

J医院优化成本管理 提升运营效能的探索实践

张阿曼 刘柏含

摘要：为解决原有成本核算体系过于关注成本控制结果、成本控制精细度不足以及成本管理对运营管理指引作用有限的问题，J医院采取了一系列优化成本管理的措施，包括运用全成本核算和运营成本核算双重体系加强成本核算、引入RBRVS绩效当量法与作业成本法细化医疗服务项目运营成本管理等以及加强成本管理结果应用，有效提升了医院运营效能，实现了经济效益和社会效益的双赢。

关键词：公立医院；成本管理；运营效能；运营成本；成本核算

中图分类号：F275 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-286X(2025)14-0062-03

一、实践背景

在当前医疗行业竞争日益激烈和医疗改革不断深化的背景下，公立医院J医院在追求医疗服务水平提升的同时不断优化成本管理，但仍面临一些问题与挑战。

（一）全成本核算体系过于关注成本控制结果

公立医院成本核算的基本目的在于全面、真实、准确地反映医院的成本信息，降低医疗成本，增加医院业务效率和质量，进而提升医院运营效能。但J医院过去实行单一的全成本核算体系，过度关注科室或部门的成本控制结果，只聚焦“降本”而忽略“增效”，导致成本虽然得到有效管控，但医院诊疗水平、科室运营效率和患者就诊体验均有所下降。

（二）成本管控精细度不足

J医院过去成本管控仅能有效控制到科室层级，未将成本分摊至诊疗团队、诊疗项目及医护人员个人，导致医护人员绩效考核依据不足，无法精准衡量其成本控制表现，使得成本管控结果难以有效助力精细化成本管理与绩效考核，降本增效责任也难以落实到医疗团队及个人，提升医疗运营效能的积极性受挫。同时，医院虽明确了各部门在成本管控中的分工（药剂科、设备科、后勤科等分别负责药品、耗材及设备折旧、后勤材料及维修等成本原始数据归集，财务部门负责统筹成本核算和管控），但各部门在成本数据收集和核算过程中的监测机制缺失，致使成本管控工作效率和准确率大打折扣，削弱了成本信息对医院战略决策和科室运营管控的支撑作用。

（三）未能有效发挥成本分析对医疗运营的指引作用

医院对成本数据进行分析应当同时满足运营管理、财务报告、绩效评价等内外部管理需要。然而，J医院过去的成本管理结果主要应用于以奖金分配为目的的员工绩效考核，对已有成本数据的分析和反馈工作不足，使得成本管理结果难以为优化医疗运营提供科学有效的参考，各科室和医疗团队也未能利用成本管理数据优化自身诊疗服务与效率，忽视了对医疗资源投入的重新规划与合理分配，导致全院医疗运营效能长期难以得到显著提升。

二、实践做法

为实现医疗改革背景下医院管理水平和服务质量的提升，满足医院发展的内在需求，J医院财务部门下设成本

作者简介：张阿曼，徐州工程学院金融学院副教授；
刘柏含，东南大学现代管理会计研究中心助理研究员。

组、绩效组、运营组及内控组，各部门主任负责并指定专人与财务部门对接，确保成本管理工作的顺利开展。此外，为进一步加强成本管理进程，医院成立了成本管理领导小组，财务部门承担成本管理办公室的职能，设立专门的成本管理岗位。同时，医院在临床和医技部门建立了多部门协作的成本网格化管理机制，确保成本管理工作的全面覆盖和高效执行。在此基础上，J医院积极创新成本管理模式，确保成本管理的准确性和动态性，为医院的精细化管理和成本控制提供了有力支持。

（一）增加运营成本核算，构建双重核算体系

J医院运用全成本核算和运营成本核算两个体系加强成本核算与临床医疗项目的适配性，使成本数据可以满足不同使用者的需求，支持更有效的决策。具体来说，J医院在已开展科室全成本核算的基础上，从运营成本角度考虑临床科室成本核算的目的和认可度，构建临床认可的运营成本核算体系，以业财融合的视角讲述经济语言，分析专科运营效率和效益，更好地发挥成本经济杠杆作用，反映成本核算的本质目的。科室运营成本核算将未含在科室全成本核算报表中的未被特别标识或未被列入特定预算项目的财政专项资金产生的运营成本费用纳入科室运营成本中。科室运营成本核算按照计入成本核算对象的方式分为直接成本和间接成本。直接成本指确定由某一成本核算对象负担的费用，包括直接计入和计算计入的成本。间接成本指不能直接计入成本核算对象的费用，由医院根据医疗服务业务特点，从总额中剔除管理部门、医辅部门产生的成本费用，直接采用从医技部门到临床科室的成本费用分摊层级的取数口径，该做法更符合临床科室运行的实际情况，也有利于成本控制结果的认可与运用。

在此基础上，J医院以诊次、床日为核算对象，将科室成本进一步分摊到门急诊人次、住院床日中，计算出诊次成本、床日成本。具体计算方式为：全院平均诊次成本 = $(\sum \text{全院各门急诊科室成本}) / \text{全院总门急诊人次}$ ；某临床科室诊次成本 = $\text{某临床科室门急诊成本} / \text{该临床科室门急诊人次}$ ；全院平均实际占用床日成本 = $(\sum \text{全院各住院科室成本}) / \text{全院实际占用总床日数}$ 。某临床科室实际占用床日成本 = $\text{某临床住院科室成本} / \text{该临床住院科室实际占用床日数}$ 。

（二）引入先进成本控制方法，提高医疗服务项目运营成本水平

1. 引入RBRVS绩效当量法。以资源为基础的相对价值比率（RBRVS）是以资源消耗为基础、以相对价值为尺度支

付医师劳务费用的方法，主要是根据医师在提供医疗服务过程中所消耗的资源成本客观地测定其费用。J医院引用RBRVS绩效点值，与不同的成本项目相结合，形成RBRVS绩效当量法，用以临床服务类科室的项目成本管控。该方法将点数法的当量值作为成本当量的赋值依据，科学设置临床服务类科室的项目成本当量，具有操作结果整齐统一、相对简便易行的优势。

首先，计算医疗服务项目单点成本。每个医疗服务项目的人力点数、器械点数、非器械点数分别乘以其当期发生数量，分别得出该科室医疗服务项目三个点数的总当量值。其次，分类计算该科室人力、器械、非器械单点成本。最后，计算医疗服务项目单位成本。计算方式为：某科室人力点数总当量值 = $\sum (\text{该科室各服务项目人力点数} \times \text{该项目本期数量})$ ；某科室人力单点成本 = $\text{该科室人力总成本} / \text{该科室人力点数总当量值}$ ；最终医疗服务项目单位成本 = $\text{人力单点成本} \times \text{人力点数} + \text{器械单点成本} \times \text{器械点数} + \text{非器械单点成本} \times \text{非器械点数}$ 。

2. 引入作业成本法。J医院以操作时间作为作业成本法中与人有关的资源动因与作业动因，以设备运转工时作为作业成本法中与设备有关的资源动因与作业动因，据此分割作业的成本因素，即采用估时作业成本法，用以医技平台科室的项目成本管控。这一方法较作业成本法在实操上更加可行，同时也兼顾作业价值链优势，能够更好地跟踪溯源成本产生过程中的增值作业、非增值作业，更加有利于成本管控效果的动态调整。

首先，针对每个科室收费项目进行统计，通过走访方式建立每个项目的作业。不同科室作业字典设计不同，但相同项目采用相同的作业，使其在后期数据横向对比时口径统一。其次，通过科室走访逐一配置每个项目各个作业消耗的资源。最后，计算项目单位成本，即计算作业消耗的每分钟人员工时成本、设备成本及材料成本。

（三）加强成本数据运用及成本分析，提升全院医疗运营水平

1. 实时预估疾病诊断相关分组（DRG）成本，支撑医院运营决策。J医院引入医保分组器，采用以医疗服务项目成本为基础计算DRG成本的自下而上的叠加法，用流水号关联病人信息，在前期医疗服务项目成本的基础上，加上药品和可收费耗材，将项目的各单位成本相加得出DRG成本。同时，J医院基于成本数据预测模型可利用优化后的成本核算数据实时预估各DRG产生的成本，为医院运营决策提供

成本支撑。

2. 建立全面成本数据库对接信息系统,有效推动降本增效。J医院首先对现有成本数据进行全面的清洗和验证,以确保数据的准确性和一致性,然后对成本数据来源进行标准化处理,确保所有数据源的数据口径一致,这一过程需要对医院资源规划(HRP)系统、手术麻醉信息系统、实验室信息系统、影像存储与传输系统等进行详细的审查和对接。通过上述步骤,可将不同系统中的成本信息整合成一个全面的成本数据库,其中包含所有与科室运营相关的成本数据(如人力成本、物资消耗、设备使用等),为后续的成本分析和管理决策提供支持。同时,J医院根据所掌握的各项目的成本信息及成本变动规律,寻求降本增效的空间和方法,通过对比分析不同治疗方法或诊疗方案的住院成本找出其中的优势项目并推广运用。

3. 改革绩效管理模式,强调医疗运营效益。J医院引入以RBRVS为理念的绩效管理新模式,在改变过去以绩效管理为成本管理目标的同时对临床医技科室实施绩效改革,进一步强调医院的医疗运营效率,以工作量、工作质量、成本控制、关键指标考核为总体框架,建立统筹效率、质量和成本的医、护、技分开的绩效评价体系。该绩效管理方案将可控成本全部纳入科室奖金成本核算中,加强了科室节约成本的积极性,有效降低了低值易耗材料等可控成本消耗,同时加强科室对人力成本的管控,减少了科室工作量不饱和和时盲目进人并造成人员闲置的情况发生,一定程度上提升了医院的医疗运营效益。具体计算方式为:医师的绩效奖金=[(项目点值+入院人次×A+出院人次×A)×点单价+ICD-10系数×服务量×系数单价-可控成本]×关键指标考核系数,A代表每个入院或出院人次对应的医师绩效点值,ICD-10为国际疾病分类第十版;护理人员的绩效奖金=[(项目点值+入院人次×B+出院人次×B)×点单价+护理时数×服务量×时数单价-可控成本]×关键指标考核系数,B代表每个入院或出院人次对应的护理人员绩效点值;医技的绩效奖金=[(项目点值+服务人次+特殊项目点值)×点单价-可控成本]×关键指标考核系数。

三、实施成效

J医院通过改进成本管理方法优化了成本结构,提升了资源利用效率,实现了经济效益与社会效益的双赢。

(一) 成本核算更精确,成本控制效果增强

通过成本核算优化实践,J医院能够更准确地追踪和分

析各项成本,为成本控制提供可靠的数据支持,从而更合理地配置资源,提高资源利用效率。通过改进成本核算方法,促进了医院内部管理流程的优化,减少了不必要的管理成本,提高了管理效率。通过构建全员参与、全方位的成本控制体系,将成本控制纳入各科室的日常管理,打破了传统模式下仅依赖财务部门的局限。通过横向对比和纵向分析,及时发现并修正运营管理及医疗服务中的问题,并持续优化运营流程和成本控制措施,降低了不必要的开支,提高了整体运营效率。

(二) 实施绩效薪酬改革,强化公立医院正向激励约束

通过作业成本法、RBRVS绩效当量法两种成本管理与RBRVS绩效管理方法的融合,J医院实现了从追求“多劳多得”向体现提质增效的“优绩优酬”分配方案转变的平衡。通过有针对性的阶段关键指标考核,医务人员的医疗行为进一步规范,部分考核指标得到优化,医疗服务收入占总收入的比重提高,药占比、卫生材料占比均有所下降。

(三) 优化临床路径,规范医疗诊疗行为

通过DRG成本构成分析,可帮助论证形成最佳诊疗方案,优化诊治流程,为J医院运营决策提供成本支撑。同时,新的成本管理模式进一步强化了医院对医生行为的监管约束,新的绩效管理方案加强了科室节约成本的积极性,有效降低了可控成本的消耗,并通过关键指标考核,规范了医务人员的医疗行为,使医院有更多的资源投入到提高医疗服务质量上,有效提高了医院运营效能。

责任编辑 李卓

主要参考文献

- [1] 孙迎春,王东健,李昕.公立医院精细化成本管控体系的建立与实施[J].财务与会计,2024,(16):67-68.
- [2] 王妮.公立医院医用耗材成本管理的探索与实践[J].财务与会计,2023,(19):74-75.
- [3] 钟岚,朱琼,韦妍兰.公立医院动态成本多维管控体系构建与应用探索[J].财务与会计,2023,(6):79-80.
- [4] 张燕飞,章煜,陈朝伟.DRG支付下Z公立医院精细化成本管理实践[J].财务与会计,2023,(9):22-24.