

# 基于 CHS-DRG 分组的某三甲综合医院 QY 病案分析

黎芳铃

(柳州市柳铁中心医院病案科,广西 柳州 545007)

**摘要:**目的 分析某三甲综合医院 CHS-DRG 分组中歧义(QY)病案的数据质量问题,提出解决方案,以期提高病案首页质量及 DRG 入组率。方法 调取某院经医保局 CHS-DRG 分组后的 2022 年 7 月 1 日-12 月 31 日出院结算的 124 份 QY 病案,以问题为导向分析存在问题的原因并运用 Excel 工具对问题及原因进行归类、统计和分析。结果 124 份 QY 病案中肿瘤科最多为 20 例,占比 16.13%;责任方面编码员最多,占比 35.48%,其次是医保部门分组方案占比为 34.68%;临床医师主诊断选择错误 21 例,占比 16.94%;编码员主要诊断编码错误 24 例,占编码错误情况 54.54%,主要手术编码错误 17 例,占 38.64%;主要诊断与主要手术编码均错误为 3 例,占比 6.82%。结论 出现 QY 病案原因既有编码员也有临床医师及 DRG 分组方案问题,医院应加强临床医师的病案及 DRG 相关管理与培训,针对编码员探索专科编码员模式,利用信息化手段进行病案首页质控,与相关部门沟通完善分组方案,进而提高 DRG 入组准确率。

**关键词:**CHS-DRG;住院病案首页;QY 病案;信息化;编码质量

中图分类号:R197.1

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.06.010

文章编号:1006-1959(2023)06-0050-05

## Analysis of QY Medical Records in a Tertiary General Hospital Based on CHS-DRG Grouping

LI Fang-ling

(Medical Records Department of Liuzhou Liutie Central Hospital, Liuzhou 545007, Guangxi, China)

**Abstract:** **Objective** To analyze the data quality of ambiguous (QY) medical records in CHS-DRG grouping in a tertiary general hospital, and propose solutions to improve the quality of the first page of medical records and the enrollment rate of DRGs. **Methods** A total of 124 QY medical records discharged from a hospital from July 1 to December 31, 2022 after being grouped by CHS-DRG of the medical insurance bureau were collected. The causes of the problems were analyzed by problem-oriented analysis, and Excel tools were used to classify, count and analyze the problems and causes. **Results** Among the 124 QY medical records, there were 20 cases of oncology, accounting for 16.13%; in terms of responsibility, coders accounted for the largest proportion, accounting for 35.48%, followed by the medical insurance department grouping scheme, accounting for 34.68%; there were 21 cases of clinicians' wrong choice of main diagnosis, accounting for 16.94% of the wrong choice of diagnosis and operation. The coder mainly diagnosed 24 cases of coding errors, accounting for 54.54% of coding errors, and 17 cases of main surgical coding errors, accounting for 38.64%; the main diagnosis and main surgical coding errors were 3 cases, accounting for 6.82%. **Conclusion** The causes of QY medical records include both coders and clinicians and DRG grouping schemes. Hospitals should strengthen the management and training of clinicians' medical records and DRGs, explore the mode of specialist coders for coders, use information means to control the quality of the first page of medical records, communicate with relevant departments to improve the grouping scheme, and then improve the accuracy of DRG grouping.

**Key words:** CHS-DRG; First page of inpatient medical record; QY medical record; Informatization; Coding quality

疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG) 是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具,是以住院病案首页为数据来源,结合诊断及治疗方式,个体特征,如年龄、合并症、并发症、疾病严重程度以及转归等,将患者分入若干诊断组进行管理并支付评价的体系<sup>[1]</sup>。歧义(QY)病案是指病案首页主要诊断选择不正确,或

者是主要手术操作与主要诊断无关,从而导致 DRG 分组时无法入组的病案<sup>[2,3]</sup>。国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)是开展 DRG 付费工作的统一标准,全国多个地方均已开展。目前医保管理部门规定 QY 病案实行打折拨付或不予拨付,由于病案无法正常入组会导致医保拒付。为提高病案质量避免亏损,本研究通过分析梳理 QY 组病案问题,找出原因,提出对策,从而提升住院病案质量及 DRG 入组率。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 从某市医保部门 CHS-DRG 分组器初分组后反馈给某三甲综合医院的住院病案首页分组数据中,调取 2022 年 7 月 1 日-12 月 31 日结算

基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(编号:Z-B20221519)

作者简介:黎芳铃(1985.11-),女,广西柳州人,本科,主管技师,主要从事病案信息管理工作

的 124 份 QY 病案数据作为研究资料。

1.2 方法 对 124 份 QY 病案按科室、问题类型等进行归类,通过院内 HIS、LIS、AI 病案质控等多个病历数据原始系统详细阅读整份病案信息,结合诊断及治疗方式,主要针对影响 DRG 入组的诊断、手术操作等进行核查,分析导致入组异常存在的问题。对数据基于 Excel 2016 进行整理、筛选和统计分析,计数资料用[n(%)]表示。

2 结果

2.1 各临床科室 QY 组分布情况 临床科室 QY 病案分布最多的是肿瘤科,其次为心血管内科,再次为骨科及呼吸内科,见表 1。

2.2 QY 问题类型及责任情况 病案入 QY 组原因与分组方案完善性、临床医师病案书写正确性、编码人员的编码水平均有关系;责任方面编码员占比最多,其次为医保部门,临床医师责任最少;问题类型最多的是分组方案问题;诊断及手术类型的问题中编码员主要诊断编码错误最多,其次是临床医师,见表 2。

2.3 分组方案问题 分组方案问题中出现 QY 病案原因在主要诊断不在主要手术的 MDC 组中,即主要诊断与主要手术不对应或主要诊断编码不在分组方

案中,见表 3。

2.4 临床医师主诊断与主手术选择错误情况 临床医师主诊断选择错误 21 例,占诊断与手术选择错误的 56.76%;主要手术选择错误 16 例,占比 43.24%,见表 4。

2.5 编码员编码错误问题情况 编码员编码错误 44 例,主要诊断编码错误 24 例,占编码错误情况 54.54%;主要手术编码错误 17 例,38.64%;主要诊断与主要手术编码均错误为 3 例,占比 6.82%,见表 5。

表 1 QY 组科室分布情况(n,%)

科室	n	占比
肿瘤科	20	16.13
心血管内科	18	14.52
骨科	13	10.48
呼吸内科	13	10.48
普通外科	10	8.06
神经外科	8	6.45
重症医学科(ICU)	8	6.45
全科医学科	6	4.84
其他科室	28	22.58
合计	124	100.00

表 2 QY 组病案问题类型及责任方汇总情况

问题类型	n	问题占比(%)	责任方	责任占比(%)
主要诊断选择错误	21	16.94	临床医师	29.84
主要手术选择错误	16	12.90		
主要诊断编码错误	24	19.35	编码员	35.48
主要手术编码错误	17	13.71		
主诊断及主手术均编码错误	3	2.42		
分组方案问题	43	34.68	医保部门	34.68
合计	124	100.00		100.00

表 3 分组方案缺陷情况

主要手术	主要诊断	住院科室	n
血液透析	急性心力衰竭、重症肺炎、急性胆源型胰腺炎、不稳定型心绞痛	心内科、呼吸内科等	13
胃肠镜下息肉切除术	肺炎、2 型糖尿病伴多并发症、心力衰竭、慢性肾衰竭	心内科、呼吸内科等	21
口腔拔牙等手术	脑梗死、不稳定型心绞痛、心力衰竭、脑动脉供血不足	内分泌科、心内科、神内科	4
颈部皮下病损切除术	颈部脂肪瘤	骨科	2
骨折手法复位术	骨折	骨科	2
经导管支气管动脉栓塞术	恶性肿瘤介入治疗	呼吸内科	1
	合计		43

表 4 主要诊断与主要手术缺陷情况

错误类型	主要诊断	主要手术	n	正确主要诊断或主要手术	原因
主要诊断	恶性肿瘤	肿瘤放射治疗、化疗、免疫治疗	10	肿瘤放疗、免疫治疗、化疗	不掌握主要诊断选择原则
选择错误	咯血	经导管支气管动脉栓塞术	1	肺动脉瘘	
	创伤性硬脑膜下血肿	皮肤和皮下坏死组织切除清创术	3	头皮裂伤	
	小腿坏死性筋膜炎	皮肤和皮下坏死组织切除清创术	3	腿脓肿	
	不稳定型心绞痛	关节穿刺抽吸术	2	痛风性关节炎	
	慢性阻塞性肺病急性加重	脑动脉溶栓术	1	脑梗死	
	脑动脉供血不足	视网膜病激光凝固术	1	左眼周边视网膜变性	
主要手术	肺炎	呼吸机治疗[小于 96 h]	11	纤维支气管镜检查伴肺泡灌洗术	书写习惯
选择错误	慢性肾脏病 5 期	呼吸机治疗[小于 96 h]	3	血液透析	
	恶性肿瘤化学治疗	静脉输液港植入术	2	静脉注射化疗药物	
合计			37		

表 5 编码员编码错误具体情况

错误类型	编码的主要诊断与主要手术(修正前)	n	修正后入组
主要手术	躯干脂肪瘤(D17.100x001)、背部肌肉病损切除术(83.3200x001)	3	JJ13/JJ15
编码错误	痛风性关节炎(M10.002)、皮下组织病损切除术(86.3x03)	2	ID15
	臀上皮神经卡压综合征(G57.002)、针刀松解术(83.9105)	2	BX23
	为肾透析半永久静脉拔管(Z46.800x001)、皮下植入装置取出术(86.0500x008)	1	LF11
	鼻咽侧壁恶性肿瘤(C11.200)、内镜下鼻咽活组织检查(29.1203)	3	DR13
	子宫内膜息肉(N84.001)、乳房病损微创旋切术(85.2100x004)	1	NE13
	非毒性多个甲状腺结节(E04.200x003)、乳房病损切除术(85.2100x003)	1	KD23
	多发性骨髓瘤(DS 分期 III 期)(C90.000x034)、皮下注射化疗药物(99.2500x038)	4	RB23
主要诊断	恶性肿瘤支持治疗(z51.500x002)、抗肿瘤免疫治疗(99.2801)	9	RG13
编码错误	胰腺原位癌(D01.701)、单侧保乳乳腺改良根治术(85.4302)	1	JA25
	支气管扩张伴咯血(J47.x01)、经导管支气管动脉栓塞术(39.7902)	3	FN19
	食管异物穿孔(S27.811)、食管镜食管异物取出术(98.0201)	1	GC13
	下肢血肿(T13.001)、皮肤和皮下组织切开引流术(86.0400x011)	2	JJ13
	颈内动脉瘤(I72.002)、脑血管造影(88.4101)	8	BM13
主诊断与主手术编码均错误	手部良性肿瘤(D36.700x029)皮下组织病损切除术(86.3x03)	2	IH13/IH15
	肩胛区良性肿瘤(D36.700x011)、皮肤和皮下坏死组织切除清创术(86.2200x011)	1	J115
合计		44	

错误类型	编码的主要诊断或主要手术(修正后)	原因
主要手术	皮下组织病损切除术(86.3x03)	缺乏临床解剖知识
编码错误	趾关节病损切除术(80.8801)	
	针刀治疗(99.9200x019)	缺乏编码知识
	为肾透析的半永久静脉导管拔管(97.8900x004)	
	静脉注射化疗药物(99.2503)	
	宫腔镜子宫内膜病损切除术(68.2915)	粗心大意,编码上传错误
	经皮甲状腺病损微波消融术(06.3100x002)	
	静脉注射化疗药物(99.2503)	
主要诊断	恶性肿瘤免疫治疗(Z51.800x095)	
编码错误	乳房的原位癌(D05.900)	
	支气管动脉-肺动脉瘘(I7.202)	缺乏编码知识
	食管内异物(T18.100)	
	小腿血肿(s80.100x002)	
	颈内动脉床突段动脉瘤(I67.100x015);颈内动脉眼段动脉瘤(I67.100x016)	缺乏临床解剖知识、
主诊断与主手术编码均错误	指结缔组织良性肿瘤(D21.100x011)手腱鞘病损切除术(82.2100)	编码规则不掌握
	肩部脂肪瘤(D17.000x004)、皮下组织病损切除术(86.3x03)	
合计		

### 3 讨论

#### 3.1 QY 组病案原因分析

3.1.1 临床科室 QY 病例分布分析 QY 病例分布科室中内科占比较多,跟内科住院患者占比大、诊断条数多且复杂、主要手术操作与主要诊断关联不紧密有关,临床医师进行住院病案首页诊断及手术操作填写时,对于诊断较多的病例不注意主要诊断与主要手术相对应,而是直接根据时间顺序进行填写。

3.1.2 临床医师主要诊断与主要手术选择错误分析 DRG 分组数据来源病案首页,临床医师负责病案首页大部分数据的填写,因此,临床医师书写的病案首页质量直接影响入组。如果临床医生对病案首页主要诊断与主要手术选择原则掌握不清,则会影响分组结果;例如对于肿瘤患者,无论患者是否本次确诊或手术治疗,临床医师习惯选择恶性肿瘤作为主要诊断。另一个造成临床医生病案首页填写质量低的原因是工作繁忙,临床医师的工作任务重,难以兼顾本职工作与 DRG 相关工作<sup>[4]</sup>。再次,实施 DRG 付费过程中,部分临床医师未能完全掌握 DRG 分组规则与病案首页的关系,院内职能部门对于临床科室的培训力度不够<sup>[5]</sup>。本次分析发现有 14 例涉及临床医师认为,有创呼吸机的使用表明患者病情严重,花费医疗资源最多,习惯将呼吸机治疗作为主要手术操作,并未考虑到 DRG 分组方案诊断与手术匹配的要求等。

3.1.3 编码员编码错误原因分析 质量优良的病案首页填写除了要求临床医师掌握病历书写规范之外,还要求病案编码员具有扎实的病案业务素养、疾病及手术操作分类编码经验和丰富的临床医学知识<sup>[6]</sup>。DRG 分组中,住院病案首页编码是入组的最后一关,病案编码员主要诊断编码与病例的 MDC 有关、主要手术操作编码是病例的 ADRG 的基础、其他合并症和并发症编码使得病例进入最后 DRG。由于编码导致不入组的原因分析:①编码员编码水平不高,不掌握编码规则,单纯依赖信息系统,没有严格按照疾病分类编码 3 个步骤的查找方法<sup>[7]</sup>,尤其是肿瘤类疾病的编码规则。例如有 2 例主要诊断与病理结果不相符,编码员主要诊断编码为手部良性肿瘤(D36.700x029),而病理为腱鞘巨细胞瘤,经修正后应以指结缔组织良性肿瘤(D21.100x011)为主诊断,对应的手术应为手腱鞘病损切除术(82.2100),分别入组 IH13 及 IH15 组;②缺乏相应的临床解剖知识以及相关的编码知识。对于疾病的

认知仅限于文字表面,未能进一步理解更为准确的含义。例如临床书写诊断为左侧颈内动脉 C6 段动脉瘤,编码员不理解神经血管解剖分类及编码规则,笼统直接编码于颈内动脉瘤(I72.002),导致患者在做了脑血管造影(88.4101)时主诊断不在其对应的 MDC 中,而进入 QY 组。然而查阅耳鼻咽喉头颈外科学解剖分类发现,C6 段属于颈内动脉入脑后分出的眼动脉颅内段<sup>[8,9]</sup>,且 ICD-10 卷一中 I72 其他动脉瘤类目不包括大脑的动脉瘤(I67.1),因此,颈内动脉 C6 段动脉瘤的 ICD-10 疾病编码应为 I67.1。修正主诊断编码后可入组 BM13 组;③编码员工作任务重,未详细阅读病例,未能及时进行自查自纠发现问题。例如对同时做了多个手术操作的病例进行编码上报时,把与主要诊断不对应的手术操作编码上报。如患者由于子宫内膜息肉、乳腺腺病同时做了宫腔镜子宫内膜病损切除术(68.2915)、乳房病损微创旋切术(85.2100x004)时,主诊断上传子宫内膜息肉,而主手术上传乳房病损微创旋切术导致未入组,经调整主手术后可正常入组 NE13。

3.1.4 CHS-DRG 分组方案不足分析 CHS-DRG 分组方案经过多年的实践已经进行了多次修订,目前国家已经颁布了 CHS-DRG 细分组方案(1.0 版),CHS-DRG 细分组是对《国家医疗保障 DRG(CHS-DRG)分组方案》376 组核心 DRG(ADRG)的进一步细化,是 DRG 付费的基本单元,共 618 组<sup>[10]</sup>。但是在实际分组过程中,由于分组方案规定了优先分组及主要诊断与主要手术操作存在关联性原则,使得即使病案首页主要诊断与手术操作按照《医疗保障基金结算清单填写规范》填写完全选择正确的情况下,也未能正常入组。例如患者急性心力衰竭入心内科主要进行抗心衰内科治疗,未有其他针对主要诊断的手术操作,对合并症慢性肾脏病 5 期进行维持性血液透析,因整个治疗过程是纠正心衰治疗,根据原则,可以以急诊心力衰竭作为主要诊断<sup>[11]</sup>。因患者住院期间同时进行了血液透析操作,需要在首页主要操作栏填写操作信息,但在 DRG 分组时进入了 QY 组,此情况与病案填写存在矛盾。

#### 3.2 改进策略

3.2.1 加强临床医师规范病历书写培训与 DRG 管理 针对临床科室病案填写质量与 DRG 问题,各相关职能部门应组建 MDT 管理团队,建立健全多个职能部门联动的工作机制,各司其职,有针对性的进行培训和管理<sup>[12]</sup>。医务科进行医疗质量管理督查;病案科依据《医保基金结算清单》规则进行病案首页诊断和操

作选择,以及相关 ICD 编码基础知识的培训;医保科进行 DRG 相关医保政策方面的培训。以问题为导向对缺陷较突出的科室进行针对性培训管理考核,除对具体问题具体责任人进行考核外,还要对科室主任进行管理考核,严格落实问题追踪与反馈,并形成长效的机制,持续改进<sup>[13]</sup>。另外,医院可以应用 DRG 相关考核指标对医师进行专业能力评价,与职称晋升评聘挂钩,运用激励机制调动临床医师的工作积极性,从而不断提高医疗质量<sup>[14]</sup>。

**3.2.2 提高编码水平及编码质量** 提高编码水平的方式除了编码人员自身不断参加培训努力学习相关的临床及编码知识外,在平时工作中应积极跟临床医师沟通,学习相关的医学知识及临床诊疗思路,具备良好的阅读病案的能力,以期从中发现问题并纠正<sup>[15]</sup>。年轻编码员如遇到疑难病例,努力通过各种途径解决。例如请教高年资的编码员或院外专家等。编码员固定负责某个科室的编码,组建院内专科的编码员,进一步专科化编码人员工作,使得各专科编码员熟悉专科病案首页的特点,提升编码员的工作效果、提高病案编码员与各临床专科沟通的有效性进而提高专科病案首页 ICD 编码质量<sup>[16]</sup>。

**3.2.3 信息化助力病案质量提升** 病案首页信息量大,人工质控花费较多人力和时间,且不够准确。充分运用院内 HIS 系统质控模块及 AI 系统质控,能使首页各项数据的合理性、逻辑性得到保证,使 ICD 编码更准确。DRG 分组方案复杂多样,人工入组不切实际。利用信息化功能在医院 HIS 系统中嵌入 CHS-DRG 分组主要诊断、主要手术及操作、合并症的编码,实时提醒医生,有助于从源头提高病案首页填写规范性和准确性<sup>[17]</sup>。此外,还可利用院内 DRG 管理系统先期分组,对入组异常的病例重点质控,保证上传病案首页信息前数据准确,避免 QY 病案。

**3.2.4 进一步提升 CHS-DRG 分组方案合理性** 主要诊断与主要手术逻辑关联的不合理性导致分组错误,不能真正反映临床诊疗过程。因此,应通过各方不断努力加强对 DRG 分组规则的完善,医院根据院内数据分析结果,找出问题,及时向相关管理部门反馈,不断优化分组器,提高入组正确性<sup>[18]</sup>。保障入组率是 DRG 付费实施后医保支付管理能够实行的重要一环,各医疗机构及医保基金管理部门应共同努力不断推进 DRG 工作良好发展。

综上所述,随着 DRG 付费的实施,医疗机构要重视病案首页数据填写质量,认真分析 QY 病案数据,不断强化医师对主要诊断和手术操作选择规则

的培训,持续提高编码员专业技术水平,坚持进行病案首页数据质控,充分利用信息化手段进行管理。此外,医疗机构应及时与上级医保管理部门沟通完善分组方案,提高 DRG 入组率。

#### 参考文献:

- [1]邓静.基于 DRGs 的临床医疗质量评价体系[J].解放军医院管理杂志,2020,27(1):14-16,21.
- [2]王青青,张霞,王翌,等.DRGs 分组中 QY 病案首页内涵质量缺陷分析[J].中国病案,2018,19(3):15-18.
- [3]杨伯钊,张罗,王古岩,等.基于 DRG 的排除病例数据分析及改进探索[J].中国医院管理,2021,41(9):48-52,56.
- [4]张达,高广颖,田佳帅,等.试点地区医务人员 CHS-DRG 认知水平研究[J].中国卫生经济,2022,41(4):30-34.
- [5]杨巧,陈登菊,张伟,等.医疗机构人员对 CHS-DRG 付费的认知现状及学习需求[J].医学与社会,2022,35(5):96-101.
- [6]黄颖,任妮丽,彭城,等.基于 CHS-DRG 分组的某三级医院医保结算清单数据质量分析[J].现代医院,2021,21(11):1732-1735.
- [7]刘爱民.病案信息学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2016:149-152.
- [8]孙虹,张罗.耳鼻咽喉头颈外科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2019:406-407.
- [9]陈孝平,汪建平,赵继宗.外科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2019:210-213.
- [10]国家医疗保障局.国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0版)的通知[EB/OL].[http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/18/art\\_37\\_3240.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/18/art_37_3240.html),2020-06-18/2023-02-06.
- [11]温慧兰,卢耀能,罗以娟,等.实施按病种分值付费后心力衰竭的 ICD 编码浅析[J].现代医院,2019,19(8):1153-1156.
- [12]梁景星,赵跃宝,黄勇,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,2019,26(4):307-310.
- [13]范乐勇.医疗机构应对疾病诊断相关分组付费的现实困境与应对策略——以 G 医院为例[J].广西医学,2022,44(9):1054-1057.
- [14]崔立君,赵长久,李洋,等.基于 DRG 的临床医师高级职称评审实践探索[J].中国医院管理,2022,42(2):77-79.
- [15]张中花.病案首页书写缺陷分析及解决对策[J].医学信息,2019,32(6):29-31.
- [16]龚晓莉,刘译文,赵晓晓.DRG 付费形势下骨科编码常见问题及对策[J].江苏卫生事业管理,2021,32(3):337-340.
- [17]王尊晖.CHS-DRG 细分组方案的编码数据分析[J].医学信息,2020,33(19):1-4.
- [18]孟洁,刘辰雨,张梦蝶.某三甲综合医院 QY 病案原因分析[J].中国病案,2022,23(3):9-12.

收稿日期:2023-02-07;修回日期:2023-02-20

编辑/肖婷婷