

医保支付方式改革对手术室护理服务模式创新的影响机制研究

马亚玲 朱宏波

宁夏回族自治区第四人民医院 宁夏 银川 750021

摘要: 本文聚焦医保支付方式改革对手术室护理服务模式创新的影响,通过政策分析、机制拆解与路径探索,揭示改革与护理模式变革的内在关联。研究发现,医保支付从按项目付费向DRG/DIP付费转型,通过成本、效率、质量三大驱动机制,推动手术室护理从“经验管理”转向“数据决策”、从“流程割裂”转向“全周期优化”、从“结果考核”转向“风险预控”。基于此,提出构建“三位一体”护理管理体系、强化信息化支撑、推动多学科协作的实践路径,为医疗机构适配改革需求、实现质量效益型护理提供参考。结果表明,适配医保支付改革的护理模式创新,可有效平衡成本管控与服务质量,助力医疗服务体系高质量发展。

关键词: 医保支付方式改革; 手术室护理; 服务模式创新; 质量效益型医疗

引言: 医保支付方式改革是我国医疗服务体系改革的核心,通过调整支付规则引导医疗机构转变服务理念与运营模式,从“数量导向”转向“价值导向”。这一变革重构了医疗费用结算逻辑,对临床护理服务提出新要求。手术室作为高成本、高风险的关键场景,其传统护理模式存在流程碎片化、成本管控薄弱、质量评价与支付政策脱节等问题,难以适应改革需求。因此,厘清医保支付改革对手术室护理的影响机制并探索创新路径,对突破护理发展瓶颈、推动医疗服务向质量效益型转型意义重大。

1 医保支付方式改革的政策逻辑

我国医保支付方式改革历经多阶段探索与完善,其政策逻辑始终以“规范医疗行为、控制费用不合理增长、提升医保基金使用效益”为核心目标。早期实行的按项目付费模式,将医疗机构收入与服务项目数量直接挂钩,这种“多开项目多收益”的机制,虽在一定程度上保障了医疗服务的可及性,却也滋生了过度医疗、重复检查、滥用耗材等乱象,导致医疗费用快速攀升,医保基金面临巨大支付压力。为破解这一困局,政策逐步向“打包付费”模式转型。DRG(疾病诊断相关分组)与DIP(病种分值付费)作为改革的关键抓手,通过科学测算病种或病组的平均成本,设定统一的支付标准,将医保基金与医疗服务的质量、成本效率紧密绑定,形成“结余留用、超支分担”的激励约束机制。这一逻辑的

核心在于,通过支付规则的调整,倒逼医疗机构从“被动接受控费要求”转向“主动优化内部管理”,在保障医疗质量的前提下,降低不必要的成本支出^[1]。手术室作为医疗服务的高成本、高风险环节,其护理服务模式必须紧跟政策导向,在成本管控、效率提升与质量保障之间找到精准平衡点,才能实现与改革政策的深度适配,避免因费用超支影响机构收益,同时确保护理服务的专业性与安全性。

2 支付方式改革对护理服务的直接影响

2.1 成本管控压力

支付方式改革下,DRG/DIP按病种设定固定支付额度,手术室护理成本被纳入整体医疗费用核算,传统“重服务、轻成本”的模式难以为继。一方面,手术室耗材、人力、设备折旧等成本占比高,若护理过程中存在耗材浪费、人力配置冗余等问题,易导致科室整体费用超支,影响医院医保结余与科室绩效;另一方面,改革要求护理成本与病种支付标准精准匹配,如不同DRG分组的手术护理耗材使用需严格对应,避免因成本管控不当导致医保报销受阻。这种压力倒逼手术室护理必须建立精细化成本管理体系,从耗材采购、使用到人力调度,全流程控制成本,实现“成本不超支、服务不缩水”的目标。

2.2 效率提升需求

DRG/DIP付费将平均住院日、手术时长等效率指标与医保支付间接挂钩,手术室护理作为手术流程的关键支撑,其效率直接影响整体医疗效率。传统护理模式下,术前访视不充分、术中器械准备延误、术后交接流

通讯作者: 姓名: 李艳艳, 出生年月: 1982年3月, 性别: 女, 民族: 汉族, 籍贯: 宁夏西吉, 学历: 本科, 职称: 副主任护师, 研究方向: 护理学

程繁琐等问题,易导致手术延误、住院日延长,不仅影响患者体验,还可能因超出病种标准住院日导致医保费用超支。改革后,医疗机构需通过提升护理效率缩短手术周期,如优化术前评估流程、加快术中配合节奏、简化术后康复指导环节,以契合支付政策对效率的隐性要求。同时,效率提升还需兼顾护理质量,避免因追求速度导致操作失误,形成“效率与质量协同提升”的良性循环。

2.3 质量保障挑战

支付方式改革虽强调成本与效率,但并未弱化对医疗质量的要求,反而通过并发症率、再入院率等指标,将质量与支付效益深度绑定。手术室护理质量直接关系手术安全,如术中感染防控、器械清点准确性、患者生命体征监测等,若出现质量问题导致并发症,不仅会延长患者住院时间、增加医疗费用,还可能引发医保拒付或罚款。传统护理质量评价多侧重操作合规性,与支付政策关联度低;改革后,护理质量需对标DRG/DIP的质量考核指标,如控制手术部位感染率、降低压疮发生率等。这对手术室护理提出挑战:如何在成本管控与效率提升的同时,强化质量风险防控,避免因质量问题影响医保支付效益与患者安全^[2]。

3 医保支付方式改革对手术室护理服务模式的影响机制

3.1 成本驱动机制:从“经验管理”到“数据决策”

传统手术室护理成本管理依赖经验判断,如耗材采购凭历史用量、人力配置按固定班次,缺乏精准数据支撑,易导致成本浪费。医保支付改革通过“结余留用、超支分担”机制,将成本管控效果与科室、个人绩效挂钩,激活护理人员的成本意识,推动管理模式向“数据决策”转型。具体而言,改革倒逼手术室建立护理成本核算数据库,通过对接DRG/DIP系统,精准统计不同病种的护理耗材用量、人力耗时等数据,如骨科关节置换手术的耗材标准用量、普外科腹腔镜手术的护理人力配置时长,形成“病种-成本”对应模型^[3]。基于数据,护理管理者可优化耗材采购计划,减少库存积压;动态调整人力配比,避免人力闲置;制定病种护理成本管控标准,引导护士规范操作,从“被动控费”转向“主动降本”,实现成本与支付标准的精准匹配。

3.2 效率驱动机制:从“流程割裂”到“全周期优化”

传统手术室护理流程存在“术前-术中-术后”割裂问题,如术前访视由护士单独完成,与外科医师沟通不足;术后随访流于形式,与康复科衔接不畅,导致整体

效率低下。医保支付改革对住院日、手术时长的隐性要求,推动护理流程从“割裂”转向“全周期优化”。在效率驱动下,手术室护理构建“术前评估-术中配合-术后延伸”的全流程协同机制:术前,护士联合外科医师、麻醉师开展多学科评估,明确手术护理重点,避免因评估不充分导致术中延误;术中,通过标准化护理路径(如按病种制定器械传递流程、生命体征监测频次)提升配合效率,缩短手术时长;术后,护士延伸护理服务至康复阶段,通过72小时随访、线上康复指导,降低患者再入院率,契合DRG/DIP对住院周期的要求。全周期优化打破了部门与流程壁垒,使护理效率与支付政策要求深度契合。

3.3 质量驱动机制:从“结果考核”到“风险预控”

传统手术室护理质量评价多以“结果考核”为主,如术后检查是否出现感染、压疮,缺乏术前、术中的风险防控措施,难以从源头保障质量。医保支付改革将并发症率、再入院率等质量指标与医保支付挂钩,若质量不达标,医疗机构将面临费用超支或基金拒付,这推动护理质量管控从“结果考核”转向“风险预控”。具体而言,手术室护理基于DRG/DIP病种质量数据,识别不同手术的质量风险点,如心脏手术的术中循环监测风险、妇科手术的感染防控风险,建立“风险点-防控措施”对应体系:术前,针对高风险患者制定个性化护理方案,如糖尿病患者的血糖控制计划;术中,强化关键环节质量管控,如严格执行无菌操作、双人清点器械;术后,动态监测质量指标,如术后24小时内感染迹象排查。通过全流程风险预控,降低质量问题发生率,既保障患者安全,又避免因质量问题影响医保支付效益^[4]。

4 手术室护理服务模式创新的实践路径

4.1 构建“三位一体”护理管理体系

医保支付改革对手术室护理的成本、效率与质量提出了综合性的高要求。为此,手术室应构建“成本管控-效率提升-质量保障”三位一体的护理管理体系。成本管控方面,成立专门的护理成本管理小组,制定科学合理的《病种护理成本标准》,把耗材使用、人力成本等关键要素纳入护士绩效考核体系。例如,对于在耗材节约方面表现突出的护士,给予明确的绩效奖励,以此激发护士主动控制成本的积极性。效率提升上,推行“手术护理路径化”管理,依据不同DRG/DIP病种制定标准化护理流程,精准明确术前、术中、术后各环节的时间节点与操作规范。像腹腔镜胆囊切除术,将护理流程时长严格控制在90分钟内,确保手术高效进行。质量保障层面,建立“质量风险预警系统”,实时动态监测手术并

发病率、器械清点准确率等核心指标^[5]。一旦指标出现异常,立即启动干预措施,及时消除质量隐患。通过三大维度的协同推进,让护理管理在满足医保支付成本与效率要求的同时,切实保障服务质量,达成三者的有机平衡。

4.2 强化信息化技术支撑

在医保支付改革背景下,信息化成为推动手术室护理模式创新的关键支撑。手术室需对护理信息系统进行全面升级,实现与医院DRG/DIP系统、电子病历系统的深度无缝对接。一方面,开发“手术室护理成本核算模块”,该模块能够自动精准统计不同病种的护理耗材用量、人力成本等数据,并生成详细直观的成本分析报表,为护理管理者制定科学决策提供有力的数据支持。另一方面,搭建“全流程护理效率监测平台”,实时跟踪术前评估完成率、术中配合时长、术后随访及时率等关键指标。一旦某个环节出现超时情况,系统会自动发出预警,例如术前访视超过24小时未完成时,系统会及时提醒护士跟进,确保手术流程的高效推进。此外,构建“护理质量追溯系统”,通过扫码记录器械消毒、患者生命体征监测等详细数据,实现质量问题可追溯。同时,系统自动关联DRG/DIP质量指标,生成全面准确的质量分析报告,为医保支付数据核查提供可靠依据,有效避免因数据不匹配引发的支付风险。

4.3 推动多学科协作机制

医保支付改革促使手术室护理模式创新必须打破学科之间的壁垒,构建多学科协作机制。首先,组建“手术室护理多学科协作小组”,成员涵盖外科医师、麻醉师、医保专员、康复师等。定期召开协作会议,在术前共同全面评估患者病情,精准确定护理重点;术中协同高效应对突发情况,提升配合的默契度与效率;术后联合制定科学合理的康复方案,有效降低患者再入院率。其次,建立“医保-护理”联动机制,医保专员定期向护士深入解读DRG/DIP政策,如详细说明病种分组规则、

支付标准调整等内容,帮助护士深刻理解政策对护理工作的具体要求;护士则及时向医保专员反馈护理过程中遇到的支付问题,如耗材报销争议等,双方协同解决政策适配难题^[6]。最后,推动“护理-康复”紧密衔接,术后护士将患者详细的护理数据同步至康复科,康复师据此制定个性化康复计划,护士协助跟进康复效果,形成“手术-护理-康复”的完整闭环。多学科协作不仅提升了护理服务的系统性与专业性,还助力医疗机构更好地适配医保支付改革,实现整体医疗效益的显著提升。

结束语

医保支付方式改革为手术室护理服务模式创新带来契机与挑战。本文分析改革政策逻辑与影响,拆解成本、效率、质量驱动机制,提出“三位一体”管理、信息化、多学科协作等路径,揭示改革与护理模式变革的关联。研究表明,手术室护理需深度适配医保政策,实现成本、效率、质量协同,推动转型。未来,随着改革深化,护理要持续优化模式,探索AI应用;政策也需完善护理指标,为创新提供导向,实现医疗、护理、医保协同,助力健康中国。

参考文献

- [1]王谷音,臧青.医保支付方式改革下公立医院财务管理优化策略[J].中国乡镇企业会计,2025,(08):186-188.
- [2]陈笛,吕香伟.医保支付方式改革背景下公立医院运营管理优化路径[J].投资与创业,2025,36(07):92-94.
- [3]徐嘉婕,吕大伟,朱碧帆,等.医保支付方式改革的关键关系研究[J].中国医院管理,2025,45(7):30-33.
- [4]王谷音,臧青.医保支付方式改革下公立医院财务管理优化策略[J].中国乡镇企业会计,2025(8):186-188.
- [5]冯乃灿.医保支付方式改革的策略研究[J].经济师,2023(8):226-227.
- [6]童玲.医保支付方式改革对医院财务管理的影响研究[J].知识经济,2025,701(1):200-202.