

# 医院档案编码管理的现状及优化措施研究

## Research on the current situation and optimization measures of hospital archives coding management

杨继飞 Yang Jifei

通化市中心医院 134001

Tonghua Central Hospital 134001

**【摘要】**档案是对患者诊疗过程的一次完整记录,是医疗活动中的重要载体,能详细记录患者的疾病类型、病情进展、治疗方式、缓解过程、临床疗效等,高质量的病历档案对提高医院工作效率,反应医院管理水平和医疗质量都是有积极现实意义的。而医院档案的编码质量又直接与病历档案的检索效率以及利用程度息息相关,因此在医院档案管理中,档案的编码管理就显得十分重要。本文从医院档案编码的管理现状出发,分别对当前医院档案编码管理存在的缺陷及原因展开分析,并提出相应的改善优化对策,以提高医院档案编码的效率和质量,为培养优秀的编码人才提供理论依据。

**【Abstract】** Archives is a complete record of the patient diagnosis and treatment process, is an important carrier of medical activities, can detailed record the patients' disease type, disease progress, treatment, relief process, clinical efficacy, etc., high quality of medical records to improve the hospital work efficiency, response hospital management level and medical quality are positive practical significance. The coding quality of hospital archives is directly closely related to the retrieval efficiency and utilization degree of medical records. Therefore, in the management of hospital archives, the coding management of archives is very important. Based on the current situation of hospital file coding management, this paper analyzes the defects and causes of the current hospital file coding management respectively, and puts forward the corresponding improvement and optimization countermeasures, so as to improve the efficiency and quality of hospital file coding and provide a theoretical basis for cultivating excellent hospital file coding talents.

**【关键词】** 医院档案; 编码; 错误原因; 改进措施

**【Key words】** hospital files; coding; cause of error; improvement measures

医院病案可完全反映医院的基本活动,要想病案在档案的管理和使用上发挥完全作用,那么各类疾病以及手术名称的分类编码就显得尤为重要。编码工作的本质是帮助医疗工作者迅速、有效的确定疾病以及治疗方法,并通过研究流行病学,使得病历报告清晰、简洁、标准化,从而为后续的医疗活动和学科教育提供完善指导。医院档案编码是病案室最基本也是最重要的工作,一旦编码工作出现纰漏,那么便会使得病案室的珍惜资料难以发挥最大价值<sup>[1-2]</sup>。

随着我国医药卫生体制的不断变化,群众对医疗保障关注的重点逐步转移到医保费用支付方式的改革上,只有采用科学、合理的支付方式使得患者、医疗保险机构、医院三方都能接受,才能顺利跨出实施医疗保险改革的第一步。DRGs(疾病诊断相关组)是目前国内外应用较为普遍的一种付费方式,该制度最早的应用并不体现在医保付费方面,而是将其作为改善医院诊疗过程以及提高医疗资源利用率的管理工具,它将病例的主要诊断、其他诊断、手术、并发症、性别年龄、住院情况等诸多因素作为综合考虑的指标,进而将病例按照各类因素差异分成若干诊断相关组,避免不同分组所带来的医疗人力资源消耗和卫生资源消耗。而它的分组则是借助 ICD(国际疾病诊断分类)进行的,通过将患者分成若干个 MDC,而后又将其细分至数个 DRGs 疾病组<sup>[3]</sup>。医院档案编码的质量不仅关系到医疗保险的成本核算,更会对医疗资料的使用产生严重影响,甚至直接影响的 DRGs 付费的标准,对患者、医院、保险机构的利益造成损害,过度编码或低编都可能歪曲重要的医疗信息,如过度编码会对医疗费用支付体系的运作产生影响,而低编则可能造成医院补偿

不足,致使医院工作的积极性受到打击<sup>[4]</sup>,不利于医院的长久发展,因此医院档案的编码质量是 DRGs 实施的重要前提条件。

### 一、医院档案编码管理的现状

随着我国医疗水平和规模的不断扩大,接诊人数也在不断增加,根据相关统计发现,一所综合性三家医院的开放床位约在 1000-2000 张,年出院病人总数超过 5w,较过去十年增加一倍以上,但负责编码的队员规模却并未增长,工作人员任务较重。且当前群众对医疗服务的要求越来越高,相应的对编码质量以及相关工作的要求也随之增高。同时,患者疾病繁杂,往往一种疾病可能存在数种并发症,以及手术方式的不同导致医生在建立病历时会纳入大量手术操作以及患者体征变化等信息,编目人员任务量大,容易出现编码错误或遗漏,难以提高工作效率。同时根据相关调查发现,档案编码员除负责编码外,还涉及档案检索、复印以及门诊导员工作,导致编码人员身兼数职,没有多余的时间进行专业进修,未明确划分档案编码人员的工作职责。如从事医务的工作者每年在撰写论文或申报科研成果以及接受专业教育时,都需编码人员帮助其进行检索,加之越来越多的复印需求,编码人员难以在单独岗位上全身心投入工作,出现不良事件几率较大。此外,当前多数临床医生并未系统化的接受 ICD 分类教育,缺少对 ICD 编码的相关认知,对编码的质量和效率存在一定影响,编码效率低下,难以保证质量<sup>[5-6]</sup>。

如在主要诊断中出现选择错误,或给出不完整的出院诊断以及诊断主次不明或颠倒等错误,另外还存在病案首页填写不全、术后诊断结果滥用或专业术语不规范等。

## 二、医院发生档案编码错误的相关因素

### (一) 医务人员对 ICD 编码的认知存在较大差异

病案填写是医师诊疗任务之外的一项重要工作,相关调查结果表明,大多数医务人员对 ICD 编码缺乏认知。虽然目前我国多数三级医院对医师病案的首页填写已有明确规范,多数上岗医师都经过系统化的病案填写培训,但 ICD 编码和 DRGs 对病案首页的填写要求更加严格,需要接受相应培训以获得更加精准和完整的档案信息。但通过相关调查发现,多数医师并不十分了解 ICD 编码以及 DRGs 对病案首页填写的质量要求,同时医师也缺少相对应的编码知识。少数医生不重视档案的质量,缺乏责任心,可能出现疾病诊断不规范、遗漏病史等错误,或是未详细记录解剖部位、新生儿体重、昏迷时间等重要信息,编码人员“复制粘贴”情况严重,档案质量难以保证<sup>[7]</sup>。

### (二) 编码人员编码不准确

编码人员负责把档案编码的质量,也是 ICD 编码准确性的首要影响因素。编码人员是否具备较高的医学素养以及专业的相关疾病和手术分类理论知识,是编码准确与否的关键,当前编码人员编码不准确的原因主要包括以下几种。其一,本地疾病的诊断名称、手术操作名称与 ICD 分类名称存在差异,导致编码难度增加,尤其是手术操作名称的差异影响更大<sup>[8]</sup>。究其原因在于疾病和手术的分类以及命名与 ICD 中的目的和用途差异较大。在临床诊断中的疾病和手术分类将一种疾病或手术的名字用于疾病和手术相关的信息交流,而 ICD 编码属于分类法,一个编码便代表一组疾病或手术操作,进而完成疾病或手术资料的相关分类和统计工作。其二,我国尚无健全的档案编码专业教育,多数编码一线人员并未接受到专业的培训,欠缺理论知识,人员整体专业素质不高。同时编码工作任务繁重,工作被动且枯燥,编码人员可能因长时间的工作而感到厌倦,工作积极性严重下降,或过度依赖计算机检索,在档案资料较多或较为复杂的情况下,编码人员为提高效率,依照自身经验工作,未严谨核对编码和档案信息。

### (三) 未建立健全医院编码管理制度

编码人员人才缺少加之职务的分配不均,导致医院编码人员只能被动接受工作,缺少与其他同事沟通交流的机会,且由于人员水平的参差,可能出现一病多码或多病一码的错误现象。而且目前多数医院尚未建立 ICD 编码的相关质检制度,不仅无法保障编码的准确性,还会因无法核查错误原因致使缺陷长久存在。

## 三、提高医院档案编码管理质量的对策

### (一) 加强 ICD 编码教育

ICD 作为对疾病的国际通用的统一分类理论,能对各类疾病进行准确的编码分类,进而从根本上确保档案信息的质

量,提高医院档案编码的质量和管理工作,因此在实际工作中,应当重视对临床医师以及编码人员的相关培训,在院内开展 ICD 专业理论培训班,同时指导编码从业人员以及各科室医师定期开展疾病或手术相关编码交流会,使其通过研讨交流丰富自身的 ICD 知识,并提高病历书写和编码工作的主动积极性,并培养编码人员的汉语拼音、外语及病历阅读、医学知识、编码原则等编码基本功,全面提升相关人员对编码工作的认知和认可度。同时建立健全医院相关的编码管理制度,落实奖励或惩罚制度,着重强调编码工作需严格按照相关制度和原则开展工作,不能凭借自身主观判断擅自对病例诊断结果、出院结果、治疗记录等进行编码,需仔细阅读医师的病例资料后对其进行整理和分析,然后依照 ICD 给出正确的编码。同时,要求工作人员持有专业的上岗证才能开展工作,强调编码行业的专业性,保证编码工作的有效和准确性。

### (二) 加强编码人才队伍建设

由于我国医疗工作者的日均负担不断增加,极少有医师或编码人员能够接受到完整的 DRGs 以及 ICD 编码相关培训,医务人员欠缺对档案质量和编码对医保付费的价值,导致档案质量得不到保障,编码错误率居高不下。因此,医院需要通过多种形式开展培训学习,加强各省、各市区之间的人才交流,借鉴同行业间的优秀管理方法,取长补短以纠正自身的不足之处。同时为了减少编码人员的工作压力,适当增加编码人员的编制,扩大编码队伍体量,使得编码人员有更多的精力准确填写编码首页和编码,并自主完成病历校对工作,减少编码质量缺陷和工作失误。

### (三) 加强医师病历书写规范

病历书写是临床实践中十分重要的工作,病历的书写质量是考验医师实际工作能力的客观检验标准,书写完整而规范的病历是医师高度负责的表现,医师的病例书写对编码的准确性有重要影响,如书写不规范或主要诊断结果书写错误或模糊,都可能导致编码结果出现巨大偏差,加之缺少沟通和交流,难以第一时间进行核对和纠正,导致编码质量下降<sup>[9]</sup>。医院可通过开展病历书写比赛来鼓励医师进行规范书写。同时院内定期组织各科医师参与病历书写相关规范的培训和学习,重视对医师病历书写重要性的教育。尤其是对于新晋医师以及年龄较大的医生,可通过单独授课、面对面指导、网络视频指导的方式对其展开培训,并确定培训目标,定期对各科室医师病历档案进行检查,若发生遗漏、错填等情况令其及时改正。并于每月月初展开档案错误信息汇总,对出现书写问题较多的所实施进行约谈教育,并视情况重新接受培训。同时在各科室内建立三级审查机制,由主管医师、质控医师、科主任对本科室内的病历档案进行实时监控和查阅,进而确保后续档案编码工作能够顺利进行。

### (四) 灵活运用现代化技术完成编码

(1) 建立编码对照组库。针对不同地区对同一疾病的不同命名和分类,可不断收集各科医师对疾病的诊断命名,对同一种疾病的不同叫法进行统一,手机并整理标准化疾病诊断的常用术语,并将其与 ICD 编码相匹配。(2) 使用计算机辅助编码。随着人工智能技术的发展,其在 ICD 编码工作中的应用已成必然,计算机编码技术不仅能高质高效的完成各类疾病和手术操作 ICD 编码工作,提高医务人员的

工作效率,且发生错误几率更小,只需按照既定程序运行,便能快速且精确地完成编码工作,提升医疗资源的利用率。智能编码技术以医学知识图谱、医学自然语言处理、图计算模型等核心技术为驱动引擎,对海量医学知识进行深度处理。其丰富的医学知识图谱包含数十万实例以及数百万条医学知识概念,从而建立起符合循证医学要求且可计算的医学知识表示体系。通过医学自然语言处理实现 AI 能够读懂文献、看懂病历、提取数据以及关键信息,并严格遵循 ICD 编码标准,实现了包含全套通用规则和特殊编码规则在内的 ICD 编码规则自动化嵌入和识别,能够准确鉴别病历中的主要诊断,并精准划分主要诊断与主要手术操作的相对应内容,同时全面覆盖肿瘤、生育、损伤、合并编码、疑似诊断、手术操作另编码等特殊编码规则。

#### (五) 加强信息平台建设,提高档案编码服务水平

医院需重视档案编码信息平台的建设,将该项目作为医院发展的基础,通过信息技术将医院各信息平台相关联,如住院信息登记系统、医保结算系统等,实现实时且畅

通的信息共享,并不断完善档案编码的质量控制规则库,及时更新编码质控系统的校验效果,进而减轻医务人员的工作压力,有效减少档案编码的基础错误<sup>[10]</sup>,最终达到提升医院病历档案编码质量的目的。

## 四、总结与展望

伴随着医疗技术的不断进步以及医疗需求的不断增加,档案编码在医疗、临床带教以及研究中的作用日益突出,部分医学院也独立设置了此专业以期为一线输送更多的编码人才,但由于我国病案管理相对于西方国家起步较晚,国内的病案质量管理以及编码管理都欠缺成熟的方法,医院应重视医院档案编码质量管控,采取多种质控措施,以提高医院档案编码的整体质量,进一步提升编码工作的准确性和效率。

## 参考文献

- [1]李晴晴.影响医院 ICD 编码准确性的因素及针对性处理措施探讨[J].中国卫生标准管理,2022,13(13):141-144.
- [2]赵秋岚.医院病案疾病诊断国际疾病分类编码准确性影响因素分析[J].中国社区医师,2022,38(07):162-164.
- [3]杨玉营.疾病编码质量的分析研究与对策[J].名医,2021(22):181-182.
- [4]朱启贞,张月,吴玮亚,韩欣妍,岳增慧,王倩飞,胡德华.疾病分类编码员职业岗位能力评价指标体系构建[J].中华医学图书情报杂志,2021,30(11):73-80.
- [5]杨玉营.病案首页 ICD 编码质量控制及改进措施[J].中国卫生标准管理,2021,12(19):7-10.
- [6]郭果桃.ICD-10 编码准确性的影响因素及改进措施[J].基层医学论坛,2021,25(14):2052-2053.
- [7]王启航,关小桐,金城.病历书写质量对疾病编码正确性的影响[J].中国医药指南,2021,19(11):38-40.
- [8]赵欣.住院病案首页由电子病历系统和编码员审核对数据质量的影响[J].中国病案,2020,21(12):21-24.
- [9]滕燕飞,吴韞宏,何美娜,谢叶玲.医院精细化管理变革之门急诊电子病历疾病诊断名称与 ICD-10 编码对应性研究[J].现代医院,2020,20(09):1335-1338.
- [10]张葆春.以 DRGs 理论为基础的规范编码及病历书写效果[J].医学信息,2020,33(02):19-21.