

林明灑¹ 魏秀美² 王復德^{1,3,4}

台北榮民總醫院 1 感染管制室 2 醫務企管部病歷室 3 內科部 4 國立陽明大學醫學系

由於全民對醫療的需求不斷增加，自 1998 年開始，收入小於支出，1999 年至 2005 年間住院醫療用支出從 935 億上升至 1,466 億點，成長率為 56.7%。實施總額後健保點值卻持續在下降。全民健康保險醫療費用協定委員會，依衛生署指示，於 2002 年開始研擬以『診斷關聯群』(Diagnosis related groups；DRGs)為分類基礎，目的是為總額給付制度奠定合理的給付基準，2004 年始將 DRGs 列入醫院總額非專款專用之協商因素項目，且於 2007 年元月開始實施住院 DRGs 前瞻式給付制度。每個 DRG 設定一個相對權值(定額)，不論醫療院所實際成本，盈虧及診療模式的變數，均以預定之費率付費。台灣健保局的第 3 版的 DRG 紙本基準以 2005 年 1-6 月的資料為試算基礎，目前共有 969 項 DRGs。1985 年 Wenzel 等人評估美國實施 DRGs 後，探討其對院內感染的影響，發現只有 22% 院內感染的 DRGs 分類可歸為較高費用的 DRGs。比較 2007 年即將實施的 6 個 MDC(Major Diagnostic Categories)的權重分佈，有無併發症/合併症的平均權重差異介於 0.3746-0.7029。建議因應對策包括：建立臨床路徑時需有感染控制人員參與、分析各 DRGs 的院內感染率、建立高感染率或高財務損失 DRGs 之院內感染預測模式。在 21 世紀的現在，我們需要有更卓越的策略來改善感染控制的問題，並進一步證明，現行執行的那些感染控制措施，確實具有成本效益。

前 言

我國自 1995 年 4 月開辦全民健保，主要目的為全民提供基本醫療保障，提高就醫可近性，由於全民對醫療的需求不斷增加，自 1998 年開始，收入小於支出，至 2005 年收入為 3,668 億元，保險支出點數為 4,198 億點，而支出費用為 3,732 億元(0.88 元/點)。西醫自 1999 年至 2005 年間從 2,542 億點上升至 3,603 億點，其中住院醫療用支出從 935 億點上升至 1,466 億點，成長率為 56.7%。中央健保局基於永續經營的理念，重視醫療品質與給付合理性與否，希望藉由不同給付方案的推動，使健保財務不致於破產，期望找出抑制費用的最佳方法，例如自 2000 年起各項醫療給付改善方案(如糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、子宮頸癌、慢性肝炎、肺結核、呼吸器、安寧、週產期等)，2002 年醫院總額，2003 年自主管理、卓越計畫，期待找到最佳分配之方法共創民眾及醫院雙贏的局面[1]。

自健保開辦至今醫療給付的方式是採用『論量計酬』(fee for service)，醫療專業人員在『病人為中心』的思考模式下，只需依專業上判斷病人需要那些檢查(驗)或治療，且符合健保申報規定，病人接受多少醫療服務，醫院即可依項目向健保局申請費用，雖已於 2002 年實施醫院總額制度，但在論量計酬的給付方式下，醫院處於個別的營運壓力，為了不使收入減少，幾乎都以邊際效益的考量下，盡最大的努力在『衡量』，此舉容易造成醫療院所只注重「量」的追求，而忽略醫療品質及醫療資源耗用的情形，亦導致醫療點數不當的上漲，但在總額之下其健保點值卻持續在下降。全民健康保險醫療費用協定委員會(費協會)依衛生署指示，於 2002 年開始研擬以『診斷關係群』(diagnosis related groups；DRGs)為分類基礎之病例組合(case mix)分類給付方式，其目的是為總額給付制度奠定合理的給付基準，並於 2004 年始將 DRGs 列入醫院總額非專款專用之協商因素項目，且於 2006 年 7 月開始實施住院 DRGs 前瞻式給付制度[2]。

在論量計酬給付方式下，若病患因院內感染而增加的醫療費用亦可向健保局申請，對醫院的收入並無太大影響，但在實施前瞻式的 DRGs 紙付方式，病人得到院內感染是否有相對的給付？而醫院內感染控制的成員又該如何因應，是我們關心的議題。

何謂 DRG

在說明 DRG 之前，先簡單的介紹各種給付制度，給付制度根據給付時間點，可分為回溯性給付制度 (retrospective paymentsystem; RPS) 及前瞻性給付制度(prospective payment system; PPS)，以下分別就常見之給付基準做一介紹(一)回溯性給付制度：在醫療事件發生後，由醫院計算、加總病人住院期間消耗之資源，再向保險機構申請，即醫療院所提供的醫療服務後可獲得給付，服務愈多所獲得之報酬也愈多，因此易造成醫療資源浪費、醫療費用上漲之現象，『論量計酬』即是此制度之產品。(二)前瞻性給付制度：保險機構與醫院於即將來臨的會計年度前，預先訂定出各項診療報酬費率，不考量醫療院所實際盈虧、診斷模式等變數，均以預定的費率給付。目前使用之 PPS 較普遍有論日計酬(per diem)、論人計酬(capitation payment)及論病例計酬(case payment)3 種。(1)論日計酬制：預先訂定每日固定金額之給付費用，每住院一天，保險人給付醫院一定的金額，但可想而知此種付費方式不但未考慮疾病嚴重度，更可能促使醫院延長病人住院天數，造成平均住院日數提高及住院費用上漲的情形。(2)論人計酬制：依據被保險人人數多寡及醫療需要，事先決定當年度給付之費用，而不考慮被保險人實際醫療利用。此為一般健康維護組織(Health Maintenance Organizations; HMOs)所採取之付費方式，台灣亦已在金門地區試行。(3)論病例計酬制：理論上不同的疾病其診斷與治療方式各異，所耗用的資源自然不同，論病例計酬主要是依病例分類訂定給付標準；在多種病例分類方法中，診斷關係群為美國目前住院病人前瞻性付費制度之給付基準，並廣為世界各國所採用[3-5]。

DRGs 是 1960 年代由耶魯大學 Robert Fetter 及 John Thompson 等醫院管理的學者利用『病例組合』的概念，所建立的疾病分類系統，DRGs 在發展之初便考慮了分類所依據之資料來源的經濟性及方便性，所以 DRGs 分類時所沿用的資料，是由醫療費用申報資料和病歷摘要上的資料所組成；所謂的『病例組合』顧名思義是一種結合疾病特質、病患特質與資源耗用的一種分類系統，依據每一個病例的某一特性將該特性相同或相近的病例歸屬成一組，就可得到對於該特性而言有顯著差異的幾個組，其建立最初目的與費用給付全然無關，僅是欲將病人分類，以方便醫院管理。其方式是將國際疾病分類(ICD-9-CM)所訂的 17 種生理系統、器官或疾病系統，再細分為 25 大系統，稱為『主診斷系統』(major diagnostic categories; MDCs)；再將其 3 碼至 5 碼之一萬多種細分類，包括疾病分類、手術分類及特別分類(V code)；依據對一百餘所醫院及一百四十萬份出院病歷及收費之調查分析，分組採用之變項為疾病診斷、手術種類、併發症／合併症、出院狀況、性別、年齡等來產生多個 DRGs。其特性為周延互斥、易於管理，同一個 DRG 的資源耗用相近。其給付屬於前瞻性費用給付制度，即每個 DRG 設定一個相對權值(定額)，不論醫療院所實際成本，盈虧及診療模式的變數，均以預定之費率付費。分組架構則是第一層以處置有無進入手術室執行來分群，第二層為有無「併發症」或「合併症」(comorbidity)，第三層以年齡來分群。採資源耗用相近精神，即組內變異較小而組間變異較大的分類方式，將住院病人之診斷、治療型態及對醫院資源消耗之程度合併考慮。「併發症/合併症」的定義分別為，「併發症」即為醫療處置中所發生的一些其它疾病，如：感染，出血；而「合併症」為既有病史，病人存在一些疾病，如心臟病、糖尿病等；兩者影響至少會延長住院天數一日以上屬之。1983 年美國國會通過，由『美國健康財務總署』(Health Care Financing Administration; HCFA)採納 DRGs 為『老人健康保險』(Medicare)為前瞻性給付制度的計價基準，並於當年 10 月起實施，DRGs 的分類多年來隨醫療的需求亦

不斷的改良，而美國健康財務總署甚至改了機構名稱為『老人及殘障醫療服務中心』(Centers of Medicare & Medicaid Services; CMS)，至 2001 年 CMS/DRGs 第 18 版已有 511 個 DRGs 的分類[3,5]。

台灣 DRGs 制度設計基礎，以 CMS(HCFA)/DRG 第 18 版為藍本，以 ICD-9-CM2001 年版為疾病分類代碼，目前已發展到第 3 版，除了美國的分類變項，針對第 1 版變異值(coefficient of variation; CV 值)超過 100 的 DRG 之群組再細分，分類架構的變項依序為主診斷、主手術、併發症/合併症、最後為年齡，台灣版的給付基準以 2005 年 1-6 月的資料為試算基礎，共有 969 項 DRGs。各 DRG 紙付包含當次住院、住院前或出院後與該次住院相關的各項診療費用，特約醫療院所不得另行申報費用或向保險對象收取費用。以總點數中位為計算原則，實際醫療費用在上下限臨界點範圍內(2.5 百分位與 97.5 百分位之間)，按單一給付點數給付，低於費用下限臨界點則是核實申報，而大於費用上限臨界點則為定額加超過部份打 6 折；自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 DRG 幾何平均住院日」且實際醫療點數小於「該 DRG 點數上限臨界點」者，依點值計算後，乘以「實際住院日數/ 該 DRG 幾何平均住院日數」。另外山地離島地區醫院加成 2%；兒童加成部份，未滿 6 個月加算 55%、6 個月-2 歲加算 25%、2-6 歲加算 15%，極值(outlier)比率不超過 DRG 紙付總額 5.1%。而教學成本則是定額統一外加 4%。DRG 的歸戶方式為以同一醫院代號、同一病人 ID、生日，同一住院日期為同一住院人次進行歸戶。同一住院人次之各筆資料，取最後一筆之清單資料，各筆資料之各項費用、住院日累加至最後一筆資料中[2]。

2006 年 7 月將開始導入「耳鼻喉及口腔之疾病與疾患」(MDC3)、「皮膚、皮下組織及乳房之疾病與疾患」(MDC9)、「腎及尿道之疾病與疾患」(MDC11)、「女性生殖系統之疾病與疾患」(MDC13)、「影響健康狀態之因素與需要其他醫療服務」(MDC23)及「多重外傷」(MDC24)等 6 大主診斷系統相關疾病的給付([表一](#))，共有 182 個 DRGs，佔全部的 18.8%。初期考量各醫院層級及醫療設備的不同而給予不同的校正率。所有疾病預定分四年逐年導入，並達到全國相同 DRG 均一價格[2]

DRGs 對醫院營運與感控的影響

美國醫療為多數國家參考對象，我們也不例外，美國實行 DRGs 之目的在於，1.控制老人醫療費用不斷快速上漲；2.刺激醫院加強管理，提高工作效率，縮短病人住院日；3.促進醫院提高醫療資源(人力與設備)使用率，避免昂貴或不必要的投資，以降低醫療成本；4.維持相同的醫療服務品質之下，促使醫院要求醫師通力合作，防止不必要的檢查與服務，強調醫療效率，避免過度的診療行為，使醫師更有醫療成本的意識[5]。

DRGs 並不單純是一個給付制度，是推動醫院走進生產線管理，促使醫院去整合醫療資源的利用，若醫院自己能有效的控制醫療成本，使其不超過健保局預先訂定的標準價格，則醫院可以獲得利益；相反的，若其成本超過該 DRG 的定額價格，醫院將面臨虧損。DRGs 可提供醫院比較性的醫療資訊，醫院管理人員為使醫院拿到合理的醫療給付，在維持相同的醫療服務品質，避免過度的診療行為，提供醫師即時了解醫療服務時所花的成本，作為規範醫療服務的管理工具，使醫師及其他醫事人員更有醫療成本的概念，進而降低每次住院人次的平均住院日數，並降低醫院成本。另一方面的效益是提供新方式的病人分類制度，藉對疾病、病人、病情及臨床系統分類，可以幫助健保人員及醫院行政人員概括認

識臨床醫療，幫助醫院強化管理，分析診療及財務之整體狀況，開發臨床路徑，依分類病人進行成本分析並計算病例組合，為延續提升診療力，擬計畫檢討超長個案，齊一診療水準及節約經費，幫助醫院建置病人圖譜及其費用關係等[6-11]。

美國實施 DRG 後之評估，1991 Chulis GS 發表住院支出實施前 5 年的增加率經校正通貨膨脹率後為 45%，而實施後 5 年增加率降為 3%，而 1983-1990 年醫院門診平均成長率為 12%，且醫院門診費用佔率由 7% 增加至 20%，有費用轉嫁門診及慢性機構增加的現象。若將住院費用、醫院門診費及醫師費合併計算，實施前

5年經校正增加52%，實施後5年為19%，可知明顯的降低醫療費用支出的成長。而就醫院設施利用而言，加護病房的利用減少1/3，檢查驗數量下降，住院病人提早出院，完全治癒而出院之病人減少[6-9]。

一個制度的實施會有正面的效益，亦會有負面的衝擊。醫院為節省費用，對病人而言，可能會選擇性治療病人，因為住院天數縮短，佔床率降低，可能會誘使醫院收治更多的住院病人，使原本不必住院的也會收治；但卻會避免收治重症病人，因為重症病人的醫療服務造成虧損的機率很高，使得『人球』事件可能發生；減少住院天數，降低病人就醫的可近性，提早趕病人出院，可能因而造成病人未完全痊癒就轉出醫院，而將病人轉至慢性醫療機構(如長照機構或護理之家等)或門診，增加病人就醫的不便性。對醫師而言，醫院為控制成本的，會大量運用資訊系統，對於檢驗過多或醫療費用過高的診療，可能會以電腦提醒或限制醫師看診或收病人，使得醫師的專業受限。對整體醫療而言，檢查減少

可能造成醫療設備的閒置，會使醫療院所的資本投資(硬體)減少，阻礙新的醫療技術及設備的引進，而降低醫療的進步；各醫院的競爭加劇經營困難，當醫院經營管理較不理想時，成本過高的醫院將會遭受很大的虧損，甚至少數醫院會因此而倒閉而增加醫療機構之合併。往常台灣各醫院的醫療資訊系統大部份是以『營運』目的而設計，但受DRGs的影響會改以『財務』目的來設計，未來各醫院亦可能需要增加財務副院長，以統整醫院資源的應用及資金的調度，此時的管理系統有可能會當某項資源已超過預算時，遞送警告通知，甚至需要再述明理由呈請院方核准增加預算後才能使用。

1985年Wenzel等人評估美國實施DRGs後，探討其對院內感染的影響，發現DRG的實施會低估院內感染的費用支出，且有56%的DRGs不考量是否有併發症/合併症或年齡的不同，只有單一給付值，也只有22%的DRGs因有併發症/合併症或年齡的不同，其分類可歸為較高費用的DRGs。而1992年Watzlaf et al等人分析，年齡超過70歲病人住院人數比率為所有病人的10%，卻佔所有院內感染個案的43%，若與年齡小於50歲患者的比較，其院內感染是其10倍；而比較老年人於不同DRG權重，其非感染個案與院內感染的費用差距，DRG權重<1時，醫院平均可有219美現的盈餘，但院內感染則會損失2,500美元，而權重>1時，非院內感染有706美元的收入，但院內感染的損失更高達4,187美元([表二](#))[7,8]。

台灣健保局於2006年元月公佈的969個DRGs的權重，我們比較2006年實施6個MDC的權重分佈，及有併發症/合併症的差異，目前平均權重1的點數為35,483，例如DRG320『腎及泌尿道感染，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症』的權重為0.8719點值為30,938，而DRG321『腎及泌尿道感染，年齡大於等於18歲，無合併症或併發症』的權重為0.4432點值為15,726，兩者權重相差0.4286，點值相差12,511點；以MDC-11為例，共有44項DRGs平均權重為1.4300，其中有2項DRG的點數不考量有無CC，其餘42項共分為21組疾病再區分是否有/無CC，各組權重相減後，平均差異為0.3970，標準差為0.3139，其他MDC的點值差異平均介於9,744-24,941請參考[表三](#)，由此可知每個DRGs的給付點值是大不相同，各DRG詳細點值及幾何平均住院天數，有興趣的讀者可自行至健保局網站下載[2]。

有人可能會認為院內感染個案的費用可以用極值來申報，但依台灣版的給付方式，醫療點值若介於2.5百分位與97.5百分位之間，以單一點值給付，假設感染個案的點值超過臨界上限，其申報個案比率亦只能佔所有給付的5.1%，即醫院最多只有5.1%的個案可以用極值申報；另一方面若醫療點值未超過臨界上限點數，亦不可能以極值來申報。因此未來如何落實高感染率或高費用的院內感染控制是我們必須面對的課題。

例如某病人診斷為DRG359(子宮及其附屬器官非惡性腫瘤手術，無合併症及併發症)，其權重為1.2932，點值為45,886點，假使於住院期間得到院內感染泌尿道感染，此時可將其診斷提高至具有合併症及併發症之DRG358(權重1.3439；點值47,686點)，可增加1800點，但額外治療泌尿道感染使用1週抗生素的費用可能

超過 1,800 元以上，站在醫院費用管理上，仍是屬於支出大於收入的情形。因此實施 DRGs 後，感控人員的角色將更吃重，由 Wenzel 等人的研究，可得知只有 22% 的 DRGs，可因為感染的發生而將 DRGs 轉至具有併發症/合併症較高給付費用的 DRGs 碼，反之就是有 78% 發生院內感染病例的 DRGs 紙付是相同，依經驗大部份院內感染是由細菌引起，無可避免的必須使用抗生素治療，若使用費用較高的抗生素如 vancomycin 或其他後線抗生素時，則每發生 1 例院內感染，醫院就得自行吸收近 2 萬元的抗生素費用，若醫院每月有 100 例的院內感染發生，將近 200 萬元的抗生素藥費損失，外加其他的必要處置及病房費用，其損失將會更高。

而 Watzlaf et al 等人分析，年齡超過 70 歲病人住院人數比率為所有病人的 10%，卻佔所有院內感染個案的 43%，若醫院病人年齡層以老年人居多時，則院內感染個案發生比率會更高，如何去避免老年人院內感染的發生也將受到重視。因此感控人員該如何因應呢？以下是作者本著拋磚引玉的用意，提供一些建議供各位讀者參考，相信在大家的專業經驗下，未來更可想出更多的策略，使我們對醫院的醫運有所貢獻。

因應對策

一、建立臨床路徑

所謂的『臨床路徑』(clinical pathway)，係指醫療照護小組對特定的診斷或手術，建立疾病或手術之標準住院天數、流程與內容，發展認為目前最佳的照護管理模式（最適當的治療順序與時間），讓病患由住院到出院都依此模式來接受治療，以減少醫療照護延遲及資源不必要浪費，不易因人員的素質差異，影響到醫療品質的穩定。

臨床路徑的實施必須成立跨部門的推展小組推動，並由臨床科部、醫管組(含健保申報人員)、檢驗科、放射科、資訊室等參與互相合作才可能完成，其建立的步驟為，1.首先針對推動及執行臨床路徑的人員進行教育訓練；2.從影響醫院財務較大的疾病先行進行；3.發展入院至出院過程的照護指引，主要是參考實務流程、相關文獻資料、保險給付規定、成本分析資料、感染控制的要求及專家意見等；4.醫療照護小組依設計的內容執行病人診治工作，並針對照護所需的醫療資源及照護後的相關醫療品質進行監測，當然感控措施執行亦在監測範圍內。「臨床路徑」應統一使用中文之表單格式，內容包括下列各項：1.病患基本資料；2.住院天數；3.檢驗(查)；4.會診；5.臨床處置治療；6.藥物治療；7.活動；8.飲食；9.出院計畫；10.監測評估；11.護理指導；12.護理處置；13.進度評估；14.全責／代責護士簽名；15.醫師簽名；16.變異記錄等資料。施行時須詳細的記錄，以查覺出其中的差異並隨時修正，應製作報表，分析並與預期的結果做對照，彙總出臨床路徑的結果並廣佈之，進而對特殊案例做管理，以落實臨床路徑應達之成效[12]。

二、分析各 DRGs 的院內感染率

目前各醫院對於感染率的分析，大抵分析至科部，但實施 DRGs 後，同一科部會有不同的 DRGs，其費用亦不同，因此感染率的分析需更細到 DRGs 的層次。各位感控伙伴可能有疑慮要如何獲得各 DRGs 的分母資料，及各院內感染個案的 DRGs 的分類呢？其實各醫院的病歷分類人員，已從 2005 年即逐漸在熟習 DRGs 的分類，於健保局的網站上亦有轉換軟體供醫院於線上使用，這部份就需要病歷分類人員的協助了[2]。

三、建立高感染率或高財務損失 DRGs 之院內感染預測模式

利用過去辛苦收集的院內感染監測相關資料(含病人基本資料、疾病分類、醫療處置分類、及暴露危險因子等)，與健保申報費用資料合併，找出高感染率或高財務損失 DRGs，並建立各部位院內感染的危險因素預

測模式，使病人於入院之初，將相關危險因素帶入預測公式，可使臨床人員了解其獲得院內感染的機率以爲因應。

結 語

醫院營運管理的特殊性爲醫療人員與管理人員考量事情的角度不同，醫療人員著重醫療技術，常忽視醫療成本，而管理人員必須考慮醫療成本，在實施 DRGs 後，會使得醫療人員亦要重視醫療成本，感控小組的成員亦是不可置身事外。感染控制小組主要任務是提供病患、訪客家屬、醫院工作同仁於安全的醫療環境，於 1970 年代 SENIC(Scientific Efficacy of Nosocomial Infection Control)，已證明主動的感控監測、外科部位感染率回饋給醫師、每 250 床有 1 位專任感染控制師[7]，在 21 世紀的現在，我們需要有更卓越的策略來改善感染控制的問題，在過去我們會制訂許多感染控制措施提供臨床單位遵循，但在醫院營運成本考量之下，我們需要再進一步的證明，那些感控措施的執行確實具有成本效益，而又有那些感控措施是無效益的，在進行感控措施效益評估時，需要高階管理者的領導與支持，醫師與臨床照護人員正確的認識、合作、積極參與，才可將效益推展至事半功倍。在 DRGs 實施之初，作者本著拋磚引玉的用意，整理相關資料及國外經驗供各位讀者參考，相信在大家的專業經驗下，未來更可想出更多的策略，使我們對醫院的醫運有所貢獻。

表一 台灣第3版DRGs之主診斷系統及數目

主診斷系統	中文名稱	DRG 數目
MDC1	神經系統之疾病與疾患	87
MDC2	眼之疾病與疾患	32
MDC3	耳鼻喉及口腔之疾病與疾患	50
MDC4	呼吸系統之疾病與疾患	82
MDC5	循環系統之疾病與疾患	95
MDC6	消化系統之疾病與疾患	99
MDC7	肝、膽系統或胰臟之疾病與疾患	26
MDC8	骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患	107
MDC9	皮膚、皮下組織及乳房之疾病與疾患	39
MDC10	內分泌、營養及新陳代謝之疾病與疾患	35
MDC11	腎及尿道之疾病與疾患	44
MDC12	男性生殖系統之疾病與疾患	29
MDC13	女性生殖系統之疾病與疾患	29
MDC14	妊娠、生產與產褥期	32
MDC15	新生兒與其他源於週產期病態之新生兒	19
MDC16	血液及造血器官之疾病與疾患	26
MDC17	骨髓增生性疾病或分化不明腫瘤	17
MDC18	傳染疾病寄生蟲病	20
MDC21	損傷、中毒與藥品毒性作用	28
MDC22	燒傷	31
MDC23	影響健康狀態之因素與需要其他醫療服務	12
MDC24	多重外傷	8
PRE	移植或造口	12
UN	未分類	10
總計		969

表二 控制權重之DRG的平均值(美金/元)

DRG 權重	非感染個案			院內感染個案		
	成本 / 權重	收入 / 權重	差異	成本 / 權重	收入 / 權重	差異
<1	5,368	5,587	219	8,954	6,454	-2,500
>1	4,263	4,969	706	13,168	8,981	-4,187

表三 台灣地區 2006 年實施 MDC 的各平均權重

MDC	DRG 個數	平均權重	不考量有 / 無 CC 之 DRG 個數	有 / 無 CC 之 DRG 組數 *	權重差異 (平均值 ± 2 標準差)
3	50	0.5565	12	19	0.2746 ± 0.1334
9	39	0.3659	3	18	0.3659 ± 0.4229
11	44	1.4300	2	21	0.3970 ± 0.3139
13	29	1.0446	3	13	0.3152 ± 0.4211
23	12	1.2382	4	4	0.4313 ± 0.2485
24	8	3.3790	4	4	0.7029 ± 0.6490

註 : *2 個 DRGs 為 1 組

參考文獻

- 1.中央健康保險局(2006, 4 月 1 日)。最新健保資訊/重要統計資料。摘自
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=4&webdata_id=805
- 2.中央健康保險局(2006, 4 月 1 日)。下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群/第 3 版住院診斷關聯群支付方案規劃說明_(94.12)。摘自
http://www.nhi.gov.tw/GoX5//GoX0/www.nhi.gov.tw/GoX3//GoX0/webdata/GoX3//GoX0/webdata.asp?menu=1&menu_id=26&webdata_id=937.
- 3.林國信：DRG 診斷付費制度之內容及展望。公保月刊 28 卷第 4 期 3-5。
- 4.Floumoy DJ, Belknap DC: Descriptive analysis of diagnosis-related groups in patients from a Veterans Administration Medical Center. Military Medicine 1991;156:60-3.
- 5.張錦文：美國為何採用 DRG 預定價格制度？醫院.1984;17:24-7。
- 6.Chulis GS: Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals. Medical care Review 1991;48:167-206.
- 7.Wenzel RP: Nosocomial infections, diagnosisrelated groups, and study on the efficacy of nosocomial infection control .Am J Med 1985; 78:3-7.

8.Watzlaf VJ, Kuller LH, Ruben FL: The use of
the medical record and financial data
to examine the cost of infections in the elderly. Topics in Health Information
Management 1992;13:65-76.

9.Haley RW. Measuring the costs of nosocomial
infections: methods
for estimating
economic
burden on the hospital. American Journal of
Medicine 1991;91:32-8.

10.Gross PA, DeMauro PJ, Van Antwerpen C, et
al: Number of
comorbidities as a
predictor of
nosocomial infection acquisition. Infection Control & Hospital
Epidemiology 1988;9:497-500.

11.Haley RW, White JW, Culver DH, et al: The
financial incentive
for
hospitals to prevent nosocomial infections under the prospective payment system.
An empirical determination
from a nationally representative sample.
JAMA
1987;257:1611-4.

12.張慧朗.(2006,4 月 1 日)臨床路徑.台北醫學院醫學資訊中心。摘自
http://li.tmu.edu.tw/Clinical_Paths.htm