

医院经济管理

张晓玉 等编译

中国医药科技出版社

R117.22
Z14

医院经济管理

张晓玉

周明德 编译

赵锡军

3158/5



A0032053

中国医药科技出版社



内 容 提 要

本书根据美国著名医院经济管理学家艾伦·G·赫克默的有关专著编译,系统地介绍了美国卫生保健机构实行的疾病诊断相关组付款法(DRG)及其预期支付制度(PPS),以及为适应这一变革在医院经济管理中如何运用参与式管理等现代管理理论,成本性态与计算、服务量单位的测量、预测、决策与绩效评价、财务预算与控制等现代管理技术。对于学习西方医院管理的先进经验,深化公费医疗制度改革,提高医疗服务效益,具有较高的借鉴意义和实用价值。

医 院 经 济 管 理

张晓玉 周明德 赵锡军 编译

*

中国医药科技出版社 出版

(北京西直门外北礼士路甲 38 号)

本社 激 光 照 排 室 排版

北京市朝阳东华印刷厂 印刷

新华书店北京发行所 发行

*

开本 787×1092mm¹/₃₂ 印张 15¹/₂

字数 336 千字 印数 1—6.000

1992 年 1 月第 1 版 1992 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 7-5067-0338-6/R · 0288

登记证号: (京) 075 号 定价: 8.15 元

序 言

这本根据美国著名医院经济管理学家、作家艾伦·G·赫克默的有关专著编译的著作，据我的了解，在系统介绍美国医院经济管理的发展状况、基本理论和技术方法等方面，尚属首次。书中的内容涉及现代管理学、社会学、西方经济学、管理会计学等多种学科知识，综合性强，通俗易懂，简明实用，不失为一本了解学习西方医院经济管理理论和技术方法的教科书。因此，值得向各级医疗卫生部门和医院从事行政管理、经济管理以及财务会计工作的专业人员推荐。

在我国有计划的商品经济条件下，医院经济管理必须遵循包括价值规律在内的客观经济规律，开源节流，降低服务成本，提高服务效率，最大限度地节约有限的卫生资源，以最小的投入，取得最佳的社会效益和经济效益。党的十一届三中全会以来，随着我国经济体制改革的深入发展，整个医疗卫生事业，包括医院工作在内，都从理论与实践的结合上，对经济管理进行了许多有益的探索。在实际工作中，已经彻底扭转了过去那种不按经济规律办事、不讲效益的经济管理体制，初步建立起运用经济手段比较合理地运用卫生资源的管理制度和办法，促进了业务技术建设，更好地发挥了有限的卫生资源的效益。同时，也应当清醒地认识到，当前医疗卫生部门的改革仍需要不断探索前进。医院经济管理应当更好地顺应有计划的商品经济的客观要求，在提高社会效益为

最高准则的前提下，充分发挥经济管理的职能作用，从而创立起具有中国特色的医院经济管理体制、理论体系以及技术方法。

学习和引进国外发达国家先进的管理理论和技术方法，是实现医院现代化建设进程中不可缺少的重要方面。美国是实行自由医疗保险制度的国家。政府为压缩医疗费用，降低医疗成本，自 1983 年开始实行疾病诊断相关组定额付款法 (DRGs) 及其预期支付制度 (PPSs)。为适应这一历史性的变革，美国医院的经济管理体制和方式作了重大调整。在实际工作中也融汇了现代社会科学和管理学中新的理论观点和技术方法。本书从介绍美国医院经济管理的发展状况和基本知识入手，重点介绍了实行 DRGs 和 PPSs 的基本方法，以及医院的各类成本、成本的特征、成本计算方法及其对经营活动的影响；服务量单位的概念、服务量预测及其在绩效评价等方面的应用；预算的种类、作用及其控制过程；资本支出计划和现金管理等。这些理论和实用性很强的技术方法，都能给我们以新的启迪。我们可以认真地思索和讨论一下：能否借鉴 DRGs 和 PPSs 的思路，从我国的国情出发，加以改进，兴利抑弊，应用于我国的公费医疗制度的改革；我国医院的经济管理中能否运用现代管理会计的原理和技术，更加合理地核算医疗成本，考察经营活动中的收支和盈亏状态，客观地评价医院的各项经营活动；在医院工作中能否借鉴参与式管理的思想和方法，应用服务量单位的概念，建立起科学的民主决策程序以及医院、科室和全体人员的绩效评价体系，对医院的社会效益和经济效益作出预测，为各项管理决策提供科学依据，充分调动全体工作人员的积极性，进一步解决利

益分配中“吃大锅饭”的问题。

当然，资本主义制度决定了它的医疗体制。我们不可能照搬照套美国医院管理的模式和方法。我们应当洋为中用，努力消化吸收其中的精华，应用其合理的内核，创建中国特色的社会主义医院的经济管理学。

张立平

1991年1月

目 录

第一章 卫生保健机构经济管理的发展	(1)
一、卫生保健经济管理的定义	(4)
二、卫生保健机构的经济管理者	(5)
三、管理信息与管理会计	(7)
四、管理会计与一般会计的比较	(8)
五、赢利率和生产率研究	(10)
六、必需的信息	(12)
第二章 组织结构—正确进行卫生保健经济 管理的基本原则	(24)
一、首先组织自己	(25)
二、成功的经理人员的特征	(26)
三、一个有效的组织的特征	(28)
四、管理的任务	(29)
五、有效的部门组织结构的基本设计原则	(30)
六、组织的结构类型	(35)
七、医院组织结构的发展	(46)
八、组织结构及其有关会计科目表	(48)
九、部门经理和监管人员的作用	(49)

第三章 成本的特征和性态	(5 0)
一、主要的成本分类	(5 1)
二、初级成本分类	(5 3)
三、次级成本分类	(5 4)
四、其它成本分类	(5 6)
五、收益和边际收益	(5 8)
六、收支平衡分析	(6 1)
七、安全边际	(6 4)
八、部门和单位成本分析	(6 6)
第四章 管理、计划与控制	(6 9)
一、管理、计划和控制的人际关系	(7 1)
二、参与式管理	(7 1)
三、管理方式	(7 3)
四、Z 理论	(7 5)
五、目标管理	(8 1)
六、成效管理	(8 7)
七、例外管理	(8 8)
八、零基预算	(9 0)
九、最优化行为计划的建立和选择	(9 1)
第五章 服务量单位和绩效评价	(9 6)
一、生产率的定义	(9 8)
二、服务量单位	(9 9)
三、宏观服务量单位	(9 9)

四、微观服务量单位	(100)
五、服务量单位的选择	(101)
六、经营控制	(102)
七、绩效评价	(104)
八、成本分配	(108)
九、服务量标准的建立	(109)
十、服务量标准的运用	(115)
十一、服务量标准在人员配备中的运用	(122)
第六章 服务量预测	(126)
一、服务量预测的因素	(130)
二、历史资料及其趋势	(131)
三、部门的目标和战略	(133)
四、政府和第三方的决策	(133)
五、外部竞争	(134)
六、其它已知情况和传闻	(135)
七、共同管理的方法	(135)
八、服务量预测方法	(139)
九、最小二乘法	(142)
十、多元回归分析法	(149)
第七章 预算控制过程	(152)
一、预算的定义	(153)
二、责任预算与功能预算	(153)
三、预算控制过程的目标	(154)
四、管理开发	(155)

五、部门经理的作用	(155)
六、预算类型	(157)
七、预算控制方案的构成	(166)
第八章 成本计算和支付方法	(188)
一、成本计算的定义	(188)
二、成本计算的意义和作用	(188)
三、成本计算过程	(189)
四、成本计算的前提条件	(190)
五、成本计算方法	(192)
六、其它成本计算方法	(195)
七、成本计算的频率	(204)
八、制订收费标准的总成本的构成	(207)
九、服务支付	(208)
十、预期支付与追溯支付	(209)
十一、价格确定方法	(214)
十二、医疗照顾法 (Medicare) 回顾	(221)
第九章 收入预算	(224)
一、部门收入预算	(224)
二、职责的分担	(227)
三、历史资料的重要性	(227)
四、月份服务量分配	(228)
五、门诊收入预算	(236)
六、常规服务的收入预算	(242)
七、部门年度收入预算	(245)

八、总收费额的扣除	(248)
九、收入初步计算与支出预算的匹配	(250)
十、收入预算和实际结果的比较	(250)
十一、病例综合费用的收入预算	(253)
第十章 工资和薪金预算	(261)
一、双重工资和薪金预算体系	(261)
二、工作时数预算	(262)
三、受益时数预算	(269)
四、其它与薪金有关的支出项目	(273)
五、医生的薪金及各种酬金	(274)
六、薪金计划概要	(274)
第十一章 非工资和薪金预算	(277)
一、成本性态分类	(277)
二、需要认识的成本性态	(283)
三、标准可变成本	(284)
四、服务量单位的选择	(288)
第十二章 资本支出计划	(289)
一、固定资产管理和营运资本管理	(289)
二、资本支出计划的作用	(289)
三、现行的政府法规	(290)
四、资本支出的定义	(292)
五、资本支出需求项目的确定	(292)
六、资本支出登记表和固定资产的调整	(294)

七、资本支出需求的审核	(294)
八、市场机遇方案	(298)
九、评估资本支出的重要因素	(305)
十、确定资本支出项目	(315)
十一、评估资本支出的数学方法	(316)
十二、最终决策过程和方案的选定	(327)
第十三章 现金预测和管理	(330)
一、现金预测和管理的作用	(330)
二、主要组成部分	(332)
三、现金预测的方法	(337)
四、现金管理程序	(353)
第十四章 展望未来	(356)
附录 I 检验科工作量记录方法	(360)
附录 II DRGs 的加权系数及相关数据表	(436)

第一章 卫生保健机构经济管理的发展

美国的卫生保健事业经历了由慈善机构和社区赞助主办的时代，而发展到今天主要由政府管理的时代。目前，这项事业正进入一种新的发展类型——以疾病诊断相关组定额付款法（DRGs）、预期支付制度（PPSs）以及竞争性医疗计划（CMPs）组成的竞争市场。因此，卫生保健机构的经济管理也已相应地发生了深刻的变化。

我们首先回顾本世纪以来卫生保健机构的经济管理，特别是会计制度的发展状况。二十世纪前半叶，会计制度实际上仅仅是积累数据和簿记制度。记录通常以现金收支为基础，只要能有来自赠送、捐款及病人支付的足够经费，就很少顾及成本。那时没有第三方的监督，也没有必要实行精确的管理报表和控制系统。卫生保健机构的工作重心只是病人——为病人的健康服务，而忽视了卫生保健机构自身的健全运转。

本世纪中叶，绝大多数医院建立了权责发生制度。这是一种以权、责为标准来处理会计期内的收入和费用的会计核算方法。它要求簿记员必须成为会计师。

1966年，国家卫生保健机构实施医疗照顾法案（Medicare）后，会计师的作用和会计制度进一步扩展和完善。于是，会计师成为管理人员。由于医疗照顾法要求成本计算，许多卫生保健机构第一次开始核算一种特殊的项目——经营部门的（直接的和分配的）总成本。而在此之前，大多数卫

生保健机构关心的只是部门直接成本。价格的制订通常不以成本为基础，多是参照邻近卫生保健机构的价格来制订，或由管理人员主观规定一定的价格。

实行医疗照顾法前，整个国家的卫生保健机构几乎没有那家医院采用成本计算作为管理手段来决定部门总成本，也没有采用成本计算来确定各项专业服务的成本 and 价格。1972年《公法》92—603条规定所有医院必须提出至少为期一年的经营预算和三年的资金支出计划。那时，预算工作对大多数医院还是很陌生的事情。联邦政府通过医疗照顾法案，明确要求建立一个更有效、资料更丰富的经济管理信息系统。

但是，这些要求的执行是由于外力的推动，是为了政府部门的信息需要，而不是卫生保健机构自身内部管理决策对信息的需要。当然，卫生保健机构的内部管理还是通过法案规定的各项要求，如成本计算、预算和市场估价等的实施而获益匪浅。1966年前，联邦政府制订计划时，卫生保健服务事业支出所占比例很小。蓝十字医疗保险组织和商业保险公司是卫生保健服务业的最大顾主，约占60—70%。自付费用的顾主（病人）仅占10—20%，且视卫生保健机构的地理位置而异。

在1967年的修正法案内，刺激付还制引入了卫生保健经济管理。刺激付还制得到倡导，是为了使卫生保健服务提高成本效用，保持或增进服务质量。

约在1970年，一些卫生保健机构以及医疗照顾法和蓝十字保险组织等第三方支付机构，开始考虑以预测成本作为预期支付的依据。在此之前，绝大多数卫生保健机构得到的服务支付都是以某一机构一般会计制度下的追溯成本为依据

的。图(1-1)说明经济管理的发展及其相关的会计制度。

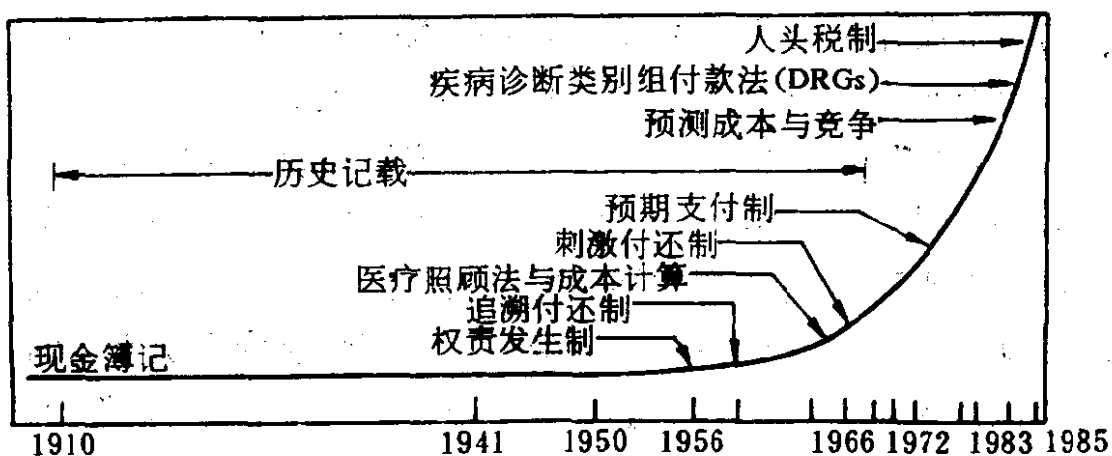


图 1-1 卫生保健机构经济管理发展阶段示意图

根据 1972 年的修正案法令，以预期支付作为主要手段来促进卫生保健机构内部管理效率的示范方案得到了推行。与此同时，更多的国民有权获得医疗补贴，而使政府日益成为卫生保健行业的最大顾主。关键词是“追溯”和“预期”。追溯支付制度以历史以往的财务统计资料决定支付率。而预期支付制度，则以未来的，即预测的，或规划的财务统计资料来决定支付率。

1983 年 10 月 1 日前，绝大多数预期支付制度是以每日或每个病人住院天数为依据进行支付的。在此之后，医疗照顾法规定以每个病例，即疾病诊断相关组定额付款法(DRG)为依据向医院支付。这种方法仅适用于享受由政府支付的老年医疗照顾(Medicare)和医疗困难补助(Medicaid)的公民的住院费用。它根据国际疾病分类，将诊断名称归类为 468 个诊断相关组，每组都规定相应的标准费用。出院病人按

其疾病诊断的组别由政府付款。对于超过标准的费用，政府不予付款；低于标准的费用，便可作为医院的积累。当然，定额的标准费用依据不同类型的地区和地区的医院而各有差异。目前，联邦政府正在推行以人头税（每个人）为依据的预期支付。这种方法，亦称卫生维持组织（HMO）。这种组织是保险业和保健服务提供者（包括内外科医生，牙医，护理人员等）的联合体。该组织按人计算预付费用，入保人每年交付一次保险金后就可以免费享受各项保健服务。联邦政府为吸引更多的老年医疗保险者参加到卫生维持组织（HMO）中去，而按人头在一定时间内所需医疗卫生费用向大多数卫生保健机构支付，无论该人群成员是否享受有关的服务。

由于要求有预期财务和统计资料，因而促进了卫生保健经济管理。这就提出一个问题：什么是卫生保健经济管理？

一、卫生保健经济管理的定义

韦伯斯特大辞典对“管理”的定义是：“对业务或事务的指导或经营；制定和保持良好的纪律；谨慎从事，以达到预期目标。”也可以这样来进一步解释“管理”：“操纵，控制与决策”。在另一本辞典内，韦伯斯特又将“通过一定手段完成，保持和变革”这一含义包括进去。

西韦尔（Seawell）对卫生保健经济管理目标的定义是：“计划与控制机构的活动和事务，实现合理的成本目的。”他进一步阐明这个目标至少应使成本和收益实现长期的平衡。他的结论认为，这个最低限度的目标（不亏不盈）必须实现。因为这是卫生保健机构持续发展存在所必需的，卫生保健机构也因此而能够持续地提供卫生保健服务。简而言之，“盈利

则生，反之必败。”

上述定义的关键词是：

1. 控制
2. 操纵
3. 成功
4. 持续
5. 计划
6. 完成

本书作者将卫生保健经济管理定义为：“操纵各项卫生保健资源的技艺（包括人力、物资和资本），保障经济活力，使卫生保健机构能够实现近期与长远的目标。”达不到以上任何一项要求，都会造成管理失误或经营不善。

值得注意的是，定义内只包含“机构”这个词，没有涉及“部门”（泛指医院的医技科室及其它各类职能部门）。因为有时一个部门或它的部分业务会因过时或缺乏效益而被取消。重要的是要强调卫生保健机构的发展生机，必要时可以撤销一些利用不足的产房、婴儿室、产科等部门。

卫生保健机构经济管理的主管人员必须牢记：一个卫生保健机构在相当大的程度上是为了保持自身的健全发展。据此，作者把卫生保健机构自身的健全发展放在比病人健康更为重要的位置。一个组织体制和经济管理不能健全发展的卫生机构，对于病人也就由于不能保障医疗质量而得不到可靠的医疗服务。

二、卫生保健机构的经济管理者

卫生保健机构的经济管理者通常被赋予财务主任、主管