

分类号 F23/676
UDC _____

密级 公开
编号 10741



硕士学位论文

(专业学位)

论文题目 DRG 支付环境下医院阿米巴模式应用研究——以天水市 X 医院为例

研究生姓名: 王子栋

指导教师姓名、职称: 南星恒 教授 刘立善 高级会计师

学科、专业名称: 会计硕士

研究方向: 成本与管理会计

提交日期: 2021 年 5 月 30 日

独创性声明

本人声明所呈交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 王子栋 签字日期： 2021.6.01

导师签名： 高学恒 签字日期： 2021.6.8

导师(校外)签名： 刘立善 签字日期： 2021.6.11

关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定，_____ (选择“同意” / “不同意”) 以下事项：

1. 学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；

2. 学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊(光盘版)电子杂志社”用于出版和编入 CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分內容。

学位论文作者签名： 王子栋 签字日期： 2021.6.01

导师签名： 高学恒 签字日期： 2021.6.8

导师(校外)签名： 刘立善 签字日期： 2021.6.11

Application of hospital amoeba model in DRG payment environment: a case study of Tianshui x hospital

Candidate : Wang Zidong

Supervisor: Nan Xingheng Liu Lishan

摘 要

直至今日,我国城乡居民医保体系已基本实现全面覆盖,人民的生命健康有了切实的保障;但逐渐庞大的医保体系也给医保基金的运营带来了严重的问题,为了保障我国医保制度的资金安全、杜绝医疗资源浪费和降低医疗费用,以维持医保基金的长期收支平衡,DRG(Diagnosis Related Groups,疾病诊断相关分组)支付方式就在这种背景之下诞生了。DRG 支付通过对每一疾病诊断相关分组制定医保定额支付标准,以期达到医疗资源利用标准化的目的,从而能够减轻医保基金负担,同时又促使医院对医疗费用自觉进行控制、减少医疗资源浪费的情况。随着医保支付制度改革不断深入推进,我国公立医院也开始探索保证医院公益性的同时达到效益最大化的方法与手段,由于医院的收入将被 DRG 支付标准锁定,实现成本管理精细化管控成为了唯一可行的效益提升方式。

在此背景下,随着阿米巴模式在我国的广泛实践应用和相关理论的不完善,研究阿米巴模式在企业之外的应用变得越来越具备可行性和必要性。阿米巴模式作为一种能够提高组织运营效率、实现成本精细化管理的运营管理模式,在 DRG 支付环境中可以成为医院适应改革要求的方向与思路。文章以天水市 X 医院为例,通过分析 DRG 支付改革背景下该医院抓住机遇实现可持续发展遇到的阻碍与应用阿米巴模式的可行性,从划分医院内部各阿米巴单元、构建基于 DRG 支付阿米巴结算运营流程和内部价格交易机制、单位时间核算机制和 DRG-标准临床路径医院阿米巴单元成本管控机制等五个模块出发,建立了以病患诊疗流程为核心的医院阿米巴运营管理模式,为公立医院如何适应时代需求、应对医保支付方式变革提供了一个可行的思路,为我国医院如何在医保支付制度改革下提升运营效率、如何有效的进行精细化成本管控、如何激发医院的内在活力和如何使各科室主动解决药品耗材占收入比重过多的问题提供了解决方案,也为我国的阿米巴模式本土化应用研究贡献了微薄之力。

关键词: 阿米巴模式 成本管控 DRG 支付 公立医院

Abstract

Today,China's urban and rural residents' medical insurance system has basically achieved comprehensive coverage,and people's lives and health are effectively protected;however,the gradually large medical insurance system has also brought serious problems to the operation of medical insurance funds,in order to guarantee the financial security of China's medical insurance system,eliminate the waste of medical resources and reduce medical costs,in order to maintain the long-term balance of medical insurance funds,DRG (Diagnosis Related Groups) payment method was born in this context,and the DRG payment method is designed to standardize the use of medical resources by setting the medical insurance payment standard for each diagnosis related group,so as to reduce the burden of medical insurance fund,and at the same time, encourage hospitals to control medical expenses and reduce the waste of medical resources.As the reform of the health insurance payment system continues to advance,China's public hospitals have begun to explore ways and means to ensure the public welfare of hospitals while maximizing efficiency.

In this context,with the wide practical application of amoeba model in China and the continuous improvement of related theories,it becomes more and more feasible and necessary to study the application of amoeba model outside of enterprises.As an operation management model that can improve the efficiency of organization operation and realize the refinement of cost management,the amoeba model can be a direction and idea for hospitals to adapt to the reform requirements in the DRG payment environment.Taking Tianshui X Hospital as an example,the article analyzes the obstacles encountered by the hospital to seize the opportunity to achieve sustainable development in the context of DRG payment reform and the feasibility of applying the amoeba model,from dividing each amoeba unit within the hospital,constructing DRG payment-based amoeba settlement operation process and internal price transaction mechanism,unit time accounting mechanism and DRG-standard clinical pathway hospital amoeba unit cost control mechanism.It

provides a feasible way of thinking for public hospitals to adapt to the needs of the times and respond to the changes in health insurance payment methods. It provides a feasible way of thinking for Chinese hospitals to improve their operational efficiency under the reform of the health insurance payment system, how to effectively carry out refined cost control, how to stimulate the internal vitality of hospitals and how to make each department take the initiative to It provides a solution to the problem of excessive proportion of drugs and consumables in revenue, and also contributes to the localized application research of the amoeba model in China.

Key words: DRG payment; Public hospital; Amoeba model; Cost control

目 录

1 绪论	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究意义.....	2
1.2.1 理论意义.....	3
1.2.2 实践意义.....	4
1.3 文献综述.....	4
1.3.1 DRG 支付的发展历程.....	4
1.3.2 基于 DRG 支付的公立医院成本管理研究现状.....	7
1.3.3 阿米巴模式的国内外研究现状.....	9
1.3.4 文献综评.....	11
1.4 研究内容与研究方法.....	12
1.4.1 研究内容.....	12
1.4.2 研究方法.....	13
1.5 论文框架.....	14
1.6 创新之处.....	15
2 相关概念及理论概述	16
2.1 DRG 支付的概念.....	16
2.2 阿米巴模式的概念.....	17
2.2.1 阿米巴模式的分权思想.....	18
2.2.2 阿米巴模式的经营哲学.....	18
2.2.3 阿米巴经营会计.....	19
2.3 阿米巴模式的特点.....	20
2.3.1 全员参与经营.....	20
2.3.2 实现充分赋权.....	20
2.3.3 注重人的价值.....	21
2.3.4 以市场为导向.....	21

2.3.5 高度透明化运营.....	22
2.4 阿米巴模式下的成本管控机制.....	22
2.4.1 自发性的成本管控.....	22
2.4.2 售价还原成本法.....	23
2.5 我国阿米巴模式的实践应用.....	23
3 天水市 X 医院概况及现状.....	25
3.1 天水市 X 医院简介.....	25
3.2 天水市 X 医院现状分析.....	25
3.2.1 天水市 X 医院组织结构现状分析.....	25
3.2.2 天水市 X 医院财务成本管理现状分析.....	28
3.2.3 天水市 X 医院运营结算流程现状分析.....	31
3.3 医院适应 DRG 支付改革存在的问题.....	32
3.3.1 组织维度的限制.....	33
3.3.2 成本管理方法的限制.....	33
3.3.3 运营模式的限制.....	34
3.4 医院应用阿米巴模式的可行性及必要性.....	35
3.4.1 可行性.....	35
3.4.2 必要性.....	37
4 建立天水市 X 医院阿米巴运营管理模式.....	38
4.1 总体设计思路.....	38
4.2 阿米巴模式应用目标与原则.....	39
4.2.1 应用目标.....	39
4.2.2 应用原则.....	40
4.3 应用阿米巴模式的前期准备工作与要点.....	41
4.3.1 前期准备工作.....	41
4.3.2 需解决的要点.....	42
4.4 阿米巴组织构建.....	43
4.4.1 划分阿米巴单元原则.....	43
4.4.2 天水市 X 医院阿米巴单元划分.....	43

4.5 建立 DRG——阿米巴虚拟运营结算流程.....	49
4.6 建立内部价格交易机制.....	51
4.6.1 内部交易价格确定.....	51
4.6.2 内部交易程序.....	54
4.7 建立阿米巴单位时间核算制.....	55
4.7.1 收入核算.....	56
4.7.2 支出核算.....	56
4.7.3 核算时间.....	57
4.7.4 员工劳动时间的替代项.....	57
4.7.5 天水市 X 医院产一科试运行的单位时间核算报表.....	58
4.8 DRG——标准临床路径下天水市 X 医院阿米巴成本管控机制.....	60
4.8.1 治疗前.....	60
4.8.2 治疗中.....	63
4.8.3 治疗后.....	64
5 医院应用阿米巴模式的保障措施.....	66
5.1 建立阿米巴单元激励机制.....	66
5.2 完善质量与安全控制.....	66
5.3 加强医院人才保障建设.....	67
5.4 加强医院信息化建设.....	67
5.5 加强医院文化建设.....	68
6 结论与展望.....	69
6.1 结论.....	69
6.2 研究的不足与展望.....	69
参考文献.....	70
后 记.....	75

1 绪论

1.1 研究背景

直至今日，我国城乡居民医保体系已基本实现全面覆盖，人民的生命健康有了切实的保障；但逐渐庞大的医保体系也给医保基金的运营带来了严重的问题：我国逐渐步入老龄化社会的现实意味着医保基金的筹资和收入在未来会逐步减少，老龄化趋势直接加重了医保基金的负担，导致医保基金的运营风险增高；与此同时，世界医疗科技的飞速发展使得医疗技术日新月异，治疗同种疾病的技术与手段更迭频繁，而新的技术往往会耗费更多的医疗费用，进而使医保基金支出增多，间接削弱了我国医保基金维持收支平衡的能力；此外，我国医保体系按医疗项目付费的支付制度使得有限的医疗资源被患者和公立医院双向浪费；在这些因素的影响下，我国医疗费用逐年增多，难以维系医保基金的平稳运营。

为了保障我国医保体系的资金安全、杜绝医疗浪费行为和控制医保资金的支出，以维持医保基金的长期收支平衡，DRG(Diagnosis Related Groups, 疾病诊断相关分组)支付方式就在这种背景之下诞生了。所谓 DRG 支付就是指按照疾病诊断相关分组预付医保费用的支付手段，在 DRG 支付方式下，先根据病人的疾病特征和个体体征将病人分入所属的疾病诊断分组，再根据医保部门规定该疾病诊断分组的定额支付水平将医疗费用打包预付给医院，医院需在预付医疗费用的限额内对病人展开治疗，超支自担。DRG 支付能通过对每一疾病诊断相关分组进行定额支付，达到节约医疗资源、减轻医保基金负担的目的，同时也有助于激励医院主动控制医疗费用，提升医疗效率。

2020 年国家卫健委公布了国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)，并配套出版了《医疗保障疾病诊断分类及代码(ICD-10)》、《医疗保障手术操作分类与编码(ICD-9-CM-3)》等相关技术标准，要求各省严格按照技术标准和操作指南，结合各地实际医疗资源价格，打造出符合各地实际情况的 DRG 支付制度，使 DRG 支付成为各地医保体系的通用语言，并于当年实现 30 个大型城市的模拟运行，并在 2021 年实现试点城市的全面运行，甘肃省各大医院为了迎接医保支付方式的变革，也在紧锣密鼓的进行相关培训和准备当中。

DRG 支付改革对于医院的影响是全方位的。首先，在 DRG 支付方式要求医院对自身的医疗资源进行整合，将所有优质资源用到提升医院医疗服务质量与水平上，建立以病患为中心的医疗资源配置方式，并不断深入挖掘医院潜力，通过缩短住院天数、规范临床路径、减少诱导性医疗消费等手段提高医疗效率和运营管理水平，压缩冗余的运营费用，以此促进医院长期稳定可持续发展；其次，还要求医院内部必须加强各科室之间的协调联动，优化医院组织管理制度，建立以病患为中心的诊断、治疗和结算流程，提升内部运营与管理效率；最后，DRG 支付方式改革还要求医院的成本管控、经营管理工作要深入到医院的每一个环节，做到全员参与经营管理。

随着医保支付制度改革不断深入推进，我国公立医院也开始探索保证医院公益性的同时达到效益最大化的方法与手段。由于医院的收入将被 DRG 付费标准锁定，实现成本管理精细化管控成为了唯一可行的效益提升方式，现有研究主要是结合某些常见的管理会计方法，例如标准成本法、作业成本法等来构建 DRG 付费标准和实际耗用成本的成本结构差异分析体系，以实现在保证医疗质量的前提下 DRG 付费标准扣除医院实际医疗服务成本后的医院效益最大化，而关于医院从运营管理模式层面的革新以适应医保支付制度改革的文献相对较少。

1.2 研究意义

DRG 支付的运行对于我国为数众多的公立医院来说是利好消息，但同时也是一种挑战。DRG 支付一方面促使医院优化自身医疗流程与临床路径，积极谋求“提质增效”以获得合理收益，有助于公立医院提高医疗资源使用效率，迫使医院成本管理由粗放型转变为精细型，从而建立科学、系统的绩效评价体系和管理平台，以改变我国公立医院普遍亏损严重的局面；另一方面，DRG 支付也为我国公立医院落后的组织结构与成本管理制度带来了严重的挑战，我国长久以来实施的按项目付费的医保支付体制使医院成本管理多限于成本核算，成本管理观念落后、方法简单；而公立医院实行的科层制的组织结构不仅造成了医院大部分医务人员并不关心医院的盈亏情况、医院成本管理观念淡薄，形成不了围绕“服务病患、关注病情”的人本经营理念和成本管理模式，还导致先进、科学的管理会计方法在应用中处处碰壁，产生不了应有的成本管控效果。即使 DRG 支付的

运行从医院自身发展的角度看是有利的,然而旧的运营管理模式与陈旧思想的惯性作用也会使医院在长时间内疲于应付医保支付改革而白白浪费自身资源与精力,导致好事变成坏事、机会变成威胁。而要想改变公立医院成本观念淡薄、侧重按项目的成本核算、不能为医院提供全面精细的成本经营信息的成本管理现状,就要从根源上改变医院落后的运营管理模式。

在此背景下,随着阿米巴模式在我国的实践应用和相关理论不断完善,研究阿米巴模式在企业之外的应用变得越来越具备可行性和必要性。阿米巴模式作为一种能够提高组织运营效率、实现成本精细化管理的运营管理模式,在 DRG 支付环境中可以成为医院适应改革要求的方向与思路。阿米巴模式从本质上是一种以人为本的管理模式,崇尚全员参与经营,并在这个过程中为组织培养经营人才,这种模式能够实现医院内部的全面整合与团结,将医院“提质增效”的目标贯穿至成为全体职员的目标,从单位内部层面考虑,这与 DRG 支付所要求公立医院形成“以人为本”的经营理念不谋而合;阿米巴模式下划小核算单元的做法能够充分体现精细化管理的理念,使得组织管理更加细化、权责更加明确,使医院能够掌握不同 DRG 分组下病人的资源耗费情况,提供的成本信息更加透明与全面;各阿米巴单元通过结合标准临床路径对每一病患的成本费用进行事前预测与规划、事中持续控制和事后分析与评价,最终形成以 DRG 费用标准为改进目标的精细化成本管理机制,促使组织整体不断适应环境改变,提升整体的竞争优势与效益水平。综上所述,阿米巴模式在医院的应用是切合当下医保支付改革背景的,将其作为促使医院实现成本管理精细化的运营管理模式变革思路也是切实可行的。

1.2.1 理论意义

阿米巴模式近期在我国企业中的广泛应用为本文提供了思路,但我国阿米巴应用研究仅仅局限于企业。研究阿米巴模式在医院等新领域的应用,尤其是研究阿米巴模式在当下医保支付制度改革背景下在公立医院的适用性,对于我国阿米巴模式的本土化应用研究和医院运营管理模式变革方向具有一定的参考意义与理论价值。

1.2.2 实践意义

阿米巴模式在医院的应用是切合当下医保支付改革背景的,将其作为促使医院成本管理精细化、规范化的运营管理模式的变革方向也是切实可行的。通过构建天水市 X 医院阿米巴运营管理体系,不仅能提升 X 医院的成本管控水平与运营效率、改善服务质量与经营管理环境,也能为其他的企事业单位提供阿米巴模式的实践应用思路。

1.3 文献综述

构建既符合医保支付制度改革发展要求又结合中国本土国情的医院阿米巴运营管理模式,就必须要从 DRG 标准的发展历程出发,对现有专家学者们基于 DRG 支付的公立医院成本管理研究、阿米巴模式的研究现状进行全面的梳理、分析、总结。

1.3.1 DRG 支付的发展历程

(1)国外发展历程

疾病诊断相关分组(Diagnosis-Related Groups, DRG)正式诞生于 20 世纪 60 年代末的美国。是一种先进的病人分类方式,其按照病人个体和疾病的某些相同特征将病患划分为不同组别,大大提高了病人分类效率,方便了医院与医保部门进行管理与费用结算。1967 年,因美国医保体系长期受困于医疗费用增长,为了缓解医保基金的支付压力,耶鲁大学开始进行一项关于新医保支付系统的研究,1976 年,耶鲁大学成功研发了一种命名为 DRG 的新型病例组合分类法,并在 1983 年被美国医疗保险所采用,在当年就有巨额资金通过 DRG 分组系统支付给各大医院,美国老年医疗保险在使用 DRG 作为支付方式后,患者手术费用增长水平变缓,住院费用占医疗费用总额的比例也大幅下降,DRG 支付在美国成功控制了医疗费用、减缓了医疗浪费并提高了医疗资源使用效率,成为了医保预付款制度的基础。Rubenstein(2013)等研究发现 DRG 支付能够使医务工作者主动提高医疗工作质量,医院也能够将 DRG 支付的某些要素应用到对工作人员的

财务效益考评环节中，这说明 DRG 支付方式的不仅仅能控制总体医疗费用的增长，在提升医院的运营管理水平方面也发挥着关键作用。

美国使用 DRG 作为医保支付方式获得了显著的成效，世界主要发达国家在之后纷纷效仿美国，开发出了自己国家的 DRG 支付系统，经过数十年的不断发展，DRG 支付已经成为国外较为常用的医疗费用支付方式，尤其是对于急诊重症病人来说，DRG 支付能够更好的控制医疗费用、提升医疗质量。国外专家学者更加注重 DRG 的实践研究，DRG 的主要用途是进行医疗保险支付，国外专家研究的主要方向也是 DRG 支付用于控制医疗费用增长、提高医疗质量与水平的作用，kahn 等(1990)通过比较充血性心力衰竭、心肌梗死、肺炎、脑血管意外和髋部骨折五种疾病患者使用 DRG 支付的前后数据发现，DRG 支付可以切实规范医生的诊疗行为，提高医疗质量，降低医院事故率；Kim SJ 等(2016)通过研究韩国 2011 至 2014 年医疗保险赔偿数据发现，用 DRG 支付方式结算刨宫产术的医疗费用，有助于减少不必要的刨宫产术，从而降低医疗费用；Changwoo Lee(2019)通过比较医院的门诊量数据发现，DRG 支付可降低医院住院服务强度与项目数量，从而降低医院住院天数水平，提高医院门诊服务利用率。以上学者的研究充分证明了 DRG 支付方式在提高医疗效率，减少不必要的医疗浪费方面所起到的成效。

(2)国内发展历程

自上世纪八十年代以来，我国学者就开展了关于我国 DRG 支付制度的研究，由于国内外医疗机构在性质、制度等方面存在很大不同，故我国 DRG 支付方面的研究有一部分是在为 DRG 支付引进所作的前期理论铺垫以及 DRG 支付本土化的可行性分析，黄琦(2000)认为在我国实行 DRG 医保支付利大于弊，DRG 支付能够显著对我国公立医院存在的资源浪费问题进行有效规范；钟洁珍等(2001)在阐述了 DRG 支付对于我国医保制度和公立医院两方面的积极性作用后，对我国的 DRG 支付体系进行了实施路径与设计研究；洪国灿等(2002)认为定额打包预付制度必然会取代以往的按医疗项目结算的医保支付制度，并为我国 DRG 支付的实践应用提供了初步的框架和构思；许擎鑫(2011)通过研究指出，基于 DRG 分组的医保支付方式比单病种支付方式更加具备实操性，因为 DRG 组的组合总数量比病种数量少得多，DRG 分组能够更加全面的涵盖每个病人的特征，这有

利于医保部门科学合理的得出定额付费水平；魏万宏(2012)结合国外发达国家实施 DRG 支付的实践经验，提出了政府主导，信息化作支撑，分级管理等发展我国 DRG 支付的宝贵建议。

DRG 支付的定额付费标准制定方面，我国学者大多支持通过统计每一 DRG 分组中患者的住院费用得出平均或大多数患者的医疗费用作为 DRG 付费标准的做法，鲁盛康(2008)将 DRG 支付费率制定的原理与我国实际相结合,按各病种组合住院成本的各类费用构成,使用加权平均的方法确定病种费用均值，提出了兼顾政府、医疗机构和患者三方利益的病种费率测算方案;对于我国如何制定因地制宜的 DRG 支付制度方面，尹天露等(2020)指出在全国范围内推广 DRG 支付制度，首先要解决的是我国经济发展不均衡造成的各地医疗资源价格不一致的问题，在使用 DRG 制度的过程中各地要根据自身实际情况制定费用标准，政府在这个环节中要加强监管、提供支持。

随着我国专家学者们理论研究的逐渐深入和医院的不断发展，国内病案承载的数据以及理论积累深度已经基本满足实践 DRG 分组需要，我国学者与地方政府开始进行 DRG 分组标准制定的研究，我国最先开始探索 DRG 分组标准的地区是北京市，早在 2004 年北京市就成立了 DRG-PPS 小组对我国 DRG 分组标准的制定与落实进行深入研究，2008 年,小组参照外国 DRG 分组标准并结合我国实情，开发了我国第一套 DRG 分组标准：BJ-DRG，研发后已应用到 12 个省市，主要侧重于费用支付，兼顾医疗质量评价，充分反映了医保管理诉求，应用效果良好。经过 20 余年的发展，国内还形成了其他各具特色 DRG 分组标准，如 CN-DRG、ii CR-DRG、C-DRG 等，这些 DRG 分组标准不仅被运用到医保费用支付领域，在医疗绩效评价、医疗流程优化等医院运营管理领域也发挥着巨大作用。2020 年，国家卫生健康委员会对以往各地制定的 DRG 分组标准进行了整合与改进，颁发了国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)，这种 DRG 分组标准具有更加优化，更加稳定，更符合作为管理工具要求的优势，也是目前最新、应用最为广泛的 DRG 分组标准。

随着 DRG 分组标准理论与实践研究的不断成熟，我国已逐步在一些试点城市使用 DRG 支付方式结算医保费用，将按项目结算的旧有医保支付制度转变为预付费制的 DRG 支付制度也成为了我国医疗改革政策中的重点内容，作为我国

医疗机构主体的公立医院势必在这场变革中受到严重影响,我国很多学者开始探索公立医院在 DRG 支付背景下的生存方式和发展途径,彭颖(2019)探讨了 DRG 支付改革对我国公立医院从运营管理方面带来的影响,并提出医院要推进适应时代的管理模式转型,要在管理过程中更加注重成本管控环节,形成以成本管控为重心的医院运营管理模式;白晶(2020)认为对医疗全过程实施精细化成本管控是我国公立医院适应 DRG 支付改革的关键途径,医院要改变以往的成本管理思维,提高费用控制的自觉性与主动性;左安俊等(2020)指出药品耗材费用占当前我国公立医院医疗费用发生额的比重很大,医院在 DRG 支付环境中必须自觉地控制药品耗材等不增值成本的产生,加强药品耗材成本管理,才能优化成本结构、提升运营效益。以上学者的研究充分说明了在 DRG 支付环境下,加强成本管控工作、实行成本精细化管理成为了医院管理活动的重心,随着 DRG 支付的推行,研究能够使我国公立医院强化成本管理的具体方法、建立系统完整的精细化成本管控机制是很有必要的。

1.3.2 基于 DRG 支付的公立医院成本管理研究现状

随着我国 DRG 支付的逐步运行推广,我国公立医院与学术界纷纷探索医院运营管 理方面的适应性改革,以谋求医院能在新医保支付环境中获得持续发展,因为 DRG 支付环境下医院要以注重向内挖掘经营潜力、实施成本精细化管理为重心,所以关于医院成本管理制度改革方面的文献众多,其中,一部分学者进行了 DRG 支付下医院成本核算模式的研究,姜德超、徐风琴(2018)建立了以患者为核算主体,以 DRG 分组为测算单位的病种效益分析模型,为公立医院妥善应对医保支付制度改革提供了可行的手段与方向;杨阳等(2020)使用作业成本法归集了医院每个 DRG 分组的平均医疗成本,从而实现医院成本核算口径与 DRG 支付方式的对接,为实现医院成本精细化管理奠定了精确的数据核算基础;戴小喆等(2020)指出,医院管理人员要转变以往的成本管理观念,要放弃以医疗项目为成本归集对象的成本管理模式,转变为以 DRG 分组为成本归集对象,才能在 DRG 支付环境下为医院的运营管理提供有力的数据支持;谭华伟等(2020)介绍了加拿大医院现行的病人单病例成本核算方法,该方法将各病人服务科室(如临床科室、检验科室)提供的相关服务当做从整个病人诊疗过程角度出发的一次作业,

以病人诊疗全过程为成本核算对象，归集每个病人的医疗成本，学者指出加拿大的单病例成本核算方法对我国公立医院在 DRG 支付环境中的成本核算有很大的参考价值，具备可操作性和可复制性。

此外，很多 DRG 试点医院与专家学者都对如何利用 DRG 付费标准改良医院的成本效益分析手段进行了积极地研究：徐靖(2013)通过梳理、总结我国公立医院成本管理中存在的问题，构建了面向 DRG 组成本的广义医疗服务成本管理体系，为医院提高成本管理水平提供了有力的指导，并获得了良好的使用效果，显著降低了医院的医疗成本；段王玉等(2019)基于 DRG 分组对医院全部医疗收入与成本进行了整理，构建了 DRG 收入—成本分析模型，该模型能使医院管理人员较为全面的分析比较医院为每个 DRG 分组制定的标准医疗成本与患者实际支付的费用差异情况，实现了医院对医疗成本的精细化控制，提升了医院的成本管理水平；赵静轩(2019)使用目标成本法，将 DRG 组的预计收入减去医院预估利润的差值设定为目标成本，并结合标准临床路径，建立了以单个 DRG 组为基础的医院价值链分析体系，并运用价值分析法对目标病种成本与实际成本的成本结构、项目内容和金额等方面的差异进行全方位的分析，实现了医院成本管理的规范化、精细化，为医院管理提供了科学的决策依据；刘雅娟(2019)利用 DRG 预付收入和分组开展了 DRG 分组收益和成本结构分析，为实现医院医疗成本的全面监测提供了设计方案；杜良莉(2020)认为使用 DRG 支付与标准临床路径结合的方法能够促使医生在医疗行为中自觉主动地优化医疗资源配置结构，减少医疗资源浪费。

这些研究都为将来医院如何利用现有的成本管理与分析方法以在 DRG 支付背景下实现成本精细化管理提供了方法指导，为医院如何使 DRG 付费标准扣除医院实际服务成本后的“自由利润”最大化指明了技术性的道路。但是 DRG 支付会对我国公立医院产生系统性影响，其要求我国公立医院必须在经营思维、医疗过程和运营模式等各方面做到以控制医疗成本、提高医疗效率为核心，从现有的公立医院基于 DRG 支付的成本管理研究来看，以往以项目成本为对象的粗放式成本管理体系转变为以 DRG 分组为对象的精细化成本管理的医疗流程全成本管理体系并不是一件容易的事情，公立医院在 DRG 支付环境中需要全员参与成本控制的过程、转变医院只注重业务不重视成本控制观念，而现有研究只从技

术角度提供了适应性方案，对于医院如何转变运营思维、从运营模式适应 DRG 支付环境方面的研究较少，张天等(2020)提出公立医院要根据国家医保局医改政策指导意见，在保证医疗质量、规范诊疗过程的前提下，逐步建立能自觉进行结构调整、控制成本、并能提高人员积极性与参与感的医院运营管理模式。对于用什么方法使医院自觉控制成本费用、提高职工的成本管控积极性，并且能在此基础上实现医院以成本精细化管理为核心的运营管理模式，现有的研究也存在一定的缺失。

1.3.3 阿米巴模式的国内外研究现状

(1)国外研究现状

随着 1964 年稻盛和夫在京瓷首次应用阿米巴经营模式，并获得了良好的使用效果，国内外学者关于阿米巴模式的实践运用与理论研究越来越丰富，国外学者研究稻盛和夫原创的阿米巴模式起步较早，且其研究重点主要围绕阿米巴模式为何能在京瓷、第二电信产生良好效果的内在原因展开，深度剖析阿米巴模式的内涵、运作机制、经营会计制度、精神文化建设等内容，其研究具有非常高的理论深度。

在阿米巴模式的内涵与运作机制方面，国外学者分析提炼了阿米巴模式提升组织效益的关键环节与应用阿米巴模式应该关注的要点，namori (2007)认为阿米巴单元之间的协调一致是企业应用阿米巴模式的关键，由于在阿米巴模式下各单元都保持着独立运营，有时会产生内部利益冲突，也会导致阿米巴单元不注重整体的利益，管理者需处理好各阿米巴单元之间、整体与局部之间的利益关系，才能发挥阿米巴模式的作用；Ralph W.Adler、Hiromoto(2009)指出企业在阿米巴模式应用中，产品成本会得到下降，但产品的质量非但不会随之下降，反之还能得到提高，这是因为阿米巴模式下的单位时间核算机制能够有效促使员工主动思考如何提质增效，同时阿米巴模式的充分赋权的特性能够使员工在工作过程中具备主动性和经营意识。

在经营会计制度方面，Cooper(1994)指出阿米巴模式下的经营会计是其能够提高组织运营效率的关键机制，而单位时间核算制度又是阿米巴经营会计的核心模块，以小时为单位、简单便捷的核算制度能够及时体现每个阿米巴、每个成员

所创造的劳动成果,这种机制所提供的单位时间数据也能应用到对阿米巴、员工的绩效考评上; Sullivan C(1997)在其研究中也认同了 Cooper 的观点,认为阿米巴模式本身就是一种更加精细的会计核算模式,能够及时为管理者提供透明、全面的经营数据,使应用阿米巴模式的企业更加了解自身经营环节中存在的薄弱点,能够更加适应多变的市场环境。在阿米巴的组织精神文化建设方面, Hiroshi Takeda & Trevor Boyns(2010)对稻盛和夫和京瓷公司应用阿米巴模式的过程进行了研究与梳理,提出京瓷经营模式中最重要的是其经营哲学和人文文化,这正是京瓷经营管理和会计实践的基础。

(2)国内研究现状

我国的阿米巴模式研究虽起步较晚,但伴随着稻盛和夫成功事迹的传入,国内也掀起了学习研究阿米巴模式的热潮,并在诸多行业领域进行了实践,取得了一定的成效,对于阿米巴模式在提升组织成员工作积极性的作用方面,信雪爽(2018)通过研究指出,阿米巴作为一种管理会计模式能够实现全员参与经营,充分提高员工积极性,为组织培养具有经营意识的人才,阿米巴模式实质是一种量化赋权、分权管理模式,能够提高组织的整体竞争能力;佟筱枫(2019)通过调查发现,员工成本意识差、工作效率低是影响组织成本的重要因素,而阿米巴模式可以通过充分赋权、责任到人的手段增强员工对组织的归属感和成本管控的积极性,阿米巴模式能够建立一个组织的微观层次成本管控机制,从而提升组织整体的成本管控能力。

我国相关研究的一部分内容较为注重阿米巴模式的本土化路径探索和其作为一种管理会计方法对组织效益的提升作用,具有非常高的实践价值,李志华(2013)通过对国内外一百多家企业案例进行研究与分析,总结出了具有我国企业特色的“1532”阿米巴模型;吕韬(2012)通过对我国企业应用管理会计的案例进行梳理和分析,总结了我国管理会计实践普遍存在的问题,并将阿米巴模式引进到了我国的管理会计体系,结合我国企业的实际设计了阿米巴模式下的经营会计体系;张赢、秦山(2011)认为阿米巴模式不仅是一种具有管理会计特点的经营管理模式,其灵活的组织机制和单位时间核算制度也能够实现与其他管理会计工具的有效结合;林晓莉(2015)认为阿米巴经营管理模式可以实现与我国管理会计体系的有机结合,并比较了管理会计报表与单位时间核算报表的异同;孟祥云、范

松林(2017)认为阿米巴经营是在市场经济条件下,通过充分赋权的方法来使员工更加主动、有活力地参与经营,从而提高运营效率的经营管理模式,是一种有别于传统“物本”管理会计方法的“人本”管理会计体系,是保障组织可持续发展的有效管理方法;韩楚(2018)认为阿米巴模式下的细分组织结构、进行单位时间核算能够充分体现管理会计中精益管理的思维,较为简单的经营会计模式也使企业能够更加高效便捷地进行绩效考评。

此外,我国学者还进行了阿米巴模式的成本管控研究,陈晓涵(2015)在其研究指出实现成本精细化管控是阿米巴模式经营会计的重要目标;陈建明(2016)深度剖析了宝钢金属应用阿米巴模式的案例,提出宝钢金属通过阿米巴模式下的划小核算单元与标准成本差异分析有机结合的方法,切实提高了宝钢金属的成本管控水平;范浙宁、赵莉(2017)认为阿米巴经营模式本身就是一种能够实现成本精细化管控的管理会计体系,它对企业的成本管控作用充分体现在划小核算单元和单位时间核算机制等方面;黄伟春、范松林(2017)的研究发现企业引进阿米巴模式有助于降低职能部门运行成本;黄贤环、吴秋生(2018)指出阿米巴模式能够与其他管理会计方法相结合形成信息化、透明化和全覆盖的管理会计系统来帮助企业提升价值、降低成本,例如阿米巴+标准成本;李璟娜等(2019)研究发现阿米巴模式下的单位实践核算制能够提高员工的成本意识,使员工更加注意以往注意不到的成本耗费细节。

综上,我国阿米巴模式理论与实践研究的成果丰硕,现有的研究能够充分证实阿米巴模式作为一种管理会计模式在激励成员、成本管控和提升效益等方面的作用,能够为本文提供有力的文献支撑。

1.3.4 文献综评

综上所述,我国 DRG 标准研究虽起步较晚,但我国实行 DRG 支付以取代原有按项目付费的理论研究已基本成熟,与之的相关技术标准与执行框架也已出台,DRG 支付的全国推广已势在必行;而 DRG 支付的运行对于我国广大的公立医院来说既是机会也是挑战,为使得 DRG 支付的推广获得良好的使用效果,现有专家对从管理会计工具层面来构建成本分析管控体系的研究虽然对我国公立医院的成本管理有着难得可贵的借鉴作用,但从组织结构与运营模式的变革角度

考虑公立医院如何适应医保支付制度改革的研究较少；我国阿米巴模式的理论与实践应用虽然成果颇丰，但是将其引入到公立医院来改善其运营管理的研究也是数量稀少。就阿米巴模式研究的国内外现有文献与我国本土化应用经验来看，阿米巴模式是可以切实改善组织成本精细化管控水平与运营效率的，其独特的结构也可以与其他管理会计工具有机整合，综合促进组织可持续发展；我国专家学者和企业的本土化应用研究与经验也为我们对公立医院引入阿米巴模式提供了很好的借鉴，综合考虑，阿米巴模式在医院的应用是切合当下医保支付改革背景的，将其作为促使医院成本管理精细化、规范化的研究方向也是切实可行、有据可依的。

1.4 研究内容与研究方法

1.4.1 研究内容

通过分析 DRG 支付改革背景下医院抓住机遇实现效益最大化的适用性不足，本文拟构建能使公立医院在医保支付新制度下良性发展的阿米巴运营管理模式。以 X 医院为例，通过理论联系实践，划分医院内部不同性质的阿米巴单元、建立基于 DRG 支付阿米巴结算运营流程和内部价格交易机制、建立阿米巴时间核算机制和标准诊疗路径下医院阿米巴单元成本管控机制，以此构建以病患就诊流程为核心的医院阿米巴运营和成本管控模式，提高医院实行成本精细化管理的积极性、实现全员参与经营，为医院如何在 DRG 支付环境中实现成本精细化、规划化管控和效益最大化提供运营管理模式层面的参考。本文将从以下几个部分探讨 DRG 支付环境中公立医院引入阿米巴模式的可行性和必要性，并构建 X 医院的阿米巴运营管理体系，为我国阿米巴模式的应用实践提供新的思路：

第一部分：绪论。主要介绍我国即将使用 DRG 付费标准对医院现行运营模式和成本管理造成挑战的背景，阐述本文的研究意义、研究内容与研究方法，结合研究背景与研究意义对在 DRG 支付下医院应用阿米巴模式相关理论研究与实践应用进行梳理、分析、总结，并说明本文的创新点。

第二部分：相关概念及理论概述。阐述 DRG 支付的基本概念和阿米巴运营模式的基本概念、特点与成本管控机制，并概述了我国阿米巴模式实践应用的基

本状况，为接下来的阿米巴模式在天水市 X 医院的应用部分打好了必要的理论与概念基础。

第三部分：天水市 X 医院（以下简称 X 医院）概况及现状。首先对 X 医院的发展状况进行简要陈述，并对其运营结算流程、组织结构与成本管理现状进行分析，通过案例分析得出 X 医院适应 DRG 支付存在的问题与应用阿米巴模式的可行性，为 X 医院构建阿米巴运营体系进行铺垫。

第四部分：建立天水市 X 医院阿米巴运营管理体系。本部分通过划分医院内部不同性质的阿米巴单元、建立基于 DRG 支付阿米巴结算运营流程和内部价格交易机制、建立阿米巴单位时间核算制和标准诊疗路径下医院阿米巴单元成本管控机制五个主要步骤建立适应医院发展要求的阿米巴运营模式，证实其实现医院成本精细化管理和实现医院发展要求的有效性。

第五部分：医院应用阿米巴模式的保障措施。本部分提出医院顺利利用阿米巴模式改善成本管理，实行成本精细化管理的保障措施。

第六部分：结论与展望。本部分对文章进行的阿米巴模式在天水市 X 医院的应用研究进行了总结与评价，并提出了文章的一些缺陷与不足之处，对于阿米巴模式在医院应用的后续发展提出了自己的看法。

1.4.2 研究方法

第一，文献研究法。通过互联网资源库、校园图书馆等渠道查阅了国内外关于 DRG 支付发展历程、DRG 支付改革下公立医院的成本管理和阿米巴模式应用研究等与研究主题相关的资料与文献，在对这些领域目前的研究成果及现状充分了解后进行了总结与归纳，发现了现有研究存在的缺失，为文章夯实了理论基础，也进一步明确了本文的研究意义与方向。

第二，案例分析法。本文以天水市 X 医院为案例分析对象，在案例分析过程中，通过对医院实际数据资料进行全面的归纳、整理和提炼，结合实地调研与观察，在对医院的运营结算流程、组织结构和成本管理现状具备充分了解的基础上，总结了案例医院存在的问题，并针对存在的问题，结合医院实际情况和 DRG 支付改革要求构建了适应公立医院的阿米巴运营管理模式。

1.5 论文框架

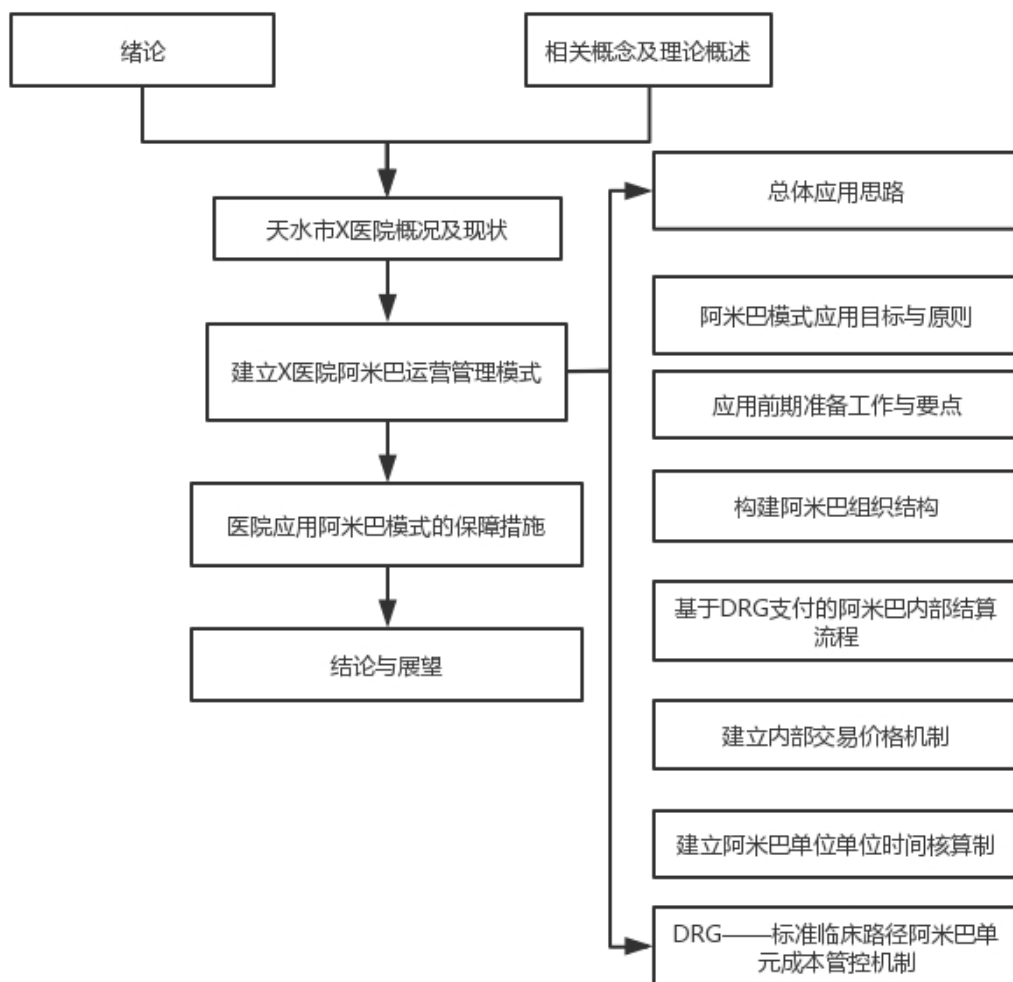


图 1.1 论文框架图

1.6 创新之处

本文可能的创新点在于，结合 DRG 支付方式对医院的运营管理模式变革要求，建立了适用于 DRG 支付方式的医院阿米巴运营管理体系；本文通过对天水市 X 医院的现行组织结构、财务管理制度和运营结算流程进行全面的梳理，建立了 DRG 支付环境下医院阿米巴运营管理体系，并分治疗前、治疗中、治疗后三步建立结合标准临床路径的医院阿米巴单元成本管控体系，以期达到我国医院在医保支付方式变革中实现降本增效、提升运营效率和成本精细化管控的目的。本文为公立医院如何适应时代需求、应对变革提供了一个可行的思路，为切实提高医院的成本管理积极性和精细化水平提供了较好的方案，也为阿米巴模式在医院的应用提供了一个新的案例研究。

2 相关概念及理论概述

2.1 DRG 支付的概念

DRG 支付方式是基于疾病诊断分组的一种预付费制的医保支付方式，疾病诊断分组属于病例组合分类的一种，病例组合分类是将临床过程相近和资源消耗相当的病例分门别类的进行归类，便于同组病例之间进行医疗资源使用量、医疗服务质量与过程的比较，在诸多病例组合中目前使用最为广泛的当属 DRG 疾病诊断分组，DRG 分组遵循以下三大基本原则：1、疾病类型不同，应当归属不同组别；2、疾病类型相同但治疗方式不同，应当归属不同组别；3、疾病类型相同、治疗方式相同，但病人特征(性别、年龄、体重、并发症等)不同，应当归属不同的组别。基于以上原则，DRG 在进行病例分组时更加关注“资源消耗”和“临床过程”两大维度，分组结果要保障统一组内的病例临床过程相似、资源消耗相近，其核心分组流程分为诊断、手术和操作、病人个体特征三个步骤，如图 2.1 所示：

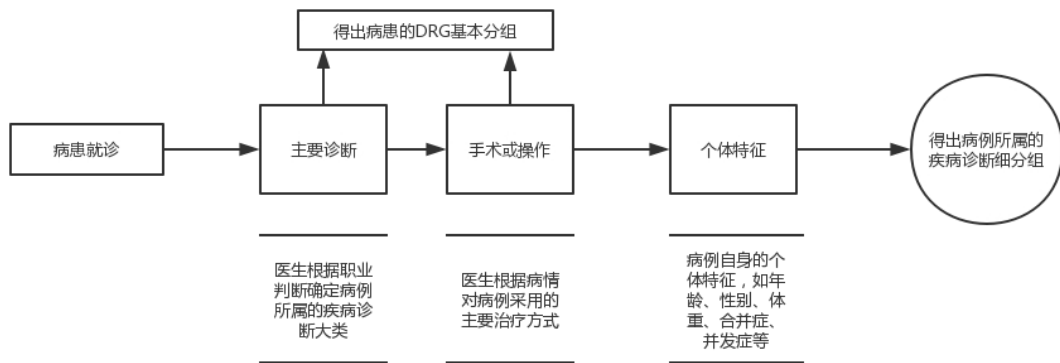


图 2.1 DRG 分组流程

通过以上流程，就可以精确的得出每一个病患所属的疾病诊断细分组，比起按照病种分类的方式，疾病诊断分组大大简化了分类工作量与操作难度，具有效率高、使用方便、分组细致的特点，而且 DRG 分组并不严格的按照病人所属的病种进行分类，属于不同病种但治疗方式相近或资源消耗相近的病例也可以归属

一类，这种分类灵活的特点极大的方便了不同病种间、不同病患个体特征间医疗资源使用量的标准制定与比较，基于 DRG 分组的医保支付方式也就拥有了其他支付方式不可比拟的优势。

与按项目付费的医保支付制度不同，预付制是 DRG 支付方式的主要特点之一，他要求医保部门在病人接受治疗之前结合医院得出的病人 DRG 分组情况，根据每个 DRG 细分组规定的定额医疗费用标准将医疗费用预付给医院，这个过程相当于医保部门付出定额费用将病人的治疗全过程打包并承包给了医院，医院必须保证在规定的费用范围内提供一套最优的医疗方案，保质保量的完成治疗的全过程。这种承包式的医保支付模式极大的杜绝了以往医保支付制度下存在的医疗资源浪费问题，倒逼医院降低收入药占比，从内部挖掘自身潜力，提升体现医疗人员劳动价值的医疗服务价格占比，显著提升了医院的运营效率和医疗资源使用效率，从而达到降低全国医疗费用、保障医保基金安全平稳运行的目的。

2.2 阿米巴模式的概念

阿米巴模式中的阿米巴三字是指阿米巴原虫，这种原始的生物没有固定的形态，能随着环境和自身状况的改变随意变化体型，具有较强的生命力和环境适应能力。1964 年，随着京瓷公司的规模不断扩大，负责公司经营所有重要环节的稻盛和夫逐渐感到自己力不从心，他意识到以往小作坊式的经营模式已经不能适应公司日益发展的需要，于是稻盛和夫首次提出阿米巴经营模式，并在京瓷公司实践运用，这成为了阿米巴经营模式的起源。稻盛和夫的具体做法是，将京瓷公司整体按照职能和生产工序划分为若干小组织，并赋予每个小组织的干部自主经营的权利，在这种情况下，每个小组织都能通过编制会计报表来核算自身的收入、成本和利润，公司整体的绩效来源得到了细分，组织的生产效率得到了提高；由于处于生产一线的小组织比起其他职能部门与市场的距离更近，通过赋予这些小组织自主经营的权利之后，组织能够根据市场的变化快速地调整自身的生产经营活动，企业整体的环境适应能力和市场竞争力显著提高了；这种做法也增强了基层员工的工作积极性和参与感，从而增强了企业整体的凝聚力。京瓷公司应用阿米巴经营模式之后，经营业绩蒸蒸日上，数十年保持较为可观的盈利水平，并多次进入福布斯世界 500 强企业榜单。此后，稻盛和夫将阿米巴经营模式复制到日

本 KDDI 电信公司，也获得了巨大的成功。2010 年，受日本政府委托，稻盛和夫担任濒临破产的世界 500 强企业日航公司总裁，他尝试用阿米巴经营模式拯救即将崩溃的日航公司，阿米巴经营模式拯救了成功拯救了日航，使其在后续的生产经营中取得了较好的业绩。

2.2.1 阿米巴模式的分权思想

阿米巴模式的本质是一套能实现 SUB 量化赋权的运营管理体系，首先要通过一定的原则将组织划分为若干最小化的阿米巴单元，其次，再从组织整体的经营规划与战略目标出发，将经营任务细分至每个阿米巴单元，各阿米巴单元在充分赋予自主经营权力的同时要背负被赋予的业绩责任，实现量化赋权下阿米巴组织权责利的统一。

阿米巴模式实现量化赋权的关键机制是单位时间核算制度，通过单位时间核算制度，各阿米巴单元可自主实现被赋予业绩的实时量化考评，各阿米巴单元能通过单位时间核算制度提供的数据对经营实行不断改进、优化，快速适应市场的变化，由此可见，阿米巴模式可将企业的整体目标量化并赋予到每个阿米巴单元的全体成员上，通过实时、透明的数字化效益核算机制，使每个阿米巴的运营情况一目了然，并将每个阿米巴单元的经营问题清晰暴露，从而促使组织形成永续的、有针对性的精益管理机制。

2.2.2 阿米巴模式的经营哲学

阿米巴模式的核心在于其“哲学共有”的经营哲学理念，其要求在一个组织中，所有成员应该具备相同或相似的价值观念，广义上的哲学共有观念包括“敬天爱人”、“仁爱立司”、“利他之心”等价值观念，狭义的哲学共有是指组织中的所有成员应该深入贯彻组织的发展战略规划，使组织具备强大的向心力，促使组织迅速实现其目标。

阿米巴的“哲学共有”还体现在其“以人为本”的经营理念上，其认为组织是全体成员所共有的资产，组织中每位成员都有责任参与组织的管理运营，每位成员都有义务为组织的发展贡献自己的力量，正是阿米巴模式具有“哲学共有”的精神内核，这种经营模式才能调动企业成员参与经营管理、实现组织目标的积

极性。

2.2.3 阿米巴经营会计

阿米巴经营会计是阿米巴模式能够实现成本精细化管理的重要机制，其最关键的机制是单位时间核算制度，在阿米巴经营模式下，每个独立运营的阿米巴单元都要编制单位时间核算表来即时衡量为整个组织创造的单位时间附加值，单位时间核算表具有简单直观、容易编制、实时计量的特性，与传统的财务报表不同的是，单位时间核算制度将会计核算的权力由财集权转为分权，由传统的财务部门负责分散到组织各个阿米巴单元，其本质是赋予了每个阿米巴单元自主运营的权力，与管理会计报表不同的是，管理会计报表提供的信息具有滞后性，通常是在组织完成年度经营之后进行事后编制，不能实现对组织成本、费用和盈利情况的实时监控分析，不能及时对组织经营存在的问题做出反应，而单位时间核算表容易编制、简单直观的特性大大简化了编制会计报表的流程，组织内成员都可以通过简单的培训后上手编制，从而实现阿米巴单元财务经营信息的实时反馈，通过及时得到的财务经营信息，阿米巴单元可以快速做出决策，从而帮助组织实现精细化、规范化管理。

单位时间核算制度的另外一个核心在于，相较于其他传统的财务核算分析工具，单位时间核算表被赋予了时间维度，用其得出的计量每个阿米巴单元效益的指标被称为单位时间附加值，它是阿米巴单元收入减去成本后除以全体成员的工作时间得出的数值，通过增加时间权重，单位时间核算表不仅能直观的得出组织整体的效益情况，更能反应组织效益的质量状况，在单位时间核算制度下，组织单纯的以降低价格提升销售额、压低成本减少支出的方式提升收益都是不可行的，组织必须在收入、支出、总工作时间寻求平衡，使用技术创新、管理创新等手段，通过提升组织经营效率，降低员工工作时间等方式来提升单位时间附加值；单位时间附加值的计算并不把组织的人工成本包含在内，其宗旨在最大限度的体现阿米巴组织成员创造的价值，这也是阿米巴经营会计被成为人本管理会计的原因，通过阿米巴单元附加值与组织绩效管理制度的有机结合，可以更加有效的激发员工提升组织效益。

2.3 阿米巴模式的特点

2.3.1 全员参与经营

在传统的组织运营管理模式下，员工是组织高层意志的被动执行者，很少拥有作出经营决策的权力，所以除去组织高层之外，大多数员工都只关心自己相关部门的事务，很少有人能站在整体的高度考虑组织的发展；而在阿米巴模式下，每个阿米巴单元的负责人都拥有独立的经营权，这使得他们都能以决策者的身份参加组织的经营管理活动，自觉的考虑组织经营流程每个环节的改进优化措施。

阿米巴模式能够真正的实现伙伴式经营、全员参与经营，充分调动员工为组织整体利益考虑的积极性；通过细化组织划分在组织整体内部产生大量的经营决策者，能够为组织带来大量的管理储备干部，为组织培养有高度、有格局、有能力的经营管理人才。

2.3.2 实现充分赋权

在制造企业中，经营决策通常包括生产决策、定价决策、销售决策和采购决策，传统的职能型组织结构通常使用集权的决策形式，作出经营决策的权力通常属于企业管理层，各职能部门通常属于执行层面，不具备经营决策的权力，也不单独具备财务核算的能力。在阿米巴模式下，组织管理层将生产、定价和销售等经营决策权充分下放至各个细分阿米巴单元，使阿米巴单元具备了独立思考自身生产经营的权力，再给予各阿米巴成员与总时间价值相挂钩的绩效激励，势必会促使组织内部各阿米巴单元形成合力，实现组织改革创新和活性化。

阿米巴模式的充分赋权并不意味着组织管理层可以放手不干，事实上在阿米巴模式下组织管理层要承担更大的责任：制定组织整体战略目标规划、建立各阿米巴单元之间的协调机制，建立、监控组织内部市场交易体系、制定经营计划并量化赋予至各阿米巴单元，并评价、考核各阿米巴单元的经营成果等，这些工作都是组织管理层在阿米巴模式中的硬性责任。

2.3.3 注重人的价值

阿米巴模式注重人的价值，以“人是价值创造的最大源泉”为理念，促使员工与组织价值实现相融合，激励员工更好地为组织创造价值。传统的管理方式将员工的价值创造活动视为一项成本支出，而阿米巴模式并不将人工成本计入核算内，阿米巴模式以实现时间附加值最大化为导向，以企业属于全体员工为指导思想，最终实现股东、管理者、员工利益协调一致，组织创造的时间附加值由股东、管理者、员工三方共同享有，消减了由于三方利益不一致而导致的组织内部损耗。

阿米巴模式以人的经营、创新智慧作为组织的第一发展资本，注重组织生产经营环节中人的价值创造，摒弃了传统组织模式中以资为本的理念，十分的适应当前知识经济环境下的智力密集型企业。

2.3.4 以市场为导向

阿米巴模式不仅在成本管控机制方面体现以市场为导向，其灵活多变的组织结构也可以不断调整，通过拆分、重组阿米巴单元，来适应市场环境的变化。阿米巴模式的市场导向还体现在转变了在传统的组织结构中只有特定部门直接面对市场的情形，通过建立内部市场交易机制，阿米巴模式使组织经营环节的每一盈利单元都直面市场的变化，比如，阿米巴模式将传统运营流程中生产部门向营业部门转交商品的行为变成了市场导向的委托销售行为，以往不产生销售收入的部门都可以核算自身的盈亏。

阿米巴模式的内部交易机制可以通过市场价格将市场动态传递到组织内部所有生产经营单元，比如，销售部门通过市场价格和自身的目标时间附加值，倒挤出产品的内部采购价格，内部采购价格较低必然会造成上游生产阿米巴单元控制自身的成本费用，加强成本管控，以此上溯，必然会形成组织整体的市场导向机制，组织整体也可以及时的应对市场的变化；下游阿米巴单元为了自身时间附加值最大化，必然会对上游阿米巴单元的产品质量提出要求，故而内部市场机制也可以提高企业产品、服务质量，增强组织市场竞争力。

2.3.5 高度透明化运营

阿米巴模式的组织结构并不属于扁平化结构，而是属于细分化职能结构，扁平化结构造成的组织信息庞杂流通不畅的问题和职能型结构的信息失真问题在阿米巴模式下都可以得到有效改善，阿米巴模式将企业整体细分至许多可以独立产生利润的经营模块，对于企业内部哪些模块经营良好、哪些模块存在缺陷需得到改善可以做到一目了然，通过各个阿米巴单元单位时间核算表的编制，可以在组织内部建立完全公开透明、更新及时的经营数据共享平台，在整体层面来看，组织内部的每个经营环节都具备了详尽的数据描述。

阿米巴模式能够做到组织运营透明化，将组织生产经营全流程暴露得一览无余，管理层可以快速的找出组织经营环节的薄弱点，方便管理层作出针对性的改善决策。

2.4 阿米巴模式下的成本管控机制

阿米巴模式下企业提升效益的总体思路为“组织利润最大化，成本费用最小化”，阿米巴模式实现成本费用最小化的成本管控机制主要分为单位时间核算制度和阿米巴组织划分导致的组织自发性的成本管控和售价还原成本法。

2.4.1 自发性的成本管控

阿米巴模式通过赋予虚拟产权将一个整体划分为若干个自主经营、独立核算的阿米巴单元，在企业内部建立了一套市场化的阿米巴单元交易机制，处于业务流程下游的阿米巴单元为了增加自己的总附加值，必定会对上游的阿米巴单元成本运营提出一定的要求，造成一定的压力，从而促使组织内部形成良性的合作竞争机制，使组织具备一致的成本管控目标；组织内部每个阿米巴单元通过单位时间核算机制自主预测、计划、核算、管控和评价自身的单位时间附加值，能使阿米巴单元产生自发性的成本管控机制，与传统的成本管控手段不同的是，传统成本管控方法通过设置一定的成本管控目标，使用考核、激励和惩罚等手段，被动的使组织完成成本管控计划，在达到目标之后组织就失去了进行更深一步成本管控的动力，而在阿米巴模式下，阿米巴单元为达到目标附加值会不断的、持续的

降低自身的成本费用，深度挖掘自身的成本管理潜力，形成常态化的、不断完善

的成本管控机制，通过形成组织内部每个阿米巴单元不断优化自身成本结构的精益管理模式，能使组织整体实现成本精细化管控。

2.4.2 售价还原成本法

阿米巴模式下的售价还原成本法与目标成本法十分相似，两者都是通过产品、服务的市场价格来决定成本，售价还原成本法要求组织以产品的市场价格为出发点，扣除预先设定的目标总时间附加值后，得到产品的目标成本，并针对每一产品的目标成本建立成本管控机制，对产品的真实成本不断优化改进，确保组织整体实现成本费用最小化，售价还原成本法的核心公式如下：

公式：目标成本=市场价格-(1-目标总时间附加值率)

通过公式，我们可以看出，售价还原成本法是一种通过市场价格倒挤产品成本的方法，各个阿米巴单元可以根据自身的发展需要，确定计划的总时间附加值，通过倒挤得出组织的目标成本费用，组织可以结合单位时间核算表上的明细成本费用科目建立成本评价考核机制，实现成本精细化管控。售价还原成本法是一种强调市场竞争与市场需求的成本管控方法，可以使组织更加灵活的应对外部环境的变化，该成本管控方法还可以在组织内部建立协调一致的成本管控机制，将组织的每个生产经营环节融为一体，形成生产经营全流程的成本控制链，最终实现组织整体的成本管控需求。

2.5 我国阿米巴模式的实践应用

自从 1964 年稻盛和夫创建阿米巴经营模式，并且在京瓷公司、KDDI 电信公司以及日航重组中得到成功应用以来，国内的很多学者和企业家也逐渐注意到了这种独特的经营管理模式，随着我国很多企业在市场中面临巨大竞争压力，阿米巴模式在国内的应用案例也逐渐增多：中国电信集团通过在销售板块中划分若干独立运营的网格化模式的营销团队，结合企业实际情况，建立了各网格绩效独立核算且与自身的经营业绩挂钩的阿米巴绩效评价体系，实现了阿米巴模式的“中国化”运用，并取得了良好的实践效果；上汽集团通过深度剖析企业自身情况并结合阿米巴模式，创立了“人人成为经营者模式”，该模式将企业看作一个

模拟的内部市场，除技术岗需要根据产品开发周期进行奖惩外，其余的制造、销售、服务及管理四大类岗位都需要对投入和产出的资源进行量化，并以此为基础考核经营体绩效，为阿米巴模式的中国实践应用树立了一个经典范例；宝钢金属通过将阿米巴模式与标准成本法进行有机融合，构建了阿米巴模式下的管理会计信息系统，实现了阿米巴模式与传统会计工具的有效整合，极大提升了宝钢金属的成本精细化管控水平。

除此之外，我国罗莱家纺、传化股份、青岛海尔等企业也纷纷导入阿米巴经营模式和经营会计，按照产品类型、所在区域、工序以及客户类型等细分为不同的阿米巴，划小核算单位，并执行单位时间核算制度，也都取得了良好的使用效果，积累了阿米巴模式企业实际应用的宝贵经验。

通过对我国阿米巴模式实践运用的总结梳理可以发现，我国应用阿米巴模式更注重阿米巴经营与薪酬绩效管理结合、给予员工物质激励，而稻盛和夫原创的阿米巴模式对于员工更侧重精神方面的鼓励；国内企业将阿米巴模式看作一种能促使企业降低经营成本、提升投入产出效率的手段，而原创的阿米巴模式更加注重为企业培养经营管理的后备人才，这是由于中日两国不同的文化背景造成的，我国在引进外国先进的管理方式时比较注重与本土相融合，每一家中国企业都没有照搬阿米巴模式原有的形式，而是进行了特色化改造，相信随着我国阿米巴模式实践越来越广泛，最终会形成富有中国特色的本土阿米巴经营体系。

3 天水市 X 医院概况及现状

3.1 天水市 X 医院简介

天水市 X 医院(以下简称 X 医院)是集妇幼保健、健康教育、特色临床、科研培训为一体的公共卫生事业单位。现为国家二级甲等专科医院,医院拥有心电监护仪、胎儿监护仪、彩超、乳腺诊疗仪、X 光机、呼吸机、高压氧仓、阴道镜、微波治疗仪、全自动血球计数仪、电解质测定仪、半自动生化分析仪等先进医疗保健设备 50 余台(件)。是一所集妇女保健、儿童保健、健康教育、妇幼临床、科研、培训为一体的专业医疗保健机构。天水市 X 医院坚持以患者为中心,致力于不断改进服务措施,方便患者就诊。近年来,在市委市政府的关心支持下,全院上下齐心协力,积极筹措资金,引进、培养人才,购置设备,狠抓行业作风建设,合理改造业务用房,使医院各项工作健康有序发展,逐步建立了围产保健、妇女保健、乳腺保健、儿童保健、新生儿重症监护等专特服务体系。

随着医院各项事业发展和妇女儿童医疗保健需求的增长,在市委市政府的大力支持下,2011 年医院易地搬迁新建项目启动,2017 年 3 月 21 日,投资近 2 亿元建设的天水市 X 医院在岷山路新址正式运营,新建成的 X 医院占地面积 22170 平方米,业务用房面积 27000 平方米,现有职工 360 人,其中高级医护人员 35 名,自此天水市 X 医院进入了一个新的发展历程。

3.2 天水市 X 医院现状分析

3.2.1 天水市 X 医院组织结构现状分析

X 医院严格按照有关制度规定将院内科室划分为行政管理类科室、医疗技术类科室、医疗辅助类科室和临床服务类科室四个板块,其中每个板块下的详细科室如表 3.1 所示:

表 3.1 X 医院组织结构表

所属类别	具体科室
行政管理科室	人事科
	财务科
	党建科
	质控科
	医务科
	信息科
	总务科
	健康教育科
	基层保健科
	院染科
医疗技术类科室	检验科
	影像科
	手术麻醉科
	护理部
医疗辅助类科室	门诊、住院部药房
	病案室
	消毒供应室
临床服务类科室	儿科
	儿童神经康复科
	NICU
	MICU
	产一科
	产二科
	妇一科
	妇女保健科
	生殖保健科
	儿童保健中心

通过上表可以看出，天水市 X 医院的组织架构是典型的职能型结构，主要分为行政管理类、医疗技术类、医疗辅助类、临床服务类四大板块，每个科室的名称都能体现出其负责的专业领域，行政职能类科室主要负责医院的日常医务、政务管理和医院整体的协调、运营和监督等工作，其中，医务科主要负责对全院医疗业务、医疗质量、医疗技术实施科学的组织管理，检查、督促院方的方针、政策及各项规章制度的落实和实施，并将实施情况及时反馈院方，以保障全院医疗工作的正常运行；健康教育科主要负责组织开展国家卫生政策的宣传活动；基层保健科主要负责全天水地区出生证明的事务性管理和其他妇幼卫生工作；院感科主要负责管控、防止医院医源性感染，对医院医疗废弃物进行审核处理等工作。

医疗技术类科室主要负责为病患提供专门的医疗技术服务，检验科为病患提供生化检查、微生物检查、免疫检查等人体标本检测服务；X 医院影像科主要提供 B 超、心电图、放射等通过专门医学设备取得病患人体内部组织影像与数据的专业技术科室；手术麻醉科主要利用麻醉设备为临床各类手术提供安全的麻醉、镇痛、镇静和术中检测等服务，并为临床科室进行手术操作提供专门的医疗基础设施；X 医院护理部负责全员护理人员的调配和培养工作，是各科室护理人员的直接领导部门，与临床服务类科室有着密切的关系，护理人员为各临床服务类科室的病人提供专业护理服务，直接关系到病患医疗全程的质量。

天水市 X 医院的临床服务类科室具有少而精、专业性强的特点，总体体现了天水市 X 医院的妇幼专科优势。由于 X 医院门诊部门通常由各临床服务类科室的临床医务人员负责出诊，在人员上两者重叠，本文也主要针对 X 医院临床服务科室展开，故本文对 X 医院门诊部门不再赘述。

总体上看，X 医院组织架构具备职能型特征，呈现扁平化趋势，虽然从医疗流程的角度来看临床服务类科室与医疗技术类和医疗辅助类科室存在从属关系，但在组织结构和医院运营管理中这三者是互不归属的，这极易造成院内信息沟通不畅、医疗效率低下和医疗资源浪费等问题，X 医院已经意识到了医院必须作出改变来适应 DRG 支付的要求，已建立医院办公室牵头、医务科具体实施的全医疗流程、跨科室单病例医疗质量分析制度，对减少医疗药占比、优化医疗路径和提高医疗效率获得了一定成效，但距离全国先进标准还相差深远，也没有从组织结构的根源上解决问题。

3.2.2 天水市 X 医院财务成本管理现状分析

天水市 X 医院财务成本管理工作根据《公立医院财务制度暂行办法》的有关规定,严格执行财务预算管理等法律法规,建立了以旨在加强资金与医疗项目的财务成本管理与绩效评价制度,并根据由医院财务科编制、收集的各年度会计报表及相关财务数据,建立了院领导上会的财务分析报告制度。

X 医院财务分析报告制度分财务预算执行情况、财务收支总体情况、财务收支情况分析、人员支出情况和其他支出情况分析五步进行,财务制度建设总体较为完善,对加强医院成本控制、形成良好的财务管理秩序产生了积极的作用。X 医院 2019 年医院收支状况如表 3.2 所示:

表 3.2 X 医院 2019 年收支状况表(单位:万元)

年总收入		年总支出			收入结余		
14385.4		12168.05			2217.35		
财政补助	业务收入	其他收入	人员支出	业务支出	专项支出	基本结余	专项结余
1966.04	12315.11	104.25	5276.21	6864.63	27.21	2194.19	23.16

2019 年 X 医院财政补助收入 1996.04 万元,其中含 2018 年专项经费结余 20.11 万元,财政补助收入占医院年总收入的比重为 13.55%,尤其可以看出伴随着我国医疗深化改革,公立医院已经不能依靠政府财政补助在市场中存活,必须关注自身业务收入的增长才能取得长久的发展。X 医院 2019 年取得业务收入 12315.11 万元,占总收入的 85.73%,业务发展状况呈现稳中带好的局面;三大支出板块分别占总支出比重 43.36%、56.42%、0.22%,业务支出为 X 医院总成本费用的大头;X 医院结余情况良好,能够支撑医院进一步的投资、扩建与发展。X 医院业务收入具体状况如表 3.3 所示:

表 3.3 X 医院业务收入构成表(单位:万元)

项目大类	具体项目	本年金额	占业务收入比重	较上年增长
业务收入	医疗收入	9053.21	73.51%	16.87%
	药品收入	3261.9	26.49%	7.92%

X 医院业务收入总体分为医疗收入和药品收入两个具体项目，其中医疗收入开展医疗服务活动取得的收入，主要包括挂号、床位、检查、诊察、化验、手术、治疗和护理等能体现医院医疗服务价值的收入，药品收入为医院提供各类中西药品耗材取得的收入，包括苯丙酮尿症供应奶粉、疫苗等药品。X 医院医疗收入较去年增长较快，远远超过了药品收入的增长幅度，不增值的药品占比较去年大幅降低，能医院增值作业获得的收入大幅增加，这表明 X 医院在降低医院收入药占比方面的工作获得了卓越的成效，医院的收入结构与质量进一步得到了优化，但是，医院药品收入占业务收入的比重还维持在 26.49% 的水平，较国内先进标准存在一定差距。X 医院业务支出情况如表 3.4 所示：

表 3.4 X 医院业务支出构成表(单位：万元)

项目名称	办公经费	医疗设备 购置	药品成本 支出	卫生材料 购置支出	其他材料 支出	其他业务 支出
金额	521.81	262.91	2980.73	2284.38	117.47	697.33
同比增长	26.32%	10.2%	0.13%	95.97%	139.78%	3.2%

X 医院业务成本费用支出的核算主要分为六大具体项目，其中，办公经费主要是医院办公、会议、水电、培训、维修、印刷、取暖、差旅、劳务、宣传和邮电等项目发生的费用，较去年增长幅度较大，主要是医院近年发展较快造成的，与医院出院门诊人次与职工增长呈正相关性，医院医疗设备购置也随之正相关增长；而医院药品成本支出较去年变化不大，主要有两方面的原因，一是医院对药品供应链进行了深度优化，通过全省药品阳光采购平台集中采购药品，严格执行两票制，使民众能够使用到更加物美价廉的药品，二是医院药品成本管控严格，医院从领导层、医务科通过财务科获得的数据建立监管控制机制，严抓药占比，严厉打击过度医疗的行为，以保证在医院就诊人数和收入增长的同时药品支出不变；但医院卫生材料购置支出较上年增长过多，一是因为医院就诊人次增长，卫生材料大多数为一次性耗品，也会随之增长，二是医院现在还存在一定的卫生材料浪费行为，医院需要在这一方面进行控制；其他业务支出为医院车辆支出、医疗风险基金、纠纷诉讼及赔偿、工会经费等活动发生的费用，较上年变化不大。

X 医院 2019 年全院出院人次 12609 人次，门诊人次 270643 人次，较去年分

别增长 20.53%、16.53%，经财务科统计，住院、门诊例均费用情况如表 3.5 所示：

表3.5 X医院例均费用结构表(单位：万元)

项目	金额	同比增长	药占比	药占比同比增长
住院例均费用	5194.93	-3.45%	20.65%	-8.98%
门诊例均费用	211.50	0.04%	30.78%	-4.84%

通过数据得知，X 医院 2019 年病人住院例均费用得到了控制，住院例均药占比下降较快，保持在良好的水平；门诊例均费用较上年变化不大，但药占比过高，药占比降幅下降速度慢，X 医院下一步的成本控制着重点应该放在门诊例均费用药占比上；总体来说，X 医院各项财务成本分析指标持续改善，门诊住院服务工作量与业务收入同步增长，医院医疗成本费用得到有效控制。

X 医院现行成本管理制度为从医院整体层次出发的医疗项目管控制度，其特点一是从医院整体层面出发，由院领导、医务科和办公室监督各项成本管控指标的完成情况，财务部负责收集数据，完善成本管理手段与方式，各临床科室被动完成医院的管控指标，积极性不高，数据精确度低，容易失真；二是成本核算与管控分项目进行，与 DRG 支付的收入口径对不上，不能核算、监控病人诊疗全流程的成本，不利于开展成本精细化管理；X 医院成本管控机制注重三公经费、药品支出的控制与监督，每月都要详细汇总、报告各临床门诊科室的药品使用情况，并作出严格的绩效评定与通报，但对于卫生材料的支出没有建立严格的管控机制，存在成本管控漏洞。

3.2.3 天水市 X 医院运营结算流程现状分析

经过笔者在天水市 X 医院的实地调查研究，总结天水市 X 医院病人就诊结算流程如图 3.1 所示：

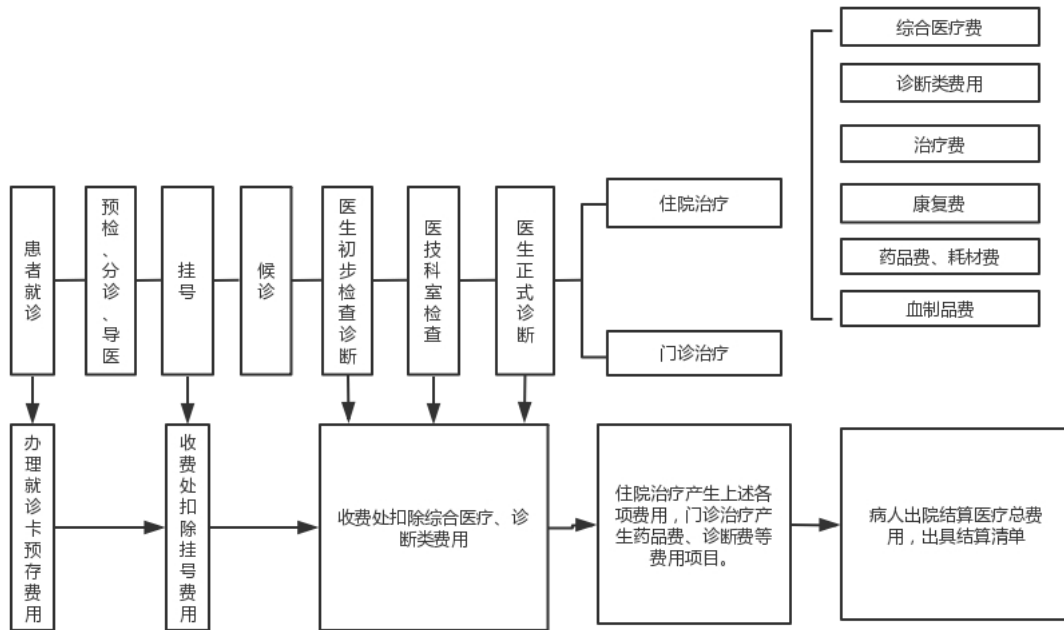


图 3.1 X 医院运营结算流程

病人因疾病来医院就诊时，经预检、分诊、导医环节后，确定与自己的疾病相匹配的临床科室，通过医院自助服务机办理就诊卡，根据自身情况预缴费用后挂号至相关科室医务人员，经医务人员初步诊断和医技科室检查检验后，医生根据职业判断下达正式诊断，决定病人需要住院治疗还是门诊治疗，如需门诊治疗，病人仅需根据医生开具的医嘱到医院药房开取药物，或在医院输液大厅输液即可；如需住院治疗，需要在医院办理入院手续，并为病人安排病床和主管医师，进行合理治疗。

医院结算流程随病人诊疗流程的推进进行，整个病人就诊流程会在医院病案首页和为病人开具的费用清单上产生 6 大类费用，一是综合医疗服务费，综合医疗服务费分为一般医疗服务费、一般治疗操作费、护理费用和其他费用，一般医疗服务费包括挂号费、诊查费、急诊监护费、救护车费、体检费、床位费、会诊

费等医疗服务费用；一般治疗操作费指医院为病人注射、清创换药、吸氧、导尿发生的服务费用；护理费用是医院护理人员为病人提供护理服务发生的费用。二是诊断类费用，诊断类费用主要是指医技科室为病人提供技术类服务发生的费用，包括病理诊断费、检验化验费、CT 费、B 超费、核磁共振费，医技科室开展的其他诊断项目费用等；三是治疗费，治疗费包括手术治疗和非手术治疗两项，其中手术治疗分为麻醉费用和手术费用；四是康复费，康复类费用是指病人进行康复治疗产生的费用；五是病人治疗过程中消耗的药品和耗材费用，包括西药、抗菌药物、中成药、中草药；六是病人手术治疗消耗的血制品费用。以上费用分项目叠加核算，经医院财务系统汇总后形成病人的总住院费用。

病人在入院就诊时需办理就诊卡预存费用，挂号时就诊卡中扣除一般医疗服务费用，在医生开具检验单时病人需至收费处扣除诊断类费用，并取得收费处开具的检验票据后凭票至医技科室进行检查，检查完毕后取得检验报告交送临床医务人员，病人再根据医嘱去收费处扣除药物费用取得发票，凭票去医院药房取得药物，或办理住院手续，在就诊卡上预存住院治疗费用，待到出院时结算住院费用，多退少补，并按照所消费的医疗项目进行医保报销程序。

综上所述，X 医院结算诊疗流程是完全按照病人消费的医疗项目进行的，并采取消费医疗项目——医院记账的运营模式，最后为病人开具的消费清单也是分为几大类消费项目加总产生的，治疗产生的医疗费用具有不可预知性。站在病人诊疗结算流程之后的医院各职能科室运营流程是相互割裂的，各职能科室只负责自己分内的事宜，财务科负责收费与记账，医技科室负责出具检查检验报告，临床服务类科室负责治疗病人，并没有形成围绕病人的协调联动机制，不符合 DRG 支付环境下的成本精细化管控要求。

3.3 医院适应 DRG 支付改革存在的问题

随着我国 DRG 支付探索工作的不断推进、实践经验的不断积累，我国 DRG 支付的技术规范与分组方案也日渐完善，DRG 支付全国运行已指日可待。对于占据我国市场主体的公立医院来说，必须从各个方面提前适应 DRG 支付为医院带来的改变，才能在变革中把握自身可持续发展的机会，满足时代的需求。DRG 支付的定额预付费机制要求医院首先要抓好自身的成本管理工作，DRG 支

付的时代是成本管理为王的时代,实行成本精细化管理、向内挖掘医院管理潜力,成为 DRG 支付环境下医院的重要生存手段;在成本管理为重的大环境下,医院必须做到合理利用医疗资源、优化临床路径、杜绝医疗资源浪费行为,降低不必要的医疗服务费用,为病患提供既保质保量又节约资源的医疗服务,为达到上述要求,医院必须从整体出发,在成本管理上深入医院每一个环节、每一个科室,做到全员参与管理。

但是,对于习惯了以往按项目付费的医保支付方式的天水市 X 医院来说,能达到这些要求并不容易,无论是管理方法、还是运作机制,公立医院现行的组织管理模式都无法适应 DRG 支付带来的变革。

3.3.1 组织维度的限制

目前 X 医院应用职能型组织结构,不同职能科室各有各的专业领域与权责范围,各职能科室之间很难形成协调联动机制,导致医院整体向心力不足,形成不了全员参与经营、医院全员管理的理念,这与 DRG 支付对医院的管理模式要求背道而驰,DRG 支付要求医院必须从整体出发,将成本管理深入贯彻到全科室、全成员、全环节,但在职能型组织结构下天水市 X 医院各科室容易各自为政,不把医院的整体利益与目标放在第一位,而更着重考虑本科室的利益与目标,还会使各临床科室滋生成本管理不是自己的责任范围、自己只需看好病人即可的想法;DRG 支付要求医院以病人诊疗流程为核心建立从入院到出院的全过程精细化成本管控体系,但天水市 X 医院各职能科室间割裂严重,不能紧密围绕病人诊疗路径建立成本管理的有效闭环,不能把控医院降低成本的重点环节,职能型组织结构还会使医院业务活动与医院成本管理路径之间不匹配,造成成本信息失真,成本权责不明确等后果。

除了上述限制外,职能型组织结构还会造成天水市 X 医院隐性运营成本增多、信息传递效率低下等问题,职能型组织结构不利于天水市 X 医院实行全成本精细化管控,严重影响了医院适应医保支付制度变革的能力。

3.3.2 成本管理方法的限制

经过数十年的发展,天水市 X 医院已建立起比较完善的预算成本管理体制,

但就其功能来说比较局限，仅仅服务于医院的考核需要；X 医院成本管理工作多由财务部门负责，各临床科室参与较少，造成财务不懂业务，业务不懂经营的割裂局面，无法做到 DRG 支付改革所要求的“业财融合”，容易导致成本管理信息粗糙失真、重点不突出、医院用不到等问题；其成本管理口径也不够细致，不能精确到每一个临床科室的医疗服务成本支出；成本分析手段也是定性分析为主，缺乏精确的、科学的定量分析方法，且成本分析缺乏系统性，没有建立围绕病患的诊疗全流程的符合 DRG 支付要求的定量与定性结合的成本分析方法；我国公立医院成本管理更加偏向于分部门、分项医疗项目的成本管理，在进行病患全流程成本与病种成本预测、核算分析时容易造成成本信息失真，误导医院管理者做出错误决策；X 医院的医疗服务成本差异分析方法也十分粗糙，大多数医院仅仅粗略的从医院整体角度出发对人工成本、材料成本和间接费用等财务指标进行差异分析，且成本差异分析缺乏及时性，不能根据病患花费的实际医疗费用结合标准临床路径和付费标准进行实时性、动态性、系统性和精确性的成本差异分析，成本差异分析没有产生实质性的效果，不能为有利于医院可持续发展的决策提供支撑。

天水市 X 医院的成本管理办法总体呈现“重预算、轻执行、弱评价”的态势，随着 DRG 支付改革在全国各个城市不断落实，X 医院迫切需要改变现有的成本管理体制，以病患诊疗流程为核心，以各临床科室为主导的事前有预测、事中有控制、事后有评价的全流程成本管理体系。

3.3.3 运营模式的限制

长久以来，我国公立医院在按项目付费的医保支付制度下，主要依靠药品和耗材的使用来实现盈利，医院营业收入药占比、耗材占比居高不下，经过数次医保制度改革后，我国医保部门对医院的医疗行为中药品耗材的使用实行越来越严格的监控，使我国医院收入药占比、耗材占比得到了极大力度的控制。目前，天水市 X 医院已全面实行药品零加成政策，这意味着已完全不能通过销售药品来增加医院效益。但是医院的费用结算、病患诊疗流程和盈亏核算等运营思路和模式还是限制在原有的按项目支付的医保支付体制下，医院现行费用结算机制是由病人按所消费的医疗项目进行支付，或着病人先在医院就诊卡上预存费用，在病

人消费医疗服务项目时逐次抵扣就诊卡上的预存金额,最后再与医保部门进行对接,结算医保费用。病患的就诊流程也被检验、医技、临床等相互割裂的科室分为三个部分,X 医院的盈亏核算等财务管理流程也主要是分医疗项目和传统的成本支出科目进行。X 医院现有的按医疗项目构建的运营模式势必会造成未来在 DRG 支付环境下费用结算、就诊流程和财务核算等运作机制口径不一致,这是因为 DRG 支付标准预付给医院的是根据病人主要诊断、治疗方式和个体特征得出的覆盖病患全诊疗过程的定额费用,这是未来医院的主要收入来源,天水市 X 医院应当将成本核算机制、费用结算机制和诊疗运营模式与未来的收入机制统一口径,才能精确的核算出医院的经营成果,并结合 DRG 支付标准不断优化自身每一 DRG 分组临床全路径的成本结构,达到实行精益管理的目的。

天水市 X 医院现行的按医疗项目思路建立的运营模式是不适应未来 DRG 支付环境的。在我国已全面实行药品耗材零加成的政策背景下,医院应当建立起一套从每个临床医师出发,能使全体成员自觉规范药品耗材使用行为,并能充分体现医务工作者智力劳动价值的运营模式。

3.4 医院应用阿米巴模式的可行性及必要性

3.4.1 可行性

随着我国医疗卫生体制纵深改革不断深入,我国政府对于医院的财政支持力度势必会减弱,公立医院必须在医保支付制度变革的背景下谋求自身独立发展,通过优化自身成本结构、加强成本控制和提高运营效率等手段,适应变革环境,提升自身的竞争能力。支付方式的变革直接影响医院的收入方式、收入结构、现金流量和盈余规模,公立医院已经回不到当初纯靠出售药品、耗材就能维持经营的时代,医院出售药品耗材的收入在 DRG 支付方式下已经变成不能带来盈利的纯成本费用,这就要求天水市 X 医院必须在经营中最大化的体现临床医师的专业服务,只有无形的专业医疗服务才能真正产生价值,为医院带来盈余,由于收入被 DRG 支付锁定,X 医院必须从每一病患的诊疗全流程出发加强成本管控,而 X 医院现行的运营模式无法体现出专业服务价值,也无法帮助医院加强成本管控、提升经营管理水平。

而阿米巴模式的应用可以很好的切合 DRG 支付改革的现实要求，从组织结构出发，通过细分 X 医院的经营单位并充分赋予自主经营、独立核算的权力，调动医院全体员工参与医院经营的积极性，提升 X 医院的组织活力；通过引入内部交易机制和经营流程重构，促使 X 医院内部提高运营效率，提升整体竞争能力；通过建立阿米巴经营会计体系，可以促进 X 医院运营透明化、数字化，找到改善经营的关键环节，有的放矢地作出决策；在阿米巴模式下，X 医院可以实现成本管理方法与 DRG 支付有机结合，建立能不断促进组织内部降低成本，实现精益化的成本管控机制，从而促使医院持续降低不增值的成本费用，不断优化诊疗流程，更好的体现医院创造的专业服务价值。阿米巴模式在天水市 X 医院应用的可行性除了体现在能适应 DRG 支付的现实要求外，对于 X 医院自身来说，还主要体现在以下几个方面：

一是天水市 X 医院现行组织架构清晰，盈利产生单元划分明确。X 医院采用职能型的组织架构，除医院领导层和办公室外，主要分为医疗辅助类、医疗技术类、临床服务类和行政管理类科室，其中，临床服务类科室为医院的收入直接来源，医疗技术类为收入的间接来源，其余类型科室并不产生收入，临床服务类科室直接面向病患，为病患提供直接医疗服务，并能体现最终的医疗效果，能够完整的反应医疗成本费用，医疗技术类科室为病人提供专业的医疗服务，如放射、检验、超声、康复和麻醉等，医疗技术类科室并不能完整为病人提供医疗服务，不能体现医疗服务的最终结果，一般需要根据临床服务类科室对病人的诊断决定是否需要专门的医疗技术辅佐治疗，并不能产生直接的收入。阿米巴模式的组织结构是细分化的职能型结构，这就表示 X 医院并不需要对组织结构大动干戈，只需确定牵头、落实和监督医院阿米巴改造的责任部门，再划分明确各类型的阿米巴单元，并针对不同类型的阿米巴单元赋予不同的权责，就可初步在 X 医院建立阿米巴组织结构。

二是天水市 X 医院人员素质高，可推动阿米巴模式快速落实。医院属于我国高学历、高层次人才聚集单位，人员素质普遍较高，可迅速理解阿米巴模式的含义、要点和所要达到的目标，各阿米巴单元成员也可较快的掌握单位时间报表的编制目的与方法，更好的执行阿米巴模式下的成本管控手段。在阿米巴模式下也可解放医务人员的创新思维，为病患设计出效率更高、成本更低、效果更好的

治疗方案，在提高 X 医院运营效率和改善成本管控的同时，为病人提供更高质量的医疗服务。

三是天水市 X 医院运营流程较为简单，阿米巴单元数量少、类型单一，方便协调与管理。传统的工业类企业投入产出的链条较长，其中涉及多个不同类型的部门，应用阿米巴模式的过程较为复杂，甚至在使用阿米巴模式后会降低组织效率。而医院不同于传统工业企业，其投入产出过程主要在临床服务类科室进行，医疗技术类科室在投入产出过程中为临床服务类科室提供技术类支持，医疗辅助类科室为临床类科室提供动力、生产、加工、消毒等服务，医院投入生产过程核心明确、重点突出，而天水市 X 医院是一家较小规模的专科医院，相较传统综合医院更加便于应用阿米巴模式后领导层的协调管理、便于建立内部交易机制与结算运营流程。

3.4.2 必要性

我国公立医院迫切需要多角度全方位的适应医保支付制度改革带来的影响，天水市 X 医院也不例外，这种影响范围很广，医院组织管理制度、运营流程、核算制度、成本管理机制等各个方面都会涉及，单一的去逐个应对并不会带来实质性的改变，反而会破坏医院现有的经营方式，造成一定程度的适应性困难。阿米巴模式与 DRG 支付对于医院的要求契合度很高，全员参与经营管理的模式能促使 X 医院各阿米巴单元全面改善医疗服务成本管理，提升医疗资源使用效率；各阿米巴单元独立运营、独立核算和权责明确的组织模式可以改善 X 医院成本管理积极性不高、观念落后的现状；阿米巴模式能促使各一线专业科室全面、精细的掌握不同 DRG 分组方案下病人的诊疗流程与资源耗费情况，并不断优化临床路径与治疗方案，实现成本精细化管理。阿米巴模式是正真的以人为本的经营方式，能够最大程度的体现人的价值，从各个方面来看，为 X 医院构建阿米巴运营管理体系是一条可行的思路，阿米巴模式能使 X 医院在新的环境中实现可持续发展。

4 建立天水市 X 医院阿米巴运营管理模式

4.1 总体设计思路

DRG 支付的推广要求天水市 X 医院解决在组织结构中存在的信息失真、沟通不畅、部门之间设置壁垒的问题，在财务成本管理中存在的财务数据不精细、管控粗放和机制落后问题，在运营结算流程中存在的各科室割裂严重问题。天水市 X 医院应用阿米巴模式最重要的指导性原则就是要符合 DRG 支付方式对公立医院的要求，针对公立医院适应 DRG 支付存在的组织结构、成本管理、运营模式等方面的问题，设计出符合医院发展要求的阿米巴运营方案，X 医院应用阿米巴模式的最终目标是要达到成本精细化管控目的，形成持续降低不增值的医疗费用的成本管理机制，最终实现医务人员技术劳动价值不断增长和医院在 DRG 支付环境下的可持续增长，X 医院阿米巴模式的总体设计思路如图 4.1 所示：

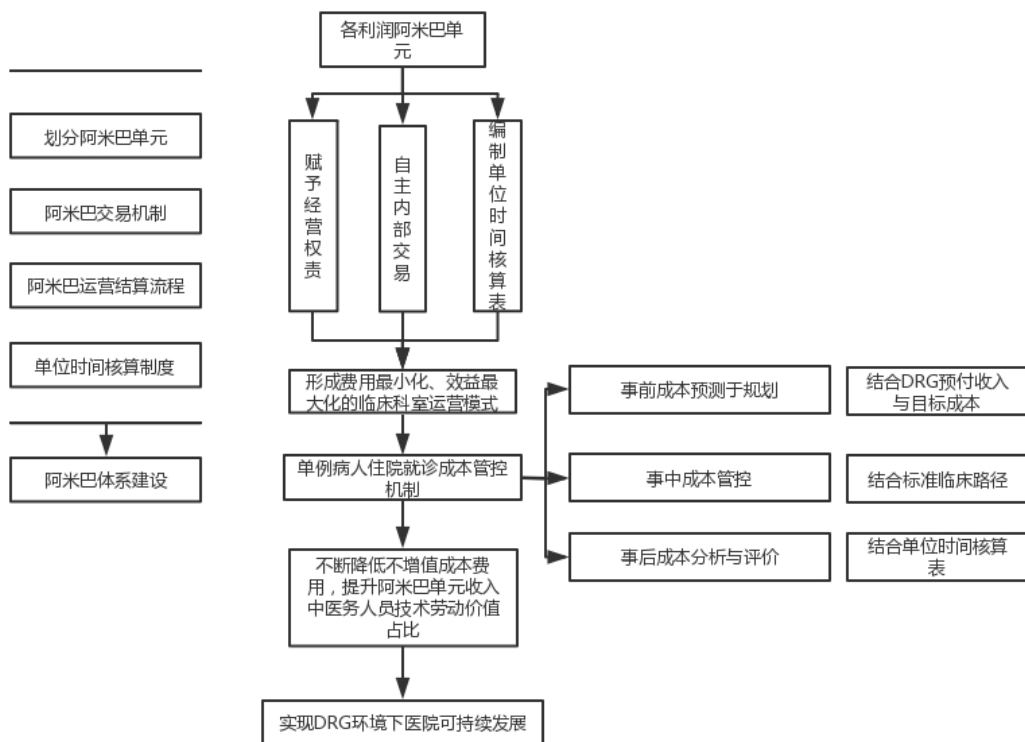


图 4.1 X 医院阿米巴模式应用总体思路

以上是本文为天水市 X 医院设计的阿米巴模式应用方案，本方案经过笔者实地调研和与 X 医院领导层讨论，通过划分阿米巴单元、建立阿米巴交易机制、建立阿米巴运营结算流程和建立单位时间核算制度为天水市 X 医院所属各阿米巴经营体提供阿米巴制度保障，保证 X 医院应用阿米巴模式顶层设计完备；医院各临床科室阿米巴在阿米巴制度下实现充分赋权、自主核算和独立运营，以“费用最小化、效益最大化”为原则形成以 DRG 付费标准为对接口径的成本精细化管理机制，促使各临床科室阿米巴从病人诊疗全流程出发，不断降低医院微观层次的药品耗材占比管理水平，最终使医院整体实现断完善的动态成本精细化管理机制，实现医院可持续发展的应用目标。该方案重点在于各临床阿米巴的单例病患成本管控机制，这是实现医院整体成本管理精细化的重点环节，本文将 X 医院业务最多、最具代表性的临床科室产一科为例，详细阐述产一科从事前成本预测规划、事中成本管控、到事后成本分析评价的成本管控机制。

4.2 阿米巴模式应用目标与原则

4.2.1 应用目标

天水市 X 医院拟通过应用阿米巴模式来适应未来医保支付制度改革对医院组织制度、成本管理、运营方式等全方面多层次的影响，终极应用目标为实现 DRG 支付环境下医院的可持续发展，可持续发展包括收入质量提高、医院效益提高、医疗水平提高、员工积极性提高等方面的内容。其中，收入质量提高是医院通过阿米巴模式来达到收入中药品、耗材等不增值费用占比的管控目标，切实增强医院运营水平；医院效益提高是指通过阿米巴模式要达到医院整体盈余水平的增长目标；医疗水平提高是指通过对临床科室充分放权，达成改善病人诊疗流程、优化治疗方案、提升医疗效率的目标；员工积极性提高是指通过各阿米巴主体自主经营、独立核算，激发医院职工参与医院经营管理热情的目标，以上是 X 医院应用阿米巴模式要达到的具体目标与应用效果。

4.2.2 应用原则

(1) 效益与质量平衡原则

医院作为我国国民医疗保健体系的最重要的组成部分，承担着维护我国国民健康的重大使命，虽然在我国多次医疗改革后，医院财政性补助收入大大减少，医院经营运转已基本靠自身业务产生的收入维持，但公立医院在追求效益的同时也不应当忘记自身的公益性性质，尤其是在应用阿米巴模式来适应 DRG 支付变革时，从医院领导层到各个阿米巴主体都不应当盲目的追求医院效益提升而不顾为病人提供医疗服务的质量与安全，医院应用阿米巴模式应当遵从效益与质量平衡原则，基于此，X 医院现行的由医务科和领导层负责的医疗服务质量分析制度应当在阿米巴模式下得以续存、不断强化，在阿米巴模式下以更加严格的标准与态度对待医疗安全与服务质量。

(2) 放权与监管并重原则

阿米巴模式下的组织体系是进行量化分权的虚拟非正式组织体系，医院在赋予下属各阿米巴主体经营权责的同时并不意味着医院管理层无事可干，阿米巴模式也不意味着医院将真正的独立经营权力下放至各阿米巴经营主体，各利润阿米巴主体负责病人诊疗全流程的推进、形成最终医疗结果，并进行成本管控与评价和编制单位时间核算表，而医院领导层和相关行政科室要针对各利润阿米巴的运行进行全过程监控，严防损害医院整体利益和不符合国家行业有关规定的行为。其次，医院领导层和相关行政部门要加强对虚拟内部交易市场的监管与协调，为阿米巴模式运行提供良好的基础平台。

(3) 一切服从医院整体利益原则

阿米巴模式需要将医院拆解为个体，各个个体相互独立，这需要领导层向医院所属各阿米巴主体贯彻医院的整体战略方针，加强职工医院文化培训力度，在医院内部形成“人人为医院，医院为人人”的哲学共有理念，使每位职工对医院产生归属感，对实现医院的可持续发展产生使命感，对自己的工作产生自豪感，在医院内部形成全体职工共同参与医院经营的氛围，使全体员工聚焦医院整体利益，围绕整体利益各阿米巴主体开展生产经营活动，在整体利益与个体利益产生冲突时，加强内部文化建设与奖惩制度建设，使各阿米巴主体坚决服从整体利益，

最终使组织内部产生合力，方能形成良性的阿米巴经营模式，达到医院阿米巴应用的目标。

4.3 应用阿米巴模式的前期准备工作与要点

4.3.1 前期准备工作

经与医院领导层商议后，医院领导层认为阿米巴模式是切合医院未来发展方向的经营模式，对于医院的组织变革提供了很好的构思，为了完善该方案的设计，能够未来正真的在医院落实阿米巴模式，医院领导层认为使用阿米巴模式需要医院在领导者和思想两个维度提前做好准备：

一是在领导者维度做好提前准备，医院领导班子需要切实的认识医院在新的支付环境下面对的问题，并对阿米巴模式产生较为深入的认识，医院领导层需要加强自身的管理知识，切实提高管理水平，通过实地考察我国阿米巴应用取得良好效果的企业、参加培训班等方式认真构思适合我国适合我国医院发展阿米巴模式；通过系统的学习后，在医院建立阿米巴领导组，负责阿米巴具体细节的设计和监管工作，并联合相关部门负责阿米巴经营主体核算数据的收集与分析工作，根据各阿米巴主体运行情况随时作出改善决策，年末负责考核各阿米巴附加值实现情况，掌握医院整体的运营方向，阿米巴应用方式在医院的落实，需要医院领导层来推动。

二是在思想维度做好准备，随着我国医疗改革的不断深入，公立医院已经基本依靠自身的力量来维持运行，医院员工多数存在只注重自身发展，不重视医院利益的思想，医务人员也只关注自己病人的治疗结果，不关注治疗结果背后的成本效益情况，这些思想虽然有利于医务人员精湛自身专门技术，但在 DRG 支付环境下成为了医院整体前进道路上的绊脚石，医院的未来必须实现成本精细化的管控，而医院的主要成本就产生于医务人员治疗病人的过程中，这就要求每位医务人员必须具备经营意识，参与医院的管理。领导层要加强医院的文化建设，针对阿米巴经营理念为医院中层管理者展开思想和制度两方面的培训，再由医院中层推广至医院基层，实现全医院思想认识的统一，为阿米巴模式的应用打好基础。

4.3.2 需解决的要点

天水市 X 医院是一家在陇东南区域颇有盛名的妇幼专科医院，其经营状况良好、规模适中运行灵活、专业精深，适合进行阿米巴模式在公立医院应用的初步实验探究，经过与医院领导层商议后，现确定 X 医院应用阿米巴模式需解决的要点如下：

一是要确定医院的整体附加值目标，阿米巴模式在中国的本土化应用是绩效导向性的，医院的阿米巴应用必须要切合 DRG 环境下医院生存发展的需求，能够切实的提高医院经营效率，符合医院的发展需求。

二是进行不同层次的医院内部阿米巴单元划分，这部分工作要求医院结合阿米巴组织划分的原则，考虑各个科室的性质，在医院内部区分利润型阿米巴和成本型阿米巴，对医院全体成员进行阿米巴经营培训，使各个阿米巴成员充分了解各自医院应用阿米巴模式的目的和过程。

三是对医院内部各阿米巴组织进行虚拟量化赋权，赋予医院利润型阿米巴独立运营、自主核算的权利，并指定各阿米巴单元负责人、核算人，在量化赋权时注重权责统一、赋权充分，DRG 支付方式下各临床服务类科室应该具有充分的权力，包括：确定病人 DRG 分组、规划病人治疗方案、病人诊疗费用核算、DRG 预付机制下病人医疗费用监控与评价等。

四是结合 DRG 支付机制构建医院内部各阿米巴虚拟运营结算流程，将病人购买药品、检验检查的结算权力由财务收费科室虚拟划归至临床服务类科室，由临床科室对病人的药品费、诊断类费用、护理费用与医技科室、药房和护理部门进行虚拟结算，并对该类不增值费用进行严格监控，有利于临床类科室从病人诊疗全流程角度切实实现成本精细化管理。

五是针对虚拟运营结算流程建立医技科室、医辅科室和临床科室的虚拟内部交易市场，针对不增值的药品耗材费用规定按成本价格进行内部交易，对于具有一定技术含量的医疗技术服务项目结合国家标准和市场价格规定成本加成价格进行内部交易，此做法能够切实的减少医院不增值成本的发生，体现医务人员的技术劳动价值。

4.4 阿米巴组织构建

4.4.1 划分阿米巴单元原则

在 X 医院内部划分阿米巴单元，就是按照医院各科室的不同性质和特点将医院整体划分为若干独立运营、自主核算的小组织，划分阿米巴单元是医院应用阿米巴模式的基础，进行划分时需要遵守下列基本原则：

(1)能够独立完成相关业务

医院在内部划分的各阿米巴单元必须能够独立开展各自的业务，执行完整的业务流程、体现最终的业务结果，这就规定了阿米巴组织划分的最小程度，阿米巴模式并不是无限细分的，每个阿米巴主体必须负责医院经营流程上的一个完整环节，比如检验科室负责病人的人体检查，出具检查报告，将整个检查科室细分为检验人员阿米巴和设备提供阿米巴不能体现出整个病人检查检验环节，会造成混乱，影响阿米巴模式的应用效果。

(2)具有收入和支出，能独立进行核算

医院划分的各阿米巴单元必须具有独立的现金收入流和支出流，这是实现阿米巴单元自主核算的基础，比如在 DRG 支付环境下，各临床科室具有 DRG 支付提供的收入流，也具有为病人提供完整医疗服务而产生的诊断类费用、药品耗材费用和护理费用等支出流，符合形成阿米巴单元并独立核算的条件，各阿米巴单元内部需要具有掌握最低限度财务知识的人员来专门负责单位时间核算表的编制工作。

(3)能够贯彻执行医院整体目标

医院在划分阿米巴单元后，各经营主体独立性加强，医院需要保证各主体运行不与医院整体目标相左，在划分时注意建设对各主体的管控措施，使其运行方向不与整体方向背道而驰。

4.4.2 天水市 X 医院阿米巴单元划分

在我国企业中应用阿米巴模式通常是按照产品类型、客户、工序和区域等标准将组织划分为各个独立核算、自主运营的阿米巴单元。公立医院是为病人提供

医疗保健服务的机构，医院通常根据病人患病的不同身体部位、需要进行的不同治疗手段、所患疾病的类型和病患自身特点等建立相对应的临床类科室，故而为体现 X 医院的业务特点，应当以与为病人提供治疗服务的相关程度，划分 X 医院内部的阿米巴单元。

(1)与提供治疗服务直接相关的阿米巴单元

X 医院各临床科室为病人提供直接并完整的治疗服务，体现治疗结果、承担治疗责任，并且在 DRG 支付环境下，各临床类科室医务人员承担着根据统一的技术标准规范，作出病人的主要诊断和主要治疗操作，并确定病人的 DRG 分组结果、得出 DRG 预付金额的职责，各临床类科室为 X 医院收入的主要来源，也是 X 医院主要医疗成本发生的部门，在 DRG 支付环境下具备独立的收入流和成本支出流，故而各临床类科室为 X 医院内与为病人提供治疗服务直接相关的部门。在阿米巴组织划分中，应当被归类为利润阿米巴单元，自主核算自身产生的收入支出、编制单位时间核算表，临床巴也是 X 医院最核心的阿米巴单元，X 医院利润型阿米巴单元如图 4.2 所示：

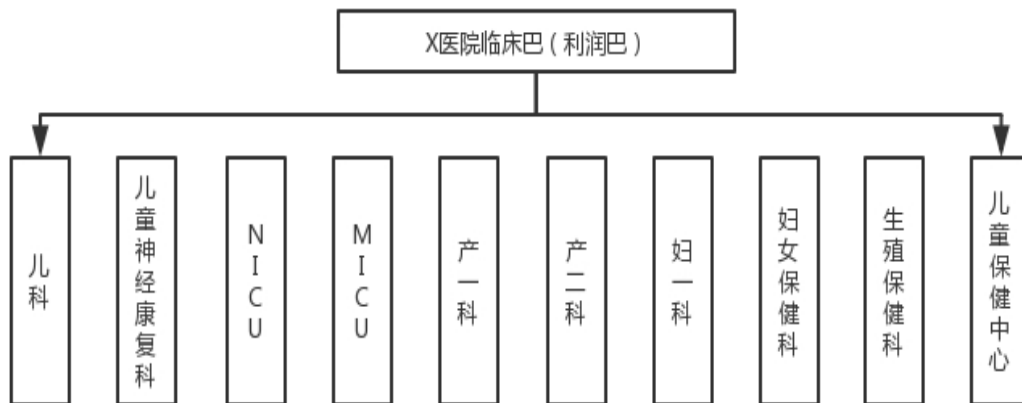


图 4.2 X 医院临床科室阿米巴划分图

以上 10 个 X 医院内设科室都配备科室主任和医生办公室，都能为病人提供完整的医疗服务并提供床位，符合临床类科室的定义，具有独立完成治疗业务的能力，在阿米巴模式下属于医院的核心利润阿米巴单元。

(2)与提供治疗服务间接相关的阿米巴单元

X 医院内部医疗技术类科室为病人提供检查检验服务，并出具检验报告供临

床类科室医务人员作出主要诊断和进行主要治疗操作，作为提供医院内部诊疗流程的一个完整环节的科室，对形成病人的治疗结果起到至关重要的作用，且医疗技术类科室不仅需要检查、检验设备的支持，也需要医技人员的专业技术和服务来形成检验检查结果，故而医疗技术类科室为提供治疗服务间接相关的阿米巴单元，属于医院内部较临床阿米巴次要的利润型阿米巴单元，其中，检验科为临床疾病的诊断、治疗、预防和预测提供准确科学的实验数据支持；影像科为病人提供影像学检查诊断；手术麻醉科为临床科室的手术操作提供麻醉服务和设备支持，医院各科室的护理人员在诊疗流程中为病人提供照顾、康复等护理服务，在医院内部发挥了自身的专业价值，需要一定的专门技术，且临床科室的护理人员统一属于医院护理部门管理，故将医院护理部分类为医疗技术类科室，属于 X 医院能够独立核算收入支出的利润类阿米巴单元，X 医院医技类阿米巴单元划分如图 4.3 所示：

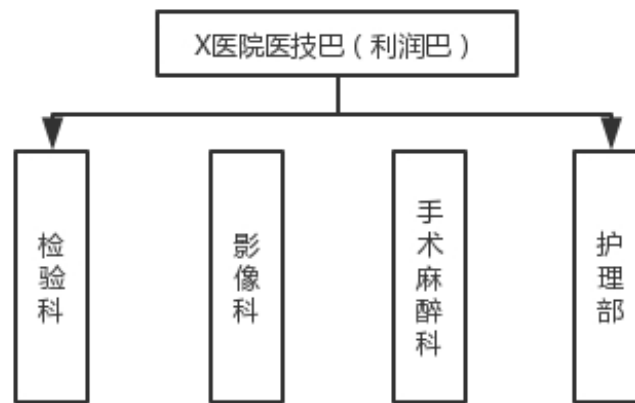


图 4.3 X 医院医技科室阿米巴划分图

以上医技巴是医院利润型的阿米巴单元，X 医院内部的医疗辅助类科室与为病人提供医疗服务间接相关，但在 DRG 支付环境下医院阿米巴模式的组织划分中，不能被划分为利润型阿米巴单元，X 医院医疗辅助类科室主要包括：1、药房，主要为病人提供医务人员开具的处方上的中西药品；2、病案室，主要工作是科学管理 X 医院已出院病人的病案；3、消毒供应室，主要职责为为全院提供

消毒器械、耗材和水源的重要保障类科室。在 X 医院阿米巴组织划分中，以上三类医疗辅助类科室围绕临床类科室病患诊疗流程，为其提供基本的保障服务，在提供保障服务的过程中，对于医院主营收入的贡献较少，与医院提供医疗服务价值的关联度较小，在我国药品耗材零加成政策的不断深化落实的背景下，药品耗材销售也不能为医院多余的价值，故而在 DRG 支付环境中，为突出医务人员的劳动价值、响应国家医改号召和改善医院的收入结构，切实在在医院形成成本精细化管控机制，将 X 医院医疗辅助类科室划分为成本型阿米巴单元，在阿米巴运营体系下成本巴只核算自身的成本费用，不核算自身的收入，并对自身发生成本费用负有控制责任，X 医院医辅阿米巴划分如图 4.4 所示：

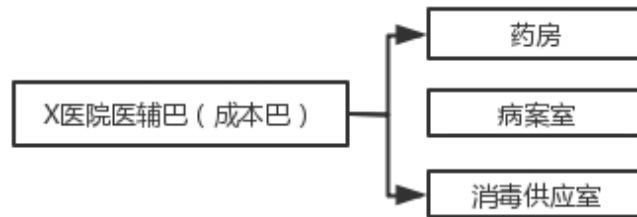


图 4.4 X 医院医辅科室阿米巴划分图

(3)与提供治疗服务不相关的其他阿米巴单元

X 医院除上述临床、医技和医辅科室之外的其他职能部门为与提供治疗服务不相关的阿米巴单元，这些部门大部分是医院行政管理类科室，职责是维持医院正常经营运转和进行其他必须的职能工作。行政管理类科室是维系医院的对外沟通，进行医院科研教育、医疗质量监督、对外采购、人事调动、财务经营信息汇总和医院信息化平台维护建设等工作的不可缺少的部门，对于临床类科室正常提供医疗服务虽然不相关，但是能起到类似基础设施的作用，对于此类不产生增值价值、不体现医院医务劳动价值但又对于医院的管理运营不可或缺的行政管理类科室，在阿米巴组织划分中将其划分为成本型阿米巴单元，在部门运营中注重管

控自身发生的成本费用，不进行收入核算，X 医院行政巴划分如图 4.5 所示：

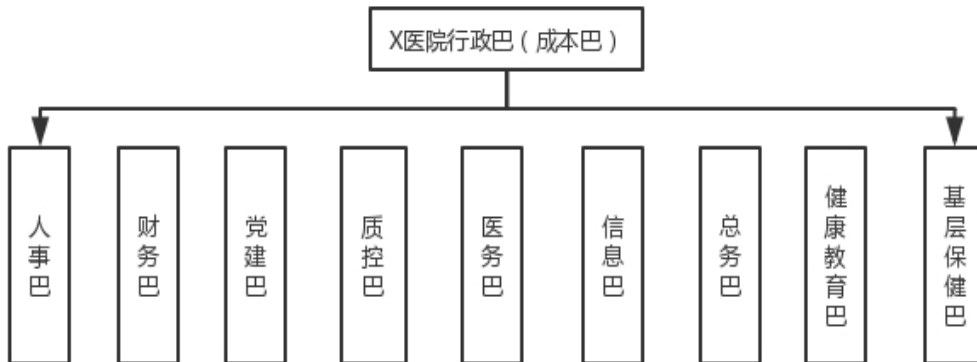


图 4.5 X 医院行政管理科室阿米巴划分图

以上 X 医院成本型阿米巴单元应当根据医院的预算分配额度，严格进行成本核算和管控工作，对于发生的成本费用应当在各行政巴内单独进行核算，并由医院阿米巴领导小组下达其成本管控目标，各行政巴在运行时严格按照目标不断降低自身的成本费用，X 医院阿米巴领导小组在期末进行成本绩效考核，形成 X 医院成本型阿米巴单元的成本精细化管理机制，由于本文篇幅有限，且行政巴发生的成本费用不是医院发生成本费用的主要内容，故对于在阿米巴模式下医院的成本精细化管理机制只对临床巴详细展开阐述。

在 X 医院阿米巴运行过程中，部分行政巴要承担其在阿米巴模式下特有的职责：X 医院财务巴在阿米巴模式下应当负责收集全院各阿米巴的单位时间核算表，汇总各个阿米巴提交的财务数据，并及时呈交医院领导层作出相关决策，此外，财务巴还需负责医院行政巴的财务预算制定与分配工作；医务巴和质控巴在阿米巴模式下应当严格执行临床巴的治疗质量安全监控工作；信息巴要和医院领导层和各利润巴协调沟通，建立健全医院的阿米巴信息系统与平台，为医院阿米巴模式的运行打好基础。

(4)X 医院阿米巴组织体系

根据 X 医院各科室的不同特点与性质，并通过各科室在阿米巴组织体系下的定位之后，能够构建出 X 医院阿米巴模式组织体系，如图 4.6 所示：

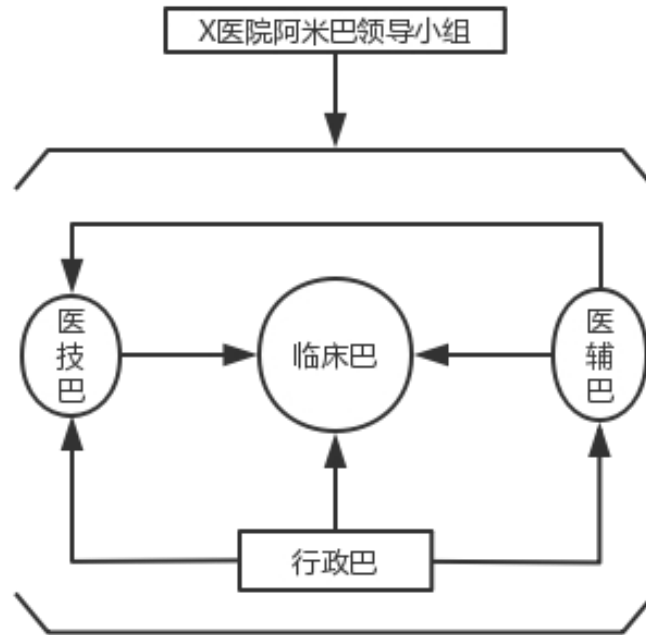


图 4.6 X 医院阿米巴组织体系

X 医院阿米巴领导小组负责医院阿米巴运营下的整体设计、筹划、协调、监控和考核工作，针对各阿米巴单元的经营情况，结合各单元核算信息作出精准的改善决策，并负责把控医院整体运行方向、制定医院的战略发展目标等顶层设计工作；临床巴作为 X 医院阿米巴体系的核心单元，掌握病人从入院到出院的诊疗过程、结算过程和成本控制过程，负责从单病例角度出发，优化病人治疗方案和成本结构，通过实行对接 DRG 支付单病例成本精细化管理，创造医院的核心服务价值；医技巴为临床巴提供专业技术服务，并在提供服务的过程中核算、管控自身的服务价值和成本费用；医辅巴为医技巴和临床巴提供保障器械、耗材与服务，支持医院的临床服务工作，核算、管控自身发生的成本费用额；行政巴为医技、临床和医辅巴提供基础设施服务与保障，配合医院领导层对以上三者的阿米巴运行过程实施监督和管控，并负责维持医院整体的正常经营，核算、管控自身的成本费用。X 医院阿米巴组织体系以临床巴为核心，其余各巴围绕其运转、支持 X 医院的临床服务工作，这不仅能够在组织上体现医院的业务性质，也能切合 DRG 支付环境对于公立医院的改革要求。

(4)阿米巴单元领导人确定

各阿米巴单元的领导人是阿米巴运作模式在医院内部推行的核心人员，各阿米巴领导人需要负责阿米巴单元的日常生产运营，在阿米巴模式下，临床阿米巴领导人应当具有诊疗决策权、DRG 支付审核权、用人权、内部市场谈判协商权、考核权和附加值分配权，各临床阿米巴单元的领导人对于医疗安全质量、阿米巴效益考核等应当负有主要责任，其他类型阿米巴领导人也应当对各个科室在阿米巴模式下的成本管控目标、效益情况和运营合规性等负有主要责任，除此之外，各个阿米巴领导人还需在巴内指定人员进行财务核算，尤其是临床类、医技类等利润型阿米巴要按时编制单位时间核算表，交由医院财务巴进行核对汇总。

由于阿米巴组织结构属于细分化的职能型结构，在不过度改动 X 医院现有组织架构的考虑下，X 医院内部临床、医技阿米巴领导人为各个科室的主任医师，医辅巴和行政巴的领导人为各个科室的科长，在原有各科室的副科长、副主任医师中选取一人进行阿米巴核算。

4.5 建立 DRG——阿米巴虚拟运营结算流程

建立 DRG——阿米巴虚拟运营结算流程的目的是为了使 X 医院各阿米巴单元的运营结算流程能够切实的体现 DRG 支付环境的要求，将医院内部成本控制链与病人诊疗过程深度融合，为医院阿米巴运营模式下的核心——临床巴创造赋权充分的运营环境，能够使医院阿米巴单元的成本控制过程具有针对性、成本管控更细化、主次更分明。

在 DRG 支付环境下，医院的运作模式和结算方法都将会产生巨大的改变，首先，公立医院不再按照病人住院项目费用的简单叠加取得收入，而是在开始治疗病人时，将医生为病人作出的主要诊断和治疗操作，以及病人的其他特征输入 DRG 分组系统，得出一个确定的预付金额，预付金额不包含任何明细医疗项目信息。在 DRG 支付环境下，医疗收入核算的起点不应当是传统按项目支付环境下医院财务科所属的各收费窗口和自助缴费机，而是变成了各临床类科室，临床类科室在 DRG 环境下通过 DRG 分组系统的填报而决定了医院所能获得的医疗收入，同时，各临床类科室能够反应病人诊疗全过程、体现病人治疗的最终结果，故在建立医院内部阿米巴虚拟运营结算流程时，应当以各临床巴为起点，X 医院虚拟运营结算流程如图 4.7 所示：

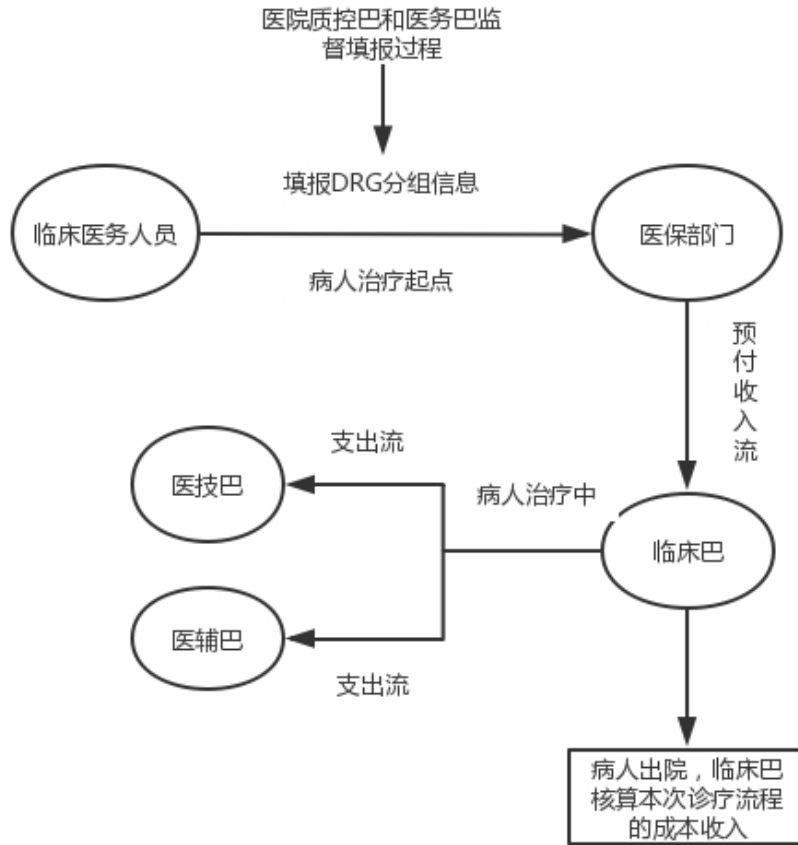


图 4.7 X 医院 DRG——阿米巴虚拟运营结算流程

X 医院 DRG——阿米巴虚拟运营结算流程以各临床巴医务人员按照统一的技术规范标准，结合职业判断，向 DRG 分组系统上报病人主要诊断信息、治疗操作和病人的其他临床特征为起点，医院质控巴和医务巴等行政类阿米巴严格监控医务人员输入 DRG 分组系统的全过程，对上报的诊疗信息进行审核校验；经过医保相关部门审核通过后，将 DRG 预付费虚拟计入各临床巴，产生 DRG 预付收入流，临床巴严格按照预计的治疗方案对病人进行治疗，对于治疗过程必须的检查检验、手术设备使用及麻醉操作等医疗技术服务与医技巴进行内部交易，对于治疗过程中所必须的中西药品及各种耗材与医辅巴进行内部交易，临床巴产生支出流，医技巴产生收入流，医辅巴进行记账处理，临床巴对于病人诊疗过程中的虚拟收入支出在产生时按照单例，及时进行阿米巴核算，待病人出院后，

一个虚拟运营结算流程结束。

X 医院 DRG——阿米巴虚拟运营结算流程从按项目支付下的病人与财务收费窗口逐项结算医疗项目费用的过程，转变为临床科室与医技、医辅科室之间的结算过程，实现了医院结算流程与诊疗流程的结合统一，解决了按项目支付方式下医院传统运营结算流程中出现的各科室割裂严重的问题，临床类科室是医院的一线业务科室，该流程将病人治疗过程中的收入支出核算和成本管控权责赋予各临床巴，有利于各临床巴形成围绕病患诊疗流程的成本管控机制，实现医院业财融合，解决医院成本信息失真问题，针对核心问题改善医院成本管理、优化成本结构。

4.6 建立内部价格交易机制

确定内部价格交易机制是 X 医院阿米巴运营体系重要的一环，在上一节中，确定了 X 医院阿米巴运营结算流程的起点为各个临床类科室，由临床类科室根据对病人的诊断和操作方式来决定药品耗材和检查检验项目的使用，那么临床类科室与医疗技术类科室和医疗辅助类科室之间的采买活动就构成了 X 医院的内部交易市场。不同于传统制造企业的阿米巴内部交易市场的是，医院内部交易市场的环节较为简单，制造业企业的内部交易市场通常以生产销售流程上的每个环节为一个购销节点，上游环节将本环节产出的成品或半成品出售给下游环节，层层递进，最后到销售环节将产品售出为止。传统企业应用阿米巴模式时内部交易链较长，需要各个环节之间紧密的配合与协调，一个环节的内部价格过高，会导致下游所有环节的成本费用失调，最终影响企业整体附加值的提升，而 X 医院的内部交易市场主体由临床、医技和医辅三类阿米巴构成，市场运作机制简单、交易环节较少。

4.6.1 内部交易价格确定

阿米巴模式下，医技巴主要在临床巴主导的病人诊疗流程中提供必要的医疗技术服务，这些服务主要包括检查检验、影像超声和手术基础设施提供等，这些医疗项目的价格水平国家有着较为严格的规定，不同等级的医院执行不同水平的价格。对于 X 医院阿米巴运营体系下，各医技巴制定的医疗技术服务价格也应

当执行国家的价格规定,医技巴依靠临床巴按照国家价格标准转移的收入来补偿巴内的成本支出、进行阿米巴经营, X 医院按照国家标准价格进行临床巴向医技巴的转移支付,有助于医技类阿米巴形成以国家定价为基准的内生型成本管理机制。因为在这种模式下医技类科室需要用获得的技术服务收入来补偿巴内发生的成本费用和对医辅巴的药品耗材的采购支出,所以医技巴必须加强自身的成本管控,针对自身成本耗费结构的薄弱环节不断优化,才会产生附加值来支撑巴内的经营活动, X 医院医技巴的常用检验检查项目定价标准如表 4.1 所示:

表 4.1 X 医院常用医疗检验检查项目参考内部价格

项目名称	计费规格	价格	所属类别
X 线摄影	次	¥63.00	检查费
血气分析	次	¥63.00	检查费
听性脑干反应	次	¥66.00	检查费
胃肠道彩色多普勒超声检查	次	¥67.00	检查费
妇科彩色多普勒超声常规检查	次	¥67.00	检查费
产科彩色多普勒超声常规检查	每胎	¥67.00	检查费
男性生殖系统彩色多普勒超声检查	次	¥67.00	检查费
泌尿系彩色多普勒超声检查	次	¥67.00	检查费
耳声发射检查	次	¥67.00	检查费
腹部彩色多普勒超声检查	次	¥67.00	检查费
胸腔彩色多普勒超声检查	次	¥67.00	检查费
血红蛋白测定(Hb)	次	¥1.00	检验费
血清白蛋白测定(化学法)	项	¥1.00	检验费
红细胞比积测定(HCT)	次	¥1.00	检验费
尿沉渣镜检	项	¥2.00	检验费
前列腺液常规检查	次	¥2.00	检验费
羊水结晶检查	项	¥2.00	检验费
粪便常规	次	¥2.00	检验费
尿沉渣定量	次	¥3.00	检验费
粪寄生虫镜检	项	¥3.00	检验费
粪寄生虫卵集卵镜检	次	¥3.00	检验费
粪便隐血试验(OB)	次	¥3.00	检验费
葡萄糖测定(各种酶法、酶电极法)	次	¥3.00	检验费
α 羟基丁酸脱氢酶(α -HBD)测定	项	¥3.00	检验费
血小板计数	次	¥3.00	检验费
红细胞沉降率测定(ESR)	次	¥3.00	检验费
白细胞计数(WBC)	次	¥3.00	检验费
粪寄生虫卵计数	次	¥3.00	检验费
剖宫产术	次	¥1,739.00	手术费

续上表 4.1

项目名称	计费规格	价格	所属类别
腮腺囊肿切除术(双侧)	次	¥1,739.00	手术费
盆腔巨大肿瘤切除术	次	¥1,739.00	手术费
多胎接生	次	¥1,739.00	手术费
腹壁肿瘤切除术(直径 5cm 以上)	次	¥1,739.00	手术费
尿道修补术	次	¥1,785.00	手术费
曼氏手术	次	¥1,813.00	手术费
乳腺癌根治术	单侧	¥1,830.00	手术费
广泛性子宫切除+盆腹腔淋巴结清除术	次	¥1,838.00	手术费
陈旧性骨骺损伤截骨矫形术	次	¥1,932.00	手术费
子宫内膜剥离术	次	¥1,946.00	手术费
阴式全子宫切除术	次	¥1,947.00	手术费
剖宫产术中子宫次全切术	次	¥1,953.00	手术费
宫颈残端切除术	次	¥1,953.00	手术费
热球子宫内膜去除术	次	¥1,953.00	手术费
阴道闭锁切开术	次	¥1,953.00	手术费
经腹腔镜取环术	次	¥1,953.00	手术费
二次剖宫产术	次	¥1,953.00	手术费
输卵管修复整形术	次	¥1,953.00	手术费
盆腔粘连分离术	次	¥1,953.00	手术费
输卵管插管通水术	次	¥1,953.00	手术费
卵巢癌根治术(膀胱切除)加收	次	¥2,024.00	手术费
卵巢癌根治术(肠管切除)加收	次	¥2,024.00	手术费
甲状腺次全切除术	单侧	¥2,100.00	手术费
剖宫产术中子宫全切术	次	¥2,232.00	手术费

作为临床巴提供麻醉医技服务和手术基础设施的手术麻醉巴，在以往 X 医院的运营中通常与临床类科室以三七分成的形式共享手术项目收入所获得的绩效，在阿米巴模式下，也可以延续以往的做法，因为这种做法简单易操，又能客观的体现临床巴和麻醉手术巴在手术治疗中各自付出的技术劳动价值。临床巴将手术项目获得收入的 30%或更高比例作为本阿米巴单元的支出项与手术麻醉巴进行内部结算，手术麻醉巴将分得的手术收入用来补偿本阿米巴单元发生的成本，并进行单位时间价值核算，进行成本管控与效益考核。

属于医疗辅助类阿米巴的药房、消毒供应室等主要为医技巴、临床巴供应必要的药品耗材和其他医疗消耗品，这部分阿米巴的内部定价是决定 X 医院成本管理质量与阿米巴运营效果的关键，因为降低药品耗材占比不仅是现行的医疗改

革制度要求，在 DRG 支付环境下降低药品耗材占比也是实现医院可持续发展的重中之重。故经过与 X 医院领导层讨论后，决定 X 医院医辅巴的内部价格以成本价格进行内部交易，外部采购的药品耗材以采购价格为准进行内部定价，内部自治的药品耗材和其他原材料以外部市场规定价格为最高限价进行内部交易，这样定价的好处主要是能够将国家药品零加成政策在阿米巴运营体系中落到实处，在 DRG 病组预付额的限定内，倒逼各临床巴优化治疗方案，减少对病患无效的药品耗材使用，从而体现医务人员自身的劳务价值，在 X 医院阿米巴运营体系下，医辅不作为利润中心进行阿米巴核算和附加值考核，而是与行政巴一样只作为成本费用的责任中心，这样从根源上就能减少医务人员浪费医疗资源、过度给病人开具药物从而导致无效的医疗投入，降低医院医疗效率。

4.6.2 内部交易程序

X 医院内部交易机制的流程以临床类阿米巴为起点。年初，各临床巴成员制定本年度阿米巴所需的基本药品耗材的使用计划，预计生理盐水、葡萄糖水、消毒用药、消炎用药和针管、输液管、消毒棉制品、消毒纱巾等的年度预计使用量，编制基本药品耗材预算使用量清单，由各阿米巴负责人监督预算编制过程并审核，并由 X 医院阿米巴领导小组、财务巴和医务巴审核并备案后，阿米巴负责人将预算清单交给药房巴、消毒供应巴等医辅类阿米巴，医辅巴负责人根据清单为临床巴配制基本药品耗材，并按成本价格与临床进行内部结算，临床巴将该笔交易作为内部采购而产生的阿米巴内部耗材、药品存货进行处理，在病人就诊流程中。根据单个病人的基本药品耗材存货使用量，计入以各单例病人为核算对象的阿米巴单位时间核算表，考量每个病人基本耗材的使用情况。

X 医院病人诊疗流程中的内部交易机制主要分为治疗前、治疗中和治疗后三部分，在开始治疗前，临床人员将为病人下达的主要诊断、治疗操作方式和病患个体特征输入 DRG 分组系统得出 DRG 预付金额后，根据 X 医院规定的药占比目标和耗材占比目标，得出单例病患的目标药品费用和耗材费用，具体公式如下：

A DRG 预付金额*药占比目标百分比=目标药品费用；

B DRG 预付金额*耗材占比目标百分比=目标耗材费用。

根据目标药品耗材费用和病患的标准临床路径,针对病人的病情设计整个诊疗过程中的处方药品和特殊耗材采购清单,由各个病患的主治医生交给阿米巴负责人和医务巴、质控巴审核后,将采购清单交给医辅巴,临床巴根据病人治疗需要,在治疗过程中到医辅巴提取所需的药品耗材,并计入以单病例编制的阿米巴单位时间核算表,临床巴以标准临床路径中指明的和结合实际情况判断的病人治疗前需进行的检验检查项目与医技巴以国家规定价格进行内部交易,并以国家规定的价格计入单位时间核算报表的内部采购支出科目。

病人治疗中,临床巴根据预先设计的单病例药品耗材清单的药品定量至医辅巴提取药品耗材,对于治疗过程中发生的药品耗材超出预计定量的情况,编写情况说明书,经阿米巴负责人和医务巴审核,交给医辅巴配制超量的药品耗材,对于因病人的特殊情况而需进行临床路径之外的医疗检验检查项目的情况,也按照药品耗材超量的情况进行处理,并将超额的内部采购支出计入单位时间核算表,病人住院治疗中产生的护理费用按天计入单位时间核算表,需进行的收入麻醉操作与手术基础设施的使用费与医技巴进行内部核算,并计入单位时间核算报表。病人治疗出院后,医院根据单病例单位时间核算报表的科目进行盈余核算,并于其他阿米巴单元结清本次诊疗流程中产生的内部采购支出。

4.7 建立阿米巴单位时间核算制

在传统制造企业中,各阿米巴单元进行独立核算时,通常是以日为单位编制单位时间核算报表,报表核算内容包括各单元的销售收入与不包含人工成本的支出和组织整体根据某一标准分摊计入各个阿米巴单元的费用,制造企业中的产品生产往往是一个连续的、流动的过程,各个阿米巴单元可以随时对巴内的销售收入成本进行核算,医院的生产经营过程与制造企业有着本质上的不同,医院是为病人提供医疗服务的机构,医院对病人的权利义务终止时点为病人治愈办理完出院手续之时,而不是制造企业中的以向客户或下游阿米巴单元转移商品的控制权时终止,在 DRG 支付环境下更加突出了医院价值创造过程的承包性质,医院的经营流程在 DRG 支付环境下与建筑企业、咨询行业等需要按照单个合同计量收入成本的服务行业性质更为相似,故而在进行 X 医院单位时间核算报表设计时,应当体现出公立医院的这一性质。并且,传统的单位时间核算报表核算的是阿米

巴组织内部单个成员每一小时创造的价值，公式为： $(\text{阿米巴收入}-\text{阿米巴支出})/\text{阿米巴内部成员工作时间加总}=\text{单位时间附加值}$ ，在医院内计算各医院人员创造的单位时间附加值并无特别意义。主要因为医院不能只追求盈利，医院在保障发展的同时要注重维护自己的公益性质，盲目的追求医务人员单位时间附加值的提升可能会损害医院的医疗服务质量与安全，丧失我国公立医院在国民医疗健康体系中的稳定作用。另外，医院应用阿米巴模式的初衷是使医院在新的医保支付环境下能够加强提高自身的医疗效率、降低收入药品耗材占比，提高成本精细化管理水平，所以要为医院设计出一套能够反应医院自身医疗效率，能够促进医院发展的单位时间核算报表。

通过与 X 医院财务人员和临床科室的沟通，本文将从核算时间和科目两个方面改进传统的单位时间核算报表，以 X 医院产一科为例，设计 X 医院产一科试运行的单位时间核算报表，以此来适应医院应用阿米巴模式的实际需求，因地制宜的实现阿米巴模式在医院的应用。

4.7.1 收入核算

X 医院产一科在阿米巴模式下的收入主要为医务人员通过对病人进行 DRG 分组，由医保部门支付给医院的预付医疗收入，医院通过阿米巴虚拟运营结算将收入的使用权交予产一科医务人员，医务人员根据病人的病情和病种的标准临床路径设计的治疗方案对病人展开治疗工作，DRG 预付收入是属于临床阿米巴的产一科唯一的收入来源。

4.7.2 支出核算

X 医院产一科在治疗病人的过程中需要对医技巴提供的检验检查技术、手术麻醉操作、手术基础设施使用和护理等服务进行内部采买，也需要对治疗病人所必须的处方药品和特殊耗材进行内部采购，这就形成了产一科阿米巴核算的内部采购费用。这些费用直接按照成本价格或国家支付标准进行结算，并不考虑医技医辅阿米巴人工支出对自身阿米巴核算的影响，对于病人消耗的血液制品，按照药品耗材的标准以成本价格进行内部结算，形成内部采购费用。此外，还有产一科维持科室正常运转必要的行政管理费用，主要包括：办公耗材、设备折旧、设

备维修、水电燃料等管理类费用，医务人员的人工支出并不在阿米巴模式支出核算的考虑范围内，这是由阿米巴核算的性质决定的。

4.7.3 核算时间

传统单位时间核算报表以日为单位的核算时间并不适应医院的生产经营性质。经与 X 医院财务人员讨论后，将 X 医院单位时间核算报的核算时间改为以单例病人的整个诊疗流程为区间，从病人开始治疗到病人出院治疗结束为一个阿米巴核算对象，归集产生的 DRG 支付收入和医疗费用支出、编制单病例单位时间核算报表，并以季度、半年度、年度为时间单位统计阿米巴单元内所有出院病人的 DRG 支付收入、医疗费用支出情况和科室内行政管理费用情况，编制汇总单位时间核算报表。两个层次的单位时间核算报表可以从宏观到微观全方位的考察阿米巴单元的成本耗费情况和医疗效率情况，达到阿米巴模式下医院精细化成本管理的具体要求。

4.7.4 员工劳动时间的替代项

传统阿米巴单位时间核算要求企业以阿米巴单元的总附加值除以员工的总工作时长，得出单位时间附加值，这种方式并不符合医院使用阿米巴模式的初衷，为了使单位时间核算报表体现医院的医疗效率，符合 X 医院的发展需求，经与 X 医院财务人员讨论过后，决定以病人住院天数代替员工的劳动时间，病人住院天数是我国公立医院考核的重要指标，指病人从住院到出院的累计天数，能够反应医院的医疗效率和医疗水平，在单位时间核算报表中引入病人住院天数，就是将临床巴按照单病例 DRG 收入减去成本支出后的总附加值，除以病人住院总天数，得出该病例的日均附加值。

单病例日均附加值的核算，有助于各临床巴从病人治疗时长的角度考虑单病例所花费的成本支出、评价医务人员的治疗方案与治疗水平，从而提升医院的整体医疗效率；病人住院天数的引入也为临床巴的 DRG 成本管理机制增设了考核与评价的目标。

4.7.5 天水市 X 医院产一科试运行的单位时间核算报表

根据上述设计 X 医院临床类阿米巴单元单位时间核算报表的诸多要点, 经与 X 医院领导层和财务人员讨论后, 以产一科为例, 设计出了产一科的试运行单病例单位时间核算表, 以 2019 年 10 月 29 日下午 16 时入院的病人赵 XX 为核算对象, 编制产一科单病例单位时间核算表, 如表 4.2 所示:

表 4.2 X 医院产一科单病例时间核算报表

名称	主要诊断	其他诊断	手术操作	入院时间	出院时间	
赵 XX	孕 38+6 周孕 1 产 1LOT 剖 宫产	1、胎儿宫内窘迫(混 合型); 2、羊水过少; 3、脐绕颈 1 周	刨宫产术	2019 年 10 月 29 日 16: 00 时	2019 年 11 月 03 日 10: 00 时	
阿米巴领导人:		报表编制人:	主治医师:	日期:		
所属 DRG 分组			刨宫产			
DRG 预付金额			5790			
支出明细 项	内部交易支 出	床位费		218		
		护理费		337		
		检验检查费		366		
		影像		0		
		血制品		0		
		手术设备使用		521.7		
		麻醉		928		
		耗材	介入器械材 料费		0	
			手术器械材 料费		0	
			一般医用材 料费		232.50	
植入材料人 工器官费			0			

续上表 4.2

支出明细项	内部交易支出	药品	中药	0
			西药	695.92
	巴内自有支出	公共药品		424.36
		一次性材料	检查用	0
			治疗用	146.25
	手术用		0	
单病例总附加值				1920.27
病人住院天数				5
单位天数附加值				384.05

以上是 X 医院产一科试运行的单病例时间核算表，以产一科病人赵 XX 为收入成本归集对象，核算出了单例病人的单位天数时间附加值，精准、明确的计算出了产一科医务人员在治疗病人的过程中产生的技术劳动价值。该表中使用的 DRG 分组预付费金额采用已执行 DRG 付费的国内 FJ 省的相关政策规范中与 X 医院同级别的二级专科医院的付费标准，根据 X 医院为赵 XX 作出的刨宫产诊疗信息查找相关付费标准后，得出的预付金额为 5790 元；表中的支出明细向分为采购支出与巴内自有支出，采购支出指治疗病人所需要的护理、检验检查、影像服务和进行手术操作所必须的基础设备使用、麻醉操作与医技类阿米巴进行内部结算的费用，该费用在阿米巴模式下按照国家和医院规定的价格执行内部结算，并不用区分出费用中的人工费用。

药品和耗材支出是产一科为治疗病人所发生的与医辅类阿米巴进行内部结算的费用。由于 X 医院医辅类阿米巴是只核算成本费用的成本型阿米巴，故产一科只需按照药品、耗材的成本价与医辅类科室进行内部结算，无需区分其中的人工费用；巴内自有支出是产一科内部自有的公共药品(如葡萄糖、生理盐水、抗菌类药物)与一次性耗材的支出，这些耗材是年初时由产一科根据采购清单与药房巴采购的，属于产一科自有的药品耗材，在治疗病人时，根据实际消耗情况，计入单病例单位时间核算表。

由于阿米巴时间附加值不核算阿米巴内的人工成本支出,故在编制报表时不考虑产一科的医务人员劳动成本,如诊查费、一般医疗服务费、手术治疗费等,只计算内部药品材料消耗和采购费用;产一科的行政管理类费用与治疗病人不相关,在编制单位时间核算表时不必考虑;经过核算后,得出该病例的在 DRG 环境下的总附加值为 1920.27 元,单位天数附加值为 384.05 元。

由于文章篇幅与工作量的原因,本文只在这里展示了临床类阿米巴单元的单位时间核算报表,这是因为临床巴是 X 医院的主要收入与成本支出的产生部门,临床医务人员也是医院的核心价值创造人员,临床巴是 X 医院阿米巴运营体系的重中之重,也是阿米巴模式应用的难点,X 医院其他类型的阿米巴单元核算的具体思路也与临床巴相似,故本文不再详细展示医技巴和医辅巴的阿米巴核算过程。产一科的汇总单位时间报表为一段时间内的单病例时间报表项目数额的汇总,在支出明细项加上产一科这段时间内的行政管理类费用的支出额,在本节也不再展示。

4.8 DRG——标准临床路径下天水市 X 医院阿米巴成本管控机制

本节以产一科为例,以病人赵 XX 为成本管控对象,结合国家制定的标准临床路径,详细阐述医院临床类阿米巴在 DRG 环境下的单病例成本管控机制,本届分治疗前、治疗中和治疗后三部分进行。

4.8.1 治疗前

病人就诊时,医院根据国家卫生健康委员会公布的标准临床路径中的的诊断依据,将病人纳入临床路径治疗程序,产一科医务人员为病人赵 XX 所作的其他诊断为:1、胎儿宫内窘迫(混合型);2、羊水过少;3、脐绕颈 1 周,符合纳入计划性刨宫产临床路径的条件,计划性刨宫产临床路径的进入依据如表 4.3 所示:

表 4.3 计划性刨宫产临床路径进入依据

序号	诊断
1	慢性胎儿窘迫
2	头盆不称

续上表 4.3

序号	诊断
3	胎位异常
4	孕妇存在严重合并症和并发症
5	骨盆及产道异常，无法经阴道分娩
6	瘢痕子宫
7	前置胎盘及前置血管
8	双胎或多胎妊娠
9	孕妇要求的剖宫产
10	妊娠巨大儿者
11	外阴疾病
12	生殖道严重的感染性疾病
13	妊娠合并肿瘤

病人进入标准临床路径后，根据医院、科室的成本管控目标和计划性剖宫产临床路径要求的项目与药物，制定 DRG 支付下的目标成本耗费表，计划性剖宫产标准临床路径所要求的医技项目、药物如表 4.4 所示：

表 4.4 计划性剖宫产各阶段所需医疗项目情况表

	术前	术中	术后
检验检查项目	1.血常规、尿常规。 2.凝血功能、肝肾功能、交叉配血 3.感染性疾病筛查 (孕期未筛查的乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、梅毒等)。 4.心电图、胎心监护 5.其他根据病情需要而定。		血常规

续上表 4.4

	术前	术中	术后
药品	按《抗菌药物临床应用指导原则》执行，剖宫产(II类切口)的抗菌药物为预防性用药；第一代或第二代头孢类	缩宫素 10~20U，抗菌药物	抗菌药物，缩宫药物，第一代或第二代头孢类，术后 72 小时内停止使用
麻醉		硬膜外或腰硬联合麻醉	

产一科主治医务人员与财务负责人员根据标准临床路径检查检验、药品与麻醉要求，和科室自身的药占比目标、耗材占比目标编制单病例目标成本耗费表，其中，药占比、耗材占比的目标费用遵循的公式为：1、DRG 预付金额*药占比目标百分比=目标药品费用 2、DRG 预付金额*耗材占比目标百分比=目标耗材费用，经与医院管理层讨论后，决定以去年产一科药占比为基准，确定产一科的目标药占比为 17%，目标耗材占比为 6%，其中，药占比中药物为公共药品与为治疗病人所开具的处方药品的加总，耗材占比中的耗材为一次性耗材与器械耗材的加总，产一科编制的目标成本耗费表如表 4.5 所示：

表 4.5 单病例目标成本耗费表

计划收入	DEG 预付收入	5790
计划支出	目标药品	984.3
	目标材料	347.4
	目标检验检查	366
	目标影像	0
	目标麻醉	928
	目标手术设备	521.7
	目标护理费用	397
	目标床位费	442

续上表 4.5

目标总附加值	1803.6
计划住院天数	9
目标单位天数附加值	200.4

以上是产一科为病人整个治疗方案编制的目标成本耗费表。其中，目标药品与耗材严格按照 X 医院规定的药品耗材占比制定，目标检查、目标麻醉、目标手术设备按照医院检验检查项目、影像项目和手术设备使用费用标准的规定价格，再结合刨宫产术的标准临床路径的次数要求和医务人员治疗该种疾病的经验判断制定目标，计划住院天数为计划性刨宫产临床路径规定的最大住院天数，目标护理和床位费用根据医院的收费标准结合计划住院天数制定，最终的得出该病例的目标总附加值为 2099.5 元，单位天数附加值为 233.2 元。

4.8.2 治疗中

病人治疗中，产一科医务人员严格按照计划性刨宫产的临床路径为病人提供手术操作、医护治疗等服务，并将病人治疗过程中产生的检验检查费、影像费、药品耗材支出费用、护理费用、手术基础设施使用费用和麻醉费用等成本支出及时计入单病例时间核算报表，并由病人的主治医师结合临床路径分析每一笔支出的合理性、以及药品选择的适宜性，产一科治疗过程中所遵循的临床治疗护理路径如表 4.6 所示：

表 4.6 计划性刨宫产临床路径

住院第 1 天	手术日	术后第 1 天	术后第 2 天	术后 3~6 天	出院日
1 产科常规护理	1 剖宫产术后常规护理	1 完成日常病程记录	1 完成日常病程记录	1 完成日常病程记录和上级医师查房记录	1 向患者交代出院注意事项、复查日期
2 二级护理 普通饮食	2 导尿管引流 接无菌袋	2 完成上级医师查房记录	2 完成上级医师查房记录	2 腹部切口换药(必要时)	2 完成出院记录
3 听胎心	3 静脉输液	3 切口换药	3 复查血常规		
4 胎心监护	4 抗菌药物 5 缩宫素				

其中,整个路径的时间顺序按照计划性刨宫产临床路径的标准病人住院时间 9 天进行,医务人员要遵循以上路径治疗病人,并将治疗过程中产生的成本费用记录在单病例时间核算报表上。

4.8.3 治疗后

病人出院后,产一科财务负责人比较病人的实际医疗花费与目标成本耗费之间的差异,并结合病人的病案记录找到形成差异的原因,确定承担成本差异责任的医务人员,并结合产一科相应的成本绩效评价手段,对相关责任人员作出奖惩。产一科赵 XX 单病例成本差异分析情况如表 4.7 所示:

表 4.7 单病例成本差异分析表

	目标药品	13.59%
	目标材料	8.99%
	目标检查	0
	目标影像	0
成本差异率	目标麻醉	0
	目标手术设备	0
	目标护理费	-15.11%
	目标床位费	-50.67%
目标总附加值差异率		6.46%
住院天数差异天数		4 天
目标单位天数附加值差异率		91.73%
公式: (实际成本-目标成本)/目标成本*100%=成本差异率		

经过成本差异分析后得出,产一科实际药品费用比目标药品费用多花费了 13.59%,经产一科医务人员查阅病人记录后,得出成本差异产生原因为医务人员为病人开取抗菌类药物、头孢类药物过多,没有按照病人的实际需要情况有计划的开取药品,造成药品成本差异率过大;产一科实际材料比目标材料花费多出了 8.99%,这是由于产一科在治疗过程中节约材料意识淡薄,导致针管、可吸收缝

合线、吸引连接管等使用过多造成材料支出超标，实际护理费用比目标护理费用少花费了 15.11%，这是因为病人住院天数少于预期造成的；实际总附加值与单位天数附加值分别比目标数多了 6.46%、91.73%，这也是因为病人身体状况较好，术后恢复良好，住院天数比预计少了 4 天，综合考虑后，产一科阿米巴负责人认为本次治疗过程药品耗材支出存在问题，相关主治医师要分析差异造成原因，计入相关绩效考核，保证责任落实。

5 医院应用阿米巴模式的保障措施

通过以上研究，我们可以得出阿米巴模式是可以切实提高医院运营效率、改善医院成本管理水平的运营管理模式，也可以适应我国医疗卫生事业改革的要求；阿米巴模式的应用，有助于提高医院全体成员参与成本管理的意识，有助于医院成本管理工作正真正实现业财融合的良好机制，从医院每个病人的角度出发进行医疗成本管控，量变引起质变，最终实现医院持久的可持续发展。

但是，天水市 X 医院并不能仅靠划分阿米巴组织、实行阿米巴核算等阿米巴制度建设就实现阿米巴模式在医院的良好运作，还有一些基础性的建设保障是医院应用阿米巴模式所必需的。

5.1 建立阿米巴单元激励机制

稻盛和夫原创的阿米巴模式只注重对阿米巴成员进行精神激励，不重视对员工的物质激励，这种激励方式不符合中国的实践经验，天水市 X 医院要应用阿米巴模式，就必须建立系统全面、反馈及时和结果公正的阿米巴激励机制，X 医院在设计阿米巴激励机制时，可以结合各个阿米巴单元创造的附加值和药品耗材占比，对附加值和药品耗材占比完成情况较好的阿米巴单元，按照所创造附加值的一定比重进行额外的物质激励，激励金额交由各阿米巴负责人，由各阿米巴单元负责人根据巴内成员的表现和医疗任务完成情况进行分配，这样做的好处是可以将阿米巴模式与医院激励机制结合起来，连接阿米巴模式下医院的组织利益与职工的个人利益，从而促进各阿米巴单元的成本管理工作积极性，在医院实现阿米巴模式的良性发展。

5.2 加强质量与安全控制

良好的质量与安全控制制度是医院应用阿米巴模式的根本保障，如果医院在阿米巴模式下不能保证所提供医疗服务的质量与安全，那么就失去了医院应用阿米巴模式的意义。医疗服务的质量安全是保证我国公立医院公益性的基本要求，天水市 X 医院在应用阿米巴模式时，不应放松对各个阿米巴单元对质量安全的管控，X 医院已经在医院实现了严格的、经常性的临床科室质量安全分析报告制

度，该制度对医院规定期间内的所有病人病历进行抽查，由医院医务科、质控科负责执行，从病历书写规范、处方开具合理性、药品耗材占比、限制性药物使用情况和治疗方案规范性等多个角度评价各临床科室的医疗服务质量与安全，严把医疗质量关。在阿米巴模式下不仅应当继续运行这样的制度，还应当更加严格的完善医院质量安全评价机制，通过将定期抽查改为不定期抽查、扩大抽查范围、制定更加严格的标准和加大惩罚措施等手段来加强阿米巴模式下医院的质量安全管控，保证所提供的医疗服务让患者满意，体现我国公立医院的制度优越性。

5.3 加强医院人才保障建设

人才是天水市 X 医院应用阿米巴模式的血液，具备充分的人才储备才能保障阿米巴模式在 X 医院的流畅运行，这种人才不仅要拥有尖端的医疗业务能力，也要对阿米巴经营体系和管理会计理论具备相应知识和深刻的理解，对于 X 医院来说，加强人才保障建设的手段主要是对员工进行系统的阿米巴模式培训，通过对管理会计知识和阿米巴理论规范的讲解，让职工熟悉阿米巴模式在医院应用的每个关键环节，比如进行阿米巴组织划分、医院阿米巴运营结算流程、内部交易机制和阿米巴核算等，也要让员工知道使用阿米巴模式所要达到的目的，这个目的怎么通过阿米巴模式实现，使职工在工作中目标明确、执行规范，为阿米巴模式的良好运行打好人员基础，X 医院除开展培训以外，也可组织职工到实行阿米巴模式的企业中观摩学习，从理论和实践两个方面加强医院阿米巴模式人才保障建设。

5.4 加强医院信息化建设

建设信息化系统是天水市 X 医院应用阿米巴模式的必要环节，是 X 医院提升阿米巴模式下组织运营效率的重要手段，X 医院要建设符合阿米巴模式下成本精细化管理要求的信息化平台，平台建设要统一各科室的成本口径，能将医院繁杂的成本数据整合统一，从 X 医院阿米巴核算的需求出发，实现以单例病患、科室和医院为不同层次核算对象的成本信息处理功能；成本信息平台建设也要实现医院临床类、医技类和医辅类科室之间的内部成本结算便捷化，从而促进医院内部各部门、各科室的协同配合；在成本信息平台也要保障提供的数据精确、数

据处理能力高效、操作方式便捷和成本汇报及时，为医院实现阿米巴模式下的成本精细化管理提供科技支持。

5.5 加强医院文化建设

“先学习阿米巴哲学，再应用阿米巴模式”，阿米巴模式创始人稻盛和夫曾经这样说过，应用阿米巴哲学就是在组织中通过一系列措施，使组织形成的符合阿米巴运行模式的文化，例如“合作共赢”、“利与他人”等，文化建设是一个组织应用阿米巴模式的基础，如果在组织内没有形成良好的企业文化，那么这个组织就没有产生向心力、执行力，成员们会只注重自己的个人利益，组织的目标就不能很好的贯彻完成，应用阿米巴模式也就不能产生好的使用效果。X 医院要切实加强自身的文化建设，来保证内部各阿米巴单元都能朝着医院的整体发展方向前进，要在医院中形成进取、团结、有爱、合作、创新的文化氛围，并通过召开会议、团队建设、物质奖励、员工活动、制度建设等一系列手段来保障形成良好的文化氛围，使医院职工热爱工作、热爱医院，加强员工工作积极性和进取心，从而为阿米巴模式的应用打好组织文化基础，保证阿米巴模式在 X 医院的使用目标实现。

6 结论与展望

6.1 结论

随着我国 DRG 支付的不断推广执行,医院的传统运营方式已经不再适应医保支付制度改革的要求,如何在新医保支付制度下维持医院的长久发展成为我国医院迫切需要解决的问题,阿米巴模式在我国企业中的成功应用实践为医院运营模式改革创新提供了方向与思路。

本文通过系统的理论与实践研究,得出了医院阿米巴模式切实可行的具体应用路径,从阿米巴组织结构、DRG——阿米巴虚拟运营结算流程、内部交易价格机制和阿米巴单位时间核算机制四个模块出发,构建了 X 医院阿米巴模式运营体系。结合实际数据详细阐述了在 DRG 环境下、阿米巴模式的应用中,作为 X 医院收入主要来源的临床类科室如何进行成本管控,如何形成持续的精细化成本管控机制。

通过以上过程,本文为公立医院如何适应时代需求、应对医保支付方式变革提供了一个可行的思路,为我国医院如何在医保支付制度改革下提升运营效率、如何有效的进行精细化成本管控、如何激发医院的内在活力和如何使各科室主动解决药品耗材占收入比重过多的问题提供了解决方案,也为我国的阿米巴本土化应用研究贡献了微薄之力。

6.2 研究的不足与展望

由于本人能力和文章篇幅有限,构建 X 医院阿米巴运营管理体系的内容上难免存在问题。比如构建 X 医院阿米巴运营体系时存在一定的主观性;设计 DRG——阿米巴运营结算流程时可能考虑不周;建立医院阿米巴单位时间核算机制时对于医辅类阿米巴和医技类阿米巴没有进行进一步的核算机制构建;编制产一科单位时间核算报表时也没有详细阐述汇总报表的编制过程;对于行政巴、医技巴和医辅巴的成本管控过程没有提及。由于篇幅有限,本文侧重于阐述临床类科室的阿米巴模式应用过程,对于医院阿米巴绩效评价机制还需进一步的深入思考。

以上问题也是本人未来不断研究、不断努力的方向。

参考文献

- [1] Adler R.W.Hiromo to T.Amoeba Management:Lessons from Kyocera on How to Promote Organization Growth,Profitability,Integration,and Coordinated Action[C].Proceedings of the Performance Measurement Association (PMA)Conference.2009(11):4-5.
- [2] Cooper R.Kyocera Corporation:The Amoeba Management System [J].Boston MA Havard Business School,1994:8.
- [3] Hiroshi Takeda,Trevor Boyns.Management Accounting and Philosophy:The Development of Management Accounting at Kyocera,1959-2010[J].Management and Accounting,2010(3):22-23.
- [4] Inamori.A Passion for Success[M].McGraw-HillCompanies,2007:205-20.
- [5] Kahn K L,Rogers W H,Rubenstein L V,et al. Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system[J].JAMA,1990,264(15):1969-1973.
- [6] Lee C, Kim Y, et al. The Effect of Diagnosis-Related Groups on the Shift of Medical Services From Inpatient to Outpatient Settings: A National Claims-Based Analysis[J]. Asia Pacific Journal of Public Health, 2019,31(6):499-509.
- [7] Rubenstein D,Friedman G,Bateman D.RVUs and DRGs:do they fairly reimburse physicians and hospitals and incentivize improved care?[J].Pediatrics,2013,131(2):340-342.
- [8] SJK,KH H.Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea[J].Health Policy,2016,120(6):596-603.
- [9] Sullivan J.Japanese management philosophies:from the vacuous to the brilliant[J].California Management Review,1997,34(2):66-67.
- [10] 阿米巴经营[M].中国大百科全书出版社,(日)稻盛和夫,2009.
- [11] 阿米巴经营的中国模式[M].企业管理出版社,李志华,2013.
- [12] 白晶.DRG 支付模式改革给公立医院带来的管理性变革[J].医学食疗与健康,2020,18(05):187-188.

- [13]陈晓涵,钱晶晶.阿米巴模式中量化赋权式经营会计问题探讨[J].财会通讯,2015(07):73-74.
- [14]陈建明.宝钢金属的阿米巴经营[J].企业管理,2016(12):63-64.
- [15]戴小喆,王轶,郑大喜,唐忻,王莉燕,田莎莉.DRG 付费体系下医院成本核算探索[J].中国卫生经济,2020,39(12):96-101.
- [16]戴明.论质量管理[M].海南出版社, (美)W.爱德华兹·戴明(W.EdwardsDeming)著,2003.
- [17]杜良莉.DRG 支付方式改革下医院财务管理应对策略[J].中国卫生经济,2020,39(01):88-89.
- [18]段玉玉,张庆红,徐文雅,赵勉.以 DRGs 支付方式为驱动的医院成本管理应用探索[J].江苏卫生事业管理,2018,29(12):1430-1431+1442.
- [19]段玉玉,郑君娴,徐美瑾.DRGs 支付方式与医院成本管理的关联性思考[J].会计师,2019(03):76-77.
- [20]《高级管理会计》(第三版)[M].东北财经大学出版社,罗伯特·S·卡普兰,安东尼·A·阿特金森,1999:8-57.
- [21]黄琦.DRGs 与我国医疗保险付费方式改革的探讨[J].中国医院管理,2000,(11):10-11.
- [22]黄伟春,范松林.如何在职能部门构建阿米巴经营模式[J].财务与会计,2016(23):50.
- [23]黄贤环,吴秋生.阿米巴模式下的管理会计理念、方法与创新[J].云南财经大学学报,2018,34(08):104-112.
- [24]韩楚.基于阿米巴经营模式的管理会计创新[J].财会学习,2018(09):94-95.
- [25]洪国灿,姚詮.按病种定额预付制的可行性探讨[J].中国医院管理,2002,(01):14-16.
- [26]何秋菡.玉溪市医疗保险 DRGs 支付方式研究[D].云南大学,2019
- [27]姜德超,徐凤琴.公立医院综合改革形势下基于 DRGs 分组方案的病种效益分析[J].现代医院管理,2018,16(06):58-61.
- [28]蒋朝晖.SJ 会计师事务所阿米巴经营模式运营的研究[D].上海交通大学,2018.
- [29]纪双双.阿米巴模式在成本控制中的应用研究[D].重庆理工大学,2014.

- [30] 蒋青平,薛淑红,张晓梅,逢青.DRGs 在医院精细化管理中的应用分析[J].中国市场,2020(09):108+168.
- [31] 陆稼天.基于 ABC-DRGs 的公立医院成本管理研究[D].杭州电子科技大学,2018.
- [32] 鲁盛康.北京地区 16 种常见疾病诊断相关组合及病种费率研究[D].华中科技大学,2008.
- [33] 李璟娜,上总康行,杜运潮.阿米巴经营模式与我国管理会计创新[J].财会月刊,2019(08):98-104.
- [34] 林晓莉.阿米巴管理会计分析[J].新会计,2015(08):64-65.
- [35] 李莎.新医改政策下公立医院如何加强成本管理[J].商讯,2020(18):159+161.
- [36] 李晨.小议医院成本核算工作的基础——划分成本核算单元[J].卫生经济研究,2006(01):48-49.
- [37] 刘绍明,张云宏,陆灿明,李梅.浅谈医院全成本核算最小核算单元的划分[J].中国医学装备,2013,10(06):66-67.
- [38] 刘雅娟,倪君文,黄玲萍,彭颖,杨中浩,王贤吉.基于 DRG 的医院病种成本核算实践与探索[J].中国医院管理,2019,39(08):54-56.
- [39] 刘雅娟,郑开源,黄玲萍.XH 医院病种成本管理信息系统构建和探索[J].中国医院,2020,24(06):64-66.
- [40] 吕韬.基于阿米巴模式的企业组织架构与管理会计体系[J].财会通讯,2012(31):13-15.
- [41] 孟祥云,范松林.阿米巴经营模式的本质——人本管理会计[J].新会计,2017(02):45-46.
- [42] 彭颖.(2019).医保付费新模式对医院运营管理的影响及应对策略.中国总会计师(07),132-133.
- [43] 秦山,张赢.阿米巴经营模式体现的管理会计理念[J].现代营销(学苑版),2011(06):27.
- [44] 佟筱枫.阿米巴模式下企业成本管控方案设计与实施[J].财会通讯,2019(08):101-104.
- [45] 谭华伟,张培林,刘宪,颜维华,皮星,程伟,张云,廖光英,陈菲,于雪.加拿大病人成

本核算的基本原理和关键技术——兼论对我国构建 DRG 成本核算标准化体系的启示[J].卫生经济研究,2020,37(11):33-37.

[46]王秀萍,朱艳.基于阿米巴模式的绩效指标体系探讨[J].财会通讯,2014(28):12-14.

[47]王珊珊.基于 DRGs 公立医院成本管理案例研究[D].华中科技大学,2018.

[48]汪晓丹.新医改下医院运营成本管理措施[J].财经界(学术版),2020(11):34-36.

[49]魏万宏.国外 DRGs 付费制度对我国疾病付费模式的启示[J].医学与哲学(A),2012,33(11):45-47.

[50]徐靖.我国医院推行 DRG 过程中的成本管理问题 and 对策研究[J].西安电子科技大学学报(社会科学版),2013,23(03):23-29.

[51]许擎鑫.我国单病种收费制与 DRGs 相关情况述评[J].中国卫生经济,2011,30(08):36-38.

[52]肖莉.阿米巴模式在 Y 公司成本管理中的应用研究[D].南华大学,2018.

[53]信雪爽,张蕾.电力企业成本管理会计模式的创新选择与应用[J].财会通讯,2018(07):45-49.

[54]尹天露,王敏,张海芳,刘卫刚,刘志军.疾病诊断相关分组(DRGs)付费在中国实施的缘由及国际比较[J].现代医院管理,2020,18(04):65-67+76.

[55]左安俊,毕若孟,李环廷.医院如何顺应疾病诊断分组付费改革[J].中国社会保障,2020(09):86-87.

[56]杨阳,张露丹,李建军.基于作业成本法的 DRG 成本核算探讨[J].中国医院管理,2020,40(12):60-64.

[57].钟洁珍,向月应,王庆林.医疗保险中实施 DRGs 的探讨[J].中国卫生经济,2001,(02):49-50.

[58]赵静轩.基于目标成本法的公立医院 DRGs 病种成本控制分析研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(85):158-159.

[59]周继光.以核算单元利润率为基础的病种利润率计算方法[J].中国卫生经济,2013,32(10):87-89.

[60]张天,郭瑞.DRG 支付方式改革下的医院运行管理[J].中国总会计师,2020(07):98-99.

[61]赵莉.阿米巴管理模式在企业成本管理中的运用探讨[J].中国商论,2017(18):83-84.

后 记

人们说：离别总是痛苦的，现在的我深有体会，在这个绚烂的夏天，我将与我亲爱的母校分开，将与我最敬爱的导师告别。时间啊！请你停住，让我多享受这洁白无暇的年华。岁月啊！为何匆匆流逝，留给我无限的感伤。这个夏天注定以离别为主题，而我也将告别师长与同学，独自仗剑闯入天涯。

回想我的研究生生涯，是波澜壮阔的三年。三年中，我提升了自身的学术能力，加强了身体锻炼，改掉了很多自身的恶习，也学会了如何去爱护他人。三年前，我是桀骜不驯的少年，三年后，我已是能委以重任的青年。这个蜕变的过程不是我个人的力量所能完成，我的师长、同学对我产生了许多帮助。

我的导师是一个严肃认真的人，总是能发现我们身上的问题并予以纠正，也很乐意在学习、生活中帮助我们，成为他的学生是值得我去铭记一生的事。

总之，时光易逝，在以后的日子里，我会继续奋进，努力实现自己的梦想！