

# DRGs-PPS 支付模式下 医院财务管理的应对策略

郭云波(高级会计师)

(云南玉溪市第三人民医院, 云南玉溪 653100)

**【摘要】**支付方式改革是维护医保基金安全和防范财务风险的必然要求。以诊断相关组为基础的定额预付制度(DRGs-PPS)以其在费用管理和质量管理方面的独特优势,必将成为国内医保基金支付方式改革的热门之选。目前,DRGs-PPS在我国应用型研究尚处于初步阶段。本文结合改革试点工作体会,重点就DRGs-PPS付费方式改革对医院财务的影响进行相关分析后,提出了应对策略和建议,以供业界同行参考借鉴。

**【关键词】**医院; 诊断相关组; 定额预付制度; DRGs支付; 财务

## 一、引言

自2009年4月国家深化医药卫生体制改革以来,以职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险三大保险为主体的基本医疗保障已覆盖全国,这标志着我国已进入全民医保时代。在这样的时代背景下,如何科学地管好用好医保基金,防范医保基金财务风险,优化和改革医保支付制度就成了关键所在。2014年5月28日,国务院办公厅下发的《关于印发深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务的通知》(国办发[2014]24号)中明确提出,“总结地方开展医保支付制度改革经验,完善医保付费总额控制,加快推进支付方式改革,建立健全医保对医疗服务行为的激励约束机制。重点配合试点县(市)和试点城市的公立医院改革,完善支付制度改革。”可见,我国迫切需要进行医保支付方式改革。

近两年来,对于DRGs-PPS的应用型研究,云南省走在了全国前列。2014年,玉溪市政府在市级层面开展新农合DRGs-PPS(Diagnosis Related Groups Prospective Payment System)支付方式的改革性探索,力图摸索市级层面的新农合DRGs-PPS支付方式改革新模式,从而加快公立医院改革步伐。笔者所在的单位有幸成为首批改革试点,通过一年来的参与运作,笔者越来越深刻地体会到:支付方式改革的初衷是控制日益上涨的医药费用,防范医保基金超支风险。但事实上,其与定点医疗机构的经济利益密切相关,对医院的经营管理也会产生深远影响。作为医院财务管理者,应当做好准备工作,积极应对各种医保基金支付方式改革。

## 二、DRGs-PPS的基本内涵

DRGs(Diagnosis Related Groups)是一种运用统计控制理论的原理将住院病人归类的方法。以诊断相关组为

基础的定额预付制度是根据患者性别、年龄、住院天数、疾病诊断、手术、疾病严重程度、合并症和并发症、疾病转归等因素,将疾病分成若干组,每组测算出一个合理的定额标准。

病人按疾病分入哪一组,就按该组定额标准结算。其主要特点有两个:一是对患者的诊断为基础,把一些相互联系又有区别的疾病按照患者的性别、年龄、病情严重程度、治疗手段、并发症及合并症等情况作综合考虑后进行归类和分组,在每一组中又细分为若干级别;二是以定额费用为标准,不同的疾病相关分组对应不同的定额费用标准,第三方付费时不论这个病人在医院所产生的实际费用是多少,均按“总费用=∑DRGs定额费用标准×服务量”这一公式进行费用结算。

## 三、DRGs-PPS与其他医保支付方式简介

目前国内常见的医保支付制度有预付制和后付制两大类。预付制包括按人头支付、单病种支付和诊断相关分组预付制度,后付制包括按服务项目支付和按服务单元支付(见下页表)。

与其他医保支付方式相比,DRGs-PPS在医疗费用控制和质量评价方面具有显著优势,它能有效防范医保基金超支风险,让有限的资金用在刀刃上;利用经济杠杆原理和市场手段推动分级诊疗的实施,促进医疗市场的合理布局;促使定点医院规范内部管理,提高综合服务能力和水平,为患者提供更优质的医疗服务,从而兼顾医保部门、定点医院及患者的三方利益。因此,它已在全世界43个国家得到了广泛推广和应用。我国于20世纪80年代末开始进行DRGs的相关研究,近4年间才开始进行DRGs与医保支付方式相结合的应用型研究。2011年,北京率先在国内开始DRGs-PPS改革试点工作,试点覆盖

我国常见的医保支付方式

项目	预付制			后付制	
	按人头支付	按单病种支付	诊断相关分组预付费	按服务项目支付	按服务单元支付
基本内涵	按服务对象的约定人数和约定的收费定额支付	对不含并发症、相对独立的疾病按照疾病分类确定支付额度	按疾病相关分组,每组对应一个支付定额标准	按医疗机构提供服务的项目和数量支付医疗服务费用	按预先规定的次均门诊费用或者住院床日费用标准支付
优缺点	管理便捷,但对相关信息的完整程度和准确程度要求高	便于单一病种费用总量的控制,但因病种类别局限,不适宜全面推广	有效抑制费用上涨、推动分级诊疗、规范医院管理,但对疾病分组准确性要求高	简单便捷,但容易推动医疗费用过快上涨且难以控制	控制医药费用有一定效果,但定额标准制定过于简单,不科学
适用性	国内较少实施	只适合小范围内推行	世界公认最科学	国内目前主流	介于项目支付与病种支付之间

10 所三级综合医院,涉及 108 个 DRGs 病种组的本市参保人员。

四、DRGs-PPS 改革对医院财务管理的影响

1. 加大了医院财务风险。医保支付方式和结算模式对医院资金运营效率的影响是毋庸置疑的,不同的医保支付方式所带来的医院财务经营风险也不同。在医保支付方式中,预期性成分越多,医院承担的经济风险就越大。当按服务项目支付时,医院的财务风险是最小的;当采用总额预付方式时,医院的财务风险则达到最大。

采用 DRGs 支付时,医保部门和定点医院的财务风险达到了均衡(图 1)。DRGs-PPS 是以疾病诊断分组为基础的总额预付制,医保部门较好地控制了自身的财务风险,却将控制费用的责任移交到了各定点医院,并将支付机制从疾病的诊断扩展到了整个医疗服务的产生;定点医院作为医疗服务的提供方,因资金回收的不确定性等所承担的财务风险大大增强。因此,与传统的按服务项目支付方式和后付制相比,DRGs-PPS 大大增加了医院的财务风险。

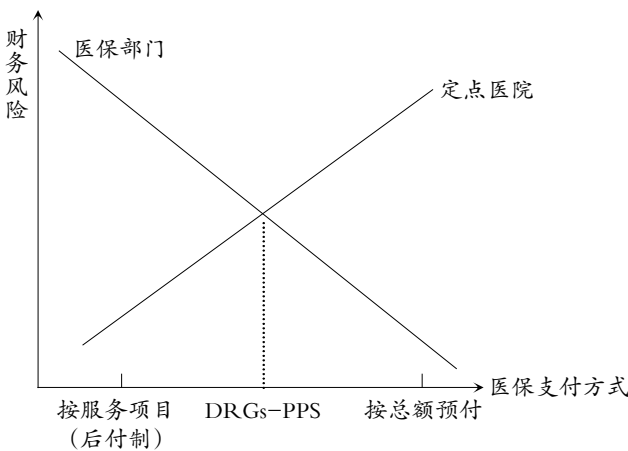


图 1 医保支付方式与定点医院财务风险关系

2. 迫使医院主动降低成本。定额预付制度以其能有

效控制医疗费用总额、提高管理效率、促进医院主动降低成本等优点,成为医保支付方式改革的首选,它对定点医院的管理重点及医务人员的供给行为会产生直接影响。DRGs-PPS 利用支付方式的经济杠杆作用,引导医院将管理的重心放在提高医疗质量、重视医疗安全、做好内部成本控制、减少浪费等方面;引导医护人员通过提供优质的医疗服务得到合理的补偿,规范医生的诊疗行为,合理诊疗合理施治,促使其不断提高诊疗技术和工作能力。在 DRGs-PPS 模式下,DRGs 定额支付标准是病种盈亏的临界点,年度预定总额(∑DRGs 定额支付标准×服务量)是医院整体盈亏的临界点。当医院年度实际发生的医药费用总额大于年度预定总额时,超支的费用由医院自己买单;当医院实际发生的医药费用总额小于预定总额时,医保部门仍按预定总额支付,结余的费用归医院所有。因此,为寻求盈利空间,医院必须主动降低医疗服务成本和病种成本。

3. 对医院收入管理提出新要求。DRGs 用于医保支付制度的基本出发点是:医疗保险的给付方不是按照病人在医院的实际花费账付账,而是按照病人本次入院主要的病种账付账,依病情的不同、病人的不同、治疗手段的不同会有不同的 DRGs 编码相对应。对定点医院而言,DRGs-PPS 标准具有激励与约束的双重作用。在 DRGs-PPS 模式下,药品收入和检查收入的含金量会有一定程度的缩水,甚至在某种意义上会沦为医疗服务的成本,加之药品零差率的实施和大型医疗设备检查收费标准的降低,药品和医技检查收入越高,病种成本越高,医院盈利空间越小。因此,DRGs-PPS 对传统的医院收入管理提出了新的挑战。

4. 对医院经营管理产生深远影响。在 DRGs-PPS 模式下,定点医院与医保部门的结算是按医院收治的患者例次及其诊断相对应的支付标准来进行,超支不补,结余归己。为了追求利益最大化,定点医院就会自觉抑制过度医疗的现象,医院管理的方向和重心会主动向提高诊疗

和护理水平、控制过度检查、控制不合理用药、加强医疗质量管理、关注临床路径的推广应用、努力降低医疗成本等方面转变;医院经营管理的模式会主动从规模扩张型向质量效益型转变;医院管理者将更加注重内涵建设和服务质量,自动完成医院管理转型和内涵提升,从而推动和加快定点医院的医疗质量、服务质量、成本核算和信息化等项目的发展。

由于传统的评价指标普遍未考虑患者的疾病种类、病情严重程度、年龄、性别等内生性因素,仅采集平均住院天数、病人死亡率、治愈率等数量指标进行简单的对比,导致以上评价指标在不同级别的医院、同一医院不同的科室之间缺乏可比性。DRGs-PPS提供了一种全新的临床统计工具,通过量化医疗数据,实现按病例科学分组,统一了各定点医院的考核、管理和结算的标准,从而使现有的不同地区、不同级别、不同医院、不同科室之间的评价指标不具有可比性的状况得到极大改善,医患之间信息不对称的问题也得到了很好解决,使不同的定点医院之间及其定点医院自身开展内部评价成为可能,为定点医院同行间开展绩效评价和加强内部管理提供了有效的途径和手段。

### 五、医院财务管理的应对策略

**1. 更新观念、加强学习是关键。**目前,公立医院的改革已进入实质性攻坚阶段,医保支付改革是其中的重要内容之一,其与医院的经济利益密切相关。因此,要想更好地顺应时代改革潮流,就必须加快推进医院全面管理质量的提升,医院全体员工更新观念、加强学习就成了关键所在。

财务部门是医院经营的基础和重要支柱,在DRGs-PPS支付改革中发挥着不可或缺的作用。因此,作为财务管理人员,必须做到以下几点:

(1)树立“大财务”的理财观念,提高站位,放大格局,在会计工作中全面渗透管理思维,迅速完成财务会计向管理会计的角色转变,财务工作的重心应从关注结果转向关注过程和结果,努力由报账型、核算型的医院财务管理转变为医院价值创造的引领者。

(2)加强学习,深刻理解DRGs-PPS支付模式对医院经济活动所产生的深远影响,及时完成知识更新,积极作为,凡改革过程中涉及经济活动的环节,都应当密切关注、及时记录、深度思考,并采取积极措施实施管控,使医院经济运营保持优质高效的新常态。

(3)准确把握会计、财务和管理的本质,提高综合分析运用各种数据的能力,能深度挖掘并分析数据和报表背后的信息,为医院的经营管理和各种决策提供有用的数据分析。这就要求财务管理人员必须熟悉医改政策和相关法规,准确把握DRGs-PPS内涵,并真正做到“跳出会计看会计,跳出会计干会计”,将高效运营的理念根植

于每位职工心中,帮助医院干部职工养成增收节支的好习惯,从而提高整个医院经济运营的质量和效率。

**2. 采用单元成本分析法,科学合理管控医疗作业成本。**DRGs是一种先进的管理工具,DRGs-PPS付费方式目前在我国尚处于试点摸索阶段。由于DRGs-PPS是以DRGs分组的定额标准来支付,因此,如何科学合理地控制医疗成本,成为医院财务管理面临的新挑战。笔者认为,在这种情形下,医院财务管理应当脱离简单的成本核算范畴,而采用“管理会计”理论下的成本管控方法,即单元成本分析法。“单元”仅是一个“名称”,寓意存在一个更小更深层次的理想成本。单元成本分析是为辅助经营决策,根据成本资料所显示的问题,运用鱼骨图等要因分析的方法,以追根究底的精神,从单位成本出发,层层向下追溯医疗产品成本结构的构成要素,以明确各项医疗处置的成本结构。

单元成本分析法下的医疗作业成本构成一般包括五大项:①用人成本,指直接参与该项手术、处置、检查、检验等医疗活动的相关人员的薪资成本,包括工资、奖金、津补贴及社会保障缴费等;②药品和医用材料成本,以实际耗用量乘以单价即可,但要注意,可以向患者收费的药品和医用材料不可列入计算;③设备费用,包括房屋及医疗仪器设备的折旧及维护费用;④管理费用,包括会计、人事、医疗行政、护理行政、后援保障等行政管理部的成本;⑤其他费用,包括低值易耗品、水电费、空调费、清洁费、消毒费等其他费用。

单元成本分析法在医院财务管理中的具体应用,简单来说,实际上就是一个管理循环。它既引入了管理大师德鲁克(Drucker)的目标管理方法,同时又融入了戴明(Edwards Deming)的“全面质量管理”和日本的“源流分析法”的思维,经过持续不断的作业规范和成本改善,进而达到提高医院作业效率与效益、降低医疗作业成本的目的(如下页图2)。

**3. 建立责任中心制度,推展责任会计。**责任中心制度的思想最初源于1960年美国企业管理制度的改变,其秉持“责任与人结合”的理念精神,将成本、收益、利润及投资列入其中,通过这种财务管控的方式来弥补传统会计和成本制度在管理上欠缺责任基础资料、涵盖范围过于狭隘等缺陷,从而达到全面提升医院绩效的目的。医院可以依据管理的需要、授权及执行有无困难等因素,将责任中心设定为成本、收益、利润或投资中心等,并透过关键性财务指标预计数与实际数的差异分析,针对不同类型的责任中心进行差异管理。

笔者认为,倡导建立责任中心制度和导入责任会计在当下具有更为重要的现实意义。在我国实现全民医保的大背景下,医保、新农合等第三方支付占医院业务收入的比重越来越大,其对医院财务收支的控制和影响能力

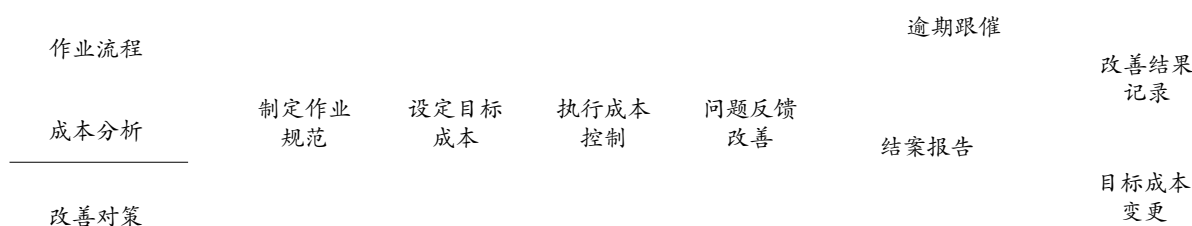


图2 医院单元成本分析法的执行与改善程序

也越来越强。在DRGs-PPS支付模式下,于定点医院而言,医疗收入的内涵显然有别于传统的医疗收入。由于第三方对各定点医院监管的方式从事后监控转变为事前、事中和事后相结合的全过程监控,监管重心也从主要以费用的事后审核支付为主转变为以医疗安全和医疗质量的监控为主,因此,定点医院财务收益风险的大小与医院内部作业流程与质量管理水平的高低密切相关。

在责任中心与责任会计管理思维下,医院内部的急诊、内科、外科、妇科、儿科等各临床服务类科室都归属利润中心,临床科室负责人需对本科室的收益及成本的绝对额负责。因此,医院必须针对影响该科室之收益和成本的因素进行有效的经营和管理,以扩大该科室的利润空间。如:一方面,可通过各项市场推广来设法提高该科室的门诊人次,以增加收益;另一方面,则可通过改善流程来降低医疗服务提供的成本。

在这里需要明确的是,责任会计的推广是希望通过责任中心的建立将员工的行为与医院的整体管理目标进行系统性整合,而不是对某个科室或个人的责备。同时,可以借助DRGs临床统计工具,开展科室业务与学科发展的内部与外部、横向与纵向间的比较。因此,医院的管理者,尤其是财务管理人员需要与之进行平行与垂直的反复沟通,使其认识到责任会计制度的建立对医院提升整体绩效的影响,并最终达成全员共识,以提高医院财务管理水平,提升医院整体经营的质量和效率。

4. 建立高度集成的经济数据平台,提升精细化管理水平。医院信息化水平的高低,在某种程度上决定了医院管理水平的高低,这一点,在目前我国医院管理界已达成共识。

在DRGs-PPS模式下,定点医院与第三方(医保、新农合)信息管理系统必须对接,从而实现定点医院与第三方资源的共享和实时传递,便于第三方随时调阅患者的诊疗和费用等电子信息,进而完成其对定点医院的实时监管,因此,其对医院信息化建设提出了更高的要求。随着HIS(医院信息管理系统)、EMR(电子病历系统)、CP(临床路径系统)、LIS(医学检验系统)、PACS(影像传输系统)、H-ERP(医院综合运营管理平台)等信息系统的应用,医院产生了海量运营数据。那么,如何选择和运用

这些数据资源呢?笔者认为,打通财务和医疗业务之间的壁垒,实现数据互联共享,推进医院精细化管理进程,建立高度集成的经济数据平台是关键。

各定点医院应当以DRGs-PPS改革为契机,加快信息化建设步伐,对医院临床和经济两大数据中心的建设进行前瞻性的谋划,有计划、分步骤地加以组织实施;确保医院内部信息资源的集成整合,打破信息孤岛;实现数据共享;准确及时地采集和汇总分析各种经济数据,提升医院的经济管理水平,以更好地为医院的经营决策和发展战略的制定和组织实施提供数据支持,从而推动医院向精细化、科学化、规范化管理方向迈进,提升医院综合服务能力和水平。

## 六、结语

当前,我国公立医院的改革已进入实质性的攻坚阶段,公立医院补偿机制的改革是重中之重难点问题。笔者认为,解决公立医院的补偿问题,根本之道在于医保支付方式改革。

DRGs-PPS支付方式的改革,是控制日益上涨的医疗费用的需要,对定点医院的财务收支和经营管理也产生了直接而深远的影响。这就要求医院财务管理人员必须对这一变化做出快速反应,并能分清形势、针对问题查找原因,积极作为,主动应对,明晰财务管理的重点和方向,妥善化解支付方式改革对医院日常经营和今后的长远发展带来的不良因素,以更好地发挥财务管理在医院经营管理中的核心地位和作用,从而促进医院的可持续、健康、快速发展。

## 主要参考文献

- 郭志伟.DRGs的原理与方法及在我国的应用对策[J].中国卫生经济,2010(8).
- 范雯怡,吴昕霞,胥雪冬.DRGs-PPS实施对临床路径工作的影响[J].医院管理论坛,2012(4).
- 王留根,刘兆晟.管理会计边界与管理会计报告的理论定位[J].财会月刊,2015(1).
- 王冬,黄德海.非营利性医院的企业式经营——向长庚医院学管理[M].北京:化学工业出版社,2015.
- 余勇晖.集团医院财务管理信息化建设初探[J].财会月刊,2013(8).