

調 查 報 告

壹、案由：中央健康保險局自 99 年元月起，對健保住院施行「住院診斷關聯群制度」(DRGs)，即不論病患住院幾天，凡同一手術，健保局皆給與相同給付；惟該局貿然實施本制度，卻無提出完整之配套措施，將造成醫院為節省經費，要求未痊癒之病患提早出院，甚或百般設辭，極易讓重症患者成為各大醫院間之人球，嚴重影響民眾之醫療權益乙案。

貳、調查意見：

本案係中央健康保險局（下稱健保局）自民國（下同）99 年元月起，對健保住院醫療給付，施行台灣版的「住院診斷關聯群制度」（下稱 Tw-DRGs），其配套措施是否充足，有無影響民眾之醫療權益，本院認有深入瞭解之必要。嗣台灣私立醫療院所協會亦就本案有所續訴，爰予併同調查，案經向健保局調閱相關卷證資料，並約詢行政院衛生署（下稱衛生署）相關主管人員，茲已釐清案情竣事，爰臚述調查意見如下：

一、健保局實施我國 DRGs 支付制度迄今未達預期目標，尤其未能確依原先規劃期程推展，進度一再延宕，洵應加速迎頭趕上：

(一)按所謂住院診斷關聯群 DRGs (Diagnosis Related Groups)，係將醫師診斷為同一類、採取類似治療手段之疾病分組，再依病人的年齡、性別、有無合併症或併發症、出院狀況等加以細分，將相同之疾病組合，依過去提供醫療服務之支出數據，計算未來醫院得請領之健保費用。相較我國業於 91 年起已採取之醫院「醫療費用總額支付制度」，DRGs 屬於微觀之支付制度改革；亦即，在「同病同酬」之前提

下，醫院為獲得合理利潤，必須發展臨床路徑¹，以有效控制醫療費用、改善病患照護品質與療效，提高醫療服務效率，間接促成醫療資源分配公平合理化。而健保局揭櫫其實施 Tw-DRGs 之目的為：

- 1、提昇醫療服務效率：在 DRGs 支付制度下，健保局是以病患住院期間為單位，支付醫療費用給醫院。醫院透過管理機制加強臨床路徑，將醫療照護之流程標準化，讓病人住院後依照臨床路徑治療病人，若醫院有效率提供醫療服務、減少不必要手術、用藥及檢查等，醫院就可以減少醫療成本。
- 2、改善病人照護品質與療效：病人可獲得較好的照護品質與療效，門診手術可以解決的問題門診就可以完成、減少不必要的檢查、用藥及住院日數，同時也減少院內感染的機會。

(二)查我國自 99 年 1 月 1 日實施 DRGs 支付制度迄今已近 2 年，依健保局查復本院資料顯示，其施行前後之重要數據比較如表 1，其中「平均每天住院天數」與「平均每件實際醫療點數」兩項效標，自 98 年至 100 年上半年間，均呈現略微下降趨勢；而「DRG 住院案件轉出率」、「3 日內再急診率」、「14 日內再住院率」等三項數據，係評估 DRGs 施行是否導致住院醫療品質下降之重要指標。然而自 99 年以來，轉出率較施行前呈稍降趨勢；而再急診率、再住院率兩項指標，於 99 年卻微幅增長。可見整體而言，我國 DRGs 施行以來，在醫療資源運用之效率及改善病人照護品質與療效方面，均缺乏此重大制度

¹臨床路徑就是一種由醫生、護士及其他醫療人員，針對某一特定的疾病診斷或手術，將照護目標透過關鍵性的醫療與護理，以最適當的照護活動，按住院天數及疾病的進展予以表格化且依序施行，並透過不斷的修正與改善，以期達到最完美的管理成果。

變革之應有具體成效。

(三)又查 Tw-DRGs 之版本演進與實施期程規劃如下：

1、Tw-DRGs 之版本演進：

- (1)91 年公開 1.0 版 Tw-DRGs:參照美國(CMS)DRGs 分類架構，計有 499 個分類。
- (2)93 年公開 2.0 版 Tw-DRGs：其分類增加到 976 個分類。
- (3)96 年 2 月公開 3.0 版 Tw-DRGs：其分類調整為 969 個分類。
- (4)98 年 4 月公開 3.1 版 Tw-DRGs：其分類增加到 1,017 個分類。
- (5)98 年底公開 3.2 版 Tw-DRGs：其分類增加到 1,027 個分類。
- (6)100 年初公開 3.3 版 Tw-DRGs：其分類增加到 1,029 個分類。

2、Tw-DRGs 之實施期程規劃：

- (1)健保局於 96 年 2 月公開 3.0 版 Tw-DRGs，預定於 97 年開始實施，但由於各界反對聲浪過於強大（例如：質疑 DRGs 架構不周全、病患後續照護尚無法銜接等），致該局於 96 年年底公告暫緩實施，此延宕者一。
- (2)健保局嗣於 98 年 4 月公開 3.1 版 Tw-DRGs，並公告預定於 98 年 9 月執行，但因為八八水災造成南部若干醫療院所受損嚴重，為顧及醫院救災工作與善後因應，致 Tw-DRGs 之執行計畫遂告停頓，此延宕者二。
- (3)95 年 12 月 29 日全民健康保險監理委員會第 139 次委員會議決議，由健保局審慎研擬規劃 DRGs，同時考量執行面之周延性；且全民健康保險醫療費用協定委員會亦於協商 98 年總額

成長率給予 3 億元以推動 DRG 支付制度。健保局爰自 99 年元月起納入 DRGs 制度的住院醫療分類，共有 155 項，僅占 1,017 項中的 17%。

(四)末查健保局之 Tw-DRGs 暫定第 2 年(100 年)導入項目為 MDC5、8、12、13 及 14，原規劃自 100 年 1 月 1 日實施，由於醫界代表認為雙方對於特殊材料自費問題及第 2 年導入項目之分類表修訂皆未獲共識之情形下，反對 100 年 1 月 1 日施行第 2 年 DRG 項目，經報請衛生署同意暫緩導入第 2 年項目，實施日期另行協商討論，此乃其原規劃實施期程之第三度延宕。

(五)另健保局為減少醫院實施新制度之財務衝擊，原本將 Tw-DRGs 之 1,017 項規劃為分 5 年逐步達成，其 99-103 年各年之導入期程如表 2。惟查健保局邇來有關 Tw-DRGs 之簡報資料，已將原規劃「5 年內全面實施」更改為未訂定明確施行日期之分階段實施，作為「政策未能如期實施」之下台階。

(六)綜上，我國 DRGs 支付制度施行迄今，預期成效尚未彰顯，惟其原規劃之實施期程，業已三度延宕，尤其健保局已準備將原規劃 5 年內全面實施更改為分階段（未訂定明確期限）實施，恐將無法達成「103 年將全面採用 DRGs 支付制度」之政策承諾，洵應加速迎頭趕上。

二、健保局推行 Tw-DRGs 制度之相關配套措施未臻完備，引發醫界諸多疑慮，肇致全民健康保險特約院所難以積極主動配合推動，實有改善策進之必要：

(一)醫界多次函文反映健保特殊材料自費問題欠缺配套措施，健保局後續因應作為迄今仍未解決：

1、過去民眾看病所使用之相關醫療器材，均由健保給付，但實施 Tw-DRGs 制度後，本來由健保給付

之醫療項目，變成由民眾自行負擔，等於將看病所需費用變相轉嫁給病患。

- 2、健保局為回應醫界上開反映意見，所擬訂之「全民健康保險特約院所收取自費特材費用規範（草案）」刻正報請衛生署核定中，故目前尚未付諸實施。
- 3、另依據二代全民健康保險法（下稱健保法）第 45 條規定：「本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限……」換言之，二代健保法已明訂保險人可以對自付差額特材品項訂定給付上限及差額上限，惟該法第 104 條規定其施行日期，由行政院定之。故於行政院尚未公告二代健保法之施行日期前，特約醫院仍無法向病患收取特殊材料之差額費用。

(二) Tw-DRGs 制度之規劃及推動過程倉促，未能與第一線之醫療工作者充分溝通：我國 DRGs 支付制度於 99 年實施首批 155 項不久，旋即應醫界要求再分類為 164 項，已如前述。顯見整體 Tw-DRGs 導入項目之分類表修訂未獲得醫界「力求細膩化，充分反映醫療成本」之共識，此由前項 Tw-DRGs 之版本演進過程中，不斷增列分類之總數可見一斑。

(三) 導入疾病群組編碼新制之後續推動工作順暢與否，尚難逆料：由於目前健保門住診費用診斷碼仍採西元(下同)2001 版國際疾病分類第九版 ICD-9-CM 申報，所以導入第十版 ICD-10-CM/PCS²新制度的實施落實到醫院的實際作業上亦可能出現許多問題，其中最重要的莫過於疾病群組編碼的對照與判定。103

²所謂 ICD-10-CM(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision, Clinical Modification)。PCS(Procedure Coding System)處置代碼系統。

年擬全面實施 ICD-10-CM/PCS 應用於臨床疾病分類之執行尚有疑慮，但導入 ICD-10-CM/PCS 能更精確測量成效、提升臨床研究、利於管理長期照護、減少錯誤、較低行政成本、發展自動化編碼程式、利於照護管理之諸多優點，故勢在必行。健保局雖已於 100 年 5 月各部門總額會議中說明推動計畫，惟僅止於醫院總額支付委員表達需加強醫院的教育訓練及請健保局於適當時機於全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會報告，以爭取改版經費之建議而已。

(四) 醫院面臨鉅大轉型衝擊之準備度不足：一般預期 DRGs 制度實施後，可能會導致住院減少、門診增加、自費機會提高，住院復健及長期照護等服務與需求上升等情形。是以未來台灣的醫療院所不是存活於急性期醫院體制下實施 DRGs 制度，便是被迫轉型成為慢性期的療養院所，接受急性期醫院轉診出來的病患。國外實施 DRGs 是在已做好長期照護及出院的短期照護，但這些照護制度在台灣目前尚未完全準備好。

(五) 質言之，健保局推行 Tw-DRGs 制度之相關配套措施未臻完備，引發醫界多次函文反映健保特殊材料自費爭議問題、疾病之分類事先未能與第一線之醫療工作者充分溝通、恐難順暢導入疾病群組編碼新制、醫院不足以面臨鉅大轉型衝擊等諸多疑慮，肇致全民健康保險特約院所難以積極主動配合推動，實有改善策進之必要。

三、健保局允當加強醫事人員之 ICD-10-CM/PCS 教育訓練宣導，以降低 Tw-DRGs 申報編碼之訛誤，並訂定嚴格之處罰辦法來防杜可能衍生之弊病，俾使最新國際疾病分類與健保新制得以無縫接軌：

- (一) 為配合總額支付制度之規劃，健保局自 89 年起參考美國 DRGs 之分類邏輯，進行分類及自行開發住院病例組合之分類程式。在本地化的過程中，除邀請專家、學者提供意見外，亦廣泛邀請醫界、專科醫學會、疾病分類人員參與規劃，使 Tw-DRGs 儘可能反映國內臨床診療實際需求，足見其整體導入之流程相當費事耗時，故類此 ICD-10-CM/PCS 重大醫療制度之變革，牽涉層面至為廣泛，其銜接過程往往曠日費時。
- (二) 有關導入疾病群組編碼新制 ICD-10-CM/PCS 之後續推動工作，攸關推行 Tw-DRGs 制度之順遂，惟健保局相關整備作業是否完足、特約醫療院所與醫事人員之配合度均難逆料，已如前述。
- (三) 揆諸健保局有關 ICD-10-CM/PCS 導入計畫係自 99 年開始實施，預計完成師資培訓、中文版 ICD-10-CM/PCS、編碼指引、教案、對應資料檔、臨床診斷對應查詢系統及資訊開發等基礎工程，100 年進行全國編碼人員教育訓練及認證外，將徵求各層級部分院所發展疾病分類編碼由 ICD-9-CM 成功轉換為 ICD-10-CM/PCS 之模式與流程，建立標竿學習目標，103 年後視全國準備狀況導入。
- (四) 再者，在臨床實務執行手術及醫療處置時，由於編碼整合不夠完全，常使得疾病的編碼判定上有可討論的空間。因此容易造成特約醫療院所醫事人員所謂 up-coding 是指由於疾病判斷上的曖昧性，蓄意將病人歸入給付定額較高（利用編碼取巧，虛報、浮報點數）的 DRGs 案件。這種情形在所有實施 DRGs 支付制度的國家都曾發生，通常會以祭出嚴格之罰則來做規範。
- (五) 質言之，DRGs 與 ICD（國際疾病分類）在編碼輸入

上有著密不可分之關係，健保局允當加強醫事人員之 ICD-10-CM/PCS 教育訓練宣導，以降低 Tw-DRGs 申報編碼之訛誤，並訂定嚴格之處罰辦法來防杜其可能會造成之 up-coding 現象，俾使最新國際疾病分類與健保新制得以無縫接軌。

四、健保局允宜賡續加強 Tw-DRGs 支付制度之宣導，並落實執行各項品質指標之定期監測，俾使民眾瞭解其權益可能受到之影響，發揮全民監督之功能：

(一)查健保局承諾導入 Tw-DRGs 支付制度後，對於保障民眾權益採行下列措施：

- 1、定期監測各項品質指標(如平均住院天數、再急診率、再住院率等)，建立即時回饋系統，以供民眾查詢。
- 2、即時並加強辦理民眾申訴案件之處理。
- 3、監控病患轉院案件：加強「轉院」及「一般自動出院」案件之審查。
- 4、加強查核自費收取情形：各特約醫院於全民健康保險給付範圍內，不得自立名目向保險對象收費。
- 5、各特約醫院若有拒收保險對象者、虛報費用而損及民眾權益者，依全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法(下稱特約管理辦法)辦理。

(二)按 99 年度第一階段之 DRGs 施行後，健保局曾委託國立陽明大學就該階段 DRGs 之實施項目，進行民眾就醫滿意度之調查。研究結果顯示：在 627 名受訪病患中，感到「被迫提前出院」者占 12.1%；感到「交了不該交的錢」者，占 8.6%；感到「住院服務縮水」者，占 13.1%；自認「被迫轉床院」者，占 6.2%；尤以認為「服務品質比以前差」者，竟占 17.4%，更讓人關注。惟該研究所做調查中，並未包括就醫民眾對於 DRGs 支付制度之瞭解程度；復以醫療活

動具有高度專業性，就醫民眾未必知悉何種醫療手段在一般情況下是否必要，皆使該研究之成果大打折扣。凡此，益證健保局賡續委託學界進行民眾就醫滿意度調查，以究明相關疑惑之必要性。

(三)病人遭醫院要求自費的機會增加：醫院會把無法向健保局申請到的費用，轉嫁到病患身上變自費。

- 1、病人一次能解決的手術，可能硬拆成兩次處理，加重病人自費負擔。
- 2、原本住院的檢查項目，改在門診時進行，自費項目也可能因此變多。
- 3、一旦實際醫療費用超出預期，超出的費用部分健保局僅支付給醫院八成，民眾可能在未痊癒前就被趕出院，或需額外付費住院。
- 4、病患徵詢第二意見的權利，可能須自行負擔費用：病患在原醫院治療，需要第二意見時，可能轉往更大醫院，但是檢查費用，都已經被前端醫院「吃掉」。

(四)次查我國 DRGs 支付制度於 99 年正式施行前，外界提出之疑慮包括：醫療院所為減少開支而減少必要之支出與檢查；要求病患提早出院；拒收重症患者；利用編碼取巧，虛報、浮報點數；巧立名目向患者收取自付費用等。惟查，健保局之因應措施除將重症與特殊病患預先排除適用 DRGs 支付制度、明定 7 項病人不適當出院標準以防其提早被趕出院之外，其他如退費、計點、罰鍰等，均屬於事後處分手段；對於不肖之醫療院所，雖具有一定之嚇阻效果，但仍無法及時彌補患者受損之醫療權益。對此，該局允宜加強現有申訴服務專線 0800-030-598 之處理效率，並依特約及管理辦法第 17 條之規定，強化對醫療院所之實地訪查。

(五)又查當前外界對於導入 Tw-DRGs 支付制度後，仍認醫療品質有令人堪憂之處：

- 1、對於重症病患，DRGs 僅給付資源較大的主診斷，有多重器官疾病之病患要不斷的出院、再入院，才能把所有的病痛處理完。民眾如果想要治療併發症，必須先出院再進院辦理手續，多受幾次折磨。
- 2、醫院為避免虧損，將會很謹慎的選擇最「經濟」的醫療，而不是最有效、最先進醫療。
- 3、醫院排斥診治複雜困難病人：當醫院診所拒收有併發症之手術病患時，這些病患將被排擠到人力物力較充足的醫學中心，以致醫學中心人滿為患，將造成收治重症過多、形成醫護人力吃緊，甚至虧損，大幅降低我國整體醫療服務水準。
- 4、行政架空醫療：質疑健保特約之限制太多，宛如「以健保規章取代醫學教科書」，已然介入與變更醫療核心價值，致使醫療品質退步。

(六)質言之，健保局在實施「住院診斷關聯群」初期，僅以網站上張貼「Tw-DRGs 支付方案問答輯-民眾篇」、定期公布各項品質監測指標以釋除相關疑惑，並設置服務專線供民眾申訴。然而大多數病人並不知道什麼疾病該做哪些檢查和治療，更擔憂因實施 DRGs 而讓醫療服務品質縮水。故健保局爾後允宜賡續加強 Tw-DRGs 支付制度之宣導，並落實執行各項品質指標之定期監測，使民眾瞭解其權益可能受到之影響，俾發揮全民監督之功能。

五、醫事團體指摘健保局涉有「剝奪被保險人自由選擇品質較好特殊材料之權利」一節，俟「全民健康保險特約院所收取自費特材費用規範」與二代健保法公告施行後，當可迎刃而解：

- (一)查現行 Tw-DRGs 支付規定，其支付點數係以診察、檢驗(查)、處置、手術、麻醉、藥品、特殊材料及住院等費用，採包裹支付，故已實施 DRGs 案件，健保局均規定不得向民眾收取自付費用，倘有全民健保尚未收載之特殊材料品項，特約醫療院所或特材廠商應事先向健保局申請納入給付。
- (二)頃據台灣私立醫療院所協會質疑健保局推行 DRGs 制度，禁止病患自費負擔特殊醫療材料、設定「差額上限」等措施，涉有「剝奪被保險人自由選擇品質較好特殊材料之權利」疑慮：該協會指出台灣平均每個人有三張保單，一旦生病，包括住院、開刀及相關醫材，都能獲得保險理賠，但 DRGs 規定嚴格，如醫院以材料差額名義向病患額外收費，則全額不予給付。惟據統計，99 年度我國「個人健康險」保費收入約新台幣(下同)2253.7 億元，規模約為全民健保年度保費的一半。全民健保入不敷出，但保險公司年度理賠金額只有 622.3 億元，僅占保費的 27.6%，足見禁止使用自費醫材抑制了被保險人追求高品質健康的理想，減免了商業保險所應承擔之理賠金額與責任，但對健保局降低醫療給付費用支出卻相當有限，且對被保險人健康提升亦毫無助益。
- (三)第查健保局就上開指摘之回應如次，顯見其相關管制規定業已逐漸鬆綁：
- 1、為避免影響新特殊材料之引進，健保局 100 年 2 月 1 日已公告施行「DRGs 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」，針對使用健保給付之新特殊材料，得另外加計給付費用，以避免特約醫院向病患收取額外費用。
 - 2、健保局另已密集與醫事團體研商，取得一致之共識後乃據以擬訂「全民健康保險特約院所收取自

費特材費用規範（草案）」，刻正報請衛生署核定中，一旦核定後便可付諸實施。

- 3、健保局查復本院指出：民眾購買之商業性醫療保險係屬個人自行之選擇，由於健保給付範圍，會因科技發展、臨床需要、使用普及性等因素隨時檢討增加給付項目，故給付範圍係隨時間變動的。另健保給付項目範圍之決定係以全民需求作考量，而非以有買商業保險者之需求作考量。目前商業保險保單內容多樣化，且保險期間均屬長期性，為個人自行選擇，故易發生民眾購買商業保險時，可理賠內容為健保不給付項目，但一段時間後發生事故時，健保已納入給付之情形。
- 4、另依據二代全民健康保險法（下稱健保法）第45條規定：「本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限……」換言之，二代健保法已明訂保險人可以對自付差額特材品項訂定給付上限及差額上限，未來該法公告施行後，特約醫療院所便得以依法向病患收取特殊材料之差額費用。

（四）綜上，醫事團體指摘健保局涉有「剝奪被保險人自由選擇品質較好特殊材料之權利」一節，俟「全民健康保險特約院所收取自費特材費用規範」與二代健保法公告施行後，當可確保實施 Tw-DRGs 制度底下，病患使用新醫療材料之權益。

調查委員：尹祚芊
洪昭男
劉玉山
杜善良

表 1、DRGs 施行前後數據比較表：98 年-100 年上半年

效 標 \ 資 料 時 間	98 年	99 年	100 年 上半年
平均每天住院天數	上半年：4.42 日	上半年：4.18 日	4.18 日
	全年：4.39 日	全年：4.19 日	
平均每件實際醫療 點數	上半年：45,977 點	上半年：45,609 點	45,286 點
	全年：45,514 點	全年：45,803 點	
住院前一週內平均 門診檢驗檢查點數	上半年：684 點	上半年：847 點	691 點
	全年：685 點	全年：816 點	
出院後 1 週內平均 門診醫療點數	上半年：1,188 點	上半年：1,193 點	1,243 點
	全年：1,174 點	全年：1,213 點	
DRG 之住院案件有 併發症件數占率	上半年：11.27%	上半年：15.82%	15.02%
	全年：11.98%	全年：16.40%	
DRG 住院案件轉出 率(人數)	上半年：800 人 (0.35%)	上半年：755 人 (0.34%)	640 人
	全年：1,560 人 (0.32%)	全年：1,478 人 (0.32%)	
3 日內再急診率(件 數)	上半年： 1.57%(3,638 件)	上半年： 1.68%(3,768 件)	3,636 件
	全年：1.60%(7,670 件)	全年： 1.70%(7,789 件)	
14 日內再住院率(件 數)	上半年： 2.34%(4,504 件)	上半年： 2.65%(4,967 件)	4,538 件
	全年：2.33%(11,217 件)	全年： 2.61%(12,003 件)	

表 2、Tw-DRGs 支付制度未來各年之導入期程：99-103 年

時程	DRG 項目或 MDC	占 DRG 範圍之點數 %	累計導入之 DRG 占 DRG 範圍之 %	占全部住院費用之點數 %
第 1 年	155 項 DRG(含蓋 11 個 MDC)*	28.60%	28.60%	17.36%
第 2 年 (暫定)**	MDC 5、8、12、13、14 (循環、骨骼肌肉、妊娠生產、男性及女性生殖)	18.00%	46.60%	10.97%
第 3 年 (暫定)	MDC 2、3、6、7、9、10(眼、耳鼻喉、消化、肝膽胰臟、骨骼肌肉、內分泌)	14.30%	60.90%	10.26%
第 4 年 (暫定)	MDC PRE、4、11、17、23、24 呼吸系統、腎尿道、骨髓、影響健康狀態、多重外傷及 PRE MDC)	21.40%	82.30%	12.97%
第 5 年 (暫定)	MDC 1、15、16、18、21、22(神經、新生兒、血液、傳染疾病寄生蟲病、損傷中毒、燒傷)	17.70%	100.00%	9.16%
合計	1,017 項 DRG***	100.00%		60.72%

*100.01.01 再分類為 164 項。

** 改為第 2 階段 (分階段實施)。

*** 目前已增列為 1,029 項。