

## 基于DRGs的药品综合管理模式在控制住院患者药品费用中的效果分析

韩凤昭,李振知,肖怀玉,张思洁,杨文华  
北京怀柔医院 药剂科,北京 101400

**【摘要】目的** 基于诊断相关分组(DRGs)建立药品综合管理模式,合理控制住院患者药品费用,为促进临床合理用药水平提供参考依据。**方法** 基于DRGs建立药品综合管理模式,比较管控前后5年的住院患者例均药品费用、药品占比、重点监控的药品金额及占比情况。**结果** 管控后,住院患者例均药品费用由2017年的3496.3元下降到2021年的2609.7元、药品占比由2017年的29.0%下降到2021年的17.4%,辅助用药、中成药占比下降和住院药品占比下降有相关性( $P<0.05$ );全院大部分绩效科室的人均住院药品费用和药品占比下降明显;精细化管理中典型科室骨科DRGs管理成效显著,住院患者例均药品费用由2017年的4339.2元下降到2021年的2577.5元、药品占比由2017年的17.5%下降到2021年的8.7%。**结论** 基于DRGs建立药品综合管理模式,能够合理控制住院患者药品费用,提高临床合理用药水平,促进医保基金的合理使用。

**【关键词】** 诊断相关分组;综合管理;药品费用;辅助用药;中成药;抗菌药物

**【中图分类号】** R95;R969.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1672-3384(2022)08-0032-07

**Doi:** 10.3969/j.issn.1672-3384.2022.08.007

### Analysis on the effect of comprehensive drug management model based on DRGs in controlling the drug cost of inpatients

HAN Feng-zhao, LI Zhen-zhi, XIAO Huai-yu, ZHANG Si-jie, YANG Wen-hua  
Department of Pharmacy, Beijing Huairou Hospital, Beijing 101400, China

**【Abstract】 Objective** To establish a comprehensive drug management model based on diagnosis related groups (DRGs), so as reasonably control the average drug cost of inpatients and provide reference basis for promoting rational drug use in the clinic. **Methods** The hospital established and implemented comprehensive drug management measures based on DRGs. Then, we compared the average drug cost, the proportion of drugs and the amount and proportion of several major categories of drugs of inpatients before and after implementation. **Results** After the implementation of management measures, the average drug cost per inpatient decreased from 3496.3 yuan in 2017 to 2609.7 yuan in 2021, and the proportion of drugs decreased from 29.0% in 2017 to 17.4% in 2021. The drug proportion's decline showed a positive correlation with the decline of adjuvant medicine and proprietary Chinese medicines ( $P<0.05$ ). The drug cost and drug proportion of most performance departments in the hospital decreased significantly. Notably, the DRGs management in department of orthopedics achieved remarkable results, the average drug cost per inpatient decreased from 4339.2 yuan in 2017 to 2577.5 yuan in 2021, and the proportion of drugs decreased from 17.5% in 2017 to 8.7% in 2021. **Conclusion** The establishment of drug comprehensive management model based on DRGs can reasonably control the drug cost of inpatients, improve clinical rational drug use, and promote the appropriate use of health insurance fund.

**【Key words】** DRGs; comprehensive management; drug cost; adjuvant medicine; proprietary Chinese medicine; antibiotics

疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRGs)是一个重要的医疗管理工具,美国于1983年

率先在全国实施了DRGs预付费制度的改革方案,其显著的控费效果引起了许多国家的关注<sup>[1]</sup>。我国从

上世纪80年代末开始进行DRGs的相关研究,目前DRGs支付方式将成为我国医保支付的必然发展方向<sup>[2]</sup>。运用DRGs支付方式替代目前医保使用的按项目付费,能够实现以患者为中心、提高医保基金使用效率,同时可以促进医疗卫生事业可持续发展<sup>[3]</sup>。因此医院需要从病种与医疗行为等管理维度去科学化管理。2017年《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》<sup>[4]</sup>要求,推进DRGs付费国家试点,探索建立DRGs付费体系。

北京怀柔医院是一所新晋升为三级的综合医院,2017年作为新农合患者DRGs付费的试点单位,为了有效合理控制住院患者药品费用,合理优化医保资金的配置和使用,医院开始采取以按疾病诊断分组付费与预付费制度(diagnosis related groups-prospective payment system, DRGs-PPS)为主,结合重点药品使用监测、医嘱点评等一系列管控措施建立药品综合管理模式来合理控制住院患者例均药品费用及药品占比<sup>[5]</sup>。经过5年的努力,在合理控制住院患者例均药品费用和合理使用药品方面取得了显著成果,现将此项工作的效果进行分析,为合理控制住院患者例均药品费用,提高合理用药水平提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

本研究中病案数据来源于该院信息系统病案首页相关数据库,三级综合医院数据来源于北京地区住院医疗服务绩效评价平台,DRGs信息来源于第三方软件提供的医院精细化管理DRGs费用控制平台。将2017年1月1日至12月31日的住院患者药品使用情况作为管控前阶段,2018年1月1日至2021年12月31日的药品使用情况作为管控阶段,逐年进行精细化管理。

### 1.2 药品综合管理模式的建立

**1.2.1 成立医保费用管控组织,明确职责** 加强对医疗改革工作的组织领导,医院成立了由院长担任组长,分管医保的副院长担任副组长,由医务科、医保办公室、病案科、药剂科、信息科组成的医保控费小组。小组内的各个部门各司其职,合理管控,其中

信息科负责统计相关数据,病案科按月发布各科室DRGs入组情况,医保办公室发布全院医保预算情况,医务科对医疗质量进行监控,药剂科负责分析药品费用超标科室的用药情况,提供降低药品费用的意见<sup>[5]</sup>。

**1.2.2 按DRGs付费管理** 根据第三方软件提供的医院精细化管理DRGs费用控制平台,医院试点实施了按DRGs的医保管控措施。对全院医师进行DRGs政策培训;加强病案管理,编码员与科室医师加强沟通交流,提高病案首页的填报质量;基于第三方软件系统分析临床科室DRGs分组病例的亏损和结余情况,开专题会讨论。

**1.2.3 药品费用管理** 医院设立总目标值为一级目标值,编制全院药品费用预算总额度,每个临床绩效科室设立二级目标值,药品费用预算落实到科室,并根据医院工作量动态调整预算。目标值以上一年度实际值为基准,通过横向、纵向对比和核减不合理用药3个维度来设立。科室的绩效与月、季、年药品费用考核相挂钩,精细化考核临床科室的次均药品费用。药剂科发挥药学职能部门作用,通报科室绩效指标完成情况,汇总科室用药金额排名情况,汇总医师次均药品费用情况,分析不合理用药现象。

**1.2.4 建立院内重点监控药品目录** 建立医院重点监控药品目录,以信息系统为依托进行信息化管控。定期将目录中药品的使用金额及排名在全院的药事汇报中进行通报,同时公布前5名的使用科室和使用医师。建立药品用量预警机制,属于不合理增长的品种,对其采取限量、暂停使用等措施<sup>[6]</sup>。

**1.2.5 实施医嘱审核、专项点评,加强合理用药管理** 制定药品使用规范,如人血白蛋白、抗菌药物、重点监控药品使用规范等。临床药师对这些药品进行专项点评,针对点评结果不合理的病例与医师进行沟通,协助减少不合理用药的情况。

**1.2.6 严格控制新药遴选品种** 药事管理与药物治疗学委员会新药遴选原则包括有效、安全、经济。可以引进的是循证医学证据指南或专家共识推荐,不予引进的是疗效不确切、适应证过于宽泛、非治疗必须用药。

**1.2.7 发挥临床药师作用** 临床药师为临床有需要的科室提供用药咨询服务、会诊服务,解决临床用药

疑问;与患者沟通,进行用药教育,提高患者的用药依从性,改变患者依赖抗菌药物、依赖输液等一些错误观念;提高公众合理用药安全意识,为公众提供用药科普知识及用药咨询活动<sup>[3]</sup>。

### 1.3 观察指标

分别统计管控前后的如下数据:① 全院 DRGs 入组率、例均住院总费用、住院例均药品费用、病例组合指数(case mix index, CMI)、住院药品占比和平均住院时间;② 重点关注辅助用药、中成药、人血白蛋白、抗菌药物的例均费用及金额占比情况;③ 各绩效科室的人均住院药品费用和药品占比情况;④ 精细化管理中典型科室骨科 DRGs 管控前后情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以例数(百分比)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;采用 Spearman 相关性分析法分析几个分类药品的药品占比与住院药品占比的相关性。 $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 管控前后全院年度总体情况

从 2017 年到 2021 年全院 DRGs 入组率和 CMI 都有所提高;药品占比、平均住院日逐年下降;例均住院总费用升高,例均药品费用 2018 年较 2017 年有较大幅度下降后,近几年基本持平。

与三级综合医院同期比较,5 年全院的 DRGs 入组率、住院药品占比优于三级综合医院;CMI、例均住院总费用、例均药品费用低于三级综合医院;平均住

院时间高于三级综合医院,见表 1。

### 2.2 管控前后全院不同药品占比

在住院药品结构方面,随着住院药品占比的逐年下降,中成药、辅助用药、抗菌药物占比下降明显,中成药、辅助用药与住院药品占比下降有相关性,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),人血白蛋白占比在 2019 年略有所上升后又下降,见表 2。

### 2.3 管控前后住院绩效科室例均药品费用和药品占比

2021 全院住院共有 20 个绩效科室,急诊住院成立于 2018 年。同 2017 年比较,除外科重症监护(surgical intensive care, SICU)、肝胆外科和眼科,其他科室的药品占比均有不同程度下降,例均药品费用方面,仅有 SICU 和肝胆外科的费用上涨,其他 18 个绩效科室均有不同程度下降,见表 3。

### 2.4 管控前后骨科总体情况

本研究仅以精细化管理中典型科室骨科病区患者的药品费用为典型案例,通过对 2017 年至 2021 年的数据对比,分析 DRGs 管控后骨科病区患者的辅助用药、镇痛药、中成药、抗菌药物、抗骨质疏松药、人血白蛋白的例均药品费用情况。从 2017 年到 2021 年骨科住院患者的 DRGs 入组数和 CMI 均有所提高;药品占比、平均住院时间逐年下降;例均住院总费用升高,例均药品费用 2018 年较 2017 年有较大幅度下降后,近 3 年基本持平。在药品结构方面,辅助用药、中成药例均用量下降明显,呈逐年下降趋势,镇痛药物 2017 年有一个明显下降,其后几年持平,抗骨质疏松药用量有上升,抗菌药物、人血白蛋白变化不明显,见表 4 和图 1。

在具体的 DRGs 中,以骨科的大手术 IC13 和 IC15

表 1 管控前后全院年度总体情况

类别	2017 年		2018 年		2019 年		2020 年		2021 年	
	三级综合医院	本院	三级综合医院	本院	三级综合医院	本院	三级综合医院	本院	三级综合医院	本院
DRGs 入组率(%)	99.6	99.9	99.6	99.9	99.7	99.9	99.8	99.9	99.7	99.9
病例组合指数	1.03	0.95	1.02	0.96	1.03	0.95	1.03	0.97	1.02	0.97
例均住院总费用(元)	20 829.7	12 054.8	21 576.4	12 300.7	22 874.5	12 557.0	26 251.1	14 850.7	25 444.8	15 012.8
例均药品费用(元)	4887.6	3496.3	4794.9	2533.1	4873.1	2523.9	5537.7	2757.4	5074.4	2609.7
住院药品占比(%)	23.5	29.0	22.2	20.6	21.3	20.1	21.1	18.6	19.9	17.4
平均住院时间(d)	7.9	9.4	7.6	9.0	7.3	8.9	7.5	8.2	6.9	8.0

注:DRGs 表示诊断相关分组

表2 管控前后全院不同药品占比变化(%)

年份	住院药品	中成药	辅助用药	人血白蛋白	抗菌药物
2017	29.0	3.4	5.9	0.8	5.7
2018	20.6	2.0	2.8	0.6	4.2
2019	20.1	0.6	2.7	1.0	4.7
2020	18.6	0.5	1.3	0.8	4.4
2021	17.4	0.5	0.8	0.7	4.0
r值		1.000	1.000	0.200	0.700
P值		0.001	0.001	0.747	0.188

注:与住院药品占比比较, $P<0.05$ 

两组疾病组为例,具体分析实施DRGs前(2017年)后(2021年)住院总费用和药品费用的变化,见表5。

### 3 讨论

#### 3.1 基于DRGs疾病分组合理控制同组疾病的药品费用

随着我国老龄化时代的到来,医疗保险短期收支平衡和长期收支平衡难以保持,引进DRGs这一管理工具,能够解决这一难题,使医疗机构、医疗保险机构、患者三方达到共识。其实从本质上讲,DRGs不仅能用于支付管理,还能用于预算管理和质量管理,是一套医疗管理工具。医院基于DRGs建立药品综合管理模式,能够合理地控制住院患者的药品占比及例均药品费用。药品占比一定程度上能够衡量医院的合理用药水平,但近年来关于“药品占比不能从根本

表3 管控前后各住院绩效科室药品占比和例均药品费用情况

绩效考核科室	2017年		2018年		2019年		2020年		2021年		药品占比下降幅度(%) <sup>*</sup>	例均药品费用下降幅度(元) <sup>*</sup>
	药品占比(%)	例均药品费用(元)	药品占比(%)	例均药品费用(元)	药品占比(%)	例均药品费用(元)	药品占比(%)	例均药品费用(元)	药品占比(%)	例均药品费用(元)		
外科重症监护	27.4	9792.0	20.0	6941.9	26.1	7743.3	29.3	19 208.3	31.0	18 418.3	-3.5	-88.1
肝胆外科	23.5	3055.0	21.0	2525.1	29.5	4495.2	28.1	4916.5	29.9	5239.6	-6.4	-71.5
呼吸科	36.4	5035.1	28.7	4189.5	29.0	4328.3	28.7	5475.5	25.4	4694.0	11.1	6.8
眼科	2.2	128.3	2.7	189.9	2.9	149.3	3.1	144.7	2.8	117.9	-0.6	8.1
肿瘤血液科	48.8	6174.0	39.5	4308.0	37.7	4256.8	36.9	4546.8	38.9	5040.0	9.9	18.4
神经外科	38.8	12 391.3	28.2	9049.7	29.8	10 717.0	30.1	12 588.5	25.1	10 054.9	13.7	18.9
妇产科	28.7	1664.0	21.2	1408.9	17.3	1282.9	17.1	1356.7	17.3	1283.6	11.4	22.9
泌尿外科	31.6	3791.2	20.7	2540.7	19.6	3030.4	17.1	2881.5	16.1	2921.1	15.6	23.0
儿科	22.0	749.9	17.6	651.8	18.1	729.0	11.3	614.9	10.1	569.3	12.0	24.1
心胸外科	31.7	5194.6	22.9	3927.1	24.5	4454.0	23.3	3852.4	22.1	3868.1	9.6	25.5
普外科	27.7	3547.5	20.0	2074.5	22.5	2572.6	23.6	2999.0	19.9	2531.3	7.8	28.7
心内科	21.8	3184.9	13.6	1986.0	13.0	1714.3	11.4	1959.6	12.6	2212.8	9.3	30.5
耳鼻喉科	27.4	2396.0	18.4	1543.9	16.2	1461.5	17.6	1774.4	15.6	1560.9	11.9	34.9
肾内科	37.0	4059.3	27.7	2570.4	23.2	2060.1	23.0	2763.3	20.8	2518.5	16.2	38.0
骨科	17.5	4205.2	11.7	2977.7	9.7	2567.0	9.5	2733.7	8.5	2516.3	9.0	40.2
神经内科	38.5	4709.7	27.3	3553.6	28.5	3031.5	27.8	3382.2	22.4	2482.5	16.2	47.3
口腔科	33.0	4878.6	28.0	3530.9	23.2	2857.7	23.3	2595.7	20.7	2414.6	12.3	50.5
内分泌科	25.9	2232.2	14.8	1335.2	13.1	1253.1	15.3	1458.9	12.7	1100.9	13.2	50.7
消化科	40.7	4291.4	27.7	2756.5	25.5	2445.5	25.9	2492.7	23.0	2077.6	17.7	51.6
急诊科	-	-	39.3	9316.1	35.1	7532.41	31.1	7683.2	34.1	6867.5	-	-

注:<sup>\*</sup>表示2021年与2017年比较,药品占比或例均药品费用下降幅度;-表示无数据



表4 管控前后骨科年度总体情况

类别	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
DRGs入组数(例)	2098.0	2385.0	2517.0	1940.0	2573.0
病例组合指数	1.20	1.20	1.24	1.22	1.22
例均住院总费用(元)	24 731.6	26 162.2	26 327.8	29 297.8	29 675.3
例均药品费用(元)	4339.2	3065.0	2488.7	2727.7	2577.5
住院药品占比(%)	17.5	11.7	9.5	9.3	8.7
平均住院时间(d)	11.4	10.2	9.2	7.7	7.7

注:DRGs表示诊断相关分组

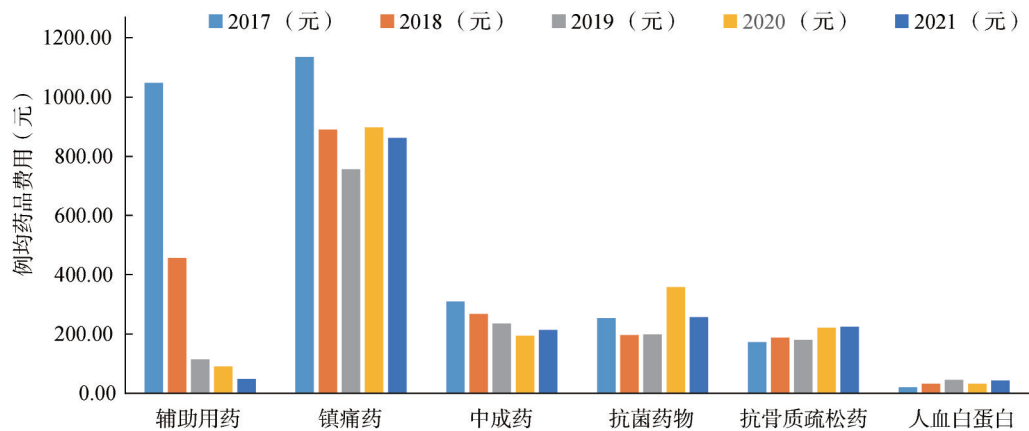


图1 管控前后骨科不同药品例均药品费用

表5 骨科病区2个诊断组管控前后例均住院总费用和药品费用的变化(元,  $\bar{x} \pm s$ )

诊断组	例次	住院总费用	住院药品 总费用	药品费用					
				中成药	辅助用药	抗骨质疏松药	镇痛药	抗菌药物	
IC13									
2017年	76 50	586.3±8006.3	7064.2±2696.6	407.4±276.5	1834.8±1247.0	487.5±193.6	1856.5±599.5	299.5±119.7	
2021年	168 51	620.7±9575.6	3931.3±1096.9 <sup>*</sup>	271.59±170.1 <sup>*</sup>	84.0±91.6 <sup>*</sup>	615.8±407.6 <sup>*</sup>	1488.3±500.3 <sup>*</sup>	317.5±186.5	
IC15									
2017年	52 53	072.3±8258.1	6895.1±2518.8	351.4±269.0	1808.5±1182.9	506.9±239.1	1961.6±821.9	306.7±174.1	
2021年	54 53	158.6±9224.7	3872.3±895.0 <sup>*</sup>	227.0±205.9 <sup>*</sup>	103.2±93.3 <sup>*</sup>	798.2±280.1 <sup>*</sup>	1381.7±464.1 <sup>*</sup>	313.3±147.5	

注:IC13表示大关节置换术,伴并发症与合并症;IC15表示大关节置换术,不伴并发症与合并症;\*2021年与2017年比较, $P<0.05$

解决医疗费用控制问题,可能会导致检查过度”的争议越来越大<sup>[3]</sup>。而采取综合的管理手段,在控制药品占比的同时控制例均药品费用,能从根本上解决医疗费用控制中的药品费用问题。从2017年以来,该院运用DRGs管理工具,对住院患者进行全方面的管理,效果显著,该院的药品占比和平均住院时间均逐年下降,患者的例均药品费用也较2017年管理初期有了大幅度的下降,该院CMI有所提高,综合实力在上升。与全市的三级综合医院比较,该院例均住院总费用、例均药品费用均低于三级综合医院平均水平。

2020年北京市药学质量控制和改进中心的反馈,该院的药品费用在全市二、三级医院中消耗最低。医院利用DRGs控制经费的目标得到了有效实现,尤其是药品费用效果显著。患者的住院费用和住院时间减少,同时也促进医疗资源的合理利用,实现了患者与医院的双赢,这正是DRGs管理的最佳效果的体现<sup>[7]</sup>。医院在运用DRGs管理工具对住院患者进行全方面的管理时效果显著,但国家各种医疗改革的方针政策也在一定程度上影响医院药品占比。从2018年11月国家集中带量采购到2021年11月第五批带量采

购的实施,国家医保谈判也取得较大进展,两者协同进行,切实地减轻了人民群众的用药负担,降低了医院药品占比<sup>[7]</sup>。据统计,同2019年比较,2021年该院住院药品占比受国家集中带量采购和国家谈判药品的影响约1.5个百分点。

### 3.2 通过DRGs对各项药事指标管控,促进药品合理使用

在运用DRGs的管理工具对患者进行管理过程中,为了推进药品费用和药品占比的降低,引导合理用药,药学部门联合其他部门制定了重点监控药品目录,主要包括辅助用药(包括国家重点监控药品)、人血白蛋白、中成药、抗菌药物等,通过对这一类药品的正确引导及合理应用,大幅度地降低了这类药品的使用比例,有效地降低了住院药品占比,提高了医保资源的合理使用。在对医院重点监控药品的合理管控中,医院通过医嘱点评、制定科室绩效等多种管理方法合理管控,临床药师也进行分工,点对点与科室主任对接,就科室药品的品种选择、疗程以及循证医学等方面进行沟通讨论,一定程度上强化了医师合理用药的意识。中成药、辅助用药下降明显,与总药品占比下降有相关性( $P<0.05$ ),差异具有统计学意义。临床药师通过引导临床选择疗效安全性高、经济的品种,合理控制疗程等管控,全院药品占比下降,例均药品费用下降,但治疗用药影响不大<sup>[8]</sup>。

### 3.3 基于DRGs实施药事精细化管理的具体实践

通过对全院药品的合理管控,2021年同2017年相比,全院20个绩效科室,除了SICU、肝胆外科和眼科,其他科室的药品占比均有不同程度下降,例均药品费用方面,仅有SICU和肝胆外科的费用上涨,其他18个绩效科室均有下降。分析这2个科室,主要为这2个科室在引进新技术,收治的病种和病例的复杂程度较前都有所变化,收治了许多疑难患者,故这2个科室药品费用增加明显。

在对科室进行DRGs管理时,由于手术病例的费用影响因素多,因此外科系统是费用管理的重点和难点。本文以骨科为例,详细介绍了骨科在DRG管理中的成效。临床药师基于骨科DRGs数据,制定了精细化的管理方案:①通过对骨科不同病区不同医师的DRGs分组病例进行分析,结合病例的CMI值、药品结构、例均药品费用等指标,找到需要重点监控的对

象。该院骨科共有2个科室,科室收治病种相同,药师通过对比数据发现,2个科室的辅助用药占比、抗菌药物占比具有显著性差异。根据数据对比,找到例均费用高且辅助用药比例高的典型医师病例进行分析,并作为重点点评和监控的对象进行管理。在与科室主任进行一对一沟通后,达成病区用药共识及辅助用药使用规范<sup>[9]</sup>。②开展共性用药问题专项管控。例:病例分析中,临床药师发现骨科2个病区的预防用抗菌药物的时间不一致,一些医师使用抗菌药物预防感染时间长,未按照《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》<sup>[10]</sup>的规定时间停药,临床药师通过与医师沟通,了解到医师担心术后感染而延长预防用药时间的原因后通过讲课的方式讲解药物代谢动力学知识,医师接受了预防用药时间的调整。另一个典型的案例是骨科手术、创伤及危重患者往往伴有不同程度的低蛋白血症,而医师常规应用人血白蛋白改善这一指标。药师通过沟通、讲课的方式一方面使医师明白需改善外科患者术后这些负氮平衡和低蛋白血症症状,应该加强患者的肠内或者肠外营养,应用氨基酸制剂提供合适的能量和营养底物,而非人血白蛋白<sup>[11]</sup>。另一方面该院通过制定人血白蛋白合理使用制度<sup>[12-13]</sup>,以进一步明确临床应用指征,提高了人血白蛋白临床应用的合理性,降低了白蛋白的使用量,药品费用下降明显。③骨科手术DRGs分组当中,IC13、IC15属于骨科大手术,临床药师通过参与患者的治疗管理中,一方面控制不合理用药的药品费用,另一方面同医师沟通更加合理地调整了用药方案,使患者的用药更加合理规范,由表5可以看出,镇痛药、辅助用药、中成药和抗骨质疏松药这4类药物上同2021年比较,均有显著性差异( $P<0.05$ )。骨科大手术后的镇痛是有必要的,药师通过给患者进行疼痛评分及时对镇痛药物进行调整,降低了药品费用,解决了患者的疼痛问题。IC13、IC15疾病组的患者大多数合并骨质疏松,围手术期抗骨质疏松治疗就显得尤为重要,合理地应用抗骨质疏松药物不仅可以治疗患者的骨质疏松,还可以减少急性骨丢失,可缓解患者骨质疏松性骨痛,降低了镇痛药物的使用量<sup>[8]</sup>。药师在管理病例的当中,一方面降低了辅助用药、中成药两大类药品费用,另一方面也促进合理用药,干预后抗骨质疏松、镇痛等药物合理性得到提高,而患者的药品费用并没有增加,

这正是临床药师干预的结果体现。

### 3.4 基于DRGs的综合管理模式在合理控制费用中存在的问题

在DRGs的管理当中,DRGs病例的评价效果受病案首页的数据完整性和准确性限制。目前,国家层面DRGs分组原则刚刚出台,各级各类医院选用分组器不一,区域大数据有待完善。该院DRG指标中缺乏更直接的有助于药品精细化管理的数据,如抗菌药物消耗指数、辅助药品消耗指数等,药学部门已与医务处、信息科沟通在DRGs数据中完善各项药事指标。另外,该院DRGs统计数据无法完全适用于所有病区,对于病组变异系数大的重症医学科、消耗占比较高的部分外科科室,费用消耗指数横向比较无法完全代表实际药品使用情况。

综上所述,目前DRGs主要用于医院整体指标与临床科室的把控,药学部运用DRGs的较少。在合理用药管理中,医院领导高度重视,基于DRGs建立药品综合管理模式,一方面预算牵头、绩效收尾、精细到科室,同时借助信息化手段——合理用药软件,高效提升合理用药水平,另一方面药学部门发挥职能部门作用,与多部门联合联动,齐抓共管,同时充分发挥临床药师的作用,实现了对住院患者例均费用的合理控制。然而药品费用的控制是一个漫长的过程,随着今年北京市公立医院有序推进DRGs付费,下一阶段医院将在目前基础上探索在临床路径中推动用药模式,实现更为精细化的药事管理模式。

#### 【参考文献】

[1] 别凤赛,王珊,饶克勤,等.国内外疾病诊断相关分组(DRGs)支

- 付制度改革与实践应用评价[J].中华医学图书情报杂志,2018,27(8):43-47.
- [2] 丁锦希,张静,陈烨,等.我国公立医院推行DRGs-PPS支付方式改革的评价与思考——基于北京市2011—2018年试点推行数据的实证分析[J].中国医药工业杂志,2019,50(9):1052-1058.
- [3] 王玉廷,周小兰,沈毅,等.DRG支付下医院住院医疗成本管理及控制[J].卫生经济研究,2021,38(9):58-61.
- [4] 国务院办公厅.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[EB/OL].(2017-06-28)[2022-06-01].[http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content\\_5206315.html](http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content_5206315.html).
- [5] 刘慧敏,陈富超,李志浩,等.按疾病分组付费为主的综合管控模式在降低住院药占比中的干预效果分析[J].中南药学,2019,17(6):976-980.
- [6] 杨香瑜,陈辰,胡松,等.基于疾病诊断相关分组实施重点监控药品精细化管理的实践[J].中国医院用药评价与分析,2021,21(5):612-614.
- [7] 谭清立,郭润锰,孙慧琳,等.药品集中带量采购与医保谈判政策的协同作用[J].中国药房,2021,32(15):1793-1799.
- [8] 韩凤昭,李振知,杨文华.DRGs-PPS下的临床药师参与股骨颈骨折临床路径的实施效果[J].中国药房,2017,28(33):3281-3284.
- [9] 杨香瑜,陈辰,张韶辉,等.临床药师基于疾病诊断相关分组数据参与消化内科药事精细化管理的实践[J].中南药学,2020,18(7):1219-1222.
- [10] 国家卫生计生委办公厅,国家中医药管理局办公室,解放军总后勤部卫生部药品器材局.关于印发抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)的通知[EB/OL].(2015-07-24)[2022-06-01].<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201508/c18e1014de6c45ed9f6f9d592b43db42.shtml>.
- [11] 周虹,王华光,刘丽宏.468例人血白蛋白临床应用调查与分析[J].中国药物应用与监测,2014,11(5):311-315.
- [12] 刘彦杰,周虹,刘丽宏,等.PDCA循环结合信息系统管理在人血白蛋白合理使用中的效果[J].临床药物治疗杂志,2021,19(7):71-74.
- [13] 何霖,彭杨,皮桃英.PDCA循环法对某院人血白蛋白合理使用的干预研究[J].中药与临床,2021,12(6):54-58.

收稿日期:2022-06-29 本文编辑:任洁