

# DRGs相關診斷分類分組 由ICD-9-CM轉換為 ICD-10-CM/PCS之執行情形

105年7月22日  
中央健康保險署

1

## 大綱

- 背景說明
- 美國實施經驗
- 我國實施概況
- 結語

2

## 背景說明

- 為使我國的臨床疾病分類方式能與國際接軌，105年全國健保特約院所門、住診全面改以ICD-10-CM/PCS進行疾病分類。
- 由於ICD-10-CM/PCS對於疾病診斷及處置分類較現行ICD-9-CM更為細緻（診斷碼增加5倍、處置碼增加20倍），而Tw-DRGs係依據主要診斷、處置、年齡、性別及合併症或併發症來評估編碼，故由ICD-9-CM轉換為ICD-10-CM/PCS可能改變DRG編審結果。
- 105年總額協定事項，主要為準備DRGs擴大辦理前，再確認疾病分類轉碼轉換正確性及執行情形。

3

## ICD-9-CM版DRG的問題

- **無法表達新醫療技術或疾病**
  - 醫療技術不斷更新進步
  - 新興的疾病也陸續被發現
- **編碼的限制影響DRG**
  - 許多明顯不同的處置被編在同一ICD-9-CM，影響DRG再分類。
- **醫療評估研究欠缺合理基礎**
  - 難以評估新的處置和新興的健康照護成果。
  - 鑑別虛浮報，恐失偏頗。

4

## The Road to ICD-10-CM/PCS Implementation: Forecasting the Transition for Providers, Payers, and Other Healthcare Organizations

### 實施ICD-10-CM/PCS的好處

RHIA, W. P., Bridgetté Stasher-Booker PhD, C. S. M., Thompson, E. Q., & Jones, W. A. (2012). The road to ICD-10-CM/PCS implementation: forecasting the transition for providers, payers, and other healthcare organizations. *Perspectives in Health Information Management*, 1.

#### 好處

- 提升照護品質
- 透過提升編碼正確性及減少遭核減的申報，達到成本控制
- 改善資料的品質

#### 挑戰

- 轉換編碼之成本
- 專業疾病分類人員的短缺
- 醫事人員或疾病分類人員需要持續的教育訓練
- 轉換生產力可能降低(需要較長的時間進行編碼)

5

## 美國實施經驗

6

## ICD-10-CM/PCS與ICD-9-CM的 轉換機制

- NCHS每一年在網站上公布ICD-9-CM與ICD-10-CM的診斷轉換檔。
- CMS每一年在網站上提供ICD-9-CM處置碼與ICD-10-PCS的轉換對應檔。
- 二者合稱為GEMs (General Equivalence Mappings)
- 幫助各界能夠比較容易在ICD-9-CM及ICD-10-CM及ICD-10-PCS進行代碼轉換對應參考。

7

## ICD與DRGs之間的轉換機制

- CMS 於2009年9月提出MS-DRGs(26.0版)做為從ICD-9-CM到ICD-10-CM/PCS的轉換版本。
- 轉換系統的計畫，聘用了臨床資料分析人員、臨床醫師、電腦程式設計師、健康資訊管理師(HIM)等人員組成跨功能團隊共同研發。

8

## 相關應用軟體

- 由多位醫療分類專家(由Guptha醫師領導的醫師、疾病分類人員團隊)，出版易用軟體(Madeeasy Software)，供醫療編碼人員及申報人員快速使用。
- 3M公司所開發的Codefinder，由電腦輔助ICD-10-CM/PCS代碼編輯(Computer-Assisted Edition)協助疾病分類人員能有效的了解及迅速正確編碼，並協助電子病歷紀錄更有效率。

9

## 轉換ICD-10-CM/PCS的利益評估

成本單位：百萬美元

項目名稱	利益	主要因素
對新處置的更正確給付	100-1,200	ICD-10-PCS
減少被拒絕的申報	200-2,500	ICD-10-CM/PCS
減少詐欺申報	100-1,000	ICD-10-CM/PCS
增加對新處置的了解	100-1,500	ICD-10-PCS
加強疾病管理	200-1,500	ICD-10-CM

資料來源:RAND, The Costs and Benefits of Moving to the ICD-10 Code Sets

10

## 美國政府其他措施(一)

- 結合公私立醫療機構的力量及建立持續推動的機構以進行相關的推動計畫及政策
  - 1983年成立的ICD-9-CM的維護委員會(ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee)轉型為ICD-10-CM/PCS Coordination and Maintenance Committee
  - 美國是由NCHS負責編訂ICD-10-CM，以取代ICD-9-CM的一、二冊，由CMS負責ICD-10-PCS以取代ICD-9-CM的第三冊。
  - AHIMA負責教育訓練的工作。
  - 持續的廣徵各界的意見，如技術建議會議、醫師團體、臨床專業疾病分類編碼人員及其他相關產業的專家。

11

## 美國政府其他措施(二)

- 出版官方版的編碼指引(Official Guideline)
- 獎勵機制的建立
- 資訊產業的加強

12

## The Impact of the Transition to ICD-10 on Medicare Inpatient Hospital Payments

Ronald E. Mills, Ph.D., Rhonda R. Butler, CCS, Richard F. Averill, M.S.,  
Elizabeth C. McCullough, M.S., Richard L. Fuller, M.S., Mona Z. Bao, M.A.

- The analysis data set contained 10,009,934 admissions from 3,205 hospitals.
- The ICD-9 MS-DRG and ICD-10 MS-DRG assignments differed for 1.07% percent of the admissions.

### DRG改版結果

Hospital Type		Count Hospitals	Count Discharges	% Diff Count
All		3,205	10,009,934	1.07%
Size	Top 10%	320	3,257,861	1.08%
	All other	2,885	6,752,073	1.07%

Payment Impact of ICD-10 vs ICD-9 MS-DRG assignment based on MedPAR FY 2015

13

## CMS改版面臨的初步問題

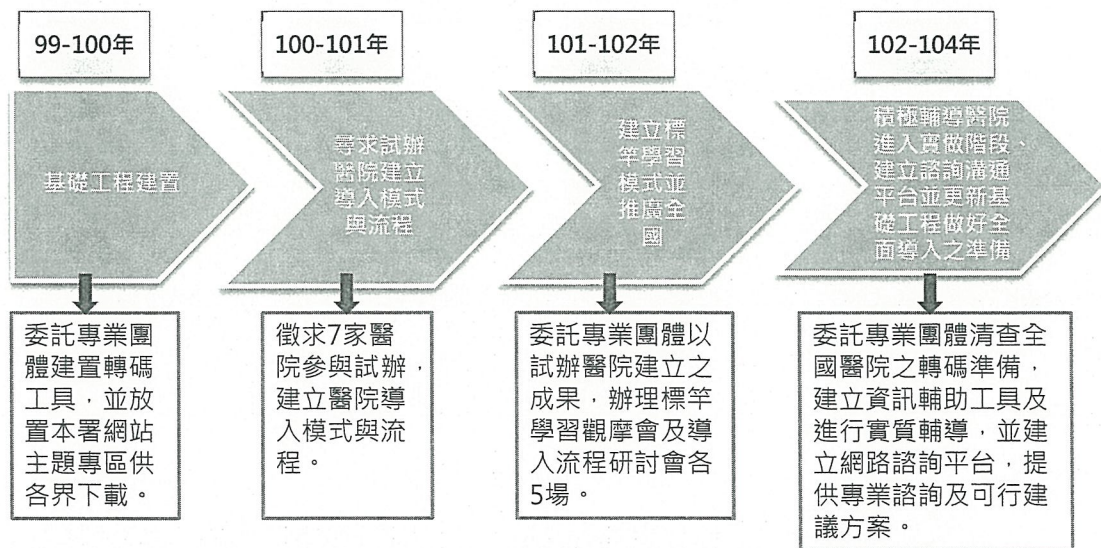
- 美國以預算中平之原則，99%的DRG並不會因改版而被改變，其中改變的1% DRG中，有45%會轉移到權重較高的DRG、55%會轉移到權重較低的DRG，整體淨收入僅減少0.04% (Donna,2013)。
- 開發的DRG編審程式可能不正確或廠商建置不正確，醫院要取得正確的DRG碼，尚須要專業人員判斷，再轉給資訊人員調整。
- 實施初期階段，核減率預計將提高為原本兩倍多，由原3%-5%提高至6%-10%，且延遲給付時間。
- 申報時效將延誤20-40%的時間。
- 核減及申報錯誤的增加，將導致現金流和收入大幅下降 (John G. et al.2015)。

14

# 我國實施概況

15

## 導入ICD-10-CM/PCS五年計畫



- ✓ 103年其他總額編列1億元、104年其他總額編列2.5億元，推動「健保特約醫院ICD-10-CM/PCS編碼實作獎勵方案」。
- ✓ 更新本署網站主題專區內各項內容為2014年版，及轉換本署業務資料中之ICD編碼。
- ✓ 105年全國健保特約院所門、住診完全以ICD-10-CM/PCS進行疾病分類。

16

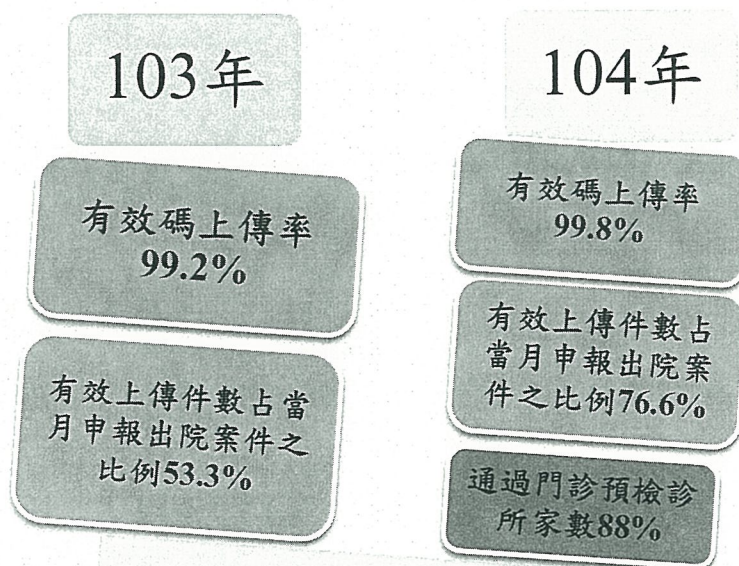


## 其他部門持續編列預算

年度	預算數	實施方案簡述
103	1.005億元	獎勵醫院住診模擬編碼
104	2.5億元	1.持續獎勵醫院住診模擬編碼 2.獎勵醫院及西、中、牙醫診所 門診費用上傳通過預檢
105	1億元	提升住院編碼品質

17

## 編碼實作獎勵方案執行結果



18

# 我國改版面臨的初步問題

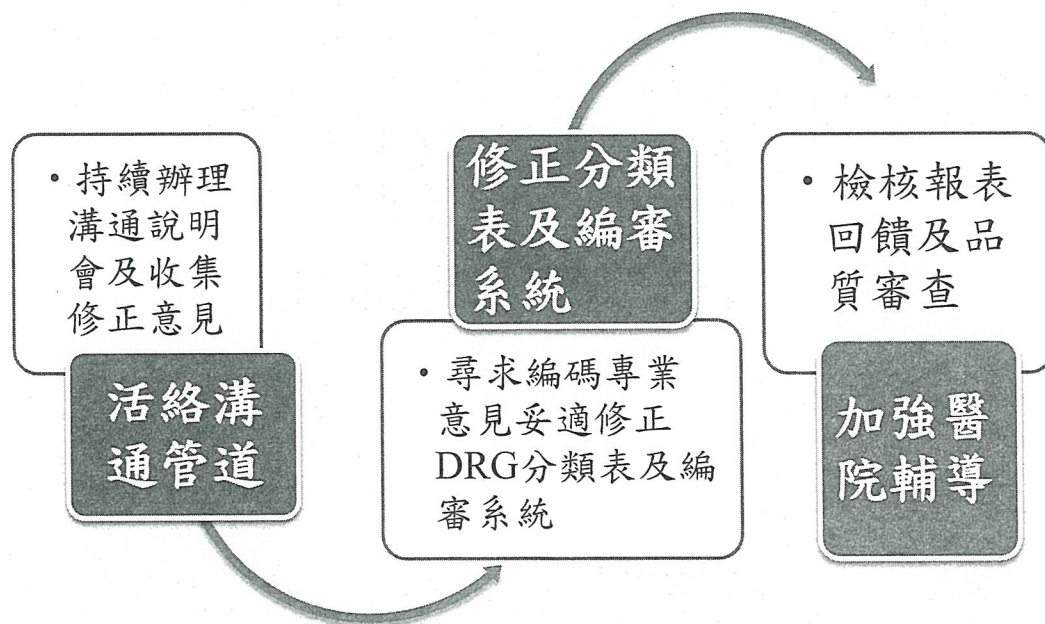
- 分類表代碼錯誤
- 分類表代碼遺漏
- 編審邏輯錯誤
- 醫院編碼錯誤

本署邀集臨床編碼  
專家論與修正

1. 醫院更改院內資訊系統
2. 善用檢核程式進行內部管理
3. 改善院內病歷書寫品質

19

# DRG分類改善流程



20

## 活絡溝通管道

### 持續溝通說明與收集意見

日期	地點	場次	醫院/醫事團體		人次					意見收集數	
			場次	團體數	醫院主管	臨床醫師	醫事人員	行政人員	審查醫師		其他
104年 至 105年2月	署本部	7	18	0	0	1,020	0	0	195	1,215	374
	署本部 (專科醫學會)	10	30	1	19	5	61	0	0	86	
	北部	19	672	470	32	193	647	233	23	1,598	
	中部	3	201	54	0	0	215	0	0	269	
	南部	22	146	116	273	428	116	210	0	1,143	
	東部	5	13	10	62	103	50	37	0	262	
	小計	66	1,032	650	367	724	1,028	480	23	3,272	
105年3月 至 105年6月	署本部	4	4	0	0	80	450	0	80	610	267
	北部	5	46	52	67	10	50	299	0	478	
	中部	7	75	14	56	0	29	104	77	280	
	南部	16	92	175	322	569	326	334	0	1,726	
	東部	5	4	7	102	94	31	78	0	312	
小計	37	217	248	547	673	436	815	77	2,796		
<b>總計</b>		<b>103</b>	<b>1,249</b>	<b>898</b>	<b>914</b>	<b>1,397</b>	<b>1,464</b>	<b>1,295</b>	<b>100</b>	<b>6,068</b>	<b>641</b>

21

## 活絡溝通管道

### 增加與民眾及社會團體溝通

活動內容	場次	對象	人數
對外演講	104年3月至105年3月，共11場	台灣醫院協會3場、健保會付費者代表、台灣外傷醫學會、台灣先進醫療科技發展協會、台北市電腦資訊公會、財團法人保險事業發展中心、台灣健康保險協會2場及台灣病歷資訊管理學會	約2,050人次
其他公務單位溝通	105年1月至2月，共6場	總統府輿情小組會議、拜訪國民黨團、「環衛委員會與行政首長協調會」、「診斷關聯群(DRGs)支付制度之影響與因應」公聽會及拜訪陳瑩委員助理	約100人次
媒體受訪	104年9月至105年3月，共7場	公共電視、今周刊2場、新頭殼、發布新聞稿3次	

**建置網路  
溝通平台**

成立網民專責小組

成立VSQUARE公民參與平台及參與「眾開講」國發會公共政策網路參與平臺

22

## 修正分類表及編審系統

- 自104年6月起至105年6月止，共辦理31場編碼諮詢會議，計有臨床編碼專家78人次參與討論。
- 自104年7月1日起至105年7月1日止，總計收集641題修正意見。其中537題屬於DRG編審程式、分類表之錯誤或遺漏及編碼錯誤，已全數修正並配合完成DRG編審系統14次版更。

問題	已實施DRG	未實施DRG	小計
小計	291	246	537
編審程式	81	69	150
分類表錯誤	161	144	305
編碼錯誤	49	33	82

23

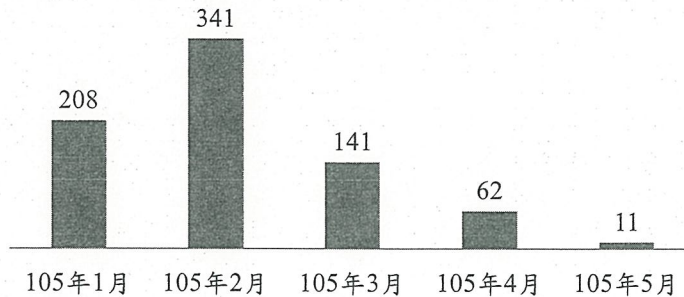
## 加強醫院輔導

- 輔導醫院下載DRG檢核結果報表參考。
- 回饋醫院「住診費用清單手術(處置)代碼對照醫令代碼檢核不符率」，提升編碼品質及正確性。
- 回饋院所申報DRG碼與編審結果不符報表參考。
- 加強DRG未實施項目之申報及編碼品質。
- 適時回應醫院對DRG之編碼疑義及建議。
- 配合編審程式版更，通知醫院更新系統。

24

## 105年1-5月住院DRG案件 因編審落點不同保留申報統計

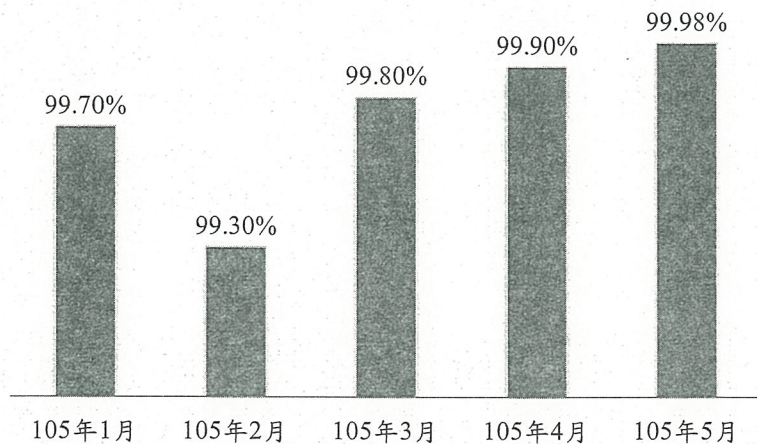
	總計			醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	DRG 件數	保留 件數	占率	DRG 件數	保留 件數	占率	DRG 件數	保留 件數	占率	DRG 件數	保留 件數	占率
105年1月	59,837	208	0.35%	20,502	97	0.47%	26,880	100	0.37%	12,455	11	0.09%
105年2月	47,645	341	0.72%	15,705	231	1.47%	21,181	104	0.49%	10,759	6	0.06%
105年3月	60,016	141	0.23%	20,390	111	0.54%	26,996	27	0.10%	12,630	3	0.02%
105年4月	58,611	62	0.11%	19,710	49	0.25%	26,458	13	0.05%	12,443	0	0.00%
105年5月	59,393	11	0.02%	20,117	11	0.05%	26,668	0	0.00%	12,608	0	0.00%
合計	285,502	763	0.27%	96,424	499	0.52%	128,183	244	0.19%	60,895	20	0.03%



25

## 105年1-5月住院DRG案件編審結果

- 105年1-5月住院DRG案件，醫院因編審落點不同保留申報之件數由1月份約占DRG件數之0.3%，至5月份已降至0.02%，顯示有99.98%之DRG案件，醫院編審結果與健保版本相同。



26

# 105年第1季DRG平均每次實際醫療點數及申報點數與實際點數比值統計

平均每次實際醫療點數

	2015年第1季		2016年第1季	
	數值	數值	數值	成長率
全國合計	41,914	43,115		2.9%
依特約別				
醫學中心	50,602	52,465		3.7%
區域醫院	39,754	40,791		2.6%
地區醫院	32,483	33,162		2.1%

	2015年第1季		2016年第1季	
	數值	數值	數值	成長率
全國合計	1.190	1.197		0.6%
依特約別				
醫學中心	1.172	1.180		0.7%
區域醫院	1.178	1.185		0.6%
地區醫院	1.265	1.268		0.2%

申報點數與實際點數比值

27

## 結語

28

## I-10對品質測的價值

- 對新醫療技術與處置提供較詳細的編碼。
- 代碼擴增空間充裕，對病人照護品質的評估與改善能提供更完整的資料，能用更有意義的方式去了解併發症。
- 可追蹤照護的成效。

29

## I-10對公共衛生的價值

- 共同分享國際上ICD-10的疾病資訊，例如追蹤與反應全球受威脅的公共衛生問題等。
- 使用ICD-10-CM/PCS能促進照護品質的國際比較，並讓全球分享最好的實務經驗。

30

## I-10對研究的價值

- 代碼較詳細，邏輯較清楚，可提升研究品質。
- 在損傷性質、原因、治療以及成效上，提供更精確的分類，在損傷研究以及創傷服務評估方面將有新的發展。
- 更適當的描述傷害的性質與嚴重度。
- 更完整的描述與記錄損傷如何發生，在哪裡產生。

31

## I-10對醫療資訊系統的價值

- 在電子化的格式下，ICD-10-CM/PCS的資料比ICD-9-CM更容易擷取。
- 用醫用術語(terminology)擷取照護期間的臨床細目(clinical detail)，並以電腦對應協助編碼(CAC, computer-assisted coding)。
- CAC使疾病分類編碼更具一致性(consistency)、效率性(efficiency)與正確性(accuracy)。

32



## I-10對醫療照護機構的價值

- 提供較佳資料，讓醫療機構改善其日常執行之醫療，使其更有效率，並提升健康政策的決策。
- 透過更精確的成本分析與方法節省成本，並可使保險公司有能力去預測醫療照護的需要性、趨勢及分析成本。
- 資料差異較小，對新的醫療處置提供更正確的評估，讓醫療照護機構能自我評估醫療品質並與同儕做比較。

33

## 對保險給付的價值

- ICD-9-CM不是為保險給付的目的而設計。
- ICD-10-CM/PCS針對給付系統的建置提供了更合理的系統。
- 對臨床的情況及服務增加很多特異性的描述代碼，故能提供保險公司、政策制定者以及醫療照護機構更好的資訊去改善保險給付系統。

34

## I-10對保險對象的價值

獲得更適當的醫療

獲得更有品質的醫療

35

## Tw-DRGs改版結果

- DRG住院案件因醫院編審結果與健保版本不同保留之件數，由105年1月之0.3%降至5月之0.02%，保留件數逐月下降。
- 105年第1季DRG平均每次實際醫療點數及申報點數與實際點數比值上升，醫院整體收入不受影響。
- 104年7月1日至105年7月1日，收集641題問題。其中537題屬於DRG編審程式、分類表之錯誤或遺漏及編碼錯誤，已全數修正並配合完成DRG編審系統14次版更，醫院與健保署雙向溝通管道暢通。

36