

失控的搏節，失控的醫護血汗及病患安全

	德國	日本	台灣
DRG 實施	2004 全面實施	2004 年起實施 DPC (改良的 DRG)	<ul style="list-style-type: none"> ● 2010-1-1 第一階段 ● 2014-7-1 第二階段
協商機制	<ul style="list-style-type: none"> ● 全國醫院所有服務都納入 DRG，也大約從那時起，才有聯邦聯席會，類似我國的健保會。 ● 德國刻意維持醫療服務買賣雙方對等的形式，保險人五席，醫療院所五席，中立者含主席 3 席，病人五席但無投票權，中立者是議事仲裁功能。 ● 連中央都刻意要維持有買賣雙方對等談判的形式與實質，因為 DRG 的點數是在聯邦聯席會決定的。 ● 聯邦聯席會的平等協商功能對醫院 DRG 與診所服務點數的成本維持很重要。 		<p>全民健康保險會（以下稱健保會）置委員三十五人：</p> <p style="padding-left: 20px;">一、保險付費者</p> <p style="padding-left: 40px;">(一) 被保險人代表 12 人。</p> <p style="padding-left: 40px;">(二) 雇主代表 5 人。</p> <p style="padding-left: 40px;">(三) 行政院主計總處 1 人。</p> <p style="padding-left: 20px;">二、保險醫事服務提供者代表 10 人。</p> <p style="padding-left: 20px;">三、專家學者及公正人士 5 人。</p> <p style="padding-left: 20px;">四、行政院經濟建設委員會及主管機關各 1 人。</p> <p>被保險人代表之委員，其中九人，由主管機關就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘三人，由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。</p>
保險人	<ul style="list-style-type: none"> ● 德國在邦層級的對等協商談判，往往是最大的保險人與最大的醫院談判的情形，其他小的保險人或醫院，再以比照的形式做子談判，談的內容是下年度的醫療服務數量與打折方式。 ● 因為 DRG 的點數全國統一，各邦主要是權重不同，所以用這個地區的談判來微調各醫療院所的 		<ul style="list-style-type: none"> ● 單一保險人，球員兼裁判。由保險人決定一切。 ● 目前的實像是，不論是中央或個別醫院，都是不對等協商，二代健保已經沒有德式社會保險的政府不介入、自主管理、契約自由的原則內涵，目前醫療服務賣方表面的協商地位甚至比加拿大的協商地

	<p>不同狀況。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 邦政府還會另外用三年計畫支援各醫院的硬體建設，協助地區醫療系統的維持。 ● 政府與醫院間、醫院彼此間似乎是合作的關係，這必須是複數保險人制度才能達成的狀況。 		<p>位還差。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 我國比較接近的是加拿大式的健康保險，其實就是公醫制度。
醫糾賠償	<p>在邦的層次，儘量維持複數保險人與複數醫療院所的形式，最近連醫師公會都容許有複數的醫師公會，就是要刻意維持雙方談判對等的實質關係，才能自主管理，法律上才對應契約法理。在醫療糾紛方面，主要以醫院為訴訟對象的原因，就是因為談判的權力者是醫院與診所負責人。</p>	<p>在醫療糾紛方面，主要以醫院為訴訟對象的原因，就是因為談判的權力者是醫院與診所負責人。</p>	<p>推給第一線醫護，完全忽視公醫制度的國家責任。</p>
維持平衡方式	<p>德國雖然全面實施 DRG，但是 DRG 項目只有佔三分之一，醫院認為是賠錢的，需要用另三分之二彌補，但大致上還算公平，能維持醫院營運。</p>	<p>日本的 DPC，DRG 是按日計費，再加上各種開刀檢查技術費，所以是變相的論量計酬。2014 年版更進化成藉由診療報酬之分別化，促進各種醫院的分工 並肯定城鄉地區醫學中心各醫院的不同功能，給予不同的費率評價。</p>	<p>無，僅止於道德呼籲及自生自滅。</p>
特色	<ul style="list-style-type: none"> ● 沒有普通門診 ● 有約 10% 的病人是 private insurance，這 	<p>有機會因此脫離醫療崩潰。</p>	<p>加速醫療崩潰。</p>

	<p>些人在 DRG 下仍然可以做自費，並且可能佔醫院一半的利潤來源。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 90%的病人是法定保險，這些人佔一半的利潤。 ● 德國醫院的組成與我們類似：公立、非營利私人與盈利私人，各佔三分之一 		
稽核	<p>德國的醫院在實施 DRG 之後，每家醫院會有一個協商好的金額，如果 DRGs 的申請金額超過這個數字的話會打折，少於這個數字的話會加成。德國的醫院核刪系統：the sickness funds 會有 regional medical review boards，他們會派出人員去隨機挑選的醫院，審查病歷及編碼。如果發現非故意的 up-coding，醫院必須歸還 up-coding 的差價。如果發現是故意作 up-coding，那除了要歸還整筆的費用之外，還必須罰款同樣的金額。2009 年中，有 12% 的 cases 被審查過。(Busse, Geissler et al. 2011)</p>		<p>為控制總額恣意核刪。</p> <p>全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法：</p> <p>第三章 程序審查及專業審查</p> <p>第 22 條</p> <p>保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。</p>

德國沒有核刪放大回推，各國的制度也或有不一，若只有實施單一的節費措施、DRG 時，醫護還有喘息空間。但全世界沒有一個像台灣這樣集大成的拼裝車：總額浮點點值+核刪+放大回推，所以變成醫療產業窒息、藥材醫材成本無限下殺求生存，醫護勞動人力更加血汗、病患安全束之高閣。