

医疗服务项目编码 实现全国统一的基础和思路

何文炯 胡晓毅 杨一心

(浙江大学公共管理学院 杭州 310058)

【摘要】医疗服务项目及其编码是基本医疗保障制度的重要基础。相当一段时间来,各地医疗服务项目名称及其编码不统一,直接制约着国家医疗保障治理水平的提高。本文以国家医疗保障局“医疗服务项目编码标准研究”项目为基础,论述了医疗服务项目编码统一的背景、基础及其必要性,以现行医疗服务项目及其编码规则运行情况为基础,分析了医疗服务项目编码的新需求,根据医疗保障治理现代化趋势并结合现实,提出了实现医疗服务项目编码全国统一的思路和具体建议。

【关键词】医疗服务项目;编码;标准化;全国统一

【中图分类号】F840.684 C913.7 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2019)9-28-5

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2019.9.007

The Basis and Thought of Achieving National Unification of Medical Service Item Coding

He Wenjong, Hu Xiaoyi, Yang Yixin(School of Public Management, Zhejiang University, Hangzhou, 310058)

【Abstract】 Medical service items and their codes are the important foundation of the basic healthcare security system. For quite a long time, the names and codes of medical service items in different regions are not uniform, which directly restricts the improvement of the governance level of national healthcare security. Based on the project of "Research on Coding Standards for Medical Services Projects" of the National Healthcare Security Administration, this paper discusses the background, basis and necessity of uniform coding for medical services items. Based on the operation of current medical services items and their coding rules, this paper analyses the new requirements of coding for medical services items. According to the modernization trend of healthcare security governance and combining with reality, this paper puts forward some ideas and concrete suggestions for realizing the national unification of medical service item coding.

【Key words】 medical service item coding, coding, standardization, national unification

医疗服务项目是对医务人员技术
劳动进行计量的基本单元,是医疗机
构收费的基础,也是医疗保障部门与
医疗机构进行费用结算的基础,无论

采用哪一种结算方式,都必须以医疗
服务项目为基础。虽然国家有关部门
曾经颁布过3个医疗服务价格项目规
范^①,但由于种种原因,多年来各地的
医疗服务项目及编码不一致,不仅各
省份之间不同,而且有的省份内各地
市之间也不统一。此等状况,直接影
响着全国医疗服务基本信息的汇集

【收稿日期】2019-08-26

【作者简介】何文炯,理学博士,浙江大学民生保障与公共治理研究中心主任,中国社会保障学会副会长,浙江大学公共管理学院教授,“医疗服务项目编码标准研究”项目负责人,主要研究方向:社会保障、风险管理、保险与精算数学和研究。胡晓毅,浙江大学社会保障专业博士研究生,“医疗服务项目编码标准研究”项目核心成员。杨一心,浙江大学公共管理学院讲师,“医疗服务项目编码标准研究”项目核心成员。研究过程中,得到中国社会保障学会医疗保障专业委员会秘书长严娟女士的帮助和支持,谨致谢意。

【基金项目】本研究是国家医疗保障局委托项目“医疗服务项目编码标准研究”的成果之一。

和统计,容易滋生医疗机构的不规范不合理收费行为,对于基本医疗保障异地就医即时结算构成了障碍,由此折射出我国基本医疗保障治理机制之缺陷。

2018年,国家医疗保障局成立,启动了走向医疗保障治理现代化的基础性工程——医疗保障信息化标准化建设工程,医疗服务项目编码标准化成为其中重要一项。这对于完善基本医疗保障运行机制,打破地区间的信息“孤岛”使之互联互通,对于全国医疗保障信息系统建设整体布局,从而提高医疗保障治理水平,有着重要的战略意义。这是一项浩大的工程,需要在梳理全国各地形形色色医疗服务项目的基础上,寻求一个“标准目录”,设法让各地与之相对应,并实现平稳的过渡。在国家医疗保障局的领导下,各地医疗保障局和大批专家全力支持,此项工程已经基本完成。本文简要回顾本团队对于这一问题的思考和这一工程的基本思路。

1 医疗服务项目编码统一的基础和条件

为实现医疗服务项目编码全国统一,必须充分了解各地的医疗服务项目编码现状。2018年8月项目实施之初,项目组即通过国家医疗保障局向32个省份的400个统筹区发放问卷,调查医疗服务项目编码情况,收集各省份医疗服务项目编码信息,回收的问卷共收集入库数据975974条,为分析医疗服务项目编码现状奠定了坚实的基础。

1.1 现实条件:大部分省份省域内编码统一

表1 全国各地医疗服务项目编码规则使用情况汇总

使用版本	省份数	占比(%)	省份
2001版	21	66.67	山西、吉林、黑龙江、上海、江苏、浙江、福建、江西、河南、湖北、湖南、广东、海南、重庆、贵州、云南、陕西、甘肃、宁夏、新疆、兵团
2012版	3	10.00	内蒙古、天津、青海
其他	1	3.33	北京
省域内编码不统一	6	20.00	辽宁、山东、河北、四川、广西、安徽

根据统计,我国医疗服务项目规范实现省级统一的共24个,分别为山西、吉林、黑龙江、上海、江苏、浙江、福建、江西、河南、湖北、湖南、广东、海南、重庆、贵州、云南、陕西、甘肃、宁夏、新疆、兵团,占我国31个省级行政区(含新疆建设兵团,不包括西藏自治区、台湾地区及香港、澳门特别行政区)的77.42%。

目前,我国大部分省份实现了省域内医疗服务项目统一,实现了全省一张医疗服务项目编码表和医疗服务项目目录的全国统一管理。这就意味着全国400多个统筹区的医疗服务项目编码互认问题,可以简化为24个省和少部分地市的编码统一问题,为医疗服务项目编码走向全国统一奠定了基础,使得较短时间、较低成本、较高质量地实现全国统一成为可能。

1.2 共识基础:全国大多数地区采用2001版

近20年来,我国医疗服务项目规范有过三个版本。一是《全国医疗服务价格项目规范(试行2001年版)》,由原国家计委、卫生部和国家中医药管理局联合发布,简称“2001版”;二是《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》,由原国家发改委、卫生部、中医药管理局联合发布,简称2012版;三是《社会保险医疗服务项

目分类与代码》(LD/T 01-2017),由人力资源社会保障部发布,简称2017版。这三个版本中,2017版基本上没有被采用,仅有个别统筹地区采用过。2012版也没有在全国范围内广泛推行。事实上,大部分地区仍以2001版为基础管理本地区的医疗服务项目编码。这是我们考虑统一全国医疗服务项目编码的重要基点。在24个统一项目编码规范的省级行政区中,20个省(区、市)使用2001年版作为诊疗项目编码的基础,占省级行政区的83.33%;内蒙古、天津和青海3个省(区、市)使用2012年版;北京市仍使用着1999年的医疗服务项目管理规范(见表1)。我们注意到,即便是在尚未实现医疗服务项目编码省内统一的6个省83个地级市中,有68个市是以2001版为编码基础的,占81.83%。由此可见,各地医疗服务项目编码基础相对集中,绝大多数是以2001版为基础进行拓展、变化,使用其他版本的地区仍在少数。这是寻求共性、达成共识的重要基础。

1.3 重要机遇:管理服务对信息化需求转型升级

基本医疗保障是一个复杂的运行系统,随着参保人数增多和惠及范围扩展,基本医疗保障管理服务对于信息化的需求不断提高,人民群众对参保登记、缴费服务、费用结算的信息需求也越来越高。尽管随着“金保工程”的实施,各地医疗保障

①《全国医疗服务价格项目规范(试行2001年版)》(国家计委、卫生部和国家中医药管理局联合发布);《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》(国家发改委、卫生部、中医药管理局联合发布)。

信息化水平有了大幅度提高,且医疗保障管理服务工作人员已经积累了较强的信息工作经验,但是由于“金保工程”在各地的建设具有较强的自主性,地区之间信息孤岛的现象依然存在,其中关键问题之一是基础信息标准和编码规则不统一。这种自下而上的信息化建设,直接导致了医疗保障信息分割,已经无法适应我国医疗保障治理现代化的趋势。近年来,国家重点推进的基本医疗保险异地就医即时结算工程,成为推动医疗服务项目编码统一的重要动力。事实上,统一医疗服务项目编码,也是打破地方信息壁垒,实现信息互通的基础性工程之一。

2 医疗服务项目编码需求分析

实现医疗服务项目编码全国统一,必须建立新的编码规则,因而需要进行编码需求分析。关键是要弄清楚:在国家有关部门已经有编码标准版本的情况下,各地为什么会有各种改造?新的编码规则如何能够满足这些需求并适应未来的发展趋势?

2.1 从2001版到2012版

2000年10月24日,原国家计委、卫生部及国家中医药管理局联合发布《关于印发全国医疗服务价格项目规范(试行)的通知》(计价格〔2000〕1751号),形成了《全国医疗服务价格项目规范(试行2001年版)》,为各地调整归并医疗服务项目提供了基本遵循。在2001版的基础上,2007年又作了修订。国家发展改革委、卫生部、国家中医药管理局于9月4日联合发布《关于印发〈全国医疗服务价格项目规范〉新增和修订项目(2007年)的通知》(发改价格〔2007〕2193号),对试行的2001版进行新增和修订,在保持编码原有的编码规则和框架的基础上,

表2 编码规则异同点分析

版本	2001版	2012版
相同点	项目6要素:项目编码、项目名称、项目内涵、除外内容、计价单位、计价说明	
1、诊疗项目分类	4大类	6大类
2、诊疗项目数	3966条(2007年修订后4170条)	9360条
不同点		
3、项目名称	中文标准名“临床各系统诊疗”+“手术治疗”参照国际疾病分类ICD-9-CM	路径+部位(病变)+方法+术式
4、编码位数	9位数字编码	8位数字加字母编码
5、编码结构	五级分类法	章节+系统+部位+基础术式+入路+顺序

完善了2001版,本文把2001版和2007年新增和修订项目,统称为2001版。

2012年5月4日,根据国家发展改革委等三部委发布《关于改革药品和医疗服务价格形成机制的意见》(发改价格〔2009〕2844号)的有关精神,国家发展和改革委员会、卫生部、国家中医药管理局联合发出了《关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知》(发改价格〔2012〕1170号),颁布了《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》,这一版本与2001版存在较大的差异。虽然2012版延续了2001版对医疗服务项目“六个要素”的定义方法,依次为项目编码、项目名称、项目内涵、除外内容、计价单位、计价说明,但在项目分类、项目数量、项目名称和编码结构上做了较大的改动。2001版中将所有诊疗项目归为“综合医疗服务类”“医技诊疗类”“临床诊疗类”及“中医及民族医诊疗类”四大类,而2012版基于医学领域分类将诊疗项目分为“综合医疗服务”“诊断类操作”“治疗类操作”“康复医疗”“辅助操作”“中医医疗服务”以及“临时过渡类服务”六大类。

从诊疗项目数来看,2001版项目数3966条,2007年增补修订后增至4170条,而2012年版总条目数为9360条,是在2007年增补后的4170项医疗服务项目的基础上,淘汰了152项,保留

了2765项原项目,根据全国各地拆分现状,在2001版基础上拆分到终端项目6229项,此外增补了366项临床中广泛应用的新项目。

从项目名称命名顺序来看,2001年版中的中文标准名参照国际疾病分类ICD-9-CM采用临床各系统诊疗+手术治疗的命名格式,而2012版中诊疗项目以“路径+部位(病变)+方法+术式”的格式命名。从编码位数来看,2001年版采用8位数字编码,而2012年版选择使用9位的数字、字母混合码。最后,从编码结构来看,2001年版采用五级分类法,而2012年版遵循“章节+系统+部位+基础术式+入路+顺序”的编码结构(见表2)。

2.2 医疗服务项目的编码需求分析

值得指出的是,2001版是以1999年我国医疗服务技术实践为基础制定的。随着医疗技术进步,新的医疗服务方式不断出现并得到应用,而且近20年来随着改革的深入,幅员辽阔的祖国各地的医疗服务呈现出更多的差异性,因而2001版医疗服务项目的9位编码框架与实际需求差异日益扩大,各地不得不在2001版编码框架上拓展码位,以适应医疗服务管理和医疗保障费用结算的实际需要。虽然2012版试图努力反映这种新的需求,但并没有形成普遍共识,也未能在各

地得到普遍采用。各地在医疗服务项目编码使用过程中对医疗服务项目编码根据本地项目管理需要调整、拓展原有2001版编码的本地化行为,集中反映了医疗服务项目编码的需求,这是设置医疗服务项目编码新规则需要充分考虑的重要因素。只有这样,才能有统一的规则和方法将各地各种情况纳入新的编码结构之中,才能使新的编码规则在各地能够有效适用,实现平稳过渡。为此,我们着重关注了分解和加收两种情形。

2.2.1 拓展码位标识分解项目

2001版为精简医疗服务项目数,不少医疗服务项目其实包括许多不同的医疗服务项目内容,事实上有许多子项目使用同一个项目编码。2001版中,有1001个项目在“项目内涵”中,明确以“包括……等”的表述释明了该项目所包括的子项目,如:“肌肉注射”项目按其项目内涵,包括皮下注射和皮内注射两个项目,共同使用编码“120400001”。在编码使用的过程中,对医疗服务项目管理精细化的要求越来越高,不少省份开始拓展码位,虽然编码规则不尽相同,但主要目的都是将这些子项目一一标识出来,便于管理,也便于明确就诊者医疗过程中具体使用的医疗服务内容,有利于提高就诊者的理解度。

2.2.2 拓展码位标识加收项目

医疗服务项目目录不仅发挥着规范医疗项目管理的功能,而且在过去很长一段时间里还承担着价格管理的功能,明确着医疗机构可以收费的项目。因此,目录除了需要列举独立的服务项目之外,同一医疗服务项目,也会由于治疗的方法、路径、部位不同,导致成本不同,需要在基础项目上,酌情加收一部分费用。为了避免医疗机构乱收费,便于管理,2001版

表3 部分省(市、自治区)拓展码位标识分解项目编码规则示例

编码规则	示例码	使用省份	总计
增加一位数字码	250202034 1	广东、黑龙江、河南	3
		山西、浙江、福建	3
增加两位数字码	250202034 01	湖南	1
		重庆	1
增加一位字母码	250202034 A	贵州、宁夏、新疆、云南、陕西、江西、上海、甘肃、海南、湖北、江苏	11

表4 部分省(市、自治区)拓展码位标识加收项目编码规则示例

编码规则	示例码	地区	总计
增加一位字母码	(A/a/-a)	甘肃、贵州、江苏、江西、宁夏、陕西、新疆、云南	8
增加一或者两位数字码	(-1/01/01/-01)	海南、河南、黑龙江、湖南、山西、浙江、重庆、福建	8
增加字母数字组合码	(a.01/-a1/-A1/a-1)	海南、黑龙江、重庆	3
在原9位码基础上编码	(00/...)	甘肃、河南、上海、湖北、广东、吉林、陕西、新疆	8

对于部分项目根据临床实际,酌情加收一部分费用的情况做了列举。

在各地医疗服务项目管理过程中,为了进一步规范医疗服务项目可能产生的附加收费的情况,不少省份在原有9位码的基础上,拓展码位,用以标识加收项目,但编码规则存在较大差异,需要进一步统一。总的来说,主要存在四种编码规则。第一种是增加一位字母码,代表省份有甘肃、贵州、江苏、江西、宁夏、陕西、新疆和云南8个省区。第二种是增加一位或者二位数字码,代表省份有海南、河南、黑龙江、湖南、山西、浙江、重庆和福建8个省份。第三种是增加字母数字组合码,代表省份有海南、黑龙江和重庆3个省市。第四种是在原9位码基础上顺编,代表省份有甘肃、河南、上海、湖北、广东、吉林、陕西和新疆8个省市。

3 统一全国医疗服务项目编码规则的基本思路

自2001年起,各地已经建立了本地区的医疗服务项目管理系统并逐步完善、成熟,已经广泛地运用于本地的项目管理、费用结算等多个环节,对基本医疗保险制度的平稳运行影响深远。这是统一医疗服务项目编码规则的重要基础。因此,医疗服务项目编码统一需要充分尊重地方现状,寻求最大共识,即在地方现状的基础上,寻求最大共性,承认并保留全国目前普遍使用的、具有政策依据的医疗服务项目,编码规则满足各省(区、市)对医疗服务项目编码的共同诉求。同时,要降低改革成本,减少动荡,实现平稳过渡。

考虑到十多年来各地对原有编码的发展和改良这一实际情况和我国医疗服务水平地区差异大的现实情况,用以统一全国医疗服务项目编码的新框架必须具有可拓展性和可维护性,既要适应各地新增、调整医疗服务项目的需要,为项目管理和发展留足空间,也要具有可维护性,为医疗服务项目动态维护打下基础。基于上述原

则,医疗服务项目编码规则按照下列思路设置,以尽快实现平稳统一。

3.1最少对接成本:以2001版9位码为主体框架

为实现标准化和全国统一,需要立足于现有的编码版本,使得新的编码结构可以兼容目前的两个主要版本(2001版和2012版)。如果抛开各地区的现行版本,完全新编一套,则编制成本和对接成本都会很大。更重要的是,可能不符合各地区的使用习惯,使用者理解的难度会很大。

目前,各地区主要以2001版为基础进行本地医疗服务项目编码,少部分地区采用2012版编码。2001版以9位数字组成一个医疗服务项目代码,使用2001版进行编码的地区,虽然在2001版的基础上进行了改良和调整,但都保留了2001版9位码作为主体结构,提取出各地区现行编码中的9位码部分,就可以实现大部分地区现行医疗服务项目编码“求同”过程。

更重要的是,2012版虽然与2001版的编码规则存在较大的差异,但2012版的项目同2001版的项目一脉相承。2012版中保留了2001版的2765项原项目,加入了根据2001版拆分的子项目共6229项,与2001版的对应关系唯一且很明确。只有300余项,是在2001版的基础上完全新增的项目。也就是说,使用2012版的地区,可以根据《2012版与2001版映射关系目录》,便捷地将绝大多数2012版项目,与2001版项目建立一一对应关系。

据此,新的医疗服务项目编码采用15位数字码,以2001版中的9位数字码为基础码,即采用2001版的9位码作为标识项目的主体代码,保留2001版的9位码作为主体框架,然后在主体码前增加2位行政区划码,在主体码后分别增加2位分解码和2位加收

码。从而沿袭了2001版对于医疗服务项目的分类方式,符合各地区医疗服务项目管理的习惯,可以极大地减少新旧版本的对接成本。

3.2保障可用性和适用性:拓展分解、加收码位

新的医疗服务项目编码中,第12-13位为医疗服务项目的分解码。依据子项目的拆分顺序编码,从01开始顺序下编,如无分解项,则标记为00。分解码主要是对医疗服务项目中可以根据“项目内涵”和“说明”,有必要对服务范围、内容、方式、手段等进行区别,拆分为相应的子项目的,在主体部分9位码项目的基础上通过后缀分解码进行标识。例如,胆道手术中的胆囊肠吻合术,项目编码为331006001,其项目内涵中明确指出包括Roux-y肠吻合术,故赋予胆囊肠吻合术(Roux-y肠吻合术)分解码01,形成项目编码3310060010100。

新的医疗服务项目编码中,第14-15位为加收码,依据项目加收项进行顺序编码,从01开始顺序下编,如无加收项,则标记为00。加收码主要是在医疗服务项目收费时需要进行补充收费或者单独收费项目,通过后缀加收码进行标识。例如,胆囊切除术项目编码为331006002,说明栏指出胆囊切除术经腹腔镜加收,故赋予胆囊切除术(经腹腔镜加收)01的加收码,由于该项目无分解项,故后缀分解码位00,形成3310060020001的13位编码。

3.3实现平稳过渡:预留省级标准码位

虽然新的编码规则可以满足各地的编码需要,同时可以兼容2001版和2012版的项目。在新的编码规则下,梳理全国现有医疗服务项目,可以实现对全国大多数地区普遍开展的

医疗服务项目的编码统一,形成一套新的“国家编码”,方便各地互认,但不意味着“国家编码”可以囊括所有的医疗服务项目。事实上,我国幅员辽阔,各地区医疗水平参差不齐,地方的医疗特色明显。部分少数民族聚居地,还保留着具有民族特色的民族医疗项目。这些项目使用的地域范围比较局限,没有在全国大面积推行,为满足特定人群的需要,应当予以保留和承认,但仍需要规范其编码。

为了实现平稳过渡,不影响各地目前的基本医疗保障制度运行,加强对地方特色项目的管理,医疗服务项目编码预留了两位行政区划代码。医疗服务项目编码的第1-2位是国家行政区划标准代码,以国家行政区划标准代码作为地方标识码,表示对应省份的医疗服务项目,其中“00”为国家统一编码标识,除此以外的“11”“12”等数字码代表各个地方的医疗服务项目编码。各地目前暂时难以统一的、地方特色的项目,可直接使用省级标准编码予以兼容,使得各地不会因编码调整而影响实际使用。与此同时,对地方特色项目以统一的编码规则赋码,便于识别、汇总和跟踪管理,可以及时根据医疗服务项目的开展情况,自下而上地动态调整和维护国家统一的标准项目编码和项目目录,为未来规范医疗服务项目编码留足了空间。■

【参考文献】

- [1]王玉沟,朱佩慧.浅析2012年版全国医疗服务价格项目规范[J].中国医疗保险,2012(7):24-25.
- [2]于丽华,常欢欢,赵颖旭.我国医疗服务价格项目技术难度和风险程度赋值的设计与应用[J].中国卫生经济,2013(2):16-19.