

Tw-DRGs 支付方案問答輯(1)-管理面

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
111.5.6	第 17 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」	9
111.5.6	第 22 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」	11
106.1.11	第 20 題	文字勘誤，並增列三導線填報虛擬處置碼之版本說明	10
105.6.14	第 27 題	新增自 105 年 6 月 1 日起各類醫事人員可於 VPN 查詢 DRG 編審	12
105.6.14	第 16 題	刪除關節鏡等相關新醫療技術目前尚未納入健保給付，在 DRG 下如何處理	8
105.1.30	第 3 題	修正實施醫療費用總額支付制度及 DRG 支付制度之文字說明	1
104.12.1	第 21 題	修訂 DRG11605「有使用三導線之心律調節器的個案」虛擬碼	10
104.12.1	第 14 題	刪除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」H：「手術為健保尚未納入給付項目者」。	8
104.12.1	第 6 題	實施 Tw-DRGs 支付制度與各保險分區業務組目前實施的目標管理的關係。	6

目錄

1.什麼是 DRG 支付制度?.....	1
2.目前世界已實施健保的國家中，有那些有實施 DRG 支付制度？	1
3.為什麼已實施醫療費用總額支付制度，還要實施 DRG 支付制度？	1
4.Tw-DRG 是否符合保險人規定同病同酬的精神？	2
5.第 1、2 階段實施項目對醫院之財務影響？	2
6.實施 Tw-DRG 支付制度與各保險分區業務組目前實施的目標管理的關係？	2
7.原屬論病例計酬方式申報的個案，Tw-DRGs 導入後適用支付通則規範之不適用 DRG 個案，如何申報費用？	3
8.實施 DRG 支付制度對民眾就醫權益，尤其是重症病人，是否會變成人球？健保有什 麼配套措施？	3
9. DRG 支付制度對醫院有什麼好處？對民眾有什麼好處？	5
10.Tw-DRGs 支付制度實施後，民眾就醫程序、接受醫療服務內容會不會改變？	5
11.目前的論量計酬、論病例計酬支付方式與 DRG 支付制度有何不同?	5
12.Tw-DRGs 編審程式有更新或版本更新時，如何通知醫院或提示更新訊息？	6
13.何時導入第 2 階段實施項目？新增措施為何?.....	6
14.103 年 7 月 1 日起將高危險生產排除 DRG 適用，其原權重及上下限臨界點、SPR 值 是否重算?.....	8
15.102 年 50.55 億之支付標準調整之支付點數差額是否含括在 DRG 點數?.8	
16.目前 DRG 脊椎手術未考慮將多節脊椎手術另行分類，亦未考慮微創手術 台灣已發展多年、多重骨折目前是以單一骨折之最高核價者給付，均顯示 DRG 分類 過於簡單化，在 DRG 下如何處?.....	8
17.在 DRG 制度下，目前特材自費之收取規定為何?.....	9

- 18.自行要求剖腹產改以 DRG 方式支付後，醫院是否可向病人收取差額費用？.....10
- 19.原為自行要求剖腹生產之案件，可以向保險對象收取差額；惟於生產過程中變成高危險生產之案件，屬 DRG 排除範圍整件核實申報。是否仍可向保險對象收取自行要求剖腹生產之差額？.....10
- 20.DRG11605（「有使用三導線之心律調節器的個案」或「『PTCA 單/多條+支架』及『心律調節器單/雙腔』」），關於三導線如何認定？.....10
- 21.DRG513 自行要求剖腹產，申報時不得加計層級別加成、山地離島地區醫院加成及 CMI 加成，建議署本部正式公布。.....10
- 22.個案施行脊椎手術（屬 DRG 案件），特材經事前審查不符健保給付規定者，如病人要求自費使用該特材，醫院是否得予同意或需全案自費？若可，申報醫令類別為何？.....11
- 23.「植入性胎盤」、「產後大出血」等案件排除 DRG 適用範圍，點數清單段「Tw-DRGs 碼」應如何填報？.....11
- 24.103 年 1 至 5 月 DRG 補報案件是否不需重新編審，只要參數重新計算即可？.....11
- 25.有關 103 年 1 月起已暫以 102 年適用參數申報之 DRG 案件補報，核定時程是否為醫院申報後 60 日內？.....12
- 26.有關「103 年已暫以 102 年統計值申報之補報案」，如醫院自行試算結果某個月份為負值（需追扣費用），是否得同意該院該月不補報？.....12
- 27.自 105 年 6 月 1 日起各類醫事人員可於 VPN 查詢 DRG 編審.....12

問題	保險人說明
1.什麼是 DRG 支付制度？	診斷關聯群(DRG；Diagnosis Related Groups)支付制度是以住院病人 ¹ 的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，同時依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的包裹支付點數。
2.目前世界已實施健保的國家中，有那些有實施 DRG 支付制度？	已實施 DRG 支付制度之國家有美國、加拿大、澳洲、紐西蘭、德國、比利時、愛爾蘭、捷克、葡萄牙、西班牙、法國、挪威、瑞典、日本、新加坡、韓國...等，其中最早實施的美國，係自 1983 年就開始用於老人健康保險給付。
3.為什麼已實施醫療費用總額支付制度，還要實施 DRG 支付制度？ (105.1.30 修訂)	1.每年總額的額度，經過全民健康保險會協定，協定過程參考了付費者能力、醫療需求，使總額的成長率符合經濟發展。 2.歐洲國家中包括德國、英國、法國、荷蘭、波蘭等國均是總額支付制度下，採行 DRG 支付方式。 3.DRG 是一種同病同酬的支付方式，同病同酬下，醫院/醫師做得越「好」獲利越多；現行的論量計酬是做得越「多」領得越多。以病人¹就醫權益作為考量時，應該實施 DRG，讓病人¹獲得「好」品質的醫療服務。 4.DRG 除了可以提升醫療服務效率外，未來實施論品質支付時，透過 DRG 的分類，可以比較醫院間醫療服務的品質，是未來論品質支付的重要基礎。

問題	保險人說明
4.Tw-DRGs 是否符合保險人規定同病同酬的精神？	1. Tw-DRGs 之給付符合健保法第 42 條同病同酬之精神。Tw-DRGs 依據住院病人的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件及臨床特性，分成不同的群組，計算不同群組的權重及每一個權重的支付點數(標準給付額)。上述群組、權重、標準給付額為全國性資料，並無層級別差異。 2. 有關每一個 DRG 支付價格的訂定，係採用該 DRG 之權重乘以標準給付額，再納入基本診療加成、兒童加成、CMI 加成及山地離島加成等校正因素，與其他國家採用的方式相近。例如德國、義大利及丹麥校正地區或行政區、法國校正醫院分類、澳洲校正醫院分類及病人疾病嚴重度。
5.第 1、2 階段實施項目對醫院之財務影響？	第一階段實施項目主要以論病例計酬為主，由於各醫院已經發展很好的管理措施，實施前後總申報點數較實際醫療服務點數之差距，即為效率的呈現方式之一，本署將視第二階段實施情形，導入各 MDC，各醫界應儘速發展各 DRG 之臨床路徑，以提升醫療品質及效率。
6.實施 Tw-DRGs 支付制度與各保險分區業務組目前實施的目標管理的關係？ (103.7.1 修訂) (104.12.1 修訂)	1.Tw-DRGs 支付制度以實施前後總醫療點數中平為原則，而且實施 Tw-DRGs 並不會影響醫院總額預算，各分區預算分配係依據全民健康保險會協商結果辦理，各分區之醫院總額預算額度並不受影響。

問題	保險人說明
	2.自 99 年度起為配合本制度之實施，每年醫院總額預算內均編有「鼓勵及推動 DRG」專款計 3-6.8 億元，105 年編列預算 11.14 億元，當年度如導入不同階段 DRG，則該筆款項將併入醫院總額一般部門點值結算。
7.原屬論病例計酬方式申報的個案，Tw-DRGs 導入後適用支付通則規範之不適用 DRG 個案，如何申報費用？	1.Tw-DRGs 支付制度為健保支付制度改革方向，整體住院費用之支付方式將朝此方向努力，在 Tw-DRGs 導入過程中，Tw-DRGs 支付通則規範之不適用之個案，均暫以論量計酬方式申報。 2.例如執行乳癌全部(部分)乳房切除術者屬論病例計酬個案，該論病例計酬項目已於第一階段導入 Tw-DRGs。惟按 Tw-DRGs 支付制度第一章通則三規定，主診斷為癌症之個案不適用 Tw-DRGs，故分類表中僅將原位癌個案轉換為 DRGs 方式申報，其他癌症個案應以論量計酬方式申報。
8.實施 DRG 支付制度對民眾就醫權益，尤其是重症病人，是否會變成人球？健保有什麼配套措施？ (103.7.15 修訂)	1.外界擔心實施 DRG 支付制度，醫療院所會篩選病人，使得重症病人會成為人球，其實保險人已設計配套措施如下： (1)重症疾病不納入 DRG 範圍內，如癌症、精神病人、血友病、愛滋病、罕見疾病及凡是住院天數超過 30 天者、使用 ECMO 個案、臟器移植併發症及後續住院、安寧療護、使用主動脈氣球幫浦個案、高危險生產個案以及同時施行骨盆腔多器官重建手術個案。

問題	保險人說明
	(2)反映全民健康保險醫療費用支付標準因設置基準的差異，層級間基本診療章支付點數有所區別，對醫學中心、區域醫院、地區醫院支付有基本診療加成。 (3)以兒童加成方式係反映支付標準兒童加成規定及保障兒童於 Tw-DRGs 實施後各段年齡總體成長 15%。 (4)醫院收治病人整體之疾病嚴重度>1.1 以上者，按嚴重程度，其 DRG 支付定額給予 1-3%不同加成。 (5)如果實際醫療點數超過 DRGs 的上限臨界點，超過上限之醫療點數仍支付八成。另 18 歲以下先天性疾病之實際醫療點數超過 DRGs 的上限臨界點，則全額支付。 (6)個案使用化(放)療之診療及藥費；使用呼吸器個案、施行洗腎個案之洗腎費用、雙胞胎第二人次之新生兒照護費等費用，以及特定範圍之生物製劑以論量計酬方式申報。 2.保險人為保障民眾權益，避免醫療院所為減少醫療成本提前讓病人轉院或出院，對提早轉院或自動出院個案，會依其住院日數及醫院提供的醫療服務是否合理有不同的支付。 3.為防止病人權益受影響，保險人將會訂立監控指標，例如：出院後再回來急診比率、出院後重覆

問題	保險人說明
	入院比率等，以觀察病人是否被迫提早出院，違規情節嚴重者可以停約，並將處分結果提供衛生福利部醫事司做為醫院評鑑之參考。 4.透過專業審查以確認醫療服務適當性。 5.即時監測，處理民眾申訴案件，確保民眾就醫權益，視情形依特約管理辦法進行查處。
9.DRG 支付制度對醫院有什麼好處？對民眾有什麼好處？	1. 在 DRG 支付制度下，醫院透過加強臨床路徑等管理機制，將醫療照護之流程標準化，讓病人住院後依照臨床路徑的建議治療病人，直到病人出院，維持一定的醫療水準。 2.病人也可獲得較好的照護品質與療效，門診手術可以解決的問題，就在門診完成診療，減少不必要的檢查、用藥及住院日數，同時也減少院內感染的機會。
10.Tw-DRGs 支付制度實施後，民眾就醫程序、接受醫療服務內容會不會改變？	1.Tw-DRGs 支付制度是健保支付醫院住院醫療費用的方式之改變，不應影響民眾就醫程序。 2.Tw-DRGs 支付點數係以實施前特約醫院提供病人醫療服務的內容之支付點數為基礎計算而成，故 Tw-DRGs 實施後民眾接受的診療內容和實施前是一樣的，且醫院更應以病人為中心，提供更有效率之住院醫療服務。
11.目前的論量計酬、論病例計酬支付方式與 DRG 支付制度有何不同？（103.7.1 修訂）	1.論量計酬是依醫院提供之醫療服務項目逐項計費申報，醫療提供者缺乏節約醫療資源的誘因。

問題	保險人說明
	2.論病例計酬係依病例分類(主診斷或主手術)訂定單一支付點數，是一種定額包裹給付方式，但實施項目有限，屬內容單純之疾病，全面管理效益有限，目前 99 年以前門住診合計僅採行 54 項，截至目前（103 年 6 月底）因 99 年開始導入第 1 階段 DRG，及 103 年 7 月導入第 2 階段 DRG，目前實施之論病例計酬項目共計 20 項。 3.DRG 與論病例計酬同是包裹給付方式，但 DRG 涵蓋範圍廣，給付條件與論病例計酬略有不同。
12.Tw-DRGs 編審程式有更新或版本更新時，如何通知醫院或提示更新訊息？（103.7.1 修訂）	1. 住院病例組合編審服務系統於系統穩定後，原則上僅於修訂分類表時同時更新版本。 2. 程式更新訊息乙節，本署健保資訊網服務系統之住院病例組合編審服務系統之目錄下均有註明更新日期，如單筆資料查詢。此外，各醫院可於 VPN 系統下載/「程式更新說明」乙項資料夾查詢修訂時間及修正內容。
13.何時導入第 2 階段實施項目？新增措施為何?(103.7.15 修訂)	1. 第 2 階段 DRG 包括 MDC5(循環系統之疾病與疾患)、MDC8(骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患)、MDC12(男性生殖系統之疾病與疾患)、MDC13(女性生殖系統之疾病與疾患)及 MDC14(妊娠、生產與產褥期)5 大系統，自 103 年 7 月 1 日起實施。 2. 第 2 階段 DRG 共有 260 項目，其中 6 項安胎 DRG 因住院天數差異過大，暫不導入，另脊椎融

問題	保險人說明
	合術等 17 項 DRG 因疾病複雜度較高、特殊材料處理等因素，暫緩實施，該 17 項目如下： (1)496(前、後側合併脊椎融合術) (2)49701(後側及其他脊椎融合術，有合併症/併發症) (3)49702(後側及其他脊椎融合術，無合併症/併發症) (4)49801(前側脊椎融合術，有合併症/併發症) (5)49802(前側脊椎融合術，無合併症/併發症) (6)499(背及頸椎手術，脊椎融合術除外，有合併症/併發症) (7)500(背及頸椎手術，脊椎融合術除外，無合併症/併發症) (8)47804(其他血管手術(3)，有施行非冠狀動脈血管成形術及血管支架植入術，有合併症/併發症) (9)47904(其他血管手術(3)，有施行非冠狀動脈血管成形術及血管支架植入術，無合併症/併發症) (10)12701(心臟衰竭及休克，死亡或病危自動出院者) (11)12702(心臟衰竭及休克，非死亡或非病危自動出院者) (12)126(急性及亞急性心內膜炎) (13)11601(經皮冠狀動脈單條血管成形術，伴有冠狀動脈血管支架)

問題	保險人說明
	(14)11602(經皮冠狀動脈多條血管成形術，伴有冠狀動脈血管支架) (15)11603(其他永久性心律調節器裝置術(雙腔)) (16)11604(其他永久性心律調節器裝置術(單腔)) (17)11605(其他永久性心律調節器裝置術(三導線)或同時執行永久性心律調節器裝置術及經皮冠狀動脈成形術，伴有冠狀動脈血管支架)。 3.關於 DRG46801~46804、47601~47602、47701~47704： (1)依 100 年 11 月 18 日 TW-DRGs 第 2 階段導入項目分類表修訂意見討論會決議，第 2 階段導入之 MDC 中 DRG 落點為 46801~46804、47601~47602、47701~47704 之個案暫不以 DRG 方式申報，維持現行論量計酬方式申報，俟 DRG 全部實施時一併導入。 (2)為避免個案不當編碼，上述暫不導入之 DRG 碼，本署除進行編碼適當性審查外，將加強監控申報情形。
14.103 年 7 月 1 日起將高危險生產排除 DRG 適用，其原權重及上下限臨界點、SPR 值是否重算？	由於排除案件數不多，考量資訊作業近期更動頻繁，其 103 年適用之權重、SPR 值及上下限臨界點暫不重算，俟計算 104 年適用之權重、SPR 值及上下限臨界點，再一併排除重新計算。
15.102 年 50.55 億之支付標準調整之支付點數差額是否含括在	本署於計算 103 年適用之 DRG 各項參數時已將 102 年 50.55 億之支付標準調整支付點數差額校正基期

問題	保險人說明
DRG 點數? (103.7.15 修訂)	(101 年 1 至 12 月) 資料，故該項支付標準調整點數差額已含括在 DRG 點數。
16.目前 DRG 脊椎手術未考慮將多節脊椎手術另行分類，亦未考慮微創手術在台灣已發展多年、而多重骨折目前是以單一骨折之最高核價者給付，均顯示 DRG 分類過於簡單化，在 DRG 下如何處理?(103.7.15 修訂)	對於複雜度較高之疾病或手術/處置可考慮再細緻化處理，未來本署將邀請各醫院團體進行溝通討論，以反映臨床現況。
17.在 DRG 制度下，目前特材自費之收取規定為何? (103.7.15 修訂) <u>(111.5.6 修訂)</u>	<u>1. 醫療院所向民眾收取特材自付費用，應符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定。</u> 2. 全民健保給付的特殊材料已足夠大多數病症使用，醫療院所為病人提供醫療服務時，應優先使用健保給付之特材，健保有給付相同功能的特材，醫療院所就不可以要求使用其他未給付的產品。 3. 使用自費特材，醫療院所應該要開給收據。 <u>醫療院所使用「全民健保尚未納入給付特材品項表」之特材，其收費標準應依醫療法第二十一條規定辦理，並應開給收據。</u> <u>4. 上開「全民健保尚未納入給付特材品項表(下稱品項表)」之品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號，已公布於本署全球資訊網（網址：現 在位置：首頁/藥材專區/特殊材料/健保尚未納入</u>

問題	保險人說明
	給付特材品項表首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保特殊材料 健保特材品項查詢/健保尚未納入給付特材品項)。 已實施之 DRG 項目，有符合下列醫院可向病人收取自費特材原則，並經病人同意(自費)使用自費特材者，醫院可向病人收取全額自費特材費用： (1) 已向本署提出核價建議並經本署受理，尚在審核中、議價中或議價未完成之品項，在完成核價程序之前。 (2) 已納入給付品項，但不符合健保給付規定者。 (3) 經本署審議結果為不納入給付之品項。 5. 醫療院所原則上應該要在手術或處置前 2 日（緊急情況除外），充分向病人解說需要自費特材費用特材自付費用、產品特性、使用原因、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較之書面說明，並填寫同意書。 6. 已實施 DRG 項目，使用自費特材，應將原 DRG 費用中扣除替代健保之特材品項。醫療院所於申報 DRG 並使用未納入給付特材時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。
18.自行要求剖腹產改以 DRG 方式支付後，醫院是否可向病人收取差額費用（103.7.15 修訂）	自行要求剖腹產導入 DRG，係依論病例計酬的支付點數轉成權重，因此與原先論病例計酬一樣，產婦仍須自付差額。

問題	保險人說明
19.原為自行要求剖腹生產之案件，可以向保險對象收取差額；惟於生產過程中變成高危險生產之案件，屬 DRG 排除範圍整件核實申報。是否仍可向保險對象收取自行要求剖腹生產之差額？ (103.7.15 修訂)	高危險生產之案件，屬 DRG 排除範圍整件核實申報，故不可向保險對象收取自行要求剖腹生產之差額。
20.DRG11605(「有使用三導線之心律調節器的個案」或「『PTCA 單/多條+支架』及『心律調節器單/雙腔』」)，關於三導線如何認定？ (103.7.15 修訂) (104.12.1 修訂) (106.1.11 修訂)	1. 三導線係指特材代碼前 5 碼為「FHPHF」之特材。 2. 執行 pacemaker 且有使用三導線個案為 DRG11605，使用三導線個案除原處置碼外，原 ICD-9 版申報虛擬處置碼(0003)，自 105 年 1 月 1 日起 ICD-10 版需增加申報虛擬處置碼 (0200003、0200004、0200005)。 3. 各 DRG 之診斷碼或處置碼 (例如：DRG11601-11605) 請參考本署全球資網公布資料，網址：首頁 /主題專區/ DRG 住院診斷關聯群支付制度/《DRGs 支付制度》/Tw-DRGs 支付分類表(修正附表 7.1,附表 7.1.2,附表 7.2,附表 7.3)。
21.DRG513 自行要求剖腹產，申報時不得加計層級別加成、山地離島地區醫院加成及 CMI 加成，建議署本部正式	自行要求剖腹產係由論病例計酬改以 DRG 方式申報，故其支付點數 (論病例計酬支付點數) 不再重複加計各項加成。

問題	保險人說明
公布。 (103.7.15 修訂)	
22.個案施行脊椎手術（屬 DRG 案件），特材經事前審查不符健保給付規定者，如病人要求自費使用該特材，醫院是否得予同意或需全案自費？若可，申報醫令類別為何？ <u>(111.5.6 修訂)</u>	1. 依「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範<u>全民健保尚未納入給付特材管理作業要點</u>」規定，保險醫事服務機構（以下稱醫事服務機構）為保險對象提供醫療服務時，應依健保法規定優先使用健保給付之特材品項。 2. 已納入健保給付品項，但不符合健保給付規定者，醫事服務機構可向保險對象收取（特材）全額自費，惟醫療處置相關費用仍由健保給付（醫院不可向病人收取自費特材以外之自費費用），DRG 點數需扣除自費特材之原健保給付特材品項之支付點數，自費特材品項由醫事服務機構自行併同醫療費用申報，特材醫令類別應申報「F-自費特材項目-不符給付規定」。
23.「植入性胎盤」、「產後大出血」等案件排除 DRG 適用範圍，點數清單段「Tw-DRGs 碼」應如何填報？(103.7.15 修訂)	「植入性胎盤」、「產後大出血」等案件排除 DRG 適用範圍（非 DRG 案件），點數清單段「案件分類」不可填「5-Tw-DRGs 案件」、「Tw-DRGs 碼」欄位不需填 DRG 碼，且「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」應填「K-已於第 1 階段實施之部分高危險生產疾病」。
24.103 年 1 至 5 月 DRG 補報案件是否不需重新編審，只要參數重新計算即可？(103.7.15 修訂)	是

問題	保險人說明
25.有關 103 年 1 月起已暫以 102 年適用參數申報之 DRG 案件補報，核定時程是否為醫院申報後 60 日內？(103.7.15 修訂)	是
26.有關「103 年已暫以 102 年統計值申報之補報案」，如醫院自行試算結果某個月份為負值（需追扣費用），是否得同意該院該月不補報？(103.7.15 修訂)	依 103 年 4 月 1 日本署召開之「103 年 1 月起已暫以 102 年適用參數申報之 DRG 案件差額補報作業討論會會議紀錄」之三、討論事項之決議（一），為使補付、追扣案件完整處理，103 年 1 月起已暫以 102 年適用統計值申報之 DRG 案件應全數補申報，補報資料以月為單位 1 次全件補報完成，同月份資料不可拆分多筆申報及差額補報。
27.自 105 年 6 月 1 日起各類醫事人員可於 VPN 查詢 DRG 編審(105.6.14 新增)	為使醫院內各類醫事人員能查詢病人 DRG 編審結果，本署自 105 年 6 月 1 日起，於健保資訊網服務系統(VPN)首頁之服務項目，增加「住院病例組合編審查詢作業」，使用者須使用健保連線之電腦設備並進入 VPN 網頁後，不須憑證即可進行編審查詢作業，網址： https://medvpn.nhi.gov.tw/rdde0000/RDDE0350S01.aspx