

DRG医保支付方式改革对医院的影响与对策分析

■敬文静

(绵阳市中心医院, 四川 绵阳, 621000)

一、引言

医保支付方式改革是我国推进医疗体制改革的重要环节,是优化医疗资源配置、规范医疗服务诊疗行为、控制医疗费用不合理增长的重要手段。当前,我国DRG医保支付方式改革已全面推行,这种医保支付方式会对医院运营管理产生重大影响,医疗运营管理逐步实现精细化已成为必然。本文从阐述DRG支付概念出发,先分析新医保支付制度给医院带来的重大影响,再提出把握发展战略、合理控制成本、加强信息化建设等多方面的应对策略。

二、医院DRG支付概述

近年来,随着人口老龄化程度不断的加深和社会生活水平的逐步提升,人们对医疗服务的需求不断提高。同时,在以按项目支付为主要支付方式的医保制度下,大处方、过度医疗的现象已成为常态,这在很大程度上增加了患者和医保资金的压力。2019年5月,国家医保局等四部委发布《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》,确定了30个DRG付费国家试点城市;2020年10月,国家医保局发布《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》,方案明确要求,用1—2年的时间将统筹地区医保总额预算与点数法相结合,实行住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式,这预示着DRG医保支付改革将全面推广。医院传统的运营模式和理念与新医保制度的理念存在较大差异,而医保支付额度直接关系到医院的“钱袋子”,因此,新医保制度将倒逼医院改变传统运营模式,不断加强内部精细化运营管理,提高服务质量与效率。医院只有明确新医保制度的理念和导向,明确新医保制度和医院发展之间的关系,才能实现运行管理的平稳过渡。

DRG支付以病例组合为基本依据,综合考虑病例的个体特征,如年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度、合并症与并发症等因素,将临床过程相近、费用消耗相似的病例分到同一个组(DRG)中进行管理,并以组为单位制订医药费用标准进行付费。如图1,当病种服务数量为 X_0 时,若医院提供医疗服务的变动成本为

C,则医院结余为零,若医院变动成本提高到 C_2 ,则医院将亏损AOH部分,仅有当医院成本降低时,医院才能取得利润OHB。因此,DRG医保支付方式能够引导医院降低医疗成本,倒逼医院优化资源配置,提高医院运行效率,有效带动医院控制医疗成本、规范医疗行为,控制医疗费用不合理增长,减轻患者的医疗负担,减少医保的资金压力。

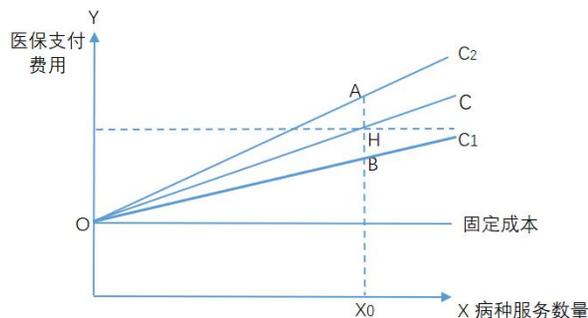


图1 DRG付费经济学分析

三、DRG医保支付方式对医院的影响分析

(一) 医院间竞争加剧

医保支付方式包括后付制和预付制两种模式,DRG医保支付方式属于预付制模式,相较于后付制模式,预付制模式需进行总额预算管理。医保部门以上一年度清算总额为基数,结合医保基金增长率浮动来确定医保基金预算。以点数法为例,医保部门实行月度预付,至年度末期,在确定区域内入组病例总点数后,即可根据医保决算资金总额和区域病例总点数确定最终的清算点值。由此可知,医院能获得的医保付费即为医院病例总点数乘以清算点值。为获得更大结余,医院会在收入方面面临医保总额预算决算的压力,由于不同医院清算点值相同,同等级医院调整系数相同,同等级医院取得的收入取决于病例总点数,因此加大了同等级医院间技术和服务水平间的竞争。在支出方面,医院可通过控制费用获得更大结余,包括减少检查检验处方、药品处方等,导致区域内同一病组的平均费用下降,影响下一年度的医保支付标准,甚至加剧医院间控制成本费用的竞争。

(二) 对医院运营管理要求提高

在按项目付费的医保制度下,医院只要开展医

疗活动、实施诊疗行为，就能取得收入，这导致医院缺乏实现精细化运营管理的内生动力。在 DRG 医保支付方式下，医院开展的医疗服务活动的收入可能会降低，导致取得的收入小于对应的成本，甚至无法取得收入。对此，医院应从顶层设计方面着手，建立一套完善的 DRG 管理体系。相较于改革前，DRG 医保支付方式对医院以下三方面运营管理提出新的要求。一是成本管理，在按项目付费的医保支付方式下进行科室成本核算即可满足成本管理要求，但在实施按病种付费的方式后，科室只有对每个病种的病种成本进行管控，才有可能获取结余，这就要求医院对成本进行精细化核算。二是绩效管理，在按项目进行医保结算时，以工作量和结余为导向的绩效分配模式可以极大地提高医务人员的工作积极性，提高医院的运营效率，而 DRG 医保支付方式是对医院的医疗技术、质量、效率等多维度考量的结果，因此，粗放的绩效考核标准将不再适用，医院必须建立多维度绩效考核指标体系。三是病种管理。按项目付费的医保制度下，医院的收益仅与提供的医疗服务项目相关，因此无需进行病种管理。在 DRG 医保支付制度下，医院收益与病种的分组及病种成本息息相关，医院必须对病种进行分类管理，并做好病种收益分析。

（三）对医院病案质量和信息化建设要求提高

住院病案首页的信息是医院进行医疗质量监管和分析的数据来源，也是支撑医院信息系统的重要数据库。在按病种付费的医保制度下，住院病案首页的信息成为医疗保险支付体制改革费用核算的主要信息，也是行政部门评价医院临床能力和医疗质量的主要依据。病案首页的错填、漏填、不规范填写等会直接影响医保资金的拨付，导致所提供的医疗服务得不到补偿。因此，随着医保支付方式的改革，病案首页的重要性日益凸显，粗放式的病案管理已无法适应改革推进的需要。同时，与按项目付费相比，按病种付费的计费方式、信息上报、患者结算与医保系统对接等流程均存在较大差异。电子病例的诊断、录入，以及提取规则标准化等都是按病种付费医保规则的产物，而这些都是需要信息化技术予以支撑的。另外，新医保制度对医院运营管理提出了新的要求，医院需要及时关注患者高值耗材、药品使用、住院总费用等情况，通过医保信息、财务信息、病案信息整合做好运营管理，而这无疑对医院的现代化信息系统建设带来了新挑战，需要医院采取有效措施解决。

四、基于 DRG 医保支付制度的医院应对策略

（一）把握医院发展战略，强化运营管理

作为公立医疗机构，医院不仅要面临新医保支付方式对医院经济运行带来的不利影响，还要面对国家三级医院绩效考核与临床专科排名等方面的考核压力。在实际运行中，国家、省市卫生健康委员会和医保制度考核指标存在一定程度的差异，因此，需要医院领导层统一思想，明确医院发展战略，把握好医院发展方向。医院应当立足于医院战略目标，更新发展理念，探索新时期医院运营管理模式。在“开源”方面，需强化医院品牌管理，提升医疗技术和医疗服务质量，通过病种分析实现病种分类管理，建立医院优势病种库。同时，医院应为患者提供差异化、个性化的管理和服务，以技术、质量、安全和服务获得患者的信任。在“节流”方面，医院应完善内部管理流程，优化人力资源成本配置，提高管理效率，降低管理成本。在新医保制度下，病种分析对医院的运营管理具有指导意义，而病种成本核算是病种分析的基础，因此，探索病种成本核算方式迫在眉睫，医院应通过对病种成本结构的分析找到成本控制的切入点，实现合理有效的成本控制。

（二）合理控制医疗成本，调整医疗收入结构

自按病种付费的医保支付方式推行以来，如何控制成本费用成了各大医院关注的焦点，在收入一定的情况下，只有控制支出才能增加结余。但是，过度的控制费用可能导致医疗水平不足、推诿责任等问题，这无疑背离了医院公益性的职责与使命。同时，过度追求控费会影响医保下一年度病种费用的支付标准，并不断挤压医院自身的生存空间。因此，医院应当合理控制费用，调整收入结构，减少不必要的医疗服务，实现资源的最优配置。从运营管理角度出发，成本费用的控制应主要考虑提供医疗服务的变动成本。自取消药品和耗材加成后，医院不能从药品和耗材收入中获得结余，在按病种付费的医保制度下，药品和耗材支出将最大限度地占用医保支付的额度。因此，有效地控制药品和耗材成本是控制医疗成本最有效的途径，医院应当在保障患者医疗安全和医疗质量的基础上选择性价比较高的药品和耗材。

（三）探索绩效考核新模式，完善工作激励制度

并非每一位医护人员都能理解医院的战略目标和方向，这时就需要充分发挥绩效考核的“指挥棒”作用。在按病种付费的医保制度下，医护人

员不能仅通过加大工作量的方式提高医院收入,医院的结余与病种类型、医疗质量、医疗效率、医疗成本等多方面存在紧密联系,建立与 DRG 医保支付模式相适应的多维度绩效考核体系十分必要。医院应充分研读医保费用支付规则,把握新医保支付制度的导向,认真分析医保返还的分组和费用支付数据,将 CMI、RW、低风险死亡率等医保支付指标纳入绩效考核中,建立与 DRG 付费模式相适应的绩效考核体系,激发医护人员参与新管理和发展模式的内生动力。医院的绩效考核体系要充分考虑科室和病种特征,实现科室和病种的分类管理,分别设置考核目标值,因为重症医学科、康复科住院时间较长,所以在时间消耗指数考核时就应当单独考虑。

(四) 加强专业培训,设置专科运营助理

医保支付制度改革后,医院的运营模式也随之发生变化,医院的有效运营需要所有医护人员和行政人员的共同配合,同时,医院的顶层运营理念需要渗透到每一个科室中,尤其是临床一线的医护人员。在 DRG 医保支付制度下,医务人员必须对医保规则有一定程度的认知与掌握,对疾病编码抱有一定的敏感度,重点关注病案质量,在最大程度上保证医保回款的取得。医院可以采用在临床科室设置专科运营助理的模式,由医院对专科运营助理进行统一培训,包括新医保制度支付规则、病案书写、科室运营、病种分析等,使专科运营助理成长为一批既熟悉临床业务,也具备一定运营管理能力的专业队伍,再由专科运营助理将医院的运营理念通过专科运营助理传达到每一个科室。另外,由专科运营助理组织成立科室运营团队,仔细研读医保支付制度,定期分析科室收入、成本等运营数据及运营效率指标,建立一套完善的病种分析方法,便于临床科室实时监督科室病种情况,及时调整不合理的医疗行为。

(五) 加快信息化建设,建立一体化信息平台

按病种付费的医保制度为医院信息系统带来的最直接影响是,医保支付流程的变化需要医院通过信息系统改造予以支持,医院需进行信息传递流程的改造和接口改造,从而满足 DRG 分组信息的收集和上报功能。一直以来,医院的信息系统不仅包含着人、财、物等管理信息,还需要支持以患者为中心的医疗、教学、科研活动。DRG 医保支付模式的推行对医院运营和管理提出了更高要求,同时也对医院信息化系统提出了更高要求。医院应加快

病案、统计、人事、财务、采购、资产等各个领域的信息化建设,建立起信息源可靠、应用范围广的数据库。另外,一体化信息系统的构建有利于避免非整体化系统设计、多数据库及“信息孤岛”对医院运营管理带来的不利影响,因此,医院应加强顶层设计,构建医院一体化信息平台,以实现数据的互联互通与高效共享。对于内部管理,利用一体化信息平台实现数据共享,提高运行效率。另外,医院应加强信息化平台数据的收集、整理和分析,为领导决策提供数据支持。对于外部运营,医院应通过信息化系统收集患者数据信息,并利用信息技术提高服务效率,从而提升患者医疗服务体验感。

五、结语

DRG 支付方式改革是中国医改的必由之路,是完善医保支付制度的重要环节,也是有效提高医保治理能力的重要途径。新医保支付制度改革对医院而言既是机遇也是挑战,医院应当准确理解 DRG 医保支付制度导向,快速转变发展模式和经营理念,实现临床科室与运营管理部门的紧密协同。同时,建立基于 DRG 的精益管理体系,提升医疗服务能力和质量,加强精细化运营管理,优化内部资源配置,合理控制成本费用支出,提高运营效率,在医保支付方式改革的新形势下帮助医院实现持续稳定发展。

【作者简介】敬文静(1995—),女,四川江油人,硕士研究生,中级会计师,绵阳市中心医院,研究方向为税收管理与实务。