《中国卫生质量管理》第29卷 第4期(总第173期)2022年4月

我国医保支付改革下按病种分值付费的探讨与建议*

——龙雨曦[1] 袁向东[2] 黎 浩[1*]

【摘 要】 医保支付方式作为引导医疗服务行为、调节资源配置的杠杆,对实现医保基金可持续发展,提升医院精细化管理水平具有重要作用。近年来,我国积极探索医保支付改革,以DRG和DIP为代表的支付方式已成为主要方向。文章从改革的现实出发,对DIP相较于DRG的实施优势、问题与挑战进行比较分析,并提出政策建议。

【关键词】 按病种分值付费;疾病诊断相关组;医保支付;优势;挑战;建议

中图分类号:R197.323 文献标识码:A

Exploration and Suggestions of Implementing Diagnosis Intervention Packet under the Reform of Medical Insurance Payment in China/LONG Yuxi,YUAN Xiangdong,LI Hao.//Chinese Health Quality Management,2022,29(4):18-20,29

Abstract Medical insurance payment is an important lever to regulate medical service behavior and guide the allocation of medical resources. It plays a significant role in realizing the sustainable development of medical insurance fund and improving fine management level of hospitals. In recent years, China has actively explored the reform of medical insurance payment, and DRG and DIP have become the main directions of the payment reform. The study discussed the advantages, problems and challenges of DIP compared with DRG based on the reality of reform, together with some suggestions for policy.

Key words Diagnosis Intervention Packet(DIP); Diagnosis Related Group(DRG); Medical Insurance Payment; Advantage; Challenge; Suggestion

First-author's address School of Public Health, Wuhan University, Wuhan,Hubei,430071,China

2018年底,国家医保局正式启动按疾病诊断相关组(Diagnosis Related Group,DRG)付费准备工作,并于2019年5月公布30个试点城市名单,探索建立DRG付费体系。DRG付费在控制医保费用不合理增长、减轻患者住院负担、规范医疗服务行为、优化医院收入结构等方面初见成效。但是,对分组器依赖程度高、数据质量达不到要求、编码能力不足等使DRG在我国的实施难以一蹴而就。基于按病种付费、点数法和大数据在我国医疗卫生领域的应用发展,总额控制下的按病种分值付费(Diagnosis Intervention Packet,DIP)应运而生。2020年10月,国家医保局发布《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》,开始在全国推广实施DIP,试点覆盖了71个城市。与DRG在我国的发展进程相比,DIP起步较晚。目前,关于这两种支付方式异同点的讨论主要是从制度设计和技术层面出发[1-2]。随着改革试点工作不断推进,DIP展现出独有的优势,也面临着新的问题和挑战。本研究基于现实对DIP和DRG进行比较,总结DIP优势,厘清其问题和挑战,并提出管理及政策建议。

1 DIP的优势

1.1 易推广普及

DRG分组将临床经验和统计校验相结合,在遵循临床诊疗分类和操作技术基础上,根据诊断和治疗方式的共性特征,通过统计学分析进行验算,实现由主要诊断分类到核心疾病诊断相关组,再到本地细分DRG组(DRGs)的逐层细化,这一过程对分组器的依赖程度较高[3]。同时,DRG采用ICD-10的6位编码,对疾病分类的标识更为细致,因此对病案数据的完整度、精准度要求较高,也更考

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2022.29.04.05
* 基金项目:首都医科大学国家医疗保障研究院开放性课题项目—按病种分值付费(DIP)实施效果研究(项目号:YB2020B03)
龙雨曦[1] 袁向东[2] 黎 浩[1*] 通信作者:黎 浩
1 武汉大学公共卫生学院 湖北 武汉 430071 2 广东省人民医院 广东 广州 510080

验编码员的专业能力[4]。总体上，DRG对医院信息系统改造和运行提出了要求，也增加了技术人员培训的难度与成本。

相较而言，基于大数据的DIP以所有住院病例的历史临床数据为基础，通过对病例的“疾病诊断＋治疗方式”进行穷举与聚类，根据疾病与治疗方式的现实匹配关系形成自然分组。这一分组过程可以直接通过计算机系统实现，对分组器没有依赖。DIP采用ICD－10的前4位亚码对疾病诊断进行分类，精准度要求低于DRG，加之不少医疗机构此前已有按病种付费的经验，医生更容易理解和接受DIP[5]。此外，随着样本量的不断累加，DIP病种及其分值在形成后能够通过数据更新实现自我修正，避免了人为干预。在我国当前医保付费制度待完善、医院管理水平待提升的现实条件下，对医保方和医院来说，DIP具有较强的可操作性。

1.2　适应医院多层次发展需求

DRG以“临床过程相近，资源消耗相似”的原则将病例分组并打包支付，但在实际应用中往往对疾病诊疗过程的不确定性、复杂性考虑不充分。尤其是对于疑难杂症，若最终诊断并非花费医疗费用较高的疾病时，医生为明确诊断而进行的检查和治疗操作可能被认为是不必要的，最终导致实际消耗成本超出DRG支付水平[6]。同时，由于新技术价格高、入组难，医院为了避免基金补偿不足的风险，不愿尝试创新技术，这在一定程度上阻碍了治疗方案的优化。既往以规模和技术取胜的三甲医院，面临着技术创新、人才引进和培养、学科发展建设等带来的成本风险愈发凸显，这也导致部分服务提供者参与改革的积极性不高[7－8]。

相较而言，DIP分组基于区域范围内的全样本病例数据，采用“一病一操作一组”的聚类方式，并给出不同的支付标准。它既考虑了医疗服务的共性特征，又囊括了个性差异，对诊疗行为的包容性强，也可以真实反映资源消耗的不同水平。且DIP病组更新相对便捷，对新技术、新治疗方案的发展适应性强[5]。这些特点增强了服务提供方的主观能动性[9]。对于三甲医院而言，在治疗常见病、多发病时依然缺乏成本优势，但在疑难杂症和急危重症的治疗方案选择上更有主动权。其他各级各类医疗机构也可以根据自身实际，合理选择技术病种，强化优势学科，从而实现多点多层次的服务格局。

1.3　激活供方内部监督机制

DRG和DIP付费同为对医疗服务打包定价，差异在于，DRG费率法在支付标准的确定上采用绝对价值，即在提供医疗服务前，各病组的支付金额是确定的。这一明确的价格标准，加大了对诊疗方案和药品耗材的成本控制力度。医生在选择低成本方案时，承担的风险也相应增加。因此，更容易出现推诿重症患者、单次医疗服务不到位等情况。事实上，一些试点地区已发现实行DRG付费后平均住院日缩短但再入院率升高的现象[10－11]。

相较而言，DIP采用相对价值法，即点数法形成决算支付标准。医院提供医疗服务后，在年终结算时方能了解本院的资源消耗水平相较于本区域内其他医疗机构的差异，确定其能够得到的医保基金总额。若部分医疗机构为增加收益，采取如升级病组、分解住院、低标入院等行为，必然会造成统筹区域其他供方的利益受损，从而引导医疗行业内部形成整群自我监督和约束机制[12]。

例如，江苏淮安作为最早实施总额控制下按病种分值付费的城市之一，在改革初期就设立定点医疗机构互审机制，定期组织人员参与疾病诊断和分值对照情况的交叉审核，对不当医疗行为进行监督和惩处[13]。浙江金华结合实际，将淮安经验改造为“病组点数法”，完成了DRG支付从传统的绝对价值法到相对价值法分配基金的创新[14]。金华市在改革3年内即实现了医疗机构医保基金结余，同时使分解住院、频繁转院、重病推诿等现象也得到了有效治理[15]。2018年，广州和上海利用其数据集聚优势，探索形成了基于大数据的病种分值付费模式，在点数法的基础上，借助大数据形成全流程监管机制。通过对医疗机构间的均衡指数、低标入院率、二次入院率等指标进行横向和纵向比较，发现违规行为的效率更高[16]。

2　DIP面临的挑战

2.1　分组存在现实偏移

DRG是从解剖学和病理生理特点出发，结合临床路径并经过案例论证形成分组。而DIP是基于真实世界的治疗方案进行匹配分组，这种分组方式存在将过往不科学诊疗行为纳入分组的情况[17]。同时，若某医疗机构通过DIP扩充分组拥有了新病组，其丰厚的利润会增加该机构诱导患者接受这一病组项目的风险。而患者对于自身是否需要接受这类高价格治疗服务缺乏判断力，医保方也可能因信息不对称而监管不力。因此，还需进一步完善分组方法，综合标准化临床路径和临床实际形成更科学合理的疾病分组。

2.2　编码高套风险增加

DIP与DRG相比，其组内同质性强而组间差异性小[18]。当医生掌

握分组和支付规则后，其编码高套的风险更为严重，即在填写病案时通过轻微调整编码、改变主诊断、改变或虚增手术操作等方式使病案归入分值更高的病种。若这类现象高频发生，将导致某些分值较低的病种组合从分组中逐渐消失。因此，DIP需要更加灵敏的发现机制，来强化对编码高套行为的监管。

2.3　易出现服务贬值

不同于DRG对医疗服务的稳定定价，DIP支付的服务价格是浮动的。由于在基金分配时采取区域总额预算下的点数法，医疗机构通过提供更多服务以争取点数是其获利的主要策略。这种竞争理论上有利于提升服务效率，但区域内各医疗机构大幅度增加服务量会使总点数上升过高。而医保基金总额变化小，会导致单位点数的价格被“稀释”，使医疗服务贬值。因此，需进一步形成科学测量点数价值的理论，避免服务价格与实际价值偏离。

2.4　分组过多增加管理成本

DIP目录库1.0版本包含的病种数量超过1万组，有些地区扩充至3万多组。分组过多会导致部分病种的实际入组病例数量过少，在样本量明显不足时，平均住院费用无法代表该病种的真实资源消耗水平，导致病种分值的合理性和稳定性得不到保证。在分组数量庞大的情况下，对分值测算进行适当验证，挖掘潜在的不合理分值并校正，其管理成本是巨大的。

3　政策建议

DIP相对于DRG推广实施的技术门槛较低，无论对医院、医生还是医保方，推行DIP的难度和约束都较小，DIP通过区域总额控制下分配医保基金的方式可以有效避免超支风险，并且在适应当前医院发展需求、激发行业内部自我监督方面也具有优势。但是，DIP分组出现现实偏移、医疗机构高套分值、医疗服务贬值的风险也有所增加，对于如何利用好大数据和信息化技术开展科学、精细化的管理提出了更高要求。随着DIP在全国各地推广，医、患、保三方的利益关系将更加复杂，需要不断解决暴露出的现实问题以促进DIP体系的不断完善，对此，提出以下几点建议。

3.1　转向内涵式发展

面对医保支付改革，医疗机构需要顺势而为，从原来的外延式发展转向内涵式发展，粗放管理转向精细化管理[19]。院内管理层要高度重视，强化人员培训，做好信息化建设工作，加强各部门的信息交流与互享；积极开展成本核算工作，通过监控各科室病种结构和资源消耗结构，将成本控制环节前移[20]；厘清医院在支付改革中的痛点和难点，并主动探索与医保方的谈判协商机制，推动改革工作不断完善。

3.2　重视供方的参与性

医保方在医保支付治理中要高度重视医疗机构的参与性，不应把服务提供方视为被动的规则接受者。在分值测算、付费校正、监管考核、基金结算等环节，医保部门应与医疗机构开展深入的谈判协商，发挥医疗机构和行业学会等组织的专业性，共同建立公认、透明的规则，并且在这一规则框架下建立信息沟通渠道，以有效合作取代双方博弈[21]。

3.3　重视行政联动

医保支付改革的最终目的不是控制医疗费用，而是通过改变医疗机构发展的外部环境，将激励和约束机制传导至医疗机构的管理运行和服务提供过程中。因此，DIP的实施不能只靠医保部门，还有赖于其他卫健部门、财政部门、市场监管部门、发改部门等的密切配合。各行政部门应高度重视，打破壁垒，合理分工，在总额预算、支付定价、医疗行为监管、年末清算等环节形成有效联动，共同推进医保改革。

3.4　政府—医院—高校三方协同

2019年8月，国家医疗保障研究院自成立起，通过立项支持高校、医院等组织机构参与到医保相关的理论研究、政策咨询和社会服务中，大大推动了我国医保改革发展。但目前，学界对DRG和DIP研究的广度和深度拓展不够，更多关注医疗费用和成本的变化，且存在因样本局限导致研究证据不充分的问题[22]。建议：一方面，高校可与医院合作，就医疗质量评价、医师劳务价值、患者满意度等方面的问题，开展基于区域大样本的研究分析。同时在政府委托下对试点城市开展医保视角下的区域医疗绩效评价，并将其作为一种多方参与的治理工具，用于政府决策和医院可持续改进。另一方面，医保支付改革对医院管理人才提出了更高需求，高校可与医院协同探索建立基于新医改环境的医院管理人才培养体系，为医院输送实干型人才。

参考文献

[1]　应亚珍.DIP与DRG：相同与差异[J].中国医疗保险，2021(1)：39—42.

[2]　于保荣.DRG与DIP的改革实践及发展内涵[J].卫生经济研究，2021,38(1)：4—9.

[3]　崔　斌，朱兆芳.国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS—DRG)制定与实施的

(下转第29页)

展和完善。

参考文献

[1]　郝　晋,王力红,李小莹,等.DRGs 与传统指标在主诊组服务能力评价中的比较[J].中国医院管理,2016,36(5):46－48.

[2]　李　渝,马云波.DRGs 在主诊组绩效考核中的应用[J].中国病案,2015,16(9):44－46.

[3]　卫生部医疗服务监管司.卫生部办公厅关于推广应用疾病诊断相关分组(DRGs)开展医院评价工作的通知[EB/OL].(2011－08－02)[2021－07－25].http://www.nhc.gov.cn/zwgkzt/s9968/201108/52531.shtml.

[4]　Jian W, Huang Y, Hu M, et al. Performance evaluation of inpatient service in Beijing: a horizontal comparison with risk adjustment based on Diagnosis Related Groups[J].Bmc Health Services Research, 2009,9(1):72.

[5]　陶成琳,陈　妍,林德南,等.基于 DRGs 的深圳市医疗服务质量与绩效评价研究[J].中国卫生质量管理,2019,26(4):16－19.

[6]　佟朝霞.应用 DRGs 对主诊医师组进行医疗质量管理的探索[J].中华医院管理杂志,2015,31(7):516－519.

[7]　胡靖琛,李　煜,刘明孝.基于 DRGs 指标评估临床医师专业技术能力初探[J].中华医院管理杂志,2019,35(5):372－375.

[8]　国家卫生健康委员会.2019 年国家医疗服务与质量安全报告[M].北京:科学技术文献出版社,2020:478－479.

[9]　简伟研,胡　牧,张修梅.基于 DRGs 的医疗服务绩效评估方法与案例应用研究[J].中华医院管理杂志,2013,29(3):180－185.

[10]　简伟研,汤淑女,胡　牧.北京地区公立综合医院规模与住院服务产出关系的实证分析[J].北京大学学报(医学版),2011,43(3):403－406.

[11]　郭默宁,郑建鹏,邓小虹.北京市远郊区县中心医院住院服务绩效评价[J].中华医院管理杂志,2011,27(11):873－876.

[12]　邓小虹,陈剑铭.北京 DRGs 系统的研究与应用[M].北京:北京大学医学出版社,2015:17－19.

[13]　孙振球,徐勇勇.医学统计学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2014:419－421.

[14]　徐锡武,李　珑,陈　彤,等.基于 DRGs 相关指标的临床科室医疗能力评估体系构建与检验[J].中华医院管理杂志,2014,30(7):506－510.

[15]　仇叶龙,李小莹,冀冰心,等.DRG 指标在神经科主诊组绩效评价中的应用[J].中国病案,2016,17(12):45－47.

通信作者:
胡靖琛:武汉大学人民医院医疗质量管理办公室主任
E－mail:544316185@qq.com

收稿日期:2021－07－05
修回日期:2021－08－05
责任编辑:黄海凤

(上接第 20 页)

关键环节探讨[J].中国医疗保险,2021(5):47－51.

[4]　马忠凯.病案首页质量控制对 DRG 的影响分析[J].中国卫生经济,2018,37(12):94－95.

[5]　许　速,谢　桦,崔　欣,等.基于大数据的病种分值付费的原理与方法[J].中国医疗保险,2020(9):23－28.

[6]　殷人易.DRGs 应用于医院管理的问题及缺陷探讨[J].中国医院管理,2019,39(3):60－61.

[7]　何　娟,甘定友,兰　玲,等.基于 DRG 付费的三级公立医院风险管理策略[J].经济师,2021(6):251－252.

[8]　封　颖.按疾病诊断相关分组对控制医疗机构医疗费用增长的影响[J].中国药物经济学,2021,16(5):22－26,32.

[9]　于保荣.按病例支付及医疗服务支付方式改革的实现条件:从 DRGs、按病种付费、点数法付费及临床路径谈起[J].卫生经济研究,2018,35(9):16－18.

[10]　孟朝琳,蔡源益,吴华章.DRGs 实施效果评价研究与思考[J].中国卫生质量管理,2021,28(2):35－38.

[11]　陶成琳,陈　妍,林德南,等.DRGs 风险分析及对深圳市试点工作的启示[J].中国卫生质量管理,2019,26(2):31－35.

[12]　顾　昕.医保支付改革中国探索的历史回顾与反思:按疾病诊断组(DRGs)支付为案例[J].中国医院院长,2020(12):65－75.

[13]　王　樱.总额控制下按病种分值结算体系建设实践与思考:基于淮安市 15 年经验总结与回顾[J].中国医疗保险,2018(12):16－19.

[14]　邵宁军,严　欣.金华医保"病组点数法"付费改革成效评析[J].中国医疗保险,2018(4):41－43.

[15]　浙江省金华市医疗保障局.金华 DRGs 付费的改革实践[J].中国人力资源社会保障,2019(6):18－21.

[16]　许　速,邬惊雷,谢　桦,等.基于大数据的病种分值付费研究:来自上海和广州经验[J].中华医院管理杂志,2021,37(3):186－190.

[17]　傅　卫,江　芹,于丽华,等.DRG 与 DIP 比较及对医疗机构的影响分析[J].中国卫生经济,2020,39(12):13－16.

[18]　应晓华.疾病诊断分组与大数据病种分组比较[J].中国社会保障,2020(8):85.

[19]　倪子龙,王涤非,姜丽艳,等.医保支付方式改革对医院经济的影响与管理对策研究[J].中国医院,2021,25(6):32－33.

[20]　李　春,张晓琦,线春艳.DRG/DIP 支付方式下医院成本管理转型[J].中国总会计师,2021(3):38－40.

[21]　方金鸣,陶红兵.DRG 病组定价时医方和保方的讨价还价博弈[J].中国卫生经济,2021,40(6):28－31.

[22]　董四平.病例组合支付改革要答好四道题[N].健康报,2021－01－18(07).

通信作者:
黎　浩:武汉大学公共卫生学院副教授
E－mail:h.li@whu.edu.cn

收稿日期:2021－08－09
修回日期:2021－11－05
责任编辑:黄海凤