

# 基于“国考+DRG”双驱动的公立医院绩效改革研究 财务赋能高质量发展的G医院实践

顾骏祥

上海市第十人民医院, 中国·上海 200072

**【摘要】**本研究以公立三甲医院G医院为案例,探讨“国考+DRG”双驱动模式下公立医院绩效改革的实践路径。通过分析国家三级公立医院绩效考核(国考)与疾病诊断相关分组(DRG)付费改革的协同机制,结合财务赋能策略,研究发现:G医院通过重构绩效评价体系、建立DRG成本核算机制、优化资源配置等措施,实现了医疗质量与运营效率的双重提升。研究表明,财务部门在绩效改革中通过精细化成本管控、预算管理与业财融合,成为推动医院高质量发展的核心引擎。

**【关键词】**国考; DRG; 绩效改革; 财务赋能; 高质量发展

## 引言

深化医改促使公立医院从‘规模扩张’向‘质量提升’转型。2019年国考制度建立,以56项指标评价公益性;2021年DRG/DIP改革落地,变革医保支付机制。两者形成双重倒逼机制,使公立医院需在医疗质量、运营效率与公益性间平衡。

G医院作为长三角地区具有代表性的三甲医院,改革前面临典型的“三重压力”:国考排名处于全国中游,CMI值低于区域标杆医院;DRG付费试点初期出现医保基金超支,高值耗材使用缺乏系统管控;传统“收入提成”绩效模式导致科室过度追求业务量,药耗占比显著高于行业平均水平。在此背景下,单纯依靠行政推动难以破解“质量-效率-成本”的三角难题,必须通过财务体系的深度变革,构建覆盖战略规划、过程管控、绩效评价的全链条管理机制。

值得关注的是,国内先行医院已展开积极探索:北京积水潭医院通过业财融合构建成本一体化管理体系,将DRG成本核算精度提升至单病种层级;南昌大学第一附属医院创新“行政MDT”模式,实现DRG病组管理与国考指标的月度动态校准。G医院在借鉴这些经验的基础上,结合自身学科特点,提出“财务赋能驱动绩效改革”的创新路径,其核心在于将财务部门从传统的“记账中心”转变为战略决策的“数据中枢”,通过成本、预算、绩效的三位一体管理,实现政策目标与医院发展的有机统一。

## 1 政策背景与理论框架

### 1.1 政策驱动: 国考与DRG的协同逻辑

国考指标体系以“医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价”为四大维度,其中既包含CMI值、四级手术占

比等反映技术水平的“硬指标”,也涵盖抗菌药物使用强度、医疗收入结构等体现公益性的“软约束”。其核心导向在于引导医院回归“治病救人”本质,避免过度市场化倾向。而DRG付费改革则通过“病组定价、超支自担”的机制设计,将医院收入与成本控制直接挂钩。这种“医保支付天花板”效应,迫使医院必须优化诊疗流程、减少资源浪费。

两者的协同逻辑体现在三个层面:

**目标统一:**国考的“运营效率”维度与DRG的“成本控制”目标高度契合,均指向资源使用的集约化。例如,平均住院日既是国考核心指标(权重8分),也是DRG病组成本的关键变量,缩短1天可降低约15%的病组成本。

**数据互通:**DRG病组的CMI值、RW值(病例权重)与国考的“疑难重症收治能力”指标形成数据闭环。G医院数据显示,CMI值每提升0.1,国考“医疗质量”维度得分可增加2.3分,同时高RW病组( $RW \geq 2.0$ )的DRG结余率比低RW病组高28%。

**行为引导:**国考的“满意度评价”与DRG的“医疗服务质量”要求共同约束临床行为。如DRG病组明确规定“分解住院”属于违规操作,而国考将“患者满意度”作为倒扣指标,两者共同抑制“过度医疗”与“推诿患者”现象。

### 1.2 财务赋能的理论基础

财务赋能的本质,是通过管理会计工具的系统化应用,将财务数据转化为决策洞察力。《公立医院成本核算指导手册》明确要求,三级医院需以DRG病组为单位进行成本归集,这为绩效改革提供了数据基石。G医院的实践表明,财务部门通过“三横三纵”体系实现赋能:

三横维度：构建“预算管理-成本核算-绩效分配”横向管理链，实现资源从“规划-使用-评价”的闭环管理；

三纵深度：在核算层级上，从科室全成本（一级）深入到病种成本（二级）、病组成本（三级）；在管理深度上，从事后核算延伸至事中监控（如医保费用实时预警）、事前规划（如DRG病组盈亏预测）。

## 2 G医院的实践路径

### 2.1 指标体系优化：三维评价模型的构建与实践

G医院将国核考核指标与DRG病组权重、医保基金使用效率深度融合，形成“质量-效率-成本”三维评价模型。参考江苏省人民医院经验，细化指标分层，按DRG病组RW值赋予不同绩效系数，同时将国考中的“急难危重症患者收治比例”作为调节因子，动态调整科室绩效总额，实现公益性与经济性的平衡。

G医院进一步细化指标分层，将DRG病组按RW值分为5层（ $RW \leq 0.5$ 、 $0.5-1.0$ 、 $1.0-1.5$ 、 $1.5-2.0$ 、 $\geq 2.0$ ），对高RW病组（如AH19有创呼吸机使用）赋予1.5倍绩效系数，同时将国考中的“急难危重症患者收治比例”作为调节因子，动态调整科室绩效总额。这一设计既符合国考“疑难重症收治能力”的考核导向，又通过DRG权重差异体现技术难度，实现公益性与经济性的平衡。

### 2.2 绩效分配改革：从“量”到“价值”的范式革命

#### 2.2.1 成本核算体系：从“模糊分摊”到“精准追踪”三级成本归集：

一级核算：科室全成本（含人力、设备、房屋折旧）；

二级核算：病种成本（如“急性心肌梗死”单病种成本）；

三级核算：DRG病组成本（如“PCI术伴并发症”病组成本）。

引入作业成本法（ABC法），手术时长、麻醉等级等动因分摊共享单元成本。例如，心脏外科手术麻醉成本占病组总成本12%，精准分摊避免传统“按人数平均分摊”的失真。

成本管控工具：开发“病组成本预警模型”，设“红色警戒线”（成本 $\geq$ 支付标准110%）与“黄色关注线”（90%-110%）。连续两月触发红色预警时，启动多部门流程优化会。2023年，通过模型识别17个高风险病组，其中“肺部恶性肿瘤切除术”改用国产吻合器后，单例成本降1.2万元，医保结余率从-8%升至+5%。

#### 2.2.2 薪酬结构重构：激励导向的系统性变革

新薪酬体系打破“一刀切”模式，设“基础绩效+DRG专项绩效+学科发展绩效”：

基础绩效（40%）：与科室编制、职称挂钩，保障基本待遇，体现公益性托底。

DRG专项绩效（30%）：计算公式为： $\Sigma$ （病组例数 $\times$ RW值 $\times$ CMI调节系数 $\times$ 医保结余率系数） $\times$ 科室系数。其中，CMI调节系数=实际CMI/目标CMI（激励提升病例难度），医保结余率系数根据结余/超支比例动态调整（结余率 $\geq 5\%$ 时系数1.2，超支率 $>10\%$ 时系数0.8）。

学科发展绩效（30%）：含科研创新（40%，与国考“科研经费占比”挂钩）、人才培养（30%，如规培通过率）、公共卫生（30%，如疫苗接种率）。

### 2.3 机制保障

为确保改革落地，G医院建立三重机制：

跨部门协同：临床、财务、采购等部门定期召开成本优化会

动态调整：每季度优化绩效体系，根据DRG政策与国考指标更新评价维度；

信息化赋能：投入专项经费升级财务平台，实现数据互通与费用实时预警。

## 3 实施成效与挑战

### 3.1 实施成效

#### 3.1.1 医疗质量显著提升

CMI值提升约4.03%，疑难重症收治比例显著增加，国考排名进入全国前列；病种结构优化，重点学科四级手术量增幅显著。

#### 3.1.2 运营效率持续优化

改革推动医院从“规模扩张”向“内涵发展”转型。平均住院日缩短约20%，日间手术占比提升至近30%，释放床位资源；医保基金结余率由负转正，药占比、耗材占比均下降近10%。

#### 3.1.3 财务可持续性增强

临床薪酬占比提升至全院薪酬总额的70%，学科发展投入增加。

### 3.2 现存挑战

#### 3.2.1 临床适应性与行为惯性

部分科室因DRG病组权重调整出现收入波动。例如，呼吸科因肺炎病组权重下调，绩效收入下降，导致科室收治轻症患者的积极性降低。此外，医生在治疗中可能因费用控制而避免使用高质耗材。

#### 3.2.2 信息化建设滞后

现有HIS系统难以满足DRG精细化管理需求，无法实时抓取手术时间、耗材使用等明细数据。例如青大附院通过数

据分析发现同一病组不同科室平均住院日差异较大，但因数据颗粒度不足，难以精准定位问题根源。

### 3.2.3 医保政策动态调整压力

DRG分组规则与权重动态调整对医院运营带来挑战。例如，2025年DRG2.0版实施后，部分病组支付标准下调，如髌关节置换手术（四级手术）费用下降10%，导致骨科收入减少。

### 3.2.4 医护人员培训需求

DRG改革对编码质量、病案填写规范性提出更高要求。某医院通过15轮临床科室培训发现，约30%的病例存在编码错误或信息缺失，需反复修正。协和医院开展“DRG2.0专科问诊”培训，针对骨科手术操作填报歧义等问题，多部门联合制定解决方案，耗时多月才完成全院覆盖。

## 3.3 应对策略与长效机制

### 3.3.1 完善激励机制与动态平衡

建立“基础绩效+DRG专项绩效+学科发展绩效”的多元分配体系，对高难度病组（RW>3.0）给予1.5倍绩效系数，对创新技术（如ECMO治疗）设置专项奖励基金。参考安阳市“存量固定、增量约束、减量激励”政策，对超支病例按比例分担，避免推诿重症患者。

### 3.3.2 强化信息化与业财融合

搭建涵盖成本核算、预算管理、医保结算的财务信息平台，开发“科室运营分析看板”，为科主任提供病组成本、医保结算、绩效分配等多维数据。

### 3.3.3 加强培训与能力建设

通过多元分配体系、信息化平台建设、分层分类培训等措施应对挑战，如开发多维数据看板，开展“一对一”编码培训提升病案准确率。

## 4 对策建议

### 4.1 完善绩效分配机制

构建“基础绩效+DRG专项绩效+学科发展绩效”多元分配体系，对RW>3.0的高难度病组给1.5倍系数，为创新技术设专项奖励金。

### 4.2 深化业财融合

搭建涵盖成本核算、预算管理、医保结算的财务信息平台，实现数据同源与实时共享。借鉴北大第六医院经验，开发“科室运营分析看板”，为科主任提供病组成本、医保结算、绩效分配等多维数据，支持精准决策。

### 4.3 强化政策协同

参与医保分组谈判，争取创新技术权重调整，联动财政

部门争取学科建设支持

## 5 结论与展望

G医院实践表明，“国考+DRG”双驱动模式成功在于构建“政策目标-管理工具-组织能力”协同体系。财务部门转型为“战略伙伴”，成为解决管理难题的关键，其价值不仅在成本节约，更在将政策要求转为可操作流程。面向未来，公立医院需在以下方向深化探索：

价值医疗导向：从“病组管理”延伸至“疾病全周期管理”，将预防保健、康复治疗纳入绩效评价，推动医疗服务从“治疗为主”向“健康管理”转型；

技术深度赋能：探索AI在DRG成本预测、临床路径优化中的应用，例如通过深度学习分析千万级病历数据，生成个性化诊疗方案，实现“精准控费”；

区域协同发展：在医共体框架下，建立“国考指标-DRG病组”的分级管理体系，引导常见病在基层诊疗，疑难病在三甲医院集中救治，形成良性分级诊疗生态。

这场改革的核心启示在于：公立医院的高质量发展，不仅需要政策层面的顶层设计，更需要组织内部管理能力的根本性提升。当财务部门能够以数据为“语言”，将公益性目标转化为可量化、可执行的管理动作时，医院才能真正在医改浪潮中实现质量与效率的双重跃迁。

### 参考文献：

- [1] 国务院办公厅。关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见（国办发〔2019〕4号）[Z]. 2019.
- [2] 国家医疗保障局。DRG/DIP支付方式改革三年行动计划（医保发〔2021〕48号）[Z]. 2021.
- [3] 国家卫健委。公立医院高质量发展评价指标（试行）的通知（国卫办医发〔2022〕9号）[Z]. 2022.
- [4] 北京积水潭医院。健全业财融合成本体系，赋能公立医院精益管理[EB/OL]. 财政部会计司官网，2022.
- [5] 南昌大学第一附属医院。DRG与国考协同实践案例[EB/OL]. 澎湃新闻，2022.
- [6] 国家卫生健康委。关于2024—2025年持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知[Z]. 2024.
- [7] 威海市财政局。关于加强公立医院财务和预算管理的实施意见[Z]. 2024.
- [8] 三明市人民政府。关于进一步深化公立医院薪酬制度改革实施意见[Z]. 2019.
- [9] 北京大学第六医院。公立医院运营管理业财融合典型案例[EB/OL]. 北京大学新闻网，2024.