

Tw-DRGs 支付方案問答輯-管理面、支付通則、分類架構

98.12.25 修改-本次修改內容為配合本局改制，修正組織名稱

目錄

一、 管理面.....	1
1. 什麼是 DRG 支付制度？.....	1
2. 目前世界已實施健保的國家中，有那些有實施 DRG 支付制度？.....	1
3. 為什麼已實施醫療費用總額支付制度，還要實施 DRG 支付制度？.....	1
4. Tw-DRG 是否符合保險人規定同病同酬的精神？.....	1
5. 第一階段實施項目對醫院之財務影響？.....	2
6. 實施 Tw-DRG 支付制度與各保險分區業務組目前實施的目標管理的關係？.....	2
7. 原屬論病例計酬方式申報的個案，TW-DRG 導入後適用支付通則規範之不適用 DRG 個案，如何申報費用？.....	3
8. 實施 DRG 支付制度對民眾就醫權益，尤其是重症病患，是否會變成人球？健保有什麼配套措施？.....	3
9. DRG 支付制度對醫院有什麼好處？對民眾有什麼好處？.....	4
10. Tw-DRG 支付制度實施後，民眾就醫程序、接受醫療務務內容會不會改變？..	4
11. 目前的論量計酬、論病例計酬支付方式與 DRG 支付制度有何不同？.....	5
12. Tw-DRG 編審程式有更新或版本更新時，如何通知醫院或提示更新訊息？.....	5
二、 支付通則.....	7
1. 本次公告 Tw-DRG 之權重(RW)、標準給付額(SPR)是否每年會重新計算及公告？.....	7
2. 由門或急診當次轉住院之門、急診費用是否包含於當次 DRG 支付點數內？...	7
3. 個案實際醫療點數用大於上限臨界點之邊際成本如何計算？.....	7

4. 上限臨界點以 Tw-DRG 支付定額計算之規定，可能導致相關加成率高之案件(例如兒童加成)，因此反而給付變少，設計原則有失公平。	8
5. 同次住院期間，安胎後生產個案之 DRG 支付點數如何計算？	9
6. 多胞胎生產是否可比照論病例計酬一雙胞胎以定額再加計一人之新生兒費用為界限，多胞胎類推之規定，外加多胞胎費用。	9
7. 病患植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料包含於 DRG 定額內，或是得核實申報？	10
8. 核實申報點數在認定是否有超過上限臨界點時，是不是可以併入實際醫療點數計算？	10
9. 基本診療加成之認定方式及期間？	11
10. 臟器移植併發症及後續住院個案為主或次診斷 V42.XX 是否包含診斷碼為 V42.X 之個案？	11
11. Tw-DRG 中有關年齡-年及月齡(如兒童加成率-6 個月)的計算規則？	11
12. 基本診療加成率如何計算得之，地區醫院是否也可以加成？	12
13. 兒童加成率的目為何？如何計算得之？	13
14. CMI 加成率的目為何？如何計算得之？	14
15. 各醫院 CMI 值計算公式、資料涵蓋範圍為何？	14
16. 計算各醫院 CMI 值時，癌症、罕病…等不適用 Tw-DRGs 個案之權重如何計算？	15
17. 支付通則規定的住院日 30 日如何計算？	16
18. 不適用 Tw-DRG 案件中，試辦計畫之操作型定義為何？	16
19. 住院安寧療護案件之操作型定義為何？	16
20. 住院過程中加入試辦計畫，後又離開該試辦計畫者，是否屬 Tw-DRGs 適用個案？	17

21. 住院時為一般案件，後發現有肺結核需強制隔離治療，於隔離病房期間費用由疾病管制局支付，後再度由隔離病房轉至一般病房，此類案件是否屬 Tw-DRG 適用個案？.....	17
22. 如住院期間中間某幾天接受臨床試驗(其費用亦非健保支付)，其住院天數應如何計算？.....	17
23. 呼吸器依賴病患是屬排除案件，如何界定那些個案是屬排除之呼吸器依賴病患？.....	17
24. 結核病試辦計畫屬 Tw-DRGs 排除案件？該試辦計畫不是已納入支付標準了嗎？.....	18
25. 請說明主診斷定義？.....	18
26. 尿毒症病人之 AV-shunt 感染或阻塞，重新再植入 AV-shunt，可以用 585(尿毒症)當主診斷嗎？.....	18
27. Tw-DRG 支付制度第二章 Tw-DRG 分類架構及原則通則五、(三)…若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 9.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用」之用意？ .	19
三、Tw-DRGs 分類架構.....	20
1. 是否可以公布各 DRG 的變異係數(CV)，供醫界參考？.....	20
2. 本次公告之 Tw-DRG 分類表，有關冠狀動脈支架植入術未區分植入支架數量，心臟瓣膜手術 2 瓣以上未再細分 2 瓣及 3 瓣，與臨床診療型態有差異。	20
3. 手術未區分單、雙側給付，無法反應臨床上實際資料耗用情形。	20
4. 請問安胎轉生產個案，是以 1 個 DRG 或分成 2 個 DRG 給付？.....	21
5. 按 DRG124 分類方式，ICD-9-CM 424.90 及 424.91 病變瓣膜不明確，屬有複雜診斷，但 424.0—424.3 病變瓣膜明確卻未列為複雜診斷，造成醫師填寫診斷之困擾？.....	21
6. MDC24 與 MDC1-MDC23 同存時是否可比照擇權重高者？.....	21

7. 何謂複合條件？	22
8. Tw-DRG 分類表中各 DRG 的可解釋變異量(R^2)不同，尤其 80 歲以上老人及 MDC24 多重外科，其 R^2 更小，在全部項目導入後，將產生科別間費用重分配的情形。	22
9. 保險人為配合重大傷病卡申報作業而自創代碼，如 95999 (重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度 16 分公上者)等，應如何申報？	23
10. 當健保不給付代碼為次診斷時，所形成之 CC，該 CC 是否有效？	23
11. 不符特材使用適應症自費裝置支架 Stent 或人工關節骨材，是否要編自費裝置項目之手術處置碼？	23
12. 開放性動脈瘻管(PDA Patent ductus arteriosus)患者瘻管大小所使之特材費用差異很大，如何處理？	24

一、管理面

問題	保險人說明
1. 什麼是 DRG 支付制度？	<p>診斷關聯群(DRG；Diagnosis Related Groups) 支付制度是以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，同時依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的包裹支付點數。</p>
2. 目前世界已實施健保的國家中，有那些有實施 DRG 支付制度？	<p>已實施 DRG 支付制度之國家有美國、加拿大、澳洲、紐西蘭、德國、比利時、愛爾蘭、捷克、葡萄牙、西班牙、法國、挪威、瑞典、日本、新加坡、韓國…等，其中最早實施的美國，係自 1983 年就開始用於老人健康保險給付。</p>
3. 為什麼已實施醫療費用總額支付制度，還要實施 DRG 支付制度？	<p>1. 醫療費用總額支付制度是一種宏觀 (macro) 調控的手段，必須透過支付基準的微觀 (micro) 改革，如以論病例計酬、診斷關聯群 DRG 取代論量計酬，給予醫療院所更大誘因，提高醫療服務效率，讓總額下之醫療資源分配更公平合理。</p> <p>2. 醫院為獲得合理利潤，必須發展院內臨床路徑，以有效控制醫療費用及改善病患照護品質與療效。</p>
4. Tw-DRG 是否符合保險人規定同病同酬的精神？	<p>1. TW-DRG 之給付符合健保法第 51 條同病同酬之精神。TW-DRG 依據住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件及臨床特性，分成不同的群組，</p>

修訂

問題	保險人說明
	<p>計算不同群組的權重及每一個權重的支付點數(標準給付額)。上述群組、權重、標準給付額為全國性資料，並無層級別差異。</p> <p>2. 有關每一個 DRG 支付價格的訂定，係採用該 DRG 之權重乘以標準給付額，再納入基本診療加成、兒童加成、CMI 加成及山地離島加成等校正因素，與其他國家採用的方式相近。例如德國、義大利及丹麥校正地區或行政區、法國校正醫院分類、澳洲校正醫院分類及病患疾病嚴重度。</p>
<p>5. 第一階段實施項目對醫院之財務影響？</p>	<p>第一階段實施項目主要以論病例計酬為主，由於各醫院已經發展很好的管理措施，實施前後總申報點數較實際醫療服務點數之差距，即為效率的呈現方式之一，未來本局將視第一階段實施情形，分階段導入各 MDC，各醫界應儘速發展各 DRG 之臨床路徑，以提升醫療品質及效率。</p>
<p>6. 實施 Tw-DRG 支付制度與各保險分區業務組目前實施的目標管理的關係？</p>	<p>Tw-DRG 支付制度以實施前後總醫療點數中平為原則，而且實施 Tw-DRG 並不會影響醫院總額預算，各分區預算分配係依據全民健康保險醫療費用協定委員會協商結果辦理，各分區之醫院總額預算額度並不受影響，另 99 年度為配合本制度之實施，醫院總額預算內編有「鼓勵及推動 DRG」專款計 3 億元，實施後該筆款項將併入醫院總額一般部門點值結算。</p>

修訂

問題	保險人說明
<p>7. 原屬論病例計酬方式申報的個案，TW-DRG 導入後適用支付通則規範之不適用 DRG 個案，如何申報費用？</p>	<p>1. TW-DRG 支付制度為健保支付制度改革方向，整體住院費用之支付方式將朝此方向努力，在 TW-DRG 導入過程中，TW-DRG 支付通則規範之不適用之個案，均暫以論量計酬方式申報。</p> <p>2. 例如執行乳癌全部(部分)乳房切除術者屬論病例計酬個案，該論病例計酬項目已於第一階段導入 TW-DRG。惟按 Tw-DRG 支付制度第一章通則三規定，主診斷為癌症之個案不適用 TW-DRG，故分類表中僅將原位癌個案轉換為 DRGs 方式申報，其他癌症個案應以論量計酬方式申報。</p>
<p>修訂 8. 實施 DRG 支付制度對民眾就醫權益，尤其是重症病患，是否會變成人球？健保有什麼配套措施？</p>	<p>1. 外界擔心實施 DRG 支付制度，醫療院所會篩選病人，使得重症病患會成為人球，其實保險人已設計配套措施如下：</p> <p>(1) 重症疾病不納入 DRG 範圍內，如癌症、精神病患、血友病、愛滋病、罕見疾病及凡是住院天數超過 30 天者、使用 ECMO 個案、臟器移植併發症及後續住院。</p> <p>(2) 反映全民健康保險醫療費用支付標準因設置基準的差異，層級間基本診療章支付點數有所區別，對醫學中心、區域醫院、地區醫院支付有基本診療加成。</p> <p>(3) 以兒童加成方式係反映支付標準兒童加成規定及保障兒童於 Tw-DRGs 實施後各段年</p>

問題	保險人說明
	<p>齡總體成長 15%。</p> <p>(3)如果實際醫療點數超過 DRGs 的上限臨界點，超過上限之醫療點數仍支付八成。</p> <p>2. <u>保險人</u>為保障民眾權益，避免醫療院所為減少醫療成本提前讓病患轉院或出院，對提早轉院或自動出院個案，會依其住院日數及醫院提供的醫療服務是否合理有不同的支付。</p> <p>3. 為防止病患權益受影響，<u>保險人</u>將會訂立監控指標，例如：出院後再回來急診比率、出院後重覆入院比率等，以觀察病人是否被迫提早出院，違規情節嚴重者可以停約，並將處分結果提供醫事處做為醫院評鑑之參考</p> <p>4. 透過專業審查以確認醫療服務適當性。</p> <p>5. 即時監測，處理民眾申訴案件，確保民眾就醫權益，視情形依特約管理辦法進行查處。</p>
<p>9. DRG 支付制度對醫院有什麼好處？對民眾有什麼好處？</p>	<p>1. 在 DRG 支付制度下，醫院透過加強臨床路徑等管理機制，將醫療照護之流程標準化，讓病人住院後依照臨床路徑的建議治療病人，直到病人出院，維持一定的醫療水準。</p> <p>2. 病人也可獲得較好的照護品質與療效，門診手術可以解決的問題，就在門診完成診療，減少不必要的檢查、用藥及住院日數，同時也減少院內感染的機會。</p>
<p>10. Tw-DRG 支付制度實施後，民</p>	<p>1. Tw-DRG 支付制度是健保支付醫院住院醫療費</p>

問題	保險人說明
<p>眾就醫程序、接受醫療務務內容會不會改變？</p>	<p>用的方式之改變，不應影響民眾就醫程序。</p> <p>2. Tw-DRG 支付點數係以實施前特約醫院提供病患醫療服務的內涵之支付點數為基礎計算而成，故 TW-DRG 實施後民眾接受的診療內容和實施前是一樣的，且醫院更應以病人為中心，提供更有效率之住院醫療服務</p>
<p>11. 目前的論量計酬、論病例計酬支付方式與 DRG 支付制度有何不同？</p>	<p>論量計酬是依醫院提供之醫療服務項目逐項計費申報，醫療提供者缺乏節約醫療資源的誘因。</p> <p>論病例計酬係依病例分類(主診斷或主手術)訂定單一支付點數，是一種定額包裹給付方式，但實施項目有限，屬內容單純之疾病，全面管理效益有限，目前門住診合計僅採行 54 項。DRG 與論病例計酬同是包裹給付方式，但 DRG 涵蓋範圍廣，給付條件與論病例計酬略有不同。</p>
<p>12. Tw-DRG 編審程式有更新或版本更新時，如何通知醫院或提示更新訊息？</p>	<p>1. 住院病例組合編審服務系統於系統穩定後，原則上僅於修訂分類表時同時更新版本。</p> <p>2. 由於 99 年 1 月即將導入第一階段 155 項 DRG，各醫院積極提供本局編審服務系統可能的錯誤，本局檢視後如有必要修正時，如屬第一階段導入項目將即時修正；如非第一階段導入項目則於次月定期修正。</p> <p>3. 程式更新訊息乙節，本局健保資訊網服務系統之住院病例組合編審服務系統之目錄下均有註明更新日期，如單筆資料查詢(98/07/06</p>

問題	保險人說明
	更新)。此外，各醫院可於「程式更新說明」乙項資料夾查詢修訂時間及修正內容。

二、支付通則

問題	保險人說明
<p>1. 本次公告 Tw-DRG 之權重 (RW)、標準給付額 (SPR) 是否每年會重新計算及公告？</p>	<p>1. 按支付標準第九部 Tw-DRG 第一章通則一之 (九) 規範，本章各項參數由本局每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。</p> <p>2. 由於權重 (RW) 影響層面很大，每年重新計算權重對先行導入的 DRG 項目相對不公平，似應固定一段時間後再重新計算。至於標準給付額是否每年重新計算，本局將再行討論研議。</p>
<p>2. 由門或急診當次轉住院之門、急診費用是否包含於當次 DRG 支付點數內？</p>	<p>1. 依 Tw-DRG 支付通則二：『各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬「全民健康保險醫療費用支付標準」所訂各項相關費用』，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診…。</p> <p>2. 因考量現行門、急診當次轉住院之申報費用方式不一，本局計算 Tw-DRG 相關參數之資料，已將可辨識之門診、急診費用排除，醫院依現行申報作業辦理即可，惟醫院是否刻意將住院費用移轉申報，將由審查認定，並予以處理。</p> <p>3. 嗣後若發現醫院移轉申報情形嚴重時，當再檢討是否應合併申報之問題。</p>
<p>3. 個案實際醫療點數用大於上限臨界點之邊際成本如何計算？</p>	<p>「實際醫療服務點數」大於「上限臨界點」者，依規定加計邊際成本。在實際醫療服務點數大於上限臨界的前題下，與「Tw-DRG 支付定額」有</p>

問題	保險人說明
	<p>下列三種情況，其邊際成本計算方式一併說明如下：</p> <p>一、Tw-DRG 支付定額<上限臨界點<實際醫療服務點數：邊際成本=(實際醫療服務點數-上限臨界點)×80%。</p> <p>二、上限臨界點<DRG 支付定額<實際醫療點數：邊際成本=(實際醫療服務點數-Tw-DRG 支付定額)×80%。</p> <p>三、上限臨界點<實際醫療點數<DRG 支付定額：由於 Tw-DRG 支付定額大於實際醫療服務點數，邊際成本為 0。</p>
<p>4. 上限臨界點以 Tw-DRG 支付定額計算之規定，可能導致相關加成率高之案件(例如兒童加成)，因此反而給付變少，設計原則有失公平。</p>	<p>1. 依 Tw-DRG 支付通則六之(三)規定，「當實際醫療點數高於點數上限臨界點，且 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨界點，上限臨界點應以 Tw-DRG 支付定額計算」。</p> <p>2. 部分個案發生 Tw-DRG 支付定額高於上限臨界點，主要是因為該 DRG 的醫療費用分布非常集中-中位數、眾數及 91 百分位相當接近，所以適用加成條件的個案，在計算各加成項目後的 Tw-DRG 支付定額極可能大於上限臨界點。</p> <p>3. 上限臨界點之例外計算規定係為避免 Tw-DRG 支付定額及上限臨界點間的點數重複計算，並無給付變少的情形。</p>

問題	保險人說明
<p>5. 同次住院期間，安胎後生產個案之 DRG 支付點數如何計算？</p>	<p>1. 按 DRG 支付方式之精神，其支付範圍是包括該 DRG 個案同一住院期間，醫院提供醫療服務之實際點數。因考量同次住院期間安胎及生產個案，其安胎期間可能很長，為免影響孕婦住院安胎之權益，本局於 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(四)增列，「同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付」。</p> <p>2. 因上述修訂，本局已將生產相關 DRG 中將同次住院安胎個案回歸適當 DRG，並重新計算相關 DRG 之權重、SPR、上下限臨界點、幾何平均住院日數，安胎費用得核實申報。</p>
<p>6. 多胞胎生產是否可比照論病例計酬一雙胞胎以定額再加計一人之新生兒費用為界限，多胞胎類推之規定，外加多胞胎費用。</p>	<p>1. 考量現行論病例計酬多胞胎第 2 胎以上(含)之新生兒照護費採核實申報，DRG(3.2 版)已於 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(四)增列「生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。」之規定。</p> <p>2. 為使申報資料正確，對於上述核實申報之多胞胎新生兒照護費，於住院醫療服務點數清單將增加檢核邏輯-必須是 MDC14(妊娠、生產與產褥期)且同時申報醫令碼 57114C(自然生產新生兒照護/每人次)、57115C(剖腹產新生兒照護/每人次)、57116B(嬰兒室繼續治療照護費/</p>

問題	保險人說明
	天)。
<p>7. 病患植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料包含於 DRG 定額內，或是得核實申報？</p>	<p>1. 臨床上 IABP 使用於病患心因性休克，按 97 年申報資料，有申報 IABP 的 DRG 計有 28 個，跨 13 個 MDC，並非特定的 MDC 或 DRG。為免影響緊急施救之病人權益，DRG(3.2 版) 已於 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(四)增列「植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料」之規定。</p> <p>2. 為使申報資料正確，上述特殊材料於住院醫療服務點數清單將增加檢核邏輯-處置碼「3761」搏動氣球植入術)」必須同時申報前 5 碼為 CBA01 之特材醫令碼。</p>
<p>8. 核實申報點數在認定是否有超過上限臨界點時，是不是可以併入實際醫療點數計算？</p>	<p>1. 按 Tw-DRGs 第一章支付通則六規範，第 1 年核實申報項目包括多胞胎(第 2 胎以上)之新生兒費、第 1 年導入期間同次住院期間之安胎費用及植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料等 3 項，其核實申報點數不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>2. 例如：有合併症/併發生之剖腹生產(雙胞胎)，DRG370，上限臨界點為 39,811，該產婦 DGR 申報點數為 38,500 點，雙胞胎另計 1 人新生兒照護費為 3,500 點，此個判斷上限臨界</p>

問題	保險人說明
	<p>點之實際醫療點數為 38,500 點(非 38,500 點 +3,500 點) 未超過上限臨界點，不支付超過上限臨界點之邊際成本。</p>
<p>9. 基本診療加成之認定方式及期間？</p>	<p>1. Tw-DRGs 第一章支付通則六(二)之 2，各層級之認定方式如下：</p> <p>(1) 醫學中心為特約類別「1」。</p> <p>(2) 區域醫院為特約類別「2」。</p> <p>(3) 地區醫院為特約類別「3」且評鑑別為下列任一項者「06、08、31~38、40~42」。</p> <p>2. 適用期間：以評鑑生效月計算，例如某醫院新制評鑑之評鑑生效為 99 年 1 月 1 日，則 99 年 1 月起醫療費用適用新制醫院評鑑之加成率，至下次評鑑生效月前一個月。</p>
<p>10. 臟器移植併發症及後續住院個案為主或次診斷 V42.XX 是否包含診斷碼為 V42.X 之個案？</p>	<p>按 Tw-DRGs 第一章支付通則三規定，主或次診斷為 996.8X、V42.XX 之臟器移植併發症及後續住院個案不適用 Tw-DRGs，其中 V42.XX，係指前三碼為 V42 之診斷碼，包括 V420、V421、V422、V423、V424、V425、V426、V427、V4281、V4282、V4283、V4284、V4289、V429 等。</p>
<p>11. Tw-DRG 中有關年齡-年及月齡(如兒童加成率-6 個月)的計算規則？</p>	<p>Tw-DRGs 第二章 Tw-DRG 分類架構及原則，通則六規定：</p> <p>1. 月齡的計算方式：採「入院年月」減「出生年月」計算。</p> <p>2. 年齡的計算方式：採「入院年月」減「出生年</p>

問題	保險人說明
	<p>月」，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1。</p> <p>3. 出生天數：MDC15之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。</p>
<p>12. 基本診療加成率如何計算得之，地區醫院是否也可以加成？</p>	<p>1. 由申報資料統計基本診療加成率：</p> <p>(1) 計算各 DRG 權重之資料，有關基本診療項目支付點數係以地區醫院支付標準校正後計算得之，即醫學中心、區域醫院、地區教學醫院及新制醫院評鑑優等地區醫院之基本診療醫令，以地區醫院點數校正。</p> <p>(2) 現行支付標準中基本診療項目之病房費、護理費、藥事服務費等支付項目，因醫院設置基準、評鑑標準對各層級人力及設備的要求不同，層級間的支付點數有所區別。</p> <p>(3) 上述計算權重時已按地區醫院支付標準計算，因此在計算 DRG 支付點數時必須以基本診療加成反映現有支付標準層級間的差異。</p> <p>(4) 基本診療加成率計算公式：依資料期間年底的特約類別調整之醫療服務點數/依地區醫院支付標準校正後的醫療點數-1。</p> <p>2. 為逐步落實同病同酬，朝向縮小層級間基本診療支付點數的方向努力，同意擴大基本診療加成對象及加成率，將地區教學醫院的基本</p>

問題	保險人說明
	<p>診療加成率由 3.2%調整為 5%，地區醫院由 0%調整為 5%。因調整基本診療加成率所增加點數由 99 年醫院總額-「推動及鼓勵 DRG」之專款及醫院總額一般部門之點值反映。</p>
<p>13. 兒童加成率的目為何？如何計算得之？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兒童加成係反映支付標準兒童加成規定及為提昇對兒童之照顧、保障兒童於 Tw-DRG 實施後各段年齡總體成長 15%：現行支付標準考量臨床上兒童診療的困難度，在急診、檢驗、處置、手術、麻醉等章節，按小於 6 個月、6 個月至 2 歲，2 歲至 6 歲兒童設計不同的加成率，所以由 DRG 支付定額加計加成率，係反映支付標準兒童加成的規定。 2. 為提昇對兒童之照顧，每年於醫院總額協商時協定調整與鼓勵推動 DRG 的預算，以支應保障兒童總體成長所需預算，加成適用各層級醫院收治之兒童加成。 3. 計算公式： <ol style="list-style-type: none"> (1) 反映支付標準兒童加成規定部分(不含 MDC15)：(各段年齡層的醫療點數總合/各段年齡層 DRG 平均費用的總合)-1。 (2) 保障兒童於 DRG 實施後各段年齡總體成長至 15%部分(含 MDC15)：各段兒童年齡層的醫療點數*1.15=各段兒童年齡層導入後 DRG 支付點數。

問題	保險人說明
	(3)MDC15 各段兒童年齡層加成率=上述(2)之成長率-(1)之成長率。
14. CMI 加成率的目為何？如何計算得之？	<p>1. CMI 加成係考量 DRG 分類架構未臻完善，暫時依醫院 CMI 值予以校正。</p> <p>2. 計算說明：</p> <p>(1)資料範圍：為全院資料，排除 僅入住 RCW、一般病房的 呼吸器依賴病人與精神科患者等慢性病患之有效資料。</p> <p>(2)計算公式：各醫院 CMI= Σ 各醫院 RW / Σ 各醫院 case number。</p> <p>上述 RW 之計算以 CMI 以第 3.1 版 DRG 碼為主，若第 3.1 版 DRG 為 XXX、YYY 或 ZZZ 且第 1 版 DRG 碼非空白則用第 1 版 DRG 碼。</p>
15. 各醫院 CMI 值計算公式、資料涵蓋範圍為何？	<p>1. Tw-DRG 第一章支付通則六之(二)之病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率，係考量 DRG 分類架構未臻完善，暫時依醫院 CMI 值予以校正，所以採用的資料範圍為全院資料，排除僅入住 RCW、一般病房的 呼吸器依賴病人與精神科患者等慢性病患之有效資料。</p> <p>2. 按上述有效資料因涵蓋 Tw-DRG 範圍及不適用 Tw-DRG 個案，故本局依其診斷碼及處置碼，以 98 年 4 月 30 日公告之 Tw-DRG 分類表為主，第 1 版 DRG 分類表為輔，重新分類共計 1175 項虛擬 DRG 碼，再依據分類後各 DRG 平均每人</p>

問題	保險人說明
	<p>次點數/全國平均每人次點數，得出各虛擬 DRG 碼的權重(此權重與 98 年 4 月 30 日公告權重表之權重不同)。</p> <p>3. 上述資料，Σ各醫院之 RW/Σ各醫院個案數，即可得各醫院之 CMI 值。</p> <p>4. 各醫院自行計算之 CMI 與本局公告數值有落差的主要原因如下：</p> <p>(1)統計之資料範圍不同，因計算各醫院 CMI 採用全院資料，醫院自行計算時通常僅採用 Tw-DRG 範圍資料。</p> <p>(2)採用之 RW 不同，醫院自行計算時通常採用資料期為為 94 年所計算之 RW。</p>
<p>16. 計算各醫院 CMI 值時，癌症、罕病…等不適用 Tw-DRGs 個案之權重如何計算？</p>	<p>以現行(98 年 4 月 30 日公告)Tw-DRGs 支付制度癌症、精神科、血友病 DRG 編審的結果是 "YYY"、"XXX"、"ZZZ"，所以此類案件，本局以第一版 Tw-DRGs 的分類邏輯給予一個虛擬的 DRG 代碼(例如虛擬 DRG 碼「10」-神經系統腫瘤)，再重新計算所有 DRG 碼的權重(此權重與 98 年 4 月 30 日公告權重表之權重不同)。所以癌症、罕見疾病並非無權重，其權重是將 97 年申報資料歸納出來的 1175 項虛擬 DRG 碼，重新計算各虛擬 DRG 的平均每人次點數(分子)及全國平均每人次點數(分母)計算而得。</p>

問題	保險人說明
<p>17. 支付通則規定的住院日 30 日如何計算?</p>	<p>Tw-DRG 第一章支付通則三規定「住院日超過 30 日之案件」不適用 Tw-DRG 之個案，其認定方式為歸戶後同一住院人次之急性病床天數+慢性病床天數>30 天者。</p> <p>例如：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 住院日 9 月 1 日(9 月有 30 天)，出院日 10 月 1 日，急性病床天數 30 天，屬 Tw-DRG 適用範圍。 2. 住院日 10 月 1 日(10 月有 31 日)，出院日 11 月 1 日，急性病床天數 31 天，此個案住院日超過 30 日，不屬 Tw-DRG 適用範圍。 3. 住院日 9 月 1 日，出院日 10 月 5 日，急性病床天數 21 天，慢性病床天數 13 天，總住院天數 34 日，此個案住院日超過 30 日，不屬 Tw-DRG 適用範圍。
<p>99. 01. 04 修 18. 不適用 Tw-DRG 案件中，試辦計畫之操作型定義為何?</p>	<p>住院醫療服務點數清單申報格式項次 74-2-「不適用 Tw-DRG 案件特殊註記」6，已說明試辦計畫為給付類別 9+案件分類 4(呼吸照護試辦計畫)、M(BC 型肝炎試辦計畫)、D(週產期試辦計畫)或病患來源 N、C、R(乳癌試辦計畫)者。</p>
<p>19. 住院安寧療護案件之操作型定義為何?</p>	<p>1. 住院安寧療護個案，即申報支付標準第二部第一章第八節之個案，原為試辦計畫，98 年 9 月納入支付標準並按日定額支付，仍排除於 DRG 範圍。</p>

問題	保險人說明
	2. 此類個案為「住院醫療服務點數清單申報格式」項次 11 給付類別「A」及 13 案件分類「6」安寧療護案件。
20. 住院過程中加入試辦計畫，後又離開該試辦計畫者，是否屬 Tw-DRGs 適用個案？	1. 按 Tw-DRGs 第一章支付通則三所列不適用條件係包含同次住院之範圍，又本通則三(五)已排除試辦計畫個案，若住院後轉安寧病房係為同次住院，即使後來離開試辦計畫，亦不列入 Tw-DRG 範圍。 2. DRG 係涵蓋一住院人次，同一住院人次中涉試辦計畫案件者即為 Tw-DRG 排除案件。
21. 住院時為一般案件，後發現有肺結核需強制隔離治療，於隔離病房期間費用由疾病管制局支付，後再度由隔離病房轉至一般病房，此類案件是否屬 Tw-DRG 適用個案？	當次住院過程中若涉強制住院，整筆費用中有部分費用由政府編列預算補助者，因拆分後即不是完整住院費用，不列入 Tw-DRG 適用範圍。
22. 如住院期間中間某幾天接受臨床試驗(其費用亦非健保支付)，其住院天數應如何計算？	臨床試驗項目應為不得另行計費，臨床試驗期間之其他醫療費用是否為保險給付或因為臨床試驗而不給付，二者不易明確切割，故整件案件仍應依 Tw-DRG 通則認定，住院日數部分不另排除。
23. 呼吸器依賴病患是屬排除案件，如何界定那些個案是屬排除之呼吸器依賴病患？	呼吸器依賴病患係指參加呼吸器依賴患者整合性照護計畫(有參加 IDS 試辦計畫)申報給付類別『9』之個案。

問題	保險人說明
24. 結核病試辦計畫屬 Tw-DRGs 排除案件？該試辦計畫不是已納入支付標準了嗎？	肺結核試辦計畫於 97 年 1 月 1 日停止試辦計，導入支付標準，惟 97 年費用資料中仍有少量肺結核試辦計畫費用，故仍列為 Tw-DRG 之排除項目。
25. 請說明主診斷定義？	<p>1. 按 Tw-DRGs 第二章 Tw-DRG 分類架構及原則之通則三規定，主診斷之定義為「經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷」，其主診斷之選取是指當有多個診斷均可當主診斷時，得擇取資源耗用較大者為主診斷。</p> <p>2. 例如患者在入院時存在癌症，如此次入院不是進行癌症治療，即不是引起病人此次住院醫療之診斷，不得為主診斷。</p>
26. 尿毒症病人之 AV-shunt 感染或阻塞，重新再植入 AV-shunt，可以用 585(尿毒症)當主診斷嗎？	<p>1. 按 Tw-DRGs 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則之通則三規定，主診斷之定義為「經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷。」</p> <p>2. 案例之住院醫療主要原因為重新植入 AV-shunt，所以主診斷應為 996.73「腎透析裝置物、植入及移植物之其他併發症」，再依重新植入方式-腎臟血液透析用之動靜脈管移除術(39.42)、重建術(39.43)或腎臟血</p>

問題	保險人說明
	<p>液透析用之動靜脈吻合術(39.27)選擇符合臨床處置之處置碼。</p>
<p>27. Tw-DRG 支付制度第二章 Tw-DRG 分類架構及原則通則五、(三)…若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 9.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用」之用意？</p>	<p>通則五、(三)規定「其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 9.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG」，其中若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 9.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用，係為同時符合有權重及無權重的二個以上 Tw-DRG 條件時，DRG 落點的優先順序：例如</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 情況一：若出現符合有權重及無權重各乙個以上(含)Tw-DRG 條件時，以計算後權重大者為 DRG 落點。 2. 情況二：若出現二個(含)DRG 落點均為無權重者，則以附表 9.1.11 流程圖中無權重 DRG 項目之順序認定。

三、Tw-DRGs 分類架構

問題	保險人說明
1. 是否可以公布各 DRG 的變異係數(CV)，供醫界參考？	各 DRG 的 CV 值係為該 DRG 費用的離散程度，該值受個案數、臨床診療(技術)、費用的影響，並不影響 DRG 的支付點數，醫院關心各 DRG 的 CV 值乙節，本局將擇適當時機公布。
2. 本次公告之 Tw-DRG 分類表，有關冠狀動脈支架植入術未區分植入支架數量，心臟瓣膜手術 2 瓣以上未再細分 2 瓣及 3 瓣，與臨床診療型態有差異。	<p>1. 目前健保申報採用 ICD-9-CM(國際疾病分類代碼臨床修正版第九版)，無法精確反映現行臨床診療型態，本局預訂於民國 103 年完全採用 ICD-10-CM/PCS 後，此類因 ICD-9-CM 無法區分的問題，將獲得解決。</p> <p>2. 為更精確反映 DRG 之疾病嚴重度，DRG3.2 版分類表已同意醫界部分項目再分類之建議，其中心臟瓣膜手術已區分為 2 瓣及 3 瓣手術。有關冠狀動脈支架植入非第 1 年導入項目，本局將持續與醫界溝通討論修訂。</p>
3. 手術未區分單、雙側給付，無法反應臨床上實際資料耗用情形。	<p>1. 為更精確反映 DRG 之疾病嚴重度，DRG3.2 版分類表已將水晶體手術、乳房原位癌全切除術、股及腹股溝疝氣手術區分為單側及雙側手術。</p> <p>2. 另外醫界團體曾經建議 DRG290-甲狀腺手術宜區分單雙側手術，由於此項手術係同一刀口兩側性手術，且該 DRG 組內變異性很小(CV=8%)，不符再分類原則。所以 DRG290 統計資料範圍已包括單側及雙側手術費用，即相對</p>

問題	保險人說明
	<p>權重已反應該項手術之總資源耗用情形。</p>
<p>4. 請問安胎轉生產個案，是以 1 個 DRG 或分成 2 個 DRG 給付？</p>	<p>1. DRG 支付方式之精神，其支付範圍是包括該 DRG 個案同一住院期間，醫院提供醫療服務之實際點數。因考量同次住院期間安胎及生產個案，其安胎期間可能很長，為免影影孕婦住院安胎之權益，本局於 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(四)增列，「同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付」。</p> <p>2. 因上述修訂，本局已將生產相關 DRG 中將同次住院胎安個案回歸適當 DRG，並重新計算相關 DRG 之權重、SPR、上下限臨界點、幾何平均住院日數，安胎費用得核實申報。</p>
<p>5. 按 DRG124 分類方式，ICD-9-CM 424.90 及 424.91 病變瓣膜不明確，屬有複雜診斷，但 424.0—424.3 病變瓣膜明確卻未列為複雜診斷，造成醫師填寫診斷之困擾？</p>	<p>DRG 124「循環性疾病，急性心肌梗塞除外，有心導管，有複雜診斷」，判斷複雜之診斷群，係指臨床上可能同時存在且有統計上意義的一群主次診斷。疾病編碼仍應依臨床時際狀況及編碼原則辦理。</p>
<p>6. MDC24 與 MDC1-MDC23 同存時是否可比照擇權重高者？</p>	<p>1. Tw-DRGs 支付制度第二章通則四規定： 「Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等</p>

問題	保險人說明
	<p>4 項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。」</p> <p>2. 得選擇權重高者係針對同一 MDC 下之 DRG 認定順序原則，所問情形符合 MDC24 多重創創傷診斷群定義者，應進入 MDC24，而非以 MDC1-MDC23 及 MDC24 之 DRG 比較權重。</p>
<p>7. 何謂複合條件？</p>	<p>1. Tw-DRGs 支付制度第二章通則五所述複合條件者優先，係指分類表中有"AND" 或"WITH" 連結的二項以上條件之 DRG，應優先於其中之單一條件 DRG。例如 DRG03601-以處置碼「1421...149」with「1471...1479」認定，而 DRG03602-以處置碼「1421...149」(處置碼範圍同 DRG03601)認定，因 DRG03601 為「WITH」連結的複合條件，故應優先選擇為 DRG03601。</p> <p>2. 本局已檢視複合條件項目權重皆高於其中單一條件項目，以確保此項認定邏輯之公平合理性。</p>
<p>8. Tw-DRG 分類表中各 DRG 的可解釋變異量(R^2)不同，尤其 80 歲以上老人及 MDC24 多重外科，其 R^2 更小，在全部項目導入後，將產生科別間費用重分配的情形。</p>	<p>1. DRG 是將臨床處置類似且資源耗用相近之病例歸類分組，即 DRG 內個案之資源耗用相近且變異性小，讓各個 DRG 之間能達到周延互斥易於管理。</p> <p>2. 全民健保 Tw-DRG 自 89 年開始規劃，在本地化的過程中，除邀請專家、學者提供意見外，亦廣泛邀請醫界、專科學會參與規劃，使</p>

問題	保險人說明
	<p>Tw-DRG 儘可能反映國內臨床診療、民眾就醫習慣之現況。</p> <p>3. 對於 80 歲以上老人、MDC24 多重外傷等費用變異性可能較大的個案，Tw-DRG 實施後，本局將對該等個案費用進行分析。</p>
<p>修訂 9. 保險人為配合重大傷病卡申報作業而自創代碼，如 95999 (重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度 16 分以上者)等，應如何申報？</p>	<p>左列代碼是保險人為重大傷病認定所創之代碼，在 DRG 附表 9.1.1 中已列為「不得為主診斷」。</p>
<p>10. 當健保不給付代碼為次診斷時，所形成之 CC，該 CC 是否有效？</p>	<p>1. 健保不給付之診斷碼或處置碼，其醫療費用不屬健保給付範圍。個案次診斷碼為健保不給付代碼、健保不給付之處置碼合併健保給付之處置碼時，仍屬 DRG 範圍資料，繼續編寫 DRG 碼，惟醫院應將健保不給付部分費用扣除後申報。</p> <p>2. 由於健保不給付為次診斷時，對整體醫療費用仍可能有相當程度之影響，其所產生之 CC 仍應為有效 CC。所以，Tw-DRG 附表 9.1.4 「合併症或併發症診斷碼」中次診斷包含有健保不給付代碼，例如 30560(古柯鹼濫用)。</p>
<p>修訂 11. 不符特材使用適應症自費裝置支架 Stent 或人工關節骨材，是否要編自費裝置項目</p>	<p>1. 考量 DRG 係以依據個案完整住院資料以予分類，診斷碼及處置碼仍應按現行申報方式，依病患接受診療之實際狀況填寫。</p>

問題	保險人說明
<p>之手術處置碼？</p>	<p>2. 現行公告 Tw-DRG 支付制度相關參數(如權重、標準給付額…)均依據醫院 97 年醫療費用申報資料進行統計。統計資料均按 DRG 分類條件，計算各 DRG 之相對權重，例如膝關節置換術之相對權重，已包括符合適應症由健保給付、不符特材使用適應症而自費之處置碼之案件。</p> <p>3. 有關裝置「冠狀動脈支架」乙項，因為涉及 2 個不同 DRG 的落點，對於個案申請「冠狀動脈支架」經審查不符適應症，經醫院解釋個案仍同意自費者，本局已於 3.2 版 DRG 分類表增加虛擬處置碼「0001」，與處置碼「3606-冠狀動脈支架植入術」作區分。同時為利正確申報，本局將於住院醫療服務點數清單中增加「處置碼 “3606” 必須同時申報特材代碼前 5 碼為 CBP01~06 且單價 19940 之特材品項」之檢核邏輯。</p> <p>4. 對於符合健保給付項目不得自立名目向保險對象收取費用，特約醫院若有異常行為致影響民眾就醫權益，經查證屬實，將依雙方合約規定辦理。另符合健保給付之未收載特材品項，醫療院所應檢具資料向<u>保險人</u>申請收載。</p>
<p>12. 開放性動脈瘻管(PDA Patent ductus arteriosus)患者瘻管大小所使之特材費用差異</p>	<p>1. 為解決 PDA 瘻管大小造成整體醫療費用的差異，DRG(3.2 版)已將瘻管$\geq 2.5\text{mm}$、$< 2.5\text{mm}$進行閉塞術的個案拆分 2 項 DRG 碼。</p>

修正
98.
12.
17

問題	保險人說明
<p>很大，如何處理？</p>	<p>2. $\geq 2.5\text{mm}$ 或 $< 2.5\text{mm}$ 瘻管閉塞之 ICD-9-CM 處置碼均為「3885」（其他胸腔內血管外科閉塞術），為避免混淆 $< 2.5\text{mm}$ 瘻管閉塞之處置碼以虛擬處置碼「0002」申報。</p> <p>3. 為使申報資料正確，本局將於住院醫療服務點數清單中增加檢核邏輯</p> <p>(1) 處置碼「3885」必須同時申報支付標準醫令「33114B」（經由心導管治療直徑 2.5mm (含) 以上之開放性動脈瘻管)。</p> <p>(2) 處置碼「0002」必須同時申報支付標準醫令「33112B」經由心導管治療直徑小於 2.5mm 之開放性動脈瘻管。</p>