

二级甲等医院实战笔记

DRG信息化实施指南

二级医院从HIS改造到省级平台接入的
实战路径·简介版

长春市二级甲等医院
信息科

2026年

目录

01	关于这本书	
02	关键数据速览	
03	五章核心内容速览	
04	实施时间线	
05	资源配置清单	
06	二甲医院十大实战经验	
07	附录索引	

关于这本书

我所在的是一家二级甲等医院，不是大三甲，信息科就那几个人。2021年3月接到省、市医保局DRG信息化改造通知时，信息科连我在内四个人，全是兼岗，没有一个人说得清DRG是哪三个字母的缩写。总预算报了五十万，实际批下来四十万。

这本书讲的就是在这样的条件下，我们用七个月时间完成HIS接口改造、15项业务编码贯标、病案首页质控体系搭建，接入省级国家平台结算，并作为长春市二级医院代表向国家医保局技术指导组做了汇报演示。从2020年模拟付费到2023年正式执行，这条路我们走了三年。

写给谁看

写给同样资源有限的二级甲等医院。写给信息科三五个人还要兼岗的医院，写给编码员只有一个还要管归档的医院，写给预算只有几十万、厂商排期要等一个月的医院。

关键数据速览

4

信息科人数（全兼岗）

40万

总预算

2

编码员人数（兼归档）

7个月

从启动到接入结算

2

医保办人数

28个

核心质控规则

指标	启动时（2021.3）	接入结算时（2021.10）	正式付费时（2023.1）
病案首页字段完整率	76%	92%	98%
DRG入组率	—	91%	97.8%
编码员日均编码量	约30份	约45份	约50份
15项业务编码映射完成率	0%	100%	100%（持续维护）

五章核心内容速览

第一章 启动前的底数盘点

接到通知的第一步不是找厂商，是自己先摸清楚家底。我们用两周时间把HIS里跟DRG相关的所有字段翻了一遍：病案首页与医保结算清单的字段映射缺口、ICD编码库版本差异、医生站诊断强制校验情况、手术操作编码自动抓取能力。查出来一百二十多个数据元里，完全匹配的七十六个，口径需调整的二十三个，完全缺失的二十八个。15项业务编码贯标中，药品、耗材、医疗服务项目编码映射是重灾区——光是耗材编码就对出了一千二百多条冲突。

二甲妥协：没有做全量字段系统映射，先手工对照Excel表，核心字段优先，非核心字段后边慢慢补。信息科四个人各管一块，我牵头HIS和医保接口，老李管编码和病案，张姐管医保对接和临床培训，每周三下午开一次碰头会，谁也别缺席。

第二章 HIS接口改造的技术实操

医保结算清单是直接从病案首页平移，还是新建独立模块？我们一开始想做独立模块，厂商报价三十五万、工期八周，预算和时间都不够，最后选了在病案首页基础上改。改的过程中发现病案首页诊断顺序和结算清单主诊断逻辑不一致，硬平移会导致DRG入组异常，又临时加了个"结算清单诊断/手术"独立子模块——不是整页重做，就只做诊断和手术操作两块，其他字段从首页带过来。

DRG预分组功能只放在编码员界面，医生站里只在出院小结底部加了一行组名字段，不做预警、不做费用提示。数据上传走每日批次，凌晨一点传一次，失败了凌晨四点自动重试一次，还不行就人工处理。传输安全除了医保局要求的HTTPS和IP白名单，我们自己加了一道双短信验证码——我和张姐两个人都输入正确才能触发上传。

不完美细节：有次HIS升级我只抽测了二十份病历就上线，结果"出院方式"字段被模板覆盖，传上去三百多份全错，连夜改到后半夜三点。

第三章 病案首页质控体系

质控规则不求多，先做最影响入组的二十八条。其中十四条是事前拦截（医生站保存时弹提示），十四条是事后预警（编码员审核时标红）。规则来源三块：国家CHS-DRG分组器规则、吉林省补充规则、我们自己对历史数据里扒出来的高频错误。

编码员跟临床的沟通是最大的难点。外一科连续三周出现“主要诊断与手术不匹配”——病人做了胆囊切除，主要诊断却填的是高血压。老李找过去，主任说病人高血压病史十几年了，当然是主要诊断。两个人各执一词，最后把医保局的编码规范和DRG分组说明都翻出来，一条一条对着讲，主任才明白DRG里的“主要诊断”跟临床上的“主要疾病”不是一回事。

二甲妥协：没有搞全院铺开的质控体系，先在内科试点跑了三个月，跑通了再往外推。编码员不够，就重点盯几个出院量大的科室，一对一跑。

第四章 从模拟到正式付费的过渡

2020年开始模拟付费的时候，我们用的是前一年的出院数据，分组结果跟实际费用差得离谱——有些病组预估费用是实际的两倍，有些只有一半。偏差最大的是呼吸系统感染和骨科内固定取出这两组，一个亏一个盈，走了两个极端。

2023年正式付费前，我们选了2022年11月整月的出院病历，用正式分组器跑了一遍压力测试。入组率96.5%，高倍率病例占2.1%，低倍率占3.7%。没有大数据平台，就用Excel加分组器反馈结果手工统计，老李和张姐两个人算了整整一周。

正式付费第一个季度，确实有几个病组系统性亏损。普外科的急性阑尾炎、儿科的支气管肺炎，连续三个月超支。查下来原因各不一样——阑尾炎是耗材用得偏贵，儿科肺炎是平均住院日偏长。我们没搞什么复杂的临床路径再造，就把这两组费用明细拆开来给科室看，告诉他们哪块超了、超了多少，让科室自己想办法调。第二个季度就有起色了。

第五章 向医保局汇报与验收

2021年11月，作为长春市二级医院代表，我向国家医保局技术指导组做了贯标汇报演示。准备的时候纠结了很久——给专家看什么？我们这点东西拿得出手吗？最后定了三个演示模块：贯标后的编码对照表、一条完整病历从医生站录入到DRG预分组的全流程、接口数据传输状态监控。演示的思路就是突出四个字：资源有限，流程闭环。

专家问了三个问题：编码库版本怎么管理？数据上传时效性够不够？异常数据怎么处理？我如实答——编码库就一个人管，厂商发新版了就手动更，更完了测三天再上线；数据每天凌晨传一次，不是实时，

但二级医院量不大，够用；异常数据就是我和医保办人工核对，每天上午碰一次，当天的问题当天改。

二甲妥协：汇报完专家提了几个整改要求，我们排了优先级，先改影响结算的，不影响的往后排，有些到现在也没改完。

实施时间线

时间	里程碑	关键动作
2020年	DRG付费模拟启动	用历史数据跑模拟分组，摸清底数
2021年3月	接到正式改造通知	成立四人小组，启动底数盘点和预算申报
2021年4-5月	HIS接口改造启动	字段映射、编码贯标、厂商驻场开发
2021年6-8月	联调测试阶段	接口联调、数据清洗、临床培训
2021年9月	贯标自测与整改	内部三轮测试，修复已知问题
2021年10月8日	接入省级国家平台结算	第一笔DRG结算单提交成功
2021年11月	国家医保局贯标汇报	作为长春市二级医院代表作演示
2022年	模拟付费过渡期	质控体系完善、临床认知提升
2023年1月	正式执行DRG付费	吉林省及长春市全面启动

资源配置清单

人员配置

- 信息科：4人（全兼岗，含网络、硬件、HIS、医保接口）
- 病案室：编码员2人（兼病历归档）
- 医保办：2人（兼医保结算、政策对接、临床培训）
- 临床：科室主任兼职负责，无专职DRG联络员

- 分管院长：1人（分管医疗和信息化）

费用明细（总计约40万）

- HIS厂商改造开发费：18万
- 厂商驻场服务费：6万
- 接口联调与测试费：5万
- 编码库升级与贯标工具：4万
- 服务器及网络升级：3万
- 培训与资料费：1万
- 预留应急：3万

周期说明

从启动到接入结算共7个月。其中需求梳理1个月，开发改造2个月，联调测试2个月，试运行1个月，贯标准备1个月。实际开发时间比预期短，但联调和测试花的时间比预期多——主要是历史数据质量太差，洗数据洗了很久。

二甲医院十大实战经验

序号	经验	说明
1	先摸底数再找厂商	自己把字段、编码、接口规范先啃一遍，别让厂商牵着鼻子走
2	最小可行优先	先保结算通，质控、预警、分析这些后补，别一上来就做大而全
3	本地驻场比总部好用	总部排期等不起，找本地工程师按天算，虽然不规范但快
4	临床培训要小范围反复	大课没用，挨个科室跑，二十分钟讲清楚三条就行
5	编码员是核心枢纽	信息科只管技术，质控和沟通全靠编码员撑着
6	预分组放编码端就够	给医生看他也看不懂，反而增加抵触，编码员一个人用效率最高
7	批次上传比实时稳	没人7*24小时盯着接口，每天传一次，出了问题第二天能发现
8	安全多一层是一层	买不起专业安全设备，自己加个短信验证码，花小钱办大事
9	试点科室跑通再推广	别全院铺开，选一个内科一个外科，跑三个月再说
10	汇报就讲真话	专家问什么答什么，别吹牛皮，二级医院条件有限人家也理解

附录索引

- **附录A：**15项业务编码贯标对照表中的高频冲突项清单
- **附录B：**医保结算清单关键字段与HIS数据源的映射表示例
- **附录C：**病案首页质控规则库示例（脱敏后28条）
- **附录D：**2021—2023年实施时间线（月份级里程碑表）
- **附录E：**二级甲等医院DRG信息化改造资源清单

—— 完整内容请参阅《DRG信息化实施指南》全本 ——