

浅谈医院新医保管理流程的应用及思考

李文婷¹ 查文娟 朱晓瑶 谢文洁 江涛*
中国人民解放军联勤保障部队第九〇八医院 江西南昌 330001

摘要: 随着医疗体制改革的进步和医保支付方式的调整,医院医保管理流程面临着不断优化及调整。我院作为一家三甲医院,自2021年12月切换新国家医保平台,医保新系统经过近一年的使用磨合,信息、医保、财务各部门联动管理,使医保管理流程不断完善。本文就门诊及住院结算报销的医保管理流程进行分析,并对医保相关的绩效、信息化建设进行一个思考与建议。

关键词: 医疗保险; 医保管理; 信息化; 对账; 绩效

Discussion on the application and thinking of new medical insurance management process in hospital

Wenting Li¹, Wenjuan Za, Xiaoyao Zhu, Wenjie Xie, Tao Jiang*

The 908 Hospital Of The PLA Joint Logistic Support Force, Nanchang, Jiangxi, 330001

Abstract: With the progress of healthcare system reform and adjustments in medical insurance payment methods, the management process of hospital medical insurance is facing continuous optimization and adjustment. As a tertiary hospital, our hospital switched to the new national medical insurance platform in December 2021. After nearly a year of use and coordination among the information, medical insurance, and finance departments, the medical insurance management process has been continuously improved. This article analyzes the medical insurance management process for outpatient and inpatient reimbursement and provides thoughts and suggestions on the performance and informatization construction related to medical insurance.

Keywords: Medical insurance; Medical insurance management; Information technology; Reconciliation of accounts; performance

引言

随着医疗体制改革和全面医保制度的逐步完善,医疗保障待遇也逐步提高,医保人群不断扩大,医保收入已经是医院的主要收入来源,只有不断把医保服务做好,医保管理做好,才能有效的提升效益,让收入与发展、建设形成一个良性循环。2021年12月江西省南昌市切换新国家医保平台,所有医保接口要进行更换,一系列医疗待遇新政策即将于2022年1月1日起施行,这标志着我国医疗保障制度进一步完善,国家医疗保障水平不断提升。

我院目前医保财务结算涉及多部门多岗位,各部门之间虽然相互独立,部门虽然职责不同,但是在医保金方面密切相关都是为了保证资金安全和提高医院的经济效益^[1]。有门诊收费,住院出入院缴费,医保申请、结算、数据管理以及医保、财务部门对各个医保局进行医疗费用垫付资金的回笼结算^[2]。医保管理是医院管理的一项核心内容,其管理流程影响整体业务水平,因为单位性质不同于普通医院,针对现有

流程进行一个阐述并提出一些思考建议。

一、基本资料

1.1 门诊住院收费记账流程

1.1.1 门诊挂号窗口进行医保卡刷卡挂号,支持医保卡和电子医保卡刷卡,窗口分地方和军属窗口,用于区分军属和地方医保人员,结算时根据地方医保及军属医保身份类型进行自动匹配报销比例,挂号时通过获取医保卡身份证,查询就诊人员历次就诊信息,避免多次挂号,为方便患者支付,门诊医保系统支持医保外自费部分扫码支付。

1.1.2 医保患者就诊开具处方后,门诊收费窗口刷卡收费,收费时询问患者就诊类型:普通医保、慢性病、单病种、计划生育、双通道、核酸检测、急诊转住院等,不同类型对应不同的医保收费接口,收费时预结算,告知患者医保报销及自费金额,若无误则进行结算。

1.1.3 门诊和住院的数据除了 HIS 库正常保存,所有医保数据也要全部进行存储,因为医保局返回的数据对后续

的对账和统计报表、DRGS 等都有重要作用。医保门诊收费对账分为挂号及门诊收费账目, 收费员先通过信息科自主开发的功能“医保收款员挂号结算”对医保费用及发票进行对账, 门诊收费账目通过“门诊医保查询”功能对门诊的收费明细进行对账, 这些操作都是收费员针对医院收入进行核实, 如果出现单边账, 则需要查找原因, 因为医保退费讲究逐笔按序退款, 若后面又产生了费用, 再退前面几笔费用会比较麻烦, 这个需要收费员的细致认真及工作负责, 对账及时发现问题及时反馈信息科处理, 做到日清月结。

1.1.4 医保住院流程因为考虑数据准确性及患者快速住院, 因为有些患者没有带医保卡, 或者医保卡有问题, 但是我们不能耽误患者住院, 我们采取的做法是先进行自费住院登记, 待患者入院后出院前再到窗口补办医保住院即可。

1.1.5 医保住院结算时, 患者开了明日出院的, 需要科

险种类别	结算经办机构	清算类别	医疗费总额	基金支付总额	个人账户支付金额	清算笔数	结果	错误说明
310	369900	省本机关	7645.8	3632.14	3998.66	42	平	
310	360199	住院	73449.28	53357.18	5006.6	8	平	
310	360199	门诊	79246.25	53426.04	20259.76	381	平	
390	360199	住院	99813.46	44406.17	0	12	平	
390	360199	门诊	23010.77	17325.96	0	146	平	
310	369900	省本企业	66660.35	40756.68	7841.26	44	平	
390	369900	异地门诊	4400.26	447.73	484.45	32	平	
310	369900	异地门诊	4129.18	2280.55	613.38	15	平	
390	369900	异地住院	40176.29	15566.14	0	5	平	
310	369900	异地住院	12857.94	6436.3	641.73	1	平	
			411389.58	237634.89	38845.84	686		

图 1

当医保局的数据与我院的医保数据不符时, 一目了然的显示当前清算类别与医保局相差几笔, 相差多少钱, 哪边多哪边少, 再通过导出数据包方式, 把医保局的明细账导入系统逐笔与医院费用进行自动分析, 对有问题的发票与收费员、医保科进行核实, 若确定该费用是医保端多收费则调用冲正接口, 若是医院端多收钱则对患者进行退费处理。为避免单边账出现, 在数据流程中要注意数据写入顺序, 先确定医保结算成功且返回医保数据, 先存医保数据, 再存军保数据, 最后存到 HIS 表里, 这样当网络异常或者其他原因导致医保结算失败造成单边账时, 医院端数据不会缺失, 只要处理医保数据即可。信息科通过“医保管理信息系统”对门诊、住院医保数据定期进行核对, 及时调整差额数据, 做到每月报表与医保局数据保持一致。所有分项报表均以总表数据为支撑, 只有做到一分不差, 才能保障数据的准确性和逻辑的完整性, 也因此可以提高各环节的工作效率, 通过信息化保障减轻一线工作压力。

室提前准备出院材料, 收费室提前上传收费明细, 进行医保预结算, 缩短患者出院办理时间。

1.1.6 为保障医院收费数据的准确性, 收费员每日进行对账。收费过程中会遇到医保项目未对照、慢性及单病种审核、双通道药品审核、住院患者特殊用药申请, 这些需要医保科人员进行审核, 通过信息科开发软件完成: 生育门诊备案、急诊转住院备案、重特大疾病备案、医保特药备案、居民门诊两病备案、双通道备案、异地本地门慢门特备案查询等工作, 保障医保患者就诊流程无拖延无死角。

1.2 对账流程

1.2.1 信息科通过自行开发的“医保管理信息系统”对每日门诊、住院医保数据进行核对, 通过数据接口把医保局的数据包下载到本地, 通过数据转码核对总账 (见图 1)。

1.2.2 医保科每月与医保局确认当月报销总金额, 发现误差时再返回信息科按日对账找出原因, 总金额无误后医保科再根据医保局要求把总表数据进行分类汇总, 制作分项报表, 例如省市医保、职工基本医疗保险、城乡居民、异地等。信息科开发相应总报表程序, 便于核查。报表送审后, 及时跟踪医保结算审核情况, 审核后及时进行登记。因各地医保结算政策不同, 各病种结算方式不同, 医保科及时了解相关政策制度, 并指导科室进行医保病人管理, 防止医院医保资金的流失。每月再根据收费室当月提供医保回款情况进行核对, 并进行明细登记, 确保知晓每笔资金来源及未回款情况。

1.2.3 收费室按月与医保科核对医保统筹数据, 并将当月收到医保回款数据交医保科进行核对登记。双方数据核对无误后, 将当月报表报送财务进行账务处理。

1.2.4 财务每日提取“财务辅助系统”中的医疗收入数

据,再与收费室提供的医保垫款及回款数据进行核对,若不一致时,则按收费室医保数据进行账目调整,确保财务室、医保科、收费室三方医保垫款及回款数据一致,因各地医保结算方式不同,会造成医保回款与实际垫款有一定差额,每年财务会根据医保科统计的实际回款情况进行账务处理。

二、医保管理流程的思考

2020年2月《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》出台,要求推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,江西南昌为按疾病诊断相关分组(DRG)付费。新的支付方式即将覆盖全国所有地区,医保支付方式改革对医疗机构的引导作用将会得到有效发挥:一方面医疗机构将自觉规范医疗行为、控制医疗成本,减少医保基金不合理支出;另一方面通过“同病同价”引导医疗机构合理收治患者,产生转诊患者的内生动力,从而引导患者有序就医,推动医疗资源的合理配置^[3]。我们思考是否可以把价值导向理念与医保管理进行一个结合,通过激励员工的方式把医保工作做好,同时利用信息化手段提高医保管理效率,简化流程。

2.1 绩效分配的策略

我院2017年就自行开发了一套基于RBRVS理念的绩效系统。该系统基于RBRVS的理念,运用其核心思想,充分体现了各医务人员的劳动价值,但是运用核算指标时要因地制宜,因人而异,根据医院不同时期,不同发展阶段进行合理调配,保证数据的有效性、合理性^[4]。把医保DRG分组结果作为RBRVS的一项考核奖励指标,引导员工规范医保服务,以服务质量为激励导向,推动医院的高质量发展,医保支付方式改革建立了以“价值导向”的医疗服务支付模式,该改革将引导公立医院从追求规模扩张转向强化内涵发展,从粗放式经营管理转向集约化精细管理^[5],把RBRVS理念与DRG管理工具有效的结合,把医保服务做细,与绩效分配挂钩,并融入到医院发展中,是医院未来发展的一个方向。

2.2 信息化建设的措施

我院接受过多次医保飞行检查,针对一些问题进行了整改,同时为了杜绝一些问题的出现,采取了一系列信息化手段,比如全面梳理HIS、PACS、LIS系统医嘱目录、药品耗

材、物价收费等,根据飞行检查规则,通过数据分析及时发现问题及时整改。面对未来医保检查的常态化,可以通过上线医保智能审核系统实现医保事前、事中及事后的一个监管。

医保工作是一项政策性非常强的工作,医保部门是医院与医疗保障局之间的桥梁,起着上传下达的作用,随着参保患者的增加,各项医保政策的出台,医保工作也延伸到医疗行为的各个环节,如医保贯标、疾病诊断相关分组(diagnosis relates group,DRG)支付改革、药品目录更新等。新形势下,医院内部的医保管理工作仅依靠医保办单个科室无法完成,需要多个职能科室联合^[6]。医保科、财务科、信息科多科协作可以把工作做到实处,把流程管理规范,实现以人为本的服务理念。

参考文献:

[1]王秀.医保管理对医院财务管理的重要性探析[J].中国卫生产业,2019,16(4):46-47.DOI:10.16659/j.cnki.1672-5654.2019.04.046.

[2]王璜.浅谈我院医保结算管理流程的改进措施[J].医学食疗与健康,2019,(6):243-244.

[3]舒琴,李迪,辛艳娇,等.支付方式改革对医疗服务供需的影响研究综述[J].中国卫生经济,2020,39(7):23-25.

[4]江涛,王雯婷,胡炜,姜峻,冯毅,罗希,齐卫东.基于RBRVS理念的医院绩效奖金核算系统设计与应用[J].中国数字医学,2019,14(4):60-62.DOI:10.3969/j.issn.1673-7571.2019.04.019.

[5]张学军,陈咏梅,李嘉,王洪波,刘晓霞,姚曼.医保支付方式改革下公立医院绩效分配策略探讨[J].中国卫生经济,2022,41(8):57-60.

[6]沈掩瑜,赵明,朱琳,等.医院医保精细化管理策略探讨[J].中国医疗保险,2019,32(12):53-55.

1 第一作者:姓名:李文婷,职称:助理工程师,学历:本科,从事工作:信息科助理工程师。

*通信作者:姓名:江涛,单位:中国人民解放军联勤保障部队第九〇八医院信息科,地址:江西省南昌市青云谱区井冈山大道1028号,邮编:330002