

中图分类号: R95 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2024)01-0014-05
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2024.01.004



总额控制下按病组分值付费下某院神经内科费用成本与医保结算研究*

方 芳, 刘 臻

(成都医学院第二附属医院·核工业四一六医院, 四川 成都 610057)

摘要:目的 在四川省成都市基本医疗保险总额控制下按病组分值付费背景下,探讨某三级甲等综合医院神经内科住院费用、医疗成本及医保结算费用的内在关系,为医疗机构精细化控制住院费用提供参考。方法 以2020年神经内科相关疾病病例为基础,结合成都市基本医疗保险总额控制下按病组分值付费的要求,对神经内科相关病组的成本、住院费用构成、医保支付标准和利润进行分析,并总结相关关系。结果 神经内科相关病组患者医疗成本药品费用占比最大(53.99%),其次为人员经费占比(21.92%)。各病组成本构成均不相同,医保结算标准、患者住院费用、医院成本之间存在6种关系,即医保正向拨付不一定盈利(情景一),医保负向拨付不一定亏损(情景二),医保正向拨付却实际亏损(情景三),医保负向拨付却实际盈利(情景四),医保正向支付实际盈利(情景五),医保负向支付实际亏损(情景六)。结论 成都市基本医疗保险总额控制下按病组分值付费可实现整体控费,医保结算支付标准对病组实际收费起导向作用,对医疗机构利润起杠杆作用。医保支付方式改革倒逼科室内部的费用结构调整,应重视医务人员劳务价值,合理控制药耗比例;医疗机构之间、科室之间的博弈效应不断增大,需避免出现“抢蛋糕”现象导致推诿患者的恶性竞争。

关键词:按病组分值付费;成本测算;医保结算;神经内科

Neurology Expenses Cost and Medical Insurance Settlement in a Hospital Under the Disease - Based Score Payment in the Control of Total Budget

FANG Fang, LIU Zhen

(The Second Affiliated Hospital of Chengdu Medical College · Nuclear Industry 416 Hospital, Chengdu, Sichuan, China 610057)

Abstract: Objective To investigate the intrinsic relationship between inpatient costs, hospitalization expenses, and medical insurance settlement expenses in the neurology department of a 3 - A - grade general hospital under the background of disease - based score payment in the total control of basic medical insurance in Chengdu, Sichuan Province, and to provide a reference for precise control of hospitalization expenses in medical institutions. **Methods** Based on the neurology - related disease cases in 2020 and the requirements of disease - based score payment in the total control of basic medical insurance in Chengdu, the cost, composition of hospitalization expenses, insurance payment standards, and profits of neurology - related disease groups were analyzed, and their interrelationships were summarized. **Results** Drug costs accounted for the largest proportion of medical costs in neurology - related disease groups (53.99%), followed by personnel expenses (21.92%). The composition of costs varied among different disease groups, and there were six relationships between insurance settlement standards, patients' hospitalization expenses, and hospital costs:

* 基金项目:四川省财政厅2021年会计科研项目[2021-scljct-022];2022年四川省基层卫生事业发展研究中心项目[SWFZ22-C-86];2020年度成都医学院医院发展研究中心课题[YYFZ20005]。

第一作者:方芳,女,大学本科,副主任医师,研究方向医保管理学,(电子信箱)734793592@qq.com。

- [6] 蒋 皓,束雅春,蒋永兆,等. 药品零售企业药品分类管理现存问题与对策建议[J]. 中国药业,2022,31(14):30-33.
- [7] 庄小慧. 电子处方在零售药店的应用分析[J]. 海峡药学,2021,33(4):202-204.
- [8] 胡晓翔. 从《医师法》新规谈超说明书用药的法律意义[J]. 医师在线,2022,12(4):10-11.
- [9] 杨剑英. 药师审方,被忽略的专业领域[J]. 中国药店,2021(7):29-31.
- [10] 甄健存,吴永佩,颜 青,等. 加强医疗机构药学人才建设建设适应医改需求的临床药师培训体系[J]. 中国医疗机构,2020,24(5):64-67.
- [11] 李朝辉. 执业药师“挂证”现象原因分析及对策思考[J]. 中国食品药品监管,2021(7):114-119.
- [12] 李朝辉. 我国执业药师队伍建设探讨及立法建议[J]. 中国药业,2019,28(6):75-78.
- [13] 薛 原.“互联网+”背景下我国网络销售处方药研究[J]. 卫生经济研究,2020,37(5):39-40.
- [14] 天津市药品监督管理局. 关于进一步加强药品零售企业执业药师配备使用和监管工作的通知[A/OL]. (2021-12-31)[2023-02-26]. https://scjg.tj.gov.cn/tjsscjdglwyh_52651/tjyj/ZWGK149660/ZFGZ149668/gzwnyjj/202201/t20220128_5792460.html.
- [15] 席永宽,黄世福,王小龙. 执业药师多点执业实施中的问题分析与建议[J]. 中国医疗管理科学,2020,10(5):64-68.
- [16] 肖秘苏,张剑萍,郭 澄,等. 互联网医疗机构模式下处方流转与药学服务工作开展情况研究[J]. 中国药业,2021,30(10):5-9.
- [17] 陆鹏宇,田 侃,朱祥源. 医院处方流转实践模式研究[J]. 卫生经济研究,2021,38(1):58-61.

(收稿日期:2023-03-17;修回日期:2023-06-30)

insurance payment did not necessarily result in profit (scenario one), insurance non-payment did not necessarily result in loss (scenario two), insurance payment led to actual loss (scenario three), insurance non-payment resulted in actual profit (scenario four), insurance payment resulted in actual profit (scenario five), and insurance non-payment resulted in actual loss (scenario six). **Conclusion** Disease-based score payment in the total control of basic medical insurance in Chengdu can achieve overall cost control. Insurance settlement payment standard plays a guiding role in actual charges of disease groups and leverage the profits of medical institutions. The reform of insurance payment methods forces adjustments in the internal cost structure of departments, and attention should be paid to the value of medical staff labor and the reasonable control of drug consumption ratios. The competition effect between medical institutions and departments is increasing, and measures should be taken to avoid malignant competition leading to patient deferral.

Key words: disease-based score payment; cost calculation; medicare payments; neurology department

医疗保障制度是民生保障制度的重要组成部分,随着医药卫生体制改革的不断推进,我国目前参保人数已超过13.5亿人,覆盖面稳定在95%以上。我国医疗卫生体制改革面临严峻挑战,随着中国老龄化社会程度的加深,医疗总费用将会加速上升,每年医疗总费用的增速是人均国内生产总值(GDP)增速的2倍^[1]。2019年5月,国家医疗保障局等部委下发《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》,拉开医疗保险(简称医保)支付方式改革的序幕。随着医保支付方式改革的深入,成都市医疗保障局结合按疾病诊断分组付费(DRG)和按病种分值付费(DIP)的精髓及理念,基于地域内各等级医院医保基金预算总额,于2020年7月正式发布《成都市基本医疗保险总额控制下按病组分值付费工作实施细则(试行)》(成医保办〔2020〕46号,以下简称《实施细则》)。2021年2月,国家卫生健康委员会和国家中医药管理局联合印发《关于公立医院成本核算规范的通知》(国卫财务发〔2021〕4号,以下简称《规范》),首次将DRG列为成本核算对象^[2-3]。要求公立医疗机构依据《规范》开展基于DRG/DIP的成本核算工作,发挥成本核算在医疗服务定价、医院内部的成本控制和绩效考核中的作用^[4]。为满足内部经营决策,适应支付制度改革、人力价值评估等多元成本信息的需求,本研究中以成都市某三级甲等(简称三甲)综合医院神经内科相关疾病为例,通过分析病组的医保结算标准、患者住院费用、医院成本,总结疾病成本及构成,并结合医保结算后的实际盈亏,以期控制不合理医疗费用增长,提升医院高质量发展提供参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以2021年成都市某三甲综合医院神经内科相关疾病患者为例^[5-6]。病案数据来源于病案首页信息,医保数据来自成都市医保结算清单和医疗保障局反馈拨付数据,成本数据来源于测算。采用Excel 2017软件建立数据库,对数据进行整理与清洗;采用Stata 16.0软件分析神经内科相关疾病医疗成本及其构成。研究数据

均进行脱敏处理。

1.2 病组分组

按《实施细则》要求进行病组分组。

1.3 成本核算

参考《规范》中成本收入比法进行成本核算。

2 结果

2.1 医疗成本与构成

2021年,该三甲综合医院神经内科相关疾病成都市医保患者医疗成本为9 795 656.04元。其中,药品费用为5 289 023.03元(53.99%),人员经费为2 147 507.15元(21.92%),卫生材料费为2 072 695.19元(21.16%),固定资产折旧103 481.61元(1.06%),其他运行费用为97 225.23元(0.99%),提取医疗风险基金61 614.00元(0.63%),无形资产摊销24 109.83元(0.25%)。

2.2 不同病组成本与构成

按1.2项下病组分组,对神经内科相关疾病成都市医保患者顺位前20位的病组进行分析。人员经费占比最多的病组为DS26组[周围性眩晕,其他的(H81.300),不做区分,城镇职工],占比为31.25%;药品费用占比最多的病组为BR48组[大面积脑梗死(I63.902),其他,城镇职工],占比为75.95%;卫生材料费占比最多的病组为BM75组[后循环缺血(G45.004),脑动脉造影,城镇职工],占比为39.11%。详见表1。

2.3 不同病组总费用与公益性利润

按1.2项下病组分组,对神经内科相关疾病成都市医保患者顺位前20位的病组进行分析。公益性利润率最高的病组为BV38组[偏头痛(G43.900),不作区分,城镇职工],公益性利润率为70.69%;其次为BM71组[多发性脑梗死(I63.905),脑动脉造影,城镇职工]和BM72组[脑梗死(I63.900),脑动脉造影,城镇职工],其公益性利润率分别为54.93%和49.68%。详见表2。

2.4 病组医保结算标准实际公益性利润

由于成都市医保患者采取的是总额控制下按病组分值付费,病组的实际公益性利润则需考虑不同病组医保政策支付标准。相关计算公式如下。

表1 2021年某三甲综合医院神经内科相关疾病部分病组平均医疗成本与构成

Tab.1 Average medical costs and composition of some neurology – related disease groups in a 3 – A – grade general hospital in 2021																			
分组	疾病名称	ICD10	参保类型	操作方式	人员经费		药品费用		卫生材料费		固定资产折旧		无形资产摊销		提取医疗风险基金		其他运行费用		金额
					金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比	金额	占比	合计
					(元)	(%)	(元)	(%)	(元)	(%)	(元)	(%)	(元)	(%)	(元)	(%)	(元)	(%)	(元)
BR11	多发性脑梗死	I63.905	职工	其他	316 720	21.73	923 486	63.36	174 144	11.95	17 082	1.17	3 264	0.22	8 341	0.57	14 383	0.99	1 457 420
BR24	后循环缺血	G45.004	职工	其他	231 262	27.23	442 078	52.06	147 293	17.35	10 940	1.29	2 057	0.24	5 256	0.62	10 309	1.21	849 195
BR19	脑梗死	I63.900	职工	其他	253 395	22.83	689 053	62.09	138 220	12.45	11 986	1.08	1 592	0.14	4 069	0.37	11 461	1.03	1 109 776
BS16	腔隙性脑梗死	I63.801	职工	其他	192 848	29.89	372 135	57.68	51 797	8.03	9 098	1.41	2 811	0.44	7 183	1.11	9 244	1.43	645 116
DS18	前庭周围性眩晕	H81.303	职工	不作区分	69 594	27.63	136 355	54.13	37 339	14.82	3 306	1.31	607	0.24	1 552	0.62	3 131	1.24	251 884
BM72	脑梗死	I63.900	职工	脑动脉造影	110 591	19.92	294 421	53.02	134 856	24.29	5 225	0.94	1 412	0.25	3 609	0.65	5 172	0.93	555 286
BM71	多发性脑梗死	I63.905	职工	脑动脉造影	62 038	20.96	157 973	53.37	67 435	22.78	2 909	0.98	742	0.25	1 897	0.64	2 976	1.01	295 970
BR24	后循环缺血	G45.004	居民	其他	37 489	23.59	90 720	57.09	25 899	16.30	1 793	1.13	385	0.24	983	0.62	1 635	1.03	158 904
XZ29	脑梗死后遗症	I69.300	职工	其他	44 594	25.70	91 023	52.47	32 373	18.66	2 083	1.20	431	0.25	1 103	0.64	1 877	1.08	173 484
BR11	多发性脑梗死	I63.905	居民	其他	40 399	24.70	95 245	58.24	22 818	13.95	1 897	1.16	407	0.25	1 039	0.64	1 733	1.06	163 538
BX31	周围性面神经麻痹	G51.003	职工	不作区分	35 734	29.27	60 686	49.71	21 361	17.50	1 692	1.39	286	0.23	731	0.60	1 597	1.31	122 087
BR19	脑梗死	I63.900	居民	其他	42 646	17.59	155 802	64.27	37 938	15.65	2 055	0.85	596	0.25	1 524	0.63	1 865	0.77	242 426
DS26	周围性眩晕,其他的	H81.300	职工	不作区分	25 237	31.25	34 581	42.82	17 513	21.69	1 197	1.48	328	0.41	838	1.04	1 062	1.32	80 756
BU29	帕金森病	G20.X00	职工	其他	31 413	22.88	79 976	58.25	22 411	16.32	1 464	1.07	196	0.14	500	0.36	1 330	0.97	137 290
BR48	大面积脑梗死	I63.902	职工	其他	41 042	14.30	218 035	75.95	23 786	8.29	1 898	0.66	106	0.04	271	0.09	1 931	0.67	287 069
BV38	偏头痛	G43.900	职工	不作区分	11 806	26.47	23 056	51.70	7 940	17.80	553	1.24	191	0.43	487	1.09	562	1.26	44 595
BS16	腔隙性脑梗死	I63.801	居民	其他	22 195	28.04	45 507	57.49	6 704	8.47	1 037	1.31	741	0.94	1 892	2.39	1 076	1.36	79 152
BM75	后循环缺血	G45.004	职工	脑动脉造影	24 431	16.73	61 582	42.16	57 134	39.11	1 199	0.82	143	0.10	365	0.25	1 218	0.83	146 072
BR30	短暂性大脑缺血性发作	G45.900	职工	其他	18 178	28.29	38 973	60.65	4 008	6.24	865	1.35	369	0.57	944	1.47	917	1.43	64 254
BV41	血管性头痛,不可归类在他处者	G44.100	职工	不作区分	15 976	26.81	31 446	52.77	10 281	17.25	728	1.22	157	0.26	401	0.67	602	1.01	59 591

注:药品费用 = 分摊后药品费用 + 实际消耗药品费用;材料费 = 分摊材料费 + 实际消耗材料费。
Note: Drug cost = drug cost after allocation + actual consumed drug cost; Material cost = material cost after allocation + actual consumed material cost.

$$P_1 = W - K$$
$$P_2 = Q - W$$
$$\delta = P_1 + P_2$$

(1)

(2)

(3)

公式(1)中, P_1 为次均公益性利润, W 为次均总费用值, K 为次均成本值;公式(2)中, P_2 为次均医保支付结余, Q 为次均医保支付标准;公式(3)中, δ 为次均实际公益性利润。当 P_1 与 P_2 正负值均未知时, δ 就会出现以下6种情况。1)医保正向拨付不一定盈利;2)医保负向拨付不一定亏损;3)医保正向拨付却实际亏损;4)医保负向拨付却实际盈利;5)医保正向支付实际盈利;6)医保负向支付实际亏损。详见表3。

2.5 不同病组医保政策支付标准

按1.2项下病组分组,对神经内科成都市医保患者部分病组进行分析。其中,BR19组[脑梗死(I63.900),其他,城镇居民] P_1 为5 229.28元, P_2 为-8 440.42元,故 δ 最低,为-3 211.14元,即情景三;BX31组[周围性面神经麻痹(G51.003),不作区分,城镇职工] P_1 为967.52元, P_2 为1 066.26元,故 δ 为2 033.78元,即情景一;

BX28组[三叉神经痛(G50.000),其他,城镇居民] P_1 为-637.38元, P_2 为-1 243.42元,故 δ 亏损更多,为-1 880.80元,即情景六。详见表4。

3 讨论

3.1 医保结算支付标准对病组实际收费起着导向作用,对医疗机构利润起着杠杆作用

对2017年至2019年成都市医保患者大数据按1:2:7的比例建立了相关分组目录及相关监管体系,成都市总额控制下按病组分值付费以“度量衡”的模式形成对治疗方法选择均衡性、住院日等客观指标进行评估,迫使医院不仅考虑实际收费与成本,还将考虑实际收费与医保政策支付标准,在一定程度上将成本与医保政策支付标准挂钩。本研究结果显示,理想状况下所有医疗机构更愿意开展 $Q > W > K$ 的病组(情景一)。 δ 由 P_1 和 P_2 决定,当该医疗机构该病组不仅收费低于成都市同等基金池的医疗机构,其成本也低于该病组的医保支付标准时,增加该机构该病组的实际公益性利润,起正向杠杆的作用。本研究中,情景二举例BR19组[脑梗

表 2 2021 年某三甲综合医院神经内科部分病组总费用与公益性利润

Tab. 2 Total cost and public welfare profits for some neurology - related disease groups in a 3 - A - grade general hospital in 2021								
分组	疾病名称	ICD10	参保类型	操作方式	病组总费用(元)	病组成本值(元)	病组总公益性利润(元)	公益性利润率(%)
BR11	多发性脑梗死	I63. 905	职工	其他	1 510 468. 18	1 457 420. 38	53 047. 80	3. 64
BR24	后循环缺血	G45. 004	职工	其他	1 089 595. 99	849 194. 56	240 401. 43	28. 31
BR19	脑梗死	I63. 900	职工	其他	1 438 209. 36	1 109 776. 23	328 433. 13	29. 59
BS16	腔隙性脑梗死	I63. 801	职工	其他	884 072. 82	645 116. 28	238 956. 54	37. 04
DS18	前庭周围性眩晕	H81. 303	职工	不作区分	325 354. 77	251 883. 36	73 471. 41	29. 17
BM72	脑梗死	I63. 900	职工	脑动脉造影	831 130. 04	555 285. 68	275 844. 36	49. 68
BM71	多发性脑梗死	I63. 905	职工	脑动脉造影	458 557. 60	295 970. 78	162 586. 82	54. 93
BR24	后循环缺血	G45. 004	居民	其他	203 690. 17	158 903. 27	44 786. 90	28. 19
XZ29	脑梗死后遗症	I69. 300	职工	其他	242 121. 42	173 484. 73	68 636. 69	39. 56
BR11	多发性脑梗死	I63. 905	居民	其他	208 066. 75	163 536. 62	44 530. 13	27. 23
BX31	周围性面神经麻痹	G51. 003	职工	不作区分	138 534. 61	122 086. 67	16 447. 94	13. 47
BR19	脑梗死	I63. 900	居民	其他	326 093. 50	242 424. 93	83 668. 57	34. 51
DS26	周围性眩晕,其他的	H81. 300	职工	不作区分	106 493. 31	80 756. 50	25 736. 81	31. 87
BU29	帕金森病	G20. X00	职工	其他	141 507. 16	137 290. 76	4 216. 40	3. 07
BR48	大面积脑梗死	I63. 902	职工	其他	334 364. 39	287 068. 57	47 295. 82	16. 48
BV38	偏头痛	G43. 900	职工	不作区分	76 119. 95	44 594. 37	31 525. 58	70. 69
BS16	腔隙性脑梗死	I63. 801	居民	其他	100 231. 76	79 151. 73	21 080. 03	26. 63
BM75	后循环缺血	G45. 004	职工	脑动脉造影	196 119. 71	146 072. 30	50 047. 41	34. 26
BR30	短暂性大脑缺血性发作	G45. 900	职工	其他	92 296. 27	64 253. 63	28 042. 64	43. 64
BV41	血管性头痛,不可归类在他处者	G44. 100	职工	不作区分	84 337. 67	59 590. 94	24 746. 73	41. 53

表 3 病组医保政策支付标准与实际公益性利润间的关系
Tab. 3 Relationship between payment standards of medical insurance policies and actual public welfare profits for disease groups

情景	发生条件	病组次均实际 公益性利润(δ)	病组医保政策 支付标准	实际公益性 利润状况
一	$Q > W > K$	$P_1 + P_2$	正向拨付	盈利
二	$W > Q > K$	$P_1 - P_2$	负向拨付	盈利
三	$W > K > Q$	$P_1 + P_2$	负向拨付	不一定亏损
四	$Q > K > W$	$P_2 - P_1$	正向拨付	不一定盈利
五	$K > Q > W$	$P_1 + P_2$	正向拨付	亏损
六	$K > W > Q$	$P_1 + P_2$	负向拨付	亏损

死(I63. 900),其他,城镇居民],其 $W > K$,故 P_1 是正值;但由于成都市同等基金池的医疗机构该病组较低, $Q < W$,故 P_2 为负值,导致 δ 减小,不仅节约了医保基金,而且迫使医疗机构降低成本、控制费用。

3.2 医疗机构之间、科室之间的博弈效应不断增大,但需避免“抢蛋糕”现象出现

在总额控制背景下,医疗保障局作为规则的制定者,仅需从宏观角度进行调控,微观角度适当调整,就可掌控所有医疗机构之间的博弈^[7]。从“发蛋糕”到“抢蛋糕”的转变过程中,促使医疗机构在现有支付方式下不断控制收费、降低成本,以更精细化的管理降低病组的 K 值和 W 值。而病组的 Q 值是该基金池所有医院的次

均值,博弈结果就是三者无限靠近,若病组 Q 值无限接近病组 K 值和 W 值,则达到纳什均衡。在纳什均衡前提下,加之医院的公益性属性,出现本研究中的情景五和情景六,即亏损。如XZ29组[脑梗死后遗症(I69. 300),其他,城镇居民],其 P_1 属亏损状态,但 P_2 处于公益性盈利状态,医保基金就起到弥补作用,避免因医疗机构间的“抢蛋糕”导致推诿患者的恶性竞争。

3.3 医保支付方式改革倒逼科室内部费用的结构调整,重视医务人员劳务价值,合理控制药耗比例

本研究结果显示,2021 年该三甲综合医院神经内科人员经费占比仅为 21. 92%,是第二大的医疗成本因素。相较于广东、江苏等省份提出的“人员经费支出占业务支出比例达 40% 以上”的政策目标及“国外医院人力成本占比高于 50%”的情况差距较大^[8-9]。本研究三甲综合医院神经内科人员经费仍存在一定提升空间,要实现医疗服务定价的人力价值正常化,体现医务人员的劳务价值,应厘清该院神经内科人力价格回归的机理与路径,提高科室内部精益管理措施和医院治理政策的衔接效能。

文献[10]指出,2019 年重庆市公立医院药品费用和卫生材料费在医疗成本中占比合计接近 50%。本研究结果显示,2021 年,该三甲综合医院神经内科

表 4 不同病组医保政策支付标准与次均实际公益性利润(元)

Tab. 4 Payment standards of medical insurance policies and average actual public welfare profits for different disease groups (CNY)										
分组	疾病名称	ICD10	参保类型	操作方式	次均总费用值(W)	次均成本值(K)	次均公益性利润(P ₁)	次均医保支付标准(Q) [*]	次均医保支付结余(P ₂)	次均实际公益性利润(δ)
BR48	大面积脑梗死	I63.902	职工	其他	30 409.25	26 097.14	4 312.11	27 878.18	-2 531.07	1 781.04
BM72	脑梗死	I63.900	职工	脑动脉造影	21 871.84	14 612.78	7 259.06	-	-	-
BR19	脑梗死	I63.900	居民	其他	20 380.84	15 151.56	5 229.28	11 940.42	-8 440.42	-3 211.14
BM75	后循环缺血	G45.004	职工	脑动脉造影	19 611.97	14 607.23	5 004.74	-	-	-
BM71	多发性脑梗死	I63.905	职工	脑动脉造影	17 636.83	11 383.49	6 253.34	-	-	-
BR19	脑梗死	I63.900	职工	其他	15 464.62	11 933.08	3 531.54	14 101.82	-1 362.80	2 168.74
BR11	多发性脑梗死	I63.905	职工	其他	11 968.45	11 475.75	492.70	12 989.79	1 021.34	1 514.04
XZ29	脑梗死后遗症	I69.300	职工	其他	11 529.59	8 261.18	3 268.41	11 490.55	-39.04	3 229.37
BR11	多发性脑梗死	I63.905	居民	其他	10 950.88	8 607.19	2 343.69	11 240.37	289.49	2 633.18
BU29	帕金森病	G20.X00	职工	其他	10 885.16	10 560.83	324.33	9 380.88	-1 504.28	-1 179.95
BX28	三叉神经痛	G50.000	居民	其他	9 584.73	10 222.11	-637.38	8 341.31	-1 243.42	-1 880.80
BS16	腔隙性脑梗死	I63.801	职工	其他	9 506.16	6 936.73	2 569.43	-	-	-
BR24	后循环缺血	G45.004	居民	其他	9 258.64	7 222.88	2 035.76	6 683.93	-2 574.71	-538.95
BR24	后循环缺血	G45.004	职工	其他	9 233.86	7 196.56	2 037.30	7 681.96	-1 551.90	485.40
BR30	短暂性大脑海缺血性发作	G45.900	职工	其他	9 229.63	6 425.36	2 804.27	8 691.65	-537.98	2 266.29
BS16	腔隙性脑梗死	I63.801	居民	其他	9 111.98	7 195.61	1 916.37	-	-	-
BV41	血管性头痛,不可归类在他处者	G44.100	职工	不作区分	8 433.77	5 959.09	2 474.68	7 525.20	-908.57	1 566.11
DS26	周围性眩晕,其他的	H81.300	职工	不作区分	8 191.79	6 212.04	1 979.75	6 953.61	-1 238.18	741.57
BX31	周围性面神经麻痹	G51.003	职工	不作区分	8 149.09	7 181.57	967.52	9 215.35	1 066.26	2 033.78
DS18	前庭周围性眩晕	H81.303	职工	不作区分	8 133.87	6 297.08	1 836.79	6 048.67	-2 085.20	-248.41
XZ29	脑梗死后遗症	I69.300	居民	其他	8 055.97	11 888.28	-3 832.31	8 313.22	257.25	-3 575.06
BV38	偏头痛	G43.900	职工	不作区分	6 920.00	4 054.03	2 865.97	7 021.60	101.60	2 967.57

注: * 代表病组医保支付标准采用 2020 年成都市医疗保障局公布数据; - 代表 2021 年较 2020 年新增分组, Q 未公布。
Note: * represents that the payment standards of medical insurance for the disease group are based on the data published by the Chengdu Healthcare Security Administration in 2020; - refers to the addition of new groups in 2021 compared to that in 2020, Q refers to those unpublished.

仅药品费用占比达 53.99%,而四川省 2016 年至 2018 年已陆续取消药品加成和耗材加成,但收入端结构并未显著传递到成本端。科室在药品和耗材集中采购和带量采购的基础上,还要重点关注药品和耗材价格与医保支付标准,强化过度诊疗、过度检查、分解处方等不规范医疗行为的预警和监控;同时,应厘清药品和耗材集中带量采购降低的成本,以弥补医务人员的成本。

参考文献

[1] 王雪蝶. 疾病诊断相关分组付费改革的公共性问题研究[D]. 济南:山东大学, 2021.
[2] 夏萍.《公立医院成本核算规范》解析[J]. 中国农业会计, 2021(5):59-61.
[3] 国家卫生健康委员会. 关于印发公立医院成本核算规范的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2021(1):29-38.

[4] 谭华伟,张培林,颜维华,等. 医疗成本核算方法的国际经验及政策启示[J]. 卫生经济研究, 2020,37(2):21-24.
[5] 王建,王敬毅. 基于 DRG 的某院神经内科住院医疗服务绩效评价[J]. 中国医院统计, 2021,28(6):528-532.
[6] 邱菡,李璐,周雅君,等. 神经内科启用全国按疾病诊断相关分组收付费新规的用药分析[J]. 中国药物经济学, 2020,15(4):11-14.
[7] 孟楠,吴群红,孟祥伟,等. 第三方参与的医保基金多元协同监管演化博弈研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(11):37-41.
[8] 许涛,申轶,吴曼,等. 北京市公立医院病种成本核算实施与问题探讨[J]. 中国卫生经济, 2016,35(11):81-84.
[9] 张培林,谭华伟,张云,等. 重庆市公立医院医疗成本核算结果与分析[J]. 卫生经济研究, 2021,38(11):47-50.
[10] 赵迪. 基于成本收入比法的 DRG 成本核算研究[D]. 济南:山东大学, 2021.

(收稿日期:2023-03-21;修回日期:2023-07-18)