

健保署中區業務組 112 年醫院總額管理方案 單價指標項目操作型定義暨考核方式

依中央健康保險署中區業務組與醫院總額中區執行分會 112 年第 1 次共同管理會議決議辦理

訂定日期：112 年 1 月 11 日

當季	指標編號 (指標系統 編號)	項目	操作型定義	目標值設定	指標 性質	增減點數方式	當季 反映 成數	下年度 同期 反映成數
V	N1_01	住院每人次平均非藥費單價 ◎ 以本署 TW-DRG 編碼案件，依季、同院、同住院日、同 ID、同生日歸戶 ◎ 依據歸戶後之最終條件進行案件排除（排除條件詳附件 1-1） ◎ CMI 計算採所列計案件並引用全國公佈 112 年各 DRG 權重值予以計算之	1. 分子：當季列計 DRG 編碼案件之每人次平均非藥費單價 2. 分母：當季列計 DRG 案件計算之 CMI 值 $CMI = \Sigma(\text{各院各季 DRGi 件數} \times \text{DRGi 權重}) / \text{各院當季列計 DRG 案件數}$	● 各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數(分子)和列計人次(分母)計算，CMI 值採 111Q1 予以校正。 ● 新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。	負向	(目標單價-當期單價)*當季列計 DRG 案件計算之 CMI 值*當季列計案件數(只扣不加)	100%	100%

當季	指標編號 (指標系統 編號)	項目	操作型定義	目標值設定	指標 性質	增減點數方式	當季 反映 成數	下年度 同期 反映成數
V	N1_03	門診每人平均非藥費 單價 以 CCS 編碼之 CMI 校 正後每人平均非藥費 單價(按季歸戶人數) ◎ 排除項目詳附件 1-2。	1. 分子：當季以季歸戶之 每人非藥費點數。 2. 分母：當季以 CCS 計算 之 CMI 值。 $CMI = \Sigma(\text{各院當季 CCSi 件數} * \text{CCSi 權重}) / \text{各院總件數}$	● <u>各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數(分子)和列計人數(分母)計算，CMI 值採 111Q1 予以校正。</u> ● <u>新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。</u>	負向	(目標單價-當期單價)*當季以 CCS 計算之 CMI 值*當期計入單價的人數 (只扣不加)	100%	100%
V	N1_05	門診每人平均一般藥 費單價 ◎ 本項當季列入計算 人數低於 <u>300</u> 者， 則不予考核	1. 分子：當季門診申報一 般藥費點數(含交付)。 註：參照管控點數計算邏 輯說明之(in_amt_3)及 (dr_in_amt_3)。 2. 分母：當季列入門診每 人平均一般藥費單價 (N1_05)計算之歸戶人 數。	● <u>各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數(分子)和列計人數(分母)計算。</u> ● <u>新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。</u>	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數 (只扣不加)	100%	100%

當季	指標編號 (指標系統 編號)	項目	操作型定義	目標值設定	指標 性質	增減點數方式	當季 反映 成數	下年度 同期 反映成數
V	N1_06	住院每人平均一般藥費單價 ◎ 排除 TW-DRG 案件 (案件分類 5) ◎ 本項當季列入計算人數低於 <u>50</u> 者，則不予考核	1. 分子：當季住院申報一般藥費點數。 註：參照管控點數計算邏輯說明之(in_amt_3)。 2. 分母：當季列入住院每人平均一般藥費單價(N1_06)計算之歸戶人數。	● 各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數(分子)和列計人數(分母)計算。 ● 新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數 (只扣不加)	100%	100%

〈附件 1-1〉

住診非藥費單價(N1_01)說明

一、以本署 DRG 編碼案件，依季、同院、同住院日、同 ID、同生日進行歸戶，並以歸戶後之最終條件進行案件排除。

二、若當季歸戶後列計案件數低於 **100** 者，則當季該項指標考核結果不予反映。

三、部分負擔代碼若為“903”新生兒依附父母就醫住院案件，其歸戶條件之生日則改以新生兒生日（CHILD_BIRTHDAY）進行歸戶。

四、本項列計非藥費點數計算為列計案件之〈申請點數＋部分負擔－藥費〉，不包含案件分類“AZ”及“DZ”案件、高額案件（案件分類『3』且申請點數＋部分負擔>500,000 點）、急性後期整合照護計畫案件（案件分類『4』且試辦計畫代碼『1、2、3、4、6』或試辦計畫代碼『1、2、3、4、5、6』）及住院整合照護管理費(每日)。

五、住院非藥費單價之排除條件如下列：

（一）住院醫療服務點數清單欄位之不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記中，所列下列註記之案件不予列計住院非藥費單價

0：無（案件分類 5 者，本項次應為 0），即 401 項導入案件

1：主診斷為癌症（C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、Z51.0、Z51.1、Z51.11、Z51.12、Z08）、主診斷為性態未明腫瘤（D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6）案件

2：主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9)案件

- 3：MDC19、MDC20 之精神科案件
 - 4：主或次診斷為愛滋病(B20)、凝血因子異常(D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4)案件
 - 5：主或次診斷為行政院衛生福利部公告之罕見疾病案件
 - 6：試辦計畫、安寧療護案件(給付類別 9、A、M、D 或病患來源 N、C、R 者)
 - 9：住院 30 日內未出院之切帳申報個案(如部分負擔代碼改變)，但仍為健保給付案件。申報本項註記者，申請費用點數應為「0」，轉歸代碼應為「7：身分變更」或「2：繼續住院」。
 - B：其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件(案件分類應為行政協助案件之代碼或西醫基層診所住院案件)
 - F：使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 5A15223)者
 - G：原應屬 TW-DRGs 範圍暫以論量計酬方式申報者
 - J：使用主動脈內氣球幫浦(IABP)(處置碼 5A02110、5A02210)個案
 - K：高危險生產疾病排除 TW-DRGs 實施範圍
 - L：骨盆腔多器官重建手術之個案
- (二) 住院天數大於 60 日以上案件不予列計
- (三) 案件分類為「2」論病例計酬案件不予列計

〈附件 1-2〉

門診非藥費單價(N1_03)說明

(一) 本項含交付處方。

(二) 門診醫療費用點數：列入計算案件之(申請醫療費用點數+部分負擔)。

(三) 以 CCS 編碼之 CMI 校正後之每人平均單價(按季歸戶)(CCS 以主診斷 ICD-10 為分類基準(如附表))。

(四) 符合下列條件者，整件排除：

1. 管控點數計算邏輯說明之欄位名稱為 B、C、D 所屬各項案件。

門診非藥費單價指標自 100 年第 2 季起癌症放射線治療案件(D_4_NEW2) 不列入排除條件。

2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫案件：申報類別=2 且特定治療項目代號(一)=G9 且為參加計畫醫院。

3. 門診預防保健：案件分類=A3。

4. 門診流感疫苗：案件分類=D2。

5. 門診或醫院交付調劑之藥費小計 6,000 以上。

6. 論病例計酬案件：案件分類=C1。

(五) 本項列入計算人數低於 300 者，則不予考核。