

PS

度介紹

次世界大戰後，美國經濟迅速發
 增加、地方救濟制度充實。社會運
 平淡。而1920年代的高度經濟發
 物價高漲、貧富懸殊、致使約有百
 仍生活在貧窮線以下。因而引發
 大恐慌、造成了大量失業，1933
 失業。也引發了大規模的社會運
 的125萬失業者大示威，1931年的

福在其競選演說中，提出新政的
 政府保障國民福利的決心。以安
 。因此，羅斯福的新政與其說是
 社所採取的福利政策，不如說是
 採取的社會政策。然而美國勞工
 不滿意，紛紛要求政府以社會
 生活。但資方認為係違反自助精
 墮落，強力反對。最後，在勞工
 終於1935年一月提出「社會安全
 (Security Act)，並於當年四月
 參院通過。

法案」確立了今日美國社會保
 福利服務三大體系：

- 一、老年年金、遺屬年金、失業保險。
- 二、老年扶助、兒童油貼、盲人扶助。
- 三、母子保健設施、殘障兒童設施、公共衛生設施、就業輔導服務等。

次大戰後，杜魯門繼承羅斯福新
 推動社會福利政策。1950年八月
 新設傷害扶助，擴大老年年金
 保對象至農民、自營業者及地
 使被保險人中2,500萬人增至4

持羅斯福新政的精神，繼續充實社會福利措施。1956新設「殘障年金保險」，確立「老年、遺屬及殘障年金保險制度」(Old Age Survivors and Disability Insurance OASDI)，另一方面則將醫生以外之勞工、農民及自營業者全部納入年金保險制度。

1965年美國制訂「老人福利法案」，修定社會安全法第十八章，實施「老人健康保險法案」(Medicare Act)。修定社會安全法第十九章，實施「貧民醫療補助法案」(Medicaid Act)。而於1966年正式開辦Medicare時因怕醫院及醫師杯葛，於是有諸多妥協：

- ①對醫院付費採成本為基礎的事後付費方式 (Cost-based reimbursement method)。
- ②除了成本給付外，尚給予額外2%的費用津貼。以鼓勵醫院積極參與。
- ③尚給付與病人人數比例相當的醫院經營成本。
- ④美國政府為了守住不干預醫界的原則，一開始就委託會計代理機構來代辦醫療給付申請案件的處理。

在1969年Medicare開辦三年後的醫療費用成長竟達15.3%，而此時一般經濟成長為5.1%，至此引起了社會朝野對醫療費用控制的關注。

值得一提，且具影響力的美國醫療費用控制法案有：

- (一) 1971-1974的經濟穩定法案 (Economic Stabilization Program, ESP) 對醫院之成本凍結：新醫療科技與服務不得超過1.7%。平均成長上限6%、工資成長率不得超過5.5%，非勞工成本不得超過2.5%。這個方案因受醫療工業強大的阻力宣告結束。因為醫院提出他們會自我約束的保證。依學者研究ESP對醫院成本控制有效。如醫院膳宿費降低50%，住院每日及每件費用成長率降低25%。不過ESP一結束，醫療成長率馬上快速反彈。此次經驗顯示醫療費用控制必須有一個長期且持續的方案。

(二) 1922年社會安全法案修正案：

- ①223條款：確立了費用控制原則。
- ②222條款：鼓勵各州採具有創意之各種付費示範實驗。
- ③規定全國設立203個專業標準審核組織 (Professional Review Organization, PSRO)，來監管Medicare的品質及確保醫療資源。因而發展出很多審核的方法。DRG即為其中最成功的一種。

二、DRG的發展過程

此時，醫療經濟學家提出：在有限的社會資源通設下，應講求醫療資源的應用效率。(Efficiency = Output/Cost)，其中Cost部分當然是社會整體的醫療費用總支出。至於Output則有二派說法。一、視健康的改善是醫療產出，試圖從量化健康狀態來衡量健康改善的程度。二、視醫療服務的數量總和代表醫療產出。著眼醫療服務數量之測量，最初以X光檢查、血液生化檢驗、出院人數、住院日數等...為醫療Output之單位，但這樣的成本效益評估無法找出不經濟或無效率之所在。進一步的研究則放在影響醫療成本的各種因素。包括病人特性、疾病特性、及其他社會因素。並且將具有相同特性的病例歸成一組，以各種不同類別出院病例外絕對數量相對比例形成病例組合，以之代表醫療產出。

在1983年美國採行DRG做為付費改革措施之前，美國已有各種病例組合的指標。在住院品質界定上有：

- ①CPHA List A：專業及醫院活動委員會的A表。
- ②ICD-9-CM：國際疾病分類臨床修正九版。
- ③Diseases Staging：疾病階段。
- ④Patient Management Categories：病患管理分類。
- ⑤疾病嚴重度指標 (Severity of Illness Index)

⑥電腦嚴重度指標 (Computerized Severity Index)

⑦Medical Illness Severity Grouping System 醫院疾病嚴重度分組系統

⑧DRG

其他在護士資源利用方面、門診方面、慢性護理之家方面都有很多測量的方法學。

1960年代晚期，美國耶魯大學管理者Robert Fetter及公共衛生學者John Thompson已開始從事病例分類研究。兩組人員雖各有不同研究計劃，但其共同目的是在建立一個病人疾病的分類體系，使之能應用於醫療資源的運用審查。

第一代的383DRGs是將ICDA-8，依解剖位置，生理、病理程度分成83組MDCs主要診斷羣 (Major Diagnosis Groups M.D.C)。然後再將來自New Jersey州118家醫院的五十萬份出院病人資料。依(1)主要診斷(2)次要診斷(3)主要手術(4)次要手術(5)年齡。將每一組資料分成臨床上耗用相近資源的診斷關係羣。結果得出83組MDCs 383個DRGs。由於第一代DRGs在New Jersey州實驗結果並未明顯地控制醫療費用上漲。此時適逢ICD-9CM出版，1979醫療保健財政管理處 (HCFA) 支助發展第二代的DRG。

第二代的467DRG是將ICD-9-CM做為分類原則，一共分成23MDCs。然後再由美國全國332家代表各地區的醫院，總計一百四十萬份的出院病歷，抽樣出39萬份為分析資料。而形成467組DRGs。

進入1980年代，由於醫院成本持續上漲，眾多的Medicare信託基金即將出現赤字。預期到1987年國家醫療保險基金將面臨破產。屆時將造成的社會問題令美國國會焦慮不已。乃要求DHHS (Department of Health & Human Service) 向國會提出一份PPS的立法草案。DHHS將DRGs, Disease Staging, APACHE及PSI等四種病例組合的選擇性立法草案提交給國會。並在報告中分析，結論是DRGs最適合作為前瞻性付費制度計價基礎的病例組合。

1983年十月一日，經雷根總統簽署，正式實施DRGs/PPS於全美國Medicare住院費用Part A部份的給付，並規定所有醫院必須與各地區的同僚審核機構 (Peer Review Organization, PRO) 簽

約，進行醫療品質及資源耗用的審查。

三、DRGs的償付制度

預估給付制度 (Prospective Payment System, PPS) 是保險人對被保險人所接受的醫療服務付費給醫療院所的一種方法。並以DRGs為計價基礎單位。

(一)、DRG費用支付標準計算公式

：DRG費用支付標準公式

$$\text{某診斷組合應得之費用} = \text{某診斷組之價格} \times \text{某診斷組合格之加權數值} \times \text{當年間接醫學教育成本調整指數} \times \text{通貨膨脹率}$$

由上述公式可知，有四種數值會影響到DRG費用給付之多寡，茲將各別的影響因素舉作一簡介：

(二)、當年診斷組合應給付的價格探討

診斷組合價格 (rate) 係包括病人住院期間所獲醫療照顧之作業成本，其數值之取得係就老人醫療保險給付案例，經調整後計算出來的平均數。目前其訂定乃分兩大部份，一為醫院別部份 (hospital-specific portion)，另一為聯邦費率部份 (federal rate portion)，而聯邦部份依據法規規定，又可分為區域性 (regional) 價格與全國性 (national) 價格。這些價格之計算方式大致相若，至於其適用則以四年為一期，比率調整之，以求得現時適用之各醫院混合給付價格 (Blended Rate)。

某診斷組合應給付之價格計算公式

$$\text{某診斷組合格價格} = \frac{\text{醫院個別價格} \times \text{當年度調整比率} + \text{聯邦價格}}{\text{區域性價格} \times \text{當年度調整比率} + \text{全國性價格} \times \text{當年度調整比率}}$$

(三)、診斷組合加權值之探討

各項DRG的加權值，是預估價格的決定因子，因此DRG分類系統是訂定預估價格制 (PPS) 之礎石。DRG分類出來後，即須依各種DRG均費用與總平均費用的比值計算出每DRG的加權值，其公式如下：

持羅斯福新政的精神，繼續充實社會福利措施。1956新設「殘障年金保險」，確立「老年、遺屬及殘障年金保險制度」(Old Age Survivors and Disability Insurance OASDI)，另一方面則將醫生以外之勞工、農民及自營業者全部納入年金保險制度。

1965年美國制訂「老人福利法案」，修定社會安全法第十八章，實施「老人健康保險法案」(Medicare Act)。修定社會安全法第十九章，實施「貧民醫療補助法案」(Medicaid Act)。而於1966年正式開辦Medicare時因怕醫院及醫師杯葛，於是有諸多妥協：

- ①對醫院付費採成本為基礎的事後付費方式 (Cost-based reimbursement method)。
- ②除了成本給付外，尚給予額外2%的費用津貼。以鼓勵醫院積極參與。
- ③尚給付與病人人數比例相當的醫院經營成本。
- ④美國政府為了守住不干預醫界的原則，一開始就委託會計代理機構來代辦醫療給付申請案件的處理。

在1969年Medicare開辦三年後的醫療費用成長竟達15.3%，而此時一般經濟成長為5.1%，至此引起了社會朝野對醫療費用控制的關注。

值得一提，且具影響力的美國醫療費用控制法案有：

- (一) 1971-1974的經濟穩定法案 (Economic Stabilization Program. ESP) 對醫院之成本凍結：新醫療科技與服務不得超過1.7%。平均成長上限6%、工資成長率不得超過5.5%，非勞工成本不得超過2.5%。這個方案因受醫療工業強大的阻力宣告結束。因為醫院提出他們會自我約束的保證。依學者研究ESP對醫院成本控制有效。如醫院膳宿費降低50%，住院每日及每件

- (二) 1922年社會安全法案修正案：
 - ①223條款：確立了費用控制原則。
 - ②222條款：鼓勵各州採具有創意之各種付費示範實驗。
 - ③規定全國設立203個專業標準審核組織 (Professional Review Organization, PSRO)，來監管Medicare的品質及確保醫療資源。因而發展出很多審核的方法。DRG即為其中最成功的一種。

二、DRG的發展過程

此時，醫療經濟學家提出：在有限的社會資源通設下，應講求醫療資源的應用效率。(Efficiency = Output/Cost)，其中Cost部分當然是社會整體的醫療費用總支出。至於Output則有二派說法。一、視健康的改善是醫療產出，試圖從量化健康狀態來衡量健康改善的程度。二、視醫療服務的數量總和代表醫療產出。著眼醫療服務數量之測量，最初以X光檢查、血液生化檢驗、出院人數、住院日數等...為醫療Output之單位，但這樣的成本效益評估無法找出不經濟或無效率之所在。進一步的研究則放在影響醫療成本的各種因素。包括病人特性、疾病特性、及其他社會因素。並且將具有相同特性的病例歸成一組，以各種不同類別出院病例外絕對數量相對比例形成病例組合，以之代表醫療產出。

在1983年美國採用DRG做為付費改革措施之前，美國已有各種病例組合的指標。在住院品質界定上有：

- ①CPHA List A：專業及醫院活動委員會的A表。
- ②ICD-9-CM：國際疾病分類臨床修正九版。
- ③Diseases Staging：疾病階段。

- ⑥電腦嚴重度指標 (Computerized Severity Index)
- ⑦Medical Illness Severity Grouping System 醫院疾病嚴重度分組系統

⑧DRG
其他在護士資源利用方面、門診方面、慢性護理之家方面都有很多測量的方法學。

1960年代晚期，美國耶魯大學管理者Robert Fetter及公共衛生學者John Thompson已開始從事病例分類研究。兩組人員雖各有不同研究計劃，但其共同目的是在建立一個病人疾病的分類體系，使之能應用於醫療資源的運用審查。

第一代的383DRGs是將ICDA-8，依解剖位置，生理、病理程度分成83組MDCs主要診斷羣 (Major Diagnosis Groups M.D.C)。然後再將來自New Jersey州118家醫院的五十萬份出院病人資料。依(1)主要診斷(2)次要診斷(3)主要手術(4)次要手術(5)年齡。將每一組資料分成臨床上耗用相近資源的診斷關係羣。結果得出83組MDCs 383個DRGs。由於第一代DRGs在New Jersey州實驗結果並未明顯地控制醫療費用上漲。此時適逢ICD-9-CM出版，1979醫療保健財政管理處 (HCFA) 支助發展第二代的DRG。

第二代的467DRG是將ICD-9-CM做為分類原則，一共分成23MDCs。然後再由美國全國332家代表各地區的醫院，總計一百四十萬份的出院病歷，抽樣出39萬份為分析資料。而形成467組DRGs。

進入1980年代，由於醫院成本持續上漲，眾多的Medicare信託基金即將出現赤字。預期到1987年國家醫療保險基金將面臨破產。屆時將造成的社會問題令美國國會焦慮不已。乃要求DHHS (Department of Health & Human Service) 向國會提出一份PPS的立法草案。DHHS將DRGs, Disease Staging, APACHE及PSI等四種病例組合的選擇性立法草案提交給國會。並在報告中分析，結論是DRGs最適合作為前瞻性付費制度計價基礎的病例組合。

約，進行醫療品質及資源耗用的審查。

三、DRGs的償付制度

預估給付制度 (Prospective Payment System, PPS) 是保險人對被保險人所接受的醫療服務付費給醫療院所的一種方法。並以DRGs為計價基礎單位。

- (一)、DRG費用支付標準計算公式：
DRG費用支付標準公式

$$\text{某診斷組合應得之費用} = \text{某診斷組合應給付之價格} \times \text{某診斷組合價格之加權數值} \times \text{當年間接醫學教育成本調整指數} \times \text{通貨膨脹率}$$

由上述公式可知，有四種數值會影響到DRG費用給付之多寡，茲將各別的影響因素草作一簡介：

- (二)、當年診斷組合應給付的價格探討

診斷組合價格 (rate) 係包括病人住院期間所獲醫療照顧之作業成本，其數值之取得係就老人醫療保險給付案例，經調整後計算出來的平均數。目前其訂定乃分兩大部份，一為醫院別部份 (hospital-specific portion)，另一為聯邦費率部份 (federal rate portion)，而聯邦部份依據法規規定，又可分為區域性 (regional) 價格與全國性 (national) 價格。這些價格之計算方式大致相若，至於其適用則以四年為一期，比率調整之，以求得現時適用之各醫院混合給付價格 (Blended Rate)。

某診斷組合應給付之價格計算公式

$$\text{某診斷組合價格} = \frac{\text{醫院個別價格} \times \text{當年調整比率}}{\text{區域性價格} \times \text{當年調整比率}} + \text{聯邦價格} + \frac{\text{全國性價格} \times \text{當年調整比率}}{\text{區域性價格} \times \text{當年調整比率}}$$

- (三)、診斷組合加權值之探討

各項DRG的加權值，是預估價格的決定因

：DRG加權值計算公式

$$\text{某DRG之加權值} = \frac{\text{某DRG之平均費用}}{\text{所有DRG之平均費用}}$$

DRG的加權值愈大，則應得的DRG給付費用愈多。467種DRG的加權值隨時在調整。每一診斷組合均有一個價格權數，此表示該診斷組合的疾病所需要耗費資源的程度。

一九八二年的稅務公平和財務責任法案（TEFRA）下的DRG的病例組合指標（Case-Mix Index）與新老年健康保險體制下的DRG價格的獲得，是從全國老年健康保險患者中抽樣計算得來的。每一種相對得來的加權值，並不保證相對上此價格是有效率的。即某種DRG分類下的病患可有效率地被治療，但有些則不然。

至於給付DRG數額的相對加權值，隨時在修正，而DRG制能否成功，關鍵之一即在於此相對之加權值能不時的予以修正、調整以迎合現況的需要。

（四）、間接醫學教育費用與通貨膨脹率

間接醫學教育成本是對DRG費用中的聯邦價格和除外者之費用作一修正後獲得的。在計算時係拿「病床數」和「醫師數」作指標，故教學醫院的間接醫學教育指數較非教學醫院高。

（五）、轉診病人的特別價格給付

1. “出院”與“轉診”的定義

在PPS制之下，給付金額多寡的差異，在於該病患最後是“出院”或“轉診”。出院者給付全額的DRG費用。所謂出院的定義係指正式解除病人身份，而在PPS制下不再到其他醫院去住院而言。不過轉住專業護理機構（skilled nursing home），係視同出院辦理給付。

至於轉診的定義為同一家醫院的住院病人轉到其他部門或住院病人轉到另一家DRG制認定的醫院或醫療單位去，或轉到未加入DRG制的醫院。

2. “轉診”病人的醫療給付

轉診病人預定轉往的醫療院所可獲得全額的DRG給付，但轉診前的醫院只能依每天費率來給付。其公式如下：

$$\frac{\text{某組合之DRG價格}}{\text{該組合DRG之平均住院天數}} \times \text{住院日數}$$

但其最高費用不得超過該組合DRG的價格。轉診病人在不同醫院之DRG歸類不一樣時，依各該DRG價格來給付。因為最高給付額不會超過已訂的DRG價格，故轉診病人在原就診醫院不能被列入“除外者”行列。只有預定轉往之醫院才能申請住院天數之除外者或出院費用之除外者。

醫療財政局（HCFA）認為，對轉診病人而言，其原先之住診醫院應該只能給付一個金額，剩下的費用全給付給轉診醫院，如此才可能激發轉診病人之意願與轉診行為。

（六）、除外者的費用給付

因特殊病情不能通案償付費用者稱為除外者，規定每一DRG在平均住院天數外另訂出最高限的住院天數，病人住院天數超過所屬DRG最高天數限制者，稱為天數除外者（day outlier）；病人住院費用超過所屬DRG最高限額之費用者稱為費用除外者（cost outlier）。只有這兩種情況經同僚審查機構（Peer Review Organization, PRO）審核通過，醫院才能另外得到給付。

四、DRGs/PPS的影響及衝擊

由於Medicare實施DRGs/PPS的原意在於抑制醫療費用的不斷上揚，因此有人會懷疑如此的抑制措施，將會嚴重地威脅醫療品質，而損害了病人的權益。所以評估DRGs/PPS對醫療品質的衝擊，就成為很重要的任務。因為它關係著此一制度是否能繼續下去的決定因素。

（一）DRGs/PPS影響醫療品質的誘因

因為醫院在財務誘因下，可能有以下幾種方式來因應付費結構的變化。

1. 降低住院日數。
2. 增加住院人次。
3. 避免收“無利潤”病患住院。
4. 減少服務項目或改變服務項目的組合。
5. 轉移病患至非住院部門。

6. 促使醫院專科化。

然而它的影響有正向的、亦有負向的，比如說降低住院天數的正向效果為降低不當醫療的機會與增加病人心理上的舒適，其負向可能使不適出院患者提早出院。

（二）DRGs/PPS在醫療品質影響上的分佈

Medicare對一特定DRGs給予醫院的費用是根據全國的平均費用。即使營運不是很有效率的醫院，只要多收一些病患其費用是在平均值之下，仍然是有利潤。反之有些醫院由於在地理上或其他因素的影響，使得它收到的病患醫療費用在平均值之上，即使它再如何有效率地經營，還是虧損。這些醫院不得不減少服務項目而損害了醫療品質。

DRGs/PPS實施後，不少專家對這個制度做過評估。

一、對醫院的衝擊：

1. 住院率大幅降低，Medicare頭三年降低住診量11.3%。
2. 平均住院日顯著縮短，頭三年總計縮短17%。
3. 醫院佔床率降低。導致醫院競爭劇烈，小醫院不利。
4. 入院、出院的平均疾病嚴重度均較高。（沒治好）
5. 醫院頭兩年明顯獲利，不過第三年開始改觀。
6. 都市、大型、教學醫院獲利高。偏遠社區醫院獲利最差。
7. 醫院裁員、技術重組、集體採購、僱用企業傾向的管理人員來適應。
8. 固定資產投資並未顯著增加。
9. 新科技傳散似乎並未受到影響。

二、對保險人的衝擊

1. 不分年齡組、地區組住院日縮短均呈一致性。
2. 85及85歲以上被保險人治愈出院率降幅最小。
3. 全部被保險人部份負擔費用總額，因住院日的縮短而減少。

三、對出院後照顧的衝擊

1. 居家護理不論DRGs/PPS實施前後皆

快速成長。

2. 專責護理機構在DRGs/PPS實施後又開始成長。

Medicare雖然減少了老年人醫療費負擔，而實施DRGs/PPS之後的住院成長率僅為4.6%（1986）。但是美國的全國醫療支出不論以GNP或DGP計（約佔GDP 11%）或以平均每位國民為單位（2051美元/每年），皆為全球支出之冠，然其全國尚有六千萬人口，佔約總人口數1/3，受到保險照護仍然不足。美國的兒童死亡率為1.04%與每位國民支出982美元/每年的奧地利1.03%相仿。（瑞典0.95%、法國0.8%、西德0.87%）

Medicare保險下的老人若住院九十天，無論他有Medicare、醫療補助和私人保險三者加起來也只支付70%的費用。所以如何區別DRGs制和美國的社會福利制度的精神，應該是在引進DRGs/PPS制度時應考慮的因素。以免1994台灣的全民健康保險成了一個只有保險、沒有保障的空殼子。

然而與DRGs/PPS制度需要配合的Home Care, PRO等制度，台灣到再出在還未見具體規劃。誠如藍忠孚教授所說：「我研究出來的勞保版DRG制不適用於全民保險，因為勞保的給付並不包括老人跟小孩。」（首都早報，1990、8、26五版）所以1994年台灣全民健康保險是否能順利實施，跟台灣版的DRG能否順利完成有著密切的關係。台灣版的DRG現由陽明公衛研究所所長藍忠孚主持，將自1991年元月一日起以半年或一年時間收集台大、三總、榮總台北、台中分院、成大、省桃、高醫、長庚、馬階等一級教學醫院的20種以單一疾病項為分類的病歷資料。作為台灣版DRG的基礎。

：DRG加權值計算公式

$$\text{某DRG之加權值} = \frac{\text{某DRG之平均費用}}{\text{所有DRG之平均費用}}$$

DRG的加權值愈大，則應得的DRG給付費用愈多。467種DRG的加權值隨時在調整。每一診斷組合均有一個價格權數，此表示該診斷組合的疾病所需要耗費資源的程度。

一九八二年的稅務公平和財務責任法案（TEFRA）下的DRG的病例組合指標（Case-Mix Index）與新老年健康保險體制下的DRG價格的獲得，是從全國老年健康保險患者中抽樣計算得來的。每一種相對得來的加權值，並不保證相對上此價格是有效率的。即某種DRG分類下的病患可有效率地被治療，但有些則不然。

至於給付DRG數額的相對加權值，隨時在修正，而DRG制能否成功，關鍵之一即在於此相對之加權值能不時的予以修正、調整以迎合現況的需要。

（四）、間接醫學教育費用與通貨膨脹率

間接醫學教育成本是對DRG費用中的聯邦價格和除外者之費用作一修正後獲得的。在計算時係拿「病床數」和「醫師數」作指標，故教學醫院的間接醫學教育指數較非教學醫院高。

（五）、轉診病人的特別價格給付

1. “出院”與“轉診”的定義

在PPS制之下，給付金額多寡的差異，在於該病患最後是“出院”或“轉診”。出院者給付全額的DRG費用。所謂出院的定義係指正式解除病人身份，而在PPS制下不再到其他醫院去住院而言。不過轉住專業護理機構（skilled nursing home），係視同出院辦理給付。

至於轉診的定義為同一家醫院的住院病人轉到其他部門或住院病人轉到另一家DRG制認定的醫院或醫療單位去，或轉到未加入DRG制的醫院。

2. “轉診”病人的醫療給付

$$\frac{\text{某組合之DRG價格}}{\text{該組合DRG之平均住院天數}} \times \text{住院日數}$$

但其最高費用不得超過該組合DRG的價格。轉診病人在不同醫院之DRG歸類不一樣時，依各該DRG價格來給付。因為最高給付額不會超過已訂的DRG價格，故轉診病人在原就診醫院不能被列入“除外者”行列。只有預定轉往之醫院才能申請住院天數之除外者或出院費用之除外者。

醫療財政局（HCFA）認為，對轉診病人而言，其原先之住診醫院應該只能給付一個金額，剩下的費用全給付給轉診醫院，如此才可能激發轉診病人之意願與轉診行為。

（六）、除外者的費用給付

因特殊病情不能通案償付費用者稱為除外者，規定每一DRG在平均住院天數外另訂出最高限的住院天數，病人住院天數超過所屬DRG最高天數限制者，稱為天數除外者（day outlier）；病人住院費用超過所屬DRG最高限額之費用者稱為費用除外者（cost outlier）。只有這兩種情況經同僚審查機構（Peer Review Organization, PRO）審核通過，醫院才能另外得到給付。

四、DRGs/PPS的影響及衝擊

由於Medicare實施DRGs/PPS的原意在於抑制醫療費用的不斷上揚，因此有人會懷疑如此的抑制措施，將會嚴重地威脅醫療品質，而損害了病人的權益。所以評估DRGs/PPS對醫療品質的衝擊，就成為很重要的任務。因為它關係著此一制度是否能繼續下去的決定因素。

（一）DRGs/PPS影響醫療品質的誘因

因為醫院在財務誘因下，可能有以下幾種方式來因應付費結構的變化。

1. 降低住院日數。

6. 促使醫院專科化。

然而它的影響有正向的、亦有負向的，比如說降低住院天數的正向效果為降低不當醫療的機會與增加病人心理上的舒適，其負向可能使不適出院患者提早出院。

（二）DRGs/PPS在醫療品質影響上的分佈

Medicare對一特定DRGs給予醫院的費用是根據全國的平均費用。即使營運不是很有效率的醫院，只要多收一些病患其費用是在平均值之下，仍然是有利潤。反之有些醫院由於在地理上或其他因素的影響，使得它收到的病患醫療費用在平均值之上，即使它再如何有效率地經營，還是虧損。這些醫院不得不減少服務項目而損害了醫療品質。

DRGs/PPS實施後，不少專家對這個制度做過評估。

一、對醫院的衝擊：

1. 住院率大幅降低，Medicare頭三年降低住診量11.3%。
2. 平均住院日顯著縮短，頭三年總計縮短17%。
3. 醫院佔床率降低。導致醫院競爭劇烈，小醫院不利。
4. 入院、出院的平均疾病嚴重度均較高。（沒治好）
5. 醫院頭兩年明顯獲利，不過第三年開始改觀。
6. 都市、大型、教學醫院獲利高。偏遠社區醫院獲利最差。
7. 醫院裁員、技術重組、集體採購、僱用企業傾向的管理人員來適應。
8. 固定資產投資並未顯著增加。
9. 新科技傳散似乎並未受到影響。

二、對保險人的衝擊

1. 不分年齡組、地區組住院日縮短均呈一致性。
2. 85及85歲以上被保險人治癒出院率降

快速成長。

2. 專責護理機構在DRGs/PPS實施後又開始成長。

Medicare雖然減少了老年人醫療費負擔，而實施DRGs/PPS之後的住院成長率僅為4.6%（1986）。但是美國的全國醫療支出不論以GNP或DGP計（約佔GDP 11%）或以平均每位國民為單位（2051美元/每年），皆為全球支出之冠，然其全國尚有六千萬人口，佔約總人口數 $\frac{1}{3}$ ，受到保險照護仍然不足。美國的兒童死亡率為1.04%與每位國民支出982美元/每年的奧地利1.03%相仿。（瑞典0.95%、法國0.8%、西德0.87%）

Medicare保險下的老人若住院九十天，無論他有Medicare、醫療補助和私人保險三者加起來也只支付70%的費用。所以如何區別DRGs制和美國的社會福利制度的精神，應該是在引進DRGs/PPS制度時應考慮的因素。以免1994台灣的全民健康保險成了一個只有保險、沒有保障的空殼子。

然而與DRGs/PPS制度需要配合的Home Care, PRO等制度，台灣到再出在還未見具體規劃。誠如藍忠孚教授所說：「我研究出來的勞保版DRG制不適用於全民保險，因為勞保的給付並不包括老人跟小孩。」（首都早報，1990、8、26五版）所以1994年台灣全民健康保險是否能順利實施，跟台灣版的DRG能否順利完成有著密切的關係。台灣版的DRG現由陽明公衛研究所所長藍忠孚主持，將自1991年元月一日起以半年或一年時間收集台大、三總、榮總台北、台中分院、成大、省桃、高醫、長庚、馬階等一級教學醫院的20種以單一疾病項為分類的病歷資料。作為台灣版DRG的基礎。