

基于DRG付费改革的医院病组盈亏结构分析*

李洋^①, 崔立君^①, 毛静馥^②, 黄卫东^②, 王喆^①, 车雯^①, 张祖明^①, 陈博^①, 梁子君^①

摘要 目的: 分析DRG实施下样本医院病组覆盖及盈亏情况, 并提出建设性的管理策略。方法: 采用描述性统计分析方法, 对DRG付费下主要盈亏病组进行对比和结构分析。结果: 样本医院共覆盖22个主要诊断分类(MDC), DRG组数为485个, FM3B经皮心导管检查操作, 不伴严重并发症与合并症病组亏损最为严重。结论: 在DRG付费改革下应优化病种结构, 合理控制医疗费用, 着力提升医疗服务效率。

关键词 医院; 按疾病诊断相关分组; 付费方式改革; 病组分析; 盈亏结构

中图分类号 R1-9; F2 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2022)09-0081-03

Analysis of Profit and Loss Structure of Hospital Group Based on DRG Payment Reform/LI Yang, CUI Li-jun, MAO Jing-fu, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(9):81-83

Abstract Objective: The coverage and profit and loss of a tertiary general hospital under Diagnosis Related Group(DRG) were analyzed, and constructive management strategies were put forward. **Methods:** Descriptive statistical analysis was used to compare and analyze the structure of main profit and loss groups under DRG operation. **Results:** A total of 22 MDCS were covered in the target hospitals, and the number of DRG groups was 485. The FM3B group suffered the most serious loss. **Conclusion:** Under the DRG payment reform, the structure of diseases should be optimized, medical costs should be controlled reasonably, and medical service efficiency should be improved.

Keywords hospital; Diagnosis Related Group; payment reform; group analysis; profit and loss structure

First-author's address Department of Medical Insurance Management, The First Affiliated Hospital of Harbin Medical University, 150081, China

Corresponding author LIANG Zi-jun, E-mail: liangzijun999@163.com

2019年6月,《国家医保局 财政部 国家卫生健康委 国家中医药局关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》(医保发〔2019〕34号)要求,按照“顶层设计、模拟运行、实际付费”三步走的策略,全面推进DRG付费的实施工作^[1]。哈尔滨市作为首批试点城市之一,遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则制定DRG分组方案。哈尔滨市DRG 1.1版本分组方案共包括26个主要诊断分类(MDC),376个核心DRG组(ADRG)和668个DRG组,自2021年11月正式启动DRG实际付费。本研究将全面分析DRG实际付费后哈尔滨医科大学附属第一医院(以下简称样本医院)病组入组和盈亏情况,并同地区标杆值进行比较,全面分析DRG付费后对医疗机构的综合影响,为医疗机构医保服务精细化管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究收集2021年11—12月样本医院市职工医保患者医保基金结算清单信息,并依据哈尔滨市DRG 1.1版本分组方案结果进行分析。

1.2 方法

采用Excel 2015对数据进行录入整理,SPSS 20.0软件进行统计分析。采用描述性统计方法,对DRG实际付费整体运行效果和病组盈亏结构进行分析。

2 结果

2.1 病组入组率

样本医院2021年11—12月参与分组的病例共计9 508个,入组率为99.86%,按照哈尔滨DRG 1.1版本分组反馈结果,正常组病例8 467例,占比为89.11%;高倍率组病例120例,占比为1.26%;低倍率组病例560例,占比为5.89%;歧异组病例348例,占比为3.66%;未入组病例7例,占比为0.07%。

2.2 质量与效率情况

MDC数量和CMI是衡量医疗机构专业覆盖和服务能力的敏感性指标。分组结果显示,样本医院共覆盖22个MDC,涵盖485个DRG组,CMI为1.67,时间消耗指数为0.762 5,费用消耗指数为1.339 6。CMI大于1,时间消耗指数小于1,表明样本医院整体医疗服务技术和效率较好,鉴于MDCP新生儿及其他围产期新生儿疾病,MDCU酒精/药物使用及其引起的器质性精神功能障碍,MDCV创伤、中毒及药物毒性反应,MD-CW烧伤4个主要大类缺失,经分析MDCP新生儿及其他围产期新生儿疾病缺失的主要原因在于目前哈尔滨市实施DRG付费的仅限于市职工医保,未包括新生儿等人群,同时MDCU酒精/药物使用及其引起的器质性

* 基金项目: 黑龙江省卫生健康委科研课题(2020-155)。

① 哈尔滨医科大学附属第一医院 哈尔滨 150001

② 哈尔滨医科大学卫生管理学院 哈尔滨 150081

作者简介: 李洋(1988—),男,硕士学位,助理研究员;研究方向: 医保支付方式改革; E-mail: hmuliayang@163.com。

通信作者: 梁子君, E-mail: liangzijun999@163.com。

精神功能障碍，MDCV 创伤、中毒及药物毒性反应及 MDCW 烧伤缺失则从侧面反映出样本医院在器质性精神功能障碍、创伤中毒及烧伤救治服务能力上存在上升空间，样本医院具体MDC覆盖及盈亏情况见表1。

不同于国家版分组方案，哈尔滨市分组方案中将病例数较小且费用差异小的病组进行合并，其中DRG 分组编码第四位为“A”，表示伴严重或一般并发症与合并症，第四位为“B”，表示不伴严重并发症与合并症。分组结果显示，表示伴有严重并发症或合并症第四位编码为1的患者比例仅为9.92%，表示不伴并发症或合并症第四位编码为5的患者比例为34.35%，说明样本医院的疑难重症救治能力仍需加强。

2.3 DRG 组盈亏情况

将2021年11—12月病例数排名前10位的病组进行分析，其中病例数最多的病组为FR3A 心绞痛，伴严重或一般并发症与合并症，例均医疗费用为0.82万元，低于哈尔滨市病组例均医疗费用，FM2B 其他经皮心血管治疗，不伴严重并发症与合并症病组盈余额度最高，为281.62万元，亏损最严重的为FM3B经皮心导管检查操作，不伴严重并发症与合并症病组，为-77.61万元，见表2。

2.4 病组费用结构分析

鉴于FM3B经皮心导管检查操作，不伴严重并发症

与合并症病组亏损额度最高。为了查明亏损的原因，对该病组费用结构进行分析，FM3B经皮心导管检查操作，不伴严重并发症与合并症病组病例数为210例，病组权重为0.81，支付标准为9 243.08元，例均医疗费用为1.33万元，平均住院天数为5.43天，具体费用结构情况见表3。

由费用结构显示，FM3B经皮心导管检查操作，不伴严重并发症与合并症病组治疗费例均费用为3 137.72元，占总费用的比例高达23.66%，其次药品费例均费用为3 130.49元，占比为23.61%。因此，针对该病组应进一步优化费用结构，合理控制检查费用和手术费用。

3 建议

3.1 加强系统管理，优化病种结构

DRG实施是一项涉及多个部门的系统工程，对医院来说不仅是医保支付方式的改变，更是医疗服务效率和质量的一次全方位挑战。在DRG付费模式下，公立医院医保管理需建立有效的组织框架和运营制度，自上而下统一认识，全面提升医保基金使用效率。医院应从战略角度出发，以DRG为管理抓手，重新进行功能定位，加强医院的学科建设，优化病组结构，提升三四级手术占比，并建立配套的激励机制，实现医疗行为和医保基金的良好互动。

表1 MDC覆盖及盈亏情况

MDC 编码	MDC 名称	病例数(例)	医疗总费用(万元)	DRG 支付额度(万元)	盈亏额度(万元)
MDCA	先期分组疾病及相关操作	59	845.52	705.39	-140.13
MDCB	神经系统疾病及功能障碍	2 056	3 430.73	3 296.15	-134.58
MDCC	眼疾病及功能障碍	1 136	1 006.25	1 162.94	156.69
MDCD	头颈、耳、鼻、口、咽疾病及功能障碍	295	361.03	338.64	-22.39
MDCE	呼吸系统疾病及功能障碍	375	574.00	561.37	-12.63
MDCF	循环系统疾病及功能障碍	2 253	4 208.70	4 523.74	315.04
MDCG	消化系统疾病及功能障碍	573	1 394.38	1 232.78	-161.60
MDCH	肝、胆、胰疾病及功能障碍	416	1 166.18	1 017.76	-148.42
MDCI	肌肉、骨骼疾病及功能障碍	334	1 247.34	1 210.77	-36.57
MDCJ	皮肤、皮下组织及乳腺疾病及功能障碍	198	250.32	234.03	-16.29
MDCK	内分泌、营养、代谢疾病及功能障碍	228	456.56	441.23	-15.33
MDCL	肾脏及泌尿系统疾病及功能障碍	261	516.03	494.07	-21.96
MDCM	男性生殖系统疾病及功能障碍	39	64.76	67.47	2.72
MDCN	女性生殖系统疾病及功能障碍	295	540.46	473.68	-66.78
MDCO	妊娠、分娩及产褥期	24	40.66	35.53	-5.13
MDCQ	血液、造血器官及免疫疾病和功能障碍	34	52.56	43.38	-9.18
MDCR	骨髓增生疾病和功能障碍，低分化肿瘤	442	601.25	623.94	22.69
MDCS	感染及寄生虫病（全身性或不明确部位的）	52	82.22	69.42	-12.80
MDCT	精神疾病及功能障碍	18	11.82	13.46	1.64
MDCV	创伤、中毒及药物毒性反应	6	2.84	3.49	0.65
MDCX	影响健康因素及其他就医情况	38	85.57	57.69	-27.88
MDCY	HIV 感染疾病及相关操作	6	7.41	4.49	-2.92
MDCZ	多发严重创伤	15	78.87	74.40	-4.47

表2 2021年11—12月样本医院病例数前10位病组盈亏及例均医疗费用与全市比较情况

DRG编码	DRG名称	病例数(例)	DRG支付额度(万元)	盈亏额度(万元)	例均医疗费用(万元)	全市例均医疗费用(万元)
FR3A	心绞痛, 伴严重或一般并发症与合并症	530	468.05	31.86	0.82	0.86
BR25	脑缺血性疾患, 不伴并发症或合并症	528	394.41	-37.21	0.82	0.82
BR23	脑缺血性疾患, 伴有并发症或合并症	527	500.42	8.74	0.93	0.94
CB15	玻璃体、视网膜、脉络膜手术, 不伴并发症或合并症	426	484.07	121.94	0.85	0.90
CB35	晶体手术, 不伴并发症或合并症	360	359.98	19.34	0.95	0.97
FR35	心绞痛, 不伴并发症或合并症	310	219.77	-5.65	0.73	0.76
FM3B	经皮心导管检查操作, 不伴严重并发症与合并症	210	200.85	-77.61	1.33	1.25
FM2B	其他经皮心血管治疗, 不伴严重并发症与合并症	206	1 101.05	281.62	3.98	4.20
RE13	恶性增生性疾患的化学治疗和/或其他治疗, 伴有并发症或合并症	201	172.51	26.97	0.72	0.89
BR21	脑缺血性疾患, 伴有严重并发症或合并症	174	181.17	-1.94	1.05	1.12

表3 FM3B经皮心导管检查操作, 不伴严重并发症与合并症病组费用结构

项目	例均费用(元)	占总费用比例(%)
药品费	3 130.49	23.61
卫生材料费	3 111.94	23.47
检查费	1 728.27	13.03
治疗费	3 137.72	23.66
护理费	127.38	0.96
化验费	1 694.24	12.78
其他费	330.16	2.49

3.2 合理控制医疗费用, 严把患者入院指征

依据《哈尔滨市基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)付费实施细则(试行)》的规定, 三级医院病例实际医疗总费用高于其DRG病组支付标准3倍, 即定义为高倍率病例; 病例实际医疗总费用低于DRG病组支付标准0.4倍, 即定义为低倍率病例。样本医院的反馈数据中, 高倍率病例高达120例, 表明在治疗同病组过程中, 医疗费用控制效果欠佳。以FM3B经皮心导管检查操作, 不伴严重并发症与合并症病组为例, 应主动降低检查费用占比, 积极落实《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》(国卫医发〔2022〕6号), 提高医疗资源利用效率, 遏制医疗费用不合理增长。样本医院的反馈数据中, 低倍率病例共有560例, 针对低倍率病组, 患者多数年龄偏高或病情危重, 治疗结果多为主动离院, 表明在治疗过程中, 应严格把握患者入院指征, 确保因病施治。

3.3 关注医疗成本, 提升医疗服务效率

本研究经统计分析, 病例数排名前10位的DRG组例均医疗费用为10 697.61元, 平均住院日为4.75天, 其中盈余病组的平均住院日为4.22天, 亏损病组的平均住院日为5.73天。在DRG支付过程中, 平均住院日是关系到时间消耗指数和费用消耗指数评估的重要指标, 医院应优化临床路径、提高床位周转率、缩短平均住院日。需要注意的是医院在DRG运行期间要时刻

保持成本、效率、安全的均衡发展, 医院管理者应转变思想, 实现医院管理的精益化转型, 追求价值医疗, 关注成本效益。

3.4 高度重视基金结算清单质量, 强化信息化监管

DRG在应用过程中, 信息化建设是其中的关键环节^[2], 医院应主动加强信息化系统升级改造。按照《国家医疗保障局正式启动DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》的要求, 加强医疗保障基金结算清单质量控制, 依据标准规范执行填报上传工作。同时, 评估DRG运行效果的指标涉及医疗安全、医疗质量、医疗效率等多个方面, 医院要在DRG运行期间做好绩效管理, 要定期对DRG组数、病例组合指数、时间消耗指数、费用消耗指数、低风险组死亡率等关键性指标进行分析, 为医院管理决策提供有力的数据支持。

3.5 建立高效率的沟通机制

自国家医疗保障局成立以来, DRG的实施本质上是要促进医疗、医保、患者三方平衡, 实现医疗资源的优化配置。DRG本土化的分组器和制度规范不是一成不变的, 它是一个结合地区医保基金情况、患者需求、流行病学情况等因素动态调整的过程, 医院需注重逐步建立同医疗保障管理部门的长效沟通机制。依据国家医疗保障疾病诊断相关分组与付费技术规范, DRG实施的基础条件之一便是协作机制健全。此外, 定点医疗机构在DRG运行过程中, 要依据数据反馈和分析结果, 重点是分组和权重异常情况, 针对特殊病例构建“特病单议”制度, 最大程度地确保支付结果的合理性。

参 考 文 献

- [1] 韩传恩. 公立医院绩效管理的实践与DRG应用探索[J]. 中国医院管理, 2021,41(1):74-76.
- [2] 于丽华. 医改政策环境下医疗机构实施DRG的思路和策略[J]. 中国卫生经济, 2022,41(1):12-16.

[收稿日期: 2022-06-05] (编辑: 彭博)