發佈：2009-09-04, 週五 21:50
點擊數：15735

編按：本文原本八月初就預計刊出，並且配合相關活動來規劃專題，不過後來政府又臨時叫停DRG支付制度，因此才延至今日刊出本文，從DRG制度要實施又喊停可以看出政府處理健保財政欠缺考量，健保局不敢追討台北市欠繳保費，反而想東想西，弄個DRG來彌補，但是卻可能讓病人的權益受到損害，結果當社會反彈時，又退縮，造成政府信用受傷。從DRG的問題可以看出政府的健保改革是漫無目標的，健保的未來，恐怕更令人擔憂。

中央健保局在7月底宣佈，衛生署已經決定全民健保將從9月1日起實施DRG（住院診斷關聯群）的支付制度，同時也引起醫界相當大的反對之聲。所謂DRG（住院診斷關聯群）指的是，病人住院的費用申請，是根據主要的診斷給予一定金額的支付。比方說，病人因急性闌尾炎住院開刀，不論用什麼藥、住多少天，醫院都只能申報一定金額的醫療費用。當然制度設計上，可能有併發症的，會有高一點的給付，但仍然是一定的金額（例如無併發症的給付9000點、有併發症的10000點）。DRG支付制度的構想是，特定種類的疾病需要那些治療通常根據醫師的臨床判斷來決定，但是健保資源有限，所以經由DRG的設計，讓醫師（以及醫院）負擔資源管控的責任：定額支付下，資源耗用少（藥用的少或用的便宜、住院時間短、...）利潤就多；資源耗用多（藥用的多或用的貴、住院時間長、...）就可能造成虧損。這樣一方面可以管控整體醫療資源的使用，一方面健保局也可以節省審查的行政成本（定額支付下，就不必審查是否有不必要的浪費，因為醫師或醫院會自我審查、自我控制）。

這套由美國的Medicare（美國政府對於65歲以上老人或身心障礙者提供的社會保險制度）發展出來的支付制度，是否能適用於台灣的健保制度，是值得探討的。台灣的醫界對於DRG制度大部分持著悲觀和反對的看法：重症病患將成為人球、醫學中心將面臨財務危機、疾病嚴重度加成支付不公平、病人治療未完全就會被安排出院、...等等。除了這些問題之外，可能還有一些更根本的問題必須要進一步思考的：

首先必須澄清的是，現行的健保制度下已經實施總額預算制度（global budget），也就是前一年行政院就已核定下一年度健保醫療費用的總額，而醫療院所對病人提供服務後向健保局申報費用，除了少數項目外，是以「點數」計算的，每季健保局再根據先前行政院核定的總額和醫療院所申報的總點數，計算每點「點值」（通常每點點值會少於1元），來核付醫療費用。DRG仍然是在這套總額預算制度下運作，因此不影響年度醫療費用的總支出，換句話說，DRG制度不會為健保省下半毛錢。

我們經常會聽到一種質疑全民健保的說法：「全民健保是保險還是社會福利？」。在美國，一般健康保險是由保險公司設計保單提供給客戶，客戶（多為為員工投保的企業）依據保單設定的保費和涵蓋的醫療項目，選擇最適當的保單來投保，因此醫療給付是根據「付費能力」（ability to pay）來決定的，付的保費高，涵蓋範圍就大。而Medicare和Medicaid（美國政府對於低收入民眾提供的健康照顧社會安全制度）是由政府稅收支應，醫療給付是根據保險對象的「需要」（Need）決定的，疾病需要何種治療，給付就到那裏。兩者之間的差異性相當明顯，民眾並不容易混淆。但是Medicare如果完全由醫師或病人決定「需要」的範圍和內容，費用上漲勢必無法控制，因此美國政府採用DRG來提供誘因，讓醫療院所自行管控資源的投入，以控制費用。

台灣的健保制度是根據「需要」、而不是繳交保費的多寡來決定醫療給付的內容，本質上比較像Medicare。但是所謂的「需要」由誰決定，並不清楚。美國Medicare由政府出錢，醫療給付範圍由政府決定，大家沒話講。DRG制度下，授權醫療院所決定，政府只做費用控管，大致上民眾也沒話講（因為DRG已經把各種疾病起碼要做的檢查、治療都預先定好了，醫療院所做的不能少於這些既定項目）。
台灣的健保制度最大的問題就是政府不敢明確的對民眾講：「你的疾病只要這些治療，健保也只給付這些治療，其他沒有了！」所以民眾自己認定他的「需要」時，健保局通常也會「是、是，

Phoca PDF

這些健保都有給付」，但是當醫療院所申報費用時，又回到「政府決定給付範圍」的原則，而予以核刪。十幾年來，健保局和醫療院所就一直處於這種互不信任的緊張狀態，在這樣的情形下，健保局宣布實施DRG
，進一步要讓醫療院所管控醫療資源的投入，但卻沒有對民眾明白說明：「以後住院天數會減短、藥品也不會給的那麼多、也不能喜歡住院住多久就住多久」，而把這些留給醫界，讓他們自己去面對、應付民眾的質疑，當然引起反彈。

健保政策的兩大目標就是「維持財務健全」和「提升或至少維持醫療品質」。DRG制度對於健保財務沒有影響，已如前述。而DRG對於醫療品質是否有正面的影響，值得探討。DRG可能造成人球、治療不完全的質疑，已經被提出。國外的經驗，也沒有明顯證據可以支持醫療品質因DRG而提升。理論上，DRG可以提升醫療資源的使用效率，例如住院日數減短，可以提升病房周轉率，進而可以減短列在手術「等候名單（waiting list）」的時間，讓需要者可以早日進行手術。但是台灣醫療資源充沛的環境下，基本上並沒有「等候名單」過長的問題。另外如健保局官員所說的，盲腸炎病患者跌倒骨折的例子，DRG不支付骨折治療的費用，而要醫療院所吸收，可以促使醫療院所注意預防措施。事實上，發生這種案件，就可能引起訴訟和賠償，醫療院所考慮到這些成本，當然會加強預防病人跌倒的措施。總不會是原來為了領取治療骨折的費用而故意不做好預防措施讓病人跌倒，等到DRG下健保不給付治療骨折的費用後，醫療院所怕領不到錢才加強預防病人跌倒的措施吧！

總而言之，在總額預算制度之下實施DRG，對於健保財務沒有幫忙，對於醫療品質也不能期待有所提升。唯一可以明確地預測的，就是醫院的競爭會更嚴峻。而且在DRG制度下，決勝的因素不見得是好的醫療品質，而最可能是文書作業的管理 - 如何選擇最「正確」的申報項目（診斷群）、以爭取最高的支付點數。推動DRG的效果如果只是這樣，那就只是個擾民的政策而已。

Phoca PDF