

TW-DRGs 審查作業問答輯

目錄

一、TW-DRGS VALIDATION	4
(一) TW-DRGs 審查重點	4
Q1、TW-DRGs 案件已是定額支付，又沒有基本診療項目規範，審查重點為何？	4
(二) 案件分類	4
Q2、屬於 TW-DRGs 支付通則適用範圍之案件，未以 TW-DRGs 方式申報者整件核減。醫院得進行申復或是補報？	4
Q3、何謂屬「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第一章 TW-DRGs 支付通則所列不適用範圍之案件，仍以 TW-DRGs 支付方式申報？請舉例。	4
(三) DRG 編碼	5
Q4、何謂「申報之 TW-DRG 碼，與本署編審結果不符」？	5
Q5、審查醫藥專家可否比照 CASE PAYMENT 案件之審查方式，改核其他 TW-DRGs？	5
Q6、若不同意申報之主診斷碼，其次診斷碼亦無法同意為主診斷時，則因缺乏主診斷碼致無法歸類 TW-DRGs，予以整件核刪，需由醫院修正代碼後申復，建議此類案件能否直接改核實審查？	5
(四) 診斷／手術處置代碼審查	6
Q7、何謂「申報之診斷碼與手術處置碼不在有效範圍內者」？	6
Q8、部分醫院生產併行結紮，仍會編結紮代碼，是否會退件？	6
Q9、何謂「申報之診斷／手術處置代碼，不符 TW-DRGs 編碼限制」？	6
Q10、TW-DRGs 支付制度使外科系醫師吃虧，因內科系可以依疾病嚴重度選擇主診斷以增加收益，外科系則因手術目的明確，無法改變主次診斷順序。	6
Q11、病患為施行 TKR 而住院，但未手術即心肌梗塞，請問以何者為主診斷？	7
(五) 出院狀態	7
Q12、有關「出院狀況是否穩定」如何認定？	7
Q13、審查注意事項通則（四）3.(4)病情不穩定令其出院，含括留置導尿管情況仍不穩定者。惟臨床上手術，尿管不一定拔得掉，有時會讓病患帶導尿管回家，再轉門診拔除，或返家居家照護，整筆刪除不盡合理。	7
Q14、有關病情不穩定、令其出院(病危自動出院除外)項目中所列之細項，建議應刪除，若主治醫師認定病人符合出院標準，應尊重醫療專業，列細項會讓病人與診療醫師間衍生爭議情況。(例如部分科別病人處置後並無繼續留院觀察之必要，僅需於3至5天後回院追蹤即可，此時病人如認為身上仍有其他留置導管不願出院，醫療費用該如何處理？)	7

(六)	住院及日數合理性	8
	Q15、是否需審查 Tw-DRGs 案件住院日數之合理性？	8
	Q16、Tw-DRGs 案件若病歷未有需住院手術之理由而整筆核刪，是否可改門診手術支付？	8
	Q17、現行 CASE PAYMENT 白內障不限門診或住院手術，若依「全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 案件審查注意事項」一、通則 (四) 規定，於專業審查時，會認定其係屬可門診診療之傷病，造成此案件不予支付，建議排除列入 Tw-DRGs。	8
	Q18、本制度會影響醫療行為，使病人分次住院。出院後短期內再入院，如前次住院為 Tw-DRGs 案件，因合併症再住院，如何處理？又如果病人有2個疾病需要手術，是要併案，還是分開申報(要一次住院完成，還是要執行一次後先出院，14日後再住院手術)？	9
(七)	轉歸	9
	Q19、「非因醫療之需要而轉院，則此案件不予支付」，若因病患自行要求出院又入住他院，請問費用支付方式？	9
(八)	Tw-DRGs 醫令檢核	9
	Q20、何謂申報之 Tw-DRGs 醫令碼，不符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則規定？請舉例。	9
(九)	醫療品質	10
	Q21、醫院建議 Tw-DRGs 案件出院後14日內屬相關之再住院者可併案申報，以免被併案審查核減。	10
二、醫療服務之審查		10
(一)	醫令審查	10
	Q22、審查醫師若認為應是單純手術(處置)，而非醫院申報之複雜手術(處置)時，如何核減？處理原則為何？	10
	Q23、生產時發現卵巢瘤，併同切除，是否可再另申報卵巢瘤手術費用？	10
(二)	程序審查	11
	Q24、程序審查邏輯可否提供醫院寫入程式管控？	11
(三)	核減計算	11
	Q25、請再解釋新舊制核減方式之差異。	11
(四)	特材	14
	Q26、有關骨科特材應以使用健保特材為主，不得額外要求病人自費，如果該項特材未列入健保給付，建議醫院或特材公司應先向健保署申請列入給付範圍。如果病人自行要求使用自費特材，是否整筆都不能申報？	14
(五)	事前審查	14
	Q27、Tw-DRGs 實施後，屬 Tw-DRGs 案件是否還有事前審查之必要？	14

三、申復	14
Q28、Tw-DRGs 案件若被整件核刪，申復時是否只需要針對整件核刪之原因提出解釋？	14
Q29、Tw-DRGs 案件若醫令有核減，但實際未核減者，是否可以辦理申復？	15
四、其他	15
Q30、審查注意事項中要求醫院應於出院病摘中記載主次診斷或主次處置，建議可否規定出院病歷摘要之格式與內容。	15
Q31、全民健康保險 ICD-10-PCS 代碼與醫令對應檔何時會修訂公告？	15
Q32、是否提供 Tw-DRGs 案件相關品質指標供醫院管理參考？	15
Q33、臍疝氣的 Tw-DRGs 申請歸類為何項？	15

一、Tw-DRGs Validation

(一) Tw-DRGs 審查重點

Q1、 Tw-DRGs 案件已是定額支付，又沒有基本診療項目規範，審查重點為何？

健保署說明：

1. Tw-DRGs 審查重點：
 - (1) 入院或主手術(處置)必要性。
 - (2) 診斷與處置之適當性。
 - (3) 診斷與處置編碼之正確性。
 - (4) 住院範圍相關費用之轉移。
 - (5) 超過上限臨界值(Outlier)案件醫療費用之適當性。
 - (6) 出院狀況是否穩定。
 - (7) 醫療品質之適當性。
2. 請參考「[全民健康保險住院診斷關聯群 \(Tw-DRGs\) 案件審查注意事項](#)」。

(二) 案件分類

Q2、 屬於 Tw-DRGs 支付通則適用範圍之案件，未以 Tw-DRGs 方式申報者整件核減。醫院得進行申復或是補報？

健保署說明：

請各醫院使用健保資訊網服務系統(VPN)預檢程式，自我檢查申報正確性，若屬 Tw-DRGs 支付通則適用範圍之案件，未以 Tw-DRGs 方式申報者，醫院得選擇於期限內補正後重新申報（惟受理日期會延後），或先行核刪後再以補報方式申報。

Q3、 何謂屬「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則所列不適用範圍之案件，仍以 Tw-DRGs 支付方式申報？請舉例。

健保署說明：

本署公告之 Tw-DRGs 支付通則所列排除項目，如主診斷屬於癌症者(ICD-10-CM 代碼為 C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、Z51.0、Z51.1、Z51.11、Z51.12、Z08)者，為非 Tw-DRGs 支付案件，若以 Tw-DRGs 支付方式申報，則退件處理，醫院重行申報。

(三) DRG 編碼

Q4、何謂「申報之 Tw-DRG 碼，與本署編審結果不符」？

健保署說明：

Tw-DRGs 案件於申報前端檢核(RAP)與本署檢核結果不符，例如醫院申報 DRG337，經本署檢核認定應為 DRG336，原則以退件處理，醫院重行申報。
若符合支付通則規定且醫院之主張與本署編審原則不同，當次得以補報方式處理，並向本署提出分類修訂意見。

Q5、審查醫藥專家可否比照 Case Payment 案件之審查方式，改核其他 Tw-DRGs？

健保署說明：

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](#)」第二十條之規定辦理，Tw-DRGs 案件進行專業審查時，審查醫藥專家係針對醫院申報之診斷及手術處置碼，並以病歷記載為依據。若經專業審查不同意所申報之診斷或手術處置碼，應予刪除後重編 Tw-DRGs，其審查結果及 Tw-DRGs 認定原則說明如下：

1. 得改核主診斷代碼之情形：

經專業審查不同意所申報之主診斷碼，但同意所申報之次診斷可為主診斷，則以該次診斷為主診斷，及其他所報且未經刪除之次診斷或手術處置碼，重編 Tw-DRGs。

2. 不得改核主診斷代碼之情形：

- (1) 所申報之診斷或手術處置碼經專業審查皆同意：依原編審之 Tw-DRGs 碼結果認定。
- (2) 經專業審查不同意所申報之主診斷碼，且所申報之次診斷皆無法認定可為主診斷，則整筆核刪，由醫院申復。
- (3) 經專業審查同意所申報之主診斷碼，但不同意所申報之次診斷或手術處置碼，則將上開不同意代碼刪除後，重編 Tw-DRGs。

除上述第1點會主動改核主診斷代碼外，其餘僅會將不同意之代碼刪除，不會主動改核給非醫院申報之代碼。

Q6、若不同意申報之主診斷碼，其次診斷碼亦無法同意為主診斷時，則因缺乏主診斷碼致無法歸類 Tw-DRGs，予以整件核刪，需由醫院修正代碼後申復，建議此類案件能否直接改核實審查？

健保署說明：

無法歸類 Tw-DRGs 者即無法正確給付，一律改核實審查並不符 Tw-DRGs 支付制度之精神，故仍應整件核刪，由醫院修正代碼後申復，重新認定正確之給付。

(四) 診斷／手術處置代碼審查

Q7、何謂「申報之診斷碼與手術處置碼不在有效範圍內者」？

健保署說明：

指所申報之診斷或手術處置碼不在本署公告醫療費用申報使用之國際疾病分類代碼版本範圍內者，例如某診斷碼應細分至5碼，但醫院申報資料只填報其前4碼，以退件處理，醫院重行申報。

Q8、部分醫院生產併行結紮，仍會編結紮代碼，是否會退件？

健保署說明：

生產併行結紮者，除生產代碼外另應加編 Z30.2【來院接受結紮】，遇此代碼不會退件，惟醫院應將此健保不給付費用扣除後申報。

Q9、何謂「申報之診斷／手術處置代碼，不符 Tw-DRGs 編碼限制」？

健保署說明：

按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第二章、本署公布之「ICD-10-CM/PCS 疾病分類編碼指引」及「Tw-DRGs 分類手冊」所臚列診斷／手術處置碼編碼限制，醫院申報之主診斷碼出現下列情形者，除第3項「避免為主診斷」採加強審查外，其餘項目以退件處理，醫院重行申報。

1. 不能為主診斷：V00-Y99外因碼不能為主診斷。
2. 不允許為主診斷：症狀與徵候代碼不可當主診斷，應以其原發疾病當主診斷，如：D63.1（慢性腎臟疾病導致的貧血）不能當主診斷，應以原發疾病 N18.6末期腎病為主診斷。
3. 避免為主診斷：如 E11.9（第二型糖尿病，未伴有併發症）多半是併有其他急、慢性病變才會住院的。（本項不退件，採加強審查）
4. 非屬健保給付範圍：酒癮、藥癮等之戒斷屬健保不給付，若出現此類代碼，先了解若為戒斷則不能申報該個案，如：F10.120(酒精濫用，伴有中毒，無併發症)。

Q10、Tw-DRGs 支付制度使外科系醫師吃虧，因內科系可以依疾病嚴重度選擇主診斷以增加收益，外科系則因手術目的明確，無法改變主次診斷順序。

健保署說明：

按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則對主診斷定義有明確規定為引起本次住院主因，不可依疾病嚴重度自由選擇主診斷以增加收益，主診斷之編碼正確性亦是本署對 Tw-DRGs 案件審查重點。

Q11、病患為施行 TKR 而住院，但未手術即心肌梗塞，請問以何者為主診斷？

健保署說明：

若是為執行 TKR 而住院，按「[全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準](#)」第七部第二章 Tw-DRGs 主診斷定義，該骨科診斷應為主診斷。

(五) 出院狀態

Q12、有關「出院狀況是否穩定」如何認定？

健保署說明：

按「[全民健康保險住院診斷關聯群 \(Tw-DRGs\) 案件審查注意事項](#)」一、通則 (四)

3.病情不穩定，令其出院者不予支付：

1. 出院前24小時內生命徵象不穩定。
2. 尚有併發症(complication)未獲妥善控制。
3. 傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。
4. 排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。
5. 使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，或使用居家中央靜脈營養，可出院療養、門診追蹤處理者除外。
6. 非因醫療需要之轉院。
7. 其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。

如為自動出院、轉院個案，應於出院病歷摘要詳實註明理由。

Q13、審查注意事項通則 (四) 3.(4)病情不穩定令其出院，含括留置導尿管情況仍不穩定者。惟臨床上手術，尿管不一定拔得掉，有時會讓病患帶導尿管回家，再轉門診拔除，或返家居家照護，整筆刪除不盡合理。

健保署說明：

按「[全民健康保險住院診斷關聯群 \(Tw-DRGs\) 案件審查注意事項](#)」一、通則 (四)

3.(4)文字規定如下：「排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。」

上述並未要求尿管一定要拔掉，若留置導尿管情況穩定經醫師認定可出院者，並非屬整件刪除之情形。

Q14、有關病情不穩定、令其出院(病危自動出院除外)項目中所列之細項，建議應刪除，若主治醫師認定病人符合出院標準，應尊重醫療專業，列細項會讓病人與診療醫師間衍生爭議情況。(例如部分科別病人處置後並無繼續留院觀察之必要，僅需於3至5天後回院追蹤即可，此時病人如認

為身上仍有其他留置導管不願出院，醫療費用該如何處理？

健保署說明：

有關「**全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）案件審查注意事項**」對於「病情不穩定、令其出院」所列細項，係為提供專業審查參考，臨床上「是否情況穩定可出院」仍應由專業認定，若個案情況特殊，應於申報資料中詳細敘明，供審查認定。所提導管仍留置乙節，審查注意事項已有規定，不予支付是指：使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，可出院療養、門診追蹤處理者除外。

（六） 住院及日數合理性

Q15、是否需審查 Tw-DRGs 案件住院日數之合理性？

健保署說明：

所有 Tw-DRGs 案件皆應審查其住院日數之合理性，但重點不同，說明如下：

1. 符合 Tw-DRGs 支付通則規定論日支付案件、實際醫療服務點數高於上限臨界點之 Outlier 案件、實際醫療服務點數低於下限臨界點核實申報之案件，應審查其住院日數是否皆為診療所需。
2. 實際醫療服務點數介於上下限臨界點間之定額案件，應審查其住院日數是否過短，是否要求病人提早出院。

Q16、Tw-DRGs 案件若病歷未有需住院手術之理由而整筆核刪，是否可改門診手術支付？

健保署說明：

若病歷皆未有需住院手術之理由，依「**全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）案件審查注意事項**」一、通則（四）1.規定，整筆核刪並註明理由，不作改付。

Q17、現行 Case Payment 白內障不限門診或住院手術，若依「全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）案件審查注意事項」一、通則（四）規定，於專業審查時，會認定其係屬可門診診療之傷病，造成此案件不予支付，建議排除列入 Tw-DRGs。

健保署說明：

「**全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）案件審查注意事項**」一、通則（四）1.(1)所述之「可門診診療之傷病」係指審查醫師針對個案情形之判斷，若無需住院之理由，則應屬可門診診療，並非依疾病名稱逕行認定。

Q18、本制度會影響醫療行為，使病人分次住院。出院後短期內再入院，如前次住院為 Tw-DRGs 案件，因合併症再住院，如何處理？又如果病人有 2 個疾病需要手術，是要併案，還是分開申報(要一次住院完成，還是要執行一次後先出院，14 日後再住院手術)？

健保署說明：

1. Tw-DRGs 是以一次住院為申報單位，若該次住院是為治療二項疾病或二項手術，其治療內容反映在主、次診斷及主、次手術處置，申報為一個 Tw-DRGs 案件；另依「[全民健康保險住院診斷關聯群 \(Tw-DRGs\) 案件審查注意事項](#)」規定：引起病人此次住院之主要原因為多重診斷且皆符合主要診斷之條件時，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷。」故住院後才發生之診斷或雖於住院前即存在，但並非病患此次住院之目的者，不得為主診斷。
2. 病患是否需分次住院應由臨床醫師依個案情形專業認定，本署會就 Tw-DRGs 案件出院狀況合理性及是否出院後再急診、再住院案件加強審查。

(七) 轉歸

Q19、「非因醫療之需要而轉院，則此案件不予支付」，若因病患自行要求出院又入住他院，請問費用支付方式？

健保署說明：

病患自行要求出院又入住他院，應屬自動出院而非轉院，按「[全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準](#)」第七部第一章六、(四)規定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，採論日支付，每日支付點數為該 Tw-DRG 支付定額除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數。

(八) Tw-DRGs 醫令檢核

Q20、何謂申報之 Tw-DRGs 醫令碼，不符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則規定？請舉例。

健保署說明：

申報之 Tw-DRGs 醫令碼，不符合「[全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準](#)」第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則規定者，以退件處理，醫院重行申報，舉例如下：
例1：標準給付額 SPR 之醫令代碼應為 A00001，醫院申報 A00002。
例2：區域醫院基本診療加成代碼應為 A10002，醫院申報 A10001。

(九) 醫療品質

Q21、醫院建議 Tw-DRGs 案件出院後14日內屬相關之再住院者可併案申報，以免被併案審查核減。

健保署說明：

現行 Tw-DRGs 支付制度係以一次住院為支付單位，併案審查係為認定是否有不當出院以致再住院者，若合理出院則不會因再入院而整件核減。

二、醫療服務之審查

(一) 醫令審查

Q22、審查醫師若認為應是單純手術(處置)，而非醫院申報之複雜手術(處置)時，如何核減？處理原則為何？

健保署說明：

若申報之複雜手術經審查不同意，認定應為單純手術者，其醫令之核減及手術處置代碼處理原則如下：

1. 若複雜手術與單純手術之處置代碼 (ICD-10-PCS) 相同：醫令改核為單純手術，但手術處置代碼不變。

例如：申報手術代碼0WQF0ZZ (開放性腹壁修補術)，醫令代碼88019B (先天性腹壁缺損直接修補術-複雜性)，經審查後認定，應申報醫令代碼88018B (先天性腹壁缺損直接修補術-單純性)，其手術代碼亦為0WQF0ZZ，則手術代碼不核刪，僅改核醫令 (88019B 改為88018B)，並核減二項醫令之點數差額，供重新認定該 Tw-DRGs 落點 (支付型態)。

2. 複雜手術處置代碼與單純手術處置代碼不同：醫令點數差額核減，複雜手術處置代碼刪除(但不主動核定單純手術處置代碼)後，依重編之 Tw-DRGs 認定。

例如：主診斷為右側女性乳房惡性腫瘤，申報手術代碼0HTT0ZZ (開放性右側乳房全部切除術)，醫令代碼63003B (單純乳房切除術-單側)，經審查後認定，僅為開放性右側乳房部分切除術，應申報手術處置代碼0HBT0ZZ，醫令代碼63001B (部份乳房切除術-單側)，則刪除0HTT0ZZ 後重編 Tw-DRGs。另63003B 改核為63001B，醫令點數差額之核減，供認定重編之 Tw-DRGs 落點 (支付型態)。

Q23、生產時發現卵巢瘤，併同切除，是否可再另申報卵巢瘤手術費用？

健保署說明：

本件為生產 Tw-DRGs 項目，所申報卵巢瘤手術費用會反應在實際醫療點數中，再依 Tw-DRGs 支付通則認定 Tw-DRGs 給付。

(二) 程序審查

Q24、程序審查邏輯可否提供醫院寫入程式管控？

健保署說明：

有關 Tw-DRGs 程序審查以退件處理者，本署已於健保資訊網服務系統（VPN）提供 Tw-DRGs 編審作業程式，供醫院比對，本署並已提供應申報 Tw-DRGs 案件誤申報至其他案件分類之預檢程式，提供醫院預先檢核。

(三) 核減計算

Q25、請再解釋新舊制核減方式之差異。

健保署說明：

新、舊制之核減說明如下：

1. 舊制(至101年12月31日止)核減點數係專業審查採抽樣審查，程序審查採逐案審查，分別計算核減點數，即核減點數＝「樣本案件之專業審查核減點數回推後點數」＋「所有案件逐案之程序審查核減點數」。
2. 新制(自101年1月1日起)核減係專業審查與程序審查均採抽樣審查，即將樣本案件之「醫療費用」扣除「專業審查核減＋程序審查核減」，重新認定「醫療費用」之 Tw-DRGs 落點及核減點數，其認定結果及計算參考下列範例：
3. 樣本案件核減點數合計／（Tw-DRGs 案件申請點數＋部分負擔）＝核減率

DRG 案件類別	核減案例計算說明
(1) 「Outlier 案件」經核減後醫療點數超過上限臨界點，支付型態仍為「Outlier 案件」者：以「專業審查核減＋程序審查核減」X 0.8＝核減點數	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用54000點 ●部分負擔5400 ●申請費用點數30000+(54000-50000) X 0.8-5400=27800點 ●經專業審查核減1000點、程序審查核減500點(合計1500點) ●核減後醫療點數54000-1500=52500，仍屬 Outlier 案件。 ●核定點數=30000+(54000-50000-1500)*0.8=32000 ●核減點數=(申請費用點數)－(核定點數－部分負擔) =27800－(32000－5400)=1200點 ●簡化公式計算核減點數=(1000+500)X0.8=1200點
(2) 「Outlier 案件」經核減後醫療點數介於上、下限臨界點之間，支付型態為「定額案件」者：以「醫療費用」減「上限臨界點」X 0.8＝核減點數。	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用54000點 ●部分負擔5400 ●申請費用點數30000+(54000-50000) X 0.8-5400=27800點

DRG 案件類別	核減案例計算說明
	<ul style="list-style-type: none"> ●經專業核減3000點、程序審查核減2000點(合計5000點) ●核減後醫療點數54000-5000=49000，已落入定額案件。 ●核定點數=Tw-DRGs 定額30000點 ●核減點數=(申請費用點數)-(核定點數-部分負擔) =27800-(30000-5400)=3200點 ●簡化公式計算核減點數=(54000-50000) X 0.8=3200點
(3) 「定額案件」經核減後醫療點數介於上、下限臨界點之間，支付型態仍為同一「定額案件」者：核減點數為0。	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用29000點 ●部分負擔2900 ●申請費用30000-2900=27100點 ●經專業審查核減1000點、程序審查核減500點(合計1500點) ●核減後醫療點數=29000-1500=27500，仍屬定額案件。 ●核定點數=Tw-DRGs 定額30000點 ●核減點數=(申請點數申請費用點數)-(核定點數-部分負擔) =27100-(30000-2900)=0點
(4) 「定額案件」經核減後醫療點數低於下限臨界點，支付型態改為「低於下限臨界點核實案件」者：「定額」減「核定點數」=核減點數。	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用20000點 ●部分負擔2000 ●申請費用點數30000-2000=28000點 ●經專業審查核減6000點、程序審查核減500點(合計6500點) ●核減後醫療點數=20000-6500=13500，已低於下限臨界點。 ●核定點數=核減後醫療點數13500點 ●核減點數=(申請費用點數)-(核定點數-部分負擔) =28000-(13500-2000)=16500點 ●簡化公式計算核減點數=30000-13500=16500點
(5) 「低於下限臨界點核實案件」經核減者：「專業審查核減+程序審查核減」=核減點數。	<ul style="list-style-type: none"> ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用14000點 ●部分負擔1400 ●申請費用點數14000-1400=12600點 ●經專業審查核減500點、程序審查核減200點(合計700點) ●核減後醫療點數=14000-700=13300，仍為低於下限臨界點。 ●核定點數=核減後醫療點數13300點 ●核減點數=(申請費用點數)-(核定點數-部分負擔) =12600-(13300-1400)=700點 ●簡化公式計算核減點數500+200=700點

DRG 案件類別	核減案例計算說明
<p>(6) 「論日支付案件」，若經核減後醫療點數介於上、下臨界點之間，且實際住院日數未遭核減者，核減點數=0。 論日支付給付=定額/該 Tw-DRG 幾何平均住院日 X 實際住院日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用22000點 ●部分負擔2200 ●轉歸：轉院 ●幾何平均住院日數3天 ●實際住院日數2天 ●申請費用點數$(30000/3 \times 2)-2200=17800$點 ●經專業核減200點、程序審查核減200點(合計400點) ●核減後醫療點數$=22000-400=21600$，仍在上下限臨界點間，仍採論日給付。 ●核定點數$=30000/3 \times 2=20000$ ●核減點數$=(申請費用點數)-(核定點數-部分負擔)=17800-(20000-2200)=0$點
<p>(7) 「論日支付案件」，若核減後醫療點數低於下限臨界點，支付型態改為「核實支付」者：「論日申報點數」減「核定點數」=核減點數。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用22000點 ●部分負擔2200 ●轉歸：轉院 ●幾何平均住院日數3天 ●實際住院日數2天 ●申請費用點數以論日支付應為$(30000/3 \times 2)-2200=17800$點 ●經專業審查核減8000點、程序審查核減0點(合計8000點) ●核減後醫療點數$=22000-8000=14000$，已低於下限臨界點，改採論量核實給付。 ●核定點數=核減後醫療點數14000 ●核減點數$=(申請點數-申請費用點數)-(核定點數-部分負擔)=17800-(14000-2200)=6000$點 ●簡化公式計算核減點數$=20000-14000=6000$點
<p>(8) 「論日支付案件」經核減後醫療點數介於上、下限臨界點之間，且實際住院日數有遭核減者：定額/幾何平均住院日數 X 核減日數=核減點數。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Tw-DRGs 定額30000點 ●上限臨界點為50000點 ●下限臨界點為15000點 ●實際醫療費用32000點 ●部分負擔3200 ●轉歸：轉院 ●幾何平均住院日數3天 ●實際住院日數2天 ●申請費用點數以論日支付計算為$(30000/3 \times 2)-3200=16800$點 ●經專業審查核減1日$(30000/1 \times 1=10000)$點及醫療費用核減

DRG 案件類別	核減案例計算說明
	<p>(2000點)、程序審查核減0點(合計12000點)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●核減後醫療點數$32000-12000=20000$，仍在上下限臨界點間，仍採論日給付。 ●核定點數$=30000/3 \times (2-1)=10000$ ●核減點數$=(申請點數-申請費用點數)-(核定點數-部分負擔)=16800-(10000-3200)=10000$點 ●簡化公式計算核減點數$=30000/3 \times 1=10000$點

(四) 特材

Q26、有關骨科特材應以使用健保特材為主，不得額外要求病人自費，如果該項特材未列入健保給付，建議醫院或特材公司應先向健保署申請列入給付範圍。如果病人自行要求使用自費特材，是否整筆都不能申報？

健保署說明：

有關特材收取自費，請依「[全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範](#)」規定辦理。

(五) 事前審查

Q27、Tw-DRGs 實施後，屬 Tw-DRGs 案件是否還有事前審查之必要？

健保署說明：

Tw-DRGs 案件下規定需事前審查之醫令項目仍有審查「是否為醫療必需」之必要，故仍需依事前審查相關規定辦理。

三、申復

Q28、Tw-DRGs 案件若被整件核刪，申復時是否只需要針對整件核刪之原因提出解釋？

健保署說明：

Tw-DRGs 案件如經整件核刪或 Tw-DRGs 改支，且併行部分醫令核減、改支者，如需申復，應針對整筆核刪、清單改支或醫令核減部分一併詳述申復理由，以利申復（爭審）補付程序進行。

Q29、Tw-DRGs 案件若醫令有核減，但實際未核減者，是否可以辦理申復？

健保署說明：

Tw-DRGs 案件經審查後，醫療費用核減為0者，因不涉及保險權益事項且無申復或爭議審議之標的，該案件不受理申復，原審查結果僅供醫院參考。

四、其他

Q30、審查注意事項中要求醫院應於出院病摘中記載主次診斷或主次處置，建議可否規定出院病歷摘要之格式與內容。

健保署說明：

病歷摘要屬病歷之一部分，應依相關醫療法規辦理。建議醫院將涉 Tw-DRGs 審查重點之項目列入病歷摘要中，以利審查。

Q31、全民健康保險 ICD-10-PCS 代碼與醫令對應檔何時會修訂公告？

健保署說明：

因應105年1月1日全面單軌申報 ICD-10-CM/PCS，本署業於102年委託台灣病歷資訊管理學會研議全民健康保險 ICD-10-PCS 代碼與醫令對應檔，且已公開至本署全球資訊網[國際疾病分類第十版 ICD-10-CM/PCS 專區](#)，供醫療院所下載運用。

Q32、是否提供 Tw-DRGs 案件相關品質指標供醫院管理參考？

健保署說明：

本署已研擬「各 Tw-DRG outlier 案件數占率」、「住院 CMI 值」、「以病例組合校正之平均每件醫療費用」、「以病例組合校正之住院案件算術平均住院天數」、「以病例組合校正之住院案件幾何平均住院天數」、「以病例組合校正之住院案件出院後3日內、14日內、30日內再住院率」、「以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率」、「MDC 與 DRG 之件數(醫療費用點數)及其占率」、「Tw-DRGs 用藥平均品項數」、「Tw-DRGs 案件轉院率」等10項品質管理指標，已透過健保資訊網服務系統(VPN)供醫院管理參考。

Q33、臍疝氣的 Tw-DRGs 申請歸類為何項？

健保署說明：

應請先確認該個案之主、次診斷及手術處置代碼後，可利用健保資訊網服務系統(VPN)提供之網路版、單機版 Tw-DRGs 編審畫面進行 Tw-DRGs 歸類之查詢。