

参考文献

[1] 国家发展改革委,卫生部,教育部,等. 关于印发开展农村订单定向医学生免费培养工作实施意见的通知[EB/OL]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会, 2010. <http://www.moh.gov.cn>.

[2] 教育部,国家卫生计生委,国家中医药管理局,等. 教育部等六部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见[EB/OL]. 中华人民共和国教育部, 2014. <http://www.moe.edu.cn>.

[3] 国务院办公厅. 全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020 年)[EB/OL]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会, 2015. <http://www.nhpc.gov.cn>.

[4] 刘霞,姜润生,周梅,等. 首届农村订单定向医学生职业规划调查分析[J]. 昆明医学院学报, 2011, 32(11): 43-46.

[5] 张励,杨柳青. 住院医师规范化培训存在的问题及对策[J]. 川北医学院学报, 2007, 22(5): 509-511.

[6] 教育部,国家发展改革委,国家卫生计生委,等. 关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见[EB/OL]. 中华人民共和国教育部, 2015. <http://www.moe.edu.cn>.

[7] 刘欣,郭霖. 免费师范生违约的责任界定及调解路径[J]. 教育研究与实验, 2012 (6): 65-69.

[8] 郑利波,许旷宇. 高等医学院校医德教育探究[J]. 卫生职业教育, 2012, 30(3): 16-17.

[9] 郭冬梅. 新时期医学院校的医德教育探析[J]. 学校党建与思想教育, 2010, (36): 74-75.

[10] 教育部办公厅. 关于做好 2015 届教育部直属师范大学免费师范毕业生就业工作的通知[EB/OL]. 河南省教育厅, 2015. <http://www.haedu.gov.cn>.

[11] 刘英,米方林,王大庆,等. 谈新形势下医学生社会责任感的培养[J]. 川北医学院学报, 2006, 12(6): 580-582.

[12] 毛磊焱,陈霖柏,敖慧斌. 免费医学生感恩意识的现状及原因分析[J]. 赣南医学院学报, 2012, 32(5): 681-683.

[13] 国家发展改革委,卫生部,中央编办,等. 关于印发以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划的通知[EB/OL]. 四川省卫生和计划生育委员会, 2010. <http://www.scwst.gov.cn>.

(收稿日期:2016-01-25 修回日期:2016-03-16)

教学·管理

国内医疗机构实施疾病诊断相关分类付费制度可行性研究

刘 艳

(武汉大学中南医院,湖北 430000)

摘 要:目的 研究如何吸收应用国外先进理念和国内试点的成功经验以提升医院医疗品质、增强医院核心竞争力。方法 通过介绍疾病诊断相关分类(DRGs)的概念、国内外发展及应用现状,提出了实施推广 DRGs 付费制度的必要性;同时,以国内某医疗机构为例,阐述其开展 DRGs 付费制度的思路方法和具体措施。结果 推广 DRGs 付费制度,不仅需从医院内部管理着手,还需从社会全局出发,统筹规划,制定完善 DRGs 付费制度的进一步举措。结论 DRGs 付费制度的实施不仅能成为医院各部门、各医务人员自我管理的好工具,而且能促进对政府部门实行新的医改方案,对我国医疗卫生事业的发展具有积极意义。

关键词:疾病诊断相关分类; 付费制度; 医院管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.066 **文献标志码:**B **文章编号:**1672-9455(2016)13-1899-03

疾病诊断相关分类(DRGs)是一种运用统计控制理论原理将住院患者归类的方法,其能根据患者的性别、年龄、病症、手术、疾病严重程度及转归等要素,将患者分为若干相关诊断组,然后制定各组相应的编码和费用标准。DRGs 的概念最早在 1976 年由美国耶鲁大学的学者提出,在美国已经历多次发展演变,并由联邦政府卫生财政管理局(HCFA)不断进行修订^[1]。自美国顺利实施以来,DRGs 已经构成了医保机构支付医疗费用的基础,并促使美国住院天数缩短、医院成本降低和医疗服务行为的变化,在一定程度上缓和并控制了医院费用的上升。我国对 DRGs 的研究开始于上世纪 80 年代末期北京协和医院对 2 年内住院患者 DRGs 分类方法的探讨,经过不断的研究和实践,2011 年 8 月,北京市选择了 6 家三甲医院作为试点,开始实施付费制度的改革^[2],北京由此成为国内首个实施 DRGs 试点的城市。本文从实施 DRGs 付费制度的必要性、具体方法和需解决的问题等几个方面阐述该制度在我国医疗机构实施的可行性,对提高我国医疗机构服务质量、降低医疗成本以及进一步完善医保支付制度具有重要意义。

1 我国医疗机构实施 DRGs 付费制度的必要性

1.1 有效降低医疗费用 DRGs 付费方式一方面能抑制医疗费用的快速增长,另一方面能提高医疗机构的运行效率。在进

行医保总额预付时,DRGs 的价格标准是医保部门向医院预付医疗费用的依据,医保部门以此为依据制定医疗费用拨付的上限。因此,医院方面必须将医疗费用控制在 DRGs 支付上限以内才能有盈余^[3],否则就会出现亏损。因而该付费制度可以调动医院积极性,使得医院采取主动降低医疗费用、提高诊断率、缩短平均住院日的措施。

1.2 有利于提高医疗质量 在按项目付费的方式下,患者的治疗费用根据各个项目的支出来确定,无法在既定的费用限制范围内对治疗费用进行优化,容易造成医疗资源的浪费。DRGs 方式下,能促使医院在既定的费用限额内积极优化诊疗方案,降低成本费用,在确保不超过费用限额的同时,做到对症施治,提高医疗质量。通过 DRGs 方式的长期实践,医院内部有可能形成多个标准的临床路径,对规范医院诊疗行为、提高医疗质量大有裨益。

1.3 有利于医院加强内部管理 首先,医院通过实施 DRGs 能对平均住院日、医疗安全指标等进行严格的标准控制^[4],保证医疗质量,同时能够总结出病种与收费标准,控制医院欠款率。其次,在患者住院期间,使用 DRGs 付费制度能控制医疗成本,使医疗费用趋于合理化,在医疗资源有限的情况下能收治更多的患者,解决患者看病难等问题。最后,通过加强成本

核算、强化医生管理、降低药费比重等来控制医疗费用,从而提高医院自身的竞争力。

1.4 有利于提高医院信息化工作水平 要实施 DRGs 付费制度,医院必须有一个完备的信息化系统来进行支撑。DRGs 的实施需要大量的数据信息录入,包括在系统中填写和录入病历首页信息,各环节的病历信息、患者疾病诊断、DRGs 分组以及与医保部门的信息沟通情况,且对信息的及时性和准确性要求很高。因此采取 DRGs 付费方式,不仅能够不断地提高医院各环节的信息质量,加快运行效率,而且能够大幅度提升医院信息化工作水平。

2 某医疗机构实施 DRGs 付费制度的具体措施

2.1 规范统一疾病编码 DRGs 编码的编制以疾病诊断以及 ICD 编码为基础,以目前推广试行的编码为参考,将疾病编码加以级别细化并计入并发症,再将各种信息进行有效分类,以此可使 DRGs 具备较好的研究与实施基础。如部分编码在北京地区试点医院已平稳运行多年,各病种可供查询、分析的信息较为完整,特别是各病种的平均费用可用以 DRGs 分组费用标准的研究与制定。目前由于编码人员的紧缺,在编码工作开展之前需加强专业编码人员的选用及对其编码知识的培训,建立一套行之有效的编码质量考核体系,以确保医院具备开展与实施 DRGs 的专业人员和工作运行力度。

2.2 制定分配 DRGs 诊断组 DRGs 的一般分配流程如下^[5]:首先,应根据患者的基本情况,将病例按病因学或按解剖学的医学标准分成主要诊断(MDC)。其次,对 MDC 按照有无手术来进一步划分。最后,根据年龄、性别、手术治疗情况、主要诊断、次要诊断、并发症与伴随疾病的严重程度等分配一个 DRGs,分配流程见图 1。同时,在对危重患者进行 DRGs 分组时,可以考虑将其纳入危重症评分系统(APACHE II)进行评分,同时制定出相应的出院标准,使 DRGs 分组更加细化,能在一定程度上保障医疗的安全性。

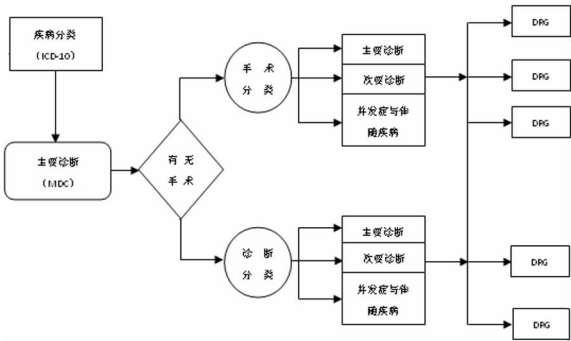


图 1 DRGs 的分配流程图

2.3 设定平均住院日指标 为每个科室缩短平均住院日,制定科学合理的平均住院日指标,是医院整体改进平均住院日的重要环节之一。在平均住院日指标的设定上,可选取一个目标值,本文以北京某三甲医院平均住院日数值为目标,来计算和分析医院合理的平均住院日水平,其具体计算过程如下。

2.3.1 统计该院现有的平均住院日相关指标 该院以每个 DRGs 诊断组作为统计单元^[6],利用医院现有数据,计算每一个 DRGs 的平均住院日(Di)。其次,用 DRGs 平均住院日(Di)与疾病数量(Ni)相乘,得到疾病组住院日(Ei),即 $Ei = Ni \times Di$,之后对各科室疾病组住院日数据进行求和,除以疾病数量之和即可得到科室的平均住院日 Pn,即 $Pn = \sum Ei / \sum Ni$ 。

2.3.2 将该院指标上述数与目标医院指标相比较 将该院平均住院日与北京某三甲医院 DRGs 的平均住院日(Si)相除,得到疾病组平均住院日指数 Qi,即 $Qi = Di / Si$ 。同样用该院科室

平均住院日(Pn)与北京某医院科室平均住院日(Pi)相除得到医院平均住院日指数 Q,具体数据详见表 1。若 $Qi > Q$,则得出该疾病组的医疗水平目前低于该医院平均水平。若 $Qi > 1$,则认为该疾病组的医疗水平还没有达到最佳水平,数值偏离程度越高,需要改进空间越大。

表 1 某医院部分科室 2014~2015 年度与北京某医院平均住院日比值统计表(d)

科室	2014 年	2015 年
儿科	1.62	1.71
口腔科	3.25	2.73
产科	1.74	2.18
内分泌科	2.21	1.92
普外科	1.81	1.68
心内科	2.03	1.76
心外科	2.81	3.75
耳鼻喉科	3.14	3.61
呼吸科	2.66	2.34
消化科	2.73	2.51

2.3.3 平均住院日目标设定 首先,用该院疾病组 Di 与北京地区目标医院的数值(Bi)相减,然后与该院该疾病组患者数量相乘,得到该疾病组比北京地区医院多消耗的住院天数(Mi),即 $Mi = (Di - Bi) \times Ni$ 。同时将所有疾病组多消耗的天数求和,得到该院总的多消耗天数(M)和因此增加的平均住院日(ΔD),即 $M = \sum Mi, \Delta D = M / \sum Ni$ 。按照上述方法,也可以计算各个科室增加的平均住院日 ΔDn 。最后,假设设定的目标是全院住院天数降低 1 d,则各科室需要降低的天数(Tn) $Tn = (1 / \Delta D) \times \Delta Dn$ 。

2.3.4 制定 DRGs 分组费用标准 DRGs-PPS^[7] 定义为“按疾病诊断相关分组预付费制”,即对各 DRGs 诊断组制定支付标准,预付医疗费用的管理机制。DRGs-PPS 以“每次住院”为定价单元,原则上同一 DRGs 组内的病种价格相同,控制费用基本原理的公式为总费用=各 DRGs 组例数×各 DRGs 的权重×费率。分组费用的相关数据制定可以从医院 HIS 系统中调取,以某眼科手术为例,需要测算的费用种类包括西药费、中成药费、检查费、化验费、CT 费、B 超费、放射费、输氧费、治疗费、床位费、麻醉费、手术费、诊疗费、护理费、材料费、监测费等。在费用标准制定的过程当中,可根据临床医生提出的某些临床治疗和资源消耗存在明显不同的病历被分入同一 DRGs 组的情况,依据临床医生提出的可能造成组内差异的原因进行组内再分组。

3 完善 DRGs 付费制度的进一步措施

鉴于目前国内 DRGs 付费制度试点较少,还处于起步阶段,大规模的实施必然会引起医疗卫生行业的深刻变革。同时,实施 DRGs 付费制度还涉及到医疗保险、物价部门、卫生管理部门之间的利益调整和职能转换,因此进一步完善 DRGs 付费制度需统筹协调,站在全局的角度制定相关措施。

3.1 制定统一的 DRGs 标准 目前,我国只有某些地区的少数疾病制定了临床诊疗规范,尚未建立全国性的统一的全病种临床诊疗规范。因此,为提高医疗卫生服务质量,加强管理,应尽快制定全国统一性的所有病种的诊疗规范,来保证 DRGs 支付制度的有效实施。医院在为患者进行治疗时,可将统一的诊疗规范与产生的费用联系起来计算^[8]。同时,制定这一统一标

准,不仅需要得到医院、患者、政府部门等各方的认可,而且还会涉及医学、社会学、经济学等学科的专业知识。因此,制定这一标准还需政府部门牵头,建立起跨地区、跨部门的研究中心,组织政策研究,建立实施协作与研究机制,制定发展规划,大力培养 DRGs 研究与管理人才。

3.2 确保病案首页信息的准确性 病案首页作为各级卫生行政部门决策的重要依据和卫生信息的重要来源^[9],理论上应包括患者的基本情况和进行 DRGs 分组需要的全部信息,病案首页信息的填写质量直接影响 DRGs 分组使用后的效果。为了制定出更符合我国国情的 DRGs 诊断组,保证病案首页信息详细准确,除了在病案首页中的出院诊断采用 ICD-10 编码外,还需考虑增补反映医疗资源的使用、费用、效益、效果等信息的项目^[10],完善病案首页项目的标准与定义。

3.3 建立科学的病种成本分析 现阶段,我国大多以病种费用为基础进行病种成本核算,在该种测算方法下,其测算结果反映的病种成本差异极大,会造成同一病种成本在不同地区医院的差异达到 3 倍以上,甚至在同一地区、同等规模医院,其成本差异也达到了 1 倍以上。为解决这一问题,有学者提出了应用临床路径测算病种成本的方法,但这种方法在各环节未对成本进行有效分摊和确认,只是在流程方面规定了病种成本的测算步骤,因此也未从根本上解决问题。现阶段,医疗服务质量不仅与病种本身的复杂程度有关,而且还受到各医院医疗水平不同的制约,目前我国医疗机构的成本核算方法还不太规范和统一。因此,需建立科学的病种成本分析方法,对病种的复杂程度进行定性及定量分析^[11],同时应排除疾病本身属性不同所产生的偏差,在对病种成本分析的基础上对评价过程进行校正,从而保证评价结果的可行性和评价标准的一致性。

3.4 建立起完善的信息化系统 有效实施 DRGs 付费制度,还需要医院有一个完善的信息系统来支撑,而目前我国很多医院、特别是非三甲医院的信息化程度还很低,信息系统建设还不够健全,且各部门各环节的信息很分散,难以汇总集中到一起进行有效分析。因此,为了满足实施 DRGs 的要求,各个医院首先应建立起完整的患者电子病历系统,提高信息的可靠性。其次,应建立健全各部门信息管理与医疗产出的评价系统,充分挖掘并整合大数据,将其纳入医院评价体系。最后,将这些评价系统与医疗保险机构的系统对接,便于医疗保险机构对医院的医疗服务状况进行监督,为医疗质量评价和医疗费用支付提供充分依据。只有实行统一的医疗信息化标准,建立完善的信息化平台,才能有效地提高医院的病案管理水平和质量,提高对患者诊断的准确率,同时准确地进行分类和编码。此外,完善的信息系统一方面能让医院管理部门了解临床的医疗质量,实时监测医疗费用控制情况,实现病种成本管理。另一方面,也有助于政府监管部门监测患者诊疗费用的控制和医院各项成本的动态情况。

3.5 完善医疗质量监督机制 首先,应完善医院内部质量监督机制。医院应审查患者两周再入院率指标,定期调查患者的满意度,以便在医院实施 DRGs 支付后及时掌握医疗质量的变化,制定并完善有效对策。其次,进一步落实外部监督机制。政府监督部门如医院管理局是医院推广 DRGs 付费制度的重要保障,有助于医院理清各机构管理职能的责任权利,促使 DRGs 付费制度的顺利推进。最后,政府职能部门应制定公平机制促使 DRGs 有效推广,给予成本管理不占优势的医院特别是社区医院更多的财政补助、税收优惠和人才技术引进的政策支持。

3.6 建立完善的医院评价指标体系 现阶段,国内主要实行自上而下搭建医院评价体系,如国内应用最普遍的医院等级划分标准(三级十等)。医院等级评审标准包括医院的规模、技术水平、医疗设备、管理水平、医院质量等五个方面,但在评审过程中,由于其他指标缺乏可以直观量化的数据,使得容易量化的硬件指标如床位、科室设置、医疗设备、人员配备等成为划分医院等级的决定性因素,医院的综合医疗效果未能等到充分体现。因此应拓展医院评价标准的范围,借鉴国外先进的评价体系,从患者安全评价、医院质控、患者寻医指导等几个方面入手,同时集中数据,由第三方公司或组织进行多方位、多元化评价,着重关注医疗产出以及患者满意度,建立完善的医院评价指标体系。

综上所述,我国医疗机构实施 DRGs 付费制度能够促使医院有效控制医疗费用,降低疾病诊治成本,最大限度利用有限的医疗资源,提高医疗质量。同时,DRGs 付费制度的推广实施还面临诸多问题,不仅需从医院内部各方面进行解决,建立完善有效的信息系统和评价体系,还需从外部出发,加强政府职能部门的监督,巩固和健全不断完善的医疗保险制度。DRGs 付费制度的实施不仅能成为医院各部门、各医务人员自我管理的好工具^[12],而且能对政府部门实行新医改方案起到促进作用,对我国医疗卫生事业的发展具有积极意义。

参考文献

- [1] 魏万宏. 国外 DRGs 付费制度对我国疾病付费模式的启示[J]. 医学与哲学, 2012, 33(11): 45-47.
- [2] 周瑞, 金昌晓, 乔杰 等. 从北京市 DRGs 试点看医保费用支付方式改革方向选择[J]. 中国医院管理, 2013, 33(3): 1-3.
- [3] 吴琳, 高红. DRGs 在公立医院实施的必要性及应注意的问题[J]. 中华全科医学, 2012, 10(11): 1798-1799.
- [4] 冷家骅, 刘忆, 陈治水 等. 运用 DRGs 手段实施费用管理的策略分析[J]. 中国医院管理, 2015, 35(9): 57-59.
- [5] 郭志伟. DRGs 的原理与方法及在我国的应用对策[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(8): 37-39.
- [6] 王鹏, 陈仲强, 胡牧. 基于 DRGs 制定平均住院日指标的方法[J]. 中国医院, 2009, 13(5): 23-27.
- [7] 邱杰, 董旭南, 斯琴, 等. 新医改政策下公立医院实施 DRGs-PPS 的难点分析[J]. 中国卫生信息管理, 2013, 10(5): 452-455.
- [8] 李冬宁, 刘春娜, 刘鹏. DRGs 预付费机制在我国社会医疗保险费用管理制度中的作用分析[J]. 中国社会医学, 2013, 30(2): 8-10.
- [9] 刘才华, 夏拥军, 邱杰. 病案首页填写对 DRGs 数据质量的影响[J]. 中国病案, 2013, 14(12): 56-58.
- [10] 彭丹丹, 刘帆, 王杉. DRGs 付费的可行性探索——基于北京大学人民医院的试点[J]. 中国医疗保险, 2011(7): 53-56.
- [11] 张乐辉, 陈颖, 佟朝霞, 等. 以 DRGs 为驱动的病种管理应用探索[J]. 中国医院管理, 2015, 35(4): 48-49.
- [12] 赵红梅, 张海澄. DRGs 与公立医院改革[J]. 中国医院, 2009, 14(1): 20-21.