

# 医疗保险 DRGs 付费试点实践与效果评价

焦卫平<sup>①</sup> 张 晨<sup>①</sup> 郭娜<sup>①</sup> 黑蕴红<sup>①</sup> 李 慧<sup>①</sup>

**摘要** 北京按病种分组付费 (BJ-DRG-pps) 试点自 2011 年 11 月开始, 经过 5 年六家医院的试点基本保证平稳运行, 试点内容包括: 医保费用结算流程、病案首页合格率、费用结构调整及最重要的政策推广, 基本达到了试点预期的目标。然而, 五年的实践工作中, 无论从医疗机构还是经办机构方面逐渐暴露出许多深层次问题, 本文从医疗机构医保管理的角度出发, 尝试通过一些数据和事实的分析, 深层剖析北京基本医疗保险 DRGs 付费试点后在费用和管理方面带来的新挑战和机遇, 并对通过优化结算流程提高结算率、价格滞后造成的费用结构失衡、定额标准调整机制不健全及配套政策急需细化问题产生原因提出思考建议。

**关键词** 诊断相关组 (DRGs); 费用结构; 医疗保险; 付费

**Practice and Effect Evaluation of Medical Insurance DRGs Pay Pilot** Jiao Weiping<sup>①</sup>, Zhang Chen<sup>①</sup>, Guo Na<sup>①</sup>, Hei Yunhong<sup>①</sup>, Li Hui<sup>①</sup>, <sup>①</sup>Xuanwu Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100053, China

**Abstract** Since Nov, 2011, six pilot hospitals has been smooth operated for 5 years. BJ-DRG-pps pilot include: medical insurance settlement process, the first page of MR qualification rate, cost structure and the most important policy promotion. These issues basically reached the expected goal of the pilot. However, five years of practical work, whether from medical institutions or agencies gradually exposed many deep-seated problems, this article from the perspective of health management of medical institutions, attempted through the analysis of some data and facts, carried out a deep analysis of the challenges and opportunities of Beijing basic medical insurance paid for DRGs after the pilot in cost and managed the proposed suggestions and reasons of the settlement process optimization to improve settlement rate, cost price lag structure imbalance, caused by the quota adjustment mechanism is not perfect and the supporting policies need refinement of the problem.

**Key words** Diagnosis related group (DRGs); Cost structure; Medical insurance; Pay

2011 年 7 月, 北京市人力资源和社会保障局牵头、各委办局紧密联合正式拉开了北京市按病种分组付费试点工作的序幕。自 2011 年 11 月正式实施, 历经五年多的摸索和实践, 北京按病种分组付费 (Diagnosis Related Groups-Perspective Payment System, BJ-DRG-pps) 在医保费用结算、病案首页填报、国际疾病分类 ICD 编码、诊疗流程优化等方面平稳过渡, 基本达到了试点预期的目标, 然而, 多年的实践工作中, 无论从医疗机构还是经办机构方面逐渐暴露出许多深层次问题, 本文从医疗机构医保管理的角度出发, 尝试通过一些数据和事实的分析, 深层剖析北京基本医疗保险 DRGs 付费试点后在费用和管理方面带来新的机遇和挑战<sup>[1]</sup>。

## 1 稳定而持续优化的信息系统

DRGs 试点最初设计的目标是检验整个结算流程和付费机制是否畅通, 经过五年多的信息磨合, 基本实现了这一既定目标, 各试点医院在医保结算方面大体平稳有序, 但是从试点全面推广角度出发, 一方面需要在整体医保统筹区域内建立稳定的病案首页上报体系, 保障医保结算最基本的信息来源的稳定和连续; 另一方面, 要督促医疗机构逐步优化医院内部的电子病历信息系统, 保障医院和经办机构之间信息的无缝衔接。

在 DRGs 试点开始后病案信息系统不断优化, 2012 年 1 月和 2014 年 1 月病案首页上报系统经历了两次大范围的调整, 由于医保结算系统完全依据病案首页提供的基本字段进行编码, 任何基本字段的调整都会造成医保结算无法正常运行, 导致六家医院试点工作的中断和迟滞, 各医疗机构为保障试点工作的正常运行, 一方面组织大量病案人员进行

手工编码上传和结算, 另一方面组织系统开发商重新按照调整后的病案首页信息进行信息系统改造, 这期间大量应该纳入 DRGs 结算的病例由于无法及时编码, 只能按照项目付费进行结算, 导致 DRGs 试点结算率大幅降低, 给患者的费用结算和试点工作的数据统计分析带来不可挽回的损失, 因此稳定的信息系统优化是不可获取的试点内容。

各医疗机构内部病案系统的信息化程度是保障 DRGs 试点运行的另一个非常重要的因素。根据 2013 年北京市医疗保险事务管理中心统计报表, 当期六家医疗机构的总体结算率仅为 78.28%, 这个结算率是比较低的, 意味着大量应该入组而没有入组的病例遗漏。在比较和分析了六家医疗机构病案编码的流程和现状后, 大家达成的共识是: 完善的电子病历系统可以实现病案首页信息的快速读取和编码, 有效的提高结算率, 减少大量由于没有得到及时结算而导致的 DRGs 病例脱失, 因此持续优化的病案信息系统是推动改革试点进步的重要因素。

## 2 逐步实现医疗费用结构的改观

医疗费用支出反映出医疗资源配置的合理性。在已结算的医保费用结构中, 药品耗材占总费用的比重极高, 而相对反映医务人员价值的费用极低, 这一触目惊心的费用结构揭示了医保基金支出的巨大结构性扭曲, 如何通过付费方式杠杆使这种扭曲的费用结构能够得到逐步的回归理性也是 DRGs 试点的重大机制性探索。某医疗机构 DRGs-pps 试点后, 药占比从 2012 年的 30% 降到 2014 年的 25%, 而材料费用占比从 2012 年的 54% 增加到 2014 年的 60%。从整体费用结构上讲, DRGs 付费方式并没有有效的改变这一严重不合理的费用结构, 反应医务人员价值的费用比例仍极低, 大量的医保基金仍然消耗在药品耗材方面, 见图 1。

①首都医科大学宣武医院, 北京市, 100053

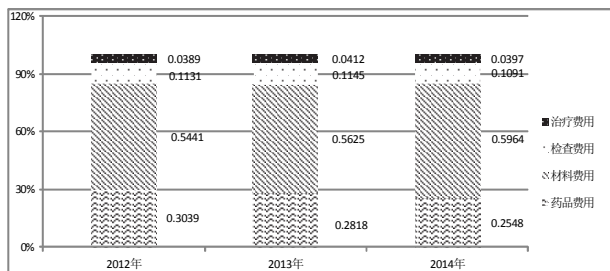


图1 2012年-2014年DRGs-pps试点病种总体费用结构

众所周知，现有的医疗价格体系存在严重的滞后和扭曲，它对于医疗机构的运营，医务人员的医疗行为以及社会对于医务人员的价值认同都存在严重的负面影响。在DRGs试点过程中，旧有价格体系的影响同样不可忽视，DRGs付费方式的核心是希望在同一费用支付方式下，医疗机构通过合理的成本控制，减少不必要的药品耗材使用，实现费用“结余”，从而调动医疗机构的积极性。然而在现有价格体系下，由技术价格过于低下，根本无法补足降低医药和耗材使用而“结余”的空间，必然导致“表面上的结余”过多，为经办机构重新调整病种组费率提供无法辩白的口实。因此，现有价格体系如果不能得到及时纠正，即使再好的支付方式也很难改变这种扭曲的费用结构。所以，DRGs-pps要发挥其在效率比较及资源配置的作用，最重要的是要让医疗技术的价格“回归”到其真实的价值水平上。否则，在现有价格体系下运用DRGs规则配置医疗资源，最可预期的结局如图1所示，用耗材占比的增加逐步替代“居高不下”的药品占比，而医疗费用结构没有明显实质改观。

### 3 DRGs病种分组的调整和完善

在DRGs-pps试点过程中，单个DRGs组具有特定的“权重”，即统一的定额费用标准，由于确切的诊疗成本数据往往难以获得，DRGs权重的设定很多时候源于医疗费用的数据。考虑到费用数据可能带来的误差，可能会邀请临床专家对以费用算得的权重进行判定，并结合临床经验进行调整<sup>[2]</sup>。某家试点医院三组DRGs：BE19、FM15、IB45三组试点病种组的医保实际费用结算低于定额费用，并且多年来持续“结余”，见图2。

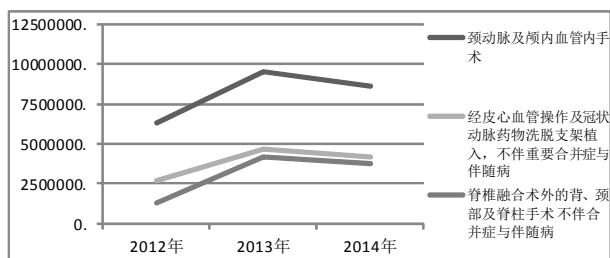


图2 2012年-2014年实际费用低于标准费用排名前三名的病种分组

同时，部分病种组（NB25）医保实际费用结算高于定额费用，并且多年来持续“亏损”，而且这种两级分化的趋势在不同的医疗机构普遍存在，而且有扩大趋势，见图3。

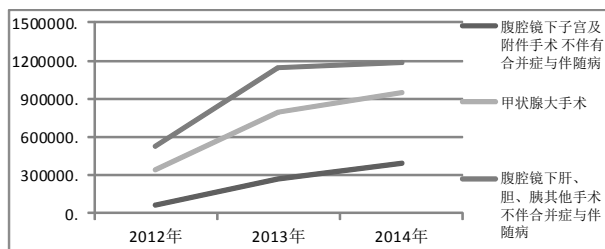


图3 2012年-2014年实际费用高于标准费用排名前三名的病种分组

这一事实的原因是多方面的，一方面是DRGs试点所选择的部分病种组费用、权重等数据标准来源于北京市所有三级医疗机构的历史数据，可能会存在的一定的标准偏差；另一方面是各试点医院在试点过程中可能存在的绩效奖金、选择性结算以及个体的医疗行为等方面因素也会对试点数据结果造成影响。

另外，自BJ-DRGs试点以来，所有的试点病种组费用、税率等标准从未进行调整；六家试点医院在试点过程中各自为战，缺乏实质性的数据交流与分享，无法评价或判断这种两级分化是个体医疗机构原因还是费用标准设定存在问题。DRGs试点病种组的权重乃至基础税率如果不能及时进行调整，长久以往，必然导致试点医院处于进退维谷，消极观望状态，不利于DRGs试点的深入推进<sup>[3]</sup>。

### 4 支付方式改革及相关配套措施

4.1 DRGs-pps与总额预付 当前，北京医疗保险实施的是总额预付（Global budget）之下的多种综合付费方式，也就是说，DRGs-pps试点包含在在总额预付“大盘”内的，这对于DRGs付费方式的效果影响很大。因为，DRGs试点主要包含住院费用，而当前门诊费用在总体费用中占比较大（大致60%），并且试点病种组仅占有所有住院病例的很小一部分（20%左右），所以，DRGs支付方式的效能大打折扣，被总额预付控费的作用所掩盖。因此，医保经办部门在因应“分级诊疗”的重大改革时，应该及时调整医保基金中门诊及住院费用的支付比例，未雨绸缪，控制增长过快，可能存在过度浪费的门诊费用比例，给DRGs支付方式留出更大发挥其合理配置资源的空间，这是当前支付方式改革迫切需要解决的问题<sup>[4]</sup>。

4.2 DRGs-pps部分病种试点与全病种推进 此次BJ-DRGs试点病种组有限，试点人群仅为属地的参保人员，所以在试点运行过程中，必然存在同一疾病诊断或同一待遇群体面临不同结算模式的尴尬现象。这种由于身份待遇导致的“差异化”费用结算现象，直接带来费用清单、临床告知、医疗伦理等方面的矛盾和冲突，撕裂医患信任，加剧医患纠纷，不利于医疗机构的日常管理<sup>[2]</sup>。

因此，从支付方式的推广来讲，应该尽早推开全员全病种DRGs结算工作。彻底解决伦理上的“差异化”结算现状；同时，充分调动医院以及医务人员的积极性，自觉使用临床路径、平均住院日等管理措施和手段，通过合理的绩效评价，来控制成本，提高资源的利用效率。

（下转第69页）

力度,提前适应全面深入的公立医院改革新挑战,医院医保管理部门加强对住院医疗费用各个环节的过程监管,重点监测是否过度用药和过度诊疗<sup>[3]</sup>。通过降低平均住院日,减少过度检查、过度用药、过度治疗的不合理医疗行为,有效控制次均住院费用不合理增长。

3.2 提升信息系统监控 从分析结果中可以看出,医保患者和自费患者的药品费在住院费用中的占比高达30%,虽然目前控制在国家核定的药占比指标范围内,但仍高于发达国家5%~20%以及发展中国家15%~40%的平均水平<sup>[4]</sup>。合理控制药品费用仍是控制住院患者住院费用增长的主要手段<sup>[5]</sup>。鉴于药品费用比例居高不下,人力监督无法做到面面俱到,只有通过信息系统监控,才能全面杜绝不合理用药行为。将医保政策、流程及操作方法放到人人可及的信息系统中,为临床医务工作者提供良好的学习和培训平台,引导临床医务工作者及时把握政策变化,建立费用管控意识,在医疗全过程合理诊疗<sup>[6]</sup>。在医生工作站中嵌入医保质控软件,编写医保违规拦截程序,设置药品适应症提醒服务等,实时监控各临床科室医保患者的药品比例等常规医疗数据<sup>[7]</sup>。医院通过全程智能监管,减少过度用药行为,降低药品费用构成比,不断提升信息化水平和数字化能力。

3.3 优化薪酬分配体系 从分析结果整体思考,医保患者和自费患者的治疗费、手术费、其它费用总和不足20%,特别冠状动脉粥样硬化症和急性化脓性阑尾炎的手术费比例也远远低于药品费所占比例,能够体现医务人员技术服务价值的部分不足总费用的16%,技术性收费远低于药品费所占比例。说明真正能体现出医师劳动价值的费用很低,医师的价值在于知识和技术,而不是推销药品<sup>[8]</sup>。医院应当优化薪酬分配体系,调控住院费用结构比例,重视临床新技术、新业务的开展及推广,增加医护人员技术性劳动所带来的经济收入,充分调动医务人员钻研业务技术的积极性,提高医疗技术含金量,提升医护人员体面劳动价值。

3.4 加强医保政策宣传 随着医保覆盖面的全面

普及,享受医保的人群也不断增长,参保人员越来越明显地体会到医保政策带来的实惠<sup>[9]</sup>。通过报销医疗费用有效减轻了参保患者的经济负担,但是也刺激了部分参保人员的医疗消费。由于医疗行业的特殊性,造成信息的不对称,大部分参保人员认为选择贵的药品、材料、检查项目对治疗疾病效果更好,节约医疗费用意识弱,造成了对医疗资源和服务的过度需求,导致医疗费用增长。社保基金管理部门和医院需要采取多种方式普及医保政策,改变参保人员盲目进行医疗消费、提高合理使用医保基金的意识,遏制医保患者住院费用的过快增长。医院医保工作只有做好上下、内外沟通协调,才能架起医、保、患三者之间的连心桥<sup>[10]</sup>。

参考文献

- [1] 王明慧,曹乾,陆广春. 医保与非医保患者住院费用比较及其影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(1): 35-38.
- [2] 杨玉婷,赵蓉,项耀钧. 上海医保总额预付制对医院服务效率和费用的影响研究[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(4): 271-274.
- [3] 李中凯,潘雯,陆晨,等. 2010年-2013年新疆某二级医院不同医保类型患者住院费用分析[J]. 中国病案, 2015, 16(5): 59-61.
- [4] 胡明礼. 药物经济学在医院药学中的应用[J]. 现代医药卫生, 2007, 23(3): 426-427.
- [5] 罗勇,徐长妍,张美荣. 加强医院药品管理改善医疗费用结构[J]. 中国病案, 2008, 9(10): 24-26.
- [6] 贺涛,王昆,武娜,等. 总额预付背景下医保信息管理平台设计与应用[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(1): 52-54.
- [7] 李中凯,廖原,潘雯,等. 病案稽核医保违规问题的分析[J]. 中国病案, 2015, 16(11): 19-25.
- [8] 陈虹,陈俊国,邓学才,等. 某军医大学附属医院住院费用结构及影响因素研究[J]. 西北医学教育, 2008, 16(3): 423-426.
- [9] 熊巨洋,傅家康,李健,等. 高血压患者门诊就医行为及医保政策分析[J]. 医学与社会, 2010, 23(6): 44-45.
- [10] 何克春,苏明丽,袁红梅. 定点医院推行医保体系化管理初探[J]. 医学与社会, 2012, 25(6): 55-57.

(2016-03-29 收稿)



(上接第51页)

回顾五年来取得的成绩和不足,借鉴德澳等国家成熟的经验和教训,DRGs-pps的试点及推广确实是一项漫长的工作。第一,医疗技术价格的理性回归是所有支付方式改革的前提和保障;第二,DRGs付费方式的推广和实施是支付方式改革的必然趋势,需要政府多部门的合作及担当;第三,DRGs病种组相关标准的制定和调整需要充分调动和发挥行业协会的引领和规范作用;第四,DRGs支付方式改革需要医患保三方行为均处于法制化约束下才能更好的可持续的发展<sup>[5]</sup>。

参考文献

- [1] Barnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen

years of the German health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries [J]. Social Science & Medicine, 2002, 54: 1559-1587.

- [2] 黄琦. DRGs 与我国医疗保险付费方式改革的探讨[J]. 中国医院管理, 2000, 11(6): 10-11.
- [3] 刘忻梅,唐俊,赵娜. DRGs的住院医疗费用病例分组模型[J]. 中国科技信息, 2009, 23(3): 105-106.
- [4] 杨燕绥. 实行 DRGs 医患保可能达成共识[J]. 中国卫生, 2013, 6(4): 88-89.
- [5] 李则,杨燕绥. 医疗保险新阶段与新任务[J]. 中国医院院长, 2013, 23(5): 62.

(2016-07-26 收稿)