

国际健康干预分类体系对中医药医保支付的借鉴意义*

刘冉^①, 高阳^②, 祖亮华^①, 朱哿瑞^①, 窦丹波^②, 桑珍^②

摘要 现阶段以按病种分值付费及按疾病诊断相关分组的医保支付改革正如火如荼地进行。中医药诊疗信息平台不完善、优势病种少、临床路径不规范、中医服务价值低等问题成为中医药医保支付改革的突出矛盾。国际健康干预分类是世界卫生组织研制的用于操作编码的统计系统,旨在为各国提供一套标准的用于健康干预统计、医保支付的信息平台。其完善的分类体系可以为中医药医保支付提供完善的干预信息平台,也将为中医药临床路径的制定、优势病种的遴选、价值的核定提供可靠依据。

关键词 国际健康干预分类; 中医药医保支付改革; 中医药干预信息

中图分类号 R1-9; R197 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2023)06-0001-04

Implication of the International Classification of Health Interventions System for TCM Medical Insurance Payment/ LIU Ran, GAO Yang, ZU Liang-hua, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(6):1-4

Abstract At present, the reform of medical insurance payment based on Diagnosis-Intervention Packet and Diagnosis Related Groups is in full swing. The problems of imperfect diagnosis and treatment information platform, few dominant diseases, irregular clinical pathways, and low service value of traditional Chinese medicine (TCM) have become prominent contradictions in the reform of medical insurance payment of TCM. The International Classification of Health Interventions (ICHI) is a statistical system developed by the WHO for operational coding, which aims to provide countries with a set of standard information platforms for health intervention statistics and medical insurance payment. The perfect classification system may provide a perfect intervention information platform for TCM medical insurance payment, and also provide a reliable basis for the formulation of TCM clinical pathways, the selection of dominant diseases and the evaluation of value.

Keywords international classification of health interventions; traditional Chinese medicine medical insurance payment reform; intervention information of traditional Chinese medicine

First-author's address International Institute for Standardization of Traditional Chinese Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 201203, China

Corresponding author SANG Zhen, E-mail: sangzhen8507@hotmail.com

2021年12月31日,国家医疗保障局、国家中医药管理局联合发布《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》指出要推进中医医保支付方式改革:一般中医医疗服务项目按项目付费;探索实施中医病种按病种分值(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)付费;中医医疗机构可暂不实行按疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)付费,对已经实行DRG和DIP的地区,适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值,充分体现中医药服务特点和优势^[1]。而中医诊疗信息平台不完善、优势病种少、临床路径不规范、中医服务价值低等问题成为阻碍中医药医保支付改革的重要因素。

国际健康干预分类(International Classification of

Health Interventions, ICHI)是世界卫生组织研制的用于操作编码的统计系统,与国际疾病统计分类(International Statistical Classification of Diseases, ICD)一道共同服务于国际卫生信息统计,对于全球卫生健康信息收集及医保基金测算具有重要意义^[2]。其干预主要由目标、动作、方法三大轴心构成,具有独立的编码系统,对于中医药医保支付改革中中医诊疗信息平台的建设、临床路径的制定、中医服务价值的核算具有借鉴意义。

1 现行中医药医保支付制度

1.1 按疾病诊断相关分组制度

DRG是一种典型的按病种付费制度,是指以ICD的疾病,按诊断、年龄、性别等分为若干组,每组又根据病种病情轻重程度及有无合并症、并发症细分为不同分型,结合循证医学依据,通过临床路径测算出病种每个组及各个分型的医疗费用标准,并预先将医疗费用打包支付给医疗服务机构。如最终该费用有节余,则纳入医院收入;反之,由医院补齐。因此,DRG在费用控制方面具有先天性优势。但是,如何在总额确定下降低经营成本,提高医疗效率并保证医疗质量和安全,成为医疗机构亟待解决的问题。基于此,临床路径应运而生,其规范化的诊疗模式为DRG

* 基金项目:上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划(2021—2023年)[ZY(2021-2023)-0213]。

① 上海中医药大学中医药国际标准化研究所

上海 201203

② 上海中医药大学附属曙光医院临床标准化研究所

上海 201203

作者简介:刘冉(1992—),女,博士学位,助理研究员;研究方向:中医药国际健康干预分类与医保支付制度的关系;E-mail:liuran0309@qq.com。

通信作者:桑珍, E-mail: sangzhen8507@hotmail.com。

的实施不仅提供了安全保障,又能减少医疗成本消耗,降低资源浪费,是目前世界各国普遍采取的医疗费用支付方式^[3]。

1.2 按病种分值付费制度

DIP是我国在DRG医保支付制度的基础上,根据我国国情,以“总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”为原则,实行的新型医保支付政策。在地区年度医疗保险基金支出总额预算确定的前提下,遴选适宜病种并赋予各病种分值,根据医疗机构实际提供医疗服务的累计分值进行结算付费^[4]。病种分值的大小是决定支付决算的核心环节,而影响病种分值的因素是非常复杂的,其中,对于病案首页的诊断与操作、疑难危重病人的收治率、医院评定等级、住院病历考核等因素是影响按病种分值付费的关键^[5]。DIP将医保基金总额预算为基础,一定程度上控制了医疗保险费用的支出,同时与住院服务按病种分值付费相结合,促使医疗机构不断提供优质、高效的医疗服务,形成各医疗机构良性竞争的局面。

1.3 按项目付费制度

按服务项目付费制度是较为传统的医保支付方式,以费用计算简便、易于理解、操作简洁、医疗服务提供方无需承担财政风险,不易出现医疗机构推诿患者的情况,利于新技术的推广运用为优势,一直广为沿用。但是,此种制度下医院强调“量效”,侧重多收患者和多做项目,以获得较好的收益,管理方式粗放。由此可能造成管理成本增加,医疗资源浪费,不利于医保基金合理、高效运用,因此目前只在门诊或者特定情况下使用^[6]。

2 中医药医保支付制度存在问题

不管是哪种支付方式,均是基于现代医学的诊疗特性所建立的,而中医药由于自身的发展特性和诊疗方式,与现有医保支付制度的监管理念差异较大,致使医保基金对中医药技术项目考虑不足且服务价值被低估,导致中医药未获得充分补偿,具体表现在以下几个方面。

2.1 中医药临床路径不明

DRGs、DIP是医保改革大势所趋,中医药要在医保改革中站稳脚跟,必然要建立中医药临床路径。

临床路径是一个标准化的疾病治疗流程,患者从进入医院开始就沿着标准的路径进行检查、诊断、手术治疗、药物治疗,达到一定的出院标准后就可出院,使医疗活动更加精细化、精确化、精准化,可最大限度为DRGs、DIP的预支付制度“节约成本,提升效益”,实现医疗配置的最大优化。

临床路径的建立首先要确定制定临床路径的病种,其选择原则首先要符合诊疗变异较小的特点,一般以外科疾病较为常见;其次是住院日变异较小;三

是能够反映中医药专科特色水平;四是能够确保一定收治数量的病种。根据上述原则,尽管国家已经选出了第一批中医临床路径的病种,包括带状疱疹、肛瘘、乳腺炎、足桡骨远端骨折等11种疾病,但是对于大部分中医病证,在“辨证论治”“三因制宜”的理论指导下,诊疗的标准化难以实行。

2.2 中医药干预信息不全面且分类混乱

中医药在现行医保制度中发展受限的另外一大原因就是中医药干预信息不全面且分类杂乱。在2012版《全国医疗服务价格项目规范》中,共纳入9360种服务项目,而中医类只有337项,仅占总数的3.6%,大量的中医服务项目还没有纳入医保支付系统^[7]。

不管是何种医保支付手段,亦或是中医药临床路径制定,完善的干预信息是其顺利开展的基础。DRGs分组的关键在于病案首页的疾病诊断和手术编码,而目前病案首页中的中医药类操作主要是根据国际疾病分类第九版临床修订本(International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification 3, ICD-9-CM3)。在医保版ICD-9-CM3中,中医类的干预信息(治疗性操作)有201项,大部分为针灸、推拿等手法类操作项目,干预信息不全面且分类杂乱,临床医生无操作编码可选或者选择受限,导致中医院的病案首页相关统计信息的获取困难,直接影响到中医药能否进行DRGs支付。积极推进中医药干预信息建立完善系统,促进病案编码统一可以为DRGs支付方式的落地奠定基础。同时,也为中医医疗机构加强医生对病案的规范、完整、准确书写提供保障^[8]。

2.3 中医药服务价值低

根据现行国家医疗服务定价体系,我国医疗服务价格的制定方法主要偏重于有形物质资源的消耗,对人力资本、专业技术等反映专业服务价值的因素体现严重不足。而中医医疗服务是一种特殊的“专业化”产品,以接受较常规专业时长更久、教育程度更深,通常具备渊博的中医学识和丰富的诊治经验的医学专业人员,提供针对患者病情的诊断和治疗服务的专业服务产品为特征^[9]。

因此,医保基金按照器械、耗材的成本收费法管理中医诊疗项目,必然导致定价过低不能体现中医特色诊疗价值;同时少部分进入医保的中医干预项目几乎不能体现医务人员的劳动价值,这在一定程度上制约了中医药的发展^[10]。尽管经过多轮调价后,中医药价格明显提高,但与西医相比价格费用仍是小巫见大巫。如治疗腰椎间盘突出,针灸一次治疗的收费仅有几十元,而西医手术费可高达上千甚至上万元,这种价格差异直接导致了医院“弃中留西”或者“改中为西”,必然导致中医药服务的萎缩^[11]。

3 国际健康干预分类体系

ICHI是由WHO研发的一套用于操作编码的统计分类系统,涵盖了药物、外科、精神卫生、初级保健、联合卫生、功能援助、康复和预防及一系列用于社区卫生和公共卫生的干预措施。其包含了三个轴心:目标(Target)、动作(Action)、方法(Means)^[12]。

目标指的是执行操作的实体,可分为:(1)人体系统和功能;(2)活动和参与领域、环境;(3)其他环保产业和产品;(4)健康行为。动作指的是行为人对目标所做的行为,可分为:(1)诊断性动作,例如评估、测试、活检等;(2)治疗性动作,例如营养、物质的利用、麻醉、切除、固定等;(3)健康管理,例如倡导、规划、处方等;(4)预防性动作,例如能力建设、疫苗等。方法是执行动作的过程和方法,分为:(1)途径,即目标动作如何操作的,如开放、内镜等;(2)技术,即采用动作的技术方法,如超声、放射等;(3)方法,即动作如何被执行的,如依照法律法规或管理措施;(4)样本,如血、尿等标本。

与ICD相似,ICHI具有一套独立的编码系统。每个干预主代码的目标由3个字符表示,动作由2个字符表示,方法由2个字符表示。例如,胆囊切除术“KCF.JK.AA”,目标“KCF”是“胆囊”,动作“JK”是“全部切除”,而方法“AA”是“开放方法”。

除了上述三大轴心,在主代码不能完全描述干预信息时,可以使用扩展代码中的信息添加有关干预的附加信息。目前,扩展码主要包含量词、干预的附加描述信息、补充目标、药物、电子健康、辅助和治疗产品等,扩展了干预的细节。

4 国际健康干预分类体系对中医药医保支付改革的借鉴意义

4.1 有助于完善中医药国际疾病诊断与干预体系

不管是单一的医保支付方式还是复合的支付手段,完善的疾病诊断与操作信息都是中医药医保改革的必备要素。尽管1997年我国制定了《中医临床诊疗术语·治法部分(GB/T16751.3—1997)》^[13],收录了包含针灸、推拿、外治法、意疗法、饮食疗法、杂疗法等涵盖范围广泛的中医药疗法,但是由于未与现行的医保支付信息平台相接洽,一直未投入临床使用。

我国是WHO的重要成员国,应与世界卫生组织接合和统一。ICHI与ICD共为WHO-FIC家族成员,内在逻辑联系密切,ICHI中的目标与ICD的疾病病位相辅相成,将ICHI干预分类的方法学及内在逻辑运用于我国医保支付中中医药操作体系,可同时满足国内外健康信息统计联动。以目标、动作、方法三大轴心的核心框架重新规范中医药干预信息分类框架,不仅有助于完善中医药国际诊断、干预信息平台,也可为中医药医保支付提供干预信息基础,弥补目前病案首页中

中医操作存在的不足^[14]。

4.2 有助于临床路径的制定

临床路径的制定需要基于循证医学的原则,前提是医疗机构具有相对成熟的临床诊疗规范。中医医院制定临床路径首先面临的是选择治疗方案相对明确,技术相对成熟,诊疗费用相对稳定的优势病种。ICHI分类体系可为中医药优势病种的遴选提供一套信息全面、分类清晰的临床决策平台,有利于病种数据的统计分析,为临床路径管理提供决策依据。

除了提供临床决策信息平台,ICHI中的三大轴心分类还可为DRGs不同分组“量身订做”干预方案。DRGs中不同并发症、疾病程度可使病人归为不同分组。ICHI中扩展码的附加目标,即可针对存在并发症的分组。动作的不同也可反映疾病的疾病程度,例如,“Excision, local (切除, 局部) JI”多为病变切除,“Excision, total (切除, 全部) JK”多为整体组织切除。ICHI的这种分类特性更符合DRGs精细分组的更具针对性的临床路径的制定。

此外,技术操作也可以作为路径规范的制定对象,例如芒针、火针等。中医药干预纳入ICHI,多维度解析中医药干预内涵,可从目标、动作、方法三大轴心为切入点将中医操作进行规范,形成中医药干预特色临床路径,为中医药医保支付成本核算提供信息范本。

4.3 有助于核算中医医疗服务价值

与现代医学不同,中医诊疗过程中很少借助和使用医疗器械和医疗耗材,主要依靠临床经验和知识技术水平,其主要成本是医疗服务人员和人力成本,不同病情需要匹配不同中医服务,与技术难度和风险度有关。“技术难度”是由项目的复杂程度、技术投入程度及操作者技术要求(操作者技术职称、技术投入程度、专业操作培训)确定的该医疗项目操作的难易程度。“风险程度”是指依据综合评估操作中患者发生并发症的概率及产生不良后果的严重程度,来确定该医疗服务项目技术操作的相对风险程度。中医医疗服务项目的技术难度、风险程度、患者对服务的感知等直接影响中医医疗服务成本^[15]。

ICHI中的三大轴心可直观体现诊疗操作的技术难度与风险度。“目标”中单一目标跟复合目标相比,复合目标的操作难度更大,风险更大。例如“食管和十二指肠切除术”与“食管切除术”中,前者更为复杂。“动作”可直接反映操作的难易程度,如“切开”“针刺”,亦或是单一动作与复合动作也可区分技术的复杂程度。“方法”中又分为途径和技术,途径中“开放性入路”与“经皮”,技术中运用超声、核磁等的不同,都是决定操作的技术难度与风险程度的关键因素。对医药干预按照目标、动作、方法三大轴心进行

重新定义, 综合评估三大轴心的技术难度与风险系数, 有利于对中医服务技术内容和风险程度进行划分, 可为中医服务价值的评定提供依据。

5 总结

现阶段, 总额预付下的DIP、DRG已经成为医保支付改革的大势所趋, 对于医保系统内诊疗方案难以标准化、诊疗信息缺失的中医药提出了重要挑战。尽管有专家学者不断为中医药呼声, 提出要加强医保支付政策向中医药倾斜, 发布中医优势病种, 实行医保基金预算管理政策倾斜, 但是中医如不自身寻求出路, 势必将逐步走向萎缩。这就要求中医要向临床路径明确化、诊疗信息全面化的方向发展。ICHI是国际卫生组织发布的用于健康干预统计的重要工具, 为中医药干预信息分类提供了国际公认的标准框架, 从目标、动作、方法三大轴心重新赋予中医药干预内涵, 有助于完善中医药干预信息平台, 与ICD一道共同服务于卫生信息统计。此外, ICHI分类体系也为中医药临床路径的制定提供规范与思路, 使中医药服务的价值核算有“据”可循, 有“法”可依, 突出中医特色的医疗服务人员技术劳务价值, 保证中医院在医保支付制度中的合理权益, 促进中医药长远发展。

参 考 文 献

- [1] 国家医疗保障局, 国家中医药管理局国家医疗保障局. 国家医疗保障局 国家中医药管理局关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见[EB/OL]. (2021-12-30) [2022-12-29].
- [2] FUNG K W, XU J, AMEYE F, et al. Evaluation of the International Classification of Health Interventions (ICHI) in the coding of common surgical procedures[J]. J am med inform assoc, 2021,29(1):43-51.
- [3] 杨英, 苏荣耀, 吴勇, 等. DRG收付费改革对医院的影响及管理策略[J]. 中国卫生经济, 2022,41(1):63-67.
- [4] 陈曼莉, 赵斌. 实行按病种分值付费制度的实践经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2017,36(6):38-41.
- [5] 彭颖, 金春林, 王贺男. 美国DRG付费制度改革经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2018,37(7):93-96.
- [6] 张朝阳, 潘伟, 朱坤, 等. 医保支付方式改革实践与启示——基于卫十一项目探索[J]. 中国卫生政策研究, 2017,10(9):1-7.
- [7] 章平. 医保付费改革下中医药发展的战略机遇[J]. 中国卫生, 2022(5):80-81.
- [8] 马忠凯. DRG付费下中医医院疾病编码缺陷对DRG入组结果的影响[J]. 中国卫生经济, 2021,40(4):80-82.
- [9] 王宾, 李伟荣, 郭默宁. 某三甲医院借助DRG推进医疗管理变革的阶段及对策[J]. 中国医院管理, 2023,43(1):92-93+96.
- [10] 梁力中, 华芳, 吴伟基, 等. 医保付费制度改革背景下中医药非对称共摊机制探索与实践[J]. 中国卫生经济, 2022,41(9):23-28.
- [11] 董众兵, 高大鹏. 强化医保和价格制度 促进中医药服务高质量发展[J]. 前进论坛, 2020(12):35-36.
- [12] World Health Organization. Classifications: International Classification of Health Interventions (ICHI) [R]. Geneva: World Health Organization, 2020.
- [13] 湖南中医学院中医诊断研究所, 中国中医药学会, 中国中医研究院, 等. GB/T 16751.3-1997 中医临床诊疗术语 治法部分[S]. 北京: 国家技术监督局, 1997.
- [14] 慈璞娟, 刘爱民. 国际常见手术及操作分类系统的比较研究[J]. 中国病案, 2015,16(9):29-32.
- [15] 马利, 王振宇. 中医药卫生经济学[M]. 第2版. 北京: 中国中医药出版社, 2018:180.

[收稿日期: 2023-03-20] (编辑: 张红丽)

《中国卫生经济》在线投稿、查稿说明

首先, 请您登录《中国卫生经济》网站: <http://www.cn-he.cn>。

如果您是新作者(即第一次在线投稿), 请先点击“作者登录”和“新用户注册”来在线填写作者信息, 注册成功后请记住您的E-mail和密码。如果您忘记了密码请电话咨询本刊编辑部(0451-87253040、87253041、87253042、87253048)。

如果您曾经给本刊投过稿, 您可以通过点击“作者登

录”用您的用户名和密码直接登录即可在线查稿或再次投稿, 您也可以登录后自行修改您的登录密码。

在投稿之前, 请您先浏览《中国卫生经济》网站上的“作者园地”中的中国卫生经济例: “《中国卫生经济》杂志编排: 刊例”和“投稿须知”中的“《中国卫生经济》杂志稿约”, 然后, 按要求完善您的文章并完成投稿。

最后, 在您投稿成功后, 您注册的E-mail里会立即收到一封已分配稿号的“《中国卫生经济》收稿通知”信件。