

# 99 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：99 年 8 月 26 日（星期二）上午 9 時 30 分

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

出(列)席單位及人員(如簽到單)

主席：黃召集人三桂

紀錄：林淑範

壹、主席致詞：略。

貳、99 年度第 2 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱  
(不宣讀)確認。

參、報告事項：Tw-DRGs 半年執行成效報告-(一)監控結果報告、(二)  
審查結果報告。(略)

決定：本案洽悉。

肆、臨時報告事項：關於西醫基層採簡表申報之日劑藥費，配合藥  
價調降，原每日支給 25 元調為每日 22 元案。

決定：本案將提至全民健康保險醫療費用協定委員會報告後，  
擇期公告實施。

伍、討論事項

第一案：第一年實施 Tw-DRGs 半年檢討意見之處理。

結論：本案由本局醫務管理組邀集醫界代表，就雙方意見進  
行溝通後，再召開臨時會議討論。

第二案：為順利推動 Tw-DRGs 第 2 年導入項目，擬修訂全民健康保險醫療費用支付標準第九部「全民健康保險住院診斷關聯群」(以下簡稱 DRG)案。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

第三案：新增全民健康保險醫療費用支付標準第九部 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(八)，以因應新增全新功能類別特殊材料對 DRG 支付點數之影響案。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

陸、臨時動議：

提案人：陳瑞瑛、陳雪芬、郭正全、林富滿、嚴玉華、李源芳、林淑霞、張克士、羅永達

案由：建議西醫基層每日日劑藥費簡表支付應跨表開放醫院層級適用。

主席裁定：依照本局相關會議討論程序，本案宜提案至醫院總額支付委員會討論後，達成共識後，再提案至本委員會議討論。

柒、散會：中午 12 時 20 分。

## 99 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議-發言摘要

報告事項：Tw-DRGs 半年執行成效報告-(一)監控結果報告、(二)審查結果報告案

紀錄：林淑範

### 黃召集人三桂

非常感謝醫務管理組、醫審及藥材組個 2 個單位分別提出的監控及審查結果的半年成效報告，報告內容是就 99 年上半年 DRG 實施後的統計數據，向各位委員提出說明，同時提出重點結論，有一部分比較特殊的數據、案例，請醫院特別注意、了解。就目前監控結果，比實施前的預估稍微好一點，但是，數據的統計期間只半年，時間還不夠長，等到實施一年後，有完整的數據時，我們會再向各委員做一個比較詳細的說明和報告。對於這個報告案，請問大家有沒有問題要詢問報告單位？

### 張院長克士

專業審查結果報告的第 43 頁，DRG 專業核檢範例 1-沒有相關臨床證據以支持手術處置之必要性這個部份，好像有點小問題。病人有 Angina 未經 stress 或 exercise EKG，Thallian scan 就直接作 PTCA，如果病人是 AMI 直接做 direct PTCA 或 primary PCI，也就說病人的診斷是 AMI，就不一定要做 stress 和 exercise test。例外，目前臨床上 PTCA 現在的名字叫 PCI，可能需要配合修改。

### 黃召集人三桂

謝謝張院長的意見。

### 羅院長永達

各位先進大家早，就如主席之前的提示，目前的案件數很少，全國地區醫院轉出率的個案數才增加 16 件，而監控結果報告第 24 頁可近性監控的小結敘述，本局將持續觀察上升的原因是否為適當轉院。因為這份報告資料是第一次對 DRG 整體的一

個回顧，一定會在很多地方被引用，就報告資料來看，好像很多地區醫院的行為不對，但是，報告資料中的數字只單純對數據的描述，由於數據背後有很多的考量因為，無法作出對或不對的行為判斷，就像第 23 頁提到，MDC14 妊娠、生產與產褥期的轉出人數最高，對地區醫院的照護能力來說，很多個案是不得已一定要轉出至較高的層級就醫。可是，投影片的結論認為要「持續觀察上升的原因是否為適當轉院」時，會被當成負向的解讀，這個文字一定會被很多次的引用，建議修正為「地區醫院的轉出率上升」的文字即可，否則數字的引用會不斷的被負面引用。

### **黃召集人三桂**

羅院長提出的概念很正確，由於目前統計的個案數很少，雖是輕微的變動，但數據上却會顯示比較大的變動，除非在座長期關注醫療利用情形的各位委員，一般外界不常閱讀健保資料的人士，可能會誤解地區醫院發生不適當的事情，所以，請各位委員及與會人員，大家在引用報告資料或數據的時候，務必要非常謹慎的說明。

### **林主任富滿**

請教書面資料第 30 頁，第 59 頁投影片的 CMI 值，統計使用的權重是給付版還是加成版？因為不同版本的 CMI 值算出來是不一樣的，報告的數據應該是 155 項的 CMI 值，如果是用加成版，沒有公告權重，如何計算，所以，請問是用給付版還是加成版？

### **李科長純馥**

是以公告 3.2 版的權重計算。

### **林主任富滿**

所以投影片上的 CMI 值和加成版的數據是不一樣，因為我要特別提醒，健保局在計算 CMI 加成，還有前一陣子報紙寫的 CMI 值，與投影片統計數據的計算基礎不同，很容易造成醫院的困擾，不曉得要用哪一個版本，而且給付版權重計算所得 CMI

與加成版的 CMI 值不同，造成醫院的管理上困擾。

## 陳主任瑞瑛

目前大家都會有點混亂，譬如說台大醫院也算了好幾種版本，我們院長也認為為什麼會有不同的計算方式，大家都會搞不清楚，因為這個報告資料說不定明天就刊登在報紙上，而且，明天健保局在監理委員會也報告半年執行成效結果，所以，如果沒有其他重大新聞，在禮拜六禮拜天，就可能刊登在報紙上。

醫界擔心事情是，DRG 才實施半年，統計出來的資料是可以作為參考，但是無法反映長期的實施結果。例如平均每件實際醫療點數下降，好像醫界有節省，但是，報告中沒有說明去年十月藥價調整的影響有多少，健保局可能心裡有數。

另外，現在實施的 155 項 DRG 中，超過百分之七十是原來論病例計酬的案例，原來論病例計酬給付就比較高，所以，DRG 點數與實際點數比值 1.2，初看之下，好像對醫界、對醫院團體比較優惠，如果與論病例計酬比較，其實給付並沒有比較好。接下來的 9 月 10 日 11 日，費協會就要開始討論 100 年醫院總額預算額度，健保局又為了因為推動 DRG 編列 3 億的預算，費協會委員可能會認為 DRG 已經給付很好了，為什麼還要加錢，健保局在協商因素中是否要說明原因。

各層級、各 MDC 的平均住院天數情況不同，有些醫院若執行循環系統、重大心臟手術的個案很多，住院天數本來就很長，如果主要是小兒科、婦產科個案，住院天數就會比較低，耳鼻喉科，皮膚科的平均住院天數只有兩天到五天，心臟科大部分都是幾十天。報告資料是以整體的角度來看，但是，不同型態的醫學中心因為診療的病患型態不同，統計結果也有會不一樣，我們當然瞭解醫院差異的狀況，可是不瞭解的人引用的時候會怎麼樣解釋就不得而知，包括實際點數比支付點數低，住院天數下降，可能認為醫院有偷工減料的嫌疑。

我引用健保局前醫審小組副主任某一次演講的報告，只要做

DRG 支付制度，不是取輕就是棄重，還有費用轉移，這是全世界皆然，不可避免的問題，可是，包括不瞭解的人常常會誤用統計資料。例如 CMI 值，上次署長對媒體講的醫學中心只有 1.3，有些醫學中心不到 1 點，其意義為何？可是因為計算基礎的版本不一樣，此次報告資料上突然變成 1.5922，備註說明也不清楚，容易誤導數據的應用。

### **嚴高專玉華**

針對 DRG 審查的執行情形的第 5 頁跟第 9 頁數據不太明白的地方，第 5 頁「DRG 專業核減情形」的全部 DRG 專業核減件數合計九百一十件，可是，第 9 頁「DRG 案件專業核減率前 10 大」的核減件數已經上千件了，請問那一個數據是正確的？

### **陳科長玉敏**

第 9 頁「DRG 案件專業核減率前 10 大」表列的件數是送審查件數，第 5 頁「DRG 專業核減情形」表列的件數 910 件是送審查有核減的件數，所以兩個件數不等同。

另外，回應張院長提到的專業審查的例子，因為專業審查是依個案情況進行審查，由於登錄系統可登錄的數字限制，所以報告資料中無法完整呈現個案實際狀態及醫師審核結果，所提的範例是就不同的核刪理由提供樣態給大家參考，以上說明。

### **張醫師孟源**

今天 DRG 的成果報告，可以看到健保局非常努力，我覺得做的很好。但是，在專業審查方面是不是可以和醫管組的報告一樣，區分三層級的審查結果分析，關於專業審查方面「整件核減案件」在三個層級的審查結果的差異，可不可以再補充說明。

### **陳科長玉敏**

在時序上，審查本來就落後申報一段期間，由於現在抽樣審查件數不多，如果再區分層級樣本數太少，呈現的結果有時候會因為案件數太少而有偏差。如果要有詳細的分類，需要長一點的時間，更多的件數才利分析。

## 張醫師孟源

第二個問題是在資料第 12 頁，DRG 點數跟實際點數的比值，各層級中醫學中心的『DRG 點數與實際點數比值』最低，醫學中心的 CMI 應該是比較高，處理比較困難的個案，而且接手處理其他醫院的轉院個案，應該稍微做一點調整，是不是能在權值上，讓三個層級能夠比較平均。

## 陳主任瑞瑛

DRG 點數已經包括了基本診療加成，報告資料顯示，各層級的比值還是醫學中心最低。討論案時，我們會報告，現在的權重是非常非常有問題的，很多特殊的個案可能只是在醫學中心診療，可是涵蓋在某個 DRG 中，稀釋特殊個案的權重，造成今天醫學中心很多個案是虧損的結果，也是說即使加成以後，個案的 DRG 支付點數是實際醫療點數低。舉一個例子，有一個醫材支付點數 70 幾萬，DRG 定額給付才 60 幾萬，要醫院如何做？。

## 謝委員武吉

我記得 DRG 實行前，醫審及藥材組的組長曾經表示，剛開始實施採轉導的方式。剛才醫審及藥材組的審查執行情形報告，專業整件核減件數共有 540 件，這 540 件是不是可以再補報或者採什麼方式處理？。另書面資料第 20 頁提到，DRG 支付通則規定，若將當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報或分次住院或收自費，DRG 費用整筆不予支付，基於醫院及健保局兩邊互惠的原則，健保局也應該要負起責任通知醫院修正，這樣比較好一點，以上兩點建議。

## 陳科長玉敏

謝謝謝院長，剛剛報告的資料只是一個初核資料呈現，在核減範例中也向大家說明，很多個案都是程序上的不完備，譬如說忘了附報告，或是有些應該要注意的事項但沒有特別去記載，在初核的時候，如果 DRG 的審查結果是整件核減，一定會把核減

理由詳細註明，同時回饋給醫院，讓醫院據以說明理由辦理申復，對於日後申報同類型案件時，可以特別注意相關資料的補強。

### 謝委員武吉

書面資料第 48 頁「住院總案件件數」，2010 年第 1 季高屏分區醫學中心的成長率是 1.14%，區域是下降 1.52%，地區是下降 2.40，第 2 季地區成長 4.37%，醫學中心成長 3.46%，個人曾經觀察轄區內某家醫學中心收治病患的情形，它的 CMI 值健保局要適當的考量一下。

### 黃召集人三桂

謝院長，如果可以，請提供某家醫學中心的資料，供我們參考。

### 黃召集人三桂

大家對這個報告案如果還要詢問的事項，可以在會後詢問醫務管理組、醫審及藥材組等相關單位，本案就洽悉。



臨時報告案：關於西醫基層採簡表申報之日劑藥費，配合藥價調降，原每日支給 25 元調為每日 22 元案。

紀錄：甯素珠

### 陳委員錦煌

費協會當初由 7 位委員連署提出廢除簡表，要求基層院所核實申報費用，以節省藥費支出案，為何本案衛生署核定調降日劑藥費 3 元，未先提費協會報告，即在醫療給付協議會議中報告，個人如未參加本會，即不知道該案核定結果，很奇怪醫院又臨時提案要求比照得申報日劑藥費，本案協調不夠，應先到費協會報告，再於本次會議報告。

另依相關統計日劑藥費實際申報每日僅約 7 元，但因涉及專業，個人尊重健保局調降 10 元，3 日支給 45 元案，署長裁示調降 3 元，未提費協會報告，個人代表 9 百萬勞工，未同意本案，請衛生署及健保局能好好處理。

### 黃召集人三桂

本案本局配合費協會決議，研擬取消簡表或調降日劑藥費二案，提 99 年 5 月 26 日西醫基層總額支付委員會討論，並於 6 月 10 日加開臨時會繼續討論，會中因無共識，故最後大家作成三項建議案，甲案：健保局建議每日藥費調降 10 元；乙案：中華民國醫師公會全國聯合會調降 3 元，並於未來 6 個月至 1 年依實際申報藥費再作檢討；丙案：藥界代表建議，不調降藥價，以免影響國產藥生存，併陳衛生署核定。

衛生署裁定調降 3 元，惟附帶要求，需提升基層院所用藥安全及品質，要詳細標示藥袋，申報藥品品項及優先採購標準包裝或便民包裝之藥品。依法定程序，該案於西醫基層總額支付委員會討論無共識，需先併案報署，再依核定結果於本次會議報告後辦理後續預告、報署核定及公告作業。本案為費協會交辦案件，故會將案件處理結果於費協會上作報告，再辦理後續作業。至於委員所提醫院亦得比照施行簡表的臨時提案，依法定程序，應先

提醫院總額支付委員會討論後再議。

### **張醫師孟源**

本案依程序，費協會決議提總額支付委員會討論，在支付委員會多次討論仍無結論，當時製藥公會代表主張簡表不能廢、亦不調降價格，醫界主張有條件下簡表調降每日不宜超過三元、健保局主張每日調降 10 元。由於沒有結論，故三案並陳，依法報請衛生署，請署方依專業作成行政處分。當時在委員絕大多數委員贊成維持簡表制度，以平衡城鄉及地方經濟弱勢者的權益，但當時部分委員同意廢除簡表，但考量北部地區及臺北地區都會地區已可以廢除簡表，中南部民眾較為依賴，依以往醫病關係，很難一顆一顆藥算，為了民眾需要，及考慮醫界對病人之自主性，有保留簡表需要，本次會議臨時報告，基層均未出席，無隱瞞情形。署長裁示，雖減少 3 元，但要求藥袋標示清除，減少不明藥品之處方，以提高民眾安全及健康，如此花費，遠比健保花在呼吸器及洗腎的費用要低，用藥品質、醫療安全、及保障城鄉間弱勢者權益，也是相當重要，希望委員了解。

### **羅院長永達**

本案署長裁示藥袋標示清楚及優先採購標準，現行醫院已在執行，又基層表達，施行簡表可減少健保審查行政開支，為促進行政效益，故提會建議醫院亦得比照施行簡表。

### **陳常務監事文德**

基本上，藥師公會建議廢除簡表，如僅調降日劑藥費，廢除日劑藥費沒有落日的一天。

### **張醫師孟源**

當初藥界代表，建議不能廢除簡表，且作成正式決議報署，為何現在藥界有完全不同之意見。

### **陳常務監事文德**

不廢除簡表是製藥界之建議，藥師公會建議廢除簡表。

### **陳委員錦煌**

廢除簡表是監理費或是費協會討論決定，或是由醫療給付協議決議？

**黃召集人三桂**

因本案為支付方式之修訂，故於支付委員會及協議會議討論決定。

**陳委員錦煌**

費協委員認為簡表申報給付浪費藥費，故建議廢除，費協會代表國家及老百姓，將總額分配全國，管錢人應有權參與本案，既管理預算，如有不適合，就可以提出修正意見。今年藥價調查節省藥費 100 多億，可以不放入總額，成立健保基金納入，但是並未如此做，費協會認為簡表不適合，故提供意見，大家共同討論看看。

**謝委員武吉**

醫院臨時提案是否併案處理？

**黃召集人三桂**

依程序，請正式於醫院總額支付委員會提案討論定案後，再提協議會議報告。

**童委員瑞龍**

本案是否支持與否，無意見，以後提案是否可以報告案處理？

**黃召集人三桂**

本案係先提西醫基層總額支委會充分討論後，有三案報署，因衛生署近日裁示，故依法定程序，提本次醫療給付協議會議報告，另因為本案係費協會交下，故會再提費協會報告。

**謝武吉委員**

費協會提出後，西醫基層二次會議討論期間，基層與醫院代表曾協商，提及醫院亦得適用簡表，各委員均表同意，為何現在僅提出基層簡表案。

**黃召集人三桂**

本案係依法定程序提出本次會議報告，醫院是否採簡表，健

保局無意見，仍請依法定程序辦理。

### **陳委員錦煌**

給付會議多久召開一次，為何提案很久，署長裁示調降3元，上個月未提費協會報告，如先提費協會報告，均無意見，個人本次會議就無意見，本次會議個人未同意，保留發言權，因原案有提案連署人。

### **黃召集人三桂**

一年四次，本案費協會交辦後，已召開二次會議討論，因無共識，故簽報衛生署核定後，衛生署最近才核定，故提本會報告，並將會提費協會回覆報告。

### **陳主任瑞瑛**

支付標準之增修，以往是在各部門總額支付委員會討論，討論完才在本會議討論，報署核定後公告。到底是在本會討論或報告？

### **李科長純馥**

依支付標準增修程序，與個別總額有關之議題，會先提至各部門總額支付委員會討論，通過者再提醫療給付協議會議報告，委員仍能提出意見。如為跨各部門總額之議題，未提各支付委員會討論者，會直接提醫療給付協議會議討論。

### **張醫師孟源**

本案在總額支付委員會討論多次後，報署核定後才提本次會議報告，醫院所提臨時動議，表示贊同簡表之存在，但仍請依法定程序，比照基層，提醫院總額支付委員會討論，再送醫療給付會議報告。

### **謝委員武吉**

為何召開兩次西醫基層總額支付委員會，第二次會議本人是否出席，請惠予查明。

### **黃召集人三桂**

因費協會列案追蹤，故召開第二次臨時會再做討論，至於第二次謝委員是否出席會予查明告知。

## 討論事項

第一案：第一年實施 Tw-DRGs 半年檢討意見之處理案。

紀錄：林淑範

### 黃召集人三桂

第 1 案是 Tw-DRGs 實施半年以來，各界檢討意見的彙整及處理，相關的內容，請各位委員參閱書面的第 18 頁至 38 頁。請各委員提出意見及看法。

### 陳主任瑞瑛

首先要先謝謝健保局準備的資料，但是，還是要表示很遺憾，醫界在今年 4 月底前就已經提出建議，很可惜健保局沒有事先和醫院的代表先進行討論，而直接提案至協議會議討論，這個提案和部分委員代表沒有直接相關，而且比照前一個提案，本案是支付標準部分修訂，只和醫院總額部門相關，未在醫院總額支付委員會討論而直接提給付協議會議討論，若比照前一案，則此案應該是報告案而不是討論案。而且本案非常複雜，包括 Tw-DRGs 半年執行成效報告，可能有委員需要時間閱讀，無法在短時間內充分理解。

今年 3 月 24 日鄭守夏前局長致函台灣醫院協會及醫學中心協會，表示可以分別進行 Tw-DRGs 第 1 階段檢討及第 2 階段導入項目的討論。由於第 2 年是以第 1 年導入項目最多的 MDC 全部導入，與第 1 年以論病例計酬為主是可以分開討論，而且修改需要很多的輔助資料及冗長的時間。今天健保局很用心整理各單位的意見總共 95 項，但是，醫界覺得非常遺憾，健保局的說明，幾乎都是以「預算中平、截長補短」等概括性的說明而否決，被健保局接受的只有 5 項，另外 2 項以調整方式處理。接下來的討論是要從第 1 項逐項討論至 95 項，還是整體性的討論？

目前醫界會發生這麼大的問題，主要是因為目前 DRG 的分類是採用 CMS 第 18 版 DRG。2003 年衛生署委託馬偕醫院黃瑞

美主任、小兒科醫師團隊進行本土性的 DRG' S 研究發現，CMS 第 18 版 DRG 的分類架構對疾病嚴重度分類不足、資源耗用的預測能力也十分有限，尤其是 MDC5-心臟循環系統，這個 MDC 非常的複雜，很多的個案不能用截長補短涵蓋說明。DRG 的概念是同一 DRG 碼包含很多不同的處置，其實是不同的工同酬，有的個案賺很多，有的賠很多，所以，醫院代表很花了很多的時間逐項討論醫院面臨的問題，支付太多的健保局可以調整，但是，全國個案數少，又集中在某些醫院，且支付太少的個案，例如先天性疾病，尤其是不同出生天數、不同年齡的兒童的先天性疾病的資源耗用差異很大，醫界無法接受健保局籠統的說明，應該給這些個案足夠的支付。如果逐項討論，討論至第 4 項、第 5 項時，我可以舉實例向各位委員說明目前的分類不合理的地方，如果按目前的分類繼續執行，最後的後果，健保局要負全部的責任。

另外，因為 CMS 第 18 版分類架構的不足反映現行臨床現況，健保局要推動 ICD-10 來補強，而美國公布 ICD-10 的工具書已經 10 年，因為太複雜目前還沒有導入支付標準，可是台灣已經以 2 千 500 萬委託病歷資訊管理學會進行研究，據瞭解截至昨天，國內的工具書都還沒有完成，而會議議程附件 1 編號 29 健保局說明將自明年起雙軌申報，請問還沒有工具書如何雙軌申報？甚至 103 年全面導入 ICD-10!如果按健保局規劃的進度，台灣將超越美國的推動的進度。

暫時發言至此，請問本案是逐項討論還是整體性的討論？另外，對於明年導入項目、今年的執行成果及問題等三項沒有很大關聯，是否分開討論，甚至醫界遇到嚴重的問題，尤其 MDC5 及 MDC8，健保局沒有適當回應處理，浪費委員的時間，再度表示遺憾。

### 林主任淑霞

因本人待會兒有重要會議必需先離席，所以先表達一下意見。針對這次 DRG 的檢討 貴局回應內容，首先建議我們是不是

要將 TW-DRG 置死地而後生方有救?在上次會議本人即提過國內 DRG 引用的版本是不適當的?因為目前實施了半年就發生很多的問題，而且問題主要發生在重症的科別上。前不久，監察院黃煌雄委員全省巡迴到本院視察時，本院的心臟科提出相關的問題，舉例來說，人工瓣膜這項特殊材料區分為牛瓣膜及豬瓣膜 2 種，但是隨著科技的進步，牛瓣膜使用時間可以延長至 5 年至 10 年，在考量醫療效率、醫療品質的前題下，醫師一般都會建議病人使用牛瓣膜，但是，DRG 實施後讓醫師左右為難，因為牛瓣膜價格高達 15 萬，如果告訴病患經向健保局申訴，醫院必需退還 15 萬，但如不事先告訴病患，以後病患會質疑醫師為什麼沒有告知而直接使用豬瓣膜而引發醫糾。所以建議危及生命、涉及醫療專業及醫療品質的事項，應該專重醫師專業及病患的自主選擇權，不應壟斷病患自由選擇權。另外，在全民健保之下病患簽署自費同意或差額同意書，經過我們諮詢法律顧問表示，並沒有違法，所以，我們不應誤導民眾，全民健康保險是包山包海。此點黃委員當日亦非常認同。

此外，目前很多民眾投保商業保險，部分的費用可以移轉至商業保險給付，如果沒有善加利用商業保險的資源，最大的贏家是商業保險公司。

在此特別呼籲，在救急部分，不應該讓醫院在努力救治病患的同時，還要受 DRG 涵蓋給付內容的規定，影響醫院財務的營運，尤其是價格差異很大的特殊材料。

醫界費盡心思提出 95 項修訂意見，健保局只同意 7 項，個人表示遺憾和失望。請考量民間疾苦及第一線的醫護人員的辛勞，對於 DRG 是否要繼續推動下去，值得大家審慎考量。

### **郭特助正全**

對於針對剛才不同的議題，被認定其為報告案或討論案，似乎讓人有認知上的錯亂。若涉及個別總額的議題在個別總額會議內部討論後，在支付委員會報告即可，可是，DRG 議題為醫院

組別的議題，在支付委員會卻是討論案而非報告案，提案程序似有混淆不清。

針對 DRG 這項議題，暫不討論議題細節，先就「截長補短」的做法提出個人看法。譬如開雜貨店的，「截長補短」是對於如衛生紙、奶粉等大家都知道價格的大宗民生貨品，不能賣太貴，甚至需小賠；但是，對於偶而才買一次的婚喪喜慶的罐頭、不常用的物品，可以賺多一點利潤來互相補償。可是，目前討論的是醫療專業，涉及病人的生命安危醫療，實不該用「截長補短」的概念來處理。目前醫界提出的修改意見，貴局都是以需 CV 值大於 80%、全國個案數不低於 20 個等「處理原則」來處理。基本上，這些「處理原則」不是法律，而是可以討論變通修改的規則。

就 DRG 的變異性，我們關心的是組間的變異。若是同一醫院同科間內部個案間互有賺多賺少的差異，則醫院是可以自行吸收的；可是，目前有部分發生的情況是不同醫院間的變異，特殊的個案發生在特定的醫院，例如小耳症手術個案非常少，手術時間 10 餘小時非常長，如果用「截長補短」的概念，花很多的時間及醫師的專業貢獻，卻獲得很少的費用補償，哪一家醫院還願意去作這項手術？對民眾會是一種懲罰。剛才台大醫院陳主任提出的例子，目前先天殘疾的手術個案數相當有限，若以全國各案不足 20 個案例，如果用「截長補短」的概念，而與其他疾病歸併一起，相信會產生問題的。因為不同專業有不同的風險，特殊的個案不能用大的制度、普及性的規定來規範，應該考量個別醫院不同專科結構的特殊性、專業性及風險，不是所有的均能打折扣。

今天李科長花很多時間報告半年執行成效，我認為非常好，可是我和多數委員一樣，在短時間內，只能針對枝微末節提出意見，未能好好研讀及發現其中的問題，例如正價差數據背後的解讀，是否存在其他干擾因素，包括面對被審查核減、病人原同意自費的特殊材料被要求退費處理、門急診費用被要求合併住院申



報等措施，可能造成醫院由帳面上的正價差變成負價差，而且第一階段實施的 DRG 是屬於原來手術項目單純、獲利較高的論病例計酬項目，以後第二階段、第三階段、甚至第四階段等，將是屬於虧損的項目，以目前看前正價差的假象就認為應該繼續執行，個人和其他醫院代表一樣感到相當遺憾，因此，呼籲健保局應該審慎考慮醫院團體提出的修訂意見，不要侷限在原來的處理原則中，而且也該對不合理的處理原則作適度的修改，對於有專業特殊性、有高風險性的項目納入在修正考量。

**陳委員錦煌**

請教牛瓣膜、豬瓣膜的支付問題，牛瓣膜是自費嗎？

**林主任淑霞**

健保還沒有納入給付。

**陳委員錦煌**

病患如果自費需要多少錢？是剛報告的 15 萬嗎？豬瓣膜健保支付多少錢？在場的張院長是心臟科的權威，心臟手術時如果需要病患自費牛瓣膜，如果病患沒有錢，如何處理？

**陳主任瑞瑛**

健保局規定，醫院不可以向病患收取自費。

**陳委員錦煌**

不能收取牛瓣膜費用，請問病患需要但是沒有錢，如何處理？

**陳主任瑞瑛**

病患可以使用健保給付的豬瓣膜。

**陳委員錦煌**

豬瓣膜使用期限有多久？

**張孟源醫師**

大約 10 至 15 年左右。

**陳委員錦煌**

我的親家今年將近 70 歲，日前到醫院就醫，醫院告訴病患手術需要自費 80 萬元，家人表示沒有錢而且手術後病患不一定清醒，我兒子打電話找我尋求解決。個人認為台灣已經實施全民健保，病患怎麼可以放棄治療而死亡，醫院可能在間接造成病患死亡，後來病患以健保身分就醫治療，目前仍然健在。在這個社會上有一些不熟悉如何就醫，無法獲得適當的醫療而遭遇不幸的人。所以，作醫生要有醫德，有機會服務病患的人，對於沒有錢的人，都應該心存協助。雖然我會介紹朋友到醫院就醫，但是，我個人都是在診所、小醫院就醫，落實轉診制度不到大型醫院看病。個人雖然對醫療是外行，但是，對於剛才林淑霞小姐提到牛瓣膜、豬瓣膜，讓我想到我親家就醫的情況，70 歲使用有 5 年的使用期限的豬瓣膜，還可以接受，但是對於 30 歲的身負家庭責任的年輕人，使用只有 5 年期限的豬瓣膜，對病人、對家屬是不是適當？

#### **張孟源醫師**

有金屬的人工瓣膜，可以用比較久。

#### **陳委員錦煌**

健保有給付？你們不是雙重標準？

#### **張孟源醫師**

金屬的人工瓣膜，用比較久，但是要終身吃抗凝血劑。

#### **陳委員錦煌**

就是說如果年輕人就用金屬能活比較久，如果是老年人就用動物瓣膜？我是很嚴肅問你們有沒有真的這樣做，人命不能開玩笑的。

#### **張孟源醫師**

我曾見過一個大學生需要換瓣膜，就是換金屬的瓣膜，只是病人比較麻煩需要長期用藥，老人使用豬或牛瓣膜沒有出血的危險，比較不用服用抗凝血劑。所以，醫師都會考量病人的病情、年齡、平均餘命，不是只在乎金額。希望委員提高保費，才有辦

法將好的醫療用在病人身上。

### 陳委員錦煌

我個人也贊同調漲健保，在全球評比上台灣的健康保險辦得很好的，像是外籍新娘、勞工還是沒有健保的人，如果沒健保的話，會發生無法想像的情況。目前 40% 健保給付用在老人身上，1~5 歲的給付也占很大一部分，年輕人少生病使用比較少的資源。我對洗腎的支出是有意見的，洗腎人數逐年增加，目前約有 6 萬 2 千多人，一年花 320 億，十年來多支出 154 億。台灣醫療的非常先進，過去遇到要洗腎的狀況就等於被判死刑了，哪有辦法付出鉅額的醫療費用。現在有健保給付，一個人一週洗一次一年需要 20 萬，一週洗三次就需要 60 萬。我在醫療方面是外行人，只是剛好討論到與我親人類似的案例，所以詢問得稍為詳細。若是家境困難勞工要自費 80 萬，等於要他回家等死，這等同於間接殺人。所以剛剛張醫生提到若是年輕人會選擇用金屬瓣膜，這個解釋，我可以接受也覺得應該這麼做。

### 嚴高專玉華

第一年所導入的 DRG 都是之前論病例計酬項目，可是我們從今天的簡報發現：一、對醫界來說 DRG 實施核減率上升。二、DRG 點數跟實際比值跟論病例計酬的年代是差不多的。我要提的重點是醫界在執行 DRG 是有它窒礙難行，我們都期待健保局能跟醫界仔細討論所遇到的問題，可是在第一案的部分，醫界提出 95 項的建議健保局只同意 5 項，大概只佔 7%，跟核減率差不多。這個結果並非醫界所樂見。在上次的給付協議會議，健保局回覆要再跟醫界討論，但是在實施的過程中，健保局並未有主動邀約醫界來談這些建議事項，所以，我懷疑今天是否還能談得下去。

### 羅院長永達

我代表社區醫院協會發言，對醫界從頭到尾都認為國內的條件、環境都不適宜實施 DRG。雖然第一年實施的 155 項的實施

結果，乍看之下地區醫院受傷沒那麼大，但長遠來看像熱水煮青蛙，對整個醫界會造成很大的影響。舉例來說，目前實施項目中最多的是骨科、心臟科，這兩個科別比較容易管控住院或是其他的變數，未來 DRG 實施的項目，例如肺炎、內科性疾病，因為病人疾病的嚴重度、年齡越大，醫界可控性越來越少，屆會造成同醫院不同科別收入盈餘會不同，醫療生態的發展，將如同今天童副院長提供我們參考的聯合報「四大皆空」的剪報所描述的情形。

目前醫界裡比較重大的科別越來越沒人願意從事，就是因為給付的問題，當年實施 RBRVS 調整各科給付金額時並沒有做好，接著實施總額做財務的控制，現在加上 DRG 支付制度，將來綜合醫院科別之間發展一定會偏頗，甚至有些專科醫院會倒閉，這種情況可能並非我們所樂見的。所以社區醫院協會也跟其他醫界一樣，反對在目前這樣的環境、條件之下，DRG 繼續往後面實施。

第二部分是討論提案直接送給付協議會議討論，而不是在支委會先討論，在過去幾個月醫界提供相當多意見給健保局都沒有獲得適當回應，今天限於時間有限，而且沒有經過會前會討論相關的細項，實在不知該如何溝通下去，所以這個提案讓我感到很遺憾。

### 陳主任瑞瑛

由於陳委員非常關心民眾的健康，我再補充一項剛出生的小孩的例子，個案是出生 5 天無肛門症病患，送來醫院做肛門瘻管手術。個案住院 21 天，其中加護病房 3 天，因為 5 天沒辦法排便情況很危險，在加護病房急救、開刀做了很多處置，醫療費用總共 20 幾萬。由於個案是先天性殘疾，申報的手術碼是 88025 「高位肛門成型術」，支付點數 35,216 點，加上小兒加成 60%，手術支付點數就 8 萬 5 千多了。按照 DRG 申報的規定，這個手術落到 DRG15802，而這個 DRG 的權重只有 0.5918 乘上 SPR(標

準給付額)37,230 才兩萬多點。DRG 的上限臨界點只有 24,461 點，個案的醫療費用當然超過 DRG 支付定額很多。所以建議先天性殘疾不分年齡都不要列入 DRG。

上述個案的 DRG 落點的權重會這麼低，是因為先天性殘疾個案跟非先天性，也需要做人工瘻管的大腸癌、直腸癌的個案同屬一個 DRG 碼，但是大腸癌、直腸癌的個案實施人工造口支付點數僅需 9 千多點，住院天數也很少，而先天性殘疾個案很少，所以嚴重度、住院天數會被稀釋。另外一個例子是六個月大的，因為人工造口有時會縮所以要再擴張，一樣的 DRG 落點但損失較少。

我要表達的是這類個案不可能用截長補短的概念。健保局應該也很清楚現在全台灣的小兒外科醫師人數不多，以後類似個案都只能送到某些醫院某個醫生來做。實施手術後主治醫生都很訝異 DRG 支付定額和實際醫療點數差異很大，我們也只能解釋 DRG 就是如此。但是，同一個 DRG 包含很多很不同的處置，還有年齡、體重的差異，尤其小孩資源耗用差異更大，像上述舉例的個案就要損失好幾萬，我相信健保局很清楚全國的個案數有限，若不能將這類個案排除在 DRG 範圍外，由於少數的醫院和少數的醫師有能力診療，病人很可能成人球。當發生這個狀況出現時我們立刻發公文，請健保局處理，但未回應。還有一類診斷有先天性肺動脈瓣膜狹窄、肺動脈畸形、心室中膈缺損的先天性心臟病病患，需要很多處置，但是天性心臟病病患卻跟成人心臟病落在同個 DRG，只有一點的小兒加成，醫院都賠很多，以後先天性心臟病可能都沒人要救了，所以，我們一再強調兩歲以下先天性疾病的個案很少，應該排除 DRG 範圍，健保局總是以截長補短來回應，但是，醫界實在無法接受截長補短的理由。如果不幸地健保局兩案併呈送衛生署，我們也沒有意見，這個委員會是採共識決，若沒有共識就兩案併呈就看署長怎麼裁示。

我主要是要說明 DRG 版本的問題，目前使用的版本無法呈

現兒童疾病嚴重度及資源耗用的程度，若是再不正視這個問題，所有的問題都會一一出現，若是健保局仍執意執行，未來如果發生任何問題健保局須負全責。

### 何委員博基：

請教 DRG 的 CV 值是怎麼算？為什麼定在大於 80% 才可再分類？因為 95 個修訂建議都是以「CV 值小於 80%」為由不同意再分類。例如婦產科醫師開兩側的卵巢瘤手術，以前是論量計酬是兩邊同時申報，但是現在先開一邊下次再開另一邊，這種個案很少，由於支付上不合理，醫界提出修訂建議，而健保局認為 CV 為小於 80% 不同意再分類。我想其他各科也有同樣的問題，剛才陳主任都講的很詳細了，以前論量計酬都可以區分複雜性、簡單性申請不同的支付點數，現在要截長補短太甚不合理，我想了解這 CV 值為什麼要大於 80%，80% 怎麼來的？

### 黃召集人三桂

好，到這裡先告一段落，請業務單位先就提問做回應。

### 蔡組長淑鈴

今天大家提出的問題，包括 95 項修訂建議，都有一個共通性，就是 DRG 組內不只層級間有差異，醫院別間也有差異。而且 95 項問題絕大多數都發生在醫學中心，是非常特別的個案，所以醫界會提出來質疑。雖然整個監控報告裡有提到，我們支付的金額整體來講並沒有讓醫院財務有損失，但是醫界舉例的個案都有損失。個案有損失跟整體沒損失之間，當然有一定程度的個別醫院得利，因為整體報告是個平均數，我可以理解有些醫院可能是在平均數的另外一邊。我們在報告文字中敘述，個案跟整個 DRG 平均值間，可能部分個案的支付點數超過 DRG 定額，有的個案的支付點數低於 DRG 定額，但整體來講，以比較大的單位來檢視實施結果時，大家並沒有因實施 DRG 而有損失。

我們也就個別醫院的 155 項 DRG 進行資料分析，看起來也沒有損失，就個別醫院的論量申報跟 DRG 的支付比較也沒有損

失。但是個別醫院的「得利」程度當然有差異，有些醫院得利比較多，有些醫院得利比較少。現在看起來發言比較多，提意見比較多，都是得利比較少的醫院，這突顯一個問題，可能是現在的相對權重乘上標準給付額再加上 4 種校正因素都不足以校正真實的個案的資源耗用，這可能是很關鍵的原因。因為現在已經超過十二點了，建議主席可能需要再找一個時間，進行整體性的討論，也和提出建議的醫院進行個別討論，有助於下次給付協議會議相關議題的討論。

去年在討論 DRG 的時候有提到 DRG 要分五年導入，也訂有第二年要導入的項目，現在已經八月，因為所有 DRG 新項目的導入，醫院要有準備時間，有推動時程上的壓力。所以建議要雙軌並進，一方面準備明年的導入項目，一方面來討論今年的建議事項。

整理剛才討論的過程，我們需要討論兩個關鍵問題，一個是個別醫院特別個案的差異如何再校正？這個問題有兩個考量方向，一個是用一個因素來校正，一個是再分細項。其他國家實施 DRG 也有很多校正因素，雖然原始是定額的支付，但是個別醫院都有依國情不同而設定的校正因素，台灣也可以往這個方向思考。有關再分細項這個解決方向，難道分類表還要再分細項嗎？再分細項會比較公平嗎？再分類有結束的時候嗎？因為醫學不斷的進步，特殊的個案還是不斷的增加。到底哪一個是比較有效率的處理方式，值得大家協助我們仔細的考慮。

第二個關鍵問題是有關特殊材料病患自費的問題，這是我們一定要面對和解決的問題，雖然今天沒有討論到第三案，但是健保局在第三案花費很多的時間，已經在會前會及協議會議討論多次，如果大家有高明的方法，請提出對案討論。如果沒有對案，也請各位考慮第三案的解決方式。因為自費特殊材料，從民眾端來看是不可承受的未知之重。國內貧富差距大，有錢人有商業保險彌補自費金額，但是，沒有錢的人如何來處理？由於大部分的

醫學中心設在都會區，可能覺得自費影響很小。事實上醫學中心仍有遠從鄉下來就醫的病人，我們不能只為較富有的病患想，我們須要為整體的台灣人民想出最公平的方法。

我們認為一定要認真正視並解決特殊材料病患自費的事情，討論並取得一個折衷點，同時要納入 100 年的醫院總額協商考量。我相信醫院對於個案的紛擾也很困擾，今天的會議可能沒辦法討論到第三案，建議需要其他時間加速討論這個問題，有助於下一次給付協議會議的順利進行，我們期盼第一案跟第二案要雙軌並進，第三案要加速進行。

### 陳主任瑞瑛

我補充一個現在已經面臨的醫材問題，這個醫材屬於 DRG 10507，病人如果使用雙腔可植入式去顫器，醫材的支付價已經 65 萬多，個案除了使用去顫器還有使用導管及其他特材總計需要 70 幾萬。DRG10507 的權重乘上 SPR，再包含醫學中心的基本診療加成率只有 63 萬多。個案使用上述醫材的定價已經高於 DRG 定額，數十萬的醫材等於免費送給病人，所以，我們要認真去考慮 DRG 支付制度下，醫材要如何處理。

### 謝委員武吉

今年總共實施 155 項 DRG，現在醫界提出建議總共有 95 項，比例為三分之二，健保局跟醫療單位好好的溝通，討論出比較好的解決方向，雙方才不會講出很尖銳的話。

### 童委員瑞龍

謝謝大家，我想健保局、醫界、還有消費者的代表都非常辛苦。今天我把 99 年 8 月 22 日聯合報星期日刊登的社論-「從牙醫界出頭談醫界【四大皆空】」。現在內外兒婦四大科已經四大皆空了，站在消費者的角度，未來台灣的人民要到哪裡去就醫？這是一個很嚴重的問題，希望健保局對於各種制度的設計，要優先考量這四大科是不是能夠執行，可以考慮把比較輕鬆的科別先實施 DRG，不要壓榨四大科。



至於特殊材料部分，台大醫院的陳主任講的不只醫學中心的問題，也是區域醫院的問題，今天會議中沒有辦法討論解決。建議健保局再安排時間與醫界商談後，再召開協議會議。希望健保局對報紙刊登高風險、多醫療糾紛的四大科，不要給予太多的壓力，如果醫師不選擇四大科執業，下一代可能不知道要去那裡就醫。我要呼籲大家，應該關心媒體報導的議題，謝謝。

### **林主委富滿**

我再補充有關 DRG 特材的問題，健保局討論事項第三案提出擬新增可額外加計點數的品項，其實臨床上尚有許多特材未納入健保給付，例如骨科鋼板及部份心臟手術特材等，所以提案中以 75 百分位判斷額外加計預估增加點數的結果恐有誤差。另外，健保納入給付的速度根本沒辦法追上醫療新科技的發展，很多新科技醫材根本來不及納入健保給付，所以，需要考慮之間的空窗期。現況中病人可以考量自己經濟條件，自費選擇比較好的特材，但若健保局不容許醫院自費向病患收取健保不給付的品項，醫界可能採取不使用新的醫療科技，而且健保總額額度有限，無法涵蓋所有的高科技自費項目，故醫界強烈建議應該讓病人有選擇自費的權利，但沒有獲得健保局的回應，仍堅持 DRG 案件不得另行向民眾收取自費特材，應該全部納入 DRG 定額給付範圍，這樣對病人的權益是不利的，所以我特地提出補充說明。

### **黃召集人三桂**

由於醫界、健保局雙方的立場不一樣，醫界有醫院經營的困難，健保局必須站在照顧被保險人的立場，雙方看法本來就不容易拉近。

就今天討論提案，顯然大家的意見相差太多，所以請醫務管理組邀請醫界，就雙方不同的意見再進行溝通討論，儘可能尋求共識後，再召開臨時協議會議，繼續進一步的討論。

最後謝謝大家提供的意見。也特別謝謝費協會陳委員錦煌兄的提示，今天會議就在這裡告一個段落，謝謝。