

## 論病例計酬與疾病診斷關聯群（DRGs）

健保開辦之初便選擇手術過程單純、醫療服務點數變異性小的項目—自然產、剖腹產及自行要求剖腹產 3 項，先行辦理論病例計酬。論病例計酬，即預先訂定手術的支付標準，對保險人及醫院來說，有較標準化的支付金額，醫院也可以做合理的自我成本管控，以追求更高的管理效率、醫療品質透明化，並協助減少醫療浪費。所以繼生產論病例計酬後，又逐步擴大辦理，初期以外科手術及婦科項目為主，其後又增加眼科、泌尿科、內科、骨科、耳鼻喉科、心臟科等項目。至 92 年總計有 54 項病例計酬項目。經評估發現，實施論病例計酬對平均住院日、檢查、用藥等，各有節約效果，如腹腔鏡膽囊切除術病患的再急診率、手術死亡率、平均費用及住院天數皆有所減少。

為全面推廣，自 88 年起健保局便以美國 CMS 18 版的疾病診斷關聯群（DRGs）為分類基礎，結合國內專家學者、臨床醫師及臨床疾病分類人員，組成 DRGs 專案研究小組，同時以託委研究方式，增加 CMS 版所缺乏的新生兒分類，共同完成適用於國內醫療型態的臺灣版 DRGs（Tw-DRGs）。Tw-DRGs 分成 23 個主要疾病類別，分類項目共 1,017 項 DRG。為使制度週延並爭取醫界的支持，從 88 年開始共歷經 11 年研議，自 99 年 1 月開始，健保局規劃以五年時間分期導入，全程導入將佔總住院費用之 60%。

住院論量支付改採 Tw-DRG 支付，是臺灣健保的重大變革。為保障病患權益，健保局特別設計監控指標，針對醫療效率、費用轉移、病患轉移及成效測量等四個面向，作管理及重點審查參考。

在 Tw-DRGs 支付點數的計算方面，則依據過去醫院申報的住院醫療服務點數，統計每一個 DRG 的相對權重及標準給付額。另有基本診療、兒童、CMI（Case-Mix Index）及山地離島等 4 項加成。為減輕對重症病患的影響，經與醫界代表協商，決定部分疾病不納入 DRGs，包括癌症、精神科疾病、愛滋病、罕見疾病及住院日超過 30 日等病患，皆維持以論量計酬方式支付。