

· 方 案 与 建 议 ·

诊断相关分组或诊断-治疗打包支付方式下
急性脑梗死诊断与治疗中国专家建议[☆]

中国医师协会神经内科医师分会脑血管病专家组

【摘要】 诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)和诊断-治疗打包(diagnosis-intervention packet, DIP)支付方式是落实我国医疗保险支付方式改革的重要举措。缺血性卒中是我国成人致死致残的最主要疾病,如何规范开展 DRG/DIP 支付方式下的急性脑梗死的诊断与治疗,国内目前尚无共识。中国医师协会神经内科医师分会组织国内相关专家成立编写专家组,参照循证指南的制定方法步骤,调研、收集并整理临床医师及医院医保管理者关注的问题并检索相关文献,结合我国各地医疗机构实际情况制订本专家建议。本专家建议包括 DRG 和 DIP 支付方式概况、急性脑梗死规范化诊断和治疗建议、病案首页规范化填写、二级预防和门诊诊断与治疗建议,以及诊断和治疗面临的新问题和对策等多个方面内容,旨在推进指导临床医生在 DRG 和 DIP 支付方式下,进一步规范脑梗死的管理,并推进落实医保支付方式改革,最终达到医疗机构提质控费增效、参保患者自费负担降低和医保资金使用效能提升的目的。

【关键词】 专家建议 诊断相关分组 诊断-治疗打包 支付方式 医疗保险 急性脑梗死

【中图分类号】 R743

【文献标识码】 A

Chinese experts consensus on diagnosis and treatment of ischemic stroke under diagnosis related groups (DRG) or diagnosis-intervention packet (DIP) payment system. *The Expert Group on Cerebrovascular Diseases of the China Neurologist Association. CHEN Xiaochun, Fujian Medical University Union Hospital; XIE Peng, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University; YU Shengyuan, Department of Neurology, First Medical Centre, Chinese PLA General Hospital; ZENG Jinsheng, The First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China. Tel: 020-87755766.*

【Abstract】 Diagnosis related groups (DRG) and diagnosis-intervention packet (DIP) payment are important policies to promote the reform of medical insurance payment mode in China. Ischemic stroke is a major cause of mortality and disability in Chinese adults. There is a lack of consensus on how to manage the acute ischemic stroke under the DRG/DIP payment system. A writing committee was invited by the China Neurologist Association. The panel investigated the concerns of physicians, medical insurance authorities and reviewed relevant literatures under the Levels of evidence algorithm to make recommendations. The expert consensus includes an overview of the DRG/DIP payment system, recommendation of diagnosis and treatment for acute ischemic stroke under the DRG/DIP payment system, qualification of the Front Sheet, secondary prevention and outpatient diagnosis and treatment recommendations, new challenges, and

doi:10.3969/j.issn.1002-0152.2023.01.001

[☆] 国际实践指南注册与透明化平台注册(编号:PREPARE-2022CN709);广州市重点领域研发计划(编号:202007030010)

执笔者(按姓氏拼音排列):曹勇军(苏州大学附属第二医院)、党超(中山大学附属第一医院)、李洪超(中国药科大学国际医药商学院)、马路宁(中山大学附属第一医院)、宋海庆(首都医科大学宣武医院)、徐运(南京大学医学院附属鼓楼医院)、杨清武(陆军军医大学第二附属医院)、张忠玲(哈尔滨医科大学附属第一医院)

通信作者:陈晓春,福建医科大学附属协和医院(福州 350001, E-mail: chenxiaochun998@gmail.com);谢鹏,重庆医科大学附属第一医院(重庆 400016, E-mail: xiepeng@cqmu.edu.cn);于生元,中国人民解放军总医院第一医学中心神经内科医学部(北京 100853, E-mail: yusy1963@126.com);曾进胜,中山大学附属第一医院(广州 510080, E-mail: zengjs@pub.guangzhou.gd.cn)

strategies for the future. One goal of the consensus is to provide comprehensive management of ischemic stroke for physicians under the DRG/DIP payment system. The other goals of the consensus are promoting the reform of medical insurance payment, reducing the burden of insured patients, reinforcing quality, controlling the cost of medical institutions, and improving the efficiency of medical insurance funds.

【Key words】 Experts consensus Diagnosis related groups Diagnosis-intervention packet Payment Medical insurance Ischemic stroke

医保支付方式改革是我国深化医疗体制改革和医疗保障制度改革、规范诊疗行为、降低人民群众医疗费用负担和保障医保基金顺利运行的重要举措。实行诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)和诊断-治疗打包(diagnosis-intervention packet, DIP)支付是落实国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》^[1]和中共中央 国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》^[2]中强调“全面推行按病种付费为主的多元复合式医保支付方式”的制度安排。2020年国家确定30个DRG和71个DIP试点城市。按照《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》^[3]要求:至2025年底,DRG/DIP支付方式将覆盖所有符合条件、有住院服务的医疗机构,基本实现病种、医保基金全覆盖。

卒中是我国成人致死致残的最主要疾病^[4],其中缺血性卒中占78%~84%^[5-6],在神经内科住院患者中所占比例最高,部分医院可高达80%以上^[6]。但如何在DRG/DIP支付方式下,规范缺血性卒中的诊断与治疗,目前国内缺乏相关共识和指引。诚然,缺血性卒中与脑梗死的临床含义并不等同,但目前作为疾病编码蓝本的《国际疾病分类》第10版(The International Classification of Diseases, 10th revision)或《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订(International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10)^[7-8]和医保支付依据的《医疗保障基金结算清单》^[9]中,只有“脑梗死”及其相关诊断条目,而没有“缺血性卒中”^[7]。病案分类专家也常将“急性缺血性卒中”归类到“急性脑梗死”条目。为此,中国医师协会神经内科医师分会组织国内脑血管病相关专家成立专家建议

编写组,按照循证指南制定的方法和步骤,通过调研临床一线神经科医师、药物经济学学者和医保政策制定者,收集并整理临床医师及医院医保管理者关注的问题,检索国内外相关研究证据,组织专家反复讨论,制订出《诊断相关分组或诊断-治疗打包支付方式下急性脑梗死诊断与治疗中国专家建议》。旨在帮助临床医师在DRG/DIP支付下,严格急性脑梗死的临床诊断和治疗,规范病历首页和医保结算清单的填写,配合医保管理部门推进并落实医保支付方式改革。

1 DRG和DIP支付方式概况

1.1 DRG和DIP基本概念 DRG是根据患者年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素,将患者分入若干诊断组。DRG支付方式就是在DRG基础上,医保管理部门不再按照患者在院的实际费用(即按服务项目)支付给医疗机构,而是按照病例所进入的诊断相关分组付费标准进行支付^[10]。

DIP是总额预算下的按病种分值付费,指按大数据发掘疾病“诊断-治疗”的共性特征,对病例数据进行分类,在一定范围内形成每一种疾病诊断与治疗组合的标化定位,以反映疾病严重程度、治疗复杂程度、医疗资源消耗水平与临床行为规范水平;将出院病例以“诊断”与“治疗”客观匹配后,分为不同DIP病种,赋予不同得分。DIP支付方式是指医保管理部门基于病种分值和分值点值形成支付标准,对医疗机构每一病例实现标准化支付,不再以医疗服务项目费用支付^[11]。

DRG和DIP支付方式都是以病种为主的预付制,即在医疗服务发生前,医保管理部门按预先确

定的支付标准,向医疗机构进行支付^[12]。

1.2 DRG/DIP支付方式要点

1.2.1 以病种为支付基础 DRG/DIP支付的依据是病种,即为疾病诊断和治疗方式的组合。因此临床医生除了关注收治疾病的诊断,还应考虑该疾病拟采取的治疗方式,以及疾病严重程度和个体特征等因素导致的医疗资源消耗差异。例如,DIP支付方式下,我们假定为病种1的诊断“入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死(I63.0)”,治疗方式为“血栓溶解药的注射或输注(99.1000)”;病种2的诊断“入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死(I63.0)”,治疗方式为“颅内血管支架经皮置入(00.6500)”;病种3的诊断“大脑动脉栓塞引起的脑梗死(I63.4)”,治疗方式为“颅内血管支架经皮置入(00.6500)”。病种1与2诊断相同,但治疗方式不同,在DIP支付下则为不同病种;病种2与3治疗方式相同,但诊断不同,在DIP支付下也属不同病种。

1.2.2 以医保结算清单为支付依据 DRG/DIP支付方式以《医疗保障基金结算清单》^[9]中的疾病诊断和手术操作编码为支付依据。编码版本为《医疗保障疾病诊断分类与代码》及《医疗保障手术操作分类与代码》^[13]。目前大部分地区医保结算,清单中的编码来源于病案首页,包括但不限于主要诊断、次要诊断和手术操作等,并在此基础上做好病案首页编码与医保结算清单编码版本的对应。疾病诊断和手术操作编码的轻微改变,均可能形成不同病种,最终导致支付也不同。因此病案首页填写的准确性、规范性和完整性非常重要,直接决定DRG/DIP支付方式下的付费结果。

1.2.3 以医疗总费用为管控目标 DRG/DIP支付方式是以病种为导向的预付制,在临床诊疗前已经确定了医保的支付标准,其确定取决于权重/分值和费率/分值点值,而费率/分值点值到年底才公布,目的是模糊费用概念,让临床医生主动控制成本。DRG/DIP支付方式管控的是医疗总费用,即从患者入院到出院所有检验、检查、药品和耗材等费用的总和,也包括患者自费项目和医保可报销项目费

用。因此,DRG/DIP支付方式下医生应转变观念,从“增收”转为“降成本”,树立成本意识,熟练掌握疾病的诊断标准,对患者做好全面评估病情,依据临床路径和指南制定合理诊疗方案,坚持合理检查、合理诊断、合理用药、合理治疗和合理收费,积极优化诊疗方案,节约成本,提高效率。

1.2.4 坚持支付-监管一体化 医疗保障基金是人民群众的“救命钱”,党和政府高度重视其使用监督管理工作,以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为。DRG/DIP支付下可能出现特定的违规行为,如:高套分值、编码低套、低标准入院和缩减必要诊疗服务等。DRG/DIP支付方式遵循公开透明,全程监管的原则,依托信息化手段,充分利用大数据,建立监管考核机制,对经查实的违规行为将进行相应扣罚,甚至追究法律责任。因此,临床医生应当严格遵守基金监管的相关规定,坚决杜绝任何形式的违规行为。

专家建议:

① 脑梗死诊疗过程中,应熟悉DRG/DIP支付方式的基本概念和要点。

② 临床医生应重视树立成本意识,在确保医疗质量和安全的前提下,合理诊疗,杜绝违规行为。

2 急性脑梗死规范化诊断和治疗建议

2.1 急性脑梗死绿色通道诊断和治疗建议 在急性脑梗死的救治过程中,绿色通道是院内救治的第一关键环节^[14]。绿色通道建设可参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[15]。

目前DGR/DIP支付管理仅在住院患者中实施,急诊和门诊的覆盖政策仍在完善中,但仍应重视急诊绿色通道脑梗死患者诊断分类与特殊治疗操作项目的记录。当患者明确主要诊断为急性脑梗死后,进入绿色通道。规范填写脑梗死诊断及特殊操作,如静脉溶栓、血管内介入治疗、合并症及并发症情况。便于编码员及医保管理人员根据患者疾病严重程度及手术治疗操作,进行DRG/DIP分组。

2.2 急性脑梗死住院诊断建议 在DRG/DIP支付方

式下,为更好地契合医保系统的差异化付费,急性脑梗死主要诊断和并发症或合并症诊断格式应严格规范。

2.2.1 DRG/DIP 支付方式下诊断相关概念和命名原则 主要诊断(principal diagnosis)是指医疗机构诊治确定的导致患者本次住院主要原因的疾病(或健康状况)。其他诊断(secondary diagnosis)是指患者住院期间影响所接受的治疗和/或住院时间长短的疾病。并发症(complication)是指主要诊断直接引起的疾病,与主要诊断存在因果关系。合并症(comorbidity)是指与主要诊断和并发症非直接相关,但对本次医疗过程有一定影响的疾病,不包括没有影响本次住院的既往疾病。其中,影响较大者称为“严重并发症或合并症(major complication or comorbidity, MCC)”^[10]。

2.2.2 DRG/DIP 支付方式下急性脑梗死主要诊断原则 ①主要诊断排序原则:应根据消耗医疗资源最多、对患者健康危害最大和影响住院时间最长的原则来排列先后顺序^[16]。

②主要诊断分类原则:根据 ICD-10 疾病诊断分类原则,对疾病的病因、病理、解剖部位和临床表现等特性,将疾病分门别类地进行有序组合。因此主要诊断切忌只写“急性脑梗死”,应尽量细化到病因、责任血管、病灶部位和是否出血性转化等,具体细节可参考本建议“急性脑梗死病案首页规范化填写”部分。

③诊断时避免“高编高靠”:不能将普通脑梗死诊断高编为严重脑梗死(如大面积脑梗死、脑干梗死等)或虚增合并症/并发症。

④及时与病案编码部门沟通:医生在做出临床诊断后,应密切与病案编码人员沟通诊断是否规范,从而正确编码进入相应的 DRG/DIP 组别。

2.2.3 DRG/DIP 支付方式下急性脑梗死并发症和合并症诊断

2.2.3.1 并发症或合并症的界定 医保部门根据历史数据,控制性别、年龄、入院途径和离院方式等因素后,观测病例的并发症或合并症对医疗费用的影

响,筛选出导致医疗费用增长超过 20% 的并发症或合并症,并将这些并发症或合并症,按照其影响程度高低排序,将对医疗费用影响最大的前 38.2% 列为“严重并发症或合并症”,另外的 61.8% 列为“并发症或合并症”^[10-11]。

2.2.3.2 并发症或合并症诊断原则 急性脑梗死常见的并发症有 21 种,主要包括:①肺部感染,②呼吸衰竭,③应激性溃疡,④肾功能不全/肾功能衰竭,⑤排尿困难/泌尿系感染,⑥中枢性高热,⑦继发性癫痫,⑧精神症状(焦虑/抑郁),⑨认知障碍,⑩深静脉血栓形成,⑪周围动脉闭塞,⑫脑心综合征/心功能衰竭,⑬脑水肿/脑疝,⑭压疮,⑮电解质紊乱,⑯营养障碍,⑰出血性转化,⑱肺栓塞,⑲系统性出血,⑳血管再闭塞,㉑血管源性水肿及过敏。应根据临床实际情况,按并发症的严重程度由重到轻、消耗医疗资源由多到少的原则,依次先后填写^[17]。

合并症包括与脑梗死相关的既往病史,如高血压病、糖尿病、高胆固醇血症等,及本次住院首次诊断的其他疾病,如血液系统疾病、心血管系统疾病等,且给予相关科室会诊及处置的疾病。合并症的诊断建议尽量细化,如高血压病分级和糖尿病分型等^[17-18]。

2.3 急性脑梗死住院治疗建议 DRG/DIP 支付方式倡导医疗资源合理使用,限制过度诊疗。因此,急性脑梗死诊疗面临的首要问题是如何平衡提高诊疗质量的同时,合理控制医疗费用的矛盾。目前,严格遵循临床指南和实施临床路径被认为是平衡这项矛盾的重要手段^[19]。

2.3.1 严格遵循指南,认真实施临床路径 诊疗指南和临床路径以循证医学为基础,标准化临床诊疗程序,目的是提高医疗质量、降低诊疗风险,并降低平均住院日,避免过度诊疗和资源浪费,这与 DRG/DIP 支付方式的理念和目的一致。同时,DRG 分组可促进临床指南的更新和临床路径的进一步规范。DIP 通过真实世界大数据评价脑梗死诊疗的实施效果,发现存在的问题,对诊疗指南和临床路径进

行反馈调整,促进临床问题解决。

结合国内外资料,根据脑梗死的严重程度,分层化的支付方式是较为理想的医保基金分配方法^[20-21]。影响脑梗死DRG/DIP分组的因素有:年龄、外科手术治疗、血管介入治疗、康复治疗、出院时情况、合并肺部感染、合并深静脉血栓、发病时NHSS评分和心源性脑栓塞等^[20-22]。DRG/DIP支付方式的实施单位应高度重视上述影响因素在病历中的体现,特别是病案首页的填写^[23-24]。可参考本建议“急性脑梗死病案首页规范化填写”部分。

2.3.2 治疗措施及依据 具体治疗措施可参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[15],流程如下。

①一般处理:维持呼吸循环功能,监测控制体温、血压和血糖等。

②特异性处理:改善脑血循环治疗,根据患者具体情况选择如静脉溶栓^[25],桥接或直接血管内介入^[26],抗血小板药物如阿司匹林/氯吡格雷/替格瑞洛/西洛他唑等^[27],抗凝药物如肝素类、双香豆素类口服抗凝药物和新型口服抗凝药等^[27],降纤,扩容如使用血液稀释疗法和人血白蛋白静脉注射等^[28],以恢复血流灌注或预防复发。我国指南还建议可选用改善脑血流侧支循环药物,包括人尿激肽原酶^[29]和丁基苯酞^[30]等。

③调脂治疗:可用他汀类、贝特类、烟酸及其衍生物^[31-32]等。

④神经保护剂:尚未获得国内外指南的一致性推荐,但我国指南认为可结合患者具体情况,选用胞二磷胆碱、吡拉西坦和依达拉奉单药制剂或依达拉奉右莰醇复合制剂^[33]等。

⑤其他治疗:可选用亚低温或高压氧治疗。

⑥传统医药:结合具体情况可选择中药制剂和针刺治疗等^[34]。

⑦急性期并发症及其他情况处理:脑水肿、颅内压增高及梗死后出血转化可选择药物或手术治疗。注意防治癫痫、呼吸系统或泌尿系统感染、深静脉血栓和肺栓塞、压疮和卒中后情感障碍和认知障碍等,并加强营养支持治疗。

⑧早期康复治疗:急性期病情稳定时可行早期康复训练,随后可视情况转康复科或相关康复机构治疗。

⑨加强医患沟通。

⑩根据个体情况启动二级预防措施。

2.3.3 退出临床路径 当患者出现以下情况之一时,退出临床路径:①脑梗死病情危重,需要外科手术治疗时,退出本路径,进入相应疾病临床路径;②病情危重,意识障碍、呼吸循环衰竭,需转入ICU或手术治疗;③既往其他系统疾病加重而需要治疗,或出现严重并发症,导致住院时间延长和住院费用增加。

2.3.4 出院标准 当患者符合下列条件时,可以出院:①患者病情稳定,可门诊随访;②并发症不需要住院治疗;③可以转下一级医院康复治疗或轻度并发症续贯治疗。

专家建议:

①急性脑梗死的主要诊断直接决定患者的核心疾病诊断相关分组,应尽量精准细化。

②急性脑梗死的并发症或合并症,应该按照严重程度由重到轻和消耗医疗资源由多到少的原则,依次填写。

③临床医生应与病案编码部门密切沟通,以保证急性脑梗死主要诊断和并发症或合并症填写的准确性。

④虽然DGR/DIP支付方式尚未在急诊和门诊实施,仍建议在急诊绿色通道规范填写急性脑梗死的诊断和相关操作,有利于未来支付管理的完善。

⑤急性脑梗死的住院管理应遵循国家指南,实施临床路径,规范用药,严格把握退出临床路径指征和出院标准。

3 急性脑梗死病案首页规范化填写

医保结算清单中的疾病诊断和操作编码是DRG/DIP分组的主要依据。医保结算清单中的编码来源于病案首页,临床医师应充分认识规范化填写病案首页的必要性,根据病变部位、责任血管和

病因这一顺序完整规范地书写急性脑梗死的相关临床诊断、手术和操作信息,并结合疾病分类规则和临床知识,与病案编码员共同完成病案首页的准确填写。

3.1 病案首页填写的分工与原则 根据国家卫健委发布的《住院病案首页数据填写质量规范》^[35]文件要求,病案首页及编码由临床医师和编码员共同完成。编码员对不符合疾病分类规则的临床诊断,可按分类规则实施编码,诊断使用ICD-10诊断编码,手术和操作编码则统一使用ICD-9-CM3^[7,10]。

3.2 准确规范填写脑梗死病案首页 在ICD-10编码中,急性脑梗死诊断属于I63类目,其编码体现了责任血管和病因的双分类轴心特点,并涉及症状、梗死部位等维度,编码时优先以血管/病因作为分类依据。书写诊断时,尽量明确责任血管,给予病因分析,避免只给予“脑梗死”或“急性脑梗死”等简单粗略诊断。建议临床诊断书写遵从以下顺序。

3.2.1 有关脑梗死责任血管的填写 根据相应的检查及临床分析,明确脑梗死的责任血管:入脑前动脉(颈动脉、椎动脉和基底动脉-Willis环前)、脑动脉(大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉及其分支-Willis环后)及脑静脉系统。责任血管是ICD-10编码的重要依据之一。责任血管对应的ICD-10编码如下:I63.0-I63.2用于责任血管为入脑前动脉引起的脑梗死;I63.3-I63.5用于责任血管为脑动脉引起的脑梗死;I63.6用于责任血管为脑静脉引起的脑梗死;I63.9为未特指的脑梗死,未特指责任血管。

如临床中脑梗死责任血管只能定位到颈内动脉系统(前循环)或椎基底动脉系统(后循环),则可能因相关信息不足,导致病案诊断或DRG/DIP分组不准确。

3.2.2 脑梗死病因诊断的填写 ICD编码主要涉及了脑梗死三类病因。首先,是动脉血栓形成引起的脑梗死,需要“血管造影或取栓手术、动脉血管超声”等检查提示“血栓形成”证据;其次,是脑动脉栓塞引起的脑梗死,主要包括心源性栓塞或动脉来源

性栓塞两种情况;最后,是因动脉闭塞或狭窄引起的脑梗死,此类情况在大动脉或小动脉均可出现。因此,ICD编码中相关脑梗死病因包括血栓形成、心源性栓塞、动脉-动脉栓塞和动脉闭塞或狭窄等。需要说明的是,病案诊断难以与现行临床脑梗死病因分型一一对应,以TOAST分型为例:“大动脉粥样硬化型”在不同情况下可对应ICD编码中的三种病因分型。而“其他原因型”和“不明原因型”无法根据病因匹配ICD-10编码。

病因相关的ICD-10编码如下:I63.0和I63.3用于血栓形成引起的脑梗死;I63.1和I63.4用于栓塞引起的脑梗死;I63.2和I63.5用于责任动脉狭窄或闭塞为主要病因的脑梗死。

编码员应综合病案首页诊断、病程记录、手术记录和影像学检查等信息,优先根据责任血管和病因分型选择对应编码,并与临床医生保持密切沟通。

3.2.3 特殊类型或部位脑梗死的诊断填写 对患者健康危害大、消耗医疗资源多或救治时间长的脑梗死,如“大面积脑梗死”、“脑干梗死”、“出血性脑梗死”和“大脑静脉血栓形成引起的脑梗死(非化脓性)”,可将上述诊断作为病案首页中的主要诊断。

3.2.4 无法明确责任血管或病因的脑梗死诊断填写 诊疗中无法完成血管评估或病因检查,可依据梗死部位进行诊断,如“脑干梗死”、“丘脑脑梗死”、“小脑梗死”等,以上诊断在ICD-10中皆有对应编码。特殊类型脑梗死可直接作为主诊断,如“脑静脉性脑梗死”、“出血性脑梗死”和“外伤性脑梗死”等。如上述规则均不适用,鉴于临床情况的复杂性,可仅根据病史、体征和CT结果酌情给予“急性脑梗死”或“脑梗死”诊断。

3.2.5 并发症和合并症的填写 填写其他诊断时应先填写主要疾病并发症,后填写合并症;先填写病情较重的疾病,后填写病情较轻的疾病;先填写已治疗的疾病,后填写未治疗的疾病。

3.2.6 特殊治疗操作项目的填写 脑梗死相关特殊

治疗操作项目包括静脉溶栓治疗、全脑血管造影术、脑血管介入手术等,上述手术和操作(包括呼吸机使用等先期分组疾病及相关操作)部分在病案首页中易于识别,做到完整填写不漏项目即可准确匹配分组。

由于编码员对诊断的理解可能与临床医师不同,现有的ICD编码也难以完全准确对应所有诊断;临床科室和病案室应共同组织ICD-10诊断编码培训以熟悉相关细则,当编码员遇到疑问时应及时与临床医师沟通,共同致力于临床诊断和病案诊断编码的准确对应,最终实现急性脑梗死的DRG/DIP支付方式下的精确分类付费。

专家建议:

①临床医生和病案编码员应熟悉急性脑梗死ICD-10诊断编码,病案首页填写和编码应由临床医师和编码员共同完成。

②病案首页的诊断填写应优先基于责任血管和病因分析。不能明确责任血管和病因的脑梗死,可根据脑梗死灶部位给予诊断,或将特殊类型的脑梗死作为主要诊断。

③病案首页中应完整填写特殊治疗、操作和手术。

4 急性脑梗死二级预防和门诊诊断与治疗建议

目前急性脑梗死患者出院后,在门诊进行长期有效的二级预防是减少复发和死亡的重要手段。虽然门诊二级预防还没有设立DRG/DIP编码,但合理使用医保费用也应高度重视。

4.1 出院后及门诊二级预防中脑梗死的规范化诊断 参考出院小结和病案首页诊断,门诊诊断应包括规范的脑梗死诊断(ICD-10)和主要合并/并发症诊断。二级预防具体内容可参见《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2022》^[36]。

4.2 脑梗死二级预防和门诊建议 门诊二级预防内容包括危险因素控制、规范化抗栓治疗包括抗血小板聚集药物在非心源性栓塞性脑梗死中的应

用及心源性脑栓塞的抗凝治疗、症状性大动脉粥样硬化性脑梗死的非药物治疗、其他特殊情况下脑梗死患者的治疗及规范化影像学或血管学随访。在DRG/DIP支付模式下,不推荐使用无循证医学证据的药物,不重复进行不必要的检验和检查,应合理和规范使用医保基金。

专家建议:

①DRG/DIP支付方式下,应根据出院小结和病案首页,规范门诊二级预防中脑梗死的相关诊断。

②应结合国家指南和患者病情,规范门诊和二级预防用药和影像学评估及随访,不推荐无循证医学证据的药物及评估。

5 急性脑梗死诊断与治疗面临的新问题和对策

DRG/DIP支付方式体现了价值医疗理念,可以减少过度医疗和医疗资源浪费,进一步推动价值医疗为导向的医疗卫生服务,促进健康保障体制改革。然而,在DRG/DIP支付方式下,脑梗死的诊疗既要关注费用控制目标,又要保证医疗质量目标,实为一对需要权衡的矛盾。根据国外实践经验,这种预付费方式可能带来下列问题:①抑制创新技术应用。各级医院出于加强节省医疗资源使用的意愿,更多选择当下已经成熟的、保守的医疗技术,导致尚未推广且难度较大的创新技术应用减少或停止,甚至阻碍技术创新。②疾病结局重心偏移。在按单次住院的DRG/DIP支付制度下,医疗机构更倾向于关注短期治疗结局而相对忽视长期结局,这与保障患者长期健康的目标相矛盾。③患者主观感受降低。控制整体付费额度给患者带来更精准的治疗与服务,但由于支出费用降低,患者在具体医疗过程中得到的体验却是用药和服务项目减少,患者主观感受到的医疗质量也因此降低。

然而,DRG/DIP支付方式下,可通过真实世界数据,评价脑梗死临床路径实施效果,发现付费模式变革带来的问题。在科学分析的基础上,可对临

床路径和DRG/DIP相关政策进行反馈调整,促进临床路径的规范开展与更新。通过卫生经济学中的两大工具“成本-效果分析”和“预算影响分析”,可有效地针对性地解决当前DRG/DIP预付费方式下发生的问题。通过成本-效果分析,可以为遴选经济性更高的医疗技术和药物提供依据,保证患者的健康获益和医疗资源的使用效率。而预算影响分析则可以帮助医保部门测算,按DRG/DIP支付方式改革对医保基金收支的影响,也可以通过测算DRG/DIP支付方式改革对医院收支的影响,以保证医疗机构的可持续发展。通过药物经济学,评估不同干预措施间经济效率差异以及新干预措施医保的可负担性,可以充分讨论医疗机构是否采购,或者在临床路径中应用某个药物对医疗机构整体成本和收入的影响,从而估计对整体财务状况的影响。

专家建议:

①正确对待DRG/DIP支付方式下面临的新问题,促进医院内部运营进行精细化管理。

②应用卫生经济学工具,对医院的数据质量、医疗行为等进行监测分析,适时解决DRG/DIP支付方式下对创新技术临床应用受抑、疾病结局重心偏移、患者主观感受医疗质量降低等问题。

6 总结与展望

本专家建议为处在医保政策改革关键时期的临床医生、医保管理人员和药物经济学专家在急性脑梗死的临床诊疗、医保结算和推进医保支付方式改革提供了参考。尽管DRG/DIP支付方式对患者诊治、医院和专科发展以及国家控制医疗费用均具有重要意义,但同时也带来巨大的挑战。目前医疗机构的管理和专业技术人员开始关注DRG/DIP支付方式下临床工作面临的诸多问题,都有待进一步完善:临床医生对DRG/DIP支付方式依然认识不足;病案首页填写不规范,导致入组困难或不能正确入组,医保支付出现偏差;各地区同一组别的疾病医疗费用支付差别较大;在急性脑梗死诊疗方式

日新月异的环境下,没有及时更新DRG/DIP支付方式,导致不同治疗手段支付医疗费用区分度不明;如何充分体现医护人员高技术含量的合理收费条目(如在急诊绿色通道开展的急性脑梗死静脉溶栓的规范收费等)和减少急诊抢救收费盲区(如设立急性脑梗死急诊抢救综合收费标准和门诊二级预防收费规范等)等。希望DRG/DIP支付方式能不断推动医改进一步深入,形成更具科学性、系统性和长期性的医保支付体系,造福广大患者。

编写专家组成员(按姓氏拼音排列):

蔡坚(上海交通大学医学院附属仁济医院)、曹勇军(苏州大学附属第二医院)、陈晓春(福建医科大学附属协和医院)、成江(宁夏医科大学总医院)、楚兰(贵州医科大学附属医院)、党超(中山大学附属第一医院)、董强(上海复旦大学附属华山医院)、龚涛(北京医院)、谷文萍(中南大学湘雅医院)、郭毅(深圳市人民医院)、侯倩(青海省人民医院)、胡波(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、胡明(四川大学华西药学院)、蒋瑶(贵州省医疗保障局)、李长清(重庆医科大学附属第二医院)、李常新(山西医科大学第一医院)、李洪超(中国药科大学国际医药商学院)、李新(天津医科大学第二医院)、李渊(首都医科大学宣武医院)、刘芳(中国医科大学附属第一医院)、刘竞丽(广西医科大学第一附属医院)、刘俊艳(河北医科大学第三医院)、刘尊敬(北京人民医院)、陆正齐(中山大学附属第三医院)、马爱军(青岛大学附属医院)、马桂贤(广东省人民医院)、马建华(新疆医科大学第一附属医院)、马路宁(中山大学附属第一医院)、米东华(首都医科大学附属北京天坛医院)、潘速跃(南方医科大学南方医院)、彭斌(中国医学科学院北京协和医院)、秦新月(重庆医科大学附属第一医院)、屈新辉(江西省人民医院)、宋海庆(首都医科大学宣武医院)、宋水江(浙江大学医学院附属第二医院)、田成林(中国人民解放军总医院第一医学中心)、王满侠(兰州大学第二医院)、王伟(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、魏东(西京医院)、魏微(中国人民解放军总医院第七医学中心)、文国强(海南省人民医院)、吴波(四川大学华西医院)、吴钢(福建医科大学附属第一医院)、谢鹏(重庆医科大学附属第一医院)、徐安定(暨南大学附属第一医院)、许予明(郑州大学第一附属医院)、徐运(南京大学医学院附属鼓楼医院)、杨清武(陆军军医大学第二附属医院)、杨珊珊(哈尔滨医科大学附属第一医院)、

杨弋(吉林大学第一医院)、尤寿江(苏州大学附属第二医院)、余剑(中山大学附属第一医院)、余明洁(中山大学附属第一医院)、于生元(中国人民解放军总医院第一医学中心)、曾进胜(中山大学附属第一医院)、张莉莉(中国人民解放军陆军特色医学中心)、张清秀(南京大学医学院附属鼓楼医院)、张拥波(首都医科大学附属北京友谊医院)、张忠玲(哈尔滨医科大学附属第一医院)、赵玉华(西藏自治区人民医院)、郑昆文(云南省第一人民医院)、周志明(皖南医学院第一附属医院 | 弋矶山医院)、朱润秀(内蒙古自治区人民医院)、资文杰(陆军军医大学第二附属医院)

参 考 文 献

- [1] 国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017(20): 9-13.
- [2] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见[EB/OL]. (2020-02-25). http://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm.
- [3] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知[EB/OL]. (2021-11-26). http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_104_7413.html.
- [4] 王陇德, 彭斌, 张鸿祺, 等. 《中国脑卒中防治报告2020》概要[J]. 国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.
- [5] 郭丽花, 胡如英, 龚巍巍, 等. 脑卒中危险因素研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(17): 4413-4416.
- [6] 王拥军, 李子孝, 谷鸿秋, 等. 中国卒中报告2020(中文版)(1)[J]. 中国卒中杂志, 2022, 17(5): 433-447.
- [7] 董景武. 疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本(ICD-10)第一卷[M]. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [8] WHO. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) Volume 2[M]. Fifth edition. 2016.
- [9] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局办公室关于修订《医疗保障基金结算清单》《医疗保障基金结算清单填写规范》的通知[EB/OL]. (2021-08-30). http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/30/art_104_6540.html.
- [10] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0版)的通知[EB/OL]. (2020-06-18). http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/18/art_53_3241.html.
- [11] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和DIP病种目录库(1.0版)的通知[EB/OL]. (2020-11-20). http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_53_3988.html.
- [12] 张馨元, 韩优莉, 薄云鹊, 等. 由后付制向预付制转变对医生行为影响的实验研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(4): 28-32.
- [13] 国家医疗保障局. 国家医保信息业务编码标准数据库动态维护[EB/OL]. (2022-11-12). <https://code.nhsa.gov.cn/search.html?sysflag=80>.
- [14] 王陇德, 吉训明, 康德智, 等. 《中国卒中中心报告2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2021, 18(11): 737-743.
- [15] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [16] ZOU K, LI H Y, ZHOU D, et al. The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review[J]. BMC Health Serv Res, 2020, 20(1): 112.
- [17] 邱菡, 李璐, 周雅君, 等. 神经内科启用全国按疾病诊断相关分组收付费新规的用药分析[J]. 中国药物经济学, 2020, 15(4): 11-14.
- [18] JACKSON T, DIMITROPOULOS V, MADDEN R, et al. Australian diagnosis related groups: Drivers of complexity adjustment[J]. Health Policy, 2015, 119(11): 1433-1441.
- [19] ZHANG L, SUN L. Impacts of Diagnosis-Related Groups Payment on the Healthcare Providers' Behavior in China: A Cross-Sectional Study Among Physicians[J]. Risk Manag Healthc Policy, 2021, 14: 2263-2276.
- [20] DEWILDE S, ANNEMANS L, PINCÉ H, et al. Hospital financing of ischaemic stroke: determinants of funding and usefulness of DRG subcategories based on severity of illness[J]. BMC Health Serv Res, 2018, 18(1): 356.
- [21] 程沛然, 廖祖达, 陈澍, 等. 精细化DRGs在缺血性脑梗死医保支付管理中的运用[J]. 卫生软科学, 2017, 31(10): 23-27.
- [22] 闫宇翔, 谢知, 罗艳侠, 等. 北京地区脑卒中患者DRGs分组研究[J]. 中国卫生统计, 2008, 25(4): 347-350.
- [23] 李卫民, 谷欣, 普忠伟, 等. 病案首页信息采集标准对BJ-DRGs分组的影响[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33: 596-599.
- [24] 杨燕媚. 病案归档管理对疾病诊断相关分组及病案首页质量的影响[J]. 中国医院统计, 2019, 26(3): 239-241.
- [25] HACKE W, KASTE M, BLUHMKI E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke[J]. The New England journal of medicine, 2008, 359(13): 1317-1329.
- [26] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 中华医学会神经病学分会神经血管介入协作组. 中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 683-691.
- [27] LANSBERG M G, O'DONNELL M J, KHATRI P, et al. Anti-thrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke:

- Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines[J]. Chest, 2012, 141(2 Suppl): e601S-e36S.
- [28] CHANG T S, JENSEN M B. Haemodilution for acute ischaemic stroke[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, (8): CD000103.
- [29] MIAO J, DENG F, ZHANG Y, et al. Exogenous human urinary kallidinogenase increases cerebral blood flow in patients with acute ischemic stroke[J]. Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia), 2016, 21(2): 126-130.
- [30] CUI L Y, ZHU Y C, GAO S, et al. Ninety-day administration of dl-3-n-butylphthalide for acute ischemic stroke: a randomized, double-blind trial[J]. Chinese Med J, 2013, 126(18): 3405-3410.
- [31] BLANCO M, NOMBELA F, CASTELLANOS M, et al. Statin treatment withdrawal in ischemic stroke: a controlled randomized study[J]. Neurology, 2007, 69(9): 904-910.
- [32] 诸骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10): 937-953.
- [33] XU J, WANG A, MENG X, et al. Edoxaban Versus Edoxaban Alone for the Treatment of Acute Ischemic Stroke: A Phase III, Randomized, Double-Blind, Comparative Trial[J]. Stroke, 2021, 52(3): 772-780.
- [34] ZHANG S, WU B, LIU M, et al. Acupuncture efficacy on ischemic stroke recovery: multicenter randomized controlled trial in China[J]. Stroke, 2015, 46(5): 1301-1306.
- [35] 国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)和住院病案首页数据质量管理与控制指标(2016版)的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报, 2016, (5): 28-35.
- [36] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2022[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(10): 1071-1110.

(收稿日期: 2022-12-12)

(责任编辑: 李立)

《中国神经精神疾病杂志》稿件系统手机 APP 与小程序已上线

《中国神经精神疾病杂志》稿件系统的手机 APP 与小程序正式上线啦! 在手机上即可实现查稿、浏览过刊等功能, APP、小程序与网站(www.zgsjjs.com 或 www.zgsjjs.cn)稿件系统同步。打开微信扫描以下二维码即刻体验!



APP(iOS 系统不适用)



微信小程序