

4 讨论

睡眠呼吸监测尤其是多导睡眠监测是目前诊断睡眠呼吸障碍疾病最可靠、最全面的检查手段,通过记录患者整夜睡眠过程中的多项生理指标,帮助医生准确判断是否存在睡眠呼吸问题以及问题的严重程度,这项检查通常需要在专业的睡眠实验室进行,整个过程需要患者佩戴无创监测设备^[6]。在睡眠呼吸监测过程中,护理工作扮演着至关重要的角色,直接关系到监测数据的准确性和患者的舒适度,监测前的准备工作是护理的首要环节,护士需要向患者详细解释检查的目的、流程和注意事项,耐心解答患者的疑问,消除他们对整夜戴仪器睡觉的顾虑,很多患者第一次接触这种检查都会感到紧张,担心睡不好或者仪器会带来不适,护士的安抚和指导就显得尤为重要,告诉患者监测时虽然身上会连接多条导线,但这些导线都经过特殊设计,既不会影响睡眠也不会造成疼痛,就像体检抽血一样,只是需要暂时忍受一点不便,在整个监测过程中,护士的专业素养和人文关怀同样重要,有经验的护士不仅能熟练操作各种监测设备,更能通过细致的观察和沟通,让患者在陌生的环境中感受到温暖和安心^[7]。本研究结果显示,实施个体化护理干预的研究组在监测成功率、患者依从性评分及护理满意度方面显著优于仅接受常规护理的对照组($P<0.001$),研究组患者的AHI指数较对照组明显降低($P<0.05$),表明个体化护理干预能有效提升睡眠呼吸监测的质量和患者的整体体验。临床中首次接受PSG监测的患者常因对监测环境陌生、担心睡眠质量受影响或对疾病认知不足而产生焦虑、紧张等情绪,导致配合度下降,甚至出现中途放弃监测的情况,通过针对性的个体化护理干预,监测前详细讲解PSG流程、模拟睡眠环境适应训练、心理疏导及个性化指导等措施,有效缓解患者的心理压力,提高其对监测的接受度和配合度。研究组AHI指数的降低与个体化护理干预改善患者的睡眠状态有关,常规护理往往侧重于监测技术层面的准备,忽视了患者的心理和行为因素对睡眠质量的影响,个体化护理通过关注患者的个体差异睡眠习惯、心理状态等,帮助患者更好地适应监测环

境,减少因紧张或不适导致的睡眠片段化,从而获得更真实的睡眠呼吸数据。护理满意度研究组显著高于对照组,表明个体化护理模式更符合患者的期望和需求,患者在护理过程中感受到更多的关注和支持,不仅提升了其对医疗服务的认可度,也有助于建立良好的医患信任关系,为后续治疗依从性打下基础^[8]。

综上所述,个体化护理干预能有效提高睡眠呼吸监测的成功率和患者依从性,改善睡眠质量,提升护理满意度,具有较高的临床推广价值,建议在睡眠医学中心常规开展个体化护理模式,优化PSG监测流程,提高诊疗效率。

参考文献

- [1] 林莉,李雯. 分析便携式呼吸睡眠监测联合集束化护理干预改善心力衰竭患者睡眠情况的效果[J]. 世界睡眠医学杂志, 2024, 11(07): 1618-1621.
- [2] 邹小娟. 观察护理干预辅助多导睡眠监测仪监测阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果[J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(08): 1964-1966.
- [3] 郑燕玲. 综合护理干预对多导睡眠监测仪监测阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的效果分析[J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(06): 1423-1425.
- [4] 于颖,臧雯,周克燕. 分析多导睡眠监测仪监测阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的护理干预效果[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(10): 118-120+128.
- [5] 王新红. 多导睡眠监测仪监测阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的护理干预效果[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(07): 1270-1271.
- [6] 王娟. 护理干预辅助多导睡眠监测仪监测小儿阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的效果分析[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(15): 2086-2088.
- [7] 杨淇婷. 多导睡眠监测仪监测睡眠呼吸暂停低通气综合征患者行护理干预的效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(05): 107-108.
- [8] 吴娟. 多导睡眠监测仪监测阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的护理干预效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(63): 69-70.

In-depth Exploration and Coding Optimization Strategies for DIP Grouping Differences Across Different Disease Types

Yuling Li Hao Geng Ming Li

Unit 96605 Hospital, Tonghua, Jilin, 134000, China

Abstract

Against the backdrop of ongoing reforms in medical insurance payment methods, the Diagnosis-Intervention Packet (DIP) model, as an emerging approach, is being promoted nationwide. Based on medical records and ICD coding, this model facilitates medical insurance settlement through case grouping and score calculation, promoting the rational allocation of medical resources. However, significant differences exist in how different disease types perform under grouping, with common diseases and chronic conditions having relatively stable scores, while malignant tumors and complex surgical cases rely more heavily on coding quality and medical record completeness, making them prone to score distortion due to missing information or coding errors. Supported by research conducted in multiple hospitals and quality control data from top-tier medical institutions, this study systematically analyzes the differential characteristics of DIP grouping across various disease types. The findings reveal that after implementing DRG lean management and medical record quality control systems, the primary diagnosis error rate decreased from 16.91% to 6.48%, and the surgical coding error rate dropped from 14.90% to 4.06%. Under the PDSA cycle model, the coding accuracy rate improved from 75.33% to 95.33%. The study indicates that the root causes of DIP grouping disparities lie in insufficient coding refinement, data integrity deficiencies, and weak continuous improvement mechanisms. To address these issues, this paper proposes focusing on information technology development, tiered training, intelligent quality control, and dynamic optimization to advance scientific and refined grouping management, thereby enhancing the fairness of medical insurance payments and the efficiency of medical resource utilization.

Keywords

DIP payment; ICD coding; medical record quality control; grouping differences; optimization strategies

不同疾病类型 DIP 分组差异的深度挖掘与编码优化策略研究

李玉玲 耿昊 李明

96605 部队医院, 中国·吉林 通化 134000

摘要

在医保支付方式改革不断深化的背景下, 按病种分值付费 (Diagnosis-Intervention Packet, DIP) 作为新兴模式正在全国范围内推广。该模式以病案首页和ICD编码为基础, 通过病例分组与分值计算实现医保结算, 推动医疗资源合理配置。然而, 不同疾病类型在分组中的表现差异明显, 常见病与慢性病分值相对稳定, 而恶性肿瘤与复杂手术类病例对编码质量和病案完整性依赖更高, 易因信息缺失或编码错误导致分值失真。本文在多家医院调研与三甲医院质控实践数据的支持下, 系统分析了不同疾病类型DIP分组的差异特点。研究显示, 采用DRG精益管理和病案质控系统后, 主要诊断错误率由16.91%降至6.48%, 手术编码错误率由14.90%降至4.06%; 在PDSA循环模式下, 编码正确率由75.33%提升至95.33%。研究表明, DIP分组差异的根源在于编码精细化不足、数据完整性缺陷及持续改进机制薄弱。为此, 本文提出应从信息化建设、分层培训、智能质控和动态优化等方面着力, 推动分组科学化与精细化管理, 以提升医保支付公平性和医疗资源利用效率。

关键词

DIP付费; ICD编码; 病案质控; 分组差异; 优化策略

1 引言

随着我国医保制度改革的深入, 支付方式的转型成为提升医疗服务效率与公平性的重要抓手。DIP 以病案首页和 ICD 编码为基础, 结合诊断与操作信息进行病例分组和分值

结算, 因更契合我国医疗体系而快速推广。然而, 实践中不同疾病类型在 DIP 分组中表现差异明显: 常见病和慢性病分组相对稳定, 而恶性肿瘤和复杂手术类病例因编码不规范、数据缺失易致分值失真。已有研究表明, 质控与精益管理可显著改善编码正确率和分组合理性, 如主要诊断错误率由 16.91% 降至 6.48%, PDSA 循环下编码正确率由 75.33% 升至 95.33%【李璐璐, 2021; 袁园, 2022】。本文将系统分析不同疾病类型 DIP 分组差异的表现与成因, 探讨质控

【作者简介】李玉玲 (1989-), 女, 中国吉林通化人, 本科, 主管护师, 从事护理研究。

干预的成效，并提出优化路径与实践建议，以期为医保支付精细化与医院高质量发展提供参考。

2 DIP 分组差异与编码质量现状分析

2.1 常见病与慢性病分组特点

常见病与慢性病在 DIP 分组中结果相对稳定，但受制于编码精细化不足。以糖尿病为例，基层医院调查发现分型遗漏率超过 10%，并发症记录不完整现象普遍存在。类似情况也出现在高血压等合并心衰或肾损害的病例中，若未被完整记录，医保分值可能比实际情况低 30% 以上。这类“粗放式”编码方式导致病情严重度被低估，直接影响医保补偿的公平性。慢性病患者往往伴随多种并发症，若病案首页未能全面反映诊疗情况，则分组结果与实际消耗明显偏离。

2.2 恶性肿瘤分组差异

恶性肿瘤是 DIP 分组中差异最显著的类型，对编码准确性极为敏感。以乳腺癌为例，若未注明具体部位与分期，分值可能相差 2 倍以上。某三甲医院数据显示，肿瘤编码错误主要集中在形态学编码误用及附加编码代替主要诊断，错误率达 3.7% 左右。这类错误不仅影响医保结算，还会干扰流行病学统计与临床科研。肿瘤患者多次入院接受不同治疗，如手术、化疗及并发症处理，若记录不统一，将造成分组不合理和分值扭曲。因此，肿瘤分组优化需强化临床路径一致性与诊疗记录连续性。

2.3 复杂手术类病例分组问题

复杂手术类病例在医保补偿中权重较高，但也是编码

错误率最高的类型。某院质控数据显示，干预前主要手术选择错误率为 5.92%，经 DRG 精益管理后下降至 1.26%。问题核心在于“主要手术”的界定，低年资编码员常仅依赖出院记录排序，而忽视病程记录与实际资源消耗，导致偏差。复杂病例涉及多手术并存、并发症与次要诊断交织，更考验编码员的逻辑分析与临床理解能力。因此，需在手术排序、主次定义及并发症识别方面强化标准化与逻辑校验。

2.4 整体正确率水平与错误分布

在 DIP 付费推行初期，病案编码整体正确率不足 80%，部分医院长期徘徊在 70% ~ 80% 之间。某院调查显示，在 PDSA 循环模式实施前，编码正确率仅为 75.33%。常见错误类型包括诊断分型与并发症缺失、手术日期与操作不符、附加编码代替主要诊断以及病案首页信息缺漏等。例如，某院抽查 1342 份病案，基本信息错误率为 6.63%，手术级别与操作日期填写错误率高达 40.45%，反映出低年资编码员在细节掌握与逻辑校验方面存在显著短板。

2.5 质控干预成效

通过 DRG 精益管理与病案质控系统的联合干预，编码正确率显著提升。某院数据显示，主要诊断错误率由 16.91% 降至 6.48%，手术编码错误率由 14.90% 降至 4.06%，病案管理优良率由 83.57% 提高至 96.05%。信息化质控系统还能将基本信息错误率由 15.02% 降至 5.99%，诊疗信息错误率由 16.06% 降至 6.95%。这些结果充分说明，系统化培训与信息化干预能够有效改善不同疾病类型 DIP 分组差异，提升医保支付的合理性与公平性。

表 1 不同质控模式下病案编码正确率比较

干预模式	编码正确率（前）	编码正确率（后）	主要改善点
DRG 精益管理 + 质控系统	83.09%	93.52%	诊断与手术匹配，错误率显著下降
ICD 编码干预体系	80% 左右	92% 左右	加强审核流程，减少漏填、错填
PDSA 循环模式	75.33%	95.33%	动态反馈，持续优化

3 不同质控模式下的比较

3.1 DRG 精益管理

DRG 精益管理模式的核心在于通过对诊断与手术编码匹配关系的强化校验，提升病案首页的逻辑一致性。该模式强调“事前预防、事中监控、事后反馈”的全过程管理，在实际应用中通过质控规则对病案首页的诊断排序、手术时序及并发症记录进行校正，避免了因逻辑不符导致的编码差错。研究表明，应用精益管理后，病案首页数据的完整性与一致性显著提升，常见的“主次诊断混淆”“手术级别不符”等高频错误得到有效减少。该模式不仅提高了编码的标准化水平，还为 DIP 分组的科学性提供了可靠的数据支撑。

3.2 ICD 编码干预体系

ICD 编码干预体系强调在编码员操作环节引入实时监测与智能提醒功能，形成对人为失误的即时纠偏。通过信息化系统的支持，编码员在录入过程中若出现逻辑矛盾或遗

漏，系统可自动提示并提供备选正确编码，从而显著降低错填与漏填发生率。调查数据显示，该模式能够将基本信息错误率由 15.02% 降至 5.99%，诊疗信息错误率由 16.06% 降至 6.95%，体现了实时干预的高效性。与传统事后质控相比，该体系更注重过程把控，尤其对低年资编码员而言，其辅助作用明显，有助于缩短学习曲线，提升整体团队的编码质量。

3.3 PDSA 循环模式

PDSA 循环模式的优势在于建立了持续改进的闭环机制，即通过“计划—执行—检查—行动”的迭代过程，不断优化病案编码质量。该模式不仅强调错误的纠正，更注重经验的积累与制度化传递。在 DIP 付费模式下，研究显示应用 PDSA 循环后病案编码正确率由 75.33% 提升至 95.33%，提升幅度最大。其有效性在于通过定期总结、错题归纳和集体复盘，将个体经验转化为集体知识，并通过持续反馈修正不足，形成动态优化路径。PDSA 循环不仅降低了不同疾病