

98 年第 3 季目標點數增減因子及提昇品質鼓勵項目考核作業方式暨操作型定義

一、目標點數增減因子：個別醫院該大項之總增減點數上下限為當季目標點數的正負 0.35%

當季	下年度同期	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	目標點數增減方式	調整成數	
								當季	下年度同期
V	V	N1_01	住診每人次平均非藥費單價 A ◎ 以本局第三版 DRG 編碼之 CMI 校正後每人次平均非藥費單價。(按季同院、同住院日、同 ID、同生日歸戶) ◎ 指標地區級(不含地教層級)及精神專科醫院不予監控，以實地審查及專業審查為管理重點。 ◎ 排除項目詳附件 1 之 1。	1.分子： 當季納入 DRG 編碼之每人次非藥費點數。 2.分母：當季以三版 DRG 編碼計算之 CMI 值。 註：CMI= $\sum$ (各院當季 DRGi 件數*DRGi 權重)/各院總件數	94Q3(0.8)+96Q2(0.2) 註： 1.單價計算皆經支付標準影響因素調整校正後計算之 2.調整後單價不高於 94Q3 單價之 5%。	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數	10%	100% (評估後再修訂)

當季	下 年 度 同 期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度 同期
V	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 之 1。	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	94Q3(0.8)+96Q2(0.2) 註： 1. 單價計算皆經支付標準影響因素調整校正後計算之 2. 調整後單價不高於 94Q3 單價之 5%。	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數	10%	100% (評估後再修訂)

當季	下 年 度 同 期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度 同期
V	V	N1_04	門住診每人平均一般藥費單價 ◎依據 98 年上半年醫院總額點值穩定方案之目標點數計算邏輯	1. 分子： 當季門住診申報一般藥費點數(含交付)。 2. 分母： 當季列入門診每人平均非藥費單價計算之人數。	目標數單價(0.8)+申報數單價(0.2) 註： 1. 目標數單價 =(97Q1 門住診一般藥費目標點數+97Q2 門住診一般藥費目標點數)/(97Q1 列入門診每人平均非藥費單價計算之人數+97Q2 列入門診每人平均非藥費單價計算之人數) 2. 申報數單價 =(97Q1 門住診一般藥費申報數+97Q2 門住診一般藥費申報數)/(97Q1 列入門診每人平均非藥費單價計算之人數+97Q2 列入門診每人平均非藥費單價計算之人數) 3. 調整後單價不高於目標數單價2.5%。	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數	10%	100% (評估後再修訂)

當季	下年度同期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度同期
V	V	N1_05	門住診每人癌症放療治療單價 以診斷別之 CMI 校正後每人平均單價 (按季歸戶)	1. 分子： 當季歸戶之每人癌症放療線診療點數。 2. 分母： 當季以診斷別計算之 CMI 值。 註： 1. 擷取條件： 支付標準代碼前 5 碼為 36001~36021 且 36012B 之醫令量>0 且 (當季同 ID 任一案件之主、次診斷任一碼='V580' 或前 3 碼='140'~'208')。 2. 診斷別擷取原則： 以最近就醫日 (或住院日) 且主診斷符合癌症診斷碼 (前 3 碼='140'~'208') 為優先。	定基值(118,785 點)	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數	10%	100% (評估後再修訂)

當季	下年度同期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度同期
V		N1_06	<u>急診案件人數(季歸戶)</u>	每季歸戶急診案件申報就醫人數 註：急診案件為門診申報案件類別為 02 之案件。	97 年各季人數	正向	(當期人數-目標人數)*96Q2 單價	5%	100% (評估後再修訂)
V	V	N1_07 (N1_07A: 腦中風人數 N1_07B: 重大創傷人數 N1_07C: 癌症人數)	<u>住院案件特定項目人數(季歸戶)</u> ◎指標層級為地區級(含地教層級)及婦幼專科醫院、精神專科醫院不予監控。	每季歸戶住院特定項目人數 註：住院特定項目 1. <u>腦中風</u> ：住院主診斷前三碼為 430~438 且部分負擔代碼為 001 之案件(連續住院為前一筆) 2. <u>重大創傷</u> ：住院主診斷前三碼為 800~959 且部分負擔代碼為 001(重大傷病檔 icd9cm_code 為 959.99、injury severity score>=16)之案件 3. <u>癌症</u> ：住院診斷 DRG 碼"YYY"且手術費大於 3 萬點。	97 年各季人數	正向	(當期人數-目標人數)*96Q2 單價	20%	100% (評估後再修訂)

當季	下 年 度 同 期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度 同期
	V	N1_10 (同 N4_07)	<u>門診每人就醫次數</u> <u>(季歸戶)</u>	(同 N4_07)	(同 N4_07)	負向	依據 N4_07 考核結 果		-0.15%* 目標點 數

二、提昇品質鼓勵項目操作型定義及其說明事項：

(一) 該大項指標項數，各院經檔案分析篩選後最多 9 項，未及 9 項者不再另選項目。

(二) 指標項目不列入計算之條件：

1. 慢箋開立比率：該季慢性病案件數低於 500 件者。

2. 分母低於 30 者。

3. 特定項目醫令執行率(門住診 CT 及 MRI 執行率、門診婦產科超音波執行率)之分子低於 30 者。

(三) 目標值設定：

1. 以 96Q2 為基期計算基準。

2. 目標值設定：以 97Q4 已設之目標值(即 96Q2 指標值增減 14%)再逐季調整。(負向指標，其目標值設定若低於同儕 P25 以同儕 P25 為其目標值；正向指標，其目標值設定若高於同儕 P75 以同儕 P75 為其目標值)。

(1) 正向指標：

98Q3 目標值=(96Q2*(1+14%))*(1+4%)、98Q4 目標值=(96Q2*(1+14%))*(1+6%)

(2) 負向指標：

98Q3 目標值=(96Q2*(1-14%))*(1-4%)、98Q4 目標值=(96Q2*(1-14%))*(1-6%)

(四) 該大項指標，因本局醫療給付檔案分析系統之醫療指標結果，未能即時於當季結算時產製結果，故各項指標值均採前一季之結果予以計算，並將其考核結果作為當季結算之依據。

(五) 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。

(六) 指標考核結果，若達成 1 項則增加當季目標點數 0.15%，未達成者不予扣減。

(七) 本分局得視政策方向及各院改善情形予以調整各項指標。

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
V		N4_01	門住診 CT 及 MRI 醫令執行率	1. 分子： 門住診施行 CT 及 MRI 醫令數量加總。 2. 分母： 門住診總病人數。 (季歸戶)	逐季調整	負向	1. 門住診施行 CT 及 MRI 醫令數量加總<30 之醫院本項不計。 2. 分子擷支付標準醫令代碼為 CT：33067B、33068B、33069B、 33070B、33071B、33072B MRI：33084B、33085B 且醫令類別為 2 者。 3. 分子及分母不包括 05、A3 案件。 4. 分母擷取條件：診察費>0 之案件。
V		N4_02 (NO_108)	住院案件出院後三日內再急診率	1. 分子： 三日內再急診的案件數。 2. 分母： 出院案件數。	逐季調整	負向	1. 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。 2. 三日內再急診的案件：以出院案件為母體，按[ID, 生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診案件。 3. 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0。 4. 分子及分母均排除下列九項案件後再行統計。 (1) 精神科：就醫科別為 13。 (2) 乳癌試辦案件：案件分類為 4+病患來源 N 或 R 或 C。

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							(3) 化學治療及放射線治療：主次診斷為 V58.0、V58.1。 (4) 早產安胎：主診斷為 64403。 (5) 罕見疾病（黏多醣症）：主診斷為 2775。 (6) 轉院案件：轉歸代碼為 5、6 或 7。 (7) 新生兒未領卡：部份負擔註記為 903。 (8) 血友病：主診斷為 2860、2861、2862、2863。 (9) 器官移植：醫令代碼前 5 碼為 ● 心臟移植：68035 ● 肺臟移植：68037（單肺）、68047（雙肺） ● 肝臟移植：75020 ● 腎臟移植：76020 (10) 病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)(97/07/21 新增排除條件)
V		N4_03 (NO_107)	住院案件出院後十四日內再住院率	1. 分子： 出院後十四日內再住院的案件數。 2. 分母： 出院案件數。	逐季調整	負向	1. 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。 2. 十四日內再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID, 生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件。 3. 分子、分母均排除下列十一項案件後再行統計。

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							(1) 精神科：就醫科別 13。 (2) 乳癌試辦案件：案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C。 (3) 化學治療及放射線治療：主次診斷 V58.0、V58.1。 (4) 早產安胎：主診斷 64403。 (5) 罕見疾病（黏多醣症）：主診斷 2775。 (6) 轉院案件：轉歸代碼 5、6 或 7。 (7) 新生兒未領卡：部份負擔註記 903。 (8) 血友病：主診斷 2860、2861、2862、2863。 (9) 冠狀動脈繞道手術（CABG）：醫令代碼前 5 碼為 68023、68024、68025 及論病例計酬代碼 97901K、97902A、97903B、97906K、97907A、97908B、97911K、97912A、97913B。 (10) 放置血管支架同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及血管支架之案件。 A. 「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」：醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078，論病例計酬代碼 97511K、97512A、97513B、97516K、97517A、97518B、97521K、97522A、97523B。 B. 特材代碼前 5 碼為「CBP01」且單價為 22750 或 36750（92 年前價格為 49000 或 54000）。 (11) 器官移植：醫令代碼前 5 碼為

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							● 心臟移植：68035 ● 肺臟移植：68037（單肺）、68047（雙肺） ● 肝臟移植：75020 ● 腎臟移植：76020
V		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。	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條件： 1. 慢箋開立比率達目標值且再調劑比率 $\geq 85\%$ 2. (當期慢箋開立比率 $\times$ 再調劑率) $\geq$ (目標值 $\times 85\%$)	正向	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 ≥ 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：

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							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。
V		N4_04_01	慢箋再調劑比率	1. 分子： 開立慢箋有再調劑案件數。(案件分類：08) 2. 分母： 開立慢性病連續處方箋案件數。	N4_04 項之達成參考依據。		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>=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。
V		N4_05 (36)	清靜手術抗生素小於 1 日使用率	1. 分子： 手術後≤1 日使用	逐季調整	正向	1. 清靜手術：案件分類為 2(論病例計酬)，且 DRG 碼為 0163A、0163B、0209A、0209B、0290A、0471A。

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標性質	備註或排除條件																			
				抗生素案件數。 2. 分母： 清淨手術案件數。			2. 分子定義：從執行清淨手術的同一清單之中，找出執行手術的醫令(取執行迄日最大者代表)，再找出使用抗生素的醫令(取執行迄日最大者代表)，後者-前者<=1。 3. 手術：醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令。 4. 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼, 且藥理分類前 4 碼 0812。																			
V		N4_06 (165.1)	門診同藥理不同處方用藥日數重複率	1. 分子： 擷取右 2. 表六項藥品之「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「不同處方用藥日數重複率」指標之分母值加總。	逐季調整	負向	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。 2. <table><tr><td colspan="2">藥物種類</td><td>ATC 藥理分類</td></tr><tr><td colspan="2">降血壓藥物(口服)</td><td>C02、C03、C07、C08、C09</td></tr><tr><td colspan="2">降血脂藥物(口服)</td><td>C10</td></tr><tr><td colspan="2">降血糖藥物(包含口服及注射劑)</td><td>A10</td></tr><tr><td rowspan="3">精神疾病用藥</td><td>精神分裂</td><td>N05A</td></tr><tr><td>憂鬱症</td><td>N06A</td></tr><tr><td>安眠鎮靜</td><td>N05B、N05C</td></tr></table>	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
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																								

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							1. 分子(不包含 08 案件)：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。
V		N4_07	門診每人平均就醫次數(季歸戶)	1. 分子： 門診申報件數。 2. 分母： 門診申報人數。	逐季調整	負向	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 3. 分子、分母皆排除診察費為 0 及案件分類為 06、08、A1、A2、A3、A5、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、E1 案件。 4. 分子：門診申報案件數=就醫總次數 5. 分母：季歸戶醫院下之人數。
V		N4_08 (486)	門診手術(含 ESWL)後 2 日內急診或住院率	1. 分子：門診手術後 2 日(含)內急診或住院的人次。 2. 分母：門診手術人次。	逐季調整	負向	1. 門診手術：醫令代碼前 2 碼為 62-88 及 50023A、50024A、50025A、50026A、50023B、50024B、50025B、50026B。且醫令代碼長度為 6 或 7 且排除案件分類「02」(急診)；門診手術係指門診醫令申報符合本局支付標準第二部第二章第七節(手術章節)者。

當季	下 年 度 同 期	指標編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							2. 急診係指門診案件分類「02」，住院係指申報住院者。 3. 2日(含)內(含跨院):例如 7/23 施行門診手術，則 7/23~7/25 有再急診(或再住院)者為符合分子條件。 4. 判定分子有無再急診或再住院時： (a)用分母之 ID 進行勾稽。 (b)分母部分若治療結束日不為空白，取治療結束日否則取就醫日期。 (c)分子部分之再急診採用就醫日期與分母進行比對；再住院採用入院日與分母進行比對。 (d)分母依不同維度同1人同1日若有多種手術僅計算1次。 (e)分子2日(含)內若有多次急診(或住院)亦僅採計1次。
V		N4_09 (805)	同院所生產案件出院後14日內再入院率 ◎婦產專科醫院外加項目。	分子： 出院後十四日內再住院的案件數。 2. 分母： 生產出院案件數。	逐季調整	負向	1. 分母：於統計期間<u>出院</u>，且有申報<u>生產醫令</u>之案件數 (1)出院：出院日在資料範圍內之案件(以 96Q1 為例，即為出院日期 960101~960331)，例：按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
							院日為準 (2)生產醫令：81004C、81005C、81024C、81025C、81026C、81028C、81029C、97006K、97007A、97008B、97009C、81005B、81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、97931K、97932A、97933B、97934C、81034C 2. 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」) 3. 分子：以出院案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[院所, ID, 生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內(同院)，且符合<u>分子條件</u>的的住院案件。 <u>分子條件</u>： (1) 部分負擔代碼不為 903 (2) 再住院日 > 生產住院日
V		N4_10	門診婦產科超音波執行率 ◎婦產專科醫院外加項目。	1. 分子： 門診婦產科超音波醫令數。 2. 分母： 門診就醫病人數。 (季歸戶)	逐季調整	負向	1. 施行婦產科超音波醫令數量加總<30 之醫院本項不計。 2. 婦產科超音波：醫令代碼為 19003C、19010C、19011C 且醫令類別為 2。 3. 分子及分母不包括 05、A3 案件。 4. 分母擷取條件：診察費>0 之案件。

當季	下年度同期	指標編號 (指標系統編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標 性質	備註或排除條件
V		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。 2. 分母： 精神科已出院病人數。	逐季調整	正向	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。
V		N4_12	精神科病人出院 14 日內再入院率 ◎精神專科醫院外加項目	1. 分子： 出院後十四天內精神科再住院件數。 2. 分母： 精神科總出院案件數。	逐季調整	負向	1. 精神科出院案件數：擷取精神科(科別代碼 13), 出院日不為空值, 期間在資料範圍內之案件, 按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶之件數，跨院歸戶。 2. 出院後十四天內精神科再住院件數：以精神科出院案件為母體按[ID, 生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內的住院案件。
V		N4_13	全人整合醫療服務	另訂公佈之	另訂公佈之		

門住診非藥費單價排除項目說明

一、門診單價（含交付處方）

- （一）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）。
- （二）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））。
- （三）符合下列條件者，整件排除。
 - 1. 目標點數計算邏輯說明之欄位名稱為 B、C、D 所屬各項案件。
 - 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）。

二、住院單價

- （一）住院醫療費用點數：列入計算案件之（申請醫療費用點數+部分負擔）。
- （二）以當季歸戶同院同病人同生日同入院日之醫療費用（不包含職災及低收入戶個案之住院膳食費）及住院日數，並以最後一筆之 DRG 碼為其該案件之 DRG，取其計算權值及 CMI。
- （三）符合下列排除條件（依據第 3 版 DRG 排除條件或目標點數計算之排外條件），整件排除。
 - 1. 職災：符合目標點數計算之排外條件。
 - 2. 罕見疾病：符合目標點數計算之排外條件。
 - 3. 血友病：符合目標點數計算之排外條件。

4. 移植手術個案當次住院：符合目標點數計算之排外條件。
5. 呼吸器案件：符合目標點數計算之排外條件。
6. 生產案件：符合目標點數計算之排外條件。
7. 愛滋病：主、次診斷為 042 或案件分類為 'C1'。
8. 癌症案件：主診斷前 3 碼為：140~176、179~208、V580、V581、V671、V672 或 DRG 碼為 'YYY'。
9. 精神科案件：MDC 為 19、20。
10. 試辦計畫案件：
 - (1) 乳癌試辦計畫-案件分類 4 且病患來源為 N、C、R。
 - (2) 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫-案件分類 4、給付類別 M。
 - (3) 肺結核醫療給付改善方案試辦計畫-給付類別 F。
11. 安寧療護案件-案件分類 為 '1' 且 給付類別 A。
12. 住院天數 60 天以上案件。
13. 論病例計酬案件-案件分類為 '2'。

(四) 住院單價 A：

依據上述排除項目後，並以總局公布之第三版(94 年 1 至 6 月全國值)各 DRG 之 97.5 百分位極端值予以排除極端值案件後，計算其 CMI 及校正後單價(其權值係採總局以 94 年 1 至 12 月之案件計算之公告值)。

