4.0 版 Tw-DRGs 支付方案問答輯(2)-管理面

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.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

6.原屬論病例計酬方式申報的個案，Tw-DRG 導入後適用支付通則規範之不適用 DRG 個案，如何申報費用？……2

7.實施 DRG 支付制度對民眾就醫權益，尤其是重症病患，是否會變成人球？健保有什麼配套措施？……..3

8. 4.0 版 Tw-DRGs 修訂重點為何?..... 5

9. DRG 全面實施後，所有項目是否無法更動？.....6

10. DRG 支付制度對醫院有什麼好處？對民眾有什麼好處？……..6

11.Tw-DRG 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？……..6

12.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?....6

13.Tw-DRG 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？……7

14.有關特約醫事服務機構住院醫療費用服務點數清單段之 ID-d102-「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位，新增註記 H：「次要手術為健保尚未納入給付項目者」，係指哪些手術項目？……7

15.新醫療技術目前尚未納入健保給付，在 DRG 下如何處理?..... 7

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?.....8

17.在 DRG 制度下，目前特材自費之收取規定為何?.....8

18.自行要求剖腹產改以 DRG 方式支付後，醫院是否可向病患收取差額費用?..... 9

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？?..... 9

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？？…9

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，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，如病患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？…….……10

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-DRG 碼」應如何填報？……..……11

24.自 105 年 6 月 1 日起各類醫事人員可於 VPN 查詢 DRG 編審……..11

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患的診斷、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？	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。以病患就醫權益作為考量時，應該實施 DRG，讓病患獲得「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 依據住院病患的診斷、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患疾病嚴重度。
5.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？	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。
6.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

問題	保險人說明
	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。
7.實施 DRG 支付制度對民眾就醫權益，尤其是重症病患，是否會變成人球？健保有什麼配套措施？	1.外界擔心實施 DRG 支付制度，醫療院所會篩選病人，使得重症病患會成為人球，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、精神病患、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、同時施行骨盆腔多器官重建手術個案，考量死亡及病危自動出院之個案，醫療資源耗用大、支付較高點數，增加排除「死亡、病危自動出院」之個案。 (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)因 CMI 加成屬全院適用，收治個案嚴重度較低之科別亦獲加成，可能影響科別間之衡平性，故刪除病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成。

問題	保險人說明
	(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 歲以下先天性疾病及領有重大傷病之腦性麻痺個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。此外，考量 DRG 再分類之限制，實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者之支付方式，增加經醫院認定係個案病情複雜因素造成之醫療耗用，應於病歷述明理由，得採經專業審查通過核實支付。 (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。考量部分特材占醫療費用比率高且價差大、使用數量不一，增加得另行核實申報不含於 DRG 支付點數之特材項目，品項代碼公布本署網站 DRG 專區。 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患轉院或出院，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.為防止病患權益受影響，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

問題	保險人說明
	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。
8. 4.0 版 Tw-DRGs 修訂重點為何?	1.全民健保自 99 年起實施「全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）」，已實施 2 階段 401 項 Tw-DRGs。 2.為解決分階段實施 Tw-DRGs 支付，未實施之住院仍採論量計酬支付，造成醫院內部管理之矛盾，全民健保加速推動住院 Tw-DRGs 全面實施。參考第 1、2 階實施經驗，於規劃全面實施方案中，對於醫界長期關注議題，如高單價及使用數量不一之特材(如血管支架、心臟節律器、脊椎固定、人工電子耳、血栓清除裝置、液態栓塞系統、心室中膈缺損關閉器、白金線圈、壓力偵測組等)、死亡或病情複雜醫療耗用極端之個案、分類架構不完善無法反應實際醫療耗用及 DRG 各項加成項目之合理性等支付問題，進行通盤了解與研議，經邀請國內近 30 個專科醫學會及醫界代表共同討論後，修正 Tw-DRGs 支付通則及分類方式。 3.暫緩實施項目，由原 53 項增加為 80 項，醫院住診全面實施 1,700 項 Tw-DRGs，占住院費用 57%。

問題	保險人說明
9.DRG 全面實施後，所有項目是否無法更動？	對於各界修訂意見，健保署將持續蒐集、檢討與修正，並設置申訴專線 0800-030-598 及信箱，即時回應及處理醫院、醫師及民眾申訴意見及建議，以期維護三方權益。
10.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。
11.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患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。
12.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?	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。 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

問題	保險人說明
	限。 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。
13.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？	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。
14.有關特約醫事服務機構住院醫療費用服務點數清單段之 ID-d102-「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位，新增註記 H：「手術為健保尚未納入給付項目者」，係指哪些手術項目？	1.有關不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記 H：「手術為健保尚未納入給付項目者」（費用年月 102 年 7 月 1 日生效），該手術係指新醫療技術之手術(HTA)，其餘手術項目不得以此註記申報。 2.Tw-DRGs 案件醫療費用係採包裹方式給付，如住院或手術之主要原因，屬健保給付項目，則相關醫療費用屬健保給付範圍，若手術為健保尚未納入表列給付之新醫療技術項目者，特約醫事服務機構不得向健保署申請該未納入給付項目之費用，因此 Tw-DRGs 案件得填列不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記「M-HTA 診察費等論量申報」。
15.新醫療技術目前尚未納入健保給付，在 DRG 下如何處理?	新醫療技術目前尚未納入健保給付，本署刻正研議過程面特材內含於支付標準事宜，故目前 DRG 中尚未包含這些過程面的材料。這部分之特材本署已

問題	保險人說明
	公告在「尚未納入健保給付之過程面醫材品項表」者，可請民眾自費並用「Y」碼申報。
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?	對於複雜度較高之疾病或手術/處置可考慮再細緻化處理，本署邀請各專科醫學會及醫院團體進行溝通討論，骨科方面區分是否為多處骨折手術、是否為顯微手術、脊椎手術分節數或有無復健，修訂分類架構，以反映臨床現況。此外，考量脊椎固定系統，使用數量不一，列為得另行核實申報不含於 DRG 支付點數之特材項目。
17.在 DRG 制度下，目前特材自費之收取規定為何?	1. 全民健保給付的特殊材料已足夠大多數病症使用，醫療院所為病患提供醫療服務時，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。 2. 醫療院所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的費用、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。 3. 使用自費特材，醫療院所應該要開給收據。 4. 已實施之 DRG 項目，有符合下列醫院可向病患收取自費特材原則，並經病患同意(自費)使用自費特材者，醫院可向病患收取全額自費特材費用：

問題	保險人說明
	(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。 上開品項名稱、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/健保尚未納入給付特材品項表。 5. 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。
18.自行要求剖腹產改以 DRG 方式支付後，醫院是否可向病患收取差額費用	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。
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？	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	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

問題	保險人說明
『心律調節器單/雙腔』」），關於三導線如何認定？	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，建議署本部正式公布。	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。
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，如病患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？	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」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。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（醫院不可向病患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」。

問題	保險人說明
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？	「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-DRG 案件」、「Tw-DRG 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.自 105 年 6 月 1 日起各類醫事人員可於 VPN 查詢 DRG 編審	為使醫院內各類醫事人員能查詢病患 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