

## ◁ 医保管理 ▷

## 医保支付方式改革下医院病种成本管理探讨\*

李凤

(四川天府新区人民医院, 成都 610213)

【摘要】在医保支付方式变革环境下,医保支付由项目付费逐步转向按疾病诊断相关分组(DRG)付费或基于大数据的按病种分值付费(DIP),倒逼医院降低成本、规范管理。以某三级公立综合医院为例,对标同区域标准病种成本,找出成本控制关键点,有的放矢进行管控。通过降低病种药耗占比、缩短平均住院日、压缩人力成本、以病例组合指数为导向的成本管理优化诊疗费用结构、绩效考核等路径对病种成本进行精细化管理,能调整医疗资源投入、提高运行的成本效益、提升患者的就医体验,助力医院高质量、高效率发展。

【关键词】支付方式改革;病种成本;疾病诊断相关分组;按病种分值付费

【文献标志码】B 【文章编号】1672-4232(2025)05-0071-04

【DOI编码】10.3969/j.issn.1672-4232.2025.05.019

2008—2019年全国医疗总费用从14 535.4亿元上涨到65 841.39亿元<sup>[1]</sup>,涨幅达352.97%,人民群众健康服务需求逐步得到满足,但医疗费用不合理增长问题仍然存在,规范医院管理和降本增效尤为重要。国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发[2017]55号)中明确指出“各地要选择一定数量的病种实施按病种付费,国家选择部分地区开展按疾病诊断相关分组(diagnosis related group, DRG)付费试点<sup>[2]</sup>”,DRG作为医保支付方式改革的重要工具,率先在全国30个城市试点。同时国家医疗保障局确定了全国71个城市作为按病种分值付费(big data diagnosis-intervention packet, DIP)试点,疾病越严重、技术越复杂、资源消耗越多,医保支付得分越高。到2024年底,全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革,从局部向全面、从部分到全体迈入纵深,促进医院通过加强自身管理来提升内涵质量。

财政部公布的《2022年中国财政政策执行情况报告》<sup>[3]</sup>中提出“大力优化支出结构,不断提高支出效率”“从严控制一般性支出,加强‘三公’经费预算管理,努力降低行政运行成本”。

## 1 DRG/DIP 医保支付与项目付费的差异

传统项目付费结算模式下,医保部门根据医疗服务项目消耗资源被动买单,按项目收费价格一定比例补偿医院医疗服务成本,药品耗材成本也全由收费价格补偿。DRG/DIP支付方式下,医保制定了每一个病种的支付标准,设置了打包结算的天花板,药耗不再以成本补偿,药品耗材、检查治疗等打包项目由收入变成本,倒逼医院降本增效,减少资源浪费、加强药品耗材等成本控制(见表1)。

## 2 病种结余分析

DRG/DIP支付方式下,相同的病种因患者年龄、性别、是否并发症或合并症等不同而分入不同的诊断组,采取的治疗方案有区别,医保支付额度是不同的,医保结余=医保支付额-应收医保统筹额,其中应收医保统筹额=病种收费-患者自费额;由于成本结构差异,相同的病种既可盈利也可亏损,财务结余=病种收费-病种成本。如果医保结余和财务结余都为正,医

表1 医保支付方式对比表

医保支付方式	支付原理	成本控制关注点	应对措施
按项目付费	诊疗过程中产生的实际费用,包括药品耗材、检查治疗等,由患者和医保基金根据收费标准按比例承担。	检查治疗项目的实际成本与收费标准差异。	增加服务量,降低运行成本。
DRG付费	根据疾病严重程度、治疗复杂程度及治疗成本不同划分不同的诊断组,每一个病组对应相应的医保支付标准,以组为单位分别定价打包支付。	每一个病组成本的构成(药品、耗材、设备、人员等),病组成本与医保支付标准差异、与收费标准差异。	精打细算,加强病组成本管控,降低药耗成本和运行成本。
DIP付费	利用大数据对不同地区、不同时期、不同医疗机构的不同病种赋分,每一病例按病种实现标准化定价打包支付。	每一个病种成本的构成(药品、耗材、设备、人员等),病种成本与医保支付标准差异、与收费标准差异。	精细化成本管理,加强病种成本管控,降低药耗成本和运行成本。

\*基金项目:四川省财政厅会计科研项目(2023-sckjkt-014);  
四川省卫生经济学会科研课题(2021SCWJA004)

院的盈余空间就更大;如果医保结余和财务结余都为负,医院亏损的程度就越严重(见图1)。因此,在DRG/DIP支付改革下,医疗收费价格将逐步弱化,形成打包价格支付,这种情况下病种成本控制尤其重要。

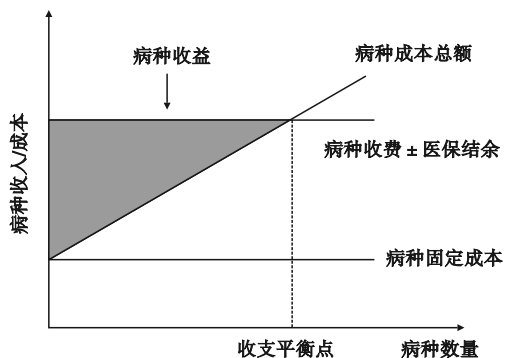


图1 病种收入成本示意图

### 3 病种成本管理

#### 3.1 对标病种标准成本

病种费用结构标准化和优化是成本控制的关键,按照腾笼换鸟的思维,剔除不合理的药耗支出及检查检验项目,将腾出来的费用空间用于医疗技术服务项目,提高服务类收入的占比,从而确定相对标准的费用成本结构。

集成病案首页、医院信息系统等数据,根据疾病种类进行基于临床路径的疾病、病种及成本精准画像,按成本项目属性分类管理,并按功能用途配置人、财、物等各成本资源,对与DRG/DIP密切关联的成本项目进行精细化分析管理<sup>[7]</sup>。如,依据人力成本、药耗成本、折旧成本等项目属性,与同区域内相同病种的费用结构进行对比,按照相关临床路径及成本构成要素平均值确定某DRG/DIP病种的标准成本,按资源配置实际情况核算真实成本费用,对比与标杆成本之间的差异,找出可控成本进行分析,找到关键成本控制点进行重点管控<sup>[7]</sup>。

#### 3.2 药耗成本占比高的病种

3.2.1 降低采购成本。在标准化临床路径和标准化病种成本结构控制下,每个病组获得的医保支付相对固定。病种成本控制中的关键性要素药品、耗材成本属于直接成本,除建立基于DRG/DIP费用导向的药事管理体系,减少非必要药品使用,建立高值耗材使用规范减少非必要耗材使用外,通过降低药耗采购成本的方式能让医院获得更多的收益空间。

采用集采(带量采购)方式购置会在很大程度上降低病种成本。四川天府新区某医院(以下简称T医院)是一家三级公立综合医院,现有在职职工1 058人,年

门诊量120余万人次,出院量3.3万人次。T医院2020—2023年纳入国家药品集采的品规数量占采购总品规数量的比例依次为3.00%、9.43%、20.55%、24.94%;2020—2023年集采金额占药品总采购金额的比例依次为0.93%、3.70%、10.77%、14.11%,呈逐年增长趋势。从2021年起医院执行耗材集采,2021—2023年集采的品规金额占总采购金额的比例依次为0.01%、0.84%、0.73%。

针对非挂网药耗,建立健全招标采购制度,采取多学科团队诊疗模式(multi-disciplinary treatment, MDT)联合采购,即临床需求科室、业务管理、物资管理、采购、财务、审计部门共同参与物资采购,货比三家、提高议价能力。在确保质量和疗效的前提下,通过严格控制药耗、服务等采购成本来降低病种直接成本,从而降低患者就诊成本。如手术耗材是成本管控的一个关键点,采购前要充分了解同行业水平、竞争对手状况,多部门协同进行可行性论证,从患者视角出发,能用低价可报销的替代品就不用高价自费产品;能用国产尽量不用进口;必要时可与供应商结成战略同盟;也可由地方政府牵头,组建区域内的集采联盟,实现高效集约、资源共享的医疗物资供应体系,提高买方市场的议价能力。

此外,通过大量使用基药、国家医保谈判药品及处方前置审核方式降低药品采购成本,采用精细化、科学化的医用耗材管控途径均可降低病种成本。

3.2.2 实施SPD物流模式。作为医院成本管控重要组成部分的医用耗材和药品,T医院全面上线供应链管理(supply processing distribution, SPD),高(低)值耗材、介入材料、药品全部实行零库存管理,一物一码,使用时扫码一键操作,入库、出库、计费同步完成,以减少仓储成本和人员成本,提高物流效率,探索精益化成本管理,达到提质增效目的。

3.2.3 成本分析。对比标杆病种成本结构,分析不可收费耗材是否存在过度浪费情况,如相同的手术,A医师用了2块止血纱布,而B医师用了6块止血纱布。同时不能单纯为了追求降低采购成本而忽略了时间成本、仓储成本、流程成本、沉没成本等隐性成本,医院相关部门要站在全局角度统筹运营并以全面视角综合分析,实现真正意义上控制成本。

#### 3.3 平均住院日较长的病种

3.3.1 提高病床周转率。由于间接成本以实际占用床日数作为参数进行从上而下的核算分摊,实际占用床日成为影响病种盈利的决定性因素,在平均住院日指标控制上,科室需要进一步提高病床周转率以降低患者每床日承担的间接成本。

如T医院心血管内科“急性心肌梗死,出院时存活

伴并发症或合并症”平均住院日 8.14 d>全省平均住院日 7.51 d。区域内平均住院日可作为相同病组管理的参考标杆值,并适当考虑该病种相关特定指标(如疾病特异性严重程度指标)进行风险校正。

在确保病床使用率及其他条件不变的情况下,单纯考虑平均住院日的影响因素,如果平均住院日降低 1 d,心血管内科每床日成本 1 347.39 元,全年减少成本 458.38 万元;T 医院每床日成本 2 261.34 元,则全年减少成本 6 997.94 万元。

3.3.2 引进相同疗效的替代药物。如心血管内科心衰患者用的利尿剂螺内酯、呋塞米等,主要功能是用于低钠血症、心力衰竭引起的体液滞留治疗,在确保医疗质量和安全疗效的前提下,引入左西孟旦(注射)、托伐普坦(口服)替代,患者可缩短平均住院日 4 d。

3.3.3 实行预约检查。通过“互联网+预约”,探索预住院、入院准备中心模式,可压缩检查、化验、手术的等候时间<sup>[11]</sup>;实现医院间检查结果互认,避免重复检查浪费时间<sup>[11]</sup>,提高检查检验结果出具效率等,多措并举缩短平均住院日,从而缩短患者住院时间,减轻患者负担。

3.3.4 广泛开展日间微创手术。大力推广日间手术、拓展病种手术方式及数量是医保支付方式改革下控费效果显著的举措之一,日间手术患者与普通住院患者相比,由于平均住院日明显下降,节省了住院期间产生的床位费、护理费、诊疗费等相关费用,诊疗成本大大降低。此外,随着高值耗材逐步纳入集采目录,开展微创技术和介入治疗(创伤小、恢复快、住院时间短)等手段均可加快周转,缩短平均住院日,降低住院成本。

当然,平均住院日并非越短越好,当各病种平均住院日降低到临界点,体现医疗服务性项目的收入占比就会更低而导致医疗服务不到位、选择性收治患者、让患者分解住院等现象出现,应在保证医疗质量和安全的前提下适当控制平均住院日,做到合情合理。

### 3.4 手术治疗费占比高的病种

根据病种的历史诊疗数据在一定范围内组织相关专家论证,重新构建基于标准化临床路径的治疗方案,全过程、全口径实施精细化、规范化的病种成本管理。通过成本分析,找出波动性大、增长较快、可控性较强的病种进行深入分析和重点管控<sup>[7]</sup>。针对手术患者,仅保留与疾病诊断相关的必要检查检验项目;将术前必需的检查检验项目打包完成,再进行手术流程;合理规划安排手术时间,提高开台准时率,提升手术效率,缩短手术时长,减少等候时间;推广新业务、新技术,缩短术后康复时间,加速下转基层医院。有条件的科室尽量推出日间病房,严格把控日间手术患者抗生素、辅助药物的合理使用指征,减少病种直接成本,增加医保

支付结余。

### 3.5 人力运行成本较高的病种

根据 2021 年国家卫生健康委和国家中医药管理局印发的《公立医院成本核算规范》,病种成本包括药耗直接成本和分摊的间接成本,后者包含人员成本。可通过有效配置人力资源、适当选择后勤社会化项目和增加第三方人员等方式来降低人力运行成本。针对技术含量不高、从事简单重复劳动的医辅岗位,如门诊咨询、检验窗口服务、妇产科医助等 18 个岗位 43 人,T 医院实行第三方人员替代策略,进行专业培训后上岗。

针对专业性强或要求相对较高的岗位,实行“三定”,即定岗、定编、定职责,竞聘上岗,人岗匹配,加强内部考勤考核管理,避免人员冗余,可减少隐性成本;在充分考虑不同岗位人才培养周期的情况下,适当做好人才储备工作;通过优化工作流程、提高信息化程度来提升工作效率,有效管控人力成本,从而降低病种单位成本。

### 3.6 以 CMI 为导向的成本管理

DRG 权重是医院的例均权重,跟医院收治的病例类型有关。一般来说,入组的组数越多诊治领域和范围越广,开展的新技术、新业务越多对应服务人次越多;疾病越严重、复杂程度越高,导致资源消耗程度越高。病例组合指数(case mix index, CMI)作为医院收治病例复杂和难易程度的评价指标之一,体现的是资源消耗。提高 CMI 值意味着需要投入大量人、财、物、技的资源,而这些投入未必能带来相应的效益,对不同的医院而言,CMI 值并非越高越好,而是越合适越好。

DRG/DIP 支付方式下的成本管理并非一味降低成本,而是要培养医院长远发展的核心竞争力,引导医务人员最优化组合医疗资源,提高医疗服务性价比。医院建立以 CMI 为导向的成本管控思维,将 DRG/DIP 病种成本的增幅与 CMI 的增幅相匹配,在医疗服务维持相对稳定、收费价格不变的情况下,允许病种成本与 CMI 同步合理增长。如三级公立医院绩效国考中,对抗菌药物使用强度、医疗服务收入占医疗收入比例、住院次均费用增幅指标用 CMI 值进行校正,CMI 值能让医疗机构在统一标准下进行相关指标的对比,使全国所有医院的数据具有可比性、公平性和一致性。可以探索将 CMI 值用于某些成本控制指标的校正,标化平均住院日=实际平均住院日/CMI,标化时间消耗指数=实际时间消耗指数/CMI,标化费用消耗指数=实际费用消耗指数/CMI,标化手术台次=实际手术台次×CMI。从科室层面、全院范畴、区域范围分析病组数与 CMI 值是否符合正态分布,从而科学合理寻求降低成本的有效路径。

### 3.7 绩效考核

医疗价值链中,医务人员是医疗费用控制的关键因素,削弱一线医务人员的逐利性,增强其控费的“守门员”作用,充分发挥公立医院的公益性,提高医师绩效尤其重要。采取技术劳务价值与绩效分配挂钩,细化到每位医师、每个患者、每张病床,绩效考核涵盖医疗服务的数量、质量、成本、费用等,将医保支付中涉及的人组率、诊断相关组数、相对权重、CMI、低风险死亡率等关键指标纳入绩效考核体系,能有效促进医务人员劳动效益和效率的提高,增强医疗服务过程中的责任心。如四级手术的技术含量高、风险和难度系数大,对应的CMI值较高,能体现医师的劳动价值,调动医师关注度从药耗使用转向诊治疑难危重症患者能力提升的四级手术,从而提高医院整体医疗技术水平。按月考核每个医师管床患者及科室的药占比、耗占比和抗菌药物使用强度指标,可在一定程度上有效遏制“大处方”“泛耗材”现象,从而降低病种成本中的药耗直接成本;大型设备检查阳性率纳入绩效考核,可减少过度医疗现象,促进病种成本有效降低。此外,与临床路径管理结合能促进医师认真分析费用极低病例是否合理、是否应收不漏收,提高医保支付率。

## 4 管理效果

**药耗直接成本:**T医院2023年较2019年药品成本降低2 623.86万元,耗材成本降低617.59万元(受疫情影响,2023年才恢复到2019年的业务量)。

**平均住院日:**2023年相较于2022年,T医院心血管内科平均住院日降低0.42 d,全年增加结余约192.52万元;T医院平均住院日降低0.1 d,全年增加结余约699.79万元。

**人力间接成本:**借助SPD供应链延伸服务,实现由人工转为信息化管理,年节约人力成本约120万元;以第三方公司人员替代医辅岗位方式,T医院年节约人力成本约691.9万元。

**绩效考核:**通过绩效目标设定,定期进行过程跟踪、运营分析和评价等,结合医院、科室、医疗组三级数据进行横向对比调整,从而使资源投入与产出效益匹配,进一步控制运营成本,促进绩效考核体系更科学、合理、公允、有效。

DRG/DIP虽是一种医保付费方式,但在医院、医保、医药三医协同格局中与医疗服务质量和效率管理高度融合,能促进医院从原来单纯追求收治病例的数量转变为提高收治疾病的质量,由传统的医疗费用控制逐步转向医疗费用和医疗质量的双重控制<sup>[4]</sup>,以此来促进医院结构转型,引领医院发展。站在医院角度,

可管控不合理费用、降低成本、优化流程;站在临床科室角度,可管控不合理费用<sup>[4]</sup>、降低成本、增加临床路径入径率;站在医务人员角度,可规范医疗服务行为<sup>[4]</sup>,实现“四合理”;站在“同城同病同质同价”角度,具有一定激励约束作用,当同一病种个例间治疗方案或路径存在明显差异时,由此产生的病种成本费用也会存在较大差距,合理治疗获得的医保支付会比实际成本相对多,而过度治疗获得的医保支付会比实际成本相对少<sup>[4]</sup>。

借助医保支付工具对病种成本进行抽丝剥茧的深度挖掘,实施精细化管理,能提高运行的成本效益、提升患者的就医体验,助力业务与医保深度融合下医院高质量良性发展。

## 参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委员会.2022中国卫生健康统计年鉴[M/OL].(2023-05-17)[2024-09-17].<http://www.nhc.gov.cn/mohws-bwstjxxzx/tjnj/202305/6ef68aac6bd14c1eb9375e01a0faa1fb/files/b05b3d958fc546d98261d165cca4adba.pdf>.
- [2] 国务院办公厅.关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[EB/OL].(2017-06-20)[2024-09-17].[https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content\\_5210497.htm](https://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5210497.htm).
- [3] 财政部调研小组.2022年中国财政政策执行情况报告[R].北京:财政部,2023.
- [4] 段光荣.建立基于DRG工具的管理闭环[J].中国卫生,2021(1):64-66.
- [5] 焦之铭,王芊予,冯占春.我国实施按病种分值付费方式(DIP)的SWOT分析[J].卫生软科学,2021,35(9):45-49.
- [6] 孙航.基于波士顿矩阵的医院科室运营战略研究[J].现代医院管理,2023,21(2):51-54.
- [7] 王玉廷,周小兰,沈毅,等.DRG支付下医院住院医疗成本管理控制[J].卫生经济研究,2021,38(9):58-61.
- [8] 杨雅棋,齐新红,韩笑,等.按病种分值付费下公立医院全面预算管理成本核算探讨[J].中国医院,2021,25(11):-7.
- [9] 张晨阳,张春丽,王梦伊,等.某三甲医院以成本为基础的DRG收付费实践与探索[J].江苏卫生事业管理,2019,30(5):545-547,625.
- [10] 赵迪,王孝勇,郭磊,等.基于DRG的病组成本核算方法研究[J].卫生经济研究,2021,38(9):65-67.
- [11] 张璞.控制平均住院日的实践与探讨[J].中国医院统计,2011,18(4):357-358.
- [12] 郑晨.DRG/DIP付费下的医院成本管理[J].卫生经济研究,2022,39(3):88-90.
- [13] 赵辉.DRG/DIP付费下医疗机构违规行为的认定依据及处理模式研究[J].中国医疗保险,2023(11):103-109.

**通信作者:**李凤(1974-),女,硕士研究生,正高级会计师;研究方向:卫生经济。

**收稿日期:**2024-10-19

**修回日期:**2024-10-30

(编辑 徐佳)