

## · 医院管理 ·

## 军队医院参与地方医改后物价管理变化的思考

袁 珊<sup>1</sup>, 胡立洋<sup>2</sup>, 王 影<sup>1</sup>, 李松艳<sup>1</sup>, 万晓娟<sup>1</sup>

[摘要] 针对军队医院参加地方医改后物价管理带来的变化,通过多方面思考,从提高医院整体的物价管理意识、提升物价管理人员的综合能力、加强与同级别医院及上级单位的交流、完善新项目物价申报流程几个方面提出了解决方法以提升物价管理工作的水平,对医院的发展建设有一定的借鉴作用。

[关键词] 军队医院;地方医改;问题;对策

[中图分类号] R234.3 [文献标志码] A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.03.031

医院物价管理工作是伴随着医疗改革应运而生的经营管理新理念,并成为医院经营管理的一个重要组成部分<sup>[1]</sup>。随着当前医疗卫生改革的不断深入,省内各项政策的颁布,特别是 2015 年 4 月 1 日通过同步实施取消药品加成、调整医疗服务等技术劳务价格、医疗机构联合带量采购等 3 项改革政策,医院的收入将面临结构性调整,医院由规模效益型向质量内涵型转变成为必然趋势,医疗服务价格的管理工作也面临着思想的转变。作为国家医疗机构的重要组成部分,军队医院不仅担负着军队的卫勤保障任务,还承担着社会公共卫生服务任务,在完成各项保障任务时不仅要执行国家的相关政策法规,还要面临社会的诸多竞争与挑战。如何才能准确的运用各种政策规定,平衡医改带来的各种影响因素是值得思考的问题。

## 1 存在问题

自 2014 年以来,安徽省根据全国医疗服务价格项目规范(2012 年版)对现有的医疗服务价格做了大幅度的调整,调整范围涉及治疗、检查、手术、护理等多个类别,旨在逐步建立起科学合理的运行补偿机制。新的医疗服务价格运行一段时间以来,仍存在以下问题。

**1.1 计算机收费系统调整不及时** 由于我院单病种计费的病种较少,目前我院现有的计价模式仍为医生录入医嘱后计算机系统根据医嘱的项目、频

次,对照收费项目的字典自动计算出收费金额。但如果不及时的维护系统,自动计算也会存在一定的弊端。比如调整的护理项目中的静脉输液等项目,调整前的计价单位为组,调整后为次,并对每日能计费次数做出限制。物价管理部门只能对价表中的项目进行调整,对自动划价系统无法进行更改。由于计算机收费系统调整的不及时,导致后台划价仍按照以往模式运行,按组划价,产生了错误的计费。从中我们能发现现有的物价管理系统仅停留在维护更新字典库的层面,在医院各部门和科室配合协调方面难以提供有效的技术支撑和保障。

**1.2 科室对自动划价项目依赖性过强** 用后台自动划价使日常护理工作化繁为简,原先很多需要护理人员亲自去记账、核对的工作,现在只需要护理人员操作软件即可完成,大大减少了工作量。但临床科室对自动划价项目依赖型过强,平时对出院病人的收费明细核查的不仔细,一旦后台划价出现问题,问题就不能及时得到发现,容易导致医保扣罚。

**1.3 物价管理人员能力不足** 物价管理部门是医院与上级管理部门沟通的重要纽带,对于价格政策、指导思想、动态信息及时传递到医院各科室,并组织落实<sup>[2]</sup>。我院现有物价管理人员均为财务专业人员,缺乏对物价管理的系统性理论及医学知识,不能有效地监督收费的合理性。而科室的兼职物价员对相关物价政策法规理解不够,没有意识到物价管理不仅仅是物价管理者的责任,也是所有医生、护士及相关人员的责任<sup>[3]</sup>。

**1.4 与地方物价管理部门及同级别医院缺乏沟通** 由于军队医院管理的特殊性,平时与地方物价部门沟通联系较少,首先地方物价的文件下发的不够及时,其次无法对医疗服务价格定价进行参与与预算,也无法成为公立医院改革的试点单位,造成

作者单位: 1. 230031 安徽合肥,解放军 105 医院经管科; 2. 210016 江苏南京,南京军区联勤部卫生部

通讯作者: 胡立洋, E-mail: 31736842@qq.com

引用格式: 袁 珊, 胡立洋, 王 影, 等. 军队医院参与地方医改后物价管理变化的思考[J]. 东南国防医药, 2016, 18(3): 320-322.

院内的物价管理人员对物价政策的导向观察不够敏锐,有时物价政策难以覆盖到军队医院层面,还需要积极沟通与争取才能得以实施。军队医院虽然是公立医院,但具有一定的独立性,平时参与地方同级别医院的组织的交流活动较少,对同级别医院的收费项目的更新与增补无法同步借鉴。

**1.5 新项目的开展与收费无法同步** 医院要发展,必须积极的提高医疗技术水平,由此会出现许多新项目新方法。增加的新项目部分是因为由于科室对收费项目的不了解,在医疗服务价格中无法找到该项目,部分是因为全国医疗服务价格项目规范(2012年版)中已经存在,但安徽省还未针对该项目制定价格,还有一部分是比较前沿的项目,需要重新申报。因为全国医疗服务价格项目规范(2012年版)还未完全实施,目前安徽省所有的新项目新技术的收费申报工作已处于停滞状态。造成了新项目收费申报工作的滞后。从目前医院的管理情况来看,比较前沿的项目根据收费政策,无相关收费项目及标准,或原标准远低于现有服务成本<sup>[4]</sup>。只能采用的靠收多收的办法,这种方法容易造成纠纷的隐患,更容易产生高额的医保扣罚。

## 2 解决对策

**2.1 提高医院整体的物价管理意识** 了解医疗服务项目内涵是制定项目价格的基础;正确把握物价政策是规范收费的基础<sup>[5]</sup>。新的物价管理规范正在实施的过程中,增加或者是调整的医疗服务项目数量多,涉及的内容广泛,新的规范中不仅对收费项目有增补,对其中的除外内容和项目内涵也做了修订。医院的物价管理部门除了定期的组织全院医务人员进行相关物价政策法规的讲解和宣传以外,还要对各科室实际收费的人员做好收费的具体指导工作。按照不同人群与物价执行管理关系的密切程度,通过多层次的物价政策培训,增强人员的严格执行物价标准的自觉性,使全院医务人员不仅知道该收什么,还知道怎么收。不仅对物价的政策了解,还对收费的项目名称、项目内涵除外可另收费内容、计量单位等,做到准确理解、严格执行、依法收费。定期对医保扣罚的项目进行总结归纳,对科室收费人员进行反馈,使“多收费”、“乱收费”的发生情况降至最低,医院科学管理水平进一步提高<sup>[7]</sup>。

**2.2 提升物价管理人员的综合能力** 由于物价管理工作专业性、政策性较强,涉及面较广,因此做好医疗服务价格的管理,仅仅依靠经济管理部门是不

够的。物价管理人员不仅要积极参加价格主管部门组织的培训学习,熟悉各项价格管理政策,还要积极的参与到医院管理的各项活动中去,针对医改政策中对耗材、药品使用的逐渐收紧,要在充分调研的基础上,结合医院的实际情况,适时对医院的设备、试剂、耗材的使用情况作出摸底统计,并在兼顾诊治质量和效率的情况下提出参考意见,合理的降低成本,提高医院的经济效益。这不仅扩大了物价管理人员的知识面,还有效的监督了收费的合理性。随着医改政策的不断推进,逐步实行按病种付费,目前有 51 组常见疾病按病种付费,医院的经济收入将主要来源于病人的数量、病种的质量等,医院的诊疗流程均要符合医保政策,否则可能会遭到医保费用的拒付。医院物价管理应紧密配合医疗管理,参与到临床路径的设计与执行中去<sup>[1]</sup>。针对需要按病种收费的项目进行成本效益评估,制定出最符合成本效益原则的最佳治疗模式,避免超范围的诊断方法进入临床路径,真正发挥好临床路径的管理效能。

**2.3 加强与同级别医院及上级单位的交流** 物价管理系统要高效运行,就要加强对外的交流,取长补短,必要时可聘请发改委和相关价格管理专家作价格管理的专题讲座,不仅强化了医护人员规范收费意识,还增强了与上级单位的联系。物价管理人员要积极参加本省市医疗服务价格管理相关学术组织,及医疗物价管理部门、学术组织的各项活动,增加与同级别医院的交流,对地方先参与医改的同级别医院在执行过程中出现的问题可以及时的制定有效的措施进行应对以免在后续参与医改再出现问题。

**2.4 完善新项目物价申报流程** 随着科学技术的迅猛发展,各学科专业的互相渗透、融合,新技术、新设备、新耗材的不断被应用到医学领域,医院引进了大量的高科技诊疗设备,诊断及治疗方法发生着重大的变革<sup>[6]</sup>。首先要完善医院新项目的申报制度,科室在引进新技术新项目时,必须首先由经济管理部门确认是否有相关的依据能够准确收费,地方同级别医院有没有开展类似的项目,有没有相关的批文批复可供参考。对于确实没有的收费依据的新项目要及时的进行申报,对新申报的项目要按照上级物价管理部门的相关规定,准确的测算好数据,准备好相关的资料,完善好申报材料,使申报的周期缩短到最小,使医院投入资源得到最大的利用。

军队医院参与地方医改,面临问题可能要比

地方医院多,首先作为同等级的公立医院,地方政府的财政补贴难以惠及到军队医院,其次军队医院由于管理上的特殊性无法与地方医院建立医联体。因此医院要在执行好国家医改政策的前提下,达到保障病人利益和医院建设发展双赢的目标必须要从完善自身机制入手,强化管理,从而为医院赢得良好的声誉和稳定的医疗市场。

【参考文献】

[1] 余 磊.浅谈新形势下的医院物价管理工作[J].中国医院管理,2010,30(4):59-60.

[2] 方 莉.医院物价管理工作存在的问题及对策[J].中国管理信

息化,2015,18(2):93.

[3] 蔡欣芸.完善物价管理体系 维护医患双方利益[J].中华医院管理杂志,2010,26(10):774-775.

[4] 王莉燕,马 泳,刘凡娜.新医改环境下公立医院物价管理面临的困惑及“解惑”之道[J].中国社会医学杂志,2014,31(6):392-394.

[5] 张美荣.规范医疗收费行为提升物价管理水平[J].中国卫生质量管理,2011,18(6):90-101.

[6] 刘凤兰.当前医院物价管理工作存在的问题及对策分析[J].经营管理,2015(5):67-68.

[7] 刘长生,胡 波,王 影,等.依托信息化平台加强医院费用管控的实践与体会[J].东南国防医药,2015,17(1):101-102.

(收稿日期:2015-09-29;修回日期:2016-01-04)

(本文编辑:徐燕茹)

(上接第 319 页)

量相对少(80 mL),因为食管静脉曲张多源于胃底静脉,只要压迫住胃底静脉,就可止住出血。若出血仍不能有效止住,应继续加大对食管囊充气量。为避免受压黏膜损伤,应每压迫 12~24 h 即放气 1 次,减压后定量抽取胃内容物,观察是否再出血,放气 30 min 后再充气。放置过程中要密切观察气囊位置是否正确,以免不能达到止血效果。压迫止血措施一般不超过 3 d,3 d 后仍有出血者应考虑采取其他措施<sup>[7]</sup>。

**1.3.3 手术治疗** 应用上述方法治疗仍大量出血或反复出血者,应考虑手术治疗。手术方法包括:结扎胃底和食管曲张静脉、横切胃底部、再做胃-胃吻合术。若患者全身情况尚稳定,可考虑作门静脉或脾肾静脉吻合分流手术。

**2 结 果**

18 例患者有 16 例治愈出院,2 例死亡。2 例死亡患者为肝炎、肝硬化并发原发性肝癌。

**3 讨 论**

通过总结回顾 18 例肝硬化门静脉高压上消化道出血患者的护理体会,我们认为在做好基础护理

的前提下,要严密监测病情变化,尤其是对血压、脉搏、呕吐物和大便的观察,熟练掌握三腔二囊管的临床使用,并做好手术前的准备,随时做好抢救的工作,忙而不乱,一丝不苟。根据出血量做好相应的心理护理,消除患者的紧张情绪,鼓励患者树立战胜疾病的信心。采取以上护理措施可明显提高此类患者的治愈率。

【参考文献】

[1] 吴雅婵.乙型肝炎肝硬化失代偿期并发消化道出血患者的护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(14):2141-2412.

[2] 龚经文,程本芳.内科护理学[M].北京:北京师范大学出版社,2009:156.

[3] 何 稀.失代偿期肝硬化并发上消化道出血的个案护理[J].医药前沿,2011,1(9):76-77.

[4] 俞明霞.1 例肝硬化合并糖尿病及上消化道出血患者的护理[J].护理实践与研究,2013,10(6):158.

[5] 王英蕊,王加慧.上消化道出血高龄患者的急救与护理[J].护士进修杂志,2009,24(9):718.

[6] 石素真.64 例肝硬化合并上消化道出血的预见性观察及护理[J].中国医药指南,2011,9(6):189.

[7] 李改霞,郝艳辉.上消化道出血患者的护理[J].中外医学研究,2010,8(21):107.

(收稿日期:2016-03-29;修回日期:2016-05-13)

(本文编辑:齐 名)