

◁ 经济管理 ▷

DRG 付费下肿瘤专科医院住院费用分析

郑金坡¹, 田滢琪², 柳俊杰¹, 马雷¹, 孙维帅¹, 张少谦¹

(1. 天津医科大学肿瘤医院, 天津市 300000; 2. 山东第一医科大学医药管理学院, 山东省泰安市 271000)

【摘要】目的 对某肿瘤专科医院按照 DRG 付费后的住院费用进行分析, 评价 DRG 付费改革工作的实施效果, 为进一步完善 DRG 分组机制和加强医院精细化管理提供参考依据。**方法** 以实际付费后次均费用、费用构成、病例组合指数(CMI)等的变化来评价 DRG 付费改革工作的实施效果, 使用 *t* 检验、非参数检验等对相关数据进行统计分析。**结果** 改革后住院次均医疗费用下降; 费用构成上药品费、材料费、检查费、手术费比例下降, 治疗费比重上升; 医院整体病种结构调整收治外科组比例上升、内科组下降, 入组率、CMI 上升, 费用消耗指数下降。**结论** DRG 付费能够促使医院加强内部管理, 控制医疗费用, 调整收治病种结构; 医院内部管理中要持续优化费用结构, 进一步提高体现劳务价值的手术费、治疗费占比。医保部门要不断完善分组机制, 加强对新技术支持, 促进医疗机构健康发展。

【关键词】 DRG; 住院费用; 费用构成; 分组机制**【中图分类号】** R197.32 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-4232(2024)03-0067-03**【DOI 编码】** 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.03.019

Analysis of Hospitalization Costs in Tumor Specialty Hospitals under DRG Payment/ZHENG Jin-po¹, TIAN Ying-qi², LIU Jun-jie¹, MA Lei¹, SUN Wei-shuai¹, ZHANG Shao-qian¹(1. Tianjin Medical University Cancer Hospital, Tianjin 300000, China; 2. School of Medical Management, Shandong First Medical University, Tai'an, Shandong 271000, China)

【Abstract】Objective: To analyze the hospital expenses after DRG payment in a cancer hospital, evaluate the implementation effect of DRG payment reform, and provide references for further improving the DRG grouping mechanism and strengthening the hospital's refined management. **Method:** The implementation effect of DRG payment reform was evaluated by the changes of actual post-payment average cost, cost composition and case portfolio index (CMI), and the relevant data were statistically analyzed by *t* test and non-parametric test. **Result:** After the reform, the average medical cost per hospitalization decreased. The proportion of cost components including medication, material, examination, and surgery costs has decreased, while the proportion of treatment costs has increased. The overall disease structure adjustment of the hospital has led to an increase in the proportion of patients admitted to the surgical group, a decrease in the internal medicine group, an increase in enrollment rate and CMI, and a decrease in the cost consumption index. **Conclusion:** DRG payment can encourage hospitals to strengthen internal management, control medical expenses, and adjust the structure of admitted diseases. In the internal management of hospitals, it is necessary to continuously optimize the cost structure and further increase the proportion of surgical and treatment expenses that reflect the value of labor. The medical insurance department should continuously improve the grouping mechanism, strengthen support for new technologies, and promote the healthy development of medical institutions.

【Key words】 DRG; hospitalization expense; cost composition; grouping mechanism

疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG) 是进行医保支付的一个重要工具, 根据患者年龄、诊断、治疗方式, 有无合并症、并发症等因素和分类进行医保付费^[1]。其本质是打包支付, 超支自担、节余留用, 作用是激励医疗机构提升运营管理质量, 加强医疗成本控制, 降低患者的医疗费用^[2]。2019年6月国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药管理局发布《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》。通知要求各试点城市按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”三步走的思路, 2020年模拟运行, 2021年启动实际付费。

天津作为首批国家试点城市之一, 将国家指导规范与天津实际相结合, 对细分组进行调整, 结合历史数据和专家谈判确定各 DRG 组权重, 2021年11月首批 18 家医疗机构正式启动付费。

该肿瘤专科医院为首批实际付费医院之一, 前期在信息对接、基础数据填报、病案编码、院内人员培训等方面做了详实的准备^[3]。在实际付费后每月对天津

医保公共服务平台网上服务大厅(网厅)返回的数据进行分析, 对存在的问题进行针对性调整。新的付费方式实施医院需要有调整适应的过程, 逐步趋于稳定, 每年3月底天津市医保对上一个医保年度清算, 所以该研究选取 2021 年 11 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日天津医保病人出院数据, 以 2022 年 3 月 31 日为中间节点, 前后各 5 个月数据进行对比分析, 节点前为对照组, 节点后为改革组, 费率按照节点月份份值计算, 以 DRG 付费实施后该院实际入组结果、住院费用及其结构变化为重点, 了解 DRG 付费改革工作的实施效果。

1 资料与方法

1.1 资料来源

纳入对象为 2021 年 11 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日天津市医保住院患者, 通过院内医院信息系统调取住院患者性别、年龄等基础信息, 通过天津医保公共服务平台网厅调取 DRG 入组数据。

1.2 统计方法

使用Excel对数据进行匹配。排除部分极高、极低费用病例,住院时间超过90d的极值病例,未入组病例。采用Excel整理数据,利用SPSS 23.0进行统计分析。统计分析按照 $\alpha=0.05$ 检验水准进行检验。对性别、年龄分布等两独立样本采用卡方检验;住院天数、住院总费用、药品费、手术费等数据符合正态分布的采用独立样本t检验,不符合正态分布采用非参数检验。

2 结果

2.1 基本信息

共有41 804人次入组,其中对照组20 002人次,占比47.8%;改革组21 802人次,占比52.2%。入组男性18 736人次,女性23 068人次;年龄分布在60岁以下17 766人次,60岁及以上24 038人次;DRG入组分布外科组37 254人次,占比89.1%,内科组3 351人次,占比8.0%,操作组1 199人次,占比2.9%。改革组与对照组在性别、年龄构成等方面均无差异,DRG入组方面外科比例上升,内科组比例下降,差别有统计意义(见表1)。

表1 对照组和改革组患者基本信息分析[人次(%)]

项目	对照组	改革组	χ^2 值	P值
性别			0.107	0.743
男	8 948(44.7)	9 788(44.9)		
女	11 054(55.3)	12 014(55.1)		
年龄分布			0.000	0.992
<60岁	8 500(42.5)	9 266(42.4)		
≥60岁	11 502(57.5)	12 536(57.6)		
DRG组分布			7.124	0.028*
外科组	17 749(88.7)	19 505(89.5)		
内科组	1 677(8.4)	1 674(7.7)		
操作组	576(2.9)	623(2.9)		

注:*表示取消药品加成前后比较次均费用,按照 $\alpha=0.05$ 检验水准有统计学差异。

2.2 住院费用信息

住院总费用主要由药品费、检查费、材料费、手术费、治疗费构成。改革组对比对照组次均住院总费用下降约1 000元,其中次均药品费、检查费、材料费、手术费均下降,次均治疗费上升,差别有统计学意义。其中次均药品费金额下降幅度最大,次均下降500元,次均材料费下降400元,次均检查费下降371元,次均治疗费上升244元。费用构成上药品费、检查费、材料费、手术费占比也有所下降,治疗费占比上升(见表2)。

3 DRG监测指标变化趋势

病例组合指数(CMI)、时间消耗指数、费用消耗指数、入组率为DRG付费中常用的监测指标。CMI代表

表2 对照组与改革组住院次均总费用及主要费用构成[元(%)]

项目	对照组	改革组	统计值	P值
总费用	23 188.45(100.00)	22 185.36(100.00)	4.086	<0.001*
药品费	6 894.24(29.73)	6 393.74(28.82)	2.364	<0.001*
材料费	6 502.87(28.04)	6 103.77(27.51)	6.433	0.002*
检查费	4 793.38(20.67)	4 422.26(19.93)	9.239	<0.001*
治疗费	1 810.87(7.81)	2 055.44(9.26)	-2.264	0.025*
手术费	2 654.82(11.45)	2 457.69(11.08)	19.416	<0.001*

注:*表示取消药品加成前后比较次均费用,按照 $\alpha=0.05$ 检验水准有统计学差异。

收治病例的风险和复杂程度;时间消耗指数、费用消耗指数均为医疗服务效率评价指标;入组率反映该院整体实际按照DRG付费水平。相对对照组,改革组各项指标都更加趋于稳定:综合10个月数据来看,CMI呈波动上升趋势;费用消耗指数呈波动下降的趋势;时间消耗指数比较平稳,一直低于试点医院平均水平;入组率在开展DRG付费初期较低,经过调整后一直在98%以上(见图1)。

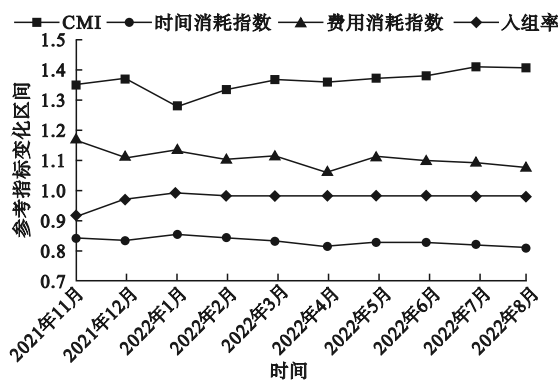


图1 2021年11月至2022年8月DRG付费改革实际付费后主要参考指标变化趋势

4 讨论与建议

4.1 DRG付费对医院内部管理的影响

通过数据分析发现改革组对比对照组,收治外科组病例上升,内科组病例下降;全院CMI上升,费用消耗指数下降,说明DRG作为付费和评价工具对医院加强医疗成本控制,优化病种结构具有引导作用^[1]。对DRG付费工作医院高度重视,成立以院领导为组长的工作小组,包含了医保办、医务处、药学部等多个相关科室。医保办作为院内DRG付费的主要推进部门,从模拟、实施到推进全程参与;前期邀请专家就DRG付费入组标准、医保结算清单填写原则开展全院培训,安排人员下到各临床科室进行针对性培训;在运行后及时对DRG数据进行分析,将数据反馈给临床科室;根据数据反馈发现的问题汇报DRG工作小组,并提出针对性意见。通过DRG工作小组院内多部门协同联动进行管理,从医务部门强化推进临床诊疗路径;从药学

部门更多地做了药品的相关点评,加强合理用药评价;耗材部门也出台了高值耗材相关的管理规定。医院层面积极推行门诊住院一体化,大力发展日间病房,进一步提高效率,降低费用^[4-5],住院鼓励收治危重症、难度大、权重高的病种,门诊日间病房承接病情稳定的日常放化疗、日间手术等病例,通过多种途径在保证质量的前提下提质增效。

4.2 DRG 付费对住院费用的影响

改革组与对照组对比,次均总费用下降,主要费用构成中药品费、材料费、检查费、手术费费用和比例均下降,治疗费费用和比例上升。药品费的下降除与医院加强规范诊疗、合理用药管控有关外,也和2022年1月1日起部分肿瘤相关药品经国家谈判降价有关;材料费和检查费下降更多地体现了医院的联合管理。医保办将数据反馈给临床科室后,对费用明显超出平均水平的DRG组进行分析,细化费用构成。手术病组详细分解手术所用药品、材料,细分临床使用、手术室使用、病房使用价格排序前十位,检查费列举主要构成,组织相关科室与临床主诊医师共同探讨管理办法。住院费用中手术费和治疗费主要体现医务人员技术劳务价值,手术费降低与疫情阶段性影响手术比例略降低有关;治疗费上升,但目前手术费、治疗费合计费用构成只占到总费用的20%左右。“新医改”中提出取消加成后通过医疗服务价格调整提高劳务性收入,建立对医院科学补偿机制^[6],但目前与贵重的药品耗材相比,医疗服务价格与医务人员技术劳务价值依然严重背离^[5,7]。医院要进一步加强管控,降低不必要的药耗,积极开展医疗服务项目,医保经办部门(下称医保)也要积极支持,并建立相应的动态调整机制,通过调整,降低不合理消耗,促进形成更健康的费用结构。随着肿瘤新技术、新药品不断发展,患者医疗需求也在逐年增长,医保也要允许费用的合理增长^[8],逐年调整各组付费标准,并将DRG付费结余资金作为鼓励,由医院留用。

4.3 DRG 支付方式改革需持续完善分组方案

首先,分组方案还不能全覆盖,部分病例可能因本地区历史数据较少,目前分组方案没有覆盖,上传后分组器反馈为000,不能入组,但是国家版CHS-DRG分组方案中包含这些诊断与操作,这对医院的入组率将产生影响。其次,部分病组内费用差异较大,如化疗、靶向、免疫治疗病例,治疗手段主要依靠药品,但不同化疗、靶向、免疫药品价格差别巨大^[9]。国家每年通过谈判也会引入新的药品进入医保使用,目前化疗、靶向和免疫根据有无合并症各分为三组,医院实际入组情

况中因药品差异极易导致大量病例进入外科低倍或者高倍病例,其他病组可能也存在类似情况,医保要根据实际情况定期开展专家论证会,可以考虑引入退出机制^[10],肿瘤放化疗病人继续按项目付费,或尝试引入按人头付费。

4.4 DRG 付费改革应加强对新技术的支持

新技术的发展对医学进步起着重要的推动作用,但新技术发展多需要以更完善的检查及更多的药品、耗材来支撑,会带来更多的资源消耗^[11]。随着近年来肿瘤治疗手段的发展,各种新手术方式、新检查和新药品不断更新,DRG付费下新技术会带来成本的增加,经济上的限制降低了医院开展新技术的热情^[12]。医保应考虑加强对肿瘤专科医院新技术的激励和费用补偿措施,保障更多肿瘤患者能享受新技术带来的益处。

参 考 文 献

- [1] 陈凤磊,梁冰,钱静,等.DRG付费改革对广西某三甲医院患者住院费用影响研究[J].中国医院,2023,27(1):53-55.
- [2] 张振忠,江芹,于丽华.全国按疾病诊断相关分组收付费规范的总体设计[J].中国卫生经济,2017,36(6):5-8.
- [3] 郑金坡,田羿,李军,等.DRG支付方式改革医疗机构面临的挑战与应对措施[J].中国医院,2021,25(7):22-24.
- [4] 李文瑾,续晓方,田立启,等.基于DRG的乳腺癌手术患者住院费用及影响因素分析[J].卫生经济研究,2021,38(6):76-79.
- [5] 葛龙,张南,王月.某三甲医院基于DRG恶性肿瘤患者住院费用结构研究[J].中国医院,2023,27(1):49-52.
- [6] 孔香云.取消药品加成政策对省级公立医院运营的影响及对策分析[D].济南:山东大学,2017.
- [7] 张羽欧,程汉超,王继超,等.中国公立医院药品零差率政策实施效果的系统评价[J].中国循证医学杂志,2021,21(5):546-558.
- [8] 崔欢欢,李天俊,杨华,等.国家医保药品谈判对住院费用及医保支付的影响[J].卫生软科学,2023,37(3):68-73.
- [9] 陈珍林,方艳,谭述香,等.化疗患者住院费用的疾病诊断相关分组组合方式研究[J].现代医院,2022,22(1):96-100.
- [10] 贾晓倩,赵允伍,王晓松,等.DRG改革下某公立医院2021年第一季度住院费用分析[J].中国医院,2023,27(1):59-61.
- [11] 高静,涂开荣,袁淑芳,等.CHS-DRG分组方案在我国医保支付应用中的局限性与启示[J].卫生软科学,2023,37(3):6-10.
- [12] 吴晶,董心月,赵博雅.美国DRG下高值创新医疗技术的支付政策及启示[J].中国医疗保险,2022(6):118-124.

通信作者:柳俊杰(1988-),女,硕士研究生,助理研究员;研究方向:医保管理。

收稿日期:2023-06-21

修回日期:2023-08-24

(编辑 曹晓芸)