

# 全民健康保險論病例計酬制審核模式之研究

莊逸洲<sup>1</sup> 吳明彥<sup>2</sup>

全民健康保險已於民國八十四年三月一日實施，依據過去勞工保險醫療給付所須審查之資料量來推估，全民健保之資料量門診每年至少有九億三千多萬項，而住院每年亦有二千六百多萬項。面對如此龐大之資料量，將來審查工作勢必要透過資訊電腦化，建立審查標準，利用媒體申報由電腦自動核對，符合標準者即予核付，超出標準異常案例，再以人工審核，利用差異分析及異常管理之理念、工作簡化之制度設計，達到低成本高效率、確保醫療品質、簡化行政手續及提高給付時效等目標。

全民健康保險住院支付制度未來將採用DRGs，在國內版DRGs尚未建立前，為長遠之計，而有初期採用論量計酬(FFS)及論病例計酬(Case Payment)之混合制，再過渡至國內版DRGs。

DRGs之推動最被垢病的就是醫療品質無法確保，因此建立一套公平、公正、及公開之合理審查制度，以確保醫療品質，同時簡化行政手續、迅速合理支付醫療費用及節省行政成本，實為當務之急。

本研究針對住院部份即將實施論病例計酬，為確保醫療品質及不影響病人醫療的個別性下，由長庚紀念醫院各相關專科擬訂並經各專科醫學會審查，已完成一般外科等十專科之腹股溝疝氣等廿八項疾病中英文對照之『基本治療程序要求』，以建立一套PPS制度下之醫療審查標準模式，可據以參考推廣至未來全部DRGs標準。茲建議全民健保優先由這廿八種疾病試辦並繼續由其他醫學中心及各專科醫學會合作，擴大論病例計酬之實施範圍。但在訂定論病例計酬標準時，必須考慮各不同等級醫院之平均疾病嚴重度差異，以建立公平合理之醫療給付制度。最後本研究針對相關審核模式及電腦流程提出建議。(中華衛誌 1996; 15(1): 47-60)

關鍵詞：前瞻性付費制度，診斷關係群，論病例計酬制，基本治療程序要求，電腦化

## 前言

### 在第一期全民健康保險制度規劃報告

<sup>1</sup>長庚紀念醫院管理中心

<sup>2</sup>私立醫療院所協會

聯絡人：吳明彥

聯絡地址：北市敦化北路199號

私立醫療院所協會

收稿日期：83年10月

接受日期：84年9月

中，將『規劃醫療費用審查制度』及『規劃建立醫病檔案分析』納入第二期規劃工作，以審查醫療費用。

長久以來，國內健康保險都採用『論量計酬制』(Fee For Service)來支付醫療費用，不僅無法有效節制醫療支出，同時在審查醫療給付上，因為沒有建立公平、公正及公開的審查制度，以致常引起保險單位及特約醫療院所的爭議。以國內最大健康保險制度——勞工保險為例，在八十二年度內，醫療給付支出

當年度實付總支出之58.2%左右，醫療給付支出中，住院費用支出占31.8%左右。因為未建立公正客觀之第三者審查團體及公開其審查標準，以致引起社會大眾，特別是醫療院所之爭議。由於資料量龐大，保險單位審查費用已是兵仰馬翻，對醫療品質的要求則無異緣木求魚。

依照全民健康保險規劃，住院部份初期係採用論量計酬和部份論病例計酬，並逐漸擴大實施論病例計酬之比率，未來再實施台灣版DRGs，而全部醫療支出採用總額預算來控制。因此全民健康保險必須建立一套完整且良好之費用審查制度及組織，以便在維護被保險人就醫權利及追求合理行政成本之前提下，達到控制醫療支出及確保醫療品質的雙重目標。

在論量計酬制下，將醫師費包含於醫院費內，或分別獨立計算醫師費及醫院費，各有優缺點。先進國家如美國、日本、德國及加拿大，各有其不同之作法，迄今尚無定論。美國實施DRGs時，是採用醫師費及醫院費分別給付之制度。反觀國內，除少數財團法人醫院參考美國RBRVS (Resource Based-Relative Value Scale)分別給付醫師費用外(莊逸洲，1993)，過去勞保、公保及現在全民健保，雖然門診診察、住院會診及住院診察等三項費用包含行政費用及護理費等，其中大部分比例(依各醫院政策而定)仍直接支付醫師，其餘如檢查(驗)、處置及手術，在論量計酬制下均將醫師費包含於醫院費用內。根據國外經驗比較及相關文獻研究，均認為若將醫師費包含於醫院費內，由於醫師及醫院共同分擔財務風險，有助於提昇醫師參予論病例計酬或DRGs之管理模式，能提高服務績效並確保醫療品質。本報告係以未來全民健保支付方式維持目前“醫師費包含於醫院費內”之制度為基礎作研究。至於實施台灣版DRGs後，在確認醫療品質及降低醫療成本目標之下，是否應分別支付醫師費及醫院費，仍待進一步分析研究。

勞工保險於八十年代被保險人數是七百多萬人，八十年代門診總人次為六千兩百多萬次，住院總件數大約為62萬次。除特約醫

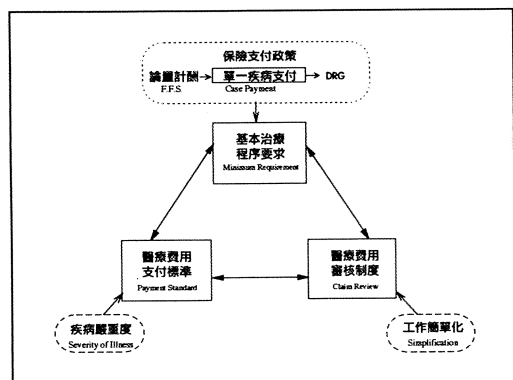
療院所及病患基本資料外，住院以勞保目前之處理情形，需存入電腦14項(含合計)資料，以此推估全民健保(兩千一百萬人口)審查時住院將存入二千六百多萬項資料。面對如此龐大之資料量，勢必透過資訊電腦化，建立審查標準。採用媒體申報由電腦自動核對，符合標準者即予核付，超出標準異常案例，再以人工審核。利用差異分析及異常管理之理念，以工作簡化之方法設計審查制度。故第一步須建立公平合理之各項審查標準，如論病例計酬之基本治療程序要求、檔案分析之各項指標，然後加以電腦化(Computerization)利用電腦來審查異常案件，如此才能簡化(Simplification)作業，達到降低成本、提高效率、確保醫療品質、提高給付時效、降低行政費用等目標。

## 研究內容及目的

由於疾病分類技巧尚待提昇、醫院成本會計制度尚未普及、及台灣版DRGs來不及完成等因素，住院部份只能先實施『論病例計酬制』制度，再逐年擴大實施此制度之比率，至全面實施真正台灣版DRGs。其實，部份論病例計酬制度之實施，能在轉型過程中，讓醫療院所逐漸適應由論量計酬制轉換成為前瞻式付費制度之管理模式，以減緩太大改變所造成之衝擊。然論病例計酬制要達成確保醫療品質及控制醫療成本之雙重目的，且進一步要做到異常管理，首先要建立要實施之各疾病的品質標準『基本治療程序要求』(Minimum Requirements)。本研究計劃由於國內有關之資料尚付之闕如，故參考國外已實施相關支付制度之審查制度，並配合國內目前實施之制度，以建立全民健保之費用審查制度及組織，其理念架構如圖一，要達到之目的如下：

住院部份，配合全民健保未來將以DRGs作為支付制度之依據，在轉換過程中，先部份以論病例計酬制為支付方式，因此，研究目的有以下數點：

1. 建立28項疾病『基本治療程序要求』以確認被保險人在適當的醫療機構等級接受治



圖一 住院醫療費用研究架構圖

療，且所接受的治療是醫學上所必須的 (Medically Necessary)。同時建立確保醫療品質及控制醫療支出之指標。

2. 追求醫療費用審查業務合理化之行政費用；於最短時效內支付醫療院所費用。
3. 讓保險單位有完整的審查資料以確保核對的時效性。

### 文獻探討

#### 壹、醫療標準及審查支付理論—臨床醫療參考基準之發展

醫療照護的適當性愈來愈受到人們顯著的關心，在美國每一年至少有20%甚至更多的醫療服務是不必要或不適當的，而醫療照護的適當性會影響有關於品質、利用度及醫療照護成本等之衛生政策。由於有許多不適當的醫療照護產生，因此，愈來愈有需要去對特定的醫療狀態定義其特定的醫療過程及醫療處置，以適當的使用醫療服務。為了符合此項需求，因此發展出臨床醫療參考基準 (Practice Parameter)。臨床醫療參考基準包括醫療執行標準 (Practice Standard)，醫療執行指南 (Practice Guideline) 及病患管理策略等以評估醫師之臨床決策。

臨床醫療參考基準之運用為指導臨床醫療決策，並進而改進品質，確定適當利用度及降底可避免之醫療成本。醫療參考基準只是一項通稱，它可以定義為：由醫療專家利用目前最好的醫療事實證據以決定可接受的方法，而進行疾病或症狀之預防、診斷處置

及管理。

目前已有許多醫師組織團體均參與臨床醫療參考基準之設定，美國醫師協會 (American Medical Association; AMA) 組織中，將近300,000萬位醫師相信：醫師團體應有必要發展科學及相關臨床之醫療參考基準，供醫師每日醫療時之應用。雖然，大部分的人對臨床醫療參考基準之廣泛興趣似乎是相當新的，然而，其實早在五十年前，小兒科醫學會即已開始發展，到目前為止，至少有31個醫師團體建立1,100多種以上的醫療參考基準。

### 研究方法及步驟

本研究有關基本治療程序要求之建立，係採用專家效度之方法，其餘審查方式之建立，則依據文獻探討、國內醫療環境之情況及專家意見等彙總建立而成。

建立基本治療程序要求理論上應涵蓋所有的疾病，然而，事實上，要建立如此的資料庫，非一蹴可幾之事，因此，本研究僅根據下列原則，首先先建立28種疾病之基本治療程序要求。

基本上疾病別選取標準為下列：

- 一、治療模式較為單純且差異小
- 二、病程短且合併症少
- 三、疾病總個數與總費用較多者
- 四、平均住院日數差異小
- 五、平均費用差異小
- 六、科別分佈平均避免集中於某些科
- 七、疾病選項各種年齡層皆有
- 八、大部份普遍可適用於大、中、小型醫療院所
- 九、剔除癌症病例

本研究所選取之腹股溝疝氣等二十八種疾病 (表一) 分別屬於一般外科等十個專科。除參考陽明醫學院藍忠孚教授完成之研究報告 (勞保診斷報酬預估支付制度之建立—住院單一疾病支付制度之研究) 外，並依據上述選取標準及實務疾病分類經驗予以增減成初期研究之二十八種疾病別。

藍忠孚教授研究報告中之表12-1 試行DRGs給付制度候選疾病別，其中第七項經、



表一 28項單一疾病支付項目之勞工保險相關資料

項次	科別	中文診斷名稱	ICD-9-CM				A碼				長庚平均 住院日
			CODE	數量	平均費用 (NT\$)	平均 住院日	CODE	數量	平均費用 (NT\$)	平均 住院日	
1	一般外科	腹股溝疝氣	550	219	21,736	7.9	A343	416	19,795	9.4	3.6
2	一般外科	闌尾炎	540	260	28,039	7.8	A342	759	23,604	9.8	5.8
3	一般外科	甲狀腺異常	240, 241 242, 226	187	26,305	8.2	A180	229	21,074	9.8	4.7
4	一般外科	下肢靜脈曲張	454	110	22,608	8.9	A304	87	25,366	11.0	4.4
5	一般外科	膽結石、膽囊炎	574, 575	285	43,708	13.7	A348	642	25,188	11.8	14.1
6	泌尿科	腎、輸尿管結石	592	1144	43,439	6.1	A352	1232	20,794	7.0	3.0
7	泌尿科	良性前列腺肥大症	600	192	36,885	10.5	A360	287	31,020	11.5	6.8
8	直腸肛門科	痔瘡	455	259	18,733	6.4	A305	387	17,637	8.3	5.5
9	直腸肛門科	肛門瘻管	565	84	19,280	6.4	NA	NA	NA	NA	5.5
10	小兒外科	小兒腹股溝疝氣	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1.3
11	小兒外科	隱睪症	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1.3
12	婦產科	子宮肌瘤	218 617.0	311	32,921	9.0	A152	401	32,076	10.2	9.2
13	婦產科	卵巢(良性)囊腫	620, 220	114	24,120	8.0	A153	271	26,358	9.4	7.8
14	婦產科	阻礙性分娩	652, 等*	852	23,038	7.3	A393	1865	24,540	8.1	6.2
15	婦產科	正常陰道分娩	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3.9
16	婦產(兒)科	新生兒照護	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5.0
17	耳鼻喉科	慢性副鼻竇炎	473	139	32,752	6.7	A314	215	27,797	7.0	8.3
18	耳鼻喉科	鼻中隔彎曲及鼻息肉	470, 472	133	24,410	7.6	A313	123	27,213	8.2	6.5
19	耳鼻喉科	聲帶結節或息肉	478	176	17,087	4.2	NA	NA	NA	NA	2.2
20	眼科	白內障	366	747	32,840	5.7	A231	1203	29,261	4.5	4.4
21	眼科	斜視	378	55	16,715	4.5	A235	28	17,203	4.0	2.1
22	眼科	角膜濁斑或其他角膜病變	371	43	45,106	8.0	NA	NA	NA	NA	9.2
23	胃腸科	病毒性肝炎	070	64	15,393	9.4	A046	147	17,725	14	10.5
24	胃腸科	上消化道潰瘍	531, 532 533, 534	566	27,319	10.4	A341	3455	15,312	10.5	6.9
25	腎臟科	急性腎盂腎炎	590	131	17,553	7.9	A351	116	20,282	10.9	7.3
26	心臟外科	心房中膈缺損	745.5	8	157,238	14.9	NA	NA	NA	NA	16.4
27	心臟外科	心室中膈缺損	745.4	2	18,061	6.5	NA	NA	NA	NA	14.6
28	心臟外科	動脈導管閉鎖不全	747.0	6	66,960	12.0	NA	NA	NA	NA	19.0

資料來源：一、全民健康保險規劃小組提供之勞工保險統計資料。

二、長庚紀念醫院八十年度各疾病別平均住院日報表。

\* 阻礙性分娩之ICD-9-CM CODE包含652, 653, 654, 656, 658, 659, 660, 661, 662, 666, 669

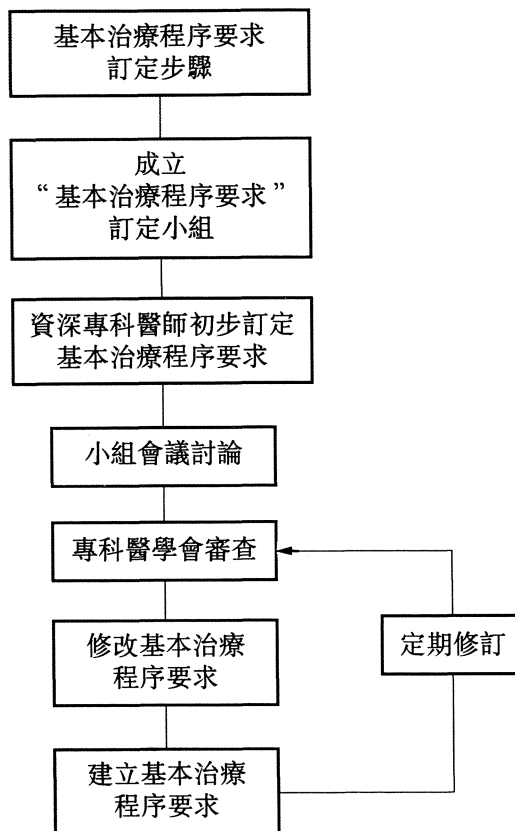
腓骨及踝部骨折及第14項肱骨、橈骨、尺骨之骨折使用內固定手術，因臨床上病患時常合併有其它部位骨折及外傷如頸部外傷、腹腔內鈍挫傷及骨折合併之表皮缺損需植皮且其住院日術差異大，故暫不列入考慮。另外，第13項骨盆腔炎症因婦產科已提出正常分娩等四項疾病選項，為避免集中於同一科系，故亦不考慮。最後，第15項水痘及第18項梅尼艾氏症(MENIER'S DISEASE)，皆屬無手術之內科療法且住院病患較少，故亦不列入考慮。

本研究計劃中，考慮列入第10項小兒腹骨溝疝氣，第11項隱睪症，第21項斜視除符合上述之選項標準外，其特點為適用於15歲以下之選項。另外第19項聲帶結節或息肉，第18項鼻中隔彎曲及鼻息肉，同屬DRG55，但因本地區之平均費用及平均住院日差異大，依據專科醫師之意見，給予拆出。最後，第26項心房中隔缺損，第27項心室中隔缺損，第28項動脈導管閉鎖不全，皆因平均費用與平均住院日較高，予以列入。

為了使本研究計劃所選擇之28項單一疾病能配合未來實施之DRGs，依據全民健康保險小組提供之勞保統計資料，由於當時各醫療院所申報資料中有ICD-9-CM或A碼二種不同分類資料，故皆列出。比較項目有CODE、數量、平均費用及平均住院日四項。同時和長庚紀念醫院之平均住院日加以比較(表一)。

建立論病例計酬之『基本治療程序要求』為研究之重點，其研究步驟如下(圖二)：

- 一、首先由長庚各相關科系開會，共同會商如何選擇具代表性之廿八項疾病診斷。
- 二、再交由長庚各相關專科系，經由共同討論提出各疾病別之『基本治療程序要求』草案。
- 三、將此草案交由各相關之專科醫學會，利用開放性專家效度調查表，針對『基本治療程序要求』之五大項內容給予評論。
- 四、將各專科醫學會之評論表再交由長庚各相關科系，提出修正版之『基本治療程序要求』，並對評論內容提出是否接受各專科醫學會意見之詳細理由。



圖二 基本治療程序要求訂定步驟

## 研究結果及討論

### 壹、醫療標準及審查支付之理論架構圖

本研究最重要之研究工作為建立『基本治療程序要求』，因為文獻探討中提及臨床醫療參考基準可提供審查指標建立的根據，而醫療品質保證計畫，利用度審查系統及付費決策之適當性改進均須使用審查指標。因此，在本研究中，為了建立兼顧醫療品質確認及控制醫療支出之審查工具，即著手進行『基本治療程序要求』(Minimum Requirements for Practice)之建立。

基本治療程序要求(Minimum Requirements for Practice)為臨床醫療參考基準的一種，本研究建立的目的是作為審查住院病患醫療品質及支付費用之參考依據。因此，本研究中所訂定之基本治療程序要求類似於醫療指標與醫療指南之間，即基本診療程序要

求為醫師照護病患某單一疾病最少應執行之基本照護項目。

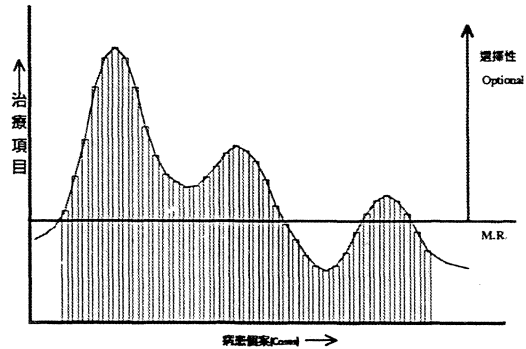
類似這樣的臨床醫療參考基準，國外也不乏這種標準，例如美國健康照護評鑑機構(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO)所訂定之『監測指標—病患之品質評估』(Monitoring with Indicators-Evaluating the Quality of Patient Care)，亦是根據常發生之疾病訂定應執行之照護處置。

建立『基本治療程序要求』首要目的即是確保醫療品質，因為論病例計酬最怕的是應該治療病人之程序，醫療提供者因為經驗誘因而省略某些治療程序。當基本治療程序要求建立後，保險單位即可以利用這些治療或開刀項目所對應之保險編號(Code)及電腦來作異常審查工作，以提高審查效率，此即第二個目的。

本研究之一乃是建立一『醫療標準及審查』之支付理論架構，理論主要的精神與功能乃是要配合論病例計酬，對每一疾病的治療程序建立一標準化的審查基準及適用於各疾病之支付規則。以下將理論架構分三部份說明：(a)標準化的醫療審查基準，(b)支付基準及上下限，(c)『醫療標準及審查』支付整體架構說明。

#### (一)標準化的醫療審查基準—基本治療程序要求

基本治療程序要求為臨床醫療參考基準的一種，亦可作為審查指標建立的根據，以預防醫療提供者因經濟誘因而省略治療程序。在本研究中所訂定基本治療程序要求的定義為：『醫師照護某單一疾病病患所應執行之最少基本醫囑，包括病史、理學評估、檢查(驗)、手術等；根據保險給付標準碼將基本醫囑項目化，作為審查及醫療支付的指標根據。』然而，由於全民健保將採行的論病例計酬制(Case Payment)缺乏區分疾病嚴重度差異的功能，(DRGs制度則考量一般及嚴重的合併／併發症)；加上不同醫療提供者治療方式有所不同，同一疾病之病患所接受之照護治療項目會有所差異(見圖三)，個案治



1. 橫軸為發生之病案個例(Cases)
2. 縱軸為各病患案例所接受之治療項目
3. M.R. (Minimum Requirement): 基本治療程序要求
4. Optional: 合理之選擇性治療項目

圖三 基本治療程序要求理念

療項目多於與基本治療程序要求的部份為合理的選擇性治療項目(Optional)。基本治療程序要求的立意乃是在同一疾病不同治療的差異情形下，尋求一最基本的醫療處置要求，並依支付標準碼項目化後，作為審查醫療品質及給付的基準，確保醫療品質。

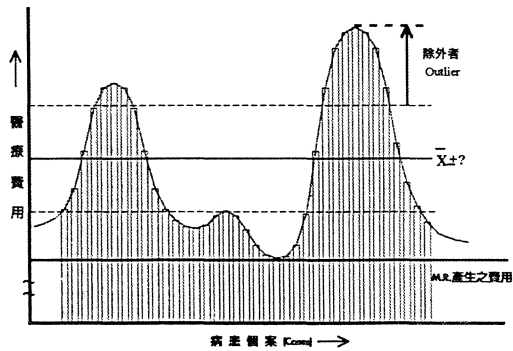
#### (二)支付基準及上下限決定：

論病例計酬的基準是以過去發生案例費用為統計樣本群，計算發生費用的平均值，當作給付基準。再視其疾病診療程度差異特性及考量保險財務負擔狀況，訂平均值的若干百分比為給付上下限，一般設定為10%，定義超過上限費用部份為費用除外部份(Outlier)，見(圖四)—『醫療標準及審查』支付理論架構圖；除外部份給付原則擬比照美國Medicare DRGs給付辦法，只給與邊際成本(Marginal Costs，平均成本之60%)

#### (三)『醫療標準及審查』支付理論

『醫療標準及審查』支付理論的設計是綜合審查理念與給付政策。在考量醫療給付時，先審查醫療提供者是否提供完整之基本治療程序要求。未達標準者，視其未完成項目費用佔平均費用百分比降低給付。符合基本治療程序要求者，若實際發生費用未超過給付上限，則按所訂定的給





1. 橫軸為發生之病患個案 (Cases)
2. 縱軸為各病患個案所發生的醫療費用
3.  $X \pm ?$   
 $X$  : 費用的平均值, 作為給付基準  
 $?$  : 為費用平均值基準的若干百分比
4. Outlier (除外部份): 發生費用超出給付上限部份

圖四完全是作者的構想, 至於雙峰或單峰沒有特別的資料可以證明, 雙峰分佈只是就 outlier, 平均值及 M.R. (Minimum Requirement) 等三者之關係較易解釋。

圖四 『醫療費用標準及審查』支付理論架構

付基準給付; 若實際發生費用超過給付上限, 則除了標準給付外, 再另加邊際成本。舉例說明如圖五, 因此, 在『醫療標準及審查』支付理論下, 強調『質』勝於『量』, 醫療費用給付並非取決於提供治療項目量的多寡或實際產生醫療費用的高低。如果提供的醫療服務項目不符合(少

於)基本治療程序要求, 縱使實際產生的醫療費用高於支付標準的上限, 仍不能獲得相對於實際發生成本的醫療支付, 建議論病例計酬之審核流程如圖六。

本研究經過一年的時間, 建立了28項之基本治療程序要求, 與研究當初所訂定目標, 完成率達百分之百。當初研究計畫中, 建立之基本治療程序要求應由各專科醫學會審查, 然而在部份醫學會與本研究理念可能不相同下, 致使三項基本治療程序要求(眼科疾病)未經由醫學會審查, 僅交與其他三大醫學中心審查, 因此由醫學會審查之比率達89.3%。

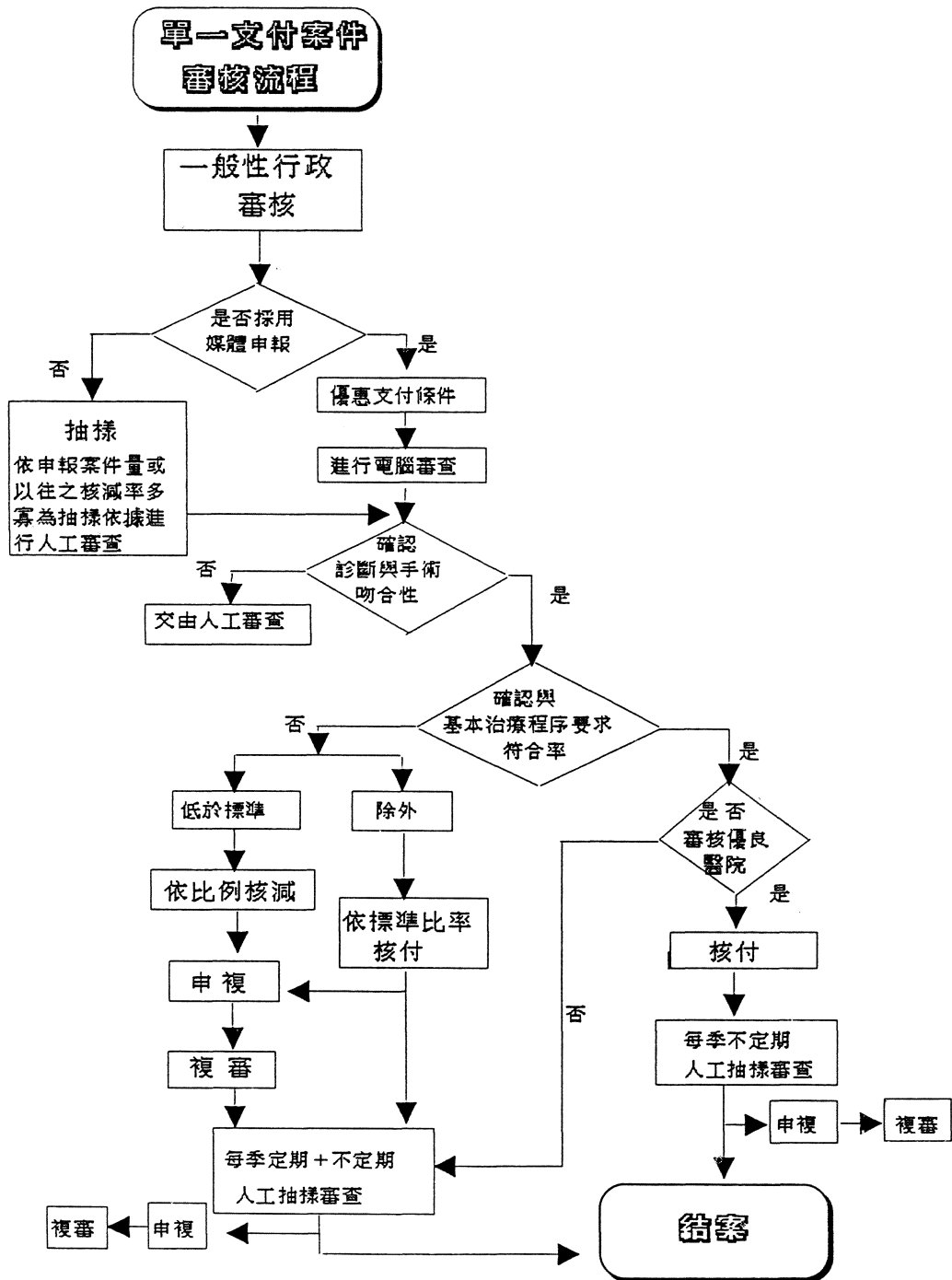
『基本治療程序要求』之建立是為了作為醫療支付審查品質標準時之根據, 因此強調的是最基本應作到之診療照護, 並非以此計算醫療費用支付之基準, 僅為參考用。因為, 既然強調的是基本治療程序, 即有許多個案可能尚須使用其他更多的醫療資源, 因此, 費用的核算尚須考慮其他非標準處置中所耗用資源的比率及醫療院所之利潤。醫療團體建立此標準程序時須先以最基本且無併發症時考量, 如為較複雜或有其他併發情形時, 可以以選擇

例: 平均費用: 100元  
 上下限: 10%(90-110元)  
 M.R. ITEMS: 20項  
 超出上限部份給付百分比: 60%

圖五

Expense \ M.R.	符合基本治療程序要求	不符合基本治療程序要求									
1. 超過上限者	實際發生之費用 : 120元 給付 : $100元 + (120 - 110) \times 60\% = 106元$	實際治療項目: 18項 <table border="1"> <tr> <th>不符項目</th><th>費用</th><th>占平均費用</th></tr> <tr> <td>項目一:</td><td>10元</td><td>10/100</td></tr> <tr> <td>項目二:</td><td>20元</td><td>20/100</td></tr> </table> <p>給付:</p> $100 \times (1 - \frac{10}{100} - \frac{20}{100}) = 70元$ <p style="text-align: center;">↓                      ↓ 項目一                  項目二</p>	不符項目	費用	占平均費用	項目一:	10元	10/100	項目二:	20元	20/100
不符項目	費用	占平均費用									
項目一:	10元	10/100									
項目二:	20元	20/100									
2. 界於上下限者	實際發生之費用 : 110元 給付 : 100元  實際發生之費用 : 90元 給付 : 100元										
3. 低於下限者	給付: 同上										

圖五 論病例計酬支付舉例說明



圖六 單一疾病案件審核流程圖



性“Option”方式應用，若差異過大，則以個案或轉換為另一項診療標準處理。審查指標過於繁雜，將使審查作業徒浪費許多人力及時間。未來規劃支付制度時，應設計為醫師若減少執行基本診療程序若干百分比，則支付費用即給予核減等罰則。一般基本治療程序要求的結構包括1. 住院指標(Indications for Admission)、2. 診斷研究(Diagnostic Study)、3. 處置(Management)、4. 住院日(Length of Stay)、及5. 出院狀態

(Discharge Status)等五大項(表三)。

#### 1. 住院指標(Indications for Admission)

此項指標之建立為評估病患是否須要住院或在門診處理即可。因此設定若干指標，當病患達到指標所訂定之條件時，才可予於住院，否則醫師或醫院即使讓病患住院，保險等支付單位亦不給予支付費用，此舉為管制不當住院醫療浪費之第一道關卡。在美國及其他國家有時亦獨立設置住院前審查機構及指

表二 基本治療程序要求與醫療執行指南之比較表

	基本治療程序要求 (Minimum Requirement for Practice)	醫療執行指南 (Practice Guideline)
目的	醫療品質之審查、評估醫師之教育及訓練	教育、訓練
使用者	審查團體、管理人員、醫師	醫師、病患
種類	疾病之診療處置	各項處置(檢驗、檢查等)、症狀、疾病等
建立方法	1. 由行政人員企劃 2. 醫師參考國外醫療指南及專家經驗建立 3. 經過醫學會認可	1. 可由醫學會等專業團體發起 2. 各專業人員參考科學文獻、研究證據、經驗，及實際進行實驗等方法建立
限制	須涵蓋一般醫療程序之70%-80%	符合一般病患之接受度60%-95%
重點	1. 建立疾病診療指標供醫療品質評估。 2. 標準診療指標供醫師參考，著重基本教育醫師之功能，了解基本診療之程序。	1. 注重建立背景、目的、適用範圍、各項證據，增加可信度 2. 注重介入因素之優缺點、對病人、社會等造成之影響 3. 對醫師之教育工作，著重詳細說明及描述，增加其醫療知識。
內容	1、住院指標 2、診斷研究 3、處置 4、住院日 5、出院狀態	1、總論 2、背景 3、健康問題 4、對健康和經濟的影響 5、證據 6、對健康和經濟所造成結果之影響 7、如果在前項使用量化或不確定範圍的分析，則需要在此對所使用的方法說明 8、對病人的可能選擇做判斷 9、指示如何適當的更動來適應不同狀況的病人 10、與其他措施之衝突 11、與其他介入因素之比較 12、日期 13、作者名單：包括醫師的專長等

標，以求能更正確管制醫療資源之使用。

## 2. 診斷研究(Diagnostic Study)

包括病史(History Taking)、理學檢查(Physical Examination)、檢驗(查)(Laboratory Test)、及特殊步驟(Special Procedure)等。此段指標之建立是為確保病患入院後所應接受之診斷處理，醫師應確實執行此步驟，若醫師診斷病患未能達到標準診斷應使用到的資源，則視其未執行百分比，核減其支付費用，若多作之診斷項目，則以個案處理申報，合理則支付其費用，不合理則醫院或醫師自行吸收而不支付其費用。建立此指標能避免醫師執行不必要之診斷項目，浪費醫療資源。

## 3. 處置(Management)

處置項目包括內科療法(Medical)、外科療法(Surgical)、護理照護(Nursing Care)及復健(Rehabilitation)等。此段指標為評估醫院或醫師之照護處置是否適當。同診斷研究一樣，醫師應確實執行此步驟，若醫師未能達到設定標準，其支付費用應予以打折。建立此指標能避免醫師執行不必之處置項目，浪費醫療資源，或為賺取更多盈餘偷工減料，減少應執行之照護處置項目，降低照護品質。

## 4. 住院日(Length of Stay)

此段為設定一般平均住院日，不論過長或過短，均有檢討之必要。醫院若住院日平均低於標準住院日，若經審查後品質沒有問題，合於規定，則顯現醫院行政管理優良，縮短許多不必要之等待，因此標準住院日可再縮短。但住院日過短，亦有可能為醫師或醫院為收入著想，提前讓病患出院，而造成病患照護品質不良，因此，後段再設立出院狀態之評估，以適當控制住院之品質。若住院日過長，可能為醫院行政效率不彰，或醫療品質不良，引起併發症及感染問題等，保險單位可不予給付超過標準住院日之費用，甚至依照情況，可給

予處罰。如果為病患各人之特殊因素，則以個案個別申請核付超出之費用。此指標除可提供保險單位支付醫療費用之參考外，亦可作為醫院內部管理之指標。

## 5. 出院狀態(Discharge Status)

預防醫院或醫師為節制成本，採用不當手段，提早讓病患出院，故設定此段指標，以保障病患之醫療品質，此段指標亦可觀察出醫師之診療處置適當性，而與前項指標互相對照，確實審查出醫師實際之照護品質。

## 貳、基本治療程序要求之討論

醫療執行指南大多為教育及訓練醫師(有時亦可為病患)建立的指標及內容(Eddy, 1990)，使其採取適當之診療方法照護病患，且建立之指標，應可適用60%-95%之病患。指南之建立非常注重對病人健康及經濟所造成之影響，因此，訂定指南時，須對建立背景、有關文獻及各項證據詳加描述，以增加其可信度。而本研究所建立之基本治療程序要求為提供保險及政府等單位審查評估之標準，較不注重每項指標之詳述介紹及說明。建立之方法係依據專家累積已獲科學證實及病患一般喜好等專業經驗初步訂定標準，再經由專科醫學會等專業組織團體審查認同。其實良好的基本治療程序要求亦可與醫療執行指南的建立方法一樣，唯因國內目前尚無許多醫療團體發展臨床醫療參考基準，因此能參考之文獻十分有限，而且以結果或病患選擇所建立之參考基準，其所耗費之人力、財力、物力、時間等成本十分可觀，非一朝一夕可完成。因此，目前只能採取較傳統之整體主觀性方法建立指標。相信在未來，一定能獲得更多醫療團體的認同，從事臨床參考基準之發展。

## 參、審查方式電腦化探討

現狀醫療保險給付，審核時效與審核標準是最為人垢病，事實上若客觀去認清這一切的癥結，不外乎導因於這一切審查的過程無法全面電腦化，其中參與太多審核人員不

同的主觀意識及人工化之處理，可預期結果一定不盡理想。

檔案依資料內容特性可區分區域性檔案(Local Profile)及整體性檔案(Global Profile)借以分散資料處理量。針對門(急)診及住院之審查過程有其必要之指標(Indicator)於電腦查核過程應有其先後順序關係以簡化其審查流程。對電腦審查過程中糾舉出之異常資料應有詳細分類紀錄，除及時剔除並予重新檢核其它配合要件或核減申報金額外，後段的分析工作才是爾後杜絕異常重複發生的重要關鍵。對於基本資料之建立會發生的問題較少，反而是整體性的審查分析工作因資料量龐大而必須將審核工作拆分區域各自處理以爭取時效，對檔案結構如何拆分區域性或全國性則相當困難釐清。審查指標的設定於人工的審查過程雖然耗時但可經由人為的思考判斷篩選出異常資料，而透過電腦處理則必須十分明確的設定審查指標項目、範圍與先後處理順序，對一項處理龐大的醫療給付審查工作這些觀念要完全融入電腦程式裡是一項相當具挑戰性而也必需先予克服的任務。

### 總結與建議

全民健康保險已於民國八十四年三月一日實施，支付制度早期仍以論量計酬制為主，論病例計酬制為輔，再慢慢過渡至住院實施DRGs及全部費用用總額預算來控制醫療費用之上漲。傳統論件計酬制之審查方式及制度不僅支付時效低落，更因缺少審查標準而招致醫療團體之批評。以目前勞工保險所須審查之資料量來推估全民健保之資料量，住院每年至少將有二千六百多萬項資料。面對如此龐大之資料審查量，如何利用“簡化”之理念來設計全民健保之住院審查方法便是本研究計劃之重點。首先須對各種資料建立下列各種標準以利審查。

一、建立“基本治療程序要求”，以達到實施住院論病例計酬以確保醫療品質及控制醫療支出雙重目標。本研究經由長庚紀念醫院各相關專科之擬訂及各專科醫學會之專家審查(Peer Review)，已完成一般外科等10個專科之腹股溝疝氣等28個疾

病中英文對照之基本治療程序要求，詳細內容請參考衛生署委託長庚紀念醫院民國83年完成之“全民健康保險醫療服務及費用審查方法之研究”。

二、疾病嚴重度之調整，在訂定論病例計酬制標準時，必須考慮到各不同等級醫院之平均疾病嚴重度差異，以追求公平合理之醫療給付制度。疾病嚴重度分析資料雖有下列用途：

1. 可辯認特定的醫院或醫師其醫療結果較預期更好或更差。
2. 可辨別不同型態的醫療服務供給者之醫療結果。
3. 評估不同給付系統或公共政策的改變對醫療結果之因素。

但其限制是無法同時考慮其他會影響醫療結果之因素。

三、當住院之各項審查標準建立之後，由於資料量龐大，勢必要利用電腦化之管理技巧，找出異常，利用有限之審查人力去詳細稽核，以發揮最大功效，如此才能達到簡化行政手續、降低行政成本、提高給付時效並且確保醫療品質等目的。資料處理電腦化之工作包含下列三項：

1. 基本檔案資料建立—依資料特性區分為區域性檔案及整體性檔案
2. 審核指標及先後順序之建立
3. 每年每季後段之分析工作

本研究之具體建議如下：

- 一、全民健保實施早期，住院部份採用論病例計酬，請優先由本研究所建立之一般外科等10專科之腹股溝疝氣等28種疾病選擇試行，並繼續由其他醫學中心及各專科醫學會合作，擴大“基本治療程序要求”於所有住院疾病項目，逐步擴大實施論病例計酬範圍，以達到將來實施住院診斷關係群(DRGs)。
- 二、訂定論病例計酬標準時，一定要考慮疾病嚴重度之調整。至於美國目前六種不同疾病嚴重度軟體，每一種軟體皆有其適合之醫療行為模式，全民健保選擇何種軟體取決於要從何種疾病開始分析。



三、由於資料量處理龐大，將來審查工作勢必“電腦化”，以便快速找出異常，加以管理，利用“簡化”之理念，達成確保醫療品質、降低行政成本、提高給付時效等目標。

四、關於醫師費是否包含於醫院費內之檢討，本研究是以“支付費用含醫師費及醫院費”之支付制度為基礎，至於將來醫師費是否和醫院費分別支付，待進一步評估確立，若分別獨立支付，則費用審查方式將待進一步研究。

### 致 謝

感謝衛生署全民健康保險規劃小組贊助本研究計畫。

### 參考文獻

1. 全民健康保險研究計劃專案小組，“全民健康保險制度規劃技術報告。”經建會都市及住宅發展處，1980。
2. 莊逸洲：“美國RB-RVS (醫療資源基準相對價值表)在長庚醫院之應用。”中華衛誌，1992；11(4)：51-59。
3. 藍忠孚：“勞保實施診斷關係群制度之研究。”行政院勞工委員會，1990。
4. 藍忠孚：“勞保診療報酬預估支付制度之建立。”住診單一疾病支付制度之研究，1986。
5. Brent CJ and others. The Quality Measurement and Management Project: The Hospital Administrator's Guide to Severity Measurement Systems. The Hospital Research and Education Trust, 1991.
6. Conklin J, Lieberman J and others: Disease staging: Implications for Hospital Reimbursement and Management. Health Care Financing Review. 1984; Suppl (Nov): 13-21.
7. Eddy DM. Designing a Practice Policy-Standards, Guideline, And Options. JAMA 1990; 263(22): 3077-84.
8. Eddy DM. Clinical Decision Making: From Theory to Practice-Anatomy of a Decision. JAMA 1990; 263(3): 441-3.
9. Eddy DM. Clinical Decision Making: From Theory to Practice Policies-Guidelines for Policy Statements: The Explicit Approach. JAMA. 1990; 263(16): 2239-243.
10. Horn SD, Moses H. Profiles of Physician Practice and Patient Severity of Illness. AJPH MAY 1986; 76(5): 532-535.
11. Kelly JT, Kellie SE. Appropriateness of Medical Care. ARCH PATHOL LAB MED, 1990; 114: 1119-21.
12. Roper WL. Perspectives on Physician-Payment Reform. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 1988; 319(13): 865-67.
13. Schicber GJ and Jean PP. International Health Spending and Utilization Trends. HEALTH AFFAIRS, 1988; 7(4): 105-12.



## 附件

疾病名稱：陰道生產科別：婦產科DRGs：正常陰道分娩

## I. 住院適應症

- A. 子宮頸口開大於3公分，或
- B. 規則產痛
- C. 破水，或
- D. 其他需住院之情況

## II. 診斷性檢查

- A. 病史：產前檢查史、內外科過去史
- B. 理學檢查：包括母親之理學檢查及胎兒健康評估
- C. 實驗數據檢驗
  1. 全血球數。2. 尿液分析、血清學檢查(選擇性)
- D. 特別程序
  1. 超音波檢查。2. 羊水穿刺
- E. 護理照護、灌腸、會陰剃毛

## III. 處置

- A. 產前照顧
  1. 放置胎兒監視器
  2. 打點滴
  3. 以生壓素(Oxytocin)及／或前列腺素引產
  4. 每隔15到30分鐘檢測胎兒心跳，每半小時到2小時檢查子宮頸擴張，變薄及先露部，下降度
  5. 護理照護：監測血壓、體溫、心搏率、呼吸率、記錄攝取及排出量、教導無痛分娩及會陰照料
  6. 特別程序(選擇性)
    - a. 羊水穿刺或臍帶血穿刺
    - b. 無痛分娩(硬脊膜外阻斷)
    - c. 子宮內壓力監視或胎兒頭皮電極監視
- B. 分娩處置
  1. 局部麻醉後會陰剪開
  2. 胎兒晚出及阿帕氏計分評估、口咽部抽吸

3. 胎兒護理，包括橄欖油擦拭、生命跡象、體重、身長、頭圍、腹圍、外體之檢查測量
4. 維他命K1注射及必要之疫苗注射
5. 胎盤晚出，檢測產道裂傷以及Piton-S和Ergonovine子宮收縮劑之注射
6. 會陰修補
7. 真空吸引或產前助產(選擇性)
8. Demeral或Valium之注射(選擇性)
9. 照會小兒科(選擇性)

## C. 產後照護

1. 點滴輸注直到穩定
2. 每15分鐘檢測生命跡象，直到病患情況穩定
3. 登測記錄子宮收縮狀況
4. 檢測陰道出血，外陰照料
5. 抗生素之投予(選擇性)
6. 教導及施行乳房護理

## IV. 住院天數：產後3-6天

例外：

- A. 病患自動出院
- B. 延長住院天數，以下狀況之：
  1. 外陰血腫瘤
  2. 會陰部四度裂傷
  3. 乳腺炎
  4. 解尿困難
  5. 尿道感染
  6. 會陰傷口感染
  7. 產後出血
  8. 產褥熱
  9. 其他危及母親生命之情況

## V. 出院狀態

- A. 子宮收縮良好
- B. 惡露量少
- C. 會陰傷口癒合良好
- D. 生命跡象穩定及自行解尿順暢

## ESTABLISHMENT OF CASE PAYMENT REVIEW MODEL UNDER NHI

YI-CHOU CHUANG<sup>1</sup>, MING-YEN WU<sup>2</sup>

National Health Insurance (NHI) will be implemented on March 1, 1995. The estimate annual number of claim items reviewed under NHI will amount to at least 930 million for outpatient and 26 million for inpatient respectively. The only way to process those data efficiently is to set up standards for review, and to identify abnormal cases for manual review throughout the computer analysis. Finally, the objectives of NHI claim review system are quality assurance, process simplification, shortened reimbursement time by the design of simplification & the management of outliers.

With respect to the case payment which will be adopted in inpatient reimbursement, 28 minimum requirements which are written in English & Chinese, based on diagnosis, have been completed. These minimum requirements

were spelled out by the related departments of Chang Gung Memorial Hospital and reviewed by different associations of specialties in an effort to establish a peer review model under PPS or under DRGs in the future.

These 28 cases are highly recommended to be implemented under Case Payment, and more minimum requirements should be completed by the cooperation of medical centers and specialty associations. In addition, the average variation of severity of illness in different levels of hospitals must be taken into consideration when setting up the reimbursement for case payment in order to pursue a fair & reasonable payment system. Finally, the related models of peer review and computerization process are also presented here. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1996; 15(1): 47-60)

**Key words:** *PPS (Prospective Payment System), DRGs (Diagnosis Related Groups), Case Payment, Minimum Requirements, Computerization*

<sup>1</sup> Administration Center, Chang Gung Memorial Hospital, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Nongovernmental Hospitals and Clinics Association, Taiwan, R.O.C.

