
疾病诊断相关分组 (DRG) 信息系统应知应会

黄虹 何萍 谢桦 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS



疾病诊断相关分组 (DRG) 信息系统应知应会

黄虹 何萍 谢桦 主编



内容提要

本书共 11 章,首先通过对于 DRG 理论在国内外的应用现状及发展,对 DRG 信息系统的架构设计、分组器设计进行了探讨,然后详细分析了 DRG 信息系统对病案数据的要求,ICD 诊断术语与分类在 DRG 的应用,DRG 信息系统在医疗服务绩效评价、医疗保险管理、医院学科评价中的应用,最后列举了该系统在国内的一些具体应用实例作为参考。

本书面对医院信息中心从业人员,可为医院信息化建设中疾病诊断相关组信息系统提供一些方向和方法借鉴。

图书在版编目(CIP)数据

疾病诊断相关分组(DRG)信息系统应知应会/黄虹,何萍,谢桦主编.

—上海:上海交通大学出版社,2020

ISBN 978-7-313-23481-0

I. ①疾… II. ①黄…②何…③谢… III. ①疾病-诊断 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2020)第 116178 号

疾病诊断相关分组(DRG)信息系统应知应会

JIBING ZHENDUAN XIANGGUAN FENZU(DRG) XINXI XITONG YINGZHI YINGHUI

主 编:黄 虹 何 萍 谢 桦

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:上海锦佳印刷有限公司

开 本:710mm×1000mm 1/16

字 数:248 千字

版 次:2020 年 7 月第 1 版

书 号:ISBN 978-7-313-23481-0

定 价:88.00 元

地 址:上海市番禺路 951 号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:15

印 次:2020 年 7 月第 1 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:021-56401314

编委会名单

主 编 黄 虹 何 萍 谢 桦

执行主编 赵永国

副 主 编 冯 杰 董 亮 王 奕

编 委 (按姓氏笔画排序)

王志勇	王 淑	叶正强	叶成杰	许 炜	庄思良
吴丹凤	李本强	张 伟	邱 宏	张 渊	陆 耀
郑 涛	郑 莹	俞 华	骆华杰	赵 艳	周 祺
俞 磊	袁骏毅	徐 敏	盛伟琪	黄宗浩	覃开舟
彭永安	董宁欣	葛茂军	葛小玲	潘伟华	魏宏赞

Preface



前 言

目前,全球各国面临着一个共同的问题,那就是不断攀升的医疗费用,这使得许多国家的医疗保险体系面临着极大的挑战。医疗保险费用在世界各国GDP中所占比重均在持续上升,一些欧美发达国家的医疗开支在GDP中基本占7%,部分国家甚至达到更高的占比。不少国家在医疗保险方面投入巨大,给政府带来不小的财政负担,进而影响本国财政收支的平衡。在美国,曾有媒体报道:2013年,美国全年在医疗方面的支出增长了7.5%,其增长速度是本国经济增长速度的3倍。同年,我国由权威部门发布的统计数据显示,全年医疗机构的平均门诊费用达到206.4元,比上一年度增长7.2%;全年人均住院费用达到7442.3元,比上一年度增长6.6%。医疗费用的过快增长已成为我国当前广受关注的热点问题。破解这一社会普遍关心的难题,是国家医药卫生体制改革的重点任务之一。日益增长的医疗费用支出在给城镇居民带来压力的同时,也给低收入家庭带来沉重的经济负担。这不仅会削弱经济发展带给人民群众的获得感、幸福感和安全感,还会影响我国医疗卫生体系的健康发展。对医疗保险支付方式进行合理改革、对医疗费用进行合理控制,是当前世界各国都面临的重要任务。

疾病诊断相关分组(diagnosis-related group, DRG)的实施能够有效地提高医疗机构的工作效率,同时控制医疗费用过快上涨的势头。美国自1983年实施DRG付费方式后,医疗保险方对投保人每次就诊都有科学、规范的支付标准,促使医院为获取利润主动降低经营成本,提高工作效率,从而在整体上控制费用,取得比较理想的效果。自美国率先实施DRG以后,许多国家纷纷效仿,在结合自身医疗卫生体制的基础上,对DRG方案进行不断的改进与优化。当前,我国医疗卫生领域正在进行全面深入的改革,其中对医疗保险制度

的改革是一大关键点。自改革开放以来,政府各部门积极推动扩大医疗保险的覆盖面,减轻人民群众看病就医的负担,取得了较好的成绩。但与此同时,随着医保覆盖惠及更多人群,医保费用也节节攀升,给医保管理部门带来了极大挑战。传统医疗费用结算方式为按服务项目付费,有可能造成医疗资源浪费,难以避免在为病人提供服务的同时,受到经济利益的驱使而出现过度医疗的现象。目前,国内各地区在控制医疗费用方面具有较好实际效果的支付方式,主要有总额预付费、按医疗服务项目付费、按人头付费以及按病种付费等。以上方式各有优缺点,根据我国实际情况,基于 DRG 付费方式来实现按病种付费,可能是更为有效的政策方向。

在国家医药卫生体制改革的形势下,结合各地区的实际情况,开展对 DRG 支付方案的研究具有重要的现实意义。一方面,医疗服务模式的健全和完善以及支付方式的不断优化是让全社会享有优质医疗服务的基础。我国现行的医疗支付方式在控制医疗费用的不合理增长上缺乏有效性,需要借鉴他国经验,推进 DRG 付费方式的探索实践,通过提升医疗服务效率和质量,减少或杜绝浪费,更高效地利用好有限的医疗资源。另一方面,在对医保制度进行改革时,需要充分掌握保险费用支付比率以及保险费用基数等指标,将临床实践中的各种复杂因素纳入考量,使得支付方法更加科学、合理与可操作。在以上两方面,DRG 可以提供相对科学的数据支持,为制定相关支付方案和管理制度打下坚实基础。因为 DRG 要求医疗机构将平均医疗资源的消耗量控制在其支付标准以内,如此才能保证机构的盈利水平,通过这一机制可促进医疗结构为降低消耗、提高效率而努力,从而提升其整体竞争力。目前,我国在 DRG 方面的研究距离国家医疗卫生事业的发展要求还有差距,需要在这一领域做出更大的努力。本书通过对 DRG 理念及其信息化管理进行全面和深入的介绍,在充分阐释和分析 DRG 概念及方法之后,从多个维度探讨其信息化管理思路,探索并勾画适合我国国情的 DRG 信息化解决方案,向读者全面展示与 DRG 相关的信息系统建设最新进展,对相关人员具有一定的借鉴意义。

高解春

2020 年于上海

Contents



目 录

第一章	DRG 理论的研究与发展	001
第一节	DRG 及其相关术语的概念.....	001
第二节	国外 DRG 的发展.....	008
第三节	DRG 在我国的发展.....	019
第二章	DRG 方法在国内外的应用现状	025
第一节	美国 DRG 的应用现状.....	025
第二节	澳大利亚 DRG 的应用现状.....	029
第三节	德国 DRG 的应用现状.....	033
第四节	DRG 在我国的应用与发展.....	040
第三章	DRG 信息系统的架构设计	050
第一节	DRG 信息系统架构设计方法.....	050
第二节	DRG 信息系统应用架构设计.....	052
第三节	DRG 信息系统功能概要.....	062
第四章	DRG 分组器设计探讨	066
第一节	DRG 各种分组器介绍.....	066
第二节	DRG 分组器原理.....	072
第三节	DRG 分组使用标准.....	074

第五章	DRG 信息系统对病案数据的要求	078
第一节	新版病案首页的发布	078
第二节	主要诊断的数据定义	090
第三节	其他诊断的数据定义	094
第四节	主要手术和操作	095
第五节	医疗资源消耗情况	096
第六节	疾病转归情况	097
第七节	医疗费用情况	098
第六章	医疗临床数据的采集与质量控制	101
第一节	数据采集问题	101
第二节	数据规范要求	102
第三节	数据采集来源	106
第四节	病案首页质量控制	107
第五节	数据采集方式	108
第七章	DRG 信息系统在医疗服务绩效评价中的应用	135
第一节	医疗机构绩效管理与评价的价值	135
第二节	新医改形势下对公立医院绩效管理提出的新目标	139
第三节	医院内部绩效与行政外部绩效的协同统一	141
第四节	DRG 在医院绩效管理评价中成为行政管理者的有效抓手	144
第五节	DRG 在绩效管理评价中的具体运用	146
第六节	影响 DRG 在绩效管理评价中运用的几点问题	156
第八章	DRG 信息系统在医疗保险管理中的应用	158
第一节	医疗保险的内涵	158
第二节	DRG 与 DRG - PPS 支付制度改革	167
第三节	DRG - PPS 试点前医疗机构的准备工作	172
第四节	我国按疾病诊断相关分组预付费改革进展	175
第五节	美国 DRG 付费制度改革经验及启示	184

第九章 万达视角：DRG 信息系统在医疗服务绩效评价中的应用	191
第一节 DRG 信息系统应用背景与总体设计概述	191
第二节 系统功能	193
第三节 案例介绍	196
第四节 绩效评价	204
第五节 重点病种管理	204
第六节 支付管理	208
第十章 上海联众 DRG 院内绩效考核分析平台在医院精细化管理 的应用	211
第一节 上海联众 DRG 系统应用案例的背景概述及 建设成效	211
第二节 上海联众 DRG 系统的应用展示	214
第十一章 医利捷 DRG 信息系统及案例介绍	223
第一节 医利捷 DRG 信息系统的简介与功能总述	223
第二节 医利捷 DRG 信息系统详细功能介绍	225

DRG 理论的研究与发展

疾病诊断相关分组(diagnosis-related group, DRG)是医疗管理领域中应用广泛的一种病例组合系统。DRG 利用诊断和操作为主要的分类轴,实践证明,它能有效降低短期住院病例的风险,因而,应用于住院服务相关费用管理和绩效管理,能够有效地提升管理的效率。

当前,世界上超过 30 个国家和地区在医疗管理的多个领域使用 DRG, DRG 应用的原理和诸多方法已经日趋成熟。大多数国家引进 DRG 的主要目的,是将其作为医院支付的工具。各国在实际引入 DRG 的过程中,都结合了本国卫生系统的实际需求和疾病特点,对分组器版本进行了本土化改进,并持续升级。

在中国新一轮卫生体制改革向纵深发展的今日,积极研究并开发 DRG 相关的管理工具,对于推进中国卫生系统管理走向科学化、规范化和系统化大有裨益。

第一节 DRG 及其相关术语的概念

一、DRG 的概念及含义

1. DRG 的概念

疾病诊断相关分组(DRG)是一种病例组合(case-mix)方式,综合考虑了每个病例的主要诊断、附加诊断、手术操作、并发症、年龄、入院情况、出院转归等诸多因素的影响,对病例进行分类组合,形成若干诊断相关分组,每一组都

有较高的同质性,有相接近的卫生资源消耗。

2. DRG 的含义

DRG 的定义一般包括以下 3 部分内容:

第一,作为一种病例组合方法,DRG 的是将具有某一方面类似特征的病例归为一组,以方便管理,因此它是一种病人分类的方案。

第二,DRG 分类的基础是病人的诊断,在此基础上考虑病人的手术操作、并发症、年龄等情况对诊疗过程和所消耗资源的影响。

第三,它把医院对病人的治疗和所发生的费用联系起来,从而为付费标准的制定,尤其是预付费制度的实施提供基础。

DRG 是当今世界公认的较为先进的支付方式之一,是专门用于医疗保险预付费制度的分类编码标准。DRG 根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病证、手术、疾病严重程度、并发症以及转归等因素把病人分入 500~600 个诊断相关组。DRG 分组过程一般分为 3 个步骤:

第一步,将大部分病例按照解剖系统分为主要诊断分类(major diagnostic category, MDC);

第二步,从 MDC 细分为基于诊断相关分组(adjacent diagnosis-related groups, ADRGs);

第三步,从 ADRGs 再次细分为疾病诊断相关分组(diagnosis-related groups, DRGs)。

MDC 划分的过程通常只使用主要诊断编码,从 MDC 到 ADRGs 过程则会同时使用主要诊断编码和主要操作编码,而从 ADRGs 到 DRGs 这个过程会用到其他诊断和操作,以及反映病例个体特征的其他变量。DRGs 实质是众多病例组合中的一种,也是应用管理领域的病例组合中最为著名的一种。不同病例组合之间的区别,主要是分类理念和方法的差异。病例组合将临床过程相近和(或)资源消耗相当的病例分类组合成为若干个组别,组与组之间制订不同的权重(weight)以反映各组的特征。于是,同组之间的病例可直接比较,不同组的病例经过权重的调整后再进行比较,这个过程称作风险调整(risk-adjustment)。但从实践上看,DRG 方法能否有效实施,主要取决于分组规则设计、改进及配套体系的合理程度,即同一个 DRG 的组别是否满足治疗过程一致性和资源消耗一致性原则。按照 DRG 的设计初衷,每一个 DRG 代表一种医疗服务产出,因此也可以认为是一种标准化医疗服务产出的工具。

二、DRG 的指导思想和基本概念

1. DRG 的指导思想

DRG 的指导思想是,通过特定的疾病和治疗过程确定各病例的 DRG 分组,并根据 DRG 组别制定医保费用支付标准,第三方(如医保部门)不再按照传统的病人在院期间的实际发生费用(即按服务项目)付账,通过引导各医院减少不必要的治疗和服务项目,达到减少卫生资源的浪费和优化医疗资源配置的目的。

同时,医院也可根据 DRG 组别确定各病例的标准工作量,作为工作人员的工作量考核依据,彻底改变单纯以收入为基础的工作量考核方法,弥补乃至根除收入核算、以资源为基础的相对价值比率(resource-based relative value scale, RBRVS)点值、医师费核算等传统工作量核算方法的不足,有助于激励医院加强医疗质量管理,推动医院为获得更大的利润主动降低运营成本,达到控制费用的目的。

许多国家在实施的过程中发现了 DRG 进一步的优点:①有效地降低了医疗保险机构的管理难度和费用;②有利于宏观预测和控制医疗费用;③为评估医疗质量提供一个科学的、可相互比较的分类方法。

2. DRG 的基本理念

DRG 的基本理念是,不同的疾病类型应该做出区分;同类疾病但治疗方式不同,也应该做出区分;同类疾病同一治疗方式,但病例个体特征不同,亦应该做出区分。

为了实现上述分组的理念,疾病类型通过疾病的“诊断”来辨别,治疗方式通过“操作和手术”来区分,病例个体特征则利用病例的年龄、性别、出生体重(新生儿病例)等变量来反映。这是基于疾病分类和手术分类的医疗费用控制系统和医疗质量评价系统,将疾病性质、医疗费用、住院天数相同或相似的病人分在一个级别中,并据此进行医疗付费和管理。由于病例数量和类型众多,DRG 的分类过程需要借助计算机分析来辅助完成。而要使用计算机分析,需要对疾病的诊断和操作进行编码。于是,DRG 系统通常需要以国际疾病分类(international classification of diseases, ICD)编码为基础。

三、国际疾病分类

1. 国际疾病分类的概念

国际疾病分类(international classification of diseases, ICD),是目前国际上共同使用的统一疾病分类方法。根据疾病的某些特征,按照规则将疾病分门别类,并用编码的方法来表示的系统,是国际标准分类,由世界卫生组织(WHO)疾病分类合作中心负责进行国际疾病分类的修订、推广和应用。

目前,全世界通用的 ICD 版本是第十次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(1893 年第一版,每 10 年修订一次,ICD - 9 1975 年,ICD - 10 1994 年日内瓦),WHO 仍保留了 ICD 的简称,并被通称为 ICD - 10。ICD - 10 是用编码的方法,根据疾病的 4 个主要特征,即病因、部位、病理、临床表现(包括症状、体征、分期、分型、性别、年龄、急性、发病时间等),按照一定的规则对疾病分门别类,以实现到医院疾病统计分析、科研、检索、综合利用、医疗管理的目的。

ICD - 9 - CM(第九版国际疾病临床分类系统)是 1979 年被美国改良应用的。这个系统是专门为美国老年医疗保险和公共医疗补助中心的 DRG 研制的。ICD - 9 - CM 一直应用于对美国所有老年医疗保险和穷人的医疗救助,以及住院病人缴费的支付核算,它包括 3 个部分:第一和第二部分描述了各种疾病、外伤、损伤和其他健康问题的诊断、症状和病因;第三部分包括病人就医、诊疗以及医疗补助的过程。1985 年 9 月成立了负责其调整的维护组织,该组织是一个中央多部门合作的组织,由美国国家健康统计中心和美国老年医疗保险基金中心与穷人医疗救助基金服务中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)共同领导。其职能是维护和更新国际疾病分类系统,同时负责系统变化的确认、公布勘误表和附录表等工作。同时,规定该组织每年负责提出两个系统调整与完善的草案,由社会组织参与评议,经美国马里兰州的巴尔的摩市 CMS 办公室会议评议通过。两个草案中通过的修改条例,将在美国联邦公报(Federal Register)上公布,并于当年 10 月 1 日生效,公布 3 个月后正式应用于美国老年医疗保险制度中。ICD - 9 - CM - 3 即美国国际疾病分类临床修订本第三卷。20 世纪 80 年代我国卫生部决定,在我国使用美国国际疾病分类临床修订本第 3 卷即手术操作分类。为满足更全面具体的疾病分类的需要,美国国家卫生筹资管理局(Health Care Finance Administration, HCFA)进一步设计疾病并发症与合并症系统(Complications

or Comorbidities system, CCs)。在该系统中包括了众多疾病的并发症与合并症,以及美国国家卫生筹资管理局规定的约 3 000 个疾病诊断代码。该系统十分庞大,涵盖了从主要的重大疾病到诸如尿道感染等轻症,主要应用于病情较重病人的附加诊断和二次分类。ICD 的目的是对不同国家或地区在不同时间收集到的死亡和疾病数据系统地进行记录、分析、解释和比较,其中包括对各人群组一般健康状况的分析、疾病发病和患病的监测以及其他相关的健康问题。

国际疾病分类是国际标准,是各国进行卫生信息交流的基础,世界卫生组织每年出版一本《世界卫生年鉴》,《世界卫生年鉴》就是以此为标准收录了对各国死亡原因的统计资料。ICD 把疾病诊断和其他健康问题的术语转换成字母数字编码,从而易于对数据进行储存、检索和分析,也让计算机对其进行分析和应用成为可能。

2. 国际疾病分类的临床目的和意义

国际疾病分类的临床目的和意义包括以下几点。

(1) 国内与国际交流:我国是世界卫生组织(WHO)成员国,按照世界卫生组织的规章要求,其成员国有义务按照 ICD 的体系和编码报送卫生信息。我国国家卫计委(原卫生部)每年的卫生统计汇编是按照 ICD 的分类原则,收集和编辑我国当年的卫生情况。它包含了大量的医院住院病人信息,是对国家卫生状况的反映,也是卫生资源投入、卫生行政管理和决策的依据。

随着 ICD 的推广和普及,一些国际会议文章交流和杂志论文发表在涉及疾病诊断时,要求提供疾病的国际编码,甚至病人转诊时医院提供的病历摘要也被要求填写 ICD 疾病编码。

(2) 医务人员对病案的查询和整理、科研与教学:在病案首页中有大量的疾病诊断和手术操作信息,这些信息以 ICD 疾病分类编码的形式被录入电脑数据库中合理储存。当临床医生需要有关疾病和手术资料时,病案管理的工作人员就可以通过 ICD 分类系统进行疾病和手术资料来检索和统计。

(3) 医院管理的需要:病案中蕴含着丰富的信息,通过疾病分类,可以将信息按照不同的用途加以归纳。如:按病种进行检索统计从而获取各病种住院的人数、平均医疗费用、最高或最低医疗费用、平均住院天数、最长或最短的住院天数等信息,方便医疗机构进行病种的管理。病案中也含有医务人员的信息,因而可以对临床工作的习惯、水平、资源利用进行分析,对每个医务人员的医疗质量和医疗过程进行评价。

(4) 医疗保险付款制度: DRG 是目前我国医疗收费制度改革的重点,它是基于疾病分类和手术分类的医疗费用控制系统和医疗质量评价系统,ICD 编码是病人分组的依据,每一组的费用是限定的,医院不管提供了多少服务也不能多收费,医疗超出定额的费用由医疗机构自己承担。ICD 分类系统是国内外各医院都使用的系统,管理机构利用疾病分类资料可以对本地区若干个医院的病种、收费等指标进行对比,并分析出医院的收费高低和病种多少等情况。第三方(如医保部门)可以通过统一的疾病诊断分类定额支付标准的制订,达到医院资源利用标准化。其目的是改革以往医疗费用的回顾性结算方式,采用按诊断相关分组的定额预付费包干方式,使医疗费用的支付根据医院的产出(治疗的病例),不再根据医院的投入(医疗和时间),从而对医院医疗资源的消耗给予较合理的补偿,引导医院通过提升诊疗技术水平和管理能力,达到控制医疗费用过快增长的趋势,这也是目前我国医疗收费制度改革的重点。

四、DRG - PPS 的概念及优劣势

DRG 不仅对医疗保险的改革提供重要的信息来源,对进一步全面掌握医院住院医疗消耗的实际情况提供获取的依据,也为研究制订和控制医疗中可能发生的过度服务在方法论上奠定了基础。DRG 能根据病人不同的病种、病情、医疗需求、治疗等确定不同的医疗资源消耗和产出标准,并可以根据医务人员对同类病种诊断和病情的病人在接受医疗服务中所投入的医疗资源和医疗技术进行比较。在医疗保险制度改革中,按 DRG 价格标准作为保险机构向医院预付费用的依据,可使医院在提供医疗服务前即预知资源消耗的最高限额,由此医院必须将耗费水平控制在该 DRG 支付标准以内方有盈余,否则就会亏损。DRG 支付标准成为项目盈亏的临界点,从而调动医院积极性,在提供医疗服务过程中,节约开支、提高诊断率、缩短住院天数,减少诱导性的医疗费用支付,从而在提高效率的同时保证医疗质量。同时,DRG 支付标准高低还是需求方选择定点医院的重要依据,因而也有利于引入竞争机制,迫使医院在竞争中谋求生存和发展。参考国内外的经验,研究适合我国国情和地区实际的 DRG,作为医疗费用预付制度是切实可行的。

DRGs - PPS 称为按诊断相关分组预付费(prospective payment system based on DRGs),是指在诊断相关分组的基础上,通过科学测算制订出每一个组别的付费标准,并以此标准对医疗机构的费用进行预先支付的一种方法。医疗保险的支付方不是按照病人在院的实际花费(即按服务项目)付账,而是

按照病人疾病种类、严重程度、治疗手段等条件所分入的疾病相关分组付账。

根据病情的不同、病人的不同、治疗手段的不同会有不同的 DRG 编码相对应。DRG 以定额预付方式代替了按服务项目的事后补偿方式,使医院失去了定价和收费的自主权,医院的收入方针发生了根本改变,即从最大限度地增加收入,转变为按照 DRG 规定收取费用。因此,医院必须通过加强管理、提高医疗质量、缩短住院天数来达到较高的回报。这种付费方式兼顾了病人、医院、医保等各方面的利益,它的效果是控制医疗费用、保证医疗质量和提高医院的管理水平。如激励医院加强医疗质量管理,迫使医院为获得利润主动降低成本,缩短住院天数,减少诱导性医疗费用的支付,从而控制医疗费用。这也给医院管理带来一场变革,促进了医院质量管理、经济管理、信息管理 etc 学科发展,催生了临床路径、战略成本管理、数字化医院等比较先进的管理方法。

DRGs - PPS 优势主要是:①可覆盖大部分住院疾病和费用,避免单病种的选择性,可以减少医院推诿重症病人的道德风险;②减少了病种数量,总体上看,现在的趋势是只有几百种,可以精准地分清病种,使医保管理更为方便。同时,DRGs - PPS 也存在诸多挑战:①DRG 的技术复杂,病种分组权重的确定其实是一个很复杂的过程,需要很多专家参与,需要大量数据运算,更新一次也需要很长的周期,对于人力成本和经济成本的要求都很高;②各地方之间也有差异性,同一个病种在不同地区的治疗方法和规范路径可能存在较大差异,还有中医学的治疗方法也与西医有差异;③单纯的 DRGs - PPS 只能控制单个打包病种的费用,并不能控制总的医疗费用。因此,仍然需要与总额预算管理更好地结合,才能更好地达到控制总体医疗费用上涨的目的。

五、DRG 实施的意义

DRG 的实施对提高医院基础质量管理有着深远意义:①有利于节省有限的卫生资源;②有利于提高医疗质量;③有利于巩固和完善我国城乡逐步完善的医疗保险制度;④有利于遏制医疗保险费用的不合理增长。

DRG 付费方式的应用对提高我国医院管理水平也有一定的意义:①单病种管理通过平均住院日数、医疗安全指标等进行严格的标准控制,从而保证医疗质量;②可以总结出病种与收费标准,控制医院欠款率;③在病人住院期间使用单病种付费来控制医疗成本,使医疗费用趋于合理化,促进医院经营管理;④通过加强成本核算、强化医生管理、降低药占比等来控制单病种费用,从而提高医院自身的竞争力。