

# 實施DRG制度 對醫院之影響及其因應

中台科技大學

醫事室病歷組

實習生 吳佳玲

2005年8月25日

# 健保自1995年3月開辦後.....

論量計酬(1995)

論質計酬(2002)

醫院總額(2002)

卓越計畫(2004)

2006年推行DRG支付制度

**DRG制度對醫院有何影響？**

# 何謂DRGs？

Diagnosis Related Groups 診斷關聯群

依住院病人的疾病診斷、手術種類、合併症和併發病等為分類變項

將臨床處置與資源耗用量相近的病例歸於同一項DRG碼

以組內差異小，組間差異大且具互斥及周延性為原則的一種疾病分類系統

# DRG產生的背景

## (一) 美國醫療費用上漲嚴重

1965-1984費用上漲14倍

## (二) 前瞻性單項訂價效果不佳

醫療項目及次數，由醫院決定

# 實施DRG的目的

- (一) 希望抑制醫療費用上漲的速度
- (二) 使醫護人員具有成本的概念
- (三) 加強醫院內部管理並提高工作效率

# DRG的發展

## 第一代DRG (1960年)

由Fetter與Thompson共同完成

## 第二代DRG (1981年)

即為Medicare DRG

## R-DRG (1985年)

取代Medicare DRG

# DRG的發展-(續)

## **AP-DRG(1978年) (All-Patient DRG)**

非Medicare病患的醫療支付制度

## **APR-DRG (1988年) (All-Patient Refined DRG)**

爲改善公平支付住院費用的問題

# 台灣版DRG

## 規劃基礎

決定以美國DRG為基礎，選定以Medicare第18版為藍本，配合國內醫療特性做適當的修改

## 第一版DRG

參考美國DRG的分類邏輯，自行開發了住院病例組合的分類方式，於九十一年四月公布第一版DRG，共499項DRG

## 第二版DRG

第一版CV值過大，進行第二版DRG修正的分類架構，將原訂的499項DRG再細分為976項DRG



# 台灣版DRG-六大歸屬

- 疾病診斷
- 手術處置
- 併發症/合併症
- 年齡
- 性別
- 出院狀況

# 台灣版DRG-支付原則(草案)

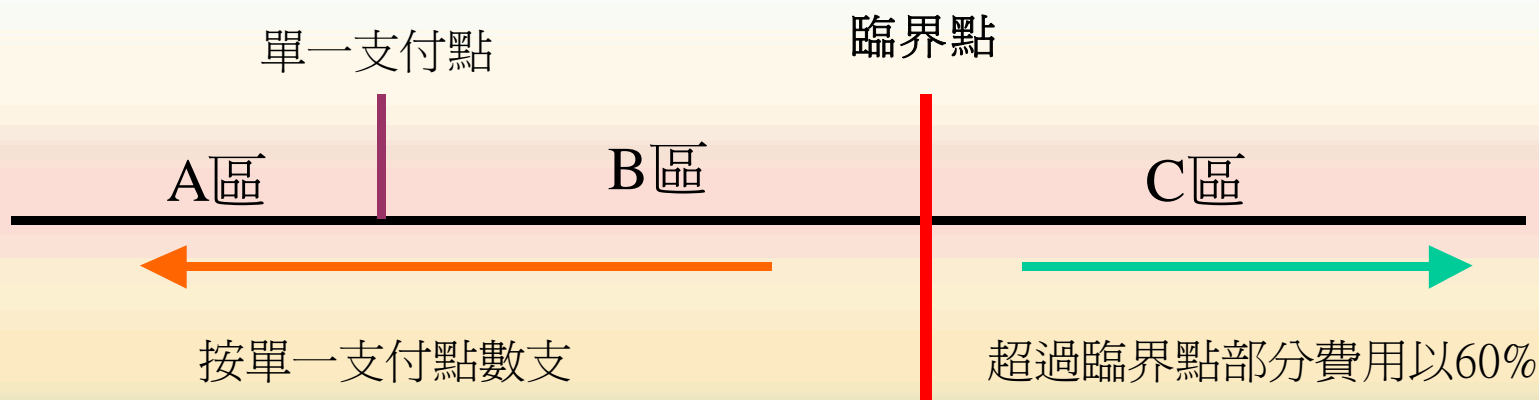
- 一、各DRG所訂點數中，包含當次住院中所有屬健保給付範圍之醫療費用，特約醫療院所不得向病患收取差額。
- 二、不列入DRG支付範圍，而維持論量計酬或論質計酬支付
  - (1) 死亡、自動出院、轉院、自殺或潛逃者；
  - (2) 長期住院個案(住院日>30日或>60日)；
  - (3) 參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫或其他支付方案之案件
  - (4) 主診斷為MDC19、20(精神科)範圍；
  - (5) 主診斷為癌症者(140.XX-175.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)。

# 台灣版DRG-支付原則(草案)

三、支付原則，以三種不同去極值方式說明：

去極值方式為95%以上或2SD以上者(RW1、RW3)

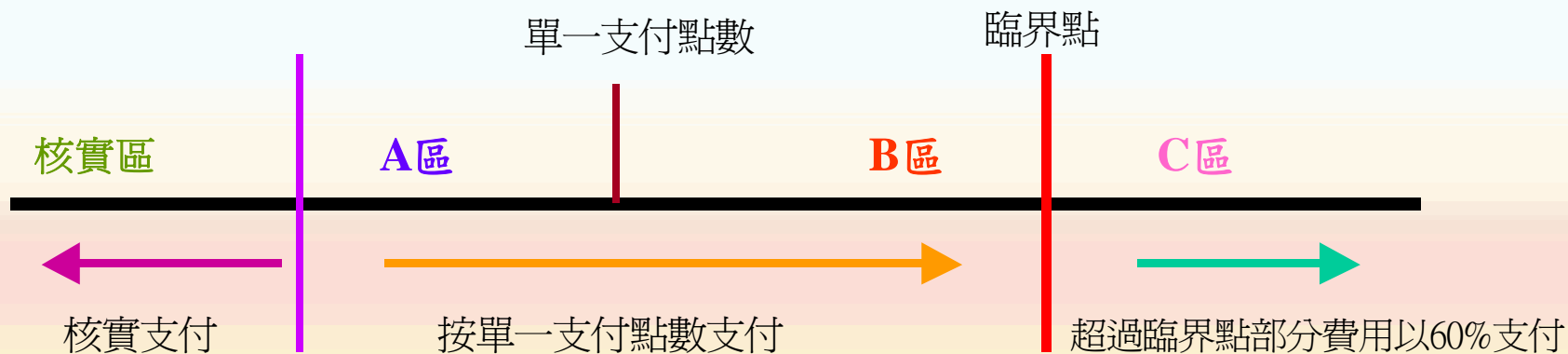
- 1、實際醫療費用在臨界點範圍內，按單一支付點數支付。
- 2、實際醫療費用高於臨界點者，除按單一支付點數支付外，超過臨界點部皆的費用以百分之六十支付。



# 台灣版DRG-支付原則(草案)

去極值方為去2.5百分位以及97.5百分位以上(RW2)

- 1、實際醫療費用在上、下限臨界點範圍內，按單一支付點數支付
- 2、實際醫療費用低對下限臨界點者，核實申報。



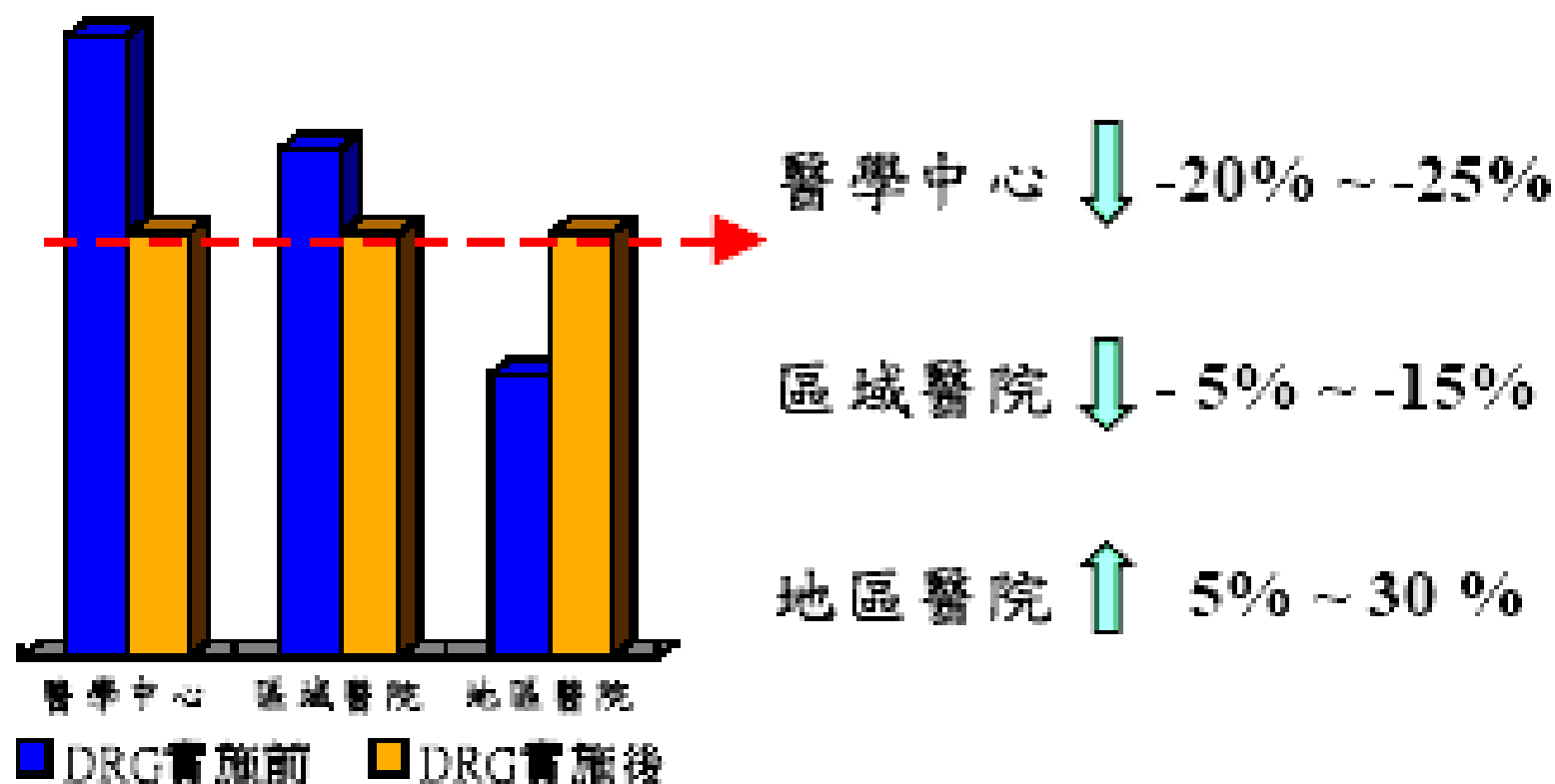
# 台灣版DRG-支付原則(草案)

- 四、跨月案件比照現行依住院日支付標準申報。
- 五、特約教學醫院各項醫療服務成本依第三點計算結果加計百分之四。
- 六、山地離島地區醫院依第三點計算結果加計百分比未定
- 七、「兒童加成」依第三點計算結果，病人年齡未滿六個月者，加計百分之五十五；年齡在六個月至二歲者，加計百分之二十五；年齡在二歲至六歲者，加計百分之十五。
- 八、各DRG若涉年齡之規定，計算方式如下：大於等於十八歲者，為就醫年（入院年）減去出生年大於等於十八者。其餘有關年齡之認定規則比照辦理。
- 九、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

# 對醫院可能的影響

- (一) 醫院的財務責任風險增加
- (二) 重視醫療照顧品質
- (三) 資訊系統事前預測取代事後統計分析
- (四) 預測或分配醫療資源的依據
- (五) 床位的運用

## 國內實施 DRG 點值預估(平均值)



試算93年10~12月住院申報資料：件數

年月	去極值 方式	DRG%	非DRG %	核實區(費用臨 界點下限)件數	核實 區%	A區(費用 定額)件數	A區%	B區(定額費用 臨界點)件數	B區%	C區(費用臨 界點)件數	C區%
93年 10月	RW1	70.2%	29.8%	—	—	643	48%	600	45%	95	7%
	RW2			78	6%	629	47%	586	44%	45	3%
	RW3			—	—	665	50%	601	45%	72	5%
93年 11月	RW1	70.8%	29.2%	—	—	662	51%	559	43%	83	6%
	RW2			85	7%	645	49%	528	40%	46	4%
	RW3			—	—	678	52%	559	43%	67	5%
93年 12月	RW1	71.6%	28.4%	—	—	727	53%	552	41%	80	6%
	RW2			98	7%	696	51%	526	39%	39	3%
	RW3			—	—	744	55%	554	41%	61	4%
平均	RW1	70.9%	29.1%	—	—	677	<b>51%</b>	570	<b>43%</b>	86	6%
	RW2			87	7%	657	<b>49%</b>	547	<b>41%</b>	43	3%
	RW3			—	—	696	<b>52%</b>	571	<b>43%</b>	67	5%



試算93年10~12月住院申報資料：總淨值

年月	去極值方式	A區(費用<定額)淨值	B區(定額<費用<臨界點)淨值	C區(費用>臨界點)淨值	總淨值
93年 10月	RW1	5,750,509	-8,297,602	-6,318,840	-8,865,933
	RW2	5,953,826	-9,987,664	-4,109,539	-8,143,377
	RW3	6,044,312	-9,180,432	-5,175,355	-8,311,475
93年 11月	RW1	7,482,100	-8,493,925	-5,275,245	-6,287,070
	RW2	6,873,044	-9,225,975	-3,944,023	-6,296,954
	RW3	7,819,706	-8,813,973	-4,848,420	-5,842,687
93年 12月	RW1	7,842,512	-7,946,788	-5,528,610	-5,632,886
	RW2	7,182,681	-9,026,773	-3,942,046	-5,786,138
	RW3	8,197,389	-8,430,470	-4,983,003	-5,216,084
平均	RW1	7,025,040	<b>-8,246,105</b>	<b>-5,707,565</b>	<b>-6,928,630</b>
	RW2	6,669,850	<b>-9,413,471</b>	<b>-3,998,536</b>	<b>-6,742,156</b>
	RW3	7,353,802	<b>-8,808,292</b>	<b>-5,002,259</b>	<b>-6,456,749</b>



# 對醫院可能的影響

- (一) 醫院的財務責任風險增加
- (二) 重視醫療照顧品質
- (三) 資訊系統事前預測功能
- (四) 預測或分配醫療資源
- (五) 床位的運用

■ 大型醫院—

□ 平均住院日數  → 週轉率  住院總點數不變

■ 小型醫院—

□ 平均住院日數  → 空床  住院總點數變小

# 對醫院可能的影響(續)

(六) 醫療團隊關係及流程的重組

(七) 傳統醫療處置流程的轉型

(八) 專業人員人力資源之培養

# 因應的方法

## (一) 提昇住院效益

- 1、控管治療服務內容
- 2、控管住院天數，增加病床周轉率
- 3、加強院內審查及檔案分析
- 4、加強發展住院照護服務，強化醫療費用及品質控制與管理
- 5、建立各類疾病臨床指引或臨床路徑

# 因應的方法

## (二) 注重病歷管理

- 1、要求出院病歷的及時性與完整性  
以利編碼作業
- 2、加強疾病分類的正確性與完整性
- 3、進行院內病歷審查，資料回饋醫師，  
改善書寫病歷品質

# 因應的方法

## (三)提高醫療費用申報效益

- 1、試算院內申報資料，了解費用結構
- 2、透過院際合作，同儕比較分析資料，適時反應問題，提供有利醫院的建設性意見
- 3、掌握健保資訊，整合院內資料庫
- 4、定期分析檢討DRG權值，爭取合理給付

# 因應的方法

## (四) 利用電腦資訊輔助

### 管理層面

- (1) 與醫囑系統結合
- (2) 即時作DRG分派及費用運算功能
- (3) DRG分派程式需要具擴充及修改的彈性

### 分析層面

- (1) 可進行單一DRG、MDC、科別、醫師別的分析
- (2) 可進行醫令明細分析
- (3) 可配合臨床路徑，出院計劃的醫令執行及分析



# 因應的方法

## (四)利用電腦資訊輔助(續)

### 申報層面

- (1) DRG分派在申報時可進行偵錯的功能
- (2) 能進行轉檔及網路申報作業
- (3) 可配合規劃各類統計及分析報表之產出

# 因應的方法

## (五)加強院內管理技巧

### 組織管理

- (1) 成立DRG工作小組
- (2) 快速接收外界訊息，有效傳達至醫院內部
- (3) 申報與疾病分類人員的調整
- (4) 適時的檢討與調整各部門的資源

### 成效管理

- (1) 強化內部管理及成本控制，以求利潤最大化
- (2) 加強檔案分析—指標管理

# 因應的方法

## (五)加強院內管理技巧

### 流程管理

- (1) 建立兼顧品質與效益的臨床指引或路徑
- (2) 加強檢查、檢驗效率
- (3) 提昇出院病歷書寫品質及完成率
- (4) 提昇申報時疾病分類編碼效益

# 結論

「一個DRG碼一個價錢，適用所有的醫院」

美國會因地區、層級、人力及提供病人不同的醫療照護，  
而有不同的給付成本

貿然實施，像第一代健保-引發醫療界的亂象

醫院所有的人員具有強烈的成本概念，不論實施何種制度，

對醫院而言就不會造成太大的影響吧！

# 實習心得





謝謝聆聽