

“五位一体”财务管理模式 助推滨州医院高效运营

田文美 石金昌 李福忠 王朝娟 冯莹莹 赵雯

摘要：滨州医学院附属医院利用管理会计工具，建立财务、成本、预算、绩效、内控“五位一体”的管理模式，通过数据包络分析评价医院规模效率，本量利分析预测医院保本量、开放床位、人员规模，优化价值链完善医院战略成本管理，应用作业成本法核算医疗服务项目成本，推行业绩导向与真实导向相协调的预算考核方法，完善绩效考核与内部控制，医院财务管理职能得到强化，财务管理体系更加完善。

关键词：五位一体；本量利；价值链；绩效考核

中图分类号：F275 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-286X(2020)18-0029-04

滨州医学院附属医院（以下简称滨州医院）是一家省属大型综合三级甲等医院，现设有64个临床科室、19个医技科室、8个研究所和临床技能实训中心、临床医学实验中心、肿瘤研究实验室、国家药物临床试验机构，拥有PET-CT等百万元以上专业设备160余台（件），医疗仪器设备总值9.7亿元，资产总额20.6亿元。

一、管理现状及问题

（一）资金压力较大，亟需管理方式转型

一方面，医院取消药品加成后，药品管理部门亏本运营；另一方面，目前滨州居民医保采用病种定额支付，淄博、东营医保采用病种分值支付，在医保资金有限的情况下，支付分值单价过低、拨付率也逐渐降低，导致医院垫付

医保资金回款率较低，加之医保资金回收不及时，医院资金压力较大。

（二）成本核算体系不健全，无法适应医保支付方式改革需求

随着医保支付方式由按项目后付费逐步转变为按病种付费，成本核算越来越重要。滨州医院的成本管理主要集中在科室成本管理上，尚未形成完善的医疗服务项目成本、病种成本核算体系，无法满足医保支付方式改革需求。

（三）预算松弛失效，影响预算激励作用发挥

传统的业绩导向型预算考核方案易造成预算松弛、预算失效等问题发生，如何制定更加有效的预算考核方法，在激励业绩的同时不失预算真实性，成为摆在医院财务管理人员面前的一道难题。

（四）收入分配方式亟待改革，以

调动广大职工积极性

原有的绩效方案基本上以人头数目进行分配，没有做到以岗位贡献、技术难度、工作风险程度等标准进行分配，工作业绩和表现与绩效分配没有挂钩，特别是职能部门绩效仍然是“大锅饭”。

（五）固定资产管理重视不足，内控制度缺失

医院对固定资产管理的重视程度还不够，在固定资产管理方面存在诸多问题，如管理制度不够健全、管理不到位、存在资产闲置、资产利用率较低、大型设备效益分析不到位，内控制度缺失或流于形式、医院存在“重采购轻管理”等问题。

二、应用管理会计工具，建立“五位一体”财务管理模式

为推动医院管理转型升级，增进

作者简介：田文美，滨州医学院附属医院党委委员、总会计师，正高级会计师；石金昌，滨州医学院附属医院财务处处长，高级会计师；李福忠，滨州医学院附属医院审计处处长，高级会计师，通讯作者；王朝娟、冯莹莹、赵雯，滨州医学院附属医院财务处。

医院核心竞争力和价值创造力,助力医院高效运营,滨州医院利用管理会计工具,建立了财务、成本、预算、绩效、内控“五位一体”的管理模式。

(一)管理会计助力医院资源有效配置

1.运用数据包络分析评价医院规模效率。数据包络分析法(DEA)利用数学规划的手段估计有效生产前沿面,将各决策单元与前沿面进行比较,进而衡量其效率,对于分析多投入、多产出的情况具有特殊优势。滨州医院财务人员采用DEA中超效率模型对山东省50家三级综合医院进行相对效率评价,以深入了解滨州医院运行效率和规模效益,为医院管理者提供决策依据。

选取投入指标3项:开放床位张(张)、执业医师数(人)、注册护士数(人);产出指标3项:出院人数(人)、手术量(人)、平均住院日(天)。基于超效率模型的山东省50家三级综合医院效率分析可以看出,滨州医院总体技术效率大于1,说明DEA相对有效,规模效益处于递增阶段,医院可以适度扩大规模,获取规模效益。基于超效率模型的山东省50家三级综合医院投入产出指标改进值分析可以发现,50家三级综合医院较效率前沿医院,开放床位总数合计过剩9572张,过剩比率为10.97%;执业医师合计过剩4984人,过剩比率为13.74%;注册护士合计过剩9143人,过剩比率为15.93%。50家三级综合医院较效率前沿医院,出院人数合计可增加85344人,可提高2.45%;手术量合计可增加30011例,可提高2.26%;平均住院日可以降低0.41天,可提高0.05%。滨州医院开放床位可在现有基础上扩大36张,执业医师数量增加18人,注册护士减少163人,出院人数可增加5762人,而手术量和平均住院日已在生产前沿。

2.运用本量利分析预测医院保本

量、开放床位、人员规模。在滨州医院新的病房楼启用前,管理会计人员运用本量利分析法预测医院保本量,向管理层提交了新楼启用后的开放床位数和人员规模建议。

假设新楼启用后,门诊、住院边际贡献维持2018年前三季度平均水平,即门诊边际贡献为159元,住院边际贡献为526元,医院在职职工3400人不变,新楼启用后计算门诊、住院保本量:日均门诊保本量为2487人,日均住院保本量为3112床日。前三季度实际日均2190床日,距离住院保本量差距922床日,此种情况下,开放床位越多医院收益越好。医院目前实际开放1930张床位,新楼可容纳1000多张床位。根据2018年前三季度成本情况,按照三级医院评审标准卫生技术人员与床位比最低比例1.15:1配置卫生技术人员,测算医院开放床位规模分别为2600张、2800张、3000张床位,需要卫生技术人员分别为2990人、3220人和3450人,新增人员数分别为118人、348人和578人。根据目前工资调整政策,2018年人员支出增长约10%的情况下,需要卫生技术人员分别为2990人、3220人和3450人,医院住院收益分别为-1304万元、-1292万元和-1280万元。根据工作量增长及医改分级诊疗的影响,水电物业等多种成本因素的增加,建议医院采用第一种方案,即开放2600张床位较适宜,开放床位数与卫生技术人员按照1:1.15的比例配置人员,在职人员总量低于3518人。

(二)管理会计助力医院成本精细管控

1.价值链视角下的医院战略成本管理。医院外部价值链包含上游供应商、下游患者、竞争对手三个维度,外部价值链分析可从宏观上明确医院发展情况和自身在行业中所处的地位,找出成本优势和劣势,从而进一步探索上、下

游成本管理的路径。医院内部价值链可以划分为门诊、检查、化验、治疗、手术、护理、取药等价值链环节。医疗活动环节辅助环节价值链可以划分为行政管理、财务管理、后勤管理等价值链环节。

一是优化外部价值链。通过与国内知名医院建立联盟,进行医疗服务合作等。加强对供应商的分层管理,消除无效成本作业,实现无缝对接,提高运作效率,从而实现医院库存管理周期短、库存小、成本低的目标,建立共同发展、合作共赢的发展策略。通过对竞争对手的价值链分析,为自身的经营发展找到标杆,寻求提高竞争力的方法与途径,以获取持久竞争优势。二是优化内部价值链。分析内部价值链上各活动之间的关系,识别非增值活动和无效活动,消除价值链中非增值活动,重构和优化医院内部的经营管理过程,实现价值链各活动间无缝隙对接,从根本上改善医院的成本结构,挖掘内部成本控制潜力,提高效益。

2.作业成本法下的医疗服务项目成本核算。滨州医院财务人员于2018年9月采用作业成本法完成了医院2017年医疗服务项目成本的核算工作,对医疗服务项目成本进行了一定程度探索。

在医疗服务成本分配时,首先将科室成本分配到作业成本上,然后将作业成本按照成本项目分配到各个医疗服务项目成本上。医疗服务项目各单位分配标准成本乘以作业分配标准和项目年度频次,得出医疗服务项目的各类项目年度成本。手术项目涉及多个科室人员,其人员成本在财务核算时全部归集在临床科室中,因而需要交叉分配手术项目成本。根据手术科室在自身病房及麻醉科等医技科室的工时比例交叉分配比例,对各部门人员成本进行分配。最终手术项目成本为协作科室初次分配成本加上手术科室二次分配人员

成本合计。将分配后的医疗服务项目各类成本合计得出医疗服务项目年度总成本。医疗服务项目对应的各成本项目年度总成本除以年度频次即各成本项目的单位成本。各成本项目单位成本合计为各医疗服务项目单位成本合计。医疗服务项目单价减去单位成本为该医疗服务项目的单位收益。根据医疗服务项目单位成本和年度频次,对全院所有临床科室的门诊、住院项目单位成本进行加权平均,计算出门诊、住院某一医疗服务项目的全院平均单位成本。

3. DRGs 支付模式下的病种成本核算与分析。滨州医院探索出了基于 DRGs 和作业成本法的病种成本核算方法与步骤,并提出了 DRGs 医保支付模式下的医疗费用管控思路,期望为改革背景下的医院运营管理提供有益借鉴。

DRGs 本质上是一种按病组打包定额付费制度,通过 DRGs 可以实现病例“标准化”,进而实现同组病例支付统一的医保费用标准。DRGs 医保预付费模式就是指医保机构与医院达成协议,对不同的 DRGs 疾病分组给与不同的支付额度的制度。这种模式实行“超支不补,结余留用”的原则,合理的医疗结余部分归医院,超支部分也由自身负担。滨州医院首先运用 DRGs 按照年龄、手术、有无并发症或合并症等情况对患者病例进行分组,将临床特征相似、费用消耗相似的患者分入同一个诊断相关分组。统计医院、科室 DRGs 病组服务能力(DRG 组数、病例组合指数 CMI、DRG 权重 RW)、服务效率(费用消耗指数、时间消耗指数)和质量安全(死亡率、重返率、并发症发生率)等指标,分析医院收治病例所覆盖疾病类型、严重程度和资源消耗等情况,通过医院、科室 DRG 病组数分析医院、科室诊疗服务范围,通过医院、科室 DRG 病组的权重(RW)值及分布分析医疗资源消耗程度,通过医院、科室 DRG 病组的

病例组合指数(CMI)值及分布,分析医院、科室治疗难度。运用项目叠加法计算病种成本,DRGs 病组病种平均成本 = DRGs 病组出院患者(∑医疗服务项目成本 + ∑药品成本 + ∑可收费卫生材料成本) / DRGs 病组出院人数。

(三) 管理会计助力医院全面预算管控

滨州医院自 2016 年开始探索设计医院预算考核体系,采用业绩导向与真实导向型预算考核方法,分别对临床和医技科室进行预算考核,在激励业绩的同时不失预算真实性。将该考核办法纳入《全面预算管理实施方案》,将科室预算执行情况纳入综合目标考核,与科室及职工利益挂钩,切实提高科室对预算的重视程度。近些年在全员预算编制的基础上,持续不断强化预算编制、审批、执行、调整等各个环节,加大预算督导、考核、奖惩力度,不断提高预算刚性约束,管理能力不断提升。

在业绩导向与真实导向相协调的预算考核方法中,通过引入激励系数和奖惩系数,来修正单纯采用财务业绩类指标进行预算考核的不足,在激励业绩的同时兼顾真实。激励系数运用马太效应原理,最大限度地激励科室提升业绩。根据财务指标预算完成情况将激励系数设置为五个档次:0, 0.8, 1, 1.1, 1.2, 指标预算完成率 = 实际业绩 / 预算目标业绩,预算完成率高的科室给予较高的激励系数,预算完成率低的科室给予较的激励系数,完不成预算的科室激励系数为零。根据实际业绩偏离预算业绩的程度将奖惩系数划分为四个档次:1.1, 1, 0.9, 0.8, 预算偏离程度 = (实际指标值 - 预算指标值) / 预算指标值 × 100, 预算偏离程度在 5% 以内奖惩系数为 1.1, 偏离程度在 5% ~ 10% 以内奖惩系数为 1, 偏离程度在 10% ~ 20% 以内奖惩系数为 0.9, 偏离程度超过 20% 奖惩系数为 0.8, 鼓励科室尽可能提高

预算准确率,避免产生低估收入、高估成本的预算松弛现象发生。

在设计医院预算考核体系时,结合成本控制重点、医院战略发展目标等从多方面选取指标对科室进行考核。对指标区分指标方向,其中正向指标预算完成率越大,表示预算完成情况越好,比如临床科室的门诊人次、医技科室的服务人次指标;负向指标预算完成率越小,表示预算完成情况越好,比如临床科室的药品收入占医疗收入比例、医技科室的人员支出占医疗支出比例指标;不区分方向的指标,以预算值为标准,越接近预算值越好,不计算预算完成率,比如临床科室的每门诊人次医疗收费水平、医技科室的诊次收费水平等均次费用指标。预算考核得分 = 财务指标基本分值 × 预算指标完成率 × 激励系数 × 奖惩系数。其中计算正向指标(工作量指标)预算考核得分采用以上公式,计算其他指标预算考核得分不使用实际预算完成率,即预算考核得分 = 财务指标基本分值 × 激励系数 × 奖惩系数。科室预算考核总得分 $F_{(s)} = \sum_{i=1}^n f_{(s)}$, 其中, $F_{(s)}$ 代表各科室预算考核总得分, $f_{(s)}$ 代表各具体指标预算考核得分, n 代表预算考核指标数量。实际进行预算考核时,分别对临床科室及医技科室各考核指标得分汇总,并分析产生预算的差异及原因,落实差异责任,以最终的预算考核结果作为评价各科室工作绩效,进行奖惩兑现的依据。

(四) 管理会计助力医院绩效有效激励

2018 年下半年滨州医院开始实施绩效分配改革工作,切实体现“多劳多得、优绩优酬”,促使人员合理流动与优化配置,降低管理成本。

滨州医院根据自身单位特点和发展规划,进行职能部门梳理,完善修订职能部门结构,并根据工作职责与内容规范完善部门二级核算单元,职能部门

绩效管理实行按工作内容即核算单元核算法。根据核算单元的使命、职责范围、职位结构、主要工作业绩、下一步发展规划进行详细阐述,明确科室职责范围与使命。建立一个由全院各层面代表组成的绩效评审专家库,绩效专家每年根据核算单元职责范围、完成的主要工作等进行核算单元打分,分数作为核算单元本年度的绩效系数。核算单元绩效系数实行年度动态调整,每年年初进行调整,动态的绩效系数更能促进职能部门持续提高效率、提升管理服务水平。依据科室工作职责,结合医院五年前职能科室人员数及医院发展速度,分析各科室及各岗位工作内容及工时,设定科室岗位类别及基准期应配备人数,进行职能科室定岗定编,依据定岗定编后的岗位及编制核算科室绩效,科室总绩效 = \sum (岗位奖金 × 编制人数)。

职能部门的工作不同于业务科室,工作过程和结果很难用具体的数值衡量,对此,滨州医院从知识和技能、岗位所承担的责任、岗位所承担的风险、负荷压力、沟通能力、创新能力6个维度,分学历要求、职称要求、工作经验等36个因素进行核定,使抽象的工作职责与具体的点数匹配起来,形成具有可比性的点数岗位。岗位价值点数实行按岗管理,每3~5年重新进行一次岗位测评,进行岗位点数调整;人员实行按年管理,设定一定条件,符合条件的员工可以申请增加点数,激励员工通过提高自身专业技术和管理能力增加绩效。

(五) 管理会计助力完善医院内部控制

1. 完善内部控制,重视固定资产管理。从内部控制视角和流程规范固定资产管理,建立健全固定资产内部控制机制。针对不同对象从固定资产的采购、使用、维修、处置等各环节制定科学、完整、有效的管控措施,形成各部门与各权责之间的制衡。

2. 强化预算约束,确保控制有效落实。强化固定资产内部控制预算管理理念,以实际的资产和配置的标准来保障预算的准确,根据医院使用资源的情况来合理安排预算,维护预算约束的刚性。完善资产购置可行性分析论证及评估机制,形成从申请科室、到资产归口管理部门、再到预算委员会对资产购置可行性层层审核论证的联动及风险控制制度,强化监督管理,提高固定资产采购的科学性。

3. 全过程管控,实现资产动态管理。根据医院未来的发展目标及自身需求,扩展医院固定资产信息系统性,优化系统功能。对系统间的连接,拓展并设计好数据接口,避免形成“信息孤岛”,减少人工整理数据的可能性,提高工作效率。转变管理模式,建立涵盖可行性论证、预算编制、采购、验收、入库、维保、报废、评价等全过程的生命周期信息化动态管理模式,通过资产管理系统,医院各个部门实现资源和信息共享,进而全面掌握医院资产的分布和使用情况,促进资产合理配置。同时,将固定资产业务流程固化到信息系统中,减少主观人为因素的干扰,增强固定资产管理的规范化、科学化。

4. 完善评价体系,提高资产管理效益。强化对医疗设备的成本效益分析,将固定资产管理纳入科室绩效考核中,建立固定资产绩效评价指标体系,实施绩效考核联动机制,确保绩效评价结果整改。从定性和定量两个角度对科室固定资产管理进行考核,定性方面通过盘点、抽查等方式实时跟踪,考核固定资产账实相符情况、标签是否粘贴完好等情况。定量方面考核资产使用率、服务人次等效率指标,以及百元固定资产医疗收入、成本收益率等效益指标。及时对绩效评价指标和制度进行分析,找出不足,将管理链条和制度条款进行有效

延伸,促使绩效评价考核机制达到常态化、有用化、精准化、联动化。

三、取得成效

(一) 财务管理职能得到强化,财务管理体系更加完善

通过一系列管理会计工具在医院财务管理实际工作的具体应用,为医院发展过程中遇到的诸多经济管理问题,提出了有针对性的对策和建议,得到医院管理层的采纳,进而为提高资金的使用效益,促进医院稳健发展注入了管理动力,也促进了医院财务管理职能由会计核算向管理会计转变。医院财务管理体系由单纯的财务核算,扩展到了财务核算、成本核算、预算管理、绩效管理、资产内控“五位一体”更加健全的现代化财务管理体系。

(二) 成本核算体系更加健全,充分当好领导“参谋助手”

充分利用信息化平台、优化指标、细化责任、强化内控、常态化监督、深化考核等手段实现成本核算的“精、准、细、严”,实现成本管理的持续改进,为医院的决策分析提供有力依据。

(三) 改变传统绩效分配模式,充分激励人才潜能发挥

通过绩效领域的管理改革,定部门、定编制、定岗位、定职责、定考核指标,使“单位人”变为“社会人”,打破了原先的“大锅饭”分配制度,更有利于人才潜能的充分激励和释放,促进医院树立大人才观念,合理配备人才队伍,提升人才素质。绩效分配改革一年来,成效初步显现,医院收支结构进一步优化,重点考核指标趋于良好。2019年前三季度半年药占比同比降低0.88个百分点,达到医改控制标准以下;百元医疗收入卫生材料消耗同比降低0.05个百分点;平均住院日同比降低0.3天。□

责任编辑 刘霖