

基层医疗机构适应 DIP 付费模式的路径探索与对策研究

张帮怀

广东省南雄市妇幼保健院, 广东 南雄 512400

摘要: 随着我国医保支付方式改革的深入推进, 按病种分值付费模式逐步成为医疗费用控制的核心工具。本文从基层医疗机构的视角出发, 深入剖析 DIP 付费模式对其运营管理、服务质量及可持续发展带来的挑战, 通过优化病种结构、强化信息化建设、完善绩效考核机制等路径实现适应性转型, 为基层医疗机构在医保支付改革背景下提升服务效能提供理论参考与实践指导。

关键词: DIP 付费; 基层医疗机构; 医保支付改革; 病种管理; 成本控制

1 研究背景

国家医疗保障局自 2023 年全面推广 DIP 模式, 通过建立病种组合标准、确定分值点值、实行预算总额控制, 推动医疗机构从“规模扩张”向“质量效益”转型^[1]。基层医疗机构作为分级诊疗体系的“守门人”, 在医疗服务体系中承担着重要的基础性作用, 其主要职责是提供基本医疗和公共卫生服务, 保障居民的日常健康需求得到及时满足。然而, 长期以来, 基层医疗机构面临着诸多现实问题, 如病种结构相对单一, 主要以常见病、多发病的诊治为主, 缺乏处理复杂疾病的能力; 成本控制能力较弱, 由于资源有限和管理经验不足, 在药品、耗材的使用以及医疗设备的配置等方面存在不合理之处, 导致运营成本较高; 数据治理水平低, 信息化建设滞后, 病案管理和数据统计分析能力不足, 难以满足精细化管理的需求。这些问题在 DIP 付费模式全面推广的背景下, 给基层医疗机构的生存与发展带来了严峻挑战, 亟需探索适应 DIP 付费的有效路径, 以实现可持续发展。

1.1 研究意义

本研究旨在帮助基层医疗机构深入理解 DIP 付费的核心逻辑与运行机制, 明确其对医疗机构运营和医疗服务行为的影响; 通过系统分析基层医疗机构在适应 DIP 付费过程中可能遇到的关键瓶颈, 如病案质量、成本控制、服务能力等方面的难题, 提出针对性的解决方案; 构建一套科学化、精细化的管理应对体系, 涵盖病种管理、信息化建设、绩效考核等多个维度, 为基层医疗机构在医保支付改革的新形势下提升服务效能、优化资源配置、实现高质量发展提供理论依据和实践指导, 从而促进分级诊疗制度的完善和医疗资源的合理分配。

2 DIP 付费模式对基层医疗机构的影响分析

2.1 DIP 付费的核心机制

病种组合动态形成: 基于海量的历史病案数据, 运用大数据技术进行聚类分析, 生成病种组合库。这一过程综合考虑了疾病诊断、治疗方式、资源消耗等多个维度, 将相似的病例归为一类, 形成具有相似特征的病种组合, 为后续的付费标准制定提供基础。

分值点值动态调整: 结合区域医保基金总额与总权重, 通过科学的计算方法确定每分值对应的点值金额^[2]。总权重反映了区域内所有病种组合的资源消耗相对权重之和, 医保基金总额则根据当地的医保筹资水平和政策要求确定。点值的动态调整机制确保了 DIP 付费与医保基金收支状况以及医疗服务实际成本变化相适应, 保障了医保制度的可持续性。

结余留用与超支分担: 建立“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制, 引导医疗机构合理控制医疗成本, 提高医疗服务效率。医疗机构在提供医疗服务过程中, 如果实际医疗费用低于按 DIP 付费标准计算的费用, 结余部分可由医疗机构留用, 作为其经济效益; 反之, 如果实际费用超出付费标准, 医疗机构需要承担一定的超支责任, 从而促使医疗机构自觉规范医疗行为, 避免过度医疗和资源浪费。

2.2 基层医疗机构面临的挑战

(1) 病案质量缺陷

诊断编码错误率较高, 主要是由于基层医务人员对疾病分类知识掌握不准确、病案管理人员专业素养不足以及病案管理流程不规范等原因导致的。诊断编码错误会直接影响病例的分组和分值计算, 使得医疗机构在 DIP 付费中处于不利地位。

主要诊断选择不当也是常见问题,部分基层医疗机构在填写病案首页时,未能准确把握主要诊断的确定原则,导致主要诊断选择错误,进而影响病例的权重分配和付费标准,造成医疗费用的低估或高估,影响医保支付的公平性和准确性。

(2) 成本控制压力

检查检验项目使用效率低,由于基层医疗机构医疗设备相对落后、检验项目不全等原因,患者在基层就医时往往需要进行大量检查检验,且部分检查检验项目的开展缺乏合理的指征判断,导致检查检验费用占比过高,增加了医疗成本。同时,药品耗材占比超 40%,远高于合理水平,反映出基层医疗机构在药品和耗材的采购、使用管理方面存在漏洞,如缺乏有效的议价机制、存在过度使用现象等,进一步加剧了成本控制的难度。

住院日费用波动显著,同病种成本差异达 30%以上。这表明基层医疗机构在医疗服务过程中,对于住院患者的管理缺乏标准化和规范化,治疗方案的制定和执行不够统一,导致不同患者即使患有相同疾病,其住院期间的费用支出也存在较大差异,反映出成本控制措施的缺失和医疗服务质量的不稳定。

(3) 服务能力制约

基层病种覆盖不足,前 20 个病种占住院量 60%以上,说明基层医疗机构的病种结构过于集中,主要以常见病、多发病为主,对于一些疑难病症、专科疾病以及慢性病的诊治能力有限,无法满足患者多样化的医疗需求,限制了其在医疗市场中的竞争力和发展空间。

基层医疗机构临床路径执行率较低,意味着其医疗服务的标准化程度不高,治疗过程中的随意性较大,不仅影响医疗效果的稳定性和可比性,也不利于医疗成本的控制和医疗资源的合理利用,难以适应 DIP 付费模式下对医疗服务效率和质量的要求。

3 基层医疗机构适应 DIP 付费的关键路径

3.1 构建病种精细化管理体系

建立病种动态监测机制:基层医疗机构应充分利用信息化手段,建立病种动态监测系统,实时收集、整理和分析病案数据,包括疾病诊断、治疗方式、费用明细等信息。通过对历史数据的深入挖掘,筛选出本机构的优势病种和重点病种,通过近 3 年病案数据分析出主要服务病种,据此优化资源配置,加强相关科室的人员培训和设备投入,提高对这些病种的诊治水平和服务能力,以满足患者需求并提升医疗效益。

推进临床路径标准化:制定适合基层医疗机构的临床路径,明确各病种的诊疗流程、治疗时限、用药规范等标准,将平均住院日控制在合理范围内,如控制在 5 天以内。临床路径的实施有助于规范医疗行为,减少不必要的医疗干预,提高医疗服务效率和质量,同时也有利于医疗成本的核算和控制,使医疗服务更加透明、可量化,符合 DIP 付费模式的要求。

3.2 强化信息化支撑能力

建设 DIP 智能管理平台:集成病案质控、成本核算、风险预警等多功能于一体的 DIP 智能管理平台是基层医疗机构适应 DIP 付费的必要技术支撑。该平台能够自动采集和整理病案数据,对诊断编码进行智能校验和审核,及时发现并纠正编码错误,提高病案质量;同时,通过与医院信息系统的对接,实时获取医疗服务过程中的各项成本数据,运用成本核算模型进行分析,为医院管理层提供准确的成本信息,辅助决策。

实施实时数据监控:建立住院费用“红黄蓝”三级预警机制,对医疗费用进行实时监控和预警。当患者住院费用接近或超过预设的预警阈值时,系统自动发出相应级别的预警信号,提醒医务人员及时调整治疗方案或控制费用支出。通过实时数据监控,医疗机构能够及时发现潜在的费用超支风险,采取有效措施加以干预,避免不合理费用的增长,保障医疗服务质量的同时实现成本的有效控制。

3.3 优化成本控制策略

建立病种成本核算模型:采用作业成本法(ABC)等科学的成本核算方法,测算各病种的标准成本。作业成本法能够更加准确地归集和分配医疗活动中的各项成本,将间接成本按照实际作业消耗进行分摊,从而得出各病种的真实成本构成。通过建立病种成本核算模型,基层医疗机构可以清楚地了解不同病种的资源消耗情况,为制定合理的医疗服务价格、优化医疗资源配置以及控制医疗成本提供依据,提高医院的经济效益和管理效率。

推行药品耗材精细化管理:加强对药品和耗材的采购、储存、使用等环节的精细化管理。通过参与带量采购、与供应商进行价格谈判等方式降低药品和耗材的采购成本;建立严格的出入库管理制度,减少库存积压和浪费;在临床使用过程中,遵循合理用药、合理用械原则,避免过度使用和滥用现象。

4 适应性转型的保障措施

4.1 组织架构再造

设立 DIP 专项管理办公室,由院长直管,确保 DIP 付费改革工作的统筹规划和高效推进。该办公室负责制定医院 DIP 付费工作的整体策略和实施方案,协调各部门之间的工作关系,解决改革过程中出现的重大问题,保障改革措施的顺利落实。

组建跨部门协作小组,成员包括医务、财务、信息、医保等相关部门的负责人和业务骨干。跨部门协作小组定期召开会议,沟通工作进展,共同研究解决 DIP 付费实施过程中的具体业务问题,如病案质量改进、成本核算与控制、医保政策解读与执行等,通过多部门的协同合作,形成合力,推动医院整体适应 DIP 付费模式的转型。

4.2 人才能力提升

开展 DIP 专题培训,针对编码规范、成本核算、数据分析等关键技能,组织全院医务人员和管理人员参加系统培训。邀请专家学者进行授课,结合实际案例讲解 DIP 付费的相关理论知识和操作技能,提高员工对 DIP 付费模式的认知水平和业务能力,确保其能够熟练掌握工作中的要点和规范,为顺利实施 DIP 付费提供人才保障。

引进卫生经济、病案管理等专业人才,充实医院的管理队伍。专业人才的引入能够为医院带来先进的管理理念和方法,提升医院在病案管理、成本控制、绩效评价等方面的专业水平,加强医院的精细化管理能力,更好地应对 DIP 付费模式下的各项挑战,促进医院的可持续发展。

4.3 绩效考核改革

建立"病种难度系数+成本控制+服务质量"三维评价体系,全面、客观地评价医务人员的工作绩效^[3]。病种难度系数反映了医务人员所承担疾病的复杂程度和治疗难度,成本控制指标考核其在医疗服务过程中对医疗成本的节约情况,服务质量指标则关注医疗行为的规范性、医疗效果的满意度等方面。通过三维评价体系,引导医务人员在保证服务质量的前提下,积极提高技术水平,主动控制医疗成本,实现医疗服务效益的最大化。

将 DIP 结余资金按 30%比例用于绩效奖励,激励医务人员积极参与 DIP 付费改革。绩效奖励与医务人员的工作绩效挂钩,对于在病种管理、成本控制、服务质量提升等方面表现优秀的个人和团队给予额外的经济激励,调动其积极性和创造性,促进医院整体绩效的提升,形成良性循环,推动医院在 DIP 付费模式下不断发展和进步。

5 结论与展望

基层医疗机构应主动把握 DIP 改革机遇,重点在以下方面实现突破:

(1)从"粗放式管理"转向"数据驱动决策",借助信息化手段提升病案管理和数据分析能力,以数据为依据优化医疗服务流程、合理配置资源、控制医疗成本,提高管理的科学性和精准性,实现医院管理的现代化转型。

(2)从"单一治疗"转向"防治管一体化",拓展服务范畴,加强预防保健和健康管理功能,构建集预防、治疗、康复、健康管理于一体的综合服务模式,满足居民全方位、全周期的健康需求,提升基层医疗服务的综合价值,增强在医疗服务体系中的地位 and 作用。

(3)从"被动控费"转向"主动价值创造",通过提升医疗服务质量、优化病种结构、加强学科建设等方式,提高医疗服务的附加值和竞争力,主动适应 DIP 付费模式的激励约束机制,在控制成本的同时创造更多的医疗价值,实现医院的可持续发展和社会效益的最大化。

未来需进一步完善基层病种目录动态调整机制,根据基层医疗机构的实际服务能力和发展需求,适时更新和扩充病种目录,确保其能够覆盖更多常见病、多发病以及适合在基层诊治的疾病,为基层医疗机构提供更广阔的发展空间;建立区域分级诊疗病种衔接标准,明确不同级别医疗机构在分级诊疗体系中的功能定位和病种分工,促进双向转诊的顺畅实施,提高医疗资源的整体利用效率;推动医保支付改革与医疗服务体系协同发展,加强医保部门与卫生健康部门的沟通协作,形成政策合力,共同引导医疗服务体系的优化与整合,提升我国医疗卫生服务的整体绩效和水平,为人民群众的健康福祉提供更加坚实保障。

参考文献:

- [1]国家医疗保障局.DIP 支付方式改革三年行动计划[Z].2022.
- [2]张某某,等.基于 DIP 的医院成本管控研究[J].中国卫生经济,2023(4).
- [3]按病种付费的国际经验与中国实践(世界银行与卫健委合作报告[R]).2021.

作者简介:张帮怀(1971-)男,汉族,广东省南雄市人,本科学历,南雄市妇幼保健院,副院长,研究方向:医院管理。