

美国门诊病例分组预付制的经验及对我国的启示

刘星辰^{1*} 杨燕绥¹ 李超凡^{2,3}

1. 清华大学医院管理研究院 广东深圳 518055

2. 山东大学齐鲁医学院公共卫生学院卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

3. 国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室(山东大学) 山东济南 250012

【摘要】目的:梳理美国门诊病例分组(Ambulatory Patient Groups, APG)政策发展历程,为完善我国门诊支付方式提供经验借鉴。方法:基于文献分析法,系统总结美国开展APG支付的具体措施、实施范围和效果。结果:过去30年门诊病例分组发展了四个版本,分组结果逐步精细化、科学化,从最初的299组增长到606组。18个州的Medicaid和13个第三方支付机构应用APG的经验表明,虽然APG可以有效控制门诊医疗费用增长,但推广实施也存在病历编码和信息系统要求高、专业人才缺乏、分组结果需要更新等难点。结论:APG门诊预付制可以有效控制医疗费用不合理增长,未来我国需要规范门诊电子病历编码,建立APG分组方法体系,在总额预算基础上建立门诊服务预付制,逐步健全门诊支付机制。

【关键词】门诊病例分组;预付制;门诊服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.07.007

The experience of Ambulatory Patient Group prospective payment system in the United States and its implications for China

LIU Xing-chen¹, YANG Yan-sui¹, LI Chao-fan^{2,3}

1. Institute for Hospital Management, Tsinghua University, Shenzhen Quangdong 518055, China

2. Centre for Health Management and Policy Research, School of Public Health, Cheeloo College of Medicine, Shandong University, Jinan Shandong 250012, China

3. NHC Key Lab of Health Economics and Policy Research (Shandong University), Jinan Shandong 250012, China

【Abstract】 Objective: The purpose of this study is to study the policies of Ambulatory Patient Group (APG), and provide experience for China to strengthen the outpatient payment system. Methods: Based on scoping review, we systematically summarized the APG specific grouping measures, payment progress, implementation scope and effects. Results: During the past 30 years, researches had developed four versions of APG scheme. The grouping scheme gradually become more and more elaborate and scientific. The number of groups increased from 299 to 606 groups. Experience of 18 Medicaid programs and 13 commercial payers illustrates that although APG payment method could effectively control the growth of outpatient medical expenses, it still has several barriers to implement; 1) outpatient electronic medical records and information system is incomplete; 2) lack of professional coders; 3) grouping system should be periodically updated with pace of medical technology development. Conclusions: APG outpatient prospective payment system can effectively control the unreasonable growth of medical expenses. In order to build the outpatient prospective payment system, China needs to standardize the outpatient electronic medical record coding, establish APG grouping methodology, establish outpatient service prospective payment system on the basis of global budget in future.

【Key words】 Ambulatory Patient Groups; Prospective payment system; Outpatient health services

* 作者简介:刘星辰(1997年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生政策、医院管理等。E-mail:liuxc19@mails.tsinghua.edu.cn
通讯作者:李超凡。E-mail:lcfan@sdu.edu.cn

支付方式是保障参保人员权益和控制医疗费用不合理增长的重要杠杆,是门诊共济保障机制的重要环节,但是我国目前尚未建立科学有效的门诊预付费制度。

门诊病例分组(Ambulatory Patient Groups, APG)是以操作为基础,结合诊断对医院门诊病例进行分组,组内患者具有相似的临床资源消耗,不同组间患者资源消耗量通过权重进行比较。^[1]本文旨在对美国门诊病例分组预付费制的发展历史、分组逻辑和应用现状进行介绍,并讨论 APG 在我国应用所面临的问题和前景,以期建立高效的门诊支付机制和共济保障机制提供参考。

1 APG 的发展历程

1.1 APG 起源

1983 年美国 Medicare 引入了疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRGs)预付费制度,用于支付急性住院病例的医疗费用,鼓励医疗服务提供者控制医疗服务成本,优化治疗过程,提高医疗服务效率。实施 DRGs 预付费后,虽然住院医疗费用增速得到有效控制^[2],但是 DRGs 预付费可能导致医疗服务提供者将传统的住院服务向门诊服务转移,导致门诊医疗费用的增长^[3]。为控制门诊医疗费用的增长,美国国会 1990 年制定的《综合预算调整法案》要求医疗保险和医疗救助服务中心(Centers for Medi-

care and Medicaid Services, CMS)设计门诊医疗服务预付费制(Outpatient Prospective Payment System, OPPS),适用于所有医院门诊服务(日间手术、急诊、门诊诊所等)。1990—1994 年, CMS 与 3M 健康信息公司签订合同开发门诊病人分组系统,门诊病人分组系统 APG 作为门诊预付费制度(OPPS)设计基础。

1.2 APG 发展历程

1992 年,3M 健康信息公司发布 APG 1.0 版本。1995 年,爱荷华州的 Medicaid 首次实施了以 APG 为基础的门诊预付费制。^[4] APG 1.0 版本有 298 个分组以及一个错误分组。1995 年美国医疗保健筹资管理局(Health Care Financing Administration, HCFA)向国会提交报告,希望能够将门诊病人分组作为 Medicare 门诊预付费制度的基础。APG 开始时主要用途是区分设备使用成本,而不是医疗资源使用的专业成本,在 APG 发展过程中逐渐将设备成本以及专业人员时间成本包括进 APG 的设计之中。^[5]

APG 2.0 版本于 1995 年 8 月完成,由 3M 与 HCFA 共同开发,在设计过程中考虑门诊预付费制度的政策性影响。2.0 版 APG 有 280 个分组,在 1.0 版的基础上,部分 APG 被重新定义、删除、修改, APG 分组整体数量相似,但大量 APG 内容有所修改。^[6]

表 1 APG 发展历程

	APG 1.0	APG 2.0	APG 3.0	EAPG
发布时间	1992 年	1994 年	2007 年	2007 年
开发机构	3M 健康信息公司	3M 与 HCFA 共同设计	3M 健康信息公司	3M 健康信息公司
分组情况	共 299 组,重要操作 145 组,内科服务 80 组,辅助服务 APG15 组,实验室项目 80 组,放射项目 20 组,病理检查 2 组,麻醉 1 组,化学检查 3 组,附加 3 组,入院或死亡 1 组,以及 1 个错误分组	共 280 组,重要操作 135 组,内科服务 83 组,辅助检查及操作 53 组,药品及生物制剂 5 组,按床日付费 4 组	共 478 组,其中主要重要操作 218 组,内科服务 181 组,辅助检查及操作 55 组,药品及生物制剂 10 组,按床日付费 4 组,3 个观察组以及 7 个其他组	共有 606 组,其中主要操作 160 组,内科服务 198 组,辅助检查及操作 88 组,新增物理治疗与康复 6 组,心理健康与咨询 16 组,牙科手术 23 组,放射学操作 20 组,诊断或治疗操作 25 组,药物及生物制品 27 组,按床日付费 1 组
分组依据	1989 年 HGPCS 编码、ICD-9-CM 诊断编码	1999 年 HGPCS 操作编码、ICD-9-CM 诊断编码	ICD-9-CM 编码、CPT-4 代码	ICD-10-CM 编码、CPT ^R 代码、HCPCS 操作编码
试用地区	爱荷华州 Medicaid	部分州的 Medicaid 以及蓝十字保险公司	纽约、弗吉尼亚、马萨诸塞、威斯康星、华盛顿等州的 Medicaid 和蓝十字保险	纽约、弗吉尼亚等 18 个州的 Medicaid 经办机构 and 13 个第三方付费机构

资料来源:作者根据文献整理。

APG 3.0 版于 2007 年发布,适合各种类型的门诊病人,包括家庭问诊、互联网、医生诊所、医院门诊

部,急性疾病和慢性疾病等。APG 3.0 共有 478 个分组,其中主要操作分组 218 个,医疗就诊分组 181 个,

辅助检查分组 55 个,以及 24 个其他分组。由于过去需要住院手术现在可以在日间手术完成,所以在 3.0 版本中增加了重要操作 (Significant procedure) APG 分组数量,例如新型的腹腔镜手术;针对急性病以及慢性病的治疗成本,在内科 APG 中增加大量有关急性疾病 (如前列腺炎) 以及慢性疾病 (如肥胖) 的 APG 组合;由于提供给门诊病人的药物快速增长,不仅癌症化疗需要个性化 APG 组,许多其他种类的药物也需要个性化处理,所以在 3.0 版本中辅助医疗 APG 中有 5 个分组按照不同的支付水平进行分层。价格高昂的检查手段 (MRI、CT 等) 按照不同的身体部位分层,更加精细的对不同短期疾病治疗进行分层。三个 APG 版本的比较见表 1。

2007 年后,为满足门诊医疗服务动态发展的需求,3M 健康信息公司开始每个季度更新 APG 分组系统,形成了 Enhanced APG (EAPG)。截至 2018 年,纽约、弗吉尼亚等 18 个州的 Medicaid 经办机构 and 13 个第三方付费机构应用 EAPG 作为医院、门诊手术中心和其他门诊机构的支付方式。^[7]

2 APG 分组方法

2.1 基础编码

APG 分组需要以疾病的操作和诊断编码为基础。操作编码是美国医学会制定的通用过程术语学 (Current Procedural Terminology, Fourth Edition (CPT-4)), 该编码主要用于 Medicare 或商业健康保险公司与医疗服务提供方进行沟通索赔,可以描述和界定医生和卫生技术人员提供了哪些临床操作或服务。在医疗保险公司执行索赔时,必须与诊断代码相匹配才能获得索赔。术语集由美国医学院每年更新一次。诊断编码是国际疾病分类编码 ICD-9-CM。每个门诊患者都需要具备完整的操作编码、诊断编码、人口社会学特征 (如性别、年龄) 和资源消耗 (如成本、费用) 等信息。

2.2 分组逻辑

APG 分组与住院病例 DRGs 分组逻辑相似,目的是解释门诊病例临床特征和资源消耗的差异,将门诊病人临床特征、资源消耗和成本相似的归为一组,差异大的归为另一组。但不同于 DRGs 以诊断作为首要分组变量,门诊病例通常缺乏明确的诊断,所以 APG 把操作作为首要分组变量。根据是否有重要操作,APG 将门诊病例分为三大类型:重要操作 (Sig-

nificant Procedure) APG 组、内科服务 (Medical visit) APG 组和辅助服务 (Ancillary Test and Procedures) APG 组;如果没有重要操作、内科服务指标和辅助检查或操作,则分入错误组 (Error)。根据 Goldfield 的介绍^[6],分组流程如图 1 所示。

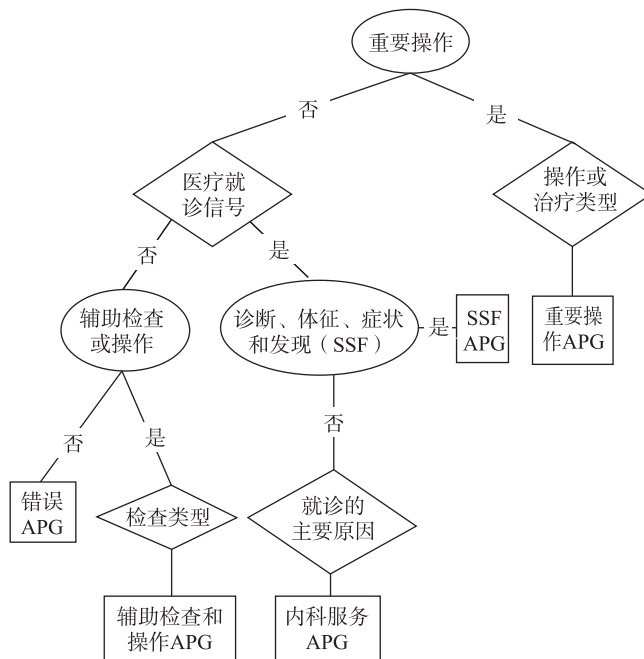


图 1 APG 分组流程图

重要操作指某项手术或操作是本次就诊的主要原因,消耗时间、成本和医疗资源最多,例如皮肤损伤切除术、骨折治疗、插入中心静脉导管等。内科服务指病人接受治疗,但是没有进行重要操作,如心衰、肺炎、慢阻肺和高血压病人的复诊。辅助服务 APG 指初级诊疗中的辅助检查 (如 X 光、检验科检测等) 以及辅助操作 (如免疫接种、麻醉、宫内避孕器放置入术等)。

病人就诊后,首先判断是否有重要操作:如果有,分到重要操作组;如果没有,再判断是否有明确的内科服务指标:如果有,根据主要诊断、体征、症状和发现 (Signs, symptoms and findings, SSF) 进行细分组;如果没有明确的内科服务指标,但是有辅助服务 APG,分为辅助服务 APG 组;如果没有重要操作、内科服务指标和辅助检查与操作,分为错误组。

在每个大组内,再根据门诊病例的其他信息进行细分组。重要操作组可以根据部位、操作范围大小、目的、疾病类型、治疗方法、设备、特殊药品使用、疾病复杂程度等变量细分为若干组。内科服务则根据 ICD-9-CM 诊断编码、病因、躯体、疾病类型 (急性

和慢性)、年龄和复杂性等变量进行细分。根据辅助服务的类型,辅助服务 APG 组也可以细分。^[8]各个细分组的数量,不同地区、版本的 APG 分组结果会有差异,但主要类型和数量基本相似。在最新版本的 APG 分组中,精神健康和药物滥用、药品和生物制品、耐用医疗设备和日间康复等门诊服务被单独分组。

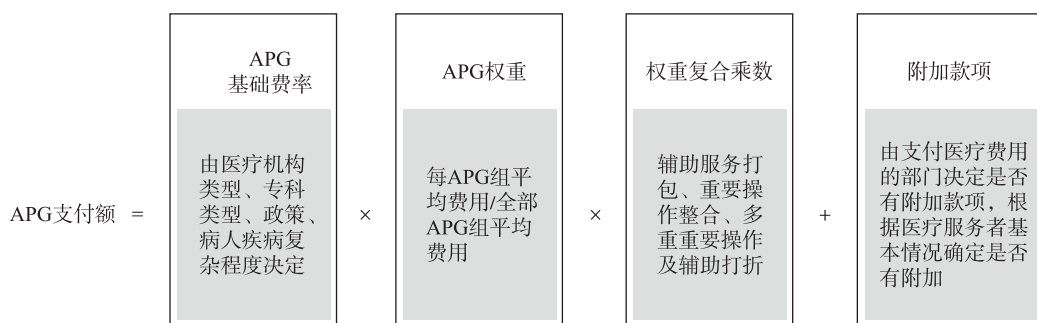
2.3 APG 分组特征

APG 分组特点如下:(1)综合性强,门诊 APG 需要覆盖在门诊中出现的各种类型患者。(2)组内资源同质性强,每组 APG 应保持组内患者消耗的资源类型、消耗相似,在同组 APG 中出现使用资源差异巨大情况时不能保证一个公平标准的支付率。(3)具备临床意义,每个 APG 组都应当具有临床意义,便于医生理解并使用,方便与医生之间的沟通合作。(4)灵活性,门诊就诊疾病种类复杂且就诊过程中存在多种辅助检查,应当保证每组 APG 足够灵活,可以在每组 APG 的主要框架下增减不同的辅助服务,且能够适应时间的变化。(5)最大限度地避免医生套高编码的可能性。^[9]

3 APG 支付方式

3.1 APG 预付费的基本思路

APG 预付费的基本思路与 DRGs 预付费相似,首先对病例进行分组,然后计算各个病组的权重,再次计算基础费率,最后,基础费率×病组权重得到各个病组支付标准。^[10]但是,APG 预付制与 DRGs 付费也存在一个重大差异:一个住院病例只能被分入一个 DRGs 组,支付标准覆盖了该病组的所有诊断、手术操作、辅助检查和药品等费用;而门诊服务的成本差异大、辅助服务 APG 成本占比高,导致一个 APG 组内的成本也会存在很大差异。为了解决这一问题,APG 预付制采取的措施是将一个门诊病例分入多个 APGs 组,如以手术为主,同时包含重要检查、检验的病例,手术相关费用分入重要操作 APG 组支付,相关检查、检验分入辅助服务 APG 组支付。相应地,为了计算一个病人被分入多个 APGs 组的支付标准,Medicaid 采取了权重复合乘数(Weight multiplication)的措施。以纽约市的 Medicaid 为例,APG 付费具体流程如下图 2 所示。^[11]



来源: Ambulatory Care Payment Reform

图 2 APG 支付标准计算流程

3.2 APG 预付费权重与基础费率的计算

基础费率、权重和支付标准的计算流程与 DRGs 相同。其中:

APG 权重 = 每个 APG 组的平均费用 ÷ 全部 APG 组的平均费用

APG 支付 = APG 权重 × APG 权重复合乘数 × 基础费率 + 附加款项(Capital Add-on Payment)

APG 基础费率:由门诊病人就诊的医疗机构类型(普通门诊或独立门诊)、不同专科、当地政策以及病人类型共同决定。

病人附加款项:支付医疗费用的部门,根据医疗服务提供者的具体情况判断是否需要附加款项,如 Medicaid 为保障偏远地区、农村地区患者医疗服

务的可及性,会为这些地区的诊所和医院设置附加款项,激励医生到类似地区执业。

3.3 APG 权重复合乘数付费

权重复合乘数是指针对一个门诊病例被分入多个 APGs 组的情形,将不同病组合理打包付费或调整病组权重打折付费,包括辅助服务 APG 服务打包(Ancillary Packaging)付费、重要操作整合(Significant Procedure Consolidation)付费、多重重要操作及辅助服务打折(Discounting)付费。作为一种经济激励措施,权重复合乘数可以有效控制医生的道德风险,提高医疗服务效率,实现特定的医保政策目标。

辅助服务 APG 服务打包付费指如果一个门诊病例被分入重要操作组或者内科服务组,同时伴辅助服务,则将辅助服务打包纳入重要操作或内科服务组统一计算支付标准。例如将胸部 X 光检查服务费用打包到肺炎就诊费用中。廉价、常用的辅助服务被打包支付,昂贵且不经常使用的辅助服务(如 MRI)不会被打包,而是作为辅助 APG 单独支付。

重要操作整合付费指患者在一次门诊就诊过程中出现需要多种重要操作时,将多个重要操作 APG 合并为一个单独的 APG 进行支付。重要操作是否整合的判断依据是临床经验:如果两项重要操作具有密切关系,或者一项操作是另一项操作的组成部分,则可以合并支付;两种临床治疗上无相关性的重要操作不能合并,比如治疗闭合性骨折和皮肤切除手术即为两种不同的 APG 支付。重要操作整合降低了医疗服务提供者将一次就诊过程中的重要操作拆分为多个 APG 的可能性,减少道德风险。

多重重要操作及辅助服务打折付费是指,当患者需要多个重要操作或者辅助检查时,医保机构可以对额外的操作或检查服务打折支付。打折付费的经济学解释是边界成本递减,即在一次就诊过程中为患者提供第二项操作的边际成本比单独提供该项操作的成本要低,可以缩减手术室占用时间、医生准备时间和耗材成本。打折增加了对医疗服务提供者的经济激励,能够有效避免重复检查以及多次手术,既可以保障医疗服务提供者能够得到合理的成本补偿,也不会激励过度医疗。

3.4 APG 预付费存在的问题

APG 付费具有与其他病例组合支付相似的问题:(1)费用异常病例的支付。当门诊病例中出现价格昂贵的诊断、治疗或药品时,医疗费用会存在异常值,需要医院与医保支付方通过特病单议协商申请额外付费。(2)辅助服务打包及折扣。折扣程度与当地政策密切相关,不同地区折扣程度不同。以 APG 为基础的门诊付费方式,需要地方政府根据经济发展水平和政策目标,合理设定打包、折扣和附件款项的支付政策,引导医疗卫生机构和医生提供可及高效的医疗卫生服务。(3)APG 分组需及时更新。医疗技术和药品创新速度快,在门诊服务中推广应用范围广,需要专业人才或机构,助推医保或第三方支付机构及时更新 APG 分组,适应门诊服务的发展趋势。

4 APG 预付制实施情况

APG 预付制开发完成后,主要应用于美国纽约等州的 Medicaid 和商业健康保险公司。根据 1997 年美国国会的《平衡预算法案》,CMS 参考 APG 预付制,开发了医院门诊预付费系统(Ambulatory Patient Classifications, APC),两者在分组方式和支付方式的基本思路方面有很大相似性,但在具体分组细节方面有差异,如 APC 分组要求同组内病例成本差距不得超过两倍(Two time rules);APC 基于 E&M 编码和就诊机构类型确定了 10 个内科服务组,而 APG 基于患者疾病诊断和症状、体制等因素确定了 180 多个内科服务组。^[12, 13]

研究显示,基于门诊预付费制度的 APG 支付系统设计有效的将门诊患者划分为具有临床资源使用同质性、可管理的 APG 组,将患者医疗资源需求与医院诊疗成本相关联,促使医院主动进行成本管理。根据客户需求,对特定支付选项进行配置,可以帮助政府实现特定政策目标并为医院提高护理质量提供经济激励。^[6]

4.1 实施关键

APG 在实施过程中需要大量门诊病历等数据资源支持。美国 APG 分组数据都需要能够从门诊电子信息系统提取,如诊断代码、CPT 操作代码、HCPCS 操作代码、服务日期、患者年龄、性别等分组关键字段,需要从门诊护理信息采集表(UB-04 表)、医疗专业服务索赔表(CMS1500 表)等各类门诊服务表格中收集。

APG 分组中需要保证临床使用资源同质性。分组不仅需要临床诊断,也需要考虑手术操作、就诊时间、费用等因素;分组结果可以反映患者就诊过程中资源需求以及医疗资源消耗情况。具有相同疾病诊断的患者,可能由于疾病特征不同造成医疗资源使用存在巨大差异。如糖尿病患者和糖尿病并发酮酸症中毒患者,尽管从器官系统、病因及专业角度存在相似性,但酮酸症会增加医疗资源使用,因此会被分到不同的 APG 组中。

APG 支付方案设计既要激励供方减少不必要医疗服务的提供,也要确保对医疗资源使用进行合理偿付。一方面,通过重要操作整合、辅助服务打包等方式,APG 分组可以在不同模块之间灵活组合,对各类资源消耗进行合理偿付。另一方面,可以将患者

划分到多个 APG 组解决患者需求多样性问题,如患者在一次就诊中进行两次手术和一次 X 光检查即被分配 3 个 APG。在门诊预付费系统中,每个 APG 都有其单独支付标准,将患者总 APG 支付率相加即为患者支付额度。最后,为提高效率并减少 APG 编码上升的可能性,并非所有 APG 支付率都会被纳入支付总额。

4.2 实施难点

需要多学科团队共同运营。APG 需要临床医生、数据分析师、程序员和经济学家组成的团队共同维护更新分组。3M 目前每月都会发布新版本 EAPG,每季度更新,其中临床逻辑分类不断增强,分类涉及到临床、成本、历史数据整理等多方面,需要专业人士定期更新。

需要监测和控制门诊次数和次均费用的不合理增长。首先,医疗机构可以通过诱导就诊等手段增加就诊次数以此增加医院收入,因此应当设计监测以及控制访问次数的系统。其次,尽管将操作代码汇总到 APG 中进行重要操作整合减少了编码上升的可能性,但仍需要对医院编码工作进行定期检查,避免高套编码。最后,由于辅助服务打包,医院可以将患者转移到非医疗环境中进行检查,非医疗设施可以提供单独计费,因此必须能够识别有医院门诊部门订购但是非医疗环境提供的辅助设备,防范成本转移。

5 对我国的启示

5.1 建立门诊病例分组预付制的必要性与可行性

我国正在建立健全职工医保门诊共济保障机制,逐步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹。合理的门诊支付方式是门诊统筹保障制度的重要内容,可以控制医疗费用增长、合理配置医疗资源、保障门诊统筹基金的可持续性。国际经验表明,门诊病例分组是合理补偿医疗成本和控制医疗费用的有效措施。但我国现在门诊支付方式改革仍然处于起步阶段,以传统的按项目付费为主,医疗服务碎片化严重,医保缺乏对门诊医疗服务的合理偿付机制。因此,开展门诊病例分组支付方式改革具有必要性。

另一方面,国内正在广泛开展 DRGs、DIP 住院支付方式改革。根据国际经验,住院支付方式改革会导致服务转移和成本转移效应,医院将住院医疗服务和成本向门诊转移,推动门诊医疗服务数量和费

用的增长。为避免可能发生的成本转移,需要协同开展门诊支付方式改革,控制门诊医疗费用的不合理增长。

APG 支付方式改革具有较高的可行性。美国的 APG、APC 支付方式改革,为我国建立本土化的 APG 预付制提供了参考;2020 年浙江金华市已经开始探索门诊病例分组付费改革,可以为其他地区开展 APG 支付方式改革提供经验;APG 的编码规范和信息系统等基础工作与 DRGs 有相似性,正在推广实施的 DRGs 支付方式改革,需要升级改造医院的住院病案、财务和医保信息系统,可以为未来完善门诊病例信息系统奠定基础。

5.2 门诊病例分组改革难点

5.2.1 门诊电子病历编码基础和信息系统薄弱

APG 分组需要从大量的病历中提取病人的准确信息,病历书写越规范,分组器分组越准确。另一方面,APG 分组也需要统一的诊断和操作编码,准确、翔实的费用信息,以及高效的信息系统。但是,目前我国门诊病历信息系统碎片化严重,缺乏统一的编码规范,分组基础工作薄弱。

5.2.2 编码和分组等专业人才缺乏

门诊病人分组涉及临床、信息、财务、质量管理、病案等多方面专业知识,目前我国缺乏相关病案管理人才,在建设过程中应当培养专业的编码人员,保证实施过程中病例分组顺利进行。APG 在实施过程中涉及到政策导向问题,需要相关部门密切配合,具有一定的专业技术基础,共同完成 APG 设计。

5.2.3 缺乏 APG 相适应的监督管理办法

APG 的分组逻辑及设计过程尽量避免高套编码的可能性,临床医生在诊疗时需要选择主要诊断及主要操作直接决定了患者发生的医疗费用,需要医院行政科室对医生的诊疗行为进行全流程监管,需要智能审核系统对医院进行监控。

5.2.4 分组需要持续发展和更新

门诊治疗方式更新速度快,不断有新技术、新的治疗手段产生,APG 病例分组作为医保支付的基础,应跟随临床医学进展不断更新维护。随着医学科学的进步,临床诊疗手段、诊疗模式的改进,新药、新技术的出现,都将使疾病诊疗的资源消耗不断发生变化。对 APG 进行定期、及时、持续地更新与维护,才能保证分组真实反映我国的临床诊疗实际,才能发挥 APG 在临床管理、医保支付与政策决策中的作用。

5.3 建议

目前我国医保改革逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付,加大了对门诊慢性病的报销力度,门诊保障范围不断扩大、报销比例不断提升,医保基金需要精打细算才能实现可持续运行。在此情况下,需要 APG 预付制作为杠杆,撬动医疗行为的改变,控制门诊医疗费用的不合理增长。未来需要针对门诊病历编码不规范、信息系统碎片化严重、编码人员缺乏等问题,一方面,需要培养编码人员、培训医护人员提高能力、整合建立高效智能的电子病历信息系统,制定标准的电子病历填写规范;另一方面,建立专业化的 APG 分组机构和人员,持续开发、维护、更新本土化的 APG 分组系统;最后,充分利用打包付费和折扣付费政策,引导医生提供规范的门诊服务,权重、费率和报销比例适当向基层倾斜,引导患者主导到基层就医。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, et al. Ambulatory Patient Groups, Version 3.0--a classification system for payment of ambulatory visits[J]. J Ambul Care Manage, 2008, 31(1): 2-16.

[2] 姚奕婷, 翁一冰, 邓婕, 等. DRG 发展与应用回顾及付费标准研究综述[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(1): 24-27.

[3] Mihailovic N, Kocic S, Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care[J]. Health Serv Res Manag Epidemiol, 2016, 3: 1-8.

[4] Vertrees J C, Pollatsek J S, Sheets K T, et al. Developing an outpatient prospective payment system based on APGs for the Iowa Medicaid program[J]. The Journal of ambulatory care management, 1994, 17(4): 82-96.

[5] Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, et al. Ambulatory Patient Groups, Version 3.0--a classification system for pay-

ment of ambulatory visits[J]. J Ambul Care Manage, 2008, 31(1): 2-16.

[6] Goldfield N, Averill R F, Grant T, et al. The clinical development of an ambulatory classification system: version 2.0 Ambulatory Patient Groups[J]. J Ambul Care Manage, 1997, 20(3): 49-56.

[7] 3M Health Information Systems. 3M Enhanced Ambulatory Patient Grouping System [EB/OL]. [2021-04-20]. https://www.3m.com/3M/en_US/health-information-systems-us/drive-value-based-care/patient-classification-methodologies/enhanced-apgs/

[8] 3M Health Information Systems. 3M(TM) Enhanced Ambulatory Patient Grouping Systems Methodology Overview [Z]. 2019.

[9] 张玉海, 徐勇勇. 国外门诊病人的病例组合研究及有关问题[J]. 中华医院管理杂志, 2000(12): 56-57.

[10] 邓小虹. 北京 DRGs 系统的研究与应用[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2015.

[11] State Of New York, Department Of Health. Ambulatory Patient Groups (APG) Provider Manual [EB/OL]. [2021-05-11]. https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/rates/apg/docs/apg_provider_manual.pdf

[12] Rawson J V, Kassing P. HOPPS: Evolution of a CMS Process[J]. Journal of the American College of Radiology, 2007, 4(2): 102-105.

[13] Anumula N, Sanelli P C. Hospital Outpatient Prospective Payment System[J]. American Journal of Neuroradiology, 2012, 33(4): 616-617.

[14] Ankjær-Jensen A, Rosling P, Bilde L. Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system[J]. Health Care Management Science, 2006, 9(3): 259-268.

[15] Raulinajtyś-Grzybek M. Ambulatory Patient Groups: Impact on the Service Structure and Providers' Behaviour[J]. Paradigm, 2015, 18(2): 121-134.

[收稿日期:2021-05-13 修回日期:2021-06-25]

(编辑 赵晓娟)