

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.02.027

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20231122.1239.004\(2023-11-23\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20231122.1239.004(2023-11-23))

医疗绩效视域下 DRGs 付费实施应用的效果分析*

成卓,明捷[△],吴玉高,罗明薇,肖俊杰,郭光会
(攀枝花市中心医院病案统计科,四川攀枝花 617067)

[摘要] 目的 探讨某三级甲等医院在疾病诊断相关分组(DRGs)付费制度实施前后的变化,以提高医院精细化运营管理水平。方法 收集该三级甲等综合医院 HIS 系统中 129 559 例住院患者信息,以 DRGs 付费制度实施前(2018 年 1—12 月)的 64 882 例患者作为对照组,以 DRGs 付费制度实施后(2021 年 1—12 月)的 64 677 例患者作为观察组,比较两组住院费用构成情况、住院费用明细及 DRGs 相关绩效。结果 与对照组比较,观察组药费、材料费和床位费占比降低,总费用、药费、材料费、床位费金额降低,检查费、手术费、护理费金额升高,平均住院日明显缩短[(8.95±6.22)d vs. (10.18±7.92)d],DRGs 组数增加,病例组合指数(CMI)值上升,低风险死亡率、时间消耗指数、费用消耗指数下降。结论 DRGs 付费制度实施对医疗绩效影响明显。

[关键词] 疾病诊断相关分组;付费制度;医疗绩效;医疗保险;应用效果

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2024)02-0306-03

疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRGs)是目前世界公认较为先进的医保付费方式^[1]。DRGs 考虑了病例特征的主次要诊断、主要手术、年龄、是否死亡等,根据病情的严重程度和医疗服务强度对 DRGs 病组定价。2017 年国务院办公厅发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》指出,重点推行 DRGs 付费,全国范围内普遍适应多元复合的医保支付方式。2019 年 5 月 20 日国家医保局召开 DRGs 付费国家试点工作视频会议,正式公布了 30 个 DRGs 付费试点城市名单,攀枝花市成为四川省内唯一一个国家试点城市。DRGs 付费制度在国内刚刚试行,目前对该制度实施效果的研究较少,现多用于医疗费用分析^[2-3]、服务能力分析^[4-5]或绩效评价^[6-7]。本文利用医保 DRGs 付费试点医院出院数据实证研究 DRGs 付费制度对患者的收治数量、患者的治疗费用、平均住院日、DRGs 维度的影响,为国内开展 DRGs 付费制度改革提供参考意见,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 DRGs 试点城市攀枝花市某三级甲等综合医院 HIS 系统中 129 559 例住院患者信息,以 DRGs 付费制度实施前(2018 年 1—12 月)的 64 882 例患者作为对照组,以 DRGs 付费制度实施后(2021 年 1—12 月)的 64 677 例患者作为观察组。对照组中男 33 108 例,女 31 774 例,年龄(46.43±23.80)岁。观察组中男 32 617 例,女 32 060 例,年龄(46.20±24.17)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义

($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

比较两组住院费用构成情况、住院费用明细、平均住院日及 DRGs 相关绩效。

1.3 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验;不符合正态分布的计量资料以 $M(Q_1, Q_3)$ 表示,比较采用秩和检验;计数资料以例数或百分比表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组住院费用构成情况比较

与对照组比较,观察组药费、材料费和床位费占比降低,见表 1。

表 1 两组住院费用构成比较(%)

项目	对照组($n=64\ 882$)	观察组($n=64\ 677$)
药费	22.95	19.61
材料费	14.83	11.48
检查费	11.15	12.16
治疗费	33.39	36.80
手术费(含麻醉费)	7.99	9.91
护理费	2.27	2.31
床位费	1.33	1.32
血液制品费	0.88	0.92
其他	5.21	5.49

2.2 两组住院费用明细比较

与对照组比较, 观察组总费用、药费、材料费、床位费金额降低, 检查费、手术费、护理费金额升高, 差

异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组住院费用明细比较(元)

项目	对照组($n=64\ 882$)	观察组($n=64\ 677$)	Z	P
总费用[M(Q ₁ , Q ₃)]	7 262.40(4 430.57, 16 380.31)	7 184.00(4 392.78, 12 191.20)	6.003	<0.001
药费[M(Q ₁ , Q ₃)]	1 646.09(594.19, 3 356.24)	1 158.56(401.17, 2 796.33)	19.003	<0.001
材料费[M(Q ₁ , Q ₃)]	325.13(107.18, 1 285.36)	279.55(94.49, 1286.64)	9.216	<0.001
检查费($\bar{x} \pm s$)	2 166.11 ± 1 814.15	2 315.64 ± 2 286.92	-17.105	<0.001
治疗费[M(Q ₁ , Q ₃)]	1 554.80(805.55, 2 374.45)	1 800.50(933.00, 2 881.75)	-1.556	0.120
手术费[M(Q ₁ , Q ₃)]	1 365.50(248.00, 2 398.40)	1 673.00(141.00, 2 833.70)	-3.768	<0.001
护理费[M(Q ₁ , Q ₃)]	187.00(115.00, 307.00)	201.00(120.00, 300.00)	3.359	<0.001
床位费($\bar{x} \pm s$)	161.33 ± 129.33	153.01 ± 117.99	12.094	<0.001
血液制品费[M(Q ₁ , Q ₃)]	1 880.00(1 040.00, 3 480.00)	1 800.00(900.00, 3 255.00)	-0.032	0.974
其他[M(Q ₁ , Q ₃)]	414.00(249.00, 744.00)	408.00(245.00, 748.00)	-1.532	0.125

2.3 两组平均住院日比较

与对照组比较, 观察组平均住院日明显缩短 [(8.95 ± 6.22)d vs. (10.18 ± 7.92)d], 差异有统计学意义($t = 15.54, P < 0.001$)。

2.4 两组 DRGs 相关绩效比较

与对照组比较, 观察组 DRGs 组数增加, 病例组合指数(CMI)值上升, 低风险死亡率、时间消耗指数、费用消耗指数下降, 见表 3。

表 3 两组 DRGs 相关绩效比较

项目	对照组($n=64\ 882$)	观察组($n=64\ 677$)
DRGs 组数(组)	632	656
CMI 值	1.01	1.09
低风险死亡率	0.005	0.003
时间消耗指数	1.12	1.01
费用消耗指数	0.96	0.80

3 讨 论

DRGs 付费改革实施住院费用结构变动, 体现劳动技术价值。住院患者费用构成比变动与 DRGs 付费制度实施初衷一致。DRGs 付费制度的实施旨在控制医疗资源的不合理消耗。MENG 等^[8]研究表明, DRGs 付费制度对减轻患者疾病的经济负担具有重要的作用。DRGs 付费制度实施后, 药费、材料费占比和金额均降低。检查费、治疗费、手术费、护理费、血液制品费和其他费用占比均有不同程度的上升, 其中手术费、治疗费、护理费等体现医护人员劳动价值的费用占比升高符合制度实施的导向。床位费占比和金额均有下降和平均住院日缩短有关系。患者平均住院日的长短和患者的住院费用直接相关^[9], 缩短平均住院日能有效降低患者住院费用, 减轻患者医疗经济负担^[10]。从费用构成的分析上可以看出, 案例组合效

应的大小由确定的相对价格决定, 目前的 DRGs 价格代表了所有治疗医保患者的医院的平均价格, 因此是高质量和低质量、高效和低效的平均价格。在任何合理的同质诊断中, 每个病例的成本由 4 个因素决定, 即平均住院日、服务强度、提供服务的成本和机会, 净收入只有通过缩短平均住院日或服务强度或两者兼而有之才能实现最大化。本研究中, DRGs 付费制度实施后住院患者的平均住院日明显缩短, 住院费用明显降低。

DRGs 付费改革实施管控药品和耗材, 控制医疗资源的不合理消耗。DRGs 付费试点目前相关研究表明有利于医院, 有助于平均住院日的缩短和控制医疗资源的不合理消耗^[11]。KONÉ 等^[12]对 DRGs 的相关研究进行整理发现, DRGs 付费制度实施后取得的共同成效医疗成本的降低, 与国内高继玲^[13]、温星来等^[14]研究结果一致。本研究中, DRGs 付费制度实施前药费的占比过高, 在 DRGs 实施后药费占比和绝对值大幅下降, 但在住院费用的比中依然位列榜首。DRGs 付费制度实施后材料费占比下降, 可见 DRGs 付费制度实施的成效。药费和材料费占医院费用是医院管控的重点环节。驱动型绩效管理是医院控费的有效手段, 药品和耗材的采购、入出库、合理使用均离不开医院的监管^[15]。支付方式改革有助于合理用药、规范耗材的使用^[16], 有助于医疗技术服务价值观的树立, 更是在医疗服务中控制服务质量、控制不合理医疗费用增长的关键。

DRGs 付费改革实施助力医院精细化管理, 促使医疗效率的提升。精细化管理是医院目前最新的发展方向, DRGs 评价为医院的精细化管理指明了方向, DRGs 实施前后 DRGs 组数、CMI 值、时间消耗指数等维度得到明显的优化, 并在医院精细化管理中充分发挥质量评价作用, 如把 CMI 值和病种覆盖范围纳

入科室绩效考核评价指标,指导医院调整绩效考核方案。DRGs 是病种和医疗机构进行绩效评价的有效工具之一。报销方式改为以预期确定的价格支付治疗费用,通过将以收入中心改为以成本为中心。病例组合和每个病例的成本有关,引起医院收入结构会发生一些变化。医院的发展由规模指标转向内涵指标,从关注量的扩大转向更关注 DRGs 评价体系体现的绩效结果,这些指标体现医院从技术难度到效率安全指标等管理效果。DRGs 付费制度的实施,需要医疗机构、医务人员、患者等多方的参与^[17],是一个多方博弈的过程。DRGs 用于绩效的评估需要结合医院实际,不局限于 CMI 值、时间和费用消耗约束和规范各方行为。DRGs 付费制度实施后费用消耗明显降低,与费用绝对值下降相一致。我国的费用结构中药耗所占比例较大,DRGs 的绩效考核受到药耗费用影响明显。CMI 值的上升并不只是因为医院绩效的上升,也可能是由于费用的降低造成的。医院在费用控制上,也必须遵循首要预判措施、合理性和经济性的原则,以及从控制不合理的药品耗材到非必须检查检验项目,最后才是手术治疗措施,符合本研究结构变化的结果。减少服务水平和强度会导致患者的流失,下一步在医院管理中,在保证医疗质量安全的同时,需要在患者和 DRGs 层面准确有效的核算用于治疗特定的消耗来做到更准确的结构调整和控制,才能向医保患三方共赢的目标迈进。

综上所述,DRGs 的实施缩短了患者的平均住院日,其中药费、材料费、床位费下降,而体现医务人员劳动价值的治疗费、手术费、护理费升高,DRGs 的实施在增效方面取得了明显效果,但由于本研究收集资料时间较短,故后续有待进一步研究,为 DRGs 的实施提供科学的依据,转变医疗行为策略,重视医疗安全,提升医疗质量,提高医疗机构精细化运营管理水平。

参考文献

- [1] 范一群,陈园,何亦斌,等. DRGs 在我国医疗服务中的应用[J]. 解放军医院管理杂志,2019,26(6):545-548.
- [2] 张雪莉,罗玉英,莫春梅,等. 基于 DRGs 的四川省儿科医疗服务能力对比分析[J]. 中国卫生质量管理,2020,27(3):51-54.
- [3] 吴学智. 基于 DRGs 的急性阑尾炎患者住院费用分析[J]. 中国卫生统计,2020,37(3):465-467.
- [4] 何国斌,郭佳奕,吴友妹,等. DRGs 视角下某三级甲等医院医疗服务能力变动影响因素分析[J]. 中国医院统计,2020,27(3):256-258.
- [5] 罗明薇,谢世伟. 四川省地区医疗服务能力 DRGs 评价[J]. 解放军医院管理杂志,2020,27(7):617-620.
- [6] 刘冬生. 某三级甲等医院 DRGs 支付方式实施成效评估[J]. 中国病案,2020,21(5):47-49.
- [7] 邓静. 基于 DRGs 的临床医疗质量评价体系[J]. 解放军医院管理杂志,2020,27(1):14-16.
- [8] MENG Z, MA Y, SONG S, et al. Economic implications of Chinese diagnosis-related group-based payment systems for critically ill patients in ICUs[J]. Crit Care Med, 2020, 48(7): e565-573.
- [9] DESCAMPS A M, DE PAEPE P, BUYLAERT W, et al. Adults with acute poisoning admitted to a university hospital in Belgium in 2017: cost analysis benchmarked with national data[J]. Clin Toxicol (Phila), 2020, 58(5): 406-413.
- [10] ÁGUILA R A, MUÑOZ D MA, SEPÚLVEDA S V. Implementation of diagnosis related groups methodology in a university hospital [J]. Rev Med Chil, 2019, 147(12): 1518-1526.
- [11] ZENG JQ. The pilot results of 47 148 cases of BJ-DRGs-based payment in China [J]. Int J Health Plann Manage, 2019, 34(4): 1386-1398.
- [12] KONÉ I, MARIA ZIMMERMANN B, NORDSTRÖM K, et al. A scoping review of empirical evidence on the impacts of the DRGs introduction in Germany and Switzerland [J]. Int J Health Plann Manage, 2019, 34(1): 56-70.
- [13] 高继玲. 探究 DRGs 评价指标在医疗绩效管理中的应用[J]. 行政事业资产与财务, 2020, 15(20): 17-18.
- [14] 温星来,胡伟,梁永晴,等. 科室 DRGs 评价指标象限图在医疗服务精细化管理中的应用[J]. 中国卫生信息管理杂志,2020,17(5):682-688.
- [15] 谢世堂,王虎峰. 绩效管理如何驱动公立医院管理能力跨越发展:基于 DRGs 的案例分析[J]. 中国卫生政策研究,2020,13(8):23-30.
- [16] 朱梓荣,张伶俐,颜建周,等. 美国 Medicare 支付方式改革历程和驱动因素及对我国的启示[J]. 中国药房,2020,31(5):545-549.
- [17] SHON C, YOU M. Evaluation of health policy governance in the introduction of the new DRGs-based hospital payment system from interviews with policy elites in south Korea[J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(11): 3757.