**浅谈C-DRG收付费改革**

阳婷婷

（三明市医疗保障基金中心清流管理部 福建 365300）

**摘要：**自2018年1月1日起，三明市全市22家县级及以上公立医院正式实施C-DRG收付费改革。为进一步完善C-DRG的实施推进，本文通过某医院C-DRG运行情况进行分析，提出相应改进措施提供参考。

**关键词：**C-DRG；实施；改革；意见

近年来，医疗费用居高不下并逐年攀升，“看病难、看病贵”问题日益成为社会各界关注的热点。为遏制医疗费用的不合理上涨，提高医疗服务水平和医疗保障水平，各地医疗保险经办机构积极探索新付费方式以替代传统的按服务项目付费方式，其中尤以按病种付费改革产生的社会影响最为广泛和深刻。为探索从机制上控制医疗费用不合理增长的办法，更好地发挥按病种付费的积极作用，现将C-DRG付费在某地市运行情况和存在问题分析如下。

1. **正确认识C-DRG**

要说C-DRG，首先就要弄清楚DRG是什么。DRG(Diagnosis Related Groups) 是当今世界公认的比较先进的支付方式之一，称为诊断相关分组，是一种病人分类方案，是专门用于医疗保险预付款制度的分类编码标准。它根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度，合并症与并发症及转归等因素把病人分入500-600 个诊断相关组，在分级上进行科学测算，给予定额预付款。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:控制费用、保证质量、提高管理水平。

C-DRG是借鉴国际经验和我国部分省市推行DRG的经验与教训基础上，紧密结合我国具体国情和医疗保障体系以及公立医院补偿机制的实际情况所创建的供全国应用的公益性收付费规范体系。即“1311体系”，具体指1套规范体系、3个基础工具、1个平台、1套收付费政策原则。

**二、C-DRGR的实施范围**

**（一）医院范围**

在某地市为例：全市22家县级及以上公立医院均纳入C-DRG收付费改革范围，符合条件的二级及以上民营定点医疗机构可参照执行。

1. **人员范围**

在上述医院住院治疗的我市基本医疗保险参保对象（含城镇职工、城乡居民医保），均纳入C-DRG收付费管理（离休人员、二级保健对象、自费患者除外）。

1. **收付费标准**

C-DRG收付费按同级别医院“同病、同治、同价”的原则，分二级医院、三级医院两个档次确定收付费标准。

**三、C-DRG某地市实施情况**

2018年1-12月，城乡居民在22家公立医院出院192826人次，按C-DRG结算122071人次，占住院总人次的63.31%，病组定额包干费用结余1347.94万元。

2019年1-11月，城乡居民在22家公立医院出院186664人次，按C-DRG结算139658人次，占住院总人次的74.82%，病组定额包干费用结余2163.07万元。

****（一）**医疗流程有所改进，诊疗过程更加规范**

医院按照《疾病分类与代码GB/T14396-2016》、《三明市临床疾病诊断规范术语集》、《中国医疗服务操作项目分类与编码》规范填写某地市修订版病案首页（2017年），并及时准确上报诊疗信息，鼓励各定点医疗机构根据国家卫计委临床路径和诊闻规范，制定符合本院实际的各病种临床路径。

1. **收费透明公开，减少医疗纠纷**

每一个病种的实施，都有标准化的临床路径和统一的付费额度，标准的临床路径和合理的费用结构会相互促进，使医疗服务提供者的诊疗行为更有依据和更透明,通过压缩费用,有效减少“大处方”、“大检查”,减轻了老百姓的负担,增加了广大人民群众的获得感。

**（三）**降低了医疗成本，提高资源利用率****

固定的病种付费标准，促进医院重视成本核算，限制了贵重药品的使用，可以减少和控制过度医疗服务，促使医院主动降低医疗服务成本，提高卫生资源的利用效率。

1. **C-DRG收付费体系存在问题**

由于目前C-DRG尚不成熟，实施过程必然会遇到各种困难和问题。

**(一)因控费影响医疗技术进步**

因C-DRG付费有严格的收付费标准，会促使医院刻意降低成本，而对需要投入大量人力、物力的新技术研发工作积极性不高，不利于临床医学的创新、发展。

**（二）收治患者容易出现推诿现象**

对于少数一些特殊情况的患者，存在住院天数长，或预测治疗费用高于C-DRG支付标准，医院容易出现视患者病情收治患者的推诿或不走C-DRG途径付费的现象等，患者看病难的现状就难以得到缓解。

1. **可能出现费用转嫁及欺诈**

实行C-DRG后，未按文件的规定把患者住院前七日内在同一定点医疗机构发生的与住院诊断有关的门诊费用纳入到C-DRG结算的住院费用中。个别医疗机构为了转嫁费用，可能会将应该在入院后做的检查放在门诊进行，将费用转移至入院前，这样就变相地抬高了医疗费用，增加了患者的经济负担；还可能会分解住院和诊断、手术、操作编码升级现象。

1. **医保政策宣传、解释、领会不到位**
2. C-DRG收付费补充政策传达、学习不到位，医务人员对“纳入C-DRG收付费的患者实际住院天数不足所入组住院天数一半的，患者按该组个人应付定额的50%支付，个人少付部分由统筹基金补偿”的政策了解、掌握不到位，不能对患者做出满意的解释。
3. 实行C-DRG后，出现医疗费用低于病种费用的现象，1-11月份病种医疗费用下降比达到5%，出现医疗服务不足，低于病种付费价格的参保人员对报销比例不理解。
4. **C-DRG付费改革建议**
5. **建立健全病案体系**

医院应加大力度组织医生病案书写培训，提升病案首页质量，确保临床医师规范、全面、准确地填写病案首页全部项目。

1. **加强医疗质量的监管**

制定科学合理的出入院标准，切实防止分解住院、推诿危重病人、诊断升级等现象出现，同时积极开展临床路径研究，对在诊治过程中的“偷工减料”行为予以严格查处并追究责任。

1. **加强人才建设和业务培训**

构建C-DRG人才建设,涵盖医疗、信息、统计、病案和医保各方面人才，以保障试点的顺利推进。加大C-DRG政策培训机制，加强政策宣传，及时为参保患者释疑解惑，避免患者对策误解从而导致医患紧张关系进一步升级。

****六、总结****

C-DRG是深化医保支付方式改革的一项重要工作，在推动医保精细化管理，提高医保基金使用效率，切实维护参保人权益，具有重要意义。在某地市的实施过程中，确有病案首页填写不规范、变相分解住院上存在一定问题，仍需要不断完善制度、提升监管来推进C-DRG的实施。

**参考文献**

[1] 马国善.单病种付费和DRGs付费之比较[J/OL].中国医疗保险.2011,(12)

[2] 秦永方. DRG病种支付制度改革引领医改[J]. 中国医疗保险.2018, (4)

[3] 秦永方. 关注DRG付费的局限和不足[J/OL]. 健康界, 2019 (6)