

人力资源价值创造视角下 公立医院成本管控的实践探索

江蒙喜^①

摘要 梳理目前公立医院运行的成本构成,成本管控的现状、问题和诉求,剖析公立医院成本管控的本质、人力资源与价值创造的机理分析、人力资源在价值成本管控中的作用。公立医院应转变成本管控理念,通过构建以人力资源价值创造为核心的“评价”体系、“管控”体系和“落地”体系,以塑造医院资源生态系统,赋能人力资源价值创造,提升成本管控效果。公立医院在落实聚焦业务、闭环体系、临床业务的成本管控工作过程中,实践证明管控是否有效的关键是专病诊疗业务的发展情况。

关键词 公立医院;成本管理;人力资源;价值创造

中图分类号 R1-9; F221 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2022)08-0067-04

Discussion on the Practice of Cost Control in Public Hospitals from the Perspective of Human Resource Value Creation/
JIANG Meng-xi//Chinese Health Economics, 2022,41(8):67-70

Abstract It sorts out the cost composition of the current hospital, current situation, problems and objectives of cost control. The essence of cost control, the mechanism analysis of human resources and value creation, and the role of human resources in value cost control of public hospitals are analyzed. Based on the construction of human resource value creation centered value, control and implementation system, public hospitals transform the concept of cost control to shape the hospital resource ecosystem, empower human resource value creation and improve the effect of cost control. In the process of implementing business-focused, closed-loop system and clinically active cost control in public hospitals, the development of specialized disease diagnosis and treatment business determines the effect of management and control

Keywords public hospital; cost control; human resources; value creation

Author's address National Health Development Research Center, Beijing, 100191, China

公立医院内部过“紧日子”和有效落实运营管理要求势在必行。“公立医疗机构经济管理年”活动,以及《关于加强公立医院运营管理的指导意见》(国卫财发〔2020〕27号)均要求,公立医院过“紧日子”,同时随着医保集中采购、医疗费用价格调整和财政投入等外部补偿机制的变革,当前公立医院内部运营管理面临重重困境,如何破局的关键是构建有效的成本管理体系,才能落实“提质、增效、降本”的发展目标。

《关于加强公立医院运营管理的指导意见》(国卫财发〔2020〕27号)要求,公立医院在落实成本管理过程中,需要强化业务融合思维,笔者通过分析全国不同地区和规模公立医院(下文按A-I标注)内部的财务会计、人力资源、绩效薪酬和医务专科等业务和财务这两个维度的数据,同时,结合不同医院内部具体的运营管理体系建设和绩效薪酬方案中,涉及的具体成本管控措施,提出以下成本管控实践探讨。

1 医院成本构成、管理现状及管控目标

1.1 当前公立医院财务成本构成情况

按部门类别占比,临床服务类和医疗技术类占

90%以上;按成本项目占比最高的是人员经费,占1/3以上。笔者通过分析9家样本医院在运营管理体系建设前,各科室直接成本的基线数据构成的平均水平发现:一是全院整体视角来看,人员经费占34.05%,占比最高;人员经费、药品费和卫生材料费3项占比合计为88.72%;二是部门类别视角来看,临床服务类占68.34%,占比最高;三是各类部门主要成本项目视角来看,人员经费占比最高的是行政后勤类部门,卫生材料费占比最高的是医疗技术类部门,固定资产折旧占比最高的是医疗辅助类部门,其他费用占比最高的是医疗辅助类部门。上述数据展现的不仅是财务层面的结构情况,而且需分析各维度的总金额情况,更重要的是剖析财务数据背后的业务价值(表1)。

1.2 当前公立医院内部成本管控现状

公立医院应强化对运行成本的核算工作,增加效益分析环节和设立有效的成本管控对策。一是全面预算管理,如B医院(江苏省某县级医院)主要关注的是收入规模金额和药品耗材占比,缺乏医疗业务过程管控,运行结果往往是收入规模超额完成、药品耗材超标、节能减排有效,但是医院整体效益和人员待遇下降(表2);二是全成本核算工作,主要是对既往成本消耗数据的核算工作,注重数据表面金额大小和构成占比的分析,缺乏成本消耗背后医疗业务的分析;三

^① 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100191

作者简介:江蒙喜(1987—),男,硕士学位,副研究员;研究方向:医院绩效管理;E-mail:15201576634@163.com。

表1 2020年9家样本医院各科室直接成本构成的平均水平

科室类别	人员经费	卫生材料费	药品费	固定资产折旧费	无形资产摊销费	提取医疗风险基金	其他费用	类别占比
临床服务类	28.98	21.79	41.72	1.76	0.03	0.26	5.46	68.34
医疗技术类	35.19	42.40	9.07	5.35	0.06	0.05	7.89	21.59
医疗辅助类	52.73	5.92	0.00	7.19	0.28	0.00	33.87	2.11
行政后勤类	69.53	0.31	0.00	3.97	0.72	0.00	25.47	7.96

表2 B医院2020年部分全面预算管理指标预决算对比

预算项目	2020年预算 (万元)	2020年决算 (万元)	预决算对比
总收入	38 833	40 032	超额完成
医疗收入	33 583	35 513	超额完成
门诊收入	10 050	11 573	门诊规模超额
住院收入	23 533	23 940	住院规模超额
总费用	38 483	42 511	总规模超额
人员经费	17 000	16 606	待遇下降
药品费	8 100	9 239	药品没控制住
卫生材料费	7 000	8 734	耗材严重超标
其他费用	4 070	3 664	节能减排有效
医疗结余	350	-2 474	运行亏损

是绩效管理工作的核算结果，核定各部门的奖金额度，缺乏提升未来绩效水平的有效管控措施。部分医院在日常管理过程中，依赖于通过财务部门主导的全面预算管理、全成本核算和绩效管理上述3方面工作，形式上看似是相互促进的闭环管理，但是“提质、增效、降本”的效果欠佳。

1.3 当前公立医院内部成本管控目标

公立医院成本管控需要注意的是，通过资源消耗的效益分析，聚焦成本管理的重点，落实有效的管控措施。公立医院管理工作需要关注的不是成本消耗资源数量“多与少”的问题，而是需要分析资源投入所产出的效益，基于产出效益评价资源投入“值不值”的问题，聚焦“不值”的部分，即识别出哪些是不合理的成本消耗，哪些是管控无价值的资源消耗，从而为有价值的资源消耗腾空间。

成本管理的重点不在于核算的准确性，而是管理的有效性。通过对既往历史数据的分析，目的在于对未来资源投入的诊疗业务，提出具体的改进措施，最终才能有效管控不合理成本的消耗。目前，9家样本医院成本管控实践中“管”的是结果，“控”的是数据；如果要提升成本管控的效果，那么“管”的应该是过程，“控”的应该是业务。全面预算管理和绩效管理工作也是如此，最终才能通过预算、成本和绩效3项工作，有效控制不合理业务过程中，发生的不合理成本，落实医院整体“提升、增效、降本”的成本管控目标。

2 公立医院成本管控的本质、价值创造的机理

2.1 公立医院成本管控本质的剖析

成本管控不是控制成本金额和占比的增减，而是

通过管理提升资源的产出价值。针对医院运行的各维度成本情况（表1）：一是“成本项目”维度，人员经费在7个成本项目中占比最高，在管理实践过程中，不是考虑如何降低人员经费占比，而是基于对各部门人力资源所创造价值的量化评价，合理增减绩效薪酬，调动人力资源的创造性和积极性，最终的目标是优化医院整体绩效，而不是降低人员经费占比。二是“部门类别”维度，临床服务类和医疗技术类科室占比高达90%，在实际运行过程中，通过节能减排、简化行政流程、智能互联等措施，降低医疗辅助类和行政后勤类科室费用占比，此外更重要的是提高临床和医技部门的业务价值。三是“部门内项目”维度，通过调整慢性病等病种结构、优化诊疗方案和规范合理用药等措施，从而降低临床服务类科室中费用占比最高的药品费；通过试剂招采管理、优化质控体系等措施，控制检验和影像等医技部门不合理的卫生材料费的消耗。

“无价值”诊疗和“无目标”管理工作是医院中最大的资源浪费和不合理成本消耗，也是成本管控的重点。药品和耗材这两个资源的消耗，基于自身机构功能定位，医院应明确能够收治的病种和开展的技术条件下，规范药品和耗材合理使用的管理工作，如术中不规范过度使用吻合器、慢性病患者病情稳定期内的药物违规治疗等行为，不合理行为导致药品和耗材的不合理消耗，上述情况不但没有创造相关诊疗价值，而且造成医院人力资源和医保资源的浪费；医院专业设备资源的购置需要医院的技术能力和患者来源的资源共同论证评估，否则购置后的闲置就是最大的浪费；医院逐渐认识到管理的重要性，但是部分医院在实践过程中，为管理付出了太多的成本，如行政部门“臃肿”的人力成本，甚至超过管理效益。为破解管理造成浪费的困境，实践中医院需要强化管理目标的量化，坚持“以数据为准绳、以问题为导向、以成效为证据”的原则，不是为了管理而管理，管理的目的是“以诊疗行为为中心”，促进医院部门间业务的高效协同和发展。

2.2 人力资源与价值创造的机理分析

公立医院能够创造价值的主要是诊疗技术这类“无形资源”，所以公立医院的“无形资源”决定了“有形资源”的生产效能，且“无形资源”主要由“人力资源”生产转化而来^[1]。医院消耗的“有形资源”主

要是药品、耗材和专业设备等，这3类资源创造的价值主要由收治的病种、诊疗方案、诊治技术决定，如果医院的医疗业务趋于“内科慢性病化、外科内科化、检查检验套餐化”这样的局面，这3类“有形资源”消耗所产生的医疗成果价值并不高，根源在于医院缺乏具有疗效的“无形资源”的诊治技术，如何使内科、外科和医技部门转化更多的“无形资源”，关键在于医、护、技、药等人力资源的创造性和积极性。因此，针对药品耗材使用、专业设备购置，这种直接控制“有效资源”消耗不是有效的成本管控手段，而是需要考虑如何围绕“人力资源”，提升“无形资源”的转化效率，才能从根本上提高“有形资源”的产出效能。

医院内部“无形资源”价值创造效能，表现为医疗费用在“有形资源”和“人力资源”之间的分配比例。从成本构成视角分析“有效资源”，药品耗材占比约为45%、专业设备占比约为10%、其他费用占比约为10%；“有效资源”的人员经费占比约为35%。通过提升专科专病的诊治能力，使得能够开展治疗、手术的项目增多，优化收入结构，从而从根本上控制药品耗材这类“有形资源”的消耗占比；同时购置的专业设备的使用，由原本套餐式的检查化验项目，逐渐应用于介入等治疗手术类项目，提高专业设备的使用价值。只有通过提升诊疗价值，才能有效降低“有形资源”的耗占比，从而提升医院“有形资源”的效能，最终提高医疗费用转化为“人力资源”的比例，即将无价值“物耗”转化为有价值的“人效”。

2.3 人力资源在价值成本管控中的作用

以财务核算的运行数据为准绳，以诊疗业务的短板问题为导向，以人力资源的价值创造为驱动，构建有效的成本管控体系。医院内部各部门和各层级的管理工作须坚持以“人力资源价值创造”为中心：财务部门在核算数据过程中，需要“抓大放小”，重点围绕专科专病即“大”，开展相关量化数据剖析工作，以明确业务提升的关键环节；医务护理部门在对诊疗护理业务过程中，需要“抓小放大”，聚焦专病诊疗技术和流程这个“小”的细节，剖析优化诊疗护理流程细

节；临床业务部门坚持以“价值创造”为落实职能部门管理要求的原则，强化医护人员围绕专病创造价值的积极性。人力资源对专病诊疗行为的规范和提升，是价值创造的关键，是成本管控的根源。

3 构建基于人力资源价值创造下成本管控体系的实践

3.1 人力资源价值创造“评价”体系

人力资源对医疗成果的价值贡献度就是对医疗资源转化为医疗成果价值贡献度的“评价”。从量化的角度来看，医疗资源就是患者在医院接受诊治花费的医疗费用，即财务核算的“门诊收入+住院收入”，临床部门医生日常主要从事“出门诊”“管患者”和“做手术”3个维度的业务，围绕各维度业务中人力资源的价值创造，分别核定门诊价值、住院价值和手术价值，最终通过核算公式：医疗成果人力资源价值贡献率=（门诊价值+住院价值+手术价值）/（门诊收入+住院收入），如表3展现的是A医院（湖南省某委属委管综合医院），评价部分临床科室人力资源对医疗成果的价值创造情况^[9]。

3.2 人力资源价值创造“管控”体系

医院只有有效“管控”无价值诊疗行为，才能从根本上控制资源的浪费。基于人力资源的诊疗行为对门诊价值、住院价值和手术价值的贡献情况（表4），以及科室整体的医疗成果人力资源价值贡献率，各资源管理部门需构建以下价值创造的“管控”体系：一是门诊管理部门，调整诊室资源在各临床科室间的配置，如表3样本医院的门诊诊室资源，需要系统评估是否向“生殖中心”倾斜，因为生殖医护人力资源占用诊室开展的治疗项目能发挥更高的门诊价值。二是医务或床位管理部门，调整住院床位在各临床科室间的配置，如表3样本医院的住院床位资源，需要系统评估是否向“呼吸内科”倾斜，因为呼吸医护人力资源占用床位收治患者，通过治疗项目发挥更高的住院价值。三是医务或手术室管理部门，调整手术间资源在各临床科室间的配置，如表3样本医院的手术间，需要系统评估是否向“血管外科”倾斜，因为本科室占用手术室，能够开展高级别和高难度手术，以创造更高的手术价值。

表3 A医院部分临床科室医生序列各维度医疗成果人力资源价值贡献率 %

科室名称	门诊价值			住院价值			手术价值	人力资源价值贡献率
	诊察	诊断	治疗	病例	诊断	治疗		
创伤骨科	48.48	33.73	17.79	4.80	38.78	56.42	34.77	23.48
心胸外科	53.79	45.88	0.33	3.45	47.64	48.91	49.22	52.24
血管外科	72.55	26.83	0.62	1.31	28.83	69.94	54.25	54.81
生殖中心	6.87	20.50	72.63	0.02	0.00	99.98	1.24	52.20
呼吸内科	32.70	21.79	45.51	2.93	25.69	71.38	3.30	46.32
普通外科	57.60	42.14	0.26	3.42	42.30	54.28	43.52	43.94

注：资料来源于某样本医院绩效管理部门。

表4 不同治疗方式的“腕和手开放性伤口”住院费用和结构占比情况

治疗方式	住院总费用(元)	住院天数(天)	药品收入占比(%)	卫生材料收入占比(%)	手术和治疗收入占比(%)
游离皮瓣移植术	48 123.00	15	18.13	6.11	55.34
清创后愈合	121 239.00	35	50.44	9.80	22.51

注：资料来源于C医院财务管理部门。

上述基于人力资源在门诊、住院和手术3个维度诊疗行为的价值创造情况来看，医院用来优化诊室、床位和手术室在不同时间的配置，相比传统奖金绩效分配中消耗的专业资源创造的价值偏低而采取扣罚奖金的做法不同，本管控体系的做法是扣减所占用的诊室、床位或手术间的专业资源，实践证明对成本管控的引导效果更显著。上述通过各维度医疗成果人力资源价值贡献率，精准地管控无价值诊疗占用的资源，是管控资源浪费和不合理成本消耗行之有效的措施，相对于传统的奖金核算的“分配绩效”而言，此举是通过优化资源配置提升诊疗价值创造来“提升绩效”。

3.3 人力资源价值创造“落地”体系

通过对创造价值的“评价”和资源配置的“管控”，促进专科主动围绕能力提升抓落实，促进医院专科内涵提升工作的“落地”。一是具备诊疗技术核心竞争力，扩大专科辐射半径，提升病源数量和质量，优化门诊、住院和手术的系统结构，提升科室整体效能。强化科室门诊和住院协同管理，明确住院指征，严把入院指征关、加强床位周转、开展日间手术，夯实门诊治疗内涵，如骨科门诊积极开展取内固定、手法整复、闭合复位、镇痛复位和术后康复等相关技术操作。二是提升专病的诊治技术，强化对诊疗新方法、新技术的创新开拓。例如C医院（天津市某综合医院）对两名年龄和病情相仿的“腕和手开放性伤口”患者治疗过程中，应用显微外科的游离皮瓣移植术，在患者自身取具有血液供应的皮肤及其附着的皮下脂肪组织，即皮瓣，移植到创面，同时确保供瓣区域皮肤外观正常。相对于传统清创后伤口自行愈合的治疗方式，皮瓣移植术的医疗费用、住院天数和收入结构等相关成本指标均显著改善（表4）。皮瓣技术的应用，真正实现了“提质、增效、降本”的管控目标，即提高患者术后“创面美观”的生活质量，且皮瓣改善了创面的治疗效果、降低了创面愈合的住院床日成本。

4 实践中的思考与建议

转变成本管控理念，打造医院资源生态系统，赋能人力资源价值创造，提升成本管控效果。医院应聚焦医、护、技人力资源转化为诊疗技术的无形资源，通过诊室、床位、手术间等资源配置的引导和倒逼，激发各专科主动对专病诊疗技术的拓展创新，将传统任务命令式的管控指标转变为赋能人力资源拓展专病技术，提升诊疗技术的无形资源，是对有形资源药品和耗材不合理使用管控比较关键的策略。打造“以人

力资源价值为中心”的医院资源生态系统，聚焦人力资源低价值导致物质资源的浪费和人力资源自身的浪费，通过“高人效、低人耗”管控策略，赋能人力资源对有形资源的价值转化。管控不是“过苦日子”，而是通过能力提升管控有形资源的不合理消耗，让有能力的人力资源“过好日子”。因此成本管控有效的衡量标志是医院医疗成果人力资源价值贡献率和人力资源待遇双提升。

构建聚焦业务、闭环体系、临床主动的管控格局，管控是否有效关键由专病诊疗业务的发展决定。聚焦量化业务，以专病诊疗业务价值提升为管控目标，强化人力资源诊治能力为管控核心。构建“以医疗成果人力资源价值贡献率为中心”的评价体系，职能管理部门基于价值创造配置资源的管控体系，督促临床部门提升人力资源价值创造的“落地”体系，三大体系形成闭环相互促进。由于临床业务的专业性和复杂性，医院层面通过管控体系的构建，形成各业务部门主动作为、主动拓展、主动协同的局面，促进专病诊疗一体化、专科发展平台中心化，临床业务的发展是优化成本管控财务指标的动力来源^[1]。

综上所述，建议医院在探索实践过程中，需要坚持“先易后难、以点带面、扩增去存”的路径原则。明确临床科室主任是提升专病诊治技术的责任主体，强化医院资源配置联动、职能部门管理协作、绩效奖金分配协同的管理机制。一是构建医院专科专病诊疗业务数据管理体系，建立业务部门主动分析和向院方汇报诉说渠道，遴选数据分析和业务提升示范科室，并通过相关资源倾斜给予激励；二是相关职能部门，落实数据治理确保数据的准确性，塑造“以业务数据沟通为中心”的院科管理模式；三是基于“医疗成果人力资源价值贡献率”的核算结果优化医院内部资源配置，同时理顺利益机制，调整优化绩效奖金方案。

参 考 文 献

- [1] 饶蓝. 企业资源生态视角下的人力资源价值创造机理探究[J]. 中国人事科学, 2020(12):25-34.
- [2] 江蒙喜. 基于序列维度价值对公立医院内部绩效量化管理的方法探索[J]. 中国卫生经济, 2020,39(7):75-78.
- [3] 德鲁克. 德鲁克管理思想精要[M]. 北京: 机械工业出版社, 2021:121-127.

[收稿日期: 2022-05-06] (编辑: 彭博)