

基于医保 DRG 付费改革下病案编码准确性的影响及对策研究

吴浩

青海省交通医院 青海 西宁 810008

【摘要】：我国当前的医保支付方式不断改革，以疾病诊断和治疗方式为核心的付费模式逐渐成为主流，对于规范医疗行为、优化医疗资源具有深远意义。DRG 支付方式是医疗支付改革中的重要角色，通过动态挑战病种分值和支付标准，可保障医疗水平和成本效益。病案编码是临床诊治与医保支付的重要媒介，其准确性将直接对医保 DRG 分组、治疗费用产生影响，但当前的病案编码存在较多问题，如准确性不足、信息质量不达标等，而难以适应医保支付方式改革的需求。本次研究主要针对医保 DRG 付费改革下病案编码准确性的影响和优化策略展开分析，以期待为医疗行业改革提供参考。

【关键词】：医保；DRG 付费改革；病案编码

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.069

在 DRG 付费改革背景下，作为后台技术工作的病案编码已经成为现代医院运营管理工作中的战略核心，其准确性是确保 DRG 付费改革实现其相关政策目标的数字基础，对整体改革质量具有深远影响。具体来说，病案编码是 DRG 付费运行的起点和数据输入源，其准确性与后续医疗环节的公正性与科学性有着密切关联，而如果病案编码不准确可能会引起违规行为、医院亏损等问题出现，严重制约医院医疗效率，甚至引起医疗纠纷事件，严重损害医院形象^[1]。基于此，医院管理层应加强对病案编码工作的重视，加大人力、物力的投入，为提高病案编码的准确性提供保障。

1 DRG 支付方式的概述

按项目付费是我国传统的医保支付方式，即针对为患者提供的医疗服务进行事后补偿，其优点在于能够有效刺激医疗供给，但同时也存在过度治疗、费用不合理增长等相关问题，导致医保基金和患者面临的负担较重^[2]。为了能够有效减轻医保基金和患者的负担，需针对现有的医保支付方式进行改革优化，构建可持续的医疗保障体系。疾病诊断相关分组（DRG）付费制度被证实具有良好的实际应用价值，以前瞻性“打包付费”模式实现“按价值付费”的转变。这种医保支付方式通过分组器将临床过程中相似、资源消耗相近的病例归为同一组，并制定统一的支付标准，可减少医疗服务不足、过度等问题发生^[3]。实施 DRG 付费模式后，医院收益高低将由诊疗效率与成本控制能力决定，而非医疗服务项目的多少。在 DRG 付费模式改革的背景下，医疗机构应积极优化临床路径、规范诊疗行为、提高运营效率，最终促使医疗服务体系内部管理革新。

分组、权重与费率是 DRG 付费模式的基本原理，可确保其顺利运行。分组机制是指借助主要诊断、主要手术或操作、合并症与并发症（CC/MCC）、年龄、出院状况等信息为变量，由聚类算法将病例归纳为具有同质性的 DRG 组，每组代表一类医疗产品。权重确定是指每个 DRG 组都存在相对权重（RW），代表该组病例治疗过程所需的平均资源消耗相对于所有病例平均水平的比值，通常权重越高，则诊疗难度越大、

资源消耗越多。费率与支付是医保部门所计算出的每个权重单位的支付价格，实际成本低于支付标准，则有结余，反之则亏损。

2 病案编码的概念

病案编码是指将书面的疾病诊断和医疗操作名称转换为标准化、结构化代码的过程，可用于医疗信息统计、比较和分析，具体可分为疾病分类编码和手术与操作编码。疾病分类编码即《国际疾病分类第十次修订本》，是针对疾病、损伤、症状和原因进行的编码，通常以医疗资源消耗最多、对健康危害最严重、住院时间最长的疾病作为患者本次的主要诊断，而手术与操作编码是用于对外科手术、非手术性诊断及治疗性操作进行编码的过程。

在当前 DRG 付费模式下，病案编码不仅具备常规的统计和归档功能，还能够用于医院经济补偿和绩效评价的核心要素。病案首页的诊断和操作编码是 DRG 分组器的原始数据源，患者的主要诊断选择、合并症或并发症诊断信息以及手术操作的正确编码，都与患者进入哪一个 DRG 组有着直接关联。病案编码还是临床诊疗行为消耗资源的一种表现形式，需要通过编码才能被 DRG 分组器识别和量化，进而被赋予不同的权重。另外，病案编码还代表了患者治疗费用的支付金额，是医保基金支付金额的计价标准，其编码将直接关系到支付金额的准确性。当病案编码不能映射患者真实的疾病类型、严重程度、治疗情况时，其支付标准和医疗服务也会随之发生变化，甚至导致医疗资源的错误配置，严重损害患者和医院的利益。

3 DRG 付费改革对病案编码准确性的影响

3.1 加强对病案编码的重视

病案编码在传统的支付模式下，主要用于医疗统计与病案归档，而在 DRG 付费模式建立后，病案编码的准确性将直接关系到医院的盈利状况，在医院管理中的地位得到显著提高。基于这种现状，医院为了保证收益，将增大对病案编码工作的投入，如培养或引进专职编码员、建立编码质量制度和岗位、

绩效考核体系增加编码质量等,促使医院运营、财务、临床等各个部门更加重视病案编码工作,进而提高其准确性^[4]。

3.2 加快病案编码的信息化速度

DRG 付费模式对数据要求高,因而病案编码也需要加强信息建设,才能更好地适配 DRG 改革的需求。医院不仅要严格按照国家统一疾病分类与手术操作代码进行病案编码,还应将本地化细分组方案与编码规则库纳入病案编码的参考范围,促使病案编码更加标准、规范。在此基础上,医院应积极升级病案首页管理系统、电子病历(EMR)系统与编码智能辅助系统,以先进的信息技术手段减少人为编码造成的错误。同时,对医院内部信息系统进行完善,加强各个系统之间的数据互通,可促使编码数据实现自动化、准确转化奠定基础。

3.3 病案编码错误放大

DRG 付费模式为医院病案编码带来了诸多的积极影响,但同时受到准备不足、机制不完善等原因的影响,也可能对病案编码的准确性产生负面影响。由于病案编码的重要性得到提升,尤其是支付金额的压力,会导致病案编码的错误被放大。比如,因不熟悉 DRG 分组逻辑,主要诊断并非消耗资源最多、医疗风险最高疾病,而导致病例进入权重较低的 DRG 组,或者刻意夸大病例严重程度,选择更高权重的诊断,出现编码欺诈行为。

4 DRG 付费改革对病案编码准确性带来的挑战

4.1 病案编码与临床实际存在冲突

DRG 分组以标准化的编码规则为依据,二临床诊疗服务具有个体化、复杂性和不确定性,导致临床病例在被转化为特定 ICD 代码时,出现无法与规则完全覆盖的情况,或者与规则存在细微差别,从而导致信息出现偏差。DRG 付费模式使病案编码与患者诊治支付的金额相关联,造就了较大的经济激励,易使编码工作为了追求更高的机构经济效益而忽视真实临床资源消耗。尤其是在当前绩效考核压力较大的情况下,编码员和临床医生即使面临欺诈,也可能在在证据模糊的诊断或并发症中选择高编,严重影响病案编码的客观性。另外,DRG 付费改革不断深化,ICD 分类库、国家临床版编码库、DRG 分组器等系统和政策均处于动态调整中,而大多数医疗机构缺乏及时、科学的病案编码培训机制,导致相关人员知识更新慢,在实际工作中易出现技术失误,制约病案编码的作用。

4.2 管理机制落后

大多数医院的病案编码工作仅限于抽样检查,对临床书写、编码录入、分组审核等流程缺少质控管理标准和办法,一旦出现损失大多已经无法挽回。不仅如此,尽管医院对病案编码工作的重视度加强,但临床医生书写病历仍然以满足诊疗和法律需求为主,并未关注 DRG 分组逻辑,导致病特异性描述等信息缺乏而造成分组困难。如果编码员则临床背景不足,在

遇到模糊记录时,则难以进行准确推断,使病案编码出错率增加。

4.3 专业人才缺乏

大多医院对病案编码工作不够重视,所以缺乏复合型病案编码人才。现如今病案编码工作紧随 DRG 付费改革,病案编码员要求有病案编码专业知识,且要求有一定的临床、医保、数据分析等知识,但大多数医院的病案编码员是护士、统计员转行而来,其医学知识较弱,或者年龄较大对新事物接受较差,而年轻的病案编码员又没有临床经验,造成人才断层现象^[5]。另外,病案编码信息系统运用不足也是病案编码工作效率较低的原因。大多数医院的病案编码工作凭编码员自己凭经验判断,而未运用病案编码信息智能编码软件进行编码,导致工作效率低,容易疲劳出错。

5 DRG 付费改革下病案编码准确性的优化策略

5.1 加强病案编码流程再造

建立制度化的改进措施,要求病案编码工作人员参临床科室的早交班、查房等工作,并实时审阅在院病历,主动与临床医师进行沟通,提高病历的特异性、完整性,从源头上减少病案编码错误。在流程医师下诊断时,利用电子病历系统对患者的 DRG 分组要求进行推荐和审查,并提供选择依据,使主要诊断与操作有据可依,减少人为失误。结合医院现实情况,建立病案编码线上沟通平台。临床医师在开展诊疗工作时,可通过线上平台与病案编码工作人员进行沟通,及时针对可能影响 DRG 分组的因素进行咨询,而编码员在在编码时,可将存在疑问的病历记录在线反馈给临床医师,并跟踪后续的修改结果。

5.2 完善管理机制

构建三级联动的病案编码管理体系,一级为临床科室要求加强病案首页书写质量和主要诊断选择的合理性,二级为病案编码人员负责强化编码审核,并借助人工智能辅助编码系统实时进行逻辑校验、冲突检测,而三级为医院 DRG 数据管理委员会通过定期召开会议分析病案编码存在的问题并制定改进措施反馈至一级和二级。加强病案编码质量与绩效的关联性,设立明确的编码质量考核指标,对编码准确反映临床的行为予以奖励,避免发生高编事件。

5.3 加强人才培养

针对医院不同部门和岗位设置多维度的培养策略,全面提升医院整体的病案编码人才质量。针对临床医师,培训应以案例为导向,向其重点讲解不同诊断如何选择 DRG 分组,以及 DRG 分组对医疗质量评价产生的影响,加强医师对病案编码的了解。对于病案编码员,首先需要加强编码能力培养,为其提供 ICD 高级编码技巧、DRG 分组原理、医保政策解读等学习机会,加强编码工作人员的工作能力,同时鼓励编码员定期

到临床科室进行短期学习,进一步了解实际诊疗过程和医学术语使用环境,提高综合工作素养。医院管理层应针对病案编码工作制定可实现的职业发展通道和福利待遇,按照初级、中级、高级编码师以及 CDI 专员的等级明确其岗位标准和薪酬待遇。

6 结语

DRG 支付改革是医疗行业不可阻挡的趋势,将编码工作推向医院管理和工作的核心,也促使医院管理、技术的全面升级,为医疗机构的高质量发展鉴定了基础。当前,优化病案编

码准确性的工作已经成为医疗机构生存发展的战略性系统工程。为了提升其准确性,应客观、系统地分析病案编码对支付、医院运营风险和数据等方面造成的影响,并积极探索有效的措施化解编码与临床之间的冲突,借助工作流程再造、革新管理机制等措施构建病案编码工作模式。同时,加强病案编码专业人才培养,为病案编码机制的有效运行提供基础。通过正视病案编码存在的问题,积极破解影响其准确性的挑战,才能真正引导医疗卫生体系实现可持续发展。

参考文献:

- [1] 王晶晶.DIP 付费背景下医保停用码病案编码分析[J].中国病案,2025,26(09):10-13.
- [2] 李艳.疾病诊断相关分组付费对医保病案编码准确性的影响[J].临床研究,2024,32(10):196-198.
- [3] 黄晓青,陈丽,张华,等.基于 PDCA 循环的全面质量管理在提高医保病案编码准确率中的作用分析[J].黑龙江中医药,2023,52(04):66-68.
- [4] 马忠凯.DRG 付费下中医医院疾病编码缺陷对 DRG 入组结果的影响[J].中国卫生经济,2021,40(04):80-82.
- [5] 龚晓莉,刘泽文,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(03):337-340.