

# 醫學信息

## MEDICAL INFORMATION

2020年第4期

(总第576期)

---

**卷首语** 本期关注疾病诊断相关分组（DRGs），通过疾病诊断相关组对某综合性医院科室及专业组医疗服务进行绩效评价，发现基于DRGs的科室及专业组医疗服务质量与绩效评价比传统评价方法更具有可比性和可操作性；研究构建基于DRGs的医疗服务绩效评价体系，提出我国建立起该评价体系所需的客观条件；此外，梳理了美国以价值为导向的医保支付模式，总结其模式设计、运作形式、实施效果及潜在问题等，提出对我国医保支付方式改革的启示。



上海市卫生和健康发展研究中心  
上海市医学科学技术情报研究所



# 醫 學 信 息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊

2020 年第 4 期 (总第 576 期)

2020 年 8 月 28 日

## 主 管

上海市卫生健康委员会

## 主 办

上海市卫生和健康发展  
研究中心 (上海市医学  
科学技术情报研究所)

## 编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编: 200031

电话: 021-33262063

021-33262061

传真: 021-33262049

E-mail:

medinfo@shdrc.org

网 址:

www.shdrc.org

刊 名 题 字: 王道民

主 编: 邬惊雷

衣承东

常务副主编: 张 勘

副 主 编: 王剑萍

黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

编 辑: 王 瑾

练建平

校 对: 张紫翔

## 目 次

### 专题研究

基于 DRGs 的综合性医院科室及专业组医疗服务绩效评价研究  
..... 周海龙 田源 封卫征, 等 (1)

基于 DRGs 的医疗服务绩效评价体系构建研究  
..... 申鑫 韩春艳 甘勇, 等 (9)

### 他山之石

美国以价值为导向的医保支付模式应用及启示  
..... 孙辉 王海银 谢春艳, 等 (18)

### 科教动态

吹响“经济管理”的号角, 公立医院进入以成本为中心的时代  
..... (23)



# 基于 DRGs 的综合性医院科室及专业组 医疗服务绩效评价研究

周海龙<sup>1</sup> 田源<sup>2</sup> 封卫征<sup>1</sup> 汤洁<sup>2</sup> 钱丽静<sup>1</sup> 徐菲<sup>2</sup>

朱晓玲<sup>1</sup> 厉海洋<sup>1</sup> 金莉莎<sup>1</sup> 周艳丽<sup>1</sup>

1. 上海市嘉定区南翔医院, 201802

2. 上海市嘉定区卫生事务管理中心, 201800

疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 是目前为止医疗领域中最有效、最直接、最科学的规范医疗费用和医疗行为的方法, 主要应用于医疗绩效管理和医保费用支付。本文采用“2016 版 CN-DRGs 分组系统”进行相关分组, 对上海某二级综合性医院的住院病例进行分组, 并对医院各科室及专业组的医疗服务绩效展开评价, 为综合性医院应用 DRGs 进行科室及专业组医疗资源合理配置提供循证依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

本文数据来源为上海嘉定区某综合性医院 2016—2018 年在线上传的患者住院时间低于 60 天的住院病案首页数据。2016 年住院总病例数 11540 例, 入组总病例数 11338 例, 总入组率 98.25%。2017 年住院总病例数 12314 例, 入组总病例数 12077 例, 总入组率 98.07%。2018 年住院总病例数 12464 例, 入组总病例数 12393 例, 总入组率 99.43%。

### 1.2 研究方法

本文以 DRGs 住院医疗服务监测与分析系统和嘉定区域疾病诊断相关分组医疗服务管理系统为研究平台, 使用 2016 版 CN-DRGs 分组系统, 以上海临床疾病分类 ICD-10、手术操作分类 ICD-9-CM-3 字典库为基础进行分类, 通过医疗服务、效率和安全三个维度对科室及专业组进行监测、分析和评价。

### 1.3 统计学处理

运用 2016 版 CN-DRGs 分组系统对相关病例进行分组, 所有数据通过系统导出, 用 Excel2007 进行汇总、整理, 并对相关数据进行统计和分析。

## 2 结果

### 2.1 医院总体情况

2016—2018 年医院 DRGs 组数从 376 组提高到 402 组, 总权重从 8216 上升到 10413.52, 病例组合指数 (Case Mix Index, CMI) 由 0.72 上升到 0.84, 费用消耗指数从 1 降低到 0.93, 时间消耗指数从 1.1 降低到 0.97, 低风险死亡率从 0.22% 降为 0, 中低风险死亡率从 1.21% 降低到 0.77%, 具体见表 1。

表1 2016—2018年上海市嘉定区某综合性医院DRGs相关数据

年份	入组病例数	DRGs组数	总权重	CMI值	费用消耗指数	时间消耗指数	低风险死亡人数	中低风险死亡人数	低风险死亡率(%)	中低风险死亡率(%)
2016	11338	376	8216.00	0.72	1.00	1.10	6	28	0.22	1.21
2017	12077	390	9198.37	0.76	1.00	1.05	0	22	0	1.02
2018	12393	402	10413.52	0.84	0.93	0.97	0	17	0	0.77

### 2.2 科室医疗服务能力

入组病例数上升的科室及专业组主要有儿科、消化内科、呼吸内科、康复科 1 组、康复科 2 组、外科 1 组、外科 2 组和神经内科, 入组病例数降低的科室及专业组主要有妇科、产科、骨科、内分泌科、眼科, 其它科室及专业组保持稳定或略有波动。从 DRGs 组数来看, DRGs 组数上升的科室及专业组有儿科、呼吸内科、康复科 2 组、外科 1 组、外科 2 组和神经内科, DRGs 组数下降的科室及专业组有内分泌科、眼科, 其它科室及专业组保持稳定或略有波动。从总权重来看, 总权重上升的科室及专业组主要有骨科、儿科、呼吸内科、急诊内科、老年科 1、老年科 2、康复科 1 组、康复科 2 组、外科 1 组、外科 2 组和神经内科, 总权重下降的科室及专业组主要有妇科、产科、消化内科、内分泌科、眼科, 其它科室及专业组保持稳定或略有波动。从 CMI 值来看, CMI 值上升的科室及专业组主要有骨科、儿科、呼吸内科、急诊内科、心内科、老年科 1、老年科 2、康复科 1 组、康复科 2 组、外科 1 组、外科 2 组、ICU 科和神经内科, CMI 值下降的科室及专业组主要有消化内科, 其它科室及专业组保持稳定或略有波动, 见表 2。

表2 2016—2018年上海市嘉定区某综合性医院科室及专业组医疗能力相关指标

科室	入组病例数			DRGs 组数			总权重			CMI 值		
	2016年	2017年	2018年	2016年	2017年	2018年	2016年	2017年	2018年	2016年	2017年	2018年
妇科	1143	1119	1071	38	40	38	351.58	354.30	319.52	0.31	0.32	0.30
产科	2045	1862	1476	19	22	20	1239.87	1093.22	893.48	0.61	0.59	0.61
骨科	830	806	804	57	60	60	580.41	600.79	644.41	0.70	0.75	0.80
儿科	895	981	1189	15	16	18	609.88	666.12	872.90	0.68	0.68	0.73
消化内科	183	214	214	26	21	25	159.00	146.71	113.09	0.87	0.69	0.53
内分泌科	105	42	23	15	13	11	83.85	33.69	18.14	0.80	0.80	0.79
呼吸内科	588	975	1078	39	53	50	587.50	1030.49	1452.03	1.00	1.06	1.35
中医科	113	104	105	10	12	9	100.96	89.47	93.58	0.89	0.86	0.89
急诊内科	364	403	374	66	77	73	345.18	399.15	422.91	0.95	0.99	1.13
眼科	138	65	49	7	5	2	49.33	23.79	17.72	0.36	0.37	0.36
耳鼻喉科	81	81	84	13	13	17	48.17	49.16	51.51	0.59	0.61	0.61
心内科	1073	882	1097	92	103	99	940.56	821.78	1040.77	0.88	0.93	0.95
老年科 1	177	425	313	34	60	47	150.40	367.88	292.91	0.85	0.87	0.94
老年科 2	798	865	850	103	109	87	759.95	880.81	950.16	0.95	1.02	1.12
康复科 1 组	163	304	383	32	41	40	154.13	284.74	433.80	0.95	0.94	1.13
康复科 2 组	232	416	435	47	62	57	215.97	401.76	497.13	0.93	0.97	1.14
外科 1 组	435	950	966	72	106	103	262.30	588.09	646.25	0.60	0.62	0.67
外科 2 组	408	874	940	73	102	100	253.95	552.80	633.40	0.62	0.63	0.67
ICU 科	138	163	154	36	53	49	187.80	294.39	267.99	1.36	1.81	1.74
神经内科	-	462	607	-	28	36	-	430.12	636.98	-	0.93	1.05
外科泌尿组	-	-	181	-	-	43	-	-	114.84	-	-	0.63

### 2.3 医疗服务效率

费用消耗指数上升的科室及专业组主要有妇科、产科和儿科, 费用消耗指数下降的科室及专业组主要有内分泌科、呼吸内科、中医科、急诊内科、耳鼻咽喉科、心内科、老年科 1、老年科 2、康复科 1 组、康复科 2 组、外科 2 组、ICU 科和神经内科, 其它科室及专业组保持稳定或略有波动。时间消耗指数上升的科室及专业组没有, 时间消耗指数下降的科室及专业组主要有妇科、骨科、儿科、消化内科、内分泌科、呼吸内科、中医科、急诊内科、眼科、耳鼻咽喉科、心内科、老年科 1、康复科 1 组、康复科 2 组、外科 1 组、外科 2 组和神经内科, 其它科室及专业组保持稳定或略有波动, 见表 3。

表 3 2016—2018年上海市嘉定区某综合性医院科室及专业组服务效率相关指标

科室	费用消耗组数			时间消耗指数		
	2016 年	2017 年	2018 年	2016 年	2017 年	2018 年
妇科	1.09	1.04	1.20	1.18	1.12	1.08
产科	0.89	0.96	0.97	1.11	1.17	1.12
骨科	0.98	1.00	0.92	1.05	0.96	0.82
儿科	1.13	1.13	1.24	1.09	1.02	0.97
消化内科	0.66	0.74	0.63	0.78	0.84	0.57
内分泌科	1.06	1.21	0.84	1.22	1.15	0.87
呼吸内科	0.98	1.00	0.82	1.10	1.05	1.00
中医科	0.78	0.70	0.69	1.45	1.46	1.35
急诊内科	0.87	0.86	0.65	0.87	0.90	0.81
眼科	0.85	0.96	0.89	0.82	0.78	0.76
耳鼻咽喉科	0.76	0.80	0.66	0.68	0.58	0.49
心内科	1.07	1.01	0.89	1.05	1.03	0.94
老年科 1	1.07	0.96	0.82	1.06	1.01	0.93
老年科 2	1.00	0.89	0.77	0.98	0.93	0.94
康复科 1 组	1.22	1.30	0.92	1.41	1.51	1.28
康复科 2 组	1.28	1.31	1.01	1.46	1.44	1.27
外科 1 组	0.87	0.91	0.89	1.13	1.01	0.98
外科 2 组	0.95	0.88	0.85	1.13	0.98	0.90
ICU 科	2.30	1.89	1.80	1.01	1.00	1.09
神经内科	-	0.92	0.72	-	0.81	0.76
外科泌尿组	-	-	0.80	-	-	0.76

### 2.4 医疗服务安全

2016 年发生过低风险死亡例数的科室及专业组有呼吸内科、内分泌科和外科 2 组, 低风险组死亡率分别为 5.56%、4% 和 1.05%, 2017 年和 2018 年未出现低风险死亡例数。中低风险组死亡例数上升的科室及专业组主要有心内科和外科 2 组, 中低风险组死亡例数下降的科室及专业组主要有内分泌科、呼吸内科、急诊内科、老年科 2 和 ICU 科, 其它科室及专业组大多为零或偶有发生死亡例数, 见表 4。

表 4 2016—2018年综合性医院科室及专业组服务安全相关指标

科室	中低风险组死亡例数			中低风险组死亡率 (%)		
	2016 年	2017 年	2018 年	2016 年	2017 年	2018 年
妇科	0	0	0	0	0	0
产科	0	0	0	0	0	0
骨科	0	0	0	0	0	0
儿科	0	0	0	0	0	0
消化内科	1	0	0	3.85	0	0
内分泌科	1	1	0	1.37	6.67	0
呼吸内科	2	1	1	0.93	0.30	0.43
中医科	0	0	0	0	0	0
急诊内科	5	5	1	4.20	3.97	0.95
眼科	0	0	0	0	0	0
耳鼻喉科	0	0	0	0	0	0
心内科	3	4	7	0.50	1.29	1.47
老年科 1	0	0	0	0	0	0
老年科 2	6	1	1	1.99	0.34	0.39
康复科 1 组	1	1	1	1.20	0.69	0.61
康复科 2 组	0	1	1	0	0.55	0.64
外科 1 组	0	2	1	0	1.46	0.65
外科 2 组	1	2	3	1.92	1.49	1.73
ICU 科	5	4	1	23.81	21.05	5.88
神经内科	-	0	0	-	0	0
外科泌尿组	-	-	0	-	-	0

## 2.5 综合得分

综合得分包括产能得分、效率得分和安全得分。医院科室及专业组综合得分上升的科室主要有骨科、内分泌科、呼吸内科、急诊内科、耳鼻咽喉科、老年科 1、康复科 1 组、康复科 2 组、外科 1 组、外科 2 组和神经内科，医院科室及专业组综合得分下降的科室主要有妇科、产科、眼科和老年科 2，其它科室及专业组综合得分保持稳定或略有波动，见表 5。

表 5 2016—2018年上海市嘉定区某综合性医院科室及专业组综合得分情况

科室	2016 年	2017 年	2018 年
妇科	0.78	0.78	0.74
产科	0.83	0.79	0.77
骨科	1.06	1.06	1.12
儿科	0.80	0.79	0.80
消化内科	1.12	0.95	1.08
内分泌科	0.72	0.79	0.88
呼吸内科	0.96	1.11	1.21
中医科	0.85	0.85	0.84
急诊内科	1.27	1.27	1.36
眼科	0.76	0.73	0.73

科室	2016 年	2017 年	2018 年
耳鼻咽喉科	0.96	0.99	1.12
心内科	1.31	1.31	1.33
老年科 1	0.98	1.10	1.09
老年科 2	1.42	1.42	1.35
康复科 1 组	0.92	0.91	1.02
康复科 2 组	0.99	1.02	1.09
外科 1 组	1.12	1.24	1.25
外科 2 组	1.01	1.24	1.27
ICU 科	1.10	1.31	1.20
神经内科	-	1.03	1.15
外科泌尿组	-	-	1.04

### 3 讨论

#### 3.1 综合绩效评价

2016—2018 年由于医院科室存在变动, 如外科分为外科 1 组和外科 2 组, 康复科也分为康复科 1 组和康复科 2 组, 同时, 老年科 3 也取消, 为了使科室及专业组能够看到一个连续的过程, 故现在没有的科室及专业组不列入各统计表, 这样各科室及专业组的总计和医院年度总计略有差异, 但不影响总体数据的完整性和发展趋向。产科入组病例数明显下降, 总权重数也有一定程度的下降, 但 DRGs 组数和 CMI 值变化不明显, 说明产科 DRGs 组数下降与二胎政策的放宽导致产妇回老家分娩和医院所在地区拆违、企业迁移等有关, 医疗服务能力没有明显下降。儿科、呼吸内科、急诊内科入组病例数、DRGs 组数、总权重和 CMI 值均稳步提高, 说明科室处于良性发展的轨道。眼科由于科室骨干人员离职问题导致入组病例数、DRGs 组数、总权重下降, 但 CMI 值保持稳定, 说明科室骨干人员的稳定对科室发展至关重要。康复科 1 组、康复科 2 组和外科 1 组、外科 2 组分组后各项指标均保持稳中有升, 说明通过分组引进竞争机制初见成效。神经内科作为 2017 年新成立的科室各项指标发展势头良好, 外科泌尿组也从 2018 年开展单独考核, 把绩效考核范围划小也是精细化管理的一个方面。

产科随着入组病例数减少服务效率也在下降, 应从质量、技术和服务入手来改变这种不利的态势。儿科费用消耗指数上升但时间消耗指数下降, 说明儿科医联体与上海儿童医院同质化管理导致费用上升, 具备一定的合理性, 但并没有导致压床的发生。

2016 年呼吸内科、内分泌科、外科 2 组出现过低风险死亡, 经过管控, 2017 年和 2018 年未出现低风险死亡例数。中低风险组死亡例数呼吸内科、急诊内科、老年科 2、ICU 科均呈下降趋势, 心内科、外科 2 组呈上升趋势, 对每起死亡案例均需认真分析, 看是否存在医疗安全隐患以及系统上或管理上的漏洞。

### 3.2 科室及专业组管理

DRGs 是一种按照临床过程相似和资源消耗相近对病例进行分类和组合的方式, 作为一种被广泛应用的风险调整工具, 其基于住院患者的疾病特点、个体特征、诊疗过程及资源消耗等方面对病例进行分类, 其良好的同质性是作为临床服务绩效评价标准化的基础, 与传统的考核内容相比更加科学。DRGs 不仅用于医院内部的管理, 同时还可以将医院数据纳入区域内数据中进行比较, 这样可以了解本医院相关指标在区域内的位置, 可以知己知彼, 更容易找到自己的薄弱环节, 管控也更有说服力和针对性。另外, 利用 DRGs 来进行医疗服务绩效评价, 可以通过数据来横向比较科室的诊疗特征, 向科室提出建设性的建议, 从而有针对性地应对医疗服务过程中的困难, 提高医疗服务水平。本组涉及 21 个科室及专业组, 科室之间相差较大, 传统的绩效评价难以评价治疗的复杂程度和治疗难度, 而疾病诊断相关分组将临床过程相似、资料消耗相近的病例分到同一 DRGs 组中, 提高了不同科室及专业组间的横向可比性, 使得绩效评价结果相比较而言更为客观和全面, 成为精细化管理的一个有效的抓手。医院每月在质量月会及中层群中公布各科室及专业组 DRGs 组数及 CMI 值, 并和去年同期进行对比, 以促使各临床科室不断提升住院医疗服务的宽度和深度, 同时, 自 2019 年起, 将 CMI 值纳入对科室及专业组的考核, 使科室能够有意识地去收治一些有一定难度的病例, 从而提升自己的医疗水平和服务能力。

### 3.3 医疗服务安全管控

医疗质量是医疗机构永恒的主题。低风险死亡率是对科室进行评价的主要系数指标, 并且是医疗机构本身社会职能要求和目标的切实体现, 应充分考虑质量安全的重要性。低风险组是指疾病本身导致死亡的可能性极低的 DRGs 分组。该组患者死亡的最大原因多为临床过程差错所致, 是一个能较敏感反映医疗质量的指标。对发生的低风险组死亡例数要逐例进行审核, 查看是病例填写不当所致还是确实出现了临床差错导致了低风险组死亡例数的发生, 利用 DRGs 平台帮助筛选出医疗安全风险案例, 并加以检查、分析、反馈和整改, 从而提高医疗质量、病案首页填写质量和医疗安全管控水平。

### 3.4 DRGs 区域评价的参考价值

本文研究的 21 个科室及专业组之间相差较大, 如内科系统科室和外科系统科室硬性对比往往会有失公允, 但区域间相同科室及专业组对比往往会更有说服力。很多时候, 本院对自己的科室及专业组相对比较了解, 对其它医院相同科室及专业组了解不多, 对自己在区域内所处的位置也不十分明确, 上级主管部门对各医疗机构相同科室及专业组的评价也缺乏一定的数据支撑。而通过“区域疾病诊断相关分组医疗服务管理系统”可以对医院间的 DRGs 能力、效率和安全相关指标进行评价, 也可以对科室及专业组发展的均衡性进行比较, 使自己科室及专业组可以了解在区域中的大致定位, 并以此推进科室及专业组的自我管理。建议建立符合本地实际的基于区域内统一的病案首页

数据仓库、分组器和数据标准唯一的 DRGs 系统, 通过院内医师对比、院外医师对标, 结合传统指标进行多角度、多层面的评价, 为院内临床医师职称晋升改革工作提供数据支持, 为医院绩效考核和医疗质量管理提供数据参考, 推动医院 DRGs 工作深入开展, 促进医院医疗质量持续提升。

### 3.5 DRGs 的局限性

DRGs 促使卫生行业逐步从粗放的行政化管理转向精细的信息化管理, 对医院及学科由主观印象评价走向用数据说话、讲科学依据的客观评价。利用这些评价指标, 可以在规范医疗行为、保证医疗质量、提升医疗服务、控制医疗费用方面做更加深入的探索 and 发现。同时 DRGs 目前仍处于发展阶段, 本土化过程并不是尽善尽美。目前 DRGs 分组系统有很多版本, 甚至一个地区就有不同的版本, 这就给区域同质化管理带来很大的困难, 建议国家统一建立适合中国国情的 DRGs 分组系统, 至少是建立省级统一的 DRGs 分组系统, 把 DRGs 管理纳入到科学化、规范化和同质化的有序轨道上来。同时要加强病案首页填写质量的管理, 从源头上管控好基础数据质量, 如果这项基础性工作做不好, DRGs 作为精细化管理工具是不可能有效发挥其作用的。此外, 加强临床路径管理, 规范诊疗行为, 也是 DRGs 分组系统能够取得成效的前提和保证。DRGs 仅仅只是一个管理工具, 要有效发挥其作用, 还有许多扎扎实实的工作要做。

综上所述, 基于 DRGs 的科室及专业组医疗服务质量与绩效评价比传统评价方法更具有可比性和可操作性, 有助于加强科室及专业组的内部管理, 并可为实现医院精细化管理和加强学科建设打下良好的基础。

# 基于 DRGs 的医疗服务绩效评价体系构建研究

申鑫<sup>1</sup> 韩春艳<sup>2</sup> 甘勇<sup>1</sup> 卢祖洵<sup>1</sup>

1. 华中科技大学公共卫生学院, 430030

2. 深圳市卫生健康委员会, 518031

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的病例管理方式。目前全球有 30 余个国家引进了 DRGs 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。

DRGs 作为一种管理工具, 是病例组合中常见的患者分类系统, 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等方面。基于 DRGs 的医疗服务绩效评价是指在 DRGs 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。

## 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。相关政策的相继发布为建立基于 DRGs 的医疗服务绩效评价体系提供了基础。

---

基金项目: 国家社会科学基金重大项目 (18ZDA085)

通信作者: 卢祖洵, E-mail: zuxunlu@yahoo.com

本文出自《中国卫生政策研究》2020年3月第13卷第3期

## 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。

## 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、规范诊疗路径和提升患者满意度的重要方式。

# 2 基于 DRGs 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 DRGs 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 DRGs 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)。

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的获得感。在基于 DRGs 的医疗服务评价系统中,核心的三项内容是数据的质量、编码规范和多维度绩效评定,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。

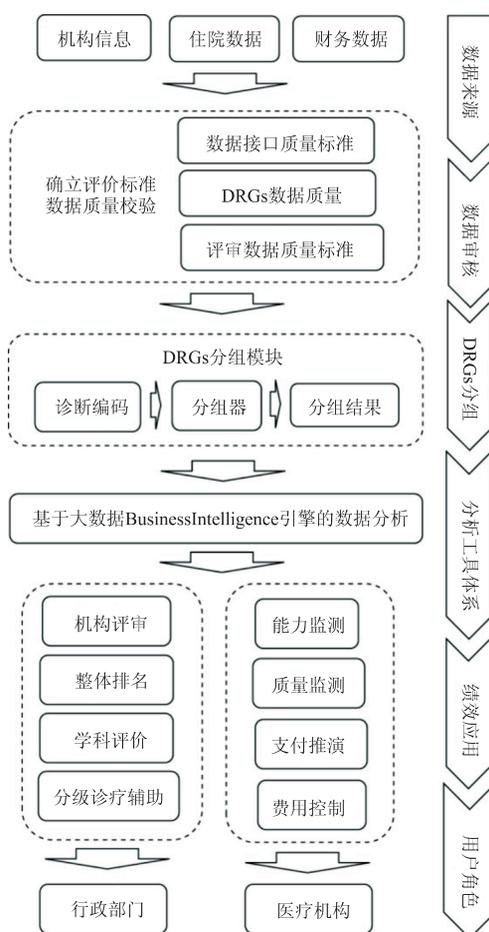


图 1 基于DRGs的医疗服务绩效评价体系路径

## 2.2 高质量数据录入

保证 DRGs 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 DRGs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住院、财务数据	采用前置机，手动上传 DBF 信息（增加管理系统（DBase-Foxpro, DBF）信息 DRGs 数据上报程序）/ 数据仓库技术（Extract-Transform-Load, 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	实际执行符合医院质量监控系统（Hospital Quality Monitoring System, 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

### 2.2.1 数据上传

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 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 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。

### 2.2.2 数据内容

原先的数据内容主要为服务量、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(暂行)》和《住院病案首页数据质量管理与控制指标(2016 版)》(国卫办医发(2016)24 号)要求。

### 2.2.3 数据审核

以往由于各家医院标准不一且数据上报质量不高，对 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(2016 版)》(国卫办医发(2016)24 号)进行数据审核，如有字典标准强制执行。

### 2.2.4 数据反馈

改进前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。

### 2.2.5 数据上报流程

对数据上报流程的改进集中体现了对数据质量的要求。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。对原有数据上报流程的改进能够进一步发挥 DRGs 的评价作用，呈现真实的绩效报告(图 2)。

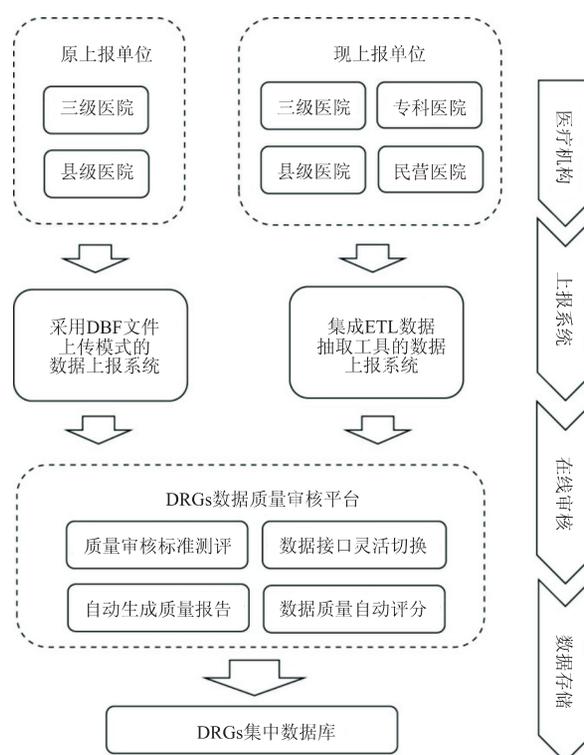


图 2 DRGs 数据上报整体流程

### 2.3 规范 DRGs 分组

DRGs 分组器的高效体现在基于各 DRGs 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。DRGs 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 DRGs 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。DRGs 分组、RW、CMI 三者相互联系。通过 DRGs 对疾病进行分组，用 RW 定量描述每个 DRGs 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 DRGs 组时，则综合不同 DRGs 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 DRGs 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。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的基础上,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、二级、三级医疗机构数) 医疗机构综合及专科属性、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) DRGs组数、DRGs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DRGs组 总费用较低的DRGs组 均费较高的DRGs组 患者数或权重数较高的DRGs组 RW值较高的DRGs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值、DRGs组数、患者数、DRGs总权重四个指标。CMI值主要反映医疗服务的病种结构,CMI值越高,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。DRGs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、DRGs总权重两项指标是衡量医院卫生服务总量的重要指标。DRGs总权重由单个DRGs组权重和各DRGs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DRGs组疾病考察多层次、多类别的指标,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DRGs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 DRGs 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 值 DRGs 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

DRGs 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。DRGs 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,并在此基础上结合新增的 DRGs 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	DRGs 组数	价格动因分析
患者均费	DRGs 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	交互动因分析
各类费用构成	总权重数 CMI 值	

### 3 建议

#### 3.1 建立统一的 DRGs 标准体系

基于 DRGs 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。但是,要充分发挥 DRGs 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,国家卫生健康委员会在“开展按疾病诊断相关分组(DRGs)收付费改革试点启动会”上正式提出要在试点地区实施按 DRGs 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。这是我国新医药卫生体制改革过程中正式启动 DRGs 收付费改革的首次实践。但我国目前仍处于对 DRGs 分组规则和数据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 DRGs 基础建设

目前,我国推进 DRGs 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 DRGs 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 DRGs 编码和绩效的实现。

因此,我国应加强 DRGs 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,由其负责编码工作,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 DRGs 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和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,同时避免以提高 CMI 值为目的的人为造假。目前,医务人员及相关领域人员对 DRGs 的认识不足,甚至仍有相当一部分医务人员对其抱持有抵触情绪,因此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 DRGs 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 DRGs 的医疗服务质量评价体系需要完备的政策体系以及卫生、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。

# 美国以价值为导向的医保支付方式应用及启示

孙辉 王海银 谢春艳 金春林

上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 200040

以价值为导向的医疗保险 (以下简称“医保”) 支付 (Value-Based Payment, VBP) 是指通过医疗质量评价体系和奖惩机制, 激励医疗服务提供者提高医疗服务质量、改善患者体验、减少不必要医疗费用的一种新的支付策略。以价值为导向是医保支付改革的重要目标, 一方面可以促使医疗机构改变医疗服务行为, 在降低医疗费用增长的同时保证医疗质量; 另一方面可以促进医疗机构之间协作, 提高整体服务效率。

21 世纪初期, 美国医疗保险领域开始探索医疗服务以价值为导向进行支付。经过多年的发展, 建立了较为成熟的以价值为导向的医保支付方式。本文通过文献复习, 梳理了美国常见的以价值为导向的医保支付方式, 包括按绩效支付、捆绑支付、共享结余与风险分担支付三种, 总结其模式设计、实施效果、潜在问题等, 旨在为我国医保支付方式改革提供借鉴。

## 1 美国以价值为导向的医保支付方式

### 1.1 按绩效支付

按绩效支付 (pay for performance, PFP), 是指根据卫生服务提供方对患者医疗服务质量改进的表现, 向其提供经济奖励或惩罚的过程。PFP 通过约束医疗服务行为, 减少不必要的医疗服务, 改善了病人健康状况。PFP 设计的关键环节主要有: 绩效目标设计、支付水平、考核和支付频率设计以及奖金分配等。其中, 绩效目标设计根据是否设定阈值分为两类: 一类目标有阈值, 只有绩效达到一定水平的医疗机构才能得到经济奖励; 另一类没有阈值, 可根据绩效指标完成的数量获得经济奖励, 医疗机构无需达到确定的绩效水平。支付水平是指绩效收入占医疗机构收入或医务人员收入的比例, 不同的服务机构、服务类型 (门诊、住院) 存在一定差异。考核和支付频率设计是指支付方对医疗机构定期的考核和支付, 一般按季度、年度考核和支付。奖金分配方面, 绩效奖金通常支付给医疗机构, 由医疗机构制定奖励标准分配到团队和个人。

美国实施按绩效支付项目后, 取得了一些积极的进展。研究表明, 采取绩效激励后,

---

基金项目: 美国中华医学基金会卫生体系研究与政策转化合作项目 (CMB-CP 14-190); 第四轮公共卫生三年行动计划重点学科建设计划循证公共卫生与卫生经济学 (15GWZK0901)

通信作者: 金春林, E-mail: jinchunlin@shdrc.org

对服务质量改善有一定正向作用。同时,患者再入院人数显著减少,就诊等待时间缩短,有助于改善就诊流程。

## 1.2 捆绑支付

捆绑支付又称为打包支付、基于治疗事件的支付等,是指支付方通过测算,预先确定一整套医疗服务(预防、治疗、康复)的总支出(目标价)来支付医疗费用,医疗服务提供方分担目标价与实际成本之间的差额造成的任何损失或结余。目的是激励医疗服务提供者提高医疗服务的协调性和效率,同时以更低的成本改善医疗服务质量和结果。

捆绑支付的主要特点:一是允许提供者在服务之前知晓患者将支付多少费用,且捆绑支付只在服务结束后向提供者进行补偿;二是要求服务提供方承担风险,包括支付由并发症、再入院等引起的超出目标价的费用。

文献研究发现,至今美国已测试实施了4种捆绑支付模式(见表1)。此外,关节置换服务捆绑支付(2016—2020年)、肿瘤服务捆绑支付(2016—2021年)正在测试实施中。

表1 美国已实施的四种捆绑支付模式

模式名称	实施年份	类型	提供服务	支付方法
急性住院服务的捆绑支付	2013—2016	回顾性	急性住院服务	急性住院的单次费用,医院和医生可以分享结余
急性住院及住院后服务捆绑支付	2013—2018	回顾性	所有急性住院及住院后服务,包括出院后30~90天的再入院服务	服务费用-实际支出符合预先设定的目标价
急性住院后服务捆绑支付	2013—2018	回顾性	急性期后服务在出院后30天内开始,包括出院后30~90天的再入院服务	服务费用-实际支出符合预先设定的目标价
急性住院服务的捆绑支付	2013—2018	前瞻性	所有住院服务以及30天内再入院服务	事先支付给医院一笔捆绑支付的费用,超出的医疗成本由医院支付

捆绑支付模式在多个领域显示出巨大前景。根据《美国医学会杂志》2017年2月发表的一项研究,实施捆绑支付后,关节置换患者的医疗费用平均降低了20.8%。美国在为期5年的心脏搭桥捆绑支付项目中,参与的医疗机构节省了10%的预期支出。美国兰德公司预计,捆绑支付推广后的2010—2019年间将节省5.4%的国家卫生支出。同时,捆绑支付还促进了医疗合作,如乔斯林糖尿病中心把多学科医疗专家、医疗辅助人员聚集一起,提供高质量的糖尿病护理服务。

## 1.3 共享结余和风险分担支付

共享结余和风险分担支付是美国责任医疗组织(Accountable Care Organizations, ACOs)模式下的主要支付方式,基本过程如下。年初为ACOs预先设定本年医保费

用上限, 年终统一结算; 在医疗服务质量达到标准, 且节余比例达到限定值的情况下, 若实际医保费用低于限定额, 则 ACOs 可以按协议比例保留节余部分作为经济奖励; 若高于限定额, 则要求 ACOs 与支付方共同承担损失。

共享结余和风险分担是同一枚硬币的两面。通过风险分担, 医疗服务支付方和提供者就设定的预算和质量阈值达成一致。如果医疗机构不能将成本保持在设定的基准水平以下, 其必须承担超出部分的医疗成本。与只有共同储蓄的安排相比, 风险合约的参与者通常有更大的机会分享潜在的储蓄。

目前, ACOs 有“单边模式”和“双边模式”两种节余共享模式 (见表 2)。在单边模型中, ACOs 只共享节余, 不共担损失。在双边模型中, ACOs 需要共享节余和共担损失, 若要获得更大比例的节余分享, 则要承担更大的风险。

表 2 共享结余与风险分担模式

模式	路径	共享结余	分担风险
单边模式	路径 1	最高 50%	不需要
双边模式	路径 2	最高 60%	最高 60%
	路径 3	最高 70%	最高 75%

美国实施共享结余和风险分担支付后, 医保支出控制取得了积极的进展。美国卫生部 2017 年评估报告显示, 在参与共享结余和风险分担支付项目的前 3 年里, ACOs 大多数降低了医保支出。与此同时, ACOs 根据内容管理系统 (Content Management System, CMS) 的质量测量数据, 普遍提高了医疗服务质量。Mark W.Friedberg 等研究结果显示, 参与共享结余和风险分担的医疗机构, 在糖尿病护理和乳腺癌筛查等医疗项目中, 降低了患者的全因住院率和全因急诊就诊率。

#### 1.4 三种医保支付方式潜在的问题

本文从医疗服务提供方和患者角度出发, 梳理按绩效支付、捆绑支付和共享结余与风险分担三种模式在实施过程中存在的问题 (见表 3)。同时, 与按项目支付、按人头支付相比, 从过度医疗风险、医疗不足风险、费用控制、疗效提升等角度, 分析按绩效支付、捆绑支付和共享结余与风险分担三种模式的潜在问题 (见图 1)。

表3 以价值为导向的医保支付方式存在的问题

相关方	按绩效支付	捆绑支付	共享结余与风险分担
医疗服务提供方	可能无法奖励已达到最优业绩的医疗机构；当实际成本与绩效目标差距太大时，对医院或医生激励程度会很小；提供医疗服务不是决定医疗质量（绩效）的唯一因素；PFP 不能确保医保支付款项足以支付医疗机构提供的优质医疗服务成本，不合理的支付水平将影响医疗服务行为。	受到激励的同时，可能选择提供更便宜的医疗服务；在医疗服务疗程结束前，对治疗带来的并发症不予诊断；拖延住院后服务直到捆绑支付服务疗程终止。	因提供较低质量的服务而获得更高的报酬；医保费用基准的设定，可能会妨碍提供高价值服务；提供者获得的报酬并不完全取决于自己提供的服务，还依赖于其他提供者的服务。
患者	医疗机构可能优先选择较低风险的患者，高医疗需求的患者更难以获得医疗服务；患者过度医疗的风险较高。	捆绑重叠，一个患者可能会同时享有多个捆绑支付的服务疗程；不是所有病种都适合捆绑支付；推诿依从性较差的患者，让不需要住院的患者住院。	不帮助病人解决疾病问题，医生也可以得到更多报酬；提供者可能因服务于需求更大的患者而在经济上受到损害，导致医疗不足风险。

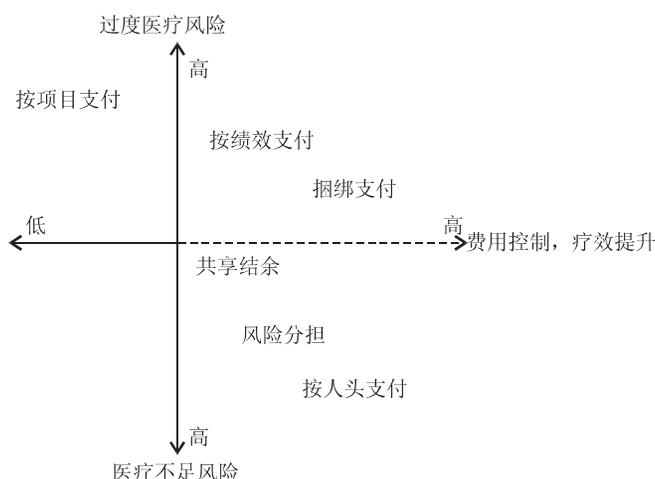


图 1 不同医保支付方式潜在的问题

## 2 讨论

当前，我国卫生费用持续上涨，患者疾病经济负担较重，医保支付方式以按项目付费为主，结合按病种、按人头等付费方式，效率较低。作为调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆，医保支付方式激励和导向作用的充分发挥，是控制医疗费用、保障人群健康的关键。本文发现，不同 VBP 模式在支付设计、激励机制、适用人群、范围、适用医疗机构等方面具有明显差异。

对于何种 VBP 模式是最优选择，目前尚无统一结论。本文认为，评价支付方式是否以价值为导向，需要回答以下问题：（1）该模式是否促进医疗服务提供者为患者提供适宜、优质的医疗服务？（2）支付率是否与提供优质医疗服务的成本相匹配？（3）提供者是否具有提供优质医疗服务的灵活性？（4）更大医疗需要的患者是否能得到更

多的医疗服务? (5) 患者和支付方能否确定将支付的总金额? (6) 提供者在服务前能否知道将获得多少报酬? 综上, 以价值为导向的医保支付应以为患者创造价值为目标, 补偿支付与价值挂钩, 并奖励创新。

### 3 以价值为导向的医保支付方式改革对我国的启示

#### 3.1 政府推动, 加快试点

以价值为导向的医保支付方式改革, 迫切需要政府从全局规划出发, 制定相应的指导意见。目前, 我国已有部分地区在自发探索医保按价值支付, 但尚未形成理论化经验。因此, 我国开展医保按价值支付, 需要在总结国内外经验的基础上, 逐步扩大试点范围, 并进行系统深入的评估, 形成经验理论和典型案例, 在其他地区加以推广。

#### 3.2 有效利用卫生技术评估决策支持工具

卫生技术评估 (Health Technology Assessment, HTA) 作为科学与决策的桥梁, 是促进建立以价值为导向的医保支付方式的重要工具。通过运用 HTA, 基于安全、有效、经济、伦理以及组织影响等维度, 对卫生技术的直接和间接影响进行评估, 一方面可以控制医疗费用增长, 提升技术效果和患者安全; 另一方面可以促进新兴技术的应用, 淘汰低价值技术, 从而实现高价值的医疗服务提供, 助力医保支付方式改革。

#### 3.3 强化健康监测, 加强疾病预防干预

可靠的健康监测是提升医疗服务效果的重要环节。应通过健康监测, 预测居民未来的健康状况, 预警医疗系统潜在风险, 促进政府对疾病预防的规划, 加大疾病预防投入, 探索开发疾病风险预测模型, 对未来可能患病的人群进行提前干预, 从而提升卫生资源配置和使用效率, 保障人群健康。

《科教动态》

## 吹响“经济管理”的号角，公立医院进入以成本为中心的时代

——上海交通大学附属第一人民医院成功举办“DRGs 支付改革下以点数成本法为核心的医院成本核算应用和创新”现场交流会

8月20日，上海交通大学附属第一人民医院举办了“DRGs 支付改革下以点数成本法为核心的医院成本核算应用和创新”现场交流会。来自全国13个省直辖市逾80家医院的院长、分管财务院长、总会计师、财务、成本绩效、信息中心等部门负责人，以及部分地区卫生健康委员会、卫生经济学会相关领导、专家200余人济济一堂，为DRGs支付改革共同探讨交流学习实践心得。



近年来，医院在时任院长王兴鹏及现任院长郑兴东的领导下，创新性地运用点数成本法开展了医疗服务项目和病种成本核算的探索和信息化应用实践，同时进行了课题研究取得了阶段性成果并在行业核心期刊发表了系列学术论文。





交流会上，上海交通大学附属第一人民医院总会计师夏培勇作了热情洋溢的欢迎辞。上海市卫生健康委员会财务处处长王惟发表重要讲话，他就医院成本管理从项目定价、医保支付改革、财会人员自身能力提高、医院绩效考核以及经济运行保障等五个方面阐述了成本核算工作的重要性。同时他强调成本核算的五点把握：注重比价关系的运用和把握；重要性和实质性原则的把握；业财融合的把握；运用信息化、大数据、人工智能的把握；理论与实践运用不断转化修正完善的把握。

交流会上，夏培勇总会计师分别作了题为“当前医疗服务项目核算若干问题思考与建议”和“点数成本法为核心的项目成本核算体系应用与实践”的主题报告。在分析目前项目成本核算各种方法的基础上，创新提出了点数成本法这一在项目成本核算中把复杂问题简单化的管理会计工具。他指出，成本核算并非一蹴而就，核算方法需要不断优化，成本核算只是一种手段，通过核算发现医院管理存在的薄弱环节，不断夯实医院的基础信息和数据，从而逐步提高核算结果的准确性。



重庆金算盘软件公司医院财务成本专家李昌琪老师作了“点数成本法体系的创建和思考”的主题演讲。



国家卫生健康委员会卫生经济管理专家、上海市卫生和健康发展研究中心卫生政策研究部副主任彭颖老师为大家分享了主题为“DRGs 支付改革背景下，医院成本核算方法与进展”的演讲。



上海交通大学附属第一人民医院成本核算项目组从实践出发为大家分享“点数成本法在手术科室的应用案例分析”、“基于作业的点数成本法在医技科室的应用案例分

析”报告、医疗服务项目及病种成本核算系统讲解及演示。通过非常直观的形式为与会者展示了上海交通大学附属第一人民医院的成果，让大家感受到项目成本核算的标准化必须依赖于数据采集的标准化，只有稳定的成本核算途径与效率才能确保项目成本核算的效果。最后，由夏培勇总会计师和李昌琪老师进行了现场交流及答疑。

本次交流分享会的成功召开也是响应今年国家卫生健康委员会推行的“公立医疗机构经济管理年”的一个具体举措，在后疫情时代，医疗卫生体制改革进入深水区和攻坚期的关键时刻，吹响了公立医院“经济管理”的号角。对于医院来说，以收入为中心的时代已经结束了，取而代之的是以成本为中心的时代。公立医院成本核算和管理工作决定着公立医院的经营与发展，关系着卫生资源的有效利用，关系着群众看病就医费用的高低，是体现公立医院公益性、社会性、积极性的重要方面。化危为机，公立医疗机构进入了高质量发展的机遇期，这也是此次交流会的初衷。

(上海交通大学附属第一人民医院供稿)



**印刷单位：**上海市欧阳印刷厂有限公司

**印刷数量：**300本

**发送对象：**市卫生健康委员会、区卫生健康委员会、卫生健康委员会直属单位、医疗机构、高校医学院及相关研究所、相关科研院所、其他相关联系单位