

第九部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups , Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一) 相對權重(Relative Weight , 以下簡稱 RW) :

- 1.計算資料排除通則三所列不適用範圍。
- 2.計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。
- 3.計算資料基本診療點數經以地區醫院支付標準校正。
- 4.Tw-DRG 之 RW 由健保局統一計算後公告。
- 5.實施後每年底前重新依前一年醫療服務申報點數，計算新的 RW(例如：97 年使用之 RW 於 96 年，以 95 年資料重新計算)。
- 6.因 Tw-MDC 分階段導入期間，每年計算 RW 時，依各 MDC 導入前之固定 CMI 值進行 RW 校正，並監測各 MDC 導入 Tw-DRG 後，其 CMI 值之改變達穩定之平均年數，當各 MDC 皆導入支付當年加計前述平均年數後，取消 CMI 值之校正。

(二) 標準給付額 (Standardized Payment Rate , 以下簡稱 SPR) :

1. 計算資料排除第三點所列不適用範圍。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. 實施第 1 年之 SPR 係以 95 年資料按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算之「標準給付點數」。
- 4.實施後每年底前重新依前一年醫療費用申報點數及前項原則，計算新的 SPR(例如：97 年使用之 SPR 於 96 年，以 95 年資料重新計算)。

(三)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category , 以下簡稱 MDC) :

Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24 , 其內容及 Tw-DRG 分類條件如附表 9.1。

(四)點數上限臨界點：

- 1.各 Tw-DRG 之上限臨界點，為「Tw-DRG 支付點數」+「固定停損額」，超過該臨界點部分，得再申報超過部分之 80%。
- 2.「固定停損額」以「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」為原則計算。
- 3.實施後每年底前重新依前一年醫療費用申報點數及前項原則，計算新的固定停損額(例如：97 年使用之固定停損額於 96 年，以 95 年資料重新計算)。

(五)點數下限臨界點：為各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療點數之 2.5 百分位值訂定。

(六)論量計酬點數(Fee For Service，以下簡稱 FFS)：以實際提供之醫療服務，並依本保險醫療費用支付標準申報之醫療費用點數。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬「全民健康保險醫療費用支付標準」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。

三、下列案件不適用本部支付標準：

- (一) 主診斷為癌症 (140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、 V58.0、 V58.1、 V67.1、 V67.2)。
- (二) MDC19、MDC20 之精神科案件。
- (三) 主或次診斷為愛滋病(042)、先天性凝血因子異常(286.0-286.3)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。
- (四) 試辦計畫案件。
- (五) 住院日超過 30 日之個案。

四、參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG

後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

- (一) 實際醫療點數低於下限臨界點者，應核實申報。
- (二) 實際醫療點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：
 1. Tw-DRG 支付定額 = $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率}) \times (1 + \text{山地離島地區醫院加成率})$
 2. 基本診療加成率：
 - (1) 「醫學中心」或「經新制醫院評鑑核定比照醫學中心」或「新制醫院評鑑特優之甲類教學醫院」加成率為 8.9%。
 - (2) 「區域醫院或經新制醫院評鑑核定比照區域醫院」或「新制醫院評鑑優等醫院」加成率為 7.3%。
 - (3) 「地區教學醫院」或「經新制醫院評鑑合格之教學醫院」加成率為 3.6%。
 3. 兒童加成率：
 - (1) MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 19%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 10%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 9%。
 - (2) 非 MDC15
 - a. 內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 81%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 12%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 4%。
 - b. 外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 54%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 14%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 6%。
 - (3) 內外科系認定表如附表 9.2。
 - (4) 兒童加成年齡之計算方式，以入院年月減出生年月計算至月。
 4. 山地離島地區醫院加成率：2%。
- (三) 實際醫療點數高於點數上限臨界點者，按第(二)項原則計算之

金額，加上超過臨界點部分之 80% 支付。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療點數界於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

六、 Tw-DRG 導入期間支付，依下列公式計算：

Tw-DRG 導入期間支付

$$= \text{FFS} \times (1-\text{AR}) + \text{Tw-DRG 支付點數} \times \text{AR}$$

年度(費用年)	調整率(AR)
97	25%
98	50%
99	75%
100	100%

七、 各 MDC 導入時程如下：

年度(費用年)	導入 MDC
97	3,9,11,13,23,24
98	PRE,2,4,7,12,15
99	1,5,6,8,10,17
100	14,16,18,21,22

註：1. 無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療點數，附表 9.3 註記之 Tw-DRG 因個案數小於 20 暫採核實申報醫療點數。

2. 依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整率計算實際支付金額。

八、 各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險醫療費用協定委員會年度總額協商結果，配合修訂。

九、 本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依入院日支付標準申報。

十、特約教學醫院各項醫療服務成本，依本通則第五點及第六點計算結果加計 4%。

註：本加成費用依全民健康保險醫療費用協定委員會年度所協定之額度支付，並採浮動點值計算，惟每點以 1 元為上限。

十一、若有經公認之新療法，醫療院所應檢具相關成本資料向健保局提出申請，由健保局評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再依全民健康保險法第五 一條辦理。

十二、各 Tw-DRG 權重、幾何平均住院日、各 DRG 點數 2.5 百分位值詳附表 9.3。

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

- 一、 Tw-DRG 以主次診斷、主次手術、合併症或併發症、年齡、性別及出院狀態為分類變項。
- 二、 Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以 ICD-9-CM 2001 年版為基礎。
- 三、 名詞定義
 - (一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因（即以此次入院原因而非以病情的嚴重度或耗用醫療資源最多者為判別標準）。
 - (二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依附表 9.1.2 所列項目認定。
 - (三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication)：之認定條件如附表 9.1.4。
- 四、 除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，如附表 9.1.3
- 五、 Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等 4 項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。
- 六、 在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：
 - (一)外科系 Tw-DRG
 - 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
 - 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
 - 3.其他。
 - (二)內科系 Tw-DRG。
 - (三) 前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該

個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

七、年齡計算採「入院年月」減「出生年月」後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減 1。

八、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

九、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。