

关于公立医院按病种分值付费改革的现状及路径探究

赵会爽 周佳丽 安淑芳

(河北省衡水市人民医院, 河北 衡水 053000)

【摘要】随着医疗改革的深化,我国自2020年起启动新型支付方式的改革试点,这意味着按病种分值付费方式(以下统称为DIP)成为改革平行推进的主要付费方式。目前DIP付费已在全国范围内正式实行,由于疾病的地域性、医院的等级不同以及专科医院与综合医院的差异,故在DIP实施过程中,不同的城市地区体现出了不同的特点,也引发了各位同仁的思考和建议。本文旨在分析此次医保改革方式对结构的优化及实施过程中发现的问题,结合目前本院的医保改革现状来探讨其改进空间以及对医疗系统的影响,以期对医保政策制定和医疗服务改进提供有益建议,共创更加和谐稳定的医疗环境。

【关键词】医保DIP支付方式;医保改革;结构调整;异化行为

我国通过不断的医保支付方式改革,目前两大重要支付方式为融合诊断相关分组(DRG)与区域点数法总额预算和按分值付费(DIP)。两者各自具有独特的优势和不足,对医疗资源的充分利用、医保资金的合理化配置等方面均存在一定程度的局限性,如何将这两种付费方式进行融合,充分发挥各自优势,并弥补其不足,成为当前医疗保障体系改革的一个重要课题。本文以医保DIP支付方式为主要研究对象,进一步分析改革的成果,以此来提高医疗效率,为实际工作提供一定的帮助。

一、概述医保DIP付费模式的背景和基本原理

随着医疗改革的深化,公立医院对外需要迎接政策规范、医保支付的变革,对内面临后疫情时代业务收入、增速放缓、收不抵支的难题。在2020年10月、11月,国家医疗保障局办公室先后颁布了《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》、《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)和DIP病种目录库(1.0版)》,启动新型支付方式的改革试点,首次确定了全国71个试点城市。这意味着按病种付费方式(DIP),成为与DRG支付方式改革平行推进的主要付费方式。DIP是一种中国原创的支付方式,简单来说就是以大数据为基础,在汇集大量真实世界病例的基础上,按照“疾病诊断+临床操作”的分组规则,对病例进行分组,在总预算机制下根据年度医保支付总额和支付比例来进行总分值的计算。利用真实、全量数据客观还原病种的疾病特征及医疗行为,通过对疾病共性特征及个性变化规律的发现,较为客观的拟合成本、计算分值、结算付费,形成对医保支

付方式改革的重要技术支撑。与传统的费用报销模式相比,DIP利用大数据优势建立完整管理体系,故更加高效、便捷,为患者提供了更好地就医体验,同时也加速了医保资金的流转。这不仅提高了资金的周转效率,也为医疗机构提供了更大的经济保障,使其能够更好地提供优质的医疗服务。2023年2月,河北省医保局发布《河北省省本级按病种分值付费(DIP)医疗费用结算办法(试行)》的通知,这代表着省内试点医院(包括本医院)正式进入DIP付费阶段。

二、医保DIP支付方式改革的研究现状

目前DIP付费已在全国范围内正式实行,由于疾病的地域性、医院的等级不同以及专科医院与综合医院的差异,故在DIP实施过程中,不同的城市地区体现出了不同的特点,也引发了各位同仁的思考和建议。如童雪君等人就扬州市某三甲医院的医疗费用为该病种支付标准2倍以上的病例即高倍率病例的特征进行分析,研究发现诊疗难度大、编码错误率高、费用结构不合理的病例易成为高倍率病例,所以建议临床医生要重视病案首页质量,提升编码准确性,医院相关部门需加强诊疗行为监管,规避道德风险,同时各个科室之间应明确自身行业定位,专科差异发展,制定专项考核办法,定期考核,根据自身情况多进行沟通协作,从而建立健全的配套政策^[1]。按照国家DIP技术规范要求,《病种库》将主目录区分为核心病种近11553组,综合病种2499组,各试点城市病种目录库的分组规则与《病种库》应保持一致。各试点城市在试点过程中按照统一的分组规则不断完善本地的病种目录库”。淮

安市医疗保障局印雅琴就当地医院 DIP 付费实施情况进行分析与总结,为了与国家《病种库》保持一致,淮安市医院将前三年的历史病案数据信息进行整合、标准化为医保版的编码,按照国家分组流程形成主目录。其中分组规则与《病种库》一致的病种直接为主目录,分组规则与《病种库》不一致的病种及治疗方式在充分结合专业医生意见后,形成本地病种目录库。在实施过程中,保障了患者的医疗需求,提高了参保群众的满意度,提升医疗及管理绩效水平^[2]。王颖等人对宿迁某医院 499 例翼状胬肉出院病人使用不同医保付费方式产生的相关医疗费用进行研究,发现实施 DIP 付费方式以后,平均医疗总费用、药品费和手术费均明显下降,平均住院日缩短,患者平均自付金额降幅 46.24%。所以采用 DIP 付费方式可有效降低医疗费用、平均住院日和患者自费比例,可提升医保控费管理与医疗机构精细化管理效率,减轻患者负担^[3]。曲建卫等人收集半年间就诊于赤峰市某三级甲等医院患者的信息,调取 DIP 实际付费病例的 DIP 支付数据、基本信息数据、医疗费用数据等,发现医院医保收支结余水平与年龄、医保类型、费用偏差类别、疾病严重程度、手术治疗情况呈正相关;病种类型、住院天数、药品费用占比与医院医保收支结余水平呈负相关,通过了解医保 DIP 付费的影响因素,可以为医院合理控制药品、耗材费用,减少住院日,降低医疗成本提供参考及指导意义^[4]。李弯等人以结肠癌为例对广州市医院 DIP 付费与临床指南及路径相结合进行探讨,发现 2020 版 DIP 分值表与临床实际诊疗过程存在偏差和可待完善的空间,并结合临床指南与治疗路径对 DIP 分组进行优化。在病种分组分析中发现一些共性问题,如相同或近似操作重复分组、操作名称有待规范、部分诊断及创新技术未及时成组、核心病种库中包含已被临床淘汰的术式等。故研究认为,当目前的病案首页无法完全真实地反映临床全貌时,应当主动对 DIP 分组进行调整优化。需要基于规范的临床路径对 DIP 分组进行调整,使其更符合临床治疗现状从而以医保支付为杠杆,通过 DIP 分组的优化间接引导规范临床诊疗^[5]。综上所述,江苏淮安是我国首个采取按病种分值付费方式的城市。该市通过提取试点病种,赋予其固定分值,作为费用结算的依据^[6]。随后对住院医疗费用的结算进行适度优化,形成了运行良

好的医保综合结算模式,并将其模式推广至其他地区。全国多地也纷纷引入按病种分值付费,相关改革探索均取得良好成效,积累了较为丰富的政策实践经验。

三、医保 DIP 付费改革带来的优化及不足

(一) 费用结构优化,降低负担,提升价值

自医保 DIP 付费实施以来,全国各省市级医保局便积极带量采购药品、药品目录准入谈判,鼓励各试点医院开启智能化电子化病历系统,打造互联网大数据联通数据平台,以全力推进 DIP 等支付方式改革的进程,同时强化医保监督,全链条全系统发力。DIP 付费因其自身特点本就与新的药品、耗材、服务项目及标准有着动态衔接,在改革初期渡过费用衔接过程,药品、耗材等费用相对下降,与之相对的为了能更好的体现医务工作人员的劳动技术价值,医保部门将相关医疗服务项目价格同步上涨。在 DIP 实际付费过程中,只要这些项目是医疗机构真实消耗掉的,医保均需综合衡量,平衡好费用的结构性变动与医保支付标准之间的关系,让医疗机构有动力去提供更好的医疗服务,不影响机构的可支配收入。所以改革后整个医疗过程的费用结构发生了改变,于患者而言费用较前更低,于医务工作者而言技术价值更能得到体现。

(二) 成本核算要求高,工作难度大

目前,公立医院成本核算主要包括病种成本、医疗项目成本和科室成本,在现有公立医院成本核算体系中,缺乏 DIP 成本核算路径。国际上及《关于印发公立医院成本核算规范的通知》(国卫财务发〔2021〕4 号)编写的主流病种成本核算方法有三种,即自上而下法、自下而上法、费用成本转化法。自上而下法直接简单,参考价值有限;自下而上法核算工作量大、信息化程度要求高、临床路径标准制定规范水平强;相较于上述两种核算方法,费用成本转化法在精准度与工作量方面介于前两种之间^[7]。在成本核算方法选择方面存在各有利弊、难以取舍的情况,因为选择何种成本核算方法对于开展 DIP 付费改革后的数据参考以及分析决策至关重要,效率、工作量及精准度的选择判断成为争议性难题。

(三) DIP 付费引发不同方面的异化行为

异化行为界定为医疗机构在医保支付方式改革过程中,为追求经济利益而产生“自利性”动机,

导致其行为逻辑偏离合理性的行为表现^[8]。在医保DIP支付方式的改革过程中主要出现了质控端数据异常、医保结算清单异化填写、分组数据不真实,而医疗行为端发生的医疗行为异化则存在于患者入院接受诊疗到出院结算的全过程,涉及咨询、问诊、诊断、检查、治疗、用药、护理、康复等环节。这种错误并非是因编码员能力不足或客观大意造成的,从异化视角而言,是一种基于利益动机的主观刻意行为,会直接造成病案首页合格率下降,导致后续病例正确入组和医保审核的效率降低。由于医疗的专业性和医、患、保三方信息不对称,医保部门难以对临床诊疗过程中医生的诊疗行为进行直接监管和实时监控,且这类行为具有较强隐蔽性,给医保基金监管带来巨大挑战。

四、对医疗改革未来发展前景的展望

医保部门应引导医疗机构正确认识DIP付费改革的优缺点,合理转变运营理念与经营模式,坚持将规范诊疗、合理施治放在首位,以公益性和医德为核心,科学管理,控本增效,实现内涵式、精细化发展^[9]。未来需要我们医保部门不断健全DIP付费政策机制,从政策层面防范异化行为,接着要优化人才培养机制,与有关构建部门沟通协作,依据自身情况改良机制并积极强化数据技术赋能。无论是纵向对比改革进程还是横断面方向比对各医院执行情况,医保DRG与DIP付费方式融合所发挥的价值还是非常突出的,只要相关部门密切配合管理思路以及管理方案,使各个管理模式能够变得更加科学,融合过程更加深入,处理产生的问题更加快速,未来定能实现融合体系的高效协同发展!

从国家提出医保改革伊始,衡水市人民医院的DIP付费改革工作始终与市医保局在同一个轨道上,尤其是在信息化建设、数据上传和人才培养方面,在全市199家医保定点医院中起到了标杆示范作用,通过引进人工智能病案质控系统,加强病案培训及质控,规范疾病诊断和手术操作名称书写,提高主要诊断、主要手术选择及编码正确率,客观真实体现疾病治疗过程和医生技术价值,提高病种入组率,我们也在不断借鉴优秀地区DIP医保付费的经验,同时规避实行过程中出现的硬性磨合,结合衡水市人民医院自身的具体情况,因地制宜的形成了一套符合院情的医保DIP支付方式。保障了群众获得优质医疗服务,同时提高基金使用效率,也促进了医疗服务规范化,

回归医学本位,体现医务人员技术价值。

我们知道,医院要尽快适应DIP改革新形势,明晰医疗机构定位,在保障患者医疗需求和权益下,通过改革促进学科精细化管理,增强医保对医疗服务的激励约束,充分利用好协商机制,共享医保改革新格局。医院要不断加大信息化投入,加强多部门协助机制,不断优化病种结构,按照标准实施临床路径、优化医疗费用结构,以提高疑难危重救治水平、减轻患者就医负担,为医院高质量发展赋能。以上论文旨在围绕医保DIP付费模式展开深入研究,结合目前本院的医保改革现状来探讨其改进空间以及对医疗系统的影响,以期对医保政策制定和医疗服务改进提供有益建议,共创更加和谐稳定的医疗环境。

参考文献:

- [1] 童雪君,吕翔,杨帆.DIP付费下高倍率病例特征分析[J].卫生软科学,2023,37(12):69-71,84.
- [2] 印亚琴.用国家规范打造DIP付费的淮安特色[J].中国医疗保险,2021,(10):47-50.
- [3] 王颖,何瑞星,柏红.宿迁市某医院实施DIP付费方式的效果评价[J].江苏卫生事业管理,2022,33(12):1664-6.
- [4] 曲建卫,周东波,杜惠峰,etal.DIP付费下医院医保收支结余水平影响因素分析——以赤峰市某三甲医院为例[J].中国医疗保险,2023,(5):78-83.
- [5] 李穹,林立,孔令亨,etal.广州市DIP付费与临床指南及路径相结合的探讨——以结直肠癌为例[J].中国医疗保险,2023,(5):37-41.
- [6] 李秋莎,杨春晓,赵兹旋,etal.我国按病种分值付费(DIP)政策研究——基于国家、省、市三级的比较分析[J].中国卫生政策研究,2022,15(7):8-15.
- [7] 杨阳,张露丹,李建军.基于作业成本法的DRG成本核算探讨[J].中国医院管理,2020,40(12):60-4.
- [8] 郝辉.赢利性制度逻辑下的医疗异化行为及医患冲突[J].中国医院管理,2012,32(11):70-1.
- [9] 廖藏宜,张艺艺.DRG/DIP付费下异化行为表现及监管建议[J].中国医疗保险,2023,(2):27-34.

课题项目:2024年度衡水市社会科学研究课题,
课题编号:2024064