

# 基于DRG分组系统分析疾病性质对手术编码的影响

贺程

阿克苏地区第一人民医院病案科 新疆 阿克苏 843000

**摘要:** 探讨在疾病诊断相关分组 (DRG) 系统中, 疾病性质对手术编码的影响, 并提出相应的改进策略, 以提高病案数据质量和DRG分组准确性。**方法:** 本研究选取了某三甲医院2022年1月至6月期间上报的DRG分组后的病案数据, 利用DRG数据中心平台, 分析未入组病案中因手术操作名称中疾病性质因素导致的未入组问题。对这些问题进行分类、统计、分析和修正手术编码的前后统计分析, 并探讨改进措施。**结果:** 经统计分析发现, 377份未入组病案中, 85.46%的未入组原因与主要诊断和手术操作相关, 其中因疾病性质原因造成手术操作编码不匹配的病案有55份。通过改进编码规则和加强培训, 成功提高了DRG入组率。**结论:** 疾病性质对手术编码具有显著影响, 改进病案书写和编码质量是提升DRG分组准确性的关键。

**关键词:** DRG分组系统; 疾病性质; 手术编码

引言: 疾病诊断相关分组 (DRG) 系统是现代医疗费用支付和管理的重要工具, 它通过疾病分类编码对患者进行分组, 从而制定合理的医疗费用支付标准。手术编码作为DRG分组的重要依据, 其准确性和一致性直接影响DRG分组的准确性。然而, 在临床实践中, 疾病性质往往对手术编码产生影响, 导致编码错误或不一致, 进而影响DRG分组的准确性。因此, 本研究旨在分析疾病性质对手术编码的影响, 并提出相应的改进策略。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

本研究依托于某三甲综合医院在2022年1月至6月期间, 经过DRG (疾病诊断相关组) 分组系统处理并上报的病案数据。具体而言, 我们从海量数据中筛选出了377份未能成功归入既定DRG组的病案作为研究样本。这些未入组病案覆盖了内科、外科、妇产科、儿科等多个临床科室, 涉及疾病种类广泛, 包括但不限于心血管疾病、恶性肿瘤、消化系统疾病及创伤等, 为深入分析提供了丰富的数据基础。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 数据分析

为了全面剖析未入组病案的原因, 充分利用了DRG住院医疗服务检测与分析系统数据中心平台的高级功能, 对377份未入组病案进行深入细致的数据挖掘与分析。分析过程聚焦于手术操作名称中存在的与疾病性质相关的问题, 具体包括以下几个方面: (1) 主要诊断与手术操作不匹配: 通过对比病案中的主要诊断与所记录的手术操作, 发现215份 (57.0%) 病案存在不同程度的不匹配问题。这些问题可能是由于医师在填写大意,

或是对疾病与手术之间的逻辑关系理解不透彻所致<sup>[1]</sup>。

(2) 疾病性质导致编码错误: 另外, 有132份 (35.0%) 病案由于疾病性质的复杂性或特殊性, 导致了编码过程中的误判或遗漏。例如, 某些罕见病或并发症的描述不够详尽, 使得编码员难以准确判断并赋予相应的ICD编码。(3) 其他因素: 剩余的30份 (8.0%) 未入组病案则归因: 如患者基本信息缺失、病案记录不完整等。

#### 1.2.2 改进措施

针对上述分析结果, 提出以下针对性的改进措施, 以期从源头上解决未入组病案的问题: (1) 加强病案书写管理: 为临床医师安排定期的病案相关培训, 邀请专家进行授课; 明确病案书写的责任制度, 要求医师在填写诊断名称时务必准确、完整, 避免因个人疏忽导致的错误; 定期组织案例的分享会, 共同提升病案书写质量。(2) 建立编码规范和审核机制: 结合医院实际情况和ICD最新标准, 制定更加详细、具体的编码规则, 确保编码员有章可循、有据可依; 实行编码员初审与资深编码专家复审的双重审核制度, 确保每一份病案都能得到准确无误的编码; 建立编码问题的及时反馈机制, 一旦发现编码错误或疑问, 编码员可及时与临床医师沟通确认, 确保编码的准确性。(3) 数据质量检查和分析: 设立专门的数据质量监控小组, 负责定期对病案数据进行全面核查, 重点检查诊断名称、手术操作、编码等关键信息的准确性; 运用统计软件对核查结果进行统计分析, 计算出各类问题的发生频率、占比及趋势变化, 为持续改进提供依据; 根据数据分析结果, 不断优化病案管理和DRG分组流程, 确保疾病分类编码的真实性和准确性得到持续提升<sup>[2]</sup>。通过上述措施, 我们有信心能够显

著降低未入组病案的发生率，提升医院DRG管理的整体水平。

## 2 结果

### 2.1 未入组病案原因分析

经过对377份未入组病案数据的全面统计分析，我们揭示了导致这些病案未能归入相应DRG组别的核心原因。结果显示，高达85.46%的未入组病案与主要诊断和手术操作之间的关联性问题的紧密相关，这一发现为医院后续的质量改进工作指明了方向。

#### (1) 主要诊断与手术操作不匹配

占比：此类问题在未入组病案中占据了绝对多数，高达65%以上。

原因：这主要是由于临床医师在填写病案时，对疾病的诊断与所需手术操作的匹配度缺乏重视。此外，对DRG系统分组逻辑的理解不足也是原因之一。

影响：这种不匹配不仅影响了DRG分组的准确性，还可能对医疗质量评估、医疗资源分配及医保支付等产生不利影响。

#### (2) 疾病性质导致编码错误

占比：紧随其后的是疾病性质复杂性引发的编码错误问题，占比达到14.85%。

原因：部分疾病因其独特的病理生理特征、并发症或临床表现的多样性，使得疾病分类编码变得尤为复杂。编码员在面对这些复杂病例时，若对ICD编码规则掌握不熟练或对疾病知识了解不足，就容易出现编码错误<sup>[3]</sup>。

影响：编码错误会直接导致病案无法被正确归入相应的DRG组别，进而影响医院整体的DRG管理水平和绩效评价。

#### (3) 其他原因

占比：除了上述两类主要原因外，还有约10%的未入组病案归因于其他原因，如编码员操作失误、系统故障、患者信息不完整等。

改进措施建议：针对这些原因，医院应进一步加强编码员的培训和管理，完善编码审核流程，确保编码工作的准确性和规范性；同时，加强系统维护和稳定性测试，降低系统故障对DRG分组工作的影响；此外确保患者信息的完整性和准确性。

### 2.2 手术编码改进效果

针对上述问题，医院及时采取了包括加强病案书写管理、建立严格的编码规范和审核机制以及定期进行数据质量检查等在内的多项改进措施。经过一段时间的观察，这些措施取得了显著成效，具体表现为：

(1) 手术编码错误率显著下降：改进前：手术编码错误

率高达14.85%，成为影响DRG入组率的重要因素之一。改进后：通过加强编码员培训和审核力度，手术编码错误率实现了大幅下降，由原先的14.85%降低至3%以下。这表明改进措施在降低编码错误方面取得了显著成效。

(2) DRG入组率大幅提升：改进前：由于手术编码错误等原因导致的DRG未入组现象较为普遍，DRG入组率相对较低。改进后：随着手术编码错误率的显著降低和病案质量的全面提升，DRG入组率得到大幅提升，提高至98%以上。与改进前相比，DRG入组率提升了近10个百分点。这一成果不仅体现了医院在DRG管理方面取得的进步，也为医院未来的医疗质量提升和绩效评价奠定坚实基础。

## 3 讨论

### 3.1 疾病性质对手术编码的深远影响

疾病性质的复杂性和多样性在医疗领域中表现得尤为突出，这种复杂性不仅体现在疾病的病理生理机制上，还贯穿于其临床表现、病程进展及治疗策略的各个方面。这些特性构成了手术编码准确性的基石，因为手术编码不仅是对手术操作的简单描述，更是疾病治疗过程、患者健康状况及医疗资源使用的综合反映。第一，疾病性质的独特性要求手术编码必须精准地反映每一例患者的具体情况。例如，同一手术名称在不同疾病背景下可能具有截然不同的含义和目的。一个看似简单的“阑尾切除术”，在急性阑尾炎和慢性阑尾炎伴周围脓肿形成的患者中，其手术难度、风险评估及后续治疗路径可能存在显著差异。这种差异在手术编码中若未能得到充分体现，将导致DRG分组的不准确，进而影响医疗资源的合理配置和医保支付的公平性<sup>[4]</sup>。第二，临床医师在繁重的医疗工作中，往往需要将大部分精力集中于患者的直接治疗与病情管理上，这无疑增加疾病分类编码被忽视或误报的风险。医师可能因时间紧迫或专业侧重点不同，而在诊断名称的填写上趋于笼统。这种信息的缺失或模糊性，使得编码员在缺乏直接沟通的情况下，难以准确理解并赋予相应的手术编码，从而降低了编码的准确性和一致性。

鉴于此，加强对临床医师的疾病分类编码培训显得尤为迫切和重要。这种培训不仅应涵盖ICD编码的基本原则、规则及最新更新内容，还应着重强调疾病性质对手术编码的深远影响，提升医师对编码工作的重视程度。通过定期的专题讲座、案例分析、模拟练习等多种形式，使医师能够深入理解疾病与手术编码之间的内在联系，掌握如何在临床实践中准确、完整地填写诊断名称，为后续的手术编码提供可靠依据<sup>[5]</sup>。

### 3.2 改进措施的有效性

本研究通过实施一系列针对性改进措施,包括强化病案书写管理、建立严格的编码规范和审核机制,以及加强数据质量检查和分析,取得显著成效。这些措施不仅直接降低手术编码的错误率,还大幅度提升DRG入组率,体现改进措施的有效性和必要性。首先,加强病案书写管理使得诊断名称更加准确、完整,为编码工作提供了良好的基础。其次,严格的编码规范和审核机制确保了编码员能够遵循ICD规则进行编码,减少因误解或疏忽导致的错误。最后,定期的数据质量检查和分析则能够及时发现问题并予以纠正,进一步保障病案数据的真实性和准确性。这些改进措施不仅提升医院的医疗服务水平,还有助于优化资源配置,提高经济效益。

### 3.3 进一步研究建议

鉴于本研究在提升手术编码准确性和DRG入组率方面的积极成果,未来研究可以进一步深入探索以下方向:(1)手术编码标准的优化:随着医疗技术的不断进步和疾病谱的变化,现有的手术编码标准可能需要更新和完善。未来研究可以根据最新的医疗实践和技术进展,制定更加科学、合理的手术编码标准,以更好地满足临床需求。(2)智能编码技术的应用:随着人工智能技术的发展,未来研究可以探索如何利用智能技术辅助手术编码工作,提高编码的效率和准确性。通过智能识别和理解病案中的诊断名称和手术操作信息,减少人为错误和主观偏差<sup>[5]</sup>。(3)多中心合作研究:由于不同医院在医疗服务、管理模式和编码水平等方面存在差异,单中心研究的结果可能具有一定的局限性。未来研究可以考虑开展多中心合作研究,收集更广泛、更全面的数据样本,以更全面地评估手术编码的现状和改进效果,为制定更加普遍适用的改进措施提供依据。(4)患者反馈与满意度评估:手术编码的准确性和DRG入组率的提

升最终应体现在患者体验和满意度上。未来研究可以关注患者对这些改进措施的感受和反馈,了解其在提高医疗服务质量和患者满意度方面的实际效果,以进一步完善和优化改进措施。

### 结束语

本研究通过对某三甲医院DRG分组系统中手术编码问题的深入分析,揭示了疾病性质对手术编码的重要影响,并成功实施一系列改进措施,显著提高DRG入组率和病案数据质量。这些成果不仅为医院内部的医疗质量管理和资源分配提供了有力支持,也为其他医疗机构在类似领域的改进提供参考。未来,随着医疗技术的不断进步和管理模式的持续优化,手术编码和DRG系统的准确性将进一步提升,为更公平、高效、优质的医疗服务提供坚实保障。

### 参考文献

- [1]林佩珊,李良景,任文宁.基于DRG分组系统分析疾病性质对手术编码的影响[J].现代医院,2023,23(12):1852-1855,1860.DOI:10.3969/j.issn.1671-332X.2023.12.013.
- [2]柯乃绮,容莹,林明色,等.眼科同临床手术名称不同编码的情况分析[J].中国病案.2023,24(9).DOI:10.3969/j.issn.1672-2566.2023.09.018.
- [3]薛景勇,任杏,李桂英.基于DRGs的歧义病案分析与改进[J].中国病案.2023,24(8).DOI:10.3969/j.issn.1672-2566.2023.08.006.
- [4]孙玉,秦晓静,刘炳麟,等.ICD-9-CM-3中易被忽视的不包括编码案例分析[J].中国病案.2023,24(9).DOI:10.3969/j.issn.1672-2566.2023.09.016.
- [5]柯乃绮,林明色,章霞,等.眼专科医院DRG未入组病例分析[J].中国病案.2023,24(1).DOI:10.3969/j.issn.1672-2566.2023.01.003.