

DRG 实施背景下公立医院高质量发展路径研究

贺睿博^{1,2*} 张亮¹ 殷晓露³

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072
2. 湖北经济学院医疗保险改革协同创新中心 湖北武汉 430205
3. 武汉大学人民医院医保管理办公室 湖北武汉 430060

【摘要】作为守护居民健康最后“闸口”的公立医院,在满足 DRG 支付方式改革要求的基础上明确并契合高质量发展路径,是当前理论研究与实践探索的关键。本文紧扣公立医院运行的核心内容——医疗服务的全周期,从生产、分配、交换与消费四个环节重新梳理高质量发展的内涵;并从政策、经济、社会、技术维度识别 DRG 支付对公立医院运行的作用方式与作用内容。在此基础上,提出 DRG 支付背景下公立医院高质量发展路径:一是推动理念融合,明确公立医院发展内核;二是加强部门协作,提升公立医院管理效能;三是落实系统整合,实现资源共享与机构共生;四是促进回归服务,增强患者获得感。

【关键词】 公立医院; DRG 支付改革; 高质量发展

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.10.001

Research on the high-quality development path of public hospitals in the context of DRG payment

HE Rui-bo^{1,2}, ZHANG Liang¹, YIN Xiao-lu³

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China
2. Medical Insurance Reform Collaborative Innovation Center, Hubei University of Economics, Wuhan Hubei 430205, China
3. Department of Medical Insurance Management, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan Hubei 430060, China

【Abstract】 As the last defense line of residents' health, public hospitals should be clear of its path to high-quality and develop accordingly while meeting the requirements of DRG payment reform, which is the key to current theoretical research and practical exploration. Therefore, it is necessary to closely focus on the core content of operating public hospitals, that is, the entire cycle of medical services, whose connotation of high-quality development needs to be redefined in terms of production, distribution, exchange and consumption; then identify in which way DRG payment affects the operation of public hospitals and how from dimensions of policy, economy, society and technology. Thus, the path to a high-quality development of public hospitals in the context of DRG payment is proposed: firstly, promote the integration of ideas to define the core in development of public hospitals; secondly, strengthen departmental cooperations to improve management efficiency of public hospitals; thirdly, implement integration between systems to realize resource sharing and coexistence of institutions; fourthly, promote the development focus back to services to enhance patients' sense of engagement.

【Key words】 Public hospitals; DRG payment reform; High-quality development

* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72104073);国家自然科学基金重点项目(71734003)

作者简介:贺睿博(1988年—),男,博士后,主要研究方向为健康整合与医保支付。E-mail:heruibo27@163.com

通讯作者:殷晓露。E-mail:wh_yinxiaolu@163.com

1 问题的提出

伴随我国社会经济发展迈入新时代,社会主要矛盾发生深刻转变,传统的以生产力落后与供给短缺为背景,研究如何提升经济增长速度的发展经济学已不再适用^[1],高质量发展的理念应运而生。自党的十九大报告首次提出高质量发展以来,《我国经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段》《关于推动高质量发展的意见》《关于改进推动高质量发展的政绩考核的通知》等一系列重要讲话和文件的出台,标志着高质量发展已经成为新时代各行各业发展的指导思想。

作为居民健康保障最后“闸口”的医疗服务系统,尤其是公立医院,在分级诊疗制度建设进程中,在提升医疗价值导向下,面临从粗放外延式,到集约内涵化,再向高质量发展的要求。^[1]《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》与《关于推动公立医院高质量发展的意见》(简称《意见》)的印发,为公立医院高质量发展指明了方向。其中,发挥杠杆作用的医保支付,突破了传统的以控制医疗费用不合理上涨、医保基金不合理支出为主要目的,转变为引导医疗资源合理配置,优化医疗服务行为,提高服务质量和效率为导向;医保支付占公立医院业务收入比重不断上升,改革频率加快、力度加深的趋势,这些已然成为公立医院高质量发展过程中重要的外部环境。

2019年,《关于按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》确定全国30个城市作为疾病诊

断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)付费试点城市,要求2020年模拟运行,2021年启动实际付费。作为医保支付方式的新探索,DRG付费势必对医疗服务提供方的运营及发展产生重要影响。因此,在DRG实施背景下,推动我国公立医院高质量发展,亟需明晰以下三个问题:第一,明确公立医院高质量发展的内涵,思想与理念的准确把握是行为合理性的基础;第二,梳理DRG付费与公立医院高质量发展的关联要素,DRG改革对公立医院发展内外部环境作用靶点的充分识别是路径有效性的前提;第三,制定公立医院高质量发展的实现路径,兼顾DRG与高质量理念对公立医院发展方式、结构、动力等的系统、全面剖析是路径可行性的保障。

2 公立医院高质量发展的内涵

2021年6月,《意见》的出台,开启了理论与实践的探索,但由于时间较短,仍处于起步阶段。既有的公立医院高质量发展内涵研究,多是以“创新、协调、绿色、开放、共享”五大新发展理念为基础展开的探讨,相对忽略了医疗服务的提供过程,且呈现出多样与分散的特征^[2-3];而《意见》尽管从新体系、新趋势、新效能、新动力、新文化提出了系统且全面的要求,但仍缺乏能够串联起各要点的主线以及清晰的框架。本研究尝试以马克思政治经济学中社会再生产理论为基础,将生产、分配、交换和消费四个阶段界定为公立医院高质量发展的全周期,从理念、结构和服 务的高质量三个维度对其内涵进行阐述(图1)。

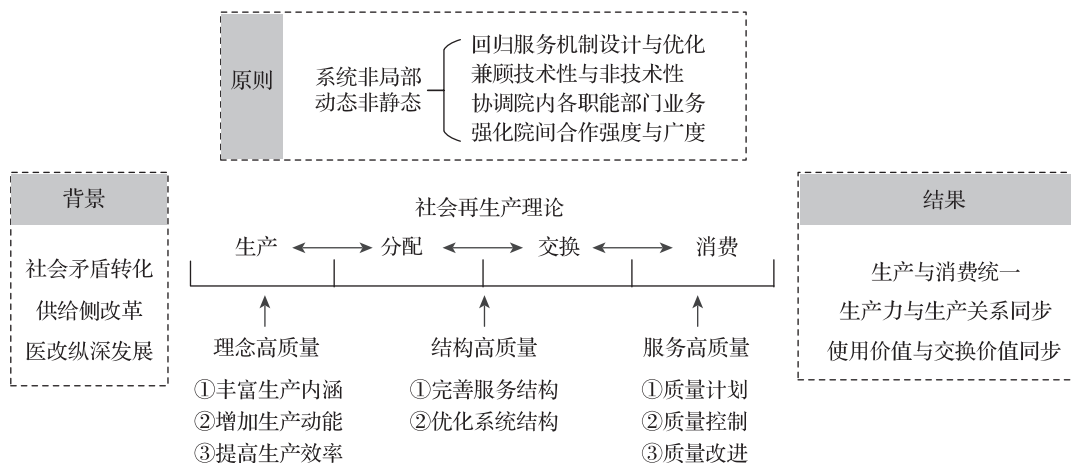


图1 公立医院“一线三维”高质量发展观

2.1 公立医院高质量发展的全周期

马克思在《资本论》第2卷对再生产理论进行系

统性的阐述,将社会总生产物划分为生产资料和消费资料两大部类,指出“总的再生产过程既包括资本本

身的生产过程,也包括以流通为中介的消费过程”。^[4]通过对生产资料 and 消费资料数量与质量进行调节,实现两大部类均衡发展,才可保证社会再生产的顺利进行。^[5]其中所涉及总量平衡和结构均衡的问题,及其系统、动态的分析视角,使得再生产理论成为当前我国供给侧结构性改革进程中重要的理论支撑。^[6]同时,将再生产划分为生产、分配、交换、消费四个环节,从微观到宏观涵盖了社会、经济发展的全过程。因此,也有学者认为高质量发展即上述四个环节以及环节间相互关系的高质量发展。^[7]我国公立医院运行不仅涉及医护人员、床位设备、临床专科等生产资料,亦与常见病、危急重症诊疗,普通门诊与住院治疗等消费资料紧密相关;并且在全面实施健康中国战略以及供给侧改革的背景下,公立医院发展需打破传统的“仅关注疾病治愈”“先做大再做强”等思维桎梏,转向“大健康观”指导下的价值提升与整体优化。鉴于此,社会再生产理论对于我国公立医院高质量发展的作用兼顾了内容上的匹配性和功能上的适用性。

结合社会再生产四环节原理与相关文件精神,本研究认为,公立医院高质量发展应是兼顾过程与结果的发展质量,并非局限于结果的产品质量;并将“生产—分配—交换—消费”作为公立医院高质量发展全周期的基础框架:生产,是在某种理念影响下,在一定生产关系中,由劳动转化为产品的过程;公立医院以何种模式发展,其动力来源是什么,如何提升生产效率以及保障服务质量为此环节的关键问题。分配是在有限资源约束下,某个系统内部,生产资料和消费资料配置的过程;区域内公立医院之间以及医院内部资源配置合理与否,将会反作用于医疗服务生产过程。交换指不同主体在两大部类内部及之间进行交换的过程,而交换速度与效率,亦会反作用于生产;在此阶段,公立医院需重视不同主体地位上的均等性以及塑造高质量的交换环境(尽可能消除因信息不对称导致道德风险等行为)。^[7]本研究中的消费指居民为了满足自身健康需要,对公立医院生产服务使用和消耗的过程。消费作为生产的最终目的,能够引导生产的发展并且为生产创造动力;生产和消费的同一体性是社会再生产的核心。^[8]因此,公立医院应结合自身功能定位以及居民日益增长的健康需要,对其提供服务的结构、过程和结果进行再次审视。

2.2 公立医院发展的理念高质量

理念对于行为起先导作用。把握正确的发展理念,对公立医院高质量生产至关重要。我国公立医院发展经历了政府全面保障、市场化改革进程中规模扩张、新医改后公益性回归三个阶段。^[9]理念的更迭,带来了公立医院规模、效率以及服务能力的快速发展。需注意的是,公立医院虽然突破了对高投入与高消耗的依赖,但集约化发展理念未能跳出生产函数的范畴,依旧关注单位投入产出多少的问题,未涉及生产的内涵、层次、动能等,本质上没有体现出生产的质量属性。^[1]

因此,作为再生产的第一环节,公立医院在“生产”技术性服务和非技术性服务过程中应首先树立高质量的理念:第一,丰富内涵。伴随社会主要矛盾的转化,公立医院“生产重心”的边界亟需从疾病治愈向健康维护与促进方向延伸,方可满足居民全方位、多元化的健康需要。一方面,持续提升疑难危重症诊疗的技术性服务能力;结合服务人群的疾病特征,充分发挥供给侧创造需求的作用(引导而非诱导)。另一方面,重视如患者引导、手续便利、信息公开等非技术性服务,对其操作流程进行规范化设计与应用。第二,增加动能。医改进入深水区,改革频度与深度不断加强,几乎覆盖公立医院发展各个领域。在此背景下,公立医院生产动能的提升要做到“融入、适应以及有效利用”这些内外部环境的变化。外部层面,公立医院的管理者与生产者应结合自身的特征与优势,积极寻找生产过程与改革要求的契合点与突破口,在促进政策落地的同时,亦可将其作为自身发展的外驱动力。内部层面,以重大健康问题、临床疾病诊治难题为中心,持续加大对健康领域科研经费投入,保障科技创新成果的激励力度;提升人员活力,资源配置重心由物力向人力转变,建立能够体现知识价值和岗位职责的薪酬体系。第三,提高效率。除技术创新外,还需着重加强成本核算与绩效管理工作。财务或会计部门可考虑服务项目特性、医务人员劳务价值等内容,创新核算方法^[10];服务管理者应保障核算结果的运用,帮助服务生产者从成本的视角再次了解、审视和反思科室的运行情况;同时,管理者在准确理解外部医改政策与掌握内部管理需求后,以系统思维为指导,打破绩效事后管理的局限,从绩效管理的全过程提升服务生产者的参与度、理解度与认可度,推进绩效管理和服务生产的有机结合。^[11]

2.3 公立医院发展的结构高质量

在既往发展环境与理念的影响,以及新医改侧重点向下,公立医院发展的分配和交换环节存在结构性问题,严重制约“高质量”目标的实现。生产资料方面,部分公立医院进行资源配置时,存在重视“创收能力”与社会影响力,忽视学科重要性与社会需求的倾向,导致院内临床专业发展不均衡,医、教、研、防等业务不协调,以及重临床、轻管理的倾向,导致医保、信息、财务等部门的工作无法准确嵌套至医院整体发展节奏中,甚至可能激化这些部门与临床部门间的矛盾。尽管近年来医改将重塑整合型卫生服务体系作为方向,但不同医院之间在经济收入、职业发展、患者认同等方面存在的现实差距,与长期各自为战的发展模式,若不彻底打破壁垒(不仅仅是利益壁垒,还包括信息、人才、管理等),则无法扭转医院间资源虹吸的趋势。消费资料方面,在患者自由就医的环境中,多数公立医院模糊了功能定位的边界,如全科与专科、基层与二、三级医院间存在同质、同级的服务竞争^[12],加之医方在交换过程中具备的信息优势,形成了大型公立医院与知名专家的绝对“强势”地位,一定程度上影响交换过程的价值。从整个卫生服务系统来说,这会阻碍两大部类资料均衡发展。

因此,需通过建立公立医院发展的结构高质量以保障分配和交换环节遵循合理性标准与正义原则。首先,优化系统结构。伴随慢病患病率不断上升,其“长期、多次、多机构”服务利用的特点,使整合的提供模式成为新时代居民健康服务的现实诉求。信息技术的发展,使网络互联互通成为可能,医保支付方式改革,使跨机构连续性服务成为可能^[13],加上分级诊疗制度对于就医秩序的重塑,构建整合型卫生服务体系已经具备内部驱动力以及外部技术与政策环境支持。此时,公立医院,尤其是大型公立医院在进行资源管理与布局时不仅要注意院内不同业务的协调、持续发展,更应突破单机构的束缚,强化系统观与网络观。如在医联体建设进程中,如何在满足功能定位要求下促进学科发展;如何在区域内形成机构间稳定、平等的合作关系,建立起常态化人员流动机制等。其次,完善服务结构。当前公立医院改革较为关注如质量安全、人力资源、绩效考核等管理机制的优化。然而,若事先未能理顺“提供何种服务(病种/服务范围)”、“如何提供服务(过程/服务内容,包括机构内部服务提供的合理性与机构间服

务提供的连续性)”、“服务应达到什么效果(质量/服务结果)”等服务机制层面的事宜,任何管理机制设计与资源配置调整都可能存在缺乏针对性的问题。因此,公立医院需要“再次回归”至服务,通过对上述问题的明确解答以实现服务结构的高质量。

2.4 公立医院发展的服务高质量

消费作为再生产的最后一个环节,产品能否精准的满足居民需要,决定了生产的动力与持续性。因此,只有保证公立医院服务的高质量,弥合消费(需求)与生产(供给)之间的错位^[14],才可形成高质量发展的完整闭环。质量的界定经历三个阶段的发展:符合性质量观,即质量要符合技术标准与规范;适用性质量观,指产品/服务的特性满足需求的程度;全面性质量观,是从生命周期角度,判断产品/服务的综合绩效。^[15]可以看出,对于质量的评价从产品自身的属性(客观的交换价值)向消费者的获得感、满意度(主观的使用价值)演化。当前公立医院质量管理与评价多是以技术性服务的客观结果指标为主,关于服务过程以及患者主观体验的指标存在过于宽泛、不够准确的问题;涉及“出口”的跟踪随访服务,“接口”的协作、连续服务以及非技术服务时,质量的评价与管理更是处于空白领域。若公立医院仍处于粗放外延式发展阶段,通过标准化等方式能够提升医疗服务的质量,然而,适用性质量观已经无法跟上高质量发展的诉求,亟需推动公立医院服务质量的再升级。

可以用经典的质量管理理论作为指导,如朱兰质量管理三部曲:第一,质量计划。医院管理者以及服务生产者应从提升患者获得感的视角出发(如服务的丰富度、有效度、便利度等^[16]),识别质量差距,推进适用性质量观向全面性质量观转变(需注意,质量观的转变是内容的扩展,并非完全替代);随后,优化、重塑院内与机构间服务流程。第二,质量控制。作为实现质量目标的保障,管理者在开展“明确控制对象,建立服务标准,制定评价方案,发现问题与纠偏”等活动时,也要积极组织服务提供者参与,使其主动调整生产行为,而非被动改变,以提高控制方案的整体适应性。第三,质量改进。要求公立医院的管理者保持对内外部环境变化的敏感性,联动运营、医务、临床等部门进行必要性论证,及时关注如习惯、文化等冲突,尽可能降低改进阻力。

3 DRG 支付与公立医院高质量发展的关联分析

DRG 支付作为国家层面的改革信号,将会对公立医院内外部环境产生重要的影响,进而作用

到高质量发展进程中。本部分在文献综述与专家访谈基础上,采用 SWOT-PEST 分析法梳理 DRG 支付对公立医院产生影响的关键环节与作用靶点(表 1)。

表 1 DRG 支付下公立医院高质量发展的 SWOT-PEST 分析矩阵

PEST	SWOT	政治 P	经济 E	社会 S	技术 T
内部因素	优势(S)	具备较高政策接受度以及一定的改革经验。	医保资金重新分配,打破总额的束缚,发挥机构主动性。	强化公益性;转变服务意识,提高技术服务收费占比。	信息系统、服务规范有一定基础。
	劣势(W)	院内政策执行过程环节多且复杂性高。	控费压力,对成本核算与管控提出更高的要求。	影响院内协作效率;影响医务人员积极性。	临床行为规范性;编码与入组准确性;病案质量与信息化管理。
外部因素	机遇(O)	改革路径的契合。	推进医院精细化管理。	帮助医院找准定位;衔接不同级别机构。	优化病种结构;提高服务效率。
	威胁(T)	促进分级诊疗制度的实现。	院/科可能面临成本消耗超过补偿额度的经济运营风险。	加剧同级医院间竞争;引发医患矛盾。	限制医学创新。

3.1 DRG 支付下公立医院高质量发展的内部优势

尽管 DRG 支付从试点至今仅三年,多数医院仍处于适应与完善阶段,但在医保支付从后付制向预付制转变过程中,公立医院几乎都经历了如按病种付费、总额预付等改革,在服务过程规范、服务结果考核等方面具备一定的改革经验。而既往以控费为导向下最常见的总额预付,其医保基金存在测算不合理、分配不公平等问题。^[17] DRG 支付则带来重新分配医保基金配额的机会,同级医院在同一标准下,根据资源消耗配比相应的医保资金,更具公平性,也给予医院更多自主权;同时,鉴于 DRG 预算优化、成本控制方面的功能,将进一步推动“生产”理念的转变,强化公益性,在有限资源消耗下为患者做出合理的临床决策,持续提高技术类服务收费占比,这也与公立医院薪酬、服务价格改革路径相契合;在信息技术快速发展背景下,智慧医院建设要求下,支撑 DRG 院端如病案上传、智能审核、病组分析等功能开展的信息系统亦具备一定的基础。

3.2 DRG 支付下公立医院高质量发展的内部劣势

管理层面:公立医院作为一个复杂的系统,其整体行为是在多主体共同作用下产生。政策无法直接作用于医生,而是存在“管理部门接收与传达—院级统筹与调整—管理部门解读、调整与宣讲—临床科室学习、调整与落实—临床医生学习与操作”的多环节传导过程。任何一个环节出现问题都有可能影响最终的执行效果,甚至会引发行政部门间、临床科室间、行政与临床间的矛盾,造成院内协作困境,降低整体效能。

收入层面:DRG 支付主要通过两个因素对公立医院经济运行产生影响。第一,费用与成本控制。DRG 支付标准既涉及病组自付费用与医保补偿费用,也不再与实际的服务过程相关联^[18],机构控费压力无法转移,必须从优化诊疗行为、减少资源浪费出发进行控费,对成本核算与管控提出更高的要求。第二,入组准确性。医保基金结算清单(简称清单)作为医院向医保部门申请费用结算的凭证、DRG 分组数据来源,规范和准确地填写清单是 DRG 支付的关键环节。虽然清单源于病案首页,但两者在功能、填报规范、使用方式、主管单位等方面均存在一定差异。医疗机构填写清单时,由于存在沿用病案首页的填写惯性和思维,易出现歧义病案或未正确入组病案,导致不必要的亏损。

服务层面:伴随医保支付方式改革的推进,其对医疗服务生产过程的束缚力度也在不断增强。医务人员从最初的仅需考虑疾病治疗,发展到关注服务效率与资源消耗,加之外部服务标准的持续细化与信息监管手段的机械化实施,可能会挫伤医务人员的工作积极性;并且,DRG 支付与医院科室不断细分的趋势相违背,部分科室可能出现持续亏损,易引发医务人员的误解甚至抵触情绪。^[19]

3.3 DRG 支付下公立医院高质量发展的外部机遇

体系层面:DRG 病组权重值测算与调整过程能够助推分级诊疗制度建立。由于部分常见病患者仍倾向于选择大型医院就诊,导致一些病组历史测算权重与其难易程度并非正相关,而权重调整阶段则可将此类偏离拉回正常轨道,将常见病 DRG 组权重

调到正常区间,促使大型医院主动与其他医疗机构进行协作,分流轻症患者;结合权重以及病例组合指数(Case Mix Index, CMI)能够界定出双向转诊的范围,为机构间协作提出可操作性的方案。^[20]医院可利用DRG支付中相关测算指标,分析区域内医疗行业竞争程度、学科集中程度等外部信息,再结合自身资源、核心竞争力、学科结构等内部信息,明确其在医疗体系中的功能定位目标。

机构层面:DRG支付的开展给公立医院实施精细化管理提供了切入点。DRG支付所提供的分组方案、病组权重及费率,能够为医院分析收治疾病的难易程度和资源消耗提供参考依据,病组费用标杆值可让基金兑付情况落实到每例住院费上,医院能够根据相关指标深入剖析内部管理存在的问题。同时,DRG支付丰富了医院的评价层次,医院可从病种、病组、亚科等维度结合兑付情况入手分析,逐步转向系统性、细致的监管。

服务层面:在明确定位的基础上,为提升服务水平,保障科室持续发展,医院将不断优化病组结构,关注优势病组、重点病组,形成临床学科的差异化发展路线;为提升医疗服务效率,降低时间消耗指数与费用消耗指数,医院将会通过日间手术、术后快速康复等方式加快床位周转,落实检查结果互认,以有限的资源消耗服务更多的患者。^[21]

3.4 DRG支付下公立医院高质量发展的外部威胁

预付制下的DRG改革是对激励机制的一次颠覆性的变化,伴随服务项目的增多,单次服务成本与总成本均在增加,当超过盈亏平衡点时,医院结余变为负值。在既往模式影响下,多数公立医院成本意识薄弱,小到一次病例,大到科室与医院的运行,均可能存在成本信息不准确、不完全的问题,增加成本消耗超过补偿额度的风险。^[22]在这种成本控制的倒逼作用下,医院可能会出现减少必要服务、筛选与推诿病人、将成本转移到自费及门诊病人等应对式、非理性行为,引发医患矛盾^[23];为了获取盈余而调整服务重心,限制投入较高的医学技术创新,严格执行标准化的诊疗方案以及药品与耗材清单,亦或是谨慎收治危重症患者,都将会对学科发展与技术进步产生负向作用。^[21]随着医院控费能力不断提升,DRG付费运行趋于平稳,同级医疗机构治疗同种疾病费用差异将逐步缩小,由于DRG支付“同城

同病同价”的原则,将会加剧区域内医院之间的竞争程度。

4 DRG支付下公立医院高质量发展路径

关联分析结果证实,DRG支付将从许多方面对公立医院高质量发展产生影响。其中,部分环节具备一定基础,起引导与强化的作用,但也存在矛盾与脱节的问题。因此,发展路径的探讨与设计应在“支付是手段,服务为基础,管理是过程,高质量为结果”的逻辑指导下展开,弥合支付过程与服务过程之间的割裂,在降低医疗成本,保障医疗质量与发展医疗技术之间达到一种新的平衡。

4.1 推动理念融合,以明确公立医院发展内核

为保障公立医院更好适应DRG支付改革与高质量发展,作为代表机构“意志”的院级领导层需要将DRG支付的控费、增效、精准管控^[24]和高质量发展的丰富内涵、增加动能、提升效率进行融合。领导者应明确,理念融合不是支付标准与评价指标的简单相加,而是建立在深层理解的基础上识别共性问题,并以此对既往的服务模式与管理机制进行的调整。

首先,以学科为主线,理清发展边界。使用区域DRG谱、医疗专业排行榜等第三方评价指标作为参照,对院内各专业医疗技术、学科建设等发展要素进行综合评估,分析各专业学科在不同层级区域的竞争力。结合医院功能定位期望、可获得资源、学科发展意愿等,为弱势学科设立发展标杆,制定追赶计划,补齐发展短板;对于优势学科,以创新驱动发展,开展医疗技术攻坚,填补技术空白,力争在自主创新上产出成果;对于尚未但有必要开展的新兴学科,院方在经过必要性、可行性与效益性多方面论证后,可向医保支付方提出申请新增DRG分组。

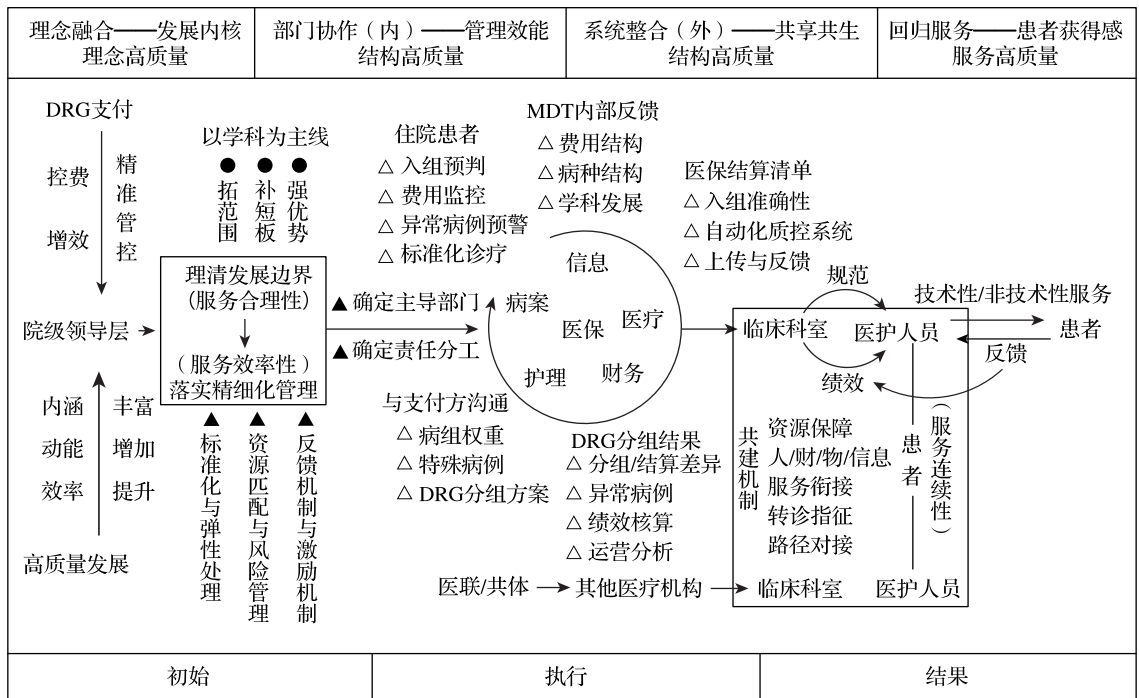
其次,弹性原则下提升成本意识,推进精细化管理。第一步,基于服务生产过程和DRG支付主要操作内容,重新审视服务管理流程,明确相关部门及其责任。第二步,标准化与弹性处理,院内的标准化包括支付标准化(病组固定的权重与费率)、服务标准化(临床路径)与管理标准化(团队、职责与流程)三个方面。标准化能够帮助院方进行资源消耗分析、成本测算,提高服务效率,但也出现过度干预医疗以及过于“死板”的问题。因此,院方需要在标准化基础上做弹性处理,灵活制定院内的政策与措施,如采

用“浮动费率”法^[25]、结合临床路径(可选择开展、具有替换性、必须开展的诊疗项目)将控费标准由一个数字拓展为区间等。第三,针对管理流程中的关键环节进行资源保障与风险控制。如病案入组的准确性,需要加强病案管理的人才队伍建设^[26];费用控制的有效性,需要加强对服务的费用结构分析与成本测算;收治结构的合理性,院内医保部门做好病组相关分析,引导各学科建设符合上述发展规划,领导层从人力资源、技术平台、信息系统、预算设计等内外部资源方面做好统筹安排。第四步,反馈与激励。院、科两级以疾病组价值、工作难度为核心,改革绩效考核方案^[26];各责任部门细化管理内容,形成量化指标,建立及时反馈与纠错机制,实现精细化管理的闭环。

4.2 加强部门协作,以提升公立医院管理效能

为打破责任部门之间由于管理边界带来“结构性阻力”问题,领导层可尝试将多学科协作(Multi-disciplinary team, MDT)理念引入院内行政管理中。以 DRG 支付政策执行为中心,由医保管理办公室(简称“医保办”)主导,在各协作部门间开展协调合作,形成规范的业务流程与工作制度,促进院内管理结构的高质量发展。^[27]

首先,由主导部门解读政策文件,准确理解、把握和传达政策内容与精神,将政策总目标进行规划和拆解,初步评估院内可利用资源、拟参与的部门。其次,通过领导层召集相关部门组建 MDT 团队,围绕政策目标,交换各部门视角下与之关联的信息及资源,对拆分目标的实现提供有效建议。经过信息交互交流,对参与协作的部门功能进行分类,明确其职责范围,将协作任务分解至具体协作部门及人员。再次,对于协作流程的评价与反馈。当医保支付方返回当月结算病例的 DRG 分组结果后,医保办和临床科室及时分析入组结果与预期入组是否存在差异并寻找原因,以持续改进提高入组准确性;及时与相关部门沟通兑付异常的病例或病组;医保办联合多部门如医疗部、手术室、临床科室等,确定 DRG 回款院内二次核算的多维考核标准;MDT 团队共同分析 DRG 运营情况,制定应对措施,如控费方向及具体做法、病种收治结构调整策略等。最后,随着政策执行不同阶段的推进,政策配套措施可能出现持续性的动态调整,主导部门需根据这种变化,准确把握政策导向,审视协作流程,及时做出总结与改进,提高管理活动响应速度,使 MDT 协作流程围绕政策,构成一个动态循环的系统(图 2)。



● 发展边界 ▲ 精细化管理 △ MDT 管理

图 2 DRG 支付下公立医院高质量发展路径

4.3 落实系统整合,以实现资源共享与机构共生

在整合型卫生服务体系的建设进程中,任何公立医院都无法脱离系统独自生存与发展。鉴于 DRG 支付与分级诊疗的契合,以及其在学科发展、服务效率等方面的导向性作用,要求上至院级领导层,中至行政与临床部门,再到具体的服务生产者,在做出决策与行为选择时要兼顾整体与局部,即在如何能够保障系统效能的前提下,最大化自身的效益。如术后康复阶段,为了提高床位周转,在引导患者下沉过程中还要解决“是否愿意下转”以及“能否接得住”的问题。此时,院方可将“符合规则下获取更多的结余”作为引线,以寻求机构之间人力、物力、信息等资源整合的突破,促进院外系统结构的高质量发展。

合理的结余除了来源于院内成本核算基础上对服务过程规范化、精简化处理外,还可产生自院间服务衔接的紧密性与连续性。有访谈专家表示,医院接收上转患者的费用能占其业务收入的 20% ~ 30%,而此类服务的绝大部分均是以全新的诊疗周期开展。割裂、重复的服务是导致医保资金不合理消耗的主要原因之一,受到缺乏规范、逐利动机、风险规避、信息碎片等因素的影响。预付制能够解决诱导需求、过度医疗的问题,但其他方面,还需要配套的策略。在学科发展边界与 CMI 值的帮助下,梳理出适宜协作的病种范围,即双向转诊库;随后,结合疾病变化情况,组织跨机构的专家团队进行协商,制定出一致认可的转诊指征,基于此完成临床路径的对接,得到连续性服务路径^[13];为保障跨机构服务的质量,借助医联(共)体建设,做实共建、帮扶机制,派遣专家针对问题定期进行指导(包括上转中由于服务不规范导致无法认同,下转中由于能力不足导致无法开展等);同时,建立转诊的“绿色通道”以提高患者的依从性,以及以电子健康档案为载体,建立起互联互通的信息系统^[28],最终实现“转诊服务能衔接、检查结果可互认”的目标。

4.4 促进回归服务,以增强患者获得感

公立医院作为我国医疗服务体系的主体,最终目标是保障患者健康,增强患者的获得感,而目标是以服务为载体得以实现。相较于以往常用的满意度指标,获得感具有相对基础、客观与较易感知的特征,多受到服务质量、费用、效率、环境等方面的影响。^[29]根据上述内容可知,公立医院在 DRG 支付背景下高质量发展将会对服务的合理性、效率性以及

连续性产生积极效应,但仍集中在医疗服务的技术性层面,正如当前大多数的理论研究与实践探索一样,相对忽视了非技术性服务,而这部分服务不仅符合全面性质量观的要求,而且呼应现代医学模式与以人为本的理念,亟需得到重视与改善。

以患者入院为起点,疾病周期结束为终点,从流程、环境、人员等方面梳理并规范非技术性服务。如门诊阶段,是否设有咨询台以及相关服务态度、是否摆放指示牌、候诊室环境、挂号与缴费程序、就诊等待时间、医患沟通中的患者识别与信息交换等;住院阶段,入院手续、病房环境、医技检查程序与等候时间、方案推介与共同决策、问题与纠纷的处理等;出院或转诊阶段,相关程序的便捷程度、服务跟踪与回访、与其他机构的协作和信息传递等。^[30]在此基础上,院方可制定针对性的策略:环境的升级与流程优化,除硬件设施的添置外,还应充分利用信息技术提升就医便捷性;人员系统化培训,借鉴非技术性服务框架,从法制与安全、管理技能、应急处理、团队协作、沟通交流等方面展开主题培训;同时,吸收患者与社会的意见与建议,建立反馈渠道,发挥不同主体对服务过程改进的作用。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 田秋生. 高质量发展的理论内涵和实践要求[J]. 山东大学学报(哲学社会科学版), 2018(6): 1-8.
- [2] 王人颢, 韩林, 陈雪, 等. 大型公立医院高质量发展的理论体系与实践路径探讨[J]. 中国医院管理, 2020, 40(8): 80-82, 85.
- [3] 张义丹, 胡豫, 许栋, 等. 三级公立医院高质量发展的内涵要义与实施重点探讨[J]. 中国医院管理, 2021, 41(10): 1-3.
- [4] 马克思. 资本论(第2卷)[M]. 北京: 人民出版社, 2004.
- [5] 许梦博, 李世斌. 基于马克思社会再生产理论的供给侧结构性改革分析[J]. 当代经济研究, 2016(4): 43-50.
- [6] 张俊山. 用马克思再生产理论指导我国的“供给侧结构性改革”[J]. 当代经济研究, 2017(7): 29-35, 97.
- [7] 刘海霞. 我国经济高质量发展的内涵与本质[J]. 现代管理科学, 2019(11): 3-5.
- [8] 徐志向, 丁任重, 张敏. 马克思社会再生产理论视阈下中国经济“双循环”新发展格局研究[J]. 政治经济学评论, 2021, 12(5): 40-63.

- [9] 李文敏, 朱亚鹏. 中国公立医院扩张的逻辑及其治理意涵[J]. 中国行政管理, 2018(5): 77-82.
- [10] 夏培勇, 徐迅, 杨中浩, 等. 公立医院成本核算工作的思考与建议[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(7): 68-71.
- [11] 谢世堂, 王虎峰. 绩效管理如何驱动公立医院管理能力跨越发展——基于 DRGs 的案例分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(8): 23-30.
- [12] 何子英, 郁建兴. 全民健康覆盖与基层医疗卫生服务能力提升——一个新的理论分析框架[J]. 探索与争鸣, 2017(2): 77-81, 103.
- [13] 贺睿博, 牛亚冬, 王静, 等. 连续性服务: 实现县域内分级诊疗的策略选择[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(11): 881-884.
- [14] 李忠, 张亮. 新时代下的健康需要、卫生服务需求与利用: 一个新的分析框架[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(9): 5-11.
- [15] 李辉. 我国高质量发展中产品质量的内涵、评价及提升路径[J]. 黑龙江社会科学, 2018(4): 37-41.
- [16] 原光, 曹现强. 获得感提升导向下的基本公共服务供给: 政策逻辑、关系模型与评价维度[J]. 理论探讨, 2018(6): 50-55.
- [17] 卢芸芝, 陶红兵, 黄亦恬, 等. 总额预付制下医保基金分配的问题及对策[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(4): 25-27.
- [18] 朱佳英, 高奇隆, 任晋文, 等. DRG 支付在公立医院高质量发展中的功能探析[J]. 卫生经济研究, 2021(12): 57-61.
- [19] 王坚强, 王奕婷. DRG 医保支付方式改革对医疗行为的影响[J]. 湖南社会科学, 2021(1): 133-139.
- [20] 何思长, 杨长皓, 应嘉川, 等. 基于 DRG 的分级诊疗实现路径研究[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(4): 30-32.
- [21] 李君, 冯芮华, 刘双梅, 等. 基于不完全契约理论的 DRG 付费方式改革对医院行为影响研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(8): 17-20.
- [22] 吴月红, 雷朱翎. DRG 分组付费法对医院的运营影响及应对措施[J]. 中国总会计师, 2020(3): 56-58.
- [23] 刘荣飞, 薛梅, 李紫灵. DRG 的国内外研究进展[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(10): 42-45, 48.
- [24] 国家医疗保障局. 疾病诊断相关分组(CHS-DRG)与付费技术规范[R]. 北京, 2019.
- [25] 殷晓露, 王华静, 余臻峥, 等. 基于“浮动费率”法的公立医院医保管理探索与实践[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2): 74-76.
- [26] 杨鸿洋, 吕婕, 翟晓婷, 等. 医疗保险支付方式改革背景下大型公立医院发展策略[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(3): 254-257.
- [27] 殷晓露, 王华静, 余臻峥, 等. 公立医院医保管理 MDT 模式探索: 以 DRG 支付实践为例[J]. 中国医院, 2022, 26(6): 2-5.
- [28] 代涛. “以人为中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 2-10.
- [29] 杨雯, 王小合, 王福洁, 等. 多元主体治理视角下患者就医获得感影响因素研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(1): 36-39.
- [30] 许婉纯, 张亮, 张研. 基于情境主义的医生非技术服务能力: 概念与框架[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(7): 50-58.

[收稿日期:2022-10-10 修回日期:2022-10-23]

(编辑 薛云)