

《全民健康保險法》下的 Tw-DRGs支付制度

李志宏 * / 東吳大學法律學系碩士



摘要

診斷關聯群是保險支付方式之一，臺灣健保制度自2010年1月1日起實施第一階段共164項DRGs，2014年7月1日起再導入237項DRGs，合計401項目。預計2016年3月1日起，除早產兒等53項暫緩實施外，第三階段將再實施1262項DRGs，連同原已實施之401項，總計1716項，不料被新科朝野立法委員聯手擋下，全部暫緩實施，顯見中央健康保險署與保險醫事服務機構就此保險支付方式尚未達成共識。究竟《全民健康保險法》對於這種保險支付方式的規定為何？是否有疊床架屋、不合情理之處？但是無論法律規定如何，醫療終極目的是治療病人，並非治療病情！

壹、前言

診斷關聯群（diagnosis related groups, DRGs）是健康保險支付住院醫療費用給醫院的一種方式，普遍施行於世界有健康保險制度的國家。以病患住院的疾病診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，

* 本文作者亦為醫師公會全國聯合會醫事法律智庫副執行長
關鍵詞：《全民健康保險法》、論量計酬、診斷關聯群支付制度
DOI：10.3966/24155306201607000005

統計各群組在不同醫院的醫療資源使用情形，依經驗數據訂定各群組的統包式支付點數。DRGs支付制度有提升醫療服務效率的效果，但也可能產生住院醫療費用轉移至門／急診、病人受到醫院推趕（patient dumping）或病人出院時病情尚不穩定等現象。為避免上述情形，需搭配品質監控及資訊公開等機制，這也是未來論品質支付及價值型採購的基礎。這些配套措施綜合施行下來，不但提升效率也提高品質，因此DRGs在各國實施時都有爭議，但終能獲得施行¹。

行政院及其下屬衛生福利部，甚至更下屬的設計部門：社會保險司、執行部門：中央健康保險署，為遂行其「論品質支付」、「價值型採購」的健保美麗口號，從2010年1月1日起導入第一階段（共224項）、2014年7月1日起導入第二階段（共307項）Tw-DRGs支付制度，至2016年3月擬全面導入（共1132項）前，終於遭遇保險醫事服務提供者的反擊，被迫暫緩²導入並等待新政府團隊評估。因為Tw-DRGs支付制度涉及醫療、法律、保險及倫理層面既深又廣，本文僅就其與《全民健康保險法》（以下簡稱健保法）的關聯性討論。

貳、Tw-DRGs支付制度的法律依據

2010年導入第一階段Tw-DRGs前，當年中央健康保險局³在介紹此「新制支付方案⁴」時，所持的法律依據係一代健保法第

1 政策小辭典，全民健康保險住院診斷關聯群（DRGs、Diagnosis Related Groups），http://www.ey.gov.tw/Dictionary_Content.aspx?n=43BC5BE655D00BC&s=F57310D4A9B4BCEB（瀏覽日期：2016年4月30日）。

2 衛部保字第1050104250A號函，註銷2016年1月28日衛部保字第1051260068號令修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，2016年2月18日。

3 2013年7月23日隨衛生署升格為衛生福利部，中央健康保險局改組為中央健康保險署。

4 「Tw-DRGs支付方案介紹」，中央健康保險局臺北分局，2009年6月5日～12日。

五章「醫療費用支付」第47條⁵、第49條⁶及第51條⁷。2011年1月4日健保法全文修正時，將第51條改列第五章「保險給付」，並將該條文一分為二：第1項移列修正成為第41條第1項：「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」第2項：「藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布⁸。」第2項移列修正成為第42條第2項：「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以『相對點數反應各項服務成本』及以『同病、同品質同酬』為原則，並得以『論量、論病例、論品質、論人或論日等』方式訂定之。」第2項：「前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同⁹。」其修正理由：「配合多元支付制度之採行，於第一項規定有關醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式，並將原

-
- 5 第47條（訂定醫療給付費用總額之範圍）：「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。」
 - 6 第49條（醫療費用協定委員會之組成及任務（二））第1項前段：「醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。」
 - 7 第51條（醫療費用支付基準之訂定程序）第1項：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。」第2項：「前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」
 - 8 第3項、第4項為授權規定，此不贅述。
 - 9 第3項、第4項為部份條件、授權規定，其修訂理由為：為兼顧被保險人之就醫權益及保險醫療資源效益之極大化，爰於第3項參酌司法院釋字第524號解釋意旨及現行實務作業，於不妨礙被保險人適時就醫之前提下，就屬高危險、昂貴或不當使用之醫療服務及藥物，授權保險人得予事前審查；至於審查之項目、方式及基準，亦應明確規定，另行授權於相關法規命令中定之。

條文第51條第2項修正移列，併同規範。」及「基於保險醫療資源有限，而醫療技術日新月異及所謂有益於人體之方法繁多，為確保醫療給付之合理性及醫療服務品質，爰於第2項規定相關標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應以確實可促進人體健康之診療項目，醫療照護作業不違醫病關係、道德價值判斷等倫常，並應具一定之診療效益及保險財務負荷等因素為考量；其中保險財務，包括監理會協定之年度醫療給付費用總額。」至於第47條、第49條則仍留在「醫療費用支付」章（因為新增第四章「保險費之收繳及計算」而順延成為第六章）中成為第60條、第61條。由此觀之，二代健保法第42條第1項中之「同病、同品質同酬」似乎成為「Tw-DRGs支付」的主要法律依據，比起全文修正前「同病同酬」為原則，多了「同品質」，但卻刪除「同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據」文字。由此引發之疑慮，問題一是「品質」如何用支付方式加以界定？問題二是二代健保實施後，即2014年7月1日所導入的第二階段Tw-DRGs支付依據，沒有借助「疾病分類」嗎？問題三是為何當年衛生署所提行政院版的二代健保法，將原來都在「醫療費用支付」章規定的條文一分為二，部分改列在「保險給付」章中呢？問題四是原來相關的3條條文會因為「被拆散」而變成親疏不分嗎？

參、無法「反應各項服務成本」的規定

何謂「反應各項服務成本」？二代健保法第60條：「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。」相較於全文修正前新增「經諮詢健保會後」文字，先有保險「醫療給付」的規定出現在「醫療費用支付」專章中的奇怪現象，後還有先諮詢非其職權所在健保會¹⁰的意見。其實「健保醫療費用支付」採「年度醫

¹⁰ 健保會係「全民健康保險會」之縮寫，健保法第5條第1項：「本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：一、保險費率之審

療費用總額」制度，已屬前瞻性支付制度（Prospective Payment System, PPS）的一種，所謂PPS指保險人在新的會計年度之前，預先訂定支付費率或總額，不論醫療院所實際成本盈虧、診療模式等變數，都以預定費率或總額費用支付。所以「各項服務成本」只是保險人與提供保險給付的醫療院所事先約定的嗎？當然不是！回到二代健保法第41條第1項：「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂……」中所稱「給付項目及支付標準」（在「保險給付」章中出現「支付標準」），「給付項目」（意即各項）由保險人邀集相關機關、關係人擬定本屬正常，但邀請「保險醫事服務提供者」參與擬定則屬異常；反之，「支付標準」（意即服務成本）應只由保險人邀集「保險醫事服務提供者」參與擬定即可¹¹，所謂相關機關、關係人一起參與的目的究竟為何？舉例來說，民眾繳費給保險公司希望得到有品質的餐飲，保險公司自己不敢單獨與餐飲提供者定價，卻邀集繳費者一起為餐飲給付「共同定價」，我們能期待繳費者能在不同的餐飲提供者間「合理定價」嗎？所以各項健保「保險給付」，企圖藉由二代健保的「支付標準」可以合理「反應服務成本」，根本是天方夜譚。

肆、相對點數與點值

何謂「相對點數」？相對點數可以反應並補足「支付標準」中「各項服務成本」的不足嗎？二代健保法第62條第3項：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療

議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。」年度醫療給付「費用總額」並非其職權，全民健康保險主管機關雖為衛生福利部，但其擬定之「總額範圍」，仍須報行政院「國家發展委員會」核定。

¹¹ 健保法全文修正前第51條第1項的規定，請參考註7。