

三级管理组织架构应用于医院医保指标管理中的效果分析

单文华

江阴市人民医院

DOI:10.12238/ffcr.v3i4.15397

[摘要] 目的：分析三级管理组织架构应用于医院医保指标管理效果。方法：本院 2024 年施行三级管理组织架构，分析施行后效果。结果：2024 年医保住院指标优于 2023 年 ($P<0.05$)，2 年间住院费用结构占比无差异 ($P>0.05$)。结论：三级管理组织架构应用于医院医保指标管理，可显著改善医保住院指标。

[关键词] 三级管理；医保；效果

中图分类号：R197.3 文献标识码：A

Analysis of the Effectiveness of Applying the Three-level Management Organizational Structure to Hospital Medical Insurance Indicator Management

Wenhua Shan

Jiangyin People's Hospital

Abstract: Objective: To analyze the effectiveness of applying a three-level management organizational structure to hospital medical insurance indicator management. Method: Our hospital will implement a three-level management organizational structure in 2024 and analyze the effects after implementation. Result: The hospitalization index of medical insurance in 2024 was better than that in 2023 ($P<0.05$), and there was no difference in the proportion of hospitalization cost structure between the two years ($P>0.05$). Conclusion: The application of a three-level management organizational structure in hospital medical insurance indicator management can significantly improve medical insurance hospitalization indicators.

Keywords: Third level management; Medical insurance; effect

引言

伴随医药卫生体制改革向纵深推进，医保精细化管理已成为衡量医院运营效率与医疗服务质量的核心维度^[1]。在“三医联动”改革背景下，医保控费合理性、临床路径规范化、药耗使用精准化等指标管理面临多重挑战，传统单一行政主导的管理模式在资源统筹协同、全流程监管及持续质量改进等方面的局限性日益凸显。三级管理组织架构通过构建“决策层—执行层—监督层”纵向贯通、横向协同的立体化管理体系，将医保政策落地实施、业务流程优化再造、质量控制闭环管理有机融合，为破解医保指标管理中的堵点、难点问题提供了系统性解决方案。本研究以某三级综合医院 2023 年 1 月—2024 年 12 月医保患者住院数据为研究样本，其中 2023 年作为常规管理对照阶段，2024 年全面实施三级管理组织架构。研究聚焦住院次均费用增长率、药占比、耗占比等核心医保指标，同步纳入医保查房频次、医护人员政策培训覆盖率等过程性管理指标，通过历史性对照研究设计，系

统分析管理模式变革前后的指标动态变化趋势。研究旨在通过实证分析，揭示三级管理架构在优化医保资源配置、规范医疗服务行为、提升管理效能中的作用机制，为新时代公立医院构建符合医保支付方式改革要求的精细化管理体系提供可复制、可推广的实践范式，助力实现医保基金使用效能与患者就医获得感的双向提升。结果详见下文。

1 资料与方法

1.1 基础资料

研究数据取自 2023 年 1 月至 2024 年 12 月某院医保患者住院费用信息，数据来源涵盖医疗保险科/价格管理办公室、大数据中心、财务部门及药学部门等科室。本研究已通过医院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

1.2.1 常规医保管理

(1) 为保障医保基金合理使用，工作人员需严格落实主管部门相关文件要求，在患者入院、出院环节做好信息登

记。针对出院患者，需核对个人信息一致性，治疗及用药审批应结合病历评估必要性，避免资源浪费。每日对出院医保清单进行审核，以收费合理性为重点实施有效控费管理。

（2）明确各部门职责分工，建立责任追溯机制。省平台大数据反馈，有违规行为，经核实会有相应的考核制度。

（3）工作人员依据病历及院内外各种质控或智能审核开展用药规范性检查，为多部门合作，药学部前置审方系统反馈，医保科总结申述，在全面检查基础上聚焦重点项目，减少或杜绝超标准及超医保报销范围用药现象。

1.2.2 三级管理组织架构

（1）组织架构体系：本院构建的三级医保管理机制，以分级管理模式为核心，形成严密且高效的管理网络。顶层由分管医保工作的副院长牵头，定期主持召开医保管理专题会议，统筹协调医院各部门资源，确保医保政策与医院发展战略深度融合。其职责涵盖制定医保管理年度目标，执行落地重大医保决策，如与医保局谈判的策略制定等，同时协调医院与上级主管部门的沟通对接工作。中层的医保管理部门，即医疗保险科，配备专业的政策研究、数据分析与质量监控团队。在制度设计方面，根据国家及地方医保政策，结合医院实际，制定详细的医保管理制度与操作规范，如《江阴市人民医院医保管理督查方案》。执行监督职能，通过定期开展医保专项检查，对临床科室的诊疗行为、费用结算等进行抽查与审核，建立问题台账并督促整改。同时，实时监测医保运行数据，分析医保基金使用效率与潜在风险，为院级领导决策提供数据支持。临床科室则成立医保管理小组，由科主任担任组长，护士长及医保专管员为成员。小组成员需定期参加医保政策培训，确保准确掌握医保报销范围、自费项目等规定。在日常诊疗中，严格执行费用控制标准，规范医疗行为，如优先使用医保目录内药品和耗材，控制高值耗材的不合理使用；规范病历的合理书写，避免过度检查、治疗等问题，从源头上保障医保基金合理使用。

（2）质量监控机制：采用多元化评估手段保障管理效能，具体如下：①统计对比分析：运用描述性统计方法，建立医保数据监测平台，实时追踪三级架构实施后医保患者的住院费用、医疗指标等核心数据变化。重点监测年度药品费用比例，设定合理区间，若超出阈值则深入分析是否存在药品滥用、不合理用药等问题；密切关注检查项目占比，通过对比不同科室、不同病种的检查项目使用情况，识别过度检查风险点。同时，对医保患者的平均住院日、次均费用等指标进行动态分析，与历史数据及同行业标准对比，评估医保管理对医疗资源利用效率的影响。②专家咨询研讨：制定标准化访谈方案，针对管理层、职能部门及临床负责人设计差异化访谈提纲。对院级领导，重点访谈医保管理战略规划、

资源调配等方面的看法与需求；对医保办公室人员，聚焦政策执行难点、制度优化方向；对临床科室负责人，了解医保政策在临床实践中的落实困境及改进建议。③管理效能量化：建立包含多维度指标的评估体系，全面系统评价各级管理主体的制度落实情况与职责履行效果。检查临床科室医保政策执行情况；联动培训，掌握行为规范质量标准等，业务培训覆盖率需达到100%，确保医院全员熟悉医保政策；费用管控达标率以科室为单位，根据不同科室特点设定医保基金运行情况，考核总额预算与实际发生费用的偏差率。此外，还纳入患者满意度、医保违规发生率等指标，综合评定医保管理工作成效，对表现优秀的科室与个人给予奖励，对未达标的进行督促整改与责任追究。

1.3 指标观察

1.3.1 住院指标

统计2023年及2024年医保患者住院指标及实际费用，核算亏损/结余（盈利）金额，计算方法：盈亏金额=收入-成本/支出。

1.3.2 住院费用

按照本院医保住院费用数据，核算医保患者住院费用中药费、材料费、检查费及其他费用的占比情况。

1.4 统计学方法

研究数据应用SPSS 23.0软件处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行t检验；计数资料以 $(\%)$ 表示，行 χ^2 检验。若 $P < 0.05$ ，则表明组间存在显著差异。

2 结果

2.1 住院情况

表1显示，2024年医保患者住院指标较2023年呈现显著改善（ $P < 0.05$ ）。

表1 2023—2024年住院情况（ $\bar{x} \pm s$ ）（万元）

组别	住院指标	实际支付费用	亏损/结余金额
2023	11568.45 ± 5.36	10468.54 ± 6.58	1547.24 ± 21.25
2024	12654.35 ± 6.58	10775.65 ± 4.58	1979.36 ± 22.35
t	267.663	23.479	126.532
P	0.001	0.001	0.001

2.2 住院费用情况

表2住院费用结构占比在两年间未显示统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

表2 2023—2024年住院情况（%）

组别	药占比	材料费占比	检查费占比	医疗服务占比
2023	36.54	8.75	28.73	25.98
2024	37.68	7.62	24.59	30.11
t	0.054	0.268	0.076	0.043
P	0.654	0.587	0.764	0.863

3 讨论

医保作为疾病医疗费用补偿机制，经社会提供必要医疗服务与物质帮助，在个人因病、负伤或生育时缓解经济负担^[2]。这项制度不仅关乎群众切身利益，也与公立医院转型调整密切相关。当前医保改革在费用支付领域持续推进，DRG/DIP 付费、总额预算管理等政策不断落地，使医疗机构面临“控费”与“提质”的双重挑战。在此背景下，医保指标管理成为共性热点与难点问题，既要严格遵循医保基金使用规范，又要保障医疗服务质量，这要求医保工作者必须打破传统管理思维，主动适应改革带来的管理模式变革。例如，面对按病种付费模式，临床诊疗需在保障疗效的前提下，重新规划检查项目与用药方案，而医保管理需同步建立与之匹配的监控与评估体系，这种系统性转变对团队的政策解读能力、跨部门协作能力提出了更高要求。

本研究数据显示，2024 年医保患者住院指标较 2023 年显著改善。该成效得益于三级管理组织架构的实施，医保办公室通过信息管理系统实时追踪医保患者治疗、检查、用药等费用数据，实现全过程监控；临床科室负责人可动态掌握本科室医保费用使用及患者支出情况，针对异常费用进行统计分析并反馈至管理层，形成分层控费机制。实际运行中，这种机制通过“预警—干预—优化”闭环发挥作用：当系统监测到某科室某项费用指标接近阈值时，自动向科室负责人推送预警提示，负责人需在 48 小时内提交情况说明与整改计划；管理层根据反馈组织多学科会议，结合临床路径与医保政策，共同优化诊疗流程与费用结构。此外，研究采用比较分析法、专家访谈法与管理评估法构建多维度评估体系，对医保费用结构进行量化分析与质性研究，精准识别不合理支出项目，并通过专家研讨制定针对性解决方案，从而有效降低患者实际医疗支出，优化住院指标表现。例如，在针对术后康复治疗费用的评估中，专家团队发现部分项目存在重复治疗现象，通过制定标准化康复方案并纳入医保审核规则，既避免了资源浪费，又保障患者康复效果^[3]。该管理模式通过层级协同与数据驱动，为医保精细化管理提供了可复制的实践路径。

伴随医疗保障覆盖范围的扩展，医保患者成为医疗机构主要服务对象，这对医院医保管理工作提出更高要求^[2]。服务群体的扩大在增加工作负荷的同时，可能导致监管疏漏，进而推高住院费用并影响患者权益。作为涉及管理学、医学、经济学等多领域交叉的新兴制度，医保工作的专业性要求医保工作者需具备复合知识体系，以应对复杂管理场景。尤其在政策频繁更新的当下，从 DRG/DIP 支付方式改革到药品耗材集采政策落地，每项调整都需管理者快速理解并转化为院内执行细则，稍有滞后便可能引发医保基金使用风险。同

时，医患沟通的复杂性也显著提升，患者对医保报销范围、自费项目的疑问增多，需管理者既要用专业知识答疑，又要以通俗语言消除误解，避免因信息不对称引发纠纷^[4]。本研究显示，两年间住院费用结构占比未呈现统计学差异，这与两种管理模式下的管控措施密切相关。在常规管理阶段，医保管理通过落实文件要求、规范出入院信息核对、执行用药审核及药品总量动态核查等措施，形成基础监管框架，有效控制资源滥用与不合理支出^[5]。三级管理组织架构在此基础上进一步优化，经层级职责划分建立立体化管控体系，决策层统筹规划，执行层精准落实政策并实时监控费用数据，监督层强化流程规范。这种模式下，医保工作者依据制度要求实施精细化管理，从源头减少不合理检查、费用支出及医疗行为，在维持费用结构稳定的同时提升管理效能^[6]。两类管理方式的协同作用更体现在日常运营中：常规管理的标准化流程为分级管理提供执行基础，而三级架构通过动态反馈机制，将临床实践中发现的政策盲区、执行难点及时传递至决策层，推动制度迭代优化。

综上所述，三级管理组织架构在医院医保指标管理中的应用，能够显著改善医保患者住院指标，对优化住院医保患者预后具有积极的作用。不仅能通过动态监控降低不合理医疗支出，还可通过标准化诊疗路径提升临床疗效一致性，在减轻患者经济负担的同时，为医保基金可持续性与发展提供双重保障，对构建医患保三方共赢的管理生态具有重要现实意义。

[参考文献]

- [1]陈浩. 医保管理与绩效考核双轮驱动医院竞争力[J]. 中国医院院长, 2021, 17(9): 74–76.
- [2]刘玉杰,张琦,张晓曼,等. 我国部分三级综合医院护理质量管理组织架构调查与分析[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38(2): 10–13.
- [3]王松岩. 医院三级管理组织架构在医保指标管理中的应用价值[J]. 医疗装备, 2021, 34(2): 29–30.
- [4]赵丹彤,周忠良,王智超. 医药价格调整对三级公立医院住院费用影响的实证研究[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(3): 183–187.
- [5]姬莉. 医保基金监管大背景下医院医保加强控费精细化管理的探讨[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(21): 30–32.
- [6]靳斌. 医保总额预付制下医院控费精细化管理探析[J]. 生命科学仪器, 2023, 21(1): 279–279.

作者简介：

单文华（1990.12–），女，汉族，江苏江阴人，硕士研究生，主治医师，研究方向为医疗保险。