貳、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

一、通則(99/1/1)

(一)本審查注意事項適用於屬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」Tw-DRGs 支付通則適用範圍之案件。(102/3/1)

(二)Tw-DRGs 案件專業審查重點包括：

1.入院或主手術(處置)必要性。

2.診斷與處置之適當性。

3.診斷與處置編碼之正確性。

4.住院範圍相關費用之轉移。

5.超過上限臨界值(Outlier)案件醫療費用之適當性。

6.出院狀況是否穩定。

7.醫療品質之適當性。

(三)疾病分類編碼審查原則

1. Tw-DRG 之疾病分類代碼以費用年月當期生效之版本〔ICD-10-CM/PCS 2014年版(105/1/1)、ICD-10-CM/PCS 2023年版(114/1/1)〕為依據。(114/2/1)

2.主要診斷定義：

(1)經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療之主要原因。

(2)引起病人此次住院之主要原因為多重診斷時(需符合前項主要診斷之條件)，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷。

(3)住院中產生之併發症（如術後併發症）或住院中管理不當產生之危害（如住院中跌倒骨折、院內感染）不得為主要診斷。

3.次要診斷定義：

(1)次要診斷係指下列會影響病人照顧之病況：

甲、需臨床上之評估(Clinical Evaluation)、治療(Therapeutic Treatment)或診斷性之處置(Diagnostic Procedures)者。

乙、會延長住院天數(Extended Length of Hospital Stay)者。

丙、會增加護理之照護或監視(Increased Nursing Care and/or Monitoring)者。

(2)入院時已和主要診斷同時存在，或者後來才發展之情況，影響到所

接受的醫療及(或)住院天數者，可為次要診斷。

4.主要處置定義：

(1)主要處置之選取以與主要診斷最相關之治療性處置為優先考量，而非以開刀房或資源耗用為優先選取原則。

(2)如有兩個以上之處置與主要診斷相關，治療性處置應優先考量，其次為診斷性及探查性處置。

(3)如有兩個以上之處置與主要診斷相關，且均為治療性處置，則以醫療資源耗用較多、複雜度較高者為主要處置。

5.以 Tw-DRG 申報之主次診斷或主次處置，應記載於出院病歷摘要。

6.以 Tw-DRG 申報之主次診斷或主次處置應有檢驗檢查報告、病理報告、手術紀錄…等臨床依據佐證，相關資料應於抽樣審查時併同病歷影本檢送。

7.審查 Tw-DRG 主次診斷或主次處置，除審閱出院病歷摘要外，尚應審閱病歷內容，如相關檢驗檢查報告、病理報告、手術紀錄…等診療依據，若上述報告或紀錄未檢附，或有檢附但無法佐證其所申報之診斷或處置者，申報之主次診斷或主次處置代碼應不予採認。

8.重要處置(significant procedure)必須編碼，若單一代碼可表示雙側處置則以單一代碼表示，若雙側處置無法以單一代碼涵蓋時，則可編該代碼兩次。

(四)保險醫事服務機構以診斷關聯群申報之案件，經專業審查有下列情形之一者，應載明理由，不予支付：

1.非必要住院及非必要主手術或處置：

(1)可門診診療之傷病。

(2)本次住院之主要是為手術或處置目的，而該手術或處置不符合本保險給付規定或適應症範圍者。

2.主手術或處置之醫療品質不符專業認定。(99/4/1)

3.病情不穩定，令其出院：(99/4/1)

(1)出院前24小時內生命徵象不穩定。

(2)尚有併發症(complication)未獲妥善控制。(99/4/1)

(3)傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。

(4)排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。

(5)使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，或使用居家中央靜脈營養，可出院療養、門診追蹤處理者除外。(99/4/1)

(6)非因醫療需要之轉院。

(7)其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。

(五)自動出院、轉院個案，應於出院病歷摘要詳實註明理由。

(六)Tw-DRG 案件未附病歷摘要或病歷摘要與病歷不符或病歷摘要不完整(例如未記載主次診斷或主次處置、轉院者未記載轉院之理由・・・)者，應先輔導醫院改善，經輔導仍未改善者，得先行整件核減。(100/5/1)

(七)Tw-DRG 案件施行之主手術(處置)，若有應申請事前審查而未申請，或申請事前審查未獲同意者，整件不予支付。(100/5/1)