療場所適當性的研究則不多見。醫療適當性是醫師依病患就診病情之需要而給予必要之醫療照護，故主治醫師可依其專業，自主的判定病人需接受的治療方式，國內全民健康保險醫療費用審查注意事項即有規定：「保險對象是否需要住院以及住院天數是否過長，原則上應尊重主治醫師之專業判斷，惟各醫院應於病歷上敘明住院之適當理由，以利審核」。依據美國加州藍十字（Blue Cross of California）訂定之醫療保險政策指引（Corporate medical policy guide）病人應否住院治療是有明確之規定，適當住院定義是指「保險病患因其病情之嚴重性，需接受住院之急性醫療照護，且此安全、適當之醫療照護是門診或非急性醫療機構無法提供的」，而該政策指引中並詳列符合入院治療之相關症狀及處置。Lavis and Anderson 認為醫療適當性分為二類，一種為醫療服務（service）的適當性，以手術、檢驗、檢查等為主，另一類則為醫療場所（setting）的適當性，如門診、住院或居家照護。Feldstein、Wickizer 和 Wheeler 即發現「供給誘導需求」會產生不當醫療服務，進而加速醫療費用成長。面對此快速上漲之醫療費用，美國醫學會（AMA）及各專科醫學會在住院適當性上提出短期住院審查基準（Sample Criteria for Short-Stay Hospital Review）因應。英國全民健康服務（National Health Service, NHS）亦指出醫療適當性之判定有賴於客觀明確之基準。

二、倫理、法律正當性觀點

詳細完整的病歷紀錄是醫師照護病患過程中基本而重要之醫療工作，對於病患之醫療品質及後續照顧有直接之影響。未能妥善紀錄、保存及提供良好的病歷紀錄，乃未能達到適切照顧之標準，可能使病患暴露在不必要之醫療風險之下，影響到病患的醫療福祉，因而違反醫學倫理的「行善原則」及「不傷害原則」。

就法律面而言，根據醫療法第 67 條規定醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。

另醫師法第 12 條規定醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥等情形及其他應記載事項。

三、資源分配公平性觀點

面對日益高漲的醫療費用，健保局開辦了總額支付制度因應，目前實施的總額支付制度是建立在既有的支付基準上，即按照服務項目或論病例計酬方式支付，而支付金額改以浮動點值計算，由於浮動點值的數值取決於全體醫師醫療處置總服務量，故任何醫師之醫療處置皆會影響總服務量而左右點值。輕病住院會增加不必要之醫療資源利用，在有限的醫療資源下，勢必壓縮其他醫療處置而影響點值穩定，進而影響醫療資源分配之公平性。

四、資源利用妥善性觀點

醫療專業主義要求所有醫療機構的目標是讓民眾獲得齊一而且具適當標準的醫療照顧，因此，需增加醫療的可近性，減少民眾獲得公平醫療的障礙。另一方面，醫師執行業務時，固然要回應個別病人的醫療需要，但所提供的醫療必須基於有效率

的資源利用。輕病住院增加了不必要之醫療資源利用與增加院內感染機率，也影響一般民眾醫療利用之公平性。

結論與建議

- 一、甲醫院輕病住院之問題或可歸因為二：(一) 供需問題，病床開設之數量大於地區需求，致經營困難，只好收住輕病病人，以維持營運。(二) 家庭及社會結構改變，導致社會性住院病人增加。有鑑於此，目前訂定中之第 6 期醫療網計畫，中期照護為其重要項目之一，以國內之環境，若採機構式，較適合建立以護理之家為基礎，設計較 home like 之照護模式（非照顧失能之病人），以符合中期照護病人之需求，另健保現行住院相關給付彈性空間較小，亦無法符合中期照護病人之需求。綜上，建議除已擬訂之改善構想外，另建議增列內容如次：
 1. 健保局部分：建請健保局考量中期照護病人之需求，參酌日本處理社會性住院之方法，重新檢討中期照護需求病人之居家照護給付。
 2. 醫事機構方面：建請檢討病床結構及照護模式之適當性，且考量環境及醫院特質，選擇適當之經營模式。
 3. 衛生主管機關部分：建請儘快輔導建立中期照護之服務模式。
- 二、本次案例顯示為財務之問題，應以財務誘導院所轉型。另日本社會性住院之存在有其國情及環境之特殊性，其照護模式是否適合台灣，主管機關應審慎評估與探討。另此案例也顯示我們的健康照護系統規劃有待改善，並應對所有地方輕病住院之問題進行整體性檢討，另第 6 期醫療網計畫應對各地區居民之醫療需求及醫療資源分配之合理性進行整體性檢討與規劃。
- 三、有關住院案件之審查，建請健保局載明核刪日數、日期及理由，以確知原審意見。另由病程紀錄、護理紀錄等可了解病人之病況，故建請

健保局於審查時，應對病程紀錄及護理紀錄等記載之完整性進行審查，另請將護理紀錄需載明之內容，明訂於相關規範中。

- 四、有關審查類此地區特殊性醫院案件，應先區分是否要將地區性之必要性需求納入審查之考量，是否須另訂一套審查標準？若要再進一步研議標準如何訂定，如何考慮地區特別需要。

誌謝

本文之完成承本會張雪梅小姐提供資料，陳玉靜小姐彙整相關資料，台大醫學院神經科張楊全教授惠予審稿，謹致感謝。

參考文獻

- 1.中央健康保險局：中華民國九十五年全民健康保險統計。台北，中央健康保險局，2007。
- 2.陳端容、季瑋珠、郭旭崧、楊志良：住院病患入院及住院日適當性之探索性研究---AEP 標準之本土化。台北，行政院衛生署委託研究計畫(DOH87-NH-027)，1998。
- 3.溫信財、陳杰峰、季瑋珠、高森永：急性醫院入院適當性工具 AEP 於國內應用之初探。台灣公共衛生雜誌 2005；24(2)：103-113。
- 4.溫信財、鍾國彪、季瑋珠、郭旭崧、楊志良。住院適當性評估表(AEP)修訂版在台灣之應用。台灣醫學 2001；5(2)：136-144。
- 5.蔡文正、龔佩珍、楊志良、李亞欣、林思甄。偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查。台灣公共衛生雜誌 2006；25(5)：394-404。
- 6.衛生署全民健保爭議審議委員會：門診病歷記載問題。台灣醫學 2002；6(6)：913-914。
- 7.羅紀琮、詹維玲：醫院總額預算對費用單價與服務量的影響初探。台灣公共衛生雜誌 2007；26(4)：261-269。