《中国卫生质量管理》第31卷 第3期(总第196期)2024年3月

高质量发展背景下专科运营管理分析体系研究*

——姜德超 胡跃军* 章佳明 江淑妍 邓炜珊

【摘 要】 **目的** 分析医院经济运营和医疗质量相关指标,健全专科运营管理分析体系,推动医院运营管理决策过程科学化、规范化、精细化。**方法** 以专科医疗收入及效率、直接成本构成、成本补偿情况等经济指标为基础,结合专科病种收治结构,对病种费用构成、DRG病组结构等内容展开分析,确立专科优势病种;构建指标分析预测模型,直观反映病种结构调整对专科成本补偿及医疗指标的综合影响。**结果** 某院A科室一区、二区在医疗服务收入占比、人均医疗服务收入、直接成本构成、手术/四级手术占比、CMI值等指标上存在明显差异,通过调整病种收治结构可实现病种收益效率与技术难度评价的大幅度提升。**结论** 通过构建涵盖科室医疗收入分析、病种结构分析、病种结构调整预测等内容的专科运营管理分析体系,可帮助公立医院聚焦专科业务发展,为实现精细化运营管理奠定基础。

【关键词】 公立医院;高质量发展;专科运营管理;分析体系

中图分类号:R197.323 文献标识码:A

Research on the Analysis System of Hospital Specialty Operation Management under the Background of High-Quality Development of Public Hospitals/JIANG Dechao, HU Yuejun, ZHANG Jiaming, et al.//Chinese Health Quality Management, 2024, 31(3): 56-61

Abstract Objective To analyze the relevant indicators of hospital financial and medical quality, improve the specialty operation management analysis system, and promote the scientific, standardized and refined decision-making process of hospital operation management. Methods Based on the economic indicators such as income and efficiency, direct cost composition and cost compensation, and combined with the treatment structure of specialty diseases, the cost composition of diseases and the structure of DRG diseases were analyzed, and the dominant diseases of specialties were established. The index analysis prediction model was constructed to directly reflect the comprehensive influence of disease structure adjustment on specialty cost compensation and medical index. Results There were obvious differences in the proportion of medical service income, per capita medical service income, direct cost composition, proportion of surgery/grade 4 surgery, CMI and other indicators in the first and second districts of Department-A of a hospital. By adjusting the treatment structure of disease categories, the benefit efficiency and technical difficulty evaluation of disease categories could be greatly improved. Conclusion The construction of specialty operation management analysis system covering medical income analysis, disease structure analysis, disease structure adjustment and prediction can help public hospitals focus on the development of specialist business and lay a good foundation for the realization of fine operation management.

Key words Public Hospital; High-Quality Development; Specialty Operation Management; Analysis System

First-author's address Sun Yat-sen Memorial Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou, Guangdong, 510000, China

公立医院作为我国医疗服务体系的主体,担负着保障人民群众生命安全和身体健康的重要责任。2020年12月,国家卫生健康委同国家中医药局联合印发《关于加强公立医院运营管理的指导意见》,明确提出通

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.3.14

* 基金项目:中山大学孙逸仙纪念医院逸仙管理研究项目(编号:GL2305)

姜德超 胡跃军* 章佳明 江淑妍 邓炜珊 通信作者:胡跃军

中山大学孙逸仙纪念医院 广东 广州 510000

过转变运行模式和管理思路，提升医院运营管理科学化、规范化、精细化水平[1]。2021年6月，国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》，对公立医院下一阶段的发展目标提出总体要求，明确公立医院实现高质量发展的重点任务[2]。从高速发展转向高质量发展，是公立医院转型和医药卫生体制改革的方向[3]。公立医院迈向高质量发展，需要转变内部发展方式与运营模式，通过强化运营管理、提升医务人员劳动价值，获取实现高质量发展的内生源动力[4]。在此背景下，建立科学有效的运营管理分析体系，提升专科运营管理水平，是专科运营分析决策的内涵要求[5]。精细化运营管理分析有效实施的关键在于对象的精准化，基于专科病种的技术难度和效率效益，实施病种分类管理，构建专科病种效益效率量化评价体系，驱动医疗资源合理配置，是提升公立医院专科运营效率与效益的有力抓手[6]。

1　资料与方法

1.1　资料来源

本研究资料来源于广东省某委属(管)医院的财务管理信息系统、病案统计管理系统和DRG住院医疗服务监测与分析系统。从财务管理信息系统采集2022年各临床科室医疗收入与直接成本数据，包括门诊及住院的医疗服务收入、检查检验收入、卫生材料收入、药品收入以及科室人员经费、卫生材料费、固定资产折旧、无形资产摊销等直接成本数据；从病案统计管理系统采集2022年各临床科室病案首页及住院报表数据，包括患者出院诊断、手术及操作信息、住院天数、住院费用类别以及科室实际开放总床日数与实际占用总床日数；从DRG住院医疗服务监测与分析系统采集2022年各临床科室DRG分组信息，包括入组病例数、病组权重以及时间、费用、药品、耗材消耗指数。

1.2　研究方法

1.2.1　科室成本补偿分析　本研究首先通过对专科经济指标进行分析，明确专科运营现状中存在的问题。分析内容包括医疗收入结构及效率、人/床均医疗收入、科室直接成本构成以及科室成本补偿情况等。其中：在医疗收入结构及效率分析中，对专科医疗服务、检查检验、卫生材料、药品等各类收入占比以及每床日收入、病床使用率等指标进行分析；在人/床均医疗收入分析中，比较剔除药品、耗材后的专科人/床均医疗服务收入，反映人/床均收益效率；在科室直接成本结构分析中，对科室人员经费、卫生材料费、药品费用、固定资产折旧等支出情况进行分析，明确专科主要的直接成本构成；在科室成本补偿分析中，综合医疗总收入、直接成本、间接成本等内容，计算科室成本补偿情况。

1.2.2　专科病种结构分析　首先，根据病种治疗费，提取专科收治的主流病种，统计病种合计治疗费、日均治疗费、治疗费占比等医疗收入指标，手术患者占比、四级手术占比、平均住院日等医疗质量指标以及病种CMI值、费用、药品、耗材消耗指数等DRG评价指标。其次，分析专科病种治疗费分布与医疗质量情况，探查其中具有较高治疗费占比或日均治疗费的高收益病种，以及手术、四级手术占比、CMI值较高的疑难病种，同时通过与全省均值进行比较，判断专科在治疗同类疾病过程中的总费用及药耗消耗情况。最后，运用波士顿矩阵分析法[7-8]，将病种医疗指标与费用指标相结合，将病种划分象限，确定在科室医疗服务收入(病种合计治疗费、日均治疗费或治疗费占比)与技术难度评价(手术患者占比、四级手术占比或CMI值)指标方面表现较好的优势病种，为下一步的病种结构调整明确方向。

1.2.3　病种结构调整预测模型　为直观反映病种结构调整对专科运营情况的影响，本研究尝试构建病种结构调整预测模型。首先，确定结局变量，用于反映专科运营管理情况，包括医疗服务收入、专科成本合计、治疗费占比、日均治疗费等费用指标，以及手术/四级手术占比、科室CMI值等医疗指标。其次，梳理影响以上结果指标的过程变量，如科室出院人次、实际占用总床日数、药品、耗材成本，模拟提升专科优势病种出院人次占比，观察科室工作负荷、耗材成本、药品成本等预测变量的变动情况，从而反映病种结构调整对科室医疗收入、成本补偿、手术/四级手术占比、科室CMI值等运营指标的影响。最后，形成医院专科运营管理分析体系，推动医疗资源合理化配置。

2　结果与分析

通过分析专科经济指标与病种结构，并对病种结构调整进行合理化预测，本研究形成涵盖科室经营情况现状分析、病种结构及优势病种分析、病种结构调整预测模型的专科运营管理分析体系，为医院实现提质增效提供对策与建议。以该院某手术科室(A科室)一区、二区为例，分析比较如下。

2.1　科室成本补偿情况

在住院医疗收入方面，A科室一区2022年全年住院医疗收入为

9 921.78万元，较二区高 3 824.5 万元，但其中医疗服务收入占比仅为18.64%，药品收入占比高达36.99%，收入结构明显劣于二区。

在资源利用效率方面，A科室一区的人均、床均以及每床日医疗收入均明显高于二区，但其中人均医疗服务收入却低于二区，床均及每床日医疗服务收入也与二区较为接近。同时，A科室一区病床使用率为94.25%，较A科室二区高出11.54个百分点，工作负荷相对较高。

在科室成本构成方面，A科室一区直接成本为8 107.47万元，较二区高出3 551.09万元，其中人员经费占比仅为18.94%，药品费用占比高达43.56%，成本结构相较于二区不合理，存在较大改进空间，见表1。

2.2　确立专科优势病种

在病种收治结构方面，A科室一区、二区2022年治疗费主要集中在3类疾病，分别为肝癌、胆管癌、结直肠癌、胰腺癌、胃癌、肝血管瘤等良恶性肿瘤，胆石症、肝局部结节增生等非肿瘤疾病，以及肿瘤化疗或免疫治疗患者。其中，肝癌、肝血管瘤等良恶性肿瘤与肝局部结节增生具有较高的日均治疗费、手术/四级手术占比及病种CMI值；胆石症具有较高的日均治疗费、治疗费占比以及手术占比，但四级手术占比与病种CMI值相对偏低；肿瘤化疗或免疫治疗患者在病种收益效率与技术难度评价两个方面，指标表现均相对较差。同时，A科室一区的费用、药品、耗材消耗指数均＞1，表明该区在治疗同类疾病过程中的总费用及药耗消耗情况均高于全省平均水平，费用结构亟需优化，见表2。

在病种结构象限分析中，以病种合计治疗费占全科治疗费的比例为横轴，四级手术占比为纵轴绘制散点图，以科室相关指标中位水平为界，将散点图划分为4个象限。处于第一象限的肝和肝内胆管恶性肿瘤属于专科明星病种，对科室治疗收入及技术难度评价均贡献较大；处于第二象限的其他恶性肿瘤、肝局部结节增生、肝血管瘤等属于成长期病种，具有较高的四级手术占比，目前受限于收治量，对治疗收入贡献较低，后续可作为病种收治结构调整方向，成长为专科明星病种；处于第三象限的肿瘤化疗或免疫治疗属于平台期病种，在科室治疗收入与技术难度评价两个方面均贡献较低，应适当减少住院收治量；处于第四象限的胆石症属于金牛病种，对技术难度评价贡献较低，但对治疗收入贡献较大，可有效调整科室收入结构，见图1。

2.3　病种结构调整预测模型应用

通过病种结构分析，本研究明确各病种对科室收益效率与技术难度评价的综合影响。在A科室一区现有的收治结构中，肿瘤化疗或免疫治疗患者出院人次占比为57.52%，较二区高16.69个百分点；肝和肝内胆管恶性肿瘤患者出院人次占比为13.60%，胆石症患者出院人次占比为7.61%，较二区分别低5.95个百分点、7.80个百分点。由于A科室一区专科明星、金牛病种出院人次占比较低，平台期病种收

表1　A科室一区、二区2022年全年医疗收入及成本情况

项目	类别	A科室一区		A科室二区		A科室合计	
		数值	占比/%	数值	占比/%	数值	占比/%
收支结构	住院医疗收入/万元	9 921.78		6 097.28		16 019.05	
	医疗服务收入/万元	1 849.75	18.64	1 602.86	26.29	3 452.62	21.55
	检查检验收入/万元	1 476.72	14.88	1 140.99	18.71	2 617.71	16.34
	卫生材料收入/万元	2 925.19	29.48	1 937.93	31.78	4 863.12	30.36
	药品收入/万元	3 670.11	36.99	1 415.49	23.22	5 085.60	31.75
	科室成本合计/万元	9 917.78		5 996.25		15 914.03	
	直接成本合计/万元	8 107.47	81.75	4 556.38	75.99	12 663.85	79.58
	间接成本合计/万元	1 810.31	18.25	1 439.88	24.01	3 250.18	20.42
资源利用效率	人均医疗收入/万元	230.74		203.24		219.44	
	其中:医疗服务收入/万元	43.02	18.64	53.43	26.29	47.30	21.55
	床均医疗收入/万元	211.10		129.73		170.42	
	其中:医疗服务收入/万元	39.36	18.64	34.10	26.29	36.73	21.55
	每床日医疗收入/元	6 136.68		4 297.19		5 276.89	
	其中:医疗服务收入/元	1 144.08	18.64	1 129.65	26.29	1 137.34	21.55
	病床使用率/%	94.25		82.71		88.48	
	实际开放总床日数	17 155		17 155		34 310	
	实际占用总床日数	16 168		14 189		30 357	
成本构成	直接成本合计/万元	8 107.47		4 556.38		12 663.85	
	人员经费/万元	1 535.53	18.94	1 191.22	26.14	2 726.74	21.53
	卫生材料费/万元	2 723.52	33.59	1 719.91	37.75	4 443.43	35.09
	药品费用/万元	3 531.60	43.56	1 363.05	29.92	4 894.65	38.65
	固定资产折旧/万元	90.52	1.12	87.62	1.92	178.14	1.41
	无形资产摊销/万元	0.19	0.00	0.19	0.00	0.38	0.00
	医疗风险基金/万元	3.02	0.04	1.85	0.04	4.87	0.04
	其他费用/万元	223.09	2.75	192.54	4.23	415.63	3.28
	间接成本合计/万元	1 810.31		1 439.88		3 250.18	

表2　A科室一区、二区2022年全年主流病种收治结构

序号	疾病名称	病区	合计治疗费/万元	日均治疗费/元	治疗费占比/%	手术占比/%	四级手术占比/%	CMI值	费用消耗指数	药品消耗指数	耗材消耗指数	平均住院日/d	出院人次占比/%
D1	肝和肝内胆管恶性肿瘤	一区	605.46	1 228.62	21.03	67.16	74.13	3.24	1.36	1.78	1.70	10.44	13.60
		二区	570.30	1 177.82	25.63	68.36	83.53	3.45	1.09	1.03	1.11	12.98	19.55
D2	胆石症	一区	274.40	1 995.62	30.39	78.41	13.04	1.87	1.23	0.99	2.18	5.21	7.61
		二区	325.38	1 780.96	39.59	89.12	5.73	1.64	1.17	0.70	1.79	6.21	15.41
D3	结、直肠恶性肿瘤	一区	160.13	1 267.88	21.86	86.96	88.75	3.63	1.56	1.65	2.47	13.73	2.65
		二区	36.10	1 337.21	26.36	84.21	93.75	3.87	1.21	0.90	1.43	14.21	1.00
D4	胰恶性肿瘤	一区	71.71	1 086.54	19.76	80.00	84.38	3.92	1.55	1.82	1.76	16.50	1.15
		二区	72.38	933.92	23.10	68.75	95.45	3.82	1.48	1.30	1.95	24.22	1.68
D5	肿瘤化疗或免疫治疗	一区	109.15	355.19	4.93	6.61	0.00	0.68	1.07	1.41	1.62	1.54	57.52
		二区	19.59	181.51	4.71	1.03	0.00	0.74	0.45	0.52	0.34	1.39	40.83
D6	肝外胆管恶性肿瘤	一区	55.64	883.10	16.72	53.66	68.18	3.18	1.59	1.94	2.03	15.37	1.18
		二区	59.72	855.61	18.51	65.38	94.12	3.52	1.97	1.49	3.10	26.85	1.36
D7	肝局部结节增生	一区	22.63	1 663.83	29.06	77.78	57.14	2.94	1.28	1.28	1.59	7.56	0.52
		二区	79.95	1 621.69	34.44	86.79	63.04	3.21	0.99	0.67	1.20	9.30	2.78
D8	肝血管瘤	一区	31.80	1 647.82	26.12	94.74	100.00	4.77	0.90	0.83	1.13	10.16	0.55
		二区	63.28	1 626.71	28.74	91.89	91.18	3.82	1.14	0.74	1.62	10.51	1.94
D9	法特壶腹恶性肿瘤	一区	31.72	1 013.32	18.04	73.33	100.00	4.25	1.82	2.54	2.23	20.87	0.43
		二区	47.32	944.57	22.86	77.78	100.00	4.30	1.67	2.02	2.14	27.83	0.94
D10	胃恶性肿瘤	一区	59.18	1 091.89	18.91	90.32	82.14	3.98	1.93	2.24	4.03	17.48	0.89
		二区	19.80	1 171.78	23.87	90.00	66.67	4.67	1.36	1.64	1.65	16.90	0.52
	合计	一区	1 902.24	1 084.64	18.29	32.91	47.81	1.55	1.27	1.63	2.05	5.05	100.00
		二区	1 597.47	1 133.52	25.89	43.76	50.78	1.92	0.93	0.88	1.22	7.39	100.00

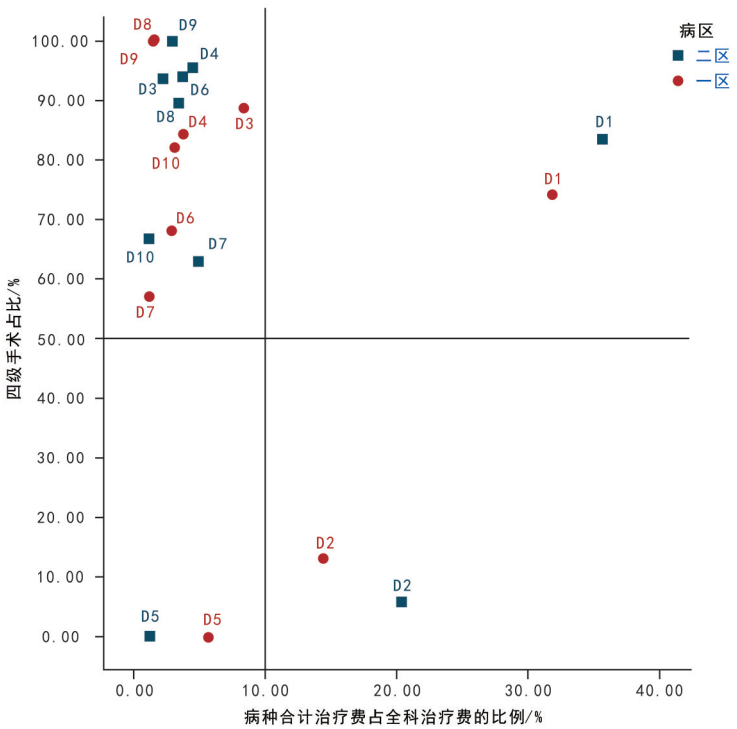


图1　A科室一区、二区2022年全年专科病种结构分析象限图

治量相对较大，使得一区的日均治疗费、治疗费占比、手术/四级手术占比以及科室CMI值等指标均低于二区，见表2。考虑到仅通过提高单一优势病种收治量来覆盖平台期病种减少量，与临床实际工作不符，故本研究选择“降低肿瘤化疗或免疫治疗出院人次占比、提高非肿瘤化疗和免疫治疗出院人次占比”的病种结构调整方式进行预测分析。

参照二区现有结构，A科室一区调整后的化疗患者出院人次占比降低至40%，腾出空间提高非化疗患者出院人次占比。同时，在现有床位配置条件下，将病床使用率下调至90%，适当减轻医护人员工作负荷。随着病种结构以及工作负荷的变化，A科室一区总成本将下降

537.87万元，医疗服务收入将增加39.59万元，病种治疗费占比将提升1.59个百分点，日均治疗费将提升6.46%，手术占比将提升10.61个百分点，四级手术占比将提升2.93个百分点，专科CMI值将提升22.58%，专科病种收益效率与技术难度评价均得到较大幅度提升，见表3。

3　讨论

3.1　精准化专科运营分析是实现运营管理精细化的前提条件

近年来，针对公立医院整体情况的绩效考核、经济运行综合评价[9-10]以及大型医用设备绩效评估[11]等方面，均有较高水平的研究。本研究围绕“业财融合”的运营管理理念，整合专科运营情况分析与医疗质量评价，尝试通过病种结构分析实现二者的融合。同时，借鉴企业经营管理中的波士顿矩阵分析法，将病种经济指标与医疗质量指标相结合，通过将病种划分象限确定自身功能定位，建立病种分类发展思路。此外，综合考虑病种结构调整对病区工作负荷以及药品、耗材等变动成本的影响，合理简化预测变量与结局指标之间的逻辑关联。在病种收益效率方面，将专科医疗服务收入、合计成本、治疗费占比、日均治疗费等指标与病种治疗费占比、日均治疗费、出院患者占用床日数以及药品费、耗材费占比相关联；在技术难度评价方面，将专科手术/四级手术占比、CMI值等指标与病种同类指标及出院人次、平均住院日相关联。这实现了仅通过调整病种收治例数即可显示专科医疗服务收入与技术能力评价指标变动情况的预测过程，具备一定科学性及合理性，可在基于技术难度与收益效率的病种分类管理措施中推广应用，为医院实现精细化运营管理奠定基础。

3.2　围绕病种进行监测评价是优化资源配置的有效手段

提升公立医院医疗资源使用效率的关键在于将专科业务作为发展重心，聚焦专科病种收治结构，以期实现“三个转变，三个提高”的发展要求。通过分析病种费用结构与医疗质量指标，将病种划分为专科明星病种、成长期病种、平台期病种以及金牛病种，形成“提升专科优势病种出院人次占比，减少平台期病种收治量”的发展思路，为临床科室及业务部门明确下一步工作重点提供依据。以A科室分析过程为例，通过对比一区、二区经济运行情况与医疗质量指标的差异，发现A科室一区存在医疗服务收入占比偏低、药品成本偏高，以及手术占比与CMI值偏低等情况。进一步分析原因可能为，A科室一区为提高病床

表3　A科室一区2022年全年病种结构调整预测分析

指标类别	具体指标	预测结果指标值	现有结果指标值
结果指标	医疗服务收入/万元	1 889.34	1 849.75
	专科成本合计/万元	9 379.91	9 917.78
	病种治疗费占比/%	19.88	18.29
	病种日均治疗费/元	1 154.72	1 084.64
	手术占比/%	43.52	32.91
	四级手术占比/%	50.74	47.81
	专科CMI值	1.90	1.55
过程指标	出院人次/人次	2 600	3 470
	平均住院日/d	6.47	5.05
	病床使用率/%	90.10	94.25
	实际开放总床日数	17 155	17 155
	实际占用总床日数	15 457	16 168
	耗材成本/万元	2 823.35	2 723.52
	耗材成本修订系数/%	30.99	28.58
	药品成本/万元	2 973.55	3 531.60
	药品成本修订系数/%	32.49	36.89
	间接成本/万元	1 730.67	1 810.31
	其他成本/万元	1 852.35	1 852.35
病种指标	非肿瘤化疗和免疫治疗		
	出院人次/人次	1 550	1 474
	平均住院日/d	9.81	9.81
	治疗费占比/%	21.91	21.91
	日均治疗费/元	1 239.61	1 239.61
	手术占比/%	68.52	68.52
	四级手术占比/%	54.06	54.06
	病种CMI值	2.68	2.68
	肿瘤化疗或免疫治疗		
	出院人次/人次	1 050	1 996
	平均住院日/d	1.54	1.54
	治疗费占比/%	4.93	4.93
	日均治疗费/元	355.19	355.19
	手术占比/%	6.61	6.61
	四级手术占比/%	0.00	0.00
	病种CMI值	0.68	0.68

使用率以及受医保结算政策影响，收治了较多主要进行药物治疗的肿瘤化疗或免疫治疗患者，未从专科业务发展角度调整病种收治结构。在明确原因后，医务、绩效、医保、信息等职能部门联合开展工作，加快医院日间化疗中心的平台建设与流程优化，将原有住院收治的肿瘤化疗或免疫治疗患者转往日间化疗中心，并通过申请门特结算的方式，解决患者医保报销问题，实现住院病种收治结构优化，提升医护人员人力资源价值与医疗资源利用效率。

3.3　病种结构调整预测分析在成本核算方面仍存在不足

在病种结构调整预测模型的构建过程中，本研究尝试形成专科病种结构与相关运营指标间的逻辑关联。其中，在医疗服务收入、手术占比以及专科CMI值等指标方面，逻辑链条较为清晰，预测结果相对准确，但在成本变动预测方面仍存在改进空间。本研究针对药品、耗材以及其他间接成本，采取以科室成本为基础的二级分摊法[12-13]，以病区实际占用总床日数为预测变量，以病种调节前后的药品费、耗材费占比作为成本修订系数，这在一定程度上反映了病种收治结构调整对专科成本的影响。但分析过程中采用的成本分摊方法及预测参数仍较为简单，无法准确反映病种结构改变对医护人力、检查检验、设备投入等其他成本变动的影响，需要在后续研究中逐步完善。

参考文献

[1] 国家卫生健康委员会.关于加强公立医院运营管理的指导意见[EB/OL].(2020-12-25)[2023-10-10].http://www.nhc.gov.cn/caiwusi/s7785t/202012/253d87a373194074b43ce57932b08e60.shtml.

[2] 国务院办公厅.关于推动公立医院高质量发展的意见[EB/OL].(2021-05-14)[2023-10-10].https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5618942.htm.

[3] 李　玲,江　宇.如何实现公立医院高质量发展[J].中国党政干部论坛,2021(5):71-74.

[4] 江蒙喜,甘　戈.公立医院高质量发展的要素研究[J].卫生经济研究,2021,38(7):8-11.

[5] 江蒙喜.构建促医院专科高质量发展的运营管理绩效体系的思考[J].中国卫生经济,2021,40(5):68-71.

[6] 江蒙喜,甘　戈.基于病种的公立医院提升专科运行效率效益研究[J].卫生经济研究,2021,38(8):32-34.

[7] 王　双.波士顿矩阵的运用[J].企业改革与管理,2001(8):30-31.

[8] 金　彦,李奕璋,郑　建.基于波士顿矩阵的医院绩效管理策略分析[J].重庆医学,2018,47(15):2098-2100.

[9] 王力男,杨　燕,王　瑾,等.公立医院经济运行综合评价指标体系构建[J].中国卫生资源,2020,23(3):217-221,227.

[10] 何珮莹,崇梓乔,陶　静,等.上海市二级公立医院经济运营评价指标体系构建[J].中国卫生资源,2022,25(6):807-812.

[11] 唐　峰,舒　蝶,董　圆,等.大型医用设备绩效评估指标体系构建[J].中国卫生资源,2022,25(6):813-818.

[12] 宋　雄,刘雅娟.基于DRGs的病种成本核算方法比较研究[J].中国医院,2020,24(5):5-8.

[13] 夏　军.时间驱动作业成本法与RBRVS结合用于医院项目成本核算的研究[J].中国卫生质量管理,2019,26(2):113-116.

通信作者：
胡跃军：中山大学孙逸仙纪念医院绩效管理科科长
E-mail:yuejun@126.com

收稿日期：2023-11-02
修回日期：2023-12-29
责任编辑：黄海凤

关于加强公立医院运营管理的指导意见

运营管理的重点任务：一是明确管理范畴。包括：优化资源配置，加强财务管理，加强资产管理，加强后勤管理，加强临床、医技、医辅科室运营指导，强化业务管理与经济管理相融合，强化运营风险防控，加强内部绩效考核，推进运营管理信息化建设。二是优化管理流程。包括：梳理运营流程，评价运营流程，优化运营流程，推进流程管理标准化和信息化。三是强化信息支撑。包括：建立运营管理系统和数据中心，实现资源全流程管理；促进互联互通，实现业务系统与运营系统融合；利用数据分析技术，构建运营数据仓库。四是提高决策质量。包括：建立决策分析体系，推进决策分析一体化平台建设，加强分析结果应用。

具体内容请扫描二维码查阅。

来源：国家卫生健康委官网