

啟動跨專科團隊借改善病歷完整性以提升整體病歷品質與效益

邱筱苓^{1,2}、涂惠華²、陳尚平²、黃羽桐²、徐政璋²、岳德政²

¹國軍臺中總醫院中清分院 ²國軍臺中總醫院

前言/目的

病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱CMI)一直是醫院的經營管理重心, CMI適度提高可達全院的DRG包裹給付案件得以加成、住院非藥費單價指標減少核扣之雙效; 然而醫院在相對權重(Relative Weight, 以下簡稱RW)調整上仍須符合病歷書寫與疾病分類規則, 因此確保醫院CMI值(即RW/件數)的正確性極為重要; 希望通過此次改善專案, 啟動跨專科團隊(醫療科醫師、病歷室疾分人員和民診處申報組)共同參與, 全面改善病歷之完整性, 以提升整體效益。

材料與方法/問題分析

問題分析一、DRG包裹給付加成計算

當CMI值1.1-1.2時, 每件DRG案件給付加成1%, CMI值為1.2-1.3, 加成2%, CMI值為1.3以上, 則加成3%; 基於此支付標準, 本院自加入健保以來沒達成過, 歷年的CMI值大約介於0.9~0.99, 所幸於111年的CMI值達到1.1145, 終於得以在113年予以加成所有DRG案件。鑒於此, 院方意識到這樣給付的重要性(本院疾病嚴重度確實有變化), 為了維持本院實際的CMI值, 病歷書寫確實需要做加強與改善, 除提升病歷書寫完整性, 也為日後健保署將來撈資料時, 可以更合理給付, 因為疾病嚴重度增加, 所需的醫療費用給付相對提高。

問題分析二、住院非藥費單價計算

一本住院病歷都會有一個RW值, 當RW為1, 只准予非藥費點數為42,255點, 為本院閾值(健保署給各家醫院的閾值不盡相同), 而當RW為0.5時, 非藥費點數需要控制在21,127(=42,255/2)點以下, 才不會被核扣, 故若RW可以拉升, 核減就越低。估算113Q1、Q2之住院非藥費單價指標核扣分別為1,249萬1,217萬、1,639萬6,642點(原始點數)。

材料與方法/專案目的

建立完善流程

- 在醫師、在申報與疾分等三端, 建立討論病歷循環過程。

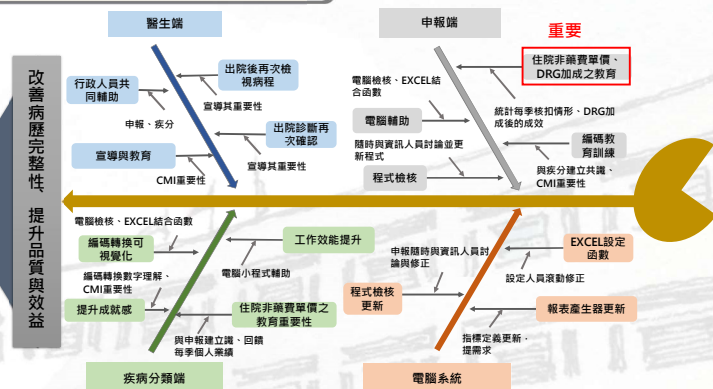
優化醫療資訊報表

- 由於HIS系統無法及時跳出盈虧數字, 以EXCEL結合小程序, 可即時結算單本病歷盈虧與個人績效, 分疾分端與申報端兩大報表。

提升病歷紀錄品質

- 申報與疾分師雙管齊下, 督促醫師病歷書寫完整性, 以減少住院非藥費單價與專業審查之核扣, 並真實反應病歷實際的疾病嚴重度情形。

材料與方法/改善方法



圖一、特性要因圖

申報端:採分科別審帳, 人員自行檢視RW值及診斷的正確性, 並檢查是否遺漏有效合併症與併發症(即有效CC)。

疾分端:採身分證尾數編碼, 在檢視病歷診斷的合理性時, 若遇到雙診斷皆可作為主診斷的情形時, 應注意將RW值較高的診斷列為主診斷。另外, 與申報人員共同檢視病歷, 針對有疑問的診斷一同進行討論, 以符合整體效益。

建立討論病歷之循環:申報、疾分師與醫師(不限科別)共同討論過程中; 疾分師判斷有無違反編碼規則, 再與醫師確認新增或調整診斷, 將此本病歷品質與效益最佳化。

EXCEL報表自動化:只要將前、後RW值輸入, 即可以知道是否扣到非藥費單價指標, 以視覺化數字呈現編碼差異, 以提升共識與成就感。

結果/成效

成效一、DRG案件之CMI加成率-增加給付

經計算113Q1、Q2之所有DRG案件, 醫院可額外入帳的加成點數分別為352,645、381,977點。

成效二、住院非藥費單價-減少核扣

統計113Q1、113Q2兩季分別減少核扣316萬3,126點、302萬1,512點。

附加效益

醫師們對於出院病歷的完整性有了更高的重視, 在每季的专业審查表現顯著提升; 最近兩季的專審核減數據可明顯看出改善前後的差距。

結論與討論

本專案目標是透過跨專科協同合作, 共同檢視病歷之完整性, 包括醫生病歷書寫、申報人員審帳、以及疾分編碼品質以符合經營管理目標。由於本院疾病嚴重度確實符合CMI加成, 期望在各類人員各司其職的努力下, 共同維護整體病歷品質與效益。

