

第一编 理论研究

中国卫生总筹资方法学研究

中国卫生总费用研究课题组

执笔人：赵郁馨

卫生总费用是一个国家或地区的卫生领域在一定时期内（通常指1年）开展卫生服务所筹集或支出的卫生资源的货币表现。

卫生总费用可以从资金的来源和使用两个不同的角度加以研究和评价。从资金的来源上看，卫生总费用反映了卫生领域在一定时期内从全社会筹集的卫生资源的总和。从资金的使用上看，卫生总费用反映了卫生领域在一定时期内开展卫生服务所支付的资金总额。因此，我们把卫生总费用来源法估计值称为“卫生筹资总额”，把卫生总费用的分配流向法估计值和使用法估计值分别叫作“卫生费用分配总额”和“卫生费用支出总额”。

卫生总筹资反映了全社会对卫生资源的投入量，它的总量及其构成是衡量和评价一个国家、一个地区卫生发展的重要指标，它反映了一定的经济发展水平条件下，全社会对人类自身健康的重视程度和卫生筹资模式的主要特征。

80年代初，中国政府和世界银行合作开始用筹资来源法尝试测算中国卫生总费用，早期的工作集中研究政府卫生支出，后来，估计值扩大到其他筹资来源。经过十多年的努力，在筹资来源法的方法学研究上初步形成了中国卫生总筹资的测算方法和评价体系，其中包括卫生总筹资的定义、统计范围、指标体系和测算方法、以及历年的测算结果，在中国卫生政策研究和评价上已经发挥重要作用，并且引起世界银行和中国政府有关部门的关注和重视。

一、中国卫生总筹资测算方法的评估

1. 1995年6月29日~7月10日，世界银行派代表团对中国卫生总筹资测算方法和测算结果进行了全面的深入细致的考察。考察期间，代表团成员会见卫生部、财政部政府各部门的许多官员，其中包括一些高级官员。在国内专家的陪同

下，代表团又亲自走访了国家统计局城调队和农调队，并与其他部门和机构同志接触，详细了解卫生总筹资调查研究方法及每一个调查数据的准确性和可靠性。考察结束后，完成了“中国全国卫生费用核算的评估”报告。这份报告全面客观地反映了中国卫生总筹资研究工作的成绩与存在的问题。

报告中，首先肯定了现行的中国卫生总筹资测算方法和测算结果以及在卫生政策决策中发挥的重要作用。

从理论框架上，全国卫生总费用测算实际上采用了国民经济综合平衡法，主要实现两个平衡，第一个平衡是全国卫生筹资总额和全国卫生资源分配总额之间的平衡；第二个平衡是全国卫生机构总收入和总支出的平衡。这两个平衡是通过丁字帐的方式来实现和完成的（见图）。

卫生费用筹资总额	卫生费用分配总额
合计	合计
卫生机构总收入	卫生机构总支出
合计	合计

从理论上讲，丁字帐的两侧汇总结果应该大体平衡。

从政策分析上，全国卫生总筹资测算工作已经从研究领域开始进入政策决策，其测算结果已经成为重要的卫生经济信息，为卫生政策的制订和评价提供基础数据资料，它作为一个重要的监测手段被用来评价中国卫生保健资金筹集的总量和内部构成以及筹资政策的效果，并且预测未来

结果,以及由此产生的卫生政策影响。

其次,报告中指出了中国卫生总筹资的测算方法和测算结果中存在的主要问题。世界银行专家指出,根据当时的测算结果,1993年全国卫生筹资总额占GDP的3.6%,处于低收入和中等收入国家相应数据的下限,低于OECD国家。从方法上看,存在低估和遗漏的问题(其他国家也存在这种情况),主要有以下原因:

第一,个人卫生支出估计值可能偏低,并且发现在测算过程中有两个基础数据来源,两者人均医疗费分别为31.20元和88.20元,相差一倍以上。因此,世行专家提出需要对这两个数据来源进行核查和分析,以便了解产生差别的原因,在这种差别解决之后,人们对个人卫生费用支出可能低估的担心才会消除。

第二,企业卫生支出同样存在低估问题。国有企业卫生支出虽然有一个系统的报告制度,但是,存在漏报现象,而且所使用卫生资源的具体分类和定义不够详细。集体企业的报告制度不健全,颇具规模的乡镇企业没有卫生支出方面的报告制度,世行专家建议对企业进行调查,把这项调查作为补充和完善这一缺陷的重要手段。

第三,根据现行测算方法,乡镇企业职工医疗费、合作医疗经费、村卫生室和私人开业医疗费、药品费用等是根据一定参数估计而来,应该进一步改进测算方法。

第四,可能存在其他遗漏项目。

最后,世行代表团在报告中对如何进一步开发中国卫生总费用测算研究能力提出如下意见:

(1)介绍经济合作与发展组织(简称OECD)测算标准。OECD制定了一个卫生数据系统,为报告全国卫生支出和资源投入量提供了25个国家认可的标准(简称OECD标准)。它包括费用数据、投入资源数据、产出的卫生服务信息和健康状况指标。本报告的一个重要课题,就是研究在中国制定符合OECD标准的报告系统的可能性,逐步与国际接轨。(2)采用矩阵表表达数据的可能性。筹资来源与分配流向的分类,是从不同层次和角度对一个国家卫生总费用的分析与评价,将二者结合起来,并通过一个二维矩阵表表达不同筹资部门流向各类卫生机构资金运动的年度对照。这可以显示特定部门支付的费用在一个国家卫生保健系统和各类设施、服务和商品之间是如何分配的。报告中提出:世行专家将对中国采用

OECD标准和矩阵表达数据的可能性作出评价。

(3)建议中国政府、世界银行和OECD进行一次合作,以便使本次项目的研究成果能够扩展到其他发展中国家。

2.1995年12月,国内专家及有关部门政府官员再次对卫生总费用测算方法进行评估和研讨,提出以下意见:

第一,中国卫生总费用研究的立足点在于满足和适应中国卫生政策分析和卫生工作需要,兼顾OECD标准的研究,在测算体系上做好与OECD接轨的准备工作。

第二,中国卫生总费用研究方法分为长期目标和短期目标。长期目标是同国际接轨,完成矩阵法,关键在于解决技术问题。短期目标是完成丁字帐的测算方法,在原有测算基础上继续完善筹资来源法,开始研究分配流向法和实际使用法,从指标体系、指标解释、计算方法和资料来源上使测算方法逐步科学化、规范化和稳定化。

第三,逐步形成规范的年度测算制度,并将测算结果在卫生部门内部和部门之间形成共识,为卫生政策和卫生工作提供及时、准确、可靠的经济信息。

中国卫生总费用研究能力开发的理想结果是,它的测算方法既能为国内政策服务,又能进行国际间比较。

二、中国卫生筹资测算方法的修订和补充

中国卫生总费用第一个层次是研究关注的总源头。卫生总筹资是根据资金的来源和筹资渠道收集卫生筹资总额及各类数据,进行分析和评价,用这种方法研究全社会的卫生资源流入量,按照不同的分类口径进行汇总,构成卫生筹资总量。

1.卫生总筹资测算方法的指导原则。全国卫生筹资研究方法学上的一个重要问题是在数据的收集、整理、测算中应该遵循以下基本原则:

(1)适宜性。要适应于卫生筹资政策的制订和评价,适用于卫生部门的计划工作和管理决策。

(2)可靠性。卫生总费用。数据来源,尽可能做到具有权威性,从制定宏观卫生政策的角度来看,所发生数据误差程度是可以接受的,以保证数据的可靠性和可用性。(3)及时性。卫生总筹资测算工作应作为年度报告制度,在政府作出政策决定时,应提供所需要的数据。(4)稳定性。卫生总筹资的定义、统计范围和分类体系上要保

持相对稳定,必要时进行修订以保持测算结果的连续性。(5)可比性。卫生总筹资的测算方法要逐步与国际接轨,以保证国际间数据分析的可比性。

2. 卫生总筹资测算方法。(1)对现有资料的开发。充分利用目前已有的社会经济统计资料,卫生统计年报和卫生财务决算报表等常规信息系统数据。(2)现场调查。在一时难以取到现成数据的情况下,可以进行小型抽样调查,抽取有一定代表性的调查点,通过现场调查,取得相应的指标和数据,作为测算依据。(3)技术估计方法。可以利用手中掌握的统计资料和财务数据进行技术估计,例如数字模型法,卫生服务数据估计法等其他间接估计法。(4)建立监测点。对卫生总筹资测算中的一些盲点问题,只知道数据发生,但是没有资料来源,可以建立监测点,经过连续考察,保证数据来源的可靠性和连续性。

3. 卫生总筹资分类系统和指标体系。我国经济体制改革,使卫生筹资的外部经济环境发生变化这种变化必然对卫生筹资政策产生新的影响,赋予卫生筹资以新的特征。在计划经济体制向市场经济体制转轨过程中,卫生筹资渠道从过去的单元化变成多元化,社会筹资渠道不断拓宽。为了反映卫生筹资特点,在原有分类的基础上,对卫生筹资分类进行调整,将卫生总筹资重新划为三类,即政府预算内卫生支出;社会卫生支出;居民个人卫生支出。

政府预算卫生支出是指各级政府为防病治病、保障人民身体健康进行的财政预算拨款。其中包括用于医疗、公共卫生、计划生育技术服务、医学科学研究、高等医学教育和卫生设施建设等经费支出,以及政府卫生行政部门本身的各项有关经费支出。

社会卫生支出是指社会各行政、事业、企业、乡村集体经济单位及私人开业者用于医疗卫生机构建设和职工医疗卫生费以及支付给防保部门有偿服务支出,其中包括行政事业单位卫生支出、企业卫生支出、乡村集体经济卫生支出、私人办医卫生支出、卫生部门预算外基本建设支出和其他卫生支出。

居民个人卫生支出是指城乡居民用自己可以支配的经济收入支付的各项医疗卫生费(不包括个人垫付由企业、事业单位报销的医疗费)。

为了反映社会健康保障水平及受益程度,满

足国内外对中国卫生筹资政策分析与评价的需要,在调整后的分类系统基础上又将各类健康保险卫生支出单独划归为一类,其中包括公费医疗经费、企业职工医疗卫生费、乡镇企业职工医疗卫生费和农村合作医疗基金。

4. 卫生总筹资指标增补内容。(1)卫生行政管理费。卫生行政管理费是指各级政府对卫生事业的行政管理支付的费用。(2)行政事业单位卫生支出。行政事业单位卫生支出是指卫生部门、中医部门和计划生育部门以外的其他行政事业单位负担的职工医疗卫生费和行政事业单位办医疗卫生机构费用支出。职工医疗卫生费是指行政机关、事业单位及实行公费医疗的单位,由单位负担的公费医疗财政拨款超支部分的经费支出。医疗卫生机构经费支出是上述单位办医疗卫生机构支付的医务人员工资和卫生设施建设费。(3)乡统筹和村集体提留卫生支出、乡镇企业职工医疗卫生费和合作医疗基金。乡统筹卫生支出是指乡统筹基金中用于卫生保健、计划生育卫生支出;村集体提留卫生支出是指村集体提留公益金中用于乡村医生防保工作补贴、村卫生室建设以及农民医疗保健费用补助的卫生支出。(4)其他卫生支出。

三、中国卫生总筹资测算方法的完善

为了完善中国卫生总筹资的方法学研究,在卫生部计财司和河北省卫生厅的大力支持和协助下,全国卫生总费用课题组成员于1995年10月赴河北省石家庄市、张家口市以及张北县和怀来县进行现场调查,从方法学上解决以下问题。

1. 居民个人卫生支出。通过对基层农调队、城调队,以及样本户的访问调查,了解到国家统计局实行的是一项连续性收支调查,支出调查项目包括卫生支出,卫生支出中又分为药品和其他服务费用。全国857个县按比例选择调查县,各县在按人口与收入分层选户,考虑城市职工分类复杂,因此样本选择较多,样本家庭每天记录自己的各项收入与支出,由专人按月统计上报,统计局定期与样本家庭接触,审查每天记录的收入与支出情况,使之正确无误。因此,卫生支出不可能有十分明显的低估。

考虑到国家统计部门有大量的专职工作人员,按照一定的规章制度和工作程序,坚持常年不懈的基础调查,并且每年报告城乡样本家庭人均医疗保健支出,基础数据具有相对的稳定性和

连续性、科学性和可靠性、权威性和可供性,因此,在没有更合适的基础数据来源情况下,目前全国卫生总筹资测算研究工作中,建议仍然采用国家统计局历年公布的城乡居民人均医疗费支出作为居民个人卫生支出测算基础数据。

2. OECD 分类的探索性调查。在现场调查中,对中国卫生总费用能否按 OECD 分类标准、指标体系、计算口径、界限划分等技术方法问题进行了了解和调查,初步摸清了内部规律,参照 OECD 来探索符合中国国情的计算口径。例如 OECD 提到的长期住院保健、病人输送、牙医师服务等分类系统基本不适用于我国。

3. 矩阵表的大胆尝试。在初步了解和摸清资源分配流向指标体系划分和计算口径等规律的基础上,经过大胆尝试与研究,参照 OECD 划分标

准,结合中国卫生实际情况,将卫生总筹资和分配流向结合在一起,利用两种方法,分别完成了 1993 年全国卫生总费用和张北县 1994 年全县卫生总费用的二维矩阵表,1993 年全国卫生总费用矩阵表得到世界银行专家的认可,并且被用于“中国卫生筹资项目研究”总报告的分析资料中。

4. 需要解决的几个盲点问题。中国卫生总筹资方法学研究中,还存在一些尚未解决的盲点问题。在河北省调查中,我们还就乡镇企业职工医疗费、私人开业卫生支出、乡统筹、村提留基金用于卫生支出,企业和行政事业单位办医疗机构卫生支出,商业医疗保险等问题进行了现场调查,这将是完善中国卫生总筹资方法学研究应该继续探讨和深入研究的重点问题。

卫生部卫生经济研究所:赵树学 王禄生 李亚青 游茂

课题组成员

哈尔滨医科大学:杜乐勤 马进 高广颖 石光 赵琨

移动极差 X-RS 图在病种费用控制中的应用

甘肃省天水市第二人民医院 史文孝

医疗费用的增长,已引起人们的普遍关注,如何控制其增长幅度,已成为医院管理者探求的重要课题之一。1991 年初,我院在实施病种质量控制的同时,对 20 个病种的医疗费用,采用移动极差 X-RS 图进行控制,收到了较好的效果,兹介绍于后,供医院管理者参考。

一、原理

管理图是 1926 年美国休哈特 (W.A. Shewhart) 发明的一种管理方法,它是把统计方法应用于工业产品质量的研究。它的原理是按照一定的时间序列得到控制特性值的对应变化情况,通过判断控制界限检查异常,经过分析研究,消除影响生产异常因素的一种方法。管理图的种数较多,我们采用的是移动极差 X-RS 图。本法用于单值 x 进行分级无意义时,把取得的数据直接记在控制图上,及时判断质量状态,其缺点是当总体不呈正态分布时,发现异常的检测能力差,因此常与 R 图并用,可以观察均数的分布情况及质量的分散幅度。

二、方法步骤

1. 收取 20 ~ 30 个以上样本进行测定并计入数据表中。

2. 计算 $\bar{X}$ 、RS 和 $\bar{RS}$

$$\text{公式: } \bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^K X_i}{K}$$

$$RS = (X_i - X_{i+1}) \quad (\text{组内最大值} - \text{最小值})$$

$$\bar{RS} = (RS_1 + RS_2 + \dots) / K - 1$$

3. 计算控制线

x 控制线

$$\text{中心线: } CL = \bar{X}$$

$$\text{控制上限: } ucl = \bar{X} + E_2 \bar{RS}$$

$$\text{控制下限: } Lcl = \bar{X} - E_2 \bar{RS}$$

RS 控制线:

$$\text{中心线: } CL = \bar{RS}$$

$$\text{控制上限: } ucl = D_4 \bar{RS}$$

注: E_2 、 D_4 为系数

4. 绘制控制图。将控制线点计入图内,即为 x -RS 控制图。

5. 控制图分析。如控制图内点子都落在控制界限内又无倾向性,即表明质量过程(或费用过程)正常。如果点子越出界限或有倾向性变化,则说明有异常情况或失控,应采取适当措施加以

纠正。

三、资料分析

北道区人民医院 1992 年 1~3 月份急性阑尾炎医疗费用移动极差 $x-RS$ 数据表:

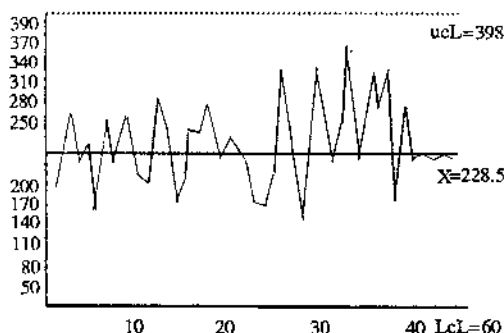
序号 n	单值费用 x	极差 RS	序号 n	单值费用 x	极差 RS
1	182	—	12	281	100
2	202	20	13	242	39
3	273	71	14	168	74
4	199	74	15	189	21
5	235	36	16	239	50
6	149	86	17	236	3
7	246	97	18	262	26
8	189	57	19	224	38
9	255	65	20	232	12
10	193	62	21	213	15
11	181	12	22	160	19
23	144	16	34	253	5363
24	221	77	35	327	74
25	327	106	36	153	174
26	220	98	37	268	115
27	141	88	38	229	39
28	339	198	39	201	28
29	212	127	40	209	8
30	267	35	41	222	13
31	382	115	42	203	19
32	222	160	43	213	10
33	316	94			

总计 9 828 2674

$\bar{x}$ 228.5 $R\bar{S}$ 63.6

$\bar{x} = 228.5$ $ucL = 228.5 + 2.66 \times 63.6 = 398$

$LcL = 228.5 - 2.66 \times 63.6 = 60$

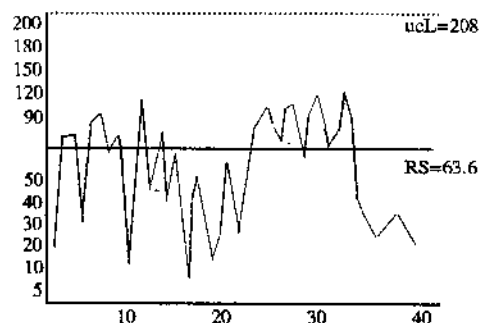


北道区人民医院 1992 年 1~3 月份急性阑尾炎医疗费用移动极差 $x-RS$ 控制图

$R\bar{S} = 63.6$ $ucL = 3.27 \times 63.6 = 208$

四、讨论

医疗费用的增长, 加大了国家和个人的负担, 引起了社会的关注。1991 年初我们在实施病种质量管理的同时, 对 20 个病种的医疗费用采用移动极差 $X-RS$ 图进行控制, 收到了明显的效果。本法是判断医疗过程中质量状态的一种工具, 它可以判断医疗费用状态的稳定程度, 评定医疗过程费用使用状态, 能及时消除和发现失调现象。本文 43 例急性阑尾炎医疗费用 $x-RS$ 图显示各点均落在控制线以内, 并无明显的倾向性, 提示医疗过程费用比较稳定。其次, $x-R\bar{S}$ 均值可以进行纵横比较, 适用于医院之间、科室之间不同时期的费用水平比较。我院 1992 年 1 月~3 月份急性阑尾炎费用均值 228 元, 而 1990 年、1991 年分别为 260 元、245 元, 本期明显低于前两期, 说明自控有效。再次, 本法消耗数据最少, 计算简单, 使用效果最好, 是医疗质量和医疗费用管理的一种比较理想的方法。



参考文献:

1. 陈永秉编:《数理统计浅说》农业出版社 1981.
2. 施仲赋编:《卫生统计》

安徽医学院卫生管理系编印 1985.

3. 史文孝:《病种质量的控制方法及其评价》甘肃医学动态 1991.11.

浅论中国初级卫生保健的实践和发展

北京 张朝阳

自世界卫生组织提出“2000 年人人健康”全球战略目标和确认初级卫生保健基本策略以

来, 各国政府都采取行动, 为实现这一目标努力, 中国对实现这一宏伟目标作出了庄严的承诺, 为此有关部门联合制定并下发了《中国农村实现“2000年人人享有卫生保健”规划目标》(以下简称《规划目标》)。在各级政府的领导下, 通过各部门协同行动, 人民群众广泛参与, 以及各级卫生行政部门、卫生技术人员共同努力, 我国农村初级卫生保健已完成试点阶段和普及阶段的工作任务, 并以新的姿态跨入第三阶段、即加速发展、全面达标阶段。

经过十余年的奋斗, 我国农村初级卫生保健取得了较大的成就。据1996年国家五部委组织的复核评审, 截止到1995年末全国已有1538个县达到或基本达到《规划目标》的要求, 占全国2400个农业县(市区)的64.14%比《规划目标》预计的50%的目标高出14.14个百分点, 超额完成了试点及普及阶段的工作任务。农村居民的健康水平得到了不同程度的提高。

虽然全球初级卫生保健取得了显著的成就, 但政治和经济的转变、社会和文化的发展、环境和人口的变化, 向初级卫生保健的实践提出了新的挑战。针对变化着的客观世界, 有必要对初级卫生保健及相关策略进行较为深入的探讨。

一、关于对“人人健康”的认识

1977年, 第十三届世界卫生大会《决议》提出, 到2000年, 所有国家的所有人民都应具有能使他们的社会和经济生活富有成效的那种健康水平, 而能够有成效地进行工作, 能够积极参加所在地区的社会生活。1978年, 国际初级卫生保健会议发表的《阿拉木图宣言》确认了初级卫生保健是实现人人健康的关键。这就是著名的“2000年人人健康”(Health for all by the year 2000, 简称为HFA/2000)全球卫生战略目标。显而易见, HFA/2000所描述的健康, 是一种较为宏观的概念, 其健康的标准更多的是从个体角度和感受来判断的。由于每个人所处的政治、社会、经济、文化、宗教、地理环境不同, 对健康的认识和感知千差万别。从技术角度判断一个群体中不同个体健康水平是否达到了能够有效、积极参加所在社区的社会工作是非常困难的。因而确切地讲HFA是一项长期战略任务, 是全球要努力为之奋斗的志向性目标。

为使HFA这项战略目标更为具体、现实, 并具有可操作性和可评估性, 我国政府在制定《中

国农村2000年人人享有卫生保健规划目标》时, 将“人人健康”诠释为“人人享有卫生保健”, 从政府角度把卫生服务提供的改善确定为其阶段性的工作目标。八届人大第四次会议批准的《中华人民共和国国民经济和社会发展“九五”计划和2010年远景目标纲要》, 依据社会主义初级阶段理论, 提出了我国农村2000年要实现的目标是人人享有初级卫生保健, 再一次明确了20世纪末实现人人享有初级卫生保健是与我国社会经济水平相适应的阶段性奋斗目标。

二、关于政府和居民在初级卫生保健中的责任

“初级卫生保健”(Primary Health Care)确切的含意应是“基本卫生保健”(因初级卫生保健这一术语已为社会所熟悉, 故仍继续沿用)。保障全体公民享有基本卫生保健是各国政府的共同责任和义务为人民的基本卫生保健发挥主导作用, 使全体公民公正、公平地享受最基本的人权——健康权。保障公民享有基本卫生保健是各国政府的长期任务, 是没有时间限制的, 也就是说无论2000年之前还是以后, 政府对保障公民享有基本卫生保健都负有不可推卸的责任。

保障公民享有基本卫生保健也是社会的共同责任。作为社会成员, 每一位公民既有享有基本卫生保健的权力, 也有承担参与初级卫生保健的义务。二者是对等的。只有形成人人健康的氛围, 才能达到健康人人的理想境界。

三、关于初级卫生保健的可得性和可及性

世界卫生组织提出的供各成员国参照的初级卫生保健指标可为两类: 一类是衡量健康状况以及与之有关的生活质量的指标; 另一类是衡量提供卫生保健服务状况的指标。具体分为四个方面: ①卫生政策指标; ②与卫生有关的社会及经济状况指标; ③提供卫生保健的指标; ④健康状况指标。为此, 世界卫生组织确定了12项全球性指标并在第三十四届世界卫生大会上正式通过。结合中国实际, 我国政府制定了我国农村2000年以达到的13项最低限标准。无论是WHO, 还是我国制定的初级卫生保健指标, 其核心是在一定政策、经济、组织支持下, 通过提高适宜的卫生保健服务, 使居民达到与其社会经济相适应的健康状况。虽然在指标体系中也涉及卫生服务的可及性问题, 但阶段性的重点工作是解决卫生服务的可得性。

经过数十年的努力,在我国广大农村地区,已建立起了较为健全的三级卫生网络和一支乡村医生队伍,基本解决了大多数农村地区卫生服务的提供问题。但随着初级卫生保健工作的深入,今后的重心应在继续巩固提高卫生服务能力 and 水平的同时,重点提高广大农民利用卫生服务的能力,即卫生服务的可及性问题。换言之,仅仅建立起健全的卫生服务网络还是不够的,还要使农民群众有能力获得这种服务,并使其健康状况得到不断改善。总结历史的经验,只有发展和完善农村合作医疗才能提高广大农村居民对卫生服务的利用能力。这是初级卫生保健的基础性工作,也是实施初级卫生保健的根本目的所在。

四、关于“人人享有初级卫生保健”的界定

人人享有初级卫生保健有两个方面的含义:一是指享有的范围;一是指享有的水平。享有初级卫生保健指的是享有与本地区社会经济发展水平相适应的基本卫生保健服务。一个国家、一个地区的社会经济水平是不断变化、不断发展(也可能是倒退)的,因而,初级卫生保健的重点和水平也应是动态的。国家间、地区间初级卫生保健的水平有差异和侧重点有所不同是客观存在的。而“人人享有”则是一个宏观的概念和志向性目标,其意义是经过努力,使卫生服务尽可能地覆盖所有居民。根据唯物辩证法,影响居民获得卫生服务的因素极为复杂,从数字角度讲绝对的“人人享有”是不可能存在的,期望全国在同一时期,达到同一水平显然也是不现实的。当然,这也不应成为个别地区不努力做工作的借口。

五、关于国家目标和地区目标

初级卫生保健的内涵十分丰富,它包含了基本卫生保健的全部内容。在一个时期,一个国家、一个地区初级卫生保健的重点可以是不问的。社会经济的不同发展阶段,初级卫生保健要解决的重点问题也会随之调整。我国农村实现人人享有初级卫生保健规划目标和指标是经过反复考虑和筛选,在众多的初级卫生保健工作内容中,确定的当前我国农村卫生工作中最突出、最基础、最薄弱的共性问题。因而,具有广泛的适用性。从宏观角度讲,各省的规划目标应该包括国家目标的全部内容,在此基础上,可结合本省实际,增加一些指标。已达标地区下一阶段初级卫生保健的工作重点一是发展和完善农村合作医

疗,二是消除区域间和指标间的不平衡。在此基础上,再考虑扩大初级卫生保健内涵。同时,为保证各省初级卫生保健进度与质量的可比性和评估的可操作性,各省在增加指标时,国家指标体系的权重及顺序应保持完整性。

六、部门责任在初级卫生保健中的体现

初级卫生保健是一项庞大的社会系统工程,涉及政府许多部门。这里的部门一是指与卫生相关的其他政府行政部门,如计划、财政、农业、水利、教育、科技、建设、民政、环保、爱委会等等,这些部门的业务都在不同角度、不同层面涉及到卫生,而卫生事业的发展也与这些部门的配合和支持密切相关。因此,这些部门都有义务贯彻执行中央、国务院卫生工作方针和政策,并承担相应的责任。二是指卫生系统内部各业务部门。我国农村实现2000年人人享有卫生保健规划的战略目标是由包括卫生部在内的五部委联合下发的,其各项指标是各业务部门根据自己分管的业务领域实际需求提出来的,与各部门的业务目标是一致的。因此,无论是从初级卫生保健已作为卫生部,乃至国家的卫生大政方针上讲,还是从各业务部门的业务范围而言,实现初级卫生保健目标,理应成为各业务部门的共同责任。

由于保障公民的基本卫生服务是政府的责任,就其业务分工而言,卫生部门的主要责任是按照国家制定的初级卫生保健政策和指标要求,为公民提供与其社会经济相适应的基本卫生服务。也就是说,卫生部门在初级卫生保健中的作用更重要的是提供卫生服务。

七、关于初级卫生保健指标体系修正与发展

初级卫生保健指标体系的产生是建立在某个对应时期一个国家、一个地区,社会、经济发展水平和重点卫生问题的基础上,社会、经济环境的改变和重点卫生问题的转化,使实施初级卫生保健的策略的修订和某些指标的调整成为必要。再者,由于卫生部各业务部门在实践当中,已对各自业务领域的专业指标进行了调整,因此,从专业角度讲,为使各业务部门的专业指标与国家初级卫生保健指标体系协调一致,使有限的卫生资源发挥更大效益,也有必要对国家初级卫生保健指标体系及策略进行协调和修正。

八、关于卫生资源在初级卫生保健中的优先分配

实施初级卫生保健的初衷之一就是试图促使

政府增大对基本卫生保健的投入,如改变卫生投资的重点,使过去多数卫生资源集中投放在为少数人口服务的高、精、尖技术的状况得以改观,把更多的资源投入在预防保健(包括三级预防)和健康促进活动率,尤其对卫生服务利用偏低人群一贫困人口的资源实行优先分配,以充分体现卫生资源分配与利用的公平性。同时,必须建立相应的监督、评价系统,并在管理运行费用上予以保证,才能保证初级卫生保健获得最大的社会、经济效益。

十数年的实践结果表明:实施初级卫生保健增强了政府对卫生的投资意识,但从总体上看,

并未达到预期效果,对初级卫生保健的投入,特别是对贫困地区初级卫生保健的投入仍然是难点。而已列入国家“九五”计划的初级卫生保健工作,在国家一级仍无专项经费和日常管理监督费用的状况,也极大地影响了初级卫生保健的效果及其稳定性。

HFA已被WHO确定为今后卫生工作的长期奋斗目标,也被各国政府所接受而成为共同志向,占世界人口近1/4的中国已为此做出了巨大的努力并取得举世瞩目的成效,我国政府应继续为之而奋斗。

卫生综合效益评价方法的研究

四川省医学情报研究所 杨启佑

四川 大学 胡淑礼

四川省 卫生厅 罗珍淮

一、卫生综合效益评价

卫生综合效益评价就是对卫生服务投入与产出的综合评价。卫生服务投入主要是卫生人力、财力、物力的投入。卫生服务的产出则有不同的理解,我们认为,卫生服务产出包括两层含义:一是卫生服务的利用,它反映了卫生服务的利用情况,体现卫生服务的质和量,是卫生服务的间接产出,称为第一产出或中间产出;二是卫生服务的效果,它反映了卫生服务的结果,体现卫生服务的直接效果,是卫生服务的直接产出,称为第二产出或最终产出。

(一) 卫生综合效益评价的层次性

卫生综合效益评价是对卫生服务投入、利用和效果3个(称为三大类)进行评价,是多因素的综合评判过程。卫生服务利用体现为医疗、防疫、保健三种服务的利用情况,卫生服务效果可用对疾病的控制、人群死亡率、人均寿命来反映。对投入、利用、效果三大类的评价可划分为对上述9小类(即投入的人力、财力、物力;利用的医疗、防疫、保健服务;效果的疾病控制、人群死亡率、人均寿命)的评价。每一小类又可包括一个至多个基本指标,对小类的评价就是对

基本指标的评价。因此,卫生综合效益评价是一个多因素的三级(或三个层次)综合评判过程:其第三级评价,称为小类评价,通过基本指标的优劣分别对9小类进行评价,得到基本指标对小类指标在综合评价中的贡献度;第二级评价,称为大类评价,利用9小类的评价结果对三大类进行评价,得出小类指标对大类指标在综合评价中的贡献度;第一级评价,称为综合评价或目标评价,综合了大类的评价结果对整个区域的卫生综合效益进行评价,求得大类指标在综合评价中的贡献度,第一级评价结果就是区域卫生综合效益的评价结果。

(二) 卫生综合效益评价的模糊性与灰色

自然和社会现象中的事物,有的具有明显的突变性差异,即存在“非此即彼”性,更多的则不具备突变性差异,而是通过一种中介过渡形式转变的,处于中介过渡的事物具有“亦此亦彼”性,即模糊性(或不分明性),也就是不确定性。对于事物的不确定性可以从另一个角度来认识。人们对客观事物的认识有3种情况:(1)一无所知或缺乏信息,称为“黑”; (2)完全了解或信息完全,称为“白”; (3)部分了解或信息

不全,称为“灰”。由于客观条件和认识能力的限制,人们对事物的了解通常是不完全的,即具有灰性,也就是不确定性。事物的模糊性与灰性是不确定性的两种表现,模糊性主要反映事物外延的不确定性,灰性则侧重反映其内含的不确定性,但两者又不是截然分割的。

事物的模糊性与灰性是普遍存在的,在卫生领域也不例外。以卫生综合效益评价为例,它是多因素的综合评判过程,具有较强的模糊性与灰性。这是由于:(1)目前我国统计工作尚不健全,基本指标的统计数据不够准确;(2)评价指标(因素)虽较多但又不完全;(3)评价指标(因素)间存在联系但不十分清晰。评价指标或因素的模糊性及灰性导致综合评价的模糊性与灰性。

(三) 卫生综合效益评价方法及步骤

卫生综合效益评价应以定性分析为基础,定量分析为依据,定性定量相结合进行评价。卫生综合效益评价可采用多种方法进行。由于卫生综合效益评价是多因素的综合评判过程,并具有较强的模糊性与灰性,因而采用模糊综合评判和灰色综合评判方法是较好的评价方法。

卫生综合效益评价的步骤:(1)设计评价指标体系;(2)确定评价指标权重与阈值;(3)选择评价结果表示形式;(4)建立评价方法及模

型;(5)编制计算机软件,进行数据处理,并输出评价结果;(6)分析评价结果,发现存在问题,找出原因,提出对策。

二、卫生综合效益模糊综合评价

以《四川省区域卫生综合效益评价研究》成果为例,说明模糊综合评价方法、步骤和效果。

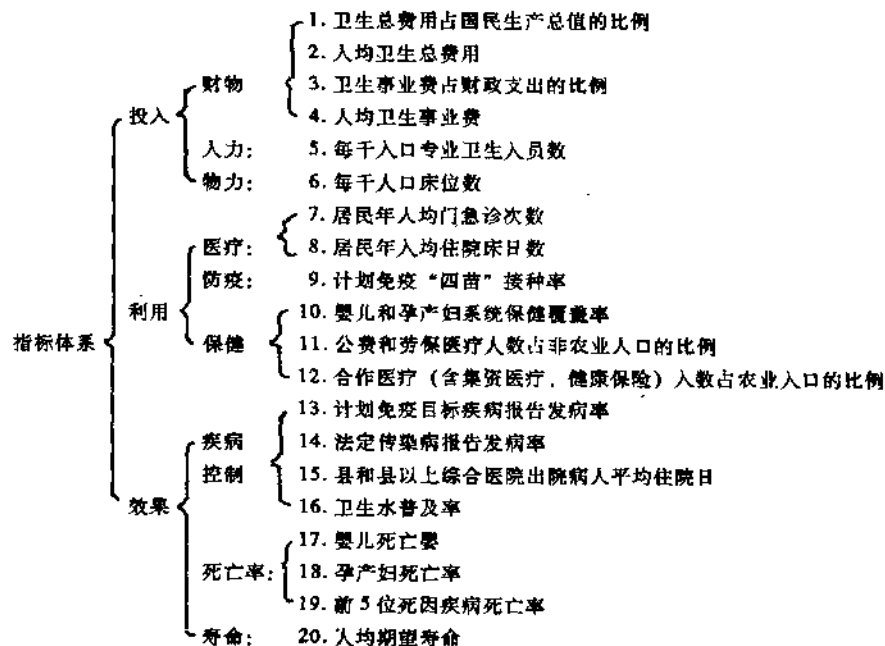
(一) 评价指标体系

《四川省区域卫生综合效益评价研究》从反映卫生服务主体的医疗、防疫、保健出发,设计了以卫生服务投入、利用、效果为“度”,以大类指标(投入、利用、效果)、小类指标(投入的人力、财力与物力,利用的医疗、防疫与保健,效果的疾病控制、人群死亡率与人均寿命)和基本指标(共20个)为“级”的三度三级指标体系如下:

(二) 指标的属性、阈值与评价权重

进行卫生综合效益评价时,需要研究基本指标的属性和阈值,以及评价指标或因素的权重。

1. 基本指标的属性。反映卫生服务综合效益的基本指标,其取值有的是越大越好(称为“正向”),有的是越小越好(称为“负向”),有的则是取某一个适中值或取值在其附近为最好(称为“中性”)。为进行有效评价,评价中将20个基本指标划分为正向指标、负向指标和中性指标3种类型来处理。



2. 基本指标的阈值。评价时基本指标变量的阈值,根据其历年来的取值变化范围,参考有关资料,结合指标的意义、性质和特点来确定。

3. 评价权重。各种评价指标或评价因素在各级评价中

表1 基本指标的属性及阈值

指标序号	指标名称	指标属性	指标阈值			单位
			下界 a	平均值 c	上界 b	
1	卫生总费用占国民生产总值的比例	中性	0.2	1.83	3	%
2	人均卫生总费用	中性	4	20.67	30	元
3	卫生事业费占财政支出的比例	中性	2	3.03	8	%
4	人均卫生事业费	中性	2	10.33	15	元
5	每千人口专业卫生人员数	中性	1	2.33	6	人
6	每千人口床位数	中性	0.5	2.04	5	张
7	居民年人均门诊次数	中性	1	3.2	6	次
8	居民年人均住院床日数	中性	0.2	1.5	4	天
9	计划免疫“四苗”接种率	正向	50	92.4	98	%
10	婴儿和孕产妇系统保健覆盖率	正向	10	80.5	98	%
11	公费和劳保医疗人数占非农业人口的比例	正向	5	38.29	60	%
12	合作医疗(含集资医疗、健康保险)人数占农业人口的比例	正向	5	12.08	80	%
13	计划免疫目标疾病报告发病率	负向	0	11.4	50	1/10万
14	法定传染病报告发病率	负向	0	240.5	600	1/10万
15	县和县以上综合医院出院病人平均住院日	中性	8	16.2	22	天
16	卫生水普及率	正向	10	25.5	80	%
17	婴儿死亡率	负向	15	38.5	120	%
18	孕产妇死亡率	负向	0.5	1.12	8	%
19	前5位因疾病死亡率	负向	10	510.6	800	1/10万
20	平均期望寿命	正向	65	69.5	73	岁

的权重,采用专家咨询的定性比较判断和层次分析法定量计算相结合,汇集专家的集体智慧和精确的数学方法来确定。

通过上述方法得出的基本指标属性及其阈值见表1,各种评价指标或评价因素在各级评价中的权重见图1。

(三) 评价结果的表示

卫生综合效益评价的结果,可用不同的形式表示,这里采用得分值和转换成相应等级的两种形式给出。评价得分值以百分制的得分表示。百分制的得分本已能体现出评价结果的优劣情况,为符合人们(特别是管理者)的习惯,还将其转换成相应等级的形成,并以优、良、好、中、差5个等级给出。

(四) 评价方法及模型

根据三度三级评价指标体系特点,采用三级模糊综合评判方法,其评价过程及模型如下:

1. 第三级评价(小类评价)。针对基本指标的不同类型,分别建立反映模糊概念“好”的模糊集 A ,正向指标对应于 A 的隶属函数为“S型”函数,负向指标对应于 A 的隶属函数为“Z型”函数。

型”函数,中性指标对应于 A 的隶属函数为“ π 型”函数。通过对模糊集的处理和运算,得出各类基本指标在百分制下得分值的计算公式如下:

(1) 中性指标的得分值公式为:

$$f(x) = \begin{cases} 20 + \frac{80}{c-a}(x-a) & a \leq x < c \\ 20 - \frac{80}{b-c}(x-b) & c \leq x \leq b \end{cases}$$

(2) 正向指标的得分公式为:

$$f(x) = \begin{cases} 20 + \frac{50}{c-a}(x-a) & a \leq x < c \\ 70 + \frac{30}{0.8(b-c)}(x-c) & c \leq x \leq 0.8b + 0.2c \\ 100 & 0.8 + 0.2c < x \leq c \end{cases}$$

(3) 负向指标的得分公式为:

$$f(x) = \begin{cases} 100 & a \leq x \leq 0.8a + 0.2c \\ 70 + \frac{30}{0.8(c-a)}(x-c) & 0.8a + 0.2c < x < c \\ 70 - \frac{50}{b-c}(x-c) & c \leq x \leq b \end{cases}$$

其中, x 为指标取值, a 、 b 、 c 为一组常数

(不同的指标对应不同常数, 通过统计分析和专家咨询得出)。从经济意义上说, 各指标对应的 a 、 b 、 c 值相当于该指标在一定时期内的最低值、最高值和均值。

2. 第二级评价(大类评价)。在综合评价中, 指标过多未必是有利的, 它不易突出主要指标在评价中的作用, 且这些指标彼此不是独立的, 它们相互依赖关系又是多因素的。为突出主

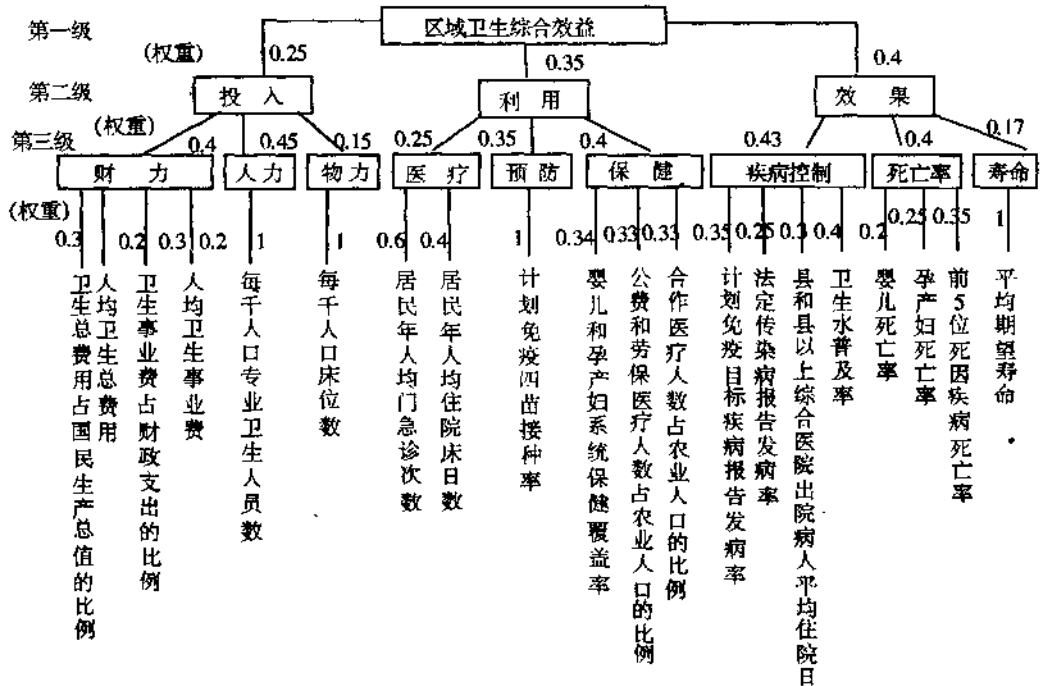
0.40、0.20、0.23、0.21、0.19、0.17。对于投入、利用、效果三大类的评价, 采用指数权几何平均算法求得评价得分值, 其公式如下:

$$\text{投入得分值 } Y = X_1^{0.25} X_2^{0.25} X_3^{0.25}$$

$$\text{利用得分值 } Y = X_4^{0.35} X_5^{0.35} X_6^{0.35}$$

$$\text{效果得分值 } Y = X_7^{0.43} X_8^{0.43} X_9^{0.43} X_{10}^{0.17} X_{11}^{0.17}$$

3. 第一级评价(综合评价)。它得出卫生综



要指标在评价中的作用, 在评价中我们采用将 20 个基本指标分成主体指标和辅助指标两类的作法, 用辅助指标得分的加权平均值来调整对应主体指标的得分值, 再用调整后的主体指标得分求得大类指标的得分值。关于主辅两类指标的确立, 在采用专家咨询基础上, 照顾了投入、利用、效果三大类和医疗、预防、保健 3 个方面都要有主体指标。经过反复的专家咨询和分析, 将 20 个基本指标分成 10 个主体指标和 10 个辅助指标, 其主要指标是 X_2 、 X_3 、 X_7 、 X_9 、 X_{10} 、 X_{14} 、 X_{15} 、 X_{17} 、 X_{19} 、和 X_{20} , 其余为辅助指标。利用 10 个主体指标进行大类评价时, 它们的权重也要作相应调整, 为此只需将各小类的主体指标作归一化处理即可, 得到的 10 个主体指标对应的权重分别为 0.49、0.53、0.25、0.35、

合效益评价的最后结果, 采用三大类指标得分值的线性加权平均算法求其得分值, 计算公式为:

$$\text{综合得分值 } U = 0.25y_1 + 0.35y_2 + 0.40y_3$$

其中的系数 0.25、0.35、和 0.40 为投入、利用和效果三大类指标的评价权重。

(五) 评价效果

根据上述的模糊综合评判方法及模型, 对四川省具有代表性的 8 个市(地、州) 和 7 个县(区、市) 两级区域的卫生综合效益进行了评价实践, 取得了符合实际情况良好的评价结果。列出 8 个市级区域卫生综合效益评价结果如下:

三、卫生综合效益灰色综合评价

目前尽管灰色数学理论尚不够完善, 但灰色系统理论的数学方法是进行系统分析、建模、预测、综合评价等的有效工具, 已在社会、经济、

工程技术、医学等许多领域中得到了较为广泛的应用。

(一) 灰色综合评价方法简介

对于一个系统进行评估,需要确定系统的性能及所属等级等。所评系统往往是由若干子系统构成,子系统又由若干主要元素组成,评判时不仅要评估出系统的性能,还要对各子系统进行评判以及评判出主要元素的优劣类别,这种评判过程称为综合评判。对灰色系统的综合评判,称为

灰色综合评判。

灰色综合评判的步骤与模糊综合评判方法类似,所不同的主要是其评判方法及模型上的差异:模糊综合评判是运用模糊数学理论,采用建立模糊集及模糊隶属函数为工具进行评判;而灰色综合评判则是运用灰色数学方法,采用灰色隶属函数经白化后的白化隶属函数为工具进行评价。

表 2 8 市(地)卫生服务评价汇总

地 区		区域 2	区域 1	区域 3	区域 4	区域 7	区域 5	区域 8	区域 6
卫生综合效益评价	得分值	75.59	72.40	69.76	68.44	65.21	62.05	57.35	55.95
	等 级	良	良	好*	好*	好	好	中*	中*
卫生服务投入评价	得分值	88.80	66.60	77.45	61.74	76.83	59.71	55.14	29.21
	等 级	良*	好	良*	好	良	中*	中	差
卫生服务利用评价	得分值	75.95	79.74	67.52	73.19	77.62	64.65	49.85	75.73
	等 级	良	良	好	好*	良	好	中	良
卫生服务效果评价	得分值	67.02	69.84	66.93	68.54	47.09	60.92	65.30	55.61
	等 级	好	好*	好	好*	中	好	好	中

(二) 灰色综合评判方法的应用

我们运用了灰色综合评判方法,对四川省区域卫生综合效益进行了评价实践,得到了与模糊综合评判相一致的评价结果。

结论:通过对四川省进行区域卫生综合效益评价表明:对卫生综合效益的评价,模糊综合评

判和灰色综合评判两种评价方法是相容的和一致的,进而说明了评价结果的正确性和可信性,从而表明模糊综合评价和灰色综合评判对卫生综合效益评价是行之有效的两种评价方法。

提高医院经济管理水平的方法论思考

上海市南市区卫生局 卞正鹏

党的十四大提出我国经济体制改革的目标模式,是建立社会主义市场经济体制。近年来,随着经济改革进程的深入发展,整个国民经济运行环境发生了许多根本性变化。医院与企业一样,面临挑战:一是国家要大力改革医疗保障制度,对医疗费用实行宏观控制;二是医院在医疗、预防、科研、教学等领域,如何生存和发展?为此,笔者结合所属医院内部管理方面的现状和问题,就提高医院经济管理水平,谈谈一孔之见。

一、体制与制度

医院作为医疗卫生系统的主体,是国家公益

性福利事业的重要载体,承担着繁重的救死扶伤、医疗保障任务。在社会主义市场经济条件下,医院在寻求生存和发展的过程中,应当具备两个方面的素质要求:一方面,医院要从有利于强化医疗管理和经济管理的思路出发,建立和完善适应市场经济体制要求的领导体制,即院长目标责任制。在以“院长领导为中心、书记领导为核心”的领导体制下,组建一套有较强业务素质 and 领导才干的骨干群体,使之成为医院领导体系。另一方面,为保证医院各项业务工作正常运作,建立和健全医院发展目标和规划以及为满足

形势发展和管理要求的各项规章制度。这是一项重要工作。

在医院内部,建立一种科学有效的经济管理体系,是提高经济管理水平的基础条件。(1)在院长领导下,全面推行“一师二科”制,即实行总会计师制度,发挥财务科会计核算和管理作用,发挥审计科经济监察和分析作用。(2)健全经济管理方面的规章制度、办法、措施,包括办事程序等,确保对医院业务经济活动的会计核算、经济管理和监督考核等。(3)建立一定规模的经济信息处理系统,包括计算机网络、人员培训、软件开发等。(4)在大中型医院,院长有必要定期或不定期召开“医院经济管理专家委员会”有关会议,研究和论证增收节支方案、引进项目评估、设备效益分析、财务预决算报告和医院发展规划。

二、理论与实践

学习和研究经济管理理论,对于从事医院管理,特别是医院经济管理者来讲,显得十分重要和迫切。学习和研究经济管理理论,首先要学习邓小平建设有中国特色的社会主义理论和有关中国经济和发展道路的理论,认真学习和领会党和国家有关社会主义市场经济的纲领性文件。其次在掌握政策性理论的基础上,我们还应当下功夫弄懂、弄通现代化经济管理方面的理论和技术知识,这对于指导工作实践,提高管理水平具有现实意义。就医院经济管理的理论和实践而言,涉及到经济管理思想史、企业管理学、高等数学、数理统计学、财务会计学和运筹学等学科。我们学习经济管理方面的基础理论和技术,目的在于应用。

医院经济管理的实践过程,体现了管理者的指导思想和工作方法。医院经济管理工作,是一个不断探索理论和实践,借鉴先进技术方法,及时总结经验教训的过程,是认识论和实践论的统一。当前,医院改革的重头戏仍然是探索医疗服务格局、经济管理模式和完善职工分配方案。因此,医院管理者在遵循“解放思想、实事求是”的原则下,应当勤于思考、勇于实践。

三、决策与管理

决策是针对需要解决的问题,为达到一定的目标,运用综合的科学手段、方法和程序,从多个备选方案中决定最优方案,并组织实施的过程。医院管理决策是一项高层次的管理活动,其

内容有:引进医疗项目决策、医学科研项目决策、转换服务模式决策、基本建设规划决策、产业发展目标决策等等。为使领导决策符合科学性和可操作性的原则,制定一整套决策程序并使之正常运行,是重要的管理环节。医院决策层要按照实事求是的精神,既走专家路线又走群众路线,切忌少数人凭经验、拍脑袋说了算。

医院管理决策是一项复杂的系统工程,为了保证决策及时准确到位和实施成功,有必要建立一系列管理措施。就医院经济管理而论,一是要抓项目落实程度,即制定决策内容的分解方案,将任务和质量考核指标责任到人;二是要抓项目开展进度,通过一定方式搜集、整理、分析有关经济业务数据,及时反馈,并提出改进意见;三是要抓项目评价力度,严格依据决策目标对项目完成过程和成果作出全面评估和鉴定。组织决策成果评价的过程,实质上就是检验决策正确性和管理有效性的过程,这对于改进工作,提高决策水平有积极作用。

四、借鉴与创造

在医院经济管理活动中,有一个如何运用管理理论,借鉴别人经验,创造管理方法的问题。譬如,对医院收入实行“总量控制、结构调整”政策,总量控制指标定多少为宜?在收入结构中,药品收入和劳务收入孰轻孰重,如何调整两者比例?又譬如,我局在下达医院文件中明确实施“三不突破”的改革方案,即医院在执行过程中不突破“药品收入比重”、“医院成本费用率”和“在职人员经费比例”等三项考核指标的,有权自主分配医院资金和职工收入。在实施过程中,我们观察到有的医院对如何求解三项指标的最佳结合点,制定贯彻细则,以及调控手段如何跟上等方面,茫然无措。再譬如,在改革社会保障体制,推行医疗保险制度的情况下,医院如何转换经营机制,制定适应新形势的医疗模式、经济核算和内部管理等一系列方案,是一项迫在眉睫的任务。

在社会主义市场经济条件下,医院管理在指导思想上要坚决贯彻执行党和国家的方针政策,在经营谋略上要通过改革途径来巩固和发展医疗卫生事业。医院管理在方法上要认真吸收和借鉴国内外先进管理经济和技术,通过管理实践,努力创造出既有理论价值又有实践方法的管理路子,并不断总结和提高。

五、统一与多样

随着改革开放的不断深化,医疗卫生系统已经改变了过去那种计划经济时代的单一办院模式,形成了以全民所有制大中型医院为主体,其他经济形式的医疗机构为补充的医疗服务体系。这种社会多方投入、共同参与办医的新格局,对于促进医疗质量进步,提高医院服务水平,起到了积极作用。

作为医疗卫生主管部门,针对不同的医疗机构,按照辩证唯物主义原则,一切从实际出发,不搞“一刀切”,明确其相应的医疗任务和发展目标。我们既要坚持统一性,把建立和完善医疗服务市场机制和政府宏观调控体系,作为卫生改革的主攻方向;又要根据多样性要求,对各类医疗经营实体实行分类指导。从医院经济管理角度讲,全民大中型医院应当着眼于合理配置和使用医疗资源问题,特别是对引进适宜项目和技术科学管理;城乡集体基层医院应当着手于开发社区医疗保健服务项目,做到合理补偿;股份合作制医院在经济分配上应当着重于保证所有资产的合理增殖,积蓄发展后劲;对于中外合资医院和个体医疗机构,则是强化内部管理的问题,在收费管理上应当着力于监管、审计工作。

六、分析与反馈

医院经济管理分析方法,可以分为两类:一类是对会计报表和业务统计数据利用分析。通常的方法是将有价值的分析指标(包括各种绝对数和相对数)以图表方式作纵向和横向比较分析。所谓纵向比较分析,可以是反映某个项目在不同时期的经济效益情况,也可以是反映医院在不同年份的综合经济运行情况。所谓横向比较分析,就是将若干分析项目或者规模、性质相仿的医院作经济指标组合的水平分析。另一类是对基

础数据和管理状况进行经济技术分析,其方法有:建立数学模型法、数理统计分析法、经济技术分析法等。通过处理分析,将汇集的指标执行结果及时反馈到各个执行单位,是做好医院经济管理工作的关键环节。经验告诉我们,在医院管理者的实践工作中,不断地对医院经济运行环境、方式和结果进行多视角的分析,善于发现管理环节上和管理技术上的问题与不足,进而制定对策加以改进,则是提高医院经济管理水平的经常性工作。

七、内部与外部

提高医院经济管理水平,需要实现医院内部管理体制的创新,但如果医院内部管理创新没有外部各项改革与之配合,医院内部改革和管理就很难收到理想的效果。因此,只有通过医院内部和外部的双向努力与作用,医院改革和发展才能落到实处。

医院经济管理制度的主要内容是:(1)会计核算制度。(2)财产管理制度。(3)经济分配制度。(4)管理评价制度。医院经济管理制度,在依据上级文件和改革精神建立和健全的基础上,重要的是使其发挥作用,并在实践中补充完善。与医院内部改革和管理制度相配套的外部改革,主要是:健全医疗服务市场管理方面的法律规章;政府宏观调控机制的改革;医疗收费制度和管理模式的改革;社会保障制度改革(包括劳动和养老、医疗和保险等)。改革医院经营的外部环境,对于加强医院内部管理是至关重要的。各级政府的财政、税务、人事和卫生等综合管理部门,应当确立对医院实行宽松管理的指导思想,给予必要投入,努力向医院提供政策导向、发展机制和改革方案,促使医院内部管理趋向科学化。

医疗价格指数在卫生总费用中的应用

中国卫生总费用研究课题组

执笔人:高广颖

测算卫生总费用是为了反映一定时期内卫生资源总的消耗情况,为制定政策提供依据。卫生总费用的测算要连续不断地进行下去,在卫生总

费的增长中,除了自身的发展之外,有一个重要的因素就是价格的变动。要分析卫生总费用的发展变化情况,就要扣除价格的影响。因此,有必

要研究价格指数在卫生总费用中的应用。

货币具有时间价值,不同时期的等值货币具有不同的价值。10年前的1元钱和10年后的1元钱,它的含金量是不同的。货币具有时间价值,实际上就是资金具有时间价值。因此,凡是涉及到资金或费用的指标,要想观察其历年的变化,只有扣除货币的时间价值在其中所产生的影

响,才能准确地反映出它的实际变化。而卫生总费用是某一时间范围内的卫生领域总资源消耗量的货币表现。因此,要反映卫生总费用的发展趋势,必须扣除物价的影响因素。

1. 物价指数对费用的影响。

表1 1990~1994年卫生总费用(1990=100)

年份及项目	卫生总费用(亿元)			价格指数(%)		物价增长%
	当年价	GDP修正费用(亿元)	消费品指数修正	GDP指数	消费品指数	
1990	687.78	687.78	687.78	100.00	100.00	-
1991	814.93	763.47	788.13	106.74	103.40	6.30
1992	949.40	824.83	826.15	115.13	110.12	13.14
1993	1165.76	888.60	923.80	131.19	126.19	22.77
1994	1488.84	944.70	950.73	157.60	156.60	36.50
发展速度	121.3%	108.26%	108.43%			
增长速度	21.3%	8.26%	8.43%			

表1反映1990~1994年卫生总费用,按当年价计算,卫生总费用由1990年的687.78亿元上涨到1994年的1488.84亿元,每年以21.3%的速度递增,这么高的发展速度并非都是费用的增长。这其中包含价格因素的影响。我们用与卫生部门相关的国民生产总值指数(GNP指数)或消费品价格指数来修正,可以看出:以1990年为100,按GNP指数修正后,卫生总费用由1990年的687.78亿元增加到1994年的944.70亿元,平均增长速度只有8.26%;按消费品价格指数修正后,平均增长速度只有8.43%,两者相差达13个百分点之多。1991年的814.93亿元只相当于763.47亿元。这其中有6.3%是由于物价上涨所造成的。随着时间的推移,卫生总费用受物价影响的程度逐年提高,由1990年的6.30%上升到1994年的36.50%。可见,价格对费用的影响程度之大。

见(表2)按当年价格计算的业务收入,平均增长速度为24.9%,按GDP价格指数修正后为11.5%,两者相差达13个百分点,按消费品价格指数修正后,平均增长速度为16.4%,两者相差8个百分点。由此可见,只有扣除价格的变化因素,才能客观地反映出费用历年的变化水平。

2. 价格对各地消费水平的影响。价格不仅从纵向上对费用产生影响,而且从横向上对各地区

消费水平也产生很大的影响。由于各地消费水平不同,不同地区的卫生总费用也不能简单地比较。例如:若黑龙江省人均总费用是50元,广东人均总费是80元,虽然从绝对量上说,广东省大于黑龙江省,但是由于两地的消费水平相差很大,扣除物价影响,黑龙江的人均总费用也许高于广东省。因此,价格指数对各地的消费水平也产生影响(由于缺乏各地卫生总费用的资料),我们以各地卫生部门业务收入为例来说明。

表3反映了从1990~1994年5年间业务收入的变化。按当年价格计算,黑龙江业务收入由1990年的8.46亿上涨到1994年的15.58个亿,平均每年增长速度为16.5%,河北省由12.88个亿上涨到26个亿,平均每年增长速度为19.2%,辽宁省由16个亿上涨到32.6个亿,平均每年增长速度为18.76%。三省的发展趋势基本相同。但若扣除各地消费水平的影响后,三省的差距一目了然。5年间,黑龙江省由8.46个亿上涨到9.49个亿,平均每年增长速度不过3%,而河北省由12.87个亿上涨到19.10个亿,平均每年增长速度为10.4%,辽宁省由16.40个亿上涨到20.10个亿,平均每年增长速度为5.2%,这充分说明物价指数对各地产生着极大影响。

以上的分析表明,无论是从横向或纵向上都说明物价对卫生总费用产生极大的影响。需要考

虑价格的作用。而价格指数正是用来反映某种商品价格总水平变动的一种相对数,它通常是用报告期(用来比较的时期)与基期(用来对比的时期)相比而得。在市场经济环境下,价格是个敏感的信号。卫生部门的外部环境,使卫生部门处于市场经济的大环境之中。与卫生部门相关的市场(如医用材料、药品、卫生人力)将趋向市场化,市场上的价格变化影响着卫生部门的价格,所以需要价格指数和消费品价格指数。国民生产总值指数包括第一、第二和第三产业,卫生部门属于第三产业。但是,同样是第三产业,却有天壤之别。服务业以盈利为目的,价格可以随行就市。而卫生部门有其特殊性,它能以盈利为目的。因此,国民生产总值指数不可能充分反映部门价格的变化而消费品价格指数中虽然包括卫生

领域中药品及医疗用品和保健费用两部分,但是药品及医疗用品只占消费品类类的20%,仅有代表商品31项;医疗保健费占服务类的10%,仅有代表商品7项,也就是说卫生领域在物价指数中所占的比重总计不到2.5%,用消费品价格指数无法准确地反映医疗领域价格变动的情况。因此,我们试图研究一套能够反映医疗领域价格变动的指数来反映医疗价格及卫生总费用的变化情况。

价格指数课题是卫生总费用课题的一个子课题,需要不断地修改和补充。一旦有了完善的价格指数体系,就可以准确地反映出卫生总费用的实际变化以及各地区之间的差别。价格指数不仅在卫生总费用中应用十分广泛,而且在所有涉及到费用的问题中都将得到广泛的应用。

表2 1990~1994年卫生部门业务收入(1990=100)

年份及项目	业务总收入(亿元)			价格指数(%)		物价是增长
	当年价	GDP修正	消费品指数修正	GDP指数	消费品指数	%
1990	296.38	296.38	296.38	100.00	100.00	
1991	349.79	327.70	338.29	106.74	103.40	
1992	435.09	377.91	395.11	131.19	110.12	
1993	571.82	435.87	453.14	131.19	126.19	
1994	720.94	457.45	460.37	157.60	156.60	
发展速度	124.9%	111.5%	116.30%			
增长速度	24.9%	11.5%	16.39%			

表2反应了1990~1994历年业务收入的变化

表3 各地区卫生部门业务收入资料(1990~1994年) (1990=100) 单位:亿元

年份及项目	当年价格业务总收入			指数修正后收入(亿元)			消费品价格指数		
	黑龙江	河北	辽宁	黑龙江	河北	辽宁	黑龙江	河北	辽宁
1990	8.46	12.87	16.40	8.46	12.87	16.40	100.0	100.0	100.0
1991	9.78	14.80	18.89	9.11	14.02	17.45	107.4	105.6	108.2
1992	11.45	18.34	22.60	9.76	16.48	19.67	117.3	111.3	114.9
1993	13.38	21.91	29.07	9.49	19.10	20.10	164.1	136.2	162.3
1994	15.58	26.02	32.62	9.49	19.10	20.10	164.1	136.2	162.3
发展速度	116.49	119.2%	118.76%	102.9%	110.4%	105.2%			
增长速度	16.5%	19.2%	18.76%	2.9%	10.4%	5.2%			

课题组成员

卫生部卫生经济研究所:赵郁馨 王禄生 李亚青 游茂 王丽

哈尔滨医科大学:杜乐勋 马进 高广颖 石光

对卫生事业性质的再认识

——学习全国卫生工作会议《决定》的体会

白求恩医科大学 刘丽欣 刘玉宽

去年12月召开的全国卫生工作会议，是卫生界建国以来规模最大，规格最高，取得的成果最多的一次重要会议。这次会议通过了《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》（以下简称《决定》），科学地界定了我国卫生事业的性质，明确规定了卫生工作的指导方针，为我国卫生工作的改革与发展指明了方向。本文仅就学习卫生事业的性质谈一点粗浅体会。

一、卫生事业性质的演进过程

对我国卫生事业性质的认识和确定有一个反复实践，不断深化的历史过程。其发展情况可从以下三个阶段来说明。

第一阶段，大致从1956年“一化三改”完成到80年代末。自1956年“一化三改”基本完成后，标志着我国社会主义制度已初步确立，便开始了社会主义建设时期。同时，财政部、卫生部联合发文，明确规定了我国卫生事业的福利性质。其涵义或基本要求是：①社会主义公有制的企事业单位实行公费医疗和劳保医疗制度，其费用分别来自企业留利和国民收入再分配，即由国家预算形成的福利基金。②医疗机构不以盈利为目的，也不承担上缴税利任务。③在计划经济体制下，以国家计划为卫生资源的配置方式，由国家的计划价格决定医疗价格。④为人民健康服务，为社会主义建设服务为宗旨。这种由社会主义公有制决定的，由政府或集体完全包下来的纯福利性的公费医疗和劳保医疗制度，仅仅和社会主义制度相联系，或作为社会主义优越性的表现之一而载入这段历史的。

第二阶段，大致从1990年党的十三大召开到1994年党的十四大之前。多年来，公有制的企事业单位实行这种由政府或单位包下来的公费医疗制度曾经起过积极作用，但随着社会的发展和社会主义现代化建设的进行，这种医疗制度越来越不适应社会的需要。实践证明，国家预算拨款所占GNP的比重呈现出逐年下降的趋势，致使多

数企事业单位无法承担沉重的医疗费用，公费医疗趋于名存实亡。一些医疗机构因资金无法补偿而越办越穷，甚至走到解体的边缘。结果是国家承受不了，企业负担不了，相当数量的医疗机构维持不了，职工应享受的福利待遇在逐年减少。而且这种医疗制度存在着“一人公费医疗全家吃药”的弊病，给紧缺的卫生资源造成极大的浪费。卫生发展的实际情况不能不引起人们的冷静思考。党的十三大的胜利召开，社会主义初级阶段和社会主义经济是有计划的商品经济理论的提出，为卫生事业的改革提供了新的理论依据，从而卫生理论界进行了新的理论探索和改革的尝试，提出了“卫生事业是公益性的福利事业”的新见解。这一见解的提出，曾一度被理论界多数人所认可。但是，是以公益性为主，还是以福利性为主，理论界仍存在着分歧。事实上这一命题的本质属性仍是其福利性。但公益性毕竟和福利一并提出来，这是对卫生事业单纯福利性质的一个进步，为以后接近真理探索和界定，提供了新思路和新内容。

第三阶段，大致从1994年党的十四大的召开到1996年12月全国卫生工作会议的召开。党的十四大一个最重要的历史功绩是贯彻并确认了邓小平同志提出的建立社会主义市场经济的理论，进而要求各行各业都要适应社会主义市场经济，卫生事业也不例外。为此几年来卫生理论界进行了认真的讨论。多数人主张，卫生事业要适应社会主义市场经济，就必须将卫生推向市场，引进市场机制，实行市场化。或将卫生事业变为以“四自”为特征的企业，即实行企业化。否则就不被视为适应。相反，少数人则认为，适应市场经济和本身属于市场经济的组成部分是两回事。由卫生事业的特点及其本质属性所决定，该行业不能走市场化、企业化之路。本次会议，江泽民同志做了重要讲话，他首先提出了“卫生事业是公益性的事业，政府对卫生事业实行一定的福利