

医院单病种限额结算方式的会计核算

张文良 郑宽晨

(南京医科大学附属南京儿童医院 南京 210008)

【摘要】单病种限额结算方式是按病种定额支付,而不按实际发生的医疗费用支付,从而产生按医疗服务项目发生的医疗费用总额与单病种付费定额之间差异的账务处理问题。本文讨论该差异用新《医院会计制度》中的“结算差额”二级科目进行核算时出现的有关问题并提出改进建议。

【关键词】医院会计制度 单病种限额(DRGs-PPS) 结算差额 会计核算

目前我国医院采用按医疗服务项目确定费用的医疗费用支付为主要方式。随着医改的不断深入,医学科学的发展和医院管理科学的进步,医疗费用的支付方式及结算方式将发生深刻变化,逐渐由传统的服务项目支付方式向现代单病种限额(DRGs-PPS)结算方式发展,单病种限额DRGs-PPS结算方式,是医院对单纯性疾病按照疾病分类确定支付额度的医疗费用支付方式。单病种限额(DRGs-PPS)结算方式也是医疗保险结算方式的一种,是按病种已确定定额支付,不按实际发生医疗费用支付,由此导致患者按接受的服务项目而实际发生的医疗费用总额与单病种付费定额之间存在差异,该差异是否应确认为医疗收入以及如何进行会计核算,本文将对此问题进行分析与探讨。

一、单病种限额(DRGs-PPS)结算方式的会计核算

新的《医院会计制度》中在“医疗收入”之下增设了一个二级明细科目“结算差额”,“结算差额”明细科目核算医院同医疗保险机构结算时,因医院按照医疗服务项目收费标准计算确认的应收医疗款金额与医疗保险机构实际支付金额不同,而产生需要调整医院医疗收入的差额。医院同医疗保险机构结算应收医疗款时,按照实际收到的金额,借记“银行存款”科目,按照医院因违规治疗等管理不善原因被医疗保险机构拒付的金额,借记“坏账准备”科目,按照应收医疗保险机构的金额,贷记“应收医疗款”科目,按照借贷方之间的差额,借记或贷记本科目(门诊收入、住院收入——结算差额)。但在目前各医院实际实施过程中存在较大争议或未使用该明细科目核算现象较为普遍。

笔者认为,单病种限额(DRGs-PPS)结算方式(以下简称“单病种”),是以医院与社会医疗保障机构签订契约为前提,在支付时间上、额度上是具有确定性、及时性、可

预见性和可约束性,而较少发生医疗保险机构如以其他方式支付方式的拖欠和不确定性现象发生。差异属于因医院按照医疗服务项目收费标准计算确认的应收医疗款金额与医疗保险机构实际支付金额的差异,笔者认为应当通过“结算差额”来核算且具有可行性、合理性。

医院财务部门核算时,应首先按服务项目确定的费用总额确认医疗收入和应收医疗款,然后按实际收到的单病种定额与已确认的医疗收入之间的差额确认“医疗收入——结算差额”。期末,根据一定比例将当期“结算差额”余额进行分摊,相应调整医疗收入各明细项目。在单病种实际治疗过程中,由于病患的个体差异及医生诊疗过程差异等原因,患者按服务项目确定的医疗费用总额可能高于或低于单病种付费定额。现举例说明具体财务核算。

1. 患者按服务项目确定的费用总额高于单病种付费定额的情形。

某儿童医院收治白血病患儿一名,经治疗后办理出院结算时,按医疗项目确认费用合计85 000元,该单病种核定收费80 000元,按合同约定,及时支付。财务部门根据相关原始单据填制如下会计凭证:

借:应收医疗款	85 000
贷:医疗收入	85 000
借:银行存款	80 000
贷:医疗收入	
——住院收入——结算差额	- 5 000
应收医疗款	85 000

2. 患者按服务项目确定的费用总额低于单病种付费定额的情形。

某儿童医院收治白血病患儿一名,经治疗后办理出院结算时,按医疗项目确认费用合计78 000元,该单病种

核定收费 80 000 元,按契约规定,及时支付。财务部门根据相关原始单据填制如下会计凭证:

借:应收医疗款	78 000
贷:医疗收入	78 000
借:银行存款	80 000
贷:医疗收入	
——住院收入——结算差额	2 000
应收医疗款	78 000

从上述分录可以看出,经调整后的医疗收入净值为单病种限额金额,通过上述账务处理既能反映出按实际医疗项目应确认的医疗收入金额,又能反映出按服务项目确定的费用与单病种付费定额的差异。

二、单病种限额(DRGs-PPS)结算方式下用“结算差额”二级科目进行核算的优点

1. 解决了对单病种患者按服务项目付费与单病种付费定额之间差额无法核算与反映的问题。在资产负债表里,应收医疗款按实际能收回的金额列示,避免了将无法收回的差额反映在应收医疗款中,符合谨慎性原则。上述财务处理方式更符合该业务的真实状况,使报表使用者更清楚了解医院的资产状况。

2. 作为调整医疗收入的科目,“结算差额”科目将无法收回的结算差额抵减医疗收入,避免了医疗收入真实现金流与医疗收入记账金额不匹配的情况,更真实反映医疗收入状况及盈亏的情况。

3. 为医院管理提供更详细的数据。分摊前,“结算差额”的累计数为单病种患者按服务项目付费与单病种付费定额之间的累计差异。该差异通过横向及纵向比较后,可用于分析医院单病种诊疗费用的合理性及单病种付费定额的合理性。

三、单病种限额(DRGs-PPS)结算方式会计处理过程中的有关问题

1. 在账务处理上,使用“结算差额”科目直接冲减收入有待商榷,相关文献报道较多。医疗收入是当医院提供医疗服务(包括发出药品)并以此为收讫价款或取得收款权利时,是按国家规定的医疗服务价格计算确定的金额确认入账。也就是说,当医院向患者提供医疗服务后,收入已经确认,相关支出也已产生,一般情况不存在冲减收入等情况。将结算差额分摊后直接冲减到各明细收入科目,有违权责发生制原则,且存在结算时间上的差异。新《医院会计制度》中,药品收入已纳入医疗收入项下进行

核算,若是冲减了药品收入,还将影响药品成本与药品比例的核算。

2. 在冲减医疗收入时,“结算差额”分摊存在不确定性。因为现行制度规定的“医疗收入费用明细表”没有单列结算差额项目,所以会计期末要将“结算差额”科目的金额分摊后冲减医疗收入各明细科目。在实际操作中,无法确定其属于哪些收入项目和哪些具体的收入科室,因此在分摊时存在不确定性。“结算差额”分摊比例没有明确规定,是以单病种病人当月医疗收入明细项目的比例还是所有病人当月医疗收入明细项目比例,是以月收入项目比例还是以年收入项目比例。因此,每月的分摊具有很大的随意性,缺乏科学性和准确性。同时,由于不同医院可能采取不同的分摊方法,相应会影响各医院之间会计报表的可比性。

3. 医疗收入是否冲减结算差额会影响财务报表分析指标。冲减结算差额的收入会降低某些财务报表分析指标,如每门诊人次费用、每住院床日费用、出院者人均费用等。并且结算差额越大,财务报表分析指标的差异就会越大。由于很多与人均医疗费用相关的财务指标是医院考核的重点,如果计算出来的财务指标与实际不符,或与其他医院不具有可比性,可能会影响医院管理的行为。

四、建议

笔者建议在单病种限额(DRGs-PPS)结算方式会计处理中调整财务报表的格式。在医疗收入明细表中,医疗收入可将医疗收入原值和医疗收入净值分别列示。医疗收入原值为医疗收入下各明细科目实际发生的汇总金额,医疗收入净值为医疗收入实际汇总金额减去结算差额的金额。医疗收入下的门诊收入和住院收入里单列结算差额项目,将门诊收入和住院收入减去各项结算差额的净值填列到医疗收入净值中。

单独列示结算差额后,每月结算差额不再进行分摊,保证了收入数据的真实性和可比性,让报表使用者能清楚了解各明细收入的实际情况,且便于各收入明细的分类统计与比较分析。

主要参考文献

1. 财政部. 医院会计制度. 北京: 经济科学出版社, 2011
2. 卫生部规划财务司. 医院财务与会计实务. 北京: 企业管理出版社, 2012