

DRGs模式下公立医院成本管理研究

苏波^{1,2}(副教授)

【摘要】 公立医院是我国医疗服务机构的主体力量,目前医疗卫生体制正在向纵深改革,医保需要承担全民诊疗费用。在此背景下,以DRGs公立医院成本管理为切入点,首先在对DRGs病种成本法与作业成本法进行比较的基础上介绍DRGs下病种成本法核算的优点,其次分析我国公立医院DRGs病种成本法核算的现状和演化路径,再次阐述实施DRGs全环节成本管理的措施,最后对优化我国公立医院DRGs成本管理提出相关建议。

【关键词】 DRGs; 作业成本法; 病种成本核算; 公立医院

【中图分类号】 F271

【文献标识码】 A

【文章编号】 1004-0994(2019)13-0107-5

公立医院改革目前已进入深水区,从医疗费用的支出来看,随着我国人口老龄化明显加速,医保资金的收入增幅降低,而支出增幅提高,医保资金已经捉襟见肘。在这一背景下,DRGs(疾病诊断分组)等医疗费用预付方式逐步得到推行并有加快布局的趋势。公立医院只有将医疗成本控制在医保预付额度以下才会获得利润,而DRGs恰好注重成本核算,遵循“结余归己,超支自担”的原则。病种成本核算已纳入政府卫生制度设计,其最高目标就是推广DRGs预先支付体系(Prospective Payment)。为了减缓国家医保基金支出的增长速度,发挥公立医院的公益性,医院急需提高成本管理水平,合理控制成本,承担公立医院管控医疗费用的责任。

一、DRGs预先支付体系与医院成本核算

1965年,美国社会保障修订了美国的医疗保险计划,提出医保可以按适当比例补偿医院发生的医疗费用支出。为了估算可计入的保险成本,医疗成本概念就此引入美国医院。由于经验不足,付费制度制定初始存在许多规则漏洞,医院借机进行规模扩张和提高成本,导致产能过剩,医疗成本大幅提高,加大了政府财政支付压力。1983年,美国开始在医院内部试行成本核算,这一试行方案宣告了DRGs预先支付体系时代的来临。在DRGs预先支付体系下,

医保机构按照基本医疗给予医院保费补偿。

20世纪60年代发轫于美国的DRGs在90年代得到了实质性的发展,1990年美国波士顿新英格兰医疗中心医院率先选择DRGs中的部分病种模式收治病人,达到了预期质量下住院天数和费用降低的目标,在控制医疗费用增长过快方面起到了显著的作用,此后该模式在美国医疗界逐步得到推广,并被部分发达国家借鉴采纳。

(一) DRGs病种成本法与作业成本法

DRGs病种成本核算数据是医院与保险机构议价的主要砝码。DRGs按照“临床过程类似、资源消耗相近”的原则,将诊断相同且治疗手段类似的多发疾病分为一类,在同类病种下按患者的性别、年龄、体重、手术选择、合并症或并发症、出院状况等多种因素划分为不同的病例组合。

目前发达国家公立院所使用的成本核算方法主要是基于医疗服务项目的作业成本法(ABC)和DRGs病种成本法。作业成本法是一种通过作业把间接成本分配给成本对象的成本核算方法;医疗服务项目成本核算是以医疗服务项目为具体的成本核算对象,将医院用于患者的所有服务分解为多个作业,再按一定标准把作业分配到医疗服务项目中去,最终得出该病例成本。部分学者认为,公立医院并不适用作业成本法,因为在医院内部建立作业成本核

算体系需要耗费大量的劳动力和时间,对财务人员业务水平的要求比较高:其一,医疗项目成本核算的数据量巨大。2012年的《全国医疗服务价格项目规范》^[1]中将我国医疗服务项目分为六大类 11 章节,共有一万项以上的成本核算单元。按照作业成本法的核算要求,大量的间接费用需要分摊,而目前医院间接费用的分摊方法过于简单粗放,从分摊科室到医疗项目、从医疗项目再到医疗成本项目,增加了成本核算的难度。其二,成本分摊标准没有统一。成本分摊方式缺乏明确的程序路径,成本数据的精确度得不到技术保证。

公立医院成本核算输入数据量大且核算过程复杂,其成本核算是随着医疗费用支付方式改革而演化的,按项目成本收费的支付方式和创收式的经营补偿机制存在弊端,导致过度医疗成为常态。为了更好地控制成本,目前医院管理水平先进的国家通常采用DRGs病种成本核算方法。

(二)DRGs下的病种成本核算

成本核算是成本管理的基础,我国新《医院财务制度》中病种成本核算是指以病种为核算对象,按一定方法归集某一病种耗费的医疗服务成本、药物成本和耗材成本等的过程。在DRGs病种成本核算的基数上,结合临床路径对基数进行修正并得到最优解,经实践检验后对每个病种成本设定标准值。

1. DRGs预先支付体系能合理把控疾病诊治成本。DRGs控费的本质就是要做到医保、医院、医生和患者的多方共赢,DRGs价格即为支付医疗预期费用的标准,是医院提供医疗服务可获得的医保补助上限,把医疗成本费用控制在DRGs支付标准内是未来医院管理的核心内容。DRGs对诊治过程和效果以及医疗费用进行控制,从经济上激励医院合理利用医疗资源,寻求最优的临床路径,规范医生的诊疗行为,提升医务人员的自律性,主动避免大处方以及一些不必要的检查,医生处方的唯一标准就是临床价值。

2. DRGs能应用于成本效益分析。DRGs可用于医院横向和纵向的比较,在质量、效率及资源消耗上反映治疗方案的差异,从而创造新的卫生服务评价方法。依据科室收治患者的住院时间和医疗资源消耗,评判科室的运营管控能力。如某省级公立医院迫于医院成本控制要求,通过医管模式创新和医疗流程再造等一系列措施,使患者平均住院天数从三年前的12天降至现在的8.7天。DRGs下的病种成本

核算是一条为医院节约床位占用和控制成本的可靠途径,也部分解决了患者入院等待时间过长等影响医院评价的问题。作为DRGs重点试验区,2017年金华市有七家主要医院均次住院费用低于全省平均水平3363元,减轻群众负担2370万元。病种成本标准化还能够实现同质医院间成本的横向比较,便于开展公立医院间的良性竞争,提升医院的经营效益,保障公立医院秉持通过提高运行效率来带动社会效益同步提升的发展思路。

二、我国公立医院DRGs病种成本核算现状

(一)我国公立医院病种成本核算存在的问题

从目前我国在部分公立医院试点推广DRGs的结果来看,试点医院的成本出现了不同程度的降低。新《医院财务制度》要求具备一定条件的公立医院必须实行医疗服务项目成本核算和病种成本核算,且最终实行病种成本核算。病种成本核算工作开展的重点主要是医疗费用数据的采集、标准成本的制定、成本与收费口径的比较分析。

我国病种成本核算工作的理论研究已较为深入,然而,从可操作层面而言,病种成本核算的实操试点覆盖范围还很窄。开展病种成本核算工作有一定的难度:首先,医院对成本核算不够重视,以费用为计算基础的成本核算模式已经在医院管理者和财务人员脑中固化,精细化成本核算观念的转变还需时日。其次,国外的DRGs付费普遍使用成本数据作为权重和费率测算的依据,而我国医院以前的费用和成本偏离度较高,成本数据无法真实反映医院合理的资源消耗情况。

(二)我国公立医院病种成本核算的发展路径

如果成本核算实操层面能做到科学控制,那么医疗费用支出的合理性就能做到可预期、可控制。我国病种成本核算模型主要有历史成本和标准成本两条发展路径。

1. 历史成本路径。历史成本路径是指以“科室成本核算—项目成本核算—病种成本核算”为主轴线,汇集发生的医疗费用,从而计算出实际病种成本。其成本归集的流程为:首先对大样本病例的实际成本进行回述分项,其医疗技术项目费用作为直接成本直接分配计入相应的某类病种;然后将其他间接费用按照一定的分配标准和分摊区间系数间接分摊到相应的病种;最后得到该病种的总成本和单位成本。此方法的缺陷在于核算不够规范和准确,原因

如下:不同医院和同一家医院内不同科室的成本内容不尽相同,一家医院内各部门间的信息系统数据不能完全对接和互用;医院内以科室为单位汇集的病种成本由医疗服务项目成本归集而得,可能导致科室为了提高收入而向患者提供多余的医疗服务,或者为了减少“病患量”而省去必需的治疗手段。

2. 标准成本路径。标准成本路径是指通过构建病种成本核算模型来制定某病种的标准成本,将实际成本与标准成本进行对比分析,进一步控制成本。其成本核算步骤为:按照DRGs组别病种成本核算模型制定标准化的病种治疗方案(临床路径),计算得到该病种的标准成本,每年根据市场的客观变化对方案成本的基础值做出调整。标准成本制定需要建立统一的标准分摊参数,参数的设定采用哪一种方法是个难题,运用作业成本法核算医疗项目成本的技术难度很高,参数设定标准的缺失也使得医院之间病种成本的比较无法得到实施。正因如此,管理层和医疗界将医疗成本目标管控发力点转到DRGs下的病种成本核算上来。

设立病种标准成本是DRGs成本管控的手段之一,通过分析实际发生的医疗成本与标准病种成本的差异,找出能够降低成本的环节。如手术类和非手术类病种在临床路径成本项目中存在差异,测算病种成本时需要加以考虑。目前标准成本主要包含必要的药耗、人力技术、医技检查等成本,未来可以考虑将医院级别、区域差异、医院规模和运营绩效也放入病种成本指标体系中。

(三) 公立医院成本核算模型构建

公立医院尚未建立标准的临床路径,同一病种在不同医院的诊疗费用差距较大,有的甚至相差几倍;信息系统服务范围只局限于医院内部分科室,成本数据收集不同步;地区之间的病种分类存在差异,医疗主管部门目前无法构建统一的病种成本核算模型。以上因素导致难以构建大范围内的公立医院成本核算模型,有些经济较为发达、医院管理水平较高的地区,考虑到地区内公立医院同类病例成本数据的可得性,构建了地域范围内的模型,将模型核算成本与实际成本进行对比,得出DRGs下的病种成本核算模型能够更加有效地控制成本的结论。目前比较有实用性的DRGs成本核算模型如下^[2]:

$$P_{ik}=CW_k \times B_i \times Ud$$

$$B_i = \frac{C_i}{CMI_i \times Y_i}$$

其中: CW_k 代表成本权重,即k组DRGs病例组合占全部DRGs病例耗用资源的比重; B_i 代表基准成本,与上一年度医院i提供的总病例数、病例组合指数及医疗费用总额相关; Ud 代表更新系数(货币时间系数),一般用通货膨胀率或者CPI表示市场价格水平波动; C_i 代表医院i上一年度的医院患者医疗总费用; CMI_i 代表医院i的病例组合指数,用收治患者病情的严重程度衡量,与权重调整和病例总数相关; Y_i 代表医院i的DRGs总病例数。

本模型基于DRGs分组的相关性,考虑了疾病的严重程度、病种耗费资源的差异,不足的是没有涉及基准病种的成本标准,其原因是基准成本需要依据上一年度医疗服务总费用计算,要求公立医院严格区分不同病种消耗的资源,计算出的某类病种医疗费用还要得到行业认可。

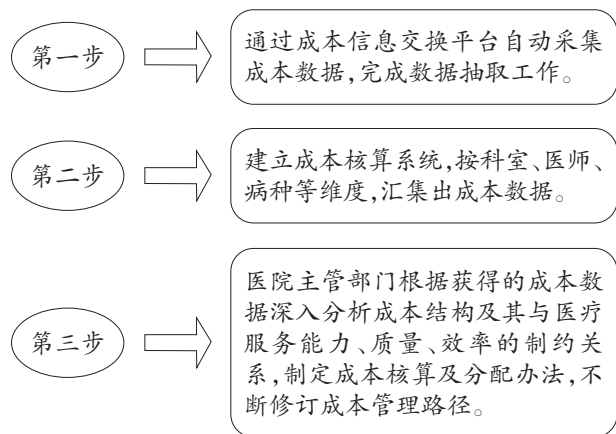
三、成本管理是DRGs作用于医院管理的重要抓手

美国耶鲁大学开发DRGs的初衷并不是将其用来付费,而是帮助医院内部进行成本控制。耶鲁大学利用DRGs控制医院成本以后,美国学者认为DRGs将付费和控制成本结合得很好,随后将此方法带入美国的两大保险公司,引发了医院与保险公司之间的博弈和谈判。医保开始实行DRGs付费时,医院认为这种总额控费不利于医院的运行和发展。但实际上当时美国医院内部存在很多浪费现象,在这种控费要求下,医院被迫去挖掘自身的管理潜力,发现原来用这种预付费方式也能够产生利润。DRGs好比一个杠杆,付费是一个支点,杠杆撬动支点可以改进医院的收费机制。理论上而言,DRGs的预付制和打包收费的特点,遏制了过度医疗的生存空间。2018年11月15日《4+7城市药品集中采购文件》正式发布,12月7日“4+7”城市药品集中采购拟中选结果正式公示,有25个品种入选,降价幅度最高超过90%,医院依赖药品和耗材的利润通道已基本堵死。紧接着,医保局于12月20日发布了《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》,高度重视推进按DRGs付费试点,成本管理成为公立医院生存管理的重要手段。

(一) 制定成本管理路径

DRGs支付方式下,大处方、过度检查、过量使用耗材会增加经营成本,直接导致医院利润和医生收入减少,只有在医疗服务方面节能增效才能降低

经营成本。制定成本管理路径可以帮助医院科室进行具体病种的成本信息数据采集,为医院主管部门制定成本核算及分配办法提供依据,成本管理路径如下图所示。



成本管理路径图

(二)实施 DRGs 全环节成本管理

公立医院从“成长时代”迈入“成本时代”,医院需要将成本观念植入每一位管理者和医生的头脑中,加强成本管控教育,将成本管控作为医院文化建设的一部分。财务部门重新调整财务结构,增强财务能力,实现基于 DRGs 全过程的成本管理。

1. 成立服务于 DRGs 的成本管理机构。由于病种核算的重要性的专业性,医院必须健全 DRGs 成本核算管理制度,配备专人负责成本核算工作,财务条件良好的医院应建立独立权威的服务于 DRGs 的成本管理中心,其隶属于医院财务管理范畴,但地位应略高于原有的财务部门,实行成本项目发生额实时监测制度,监测结果应及时反馈给本院 DRGs 病种小组和各科室。

2. 优化 DRGs 成本管控体系。成本管控体系对医疗活动的成本进行全程有效控制,从成本范围、成本控制、成本分析、成本考核等各环节进行全方位的管理。

(1)重新制定成本核算范围。成本核算的目的是实现公立医院综合效益的最优,依据 DRGs 分组原则,按照药品、耗材、人力费用、资产折旧、其他费用等,确定成本核算的范围,实时获取医院病种成本数据。

(2)进一步加强成本控制。成本控制是控制医疗资源消耗的手段,帮助医院及时了解成本现状,为成本调整提供数据基础,争取在与医保局医保付费谈判中的话语权。根据成本发生重点部位调节成本控制指标,如病种费用预算达成率、材料消耗降低率

等,促进成本的持续降低,医院可以从床日成本、手术成本、耗材成本等方面进行成本控制。

(3)定期施行成本分析。以病种为核心视角,以大数据为基础,将各 DRGs 分组作为成本分析的第一目标,以小组为单位进行成本分析;医院成本管理部门定期举行全院 DRGs 成本分析会议,重点分析标准成本与实际费用存在偏差的原因,以及成本各要素变化对医院运营效果的影响^[3]。

(4)落实成本考核。医院将成本计划和目标进行分解,挖掘医疗支出、药品支出、费用管理各环节的节约潜力。医院的成本管理中心应制定内部成本考核指标并明确下达到责任单位,定期考核与临时考核相结合,全面考核和重点考核互为补充,指导科室关注成本管理目标和盈亏平衡点。建立成本考核奖惩制度,将考核结果与员工绩效挂钩,激发医疗人员进行成本控制的积极性,实现业财融合。

(三)DRGs 成本控制的效果分析

DRGs 付费方式下公立医院的医疗费用不能作为收入,而应理解为发生的费用。DRGs 以“每次住院”为定价单元,原则上同一 DRGs 组内的病种价格相同。理想的定价方法是:首先以前期费用数据为基础,在确定总医疗费用时考虑疾病医疗资源消耗、医院运营绩效、社会物价水平变动、医疗保险缴费等因素,然后根据各 DRGs 组的费用权重分配医疗资源。以某省三甲医院 2016 年男性阑尾炎 DRGs 分组为例,比较 DRGs 成本管理执行前后实际医疗费用发生额的差异,如下表所示。

**2016 年某省三甲医院男性阑尾炎应用 DRGs 前后
医院成本对比表** 单位:元

DRG 组别	分组特征	实行 DRGs 前的 医疗费用	实行 DRGs 后的 医疗费用	差额
DRGs1	未手术, 无并发症	3918	3705	-213
DRGs2	未手术, 有并发症	4578	4299	-279
DRGs3	有手术, 无并发症	9402	8857	-545
DRGs4	有手术, 有并发症	9872	9421	-451

依据表中结果,实行 DRGs 成本控制后,该医院男性阑尾炎医疗成本均低于之前病患承担的医疗费用,说明医院可以利用 DRGs 实现对诊疗成本的控制,提升医疗资源利用率。

控费不是一成不变的,要依据医院的实际情况,

视医疗服务的变化及医疗政策的阶段重点任务实时改进。可以对提供更多补偿服务的医院提高付费金额,这样既能体现对医院公益性的支持,又能从制度层面上鼓励那些提供了更多无补偿服务的医院。为了鼓励公立医院实施成本核算,还可以制定医院支付鼓励方案,实施基于保质低价的激励措施。依据临床研究,可以制定对DRGs打包支付下盈余给予奖励的办法,拿出预付费的0.3%~0.5%用于从表现较差的医院转移到表现较好的医院的再分配,为了降低病人非正常原因的再入院率,理应给予再入院率偏低的医院更多的补偿。但是,有些医院为了达到DRGs控制成本的要求而不敢扩大规模,失去了发展壮大机会,因此应考虑兼顾历史成本和效益,对冲成本系数里的浪费部分,获得成本效率指数。

四、建议

中国式DRGs对医生的正向激励是提供有利于病人健康的医疗行为,通过精湛的医技获得较高的收入。DRGs的实施不是一朝一夕能完成的,而是一个持续改进和完善的过程,未来要从更高的格局认识DRGs改革的意义。现阶段需做好成本核算的基础工作,为普适性的DRGs标准病种成本核算建设打好基础。

1. 确定标准临床路径。由于DRGs付费方式是预付制,统一的临床路径及实施方案对成本标准的测算和医疗行为的一致性都有非常重要的作用。公立医院为了提高医疗利润,出于成本的考虑可能向患者提供低质量的医疗服务,也可能为了得到更高级别的医保支付而故意将患者疾病的严重程度移向较高的病种类型,有主观上多套补助的意图。临床路径的推广可以促进“以病人为中心”质量管理的实施,有效缩短平均住院天数,合理降低医疗费用,减少诱导性医疗费用支付。我国应尽快实施公立医院病种临床治疗的统计和分析,对医疗服务项目涉及的人力、物力、技术等进行规制,规范病种成本的项目、核算口径及权重,限定病种成本的波动范围。

2. 学习国外先进经验,改进病种成本核算。综合来看,国外公立医院对成本核算涵盖的内容考虑得非常周全,包括医院经济地理位置不同带来的患者负担能力的差异、转院条件的好坏、医生收入起点的高低等诸多影响因子。另外,成本核算模型还对离

群程度成本值进行设置,考虑未成年患者及老年、特殊需求患者的额外费用支付。结合医院内部特征和医学条件以及医院外部的客观环境和主观发展意愿,将医院差别事实等因素纳入成本核算体系的构建中,我们可以学习管理先进的医院的成本相关变量标准是如何确定的^[4]。

3. 优化医院信息系统。医院管理信息化水平是实施DRGs的前提和基础,我国医院的信息系统还不完善,虽然在一定程度上实现了信息化,但由于各科室对信息输出的要求不同,造成了“各扫门前雪”的自行购买、开发现象,导致一家医院有多种不同的信息系统同时运行。如财务部门有一套核算的财务系统,药房有自己的药品进出管理系统,医务科室使用的是另一套医疗信息系统。不同系统之间无法互通,也难以设置数据接口,数据很难共享,无法达到医院提出的管理终端自动读取、计算、生成相关报表的大数据要求。成本控制是一个最终结果,必须依赖于前期各项数据的收集、整理和积淀,形成“大数据资源平台+协同应用平台”。

4. 完善外部监督机制。可以根据我国具体国情设立具有实际权限的独立第三方监督机构,如医疗服务成本审核委员会负责收集和披露医院运营年度成本报告和财务报告、医院业绩分析和收费合理性报告、医生成就感和患者满意度等信息,对公立医院的成本数据进行标准化的管理,从而使医院财务保持稳定。从某种意义上说,正是付费制度变革一步步推动着医院管理水平的提升和成本管理框架的构建。

主要参考文献:

- [1] 国家发展和改革委员会,卫生部,国家中医药管理局. 关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知. 发改价格[2012]1170号,2012-05-04.
- [2] 徐晓丽. 我国公立医院DRGs成本核算模型与方法体系构建[D]. 南京:东南大学,2016.
- [3] 李雪辉. 基于2个病种的按病种付费成本控制研究[J]. 中国医院,2018(11):28~30.
- [4] 黄宁宁. 美国公立医院成本核算案例研究及启示[D]. 上海:上海国家会计学院,2017.

作者单位: 1.湖北中医药大学管理学院,武汉430065; 2.湖北中医药发展研究中心,武汉430065