

DRG改革背景下 创新医疗技术的价值-现状、障碍及评估框架

(2022年11月)

目录

序言 /1

02

第一章 DRG 国际经验分享 / 2

- 1.1 典型国家 DRG 特点比较
- 1.2 各国 DRG 背景下,新技术对接 DRG 医保支付模式的对比

03

第二章 中国 DRG 试点城市吸纳创新技术的现状 / 6

- 2.1 中国 DRG 实践
- 2.2 我国重点城市 DRG/DIP 推进现状
- 2.3 DRG 与创新技术结合推进
- 2.4 医务人员对 DRG 支付改革的观点



第三章 DRG 背景下创新医疗技术准入价值评估案例分析 / 14

- 3.1 创新技术入组与支付
- 3.2 微创与传统手术 DRG 分组不够细化
- 3.3 体外诊断试剂的综合价值评估



第四章 DRG 改革背景下构建创新医疗技术价值评估框架的考量 / 22

- 4.1 明确 DRG 改革目标,完善医疗保障体系
- 4.2 优化全链管理机制,制定 DRG 相关配套政策
- 4.3 推动医保支付精细管理,落实医保监管机制
- 4.4 夯实多利益方协同机制,发挥 DRG 综合效应



关于作者

亚太医疗技术协会

序言 》》》

上世纪80年代,国际上兴起了以DRG为代表的通过将病例进行组合从而控制医疗费用的研究。如今,美国、欧洲及亚太国家已逐步形成具有自身特点的DRG改革方案,中国也积极探索部署DRG医保支付方式改革,通过精细化医保管理,带动卫生资源的重新分配。随着DRG支付方式改革的扩面提速,如何发挥医保战略购买的作用,疏通创新医疗技术落地"堵点",更好地满足患者对于创新医疗技术的急切需求,亟待解决。

亚太医疗技术协会作为亚太地区唯一的医疗技术行业组织,致力于汇聚亚太地区医疗保健生态系统的主要相关方,共同倡导创新、基于价值的市场准入模式,并就价值评估和医保支付等重点政策议题展开深入讨论。通过搭建政府、非政府组织和亚太地区各国医疗技术产业之间最佳实践分享的平台,构建更顺畅、定义明确的价值路径,以促进优质医疗技术更好惠及亚太地区患者。

有鉴于此,为配合中国的 DRG 改革进程, 分享国际经验及行业专业知识,亚太医疗技术协 会中国政府事务及市场准入工作组共同撰写了 《DRG 改革背景下创新医疗技术的价值——现 状、障碍及评估框架》报告。本报告利用了近半年时间,通过文献研究、专题研讨会及专家访谈等方式,融合了诸多学术机构、医疗机构及国内外创新医疗技术行业专家的观点。该报告对比了不同国家 DRG 医保支付模式与特点,通过借鉴DRG 国际经验,基于中国 DRG 试点城市吸纳创新技术的现状,总结目前中国创新医疗技术的现状及障碍,探索 DRG 改革背景下创新医疗技术的现状及障碍,探索 DRG 改革背景下创新医疗技术价值的评估框架,希望中国相关机构能够以报告中的经验及提议作为参考,将其中部分适宜的方式方法纳入到创新医疗技术的政策制定和决策工作中。

我们真诚地希望本报告能为相关政府机构及 其他利益相关方提供一个有价值的参考工具,并 热切期待与各方紧密合作,以更好地将报告中的 论证观点从书面转化为实践,助力创新医疗技术 的可及性及"健康中国"战略的实现!



哈吉特・吉尔 亚太医疗技术协会首席执行官

第一章 》》》

DRG 国际经验分享

1.1 典型国家 DRG 特点比较

DRG 起源于上世纪 60 年代的美国,是作为综合考虑患者的疾病诊断、治疗方式、个体特征等因 素,按照临床过程相近、资源消耗相似的原则,将病例进行分类的一种患者分组方案。目前,在国 际上 DRG 也得到广泛应用,不同国家 DRG 运用情境、特点、效果各有特点(表 1)。

表 1 典型国家 DRG 特点梳理

国家	实践情境	体系特点	实施效果
美国	Medicare 医疗费用自 1967年急剧上升,住院费用年均增长率达到 17% ^[2] 。 政府于1984年开始实施基于 DRG的预付费制度 ^[3] 。	基本结构为随病患覆盖范围的扩大、 用一个固定的价格来支付所有的运 营成本,强调成本信息的精确性, 收治病人的严重程度、行业发展对 成本产生的影响。	遏制了过快上涨的医疗费用,1984-1990年间,Medicare 住院费用累计减少20%左右。但改革前期,由于未从根本上变革以服务数量来提供收入的方式以及商保模式的固有缺陷,DRG对整个美国医疗费用控制的实际作用非常有限。

澳大利亚	1988 年 开 始 从 美 国 引 入 DRG,在其基础上设计了更 完善更符合本土特点的改良版 疾病诊断相关分组 AR-DRG	不是在一个分组 MDC 中,而是依据 病例记录中的手术操作、诊断等编码 信息,将相应病例分到 ADRG 组(包 括内科组、外科组、非手术室手术类)。	一定程度上控制了医疗费用的不合理增长,提高了医院运行效率,同时也出现了一些常规的 DRG 支付的负面影响,如限制医生的诊疗行为、编码过度、部分重病患者不被医院收治等。
德国	从 1984 年 开始 研究 推广 DRG,于 2003 借鉴澳大利 亚和美国的 DRG 系统,推出 自己的 G-DRG 系统,并于 2004 年在全国范围内强制实施,每年都根据新医疗技术实施以及实际的医疗服务进行调整。	自上而下的高度统一原则,确立了 "321"整体支付体系方案框架。"3" 指三个统一,即编码、权重系数全国 统一、基础付费标准各州统一;"2" 指两个覆盖,即适用范围上几乎覆盖 所有病人,病种上几乎覆盖所有病种 "1"指一个分离,在设计疾病分类 及编码上采用内外科分离的方式。	在实施 DRG 制度后,平均住院时间得到了显著下降,医疗费用增长速度也得到了明显控制,并且在一定程度上提高了医疗服务质量 [4]。
法国	于 2004 - 2005 年间引入了基于 DRG 的支付制度,用于支付所有医院的急诊医疗服务。在最初引进时得到了公立医院和私立医院的支持,但在改革过程中初始共识逐渐被淡化,不足逐渐暴露,受到公众批评。	公立和私立医院分开。在医疗成本数据收集和 DRG 付费价格制定上,公立和私立医院分别计算,且价格包含的内容不同。公立医院的价格覆盖了与住院相关的所有费用,私立医院的价格不包括付给医生的医疗服务费、生物和影像检查的成本。公立医院还会获得额外付费来补偿一些特定任务,如教育、研究、公益活动等。	解决了一些医疗市场长期 存在的问题,医疗机构的 工作效率有所提升,但在 如何控制医院服务量和如 何确保医疗服务的适宜性 上也出现了一些新问题。
日本	为应对老龄化导致的住院天数 过长问题,1998 年在厚生省 开展了试点工作。2001 年开 发了具有本国特点的疾病诊断 分组 DPC。2006 年 4 月, 修订 DPC 定额支付方式, 最终形成现在使用的共 16 个 MDC, 2347 个疾病诊断分 组的具有日本特色的 DPC 体 系,被称为日本版的 DRG/ PPS。	复合支付与弹性支付。付费方式包括 定额预付费和非定额付费两部分,定 额支付采取按床日定额支付和按项目 支付的复合方式,非定额支付采取按 项目支付的单一方式;在住院服务的 支付上,定额支付标准可为根据患者 平均住院天数和患者住院周期上下浮 动,具有一定弹性 ^[5] 。由于自愿加入 的模式,日本 DRG 在医院数量和支 付项目上没有实现全覆盖。	实施 DPC 支付系统的定 点医院平均住院日显著下 降。但是出现了住院患者 的医疗支出高于其他医院 的问题。

各国在引入 DRG 付费方式的过程中,对 DRG 分组各版本进行了本土化改进,结合了本国卫生 系统不同阶段的医疗需求压力、医疗体制改革重点以及疾病诊疗特点,以现实问题为出发点,注重提 高数据质量,努力提高数据填写的规范性和准确性,制定相对应的符合国情的具体路径,构建了全国 层面统一标准化 DRG 系统(如澳大利亚引进美国 AN-DRG 系统后,设计了更符合本土特点的改良 版疾病诊断相关分组 AR-DRG,每2年修订一次;日本 DRG 改革的政策目标是解决老龄化引起的 住院天数过长问题,因此其 DPC 系统将平均住院天数和平均住院费用点数作为设定按床日定额支付 的基准:德国卫生部则以底层信息的统一准确为重点,每年发布 ICD-10-GM 和 OPS 编码,强化统 一编码体系)。

各国 DRG 背景下,新技术对接 DRG 医保支付模式的对比

通过梳理各国 DRG 体系特点,比较不同国家间 DRG 分组方案以及囊括的技术与项目(表2), 为新技术更好对接 DRG 支付模式提供参考。

表 2 各国 DRG 分组比较

国家	组数	包含项目	成本测定方案
美国	第一版 DRG 包含了 54 个主要诊断类别,333 个 DRG 组。随后开发了 HCFA-DRG,第一版 HCFA-DRG 包含 23 个 MDC,470 个 DRG 组。之后开始引入疾病严重程度校正等多个指标,将原有 DRG 分组进一步细分,实行 MS-DRG,2015 年版 MS-DRG 包含 26 个 MDC,753 个 DRG 组 [6][7]	住院和门诊服务,支付组数不含药品	DRG 点数法、成本 费用率法(模型阶段, 未投入具体使用) ^[8]
澳大利亚	2017 年 AR-DRG V9.0 共有 399 个 ADRG 和 803 个 DRG 病例组合 ⁹⁾	急性病住院和门诊服务, 支付组数不含药品	医疗服务项目叠加法 (基于作业成本法)
德国	2015 年版 G-DRG 共包含 26 个 MDC, 1152 个 DRG 组	急性病住院服务,重症护 理和急诊服务除外,支付 组数包含药品 ^[10]	DRG 点数法

韩国	2013年对7个特定疾病组采用强制性按DRG支付制度。原则上,韩国DRG由23个主要诊断类别和一个外科分区组成,其中1880个被正式识别为DRG。只有7个疾病类别中的78个DRG被用于支付费用,而剩余其他服务仍以按服务付费的方式提供[11]	7 种疾病及其住院护理 [12]	
日本	截止 2018 年已出 11 版 DPC/PDPS,包括 4955 个诊断群分类,涵盖 18 个主要诊断 ^[13]	一般病床的住院服务	DRG 费率法

数据来源:美国卫生和公众服务部(HHS)https://www.hhs.gov/;

美国疾病与预防控制中心 (CDC) https://www.cdc.gov/;

澳大利亚卫生部 Department of Health (Australia) https://www.health.gov.au/about-us;

德国联邦卫生部 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/;

法国卫生部 https://solidarites-sante.gouv.fr/;

韩联社 https://cn.yna.co.kr/,2020-2-26;

日本厚生劳动省 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_00032.html

从梳理结果来看,国际上基本的 DRG 体系具有逻辑共性和规律:

- 一是分组逻辑上,美国和部分典型医疗保障制度西方国家,在不同医疗保障、医疗资源分配情境 下都对 DRG 分组进行了因地制宜的探索,并对其出现的风险问题积累了一定的预警、管理的经验原 则 ^[14];
- 二是组数划分上,分组具有科学性和精细性,并随着医院临床技术发展进行准入调整,同时两个 趋势愈加明显: 1)注重分组与临床轨迹、技术趋势的契合, 2)注重形成分组的底层信息编码的统一规范;
- 三是项目涵盖上,大部分国家 DRG 支付包含项目主要为住院服务,少部分国家如德国包含药品 支付 [15][16];

四是成本测定上,主要为点数法和费率法,两种方法都是进行预算基金分配的有效方式,但是在 操作方式、对医院行为引导和医保管理侧重点上存在差异[17]。

第二章 》》》

中国 DRG 试点城市 吸纳创新技术的现状

2.1 中国 DRG 改革实践

中国的 DRG 付费制度是继按病种付费改革以后,在深化医保支付方式改革方面推行的又一项重大改革措施,基本实现对常见住院病种的全覆盖。实践准备期: 2019 年 6 月国家启动了 DRG 付费试点工作,为 DRG 付费制度实践做准备,此时期各地 DRG 各版本并存,技术标准差异大,缺乏基于数据轨迹整合的统一的核心分组指导;技术规范期: 2019 年 10 月,国家医保局组织制订了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG (CHS-DRG)分组方案》,对 CHS-DRG 的适用范围、实施条件和数据标准、分组策略、相对权重计算方法以及监管考核等进行了规范,CHS-DRG 以国家医保版疾病诊断和手术操作编码为基础,推动我国 DRG 付费向标准化、规范化、科学化迈出了关键性一步,为实现国家医保领域的"通用语言"准备了技术条件;试点推进期: 2020年11月4日,国家医疗保障局发布《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》,基于大数据的病种分值付费(DIP)方法,确定了 DIP 试点范围。通过国际梳理,DIP 分值付费制度实际上基于已有的历史数据进行分组,利用大数据手段测定行业病种费用平均化水平,实现精细化个性化支付,"两组并存"体现了医保决策部门更加重视地区差异的客观性、

分组临床运用的合理性,更折射出新时代下,医保制度改革对"因地制宜"贴合性更加强调的一种科学的治理视域。

目前中国 DRG 付费已进入模拟运行阶段,北京、天津等 30 个试点城市于 2020 年底已全部通过模拟运行前的评估考核并稳步开展运行工作,2021 年 9-10 月期间进入实际付费阶段。DRG 城市试点工作预计将于 2022 年结束,进入全面付费阶段。试点城市在试运行阶段积累了宝贵经验。沈阳市通过专门成立"基础数据质量管理摸底检查联合工作组",以专业细化的分工开展数据质量分析及摸底检查工作,促进 CHS-DRG 付费高质量落地。武汉市通过与本地临床专家协商沟通,建立 CHS-DRG 武汉本地化细分组分专业权重,有效保证了各病组权重准确反映医疗服务成本结构及技术难度,推动 CHS-DRG 试点工作进行。无锡市依托"试点先行、观察点跟进"的创新模式,选定 24 家试点医院、30 家观察点医疗机构分批试行 DRG 付费,试点工作取得显著成效。

通过国际 DRG 设计与使用近年动态变化比较,中国医保领域实现了对 DRG 概念内涵的进一步明确:其本质是分类与简化,是将医疗保障基金的价值分配与临床技术物质各项成本分类的结合 [18],将医保基金费用分配层层还原到患者个体,同时也是标准和规制的结合、是 DRG 付费标准和 DRG支付政策的结合。DRG 实践的"正功能"也逐渐显效,国内 DRG 医保支付改革的试点城市中,明显发现其在规范诊疗行为、控制医疗费用过度增长、提高医疗服务水平、促进医院精细化管理、提高医院运营型效率等多方面有着良好的表现。但实际实践产生的预期与非预期现象是复杂的 [19]。在有关DRG 实践中,一是出现了医院选择低风险人群入保,推诿重症病人的医疗道德隐患;二是存在提高门诊量以弥补住院日数减少带来的利益流失的医疗结构失衡;三是减少部分成本高收效少的临床项目,造成部分医疗服务缺失等相关问题;四是出现了分组管理和精确施策的问题。尤其是分组管理方面,由于我国复杂的流行病和医疗资源分布实际,导致现有分组方案分散,再加上分组数据标准、编码、术语标准不统一及分组逻辑规则不健全,给分组管理和精确施策带来必然挑战。因此国内 DRG 改革现阶段应明确其首要功能是实现医疗费用和质量的基本均衡,平衡医保、医院、医生与患者四方的利益。

2.2 重点城市 DRG/DIP 推进现状

2.2.1 北京: "先行者"已探索 DRG 外支付方式

北京市是全国最早开展 DRG 试点探索的城市,2006 年,北京市医疗保障中心牵头做了 DRG 相 关研究[20], 2011年正式启动试点,将北京大学第三医院、北京大学人民医院、友谊医院等6家医保 定点医院率先纳入试点范围。2018年,北京市将这项工作进一步推广到全市的36家三级综合医院。 2022年3月,北京66家定点医疗机构启动实际付费。2022年7月,北京医保局发布《关于印发 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法的通知(试行)》,更加强调分组兼具创新、临床获益, 对 DRG 病组支付标准有较大影响的创新药械及诊疗产品,可以独立于 DRG 付费模式之外支付。北京 市的先行先试,为创新药物以及诊疗方式松绑,或会成为未来 DRG 支付方式改革的一大趋势。数据 结果显示, 2019年-2021年北京药占比由38.8%下降到24.2%。

2.2.2 浙江: 以 DRG 点数法促进创新技术发展

浙江省以加快建立管用高效的医保支付机制为目标,采用"两条腿"走路。2019年,浙江省医保 局联合相关部门印发《关于推进全省县域医共体基本医疗保险支付方式改革的意见》(浙医保联发[2019] 12号),逐步完成"1+4+11"政策体系搭建,分别是"1个暂行办法"—《浙江省基本医疗保 险住院费用 DRGs 点数付费暂行办法》(浙医保联发[2019]21号), "4个专项文件"——《浙 江省医疗保障疾病诊断相关分组(ZJ-DRG)细分组目录(1.0版)》(浙医保发[2020]19号)、 《浙江省医疗保障局关于促进分级诊疗实行 DRGs 支付同病同价的通知》(浙医保发〔2021〕45 号)、 《浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费评价办法(试行)》(浙医保联发 [2021] 50 号)、《浙江 省医疗保障疾病诊断相关分组(ZJ—DRG)细分组目录(1.1版)》(浙医保联发[2021]57号), "11个实施细则"即11个设区市制定出台了11个实施细则,充分吸收医疗机构和临床专家意见进而

修订了 DRG 分组,DRG 细分组目录从 1.0 版更新为 1.1 版,形成 1000 多个本地 DRG 组 [21][22]。值 得一提的是,浙江对创新技术予以重点支持,比如、针对外科达芬奇机器人手术、经导管主动脉瓣置 换术(TAVI)、全飞秒激光近视治疗术和螺旋断层放射治疗(TOMO)等4种新技术病例进行点数激励。 体现了浙江对创新技术的政策安排。

2.2.3 徐州:探索针对性、精细化 DRG 支付体系构建

自2020年以来,DRG付费在病案合格率、DRG组数、CMI、政策范围内报销比例、住院次均费用、 时间消耗指数、费用消耗指数等7个主要运行指标方面,取得了"四升三路"的良好效果。在具体实施中, 市医保局努力构建体现徐州特色、管用高效的医保支付机制。一是精心设计和调整DRG点数付费办法, 充分吸收专家意见开展支付工具和核心要素调整工作,对结付率较低的医疗机构进行点对点帮扶:二是 按照"点面结合,立体防控"的总思路,构建 DRG 点数付费全流程安全防控机制,确保有限的医保 基金用在刀刃上。三是探索推进康复类疾病价值付费、精神类疾病按床日付费、中医优势按病种收付 费等办法,完善多元复合式医保支付体系。

2.2.4 广东: 迅速扩面,将提前实现省内全覆盖

目前,在广东21个地市中,广州、深圳、珠海、汕头、佛山、河源等6个试点城市已完成国家 DIP、DRG 试点任务。其他地市中,除汕尾选择 DRG 付费模式外,韶关、梅州、惠州、东莞、中山、 江门、阳江、湛江、茂名、肇庆等市均选择 DIP 付费模式,全面推进支付改革工作。《 DRG/DIP 支 付方式改革三年行动计划》明确,到 2024 年底,全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 支付方式改 革工作,到 2025 年底,DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。广东医疗 保障局表示,预期到 2022 年底, DRG/DIP 支付方式将覆盖全省所有开展住院服务的定点医疗机构。 将提前两年实现全覆盖。

2.3.1 DRG"技术价值赋值"的定位愈加明确

伴随着社会经济发展和科技进步,"内科医疗外科化、外科医疗微创化、微创医疗精准化"逐渐 成为趋势。不少医院一方面加大内科高新技术的学习和推广、促进微创、介入手术的开展、如消化内 科的内镜治疗、心内科的介入手术、肾内科的血液净化技术和血管通路技术、呼吸科的气管镜下治疗, 大大提升了学科发展水平: 另一方面着力提升收治患者的疑难程度,制定优先收治病种,质控考核和 绩效考核导向疑难危重病人的收治。也有医院试图通过压缩内科床位等举措,实现学科结构优化。在 中国医疗需求与技术日渐发展的这一大背景下,DRG注定不只是临床控费工具,其正在进一步强化这 种学科发展趋势。DRG 相关指标考核下,出院患者手术占比、出院患者微创手术占比、出院患者四级 手术比例、CMI(病例组合指数)等指标,更促使医院加强手术科室建设,推动内科外科化发展。因此 DRG 及其改革,既是撬动医疗保险基金患者健康价值购买的杠杆,又是推动中国临床服务实现"技术 价值赋值"的抓手。

2.3.2 医疗技术价值与医保科学管理的协同并进

DRG 探索是以医保付费方式改革,倒逼医疗创新价值与医保基金科学管理水平协同发展。DRG 主要关注整体治疗的费用,因此部分新技术和新药的成本费用较高,但运按照现有 DRG 标准可能会 突破其支付范围。DRG 体系中,区分"真性创新价值"和非必要的技术滥用,需要终端地方的管理智 慧。继医保药品目录改革以后,在处理 DRG 与创新技术这一矛盾时,一方面 DRG 改革本身要和诊疗 项目目录、医疗服务设施标准改革等政策形成综合效应。比如:对DRG与创新技术矛盾较突出的病组, 在重点监控条件下,支持利用创新技术。对 DRG 与创新技术附条件地结合,一个条件是医疗合理判断, 需要有可及的创新技术,以及足够的医疗判断水准 ; 另一个条件是患者合理选择,患者或多层次医疗

保障体系具备适宜的经济托底能力,以收付费联动增加患者自费、自付的,则应该在重点监控内,不 能混淆医疗需求与医疗偏好的界限。另一方面,医保基金管理要与卫生医疗实际情境不断结合,DRG 相关权重体系以及措施不断完善, 科学提炼真正提升诊断效率、缓解患者痛苦、提升生存质量的创新 技术讲入终端支付,以医疗价值支付为手段,不断平衡基金安全与患者内科、外科实际需求。

全国各地也积极试行创新医疗技术纳入 DRG 付款的具体方式。如攀枝花干 2021 年 5 月引发了 《攀枝花市定点医疗机构高精尖医疗技术纳入 DRG 付费管理试行办法》,指出按照"持续开展医保 支付方式改革、遵循 DRG 付费根本原理、支持高精尖医疗技术发展"的基本原则,在医疗保障基金 总额预算基础上,坚持 DRG 付费,合理支持攀枝花市高等级定点医疗机构开展高精尖医疗服务项目。 经医疗机构自愿申报、医保数据分析、广泛征求意见、专家综合评定,在调整范围内确定了给予支持 的高精尖医疗技术及对应的 DRG 病组,依条件提高相应 DRG 病组级别调整系数,提升病组点数^[23]。 又如在浙江 DRG 对机器人手术另设独立支付项目,探索创新技术运用与控费的平衡。继医保药品目 录改革以后,在处理 DRG 与创新技术这一矛盾时,一方面 DRG 改革本身要和诊疗项目目录、医疗 服务设施标准改革等政策形成综合效应。再如南京市于2021年12月印发的《南京市基本医疗保险按 疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费暂行办法》明确指出"对于近三年来进入临床应用的高新技术, 包括医疗机构国内或省内首创技术、引进技术等,在计算其所在病组结算点数时赋予高新技术应用系数, 暂对智能辅助机器人手术、肿瘤的断层调强放疗、经导管主动脉瓣置入术(TAVI)和飞秒激光手术适 用,年终核准测算后确定其高新技术应用系数"[24]。北京市医疗保障局则于2022年7月专门印发了 《CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法》,在发挥 CHS-DRG 引导规范医疗行为作用的同时, 激发新药新技术创新动力,满足所有指定条件的药品及医疗器械、诊疗项目可由企业向北京市医疗保 险事务管理中心申报,经材料提交、接收申报、形式审查、组织论证、公布结果、费用结算一系列程 序后可申报 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付,"以保障参保人员基本医疗需求为出发点,合理使 用新药新技术,在推动临床发展的同时,加强医疗质量管理,规范临床诊疗行为"[25]。这些城市的做 法体现了在 DRG 改革背景下创新医疗技术发展的机会和具体路径。

2.4 医务人员对 DRG 支付改革的观点

本研究还对武汉、北京和上海部分医务人员进行了访谈调研,形成一线临床方的综合视角。访谈 人员包括国家卫健委委属、著名医学院校附属及市属医院,包括了综合医院和专科医院等相关医疗机构。 涉及临床学科有,神经外科、心血管外科、肝胆外科、骨科、甲乳外科、肿瘤放疗科、肾内科、风湿 免疫内科、感染内科等。

- (1)在医务人员前期信息互通方面;各典型地区医疗机构都存在前期对医保局牵头组织各类型协 商谈判会不够重视情况,如北京市已实施 DRG 付费,基本覆盖了各医院的常见病种,医务人员普遍 都知晓此事,但对细节并不十分清楚。在运行中医务人员出现"临床支付预期差异",既有 DRG 付 费盈亏的差异,也有医疗机构内部管理方方面面的差异:诊断编码能力、临床路径使用、绩效分配与 DRG 付费是否挂钩、患者收治结构;同时各临床学科之间也出现不平衡情况。武汉市某些三甲医院科 室则对相对权重(RW)这一关键指标前期重视和反馈不足, 诊疗过程合并症众多而主要诊断权重不高, 易于超过医保支付标准。
- (2)在病案诊断编码方面: 有的医疗机构很重视病案编码员的培养, 临床与编码员保持紧密沟通; 有的医疗机构病案编码员能力有限,临床与编码员之间也缺乏紧密沟通。但病案诊断编码能力与医院 是否盈亏并不完全对应。
- (3)在临床路径使用方面:不同医疗机构和不同临床学科对临床路径的设计和使用差异较大,有 的会有较多临床路径,有的则未使用临床路径;而临床路径大都基于临床技术需求设计的,尚未根据 DRG 付费改革进行调整。
- (4) 在绩效分配方面:总体情况是在 DRG 付费明显亏损的医疗机构,DRG 付费亏损会直接与 扣减医务人员绩效奖金挂钩,医务人员明显感到改革压力;而 DRG 付费有结余或没有明显亏损的医

疗机构,医务人员往往并不清楚绩效奖金与 DRG 付费盈亏是否挂钩,没有感受到改革压力;同时, 当 DRG 付费有结余时,医务人员普遍不清楚是否会有额外的绩效奖金,因此改革的激励作用尚未完 全发挥。

- (5)在患者收治结构方面:各家医院目前还没有明显变化,特别是以非北京医保患者为主要患者 群的医疗机构;但医务人员普遍担忧在长期持续的亏损下,特别是显著影响绩效奖金时,会出现推诿 疑难危重、合并症多、需同台完成多个手术等患者的情况,以及讨分追求内科外科化的支付空间,导 致讨度医疗和医保基金浪费的风险
- (6)临床学科和病种方面:肿瘤学科受影响比较大,无论是外科手术(特别是转移瘤需同台做多 个手术的复杂患者),还是肿瘤放疗,易于反映亏损^[26]:神经外科则基本不亏损;内科方面,特别是 对内科重症病例、罕见病及少见病,以及没有手术操作的内科学科(感染内科、风湿免疫科),也反 映较多亏损,有影响临床诊疗判断和决策风险。需要进一步区分此类"亏损"是否属于以支付调节医 疗行为合理性后的"正常亏损",还是将影响该病种下患者收治诊断的"治疗不足亏损",以完善病 组权重体系。

(7)对新技术、药物使用的影响方面:

- 一是存在因 DRG 付费的病组支付标准来源历史数据造成的顾虑,医疗机构为避免 DRG 付费"亏 损",可能会避免引入创新药物和创新耗材,不批准开展新技术, 如医疗机构准许开展新技术,也引 入了创新药物和创新耗材,但严格将 DRG 付费亏损与绩效奖金亏损挂钩,会影响医务人员使用新技 术的意愿。
- 二是存在关于罕见病、少见病新技术使用的顾虑,如特殊感染病原体、重型免疫疾病,需要更多 更新的诊断治疗技术支持(如特殊病原体的PCR检测),现有分组下也许出现较多超适应症用药情况 (如西地那非用于肺动脉高压治疗),此类病例历史数量少,对病组支付标准的影响小,这样此类案 例就会出现明显"亏损"[27],但因此推诿此类病人与医保政策不符,也更易于造成不好的社会影响。

第一章 》》》

DRG 背景下 创新医疗技术准入价值评估 案例分析

创新技术入组与支付

3.1.1 DRG 分组随临床情境调整

案例一: 心脏瓣膜病是一类常见的心脏疾病,随着人口老龄化加剧,逐渐成为继高而压、冠心病 之后第三常见的心脏疾病。一直以来,外科开胸手术是心脏瓣膜疾病的标准治疗手段。但近年来,随 着医学技术的发展,微创介入手术治疗已逐渐成为主要疗法之一。心脏瓣膜介入治疗的基本原理是采 用导管介入方式,将治疗器械压缩到一个很细的导管(直径4-10mm),然后穿刺外周血管(通常是 股动脉或股静脉)或者心前区,插入导管,并将器械输送到所要治疗瓣膜的位置,在超声或者 X 线透 视指导下,对瓣膜进行修复或者更换,从而达到治疗目的。

相较于外科开胸手术采取的胸骨全部劈开方式,心脏瓣膜介入治疗的伤口更小,且可以在心脏跳 动情况下进行手术,无需心脏停跳及体外循环,避免这两者引发的不良反应,使得手术安全性明显提 高。因此,对于大于75岁的老年患者或存在外科高风险的患者,心脏介入瓣膜手术是更好的选择。但 在临床专家实际开展介入瓣膜手术中发现没有适合 DRG 分组,能让该创新技术实现成功入组。如果

把它归入到传统外科瓣膜手术所在的 FB29 心脏瓣膜手术的病组中,无法体现心脏介入瓣膜手术和外 科瓣膜手术的话应症、临床路径和资源消耗等方面的差异。随后,临床专家向医保局提出调整相关分 组的需求,经过充分的临床分组论证,最终在 2022 版北京 CHS-DRG 中,对心脏介入瓣膜手术相关 DRG 分组进行调整,单独设立了一个全新的病组 FL39· 经皮瓣膜植入或修复术,这使得介入瓣膜手 术和高难度瓣膜修复手术都能合理入组。此外,针对 FL39 组资源消耗程度远高于 FB29, 在权重设置 方面两组也体现出明显差异,并给予 FL 39 合理倾斜。调整后的北京 CHS-DRG 分组更加契合临床实 际情况,既满足创新技术发展趋势和需求,也让DRG在医院端落地执行更加顺畅。

案例二: 2021年10月左心耳封堵术 LAAC 在杭州被纳入医保目录, 在 DRG FM2组里但医 院反馈, 纳入医保后, 医院开展例数很多。杭州 LAAC 实际费用在 6.4 万 -15 万之间, 而实际该组 DRG 支付标准约在8.5万元左右。院方和临床认为LAAC在FM2组,会造成院方的亏损,因此向医 保局申请调整到 FL1 组里。左心耳封堵术 LAAC 在卫生经济学,临床数据等方面提供了支持材料,同 时医保局联系第三方数据分析公司,分析成本、CMI 值等内容,测算后得出结论在 FL1 组更合适。浙 江在分组器层面对 LAAC 进行了调整,报备国家医保局 DRG 专家组后获得批准。

案例三: 压力导丝 FM3 用于测量定冠脉临界病变远端的 FFR 值,以判断患者是否需要植入支 架。在 DRG 中压力导丝 FM3 介入诊断归类为诊断分组而非治疗组别,导致支付标准较低。患者一 次就医支付其它检查项目、住院等费用的同时,如果使用此耗材,则会超过该分组的支付标准,导致 医院不敢使用此耗材。另外,依据历史三年数据,DRG 的病组的支付标准总体逐年降低。由于费用 低,创新技术获得的除外比例小,创新的技术、耗材等不能得到很好的应用。高值耗材类产品相比较 于药品、低值耗材等面临更大的挑战。在 DIP 背景下,一些创新技术产品如果不能单独分组,只能 按照大类归为支付标准是非常低的综合病组。而单独分组需要有足够病例数,并对此有较高的要求, 例如广东跨省异地就医数量巨大,但是,纳入单独分组的病例需满足病例都是广州市的医保患者。 单独分组对创新技术产品发展至关重要,例如部门病案涉及大支架(约12万/个)使用,手术实际费

用在 18-20 万以上,十八万到二十万的,在临床数据支持下建议北京 DRG 建立相应病组获得批准。 在新建立的病组下,用于大支架术后的血管缝合剂能很好解决了靠人工按压耗费住院时间的问题。新 的病组获得足够支付标准,既能推动缝合器的使用,还能够缩短患者的住院时间。

根据以上三个案例,我们发现 DRG 分组有随临床情境调整的趋势,我们乐见新技术能在实操中 更多应用干临床。

3.1.2 新产品缺乏历史数据未纳入 DRG 价格测算

案例四: 创新技术 Harmonic HD1000i(超声刀头)突破传统技术壁垒,是当前国内唯一将能量 转换系统含换能器集成一体化的刀头,融合集成了单极、高频双极和超声刀三大器械功能,兼具立体 解剖、精准止血和高效切割,大幅超越传统能量器械的性能,在国内外多项临床研究中被证明可以为 患者带来诸多临床获益。它可以使高精尖手术得以开展,使复杂恶性肿瘤四级手术效率显著提升,解 剖性肺段切除(S7-S10 基底段)、直肠癌侧方淋巴清扫术等手术如解剖性肺段手术中(S7-S10 基 底段), 需精细解剖段内动脉 HD1000i 刀头的精细设计有助于打开血管鞘进行术中操作。使用单极电 刀热损伤大、操控性差,易造成血管分支出血。HD1000i 具高精尖的头端在极小的侧向热损伤下,可 进入精密解剖层面行高效切割止血通过高精尖的操作避免误损伤和器械更换使这类手术得以顺利开展。 另外, HD1000i 可以大幅降低复杂四级手术的手术时长和并发症, 如胰十二指肠手术中, 处理钩突部 位的游离时,操作空间小,毗邻血管复杂,HD1000i 高精尖的头端可以在狭小空间实现良好的分离, 并安全凝闭肠系膜上动脉的细小分支。一项国外真实世界研究证实,HD1000i 显著节约手术时间,明 显短于超声刀组。再如,腔镜下肝切除术中肝脏血流丰富且质地脆弱手术时非常容易出血,因此,控制 出血量是成功实施肝切除术和降低手术死亡率及并发症的关键。一项正在进行的国内真实世界研究证 实,初步结果显示,经倾向性评分匹配分析后,在腔镜下肝切除术中 HD1000i 的术中平均输血量比传 统超声刀组显著降低。同时 HD1000i 的平均手术时长显著低于传统超声组。

目前,HD1000i 主要在其中在解剖性肺段切除(S7-S10 基底段)、直肠癌侧方淋巴清扫术、胰 十二指肠手术、腔镜下肝切除术等高精尖、复杂四级手术中使用。由于 HD1000i 上市时间不长,根据 DRG 方案设计,目前 DRG 权重测算中考虑既往三年数据中,还不能充分体现此部分医疗资源消耗。 临床使用可能造成费用超出 DRG 支付标准,造成医院、科室亏损,导致新技术很难进入临床使用, 限制了技术的向前发展。

在 DRG 的背景下,新技术被临床接纳,内部管理的流程和规定,以及公立医院绩效考核等奖罚 规定一定程度也会限制医生的选择,需要完善的医保支付机制提升对新技术、新产品的包容度。

案例五:目标温度管理技术 (Targeted temperature management) 与设备对患者的体温控制方 式进行创新,对比传统采用物理性降温(如:冰毯、冰帽)等,可将患者核心温度精准控制在临床治疗 所需温度,避免体温不稳定或降至过低,而造成至对人体的伤害。目标温度管理技术对于急重症患者 有巨大意义,如:针对心脏骤停、新生儿缺血缺氧性脑病变、创伤性颅脑损伤等患者人群,应尽速收 录该技术于临床诊治,为患者提供最后一道生命防线保护。该技术通过无创贴片贴附在体表和伺服器 讲行控温及后续复温,无需医护人员频繁观察温度变化,实现精准和实时控制温度,有效降低患者未 来发生神经学不良的状况,减少残疾风险与社会劳动力损失,临床端大幅减少并发症发生的概率,并 减轻医护人员的工作负担。2021年以 Arctic Sun 为代表的产品在中国注册上市,有效填补临床空白。 但是目前 DRG 分组尚无过往历史使用数据,在实施 DRG/DIP 支付改革区域,将需充分考虑如何引 入该技术,避免医疗机构在新技术应用和科室发展受限。

3.2 微创与传统手术 DRG 分组不够细化

案例六: 微创技术对手术治疗方式进行创新, 对比传统手术降低对人体的伤害, 一方面具有创伤小、 疼痛轻、恢复快的优越性,极大地减少患者不便和痛苦,提高生活质量:另一方面显著降低住院时间, 药品使用和护理等级,加快医院周转,降低医疗总体成本,提高医院绩效。然而,全国来看微创技术 使用率依然较低。DRG 分组中部分传统开放和微创手术未细化考虑,各级机构支付标准无差异,未充 分反应临床、患者和经济价值需求,导致医院临床在使用已较为成熟操作的微创手术存在较多顾虑, 科室发展和新技术应用受限。浙江省3家三甲医院对2016年至2019年诊断为腹股沟疝4500余例患 者讲行匹配和回顾调查发现,与开放手术相比,腔镜手术组患者住院天数显著降低(由 5.7 天下降至 4天),大大提高医院周转和效率:手术切口感染和并发症发生率有所降低,提高医疗安全质量,降 低额外药物和治疗处理费用:同时由于创伤小促进患者预后恢复和提高生活质量,节省医疗资源花费 和患者负担,达到了提质增效目标。建议结合地区和医院既往情况进行循证评估,各地 DRG 细分组 可根据实际考虑和体现微创新技术和开放传统技术的临床价值差异和资源消耗差异;在确定分组 DRG 支付标准时, 应考虑不同技术的 CMI 差异, 以及不同级别医疗机构和就诊患者(疑难重症)需求等要素; 支付制度改革应还应全面考虑质量安全、新技术的总医疗费用节省、学科发展和新技术应用,真正为 更多病患提供高质可负担的医疗服务。

案例七: 1995 年腹腔镜肝切除术首次应用于肝癌外科治疗,全世界腹腔镜肝切除手术治疗肝癌的 报道逐年增多。腹腔镜肝切除手术与传统开腹肝切除术比较,其治疗肝癌具有切口小、腹壁及侧支循 环破坏少、手术创伤应激反应轻、出血量少、恢复快、术后难治性腹腔积液等并发症发生率低、住院 时间短、病死率低、便于接受再次治疗等优势。根据国家医保手术操作分类与代码 2.0 版编码共包含 22 条肝切除手术编码,(其中腹腔镜下手术 6 种,非腹腔镜手术 16 种)。根据国家医疗保障疾病诊 断相关分组 CHS DRG 分组方案(1.1版),均被分到 HB1胰、肝切除和或分流手术 ADRG 组。但 腹腔镜肝切除手术与开放式手术费用差别明显,特别是在技术难度较高的右半肝切除病例更明显。以 右半肝切除手术为例,腔镜右半肝医院费用在 11 万左右,开放式右半肝手术在 9 万左右,总费用存在 比较明显的差别。由于腹腔镜肝切除手术目前占全部肝切除手术 13 之一左右,在我国尚在普及推广阶 段。现行 DRG 分组造成支付标准比较接近开放式肝切除术,即便在规范诊疗前提下,选择腹腔镜肝 切除手术仍将造成医院亏损。由于腹腔镜肝切除手术技术处于发展阶段,与传统的开放式肝切除手术 合并分组不利于 LH 手术的进一步在临床推广。

体外诊断试剂的综合价值评估

体外诊断(In Vitro Diagnosis, IVD)提供70%以上医疗决策所需的信息,广泛应用于疾病管 理的各个环节,包括疾病的早期筛查,诊断与用药指导,以及预后判断和疗效监测。无论是传染病、 癌症还是其他严重的疾病,都要依靠高质量的诊断信息。体外诊断技术所提供的价值直接反映了它所 提供信息的价值和它所做出的决策,所以 IVD 的综合价值评估需要考虑早期诊断和及时治疗的价值, 更广阔更全面的患者诊疗路径,以及体外诊断如何随着时间的推移改进患者诊疗全程。

案例八: 为确保患者靶向用药安全和治疗效果, 伴随诊断(companion diagnostic,CDx) 应运而生。伴随诊断指能够提供患者针对具体药物的检验报告、有助于降低药物使 用的风险并提高药物治疗有效率的诊断技术。伴随诊断能解决药物研发风险高、治疗应答率低的问题。 精准的伴随诊断结果能为临床选择合适的靶向药物提供有力的依据,通过检测人体内差异蛋白、突变 基因等,筛选靶向药物最佳用药人群,对患者进行个性化医疗。DRG要求医疗机构改变过度检查和技 术滥用不规范行为,而将医疗资源投入到更为精准和有价值的诊断技术和服务,实现临床、患者和经 济价值的最大化。既往在按项目付费支付方式下已广泛使用的所有相关筛查诊断技术和产品都将被重

新评估和选择。DRG 改革一方面对技术应用选择的性价比和适宜性提出了更高要求,无法充分证明临床必需且有经济性的技术和产品将面临筛选排除风险;另一方面对技术创新和新项目申请带来更大挑战,新技术往往伴随更高的成本和更长的学习曲线,如果对DRG 理解不当,采取"一刀切"将限制新技术升级和学科发展。伴随诊断技术能够提供有关患者针对特定治疗药物的治疗反应的信息,有助于确定能够从某一治疗产品中获益的患者群体,从而改善治疗预后并降低保健开支,是个性化医疗发展的基础和前提,充分体现了"精准诊断"和"精准医疗"的意义。2017年我国一项针对非小细胞肺癌患者的间变淋巴瘤激酶(ALK)伴随诊断的研究显示[28],利用 Ventana IHC 伴随诊断方法和靶向治疗方案结合可以降低医疗成本,相比其他诊断技术更具有成本效果。在 DRG 限定支付标准下,未来伴随诊断的广泛应用势必会帮助医保、临床和患者三方受益。

案例九: HPV 早期筛查和治疗是预防和控制宫颈癌发病和死亡的有效方法。目前已发现100多种HPV 基因型感染,其中14个基因型贡献了99%的宫颈癌发确描述病。在中国宫颈癌筛查策略下,与传统部分基因型检测技术相比,多基因型检测技术进行实验室技术创新,可精细检测和区分14个基因型致病风险。DRG 要求医疗机构改变过度检查和技术滥用不规范行为,而将医疗资源投入到更为精准和有价值的诊断技术和服务,实现临床、患者和经济价值的最大化。既往在按项目付费支付方式下已广泛使用的所有相关筛查诊断技术和产品都将被重新评估和选择。DRG 改革一方面对技术应用选择的性价比和适宜性提出了更高要求,无法充分证明临床必需且有经济性的技术和产品将面临筛选排除风险;另一方面对技术创新和新项目申请带来更大挑战,新技术往往伴随更高的成本和更长的学习曲线,如果对 DRG 理解不到采取"一刀切"将限制新技术升级和学科发展。复旦大学开展的一项模型研究结果显示,多基因基因型检测技术体现了"精准诊断"和"精准医疗"的价值,结合细胞学检查结果为不同风险感染人群提供对应的诊疗和随访服务,避免了大量低风险感染人群不必要的有创检查和治疗(阴道镜、组织活检等),降低对患者身体和心理伤害,同时节省不必要的医疗资源和医保基金支出,在 DRG 限定支付标准下医保、临床和患者三方受益。

IVD 产品种类繁多,迭代快速,卫生系统有必要决定使用哪些诊断措施、如何利用诊断信息更好地采取措施。医疗价值应围绕患者来定义,并决定着卫生系统中各方的受益,更取决于产出而不是投入和过程,单纯降低成本而不考虑健康产出,是虚假的"节约",会影响服务的有效性。对于价值评估框架在体外诊断创新技术领域应用,因不同体外诊断技术间差异较大,应充分考虑 IVD 产品类型及其应用场景(即筛查、诊断、分层、预后和监测等),开发有针对性的价值框架,帮助医院或者医保遴选优质产品。但并不是所有产品都可以开展价值评估,要有选择性,例如,选择具有创新性、高临床价值的 IVD 技术等。同时,IVD 的综合价值评估还是一个新兴概念,医院、政府、企业应通力合作,共同推动 IVD 综合价值评估的落地。

第四章 》》》

DRG 改革背景下 构建创新医疗技术 价值评估框架的考量

明确 DRG 改革目标,完善医疗保障体系

医疗保障改革根本任务是协调医疗资源有限性和医疗需求无限性之间的固有矛盾, 其具体包括医 疗情境多样化与管理分组有限性的不平衡,医保支付公益性需求和医疗服务价格调整价值性导向的不 平衡,医保支付来源多样化与医保管理精细化的不平衡,医保服务标准化与自费需求特异性的不平衡, 医院服务差异化与医疗管理同质化的不平衡。DRG 改革方向及定位是以不断完善的精细化支付方式改 革,协调以上不平衡,以社会发展各阶段有限的医疗资源不断提升医保基金共济效率,实现群众基本 健康效应的价值购买。

明确 DRG 改革方向和定位,尊重多方共识,平衡多方权益,体现医疗价值,兼顾临床需求,兼 容医疗科技的发展,兼顾各个支付主体负担的有效的统筹,构建可持续发展的医疗体系,提高医疗资 源利用效率,基于疾病治疗难度和治疗成本合理分配医疗资源。

将 DRG 改革融入三医联动改革中,以医保支付方式改革为杠杆,探索医保费用合理使用,纳入 健康经济效应,社会民生价值以及医疗技术价值等因素,兼顾效率和公平,带动医疗、医药服务价格 管理改革,调整医保目录、医疗服务待遇清单和供应保障配套措施,促进医疗体系优化,与医疗服务 价格调整、公立医院补偿机制与激励制度、药耗价值评估机制等多维度体系融合,发挥 DRG 合理分 组对新技术发展的激励作用,实现支付方式和标准的合理探索 [29]。同时推动拓展 DIP 向 DRG 靠拢融 合的路径,探索 DRG 和 DIP 融合机制,发挥 DIP 分组细致优势,加快新技术对接 DRG 分组速度。

4.2 优化全链管理机制,制定 DRG 相关配套政策

对新技术支付准入端进行科学动态调整,对复杂病种涉及诊断、医疗支付问题组织多方复盘和反馈, 纳入药、耗、技等要素,对企业申报新药品和耗材,医疗机构申报的新医疗技术,优化入组全链评估 管理机制,完善新技术的 DRG 引进程序,构建包含临床和药学相关专家学者在内的评估团队,明确 新技术得以运用以及适合 DRG 路径支付的医疗机构等级,经过 HTA 的初步评估后,设置过渡期,再 进行数据计算和验证,评估新技术成本对现有支付标准的影响,完善必要新技术入组流程设计和支付 层面的医保纳入。

对临床轨迹底层信息端进行契合诊疗情境的优化,完善 DRG 信息系统,提高临床的信息构建参 与度,促进 DRG 信息系统核心数据与临床数据的全面细致贴合 [30]。契合临床细化分组的诊疗需求, 综合医院和专科医院诊疗重点和细化分类存在差异,提高基础编码的专科医院适用度。医保收费端是 有三个目录,药品,耗材和医疗服务项目,同时 DRG/DIP 作为住院层面的付费端,需要依据采购端 变化动态调整相关点数和权重。

促进医保支付端和患者收费端的时间衔接,完善组织架构,做好医药服务管理与价格招采两部门 的协同工作,促进 DRG 调整与价格招采处动态变化的协同,注重重大问题的事前调整,建立全国统 一的医院成本计量体系,进一步精确测算支付标准,对医疗服务价格进行预见性调整,减少支付端与 付费端的调整时间差,实现耗材药品带量采购范围扩大与医疗服务项目范围缩减趋势的平衡 [37]。

4.3 推动医保支付精细管理,落实医保监管机制

DRG 改革过程中存在诸多矛盾,包含医疗资源有限性和医疗需求无限性之间的矛盾,医疗情境 多样化与管理分组有限性的矛盾,医保支付公益性需求和医疗服务价格调整价值性导向的矛盾,医保 支付来源多样化与医保管理精细化的矛盾, 医保服务标准化与白费需求特异性的矛盾, 医院服务差异 化与医疗管理同质化的矛盾,因此医保支付管理机制的精细、医保监管机制的健全在新技术纳入 DRG 改革及落地流程中尤为重要。

整合按项目付费、按床位付费、按人头付费等不同付费方式。DRG系统内采用按病种付费的方式, 基于医疗机构水平的参差不齐,对高水平的医疗机构和既往费用数据较高昂的医疗机构做全部费率测 算, 选择浮动费率, 设计级别费率, 动态调整权重的设置, 针对使用高精尖技术和特殊病例做特殊处理, 尊重医生价值,支付时将极高值或极低值除外支付。在 DRG 不同的情况下,鼓励临床医疗机构应用 创新技术,通过协商支付的原则,通过 DRG 组的更新促进落实新技术落地;在 DRG 系统之外我们 采用按项目付费(或协商支付),计算相关成本,对于DRG影响成本影响比较大仍然走按项目付费, 对突破性疗法做补充支付。

解决监管问题,对数据收集、管理、争议处理等进行统一管理,做好医保宣传和培训工作。监管 风险组别,抽查重点病案,异地就医的医保患者体量大,增加监管难度。加强医保的行政部门,经办 机构和重点医疗机构的管理,把 DRG 体系中的部分重点指标纳入相关医疗机构绩效考核体系中 [32]。 协调绩效考核和医保考核机制,推动医保制度动态检查与常态化管理的衔接,公立医院补偿机制与医 疗机构薪酬制度改革的兼容。

4.4 夯实多利益方协同机制,发挥 DRG 综合效应

构建临床、企业、患者以及各职能部门多视角的创新价值评估体系,探索 DRG 背景下临床反映 较多的、典型疑难杂症的合理支付框架和分组,反馈及协同卫生部门对健康效应低的"低标手术"和 医疗行为讲行预警清单管理, 对常规改良型手术或耗材、突破性的确实有益的相关手术与检测方式、 相关器械耗材及时纳入分组,或建立因地制官的补偿机制,提升医保基金支付战略购买效率,加深患 者对医疗技术发展的受益度。各职能部门推动及激励企业、医院、医生在博弈中实现四方平衡,鼓励 多方协同参与,建立良好顺畅的沟通机制,夯实分组调整前其信息互通,减少资源浪费,节约医疗成本。 赋予及丰富企业在临床数据更新、技术信息反馈、药械使用培训上积极参与渠道,使其能围绕其产品 真切的创新价值、切实的临床效应价值、支付基金可持续性价值,主动协助、支持提升医疗机构诊疗 效率和质量,优化患者就医体验。

以多部门协调形成 DRG/DIP 支付方式改革与门诊共济改革合力,引导三甲医院区域医疗中心建 设,发挥 DRG 支付引导作用推动其着力于攻克疑难危重症患者,多发病的诊疗,促使常见慢性病、 居民健康管理切实下沉至二级及基层机构,倒逼合理的医疗机构服务定位体系的构建,以联动协同实 现 DRG 对中国医疗临床"创新技术价值赋值"、提升患者、疾病总体费用降低、医保基金购买效率 提升的综合效应。

附录

附录

参考文献

- [1] 郑乐乐,陈善豪,曹卫军,徐鑫,张哲民.基于病种的精细化医疗管理模式研究与实践[J].中国医院管理,2018,38(01):33-35.
 - [2] 蔡立明. 美国 Medicare DRG 的实践和影响 [J]. 中国医院院长, 2020(01):44-47.
- [3] Medpac. Hospital acute inpatient services payment system[EB/OL]. 2021[2021-12-02].https://www.medpac.gov/wp-content/ uploads/2021/11/medpac_payment_basics_21_hospital final sec.pdf.
 - [4] 沙迪. 德国 DRG 统一的力量 [J]. 中国医院院长, 2010(21):66-67.
- [5] 颜维华,谭华伟,张培林,等.日本诊断群分类支付制度改革经验及启示[J].卫生经济研究,2019,36(03):39-43.
 - [6] 美国卫生和公众服务部(HHS) https://www.hhs.gov/.
 - [7] 美国疾病与预防控制中心(CDC) https://www.cdc.gov/.
- [8] Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. Medicare program; payments for new medical services and new technologies under the acute care hospital inpatient prospective payment system. Final rule. Fed Regist. 2001 Sep 7;66(174):46901–25. PMID: 11757576.
 - [9] 澳大利亚卫生部 Department of Health (Australia) https://www.health.gov.au/about-us.

- [10] 德国联邦卫生部 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/.
- [11]Annear PL, Kwon S, Lorenzoni L, Duckett S, Huntington D, Langenbrunner JC, Murakami Y, Shon C, Xu K. Pathways to DRG-based hospital payment systems in Japan, Korea, and Thailand. Health Policy. 2018 Jul;122(7):707-713. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.04.013. Epub 2018 May 7. PMID: 29754969.
 - [12] 韩联社 https://cn.yna.co.kr/,2020-2-26.
- [13] 日本厚生劳动省 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_00032.
- [14] 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(06):118-124.DOI:10.19546/j.issn.1674-3830.2022.6.025.
- [15] 蒋伊石, 邵晓军. 德国 G-DRG 医院偿付系统实施回顾与借鉴[J]. 中国卫生经济, 2020,39(02):93-96.
- [16] Ex P, Vogt V, Busse R, Henschke C. The reimbursement of new medical technologies in German inpatient care: What factors explain which hospitals receive innovation payments? Health Econ Policy Law. 2020 Jul;15(3):355–369. doi: 10.1017/S1744133119000124. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31159902.
- [17] 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(04):21-24.DOI:10.13912/j.cnki.chgm.2022.29.04.06.
- [18] Gao C, Xu F, Liu GG. Payment reform and changes in health care in China. Soc Sci Med. 2014; 111:10–16.
- [19] Zhao C, Wang C, Shen C, Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. Biosci

[20] Jian W, Lu M, Chan KY, Poon AN, Han W, Hu M, Yip W. Payment Reform Pilot In Beijing Hospitals Reduced Expenditures And Out-Of-Pocket Payments Per Admission. Health Aff (Millwood). 2015 Oct;34(10):1745-52. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0074. PMID: 26438752.

[21] 徐伟伟,胡振产. 医保支付制度改革的"浙江范式"[J]. 卫生经济研究, 2021,38(12):3-6+10.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.12.001.

[22] 浙江省医疗保障局,浙江省医疗保障局.关于印发浙江省医疗保障疾病诊断相关分组(ZJ-DRG)细分组目录(1.1版)的通知[EB/OL]. http://ybj.zj.gov.cn/art/2021/10/27/art_1229225623_2370929.html. 2021-10-27/2022-11-24.

[23] 攀枝花市医疗保障局,攀枝花市医疗保障局.关于印发《攀枝花市定点医疗机构高精尖医疗技术纳入 DRG 付费管理试行办法》的通知 [EB/OL]. http://ybj.zj.gov.cn/art/2021/11/5/art_1618697_58828947.htm. 2021-5-11/2022-11-24.

[24] 南京市医疗保障局,南京市财政局,南京市卫生健康委员会.关于印发《南京市基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费暂行办法》的通知[EB/OL]. 2021-12-15/2022-11-24.

[25] 北京市医疗保障局. 关于印发 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法的通知(试行)[EB/OL]. http://ybj.beijing.gov.cn/tzgg2022/202207/t20220713_2798069.html. 2022-7-13/2022-11-24.

[26] 赵威,诸葛秀红,覃双凌.基于 DRG 的恶性肿瘤病例分组效果与费用结构分析 [J]. 中国医院管理,2022,42(09):62-64.

[27] Huang PF, Kung PT, Chou WY, Tsai WC. Characteristics and related factors of

emergency department visits, readmission, and hospital transfers of inpatients under a DRG-based payment system: A nationwide cohort study. PLoS One. 2020 Dec 9;15(12):e0243373. doi: 10.1371/journal.pone.0243373. PMID: 33296413; PMCID: PMC7725315.

[28] 何江江, 卢宪中, 何达, 王蕊, 王海银, 郭祖德, 林冬梅, 胡善联. 非小细胞肺癌靶向治疗前间变淋巴瘤激酶伴随诊断方法的经济学分析 [J]. 中国卫生经济, 2017,36(01):40-43.

[29]李乐乐,李怡璇. 我国医保支付方式改革的治理路径分析——基于DRG与DIP的机制比较[J]. 卫生经济研究, 2022,39(09):43-48.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.09.016.

- [30] 韦传韬, 刘文, 黄东海, 朱璐军. 基于逻辑回归的 CHS-DRG 信息管理系统建设研究 [J]. 信息与电脑(理论版), 2022,34(08):23-25.
 - [31] 郎婧婧. DRG 收付费政策的设计与实践[J]. 中国卫生经济, 2022,41(01):83-87.
- [32] 危莉, 夏家红, 李浩, 陈稳, 张义丹, 张明, 许栋. 基于公立医院视角的 DRG 支付方式改革模拟运行结果分析 [J]. 中国医院管理, 2022,42(04):75-77.

附录

亚太医疗技术协会政府事务及市场准入专委会成员名单

宋吟,美敦力大中华区卫生经济、政策和医保事务总监,亚太医疗技术协会(中国)政府事务和 市场准入卓越中心主席

岳宁,碧油医疗战略准入总监,亚太医疗技术协会(中国)政府事务和市场准入卓越中心副主席

李峻,碧迪医疗卫生经济和结果研究负责人

施强,强生(上海)医疗器材有限公司卫生经济与市场准入负责人

卢宪中,罗氏诊断产品(上海)有限公司高级战略及卫生经济学负责人

黄平, 雅培医疗器械 市场准入和战略总监

林晋,百特(中国)投资有限公司市场准入总监

田熠,波十顿科学市场准入专员

张黎,亚太医疗技术协会(新加坡)北京代表处首席代表

姜卓呈,亚太医疗技术协会(新加坡)北京代表处项目助理

亚太医疗技术协会

亚太医疗技术协会(APACMed)成立于2014年,秘书处设在新加坡,是亚太地区唯一代表医 疗技术领域统一声音的区域性行业协会。协会围绕大型医疗设备、体外诊断试剂、数字医疗创新技术 的政策制定、区域法规协同、最佳实践及经验分享等主题,倡导亚太地区优质医疗技术的可及性,塑 造一个有利于创新、强健且可持续的生态系统。协会下设政策准入、法规事务、数字医疗、初创企业、 法律道德与合规五个专委会,二十余个国别 / 主题工作组,来自近 300 家会员单位的 3000 多位行业 专家参与上述专委会及工作组的有关活动。目前,APACMed 已经成为亚太地区重点国家的区域性医 疗行业合作伙伴。

协会官网: https://apacmed.org/

学术指导

张欲晓,武汉大学公共卫生学院副教授,兼任 BMC 期刊《Global Health Research and Policy》青年编委、湖北省医保研究会理事、湖北省科技厅地方自然科学基金评委。长期从事国家卫生 政策相关教学与科研工作,主持国家自然科学基金项目、教育部人文社科基金项目、国家卫健委委托 课题、省级市级卫生及医保部门课题、武汉市政府城市重大突发事件应急专项等公共卫生政策评估类 项目 20 余项,发表 SCI、SSCI、CSSCI 等中文核心期刊论文 40 余篇。参与国家卫健委首次抗肿瘤 专利药品价格谈判测算工作,承担湖北省慢病药品支付标准研究与拟定,在医药卫生政策评估、公共 卫生应急方面研究成果多次获国家部委与省市政府相关部门采纳及批示。曾任第71届世界卫生大会中 国专家代表, "中英首脑卫生政策政府间对话"会议中国专家代表, 中英首次官方卫生政策培训成员。

武汉大学

武汉大学是教育部直属重点综合性大学,是首批"双一流"建设高校,学科门类齐全,综合性强, 医工、医理、医文和医管交叉融合、特色明显。专家学者充分发挥"智囊团"和"思想库"的作用、 积极探索关系国家经济建设、社会发展和人类进步的重大理论与现实问题,取得了一批具有重大理论 意义与应用价值的科研成果,为国家经济建设和社会发展提供了强大的理论保证和智力支持。

学校官网: https://www.whu.edu.cn/

32 附录

附录 33

