

台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟

聲明稿

TMAL

第三階段 Tw-DRGs 請先停、看、聽

發稿日期:105 年 2 月 22 日

發稿單位:醫勞盟秘書處

- 一、 DRG 制度為醫療支付制度其一，須先有完善的相關配套措施，切勿急於上路而忽略配套！
- 二、 DRG 所使用的疾病編碼代號 ICD-10 自今年 1 月 1 日剛上路，各項編審代碼與指令轉換環環相扣，應先實施 ICD-10 相當時間(例如一至三年)，同時邀及相關專家學者，建立全國及各醫院的病人圖譜，才能以充足的資訊計算出合理醫療費用。
- 三、 健保支出逐年增加，不論總額預算或是 DRG 制度，都在擷節醫療支出的浪費，然而台灣健保不似其他國家的總額(cap)可有彈性調整空間，若在未有共識及配套前擴大 DRG 範圍，DRG 制度+固定總額+核刪放大回推將獨步全球，壓榨基層醫療世界第一！
- 四、 如果採行 DRG 制度，則不應該再有總額限制(至少應為較有彈性的總額)，且醫療人員因為遵行 DRG 制度採取的醫療行為，如果因此衍生法律風險，應由規劃此一制度的健保署全然承擔。
- 五、 成本不會消失，只會轉嫁，健保從未計算醫療勞動成本，應先將健保給付醫療勞動成本恢復為 1 點 1 元，且應增加公部門醫療支出佔 GDP 比例從 3.8%提高至 OECD 先進國家 5%。
- 六、 醫療崩壞現正進行中，挽救解藥不是推行 DRG，而是優先推動受

台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟 聲明稿

TMAL

雇醫師納入勞基法、修法規範護病比、落實分級轉診，確實保障醫療勞動人權，維護病人安全。

台灣的醫療環境，在一次次黑箱，一次次的壓榨基層中苟延殘喘的存續，此次健保署強硬推行 Tw-DRGs 制度，醫勞盟站在第一線醫療人員的立場強調，在政府的整體醫療政策有所調整之前，不應該擴大實施 Tw-DRGs。

理事長 **張志華**