



# Tw-DRGs 支付方案介紹

---

---

中央健康保險局台北分局  
98年6月5日 - 98年6月12日



# 大綱

---

- Tw-DRGs 支付法源依據與政策目的
- 規劃與公告過程
- 設計重點
- 逐步導入內容與時程及點數計算
- Tw-DRG 申報點數計算範例
- 如何配合醫院總額點值結算
- Tw-DRGs 導入後監測重點與配合事項
- 部分負擔收取方式
- 未來展望



# Tw-DRGs 規劃依據與政策目的

---

---



# Tw-DRGs 支付之法源依據\_1

- ◆ 健保法第47條：本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。
- ◆ 健保法第49條：醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定



# Tw-DRGs 支付之法源依據\_2

## ◆ 健保法第51條：

醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。

前項所稱醫療費用支付標準應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。



# Tw-DRGs之政策目的

---

---

- ◆ 提昇醫療服務效率(減少浪費)
- ◆ 改善病人照護品質與療效(臨床路徑)



# Tw-DRGs設計原則

---

- ◆ 維持醫院總額點值穩定
- ◆ 實施前後總點數中平原則
- ◆ 保障重症病患及減少醫院財務衝擊



# 藉由總額協商機制提供誘因

年度	項目	成長率 (%)	億元	說明
93	改善支付制度、加強急重症醫療照護（包括推動台灣版RBRVS、 <b>DRG</b> ）	2.83%	70	
94	支付標準調整對醫療費用之影響(包括繼續推動台灣版RBRVS、 <b>DRG</b> 等)	1.70%	40	
95	支付標準調整對醫療費用之影響(包括繼續推動台灣版RBRVS、 <b>DRG</b> 等)	0.80%	21	
97	支付標準調整，包括： <b>推動DRGs之調整保障誘因</b> 、2歲以下兒童門診診察費加成20%及骨盆腔檢查支付點數調整	0.12%	3.2	推動DRGs之調整保障誘因」乙項，若97年12月底前仍未實施，則自97年第4季一般服務預算扣減本項預算額度（成長率為0.076%）。
98	專款項目： <b>推動DRGs之調整與鼓勵</b>		3	依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。



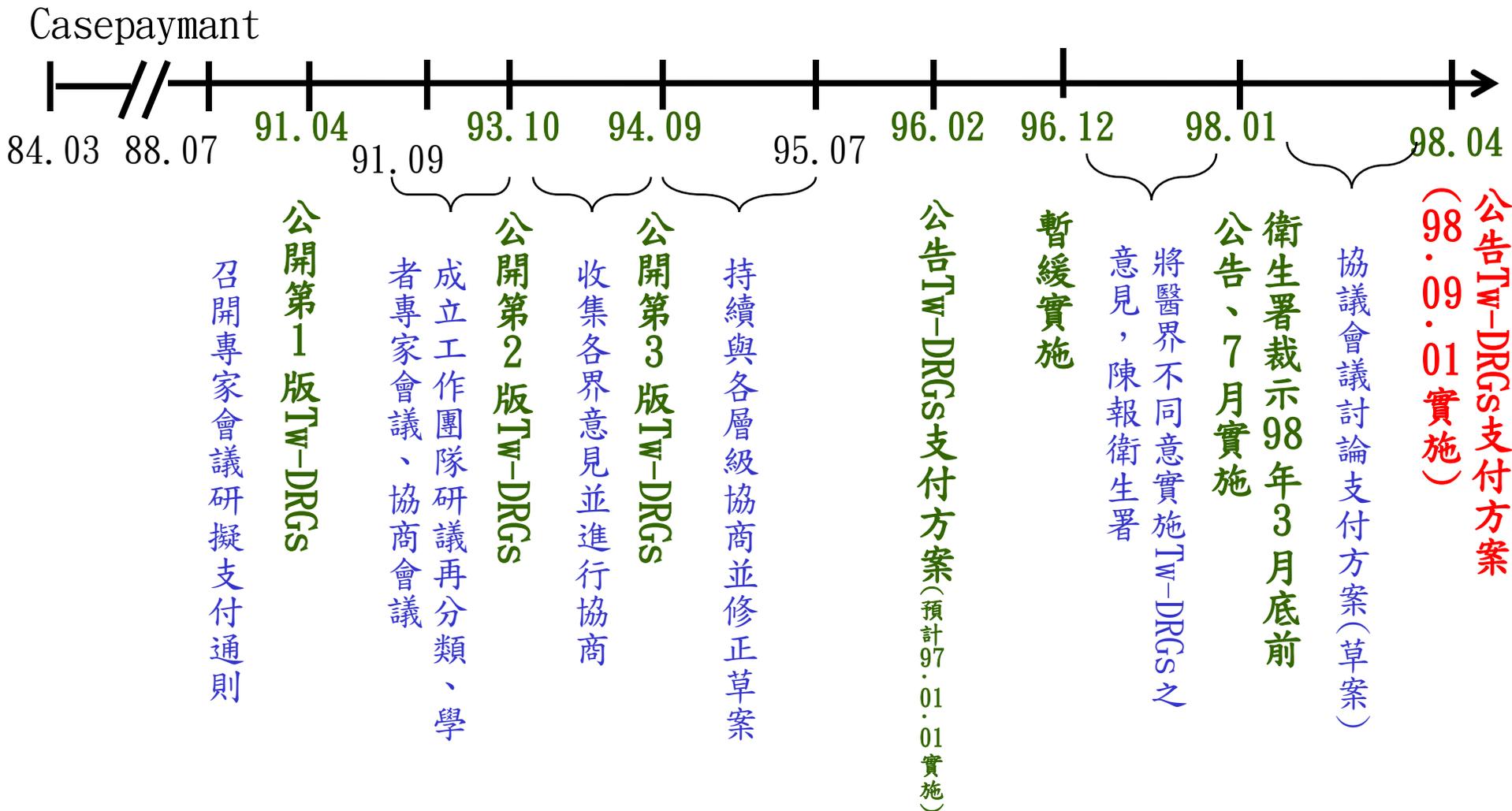
# 規劃與公告過程

---

---



# TW-DRGs 規劃及公告過程—歷經近10年



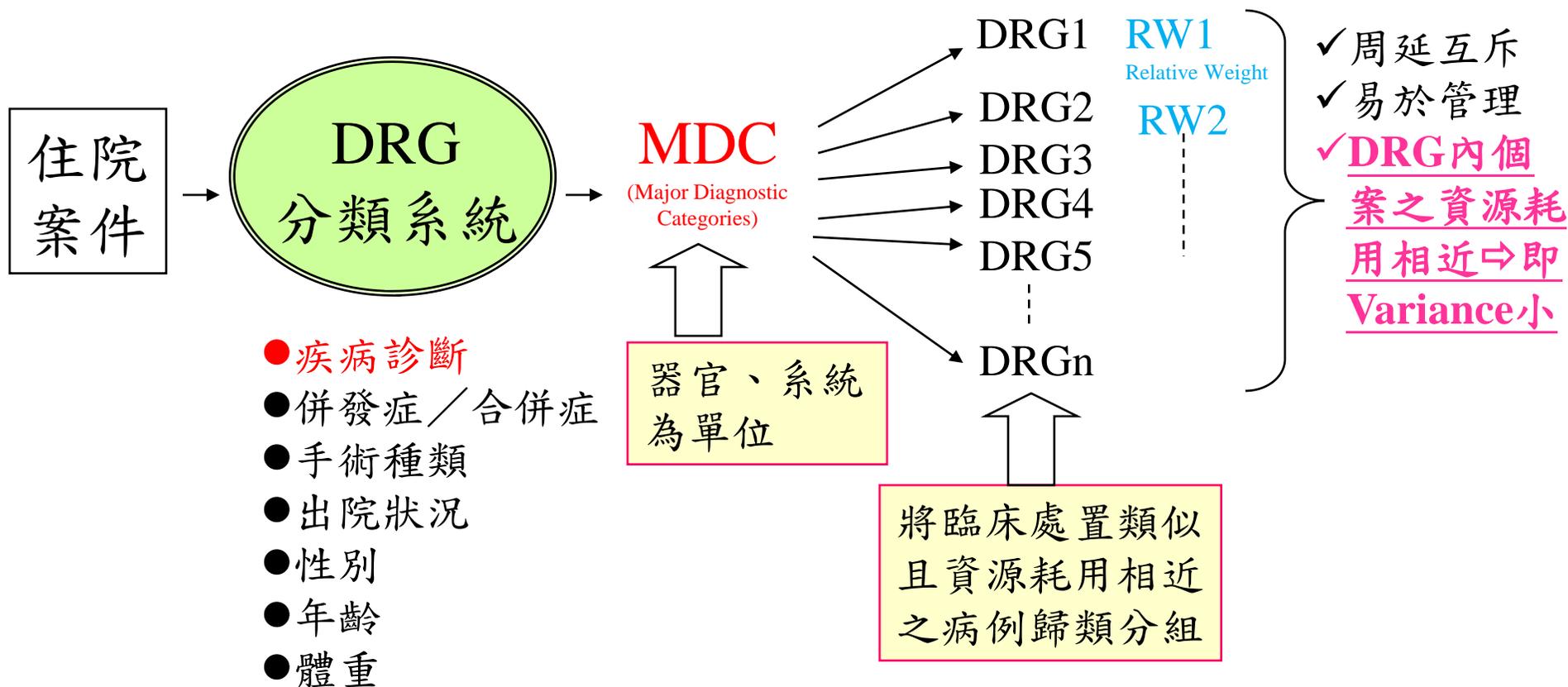


# 何謂DRGs?

## ◆ DRGs分類示意圖

25MDC+PREMDC

967項DRG





# 主診斷(Principal Diagnosis)之定義

通則內容：

- 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，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。



# 主要處置(Principal procedure)之定義

---

- ◆和主要診斷最有關聯的處置。
- ◆以治療性處置為優先，診斷性或探查性的處置及合併症的處置次之。



# 合併症/併發症之定義

---

## ◆ 合併症/併存症（Comorbidity）：

一種已預存的狀況，它和主要診斷一起存在，其影響至少會延長住院天數一日以上。

Ex: Fracture of femur, DM

## ◆ 併發症（Complication）：

在住院期間引起的一種症狀，其影響至少會延長住院天數一日以上。

Ex: S/P Appendectomy, Wound infection



# 設計重點

---

---



# TW-DRGs設計重點

---

- ◆ 費用涵蓋範圍
- ◆ 排除項目
- ◆ 支付方式
- ◆ 加算條件



# TW-DRGs 費用涵蓋範圍-醫院住院案件使用

---

- ◆ 包含當次住院屬「全民健康保險醫療費用支付標準及藥價基準」所訂各項相關費用。
- ◆ 不含當次住院前之門、急診費用。



# TW-DRGs排除項目\_1

- ◆ MDC19及20(精神病)
- ◆ 主診斷為癌症 (140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、性態未明腫瘤 (235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)
- ◆ 主次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病
- ◆ 住院天數>30天
- ◆ 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院 (996.8X、V42.XX)
- ◆ 使用ECMO(處置碼39.65)之案件得以排除



# TW-DRGs排除項目\_2

## ◆ 試辦計畫

- 乳癌、慢性肝炎、肺結核等醫療給付改善方案
- 安寧療護試辦計畫
- 呼吸器依賴患者整合性照護計畫
- 週產期論人計酬試辦計畫

## ◆ 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件

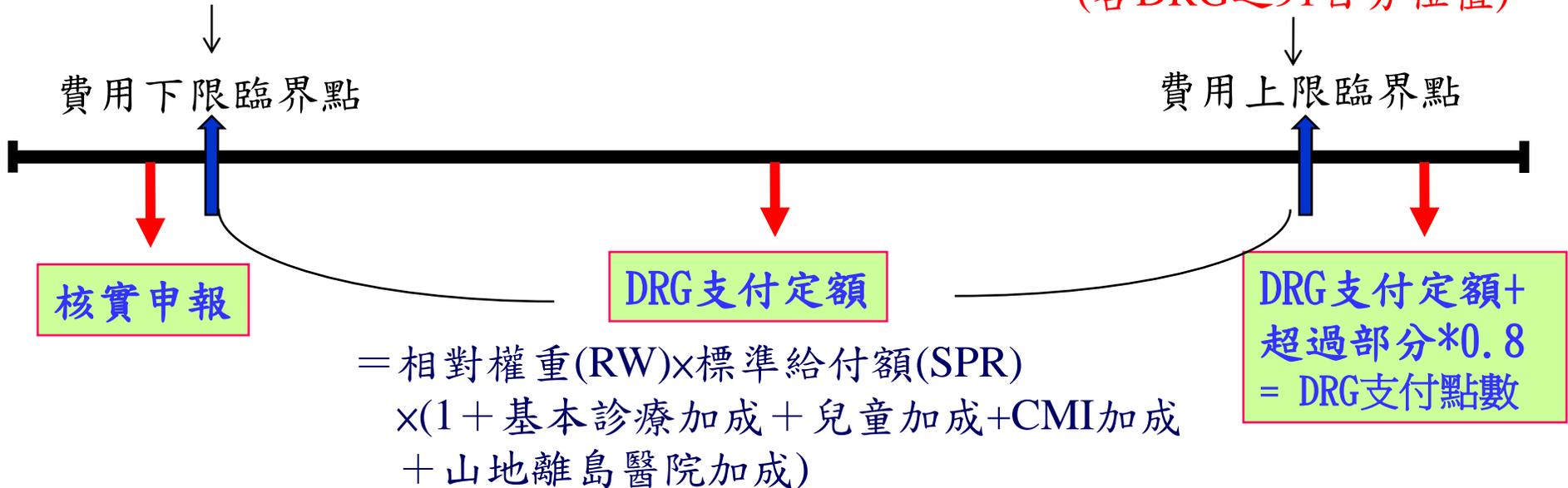


# TW-DRGs 支付方式\_1

## ◆ 一般案件：

各DRG醫療點數之2.5百分位

(各DRG之91百分位值)



查詢路徑\_1：[http://www.nhi.gov.tw/下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群/Tw-DRG分類表\(967項公告\)9.1-9.3 \(98.04.30更新\)](http://www.nhi.gov.tw/下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群/Tw-DRG分類表(967項公告)9.1-9.3(98.04.30更新))

查詢路徑\_2：[http://www.nhitb.gov.tw/特約院所服務/費用申報與審核/Tw-DRGs申報規定與審核\(自9809費用月份起適用\)](http://www.nhitb.gov.tw/特約院所服務/費用申報與審核/Tw-DRGs申報規定與審核(自9809費用月份起適用))



## TW-DRGs 支付方式\_2

各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定Tw-DRG後，依下列原則計算Tw-DRG支付點數：

1. 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。
2. 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

**Tw-DRG 支付定額 = RW × SPR × (1 + 基本診療加成率 + 兒童加成率 + CMI 加成率 + 山地離島地區醫院加成率)。**



## TW-DRGs 支付方式\_3

3. 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，按第2.項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之80%支付，即  $\text{Tw-DRG 支付定額} + (\text{實際醫療服務點數} - \text{醫療服務點數上限臨界點}) * 80\%$ 。
4. 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該Tw-DRG幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述2.公式計算之Tw-DRG支付定額，除以該Tw-DRG幾何平均住院日數，論日支付。
5. 死亡及病危自動出院個案，依前述1.至3.項計算。



# 特殊案件之點數申報原則

- ◆ Tw-DRGs 權重表中無權重及註記※者，暫採核實申報醫療點數。
  - ✓ 無權重者表去極值後無個案數。
  - ✓ 註記※者表個案數小於20之之Tw-DRG。
- ◆ 住院中使用ECMO者得以排除。
- ◆ 註記※者俟重新計算時逐步納入。



# Tw-DRGs相對權重(RW)

計算式：

$$\text{各Tw-DRGs RW} = \frac{\text{各DRG每人次平均費用}}{\text{所有個案總平均費用}}$$

代表意義：

反應各病例組合之資源耗用情形



# Tw-DRGs 權重範例

MDC	DRG	中文名稱	權重 (RW)	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	10301	心臟移植，有合併症或併發症	21.2193	21	86,864	1,150,012
PRE	10302	心臟移植，無合併症或併發症	15.095	10	147,742	706,385
1	00201	顱骨切開術，創傷除外，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症	4.1047	11	43,995	325,065
1	00202	顱骨切開術，創傷除外，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症	2.7035	9	36,314	222,828
1	034	其他神經系統疾患，有合併症或併發症	0.9681	5	4,124	100,168
1	035	其他神經系統疾患，無合併症或併發症	0.5256	3	2,790	45,345



# Tw-DRGs標準給付額 (SPR-Standardized Payment Rate)

原則：以DRGs導入前後，總點數不變之「預算中平原則」、超過上限臨界點之支付點數占總5.1%推算

97年統計結果：37,325

計算公式：

屬於DRG範圍且點數介於上下限臨界點範圍內之總點數

$$\text{SPR} = \frac{\text{屬於DRG範圍且點數介於上下限臨界點範圍內之總點數}}{\text{屬於DRG範圍且點數介於上下限臨界點範圍內之總權重}}$$

代表意義：

**每1權重之全國統一給付額**



# TW-DRGs加算條件

---

## ◆ 基本診療加成

- 反應現行支付標準基本診療章各層級醫院之差異

## ◆ 兒童加成

- 反應支付標準兒童加成之規定

## ◆ CMI加成

- 反應醫院收治病患之疾病嚴重程度

## ◆ 山地離島醫院加成



# TW-DRGs基本診療加成\_1

◆反應支付標準基本診療章中，各層級支付點數的差異

◆計算方式：

- ✓ 將基期資料中各層級基本診療皆校正為地區醫院標準後，計算各層級校正前後之差異比率，即為該層級基本診療加成率

◆計算結果：

特約類別	加成率
醫學中心	7.10%
區域醫院	6.10%
地區教學醫院及 新制評鑑優等地區醫院	3.20%



# TW-DRGs基本診療加成\_2

## 支付標準-各層級基本診療差異

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03001K	一般病床 (床/天)				v	537
03002A	--病房費			v		478
03003B			v			414
03004B			v			457
03026K	--護理費				v	643
03027A				v		568
03028B			v			462
03029B			v			516



# TW-DRGs基本診療加成\_3

## 論病例計酬支付點數層級差異

◆ 論病例計酬項目除腎臟移植外，其他住院項目之各層級支付點數不同。

- ✓ 層級別之差別主要原因：醫院評鑑要求各層級醫院病房規模及人力標準不同，故基本診療章之住院診察費、病房費、護理費、藥事服務費設定不同支付點數。

支付標準 編號	現行支付點數	診療項目
97001K	36,335	陰道生產
97002A	34,530	
97003B	32,787	
97201K	35,817	闌尾切除術(住院)
97202A	34,492	
97203B	33,824	
97416K	356,484	腎臟移植(住院)
97417A	356,484	
97418B	356,484	



# Tw-DRGs 兒童加成

- ◆ 反應支付標準中急診、檢驗、處置、手術、麻醉等項對兒童的加成比率
- ◆ 另為提昇對兒童之照顧，6歲以下兒童之支付，較原支付增加15%
- ◆ 計算方式
  - ✓ 分別比較<6個月，>=6個月<2歲及>=2歲<6=歲導入前與導入後該年齡層總體費用之差距

## ◆ 計算結果

兒童年齡	非MDC15		MDC15
	內科	外科	
<6個月	91%	66%	23%
>=6個月,<2歲	23%	21%	9%
>=2歲,<=6歲	15%	10%	10%



# CMI 加成病例組合指標(Case Mix Index)

- ◆ 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。
- ◆ 計算方式：各醫院CMI=  $\sum$  各醫院RW/  $\sum$  各醫院case number。
- ◆ 計算結果：

CMI範圍	加成率
$1.1 < \text{CMI} \leq 1.2$	1%
$1.2 < \text{CMI} \leq 1.3$	2%
$\text{CMI} > 1.3$	3%

此權重係以前述資料範圍計算而來，與DRGs支付權重因納入計算個案之範圍不同



# CMI(Case-Mix Index)

計算式：

$$\text{Hospital A CMI} = \frac{\Sigma(W_i)}{n}$$

**W** : weight    **i** : case    **n** : number of case

代表意義：

反映各醫院收治個案病情之複雜程度



# TW-DRGs 山地離島加成

---

## 通則內容：

- 山地離島地區之醫院加成率：2%。係指符合行政院衛生署公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」第三點適用範圍所列鄉鎮市區。



# 加成項目之點數影響

項目	第一階段導入項目 之第一年影響(AR25%)			Tw-DRGs全部導入 之影響(AR100%)		
	DRG 支付點數	加成項目 影響點數	占率	DRG 支付點數	加成項目 影響點數	占率
點數 (百萬點)	24,771	125	0.50%	87,326	1,115	1.28%

註1：第一階段導入項目為111項DRG。

註2：加成項目包括基本診療加成、兒童加成、CMI加成及山地離島加成。



# 逐步導入內容與時程及點數計算

---

---



# 逐步導入與實施時程

時程	DRG項目或MDC	占DRG範圍 之點數%	累計導入之 DRG 占DRG範圍之%	占全部住院 費用之點數%
第1-2 年	111項DRG	28.60%	28.60%	17.36%
第3年 (暫定)	MDC 5、8、12、13、14	18.00%	46.60%	10.97%
第4年 (暫定)	MDC 2、3、6、7、9、10	14.30%	60.90%	10.26%
第5年 (暫定)	MDC PRE、4、11、17、23、24	21.40%	82.30%	12.97%
第6年 (暫定)	MDC 1、15、16、18、21、22	17.70%	100.00%	9.16%
合計	967項DRG	100.00%		60.72%



# 導入期間Tw-DRGs申報點數之計算

◆ 導入期間Tw-DRGs申報醫療點數＝

Tw-DRGs支付點數 × AR(Adjust Rate) + 論量計酬 × (1-AR)

◆ 導入期間各年之AR值如下：

年月	DRG支付 點數導入 年度	111項DRG	MDC(非111項DRG部分)			
		第1-2年	第3年 MDC	第4年 MDC	第5年 MDC	第6年 MDC
98.09~12	第1年	25%				
99.01~12	第2年	50%				
100.01~12	第3年	75%	25%			
101.01~12	第4年	100%	50%	50%		
102.01~12	第5年		75%	75%	75%	
103.01~12	第6年		100%	100%	100%	100%



# 首期導入之TW-DRGs項目

## --論病例計酬項轉換

---

通則內容：

- 符合支付標準中冊「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本部通則所訂時程及支付標準優先適用。

重點說明：

- 已轉換DRG之論病例計酬項目，不得以論病例計酬支付點數申報
- 原論病例計酬支付標準(項目、點數)暫不刪除，供基層診所使用。



# 首期導入之111項Tw-DRGs項目\_1

◆ 現行住院論病例計酬項目49項：

✓ 其中46項轉換為→111項DRG。

MDC	中文名稱	第1年導入項目(111項)		
		DRG個數	DRG費用占率	住院費用占率
MDC10	內分泌、營養及新陳代謝之疾病與疾患	1	0.40%	0.24%
MDC11	腎及尿道之疾病與疾患	4	0.11%	0.07%
MDC12	男性生殖系統之疾病與疾患	2	0.53%	0.32%
MDC13	女性生殖系統之疾病與疾患	12	2.48%	1.51%
MDC14	妊娠、生產與產褥期	9	5.21%	3.16%
MDC2	眼之疾病與疾患	2	0.23%	0.14%
MDC3	耳鼻喉及口腔之疾病與疾患	11	0.68%	0.41%
MDC5	循環系統之疾病與疾患	33	6.48%	3.93%
MDC6	消化系統之疾病與疾患	14	2.66%	1.62%
MDC7	肝、膽系統或胰臟之疾病與疾患	2	0.96%	0.58%
MDC8	骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患	17	8.82%	5.35%
MDC9	皮膚、皮下組織及乳房之疾病與疾患	4	0.04%	0.03%
小計		111	28.6%	17.4%



# 首期導入之111項Tw-DRGs項目\_2

## ◆ 現行住院論病例計酬項目49項：

### ✓ 另3項維持論病例計酬支付方式

項目名稱	說明
自行要求剖腹產	維持原支付方式及點數
輸卵管外孕手術(住院)	依DRG分類邏輯，本項為DRG468「手術與主要診斷不相關」，該項DRG為各MDC共用項目，暫不實施。
腹腔鏡子宮外孕手術(住院)	同上



# 首期導入之111項Tw-DRGs DRG項目\_3

◆ 由現行論病例計酬之項目擴大實施：導入Case payment相關且同群組的DRG項目。

✓ 例如：陰道生產、前胎剖腹產之陰道生產，相關且同群組的DRG項目包括：372~375XX

序號	支付標準 編號	診療項目	MDC	DRG碼	中文名稱
1	97001K	陰道生產	14	372	陰道分娩，伴有複雜診斷
	97002A		14	37301	陰道分娩，無複雜診斷，有合併症或併發症
	97003B		14	37302	陰道分娩，無複雜診斷，無合併症或併發症
2	97931K	前胎剖腹產之陰道生產	14	37401	陰道分娩，有子宮擴刮術，有合併症或併發症
	97932A		14	37402	陰道分娩，有子宮擴刮術，無合併症或併發症
	97933B		14	37501	手術性陰道分娩，子宮擴刮術除外，有合併症或併發症
			14	37502	手術性陰道分娩，子宮擴刮術除外，無合併症或併發症



# 論病例計酬與Tw-DRGs的差異\_4

分類	項目	TW-DRGs	論病例計酬
影響層面	適用服務項目	急性住院	處置為主的急性門、住診
	影響科別	全面	外科系+心內
	協商方式	整個系統	逐項
	導入方式	逐年、按DRG、增加定額比重	逐項
	部分負擔	按實際醫療點數	按實際醫療點數
計算方式	計算方式		
	母體	全體院所	分層級統計
	費用	中平原則+政策誘因	政策誘因
	分類邏輯	以主診斷+處置碼為主	以處置碼為主
	區分CC	是	是
	計費單位	相對權重	點數
支付條件	執行內容規範	無	有必要診療項目
	>上限臨界點		
	支付方式	超出部分80%	核實
	個案數	不限	Outlier個案限制比率
	<下限臨界點	核實	以定額申報



# 住院日與出院日注意事項

- ◆ 不論住院日期，98年9月1日以後出院者，適用Tw-DRGs。
- ◆ 申報注意事項：
  - ✓ 當次住院日切帳申報者，住院費用應合併計算。
  - ✓ 多筆住院費用之申報起日、與申報迄日必須連續。
  - ✓ 「出院日期－入院日期」＝「急性病床天數」＋「慢性病床天數」



# TW-DRGs 導入期間支付標準修訂之申報原則

---

◆ 跨月案件依「出院日」適用之新支付標準申報。

✓ 例如：DRG 支付標準99年1月1日修訂。病患98年12月25日入院，於99年1月10日出院，則適用修訂後DRG 支付標準



# DRG 申報點數計算範例

---

---



# DRG申報醫療點數計算步驟

---

- ◆ 步驟1：查下限臨界點
- ◆ 步驟2：計算DRG支付定額
- ◆ 步驟3：計算Outlier之邊際成本
- ◆ 步驟4：計算DRG支付點數
- ◆ 步驟5：計算DRG申報醫療點數



# 範例-DRG370，剖腹生產，有合併症或併發症(個案25歲，於地區醫院就醫，該醫院無CMI加成)

步驟	例1(實際<下限)	例2(實際>上限)
實際醫療點數	24,500	45,000
RW	0.9738	
SPR	37,325	
下限臨界點	27,829	
上限臨界點	42,549	
論病例計酬定額	32,787	
1 判斷是否低於下限臨界點	是(直接進步驟5)	否
2 DRG支付定額=(RW*SPR*(1+基本 加成+兒童加成+CMI加成)	定額= = =	0.9738*37,325*(1+0%+0%+0%) 36,347
3 邊際成本=(實際醫療點數-上 限臨界點)*80%	= = =	(45,000-42,549)*80%=1,961
4 DRG支付點數=	= =	36,347+1,961=38,308
DRG支付定額	=	
+邊際成本	=	
5 導入第1年申報醫療點數= DRG支付點數*25% +論量計酬支付點數*75%	= 核實申報 = =	38,308*25%+45,000*75% 43,327

1. 實際醫療點數 > 上限臨界點，增加邊際成本。
2. 實際醫療點數 > 論病例計酬定額，論量計酬支付點數採實際醫療點數。



# 範例-DRG370，剖腹生產，有合併症或併發症(個案25歲，於地區醫院就醫，該醫院無CMI加成)(續)

步驟	例3(下限 < 實際 < 上限)	例4(下限 < 實際 < 上限) 實際 < 論病例計酬定額
實際醫療點數	35,000	31,000
RW	0.9738	
SPR	37,325	
下限臨界點	27,829	
上限臨界點	42,549	
論病例計酬定額	32,787	
1 判斷是否低於下限臨界點	否	否
2 DRG支付定額=(RW*SPR*(1+基本 加成+兒童加成+CMI加成)	定額= 0.9738*37,325*(1+0%+0%+0%) =36,347	0.9738*37,325*(1+0%+0%+0%) 36,347
3 邊際成本=(實際醫療點數－上 限臨界點)*80%	=0	0
4 DRG支付點數=	=36,347	36,347
DRG支付定額	=	
+邊際成本	=0	0
5 導入第1年申報醫療點數= DRG支付點數*25% +論量計酬支付點數*75%	= 36,347*25% + 35,000*75% =35,337	36,347*25% + 32,787*75% 33,677

1. 實際醫療點數 > 論病例計酬定額  
論量計酬支付點數採實際醫療點數

1. 論病例計酬定額 > 實際醫療點數  
論量計酬支付點數採論病例計酬  
定額之點數。



# 上限臨界點之例外計算\_1

- 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者：超過上限臨界點部分按80%支付=TW-DRG支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)\*80%
- 實際醫療服點數高於點數上限臨界點，且TW-DRG支付定額(加成後支付點數)高於上限臨界點：上限臨界點=TW-DRG支付定額。



# 上限臨界點之例外計算\_2

例如：DRG30201腎移植，有合併症或併發症，個案40歲，於醫學中心就醫

步驟	例1 (該院無CMI加成)	例2 (該CMI加成3%)
實際醫療點數	300,000	500,000
RW(30201)	9,1415	
SPR	37,325	
下限臨界點	129,886	
上限臨界點	356,484	
論病例計酬定額	356,484	
1 判斷是否低於下限臨界點	否	否
2 DRG支付定額=(RW*SPR*(1+基本加成+兒童加成+CMI加成))	= 9.1415*37,325*(1+7.1%+0%+0%) = 365,432	9.1415*37,325*(1+7.1%+0%+3%) 375,668
3 邊際成本=(實際醫療點數-上限臨界點)*80%	= 0	(500,000-375,668)*0.8=99,465
DRG支付點數=	= 365,432	475,134=375,668+99,465
4 +邊際成本		
5 導入第1年申報醫療點數=	= 365,432*25% + 356,484*75%	475,134*25% + 500,000*75%
DRG支付點數*25%	= 358,721	493,783
+論量計酬支付點數*75%		

1. 實際醫點數低於上限臨界點，無邊際成本。
2. 論病例計酬定額 > 實際醫療點數，論量計酬支付點數採論病例計酬，定額之點數。

1. DRG支付定額 > 上限臨界點， 上限臨界點以DRG支付定額計。
2. 實際醫療點數 > 論病例計酬定額，論量計酬支付點數採實際醫療點數。



# 如何配合醫院總額點值結算

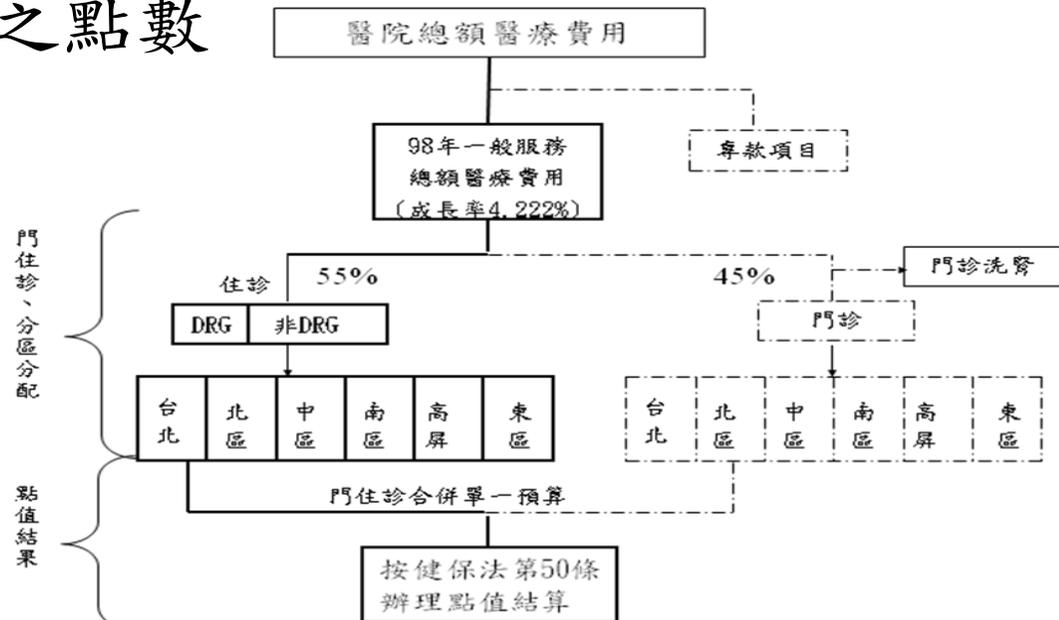
---

---



# 總額預算之下Tw-DRGs點值結算方式

- ◆ 依照費協費協商結果。
- ◆ 98年點值保障項目-手術費、麻醉費、藥品、藥事服務費、血品費以每點1元，偏遠地區醫院以前一季平均點值支付。
- ◆ 依已實施Tw-DRGs計算之點數與未實施Tw-DRGs項目採FFS計算之點數加總，辦理結算事宜。





# 98年實施Tw-DRGs相關配合事宜

## 醫院總額部門\_1

### 一、98年醫院總額編列專款項目

- (一)、推動DRGs之調整與鼓勵：3億元。並依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。
- (二)、預算分配：每季預算為7,500萬元(3億元÷4季)，按實際導入實施季別，併醫院總額一般服務預算結算
- (三)、98.09.01導入第一期實施，則第三季之7,500萬元，併入一般服務部門預算(住院部分)，第四季亦同。



# 98年實施Tw-DRGs相關配合事宜

## 醫院總額部門\_2

### 二、一般部門保障項目：與現行住院相同

- 1.藥費及藥事服務費
- 2.手術費
- 3.麻醉費
- 4.血品費

### 三、專款項目-鼓勵器官移植

申報DRG 30201 (腎臟移植，有合併症或併發症)、DRG 30202 (腎臟移植，無合併症或併發症)項目，須符合住診個案移植手術當次醫令申報76020B(腎臟移植之當次住診費用始列入專款支用。



# 98年實施Tw-DRGs相關配合事宜

## 醫院總額部門\_3

### 四、結算邏輯：

#### (一)、一般部門結算邏輯

1. DRGs案件之手術費、麻醉費、血品費、藥費及藥事服務費列入非浮動點數計算，非浮動點數不可超過申請點數及部分負擔合計，若超過者以申請點數及部分負擔合計來計算。

#### 2. 舉例：

- (1). 依TW-DRGs支付通則七規定，為減緩支付點數改變幅度，TW-DRGs導入期間申報醫療點數計算公式： $TW-DRGs \text{ 支付點數} \times AR + \text{論量計酬支付點數}(FFS) \times (1 - AR)$ 。第1年 $AR=0.25$
- (2). 故某DRG之申報醫療點數(A) =  $TW-DRGs \text{ 支付點數} \times 0.25 + \text{論量計酬支付點數}(\text{實際醫療費用}) \times 0.75$ ，假設DRG核定點數為A(核減率為0)，其中申報手術費..等一般部門保障項目費用為(B)，則列入浮動點數計算為A-B。
- (3). 若 $B > A$ ，則非浮動點數以A計，無浮動點數；反之，若 $B < A$ ，則B應計為非浮動點數，A-B之差列入浮動點數計算。

(二)、專款項目：採整件為非浮動點數，每點1元支付。



# Tw-DRGs導入後監測重點與配合事項

---

---



# 導入後費用之監測

- ◆ 監測民眾就醫可近性變化
- ◆ 持續公開醫療品質資訊供民眾參閱
- ◆ 住診病患醫療利用情形，包括再住院、再急診等
- ◆ 監測醫院門、住診醫療費用結構改變
- ◆ 監測護理機構、居家照護在DRG實施後需求變化



# 導入後民眾權益保障

- ◆ 應定期監測各項品質指標(如平均住院天數、再急診率、再住院率等)，建立即時回饋系統，並可供民眾查詢。
- ◆ 監測病患轉院案件：加強「轉院」及「一般自動出院」案件之審查
- ◆ 即時並加強辦理民眾申訴案件之處理
- ◆ 加強查核自費收取情形：各特約醫院於本保險給付範圍內，不得自立名目向保險對象收費
- ◆ 各特約醫院若有有拒收保險對象者、虛報費用而損及民眾權益者，依特約管理辦法辦理。



# 部分負擔收取方式

---

---



# 部分負擔計收

- ◆ Tw-DRGs 支付制度，與現行住院部分負擔計算方式並無不同，比照現行論病例計酬採實際醫療費用百分比計算。

病房別	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	-	30日內	31~60日	61日後
慢性病房	30日內	31~90日	91~180日	181日以後



# 安胎後於原醫院生產

安胎合併生產案件，應採部分負擔代碼改變切帳申報：

## ◆切帳第一筆

點數清單項次74-2：不適用Tw-DRG特殊註記填報

『9』 Ex：安胎費用70,000點，則部分負擔點數為7,000點(70,000\*10%=7,000)。

## ◆切帳第二筆

全部費用(安胎+生產)合併申報，不需收取部分負擔



# 免部分負擔對象

- ◆ 全民健康保險法第36條免自行負擔費用對象：
  - 一、重大傷病。
  - 二、分娩。
  - 三、接受第32條所規定之預防保健服務。
  - 四、山地離島地區之就醫。
  
- ◆ Tw-DRGs 支付制度仍依上開規定免收部分負擔



# 未來展望

---

---



# 未來展望

---

- ◆ 逐年檢討成效，逐步全程導入。
- ◆ 再分類之建議，併ICD-10-CM/PCS導入同時考量。
- ◆ 逐年檢討各項加成之必要性與合理性，落實同病同酬。
- ◆ 逐年檢討醫院總額下「每點一元保障項目」範圍，以強化醫療效率之提升
- ◆ 完成台灣本土化Tw-DRGs支付制度。



敬請指教