



基于管理控制理论的 DRG 收付费管理模式创新: 以某三甲专科医院为例

——王小翠¹ 韩秋诗² 林羽萱¹ 冯丹¹

【摘要】 针对医保基金监管与成本控制的现实挑战,某三甲专科医院运用管理控制理论,从控制环境、控制过程和信息沟通三个维度构建 DRG 收付费改革管理框架,内容包括:明确组织结构,制订制度和设定目标;分解目标,确立控制标准,进行差异分析与考核评价;建设信息系统,进行数据治理与协同管理。实践后,该院在质量与成本、职能与业务的动态平衡中,实现了医疗服务能力与运营效率协同提升,优化了医疗服务收支结构,促进了管理效能的全面提升。

【关键词】 管理控制理论;DRG 收付费;专科医院

中图分类号:R197.3

文献标识码:B

Innovation in DRG Payment Management Model Based on Management Control Theory: a Case Study of a Specialized Hospital/WANG Xiaocui, HAN Qiushi, LIN Yuxuan, et al. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(11):07-11

Abstract In response to the practical challenges of medical insurance fund supervision and cost control, a tertiary specialized hospital applied management control theory to construct a management framework for the DRG payment reform from three dimensions: control environment, control process, and information communication. The practical measures included: establishing an organizational structure, formulating systems, and setting goals; decomposing goals, establishing control standards, conducting variance analysis and performance evaluation; and developing an information system for data governance and collaborative management. After implementation, the hospital achieved a synergistic improvement in medical service capacity and operational efficiency within the dynamic balance of quality and cost, as well as functions and operations. This optimized the revenue and expenditure structure of medical services and promoted an overall enhancement in management effectiveness.

Key words Management Control Theory; DRG Payment; Specialized Hospital

First-author's address Mengchao Hepatobiliary Hospital, Fujian Medical University, Fuzhou, Fujian, 350007, China

2017年6月,原国家卫生计生委办公厅印发的《关于开展按疾病诊断相关分组收付费改革试点工作的通知》(国卫办财务函〔2017〕603号)提出,在三明市、深圳市、克拉玛依市以及福建省的3所医疗机构开展C-DRG收付费改革试点工作。这种将患者按照疾病严重程度、治疗方法复杂程度以及资源消耗程度进行分组,以组为单位定价打包支

付的方式,打破了医院传统的后付费制度,使医院面临医保基金的综合性监管和成本管控双重压力,倒逼医院强化运营管理^[1]。福建医科大学孟超肝胆医院是一所集医疗、教学、科研和新技术研发于一体的三甲专科医院,连续6年在市属医院绩效考核中位居第一,是福建省第三批DRG收付费改革试点医院,于2022年9月开始执行C-DRG

收付费制度。该院应用管理控制理论,系统推进DRG政策落实,经过两年实践,探索出DRG收付费改革下的专科医院管理模式。

1 理论基础

管理控制系统的实现组织战略目标的重要理论,哈佛商学院Robert

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.11.02

1 福建医科大学孟超肝胆医院 福建 福州 350007

2 福州大学经济与管理学院 福建 福州 350007

N. Anthony 将之定义为“管理者影响组织中其他成员以实现组织战略的过程”,并形成了内部管理控制系统框架,涉及的控制要素从计量、评估、执行和沟通四要素逐渐拓展到十要素^[2],但基本构成因素分为控制环境、控制过程和信息沟通三大类。管理控制理论涵盖了医院管理的关键要素和具体路径,为该院适应 DRG 收付费改革,提高医院精细化管理水平提供了指导。

2 具体实践

该院以公益性为本质属性,把推进 DRG 收付费制度落实融入医院长期发展战略,推动医院向高效、可持续的发展路径转型,在保障医疗质量与安全的基础上,实现经济效益与社会效益的双提升^[3]。通过借鉴管理控制理论,从控制环境、控制过程和信息沟通三方面构建管理框架,见图 1。

2.1 控制环境

2.1.1 组织结构

该院将医保管理架构分为战略层、职能层和执行层,确保战略目标精准落地,各项任务能够顺利分配至相应责任部门。成立 DRG 工作领导小组,由院长、分管院领导及相关职能科室负责人组成,下设办公室,负责制订 DRG 相关决策。同时,组建数据维护、病案首页管理、费用控制研究和评价运用等细化小组,各小组由信息科、医保办、病案室、物价科及各临床科室等相关部门协同运作,负责具体 DRG 工作的实施。DRG 工作组织架构见图 2。

2.1.2 制度设计

该院结合国家规范、福建省医保支付管理要求和医院实际,制订《疾

病诊断相关分组(DRG)收付费改革实施工作方案》,并将之作为院内 DRG 收付费改革的指导性文件。该方案对工作目标、组织领导、工作职责、工作内容、风险防控和保障措施等作出了总体部署。在此基础上,制订《医保就医管理制度》,从医疗服务准则、身份核验、特殊病种审核、就诊记录、处方、诊疗服务、入出院、DRG 和按病种收付费等 19 个模块规范医保患者就医流程,确保医保政策精准执行。在强化监管效能方面,该院制订《医疗保障基金使用监督管理办法》,在规范医疗服务行为、加强医保管理、严格医保基金监管、落实主体责任以及提升监管效率等方面发挥着重要作用。同时,由医保办牵头,组织物价科、医务科等职能科室及临床、医技科室针对不同监管重点逐条开展自查,实施院内《自查自纠整治工作方案》,要求对自查中发现的问题及时整改,确保各项政策与规定得到有效落实。

2.1.3 目标设定

医疗质量是医院生存与发展的基石,适应支付方式改革必须以保障医疗质量安全为前提^[4]。该院以施行 DRG 收付费制度为契机,推进“同病同治,同质管理”,通过对医疗

流程、操作规范、病历记录等的统一要求,优化临床路径,确保医疗服务的一致性和高效性,助力该院建立科学、规范的管理体系,促进医疗资源的合理配置和高效利用,实现经济效益、社会效益和生态效益的协调发展。

2.2 控制过程

2.2.1 目标分解

该院以 DRG 收付费上线时间为分界点,将总体目标划分为阶段性任务,并进行了细化分解。在 DRG 收付费上线之前,着重提升 DRG 制度的普及率,通过全院培训与临床查房相结合的方式,实现 DRG 制度知晓率全员覆盖;强化病案首页质量管理,确保上传数据的准确性、完整性和规范性达 100%;优化患者分组流程,将 DRG 入组率提升至 90% 以上。在 DRG 收付费上线后,通过动态优化分组规则与临床路径标准,使 DRG 入组率稳定在 95% 以上;将病案结算率提升至 80%,有效保障医疗服务的连续性与经济性。

2.2.2 控制标准

(1) 迭代院内临床路径。精确的成本数据对于优化临床路径至关

控制环境			控制过程					信息沟通							
组织结构	制度设计	目标设定	目标分解	控制标准		差异分析	考核评价	系统建设	数据治理	信息协同					
战略层	制订相关制度	医疗流程操作规范病历记录	上线前目标	上线后目标	迭代临床路径	规范化培训与交流	智能稽核	医保申诉	医保查房	专项绩效考核	结对子考核	系统适应性改造	建立知识库	医保专员制度	医保轮转制度

图 1 样本医院 DRG 收付费管理控制框架

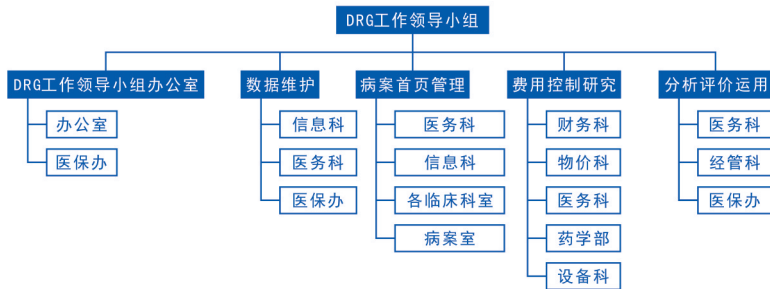


图 2 样本医院 DRG 工作组织架构

重要,而效益显著的临床路径又能反过来强化成本管控的效能^[5]。该院三次升级迭代临床路径版本,使临床路径更精准,重点调整住院前期(1~6 天)长期医嘱中的非必要检查、治疗项目;多学科联合共同分析,采用效果相同但成本更低的医疗服务项目,关注治疗结构调整。例如,利用中医药适宜技术和设备的成本优势开展中西医协同诊疗项目。一方面,在复杂疾病管理中,中医药通过多靶点调节作用机制,能够有效减轻化学合成药物引发的肝肾毒性、胃肠反应等副作用,在肿瘤、慢性病管理中引入中医药方案可有效降低成本,提升治疗依从性。另一方面,相较于西医领域依赖高精度传感器与算法支持的 MRI、CT 等大型设备,中医诊疗器械(如针灸模拟器、拔罐器具、康复训练设备等)呈现技术难度低、生产制造复杂度低、设备购置成本低等特点,临床疗效经过循证医学研究验证,在疼痛管理、功能康复等领域具有确切疗效优势。

(2)规范病案首页及医保结算清单填写。该院常态化开展病案首页及医保清单填写培训,引入多学科会诊机制,形成诊疗数据协同审核模式,质控部门同步实施主要诊断、其他诊断及临床入组路径的复核,并将病案首页与医保清单填写准确率纳入科室绩效考核,通过多学科协同质控,严格把关病历书写规范性。此外,该院上线 DRG 监测系统,在严格执行国家 DRG 核心评价指标基础上,增设覆盖医疗全周期的入院、治疗和出院的动态监测指标,通过智能预警、过程干预、结果反馈的闭环管理实现医疗质量精细化管理。

(3)系统化培训与交流。该院组织一系列 DRG 政策与实操的培训交流活动,以提升全院职工对医

保政策的知晓率。为减少医患纠纷,医院积极宣传防控策略,将 DRG 宣传手册纳入入院宣教,在门诊各楼层诊室大厅、电梯间等流动性强的场所开展 DRG 政策的普及工作,促进和谐医患关系的构建^[6]。

2.2.3 差异分析

(1)智能稽核机制。在信息系统中嵌入稽核规则,实现智能稽核,保障医疗质量。医生在开立门诊或住院医嘱时,系统会自动调用国家、省级及医院自身等集成的知识库规则引擎,自动化采集、判断,对风险疑点进行“轻度可疑”“高度可疑”和“明确违规”三级阻断式弹窗提示,医生需要处理完所有疑点才能保存医嘱;医生开具出院医嘱,护士执行出科时,系统会触发稽核患者所有费用,调用规则引擎稽核,医生、护士需处理完疑点后,患者方可进行出科、出院;系统自动保存稽核疑点清单,支持查看违规项目、患者稽核疑点及就诊详情等。预审流程图见图 3。

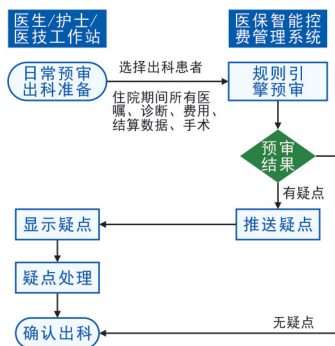


图 3 样本医院 DRG 收付费管理智能预审流程

(2)医保申诉机制。该院每月发布医保稽核情况月度简报,分析省市医保稽核项目及扣款概况,将稽核扣款金额与智能审核系统内的医生不遵从提醒条目相匹配,对医疗服务、药品、耗材等稽核违规原因进行深入剖析,违规费用将追责至个人,相关医务人员通过上传申诉材料可进行医保申诉,并由医院集

中向医保部门反馈,根据终审情况提出整改措施。

(3)医保查房制度。作为医保政策执行监督的重要一环^[7],医院定期实施医保查房,对各科室医保政策执行情况进行检查,及时发现问题并立即整改,确保医保政策执行到位。

2.2.4 考核评价

(1)临床 DRG 专项绩效考核。该院对 DRG 工作进行专项考核,月度考核重点为医疗质量、违规稽核情况及 DRG 结算差额;季度考核指标重点关注医保稽核违规行为,如超适应证、超医保支付范围、重复检查等,医保稽核一例扣 0.2 分;年度考核从贯彻医保政策、医保电子凭证结算率、DRG 病种覆盖率和 DRG 医保基金覆盖率等方面展开评价。

(2)职能科室与临床结对子考核。该院通过职能部门与业务部门结对子,职能科室转型为临床业务的“智库中枢”与“协调枢纽”,既发挥专业优势为临床提供运营指导等精准服务,又针对复杂问题启动跨部门联动机制,有效减轻了临床非核心业务负担。为强化管理效能,该院将结对临床科室的床均业务量纳入职能科室考核指标,确保管理目标与医疗产出一致;同时设立重点医保指标达标奖励池,对控费成效显著的科室实施专项绩效激励,推动职能科室从被动响应向主动赋能转型。

2.3 信息沟通

2.3.1 系统建设

该院对信息系统架构与业务流程进行适应性改造,以更好地适应医保支付制度改革,要求具备病案和医保结算清单管理、医保支付规则应用、费用结算等功能,以实现诊疗信息与支付规则的自动匹配,并

建立病案和医保结算清单质量监控和评估机制,定期对信息的准确性、完整性进行监测和评估^[8]。建立智能监控系统,实时监控 DRG 实施过程中的异常情况,对患者住院期间的诊断情况进行入组预测分析,辅助制订或修正诊疗方案。

2.3.2 数据治理

该院的数据治理体系以医保结算、支撑决策和过程管控为核心要点。医保结算清单包含患者从入院到出院结算的 190 多项数据^[9],是 DRG 分组和申请医保费用结算的主要依据。该院梳理全部指标,明确数据管理责任,建立基于诊疗项目、医用耗材、药品信息及对应规则的知识库,规范数据来源和口径,为后期挖掘数据价值奠定基础。

2.3.3 信息协同

为了全面打通信息流通中的阻点,该院以项目化方式推进医保管理工作,确保定期反馈机制的有效运行,除日常沟通协调和通报外,还建立了医保专员制度和医保轮转制度,以此促进信息共享和业务协同的深度融合。(1)医保专员制度。该院在各临床科室设置专职医保管理岗,实行科主任与医保办双向共管机制。医保专员承担多重角色:一是医保政策落地的督导员,负责将医保协议条款转化为临床操作规范;二是质控检查的协查员,全程参与专项检查并提供专业临床解读;三是问题整改的联络员,专项对接医保稽核反馈并督导整改实施;四是政策宣贯的培训员,定期为科室开展医保新规解读与合规操作培训。(2)医保轮转制度。该院建立了医保轮转制度,针对医保稽核中暴露的问题实施阶梯式干预策略。对于首次发生扣分问题的医师,启动一级干预,按比例扣减绩效;若同类问题再次发生,则触发二级干

预,要求进入医保办进行轮转学习,通过跟岗医保审核、参与病例评审等沉浸式培训,深度掌握医保政策与合规操作标准。

3 管理成效

该院自 2022 年 9 月试点实施 DRG 收付费方式,并逐步构建 DRG 管理体系。施行 DRG 后,入组成功率达 97.75%,DRG 结算率达 82.76%,通过对比 2024 年前三季度与 2023 年同期数据发现,运行成效显著。

(1)医疗服务能力和效率双提升。2024 年前三季度数据显示,出院人次同比增长 19%,手术患者占比及 CMI 值双攀升,时间消耗指数、平均住院日及死亡率三项关键效率指标均有所改善,且 I 类切口手术部位感染率与低风险组病例死亡率均保持为 0。该院通过精细化运营管理,推进医疗质量、服务效率与安全保障的协同发展。具体指标情况见表 1。

(2)医疗服务收支结构变化趋势符合医院高质量发展要求。该院作为省内肝病医联体牵头单位和传染病诊疗中心,主要承担肝病、感染病急重症及复杂病例的诊治工作。近年来,该院精准定位三甲专科医院功能,持续优化病种结构,形成以肝硬化、肝癌等重大疾病为主的诊疗格局。2024 年前三季度运营数据与 2023 年同期比较(表 1)显示:医疗服务能级实现量质双升,出院患者手术占比提升 1.37 个百分点,CMI 值较 2023 年同期增长 10%;在平均住院日缩短 0.11 d 的情况下,患者次均住院费用呈现 8.75% 的结构增长。

(3)经济效益增长。医保支付方式改革重塑了医疗机构的经济运行模式,尽管这种支付方式转型将传统按项目付费时期的成本控制压力内生化为医疗机构运营体系,但该院通过不断创新其管理模式,建立医保、临床与运营协同机制,实现了从被动控费到价值管理的适应性演化。2024 年前三季度与 2023 年

表 1 样本医院 DRG 收付费方式实施后 2023 年和 2024 年前三季度数据对比

维度	指标	2023 年 1月-9月	2024 年 1月-9月
收入结构	医疗服务性收入占比/%	29.41	32.74
	药品收入占比/%	28.69	29.42
	卫生材料收入占比/%	9.78	8.51
	检查收入占比/%	14.48	14.02
	检验收入占比/%	17.64	15.31
	次均住院费用/万元	1.60	1.74
医疗服务	出院人数/人次	20 639	24 558
	出院患者手术占比/%	14.21	15.58
	时间消耗指数	1.34	1.26
	平均住院日/d	10.35	10.24
	CMI	1.11	1.22
	DRG 组数/组	311	330
	I 类切口手术部位感染率/%	0	0
	低风险组病例死亡率/%	0	0
	死亡率/%	0.25	0.22

注:数据统计范围覆盖医保统筹、大病保险、医疗救助、自费支付等多层次保障人群。

同期数据比较发现,该院住院收入增长 24%,DRG 结算差额同步增长 23%,医疗盈余增长率达 47%;从收入结构来看(表 1),医疗服务性收入占比提高 3.33 个百分点,检查和检验收入占比降低 2.79 百分点,逐步向更加重视医疗服务内在价值的方向转型。

4 讨论

在 DRG 收付费运行过程中,医保基金监管也在持续升级,面对“全覆盖、无死角”的监管和控费压力,一些医院收治患者可能从“过度医疗”转变为“医疗不足”,甚至发生推诿患者的情况^[10]。福建医科大学孟超肝胆医院通过强化运营管理,保障了患者权益,促进了医院高质量发展。该院管控成效主要得益于以下两点:第一,管理思维的革新。该院充分发挥“人”在运营管理中的重要作用,在推进医院管理模式转型过程中,建立系统思维模式,重视医院内部各个部门和流程之间的相互影响,落实从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”的转变。第二,两个关系的平衡。一是平衡质量与成本的关系。DRG 运营管理的核心在于提高医疗服务的质量与效率,该院通过提高医疗服务水平和内部协同能力,确保患者安全有效地接受治疗。二是平衡职能与业务的关系。该院重视职能科室在政策引导、监督调控及服务协同等方面的支撑作用,协助临床科室明确政策要求,识别短板,并通过多部门合作,就难点问题与医保主管部门沟通,使临床科室能够专注于医疗服务本身。

2025 年 1 月,该院正式启动 DRG 支付体系迭代工程,逐步进行

从 C-DRG 向 CHS-DRG 的转换。鉴于医院前期培训体系、病案编码数据库及运营分析模型均基于 C-DRG 框架构建,新旧体系的转换需通过系统性策略应对迭代磨合期,确保医疗质量、运营效率与医保合规的协同优化。此外,该院肝病诊疗项目与国际接轨,肝病手术量在全省名列前茅,三、四级手术占比达 90% 以上。然而,由于专科疾病诊疗的特殊性,该院收治的疑难危重患者比例偏高,药品耗材占比相对较大,从而使医疗服务性收入占比提升难度大。为灵活适应发展变化,进一步提升管理效能,改进措施如下:

首先,明确核心目标,实现精细化管理。医院需确立核心目标,探索并创新管理模式,持续优化临床路径和病种结构。通过目标分解、控制标准制订、差异分析纠正和考核评价等手段,实施精细化管理,确保改革目标的顺利达成。其次,用好两类工具,助力管理水平提升。一是信息化工具,强化 DRG 信息系统和智能监控系统,提高数据质量和分析能力,为管理决策提供更加精准的数据支持;二是绩效考核工具,设计合理的绩效考核方案,清晰界定考核周期、方式及评估准则,并将医保绩效考核指标整合到医院绩效评价体系中,辅以专项绩效奖励机制,以充分调动医护人员积极性^[11]。最后,把握三个要点,确保改革成效。一是医保支付额管理,医院所提交的病案信息要与支付规则相符,以确保医保支付的合规性;二是优化成本结构,医院应通过临床路径,跟踪业务科室药品耗材使用情况,探索是否存在可压缩空间,以降低医疗成本;三是强化过程管控,临床科室应严格管控个案的医疗质

量和治疗成本,信息科则需提供必要的技术支持,确保医疗过程的顺畅和高效。

参考文献

- [1] 秦伟娜. DRG 付费下医院业财融合智慧成本管理体系构建[J]. 财会通讯, 2023(10):171-176.
- [2] 张先治,马嘉应. 构建内部管理控制系统的基本要素[J]. 新理财, 2004(3):45.
- [3] 郑丽敏,陈新平,林镇江. 福建省 DRG 改革实践与探索[J]. 中国总会计师, 2023(3):130-134.
- [4] 王晓奕,洪乃坤,陈寒杰,等. 基于价值医疗理念的公立医院 DRG 运营管理策略实证研究[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(11):25-29.
- [5] 李及第,李敏,宫春博. 基于间断时间序列分析的三明市公立医院 DRG 改革效果的综合评估[J]. 中国卫生经济, 2024, 38(4):1-5.
- [6] 魏宏. C-DRG 改革对医院和医生行为的影响探索[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1):60-62.
- [7] 何琼,刘晨红. DRG 支付改革形势下的医疗服务行为持续改进[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(8):68-74.
- [8] 赖莎,周忠良,张小龙,等. 非计划再住院的界定与控制策略[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(7):41-45.
- [9] 黄锋,张艳丽. 面向 DRG 支付的医院信息化需求与建设策略[J]. 中国数字医学, 2023, 18(2):1-6, 11.
- [10] 戴遥,卓丽军,李浩,等. DRG 支付下基于全过程管理的医疗服务质量研究[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(1):41-45.
- [11] 姚月宁,鲍伟,董四平,等. 基于适宜技术理论的双 DRG 绩效管理模式的探索[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(4):73-77.

通信作者:

冯丹:福建医科大学孟超肝胆医院党委委员、总会计师

E-mail:809959204@qq.com

收稿日期:2024-12-05

修回日期:2025-04-27

本文编辑:黄海凤