

101 年醫院總額管理方案各指標項目操作型定義暨考核方式

修訂日期 101.06.22

一、單價指標

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 ◎以本局 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之 99 年、100 年及 101 年各 DRG 權重值予以計算之 ◎自 101 年第 2 季起適用	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 $CMI = \frac{\sum (\text{各院各季 DRGi 件數} \times \text{DRGi 權重})}{\text{各院當季列計 DRG 案件數}}$	(99 年 7 至 12 月經 CMI 校正後季平均單價*0.4)+ (100 年 1 至 9 月經 CMI 校正後季平均單價*0.6)	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=Σ(各院當季 CCSi 件數*CCSi 權重)/各 院總件數	(100 年目標值*0.5) + (100 年核定後單價)*0.5) 註： 1、與 100 年目標值比較，擇高設 定 2、100 年核定後單價以同儕申報 平均單價 75 百分位為上限 3、100 年核定後單價為 100 年 2-3 季申報單價平均值*(1-季平均初 核減率)	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)	50%	同當季 反映成 數
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。	100 年目標值*(1+100 年 12 月藥 價調整幅度) 註：100 年 12 月藥價調整幅度， 以 100 年第 3 季申報資料試算之。	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

二、品質指標

(一) 指標項目不予考核之條件：

1. 慢箋開立比率：該季慢性病案件數低於 500 者。
2. 其他項目之分母低於 30 者。

(二) 目標值設定：

1. 依表中說明，各項分別設定目標值。
2. 目標值設定原則，若低於同儕 P25 以同儕 P25 為其目標值；正向指標項目，其目標值設定若高於同儕 P75 以同儕 P75 為其目標值。

(三) 考核指標值之採用期間：

1. 因本局醫療給付檔案分析系統之醫療指標結果，因部份項目涉及跨季資料擷取，未能即時於當季結算時產製結果，故將採前一季之指標值。
2. 依據下述表列之考核指標值採用期間，進行考核指標值結果予以計算，並將其考核結果作為當季結算之依據。

(四) 指標考核，若指標屬性為負向者且基期值之分子數為 0 且同儕 P25 值亦為 0 者，其當期值之分子數若小於 3(含)，則判定為達成項。

(五) 指標考核結果，若達成則依表列之增加點數比率反映於當季增加送核案件(總額內不含專款專用及交付處方)之核定數，未達成者不予扣減。

(六) 本業務組得視政策方向及各院改善情形予以調整各項指標。

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
N4_0201 (NO_914)	以病例組合 校正之住院 案件出院後3 日內急診率 (TW-DRGs V3.2 版)	1. 分子： 住院 DRGs 案件之出 院後 3 日內跨院急診 率。 2. 分母：CMI_3 日內跨院急診率	◎ 101Q1 及 101Q2 結算目 標值 =100Q4*0.98 ◎ 101Q3 及 101Q4 結算目 標值 =101Q2 結算目標值 *0.98	前 1 季	負向	0.15%	➤ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為<u>DRGs 案件</u>。 ➤ 分母定義：CMI_3 日內跨院急診率=$\frac{\sum (\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}_{3 \text{日內跨院急診率}})}{\text{DRGs總案件數}}$ ➤ 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率=$\frac{\text{住院DRGs案件出院後3日內跨院急診案件數}}{\text{DRGs出院案件數}}$ ※<u>DRGs案件</u>：需為總局醫管處公告的DRG碼範圍內，相對權重>0 的DRG碼，且排除下列住院案件：(說明：在排除下列住院案件時，除DZ案件直接排除該筆清單外，該住院歸戶案件下任一筆清單符合排除條件時，則該住院歸戶案件排除) (1) 主診斷為癌症(前3碼為140-176、179-208、全碼為V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(前3碼為235、236、237、238)案件。 (2) 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(前4碼為996.8、前3碼為V42)案件。 (3) MDC19、MDC20 之精神科案件。 (4) 主或次診斷為愛滋病(042)、先天性凝血因

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 ➤ 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，ICD 錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第 1 碼到第 5 碼中有出現 5 的案件即為行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 (5) 試辦計畫案件。 ➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R ➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M ➤ 安寧試辦計畫：給付類別=A ➤ 呼吸器試辦計畫：給付類別=9 ➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D (6) 住院日超過 30 日之個案。 ➤ 急性病床天數+慢性病床天數>30 天 (歸戶後，該歸戶所有案件【急床+慢床】加總>30 天，則該歸戶下所有案件皆排除) (7) 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 39.65)之案件。 (8) 住院安寧照護案件(案件分類=6)。 (9) 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							➤ 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、A4 ➤ 代辦膳食費： ➤ 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ，歸戶後，AZ 個案的醫療費用應為職業傷病案件，多筆住院案件均刪除。(即歸戶後，若該歸戶下有任一案件為 AZ 案件，則該歸戶的所有案件都排除) ➤ 低收入戶住院膳食費：案件分類=DZ，歸戶後，DZ 個案的醫療費用仍屬 DRG 範圍需保留。(即 DZ 案件直接排除) ➤ 精神科強制住院：病患來源=S(代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院)或案件分類=B1 ➤ 結核病代辦案件：案件分類=C2、C3、C4 ➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1 ※ <u>案件數</u>：相同【院所、住院日、ID、生日】下，取出院日最晚的那一筆為代表歸戶，若相同【院所、住院日、ID、生日、出院日】仍有多筆，則取申報期間(起)最晚那一筆為代表作為一個案件，並以該代表案件之DRG為該歸戶之代表DRG。 ※<u>3 日內跨院急診案件數</u>：以出院案件為母體，

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日 0 至 3 日內的急診案件。(急診案件定義：案件分類 02 且部分負擔第 2 碼為 0) ※各DRG相對權重_{3日內跨院急診率}：全國各DRG 之 3 日內跨院急診率/全國所有DRGs案件之 3 日內跨院急診率。 說明：此權重由本系統運算，目前以 97 年為基期計算相對權重。
N4_0301 (NO_909)	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率 (TW-DRGs V3.2 版)	1. 分子： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率。 2. 分母： $CMI_{14日內跨院再住院率}$	◎ 101Q1 及 101Q2 結算目標值 =100Q4*0.98 ◎ 101Q3 及 101Q4 結算目標值 =101Q2 結算目標值*0.98	前 1 季	負向	0.15%	➢ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為<u>DRGs 案件</u>。 ➢ 分母定義： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \Sigma (\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}_{14日}) / \text{DRGs總案件數}$ ➢ 分子定義： 住院DRGs案件之出院後 14 日內跨院再住院率 =住院DRGs案件出院後 14 日內<u>跨院再住院案件數</u>/DRGs出院案件數 ※<u>DRGs案件</u>：需為總局醫管處公告的DRG碼範圍內，相對權重>0 的DRG碼，且排除下列住院案件：(說明：在排除下列住院案件時，除 DZ案件直接排除該筆清單外，該住院歸戶案件下任一筆清單符合排除條件時，則該住院

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							歸戶案件排除) (1) 主診斷為癌症(前3碼為140-176、179-208、全碼為V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(前3碼為235、236、237、238)案件。 (2) 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(前4碼為996.8、前3碼為V42)案件。 (3) MDC19、MDC20之精神科案件。 (4) 主或次診斷為愛滋病(042)、先天性凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 ➤ 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，ICD錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第1碼到第5碼中有出現5的案件即為行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 (5) 試辦計畫案件。 ➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R ➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M ➤ 安寧試辦計畫：給付類別=A ➤ 呼吸器試辦計畫：給付類別=9 ➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D (6) 住院日超過30日之個案。

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							➤ 急性病床天數+慢性病床天數>30 天 (歸戶後，該歸戶所有案件【急床+慢床】 加總>30 天，則該歸戶下所有案件皆排除) (7) 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 39.65)之案件。 (8) 住院安寧照護案件(案件分類=6)。 (9) 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍 之案件。 ➤ 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、 A4 ➤ 代辦膳食費： A. 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ， 歸戶後，AZ 個案的醫療費用應為職業傷 病案件，多筆住院案件均刪除。(即歸戶 後，若該歸戶下有任一案件為 AZ 案件， 則該歸戶的所有案件都排除) B. 低收入戶住院膳食費：案件分類=DZ， 歸戶後，DZ 個案的醫療費用仍屬 DRG 範圍需保留。(即 DZ 案件直接排除) ➤ 精神科強制住院：病患來源=S(代辦精神病 嚴重病人送醫及強制住院)或案件分類=B1 ➤ 結核病代辦案件：案件分類=C2、C3、C4 ➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							※<u>案件數</u>：相同【院所、住院日、ID、生日】下，取出院日最晚的那一筆為代表歸戶，若相同【院所、住院日、ID、生日、出院日】仍有多筆，則取申報期間(起)最晚那一筆為代表作為一個案件，並以該代表案件之DRG為該歸戶之代表DRG。 ※<u>跨院再住院案件數</u>：以出院案件為母體，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日至14日內的住院案件。 說明：在勾稽出院案件是否發生再住院的情形時，其勾稽檔的資料範圍不需限定為DRGs案件，即勾稽檔為全部住院資料。 ※各DRG相對權重_{14日內跨院再住院率}：全國各DRG之14日日內跨院再住院率/全國所有DRGs案件之14日內跨院再住院率。 說明：此權重由本系統運算，目前以97年為基期計算相對權重。
N4_04 (86.1)	慢性病案件 開立慢性病 連續處方箋 比率	1. 分子： 開立慢性病連續處方 箋案件數。 2. 分母： 慢性病給藥案件數。	各季目標值為 醫學中心：34% 區域醫院：32% 地區醫院：28% ◎ 該項達成需符合下列	前1季	正向	0.1%	1. 資料範圍：門診給藥案件（藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種）。 2. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
			條件： 1. 慢箋開立比率達目標 值且再調劑比率 ≥85% 2. (當期慢箋開立比率* 再調劑率)≥(目標值 *85%				≥21)。 3. 診察費項目代碼為慢箋： 00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、 00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、 00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、 00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、 00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、 00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、 00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、 00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、 00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、 00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、 00190C、00191C。 4. 慢性病給藥案件：案件分類=04。 註：本局公告之九十七種慢性病，其費用申報 之案件分類應為「04：西醫慢性病」；若同 時有急性、慢性病一起診治時，其案件分 類應為「09：西醫其他專案」。 (門診醫療服務點數申報總表媒體申報格式及填表說明 94.10.3 彙 整) 5. 慢性病連續處方箋再調劑比率若低於 <u>85%</u> ， 則該項目列為未達成項目。
N4_04_01	慢箋再調劑 比率	1. 分子： 開立慢箋有再調劑案	N4_04 項之達成參考依 據。	前 1 季			1. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目 代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
		件數。(案件分類:08) 2. 分母: 開立慢性病連續處方 箋案件數。					>=21)。 註:診察費項目代碼為慢箋:00155A、00157A、 00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、 00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、 00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、 00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、 00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、 00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、 00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、 00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、 00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、 00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。 2. 再調劑案件即以開立慢箋案件之 ID、原開立醫 院、原就醫日期、原就醫科別勾稽同院或藥局 申報之 08 案件。
N4_0601 (NO_405.1)	同院所門診 同藥理醫療 院所給藥日 數重複率	1. 分子(排除 08 案件): 擷取右 2. 表六項藥品 之「同院所不同處方 用藥日數重複率」指 標之「分子」值加總。 2. 分母: 擷取右 2. 表六項藥 品之「同院所不同處 方用藥日數重複率」	◎ 若 100Q4 目標值 >1.57%(中區平均值) 101Q1 及 101Q2 結算目 標值=100Q4 目標值 *0.98 ◎ 若 100Q4 目標值 <=1.57%(中區平均 值) 101Q1 及 101Q2 結算目	當季	負向	0.1%	1. 資料範圍: (1) 限定為西醫醫院及西醫基層之給藥案件 (2) 給藥案件:給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
		指標之分母值加總。	標值=100Q4 目標值 ◎ 101Q3 及 101Q4 結算目 標值 =101Q2 結算目標值 *0.98				2.
							藥物種類
							ATC 藥理分類
							降血壓藥物(口服)
							C02、C03、C07 C08、C09
							降血脂藥物(口服)
							C10
							降血糖藥物(包含口服及注射劑)
							A10
							精神疾病用藥
							精神分裂
							N05A
							憂鬱症
							N06A
							安眠鎮靜
							N05B、N05C
N4_07 (原 N1_10)	門診每人就 醫次數 (季歸戶)	1. 分子： 門診申報件數(即就 醫總次數)。 2. 分母： 門診申報人數(季歸	◎ 101Q1 及 101Q2 結算目 標值 =100Q4*0.98 ◎101Q3 及 101Q4 結算目 標值	當季	負向	0.1%	3.分子(不包含 08 案件)：同院所、同 ID 不同處 方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥 日數。 (1)結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1。 (2)若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日 期。 (3)若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥 日期。
							1. 醫院門診申報案件不含洗腎(案件分類=05) 並排除中牙醫案件。
							2. 藥局次數不列入計算
							分子、分母皆排除診察費為 0 及案件分類為 06、

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
		戶)。	=101Q2 結 算 目 標 值 *0.98				08、A1、A2、A3、A5、A7、B1、B6、B7、B8、 B9、C4、D1、D2、E1 案件(包含代辦案件、居 家照護及精神疾病社區復健案件、慢箋第2、3 次領藥案件、轉代檢案件、補報部分醫令案 件)。
N4_11	精神科病人 出院 30 日內 門診追蹤治 療率 ◎精神專科醫 院外加項目	1. 分子： 出院後三十日內有門 診之人數。 1. 分母： 精神科已出院病人 數。	◎101 年各季結算目標值 =100Q4 目標值	前 1 季	正向	0.15%	1. 跨院門住診歸戶。 2. 精神科已出院病人數：擷取精神科(科別代碼 13)，出院日不為空值，且出院日於資料範圍 內，按院所，ID，生日歸戶之人數。 3. 出院後三十日內門診件數：以精神科已出院病 人數為母體按[ID，生日]勾稽門診就醫日 0 至 30 日內的門診案件；排除急診案件(案件分 類:02)；分子同一出院日若有二件以上之門診 追蹤件數則以一件計算(取門診就醫日第一 筆)。 4. 精神專科醫院外加項目。
N4_17	住院全人整 合醫療服務 ◎考核對象： 101.1.19 發 函對象	依據 101.1.19 發文(健 保中字第 1014088015 號函)之方案內容辦 理。	◎依據計畫內容	當季		0.15%	
N4_18	安養機構住 民醫療利用 整合性照護	依據 101.1.19 發文(健 保中字第 1014088016 號函)之方案內容辦	◎依據計畫內容	當季		0.15%	

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
	計畫 ◎考核對象： 有支援安養 機構者 (101.1.19發 函對象)	理。					
N4_20	保險對象特 定醫療資訊 (關懷名單) 查詢比率	月平均點閱率=Σ點閱 次數/Σ分母人數	◎月平均點閱率=50%	當季		0.15%	
N4_21 (NO_278)	急診佔留床2 日案件以上 比率 ◎列管對象： 區域醫院以 上且 98Q3 當 期值>=5%以 上者	分子： 急診或住院案件中申 報急診暫留床醫令數 超過1之案件數 分母： 急診待床案件數	◎ 101Q1 及 101Q2 結算目 標值 =100Q4*0.98 ◎ 101Q3 及 101Q4 結算 目標值 =101Q2 結算目標值 *0.98	當季	負向	0.1%	1. 急診暫留床醫令：前5碼為03018、03019任 一項。 2. 急診案件：案件分類為'02'。 3. 病人來源：「PAT_SOUR」欄位為2。 4. 急診待床案件數： 符合下列任一條件之案件，且排除重複案件 (1)急診案件中申報急診暫留床 (2)住院案件中申報急診暫留床 (3)住院案件中病人來源為急診 5. 排除重複之案件：因急診轉住院案件可合併申 報亦可分開申報，因此同一個案可能於急診或住 院計算1次，故依住院資料之ID及住院日期與

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							急診資料 ID 及治療結束日(若無，則以就醫日期+急診暫留床醫令數之日期代替)比對，相同之案件則僅算 1 次。
N4_2202 (NO_568)	糖尿病方案 照護率_月累 計 ◎列管對象： 參加糖尿病 照護計畫方 案者	分子： 分母之案件中，有申報 P14XXX(即醫令前3碼 為 P14 者)之人數。 分母： 符合收案條件(同院同 醫師就醫間隔 90 天)之 門 診 主 診 斷 為 250(ICD_9_CM 前三碼 為 250)之人數。	◎ 101Q1 目標值=30% ◎ 101Q2 目標值=40% ◎ 101Q3 目標值=50% ◎ 101Q4 目標值=55%	當季	正向	0.1%	➢ 101/01/10 定義修訂:自統計期間 10101 開始 (1)若分子>分母時，修改成分母=分子(以分子為主) (2)當年度的分母改採用上年度全年資料來產製，即分母固定) ➢ 資料範圍：門診+住院 1. 住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」) 2. 分母：門診主診斷為<u>糖尿病</u>且在同院、同醫師、同ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。 3. 分子：門診及住院中，有申報 P14XXX(即醫令前 3 碼為 P14 者)之人數。 4. <u>糖尿病</u>：ICD_9_CM前三碼為 250。 5. 分母需排除<u>08 案件及補報原因註記為 2(即補報醫令者)</u>案件。 ➢ 統計期間 10101(含)之後： ※分母、分子之資料範圍 當年度的分母改採用上年度全年資料

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							來產製且在統計期間為每年 1 月份時才執行，之後分母固定，例如： 統計期間為 10101 時： 分子資料範圍為 10101-10101；分母資料範圍為 10001-10012。 統計期間為 10102 時： 分子資料範圍為 10101-10102；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。 統計期間為 10106 時： 分子資料範圍為 10101-10106；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。 統計期間為 10112 時： 分子資料範圍為 10101-10112；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。 統計期間為 10201 時： 分子資料範圍為 10201-10201；分母資料範圍為 10101-10112。 統計期間為 10212 時： 分子資料範圍為 10201-10212；分母直接使用 10201 已計算的分母結果。 ※分子>分母時之處理：若分子>分母時，則分母=分子(以分子為主) ➤ 人數計算以【ID】歸戶。

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							➤ 運算範圍：月累計(每月計算當年自1月累計至該月份之申報資料，如1月,1-2月,1-3月...1-12月)。
N4_24	初期慢性腎臟病(簡稱初期CKD)方案照護率-月累計	依據100年1月1日公告「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」(簡稱初期CKD方案)	◎ 101Q1 目標值=7% ◎ 101Q2 目標值=14% ◎ 101Q3 目標值=20% ◎ 101Q4 目標值=25%	當季	正向	0.1%	■ 基期人數<30者不予列計考核結果 ■ 101/01/10 修訂定義 若分子>分母時，分母=分子之條件(以分子為主) ■ 分子：接受初期CKD方案照護(申報醫令代碼前3碼為P43)之病人數(ID歸戶人數) ➤ 分子資料範圍：.門診，不排除補報原因註記為‘2’之案件。 ■ 分母：符合收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID歸戶數) ➤ 分母計算步驟 1. 分母年度執行1次即可，之後分母固定，如100年分母，執行99年健保申報資料。 (1) 計算統計期間為10001 指標值時，分母資料範圍為 9901-9912 (2) 計算統計期間為10002 指標值時，分母直接採用10001已計算的分母值，不重

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							新彙算。 2. 依據國際定義之慢性腎臟病，1年內以下 主次診斷門診出現2次或住診出現1次，歸 戶病人數。國際定義診斷碼(ICD-9-CM： 016.0、095.4、189.0、189.9、223.0、236.91、 250.4、271.4、274.1、283.11、403.x1、 404.x2、404.x3、440.1、442.1、447.3、 572.4、580-588、591、642.1、646.2、 753.12-753.17、753.19、753.2、794.4)。 (1) 主次診斷門診3個、住診5個都要看。 門診2次是以上任一，如1次016.0， 另1次223.0，就算有。 (2) 一筆清單計為1次。 (3) 診斷碼符合判定邏輯採前N碼相同方 式判定。例：<u>016.0</u> 代表前4碼為 0160 即符合；<u>753.12</u>代表前五碼為75312 即 符合；<u>580-588</u>代表前三碼為 580、 581...588任一數字即符合。 (4) 診斷碼定義中x代表 0~9任一數字。 3. 排除洗腎病患作法，領有重大傷病卡證明 主診斷前三碼為585、586病人數(ID)。 ➤ 分母：係年度開始時符合收案條件之人數， 當收案率大於100%將配合實際收案數調整 不大於分子(即若分子>分母時，分母=分子 (以分子為主)，收案率以100%計)。 ■ 運算範圍：月累計

指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核指 標值採 用期間	指標 性質	增加點 數比率	備註或排除條件
							每月計算當年度起始月份至該月之申報資料，如： ⇒ 彙算 10001 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10001，分母運算範圍為 9901-9912。 ⇒ 彙算 10002 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10002，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。 ⇒ 彙算 10003 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10003，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。 ⇒ 彙算 10012 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10012，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。 ⇒ 彙算 10101 時，分子運算範圍為費用年月 10101-10101，分母運算範圍為 10001-10012。

〈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。