

怕虧本 這11種人醫師不敢救



作者：張瀟文 | 商業周刊 - 2014年6月18日 下午4:26



健保實施19年下來，原本預定每3年檢討一次的費率，因為選票考量，幾乎沒人敢「漲」，從成本端來管控的DRG制度就應運而生。

所謂DRG (Diagnosis Related Groups)，就是「診斷關聯群」，是一種新的健保支付制度。DRG範圍內的同一種疾病，醫院不論採用何種治療手段、藥物、住院天數，健保就只給醫院同一種給付價格，用「同病同酬」改變以往「實支實付」的給付方式。原始目的是為了減少醫療浪費，但在台灣醫療現場卻產生諸多扭曲現象。

以DRG心臟科最新公布編碼12702為例：心臟衰竭及休克，非死亡或病危自動出院者，健保支付定額30,086元。振興醫院心臟科主任級醫師張忠毅說，輕微的心衰竭，打強心劑、休息幾天就能回家，但重度心衰竭可能要動用葉克膜甚至等待換心。

「怎麼可能定一個簡單的標準，限定這麼複雜的心衰竭？」國內換心權威振興醫院心臟醫學中心主任魏崢，對於健保署把影響生死的心臟編碼編得如此簡略，難以置信。

收了會虧本 醫師只好推掉病人

台灣在4年前就開始實施第一階段DRG，但當時項目較少；今年7月1日起實施第二階段共254項，心臟病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓全部納入其中。

所以，11大醫療人球高危險群，就包含了：老人家、多重骨折、長年洗腎、心臟病史、高血壓、糖尿病、主動脈剝離、再次手術、曾經多次開刀、脊椎多節有問題、有心臟病或高血壓的孕婦。意即，全台灣2300萬人口就醫，都將受到這健保新支付制度的影響，絕非「別人家的事」。

在DRG「同一號碼、同一價格」的規則下，醫院接到病情複雜的病患、或用較昂貴的藥品器材，將導致虧損，反之則可以獲利。想要縮減健保赤字、杜絕醫療浪費的政府，用簡單編碼與定額給付把病人與醫療行為規格化，等於鼓勵醫院把可能「醫了會賠錢」的病人與醫療行為，排拒在外。

聽到這些話 你可能已經默默變人球

那麼，醫生在院方壓力下，會用什麼「話術」讓病人甘願離開呢？

一位不願具名的心臟內科醫師說，如果病人已在內科住院六、七天，做了很多項檢查，可能需要開刀了，但若此時開刀，一定會賠錢，這時候，醫生可能會跟病人說，「你先回去吃藥就好，觀察個幾天，過一陣子再來門診排開刀」或說：「你的病情還沒穩定，這時開刀會有風險。」

7月1日第二階段DRG上路，脊椎手術健保給付金額最多只夠支付兩節，做超過三節醫院就要賠本。有神經