

医疗支付改革与老龄化叠加下医院成本的适配性

○聊城市中医医院 袁海明

摘要: 人口老龄化加剧催生医疗服务需求的结构性变革,老年患者慢性病高发、并发症复杂、住院周期长等特征,与按疾病诊断相关分组付费、病种分值支付(DRG、DIP)改革的控费导向形成深度交织。以医院成本适配性为核心,结合老龄化与DRG、DIP改革的叠加效应,通过文献分析、实证调研与案例对比,系统梳理医院的成本核算、成本管控、医保协同等环节的适配问题,剖析管理、技术、政策、人员层面的多重原因。结果表明:①当前医院成本核算与DRG、DIP分组存在维度错配,成本管控与老龄化需求存在能力错配,医保协同与医院成本存在权责错配。②公立医院在双重背景下,要实现控成本、保质量和可持续发展,必须从精细化管控体系构建、信息化平台升级、政策协同优化、完善跨部门协同机制等4个维度建立具有可操作性的成本适配体系,才能为公立医院成本控制提供理论支撑与实践路径。

关键词: 医疗支付改革; 医院成本适配性; 成本管控; 医保协同

中图分类号: R197.322

一、引言

人口老龄化与医疗支付方式改革的双重推进,正在重塑我国医疗服务体系的运行逻辑。2025年2月28日,国家统计局发布《中华人民共和国2024年国民经济和社会发展统计公报》,截至2024年末,全国60周岁及以上老年人口约为3.10亿人,占总人口的22.0%;65周岁及以上老年人口约为2.20亿人,占总人口的15.6%。老年患者已成为医院住院服务的主要承接群体。老年患者群体具有慢性病高发、并发症复杂、住院周期长等特征,导致医疗成本呈刚性增长趋势。同时,按疾病诊断相关分组付费、病种分值支付(DRG、DIP)改革已覆盖全国超九成统筹地区,通过按病种打包付费机制迫使医院控制成本。两种趋势叠加形成老年患者诊疗成本的不确定性与医保支付标准的固定化之间的错配,导致部分医院出现按标付费亏损和提质服务增负的困境。因此,研究医院成本适配性问题,不仅有助于破解医疗控费与老年服务保障的冲突,也为完善医保支付机制和推动公立医院高质量发展提供重要参考。

二、DRG、DIP支付改革与老龄化叠加影响医院成本的理论机制

DRG、DIP支付改革与人口老龄化两大因素,通过重塑医院成本形成逻辑和诊疗需求结构,形

成“刚性支付约束”与“弹性成本增长”相互作用的动态关系。

(一)DRG、DIP支付改革的成本约束机制

DRG、DIP支付改革的核心是通过创新付费机制实现按价值付费,推动医疗体系从重数量向重质量转型^[1]。DRG指按疾病诊断相关分组,结合患者年龄、疾病诊断、治疗方式等,把病例分到不同组别,医保按组支付固定费用;DIP指按病种分值付费,以病种和诊疗行为为核心,用分值量化不同病种的资源消耗,医保再按分值结算。这两种支付方式本质都是按价值付费,核心目标是控制医疗费用不合理增长。DRG、DIP支付改革通过标准化预付,为医院成本适配搭建刚性框架,通过“打包付费”制度和“结余留用、超支分担”的规则设计,重构医院成本控制激励机制^[2]。但标准化机制是建立在“同组病例诊疗同质性”假设基础上,对病情复杂、诊疗路径特殊的病例,成本覆盖范围存在局限性,难以匹配个体化诊疗的实际资源需求。

(二)人口老龄化的成本驱动机制

人口老龄化带来的患者结构、疾病谱系和服务需求的转变,给医院成本造成刚性向上压力。一是患者结构层面,高龄患者占比持续提高,共病率明显上升。多数老年患者有2~3种慢性病,原本单一疾病的诊疗转变为多系统综合管理,诊疗复杂性和资源消耗强度提升。二是疾病谱系呈现出明显的慢性化、退行性特点,高血压、糖尿

作者简介: 袁海明(1985—),聊城市中医医院,经济学硕士,会计师、经济师。研究方向:财务管理、医院运营管理。

病、肿瘤、阿尔茨海默病等老年疾病构成住院患者的主体，此类疾病需要长期药物控制、频繁监测和综合干预，药品和耗材成本的占用比例较急性病更高。三是服务需求的变化放大成本压力。老年患者术后恢复慢，平均住院日较中青年患者多30%~50%，降低了床位周转效率，增加了固定成本分摊压力；康复护理需求也从急性期延伸到长期照护，需要投入更多护理人力；另外，老年患者对诊疗安全性要求高，预防性检查和并发症处理无法通过常规管控有效压缩。服务需求刚性成本增长和老龄化程度呈正相关。

(三) 双重因素的叠加效应与医院成本适配性

DRG、DIP的标准化支付和老龄化带来的复杂性需求，产生“刚性约束遇上弹性成本”的叠加效应。一方面，DRG、DIP的支付标准根据历史平均数据制定，难以满足老年患者个性化诊疗的动态需求；另一方面，老龄化推高共病诊疗成本、住院成本和康复护理成本等大多超出标准化支付的覆盖范围，因此医院成本适配性成为破解超标支付的关键。医院成本适配性是指医院通过动态调整医疗成本结构、规模和效率等，与外部支付标准、内部病种结构(CMI)和医疗质量产出相匹配的能力。医院成本适配性的目标是实现财务可持续性与医疗服务高质量供给的平衡。一是医院成本适配性与医保支付标准相匹配，确保实际诊疗成本可被支付标准合理覆盖，避免出现收支倒挂情况，保障医疗服务在医保政策框架内可持续开展；二是医院成本适配性与患者诊疗需求相契合，针对患者特定诊疗需求，保障成本投入对相关服务的支撑能力，防止因成本控制而缩减必要诊疗项目；三是医院成本适配性与医院运营目标相协同，在医疗成本管控合理区间的同时，坚守诊疗质量底线与患者安全准则，避免单纯以成本节约为导向而忽视医疗服务核心价值。若医院成本适配性不足，通常表现为成本超支、核算失真、管控失效，影响医疗服务供给效率与质量。

三、医院成本适配性建设的现状、问题及原因

(一) 医院成本适配性建设的现状

DRG、DIP支付改革全面推行以来，医院成本适配性建设在政策引导与实践探索中逐步推进，形成“政策框架引领、医院主动转型、医保协同支撑”的积极态势。一是成本管理体系从传统粗放式向精细化转型取得阶段性成效。国家医保局2024年印发的2.0版疾病分组方案，依托78个城市5371万条DRG病例数据和91个城市4787万条DIP病例数据优化分组逻辑，为成本核算提供精确基准^[3]；多数二级及以上医院突破传统科室

级核算模式，逐步建立覆盖病种、DRG组的多维度核算体系，部分三级医院通过整合医院管理信息系统(HIS)、实验室信息管理系统(LIS)、医学影像报告管理系统(PACS)等系统数据实现诊疗行为与成本消耗精准对应，按《公立医院成本核算规范》要求开展病种成本核算。二是成本管控机制上，医院普遍构建DRG、DIP导向的全链条管控流程，通过“耗材准入-使用监控-结余考核”闭环管理，降低高值耗材的比例，借助“共享护士”调配、检查设备“预约池管理”提升资源利用效率，绩效激励体系向成本效率导向转型，将“百元医疗收入成本率”“药耗占比”纳入考核体系。三是多部门协同管控，部分医院成立了由医务、医保、财务等部门组成的DRG工作小组，通过周例会实现诊疗与成本管控联动；医保协同支撑力度同步增强，各地医保部门完善预付机制，加速医院资金流转，同时落地复杂病例特例的单议机制，为特殊人群成本适配提供弹性空间，与医院内部管理优化形成合力，推动成本适配从被动应对向主动调控转变。

(二) 医院成本适配性建设的问题

1. 成本核算与DRG、DIP分组的维度错配

DRG、DIP分组以“疾病诊断+治疗方式”为核心，但未充分纳入老年患者年龄分层、并发症数量等个体化特征，导致成本核算与医保支付标准系统性脱节，且分组调整周期相对较长，滞后于老年疾病谱变化。实践中，由于老年患者因并发症多、住院周期长产生的额外成本无法得到补偿；合并基础病的老年骨折患者围手术期成本显著增加；康复护理的隐性成本因未单独核算形成亏损；支付标准未考虑地区老龄化差异，部分老龄化率较高的城市仍沿用全国平均标准，加了大成本与支付的差距^[4]。

2. 成本管控与老龄化需求的能力错配

DRG、DIP改革要求全流程成本管控，但多数医院受管理理念和技术水平限制难以落地。管理层面，部分医院仍存在“重临床、轻财务”倾向，临床科室对支付标准知晓度低，财务、临床、医保部门数据互通不足，老年患者成本数据无法被及时应用于指导诊疗优化。技术层面，医院信息系统整合度不足，医院管理信息系统(HIS)与财务系统对接存在误差，且缺乏针对老年患者的成本分析工具，无法通过基础疾病、年龄等变量预测成本走势。固定成本压力进一步加剧管控难度，老年康复科设备折旧比例显著高于其他科室，而卫生材料费、药品费用占用比例偏高，多数医院未建立老年患者成本动态监控机制，只能在超支后被动补救。

3. 医保协同与医院成本的权责错配

DRG、DIP 框架下，医院需承担主要成本超支风险，但老龄化带来的超支具有必然性，且医保风险分担机制不完善，常规并发症超支缺乏有效补偿。2024 年全国基本医保基金总支出达 29675.92 亿元，虽然增速总体可控，但老年患者医疗费用占比持续上升，部分医院老年患者 DRG 超支率居高不下。同时，异地就医加剧协同难题，老年患者占异地就医群体比例较高，而跨省 DRG 分组与结算规则差异较大，导致医院资金回笼延迟。此外，复合型人才供给不足成为突出瓶颈，财务人员普遍缺乏临床与 DRG 知识，临床人员成本意识薄弱，且培训未形成常态化机制，导致成本管控措施难以有效落地。

(三) 医院成本适配性建设问题产生的原因

1. 管理机制相对滞后

部分医院长期秉持“重临床诊疗、轻成本管理”的传统理念，将成本管控局限于财务部门职责，未纳入临床决策核心环节，导致临床科室对 DRG、DIP 支付标准、老年患者成本特性认知不足，诊疗方案制定仅聚焦疗效而忽视成本适配。同时，多数医院未建立跨部门协同机制，财务、临床、医保部门各自为政，数据采集标准不统一、互通共享率低，老年患者并发症成本、康复护理成本等细分数据无法及时整合，既影响成本核算精准性，也难以支撑诊疗方案动态优化，造成临床行为与成本管控脱节。

2. 技术支撑相对薄弱

当前多数医院信息系统呈碎片化状态，医院管理信息系统(HIS)与财务系统、医保结算系统对接存在误差，数据传输延迟、口径不一致问题普遍存在；即便引入医疗机构综合运营管理系统(HRP)，也仅能实现部分数据互通，无法覆盖老年患者“年龄-基础疾病-成本消耗”的全链条数据采集。现有成本核算工具，多根据通用病种设计，未考虑老年患者“并发症多、住院周期长、个体差异大”等特点，难以通过年龄分层、基础疾病类型预测成本走势。加之部分医院信息化投入不足，老年患者费用审核仍依赖人工，不仅效率低，而且易遗漏康复护理人力成本等隐性支出，无法满足 DRG、DIP 改革对全流程动态成本管控的要求。

3. 政策设计有待完善

尽管 DRG、DIP 2.0 版方案对部分学科进行了优化，但分组调整周期较长，难以及时响应阿尔茨海默病、复合型慢性病等老年群体疾病谱的动态变化，且分组维度未将年龄分层、并发症数量作为核心依据，导致老年患者额外成本无法通

过支付标准充分体现。支付标准测算未充分考虑地区老龄化差异，部分老龄化率较高的城市仍沿用全国平均数据，忽视了老年患者比例高、成本消耗大的现实。医保风险分担机制尚不完善，对老年患者因常规并发症产生的超支缺乏补偿条款，医院需独自承担老龄化带来的超支风险，加剧了成本核算与支付标准脱节、医保协同与医院成本权责错配的矛盾。

4. 复合型人才储备不足

医院现有财务人员，虽然具备传统会计知识，但缺乏临床诊疗、DRG 与 DIP 分组规则的专业认知，难以准确解读老年病种成本构成；而临床人员普遍缺乏成本意识，诊疗方案制定中对“成本-效益”考量不足，多数医生无法准确掌握核心病种支付标准。部分医院虽开展成本核算、DRG 知识培训，但多为“一次性、碎片化”形式，未形成常态化、系统化培训体系，培训内容也未结合老年患者成本管控实际需求，导致财务与临床人员能力提升缓慢，难以推动老年患者动态成本监控机制落地，成本管控措施难以覆盖临床诊疗全流程。

四、DRG、DIP 与老龄化叠加下医院成本适配性提升对策

1. 构建精细化成本管控体系

推行“病种-病例-环节”三级核算体系，结合老年患者诊疗特点建立专项病种成本数据库，明确区分基础疾病与并发症的成本边界，实现老年慢性病成本的精准拆分。针对老年患者个体差异，实施诊疗全流程成本台账管理，将诊疗环节拆解为诊断、治疗、康复、随访等阶段，重点强化康复阶段成本管控^[5]。建立分级成本预警机制，设定与医保支付标准挂钩的预警阈值。在成本达到阈值时，启动临床干预，同步优化老年患者临床路径，减少非必要检查检验项目，从流程层面压缩无效成本消耗。

2. 升级信息化与智能化平台

搭建“临床-财务-医保”数据一体化平台，打通各系统数据壁垒，实现老年患者诊疗信息与成本数据的实时同步与互通。建立包含年龄分层、基础疾病类型、并发症数量等维度的老年患者成本特征库，为精准核算提供数据支撑。引入成本动态监控与风险预测系统，通过历史成本数据建模分析，提前识别老年患者成本超支风险，提升成本管控的前瞻性。加大信息化建设投入，完善数据整合与自动审核功能，减少人工操作误差，提升老年患者成本核算与费用审核效率。

3. 优化医保政策协同机制

推动 DRG、DIP 分组体系的老年化适配调整，

在现有分组基础上，增设年龄分层与并发症权重系数，对高龄且合并多病症的患者适当提高医保支付标准。缩短 DRG、DIP 分组调整周期，结合老年疾病谱变化动态更新分组目录；同时将地区老龄化率纳入医保支付标准测算因素，实现支付标准与区域老年医疗需求相匹配。建立差异化医保超支补偿机制，按并发症类型实行分级分担，常规并发症超支由医保与医院按比例共同承担，罕见或重症并发症超支提高医保补偿比例。推进省级 DRG、DIP 统筹管理，统一跨省异地就医结算规则，简化结算流程，缩短医院资金回笼周期。

4. 强化跨部门协同与人才培养

组建“财务-临床-医保”跨部门协同工作小组，建立定期会商机制，常态化分析老年患者成本数据，推动成本管控措施与临床诊疗的深度融合。推行财务人员驻点老年病科制度，让财务人员直接参与临床诊疗决策，助力成本管控理念在临床落地。构建常态化复合型人才培养体系，对

财务人员开展老年疾病诊疗知识与 DRG、DIP 分组规则培训；对临床人员开展成本管控意识与医保支付政策培训，同时将老年患者成本控制效果纳入临床科室与个人绩效考核范畴，形成成本管控的激励约束机制。

参考文献：

- [1]王睿. DRG 支付方式改革对三级医院成本核算体系的影响及应对策略[J]. 中国乡镇企业会计, 2025(19): 79-81.
- [2]孙菲. DRG 支付改革背景下医院成本精细化管理探讨[J]. 会计师, 2025(10): 78-80.
- [3]卢潇. 关于 DRG 支付改革下公立医院成本精细化管理实施策略探究[J]. 财经界, 2024(35): 90-92.
- [4]张大辉, 葛松梅, 王安生. 人口老龄化背景下黑龙江省老年友善医院发展策略探析[J]. 中国初级卫生保健, 2023, 37(11): 11-14.
- [5]裴育, 贾邵猛. 民营医院发展与个人医疗负担: 基于人口老龄化的面板门槛模型研究[J]. 南京审计大学学报, 2020, 17(5): 83-92.

(上接第 33 页)

(三)数据基础与安全治理

1. 规范客户数据提供标准

在审计业务约定书中明确客户数据提供要求，包括电子数据格式、关键字段完整性要求；对无法提供电子数据的客户，提前约定纸质凭证扫描责任与时间节点，审计人员携带便携式扫描仪上门，现场完成数据数字化录入，避免项目工期延误；审计进场前开展数据预核对工作，重点核查资产总额、收入总额等核心数据与财务报表的一致性，发现数据错误及时要求客户修正，确保 AI 工具的分析基础真实可靠。

2. 实施低成本数据安全管控

技术层面优先选择本地部署的 AI 工具，客户数据存储于事务所自有服务器，不上传至云端，降低外部泄露风险；管理层面建立数据访问权限制度，按“项目-数据-类型”维度设置访问权限，禁止未经授权的数据复制与传输；定期开展数据安全检查，每月对服务器数据进行备份并存储于离线设备，每季度检查个人电脑、U 盘的客户数据存储情况，杜绝客户数据未加密存储的行为。

(四)法律责任治理

1. 明确工具供应商责任约定

与 AI 工具供应商签订合同时，需明确三项核心条款。一是质量保证条款，约定 AI 工具的数据处理准确率、异常识别覆盖率等可量化性能指标，若未达标导致审计损失，供应商需承担相应比例赔偿责任；二是技术支持条款，要求客服响应时

间不超过 8 小时，复杂问题 48 小时内提供解决方案，逾期需承担误工补偿；三是日志留存条款，供应商需协助保存操作记录、系统输出结果等工具使用日志，作为后续责任追溯的核心依据^[5]。

2. 建立智能工具结果复核机制

制定智能审计结果复核指引，明确不同审计环节的复核比例。风险评估阶段复核比例不低于 50%，异常交易识别阶段不低于 60%，高风险领域(如应收账款、存货)审计需 100%复核；复核记录纳入审计工作底稿，详细标注复核范围、发现问题及修正结果；实施三级复核流程，基层审计人员完成初步复核，项目经理开展二次复核，合伙人对高风险项目复核结果进行最终确认，确保智能工具输出结果经专业判断校验，避免过度依赖技术导致的责任风险。

参考文献：

- [1]胡园园. 人工智能对小型会计师事务所审计效率和准确性的提升作用研究[J]. 市场瞭望, 2025(9): 76-78.
- [2]胡婉姝. 人工智能在会计师事务所审计中的应用[J]. 中国品牌与防伪, 2024(10): 128-130.
- [3]刘凌烽. 大数据时代人工智能技术对会计师事务所审计的影响[J]. 中国经贸导刊, 2024(10): 121-123.
- [4]杜娟. 人工智能背景下会计师事务所的审计风险及防范研究[J]. 现代营销(下旬刊), 2024(1): 49-51.
- [5]程皖川. 人工智能在审计实践中的应用及潜存问题思考: 以德勤事务所为例[J]. 四川文理学院学报, 2021, 31(2): 145-149.