

# 福建省卫生健康委员会

闽卫财函〔2022〕718号

## 福建省卫生健康委员会转发国家卫生健康委 国家中医药局关于在全国范围内持续开展 “公立医疗机构经济管理年”活动的通知

各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局，委直属各医疗单位，福建医科大学、中医药大学各附属医院：

现将国家卫生健康委、国家中医药局《关于在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》（国卫财务函〔2022〕72号）转发给你们，请遵照执行，以下要求请一并贯彻落实。

一、各地各单位要着力推动“以业财融合为重点的运营管理建设，助力提高医疗服务质量、提升资源配置效率效益”，加强公立医院运营管理，推动业财深度融合，提升效率效益。通过健全组织体系、完善运营机制、强化流程管控、科学统筹资源、加强信息化建设，试点推动与全面推进相结合，逐步建成保障机制健全、运营职责明晰、资源配置科学、业务流程高效、业财深度融合的公立医院运营管理体系。力争到2022年底，公立医院运营管理体系在三级医院全覆盖，基层医疗机构运营管理能力明显提

升。

二、各级各类公立医院要继续落实2020-2021年经济管理年活动5方面24项重点任务要求，聚焦重点难点问题，补齐短板弱项，做好问题整改，防止反弹回潮。梳理内部管理和运行风险点，通过流程控制、风险评估、运行监控、内部监督等内控工作机制，及时防范化解经济运行风险。公立医院高质量发展试点医院及省属医院、市级三甲医院要发挥导向和示范引领作用。省卫健委整理了我省上一阶段经济管理年活动典型案例（见附件），供各地各单位相互学习借鉴。

三、各地要高度重视，进一步加强组织领导，采取分级指导、逐级检查的工作方式，组织开展对下级的指导检查评价。加强经济管理人才培养培训，推进落实总会计师制度。及时挖掘、总结、提炼、报送典型经验，以点带面推动经济管理年活动取得实效。

各级各类公立医院要全院动员、全员参与、全覆盖管理、全流程管控，积极探索符合医院实际的业财融合具体措施。请省属公立医院和市级三甲医院至少确定2个运营管理事项，其他二级以上医院至少确定1个运营管理事项作为业财融合试点项目。

省卫健委统筹组织、督促指导、调研评价各地开展工作情况。对工作有亮点、成效突出的地区和单位予以表扬，作为典型案例向国家卫生健康委选送推荐；对重视程度不够、组织管理不到位、专项工作进展缓慢的地区和单位进行重点指导。鼓励各地创新工

作机制、细化解决措施，促进公立医院经济管理工作提质增效。

附件：福建省 2020-2021 年经济管理年活动典型案例

福建省卫生健康委员会

2022 年 5 月 27 日

（此件主动公开）

# 关于在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知

国卫财务函〔2022〕72号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局，国家卫生健康委、国家中医药局预算管理医院：

为深入贯彻《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》，巩固2020—2021年“公立医疗机构经济管理年”活动成果，落实2022年全国卫生健康财务工作会议部署，经研究，决定在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动（以下简称经济管理年活动），持续推动公立医疗机构质量效益提升。现就有关事项通知如下：

## 一、活动主题

2022—2023年经济管理年活动继续围绕“规范管理、提质增效、强化监管”的主题，聚焦重点难点问题，补齐短板弱项，着力推动“以业财融合为重点的运营管理建设，助力提高医疗服务质量、提升资源配置效率效益”。

## 二、重点任务及内容

（一）加快健全公立医院运营管理体系。深入贯彻落实《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27号），加快健全运营管理组织体系、理顺运营机制、优化管理流程、强化信息平台建设、建立决策分析体系等，细化实化医疗、教学、科研、预防等业务工作规范化、精细化管理的要求，充分发挥预

算、成本、资源、流程、绩效管理的支撑保障作用，逐步建成组织保障健全、运营职责明晰、资源配置科学、业务流程高效、数据集成整合、业财深度融合的公立医院运营管理体系，强化医教研防核心业务的运营管理指导，有效防范和管控运营风险，提升医院各项业务的协同服务能力，助力公立医院高质量发展。

综合医改试点省份、公立医院高质量发展试点医院，以及国家卫生健康委、国家中医药局预算管理医院要率先完成运营管理体系建设，其他省份和单位要加快实施，有力推进。到2022年底，努力实现全国三级公立医院全覆盖；力争到2023年底，实现全国二级公立医院全覆盖，基层医疗机构运营管理能力明显提升。

（二）积极探索符合医院实际的业财融合具体措施。各公立医疗机构应当根据自身条件，至少选取1个运营管理事项作为业财融合试点项目（如推进设备共享共用、高值耗材精细化管理、诊疗流程优化等），按照“项目管理”方式进行整体设计、组织实施、质量控制、费用管控等，注重从业务质量提升和资源配置、使用、评价等方面进行科学性、规范性和适应性评价，加强管理会计工具与方法的运用，强调内部相关部门协同，完善工作机制，优化业务流程，提升资源配置效率和使用效益，促进业务工作高质量发展。

公立医院高质量发展试点医院及国家卫生健康委、国家中医药局预算管理医院确定不少于2个试点项目；省级三级公立医院和二级公立医院确定不少于1个试点项目。注重以点带面，在总

总结经验后逐步推广应用到其他运营管理事项，提升医院整体运营效益。我们整理了部分业财融合的典型案列，供参考。

（三）进一步防范公立医院经济运行风险。强化风险意识，树立底线思维，聚焦重点领域、关键环节，进行风险识别和评估，明确措施，精准防控，健全机制，保障公立医院健康可持续运行。有关通知另行印发。

（四）继续落实 2020-2021 年经济管理年活动任务要求。对照检查 2020—2021 年度经济管理年活动中存在的不足和差距，继续落实《关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》（国卫财务函〔2020〕262 号）提出的 5 方面 24 项重点任务要求。持续做好财政资金、基本医保基金使用的合法性合规性监督管理以及查出问题的整改整治工作。

### 三、强化组织落实

（一）地方各级卫生健康行政部门和中医药主管部门要认真分析辖区内公立医疗机构运营管理现状，找差距、补短板、强弱项，因地制宜、统筹推进。针对不同层级医院的规模、管理基础、信息化建设现状等情况，分阶段、分步骤推进运营管理体系建设。定期开展调研、调度、指导，督促工作进展，确保取得实效。

（二）各公立医疗机构主要负责人要亲自动员、亲自部署、亲自推动，坚持全院动员、全员参与、全覆盖管理、全流程管控。公立医院高质量发展试点医院，国家卫生健康委、国家中医药局预算管理医院要充分发挥示范引领作用，带头组织好、落实好经

济管理年活动各项任务，努力实现管理质量、管理能力、管理水平和管理效益的综合提升。

（三）城市医疗集团和县域医共体牵头医院具体负责和指导医联体内机构的运营管理工作，要努力构建牵头带动、先进引领的良好氛围。

国家卫生健康委、国家中医药局将通过经济管理年活动调度指导、调研督导、典型推介、总结评价、通报表扬等方式，推进活动重点任务及内容的落实，促进公立医疗机构经济管理工作提质增效。

国家卫生健康委

国家中医药局

2022年4月28日

（信息公开形式：主动公开）

# 绩效改革 助推医院高质量发展

福建医科大学附属协和医院

## 一、背景介绍

国家在健全现代医院管理制度体系、深化医药卫生体制改革等文件中都强调要深化公立医院薪酬制度和编制管理改革，突出符合行业特点的岗位制度、评价制度、薪酬绩效等建设，逐步形成维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制。

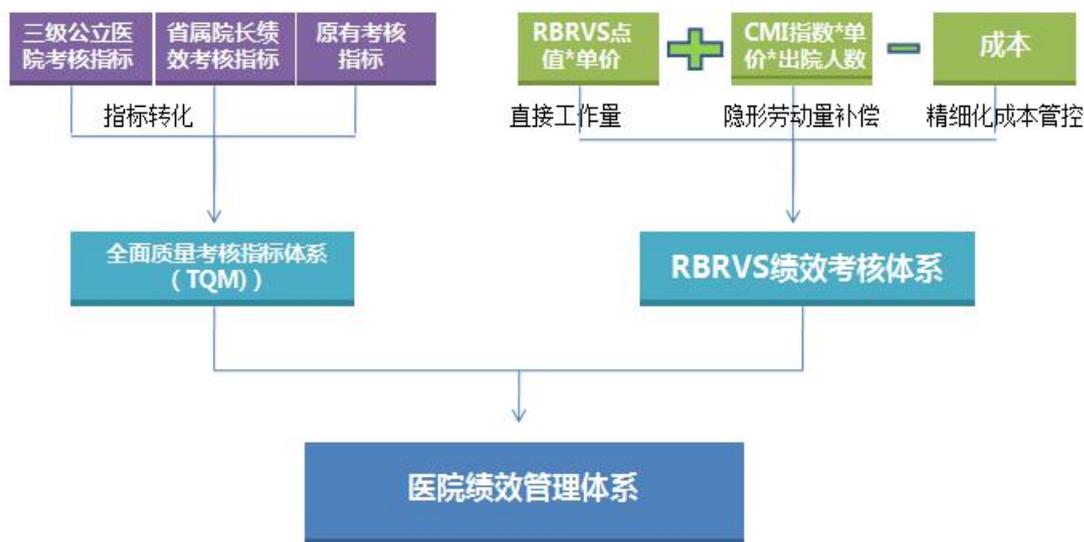
2013年以前，协和医院采用以收支结余为基础的绩效分配方案，医务人员更关注“创收”指标，从而推高了患者的医疗费用，削弱了公立医院的公益性。随着医院的不断发展及功能定位的进一步明确，2016年起医院开始探索以RBRVS为基础的考核方法等多种现代医院绩效与薪酬管理方案。通过以资源消耗为基础的相对价值系数，根据相对价值尺度，支付医师劳务费用的绩效奖金量化评估标准，较为客观地体现医务人员劳动价值。但在近五年的实践中，还有一些内容需进一步完善：一是缺乏全面的质量考核指标体系，无法满足医院的战略发展需要，对医院的全面发展和功能定位推动不足。二是只对诊疗项目进行了点值赋值，对无诊疗收费项目但医护人员又有实际付出的隐性劳动量体现不足，对高技术高风险项目和新技术新项目激励也不够充分。三是

成本管控定位不精准，精细化不足，存量资源利用率不高，无法适应“从规模扩张性向成本效益性转变”的要求。

## 二、亮点做法

通过对 RBRVS 体系、公立医院绩效考核指标、DRG 指标及历年绩效考核等相关数据的研究，采用层次分析法、指标对比分析法、动态分析法、指数分析法等方式，分析公立医院绩效考核指标与医院质量体系的融合、劳动量与价格补偿的关系、以及 DRG 收付费改革对绩效带来的影响，以精确成本控制为基础，形成以 RBRVS+DRG 指标+质量考核体系三位一体的绩效考核体系，健全保障与激励相结合的运行机制。

医院绩效管理体系图



（一）绩效管理与 DRG 指标的融合，弥补隐形劳动价值衡量缺失

将 DRG 作为管理工具，应用于医院绩效管理中，其中最突出的是将反映住院患者平均病情复杂程度的指标（CMI 病例组合指

数)与医师工作量结合,充分反映了医务人员诊疗价值。

表1 绩效考核公式

$\text{基础绩效} = (\text{按RBRVS点值计算的工作量}) + \text{CMI系数} * \text{系数单价} * \text{出院人次} - \text{成本}$
--

直接工作量仍以 RBRVS 点数为主,而间接工作量的绩效以出院人次结合 CMI 指数。一方面体现医护人员的价值付出,引导医生收治危重症患者,鼓励高风险高难度的手术的开展,促进学科向更高层次的发展。另一方面考虑科室间的差距,促进科室间的良性竞争,减少“吃大锅饭”的情况,有利于推进高水平医院和高水平学科的发展。以肺移植的病人所做的肺移植术和肺恶性肿瘤的病人所做的根治术为例。RBRVS 重点体现在两者手术之间的差距,但是还有很多隐性工作,例如疾病判断、术前治疗方案确定、术后用药、术后诊察、以及护理人员的宣教、监护、护理等方面上差异并不大,有些甚至没有差异。

表2 肺移植术和肺癌根治术的RBRVS点值和CMI系数比较

	RBRVS点值	CMI系数均值
肺移植术	18875	19.62
经胸腔镜肺癌根治术	7395	2.3
差异数	11480	17.32
差异倍数	2.55	8.53
绩效差异	11480	17.32*系数单价

MI

指数的代入可以很好地对医务人员隐性劳务进行补偿,同时可以让医生注重 CMI 指数的评判标准,规范病案填写和出院病例

提交。同时，运用 CMI 作为权数放大出院人数带来的绩效，也可以鼓励病区加快周转。在确保医疗质量的同时，合理压缩住院天数，不仅减少病人的负担，也使得医疗资源得到充分利用。

## （二）“三公”指标嵌入绩效管理，健全质量考核体系

结合三级公立医院绩效考核的 56 个指标和省级院长绩效考核相对接，按与科室或治疗组的相关程度、医院绩效考核成绩，并结合考评结果作为筛选指标的依据，合理划分考核指标。一是与科室或治疗组的相关程度高、具体指标能细化到治疗组或者医生个人的，并且考核成绩不是很理想（弱项或减分项）的，作为重点考核指标，不仅在考核维度上要做到月度考核，同时在考核强度上相应分值也给予倾斜。二是对于科室相关程度高、考核成绩理想（考评满分）的指标，做到季度考核或年度考核即可。三是有些医院整体性指标与科室或治疗组的关系不大的，可不作为考核指标。绩效工作组最终构建了四个一级指标、十二个二级指标的质量考核体系：

表3 质量考核体系

一级指标	二级指标	指标说明	得分规则
医疗质量	出院患者手术占比▲	计算方法：出院患者手术台次数/同期出院患者总人次数*100%。指标来源：病案首页	总分10分，以本科室上年数为基准，达到基准值得8.5分，每上升1个百分点，加0.1分；每下降1个百分点，减0.1分；如满/扣完为止。
	出院患者微创手术占比▲	计算方法：出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数*100%。指标来源：病案首页	总分5分，以本科室上年数为基准，达到基准值得4分，每上升1个百分点，加0.1分；每下降1个百分点，减0.1分；如满/扣完为止。
	出院患者四级手术比例▲	计算方法：出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数*100%。指标来源：病案首页	总分5分，以本科室上年数为基准，达到基准值得7分，每上升1个百分点，加0.1分；每下降1个百分点，减0.1分；如满/扣完为止。
	手术患者并发症发生率▲	计算方法：手术患者并发症发生例数/同期出院的手术患者人数*100%。指标来源：病案首页	总分5分，以本科室上年数为基准，达到基准值得满分5分，每上升0.1个百分点，减0.1分，扣完为止。
	I类切口手术部位感染率▲	计算方法：I类切口手术部位感染人次/同期I类切口手术台次数*100%。指标来源：病案首页	总分5分，以本科室上年数为基准，达到基准值得满分5分，每上升0.1个百分点，减0.1分，扣完为止。
	抗菌药物使用强度(DDDs)▲	计算方法：本年度住院患者抗菌药物消耗量(原计DDD数)/同期收治患者人天数*100%。收治患者人天数=出院患者人次*出院患者平均住院天数。指标来源：医院报表	总分5分，以本科室上年数为基准，达到基准值得满分5分，每上升1个百分点，减0.1分，扣完为止。
	门诊患者基本药物处方占比	计算方法：门诊使用基本药物人次/同期门诊诊疗总人次*100%。指标来源：医院报表	总分6分，以本科室上年数为基准，达到基准值得5分，每上升1个百分点，加0.1分；每下降1个百分点，减0.1分；如满/扣完为止。
	住院患者基本药物使用率	计算方法：出院患者使用基本药物总人次/同期出院总人次*100%。指标来源：医院报表	总分6分，以本科室上年数为基准，达到基准值得5分，每上升1个百分点，加0.1分；每下降1个百分点，减0.1分；如满/扣完为止。
运营效率	医疗服务收入(不含药品、耗材、检查化验收入)占医疗收入比例▲	计算方法：医疗服务收入/医疗收入*100%。医疗服务收入包括挂号收入、床位收入、诊察收入、治疗收入、手术收入、药事服务收入、护理收入。指标来源：财务报表	总分6分，以本科室上年数为基准，达到基准值得5分，每上升1个百分点，加0.1分；每下降1个百分点，减0.1分；如满/扣完为止。
社会效益	平均住院天数	计算方法：平均住院天数=出院者占用总床日/出院人数	总分10分，以本科室上年数为基准，达到上年度水平得5分，每下降/上升0.5天，加/减1分；如满/扣完为止。
满意度评价	门诊患者满意度▲	计算方法：门诊患者满意度调查得分。指标来源：国家卫生健康委	总分10分，满意度90%以上满分，每下降1%，减1分；扣完为止。
	住院患者满意度▲	计算方法：住院患者满意度调查得分。指标来源：国家卫生健康委	总分10分，满意度90%以上满分，每下降1%，减1分；扣完为止。

### (三) 精准管控，提升资源利用效率

绩效工作组深入走访临床科室和核算单元，一方面介绍绩效改革方案，另一方面深入了解临床实际，并通过宣讲使得病区了解到自己成本构成，同临床一起挖掘精细化成本管控的可行性方案，有的放矢的提出成本节约方案，优化成本管控。例如在多科室共用病区如何划分科室成本，以前共用病区的成本分摊，采用的是按病床数占比这一单一分摊标准，这样会导致同一病区的两个科室，床位周转快的科室单位分摊成本反而更少，通过科室访谈了解到这一情况后，将多科室的病区成本分摊，修改为了床位周转100%以上时，以床日数为分摊标准，床位周转100%以下时，以床位数为分摊标准的双轨制，即鼓励病区的床位周转，又合理的分配病区成本；在公用平台成本分摊中，既考虑收入占比，又

增加时间成本概念，提高利用效率，例如在手术室成本分摊中，之前只按手术收入金额作为各临床科室划分指标，本次也同时加入按手术时长作为划分指标，同时核算各类手术合理时间，加快手术室周转。通过成本精细化管控和加强存量资源使用效率的左右手相互配合共同引导医院完成“从规模扩张性向成本效益性转变”的医改要求。

### 三、实施效果

#### （一）理论成果

一是确立了绩效管理与医院绩效考核的结合的理念。结合科室特性，对医院绩效考核中相关指标进行分解，转化为医院对科室、对个人的具体考核，从内而外、从下而上的加强了对国家医改政策的落实执行力度。二是确立了绩效管理与 DRG 指标相结合的理念。鼓励医务人员，回归本职，提高专技水平，收治疑难重症，进一步加强公立医院公益性建设，提高社会公众的满意度。

#### （二）实际应用成果

一是提升医院管理效率。通过客观地量化评价医务人员的劳动价值，使之实现绩效评价中的价值判断和行为导向功能，借绩效的“指挥棒”作用，提高职工的积极性、创造性，从“牵着走”到“自己走”，激发员工内生动力，提升管理效率。二是强化质量管理和提升技术水平。以人为本，从内在推动公立医院高质量的发展，进一步落实功能定位，提高医院诊疗技术水平，兼顾医疗服务质量和管理效益，实现 RBRVS 与全面质控相结合的绩效管

理。

绩效小组撰文《新医改形势下医院绩效管理变革——以 X 医院为例》，获得“第十六届华东地区医院管理论坛征文”一等奖；案例《医改背景下的医院绩效管理》，获得全国医管精典案例评选组委会颁发的《2021 年度第四届全国医管精典案例奖》；参加由健康界、海南博鳌医学创新研究院等机构联合主办的“第五季中国医院管理奖”，荣获“运营管理组铜奖”。

附件

# 聚焦高质量发展 探索精细化成本管控

## ——医用非收（计）费耗材节支降耗新举措

福建省肿瘤医院

### 一、背景介绍

随着医改进入深水区和攻坚期，公立医院需要从“规模扩张”向“内涵发展”转变。对成本控制进行精细化管理，是公立医院由粗放式发展向高质量发展的必然要求。医用耗材管理是医院成本控制的重要内容和关键环节，对降低医院运行成本，降低医疗费用，减轻患者就医负担具有重要意义。

在医用耗材采购环节，当前主要问题：一是销售垄断，部分耗材供应商具有较大的话语权，医院定价能力偏弱，如专机专用耗材；二是由于医用耗材种类多、数量大，且国家对于医用耗材的名称没有统一的标准，一些同名称的医用耗材又有不同的型号分支、不同生产厂家，采购比价混乱；三是临床工作中的医用耗材使用缺乏科学合理的领用要求及管理措施，耗材管理部门基本不会对耗材的使用情况进行深入追踪了解。

随着国家各项政策的推荐与各项标准的逐步完善，医院对高值耗材的管理与规范使用已经较为重视，但对于非收（计）费耗

材这类相对低值的耗材管理较少。近年来非收（计）费耗材的品类逐渐增多，单个非收（计）费耗材的价值虽然不高，但其用量巨大，在医院成本支出中所占比重呈上升趋势。针对该种情况，医院决定展开非收（计）费耗材价格谈判工作，逐步挤压耗材虚高的价格水分，从而有效降低医疗成本，减轻患者负担。

## 二、亮点做法

### （一）一把手带队，成立管理专班

医院领导班子高度重视非收（计）费医用耗材价格谈判工作，在医院医学装备管理委员会下成立专项工作领导小组及办公室，由院长担任小组组长，院领导班子成员担任副组长，参与每场价格谈判。统一思想、统一部署、统一实施，成员覆盖各相关科室负责人，有利强化了医院耗材管理力度，规范工作秩序，提高工作效率。

### （二）各部门协作，明确责任分工

在专项工作领导小组指导下，由设备部门与财务部门联合牵头，设备部门负责日常工作的组织协调，财务部门对成本进行测算并进行全程成本监控。设备科、检验科、病理科、医务科、护理部、供应室、放诊科等科室细化责任、明确分工，根据职责范围及工作流程紧密配合、有序推进专项工作；财务、纪检、审计部门全程介入，履行监管职责。执行科学规范的工作流程（见图1），强化对关键少数和关键岗位环节的监督管理，从而实现全员参与的医用耗材精细化管理体系。

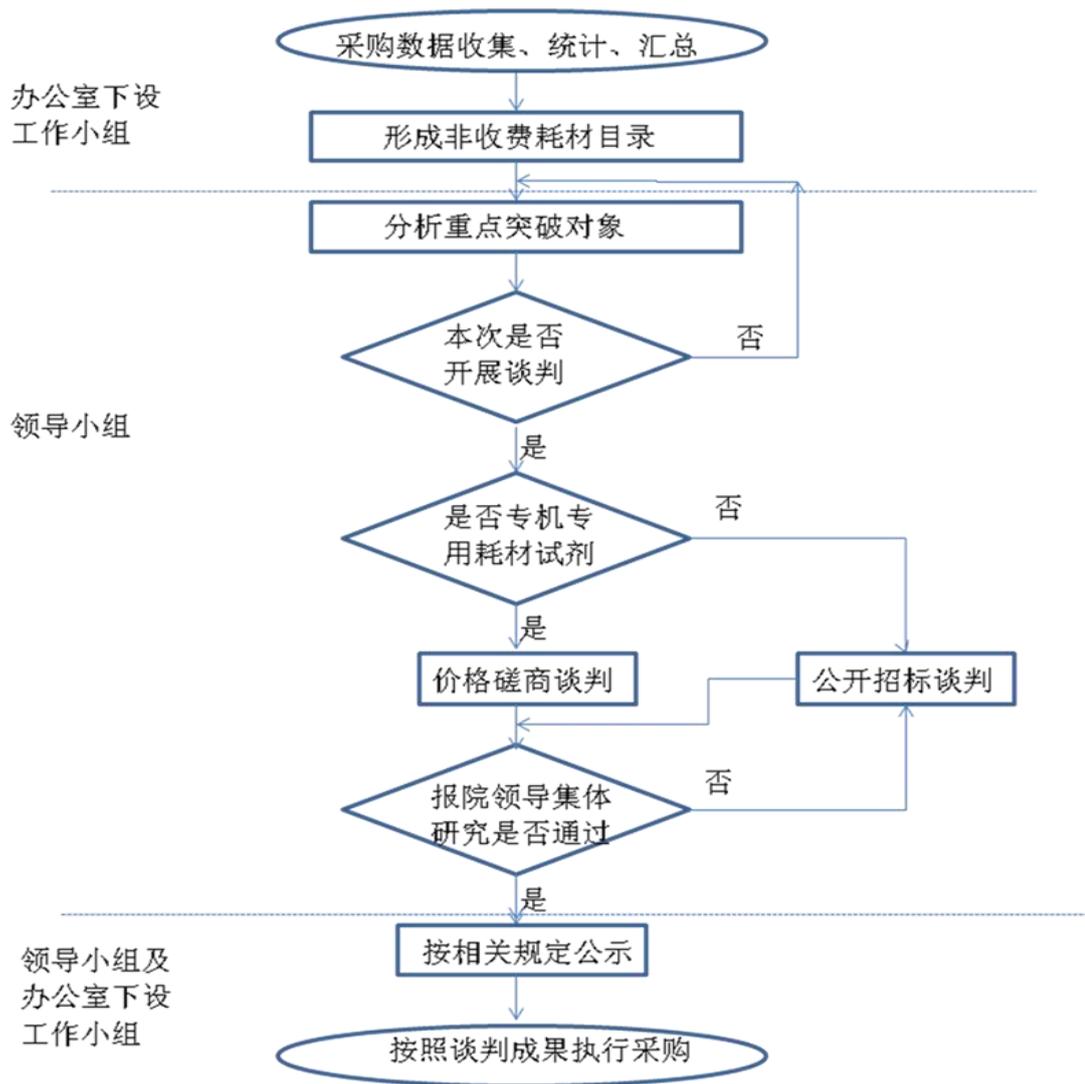


图 1 非收（计）费耗材价格谈判流程图

### （三）全面摸底统计，科学细化分析

为高效、精准地开展非收（计）费耗材价格谈判工作，对在用的耗材采购、出库、收费等大数据进行科学梳理。最终确立了以在用的检验科、病理科试剂，输血科非收（计）费耗材，供应室清洗用耗材，胶片，临床使用的敷贴、高压注射器、血糖试纸及其它常用低值耗材为主体的谈判对象，确保在保障质量的前提

下开展价格谈判。最终确认参与谈判总金额为 8097.8 万元（见表 1）。

表 1 非收（计）费耗材价格谈判分布表

金额单位：万元

科室	合计	检验科	病理科 免疫病理室	输血科	其他科室
金额	8097.8	4333	1887.7	228	1649.1

#### （四）分批分次开展，灵活多样谈判

1. 先易后难、先大后小的策略。通过采取先易后难、先大后小的策略，从用量大、金额高的非收（计）费医用耗材品种入手，奠定了谈判的基调和氛围。

2. 推进“一票制”采购模式。贯彻省医保局“坚持两票制，鼓励一票制”精神，鼓励有条件的厂家可直接配送，既减少中间环节产生的差价，又压缩了临床的回扣空间。

3. 谈判方式灵活、多样化。结合医院实际，遵循“严格管理，确保质量，保障供应，降低成本”的原则，根据非收（计）费医用耗材不同的使用金额、使用科室、使用情况，采取价格磋商和公开遴选相结合的办法，精准定位谈判对象，制定合适的谈判方案。同时，借助“承诺至少保证 2019 年相同采购量”以及“压缩回款时间到 2 个月以内”等措施，增加专项谈判工作的灵活性和可操作性。共开展 9 批次谈判工作（见表 2）。

表 2 非收（计）费耗材价格谈判批次情况表

批次	谈判内容
第一批	病理科、检验科专机专用试剂等
第二批	病理科、检验科专机专用试剂等
第三批	病理科试剂及耗材、透明敷料、打印胶片、高压注射器针筒等
第四批	供应室清洗、消毒类耗材、血糖试纸、部分内镜用耗材、全院使用的棉纱制品等低值耗材等
第五批	放诊科一次性使用压力连接管、麻醉科、ICU 麻醉呼吸管路及热湿交换过滤器、心肺室呼吸回路过滤器等
第六批	邻苯二甲醛消毒液、器械润滑剂、灭菌包装无纺布等
第七批	造口类非收（计）费耗材、手消毒液及其他年使用 10 万元以下的非收（计）费耗材
第八批	检验科、病理科 2019 年使用总额 10 万以下的非收（计）费耗材、输血科非收（计）费耗材
第九批	病理科免疫组化一抗、FISH 试剂

### 三、实施效果

通过本次非收（计）费医用耗材价格谈判专项工作，合计谈判供货商 117 家次，谈判金额 8097.8 万元，合计降价金额 1344.1 万元，降幅 16.6%，降低了医院运行成本。其中检验科耗材及试剂谈判金额 4333 万元，合计降价金额 685.7 万元，降幅 15.8%；

病理科耗材及试剂谈判金额 1887.7 万元，合计降价金额 260.8 万元，降幅 13.8%；输血科耗材及试剂谈判金额 228 万元，合计降价金额 31.2 万元，降幅 13.7%；其他科室非收（计）费医用耗材降谈判金额 1649.1 万元，合计降价金额 366.5 万元，降幅 22.2%。因无法按照我院标准降价最终同意放弃的金额 80.5 万元（见表 3）。

表 3 非收（计）费耗材价格谈判降价统计表

金额单位：万元

科室	合计	检验科	病理科 免疫病理室	输血科	其他 科室
2019 年总出库 金额	8097.8	4333	1887.7	228	1649.1
累计降价金额	1344.1	685.7	260.8	31.2	366.5
降幅	16.6%	15.8%	13.8%	13.7%	22.2%
放弃	80.5	16.6	56.2	7.7	

谈判新增供货厂家品牌产品 12 项，比例低于 3%，在保证专项工作稳健开展和临床安全过渡的基础上，淘汰了一批技术落后、性价比低、收益比低的耗材及试剂，对非收（计）费医用耗材及试剂目录进行精细化梳理，进一步规范我耗材试剂管理和临床应用管理。医院总结经验，以该举措为主题，参加国家卫生健康委能力建设和继续教育中心举办的 2021 年度中国现代医院管理典型案例评选，荣获医院财务管理典型案例。

附件

# 基于业务视角的预算绩效评价探索

福建中医药大学附属人民医院

## 一、背景介绍

全面实施预算绩效管理是推进国家治理体系和治理能力现代化的政策要求，也是推动医院高质量发展的管理要求。为有效解决医院运营管理中存在的预算绩效评价不全面、职能部门间横向协同不充分、业务绩效目标导向不明晰等问题，医院从2021年起，启动基于业务视角的预算绩效评价探索。以推进年度中心工作绩效评价为抓手，将中心工作绩效评价与预算绩效关联，基于业务视角建立预算绩效管理体系，推动医院业财深度融合，健全现代医院管理。

## 二、亮点做法

### （一）实行党委领导下的顶层设计和高位推进

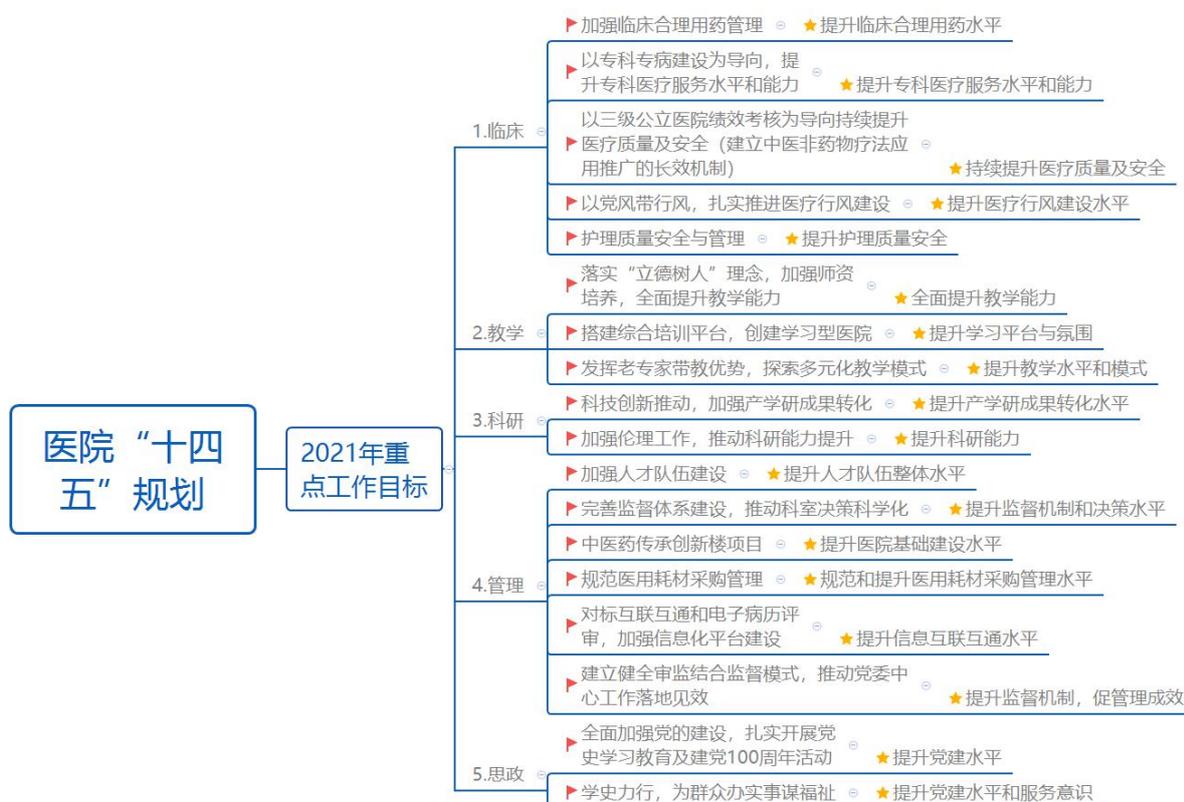
医院全面落实党委领导下的绩效考核机制，由院党委研究确认年度中心工作，实行医院党委书记主抓，各分管院领导包干负责的工作机制。医院印发《福建中医药大学附属人民医院年度中心工作绩效评价管理办法（试行）》，建立绩效考核制度，明确阶段考核、年度总评及向院党委汇报审议等工作机制。

### （二）采用多业务维度同步推进

院党委以医院“十四五”规划为引领，结合医改政策要求和医院实际，提出2021年度以提升“中医药综合服务能力”为工作核心，明确了包括医疗、教学、科研、管理、思政等五大维度18项重点工作任务，全面加强医院医疗质量、服务特色、管理效率、监督保障等能力。

### （三）落实项目制管理与目标驱动

医院以年度中心工作目标为主线，将工作任务项目化，通过业务推进串联牵头部门和协同部门，制定并细化目标实施路径，进而根据路径设置相关过程考核指标。同时，根据中心工作任务整合医院相关预算项目，提高资源的有效配置和使用效率。



### （四）实行约束与激励并举

## 1. 过程监控—约束机制

(1) 围绕中心工作设计绩效评价指标。在全面预算管理的基础上，依据设定的工作目标，参照定量评价法，对业务开展的经济性、效率性、效益性和公平性进行绩效评价。特别是通过指标设计引导项目的参与部门利用有限资源，正确和高效地开展工作，而工作成效将最终成为约束激励及进一步资源配置的依据。

(2) 以业务指标为主的绩效评价指标体系。项目评价体系遵循以业务指标为主、经济指标为辅的思路设置三级指标体系。其中，一级包括预算执行率（权重 10%）、产出（权重 50%）、效益（权重 30%）、服务对象满意度（10%）；二级指标主要围绕质量、时效、成本、社会效益、经济效益、可持续影响以及满意度等方面进行设置；三级指标根据各项工作具体内容进行设置。

(3) 开展项目组自评和院部统一评价相结合的考核办法。根据“谁支出、谁自评”的自评原则，由项目组在项目中期，在分管领导组织下，对项目组织推进、评价指标完成、项目阶段成效等方面开展自评，针对未完成预期绩效目标或偏离绩效目标较大的原因，形成阶段性评价报告向院党委说明。年度终了，由医院相关职能部门，根据项目提供的工作开展情况资料和总结报告，对项目指标完成的准确性、项目工作开展的有效性进行复核。复核结果将形成正式意见提交院党委审议。

## 2. 结果评价—激励机制

经院党委会审议通过的项目绩效评价结果将作为年度预算

安排、改进管理、落实奖惩的重要依据。绩效评价结果采取百分制进行评分（满分为 100 分，得分达到 80 分（含）以上的评定为合格，低于 80 分的不合格。）

（1）对于分管领导，年终绩效评价结果 80 分以上，全额兑现各中心工作项目负责的分管领导绩效工资；对评价等级不合格的，责令整改，并扣减相应管理绩效。

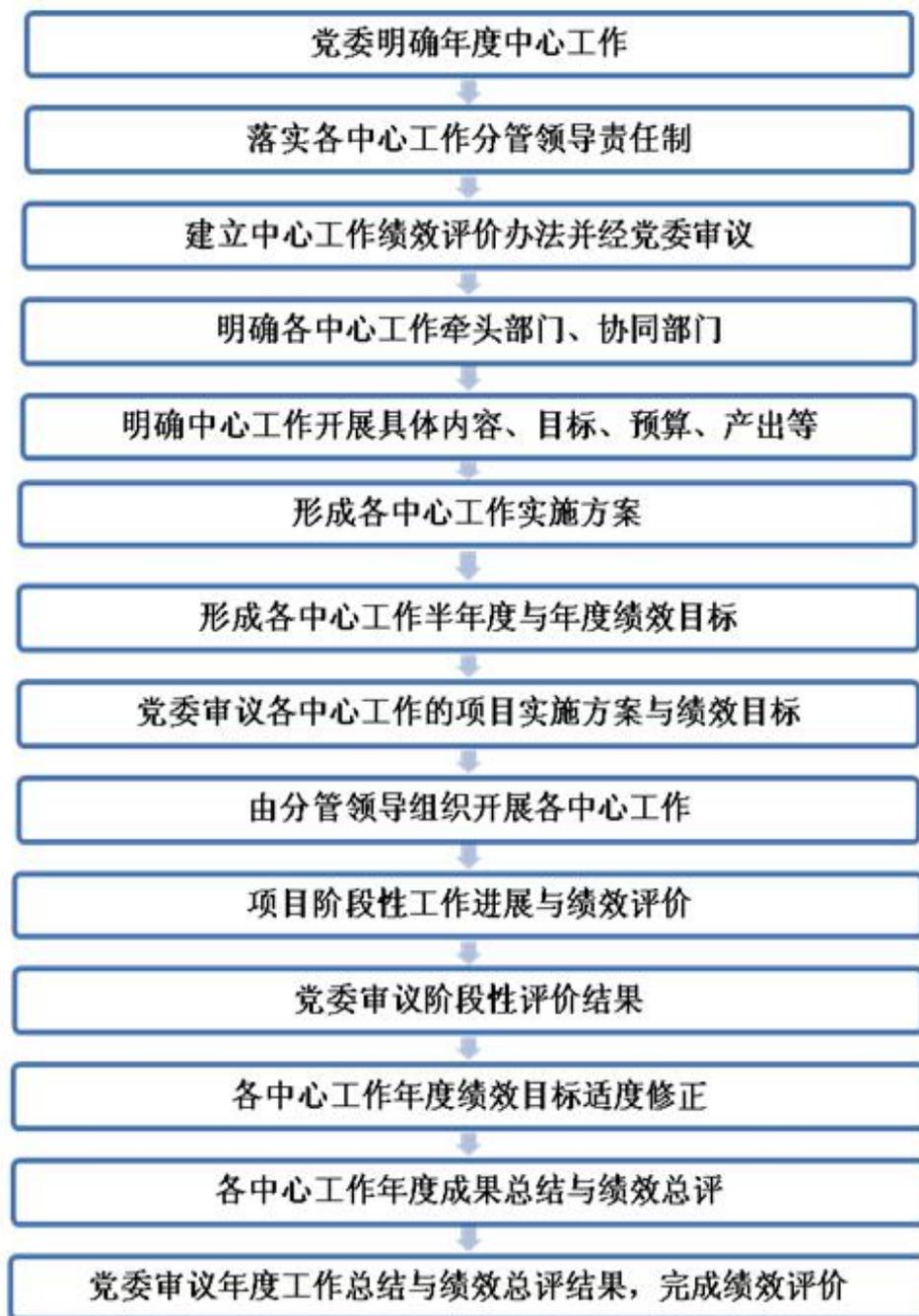
（2）对于中层干部，岗位津贴的 30%依据年度中心工作评价结果发放。年终绩效评价结果 80 分以上，全额兑现各中心工作牵头职能部门、协同职能部门负责人相应额度的岗位津贴；对评价等级不合格的，责令整改，并扣减相应额度的岗位津贴。

### 三、实施效果

#### （一）建立明晰的工作路径

在院党委战略目标引领下，通过基于业务视角的预算绩效评价，使每个管理者都肩负着明确的责任，围绕目标落实业务，创新工作模式，转变工作思路，推动医院高质量发展。

#### 年度中心工作项目制管理实施路径图



## （二）阶段性评价成效

根据实施方案，医院第三季度对纳入中心工作的 18 个项目进行中期评价。中期评价结果是：得分 80 分以上项目 16 个，其中满分项目 4 个，得分 80 分以下项目 2 个。其中：医疗维度 5 个项目中期评价全部合格。科研维度 2 个项目中期评价得分均在 90 分以上，项目实施情况良好。教学维度 3 个项目中期评价 1 个在 80 分以上，2 个在 80 分以下，后续需要加强推动预算执行

率及相关业务指标工作力度。管理维度 6 个项目中期评价均在 90 分以上，思政维度 2 个项目中期评价均在 90 分以上，思政工作业务指标推动较为有力。

### （三）整体运营持续向好

基于业务视角的预算绩效评价的实施，为医院提质降本增效注入了活力。2021 年 1-9 月与 2019 年、2020 年同期比，医院收入结构持续优化，西成药品收入占比持续下降，中药饮片收入逐步上升，中医药服务能力逐步增强，医疗服务收入占比持续提高，成本补偿能力进一步增强。

项 目	2021 年 1-9 月	2020 年 1-9 月	2019 年 1-9 月
西药和中成药收入占比	26.45%	30.88%	31.86%
中药饮片收入占比	7.18%	6.62%	5.99%
医疗服务收入占比	32.55%	29.50%	29.70%

2021 年 1-9 月药品成本占比较 2019 年同期下降 3.79%，人力成本占比较 2019 年同期增长 2.46%，成本结构较疫情前进一步优化。

项目	2021 年 1-9 月	2019 年 1-9 月	变动值
人力成本占比	34.43%	31.97%	2.46%
药品成本占比	34.34%	38.13%	-3.79%
卫生材料成本占比	20.77%	18.93%	1.84%
其他成本占比	9.49%	10.00%	-0.51%

附件

# 创新高质量发展理念 打造“一院多区”集团化 财务管理体系

福建医科大学附属第一医院

## 一、背景介绍

随着医改政策的不断推进，医院将向城市医院集团发展。茶亭院区（以下简称“本部”）是医院的核心院区，发展成熟且具备品牌、管理、技术和人才等方面的优势。在国家发改委和卫健委的部署下，医院新成立国家区域医疗中心滨海院区，于今年5月正式开业。但原有的融合型医联体或松散协作的财务管理模式面临着以下问题：一是无法满足两个院区各自独立核算的财务需求，无法保证对外报送信息口径的一致性。二是由于地域限制，院区间的人员配置不均衡，管理层级消耗大且存在重复工作，同时人员在院区间的流动也具有多样性，人力成本核算难度高。三是对资产无法进行统一管理，采购成本较高，药品调价难度大。四是未能建立统一的财务管理信息系统，管理质量和效率低下。

针对上述问题，医院认真研究，积极推进现代医院财务管理创新，打造一院多区集团化财务管理体系，以多院区中核心院区为主导，向所有院区辐射管理，在统一的内部控制、财务管理制

度下，按照各分院区“独立核算，实时合并”的会计核算模式，利用信息技术在同一系统内，整合预算管理、资产管理、成本管理、资金管理、会计核算等财务管理主要内容，实现“一院多区”财务管理目标，在规范管理、提质增效、强化监管等方面，助推医院高质量发展。

## 二、亮点做法

### （一）减少层级消耗，实行垂直管理

医院领导高度重视人员配置不均衡问题，从规范管理、节约人力成本、减少管理层级消耗的角度出发，制定滨海院区财务垂直管理运营机制。在滨海院区设立相关财务部门，负责人由本部财务负责人兼任，统筹分配两院工作，进行垂直管理，同时本部直接派驻经验丰富的财务人员，未被派驻的财务人员也延伸管理滨海院区业务，有效消除重复的财务工作，形成互补，提高工作效率，构建节约、高效的扁平化组织结构。

### （二）统一预算编码，坚持整体规划

各院区坚持共同的发展战略，但运营目标又各具特色，为实现整体协同发展，财务部门构建出集团化预算管理体系，将本部的预算归口部门作为“一院”的整体预算归口管理部门，垂直负责各院区的预算管理工作，对各预算项目进行统一的编码设置，保证项目归集和控制需求，方便预算数据的整合、处理和对比分析，同时各院区可以根据科室特色分别核定预算收支结构并编制

预算，使预算编制更加科学合理。通过整体规划，统一编码、可分可合、灵活控制的集团化预算管理体系，实现对人、财、物的统一调配，确保有序运转。

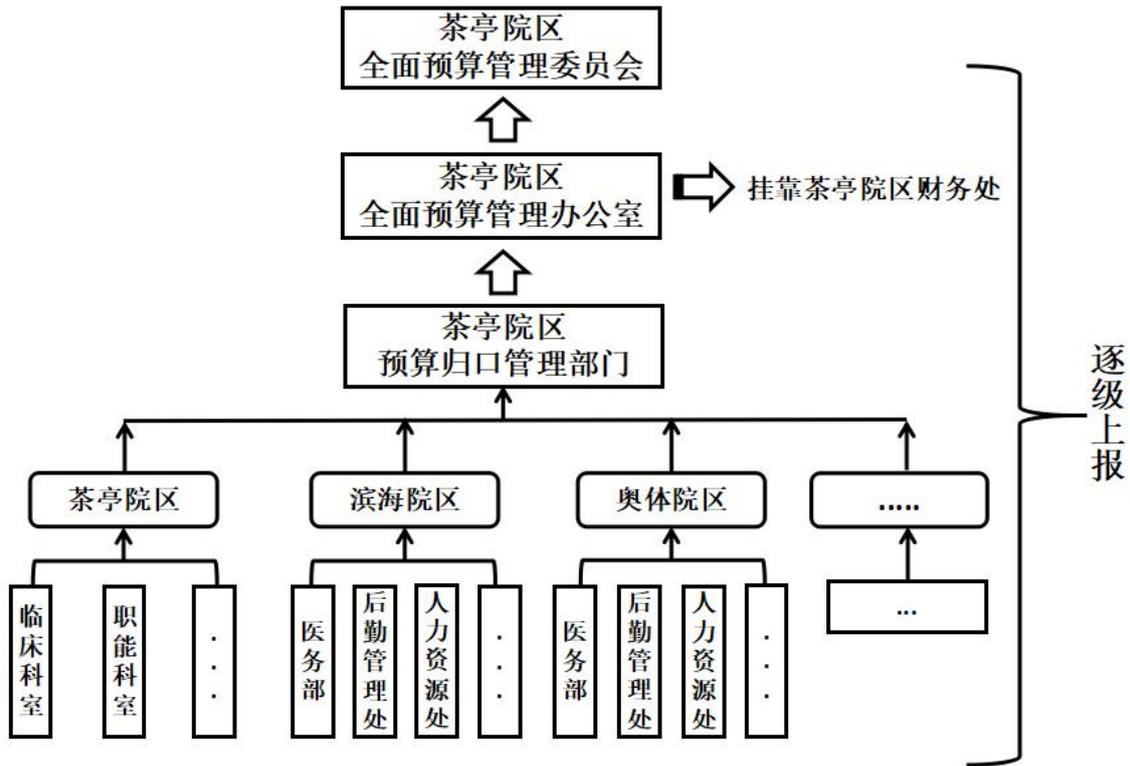


图 1 附一医院集团化预算管理体系

### （三）推行移动报销，打破空间壁垒

在各院区推行掌上电子报销系统，通过 APP 的分院区移动报销模块填报信息、上传相关资料，医院财务一体化运营平台实时获取 APP 的数据，待线上审批流程结束后，将报销信息同步传输至财务一体化报销系统，财务人员直接通过接口读取相关报销信息，并进行账务处理，实现报销全过程电子化。移动报销打破了各院区的空间壁垒，大幅提高业务处理的效率和准确度，提升医

院跨院区报销管理水平。

表 1 6 至 12 月移动报销单据数量统计表

月份	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月
数量	80	297	705	532	649	1538

#### (四) 搭建财务系统，强化信息支撑

建立统一的财务管理信息系统是实现“一院多区”管控的必要手段，医院秉持“先分后并、各自独立、分合自如”的设计目标，搭建出集团化财务信息系统：

##### 1. 升级财务一体化系统

在原有的财务一体化系统（含报销、财务核算功能）中拓展多个同级子系统，子系统代码为“001”、“002”、…，分别代表各院区独立的财务管理系统，实现各自独立。同时增设一个集团管理系统，系统代码为“000”，登录集团系统时，能自动合并显示多个子系统的内容，对外提供的财务数据皆以“000”系统为基础，子系统数据一般仅用于内部管理，实现先分后并。各个系统内的会计科目和各类功能辅助编码、名称及内涵一致，实现往来核算和辅助核算的自动抵消和汇总。院区间各类报表的设置、内涵保持一致，在实现分合自如的同时，保证编报内外财务报表的便捷性和统一性。各院区收支分别按院区管理核算，资金收支均由本部出纳统一负责，形成一套出纳日记账，通过先分后并实现资金的集中统一管理。

## 2. 加强预算执行控制

将支出预算执行控制嵌入财务一体化系统，各院区报销时，分别登录财务一体化系统的“001”、“002”...系统，同步执行相应预算，各子系统可实时查看医院总预算及分院区执行预算的情况。

## 3. 设立成本核算系统

与财务一体化系统相配套，设立一个集团成本核算系统、多个子成本核算系统，财务一体化系统、HIS业务管理系统及工资薪酬管理系统为集团的全成本核算提供数据来源，支持医院集团和各院区两个层级分别进行成本核算。

## 三、实施效果

通过“一院多区”的集团化财务管理体系，在各院区间建立了权责统一、运转高效的管理机制。原滨海院区财务处拟招聘15人（含收费员），现通过管理体系创新仅新增8人，即满足了滨海院区独立核算的工作需求。其中5人为本部直接派驻人员，有效节约人力成本、提高人力资源利用效率的同时也保证了业务操作流程的规范，确保管理同质化和规范化。集团化预算管理满足了各院区业务上的特色管理需求，有效地控制各院区的预算开支，实现医院预算高质、高效管理。掌上移动报销系统解决了跨院区的远距离报销问题，使财务报销的平均天数由原来的16.88天缩减至11.93天，极大提高报销效率。依托计算机技术，建立

互联互通的财务管理信息系统，通过智能化手段及时预警、监测和处理各院区的经营活动，加强内部监管力度，提高内部监管效率，提高会计核算的质量和效率，确保财务报告更加快捷、准确。

附件

# 推动业财融合 为医院运营管理注入新动能

## ——构建多部门联动的医院运营管理新体系

福建省漳州市医院

### 一、背景介绍

党的十九届五中全会指出，我国已转向高质量发展阶段，“十四五”时期经济社会发展要以推动高质量发展为主题。公立医院已经到了从“量的积累”转向“质的提升”关键期，必须把发展的着力点放到提升质量和效率上。在医院转型发展的关键期，存在的主要问题：一是未构建全面的财务精细化管理体系。财务数据实时性差，甚至滞后，分析数据无法有效支持业务决策。二是财务流、业务流等信息缺乏有效衔接，无法建立贯穿医院经营管理全过程的新型财务管理模式。三是各个职能部门孤岛式管理，无法通过多部门协同，实现对医院内部各环节的设计、计划、组织、实施、控制和绩效评价等的精细化管理。

基于公立医院高质量发展和医保支付方式改革的要求，漳州市医院以“公立医疗机构经济管理年”活动为契机，以信息化为

支撑，构建“医疗技术发展”与“财务专业力量”相结合的全院多部门、全流程、全要素、全范围、多维度的运营模式，促进临床科室提高业务水平和运营效益，增强可持续发展能力。

## 二、亮点做法

### （一）建立多部门协作体系，强化管理职能融合

为打破传统财务的局限性，漳州市医院将利用大数据技术将财务数据拓展至业务活动的神经末梢，建立管理决策的“全量业财体系”，并以全面预算管理和业务流程管理为核心，由医院一把手直接部署，建立总会计师为组长，财务、统计、信息、质控、医务、医保、人事、纪检审计等部门共同参与的运营绩效管理小组，借助全成本管理、绩效管理、医学统计管理等工具，通过多部门对医院内部各环节的设计、计划、组织、实施、控制和绩效评价等，实现对医院运营工作的精细化管理。

### （二）整合信息资源，建立全业务数据仓库

借鉴现代企业管理方法，引入ERP管理思想，利用现代信息网络技术，整合医院已有信息资源，融合财务流、业务流等信息，创建出一套支持医院整体运行管理的面向财务分析的全业务数据仓库——医院运营管理平台。运营绩效管理小组通过多场景多

维度的组合分析及 BI 等信息化手段，面向医院部署决策的运营中枢，结合临床科室在运营效率与效益等方面的需求，对临床科室的业务数据进行详细分析，深入剖析问题并提出合理化建议，强化临床科室与管理部门之间的沟通合作机制，实现科室经济管理水平与运营水平“双提高”。

### （三）加强点对点专科专题分析，实现业财深度融合

运营绩效管理小组通过全流程数据管控，从后视镜到导航仪，帮助科室完成动态规划及调整，实现学科发展目标。基于引导规范医疗行为、优化医疗收入结构、降低不合理支出，激发临床科室积极参与运营管理等目标，运营绩效管理小组重点梳理从业务到财务的数据关系，全方位开展专题分析会，采用多维分析模式，挖掘背后的业务动因，实现业务与财务实时联动与追溯，为指导临床业务发展提供数据分析支持和合理化建议，实现医院数据化经营。

类型	分析会主题
管理指标专项分析会	三级公立医院考核指标
	院长绩效年薪考核指标
	漳州市政府 KPI 考核指标

医院业务发展主题分析会	医院各临床科室病种发展
	费用控制
	单病种管理
	周末开放门诊可行性分析
专科科室业务发展问题分析会	肿瘤放疗科业务发展瓶颈
	集采政策下骨科、心血管内科耗材使用管理
	影像科检查提速增效
	优化风湿免疫科床位资源配置
医院运营管理分析会	2021年上半年运营分析

#### （四）运营管理成效与绩效考核结果相挂钩

为提升临床科主任的运营、管理能力，切实推进业财融合有效落实，平衡“医院目标”和“专科目标”，医院从质量指标、效益指标、科研教学等方面对临床科主任进行全方位考核，针对不同科室的运营特点，选用“医疗组间差异率”、“四级手术率”、“主要病种平均住院日”、“按病种付费比例”、“日间手术率”、“日间化疗比例”、“药占比”、“耗占比”等指标进行考核，提供考核的精准度与合理性。结合三级公立医院绩效考核指标要

求，医院重点加强药品、高值耗材源头控制和信息监管，制订《医院费用控制管理办法》，将控费指标下达各科室，按月公布对重点监控耗材使用量和使用金额未完成情况的科室、医疗组和个人，并将完成情况与科室奖金、科主任约谈和目标管理相挂钩，引导科室加强运营管理工作，确保科室运营始终围绕医院战略目标。绩效激励机制的建立有效推动了职能科室与临床科室的沟通及数据分析、分享常态化。

## 五、实施效果

漳州市医院业财融合举措为医院的运营管理注入了新动能。以骨科为例，医院通过多项举措平衡并合理解决学科发展与耗材指标管理的关系，在保持技术领先优势的同时降低耗占比。通过一系列措施，骨科耗占比指标降幅达 16.02%，医疗服务性收入占比增幅达 7.72%，四级手术率由去年同期 24.14%提升到了 28.49%，耗材使用量占比由上半年的 19.2%降为 18.1%。

医院的医疗收入结构优化、医疗费用增幅和次均费用得到较好控制。2021 年 1-9 月份医院日间化疗比例同比上升 7 个百分点，三四级手术例数同比增长 14.6%，日间手术例次同比增长 44.2%，2021 年 1-10 月份平均住院天数 7.16 天，同比 2019 年

下降近 1 天，床位周转加速，医院经济管理提质增效。2021 年 1-10 月份每门急诊人次平均收费水平同比下降 4.3%，其中药品费用同比下降 17.94%；2021 年 1-10 月份出院者平均医药费用同比下降 3.03%，其中药品费用同比下降 11.1%。2021 年 1-10 月份医务性收入同比增加 1.21 个百分点，药占比同比下降 3.23 个百分点，耗占比同比下降 0.32 个百分点。

# DRG管理工具助力公立医院高质量发展

福建省南平市第一医院

## 一、背景介绍

医疗体制改革和DRG付费方式改革对公立医院的运营管理提出了新的要求。南平市第一医院多措并举，积极开展CHS-DRG收付费试点，经过近1年的模拟运行与分析测算，医院于2021年8月正式实施DRG付费。在DRG工具的助力下，医院逐步提升运营管理效率，推进高质量发展超越。

## 二、亮点做法

### （一）厉兵秣马，强化队伍建设

南平市第一医院建立CHS-DRG付费组织架构与运行机制，成立由院长担任组长的DRG付费领导小组，下设临床专家小组和病案首页质控小组，建立涵盖医保、财务、信息、审计、临床、病案、质控等学科的专家团队，构建一把手领导下的总协调机制，每季度定期召开DRG付费工作推进会，选派业务骨干加强培训学习，形成以DRG为导向的医院运营管理机制，通过细化组织单元，明确院、科室、诊疗组、医师个人的运营管理目标，落实主体责任，各司其职，全员参与。

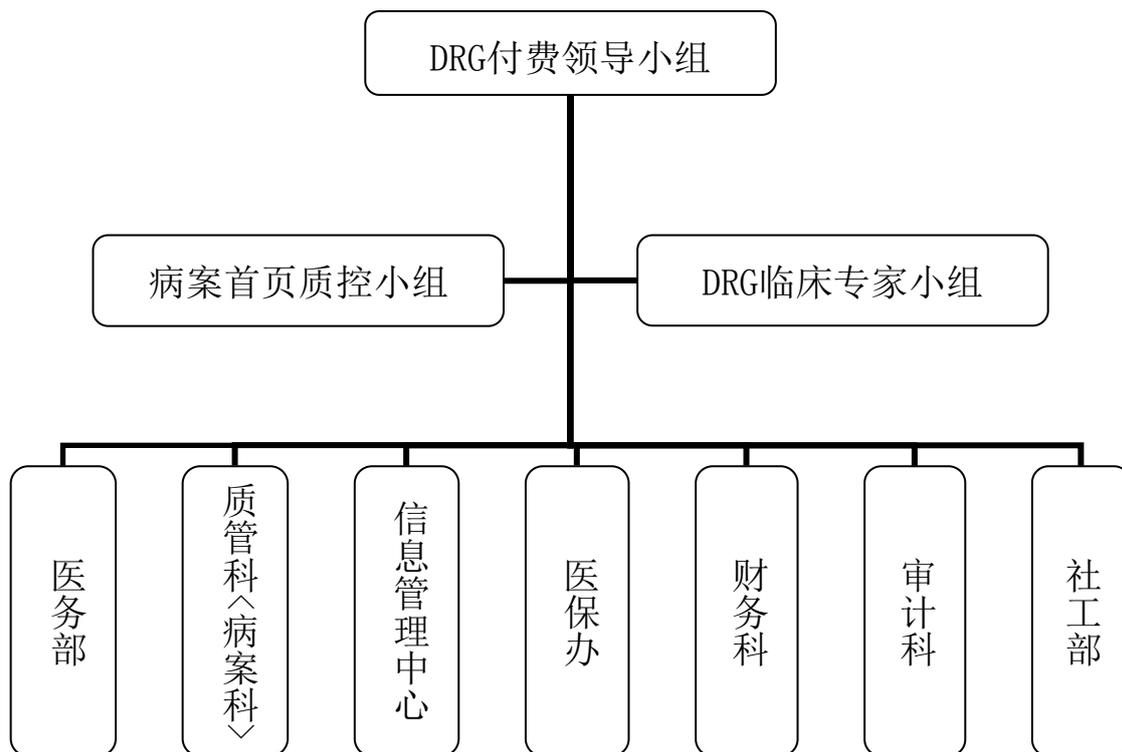


图1 医院DRG付费工作组织架构

### （二）躬行实践，形成闭环管理

DRG付费工作领导小组每两月召开专家研讨会，临床专家小组每月组织科室反馈与建议座谈会，依据DRG付费对医疗成本管控和运营管理的现实需要，明确各疾病诊断相关分组相应医疗活动所需要的时间、费用、药品、耗材等关键因素，以优化资源消耗和提高临床效率为目标，建立病种资源消耗模型，完善临床路径管理，对患者在诊疗中的资源消耗进行有效管控和引导，不断调整资源消耗模型，形成完善的闭环管理，探索医院精细化运营发展道路。

### （三）条修叶贯，保障数据质量

根据CHS-DRG分组方案1.0修订版，自主开发医院DRG模拟分组器（Z-DRG），实现DRG院内高精度模拟分组。依靠DRG付费工作小组、专科编码质控联动机制，全面促进病案与临床工作交流，完成医保结算清单接口改造，强化病案首页数据质量，指导临床、病案管理人员应用DRG工具，提高科室工作质量与工作效率。建立DRG运营管理系统，分析在院和出院病例DRG入组情况、各科室运营情况，定期发布DRG入组错误病例及原因分析，及时纠正，提升病案首页质量和诊断手术选择正确率。

#### （四）精准分析，细化成本控制

将DRG指标（CMI值、总权重数等）纳入临床科室绩效考核及二次分配，制定临床路径，严格控制作业成本。临床科室建立科级、医疗组两级管控，通过成本核算及收支平衡监控，找出不同科室的具体超标DRG病组，细分超标病组，结合DRG病组历史诊疗数据，组织专家论证，重新构建临床路径，实施更加精细的全过程病种管理。通过成本分析，找出波动较大、增长较快、可控性较强的病种开展深入分析和重点管控，调整可进行日间病房收治、可下转基层医院的病种，进一步降低医疗成本。

#### （五）提质增效，优化质量管理

依据“DRG分组、DRG付费、DRG绩效”的三条路径，实施全面首页质量管理、全面药耗合理管控、全面绩效考核机制，建

立诊断与手术操作填写标准化、诊断与手术操作编码精准化、DRG入组精细化三道防线，构建常态化、制度化的质量管理体系。基于DRG分组结果与病案首页数据信息，每月定期编撰DRG数据分析综合报告及40余个专科分析报告，为专科执行DRG付费工作提供及时的数据监测结果，规避异常倍率、支付异常、诊断手术不合理等病例信息，为医院医疗质量管理、医疗行为监测提供重要数据参考。定期统计分析各病种下的病例情况，对比专病标准资源消耗指数，锁定偏差点，深入分析原因，按产生偏差的不同原因采取相应的管理举措，持续优化资源消耗模型及消耗标准，为医院运营发展提供重点信息参考。

### 三、实施效果

#### （一）提高医疗服务质量

医院以病案首页质量管控为核心，利用数据分析，将患者的治疗活动和所发生的费用相统一，对医院间、科室间、医生间的医疗服务开展数据分析比对，逐步完善诊疗工作。2021年1-10月医院DRG入组准确率从77.79%提升至88.63%，主要诊断选择正确率从74.11%提升至89.43%，主要手术选择正确率从84.53%提升至89.75%，保障医疗质量和医疗安全。

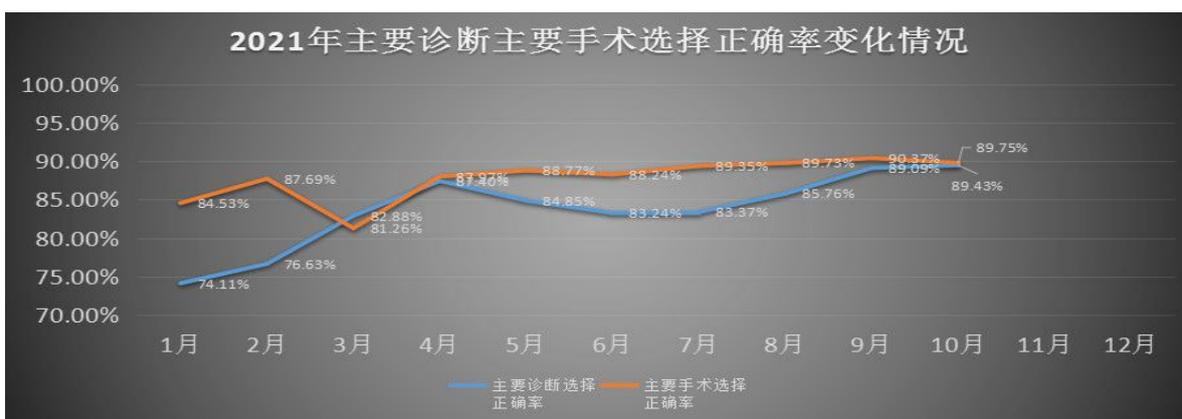


图2 主要诊断选择正确率及主要手术选择正确率变化情况

### (二) 优化收治病种结构

目前医院已初步构建基于DRG的医院运营精细化管理体系，建立DRG信息全流程闭环管理系统。借助DRG管理工具，医院2021年10月CMI值（病例组合指数）上涨0.77， $RW \geq 2$ （疑难重症）占比明显提高，医院收治复杂病种增多，诊疗质量显著提高。实现医疗诊治抓大放小，控制小病种（低权重病组）比例，提高大病种（高权重病组）比例，有效地调整了医院收治病种的结构，有效地促进了医院建立以快速救治中心为代表的急危重症一体化救治体系，探索DRG支付下的分级诊疗制度。

表1 DRG实施情况

	1-10月	10月
CMI	1.4587	1.5353
$RW \geq 2$ 占比 (%)	15.25	16.66

### (三) 强化医疗成本管控

DRG实现医疗服务产出的标准化，也是医院业财融合的重要

桥梁。通过财务与业务融合，使成本管理充分结合临床过程，在诊疗过程中为临床科室提供成本管理服务，充分尊重临床差异，针对不同的临床科室，制定不同的成本控制目标和策略。促进医院加强对医疗服务成本的预测、计划、控制、分析和考核。DRG管理工具，构建了事前定标、事中控制、事后追溯的闭环成本管控体系，强化医疗成本控制。

#### （四）提升运营管理效率

DRG付费工作的推进促进了医院病案归档效率进一步提升，医院病案两天归档率由42.49%提升至71.30%，三天归档率由67.74%提升至93.42%，五天归档率由95.00%提升至99.90%。DRG治疗活动标准的制定使患者的平均住院天数由8天减至7.739天，提高了床位周转率和使用率，从而使医院的日均收入增长9.44%，同时保证患者医疗费用稳步下降。提高患者的就医舒适感和满意度，改善患者就医体验，增加就医患者人数，缩短患者响应时间，利用规模经济降低医院的单位成本，缓解“看病难、看病贵”的难题。助力医疗服务由按数量付费转变为按质量付费，促使临床医生由经验医疗转为循证医疗，并最终实行“同病同症同治标付”。

附件

# 重塑成本管控模式 赋能医院高质量发展

## ——成本管控在医院经济管理中的应用探索

宁德市闽东医院

### 一、背景介绍

2020年在新冠疫情的冲击之下，就诊患者人次下降、医疗收入下降、效益下降以及疫情防控成本上升、运行成本相对上升的“三下降，两上升”，使医院运营面临沉重压力。在此背景之下，如何把握“经济管理年”的核心思想，把每一分钱花在刀刃上，做好成本管控，是新常态下医院管理的要务与重点。宁德市闽东医院以“经济管理年”活动为契机，围绕医院战略目标和总体运营思路，不断改进成本管理，挖掘潜力，持续完善成本核算制度，细化医疗服务项目成本核算，探索以病种和DRG等为核算对象进行精细化成本管控，逐步实现了合理配置资源、降本增效的管理目标。

### 二、亮点做法

医院通过推进HRP系统建设，利用信息化资源和手段，通过一体化大数据推进医院成本管理，优化资源配置，提高了医院的经济运行效率。按照现代化医院管理的要求，医院结合自身情况，进一步强化成本管控意识，以战略视角建设“节约型”

医院，通过科学的设计和预测，坚持公益性，减轻群众医疗负担，提高医院运营效率。

### （一）树立统一理念，使“成本管控”环境良好

建立并完善了成本管理组织架构，医院成立了以书记、院长为组长，分管副院长为副组长，职能科长、临床医技科室主任、护士长为管理成员，各科室成本专管员为核算组成员的成本管理工作组。这种由上至下，面向全院各科室、全体职工共同参与的成本管理新模式，对宣传成本控制理念起到积极的促进作用，营造了良好的“成本管控”施行环境，做到了全院人人关心成本核算，个个参与成本管理。

### （二）整合信息系统，使“成本管控”有章可循

为加快信息化建设，医院于通过整合成本核算系统和业务系统数据，逐步打破信息壁垒，完善成本核算流程，不断细化成本项目颗粒度。例如医技部门成本向临床科室进行分摊时，常以固定服务项目价格为系数，忽视了不同时期、相同服务项目消耗的资源可能发生变动等。

### （三）转变核算方式，使“成本管控”更加精细

为进一步提高成本核算的精细化水平，医院目前在使用成本比例系数法的同时尝试作业成本法，逐步建立科室成本库，提高成本核算精确度。通过信息化、智能化手段逐步解决作业成本法核算过程中存在的数据来源错综复杂、数据量及计算量大的困扰，提高了成本核算的精确度和时效性。通过科室成本、诊次成

本、床日成本、项目成本、病种成本、DRG、DIP 成本核算逐步建立了医院各类成本模型，积极完成全国医疗服务价格体系监测与研究网络数据上报工作，为国家研究医院政府补偿、医疗付费方式改革及医疗保险相关决策提供基础数据，为 DIP 医保结算在医院的实行保驾护航。

#### （四）制定奖惩制度，使“成本管控”有据可依

医院将成本管控贯穿于绩效考核全过程，在进行各类服务项目绩效工作量测算时，依据消耗的资源情况，科学合理地设置项目工作量值，更好的体现医生了的劳务付出。同时结合核定成本率和实际运行情况对科室进行绩效考核，促进科室成本管控。

#### （五）追踪具体问题，使“成本管控”高效落实

医院的成本管理内容范围大，归口部门多，情况复杂多变。医院财务部门针对各种问题进行归类，结合医院实际情况，逐一具体解决，将成本管理落到实处。如在医疗设备方面，对超出折旧年限仍在使用的固定资产采用降低折旧成本，共用医疗设备实行折旧分摊和大型设备效益等方法促进设备的保养及使用；加强材料入库价格审核，定期盘点跟踪，达到对材料采购及库存的管理，实现采购成本的控制；引入时间成本概念，以手术室麻醉科为试点，尝试将术前术后时间量化成科室成本引导科室提升效率，通过自助服务、预约服务、诊间结算、床边结算等一系列举措降低时间成本；通过阳光平台、竞争性谈判、高消耗耗材使用情况分析、日间手术、云影像等方式降低患者就医成本，优化医

院资源有效配置。

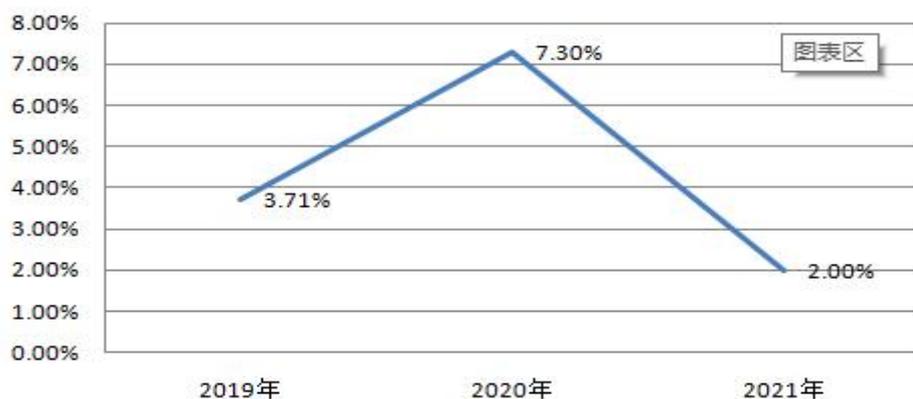
### 三、实施效果

医院重塑了成本管控模式后，出院患者次均费用增长明显回落，患者满意度得到了较大的提升。2021年出院患者次均费用增长率2%，较2020年次均费增长率7.3%，下降5.3个百分点。

#### 出院患者次均费用



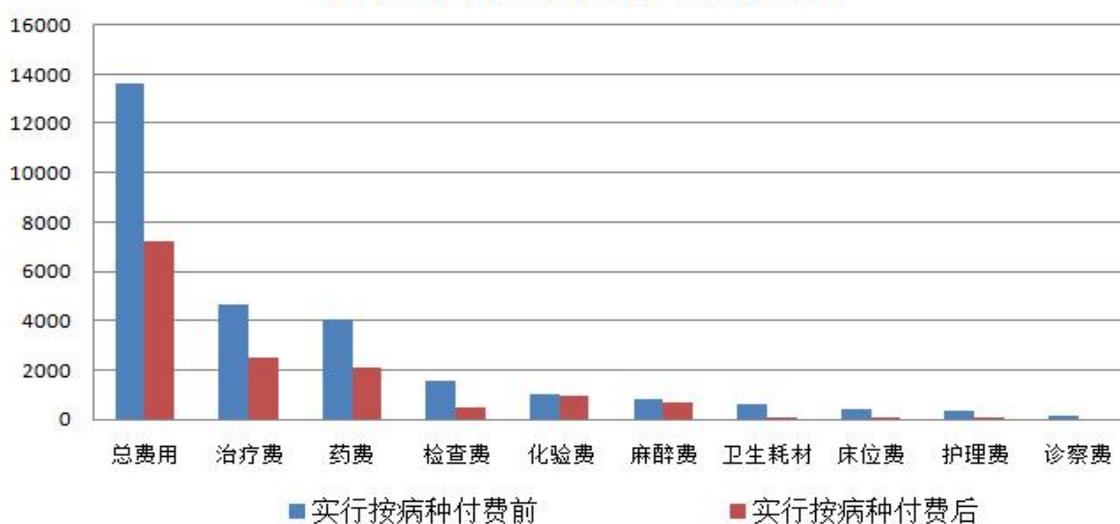
#### 出院患者次均费用增长率



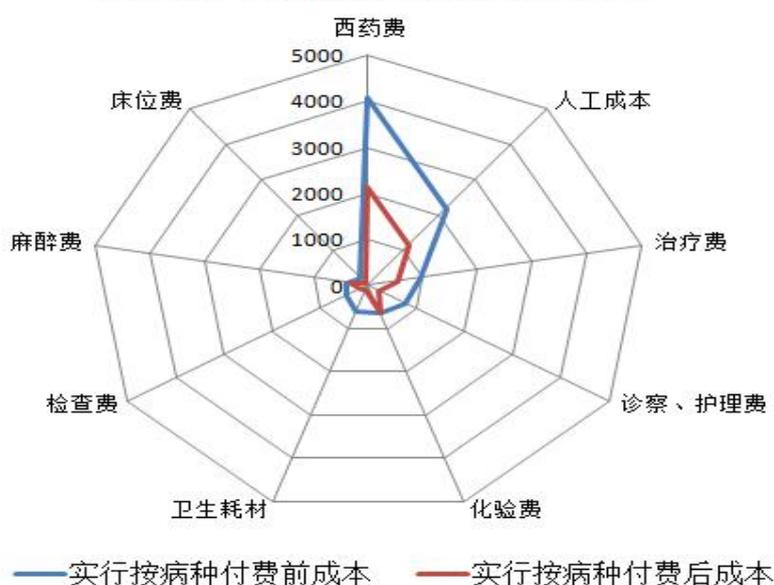
以消化内科为例，执行按病种付费管控成本后，手术患者平均住院天数由5.88天下降到4.82天，平均住院天数下降1.06天，次均费用由7746元下降到7236元，费用下降510元。若以

相同诊断患者进行对比，效果更加显著。如同样是内镜下胃息肉治疗患者，实行按病种付费后住院天数由 12 天下降到 3 天，总费用由 13625.99 元下降到 7219.45 元，费用减少 47.02%。而在医疗成本方面，相关治疗成本由 10283 元下降到 5268 元，成本下降 48.77%。

### 内镜下胃息肉治疗费用对比



### 内镜下胃息肉治疗成本对比



宁德市是国家区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)试点城市,身处改革前沿,下一步医院将进一步探索DIP支付方式下的成本核算方法,为临床业务开展提供数据支持。同时不断完善耗材管理流程,通过集中采购、谈判等方式进一步降低耗材成本,加强对大型医疗设备使用情况的跟踪分析,重点关注闲置设备及使用率低的大型设备,协调资源的合理再分配,提升医院成本管控质量,更好地应对疫情常态化和医保改革给医院运营管理带来的双重挑战。

# “以健康为中心”的医共体建设

## ——尤溪模式

尤溪县总医院

### 一、背景介绍

尤溪县先后组建松散型医联体和以托管制为主的半紧密型医联体。2017年，建立紧密型医共体——尤溪县总医院，实现县域公立医疗机构（县乡村）一体化管理，让百姓充分享受医改带来的就医便利与实惠。

### 二、亮点做法

#### （一）“三步”建设紧密型医共体

**一是建立管理决策机构。**尤溪县按照“一套班子、两块牌子、两套财务、一体管理”模式，组建紧密型医共体（总医院），实现县乡村医疗机构一体化管理，总医院院长为医共体内所有医疗机构唯一法人代表。**二是明确各级管理职责。**在县级层面，统管县级公立医院，充分放活人事、分配、经营及财务自主权；在乡镇层面，县总医院直管乡镇分院人、财、物；在村级层面，对公办村卫生所实行人事、财务、药械、业务、绩效、信息、养老保障“七统一”管理。**三是优化医疗资源配置。**按照“大专科、小综合”的功能定位，优化整合2家县级医院行政后勤职能科室，发挥各自专科优势，实现业务人员全融合，实现医疗资源优化配

置。

## （二）“四招”完善内部运行机制

**1. 创新医保支付方式。**按照“统筹包干、超支自负、结余归己”原则总医院总额打包县域医保基金，并确定结余的医保基金直接纳入医院医疗收入，主要发放人员薪酬。实行住院费用按全病种（C-DRG）收付费改革，不设起付线，取消封顶线，参保患者在县级医院、基层定点医疗机构住院医疗费用，分别按病种由医保基金定额报销70%、80%，患者自付30%、20%。病种收付费改革进一步提高医保基金使用效益。

**2. 提高医疗服务能力。**县级医院，对外通过与高校、省级医院开展协作，提供人才培养和技术支撑，提升技术水平。对内积极开展新技术、新项目，开设综合ICU、肿瘤治疗中心、介入治疗中心等空白科室，提升县域医疗服务能力。乡镇分院，通过县级专家驻乡驻村带动人才、资源、病种下沉，逐步提升基层服务能力。建立县、乡、村三级医疗机构医药费用控制和堵浪费监管长效机制，各项控费考核指标实行每月考核、考核结果与年薪挂钩，督促医生规范诊疗行为，控制医药费用不合理增长，减轻百姓看病负担。

**3. 优化薪酬分配机制。**在县级医院“全员目标年薪制、年薪计算工分制”的基础上，优化基层绩效分配机制，乡镇分院实行绩效薪酬总额制和工分制考核。薪酬总额按基本医疗工分占50%，基本公共卫生工分40%，行政管理10%的业务类别“541”分配。工分制考核综合考虑基本医疗、基本公共工分，体现医防并重。

**4. 推进信息中心建设。**积极开展远程医疗服务，助推全民健康四级共保工程，建设远程会诊、远程医学影像、远程心电、在线专家门诊、中医药+互联网、双向转诊、探索成立县域检验检测、病理、消毒供应、病案管理中心、物流配送管理中心，推进全县医疗资源互联互通。

### **（三）“五式”转变医疗服务模式**

**1. 健全健康管理机构。**总医院成立全民健康管理部，乡镇卫生院成立全民健康管理站。县乡两级医疗卫生机构通过精细化管理、提高技术和健康促进等工作，努力减少百姓发病率、住院率，减轻就医负担，构建“大健康”格局。

**2. 扎实驻乡驻村工作。**出台《县级医院医务人员驻乡驻村管理办法》。医生团队，采取长期派驻半年和大科室挂包分院，协助分院执行院长做好医院各项工作。护理团队，县级2家医院护士长及护理骨干组成驻乡队伍，开展基层分院护士业务培训等工作，保障护理安全。管理团队，根据管理实际不定期下乡督查、指导，提升乡镇卫生院行政管理工作能力。

**3. 推进分级诊疗建设。**县级完善转院转诊制度，严格要求县级医院将恢复期的病人尽量下转乡镇卫生院后续治疗和康复治疗；各基层分院遵照程序进行上转病人，提升基层服务能力，逐步形成基层首诊、分级诊疗有序格局。

**4. 创新慢病管理模式。**总医院在县级两家医院对应临床科室成立5个慢性病管理中心，组建县乡村服务团队，分类分标分级分片为慢性患者提供多性化健康指导。研发“尤溪县总医院医共

体慢病管理系统”，并设立慢性病管理服务项目专项工分，鼓励临床医生、护理人员参与慢性病健康管理，医防融合。

**5. 推行家庭签约服务。**定制基本公共卫生、重点人群、个性化有偿服务等 3 类家庭医生签约服务包，由乡镇卫生院牵头，总医院专家指导，组建县乡村三级家庭医生服务团队进村入户开展签约工作，有针对性地为签约对象提供免费体检、预约诊疗、健康咨询、健康指导、家庭访视等健康服务。

### 三、实施效果

（一）群众就医难题得到改善。城镇职工住院费用个人次均自付 1728.5 元，较改革前下降 2.22%；城乡居民个人次均自付 1267.33，较改革前下降 37.41%。

（二）医院收入结构趋于优化。县级医院医务性收入占比 40.03%，较改革前比增 18.6 个百分点；药品收入、卫生耗材、检查化验收入占比均明显下降。总医院包干县域医保基金 3.136 亿元，结余 890 万元，基金运行平稳，实现结余，有力促进卫生事业发展。

（三）分级诊疗格局初步构建。县总医院主治及以上医师每年驻乡驻村 1290 人次，门诊 7629 人次、查房 5788 人次、手术 159 台、授课 202 次，以人才下沉带动病种下沉 22 个，县级医院病人下转 11112 人次，乡镇分院上转 960 人次。建成健康教育体系和慢性病管理网络，健康文明生活方式得到倡导和传播，群众就医理念和生活方式发生转变，主要居民健康指标逐步改善，全民健康素养水平得到提升。

# “信用就医”助力医院财务智慧服务

厦门大学附属中山医院

## 一、背景介绍

2018年，国务院办公厅颁布《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26号），强调加快发展“互联网+医疗”，缓解看病就医难题，提升人民健康水平。但公立医院在日常服务过程中仍然存在着挂号候诊、化验检查、收费取药等时间长，医生诊疗时间短问题，还存在就诊需要事前充值、就诊流程不明确、看病费时费力等问题，严重影响医疗质量和患者的满意度。如何解决“三长一短”问题是摆在医院管理者面前的一个现实问题，厦门大学附属中山医院利用“互联网+信用”技术来提升医院财务智慧服务水平，提高患者的获得感和满意度。

## 二、亮点做法

医院借助“互联网+”技术，在福建省首推“信用就医”支付改革服务模式，实现免预交金的“先诊疗、后付费”。融合多渠道信用体系，为不同患者提供全方位个性化可选择的优质医疗服务模式，提高就诊效率。

### （一）建立分级授信额度和“一体两翼”服务体系

医院与城市信用分、支付宝芝麻信用分、银行信用卡分衔接，根据个人信用度的高低建立多档分级授信额度体系。所有患者均可享受该服务，实现诊间“零付费”的医疗服务新模式。结合城市个人信用分等渠道，构建了医院“信用就医”整体架构（见下图），设计“一体两翼”信用就医服务体系，即一个信用就医云平台主体，一个“信用就医”服务模式，一个激励与约束机制。患者就诊完成后在规定时间内（如7天内）结算缴费，针对特殊困难患者，试行民政救助、保险理赔或财政兜底等办法进行补偿。每次信用就医按时还款，将提供更多的便利，享有更高的信用额度，享受更好的便民服务；若累计逾期3次以上，限制其使用“信用就医”服务，同时也影响其信用积分，列入城市信用体系“黑名单”。同时与卫健委搭建的统一信用数据库实现联通，实现不同业务系统与信用就医平台的有效交互与信息共享。



## （二）强化信息化技术支撑

一是应用入口：多渠道接入信用主体公众号、医院公众号等各类公众号、医疗自助机等线上、线下患者服务渠道。二是信用服务：采取信用支付、信用日账、信用还款、信用协议、还款提醒、信用退款等服务，保障信用就医全流程快捷便利、安全可靠。三是信用管理：通过白/黑名单、账单管理、逾期管理、额度配置等，实现用户信用额度评估及管理，降低信用资金管控风险。四是清算管理：额度及交易明细的实时清算，实现用户、医院、平台运营方三方的交易无偏差。五是信用体系：以城市信用分为准，实现按需用户授权，额度按级分类，费控预设管理。

### （三）实施信用就医，免去缴费环节

患者开通“信用就医”服务后，直接到医生工作站看病就诊，就诊之后按医生要求去检查检验或药房取药。患者可直接免去就诊过程中所有缴费环节，就诊所需的个人支付部分由信用就医额度代扣。待就诊结束后，只需在规定时间内一次性付清个人所需支付费用即可（见下图）。

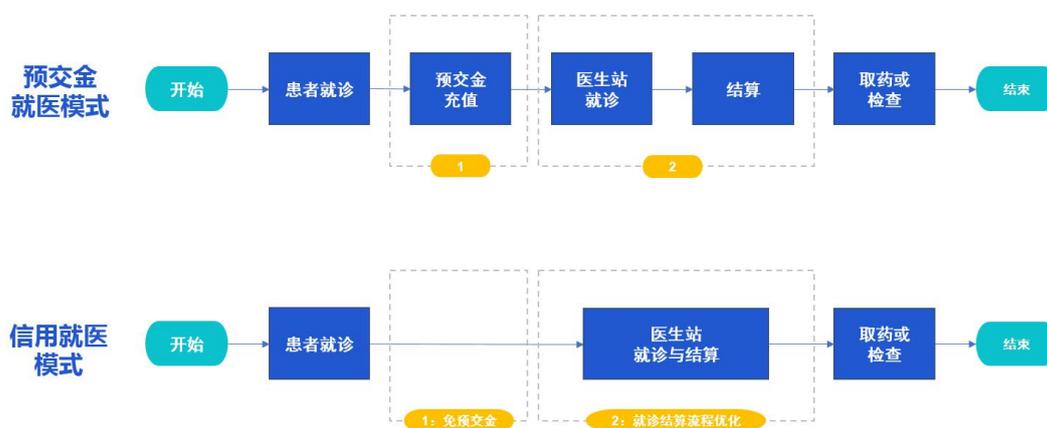


### 三、实施效果

据统计，从2020年3月开通至2021年底，医院170多个医生工作站启用“信用就医”，已有超过2.25万名患者开通信用就医，实现医院门诊收入590.15万元。

#### （一）改善患者就医体验

尽管医院已经有了移动支付、智能自助设备，但若是就诊时遇到卡内余额不足、现金没带够等情况时，往往会产生很多不便。而“信用就医”最突出的亮点，便是患者可以直接就诊，无需提前充值预缴金，医生开出处方后，患者便可进入检查、取药等下一个就诊环节，不再需要进行结算操作，只需就诊结束后，在约定时间内一次性结算付清款项即可，实现无感支付（见下图）。对患者来说，改善了就医体验，节省了就诊时间。在疫情防控常态化的背景下，减少了在医院来回奔波驻留时间，减少了各种交叉感染的风险。



#### （二）优化医院诊疗秩序，提高患者满意度

实施“信用就医”，优化了就诊秩序和就诊环境，实现了医疗服务人性化、高效化，也提高了医院管理运行效率，

减少了医院的运行成本。有利于推进医院财务数字化转型，就诊高峰期窗口排队现象得到一定程度的缓解，有效解决“缴费时间长”问题，同时加快周转，为现场需要临时增加号源的患者提供就医保障，提升患者就医体验，同时还增加了医院门诊人次工作量，在2021年8月、9月厦门爆发两轮新冠疫情背景下，医院门急诊人次工作量仍同比增长了23.85%。在患者满意度提高的同时，医院的美誉度也逐步提升。

### （三）助力社会信用体系建设再升级

对社会来说，推行“信用就医”服务模式不仅是一种支付方式的变革，而是社会信用体系建设的再升级，有助于推进个人居民诚实守信，建立诚信档案，对社会养成良好的信用风气有着直接引导作用。从医疗领域助力厦门城市信用体系建设乃至社会信用体系建设，也为弘扬诚实守信的社会主义核心价值观贡献力量。“信用就医”对于社会诚信建设，以及患者看病来说，都是极其有益的。可以达成多赢局面，让更多的人从中受益。让守信的人更好地接受公共服务，强化诚实守信的社会价值。

央广网、中国之声、中国新闻网、学习强国、厦门日报、厦门晚报等多家媒体先后对厦门大学附属中山医院率先推出“信用就医”服务进行报道、点赞。

附件

# 聚焦问题补短板，精细管理促发展

## ——建设医用耗材三级库

福建省老年医院

### 一、背景介绍

医用耗材是国有资产的重要组成部分，在医教研防关键环节发挥不可或缺的作用。医院医用耗材归口管理部门为设备科，负责办理遴选、采购、验收、入库、保管、领用、出库、盘点、报废等相关业务。项目实施前医用耗材设置一级仓库设备科仓库和二级仓库供应室仓库，采用临床医技科室领用即核销的方式，即医用耗材在科室领用时确认为成本，减少库存数。这一方式存在以下几个方面的问题：**一是**临床医技科室领出备用的医用耗材在账外管理，资产核算不全面，存在账实不符的情况；**二是**临床医技科室对医用耗材的成本管控意识薄弱，如出现因未有效进行效期管理而发生浪费的现象；**三是**可收费医用耗材的收费环节与核销环节相互脱节，容易出现数量不匹配，收费不准确的情况。针对以上情况，福建省老年医院决定从2021年3月份启动医用耗材三级库建设项目，要求强化管控力度，规范管理程序，从而加强资产管理、收费管理，降低成本，减轻负担。

## **二、亮点做法**

### **（一）强调组织保障，落实责任分工**

医用耗材三级库建设项目得到医院党委的高度重视，多次专题研究讨论相关议题事项；分阶段制定工作方案，院长亲自部署，院领导班子成员各自负责，并从财务科、信息科、设备科抽调专人实施，指定各科室资产管理承担三级库管理员职责；确定工作时间进度，推动持续完善专项工作。

### **（二）广泛宣传部署，强化监督管理**

医院多次召开专项工作会议，医院纪委参与工作部署，结合医疗结构及其工作人员廉洁从业行动计划中对重点耗材精细化管理的要求，强调医用耗材管理风险，细化专项工作任务，要求责任科室和责任人统一思想，增强管理意识，遵守工作纪律，切实按期完成专项工作。期间多次组织院内政策宣讲培训，内容包括医疗服务价格收费管理、医疗保障基金使用监督管理条例等，不断加强临床医技部门对医用耗材合规收费工作的重视，提高管理要求和水平。

### **（三）分期分步实施，跟踪分析推进**

1. 首先信息科组织完成信息系统改造，建立三级库管理平台，实现与一、二级仓库物资信息流的准确核算；打通可收费医用耗材的核销与收费环节，确保准确联动，医用耗材在收费行为发生时同步核减库存数。

2. 对比三年来的历史数据，综合考虑科室资产管理能力，首期选取呼吸与危重症医学科等 10 个重点临床医技科室进行一期建库，先将可收费医用耗材纳入管理范围，总规模覆盖率达 50% 左右。

3. 建库科室按要求时间盘点确认各自三级库可收费医用耗材实际数量，完成建账、录入、确认报账等工作。3 月底财务科将建账情况向院办公会、党委会汇报，根据会议意见进行账务处理。

4. 实际运过程中，财务科持续跟踪分析三级库数据，建立工作微信群，与各部门积极沟通协调，发现问题、解决问题，及时进行项目回顾，总结经验教训，遇重大问题及时汇报。

5. 根据首期建库运行情况，11 月份医院进一步推动三级库建设项目深入开展，部署全院各临床医技科室全面开展建库核算工作，并将不可收费高值医用耗材纳入管理范围。

6. 财务科、纪检办加强监管力度，为持续完善医用耗材管理奠定氛围基础，要求各科室根据时间进度安排，确保年底前全面完成全院建库核算工作，进一步完善信息报表系统，夯实医用耗材三级库账实数据。

### 三、实施效果

项目实施以来，责任科室积极研究讨论解决问题的路径方法，全院各科室予以支持配合，取得了一定的管理效果和成绩。

（一）进一步强化资产管理要求，增强资产管理意识，医院

在此基础上完善制度建设，建立长效管理机制，修订了《医用耗材管理办法》《存货管理制度》等。

（二）账务管理逐步规范，首期医用耗材三级库盘点增资212万元（见表1）。

表1 医用耗材三级库盘点情况表

科室名称	低值易耗品	高值耗材	一次性材料	合计
呼吸与危重症医学科	1,584.36		52,063.40	53,647.76
消化内科	54.15	3,900.00	32,319.89	36,274.04
神经内科			20,521.13	20,521.13
心血管内科	930.60	227,255.80	41,458.41	269,644.81
内分泌科	3,355.00		15,311.17	18,666.17
重症医学科	5,579.00	233,126.98	256,215.48	494,921.46
综合外科病区			32,755.45	32,755.45
骨科、神经二病区	384.00	3,344.00	10,763.10	14,491.10
手术室	1,924.50	894,900.31	278,554.36	1,175,379.17
合计	13,811.61	1,362,527.09	739,962.39	2,116,301.09

（三）医用耗材实现配比核销，落实“实耗实销、厉行节约、成本管控”的原则，增强了医用耗材流通数据的真实性、准确性和透明性，提高会计信息质量。

（四）进一步规范医用耗材收费管理，结合10月份国家医保业务编码贯标工作，统一医疗耗材收费编码，医用耗材方面的收费错误大幅度下降。