

基于业财融合的Y医院 全面预算管理优化实践

龚江云 吕琳琳

摘要：在深化医药卫生体制改革背景下，传统预算管理因业财割裂、动态响应滞后等问题，难以支撑精细化运营需求。Y医院基于业财融合理念重构全面预算管理体系，提出三级预算管理框架，优化预算编制、执行与绩效评价全流程。通过战略协同与数据驱动，构建“病种——资源——支付”联动的预算编制模型，建立实时动态监控及分级预警机制，并运用平衡计分卡完善绩效评价体系，实现了预算执行更精准、管理效率提升，医疗服务提质、收入结构优化，成本控制与患者体验双改善。

关键词：业财融合；DRG/DIP支付改革；全面预算管理；公立医院运营；绩效评价

中图分类号：F235.1 **文献标志码：**A **文章编号：**1003-286X(2025)16-0060-03

Y医院是一家承担着医疗救治、医学教育、科研创新、疾病预防及健康管理“五位一体”社会职能的区域性医疗中心，面对复杂的业务格局，传统预算管理模式在资源配置效率与精细化管理水平方面的局限性日益凸显。为此，Y医院基于业财融合理念对预算管理进行优化重构，以应对DRG（疾病诊断相关分组）/DIP（按病种分值付费）支付改革，实现精细化运营管理。

一、整体框架设计与实施方案

为解决传统预算体系下因业务与财务数据割裂导致资源配置偏离临床需求、成本核算滞后于支付政策等问题，Y医院以“战略精准引导业务、业务动态驱动资源、资源效能反哺管理”为逻辑主线，构建了三级预算管理体系，通过数据互通与流程协同，实现从单向编制到动态调控的转型。

（一）战略决策层：规划与资源的深度绑定

医院管理层需将区域疾病谱变化（如肿瘤、心脑血管疾病高发）转化为学科建设预算框架。例如，针对区域内心血管患者占比上升的趋势，联合财务、设备、临床科室成立专项工作组，制定三年期心血管专科预算方案，明确设备更新、人才梯队建设、科研经费的分配比例，并通过介入手术量增长率、CMI（病例组合指数值，反映医疗机构收治诊疗疾病的疑难程度、收治疑难重症的能力与整体技术难度，数值越高代表医疗服务难度系数较高，在一定程度上可以帮助医疗机构更好了解医疗服务质量和效果）等指标评估预算执行效果，动态调整资源优先级，确保战略目标不偏离实际业务需求。

（二）业务运营层：数据驱动的预算编制模型

建立“临床提需求、财务控成本”双向机制，临床科室与财务部门依托HRP（医院资源规划）系统，整合诊疗路径、病种成本与支付标准数据，使预算编制从经验依赖转向数据驱动。以膝关节置换术（DRG病组）为例，财务人员联合骨科团队解构手术全流程，测算麻醉、耗材、术后护理等环节成本，并关联DIP支付阈值设定预算上限；同时，设备科引入技术扩散系数（TDC）预测达芬奇手术系统的使用频次，结合科室历史手术量制定采购预算，避免因盲目采购导致设备闲置。

（三）执行控制层：实时监控与弹性调控

财务部门通过云平台搭建预算执行动态看板，科室可实时查询各项目支出进度。例如，介入治疗中心的DSA设备使用预算若超支10%，系统自动冻结后续采购申请并推送预警至科室主任，要求提交超支分析报告；同时，管理层根据病种成本覆盖率（BCCR）、人力成本偏差率等数据，每季度召开预算调整会，对突发公共卫生事件或业务量激增的科室启动预备金应急机制。

作者简介：龚江云、吕琳琳，宜昌市中心人民医院，高级会计师。

二、预算编制流程优化方案

(一) 构建业财联动的预算编制模型

预算编制突破传统财务主导模式，转向“病种——资源——支付”多维联动。例如，针对DRG/DIP支付改革要求，财务部门联合肿瘤科建立化疗病种成本动态测算机制：药剂科提供用药方案与剂量数据，结合医保支付阈值与药品价格波动曲线，动态调整年度药品预算额度，使单病种预算覆盖率提升18%。同时，设备科与影像科协同构建设备全生命周期预算模型，以CT设备为例，基于日均检查量（120例）、单例能耗成本（40元/例）及折旧率（10%），测算年度运维预算误差率 $\leq 5\%$ ，设备闲置成本同比下降32%，避免“重采购轻运维”的粗放管理问题。

(二) 建立跨部门协同的预算编审机制

针对重大预算项目，推行“临床论证——财务评估——技术审核”三方协同机制。例如，螺旋断层放射治疗系统（TOMO）采购预算编制中，临床团队提交适应症病例分析、财务部门测算投资回收期、设备科评估技术适配性包括机房改建成本，最终形成三方签字的可行性报告，保证设备首年利用率高于行业平均水平，投资回报周期缩短。对于常规业务，开发场景化预算模板：急诊科基于TDABC（时间驱动作业成本法）测算日均300人次接诊量下医护工时成本，核定弹性排班预算，降低人力成本偏差率，缩短候诊时间，实现资源分配与业务波动的精准匹配。

(三) 实施数据赋能的透明化管控

通过技术工具实现预算编制全流程穿透式管理。在HRP系统中嵌入AI算法，基于历史数据（如呼吸科冬季门诊量增长40%）预判预算缺口。引入数字孪生技术进行沙盘推演：外科申报达芬奇手术系统前，输入年均手术量、单台耗材成本等参数，系统自动生成设备利用率、成本回收周期等指标，辅助优化采购方案。此外，财务部门每月向科室公开DRG病种成本基准值、设备使用效率阈值等关键参数，内科申报呼吸机采购时，若预估使用率低于60%，系统自动提示风险并冻结预算申报，倒逼需求合理性论证。

三、预算执行控制机制优化

(一) 构建预算执行动态监测体系

建立多维度预算执行监控机制，运用信息化手段实施实时数据采集与分析，通过设定差异阈值实现异常预警。具体而言，在医疗设备购置预算管理环节，设置10%的预

算执行偏差预警阈值，当科室设备购置预算执行进度超出预算额度10%时，系统自动触发预警机制并提示科室负责人采取纠偏措施。针对价格波动等市场因素导致的超支情形，可通过优化采购计划或申请预算追加等程序进行调节，确保预算管理的弹性与约束性相统一。

(二) 实施预算刚性约束机制

严格规范预算调整审批流程，建立业务量——预算联动响应机制。当突发公共卫生事件导致科室业务量激增时，要求申报科室提交包含业务量预测、费用测算及效益分析等要素的预算调整申请，科室内部和科室间的预算调剂经过分管院领导审核，院级预算调整方案需经医院预算管理委员会审议报医院党委会通过后方可实施。

(三) 建设预算管理信息化平台

通过改进和完善预算管理信息化平台系统，与HIS（医院信息系统）、ERP（企业资源计划系统）深度集成，实现耗材采购申请、库存管理、临床使用等环节数据的无缝对接。通过接口标准化建设，自动抓取HIS中的诊疗数据、ERP系统中的采购数据，实现预算执行数据与业务数据的实时校验和双向交互。临床科室可通过移动终端实时查询，掌握各成本项目预算执行率及结余情况；财务部门则通过管理驾驶舱模块监控全院预算执行热力图，建立异常数据自动追踪机制。在此基础上，进一步深化平台功能开发，增设智能分析模块，运用机器学习算法对耗材支出数据进行深度挖掘，通过聚类分析识别高值耗材使用异常科室，基于关联规则挖掘耗材使用与诊疗效果的潜在关系，为临床路径优化提供数据支撑；构建可视化数据看板，将耗材预算执行数据与医疗质量指标、患者满意度等进行联动展示，形成多维度分析视角，辅助管理层进行全局性决策。

(四) 创新动态预算控制机制

医院依托预算管理信息化系统实时监控预算执行进度，例如设备使用率、耗材支出等，对各科室耗材支出预算设定分级预警规则：当科室耗材实际支出达到预算的70%时触发黄色预警，提醒科室负责人优化耗材使用方案，评估后续诊疗计划中耗材的必要性与合理性；支出达到85%时启动橙色预警，医工部门、财务部门与科室共同召开专项会议，重新审核剩余预算分配，优先保障核心诊疗项目的耗材供应；当支出突破95%时触发红色预警，暂停非紧急项目的耗材申领，强制进行成本效益分析，结合历史数据与行业标杆，对超支原因进行深度剖析。

同时，引入滚动预算管理模式，以季度为周期动态调

整预算额度。系统自动抓取耗材实际使用数据、患者流量变化、新技术开展情况等多维变量,运用时间序列分析与回归模型,预测后续耗材需求趋势。

四、绩效评价体系优化与实施路径

(一) 构建科学化绩效评价指标体系

基于医疗机构战略发展目标及运营特征,运用平衡计分卡构建包含四个核心维度的绩效评估体系:财务维度(占比30%,含病组结余率指标)、患者维度(占比25%,含满意度指标)、流程维度(占比25%,含病例组合指数指标)、学习成长维度(占比20%,含新技术开展数量指标)。通过指标体系的横向延伸与纵向深化,增设药耗占比等临床运营效率指标,并提升业务质量指标在绩效分配中的权重系数。其中,病组结余率指各病组实际收入与标准成本的差额比率,该指标通过计算各病组实际收入与成本支出的差额,量化科室运营效益;患者满意度数据采用标准化问卷进行系统采集,科学评估医疗服务质量感知度;CMI用于评估诊疗病例的技术难度及服务质量水平;新技术开展数量通过科研管理部门备案数据统计,反映科室技术创新能力与学科发展潜力。

(二) 建立绩效评价结果与科室绩效考核及资源配置的联动机制

对绩效评价结果优异的科室实施正向激励措施,包括但不限于绩效薪酬增量分配、设备采购优先权等;对绩效评价不达标的科室采取约束性措施,如绩效薪酬核减、资源配置调降等,以此构建绩效导向的资源配置体系。例如,某科室因在年度绩效评价中获评优秀等级,医院在绩效工资分配方案中为其增设3.2%的绩效系数,并在设备更新专项规划中将其数字减影血管造影系统采购优先级提升至首位。

(三) 绩效评价结果的周期性分析

基于PDCA循环管理理论建立定期绩效评估分析机制,系统梳理成功经验与改进方向。通过德尔菲法构建多维度分析模型,重点识别指标体系的结构性缺陷和执行偏差,运用层次分析法(AHP)优化指标权重配置。Y医院通过季度绩效数据汇总分析,发现心血管科在可控成本率(CTR)指标上偏离基准值28.6%。经成立由总会计师牵头的专项工作组,采用鱼骨图分析法追溯成本超支根源,最终确定高值耗材管理流程存在制度性漏洞。据此修订《临床科室成本管控实施细则》,将成本控制指标权重从15%提升至25%,并引入平衡计分卡进行动态监测,促使该科室次季度百元医疗收入成本同比下降9.7%,达到预算执行精度

要求的±5%偏差范围。

五、实践成效

(一) 预算执行更精准,管理效率提升

通过信息化动态监控和分级预警机制,Y医院预算管控能力显著增强。2024年预算执行偏差率大幅下降,人力成本偏差率从25%降至8%。系统全年拦截37起超预算采购(涉及582万元),科室自主协调89%的预算调整需求,管理成本占比下降2.3%。动态监控覆盖率提升至98.7%,预算编制周期缩短30%,差旅费超支率因“预算冻结—释放”技术方案减少12%。例如,呼吸科通过AI算法预判冬季门诊量增长40%,提前触发药品扩容建议,药品断货率下降28%;数字孪生技术优化达芬奇手术系统采购方案后,首年闲置成本下降57%,设备与临床需求匹配度达91%。

(二) 医疗服务提质,收入结构优化

医院运营质量明显改善。医疗服务收入占比提升至35%(增长3%),检查检验类收入占比从28%降至25%。重点科室(CMI≥1.2)预算达标率达92%,复杂病例诊疗能力增强,医保支付额度同步增长。例如,DRG病种成本联动机制使设备采购预算与临床需求匹配度超94%,病组结余率改善科室的设备追加比例达73%,运营效率同比提升12.6%。急诊科通过TDABC模型优化弹性排班,候诊时间缩短20%,人力成本偏差率从15%降至7%。

(三) 成本控制与患者体验双改善

管理优化带来双重效益。患者平均住院日缩短0.4天,住院费用降低13.6%,候诊时间压缩28%;医院床位周转率提高7.2%,年度运营成本节约5.8%。骨科通过耗材带量采购谈判,单品种成本下降15%;心血管科修订成本管控流程后,百元医疗收入成本同比下降9.7%。预备费专项管理(按医疗收入5%计提)成功化解3起突发公共卫生事件风险,四级预算管理体系提前实现国家卫健委2025年82%的核心功能目标。患者满意度评分从83分提升至91分,投诉率下降40%,形成“成本—质量—体验”良性循环。

责任编辑 任宇欣

主要参考文献

- [1] 刘吉文,陈婕好,张高高.大数据驱动下的企业全面预算管理体系构建研究[J].财会通讯,2023,(12):165-172.