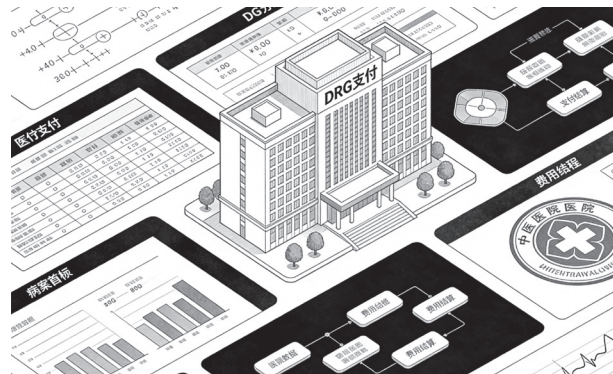


公立医院 DRG 支付方式下绩效管理优化研究

文 | 赵博雅 倪子龙 (通讯作者) 王涤非

医保支付方式改革是完善医疗健康体系的重要关键举措。传统按服务项目付费机制易造成医疗资源供给过剩且使用效率低下，DRG 支付模式则是将费用打包按病组支付，这促使医疗机构承担起相应的经济责任，并重塑医院营收结构。在预付制环境中，以往偏重业务量与收益规模的绩效考核标准无法契合现实需求，医院必须从单纯扩大服务规模转变为优化成本及提升服务质量，绩效考核体系亟待从数量导向激励向价值导向激励进行根本性转变。



(配图由 AI 生成)

公立医院绩效管理优化的理论支撑

价值医疗理论的目标重构

价值医疗理论把医疗服务的价值定义成健康成效和资源投入的比例关系，其核心理念是在有限的资源条件下让患者健康收益实现最大化。该理论突破传统医疗以服务量为核心的评估模式，转而注重健康结果质量和资源利用效率之间的平衡。DRG 付费机制借助标准化病种定价来对医疗费用进行控制，促使医疗机构将运营重点从增加服务数量转变为提高健康产出效率。价值医疗理论为绩效管理提供目标重塑的基础，要求医疗机构构建涵盖临床效果、患者感受及成本效益的综合评价体系，推动医疗资源优先流向高健康回报、低资源消耗的服务领域，最终达到医疗质量和成本控制的协同优化。

作业成本法的技术嵌入

作业成本法把具体业务作业环节当作成本归集对象聚焦于此，通过对医疗流程里资源消耗驱动因素进行分析来实现成本精准追溯。该方法将医疗服务分解成诊断、检验、治疗、护理等基础作业单元，依据各环节耗费的人力工时、设备折旧及材料损耗等资源要素建立成本动因数据库，以此完成对病组全成本的精确核算。在 DRG 支付模式之下，医院需要准确把握不同病组的实际成本结构及盈亏平衡点，作业成本法为其提供了可行的技术解决方案。借助作业成本核算，医院能够识别高成本作业环节并且发现成本压缩潜力，为临床路径优化及资源配置调整提供数据支撑，促使绩效考核从侧重收入贡献转变为关注成本效益，推动成本管理从粗略估算走向精细化核算。

多任务委托代理的机制设计

多任务委托代理理论研究委托人面对代理人同时承担多项任务时的激励设计难题。该理论的核心在于合理分配不同的目标优先级，确保各项激励措施力度相互协调。在医院管理中，管理者期望医务人员兼顾医疗质量、成本控制和效率等多个方面，然而要是仅对单一任务实施高强度激励，其他任务就可能被边缘化。在 DRG 支付制度改革背景下，医院必须权衡成本与质量在激励机制中的比重，防止因过度强调成本控制而损害医疗服务质量。这一理论为绩效管理制度设计提供了指导，促使医院建立覆盖质量、成本和效率的综合激励体系，明确质量安全与成本控制的刚性约束，通过全面评估推动医务人员在多元目标中实现最佳平衡。

DRG 支付下公立医院绩效管理的转型困境

业务量导向与成本约束的矛盾

医院采用按项目付费模式来构建自身收入体系，把经济收益和医疗服务数量直接进行挂钩，门诊量、住院人次及手术例数等规模指标成为绩效评估的主要依据。此机制促使医疗资源优先用于扩大服务供给，医务人员依靠增加诊疗频次和项目数量来提升绩效收入。而 DRG 支付方式实行病组定额预付的办法，医保按照病组分类标准支付固定费用，不会因实际诊疗项目变化而作出调整，超支部分需由医院自行承担相应责任。这种支付方式将成本管控责任转移到医疗机构内部，推动医院盈利模式从追求服务量转向控制单元成本。传统绩效体系依旧以业务量激励作为核心，导致医务人员行为和医院经营目标产生矛盾，盲目增加服务量反而可能加剧成本负担，而无法提升收益。这一冲突表明，绩效管理亟须从数量增长型向效率优化型转变。

粗放核算与精细管理的脱节

公立医院成本管理体系以临床科室为基本核算主体，财务数据仅统计科室层面的收入、支出及结余情况。直接成本是依据科室实际发生额来进行归集的，间接成本则采用床位数量、业务收入等粗略指标在科室间进行分摊，最终核算结果仅能反映科室的整体经济收益情况；DRG支付方式要求医院必须掌握具体病组的成本构成及盈亏临界点，然而同一科室内不同病组在资源消耗、诊疗难度及费用管控方面存在明显差异。科室核算模式难以细化到病组层级，这导致管理层无法识别高收益与亏损病组的分布情况，资源配置决策缺乏精细的成本数据支持，临床一线人员未能获取病组成本反馈信息，医生在制订诊疗方案时无法量化评估成本影响，成本控制主要依赖主观经验而非客观数据分析。若绩效考核机制无法将成本责任分解至病组维度，精细化管理要求便难以融入微观医疗决策环节，从而造成战略目标与实际执行之间的系统性脱节。

短期激励与长期目标的背离

绩效工资结算周期通常按月或者按季度安排，评估重点主要放在当期工作任务完成情况与经济效益方面，医护人员的薪酬直接和其即时工作成果存在关联。这种奖励机制促使医务人员更加重视即时的经济收益，相对而言对提升医疗质量、加强技术储备及完善风险防控等长远发展的关注就会减少。在按疾病诊断相关分组付费的背景之下，医院的核心竞争力体现在处理复杂病例能力、诊疗流程规范程度及医疗安全保障效果等需长期积累的优势要素上。过分强调短期成本控制可能引发缩短住院时间、减少检查项目或者降低服务标准等短期行为，这些做法也许能暂时降低支出，不过会造成患者再次入院率、并发症发生率及医疗纠纷风险上升等问题。DRG体系运用低风险死亡率、时间消耗指数等质量指标来调整医院的病例权重，医疗质量恶化会直接损害医院的长远经济收益。如果绩效激励过度偏向压缩短期成本，却忽略对质量与能力的长期投入，将会动摇医院可持续发展的基础。

数字技术驱动的绩效管理优化路径

重构价值导向的多维绩效评价体系

智能绩效监测平台把医院信息、医保结算和财务管理的多源异构数据汇聚起来，打造出覆盖医疗品质、成本效益和运营效能的实时监控体系。平台依靠数据挖掘技术，自动提取电子病历、费用明细及诊疗路径等结构化信息，产出病组权重、费用偏离度和耗时系数等核心绩效评估指标。机器学习算法能够甄别异常诊疗行为与高成本病例特征，启动智能预警机制，并向管理层推送改进建议。可视化驾驶舱展示医院、科室、医疗组和医师四级绩效动态变化趋势，管理者

可通过移动设备实时掌握各层级的运行状况。该智能平台打破了传统事后评价的时滞限制，实现了绩效数据的即时采集、动态分析与智能预警，为管理决策提供了精准数据支撑。

开发病组成本实时核算系统

病组成本实时核算系统依靠作业成本法体系，构建医疗作业资源消耗知识图谱，进而达成病组全成本自动归集和智能分摊。系统将电子病历、医嘱执行及物流流转系统联通，实时获取药品消耗、耗材使用、检查操作和治疗过程等直接成本数据，并且依据医护人员工时、设备运行时间和床位占用天数等指标自动分摊间接成本。算法引擎按照病组编码规则自动整合每位患者的完整成本数据，生成病组成本清单与费用结构分析图谱。系统通过对比病组实际成本和DRG支付标准，计算出盈亏差额，标识出高收益病组与亏损风险病组。实时核算功能让管理层能够动态掌握病组成本变化趋势，为临床路径优化和资源调配调整提供即时决策支持。

建立数据驱动的动态激励模型

动态激励模型运用大数据分析技术构建绩效评价算法体系，根据医务人员过去的表现、病例分组复杂度及质量安全指标实时调整激励权重。模型设定医疗质量的底线和成本控制的上限，运用多目标优化算法确定激励参数的最优解，通过机器学习算法探究不同激励力度对医务人员行为的作用机制，并且预判激励方案调整之后的绩效走向。系统依据季度绩效数据自动迭代优化激励参数的配置，推动激励机制实现自适应的升级。数据驱动模式突破了传统固定权重激励的局限性，借助算法的持续学习与动态调整，维持激励机制对医疗环境变化的适应能力，促使医院战略目标与个人行为激励形成长期动态匹配。

结束语

DRG支付制度改革让公立医院绩效管理从规模开始转向价值，从粗放式经营走向精细化管理道路。优化绩效管理要借助价值医疗理念来重塑考核指标，运用作业成本法去实施精确的成本核算，并且依据委托代理理论构建合理的激励机制。依托智能监控平台、病例分组成本核算系统及数据驱动激励模型等数字化技术，推动绩效管理达到即时化、精确化与智能化目标，助力公立医院从依赖经验的管理模式向基于数据的决策方式转变。

课题名称：军队医疗机构财务统计与分析指标体系研究

课题编号：JDCW2022-147

作者简介：赵博雅 倪子龙（通讯作者）王涤非 中国人民解放军总医院服务保障中心

责任编辑：孙姗姗 投稿邮箱：zhouhl@staff.ccidnet.com