

疾病诊断相关分组的国内外研究进展及对策建议

潘莹¹ 王敏² 何祯³ 孟雪⁴ 杨磊⁵ 邢明强^{6*}

【摘要】疾病诊断相关分组(DRGs)是医疗保险机构按照该病种的预付费标准向医院支付费用,而对于超出标准的医疗费用则由医疗服务机构本身承担的一种付费制度,被广泛证明在医疗保险支付时对控制不合理的医疗费用具有重要的现实意义。本文论述了我国DRGs相关政策背景,以及国内外DRGs的研究进展,发现各国应用DRGs付费制度在分配和管理医疗卫生资源方面取得了良好的效果,并阐述了单病种付费制度与DRGs的差异。根据DRGs在实施过程中面临的挑战,提出应明确政府在医疗付费改革中的主导地位;因地制宜,选择符合本地的病种,扩大试点范围;提高病案管理质量,促进信息系统建设;推动临床路径的推广和完善,形成全国统一的DRGs付费体系的系列建议。

【关键词】疾病诊断相关分组;单病种付费;研究进展

【中图分类号】R956 **【文献标识码】**A

Research Progress and Countermeasures of Disease Diagnosis Related Groups at Home and Abroad

PAN Ying¹, WANG Min², HE Zhen³, MENG Xue⁴, YANG Lei⁵, XING Ming-Qiang^{6*}

1. Medical education collaboration and medical education research center, Hebei Medical University, Shijiazhuang 050051, China; 2. Business School of Hebei Normal University, Shijiazhuang 050024, China; 3. Journal of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050051, China; 4. Department of Infectious Disease, Shijiazhuang Fifth Hospital, Shijiazhuang 050024, China; 5. School of public health, Hebei Medical University, Shijiazhuang 050051, China; 6. Hebei Institute of Human Resources and Social Security, Shijiazhuang 050057, China

【Abstract】Disease diagnosis related groups(DRGs) is a payment system for medical insurance institutions to pay for hospitals according to the prepaid standard of the disease, and a payment system for medical expenses that exceeds the standard is borne by the medical service itself. It has been widely proved that it is of great practical significance to control unreasonable medical expenses in the payment of medical insurance. This paper reviews the policy background of DRGs in China and the research progress of DRGs at home and abroad. It is found that the application of DRGs payment system in countries has achieved good results in the allocation and management of medical and health resources, and the differences between single disease payment system and DRGs are described. According to the challenges faced by DRGs in the implementation process, it is recommended to clarify the government's dominant position in the medical payment reform; adapt to local conditions, choose to comply with local diseases, expand the scope of the pilot; improve the quality of medical records management, promote the construction of information systems; promote the promotion and improvement of clinical pathways, form a unified national DRGs payment system.

【Key words】Diagnosis related groups; Single disease payment; Research progress

医保支付作为深化医疗体制改革的重要组成部分,在调整诊断、治疗服务行为和促进卫生资源合理分配方面起着重要的作用。为了控制不断增长的医疗费用,我国正在逐步探索医保支付方式。在多

DOI: 10.12010/j.issn.1673-5846.2022.06.024

基金项目:河北省社会科学基金项目(HB17SH032)

作者单位:1.河北医科大学医教协同与医学教育研究中心,石家庄 050051; 2.河北师范大学商学院,石家庄 050024; 3.河北医科大学期刊社,石家庄 050051; 4.石家庄市第五医院感染一科,石家庄 050024; 5.河北医科大学公共卫生学院,石家庄 050051; 6.河北省人力资源社会保障科学研究所,石家庄 050057

*通信作者:邢明强, E-mail: 405666350@qq.com

元复合式医保支付方式中,疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRGs)付费是目前国际上住院费用支付方式改革的主流趋势^[1],我国在推进DRGs制度落实的过程中,出台了一系列相关政策。2011年5月,人力资源社会保障部出台《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》,文中提出“目前促进医疗保险付费方式的改革目标是要以探索总额预付为基础,结合实际情况探索实行从按病种付费到DRGs付费方式的转变”。2017年6月,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》,意见中提出“为进一步积极探索建立DRGs付费体系和加强医保基金预算管理,从2017年起选择部分地区推行DRGs付费试点,以此来促进多元复合式医保支付方式的实现”。2018年12月,国家医保局出台了《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》,通知中提出了按照“顶层设计、模拟测试、实施运行”三步走的工作部署,并提出了具体工作方针:通过DRGs付费试点城市深度的参与,共同确定试点合理方案,探索其推进路径,制定并完善全国基本统一的DRGs付费制度、流程和标准化规范,形成可借鉴、可复制、可推广的试点成果^[2]。2019年10月,国务院发布的《关于促进中医药传承创新发展的意见》中提出,“为进一步完善中医药医保政策,要以中医药服务特色为基础,确定合理的付费标准,建立符合中医药特色的医保支付方式,以此来推进DRGs付费方式的实施^[3]”。

由此可见,DRGs付费方式已成为我国医改的重点内容。按DRGs付费一方面能够控制不合理医疗费用、保证医疗质量、提高医院管理水平^[4],比如可以通过鼓励医院自动降低成本来获得更大的利润,以此增强医疗管理的质量;缩短患者住院时间;并降低对医疗费用控制有益的诱导性医疗费用的支付^[5]。另外一方面也给医院管理带来了一次深层次改革,推动了质量管理学科、经济管理学科、信息管理学科等医院多学科的发展,推进了诸如临床路径、战略成本管理、数字化医院等一批先进管理方法的确立^[6]。另外,既可以在体现医生技术劳动价值的同时,提升患者的满意度,也可以体现不同病种的资源消耗差异,实现医保控费与医疗服务健康发展之间的均衡以及医院-医保管理机构-患者三方共赢的局面。

1 国外按病种分值付费制度的研究进展

1.1 美国按病种分值付费制度

美国是首先创建DRGs付费制度并最早开始应用的。耶鲁大学卫生研究中心的研究者为了科学地评价医疗保险基金,于20世纪70年代成立了DRGs研究中心,通过对美国3个州169所医疗服务机构的70万份病历分析研究^[7-8],基于临床医学和解剖学,提出一种被命名为DRGs的新理论,一种将住院患者诸多病例组合方案理论^[9]。之后在美国政府的帮助和资助之下,探索研制形成了第2代DRGs。1983年开始在医保基金付费中使用DRGs。此后DRGs付费制度经过了多次改进,自2000年起美国医疗卫生系统开始应用第6代DRGs,第6代DRGs在病例分组前提下设置了总额预付款付费制度,这使得其可以对一些不合理的医疗费用进行合理调节和控制,从而使医院有限的医疗资源达到高效化使用。美国在实施DRGs付费方式后,医疗卫生费用增长率在1990年为6%左右,相比于1983年前的17%明显下降;而平均住院天数从10.4d下降到了8.7d左右。该制度使得美国在公正有效地分配和管理医疗卫生资源方面取得了显著效果,因此被世界上其他国家的医疗卫生管理部门借鉴和应用。北欧诸如瑞典、挪威等国家以及西欧等国家直接沿用美国的DRGs方案于本土,而更多的国家,如澳大利亚、德国以及一些亚洲国家和地区等都以美国DRGs制度为基础和指导,结合本国实际情况进行了符合本国国情的改造,并取得了显著效果。

1.2 澳大利亚按病种分值付费制度

澳大利亚基于本国病例实际情况,于1988年引进美国DRGs付费方式用于医院内部及院际间评估,与此同时开始尝试本国DRGs系统的修订与开发。1991年澳大利亚设立了病例组合临床委员会机构,此机构通过对本土病例组合方案的探索,研发了具备527个DRGs的AN-DRG v1.0。1993年,进一步研发了具备530个DRGs的AN-DRG v2.0,并率先在维多利亚州试运行,在显示出良好的效果后,便推广到了全国。与美国DRGs相比,澳大利亚DRGs本土化的独特性在于其致力于改善和增强系统的临床统一性与可接受性,他们不再把DRGs方案局限在一个主要诊断分类(MDC)中,而是将相应病例根据本地特性被划分到对应的AN-DRGs组,然后再

根据患者的年龄、并发症和其他因素来进一步划分到一个 DRG 组中。1999 年 AN-DRGs 被改造成 AR-DRGs, 以后每两年对该方案进行修订。AR-DRGs 是基于新的临床复杂性得分来估算 DRGs 成本, 更好地理解 MDC 和并发症对病例复杂性的影响, 更好地反映急性住院患者的实际成本^[10]。2014 年推出 AR-DRG v 8.0 并沿用至今^[11-12]。

1.3 德国按病种分值付费制度

德国于 1984 年开始研究 DRGs, 由于美国的 DRGs 很难将成本、费用与疾病分组进行结合, 德国就暂时停止引入。2000 年, 德国政府成立了医院赔付系统研究中心, 简称 DRGs 研究中心, 通过深入研究美国和澳大利亚的 DRGs 系统, 结合本土国情推出了 G-DRG 系统^[13]。G-DRG 实施后, 德国政府开始制定法律措施来对其进行制约, 并且拥有专门的部门来研究 DRGs 的费用标准。德国实行的是医疗与药品分开的体制, 据一项数据显示, 相较于 1991 年德国平均住院日的 14 d 而言, 2014 年德国平均住院日则下降到了 8 d 左右^[14]。G-DRG 系统的实行取得了与美国类似的效应, 如缩减了住院天数、减慢了医疗费用的增加, 并且提高了医院管理水平, 增进了医疗服务机构和患者之间的服务平衡等一系列效果。

1.4 亚洲国家按病种分值付费制度

在亚洲范围内, 日本和韩国也相继应用 DRGs 付费系统。日本政府为建立具有本国特色的医疗保险制度体系, 于 1990 年开始探索与 DRGs 相似的诊疗方式分组/按日付费系统 (DPC/PDPS)。该系统经过 10 多年的改进, 最终于 2003 年正式推广, 并开始在各综合性医院进行试行^[14]。日本在实行 DPC/PDPS 后, 患者的平均住院天数下降了 4.5%。日本 DPC/PDPS 的应用被认为公平分配了医疗资源, 使得疾病负担下降, 并有效缩短了患者的住院时间。而韩国是在美国的 DRGs 基础上进行了改进, 将预付制度和补偿基本医疗成本结合到一起, 使得在韩国实施的 DRGs 运行更加符合本国国情^[15]。韩国在 1997 年推行 DRGs 后, 平均住院天数下降了 3.0%, 平均医疗成本下降了 8.3%, 该制度取得了一定的成果。

2 按病种分值付费制度在国内的应用

我国于 20 世纪 80 年代开始对 DRGs 进行探索和研究。随后北京、上海、天津等地许多医保定点

医院和部门开始对 DRGs 付费制度进行研究, 并尝试将其运用到医院改革的实践中。因而, 选取北京、天津和上海 3 市来对其改革的进展进行个案分析, 总结改革的经验和启示, 分析存在的问题, 具有一定的代表性, 也为我国其他各省(区)市推进 DRGs 制度提供经验。

2.1 北京市按病种分值付费制度的研究进展

2006 年北京市公共卫生信息中心采用美国 AP-DRGs 和澳大利亚 AR-DRGs 两种程序对北京市 12 家三级医院将近 3 年的 70 万份病历数据进行了试验性 DRGs 分组, 结果显示澳大利亚的 DRGs 体系更为符合北京市本地病例信息。之后专家组又对 AR-DRGs 系统进行了本土化改造, 再辅之以北京市十几家医院的数据为基础数据, 于 2007 年出台了 DRGs 标准。2008 年, 北京市公共卫生信息中心研发出了符合北京地区特点的 DRGs 版本, 并命名为“北京版疾病诊断相关分组 (BJ-DRGs)”, 并在 2011 年开始了试点工作^[16]。

在本次试点中, 北京在 6 家三甲综合医院选择了 108 个 DRG 组作为 DRGs 付费试点。自试点以来, 患者负担的医药费明显下降, 并且医院也显著提高收益, 这 6 家医院平均收益率为 15.02%; 其中, 最高为 18.12%, 最低为 10.71%^[16]。从医疗保险基金角度出发, DRGs 付费的优势也比较显著。相比按项目付费, DRGs 付费使得医保基金支付费用降低, 且费用超高的病例所占比例也在逐步降低。整体来看, 通过 DRGs 结算的病例住院费用得到了很好控制, 而且以往医院、医生和医保间的矛盾冲突此次也未明显出现^[16]。北京市医保拟定进一步扩展试点规模, 并分别于 2013 年和 2015 年启动了北京市平谷区、怀柔区新农合医疗保险的 DRGs 支付制度改革试点工作。

2015 年, 北京市公共卫生信息中心被任命为国家 DRGs 质控中心, 开始推进全国 DRGs 的探索与试点工作^[17]。同时以北京研制的 DRGs 付费系统为参照, 出版发行了国内首本关于 DRGs 付费书籍, 命名为《CN-DRGs 分组方案 (2014 版)》。2015 年, 国家 DRGs 质控中心网站的启动以及省级 DRGs 住院医疗服务绩效评价平台的试运行, 为各省市卫生和计划生育委员会提供了经验和启示^[16]。

2.2 上海市按病种分值付费制度的改革进展

上海在 1996 年实行城镇职工医保时就采取了

“总量控制下按服务项目支付”的医疗付费体制^[18]。由于医疗保险基金支出增长过快,2002年上海市医保基金管理部门建立了专门的总额控制办公室,2004年上海市医保基金管理部门正式实行了医疗保险多元混合支付方式:总额预算控制为主,混合按服务项目付费、按单病种付费、精神病医院按床日付费等多种方式^[19]。从2004年开始在二、三级医院中对部分病种实行按病种支付制度。而费用标准的确定是根据当时现况调查结果即:相应单个疾病住院次均医疗费用的平均水平决定。到2011年,按单病种付费已扩展到17个病种,取得了显著的效果^[20]。2017年上海市根据国家要求在单病种付费的基础上同步开展DRGs付费的基础研究和技术准备,并下达相关文件。到2020年,形成较为完善的、符合本地医疗特色的医保预算总额控制框架下的多元复合式医保支付方式。

2.3 天津市按病种分值付费制度的改革进展

天津于2003年开始尝试对精神病院住院结算实施按日付费的结算方式,2004年开始逐步实施住院总额预付制模式,基本思路是“总额管控、预先支付,风险分摊、结余自用”^[21]。2011年,出台《天津市基本医疗保险按病种付费管理办法(试行)》,文中提出要针对57个病种,在全市的所有医院内实行单病种付费方式^[22]。2017年天津发布了《关于进一步深化我市基本医疗保险支付方式改革实施方案》,该方案发布了以下改革目标:为全面推广以按病种、按人头付费为主的多元复合式医保支付方式改革,以实施医保基金总额为基础,总结已经实行的按病种付费的100多个住院病种的有效经验,综合考虑患者的发病情况,选择临床路径清晰、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的病种,在原来基础上另外增加50余个按病种付费项目,重点考虑儿童白血病、先天性心脏病等有较大社会反响的疾病,实行按病种付费,不断扩大按病种付费的病种和医疗服务机构数量^[23]。同时渐进式将日间手术病种以及符合开展条件的医疗服务机构,纳入按病种付费规模以内。对于患者选择日间手术方式治疗所发生的医疗费用,参照住院有关规定报销^[24],且无起付线标准。该方案还进一步完善了医疗评价体系和医保付费制度的要求:包括明确考核评价体系、明确付费协商制度以及完善激励约束制度。

2017年,国家卫计委在深圳召开了DRGs付费

改革试点启动会^[25],大会上形成了在多个地市开展DRG试点的方案,在3个城市(广东省深圳市、新疆维吾尔自治区克拉玛依市、福建省三明市)的多家公立医院和3个省市级多家医院同时实施DRG试点^[26]。2019年将试点扩展到50个地市,2020年扩展到100个地市^[27]。

在医疗卫生体制不断改革的前提条件下,DRGs已经增添了一项重要功能:医疗卫生管理工具。DRGs付费方式一方面可以促使医疗服务机构增强预防保健,降低疾病发病,更可控制疾病诊疗成本以及医疗服务费用。另一方面DRGs的实行可以提高医院的基础管理质量:有益于节省医疗卫生资源,提升医疗质量并且能够适当控制医疗保险费用的过度增长。同时,强化医院成本核算、加强对医生的管理、降低药占比,可以达到控制单病种费用的目的,从而提升医院自身的竞争力^[28]。

3 单病种付费制度与DRGs比较及其存在的问题

3.1 单病种付费制度与DRGs比较

单病种付费模式是指按照相同的疾病诊断标准将疾病分类,科学地拟定出每一种疾病的定额支付标准(这个标准制定是包括疾病从诊断、治愈到出院各个环节的相应医疗成本耗损),医保机构参照此标准向医疗服务机构支付相应的住院费用,也就是说医疗服务机构的资源消耗与所治疗的住院患者数量、疾病轻重程度和服务质量成正比^[29]。我国对单病种付费的研究经历了以下几个阶段,分别是学习、试点和完善。20世纪80年代初,哈尔滨医科大学附属第一医院对其医院普外科20种常见病确定了单病种标准,这也是单病种付费的最初模式;2000年江苏省对19个病种展开了单病种限价收费制度;2003年部分地市的新农合开始试点单病种付费方式;2004年,卫生部发布了《关于开展按病种收费管理试点工作的通知》,在这个通知中确定了7个省市开展单病种付费试点^[21];2011年国家发出了《关于开展按病种收费方式改革试点有关问题的通知》,着重对开展按病种付费的意义、原则和有序推进的办法等进行了详细说明;2017年国家发展改革委、国家卫生计生委和人力资源社会保障部三大部门联合发文要求推进按病种收费制,并与此同时发布了320个单病种目录^[30]。2018年全国已有将近2/3省份开始或正式试点实施按单病种付费制。从各省份现已

实施情况来看, 尽管按病种付费实施虽然取得了一定成就, 但也出现了一系列亟需解决的问题^[30]。1) 单病种付费覆盖范围较窄, 对于控制医疗整体费用增长作用有限; 2) 医生为了防止医疗费用超出, 有可能会选择减少必要检查和耗材, 有意降低了医疗质量, 损害了患者的利益, 并限制新医疗技术的使用; 3) 为了控制医疗费用超出, 医院也可能会对新技术的使用有所保留或暂不引入新设备新技术, 甚至会引发医院之间恶性竞争, 拒收重症患者。因此这种单病种付费方式更多是一种过渡性支付方式。

相较于单病种付费制度, DRGs 是一种根据患者的自身状况 (包括年龄、性别)、临床对于疾病的诊断、住院天数、手术方式、疾病严重程度、是否有并发症、合并症以及出入院情况等因素把患者分成不同的诊断相关组^[31], 在不同分组上进行科学核算, 预付总额控制费用, 然后根据每组预先确定的统一费用支付标准进行定额支付。也就是说 DRGs 实际上是医疗保险机构和医疗服务机构预先按照病种付费标准达成协议, 医疗服务机构在收治患者时, 医疗保险机构按照预付费标准向医院支付费用, 超过标准的医疗费用则由医疗服务机构自己承担^[32-33]。我国对 DRGs 支付制度的研究也经历了学习、试点和完善阶段。1980—2001 年为 DRGs 学习阶段。1980 年, 我国开始引入 DRGs 概念。1990 年, 医保研究者开始摸索 DRGs 付费系统。北京、天津、上海等地的医学院校和研究部门相继关注 DRGs 付费制度, 并将其运用于医疗改革的实践。然而由于当时医院信息标准化并未完善, 缺乏完整系统的核算方法, 医疗体制改革也并未同步实施, 所以 DRGs 的相关研究也被暂时搁置^[34]。2001—2008 年为 DRGs 试点阶段。2001 年, 江苏省开始实施简化 DRGs-PPS 政策。2004 年, 北京也开始试行 DRGs。通过各个试点的不断修正和完善, 2008 年出现了升级版的 DRGs。2008 年之后为 DRGs 的完善阶段。比如, 2008 年, 我国发布了《2008 简化 DRGs 质量监督管理手册》; 2010 年, 进行“医药卫生五项重点改革”等。因而, DRGs 从最初应用在住院患者付费领域, 到如今已经更换诸多版本, 内涵也早已从付费的单一功能, 延伸到了医疗质量管理、医院评价、医生评价等诸多方面。

DRGs 在很多地方和单病种付费有共同特点:

1) 两者数据源均来自医疗机构的病案首页, 关键字

段均为主要疾病诊断和其手术操作。2) 两者均为按病种付费的方式, 将医疗服务的全过程视为了一个单元, 按照预先制定的医疗费用标准对医疗机构进行补偿, 而不再是按疾病诊疗过程中实施的每个医疗服务项目进行支付, 因此实际支付费用与每个病种有关, 而与治疗产生的实际成本无关。3) 两者均以病种分类方案为基础。4) 医疗保险管理机构是按照统筹基金定额标准支付给相应的医疗服务机构^[35], 原则为“定额包干、超支自付、结余归己”^[36]。但与此同时 DRGs 却可以解决单病种付费所产生的问题。1) DRGs 可以纳入绝大多数病种, 因此可以有效避免医疗服务机构在单病种付费制度下有意识主动选择患者的行为; 2) 主动减少了病例分组数量, 更适合医保经办机构的管理, 方便医保经办机构更有效管理。

3.2 按病种分值付费制度存在的问题

由项目付费过渡到 DRGs 遇到了很多困难, 由于疾病合并症以及并发症造成了疾病的复杂多样性, 因此即使同一种疾病也会因为诊疗方案的不同而造成诊疗花费不同。通过总结 DRGs 实施的经验, 实施 DRGs 的国家政策条件以及技术支持尤为重要, 主要包括实施 DRGs 的政策法规、管理的组织机构体系、监督评估标准和数据信息系统。由于我国医疗费用的特点是人力成本所占比重偏低, 药品和医用材料所占比重过高^[37], 导致患者费用的统计规律与国外指标偏离。因此直接沿用国外的 DRGs 并不合适, 需要结合国情形成自己的 DRGs 体系。

此外在实施 DRGs 的过程中也碰到了很多问题:

1) 可能会使医疗卫生服务的总费用并未得到有效的遏制, 这是由于医院为解决患者的实际住院天数增加的问题, 会诱导患者去门诊看病, 从而导致门诊服务增加, 门诊费用也随之上涨; 2) 在诊疗时, 医院会有意识地收治收费高的病种; 3) 可能会使重症患者得不到就医的机会, 医疗服务提供方会有意识地选择低风险人群入保; 4) 可能会造成医生的工作积极性下降, 医疗服务质量降低^[38], 技术进步被拦阻。因此在我国实行 DRGs 改革需要从以下方面着手: 形成全国统一的 DRGs 付费体系, 严格的医保基金行为管理以及标准化的 DRGs 支付考核办法^[16]。

4 落实按病种分值付费制度的对策建议

明确政府在医疗付费改革中的主导地位, DRGs

付费与以往的付费方式不同,是医保基金部门实施,多部门统筹协调推进的一项医疗改革措施,在其推进的过程中,涉及医疗机构、药品经营者的布局以及运行模式的改革与重建。因此在推广其发展时,首先需要政府在宏观层面上加强统筹。通过政府领导、制定政策并实施严格监管措施,才能够逐步完善医疗改革中出现的各种机制,使 DRGs 付费方式改革走可持续发展之路。因地制宜,选择符合本地病种,扩大试点范围。其次应该继续完善现行试点病种,同时选择较为常见的、临床路径比较明确的、分类也相对较简单的病种,以此为基础逐步加大试点范围,稳中有进推行 DRGs 的实施。同时推动按病种付费管理向总医疗费用控制、疾病治疗方规范化稳定发展。提高病案管理质量,促进信息系统建设。对病种申报程序和内容应该首先规范化,提高疾病申报的准确性^[39]。将 DRGs 试点的病种纳入医疗保险基金管理部门申报核算管理体系,通过规范化的操作流程,进一步提升疾病病种申报的准确性。

其次需要建立疾病病种申报数据比对机制,标准化病种申报数据^[40]。有了良好的信息系统作支撑,DRGs 才能更有效实施。加大临床路径的推广和完善。DRGs 付费体系和临床路径两者是相辅相成的,临床路径可以规范医疗服务行为和流程,保障医疗质量及其安全,因此它的应用在降低医疗支出费用的同时,又不降低医疗服务质量,这为 DRGs 的实行提供了安全保障,从而会带来更大的经济和社会收益。

国家医保局在 2018 年 12 月 20 日官方发布了《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》。DRGs 在国内试点开展两年来,也曾面临一系列挑战,本文以 DRGs 的政策研究与实施为研究对象,政策转变为逻辑起点,回顾了国内外 DRGs 的政策演进过程,同时也选择了北京、上海、天津 3 个试点城市的政策演进,更包含其在 2018 年 12 月 20 日后的试点情况,并根据其试点情况和目前所面临的挑战,提出了对策建议,以期为更好地推动 DRGs 的开展提供借鉴。

参考文献

[1] 段王玉,张庆红,徐文雅,等.以 DRGs 支付方式为驱动力的医院成本管理应用探索[J].江苏卫生事业管理,2018,29(12):1430-1431,1442.

[2] 国务院办公厅.关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[EB/OL].[2017-06-28].http://www.gov.cn/xinwen/2017-06/28/content_5206473.htm.

[3] 徐学萍.基于疾病诊断相关分组(DRG)原则的住院费用研究[D].济南:山东大学,2020.

[4] 帅海平.病案管理者在临床路径管理中的作用[C].济南:中国医院协会病案管理专业委员会第二十届学术会议,2012.

[5] 吕学红,卿枫,龚江.DRGs 付费方式实施前景探讨[J].天津社会保险,2018(2):47-49.

[6] 张毅.淄博市城镇职工基本医疗保险付费方式改革探析[D].青岛:中国海洋大学,2011.

[7] 高晓凤,曾庆.病例组合的研究现状及问题[J].中国医院统计,2004,11(1):53-55.

[8] 高晶.上海市三级专科医院结直肠癌诊疗费用影响因素研究[D].上海:复旦大学,2012.

[9] 李仁琼,王雅玲,雷继红.DRGs-PPS 相关研究综述[J].中国病案,2014,15(11):35-37.

[10] 甘银艳,彭颖.澳大利亚疾病诊断相关分组支付制度改革经验及启示[J].中国卫生资源,2019,22(4):326-330.

[11] 徐晓丽.我国公立医院 DRGs 成本核算模型与方法体系构建[D].南京:东南大学,2015.

[12] 万崇华,蔡乐,许传志,等.疾病诊断相关组 DRGs 研究的现状、问题及对策[J].中国医院统计,2001,8(2):112-115.

[13] 刘豆.DRGs 指标在专科医疗服务评价中的应用[D].昆明:昆明医科大学,2017.

[14] 陈少如,张红梅,郭舒婕,等.疾病诊断相关分组与护理研究进展[J].全科护理,2019,17(6):673-675.

[15] 李小晶.山东省某三甲医院单病种限额支付执行现状及存在问题研究[D].济南:山东大学,2018.

[16] 董乾,陈金彪,陈虎,等.DRGs 国内发展现状及政策建议[J].中国卫生质量管理,2018,25(2):1-4.

[17] 刘卫荣.医务人员对 DRGs、ICD 编码的认知度调查和病案编码质量分析[D].太原:山西医科大学,2017.

[18] 陈磊.新医改下医疗保险支付方式改革问题研究[D].郑州:河南大学,2018.

[19] 龚劲倩.上海市医疗保险支付制度研究[D].上海:上海交通大学,2014.

[20] 罗娟,汪泓,吴忠.基于 DRGs 模式的上海医疗保险支付方式研究[J].现代经济信息,2012(23):259-260.

[21] 张艳丽.沈阳市某三甲医院城镇职工医疗保险单病种付费控制效果研究[D].沈阳:中国医科大学,2018.

(下转第 128 页)

结合文中发现的问题,各药品生产企业应不断完善和提高开展方法适用性试验的能力,保证试验结果的准确性和可靠性,为人民群众用药安全有效提供保障。

参考文献

- [1] 胡昌勤.药品微生物控制体系建设现状与展望[J].中国现代应用药学,2021,38(5):513-519.
- [2] 严佳,钟桂香,贺金山,等.我国药品微生物限度检查的发展历程[J].药学实践杂志,2010,28(3):211-212,214.
- [3] 马仕洪,刘鹏,杨利红,等.药品微生物限度检查方法适用性试验中加菌方式的实验研究[J].药物分析杂志,2018,38(5):877-882.
- [4] 胡昌勤.药品微生物控制现状与展望[J].中国药学杂志,2015,50(20):1747-1751.
- [5] 杨晓莉,李辉,马英英,等.中国药典2015年版非无菌产品微生物限度检查:微生物计数法解读[J].药物分析杂志,2016,36(6):1101-1107.
- [6] 国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].2020年版四部.北京:中国医药科技出版社,2020:160-171.
- [7] 雷质文,姜英辉,梁成珠,等.食源微生物检验用样品的抽取和制

备手册[M].北京:中国标准出版社,2010:1065.

- [8] 中国食品药品检定研究院.中国药品检验标准操作规范[M].北京:中国医药科技出版社,2019:444-447.
- [9] 潘泰,汤静.1例黑曲霉菌感染患者的病例分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(24):214-215,217.
- [10] 陈倩,张稷,杨航,等.1例黑曲霉菌肺部感染患者临床抗感染治疗的药学监护[J].抗感染药学,2020,17(12):1831-1834.
- [11] 马仕洪,刘鹏,杨利红,等.药品微生物限度检查方法适用性试验中加菌方式的实验研究[J].药物分析杂志,2018,38(5):877-882.
- [12] 庞云娟,樊文研,刘康连,等.药品微生物限度检查方法学验证的研究进展[J].中成药,2017,39(10):2137-2140.
- [13] 国家药典委员会.中国药典分析检测技术指南[M].北京:中国医药科技出版社,2017:568.
- [14] 杨晓莉,李辉,马英英,等.《中国药典》2015年版非无菌产品微生物限度检查:控制菌检查法解读与对策[J].中国药师,2016,19(4):748-752.
- [15] 李超美.全省9个地市药检所对中成药香莲丸微生物限度检查结果的研讨[J].海峡药学,2010,22(12):78-80.

(收稿日期:2022-01-17)

(上接第123页)

- [22] 弓园远.天津市基本医疗保险基金总额管理考核指标体系研究[D].天津:天津大学,2015.
- [23] 廖晨霞.天津:医保全面推行按病种、人头付费[EB/OL].[2017-09-09].http://www.gov.cn/xinwen/2017-09/09/content_5223801.htm.
- [24] 段玮.天津全面推行多元复合式医保支付方式改革[EB/OL].[2017-09-26].<http://news.enorth.com.cn/system/2017/09/25/033794171.shtml>.
- [25] 杨智勇,刘丽杭,李慧平,等.管理会计在国内医疗卫生机构实施的发展展望[J].会计之友,2018(8):118-121.
- [26] 我国正式启动DRG收付费改革试点[J].中国医院院长,2017(12):16.
- [27] 赛金花.重磅医改试点启动,要革几百万药械经销商的命[EB/OL].[2017-06-05].https://med.sina.com/article_detail_103_1_26962.html.
- [28] 覃剑,刘欢.疾病诊断相关分组(DRGs)医保支付方式在中国实践的研究进展[J].智慧健康,2018,4(20):67-69.
- [29] 莫夏丽.统计、评价与持续改进在单病种质量管理中的应用[J].统计与管理,2015(6):115-116.
- [30] 孔运生.安徽省按单病种付费实施效果评价研究[D].合肥:安徽医科大学,2017.
- [31] 李哲.玉溪医改:让群众就医不再难[EB/OL].[2019-10-21].

http://www.china.com.cn/zhibo/content_75323403.htm.

- [32] 谢其鑫,刘畅鑫,丁方然,等.国外DRGs的发展概述及我国中医临床应用浅析[J].世界中西医结合杂志,2016,11(5):729-731,736.
- [33] 刘亚歌,彭明强.医疗保险费用支付方式改革对医院管理的影响[J].中国医院管理,2011,31(7):3.
- [34] 郑启文,刘忆,冷家骅.DRGs在国内外的应用回顾及探讨[J].中国医院,2015,19(6):11-12.
- [35] 马国善.单病种付费和DRGs付费之比较[J].中国社会保障,2011(11):74-75.
- [36] 福建三明609个病种全部按病种付费[J].领导决策信息,2016(26):12-13.
- [37] 李包罗,华磊.DRGs是科学解决“看病贵”问题的有效途径[J].中国医院,2006,10(3):19-22.
- [38] 董香书,Proochista Ariana,肖翔.中国农村医生离职倾向研究——基于工作收入、医院管理与医患关系的实证分析[J].经济评论,2013(2):30-39.
- [39] 姚红.上海市医疗保险按病种支付的实践探讨[J].卫生经济研究,2011(4):30-31.
- [40] 杜乐勋,武广华,朱玉久,等.医院单病种付费概念与内容、历史和现状以及政策建议[J].中国医院管理,2007,27(9):23-25.

(收稿日期:2021-08-25)