

DRG 临床路径与科室运营管理

一、项目背景

随着医改的深入，医保支付方式由项目支付制转为 DRG 支付，医保规定超支不补，结余医院留用。国家卫生健康委员会发布关于印发《公立医院成本核算指导手册》的通知。按照通知安排，**到 2025 年底，争取实现三级医院全部开展医疗服务项目成本核算、病种成本核算、DRG 成本核算**。医院经营面临巨大压力。围绕病种分值付费，医院需要管控每个病人所做医疗项目，做到治疗效果有效、费控可控，才能获得医保基金最大结余。医院通过运营成本核算，可以反映医院管理水平和经济效益的高低，早日实现全院病种成本的精细化核算和管理，提高工作效率和精度，更好地为临床科室提供成本管理服务。

二、服务清单

序号		模块名称	数量	单位	
1	DRG 临床 路径与 科室运 营管理	科室运营成本管理	1	套	
		平台科室成本管理（手术室、介入室等运营效率分析）	1	套	
		DRG 医保版临床路径监测（制定路径的病种）	1	套	
		DRG 医保版临床路径辅导、科室运营助理辅导和培训		辅导	
2	实施周期		5-8 个月		

三、科室运营成本

科室运营成本通过医院成本项目和业务属性对核算单元产生的成本进行自动归集，进行临床科室运营成本管理。通过对医院各科室的收入与成本的同比、环比、构成和挖掘分析，详细了解各科室的运营情况、医院内部各成本对象的盈亏情况，对医改重点监测指标达成情况进行监测、控制医疗费用不合理增长、降低医院运行成本提供支持，并为医院绩效考核提供数据支撑。

科室运营成本结合全成本数据，完成病种成本和 DRG 成本核算。让科室能够直接查询科室运营与成本情况，指导科室做好运营管理。

手术室效率分析主要包含：手术室使用率分析、进手术室后等待麻醉时间、麻醉后等待手术时间、第一刀准点情况、手术开始时间情况、全院各级手术情况、各核算单元手术台次及时间、手术时间情况、术前诊断等情况分析。

四、XX 医院妇科案例介绍：

1、基本情况

全院发生的按 HIS 编码统计的收费医疗服务项目 804 个，发生的病种数 263 个，门诊诊次 67307 人次，出院病人数 2676 人，实际占用总床日数 49065 床日。手术人次 1816。手术人次占总出院人次为 67.78%。还有提供空间，占比可以达到 80%以上。三四级手术占手术人次占比为 69.84%。

全科总收入为 7133 万，门诊收入为 2465 万。占总收入占比 34.55%。门诊次均费用为 366 元，药品次均费用为 120 元 检查次均费用为 100 元湖北地区门诊次均费用 300 元，药品次均费用为 110 元 检查次均费用为 62 元。总结为：门诊均次费用与湖北省比较高。应该关注其他医院门诊次均费用状况。因为住院支付制度改革完成后，门诊同样也会进行支付制度改革。门诊收入占比较低，较好的门诊收入占比应该达到 50%以上，有些医院达到 65%以上。应该加大门诊医疗服务。具体措施可采取加强门诊专科建设、提升门诊技术水平、提高门诊手术能力、建立门诊排班制度、加强门诊预约管理、提升门诊复诊率、优化门诊服务流程、开展门诊非药物治疗、开展门诊非医保服务项目、鼓励高年资医生坐诊、强化门诊绩效激励机制、加强门诊宣传力度、联合免费义诊活动、医共体建设等。

全科住院收入为 4668 万。占总收入占比为 65.45%。住院次均费用为 17448 元，湖北省住院次均费用为 11174 元。住院次均费用较高影响了 DIP 结算导致科室医保结算亏损。亏损金额为 1206 万。亏损原因主要体现为主诊断有误，平均住院日较长等。

2、成本效益分析

为了剔除药品收支的影响，以下分别从含药品收支和不含药品收支两个角度对全院进行量本利分析。

1.工作量的折算

考虑到每一门诊人次收费水平与每一出院病人的收费水平无法直接进行比较，为使两者具有可比性，目前专家学者在研究中使用较多的方法是将住院收入按照每门诊人次收费进行折算得出住院工作量。

本分析采用该种折算方法得出以下结果

项目	含药品	不含药品
门诊收入	24646480	16564679
门诊人次（人次）	67307	67307
门诊每人次收费	366	246
住院收入	46691317	36539893
住院收入折算为门诊人次（人次） （住院收入÷每人次收费）	127509	148472
折算后全院工作量（人次） （门诊人次+折算后住院人次）	194816	215779
住院床日	49065	49065
住院床日与门诊人次数量关系 （折算后住院人次÷住院床日）	3.97	4.40

全院住院者占用床日数为 49065 床日，用折算后的住院工作量除以住院者占用床日数，含药品收入情况下： $194816 \text{ 人次} \div 49065 \text{ 床日} = 3.97 \text{ 人次}$ ，即 1 个住院床日数相当于 3.97 个门诊人次。

同理，不含药品收入情况下，1 个住院床日数相当于 4.4 个门诊人次。

2.量本利的分析

项目	门诊	住院	全院
总收入	24646480	46691317	71337796
实际成本	21531471	49563689	71095160

其中：固定成本	5604879	26826399	32431278
变动成本(含医保亏损)	15926591	22737290	38663881
利润	3115009	-2872372	242637
成本收益率	14.47%	-5.80%	0.34%
门诊诊次	67307	49065	194788.05
诊次或床日单位变动成本（元/人次 元/床日）	237	463	198
诊次单位收费（元）	366	952	366
变动成本率	64.62%	48.70%	54.20%
单位边际贡献（元）	130	488	168
边际贡献率	35.38%	51.30%	45.80%
保本量（诊次/床日）	43263	54948	193342
保本额	15842009	52290160	70808041
安全边际	8804471	-5598843	529755
安全边际率	35.72%	-11.99%	0.74%

本科室成本核算完后，门诊略有结余。住院亏损。本科室运营状况属于危险状态。如果医保 1200 万全部支付本科室运营属于比较安全状态。最低成本也要降低 900 万，科室运营可以处于比较安全状态的临界点。应该关注住院病种结构调整。。

1、相关指标含义：

①成本收益率，可以综合反映医院的投入收益水平，即所得与所费的比率，体现了增加结余是以降低成本费用为基础的原则。一般成本收益率越高，表明医院的收益越好，劳动耗费的效益越高。

②保本量，是利润为 0 时的工作量，即盈亏临界点时的工作量。

③保本额，是利润为 0 时的总收入，即盈亏临界点时的总收入。

④安全边际，是指正常销售额超过盈亏临界点销售额的差额，它表明销售量下降多少单位仍不致亏损。差距越大，则单位发生亏损的可能性就越小，单位的经营就越安全。

2、相关指标计算公式：

①成本收益率=利润÷实际成本；

②变动成本率=单位变动成本÷单位收费；

③单位边际贡献=单位收费—单位变动成本；

④边际贡献率=单位边际贡献÷单位收费；

⑤保本量=固定成本÷单位边际贡献；

⑥保本额=单位收费×保本量；

⑦安全边际=总收入—保本额。

⑧安全边际率=安全边际÷总收入。

3、西方企业评价安全程度的经验标准，如下表所示：

企业安全性经验标准

安全边际率	10%以下	11%-20%	21%-30%	31%-40%	41%以上
安全程度	危险	值得注意	比较安全	安全	很安全

3.成本结构分析

成本结构占比如下不含医保未结算成本：直接材料（变动成本）占比为 50%。应该加强控制，降低到 40%以内。

直接人工费用成本占比为 16.64%。占比较低，高质量医院发展鼓励提高人员经费占比。三明市医务人员收入逐年增长，人员支出占公立医院业务支出的比例由改革前的 25%提高到 2020 年的 46%。

医技成本占比 18%，其他成本为 16%。如果药品耗材占比降低 10%，医保未结算降低 60%，那么人员经费占比可提高 10-15%。

妇科成本分析与结构占比

一、直接材料（变动成本）	22635629	38.35%
西药	15982743	27.08%
中草药	1195091	2.02%
植入材料	384192	0.65%
卫生材料	4650496	7.88%

其他材料	130347	0.22%
医用气体	60897	0.10%
血液制品	225345	0.38%
低值易耗品	6519	0.01%
二、直接人工	9823253	16.64%
岗位、薪级工资	3218192	5.45%
绩效工资	5055039	8.56%
养老保险费	582310	0.99%
职工医疗保险	235509	0.40%
住房公积金	411576	0.70%
其他保险费	20578	0.03%
其它补助、补贴	300049	0.51%
三、折旧费及摊销费	872146	1.48%
四、修理费	89740	0.15%
医疗设备维修	87190	0.15%
其他修理	2550	0.00%
五、办公费	149507	0.25%
办公费	5329	0.01%
邮电费	144178	0.24%
六、病区内部劳务	607607	1.03%
水费	32151	0.05%
电费	235293	0.40%
医用物品洗剂费	35170	0.06%
其它服务费	304993	0.52%
七、其他直接费用	472872	0.80%
捐赠材料	28962	0.05%
计提专用基金	122327	0.21%
委托业务费	123393	0.21%
培训费	127362	0.22%
广告费	44783	0.08%
其他费用	26045	0.04%
八、管理费用分摊	4972244	8.42%
九、医疗辅助科室分摊	2375549	4.02%
十、医技科室成本	10973213	18.59%
1、放射科	472610	0.80%
2、病理科	4433616	7.51%
3、内窥镜室	16732	0.03%
4、放疗中心	103	0.00%
5、核医学科	44503	0.08%

6、心电图室	53113	0.09%
7、超声影像科	1875450	3.18%
8、神内特检	62343	0.11%
9、心功能室	0	0.00%
10、医学检验科	3919718	6.64%
11、输血费	95025	0.16%
12、介入诊疗科	0	0.00%
13、PET 中心	0	0.00%
14、康复治疗中心	0	0.00%
15、体外碎石治疗室	0	0.00%
16、呼吸内科特检	0	0.00%
十一、手术室成本	6059290	10.26%
十二、医保亏损		0.00%

五、DRG 下医保版临床路径

DRG 运营管理以科室为单位，和临床科室面对面沟通。本着发现问题，解决问题的运营模式帮助临床科主任以 DRG 为工具，建立病种精算的思维，提升科室精细化管理的水平和运营效率。

- 1、科室总体盈亏情况（科室收入结构、出院例数、医保结算情况、金额等）
- 2、科室核心病种组和病种确定
- 3、高、低倍率病案占比，支付费用分段占比（3000 以内，3000-5000, 5000-8000, 8000 以上）及分布
- 4、RW 区间分布占比及费用分析
- 5、科内有操作病种组和无操作病种组分析（鼓励收治有操作病种组）。有操作包含治疗性操作、手术、检查性操作等，指导科室多做有操作项目。提供其他医院疾病诊疗方案。
- 6、CMI 和结余两个维度的病组象限分析（优势病组 CMI 高有结余、竞争病组 CMI 低有结余、潜力病组 CMI 高无结余、问题病组 CMI 低无结余）
- 7、配套对应 DRG 运营分析监测系统与临床路径监测系统

六、科室运营管理

协助医院完成如下工作：与行政管理科室，下科室进行科内辅导，主要包括

收入结构、成本结构、门诊住院服务量、出院患者平均住院日、床位使用率、病种构成、设备使用率评估、DRG 运营管理。提供同级别医院科室疾病诊疗规范与标杆值。具体服务如下：

1、每月对科室损益情况进行分析，包括科室医疗总收入有效收入（剔除药品、耗材费用）、医疗服务收入（剔除药品、耗材、检查、检验收入）、百元有效收入、医疗服务收入占比、医疗成本（药品占比、耗材占比）、结余、收益率，通过与去年同期和上月数据进行对比分析临床专科及专病诊疗组在经营中存在的问题，同时运用波士顿矩阵图准确定位临床专科发展情况，为医院管理层提供决策依据。

2、每月对临床专科及各专病诊疗组的业务量进行分析，包括门诊量、住院服务量、门诊患者住院比例、住院患者地区来源等，通过与去年同期和上月数据进行对比分析，重点分析业务量下降的专病诊疗组的相关情况。

3、每月对临床专科床位的使用率及各专病诊疗组的平均住院日进行分析，重点关注运营效率较低或者下降的专病诊疗组，分析其可改善空间。

4、DRG 方面从病种权重及病种例数两个维度，通过矩阵图展示临床专科各病种所处矩阵图中位置。第一象限是权重较高且病例数较多的病种，该类病种属于科室优势病种，应鼓励临床专科积极收治保持优势；第四象限是权重较高但病例数较少的病种，应鼓励临床专科提升专科技术能力，加强病种技术宣传，提高该类病种收治诊疗能力；第二、三象限是权重较低的病种，该类病种属于劣势病种，需临床专科重点关注，可通过专科联盟单位建设整合优化劣势病种收治，将该类病种下沉至基层医院。或者门诊解决。