

·卫生管理信息学·

DIP支付方式改革对病案首页主要诊断及主要手术编码质量的影响

徐少博^{1,2},张新静¹,丁晓飞¹,张勇¹

(1.宿迁市第一人民医院质量管理处,江苏 宿迁 223800;

2.河海大学公共管理学院,江苏 南京 210098)

摘要:目的 以病案首页主要诊断及主要手术编码质控结果为数据来源,分析DIP支付方式改革前后某院病案首页主要诊断及主要手术编码质量变化情况及其影响因素,为提高病案首页主要诊断及主要手术编码质量提供依据。方法 检查DIP支付方式改革前(2020年1月-12月)和DIP支付方式改革后(2021年1月-12月)某院出院患者病案首页主要诊断及主要手术编码选择情况,对病案首页中出现主要诊断及主要手术编码错误的项目进行统计,比较DIP前后病案首页主要诊断及主要手术编码发生错误的区别。结果 DIP支付方式改革前出院病案首页共41 545份,主要诊断编码正确率83.40%,其中有手术操作的首页共20 739份,主要手术编码正确率85.60%。DIP支付方式改革后出院病案首页共47 771份,主要诊断编码正确率93.30%,其中有手术操作的首页共27 486份,主要手术编码正确率94.14%。结论 DIP对病案首页主要诊断及主要手术编码质量有正向促进作用,但是依然存在主要诊断及主要手术编码正确率不高、主要诊断及主要手术选择错误、该合并编码未合并、肿瘤部位编码与病理结果不符合及编码与诊断不匹配等问题。

关键词:DIP;主要诊断及主要手术;ICD

中图分类号:R197.3;R19-0

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.11.011

文章编号:1006-1959(2023)11-0067-04

Influence of the DIP Payment Reform on the quality of Main Diagnosis and Main Surgical Coding on the Medical Record Home Page

XU Shao-bo^{1,2},ZHANG Xin-jing¹,DING Xiao-fei¹,ZHANG Yong¹

(1.Quality Management Office of Suqian First People's Hospital,Suqian 223800,Jiangsu,China;

2.School of Public Administration,Hohai University,Nanjing 210098,Jiangsu,China)

Abstract: Objective To analyze the changes and influencing factors of the main diagnosis and main surgical coding quality of the medical record home page before and after DIP payment reform, and to provide a basis for improving the quality of the main diagnosis and main surgical coding of the medical record home page. **Methods** Before the DIP payment reform (January-December 2020) and after the DIP payment reform (January-December 2021), the main diagnosis and main surgical coding selection of the medical record home page of discharged patients in a hospital were examined. The items of main diagnosis and main surgical coding errors in the medical record home page were counted, and the differences of main diagnosis and main surgical coding errors in the medical record home page before and after DIP were compared. **Results** Before the DIP payment reform, there were 41 545 medical record home pages of discharged medical records, with the main diagnostic coding accuracy of 83.40%. Among them, there were 20 739 medical record home pages with surgical operation, with the main surgical coding accuracy of 85.60%. After the DIP payment reform, there were 47 771 medical record home page of discharged medical records, and the main diagnostic coding accuracy was 93.30%. Among them, there were 27 486 medical record home page with surgical operations, and the main surgical coding accuracy was 94.14%. **Conclusion** DIP has a positive effect on the quality of the main diagnosis and main surgery coding on the medical record home page, but there are still some problems, such as low accuracy of the main diagnosis and main surgery coding, wrong selection of the main diagnosis and main surgery, unmerged codes, tumor site coding and pathology inconsistent results and mismatches between coding and diagnosis.

Key words:DIP;Main diagnosis and main surgery;ICD

为解决医疗保障发展不平衡不充分的问题,《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》

明确指出,要大力推进大数据应用,推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革^[1]。按病种分值付费(DIP)作为按病种付费的一种,是利用大数据的优势所建立的完整管理体系,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,在一定区域范围内的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式的组合的标化定位,客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平与临床行为规范。2020年11月4日国家医疗保障局发布

基金项目:江苏省医院管理协会医院创新研究课题(编号:JSY-GY-2-2021-99)

作者简介:徐少博(1988.5-),女,江苏宿迁人,本科,统计师,病案信息技术初级师,主要从事病案管理及ICD研究

通讯作者:张勇(1968.7-),男,江苏沭阳人,硕士,主治中医师,主要从事卫生健康行政管理及医院管理工作

文件《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》(医保办发〔2020〕49号),S市被确定为区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)试点城市之一^[2]。2020年11月20日国家医疗保障局办公室发布《关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范 and DIP病种目录库(1.0版)的通知》(医保办发〔2020〕50号),规定从2021年3月开始,根据试点地区的技术准备和支持性政策的规定,可以在具备条件的地区备案后先行启动实际付费,在2021年底之前,所有试点地区都将进入实际付费阶段^[3]。S市从2021年1月起试运行DIP,2021年6月启动正式支付。某院是S市唯一一所大型三级甲等综合性医院,本文以该院为例,分析DIP支付方式改革对病案首页主要诊断及主要手术编码质量的影响。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集DIP支付方式改革前1年(2020年1月-12月)及后1年(2021年1月-12月)某院全部出院患者病案首页,其中DIP支付方式改革前病案首页共41545份,有手术操作的首页共20739份,DIP支付方式改革后病案首页共47771份,有手术操作的首页共27486份。检查其主要诊断及主要手术编码质量,检查病案涉及全院所有临床科室。

1.2 研究方法 按照《住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(2016年版)及《医院管理学:病案管理分册(第2版)》第十一章的编码规则及ICD-10和ICD-9-CM-3中类目下的说明等相关要求,对病案首页中主要诊断及主要手术编码质量进行质控,质控结果汇总后采用 χ^2 检验,数据传入SPSS 23.0软件进行统计分析,若 $P < 0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 编码员基本情况 本研究中编码组共有4名固定组员,均具备编码资质证书;其中1名编码员工作年限为2年,1名编码员工作年限为4年,2名编码员工作年限至少为5年。每月平均出院人数为1800~5200人次,人均日编码量约25~70册。

2.2 缺陷分析

2.2.1 主要诊断编码正确率比较 DIP支付方式改革前与DIP支付方式改革后出院病案首页中主要诊断编码正确率比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 2173.800, P = 0.000$),见表1。

表 1 DIP 支付改革前后主要诊断编码正确率的比较 (n,%)

时间	正确数	缺陷数	出院总人数	正确率
DIP 改革前	34 649	6896	41 545	83.40
DIP 改革后	44 570	3201	47 771	93.30
合计	79 219	10 097	89 316	88.70

2.2.2 主要诊断编码错误类型 DIP支付方式改革前后主要诊断编码的错误类型相同,DIP支付方式改革前后同一错误类型出现情况比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 66.361, P = 0.000$),见表2。

表 2 主要诊断编码错误类型 (n)

错误类型	DIP 改革前	DIP 改革后	合计
主要诊断选择错误	3272	1274	4546
合并编码未合并	687	288	975
肿瘤部位编码与病理结果不符	374	213	587
编码与诊断不匹配	2563	1426	3989
合计	6896	3201	10 097

2.2.3 主要手术编码 DIP支付方式改革前与DIP支付方式改革后主要手术编码正确率比较,差异有统计学意义($P = 0.000$),见表3。

表 3 DIP 支付方式改革前后主要手术编码正确率的比较 (n,%)

时间	正确数	缺陷数	有手术出院总人数	正确率
DIP 改革前(2020年)	17 752	2987	20 739	85.60
DIP 改革后(2021年)	25 874	1612	27 486	94.14
合计	43 626	4599	48 225	90.46

注:采用 χ^2 检验的Fisher确切概率法

2.2.4 主要手术编码错误类型 DIP支付方式改革前后主要手术编码的错误类型相同,DIP支付方式改革前后同一错误类型出现情况比较,且差异有统计学意义($\chi^2 = 81.235, P = 0.000$),见表4。

表 4 主要手术编码错误类型 (n)

错误类型	DIP 改革前	DIP 改革后	合计
主要手术选择错误	1534	927	2461
合并编码未合并	842	523	1365
编码与手术不匹配	611	162	773
合计	2987	1612	4599

3 缺陷分析及建议

3.1 缺陷分析 相较于 DIP 支付方式改革前, DIP 支付方式改革后主要诊断及主要手术编码选择正确率明显上升。分析由于某市确定为 DIP 试点城市后, 某院医保、质控等部门定期不定期组织 DIP 和病案首页填写院级培训及科室巡讲, 提高临床医师对 DIP 和病案首页填写知识的掌握程度, 提升临床医师正确填写病案首页、正确选择主要诊断及主要手术编码的能力。但是, 本研究统计发现, 主要诊断及主要手术编码选择依然存在诸多问题, 具体分析如下。

3.1.1 主要诊断及主要手术选择错误 主要诊断及主要手术选择错误, 主要原因是主要诊断及主要手术选择原则掌握不熟练。主要诊断一般是患者住院的理由, 原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断作为主要诊断。主要手术一般是选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术, 应当填写在首页手术操作名称栏中第一行^[4]。实际应用中, 例如患者因肺大疱住院行胸腔镜下肺大疱切除术, 手术前因气胸做了胸腔穿刺(34.9102), 医生在填写病案首页时, 误选胸腔穿刺为主要手术(操作), 选胸腔镜下肺大疱切除术作为其他手术。经过调查发现, 随着 DIP 的实行, 个别临床医师为了得到更高的 DIP 分值, 选择分值更高但不符合编码规则的诊断作为主要诊断。例如, 基底节出血患者, 医生选择 DIP 分值更高的颅内出血(非创伤性)(I62.900)作为主要诊断。

3.1.2 该合并编码未合并、肿瘤部位编码与病理结果不符合 未合并主要是由于临床医师和编码员不清楚合并规则, 肿瘤部位编码与病理结果不符合可能是由于术前疾病的判断和术后病理证实存在一定的差异^[5]。究其主要原因是对 ICD 编码规则掌握不熟练。合并编码临床医师对 ICD 编码规则了解较少。该院 4 名编码员的编码能力有待提高, 因其所学专业均为信息管理, 工作以后才接触 ICD 编码, 且工作中同时兼职病案管理和数据统计工作, 不能专职研究 ICD 编码, 影响编码质量^[6]。编码年限低于 5 年的占 50%, 工作经验相对不足, 但所承担的编目工作强度较大, 影响编码质量^[6], 仅靠平时积累和不定期参加院外培训, 提高编码能力有限, 难以在短时间内明显提高编码质量。

3.1.3 编码与诊断/手术名称不匹配 编码与诊断/手术不匹配的主要原因是临床医师对 ICD 编码的重要性认识有待提高。一直以来, 临床医师对病案首页填写重视程度不足。虽然随着医疗大数据时代的来临, 等级医院评审、DRGs、DIP、三级公立医院绩效考核和江苏省医疗服务监管平台等对病案首页数据要求严格, 但是可能受固有思想和培训不到位等因素影响, 临床医师对准确选择主要诊断、主要手术和 ICD 编码的重要性认识仍有待提高。依然存在诊断填好以后, 随意选个相似编码的情况。例如患者因急性阑尾炎伴局限性腹膜炎住院行腹腔镜下阑尾切除术, 医生填写病案首页主要手术时, 手术名称填写腹腔镜下阑尾切除术, 其对应编码只选择 47.0901(阑尾切除术), 而不是 47.0100(腹腔镜下阑尾切除术)。在 DIP 中, “急性阑尾炎伴局限性腹膜炎-腹腔镜下阑尾切除术”的分值是 154.16, 而“急性阑尾炎伴局限性腹膜炎-阑尾切除术”的分值只有 97.79。

3.2 对策建议 虽然 DIP 在控制医疗费用方面卓有成效, 可以在一定程度上提高医保基金使用效率^[7], 有效规范医疗行为, 促进病案首页主要诊断及主要手术编码正确率的提高; 但是实施过程中发现, 病案首页主要诊断及主要手术编码填写依然存在诸多问题。建议采取以下措施提高病案首页主要诊断及主要手术编码选择正确率。

一是定期组织主要诊断及主要手术选择原则和 ICD 编码知识培训, 提高临床医师对按规则选择主要诊断、主要手术和 ICD 编码重要性的认识^[8], 提高提高临床专业知识水平, 方便编码员编码^[9]。针对各个临床专科的个性问题, 编码员到临床科室与医师面对面交流主要诊断及主要手术选择原则和 ICD 编码规则, 有针对性的提高专科知识掌握程度。在日常编码工作中, 编码员利用电话、微信和 QQ 等现代化工具, 与临床医师一对一沟通主要诊断及主要手术选择原则和 ICD 编码规则, 提升临床医师正确选择主要诊断及主要手术和 ICD 编码的能力, 避免因单方面操作失误引起的编码质量问题^[10]。病案室每周进行 ICD 编码业务培训, 提高编码员自身业务技能^[11], 并定期组织考试, 考核编码员的编码掌握情况。不定期安排编码员外出进修、学习, 开拓眼界, 提升编码总体水平。

二是利用戴明环(PDCA)等现代化管理工具提高主要诊断及主要手术选择正确率和 ICD 编码填

写质量。运用PDCA循环,认识到主要诊断及主要手术编码的重要性及某院主要诊断及主要手术编码现状,通过对存在编码问题的病案进行分析,找出错误的原因,根据原因制定有针对性的实施方案以提高主要诊断及主要手术编码正确率。严格依照PDCA循环管理的4个步骤进行方案的实施、研究和总结,质量监督小组进行全程监督,使PDCA循环管理能够实现预期目标^[12]。实施PDCA循环管理,结合持续质量改进措施,以周而复始的螺旋上升模式进行精细化质量管理,提高主要诊断及主要手术编码质量,减少错误率^[13]。

三是加强医院信息化建设水平,在电子病历系统和病案管理系统增加编码逻辑审核^[14],降低在人工操作中因个人疏漏而出现的主要诊断及主要手术编码填写错误发生率,通过系统审核的提高主要诊断及主要手术编码选择正确率^[15]。减少编码员纠错环节,提高工作效率,可以使主要诊断及主要手术编码质量得到一定程度的提高。

DIP是统筹区确定医保总额预算指标后,运用穷举法和聚类法对疾病进行分组,确定各病种分值,按照各定点医疗机构实际分值付费^[16]。按病种分值付费总额预付的特征决定其最显著的优点是增强医疗机构合理控费的动力^[17]。在DIP的实施过程中,应该转变固有的传统管理模式,从以前的结果管理转变为全流程监管^[18]。同时,由于DIP是基于历史病案数据进行分组计算,历史病案中存在的最终难免会导致DIP组别分值设定不合理,建议相关部门加大医疗质量监管监察力度,在DIP执行过程中充分考虑当地实际情况及政策变化进行适时调整。

参考文献:

[1]中共中央,国务院.关于深化医疗保障制度改革的意见[EB/OL].(2020-03-25)[2022-06-18].http://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm.
[2]国家医疗保障局办公室.国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知[EB/OL].(2020-11-04)[2022-06-18].http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/4/art_37_3812.html.

[3]国家医疗保障局办公室.国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和DIP病种目录库(1.0版)的通知[EB/OL].(2020-11-20)[2022-06-18].http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_37_3987.html.
[4]国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)和住院病案首页数据质量管理与控制指标(2016版)的通知[EB/OL].(2016-06-27)[2022-06-18].<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s2909/201606/fa8a993ec972456097a2a47379276f03.shtml>.
[5]徐一引.病案首页ICD编码质量控制及改进措施[J].中国医院统计,2017,24(6):475-477.
[6]杨玉营.病案首页ICD编码质量控制及改进措施[J].中国卫生标准管理,2020(19):7-10.
[7]谭清立,刘思妍,柳丹玲,等.按病种分值付费对医生行为的影响——基于实验经济学[J].中国卫生政策研究,2021,14(9):14-19.
[8]马茹君,纪艳,孙国梅.疾病编码质量的分析研究与对策[J].安徽卫生职业技术学院学报,2017,16(6):6-7.
[9]刘嫁如,黄铎,白玲.住院病案首页上报信息的督导检查设计与评分[J].中华医院管理,2015,31(11):834-836.
[10]杨惠萍.病案信息化管理再医院发展中的作用探讨[J].中国卫生标准管理,2020,11(2):1-3.
[11]李增芳,丁松瑞,赵敏,等.公立医院绩效考核背景下某医院病历档案首页常见问题分析[J].医学信息,2020,33(22):145-146.
[12]苏倩,胡娟.PDCA循环管理在ICD编码质量管理中的应用[J].中国病案,2021,22(9):15-17.
[13]贾友波,宋宪锐.PDCA循环在病案首页质量持续改进中的应用[J].中国病案,2020,21(9):16-18.
[14]肖婷.基于DIP付费模式下对ICD编码质量的思考[J].医学信息,2022,35(1):35-38.
[15]张晓娜,杨卫林.基于大数据技术的病案智能编码系统的功能设计与应用探究[J].科学技术创新,2021(3):82-83.
[16]许速,谢桦,崔欣,等.基于大数据的病种分值付费的原理与方法[J].中国医疗保险,2020(9):23-28.
[17]贾洪波,段文琦.基本医保按病种分值付费的实践探讨[J].卫生经济研究,2018,373(5):57-59.
[18]黄逸辉.按病种分值付费医保支付方式下动脉硬化性心脏病患者住院费用分析[J].现代医院,2021,21(11):1728-1731.

收稿日期:2022-07-13;修回日期:2022-08-14

编辑/肖婷婷