

• 专家面对面 •

DRGs 背景下检验医学未来的发展方向

陈 鸣¹, 朱兆芳^{2#}, 崔丽艳^{3#}, 杜鲁涛^{4#}, 王传新^{5△}

1. 陆军军医大学第一附属医院检验科, 重庆 400038; 2. 国家卫生健康委卫生发展研究中心健康保障部, 北京 100044; 3. 北京大学第三医院检验科, 北京 100191; 4. 山东大学第二医院检验医学中心, 山东济南 250033; 5. 山东大学第二医院, 山东济南 250033

关键词: DRGs; DIP; 付费改革; 检验医学; 临床路径; 医院管理

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2022.12.001

文章编号: 1673-4130(2022)12-1409-04

中图法分类号: R446.1

文献标志码: A

OSID:



按疾病诊断相关组付费系统(DRGs)是一种通过制定统一的疾病诊断分类定额支付标准,达到医疗资源利用标准化的医保支付方式。为应对医疗费用增长过快,医保基金压力过大,我国近年来进行了 DRGs 试点实施的探索,2022 年也正式启动 DRGs/按病种分值付费系统(DIP)3 年行动计划。在不断深入的医保改革进程中,DRGs 支付范围不断扩大,各级医疗机构在监测评价、收付费管理、绩效分配等方面不断优化和完善,目前已初见成效。支付方式的改变对医疗各个环节及参与者都带来了巨大的改变,也对医院管理者、检验科管理者及检验医学工作者提出了全新的挑战。本期主持人邀请国内的多位专家、教授,共同从国家监管、医院管理、检验结果互认、临床诊疗等方面进行了探讨,同时也对检验医学在 DRGs 背景下的发展方向进行展望,以期总结优秀经验,从而更好地推动 DRGs 的实施。

1 陈鸣: DRGs/DIP 对不同医疗机构的管理可能有些什么影响? DRGs/DIP 的实施,是否会与检查检验结果互认相结合?



王传新: 目前 DRGs 已在不同省份试点,下一步可能会向“DRG 预付制全成本综合打包收付费的混合支付方式”转变,建立健全超支不补、结余留用激励约束机制,结余资金可用于提升职工薪酬待遇

水平,也可用于医院自身建设发展。一般情况下,疾病费用包括检验检查费用、治疗费用和药品费用等,若某一部分费用过高,势必造成其他部分的费用减少。DRGs 是国家医保的总体调控,必将对医疗机构运营管理产生较大影响。

部分省市正在积极推行紧密型医联体,一个三级甲等综合性医院可能对应 4~5 家县级医院及乡镇社区医院,若医保费用采取医联体统一打包支付的模式,医疗机构将会精打细算,可以通过对多发病及高危因素的控制,降低发病率,从而减少医疗消耗和医保支出,这样 DRGs 实施起来会容易很多。这是一个多方面的联动,对一个综合性医院来讲,医院领导者需从检验检查费用、药品费用、耗材费用等多方面进行整体考量。

检验科需要对现有检验项目进行优化,对某一疾病的检验项目进行组合,回归临床诊疗价值。对于常规性项目,检验科应保证准确性和同质性,进一步落实检验结果互认;对于一些疑难疾病,则需要加强检验医学学科建设,创新技术手段,开展检验新项目,提供有价值的诊断依据。在 DRGs/DIP 大环境下,医保改革还处于动态的调整过程,哪些项目对于某一病种是必不可少的,检验费用在某一病种应该占多大比例等问题均需要调整和商榷。

对检验医学而言,DRGs 的实施在未来对不同医疗机构间的检查检验结果互认具有积极的推动作用。检验医学要坚持以临床诊疗需求为导向,以患者需求为核心,借力检验结果互认及医联体、医共体建设相关政策,提高检验学科的高质量发展水平,推进检验质量的标准化和品质化建设。

作者简介: 陈鸣,男,教授,主要从事分子诊断及临床检验新技术研究。

共同第一作者简介: 朱兆芳,女,研究员,主要从事医疗保障、卫生服务体系(妇幼健康)、健康扶贫相关研究。

共同第一作者简介: 崔丽艳,女,主任医师,主要从事生物标志物筛选、早期诊断、风险评估及相关机制等研究。

共同第一作者简介: 杜鲁涛,男,教授,主要从事肿瘤新型生物标志物的发现与应用相关研究。

△ 通信作者: 王传新,男,教授,主要从事肿瘤标志物与液态活检等研究。 E-mail: cxwang@sdu.edu.cn.

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1176.R.20220511.1033.002.html\(2022-05-11\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1176.R.20220511.1033.002.html(2022-05-11))

2 陈鸣:CHS-DRG 付费试点实施进展目前情况如何,未来的工作方向是什么呢?



朱兆芳:《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》确定医疗保障制度改革总体框架为“1 个目标+4 个关键机制+2 大支撑体系”,同时在“十四五”全民医疗保障规划的通知(国办法[2021] 36 号)提出持续深化医保支付方式改革和提高医保的精细管理。据国家医疗保障局统计,截至 2021 年 11 月,已付费或准备付费的医疗机构超过 800 家,26 家 DRGs 试点城市实现实际服务,各地也在国家规范基础上结合本地实际情况进行了适当创新探索。

2022 年,国家医疗保障局启动 DRGs/DIP 3 年行动计划,目标是于 2025 年实现对病种、机构、区域和费用的 4 个全面覆盖,这也成为未来 3 年医保支付方式改革工作的重点方向。3 年行动计划主要聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同 4 个方面,具体来讲,在未来 3 年,需实现统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金 4 个全面覆盖;完善核心要素管理与调整机制、健全绩效管理与运行监测机制、形成多方参与的评价与争议处理机制、建立相关改革的协同推进机制;夯实基础,加强专业能力、信息系统、标准规范、示范点 4 项基础建设;引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设 4 个方面的协同改革。

3 陈鸣:CHS-DRG 付费对医疗机构提出了哪些要求?

朱兆芳:DRGs 改革的目的是规范行为、优化资源利用及控制不合理费用增长。无论是 DRGs 还是 DIP 付费方式的改革,都是将原有的按项目付费改为按单元付费,单元可以是人头、天数、病组或机构总额,不管颗粒度有多细,都存在一个预期的付费标准。医疗机构及医务人员需要思考如何在有限的资金范围内既要保证医疗质量,又要实现效益最大化。而诊疗项目的必要性、服务的有效性是大家需要考虑的重点。但在实施过程中,可能会出现降低医疗质量、缩减诊疗项目、分解住院、抑制新技术发展、推诿重患、低码高编等问题。因此,医保监管是 DRGs 改革过程中必不可少的重要环节。

监管是国家医疗保障局的一个非常重要的职能,从确保医保基金安全的角度出发,国家医疗保障局在医保基金的监管上制定了非常强有力的法律条款,且对医疗机构实行了不同形式的监管,如飞行检查、专

项检查等。医保监管是一个全方位、全流程的闭环,针对 DRGs 付费模式,监管指标应围绕事前、事中和事后进行设计,监管部门在告知医疗机构相关监管规则后,医疗机构在事中服务阶段需按照医保监管的要求,从医疗质量、医疗行为、成本控制等方面做好内部质量控制。

DRGs 改革是多方协同推进的过程。在 DRGs 付费改革过程中,医疗机构应做到编码管理、病案质控、信息传输和内部运营机制转变到位,积极推动医院内的配套改革。配套改革主要包括 4 个方面。(1)病案质量管理:加强病案管理和疾病编码培训,提升质量;(2)医疗质量管理:本地化临床路径管理,优化疾病诊治流程;(3)医院运营和成本管理:精细化内部运营成本管理,实现合理结余;(4)医院内部绩效分配管理:实施基于 DRGs/DIP 的内部绩效评价和薪酬分配制度改革。其中制定诊疗规范是非常重要的环节,对于每一个病组或者每一个病种,应由省级医学会等相关领域专家形成行业指南或专家共识,制定统一的诊疗规范,开发行业认可的临床路径,并报相关卫生部门备案。医疗机构需要在诊疗规范确定后,根据临床路径或诊疗规范测算成本,由原来的项目成本管理转变为病种成本管理,即未来医疗机构需探索基于病种的成本核算,改变基于项目的成本核算的思维。

医保改革的实施离不开每个医生的支持,省级、区域检验中心、县级等不同医疗机构应重视不同级别医疗机构收治患者的侧重,并根据自身条件重新定位,制订合理的薪酬分配和绩效评价,促进医生行为与医院行为趋同化,以实现 DRGs 付费改革顺利进行,以及医院的高质量发展。

4 陈鸣:在 DRGs/DIP 改革全面推开的形势下,对患者、医疗机构可能产生什么影响? 医疗机构应该怎么才能更好地适应呢?

朱兆芳:DRGs/DIP 的全面推开,是对医保、医院、患者三方均有益的一件事。从国家医保第一届 DRGs/DIP 大会专家发言了解到,30 个试点城市 2019 年和 2021 年医保的医疗费用平均增长率较全国平均医疗费用增长率降低明显。推算全国范围使用 DRGs 可减少医保费用超过 1 000 亿元,且多个 DRGs 试点城市的医疗机构均实行结余留用。对患者而言,大部分试点城市在 DRGs 实际付费后较 DRGs 实际付费前平均个人自付比例均有所下降。

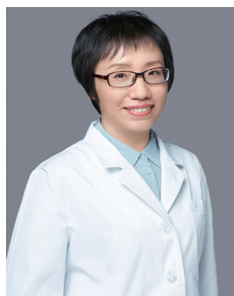
此外,DRGs 改革可推动医疗机构转变机制。从过去的经验来看,DRGs 改革一方面促进了医疗机构内部管理的加强,其中包括加强医保结算清单和病案首页管理;加强临床路径管理,建立 DRGs 相适应的绩效管理模式;建立基于大数据的全流程监管机制促

使药耗回归治病;建立高效医药供给体系,并实行动态监测。另一方面,DRGs 改革推进了分级诊疗,试点城市 DRGs 实际付费后较实际付费前平均基层医疗卫生机构就诊人数占比有所增加。同时,DRGs 改革还可有效控制住院率的上涨。

在 DRGs 改革实施的初期,各级医疗机构在实施过程中遇到困难是很正常的,这需要时间去适应。国家级的区域医学中心、市级、区县级医院等各级医疗机构水平和层次各不一样,但是大家对医保基金的诉求基本一致。在推行医保按 DRGs/DIP 付费的初始阶段,大多医疗机构目前认为改革实施的困难聚焦在 DRGs 付费标准和实际治疗费用差异较大,特别是对于部分治疗难度大的患者,医保费用很难覆盖实际费用等付费标准问题上。许多城市基于模拟运行阶段和付费初期的实际情况,在 DRGs 付费标准中根据医疗机构的不同等级设置了不同的等级系数。

DRGs/DIP 改革的初衷是调整整体结构,而不是关注到某一单一病种上,这需要医院领导层从医院内部结构、收治患者结构等方面进行调整。在 DRGs 改革过程中,自身功能定位的重新认识和收治病种结构的重新调整是不同级别的医疗机构需要认真思考的问题,医疗机构应在加强临床路径管理、构建完整的成本核算体系、加强绩效管理等方面做出努力,这样才能更好地与新制度相磨合和适应。

5 陈鸣:DRGs/DIP 医疗管理的核心是什么?北京大学第三医院 DRGs 是怎么实施的?



崔丽艳:DRGs/DIP 医疗管理的核心是疾病诊断,需要重点关注两个维度,即临床过程和资源消耗。DRGs/DIP 的实施必然会推动医院的运营管理和疾病的诊治更加规范、精准,同时实现对资源消耗和成本的合理控制。北京大学第三医院自 2011 年开始启动 DRGs 试点,作为首批试点医院,面对挑战,积极应对,积累了丰富的经验。十多年来,出院患者数和手术例数呈上升趋势,平均住院日持续下降,在北京市 DRGs 综合评价中,各项主要管理指标达先进水平^[1]。北京大学第三医院检验科在医院的统筹管理下,多举措提升检验质量和服务能力,逐步实施精细化管理,加强内涵建设,实现了质量和效率双赢。

6 陈鸣:DRGs/DIP 的开展,对检验科会有哪些挑战和发展机遇?

崔丽艳:(1)参与临床诊疗过程:DRGs/DIP 的开展,让检验科的关注点从“项目”转变为“疾病”,更多地

注重检验科作为学科的核心价值,回归诊断初心。一方面,检验科需要重新梳理检验项目分组,按照疾病组合进行合理设置。另一方面,检验医师需要积极参与临床路径的制订和优化。60%~80%的临床决策来源于检验医学,检验医学在疾病的诊断、治疗决策、并发症评估、治疗效果评价和预后判断等各个方面均具有重要作用。因此,检验人员需重点挖掘检验项目在疾病诊治中的意义,规范各项检查在临床路径中的应用,充分发挥检验医学学科的内涵价值。此外,检验医师需加强与临床的协作诊疗,充分发挥自己的专业优势,将检验数据与临床信息结合起来,积极参与结果解读,当检验数据与临床不符时,对可能的原因给出专业分析并提出解决策略。

(2)提高服务质量:不断提升服务质量是检验科持续发展的关键,检验结果互认是 DRGs/DIP 背景下减少重复检查,提高医疗资源利用率,降低医疗费用的有效措施,同时也是实现各医疗机构高质量、同质化发展的重要手段。2022 年 2 月《医疗机构检查检验结果互认管理办法》正式出台,检验结果互认政策的落地,将有效推进检验医学向标准化、规范化的方向大步迈进,面对限速检验结果互认的各项技术难题,加强校企合作,开展高质量多中心研究是解决技术瓶颈的有效途径。

检验科在关注质量、成本的前提下,应快速、准确地为临床提供检验报告,利用科学的管理方法结合信息化、自动化、智能化等多种手段改善检验科内、外的 workflows,缩短标本周转时间并保证其稳定性,及时为临床诊疗决策提供依据,有助于缩短患者的住院时间,提升患者就医体验。

(3)加强精细化管理:在新医疗改革实施的驱动下,检验科必须更新管理理念,对人、机、料、法、环多个要素实施精益化管理,细化管理流程,真正实现检验科精细化管理的制度化、常态化和规范化,提高工作效率,降低成本消耗,及时发现问题,持续改进。

7 陈鸣:DRGs/DIP 改革是否会加速检验科回归临床诊断的本色,将检验人员从单纯的技术操作工人的角色中解放出来,为临床提供更多的诊断价值?检验医师、检验门诊的发展会不会因此受益?

崔丽艳:DRGs 改革作为指挥棒,要求临床医生在最短的时间内实现精准的诊断及快速的治疗,而检验科在临床决策中发挥着非常重要的作用。在 DRGs 大背景下,快速精准、合理高效是检验科未来的发展方向。临床路径的制订和维护离不开检验医师的参与,如何花最少的钱,高效地对疾病做出正确的诊断,并进行疗效跟踪,是临床与检验共同面临的难题。

DRGs 改革的核心是临床诊断,需要检验人员更

加关注疾病,而不是某个检验项目,这也是未来学科发展的重心,以及检验科内涵建设的重要组成部分。这样的改革有助于检验科真正为临床服务,为临床提供高质量、有价值的诊断结果。

高素质检验人才的培养是检验科内涵建设重要的内生动力。检验人员不仅是检验项目的操作员,需要不断提升自身专业知识和技能,从检验医学学科专业的视角解读检验报告,同时需要更多地参与临床,服务临床,积极主动地与临床沟通,并且通过多学科会诊(MDT)等多种形式与临床共同讨论,对疾病诊断或者鉴别诊断提供合理的建议,从而真正参与到临床诊疗中。

目前一些医院开设了检验门诊,在未来,检验门诊可能更多的是希望能够为那些对检验结果有疑惑的患者或者复查的患者进行解答,起到为临床科室分担、分流的作用。这不仅能让检验医师真正参与到MDT中,对患者的诊疗、检验人才的培养,以及检验医学学科的发展都非常有意义。

8 陈鸣:面对 DRGs/DIP 改革,对检验人员的自身发展有什么要求?



杜鲁涛:在 DRGs 实施过程中,检验医学学科面临着很大的压力,如何参与临床路径的制订和决策是需要检验人员思考的问题。一方面,通过诊疗指南或专家共识,让有价值的检验项目或一些新的检验技术真正在临床诊疗中发挥作用,并获得临床医生的认可。另一方面,对于管理者来说,则需要根据医院自身的定位进行精细化管理,同时需要对检测项目的设置、科室的发展定位、学科发展等方面深入思考和合理规划。检验人员则需要提升参与临床诊疗的能力,回归疾病诊断需求,创新检验技术项目,不断强化检验医学学科内涵建设。

9 陈鸣:DRGs 支付方式提高了医疗机构实施临床路径管理模式的主动性,二者协同效应明显。检验科如何对接临床路径管理,检验的新项目、新方法、新技术开展会受到什么样的影响?如何应对?

崔丽艳:检验科应主动参与到临床路径订过程

中。在北京大学第三医院,每个临床科室有一个临床路径专员,负责对科室的临床路径进行管理和维护。检验科可能存在涉及不同专业的情况,科室内部可组建相应团队,参与对接临床路径管理。检验科应就不同疾病在诊疗过程中涉及的必需的检验项目、最优检验项目组合、检验项目的优先级等问题进行梳理及讨论。随后检验科需与临床科室商讨针对对不同疾病,应纳入哪些检测项目。这对检验科管理者来讲,是面临的新的问题,也是值得深入思考的问题。

在 DRGs 实施的背景下,一些收费较高的检验项目可能会受到一定的限制。一方面,可以有效减少不必要的检验项目的开展,另一方面,对于常规普通检测手段无法诊断的疾病,新项目、新方法、新技术的开展还是必不可少的,是实现精准诊疗的重要手段。检验科需要确保检验结果的准确性,保证质量,并选择开展有助于临床诊疗、更加有临床价值的检验项目。

10 陈鸣:不同级别的检验科在面对 DRGs/DIP 改革时,如何做好自身的定位,更快更好地适应改革带来的变化?

杜鲁涛:DRGs/DIP 改革对三级、二级、基层等不同医疗机构会产生不同的影响,而不同级别医院的检验科需要结合自身定位进行思考,如大型三甲医院、区域医学中心等,在 DRGs 付费的大背景下需要聚焦疑难重症,重点发展新技术及高端的检验项目,能够在疑难重症的诊疗、预后判断等方面发挥重要作用。对基层医疗机构而言,检验科应针对常见病和多发病开展常规检验项目,在疾病预防、早期诊断、筛查等方面发挥作用。另外,要大力推进区域检验中心建设,积极推行检验结果互认,实现资源的合理配置,降低医疗成本,提高运营效率。

参考文献

[1] 中国医疗保险. 北医三院党委书记金昌晓:医院和医保要互相“照应”,才能共同前进[EB/OL]. [2022-03-21]. <https://mp.weixin.qq.com/s/YZRrmJilzBdlTb3q0hafMA>.

(收稿日期:2022-03-28 修回日期:2022-04-26)

(本文编辑:陈玮嘉 张耀元)