

# 基于 DRG/DIP 支付背景下病种分值付费的研究

詹汉强<sup>1</sup>, 魏鑫然<sup>2</sup>(郑州大学第一附属医院病案管理科<sup>1</sup>, 信息处<sup>2</sup>, 河南 郑州 450000)

**摘要:** 本文结合现阶段医保支付改革进程, 梳理 DRG 和 DIP 的内涵和区别与联系, 剖析按病种分值付费的现状问题, 并针对问题提出建议对策, 为创新医保支付方式改革提供可复制、可学习、可应用的意见和建议, 进一步完善医保支付方式, 实现医疗保险制度可持续发展。

**关键词:** 按病种分值付费; 疾病诊断相关分组; 医保支付方式

**中图分类号:** R197

**文献标识码:** B

**DOI:** 10.3969/j.issn.1006-1959.2023.15.019

**文章编号:** 1006-1959(2023)15-0100-04

## Research on Disease Score Payment Based on DRG/DIP Payment Mode

ZHAN Han-qiang<sup>1</sup>, WEI Xin-ran<sup>2</sup>(Department of Medical Record Management<sup>1</sup>, Department of Information<sup>2</sup>, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450000, Henan, China)

**Abstract:** This paper combines the current process of medical insurance payment reform, combs the connotation, difference and connection of DRG and DIP, analyzes the current situation of payment by disease score, and puts forward suggestions and countermeasures for the problem, in order to provide reproducible, learnable and applicable opinions and suggestions for the reform of innovative medical insurance payment methods, further improve the medical insurance payment methods, and realize the sustainable development of the medical insurance system.

**Key words:** Diagnosis-intervention packet; Diagnosis related groups; Medical insurance payment method

目前,我国医改中公立医院已全面取消药品加成,全面取消卫生材料收入加成,药品、耗材逐步推行集中带量采购,降低大型设备检查费用<sup>[1]</sup>。随着医保支付改革的推进,目前医保工作也暴露一系列问题。DRG 和 DIP 作为深化医保支付方式改革的重要工具,是推动公立医院改革、实现公立医院高质量发展的重要抓手。本文主要探讨 DRG 付费、DIP 付费等多种医保支付方式,分析目前医院实行按病种分值付费存在的问题,并针对问题提出对策,为医保支付改革提供参考。

### 1 DRG、DIP 的概念

**1.1 DRG** DRG 为按疾病诊断相关分组,将住院患者按照临床相似性以及资源消耗相似性(即按照患者的疾病严重程度、治疗方法的复杂程度及资源消耗程度)分成一定数目的疾病组,是一种将住院患者分类和分组的方法<sup>[2]</sup>。DRG 主要用于医院管理、绩效评价、医保付费。

**1.2 DIP** DIP 概念是采用工分制原理,将不同病种医疗费用与权重之间的相对比价关系,换算出每个病种的分值,依据年终基金支出预算确定分值单价支付<sup>[3]</sup>。DIP 付费原理可归纳为 3 个核心要素,即筛选病种、测算每个病种的分值和确定医疗机构系数。根据这 3 个核心要素确定病种分值库,体现出不同病种之间的相对权重,确立医疗机构诊疗病种费用与支付价之间的比价关系,医保再根据区域总额预算确定每个分值的单价,分值乘以单价则是医保对定点医疗机构的基金支付额度<sup>[4]</sup>。郑州市 DIP 分值库形成原理见图 1。

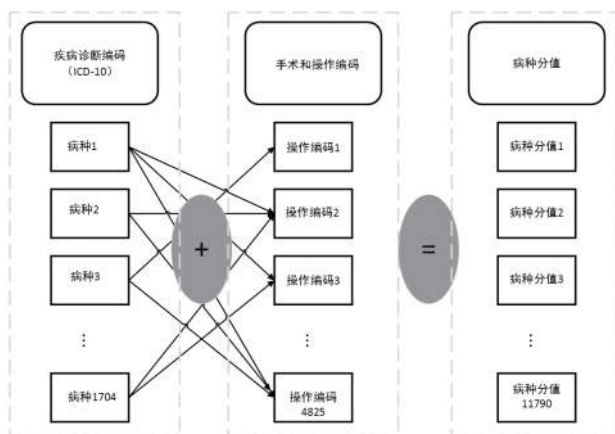


图 1 DIP 分值库形成原理(郑州)

**作者简介:** 詹汉强(1988.10-),男,河南新蔡县人,硕士,统计师,主要从事公共卫生与疾病分类研究

**通讯作者:** 魏鑫然(1989.2-),女,河南南乐县人,硕士,工程师,主要从事医学信息学研究

1.3 DRG、DIP 区别与联系 DRG 及 DIP 均采用预付费的原理设计,医保机构按照预先确定预先商定的每个疾病(组)的付费标准,向医疗服务提供方付费<sup>[5]</sup>。两者本质上都是为了构建一个更加合理且能够为各利益相关方所普遍接受的医保基金分配方式,进而促进激励相容,实现医保基金对医疗服务的

战略性购买,同时部分医院也采用相关指标进行院内绩效管理<sup>[6]</sup>。二者最终目的都是为了整合各方资源,实现共赢,助推医院进入高质量发展。因而公立医院的成本管理模式的选择也要与时俱进,结合医院信息化水平发展情况,提高公立医院的经济效益、服务水平、综合实力。DRG 与 DIP 区别见表 1。

表 1 DRG、DIP 区别

区别	DRG	DIP
组数	Z 市的 DRG 包含 746 个病种,国家医保局的 CHS-DRG 包含 618 个病种	Z 市的 DIP 包含 8900 个核心病种及 2890 个综合病种,共计 11 790 病组
结算单位	DRGs	DIP 组
病种分组路径	从粗到细进行病种分组	从细到粗进行聚类组合
结算指标	权重	分值
控费机制	超支不补,结余留用	超支分担,结余留用

2 医院实行按病种分值付费存在的问题

2.1 分值总量虚高,分值单价不合理贬值 ①拆分住院:为了获得更多积分,医疗机构将稳定、昂贵的治疗方法分为几个治疗单位。由于需要治疗,一次住院分为几次住院治疗,并反复报告疾病类型的评分,以避免医疗保险管理措施。同时,重复住院和检查进一步增加了医疗费用,使患者的治疗更加困难,增加了患者的医疗负担,并产生了不必要的医疗浪费;②低标准入院:在同病同价的原则上,医疗机构倾向于治疗患有轻度病症、简单治疗和较低医疗费用的患者。在门诊接受治疗的患者中,收治住院时使用非法手段降低平均成本,并通过不适当的方式提高竞争力。低标准住院不仅会导致过度医疗,增加患者治疗负担,而且不会浪费医疗保险资金;③高套分值:为了尽可能提高自我支付率,医疗机构可以通过合并症来获得高分;医疗机构故意加强诊断,如将感冒治疗为肺炎;医疗机构选择上传与治疗无关的诊断;当患有恶性肿瘤的患者因胃肠炎住院时,医疗机构不治疗恶性肿瘤,但恶性肿瘤的诊断被上传到社会保障部门以获取高疾病评分。在综合管理的前提下,医疗保险资金的支出不会因

医疗机构违规而增加,但分数容易错误增加,分数单价不合理地折旧。

2.2 病种分值倒挂现象 分值倒挂现象,成本高的组分值反而低。如表 2 和表 3 举例,两根导管的冠状动脉造影术比单根导管的冠状动脉造影术的病种分值低;四根或以上冠状动脉的(主动脉)冠状动脉旁路移植比二根冠状动脉的(主动脉)冠状动脉旁路移植和三根冠状动脉的(主动脉)冠状动脉旁路移植的病种分值低。由于 DIP 是基于前 3 年既往数据进行大数据聚类算法,既往数据质量对产生的分组结果具有直接的影响,错误的数量多了也形成了 DIP 合理的分组结果,导致目前某市目录存在不少分值倒挂现象,即复杂手术组分值低,相对简单手术分组分值高。

郑州市医疗保障局印发了《关于按病种分值付费(DIP)有关事项的补充通知》<sup>[7]</sup>,其中 DIP 病种目录全部病种 11 786 个,其中核心病种 8895 个(包含 6048 个国家核心和 2847 个本地核心),综合病种 2891 个。以核心病种循环系统专业为例,共计病种 812 个,经过 3 位专业编码员判定,编码员工作年限均大于 8 年,存在明显分值倒挂病种 97 个,占比 11.9%。

表 2 病种分值倒挂现象 1

ICD10 编码	诊断名称	手术操作编码	手术操作名称	病种分值
i25.1	动脉硬化性心脏病	88.5500	单根导管的冠状动脉造影术	112.33
i25.1	动脉硬化性心脏病	88.5500x002	单根导管冠状动脉搭桥术后桥血管造影	114.48
i25.1	动脉硬化性心脏病	88.5600	两根导管的冠状动脉造影术	105.79

表3 病种分值倒挂现象2

ICD-10 编码	诊断名称	手术操作编码	手术操作名称	病种分值
i25.1	动脉硬化性心脏病	36.1200	二根冠状动脉的(主动脉)冠状动脉旁路移植	1536.00
i25.1	动脉硬化性心脏病	36.1300	三根冠状动脉的(主动脉)冠状动脉旁路移植	1557.03
i25.1	动脉硬化性心脏病	36.1400	四根或以上冠状动脉的(主动脉)冠状动脉旁路移植	1419.91

2.3 专家评估机制亟待改革 专家评估治疗因严重疾病、复杂治疗或使用特殊材料而导致住院费用高的患者及通过解决方案解决的大量差异,以防止医疗机构推动重症患者机制已经建立。申请表由医疗机构在季度结算前提交,社会保障组织领导医院代表和专家组织考虑并确定合理分数<sup>[8]</sup>。但由于积分单价逐渐下降,医疗机构专家评估的申请数量迅速增加,与社会保障管理和医学专家缺陷等客观条件相矛盾。

2.4 不能完全避免分解住院 按病种分值付费自身对分解住院有一定的抵制力,但力度不够,不能完全消除分解住院的现象<sup>[9]</sup>。医疗卫生行业缺乏严格权威的管理和监管制度,特别是对患有精神病、传染病、糖尿病等难以治愈又易复发的特殊疾病病种的参保病员,卫生监管治理部门对这部分资料掌握的不够,缺乏可参考的具体返院率指标资料,不能做到充分监管或存在一定的监管失灵等问题,导致分解住院。

2.5 等级系数设置有待完善 考虑到不同医疗技术和不同级别医院的不同费率,医疗费用存在差异。东营市根据不同级别医院各疾病的平均成本比例确定医院的等级因子<sup>[10]</sup>。根据医院服务等级设定支付等级系数为4个级别(1、0.85、0.6、0.45)。在改革支付方式的过程中,等级因素受到低系数医疗机构的反驳较为强烈,一些常见疾病的医疗费用水平被认为差别不大<sup>[11]</sup>。

### 3 医院实行按病种分值付费对策

3.1 建立“互联网+”和“大数据”信息系统,提升服务效率 通过医保信息系统,建立一个集医疗知识普及、医保政策宣传的平台,把涉及到医疗信息和医保信息的各项要素告之于民。利用互联网技术和大数据系统,建立参保人员的“个人医保电子健康档案”为参保人员提供量身定制的医保健康服务电子手册<sup>[12]</sup>。通过改造、升级和业务重组,打造“互联网+医疗保险”业务,助推医保经办机构对医保服务项目、经办流程加以优化,使管理信息具有较强的时效性、畅通性与准确性<sup>[13]</sup>。满足参保人员网上业务的办理,实现参保人员网上查询、举报的愿望,维护参保人员权益,为被保险人支付给被保险人,退还医疗费用,

其他业务任务提供方便、优质的服务。

3.2 避免分值倒挂现象 分值倒挂现象最直接的原因就是既往首页诊断和手术操作数据质量导致的,当然也不排除是防止过度医疗的一种管理手段,比如心脏搭桥手术、三根搭桥的分值比两根指多了21分,四根搭桥的分值比两根的低116分。关于患者是否有搭桥四根必要,其预后效果与三根的差异仍需要组织相关临床专家进行探讨评估。针对现有目录库,建议医保部门要成立专门专家团队(包含有经验的ICD编码员、临床医生等)对目录库中不合理的分组分值进行探讨,适当优化分组分值,给予病案首页的诊断和手术操作填写提供正确引导<sup>[14]</sup>。另外,可以通过提前运用病案首页优质数据对分组器进行训练和测算,进一步优化调整不合理的分组分值。

在医院方面,摒弃临床为了分而套分值的逻辑思维,临床回归到临床治病救人本职工作中来,根据实际情况填写出院诊断和手术操作,为医保部门提供真实的结算数据,进一步方便管理部门优化分组器<sup>[15]</sup>。

3.3 建立激励机制 在没有医疗服务激励机制的情况下,特别是在实施单一疾病的最大数量时,医疗机构和医务人员缺乏提高医疗服务质量和管理医疗费用的充分动力。为了促进疾病支付的有效实施,有关政府部门和医疗保险机构根据医疗机构的功能定位,提高各级医疗机构的功能定位,为疾病支付提供激励<sup>[16]</sup>。对此,应建立机制,引入基于绩效支付(绩效评估、公共报告、支付创新、基于信息的消费者选择)的概念,以便利益相关者认可和支持疾病支付。

3.4 强化对医疗服务质量的监督 加强监督是确保在支付疾病价值后医疗服务质量不降低的重要手段。首先,医疗服务质量监督实体应由医疗保健部门、医疗保险机构和卫生行业中介机构参与建立<sup>[17]</sup>。由于医疗服务的先进技术性和医疗服务过程的信息不对称,患者难以有效监督医疗服务,因此实施了基于健康管理部的医疗服务质量监督。二是建立医疗服务质量信息披露制度,引导患者流动,进而提升医疗机构服务质量<sup>[18]</sup>。同时,及时审查监管过程中发现的问题,形成监测结果的反馈机制。再次,改变监

督形式,加强外部监督。目前,对医疗服务质量的监督主要通过业务报告或临时检查来完成,其优越性和主观性较强,对此需建立客观监督制度,加强外部监督和过程监督<sup>[9]</sup>。最后,利用信息技术逐步削弱现场监督的直接监督形式。加强以信息平台为载体的后台监督,提高卫生服务质量流程的客观性和及时性,降低监管成本。此外,通过医保信息系统监控入、出院参保病员的情况,对年内再住院的病例和对疑有人为因素的病例进行重点监控。对住院人次上升明显、重复住院率升高、患者投诉多、费用升高快的定点医疗机构进行专门检查,有针对性地开展医疗及费用问题的专题调研,如大型检查的阳性率、医嘱与医疗费用明细清单的符合情况、某科室患者的在床率、特殊病例的在床率、特殊医用材料的合理性、住院标准情况、肿瘤治疗费用分布情况、精神疾病治疗问题等,通过实例分析与统计数字说明,真正找出根节所在,取得在管理上的控制权与主动权。同时,加强对指定医疗机构是否严格执行被保险人临床路径管理方法(检查标准化诊疗计划)的监督检查<sup>[20]</sup>。

3.5 进行动态和弹性管理 根据疾病价值支付的分数确定,补偿和惩罚机制以及监督机制进行动态调整,以确保根据疾病价值支付相应医保费用,并及时适应各种情况的变化至关重要<sup>[21]</sup>。因此,对需要并自愿用新材料、新技术或新药的患者,希望医保部门实施灵活的管理策略,有效避免医生和患者之间的争议,为新材料、新技术或新药产生的医疗费用支付更多医保基金,更好地鼓励新材料、新技术或新药的临床应用,促进医疗“新”水平的发展。

#### 4 总结与展望

分值付费方法从医保管理角度来说是一个很好的结算方法,完全做到了超支结余目的,相信通过医院、医保局等各部门的努力,DIP 分组目录库会越来越合理化,更好的为临床医疗提供结算服务。DRG 点数法是将 DRG 和 DIP 两种医保付费体系融合的新路径。DRG 和 DIP 支付方式融合发展是一项长期而又复杂的系统工程,需要公立医院的医保部门、信息部门、财务部门和临床科室等共同努力,弥补现阶段的不足,不断完善医保支付体系。

#### 参考文献:

- [1]刘磊,符晓,胡月异,等.重庆市医联体医保支付改革研究[J].中国全科医学,2020,23(7):795-798.
- [2]吴烨,周典,田帝,等.DRG 与 DIP 医保支付方式的融合发展模式探究[J].中国医院管理,2022,42(10):9-12.
- [3]方金鸣.DRG 付费下利益相关者的博弈分析及实证研究[D].

武汉:华中科技大学,2021.

- [4]吴玉书.DRG/DIP 支付方式下医院成本管理的探讨[J].中国总会计师,2022,233(12):150-153.
- [5]傅卫,江芹,于丽华,等.DRG 与 DIP 比较及对医疗机构的影响分析[J].中国卫生经济,2020,39(12):13-16.
- [6]李乐乐,李怡璇.我国医保支付方式改革的治理路径分析——基于 DRG 与 DIP 的机制比较 [J]. 卫生经济研究,2022,39(9):43-48.
- [7]郑州医疗保障局.关于公开征求《关于按病种分值付费(DIP)补充事项的通知(征求意见稿)》意见建议的公告[EB/OL].(2022-06-14) [2023-05-15].<https://chs.zhengzhou.gov.cn/comment.jsp?contentId=6493783>.
- [8]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.
- [9]李秋莎,杨春晓,赵兹旋,等.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.
- [10]李伟,陈红斗,林爱华,等.DRG 与 DIP 两种医保支付模式对药品费用结算影响的比较分析[J].中国医院药学杂志,2022,42(7):762-764.
- [11]谢桦,崔欣,应晓华,等.医保支付方式的改革与发展——基于大数据的按病种分值付费[J].中国医疗保险,2022(11):123-128.
- [12]张霄艳,陈欣.基于创新扩散理论视角的 DRG 和 DIP 支付方式探讨[J].中国医疗管理科学,2022,12(3):37-41.
- [13]李浩,戴遥,陶红兵.我国 DRG 政策的文本量化分析——基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架[J].中国卫生政策研究,2021,14(12):16-25.
- [14]刘苑婷,方家尉,何丽萍,等.基于关系数据库构建 DIP 结合 DRG 体系在医院儿科学科建设中的应用[J].中国医院统计,2023,30(1):19-25.
- [15]谭玲,田伟,刘晓忆.医疗保险疾病诊断相关分组/病种分值付费支付方式改革对医院的影响及改进策略 [J]. 华西医学,2022,37(12):1878-1881.
- [16]田帝,周典,周苑,等.临床路径管理与 DRG 支付方式改革协同关系研究[J].中国医院管理,2022,42(10):13-17.
- [17]林夏.DRG 支付制度下三级公立医院主诊医师绩效评价及提升策略研究[D].武汉:华中科技大学,2020.
- [18]滕璐.县级公立医院实施按病种分值付费(DIP)的现状研究[D].济南:山东大学,2022.
- [19]潘卫宇,谢煜,李佳佳,等.基于病种分值付费的高龄股骨颈骨折患者临床护理路径的构建研究[J].中华护理杂志,2022,57(20):2437-2444.
- [20]束嘉俊,黄晖,陈怡,等.基于医保患三方视角的按病种分值付费 SWOT 分析[J].卫生经济研究,2022,39(1):36-39.
- [21]曹庄,曹元人,孙煥征,等.医保 DRG/DIP 付费视角下医院信息化建设现状与实践[J].中国数字医学,2023,18(2):7-11.

收稿日期:2023-05-19;修回日期:2023-05-31

编辑/杜帆