

健保署中區業務組 113 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

修訂日期：113 年 7 月 23 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
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 113 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 $CMI = \frac{\sum (\text{各院各季 DRG}_i \text{ 件數} \times \text{DRG}_i \text{ 權重})}{\text{各院當季列計 DRG 案件數}}$	沿用 112 年第 4 季目標值 (另含支付標準調整)	負向	$(\text{目標單價} - \text{當期單價}) \times \text{當季列計 DRG 案件計算之 CMI 值} \times \text{當季列計案件數}$ (只扣不加)	增減因素調整 反映成數(最高 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
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。 $CMI = \sum(\text{各院當季 CCSi 件數} * \text{CCSi 權重}) / \text{各院總件數}$	沿用 112 年第 4 季目標值 (另含支付標準調整)	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)	增減因素調整 反映成數(最 高 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 300 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。	沿用 112 年第 4 季目標值 (另含支付標準調整)	負向	(目標單價-當期 單價)*當期計入 單價的人數 (只扣不加)	增減因素調整 反映成數(最 高 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
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 50 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。	沿用 112 年第 4 季目標值 (另含支付標準調整)	負向	(目標單價-當期 單價)*當期計入 單價的人數 (只扣不加)	增減因素調整 反映成數(最 高 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、“C5”法定傳染病通報且隔離案件、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』）、住院整合照護管理費(每日)、預立醫療照護諮商費、全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫之獎勵項目(P 碼)。
- 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。