

計畫編號：DOH99-HD-1001

行政院衛生署九十九年度委託研究計畫

由全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制

成果報告

執行機構：臺北市立萬芳醫院-委託財團法人私立台北醫學大學  
辦理

計畫主持人：呂嵐欽

協同主持人：周思源、陳星助

研究人員：李佳珂、留麗香、林富滿

全程計畫：自 99 年 03 月 22 日~99 年 12 月 15 日止

本年度計畫：自 99 年 03 月 22 日~99 年 12 月 15 日止

計畫編號：DOH99-HD-1001

行政院衛生署九十九年度委託研究計畫

由全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議  
發生原因及改善機制

期末報告

執行機構：臺北市立萬芳醫院-委託財團法人私立台北醫學大學辦理

計畫主持人：呂嵐欽

協同主持人：周思源、陳星助

研究人員：李佳珂、留麗香、林富滿

全程計畫：自 99 年 03 月 22 日~99 年 12 月 15 日止

本年度計畫：自 99 年 03 月 22 日~99 年 12 月 15 日止

\*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對  
媒體發布研究成果應事先徵求本署同意



## 目錄

	頁碼
封面	
目錄	
摘要	P.4
本文	
第一章 前言	P.6
第二章 文獻探討	P.9
第三章 材料與方法	P.25
第四章 研究結果	P.32
第五章 討論	P.49
第六章 結論與建議	P.52
參考文獻	P.54
圖次	
圖 1 研究流程圖	P.25
表次	
表 1 訪談醫院一覽表	P.31
表 2 以健保局業務組分類 (前 97.5% 案件)	P.33
表 3 以健保局業務組分類 (後 2.5% 案件)	P.33
表 4 以爭議事項分類 (前 97.5% 案件)	P.34
表 5 以爭議事項分類 (後 2.5% 案件)	P.34
表 6、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依爭議事項分析	P.35
表 7、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依申報類別分析	P.35
表 8、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依健保業務組分析	P.36
表 9、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依科別分析	P.36

表 10、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依審議結果分析	P.38
表 11、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依爭議事項與業務組交叉分析	P.39
表 12 期末研討會與問卷施測概況	P.44
表 13 發生原因部分之重要性排序一覽表	P.44
表 14 改善建議部分之重要性排序一覽表	P.45
附錄	
附件 1 第一次專家會議記錄	P.55
附件 2 第二次專家會議記錄	P.58
附件 3 第三次專家會議記錄	P.61
附件 4 第四次專家會議記錄	P.63
附件 5 第五次專家會議記錄	P.66
附件 6 個案醫院訪談問卷	P.68
附件 7 個案醫院訪談會議記錄：A 醫院	P.72
附件 8 個案醫院訪談會議記錄：B 醫院	P.75
附件 9 個案醫院訪談會議記錄：C 醫院	P.79
附件 10 個案醫院訪談會議記錄：D 醫院	P.82
附件 11 個案醫院訪談會議記錄：E 醫院	P.84
附件 12 個案醫院訪談會議記錄：F 醫院	P.86
附件 13 第二階段醫院問卷調查：G 醫院	P.88
附件 14 第二階段醫院問卷調查：H 醫院	P.90
附件 15 第二階段醫院問卷調查：I 醫院	P.92
附件 16 第二階段醫院問卷調查：J 醫院	P.93
附件 17 第二階段醫院問卷調查：K 醫院	P.95
附件 18 第二階段醫院問卷調查：L 醫院	P.97

附件 19 第二階段醫院問卷調查：M 醫院	P.98
附件 20 第二階段醫院問卷調查：N 醫院	P.100
附件 21 第二階段醫院問卷調查：O 醫院	P.102
附件 22 第二階段醫院問卷調查：P 醫院	P.103
附件 23 第二階段醫院問卷調查：Q 醫院	P.105
附件 24 期末研討會議程：北部場	P.107
附件 25 期末研討會議程：南部場	P.108
附件 26 期末研討會議程：中部場	P.109

## 摘 要

全民健保爭議審議委員會自 1995 年成立以來，受理之醫療爭議案件逐年上升，從爭審會的資料顯示，醫療爭議的發生通常源於健保規範、醫師的處置或醫療審查等因素，為提升審議品質與效率，近年來積極研訂通案處理原則，供類似案件之通案處理準則或形成審定案例，以加速案件審議進度，並有效提升審議案件之一致性。本計畫之主要研究目的：1.探討醫療院所提出爭議審議案件之原因、2.對於現行爭議審議制度提出改善建議。研究方法：本研究同時使用量性與質性研究兩種方法，在量性的部份，我們依據爭審會提供之 98 年 1 至 6 月全國各健保分區所受理之爭議審議案件為分析標的。在質性研究的部份，則選定個案醫院進行深度訪談。透過個案醫院訪談以及期末三場研討會所收集的資訊，研究結果：主要發現 4 大問題，包括：1.審查標準不一致、醫師不客觀；2.核定理由說明不夠詳盡；3.健保核刪制度應更完整與明確；4.公立醫院由於行政制度之故，必須提出爭議審議方能銷帳結案。結論及建議：總結來說，仍得從健保核刪制度開始把關，方能減少爭議審議案件的發生，未來將有賴醫院、學界、政府機關的跨領域協調與配合，讓制度更加完善。

關鍵字：全民健保、爭議審議、政策

## Abstract

Since NHI(National Health Insurance) Dispute Mediation Committee was established in 1995, the cases of dispute mediation were growing year by year rapidly. The common causes of dispute mediation such as the policy mechanisms of NHI, the way of doctor's treatment and medication et al. In order to improve the quality and efficiency in dispute mediation process, this project has two main **objectives**: One is to explore the reason of dispute mediation apply by hospitals. The other is to collect the suggestions from hospitals concern about the mechanism of dispute mediation issues. **Methods**: In this project, quantitative and qualitative methods were used. First, we analyze the current conditions of dispute mediation cases. Second, we conduct the in-depth interview to 6 hospitals were selected from the database. Third, we organize 3 conferences in northern, central and southern of Taiwan. **Results**: Through the data analysis, interview and 3 conference discussions, the main findings about the dispute mediation policy as following: 1.The standard of review among doctors were inconsistent. 2. Poor explanations of deduct and dispute mediation results. 3.The deduct mechanism of NHI should be more clarify. 4.The regulation and policy mechanism of public sectors hospital should be reform. **Conclusions and suggestions**: the main point to solve the dispute mediation issues is to change from the begging of NHI policy mechanisms.

**Keywords**: National Health Insurance, Dispute mediation, Policy



## 第一章 前言

我國於民國 84 年 3 月開始實施全民健保，健保法第 5 條第 1 項規定：「為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭審會」，鑑於健保爭議事項，多涉及醫療專業範疇，乃依上開規定，於行政院衛生署下設立全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱爭審會），依法審議健保爭議事項，成立迄今已逾十年。該會審議之事項，包括權益案件及醫療案件二類，權益案件包含：(1)保險對象資格及投保手續，(2)被保險人投保金額，(3)保險費、滯納金及罰鍰，(4)保險給付，(5)保險醫事服務機構特約管理，(6)其他保險權益；而醫療案件包含：保險醫事服務機構醫療費用。

依該會 94 年全民健康保險爭議審議委員會年報及爭審會於該會網站上公告的受理案件月別統計表中，均可看出爭審會所受理的醫療案件數遠遠大過於權益案件。醫療案件的爭議審議是由被保險人、投保單位及保險醫事服務機構提起，且必須對保險人(即健保局或其分局)就健保事項所為之核定案件發生爭議時，始得於保險人核定文件達到之次日起六十日內，填具申請書向本會提起爭議審議。

爭審會在 94 年全民健康保險爭議審議委員會年報中分析 91 年至 94 年間，申請醫療案件受理案件數分別為 120,771 案、57,872 案、48,704 案、86,638 案，以 94 年受理案數 86,638 為例，按醫事服務機構層級別分，區域醫院與地區醫院爭議量分列最高及次高，各為 31,537 案(37%)、25,393 案(29%)。按科別分，則以內科、精神科、兒科分列前三

高，各為 10,628 案(12%)、7,113 案(8%)、5,823 案(6%)，從爭審會於該會網站上公告 97 年度及 98 年度(98 年統計至 9 月)的受理案件數分別為 79,682 案、59,419 案，從這幾年的申請案件數來看，有逐年上升的趨勢，推估主要的原因在於，醫療科技日新月異，以及部份民眾就診次數頻繁，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，健保財務愈趨嚴峻，間接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，在此情況下，爭審會所受理的醫療案件數目就越來越多了。

此外，從審議駁回的案件來看，91 年至 94 年間審議案數共計 347,247 案，遭審定駁回計 289,414 案，如單以 94 年審結案數 86,638 案為例，審定駁回計 64,691 案，駁回率 75%。而近 5 年間（93 年至 97 年）月平均受理案件量約 6 千多件，其中醫療費用爭議案件數即佔約 98.25%，審議結果駁回率平均約為 78%；從申請的案件數及駁回率來看，呈現高申請量高駁回率或高申請量高撤銷率之現象。

從爭審會的資料顯示，醫療爭議的發生通常源於健保規範、醫師的處置或醫療審查。其中主要的問題包括：規範並非基於證據，尤其是並未基於共識；審查偏重於醫療費用之控制而忽視臨床醫療品質之確保，各分區的審查標準不一、核扣方式不一、核刪理由不明確之情況亦復不少，而醫療審查所依據之規範則有不少不明確、不合理、或未能充分配合醫學專門知識及醫療科技進步之處，亟待改善。為了解決這些問題，有必要建立定期檢討、修正規範的審查機制及方式。在規範及審查方式上宜引進實證醫學（evidence-based medicine），推展醫療科技評估制度來決定醫療資源使用的先後順序，建立一套「基於證據的健康照護系統」（evidence-

based health care)。爰此，爭審會自民國 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並採用實證醫學(evidence-based medicine, EBM)的方式，來協助健保局發現其在規範及審查方面的問題，並設法改善。

爭審會為提升審議品質，近年來積極研訂通案處理原則，供類似案件之通案處理準則或形成審定案例，以加速案件審議進度，並有效提升審議案件之一致性。同時，經由個案審議過程中，發掘歸納問題所在，並將問題研擬討論議題，經提委員會會議討論後，定期或不定期舉辦座談會或研討會，邀請學者專家提出建言或深入研究，供日後審議案件之重要參據。爭議案件之審議，因關係被保險人、投保單位及保險醫事服務機構權益至鉅，為期達到作業之客觀性及公正性，以保障其等應有的權益，審議案件不可馬虎。此外，為考量健康保險醫療資源有限，應有效利用、避免浪費，並兼顧確保保險醫事服務機構能提供「適當而必要之醫療服務」，在「病患權益優先，尊重臨床專業」之前提下，爭審會期望能再就全民健保爭議審議案件，於實證醫學的依據、倫理及法律的考量、資源分配的公平性、資源利用之妥善性等面向，加以探究，希望藉此找出改善之道並加以宣導。故本計畫之主要研究目的為：

- (一) 探討醫療院所提出爭議審議案件之原因。
- (二) 對於現行爭議審議制度提出改善建議。

## 第二章 文獻探討

全民健康保險爭議審議委員會（以下簡稱「爭審會」）於 1995 年成立以來，國內的相關研究文獻大多針對爭審案件的發生率進行研究，對於爭議發生的原因以及改善的機制則少有著墨，也因為如此，本研究重點將針對發生的原因與改善機制進行深入探討。在文獻回顧的部份，本章將分成四節，在第一節的部份，首先回顧過去相關研究所描述的爭議審議案件概況，以利本研究對過去爭議發生的數據有初步的瞭解；第二節則透過文獻閱讀，瞭解爭議審議制度面的問題；第三節則參考其他國家的爭議審議制度，瞭解其中是否可有借鏡之處；最後在第四節的部份，則整理過去研究者針對爭議審議制度提出之改善建議，作為本研究的重要參考依據。

### 第一節 過去的爭議審議案件概況

#### 一、爭審案件相關研究探討

全民健保爭議審議委員會在開辦的第二年即陸續委託中華民國公共衛生學會，進行爭議案件相關的原因、特性等等的研究，以下整理自楊志良教授於 1997 年研究的「全民健康保險爭議審議制度與案件發生之初步探討」、張睿詒教授於 1998 年研究的「全民健康保險爭議審議案件及其影響因素之研究」以及薛亞聖教授於 1999 年研究的「全民健保爭議審議醫療案件發生原因與其影響因素之探討」。

## 1. 權益案件

楊志良教授於 1997 年研究的「全民健康保險爭議審議制度與案件發生之初步探討」收集了已審定結案之權益案件 318 件，以其爭議事項類別及保險給付事項類別可分為六大類，六大類中以保險給付事項 228 件為最多，在 288 件中又以緊急分娩的數量最多；在申請人型態的部分已被保險人為多數，被保險人中又以女性的比例較高，年齡 20-54 歲最多；審定的結果以實體審議駁回 205 件（64.5%）的比率最高。

## 2. 醫療案件

在 1997 年的研究中，分析了 100,064 筆醫療爭議案件；1998 年的研究分析了 144,421 筆醫療爭議案件，含 51,079 筆以審定之案件；1999 年的「全民健保爭議審議醫療案件發生原因與其影響因素之探討」分析了包含 1997、1998 年的資料共 296,527 筆資料，為目前相關研究中資料最為完整的，故本研究之探討 1999 年之結果。

在爭議事項類別的部分，以門診 159,174 筆佔受理案件之 54.2% 略多於住院案件的 45.8%；就各醫院的評鑑別來分類，則以「區域醫院」的申請案件最多（37.6%），基層醫療診所（10.9%）最少；以醫院權屬別來分析，公立醫院不論是住院還是門診的爭議案件都高於私立醫院；就健保分局別分類（現為健保業務組），以台北分局（現為台北業務組）的爭議案件為最多，佔受理案件 38.1%，東區分局最少（3.3%）；如以民眾就醫科別來分析，發現以內科系的案件為最多數，佔受理案件 48.7%，其中一般內科案件就佔了 35.1%。

### (1) 審定結果

楊志良（1997）的研究指出的行政救濟率為 50.2%，張睿詒（1998）的研究則指出行政救濟率為 34.5%，薛亞聖（1999）的研究中的行政救濟率則低於前兩者為 28.1%。如以實體駁回率（代表健保局與爭審會意見一致）來分析，地區醫院的駁回率最高（76.9%），門診（74.2%）的駁回率高於住院（68.3%），健保六分局中以高屏分局（77.1%）的駁回率最高，中區分局的駁回率最低，公立醫院的駁回率較私立醫院高。

### (2) 爭議發生率：

回顧薛亞聖於 1999 年進行的「全民健保爭議審議醫療案件發生原因與其影響因素之探討」，研究報告中發現在爭議發生率的部份，以醫院評鑑等級而言，區域醫院遠高於醫學中心與地區醫院；以醫院權屬別而言，公立醫院遠高於私立醫院，以上現象之背後研究頗令人玩味且值得深入探究。而若以地區別來看，在門診方面，健保東區分局與北區分局高於其他分局；住院方面，東區及南區分局偏高，尤其是東區分局，無論門診或住院，爭議率都是最高的，而高屏分局則是最低的，其中的原因值得後續研究者深入探討。

## 第二節 現行爭議審議制度問題

爭議審議制度上，過去的研究者也曾提出多項問題。其中，最主要的問題，在於健保法公佈實施之時，我國訴願法及行政訴訟法尚未經大幅修正，僅承認對於行政處分提起爭訟之類型；而在條文的規範上，也因健保法第5條第3項僅規定：「被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟」，卻未規定特約醫事服務機構對於爭議案件

審議不服得否提起訴願及行政訴訟，因此，行政法院早期曾有保險醫事服務機構不得依該條提起救濟，及行為性質如非屬行政處分者，均不得依該條提起訴願及行政訴訟救濟之見解。為此，始有大法官釋字533號解釋之作成。而533號解釋作成之後，其合約性質故定性為行政契約，然健保法第5條第3項提起爭議審議之主體仍限於被保險人及投保單位，實務上乃有意見認為，特約醫事服務機構不得提起爭議審議，且有關於契約上之爭議一概僅能以給付訴訟之形式為之，然此一見解實有可能忽略在現行健保制度下健保局對於特約醫事服務機構作成行政處分之可能性，論理上似嫌跳躍(黃運湘 2006)。

另外學說上提及的問題，主要在於爭議審議制度之性質。其中，其與訴願程序間之關係，為學說關注的重點。換言之，爭審會處理社會保險之專業性及複雜性問題，且其人員之組成無論在專業性上與行政層級上，爭議審議程序都高於一般訴願程序，若爭審會作成決議後，當事人仍須進行訴願，則未免有權責倒置、浪費資源之疑慮，故當事人在爭議審議程序終結後，可直接提起行政訴訟，而不將該等爭議審議程序定位為一般訴願之前置程序(蔡維音 2001)。有學者認為(蔡茂寅 2000)，從現行特約關係中，必須提起複核(申複)、審議、訴願後，才能向行政法院提起救濟。另有學者表示(張道義 2003)，鑑於健保現有之兩級先行程序，已足使保險人以及主管機關層級的爭審會充分的行使自我審查機制，在權利救濟程序上，與訴願程序高度重複，而建議將現行健保法第5條第3項修改為「被保險人、投保單位及醫事服務機構對爭議案件之審議不服時，得提起行政訴訟」，而刪除訴願程序的規定，使其均得直接提起行政訴訟。如

此，屬於訴願法第1條第1項第2句但書，為「法律另有規定從其規定之情形」，亦值參考(黃運湘 2006)。

至於爭審會之功能，二代健保小組認為，就醫療費用爭議案件而言：申請案件量之遽增，組織人力並未改變，以醫療專家的個人專業判斷及經驗法則，逐案審查醫療費用案件的模式，已無法應付大量醫療費用爭議案件，更導致審議結果未能附記理由者達90%。而醫療專業判斷在健保局與爭審會間未必一致、爭議標的多在五百元以下，都是現狀下之問題。次就權益爭議案件言，因爭議審議程序與訴願程序有疊床架屋之疑慮，且現行行政爭訟制度已廢除再訴願程序，均可認為爭議審議程序的廢止顯然為時勢所趨，其組織功能，未來應加以調整。(黃運湘 2006)。

此外，過去的研究者歸納出醫療爭議案件以下幾類常見的問題，包括：

#### 一、醫療爭議案件常見之問題

##### (一) 行政管理面：

1. 病歷記載問題；
2. 所附資料不全，甚至未檢附病歷；
3. 需經由事前審查之特殊材料，未事先申請就使用；
4. 重複申報檢查費用；
5. 額外申請健保醫療費用支付標準未包括之單項費用；
6. 申報費用之藥量與病歷記載之處方量不符；
7. 所附資料明顯有誤；
8. 申請爭議與申請申復所送之病歷附件記載內容不一致；
9. 以「個人用藥習慣」、「程式設計錯誤」等理由來申請爭議審議；



10. 健保局未核刪費用，卻提爭議審議申請(薛亞聖 1999)。

(二) 醫療專業面：

1. 有關病歷記載：

- (1) 病歷記錄過於簡略、潦草或部分空白；
- (2) 醫師診斷與病歷記錄不符；
- (3) 申請爭議所稱理由與病歷記載不符；
- (4) 記錄有塗改或後補痕跡；
- (5) 相關記錄單與檢驗報告皆無簽章；
- (6) 非連續之記載，僅為單張記錄，就診當日僅記載 ditto；
- (7) 電子病歷無診治醫師簽名；
- (8) 個案間記錄內容診斷不同，其他臨床症狀記載均相雷同；
- (9) 同一病患前後就診記錄一律不變。

2. 有關檢查處置：

- (1) 檢查過量或重複；
- (2) 檢查不當；
- (3) 相關檢查未附報告；
- (4) 外科無詳細病情記錄，施行手術創傷處置及換藥；
- (5) 精神科無具體內容記錄或記錄不完整，申報會談治療、行為治療等處置；
- (6) 婦產科病歷記載簡略，例行施行超音波檢查、陰道灌洗及乳房攝影術檢查；
- (7) 中醫病歷資料簡略，無療效評估，個案 2~3 日就以不同病症就診申報；
- (8) 加護病房未按時間觀察全身或局部的病情變化，soap 之記

載不確實或無相關記錄；

(9) 各科病歷未記載相關病史及理學檢查，常規施行多項檢查；

(10) 輕病住院或住院天數過長；

(11) 急診病歷記錄無全身或身體評估之記載，施行各項急診檢查或處置、KUB 及胸部檢查；

(12) 眼科未作詳細之視力評估或病歷記載不詳實、或視力尚好，即施以水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術。

3. 有關藥物使用：

(1) 用藥浮濫或重複用藥；

(2) 無特殊需求使用營養劑；

(3) 違反抗生素使用規定；

(4) 違反類固醇藥物使用規定；

(5) 違反其他用藥規定；

(6) 藥物治療不符醫療常規及適應症；

(7) 未依病況調整治療與處置而長期使用藥物；

(8) 同時使用相似作用藥物；

(9) 用藥無醫囑記錄，或與病情記載不符；

(10) 例行使用腸胃用藥、維生素製劑；

(11) 高價藥品之使用；

(12) 一次開立 10 種以上藥品(薛亞聖 1999; 胡惠德 2002)。

二、有關爭議審議制度問題，過去的研究者分析歸納出以下幾個因素(張玉霞、謝博生 2003)：

- (一) 行政救濟功能重疊，程序冗長；
- (二) 當事人參與制度未完全貫徹；
- (三) 單憑書面審查難以掌握釐清複雜案件之真實性；
- (四) 專家個案審查病歷方式，無法有效釐清個案爭議；
- (五) 審查發現危害醫療品質之醫療處置，無法發揮公權力；
- (六) 實證醫學、醫療倫理及醫療法律專家亟待培養。

此外，薛亞聖在 1999 年的研究，透過問卷調查承辦人對於爭議審議制度的滿意度與認知態度等面向，發現承辦人對審議結果覺得不能接受的原因大多包括：1. 未考量病人特殊性、2. 審查標準不一致、3. 未考量機構特殊性、4. 審查相關規範不周延、5. 審查醫師不公正等因素。

二、審查標準之爭議：

全民健保開辦後，制定「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」與「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」，作為醫療費用審查作業的法律依據。而全民健康保險醫療費用審查係以全民健康保險法、全民健康保險支付標準、全民健康保險醫療費用審查注意事項、全民健康保險藥品使用規範及全民健康保險醫療費用事前審查作業要點作為依據。但由於醫療服務的複雜性與異質性，使得這些標準在設定上有困難，因此大部分品質與效用的審查得仰賴審查者的主觀意見，又由於專業審查係由審查人員依其所受教育、專業與經驗在案件上做個人判斷，故有時會因審核人員的不同而有不一致的審核結果(黃月桂 1998)。

三、醫療爭議發生的原因，通常源於下列三種因素(謝博生 2002)：

- (一) 健保規範：規範並非基於證據；
- (二) 醫師的處置：不曉得健保局訂定的規範，對於健保規範發生誤判，未能提供支持遵循健保規範的證據；
- (三) 醫療審查（審查人的部份）：對於健保規範或醫師提供的證據發生誤判、缺乏一致性的認定、個人主觀偏見。

四、醫療服務提供者的不滿意，則是包括：

- (一) 審查標準不一致；
- (二) 相關規範不夠周延；
- (三) 內規太多且經常有所變更；
- (四) 審核過程及審核標準訂定不夠透明；
- (五) 審查醫師不公正、不客觀；
- (六) 過度干預專業自主權；
- (七) 未考量病患與醫療機構之特殊性；
- (八) 健保局球員兼裁判；
- (九) 行政作業繁複冗長；
- (十) 健保局會因財務問題而調節病指示審查的嚴格程度；
- (十一) 給予審查醫師服務單位特別寬鬆的審查標準；
- (十二) 核扣績效給予審查醫師獎金或作為續聘的依據(章殷超 2003)。

### 第三節 其他國家的爭議審議制度

#### (一) 美國

美國擁有全世界最複雜的醫療服務系統，實行的是自由市場機制的醫療保險制度，並沒有提供全民健康保險的服務。美國的醫療保險主要的管理部門為「健康和民眾服務部」(Department of Health&Human Services, HHS)，由政府所提供的「老人及殘障醫療保險」(Medicare)與「貧病保險」(Medicaid)主要負責的經營單位為 HHS 下設的「健康照護財務部」(Health Care Financing Administration, HCFA)，該單位已於 1995 年更名為 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)。以 Medicare 為例，醫療機構在提供醫療服務後向 Medicare 申請費用，經審查組織核定費用後，由 Medicare 寄發是否同意給付說明書給醫療機構，當醫療機構收到說明書後，要是對 Medicare 的給付說明書內容有不服時，得向 HCFA (CMS) 提出申訴請求複核，如對爭議審議委員會的判決依然不服，且金額在一千美元以上可向聯邦法院提出最後的訴訟程序。

美國健保(MEDICARE 及 MEDICAID)之各項法律救濟措施(林誠二，2002)：

依前述之美國公辦民營健保機構之體系，其主要職掌為：健保政策及指導原則 (Policy and Guidelines) 之制定、契約監督 (Contract over-sight) 及運作 (Operation)、醫療紀錄之設置與審查 (Maintenance and review of utilization records)。



乃與政府簽約受託，其醫療決定，乃一國家行為，類似我國大法官釋字第五三三號意旨，自得對之依法提起申訴及訴訟。由此觀之，我國欲改變此一觀念，恐為不易，但為節省健保爭議成本及冗長的行政救濟程序，可考慮採美國階段性限額爭議，例如：

1. 申請健保局再審查→不限金額（美國亦如此）
2. 申請爭議→限一定金額以上（美國限\$100 以上）
3. 訴願→限一定金額以上（美國聽審\$500 以上）
4. 行政訴訟→限一定金額以上（限\$1000 以上，美國聯邦地區法院）

以上建議或可能涉及當事人審級利益，但只要修法配合，應無不可，可透過全國健保會議達成共識達成，採行限額之再審查、爭議、訴願及訴訟，一方面可減少爭議，減少訟源或濫訟，另一方面行政法院配合意願較高。

## （二）德國

德國的醫療保險是透過疾病基金會（Sickness funds）保險機構來運作，疾病基金會的性質為公法人，秉持當事者自治原則，國家負責監督、輔導的補助性功能。疾病基金會又分成八種，分別為地區、企業、同業、農業、職員、勞工、礦工及海員。雖有八種不同的基金會，但其性質皆大同小異；德國的支付制度實施總額預算制，診療的單價由疾病基金會全國聯合會以及疾病基金會特約醫師全國聯合會共同協定的醫療費用相對值表。醫療案件的審查則由各州的疾病基金會特約醫師公會設立「審查委員會」，當審查委員會對特定醫師的醫療服務有疑慮時，可要求醫師提出相關說明、文獻以及證據，如醫師的說明無法使審查委員會認同，則公會將

止付醫療費用（楊志良，1996），若醫師不服審查委員會的判定，可向訴願委員會提出申訴；再有異議，可向社會法院提出控告。社會法院是三審制，分為地方的社會法院、邦社會法院與聯邦社會法院。審查委員會與訴願委員會在法律上及行政上是中立的，不接受疾病基金會或保險醫師公會的管理（楊培銘，2004）。

### （三）日本

#### 健康保險制度

日本的保險制度為多保險體制，且全國人民都必須投保任何一個保險，即所謂的「國民皆保險體制」，而其衛生主管機關為厚生省健保局。日本保險診療具有雙重指定制，即指醫事服務機構需具備保險特約資格之外，實際執行醫療行為的醫師也必須取得各都道府縣的保險醫師執照，也就是說被保險人在接受保險診療時，必須在特約合格的醫事機構（機關指定），由具有保險醫師執照的醫師診療（個人指定），日本的醫療服務機構幾乎全為保險特約之醫療機構（曾榮盛，1986）；日本的醫療保險審查及支付皆透過第三者公法人執行，審查方式歸屬於第三審查制，其審查憑證是採用費用明細表，在審查標準上主要針對保險診療方針。醫療案件的審查由社會保險診療報酬支付基金在全國都道府縣的分部下的各審查委員會執行；如金額較高的醫療案件則集中由支付基金總部與國民健康保險團體聯合會於1984年在「社團法人國民健康保險中央會」成立的「特別審查委員會」審理。醫療機構若對審查委員會之審查結果不服可提「再審查部會」複審。



## 爭議審議制度

1. 爭議審議程序：對於行政機構違法或不當之處分，致使民眾權益受到侵害的救濟措施。改用二審判制度，以社會保險審查制度為例。

2. 審查組織，分二審制：

(1) 社會保險審查官：為第一審機關，設於各都道府縣，依法律規定及行政案例處理爭議案件，採獨立審查。

(2) 社會保險審查會：為第二審機關，為厚生省的附屬機關，依法令規定及行政案例獨立行使職權。對申訴案件的處理，由委員三人成立合議制，公開審理。特殊案件，則由全體委員成立的合議庭處理。且尚設有顧問制度，由厚生大臣認命代表各保險制度被保險人及事業主管利益的人員為顧問，於審理時代表申請人的利益陳述意見。

3. 審查程序：

申請人以口頭或書面請求審議。審查方法主要依據書面資料審查，而審查會更併用公開審查方式，當事人、利害關係人及顧問皆可出席陳述意見，同時採行職權審理主義，及除由當事人提出證據外，審查會亦主動調查，獲得相關證據，以求審判之正確性、公平性和合理性。自請求審查之日起六十日內未做裁定，審查請求人得視為社會保險審查官駁回其審查請求，改向社會保險審查會提出複審請求。(楊培銘 2004)

4. 從日本經驗中得到的啟示(吳凱勳, 陳雲中 et al. 2001)：

(1) 日本社會保險爭議審議制度，為專業性、效率性考量，直接取代訴願程序，可供未來全民健康保險爭議審議制度改革參考。

- (2)申請爭審手續採簡便原則，除書面請求審議外，口頭請求審議也可接受，且無任何費用負擔。此一精神應可逐步落實於我國爭議審議的受理流程。
- (3)日本社會保險審查會委員由內閣總理大臣提名，經眾參兩議院同意後任命，地位崇高。我國目前爭議審議機構之地位階，雖無法立即改變，但應可供未來研修參考，以提昇審議的權威性。
- (4)社會保險審查會由審查長及委員五人共六人組成，採專任制，任期三年，法律並明訂其保障的特定行為與限制，也即依法令規定及行政案例獨立行使職權，不受約束；本項值得列入我國相關法規的修訂參考。
- (5)社會保險審查會的審理採公開、公正、公平原則。申請人、保險人、被保險人代表與雇主代表皆可與會並陳述意見。我國爭議審議受理量高，無法每案都依照此種作法，但其原則應能作為改進的目標。
- (6)日本社會保險審查官及社會保險審查會的審議對象僅包括健康保險、船員保險、厚生年金保險及國民年金等有關被保險人資格、投保薪資、保險給付、保險費及滯納金等權益案件，並未包括醫療案件，全年受理案件尚不及四百件，與我國全民健康保險相比較，受理量較低，值得重視。
- (7)日本社會保險審查制度的受理量雖低，行政救濟率卻達百分之四十以上。在我國則需被保險人、醫事服務機構、健保局及爭審會各方對健保制度充分溝通，始得以建立共識。

(四) 我國與日本爭審制度之比較。

➤ 我國與日本之差異

- (一) 日本醫療保險制度因採第三者公法人，醫事服務機構與第三者公法人為合約關係，故以合約條例處理審查異議問題，其醫療案件不經爭議審議程序解決。
- (二) 日本爭議審議制度為二審制，由中央社會保險審查會複審，但僅作行政審查，對費用則不予審查。我國爭議審議制度為一審制，由衛生署爭議審議委員會審理。
- (三) 我國僅就申請人書面資料進行審查，僅在必要時請申請人至現場口頭申訴意見。日本則併行書面及口頭公開審理方式。
- (四) 日本爭議案件自申請之日起六十日內未做裁定者，得視作審定駁回，申請人得逕自向二審機關請求複審。但我國爭審案件由收到申請書後三個月內完成審議，必要時還可延長一次（不超過二個月）（楊培銘 2004）。

### 第三章 材料與方法

本研究同時使用量性與質性研究兩種方法。在量性的部份，我們依據爭審會提供之 98 年 1 至 6 月全國各健保分區所受理之爭議審議案件為分析標的。在質性研究的部份，則依據本研究計畫案之原服務建議書中之內容：「依健保局台北、北、中、南、東、高屏六業務組所屬的醫院，健保爭議審議案件數量及金額歸納後，針對最高 5% 之醫院進行深度訪談。」

#### 第一節 研究流程

本研究實施流程詳如下圖 1 所示，並分述如後：

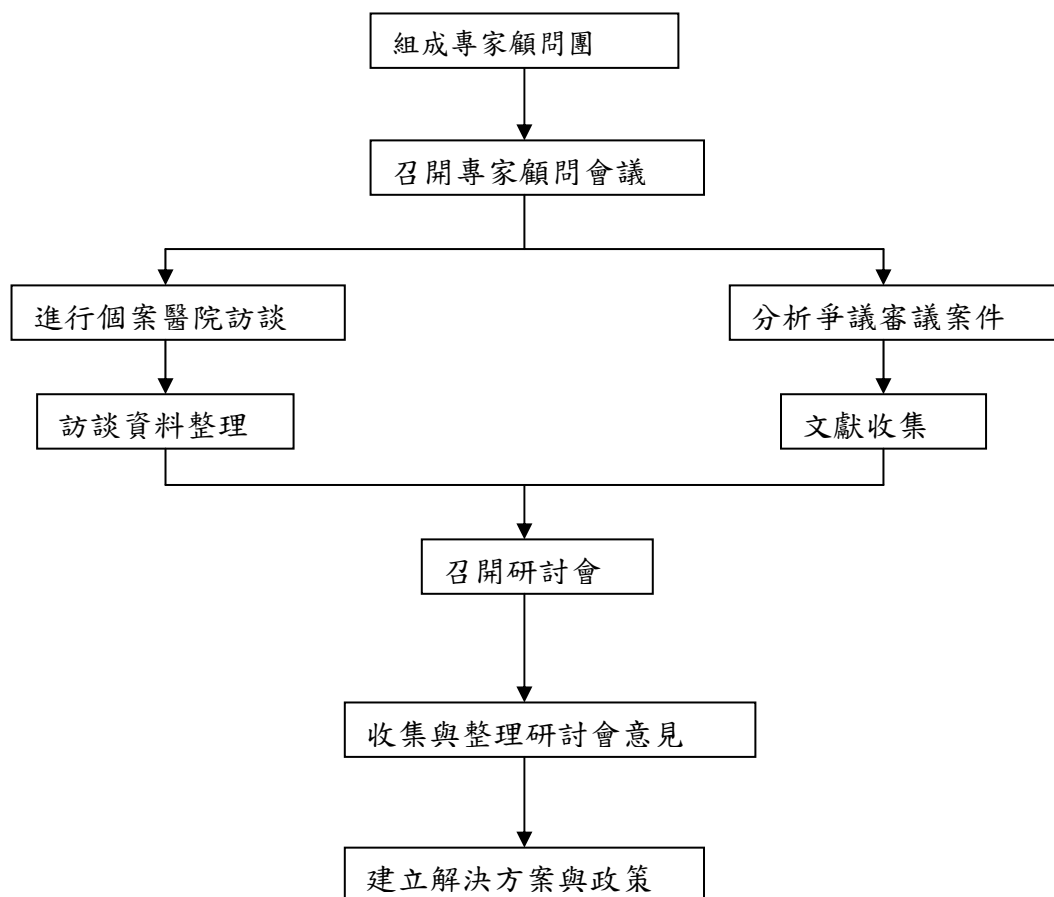


圖 1 研究流程圖

#### 1. 組成專家顧問團

本計畫案一共邀請十一位專家，包含四位醫院行政管理專家、三位有健保局審查經驗之醫師，以及四位有爭審會審查經驗之醫師，詳細名單如下表所示。本計畫將在後續的會議中陸續函邀各界專家參與討論，以廣納多元意見，增加計畫之完整性。

專家姓名	服務機構/職稱
林金龍	台北醫學大學/衛生政策暨健康照護研究中心研究員
陳富滿	彰化基督教醫院/醫療事務室主任
林玲珠	花蓮慈濟醫學中心/醫事室保險組組長
林小娟	萬芳醫學中心/醫療事務室主任
白冠壬	萬芳醫學中心/醫務部主任
吳建志	台北醫學大學附設醫院/泌尿科專任主治醫師
林家偉	署立雙和醫院/神經外科主任
李宏昌	馬偕紀念醫院/小兒部主任
陳振文	台北醫學大學附設醫院/社區醫學副院長
楊育正	馬偕紀念醫院/醫務副院長
黃銘德	署立雙和醫院/外科部主任

## 2. 召開專家顧問會議

本研究共計召開五次專家會議，分別為 5 月 3 日第一次會議(會議記錄，如附件 1)、7 月 7 日第二次會議(會議記錄，如附件 2)、9 月 29 日第三次會議(會議記錄，如附件 3)、11 月 9 日第四次會議(會議記錄，如附件 4)、12 月 6 日第五次會議(會議記錄，如附件

5) ，歷次會議討論重點如下：

➤ 第一次會議：

- 討論有關本計畫切入觀點、研究問題之方向，首先依回顧的方式將案件分成三大類，再依專家建議原則執行本計畫案。
- 有關本計畫的統計分析資料需求之界定。

➤ 第二次會議：

- 針對本計畫案案件分析之進行方式：會中建議，將先把 data 與藥品使用規定、支付標準和審查注意事項進行比對，只留下與以上項目相符的案件。
- 整理後之案件，由工作小組將案件彙整完畢，再以隨機抽樣方式進行平均分配給各位專家審閱。確認執行項目定案。

➤ 第三次會議：

- 99年9月29日召開第三次專家會議，主要議程為確定個案醫院訪談問卷內容，並擬於會議中立即進行專家效度，但由於與會委員人數未過半而流會，因此無會議記錄，會後則轉由以書面請專家檢視問卷內容之校度，全數委員皆同意原始問卷設計內容。但爾後與爭審會開會討論後，並經多次溝通與研議，最後將訪談問卷定稿如附件6。

➤ 第四次會議：主要討論如下

- 本計劃案期末研討會執行方案討論。
- 本計劃案擴大辦理醫院問卷調查施測。

➤ 第五次會議：主要討論如下

- 期末研討會執行狀況報告：與會人數、座談內容重點。
- 期末研討會問卷施測結果報告（初步問卷結果、回收率分析）。
- 期末報告主要撰寫方向討論。

3. 分析爭議審議案件

針對各全民健保特約醫事服務機構所送醫療費用爭議審議案件，分析其案件之性質，包括：爭議類型、科別、院所等，並探討影響審議結果之相關因素進行歸類，作為專家顧問會議及比對個案醫院訪談結果之依據，樣本案件的選取將依費用異常案件之前後 2.5%進行立意分層抽樣。

4. 文獻收集

對於「由全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」進行國內相關文獻之收集。

5. 進行個案醫院訪談

依健保局台北、北、中、南、東、高屏六業務組所屬的醫院，健保爭議審議案件數量及金額歸納後，針對最高 5%之醫院進行專家訪談。

6. 訪談資料整理

針對個案醫院的訪談資料進行整理和分析。

7. 召開研討會：預計選定相關主題召開三次研討會。

8. 收集與整理研討會意見：根據三次研討會所獲得的意見和資料進行整理。
9. 建立解決方案與政策。

## 第二節 資料來源

在量性研究的部分，資料來源由爭議審議委員會提供，資料期間為 98 年 1 至 6 月全國各健保分區受理之爭議審議案件，排除中醫、洗腎、西醫基層與牙醫的西醫總額案件後共計 108,001 件，再將金額為零的項目去除，最後的分析案件總數為 107,814 件，本研究首先針對該資料庫重要欄位各別進行描述性統計分析，以利資料庫現況之瞭解；接著，選取重要相關欄位進行交叉描述統計分析。

在質性研究的部份，根據原服務建議書中之內容：「依健保局台北、北、中、南、東、高屏六業務組所屬的醫院，健保爭議審議案件數量及金額歸納後，針對最高 5% 之醫院進行專家訪談。」，於是本研究在 99 年 7 月 7 日所進行的書面專家會議中決議，依爭審會所提供之資料中的「分組案件佔率」為選取基準，再加上考量研究時間掌握與經費使用狀況，因此在健保六大業務組中各選取一間醫院作為訪談對象。

## 第三節 資料處理與分析方法



## 一、 量性部分：

經 99 年 4 月 2 日與爭審會訪談之後，爭審會方面表示可以提供相關資料供計畫案分析之用，故於 99 年 5 月 3 日第一次專家顧問會議中，提請專家討論，討論內容包含：所需資料的期程、資料來源以及分析方式，並於 99 年 5 月 26 日發函爭審會。本計畫案於 99 年 6 月 23 日收到由爭審會來函及光碟，隨及於 99 年 7 月 7 日的專家書面會議中，就案件的整理方式提請專家討論。經專家同意，將先把爭審會收到的原始案件共 108,001 筆，依藥品和醫令拆分分別為 76,969 筆和 31,032 筆，比對「健保支付標準」以及「藥品使用規定」，刪除不符合「健保支付標準」項目的案件共 2,238 筆後，剩餘符合上述兩項標準的爭議案件，預計再隨機平分給 16 位專家、協同主持人以及研究員，由專家、協同主持人以及研究員就個人對爭議案件之了解以及審查的經驗於「專家意見審查單」上勾選分類。

因考量爭審案件與個人資料保護之因素，爭審會僅能提供部分未具相關背景資訊之審定資料(無審定理由及院所資料等)。另因健保核刪案件，健保局均未提供予研究團隊，使得雙方(爭審會與健保局)資料無法串連，故無法直接由量性資料分析得知爭議審議案件之發生原因。故本研究將針對爭審會所提供資料庫，進行描述性研究分析。

## 二、 質性部分：

本研究在質性訪談部分，根據 99 年 7 月 7 日所進行的書面專家會議中決議，依爭審會所提供之資料中的「分組案件佔率」為選取基準，在健保六大業務組中各選取一間醫院作為訪談對象，訪談醫院名單如下：

表 1 訪談醫院一覽表

組別	醫院名稱
台北業務組	行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院
北區業務組	通霄光田醫院[原慈暉醫院]
中區業務組	員生醫院
南區業務組	陽明醫院
高屏業務組	高雄市立民生醫院
東區業務組	財團法人佛教慈濟綜合醫院

訪談實施方法：

首先事先擬定並通過專家討論決議後之訪談問卷（詳如附件 6），定稿後事先遞交給受訪醫院，讓他們有充足的時間準備相關資料，接著我們將事先約定訪談時間與受訪者，屆時前往進行訪談，訪員將記錄訪問過程中的重點作為後續研究報告撰寫的依據。

## 第四章 研究結果

本研究同時採用量性與質性分析，本章節首先將說明量性資料分析的結果，接著再說明醫院質性訪談的實施進度狀況。首先，在量性分析的部份，依據爭審會提供之 98 年 1 至 6 月全國各健保分區所受理之爭議審議案件，進行描述性案件分析，包括：案件金額分析、爭議事項案件分析、申報類別案件分析、健保業務組案件分析、科別案件分析、審議結果案件分析、各區業務組織爭議事項交叉分析、審議結果與爭議事項案件等各項分析，分析結果依序說明如下：

### 第一節 量性研究分析結果

#### 1. 案件金額分析：

本計畫分析由爭審會提供之 98 上半年度（一月到六月），排除中醫、洗腎、西醫基層與牙醫的西醫總額案件，共 108,001 件，去除金額為零的項目後共 107,814 件，將所有案件分析其前後 2.5% 後，得知前 97.5% 的金額為 15,000 元，而案件數為 2,704 件；而後 2.5% 的金額為 8 元，有 3,064 件。

依健保六大業務組分析，在前 97.5% 中，案件數最多的是台北業務組共有 1,393 件，而案件數最少的為東區業務組只有 38 件；依平均來看，以北區業務組的 112,852 元為金額最高，但是金額費用最高的案件卻是落在中區業務組為 1,953,120 元，其次為台北業務組的 1,519,200 元，而最少的為案件數最少的東區業務組 205,200 元，詳見表 2。在後 2.5% 的案件中，案件數最多的還是台北業務組（1,633 件），最少的也依然是東區

業務組（39 件），各組的最小金額皆為 1 元，最大金額都為 8 元，平均值以北區業務組和東區業務組的 3 元為最小，其餘各組皆是 4 元，詳見表 3。

表 2 以健保局業務組分類（前 97.5% 案件）單位：元

健保業務組	案件數	最小金額	最大金額	平均值	中位數
台北業務組	1,393	15,000	1,519,200	45,626	28,350
北區業務組	73	15,000	247,388	112,852	106,919
中區業務組	184	15,124	1,953,120	78,482	40,491
南區業務組	591	15,120	623,325	39,047	29,022
高屏業務組	425	15,002	1,353,935	46,068	29,022
東區業務組	38	15,300	205,200	41,539	29,022

表 3 以健保局業務組分類（後 2.5% 案件）單位：元

健保業務組	案件數	最小金額	最大金額	平均值	中位數
台北業務組	1,633	1	8	5	4
北區業務組	284	1	8	4	3
中區業務組	295	1	8	4	4
南區業務組	588	1	8	4	4
高屏業務組	226	1	8	5	4
東區業務組	39	1	8	4	3

依爭議事項分析，在前 97.5% 中，以住院的 2,150 件為最多，事前審查的 199 件最少，案件金額最高為門診（1,953,120 元），但平均值最高為事前審查的案件（111,011 元），詳見表 4。在後 2.5% 案件中，以住院的 1,142 件為最多，其中，住院和門診的最小金額為 1 元、最大金額為 8 元，平均值為 4 和 5 元，詳見表 5。

表 4 以爭議事項分類（前 97.5% 案件）單位：元

爭議事項	案件數	最小金額	最大金額	平均值	中位數
門診	355	15,000	1,953,120	50,483	29,022
住院	2,150	15,000	1,519,200	42,073	28,350
事前審查	199	15,000	739,980	111,011	65,736

表 5 以爭議事項分類（後 2.5% 案件）單位：元

爭議事項	案件數	最小金額	最大金額	平均值	中位數
門診	1,142	1	8	4	3
住院	1,923	1	8	5	5

由案件分析的結果來看，由於我們分析的是「極端值」的案件，金額高的案件，醫療機構為了避免財務的損失自然會進行爭議，但是費用金額不高的案件實在沒有爭議的道理，但是分析後發現費用少於 8 元的案件數有 3,064 件，為了請專家審查這些案件所花費的成本可能就遠多於這些案件的金額總數，既浪費成本又浪費人力，如果我們能進一步的減少這 3,064 件的案件，就可以為爭審會降低更多的審查醫師成本。

## 2. 爭議事項案件分析

根據爭審會提供之 98 年 1 至 6 月爭議審議案件，共計 107,814 件，在各類爭議事項中，其中屬於住院的爭議案件數量最多（71.66%），門

診次之（28.10%），而事前審查所佔比例則最低（0.24%），詳如下表 6。

表 6、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依爭議事項分析

爭議事項	案件數	百分比
門診	30,297	28.10%
住院	77,263	71.66%
事前審查	354	0.24%
總計	107,814	100%

### 3. 申報類別案件分析

在各種申報類別中，因送核而提出爭議審議案件的佔最多數（92.88%），其餘皆為零星個案，詳如下表 7。

表 7、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依申報類別分析

申報類別	案件數	百分比
送核	100,140	92.88%
補報	7,082	6.57%
追扣	273	0.25%
二次追扣	2	0%
三次追扣	32	0.03%
miss	285	0.26%
總計	107,814	100%

#### 4. 健保業務組案件分析

資料期間內，各區業務組的爭議審議案件分布狀況如下表 8，其中以台北業務組為最大宗（50.41%），南區業務組次之（23.44%），中區業務組位居第三（10.28%）。

表 8、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依健保業務組分析

健保業務組	案件數	百分比
台北業務組	54,354	50.41%
北區業務組	5,396	5.00%
中區業務組	11,083	10.28%
南區業務組	25,269	23.44%
高屏業務組	10,174	9.44%
東區業務組	1,538	1.43%
總計	107,814	100%

#### 5. 科別案件分析

在所有爭議審議案件中，依科別來看，胸腔內科為最多數（10.89%），其次為外科（9.72%），再者為內科（8.67%），餘詳如下表 9。

表 9、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依科別分析

科別	案件數	百分比
家醫科	2,227	2.07%
內科	9,346	8.67%
外科	10,481	9.72%
小兒科	5,722	5.31%
婦產科	4,531	4.20%
骨科	8,053	7.47%
神經外科	3,957	3.67%
泌尿科	2,182	2.02%

科別	案件數	百分比
耳鼻喉科	1,573	1.46%
眼科	662	0.61%
皮膚科	191	0.18%
神經科	2,209	2.05%
精神科	5,885	5.46%
復健科	3,481	3.23%
整型外科	1,189	1.10%
急診醫學科	2,753	2.55%
結核科	586	0.54%
洗腎科	694	0.64%
牙科	716	0.66%
中醫科	551	0.51%
麻醉科	5	0.00%
放射線科	46	0.04%
核醫科	7	0.01%
行政核減	2,506	2.32%
消化內科	5,692	5.28%
心臟血管內科	4,931	4.57%
胸腔內科	11,741	10.89%
腎臟內科	2,267	2.10%
風濕免疫科	727	0.67%
血液腫瘤科	2,153	2.00%
內分泌科	1,492	1.38%
感染科	1,531	1.42%
潛醫科	16	0.01%
胸腔暨重症加護	1,262	1.17%
直腸外科	915	0.85%
心臟血管外科	3,604	3.34%
胸腔外科	573	0.53%
消化外科	587	0.54%
小兒外科	98	0.09%
新生兒科	85	0.08%
疼痛科	149	0.14%
居家護理	18	0.02%



科別	案件數	百分比
放射診斷科	5	0.00%
放射腫瘤科學科	217	0.20%
口腔顏面外科	163	0.15%
脊椎骨科	35	0.03%
總計	107,814	100%

## 6. 審議結果案件分析

資料期間內所有爭議審議案件之結果，有 72.77% 遭到駁回，20.71% 屬於部分撤回，少數案件為撤銷（4.45%），餘詳如下表 10：

表 10、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依審議結果分析

審議結果	案件數	百分比
撤銷	4,793	4.45%
撤另核	1,961	1.82%
部撤	22,333	20.71%
駁回	78,457	72.77%
程序駁回	93	0.09%
重核	177	0.16%
總計	107,814	100%

## 7. 各區業務組之爭議事項交叉分析

資料期間內各健保業務分區之爭議事項詳如下表 11，以北區業務組而言，住院案件之比例（40.32%）明顯高於門診案件；其餘各分區皆屬於住院案件比例略高於門診案件；而事前審查案件比例所佔極少。

表 11、98 年 1 至 6 月爭議審議案件：依爭議事項與業務組交叉分析

健保業務組	門診	百分比	住院	百分比	事前審查	百分比
台北業務組	10,785	10.00%	43,473	40.32%	96	0.09%
北區業務組	2,021	1.87%	3,350	3.11%	25	0.02%
中區業務組	5,336	4.95%	5,715	5.30%	32	0.03%
南區業務組	9,392	8.71%	15,801	14.66%	76	0.07%
高屏業務組	1,880	1.74%	8,271	7.67%	23	0.02%
東區業務組	883	0.82%	653	0.61%	2	0.00%
總計	30,297	28.10%	77,263	71.66%	254	0.24%

上述各項交叉分析中，發現在所有爭議審議案件中，可以得到幾個重要結論：1. 住院案件高於門診案件、2. 多數遭到駁回、3. 台北業務組與南區業務組之爭議審議提出率明顯高於其他地區，這與過去研究者發現的結論不謀而合，本研究將透過個案醫院深入訪談，瞭解更多背後的原因。

## 第二節 質性深度訪談結果

本研究於 99 年 10~11 月分別訪談六家醫院，訪談主軸計有二大部分，包括 1. 爭議審議案件發生的原因、2. 對於爭議審議制度之改善建議，基於尊重受訪醫院之考量，不各別標示醫院名稱（訪談記錄詳如附件 7~12）。此外，為了增加樣本的參考性，本研究委請計畫內專家協助，以立意取樣的方式擴大發放醫院問卷（問卷調查記錄詳如附件 13~23），本研究結果將重點歸納如下：

## 一、 爭議審議案件發生的原因

1. 我們認為因為被健保局核減的因素，導致我們想提爭議審議。
2. 認為爭審委員的審查標準不盡相同。
3. 未考量不同機構的病人與機構本身的特殊屬性，例如有些醫院本來重症病人就多，有些偏重於慢性疾病，用藥處置習慣都會不一樣，但是委員可能就統一觀點來評斷，並不公平。
4. 有些申復被駁回的案件，醫院認為處置或用藥並沒有不當，實在不應該被核減，因此還是會想提爭議審議。
5. 對公立醫院來說，行政制度設計是導致爭審案件量龐大的主要來源，就是因為公立醫院有核銷的問題，所以才會有那麼多的案件送到爭審會去，造成爭審會相當龐大的負擔。此為行政程序制度的問題，不得不提爭審，所以醫院被健保核刪後申復又不通過的案件，100%都會提爭審，因為向健保申請的醫療費用是應收帳款，如果被核減拿不回來的錢，就會變成呆帳，對公立醫院來說要提爭審獲得一個被駁回的最終結果才能結案，院內的核銷流程就以醫療折讓轉列流程作業。
6. 部分醫院採取部分提出爭審，提出的原因包括：
  - (1) 院方因素：因為有些被核刪的理由，醫院也知道處於灰色地帶，如果再申請爭議可能也不會過，這個部分我們就會直接放棄。另外一個部分是因為金額太小了，我們就會想說算了不要提了。
  - (2) 爭審會因素：我們認為審查委員之間的標準並不一致、核定理由說明不夠詳盡、核定理由未考量病人特殊性。
7. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，

因為考量爭訟成本較大。

## 二、對於爭議審議制度之改善建議

### (一)健保制度設計方面：

1. 所謂的「不必要的爭議審議案件」本身就很有爭議，他的定義並不清楚，而且每個人主觀認定的不必要又不盡相同。
2. 建議依現況與分局簽「簡化核付」包裹給付方案。
3. 若申複及爭議成功之案件，應增加給付，例如乘以 1.2 倍給付，補足其行政成本；相對的，很明確不能申複的案件，應向醫院收取費用。

### (二)審查委員委員制度方面：

1. 建議審查委員不能由健保局單方指定，應該公開甄選，或由各方推薦名單（按醫院層級比例分配名額），之後用公開抽籤的方式選取，而不是健保局自己單方面的作業就決定委員名單，簡單來說就是應該檢討審查委員的聘任制度。
2. 委員審查之後應該具名或簽署以示負責，否則委員大可隨意下判斷而不需要負責，就如同法官判人死刑，也要讓被告知道他是被誰判死刑的。
3. 審查委員事前雖然有共識會議，但是後來在執行面，委員通常還是依照自己的主觀判斷去決定一個案件的通過與否，所以後來爭審會才改成要 2 個委員都審閱過並且意見一致該案件可以通過，才能做最後定奪。

### (三)公立醫院行政制度方面：

1. 我們認為公立醫院是提出爭議審議案件的最大宗來源，因此應該要從行政制度的源頭去修改。
2. 公立醫院代表認為，爭審會的結案速度太慢，未能配合公立醫院年度結算的進度，所以會造成結算進度落後，績效獎金核發會延遲。

(四)在爭審會業務制度方面：

1. 有關爭議審議程序的機制，醫院承辦人在與爭審會窗口對話時，常常感覺對方其實不太清楚狀況，而且人員流動率似乎頗高，常常前面講過的事情，後面變成換了承辦人，完全無法進入狀況而必須從頭來過，其實這樣對於爭審會是一個很大的負擔，對醫院來說作業也無法流暢，導致整個案件的流程會拖得很冗長。
2. 有關爭議審議案件申請是否要設定門檻，小規模醫院認為不應該設立門檻，因為這是醫院的權益。不論金額大小醫院都希望極力爭取，但在中大型以上的醫院，就不會太在乎金額很小的案件，通常他們大約要 \$200 或 \$500 以上的金額案件才會想提爭議審議。另外也有贊成的聲音，醫院建議例如以醫院層級區分，再取其金額的中位數來做為一個門檻閾值，而不是一點小金額也要送爭審，這樣對醫院的行政作業其實也是一種負擔。
3. 案件金額為「0」也送審，應該是醫院端的誤傳，是媒體上傳的行政問題，建議可以參考健保局的 VPN 作法，可與媒體上傳交叉勾稽，在系統端就檔掉案件金額為「0」者。
4. 建議需要到「爭訟」階段的案件才送到爭審會即可，而不是任

何大小案件都全部往爭審會送，這個單位應該是最終的裁決者。

5. 其實爭審會要檢討制度設計機制，受訪醫院認為反而是最前端的健保核刪程序把關嚴謹一點，才可以減輕爭審會的負擔。只要前端的健保核刪制度設計完整、核刪標準明確且一致，如此一來爭議發生的機會就會比較小，醫院就不會想提爭審，所以要從根本源頭去改善才對。
6. 以媒體或連線方式申請爭議審議案件，這個部分我們知道但未採用，因為其實只有申請表格是用媒體上傳的，其他附件例如病例、檢驗檢查單張這些東西都還是只有紙本，既然都還是要送紙本，我們乾脆就一律都用紙本的方式，這個部分我們建議可以參照健保局的 VPN 上傳方式。而且，其實媒體申報對委員來說是一種負擔，平常紙本作業審查委員隨時要翻閱都很容易，若用電子檔給委員進行審查反而麻煩。

### 第三節 期末研討會辦理成果

#### 一、期末研討會問卷施測成果

本研究依據合約辦理三場研討會，分別於北（11月26日，台北市立萬芳醫院）、中（11月30日，台中靜和醫院）、南（11月29日，高雄市立民生醫院）區辦理三場研討會，會中除了工作小組初步成果分享之外，尚包括相關議題演講以及開放式綜合座談（各場次活動議程詳如附件 24~26），並依據第四次專家會議決議，根據六家醫院深度訪談歸納之主要結論，另行設計「爭議審議發生原因與制度改善建議」之重要性問卷，於期末三場研討會進行問卷施測，期望透過與會來賓的評選，挑出亟待改善之

問題優先順序，以利本研究對於主管機關提供建言。期末研討會參與狀況、問卷施測與綜合座談結果依序分析如下表 12~14：

表 12 期末研討會與問卷施測概況

研討會日期	與會人數	問卷回收份數（回收率%）
11/26，北部場	50	32（64%）
11/29，南部場	65	42（64%）
11/30，中部場	45	33（73%）

表 13 發生原因部分之重要性排序一覽表

醫院提出爭議審議的原因	平均分數	排序
認為審查標準不一致	4.52	1
認為核定理由未考量病人特殊性	4.46	2
認為核定理由說明不夠詳盡	4.42	3
認為審查相關規範不夠周延	4.37	4
認為審查醫師不夠客觀	4.31	5
認為核定理由未考量機構特殊性	4.25	6
認為對核定理由不服	4.24	7
認為院方無明顯不當	4.2	8
爭議審議是醫院的權益，不提白不提	3.56	9
公立醫院因為行政制度設計的原因，必須提爭審才能完成院內核銷結案流程	3.29	10

備註：1分代表該理由「非常不重要」、2分代表該理由「不重要」、3分代表該理由「普通」、4分代表該理由「重要」、5分代表該理由「非常重要」，平均分數為所有填答者於該題項勾選分數加總再平均而得。

表 14 改善建議部分之重要性排序一覽表

對爭議審議制度之改善建議	平均分數	排序
建議前端的健保核刪制度設計更完整、核刪標準明確且一致，要從根本源頭去改善才對	4.71	1
建議審查委員不能由健保局單方指定，應該公開甄選，或由各方推薦名單（按醫院層級比例分配名額），之後用公開抽籤的方式選取	4.49	2
建議委員審查之後應該具名或簽署以示負責，否則委員大可隨意下判決	4.38	3
申請爭議審議案件的金額門檻，我們認為不應該設定門檻，因為是醫院的權益	4.16	4
有關制度設計，建議依現況與分局簽「簡化核付」包裹給付方案	4	5
爭審會對話窗口降低人員流動率，以利作業流程之順暢	3.82	6
建議需要到「爭訟」階段的案件才送到爭審會即可，而不是任何大小案件都全部往爭審會送，這個單位應該是最終的裁決者	3.66	7
贊成設立爭議審議案件金額門檻，例如以全國爭議審議案件，以醫院層級區分，再取其金額的中位數來做為一個門檻閾值	3.54	8



備註：1分代表該理由「非常不重要」、2分代表該理由「不重要」、3分代表該理由「普通」、4分代表該理由「重要」、5分代表該理由「非常重要」，平均分數為所有填達者於該題項勾選分數加總再平均而得。

依據上述重要性問卷分析，可以發現對於醫院來說，提出爭議審議案件的主要大原因依序為：1.認為審查標準不一致、2.認為核定理由未考量病人特殊性、3.認為核定理由說明不夠詳盡，此三大理由均為健保局核刪、申復等前端制度面的因素，特別是在「核定理由說明不夠詳盡」的部份，於三場研討會均有醫院代表反映，由於說明理由不夠詳盡，醫院很難判斷應該如何進行改善較為適切，顯示這個問題尚待解決的優先性與重要性。

## 二、綜合座談重要結果

### (一) 對於健保局制度設計方面之討論：

1. 案件的審查建議應回到案件合理性而不是着重在核減率。
2. 健保局核減理由不明確，通常都是病歷記載不詳。當案件較複雜時，應該更詳細的說明核減理由，否則一旦核刪理由過於簡略，醫院容易不服，因此產生爭議審議案件。
3. 審查醫師不一定是審查自己的專業，所以有一些用藥和治療是必要的但卻遭核刪。
4. 專業審查的部份一直都沒有對外說明的窗口，造成醫院和健保局沒有對等的窗口可以溝通，無法凝聚共識，也因此常常無法回應核減的理由。
5. 所謂爭訟案件才送爭審會的意見，應在詳加考慮，不能剝奪醫院送爭審案件的權利。
6. 健保局各區審查差異過大，例如同樣的案件狀況，在 A 醫院沒被

刪，在 B 醫院卻被刪，顯然執行標準不一致。

7. 施行 DRG 制度後，只要其中有一項不符規定就整套費用全刪，不符合制度精神。

(二) 對於醫院內部管理機制之討論：

1. 建議醫院可以針對年輕新進醫師，進行健保相關規則、制度的在職教育，定期更新相關規則之訊息，讓醫師了解應該如何面對專業審查。
2. 醫院端的後線稽核很重要，可有效減少醫院端的申複量，此部份可透過資訊系統設限支付通則進行把關。
3. 針對院內臨床醫事人員的輔導很重要，可對醫師定期召開健保申報規則之說明會。
4. 專業審查的情形可能會造成醫師倫理的問題，因為醫師可能因為被刪減太多，造成下個月就不認真的書寫病歷，最後受害的還是病人。
5. 爭審會認為公立醫院的審查結果公文內容有所錯誤，而這個錯誤有時候是健保規則引用錯誤或是行政上的錯誤判斷，爭審會則請醫院與健保局溝通，審查資料（或公文）需要送回健保局再次修改造造成很多不便。
6. 如醫院有在健保局當審查醫師的可以善加利用，利用審查醫生對健保局進行反應。

(三) 對於整體爭議審議制度改善建議之討論：

1. 建議健保局應訂定審查醫師差異之可容許範圍，例如正負 3% 的差異，也就是說審查醫師的差異在一定範圍內的不一致是可以被接受的，反之，如果超過這個範圍就要被檢討。
2. 審查委員建議能更公平公開的讓更多人參與，。
3. 可以參考其他國家的審查制度，據知，有的國家的審查制度，主管機關除了核刪，還會幫忙檢視醫院是否有漏報的，若有就會提醒醫院要補報資料，這是一種比較好的良性互助循環。

#### 第四節 建立醫療爭議問題資料庫以利查詢及輔導

透過六家醫院深度訪談及期末三場研討會所收集之資訊，以及專家會議的討論，可以發現在權益案件的部份，爭審會網站已有機制提供查詢，而在醫療案件的部份，本研究建議可比照相同模式辦理，亦即列出多數醫療爭議發生的原因，若為明顯院方不當者，可逐條公布列出，周知醫院相同案由者，請勿再提爭議審議。

## 第五章 討論

根據本研究質性訪談與期末三場研討會所收集的成果，如前一章節所述，在醫院提出爭議審議案件的原因部分，包括：1. 認為審查標準不一致、2. 認為核定理由未考量病人特殊性、3. 認為核定理由說明不夠詳盡、4. 認為審查相關規範不夠周延、5. 認為審查醫師不夠客觀、6. 認為核定理由未考量機構特殊性、7. 認為對核定理由不服、8. 認為院方無明顯不當等因素，與過去楊志良（1997）、薛亞聖（1999）的研究結論相符。另外，值得一提的是，本研究針對公立醫院的行政作業，因為行政制度設計的原因，必須提爭審才能完成院內核銷結案流程，因此，公立醫院的爭議審議案件量佔總體案件量的絕大多數，導致每年爭議審議案件量居高不下的最主要原因，此為本研究相較於過去研究所得之新的結果。

在制度改善建議的部份，過去研究者所提出的建議包括：

1. 提高行政效率：楊志良（1997）的研究發現，所收集之一萬五千筆樣本中發現只有 39.6%於法定時限內完成審議，凸顯爭審會爭議審定之延遲現象。
2. 建立一套標準的審查機制：建議與健保局進行，相關病歷審查之標準化機制討論，建立雙方都有共識之審查標準後，公告給醫療機構知悉，以有效減少醫療審議案件的發生。
3. 提供完整審查理由：薛亞聖（1999）的研究中說明，大多數的醫院表示所收到的審定書中有註明理由，有些醫院認為所載之理由有參考的價值，但大多數的醫院都認為所註明的理由說明不夠詳細，使醫院不能完全明白被核刪的原因。
4. 建立爭審的門檻：應建立進入爭議審議程序的最低門檻，並公告給

醫療機構知悉。

5. 爭議審議制度的改善與政策建議(張玉霞、謝博生 2003)

- (1) 廢除爭議審議程序，回歸訴願程序體制；
- (2) 爭議審議程序取代訴願程序；
- (3) 強化貫徹當事人參與制度；
- (4) 以實證醫學為基礎、以倫理法律觀點為出發的模式繼續全面推動。

6. 建立以實證醫學為基礎之審議運作模式(楊培銘 2004)，其步驟如下說明：

- (1) 第一步：進行爭審案件之分類及篩選。執行此步驟的人員應以爭審會的案件承辦人為主。
- (2) 第二步：確認初步篩選出來的案件是否適合以實證醫學的模式執行爭審。執行此步驟的人員應該是由醫師、藥師、或其他相關的專業人員，目前在研究進行的過程當中，此步驟是由專科醫師來執行。
- (3) 第三步：將已被確認的案件之爭審問題轉化為合適執行實證之主題。目前在研究進行的過程中，此步驟是由專科醫師來執行，會中部分委員亦認為也可委請相關學會來進行。
- (4) 第四步：就擬定之主題進行文獻搜尋。建議由圖書館有此經驗之館員、年輕醫師、或是委由相關學會執行。
- (5) 第五步：文獻評讀及整理，並完成初稿。可請年輕醫師或相關專家來擬定初稿，建議可委由醫學會、醫學中心層級之相關專家進行，並提請醫策會提供配套措施加速進行之。文獻搜尋完成後接續進行的是文獻評讀的工作，交由年輕醫師來進行亦是

最佳的學習機會。

(6)第六步：初稿之審核及定稿。此部份應委請資深的醫師或專家來進行初稿之審核及定稿。

而本研究針對爭議審議制度面的改善，與過去研究者所提相似之處包括：1. 建議前端的健保核刪制度設計更完整、核刪標準明確且一致，要從根本源頭去改善才對；2. 建議審查委員不能由健保局單方指定，應該公開甄選，或由各方推薦名單（按醫院層級比例分配名額），之後用公開抽籤的方式選取；3. 建議委員審查之後應該具名或簽署以示負責，否則委員大可隨意下判決；4. 建議需要到「爭訟」階段的案件才送到爭審會即可，而不是任何大小案件都全部往爭審會送，這個單位應該是最終的裁決者。以上討論重點為本研究所收集之資料，對照過去研究者之發現相符程度頗高，然本研究團隊之立場亦認同以上發現，顯示制度面的改善實難一蹴可幾，從過去到現在的研究均有同樣的觀點，顯示問題仍待解決。

此外，本研究有別於過去研究的發現，包括 1.在健保制度設計方面，多數醫院建議依現況與分局簽「簡化核付」包裹給付方案；2.另外對於是否設定爭議審議案件的金額門檻，則有正反兩方的意見，多數醫院代表認為不應該設定金額門檻，因為是醫院的權益；3.少數醫院代表則認為贊成設立爭議審議案件金額門檻，例如以全國爭議審議案件，以醫院層級區分，再取其金額的中位數來做為一個門檻閾值，以減少行政資源的浪費。針對爭議金額門檻之設立，本研究團隊則認為應以「爭議費用」取代之，意即醫療機構要申請爭議案件，酌收行政處理費用，以減少不必要之爭議案件產生。

## 第六章 結論與建議

本研究於期末之際，分別於北、中、南區舉辦三場研討會，主要目的希望廣納各家醫院之意見，期望能提供更多改善建議回饋主管機關，透過個案醫院訪談及期末研討會所收集的資訊，本研究提出四項最受醫院代表重視的問題並研擬減少爭議審議案件之政策建言：

一、有關「審查標準不一致、醫師不客觀」，本研究建議對策如下：

1. 建立審查委員評鑑制度。
2. 審查委員徵選機制需完全公開透明。
3. 建議爭審會統計審查醫師爭審成功補付率高者，訂定一個參考指標，針對高於該指標的醫師加強教育訓練，提昇審查醫師共識。建議定期召開特定主題之共識營，例如：針對特定疾病或治療處置原則。
4. 建議健保局定期公布醫師用藥、處置等同儕資訊，讓所有醫院管理者了解所屬醫師在同儕中的執業狀況，若超過同儕過多（例如所開立的藥費為前 1% 高額者），則應加強審查，亦即將多數行政資源投注於重點問題案件之審查。

二、有關「核定理由說明不夠詳盡」，本研究建議對策如下：建議設立醫療專審專屬對話窗口，以供醫療院所即時諮詢。

三、有關「健保核刪制度應更完整與明確」，本研究建議對策如下：

1. 建議減少由行政把關核刪程序。
2. 落實正確且合理之核刪。

四、有關「公立醫院由於行政制度之故，必須提出爭議審議方能銷帳結案」，本研究建議對策如下：

1. 建議修訂相關法令規章。
2. 建議可採分區「包裹式給付」，在一定比例範圍內可免除申複，如此一來可以減少一部分的案件量，剩下的再提爭議，亦即強化小總額，在該範圍內就不需再核刪，可解決公立醫院會計制度的問題。

總結來說，仍得從健保核刪制度開始把關，方能減少爭議審議案件的發生，未來將有賴醫院、學界、政府機關的跨領域協調與配合，讓制度更加完善。

## 研究限制

### 一、量性研究部分：

本研究因考量爭審案件與個人資料保護之因素，爭審會僅能提供部分未具相關背景資訊之審定資料(無審定理由及院所資料等)。另因健保核刪案件，健保局均未能提供予研究團隊，使得雙方(爭審會與健保局)資料無法串連，故無法直接由量性資料分析得知爭議審議案件之發生原因，但本研究仍盡力由質性深度訪談、期末三場研討會多方收集醫院代表所陳述之一手資料，作為後續政策研議之參考建議。

### 二、質性研究部分：

受限於計畫期間與經費考量，本研究僅針對健保 6 個分區各挑選一家醫院代表進行深度訪談，代表性與外推性有待商榷，因此於期末研討會再度發放問卷進行施測，期望能使研究結果更加豐富。



## 參考文獻

1. 吳凱勳, 陳雲中, et al. 公務人員出國報告：日本健康保險行政救濟制度及實施現況，行政院衛生署，2001。
2. 胡惠德：全民健保爭議審議七年回顧與展望。臺灣醫界 2002，45(6)。
3. 張玉霞、謝博生：我國爭議審議制度之改善與政策建議。Formosan J Med 2003，7(5)：736-914。
4. 張道義：全民健保醫事服務機構特約管理及爭議解決制度之研究。行政院衛生署，2003。
5. 章殷超：全民健康保險醫療服務審查問題之探討。Formosan J Med 2003；7(1)：104-114。
6. 黃月桂：中央健保局住院醫療服務及專業審查之評估研究，台北市，1998。
7. 黃運湘：全民健康保險案件爭議審議程序之研究。法律學系碩士班公法組，東吳大學，碩士，2006。
8. 楊培銘：建立以實證醫學為基礎之審議運作模式及成效評估。台灣醫學會，2004。
9. 蔡茂寅：各國健康保險制度保險人與保險醫事服務機構之法律問題研究。行政院衛生署，2000。
10. 蔡維音：社會國之法理基礎，2001。
11. 薛亞聖：全民健保爭議審議醫療案件發生原因與其影響因素之探討。中華民國公共衛生學會，1999。
12. 謝博生：醫療爭議審議與醫療品質改善。台灣醫學 2002；6(6)：915-919。
13. 楊志良：全民健康保險爭議審議制度與案件發生之初步探討。中華民國公共衛生學會，1997。
14. 楊志良：行政院衛生署八十五年度委託研究計畫 1996。
15. 曾榮盛：日本社會保險制度概要，台閩地區勞工保險局編印，1986。

## 附件 1

# 行政院衛生署 99 年度委託「全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」計畫

## 第一次專家會議會議記錄

時間：九十九年五月三日（星期一）上午 10:00~12:00

地點：第三會議室

主席：呂嵐欽副院長

紀錄：王芷萱

出席人員(職稱敬略)：李佳珂、留麗香、林小娟、李宏昌、林金龍、林玲珠、陳富滿

請假人員(職稱敬略)：陳星助、周思源、林富滿、白冠壬、吳建志、林家偉、陳振文、黃銘德、楊育正

壹、 主席致詞(略)

貳、 報告事項

計畫簡報

參、 提案討論

提案一：有關本計畫切入觀點、研究問題之方向，提請討論。

專家意見彙整：

A 專家：

1. 建議執行本計畫：

- (1) 首先第一步歸納出「絕對不會補付的爭議理由和原因」，並公告進行爭議審議案件的最低標準。
- (2) 第二，再找出應該進行爭議也應被補付的案件，要求健保局之後類似的案件不應再核刪。
- (3) 第三，將無法歸納的案件，則由審查醫師和主治醫師自行主觀判斷。
- (4) 最後，將歸納出的兩大類後，進行產生並設計相關的配套措施，例如：將不應該進行爭議卻一直參加爭議的醫療院所公布，警示此行為

是在浪費公共財。

## 2. 相關單位的角色定位：

(1) 爭審會：若能公告爭議審議案件的最低標準，也能讓醫療院所在進行爭審時有依據可循，進一步可以影響第一線人員的醫療行為，促進醫療品質的進步。

(2) 健保局：可以加強因為醫師審查的自主錯誤，減少後續的行政成本浪費；可對屢勸不聽的醫療院所審查進行收費；相對地若是健保局行政錯誤的部份，則請健保局付費。

### B 專家：

1. 醫師在藥品使用上因人而易，有許多被刪的案件都是處於能用與不能用的灰色地帶，爭審會應該要訂定標準讓醫療機構知道進行爭審的標準。
2. 將案件分成三大類將更有助於醫師之間的溝通。

### C 專家：

1. 應該要補付的案件數可能遠少於絕對不補付的案件。
2. 行政錯誤的案件在爭審案件中也不在少數，為了兩元的案件浪費兩千元的審查醫師費，是一種浪費行政費用的行為，本計畫也應該要歸納整理。

D 專家：駁回的案件，有絕大部份是根本不應該進行爭議的案件，而審查的基礎點是現有的審查注意事項和適應症，歸納被駁回案件的原因後，應提至研討會討論，然後由本計畫的專家半主觀決定出不應該進行爭議的案件，再透過這些案件的歸類後，定出標準。

決議：同意，首先依回顧的方式將案件分成三大類，再依專家建議原則執行本計畫案。

- ✓ 第一類 絕對不補付的案件（駁回）。
- ✓ 第二類 醫師判斷、審查案件。
- ✓ 第三類 應該要補付的案件（撤銷）。

**提案二：**有關本計畫的統計分析資料需求之界定，提請討論。

說明：需爭審會提供之分析資料的格式及需求，提請討論。

**決議：**

1. **資料期程：**98 上半年度（一月到六月），不管案件的月份，只要爭審會有核定的案件，不管是否為補報案件。

2. **資料來源：**西醫總額（總額佔 70%），排除中醫、洗腎、西醫基層與牙醫。

3. **資料分析：**

(1)撤銷分類成：第一種為審查醫師也認為是合理的案件。

第二種為健保審查錯誤的案件。

(2)案件分類完後可以整理出爭議的原因，後續可提至研討會討論。

(3)請爭審會提供案件資料後，利用撤銷理由和駁回理由分類，再將專家分組，專家依科別或是層級別審查案件。

(4)由研究單位設計統一的格式，讓專家能有統一的格式填寫案件意見，之後匯集回研究單位。

4. **研究回饋：**

(1)部份駁回部份撤銷的案件可將案件提出討論。

(2)計畫案之書寫將依爭審會的角度，表達爭審會如何看爭議案件。

(3)本計畫之**建議一**：健保申覆應該電子化，如此一來可以提升爭審的效率。

**肆、 散會(PM 12:00)**

## 附件 2

# 行政院衛生署 99 年度委託「全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」計畫

## 第二次專家顧問書面會議記錄

日期：99 年 7 月 7 日 星期三

主持人：呂嵐欽副院長

紀錄人：王芷萱

回覆者(職稱敬略)：周思源、陳星助、李佳珂、林富滿、留麗香、白冠

壬、吳建志、李宏昌、林小娟、林金龍、林玲珠、林家偉、陳振文、陳富

滿、黃銘德、楊育正

### 壹、工作報告（報告人：王芷萱）

- 一、 提供給爭審會之資料需求表已 5 月 26 號完成。
- 二、 文獻收集三大主題分別為爭審制度流程以及相關文獻、回顧爭審發生率研究的文獻結果、其他國家之爭審改善制度。
- 三、 爭審會所提供之資料業已於 6/23 收到，目前正在進行整理，等整理完後，將分配給專家審閱。

### 貳、議程

提案一：專家審查案件用之專家意見回覆單業已設計完成，提請討論。

決議：核准，同意本案。（註：核准同意本案者 16 有票，不同意者有 0 票，0 票未投；因超過半數委員同意，故同意核准本案。）

☆專家意見綜述如下：

1. 分類不佳，宜由有實務經驗之委員再加以審閱。
2. 建議審查單應增加「補齊相關申報資料或病歷或佐證資料」欄位。
3. 建議審查單新增：「依病歷記載及臨床判斷可以給付或可以部份給付」欄位。
4. 建議判斷依據部分，每一各答案都是單一性質且具體，以便於日後進行 SAS 或是 SPSS 等資料分析進行。

5. 專家回覆單中應有機制可提供斟酌健保使用規定，以使此規定依當代醫療新知，與時俱進。

**提案二：針對本計畫案案件分析之進行方式，提請討論。**

說明一：由爭審會提供的資料，目前經林金龍執行長之建議，將先把 data 與藥品使用規定、支付標準和審查注意事項進行比對，只留下與以上項目相符的案件。

說明二：整理後之案件，將分配提請專家審閱。

建議辦法：由工作小組將案件依林執行長之建議且彙整完後，則以隨機抽樣方式進行平均分配給各位專家審閱。

**決議：核准，同意本案。(註：核准同意本案者 15 有票，不同意者有 1 票，0 票未投；因超過半數委員同意，故同意核准本案。)**

☆專家意見綜述如下：

1. 應再確認案件分配量及時效。
2. 建議直接由專家比對審查的內容進行勾選。
3. 可能要考慮迴避同科同儕審閱；但同科同儕的審閱，對案件之判斷應有較深入之理解，較容易上手審查，所以建議一個案件可考慮分給 2 or 3 位專家審查，可以再討論。
4. 專家審閱回覆單內容有屬行政錯誤或病歷部份，說明卻無涵蓋，故建議增加比對條件，如行政或病歷或其他

**提案三：個案醫院訪查相關事宜，提請討論。**

說明一：個案醫院之選擇標準，在爭審會所提供的名單中包含業務組別，醫院名稱、總件數、總金額、分組案件佔率、分組金額佔率。

說明二：根據計畫案原先的計畫，將以上述之標準在各業務組中各選一家醫院，共六家。

決議：核准，同意本案。以分組案件佔率為選取基準，所選各組醫院名單如下：

組別	醫院名稱
台北業務組	行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院
北區業務組	通霄光田醫院[原慈暉醫院]
中區業務組	員生醫院
南區業務組	陽明醫院
高屏業務組	高雄市立民生醫院
東區業務組	財團法人佛教慈濟綜合醫院

註 1：經專家投票後，分組案件佔率 6 票，總金額 3 票，總件數 5 票，分組金額佔率 2 票。

註 2：核准同意本案者 14 有票，不同意者有 0 票，2 票未投；因超過半數委員同意，故同意核准本案。

☆專家意見綜述如下：

1. 建議勿用「訪查」之詞，應修改為「執行建議」，以免誤會。
2. 若訂定某條件以上選定一家，恐偏重於大型醫院，且各分組只選一家，恐代表性不足。若需訪查 6 家，建議依層級隨機抽選 2 家，可增加代表性。
3. 建請釐清執行方式。
4. 較能對不同領域作分析但亦應明白總件數。

### 附件 3

## 行政院衛生署 99 年度委託「全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」計畫 第三次專家書面會議

發文日期：99 年 09 月 29 日 星期三

發文者：王芷萱

主持人：呂嵐欽副院長

受文者(職稱敬略)：周思源、白冠壬、吳建志、林家偉、陳振文、黃銘德、楊育正陳星助、李佳珂、林富滿、留麗香、林小娟、李宏昌、林金龍、林玲珠、陳富滿

參、工作報告(報告人：王芷萱)

四、本計畫案於 8 月 26 日(四)至爭審會進行期中會議審查，因審查委員對本計畫案仍有些疑異，故預訂於 10 月 1 日(五)再次進行複審。

五、業已於 8 月 21 日正式發文邀請六家個案醫院進行訪談，截自至今六家醫院都已同意接受。

六、爭議審議案件分析部分，因作業之問題，將改變分析的方式，目前正在進行最主要的駁回項目分析，將在醫令類和藥品類各找出主要因素，後再提請專家討論。

肆、議程

提案一：個案醫院訪談問卷內容擬進行專家效度，提請討論。

說明一：擬於九月底，陸續開始進行六家個案醫院之訪談。設計如下：



1. 訪談時間：30 分鐘/家
2. 問卷設計：開放性問題
3. 問卷題數：七題

說明二：初步擬定訪談問卷內容（詳如附件一），提請核閱。

**提案二：擬事先調查第四次會議時間，呈請 鈞長惠覆。**

說明一：第四次會議主題有二大主軸，一為個案醫院訪談成果報告；另，依研究計劃規劃，進行研討會議題之選定。

說明二：會議時間：待定，以多數決決議，請各位專家勾選您方便出席的時間。

日期/時間	10/14(四) AM10:00-12:00	10/15(五) AM10:00-12:00	10/20(三) AM11:30-PM13:30
請勾選 (可複選)			

☆總審查結果（請於 10 月 4 日（一）前將本頁回傳，傳真 02-2933-5221 王芷萱小姐收）：

案 由	決 議	委員建議（請勿空白）
提案一	1. <input type="checkbox"/> 核准，同意本案。 2. <input type="checkbox"/> 不同意（註：請將意見回傳，以利修正）。	

★其他建議：

委員簽名：\_\_\_\_\_

## 附件 4

# 行政院衛生署 99 年度委託「全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」計畫 第四次專家會議記錄

發文日期：99 年 11 月 9 日 星期二

主持人：呂嵐欽副院長

與會者(職稱敬略)：白冠壬、吳建志、林家偉、林富滿、林小娟、林金龍

列席者：戴蘭祺、鍾佩樺

壹、報告事項（報告人：戴蘭祺、鍾佩樺）

一、研究計畫執行進度表。

**專家意見回應：**請依規劃加速進行。

**決議：**請依規劃加速進行。

二、個案醫院訪談執行進度報告：目前已完成 6 家個案醫院訪談，初步結論歸納如下：

1. 爭議審議案件發生原因分析：

- (1) 健保局因素：主要是前端制度設計問題，包括不合理的核刪過多、未考量病人與醫院特殊狀況、審查標準不一致、審查委員遴選機制不透明。
- (2) 醫院因素：認為這是醫院的權益，理當可以申請爭議審議。
- (3) 公立醫院因素：由於制度規定要走完爭審流程才能銷帳，導致公立醫院的核刪案件一定全部都要送爭議審議

程序，這個部分是爭審會案件量一直都很大的主因。

2. 對於爭議審議制度之改善建議：

- (1) 應該回到源頭檢討健保的核刪制度與流程，例如審查標準一致化、委員遴選的公平正當性。
- (2) 部分醫院認為應該設立爭議審議之案件金額門檻，金額過低的不移佔用行政資源與時間。

貳、提案討論

提案一：本計劃案期末研討會執行方案，提請討論。

專家意見回應：

林金龍：在發生原因分析的部份，建議依據 6 家醫院個別訪談的結果歸納出幾個類別，整理出來設計另一個簡單版的問卷，詢問該項原因的嚴重度（或重要性）排序，於研討會當天發放，如此一來我們可以知道哪些原因特別重要也特別嚴重。

林富滿：建議不要用傳統研討會的方式，即便來了一大堆聽眾，也是演講聽聽就散了，實質上的幫助並不大，倒不如採用幾個核心成員組成綜合座談會，將會有更多收穫。

**決議：**綜合林金龍、林富滿委員的建議辦理，期末研討會議程將分成三大主軸進行：

1. 全民健保爭議審議案件之現況與發生原因剖析。
2. 醫療機構爭議審議案件制度改善建議。
3. 綜合座談。

提案二：本計劃案擴大辦理醫院問卷調查施測，提請討論。

專家意見回應：

林家偉：第二階段問卷調查，建議縮小範圍，於研討會中直接發放與回收，這樣會比較聚焦且深入。

林金龍：同意林家偉委員的建議。

林富滿：同意林家偉委員的建議。

**決議**：如林家偉委員提議辦理。

## 附件 5

# 行政院衛生署 99 年度委託「全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」計畫 第五次專家會議記錄

發文日期：99 年 12 月 6 日 星期一

主持人：呂嵐欽副院長

與會者(職稱敬略)：林金龍、陳富滿、林玲珠、林小娟、白冠壬、吳建志、林家偉、李宏昌、陳振文、楊育正、黃銘德

列席者：鍾佩樺

壹、報告事項（報告人：鍾佩樺）

- 一、期末研討會執行狀況報告。
- 二、期末研討會問卷施測結果報告。

貳、提案討論

一、期末報告主要撰寫方向討論

1. 分析及評估改善方式並提供具體建議供衛生署政策參考：探討至少 3 至 5 種改善方式，建立減少爭議之處理模式（詳如附件三），提請討論。

### 專家意見回應：

陳振文：工作小組提案所列 3 至 5 種改善方式都很好。另外增加建議一點，建議健保局定期公布醫師用藥、處置等同儕資訊，讓所有醫院管理者了解所屬醫師在同儕中的執業狀況，若超過同儕過多（例如所開立的藥費為前 1% 高額者），則應加強審查，亦即將多數行政資源投注於重點問題案件之審查，而不是將許多行政資源耗費在不該爭審的案件中。

白冠壬：建議可採分區「包裹式給付」，在一定比例範圍內可免除申

可以減少一部分的案件量，剩下的再提爭議，亦即強化小總

林金龍：同意陳振文、白冠壬所提。

決議：綜合陳振文、白冠壬、林金龍委員的建議方向撰寫期末報告。

## 附件 6

# 行政院衛生署 99 年度「由全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」委託計畫 醫院訪談問卷

\_\_\_\_\_，您好：

非常感謝您撥冗接受我們的質性問卷訪談。本研究是行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會專案委託臺北醫學大學萬芳醫院進行 99 年度「由全民健保爭議審議案件探討全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制」計畫案，其主要目的希望能找出醫療費用爭議發生的原因及提出改善機制，以降低不必要之爭議，並避免浪費各方行政資源，提昇爭議審議品質，維護行政救濟權益。本研究問卷將針對醫院內負責爭審案件之主管收集意見，作為日後相關政策改進之參考依據。

本研究問卷屬於半開放式問卷，將由訪員直接面對面訪談，所收集之資料僅就學術研究及政策建議之用，將採不計名方式填答，絕不對外公開貴院資料，敬請放心填寫。再次謝謝您的協助！

計畫主持人：萬芳醫院副院長 呂嵐欽

99 年 10 月

### 問題一 發生原因部分

一、為瞭解全民健保醫療費用爭議審議案件之發生原因，以下各項問題請您依據實際瞭解狀況回答

(一)請問 貴院提供之醫療服務主要著重在那些科別或項目；其案件佔率約為\_\_%  
(請依您的經驗【或 貴院的核刪案件中】回答)？

<input type="checkbox"/> (1) 大內科系 項目：	<input type="checkbox"/> (2) 大外科系 項目：	<input type="checkbox"/> (3) 婦科系 項目：
<input type="checkbox"/> (4) 兒科系 項目：	<input type="checkbox"/> (5) 其他專科： 項目：	

(二)請問 貴院醫療費用爭議審議申請案件的性質；其案件佔率約為\_\_%？

1. 主要著重在那些科別或項目

<input type="checkbox"/> (1) 大內科系。 項目：	<input type="checkbox"/> (2) 大外科系 項目：	<input type="checkbox"/> (3) 婦科系 項目：
<input type="checkbox"/> (4) 兒科系 項目：	<input type="checkbox"/> (5) 其他專科： 項目：	

2. 主要著重在健保局以何種方式審查（如：程序審查、專業審查、事前審查、檔案分析等）之爭議？其案件佔率約為\_\_%？

(三) 請問 貴院被健保局核刪之醫療費用，申復後經複核核定仍不予補付者，一般是否會向爭審會提出爭議審議申請？並依您的經驗(或 貴院的核刪案件中)，回答醫療費用爭議案件產生的可能原因。

1. 全部都提出，其原因為何？其案件佔率約為\_\_%？請說明。

健保局因素

例如：健保局審查因素，其案件佔率約為\_\_%；健保給付制度設計問題，其案件佔率約為\_\_%；其他，請舉例說明：\_\_\_\_\_，其案件佔率約為\_\_%。

院方因素

例如：醫療院所診療因素，其案件佔率約為\_\_%；醫療院所管理問題，其案件佔率約為\_\_%；其他，請舉例說明：\_\_\_\_\_，其案件佔率約為\_\_%。

爭審會因素

例如：爭審會審查因素，其案件佔率約為\_\_%；爭審制度設計問題，其案件佔率約為\_\_%；其他，請舉例說明：\_\_\_\_\_，其案件佔率約為\_\_%。

備註：上述各類因素，可能的原因，例如：審查標準不一致、審查相關規範不夠周延、審查醫師不公正、核定理由說明不夠詳盡、核定理由未考量病人特殊性、核定理由未考量機構特殊性、對核定理由不服、認為院方無明顯不當…等。

2. 部分提出，部分不提出，其原因為何？其案件佔率約為\_\_%？請說明。

健保局因素：

院方因素：

爭審會因素：（如：爭審會有明確之審議原則—「申請人未於保險人初核、複核階段提出之病歷資料，於爭議審議階段始提出者，爭審會不予認定。」）

3. 不提出的原因為何？其案件佔率約為\_\_%？請說明。

健保局因素：

院方因素：

爭審會因素：

(四) 請問 貴院醫療費用爭議審議申請案件，經爭審會審定為「申請審議駁回。」後，一般是否會提起行政爭訟？

1. 全部都提起行政爭訟，其原因為何？請說明。

健保局因素：



院方因素：

爭審會因素：

2. 部分提起行政爭訟，其原因為何?請說明。

健保局因素：

院方因素：

爭審會因素：

3. 不提行政爭訟，其原因為何?請說明。

健保局因素：

院方因素：

爭審會因素：

(五) 以公立醫院為例，請問貴院遭健保局核刪並進行申複之醫療費用仍遭駁回者，院內流程如何進行核銷？

## 問題二 改善建議部分

二、為了讓現行爭議審議制度更加完善與適切，需先瞭解醫療機構之看法與改善建議，以下各項問題請您依據實際瞭解狀況回答：

(一) 本計畫案希望可以建立一套能幫助減少不必要之爭議審議申請案件量及簡化爭議審議程序的機制，請問您有何改善建議？(開放式作答，由訪員詳細記載)

(二) 爭審會為簡化人工作業及流程，以縮短審議時間，提升爭議案件審議效能，對申請門診、住診診療費用及事前審查案件爭議審議之保險醫事服務機構，提供以媒體或連線方式申請爭議審議，請問您：

(1) 不知道

(2) 知道，目前以此方式申請審議

(3) 知道，未以此方式申請審議，其原因為：

(4) 有何建議：

(三) 對於爭議審議申請案件，是否設定申請門檻?以金額(如：行政訴訟法第98條規定，訴訟費用指裁判費及其他進行訴訟之必要費用，由敗訴之當事人負擔。但為第一百九十八條之判決時，由被告負擔。起訴，按件徵收裁判費新臺幣四千元。適用簡易訴訟程序之事件，徵收裁判費新臺幣二千元。)、案件審查方式(程序審查、專業審查、事前審查、檔案分析…)、案件分類(如：01:西醫一般案件、A1:居家照護、B6:職災案件、C1:論病例計酬案件…案件)，或逕

行向行政法院提起給付訴訟，以縮短行政爭訟流程?或其他?您的看法如何?具體建議?(開放式作答，由訪員詳細記載)

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級：_____	權屬別：_____
2. 總床數：_____	
3. 每月平均門診人次：_____	
4. 每月平均住院人日：_____	
5. 每年平均申報案件量：_____	核減率：_____
6. 每年平均申複案件量：_____	補付率：_____
7. 每年平均爭議審議申請案件量：_____	爭審補付率：_____

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱：_____		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中 (職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所 (含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿_____年_____月		

**本問卷到此全部結束，非常感謝您撥冗填寫，敬祝萬事如意！**

## 附件 7：個案醫院訪談記錄

醫院代號：A

訪談日期：2010/10/28

訪談長度：30 分鐘

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科與大外科系，基本上我們醫院也只有內科與外科這兩大科，並沒有其他科別。在健保核刪案件的比率部分，大內科系佔了 60%，大外科系佔了 40%。
2. 在爭議審議申請案件的性質佔率，跟核刪的狀況一樣，大內科系佔了 60%，大外科系則佔了 40%。其中案件大多著重在健保局的專業審查部分為主。
3. 本院被健保核刪的醫療費用，補付率大約只有 10%，也就是說申請 100 元的案件，申復後健保局只核給 10 元左右。
4. 我們覺得爭議審議是醫院的權益，不提白不提，因此本院經健保核刪後申復仍然不通過者，100%（所有案件）都會提出爭議審議，
5. 想提爭議審議的原因：
  - (1) 我們認為因為被健保局核減的因素，導致我們想提爭議審議。
  - (2) 還有爭審委員的審查標準不盡相同。
  - (3) 也沒有考量不同機構的病人與機構的特殊屬性，像有些醫院本來重症病人就多，有些偏重於慢性疾病，用藥處置習慣都會不一樣，但是委員可能就統一觀點來評斷，並不公平。
  - (4) 有些申復被駁回的案件，我們覺得處置或用藥並沒有不當，實在不應該被核減，所以我們還是會想提爭議審議。

6. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，我們是不再提行政爭訟的，因為一旦進入法律程序，曠日廢時。

## 問題二 改善建議部分

1. 本計畫案希望建立一套可以幫助減少不必要的爭議審議申請案件量，其實這個所謂的「不必要的案件」本身就很有爭議，他的定義並不清楚，而且每個人主觀認定的不必要又不盡相同。
2. 有關爭議審議程序的機制，我們醫院承辦人在與爭審會窗口對話時，常常感覺對方其實不太清楚狀況，而且人員流動率似乎很高，常常前面講過的事情，後面變成換了承辦人，完全無法進入狀況得從頭來過，其實這樣對於爭審會是一個很大的負擔，對醫院來說作業也無法流暢，導致整個案件的流程會拖得很冗長。
3. 有關爭審會提供媒體或連線方式申請爭議審議，本院知道這個項目但並沒有實行，因為需要醫院端配合病歷電子化作業起來才會方便，而我們醫院的病歷電子化程度不夠，所以我們目前沒辦法用媒體申報的方式進行。
4. 有關爭議審議案件申請是否要設定門檻，我們認為不應該設立門檻，因為這是醫院的權益。就我們醫院而言是30床的小醫院，所以我們不論金額大小都會極力爭取，不過在中大型以上的醫院，他們大概就不會太在乎金額很小的案件，通常他們大約要\$200或\$500以上的金額案件才會想提爭議審議。

### 問題三 基本資料部分

#### 三、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u>	權屬別：
2. 總床數： <u>30 床</u>	
3. 每月平均門診人次： <u>3500 人次</u>	
4. 每月平均住院人日： <u>300 人日</u>	
5. 每年平均申報案件量： <u>33,000 件</u>	核減率： <u>30~40%</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>13,200 件</u>	補付率： <u>10~20%</u>
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>10,500 件</u>	爭審補付率： <u>不到 10%</u>

#### 四、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>課長</u>		
2. 性別： <input checked="" type="checkbox"/> (1) 男 <input type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>15</u> 年 <u>    </u> 月		

## 附件 8：個案醫院訪談記錄

醫院代號：B

訪談日期：2010/10/29

訪談長度：1 小時又 15 分鐘

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科與大外科系，在健保核刪案件的比率部分，大內科系佔了 20%，大外科系佔了 25%，其中大內科系又以一般內科為主，大外科系則以骨科為主。
2. 本院的爭議審議案件，一年在門診約有 1,700 件，住院約有 650 件。這跟一般常理有點違背，通常大部分的醫院是住院的案件會比較多。而本院會有相反的狀況，是因為在 97 年 9 月至 98 年 9 月，我們的內科住院被停約，所以才導致住院的爭審案件量變少。而爭審案件的科別來說，大內科系（一般內科）之案件佔率約為 28.3%，大外科系（骨科）則為 31.3%。
3. 在爭審案件中，大約都是健保局的專業審查為主，因為專業審查爭議比較大，各區的審查委員素質又不一致，醫師之間就算科別相同，也有不同派系的因素，導致主觀看法與習慣的用要處置方法都不盡相同。
4. 想提爭議審議的原因：
  - (1) 本院因為是公立醫院，因為行政程序制度的問題，使得我們不得不提爭審，所以我們被健保核刪後申復又不通過的案件，我們 100% 都會提爭審，因為向健保申請的醫療費用是應收帳款，如果被核減拿不回來的錢，那個部分就會變成呆帳，對公立醫院來說要

提爭審獲得一個被駁回的最終結果，我們才能結案，院內的核銷流程就以醫療折讓轉列流程作業。

(2) 對公立醫院來說，行政制度設計是導致爭審案件量龐大的主要來源，就是因為公立醫院有核銷的問題，所以才會有那麼多的案件送到爭審會去，造成爭審會相當龐大的負擔。

5. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，我們是不再提行政爭訟的，原因是院方的因素，由於政策因素，讓我們拿到爭審之後的結果就可以結案，所以不需要再往上提行政爭訟。

## 問題二 改善建議部分

1. 我們認為公立醫院是提出爭議審議案件的最大宗來源，因此應該要從行政制度的源頭去修改。
2. 有關爭審會提供媒體或連線方式申請爭議審議，本院知道這個項目而且也正在使用這個方式進行申請，我們認為這個方法很好。
3. 有關爭議審議案件申請是否要設定門檻，我們贊成設立門檻，例如以全國爭議審議案件，以醫院層級區分，再取其金額的中位數來做為一個門檻閾值，而不是一點小金額也要送爭審，這樣對醫院的行政作業其實也是一種負擔。
4. 案件金額為「0」也送審，應該是醫院端的誤傳，是媒體上傳的行政問題，建議可以參考健保局的 VPN 作法，可與媒體上傳交叉勾稽，在系統端就檔掉案件金額為「0」者。
5. 建議需要到「爭訟」階段的案件才送到爭審會即可，而不是任何大小案件都全部往爭審會送，這個單位應該是最終的裁決者。

6. 其實爭審會要檢討制度設計機制，我認為反而是最前端的健保核刪程序把關嚴謹一點，才可以減輕爭審會的負擔。只要前端的健保核刪制度設計完整、核刪標準明確且一致，如此一來爭議發生的機會就會比較小，醫院就不會想提爭審，所以要從根本源頭去改善才對。
7. 我們感覺爭審會的組織、人力流動頗大、窗口不定，舉例來說：以前我們同樣一個住院案件會直接對某一個固定的窗口，現在反而都被拆解了，同時要對很多窗口，醫院端有點混淆了。
8. 另外一個問題是，爭審會的結案速度太慢，未能配合公立醫院年度結算的進度，所以會造成結算進度落後，績效獎金核發會延遲。





## 附件 9：個案醫院訪談記錄

醫院代號：C

訪談日期：2010/11/02

訪談長度：1 小時又 30 分鐘

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科與大外科系，健保核刪案件佔率約為 90%。
2. 本院的爭議審議案件佔率為 95%，其中大內科系與大外科系的比例約為各半（50%）。並且大多為專業審查（95%），另 5%為事前審查。
3. 各階段的核付狀況舉例來說，以核磁共振為例，在健保初審時 100%全刪，後來申復要回 50%，到了爭議審議階段再要回 25%，意思就是說整體而言要回 75%，那意味著何必在一開始 100%全刪呢？刪了之後又要用更多的行政資源與時間來討價還價，然後再給醫院錢，這樣非常浪費時間與行政成本。
4. 本院並非所有案件都提爭審，我們採取部分提出爭審，而想提出的原因包括：
  - (1) 院方因素：因為有些被核刪的理由，醫院也知道處於灰色地帶，如果再申請爭議可能也不會過，這個部分我們就會直接放棄。另外一個部分是因為金額太小了，我們就會想說算了不要提了。
  - (2) 爭審會因素：我們認為審查委員之間的標準並不一致、核定理由說明不夠詳盡、核定理由未考量病人特殊性。
5. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，我們是不再提行政爭訟的，因為

太麻煩了，也太浪費時間與成本。

## 問題二 改善建議部分

1. 在制度設計的部分，我們建議審查委員不能由健保局單方指定，應該公開甄選，或由各方推薦名單（按醫院層級比例分配名額），之後用公開抽籤的方式選取，而不是健保局自己單方面的作業就決定委員名單，簡單來說就是應該檢討審查委員的聘任制度。
2. 委員審查之後應該具名或簽署以示負責，否則委員大可隨意下判斷而不需要負責，就如同法官判人死刑，也要讓被告知道他是被誰判死刑的。
3. 審查委員事前雖然有共識會議，但是後來在執行面，委員通常還是依照自己的主觀判斷去決定一個案件的通過與否，所以後來爭審會才改成要2個委員都審閱過並且意見一致該案件可以通過，才能做最後定奪。
4. 建議健保局不要再行政流程上有過多干預審查的動作。
5. 以媒體或連線方式申請爭議審議案件，這個部分我們知道但未採用，因為其實只有申請表格是用媒體上傳的，其他附件例如病例、檢驗檢查單張這些東西都還是只有紙本，既然都還是要送紙本，我們乾脆就一律都用紙本的方式，這個部分我們建議可以參照健保局的VPN上傳方式。而且，其實媒體申報對委員來說是一種負擔，平常紙本作業審查委員隨時要翻閱都很容易，若用電子檔給委員進行審查反而麻煩。
6. 有關是否設定申請爭議審議案件的金額門檻，我們認為不應該設定門檻，因為這是醫院的權益。



## 附件 10：個案醫院訪談記錄

醫院代號：D

訪談日期：2010/10/24

訪談長度：30 分鐘

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系，主要的科別有心臟內科、內分泌科、腸胃內科，其中健保核刪案件佔率約為 41%。
2. 本院的爭議審議案件佔率約為 40%，其中大多為骨科、外科、神經外科。
3. 本院是所有案件都提爭審，其中我們覺得健保局的審查因素佔了 90%，原因包括：
  - (1) 核定理由與核減項目不符。
  - (2) 未考量病人特殊性。
  - (3) 未考量醫院特殊性。
  - (4) 對核定理由不符。
  - (5) 非專科醫師審查。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟。
5. 以本院為例，遭健保局核刪的費用，我們會製作核減報表，依科別、醫師別、費用別，呈報並簽財務室。

### 問題二 改善建議部分

1. 目前本院知道以媒體或連線方式申請爭議審議的方式，我們目前就是採用這種方式。
2. 有關制度設計，建議依現況與分局簽「簡化核付」包裹給付方案。

### 問題三 基本資料部分

#### 五、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>醫學中心</u> 權屬別： <u>東區分局</u>
2. 總床數： <u>921</u>
3. 每月平均門診人次： <u>51,885 人次</u>
4. 每月平均住院人日： <u>23,035 人日</u>
5. 每年平均申報案件量： <u>778,300 件</u> 核減率： <u>3.4%</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>1,100 件</u> 補付率： <u>45%</u>
3. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>400 件</u> 爭審補付率： <u>5.7%</u>

#### 六、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>組長</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input checked="" type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>10</u> 年 <u>    </u> 月		

## 附件 11：個案醫院訪談記錄

醫院代號：E

訪談日期：2010/10/28

訪談長度：30 分鐘

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系與大外科系。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科與大外科兩個來源，大部分都是健保局的專業審查。
3. 本院是 99% 案件都提爭審，其中我們覺得有關爭審會的部份，爭審會是獨立機構，希望能有不同醫師再審。少部分不提爭審的案件，是經過本院醫師同意後不再提爭審。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為考量爭訟成本較大。
5. 以本院為例，遭健保局核刪的費用，我們需要載明原因呈報壞帳，經行政副院長簽核後始可核銷。

### 問題二 改善建議部分

1. 目前本院知道以媒體或連線方式申請爭議審議的方式，但目前並未採用。
2. 有關設定爭議審議案件金額門檻，我們不贊成。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u> 權屬別：
2. 總床數： <u>一般病床 94，ICU：10，RCWL 24</u>
3. 每月平均門診人次： <u>50,000 人次</u>
4. 每月平均住院人日： <u>3,106 人日</u>
6. 每年平均申報案件量： <u>住院 7,389 件 門診 570,981 件</u> 核減率： <u>9.7%</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>1,100 件</u> 補付率： <u>45%</u>
3. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>400 件</u> 爭審補付率： <u>5.7%</u>

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱：		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿_____年_____月		



## 附件 12：個案醫院訪談記錄

醫院代號：F

訪談日期：2010/11/8

訪談長度：40 分鐘

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系、大外科系、婦科系、兒科系以及其他專科。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科系、大外科系、婦科系、兒科系以及其他專科，且大部分都是健保局的專業審查。
3. 本院是所有案件都會提爭審，我們主要覺得問題是在健保局的部份，包括：審查標準不一致、審查相關規範不夠周延、審查醫師不公正、核定理由說明不夠詳盡、核定理由未考量病人特殊性&機構特殊性、院方對核定理由不符、認為院方無明顯不當。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為該類案件無明確的定義，不十足把握獲勝，而且行政成本高通常醫院會吞下來。
5. 遭健保局核刪的費用，我們會依行政程序法核銷。

### 問題二 改善建議部分

1. 爭審會統計審查醫師爭審成功補付率高者，訂定一個參考指標，針對高於該指標的醫師加強教育訓練，提昇審查醫師共識。
2. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院知道也採這種方式，不過建議

擴充上傳檔案資料庫。

3. 對於爭議審議制度改善之建議，本院建議：
- (1) 設定爭議審議金額門檻的部份，本院建議不能設限金額或案件。
- (2) 應加強核減的明確理由，避免不必要的申復及爭審。
- (3) 若申復及爭議成功案件，應增加給付，例如乘以 1.2 倍給付，不足其行政成本；相反地，很明確不能申復的案件，應收取費用。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>醫學中心</u>	權屬別：
2. 總床數： <u>小於 1000 床</u>	
3. 每月平均門診人次： <u>8 萬~10 萬人次</u>	
4. 每月平均住院人日： <u>3 萬~4 萬人日</u>	
7. 每年平均申報案件量： <u>120 萬件</u> 核減率： <u>5%</u>	
6. 每年平均申復案件量： <u>2,000 件</u> 補付率： <u>35%</u>	
4. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>1,800 件</u> 爭審補付率： <u>10%</u>	

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>組長</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>20</u> 年 <u>    </u> 月		

## 附件 13：第二階段醫院問卷調查（G 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系、大外科系、婦科系、兒科系以及其他專科。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科系、大外科系、婦科系、兒科系以及其他專科，大多以專業審查與事前審查為主。
3. 本院是多數案件都會提爭審，我們主要覺得問題是在健保局的部份，包括：審查標準不一致、審查相關規範不夠周延、對核定理由不服、核定理由未考量病人特殊性、認為院方無明顯不當等原因。少部分不提爭審的原因則是院方自認有疏失。

### 問題二 改善建議部分

1. 建議健保各分局建立醫師審查品質查核機制，作為聘用之參考。
2. 加強審查共識會議。
3. 提昇審查品質。
4. 勿以政策與核減作為審查的目標。
5. 有關以媒體或連線方式申請爭議審議案件，本院知道也採用此方式，在此有下列幾點建議：
  - (1) 審查由核減、申復到爭議應全面以電腦化方式處理，方便進行數據統計（配合實體病歷）。
  - (2) 資料庫檔案資料上傳上限為 200 件，不符效益，應擴充資料庫。
  - (3) 爭議駁回理由未詳細說明，無法得知原因。
6. 有關設定爭議審議案件金額門檻，本院有以下建議：



## 附件 14：第二階段醫院問卷調查（H 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系、大外科系、兒科系以及其他專科，主要被核刪的項目包括藥品費、CT&MRI 費用、病房費等。
2. 本院的爭議審議案件大多分屬於其他各專科，且大部分都是健保局的專業審查。
3. 本院是所有案件都會提爭審，原因為：
  - (1) 在健保局的因素方面：健保局有一定核減比例，絕對不全額補付。
  - (2) 在醫院的因素方面：在醫院立場醫療費用之產生，一定會請醫師完成爭議書寫。
  - (3) 在爭審會的因素方面：因申復與爭議為不同機構，醫師審查標準未必一致，則有補付機會。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為費用昂貴且耗費人力，尚待考慮中。
5. 遭健保局核刪的費用，我們會依院內公文簽核程序辦理。

### 問題二 改善建議部分

1. 爭審過程至結案時間過程冗長，是否可縮短時程，流程例如：爭審會之爭審案件結束→發文給院所，但書面案件資料再送回健保局，待健保局彙整處理後→發文核定與書面資料→至各院所。
2. 另爭審會告知：補件資料至申復後，可參考依據，但於爭審時再做新資料補附件，將不予採納，於情理法不合，爭審作業亦是一個申復的

管道，希望再做新資料補件。

3. 有關以媒體或連線方式申請爭議審議，本院知道此方法但未採用，因為系統尚未穩定，院內也無建置。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>未填答</u> 權屬別： <u>未填答</u>
2. 總床數： <u>未填答</u>
3. 每月平均門診人次： <u>未填答</u>
一、    4. 每月平均住院人日： <u>未填答</u>
8. 每年平均申報案件量： <u>未填答</u> 核減率： <u>未填答</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>未填答</u> 補付率： <u>未填答</u>
4. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>未填答</u> 爭審補付率： <u>未填答</u>

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>行政人員</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他_____歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>10</u> 年 <u>3</u> 月		

## 附件 15：第二階段醫院問卷調查（I 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系、大外科系以及 RCW。
2. 本院的爭議審議案件大多集中於骨科，特別是骨材事前審查佔最大宗。
3. 本院多數案件都會提爭審，我們主要覺得問題是在健保局的部份，核定理由未考量病人特殊性。而少數不提出爭審的案件，原因為本院自己知道行政作業有疏失。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院知道這種方式，但並未採用，原因是爭議案件不多。
2. 爭議審議委員會之委員，必須立場更超然較為妥適。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u> 權屬別：
2. 總床數： <u>260 床</u>
3. 每月平均門診人次： <u>13000 人次</u>
4. 每月平均住院人日： <u>3700 人日</u>
9. 每年平均申報案件量： <u>400 件</u> 核減率： <u>0.02%</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>10 件</u> 補付率： <u>0%</u>
3. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>10 件</u> 爭審補付率： <u>0%</u>

二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>副組長</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 _____ 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>8</u> 年 _____ 月		

**附件 16：第二階段醫院問卷調查 (J 醫院)**

**問題一 發生原因部分**

1. 本院提供之醫療服務主要著重在眼科。
2. 本院的爭議審議案件大多為眼科，且大部分都是健保局的專業審查。
3. 本院是所有案件都會提爭審，在健保局的部份，原因為核減率依醫療費用成長率而定，非專業內容實在不妥，而且核定理由不詳盡、醫師審查標準不一致。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為不符行政成本效益。
5. 遭健保局核刪的費用，原核減已有預留金額，待各項補付後沖銷，爭議駁回後，帳務則完結。

**問題二 改善建議部分**

1. 爭審回覆時間過長，短則半年，長則一年。



2. 應針對健保局核減方向（審查標準一致）討論，才能減少爭議量。
3. 對於公立醫院全部爭議，若是原已錯誤的案件（不該爭議的案件），需有機制，才不會增加爭議案件量。
4. 有關以媒體或連線方式申請爭議審議，本院不知道有此方法。
5. 有關是否設定爭議審議案件金額門檻，我們認為應該不是設定金額門檻的問題，而是明顯有錯誤的案件還是申請爭議審議的機制需要把關，這樣才能減少爭議量，問題的根源還是需要回歸到健保局的審查制度問題。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u> 權屬別： <u>中區業務組</u>
2. 總床數： <u>20</u> 床
3. 每月平均門診人次： <u>6500</u> 人次
4. 每月平均住院人日： <u>20</u> 人日
5. 每年平均申報案件量： <u>78000</u> 件  核減率： <u>10%</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>200</u> 件  補付率： <u>2%</u>
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>150</u> 件  爭審補付率： <u>小於1%</u>

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>申報組員</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他_____歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>20</u> 年 <u>    </u> 月		

## 附件 17：第二階段醫院問卷調查（K 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科系，且大部分都是健保局的專業審查。
3. 本院是所有案件都會提爭審，我們主要覺得問題是在健保局的部份，對於核定理由未考量病人特殊性，在醫院原因部分，我們是認為對核定理由不服。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為考量行政時間與成本。
5. 本院遭健保局核刪的費用，我們會篩選爭議後較可能獲得補付的案件，再提交主治醫師處理進行爭議。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關以媒體或連線方式申請爭議審議，本院知道此方式但未採用，因為資訊系統未建置。
2. 部分案件遭核減，理由不具公信力，如爭議申請需以金額來規範，對醫院端來說有失公平。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u>	權屬別： <u>台北分局</u>
2. 總床數： <u>159 床</u>	
3. 每月平均門診人次： <u>5000 人次</u>	
4. 每月平均住院人日： <u>2900 人日</u>	
5. 每年平均申報案件量： <u>54267 件</u> 核減率： <u>9%</u>	
6. 每年平均申復案件量： <u>250 件</u> 補付率： <u>1.5%</u>	
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>210 件</u> 爭審補付率： <u>5%</u>	

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>病歷室組長</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 _____ 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 _____ 年 <u>6</u> 月		



<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他_____歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿_____10_____年_____月		

## 附件 19：第二階段醫院問卷調查 (M 醫院)

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系，多數核刪案件為呼吸照護住院費用，在爭議審議案件的情況也相同，且大部分都是健保局的專業審查。
2. 本院大約 80% 案件會提爭審，我們會回歸到主治醫師判斷勾選是否要提出爭議。剩下 20% 不提出爭審的原因是經主治醫師判斷，按以往爭議經驗成功案例數較少，所以挑案件類別爭議。
3. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟。
4. 遭健保局核刪的費用，本院在健保收入有提撥一部分做為核減準備金。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院知道但未採用這種方式，因為本院爭議案件數少，且仍希望留有紙本，所以目前仍以書面方式送件。
2. 對於是否設定爭議審議案件金額門檻，本院認為不應該設限，因為若

是走到爭議審議階段，代表原來的核刪不合理，既然不合理院方就應該有權利以原金額點數進行爭議才合理。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u>	權屬別： <u>台北分局</u>
2. 總床數： <u>87床</u>	
3. 每月平均門診人次： <u>200人次</u>	
4. 每月平均住院人日： <u>1700人日</u>	
5. 每年平均申報案件量： <u>55000件</u> 核減率： <u>2%</u>	
6. 每年平均申復案件量： <u>60件</u> 補付率： <u>60%</u>	
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>30件</u> 爭審補付率： <u>5%</u>	

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>未填答</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他 歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>12</u> 年 <u>    </u> 月		

## 附件 20：第二階段醫院問卷調查（N 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系，核刪案件以門診藥品費用與住院呼吸照護費用居多。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科系，在門診的部份以檢驗費用為主，住院的部份以 RCW 定額給付為主，且大部分都是健保局的專業審查。
3. 本院是多數案件都會提爭審，我們認為在健保局的部份，專業審查醫師對於非專業項目無法做正確且客觀的審查、核定理由說明不夠詳盡、審查時未考量病人特殊性。少數案件不提出爭審，是因為醫院自認有行政疏失。
4. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為對於申復、爭議已無補付機會，所以對於專業審查醫師失去信心，故不提出爭訟。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院不知道這種方式。
2. 對於爭議審議制度改善之建議，本院建議不應設定爭議審議金額門檻

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u>	權屬別： <u>台北分局</u>
2. 總床數： <u>44 床</u>	
3. 每月平均門診人次： <u>2260 人次</u>	
4. 每月平均住院人日： <u>431 人日</u>	
5. 每年平均申報案件量： <u>門診 27120 件，住院 275 件</u> 核減率： <u>門診 1.5%，住院 1%</u>	
6. 每年平均申復案件量： <u>門診 100%，住院 100%</u> 補付率： <u>門診 13.41%，住院 45.45%</u>	
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>門診 100%，住院 100%</u>	
8. 爭審補付率： <u>門診 7.5%，住院 30.73%</u>	

#### 二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>病歷管理師</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他_____歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>15</u> 年 <u>    </u> 月		



## 附件 21：第二階段醫院問卷調查（O 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系，主要核刪案件為呼吸照護，爭議審議案件情況也相同，且大部分都是健保局的專業審查。
2. 本院是多數案件都會提爭審，原因包括專業審查醫師對於非專業項目無法依照專業及客觀的審查做判斷，且未考量機構之間的特性，而是以核減使醫院不成長，做為方便控管的目標。部分不提出是因為院方行政上的疏失。
3. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，經由申復、爭議皆未能成功，大多不再提起行政爭訟，太過於耗時費力。
4. 遭健保局核刪的費用，我們院內直接核銷，當成核減。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院知道但未採這種方式，因為院方仍然希望留有紙本，以供查核。

### 問題三 基本資料部分（無填答）

## 附件 22：第二階段醫院問卷調查（P 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系、大外科系、婦科系、兒科系以及其他專科。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科系、大外科系、婦科系、兒科系以及其他專科，且大部分都是健保局的專業審查以及事前審查。
3. 本院是所有案件都會提爭審，我們主要覺得問題是在健保局的部份，包括：審查醫師未考量臨床病人的個別性、對核定理由不服。在醫院方面的因素包括醫師之醫囑無明顯不適宜。少數不提出爭議的則是因為醫院未能遵從健保規範。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院知道但未採這種方式。

### 問題三 基本資料部分

三、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>區域醫院</u> 權屬別：
2. 總床數： <u>未填答</u>
3. 每月平均門診人次： <u>未填答</u>
4. 每月平均住院人日： <u>未填答</u>
5. 每年平均申報案件量： <u>未填答</u> 核減率： <u>未填答</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>未填答</u> 補付率： <u>未填答</u>
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>未填答</u> 爭審補付率： <u>未填答</u>

四、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>專員</u>		
2. 性別： <input checked="" type="checkbox"/> (1) 男 <input type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他_____歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input checked="" type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>18</u> 年 <u>    </u> 月		

## 附件 23：第二階段醫院問卷調查（Q 醫院）

### 問題一 發生原因部分

1. 本院提供之醫療服務主要著重在大內科系其他專科（復健科、血液透析）。
2. 本院的爭議審議案件大多為大內科系，且大部分都是健保局的專業審查。
3. 經爭審會審定為「申請審議駁回」後，本院將不再提行政爭訟，因為（1）已經由不同審查醫師審核結果一致，院方會列入考量，（2）若為核刪理由不能接受，也因行政爭訟繁瑣且花費高額而作罷。

### 問題二 改善建議部分

1. 有關媒體連線方式申請爭議審議，本院知道但未採這種方式，因為件數不多。

### 問題三 基本資料部分

#### 一、醫院基本資料：

1. 醫院層級： <u>地區醫院</u> 權屬別：
2. 總床數： <u>93 床</u>
3. 每月平均門診人次： <u>1703 人次</u>
4. 每月平均住院人日： <u>1268 人日</u>
5. 每年平均申報案件量： <u>20336 件</u> 核減率： <u>6.31%</u>
6. 每年平均申復案件量： <u>135 件</u> 補付率： <u>28.11%</u>
7. 每年平均爭議審議申請案件量： <u>10 件</u> 爭審補付率： <u>37.31%</u>

二、填答人基本資料：

1. 現職職稱： <u>副主任</u>		
2. 性別： <input type="checkbox"/> (1) 男 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 女		
3. 年齡：		
<input type="checkbox"/> (1) 20-29 歲	<input checked="" type="checkbox"/> (2) 30-39 歲	<input type="checkbox"/> (3) 40-49 歲
<input type="checkbox"/> (4) 50-59 歲	<input type="checkbox"/> (5) 其他_____歲	
4. 最高學歷：		
<input type="checkbox"/> (1) 國(初)中	<input type="checkbox"/> (2) 高中(職)	<input type="checkbox"/> (3) 專科(五專、二專)
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 大學(二技、四技)	<input type="checkbox"/> (5) 研究所(含以上)	
5. 從事醫療費用給付爭議相關工作年資：滿 <u>5</u> 年 <u>    </u> 月		

附件 24

99 年度由全民健保爭議審議案件探討  
全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制  
研討會議程表

北部場：99 年 11 月 26 日(五)，臺北醫學大學市立萬芳醫院，五樓第一會議室

時間	議程	報告者
14：30～14：40	報	到
14：40～14：50	主席致詞 貴賓致詞	
14：50～15：30	全民健保爭議審議案件之 現況、發生原因剖析與制度 改善建議	研究計畫工作小組
15：30～15：40	茶敘	
15：40～17：00	綜合座談： 台北市立萬芳醫院 醫事室保險組 留麗香 顧問 行政院衛生署新竹醫院 病歷室 戰琬珍 主任	
17：00	賦	歸

主辦單位：行政院衛生署、臺北醫學大學市立萬芳醫院  
協辦單位：社團法人台灣醫務管理學會

※ 本課程內容若有異動，以當日公告為準 ※

附件 25

99 年度由全民健保爭議審議案件探討  
全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制  
研討會議程表

南部場：

時間：99 年 11 月 29 日(一)

地點：高雄市立民生醫院，二樓會議室

時間	議程	演講者
14：30～14：40	報到	
14：40～14：50	主席致詞 貴賓致詞	
14：50～15：50	全民健保爭議審議案件之 現況、發生原因剖析與制 度改善建議	高雄市立民生醫院 住院室主任 程春美
15：50～16：00	茶敘	
16：00～17：00	綜合座談 與談人：演講人及與會來賓	
17：00	賦歸	

主辦單位：行政院衛生署、臺北醫學大學市立萬芳醫院

協辦單位：社團法人台灣醫務管理學會、高雄市立民生醫院

※ 本課程內容若有異動，以當日公告為準 ※

## 附件 26

# 99 年度由全民健保爭議審議案件探討 全民健保醫療費用爭議發生原因及改善機制 研討會議程表

### 中部場：

時間：99 年 11 月 30 日(二)

地點：財團法人台灣省私立台中仁愛之家附設靜和醫院，16 樓大會議室

時間	議程	演講者
14：30～14：40	報	到
14：40～14：50		主席致詞 貴賓致詞
14：50～15：30	疼惜我們的健保資源	健保局中區業務組 方志琳組長
15：30～15：50		茶敘
15：50～17：00	全民健保爭議審議案件之 發生原因剖析與制度改善建議	綜合座談 與談人：演講人及與會來賓
17：00	賦	歸

主辦單位：行政院衛生署、臺北醫學大學市立萬芳醫院

協辦單位：社團法人台灣醫務管理學會、

財團法人台灣省私立台中仁愛之家附設靜和醫院

※ 本課程內容若有異動，以當日公告為準 ※