

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群

### (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

#### 第一章 Tw-DRGs 支付通則

##### 一、名詞定義

##### (一) 相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」規定加計額外醫療點數。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

##### (二) 標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」規定加計額外醫療點數。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1% 原則」計算之「標準給付額」。

##### (三) 病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

##### (四) 主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如附表 7.1。

##### (五) 醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

##### (六) 醫療服務點數下限臨界點：

101.12.25

衛署健保字第 1010086017 號

文字修訂：標題、第一章通則一之(四)、一之(七)、二、五、六之(二)之 2、六之(二)之 3 之 (3)、六之(七)、九、十二、十三；第二章分類架構及原則二之(二)、二之(三)、三、五之(三)

各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

- (七)醫療服務點數：醫事服務機構依據**本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準**，申報其所提供醫療服務之點數。
  - (八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。
  - (九) 前述各 DRG 之「RW」、「醫療服務點數上限臨界點」、「醫療服務點數下限臨界點」、「幾何平均住院日」，由保險人公告之。「SPR」由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。
- 二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬**本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準**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申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。
- 三、下列案件不適用本部支付標準：
- (一)主診斷為癌症（140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2）、主診斷為性態未明腫瘤（235.XX、236.XX、237.XX、238.XX）案件。
  - (二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件。
  - (三)MDC19、MDC20 之精神科案件。
  - (四)主或次診斷為愛滋病(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案件。
  - (五)試辦計畫案件。
  - (六)住院日超過 30 日之案件。
  - (七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)之案件。

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

四、參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

六、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：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 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：

1. Tw-DRG支付定額= $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與本局簽定合約之特約類別：

(1)醫學中心，加成率 7.1%。

(2)區域醫院，加成率 6.1%。

(3)地區醫院，加成率 5.0%。

3. 兒童加成率：

(1)MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(2)非 MDC15。

a. 內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。

b. 外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(3)內外科系認定表如附表 7.2。

4. 病例組合指標Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公佈之CMI值及下列成數加成。

(1)CMI值大於1.1，小於等於1.2者，加成1%。

(2)CMI值大於1.2，小於等於1.3者，加成2%。

(3)CMI值大於1.3，加成3%。

(4)各醫院CMI值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住RCW及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公佈，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之CMI值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。上述山地離島地區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。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡小於18歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷為

740.XX~759.XX(不包括744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9。

2.非本項第1點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之80%支付，即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%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且TW-DRG支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以TW-DRG支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟TW-DRG支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 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(二)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。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於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。

1. 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)。
  2. 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。
  3. 植入IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料。
  4. 次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：
    - (1) 次診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX)或性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)。
    - (2) 處置碼包括化療(99.25，化療注射劑始需編處置碼)或放療(92.2X)。
    - (3) 核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。
  5. 使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：
    - (1) 處置碼包含使用呼吸器(96.7X、93.90、93.91、93.99)。
    - (2) 核實申報項目為支付標準代碼為57001B~57002B、57023B)。
  6. 施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：
    - (1) 處置碼包含洗腎(39.95)。
    - (2) 核實申報項目為支付標準代碼為58001C。
- (七) 使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算DRG支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.4)規定加計額外醫療點數。
- 七、Tw-DRG導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之Tw-DRG支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。
- 八、各MDC導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第 1 階段(99 年)	164 項 DRG(附表)
第 2 階段	(暫定)5、8、12、13、14

第 3 階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第 4 階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第 5 階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

- 九、無權重之Tw-DRG應核實申報醫療服務點數，附表7.3註記※之Tw-DRG因個案數小於20暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之MDC案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。
- 十、各Tw-DRG點值計算方式，依全民健康保險醫療費用協定委員會年度總額協商結果辦理。
- 十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。
- 十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。
- 十三、各Tw-DRG權重、幾何平均住院日、醫療服務點數下限臨界點、醫療服務點數上限臨界點等如附表7.3。
- 十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：
- (一)病患同意使用符合上述規範之自費特材，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。
- (二)DRG支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。
- (三)併同醫療費用申報資料：自費特材（含不給付項目及不符適應症之個案）之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。
- (四)自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。
- 十五、本部第一章及第二章之附表請至本局全球資訊網下載，網址：  
<http://www.nhi.gov.tw/>下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群。

附表、第1年導入之164項DRG項目表

MDC	DRG										
2	03901	5	10509	5	11202	7	49401	8	22503	13	35902
2	03903	5	10510	5	11203	7	49302	8	22504	13	35903
2	03902	5	10504	5	11204	7	49402	8	22301	13	35904
2	03904	5	10505	5	124	8	47101	8	22302	13	35905
2	03905	5	10506	5	125	8	47102	8	22401	13	35906
2	03906	5	10507	6	16401	8	47103	8	22402	14	370
3	05701	5	10508	6	16501	8	20901	8	22403	14	371
3	05702	5	10801	6	16402	8	20907	8	22404	14	37401
3	058	5	10802	6	16502	8	20902	8	22901	14	37402
3	05501	5	10601	6	16601	8	20908	8	22902	14	37501
3	05502	5	10602	6	16701	8	20903	9	25701	14	37502
3	05503	5	10603	6	16602	8	20904	9	25801	14	372
3	05504	5	10604	6	16702	8	20905	9	25702	14	37301
3	05505	5	10701	6	15701	8	20906	9	25802	14	37302
3	05506	5	10901	6	15702	8	21001	9	259		
3	059	5	10702	6	15801	8	21101	9	260		
3	060	5	10902	6	15802	8	21002	10	290		
5	10401	5	11001	6	16101	8	21102	11	30201		
5	10402	5	11005	6	16201	8	21003	11	30202		
5	10403	5	11002	6	16102	8	21103	11	306		
5	10409	5	11006	6	16202	8	21801	11	307		
5	10410	5	11003	6	159	8	21802	12	336		
5	10404	5	11004	6	160	8	21901	12	337		
5	10405	5	11101	6	16301	8	21902	13	35801		
5	10406	5	11105	6	16302	8	21803	13	35802		
5	10407	5	11102	6	16303	8	21804	13	35803		
5	10408	5	11106	6	16304	8	21903	13	35804		
5	10501	5	11103	6	16305	8	21904	13	35805		
5	10502	5	11104	6	16306	8	22501	13	35806		
5	10503	5	11201	7	49301	8	22502	13	35901		

## 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、 Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以 ICD-9-CM 2001 年版為基礎。

二、 名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：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。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依附表 7.1.2 所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如附表 7.1.4。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷 範圍，如附表 7.1.3

四、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 4 項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

1. 有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
2. 有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
3. 其他。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；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 7.1.11 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。

- 六、 年齡之認定採「入院年月」減「出生年月」計算。其中以「歲」區分之 DRG，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減 1。
- 七、 MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。
- 八、 正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。