

臺灣醫界對Tw-DRGs 制度的反省： 從實證角度出發—— 以心臟外科為例

林萍章 * / 長庚紀念醫院外科臨床教授

摘要

Tw-DRGs自2010年開始實施第一及第二階段以來，基於實證資料，本文建議：一、以心臟血管外科手術為例，區域醫院手術數目增幅反而高過醫學中心，原因可能是Tw-DRGs支付方式以全國為計算基礎，對成本較高的醫學中心不利。故而，基本診療加成率應對醫學中心增加，以反映醫學中心之成本。二、重症醫療專科的Tw-DRGs正價差率遠低於醫學中心或全國的價差率。從而CMI加成不僅不應刪除，反而要提升重症醫療專科的Tw-DRGs之CMI加成幅度，方有助於避免「五大皆空」惡化，也有效降低實施第三階段Tw-DRGs的阻力；但不應全院加成。三、高價醫材與高價藥物是實施第三階段Tw-DRGs的最大阻力。有健保給付之高價醫材與高價藥物應採外加方式，核實申報。



* 本文作者亦為東吳大學法律學系醫事法講座、國立政治大學法學院兼任教授

關鍵詞：全民健康保險住院診斷關聯群、病例組合指標、基本診療加成率

DOI：10.3966/24155306201607000004

壹、前言

衛生福利部2016年1月28日公告自105年3月1日起，醫院住院全面實施「全民健康保險住院診斷關聯群」(Taiwan diagnosis related groups, Tw-DRGs)支付制度。其實，全民健保自2010年起實施Tw-DRGs，已實施兩階段401項Tw-DRGs。¹若Tw-DRGs全面實施，將再增加1262項Tw-DRGs，連同原已實施之401項，總費用占住院費用58%。然而，社會各界有不同的聲音，有贊成亦有反對的意見。衛生福利部回應各界意見，並考慮2016年1月1日實施的ICD-10的編碼造成醫界作業壓力，又適逢春節假期將屆，病患求診人數增多，造成醫院營運上困擾，或造成醫療院所電腦資訊程式配合的問題，亦考量醫師公會、學會及民間團體都關心此議題，決定有關2016年3月1日實施Tw-DRGs支付制度乙事，先暫緩實施。²然而，在可見的未來，Tw-DRGs全面實施的可能性很高，本文特別以醫界實證資料對第一及第二階段的Tw-DRGs實施成效作反省，並提出修正建議。

Tw-DRGs是以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的一次住院支付點數，並針對特定項目設計額外加給。有別於傳統論量計價方式，好處是醫療專業自主大幅提升，醫師可依臨床照護指引，提昇診療效率，減少不必要住院日數，有效控制醫療費用及改善病患照護品質與療效，但初期可能造成醫療專業人員之不適應及須承擔更大之責任。³臺灣在1995年健保實施前就開始研議DRG，不斷修訂，衛生署於2010年公告實施第一階段Tw-DRGs（164項），

1 中央健康保險署，為提昇醫療服務效率，建立醫院品質比較基礎，全民健保自2016年3月1日起，醫院住院全面實施Tw-DRGs支付制度，<http://www.mohw.gov.tw/news/571553665>（瀏覽日期：2016年4月27日）。

2 中央健康保險署，回應各界反映意見DRG暫緩3月1日實施，<http://www.mohw.gov.tw/news/571653707>（瀏覽日期：2016年4月27日）。

3 中央健康保險署，同註2。

心臟外科手術即在此時納入。⁴2014年7月公告實施第二階段Tw-DRGs（237項），包括循環系統之疾病與疾患、骨骼、肌肉及結締組織之疾病與疾患、男性生殖系統之疾病與病患、女性生殖系統之疾病與病患、妊娠、生產與產褥期。自此，大部分心臟外科手術都納入Tw-DRGs支付制度。

貳、衛生福利部對Tw-DRGs支付制度的實施成效的檢討

以2014年統計資料為例，已實施項目平均住院天數為4.23天，與前一年相較下降3.7%。有關民眾就醫權益相關指標，包含出院後同日轉至其他醫院住院比率為0.7%（下降12.3%），整體3日內再急診率為2.1%（下降7.0%），整體14日內再住院率為3.8%（下降6.9%），與前一年相較皆屬下降，顯示疾病照護成效皆有進步，符合支付制度改革目的。以最近一年醫院DRG申報範圍醫療費用，進行全面實施Tw-DRGs後之財務影響評估，全民健康保險414家醫院中，326家醫院給付點數增加、86家給付點數減少、2家無影響。其中，以19家醫學中心來說，10家醫學中心之給付點數增加、9家醫學中心給付減少；76家區域醫院，66家區域醫院之給付點數增加、10家區域醫院之給付減少；319家地區醫院，250家地區醫院之健保給付點數增加、67家地區醫院之給付減少、2家無影響。⁵平心而論，由以上成效，Tw-DRGs在學理上和實務操作上應該都是可行的。其實，DRGs在美國已發展30年以上，歐洲許多國家也有實施類似DRGs的支付制度，可說已經相當成熟。

4 楊志良，DRG到底是什麼？<http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/278/article/3916>（瀏覽日期：2016年4月27日）。

5 中央健康保險署，同註2。

參、臺灣各醫院心臟外科實施Tw-DRGs支付制度的成效⁶

一、各年度醫學中心或區域醫院的心臟血管手術成長幅度

臺灣執行心臟外科手術的醫院共有19家醫學中心及9家區域醫院。自2010年（實施第一階段Tw-DRGs起）至2014年底（實施第二階段Tw-DRGs前）以來，大部分心血管手術皆納入Tw-DRGs範圍。但是，沒有一家醫療機構裁撤心臟血管外科或取消心血管手術。臺灣胸腔及心臟血管外科學會每年統計各醫院手術數目，作為評鑑訓練醫院的基礎，且每年稽核，故其正確性很高。學會資料庫之手術數目顯示於表1。由於兒童心臟手術集中於少數醫院，因此不列入計算。本文將心臟血管手術分類為五大

表1 各年度心臟血管手術成長幅度

年度		醫學中心					區域醫院				
		2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
冠狀動脈手術	總數	2029	2080	1982	1916	1778	420	465	560	535	417
	平均	106.8	109.5	104.3	100.8	93.6	46.7	51.7	62.2	59.4	46.3
	成長%	100%	103%	98%	94%	88%	100%	111%	133%	127%	99%
瓣膜手術	總數	1663	1773	2090	1730	1747	192	370	577	373	473
	平均	87.5	93.3	110.0	91.1	91.9	21.3	41.1	64.1	41.4	52.6
	成長%	100%	107%	126%	104%	105%	100%	193%	301%	194%	246%
主動脈手術	總數	1111	1283	1546	1301	1318	75	177	174	205	238
	平均	58.5	67.5	81.4	68.5	69.4	8.3	19.7	19.3	22.8	26.4
	成長%	100%	115%	139%	117%	118%	100%	236%	232%	273%	317%
機械性輔助手術	總數	819	935	870	898	1074	37	178	198	161	195
	平均	43.1	49.2	45.8	47.3	56.5	4.1	19.8	22.0	17.9	21.7
	成長%	100%	114%	106%	110%	131%	100%	481%	535%	435%	527%
周邊血管手術	總數	1534	1955	2464	1683	2444	124	541	429	342	304
	平均	80.7	102.9	129.7	88.6	128.6	13.8	60.1	47.7	38.0	33.8
	成長%	100%	127%	161%	110%	159%	100%	436%	346%	276%	245%

6 資料來自臺灣胸腔及心臟血管外科學會的資料庫，感謝學會秘書江麗雪的協助。

項：中度風險的冠狀動脈手術和瓣膜手術、高度風險的主動脈手術及機械性輔助手術與低風險的周邊血管手術。每項手術之總數再除以醫院數目而得到各年度醫學中心或區域醫院的醫院平均手術數目。最後再以2010年度為基準計算各年度醫學中心或區域醫院的成長幅度（以%呈現）。由表1可看出各項手術在醫學中心或區域醫院的成長幅度不一。將進一步分析如後。

二、冠狀動脈手術的成長幅度

將醫學中心或區域醫院的各年度冠狀動脈手術的成長幅度畫成圖形，可得圖1。由於近年來冠狀動脈介入性治療的大幅成長，冠狀動脈手術數目逐漸減少。但是，由圖1可看出區域醫院相對抗跌。Tw-DRGs支付制度對區域醫院的冠狀動脈手術並無不良影響。

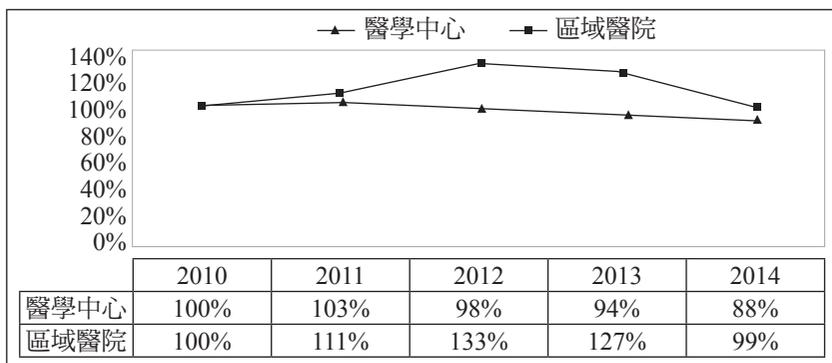


圖1 冠狀動脈手術的成長幅度

三、瓣膜手術的成長幅度

將醫學中心或區域醫院的各年度瓣膜手術的成長幅度畫成圖形，可得圖2。瓣膜手術在Tw-DRGs支付制度是屬於「相對賠錢」的項目。但是，由圖2可看出醫學中心仍小幅成長，而區域醫院則大幅成長，區域醫院對瓣膜手術並未排斥。

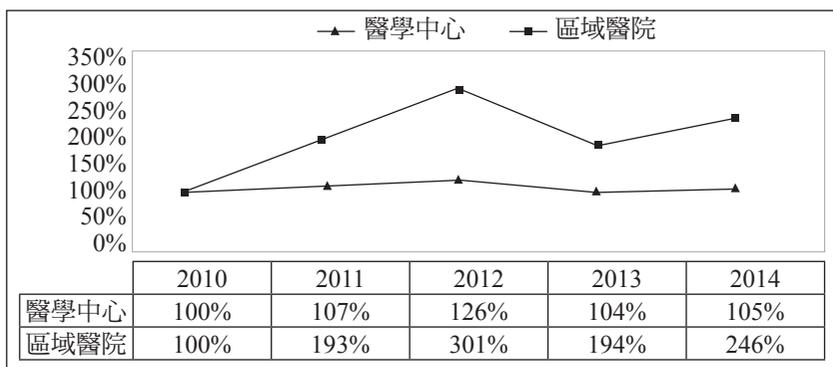


圖2 瓣膜手術的成長幅度

四、主動脈手術的成長幅度

將醫學中心或區域醫院的各年度主動脈手術的成長幅度畫成圖形，可得圖3。主動脈手術（如主動脈剝離手術、主動脈瘤手術）是屬於「高風險手術」的項目。照理說，區域醫院應該是避之唯恐不及才對。但是，由圖3可看出醫學中心僅有小幅成長，反而區域醫院則大幅成長。由此可見，臺灣的心臟外科醫師並不因Tw-DRGs支付制度而對高風險主動脈手術產生排斥。

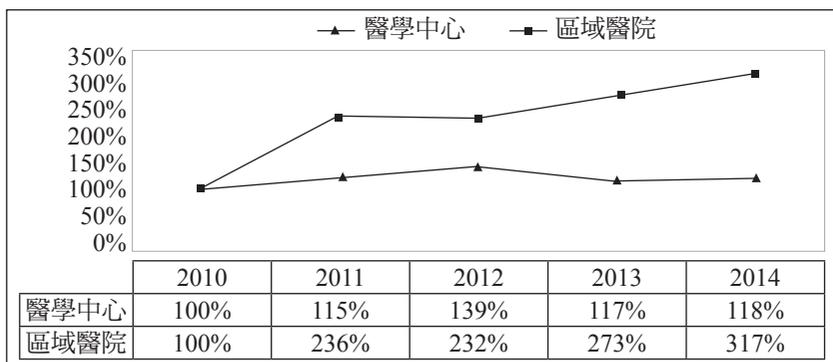


圖3 主動脈手術的成長幅度

五、機械性輔助手術的成長幅度

將醫學中心或區域醫院的各年度機械性輔助手術的成長幅度畫成圖形，可得圖4。機械性輔助手術（如體外循環維生系統：葉克膜、心室輔助器裝置手術）是屬於「極高風險手術」的，病人心臟嚴重衰竭，命在旦夕。照理說，醫學中心或區域醫院更應是不敢插手才對。但是，由圖4可看出醫學中心仍有小幅成長，而區域醫院則有極大幅成長。此乃由於健保署特將機械性輔助手術排除於Tw-DRGs支付制度之外，而採實報實銷作法。由此可見，健保署也是有彈性的，鼓勵臺灣的心臟外科醫師以病人為中心地勇往直前，在死神面前搶救病人。區域醫院更是不惜血本，大幅投資重裝備於急重症領域。

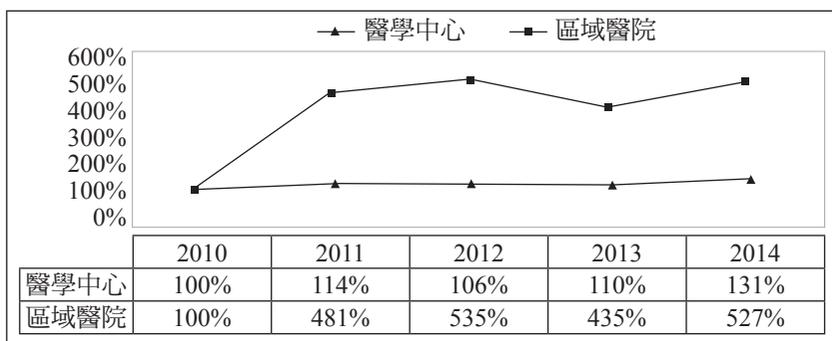


圖4 機械性輔助手術的成長幅度

六、周邊血管手術的成長幅度

將醫學中心或區域醫院的各年度周邊血管手術的成長幅度畫成圖形，可得圖5。周邊血管手術是屬於「低風險手術」，依分級醫療理念，區域醫院比醫學中心更適合執行此項手術才對。由圖5可看出醫學中心僅有小幅成長，而區域醫院則大幅成長，完全符合分級醫療理念。

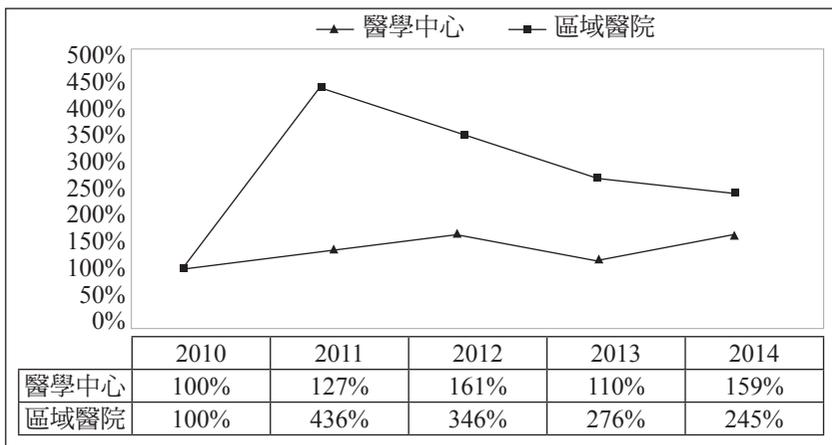


圖5 周邊血管手術的成長幅度

七、小結

由以上資料顯示Tw-DRGs支付制度的彈性調整，使得區域醫院並不因近年來冠狀動脈介入性治療的大幅成長而減少冠狀動脈手術數目；反而在相對賠錢的瓣膜手術及高風險的主動脈手術與機械性輔助手術大幅成長。至於醫學中心，則仍謹守本分地在急重症領域打拼，中、高風險的心臟血管手術仍有成長；但是低風險的周邊血管手術的成長幅度明顯放緩，符合分級醫療理念。從而，Tw-DRGs支付制度並未對急重症領域的心臟血管外科造成負面影響。

肆、Tw-DRGs支付方式

一、支付公式

Tw-DRGs支付定額係由下列公式計算而得：相對權重（RW）×標準給付額（SPR）×（1+基本診療加成+兒童加成+CMI加成+山地離島醫院加成）。

（一）相對權重係以某Tw-DRGs平均每人點數 / 全國平均每人點數計算。計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫