



C-DRG 收付费一体化改革背景下的成本核算研究

——李城斌¹ 刘丽云¹ 廖冬平² 陈火旺¹

【摘要】 C-DRG 收付费一体化改革通过成本的透明化和付费方式的科学化,能够引导公立医院医保控费,降低医疗成本,提高运行效率。三明市第二医院通过合理选择 DRG 成本核算方法,自主研发 DRG 成本核算软件,开展 DRG 成本核算,从全院全局性、科室单元性、病组个体性三个维度,采用波士顿矩阵法、综合分析法、箱型图法、举例法等对医院 DRG 成本核算结果进行深入分析,并采取针对性成本控制策略,提高了精细化管理水平,降低了医疗服务成本和患者医疗费用,使医保、医院、医生和患者多方受益。

【关键词】 C-DRG; 成本核算; 三明市; 医疗机构; 收付费一体化改革

中图分类号:R197.323

文献标识码:B

Research on Cost Accounting under the Background of Integrated Reform of C-DRG Charge and Payment System/LI Chengbin, LIU Liyun, LIAO Dongping, et al.//Chinese Health Quality Management, 2025, 32(11): 17-21, 31

Abstract The integrated reform of C-DRG charge and payment in terms of cost transparency and scientific payment methods can guide public hospitals in controlling medical insurance expenses, reducing healthcare costs, and enhancing operational efficiency. Sanming Second Hospital achieved this by reasonably selecting DRG cost accounting methods, independently developing DRG cost accounting software, and conducting DRG cost accounting. The hospital conducted in-depth analyses of its DRG cost accounting results from three perspectives: the overall hospital level, departmental level, and individual disease group level, utilizing approaches such as the Boston matrix method, comprehensive analysis method, box plot method, and illustrative examples. By implementing targeted cost control strategies, the hospital improved its level of refined management, reduced healthcare service costs and patients' medical expenses, and delivered benefits to multiple stakeholders, including medical insurance, hospitals, doctors, and patients.

Key words C-DRG; Cost Accounting; Sanming City; Medical Institutions; Integrated Reform of Charge and Payment

First-author's address Sanming Second Hospital, Sanming, Fujian, 366000, China

2017年6月,原国家卫生计生委办公厅下发《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)文件,将三明市和克拉玛依市、深圳市作为首批试点城市,推行C-DRG收付费改革。三明市从2018年起正式在全市二级以上公立医院实行C-DRG收付费一体化改革。C-DRG收付费一体化改革指医保“双打包”制度改革,即医保基金包干和C-DRG包

干一体化。医保基金在县域统筹区内遵循“总额包干、超支不补、结余留用”的原则,按人头年度打包支付给医院^[1];C-DRG在三明市统筹区内按定额标准打包,实际出院费用以C-DRG分组收费标准为基数(实际出院费用低于收费标准的,患者以实际出院费用为基数),在医保和患者按照固定比例结算补偿后,产生的结算盈余归医院所有,产生的结算亏损由医院承担。三明市C-DRG收付

费一体化改革通过成本的透明化和付费方式的科学化,实现了医保控费、医院成本控制和患者负担减轻的目标。

为了推进C-DRG收付费一体化改革,促进医院降低运行成本,提高医保基金使用效率,三明市从2023年开始将医疗机构的DRG成本核算或病种成本核算情况纳入书记(院长)及总会计师年薪制考核体系,在二级指标“成本核算”考核要

求中,明确正向激励与负向约束条款,以促进医疗机构重视病种(组)成本核算工作。本研究以三明市第二医院为例,分析 C-DRG 收付费一体化改革背景下成本核算方法、实施步骤和结果分析方法,并针对性制订 DRG 成本管控策略,以期为其他地区公立医院医保支付改革下成本核算提供参考。

1 样本医院 C-DRG 收付费一体化改革情况

由三明市第二医院、永安市立医院、永安市中医医院、15 个基层卫生院和 155 个村卫生所组成县域紧密型医共体,三明市第二医院作为牵头医院,是福建省省级区域医疗中心建设单位。作为深度参与三明医改的公立医疗机构,三明市第二医院 2018 年积极响应 C-DRG 收付费一体化改革,先后制定了《三明市第二医院 C-DRG 收付费改革实施方案》《三明市第二医院 C-DRG 考核方案》《三明市第二医院 C-DRG 及医保包干执行奖励方案》《三明市第二医院医保基金使用监管工作制度》《三明市第二医院全成本管理制度》等一系列管理制度,建立 C-DRG 收付费改革绩效激励机制,并持续改进优化管理措施。2023 年该院自主探索研发核算软件,成功实施了 C-DRG 病组成本核算并取得显著成效。

2 C-DRG 病组成本核算方法与实施步骤

2.1 核算方法

2021 年 11 月财政部印发的《关于印发事业单位成本核算具体指引——公立医院的通知》(财会〔2021〕26 号),明确了 DRG 成本核算方法主

要包括项目叠加法(即自下而上法)、服务单元叠加法(即成本收入法)及参数分配法(即自上而下法)。项目叠加法以医疗服务项目成本为基础计算 DRG 组成本;服务单元叠加法以服务单元的收入和成本为基础计算 DRG 组成本;参数分配法以成本核算单元成本为基础计算 DRG 组成本。

项目叠加法对医院信息系统及内部管理水平要求较高,工作量和操作难度较大;服务单元叠加法在成本费用比确定方面需要可靠的核算数据作支撑,需要根据实际情况及时调整,目前国内尚未得到广泛应用;参数分配法是一种通过选择关键参数(如工作量、耗时、资源消耗量等)将间接成本合理分摊到不同 DRG 组的方法,其核心是通过量化指标实现成本的精准分配,确保核算结果更贴近实际资源消耗,且可操作性较强,可以充分利用科室成本核算成果^[2]。对比三种方法优缺点,结合医院信息化建设情况,样本医院采用参数分配法进行 DRG 成本核算。

2.2 实施步骤

2.2.1 成立 DRG 核算管理组织

根据 C-DRG 病组成本核算工作要求,成立病组成本管理组织。由院长、总会计师、分管院领导组成 DRG 成本核算管理领导小组,下设 DRG 成本核算管理办公室,财务科、价格管理科、信息科、医务部、护理部、医保办、质控科、病案室、医学装备部、药学部等负责人及各临床科室运营助理员为成员。DRG 成本核算管理领导小组负责制订医院 DRG 成本管理制度,确立 DRG 成本管控方案,建立 DRG 成本管理激励约束机制。DRG 成本核算管理办公室负责制订医院 DRG 成本管理工作制度,落实领导小组的 DRG 成本控制方案,协调各成员部门执行 DRG 成

本核算相关工作。样本医院 DRG 成本核算管理组织架构见图 1。

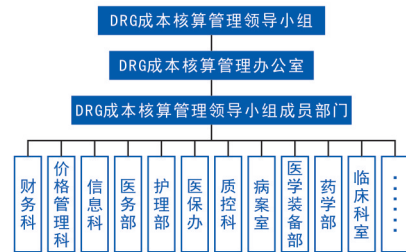


图 1 样本医院 DRG 成本核算管理组织架构

2.2.2 DRG 成本核算流程

根据《公立医院成本核算规范》《事业单位成本核算具体指引——公立医院》中 DRG 成本核算原理,组织人员研究信息化方案,自主研发 DRG 成本核算软件。该软件以病种组为核算对象,按照完全成本法流程(即采用阶梯三级分摊法形成科室全成本)和参数分配法归集相关费用,计算病种组成本。科室全成本核算对象包括临床、医技、行政管理及后勤保障等科室,其中临床科室细分到门诊和住院病区^[3]。DRG 组成本包括患者从入院、接受诊疗、最终达到临床疗效而出院整个过程中所发生的人力、设备折旧、管理费用等各项间接成本以及药品、医用耗材等各项直接成本。具体流程(图 2)为:(1)统计每名患者的计费药品、卫生材料费用,形成每名患者的药耗成本;(2)将成本核算单位的全成本剔除所有计入患者的计费药品、卫生材料费用后,采用住院天数作为分配参数分摊到每名患者;(3)将步骤 1 和步骤 2 成本累加形成每名患者的 DRG 组成本;(4)将每名患者归入相应的 DRG 组,然后将组内每名患者的成本累加形成 DRG 组总成本,采用平均法计算 DRG 组单位成本。其中,DRG 组总成本 = \sum 该 DRG 组每名患者成本;某 DRG 组单位成本 = 该 DRG 组总

成本 ÷ 该 DRG 组出院患者总数。

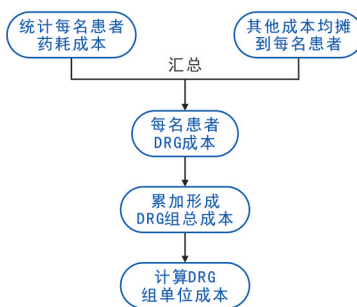


图2 样本医院 DRG 病种成本核算流程

2.3 C-DRG 病组成本核算结果分析与成本控制

样本医院 2024 年通过 C-DRG 成本核算软件生成 580 个病组成本数据,剔除未出院结算或未能对对应定额标准的 143 个病组后,有核算分析价值的病组共 437 个。本研究基于 437 个病组成本数据,从全院全局性 DRG 组盈亏、科室单元性病种盈亏、病组个体性成本数据特征等三个维度对成本核算结果进行分析与成本控制。

2.3.1 基于全院全局性的 DRG 组盈亏四象限分析与成本控制

样本医院 2024 年 DRG 病组成本与 C-DRG 支付标准进行对比发现较大亏损,实际上医院按 C-DRG 收付费方式结算,即患者出院实际费用与 DRG 支付标准对减,亏损病组 121 个,亏损金额 480.96 万元;盈余病组 316 个,盈余 5 574.34 万元。

在未实施 DRG 成本核算之前,虽通过出院患者实际费用与 DRG 支付标准差额反映了病组盈亏情况,但这种表面上的盈亏不是建立在完全成本基础上的,用于医院运营管理决策依据不够充分。通过 DRG 核算成本,样本医院采用波士顿矩阵分析,为医院 DRG 成本核算与成本控制提供了管理路径。

将 DRG 支付标准与 DRG 成本的差额“实际盈亏”作为横轴,将

DRG 支付标准与实际出院费用的差额“表面盈亏”作为纵轴,分为表盈实盈(第一象限)、表盈实亏(第二象限)、表亏实亏(第三象限)、表亏实盈(第四象限)^[4],如图 3 所示。对处在不同象限的 DRG 病组采取不同的应对策略,见表 1。

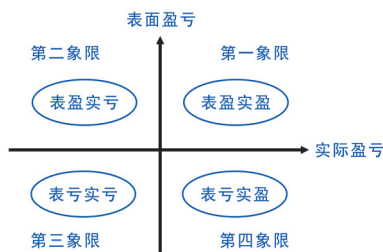


图3 样本医院 DRG 成本核算四象限分析

2.3.2 基于科室单元性病种盈亏综合分析成本控制

样本医院以业财融合为指导思想,加大宣传培训力度,提高医务人员对 DRG 收付费改革的认识,将财务工作与临床业务工作紧密结合,从盈亏核算角度,加强相关培训,使广大医务人员理解 DRG 成本核算的运作流程,从而增强财务管理意识^[5],促进提质、降本、增效。样本医院运营管理部针对每个临床科室制订个性化 DRG 成本管理方案。

表1 样本医院 DRG 病种成本四象限分析与应对策略

象限	特征	管理重点	应对策略
第一象限 (表盈实盈)	支付标准既高于实际成本,又高于实际出院费用,医院实际盈利且费用控制良好	巩固优势,防范潜在风险	(1)推广最佳实践。总结该病组的成本控制路径(如标准化诊疗、耗材管理),向其他科室推广。(2)动态监控。关注医保政策调整或成本波动,避免因支付标准下调或成本上升导致盈利下降。(3)优化效率。缩短平均住院日,进一步提高资源利用率
第二象限 (表盈实亏)	支付标准高于实际出院费用(表面盈利),但低于实际成本(实际亏损)。存在“虚假盈利”,需警惕成本失控	控制成本,优化临床路径	(1)成本溯源分析。拆分病组成本结构(如检查、药品、耗材等),识别超支环节并压缩非必要支出。(2)临床路径重构。规范诊疗流程,减少过度医疗(如重复检查、高值耗材滥用等)。(3)谈判与议价。通过集中采购降低药品、耗材成本,或与医保部门协商调整分组权重
第三象限 (表亏实亏)	支付标准既低于实际成本,又低于实际出院费用,双重亏损暴露严重管理问题	全面整改或战略放弃	(1)退出评估。若为低权重、低技术门槛病组,考虑转诊至基层医院或停止收治。(2)流程再造。重新设计诊疗流程,引入日间手术、多学科协作等模式降低成本。(3)编码核查。核查是否存在分组错误(如并发症漏报导致权重偏低),修正后重新申请医保结算
第四象限 (表亏实盈)	支付标准高于实际成本(实际盈利),但低于实际出院费用(表面亏损)。可能因编码高套或费用虚高引发监管风险	合规性审查与费用合理化	(1)费用合规性核查。核查是否存在分解收费、过度诊疗行为,避免医保处罚。(2)编码准确性审核。排查是否因主诊断、合并症编码错误导致表面亏损(如将轻症误编为重症)。(3)调整收费结构。在不降低医疗质量的前提下,减少非必要高值项目使用

室排名前 5 的亏损病种分析要全面准确。通过科室各诊疗组之间 DRG 运营明细数据,以诊疗效果为中心,以成本控制为抓手,分析相同 DRG 组不同病例之间的差异,在保证医疗质量的前提下,有针对性地修订临床路径,优化成本结构^[6]。要横向对比同类医院成本结构,识别差距(如人力效率、耗材浪费等),查找患者手术中所使用的高值医用耗材是否使用得当,抗菌药物使用是否合理,相关诊断是否准确体现患者并发症等疾病的严重程度,医师病案填写是否准确无误等,并提出相应改进方案^[3]。

2.3.3 基于病组个体性的成本数据特征分析与成本控制

将核算出来的 DRG 组例均成本与 DRG 支付标准进行比对,由于 DRG 组内单个病例成本存在差异,不能准确分析 DRG 组内每个病例成本数据特征,难以针对性采取成本管理策略。为此,样本医院采用绘制 DRG 成本箱型图方法,通过最小值、第一四分位数(即 25 分位数,用“Q1”表示)、中位数(即 50 分位数,用“Q2”表示)、第三四分位数(即 75 分位数,用“Q3”表示)、最大值、平均数等 5 个表述数据分布和离散程度的关键指标,进一步描述每个 DRG 组的成本情况,制订更有针对性的成本管理策略^[7]。列举 3 个病例数 > 40 例的 DRG 病组成本箱型图分析实例,见图 4。

图 4 中 DRG 组别为“甲状腺及甲状旁腺复杂手术”(B102Z)的病例数为 49 例。从箱型图可以看出:该病组例均成本 12 217.77 元,接近支付标准 12 590 元,略有亏损;病组平均成本(12 217.77 元)大于中位数(10 157.56 元)2 060.21 元,表示数据存在右偏态,说明有较多病例的成本值拉高了平均值,同时最大值(35 571.67 元)与最小值(784.32 元)差距较大,说明该病组

成本数据离散程度较高,成本管控的重点是超过中位数的病例成本,即要关注药品费用与医用耗材费用是否有节支空间。DRG 组别为“复杂肺切除及胸内手术,有合并症并发症”(F104A)的病例数为 43 例。从箱型图可以看出,该病组大部分病例成本小于支付标准 58 430 元,说明该病组当前成本控制较理想,仅需关注个别超过成本的病例即可。但四分位距(IQR) = $Q3 - Q1 = 52\ 660.65\ 元 - 29\ 418.67\ 元 = 23\ 241.98\ 元$,与中位数(39 899.88 元)差距较大,说明该病组成本数据在中间部分波动较大,需关注控制成本数据使之更稳定,提升过程控制能力^[7]。DRG 组别为“脊柱前路或后路减压融合或非融合术”(O105A)的病例数为 43 例。从箱型图可以看出,该病组 DRG 支付标准(20 890 元)远低于例均成本(36 911.83 元),仅个别病例的成本低于支付标准,对此,要结合临床路径治疗方案和 DRG 成本数据,向医保局反馈成本真实情况,争取更为合理的 DRG 支付标准^[7]。

3 成效

样本医院通过支付方式改革,

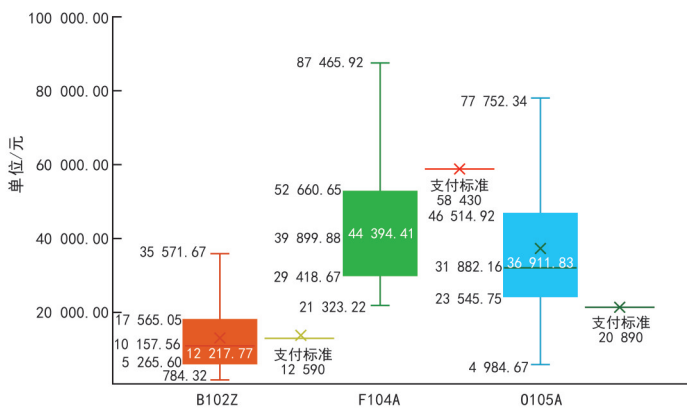
转变了创收方式和管理模式,实现了医院运营管理机制转变^[8]。应用自主研发的 DRG 成本核算软件,实施 DRG 病种成本核算管理,提高了精细化管理水平,使医保、医院、医生和患者多方受益。

3.1 医生诊疗行为进一步规范,医保基金使用效率提高

通过 C-DRG 收付费一体化改革,医务人员主动规范诊疗行为,积极参与成本控制,避免了过度诊疗、大检查、大处方^[1]。样本医院 2024 年 C-DRG 入组率 82.79%,同比提高 4.39 个百分点,单病种费用明显减少,住院天数明显缩短,医疗质量得到进一步提升。2025 年公布的 2023 年三级公立医院“国考”成绩,样本医院监测指标等级为 B⁺⁺,CMI 值 0.95,虽较上一年度(1.07)下降 0.12,但仍排在三明市三级公立医院第一位。2024 年医保包干基金和 C-DRG 结算双盈余(表 2),保障了样本医院收入持续提高,也有效促进了全市医保基金良性循环。

3.2 医院成本得到有效控制,财务运行状况良好

样本医院通过 DRG 病种成本核算,主动控制不合理支出,促进精



注: B102Z 表示甲状腺及甲状旁腺复杂手术; F104A 表示复杂肺切除及胸内手术,有合并症并发症; O105A 表示脊柱前路或后路减压融合或非融合术。

图 4 样本医院 DRG 成本箱型图

表 2 样本医院 2018—2024 年医保基金包干结余与 C-DRG 结余情况

年份/年	医保基金包干结余/万元	C-DRG 盈余/万元	医疗总收入/万元	医保基金包干结余占医疗总收入比例/%	C-DRG 结余占医疗总收入比例/%
2018	484.54	253.31	57 383.56	0.84	0.44
2019	3 263.70	1 216.25	60 592.40	5.39	2.01
2020	8 562.22	3 678.00	55 967.35	15.3	6.57
2021	6 447.03	3 404.52	70 233.31	9.18	4.85
2022	6 016.16	2 575.59	67 184.59	8.95	3.83
2023	3 074.34	4 396.40	72 276.52	4.25	6.08
2024	4 731.18	5 093.38	66 629.26	7.10	7.64

细化管理,提升运营效率,形成了成本控制与质量提升的良性机制。2024 年医疗收入 66 629.26 万元,其中医疗服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)占 45.43%,同比提高 1.1 个百分点;药品耗材占 31.2%,接近 30% 目标值(三明市公立医院收入目标值:医疗服务收入占比 50%;药品耗材收入占比 30%;检查检验收入占比 20%)。2024 年出院患者平均住院天数 8.92 d,较上一年度缩短 0.3 d,百元固定资产医疗收入(不含药品收入)103.06 元,较上一年度略有增长。2024 年医疗业务成本 69 050.55 万元,同比下降 7.18%;2024 年职工人均年薪收入 15.05 万元,较上一年度增长 4%,近 5 年全院人均年薪收入年均增长率为 4.32%,其中医师人均年薪 23.02 万元,是当地社会平均工资的 2.5 倍,人员费用占费用总额的 49.15%;管理费用占费用总额的 8.34%,符合三明市公立医院书记(院长)年薪考核指标 $\leq 8.64\%$ 的要求;百元医疗收入消耗的卫生材料(不含药品)20.27 元,同比下降 3.64 元,低于三明市公立医院书记(院长)年薪考核指标 ≤ 24 元的要求,成本效益得到明显提升,医疗收支略有结余,保障了医院可持续健康发展。

3.3 群众看病负担明显减轻,医改获得感持续增强

医院管理模式转变,减少了过

度医疗,DRG 分组和收费标准公开,减少了大处方、大检查导致的隐性费用,患者负担减轻。2024 年全社会出院患者平均医药费用 9 956.34 元,同比减少 94.99 元,其中药品费 1 370.60 元,同比减少 90.52 元;卫生材料费 1 894.20 元,同比减少 655.63 元。2024 年职工医保人均住院费用 11 744.44 元,同比减少 884.86 元,下降 7.01%,其中个人自付比例 21.6%,同比下降 1.19 个百分点;个人自付金额 2 534.99 元,同比减少 343.08 元。城乡居民医保人均住院费用 12 065.26 元,同比减少 117.58 元,其中个人自付比例 33.8%,同比下降 2.64 个百分点;个人自付金额 4 078.58 元,同比减少 360.54 元。

4 讨论与建议

样本医院在 C-DRG 收付费改革背景下,自主研发 DRG 成本核算软件,采用参数分配法核算 DRG 成本;运用波士顿矩阵法进行 DRG 成本与支付标准的横向对比,分析盈亏情况;运用箱型图法对相同 DRG 组不同时间的个体病历成本进行纵向对比,进一步分析盈亏情况。通过成本核算明确医院盈亏点,倒逼医院优化流程,建立成本管控体系,从粗放运营转向精细化管理,同时为政府医疗保障部门调整医疗服务

价格和医保支付标准提供了依据。但样本医院 C-DRG 收付费一体化改革在成本核算与控制实施中也存在一些问题有待持续改进。

一是成本核算存在误差,造成数据失真。误差主要发生在转科患者身上,因为 DRG 成本核算是以出院科室为统计依据,患者转科前后产生的费用,容易在转出科室与转入科室间被忽略导致医疗成本漏算或重复计算^[5]。漏算是已产生的医疗费用未被纳入成本核算,造成实际亏损;重复计算是将医疗费用在转治前后科室都计入成本核算,造成成本失真。为此,应优化 DRG 盈亏核算模型,采用 DRG 的分段盈亏核算方法,将患者在不同环节产生的医疗费用进行切割,利用 DRG 成本与 DRG 支付标准之间的弹性关系,调整实际盈亏数据,进而减小患者因转科带来的盈亏核算误差^[5]。

二是医用耗材管理精细化程度不够。目前,样本医院医用耗材管理信息系统上线运行不稳定,卫生材料入出库数据不准确,卫生材料二级库尚未建立,不能精准计算科室卫生材料实际消耗成本,进而影响 DRG 成本核算的准确性。另外,在医用耗材使用管理上也存在浪费现象。比如,DRG 组别为 A302D“神经损伤的非手术治疗,无或有轻微合并症并发症”,骨科二病区某患者耗材费用仅 14.1 元,而骨科一病区某患者耗材费用却为 963.7 元,经核实两名患者病情基本相同、治疗方案基本相同。为此,要加快医用耗材管理信息化,建立二级库管理模式,科学精准管理医用耗材,及时采集实际消耗和实时库存数据,真实反映医用耗材成本,提高成本核算准确性。同时,还要加强医用耗材使用监管,在确保医疗质量前提下,对医用耗材进行科学性、合理性论证,提高医生操作技能,降低

(下转第 31 页)

量管理中“定期对医护人员进行肿瘤诊疗知识培训”指标,还需增加对培训后是否考核的评估,以确保培训质量;质量管理中“肿瘤患者出院后随访”指标,还需明确肿瘤患者的随访率及随访时间,如 1 年、3 年、5 年随访率及生存状态,以督促医院完善肿瘤患者的随访工作,获得肿瘤患者的生存结局,从而进行肿瘤诊疗质量结局指标的评估,进一步提高肿瘤诊疗价值。未来研究中,可进一步细化指标内容,增加对培训质量和随访效果的量化评估。例如,可以通过问卷调查或实际操作考核评估培训效果,可以通过随访系统记录患者的生存状态和疗效等。此外,建议将 VTE 和出血风险评估拆分为两个独立指标,以便更准确地识别问题。对于术后病理 TNM 分期评估不及时、不完整问题,建议将其列为单独指标,并通过信息化手段确保评估的及时性和完整性。

参考文献

- [1] 毛淋淇,瞿 晴,张敏敏,等.综合性医院肿瘤规范化诊疗管理体系构建的实践与探索[J].中国肿瘤,2023,32(4):295-300.
- [2] BRUNSVOLD ME, FISE TF, HICK-EY M, et al. The APDS general surgery Education Quality Improvement Program(EQIP)[J]. J Surg Educ, 2022, 79(4): 867-874.
- [3] TERAJO M, STOKES CL, SITTHI-AMORN J, et al. Quality improvement knowledge in pediatric hematology/oncology physicians: a need for improved education[J]. Pediatr Blood Cancer, 2022, 69(8): e29794.
- [4] 健康中国研究中心癌症防治专家委员会,马 飞.以患者为中心的肿瘤创新诊疗模式中国专家共识[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2024,10(4):27-42.
- [5] HARDT JL, MERKOW RP, REISSFELDER C, et al. Quality assurance and quality control in surgical oncology[J]. J Surg Oncol, 2022, 126(8): 1560-1572.
- [6] 郝婧妣,何 幡,李 娜,等.综

合医院肿瘤多学科诊疗质量管理的现状及分析[J].现代医院管理,2022,20(4):28-31.

[7] 徐建锋.医生视角下多学科团队管理对肿瘤科诊疗质量的影响[J].中医药管理杂志,2019,27(7):106-107.

[8] 钱红英,黄 培.基于问题导向的恶性肿瘤诊疗质量持续改进实践与思考[J].现代医院管理,2023,21(2):44-47.

[9] 邓 明,林伟龙,安 宇,等.关于肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估的思考[J].中国卫生质量管理,2022,29(11):9-11.

[10] 林伟龙,邱亭林,马建辉.北京市 38 家医院恶性肿瘤化疗质控结果对比分析[J].中国医院管理,2020,40(2):56-58.

通信作者:

杨文静:国家癌症中心/国家肿瘤临床医学研究中心/中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院癌症诊治质控办公室副主任
E-mail: wenjing86824@126.com

收稿日期:2025-01-17

修回日期:2025-03-17

本文编辑:吴小红

(上接第 21 页)

医用耗材使用量^[9],进而降低物耗成本。

三是成本管控能力不足。当前,三明市医疗机构的成本管理水平与新形势新要求还不相适应,专业人才初始学历普遍不高,掣肘于专业能力不足,业务部门辅助配合能力较弱,成本核算方法选择单一^[10],自主研发的 DRG 成本核算软件,缺少强大的技术团队支撑,缺乏有效校验工具,不能科学精准核算 DRG 组真实成本,难以充分发挥成本管控对决策的支撑作用^[10]。为此,应抓住持续推进“公立医院经济治理年”活动契机,通过跨学科专业知识培训方式,使财务人员了解病种(组)临床路径、诊疗流程及药品耗材使用情况,使医护人员了解成本核算的基本原理与逻辑^[10],实现业财良性互动,推动业财深度融合,提高管理人员成本核算水平。引进高

性能全成本核算软件,实现以诊次成本、床日成本、科室成本、项目成本、C-DRG 组成本、病种成本为核算对象的全面成本核算,为成本精细化管理提供信息化支撑,共同提高成本核算的准确性和时效性。

参考文献

- [1] 徐志鑫,翁祖星,卓 岑.三明市按 C-DRG 收费改革经验介绍[J].中国卫生经济,2022,41(1):28-31.
- [2] 赵 迪,王孝勇,郭 磊,等.基于 DRG 的病组成本核算方法研究[J].卫生经济研究,2021,38(9):65-67.
- [3] 吴镛娅,张丽华,刘 艳,等.基于 DRG 的公立医院精细化成本管控实践探讨[J].中国卫生质量管理,2023,30(1):39-43.
- [4] 陈晓兰,文符蓓.基于运营管理的公立医院 DRG 成本核算探索[J].中国总会计师,2024(4):70-73.
- [5] 孙 丽. DRG 盈亏视角下医院医保精细化管理研究[J].卫生经济研究,2022,39(5):42-45.

[6] 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.

[7] 封厚利.自下而上的 DRG 成本核算方法应用实践与分析[J].中国医院,2023,27(10):88-93.

[8] 周海龙.支付方式改革背景下的 DRG 成本核算探析[J].中国卫生经济,2022,41(1):88-92.

[9] 李星仪,胡 斌,陈 凌,等. DRG 分组成本测算方法对比分析[J].中国卫生经济,2022,41(3):87-89.

[10] 纪桂秀. DRG 支付改革下公立医院成本精细化管理实现路径研究[J].卫生经济研究,2024,41(9):90-93.

通信作者:

陈火旺:三明市第二医院总会计师
E-mail: smeychw@sina.cn

收稿日期:2024-12-27

修回日期:2025-07-28

本文编辑:黄海凤