

DRGs 支付方式改革对公立医院的影响及应对措施

周 荃

(南通市中医院,江苏 南通 226000)

摘要:DRGs 支付方式改革是医疗卫生体系改革的重要内容,是规范医疗行为,促进医院精细化管理的重要杠杆。文章介绍 DRGs 付费的概念和意义,剖析 DRGs 支付施行后对医院医疗行为、盈利方式、绩效体系三方面产生的变化,从组织架构方面,按科室明确职责,确定合理应对措施。

关键词:DRG;精细化管理;风险应对

【DOI】10.12231/j.issn.1000-8772.2021.29.155

2021年4月1日,N市卫健委印发《N市基本医疗保险住院费用按疾病诊断相关分组付费工作方案》。方案预计用1-2年时间,按“部分试点、模拟测试、实际付费”三步走的思路开展医保支付方式改革,建立N市医疗保险总额控制下的DRG付费模式。这意味着N市DRG正式拉开序幕,对医院医疗行为、运营流程及精细化管理提出了新的要求和挑战。

1 DRGs 的内涵

1.1 DRGs 的内涵

DRGs的全称是疾病诊断相关分组,是指以出院患者病案首页信息为依据,将临床特征与医疗资源消耗相近的患者划入同一疾病组,医保根据治疗难度和治疗成本高低确定每个疾病组的标准支付定额。与标准支付定额比较,若医院DRGs组费用低,差额部分医保支付;反之,超额部分医院承担。

1.2 DRGs 的意义

从功效职能上来说,DRGs不仅是一个控费工具,更是一个管理指标。从医疗能力方面来看,DRG入组数反映医院的疾病诊疗宽度、CMI反映医院诊疗的患者疾病复杂程度、DRG权重反映服务主体的数量;从医疗质量方面来看,死亡率指标反映医疗服务是否安全、标准化非计划重返率指标反映医疗服务是否帮助患者恢复健康;从医疗效率方面来看,时间消耗指数和费用消耗指数值越接近1表示越接近行业平均水平,若浮动较大则表示效率方面出现了问题。

2 DRGs 支付对医院的影响

医保支付方式的变革牵一发而动全身,使未来的医疗行业竞争充满不确定性,公立医院内部发展面临诸多挑战。如果缺乏风险意识,不实时跟进政策变化,仍实行粗放式管理,DRGs付费全面实施后,医院面临的风险将骤然增大,丧失行业竞争优势。

2.1 医院的盈利方式发生改变

在传统的医保支付方式下,医院根据为患者所提供的医疗服务项目来收取医疗费用^[1],医院提供的医疗服务越多,医保支付得也越多。医用耗材收入、检查检验收入、药品收入是医院的创收工具。DRGs后,每个病组都“明码标价”,医院能获得的医保支付额存在上限,按照“定额包干,超值自付,结余归己”的原则,此时的创收工具变成了医院提供医疗服务的成本,在限价一定的情况下,收治病种的成本越高,产生亏损的可能性越大,亏损的金额也越高,创收工具成为DRGs付费标准的对立面。

同时,为了促进分级诊疗,DRGs付费倾向性的为临床路径明确的常见病、多发病等基础性病组设置了最低档费率标准。而大型公立医院收治基础性病组的成本相对基层医疗机构而言偏高,如果继续大量收治基础病组,将面临成本无法回收问题。

2.2 医院医疗行为面临新的要求

第一,医保结算的流程增加:在传统的支付方式下,医生在填写病案首页后,上传、审核无误后,医院即可获得医保款。DRGs支付方式下,医生书写病案首页疾病分类和手术/操作(ICD-10)后需要病案室编码员将ICD10转化成入组需要的ICD-9-CM-3,进入分组器分组,分组后才能进行精准的医保结算。第二,医生选择主要诊断和主要手术/操作的习惯与DRGs应用也存在差异。临床医生习惯把病人的主诉即病因放在所有诊断中的首位;手术/操作的填写顺序按发生的实际顺序填写。而在DRGs体系中,主要诊断需要选择对患者危害最大、花费医疗资源最多的疾病;手术/操作需要与主诊断相对应,一般是技术难度最大,过程最复杂、风险最高的手术。可见,对病案首页的重视程度需要不断的提高,病案首页的质量需要更精准的把控,使编码填写与实际医疗行为更加一致。第三,提高临床路径入径率成刚需。在传统的付费模式下,医院制定的临床路径实施并不理想。一方面,医生认为患者存在各种各样的差异变化,无法用标准化模式去套用;另一方面医院在制定临床路径时可能会考虑到自身利益,往往增加过多的药品和检查化验项目。但在DRGs支付模式下,总“盘子”一定,科学合理的临床路径可以帮助更好的控制费用,是DRGs良性运行的内在要求。

2.3 绩效考核体系亟待升级

绩效是医院的“指挥棒”,是推进医院战略实施的有力手段。传统的绩效考核体系或以科室收支结余为基础,或以工作量为标准,但其局限性表现为重视结果考核轻过程控制;成本控制效果不明显;缺少反馈,科室管理者无法通过绩效对内部管理进行针对性的优化;绩效仅局限在医院内部。DRGs作为一种管理工具,增加了医疗能力、医疗质量、医疗效率等三维度的考核指标,使原有体系更科学、更全面、更公平。绩效考核从此不再仅是医院内部的纵向比较,同级医疗机构的横向比较也成了可能。DRGs付费改革是挑战也是机遇,一成不变的绩效考核体系显然无法适应DRG付费制度,如果想创造或保持医院的市场竞争力,绩效体系改革势在必行。

3 面对改革医院的应对措施

3.1 前期准备

(1)搭建组织架构,成立领导小组。构建顶层设计,成立院长牵头的医院领导小组,根据医院发展方向制定科学全面的有效政策。通过院级培训,吃准吃透 DRGs 付费的核心原理,了解 DRGs 背后的的机遇和风险,梳理 DRGs 对各部门现有工作的影响,明确日后工作重点。统筹推进,建立科室联动的实施流程,协调各部门意见,解决流程实施中遇到的各种问题。实现全员思想统一、目标统一、步伐统一。

(2)构建统一工具,改造信息系统。医院信息科要做好基础准备阶段的对接工作,实现 5 对接和 4 调整。5 对接具体为疾病诊断从地方版调整为医保版 ICD10, 手术操作编码由 ICD9-CM3 调整为医保版;医疗服务项目从本地价格标准调整为医保医疗服务项目编码;药品编码、耗材编码调整为医保药品耗材编码。4 个调整是病案首页网页修订、医院电子病历系统改造、医院 HIS 系统改造、地方医保平台对接。

3.2 具体实施

3.2.1 管控操作风险,精细医疗业务活动—临床科室、医务科、病案室

(1)规范病案信息填报。临床医生接受 DRGs 相关系列培训,准确全面的书写病案首页,确保填报信息与实际医疗行为相统一。建立信息+人工的质控模式:人工方面,引进或培养优秀的编码人才,对首页质量初步把控,及时发现纠正错误或不准的疾病编码。信息方面,引入智能编码工具,帮助准确编码。引入 DRGs 病案质控系统,将质控前置到医生环节,医生在填写后能及时收到必填项缺失、逻辑校验、DRG 分组提示、编码缺陷信息等问题的反馈,并给予修正。医务科应积极动员临床医师参与到 DRGs 应用中来,编码人员与医师联动,收集整理医院常用的诊断数据库及其对应的 ICD10 数据库,二库合一,探索更加准确、高效的疾病编码方式。

(2)加强临床路径管理。临床科室结合自身学科特点,在国家版临床路径的基础上,制定以 DRGs 为导向的临床路径,并完备更新调整机制。医生结合个人技术特点和临床经验,在保证医疗质量和医疗安全的基础上,通过规范合理用药、合理检查和治疗,提高工作效率,减少患者无效等待时间,缩短住院日等手段来压缩费用中的“水分”,在规范医疗行为的同时,降低病种诊疗成本。

(3)调整收治结构。当前大医院的虹吸效应依旧明显,常见病、多发病在病种结构中仍占据较大比例。DRGs 最低档费率的出现倒逼医院进行收治病种结构调整。根据科室入组情况,病种组结余情况将病种分为实力病种、潜力病种、低效病种、问题病种四类,通过制定不同的管控措施,减少低效病种、问题病种,让慢性病、基础病逐渐下沉,推进分级诊疗。

3.2.2 精细成本管理,完善绩效激励体系—财务科、绩效办

(1)实现临床路径下的成本核算。DRGs 付费方式下,市场竞争增大,如果想获得更多的医保结余,成本需要低于行业平均水平,因此 DRGs 控费是一场成本管理竞争。这需要改变原有

的纯收入导向模式,将成本控制纳入管理重点。成本控制的第一步是摸清“家底”,掌控成本数据。基于科室临床路径基础上,以 DRGs 病种组为核算单元,以药品费、材料费、床位费、治疗费、手术费、检查化验放射费为核算对象,归集梳理出病种组的资源消耗,找出亏损病种,重点对药品耗材的使用数量,是否存在过度医疗检查进行精准管控。

(2)运用 DRGs 相关指标精细控费。DRGs 的各种指标可以作为工具助力医院通过与标杆数据对比,从常态数据中得出标准、从差异数据中发现问题,定位费用管理的重点^[1]。具体来说一是通过比较费用结构及其增减变化,找出因科室不同、医师组不同导致的同一病组费用不同的原因,监控是否有不合理之处。二是通过 DRGs 各指标的内在逻辑关系,如费用与权重、CMI 值是否正比同向增长,判断是否产生了不合理的费用。

(3)改革绩效激励体系。引入 DRG 绩效的概念,打造工作量+医保管控+成本管控综合考虑的绩效考核体系。第一,改变绩效考量导向。绩效评价要助力医院实现质量效益型增长,绩效评价标准要由考核工作量向考核工作质与量转化。第二,丰富考核指标体系,将 DRGs 相关指标与 RBRVS、KPI 等绩效考核方式灵活结合,有效引导临床诊疗行为。第三,重视成本控制,将绩效与 DRGs 病组医保结余情况挂钩,提高临床医生参与 DRGs 管理的内驱力,主动规范医疗行为,控制不合理用药。

3.2.3 优化数据流程,提供技术支持—信息科

信息科立足流程与临床、病案室、质控、财务等多部门开展深度合作,进行信息系统优化,为医院运营提供技术支持。从病案首页角度来说,病案系统减少人工录入,最大化的病案内容自动获取不仅可以减轻临床医生工作负担,提高工作效率,另一方面,降低了出错率,保障数据的准确性。从信息系统方面,病案质控系统、医保清单结算质控系统、成本内控系统、绩效系统的上线是 DRGs 支付、精细化管理的内在需求,打通不同系统间的数据衔接,也是信息系统优化的未来方向。

3.2.4 建立沟通机制,保障良性运营—医保管理科

随着医疗水平的不断提高,如果因为使用新的技术方法导致 DRG 无法入组或超出支付标准,医保管理科应在进行充分数据支撑基础上进行全面分析评价审核,向医保部门提出单独附议的申请。此外,DRGs 是建立在西医基础上的,如果采用中医方法不做手术治疗,能实现跟西医手术一样的治疗效果,也需要医保部门建立沟通机制,促成医保能按西医做手术的 DRG 付费标准支付,做到中西医“同病,同效,同价”。只有保障临床发展活力才能形成良性循环,支撑单位运营。

参考文献

- [1]杨翼帆,王淑慧,杨凡,苏丽华,胡亚楠,段剑飞,刘瑞普.DRG 支付方式下医院管理模式探索[J].中国卫生标准管理,2021,12(03):25-28.
- [2]郑晨.运用 DRG 进行医院精准控费的实践探索[J].卫生经济研究,2019,36(09):54-56.