

DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.11.003

衢州市DRG支付改革成效与治理经验

戴卫东^{1,2},朱璇格¹,叶 鑫³

[摘要] 目的:分析衢州市DRG支付改革的成效和治理经验,为各地推进DRG支付改革提供借鉴。方法:采用描述性统计、文献研究和访谈法,分析衢州市DRG支付改革做法和成效。结果:实行DRG支付改革后,衢州市医疗费用高速增长势头得到有效遏制,医保基金“扭亏为盈”;倒逼医疗机构规范管理,提高医疗服务水平;病床周转率大幅提高,参保患者次均医疗费用和个人自付比例大幅下降。结论:衢州市通过科学制定医保基金核算方法、尊重医疗逻辑调整DRG点数、重视医保基金监管、完善医保信息系统,DRG支付改革取得一定的成效;未来应继续提升病案精细化管理水平,统筹推进区域间DRG支付改革,健全约束激励机制。

[关键词] 医保支付方式;DRG;医保控费;衢州市

中图分类号:F840.684 文献标识码:A 文章编号:1004-7778(2023)11-0008-04

Effectiveness and Governance Experience of DRG Payment Reform in Quzhou City

DAI Weidong, ZHU Xuange, YE Xin

Abstract: Objective To analyze effectiveness and governance experience of DRG payment reform in Quzhou city, and to provide reference for promoting DRG payment reform in various regions. **Methods** Comparative analysis, literature analysis and interview methods were used to analyze the practices and effectiveness of DRG payment reform in Quzhou city. **Results** After the implementation of DRG payment reform, the rapid growth of medical expenses in Quzhou city has been effectively curbed, and the medical insurance fund has shifted from losses to profits. Medical institutions are forced to standardize management and improve the level of medical services. The turnover rate of hospital beds has significantly increased, and the average medical expenses and personal self-payment ratio of insured patients have significantly decreased. **Conclusion** By scientifically formulating accounting methods for medical insurance fund, applying medical logic to adjust DRG points, emphasizing medical insurance fund supervision, and improving the medical insurance information system, the DRG payment reform in Quzhou city has achieved certain results. In the future, it is necessary to continue to improve the level of refined medical record management, coordinate the promotion of inter-regional DRG payment reform, and improve the constraint and incentive mechanism.

Key words: medical insurance payment method; DRG; medical insurance control fees; Quzhou city

First-author's address: School of Public Management, Zhejiang University of Finance and Economics, Hangzhou Zhejiang 310018, China

Corresponding author: ZHU Xuange, E-mail: nicolezgx0112@163.com

医保支付方式改革是遏制医疗费用上涨的最根本和最有效的措施^[1]。DRG付费因其能够激励医院自觉进行成

1.浙江财经大学公共管理学院,浙江 杭州 310018

2.浙江省新型重点专业智库“中国政府监管与公共政策研究院”,浙江 杭州 310018

3.衢州市医疗保障局,浙江 衢州 324000

基金项目:国家社会科学基金重点项目“‘兜底性’失能老年人养老服务体系建设研究”(20AZD082)。

通讯作者:朱璇格,E-mail:nicolezgx0112@163.com

本管控,提高医保基金使用效率,减轻患者费用负担^[2-3],成为政府明确支持的医保支付方式。我国学界对DRG的研究主要集中在对医疗机构的影响^[4]、控费效果^[5-8]和各地的改革实践^[9-11]等方面,研究对象主要是国家试点城市,缺乏对非试点地区推进DRG支付改革的研究,以及改革实施后的跟踪调查。本文以浙江省衢州市DRG支付改革为案例,对改革成效和作用机制进行分析,总结治理经

[3] 刘同心,张加奇,周良荣.基于价值医疗理论的中医医疗服务定价现状与思考[J].卫生经济研究,2022,39(8):68-72.

[4] 赵天易,陈波,李博,等.针灸临床证据转化的模式与路径探析[J].世界中医药,2017,12(6):1274-1278.

[5] 王春容,曾宇平.疾病编码对中医临床路径实施的影响[J].中国病案,2012(2):31-32.

[6] 程兰,王伟荣,陈锦丽,等.中医临床路径管理及质控模式探讨[J].中华中医药学刊,2011,29(12):2654-2656.

[7] 吴建,刘琳,司春阳,等.中医临床路径实施效果实证分析——以胫骨骨髓炎为例[J].中国医院管理,2019,39(10):40-42.

[修回日期 2023-05-09] [责任编辑 冯芳龄]

验,为其他地区探索和实施DRG付费改革提供借鉴。

1 研究设计

1.1 研究方法

本文采用定量和定性分析相结合的方法,比较衢州市DRG支付改革前后医保基金、医疗机构、患者三方关键指标的变化,描述性分析改革成效,采用访谈和文献分析法分析DRG支付改革的作用机制,总结可供借鉴的治理经验。

1.2 数据来源

DRG支付改革效果评估的主要数据来源于浙江省医疗保障局和衢州市医疗保障局,包括住院费用、医保基金收支情况、DRG入组情况等,覆盖2017年(DRG实施前)至2021年的数据。作用机制的分析材料来源于访谈调查及相关政策文件。

2 衢州市DRG支付改革成效

2.1 对医疗费用和医保基金支出的控制效果

衢州市实行DRG支付改革后,2017—2021年全市住院费用总额保持在合理区间内,住院费用增长率总体呈下降趋势,医保基金发生额增速也明显放缓(见表1)。2021年,职工医保和居民医保基金分别累计结余54.47亿元和17.12亿元,对比2016年医保基金出现0.15亿元赤字的情况,已有明显改善。

表1 DRG改革后患者住院费用和医保基金发生额变化

年份	住院费用/亿元	住院费用增长率/%	医保基金发生额增长率/%
2017	40.12	12.54	15.13
2018	43.54	9.33	11.34
2019	46.23	7.32	8.57
2020	43.89	-5.06	-4.07
2021	46.65	7.79	8.27

2.2 对医疗机构的效益影响

衢州市实行DRG支付改革后,DRG入组数和入组率不断提高,2021年分别达955组和99.95%,反映出医院收治病例类型更加全面。医疗机构病案首页质量评分常被用来评估医疗质量,2020年衢州市病案首页评分超过全省平均分,病案首页完整率达99.9%,错编率下降86%。2021年全市各家人民医院的CMI值均高于1,较DRG支付改革前有大幅提升,表明医疗服务水平得到提升。医疗效率方面,各家人民医院的时间消耗指数均小于等于1,费用消费指数绝大部分接近1。

此外,衢州市医疗保障局数据显示,2018—2021年,全市二级以下医疗机构就诊人次占比由22.79%上升到23.99%(见表2),2021年住院60天以上常见慢性病的标记病例共1157份,主要在二级以下医疗机构。

2.3 对参保患者就医负担的影响

实行DRG支付改革后,相较于2017年,2021年衢州

市患者次均住院费用下降812.85元,其中次均药品费下降了31.41%,次均材料费下降了9.67%,个人自付比例从42.18%下降至31.23%,一定程度上减轻了患者的就医负担。同时,2017—2021年次均检查费、手术费和治疗费分别增长13.27%、4.39%和2.93%,医疗费用构成发生了变化,改变了“以药养医”的局面(见表3)。此外,医疗机构日间手术量增多,病床周转率大幅提高,2021年全市医疗机构平均住院日较2017年下降2.24天,过去“人等床”的“看病难”现象得到有效缓解。

表2 就诊人次及医保基金支付情况

单位:%

年份	项目	二级以下医疗机构	二级医院	三级医院	合计
2018	就诊人次占比	22.79	53.93	23.28	100.00
	基金支出占比	19.02	47.52	33.46	100.00
2019	就诊人次占比	22.74	54.11	23.15	100.00
	基金支出占比	19.57	48.65	31.78	100.00
2020	就诊人次占比	23.76	52.70	23.54	100.00
	基金支出占比	20.77	47.08	32.15	100.00
2021	就诊人次占比	23.99	52.64	23.37	100.00
	基金支出占比	20.86	46.38	32.76	100.00

表3 DRG支付改革前后住院费用及构成变化

费用	2017年		2021年		增长/%
	费用/元	占比/%	费用/元	占比/%	
次均住院费用	9367.96	-	8555.11	-	-8.68
次均药品费	2977.14	31.78	2042.10	23.87	-31.41
次均材料费	1201.91	12.83	1085.64	12.69	-9.67
次均检查费	530.23	5.66	600.57	7.02	13.27
次均治疗费	832.81	8.89	857.22	10.02	2.93
次均手术费	615.47	6.57	642.49	7.51	4.39

3 衢州市DRG支付改革的作用机制及治理经验

3.1 科学制定总额预算,转变医保基金核算方法

传统的医保基金总额预算制虽然能够控制医疗费用增长,但容易导致医疗机构选择患者,难以达到提升医疗服务质量和满足患者医疗需求的目的。衢州市DRG支付改革在延续总额预算制的前提下,重新设计预算分配方案,对医保基金支出预算不仅控总量,而且调结构。控总量方面,衢州市打破以往按医疗机构安排预算的方式,采取按统筹区安排总额预算,依照“保障基本、科学合理、公开透明、激励约束、强化管理”的原则,根据上年度医保基金实际支出和预计支出增长情况核定本年度住院基金支出(含住院统筹基金和大病保险基金),合理设置预算增长率,允许统筹区内医疗机构公平竞争。调结构方面,衢州市结合政策调整、以前年度基金支出结构、控制目标等因素,在年度医保基金支出总额预算下科学核定本地住院基金支出、异地住院基金支出和特殊门诊基金支出,形成相对合理的医保基金支出结构,提高医保基金使用绩效,保障医保基金安全可持续运行。

医保基金核算方面,以下做法值得借鉴。一是建立基金运行分析模型,通过医保宏观决策系统和大数据风控模型系统,模拟政策参数变化对医保基金收支结余的影响,实时监测和定期分析基金运行的重要指标,全面防范医保基金运行风险,为政策调整提供科学的测算依据。二是通过实行季度基金分析制度和报表系统管理,对医保基金运行数据与业务工作数据进行分析,促进业财融合。三是建立权责发生制报表体系,形成400多张业务和分析报表,将财务分析从原来的收付实现制转向更精准反映业务运行的权责发生制,为科学核算医保基金提供有力的数据支撑。

3.2 尊重医疗逻辑,动态调整DRG支付方案

衢州市医保部门在大量调研的基础上,经过多次协商讨论,拟定了DRG分组、支付标准和结算规则,并综合考虑了不同医疗机构等级、历史费用、疾病治疗难度、人次人头比、自费比例等因素,通过设置调节因子(差异系数),将政策手段与医疗服务价格调整、集中带量采购、分级诊疗制度等改革相结合,科学拟定DRG支付方案。

衢州市在DRG支付改革过程中充分尊重医疗逻辑,倾听医务人员的建议,及时解决由制度设计引发的问题。例如,利用全市所有疾病病例的平均住院费用数据测算每个病组的基准点数,根据实际情况确定成本系数调整点数。为实现不同等级医疗机“同病同价”的目标,新增等级系数代替成本系数,将基准点数按医疗机构等级分成对应的四个区间测算各等级医疗机构的等级系数,在此基础上对等级系数进行修正。考虑到拥有特殊专科的医疗机构在人才培养、资金、管理等方面投入相对较大,因此在差异系数上给予一定比例的倾斜,鼓励医疗机构做大做强特色专科。同时,衢州市基于临床实际,根据基准点数对高倍率病组进行分档管理,适当调整高倍率界值,有效降低了基准点数较高病组的亏损,鼓励医院接诊诊疗难度高的病例。另外,不断完善特殊疾病支付政策。针对精神疾病等专科类疾病和康复类等长期住院的疾病,采取按床日结算,解决了长期住院病例不适用DRG付费的问题,且建立了特病单议机制以保障复杂病例的医保支付。

衢州市不断完善的DRG支付方案兼顾多方利益,科学合理设置标准和规则,既确保了DRG制度的持续稳定运行,又控制了医疗成本,规范了医疗机构和医生的医疗服务行为,从而提升了诊疗和经济效益。

3.3 完善制度建设,健全医保基金监管机制

DRG点数法付费不直接与医疗费用挂钩,需要通过点数、点值换算出医疗费用,因此一些医疗机构容易产生“冲点”“冲量”等行为。为避免产生机制性漏洞,衢州市从制度设计到具体操作都与医保基金监管有机衔接。一是

制度上明确:对参保人员出院后15日内再次以同一DRG分组入院且无充分理由的病例,原则上前次医疗机构获得的点数减半计算(恶性肿瘤放、化疗等情况除外)。二是机制上完善:针对患者出院后1日内再次以不同病组入院,且相邻两次住院的明细(如用药、检查费、治疗费、材料费)相似,将疑点数据移交医保部门稽核。三是技术上支撑:通过大数据分析,全面掌握医疗机构盈余、病例数量、次均费用、倍率区间等数据变化,开展多维度统计分析,为医保基金监管提供数据支撑。

DRG支付改革的目标是在有限的医保基金条件下规范医疗服务行为、引导医疗资源合理配置、推动医疗机构内涵式发展。衢州市通过设置监督和激励机制,引导医疗机构主动配合,避免将压力转移到患者身上。具体来说,一方面建立以线上审核为主、人工复核约谈为辅、现场稽核为补充的全方位、多维度、立体式的全病组审核监管模式,从制度设计和执行上明确堵住分解住院、套高收费等机制性漏洞;同时为保证医疗服务质量,从服务广度、难度、治疗费用等方面进行评价,避免发生“变异”行为。另一方面设置激励机制,对控费效果好的医疗机构予以奖励(结余留用),鼓励通过提高医疗机构内部管理水平来提升医疗效益,增强其主动控费的内生动力(见表4)。

表4 衢州市DRG支付改革的监督激励机制

项目	制度设计	具体内容
监督机制	医疗机构住院服务绩效评价体系	根据不同医疗机构的服务能力指标,比较相同病组的费用消耗指数、时间消耗指数、人次人头比、服务安全性等指标,评估医疗服务质量和效益
	全病组审核监管模式	利用大数据平台对医疗数据进行筛查、监控和预警,将疑点数据移交医保部门稽核
激励机制	控费“奖惩”	对控费效果好的医疗机构予以奖励,将控费节约的资金留用
	差异系数按比例倾斜	在差异系数上予以一定比例倾斜,鼓励医疗机构做大做强特色专科

3.4 聚焦大数据治理,完善医保信息系统

DRG支付改革对数据的全面性、精准性要求极高,各项改革措施均需依托大数据平台和信息化手段。对此,衢州市依托大数据、物联网等技术手段,从数据采集、平台建设、数据分析等方面建设了覆盖全市的医保信息系统,为改革顺利推行保驾护航。

一是打通数据采集链路。衢州市医疗保障局按照对象、事项、场景三个全覆盖思路,梳理医保业务并拆解至最小颗粒,共梳理颗粒事项5万余项,形成128项跨部门共享数据需求。依托“城市大脑”总平台,建立跨部门数据中台,实现与公安部门的户籍信息和人脸模型、民政

部门的困难群体和人员死亡、市场监管部门的企业信息等数据共享,并打通HIS、LIS等,实时获取医疗机构的诊断、治疗等关键信息,形成大数据“沉淀池”。

二是建立云上医保信息系统。2019年9月,衢州市上线独立运行的医保“云”系统。在“城市大脑”“政务云”支撑下,构建多跨协同的数据仓,打通了数据中台和业务中台,联通所有功能模块,打造了医保信息系统的“CPU”,有效提升信息系统能级,实现医保基金“一网统管、一键智审、一秒速办”。

三是强化数据分析管理。为了及时掌握统筹区、医疗机构的运行情况,2019年衢州市医疗保障局基于信息系统的海量数据,针对性设置观察指标和阈值,建立分析模板,不定期提供各统筹区以及医疗机构的运行情况分析报告。各统筹区分析方面,主要涉及医保基金运行和分布、病组运行等情况。医疗机构分析方面,主要涉及医疗机构的整体运行、控费分析等。

4 政策建议

4.1 提升病案精细化管理水平

在后续DRG支付改革中,衢州市应加快推进数据标准化建设,提升病案精细化管理水平。一方面,不折不扣完成国家、省级数据标准化工作,如完成国家“15项信息业务编码标准”的落地,尤其要关注“医保结算清单”,按照统一编码、填写、传输、结算、经办、审核标准“六统一”要求,确保DRG数据来源准确、标准。另一方面,持之以恒推进市级层面医保数据收集、清洗和分析工作,合理配置人员和设备,加强培训和优化流程,确保新登记病案和历史数据的真实性、完整性、规范性、合理性与有效性。

4.2 统筹推进区域间DRG支付改革

未来衢州市可以在基本医保市级统筹全面覆盖的情况下,提升医保基金预算编制层级,从市级层面统筹考虑预算增长率,建立与医疗需求相适应的预算总额机制。具体来说,一是理顺市级统筹下基本医保基金总额预算管理,厘清市县两级政府在预算管理、财政保障等方面的权责划分,合理确定年度DRG统筹基金的支出增长率,进一步明确基金支出的标准和口径,确保规范合理的使用。二是建立健全分担谈判机制,研究分析县域医共体分担机制的具体情况,厘清与DRG的结算关系,建立医保基金预付机制,更好地发挥医保战略性购买作用,激发县域医共体内生动力,促进医疗机构高质量发展。

4.3 健全约束激励机制

衢州市在总额预算管理基础上,建立了“结余留用、合理超支分担”的激励约束和风险分担机制,但约束激

励机制相对较为粗放,药、价、保联动改革的及时性不足,导致“腾空间”的改革效应还未很好地释放出来。虽然部分医疗机构的人员薪酬不直接与药品、耗材、检查、化验等收入挂钩,但与科室营收相关联,科室亏损极易挫伤医务人员的工作积极性,并影响其服务行为。同时,医疗机构内部绩效考核更多体现“多劳多得”的导向,以DRG支付方式为基础、优劳优得的考核导向还未完全建立。因此,医疗机构需优化绩效考核方案和薪酬分配办法,形成正确的激励导向,引导医务人员提升医疗服务能力。在整体上,需要医保支付方式改革与医疗服务价格改革、带量采购、医疗机构薪酬制度改革等共同发力、持续用力,充分调动“三医联动”积极性,达到多方共赢新局面。

参考文献

- [1] 王阿娜.医疗费用的控制与医疗保险支付方式的改革[J].宏观经济研究,2012(5):76-79.
 - [2] 刘芬,孟群.某市DRG支付方式改革试点实践与成效评估[J].中国卫生统计,2018,35(4):491-495.
 - [3] 简伟研,卢铭,胡牧.北京市按病组付费初期试点情况和效应分析[J].中国医疗保险,2015(3):52-55.
 - [4] 高健,徐萍,杜静,等.DRGs评价方法在医院单病种管理中的应用研究[J].中国卫生统计,2017(4):608-609,613.
 - [5] 顾昕,惠文,沈永东.社会治理与医保支付改革:理论分析与国际经验[J].保险研究,2022(2):99-115.
 - [6] 黎东升.中国式DRGs的控费机理及其控费效果的环境变量分析[J].中国医院管理,2018,38(3):43-45.
 - [7] 张钰婉,卢亚娟,谈在祥,等.DRG结付下住院费用超支原因及管控建议——基于模糊集定性比较分析法[J].卫生经济研究,2023,40(4):80-83.
 - [8] 顾昕.中国医保支付改革的探索与反思:以按疾病诊断组(DRGs)支付为案例[J].社会保障评论,2019,3(3):78-91.
 - [9] 陈曼莉,赵斌.实行按病种分值付费制度的实践经验及启示[J].中国卫生经济,2017,36(6):38-41.
 - [10] 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.
 - [11] 熊蔓,伍林生.重庆市DRG实施成效评估及问题分析——基于模拟运行阶段[J].卫生经济研究,2022,39(7):28-31.
- 作者简介:戴卫东(1968—),男,教授,博士生导师,研究员,研究方向:长期护理保险、养老保障与医疗卫生。

[修回日期 2023-05-15] [责任编辑 冯芳龄]