醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2020 年第 5 期

(总第 577 期)

卷首语 本期重点关注DRGs改革背景下的医院管理现状，探讨构建合理科学的病案编码员绩效考核指标体系，以保障病案首页数据质量；分析DRGs改革背景下医院开展卫生技术评估的功能与策略，以期构建DRGs与HB-HTA相结合的医院精细化管理模式；此外，归纳了澳大利亚医保支付方式演变过程以及改革主要特点，对我国医保支付方式改革具有重要借鉴意义。

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

上海市连续性内部资料准印证（K）0663号　　内部资料　免费交流

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊　　2020 年第 5 期 (总第 577 期)　　2020 年 10 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

DRGs 背景下病案编码员绩效考核指标体系的建立
…… 张忻怡　厉欣怡　黄磊（1）

DRGs 改革背景下医院卫生技术评估的功能与推行策略
…… 吕兰婷　施文凯（8）

他山之石

澳大利亚医保支付方式改革及对我国的启示
…… 张晓宇　张伶俐　颜建周，等（15）

科教动态

迎进博、强演练，提升实验室应急事件处置能力…… （22）

《专题研究》

DRGs 背景下病案编码员绩效考核指标体系的建立

张忻怡[1]　厉欣怡[2]　黄磊[1]

1. 复旦大学附属肿瘤医院，200032

2. 上海长海医院，200433

科学地使用绩效考核工具，对于调动员工工作积极性以及提高其专业素质和业务能力具有重要意义。随着疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups，DRGs）医疗保险（以下简称“医保”）付费制度及医疗机构精细化管理的加速发展，对病案首页数据尤其是编码质量的要求达到新高度，也给病案编码员的业务能力和综合素质带来更大挑战。新一轮医药卫生体制改革（以下简称“新医改”）背景下，病案编码员的绩效考核和绩效管理手段的变革日渐重要。然而我国各地病案编码发展不均衡，编码员工作内容和岗位界定模糊，编码员对自身的重要性认识不足，缺乏行业自信。医疗机构中缺少病案编码员绩效考核和管理的有效方法，国内相关研究处于起步阶段，可参考的文献和研究成果匮乏，现有成果研究范围小，指标设置不够全面。本文基于文献查阅和专家咨询等方法，构建病案编码员的绩效考核指标体系，以加强对病案编码员的培养和管理，充分调动编码员的主动性和创造性，适应医药卫生体制改革，满足等级医院评审、医院精细化管理、科研数据支撑、重点学科建设等多层次的发展要求。

1　病案编码员绩效管理存在的问题

1.1　病案编码员岗位职责模糊，绩效考核内容难统一

在我国众多地区的一级、二级医疗机构中，病案编码并非独立设置的岗位，由于病案科人员队伍不足，病案编码员通常需要完成大量与编码无关的工作，如兼职病史收集、病案整理、病案复印、病案流通、病案管理等，这些琐碎事务分散了编码员的精力，占用有效的编码时间。随着医疗卫生改革的不断推进，编码任务日益繁重与编码人才紧缺和编码员精力有限的矛盾日渐凸显，编码质量和编码效率难以提高。因此，梳理当前国家政策导向，明确医院发展战略目标，将病案编码员的岗位性质和工作内容规范化、标准化，深入分析病案编码员工作机制及工作流程，是构建病案编码员绩效考核指标体系的第一要务。

1.2　病案编码员绩效考核方式落后，指标量化难度大

病案科作为医院的职能科室，绩效分配与其他部门相同，采取平均分配的薪资机

通信作者：黄磊，E-mail：huanglei0903@126.com

制，主要根据出勤、职称和职务进行绩效分配。这种分配方式存在缺乏竞争、激励作用弱、无法体现公平性的弊端，员工工作效率低下，工作积极性不高，出现相互推诿工作、消极怠工的现象。同样作为行政职能科室，病案编码员的绩效管理存在考核指标量化难度大、考核标准难统一、考核方式单一落后的问题，相关的研究成果和可借鉴的经验较少。因此突破编码员岗位性质的限制，深入挖掘病案编码的独特性和工作流程，构建一套适用性强、实用性高的绩效考核指标体系具有重要意义。

1.3　病案编码员不受各方重视，绩效考核实施阻力大

病案编码工作始终处于一种矛盾的境地。一方面，病案编码涉及到医疗、医保、科研等众多领域，且国家层面以及卫生管理部门对病案首页的数据尤其编码质量有着较高的要求；另一方面医疗机构及医院领导对于编码员的工作不够重视，缺乏有效的绩效考核激励方式，编码员的薪酬低、任务重，导致编码员的工作效率低、编码质量不高、工作积极性难调动、自我提升的主动性缺失。同时，编码员队伍整体素质不高，如年龄普遍偏高、人员少、学历低、职称低、具备编码资格少、从业岗龄短、缺乏创新能力以及科研教学能力，且病案编码行业发展缓慢，编码员的继续教育和培训机会少，病案编码员对自身工作的重要性以及绩效考核的认识程度不够。这些均给制定合理的、完善的、可操性高的绩效考核体系增加了难度，严重阻碍了病案编码员绩效考核的落地实施。

2　病案编码员绩效考核指标体系

2.1　文献回顾

杜剑亮等人结合关键绩效指标和平衡记分卡的指导思想，运用头脑风暴法和问卷调查法，最终形成编码员绩效考核方案，将数量指标和质量指标纳入病案编码员的绩效考核指标体系。阿布都沙拉木·依米提等人区分病案科室的岗位职责，将绩效考核内容分为基础考核、工作质量考核和工作数量考核。针对病案编码组工作的侧重点，将疾病手术编码、病案相关信息核对并准确录入以及完成病案相关信息录入的及时性纳入工作质量专项考核中。陈玉娟认为医院行政科室的绩效考核指标体系应该从财务管理、顾客服务、内部流程和学习与成长等方面设定。施旎等人将工作数量、工作质量、成本调整、医德医貌、业务风险评定、服务满意度纳入病案管理的绩效考核内容。针对病案编码员的绩效考核指标体系构建的研究较少，相关指标考核内容不全面，无法充分体现病案编码的理论与实践并存、多方协作和不断更新发展的特性，但是为本文提供了具有一定价值的参考。

2.2　构建思路

本文在文献回顾的基础上，组织病案编码员以及编码专家进行头脑风暴和小组讨论，重新界定和规范了病案编码员岗位要求、工作流程以及工作机制，明确了编码考

核框架内容，结合关键绩效指标和 360 度绩效考核法的指导思想，以公平性和科学性为原则，初步筛选出一些具有代表性的绩效考核指标；为确保指标体系的有效性和可靠性，进一步咨询病案编码领域专家意见，对考核项目与考核目标的相关性进行评估，对初步构建的指标体系进行反复讨论和修订，对不完全符合原则的指标进行修改或淘汰，确定有效绩效指标，最终形成编码员绩效考核指标体系。根据 SMART 五项原则细化和量化各项指标，确定各项指标的权重、评分标准和考核办法，保障关键绩效指标的可操作性，提升医院领导和各部门领导对绩效考核的重视程度，并运用到编码员的日常考核和年度考核中去。

2.3 构建原则

病案编码员关键绩效考核指标（Key Performance Indicator，KPI）的确定需符合 SMART 原则和二八定律，以国家卫生政策改革为导向，以编码质量提升为核心，本着公开、公平、公正的原则，展现病案科室的细致、严谨与专业，以病案编码员的综合素质提升和持续成长为保障，实现医院精细化管理以及病案编码行业的长足发展。

2.4 指标体系和考核标准

国际疾病分类（International Classification of Diseases，ICD）是一个国际性的分类系统，有着悠久的历史，内容丰富，目前国内与国际上使用的为 ICD-10 及 ICD-9-CM-3；同时，ICD 又是一门操作性强的学科，需要通过不断实践才能提高编码水平。编码员要扮演好“翻译者”“质控者”“建桥者”的角色，以保证 ICD 编码的准确与完整。根据编码员的主要工作职责、工作流程，本文构建包含日常工作、工作优化、服务对象、学习成长 4 个维度的关键绩效考核指标体系，包括工作数量、工作质量、工作结果、流程优化、临时任务、服务对象等 9 个一级指标，病案录入份数、病案编码录入条数、一类编码条数等 20 个二级指标。绩效考核总得分为日常工作、工作优化、服务对象、学习成长各项得分的总和，管理者能够通过绩效考核得分情况评价病案编码员的整体工作状态，同时考核结果将与病案编码员的薪酬二次分配和年终评优挂钩。

2.4.1 日常工作维度

日常工作维度主要反映编码员病案编码和病案首页其他关键数据完成数量、质量的考核，以及编码对 DRGs 入组正确率影响的考核。其中病案录入份数、编码录入条数、一类编码条数 3 项指标的数据均由病案首页录入系统自动生成，其中一类编码指的是根据病案首页系统历年数据统计，其中出现频率最低的 10% 的疾病和手术编码，除此以外的编码为二类编码。编码错误条数、编码错误率、录入错误率指标等数据来源于病案首页自查表。每个月按照临床专科分别随机抽取 50 份病史，在医务科质控组监督审核下，由编码员之间互相复查病案首页编码和 DRGs 医保付费相关的病案首页关键数据，复查编码包括门诊诊断编码、主要诊断编码、其他诊断编码、病理诊断编码、损伤中毒外部原因编码、手术操作编码 6 大项。DRGs 医保付费相关的病案首页关键数据包括年龄、呼吸机使用时间等内容。DRGs 入组正确率指标由 DRGs 分组器自动获得。工作

数量的 5 项指标的计算方式均为个人工作量 / 组平均工作量 × 权重。工作质量和工作结果共计 3 项指标，均采取减分制，其中编码错误率和录入错误率小于等于 5% 为满分 100 分，超过 5% 以后每增加 5% 扣除 20 分；DRGs 入组正确率大于等于 95% 为满分 100 分，低于 95% 以后每减少 5% 扣除 20 分。这 3 项指标的计算方式均为总得分 × 权重 /100。

表 1　日常工作维度

一级指标	权重	二级指标	权重	考核标准和计算方式	计算方式	信息来源
工作数量	45	病案录入份数	9	组平均工作量为考核标准	个人工作量 / 组平均工作量 × 权重	系统自动生成。由于在录入病案首页信息的过程中已经把编码员和录入员的信息录入到病案软件中，因此，通过软件能够自动统计出不同编码员的编码与录入工作量。
		编码录入条数	9			
		一类编码条数	9			
		发现编码错误条数	9	组平均工作量为考核标准	个人工作量 / 组平均工作量 × 权重	形成病案首页自查表。每月系统随机抽取各临床专科病史 50 份，编码员内部相互查阅并形成记录，医务科质控组监督并核查。
		发现录入错误条数	9			
工作质量	10	编码错误率	5	减分制，错误率 <=5% 为满分 100 分，超过 5% 以后每增加 5% 扣除 20 分	总得分 × 权重 /100	
		录入错误率	5		总得分 × 权重 /100	
工作结果	5	DRGs 入组正确率	5	减分制，正确率 >=95% 为满分 100 分，低于 95% 以后每减少 5% 扣除 20 分	总得分 × 权重 /100	DRGs 分组器，根据月末 DRGs 入组结果统计。

2.4.2　工作优化维度

工作优化维度的设置，反映了病案编码工作是一项立足长远发展和不断更新进步的工作。流程优化指标激励编码员在工作中主动思考业务流程的优化办法和创新举措，临时任务指标督促编码员以更加积极的心态完成领导安排的各项临时性任务。流程优化和临时任务指标采取加分制，如每主动发现工作流程中的问题，提出改进意见并被采纳，则增加 25 分，100 分为上限，计算方式为总得分 × 权重 /100。

表 2　工作优化维度

一级指标	权重	二级指标	权重	考核标准和计算方式	计算方式	信息来源
流程优化	5	主动发现工作流程中的问题，提出改进意见并被采纳	5	加分制，一次加 25 分，满分 100 分	总得分 × 权重 /100	根据科长工作记录
临时任务	5	科室领导安排的临时性任务	5	加分制，一次加 25 分，满分 100 分	总得分 × 权重 /100	

2.4.3　服务对象维度

服务对象维度运用了 360 度绩效考核原理，根据病案编码员工作接触和服务的对象分别设计调查问卷，调查部门同行、质控部门、临床医师、信息部门、部门领导对病案编码员工作的满意度，每种调查问卷中均包括 20 项问题，每个问题包含满意和不满意两个选项，总分 100 分，采用扣分制，不满意扣 5 分。问卷内容围绕编码员的工作质量、能力、态度等方面展开。病案编码不是仅靠编码员个人力量独立完成的工作，而是一个多方共同参与的过程。编码员之间应开展编码讨论，相互学习、切磋编码技术，提高编码操作能力。编码员定期与质控部门交接编码质控情况并获得相应的反馈，掌握最新病案首页质控政策和资料。编码人员亦扮演着病案信息科与临床科室之间“桥梁建造者”的重要角色，对于主要诊断及主要手术的选择，需要编码人员与临床医生之间的反复交流与沟通，争取做到与临床医生之间的无缝沟通。编码中有时无法找到合适的编码，需要根据需求进行加码，需要编码员和信息部门共同对编码库进行维护和完善。编码员、质控、医师、信息科的良性互动和沟通有利于编码工作的顺利开展，保障编码质量不断提升。

表 3　服务对象维度

一级指标	权重	二级指标	权重	考核标准和计算方式	计算方式	信息来源
服务对象	15	部门同行评分	3	采用考核记分办法。通过问卷调查编码同行、质控部门、临床医师、信息部门、部门领导对病案编码员工作的满意度，调查问卷中包括 20 项问题，每个问题包含满意和不满意两个选项，每位被考评人员基础赋值 100 分，采用扣分制，不满意扣 5 分，调查内容根据调查对象的不同存在差异。	评价得分 × 权重 /100	问卷调查结果
		质控部门评分	3			
		临床医师评分	3			
		信息部门评分	3			
		科室领导评分	3			

2.4.4　学习成长维度

学习成长维度主要针对编码员自身学习成长、编码员教学任务以及科研成果 3 个方面。疾病分类是一项科学性、技术性较强的工作，因此编码员要及时更新知识，了解国际疾病分类的新动态，每年度参加编码继续教育培训和病案编码能力测试，保证编码业务能力维持在较高的水准；其次要建立良好的医师与编码员之间的互动关系，双方在沟通中互相学习、互相促进，这是保证编码准确性的有效方法。病案编码员利

用专业优势，在院内开展互动式编码教学培训，定期向临床医生传授编码知识和操作技能，各专科编码员到临床科室与质控医师一起工作，增加与临床医师面对面沟通交流的机会，使得在制定和调整培训方案时更具针对性。随着病案编码行业的不断发展，每年医院协会等组织也会开展有关编码的会议论坛并提供课题申报机会，设置科研成果指标可以激励编码员追踪行业最新研究成果，增强课题项目执行能力和论文撰写能力。继续教育评分指标采取加分制，每获得 1 分继续教育学分加 20 分，满分为 100 分，计算方法为总得分 × 权重 /100；编码考试评分指标以编码员每年参加单位内部或协会团体组织的编码考试的分数为基准，换算成百分制并乘以权重。教学培训任务指标采取减分制，每个月月末开展与临床医师的互动式编码教学培训，为期一周，完成任务为满分，教学每少一天则减 20 分，满分为 100 分。课题研究和期刊论文指标采用加分制，视课题或论文等级给予加分，乘以权重得到相应评分。

表 4　学习成长维度

一级指标	权重	二级指标	权重	考核标准和计算方式	计算方式	信息来源
自主学习	6	继续教育学分	3	加分制，每获得 1 分继续教育学分加 20 分，满分 100 分	总得分 × 权重 /100	继续教育资格证
		编码考试评分	3	编码考试得分	考试得分（百分制）× 权重 /100	单位内部或协会团体组织的编码考试
教学培训	3	教学培训任务	3	减分制，每个月月末开展与临床医师的互动式编码教学培训任务，为期一周，完成任务为满分 100 分，教学每少一天减分 20 分	总得分 × 权重 /100	教学任务登记表
科研成果	6	课题研究	3	加分制，完成课题，给予加分奖励，视课题等级而定，上限 100 分	总得分 × 权重 /100	课题项目资料
		期刊论文	3	加分制，文章正式见刊，给予加分奖励，视期刊等级而定，上限 100 分	总得分 × 权重 /100	正式见刊文章

3　讨论

随着新医改不断推进，医院精细化管理也提上日程，绩效考核管理作为精细化管理中的重要一环得到了高度重视。构建合理科学的病案编码员绩效考核指标体系，将编码员纳入绩效管理，成为必然趋势。绩效考核改变现有工作包干管理的弊端，调动编码员的工作积极性与主动性，提高编码员的编码水平、业务能力和素质，从根本上保障病案首页数据质量，满足 DRGs 医保付费改革等多层次需求。本文制定的绩效考核指标体系较为全面、具体，尽量以定量指标为主，并给出相应权重标准及计算方案，有利于实现考核体系的客观公正，对实际工作具有一定指导意义和参考价值。以日常

工作指标尤其是工作数量和工作质量指标为主要构成部分，强调病案编码员工作的主要职责，肯定了病案首页编码数据质量重要性。将流程优化和临时任务纳入考核内容之一，促进编码员工作的创新性和主动性。服务对象维度体现新医改背景下，编码不再是单纯由独立部门完成的工作，需要多部门协作参与。设置学习与成长指标，强调病案编码员不断学习成长的必要性，对病案编码队伍的专业素质和综合能力提出了更高的要求。

绩效考核体系及管理体系是一个动态的开放体系，随着实践的发展和内外部环境的变化，应不断调整管理目标和考核项目。同时，每个医院实际情况有所不同，考核目标、考核内容、考核标准应结合实际情况而定。信息系统是绩效管理的重要工具，实现绩效考核指标数据的自动化提取、准确采集和有机集成将为绩效管理效率提高带来更多便利和可能性。

DRGs 改革背景下医院卫生技术评估的功能与推行策略

吕兰婷　施文凯

中国人民大学，100872

1　引言

2017 年国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号），明确提出实行多元复合式医疗保险（以下简称“医保”）支付方式，重点推行按病种付费，并开展按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups，DRGs）付费试点。2019 年 10 月，国家医疗保障局正式公布了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG（CHS-DRG）分组方案》，在全国范围内开展以按疾病诊断相关组付费为主的多元复合式医保支付方式改革，标志着 DRGs 付费试点正式进入实施阶段。

DRGs 根据年龄、疾病诊断、治疗方式、患病程度和资源消耗等因素，将患者分为若干不同的诊断组进行管理。在此基础上，医保机构对各 DRGs 诊断组制定支付标准，预付医疗费用，形成“疾病诊断相关分组—预付费”（Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System，DRGs-PPS），医保机构按照病例所进入的诊断相关组的付费标准进行支付，实现从被动买单向主动控制的转变。我国在 20 世纪 80 年代末开始了对于 DRGs 的初步研究，进入 21 世纪后，部分城市陆续开展了 DRGs 支付方式的探索。经过多年发展，目前已经形成了四个主流权威的 DRGs 版本，医保版 CHS-DRG 分组方案在已有 DRGs 版本基础上实现了多版本兼容，在技术路径上选取“最大公约数”，形成了医保统一编码体系。

DRGs 支付方式改革对医院管理提出了更高的要求，其强调对医疗服务供方进行引导和制约，充分发挥医保的基础性作用来规范医院诊疗行为，在医院医疗支出得到合理补偿的同时，控制医疗费用不合理增长。在 DRGs 改革背景下，医院直接面临控制医疗费用和提升医疗质量双重压力，本质上来说是对医院管理精细化程度的极大挑战。医院应当通过循证决策的科学手段进行精细化管理，提升医疗质量的同时考虑经济因素。医院卫生技术评估（Hospital-Based Health Technology Assessment，HB-HTA）是基于“组织视角”、专门根据医院实际情况开展卫生技术评估，帮助医院对各类卫生技术做出管理决策的方法和工具。HB-HTA 具有管理功能、经济功能和技术功能，可基

基金项目：中国人民大学科学研究基金（中央高校基本科研业务费专项资金资助）项目（20XNA004）
通信作者：吕兰婷，E-mail：lanting.lu@ruc.edu.cn
本文出自《医院管理》2020年2月第13卷第2期

于当前最优证据为医院内部卫生医疗政策管理和决策提供方法学支持。随着医院对卫生技术决策需求的不断增长，国际上已将 HB-HTA 广泛应用于医院管理之中，我国也在部分医院开展了 HB-HTA 试点工作。本文旨在探讨 DRGs 改革背景下医院开展 HB-HTA 的功能与策略，以促进医院实现精细化管理和高质量发展。

2 DRGs 改革背景下医院管理中引入 HB-HTA 的功能

2.1 HB-HTA 与 DRGs 的关系探讨

DRGs 虽然作为支付方式为人所知，实际上其更是一种管理工具。在阐述 HB-HTA 对于医院管理的功能之前，首先对 HB-HTA 与 DRGs 的异同点进行比较（表 1）。

表 1 HB-HTA与DRGs异同点比较

分类	比较维度	HB-HTA	DRGs
相同点	价值理念	追求价值医疗	
	现实作用	支持决策、促进医院管理精细化、实现经济性目标	
不同点	功能定位侧重点	评估方法	付费方式和医院管理工具
	应用对象	卫生技术，对卫生技术的安全性、有效性、经济性、社会适应性等进行评估	病例，对不同病例组合形成的诊断组制定支付标准
	适用范围	全技术、全流程和全范围管理	诊断和治疗方式对病例的资源消耗和治疗结果影响显著的病例，较适用于急性住院病例

HB-HTA 与 DRGs 的相同点如下：（1）价值理念相容。HB-HTA 是医院层面实践“价值医疗”理念的一种循证科学方法，核心是追求价值，为医院内部的卫生技术管理者和决策方提供证据并促进决策转化。DRGs 按照“临床过程相似、资源消耗相近”原则对疾病进行分组，在此基础上量化医疗服务内容，与传统的支付方式相比，DRGs 遵循“价值医疗”的理念，强调“医保购买有价值的医疗服务”，促使医院从传统的经验医疗走向循证医疗，相应的管理也从粗放化转为精细化。因此，二者都是基于“价值医疗”理念的具体实践，核心任务都是识别“有价值的医疗服务项目”，从而保证医疗服务能够被准确地同质化提供和合理定价。（2）现实作用相近。医院可通过 HB-HTA 推动医院由行政决策向循证决策转变，健全医院技术决策管理机制。DRGs 既可促使医院在绩效管理、财务管理和信息系统管理等方面实现精细化管理，也可倒逼医院进行成本核算，从而有效控制医疗费用的不合理增长，医院保证提供高质量医疗服务并且实现经济性的同时，保证医保基金的最优化使用。因此，二者均是医院管理的工具，推动医院向精细化管理和提供高质量服务的发展方向迈进。

HB-HTA 和 DRGs 也存在一些不同之处。HB-HTA 是一种对各类卫生技术进行评估的工具和方法，评估内容包括卫生技术的安全性、有效性和经济性等各类特性，可以实现医院层面全技术（包括医疗设备、医用器械、医疗服务、药品等）、全流程（包括

遴选、准入、试用、使用、撤资或淘汰等）、全范围（包括人员、操作、配套设置、支持条件、应急预案等）管理。而 DRGs 主要是一种基于病例组合的付费方式和医院管理工具，通过“逐层细化、大类概括”等原则确定不同的 DRGs 诊断组并确定支付标准，适用于诊断和治疗方式对病例的资源消耗和治疗结果影响显著的病例。此外，DRGs 关注不同诊疗技术资源消耗的比较，对不同病例组合形成的诊断组制定支付标准，并用于管理和支付，而不是具体严格地限定病例诊疗过程所使用和采取的卫生技术。

2.2　HB-HTA 促进医院对 DRGs 改革进行战略性回应

在 DRGs 支付方式中，国家医疗保障局对各 DRGs 诊断组制定支付标准并预付医疗费用。对于医院而言，DRGs 付费方式的核心是鼓励医院优化临床路径，激励医院在质量可控的前提下控制成本，通过降低成本、规范服务获取合理收益。在确定医保结算总费用时，按照“结余留用、超支分担”的原则，确定新年度医保实际应支付的总额。在这种机制下，HB-HTA 可作为方法学工具支持医院在 DRGs 改革背景下主动控制成本，提供高质量、有效率的医疗服务，并为促进 DRGs 分组和付费更加精细化和科学化提供经验和证据。

2.2.1　HB-HTA 促进 DRGs 支付标准确定和控制医疗服务成本，确保经济性

DRGs 支付方式确定了病种的付费标准，CHS-DRG 是全国医保部门实行 DRGs 付费的唯一标准，而病种的具体诊断过程则由医院具体管理和负责。在此背景下，医院层面的经济学分析所面临的是更小的独立预算空间：若医院提供的医疗服务的实际成本超过 DRGs 付费标准，则超支部分由医院承担；若医院提供的医疗服务的实际成本低于 DRGs 付费标准，则医院可获得部分结余，作为医院诊疗服务的合理补偿。因此，医院有充足的动力在同等条件下追求更具经济性（成本—效果）的卫生技术来提供诊疗服务。在医院进行成本核算过程中，病例组合、分组和权重等设计对医院财务有着显著影响，HB-HTA 的一个重要功能是进行经济性分析并为卫生技术投资决策提供证据和信息，通过对同一病种的不同诊疗过程、不同卫生技术（设备、器械、药品、检验等）以及相应的配套措施进行分析和比较，确定增量成本效果比最高的诊疗服务，实现控制医疗费用不合理增长的目标。同时，HB-HTA 也为 DRGs 改革进程中医保部门与医疗机构间的沟通协商机制提供了循证证据，作为沟通协商的基础证据，促进支付标准调整和合理定价目标的实现。

2.2.2　HB-HTA 促进 DRGs 改革中医疗服务质量的提升，确保安全有效性

DRGs 改革的一个重要方面是最大程度避免因单纯控制成本而放弃或弱化质量，兼顾患者的健康收益和医院的成本收益。这就需要通过医疗服务安全指标（如中低风险组死亡率、中高风险组死亡率等）和质量指标（如 30 天再住院率、低住院天数人次占比等）对医疗服务进行监管考核与评价，以患者能够获得公平、可及、优质的医疗服务为原则，对医院的医疗服务产出进行量化比较。医院保证医疗服务安全和质量是 DRGs 改革中面临的首要任务，HB-HTA 作为基于医院实际情况开展的卫生技术评估活

动，可对医疗服务的安全性、有效性等特性进行分析与评估，如果合理应用则可以保证医院提供的重点 DRGs 都是安全有效并且最具成本效益的“服务包”，整体上有助于实现提高医疗服务质量与资源最优化利用的目标。

2.2.3 HB-HTA 提供循证证据，改善信息不对称，促进 DRGs 改革中基于患者多样化需求的共同决策

在推广 DRGs 改革工作的初期，医院除了面临“包内包外”技术选择决策外，还需考虑患者的需求。DRGs 支付标准覆盖了全口径的医疗费用，包括医保支付费用、患者自付费用和医保目录外的自费费用等。但是，由于患者的需求具有差异，部分患者更愿意使用价格较高的新技术或新材料，而医院可能无法满足患者的需求或者会引起自付费用增长，进而有可能引发医患冲突。面对因 DRGs 设计和患者需求碰撞可能引发的潜在问题，建议提供医生与患者就新技术或新材料进行交流的循证证据支持，改善信息不对称的现状，促进共同决策。在此背景下，一方面要警惕医院层面因成本问题对新技术产生排斥、阻碍新技术的应用，另外一方面也要考虑患者需求。因此，更需要医院充分利用 HB-HTA 探索新技术或新材料相关的增量成本效果比，引导医院合理使用各类卫生技术，也为医生和患者双方提供循证证据搭建交流的桥梁。

2.3 HB-HTA 辅助医院对支付方式改革进行整体性探索

DRGs 是医保支付方式之一，主要适用于急性短期住院病例，且存在一定的更新周期。实践中存在一些 DRGs 短时间内无法覆盖到的急性病例和不适宜以 DRGs 付费的医疗服务等情况，在此情况下，HB-HTA 可辅助医院对支付方式改革进行整体性探索。

对于“未被 DRGs 覆盖的新技术”，由医保或患者来支付费用，医院对这些新技术使用的价格敏感性不高。但目前来说，国家医疗保障局联合其他部门开展的飞行检查等方式给医院对新技术的应用和收费带来了更多压力，从而产生了医院管理方式创新上的动力；开展 HB-HTA 可以基于对比现有技术的溢出价值进行溢出加价。对于医院来说，使用基于价值定价的良好探索是在医院现代化管理上的巨大进步。

2.3.1 HB-HTA 可对 DRGs 短时间无法覆盖到的疾病诊断进行评估

在医学实践中，DRGs 难以对层出不穷的新技术迅速做出回应，使用新技术可能会突破现有的 DRGs 规范，医疗服务在临床实践中也总会面临个性化情况，DRGs 的操作编码也并不能对新技术进行实时更新，这就要求临床医疗服务需要尊重医疗实践的发展规律。对于 DRGs 短时间内无法覆盖、但医院又需要引入的新技术而言，HB-HTA 可以提供能够兼顾医疗服务实际需求和医保支付管理要求的解决方案。当医院和医生使用新技术或开展创新性医疗服务时，可基于 HB-HTA 的经济学分析功能，采用成本—效果分析等方法客观评估新技术对当期医疗成本和效果以及对患者疗效改善带来的潜在影响，通过增量成本效果比等指标确定合理的支付价格，以辅助医院对于该类技术进行决策，同时也可为该类技术未来纳入 DRGs 支付范围提供有益经验。

2.3.2　HB-HTA 可对不适宜实行 DRGs 支付的医疗服务进行评估

我国医保支付方式改革的方向是实行以按病种付费为重点的多元复合式医保支付方式，这也从侧面反映出 DRGs 支付方式并不适用于所有的卫生技术。因此，应针对不同医疗服务的特点实行不同的支付方式。如：对于住院医疗服务主要按病种、按疾病诊断相关分组付费；长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费；基层医疗服务可按人头付费，并探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。对于不适宜实行 DRGs 支付的医疗服务项目而言，HB-HTA 作为一种基于循证的方法学工具，理论上可对所有卫生技术进行评估，并支持准入、使用、定价和支付决策；而 DRGs 理论上针对适宜分组的疾病制定打包式服务和支付标准，因此，HB-HTA 的应用范围远大于 DRGs。当医院提供的医疗服务不适宜以 DRGs 进行支付时，应基于医疗服务的特点，通过 HB-HTA 探索合理的支付方式，并基于评估证据合理定价、确定医保支付标准，进而在医院内部建立起一套与国家多元复合式医保支付方式改革相适应的支付体系。

3　构建 DRGs 与 HB-HTA 相结合的医院精细化管理模式

我国基本医保目录准入和更新中已经开始注重发挥卫生技术评估（Health Technology Assessment，HTA）的功能和作用，但在医院层面上，HB-HTA 与医保支付政策制定和反馈之间尚未形成紧密联系。在深化国家医疗卫生体制改革的背景下，面对快速更新的卫生技术和不断增长的卫生技术管理与决策需求，本文建议在医院层面构建 HB-HTA 与 DRGs 相结合的医院精细化管理模式，促进医院管理和决策体制变革。

3.1　打造“HB-HTA+DRGs”模式，将 HB-HTA 贯穿于医院 DRGs 全流程

鼓励医院将 HB-HTA 方法作为医院卫生技术管理决策必要的评估方法，在医院卫生技术准入、试用、使用、更新、定价的全流程管理中嵌入使用 HB-HTA 方法以获得全面证据。DRGs 支付方式改革创造了一个在医院内开创精细化管理改革的窗口期，对于开展 HB-HTA 较早并且在医院管理中应用基础较好的医院，对于在试运行时发现 DRGs 支付超支严重的项目，可以尝试在服务包设计（包括手术技术选择、耗材选择等）、定价与支付、监管等流程中纳入 HB-HTA，注重循证证据的开发和使用，实现二者的有机结合，重点支持在 DRGs 支付方式中应用 HB-HTA 证据，利用成熟的 HB-HTA 模板，努力将多样性的医疗服务转化为可量化的标准。

3.2　鼓励将 HB-HTA 作为医院 DRGs 支付方式前期的必要探索

对于部分具有创新性和突破性的卫生技术，DRGs 短时间可能无法覆盖到或没有充分的证据对其进行分组和定价。医院作为新技术准入的窗口，在技术准入时本身就有一套严格的准入管理制度，需要对本院引入新卫生技术的安全性、临床有效性、经济性等特征及其对医院管理运营和战略发展的影响进行综合评估，并以证据为基础，通

过谈判、协商等多种形式做出准入决策。在引入新技术开展 HB-HTA 的过程中，经济学评估是医院关注的一个重要因素，即考量卫生技术所引起的成本和健康收益，对医院成本收益情况、患者诊疗期间的花费和健康提升更为关注。HB-HTA 在方法上侧重从医院角度开展卫生技术的成本—效果分析和预算影响分析，因此实力较强的大型医院在新技术准入时，可将 HB-HTA 经济学评估与 DRGs 支付方式相结合，基于国际经验和已有证据探索对医疗服务进行分组和设计权重，将 DRGs 方式纳入预算影响分析之中。

3.3 探索在其他支付方式定价和报销中发挥 HB-HTA 的功能

对于不适宜以 DRGs 支付的医疗服务项目（如慢性病、基层医疗服务、不宜打包付费的复杂病例等），医院应结合国家的具体规定探索合理的支付方式和支付价格，将 HB-HTA 作为其他医疗服务项目定价和决策中主要的证据整合工具，注重经济学评估中的成本—效果分析和预算影响分析，在预算约束下探索更具边际效用的卫生技术。如对于可按床日付费的慢性病住院医疗服务，医院层面应以患者健康为导向，通过开展 HB-HTA 收集相关证据并进行有针对性的评估活动，完善医疗服务供方在慢性病管理中的作用，慢性病管理项目中使用 HB-HTA 的评估流程和方法，探索合理的报销额度和药费补贴待遇等，以减轻患者就诊压力。

4 DRGs 改革背景下推广 HB-HTA 需要重点关注的问题

4.1 理顺组织体制，促进多方参与，整合多类证据，实行集中管理

为统筹推进医院进行 DRGs 支付方式改革和引入 HB-HTA 评估方法，医院层面应组建精细化管理工作小组，协调 HB-HTA、医保、财务和绩效管理等部门，构建起顺畅的部门组织协调机制，在国家标准之下探索医院化解 DRGs 规范性和灵活性之间矛盾的方法，重点支持卫生技术评估形成的证据在医院管理中发挥决定性作用。在打造“HB-HTA+DRGs”管理模式时，尤其要形成统一整合性的共同证据，有效解决证据结果冲突的问题，保证医院内部卫生技术管理决策数据的一致性。

4.2 注重医疗卫生大数据的开发和使用

作为提升医院精细化管理的手段，DRGs 和 HB-HTA 都需要医疗卫生大数据的支持，从大数据中提取和测算卫生技术的安全性、有效性和经济性等，形成定量的价值维度。目前，全球 HTA 机构在探索使用真实世界数据来补充和丰富卫生技术证据的可能性，以解决使用随机对照试验产生的疗效数据来预测卫生技术的相对有效性。因此，建议国家层面要加强数据库和信息库建设，尤其注重本土化数据的开发，统一数据分类标准，针对医院基本运营数据、成本数据、不同 DRGs 组的具体数据、不同卫生技术的 HB-HTA 证据数据和信息等进行大规模的开发和维护，从而为决策转化提供有力支撑。

4.3 加快 HB-HTA 试点工作，提高评估能力和公信力

与全面快速推开的 DRGs 支付方式改革相比，我国 HB-HTA 进展明显较为缓慢。

因此，医院应尽快补上短板，以医院需求为导向，加强人才培养和业务培训，提高评估能力和质量，构建起 HB-HTA 决策转化机制；国家层面上可以鼓励部分基础较好的医院率先将 HB-HTA 纳入医院管理决策之中，同时通过 HB-HTA 成果共享与医疗联合体建设相结合，逐步建立医院技术评估报告共建共享、评估结论互惠互认制度，推动 HB-HTA 结果的推广。

4.4　建立符合医院实际情况的 HB-HTA 组织模式和管理流程

在 HB-HTA 组织模式方面，根据我国 HB-HTA 的现实基础和医院内部分工情况，建议采取内部委员会与 Mini-HTA 相结合的组织模式；有条件的大型医院或有医院管理研究所的医院可以尝试建立独立的 HB-HTA 部门，或是前期由具有一定评估基础的研究人员组成评估小组；医联体可以尝试由医联体内部基础较好的医院建立独立的评估部门，评估报告在医联体内部共享使用。在 HB-HTA 管理主体方面，初期应组建卫生技术评估小组，负责审阅临床科室提交的申请报告、根据需要实施 HB-HTA 并出具评估报告、管理和协调评估项目相关工作；小组成员包括临床部门、医保部门、财务部门负责人，具备器械管理、药学、护理、循证医学、卫生经济学、伦理学等背景的相关专家，以及 1~2 名全职 HTA 技术人员。在嵌入 HB-HTA 的技术准入管理流程方面，建议按照评估申请与初审、职能部门会签与项目遴选、注册并开展评估、撰写评估报告、基于评估的主审、会议决策并提交评估报告摘要、领导班子复审和做出实际采购决策、新技术试用期评估审查八个阶段进行。

4.5　建立动态监管机制，提高“HB-HTA+DRGs”模式的效能

首先，需要坚持 DRGs 付费方式以规范性为主，强调全国范围内形成统一的分组、权重和支付标准，以最大程度减少因道德风险和博弈行为对 DRGs 改革带来的不利影响。其次，在提高 DRGs 付费方式实施的过程中，HB-HTA 发挥着促进和辅助功能，这在帮助医院解决相关决策问题的同时，促进医患良性交流的初期也会面临一定的压力。因此，在“HB-HTA+DRGs”模式中，应当建立动态监管机制，如果出现问题管理层应当协调评估相关学科外部技术力量为院内评估人员提供支持，从而切实明确 HB-HTA 的使用范围和程度，对评估和决策转化效果进行高质量的综合评价、监管以及再评估，并将评估结果切实转化到 DRGs 实施中，以便更好地发挥组合模式的效能。

《他山之石》

澳大利亚医保支付方式改革及对我国的启示

张晓宇[1] 张伶俐[2,3] 颜建周[1] 邵蓉[1]

1. 中国药科大学，211198

2. 沈阳药科大学，110016

3. 中国人民解放军东部战区总医院，210082

目前，我国医疗保障水平正处于上升阶段。但与此同时也对质量更好、保障水平更高的医疗保险（以下简称“医保”）提出了新的挑战，我国医保也将发生“质”的改变，在这个时代背景下，医保支付方式改革将是使我国医疗保障水平达到“质”的飞跃的关键手段。2017 年，国务院办公厅发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号），明确指出，医保支付是基本医保管理和深化医疗卫生体制改革（以下简称“医改”）的重要环节，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。由此可见，医保支付改革已成为国家顶层设计的重要一环。

新医改以来，我国各省市也在不断加快医保支付方式改革的步伐，虽然目前国家选择了一部分城市开展按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups，DRGs）付费试点，但我国医保支付方式长期以按项目付费为主，支付方式较为单一，同时在探索 DRGs 付费方面经验尚且不足。而澳大利亚早在 1988 年就引入了 DRGs，并形成了具有澳大利亚特色的澳大利亚精细化疾病诊断相关分组（Australian Refined Diagnosis Related Groups，AR-DRGs），针对不同类别病种不断探索新的病例组合方式，对我国目前推行医保支付方式改革具有重要借鉴意义。

1 澳大利亚医保支付方式主要演变过程

澳大利亚最初采用了操作最简便的按项目付费的方式，随着全民医保的建立，临床效率低下、医疗费用持续上涨等问题逐渐暴露出来，和我国相同的是澳大利亚也采取了总额预付的方式对医疗服务进行付费，但这并不能从根本上解决这些问题，与此同时，澳大利亚政府引入了美国的 DRGs，不断完善，同时探索病例组合的方式，对不同医疗服务进行精细化的分类管理，最终形成了多种支付手段并存的复合型医保支付方式（图 1）。

基金项目：国家社会科学基金项目“我国创新药物政策环境研究”（编号：15ZDB167）；中国药科大学“双一流”学科创新团队建设项目（编号：CPU2018GY39）

通信作者：邵蓉，E-mail：shaorong118@163.com

本文出自《中国医院药学杂志》2020年7月第40卷第14期

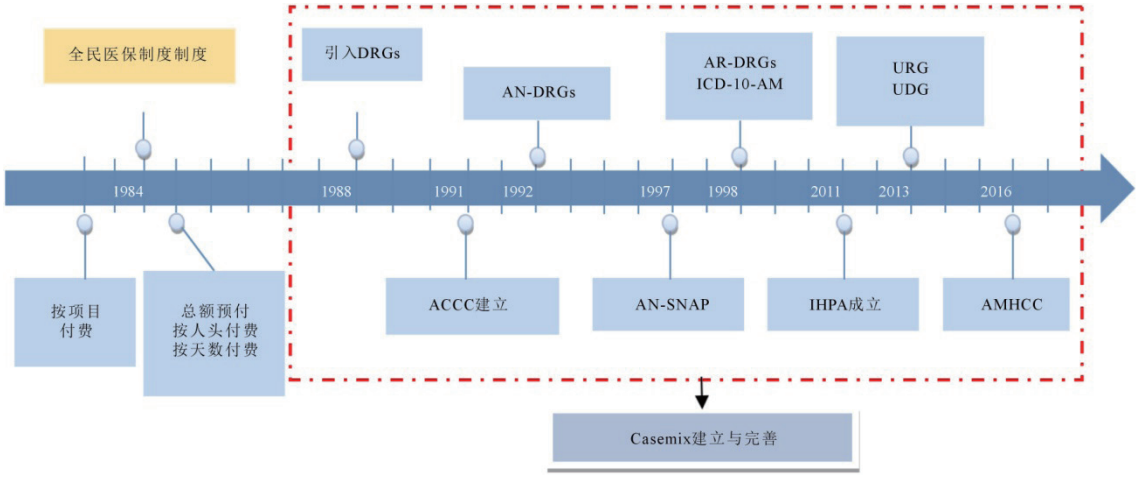

图 1　澳大利亚医保支付方式改革路径

1.1　按服务项目付费

澳大利亚迄今只有 200 多年历史，1788 年欧洲人登陆，建立起第一个英国殖民区，直到 1901 年才正式成立澳大利亚联邦。在这期间，澳大利亚的医疗服务的提供者主要是私人开业医生，医疗卫生费用主要由患者支付，支付方式采用按项目付费，这段时期，澳大利亚政府对于医疗机构和患者的补助是很少的。此后，在医疗保障体系还未建立的时候，医疗费用的支付方式均采用比较传统的按项目付费的方式。此后，随着全科医生的不断发展，为了鼓励全科医生提供服务，提高效率，也主要采用按服务项目付费的方式，但这种方式可能导致医生过度治疗或不合理治疗的情况。因此，探索新的医保支付方式具有重要意义。

1.2　总额预付制

20 世纪 80 年代以来，全球致力于医疗卫生改革，各国面临着医疗服务保障需求增加、医疗费用持续上涨以及医疗服务效率低下，医疗服务质量较差等诸多问题，澳大利亚也不例外，这推动了澳大利亚的卫生体制改革。1984 年，澳大利亚实施了《全民医疗保险法》，标志着澳大利亚全民医保制度的建立。同时，澳大利亚也对支付方式进行了改革，总额预付的结算方式也随之出现，澳大利亚政府是公费医疗的出资方，卫生部代表澳大利亚政府与各医院签订“卫生保健协议”，通过总额预付的方式将医保资金发放给各州政府，由州政府来购买公立医院的医疗服务。预算通常根据上一年的实际费用支出，考虑多方因素，如通货膨胀、物价上涨、新的医疗技术出现等，适当调整额度。但这种方式，只是一种较为粗放的辅助型支付手段，并不能作为主要支付方式。因此，又出现了按人头付费、按服务天数付费等方式。但都没有从根本上解决问题，为此，澳大利亚又开始了新一轮的支付方式改革。

1.3 按病例组合方式付费

澳大利亚全民医疗保险模式虽然覆盖范围广，但也存在一些弊端。国家统一分配医疗资源以及资金，这种方式对临床医生的约束力相对较小，从而容易造成医疗资源的浪费、医疗费用持续上升，最主要的是医疗服务的效率低下。因此，为了提高医院的技术效率，改善不同医院间支付的公平性，同时控制医疗费用的增长，澳大利亚于 20 世纪 80 年代中期开始关注病例组合付费方式，经过长期的实践，形成了较为成熟的按病例组合付费的支付方式。病例组合是指按照合理的分类原则，对医院或其他医疗保健机构治疗的不同类型的病人进行分类管理的一种工具，其中以 DRGs 为代表的病例组合系统应用最为广泛。

1.3.1 病例组合方式的建立阶段

1988 年澳大利亚引进了美国的 DRGs，用来描述澳大利亚的住院情况。但因为澳大利亚和美国的临床实践存在差异，澳大利亚的临床医生和政策制定者认为，美国的分类体系需要修改，以适应不同的医疗环境。作为 1988 年医疗保险协议的一部分，病例组合被列入国家医疗服务议程。1989—1993 年，澳大利亚联邦政府投资 2930 万澳元用于病例组合开发项目，促进了病例组合在澳大利亚的发展，该项目的一个主要计划是建立第一个澳大利亚本国的 DRGs 分类。1991 年，成立澳大利亚病例组合临床委员会（Australian Casemix Clinical Committee，ACCC）负责管理病例组合方案的研究，1992 年，澳大利亚政府发布了具有本国特点的澳大利亚全国疾病诊断相关分组（Australian National Diagnosis Related Groups，AN-DRGs），即具有 527 个 DRGs 的 AN-DRGs v1.0。同时规定从 1993 年 7 月 1 日起，澳大利亚会根据 DRGs 和预付费方式对医院进行费用补偿。此次分类建立在对所有患者进行 DRGs 细化的基础上，采用美国 ICD-9-CM 编码标准。1995 年，澳大利亚开始制定第一版 ICD-9-CM。1997 年，世界卫生组织推出了 ICD-10 编码标准，澳大利亚据此制定了 ICD-10-AM 编码标准并在全国推广使用，其对应的 DRGs 系统的诊断标准也采用 ICD-10-AM 编码标准，将 AN-DRGs 改造成更为完善的 AR-DRGs，以后每两年对该方案进行修订（表 1）。目前，AR-DRGs v9.0 用于澳大利亚的医院定价，AR-DRGs v10.0 预计应用于 2020 年 7 月后的入院急症护理定价事件，该版本由 23 大类，795 个最终类别组成。

表 1　澳大利亚DRGs版本

DRGs 版本	颁布日期	ICD 编码系统 / 实施日期
AN-DRGs 1.0 版	1992-07	ICD-9-CM/1991-10（USA）
AN-DRGs 2.0 版	1993-07	ICD-9-CM/1992-10（USA）
AN-DRGs 2.1 版	1994-07	ICD-9-CM/1993-10（USA）
AN-DRGs 3.0 版	1995-07	ICD-9-CM 第 1 版 /1995-07（Aust）
AN-DRGs 3.1 版	1996-07	ICD-9-CM 第 2 版 /1996-07（Aust）
AN-DRGs 3.2 版	1997-12	ICD-9-CM 第 2 版 /1996-07（Aust）
AN-DRGs 4.0 版	1998-07	ICD-9-CM 第 2 版 /1996-07（Aust）
AR-DRGs 4.1 版	1998-12	ICD-10-AM/MBS-E/ACS 第 1 版 /1998-07（Aust）
AR-DRGs 4.2 版	2000-12	ICD-10-AM/MBS-E/ACS 第 2 版 /2000-07（Aust）
AR-DRGs 5.0 版	2002-09	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 3 版 /2002-07（Aust）
AR-DRGs 5.1 版	2004-09	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 4 版 /2004-07（Aust）
AR-DRGs 5.2 版	2006-09	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 5 版 /2006-07（Aust）
AR-DRGs 6.0 版	2008-11	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 6 版 /2008-07（Aust）
AR-DRGs 6.x 版	2011-09	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 7 版 /2010-07（Aust）
AR-DRGs 7.0 版	2013-07	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 8 版 /2013-07（Aust）
AR-DRGs 8.0 版	2015-07	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 9 版 /2015-07（Aust）
AR-DRGs 9.0 版	2017-07	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 10 版 /2017-07（Aust）
AR-DRGs 10.0 版	2019-07	ICD-10-AM/ACHI/ACS 第 11 版 /2019-07（Aust）

虽然澳大利亚 AR-DRGs 趋于完善，但仍有多项研究表明 AR-DRGs 是针对急性住院病人的医疗服务，这种分类不足以反映亚急性和非急性病人的医疗服务特点，因此，1995 年，联邦政府召开了第一次全国亚急性和非急性病例组合指导委员会会议，委员会决定进行一项国家亚急性和非急性病例组合分类研究，目标是在 1997—1998 年之前建立一个确定的国家分类（第 1 版），其范围包括康复、精神性疾病治疗、老年病评估与管理、姑息治疗和健康维持 5 大类。该研究由卧龙岗大学卫生服务发展中心于 1997 年进行，开发了澳大利亚国家亚急性和非急性病人（Australian National Subacute and Nonacute Patients，AN-SNAP）分类系统第 1 版，对住院，门诊和社区环境中提供的亚急性和非急性患者护理事件进行分类。同时，该研究根据环境、护理类型、护理阶段、功能障碍评估、年龄和其他措施对患者进行分类，还对急性服务的病例组合分类方式进行了探索。

1.3.2　病例组合方式的完善阶段

尽管在病例组合开发中取得了较大的成绩，如维多利亚自 1993 年引入病例组合后，其医疗效率明显提高，但联邦政府和州政府之间的责任划分并不清楚，在对卫生结果、可及性、公平性、质量和效率的考核方面存在着争议。澳洲卫生部最新公布的政府数据里，在 2006—2007 年到 2015—2016 年的近十年期间，澳洲全国卫生支出增长了 50%。2008 年澳洲政府委员会签订了 2008—2011 年合作与改革协议，对病例组合分

类、成本核算、数据采集及基于活动筹资采取全国统一的方法，更关注透明度。2011 年，独立医院定价管理局（Independent Hospital Pricing Authority，IHPA）成立，负责确定公立医院服务的全国指导价格（National Efficient Price，NEP），在全国建立基于医疗活动的筹资系统（Activity Based Funding，ABF），为医疗效率的提高奠定了基础，并进一步提高了澳大利亚公立医院服务提供和资助的透明度。目前澳大利亚针对住院服务、亚急性和非急性服务、精神卫生服务、非住院服务、急诊服务、教学培训和科研 6 大类医疗服务建立了相应的分类体系（表 2）。

表 2　澳大利亚针对不同类型医疗服务采用的病例组合分类系统

项目	病例组合分类系统
急性住院服务	AR-DRGs
亚急性和非急性服务	AN-SNAP
精神卫生服务	澳大利亚精神卫生服务分组（Australian Mental Health Care Classification，AMHCC）
非住院服务	Tier2 非住院服务分类方法
急性服务	急性情况相关分组（Urgency Related Group，URG）、急性情况处置分组（Urgency Disposition Group，UDG）
教学培训和科研	澳大利亚教学与培训分组（Australian Teaching and Training Classification，ATTC）

根据《IHPA 年度报告 2018—2019》显示，自 2011 年 IHPA 独立机构成立以来，澳大利亚公立医院费用保持了稳定和可持续的增长速度（图 2），医疗成本的增长率已显著降低，基本维持在 1.6%的增长率。

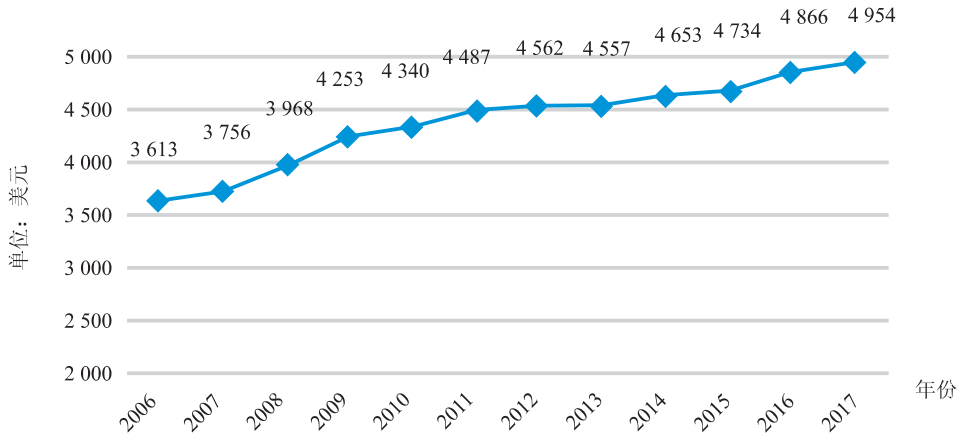

图 2　2006—2017年澳大利亚公立医院费用

2　澳大利亚医保支付方式改革特点

2.1　转变后付制为预付制

和包括我国在内的大多数国家一样，澳大利亚最初采用最传统、最广泛的按服务

项目支付的方式，依照医疗服务项目和数量，按协议价格结算，这种方式虽然有利于调动医疗机构的积极性，但在实际应用过程中过度医疗现象不可避免，医疗服务效率低下，同时导致了医疗费用上涨迅速。澳大利亚经过不断地探索，引入了 DRGs，用于医院内部及医院之间的评估，将传统的回顾性付费改为前瞻性付费，建立了一套疾病的标准化诊疗模式与治疗程序，提高了临床医疗透明度，降低了医疗服务成本，同时加强了医疗资源的有效配置。

2.2　建立精细化分类管理

澳大利亚在引进美国 DRGs 后，结合澳大利亚的医疗环境以及疾病谱特点，对 DRGs 加以改造，形成具有澳大利亚特色的澳大利亚精细化 DRGs（AR-DRGs），从 1992 年 AN-DRGs v1.0 中 527 个 DRGs 逐步细化为 2019 年 AR-DRGs v10.0 中 795 个 DRGs。在调整的过程中，澳大利亚始终关注临床实际需求，如 AR-DRGs v7.0 特别关注了一些临床重点领域，包括儿科、新生儿、肥胖病等。虽然 AR-DRGs 持续更新，但澳大利亚政府意识到 AR-DRGs 并不适用于所有的患者分类，因此，澳大利亚持续开发更为精细化的分类系统，最终形成了可以广泛用于住院、门诊、康复等卫生保健服务的 6 大类疾病分类。最关键的是，澳大利亚设有专门的机构 IHPA 对现有分类进行审查和更新，并负责为这些服务类别引入新的分类，使得澳大利亚的病例组合分类系统尽可能适应临床需求。

2.3　关注医疗服务质量安全

澳大利亚在探索适合本国国情的医保支付方式改革过程中，对于医疗服务的质量与安全把控也是值得借鉴的。IHPA 对临床上三个关键的质量与安全问题进行资助约束，即哨兵事件、医院获得性并发症以及可避免的再住院治疗，并由澳大利亚卫生保健安全和质量委员会（Australian Commission on Safety and Quality in Health Care，ACSQHC）负责制定相关清单。对于这三种情况的出现，澳大利亚政府对医疗机构做出减少资助或不资助的决定，以达到规范医疗行为的目的。

3　澳大利亚医保支付方式改革对我国的启示

澳大利亚在医保支付方式改革中，是较为成功的案例，其在国家顶层设计监管、构建本土化的疾病分类系统和编码系统、实行多元复合医保方式、建立各州特色支付方式等方面，对我国具有很大的借鉴意义。

3.1　建立国家统一管理机构

澳大利亚在医保支付方式改革过程中取得良好效果的关键是建立了国家统一的管理机构 IHPA，专门负责确定公立医院服务的全国指导价格，并在全国范围内建立基于医疗活动的筹资体系，同时建立了统一的分类方法，对几乎所有患者进行分类，并对各自分类系统持续审查，及时更新，显著提高了医疗服务效率。因此，我国医保部门

也应建立相应机构，建立全国统一的患者分类系统，研究制定统一的疾病编码系统和规范，从国家层面设定标准和依据以达到提高医疗效率和加强国家监管的目的。

3.2 构建本土化 DRGs 分类系统

从 1988 年引入美国 DRGs 后，澳大利亚并没有照搬照抄，而是从本国临床实际需求以及疾病谱特点出发，开发出适合本国国情的较为完善的分类系统，并且每年都会根据需要做出调整。目前，我国正处于医保支付方式改革的加速期，我们应不断借鉴国际先进经验，但不能盲目引进，应根据我国临床特点和实际需求，不断优化调整，构建具有中国特色的本土化 DRGs 分类系统，为推进我国医保支付方式改革提供依据。

3.3 实施分阶段多领域支付方式改革

澳大利亚构建本土化 DRGs 分类系统的过程不是一蹴而就的，而是经历了漫长且持续的探索历程的。澳大利亚的病例组合是以 AR-DRGs 为起点的，但只用于急性住院服务，而后根据实际情况探索了多元医疗服务的分类系统。我国在推广 DRGs 分类系统时，也应从特定治疗领域出发，逐步分阶段探索其他治疗领域，从而实施分阶段多领域的支付方式改革。

3.4 实行多元复合式医保支付方式

2017 年，国务院办公厅发布的《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）中也明确提出，要实行多元复合式医保支付方式，针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。在澳大利亚，按病例组合付费只是支付方式的一种，主要应用于住院服务。此外，对于其他不适用的情况，澳大利亚仍会采用按服务项目支付、总额预付等其他方式。因此，在我国 DRGs 改革的探索过程中，不能采取“一刀切”的方式，应该针对不同服务采取合适的医保支付方式，建立多元复合式医保支付方式。

3.5 探索因地制宜的医保支付方式

澳大利亚虽然在全国建立了统一的分类系统及编码系统，但在各州的实施过程中都会根据各州的实际情况做出相应调整。我国目前采取了“自下而上”的试点方式来推动医保支付方式改革，但我国各省市的发展水平、医保基金支付能力、疾病谱分布等因素各不相同，因此，各地区在实践过程中应采取因地制宜的方式，建立起符合各地实际的疾病分类标准，推动医保支付方式改革。

总而言之，我国医保改革的核心是支付方式改革，但支付方式改革成功的关键是国家要建立统一的标准，如果我国在顶层设计上难以突破，那么我国医保支付改革仍将面临巨大挑战。此外，在借鉴国外先进经验的基础上，我国应结合自身临床特点，探索符合中国国情的中国特色医保支付方式。

《科教动态》

迎进博、强演练，提升实验室应急事件处置能力

为进一步加强上海市病原微生物实验室的生物安全管理工作，维护社会稳定，保障公共健康，提高各部门在实验室生物安全事件中快速反应和协调处置能力，积极预防及有效应对实验室生物安全突发事件，顺利迎接第三届“进博会”的召开，2020 年 9 月 23 日下午，由上海市卫生健康委员会主办、上海市疾病预防控制中心协办、上海市静安区卫生健康委员会和上海市静安区疾病预防控制中心承办的“上海市病原微生物实验室生物安全应急事件处置观摩演练”在上海市静安区疾病预防控制中心举行。上海市、区卫生健康委员会、疾病预防控制中心、卫生健康委员会监督所、上海市 4 家生物安全三级（Biosafety Level-3，BSL-3）实验室、上海市临床检验中心、中国疾病预防控制中心寄生虫病预防控制所和中国科学院上海巴斯德研究所相关部门等共计 90 余人参加了本次观摩演练活动。

本次观摩演练活动由上海市疾病预防控制中心副主任郭常义主持。他首先对与会人员、演练背景作了简要介绍，接着上海市静安区卫生健康委员会主任叶强在会上致开幕辞。随后，演练活动进入演练实操阶段。本次观摩演练共分两个科目，科目一为现场演示新型冠状病毒肺炎（以下简称“新冠肺炎”）疫情防控期间相关人员三级防护穿脱流程；科目二为录播的检测人员在进行疑似新型冠状病毒标本检测时滑倒造成标本少量溢洒的应急事件处置演练，展现了事件发生、事件报告、现场处置、分析评估、消毒采样、医学留观和调查评估、小结七个部分的演练内容。

演练结束后，进入专家点评和现场讨论环节。专家们对本次演练活动的组织给予了很高的评价。他们认为，实验室经历了几个月的新冠肺炎疫情防控实际操练，实验人员三级防护穿脱已经非常熟练。另外，在目前新冠肺炎疫情防控形势下，检测人员在面临长时间、高强度、高防护等级等超负荷工作要求下，极有可能发生过度劳累或个

人身体原因突发不适的情况，因此此次演练内容非常切合当前形势。本次演练应急处置流程规范，具有很好的指导意义。

在专家点评后，郭常义明确要求各单位必须加强对本单位实验室生物安全管理工作，确保迎接“进博会”期间实验室生物安全。同时他指出，上海市疾病预防控制中心将在近期组织各疾病预防控制中心开展对两个观摩科目的实战演练。

最后，上海市卫生健康委员会科教处处长张勘对本次演练进行了总结。他在肯定本次演练的同时，提出四点要求：一是强化责任意识，将实验室生物安全管理工作常抓不懈；二是扩大演练范围，增强各专业机构的协同合作能力；三是加强能力建设，提高实验室生物安全应急处置能力；四是科学有效监管，确保实验室生物安全。

本次观摩演练成功检验了上海市病原微生物实验室在应对实验室应急突发事件时的处置能力，有助于与会各单位实验室健全应急处置机制、锻炼应急处置队伍，不断加强新冠肺炎疫情防控能力，更好地为第三届“进博会”提供安全保障。

（上海市卫生健康委员会科教处　林云供稿）

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