

正本

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：劉俊宏
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jhliu@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年2月11日

發文字號：全醫聯字第0990000376號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：行政院衛生署中央健康保險局修正「全民健康保險醫療費用
支付標準」第九部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-
DRGs支付通則六，如附件，並溯自99年2月1日起施行，請
查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年2月8日健保醫字第
0990072111A號書函之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會

中華民國醫師公會 全國聯合會校對章

副本：

理事長

李明濱

上網公告
鄭暉琴

裝

訂

線

副本

收文編號	收文日期	期歸檔編號	檔號
0482	99.2.9	1770	保存年限

行政院衛生署中央健康保險局 書函

地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：林淑範0227065866轉2645

10688

台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年2月8日

發文字號：健保醫字第0990072111A號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

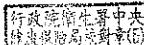
附件：發布令掃描檔

主旨：「全民健康保險醫療費用支付標準」第九部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則六，業經本局於中華民國99年2月8日以健保醫字第0990072111號令修正，茲檢送發布令1份，請查照。

說明：依據行政院衛生署99年1月28日衛署健保字第0990061583號函辦理。

正本：行政院公報編印中心（請刊登公報）

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計處、臺北市政府、高雄市政府、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞工保險局、行政院衛生署、行政院衛生署疾病管制局、行政院衛生署國民健康局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、本局各分區業務組、本局各聯合門診中心、本局局長室、本局黃副局長室、本局主任秘書室、本局財務組、本局會計室、本局企劃組（請刊登全球資訊網）、本局資訊組、本局醫審及藥材組、本局醫務管理組

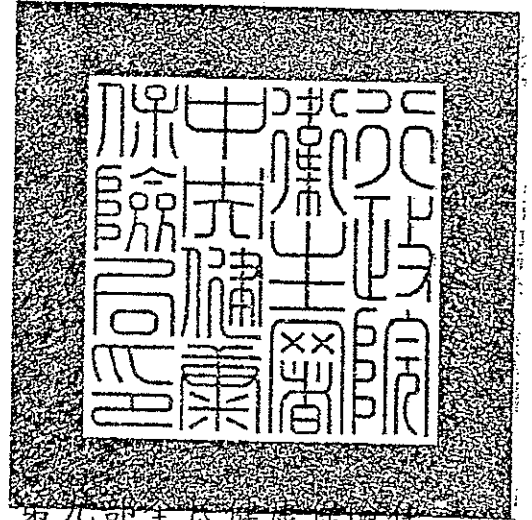


行政院衛生署中央健康保險局

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年2月8日
發文字號：健保醫字第0990072111號
附件：如文



修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第九部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則六，並溯自中華民國九十九年二月一日起施行。

附修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第九部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則

行政院衛生署中央
健康保險局收封(6)

局長鄭守夏

全民健康保險醫療費用支付標準

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本部支付標準之案件。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

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

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件。
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. SPR 係按「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「標準給付額」。

(三) 病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四) 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。

(五) 醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六) 醫療服務點數下限臨界點：

各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七) 醫療服務點數：醫事服務機構依據全民健康保險醫療費用支付標準 (以下簡稱支付標準) 上、下冊及藥價基準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八) 幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患

病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

- (九)前述各 DRG 之「RW」、「SPR」、「醫療服務點數上限臨界點」、「醫療服務點數下限臨界點」、「幾何平均住院日」，由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用(例如：以 97 年資料計算上述數據，並於 98 年底前公告，作為 99 年申報 DRG 支付點數之依據)。
- 二、各 Tw-DRG 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。
- 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)、主診斷為性態未明腫瘤 (235.XX、236.XX、237.XX、238.XX) 案件。
- (二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件。
- (三)MDC19、MDC20 之精神科案件。
- (四)主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。
- (五)試辦計畫案件。
- (六)住院日超過 30 日之案件。
- (七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)之案件得以排除。
- (八)住院安寧療護案件。
- (九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。
- 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、符合支付標準中冊「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。
- 六、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) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。
- (二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：
 1. Tw-DRG支付定額= $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。
 2. 基本診療加成率：依據支付標準第一部總則二規定，依醫療機構與本局簽定合約之特約類別：
 - (1)醫學中心，加成率 7.1%。
 - (2)區域醫院，加成率 6.1%。
 - (3)地區醫院，加成率 5.0%。
 3. 兒童加成率：
 - (1)MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。
 - (2)非 MDC15。
 - a. 內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。
 - b. 外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。
 - (3)內外科系認定表如附表 9.2。
 4. 病例組合指標Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公佈之CMI值及下列成數加成。
 - (1)CMI值大於1.1，小於等於1.2者，加成1%。
 - (2)CMI值大於1.2，小於等於1.3者，加成2%。
 - (3) CMI值大於1.3，加成3%。
 - (4)各醫院CMI值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住RCW及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公佈，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之CMI值，資料統計期間後新設立

醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。上述山地離島地區係指符合行政院衛生署公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」第三點適用範圍所列鄉鎮市區。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之 80% 支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(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」且實際醫療服務點數介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) 下列項目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。

1. 生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，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)。

2. 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。

3. 植入 IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料。

(七) 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，俟有完整申報資料，經保險人評估後恢復按本部支付標準規定申報。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第 1 年(99 年)	155 項 DRG(附表)
第 2 年(100 年)	(暫定)5、8、12、13、14
第 3 年(101 年)	(暫定)2、3、6、7、9、10
第 4 年(102 年)	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第 5 年(103 年)	(暫定)1、15、16、18、21、22

- 九、無權重之Tw-DRG應核實申報醫療服務點數，附表9.3註記※之Tw-DRG因個案數小於20暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之MDC案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。
- 十、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辦理。
- 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。
- 十二、若有經公認之新療法，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人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五十一條辦理。
- 十三、各Tw-DRG權重、幾何平均住院日、醫療服務點數下限臨界點、醫療服務點數上限臨界點等如附表9.3。
- 十四、本部第一章及第二章之附表請至本局全球資訊網下載，網址：
<http://www.nhi.gov.tw/>下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群。