

基于 DRG 的医疗服务绩效评价体系构建研究

申鑫^{1*} 韩春艳² 甘勇¹ 卢祖洵¹

1. 华中科技大学公共卫生学院 湖北武汉 430030

2. 深圳市卫生健康委员会 广东深圳 518031

【摘要】提高医疗服务水平是提升医院整体服务能力、给予患者良好就医体验的关键环节,也是现代医院管理制度改革中的一项重要内容。基于 DRG 的医疗服务绩效评价体系具有客观公正、应用灵活的特点,是我国开展医疗服务绩效评价的最优选择。本文分析了当下我国对客观合理评价体系的需求现状,从总体路径入手展开设计,同时对数据收集、编码操作、多维度绩效评价三个关键环节做了进一步分析,并提出了我国建立起该评价体系所需的客观条件,为相关政策设计提供借鉴。

【关键词】DRG; 医疗服务; 绩效评价

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.03.012

Research on construction of the performance evaluation system of medical services based on DRG

SHEN Xin¹, HAN Chun-yan², GAN Yong¹, LU Zu-xun¹

1. Department of Social Medicine and Health Management, School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. Shenzhen Municipal Health Commission, Shenzhen Guangdong 518031, China

【Abstract】The improvement of medical service levels is a major key to the enhancement of hospitals' overall service ability and provides patients with favorable medical experiences. It is also an important part in the reform of modern hospitals management systems. The performance evaluation system based on DRG has the characteristics of objective justice and flexible application, which is the best choice to carry out medical service performance appraisal in China. This paper analyzes the current situation of China's demand for an objective and reasonable evaluation system starting with the overall path of design, and further analyzes the three key links of data collection, coding operation and multi-dimensional performance evaluation. Therefore, the required objective conditions were put forward for the establishment of an evaluation system in China, which provides reference for the design of relevant policies.

【Key words】DRG; Medical service; Performance evaluation

疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRGs)是指根据病例的诊断、并发症/合并症、治疗方案、住院时间等因素,结合患者的人口学特征,将具有成因相似性和治疗手段相似性的病例纳入同一分组(DRG)的病例管理方式。^[1]目前全球有 30 多个国家引进了 DRG 编码,并广泛应用于收付费、成本核算、医疗服务绩效评价等方面。^[2]

DRG 作为一种管理工具,是病例组合中常见的

患者分类系统^[3],最初应用于医疗卫生机构收付费和医保费用结算,后来逐步应用于院际间服务水平评估、医院内部服务绩效、质量控制、成本控制和人力资源管理多方面。基于 DRG 的医疗服务绩效评价是指在 DRG 分组器的基础上,通过对病例的归类,实现临床同质性和资源同质性的统一,使院际间、医院内各科室的医疗服务产生可比性,并对服务绩效进行衡量的评价模式。^[4]

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(18ZDA085)

作者简介:申鑫(1997 年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:417037449@qq.com

通讯作者:卢祖洵。E-mail:zuxunlu@yahoo.com

1 背景

1.1 政策背景

近年来,我国通过一系列政策持续优化医疗服务流程,完善医疗服务模式,推动建立公平高效的医疗服务绩效评价体系,创造性落实习近平总书记关于“两个允许”(允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平,允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励)的重要指示,出台了一系列政策。《关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》(人社部发[2017]10号)提出调动医务人员积极性,不断提高医疗服务质量和水平。《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》(国卫医发[2018]29号)提出要提高不同地区、级别、类别医疗机构间医疗服务同质化程度,缩小医疗质量差异,确保各级各类医疗机构开展与其功能定位相一致的适宜技术。相关政策相继发布为建立基于 DRG 的医疗服务绩效评价体系提供了基础。^[5]

1.2 绩效评价需求

医院和管理部门对医疗服务绩效评价的实际需求包括宏观层面的需求和中观层面的需求。宏观方面主要指对区域内的医疗服务展开横向对比,以绩效的方式发现医疗服务的差异、优势和不足,并在此基础上改进和建设。具体包括两方面,一是特定区域或群体间的对比,如省、市间;二是医疗机构间,包括整体比较和不同医疗机构同一学科间比较。

中观层面的主要指对医院内部管理给予辅助支持,以实现医院内部的精细化成本管理、服务绩效考核,包括总体绩效的水平、各个专科的水平、同一专科的主诊医师组之间、医生的个人水平等方面的对比评价。^[6]

1.3 综合评价指标需求

客观合理的评价指标是开展医疗服务绩效评价的前提和基础。长期以来,不同地区、类型和功能定位的医院在接收患者、开展诊疗业务过程中有较大差异。“诊疗人数”、“疑难病例数量”、“患者死亡率”、“药占比”、“次均费用”、“总费用增长”等评价指标并立,很难找出一套能够客观评价各医院医疗服务水平的评价尺度。对院际、院内医疗服务绩效评价制度的改革既是我国现代医院管理制度体系建设中的重要内容,也是促进各医院提高医疗服务水平,规范诊疗路径,提升患者满意度的重要方式。^[7]

2 基于 DRG 的医疗服务绩效评价体系构建

2.1 绩效评价路径设计

基于 DRG 的医疗服务评价体系涵盖数据收集、质量审核、分组编码、系统分析、绩效评定,并最终形成评定报告的全过程。采用基于 DRG 的医疗服务评价系统能够推动医疗卫生机构运行机制和管理模式的改变,推动其管理理念从粗放型走向精细化。依据高效有序的路径实现数据的采集、传输、编码、分析、绩效评价流程,最终为用户呈现完整的医疗服务质量水平报告(图 1)。

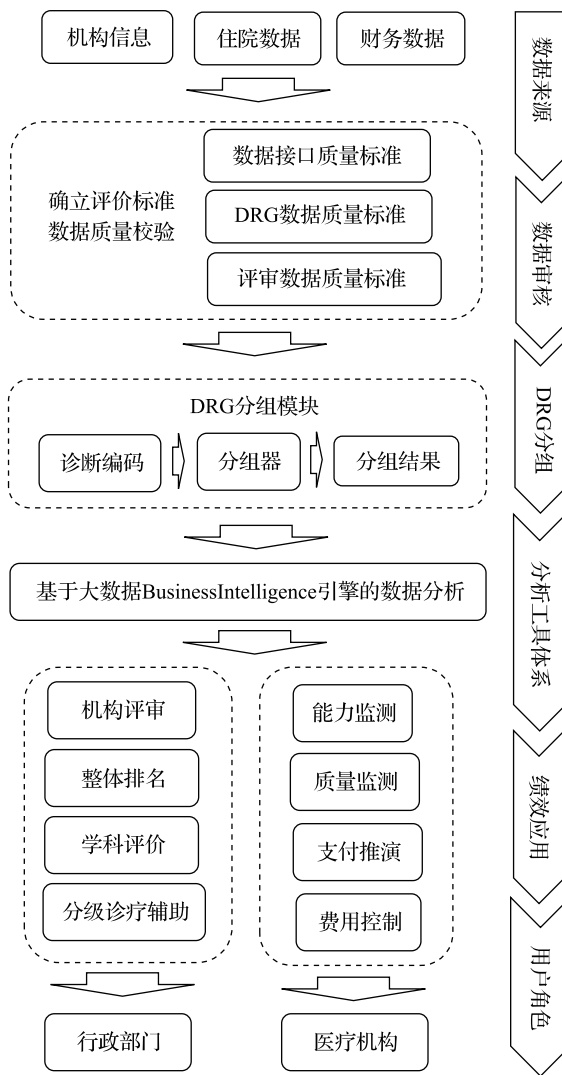


图 1 基于 DRG 的医疗服务绩效评价体系路径

改革医疗服务模式的根本目的在于推动医院优化资源配置,提升服务质量,在保证安全性的基础上减少大处方和住院床日,减轻患者负担,促进医院主动接受疑难病患者,提高医疗服务的总体水平,实现诊疗技术的不断发展,增强人民群众看病就医获得感。^[8] 基于 DRG 的医疗服务评价系统中,核心的三项内容是数

据的质量、编码规范、多维度绩效评定,因此,需要采用更加精细的设计保证三项关键环节的运行质量。

2.2 高质量数据录入

保证 DRG 数据的上报质量是建立真实医疗服

务质量绩效评价体系的前提,因此需在原有的数据上传、上报、审核、反馈等环节做出改进。依据可靠的数据,才有可能搭建起反映实际医疗卫生活动的评价体系,建立医疗质量管理的长效机制(表 1)。

表 1 数据上报各环节的改进

	改进前	改进后
数据上传	采用前置机手动上传 DBF 信息	采用前置机,手动上传 DBF 信息(增加 DRG 数据上报程序)/ETL 方式上传数据
数据内容	门诊、住院患者数、医疗服务总费用等基础信息	在原有信息的基础上增加对高质量的病案首页数据的编码
数据审核	实际执行符合 HQMS 的逻辑校验标准较少	专家组确定常规指标校对,强制执行基于 HQMS 的逻辑校验标准
数据反馈	打分、季度/年度点评	质量监测报告

数据上传方面。目前上传方式有两种:一是手动上传,即针对信息化水平较差的部分医院,由医务人员或数据维护人员通过前置机,手动上传住院、财务数据管理系统(DBase-Foxpro, DBF)信息,并且需要医院自行建立和调整数据上报接口;二是自动上传,即针对资金充足、有一定信息化水平基础的医院,采用新的数据仓库技术(Extract-Transform-Load, ETL)方式代替前置机上报数据,随着各医院数据标准同步升级,无需建立新的院内接口。

数据内容方面。原先的数据内容主要为服务质量、服务费用等基本信息。改进后的数据上传内容增加病例编码。病例数据应符合 2016 年出台的《住院病案首页数据填写质量规范》和《住院病案首页数据质量管理与控制指标》要求。

数据审核方面。以往由于各家医院标准不一且数据上报质量不高,对医院质量监控系统(Hospital Quality Monitoring System, HQMS)逻辑校验标准放宽或未强制执行的情况时有发生,尤其在入院、确诊、出院、手术时间等环节的数据模糊,会严重影响绩效衡量的准确性。改进后的数据审核流程要求成立专家组,确定常规指标校对,按周期动态调整,并严格执行 HQMS 逻辑校验标准。同时要求依照《住院病案首页数据质量管理与控制指标》进行数据审核,如有字典标准强制执行。^[9]

数据反馈方面。原有方式主要采用人工打分点评的方式,但各地区打分参考指标不统一,点评主观性严重。改进后采用质量监测报告作为反馈主要内容,系统参考住院病案首页数据质量管理与控制指标对服务质量进行评价,同时给出诊断、手术编码情况报告、字典未执行情况报告、提示性逻辑校验执行结果报告、首页评分报告等内容。

数据上报流程方面。对数据上报流程的改革集

中体现了对数据质量的强调。中低风险死亡率、低风险死亡率等指标对病案首页的数据编码质量、病例报送的完整度以及医院的具体类型等因素较为敏感,测算此类指标更需要高质量的数据传输作为支撑。^[10]对原有数据上报流程的改进能够进一步发挥 DRG 的评价作用,呈现真实的绩效报告(图 2)。

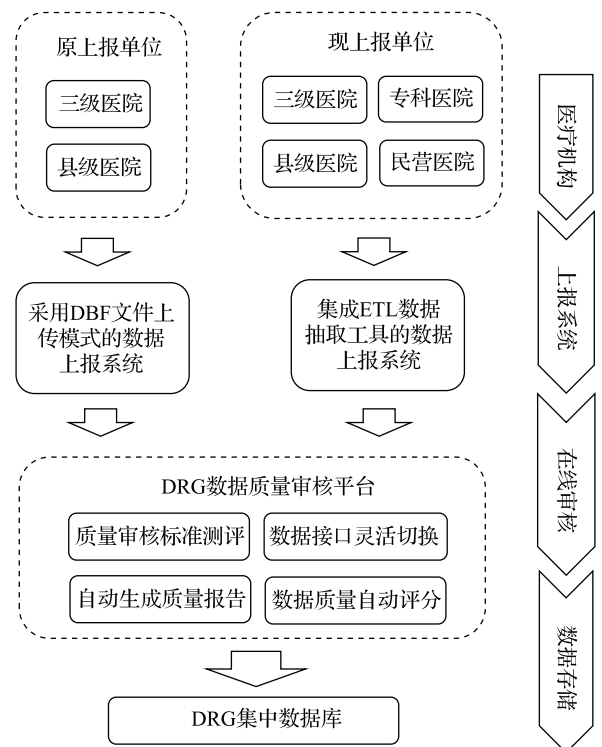


图 2 数据上报整体流程

2.3 规范 DRG 分组

DRG 分组器的高效体现在基于各 DRG 组的组间差异性和组内病例同质性,对病例进行统一分类和编码,同时兼顾治疗服务的复杂程度和费用特性。^[11]DRG 分组的步骤为:根据主症将病例分入不同的诊断类别,根据是否进行手术分入诊断类别下

设的基本组,依据疾病严重程度和治疗方案为病例编码,最后结合患者的性别、年龄等人口学特征,将病例纳入 DRG 细分组。

分组规则的调整会对衡量指标产生重要影响。具体衡量患者病情复杂程度时,则需要采用病例组合指数(Case Mix Index, CMI)和相对权重值(Relative Weight, RW)指标。CMI 值越高则该医疗机构的病例平均复杂程度越高,诊断治疗耗费的医疗卫生资源越多。RW 值越高则患者在就医过程中使用的卫生资源赋予权重越大,即资源使用量越大。DRG 分组、RW、CMI 三者相互联系。通过 DRG 对疾病进行分组,用 RW 定量描述每个 DRG 组的治疗消耗资源情况。当一个医疗卫生机构同时处理多个 DRG 组时,则综合不同 DRG 组的 RW 系数,利用 CMI 值测定医疗卫生机构的治疗水平。

2.4 多维度绩效评定

基于 DRG 的医疗服务评价系统的评价指标来自不同维度,用于为医疗费用的费用控制、区域绩效评价、医疗机构绩效评价、学科绩效评价、机构评审、重点专科评选、分级诊疗决策、支付模拟推演等方面提供质量评定参考。

多维度绩效评定主要满足两类主体的需求:一是各级卫生行政部门对医疗服务现状的把握和基于此展开的分析、决策;二是医院等各级各类医疗机构对绩效现状、学科/专科水平、科室内单元评价的需求。^[12]由于两主体关注点不同,在绩效评价时应根据具体情况,侧重不同指标。

2.4.1 卫生行政部门监测指标体系

管理部门主要关注区域内的医疗服务质量情况,其指标体系应建立在区域概况基础上,结合各医疗卫生机构产出情况和突出数据,对区域内服务质量做出宏观测算(表 2)。

表 2 卫生行政部门监测指标体系

指标所属类别	指标内容
区域概况	医疗机构总数(基层/二/三级医疗机构数) 医疗机构综合/专科属性、等级情况 医疗机构医务人员、床位数量情况
产出概况	医疗总费用(门诊/住院总费用) 患者平均费用(门诊/住院平均费用) DRG 组数、DRG 组 RW 值 每权重费用、总权重数 病例组合指数
重点监测数据	总费用较高的 DRG 组 总费用较低的 DRG 组 均费较高的 DRG 组 患者数/权重数较高的 DRG 组 RW 值较高的 DRG 组

2.4.2 医院医疗服务水平监测指标体系

(1) 服务水平指标

通过将单个医院医疗服务能力、服务质量、服务效率的测算结果与该地区的平均水平相比较,可以得出单个医院的各项服务指标在地区的排名,加权计算后即可得到该医疗卫生机构在地区的医疗服务水平综合排名。

医疗服务能力评价主要考虑 CMI 指数、DRG 组数、患者数、DRG 总权重四个指标。CMI 指数主要反映医疗服务的病种结构,CMI 指数越高,证明医院收治高权重病种越多,即疑难杂症患者越多,总体技术水平越高。^[13] DRG 组数主要体现医院承担的医疗服务疾病类型,指标越高医院提供的治疗服务覆盖的疾病类型越多。患者总数、DRG 总权重两项指标是衡量医院卫生服务总量的重要指标。DRG 总权重由单个 DRG 组权重和各 DRG 组的病例数决定,两项指标越高综合反映出医院的服务总量越大。

医疗服务质量评价是系统化的过程,需根据不同 DRG 组疾病考察多层次、多类别的指标。^[14]主要指标包括死亡率类、治愈类、转归类、重返类和医院感染类典型指标。根据不同科室建立符合实际情况的指标体系,更有利于不同医疗服务单位同 DRG 组疾病服务质量的横向比较。

服务效率评价主要依据患者住院时长和费用综合衡量。通过将实际产生的费用、住院床日消耗和该病例 DRG 组权重消耗费用和住院床日相比较,判断医疗服务费用、住院床日是否超出正常范围,评价医院服务效率的高低。每 CMI 床日费用综合了床日、费用两项指标,反映每床日的平均住院费用(表 3)。

表 3 医院医疗服务水平监测指标体系

评价维度	评价指标
服务能力评价	CMI DRG 组数 患者数 权重数
服务质量评价	死亡率类指标(死亡人数、中低风险死亡率等) 治愈类指标(治愈率等) 转归类指标(并发症率、生活质量等) 重返类指标(非计划再入院指标等) 医院感染类指标(医院感染发病率和现患率等)
服务效率评价	权重消耗费用 权重消耗住院日 每 CMI 床日费用

(2) 医院费用测算指标体系

DRG 根据风险调整, 测算费用时校正了针对不同疾病采用的医疗资源情况, 打破了原有的单一病种带来的虚假表象。^[15] DRG 对于费用的测算更加客观, 也更符合医院的实际消耗资源情况。对于医院费用的测算不仅包括总医疗费用、门诊费用、住院费用的数额及占比, 也包括医院费用的构成占比, 包括诊断费、耗材费、药费、治疗费、康复费、综合费等内容^[16], 并在此基础上结合新增的 DRG 分析指标, 对医院费用的动因加以分析(表 4)。

表 4 医院费用测算指标体系

原分析指标	新增分析指标	动因分析
患者总费用	DRG 组数	价格动因分析
患者均费	DRG 组 RW 值	服务量动因分析
医疗服务量 (门诊量、出院人次)	每权重费用 总权重数	交互动因分析
各类费用构成	CMI 值	

3 建议

3.1 建立统一的 DRG 标准体系

基于 DRG 的医疗服务质量评价体系具备良好的公平性, 能够在统筹考虑各项指标的基础上, 将各医院的医疗服务置于统一的衡量标准中, 并从能力、质量、效率多个维度进行考核, 得出客观公正的衡量结果。但发挥 DRG 的绩效衡量能力, 必须建立在统一的数据源标准基础上。

2017 年 6 月, 国家卫生健康委在“开展按疾病诊断相关分组(DRG)收付费改革试点启动会”上正式提出要在试点地区实施按 DRG 收付费的改革, 并鼓励具备条件的地区参与本次改革, 试点城市包括深圳市、三明市、克拉玛依市等地。这是我国新医改过程中正式启动 DRG 收付费改革的首次实践。但我国目前仍处于对 DRG 分组规则和数据来源标准规范的探索阶段, 尽管试点地区取得了一定成效, 但仍缺乏统一的、适合我国国情的编码规范和操作指南。

3.2 加强 DRG 基础建设

目前, 我国推进 DRG 建设的信息化、人才队伍基础不足。高质量的病案首页信息、病例信息依赖于医院信息系统建设, 我国不同地区信息化发展水平不均衡, 经济欠发达地区基础设施薄弱, 不能整合地区资源建设区域 DRG 信息系统, 难以实现与医疗机构信息系统互联互通, 无法保证数据传输的及时

准确。我国编码专业技术人员数量严重不足, 也限制了 DRG 编码和绩效的实现。

我国应加强 DRG 基础建设, 搭建信息平台, 整合国内碎片化的信息管控体系, 将病例信息、临床数据、成本数据统一保存, 保障数据的完整性和评价的准确性。由于编码工作需要由专业操作者或专业医师完成, 各级政府应推动医疗卫生机构抓紧建立医疗质控中心, 负责编码工作, 吸收既具有临床专业知识, 又具有编码工作能力的复合型人才, 推动编码工作队伍转型。

3.3 提高医务人员参与度

实施 DRG 收付费改革后, 医务人员需要按照临床路径进行诊疗服务, 才能获得较好的绩效评定, 控制卫生费用。这从宏观上促进了临床路径的普及和卫生费用的控制, 也为实现医疗质量的连续化管理, 提升基层医疗卫生机构服务质量提供助力。

提高参与度的核心是强化医务人员对提升病案质量的认识, 这对于分组器编码和评级体系的贯彻极为重要。因此, 需建立相关的激励约束条件, 推动规范病案管理, 同时避免提高 CMI 为目的的人为造假。目前, 医务人员及相关领域人员对 DRG 的认识不足, 甚至还有抵触情绪, 需要政府和各级卫生组织做好医务人员的培训、宣传工作, 提高医务人员的参与度, 为实施基于 DRG 的医疗服务质量评价创造良好的氛围。

3.4 强化各部门协作

仅依赖卫生行政部门的推动, 无法在全国范围内建立起系统、高效的评价体系。建立基于 DRG 的医疗服务质量评价体系需要完备的政策体系和卫生、医保、人社和财政等部门的共同协作。只有立足于充足的人力、物力保障, 才能将各级医疗卫生服务机构纳入评价体系建设网当中。

宏观层面上, 需要构建起符合我国医疗卫生体系布局的多层次医疗信息汇总渠道。同时建立起合理有序的政策网络布局, 引导各类公共部门和社会力量进一步投入卫生资源, 提高社会认可度和参与度。微观层面上, 卫生行政部门应积极推动服务质量监测指标体系、医疗费用测算指标体系在各级医疗卫生机构中的进一步应用, 尤其应当关注基层医疗卫生机构, 建立起与之发展相适应的卫生信息系统、医疗服务质量评价体系。建立行之有效的医疗服务质量评价体系需要各级政府部门和社会支持网络的共同参与。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 李婧, 胡光宇. DRGs 在医院精细化管理中的应用[J]. 中国管理信息化, 2016, 19(14): 72-73.

[2] 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.

[3] 郎婧婧, 江芹, 王珊, 等. 典型国家 DRG 分组的比较研究与启示[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(4): 50-53.

[4] 马亚峰. 疾病诊断相关分组应用于医院绩效管理的实践与思考[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(1): 31-32.

[5] 李欢, 周磊. 运用 DRGs 对综合医院医疗服务绩效的分析[J]. 中国数字医学, 2019, 14(1): 57-60.

[6] 杨茜, 赵平, 李琳. DRGs 应用于医院绩效管理的现状研究与思考[J]. 经贸实践, 2018(24): 196-197.

[7] 周海龙, 封卫征, 汤洁, 等. 基于 DRGs 的住院医疗服务的绩效评价[J]. 中国病案, 2019, 20(2): 39-42.

[8] 汤海萍. 疾病诊断相关组在医院绩效评价中的应用研究[J]. 纳税, 2019, 13(21): 255-256.

[9] 王宇. 病案首页中信息填写完整的价值与意义分析[J].

临床医药文献电子杂志, 2019, 6(22): 183.

[10] 杨春娇, 苗丽琼, 山德生, 等. 病案数字化管理系统的 应用与分析[J]. 中国医院统计, 2018, 25(3): 230-232.

[11] 杨宏伟, 边维娜, 丁涛, 等. DRGs 在汉中市综合医院 医疗质量评价中的应用[J]. 中国卫生质量管理, 2019, 26(1): 36-38.

[12] 廖珊, 刘冬生, 彭伟彬, 等. 基于 DRGs 的某市 62 所医 院绩效评价[J]. 现代经济信息, 2019(20): 100.

[13] 郭默宁. 用 DRG 指标“丈量”医院绩效[J]. 中国卫生, 2019(9): 40-41.

[14] 丰晓梅, 周小兰. DRGs 在住院医生医疗服务能力评价 中的应用[J]. 现代医院管理, 2019, 17(5): 32-35.

[15] 郑晨. 运用 DRG 进行医院精准控费的实践探索[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(9): 54-56.

[16] 罗仟合, 何丽娟. 云南省某市 DRGs 试点现状及全面实 施对策的研究分析[J]. 现代医院管理, 2019, 17(5): 1-5.

[收稿日期:2020-01-08 修回日期:2020-02-21]
(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

世界卫生组织:发布新的预防结核病指南

2020 年 3 月 24 日是世界防治结核病日。世界 卫生组织发布了预防结核病新指南,旨在帮助各国 通过提供预防治疗来阻止结核菌感染者成为结核病 患者。

新的综合指南提出了一系列创新做法,以加强 结核病预防治疗的可获得性:

(1)加强对风险最高人群进行结核病预防治疗, 包括结核病患者的家庭接触者、艾滋病毒感染者和 其他免疫力低下或居住环境拥挤者。

(2)将结核病预防治疗服务纳入正在进行的活 动性结核病病例寻找工作。对所有结核病患者的家 庭接触者和艾滋病毒感染者进行活动性结核病筛 查。如果排除了活动性结核病,则应开始对其进行

结核病预防治疗。

(3)使用结核菌素皮试或 γ -干扰素释放测定来 检测结核感染。在对艾滋病毒感染者和与活动性结 核病患者有过接触的 5 岁以下儿童开始进行结核病 预防治疗之前,无需进行结核病感染检测。

(4)除普遍采用的连续 6 个月每日使用异烟肼 这一疗法外,建议使用新的短期预防性治疗方案,包 括连续 1 个月每日使用利福喷丁加异烟肼疗法、连 续 3 个月每周使用利福喷丁加异烟肼、连续 3 个月 每日使用利福平加异烟肼,或连续 4 个月每日只使用 利福平。

(来源:世界卫生组织网站)