

〈 医保管理 〉

某二级甲等军队医院适应DRG付费的实践探索

张露萍¹, 梁永建²

(1. 中国人民解放军联勤保障部队第九四五医院, 雅安 625000; 2. 雅安市碧峰峡镇中心卫生院, 雅安 625000)

【摘要】 紧跟国家政策导向, 在DRG付费管理背景下, 为军队医院更好地适应DRG支付模式, 笔者积极探索与地方医保改革政策相适应的措施, 通过建立医院DRG领导小组, 强化医院信息系统建设, 成立院内DRG质控专家组, 常态开展DRG知识培训考核, 嵌入病案首页质控机制, 引入DRG智能小助手, 优化临床诊疗过程, 建立数据质量监控和沟通反馈机制, 加强运营数据监管及考核等措施, 并回顾性收集2022年4—9月某二级甲等军队医院DRG支付试运行期间结算情况变化。医院掌握DRG入组规则及付费结算方式, 结算患者入组率逐渐提升, 由97.72%上升至100.00%, CMI值呈波动式上升, 高于本市同级别医疗机构平均值, 平均住院日由10.14d波动式下降最低8.31d。医院医疗质量监管方向更明确, 管理更加智能化, 学科发展方向更加清晰, 更加注重内部成本控制, 更加注重内涵式发展, 更加注重体现医疗服务价值, 为后期军队保障患者全面实施DRG付费打下坚实基础。

【关键词】 DRG付费; 军队医院; 实践

【文献标志码】 A **【文章编号】** 1672-4232(2025)06-0089-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.06.024

Practical Exploration of Adapting DRG Payment in a Certain 2a Military Hospital/ZHANG Lu-ping¹, LIANG Yong-jian²
(1.No. 945 Hospital of the Joint Logistic Support Force of the Chinese People's Liberation Army, Ya'an 625000, China; 2. Central Health Center of Bifengxia Town, Ya'an City, Ya'an 625000, China)

【Abstract】 Under the background of DRG payment management, in order for military hospitals to better adapt to the DRG payment model, the authors have actively explored the measures that are compatible with the local medical insurance reform policies, namely, establishing a hospital DRG leadership group, strengthening hospital information system construction, establishing an in-house DRG quality control expert group, regularly conducting DRG knowledge training and assessment, embedding a medical record homepage quality control mechanism, introducing DRG intelligent assistants, optimizing clinical diagnosis and treatment processes, establishing data quality monitoring and communication feedback mechanisms, strengthening operational data supervision and assessment, and retrospectively collecting changes in the settlement situation during the DRG payment trial operation period of a 2a military hospital from April to September 2022. The hospital has mastered the DRG enrollment rules and payment settlement methods. The enrollment rate of the settled patients has gradually increased from 97.72% to 100.00%. The CMI value has fluctuated and risen, which is higher than the average of the medical institutions of the same level in the city. The average length of hospital stay has fluctuated and decreased from 10.14 days to a minimum of 8.31 days. The direction of medical quality supervision in hospitals is more explicit. The management is more intelligent. The development direction of disciplines is clearer. More emphasis is placed on internal cost control. More emphasis is placed on connotative development, and more emphasis is placed on reflecting the value of medical services. A solid foundation is laid for the military to ensure the patients in the full implementation of DRG payment in the future.

【Key words】 DRG payment; military hospital; practice

1 背景

1.1 国内DRG支付改革进展

传统项目付费的支付方式在没有总额控制的前提下, 医保基金经常出现超额等不可控的情况, 疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)是国内外目前医保支付方式改革公认的最优选择, DRG支付方式区别于项目付费, 能够有效地避免过度治疗、过度检查和不合理用药等情形^[1-3], 王爱敏等^[4]证明DRG政策能够在保证临床诊疗规范的基础上, 合理降低病组费用, 实现医疗资源的有效利用。国家医疗保障局《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》明确提出: 从

2022年到2024年底, 全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP支付方式改革工作^[5], 2022年4月起, 雅安市开始在市内定点医疗机构试行DRG付费模式, 2022年4月至2022年9月的半年是试运行阶段。

1.2 军队医院实施DRG的必要性

军队医院作为我国医疗保障体系的重要组成部分, 一直保持与全国的医疗保险支付方式改革同步, 纳入医疗保险定点医疗机构, 为地方参保人员提供医疗卫生服务, 可以帮助地方解决看病难、看病贵问题, 同步实施DRG付费改革势在必行^[6-7]。在新的发展形势下, 紧跟地方医保政策改革, 才能更好地服务保障官兵及驻地群众, 为下一步军队保障患者全面实施DRG付

费奠定坚实基础。

2 军队医院试运行DRG付费模式的实践

试运行DRG付费的半年时间,临床严格按照规范填写病案首页,按要求填写诊断及手术/操作,编码员加强与临床沟通,严格按照编码规则准确编码,信息科按要求准确上传字段,保证DRG患者100%入组,避免因手术/操作漏填写导致本该进入手术/操作组的病例误入了内科保守治疗组,也避免因漏填写其他诊断而导致误入不伴并发症组,从而CMI值逐渐提高,入DRG组数逐渐提升。

回顾性收集2022年4月至9月试运行DRG付费期间每月纳入医保DRG付费患者结算明细情况。采用Excel汇总分析了2022年试运行期间每月入组率、CMI值、平均住院日及DRG分组数变化。病种入组率由97.72%上升至100.00%,且每月均保持100.00%(见表1)。通过逐月分析各临床科室收治病种疾病覆盖DRG组数,临床找到了自身在学科建设中存在的短板及弱项,合理规划科室下一步发展的方向,科室医疗服务范围逐渐拓宽,疾病诊疗能力逐渐增强。CMI值由最初的0.83波动式上升至1以上,高于本市同级别医疗机构平均值(见表1)。临床诊疗思维转变,不再盲目满足患者需要,在保证临床安全的前提下,严格按照诊疗规范进行诊疗,合理安排出院,避免不必要地延长住院时间,有效缩短住院患者平均住院日。平均住院日由10.14 d波动式下降最低8.31 d,但是9月平均住院日增高,为11.24 d,DRG入组数量先下降后上升(见表1)。

在DRG支付模式引导下,采取与之相适应的措施,通过半年的适应期,医院形成以DRG管理为导向的临床诊疗运营管理机制。医院精细化管理、内涵质量建设水平及医疗服务效率逐渐提升,为下一步军队保障人员全面实施DRG付费奠定坚实基础。

3 试运行DRG付费前运行管理方面存在的问题

3.1 病案首页字段不全

医院病案首页系统一直使用“军字一号”版本,与地方病案首页填写内容区别较大,字段不全。如:诊断信息里缺乏病理诊断编码项目,手术信息栏缺乏手术开始和结束具体时间,缺少麻醉时间和填写项目,其他信息里缺乏颅脑昏迷时间、肿瘤分期和重症监护入住信息等填写项目^[8]。

3.2 编码库与地方不统一

医院使用“军队版”的疾病诊断与手术/操作编码库,与地方现在使用的《疾病分类与代码国家临床版2.0》《手术操作分类代码国家临床版3.0》条目数不同,代码不相同,不能直接对码转换,上传后不能识别,从而影响DRG入组。

3.3 编码员不专业

许多医院编码员专业水平不高,对于国际疾病分类掌握不深入,临床知识也不够了解,甚至部分医院都没有专门的编码员^[7],编码诊断同临床诊断不一致时,无法通过病程记录、手术记录等关键病历信息准确获取患者疾病及手术操作编码。

3.4 存在医保“违规”风险

首次接触DRG支付方式,一方面对结算清单填写要求不熟悉,临床可能误将诊断依据不充分或与实际开展不符的诊断及手术操作填报到病案首页中,而编码员由于不够专业也可能误将轻症病组的疾病编码归类到重症病组疾病编码,存在“高套高编”的违规风险;另一方面为了控制医疗费用,可能让患者提前出院,或将一次住院能解决的问题分为两次以上,使患者不能得到完整的医疗服务,存在“分解住院”的违规风险。

3.5 学科建设发展方向不清晰

在没有进行疾病DRG覆盖范围统计之前,医院盲

表1 2022年4—9月DRG付费试运行期间各月份入组情况

时间	结算人次	入组人次	入组率(%)	CMI值	市内同级别医疗机构平均CMI值	平均住院日(d)	DRG组数(组)
4月	114	108	97.72	0.83	0.83	10.14	56
5月	74	74	100	1.42	0.90	9.55	47
6月	72	72	100	1.02	0.85	9.86	45
7月	91	91	100	1.01	0.83	8.31	59
8月	77	77	100	1.23	0.86	8.81	53
9月	99	99	100	1.22	0.89	11.24	62

目忙于业务量的提升,科室发展定位以实现既定的业务性目标为主,缺乏系统、宏观、长远的决策思维和管理策略,在病种收治范围及学科拓展方面找不到思路及方向。

4 应对DRG付费措施

4.1 建立医院DRG领导小组

成立由分管院领导牵头,卫勤处、护理部、质量管理科、医保办、病案室、信息科、卫生经济科、药剂科、医学工程科等各职能科室协同的DRG领导小组,各临床科室设置专职DRG质控员,形成上下联动的“医院一部门一科室”三级DRG管理体系,明确各层级职责,全员参与、全力配合。

4.2 强化医院信息系统建设

完善信息系统接口改造,升级病案编码库,全面使用《疾病分类与代码国家临床版2.0》和《手术与操作分类代码国家临床版3.0》,按照医保结算清单要求,补全所有需要上传的字段,并在上传前将“临床版”编码转换成“医保版”,确保上传字段能被市级、省级平台准确识别,保证入组率100%。

4.3 成立院内DRG质控专家组

质量管理科、医保办、病案室、信息科、卫生经济科、药剂科、医学工程科等职能科室骨干及各临床科室主任组成院内DRG质控专家组,结合DRG管理要求,针对各科室常见病组提出疾病DRG诊疗管理路径,合理设置患者诊疗方案及入出院标准,控制不合理的费用超支及住院时间。

4.4 常态化开展DRG知识培训考核

邀请先行试点医院及上级医保部门专家来院授课,赴DRG先行试点医院病案室、医保办进修学习,深入临床科室进行DRG入组规则、病案首页填写、临床路径等政策、规范宣讲,并组织全院医师针对病案首页填写规范、DRG相关概念等内容的考核,促进临床更深刻理解DRG,规范填写病案首页。

4.5 嵌入病案首页质控机制

在病案首页审核系统中嵌入各项逻辑质控规则,系统初步判定首页各项要素填写是否齐全,诊断及手术/操作名称是否在标准库中,有无该联合而未联合的诊断、诊断/手术操作与性别不符等逻辑错误;编码员再结合手术/操作记录、重要病程记录对每份病案首页的主要诊断及主要手术/操作进行准确编码,保证入组准确,无“高套高编”等违规情况。

4.6 引入DRG智能小助手

通过DRG智能小助手对在院患者进行预分组,一方面临床医师可以提前预测患者入组情况,大约预付基金,同时对费用出现超支及结构不合理时予以预警;另一方面可以协助医保办更直观地进行质控,及时发现手术/操作漏填写情况,提前发现“高套诊断”“高套主手术操作”“低编码”“高倍率”“低倍率”病例。

4.7 优化临床诊疗过程

实施医疗过程全监管,对不合理的检验、检查捆绑打包项目进行拆分,药剂科、医学工程科严格监督国家重点监控药品及耗材的使用,对各病组药品、耗材使用情况进行评估和结果反馈,避免不合理的药耗使用。

4.8 建立数据质量监控和沟通反馈机制

各科室DRG质控员做好日常督导管理,医保办加强与上级医保管理部门对接,掌握政策变化及要求,及时与临床进行沟通;质量管理科做好医疗质量控制,指导各科室准确填写诊断及手术/操作名称,严把入出院指征;编码员做好病案首页编码,信息科按时、按要求上传医保结算清单,对回传反馈的结果,不断与临床进行交流、沟通,保证入组准确。

4.9 加强运营数据监管及考核

每月及时反馈各科室结算明细情况,横向对比各科室药占比、耗占比、入DRG组数、入组患者总权重、CMI值、时间消耗指数、费用消耗指数等关键指标;征求临床意见,组织专家论证,将CMI值、覆盖病组数、总权重、时间消耗指数、费用消耗指数等指标纳入科室月度绩效考核,调动科室积极性;组织DRG质控专家组对“低倍率”、费用不合理超支病种进一步分析其诊疗过程,调整优化DRG诊疗路径,合理控制医疗费用。

5 军队保障人员全面实施DRG付费可行性及措施探讨

5.1 可行性

军队医院一直采取按医疗服务项目付费标准的方式进行成本核算。在市场经济条件下,这种核算方式已经暴露出了缺陷,探索科学合理的费用控制方法,控制医疗费用过快增长,是军队医院可持续发展的一项迫切任务^[9]。军队保障患者全面实施DRG付费,一是可以促使军队医院积极主动发挥为军服务的主责主业,防止推诿危重患者情况出现。只有收治军队保障患者的数量越多,难度越大,保障病种的权重数越高,上级给予的保障经费才越多,促使医院不断提高自身的医疗技术水平,拓宽疾病救治范围,积极收治更多急

危重患者。二是可以更好地发扬军队“勤俭建军”的优良传统,节约医疗经费。收治军队患者按病种付费,医院必须严格控制医疗成本,加强医疗行为监管,纠正以往“大处方”“泛检查”“搭车开药”“超范围使用药品、耗材”等浪费问题,节约医疗经费。三是可以实现保障官兵人人平等、同病同治。全面实施DRG付费,收治的每个病组付费均一致,确保官兵在同等医疗条件下获得相同的治疗,真正实现在医疗面前人人均获得相同的医疗服务。

5.2 应对措施

从本院采取的措施来看,建立医院DRG领导小组,可以保障医院各项管理制度落地落实;强化医院信息系统建设,可以确保上传数据字段完整、准确;成立院内DRG质控专家组,与临床共同提出持续改进方案,可以使DRG管理更加精细化,转变传统诊疗思维;常态化开展DRG知识培训考核,可提升临床医师对DRG相关概念、分组理念、关键指标等内容的掌握;嵌入病案首页质控机制,可以更好地规范病案首页填写,确保编码准确,无“高套”疾病诊断及手术/操作等违规现象;引入DRG智能小助手,可以促进临床更加合理控制费用;优化临床诊疗过程,可以节约医疗经费,减轻患者负担;建立数据质量监控和沟通反馈机制,可以更准确入组,避免医保违规行为;加强运营数据监管及考核,将DRG相关指标与医院内部质量管理充分融合,可以避免过度医疗,减少住院天数,是在保证患者健康权益前提下医疗行为和临床路径的优化,是医院可持续发展的保障^[10]。

军队医院要以DRG支付方式改革为契机,抓牢发

展新机遇,紧跟国家政策改革步伐,主动适应改革政策,才能更好地服务保障官兵及驻地群众。

参 考 文 献

- [1] 陈晓红,占伊扬,丁滨.DRG/DIP医院实施指南[M].南京:东南大学出版社,2022:1.
- [2] 唐佳骥.“十三五”深化医疗体制改革期间我国疾病诊断相关分组付费支付方式改革进展及未来展望[J].中国医药导报,2022(29):193-197.
- [3] 陈明波,梁沛枫.DRG支付方式改革对公立医院高质量发展的影响及对策分析[J].中国医院,2024,28(1):12-14.
- [4] 王爱敏,陈朝晋,王目君,等.DRG支付政策实施前后宫颈癌住院患者医疗费用对比分析[J].协和医学杂志,2024,15(5):1077-1082.
- [5] 国家医疗保障局.关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知:医保发[2021]48号[S].2021.
- [6] 陈致勃.军队医院应掌握基于DRG技术的成本管理与绩效评价手段[J].中国卫生经济,2017,36(10):76-77.
- [7] 王志国,李春进,陈仁义,等.DRGs支付改革军队医院对策研究[J].解放军预防医学杂志,2020,38(9):88-90.
- [8] 但秀娟,王晓京,张立佳,等.DRGs付费方式下军队医院病案首页改进[J].解放军医院管理杂志,2016,23(4):323-324,344.
- [9] 薛运友,易淑华.DRGs支付制度在军队医院中的应用[J].解放军医院管理杂志,2013,20(4):336-337.
- [10] 苏会璇,饶苑平,叶沛仪.DRG医保支付改革下医院管理存在的问题及对策[J].投资与创业,2024,35(16):163-165.

通信作者:梁永建(1989-),男,本科,主治医师;研究方向:医院管理。

收稿日期:2025-01-02

修回日期:2025-02-19

(编辑 曹晓芸)

(上接第88页)

- [4] 吴植茆,吴良明,陈建平,等.基于DRGs的病案编码质量监测与分析[J].中国病案,2018,19(3):4-6.
- [5] 王怡,马云波,樊美娜,等.试行DRGs后住院病案首页督导检查方法[J].中国病案,2017,18(9):12-15.
- [6] 张敏,谢培亮,周守君.某医院DRGs未入组病例情况分析[J].江苏卫生事业管理,2019,30(7):870-872.
- [7] 柯乃绮,林明色,章霞,等.眼专科医院DRG未入组病例分析[J].中国病案,2023,24(1):4-5,17.
- [8] 王尊晖.基于DRGs绩效平台未入组病例原因分析[J].中国病案,2021,22(1):21-24.
- [9] 周宏珍,吴韞宏,滕燕飞,等.DRG应用中疼痛科歧义病案的探讨[J].中国病案,2022,23(6):24-27.
- [10] 高丽娜,王洪涛,王伟平,等.乳腺肿瘤外科CHS-DRG入组现

状及歧义病案原因分析[J].中国病案,2023,24(10):38-40.

- [11] 黄伟,牛培勤,胡龙军,等.未入组DRGs病案首页编码质量及改进措施分析[J].中国病案,2021,22(3):17-19.
- [12] 刘慧悦,张静,何琼,等.耳鼻喉科主要诊断与手术操作不一致对DRGs医疗服务绩效的影响[J].中国病案,2021,22(5):22-25.
- [13] 侯娜娜,沈亮,陆玉莹,等.三级公立医院绩效考核背景下病案信息管理系统建设存在的问题与对策研究[J].现代医院,2023,23(5):717-719,722.

通信作者:刘清海(1991-),男,硕士,助理研究员;研究方向:卫生事业管理。

收稿日期:2024-10-30

修回日期:2025-01-22

(编辑 曹晓芸)