

DIP 模式下高倍率病例的病案首页 ICD 编码缺陷分析及对策

朱玲¹ 戴勇² (通信作者)

(1 扬州大学附属医院病案统计科 江苏扬州 225002 2 扬州大学附属医院普外科 江苏扬州 225002)

摘要:目的:分析某院 DIP 付费模式下高倍率病例的病案首页主要诊断及主要手术编码中存在的缺陷,并提出对策进行改进。方法:统计从市医保局反馈的结算日期为 2022 年 7 月至 2022 年 12 月的分组为高倍率的病例,根据住院病案首页填写规范和编码规则,并结合 DIP 付费方式,检查其主要诊断及主要手术编码质量。并以典型高倍率病案为示例,对缺陷问题进行分析,并提出改进措施。结果:1779 份高倍率病例的病案首页中有 441 份存在缺陷,占比 24.8%。其中,主要诊断选择错误、诊断或手术操作漏填、主要手术选择错误占比较高,分别为 43.3%、23.1%、19.7%。结论:DIP 支付模式下,因主要诊断及主要手术编码缺陷导致的高倍率病例占比较高,与临床医师的填写质量,与编码人员的技术水平相关。应加强编码人员的专业技能培训,加强质控,提高病案首页质量,确保 DIP 工作的顺利实施。

关键词: DIP; 高倍率; 主要诊断与手术; 编码; 缺陷

为了合理控制医疗费用,提高医疗服务质量,更好地保障参保人的权益。2017 年国办印发的《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(〔2017〕55 号文)明确提出,进一步加强医保基金预算管理,全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式^[1]。其中,按病种分值付费(DIP)作为按病种付费的一种,即为区域点数法总额预算和按病种分值付费,它是我国原创的一种医保支付方式,DIP 以大数据为支撑,发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分析,把点数法和区域总额预算相结合,引导医疗卫生资源合理配置,体现医务人员劳务价值,保障参保人员基本医疗需求,推进医保基金平稳高效运行^[2]。高倍率是指“费用极高病例”的俗称,一般规定为超过 DIP 支付标准的规定倍数(我市规定为 2 倍),虽然有高倍率政策对医院进行合理补偿,但是存在缺陷的高倍率病例,可能导致医院错失合理的医保资金。而疾病诊断及手术操作编码是否符合国际疾病分类(ICD)标准,以及医生是否完整、准确填写首页诊疗信息不仅直接影响医疗统计质量,同时也与医保部门的付费有着密不可分的联系^[3]。为避免因病案首页中诊断与手术操作的填写缺陷影响到病案 DIP 的正确入组,导致医院错失合理的医保基金,本研究统计了从市医保局反馈的结算日期为 2022 年 7 月至 2022 年 12 月的分组为高倍率的病例,进行缺陷分析,找出存在问题,制定有效对策。

1 资料与方法

1.1 一般资料

提取某三甲医院结算日期为 2022 年 7 月至 2022 年 12 月经市

医保局 DIP 分组预结算后反馈到医院初审数据中的高倍率的病例。

1.2 方法

对高倍率病例,严格按照国家卫计委制定的《住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医[2016]24 号)的文件要求,疾病诊断和手术编码按照国家医保局制定的疾病诊断分类及代码(ICD-10 医保 V2.0 版)和手术操作分类及编码(ICD-9-CM3 医保 V2.0 版)。使用电子病历系统查阅上述病案,对高倍率病历的首页填写,特别是疾病诊断及手术的选择进行逐一核查,分析并汇总数据。

2 结果

2.1 一般情况

2022 年 7 月至 2022 年 12 月医保结算病案 32048 例,其中高倍率组 1779 例,占比 5.55%。

2.2 高倍率病案缺陷分类

在 1779 份高倍率病案中,有 441 份存在编码缺陷,缺陷率为 24.8%,441 份高倍率病案首页的编码错误类型占比最高前三位为主要诊断选择错误 191 份,占 43.3%,诊断或手术操作漏填 102 份,占 23.1%,主要手术选择错误 87 份,占 19.7%,责任主体为临床医师导致的缺陷共 424 份,占 96.1%。具体缺陷情况见表 1。

表 1 高倍率病案首页编码缺陷情况

缺陷类型	份数	占比 (%)	责任人
主要诊断选择错误	191	43.3	临床医师
诊断或手术操作漏填	102	23.1	临床医师

主要手术选择错误	87	19.7	临床医师	441 份存在诊断与手术编码缺陷的病案，分到与实际医疗费用不相符的 DIP 组，实际医疗费用高于该病组支付标准的 2 倍，被判为高倍率组。现针对上述缺陷类型，进行缺陷修改前后 DIP 分组调整前后对症分析，具体见表 2、表 3。
主要诊断和主要手术不匹配	44	10	临床医师	
主要诊断编码错误	11	2.5	编码员	
主要手术编码错误	6	1.4	编码员	

2.3 编码缺陷对 DIP 分组的影响

表 2 病案首页诊断与手术填写和编码缺陷类型具体案例情况

案 例	主要诊断 (编码)	主要手术操作 (编码)	临床主要 诊断	纠正后的主要诊断或手术操 作编码	纠正后的其他诊断或手术操作编 码
1	心脏瓣膜病 (I38.x01)	主动脉瓣膜机械瓣膜置换术 (35.2201)	心脏瓣膜 病▲	主动脉瓣关闭不全 (I35.100)	
2	谵妄, 其他的 (F05.800) ▲	脊髓神经刺激器导线置入或置换 (03.9300)	意识障碍	昏迷 (R40.200)	
3	腮腺恶性肿瘤 (C07.x00)	淋巴结活组织检查 (40.1100) ▲	腮腺恶性 肿瘤	腮腺切除术 (26.3201)	
4	急性心肌梗死 (I21.900)		心肌梗死		左心室衰竭 (I50.100) △
5	心房颤动 (I48.x01)	△	心律失常	心脏射频消融术 (37.3302)	经皮左心耳封堵术 (37.9000x001) △

注: ▲表示主要诊断或主要手术填写或编码存在错误缺陷; △ 表示诊断或手术操作漏填。

表 3 纠正病案首页缺陷问题前后的 DIP 分组情况

案 例	纠正首页缺陷问题前			纠正首页缺陷问题后		
	DIP 编码	DIP 名称	分值	DIP 编码	DIP 名称	分值
1	I38-S1	瓣膜未特指的心内膜炎-相关手术组	15.84	I35-S1	非风湿性主动脉瓣疾患-相关手术组	20.30
2	F05-S1	谵妄, 非由酒精和其他精神活性物质所致-相关手术组	9.47	R40-S1	嗜眠、木僵和昏迷-相关手术组	10.06
3	C07-S3	腮腺恶性肿瘤-诊断性操作组	0.68	C07-S1	腮腺恶性肿瘤-相关手术组	1.15
4	I21.9	未特指的急性心肌梗死 轻度病例(I 级)	0.71	I21.9	未特指的急性心肌梗死 重度病例(III 级)	1.48
5	I-M0	循环系统疾病-保守治疗组	0.65	I48-S1	心房纤颤和扑动-相关手术组	8.29

3 讨论

3.1 缺陷原因分析

3.1.1 临床医师因素

责任主体为临床医师导致的缺陷占 96.1%。主要原因分析如下:

(1) DIP 相关知识的缺乏。本院自 2022 年起开始实施 DIP 付费, 部分临床医师对于 DIP 付费的知识了解不足, 如对于主要诊断的选择侧重在本科室, 也未能掌握主要诊断按“三最”(健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长)原则选择, 主要手术操作按“消耗医疗资源最多、风险难度最高、与主要诊断相关”原则选择^[4]。

如对于案例 1, 风湿性心脏病主要由于风湿热活动、累及心脏瓣膜而造成的心脏瓣膜病变, 最常累及二尖瓣, 主动脉瓣次之, 三尖瓣很少见, 肺动脉瓣则极为罕见。风湿性病变可以单独损害一个瓣膜区, 也可以同时累及几个瓣膜区。按照心脏瓣膜病国际假定分类编码规则, 未提及病因的主动脉瓣闭锁不全按假定为非风湿性编码, 该患者无风湿性心脏病病史, 且病案中检查指标未显示风湿活动迹象。依据主要诊断选择原则, 非风湿性主动脉瓣关闭不全 (I35.100) 为主要诊断。(2) 责任意识缺乏。有部分病案病程书写不完整, 未详细记录诊断依据等, 导致编码员编码错误。部分病例漏填其它诊

断或操作。包括并发症、合并症，以及非专科诊断，外科医生则是侧重手术的填写，容易漏填治疗性或诊断性操作。(3) 诊断名称不规范。有部分医师填写的诊断不符合国际标准，如糖尿病等诊断未标明“I型”还是“II型”，脑梗未注明新近还是陈旧性，恶性肿瘤未标明具体部位等，导致编码员不能精确编码。

3.1.2 编码员因素

责任主体为编码员导致的缺陷占 3.9%，虽然占比不高，但是一旦发生编码错误，直接影响 DIP 的分组。分析其主要原因如下：

(1) 相关临床知识的缺乏，如病例 2，谵妄和意识障碍，虽较为相似，但是严重程度和治疗费用不相同，因相关知识的缺乏，导致编码错误。本院编码员实施专人专科制度，导致部分编码员对于非本专科的知识认识不足，但病情较为复杂，跨系统疾病，容易出现判断错误。(2) 过度依赖编码系统。部分编码人员，对于病案首页的编码系统过度依赖，直接按照医师诊断进行编码，未对疾病进行深入认识，导致编码错误。

3.2 对策

(1) DIP 相关知识的培训。定期在全院进行 DIP、医保相关知识的培训，并进行相关考核，确保有病案书写权限的医师掌握 DIP 相关知识。

(2) 完善绩效考核制度，加强责任心培养。医院医务部根据国办发[2019]4 号文《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》《三级公立医院绩效考核指标》中国家关于病案首页的 7 项监测指标^[5]，严格对医生进行绩效考核，加强医师责任意识。

(3) 严格执行三级质控制度。管床医师认真填写病案首页，诊疗组长审核后完成一级质控；科室质控医师对全科数据按比例抽查审核，做好二级质控；病案统计科按医务部要求按期完成三级质控，确保病案首页的准确性、完整性，减少首页填写的错漏，降低诊断及手术操作的错误率^[6]。

(4) 加强编码员的培训。编码人员要进行临床相关知识的学习，提升对于疾病的了解，准确的完成编码工作。虽然是专人专科，但是要定期进行其他专科知识的学习，不同专科的编码员要加强交流，拓宽知识面。

(5) 加强编码员与临床医师的交流。因编码员和临床医师对于疾病的理解和自身专业领域的不同，导致编码产生分歧，因此，需要加强编码员与临床医师的交流，及时沟通，相互学习、共同进步，确保编码工作的顺利完成^[7]。

4 小结

病案首页是 DIP 分组数据的重要来源，医师诊断手术操作填写是起点，编码员将其转换为 DIP 可识别的 ICD 编码，二者是层层递进的关系，诊断手术操作的正确性直接影响 ICD 编码的准确性^[8]，ICD 编码发生错误，会导致该病例 DIP 分组错误，该病例也有可能成为高倍率病例，从而导致医院经济的损失。因此，应加强医师和编码人员的专业技能培训，加强质控，加强合作，提高医院病案首页质量，确保 DIP 工作的顺利实施。

参考文献：

- [1] 国务院办公厅《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017, 110(11): 9-13.
- [2] 罗琪, 应可满. 医疗保险按病种付费研究综述[J]. 中国卫生事业管理, 2012(4): 4.
- [3] 黄秋华, 罗小丽. 开展 DRGs 对提升病案编码员肿瘤疾病分类能力的相关对策[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(20): 2.
- [4] 全国卫生专业技术资格考试专家委员会. 2014 全国卫生专业技术资格考试指导-病案信息技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 484-519.
- [5] 朱玲, 尹琼. 住院病案首页填写问题分析及改进[J]. 中国病案, 2020(1): 3.
- [6] 梁景星, 谢丽玲, 周婷婷, 等. 基于 DRGs 付款下高倍率病例的病案首页诊断与手术操作填写和编码缺陷分析[J]. 中国医院统计, 2019(4): 307-310.
- [7] 陈凤仪, 张尧, 邹孟群, 等. 基于 DIP 背景下某院 2020 年住院病案首页 ICD 编码缺陷分析[J]. 中国病案, 2022(2): 18-21.
- [8] 陈贤展, 尹龙燕. 住院病案首页 ICD 编码质量对分值付费的影响[J]. 中国病案, 2019, 20(7): 4.