

参数分配法DIP成本核算在公立医院精益运营管理中的应用探索

尼燕^①, 廖钧^②, 肖谦^①, 陈剑明^①, 秦永方^③, 何美莲^①, 刘杰^①, 程娟^①

摘要 DIP支付方式改革, 倒逼医院核算DIP成本账和盈亏账, 赋能医院精益运营管理。文章基于参数分配法DIP成本核算, 采取“分步法”实现“制造成本法与完全成本法”一体化, 拓展DIP“盈亏”核算与分析在精益运营管理中的应用, 侧重对内服务的同时也满足对外报告的需求, 充分体现业财融合, 助推医院高质量发展。

关键词 公立医院; DIP; 成本核算; 参数分配法; 业财融合; 精益运营管理

中图分类号 R1-9; R197.23 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)10-0060-06

The Exploration of DIP Cost Accounting in Hospital Lean Operation Management Based on Parameter Allocation Method/Ni Yan, Liao Jun, Xiao Qian, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(10):60-64,70

Abstract DIP payment reform forces hospitals to calculate DIP cost accounts and profit and loss accounts, and empowers hospitals to operate and manage in a lean manner. Exploring the integration of manufacturing cost method and full cost method based on the parameter allocation method, DIP cost accounting method, step-by-step method, expand DIP “profit and loss” accounting and analysis in lean application management, focusing on internal services while also meeting external reporting needs, fully reflect the business and financial integration, promote the development of high-quality hospitals.

Keywords public hospital; DIP; cost accounting; parameter allocation method; industry finance integration; lean operation management

First-author's address Shenzhen Hospital of Southern Medical University, Shenzhen, Guangzhou, 518000, China

本研究按照《财政部关于印发〈事业单位成本核算具体指引——公立医院〉的通知》(财会〔2021〕26号)的相关规定, 基于参数分配法进行DIP成本核算, 拓展成本核算成果在公立医院精益运营管理中的应用, 助推公立医院高质量发展。

1 公立医院DIP成本核算现状

DIP以病案费用清单数据为基础, 是主要诊断与有关手术操作的组合, 以此形成各病种的DIP作用机制, 在对海量数据进行对比分析期间, 可发现“疾病诊断+医疗方式”的共性。病种的形成, 是由主要诊断和关联手术操作自然组合而成, 并以有关参数为参考依据, 进而形成病种分值, 结合并发症、年龄等因素给予校正, 以便实现支付的精细化和个性化^[1-2]。虽然大部分公立医院建立了科室成本核算制度, 由于绝大多数医院没有开展医疗项目和病种成本核算, 缺乏DIP成本核算的基础, 加之现有的信息化建设滞后, 导致很多DIP支付改革地区的公立医院不能有效开展DIP成本核算工作。

1.1 成本核算管理组织不健全

许多公立医院缺乏成本核算管理组织, 成本核算只是财务部门一家的事情, 成本核算工作没有上升到

院级层面, 缺乏院级管理组织的有力支持和推动。

1.2 成本核算知识缺乏

医院财务人员对《关于印发公立医院成本核算规范的通知》(国卫财务发〔2021〕4号), 和《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)等规范理解不到位, 特别是对病种成本核算知识缺乏整体的认识。

1.3 成本管理能力较弱

许多公立医院虽然开展了病种成本核算工作, 却依然停留在为了出报告而核算的阶段。没有把病种成本核算结果应用到医院管理实践上, 加之成本核算流程不科学、不规范, 数据准确性低、核算结果严重滞后, 不能为医院成本管控提供及时、有效的数据支持。

1.4 业财不能融合

财务人员对DIP支付方式改革原理解释不深, 对病案首页如何影响DIP付费不清楚, 不能深入业务部门熟悉业务流程。

1.5 信息化建设滞后

大部分医院只进行到科室成本核算, 没有开展医疗项目核算工作, 绝大多数成本核算软件不能支持医院开展病种成本核算, 更不能支持DIP成本核算工作开展。

2 DIP成本核算方法分析

目前, 病种成本核算方法多种多样, 各种方法各有优缺点, 主要侧重对外报告, 在对内部的精益运营管理方面提供数据支撑不足(表1)。

① 南方医科大学深圳医院 广东 深圳 518000

② 深圳市第二人民医院 广东 深圳 518000

③ 北京誉方医院管理中心 北京 100000

作者简介: 尼燕(1968—), 女, 硕士学位, 正高级会计师; 研究方向: 医院运营管理; E-mail: niyan123@126.com。

表1 DIP成本核算方法比较

核算方法	说明	优点	不足
自上而下法 (服务单元叠加法)	以成本核算单元成本为基础计算DIP组成本	简单、快捷	分配参数不易标化, 分配结果偏差较大
自下而上法 (项目叠加法)	以医疗服务项目成本基础计算DIP组成本	相对准确	比较复杂, 对基础工作要求高
成本收入比法	以服务单元的收入和成本为基础计算DIP组成本, 通过计算医院为患者提供的各服务单元的成本收入比值, 利用该比值将患者层面的收入转换为成本	简单、快捷	受业务收入影响较大, 结果偏差大
参数分配法	科室或服务单元的成本采用参数分配法分配至患者成本, 参数可以选择患者的住院天数、诊疗时间等。	简单、高效、 精准度高	对业务融合和信息化要求较高

2.1 DIP成本核算方法分析

“公立医院成本核算应用案例”对自下而上法、自上而下法和成本收入比法介绍较多, 对参数分配法应用案例较少介绍。

2.2 DIP成本核算存在的主要问题

在DIP付费变革下, 传统的经济运营管理模式已无法适应现有的新形势, 医院的转型升级与加强内部精细化管理已迫在眉睫^[3]。DIP成本核算方法各有利弊, 最关键的是成本核算侧重在财务会计成本核算, DIP核算结果大部分采取的完全成本法, 与DIP收入匹配映射对应, 不利于医院内部成本管控和精益运营管理分析。

3 DIP成本核算准备工作

本研究基于财政部发布的《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)的相关规定, 根据成本信息需求, 对业务活动相关成本核算对象选择完全成本法或制造成本法进行核算。完全成本法下应当将业务活动费用、单位管理费用均归集、分配至成本核算对象。制造成本法下应当只将业务活动费用归集、分配至成本核算对象。以案例医院心内科病区DIP为例, 结合医院DIP成本核算实践, 将DIP成本“分步算”, 融合服务单元叠加法与参数分配法, 实现“制造成本法与完全成本法”一体化。

3.1 成立成本核算领导小组

为保证DIP医院成本核算管理工作有序开展, 医院成立成本核算管理工作领导小组, 医院院长担任组长, 总会计师担任副组长。成员包括: 财务、医保、物价、运营管理、医务、药剂、护理、信息、人事、后勤、设备、资产、病案统计等相关职能部门负责人和部分临床科室负责人。主要负责审议医院DIP成本核算管理工作方案及相关制度, 明确各部门职责, 协调解决成本核算相关问题, 组织开展成本核算, 加强成本管控, 制定相匹配的绩效考核方案, 提升运营效率。

3.2 开展医院成本环境状况进行分析

分析DIP付费下甲医院成本管理现状, 目前只开展

了科室成本核算, 而且成本核算相对较粗犷。医院运营绩效部门采取选择成本与科室绩效核算关联, 科室对成本费用分摊扣除不理解, 成本控制意识不强, 工作思路依然是“增收驱动”, 成本控制效果不理想。

3.3 明确DIP成本核算与运营管理体系设计思路

传统的绩效与成本管理仍停留在医疗项目激励和科室成本管理上, 无法适应DIP支付下医院精益化管理需要, 探讨推行绩效与成本联动管理机制迫在眉睫^[4]。案例医院基于“算清账”“为管用”“控成本”“增效益”的管理思路, 设计了基于参数分配法的DIP精益成本核算与运营管理决策分析体系。

3.3.1 “算清账”。以科室成本核算为基础, 核算清楚每组DIP的成本, 针对每个DIP组的主要诊断与手术治疗操作编码, 按照DIP分组及分值对标, 运用大数据技术, 算清DIP分值、算清DIP预算“收入账”、算清DIP“医保补偿率账”、算清DIP“成本账”、算清DIP“盈亏账”、算清DIP“价值账”。

3.3.2 “为管用”。DIP成本核算的目的是为管理服务, 通过“算清账”, 对内为加强“控费降本、提质增效”管理提供数据支持, 对医保部门调整DIP分值和补偿政策提供数据参考, 对财政部门制定财政补助政策提供参考依据。

3.3.3 “控成本”。通过DIP成本核算, 促进医院从医生端控费入手, 把成本控制关口前移, 通过控费管理, 降低患者医疗费用负担, 提高医院竞争力, 实现“医保患”共赢。

3.3.4 “增效益”。通过DIP经济价值、临床价值、社会价值和患者价值的“四象限”综合分析, 推动病种结构调整和学科建设, 促使医院医疗服务能力提升, 实现社会效益和经济效益双丰收。

3.4 确定成本核算服务单元

按照服务性质将科室划分为临床服务类、医疗技术类、医疗辅助类、行政后勤类。为了开展DIP成本核算, 临床服务类进而划分为门诊成本核算单元和住院成本核算单元。

3.5 搭建DIP成本核算信息平台

为了DIP精细化成本核算，案例医院引入数据中台技术，打造运营成本数据中心。将DIP运营成本核算到底层数据，包括：“七大成本”要素数据、DIP分组/分值数据、DIP所需的HIS业务数据，归集到数据中台，构建了“四流合一”的运营管理数据仓，为实现DIP精益成本核算与运营管理打下了良好的基础（表2）。

表2 案例医院信息系统成本基础数据采集

医院信息系统	采集数据
病案系统	病案系统及病案首页相关数据
HIS	收费时间、收费项目、收费数量、收费单价、收费金额
财务核算系统	人员经费、药品费用、卫生材料费用、固定资产折旧、无形资产摊销、提取医疗风险基金、其他医疗费用
物流系统	卫生材料出库明细、供应室出库明细
手麻系统	手术级别、手术时长、参与人员
DIP系统	DIP分组、数量、标准分值、实际分值、预结算收入、医保补偿率

3.6 确定DIP成本核算方法

确定基于服务单元叠加法为基础，采取大数据技术支持，灵活运用参数分配法分配各项成本费用，实现“制造成本法与完全成本法”一体化，提高DIP成本核算的合理性和准确性。

4 DIP成本核算管理实施路径

4.1 科室成本核算

将“业务活动费用”会计科目的本期发生额按照活动类型、成本项目，分别归集到直接开展业务活动的业务部门和为业务部门提供服务或产品的辅助部

门；将“单位管理费用”会计科目的本期发生额按照成本项目归集到开展行政管理和后勤保障等管理活动的行政与后勤管理部门；单位管理费用最后直接全部分配至业务部门；将业务部门归集的费用采用合理的分配方法分配至成本核算对象（表3）。

4.2 DIP分组

依据DIP分组规则，确定入组的患者相关信息。按照当地DIP分组规则，选取心内科具有代表性的DIP病种（表4）。

4.3 DIP预算收入核算

根据疾病诊断及主要手术或操作，依照DIP分组规则，将其分入对应的DIP组中（表5）。按照DIP实际分值及预结算点值，核算DIP预算收入，计算公式如下：

$$\text{DIP 预算收入} = \text{DIP 实际分值} \times \text{费率} \pm \text{DIP 病例医保结算差额} \quad \text{式 (1)}$$

$$\text{DIP 医保结算差额} = \text{医保基金支付结算金额} \pm \text{DIP 实际医疗费用} \quad \text{式 (2)}$$

4.4 DIP成本核算

基于服务单元叠加法，按照参数分配法，开展DIP成本核算有以下8个步骤：

4.4.1 DIP药品与卫生材料核算。将使用过的药品、单独收费的卫生材料归入DIP（表6）。

4.4.2 DIP病种人员经费核算。DIP分摊本科住院人员经费，按照DIP实际住院医疗收入比重和DIP实际住院床日比重2个参数分摊，分摊公式如下：

$$\text{该DIP分摊本科住院人员经费} = \text{DIP本科住院人员经费} \times (\text{DIP实际住院医疗收入比重} \times 50\% + \text{DIP实际住院床日比重} \times 30\% + \text{DIP病例数占比} \times 20\%) \quad \text{式 (3)}$$

DIP分摊医疗技术科室人员经费，按照DIP实际医

表3 案例医院心内科科室成本核算表

费用	金额	门诊成本	住院成本
人员经费	989 789.35	431 251.22	558 538.13
卫生材料费	874 929.88	25 027.45	849 902.43
药品费	2 126 628.33	992 615.17	1 134 013.16
固定资产折旧费	32 975.60	12 367.47	20 608.13
无形资产摊销费	659.00	287.00	371.70
提取医疗风险基金	158 196.52	68 926.23	89 270.30
其他医疗费用	34 842.78	15 181.00	19 661.78
科室制造成本	4 218 021.17	1 545 655.53	2 672 365.64
管理费用分摊	751 784.21	327 552.38	424 231.83

表4 DIP分组类型

DIP编码	病种名称	住院人数(人)	医疗费用(元)	分值类型	实际分值(分)	实际分值费用(元)
I40.8	其他的急性心机炎	1	42 370.64	超3倍分值	223.16	29 010.80
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病：治疗性操作—II级	1	4 619.25	30%以下分值	46.19	6 004.70
I10.X	单纯收缩期高血压	1	4 944.94	正常病例	60.16	7 820.80

表5 DIP收入预算

DIP病种编码	病种名称	住院人数	医疗费用(元)	分值类型	实际分值(分)	实际分值费用(元)	医保结算差额(元)
I40.8	其他的急性心肌炎	1	42 370.64	超3倍分值	223.16	29 010.80	-13 359.84
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病: 治疗性操作—II级	1	4 619.25	30%以下分值	46.19	6 004.70	1 385.45
I10.X	单纯收缩期高血压	1	4 944.94	正常病例	60.16	7 820.80	2 875.86

表6 DIP药耗成本核算表

DIP病种编码	病种名称	住院人数(人)	医疗费用(元)	药品费用(元)	卫生材料费(元)
I40.8	其他的急性心肌炎	1	42 370.64	31 095.81	165.25
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病: 治疗性操作—II级	1	4 619.25	260.53	102.09
I10.X	单纯收缩期高血压	1	4 864.74	459.72	229.62

疗技术收入比重和医疗技术科室人员经费2个参数分摊, 医疗技术科室设计服务科室配套, 按照医疗技术科室人员经费一定比例固定分摊, 分摊公式如下:

该DIP分摊医疗技术科室人员经费 = DIP医疗技术科室人员经费 × (DIP实际医疗技术收入比重 × 80% + 医疗技术科室人员经费 × 20%) 式(4)

4.4.3 DIP病种分摊固定资产折旧。DIP分摊本科住院固定资产折旧, 按照房屋及建筑物折旧和专用医疗设备折旧及通用医疗设备折旧和一般设备折旧分别分摊, 采取不同的参数分配, 分摊公式如下:

该DIP分摊病种专用医疗设备折旧 = 该DIP病种专用医疗设备折旧 × 100% 式(5)

该DIP分摊房屋及建筑物折旧 = 该科室房屋及建筑物折旧 × 该DIP实际占床日比重 式(6)

该DIP分摊通用医疗设备和一般设备折旧 = 该科室住院通用医疗设备和一般设备折旧 × (DIP实际住院医疗收入比重 × 50% + DIP实际住院床日比重 × 30% + DIP病例数占比 × 20%) 式(7)

4.4.4 DIP病种分摊无形资产摊销。DIP病种分摊无形资产摊销, 按照DIP病例数比重分摊。分摊公式如下:

该DIP病种无形资产摊销分摊 = DIP病种无形资产摊销 × 该DIP病例数比重 式(8)

4.4.5 DIP病种分摊提取医疗风险金。DIP病种分摊提取医疗风险金, 按照DIP病种医疗费用扣除药品和卫生材料费用后的收入一定比例分摊。分摊公式如下:

该DIP分摊提取医疗风险金 = (DIP病种医疗费用 - DIP病种药品费用 - DIP卫生材料费用) × 提取比例 (按照4%) 式(9)

表7 DIP医疗业务成本核算表

DIP病种编码	病种名称	分值类型	住院人数(人)	医疗费用(元)	实际分值费用(元)	医保结算差额(元)	医疗业务成本(元)
I40.8	其他的急性心肌炎	超3倍分值	1	42 370.64	29 010.80	-13 359.84	39 926.53
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病: 治疗性操作—II级	30%以下分值	1	4 619.25	6 004.70	1 385.45	2 910.13
I10.X	单纯收缩期高血压	正常病例	1	4 944.94	7 820.80	2 875.86	3 550.467

4.4.6 DIP病种分摊其他医疗费用。DIP病种分摊其他医疗费用, 为了分摊更合理, 采取住院人次比重、住院床日比重、医疗收入比重等多参数分摊。分摊公式如下:

该DIP分摊其他医疗费用 = 该科室住院其他医疗费用 × (该DIP住院人次比重 × 20% + 该DIP实际占用床日比重 × 30% + 该DIP医疗收入比重 × 50%) 式(10)

4.4.7 DIP医疗业务成本核算。通过以上6个步骤, 核算DIP医疗业务成本(表7):

4.4.8 DIP分摊管理费用核算全成本。最后分配管理费用, 经测算该院某月管理费用占医疗收入比为23.18%, 按照DIP病种实际医疗费用比重分摊(表8)。

4.5 DIP病种结余核算

为了加强DIP成本核算结果的应用, 按照DIP预(决)算收入与DIP成本核算结果映射对应, 核算DIP病种结余(表9)。

4.5.1 DIP病种业务结余核算。DIP病种业务结余, 需要充分考虑DIP医保结算与DIP医院实际总费用之间的结算差额, 正确核算DIP业务结余和DIP业务结余率。核算公式如下:

该DIP业务结余 = 该DIP实际医疗总费用 + 医保结算差额 - 医疗业务成本 式(11)

该DIP业务结余率 = 该DIP业务结余 / 该DIP实际医疗总费用 × 100% 式(12)

4.5.2 DIP病种医疗结余核算。由表10可知, DIP病种医疗结余, 需要充分考虑DIP医保结算与DIP医院实际总费用之间的结算差额, 正确核算DIP医疗结余和DIP医疗结余率。核算公式如下:

该DIP医疗结余=该DIP实际医疗总费用+医保结算差额-医疗全成本 式(13)

该DIP医疗结余率=该DIP业务结余/该DIP实际医疗总费用×100% 式(14)

4.6 DIP病种成本分析与控制

DIP结余核算,通过分析DIP预算收入,为控费前移成本控制提供参考;通过分析DIP病种成本,为寻求降低成本找到途径;通过分析DIP经济价值与临床价值,为病种结构调整提供数据支持(表10)。

5 DIP成本核算成果应用

5.1 在“控费、降本、提质增效”管理中应用

开展DIP成本核算,便于医院清楚了解DIP支付水平,在医保资金有限的条件下,为加强成本控制和提质增效提供了较好的数据支持,实现关口前移到床端的控费管理,分析成本费用的合理性,寻求降低各项成本耗费的途径^[5-6];通过DIP成本核算,也为提高医疗服务能力与加强学科建设提供了重要的数据参数。

5.2 在DIP病种结构调整中的应用

开展DIP成本核算,有利于分析成本结构状况,与DIP预算收入关联比较,与DIP临床价值(CMI)结合,采取“波士顿”分析,为病种结构调整提供参考依据。DIP病种CMI值作为纵轴,DIP毛结余作为横轴,实行四象限分析。第一象限为CMI值高经济效益

高的DIP病种,作为医院优势病种管理,第二象限为CMI低经济效益高的DIP病种,作为提高病种集中度管理,提高收益,第三象限为CMI高经济效益低的DIP病种,作为医院重点学科发展病种管理,第四象限为CMI低和经济效益都低的DIP病种,进行病种筛选和调整。

5.3 在医院内部绩效考核评价中的应用

开展DIP成本核算,围绕结余、CMI和聚合度高的DIP病种,按照“战略DIP病种、优势DIP病种、适宜DIP病种、劣势DIP病种”分类,内部绩效考核采取差异激励,推动病种结构调整,促进学科建设。开展DIP病种“医疗权重、医技权重、药品权重、耗材权重”分析,实现绩效置换,加大“医疗权重和医技权重”的倾斜激励,提高医务人员“降低药品权重和耗材权重”的积极性^[7]。

5.4 在精益运营业财管理中的应用

开展DIP成本核算,促进财务运营绩效管理相关人员关注病案首页,熟悉住院业务流程,通过成本核算的成果说话,用数据指导业务管理,实现业财融合,提升医院精益管理水平,提高医院经济运营效益。

5.5 在DIP医保支付方式中的应用

开展DIP成本核算,为DIP支付方式改革提供数据参数,有利于改变DIP分值按照费用法的不足,充分体现DIP病种的成本价值,促进DIP支付方式改革更加符

表8 DIP医疗全成本核算表

DIP病种编码	病种名称	分值类型	住院人数(人)	医疗费用(元)	实际分值费用(元)	医保结算差额(元)	医疗业务成本(元)	分摊管理费用(元)	医疗全成本(元)
I40.8	其他的急性心肌炎	超3倍分值	1	42 370.64	29 010.8	-13 359.84	39 926.53	9 821.51	49 748.05
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病: 治疗性操作—II级	30%以下分值	1	4 619.25	6 004.7	1 385.45	2 910.13	1 070.74	3 980.87
I10.X	单纯收缩期高血压	正常病例	1	4 944.94	7 820.8	2 875.86	3 550.466 92	1 146.24	4 696.70

表9 DIP业务结余分析表

DIP病种编码	病种名称	分值类型	住院人数(人)	医疗费用(元)	医保结算差额(元)	医疗业务成本(元)	业务结余(元)	业务结余率(%)
I40.8	其他的急性心肌炎	超3倍分值	1	42 370.64	-13 359.84	39 926.53	9 821.51	49 748.05
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病: 治疗性操作—II级	30%以下分值	1	4 619.25	1 385.45	2 910.13	1 070.74	3 980.87
I10.X	单纯收缩期高血压	正常病例	1	4 944.94	2 875.86	3 550.466 92	1 146.24	4 696.70

表10 DIP医疗结余分析表

DIP病种编码	病种名称	分值类型	住院人数(人)	医疗费用(元)	医保结算差额(元)	医疗全成本(元)	医疗结余(元)	医疗结余率(%)
I40.8	其他的急性心肌炎	超3倍分值	1	42 370.64	-13 359.84	49 748.05	-20 737.246 75	-48.90
I:ZLXCZ-B	循环系统疾病: 治疗性操作—II级	30%以下分值	1	4 619.25	1 385.45	3 980.87	2 023.830 35	43.81
I10.X	单纯收缩期高血压	正常病例	1	4 944.94	2 875.86	4 696.70	3 124.095 988	63.18

(▶▶下转第70页▶▶)

时性床位投入应根据实际运营情况调整规模，避免医疗资源浪费。同时，医院的营收在一段时间内将需要承受压力，所以要重视三级公立医院总会计师职责和权限，发挥对重要经济事项的分析决策作用，做好全面预决算管理工作，提升整体科学管理水平来保障医院运营效率。

3.3 充分利用规模效率

要注重人力、物力和财力的投入，充分发挥规模效率带来的综合技术效率提升，但要注意投入增加过程要符合区域实际情况。不仅要考虑患者数量和经济水平，还要从医院的等级、规模和医疗条件等方面出发。避免盲目扩张，尽量达到最优规模，否则不仅浪费医疗资源，还会导致规模“不经济”。

3.4 促进均衡发展

黑龙江省三级公立医院间发展不平衡问题仍较为突出。黑龙江省经济基础薄弱，各地区经济发展存在差距且卫生财政投入有所偏重。这意味着不同公立医院的运营发展势必不一。因此，排名靠前的三级公立医院得益于本身较高的科学管理水平，应该继续发挥规模效用来保障整体运营效率的提升。排名靠后的三级医院要先从提升精细化管理水平入手，把资源从粗放式投入转向集约式投入。基于医院现有外部环境和内部资源合理优化配置来改善运营结构，从而提升医疗卫生服务能力，提升运营效率。最终平衡省内医院间差异，进而从全局来提升公立医院管理水平，持续改善医疗服务，不断满足人民群众医疗健康需要，实现三级公立医院的高质量发展。

参 考 文 献

[1] 孙克, 邹佳男, 胡佳城, 等. 我国医疗资源利用效率的空

间分异及驱动因素分析[J]. 中国卫生经济, 2023,42(6): 51-55.

- [2] 支帅蔚, 邓勇. 新形势下公立医院运营管理问题分析与对策探讨[J]. 中国医院, 2023,27(5):1-4.
- [3] 张文天, 李慧, 孔凡悦, 等. “十二五”和“十三五”时期我国医院效率对比研究:基于 DEA-Malmquist 指数模型[J]. 中国卫生经济, 2022,41(11):69-73.
- [4] 汤磊, 张薇, 袁蕙芸, 等. 基于数据包络分析的京沪两地三级甲等综合性医院运营效率比较研究[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2014,34(1):95-99.
- [5] 刘芹, 常仁杰, 毕怀梅, 等. 基于三阶段 DEA-Tobit 回归模型的广西县级公立医院效率影响因素研究[J]. 医学与社会, 2019,32(9):102-105.
- [6] 于先河, 降海蕊, 张景茹, 等. 吉林省县级公立医院运行效率评价:基于 DEA-Malmquist 指数模型[J]. 中国卫生经济, 2021,40(12):87-90.
- [7] 张文天, 李慧, 孔凡悦, 等. 基于 DEA-Malmquist 指数模型后黄河流域医院运营效率研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(11):14-17.
- [8] 寇儒欣, 梅康妮, 秘玉清, 等. 基于三阶段 DEA 模型的我国中医医院运营效率研究[J]. 中国医院, 2023,27(3):33-36.
- [9] 许轲, 何瑞仙, 邱亭林. 应用数据包络分析法评价手术室运营效率[J]. 中国卫生统计, 2022,39(2):260-262.
- [10] 陈鹏宇. 线性无量纲化方法对比及反向指标正向化方法[J]. 运筹与管理, 2021,30(10):95-101.

[收稿日期: 2023-07-08] (编辑: 杨威)

(◀◀上接第 64 页◀◀)

合医疗行业特征。

总之, DIP 支付方式改革, 对医院的运营管理提出了较大的挑战, 围绕“算为管用、算管结合”, 创新性开展 DIP 成本核算, 加强成果的转化和应用, 助推公立医院高质量发展。

参 考 文 献

- [1] 张立强, 李欣芳, 李响, 等. DRG、DIP 付费改革下结余留用政策逻辑与思考[J]. 中国卫生经济, 2023,42(5):13-16.
- [2] 宋静, 吉雅玲. DIP 改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J]. 中国卫生经济, 2022,41(2):77-79.
- [3] 杨阳, 张煜琪, 朱豫虹, 等. DIP 付费下以业财管信融合模式赋能公立医院精益运营体系构建[J]. 中国卫生经济, 2022,41(2):88-92.

- [4] 杨阳, 张煜琪, 李逸璞, 等. DIP 付费下医院绩效与成本联动管理机制的探讨[J]. 会计之友, 2021(24):79-84.
- [5] 秦永方, 张新苹, 韩冬青. 基于综合指数法的 DRG 与 DIP 病种(组)成本核算研究[J]. 现代医院, 2021,21(8):1197-1201.
- [6] 秦永方, 韩冬青, 于蕙兰. DRG/DIP 病种(组)精益运营管理实操手册[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2022.
- [7] 秦永方. 现代医院运营绩效管理实务[M]. 北京: 中国经济出版社, 2014.

[收稿日期: 2023-08-28] (编辑: 毕然)