



溫馨

用心

創新

中央健康保險局中區業務組 與中區醫院代表聯繫會 第37次會議

醫療費用一科

101年03月26日



中央健康保險局中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



大 網



報告案一：中區醫院醫療費用申報概況

報告案二：100年第4季醫院總額管理方案執行成果
及檢討

報告案三：101年醫院總額管理方案修正事項

報告案四：轉請配合事項





中區醫院醫療費用申報概況



100年第3季醫院總額點值

結算季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
100年 第一季	浮動點值	0.8164	0.8791	0.8841	0.8671	0.8692	0.8521	0.8625
	平均點值	0.9052	0.9241	0.9308	0.9250	0.9210	0.9150	0.9179
100年 第二季	浮動點值	0.8600	0.9209	0.9065	0.9182	0.9018	0.9047	0.8870
	平均點值	0.9198	0.9365	0.9397	0.9447	0.9362	0.9347	0.9322
100年 第三季	浮動點值	0.7934	0.8937	0.8940	0.8795	0.9316	0.8619	0.8677
	平均點值	0.8919	0.9326	0.9366	0.9309	0.9557	0.9203	0.9214





100年第4季醫療費用點數申報概況

季別	特約類別	門診						住院					門住合計	
		件數	醫療點數 (百萬)	每件醫療費用 點數	每件診療點數	每件藥費點數	每日藥費點數	件數	醫療點數 (百萬)	每件醫療費用點數	每件住院日數	每日費用點數	件數	醫療點數 (百萬)
當期申報點數	醫學中心	1,416,679	3715	2622	1051	1320	93.16	52,648	3588	68,149	7.60	8971	1,469,327	7303
	區域醫院	1,976,855	3303	1671	769	623	45.40	73,852	3480	47,118	9.39	5017	2,050,707	6783
	地區醫院	1,857,285	2047	1102	439	396	36.02	37,816	1516	40,088	14.07	2850	1,895,101	3563
	合計	5,250,819	9065	1726	728	731	56.74	164,316	8584	52,238	9.89	5281	5,415,135	17648
當期成長率_較去年同期	醫學中心	3.82%	7.10%	3.16%	1.57%	4.71%	5.83%	6.21%	2.09%	-3.88%	-5.74%	1.97%	3.90%	4.58%
	區域醫院	3.71%	4.17%	0.44%	2.34%	-2.95%	-2.77%	1.85%	2.54%	0.68%	-2.02%	2.75%	3.64%	3.33%
	地區醫院	2.07%	3.42%	1.32%	1.96%	-1.36%	-2.68%	2.39%	2.20%	-0.19%	-1.25%	1.08%	2.08%	2.90%
	合計	3.15%	5.18%	1.96%	2.20%	1.24%	1.13%	3.33%	2.29%	-1.01%	-2.93%	1.98%	3.16%	3.75%



醫院層級藥費點數申報概況



(比較去年同期成長率)

季別	特約類別	門診	住院	門住診
當期申報點數 (百萬)	醫學中心	1870	553	2423
	區域醫院	1232	412	1644
	地區醫院	735	143	878
	合計	3836	1108	4945
當期成長率_較去年同期	醫學中心	8.71%	3.32%	7.43%
	區域醫院	0.65%	1.37%	0.83%
	地區醫院	0.68%	2.66%	1.00%
	合計	4.43%	2.50%	3.99%

(醫療點數單位：百萬)





醫院層級診療費申報概況

(比較去年同期成長率)

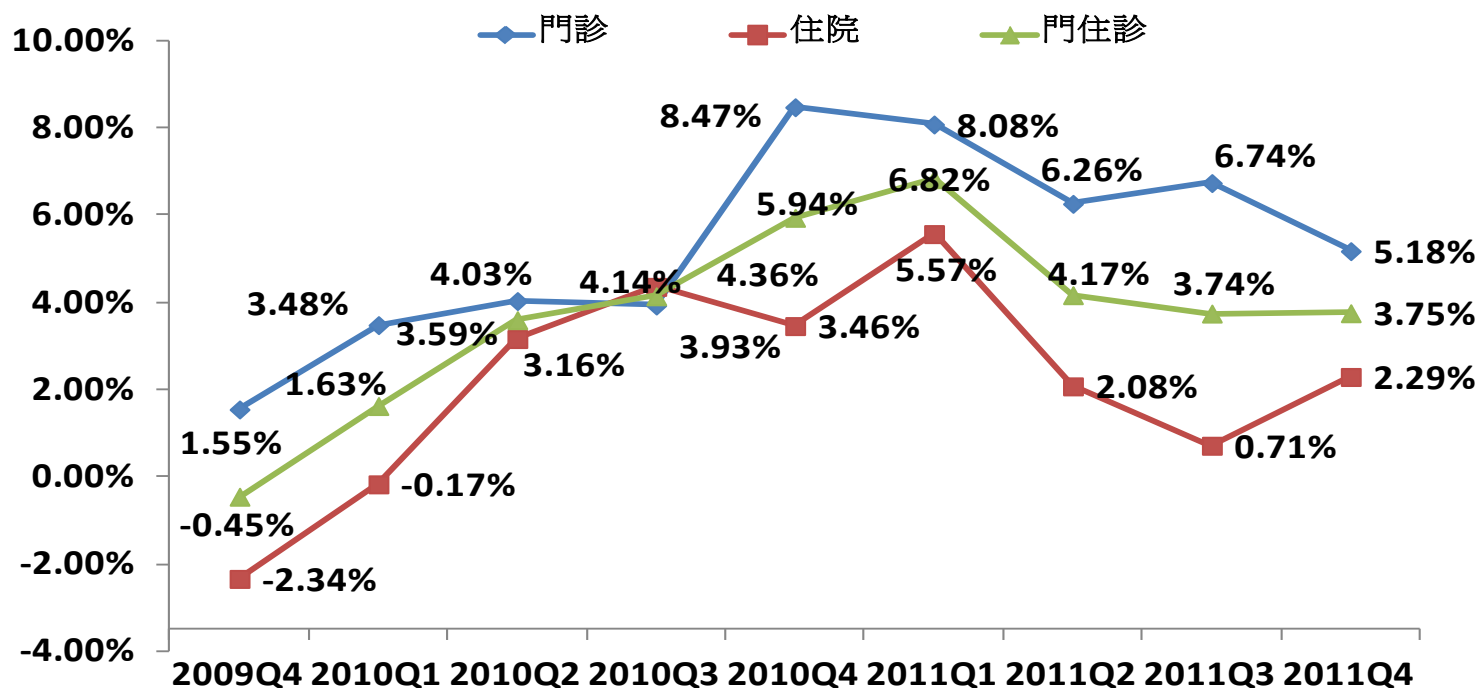
季別	特約類別	門診	住院	門住診
當期 申報 點數 (百萬)	醫學中心	1489	1264	2753
	區域醫院	1520	1228	2748
	地區醫院	815	559	1374
	合計	3824	3051	6875
當期成長率 _較去年同期	醫學中心	5.44%	1.95%	3.81%
	區域醫院	6.13%	3.22%	4.81%
	地區醫院	4.07%	1.02%	2.81%
	合計	5.42%	2.28%	4.00%



醫院層級申報費用點數成長趨勢



(比較去年同期成長率)



診別	2009Q4	2010Q1	2010Q2	2010Q3	2010Q4	2011Q1	2011Q2	2011Q3	2011Q4
門診	7945	7813	8351	8501	8619	8444	8874	9074	9065
住院	8111	7786	8363	8392	8391	8219	8537	8452	8584
門住診	16056	15599	16714	16893	17010	16663	17411	17525	17648

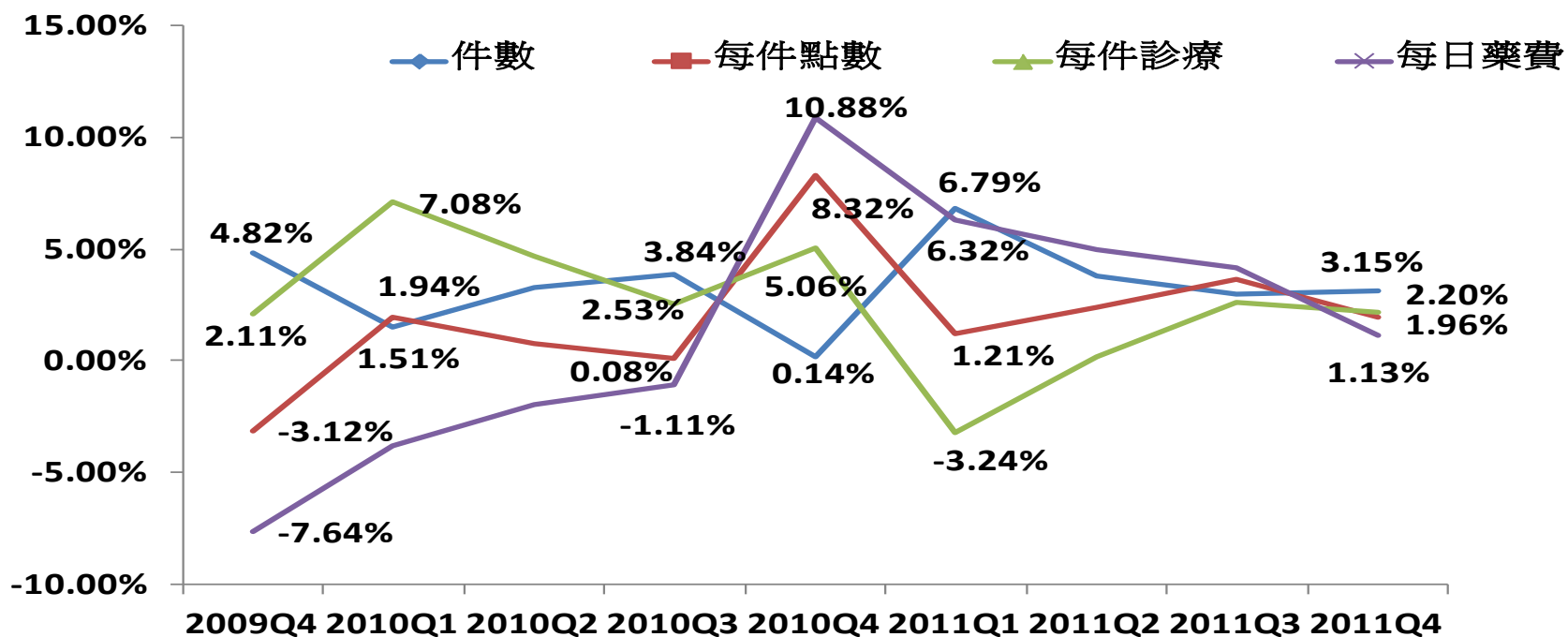
(醫療點數單位：百萬)



醫院層級申報門診費用點數成長趨勢



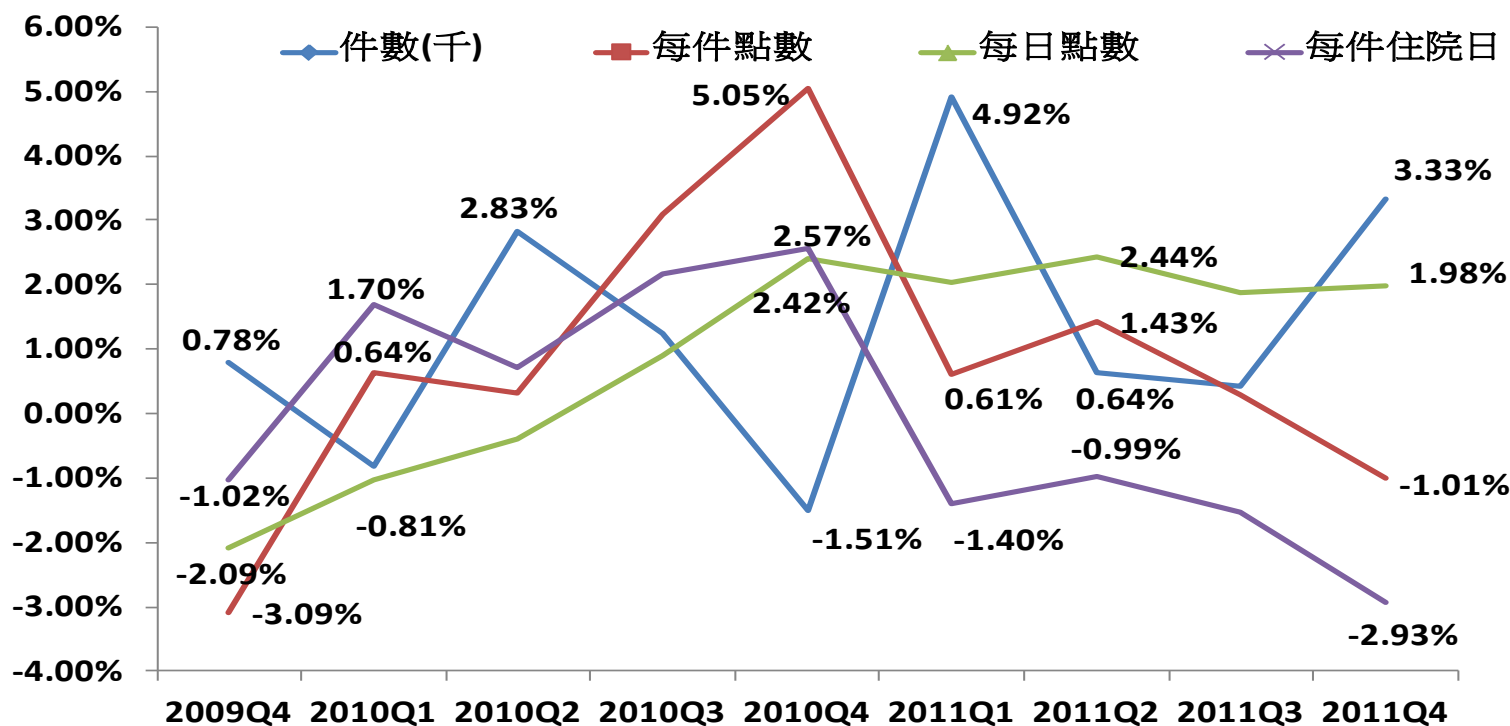
(比較去年同期成長率)



項目	2009Q4	2010Q1	2010Q2	2010Q3	2010Q4	2011Q1	2011Q2	2011Q3	2011Q4
件數(千)	5083	4722	5068	5116	5090	5042	5262	5267	5251
每件點數	1563	1655	1648	1662	1693	1675	1687	1723	1726
每件診療	678	700	716	712	713	677	717	730	728
每日藥費	50.60	53.26	53.89	55.28	56.11	56.62	56.55	57.57	56.74



醫院層級申報住院費用點數成長趨勢



項目	2009Q4	2010Q1	2010Q2	2010Q3	2010Q4	2011Q1	2011Q2	2011Q3	2011Q4
件數(千)	161	154	164	166	159	162	165	167	164
每件點數	50235	50569	51038	50535	52771	50880	51768	50688	52238
每日點數	5056	5150	5106	5121	5178	5255	5230	5217	5281
每件住院日	9.94	9.82	10.00	9.87	10.19	9.68	9.90	9.72	9.89



100年第4季醫院總額管理方案 執行成果及檢討



100年第4季醫院總額管理方案執行成果

單價 指標

門診非藥費單價：核減約3百萬點

(增加約7千9百萬點;核扣約8千2百萬點)

每人月藥費：核扣約3千8百萬點

特定 項目

整體核扣點數

➤呼吸器管理：約1千2百萬點

➤3千萬點以下醫院：0

➤急重症：約5百萬點

➤癌症化學治療藥費：約1千5百萬點

➤門診重症且大於6000以上處方藥費：約9百萬點



品質鼓勵項目



品質 鼓勵 項目

- ◆ 以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(TW-DRGs V3.2版)
- ◆ 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率(TW-DRGs V3.2版)
- ◆ 慢性病之慢性病連續處方箋開立比率
- ◆ 同院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複比率
- ◆ 門診每人就醫次數(季歸戶)
- ◆ 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率
- ◆ 建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫
- ◆ 醫院住院全人整合性照護計畫
- ◆ 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- ◆ 保險對象特定醫療資訊(管制藥品關懷名單)查詢比率
- ◆ 急診暫留床2日案件以上比率
- ◆ 糖尿病方案照護率_月累計(同院所同醫師就醫間隔90天)
- ◆ 初期慢性腎臟疾病醫療給付改善方案_收案人數

➤100年第4季結果：獎勵點數約1億2千萬點



100年第4季醫院總額_審查結果



分級審查送 審比率	家數	家數占率	費用占率
0%	61	57.55%	29%
30%	3	2.83%	2.51%
50%	6	5.66%	4.94%
70%	7	6.60%	9.46%
100%	29	27.36%	54.11%
總計	106	100.00%	100.00%

核減率

• 約4.25%



整體檔案分析
核減點數

• 約3億9千萬點
(點值設定為0.935)





101年醫院總額管理方案修正

修正事項_回復住院非藥費單價管理



單價管理

◆住診非藥費單價(自101年第2季起)

- 超出目標值反映50% (只扣不加)
- 目標值設定

$$=(99\text{年}7\text{-}12\text{月季平均值} \times 0.4) + (100\text{年}1\text{-}9\text{月季平均值} \times 0.6)$$

註：目標單價以CMI校正。

各院CMI之計算則採所列計案件並引用全國公佈之99年、100年及101年各DRG權重值予以計算之。

範例：A醫院

99年7-12月單價為4000點，CMI值 1.02；

100年1-9月單價為4200點，CMI值 0.98

目標單價：

$$=((4000/1.02) \times 0.4) + ((4200/0.98) \times 0.6) = 3971.62$$



修正事項_整體檔案分析回補機制



- 自101年第1季起適用
- 全區回補上限6千萬點
- 整體檔案分析核減點數與總申報點數比值大於2.5%以上點數回補，回補上限5成。



修正事項_各家醫院每年至少專業審查1次

- 101年第2季起實施
- 實施對象：當季未達專業審查表標準且前4季未經專業審查之醫院。
- 1年須專業審查1季
- 樣本月送專審比率為隨機樣本數10%(至少5件)，核減結果回推至該季未審查二個月份
- 抽審醫院名單、季別由本業務組隨機產生

修正事項_特定項目急重症基準值

■ 項目

- 急診檢傷分類1級或2級、住院重大創傷及住院癌症手術之醫療費用點數
- 門住診癌症化學治療藥費
- 門診單張處方藥費大於6000點且為重大傷病(部分負擔代號"001")之藥費(含交付處方)

■ 各醫院以101年基準值為定基，不再逐年調整

■ 當年度整體目標額度維持以前一年核定數加上前一年人數或點數成長率計算之

■ 若101年「全民健康保險急診品質提升方案」正式實施，配合修正本項管理措施





修正事項_特定項目急重症基準值

範例：

➤102年特定項目整體目標額度為

$101\text{年核定數} \times (1 + 101\text{年較}100\text{年之人數或點數成長率})$

➤103年特定項目整體目標額度為

$102\text{年核定數} \times (1 + 102\text{年較}101\text{年之人數或點數成長率})$





轉報告事項



保險對象未能及時繳驗保險憑證之收費規定

重申保險醫事服務機構先行提供未能及時繳驗保險憑證之保險對象醫療服務時，應按實際保險醫療費用收取（押金），並開給保險醫療費用項目明細表及收據，不得超額收費，請貴院所確實依規定辦理。

- 一、依據財團法人台灣醫療改革基金會101年1月12日醫改字第1010001002號函辦理。
- 二、本局前以100年2月1日健保中字第1004077910號函重申並請貴院所配合辦理在案；請務必依「全民健康保險醫療辦法」第5條規定辦理：保險對象就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給保險醫療費用項目明細表及收據；保險對象於就醫之日起**七日內（不含例假日）**或出院前補送應繳驗之證明文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。



「弱勢民眾安心就醫方案」，懷孕婦女例外就醫方式

1/2



◆ 目的：

配合政府推動鼓勵生育政策，對婦女於懷孕期間身體健康與胎兒生命權，必須特別加以保障。

◆ 適用對象：

針對婦女於健保特約醫療院所就醫檢查確認受孕或產檢時，其健保IC卡因欠費遭鎖卡，或因中斷投保而無法使用者。

◆ 適用期間及範圍：

由本局自該次就醫日起解卡1年，使渠等得以健保身分安心就醫、進行各項之產前檢查及分娩。



「弱勢民眾安心就醫方案」，懷孕婦女例外就醫方式

2/2



◆ 辦理方式：

- 請依現行健保IC卡例外就醫作業方式，於例外就醫名冊之無卡原因欄位勾選「懷孕婦女」，就醫序號請填「C003」。
- 填寫例外就醫名冊以個案方式，當日書面傳真至04-22530211 或04-22531156本組顧客服務科受理後，即予解卡；解卡聯絡窗口：04-22583988轉6175、6176、6177。
- 請轉知懷孕婦女，自懷孕就醫日起1年內健保不會鎖卡，請安心就醫。
- 修正之例外就醫名冊（無卡原因欄位增加「懷孕婦女」），已置放於本局網頁（網址：<http://www.nhi.gov.tw/>首頁/表單下載/醫療服務表單），請逕行下載使用。



住院期間接受13012C檢查相關申報規定



- ◆ 住院期間接受13012C(抗酸菌培養)檢查，且於檢驗結果產出前出院，嗣後長菌檢體續作13013C（抗酸菌鑑定檢查）及13014B(或13015C；抗酸菌藥物敏感性試驗)之檢驗費用，請另以住院費用補報醫令辦理。





溫馨

用心

創新

敬請指教





台灣導入ICD-10-CM/PCS五年計畫

推動及應用國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS於
臨床疾病分類計畫（5年計畫）



大綱

- 計畫源由
- ICD-10-CM/PCS介紹
- 計畫目標與執行策略
- 工作重點



計畫源由



台灣為何要導入ICD-10-CM/PCS

- 美國宣告2013年10月1日全面導入ICD-10-CM/PCS後，ICD-9-CM將因缺乏維護單位而走入歷史。
- ICD-9-CM已使用超過30年，對病人照護體系的診斷以及住院病人的處置手術都無法精確的描述，且編碼結構受限，無法因應新增需求擴編，不正確的或有限的資料或資料不夠詳細等問題，都將影響醫療診斷、處置、嚴重度、品質與技術的認知。
- 與世界接軌，進行相關的統計資料分享及研究。
- 正確地反映出當今的醫療技術、醫療處置。

導入ICD-10-CM/PCS有何益處

- 能更精確測量成效Measure outcomes
- 提升臨床研究Enhance Clinical Research
- 利於管理長期照護Manage Long-Term care
- 減少錯誤Reduce Error
- 發展自動化編碼程式Automatic coding
- 較低行政成本Lower Administrative Costs
- 利於照護管理Care management

ICD-10國際應用情形

- WHO於1994年用42種語言公佈ICD-10。
- 美國1999年用於死因分類。
- 至2002年有99個國家使用在死亡率及罹病率。



ICD-10-CM/PCS介紹



什麼是ICD-10-CM/PCS？

- **ICD-10-CM**(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision, Clinical Modification)國際疾病與相關健康問題統計分類第十版臨床修訂(美國版)
 - ✓ 美國預計2013年10月1日導入。
 - ✓ 適用於門住診疾病診斷分類。
- **PCS(Procedure Coding System處置代碼系統)**
 - ✓ ICD-10-PCS是美國CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)1992年至1995年委託3M資訊公司依據ICD-9-CM第三冊發展的處置分類系統。
 - ✓ ICD-10-PCS是美國特有的臨床修訂版，2007年才出版，目前已公告2009年版總計72,589項。



第十版碼數為第九版的5~22倍

第十版

疾病碼

位碼數：3-7字母數字碼
代碼數：68,000

處置碼

位碼數：7字母數字碼
代碼數：90,000

疾病碼

位碼數：3-5數字碼
代碼數：13,500

處置碼

位碼數：3-4數字碼
代碼數：4,000

第九版

ICD-10-CM之重要改變

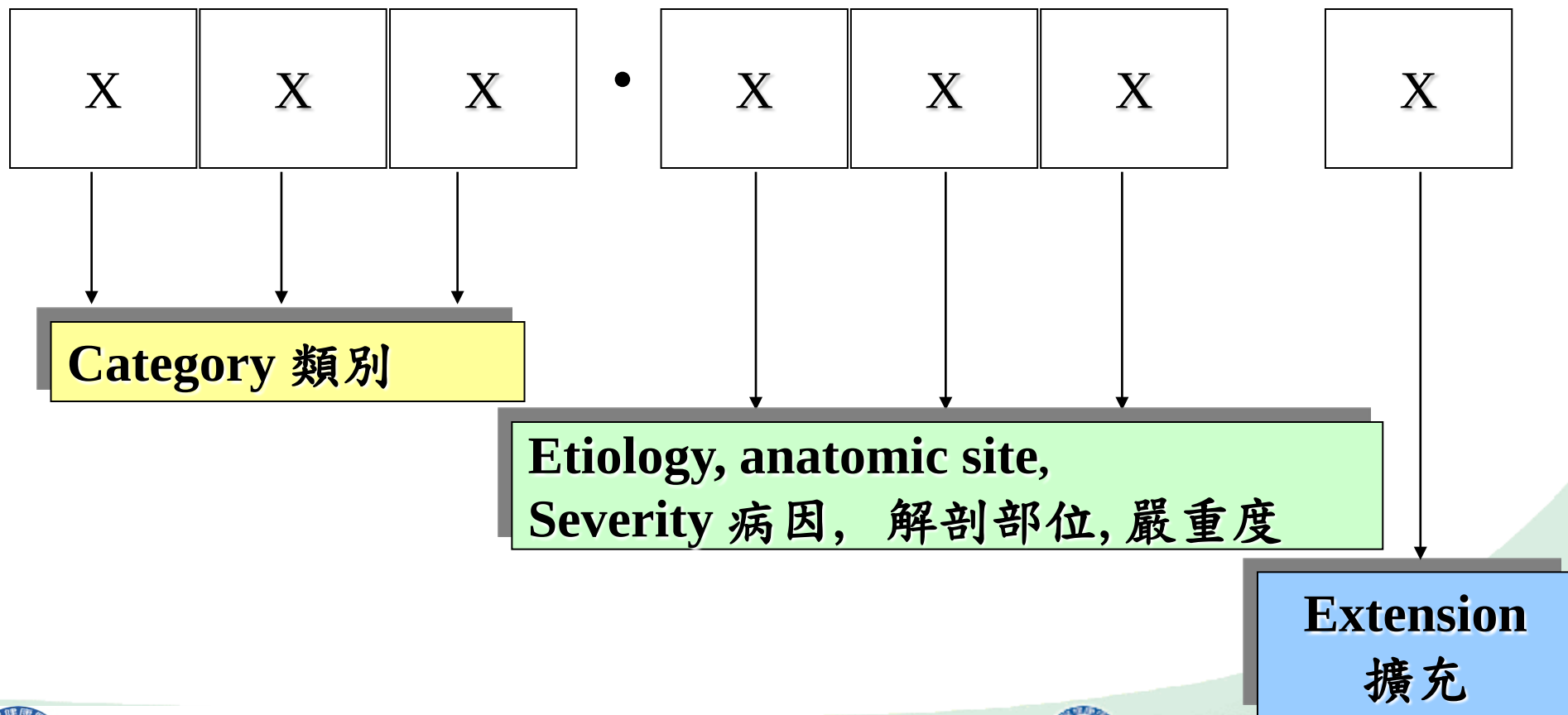
- 新增疾病、新的治療方法或新的病因發現，在ICD-10-CM增列註碼。
- ICD-10-CM和ICD-9-CM診斷代碼有些異同；但編碼選取過程是相同。

ICD-9-CM	ICD-10-CM
3-5個字元	3-7個字元
第一個字元是數字或字母(E或者V)	第一個字元是字母
2-5字元是數值	2-7字元是數值或字母
最少3個字元	最少3個字元
在第3個字元後使用小數點	在第3個字元後使用小數點

◆E 碼及V碼在ICD-9-CM是補充碼，在 ICD-10-CM為正式章節。

ICD-10-CM 之格式

第1個字元為英文字母，接著為2位數字接1個小數點，
小數點後接1位或2位數字



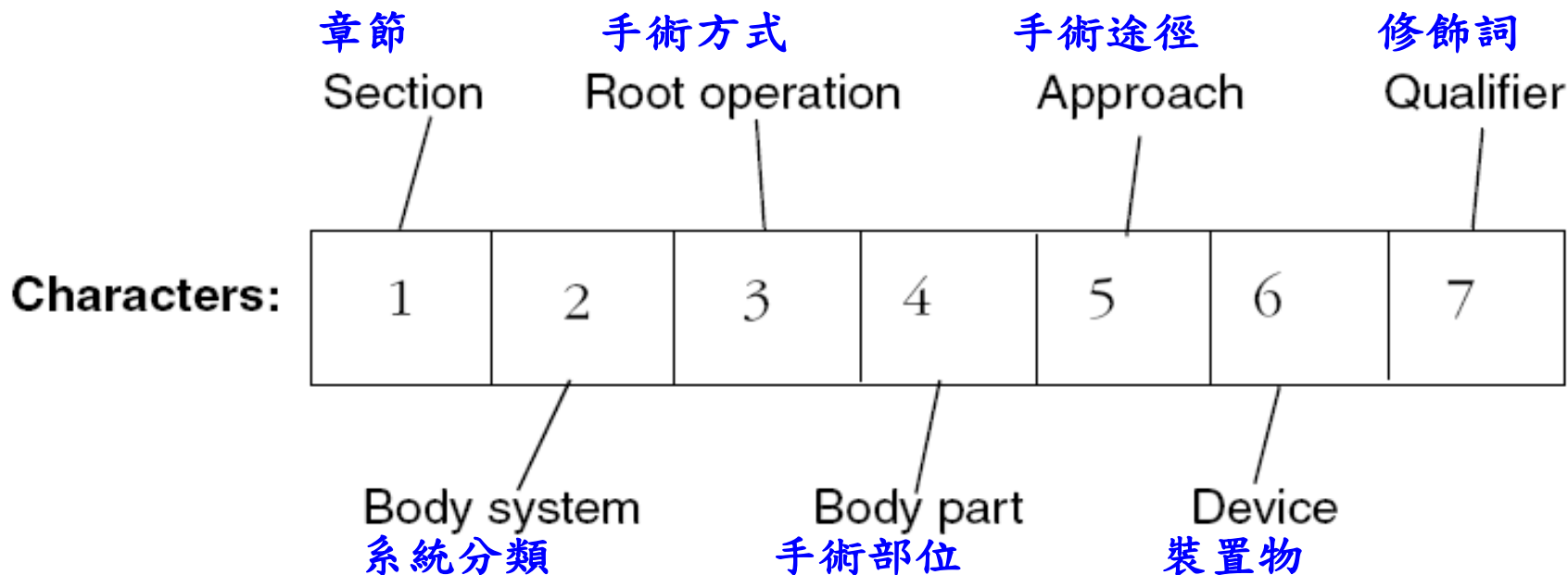
ICD-10-PCS之重要特質

- 美國委託3M資訊公司依據ICD-9-CM第三冊的處置碼的缺失，發展出更好的的處置分類系統。
- ICD-10-PCS有7個字母或數字而使得處置更加清楚明確，讓臨床資料的價值最大化。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
3到4個代碼(通常最少3個代碼)	7個代碼
所有代碼都是數字	每一個代碼可以字母或數字(字母代碼沒有個案敏感性)
用到小數第二位	沒有小數

ICD-10-PCS之格式

- ICD-10-PCS一個處置碼包括七位碼，每一位碼代表一個分類軸，每一個分類軸可以有34個選項。



Example : "upper GI endoscopy with removal of stomach lesion" would be assigned to code 0DB68ZZ.

CODE CHARACTER ASSINGEND	DESCRIPTION OF CHARACTER AND ASSIGNED VALUE
0	Section = Medical and Surgical
D	Body System = Gastrointestinal
B	Root Operation = Excision
6	Body Part = Stomach
8	Approach = Transorifice Intraluminal Endoscopic
Z	Device= None
Z	Qualifier= None



計畫目標與執行策略



計畫目標

- 培訓、認證我國ICD-10-CM/PCS編碼人員。
- 擴大醫院進行ICD-10-CM/PCS模擬編碼。
- 依使用者不同需求，提供適當轉碼工具。
- 依各層級院所之需求，提供教育訓練，補強對ICD-10-CM/ PCS的認知。
- 強化資訊軟硬體設備。
- 取得醫界支持，營造改版共識。

執行策略

- 委託專業團體辦理，確保疾病分類之正確性與品質
 - ICD-10-CM/PCS為醫療專業用語，每個疾病碼及處置有特定分類邏輯，為確保國內疾病分類的正確性及品質，委託專業團體建置可供參考之教材及訓練編碼人員。
- 全國展開訓練計畫
 - 針對國內1,000餘位疾病編碼人員進行ICD-10-CM/PCS編碼訓練。
- 提供醫院及基層使用ICD-10-CM/PCS編碼指引、編碼索引檔、2001年ICD-9-CM及2010年ICD-10-CM/PCS對應資料檔
 - 國內醫院層級係由疾病編碼人員依據病人出院資料進行疾病或處置編碼，而基層診所則由看診醫師於資訊業者設計的電腦畫面選取疾病碼。藉由此此次ICD-10-CM/PCS改版，為各層級之門住診之不同使用者備妥轉碼之適當工具。
- 依各層級院所之需求，提供教育訓練，補強對ICD-10-CM/PCS的認知。





工作重點



2010年（99年）工作重點及成果

99.7.24~100.7.25

- 2010年編列2,250萬公務預算，委託台灣病歷資訊管理學會，自99年7月24日至100年7月25日為期1年，辦理「推動及應用國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS於臨床疾病分類計畫」
- 成果
 - 完成種子師資培育85名。
 - 中文版ICD-10-CM/PCS初稿。
 - 教育訓練教案。
 - 編碼指引。
 - ICD-9-CM 2001年版與ICD-10-CM/PCS對應資料檔。
 - 台灣版ICD-10-CM/PCS臨床診斷與處置查詢對應資訊系統建置。
 - 全國教育訓練15場。

100年工作重點

- 2011年編列750萬公務預算，分2個委託採購案進行相關推動工作。
 - 委託台灣病歷資訊管理學會，自100年12月5日至101年12月5日為期1年，辦理100年「推動及應用國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS於臨床疾病分類計畫」。
 - 委託7家醫院，自100年12月27日至101年12月28日為期1年，辦理「特約醫院ICD-10-CM/PCS小型先驅計畫」。

2011年（100年）委外工作重點(1)

100.12.5~101.12.5

- 100年「推動及應用國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS於臨床疾病分類計畫」-1

- 以目前全國醫院所有編碼人員為對象，舉辦全國性ICD-10-CM/PCS編碼研習營，並辦理認證，確保編碼之品質。
- ICD-9-CM 2001年版與ICD-10-CM/PCS對應資料檔、台灣版ICD-10-CM/PCS教育訓練教案、台灣版ICD-10-CM/PCS編碼指引、台灣中文版ICD-10-CM/PCS、台灣版ICD-10-CM/PCS臨床診斷與處置代碼查詢資訊系統之維護與更新。
- 提供台灣版ICD-10-CM/PCS臨床診斷與處置代碼查詢資訊系統維護與更新後之各項資訊系統文件及原始碼，並需建置於本局所建置之硬體平台上。
- 以目前Tw-DRGs分類條件之疾病代碼轉換為ICD-10-CM/PCS。



2011年（100年）委外工作重點(1)

100.12.5~101.12.5

• 100年「推動及應用國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS於臨床疾病分類計畫」-2

- 推廣對ICD-10-CM/PCS之認知，辦理相關教育訓練如下：
 - 於本局總局及各分區辦理學會、資訊業者及相關政府單位(如國衛院、勞保局、醫策會、內政部及社福團體及衛生署相關單位等)全國性講習會至少7場。
 - 配合學校教育課程，支援ICD-10-CM/PCS教育師資，宣導ICD-10-CM/PCS的認知。
- 配合西、中、牙醫各縣市醫師公會教育訓練，就近辦理ICD-10-CM/PCS講習，宣導ICD-10-CM/PCS的認知及輔導醫師使用「臨床診斷查詢對應標準分類系統」及各項編碼工具之使用。
- 配合醫院自行辦理ICD-10-CM/PCS教育訓練之支援師資。
- 舉辦「導入ICD-10-CM/PCS國際研討會」1場，促進國際交流與學習國外經驗。

2011年（100年）委外工作重點(2)

100.12.27~101.12.28

• 「特約醫院ICD-10-CM/PCS小型先驅計畫」

- ✓ 提供醫院疾病分類編碼由ICD-9-CM轉換為 ICD-10-CM/PCS，導入相關規劃報告書，包括：導入之具體化目標、導入之對策擬定及評估、院內資源整合與導入最適對策之實施及檢討。
 - ✓ 提供醫院導入ICD-10-CM/PCS作業標準化文件。
 - ✓ 院內至少3科住院所有病人，連續執行2個月ICD-10-CM/PCS編碼，其中至少2科，須為本局指定科別，科別如下：神經科、神經外科、心臟血管內科、心臟血管外科及骨科。
 - ✓ 參與本局辦理之全國性導入ICD-10-CM/PCS標竿學習觀摩會並提供經驗分享。
- 參加醫院共計7家，名單如下：財團法人彰化基督教醫院、三軍總醫院附設民眾診療服務處、財團法人佛教慈濟綜合醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院及澄清綜合醫院。

2011年（100年）工作重點(3)

➤ 本局相關作業

- 已於本局網站建置ICD-10-CM/PCS轉碼專區，提供中文版ICD-10-CM/PCS、編碼指引、台灣版ICD-10-CM/PCS臨床診斷與處置查詢資訊系統、ICD-10-CM/PCS中文教案、ICD-9-CM 2001年版與ICD-10-CM/PCS對應資料電子檔、Q&A等供院所、專科醫學會、各學會、編碼人員、疾病統計人員及學術研究人員參考。
- 本局因應ICD-10-CM/PCS代碼導入所須配合資訊需求建置擴充軟硬體作業。
- 因應申報格式改版所需，公告健保新的申報格式。

2012年（101年）工作重點

- 依各層級院所之需求，提供教育訓練，補強對ICD-10-CM/ PCS的認知。
- 提供院所轉碼相關資訊，協助全國院所順利完成轉碼準備。
- 評估導入ICD-10-CM/PCS之分階段目標及是否雙軌申報之必要性。

2013年（102年）工作重點

- 2013年「推動及應用國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類計畫」
 - 依各層級院所之需求，提供教育訓練，補強對ICD-10-CM/PCS的認知。
 - 配合IC卡資料登錄及上傳等之資訊需求，開發及建置資訊作業。
 - 持續協助院所完成轉碼準備。
 - 評估導入ICD-10-CM/PCS之分階段目標及是否雙軌申報之必要性。

2014年（103年）工作重點

➤2014年起

- 門、住診全面單軌申報ICD-10-CM/PCS，疾病統計一併改以ICD-10-CM/PCS統計。
- Tw-DRGs分類系統採ICD-10-CM/PCS為編審基礎之版本，權重及組數仍以原先ICD-9-CM公告之版本，俟ICD-10-CM/PCS申報一段時間後，再依申報資料重新評估DRG組數及權重。

ICD-10-CM/PCS與TW-DRGs

- DRGs依據主要診斷、處置、年齡、性別及合併症或併發症來評估編碼，現行Tw-DRGs係引進美國MS-DRG分類系統再經本土化過程之結果，已具導入之可行架構（美國MS-DRG亦係以ICD-9-CM為基礎之分類架構實施超過20年）。
- 台灣在Tw-DRGs導入過程中改變coding之版本，目的在使疾病及處置分類基礎更精確完整，未來配合美國2013年全面導入ICD-10-CM/PCS一段時間，美國將會再檢討MS-DRG之分類架構，台灣將再擇適當時機作DRG分類之轉換。
- 其他已實施住院DRG制度之先進國家，均在其DRG實施過程中，做ICD coding版本由第9版轉換為第10版。



謝謝聆聽

