

全民健保同病同酬之規定與診斷組合 (DRGs) 相關內容之探討

韓 揆¹ 趙忠文²

同病同酬是社會大眾為實現醫療償付公義而持有的一種觀念，但正如人類生而平等這一思想，在確定其含義上，不免又出現一些類詞，如齊頭式的平等、立足點的平等一樣，需要由學者或專業人員進一步發掘其內容，詮釋其真意，才能落實執行，不致以詞害義，反而妨害公義之實現。

民國八十四年實施之全民健保將同病同酬概念納入法律條文中，但未詳訂其內容及如何作到同酬。本文根據全民健保法及健保局有關規定，推定有關當局主張之同病同酬意義為“對 ICD-9-CM 前三碼相同之疾病，除藥品及藥事服務費外，支付同等金額之診療報酬制度”。

如所周知，全民健保法之立法及其實施不僅充滿變化，有些規定更未盡周全，同病同酬即其一端。本文參照美國 DRGs/PPS 制有關診療報酬支付之規定，檢視全民健保法實施之內容，認為後者最大問題在於只秉持了一個模糊的概念，未對不同的醫療狀況擬訂不同的報酬對策，簡言之，就是過於粗略，是引起混亂之根源。為健全制度之實施，不但要更精確的界定什麼是同病，而且要區別其是否同工，唯有同病又同工才同酬之支付制度，才能落實施行並實現公義。（中華衛誌 1996；15(2)：170-174）

關鍵詞：醫療費用支付制度，健康保險，醫院管理，診斷組合(DRGs)

前 言

同病同酬是我國社會大眾為實現醫療償付公義而持有之一種觀念，誠如人類生而平等這一說法一樣，在同是平等觀念下，因其為立足點之平等或齊頭式平等之不同，其結果也產生極端之差異。概念名詞必須由學界

或專業人員深入發掘，才不致讓社會大眾一直生活在概念裡，甚至以詞害義，反而妨害公義之實現。全民健保法通過後，同病同酬之概念正式列入法條並引發爭議 [1-5]，有需要由多方面探索，及與國外類似制度作一比較，以澄清其真正涵義。

¹台大公共衛生學院醫療機構管理研究所

²台大醫院企劃管理室

聯絡人：趙忠文

聯絡地址：台北市中山南路7號台大醫院企劃室

收稿日期：84年9月

接受日期：84年12月

全民健保實施前後有關同病同酬之議論 及現在狀況

同病同酬規定之立法經過及原意

同病同酬是全民健康保險法對醫療費用支付之規定，該法第 51 條第 2 項內容規定：

「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。」

根據立法院公報 [6]，行政院送請立法院審議之全民健保法草案對醫療費用支付標準只規定應以相對點數反應各項醫療服務之成本，並無同病同酬一詞。雖然立法委員陳哲男等 41 人曾聯署提案，要求增列如健保法通過之文字，但在立法院內政及邊政、財政二委員會聯席會議併案審查時，仍通過行政院原法案，僅郁委員慕明保留院會發言權。同病同酬規定之正式列入條文是在立法院第二屆第三會期第 36 次會議二讀時。遺憾的是，由於當時係經朝野協商同意列入，故僅在院會上宣讀即獲通過，未見充分討論，因此為何將行政院原送條文翻案，增列此“同病同酬”文字之理由無從得知。

雖然立法理由未知，不過從陳委員哲男提案說明中仍可略窺一二。該說明中稱「現今國內之醫療給付並不符合同病同酬原則，國民就醫習性以及基層醫療院所給付過低之政策已導致基層醫療院所萎縮，政府之醫療給付政策要公平，同病同診療內容同等報酬應為醫療費用給付精神之所在。」又稱「醫療給付應以疾病分類標準作為給付標準，並非以硬體設備之規模為支付標準，才符合同病同酬原則」。由於勞保住院醫療費用支付已採同項同酬，因此同病同酬提案原意應是抗議勞保門診免審之金額因醫院大小而有不同，旨在爭取提高基層醫療院所之門診給付。

醫界對同病同酬規定之爭議

同病同酬規定通過立法後，很意外的是醫界似乎並不認同，報章所見不管是基層診所或醫學中心均宣稱同病不應同酬，並自認為應有較高之給付。

基層醫療院所反對之理由為：如果同樣治療一個呼吸道感染，感冒也罷、氣管炎也罷，藥物應該差不多，除非濫用抗生素或亂打針，否則到痊癒所耗費的時間及費用亦應差不多。醫學中心（幾乎不是公立就是大財團所開）有政府或財團的財源作後盾，而小診所卻沒有任何外來補助，所有支出完全要

靠診療費（醫藥分業後，再也賺不到藥費，只有靠醫師診察費），故如同私立大學學費較公立大學為高，小診所的費用也應比大醫院高。醫學中心雖收治者多為急重症病患，但既然是重病，那就不是同病了，既不同病，且是更嚴重的病，本就可以有較高給付，何庸困擾 [1]。

大醫院如醫學中心等之所以反對同病同酬，立法院通過之全民健保法大幅提高越級診療自負額，應是導火線。醫學中心認為既然同病同酬，就不應該又同時實施「半強迫式轉診制」，損害病患就醫權益及阻礙醫療水準之提昇（因缺乏相互競爭）。若越級診療一定要維持巨大之自負差額，則對各級醫院所訂之給付標準就應有合理差異 [2]。

自認醫療品質較佳與成本較高，亦是醫學中心反對同病同酬之主因。品質較佳可用以下 2 例說明。例 1：同樣是咳嗽，醫學中心的醫師會注意病人是否有其他被忽略的病因，提供檢驗，而不會都看成是感冒所引起的咳嗽，這也是為什麼很多在小診所查不出病來，到了醫學中心才發現是癌症或其他致命疾病的根源[3]。例 2：一般民眾發生重大意外到不同層級醫院就診時，兩所醫院搶救時間花的也許都是 4 小時，但大醫院係動用 4 位專科醫師，每人各花 1 小時，小醫院則是 1 位一般外科醫師獨撐 4 小時，表面上兩所醫院都可救活病患，但服務品質及預後絕對是不同的 [4]。

成本較高也可用 2 例說明。例 1：政府對醫學中心之設置標準規範較嚴，使其必須投入較高成本維持營運。例 2：醫學中心收治的多為病況複雜的棘手病人，醫院須以較多的人力與較高級的設備予以照護、檢查與治療，所付出之成本當然較基層醫療院所第一線治療的成本高出甚多 [5]。

同病同酬規定之真義

由於同病同酬並非一專有名詞，故其意義應依健保法條文字面解釋。健保法第 51 條特別規定同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據，雖然該法施行細則並未明定採那一種分類標準，但參考健保相關作業要點，該

標準應係指ICD-9-CM (國際疾病分類第9版臨床修訂版),故同病同酬之「同病」意指「同一ICD-9-CM碼」。此外,根據健保局公告之「辦理醫療業務須知」,同病更已明確的規定為「ICD-9-CM碼前三碼相同者」[7]。

由於同病同酬之規定係針對醫療費用之支付,藥品及藥事服務費另依藥價基準給付,故同病同酬之「酬」應係指「藥品及藥事服務費外之醫療費用」。

綜合以上分析,同病同酬應作「ICD-9-CM碼(前三碼)相同,醫療費用(不包括藥品及藥事服務費)給付相同」解釋。依此解釋,我國醫療保險之支付制度實際上已由過去之「論項(量)計酬,同項同酬」大步演變成「論病計酬」之前瞻性付費制,而且實施範圍並不只侷限於門診或住院,而是所有的醫療行為。

同病同酬規定之問題

ICD-9-CM有五碼,總共有一萬多個分類碼,根據上述定義,要逐碼去訂定給付價格絕不簡單。若依ICD-9-CM碼前三碼相同解釋,雖然分類碼只有數百個,訂價似乎較簡單,但仍難謂妥適,因為所謂同病同酬之最主要問題在於ICD-9-CM僅是疾病分類,在分類上並未考量病人及臨床等影響醫療資源耗用之因素,以之作爲給付依據,必定引起不公平,及誘發醫院取巧行為。

此外,健保法通過後,社會幾乎都被立法院大幅調高越級門診加重部分負擔比率之

規定所震撼與吸引,對於同病同酬之新規定,雖醫界曾有上述爭議,但在短暫筆戰後即不了了之。而健保主管機關似尚不認為該規定與行政院草案條文有何不同,亦忽略了該規定並無實施日期另訂之但書,仍繼續實施論量計酬,實有未依法施政之嫌。雖然五月一日起已實施論病例計酬制,但只實施了自然生產一項,又因實質支付不同層級醫療院所之金額不同,所以仍是同病不同酬,有違健保法條文規定之精神。

DRGs/PPS與同病同酬之關係

DRGs/PPS係以DRGs為給付基準,每一DRG給付一個價錢,但一個DRG內又包含了多種不同診斷(疾病)及不同處置,故在DRGs/PPS下,不同病可能同酬,其不公平之情況則以互補(cross-subsidy)彌合之。由另一層面觀之,同病也可能不同酬,因雖然同病(同診斷或同手術),但若病人年齡、有無C.C.等條件不同,仍可能被歸類至不同的DRG,使醫院得到不同的償付。例如病人主要診斷同為「Diabetes mellitus, without mention of complication」(診斷碼250.0),但年齡在35歲以下所分派到之DRG即與35歲以上者不同;又例如病人同樣動「Biopsy, bladder, closed, transurethral」(手術碼57.33)之手術,所分派到之DRG也因有無C.C.而不同(表2)[8]。

而即使病人被歸類至同一DRG,且年齡及C.C.狀況相仿,但因病人因素,例如體質

表2 糖尿病及經尿道手術之DRGs分類

主要診斷或手術代碼	資源消耗區分	分派到之DRG	費用償付權數
250.0	• 36歲以上	DRG 294	0.7509
	• 0-35歲	DRG 295	0.7252
57.33	• 有C.C.	DRG 310	0.9014
	• 無C.C.	DRG 311	0.5211

資料來源: Lorenz EW, et al: The Physician's DRG Working Guidebook (1990), 1989, St. Anthony Hospital Publications.

特殊，為住院日除外者或費用除外者，及因為醫院因素，例如位於城市或鄉村、所在地之工資指數及醫院特質等 [9]，其償付仍會有差異，Medicare即曾規定許多性質特殊之醫

療機構，其費用處理不盡依 DRGs/PPS 之方法 (表3)。

結 語

表3 Medicare 對住院醫療費用支付作特別處理之醫療機構

- 社區中唯一之醫院(Sole community hospitals)
- 轉診中心(Referral centers)
- 基督教科學療養院(Christian Science sanatorium)
- 腎臟移植中心(Renal transplantation centers)
- 被重新歸類為位於鄉村之醫院(Hospitals reclassified as rural)
- 有高百分比 ESRD 病人之醫院(Hospitals with high percentage of ESRD discharges)
- 承受間接教學成本之醫院(Hospitals that incur indirect cost for graduate medical education programs)
- 不均衡分攤低收入病人服務之醫院(Hospitals that serve a disproportionate share of low-income patients)
- 依賴Medicare之小型鄉村醫院(Medicare-dependent small rural hospitals)

資料來源：Code of federal regulation，1992.

同病同酬依健保法條文之字面解釋，意指「ICD-9-CM 診斷碼相同時，醫療費用(不包括藥費)之償付金額亦相同」，故實際已是一種前瞻性支付制度，與過去之事後論量計酬制度大異其趣。

同病同酬雖合乎公平理念，但依台灣目前所訂法則，因其償付事實上只考慮了疾病因素，未考量病人狀況、臨床分別及醫院差異等因素，故其執行將產生不公平結果或誘導醫院取巧，引起弊端，有必要參考 DRGs/PPS 之作法，考量是否同工等因素予以補充，換言之，必須既同病又同工，才有同酬之可能。

同病同酬之規定在健保法上並無實施日期另訂之條款，故理應於健保一開辦即全面實施，嚴格說來健保當局現行作法有未依法施政之嫌。

以同病同酬規定做為日後實施 DRGs/PPS 之法源值得商榷，因在DRGs/PPS 下，

同病可能不同酬，故實施二年後修法時應注意。

參考資料

1. 民生報第 21 版，民國83年8月17日。
2. 醫學中心級醫院聯合聲明，民國83年8月10日。
3. 聯合報第 3 版，民國83年8月12日。
4. 聯合報第 6 版，民國83年8月16日。
5. 民生報第 21 版，民國83年8月12日。
6. 立法院：立法院公報，第83卷第52期(上)(下)，民國83年7月23日。
7. 中央健康保險局：全民健康保險醫療院所四月份辦理醫療業務須知，民國84年3月20日。
8. Lorenz EW, et al：The Physician's DRG Working Guidebook (1990). St. Anthony Hospital Publications, pp 150-157, 1989.
9. National Archives and Records Administration：Code of federal regulation. vol 42, pp 306-320, 1992.



A REVIEW ON THE CASE PAYMENT DESIGN OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM IN TAIWAN, ROC

KUEI HAN¹, CHUNG-WEN CHAO²

The Taiwan National Health Insurance Program which enacted last year and enforced this March, 1995 carried out an article of "one price for one category of diseases" or "case payment" plan. According to the National Health Insurance Bureau's supplementary document, the "case" means diseases having the same first three digits of ICD-9-CM code. This is not appropriate because factors of clinical practice and the patient's condition cannot be excluded if the regulation is to apply. More-

over, the whole structure of the so called "case payment" in the program, does not like DRGs/PPS in the Medicare, bears few supporting measures to assist its implementation. The main problem of the plan is its over primitive. Only cognition both in disease and patient category and in effort produced by health care providers can make a justifiable and workable payment device. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1996; 15(2): 170-174)

Key words: *health care insurance, health care payment, hospital administration, DRGs*

¹Institute of Health Care Organization Administration, National Taiwan University.

²National Taiwan University Hospital.

