

【DOI】10.12315/j.issn.1673-8160.2023.13.002

关于DRG支付方式改革风险管理的思考

曾智礼

(平南县医疗保障中心,广西 贵港 537300)

摘要:随着医保支付方式改革的推进,实行以DRG为主医保支付方式,改变了之前按项目付费的结算办法。医保基金的分配依据,不仅体现在医疗服务的数量上,更重要的是体现在医疗服务质量上,改变了之前单纯靠收入的粗放式增长要效益,转变为内涵式增长要效益,因此提质增效是医院获得经济效益的关键。但是在改革进行中,逐渐出现了一些基金安全风险、改革治理环境、改革理念转变风险。鉴于此,本文通过对DRG支付方式改革存在的问题风险进行深入分析,并提出针对性建议,仅供相关单位参考。

关键词:DRG支付方式改革;风险管理;对策

目前,国家正在大力推进DRG/DIP支付方式改革,明确了到2025年底,DRG/DIP支付方式覆盖国内所有开展住院服务的定点医疗机构。DRG改革是医改进入深水区后推行的一项关键性、系统性医改政策,开启医疗医保事业高质量发展新篇章,是按照疾病诊断相关分组进行支付医保基金的结算方式,是建立管用高效医保治理体系和治理能力的重要路径。医保按DRG支付医保基金改变了之前按项目付费的做法,能有效引导医疗机构发展模式由粗放型的规模扩张向精细化高质量发展转变,由依靠医疗收入的增加要效益,转向提高医疗质量、效率和有效控制成本要效益,有利于推动医疗机构向高质量方向发展,有利于提高医保基金使用效率,有利于降低老百姓医疗费用负担,达到医、保、患三方共赢。

一、DRG支付方式改革下产生的新风险和新挑战

DRG支付方式改革,改变了医保资金的分配规则,规则的改变直接产生新的基金安全风险;新的基金安全风险让原有的治理环境和政策不再适应新形势,就产生了治理环境和政策风险;必要的环境和政策的优化、调整,需要科学的管理理念,理念的转变不及时不彻底,就产生了观念转变的风险。

(一)基金管理存在安全风险

一是高编高套,把低费用疾病组按高费用疾病组编码,以获取更多的医保基金拨付,骗取医保基金。二是虚编套保,根本不存在的住院治疗服务,虚构虚编上传医保结算清单,骗取医保基金,是主观故意的恶劣骗保行为。三是治疗不足、分解治疗和分解住院,本质上都是治疗不足,把没达出院指征的病人办出院,把原本可以一次住院治疗的分为两次或多次住院治疗,以获取更多收入(医保多拨付和患者多负担个人支付)。四是推诿病人,把疾病组内费用偏高的病人推到其他医院(大部分是更高级别的医院),以保证科室、医院的盈利水平,导致医保基金的

浪费和患者的负担加重。五是转嫁费用,把本应列入住院费用的相关药品由患者到药店采购,把应列入住院费用的检查安排在住院前的门诊开展,减少住院总费用,加重病人负担。六是降低指征收治住院病人,把应在门诊治疗的病人收住院,增加一系列门诊不必要的检查等流程,大大增加医疗费用,加重了医保和患者的负担。七是影响医疗新技术新方法的创新与使用风险。DRG改革实施起初阶段,从一定的角度看确实阻碍了医院医疗新技术新疗法的正常发展,如不及时调整完善DRG细则,解除负面影响,将严重干扰医院健康发展,风险很大。八是不利于医疗新技术新疗法的成本控制风险。DRG付费的标准确定就是采用前三年的病例平均值为基准计算,医生为了今后获得更多的收入(包括医保支付和个人支付),没有动力进行成本控制,从而为今后医疗新技术新疗法的使用与普及带来新的医疗资源和医保基金浪费。^[1]

(二)治理环境等方面存在风险

(1)部分医院对DRG改革的背景、重要性认识不足、重视不够,对DRG改革政策、规则和操作不熟悉,配套改革(工资薪酬绩效制度、人事考核制度等)没有同步推进,医生配合、支持改革的意愿不高,没有及时调整粗放式的发展模式,成本控制、医疗效率提高还做得不好,仍在起步阶段。

(2)部分医院DRG人才欠缺,专业人才素质普遍不高。对DRG政策、制度和实施细则还比较粗糙,调整、完善不够及时,未建立制度化的调整机制。信息系统支持不够,大数据分析、处理和预警功能处于初级阶段,满足不了现实工作的需要。与卫健、人社等相关部门的沟通协调不充分,获得的配合和支持不多,对应的配套改革没有跟进。此外,DRG医疗专家评审制度未能创建自由发表评审意见的宽松环境。如果这一点没有做好,很难保证DRG支付方式下各疾病组数据质量,也就不存在可靠的DRG大数据基

础。^[2]

(3)当前,医改进入深水区,DRG改革必然引起医药产业利益格局的重大变化,容易受到既得利益集团阻挠。卫健、人社等相关部门对DRG改革的支持与配合积极性不高。政府对DRG改革的考核还比较片面、单一,系统性不够,对医院工资薪酬绩效制度和人事职称晋升制度等配套改革没有同步列入考核内容。

(三)DRG改革理念转变较慢存在风险

(1)医院的发展理念没有及时转变,仍按项目付费年代多做检查、多开处方增加收入;医生各显神通,按自己的想法随意医治病人,没有充分遵循临床路径;没有严格控制成本,各科室各部门没有节约意识;医保基金处于增量时代,医院通过简单的粗放型增长也过得相当不错,降低医技水平提高的动力。

(2)医保部门的管理理念没有及时转变,基金监管重点没有及时由查处过度医疗向治疗不足转变;对高编高套、治疗不足和推诿病人等新重点风险的监管未到位,监管经验欠缺、监管能力不足;仍然依照按项目付费阶段以人工为主的基金监管,没有充分利用DRG改革后既有的医疗医保大数据;没有充分理解和发挥“医保DRG付费制度先进性之一医院间有相互监督自觉性、高质量发展自驱性”;DRG付费撬动医疗高质量发展的杠杆作用运用不够。^[3]

(3)地方缺乏与时俱进改革理念,统领改革中对全局性、系统性、平衡性和权变性思考不够。改革过程中的政策制定、执行、培训、系统支持、资源投入、部门配合等往往没有合理的协同,横向不协调,纵向不顺畅,不充分考虑各方合理诉求,导致改革推进困难。

二、DRG支付方式改革后存在风险的原因分析

首先,部分医院担心不能入组、或能入组但会亏本,又或担心办理手续太繁琐,难以得到医保合理拨款。其次,多数高编高套、虚编套保、治疗不足、分解住院、分解治疗、推诿病人、转嫁费用、降低指征收治住院病人等违规行为产生,原因是医生利益驱动,抱着侥幸心理,以为医保发现机率很低,即使被发现,也认为被处罚的成本是可承受。少部分此类违规行为产生是医生、编码员对DRG政策、编码规则不熟悉,是非主观故意的错误。

三、DRG支付方式改革后加强风险管理的对策建议

(一)加强对基金安全风险防控

实施严厉精准打击,增加违规违法成本,提升震慑力。组织学习,加强培训,让医生、编码员等相关人员尽快熟悉政策,懂得DRG编码、入组等业务操作。医院应做好以下几方面工作:一是高编高套,加强入组、编码审核;二是加强临床路径规范化管理,

加强病案质控管理,开展患者满意度调查;三是分解住院、分解治疗,则运用智能监控系统,通过大数据分析,筛选出异常病例,抽调相关专业临床专家进行人工评审;四是推诿病人,设立患者投诉举报电话;五是转嫁费用,重点对重大疾病的用药合理性分析,避免非必要的大检查、高价药;六是降低指征收治住院病人,对门诊、住院病人数量、CMI值等进行对比分析,加强住院病人夜查;七是实行单病单议(或除外病例),医院在开展新技术新疗法前,向医保部门备案,医保部门适时组织相应专家进行充分论证,合理确定医疗成本,进而确定医保支付标准,且该医保支付标准是能充分体现其医疗价值的;八是加强部门间沟通。医保部门要及时把单病单议(除外结算)结算解决办法传达到医院,医院再传达到各科室、医生,解除他们的担忧。医生的核心工作是治病救人,很多时候对医保政策的了解不全面及时,这种影响到他们工作方向的政策,一定要及时宣传到位。^[4]

(二)加强治理环境和政策体系建设

各相关部门应提高政治站位,坚定DRG改革的信心决心,敢于啃“硬骨头”,冲破既得利益集团的阻挠。同时,也应考虑各方的合理诉求,争取一切有利改革、有利于人民健康保障的各方力量支持。政府要压实卫健、人社等相关部门配合DRG改革责任,共同助力改革。政府科学制定DRG改革绩效考核办法,明确和细化医保、卫健、人社等部门责任,督促医院同步推进工资薪酬绩效制度和人事职称晋升制度改革,发挥改革协同作用,促进改革早日成功。同时,医院更应做好以下几方面工作:

一是加强医院DRG支付方式改革背景、重大意义的解读,让医务人员特别是医院领导充分认识到改革是党中央、国务院的重大决策,是不可阻挡的趋势,要认识到只有不折不扣的执行改革,医院才有发展前途,从而把改革重视起来,形成支持改革的统一思想。二是加强DRG改革培训、学习,尽快掌握相关政策、规则和操作。三是医院应同步推进与DRG改革相对应的工资薪酬绩效制度改革、人事职称晋升制度改革,让薪酬、职称与DRG改革成效深度捆绑,充分调动医务人员参与改革积极性。四是迅速推进医院精细化管理,规范临床路径,有效控制医疗成本,提高医疗效率,加强重点学科建设,创建优势病种,走内涵式高质量发展道路。五是加强DRG人才培养,充分调用医院、高校和研究机构DRG高素质人才为改革服务。六是进一步完善DRG政策、制度和实施细则,边改边调、边调边改,持续完善,形成制度化调整机制。七是加强信息系统建设,以实际需求为导向,不断增强大数据分析、处理和预警能力,充分挖掘DRG医疗数据标准化规范化形成的高质量数据优势。八是加强与卫健、人社等部门沟通协调,建

立部门联席会议制度,高效处理跨部门事宜,医院同步推进与DRG改革挂钩的工资薪酬绩效制度和人事职称晋升制度等配套改革。九是努力创建DRG医疗专家自由宽松评审环境,消除专家后顾之忧,提高评审质量,夯实病例数据基础。在DRG专家评审系统中隐藏患者姓名、身份证号码、就诊医院、医生、护士等一切可能影响专家客观公正评审的相关信息,专家的评审身份、评审意见得到保密,专家的评审质量也有有效的监督机制;隐藏信息用可追溯的代码代替;实行线上评审。十是加强DRG改革宣传,让老百姓了解DRG改革的做法、先进性和重大意义,是医改推进的历史选择。用事实说话,讲好现阶段改革成果故事,形成良好的改革社会舆论。^[5]

(三)与时俱进把握好DRG改革理念

(1)医院应做到理念改变。一是效益的获取由大检查大处方等过度医疗转向保证医疗质量下的精准控制成本转变;二是治疗路径由医生各自发挥转向规范统一的临床路径;三是发展模式由粗放式的规模增长向内涵式的高质量发展转变;四是由无重点的全面发展向优势病种、突出重点学科综合发展。

(2)医保应做到理念改变。一是基金监管重点应由查处过度医疗向治疗不足转变;二是加强对DRG改革后新的问题风险监督管理能力培训,及时组建一支适应DRG支付的医保监管团队;三是监督检查的方法应由“信息孤岛”下的人工为主的监管,向充分发挥DRG改革后行成的大数据为基础的智能监控发展;四是对医院充分宣传与解读DRG支付方式实行区域总额预算,一家医院违规多报资金,必将减少其他医院应得资金,进而引导医院间相互监督自觉性,增加医院提供高质量医疗服务自驱力。五是由过去单纯医保推动,向医保牵头、医保医院共同发力,撬动医疗高质量。

(3)涉及改革各相关方应在改革进程中遵循全局性、系统性、平衡性和权变性原则。在政策制定、培训、执行、信息系统支持、资源投入、部门配合等工作中要有大局观,单位利益服从全局利益,加强改革各环节的高效对接,系统推进。从上级到基层,从医保到卫健、人社、医院,各层级、各部门都应该从服务DRG改革的大局出发,上级和牵头部门加强指导,地方和配合部门及时反馈,做到信息传递及时;保证上下级之间、部门之间高效沟通、协同推进。另外,进一步把握好“平衡性”和“权变性”改革理念。首先,平衡性之“堵与疏并施”。DRG制度设计“堵”医院滥检查、大处方的畸形收入,“疏”成本控制节约的基金应由医院充分分享,不能随意调剂他用,如用于提高报销比例、扩大报销范围等加大基金支付的做法,应经过科学、严谨、充分的论证,具有相应的基金来源才能调整,而不能把DRG改革节约的资金随意调作

他用,打击医院改革积极性。还应“堵”医生的灰色收入,“疏”增加医生的知识技能价值收入、合法收入。其次,权变性之“刚与柔结合”。对主观故意、累教不改的“高编高套、虚编套保”要“刚”,严肃处罚;对因规则、编码不熟的“高编高套”要“柔”,尤其在改革初期应以批评教育为主,责令改正。对触动政策红线的要“刚”,对新医疗技术应用的学术性问题犯规,要“柔”,应有容错机制,有优良的创新环境。

四、结语

DRG支付方式改革已对中国医改总体格局产生重大而深远影响,要时刻关注改革出现的问题风险,深入分析、科学应对,把发生在萌芽阶段问题风险消灭,把已发生的问题风险及时化解,把DRG改革的风险管理工作做好,保证改革取得圆满成功。

参考文献:

- [1]王芳旭 陶立波.DRG/DIP体系下新医药技术的医保支付机制研究[J].中国医疗保险,2023(02):40-44.
- [2]廖藏宜 张艺艺.DRG/DIP付费下异化行为表现及监管建议[J].中国医疗保险,2023(02):27-34.
- [3]吴玉书.DRG/DIP支付方式下医院成本管理的探讨[J].中国总会计师,2022(12):150-153.
- [4]郑晨.DRG/DIP付费下的医院成本管理[J].卫生经济研究,2022(03):88-90.
- [5]刘宏伟.DRG/DIP模式下的医院成本管理体系构建[J].中国医院院长,2022(24):48-51.