

全面质量管理在提高医保病案编码准确率中的应用

陈海云, 陈皇宇, 戚苗苗, 陈琳

【摘要】 社会医疗保险是国家和社会根据一定的法律法规, 为向保障范围内的劳动者提供患病时基本医疗需求保障而建立的社会保险制度, 是社会和谐发展的“安全网”。疾病诊断相关分组(DRGs)是目前公认的比较先进的医保支付体系, 该体系以国际疾病分类为基础, 依据患者的实际情况对病案首页疾病及手术操作进行编码, 编码的准确率直接影响支付金额及比例。文章通过分析影响医保病案编码准确率的因素, 阐述运用相关全面质量管理的技术及手段提高编码准确率的措施, 从而为将来医保 DRGs 付费的实施提供质控方法。

【关键词】 全面质量管理; 医保病案; 病案编码

【中图分类号】 R197.3 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-271X(2018)01-0093-05

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2018.01.023

0 引言

病案记录医护技人员在医疗活动中形成的医疗信息, 是疾病诊疗转归最真实、完整, 最具有法律效力的原始记录, 同时也是第三方付费者医疗保险经办机构付费的重要凭证^[1]。医疗保险制度作为现代社会保障体系的重要组成部分, 在保障人民健康, 促进社会和谐发展中正发挥着重要作用, 随着国家医疗体制改革的不断深入, 基本医疗保险的第三方付费模式给病案质量赋予了新的内涵^[2]。在电子化病历普及的今天, 通过疾病分类编码搜集、运用病案信息已经成为了一种相对高效的方法, 而疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRGs)就是这一概念的具体表现, 作为目前公认的比较先进的医保支付体系, DRGs 以疾病诊断以及国际疾病分类(international classification of diseases, ICD)编码为基础, 病案编码准确率的高低直接影响付费比例, 本文通过分析影响医保病案编码准确率的因素, 阐述运用相关全面质量管理的技术及手段提高

编码准确率的措施, 从而为将来医保 DRGs 付费的实施提供质控方法。

1 影响医保病案编码准确率的因素

20 世纪 70 年代, 耶鲁大学卫生研究中心通过对 169 所医院 70 万份病历的分析研究, 提出了一种新型的住院患者病例组合方案, 并首次定名为 DRGs, 其指导思想是根据相关因素(年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度等)将患者归入各诊断相关组, 再通过制定上述相关组的定额支付比例, 达到最大程度上标准化配置医疗资源的目的, 是世界上公认的比较先进的支付方式之一^[3]。

病案首页信息和 ICD 编码是实施 DRGs 的依据, 其质量直接影响 DRGs 分组的质量和使用分组后的效果^[4]。有研究随机选出 9852 份病案进行统计, 发现在 1659 条出院诊断中(包括主要出院诊断)错误率为 16.84%, 错误类型亦是多样, 远低于疾病分类编码正确率 $\geq 95\%$, 手术操作编码正确率 $\geq 95\%$ 的要求^[5]。主要集中在以下层面。

1.1 医师层面的因素

1.1.1 医师对病案书写特别是首页信息的书写不够重视 住院医师、进修医师、实习医师、临床护士等是住院病案的主要完成者, 对于病案内容的书写负主要责任, 他们对医学理论、技能的掌握程度,

基金项目: 江苏省医学人文社会科学基金课题资助(JSYRKJ2014-B1-02)

作者单位: 210002 南京, 南京军区南京总医院医保办公室(陈海云、戚苗苗、陈琳), 信息科(陈皇宇)

通信作者: 陈琳, E-mail: chenlin_yb@163.com

工作态度和病案书写的重视程度等,决定了病案书写质量和内涵质量,亦一定程度上决定了下一环节编码者的工作质量,但临床上工作压力大,常出现医师重临床轻病案填写的情况,如多个患者病案用一个模板复制粘贴,造成千人一面的情况,失去了病案用于记录各患者特征病况的原始出发点。

1.1.2 主要诊断顺序填写不准确 主要诊断一般是患者该次入院的主要原因,是指在本次医疗过程中医疗资源消耗最多、优先级高于其他疾病的诊断。临床上常出现医师主要诊断选择随意,顺序排列不准确的现象,如胃癌术后(编码 Z98.8)患者因化疗(编码 Z51.1)需求入院治疗,结果多系统功能衰竭(编码 R53)死亡,这一病例的主要诊断应是胃恶性肿瘤(编码 C16.9),因为患者入院虽然是为了胃癌术后化疗,但以该次医疗行为的结果评判,其入院的主要原因和根本原因是胃恶性肿瘤,所以不应以胃癌术后化疗或是多系统功能衰竭为主要诊断,医师在填写时极易混淆。

1.1.3 主要诊断命名填写不规范 ①将多个诊断笼统地写在主要诊断上。个别医师会将多个不相关且不需要合并的诊断放在主要诊断上,如冠心病(编码 I25.1)合并心肌梗死(编码 I21.9)。②不填写疾病具体部位或类型。如患者因心肌梗死(编码 I21.9)入院抢救,检查发现部位为右心室,则其诊断应为急性右心室心肌梗死(编码 I21.2),个别医师则会笼统地下为心肌梗死,有可能导致编码不准确。③用英文缩写代替中文诊断名称。不便于编码时查找,且易造成混淆,所以一般情况下不建议医师使用。如 AA——再障, CAP——社区获得性肺炎等。④用人名或地名诊断代替疾病诊断。在临床中常存在一些疾病有 2 个或 2 个以上的名称,而这些名称通常是为了纪念发现该种疾病的人或者是该种疾病发生的地方(如桥本病、克山病),这种情况下建议使用最符合国际疾病命名法规则、最能够被大众熟知且最能够反映疾病症状的名称。如 Creutzfeldt-Jacob 病,简称为 CJD,1940 年又根据其病理特点命名为皮质-纹状体-脊髓变性,亦称为亚急性海绵状脑病,若是医师在下诊断时写 Creutzfeldt-Jacob 病则并不能反映疾病的部位及

特征,不利于查找编码,一般建议使用亚急性海绵状脑病作为其主要诊断名称。⑤使用社会上非医学背景人员理解的名称作为诊断名称。如颈椎病是一种常见的疾病,社会上一般指颈椎部位的所有疾病,包括颈椎椎管狭窄、颈椎骨性关节炎、颈椎突出等,而疾病编码库则将颈椎病归入到 M47.8 亚目下,指不伴有脊髓病或神经根病的颈椎关节强硬,若是医师以一般意义上的理解,将颈椎椎管狭窄等情况笼统地下为颈椎病,则极易导致编码错误。

1.1.4 病案的其他信息不全 病案是本次医疗过程的全面记录,包括首页、入院记录、病程记录、手术操作记录、出院记录、治疗同意书、各项检查单及报告单、医嘱单、护理单、体温单等,上述记录中包含的信息不仅是诊断的支持亦是延伸,编码时常需阅读上述信息,根据实际情况更改编码,若是遇到医师漏贴检查化验单或记录中未交代清楚的情况,编码员只能依据编码中的假定分类原则进行编码。如创伤性损伤的病患需要下损伤中毒原因,如果医师首页中仅填写“意外损伤”的诊断,入院诊断不交代实际的原因,则编码为 X59.9,当遇到军事训练伤(编码为 X58.8)的情况,则编码错误,会造成后续统计以及军人伤残鉴定的偏差。

1.2 编码员层面的因素

1.2.1 编码员对工作缺乏责任心 疾病编码工作是一项对科学性及严谨性要求很高的职业,以往我国确实普遍存在着重临床轻管理的现象,导致小到医院层面,大至整个医疗体系对于疾病编码工作的重视程度低,致使编码员本身对于该项工作的责任心缺失^[6]。遇到一些疑难杂症或是病情复杂需要与临床医师沟通的情况得过且过,敷衍了事。如主要诊断为膝关节半月板撕裂伤,若是最近损伤则编码于 S83.2,若是陈旧性的损伤则编码于 M23.2,编码员在实际工作中遇到上述情况应养成阅读病案习惯或是及时与临床医师进行沟通,以免编错码。

1.2.2 编码员的临床知识水平不足 疾病编码工作是为疾病编码,内涵是编码,重点是疾病,不仅需要编码员具备疾病分类的技能,还要求编码员具有一定水平的医学知识储备。如胛胝和胛胝体,胛胝

俗称“老茧”，是皮肤长期受压迫和摩擦而引起的手、足皮肤局部扁平角质增生，属于皮肤科疾病，编码于 L84，而胼胝体则是位于大脑半球纵裂底部，连接左右两侧大脑半球的横行神经纤维束，是大脑半球中最大的连合纤维，“胼胝体变性”这一诊断编码于 G31.9，若无一定水平的医学知识储备，编码工作根本无从入手。

1.2.3 编码员专业技能水平不足 2002 年 ICD-10 被批准为我国新的国家疾病分类与代码标准，于 2003 年 1 月 1 日起生效^[7]。编码工作是一门涉及多学科的交叉学科，不仅要求具备医学背景，还要求编码员具有相关专业水平，因为国际疾病分类法各章节及各章节之间有其特定的原则和规定，如当遇上强烈优先章第+五章“妊娠、分娩和产褥期”的诊断时，不论同时伴随任何其他疾病，只要是向产科求医，就要分类于该章，所以要求编码员有两年以上的编码经验或是专业功底扎实，才能尽可能降低编码错误率。但是实际工作中，常出现以下错误：①主要诊断选择错误，如高血压动脉硬化性心脏病（编码 I11.9）合并心律失常（编码 I49.9），应该选择前者作为主要诊断，因为引起心律不齐的原因是前者，所以在此处应选择病因高血压动脉硬化性心脏病作为主要诊断。②该合并编码的诊断没有合并，如出院诊断是骨质疏松（编码 M81.9）和腰椎骨折（编码 S32.0），应当合并编码为骨质疏松伴椎体病理性骨折（编码 M81.8）。③该有附加编码的未附加编码，如脑卒中后偏瘫这一诊断，脑卒中经过治疗已经好转，它是本次入院治疗的病因，所以仍以脑卒中（编码 I64）作为主要诊断，但需要添加偏瘫为附加诊断（编码 G81.9）。④慢性疾病急性发作编码错误，如慢性阑尾炎（编码 K36）急性发作，应该选择急性阑尾炎（编码 K35.9）作为主要诊断，但亦有例外的情况，当遇到慢性肾功能不全（编码 N18.9）急性发作的诊断时，则不能以急性肾功能衰竭（编码 N17.9）为主要诊断，因为对于该种疾病无其他特异性的治疗手段。⑤恶性肿瘤编码选择错误，如臂部的鳞状细胞癌，应该编码于该部位的皮肤恶性肿瘤（编码 C44.6）下，而不应单纯归类至上肢恶性肿瘤（编码 C76.4）。

2 医保病案实施全面质量管理的措施

全面质量管理的概念是由美国的菲根堡姆于 1961 年在《全面质量管理》中首先提出的，是指“为了能够在最经济的水平上，并考虑到充分满足用户要求的条件下进行市场研究、设计、生产和服务，把企业内各部门研制质量、维持质量和提高质量的活动构成为一体的一种有效体系”^[8]。也可以说，全面质量管理是一种从消费者完全满意的角度出发，企业各部门综合进行开发，保持并改进质量，以便最经济的进行生产和服务的有效体系^[9]。运用全面质量管理的概念去对医院病案质量进行控制是要紧盯病案产生的各环节，各类人员，以整体的思想去统筹考量。

2.1 强化质量意识 注重质量教育 首先，应该加强医务人员、病案室工作人员对病案质量重要性的认识，拓展医改第三方付费模式下，医院工作人员对提高编码准确率必须性的认识；其次，从基础质量监控抓起，对住院医师、进修医师进行岗前培训，认真学习《病历书写基本规范（试行）》、《医疗事故处理条例》，并结合医疗保险政策和医保部门对医保病案书写及编码的审核要求，将病案质量教育贯穿始终，强化质量意识。

2.2 针对性修订控制标准 增强质控可操作性 质量管理标准除具有科学性、先进性、合理性外，还应具有实用性和可操作性。病案从书写、形成到归档、编码、入库、使用，涉及的人员众多，有患者、医师、护士、编码员、质管科工作人员等，因此，为达到提高编码率的目的，我院根据《病历书写基本规范》的新标准和新要求，结合南京市基本医疗保险政策和医保经办部门对病案的要求，制定了《医保病案质量控制标准》，对于病案相关人员的责任归属作出明确划分，确保标准具有针对性，做到有的放矢。

2.3 依托医院质管平台 加强病案三级网络质控

完善病案全面质量管理体系是提高医保病案编码准确率的前提，这需要全院各级、各类人员的共同努力、密切配合。为做到病案全面管理层次清、职责明、效果好，我院依托原有的管理平台，建立了医师（护士）、科室质控小组、病案室工作人员及医院

职能部门组成的三级质控网络。

医师是保证医保病案质量的关键人群。在病案书写制度中,经治医师是病案的书写者,也是第一责任人,主治责任医师及科室主任负有相应的监管职责。一份住院病案经过住院医师、主治医师、副主任医师和科主任等至少四级人员的审核签字,各级医师应端正态度,认真按照病案书写要求审签,避免错误诊断及缺单漏单的现象出现,确保病案的真实性、全面性、及时性、合法性、完整性,将缺陷消灭在病案形成之前,为病案后续的编码工作提供良好的基础。

科室质控小组是保证医保病案质量的源头,也是全面质量管理体系最根本的组织,其一般由科主任、护士长、质控医师、质控护士组成,主要通过自查、自检、自纠,实现病案基础质量和环节质量的实时监控,为是后续编码工作做好准备^[10]。

病案室、医保办、质量管理科等医院职能部门是全面质量管理的把关组织,工作内涵包括负责检查统计医保病案的基础质量、环节质量和终末质量,其中,病案室的编码员不仅是检查者还是被检查者,医院医保办公室对内负有质控医保病案,对外负有反馈上级医保部门工作要求的职责,二者对于提高医保病案编码准确率相当重要。以妇产科为例,随机选取质控前后 73 本病案,甲级病案率从 86.3% 上升到了 97.26%。

2.4 全面质量控制的手段和方法 通过戴明环(PDCA 循环),即:P(计划 plan)、D(执行 do)、C(检查 check)、A(采取措施 action),有效控制病案编码质量的薄弱环节,逐步推进编码准确度。①寻找缺陷医保病案编码发生的原因,制定病案检查的计划(P)。根据以往医保病案编码质量检查的情况来看,存在的问题主要集中在诊断不规范,编码技能欠缺等问题上,针对上述缺陷,我院病案室与医保办联合运用管理学中的“整合原理”,整体把握、科学分解、组织综合,针对缺陷问题重点检查,将检查的标准以及内容分别反馈至相关科室,和科室质控小组统一组织分析制定病案检查计划。②针对每月检查的重点问题,加强过程管理和环节质控(D)。以病例为单元,采取随机抽查和专项检查等方式进行工作,内容包括病案首页的填写是否完

整、规范,诊断的排序是否正确,出院诊断是否符合 ICD-10 的编码标准,手术、特殊治疗、检查是否缺漏等。重点关注住院时间长、院内多次转科治疗以及合并多种并发症患者病案的主要诊断及编码。如果主要诊断选择不当、编码错误会影响医保基金的给付,导致医院的经济效益受到损失。③加强反馈,定期总结(C)。建立编码质量信息收集与反馈机制,对缺陷进行综合分析,促进编码质量改进。每月会将医保病案的质量检查结果在质量公报和院政工网上公示,通过院周会、质量分析会等形式进行讲评,科室主任和质控组长及时了解科室病案质量情况,优化病案质量。④细化审查项目,逐步提高编码标准(A)。通过常规性的监测与评估,发现编码问题趋势,细化检查评分项目,对于编码中易出现问题的条目,加大扣分数目,促使该项编码错误率减低。将发现的质量问题转入下一个 PDCA 循环,重点改进。

3 体 会

3.1 完善医保病案质控体系 从根本上确立各类医务人员对于病案的责任,制订各类医务人员对于病案的工作标准,有助于强化医务人员工作的责任意识、质量意识以及法律意识。通过医院三级网络平台以及戴明环的应用,有效地控制了病案书写质量,高效地促进编码准确率的提高,全院编码准确率提升了 2.3%。以中西医结合科为例,随机选取实行 PDCA 循环法前后 50 份医保病案,第一诊断编码准确率从原来的 86% 上升到了 92%,病案书写质量亦有了不同程度的提升。

3.2 确保全员参与 病案质量控制贯穿病案生成始终,全员参与是提高病案编码质量的保证。在病案编码质量管理中要重视三个重要环节:临床医师、信息人员、编码员,三者缺一不可。临床医师要确保诊断的合理性及疾病命名的科学性,并正确填写主要诊断和手术操作,完善次要诊断和手术操作的填报。信息人员确保电子病案程序准确无误,正确上传全部病案信息。编码员要重视对疾病诊断和手术操作等首页信息的获取,熟练掌握编码规则,并与临床医务人员建立良好沟通,加强对首页以外医疗信息的获取能力。与此

同时实行重点人群重点关注,如新入职人员、进修实习人员等。

3.3 重视医保经办机构的监督与评价 医疗保险病案已成为一些国家监督医疗行为、控制医疗费用的重要手段^[11]。在现有的医保支付体系下,病案编码准确性直接影响医保费用的给付,病案编码是医保稽查诊疗、检查及用药合理性的重要依据,并对医院的社会效应、经济效应产生重大影响。在我市,医保经办机构对医保病案的审核,主要有专家审核和专项稽核等方式。医院应该正确对待医保经办机构的检查和监督,要充分认识到病案不仅是具有法律效力的文书,而且是医保费用给付的重要依据。对于医保经办机构所反馈的问题,须及时的改正,并以此为契机,逐渐完善 DRGs 数据质量控制小组,为将来实施按病种分组(DRGs)付费奠定基础。

【参考文献】

- [1] 俞文敏. 电子病历应用中存在的问题及解决方案探讨[J]. 东南国防医药, 2006, 8(1): 66-67.
- [2] 陈琳, 张卫红, 陈海云. 医疗保险病案的质控重点与管理对策[J]. 医学研究生学报, 2007, 20(8): 850-852.
- [3] 高雅, 陈少贤. DRGs 国内医院研究分析[J]. 现代医院, 2017, 17(1): 12-14.
- [4] 肖晓兰, 韦艳灵. 病案信息对 DRGs 发展的影响[J]. 中国病案, 2016, 17(12): 6-8.
- [5] 吴文健, 刘颖. 住院病案首页疾病分类编码分析与改进[J]. 中国病案, 2016, 17(7): 19-21.
- [6] 傅卓敏, 王华, 宋庆庆. 某医院基于 PDCA 循环降低医保拒付率的做法浅析[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2015, 24(11): 898-899.
- [7] 刘爱民. 病案信息学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [8] 郑锴, 杨美娟, 郝峰. 全面质量管理在综合医院住院诊疗管理中的运用探讨[J]. 中国医院管理, 2015, 35(11): 41-42.
- [9] 任真年. 现代医院医疗质量管理[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005.
- [10] 哈丽阳, 李克权, 杨素玉. 全面质量管理在国际疾病分类工作中的探析[J]. 中国病案, 2007, 8(12): 31-32.
- [11] 陈琳, 刘玉秀, 杨宝林. 593 例医保患者住院费用分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2004, 11(2): 189-191.

(收稿日期: 2017-08-17; 修回日期: 2017-09-28)

(责任编辑: 刘玉巧)