

基于 PDCA 循环的前置智能审核系统在 DIP 付费试点中的应用

黄心莹

(阜外华中心血管病医院信息中心, 河南 郑州 450000)

摘要: 郑州市作为国家按病种分值付费 (DIP) 试点城市之一, 开展了按医疗保障基金结算清单上报数据的工作, 阜外华中心血管病医院作为郑州市第一批 DIP 付费试点单位, 按照郑州市医保局的时限要求完成了院内 HIS 系统与医保结算系统对接及改造工作, 同时在持续进行医保结算清单、病案首页上传过程中, 组织各临床、职能处室, 按照 PDCA 循环的工作模式对问题清单和病案首页进行修改完善, 在此基础上, 信息中心组织开发了前置智能审核系统。通过对比 2022 年第一季度和第二季度医保结算清单上传成功比例及病案首页数据质量情况, 结果得出医保结算清单和病案首页完整性得到明显提升。

关键词: 医疗保障基金结算清单 质量控制 病案首页 数据质量 PDCA

中图分类号: R197 **文献标识码:** A **文章编号:** 1003-9082 (2023) 02-0278-03

医保结算清单是各级各类医保定点医疗机构开展住院、门诊慢特病、日间手术等医疗服务后, 向医保部门申请按病种分值付费 (DIP) 时提交的凭证, 是由病案首页、收费票据和其他结算凭证“三版融合”的产物。结算清单的数据来源于病案首页。因此, 病案首页数据质量在实施 DIP 付费中起着很重要的作用^[1]。

自 2022 年 1 月市医保 DIP 试点工作开展以来, 本院作为第一批 DIP 付费试点单位不断跟进政策变化, 按照市医保局要求完成院内 HIS 系统改造并与医保结算系统对接, 同时在医保结算清单、病案首页上传过程中开发了基于 PDCA 循环的前置智能审核系统。本研究旨在利用 PDCA 循环, 探索该前置智能审核系统对病案首页质量的影响, 提升医保清单、病案首页上传的数据质量。

一、工作背景

首先, 2022 年初, 按照《国家医疗保障局关于印发 DIP/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号) 部署, 市医保局下发了《郑州市医疗保障局关于按病种 (DIP) 分值付费实际付费有关事项的通知》(郑医保办〔2022〕1 号), 该文件指出郑州市已基本完成 DIP 配套政策、病种目录库、医疗机构等级系数、基层病种、补充协议, 贯标及信息系统接口改造等方面的准备工作, 进入实际付费阶段^[2]。

其次, 为保证医保结算清单按要求、按标准及时准确的上传到医保中心, 避免因数据质量问题影响 DIP 付费, 本院成立 DIP 数据上传工作小组, 通过 PDCA 循环的工作模式, 使用院内前置智能审核系统, 对医保结算清单、病案首页数据质量进行层层优化。

二、工作内容

1. 基础工作

为保证医保结算清单按要求、按标准及时准确的上传到医保中心, 避免因数据质量问题影响 DIP 付费, 本院成立由医保、医务、病案、信息、临床等相关部门组成的 DIP 数据上传工作小组, 制订工作计划并组织实施, 明确结算清单和病案首页的生成、审核、上传等工作的内部分工和操作流程。

2. PDCA 循环方法

根据计划、实施、检查和处理四个步骤, 使用院内前置智能审核系统, 对医保结算清单、病案首页数据质量进行层层优化。

2.1 计划阶段

第一, 由工作小组对 2022 年一季度 2412 份市医保病历进行质控。

第二, 基本情况: 2412 例医保结算病例按照郑州市医保局 DIP 分组测算方案, 1917 例进入

51 个 DIP 组 (入组率 79.48%)。

第三, 原因分析: 通过各小组成员分析讨论, 对影响 DIP 付费的各因素进行追踪。按照 80/20 原则选出 4 项真因: 病案首页信息不规范 (填写不完整、概念模糊)、信息系统不完善 (字段提取错误、逻辑判断关系不完善)、诊疗行为不规范 (不合理收费、不合理检查等) 和 DIP 付费知识欠缺。

第四, 设定目标: 工作小组根据基本情况, 按照 DIP 付费的影响因素, 以优先提高 DIP 入组率为原则, 分别设定相关指标的目标值: 例如将病案首页主要诊断、主要手术操作完整率的目标值定为 100%; 医保结算清单数据质量合格

率目标值第一轮定为95%。

第五,制定计划:工作小组针对4项真因拟定DIP入组情况改善流程,包括组织培训学习、优化信息系统、加强病案首页质控、建立沟通机制和制定奖惩措施。

2.2 实施阶段

第一,组织培训学习:组织医院医保、临床各科室、医务、病案、财务、信息等相关人员参加院内、外相关培训,熟悉DIP医保支付政策,规范诊疗行为,学习病案首页填写规范、主要诊断和主要手术操作的选择原则,了解国家疾病分类、编码规则和成本核算方法等。

第二,优化信息系统:核对郑州市DIP医保结算系统与本院HIS系统、电子病历系统对接的字段和名称,由医保办、病案室确认数据采集口径和上传数据标准,建立正确的编码和名称映射关系;在电子病历系统和病案首页数据管理系统中设置逻辑判断规则,自动查找错误并提示人工修改。

第三,加强病案质控:完善院一科两级病案质控体系,加强病案环节质量控制,要求科室质控员定期按比例检查病案首页,及时改正错误,提高病案首页数据质量。

第四,建立沟通机制:DIP工作小组建立工作群,及时沟通在病案质控、编码、结算清单上传过程中遇到的疑问,共同协商解决方案。

第五,制定奖惩措施:根据不同的专科特点和DIP病组权重,制定精细化的奖惩措施,适当向高权重病组倾斜。

2.3 检查阶段

第一,病案首页数据质量检查:根据《河南省病历书写规范实施细则(试行)》《DIP病案数据格式及字段说明》中对病案首页填报数据质量要求,在前置智能审核系统中检查全院病案首页信息的完整性,必填项为空者视为不完整,填写不完整、不合格者视为不准确。

第二,运营管理相关指标检查:根据郑州市医保局物价管理规定,医保办在前置智能审核系统中对医疗费用进行监控,违规药品、违规耗材使用者视为不合格指标。

2.4 处理阶段

工作小组每月汇总各指标检查结果,向科室反馈存在的问题,提出整改措施,科室针对问题在HIS系统中及时调整数据;每季度向主管院领导汇报,分析实施措施是否落实,对于新发现的问题,制定持续改进措施和目标值,进入下一轮PDCA循环。

3. 引入前置智能审核系统

为提高PDCA循环在优化医保结算清单数据和病案首页

数据过程中的准确性及时效性,引入前置智能审核系统对所采集字段进行校验,从而提高上传成功率和数据质量。

3.1 数据标准化

医保结算清单的数据指标一共包括190项,其中的32项为基本信息,6项是门诊慢特病诊疗信息、57项是住院诊疗信息,还有95项为医疗收费信息。其中,诊疗信息数据指标填报主要来自住院病案首页数据。本院HIS系统对接接口标准,对包含基本信息字段、诊断字段、手术字段、重症字段的重点数据源进行逐一比对,由医保办、病案室确认数据采集口径和上传数据标准,发现问题字段及时进行调整,确保所有字段均可按规范采集,从而不断提升上传数据质量。

医院对医保结算清单、《卫统4-1住院病案首页表》《三级公立医院绩效考核住院病案首页数据采集质量与接口标准》进行了全面分析,包括字段类型、长度、必填条件、值域标准等,具体包括33项有值域或字典参数表的字段,检查版本及映射关系,避免出现数据错位、取值异常、逻辑错误等问题。

3.2 前置智能审核系统嵌入临床业务

3.2.1 运行病历质控

前置审核系统嵌入医生站,在医生填写患者病历及病案首页时,实时监控运行病历数据质量,监测主要影响分组的数据,包含主要诊断、其他诊断、主要手术操作及其他手术操作、年龄、性别、费用等信息,尤其是对标明not null的必填项和相关逻辑必填项字段进行完整性核查。

同时根据国家电子病历六级标准,有对病历书写内容有智能检查与提示功能。医生书写病历时,由医务管理部门维护的知识库可智能检查患者性别、年龄、诊断、过敏史、婚育史等质控信息,当医生书写错误内容时,及时弹窗提示,方便医生修改错误,提高医疗文书质量。例如:患者诊断中包含“乙型肝炎”相关诊断,若医生填写入院记录时,漏填既往史中的传染病史,或错填为其他非乙型肝炎传染病史,系统自动弹窗提醒医生及时检查传染病史的准确性。

病案首页各项内容生成过程中有符合质量管理规范自动检查与提示功能。医务管理部门维护首页质控规则后,医生完成病案首页书写时,系统会自动检查该病案首页必填项是否填写完整,并按照质控规则进行逻辑判断。针对包括年龄与婚姻逻辑、性别与疾病诊断代码逻辑、入出院日期逻辑、主要诊断与病理诊断逻辑等节点进行预警和提示,以提升病案合格率。例如:管理部门维护首页质控规

则, 女性出院诊断不应编“D29.1前列腺良性肿瘤”, 若医生为女性患者填写病案首页时错填该诊断, 病案首页提交时会提醒医生再次确认。

3.2.2 终末病历质控

医保结算清单来源于病案首页, 病案首页数据质量在实施医保结算清单中起着很重要的作用, 因此, 对病案首页数据的质控显得尤为重要。终末质控工作由病案室质控医师担任, 是医院的三级质控。终末质控根据运行质控问题清单, 采取针对性和有目的地对病案进行专项审查。

本院将前置审核系统嵌入病案管理系统, 质控人员通过出院时间对患者进行筛选, 在系统中直接为患者病历及病案首页进行质控评分, 并通过传票系统将质控评分和问题发送给医生, 医生进行修改后, 最终提交病案室, 病案质控人员可对照质控项查看医生修改内容的前后变化, 进行对比检查, 实现病案质控闭环管理, 支持病案修改过程状态的监控, 并对修改的病历内容, 进行追踪检查功能。

此外, 以《住院病案首页数据质量评分标准》为基础, 医务部、病案室共同制定智能检查规则, 特别是对此前病案首页中诊断填写不规范、手术填写不规范、使用非标编码、费用数据异常以及经逻辑校验后的错误等问题, 予以格外重视, 建立系统性的、可更新的规则库, 形成基础数据治理的常态化工作机制。

3.2.3 医保部门审核

医疗保障基金结算清单是医院向医保部门申请费用结算时提交的数据清单, 医保结算清单是病案首页、收费票据和其他结算凭证“三版融合”的产物。医保结算清单的主要功能, 首先是医保审核及医保费用审核与结算的需求; 其次是病种病组管理, 为DIP付费等提供医保信息采集标准, 也是各地医保局DIP数据采集的“唯一来源”。

对于医院医保管理部门来说, 标准化的医保结算清单, 可提高医院的管理效率, 使医院的医保费用结算更加规范化和专业化。所以, 医保结算清单和病案首页在上传至医保中心之前, 必须要由医保办进行审核对照。

本院将前置审核系统嵌入医保管理系统, 医保办审核人员通过线上核对患者住院费用清单、住院病案首页、医保基金垫付比例等相关信息, 审查患者在住院期间是否有不合理收费、不合理检查等异常信息, 通过线上通知的方式, 及时通知医生, 减少拒付情况发生。同时, 医保审核人员可根据既往月份的医保报表数据, 观察医疗总费用与医保基金支付金额的变化情况, 分析当月当季DIP付费的增减原因, 及时汇报医院管理者, 并通知临床。

三、应用及效果评价

1. 上传质量

在启用前置智能审核系统后, 医院能及时补传不符合要求的病历, 郑州市医保局反馈数据显示, 2022年第二季度本院结算清单数据上传成功率和质控通过率均维持在99%以上, 上传质量得到明显提升。

2. 问题病案分析

前置智能审核系统包括病案首页提交时校验、编目时校验、上传结算清单前校验, 支持按照出院时间、出院科室、医保类型综合查询, 方便后续修改、调整、补传。本院病历质控会议通报首页质控情况、三级医院绩效考核数据填报情况均有较大幅度提升。

此外, 前置智能审核系统因为参照了部分DIP控费规则, 带有一定的“利益性”, 容易导致医生、编码人员忽略编码的本质, 更多考虑费用最大化, 出现“低码高编”“高码低编”等问题, 这需要管理部门做好引导和监督。

四、难点与建议

目前本院的短期目标是缩短上传时限, 提高15个工作日内结算数据清算和医保结算清单、病案首页匹配率; 中期目标是通过前置智能审核系统优化病案首页, 结合医保智能审核系统控制违规收费, 对院内信息系统数据进行大范围清洗、校验、治理, 为更好地进行DIP按病种分值付费, 保全医院利益; 长期目标是深化对数据源、数据流的挖掘, 规范医疗流程, 信息系统业务流程更加贴合医疗管理规范, 最大化减少因为DIP数据质量问题、医保费用违规问题造成医院的损失。

综上所述, 应用前置智能审核系统能有效提高病案首页数据质量和医保费用监控效率, PDCA循环能更加有效提高病案首页等问题的处理效率, 促进DIP付费在心血管病专科医院的顺利开展。前置智能审核系统紧密贴合PDCA循环, 贯穿PDCA工作流程, 在DIP付费试点过程中, 本院应结合学科特点, 认真分析和总结DIP付费试点过程中遇到的问题, 在利用DIP付费工作优化诊疗流程、提高医疗质量和改进管理模式的同时, 通过向医保管理部门提出合理化建议, 使DIP付费政策与专科医院实际发展保持一致, 体现DIP病种分组的科学性和医疗费用管理的精准性。

参考文献

- [1]张燕.论病案首页数据质量对医保结算清单的重要性[J].首都食品与医药,2021,28(4):2.
- [2]徐雨虹,吴建,王艳清,赵移珍.DIP付费模式下医院成本管理数字一体化平台建设研究[J].中国卫生经济,2022,41(8):89-92.