

112 年醫院總額管理方案品質指標-

指標 0201_以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院 操作型定義暨考核方式

112/02/01 修

緣起	為保障保險對象醫療品質，爰訂定 DRG 案件之監測指標。
目標值 設定	採 111Q3 全國層級別同儕值及中區層級別同儕第 25 百分位，考核各院當期值達成情形。 ■ 111Q3 全國同儕值 (1) 醫學中心 2.19% (2) 區域醫院 3.27% (3) 地區醫院 4.51% ■ 111Q3 中區同儕 P25 (1) 醫學中心 2.04% (2) 區域醫院 2.53% (3) 地區醫院 3.11%
考核指 標值採 用期間	前季
指標 性質	負向
增減點 數比率	A_當期值<111Q3 中區同儕 P25，增加點數比率 0.05%； B_當期值>111Q3 全國同儕值，扣減點數比率 0.05%。
備註或 排除條 件	■ 精神專科醫院及列計分母低於 30 者不予列入考核。 ■ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 <u>DRGs 案件</u>。 1. 分母定義：$CMI_{3\text{日內跨院急診率}} = \frac{\sum(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{3\text{日內跨院急診率}})}{\text{DRGs 總案件數}}$ 2. 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>：需為本署醫管組公告的 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 C00-C96、全碼為 Z510、Z511、Z5111、Z5112、Z08)、主診斷為性態未明腫瘤(前 3 碼為 D37-D48、全碼為 J8481、C944、C946)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 Z940-Z944、前 5 碼為 T8600-T8649、T8690-T8699、Z9481-Z9484、前 6 碼為 D89810-D89813、T86810-T86819、T86850-T86859、全碼為 T865、Z946、Z9489、Z949)案件。
3. MDC19、MDC20 之精神科案件。
4. 主或次診斷為愛滋病(B20)、先天性凝血因子異常(D66、D67、D681、D682、D684)及衛生福利部公告之罕見疾病案件。
 - (1) 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，案件分類非 5 且符合下列任一條件者即為衛生福利部公告之罕見疾病案件
 - ✓ 不適 Tw-DRGs 案件特殊註記(TW_DRGS_SUIT_MARK)為 5。
 - ✓ ICD 錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第 1 碼到第 20 碼(費用年月「201001~201206」是抓第 1 碼到第 5 碼)中有出現 5 且 TW-DRGS 碼(TW-DRGS)為空白。
5. 試辦計畫案件。
 - (1) 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R
 - (2) 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M
 - (3) 安寧試辦計畫：(案件分類=4 且給付類別=A)或醫令代碼前三碼為 P44
 - (4) 呼吸器試辦計畫：案件分類=4 且給付類別=9
 - (5) 週產期試辦計畫：給付類別=D
 - (6) 急性後期照護試辦計畫(PAC)的上游醫院：申報任一醫令代碼為 P5113B(下轉評估費)、P5118B(不同團隊下轉醫院評估費)、P5123B(急性醫療醫院轉銜作業獎勵費)；承作醫院：案件分類為 4 且試辦計畫為 1，依歸戶排除。
6. 住院日超過 30 日之個案。
 - (1) 急性病床天數+慢性病床天數>30 天
(歸戶後，若該歸戶未申報醫令類別 Z，則以累積切帳的【急床+慢床】加總為住院天數；若有申報醫令類別 Z，則以切帳最後一筆(即代表案件)的【急床+慢床】為住院天數，住院天數>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 5A15223)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。
 - (1) 醫事機構代碼前二碼為 21-27 及 31-35 者。
 - (2) 特約類別非 1-4 者。

- (3) 職業傷病案件：部分負擔代碼(PART_CODE)為 006 或案件分類=A1、A2、A3、A4
- (4) 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)
- (5) 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
- (6) 結核病代辦案件：部分負擔代碼(PART_CODE)為 005 或案件分類 C4。
- (7) 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1
- (8) 資訊不完整或錯誤之資料排除(歸戶後處理)：
- ✓ 編碼錯誤：審核結果 DRG(EXM_RESULT_DRG_1)及審核結果 MDC(EXM_RESULT_MDC_1)均為空白。
 - ✓ 尚未出院案件：出院日期(OUT_DATE)為空白。
 - ✓ 申報起迄不連續：申報起日(APPL_S_DATE)與申報迄日(APPL_E_DATE)不連續。同歸戶下的案件依申報起日、申報迄日排序後，若每筆案件都符合「後一筆的申報起日-該筆申報迄日 ≤ 1 」，就算有連續。
 - ✓ 第一筆資料申報起日(APPL_S_DATE)與入院日期(IN_DATE)不相等。
 - ✓ 費用為 0：申請費用點數(APPL_DOT)+部分負擔金額(PART_AMT)=0。
 - ✓ 住院日數為 0：急性病床天數(ACU_BED_DAYS)+慢性病床天數(CHR_BED_DAYS)=0
 - ✓ 健康新生兒被視為病童：部分負擔代碼(PART_CODE)為 903 且僅申報 57114C、57115C、57116C 等 3 項醫令代碼(ORDER_CODE)之案件。
 - ✓ 暫以論量計酬申報之案件：不適 Tw-DRGs 案件特殊註記(TW_DRGS_SUIT_MARK)為 G。
 - ✓ 急慢性病床天數不符：
 - * 出院日期(OUT_DATE)=入院日期(IN_DATE)，且出院日期(OUT_DATE)-入院日期(IN_DATE)+1 $\neq$ 急性病床天數(ACU_BED_DAYS)+慢性病床天數(CHR_BED_DAYS)。
 - * 出院日期(OUT_DATE)-入院日期(IN_DATE)>急性病床天數

(ACU_BED_DAYS)+慢性病床天數(CHR_BED_DAYS)且無任何一筆病患來源(PAT_SOURCE)為4者。

* 出院日期(OUT_DATE)-入院日期(IN_DATE)<急性病床天數(ACU_BED_DAYS)+慢性病床天數(CHR_BED_DAYS)

10. 使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案：任一處置碼為5A02110、5A02210且特材醫令前五碼為CBA01。
11. 任一診斷為生產有合併植入性胎盤(前4碼為0720-0723、0730-0731、前5碼為04381-04393、前6碼為043011-043199、043211-043239)、產後大出血(0721)或產後血液凝固缺損(0723)之案件。
12. 複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案。
13. 【不適用Tw-DRGs案件特殊註記】為D的案件(依清單排除)。

■ 案件數：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。

■ 3日內跨院急診案件數：以出院案件為母體，部分負擔非903之案件，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日0至3日內的部分負擔非903急診案件；部分負擔903之案件，按【ID、生日、科別】跨院勾稽距離出院日0至3日內的部分負擔903急診案件。

1. 急診案件：案件分類02且部分負擔第2碼為0。
2. 生日：因急診沒有CHILD_BIRTHDAY，改以BIRTHDAY勾稽。
3. 科別：若同歸戶同DRG申報多筆科別，取清單編號最大的科別為代表。

■ 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，106年起的權重以104年為基期計算。