

**健保署中區業務組 106 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**

訂定日期：106 年 01 月 12 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 A ◎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 <u>106 年各 DRG 權重值</u> 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 $CMI = \sum (\text{各院各季 DRGi} \times \text{DRGi 權重}) / \text{各院當季列計 DRG 案件數}$ <u>◎備註：將俟 TW-DRG4.0 版實施後予以修訂操作型定義，修訂結果再另行通知。</u>	沿用 105 年第 4 季目標值。	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)	50% (若整體醫療費用成長率高於 8%(含)，則修訂為 80%)	50% (若整體醫療費用成長率高於 8%(含)，則修訂為 80%)

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 <u>單價</u> 以 CCS 編碼之 CMI 校 正後每人平均非藥費 單價(按季歸戶) ◎ 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。 註：CMI=Σ(各院當季 CCSi 件數*CCSi 權重)/各 院總件數	沿用 105 年第 4 季目標值。	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)	60% (若整體醫療 費用成長率 高於 8%(含)，則修 訂為 80%)	50% (若整體醫療 費用成長率 高於 8%(含)，則修 訂為 80%)
V	N1_04	門住診每人平均一般 <u>藥費單價</u>	1. 分子： 當季門住診申報一般藥費 點數(含交付)。 註：參照管控點數計算邏 輯說明之(dr_in_amt_3) 及(in_amt_3)。 2. 分母： 當季列入門診每人平均非 藥費單價(N1_03)計算之 人數。	沿用 105 年第 4 季目標值。	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 **105 年第 3 季**列計案件數未達 100 件者，則該項不列入考核項目。若當季歸戶後列計案件數小於 100 件之醫院，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+部分負擔一藥費〉，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)、急性後期照護品質試辦計畫案件(案件分類『4』且試辦計畫代碼『1』)、燒燙傷急性後期整合照護計畫案件(案件分類『4』且試辦計畫代碼『2』)。
- 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 日以上案件不予以列計

(三) 案件分類為「2」論病例計酬案件不予以列計

〈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。