

当代卫生事业管理学术丛书

基于临床路径管理的 医疗质量与费用控制策略

陶红兵 著



科学出版社
www.sciencep.com

现代医院运营管理实务丛书

基于临床路径管理的 医疗质量与费用控制策略

陈文强 著



中国医药出版社
CHINA MEDICINE PUBLISHING HOUSE

当代卫生事业管理学术丛书

基于临床路径管理的医疗质量与 费用控制策略

陶红兵 著

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书在总结医院临床路径医疗质量管理和医疗费用控制现状的基础上,对临床路径的应用前景进行了分析,并对相关理论进行了评述。本书通过二手资料收集、半结构访谈、专题小组讨论等现场调研方法,收集了临床路径医疗质量管理与医疗费用控制的相关资料并进行深入挖掘,对临床路径在医疗服务质量管理和费用控制中的应用进行了系统总结,并基于管理控制理论提出了临床路径应用的管理控制系统框架,通过样本医院的典型案例分析对管理控制系统的应用效果进行实证研究,为形成有效的医疗质量管理与费用控制的激励和约束机制,真正发挥临床路径在医疗质量管理与费用控制中的作用提供决策依据。

本书适合卫生行政管理人员、医院管理者和医务工作者、大专院校相关专业教师、研究生和相关专业科研工作者参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

基于临床路径管理的医疗质量与费用控制策略/陶红兵著. —北京:科学出版社, 2010. 9

(当代卫生事业管理学术丛书)

ISBN 978-7-03-028905-6

I. ①基… II. ①陶… III. ①医院-费用-管理-中国 IV. ①R197.322

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第173906号

责任编辑:王京苏 黄承佳/责任校对:陈玉凤

责任印制:张克忠/封面设计:耕者设计工作室

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2010年9月第 一 版 开本:B5(720×1000)

2010年9月第一次印刷 印张:12

印数:1—2 000 字数:230 000

定价:36.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

丛书总序

一

《易经》有云：“举而措之天下之民，谓之事业”。卫生事业，以保障和促进人民身体健康为使命，以社会稳定和发展为目标。它关系到千家万户的幸福安康，关系国家和民族的未来。因此，卫生事业的使命是伟大的，其性质是神圣的。而在这宏伟而灿烂的旗帜指引下，运用知识、学术去推动卫生事业的发展，去寻求解决卫生事业发展历程中面临的问题和困境之路，这一力量也是非凡的。

二

谈起卫生，人们往往将其与生命健康相联系。诚然，卫生事业管理作为以保障公众健康为宗旨的一门学科，在经历了近 30 年的发展历程后，已逐渐走向成熟；并在相关学科的渗透和影响下，其内容不断丰富和发展、系统和科学。特别是在社会医学视野下，卫生事业管理立足于以医学和管理科学为核心的跨学科发展模式不断拓展，现已形成卫生政策规划、卫生制度健全、卫生资源配置、卫生服务保障、卫生法律法规、卫生经济管理、卫生信息管理等多位一体的全方位、多维度研究模式。

与此同时，卫生事业体现了政府和社会的责任，卫生事业发展要求同国民经济和社会发展相协调。改革开放以来，政府对卫生事业日益重视，中国卫生事业快速发展，医疗技术水平提高了，服务规模扩大了，医疗保障制度逐步健全了，传染病有效控制了……这些都是卫生领域的福音。但我们也要认识到，困境、障碍、瓶颈同时也困扰着卫生事业的发展，公正、公平、正义等卫生价值体系需要我们去厘清和实现。而对此，知识分子是能够做一些事情的。

三

同济，蕴含同舟共济之意。同济学人时刻投身于卫生领域，在卫生事业发展历程中，与社会各界人士同一方水土，共一番事业。华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院始建于 2001 年，是全国教育部部属高校唯一的一所集教学、科研、培训和咨询为一体的医药卫生管理学院。多年来广大师生同策同力，共同组

建了一支充满创新和探索精神的卫生事业管理研究队伍，承担大量国际国内研究项目，产出了一系列学术成果。

为推动卫生事业管理学科领域的发展，分享学院的学术见解，在科学出版社的大力支持下，并报有关部门批准，我们拟用3年时间出版“当代卫生事业管理学术丛书”，并邀请国内外知名学者担任本丛书的学术顾问。

本丛书包括著作十余部，其内容主要基于学院教师承担的国家自然科学基金、国家社会科学基金、国家科技部支撑计划等重要科研项目，围绕国家医疗卫生政策、医疗卫生改革、国家基本医疗保障、社区医疗与新型农村合作医疗、医院管理理论与实践、国家与区域卫生信息化、卫生与健康信息资源管理等方面的相关研究成果进行出版。

就理论研究而言，本丛书将从多角度、多层次论证我国医疗卫生事业发展的宏微观问题，完善新时期我国卫生事业发展学术研究框架，表现并提升我国在该学科的研究能力；就学术应用而言，本丛书将在大量论证的基础上，提出具体方案，以支撑我国医疗卫生事业的政策规划、医疗卫生改革的深化推进、医疗卫生机构的管理运行实践；就学科发展而言，本丛书将广泛借鉴国内外医疗卫生事业管理学科的重要研究成果，引入最新研究方法手段，对我国卫生事业管理学科体系的健全、内容的拓展、方法的更新和研究的深入具有重要价值。

我们希望“当代卫生事业管理学术丛书”的出版能对卫生事业管理研究有所推动；能对卫生事业管理实践有所裨益；能对我国甚至全世界的卫生事业发展有所贡献。这是本丛书所有编写人员希望看到的。但是我们否做到了，还留待广大的读者朋友去评判了。

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

2010年7月20日

前 言

随着医疗需求的增长与医疗资源有限性的矛盾日益突出,各国医疗服务机构都面临着提高医疗服务质量的同时,还要控制医疗服务费用增长的难题。临床路径作为一种既能提高医护质量,又能控制医护成本的管理工具,在欧美一些国家已得到广泛应用,促进了有限医疗资源的合理利用。我国是一个发展中的人口大国,人口老年化程度也越来越高,医疗资源的有限性和医疗需求不断增长的矛盾长期存在,医疗质量的提高和费用的控制成为一个非常紧迫而又重要的难题。如何针对我国现状,把握新一轮医疗卫生体制改革的机遇,应用临床路径管理方法提高医疗服务质量和控制不合理费用,探索建立适合我国国情的临床路径管理制度、工作模式、运行机制是医院管理研究者、医院管理者、卫生政策制定者需要面对的重要任务。但由于我国绝大多数医院尚未开展临床路径管理的相关工作,应用临床路径改进医疗质量、控制医疗费用对我国大多数医院而言还是一个崭新而又复杂的工程,面临许多挑战。为了解决相关医院的管理者和研究者的困惑,本书在总结临床路径质量管理和费用控制的相关理论成果和有关医院实践经验的基础上,结合我国相关政策制定和医院管理实际需要编写而成,不仅具有较高的理论价值,也具有较好的实践指导意义。

本书对国内外相关理论的研究和实践的进行了回顾,阐述了临床路径医疗质量管理与费用控制的背景及重要作用。同时通过采用定性与定量分析方法,对住院病人医疗质量控制与医疗费用上涨的原因、控制现状和关键因素进行了分析,并借鉴国内外医院医疗质量管理与医疗费用控制的实践经验,结合病种医疗成本的测算和费用影响因素的分析,对临床路径管理控制的策略进行了系统研究,基于管理控制理论提出了适合目前我国国情的医疗质量管理与费用控制的管理控制系统框架,并通过样本医院的典型案例分析对管理控制系统的应用效果进行了实证研究,为形成有效的医疗质量管理与费用控制的激励约束机制,真正发挥临床路径管理在医疗质量与费用控制中的作用提供依据。

本书分为五个部分。第一部分:临床路径应用的理论基础与研究框架。主要对医疗质量管理和医疗费用控制现状的基础上对临床路径管理现状与应用前景进行了分析,并对研究的基本框架和内容进行了描述。第二部分:理论评述。主要是对医疗质量管理与费用控制理论进行了分析。第三部分:临床路径在医疗质量与费用控制的应用研究。包括临床路径在医疗服务流程优化、医疗质量管理和费用控制中的应用,同时提出了基于临床路径的医疗质量管理与费用控制的管理控

制系统框架。第四部分：临床路径应用的实证研究。通过四家医院临床路径管理控制系统的应用分析，对临床路径管理在医疗质量提升和费用控制的效果进行了实证研究。第五部分：讨论与建议。对临床路径管理在医疗质量与费用控制的中的对策建议进行了分析。

本书的编写得到了华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院以及相关单位和个人的大力支持，特别是相关医院为本研究的开展提供大量的资料和现场调查支持，在此一并表示诚挚的谢意！

由于临床路径管理的相关理论与应用研究在我国还处于起步阶段，很多热点难点问题需要进一步研究和探索，加之作者水平有限，虽几次修改，也难免有许多不足和缺陷，敬请读者、专家、同行朋友惠予指正。

作 者

2010年9月于武汉

目 录

丛书总序

前言

第一部分 临床路径应用的理论基础与研究框架

第一章 医疗质量管理与费用控制现状.....	1
第一节 医疗质量管理现状.....	1
第二节 医疗费用控制现状.....	4
第二章 临床路径管理现状与应用前景	10
第一节 临床路径应用现状	10
第二节 临床路径应用前景	12
第三章 临床路径管理应用研究的基本框架	16
第一节 研究构思	16
第二节 基本内容与资料来源	17
第三节 研究的基本方法	18

第二部分 理论评述

第四章 医疗质量管理与病种费用控制的理论分析	20
第一节 医疗质量管理的理论分析	20
第二节 病种费用控制的理论分析	28

第三部分 临床路径在医疗质量与费用控制的应用研究

第五章 临床路径在医疗服务流程中的应用	41
第一节 医疗服务流程概述及现状	41
第二节 基于临床路径的医疗服务流程及优化	45
第六章 临床路径在医疗质量控制中的应用	50
第一节 国内外实施临床路径的宏观环境与微观管理的比较分析	50
第二节 我国实施临床路径的医院概况	53
第三节 医院临床路径管理的关键环节与质量控制	56

第七章 临床路径在医疗费用控制中的应用	92
第一节 医疗费用增长的原因	92
第二节 国内外病种费用控制的发展及应用	96
第三节 病种费用控制的影响因素研究	101
第四节 成本测算分类及方法研究	128
第五节 病种成本核算案例分析	133
第六节 临床路径病种费用控制特点	139
第七节 医院临床路径管理控制系统构建	141

第四部分 临床路径应用的实证研究

第八章 管理控制系统应用效果的实证研究	149
----------------------------------	------------

第五部分 讨论与建议

第九章 医疗质量与费用控制对策建议	173
参考文献	180

第一部分 临床路径应用的理论 基础与研究框架

第一章 医疗质量管理与费用控制现状

第一节 医疗质量管理现状

医疗质量不仅是医院现代化管理的核心、医院生存和发展的基础，还是医院医务人员素质、技术服务水平、设施环境条件、医疗费用高低、管理水平的综合体现。

医疗质量是各种要素纵横交织产生的整体效应，是一项多元的、复杂的系统工程。而它的提高是一个渐进的、积累的过程，因此必须经常分析影响、制约医疗质量的因素及其变化情况。只有不断“调整、巩固、充实、提高”，医疗质量才会越来越好。医疗质量有这样的特性：当医疗服务质量不断提升时，医疗效率和效益也随之提高。较高的医疗质量能使不良的医疗结果减少和医疗缺陷率降低。而生产不良的医疗产品，需要付出相当昂贵的代价。如果一开始就注重构建好的医疗质量保障系统，并对其不断完善，使之在这个过程中形成良好的连锁反应链，那么当医疗质量提升、不良率降低时，医疗系统的运行效率会成倍增长，追求高质量、高效益和良好声誉的脚步也会越迈越大^[1]。

近年来，随着医疗保险制度的不断完善和医药卫生体制改革的逐步深入，医院所面临的国内外医疗市场竞争日趋激烈。医院竞争的关键还是医疗质量的竞争。不断提高医疗质量，为老百姓提供优质、方便、安全、价廉的医疗服务，从而实现质量效益的最大化，已成为每个医院参与竞争的前提条件之一。因此，研究新形势下医疗质量管理的规律并制定有效的应对策略，是每个相关研究者和实践者需要面对的课题。

一、现阶段医院医疗质量管理的现状

1. 医疗保险制度的影响

对于医疗保险制度的探索已经走过十多年的路程，它对医疗质量的管理产生了重大影响。医疗保险部门采用多种措施进行费用控制，如制订了医保药品目录，实行定点医院就诊和转诊制度，单病种费用的核算和控制，部分病种合理检

查、合理治疗、合理用药、医保监督检查等。虽然这些措施都有效地抑制了医疗费用的过快增长,但是在患者方面,由于长期的“免费医疗”观念未完全转变,部分群众对职工基本医疗保险制度还存在误解。由于医保资金和就诊患者在各医院的分布无法均衡,各医院从各自利益出发,对医保政策的执行力度不一,加上医院长期受医保费用总额的困扰,使医疗需要与医保支付之间形成了矛盾。这就要求医院在医保实施以后必须对医疗质量的观念、评估和控制做出调整。

2. 医疗体制改革和市场机制的引入

随着医疗体制改革的进一步深化,市场竞争机制被引入医疗行业。随之而来的,是在医院与医院之间、医院与个体诊所之间、医院科室之间、医院药房与社会药店之间出现了不同程度的竞争。近几年来,民营医院的不断兴起使得这种竞争更加激烈。

这种竞争是全方位的,如医疗环境、服务质量、医疗效率、医疗价格等方面的竞争,但竞争的核心是医疗质量。这种竞争也将促使医院医疗质量管理的提高与创新,改进医院医疗服务理念。

3. 医院内部机制的运行和管理产生的影响

传统院、科两级管理制度和目前实行的科主任负责制,使医院的整体质量管理体系的功能发挥受到限制。现有的分配制度是以科室为结算单位,未能将个人业绩、医疗安全、质量管理、科研能力等方面与个人收入做到真正挂钩,科室分配存在平均现象,缺乏有效的、合理的激励机制,影响了部分员工的积极性。

4. 过高的医疗期望值和客观现实的反差

科学技术的不断更新带动了医学事业的发展。医院的就诊环境、基础设施、医疗设备、诊疗水平和服务质量有了不同程度的提高,医疗质量标准和要求也随之得到相应提升。但这种提高和提升毕竟是有限的,与大多数群众所期望的水准仍有一定差距。这种过高的期望与客观现实的反差常常导致医患之间产生隔阂甚至矛盾,且有上升趋势,因此对医疗服务要求更加精细、更加专业。

5. 收入多元化产生的不同层次的医疗需求

随着经济体制改革的进一步深化以及市场经济的不断发展,人们的经济收入有了大幅度的提高,对自身的健康和医疗服务也产生了不同层次的需求。少数高收入人群对自我保健提出了更高的要求,对就诊环境、诊治措施、诊疗水平和医疗服务也有了较高的期望。而绝大多数中等收入和低收入人群仍希望基本的医疗服务得到保证,一部分特困群体则希望得到最低廉的、最基本的医疗保障。这种对健康和疾病治疗的不同层次的需求现实,要求医院的医疗质量和质量管理必须提出相应的、调整,提供多元化的卫生服务^[2]。

二、医疗质量管理面临的问题和发展趋势

在社会经济的变革过程中,医院为了适应新形势,引进市场机制,以期得到必需的经济补偿,维持自身的生存和发展,并推出了一些改革措施,取得了一定的经济效益。然而,这给医院实体和医疗质量也带来了不容忽视的负面影响以及有目共睹的不良形象^[3]。尽管随着我国医院管理事业的快速发展,医疗质量管理的质量有所提高,但市场机制使医疗行业竞争加剧,加上医院的运行管理机制存在不足,医患矛盾日益加剧,因此医疗质量管理与医疗质量的真正目标之间仍然存在许多问题或不足。目前,医疗质量管理的不足主要体现在医疗安全措施不完善、缺少一套切实可行的医疗质量控制和评价体系,以及质量管理理念陈旧等。由于医务人员整体素质和技术水平有待提高,而继续教育和培训相对滞后,个别医务人员又责任心不强,因此患者的安全常常被忽视。在医疗服务过程中,一些医疗机构不规范执业,对高新技术的应用缺乏规范化管理,片面追求经济效益,加上患者的知情同意权、选择权、隐私权和参与权等没有得到充分尊重和保证,医疗质量和患者安全又缺乏有效的信息、监测和评价系统,致使医疗安全和质量难以得到保证。一些医院围绕着应用高精尖医疗技术展开竞争,而不是依靠过硬的基础医疗质量和良好的服务吸引患者,这在客观上加剧了“大医院人满为患,中小医疗机构门可罗雀”的情况发生。同时,一些医疗质量管理者的思想还停留在传统的理念上,过分看重一些考评指标的作用,而忽略了对医疗质量全程监控的管理,缺乏现代医学的“大质量”观,跟不上现代化医院质量管理发展的步伐。

要解决上述这些问题,单纯依赖医院出于自身发展的需要来改进医疗质量显然是不足的,还需要在国家的层面进行全面系统的调整和改善,尤其需要健全和完善国家医疗质量管理体系,切实“以患者为中心”,对医疗活动进行科学有效的控制和评价。在医疗卫生改革与发展的大环境下,建立符合我国国情的、科学的、可持续发展的医疗服务体系,必须以加强管理为主线,努力提高医疗服务整体实力和综合服务水平。

随着经济和社会不断发展,医学和生命科学取得重大进步。医疗市场的出现,使医院与患者之间的关系发生了变化,人民群众对健康问题的重视也达到新的高度,对医疗质量的理解和要求也越来越高。人对生命质量的渴望和追求,正随着科学技术的不断进步和人民生活水平的提高而以惊人的速度增长着。这促使医疗技术永无止境地向前推进。

第二节 医疗费用控制现状

医疗费用的持续高速增长是过去 20 年在各发达国家普遍出现的现象,其增长速度一般都高于国民经济的增长速度^[4]。目前,美国是世界上医疗卫生费用开支最大的国家。近 40 年来,美国医疗卫生费用持续增长,从 1960 年的 269 亿美元增加到 1980 年的 2473 亿美元,到 1998 年增至 11 491 亿美元,占 GDP 的比例达到 14% 左右^[5]。人均医疗费用也从 1960 年的 144 美元增加到 1980 年的 1058 美元,到 2000 年更是达到 4631 美元。1998~2001 年,住院医疗费用年平均增长率是 5.9%,为同期年平均通货膨胀率的 2 倍。

在发达国家的医疗总费用不断增长的同时,医疗服务的价格也不断上涨,远远超过了同期综合消费品价格指数(CPI)。美国的医疗价格指数在 1981~1997 年上升了 213%,平均每年上升 6.9%。在此期间,CPI 上升了 95%,平均每年上升 4%。据统计,1980 年澳大利亚等 24 个发达国家医疗卫生支出占国内生产总值的百分比年平均值为 7.14% (希腊、卢森堡、挪威除外),到 1994 年年平均值增至 8.23% (部分国家为 1993 年数据),平均增长幅度为 15%。美国国家卫生统计中心 2004 年对部分国家的卫生费用占国内生产总值的比例变化进行了统计,他们发现一些发达国家和美国一样,医疗费用占 GDP 的比例也是逐年增加(表 1-1)。有学者指出,如果没有一个平衡的医疗指导政策来保护医疗卫生服务的公平性、可及性和质量,这些社会目标将很难实现。

表 1-1 部分国家卫生总费用占国内生产总值的比例 (单位:%)

国家	1960 年	1970 年	1980 年	1990 年	1995 年	2001 年
澳大利亚	4.1	5.0	7.0	7.8	8.2	9.2
奥地利	4.3	5.3	7.6	7.1	8.2	7.7
比利时	3.4	4.0	6.4	7.4	8.6	9.0
加拿大	5.4	7.0	7.1	9.0	9.2	9.7
法国	4.2	5.8	7.6	8.6	9.5	9.5
德国	4.7	6.2	8.7	8.5	10.6	10.7
希腊	3.2	6.1	6.6	7.4	9.6	9.4
日本	3.0	4.5	6.4	5.9	6.8	8.0

美国医院均采取了多种手段来降低医疗成本,主要是降低药品成本和新技术成本。由于多个州面临财政危机,因此要考虑对医疗补助预算中药品的成本进行控制。美国几乎每一个州都依据立法机构的条例执行至少一种药品成本控制措

施。药品成本控制的空间是巨大的,如立法机构和政府要求医疗补助在第一年节约 1000 万美元的药品费用,然而仅质子泵抑制剂一种药物,就可以节约 500 万左右的费用。另外,Wayne J. Guglielmo 指出,利用电子处方系统,不仅可以方便地开处方,还可以处理不同健康计划中的数据清单。在医疗补助中有严格的清单,医生必须按照国家(州)的清单开处方,否则必须获得批准。抗生素费用在药品费用中所占的比重较大,因此加强对抗生素的管理有利于控制药品费用。蒙蒂法洛医疗中心(Montefiore Medical Center)的 Moses Division 开发了一种抗生药物敏感性报告系统,用于控制医院抗生素的使用。除了那些广谱、强效以及昂贵的抗生素外,所有的抗生素都做了药敏试验。医生可以获得药敏信息,并且获得的都是成本效果较好并且容易获得的抗生素信息,除非细菌对这些抗生素都产生了耐药性。在药品费用控制方面,西方各国采用了很多方法,包括电子处方、普通药物替代、优先医疗服务提供、药品利用评审、药品目录、药品费用共付制、共同投保以及扣除制。但是 F. Randy Vogenberg 认为这些措施没有发挥很好的效果,因此他提出应当整合这些措施,并推行药品利润管理计划。典型的药品利润管理计划内容包括以下方面:成员分担费用、药品利润返还、限制排除计划、服务者网络、流程和监管、数据收集和报告、药品利用评价、交流。在控制药品使用方面,推出了以下三种策略:①由药品与治疗委员会制订医疗清单,并管理回扣以及使用合适的替代药品;②通过现状、回顾性以及前瞻性的技术评估,做出药品利用评审;③通过药品制造商代表提供学术细节信息来让医生改变有关行为,合理使用适当药品。

除了要控制药品费用外,医疗技术设备的费用也应当被有效控制。Charles Beever 等认为,美国的医疗费用高达 1.5 万亿美元,医疗技术超过 2000 亿美元,医疗费用涨幅高出 GNP 涨幅 4 个百分点,其中医疗技术的贡献高达 20%。他认为要改变这种状况可以实施以下措施:①仿照加拿大、法国等国家,成立一个专门负责评价新技术的联邦机构;②成立一个独立于政府和卫生服务系统的公立或者私立机构。在成本控制方面,推行各种共付制,另外一个潜在的策略是把付费者和提供者联合起来,共同减少技术的过度利用。因此,设备制造商和医疗提供者都要共同努力,开发一种更好的评价医疗技术的价值的方法,以便在投入和产出方面取得平衡。

作为世界上最大的发展中国家,中国近年来的医疗费用也呈上涨趋势。从增长速度来看,20 世纪 90 年代以前我国卫生总费用年平均增长率为 17%,90 年代后为 24%,而同期 GDP 年平均增长率为 14%和 21%,卫生总费用的年平均增长率高于 GDP 的年平均增长率。从总量上来看,1978~2009 年,中国卫生总费用从 110.21 亿元增长到 16 118.8 亿元,人均卫生总费用由 11.45 元增长到 1192.2 元。按照当年价格计算,2009 年人均卫生总费用是 1978 年的 104.1 倍。

2009 年门诊患者次均医药费 154.0 元, 比上年增加 7.5 元 (当年价格, 下同), 上涨 5.1%, 涨幅下降 2.5 个百分点; 住院患者人均医药费用 5775.5 元, 比上年增加 311.7 元, 上涨 5.7%, 涨幅下降 4.2 个百分点。

2009 年, 部属、省属、地市级属、县级市属和县属医院次均门诊费用比上年分别增加 14.0 元、14.1 元、9.1 元、9.0 元和 3.4 元, 分别上涨 5.0%、6.4%、6.0%、7.6%、3.4%, 涨幅除部属、县级市属医院提高 5.0、2.9 个百分点外, 省属、地市级属和县属医院分别下降 3.5、3.7、2.7 个百分点。部属、省属、地市级属、县级市属和县属综合医院人均住院费用比上年分别增加 1182 元、860 元、618 元、314 元、185 元, 分别上涨 8.5%、7.8%、9.4%、7.6% 和 6.8%, 涨幅除部属医院提高 1.9 个百分点外, 省属、地市级属、县级市属和县属医院分别下降 0.9、1.9、1.4、2.0 个百分点。2008 年, 卫生部门综合医院门诊和住院患者人均医疗费用如表 1-2 所示。

表 1-2 2008 年卫生部门综合医院门诊和住院患者人均医疗费用

	门诊人均医疗费用			住院人均医疗费用		
	总费用/元	药费/元	比例/%	总费用/元	药费/元	比例/%
卫生部属	281.5	157.6	56.0	13 980.7	5 677.5	40.6
省 属	219.8	116.9	53.4	11 084.1	4 849.0	43.7
省辖市属	152.6	78.2	51.2	6 557.1	2 844.6	43.4
地辖市属	117.8	57.4	48.7	4 115.3	1 852.0	45.1
县 属	98.9	44.3	44.8	2 712.0	1 236.5	45.6

住院患者药费比重 44.0%, 比上年增加 0.1 个百分点。根据卫生部统计信息中心资料分析发现, 2008 年医院住院业务收入中, 药费收入比例占 44% 左右, 检查治疗费收入比例占 26% 左右。由此可以看出, 药品经营收入以及检查治疗收费对供方医疗费用增长起着主要决定作用。同时, 医院级别也越高, 其病床使用率越高, 出院者平均住院日相对越长, 患者人均医疗费用也越高。

医疗费用增长与医疗服务成本的增加密切相关。针对医疗服务成本的增加, 特别是医疗服务进入市场后成本的大幅度增加, 我国政府进行了一系列的政策调整, 各地也在进行成本控制的探索和研究。其中, 医保费用结算方式的改变是医疗保险公司加强医院医疗成本控制的重要环节。结算方式的合理性直接决定了医疗保险制度的效果, 同时也决定了医疗卫生服务机构的改革与发展方向。

作为首批医疗保险改革试点城市之一的镇江市不断地探索与完善医疗费用的结算办法。从 1995 年的“按服务单元付费”到之后的“总额控制”、“个人账户按实支付、统筹基金总额控制”, 再到 2001 年的“总额预算、弹性结算、部分疾病按病种付费”相结合的复合式结算办法的探索。经过近几年的实践和不断地调

整充实,镇江市现在已采取了操作性较强且符合当地医疗保险现状的部分疾病按病种(含手术,下同)付费的结算办法。在2002年又开始尝试按手术名称进行收费,如规定心脏瓣膜置换术、射频导管消融术、冠脉内血管支架安置术、永久性起搏器安置术和冠状动脉搭桥术的给付标准。目前,已形成了82类按病种付费的病种,其中包括72类外科病种、4类内科病种。

成本费用控制的具体措施包括以下内容:首先,对部分疾病实行“按病种付费”,凡是在“按病种付费”范围内的疾病的住院费用按支付标准支付,超支不补、结余归院。其次,门诊费用和其他疾病的住院费用实行总额预算、弹性结算。实际工作量在工作量指标范围内的定点医疗机构,如果医疗费用超预算指标,超支部分由医院自行消化;如果医疗费用不超出预算指标,则按实结算,预算指标结余部分转下年继续使用。再次,对医疗费用中的药品比例按门诊和住院两部分分别进行控制;药品比例超过规定的部分予以收缴。最后,对人均次费用按季度进行考核。各定点医疗机构平均门诊人次费用和平均出院人次费用高于人均次费用指标上限的部分不予支付,低于人均次费用下限指标的部分予以收缴。引导定点医疗机构按照因病施治、合理检查、合理用药的原则,进行自我管理和自我完善。实行部分专科疾病按病种付费与按住院人头付费相结合的支付方式可以有效地减少医保统筹基金的浪费,规范医院的医疗服务行为,有效地控制医院医疗成本,发挥结算方式在医保管理中的作用。

上海市率先开始了“总量控制,结构调整”的工作,在一定程度上将医疗成本费用控制在社会经济所能承受的范围内,使医保收支平衡有了平稳运作的基本环境保障,并促使医院经营管理理念增强。但该政策尚未建立起医院追求内涵发展和成本控制的激励和约束机制,医院经营管理的“兴奋点”仍然集中在业务收入的外延发展上。在微观层面,“总量控制,结构调整”政策对医院管理机制也产生了反向影响:从政策成效看,促使医院逐步转变经营思路,强调管理的科学性、规范性,减少政策带来的负面影响,以获得良好的经济效益和社会效益。

虽然医院成本控制取得了一定效果,但总体上还是存在一些问题。主要表现为以下六个方面。

1. 缺乏有力的成本核算机制

把成本管理简单地划归物资、技术、人事、基建等职能部门,而财务核算、医疗业务科室核算被忽视,缺乏有效的预测和调整机制,从而把成本控制与诊疗过程割裂开来,成本分析缺乏科学性。

2. 医院综合管理水平不能适应成本控制的需要

成本控制的科学性与管理体制僵化之间矛盾重重。医院长期以来受“重医疗,轻管理”观念的影响,忽视了经营管理人才资源的有效配置,使医院经济管