

公立医院如何迈好高质量发展的坚实一步

——基于DRG成本核算的成本控制浅谈

郭茂成, 王 玲, 张 巍, 兰忻颐, 梁书香, 张宝平

广元市中心医院财务科, 四川 广元

收稿日期: 2024年5月10日; 录用日期: 2024年6月11日; 发布日期: 2024年7月4日

摘 要

公立医院要想实现高质量发展, 应坚持公益性为导向, 以推动医院管理模式从粗放到精细转变为目标。精细化管理离不开对成本的关注和控制, 这就对医院成本核算提出了进一步的要求。本文通过理论和实例相结合的方式分析了在DRG支付改革背景下, 成本核算和成本控制工作开展过程中存在的问题, 以及如何根据政策要求和医院实际情况对DRG成本科学制定成本核算方案、高效开展成本控制工作。

关键词

公立医院, DRG成本, 成本核算, 成本控制

How Public Hospitals Can Take a Solid Step towards High-Quality Development

—A Brief Discussion on Cost Control Based on DRG Cost Accounting

Maocheng Guo, Ling Wang, Wei Zhang, Xinyi Lan, Shuxiang Liang, Baoping Zhang

Finance Department, Guangyuan Central Hospital, Guangyuan Sichuan

Received: May 10th, 2024; accepted: Jun. 11th, 2024; published: Jul. 4th, 2024

Abstract

In order to achieve high-quality development, public hospitals should adhere to the orientation of public welfare and promote the transformation of hospital management models from extensive to refined. Refined management depends on attention and control of costs, which further places demands on hospital cost accounting. This article combines theory and practical examples to analyze the issues in the process of cost accounting and cost control under the background of DRG payment reform, and provides insights on how to scientifically formulate cost accounting plans based on DRG costs according to

文章引用: 郭茂成, 王玲, 张巍, 兰忻颐, 梁书香, 张宝平. 公立医院如何迈好高质量发展的坚实一步[J]. 现代管理, 2024, 14(7): 1419-1426. DOI: 10.12677/mm.2024.147165

policy requirements and actual hospital situations to efficiently carry out cost control work.

Keywords

Public Hospitals, DRG Costs, Cost Accounting, Cost Control

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着近年来医改进程的不断加快,政府和群众对公立医院提出的要求也越来越高。同时,在政策和市场不断变化的环境下,公立医院收入渠道被迫缩减,仅靠“开源”已经难以保证医院可持续发展,通过成本控制“节流”迫在眉睫[1]。如何在以公益性为导向的前提下,走出一条符合医院自身实际情况的高质量发展之路已成为每一家医院亟需破解的难题。

2. DRG 概念

疾病诊断相关组(Diagnosis Related Groups,以下简称 DRG)实质上是一种归集相似个体特征的患者并分入各病例组合的分类方案。在 DRG 付费方式下,保险机构按照患者所在 DRG 组的付费标准进行支付,患者的医疗总费用有了统一的额度,能够有效避免过度医疗[2]。“结余归己,超支自付”的支付方式也对医院成本控制提出了要求,引导医院通过成本控制来不断降低不合理的医疗费用,从而不断提高成本管理水平。

3. 公立医院成本控制问题分析

近年来,由于医保支付方式持续改革、医疗市场竞争激烈以及疫情的影响和冲击,医院所面临的环境产生了巨大的转变,这对医院的精细化运营管理带来了显著的挑战,加快成本核算和成本控制转型成为了公立医院成本工作的首要任务。由于公立医院传统经营模式和现行成本核算和成本控制要求并不能完全适配,转型过程中公立医院可能存在以下问题。

3.1. 成本控制意识匮乏

从整体意识环境来看,部分公立医院尚未形成自上而下的成本控制观念,这使得成本控制处处碰壁,同时也一定程度上制约了管理工作的精细化进程。此外,公立医院传统的管理模式对成本管理的重要性认识不足,更倾向于提升医疗服务水平而非成本控制,这就导致公立医院在实施成本管理时其影响范围有限,很难立竿见影[3]。

从个体主观意识来看,目前部分医疗机构的职工尚未充分认识到自身与成本控制的关联性,以及成本控制的关键性和紧迫性[4]。成本控制是一项需要全体参与、持续时间较长的系统工程,并非是仅限于某个特定个体或部门的责任,个体成本控制意识的缺乏使得职工参与积极性处于较低水平,从而降低成本控制工作开展效率。

3.2. 成本核算基础薄弱

一直以来,由于公立医院的业务量大、流程复杂,成本核算很难做到精细化。早期受到政策鼓励,

医疗行业得以高速发展，但与此同时也引发了相应的问题，即公立医院作为行业主体长期处于高投入、高消耗的粗放管理模式，固化的经营模式无法快速适应新的成本核算和成本控制要求，目前的成本核算水平尚不能为精细化管理提供精准高效的数据支撑[5]。另外，精细化成本核算对公立医院信息化水平提出了前所未有的高要求，现有信息化建设尚不能为之提供相应支撑。

3.3. 成本控制体系尚不健全

不完善的成本控制体系也影响了成本控制工作的有序推进，从成本控制范围来看，公立医院成本控制范围应覆盖全院各环节，但目前大部分公立医院主要着眼于控制临床及医技科室的成本，尚未针对行政后勤科室制定具体的成本控制要求和规定[6]。从成本控制制度来看，要想落实精细化管理，公立医院还应为行政后勤科室制定成本控制方案，从而完善医院成本控制体系。从成本控制组织来看，公立医院多由财务部门负责内部成本核算，忽视了多部门协作、全员参与的重要性。

公立医院成本控制道阻且长，成本核算作为成本控制的基础，科学高效的成本核算能够为医院精细化管理提供支撑，而在医保 DRG 支付改革不断深化的背景下，又好又快开展 DRG 成本核算成为了医院成本核算工作的关键所在。

4. DRG 成本核算实施流程

为规范公立医院成本核算和成本控制工作，国家卫生健康委发布《关于印发公立医院成本核算规范的通知》(国卫财务发〔2021〕4号)、财政部发布《关于印发〈事业单位成本核算具体指引——公立医院〉的通知》(财会〔2021〕26号)及国家卫生健康委发布《关于印发〈公立医院成本核算指导手册〉的通知》(国卫办财务函〔2023〕377号)，公立医院应根据实际情况制定相应的成本核算策略，开展标准化、系统化、多维度和多层次的成本核算工作，从而有效解决医院成本核算中的实际问题[7]。

4.1. 数据采集

成本核算数据采集严格遵守可靠性、完整性、及时性、准确性和前瞻性等原则，采集数据主要包括费用数据、收入数据、工作量数据和其他数据，数据来源主要为病案首页、HIS 系统以及 HRP 财务系统。

4.2. 成本核算

成本核算应首先采用统一的分摊标准对各科室成本进行分配和归集，再根据核算对象的不同将成本核算分为诊次成本核算、床日成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算和 DRG 成本核算。本文主要讨论的 DRG 成本核算，基于医疗服务项目成本核算结果、通过项目叠加法进行计算，能够更加精准地体现每个 DRG 病组的资源消耗情况。

4.2.1. 科室成本归集

科室成本归集按照成本核算单元对医院纳入成本核算范围的全部成本进行归集，直接成本按照能否直接计入各科室成本分为两类，其中不能直接计入的成本通过计算分配后再计入各科室成本；间接成本按照四类三级分摊方法分为行政后勤类科室成本、医辅类科室成本和医技类科室成本三类，逐级进行，最终分摊到临床服务类科室成本。

4.2.2. 医疗服务项目成本核算

医疗服务项目成本核算以医疗服务项目为核算对象，收集各项医疗服务项目所耗费的资源相关数据，运用传统作业成本法、时间驱动作业成本法等方法进行计算，最后用各医疗服务项目例数得出各医疗服务项目单位成本。

下面以某外科某 DRG 组为例，核算期间内该 DRG 组共有五名患者。通过成本核算得出各医疗服务项目单位成本后，可以通过匹配 DRG 组内每位患者住院期间所产生的医疗服务项目的数量计算得出相应成本明细(见表 1)。

Table 1. Detailed list of medical services for patients in a specific DRG group during hospitalization
表 1. 某 DRG 组患者住院期间医疗服务项目明细表

项目	单位成本 (元)	患者 1		患者 2		患者 3		患者 4		患者 5	
		数量	项目成本 (元)	数量	项目成本 (元)	数量	项目成本 (元)	数量	项目成本 (元)	数量	项目成本 (元)
X 线计算机体层 (CT)成像	180.00	3	540.00	3	540.00	2	360.00	3	540.00	3	540.00
白细胞计数 (WBC)	3.00	3	9.00	5	15.00	4	12.00	4	12.00	1	3.00
肠粘连松解术	1151.00	1	1151.00	0.5	575.50	0.5	575.50	1	1151.00	1	1151.00
超敏 C 反应蛋白 测定	33.00	3	99.00	3	99.00	4	132.00	4	132.00	2	66.00
导尿(留置导尿)	4.00	4	16.00	3	12.00	3	12.00	3	12.00	2	8.00
二级护理	19.00	12	228.00	28	532.00	13	247.00	9	171.00	5	95.00
一级护理	25.00	2	50.00	3	75.00	2	50.00	18	450.00	2	50.00
甘胆酸(CG)检测	8.00	2	16.00	5	40.00	3	24.00	1	8.00	2	16.00
...	...		...		...		...		...		...
合计			14645.65		28918.30		14234.70		20044.96		7949.69

4.2.3. DRG 成本核算

(1) 数据收集

统计某 DRG 组中每名患者的药品、卫生材料成本和医疗服务项目成本(见表 2)。

Table 2. Detailed cost breakdown for patients in a specific DRG group during hospitalization
表 2. 某 DRG 组患者住院期间成本明细表

	药品成本	卫材成本	医疗服务项目成本
患者 1	3226.96	2912.31	14645.65
患者 2	4884.81	12141.10	28918.30
患者 3	3213.57	3970.33	14234.70
患者 4	3256.35	17162.99	20044.96
患者 5	1622.20	2105.56	7949.69

(2) 成本计算

① 统计每名患者的 DRG 组成本

每名患者成本 = 该患者药品成本 + 该患者卫材成本 + 该患者医疗服务项目成本

患者 1 = 3226.96 + 2912.31 + 14645.65 = 20784.92 (元)

患者 2 = 4884.81 + 12141.1 + 28918.3 = 45944.21 (元)

患者 3 = 3213.57 + 3970.33 + 14234.7 = 21418.6 (元)

患者 4 = 3256.35 + 17162.99 + 20044.96 = 40464.3 (元)

患者 5 = 1622.2 + 2105.56 + 7949.69 = 11677.45 (元)

② 计算该 DRG 组总成本

某 DRG 组成本 = Σ 该 DRG 组内每名患者成本

本案例中, 该 DRG 组成本 = 20784.92 + 45944.21 + 21418.6 + 40464.3 + 11677.45 = 140289.48 (元)

③ 计算 DRG 组单位成本

某 DRG 组单位成本 = 该 DRG 组成本/该 DRG 组出院患者人数

本案例中, 该 DRG 组单位成本 = 140289.48/5 = 28057.9(元)

(3) 核算结果应用

从上述计算中得出, 该 DRG 组单位成本为 2.8 万元, 当医保定价高于该单位成本时, 该 DRG 组有一定盈利能力; 当医保定价低于该单位成本时, 该 DRG 组亏损, 一定程度上说明可能存在医疗资源使用效率低、人力资源配置不当等问题, 在医保定价保持不变的假设下, 医院应当通过成本控制来转亏为盈。

5. 管理与建设中亟待解决的问题

5.1. 数据质量需改进

数据质量要求不够明确: 由于未制定具体的数据质量标准或指标, 各部门和科室在提交数据时缺乏清晰的指导原则。

缺乏监督机制可能导致数据报送流程中的缺陷: 由于没有确保数据准确性和完整性的监督措施, 各部门在报送数据时可能出现错误。此外, 缺乏应对数据报送不准确行为的惩罚机制, 也使得这一问题得不到有效控制。

数据的可靠性未得到充分保障: 首先, 关于校验手段及其频率的详细信息仍然不够充分。其次, 缺乏具体说明如何确保数据来源的可靠性。这些不足导致数据可靠性得不到保证。

核算人员的培训和指导存在不足: 由于缺乏充分的培训, 他们无法有效地执行数据校验和质量控制工作。这种培训不足直接影响了核算人员的工作效率和数据处理的准确性。

成本核算过程中存在缺乏监督与评估的问题: 首先, 缺少对监督和评估方法的有效应用。其次, 核算过程缺乏持续改进的机制。缺少这些关键步骤, 使得成本核算的准确性和效率受到影响。

改进数据质量的目的和手段尚未具体化: 缺乏对数据质量提升的具体目标或采取的具体手段的描述, 例如开展数据清洗、对照检查及验证等工作。

5.2. 标准化、规范化水平亟待提高

医院的业务和临床路径尚未完全实现标准化: 这导致了成本控制上的不准确和不一致。标准化水平的不足不仅影响了医院业务流程的统一性, 还对成本管理和资源利用产生了负面影响。

缺乏清晰的操作指导: 如果没有与行业标准和医院实际情况相一致的操作指南, 医院在进行成本控制时可能会缺少统一的方向和参考依据。

5.3. 信息化建设水平亟待提高

信息化水平需要提高: 医院当前的信息化能力不足, 可能会导致现有系统难以有效整合, 从而对成本数据的准确性和完整性产生不利影响。

信息系统优化不充分: 若医院的信息系统未经过验证的优化, 可能无法生成准确且有用的成本数据,

从而不利于实现有效的成本控制。

缺乏综合运营信息平台：如果未能搭建一个整合的运营信息平台，可能会导致信息孤立，从而影响成本控制工作的高效推进。

成本信息的准确性不够：如果成本信息的准确性和完整性有缺陷，成本控制决策可能会基于错误或不全的信息，从而降低成本控制的效果。

5.4. 成本控制体系建设不健全

缺乏成本控制理念：如果全院范围内未能形成对成本控制和管理的足够重视，工作人员可能会在日常工作中忽视成本控制的重要性，导致不必要的费用增长。

评估指标和标准的不足：如果医院尚未建立完善的评估指标和标准体系，就可能难以准确评估各项经营绩效，从而对成本控制的准确性和效果产生影响。

成本分析深度不足：如果对成本核算的结果缺乏深入探讨，关键的成本控制问题可能会被忽略，导致制定有效的成本降低策略变得困难。

未能有效识别资源浪费：如果医院在成本分析过程中未能找出资源消耗不合理的原因，可能会面临难以显著减少日常运营成本挑战。

缺乏周期性的审核和评估流程：如果医院没有设置定期的成本控制审核和评估机制，可能会导致难以持续监控成本控制的效果，并且无法及时调整和优化成本控制策略。

目标设定不够清晰：如果医院没有制定具体的医疗成本削减目标，可能会使得成本控制工作缺乏明确的方向和动力。

6. 提升综合管理与建设水平的建议及措施

6.1. 加强数据的质量建设

6.1.1. 制定明确的数据质量标准

为保证数据的一致性和可比性，医院需要制定详细的数据质量标准和指标。这些标准和指标将为各部门和科室的数据提交提供明确的指导方针。它们应涵盖数据的准确性、完整性、及时性和可靠性等多个关键方面。

6.1.2. 建立数据监督和惩罚机制

医院需要设立一个数据监督机制，以便定期检查数据提交过程，从而确保数据的准确和完整。此外，对于那些提交虚假数据的情况，应实施惩罚措施，以此震慑数据造假行为。

6.1.3. 确保数据来源的可靠性

医院应该清晰描述数据校验的步骤与执行频率，并说明如何确保数据来源的可靠性。这可能包括验证数据来源、制定数据备份和恢复策略，以及使用加密技术来保障数据安全。此类措施有助于维护数据质量并保护敏感信息。

6.1.4. 提供核算人员培训和指导

为了增强核算人员识别和纠正数据质量问题的能力，医院应定期对他们进行培训并提供指导。这些措施将帮助确保这些员工能够高效地处理数据校验与质量控制工作。

6.1.5. 监督和评估成本核算过程

医院应建立完善的成本核算监督与评估机制，其中包括定期审查核算结果、分析潜在问题以及寻找

改进途径。这样的流程监控将有助于持续优化成本核算，提升其准确性和效率。

6.1.6. 明确数据质量改进的目标和措施

医院应设定明确的数据质量提升目标和执行计划，例如进行数据清洗、比对及验证等操作。通过这些具体措施，可以提高数据质量，从而为成本控制提供精确且可靠的数据支持。

6.2. 强化标准化、规范化的建设

6.2.1. 制定和推广标准化的业务和临床路径

为了提升成本控制的准确性和效率，医院应制定和推广标准化的业务和临床路径。这样的标准能够保证各项业务和临床操作的一致性，并确保它们之间的可比性。

6.2.2. 制定符合行业标准和实际需求的操作规范

医院应当制订操作规程，以确保成本控制活动符合行业标准并满足实际需求。这些规程应详细规定成本控制的目标、方法、流程及相关职责，为成本控制工作提供统一的指导和参考。

6.3. 加强信息化水平建设

6.3.1. 加强信息化基础设施建设

为了支撑高效的信息处理和分析，医院需要加强信息化基础设施的建设，这包括提高网络速度、增强存储能力以及提升数据分析能力等方面。

6.3.2. 整合和优化现有信息系统

为了支持高效的信息处理与分析，医院需加强信息化基础设施的建设，例如提升网络速度、增强存储容量以及提高数据分析能力等方面。

6.3.3. 建立一体化运营信息平台

为了促进各个部门和科室之间的信息交流与协作，医院应当建立一个综合的运营信息平台。这样的系统可以消除信息孤岛现象，从而提高成本控制工作的效率。

6.3.4. 加强数据分析和决策支持

医院应当增强其数据分析与决策支持的能力。为实现这一目标，可以采用数据挖掘、机器学习和人工智能等尖端技术，从而为成本控制提供精确且深入的分析结果。

6.4. 建立健全成本控制体系建设

6.4.1. 强化成本控制文化建设

为了将成本管理融入日常工作的重要组成部分，医院应着力提高全体员工对成本控制的意识。通过培训、宣传和激励等手段，可以实现这一目标，以确保员工在日常工作中将成本控制视为关键因素。

6.4.2. 建立全面的评估指标与标准体系

医院应建立一个涵盖财务、运营和人力资源等关键领域的多维评估体系，以全面衡量医院的经营绩效。这样的体系将有助于确保医院在各个方面都能达到设定的标准，同时推动持续改进。

6.4.3. 深化成本分析与核算

医院需要对成本核算的结果进行详细分析，并通过比较分析、趋势观察和影响因素评估等方式，找出成本控制中的核心问题。这样可以帮助医院更加准确地定位问题，从而制定出有效的成本控制策略。

6.4.4. 优化资源配置与消耗

为了降低日常运营成本，医院应进行深入的成本分析，找出资源消耗不合理的环节，并采取有针对性的优化措施，从而有效减少不必要的开支，提高成本效益。

6.4.5. 实施定期审查与评价

医院应建立完善的定期审查与评估机制，以持续监测成本控制效果。通过这一机制，医院能够根据反馈及时调整和改进成本控制策略，以确保其有效性。

6.4.6. 明确医疗成本削减目标

医院应设立明确的医疗成本降低目标，并将这些目标与医院的战略规划和运营策略相结合。这样能够确保成本控制的举措与整体发展方向一致，并获得持续的推动力和支持。

参考文献

- [1] 张海芳. 浅析医院经济管理中财务分析的重要性[J]. 财会学习, 2020(12): 64, 66.
- [2] 王蕾. 医保支付方式改革背景下公立医院会计核算研究[J]. 财会学习, 2024(5): 95-97.
- [3] 刘雅娟, 倪君文, 黄玲萍, 等. 基于 DRG 的医院病种成本核算实践与探索[J]. 中国医院管理, 2019, 39(8): 54-56.
- [4] 郭志伟. DRGs 的原理与方法及在我国的应用对策[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(8): 37-39.
- [5] 于海铸, 吴剑威, 陈大鹏, 等. 基于 HIS 临床路径的 DRGs 费用管控系统的设计与实现[J]. 中国医疗设备, 2020, 35(9): 120-123.
- [6] 黄体红. 如何利用医院 HIS 系统完善财务内部控制制度[J]. 经济师, 2014(1): 121.
- [7] 冷家骅, 刘忆, 陈治水, 等. 运用 DRGs 手段实施费用管理的策略分析[J]. 中国医院管理, 2015, 35(9): 57-59.