

健保局中區業務組 102 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：101 年 12 月 4 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	<p>住院每人次平均非藥費單價A</p> <p>◎以本局 TW-DRG 編碼案件，依季、同院、同住院日、同 ID、同生日歸戶</p> <p>◎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)</p> <p>◎CMI 計算採所列計案件並引用全國公佈之 99 年、100 年及 101 年各 DRG 權重值予以計算之</p>	<p>1. 分子： 當季列計 DRG 編碼案件之每人次平均非藥費單價</p> <p>2. 分母：當季列計 DRG 案件計算之 CMI 值  <math display="block">CMI = \frac{\sum (\text{各院各季 DRG}_i \text{ 件數} * \text{DRG}_i \text{ 權重})}{\text{各院當季列計 DRG 案件數}}</math></p>	沿用 101 年目標值。	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%	同當季反映成數

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 (按月歸戶) ◎ 排除項目詳附 件1-2。	1. 分子： 當季以月歸戶之每人非 藥費點數。 2. 分母： 當季以 CCS 計算之 CMI 值。 註：CMI= $\Sigma$ (各院當季 CCSi 件數*CCSi 權重)/各 院總件數	沿用 101 年目標值。	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%	50%
V	N1_04	門住診每人平均一 般藥費單價	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 101 年目標值。	負向	(目標單價-當期單 價)*當期計入單價 的人數 (只扣不加)	50%	同當季 反映成 數

〈附件 1-1〉

## 住診非藥費單價(N1\_01)說明

- 一、以本局TW-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、若基期目標值計算之季平均列計案件數未達 150 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 150 件(月平均件數 50 件以下)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-藥費〉，不包含案件分類 ‘AD’ 及 ‘DZ’ 案件之膳食費用。
- 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 164 項導入案件
    - 1：主診斷為癌症（140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2）、主診斷為性態未明腫瘤（235.XX、236.XX、237.XX、238.XX）案件
    - 2：主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件
    - 3：MDC19、MDC20 之精神科案件
    - 4：主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)案件

- 5：主或次診斷為行政院衛生署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。申報本註記者，第 58 項次申請費用點數應為「0」，第 27 項次轉歸代碼應為「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(案件分類應為代辦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 39.65)者
  - G：原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報個案。
- (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(按月歸戶)。(CCS 以主診斷 ICD9 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. 案件分類=C1(論病例計酬案件)。

- (五) 本項列入計算人數低於 500 者，則不予考核。