

以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院

(TW-DRGs第3.2版-98年公告實施版)

- 分子5(929)：住院DRGs案件之出院後14日內再住院率(限導入之DRGs)
 - 分母5(932)：CMI_14日內再住院率(限導入之DRGs)
基期值：
 - 分子11(1018)：住院DRGs案件之出院後14日內再住院率_基期值(限導入之DRGs)
 - 分母11(1024)：CMI_14日內再住院率_基期值(限導入之DRGs)
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間9901開始產製，基期值資料僅提供97年數值。
- 資料範圍：住院西醫醫院，並限制出院日在本月，住院日在上月或本月的資料。
- 本指標以不同分母分子區分計算「所有DRGs」以及「導入DRGs」的指標值，其指標定義除納入計算的DRGs範圍不同外，其餘定義均相同。
- 基期值維度依醫管處提供之第3.2版Tw-DRGs之97年住院資料編審結果DRG範圍資料產製。
- 分子分母之母體資料範圍皆需限定為DRGs案件。
- 分母定義： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum (各DRG案件數 * 各DRG相對權重_{14日內跨院再住院率})}{DRGs總案件數}$
- 分子定義：住院DRGs案件之出院後14日內跨院再住院率=
 $\frac{住院DRGs案件出院後14日內跨院再住院案件數}{DRGs出院案件數}$

※ DRGs案件：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

※ 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：3日、14日、30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，目前以97年為基期計算相對權重。

□ 醫管處公告之「DRG碼範圍」、「DRG權重」、「醫療費用上下限臨界點」及本系統運算之各權重資料

以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院

- 分子2(934)：住院DRGs案件之出院後3日內急診率(限導入之DRGs)
- 分母2(935)：CMI_3日內急診率(限導入之DRGs)

基期值：

- 分子4(1039)：住院DRGs案件之出院後3日內急診率_基期值(限導入之DRGs)
- 分母4(1041)：CMI_3日內急診率_基期值(限導入之DRGs)

- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間9901開始產製，基期值資料僅提供97年數值。
- 資料範圍：住院西醫醫院，並限制出院日在本月，住院日在上月或本月的資料。
- 本指標以不同分母分子區分計算「所有DRGs」以及「導入DRGs」的指標值，其指標定義除納入計算的DRGs範圍不同外，其餘定義均相同。
- 基期值維度依醫管處提供之第3.2版Tw-DRGs之97年住院資料編審結果DRG範圍資料產製。

□分子分母之母體資料範圍皆需限定為DRGs案件。

□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=

$$\frac{\text{住院DRGs案件出院後3日內跨院急診案件數}}{\text{DRGs出院案件數}}$$

※ DRGs案件：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

※ 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，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。