

医疗改革背景下公立医院财务管理的创新路径研究

徐瑞

河南省驻马店市新蔡县人民医院

DOI:10.12238/ej.v8i7.2782

[摘要] 在医疗改革深入推进的背景下,公立医院财务管理面临政策环境变化与运营转型的双重挑战。本文基于河南省公立医院改革实践,结合财政部《公立医院成本核算规范》等政策要求,系统分析药品零加成、DRG/DIP付费等改革举措对医院收入结构、成本控制及资金运营的影响。通过调研河南省12家三甲医院财务数据,揭示当前预算管理粗放、业财融合不足等突出问题,提出构建精细化成本核算体系、推进业财一体化信息平台建设等创新路径。研究表明,通过管理创新可实现医院运营效率的显著提升,为公立医院高质量发展提供财务治理支撑。

[关键词] 医疗改革; 公立医院; 财务管理创新

中图分类号: F253.7 **文献标识码:** A

Research on the Innovative Path of Financial Management in Public Hospitals under the Background of Medical Reform

Rui Xu

Xincai County People's Hospital, Zhumadian City, Henan Province

[Abstract] Against the backdrop of deepening healthcare reform, the financial management of public hospitals is facing dual challenges of policy environment changes and operational transformation. This article is based on the reform practice of public hospitals in Henan Province, combined with policy requirements such as the Ministry of Finance's "Cost Accounting Standards for Public Hospitals", to systematically analyze the impact of reform measures such as zero markup for drugs and DRG/DIP payments on hospital revenue structure, cost control, and fund operation. By researching the financial data of 12 tertiary hospitals in Henan Province, prominent problems such as extensive budget management and insufficient integration of business and finance were revealed. Innovative paths were proposed, including building a refined cost accounting system and promoting the construction of an integrated business and finance information platform. Research has shown that management innovation can significantly improve hospital operational efficiency and provide financial governance support for the high-quality development of public hospitals.

[Key words] Healthcare reform; Public hospitals; financial management innovation

引言

在医疗改革纵深推进的战略背景下,公立医院经济运行模式正经历深刻变革。取消药品加成政策直接斩断“以药养医”链条,河南省公立医院药占比已从2015年42%降至2024年28%,叠加医保DRG/DIP付费改革,倒逼医院从规模扩张转向内涵式发展。分级诊疗制度重构患者流向,促使医疗资源下沉与财务资源配置模式重构,传统粗放式财务管理已难以适应“控成本、调结构、转机制”的改革要求。本文立足河南公立医院改革实践,采用“政策文本分析-典型案例解剖-财务数据挖掘”三维范式。纵向选取2018-2024年河南省12家三甲医院财务报表,横向对比药品零加成、医保支付改革等关键节点财务绩效变化,深度剖析

河南省人民医院HRP系统建设等创新案例。遵循“政策冲击-现实困境-创新路径-保障机制”研究脉络,探索具有中原特色的医院财务管理升级路径,为深化医改提供决策参考。

1 医疗改革政策对公立医院财务管理的核心影响

1.1 收入结构颠覆性转型

医疗改革通过“腾笼换鸟”政策组合拳,深刻重塑公立医院收入结构。2017年全面推行的药品零加成政策,直接剥离了药品销售的15%加成收入。以河南省三甲医院为例,药占比从2015年的42%持续下降至2024年的28%,某省级医院药品收入绝对值较改革前减少1.8亿元。尽管通过调整医疗服务价格实现部分补偿(河南省医疗服务项目价格调整补偿率约72%),但检查检验、手

术等技术服务性收入增速(年均6.8%)未能完全填补药品收入缺口(年均下降8.5%),导致医院可支配资金净减少。DRG/DIP付费改革进一步加剧收入结构矛盾。河南省自2021年启动DRG试点以来,某三甲医院膝关节置换术次均费用从3.2万元降至2.7万元,降幅达15.6%,而同期该病种成本仅下降9.8%,形成6.8%的“价格-成本剪刀差”。这种“结余亏损”现象在复杂病种中尤为突出,倒逼医院建立病种成本倒逼机制,将传统“多做项目多收入”思维转变为“控费增效”新逻辑。

1.2 成本核算范式革命

改革政策推动成本核算从粗放统计向精准管控跃迁。财政部《公立医院成本核算规范》明确要求构建“项目成本-病种成本-DRG成本”三级核算体系,河南省财政厅更出台实施细则,要求三级医院实现“科室-医疗服务项目-病种”三维成本追溯。某省级医院实施作业成本法(ABC)后,发现手术室设备折旧分摊误差率高达42%,通过重新建立分摊模型,使科室直接成本分摊误差率从35%降至8%,成本数据准确性显著提升。成本核算升级催生管理效能转化。河南省人民医院通过构建DRG成本监测平台,实现超支病例自动预警,使某外科病区DRG组成本超支率从28%降至12%。但全省范围内仍存在核算标准不统一问题,同级医院间同类病种成本差异达40%,制约了医保支付标准的科学制定。

1.3 资金运营风险攀升

医保结算周期延长对医院现金流产生重大冲击。河南省二级以上医院医保回款周期从2018年的45天延长至2024年的60天,某市级医院因此增加的应收账款资金占用达1.2亿元,相当于年均流动资金的22%。叠加疫情防控期间实施的医保基金缓缴政策,部分医院运营资金缺口扩大,不得不通过增加短期贷款(河南省公立医院平均短期借款增速达18%)维持运转。财政补助方式转变加剧资金管理压力。基本公共卫生服务经费从按机构补助转向按服务量补助,某社区医院因服务量未达预期,年度财政拨款减少320万元。这种“钱随事走”的新机制,要求医院建立更加精准的项目预算管理体系,传统“等靠要”思维已难以维系。

1.4 政策协同下的管理挑战

改革政策群对财务管理提出复合挑战:带量采购降低高值耗材价格(河南省冠脉支架平均降幅达93%),要求建立耗材成本联动调整机制;分级诊疗促使患者下沉,倒逼县级医院加强成本核算以承接上级转诊;互联网医疗发展催生线上线下融合支付需求,要求财务系统具备全场景对接能力。这些政策叠加效应,使传统财务职能从核算型向价值创造型转型成为必然选择。

2 公立医院财务管理现存问题诊断

2.1 预算管理战略衔接断裂

当前公立医院预算管理体系普遍存在“重编制轻执行”“重短期轻长期”的结构性缺陷。河南省卫健委调研显示,20%三级医院未建立滚动预算机制,预算编制周期与五年发展规划错位,某省级肿瘤专科医院因设备采购预算未纳入三年滚动计划,导致CT设备更新延迟18个月,直接减少检查收入约1200万元。预算执行过程缺乏动态监控,某医院年中预算调整率高达32%,主要

集中在药品采购(调整占比45%)和人员经费(调整占比38%)两大不可控支出项,预算刚性约束形同虚设。战略目标传导失效问题突出。某市级医院将“建设区域医疗中心”目标简单拆解为床位规模扩张,未配套专项预算支持人才引进和学科建设,导致战略目标达成率不足60%。预算绩效评价体系缺失,仅35%医院建立预算考核指标体系,且多聚焦于“执行率”等过程指标,未能有效关联“患者覆盖范围”“技术开展数量”等战略价值指标。

2.2 成本核算精度与维度不足

成本核算体系滞后严重削弱改革支撑能力。间接成本分摊标准不统一导致成本数据可比性差,河南省同级医院间科室成本差异达40%,某心内科护理成本在A医院核算为150元/床日,在B医院则高达220元/床日。病种成本数据库建设迟缓,仅65%医院能完整提供DRG成本报告,且普遍存在“成本摊薄”现象——某医院将行政管理费用按床位简单分摊,导致阑尾炎病种成本比实际低38%,误导资源配置决策。项目成本核算颗粒度不足制约定价策略。以手术项目为例,河南省多数医院仍采用“大类打包”核算模式,未能区分三四级手术的耗材差异,导致某医院开展的新技术因成本核算粗放无法申报合理价格,年损失收入约400万元。

2.3 信息化系统协同性缺失

医院信息化呈现“局部智能、全局割裂”的碎片化格局。HRP系统普及率不足50%,已实施医院中仅38%完成HIS、EMR、物资管理等系统对接,某省级医院因系统孤岛,财务人员需从7个子系统手工提取数据,日均耗时超200小时。电子发票与医保系统对接不畅加剧结算效率损失,某医院因系统不兼容,人工核对医保结算数据年耗时800小时,相当于1名财务人员全年工作量。数据资产价值挖掘不足。某医院信息系统存储的医疗数据达50TB,但财务决策仍依赖经验判断,未建立病种成本预测模型、设备效益分析模型等决策支持系统,数据转化率不足3%。

2.4 风险防控体系残缺

债务风险持续攀升威胁运营安全。河南省公立医院平均资产负债率从2010年38%升至2024年45%,某市级医院为新建院区负债12亿元,年利息支出占业务收入的8%,挤压学科建设资金。流动性风险加剧,某医院因应收账款周转期延长,运营资金缺口达1.5亿元,不得不通过短期融资填补,年财务成本增加600万元。风险预警机制缺失导致损失扩大。某医院因未建立设备效益分析模型,盲目采购PET-CT设备,因检查量未达预期年闲置损失超200万元。医疗纠纷赔偿缺乏精算支持,某医院近三年医疗纠纷赔偿额年均增长15%,但未建立风险储备金制度,直接影响现金流稳定。

3 财务管理创新路径设计

3.1 战略导向的预算管理体系重构

针对预算管理战略脱节问题,创新构建“战略解码-零基础编制-动态调整”三维预算模型。某省级肿瘤医院通过SWOT分析明确“肿瘤学科群建设”战略目标,将预算资源向放射治疗设备更新(配置300万元)、MDT团队建设(设立50万元人才基金)等关键

领域倾斜。实施零基预算编制法,打破历史基数依赖,某医院新院区建设项目通过零基预算审核,剔除无效支出1200万元。建立季度弹性调整机制,设置“医改政策变动”“突发公共卫生事件”等6类触发条件,某医院疫情期间动态调整预算结构,将线上诊疗系统升级预算从200万元增至500万元,使互联网诊疗量占比从8%提升至25%。科室预算责任单元建设强化执行约束。某医院将临床科室划分为30个预算责任单元,建立“预算执行率-成本控制率-患者满意度”三维考核体系,实行“超额不补、结余留用”政策。心血管内科通过优化耗材使用,年度预算结余率达12%,其中5%作为绩效奖励直接分配至医疗组,医师人均绩效增长800元。

3.2 全成本精细化核算体系升级

推行作业成本法(ABC)实现成本精准追溯。河南省人民医院选取心内科、骨科等6个试点科室,建立“资源-作业-项目”三级成本池,某冠脉支架植入术通过ABC核算,发现手术室设备折旧成本被低估42%,促使医院修订间接成本分摊标准。实施后试点科室成本追溯准确率从58%提升至98%,为127项医疗服务价格调整提供精准数据支持。DRG成本监控平台构建闭环管理。某医院开发“病种成本沙盘”系统,实时对接HIS诊疗数据和物资管理系统,对超支病例自动触发三级预警:蓝色预警(超支10%-20%)由科主任审核,黄色预警(20%-30%)启动MDT会诊,红色预警(>30%)提交院级成本管控委员会。实施后某外科病区DRG组超支率从35%降至18%,年节约医保扣款约420万元。

3.3 业财融合信息化平台建设

HRP系统集成打破数据孤岛。某医院实施“医疗-物资-财务”三流合一工程,通过开发32个标准化接口,实现HIS医嘱系统与物资库房自动对账,使高值耗材账实差异率从5.2%降至0.8%。建立设备全生命周期管理系统,某CT设备从采购论证到效益分析实现全流程数字化,年维护成本降低15%,使用效率提升22%。财务BI工具赋能决策转型。开发“院长驾驶舱”系统,整合医疗收入、成本、现金流等18类核心指标,实现数据可视化呈现。某医院通过BI工具发现门诊患者次均费用区域差异达30%,针对性调整优质资源布局,使县域患者覆盖范围扩大12%,门诊收入同比增长18%。

3.4 风险防控机制创新

构建三维风险预警模型。选取资产负债率(预警线60%)、流动比率(预警线1.5)、投资回报率(预警线5%)为核心指标,建立

动态监测仪表盘。某市级医院通过模型预警,提前处置2亿元到期债务,通过债务重组降低年利率2个百分点,年节约利息支出400万元,信用评级从AA-上调至AA。医保超支共担机制创新。建立“临床科室-医保办-财务科”联动考核体系,将DRG超支部分按“科室承担70%+医保办承担20%+财务科承担10%”比例分担。某医院实施后,临床科室主动控费意识增强,某骨科病区通过优化耗材组合,使膝关节置换术平均住院费用下降12%,超支病例比例从45%降至18%。

3.5 创新路径的协同实施

上述创新路径形成“预算管理控总量、成本核算优结构、业财融合提效率、风险防控保安全”的闭环体系。河南省某综合医院通过组合实施,使百元医疗收入成本从112元降至98元,资产负债率从52%降至45%,医保结算周期从65天缩短至50天,为改革背景下公立医院财务转型提供了可复制的解决方案。

4 结束语

医疗改革浪潮中,公立医院财务管理创新已从“选择题”变为“必答题”。本文揭示,唯有构建业财融合、数据驱动、风险防控三位一体的新型管理体系,方能适应DRG付费、医保控费等政策变革。河南省实践表明,实施战略预算管理可使资源配置效率提升18%,作业成本法使核算精度提高60%,HRP系统集成推动物资周转率提升22%,三维风险模型有效优化债务结构。展望未来,智慧财务将深化区块链技术在医疗供应链金融的应用,AI算法将持续优化病种成本预测模型,为公立医院高质量发展注入新动能。

[参考文献]

- [1]国家卫生健康委员会.关于推进公立医院高质量发展的意见[Z].北京:国家卫生健康委员会,2021.
- [2]河南省财政厅.省级公立医院成本核算实施细则[Z].豫财社[2023]45号.郑州:河南省财政厅,2023.
- [3]李玲,张伟,王芳.DRG付费改革对医院财务的影响研究——基于河南省试点医院的实证分析[J].中国卫生经济,2024,43(5):12-17.
- [4]吴晶.公立医院业财融合模式构建研究——以河南省人民医院为例[D].郑州:郑州大学,2023.

作者简介:

徐瑞(1978—),女,汉族,河南驻马店市人,本科,中级,会计师。