

◁ 医保管理 ▷

基于SPO模型的一院多区医保同质化管理模式实践*

佟扬, 孔莉

(大连医科大学附属第二医院, 大连 116023)

【摘要】一院多区的医院运营模式是国家推动优质医疗资源扩充, 促进资源地区均衡分布的重要举措。在全民医保背景下, 实现多院区医保同质化管理, 推进公立医院医保管理水平是医院多院区可持续融合发展的重要一环。本研究对公立医院“一院多区”的医保协同管理现状进行调查, 分析当前“一院多区”医保管理形势, 结合多院区运营管理实际情况, 形成基于SPO模型的多院区医保同质化管理模式, 并以多维度指标评估分院区医保同质化管理水平。旨在通过多院区医保同质化管理, 进一步完善公立医院内部运营管理体系建设, 助力公立医院高质量发展。在深化医疗保障改革的大背景下, 实现区域优质医疗资源下沉, 提升区域医疗总体水平, 促进医疗保障事业发展。

【关键词】一院多区; 医保管理; 同质化管理

【文献标志码】A 【文章编号】1672-4232(2025)05-0067-04

【DOI编码】10.3969/j.issn.1672-4232.2025.05.018

Practice of the Homogeneous Management Model of Medical Insurance in One hospital with Multiple Districts Based on SPO Model/TONG Yang, KONG Li(The Second Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116023, China)

【Abstract】The hospital operation model of one hospital with multiple districts is an important measure taken by the state to promote the expansion of high-quality medical resources and facilitate the balanced distribution of resources across regions. Under the background of universal medical insurance, achieving homogeneous management of medical insurance across multiple hospital districts and promoting the medical insurance management level of public hospitals are important parts of the sustainable and integrated development of multiple hospital districts. This study investigates the current situation of medical insurance collaborative management in public hospitals with "one hospital of multiple districts", analyzes the current situation of medical insurance management in "one hospital of multiple districts", and combines with the actual operation and management of multiple districts to form a homogeneous management model for medical insurance in multiple districts based on SPO model. Multidimensional indicators are used to evaluate the level of homogeneous management of medical insurance in branch districts. The aim is to further improve the internal operation and management system of public hospitals through the homogenized management of medical insurance in multiple hospital districts, and promote the high-quality development of public hospitals. Under the backdrop of deepening medical security reform, it is necessary to achieve the downward allocation of high-quality medical resources in the region, enhance the overall level of regional medical treatment, and promote the development of the medical security cause.

【Key words】one hospital with multiple districts; medical insurance management; homogenized management

1 公立医院“一院多区”同质化管理现状分析

1.1 公立医院“一院多区”的发展背景

早在20世纪80年代中期, 沈阳等城市就曾基于技术帮扶创建“医疗协作联合体”的医疗联合模式^[1]。1996年南京鼓楼医院集团挂牌成立, 标志着我国医院集团建设正式开始^[2]。2022年1月, 国家卫生健康委在《医疗机构设置规划指导原则(2021-2025年)》^[3]中首次明确了公立医院分院区即“一院多区”的概念, 限定了如病床使用率、平均住院日等申请设立分院区的公立医院需要满足的条件, 同时提出医疗机构设置要坚持需求导向原则、区域统筹规划原则、科学布局原则等要求。

1.2 “一院多区”融合发展需要持续推进医院医保协同管理水平

2023年5月, 国务院办公厅印发《关于加强医疗保

障基金使用常态化监管的实施意见》^[4], 在智能监控、大数据等现代信息技术支撑下, 基金监管的高压态势已逐步形成。公立医院中医保患者占比呈逐年递增趋势, 医保在整体医疗体系中占据主导地位, 直接影响医院的持续运行和发展^[5]。在全民医保背景下, 公立医院与医保的关系日益密切^[6], 实现多院区医保同质化管理, 推进公立医院医保管理水平是医院多院区可持续融合发展的重要一环^[7]。

1.3 公立医院“一院多区”医保同质化管理模式构建的理论和实践价值

目前国内针对公立医院“一院多区”的研究大多集中在医院整体管理体系建立及医疗资源的合理配置上, 对于分院区医保协同管理的研究尚不完善。在深化医疗保障改革的大背景下, 实现多院区医保协同管理, 为协调医、保、患三方关系搭建良好平台, 对研究区域优质医疗资源扩容和区域均衡布局, 提升区域医疗质量水平和促进医疗事业发展都具有重要意义。

*基金项目: 国家中医药管理局监测统计中心2024年度深化医改中医药政策研究自选课题(YGZXKT2024068)

2 SPO模型与多院区医保同质化管理

SPO评价模型在20世纪60年代由美国管理学家Avedis Donabedian提出,该模型由结构(structure, S)、过程(process, P)、结果(outcome, O)三个主要部分组成,其中S代表静态的组织架构和资源配置等,P代表动态运行的处理和效率,O代表服务事项的终末效应。SPO评价模型注重过程的细节和结果的评估,目前国内常用于医疗服务质量的评估^[8],但用于评估医疗机构医保质量管理效果还处于探索阶段。目前有学者将该理论应用于医疗机构医保管理领域,以期构建医保合规管理机制^[9],但将其应用到多院区医保同质化管理中的研究较少。

本案例研究主体为某省属三级甲等综合医院,目前正积极探索并实践一院多区发展模式。主院区位于主城区,在肿瘤综合治疗、外科微创等方面已形成显著优势;近期开诊运营的分院区A地处国家级新区,为优质医疗资源扩容、延伸、下沉的“新基地”。按照中国医院协会2015年发布的《全国医院医疗保险服务规范》中对于医疗机构医保管理的组织架构、制度设计、规范流程、考核管理等方面的规定,结合“一院多区”运营管理的实际情况,案例医院创新形成了基于SPO模型的多院区医保同质化管理模式(见图1)。

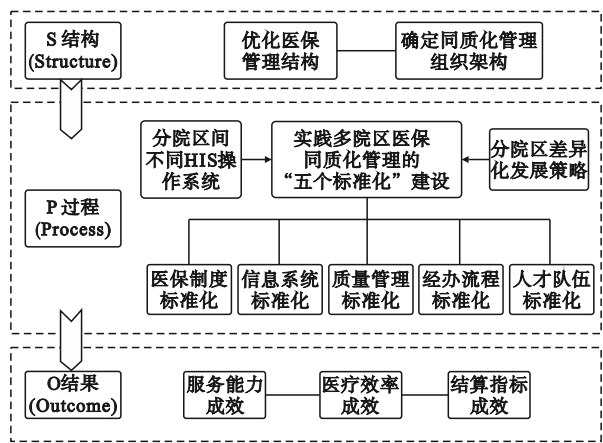


图1 基于SPO模型的多院区医保同质化管理模式

3 基于SPO模型的一院多区下医保同质化管理模式实践

3.1 结构:梳理多院区医保同质化管理架构

标准化建设是实现分院区同质化管理的关键,多院区运行下,案例医院不断完善医保管理体系,合理重组职能,优化院内医保管理结构。为了案例顺利实施,实现总院区与分院区A医保管理的有效衔接,案例医院成立了医保同质化管理小组,梳理并确定了医保同

质化管理组织架构的“五个标准化”,即院内制度、信息系统、人才队伍、经办流程、质量管理。

风险管理和控制同样是多院区同质化管理中的重要组成部分,通过实地考察、问卷调查、现场座谈等调研形式,分析了多院区医保同质化管理亟须突破的“两个风险点”:其一是分院区不同院内信息操作系统;其二是院区间差异化医保运营策略。“两个风险点”的突破是本案例实施中的重点、难点和亮点,它向“五个标准化”的建设提出了现实问题,也为案例的顺利实施提供保障。

3.2 过程:实践多院区医保同质化管理模式

3.2.1 “五个标准化”同步建设。(1)医保制度标准化建设。医保物价部门作为医院医保物价管理工作执行的牵头方,协同各相关职能部门,推动部门间高效联动,推进医保管理工作落地。针对多院区的运行现状,案例所在医疗机构适时调整了院内医保物价管理组织架构,包括临床科室医保秘书、物价管理人员等,明确各院区医保物价质控人员责任分工。优化医院医保物价管理相关制度近20项,更新医保物价管理人员、医保秘书、科室兼职物价管理员岗位职责,完善多院区医疗收费数据库维护管理办法,新增适用于多院区运营的收费自查自纠制度、医保物价部门信息系统故障应急预案等相关制度。(2)信息系统标准化建设。申请:分院区属于非独立法人,与总院区为同一医保医院编码,协调搭建医保结算专线,申请分院区医保定点结算资质;建立:建立药品、诊疗、耗材等基础库,在药学、医学装备部门完成药品、耗材基础信息建立后,完成药品、耗材目录医保编码对照;根据分院区运营初期诊疗特点建立诊疗收费及医嘱库,完成医保科室、医师贯标工作;衔接:确定住院、门诊结算明细及医保结算单的内容及格式,逐步开通医保、困难家庭、离休、工伤等身份患者结算功能,完善医保患者年度统筹累计查询、个人待遇信息查询等功能;开发:搭建医保物价功能模块,如开发目录库前台导入,医保编码的批量对照,价表的批量修改、启用及停用等运营维护基本功能;夯实:分院区运营至今1年有余,已逐步衔接院内医保智能监管、疾病诊断相关分组(diagnosis related group, DRG)管理等质量控制管理软件,多院区质量控制端口前移,真正实现医保同质化管理。(3)人才队伍标准化建设。引进分院区医保从业人员,新员工轮转总院区进行相关政策、经办业务培训;分院区试运营前期,总院区医保从业人员进行分院区轮转,加深科室从业人员对于各分院区运行情况的了解;分批外出学习、接受医保胜任力培训等,提升现有医保人才队伍的专业能力。(4)经办流程标准化建设。包括梳理总院区现有医保窗口经办等流程,实现多院区医保经办流程互联互通,最大化方便患者;基于分院区学科特色建立医保

经办、院内审批、药品耗材基础信息维护等流程。(5)质量管理标准化建设。同步:同步组织总院区与分院区常态化培训,如DRG支付政策、医疗服务价格政策调整,分院区进行以科室为单位的医保物价基础内容专项培训;调整:依据分院区科室、床位数调整DRG及院内智能监控质量管理员分工,做到医保物价监督全覆盖;制定:根据分院区运行后实际情况,结合医院各院区差异化发展策略,制定医保绩效考核方案。

3.2.2 “两个风险点”逐个突破。(1)分院区不同院内信息操作系统。受分院区组建形式等现实因素的影响,案例分院区与总院区应用两套不同的医院信息系统(hospital information system, HIS),分院区属总院区垂直化管理,大部分临床科室医务人员为总院区轮岗前往。开诊初期,分院区医嘱下达是否流畅将直接影响诊疗效率,案例医院在不改变医生医嘱习惯的前提下,实现分院区与总院区不同系统下收费、医嘱编码相同,降低不良事件发生的风险。为了保证院内质量管理流程的连贯,在完成不同系统与监管系统对接的同时,也同步完善了医保支付适应证提示、医嘱性别限制等总院区原有的个性化功能,降低事后医保行政部门监管中的违规风险。(2)院区间差异化医保运营策略。案例医院总院区位于主城区,在肿瘤综合治疗、外科微创等方面已形成显著优势,就诊人群中参保身份综合了职工医保、居民医保、异地医保等;分院区地处国家级新区,体现专科特色,就诊人群以居民医保为主。案例医院根据国家区域医疗布局、当地患者就医需求及DRG支付政策,调整院区间运营发展策略。案例实施初期,针对分院区不同科室的学科特色,组织以科室为单位的医保、物价政策培训。案例实施过程中,当地居民医保DRG费率下调,考虑分院区就诊人群分布的特殊性,以及医院对于分院区发展的整体激励策略等多个因素,医保同质化管理小组制定了分院区差异化的院内医保绩效管理考核机制。

3.3 结果:评价多院区医保同质化管理成效

将服务能力、医疗效率及结算指标三个维度作为本实践的一级观察指标,下设包括DRG组数、平均住院日、例均费用等12个二级指标,通过对比开诊后院区间2024年3个季度的各项指标,多方位评估分院区A的医保同质化管理成效。

3.3.1 服务能力。DRG组数、病例数可用于评估医疗机构提供的诊疗服务范围能力,2024年第三、四季度总院区DRG组数、病例数较前两季度呈下降趋势,分院区则均呈上涨趋势;总权重可用于反映医院的服务总量和医疗服务能力,病例组合指数(case mix index, CMI)值是医院DRG总权重与分析病例总数的比值,反映医院收治疾病的疑难复杂程度及医疗服务

整体技术难度,受本区域年度内DRG支付政策调整影响(全市DRG总体病组权重下调),全市医疗机构CMI值均呈下降趋势,分院区第三季度CMI值略受影响,第四季度CMI值恢复上涨趋势,意味着分院区救治水平、诊疗技术难度等服务能力在一年间均有所提升(见表1)。

表1 2024年各院区四季度服务能力成效对比

季度	院区	DRG组数	病例数(人次)	总权重	CMI
一季度	总院区	521	21 587	32 120.30	1.49
	分院区	321	2 808	3 917.50	1.40
二季度	总院区	547	22 488	33 688.60	1.50
	分院区	331	3 207	4 436.20	1.38
三季度	总院区	541	21 340	30 493.90	1.43
	分院区	340	3 508	4 630.90	1.33
四季度	总院区	539	21 696	29 921.74	1.45
	分院区	342	3 717	5 134.43	1.47

3.3.2 医疗效率。医疗效率指标方面,平均住院日的降低可以加速医院病床周转,提高病床利用率;次均费用的降低既可以减轻患者就医经济负担,又可以有效控制医院医保基金支出。时间消耗指数和费用消耗指数目前常用于评估医疗服务效率,二者降低均意味着分院区在有限的医疗资源下可以服务更多的患者。分院区第二、第三季度的4个二级指标,即平均住院日、时间消耗指数、次均费用及费用消耗指数均呈下降趋势,医疗效率正逐步提升。第四季度中,两院区平均住院日继续下降,但次均费用、费用消耗指数略有回升,结合两院区第四季度CMI值明显升高,考虑与分院区第四季度开展疑难重症救治水平提升、北方季节性因素导致其急危重症患者增加有关(见表2)。

表2 2024年各院区四季度医疗效率成效对比

季度	院区	平均住院日(d)	时间消耗指数	次均费用(元)	费用消耗指数
一季度	总院区	6.19	0.96	18 871.69	0.94
	分院区	7.45	1.14	17 742.04	0.97
二季度	总院区	6.21	0.93	19 611.95	0.91
	分院区	7.15	1.06	17 419.97	0.92
三季度	总院区	6.34	0.95	18 807.02	0.92
	分院区	6.77	1.00	16 517.02	0.91
四季度	总院区	6.29	0.95	18 781.07	0.91
	分院区	6.72	0.99	18 372.66	0.91

3.3.3 结算指标。医疗效率提升的同时也带来运营效率的提升,在结算指标方面,2024年第二季度开始本市启动月度浮动费率,下调居民医保整体费率,第四季度部分病组费率下调,医院多个病组结算指标下降,总院区第二至第四季度总医保盈余及结余率均有所下降,依据本市DRG结算政策,同病组间居民医保结算指标均低于职工医保,分院区接诊患者以居民医保为主,第四季度因受到结算政策影响医保盈亏较第三季度虽略有下降,但结余率仍高于总院区(见表3)。

表3 2024年各院区四季度结算指标成效对比

季度	院区	总基本统筹(万元)	总统筹应付金额(万元)	总医院医保盈亏(万元)	结余率
一季度	总院区	21 161.52	24 864.70	3 703.18	0.17
	分院区	2 583.58	2 947.54	363.96	0.14
二季度	总院区	23 230.94	26 100.56	2 869.62	0.12
	分院区	2 935.74	3 296.60	360.86	0.12
三季度	总院区	21 261.39	23 300.23	2 038.84	0.10
	分院区	3 052.11	3 441.60	389.49	0.13
四季度	总院区	21 675.43	24 302.29	2 626.86	0.12
	分院区	3 575.80	4 145.25	569.45	0.16

4 “一院多区”医保同质化管理模式的思考

4.1 差异化发展策略锚定,稳固多院区医保质量管理控制体系建设

实践多院区医保同质化管理模式,院内制度、信息系统、人才队伍、经办流程和质量管理等“五个标准化”的建设至关重要。实现案例医院“五个标准化”的顺利实施,难点在于分院区不同院内信息操作系统的同质化建设,而运行平稳后分院区要实现健康、可持续发展,则需要基于医保政策、国家区域医疗布局等适时调整分院区发展布局。

医院集团化发展在我国呈现出多样性与共性特征,同质化发展不等同于全盘一致^[10-11]。当前公立医疗机构的医保物价管理工作正由应急型、功能型逐步向服务型、智能型转变,医保管理模式应立足于医院实际需求。在逐步实现医保同质化管理的同时,当前分院区建设应锚定差异化发展策略,以医疗服务领域需求侧和供给侧平衡为导向,以期构建差异化发展和同质化管理有效融合的运行机制,最终实现分院区高质量发展。

医保基金作为公立医院最主要的收入来源,其政策调整与公立医院运营情况息息相关。在本研究结果评价分析中不难发现,在实现公立医院多院区医保同质化管理的同时,多院区服务能力、医疗效率、结算指标等医保运营管理评价指标仍很大程度受到当地DRG结算政策影响。作为公立医院最大的支付方,医保DRG支付以及基金监管条例等政策的出台,正倒逼医院从增收转向提质增效^[12],在多院区协同发展的目标下,如何在成本、效率、质量之间找到平衡点,完善更加系统和规范的同质化管理框架和差异化发展策略,将是“一院多区”同质化管理需要持续探索的课题。

4.2 多元化医保政策推进,稳定优质医疗资源扩容和区域均衡布局

在我国医疗体制改革进程中,已有多个地区通过探索多种创新模式,实践推进分级诊疗制度。早在2020年,深圳市就通过按病种分值付费改革,遴选基层病种实行“同病同价”,推动三级医院将医疗资源更

多地用于收治疑难重症^[13]。除了通过医保基金购买作用引导医患双方合理就医、诊疗外,还应包括构建医疗联合体、配套整合型医疗服务的医保支付等方式,激励多院区公立医院健康发展。

院区间业务系统协同发展和同质提升的要求向医院运营管理提出了挑战,而医保政策制定方面的持续改进,也需要医疗机构适时反馈有效建议。深化医药卫生体制改革的前景下,公立医院一方面需完成“优质医疗资源扩容下沉”的任务,另一方面仍面临医保基金的“战略性购买”^[14]。

当前形势下,公立医院应协同医保部门构建医保、医院、患方三方共赢的管理机制,助推更多利国利民政策落地,为医疗资源扩容提供有力保障,在保障卫生健康事业公益性的同时,充分尊重和体现医疗服务的技术价值,真正解决医疗资源整合、就医需求保障的动力问题,推动“三医”相向而行。

参 考 文 献

- [1] 金燕,鲁胜锴,李绍华.我国医疗联合体的利益相关者分析[J].中国医院管理,2013,33(10):3-4.
- [2] 李洪兵.我国医院集团形成机制研究[J].中国医院管理,2007(2):9-12.
- [3] 李娜.《医疗机构设置规划指导原则(2021—2025年)》印发[J].中医药管理杂志,2022,30(3):15.
- [4] 国务院办公厅.国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见[J].中国实用乡村医生杂志,2023,30(6):7-9.
- [5] 姜子霞,张斌,邢艺凡.新医改背景下医院医保管理的挑战及策略探讨[J].卫生软科学,2022,36(8):78-80.
- [6] 卢丽丽.浅析医改环境下公立医院医保人才队伍建设现状[J].中国医疗保险,2022(10):105-107.
- [7] 高黄蓉,王海林,席惠君,等.一院多区医院分院区医保合并实践与探索[J].海军医学杂志,2022,43(4):436-437.
- [8] 陈立萍,滕锦楠,宋建祥,等.基于系统论SPO模型构建医院内部质量评价体系的实践体会[J].现代医院管理,2024,22(1):28-31.
- [9] 梁瑜璠,王岳.基于SPO模型的定点医疗机构医保合规管理路径探析[J].中国医疗保险,2024(9):105-110.
- [10] 孙慧,江志伟,陈理,等.公立医院一院多区差异化发展和同质化管理融合机制探索[J].中国医疗管理科学,2024,14(6):98-102.
- [11] 陈长英,蒋帅,付航,等.嵌入式协同管理模式在河南省某公立医院“一院多区”门诊管理中的应用[J].医学与社会,2024,37(8):92-98.
- [12] 荣洁,王蓬,李会明,等.DRG付费政策下公立医院医保管理路径研究[J].中国总会计师,2024(11):161-163.
- [13] 彭婧婷.医保政策促进分级诊疗的路径探析:以深圳市为例[J].中国医疗保险,2024(10):85-90.
- [14] 刘远立.深化医药卫生体制改革的主要挑战及应对之策[J].行政管理改革,2024(11):4-12.

通信作者:孔莉(1982-),女,本科,经济师;研究方向:医院医保物价管理。

收稿日期:2024-12-23

修回日期:2025-01-19

(编辑 曹晓芸)