

Tw-DRGs 支付方案問答輯(4)-申報作業

修訂日期、題次及重點（頁碼）：

修訂日期	修訂題次	修訂重點	頁碼
114.1.9	第 33 題	增列「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」醫令為得補報醫令	12-13
113.9.30	第 33 題	增列「預立醫療照護諮商費」及「主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」醫令為得補報醫令	12-13
112.6.19	第 33 題	增列一般病床臨床藥事照護費為得補報醫令	12
111.12.1	第 33 題	增列簽署 DNR 醫令及「住院整合照護服務試辦計畫」醫令為得補報醫令	12
111.11.3	第 33 題	增列「急診品質提升方案」醫令為得補報醫令	11
111.11.3	第 39 題	尚未納入給付特材文字酌修	15
111.6.16	第 33 題	增列「主動脈剝離照護獎勵」為得補報醫令	11
111.5.23	第 33 題	增列「孕產期管理照護費」為得補報醫令	11
111.5.6	第 39 題	「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」修正為「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」	15
110.9.2	第 33 題	增列「OHCA 照護獎勵」為得補報醫令	11
108.4.26	第 33 題	增列「重症加護臨床藥事照護費」為得補報醫令	11
107.12.27	第 41 題	補充說明轉診支付標準申報規範	16
107.11.20	第 42 題	住院接受本保險未收載之自費手術案件，其當次住院其他健保給付之費用，應如何申報？	17
107.9.18	第 42 題	住院接受自費手術之案件，其當次住院其他健保給付之費用，應如何申報？	17
107.9.18	第 41 題	DRG 案件是否適用轉診支付標準	16
107.9.18	第 40 題	修正切帳申報方式表	16
107.9.18	第 33 題	增列轉診診察費為可補報醫令或醫令差額項目	11
107.4.13	第 15 題	更正法源依據及國際疾病分類標準版本	6
107.3.12	第 33 題	增列「急性後期整合照護計畫（簡稱 PAC）」得補報之 4 項醫令	11
107.2.21	第 40 題	「急性後期整合照護計畫（簡稱 PAC）」之「脆弱性骨折」住院模式個案切帳申報方式	15
107.2.21	第 21 題	長期住院切帳申報，其住院日數已大於 30 天且尚未出院之非 Tw-DRGs 案件，請問應如何申報？	9
106.11.16	第 39 題	特約醫事服務機構申報尚未納入給付特材未扣除被替代健保特材品項之行政檢核方式	16
106.4.28	第 33 題	增列醫令編號 02025B 為可補報醫令或醫令差額項目	12
106.1.11	第 5 題	更新 ICD-10 版冠狀動脈血管支架置入虛擬碼	2
106.1.11	第 33 題	更正費用核定前，樣本案件之部分醫令漏報或申報錯誤處理方式	12
106.1.11	第 38 題	新增新生兒同次住院，如先以依附母親或父親方式就醫，之後取	15

		得身分證改以本人身分申報方式	
105.6.14	第 5 題	修訂 ICD-10 版冠狀動脈血管支架置入虛擬碼	2
105.6.14	第 32 題	修正植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之個案，應如何申報	12
105.3.30	第 5 題	修訂 ICD-10 版冠狀動脈血管支架置入及虛擬碼申報方式	3
105.3.30	第 9 題	修訂新生兒非院內生產係由外院轉入，其主診斷碼應如何申報？	5
105.3.30	第 18 題	修訂安胎後自行要求剖腹產之申報方式	8
105.3.30	第 29 題	刪除本項	12
105.3.30	第 32 題	修訂 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之 ICD-10-PCS 碼	13
105.3.30	第 37 題	新增同次住院多胎生產，一胎自然產後，其餘胎數非自行要求改以剖腹產，其醫療費用如何申報	15
104.9.25	第 34 題	修正原 Tw-DRGs 案件醫令類別 K(符合特定範圍護病比加成之醫令)可補報醫令或醫令差額。	13
104.6.1	第 5 題	同時屬案件分類「5」Tw-DRGs 案件及案件分類「3」特定案件，應以那一個案件分類優先適用	2
104.6.1	第 34 題	Tw-DRGs 案件，部分醫令漏報或申報錯誤，應如何申報？	13

Tw-DRGs 支付方案問答輯-申報作業

目錄

1.有關實施 Tw-DRGs 總表申報之重點為何？	1
2.因應 Tw-DRGs 實施之住院醫療服務申報總表、點數清單及醫令清單之書面格式為何？	2
3.代辦案件(如勞保)或西醫基層診所住院案件是否適用實施之 Tw-DRGs 之支付標準？	2
4.案件分類 2 或 A2 之論病例計酬案件，實施 Tw-DRGs 後，應如何申報？	2
5.若同時屬案件分類「5」Tw-DRGs 案件及案件分類「3」特定案件，應以那一個案件分類優先適用？	2
6.98 年 9 月費用月份起，Tw-DRGs 已實施項目為必填欄位，尚未施行的 Tw-DRGs 是否不需填 Tw-DRGs 碼？	3
7.有關 Tw-DRGs 出院個案因相關檢驗報告未及完成，恐影響編碼之正確性或 Tw-DRGs 實際支付點數之情形，應如何申報？	3
8.有關 Tw-DRGs 實施後門、急診轉住院之個案，其當次門、急診之醫療費用，是否合併申報？	4
9.新生兒非院內生產係由外院轉入，其主診斷碼應如何申報？	5
10.陰陽人性別未定時，在 Tw-DRGs 無法認定性別，應如何申報？	5
11.跨月又涉切帳之個案，若遇支付標準調整，切帳第 2 筆費用併報時如何適用支付標準？	5
12.101 欄位之依附就醫新生兒胞胎註記，應如何申報？	5
13.申報格式中 74-2 不適用 Tw-DRGs 案件之特殊註記，或個案同時符合二種情況，例如主診斷為癌症、次診斷為罕病，則特殊註記有無填寫順序？	6
14.98 年 12 月已切帳申報之費用要如何併入 99 年 1 月計算？	6
15.Tw-DRGs 支付制度後，14 日內再住院是否合併申報計算？	6

16.長期住院案件切帳及申報住院日數大於 30 日之方式是否改變？	7
17.實施 Tw-DRGs 支付制度，安胎後接著生產之案件應如何申報？部分負擔應如何收取？。	7
18.安胎之後轉生產，且該生產為自行要求剖腹產者，安胎費用與自行要求剖腹產項目應如何分開申報？	8
19.身份變更切帳申報住到第二筆時已累計住院日數大於 30 天(尚未出院)，已知為非 Tw-DRGs 案件，請問第二筆可先申報或等到最後出院時再一起申報？	8
20.案件分類改變之切帳(住院<30 天)，點數清單欄位 IDd102 特殊註記，應如何填寫？	8
21.長期住院切帳申報，其住院日數已大於 30 天且尚未出院之非 Tw-DRGs 案件，請問應如何申報？	9
22.當醫令類別為 A、B、Y 時醫令清單項次第 15:總量、16:單價、17:金額等欄位需如何呈現？	9
23.醫令類別 A~F 之醫令都是電腦設定是固定的，為何要醫院再多填報？為何要申報醫令類別『Z』之醫令？	9
24.有關 Tw-DRGs 醫令代碼之申報排序方式為何？	10
25.有關切帳案件醫令類別之排序方式為何？	10
26.有關病患當月身份變更切帳申報又需併報醫令部份，如屬當月申報之案件，該 G00000 資料如何產生？	10
27.器官捐贈者，為身分保密，無法取得器官捐贈者 ID，致 Y00000 之申報有困難？	10
28.轉歸代碼為 5：一般自動出院或 6：轉院個案，其住院日數≥該 Tw-DRGs 幾何平均住院日數之申報方式為何？	10
29.新增之地區醫院加成率，應如何申報？	11
30.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，應如何申報？	11

31.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) ，該得另行核實申報，不含於 DRG 支付點數，應如何申報？	11
32.有關植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之個案，應如何申報？	11
33.Tw-DRGs 案件，部分醫令漏報或申報錯誤，應如何申報？	12
34.裝置「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」之個案，原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報者，應如何申報?.....	13
35.住院醫療費用點數申報格式「轉歸代碼」欄位代碼 B（住院 30 日內因身分變更切帳申報後，轉為論日支付或代辦之非 Tw-DRGs 案件）申報範例說明：	13
36.使用人工血管接環（特材代碼：FHP41V1017VW）」之主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術之案例，其醫療費用如何申報？	15
37.同次住院多胎生產，一胎自然產後，其餘胎數非自行要求改以剖腹產，其醫療費用如何申報?.....	15
38.新生兒同次住院，如先以依附母親或父親方式就醫，之後取得身分證改以本人身分，應如何申報？	15
39.特約醫事服務機構申報自費尚未納入給付特材未扣除被替代健保特材品項之行政檢核方式	16
40.「急性後期整合照護計畫（簡稱 PAC）」之「脆弱性骨折」住院模式個案切帳申報方式。	17
41.DRG 案件是否適用轉診支付標準？	17
42.住院接受本保險未收載之自費手術案件，其當次住院其他健保給付之費用，應如何申報？	18

問題	保險人說明
1.有關實施 Tw-DRGs 總表申報之重點為何？	1. 當住院醫療服務點數清單段欄位 IDd102「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」為 9 者，總表下列項次不列入計算： t8 一般案件日數、 t9 一般案件醫療費用點數 t14 特定案件日數 t15 特定案件醫療費用點數 t19 部分負擔件數總計 t20 部分負擔日數總計 t21 部分負擔點數總計 2. 總表段欄位 IDd21「部分負擔點數總計」：當住院醫療服務醫令清單段申報之 G00001 部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數列入計算。 3. 案件分類 5 之申請件數總計、申請日數總計、醫療費用點數總計列入總表段欄位 IDt25、t26、t27 計算。 4. 欄位 IDt27「Tw-DRGs 醫療費用點數總計」，係案件分類 5 之醫療費用點數＝住院醫療服務點數清單段欄位 IDd85「申請費用點數」＋84「部分負擔點數」。 5. 住院醫療服務醫令清單段申報之 G00001 部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數列入 9、12、15、27 一般案件、論病例計酬案件、特定案件、Tw-DRGs、安寧療護案件醫療費用點數計算。

問題	保險人說明
2.因應 Tw-DRGs 實施之住院醫療服務申報總表、點數清單及醫令清單之書面格式為何？	住院醫療服務申報總表、點數清單及醫令清單之書面格式請參閱本署 98 年 7 月 2 日健保醫字第 0980090930 號公告辦理。
3.代辦案件(如勞保)或西醫基層診所住院案件是否適用實施之 Tw-DRGs 之支付標準？	代辦案件(如勞保) 或西醫基層診所住院案件，非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件，不適用 Tw-DRGs 之支付標準。
4.案件分類 2 或 A2 之論病例計酬案件，實施 Tw-DRGs 後，應如何申報？	1. 99 年 1 月 Tw-DRGs 實施後，除保留之論病例計酬項目以案件分類 2、A2 論病例計酬申報外，其餘之案件均不應以案件分類 2、A2 論病例計酬案件申報，若屬不適用 Tw-DRG 之案件，則以案件分類 1(A1)或 3 (A3) 申報。 2. 承上，99 年 1 月實施 Tw-DRGs 之論病例計酬案件，若住院總天數>30 日，屬不適用 Tw-DRGs 之案件，住院醫療服務點數清單段欄位 IDd102 不適用註記應為 7，住院超過 30 日之個案，並以案件分類 1 或 3 申報。
5.若同時屬案件分類「5」Tw-DRGs 案件及案件分類「3」特定案件，應以那一個案件分類優先適用？ (104.6.1 修訂) (105.3.30 修訂) (105.5.3 修訂) (105.6.14 修訂) (106.1.11 修訂)	1. 因 Tw-DRGs 對超出上限臨界點之個案亦有大於上限臨界點超額部份給付 80%邊際成本之設計，若該個案屬已實施之 Tw-DRGs 項目，應優先適用案件分類「5」Tw-DRGs 案件。 2. 特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式「案件分類」欄位規範血管支架案件應填報代碼 3 (特定案件)，Tw-DRGs 案件則應填報代碼 5，惟病患如不符特材使用適應症自費裝置支架應如何申報，說明如下： (1) 病患當次施行冠狀動脈血管支架置入，如不符特材使用適應症自費裝置支架，

問題	保險人說明
	ICD-9 版應編處置碼 0001，ICD-10 版應編處置碼 0200001，其 DRG 為 11201/11202，屬已實施 DRG 項目，應以案件分類「5」申報。 (2) 病患當次施行冠狀動脈血管支架置入，如符合健保特材使用適應症，應編「冠狀動脈支架植入術」處置碼，其 DRG 為 11601/11602，屬暫緩實施 DRG 項目，應以案件分類「3」申報。 (3) 病患當次施行冠狀動脈血管支架置入，如部份符合健保特材使用適應症，部分不符健保適應症而有自費置入支架之情形，應編處置碼「冠狀動脈支架植入術」處置碼+虛擬處置碼「0200006」，其 DRG 為 11601/11602，屬暫緩實施 DRG 項目，應以案件分類「3」申報。
6.98 年 9 月費用月份起，Tw-DRGs 已實施項目為必填欄位，尚未施行的 Tw-DRGs 是否不需填 Tw-DRGs 碼？	凡屬公告之 Tw-DRGs 權重表之代碼，無論是否為 99 年 1 月實施之 DRG 項目，住院醫療服務點數清單段欄位 IDd18「Tw-DRGs 碼」均應申報。
7.有關 Tw-DRGs 出院個案因相關檢驗報告未及完成，恐影響編碼之正確性或 Tw-DRGs 實際支付點數之情形，應如何申報？	有關 Tw-DRGs 實施後，凡影響 DRG 個案診斷、手術（處置）碼編碼之正確性【例如相關檢驗(查)報告未及完成】或 Tw-DRGs 實際支付點數，應於該相關檢驗(查)報告完成、編碼確認後始申報，若因此未及於當月份送核申報之案件，則依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，以補報辦理。

問題	保險人說明
8.有關 Tw-DRGs 實施後門、急診轉住院之個案，其當次門、急診之醫療費用，是否合併申報？	1. 依公告之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」第一章 Tw-DRGs 支付通則二，各 Tw-DRGs 之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基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。惟考量 Tw-DRGs 支付制度下，醫院為提升管理效率，降低不必要住院日數，而將屬當次住院範圍之相關費用於門診或急診執行時，本署同意自 99 年 9 月(費用年月)起，應將該門急診費用合併於該 Tw-DRGs 案件申報。 2. 另依「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式填表說明」註 14 所述門診(或急診)當次轉住院、、、，其費用應以合併於住院費用申報為原則，至於診察費之申報仍應依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第一節通則九「門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或，住診診察費應擇一申報。」辦理。 3. 本署 98 年 10 月 20 日健保醫字第 0980059617 號函，有關急診轉住院之案例，本署重申未強制須合併住院案件申報，合先敘明；惟特約院所若將當次急診轉住院個案合併住院申報者，其住院醫療服務點數清單段之「入院年月日」，

問題	保險人說明
	自 99 年 1 月起(費用月份)，則以急診就醫日為「入院年月日」。
9.新生兒非院內生產係由外院轉入，其主診斷碼應如何申報？(105.3.30 修訂)	主診斷(Principal Diagnosis)為經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因編碼，請疾病分類編碼之專業人員，依編碼原則編碼。
10.陰陽人性別未定時，在 Tw-DRGs 無法認定性別，應如何申報？	醫療服務點數清單格式並無單獨性別欄位要填寫，但每一個案身分證統一編號之第 2 碼係為性別之表示，醫院不需另填性別。
11.跨月又涉切帳之個案，若遇支付標準調整，切帳第 2 筆費用併報時如何適用支付標準？	依支付標準第七部『全民健康保險住院診斷關聯群』第一章 Tw-DRGs 支付通則十一、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。若屬實際診療內容(醫令類別 1：用藥明細、2：診療明細、3：特殊材料等，則依現行方式辦理。
12.101 欄位之依附就醫新生兒胞胎註記，應如何申報？	依附就醫新生兒胞胎註記，係依健保 IC 卡欄位 8.2 新生兒就醫註記以當次生產該新生兒之出生順序之胞胎註記表示，單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示，如下表： 1. 新生兒出生順序以英文 26 個字母之順序表示。 2. 英文大寫表示男性，英文小寫表示女性。 3. 依附就醫新生兒胞胎註記舉例說明如下： 單胞胎之男性填「A」，單胞胎之女性填「a」；雙胞胎第 1 胎之男性填「A」，第 2 胎之男性填「B」，雙胞胎第 1 胎之女性填「a」，第 2 胎之女性填「b」，依此類

問題	保險人說明																																			
	推。 <table><tr><th rowspan="2">新生兒出生順序</th><th colspan="2">性別</th></tr><tr><th>男</th><th>女</th></tr><tr><td>1</td><td>A</td><td>a</td></tr><tr><td>2</td><td>B</td><td>b</td></tr><tr><td>3</td><td>C</td><td>c</td></tr><tr><td>4</td><td>D</td><td>d</td></tr><tr><td>5</td><td>E</td><td>e</td></tr><tr><td>6</td><td>F</td><td>f</td></tr><tr><td>7</td><td>G</td><td>g</td></tr><tr><td>8</td><td>H</td><td>h</td></tr><tr><td>9</td><td>I</td><td>i</td></tr><tr><td>10~26</td><td>J~Z</td><td>j~z</td></tr></table>	新生兒出生順序	性別		男	女	1	A	a	2	B	b	3	C	c	4	D	d	5	E	e	6	F	f	7	G	g	8	H	h	9	I	i	10~26	J~Z	j~z
新生兒出生順序	性別																																			
	男	女																																		
1	A	a																																		
2	B	b																																		
3	C	c																																		
4	D	d																																		
5	E	e																																		
6	F	f																																		
7	G	g																																		
8	H	h																																		
9	I	i																																		
10~26	J~Z	j~z																																		
13.申報格式中 74-2 不適用 Tw-DRGs 案件之特殊註記，或個案同時符合二種情況，例如主診斷為癌症、次診斷為罕病，則特殊註記有無填寫順序？	由醫院選擇最適之特殊註記填寫。																																			
14.98 年 12 月已切帳申報之費用要如何併入 99 年 1 月計算？	98 年 12 月已切帳申報之費用核實申報，且不併入 99 年 1 月計算。																																			
15.Tw-DRGs 支付制度後，14 日內再住院是否合併申報計算？	1. DRG 支付制度係以同次完整住院為支付單位，出院後 14 日內再次住院，視為另一人次之住院申報案件，惟二案合併審查，若認定 14 日內再住院之案件與前次住院有關且第 2 次住院係因第 1 次過早出院……………等不合理行為造成者，則由審查結果認定後支付。 2. 二次住院獨立申報之案件，仍應依全民健康保險法第 47 條暨全民健康保險法施行細則第 62 條規定，保險對象以同一疾病(ICD-10-CM 前三碼)於同一醫院出院後十四日內再次住院者，																																			

問題	保險人說明
	其住院日數應予合併計算其應自行負擔之費用。
16.長期住院案件切帳及申報住院日數大於 30 日之方式是否改變？	長期住院案件因非屬 Tw-DRGs 支付方式，切帳及申報方式未做改變，並請按住院醫療費用點數申報格式及填表說明註 9 辦理凡屬繼續住院案件，其醫療費用以兩個月（含）以上申報一次為原則，不足二個月之案件，於出院時一次申報，俾提供較完整資料供審查參考；避免與 Tw-DRGs 案件混淆。
17.實施 Tw-DRGs 支付制度，安胎後接著生產之案件應如何申報？部分負擔應如何收取？。	1. 依支付標準通則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，爰此，安胎合併生產者，視為二個獨立費用案件申報方式處理： (1) 第一筆安胎案件轉歸代碼以 1，出院日期不可空白，填切帳當日，住院天數算進不算出，點數清單之欄位 IDd102 不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記填「C」。 (2) 第二筆生產案件入院日期為切帳當日，住院天數算進不算出 (3) 其他與現行之切帳相同。 2. 安胎出院 24 小時後返院生產者，則安胎費用與生產費用屬二次住院之獨立案件申報方式，並未改變。 3. 部分負擔之收取並未因 Tw-DRGs 之實施而改變，仍以實際發生之醫療費用收取。

問題	保險人說明																			
18.安胎之後轉生產，且該生產為自行要求剖腹產者，安胎費用與自行要求剖腹產項目應如何分開申報？ (105.3.30 修訂)	1. 安胎費用點數清單段欄位 IDd102 「不適用 Tw-DRGs 特殊註」記填「C」。 2. 自行要求剖腹產以 Tw-DRGs 案件申報。																			
19.身份變更切帳申報住到第二筆時已累計住院日數大於 30 天(尚未出院)，已知為非 Tw-DRGs 案件，請問第二筆可先申報或等到最後出院時再一起申報？	切帳費用出院時一起申報，因此，出院會有多筆之 G00000 及 G00001 之醫令代碼。																			
20.案件分類改變之切帳(住院<30 天)，點數清單欄位 IDd102 特殊註記，應如何填寫？	舉例如下: <table><tr><th rowspan="2"> 醫療費用 點數清單 切帳方式 </th><th colspan="2">d102 欄位特殊註記</th></tr><tr><th>切帳前</th><th>切帳後</th></tr><tr><td>健保給付案件改為代辦給付案件</td><td>8</td><td>B</td></tr><tr><td>代辦給付案件改為代辦給付案件</td><td>8</td><td>B</td></tr><tr><td>代辦給付案件改為健保給付案件</td><td>8</td><td>8</td></tr><tr><td>病人在住院當中<30 天由健保給付案件分類轉為呼吸器試辦計畫案件或安寧療護案件者(健保給付案件間代碼改變)。</td><td>8</td><td>6</td></tr></table>			醫療費用 點數清單 切帳方式	d102 欄位特殊註記		切帳前	切帳後	健保給付案件改為代辦給付案件	8	B	代辦給付案件改為代辦給付案件	8	B	代辦給付案件改為健保給付案件	8	8	病人在住院當中<30 天由健保給付案件分類轉為呼吸器試辦計畫案件或安寧療護案件者(健保給付案件間代碼改變)。	8	6
醫療費用 點數清單 切帳方式	d102 欄位特殊註記																			
	切帳前	切帳後																		
健保給付案件改為代辦給付案件	8	B																		
代辦給付案件改為代辦給付案件	8	B																		
代辦給付案件改為健保給付案件	8	8																		
病人在住院當中<30 天由健保給付案件分類轉為呼吸器試辦計畫案件或安寧療護案件者(健保給付案件間代碼改變)。	8	6																		

問題	保險人說明									
21.長期住院切帳申報，其住院日數已大於 30 天且尚未出院之非 Tw-DRGs 案件，請問應如何申報？	1. 申報方式如下：<table><tr><th colspan="3">d102 欄位特殊註記</th></tr><tr><td><30 天切帳 (不限 1 次)</td><td>切帳後 (>30 天未出院)</td><td>>30 天出院或多筆切帳</td></tr><tr><td>9 (轉歸代碼為 2 或 7)</td><td>A (轉歸代碼為 2)</td><td>7</td></tr></table> 2. 有關「急性後期整合照護計畫（簡稱 PAC）」之「脆弱性骨折」住院模式個案切帳申報方式，請詳第 40 題。	d102 欄位特殊註記			<30 天切帳 (不限 1 次)	切帳後 (>30 天未出院)	>30 天出院或多筆切帳	9 (轉歸代碼為 2 或 7)	A (轉歸代碼為 2)	7
d102 欄位特殊註記										
<30 天切帳 (不限 1 次)	切帳後 (>30 天未出院)	>30 天出院或多筆切帳								
9 (轉歸代碼為 2 或 7)	A (轉歸代碼為 2)	7								
22.當醫令類別為 A、B、Y 時醫令清單項次第 15:總量、16:單價、17:金額等欄位需如何呈現？	當醫令類別為 A、B、Y 時，醫令清單段欄位 IDp16「總量」、p17「單價」、p18「點數」均為 0，依申報格式填表說明填寫。									
23.醫令類別 A~F 之醫令都是電腦設定是固定的，為何要醫院再多填報？為何要申報醫令類別『Z』之醫令？	1. 因 Tw-DRGs 案件支付點數涉及多項參考數據與多段計算過程，若醫院未申報該等醫令，檢核有錯時難以具體呈現錯誤原因註記，增加醫院申報資料被退件時除錯更正之困難，也可能影響費用申報時效。 2. 因該個案當次住院所有醫療費用需於出院時合併申報，G00000、G00001 之醫令代碼僅呈現前筆已切帳申報費用案件之基本資料與已收取之部分負擔點數，無法完整呈現該個案住院期間之診療內容與費用，故需將前次已申報之藥品、診療與特材等醫令以醫令類別『Z』申報。另完整申報專審醫師才能看到案件之全貌。									

問題	保險人說明
24.有關 Tw-DRGs 醫令代碼之申報排序方式為何？	請按 A00000、A00001、A00002、A00003、 、 、 、 、 、 F00001 依序申報。
25.有關切帳案件醫令類別之排序方式為何？	為讓專業審查能看到案件之全貌，請先將實際醫療費用之醫令類別 1、2、3、X 按 17 項分項費用順序排列後，再將 Z 之醫令類別按 17 項分項費用順序排列，最後再按醫令類別 A、B、Y 排序。
26.有關病患當月身份變更切帳申報又需併報醫令部份，如屬當月申報之案件，該 G00000 資料如何產生？	每一案件於當月份之申報資料即有費用年月、申報類別、申報日期，案件分類、流水號等相關資料，由醫院資訊系統設計於最適流程產製。
27.器官捐贈者，為身分保密，無法取得器官捐贈者 ID，致 Y00000 之申報有困難？	為能統籌器官資源，建立公平、公開及透明之器官分配作業，以縮短病患等待器官移植的時間，目前全國各醫院如果有器官捐贈者，以及正在等待器官移植的病患，均需登錄到財團法人器官捐贈移植登錄中心的器官捐贈移植電子登錄系統，因此，並無所稱無法取得器官捐贈者 ID 之情形，且所有申報資料(含器官捐贈者)均屬保密資料，本局均須受電腦處理個人資料保護法之規範。
28.轉歸代碼為 5：一般自動出院或 6：轉院個案，其住院日數 $\geq$ 該 Tw-DRGs 幾何平均住院日數之申報方式為何？	轉歸代碼為 5：一般自動出院或 6：轉院個案，其住院日數 $\geq$ 該 Tw-DRGs 幾何平均住院日數時，若醫療費用是介於上、下限臨界點範圍內者，申報方式同通則六、(二)依 Tw-DRGs 公式計算 Tw-DRGs 支付定額，不需按日支付。

問題	保險人說明
29.新增之地區醫院加成率，應如何申報？	新增之地區醫院加成率，其醫令代碼以 A10003 地區醫院加成申報。
30.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，應如何申報？	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之申報如下： 1. A00004 醫療服務點數=清單段欄位 IDd83 點數 (含醫令類別 Z 部分負擔代碼改變已切帳申報之醫療費用點數)-醫令類別 X 之醫療費用點數 2. 醫令類別 X 之申報格式，比照醫令類別"1、2、3"之醫令方式申報。 3. 得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，故醫令類別"1、2、3"之醫令內不含該得另行核實申報之醫令。
31.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)，該得另行核實申報，不含於 DRG 支付點數，應如何申報？	雙胞胎以上得另計一人次新生兒費之申報方式： 1. 新增醫令類別 X，清單案件分類必為 5，醫令代碼必為 57114C,57115C,57116B 者,其 MCD 必為 14。 2. 該點數並依支付標準之各部章節對應到醫療服務點數清單段欄位 IDd66~d82 及 d86~d99 中。
32.有關植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之個案，應如何申報？ (105.3.30 修訂) (105.6.14 修訂)	自 103 年 7 月 1 日起執行 IABP(Intraaortic balloon pump)手術之住院案件不適用 DRG 範圍，該類案件自 103 年 7 月 1 日（依申報期間-迄認定）起，應於住院醫療費用點數申報格式「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位申報「J」（執行搏氣球植入術）。

問題	保險人說明
33. Tw-DRGs 案件，部分醫令漏報或申報錯誤，應如何申報？ (108.4.26 修訂) (110.9.2 修訂) (111.5.23 修訂) (111.6.16 修訂) (111.11.3 修訂) (112.6.19 修訂) (113.9.30 修訂) <u>(114.1.9 修訂)</u>	1. Tw-DRGs 案件不得補報部分醫令或醫令差額（註記代碼為 2），下列醫令除外： (1) 醫令類別 K 且為符合特定範圍護病比加成醫令 (2) 醫令類別 X 且醫令代碼為 02025B（出院準備及追蹤管理費） (3) 醫令類別 X 且醫令代碼為 P5113B、P5118B（轉出醫院出院準備及評估費）、P5123B（轉出醫院轉銜作業獎勵費）、P5124B（醫事人員訪視獎勵費） (4) 醫令類別 G 且醫令代碼為 01034B、01035B、01036C、01037C、01038C（轉診診察費醫令） (5) 醫令類別 G 且醫令代碼為 P6301B（重症加護臨床藥事照護費）、P6303B（一般病床臨床藥事照護費） (6) 醫令類別 K 且醫令代碼前三碼為 P46（急診品質提升方案醫令，不包含 P4616B 及 P4622B） (7) 醫令類別 X 且醫令代碼為 P3904C、P3905C（孕產期管理照護費）、<u>P3915C（妊娠糖尿病生產評估）、P3921C、P3922C、P3923C、P3924C（產科醫師與助產人員共同照護費）</u> (8) 醫令類別 G 且醫令代碼為 DNR、DNR01（呼吸器計畫簽署 DNR 之虛擬醫令）

問題	保險人說明
	(9) 醫令類別 X 且醫令代碼為 P7201B (住院整合照護管理費) (10) 醫令類別 X 且醫令代碼為 02028B、02029B (預立醫療照護諮商費) (11) 醫令類別 K 且醫令代碼前三碼為 P82 (主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫醫令，不包含 P8204B-P8205B 及 P8208B-P8210B) (12) 醫令類別 G 且醫令代碼為 P8301B (高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費) 2. 醫院主動通知有部分醫令漏報或申報錯誤之處理方式如下： (1)單純部分醫令漏報、因多重落點醫院選擇低權重 DRG 者： A.費用核定前： a.若為非樣本月或樣本月之非樣本案件，則原申報案件核減後補報。 b.若為樣本案件，則依審查結果辦理，不受理補報。 B.費用核定後：不受理補報。 (2)其他申報錯誤者：不受理補報。
34.裝置「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」之個案，原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報者，應如何申報？	原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報者，欄位 ID102「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」請填「G」。
35.住院醫療費用點數申報格式「轉歸代碼」欄位代碼 B (住院 30	案例：保險對象 A 君因病於 2012-02-29 入院，2012-03-05 於住院中急性腦中風，並於

問題	保險人說明
日內因身分變更切帳申報後，轉為論日支付或代辦之非 Tw-DRGs 案件）申報範例說明：	2012-03-28 轉安寧病房繼續照護。 申報說明： 1. 2012.02.29~2012.03.04：「入院年月日」欄位填載 2012.02.29，因未出院，故「出院年月日」欄位免填，「申報起日」欄位填載 2012.02.29，「申報迄日」欄位填載 2012.03.04，「轉歸代碼」欄位填報 7(身份變更)，「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位填載 9（住院 30 日內未出院之切帳申報個案(如部分負擔代碼改變)，但仍為健保給付案件)，申請點數 0。 2. 2012.03.05~2012.03.27：「入院年月日」欄位填載 2012.02.29，因未出院，故「出院年月日」欄位免填，「申報起日」欄位填載 2012.03.05，「申報迄日」欄位填載 2012.03.27，「轉歸代碼」欄位填載 B（住院 30 日內因身分變更切帳申報後，轉為論日支付或代辦之非 Tw-DRGs 案件），「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位填載 A（因住院 30 日內切帳申報(如部分負擔代碼改變)，且出院（或未出院）之非 Tw-DRGs 案件或>30 日未出院之非 Tw-DRGs 案件）、住院日數共計 28 天，本筆資料應含前筆案件（2012.02.29~2012.03.04）未申報費用之醫令內容，並以醫令類別 B（部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料，醫令代碼必為「G00000~G00001」）、Z（部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令）呈現，合併申報點數。

問題	保險人說明
	3. 2012.03.28~：A 君 102-03-28 起因已轉為安寧療護案件(係採按日支付)，應與前段費用切帳申報（比照一般切帳方式申報，且將「入院年月日」欄位應填載 2012.02.29），轉歸代碼依病人之實際狀況(續住或出院…)填寫、「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位填載 6（試辦計畫、安寧療護案件）。
36.使用人工血管接環（特材代碼：FHP41V1017VW）」之主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術之案例，其醫療費用如何申報？	使用「人工血管接環」之主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術之案例，自 103 年 1 月 1 日起該次就醫資料整件暫採核實申報，俟實施一段時間後再進行評估檢討。是類案件應符合「人工血管接環」之特材給付規定（備註代碼：A213-6），住院申報資料之「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位請填寫"G（原應屬 Tw-DRGs 範圍暫以論量計酬方式申報者）"
37.同次住院多胎生產，一胎自然產後，其餘胎數非自行要求改以剖腹產，其醫療費用如何申報？(105.3.30 新增)	同次住院多胎生產，一胎自然產後，其餘胎數非自行要求改以剖腹產之案例，自費用年月 105 年 3 月起，該次就醫資料整件採論量計酬申報，住院申報資料之「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位請填寫"N（同次住院多胎生產，一胎自然產，其餘胎數非自行要求改以剖腹產者，以論量計酬方式申報）"
38.新生兒同次住院，如先以依附母親或父親方式就醫，之後取得身分證改以本人身分，應如何申報？	新生兒同次住院，如先以依附母親或父親方式就醫，之後取得身分證改以本人身分，以新生兒本人身分申報之住院申報格式醫令清單段填報方式

問題	保險人說明
(106.1.11 新增)	如下： 1. 「醫令代碼」欄位 (p3) 填報「虛擬醫令代碼 903」(同次住院由新生兒依附註記方式就醫，改以非依附註記方式就醫之費用拆 2 筆以上申報案件)。 2. 「切帳前筆資料」欄位 (p12) 應依資料說明欄填寫。 3. 「醫令類別」欄位 (p2) 請填「G」(專案支付參考數值)。 4. 本項自 106 年 1 月 (費用年月) 起於醫療費用申報受理端執行檢核。
39.特約醫事服務機構申報自費尚未納入給付特材未扣除被替代健保特材品項之行政檢核方式 (111.11.3 修訂)	自費用年月 107 年 1 月起，住診 Tw-DRGs 案件，若申報本署公布之「全民健保尚未納入給付特材品項表」中尚未納入給付特材項目 (醫令類別 E)，且費用年月介於生效起日~生效迄日期間者，須申報同一組相對應之「被品項表特材替代之健保特材品項」(醫令類別 D)，並依 XML 申報格式說明，以同一「自費特材群組序號」認定為同一組，未申報醫令類別 D 或申報醫令類別 D 之點數少於對照檔相對應之核價類別支付點數者，於醫療費用受理前端(RAP 系統)進行檢核時以退件處理。

問題	保險人說明			
40.「急性後期整合照護計畫（簡稱 PAC）」之「脆弱性骨折」住院模式個案切帳申報方式。 (107.2.21 新增)	急性後期整合照護計畫中，個案急性期住院屬 DRG 轉 PAC 住院照護之案件，其切帳、出院日期申報方式如下：			
	案件類別	欄位名稱	轉入不同院所	轉入同院
	DRG 案件	轉歸代碼	6：轉院	1：治療出院
		Tw-DRG 出院日期	承作院所 PAC 住院模式之入院日期	PAC 病房繼續照護之日期（虛擬出院日）
	PAC 案件	試辦計畫	4：脆弱性骨折	
PAC 病患來源		3：轉診	7：同次住院費用依規定切帳申報案件	
41.DRG 案件是否適用轉診支付標準？ (107.12.27 修訂)	1.轉診支付標準並未限定特定案件分類，DRG 案件若因醫療需要辦理之轉診(不含平轉)，可依規定申報轉診相關費用。			
	2.轉診及接受轉診費用係由特約院所申報後，由本署後續勾稽個案實際就醫情形於每季統一補付。故轉診費醫令之「醫令類別」申報「G（專案支付參考數值）」，其「總量」、「單價」、「點數」及「支付成數」欄位請申報 0；若為補報者，補報原因註記申報「2」（補報部分醫令或醫令差價）。			

問題	保險人說明
	3.申報欄位 d24「轉歸代碼」依轉診情境，填報「6(安排至其他醫院)」、「G(依醫囑出院轉機構照護)」、「H(依醫囑出院並轉介照管中心/長照需求評估)」、「I(依醫囑出院並安排居家醫療)」、「J(依醫囑出院並轉社區精神醫療)」、「L(依醫囑出院，已無需於本院繼續接受治療，但仍需接受後續醫療服務，下轉至適當院所)」；d108「轉往之醫事服務機構代號」需填報轉往之院所代號。診察費點數填報原診察費費用。
42.住院接受<u>本保險未收載之</u>自費手術案件，其當次住院其他健保給付之費用，應如何申報？ (107.11.20 修訂)	1.民眾如因疾病就醫接受本保險未收載之手術項目，其當次就醫其餘屬本保險已收載之給付項目（如病房費、護理費等），依全民健康保險法第1條第2項規定，仍予以給付。 2.上述住院接受自費手術案件，考量屬已導入DRG範圍之案件，其自費之主要手術非本保險給付項目，不適以Tw-DRGs支付，故申報當次其餘住院費用時，住院醫療費用點數申報格式之「不適用Tw-DRGs案件特殊註記」欄位，申報「P：主要手術為健保不給付」。惟若自費手術係屬次要手術之住院案件，仍應依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」申報。