

■ 本期关注

新时代、新医改,为现代医院运营与管理提出了新的要求和挑战。公立医院亟须转变管理理念和发展模式,从规模扩张向内涵质量转变,从收入管理向成本精细化管理转变,激活现代医院发展的内在动力,提升医院服务能力和效率。

河南省人民医院适应现代医院改革与发展的需要,创新医院管理手段,在省内率先引入疾病诊断相关分组(DRG)管理工具,应用于绩效评价、提升效率效能、控制医药费用等方面,取得了良好效果。



(资料图片)

引入 DRG 管理工具
实现现代医院精细化管理

□李建军 常小婉 万胜凯

疾病诊断相关分组管理工具概述

疾病诊断相关分组是 20 世纪 70 年代末美国学者研发的一种管理工具,以出院病例为依据,综合考虑患者主要诊断和主要治疗方式,结合个体特征如年龄、并发症等因素,将临床治疗过程相近、资源消耗相当的病例分到同一个组中。

DRG 主要应用于短期住院医疗服务绩效评价和医保付费管理,目前在美国、德国、法国、澳大利亚等 40 多个国家广泛应用。

DRG 有两大核心功能。一是住院医疗服务绩效评价。DRG 将医院住院服务产出进行标准化和科学计量,从服务能力、服务效率、质量安全 3 个维度,全面客观地反映不同医师组、不同医疗机构、不同区域的医疗服务绩效。

服务能力指标有 DRG 组数、病例组合指数(CMI)、总权重。其中,DRG 组数代表收治病例所覆盖疾病类型的范围和广度,CMI 值代表收治病例的技术难度水平,总权重代表工作量即产出能力。

服务效率指标有费用消耗指数和时间消耗指数,分别代表治疗同类疾病所花费的费用和时间与地区平均值的比值。

医疗安全指标有低、中低风险组死亡率等。低风险组死亡率代表疾病本身导致死亡概率极低的病例死亡率。

二是医保付费管理。按诊断相关分组预付费,简称 DRG-PPS,是指在 DRG 分组的基础上,通过科学测算制定出每一个组别的付费标准,并以此标准对医疗机构进行预先支付的一种方法。

也就是说,按 DRG 付费,是医疗保险机构就病种付费标准与医院达成协议,医院在收治参加医疗保险的患者时,医疗保险机构以该病种的预付费标准向医院支付费用,超出部分由医院承担的一种付费制度。实践经验表明,按 DRG 付费是降低住院医疗费用非常有效的途径。

国内 DRG 应用现状

国内 DRG 版本有多种,其基本思想和分组原则大体相同,区别主要在于病种权重的测算方法及临床适用性问题。近年来,在绩效评价和医保支付方面,国内应用 DRG 的地区和医院越来越多。

在医保支付方面,北京大学第三医院、友谊医院等 6 家三甲医院于 2011 年 8 月对 108 个病组实施按 DRG 付费试点;随后北京市又相继在平谷区、怀柔区启动新农合 DRG 付费试点;2017 年,国家确定福建三明、广东深圳、新疆克拉玛依 3 个试点城市,并将于 2018 年底对试点效果进行评估。此外,云南省、湖北省、浙江金华、辽宁大连、陕西榆林等地也先后开启了 DRG 付费试点工作。

目前,国内的 DRG 支付制度改革,主要是实现“医保—医院”端的 DRG 付费改革,而“医保—医院—患者”收付端的 DRG 支付改革尚在研究探讨中。

DRG 在医院精细化管理中的应用

DRG 在医院精细化管理中应用范围及功能在逐渐拓展。目前,省内已有河南省人民医院、郑州市中心医院、漯河市中心医院等多家医院上线 DRG 管理信息系统。本文以河南省人民医院为例,简要介绍 DRG 在医院精细化管理方面的应用。			
河南省人民医院于 2016 年 7 月上线 DRG 住院医疗服务监测与分析系统,在完善病案首页数据质量基础上,开展了医生或病种绩效评价与考核、科学控制医药费用、调整学科及病种结构等方面的工作。			
一、医疗服务绩效评价			
在实施 DRG 的过程中,根据医院发展目标和功能定位,将 CMI 值、时间消耗指数纳入	临床医师绩效考核体系,进行季度考核,考核结果与绩效奖金挂钩;临床医师职称晋升/聘	任时,将 CMI 值纳入业务能力考核指标;基于 DRG 病组对各专业学科的平均住院日进行精	准考核评价。通过对 CMI 值的考核,激励医师提高疑难复杂病例的收
二、监测和控制医药费用			
基于 DRG,从 3 个方面控制不合理医药费用。	第一,在费率(收费价格)不变的情况下,次均费用的增	幅应与 CMI 值的增幅基本一致,将次均费用的合理增幅量化,允许次均费用合理增长。次均费用增幅大于 CMI 值增	幅的,视为医药费用不合理增长,对不合理增长的医药费用要重点监控,并采取针对性措施。
三、调整学科及病种结构			
根据波士顿矩阵,绘制各个学科“CMI-总权重”的四象限图,将学科分成高难度高产出、高难度低产出、低难度高产出、低难度低产出四大类,根据学科现状进行分类施策。将	DRG 相关指标纳入医院学科建设评估方案。省级医院作为疑难危急重症的区域性诊疗中心,应鼓励、指导科室调整病种结构,控制小病种(低权重病组)比例,优	化小病种诊疗流程(如开展日间化疗),提高大病种(高权重病组)比例。DRG 在医院精细化管理中应用成效明显。2017 年与 2013 年相比,病种难度持续提	高,CMI 值从 0.88 提高到 0.99;收治病种结构持续优化,三四级手术比例提高,权重>2、权重>5 的疑难复杂病例数量、病例比例提高;服务能力增强,DRG 组数从 790 组提高到 827

DRG 在我省区域应用的展望

DRG 在医院端应用积累了工作经验,也取得了一定成效,但更多是“自娱自乐”,缺少省域内同业的标准与统一评价。	目标:为医疗质量与安全管理提供抓手;对省域内重点专科建设情况进行评估;为医院等级评审提供依据;为公立医院绩效考核提供手段;为政府资金拨付提供支持;确立省域内各级医院、各个学科的标杆值,鼓励促进对标发展;对各级医院的疾病谱及病种结构进行分析,进而对分级诊疗效果进行	评价;提升我省医疗数据质量和利用效率等。2017 年 11 月,河南省卫生计生委发布《关于成立河南省 DRG 质量控制与研究中心的通知》。该中心的建立,将有力地促进省域内疾病编码等各种标准的统一,促进 DRG 分组规则与权重体系的本土化工作开展,在	DRG 区域绩效管理方面取得突破。同时,借助省级 DRG 大数据,对 DRG 病种成本进行核算,对 DRG 病种费用进行监测,为制定 DRG 支付标准和费率测算奠定基础,为 DRG 收付费改革做好准备。在前期 DRG 绩效和病种管理的基础上,可选择病案数据质量较好,DRG 指标较稳
定、病种管理较好的医院作为 DRG 收付费改革的试点。DRG 作为绩效评价与医保支付的有效管理工具,为推进医院精细化管理,建立以公益性为导向的绩效考评机制,贯彻落实按诊断相关分组评价与付费提供有力支持与支撑,对推进公立医院综合改革有着重要的现实意义和长远意义。			

作者简介

李建军:河南省人民医院总会计师,正高级会计师,研究员,经济学博士,硕士生导师,河南省学术技术带头人,河南省先进财会工作者;任中国医院协会医院医疗保险管理专业委员会常务委员,河南省医院协会经济管理专业委员会主任委员,河南省医院协会医保专业委员会主任委员;在医院运营管理、医保管理、绩效管理等方面有深入研究;出版《公立医院法人治理机制研究》《公立医院财务管理创新研究》《卫生投资管理学》《筹资学》4 部著作。

常小婉:河南省人民医院运营管理部 DRG 办公室主任,统计师,医学信息学硕士。

万胜凯:河南省人民医院运营管理部 DRG 办公室助理会计师。

结核病防治论坛之十五

河南省疾病预防控制中心 蒋建国 马丽萍 要玉霞

耐药药结核病是如何引起的？

蒋建国:结核病可能发生在人体的任何部位,其中以肺部最为多见。如果确诊的肺结核患者接受正规治疗,95%以上的患者能够得到治愈。但是,患者千万不能“治疗停停”,以免出现复发、耐药甚至死亡。

虽然大部分结核病患者接受正规治疗后能够取得治愈的效果,但是这并不意味着结核病的防治就没有了挑战和门槛。耐药结核病患者如果传染他人,会导致他人感染的结核病也是耐药结核病。

耐药肺结核、耐多药肺结核的治疗极其困难,已经成为世界性的难题。一个普通的肺结核患者,治疗周期一般为 6 个月,但是耐多药肺结核患者治疗周期长达 18~24 个月,甚至达到 36 个月;治疗费用高,治愈率低,且死亡率极高。

因此,耐多药肺结核已成为比癌症还要可怕的“不治之症”。

专家指出,耐多药肺结核的出现,除了一部分患者是因为感染了耐多药结核杆菌,或因结核杆菌基因突变导致的遗传性耐药菌株的出现(一种自然遗传进化

现象),大多数耐多药肺结核与结核治疗不规范有关。

结核病患者在应用抗结核药物后,许多不适症状可在短期内消失。不过,结核杆菌是相当顽固的一种细菌,在用药两个月左右,大部分敏感菌可被杀灭,但少量

非敏感菌可能依然存活。因此,结核病患者应坚持完成整个治疗过程,一般为 6~9 个月,以达到治愈和减少复发的目的。

如果患者没有按照要求到结核病专业防治机构接受正规的治疗和管理,症状缓解就停药,有症

状时再服药,原本用一线药物就可杀灭的结核杆菌会变得越来越顽固;循环往复,最终导致了耐药结核杆菌、耐多药结核杆菌。

另外,患者自行用药、滥用抗菌药物也会造成耐药结核杆菌的出现。

耐药结核病有哪些种类？

马丽萍:根据耐药种类,耐药结核病可以分为单耐药结核病、多耐药结核病、耐多药结核病和广泛耐多药结核病 4 种。

单耐药结核病是指结核杆菌被证实对一种一线抗结核药物耐药。

多耐药结核病是指结核杆菌

被证实同时对包括异烟肼、利福平在内的一种以上的一线抗结核药物耐药。

在结核杆菌对至少两种最强

有力的抗结核药物(异烟肼和利福平)都具有耐药性时,就可发展为令人头疼的耐多药结核病(MDR-TB)。耐多药结核病治疗

所需时间更长,治疗费用比治疗一般结核病费用要高上百倍,而治愈率不到 60%。

若耐多药结核病控制不利,

又会产生更为可怕的结核病类型——广泛耐药结核病(XDR-TB)。这种结核病又被称为“超级耐药结核病”。目前,我们发明的

大多数抗结核药物对 XDR-TB 患者几乎没有效果。广泛耐药结核病的治疗费用极其昂贵,且病死率极高。

耐多药结核病有哪些危害？

要玉霞:耐多药结核病主要有以下三点危害。

一、对患者本身的危害

耐多药结核病的治疗极其困

难,主要是缺乏新药、敏感药。随着患者病情的加重,治疗愈发困难,即便当前科学地选用以二线抗结核药物为主的长疗程方案,

仍然有一部分患者是不能治愈的。一些药物来源无保障、存在肝肾功能障碍和有其他基础疾病的耐多药结核病患者,其死亡危险

大大增加。

二、对家庭的危害

家人和患者的接触机会多,受感染的概率最大。

此外,由于耐多药结核病难以治愈,其治疗费用会大大增加,导致患者家庭要承担沉重的医疗负担。因此,耐多药结核病是我国

农村地区居民因病致贫、因病返贫的一个重要原因。

三、对社会的危害

一个耐多药结核病患者所传

染给下一个患者的,同样是耐多药结核病。由于耐多药结核病的病程迁延不愈,传染期必然延长,会对健康人群造成严重威胁。

如何预防耐药结核病？

蒋建国:耐多药结核病虽然危害很大,但大部分是可以预防的。预防的关键是早期发现患者,并给予规范化治疗,使患者彻底

失去传染性。

为了减少和预防耐药结核杆菌的传播,建议耐药结核病患者,尤其是耐多药结核病患者早期应

住院治疗。患者要按照“早期、联合、规律、适量、全程”原则进行积极治疗,家属要全程按医嘱监督患者治疗。

此外,患者也应自觉注意自我隔离,尽量减少与健康人的接触,出门最好戴口罩,不到人群集中的公共场所,不对人咳嗽,不随

地吐痰等;居所内要保持空气流通和清新,患者最好不吸烟、不酗酒,适当锻炼,增强体质;对新生儿应接种卡介苗等。

结核病防治论坛



开展“终结结核”行动
共建共享

健康中国