

〈 医保管理 〉

医保支付方式改革下某科室费用管理策略研究*

柳俊杰, 田羿, 孙维帅

(天津医科大学肿瘤医院/国家肿瘤临床医学研究中心/天津市“肿瘤防治”重点实验室/

天津市恶性肿瘤临床医学研究中心, 天津市 300060)

【摘要】目的 找出影响临床科室费用的关键因素,为科室管理策略的调整提供支持,为医保政策的顺利实施提供参考依据。方法 通过对按疾病诊断相关分组(DRGs)政策实施后科室内的费用情况分析,样本非正态,用中位数和四分位间距描述,用非参数检验的方法进行检验。结果 科内费用影响的重要因素是主诊医师,主诊医师对于付费标准的差值、住院天数、药品费、材料费、检查费有显著影响($P<0.05$)。结论 在临床科室的管理中,需加强主诊医师管理,调整科室发展策略,同时不断调整和完善医保政策,助力医疗机构的精细化管理。

【关键词】 医保;支付方式改革;疾病诊断相关分组;主诊医师;医疗机构;医保政策

【中图分类号】 R197 【文献标识码】 A 【文章编号】 1672-4232(2024)05-0105-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.05.031

Research on Cost Management Strategy of a Certain Department under the Reform of Medical Insurance Payment/LIU Jun-jie, TIAN Yi, SUN Wei-shuai(Tianjin Medical University Cancer Institute & Hospital /National Clinical Research Center for Cancer/ Tianjin Key Laboratory of Cancer Prevention and Therapy /Tianjin Clinical Research Center for Cancer, Tianjin 300060, China)

【Abstract】 Objective: To find out the key factors affecting the cost of clinical departments and provide support for the adjustment of department management strategies and a reference for the smooth implementation of medical insurance policy. Method: The cost of departments after the implementation of DRG policy was analyzed. The samples were non-normal, described by median and interquartile interval, and tested with non-parametric testing method. Result: The important factor of intra-department cost was the chief physician, who had significant influence on the difference of payment standard, length of stay, drug cost, material cost and examination cost($P<0.05$). Conclusion: In the management of clinical departments, it is necessary to strengthen the management of the chief physician, adjust the development strategies of the department, and constantly adjust and improve the medical insurance policy, which is helpful for the refined management of medical institutions.

【Key words】 medical insurance; reform of payment method; disease diagnosis related grouping; chief physician; medical institution; medical insurance policy

面对医保支付方式改革和公立医院绩效考核的双重考验,医疗机构正面临前所未有的变革。2019年国家医保局联合多部门出台试点城市名单的通知,标志着中国DRGs支付制度改革开始在全国范围内启动,改革的核心目标是通过科学、合理的医保支付方式促进医疗资源的合理使用,提高医疗服务质量和效率。疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRGs)支付方式是将疾病诊断和治疗过程划分为若干组,每组设定一定的支付标准,无论住院实际发生多少费用,医保按照支付标准付费给医疗机构。DRGs支付方式有利于促进医院管理模式转变,促进管理流程优化,提升服务效率和管理能力,推动实现公立医院高质量发展,保障广大患者健康权益。DRGs支付方式的改革对医疗机构和临床科室提出了更高要求,通过适应改革、加强内部管理、提升服务质量和效率等措施,医疗机构和临床科室可以共同应对挑战,抓住机遇,推动实现公立医院的高质量发展,更好地保障广大患者的健

康权益。同时,管理部门也需要密切关注改革效果和影响,及时调整政策措施,确保改革的顺利实施和目标的顺利实现。

对于临床科室而言,医保支付方式的改革带来了诸多影响:改革前临床科室更侧重于服务量和项目收费,但在DRGs支付方式下,科室必须更加注重成本控制,以避免因超出医保支付标准而产生的经济损失,这种模式改变促使临床科室更加精细地管理医疗资源,提高资源利用效率,降低不必要的医疗成本,同时科室需要积极适应改革的要求,加强内部管理,提高医疗服务的质量和效率,以应对改革带来的挑战和机遇。作为管理部门,医保支付政策改革实施后需要密切关注改革的效果和影响,尤其对临床科室的影响,通过数据分析和现状调查,发现政策推动结果,及时调整和完善相关政策措施,确保改革的顺利实施和目标的实现。以天津市为例,自2021年11月进入DRGs实际付费阶段以来,临床科室在医保政策顺利推进中扮演着重要角色,通过对科室费用情况的深入了解和分析,可以找出影响费用的关键因素,为政策落地提供重要参考,同

*基金项目:2022年度天津市教委科研项目(2022SK208)

时数据分析结果也为科室管理策略的调整提供了有效支持,有助于推动医疗资源的合理配置和医疗服务质量的持续提升。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料来源是调取三级医院某科室医保患者的费用,出院时间在2021年11月至2022年1月,共计505例次。通过结算清单系统采集患者基本信息、主要诊断及编码、主要操作名称及编码、DRGs入组情况、住院费用、住院天数、主治医师、药品费、检查费、手术费、材料费、床位费等各类费用数据。

1.2 研究方法

通过数据分析科室实行DRGs以来的入组情况,对数据进行统计分析,了解临床科室的费用情况,尤其主治医师对费用的影响,为将来科室策略调整提供依据。从统计学角度来说,样本非正态,用中位数和四分位数间距(IQR)描述,用非参数检验的方法进行检验。按病种分类时,由于不满足普通卡方检验条件,因此应用Fisher确切概率法进行计算;仅对病例数量前三的病种进行了分析,第四个病种有1名医师仅1例患者,所以不纳入分析,剩余病种样本太小不进行分析;用多元回归分析对影响费用的情况进行分析。

2 结果

2.1 整体情况

纳入2021年11月至2022年1月患者共505例,覆盖38个DRGs组,正常入组患者487人次,其中正常入组占72.69%,低倍病例占24.02%,高倍病例占3.29%,未入组18人次。收治患者10人次以上的DRGs组见表1,前4位DRGs组人次占75.36%,因其他DRGs组收治人次较少,其费用不具有代表性,因此研究时将前四组入组患者费用进行重点分析。

表1 2021年11月至2022年1月收治医保患者10人次以上DRGs病组覆盖情况

DRG编码	DRG名称	患者量(人次)
RD13	恶性增生性疾患的介入和/或射频治疗,伴并发症或合并症	131
HL15	肝胆胰系统的治疗性操作,不伴并发症或合并症	97
ER15	呼吸系统肿瘤,不伴并发症或合并症	95
RC18	恶性增生性疾患放射治疗(近距离照射)	44
EB29	肺其他手术	21
HR15	肝胆胰系统恶性肿瘤,不伴并发症或合并症	14
RG13	恶性增生性疾患的靶向、免疫治疗,伴并发症或合并症	10

科室共5名主治医师,每名主治医师入组DRGs病例情况见表2,非参数检验结果显示 $P>0.05$,各主治医师收治疾病类型没有显著差异。

表2 2021年11月至2022年1月科室主治医师收治病例情况[人次(%)]

主治医师	低倍病例	高倍病例	正常入组病例	χ^2 值	P值
主诊一	10(14.71)	2(2.94)	56(82.35)	10.018	0.264
主诊二	25(24.04)	0(0.00)	79(75.96)		
主诊三	31(27.19)	6(5.26)	77(67.54)		
主诊四	21(25.00)	4(4.76)	59(70.24)		
主诊五	30(25.64)	4(3.42)	83(70.94)		
总计	117(24.02)	16(3.29)	354(72.69)		

2.2 费用分析

经过统计分析,由表3可见,主治医师对DRGs权重没有影响($P>0.05$);对住院总费用没有显著影响($P>0.05$);但主治医师对与付费标准的差值、住院天数、药品费、材料费、检查费、手术费有显著影响($P<0.05$)。

表3 2021年11月至2022年1月医保患者费用分析

项目	主治医师	中位数	IQR	P值
与付费标准的差值	1	43.07	10 787.85	<0.001
	2	844.66	7 295.09	
	3	38.47	8 892.15	
	4	22.34	17 226.52	
	5	37.01	10 448.31	
住院天数	1	3.00	1.00	<0.001
	2	4.00	1.75	
	3	2.00	1.00	
	4	3.00	2.00	
	5	3.00	3.00	
药品费	1	5 467.01	8 338.30	<0.001
	2	2 043.97	3 308.06	
	3	1 463.98	8 300.46	
	4	8 642.97	14 153.37	
	5	3 478.94	8 749.15	
材料费	1	7 147.23	7 125.92	<0.001
	2	6 192.04	5 933.09	
	3	1 281.83	6 080.49	
	4	4 810.74	22 466.65	
	5	1 576.91	5 007.41	
检查费	1	2 435.00	1 522.75	<0.001
	2	3 519.50	2 151.50	
	3	4 239.50	2 116.75	
	4	2 379.25	1 625.75	
	5	4 006.00	2 558.50	
手术费	1	3 300.00	3 300.00	<0.001
	2	415.00	3 300.00	
	3	0.00	3 300.00	
	4	0.00	0.00	
	5	0.00	0.00	

2.3 多元回归分析结果

分别对住院发生金额、个人自付、是否增收、个人负担高于医保支付标准进行多元回归分析,对患者医保类型、DRGs组、主治医师等因素进行赋值,结果显

示不同DRGs组对住院总费用、个人自负金额影响较大($P<0.05$),住院总费用、个人自负金额和患者的医保类型、住院医师的关联性不大($P>0.05$);是否增收方面,主诊医师和DRGs分组对DRGs支付情况下的病例是否增收有特别显著的影响($P<0.05$);个人负担高于医保支付标准方面仅受主诊医师的影响,与其他因素的关系不大。

2.4 未入组情况

在DRGs支付方式中,歧义病例不按相应的DRGs支付标准进行付费,此次研究中发现歧义病例的治疗方式主要集中在灌注治疗、动脉栓塞术、冷冻治疗中,和主诊医师是谁无关,但与科室的治疗方式密切相关,甚至是科室管理策略调整的重要组成部分。未入组共18例,其中有1例因为信息缺失导致未入组,有1例因为主要诊断入0000,余下16例皆为歧义(QY),主要诊断和主要操作不匹配导致歧义(见表4)。

表4 2021年11月至2022年1月医保患者未入组情况(人次)

主要诊断	主要操作	患者量
恶性肿瘤介入治疗/恶性肿瘤灌注治疗	化疗药物灌注	4
前列腺增生/宫颈恶性肿瘤	经导管髂内动脉栓塞术	2
肾恶性肿瘤	经导管肾血管栓塞术	1
肾错构瘤	肾动脉栓塞术	1
恶性肿瘤介入治疗	经导管支气管动脉栓塞术	5
恶性肿瘤介入治疗	经皮胆管引流术	1
恶性肿瘤冷冻治疗	经皮肾病损冷冻治疗术	1
子宫良性肿瘤	子宫动脉造影	1
合计		16

3 讨论与建议

3.1 重视主诊医师负责制,调整科室策略

主诊医师全面负责所诊治患者的医疗、教学和科研工作,对病人的门诊、入院、诊断、治疗、出院以及随访等全部医疗过程负责^[1-7],主诊医师是规范诊疗、把握临床路径的实际执行人,加大对主诊医师的宣教对DRGs的执行很有帮助,通过和医务等其他部门合作,加强临床路径管理,缩小各主诊医师组间的差距,降低自费率,提升患者满意度。研究结果显示临床科室内不同主诊医师对相同病组的整体费用影响不大,但对住院天数、药品费、材料费、检查费、DRGs组是否增收、个人负担高于医保支付标准有显著影响。DRGs支付方式改变了医疗机构的收入结构,以往医疗机构的收入是由患者负担费用和医保支付费用构成,但在DRGs付费下,医保对每组费用都设置了付费标准,高

于付费标准的费用医保不予买单,医保机构在拨付费用时会冲减医疗机构入组病例高出DRGs付费标准的收入,医疗机构要想增收就要控制入组病例的医疗总费用低于DRGs组的付费标准,同时还要求控制患者的自负费用。通过医保、医管双视角下的DRGs是实现医保支付公平性和医疗服务、管理标准化的重要工具和手段,医保支付方式改革同医院的绩效管理相互促进,有利于提高医院的精细化管理水平^[8-12]。医务人员尤其主诊医师需要积极转变观念,适应新形势,改变过去固有的多收患者就能多有收益的观念,熟悉DRGs政策的基本逻辑,依照临床路径,规范诊疗,通过集中培训、针对性培训和讨论等方式,向临床科室、一线医务人员宣传DRGs付费的原理和要求,针对政策需要改变临床习惯,提出适应新政策下的应对策略。

3.2 优化和调整医保政策,推动政策顺利实施

在DRGs支付方式改革中,保证入组率是基本要求。研究表明,歧义病例的存在不是人为因素,而是因治疗方式的主要诊断和主要操作的不对应,不符合分组方案的要求,进入0000或歧义组^[13-16]。在实际运行中发现DRGs分组方案并未完善,同样的治疗方式下入组差距很大:同样都是介入治疗,主要操作为经导管肝动脉栓塞术39.7903,主要诊断为恶性肿瘤介入治疗Z51.800x092,能正常入RD1恶性增生性疾患的介入和/或射频治疗,但如果是主要操作为肺部的动脉栓塞“经导管支气管动脉栓塞术39.7902”,主要诊断为恶性肿瘤介入治疗Z51.800x092,病例就会进入歧义组,直接影响了付费结果;同时因介入手术操作不同于手术室操作,介入操作步骤繁杂,也容易漏项,这会造成DRGs入组的不正确,甚至介入治疗操作编码的缺失会将患者从权重较高的操作组误归为权重较低的内科治疗组,这就直接影响了介入科患者DRGs入组情况,影响患者入组的RW值,并影响介入科DRGs工作总量以及总体CMI^[17]。因此建议要优化和调整DRGs分组方案,尤其介入治疗这种涉及多部位、多步骤操作的技术,需要精细化分组方案,各级地方组织应统一规定编码规范,让规范更有可操作性。

3.3 完善信息化建设,助力支付方式改革

DRGs支付方式下,各个数据的提取和整合需要多个医疗信息系统的信息转换,结算清单的东西来源于病案首页,又区别于病案首页,要求的内容细致,如诊疗信息数据指标填报主要来自住院病案首页数据,医疗收费信息数据指标填报口径应与财政部、国家卫生健康委员会、国家医疗保障局统一的“医疗住院收费票据”信息一致,除此以外结算清单上的时间和人员有的来自手麻系统、移动护理系统等,需要多个系统的数据传输和整合,尤其病案首页编码,涉及国家临床版、

医保版的转换,灰码的停用和一些不常见编码的映射,需要信息系统的支持,对临床医师来说,每月收治患者的费用情况、入组情况、DRGs各项指标(如CMI、RW、时间消耗指数、费用消耗指数等)情况,均需要实时反馈,有研究^[18-19]指出加强数据标准化建设,提升病案首页数据质量,倡导DRGs参与各方开展良性互动才能为优质高效的医疗卫生服务提供有效路径;医院端与医保端的费用上传、特殊病例申请、财务对账等均需依靠强大的信息系统支持,各项流程的梳理给信息化提出了更高的要求和挑战,总之信息化的强大是DRGs顺利运行的强有力保障。

参 考 文 献

- [1] 任在方,张秀伟,张春瑜,等. 主治医师负责制对医疗效率的影响研究[J]. 中国医院, 2021, 25(1): 80-81.
- [2] 吴少玮,余晓云,贺哲,等. 主治医师负责制下医疗组管理制度的实施策略与思考[J]. 中国医院管理, 2022, 42(1): 57-59, 63.
- [3] 熊瑶,邹伏英. 通过主治医师负责制提升医疗质量管理水平[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(8): 25-27, 32.
- [4] 杜永辉,蒋锋,董恩宏,等. 基于医务人员评价视角下我国主治医师负责制现状研究[J]. 中国医院, 2023, 27(9): 37-39.
- [5] 徐彦杰,王洪涛,王伟平. 应用中断时间序列分析主治医师考评机制对床位周转效率的影响[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(6): 758-761.
- [6] 张燕,王妍艳,应娇茜. 优化主治医师责任制管理方式对医疗资源消耗的影响[J]. 中国医院, 2023, 27(4): 92-94.
- [7] 王莎莎,谢志毅,黄杰. 基于DRGs的三级公立医院主治医师医疗服务绩效评价研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(3): 47-50.
- [8] 刘瑶瑶,周典,田帝,等. 医保、医管双视角下DRGs在公立医

院高质量发展中的协同效应探究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(10): 5-8.

- [9] 蹇思慧,陈晓雯. 肝脏手术病例的DRGs分组效果及费用影响因素研究:以福建某三甲医院为例[J]. 卫生软科学, 2024, 38(1): 74-78.
- [10] 陈明波,梁沛枫. DRGs支付方式改革对公立医院高质量发展的影响及对策分析[J]. 中国医院, 2024, 28(1): 12-14.
- [11] 刘木子,王晨,张艳丽,等. DRGs支付对医院信息化发展的要求与对策[J]. 中国医院, 2024, 28(1): 28-32.
- [12] 尚兰兰,安文秀,李佳宜,等. 基于DRGs的胃恶性肿瘤患者住院费用消耗指数灰色关联分析[J]. 中国病案, 2023, 24(12): 73-77.
- [13] 申敏. 基于CHS-DRGs分组的某院2022年歧义病案分析[J]. 现代医院, 2023, 23(9): 1356-1359.
- [14] 林佩珊,李良景,任文宁. 基于DRGs分组系统分析疾病性质对手术编码的影响[J]. 现代医院, 2023, 23(12): 1852-1855, 1860.
- [15] 丁敬美,韩磊,杜进兵. 武汉市DRGs入组病例的费用倍率特征分析[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(12): 28-32.
- [16] 邓应梅,董爱然. 197例DRGs分组QY病例产生原因分析[J]. 中国病案, 2023, 24(11): 19-21, 24.
- [17] 王锦毓,杨永挺,金玲芳,等. 介入操作编码对DRGs评价指标的影响[J]. 中国病案, 2018, 19(11): 15-16, 19.
- [18] 刘木子,王晨,张艳丽,等. DRGs支付对医院信息化发展的要求与对策[J]. 中国医院, 2024, 28(1): 28-32.
- [19] 赖杰,杨煜,付慧艳,等. 医院信息化助力DRGs付费模式转变[J]. 中国信息化, 2023(9): 87-88.

通信作者:柳俊杰(1988-),女,助理研究员;研究方向:卫生管理。

收稿日期:2024-01-24

修回日期:2024-05-06

(编辑 曹晓芸)

(上接第101页)

- [4] 王冬梅,雷志会. 过氧化氢低温等离子灭菌循环取消原因分析及改进[J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16(11): 1078-1079, 1088.
- [5] 陈雯雯,刘霞,黄冬兰,等. 消毒供应中心腔镜器械信息化拆卸图谱库的制作与应用[J]. 护理学报, 2022, 29(15): 33-35.
- [6] 彭伟莲,程文炜,易琦峰,等. 三种灭菌方法对腹腔镜器械的灭菌效果、成本与安全性[J]. 中国感染控制杂志, 2021, 20(8): 711-715.
- [7] 何书静. PDCA循环管理法对消毒供应中心应用过氧化氢低温等离子灭菌效果的影响研究[J]. 临床研究, 2022, 30(8): 188-191.
- [8] 何惠燕,黄凤玉,吴雪花,等. 三种生物指示物监测过氧化氢低温等离子灭菌的效果比较[J]. 中华医院感染学杂志, 2020, 30(14): 2236-2240.

- [9] 周芳芳,周春燕,张亿琴,等. 手术室-消毒供应中心协作行眼科精密器械成本管控效果研究[J]. 护理学报, 2018, 25(15): 18-20.

- [10] 周春燕,王恩定,周芳芳,等. 集约化管理模式在消毒供应中心清洗环节的探讨与应用[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(7): 617-619.
- [11] 康洁,张青,杨红,等. 消毒供应中心护士岗位胜任力评价指标的构建[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(6): 893-898.
- [12] 黄玺,李小寒. 护理人员跨专业协作能力理论研究现状及进展[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(8): 69-72.

通信作者:刘霞(1976-),女,本科,主任护师;研究方向:医院管理。

收稿日期:2023-10-31

修回日期:2023-12-04

(编辑 马兰)