

114 年醫院總額管理方案品質指標-

指標 0301_以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院之操作型定義暨考核方式

114/02/11 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	採 <u>112Q4-113Q3 層級別同儕值考核各院當期值達成情形。</u>			
	層級	同儕 P25	同儕 P50	同儕 P75
	1-醫中	5.165%	5.97%	6.25%
	2-區域	6.65%	7.63%	8.855%
	3-地區	7.64%	9.82%	12.2%
指標值 採用期間	前季			
指標性質	負向			
增減點數比率	1. <u>當期值 ≥ 同儕 P75：扣減住診核定點數 0.1%。</u> 2. <u>同儕 P50 < 當期值 < 同儕 P75：扣減住診核定點數 0.05%。</u> 3. <u>當期值 ≤ 同儕 P25：獎勵住診核定點數 0.05%。</u>			
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：$CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum(\text{各 DRG 案件數} \times \text{各 DRG 相對權重}_{14日內跨院再住院率})}{\text{DRGs 總案件數}}$ 2. 分子定義：住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率 = $\frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數}}{\text{DRGs 出院案件數}}$ ■ <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，當「<u>補報原因註記</u>」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件其急慢性病床天數以 0 計算，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(腦中風)、2(燒燙傷)、3(創傷性神經損傷)、4(脆弱性骨折)、6(衰弱高齡)，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『2014 版 ICD-10』：5A15223；『2023 版 ICD-10』：5A1522F、5A1522G、5A1522H、5A15A2F、5A15A2G、5A15A2H)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≠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 O720-O723、O730-O731、前 5 碼為 O4381-O4393、前 6 碼為 O43011-O43199、O43211-O43239)、產後大出血(O721)或產後血液凝固缺損(O723)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)

14. 轉歸代碼：D(醫院間轉急性後期照護案件)、E(院內轉急性後期照護案件)、F(因療程需要計劃性出院案件)

15. 法定傳染病通報並住院隔離案件：案件分類 C5

■ 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。

■ 跨院再住院案件數：以出院案件為母體，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日 0 至 3、14、30 日內的住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除下列四種案件：

1. 【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件，依清單排除。

2. 安胎後轉生產案件：安胎(DRG 代碼為 37901、37902、37903、38301、38302、384)後轉生產(DRG 代碼為 370、371、37401、37402、372、37301、37302、37501、37502)且第一筆的出院日與第二筆入院日相同時，依歸戶排除。

3. 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(腦中風)、2(燒燙傷)、3(創傷性神經損傷)、4(脆弱性骨折)、6(衰弱高齡)，依歸戶排除。 4. 轉歸代碼：D(醫院間轉急性後期照護案件)、E(院內轉急性後期照護案件)、F(因療程需要計劃性出院案件)，依歸戶排除。 ■ 各 DRG 相對權重_{14 日內跨院再住院率}：全國各 DRG 之 14 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，106 年起的權重以 104 年為基期計算。
--	--