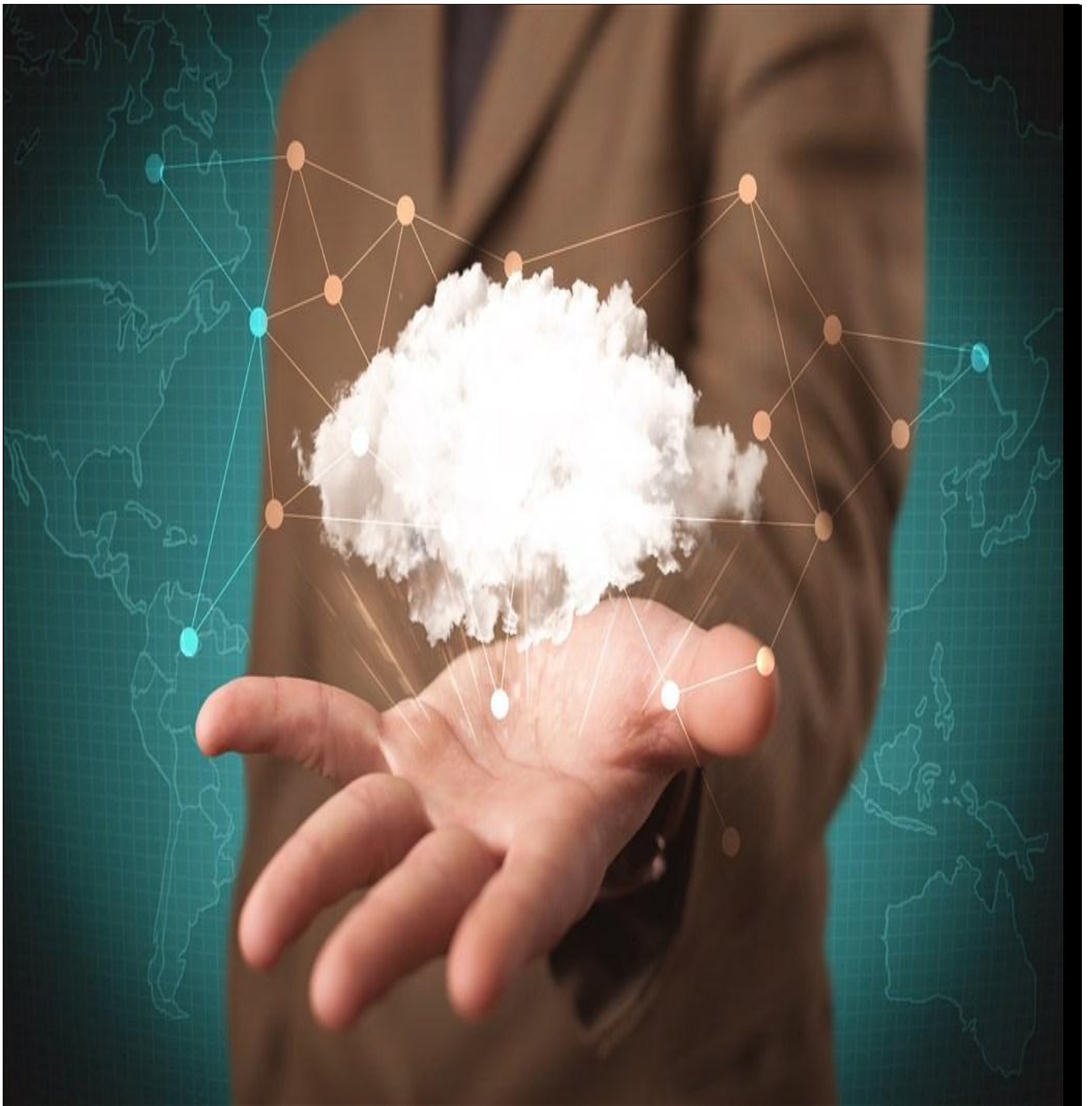




2017 健康保险研究报告发布会

国家金融与发展实验室

2017 年 9 月 28 日

2017 健康保险研究报告发布会

阎建军：

各位领导、各位专家，刚才会长讲标准。江芹主任是国家卫计委卫生发展研究中心支付制度与医学编码研究室主任，国家C-DRG研究组的副组长、研究员，实际我们国家今年6月份，国家卫计委正在推的公私合作制试点前期的整个技术标准她是主导，她是副组长，整个业务标准她最清楚，包括试点，我上次听完以后很受启发，我想我们的会议领导们都是专家，都时间简章，她来了肯定会给我们讲更实的东西。就隆重推出我们的大专家。

江芹：

首先感谢杨博士邀请，大专家谈不上，因为前期一直做这方面的工作，有了一定的积累，但是因为我们这个工作，他们外界叫我们叫十年磨一剑，其实没到十年，也就是七八年、八九年的样子，但是这么几年通过和各位专家，刚才听到阎主任还有几位专家的介绍，我也拓宽了我的认识，因为我们原来都在医保、社保领域做研究，我们前期和人社尤其新农合里面，早期一直钻在这个里面，所以我觉得是这样一个时机到了，更深入的把社保、商保很多种融合起来，这个可以是多种途径和方式的，首先先感谢这个邀请。其次祝贺新书的发布，受

江芹

国家卫计委卫生发展研究
中心支付制度与医学编码
研究室 主任

国家 C-DRG 研究组副组长
研究员

阎主任的委托，我花一点时间介绍一下前期《全国按疾病诊断相关分组收付费规范》，我们简称DRG这套系统的内容。介绍之前我先介绍一下我们发展中心，我们发展中心是国家卫计委下面的一个直属研究机构，属于一个智库，其实也是智库型的研究机构。下面有16个研究室，和卫计委基本上所有的司局绑定的，同时也受比如说国家发改委、人社包括财政部、民政部，我们都有很多相关研究。同时也给地方的省里面如果有相关研究我们业提供政策的咨询。

我们研究室1998年开始的，接受了国家计生委的主要是财务司，以及国家发改委、中医药管理局的委托，承担国家收付费规范体系的研制和发布。大家可能对收付费绿本比较熟，从2001年开始到2007年再到2012年我们更新了好几版，《全国医疗服务价格项目规范》，同时国务院办公厅55号文里面也提到了医疗服务的技术规范，大家有没有看到那个东西，实际上就是我们要转承技术规范的内容。所以我们接下来有一块工作是做这方面的修订和更新维护工作。我们也一直在做《按病种的收付费规范》，今年1月份是国家发改委、国家卫计委和人社部三部委联合发布的病种的收付费的指导意见，里面320个单病种内容也是我们负责制定。所以5月份是委托了中国卫生经济学会和发改委下面有一个价格协会，他们来共同发布的这个内容。大家知道55号文里面也说了要以按病种付费为核心做支付方式改革。所以现在我们又接受了另外一个任务，给全国挑一百个病种，我们也在做这方面的内容。第三块内容就是今天要给大家介绍的C-DRG的收付费规范的内容，等会我会和大家讲。

说到这个标准，如果在座的有专家参加了这个月14、15号的中国C-DRG大会，上面有一个揭牌仪式，就是世界卫生组织的分类术语和标准的合作中心，我们在参与国际的标准，尤其是卫生数据类标准的制定，所以大家可能听说过ICD-10，目前WHO在做ICD-11，预计明年在世界卫生组织大会上发布，但是具体能不能发还是问题。下个月会到墨西哥参会，就会了解到最新的内容。同时还有医疗服务操作、分类和编码的体系，大家可能听说多CM3、ICD933，那是美国的体系，所以我们创造了我们自己的一套，等会我会和大家讲中国的医疗服务操作分类和编码体系叫CCHI的操作体系，我们也接受了WHO的任务，要ICD相关的病例组合，包含DRG的内容。在国内我们也很荣幸，因为中国卫星信息学会下

面有一个卫生信息标准委员会，很荣幸在里面做副组长，参与卫生标准信息类标准的相关工作。所以我们在参与到ICD-11里面，我们也积极在推进ICD-10国标应用，去年发布了ICD-10国标领域，包括医疗服务操作编码，我们这个团队也参与了一个药品的招标采购编码。大家知道监管码和本位码不一样，我们是分类码，是直接和产品相结合的，包括产品药理学的分类都在里面，大概18万的药品编码我们在做。今天我的另外一个同事在新疆开会，是在做耗材的编码，这个是一个非常浩繁的工程，目前做标准耗材的内容。

说到C-DRG，可能很多专家都特别关心，因为我们设计这个到底是为了什么？其实现在大家都清楚，国家从2009年开始改革，现在公立医院改革进入深水区，目前也讲了很多要调整医务人员的行为，要建立公立医院运行新机制，所以有很多外部的改革，比如说他要调整技术劳务的价格，现在大家特别关注的是药品零差率的实施。现在在北京就在实施药品零差率，大家也看到有一些好的东西出来，也有一些其他的声音出来。所以我们的观点是再等一段时间，因为真正的实施的效应出来还得再有一段时间。但我们总体感觉这套体系，这样的一些政策来讲短期内很难实现对公立医院的补偿渠道真正合理的进行补偿。但是我们从住院部分来改，门诊有另外一套体系，也可以打包。在住院这块我们希望把现在从按项目付费为主，转变为公私合作制DRG为核心，大家注意这个不是以DRG为所有，是以它为核心，多种打包收付费方式共存的改革。这个不是简单的支付方式的改革，是一个综合体系制度的改革。我们希望在住院里面把病人分的很清楚，把每一类病人入院到出院服务打包，过去医院都是靠多开药品创收这样一个手段，现在我们通过打包，让医院医护人员有积极性控制成本。同时配套的两个，一个是打包时候让结余，真正让医院自己有主动权使用结余，第二块同时要改善医务人员薪酬，这两块合在一起才能真正把DRG打包的激励机制，让医院更有动力控制成本。所以我们做DRG设计的时候，控制费用不是我们第一目标。我们设计时候第一目标是要控制或者逐渐转变医院和医务人员的行为，让他逐渐的规范化，改革他的费用结构，其次才是它的不合理部分的费用增长。另外也是希望探索多方协商确定收付费标准、谈判定价的机制。同时也形成可复制、可推广的DRG收付费改革的路径和目标。

刚才阎主任也介绍了，我们6月份在全国开了启动，实际上在去年10月份的时候，国家卫计委李斌主任主持了一个内部的专题讨论会，提出来我们经过七八年的研制，希望把我们的理论方面的东西能够在试点上进行检验，看看这套东西是不是真的是有效的。所以就决定要启动这样的一个试点。当时就决定建立DRG收付方式改革的试点协调小组，委里面是两个副部级主任来做双组长，一个是王培安副主任，一个是王贺胜副主任。当时因为我们整个项目的牵头是财务司，由体改司、财务司、医政医管局、基层司、法制司、卫生发展研究中心和医管中心多个部门参与的，给我们的任务就是作为整个试点技术支撑单位提供技术方面的支持。后来在6月2号深圳启动会上，就把财务司的牵头转成体改司，主要原因是这个工作很复杂，涉及到多个部门之间的协调，因为体改司挂了两个牌子，还有一个牌子是国务院体改办，可以负责协调其他的部委之间的联系、沟通、协调，所以就由体改司进行牵头。首批就选了3+3个试点，包括深圳、三明、克拉玛依还有福建省3家医院，我们为什么只选了三家试点单位？刚才阎主任也提到了希望另外几家城市进来，我们当时只选了家的原因是以下几个方面：

第一，当地三医联动很好。就拿三明为例，整个体系是可以直接来把医疗、医保，包括财政、发改都是可以通起来的。另外深圳、克拉玛依之间协调关系都比较好的。

第二，地方意愿高，他们很愿意做这件事情。

第三，当地管理能力比较强，因为DRG本身是一个数据推动型，也是一个技术支撑的整体系统的打造，所以当地管理能力还有IT包括标准化的支撑能力比较强，才能够推动整体的发展。

所以在这个会上就提出来要尽快形成“四统一”，有几个系列的标准，包括整个DRG规范，包括分组、权重，还有刚才朱会长也提了王辰院长说得有些标准，其中首当其冲的就是在医院里面由临床大夫书写的诊疗的术语，我们叫诊断的术语方面的规范，他开的一些操作手术单位子，麝鼠操作的术语，和他对应的分类和编码的体系。还有我们讲的收集数据的时候，主要依靠的是病案首

页，所以我们对于病案首页的内容也进行了一个调整。和他对应的IT支撑里面就涉及到从电子病历到HIS、到病案、到医保的相关支付，如果涉及到商保，就是商和医院接口的支付。所以这一系列的方面都要进行一个标准和系统化的改造。同时也在7月份和9月份开了两次推进会，当时各个地方，试点地区把他们的试点方案也报上来，我们也对他们进行了一些讨论，原则上通过了。现在按照这样的计划和他的日程，目前在按部就班地走。

所以我们在计划当中是希望2017-2018年试点，2018年底首批试点机构要对它们进行评估，2019年要逐渐扩大。

接下来给大家讲两方面内容，一个是关于整个体系的介绍；第二要实施的话需要把握什么原则。

我们这套体系2016年开始研究，但是真正立项是2010年由国家财政部，是一个财政的项目立项的规范，也是历经好几年，花了几千万的投入来做这样的一个体系。我们也是借鉴国际经验，以及我们前期国家也有其他地方也在做DRG，他们的经验和基础机遇上面我们做了这样一套公益性的收付费体系。在很多地方大家对收费和付费不理解，不是支付嘛，为什么要收和付这个概念。在这边我和大家介绍一下，收付费都是针对于医疗机构来讲的，医疗机构他在提供服务以后，他得把他服务的成本这些都收回来，就是通过收费来获得的。病人在支付时候可能来自几个方面，一个是医保，可能是社保和商保来支付。还有一部分是病人自费，还有社会捐赠很多分析，所以支付是这样一个概念，这是收付费的概念。我们为什么前面加一个“收”，而不是后面直接说支付呢？是我们希望把DRG打包，是一个整体的包，定价以后再来说哪一部分该医保付、哪部分商保、哪部分病人付，有这么一个整体的包情况下再来定。这个是和现在很多地方DRG试点做的时候，只是说社保和地方医院就定一个固定的标准，病人那块他不管了。如果是这样的话，在我们看来是一个不完整的体系设计，我们称之为双轨制。一方面是打包定价的，和医院进行支付，另外病人该怎么做还是按项目来收费，企付、共付等等的，就失去了打包支付的意义。所以我们讲要关注医保端、病人端其他可以略去不管，这两块要共同考虑。

我们在整个体系设计里面是三部分内容。首先在设计之前先要界定DRG包括什么，覆盖哪些医疗机构，定价成本，如果要定的话定哪部分内容。所以在DRG里面涉及到界定以后，包括分组、定价和支付分析的内容。我们在做DRG范围界定的时候，第一机构的范围，因为从道理上讲DRG覆盖应该是住院全病种，但是大家也知道在基层第一服务病种比较少，服务内容比较单一，没有必要用这样的体系来做。第二它的资本成本很大，变动成本很小，而在DRG支付里面，主要是支付变动成本这部分内容或者叫运营成本的话不划算，所以也是和国际的经验、国内实际的考虑，我们在试点的时候也是在县级县以上至少是二级以上来覆盖。对DRG分类的病种范围是住院急性疾病为主，慢性病包括精神病专科性的医院、康复性的专科医院是不纳在里面的。另外考虑日间手术，还有一些医院内部服务操作的特定性，我们把它纳在一起作为一个特殊的部分，纳在这个体系里面另行管理。第三是打包的范围，首先刚才也介绍了，DRG有一个打包范围，所以有一个除外的或者特殊额外支付的，有些服务有些耗材，高值类的耗材，或者是药品这部分替掉以外，除了这个以外，在DRG覆盖分为以内的部分能打包全部打包。当然和地方我们在讨论时候他们有涉及到一些特殊高值性的耗材，比如起搏器，比如支架，可能有特定的政策，根据地方的实际情况来进行调整。我们也建议为了避免更多的住院服务转呈门诊，我们建议把住院前一星期在同一医院门诊的同一诊疗服务也打进包里面。

我们在设计这样一个整合体系里面有一个叫1311体系，1311体系里面“1”就是一套规范体系，包括3个分册，第一是分组分册；第二权重分册；第三支付和管理分册；第二个“3”个工具，就是刚才强调的我们有数据标准类的内容，ICD-10的国标、临床术语规范、医疗服务操作代码；还有“1”个平台，我们现在有一个DRG分组器的平台，未来是免费的，可以分给地方让地方使用的一个平台；还有一个是“1”套收付费的政策。

这个是我们C-DRG收付费的规范，对于分册一，我们分了900多组，在分册里面按照基本组排列，排列顺序是按照大系统、基本组进行排列，每个基本组下面就会有对应的诊断和操作的信息，这个诊断和操作是这个病人入院的主要诊断和对应的主要操作的信息，所以这条线右边是主操作，左边是主要诊断。

这边是两个部分，一个是我们讲的临床术语，也解决大夫写的临床术语，我们叫临床疾病诊断的规范术语集CDT，是我们请了37个专业，700多名国家级临床专家花3年时间做的这部分内容。在它的这边对应ICD-10的分类和编码，大家可能不太清楚这两个的情况，这个是临床大夫写的诊断术语，这个是统计用的诊断类别。所以这个类里面可能会包括好几个术语，用术语的好处是从一线临床大夫那儿直接可以对应出来，而且他里面的细节部分会体现到资源的差异，还有资源的消耗。所以我们已经把诊断术语和ICD-10做了一个一一匹配，所以这块内容不仅仅是DRG的内容，其实是在医院管理临床这边标准化一直以来应该做的部分。

因为现在各家医院里面大夫开的诊断名称，写的这些药还有耗材基本上很多都五花八门的。你真正的要做到跟它对接，你要进行一个质量方面的监管，需要有一些比较准确的这样一些数据过来，这样的话我们做这块内容是想拿到一手的准确的数据。未来不管刚才讲的智能监管也好，过程对它的了解，还有是不是耐用不良反应的监测，都是可以从这些信息里面提取出来的。所以我们做DRG分组时候，我们用的是临床诊断术语进行分组，而不是疾病的分类。

第二就是在这个基础上做了一个相对的权重，这个权重值是什么意思？比如说我在一个地方或者在一个国家都可以，我有900多组，我把这个地区所有住院的纳入DRG范围内的病人平均资源消耗的水平拿掉，然后每一个组里面病人的平均资源的消耗水平除以全地区的消耗水平的值，就是他的相对权重。这个相对权重的概念，每一个组里面它的资源消耗是平均水平的多少倍，你看到这边都是比较高的，有六点几、一点几，是超过平均资源的消耗的情况。有些是低于它的资源消耗的情况。在计算的时候有一个标化的过程，是把地方里面，比如说我们讲的物价，比如说其他的医院本身的组织的结构，还有其他方面的影响到他非医疗的因素替掉以后的纯医疗方面的资源的消耗做的一个比对。这个是全国统一的情况，当地现在里面可以进行相应的。

对于分册三，我们也定了一些基本原则，在这边也是反复的，比如我们和三明地区进行了一个认真探讨定价，因为打包以后算一个平均价格，现在不谈商保，就谈社保里面三保合一。现在很多地方是把城镇职工分开，把居民和新

农合整合在一起，现在两个付费的标准，同一个病人里面差别会比较大。但是大家可以想象到，如果一个病人只是因为你的身份不一样，你同样的病到同一家医院里面治疗的费用是不同的，这个是不应该的事情，这也是因为整个的机制和体制或者多方面的福利水平等多方面的原因。所以我们和三明讨论以后就定了一个基本的原则，在同级别的医疗机构里面，对于同类的疾病，比如说都在同一个DRG组里面，你如果获得了相同的或者类似的治疗，得到了同样的结果，我们给他同样的价格，也就是刚才讲收费里面是同样打包定价的同样价格。但是根据病人本身不同的身份，可能是社保或者商保或者某一类保险情况，根据这个制定不同的支付标准，保险可能给他支付的包的比例是不一样的。

另外我们强调刚才讲的整体打包的情况，就是收费里面兼顾病人端和医保端的情况。在支付补偿比或者赔付比，在考虑这部分内容的时候，要根据医保基金的总盘子来定，因为我们在测相对点值和基础费率的时候，是要考虑到去年的情况和今年或者明年要预测这个情况，他有一个相对的这样一个风险的预测的时候，它有一个侧的标准。由多方协商来制定这样一个医保的支付价。所以我们在制定医保政策的时候，要制定各DRG支付范围、价格和支付标准，同样也要有一些特殊的政策，那么我们在跟地方讨论的时候，从往年的数据就看出来，有些地方剖宫产率很高，正常分娩率低，他希望提高正常分娩比例，他会提高他的点数，其实也可以有其他的方法他的支付政策。也可以采取惩罚的措施，等等多种政策的挑战。针对于特殊人群、耗材和药品，本身是不是纳在这个包里面，包括新技术的准入，因为这个是很多企业还有包括大夫们经常提出来的，DRG引入是不是会抑制我新技术的发展，六面一系列配套的措施。当然也有一些因为DRG里面涉及到编码升级，抬高他的编码的严重的级别之后，就可能多拿到一部分的收入。所以这部分欺诈的行为也要进行监管。包括大病医疗救助和扶贫这部分的衔接。

同时因为现在整个的各个地方都有各自的公立医院整体的改革，包括分级诊疗、人事薪酬、质量控制等方面的内容，都得纳入到整体的框架里面。所以针对不同内容涉及不同的分册。

三个基础工具里面，我们刚才讲三年时间700多个专家制定了这样一套规范术语集。所以这边我们有一个临床诊断的名称，中文和英文名，这天是对应ICD-10的分类和编码。同时这边有一个别名，就是说全国有一个标准名称之后，地方允许它有地方自己的术语和不同的情况，可能有一些变化。还有我们讲的术语颗粒度不一样，有粗有细，可以对进去。分组时候词可以对到这边，直接通过分组器可以出来结果。

同时我们用了国标《疾病分类与代码》的标准，同时我们对于手术分类的编码我们用了自己的编码体系，叫医疗服务操作分类编码，CCHI的内容。时间关系我就不详细讲了。我又加了几张片子，包括药品编码、一次性医用耗材编码，药品编码大概18万左右，一次性医用耗材我们主要用高值耗材，主要是介入、人工关节、起搏器等等，以后会继续深入。同时做成本核算，因为全国科室名称不一样，我们现在也做了一部分内容，在我们医疗服务价格成本监测和研究网络里面，1300多家医疗机构，如果要上报数据，我们把科室分类和名称也进行统一，未来可以进行更标准化的核算。

我们这边有一个平台是医疗服务价格和成本监测研究网络为基础开辟的DRG收付费的平台。目前因为地方这个平台还没建好，我们等它建好以后再把这个平台还回去。所以现在设计的DRG体系是三级的数据上报体系，从医院一级、地方平台和我们，我们不直接针对医院，我们针对的是地方的平台，包括一些监管和术语上报、数据返回，是我们直接针对于地方。还有1套收付费政策原则，包括刚才讲的费率制定、收付费、结算办法、实施细则等等这方面我就不详细讲了。

所以在推行的时候，刚才阎主任也提到，希望那几个城市能进入，我们讲我们跟三个试点地区的要求，如果你要做这个试点工作，三医联动是体制的基本保障，所以我们对他们的要求是必须分管副市长以上牵头，你才能够把比如说人社、卫生、发改、财政、民政和涉及到卫生支付方面的几个行政部门统起来，否则做不了。他们定期会开联席会议或者一起来定这样的决策。第二个就是未来医院的增收，我们也在和医院院长讲，原来你是靠多提供服务多收钱的模式，现在这种模式要转。他们最大的担心是DRG来了之后把他的行为控制

了，里面的服务越来越透明，他们想做点小动作，被监管很厉害怎么办。所以有一个医院院长一直在那儿和我谈了两三个小时，说他们的困难和不足之处。我说院长你心里很清楚，你现在买的药品和耗材的回扣是多少，如果说我给你这样一个自主权，给这样一个价格给你，当然前提是这个价格还是比较合理的，让你有动力去压这样一个中间商，你点数不是更多吗？实际上你的结余更多，你更有动力做这个事情。实际上你原来多开的，一进来检查检验就是开那么多，有的大支架不需要开那么多，裸支架和药物涂层支架差不多，你没有必要开高值的，或者反复来用的检查或者药品耗材类的做这些事情。所以我们就和他讲未来医院的增收在于成本管理、提高效率，基础是规范他的行为。所以我们讲我们在设计这个体系时候，有一块是医生的薪酬一定要提上来，如果还是原来这样的情况，靠有一部分桌面下的灰色收入的话，如果不把这个利益链切断，医生是会积极来反对这件事情的。所以和他的收入脱钩和质量、安全、技术发展挂钩的话，才能真正推动他。而且让医生和医院管理者有动力来做这件事情。

同时很多专家也担心，你这个打包以后会不会让他的质量降低，包括临床质量，刚才也讲了药品耗材的质量，或者有没有什么样的问题。所以在我们当地设计的时候也是跟他的绩效有关系，跟医院的一把手工程，是一把手的院长做这件事情，也涉及一些绩效考核方面的内容，来考虑他的质量问题和其他方面的内容。所以公开医院的医疗质量安全和效果指标也是我们将来想做的一件事，但是因为现在在试点初期，一切都还没准备好。

所以我们讲我们在推DRG收付费基本的要求是12字原则，分好组、定好价、严监管、兑奖惩。前面分好组已经讲了，定好价有一个观念，我们相对权重是全国一样的，地方可能有特殊情况，至少在地区是一致的。但是在费率的测算方面，我们讲的是按已发生视为合理的原则，也就是说我知道你医疗里面会有一些滥用的情况，但是我给你一段时间慢慢调整你的行为，不合理到逐渐逐渐的规范化。所以按已发生视为合理的原则+合理费用增长因素，来定下一年度的基础费率。所以我们在试点初期，不是以三年平均来，而是以上一年度实际发生的成本+下一年度费用增长幅度计算的。政策调整还有额外支付部分的内容我就不讲了。

严监管有质量安全、成本绩效、病人负担等等。我刚才加了几张片子，DRG收付费里面可能会产生的一些好的和不好的情况。可能会降低每一个组里面的成本，也可能为了增加某一例病人的收入有这样的行为，也可能会编码升级等等很多方面，所以要对应相应的监管措施。你会有一些监测和评价，有凭证部门，包括医保、卫计委、发改，医院内部也可以做实时监测。有过程监测、结果评价，我也不详细讲了。

所以我们在推行DRG的时候要把握的几个原则：

第一，以DRG为核心，是一个综合打包付费，所以在DRG覆盖范围外的可能还是离不开按项目，也有很多其他方面的支付方式。所以我们设计时候为什么是定价优先？是把医保病人和非医保病人都考虑在内的，不能只考虑医保这块，把非医保的扔在一边，这样也会造成成本和费用的转移。做到医保端和病人端也是希望有一个闭环管理，是一个整体打包的设计。同时也涉及到和门诊、慢病、社区治疗有一个相结合的内容。还有质量的管控。

第二，统一和差异性相结合。

第三，希望未来医院再给他一定时间来逐渐行为有一个转变。

第四，建立与医改目标相一致的薪酬体系。

第五，公开、透明、持续性动态改进。我们这套体系从理论上或者前期的研制做了一段时间，但是真正的是不是有效是不是能发挥它设计的作用，它一定要接受实践的检验，所以我们尽量把我们的内容公开。而且和地方、中央持续动态的改进，能把我们这个系统能做的更好。

因为时间限制我就介绍这么多，如果大家有兴趣了解这个内容，下面可以有更深入的沟通和接触。我们团队也希望能够和大家建立一个长期合作的关系，能够和大家继续很好的研究和实践工作。

谢谢！

阎建军：

感谢江芹主任！实际上很简短的语言，十年磨一剑，就把国家卫计委系统开发的DRG整个体系简明扼要，然后怎么用，因为这一块我觉得是我们支付方，因为医保是支付方，无论是商保、社保，是我们支付方的基础。希望江主任以后我们这里有什么活动，还是继续支持我们，也多普及，我们也想多参与，我们是离不开收付费支付改革。