

〈 医保管理 〉

按病种分值付费模式下的偏差病例产生因素分析

许丹,肖鹏磊,滕俊玲

(河南省人民医院病案科,郑州市 450003)

【摘要】 目的 分析某三甲医院一个季度内纳入市医保按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)支付中偏差病例的特点,并对其产生原因进行讨论。**方法** 按年龄、性别、住院天数、是否转科、出院科别、住院费用等特征对入组病例分组,计算偏差病例占比,采用单因素 χ^2 检验对不同因素影响下偏差病例的发生率进行分析;运用logistic回归分析对偏差病例的发生率进行分析。**结果** 偏差病例的产生与患者年龄、性别、住院天数、是否转科、出院科别、住院医疗总费用等因素均相关。患者年龄增大、住院医疗总费用增加、性别为男性、住院天数较短、出院科别为非手术科室等是偏差病例产生的促进因素。**结论** 医院要多措并举,提高DIP数据质量,减少偏差病例产生,提升精细化管理水平和医疗质量。

【关键词】 按病种分值付费;病案首页;偏差病例

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-4232(2024)03-0089-03

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.03.025

自2020年国家医疗保障局推行按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)医保改革以来^[1],全国先后已有多个省市进行了相应改革^[2-4]。郑州市于2021年底发布了按病种分值付费结算办法的相关文件,并于2022年1月正式开展DIP改革工作^[5]。按郑州市医保局和卫健委的工作要求,对定点医疗机构的月住院医疗费用进行预结算,同时会返回所有纳入DIP支付的病例匹配信息,包括病例是否入组、入组病例是否符合现有DIP支付标准等。

在所有的入组病例中,正常倍率病例是指住院总费用在DIP病种支付标准50%~200%的病例。偏差病例是指住院总费用高于或低于DIP病种支付标准一定倍数的病例。偏差病例又包括住院医疗总费用低于DIP病种支付标准50%以下(含50%)的病例,即低倍率病例;或住院医疗总费用超过DIP病种支付标准2倍以上4倍以下(含4倍)的病例,即高倍率病例;以及超高倍率病例,即住院医疗总费用超过DIP病种支付标准4倍以上的病例^[5]。

医保结算清单作为医疗机构向医保部门申请费用结算的数据清单,包含了患者在医疗服务过程中的基本信息、诊疗信息、收费信息等各项内容^[6],其中诊疗信息的填写,尤其是主要诊断、主要手术及操作将直接影响患者在进行DIP结算时被归入的病种分组。DIP目录库依据每个病种组合的资源消耗程度赋予其相应的病种分值,病种分值越高,代表其医疗资源消耗越多,治疗方式更为复杂^[7],相应的医疗费用也就更多。而病情越复杂的病例,医生在填写医保结算清单时就更易出错。错误的分组势必会导致偏差病例的产生,导致医疗机构实际花费与医保支付标准不匹配,甚

至造成医院入不敷出^[8]。对医保部门来说,单个病种出现过多的偏差病例很可能反映出该病种分值赋值不合理,需根据其病例特点适时调整分值权重及支付标准;而对医疗结构来说,偏差病例可能反映出了这一类患者在诊疗过程中的不合理性^[8]。

因此,希望通过对偏差病例产生的影响因素进行分析,研究年龄、性别、住院天数以及住院期间是否转科、出院科别、住院医疗总费用等因素对偏差病例产生的影响,总结出偏差病例产生的特点,以期减少偏差病例,为医院提高医疗数据质量、合理控制费用提供思路。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取某医院2022年1—3月所有纳入郑州市医保DIP结算的入组病例,共计12 323人次,提取住院病案首页中年龄、性别、出院科别、住院天数、住院医疗总费用、病例类型等信息。按照郑州市医保局反馈数据,筛选出DIP支付偏差病例,包括低倍率病例、高倍率病例和超高倍率病例,共计2 983例次。

1.2 统计方法

采用SPSS 24.0软件进行统计分析。按年龄、性别、住院天数以及是否转科、出院科别等特征对全院入组病例进行分组,计算各组内偏差病例占比,运用单因素 χ^2 检验对不同因素影响下偏差病例的发生率进行统计学检验;运用logistic回归分析对偏差病例的发生率进行多因素分析,将是否为偏差病例作为因变量,将年龄、住院天数和医疗总费用转换为有序分类变量并进行赋值(见表1)。logistic回归分析分别使用前进法和

后退法($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)进行分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表1 偏差病例的发生率 logistic 回归分析变量赋值

变量类型	变量名称	赋值
因变量	偏差病例	否为“0”,是为“1”
自变量	年龄	≤49岁为“1”,50~69岁为“2”,≥70岁为“3”
	性别	男性为“1”,女性为“2”
	住院天数	≤3 d为“1”,4~7 d为“2”,≥8 d为“3”
	是否转科	否为“0”,是为“1”
	出院科别	非手术科室为“0”,手术科室为“1”
	医疗总费用	≤均值为“1”,>均值为“2”

2 结果

2.1 单因素分析结果

2022年第一季度偏差病例的产生与患者年龄、性别、住院天数、是否转科、出院科别、住院医疗总费用等因素均相关(见表2)。

2.2 多因素分析结果

年龄、性别、住院天数、出院科别、医疗总费用对偏差病例发生率的影响均具有统计学意义($P<0.05$)。患者年龄增大、住院医疗总费用增加、性别为男性、住院天数较短、出院科别为非手术科室均是偏差病例产生的促进因素(见表3)。

3 讨论

3.1 患者年龄、性别对偏差病例的影响

从 logistic 回归分析的结果可以得出,患者的年龄

表3 偏差病例影响因素 logistic 回归分析

影响因素	B值	SE值	Wald值	P值	OR值	95%CI
年龄	0.100	0.030	11.217	0.001	1.105	1.042,1.172
性别	-0.096	0.043	5.028	0.025	0.908	0.835,0.988
住院天数	-0.176	0.031	31.898	<0.001	0.839	0.789,0.892
出院科别	-0.315	0.046	47.103	<0.001	0.730	0.667,0.798
医疗总费用	0.825	0.056	219.935	<0.001	2.282	2.046,2.544

每增加一个等级,偏差病例产生的风险就增加1.105倍。年龄更大的患者患慢性病、基础病的概率更高,合并症更多,病情也就相对更复杂,这类病例在诊疗过程中常常由于存在禁忌证而未进行手术或操作,导致最终进行结算时被划入分值较低的病组,产生高倍率病例。这就提醒医院在面对这类病例时,要加强医疗安全管理,对年长患者不建议在一次住院期间进行过多疾病的诊治。医生在书写病历时,也要详细记录患者的合并症和既往史等情况,准确填写医保结算清单。

本研究中男性患者偏差病例发生率为25.24%,女性患者偏差病例发生率为23.24%。观察男性患者中偏差病例的特点发现,其合并症更多,原因可能与男性患者不良的生活习惯如抽烟、饮酒相关,增加了住院期间诊疗过程的复杂性。但患者的性别比例在住院过程中是客观因素,无法人为控制,医院只能通过加强病历及医保结算清单书写质量来减少偏差病例的产生。

3.2 患者住院天数对偏差病例的影响

从单因素 χ^2 分析的结果可以看到,住院天数为4~7d的病例偏差病例的发生率最低,而住院天数小于3d或大于8d的病例偏差病例的发生率均增加。其中住院天数≤3d的病例中,低倍率病例占比最高,为24.68%,而住院天数≥8d的病例中,高倍率病例占比最高,为18.32%。一方面,住院天数过短的病例,由于住院过程较简单,或者未按计划诊疗,可能产生低倍率病

表2 偏差病例产生的影响因素

影响因素	总例数(例次)	低倍率病例 [例次(%)]	高倍率病例 [例次(%)]	超高倍率病例 [例次(%)]	χ^2 值	P值
年龄					61.84	<0.01
≤49岁	5 819	807(13.87)	384(6.60)	122(2.10)		
50~69岁	4 746	679(14.31)	393(8.28)	116(2.44)		
≥70岁	1 758	221(12.57)	189(10.75)	72(4.10)		
性别					22.78	<0.01
男	5 954	802(13.47)	531(8.92)	170(2.86)		
女	6 369	905(14.21)	435(6.83)	140(2.20)		
住院天数					1 988.76	<0.01
≤3 d	4 607	1 137(24.68)	120(2.60)	5(0.11)		
4~7 d	4 304	397(9.22)	221(5.13)	29(0.67)		
≥8 d	3 412	173(5.07)	625(18.32)	276(8.09)		
是否转科					53.52	<0.01
否	8 801	1 255(14.26)	633(7.19)	177(2.01)		
是	3 522	452(12.83)	333(9.45)	133(3.78)		
出院科别					204.27	<0.01
非手术科室	6 843	1 176(17.19)	404(5.90)	153(2.24)		
手术科室	5 480	531(9.69)	562(10.26)	157(2.86)		
医疗总费用					2 294.03	<0.01
≤均值	9 209	1 641(17.82)	285(3.09)	17(0.18)		
>均值	3 114	66(2.12)	681(21.87)	293(9.41)		

例,对医院来说虽然不至于亏损,但它提示医保清单在填写过程中可能存在主要诊断或主要手术及操作选择错误的情况;另一方面,住院天数过长的病例大多病情复杂,患有多种疾病,无法做到快速治疗后出院,医生在填写医保清单时也会因为主要诊断选择困难或主要诊断与主要手术操作不符而分组错误^[9]。这类病例提示医院,要合理控制平均住院日,避免因住院时间过长或过短造成医疗资源浪费,降低运营效率^[10]。

3.3 患者出院科别对偏差病例的影响

研究发现,非手术科室的病例中低倍率病例占比最高,为17.19%,而手术科室的病例中,高倍率病例占比最高,为10.26%。结合实际情况也不难理解,手术科室的患者一般住院的原因比较明确,医生在选择主要诊断和主要手术操作时相对容易一些,但常常忽略其他合并症的填写,造成高倍率病例的产生;而非手术科室常常需要在一次住院内处理患者多种病情,尤其是合并有慢性病甚至感染等复杂情况,因此在选择主要诊断时常常面临困境,反映在医保结算清单上时,容易将实际情况复杂化,产生低倍率病例。这就提示医生要综合考虑患者所有病种的严重程度和资源消耗程度,做出合理判断。

3.4 患者医疗总费用对偏差病例的影响

logistic 回归分析结果显示,住院医疗总费用更高的病例产生偏差病例的风险更高。单因素 χ^2 分析结果显示,在花费医疗总费用>均值的病例中,高倍率病例占比最高,达21.87%。这一类患者也是医院需要重点关注,并对其费用合理性进行剖析的病例。它提示医生及医院要认真分析住院过程中诊疗的合理性,是否存在过度医疗导致费用过高。这也是DIP支付的根本目的所在,即规范诊疗行为、控制医疗费用、提高诊疗效率。

3.5 多措并举,以DIP驱动医院提高数据质量

DIP不仅是一种医保付费方式,对医院来说,它更是一种管理工具。它不但直接关系到医院的效益,其数据质量也反映了医疗服务各个环节的质量。DIP数据的生成,从患者住院治疗、医生书写病历到生成医保结算清单,每一环都在考验医院精细化管理的质量和效率,这才是医院在DIP支付方式改革大环境下应面对的重要课题。

要提高DIP的数据质量,就要从源头入手,严控各环节质量。要减少偏差病例的产生,从医院角度来讲,还是要回归医疗服务本身,确保医疗服务合理、规范。医生作为医疗服务的提供者和医保结算清单的填写

人,是DIP数据质量的主要责任人。医生在患者住院期间要根据病情合理治疗,杜绝过度医疗,减少非必要转科、合理控制患者住院日;在填写医保结算清单时,要准确选择主要诊断与主要手术和操作。医院管理部门,不仅要定期对医师进行DIP支付改革政策、医保清单填写规范的培训,更要建立以数据为基础的常态化、动态监测机制,不断优化临床路径,对不合理诊疗、不合理收费等情况进行预警,并及时向临床医师反馈,促进医疗质量持续提升。同时,医院管理部门也要将DIP运行中出现的诸如病种分值分配不合理等情况与医保部门及时协商沟通,协助优化DIP支付规则。

当然,DIP支付方式的改革本身也还在持续调整、完善,需要医院和医保部门共同努力,不断探索,最终实现医疗行业的高质量发展。

参 考 文 献

- [1] 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工作方案的通知[DB/OL].(2020-10-19) [2023-01-11]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/10/19/art_53_3753.html.
- [2] 龙雨曦,袁向东,黎浩. 我国医保支付改革下按病种分值付费的探讨与建议[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(4): 18-20, 29.
- [3] 陈韧,彭彬,李震洋. 医院应用DIP管理系统实施按病种分值付费改革的实践[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2021, 18(5): 584-588, 598.
- [4] 谭玲,田伟,刘晓忆. 医疗保险疾病诊断相关分组/病种分值付费支付方式改革对医院的影响及改进策略[J]. 华西医学, 2022, 37(12): 1878-1881.
- [5] 郑州市医疗保障局. 郑州市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费结算办法(试行): 郑医保办[2021]95号[S]. 2021.
- [6] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知: 医保办发[2020]20号[A/OL]. (2020-10-19) [2023-01-11]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-05/15/content_5511919.htm?_eqid=e0f581dd00005cd200000006645845c7.
- [7] 袁向东,旋妮玲,陈志添,等. 基于DRGs的住院病案首页数据质量改进实践探索[J]. 中国医院管理, 2019, 39(3): 42-43.
- [8] 余敏,张曼婕,彭美颖,等. DIP关键要素分析及医院管理策略研究[J]. 现代医院, 2022, 22(2): 253-256.
- [9] 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.
- [10] 宋静,吉雅玲. DIP改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2): 77-79.

通信作者:滕俊玲(1965-),女,本科,高级统计师;研究方向:医院管理、病案管理。

收稿日期:2023-03-22

修回日期:2023-06-14

(编辑 曹晓芸)