

◁ 医保管理 ▷

深圳市某三甲医院实施DIP运营管理的效果评价*

杨谊, 刘小丽, 涂良谋, 李俊满, 宋添蕾, 杨湘江

(香港中文大学(深圳)附属第二医院/深圳市龙岗区人民医院医保物价科, 广东省深圳市 518172)

【摘要】 目的 分析深圳市某三甲医院在推进按病种分值付费运营管理过程中运营数据的变化趋势和差异,厘清存在的问题,并提出合理化意见和建议。方法 以深圳市某三甲综合医院2022—2023年43 191例深圳医保DIP入组病例数据为研究样本,对比分析2022年、2023年运营数据,各运营指标差异的统计学显著性采用线性回归模型进行检验,并校正实际分值对各项统计指标差异的潜在影响,以评价DIP运营管理实施效果。结果 2023年研究样本所有病例的总体基金使用率维持在合理区间,预结余同比提高433元,住院总费用同比下降51元,患者负担费用同比下降382元,比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 DIP运营管理对医院总体基金使用率趋近合理、控制费用不合理增长、减轻参保人负担等方面具有积极意义。

【关键词】 按病种分值付费;运营管理;基金使用率;住院费用

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-4232(2025)04-0070-04

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.04.019

2020年3月,深圳市医疗保障局印发《深圳市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法》,自2020年1月起全市推行住院按病种分值付费方式。在加强医保费用结算管理、保障医保基金平稳运行、提高基金使用效率、保障参保人基本医疗需求的同时,引导医院转变原有的管理方式、内容及方向,促使医院管理逐渐迈向精细化的运营管理^[1]。2021年9月,深圳市某三甲医院正式开展按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)引领的医保多学科诊疗(Multi-disciplinary Team, MDT)运营管理。本研究基于该院医保DIP精细化管理系统数据,评价DIP运营管理实施效果及为深入推进DIP运营管理措施提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 深圳市按病种分值付费的定义

深圳市按病种分值付费是以开展按病种分值付费医疗机构上年度住院医疗费用总额增长率核算年度可分配总额,以实行按病种分值付费的各定点医疗机构历史数据为基础,根据出院诊断国际疾病分类(ICD-10编码)及操作编码(ICD-9-CM3)确定病种。在年度可分配总额内,根据总病种分值、分值单价、医院系数、考核结果系数等综合指标,确定各个医疗机构的分配金额^[2]。

1.2 定点医疗机构年度统筹基金应支付总额核算方式

深圳市住院医疗费用按病种分值付费的定点医疗

机构年度统筹基金应支付总额根据住院实际统筹基金记账总额与年度预清算支付总额的占比确定:(1)当基金使用率低于70%时,按实际统筹基金记账总额支付;(2)当基金使用率处在70%~90%时,按实际统筹基金记账总额的110%支付;(3)当基金使用率高于90%(含90%)时,则按年度预清算支付总额支付^[2]。

1.3 DIP运营管理举措

主要管理举措:(1)建立组织框架。成立以院长为组长,总会计师为常务副组长的医院DIP管理委员会,明确医保物价、病案、质控、医务、财务、设备、药剂、信息等科室工作职责。(2)夯实管理基础。通过集中培训、上门辅导等多种形式开展病种目录库学习和DIP医生诊台助手培训。(3)信息化支持。上线医保DIP精细化管理系统,内嵌医院信息系统(Hospital Information System, HIS),实时显示病例模拟入组的病种信息、医疗费用等情况。(4)建立健全目标绩效考核。合理设置医院总体目标及科室考核目标,制定考核标准并纳入医院医疗质量管理考核执行奖惩。(5)运营管理数据分析。以初筛贡献率较大、就诊人次较多、可优化空间较大的病种为切入点,从诊疗过程的规范性、病案首页填写的准确性、费用结构的合理性等多维度综合分析科室运营管理薄弱环节。(6)开展MDT运营查房。职能科室述短板、提建议,院领导和临床科室谈想法、理思路,明确科室整改方向。(7)落实闭环管理。动态监测科室运营数据变化趋势,形成闭环管理,巩固工作成效。

1.4 研究资料

本研究资料来源于深圳市某三甲医院医保DIP精细化管理系统,调取2022年1月1日至2023年12月31日的运营数据,根据是否开展手术操作将该院病种病

*基金项目:2023年深圳市卫生经济学会科研基金课题(202351)

例分为非手术操作病种病例组、手术操作病种病例组,通过2022年和2023年的运营数据的对比研究,有助于医院准确掌握DIP病例的分布特征和运营数据变化趋势,为医院后续临床学科建设、提高医疗服务质量、优化资源配置、费用合理控制等方面提供决策依据。因2023年该院是基于预测全市年度分值单价为110元开展“按病种分值付费”MDT运营管理,而2022年全市分值单价实际为102.57元,为保障数据具有可比性且能够客观评价DIP运营管理的实施效果,故将该院2022年1月1日至2023年12月31日的运营数据按照《2022年深圳市DIP病种目录库》的入组规则以及2022年深圳市DIP年终清算结果分值单价102.57元进行调整。

1.5 研究方法

采用Excel表格对调取的2022年1月1日至2023年12月31日共43 882例病例的运营数据进行统计,先剔除交易异常、退费、冲红等异常数据和220例严重偏离所属病种基金使用率集中范围的极端病例数据,再剔除20例特殊病例数据,最终以43 191例病例为研究样本。基于DIP的病种分值计算规则,同时考虑费用极端病例的影响,最后以病例最终获取的分值作为疾病严重程度的衡量指标。采用线性回归模型对年份的回归系数进行参数检验,为了控制疾病严重程度对统计指标差异的潜在影响,本研究将实际分值作为协变量纳入了回归方程中,线性回归方程定义如下:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 Year + \beta_2 Score + \epsilon$$

其中Y是医院DIP运营管理的各项指标,如基金使用率等;Year为一个二值变量,2022年定义为0,2023年定义为1;Score为疾病的实际分值;误差 ϵ 服从正态分布。在比较2023年和2022年各统计指标的差异时,使用t检验对方程系数 β_i 进行检验,计算P值。

2 结果

2.1 医院DIP患者分布情况

调取的43 191例深圳医保DIP入组病例样本中,2023年该院手术病例组占比较2022年提高了6.71个百分点(见表1)。

表1 DIP运营管理持续推进过程中患者分布情况[例(%)]

分组	2022年	2023年
非手术操作病种病例组	7 672(39.86)	7 936(33.15)
手术操作病种病例组	11 576(60.14)	16 007(66.85)

2.2 医院DIP运营数据变化情况

表2显示,该院2023年DIP病例组各项总体指标与2022年对比差异均有统计学意义($P < 0.05$);从非手术操作病种病例组看,基金使用率、次均预结余、次均费用、药品费用、材料费用、参保人次均费用负担等指标与2022年对比差异均有统计学意义($P < 0.05$);从手术操作病种病例组来看,基金使用率、次均实际分值、平均住院天数、药品费用、参保人次均费用负担等指标与2022年对比差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2022—2023年深圳某三甲医院医保指标变化情况

组别	运营指标	2022年	2023年	同比(%)	P值
深圳医保入组病例组	基金使用率(%)	82.24	79.67	-3.13	7.261×10^{-5}
	次均实际分值(分)	123.65	127.37	3.01	1.060×10^{-2}
	次均预结余(元)	1 911	2 344	22.66	1.355×10^{-6}
	次均费用(元)	10 772	10 721	-0.47	1.355×10^{-6}
	平均住院天数(d)	5.53	5.77	4.34	2.384×10^{-2}
	次均药品费用(元)	1 279	882	-31.04	5.112×10^{-49}
	次均材料费用(元)	2 016	2 185	8.38	7.029×10^{-1}
	参保人次均费用负担(元)	1 858	1 476	-20.56	2.141×10^{-83}
非手术操作病种病例组	基金使用率(%)	86.03	69.75	-18.92	7.257×10^{-65}
	次均实际分值(分)	76.99	73.22	-4.90	2.010×10^{-1}
	次均预结余(元)	943	2 043	116.65	9.545×10^{-42}
	次均费用(元)	6 954	5 467	-21.38	9.545×10^{-42}
	平均住院天数(d)	5.96	5.56	-6.71	1.852×10^{-1}
	次均药品费用(元)	1 060	547	-48.40	1.295×10^{-28}
	次均材料费用(元)	142	84	-40.85	3.147×10^{-16}
	参保人次均费用负担(元)	1 139	747	-34.42	3.901×10^{-61}
手术操作病种病例组	基金使用率(%)	80.98	82.06	1.33	4.879×10^{-18}
	次均实际分值(分)	154.57	154.22	-0.23	1.850×10^{-2}
	次均预结余(元)	2 552	2 493	-2.31	6.579×10^{-1}
	次均费用(元)	13 302	13 325	0.17	6.579×10^{-1}
	平均住院天数(d)	5.24	5.88	12.21	1.148×10^{-13}
	次均药品费用(元)	1 425	1 048	-26.46	4.171×10^{-19}
	次材料费用(元)	3 258	3 226	-0.98	8.498×10^{-1}
	参保人次均费用负担(元)	2 335	1 838	-21.28	4.843×10^{-46}

2.3 深圳DIP病种目录库对基金使用率的影响

2023年调取的23 943例深圳医保DIP入组病例样本,按2022年深圳市DIP病种目录库入组规则入组,最终的基金使用率为79.69%;按2023年深圳市DIP病种目录库入组规则入组,最终的基金使用率为92.12%,相较于按2022年深圳市DIP病种目录库入组规则入组的基金使用率提高了12.43个百分点。

3 讨论

3.1 实施DIP运营管理对实现医患保三方共赢具有积极意义

在收治病例的总体平均疾病严重程度基本一致的情况下,研究样本所有病例的次均费用从10 772元下降至10 721元,同比下降了0.47%;次均结余从1 911元提高至2 344元,同比提高了22.66%;患者次均费用负担从1 858元下降至1 476元,同比下降了20.56%;基金使用率维持在70%~100%。由此可见,DIP运营管理的持续开展,在提高医院运营效率的同时,也减轻了患者费用负担,促进了医保基金平稳高效运行。

3.2 实施DIP运营管理有利于优化医院病种收治结构

研究样本中,非手术操作病种病例组的各项运营指标变化均呈现优化趋势;手术操作病种病例组的次均费用、次均结余、平均住院天数等指标呈反向增长趋势,但仅平均住院天数的变化趋势较为明显,主要原因是2023年医院引进部分临床科室学科带头人,对医院的医疗质量、收治急危重症病人的能力、开展高难度手术操作的能力、开展科室新技术新项目的能力都有明显的促进作用,手术操作病种病例占比同比提高6.71个百分点。作为三甲综合医院,应明确功能定位,一是加强临床科室学科建设,在提高医疗服务能力的同时鼓励收治难度较高的病种病例,优化科室病种结构;二是严控入院指征,合理引导保守治疗难度较低的病例门诊治疗。

3.3 医保部门与医疗机构信息不对称增加了DIP运营管理的难度

2023年调取的23 943例深圳医保DIP入组病例样本的总体基金使用率,分别按2022、2023年深圳市DIP病种目录库入组,总体基金使用率存在较大差距(相差12.43个百分点)。在DIP年度可分配基金总额、点值等未知的情况下,医保部门与医疗机构间的年终清算、结余留用或超支分担比例,偏差病例分值调整、辅助分型等规则均与病种目录库公布的病种基准分值、等级

医院调节系数、同级别定点医疗机构病种次均医疗费用等相关联。因此,病种目录库发布不及时,是导致医院DIP运营管理难度增加、年终清算时基金使用率管控结果缺乏稳定性的重要原因之一^[3-4]。

3.4 研究结果的局限性

由于该院DIP运营管理项目开展时间较短,仅用该院2022—2023年的医保DIP运营数据进行分析具有局限性。在后续研究中,计划收集更长时间跨度的数据,加之运用纵向数据分析方法,以更客观地评估该院DIP运营管理的长期效果与趋势变化。

4 建议

医保支付制度是医保管理的核心,是医保推动“三医联动”改革的着力点,是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆^[5]。DIP付费改革的推行,势必“引导”医院从原有粗放式运营管理模式逐渐向精细化运营管理模式转变^[6]。医院管理需逐步从医院、科室总体层面向病种层面的纵深发展,通过优势病种遴选、建立优势病种DIP临床路径、强化路径管理、加快系统建设、多部门间有效联动、健全目标绩效考核机制,构建DIP运营管理长效机制。

4.1 DIP运营管理的出发点并非单纯控制运营指标数据

DIP运营管理既不应脱离DIP的清算规则,也不能单纯地根据科室、病种运营指标数据的反向增长的结果去干预医生合理的医疗行为,医院医保、病案、医务、质控、财务、经管、设备、药学、信息等多部门应密切配合,以诊疗过程的规范性、费用结构的合理性、病案首页填写的准确性等为出发点,在动态监测科室运营数据的基础上,开展病历抽查、审查临床路径落实情况、监测耗材及药品使用、审核病案首页填写、成本提醒和费用控制、运营查房等工作环节形成有效联动,规范不合理的医疗行为,控制指标数据的不合理增长。

4.2 基于病种科室医保贡献率、结算人次遴选“优势病种”

DIP是“价值导向的医保战略性购买”的一种具体表现^[7]。医院及临床科室应从战略管理的角度出发,重视病种管理,建立以“病种”为基础的产品思维。医院开展DIP运营管理的实践,在全面提升医院病种精细化管理的同时,更要把能够代表临床专科水平、兼具社会效益及经济效益的“优势病种”作为管理的重点病种,以点带面,从点延伸实施管理^[8]。在“优势病种”的遴选过程中,应优先考虑病种的医保贡献率、结算人次,同时结合病种标准分值、近年来的开展情况等要素实施遴选。

4.3 搭建耗材使用标准化、与分值费用相匹配的DIP临床路径

DIP改革是临床路径落实的动力,而临床路径是实施病种管理的质量保障^[8]。临床路径避免了同一疾病在不同医生间出现不同治疗方案的随意性,同时也提高了医疗费用、预后等方面的可评估性^[9]。在DIP政策下,病例的规范化诊疗过程及病案首页的准确填写是取得合理病种分值的重要基础^[10]。以合理诊疗、保证医疗服务质量为基础,一是建立健全DIP病种的临床路径并细化路径表单;二是针对耗材收入占比高的“优势病种”,通过DIP精细化管理系统与供应链服务信息系统进行病例数据匹配,从同病种同主诊术式不同医生间、同病种同主诊术式同医生跨年度、同病种同主诊不同术式等方面进行耗材品种和用量对比分析,对路径中耗材使用品种、用量进行固化;三是根据临床路径表单开展医疗费用测算,检验路径经济性,在避免过度治疗的同时,也要避免治疗不充分、医疗不良事件管理不规范等情形。

4.4 加快医保DIP精细化管理系统建设

加快医保DIP精细化管理系统建设,推进医保DIP精细化管理系统与HIS间契合,实现“事前、事中、事后”全过程智能监管,尤其侧重完善事前提醒、事中监管功能^[11]。一是提高病案首页信息采集的准确性,对病案首页质量实时监控;二是设置24h内完成住院病历提醒;三是通过采集住院病历的主要诊断和手术操作编码,模拟病例病种入组情况,为医生开展诊疗提供参考^[12];四是对病例诊疗全过程的医疗费用实时测算,实现病例的超低费用、超高费用预警。

4.5 合理设置科室目标值并建立目标考核机制

综合上一年度医院基金使用率、科室基金使用率及贡献率、病种基金使用率及贡献率、同级别定点医疗机构病种次均费用等因素,合理设置科室年度基金使用率目标值,并将完成情况作为科室绩效考核的重要依据之一。

4.6 提高区域DIP信息数据透明度

DIP的实行对促进医院医保精细化管理、减轻患者费用负担、提高医保基金平稳高效运行均起到了积极作用,但尚未形成良性的竞争环境。在医保“分蛋糕”、医院“争蛋糕”的“市场环境”下,医院与医院之间既是博弈对手,又是利益共同体,更应以“降本、提质、增效”为共同目标构建良性的市场竞争环境。基于此,医保部门应及时公开DIP年度可分配基金总额、预算点值、年度病种目录库等信息,便于医院实施运营管理;卫健部门联合医保部门建立区域DIP信息系统,公开病种“效能”较好医院的病种运营数据,促进医院对

比、自查、降本、提质、增效,促进医院间的良性竞争。

DIP运营管理在推进医院医保精细化管理、控制医疗费用的不合理增长、降低参保人费用负担、规范诊疗行为、保障医疗质量等方面都起到了积极促进作用。近3年深圳市年度DIP病种目录库间的差异较为明显,尽管逐步趋向合理化,但也一定程度上反映出部分历史数据仍缺乏客观合理性的问题。因此,医院应从“优势病种”遴选,健全、优化DIP临床路径并加强路径管理,促进“同病种同术式”病例的同质化角度出发,深入推进DIP运营管理向纵深发展。

参 考 文 献

- [1] 佚名. 国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范 and DIP病种目录库(1.0版)的通知[EB/OL]. (2020-03-25) [2024-04-15]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/30/content_5565845.htm.
- [2] 深圳市医疗保障局. 关于印发《深圳市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法》的通知[EB/OL]. (2020-03-25) [2024-04-15]. http://hsa.sz.gov.cn/zwgk/qt/tzgg/content/post_7259066.html.
- [3] 郑丹桂, 孙俊如, 王宇, 等. 按病种分值付费下医院医保控费管理实践分析[J]. 现代医院管理, 2021, 19(3): 45-48.
- [4] 深圳市医疗保障局. 深圳市医疗保障办法: 深圳市人民政府令(第358号)[EB/OL]. (2023-09-09) [2024-06-12]. http://hsa.sz.gov.cn/gkmlpt/content/10/10826/post_10826882.html#2443.
- [5] 李锦汤, 张艳纯, 李劲佩. 广东全面开展按病种分值付费的进程和初步成效[J]. 中国医疗保险, 2018(4): 44-46.
- [6] 张学军, 陈咏梅, 李嘉, 等. 医保支付方式改革下公立医院绩效分配策略探讨[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(8): 57-60.
- [7] 陈金甫. 医保从认同价值入手重新定位[J]. 中国卫生, 2017(8): 38-39.
- [8] 陈继芳, 白丽萍, 谭卉妍, 等. 广东省按病种分值付费实践及对医院医保管理的启示[J]. 中国医院管理, 2022, 42(3): 63-66.
- [9] 申静霞. 依托临床路径管好医保费用[J]. 中国社会保障, 2019(4): 86-87.
- [10] 邵慧丽. 以价值为导向的DIP付费与公立医院运营管理思考[J]. 中国医院, 2023, 27(7): 91-94.
- [11] 左晓燕, 罗毅, 朱洁, 等. 医保基金监管大背景下医保控费精细化管理研究: 基于江苏某省属儿童专科医院的实践分析[J]. 卫生软科学, 2023, 37(9): 75-78.
- [12] 吴月苹, 牛亚冬, 张亮, 等. 按病种分值付费背景下医疗机构运营策略述评[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(6): 66-69.

通信作者: 杨湘江(1974-), 男, 硕士研究生, 副主任医师; 研究方向: 医保管理、DIP运营管理。

收稿日期: 2024-09-05

修回日期: 2024-10-11

(编辑 曹晓芸)