健保醫療審查制度之檢討及建議

文/吳坤煥

台中市第一醫院外科

筆者曾經擔任中區健保局醫療審查醫師四年，健保局中區醫療品質促進委員會委員一年多。先後曾在台大、中國、中山等校醫學系執教多年的筆者，感覺最頭痛的是學期末的改考卷，常常被教務處催繳才勉強趕工繳卷。健保醫療費用的審查和學校改考卷類似，那麼為什麼要跳入此火坑？因為健保大部份的制度是因襲勞保的。我的目的就是為了深入了解健保局的醫療審查工作，進而想是否有機會對改善審查制度有所貢獻，再者筆者當時正擔任台中市醫師公會常務理事，心想應有很多機會和健保局官員接觸。

自公職退休後在台中市自設醫院。起初只診療自費病患，覺得能夠將多年所學及經驗毫無保留，且毫無牽掛，充分地發揮在診療病患身上，覺得很有成就感。民國77年，醫院評鑑制度實施，立即報名參加接受地區醫院評鑑而順利通過。隨後勞保局主動來函建議加入勞保醫療業務。誰知一加入就是夢魘的開始。在那勞保醫療時期，吃了很大的虧，嚐了很多「亂刪」的苦果，常遭受莫名其妙的大刪。例如：骨折病患施行徒手骨折整復術，只給石膏一捲的費用，其他整復手術費，石膏固定手術費，棉捲費用等全部被刪扣，上吐下瀉2天脫水嚴重的急診病患，只給5% G/W 500c.c.，其餘全部刪扣等等。因為覺得勞保局醫審會實在太過份，經過管道拜託當時前任勞保局總經理向勞保醫審會反應，結果有關官員來電答應要找時間讓我直接和該審查醫師面對面溝通，但後來卻不了了之。在民國84年全民健保實施前心裡的不平始終無法平息，雖然儘量把握機會反應醫療審查的不合理，然一直無法獲得勞保局的善意回應。

健保局公開招募醫療費用審查醫師，雖然最後錄取決定權還是掌握在健保局手裡，究竟比勞保局的私自聘任審查醫師已有了進步，至少讓有志者有機會參與審查。所以義不容辭立即報名而獲得聘任，任期二年。可能是較資深的關係，本來醫審會要請筆者出任外科審查小組組長，但當時以工作繁忙無法勝任推辭。後來才覺得當時應接下該職務，可能較有機會及立場提出並推動改善意見，但後悔莫及。擔任審查醫師二屆4年，一方面覺得對醫審會已夠了解，一方面自己的醫院已夠忙，無論執行審查工作或參加醫審會的開會及審查小組的開會，又都得花錢請人代診，所以放棄了續任。

卸任審查醫師不久，健保局中區醫療品質促進委員會西醫小組第二屆委員出缺（按審查醫師不得兼任促進委員會委員），筆者當時是台中市醫師公會常務理事，公會就推薦筆者補此缺，於88年7月受聘該委員會委員。委員會每3個月開會一次，於是把握機會提出多項改善醫療審查品質的建議及多例不合理刪減案例之檢討。記得有一次，開會提案討論共17案裡筆者個人就佔10案。可能是這種積極的作風惹毛了健保局，第二屆委員會任滿後公會再次推薦筆者擔任第三屆委員，但沒有獲得續聘。當時，台中市醫師公會理監事會開會時，有理事就此件事向列席之中區分局蔡經理提出質疑，但蔡經理推說不知情，這有可能嗎？可見審查醫師及品質促進委員會委員之人事聘任權完全操之在健保局自己手裡，在這種球員兼裁判的情況下，客觀公平的可能性值得懷疑。

以下，筆者依據擔任審查醫師及醫療品質促進委員的經驗及個人遭受刪減案例，將不合理刪減部份案例分類列舉，讓大家對醫審工作的不合理有進一步的了解。

一、令人啼笑皆非的核刪

病例1：耳下腺腫瘤的手術費全刪，其理由是：1.手術時間僅1.5小時，2.術後1天即出院，3.手術的procedure並未分出Facial Nerve。請注意，依規定送審時附上病理報告，Diagnosis: Parotid gland, lt, excision, Pleomorphic adenoma. 說明：Well encapsulated nodule, margins are free of tumor. 因前一個病例手術後住院3天，被刪減2天，所以此例僅住1天就請病患辦理出院。再者，如果沒有分出Facial Nerve，怎會沒傷到Nerve。最令人不解的是手術時間太短也不可以。

病例2：高血壓病患，使用Hydralazine（Apresoline）多年，血壓控制得很好，所以一直沒改處方，病患也不想改。此藥用法為每日4次，習慣上給予qid pc et hs，有次送審被刪減為tid，理由是晚上睡覺時血壓低，不必給藥。

二、專業知識不足

病例1：再發性慢性甲溝炎：施行ingrown部份趾甲根除性切除術，以不必要之手術刪扣手術費。此一情況，僅個人就至少遭到3次，每次都附上Textbook的影印申復才得到補付。在臨床上，慢性甲溝炎，初步處置僅施行部份Ingrown Nail之切除約有90%可治癒不再發。但若是再發，除非施行根除性切除手術，就可能會繼續再發。筆者曾手術過一病患，在他院前後接受8次部份切除仍再

發。

病例2：高血壓病患，長期使用Latol（Labetalol），竟被核刪，理由竟然是病患無高血脂症，顯然審查醫師不認識此藥，誤認為是降血脂藥。

病例3：病患車禍外傷，雙膝傷口自行敷藥4天後因傷口感染來診，給與TT注射，卻以已4天的傷口無施打TT之必要刪扣。據文獻報告，破傷風之潛伏期為4-21天或更久。

三、明顯錯誤之刪減（有故意刪減之嫌）

病例1：上肢左前臂軟組織腫瘤摘除手術費刪減為皮下腫瘤切除術62011，此例腫瘤位於Flexor carpi ulnaris與Extensor carpi ulnaris兩肌肉間，原發於尺骨骨膜，雖有手術記錄包括繪圖及敘述手術所見及procedures還是被刪減。同時麻醉費由96017刪減為96011，麻醉之方式係由麻醉醫師於術前評估依病患之狀況、手術難度及花費時間可能超過1小時而決定的，並有麻醉記錄，怎麼隨便刪減為靜脈麻醉？超過1小時之手術可以用靜脈麻醉嗎？

病例2：軟組織內殘留異物之取出，手術前為要確定殘留物之性質及位置，需照X光照片，不僅要A-P view，也要Lateral view才能確定其深度，確切位置，以不必要之檢查刪減第二張Lateral view之費用，明顯不合理。

病例3：88年10月當月份抽審病例中有4例高血壓病患，使用Nifedipin者全部被刪扣，Nifedipin乃Calcium Channel Blocker，對高血壓合併糖尿病、狹心症等以及老年高血壓患者乃是第一選擇藥物，不知為何全數刪除，太誇張了。

病例4：發高燒病患有Rt flank pain，腹脹、肝機能異常，血液白血球增多，懷疑肝膿瘍，故施行腹部超音波掃描，發現肝臟內有一囊樣的影像，後來證實為肝膿瘍，審查醫師竟以206不必要之檢查刪掉超音波費用。

病例5：腹壁疝氣的病患發生黏連性腸閉塞，施行緊急手術，分離腸黏連，並施行腸減壓，順便施行腹壁疝氣修補術，申報73002（腸黏連分離術並行腸減壓）及75605（腹壁疝氣修補術）減半。結果73002全部刪除，只給75605減半之手術費。然而此病例腸閉塞係因腸黏連引起（起因於以前之開腹手術），故手術主要處理腸黏連之分離，且因腸脹大無法納入腹腔內，故再施行腸減壓，關閉手術創口時順便施行腹壁疝氣修補術。此例之刪減顯然是為刪減而刪，否則不可能有此錯誤。

四、依健保局抗生素之使用規範使用仍被刪除

病例1：急性壞疽性膽囊炎併發腹膜炎，開腹手術後先使用第一線抗生素Gentamycin 及cefazolin，但術後第3天開始發燒，第4天手術傷口腫痛化膿，故改用第二線抗生素Amikacin。細菌培養報告顯示Gentamycin Resistent，Amikacin Sensitive，但所使用Amikacin費用全數被刪。

病例2：女性病患，右下腹痛，噁心、嘔吐、白血球增多，下腹部有壓痛，顯然是子宮右側附屬器發炎，使用第一線抗生素被刪除費用。

病例3：Branchiogenic Fistula病患住院接受切除手術，因有瘻管易受污染，病理報告亦有inflammatory cell infiltration，住院兩天所使用抗生素全遭刪除，還好，申復後獲得補付。

病例4：因車禍左腳踝骨折，在一家醫院急診，拒絕石膏固定，而接受草藥局部敷藥，5天後局部傷口細菌感染、化膿，且有組織壞死現象，來門診給予照X光片，施行傷口清創，給予抗生素，結果，X光片檢查及抗生素費用以510A全數刪扣，申復後獲得補付。

五、依健保醫療費用支付標準或規範處方仍被刪減

病例1：醫療費用支付標準第七章手術通則第六項（二）經不同刀口施行同類手術，其第一項手術依其所定支付點數計算，第二項依其所定支付點數之一半計算，第三項依其所定支付點數之五分之一計算。病患臉部有三個神經纖維瘤，手術摘除申報費用，結果第二項及第三項手術費用均以不可併同申報全數核扣，也就是說手術三個瘤只能申報一個。

病例2：高血壓、心絞痛之病患，94-10-25檢查TC 239，TG 279，HDL-C 31.8經非藥物治療三個月後於95-1-20追蹤檢查TC 254，TC 377，HDL-C 28.9，給予Lovastatin，結果以202A全數刪掉，申復又維持原審。

病例3：病患曾有Angina pain attack，EKG顯示Myocardial Ischemia，MDCT Cardiovascular顯示有Atheroselerotic change及30% Stenosis，因TC始終>200 mg%，給予降血脂藥物，依健保降脂藥物用藥規範，治療目標為TC<160 mg%，且每3個月至6個月要抽血檢查，

病患服用降脂藥物4個月再追蹤檢查，結果TC是186 mg%，尚未達到治療目標，以309A（即不符通則規範）全數刪除。

病例4：痛風病患使用Benzbromaron，尿酸值原為10.9 mg%，服用兩個月後追蹤檢查降為6.7 mg%，繼續給藥，但審查醫師以此值在正常範圍內認為與病情不符全數刪除，但依降尿酸藥物使用規定，若尿酸值達治療目標以下（≦5 mg%）建議減量給藥。

病例5：兩膝退化性關節炎之70才病患，X光片檢查為Stage I，Lequesna' s Index 9分。第9，10，11，12週使用Glucosamin完全合乎健保給付規定，但以308A全數刪扣，申復後獲得補付。

病例6：右膝關節內游離體，手術將游離體取出，依費用支付標準申請手術費64053B（6373點），結果被改為64243B關節鏡探查術（3000點）給付，若以關節鏡取出亦應申報64244B（8000點）。只要能刪減為較少的費用，就不擇手段，不論是非的一例。

病例7：蟹足腫（Keloid）病患皮膚病灶內部注射，應屬於標準治療，費用審查注意事項內亦有規定適應症限用於Keloid，結節性癢疹等，雖依規定申報，以處置與病情不符刪除處置費用。

六、核刪依照學理或基本護理技術施行之處方或處置費

病例1：因術後腸黏連引起腸阻塞，在病發後第5天才緊急住院開腹手術，術後插胃管做G-I Decompression五天，腹脹厲害，每日抽出胃液量350～500 c.c.，申報費用47020，竟全部被刪。

病例2：病患自當天上午即反覆多次上吐下瀉，來門診是當天晚上，因整天無法進食又失卻多量水份及電解質，病患顯得軟弱、脫水，給予靜脈輸液補充水份及電解質，全部被刪。

病例3：右膝蓋骨骨折手術後以Cylinder pp cast固定患肢，手術後第7天拆線，因患肢腫脹消褪，pp cast已鬆，故給予拆換石膏，完全依照The management of fracture and dislocation一書施行，以應不需石膏固定刪除石膏固定費用及特殊材料費用（石膏、棉花繃帶等）。

病例4：Bleeding active duodenal ulcer with impending perforation急診住院病患，上腹部劇痛，regidity，tenderness with rebounding pain，腹脹等peritonal signs，顯示有impending perforation之危險性，故需要G-I Decompression，以防止穿孔之發生，每日抽出胃液量達1650 c.c.，但此處置費全部被刪。

病例5：病患在腰椎半身麻醉下手術，術後無法自行排尿，膀胱脹得厲害，給予存留導尿，被刪處置費，申復後獲得補付。

七、不合情理之核刪

病例1：腋下及手掌多汗症，施行經胸腔內視鏡交感神經節切除術，術後已晚上11點，全身麻醉醒過來後在病房休息觀察，翌日追蹤檢查胸部X光照片，確定無氣胸、無血胸，肺臟已Fully expanded後出院，但遭刪減住院費及其他相關住院費用。此種手術，住院並非絕對需要，但機率雖小，仍有氣血胸及胸部劇痛等併發症之危險，住院休息觀察一天，尚屬合理，絕無受到回推擴大倒扣之嚴厲處分之理由，還好，經申復後得到了補給付。

病例2：中年男性患慢性咳嗽已數月，胸部X光片以排除肺癌、肺結核，或其他肺疾，以不需要而刪除檢查費。

病例3：病患因腹部絞痛，反覆嘔吐，多次上吐下瀉已二天，顯得全身軟弱、脫水、腹脹，無法進食，住院後NPO，大量水份及電解質注射靜脈點滴及護理照顧至第4天腹脹改善才開始進食，出院，結果病房費全刪，但處置費及藥劑費給付。

病例4：65才的老人訴說腰痛已一段時間，給予腰椎X光照片以確立病因如退化性背椎炎，Spondylolisthesis，壓迫性骨折等以利治療之指針，以非必要之檢查刪除X光片費用不合理，又處方給予Naproxen，而Naproxen較其他NSAID，對胃腸道引起不適及神經系統之作用如耳鳴、暈眩、頭昏眼花等比較輕微，故較受歡迎，所以屬較常用之NSAID之一種，而價格方面並不比其他NSAID高，以使用高價藥品刪除不太合理。

病例5：鼻咽惡性腫瘤併發轉移病患經接受過放射線治療及化學治療，但因再發引起相當劇烈的疼痛，單用口服止痛劑難有止痛效果，因疼痛難耐來門診，故給予Ketoprofen注射（有時更需給Pethidine注射），以非必要之注射刪減，不合情理，還好申復後得到補付。

病例6：高血壓病患服用Calcium Blocking agent Nifedipine，但血壓降得不很理想，前些時血壓升到

190/120 mm Hg/P-R 114/m，故加給Atenolol後效果好，故一直沿用，卻以用藥種類重複被刪掉。

病例7：左肱骨骨幹骨折、右手腕挫傷之病患，被用木棍亂打致多處挫傷，其中左上臂及右手腕兩處嚴重腫脹變形及運動限制，經X光照片檢查，肱骨幹骨折，而右腕則無骨折，左肱骨幹骨折以手術施行開放性骨折復位及鋼板固定，術後追蹤檢查X光照片以明瞭手術結果，結果除了第一次左上臂所照之外其餘X光照片檢查均以不必要被刪。

病例8：糖尿病患腳趾壞死併發腳部蜂窩性組織炎，在門診接受開放性截斷壞死之腳趾後繼續傷口治療並給予第一線抗生素minocin，因感染未受控制，細菌培養報告是pseudomonous infection sensitive to ofloxacin，故改用ofloxacin，結果效果很好，順利治癒。但以處置與病情不符而被刪掉並建議此病患應轉送大醫院接受高壓氧治療或再接受截肢。然而，此病患腳背動脈Pulsation很好，整腳血液循環良好，且壞死之腳趾已完全切除，並沒有Amputation不夠的情況，相信本人的處置完全正確，審查醫師實在太過份了。

八、初審核刪之理由不合理，申復後以另一種理由維持原審

申復後以另一種理由維持原案，顯然審查醫師亦認為初審核刪之理由不合理。從申復的精神看，理應准予補付，不應硬坳再找另一種理由核刪。偏偏此理由又是不合理，顯見部份審查醫師之心態已走火入魔。

病例1：四肢多處部位之痛風石，在門診施行切除手術，依費用支付標準第七章第六項分區申報手術費用，初審以419A（應以同一刀口之多項手術計算）刪減，然而，不同部位之手術，怎可能是同一刀口，明顯不合理，經申復後再審醫師以420A（應以不同刀口之同類或兩側性手術計算）維持原審，但此理由又是不合理，因不同刀口之同類應為同一手術野或同一病巢，而兩側性手術應為同一手術野內之左右器官，如卵巢、乳房內而非左右上下肢。

病例2：患頸部退化性背椎炎、高血壓和濕疹之病患，處方給予Soma（Acetaminophen & Solaxin之複方劑），初審以非必要之治療核刪，申復後再審醫師以不同理由—止痛劑重複使用，又被刪，但處方除了降壓劑Nifedipine及濕疹外用藥膏外無任何其他藥品，何來止痛劑重複，真令人納悶。

由以上列舉的實例，可知開業醫師，在健保局的醫療審查裡遭受相當大的委屈。沒錯，健保局官員可理直氣壯的說：「如果發現有不合理的刪扣，有申復再爭議審議的補救配套措施」，不過，不要小看刪扣的威力。不要以為區區數十元，數百元的扣減，根本微不足道，然而，事實上被回推擴大扣款可能變成幾十萬元，對一個開業醫師來講，是極大的損傷，甚至醫院診所的營運可能遭遇困難，又因整理資料，繕寫申復或爭議審議申請書等要耗費相當多的勞力、時間及資材，獲得平反的機率又不高，縱使最後獲得平反補給付，曠時費日，已是一年多以後的事，此期間的種種損失也完全沒得到任何補償。並且在這不算短的期間裡，雖自信該項處方或處置是合理的，怕再受刪扣，也不敢執行，這對醫師及病患都是損失。同樣的處方或處置是否會被刪不確定性很高，這次過關，不保證下次不會遭到刪扣。醫師們診療健保病患時開處方或處置有很多顧慮，完全沒有專業性的自主及尊嚴。這是多麼悲哀的事實！起因於少數不肖審查醫師之亂刪所造成的代價何其大！

檢討根本的原因，審查權完全掌握在健保局手裡，審查醫師及品質促進委員聘任解聘完全由健保局決定，健保局球員兼裁判合理嗎？分析擔任審查的醫師，多數是大型醫院業績少、太閒的資淺服務醫師，為了多賺點外快而申請擔任，德高望重的大牌醫師有意願擔任者屬稀有。這些領健保局車馬費的審查醫師還要接受健保局的考核。健保局有專人統計每位審查醫師刪減的筆數、百分比。業績不好的，即刪減比例低的還會受到關切。為了獲得健保局的關愛，保住這份外快來源，還得看健保局的臉色，這種需要拼業績的審查醫師有可能保持中立客觀立場執行審查工作嗎？難怪亂刪案例那麼多，這是合理的懷疑。

由以上的分析檢討，可了解為了減少甚至於杜絕亂刪，還給開業醫師公道與尊嚴，最根本公平合理的辦法就是設立由第三者組成的中立的醫審會來執行此項業務。

在此機構未能設立之前，暫時權宜的辦法建議如下：

經申復或爭議審議獲得平反的案例應知會原刪減審查醫師，讓他了解其錯誤，這樣才能避免一而再，再而三的亂刪，而減少申復案件，減少民怨。

若有新增規定或改變規則，應確實知會全體審查醫師，讓他們有充分的了解，以免依規範開處方或處置仍被刪的荒謬情事。

各審查小組應多開會檢討並討論，多取得共識，並將會議結論確實通知每位審查醫師，以免對同一問題有不同的刪扣，讓醫療院所無所適從，因很多審查醫師永遠不會參加開會。

請審查醫師執行審查當中，若遇到因專業知識不足，無法決定刪與否時應暫時擱置，不要隨便下筆繳卷，等回去查看教科書、找文獻，甚至請教資深醫師後，下次前往審查時再下筆。

有爭論的案件不要刪。

有專業論文發表新理論或見解時，應先告知並提醒醫療院所全體醫師注意而給予緩衝時間，不可隨便刪扣。

無理刪減案例可提出醫療品質促進委員會討論，邀請刪扣審查醫師（如不方便可請該審查小組組長或其他代理人），被刪醫療院所醫師等出席參與討論。若確定屬無理，例如：當事人無法提出合理之解釋，顯然有故意刪減之心態者，建議醫審會給予當事人糾正、懲處，情節重大者予解聘，甚至由當事人負責賠償被刪醫療院所之損失。若隨便亂刪而無事，必定會助長亂刪之行為。

結　語

筆者在台大醫院及省立台中醫院服務25年，也經營過醫院診所，擔任過台中市基層醫師協會理事長、台中市醫師公會常務理事，自認對醫療工作及醫療環境了解甚多。這次依據個人的經驗撰寫此文，希望能引起健保醫療費用審查醫師、健保局相關人員、衛生署有關人員、醫師公會全聯會等了解實情並重視其嚴重性，藉以擬定辦法改進此種不公不義之醫審制度，還給全體現役醫師一個公道，還給醫者的尊嚴。