

- [2] 胡伶俐,王红红,谭江红. PICC 信息化管理系统的临床应用现状[J]. 当代护士(下旬刊),2015(4):17-19.
- [3] 庞启媛,李玲,郭丛兰,等. “互联网+PICC”信息管理平台的开发与应用[J]. 中西医结合护理(中英文),2019,5(11):105-107.
- [4] 杨红,陆宇晗,曲荣艳,等. 基于护理工作量评价配置和调配护士人力的实践与效果评价[J]. 护理管理杂志,2019,19(1):57-60.
- [5] 计光跃,钱明平,胡龙军. 医疗纠纷综合管理系统的开发与应用[J]. 中国卫生质量管理,2020,27(5):90-92.
- [6] 邸潇婧. 信息化系统在护理管理中的应用[J/CD]. 实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(18):182-183.
- [7] 孔贺芳,陈莎,庞星,等. 静脉治疗管理系统在
• 卫生管理 •
- PICC 门诊就诊流程中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2020,473(5):132-134.
- [8] 宋亚兰,覃惠英. PICC 相关知识对 PICC 置管肿瘤患者带管期间自我护理能力的影响[J]. 护理实践与研究,2016,13(6):4-7.
- [9] 陈金,王琴,魏力,等. 临床护士预防 PICC 导管相关感染的知信行现状及影响因素分析[J]. 天津护理,2021,29(6):662-666.
- [10] 王洁. PICC 在烧伤患者中应用的研究进展[J]. 护士进修杂志,2016,31(18):1655-1657.
- [11] 蔡新兰,阮文珍. 基于患者导管安全管理模式构建 PICC 信息管理系统的的设计与应用[J]. 中国乡村医师,2020,27(18):61-62.
- (收稿日期:2022-06-22 修回日期:2023-02-18)

DRG 付费下创新医疗服务项目对住院医疗费用的影响分析

邵红妹,章琦琴

(浙江大学医学院附属妇产科医院医保物价办公室,浙江 杭州 310006)

[摘要] 目的 通过分析创新医疗服务项目[剖宫产术后再次妊娠阴道分娩(VBAC)]对疾病诊断相关分组(DRG)住院医疗费用的影响,借鉴国外新型医疗服务项目支付方式,探索国内 DRG 背景下新技术的医保支付方式。**方法** 随机抽取某医院 2022 年 1—6 月 DRG 运营数据,其中使用 VBAC 的病历共 50 份(观察组),未使用 VBAC 病历 50 份(对照组)。采用非参数检验、相关分析等方法,比较 VBAC 对 DRG 住院医疗费用及其构成的影响。**结果** 观察组患者住院费用高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的次均费用、个人负担金额、手术费、麻醉费均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。使用该服务对不同 DRG 组医疗费用的影响不同,但使用 VBAC 与盈亏情况呈较强负相关[相关系数 $=-0.603$, $P<0.001$]。**结论** VBAC 的使用使得住院费用升高,造成 DRG 超支。为鼓励新型医疗服务项目的使用和推广,可以借鉴国外的经验完善医保支付方式。

[关键词] 创新医疗服务项目; 疾病诊断相关分组; 住院费用; 影响因素; 剖宫产术; 再次妊娠; 阴道分娩

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.09.036

文章编号:1009-5519(2023)09-1606-04

中图法分类号:R-1

文献标识码:C

2020 年 1 月起,浙江省全域开始实施住院费用疾病诊断相关分组(DRG)点数付费改革,标志着 DRG 制度从顶层设计走向实践探索。在政策实施过程中,医疗机构的创新型医疗服务项目(指能够显著提升治疗效果、患者生活质量和社会效益的新型医药卫生技术,包括新药、新型设备、诊疗方案等^[1])与普通病例

不区分支付,将使医疗机构的运营产生“格雷欣效应”。

本文选取了 2021 年 7 月浙江省医疗保障局首批为促进“医学高峰”建设的新增医疗服务价格项目——剖宫产术后再次妊娠阴道分娩(VBAC)进行分析。根据浙江省医疗保障 DRG 方案(ZJ-DRG),该新

增项目按照是否手术操作可能纳入阴道分娩伴手术操作(OC1)组或阴道分娩(OR1)组,通过分析 VBAC 在 DRG 支付下的影响因素,结合国外对新型医疗服务项目的医保支付方式,为国内 DRG 背景下新型医疗服务项目的医保支付提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本研究从浙江省某医院选取 2022 年 1—6 月使用 VBAC 的病历共 50 份(观察组),提取患者的病案首页、结算清单相关费用信息;然后从该院 OC1 组或 OR1 组(未使用 VBAC)共计 1 153 份第二次分娩病历中随机抽取 50 份做对照分析(对照组)。排除标准:(1)住院时间大于 60 d;(2)保胎后紧急分娩;(3)上下 20% 的极值医疗费数据。

1.2 研究方法 通过基础信息了解观察、对照组患者的年龄构成和平均住院时间情况。比较 2 组住院患者的次均医疗费、各项明细数据。统计各病组使用和未使用 VBAC 患者的盈亏分布^[2]。盈亏判断依据:根据 ZJ-DRG 支付政策,结算金额高于住院费用为盈利,低于住院费为亏损。结算费用低于住院费用 20% 的为轻度亏损,20%~50% 的为中度亏损,>50% 的为重度亏损。

1.3 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件对数据进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验、秩和检验,使用 spearman 相关分析统计各病组使用和未使用 VBAC 患者的盈亏情况差异性。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者基本情况比较 2 组患者平均住院时间、平均年龄比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者基本情况比较

组别	<i>n</i>	平均住院时间($\bar{x} \pm s, d$)	平均年龄($\bar{x} \pm s, 岁$)
观察组	50	4.48±1.71	33.04±3.29
对照组	50	4.42±3.05	33.14±4.10
<i>t</i>	—	0.121	—0.135
<i>P</i>	—	0.229	0.114

注:—表示无此项。

2.2 使用 VBAC 对次均医疗费及其构成的影响

2.2.1 使用 VBAC 对次均医疗费及患者负担水平的影响 观察组患者的次均费用、个人负担金额均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2.2 使用 VBAC 对医疗费用构成的影响 观察组

患者手术费、麻醉费明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组其他明细医疗费用比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者次均费用及患者负担水平比较($\bar{x} \pm s, 元$)

组别	<i>n</i>	次均费用	个人负担金额	基金负担金额
观察组	50	8 225.83±2 521.52	5 802.58±2 855.81	2 423.25±2 105.50
对照组	50	5 755.87±921.60	1 824.13±1 659.59	3 931.74±1 727.35
<i>t</i>	—	—6.610	—7.355	2.405
<i>P</i>	—	<0.001	0.003	0.630

注:—表示无此项。

2.2.3 使用 VBAC 与盈亏情况相关性分析 观察组中重度亏损情况明显高于对照组。2 组盈亏情况见表 4。经相关性分析,使用 VBAC 与盈亏情况呈较强负相关[相关系数(r)=−0.603, $P < 0.001$]。

表 3 2 组患者明细医疗费用比较($\bar{x} \pm s, 元$)

明细医疗费用	观察组(<i>n</i> =50)	对照组(<i>n</i> =50)	<i>t</i>	<i>P</i>
手术费	3 025.87±187.68	1 150.28±137.80	−0.211	<0.001
麻醉费	1 686.87±1 445.85	1 160.00±1 435.13	−1.812	0.042
化验费	941.30±522.96	842.17±278.16	−1.183	0.975
治疗费	704.10±669.37	841.64±674.12	1.024	0.248
西药费	627.04±646.96	416.94±314.64	−2.065	0.099
材料费	411.78±164.72	479.87±222.91	1.737	0.581
检查费	370.68±364.84	369.50±228.81	−0.019	0.228
护理费	198.54±125.03	197.94±70.89	−0.029	0.29
床位费	167.20±120.70	170.80±76.55	0.178	0.244
诊察费	103.96±67.86	106.94±40.77	0.266	0.083
中成药费	80.37±44.34	76.97±36.14	−0.419	0.894
中药饮片费	8.99±19.79	4.06±11.75	−1.515	0.171

表 4 2 组盈亏情况(*n*)

组别	<i>n</i>	盈利	轻度亏损	中度亏损	重度亏损
观察组	50	11	3	29	7
对照组	50	35	13	2	0

3 讨论

3.1 创新医疗服务对医疗费用的影响 浙江省医保局规定 VBAC 为丙类项目,医保不予支付。本研究中,使用 VBAC 的观察组患者的次均费用、个人负担金额均高于未使用 VBAC 的对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。同时,使用 VBAC 的观察组患者个人负担金额除新技术外,该组选择无痛分娩的患者较对照组多 9 例,该项目为自主定价项目,医保也不予

支付。

浙江省 VBAC 定价 2 900 元/次,“单胎顺产接生”定价 900 元/次,均属于手术费。观察组患者的手术费明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$);观察组患者有 29 例选择无痛分娩服务,对照组患者有 20 例选择无痛分娩服务,观察组患者麻醉费显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。因为使用 VBAC 的观察组经产妇剖宫产后并发瘢痕子宫,分娩过程中有子宫破裂风险,无痛分娩服务不仅可以提高产妇分娩舒适度,还能减少紧急手术的麻醉时间^[3],故观察组选择无痛分娩服务(麻醉费)明显高于对照组。观察组总体亏损 84 566 元,其中 OC1 组亏损 76 548 元,OR1 组亏损 8 018 元;对照组总体盈利 25 719 元,其中 OC1 组盈利 23 917 元,OR1 组盈利 1 802 元。而且,观察组出现 7 例重度亏损,29 例中度亏损,中重度亏损情况明显高于对照组。本研究表明,同一 DRG 病组使用创新型医疗服务项目及其辅助项目会增加医疗总费用,从而加重患者和医保基金的负担水平,也会导致医院运营亏损。由此可见,创新医疗服务项目的应用会促进医疗技术的进步,提高患者的生活质量,但其高成本性与 DRG 主动控制医疗成本的前提有矛盾。

3.2 国外 DRG 付费下创新医疗服务项目医保支付方式 为弥补新技术进入市场前期 DRG 数据缺失无法科学定价的短板,大多数国家均建立了动态调整机制增加补充支付方案。其中,美国、德国、法国等均设置了单独支付体系补偿因新技术的使用带来的 DRG 亏损。(1)美国:2020 年 Medicare 发布了“新技术额外支付(NTAP)”计划,对符合要求的新技术进行补偿性支付,直到将该新技术纳入 DRG 历史病例数据库,一般为美国食品药品监督管理局(FDA)核准新技术上市的 2~3 年内。支付方法为患者总医疗费超过 DRG 支付标准的 50%或该新技术成本的 50%,取两者间的较小数值。目的是医保与医院共担风险,避免新技术的过度使用^[4-6]。(2)德国:2005 年德国规定 DRG 未覆盖支付的新型医疗服务可以通过“新的诊断和治疗方法(NUB)”来进行额外支付,准入审核由医院补偿研究所(InEK)来执行。德国采用“成本差异计算”法,即新技术需要与对应 DRG 组的资源消耗进行重新测算,以确定支付额度。若该 DRG 组目前的支付标准可以弥补新技术成本,则不给予额外补偿;若新技术成本超过对应 DRG 组支付标准的 1 000 欧元或一个标准差以上,使用该新技术的医院可以向 InEK

申请 NUB 补助,InEK 未通过医院申请的,由德国医学科学学会提供临床实证依据向 InEK 申请调整新技术对应 DRG 组的支付标准^[7-8]。

3.3 国外创新型医疗服务项目补偿性支付对国内的启示

3.3.1 建立规范化、全过程的评估监督制度 创新型医疗服务项目上市前期缺少实证数据的支持,需要建立规范化、高透明的审批流程,对新技术的成本效益进行全面评估,既保证“价值医疗”的有效使用,又避免医疗基金“穿底”。随着新技术的不断成熟,其成本会逐步下降,对于纳入补偿性支付的新技术实行“退坡”激励,直至其纳入 DRG 历史数据库^[9]。

3.3.2 提升信息化水平,实现大数据监管 信息化系统建设是实现 DRG 精准付费的基础,基于结果和绩效的支付方式需要有效的数据测量体系。但是目前编码标准、首页内容不统一为创新型医疗服务项目及其辅助检查治疗实际成本的测算造成了困扰。对此,应建立统一、完整的 DRG 动态数据库,对病案编码、费用结算等信息进行实时监测,确定 DRG 监管靶点,利用警示提醒、阈值管控、定期约谈等方式开展监管活动,规范分解住院、套高点数等违规行为,当好医保基金的“守门员”,实现“价值医疗”到“价值医保”的转化^[10-11]。

3.3.3 引入第三方机构,完善考核与激励机制 发挥行业协会、大型公立医院的专家优势,对创新型医疗服务的分组优化、支付标准调整等进行讨论征询,特别是新技术对疑难重症患者的使用在费率上予以倾斜,或者特病单议后允许医疗机构申请按项目付费。医疗机构为其 DRG 运营行为制定评价标准,定期组织专家交叉评审,对评审结果进行公示,督促医疗机构改进不合理的诊疗行为^[12-13]。

综上所述,根据本研究数据分析结果结合国外典型国家的经验,建议有条件的地区对创新医疗服务项目进行额外支付,不仅可以提高治疗效率、缩短平均住院时间,提高患者的就医满意度和医疗质量,还能促进医疗技术的进步,提高整体医疗水平,从长远来看也能降低整体的卫生资源消耗。本研究还存在局限性:仅选取使用与未使用 VBAC 的患者进行分析,对于制度探索需要扩大病组样本量进一步论证。

参考文献

- [1] 丛鹂萱,王海银,金春林.美国创新医疗技术支付经验及启示[J].卫生经济研究,2019,36(7):

- 10-13.
- [2] 张彤彦,杨伯钊,唐佳骥. 新技术应用对住院费用的影响研究—基于 DRG 工具[J]. 中国医院管理, 2021, 41(2): 52-54.
- [3] 王婷婷,赖晓慧,林晓晓. 剖宫产术后再次妊娠阴道分娩对母婴结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(24): 4705-4707.
- [4] 吴晶,董心月,赵博雅. 美国 DRG 下高值创新医疗技术的支付政策及启示[J]. 中国医疗保险, 2022, 15(6): 118-124.
- [5] 郎婧婧,于丽华. 典型国家 DRG 体系下新技术支付政策分析及启示[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(4): 21-24.
- [6] 胡赛,胡豫,夏家红,等. 疾病诊断相关分组付费制下国际创新卫生技术支付策略及启示[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(3): 207-210.
- [7] 雷璐倩,张伶俐,颜建周,等. 德国医疗保险支付方式改革及对我国的启示[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(2): 176-181.
- [8] 李伟,任雨青,丁锦希,等. 德国 DRG 医院偿付系统中创新产品支付模式分析[J]. 中国医院, 2021, 25(12): 40-42.
- [9] 徐莹波,吴志伟. DRG 付费下打造医保基金安全生态圈的思考[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(12): 54-56.
- [10] 蔡颐. DRG 收付费改革下医院信息化支撑实践总结[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 68-71.
- [11] 唐超. DRG+大数据: 双重驱动下的医院精细化运营[J]. 中国医院院长, 2020, 16(22): 36-39.
- [12] 姜立文,刘晨红,蔡美玉,等. 价值医疗视角下医院按 DRG 付费制度实施效果分析[J]. 中国医院管理, 2022, 42(3): 67-69.
- [13] 王婷婷,张欲晓,崔丹,等. 美国医疗保险按绩效支付的经验与启示[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(6): 619-623.
- (收稿日期: 2022-08-23 修回日期: 2023-04-02)

• 卫生管理 •

新医改形势下公立医院医疗质量安全结合内部控制模式探讨

卞 洁,李 扬[△],睢胜勇

(扬州大学附属医院医务部,江苏 扬州 225003)

[摘 要] 公立医院是我国医疗服务体系的主体,是解决基本医疗缓解人民看病就医困难的主体。随着我国医疗事业体制改革的日益推进,公立医院要体现其公益性更需要加强规范内部控制,而医疗质量安全作为医院的发展根本,其内部控制尤为重要。该文对公立医院医疗质量安全内部控制的实行模式进行探讨。

[关键词] 公立医院; 医疗质量; 安全; 内部控制; 临床诊疗规范; 医疗服务项目规范

DOI: 10. 3969/j. issn. 1009-5519. 2023. 09. 037

中图法分类号: R-0; R1; R-01; R-012

文章编号: 1009-5519(2023)09-1609-03

文献标识码: C

内部控制是保障组织权力规范有序、科学高效运行的有效手段,也是组织目标实现的长效保障机制^[1]。医疗质量是医疗水平的集中体现,也是医疗安全的重要保证^[2]。遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作是保障医疗质量安全的基础。随着我国医疗事业体制改革的日益推进,进一步要求公立医院要体现其公益性。公立医院要做好医疗质量安全的内控管理既是新医改的形势所趋,也是保障医院安全运行的重要

举措。医务部门要履行监督职能,严格要求由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划;指导医务人员在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务,遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展培训和督查工作;并指导临床医技科室建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程。同时,通过规范医疗服务项目进一步落实内部控制^[3]。

[△] 通信作者, E-mail: 10536443@qq. com。