

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

CMB 培训专刊

2015 年 第 2 期

(总第 61 期)

上海市卫生发展研究中心

2015 年 3 月 10 日

编者按 2015 年是上海市卫生改革与发展“十三五”规划的谋划之年，也是《上海市进一步深化公立医院体制机制改革三年行动计划（2013—2015）》的最后一年，为进一步深化本市公立医院改革，加深各方对公立医院改革的理解和认识，推进各项改革工作顺利开展，在美国中华医学基金会（China Medical Board，简称“CMB”）的资助下，上海市卫生和计划生育委员会医改办与上海市卫生发展研究中心联合举办了上海市公立医院改革专题培训班，特邀卫生领域相关专家就公立医院改革作专题报告。本刊编辑部将部分专家的报告及相关讨论内容进行整理，形成 CMB 培训专刊，包括上海市公立医院改革中信息化建设的探索与思考、公立医院成本核算理论与方法、关于建立上海市老年护理需求统一评估体系的研究及瑞金北院改革实践与探索 4 篇文章。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 8 卷 第 2 期 (总第 61 期)
2015 年 3 月 10 日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 807 室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 信虹云
编 辑: 何江江 陈 多
杨 燕 常雪沛
校 对: 陆文婷 方欣叶

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

专题研究

- 上海市公立医院改革中卫生信息化建设的探索与思考…………… 1
- 公立医院成本核算理论与方法…………… 18
- 关于建立上海市老年护理需求统一评估体系的研究…………… 33

实践与案例

- 瑞金北院改革实践与探索…………… 47

上海市公立医院改革中卫生信息化建设的探索与思考^{*}

许 速

【摘 要】 本文通过对上海市公立医院改革发展阶段及工作推进思路的梳理,提出了以卫生信息化建设为基础的公立医院改革发展道路,并阐述了卫生信息化的重要作用及对未来发展的思考,以期为下一阶段上海市公立医院改革工作的推进提供参考。

【关键词】 公立医院改革; 卫生信息化; 实践; 上海市

公立医院是我国医疗卫生体系中最主要的服务提供者,公立医院改革的发展方向从一定程度上决定着今后医药卫生体制改革的发展方向。自 2009 年新一轮医改实施以来,上海市政府职能部门与各公立医院进行了多项实践探索并取得了一定改革成果,但同时也产生了一些衍生问题。为进一步完善上海市公立医院现有改革成果和推进下一阶段工作,上海市拟在医院信息化建设的基础上对卫生体制进行改革,以期可以在后期对各项资源进行整合,从而达到资源的协同效果。

一、上海市公立医院改革的发展与思考

(一) 上海市公立医院改革推进的三个阶段

上海市公立医院改革的相关工作从宏观层面来说可分为三个阶段,即第一阶段的优化医疗资源布局,第二阶段的完善体制机制以

作者简介:许速,男,上海市医药卫生体制改革领导小组办公室副主任

作者单位:上海市卫生和计划生育委员会,上海 200125

^{*} 本文已经过作者审阅并同意发表。

及第三阶段的推进资源整合。

1、第一阶段：优化医疗资源布局

2009年随着新医改的正式实施，上海市公立医院配合相关职能部门开始了改革第一阶段方案的相关工作，即优化医疗资源配置，提高医疗资源布局的均衡性。期间，通过“5+3+1”郊区三级医院建设等项目平衡地区间的资源分布不均问题，对上海市卫生体系的总体发展发挥了重要作用，然而也导致了结构性医疗资源不公平矛盾的激化，具体体现在社会资本办医比例的进一步降低。

2、第二阶段：完善体制机制

从2013年到2015年是公立医院改革推进的第二阶段，也是改革的关键时期，随着上海市政府各项卫生投入的不断增加，改革的主要矛盾已从政府投入不足逐渐转移至公立医院自身运行体制机制问题。因此，在这一阶段中上海市主要开展了进一步深化公立医院体制机制改革三年行动计划（简称“三年行动计划”，下同），着力于改革公立医院财政投入、综合评价等机制，重点解决公立医院公益性弱化等问题。

3、第三阶段：推进资源整合

下一阶段，上海市公立医院改革的重点将在不同层次、不同类型的公立医院之间建立分工合作、衔接有序的医疗服务新体系，解决医疗机构之间的协同性问题。

（二）推进上海市公立医院改革的思考

1、上海市公立医院改革的总体思路

结合刘延东副总理来沪期间对推进上海市公立医院改革提出的四个“坚持”及九项工作，上海市政府及相关职能部门明确了公立医院改革的总体思路。**一是转方式**，上海市公立医院的规模扩张固

然有其本身的需求存在，但与亚洲其他医疗水平先进的国家相比，我国评价体系盲目追求床位数及门诊量等指标才是目前公立医院扩大规模的主要原因。因此，下一步推进改革的过程中，医院应着眼于在一定规模下的盈利与发展，将发展方式和目标从做大业务量的外延发展向内涵提升进行转变。**二是立秩序**，在转变发展方式的同时还需要建立配套的秩序，即努力构建全市各级各类医院合理分工、有序转诊的科学医疗体系。上海市医疗卫生资源就总量来说仍然不足，然而由于就医机制无序导致医疗卫生资源浪费现象并存，结合海外经验及上海市实际情况，希望通过建立科学的医疗体系将 80% 的医疗卫生问题留在基层社区。**三是建机制**，公立医院需配合政府相关职能部门，在改革中建立科学合理的外部支撑及内部管理机制，以保证其改革后的可持续发展，且能够满足人民不断增长又日益多样化的医疗卫生服务需求。**四是促联动**，即通过统筹医疗与医药、医保、价格的联动协同，为改革提供有力支撑。

2、公立医院改革三年行动计划的基本原则

作为三年行动计划的最后一年，2015 年的改革工作显得尤为重要，其中的核心主题之一即是实现双向转诊制度、促进重心下沉社区，而这一工作又与家庭医生制度的落实密切相关。公立医院改革三年行动计划的实施遵循了四个基本原则（或称“四个结合”）：

（1）增加投入与转变医院运行机制相结合

近年来，国家中央财政对卫生方面投入多达一万多亿元，其中对公立医院的投入以每年约 20% 的幅度增长，然而这样的投入缺乏可持续性，且仅靠加大投入无法改变根本上的机制问题，怎样通过财政投入推动运行机制方面的改革值得进一步深思。

（2）控制医药费用与确保医院可持续发展相结合

上海市公立医院改革下一步将推进医务人员薪酬制度改革，以调整医疗卫生服务价格的方式取代公立医院药品加成收入，同时也可以体现医务人员的劳务价值。然而这一改革将对公立医院的运行机制及收支结构提出挑战，在提高人力成本费用的同时，需要对其其他支出进行调整以支撑医院的可持续运营。此外，考虑到以后养老制度等其他社会保障体系中配套制度的改革与完善，如何相互协作共同发展固然是很重要的一方面，但除却政府方面的投入和规划，医院应该以主动积极的态度形成自身可持续发展的内部运行机制。

（3）强化考核监管与调动医务人员积极性相结合

一个成熟稳定的系统运行离不开透明公正的考核监管机制。经多项研究表明，公平公正的考核机制是提高医务人员工作满意度及积极性的重要影响因素之一，通过完善的考核监管机制可以有效鼓励医务人员的工作效率，建立起优胜劣汰的内部竞争机制。

（4）推进信息化建设与加强制度创新相结合

推进信息化建设是医院实现精细化管理不可或缺的组成部分，只有通过精细化管理的支撑，公立医院改革才能做到透明、公开、公平和公正。因此，卫生信息化建设将是进一步推进改革的基础和前提。

3、上海市公立医院改革中各方的角色定位

在确定了公立医院改革的总体思路和理念情况下，下一步就应明确每一层面主体的角色定位及具体职责。**一是政府部门的定位。**政府部门应定位于“掌舵者”的角色，需要从宏观的层面对规划、投入、监管和评价等进行管理，给卫生体系中的各医疗卫生机构及相关单位指明前进方向，帮助并规范其行为，确保卫生体系能够为

全社会提供优质的医疗卫生服务。**二是办医主体的定位。**无论卫生医疗机构的办医主体为何，其定位应为“董事长”的角色，通过关键指标控制、绩效激励约束等方式开展中观管理。**三是医院院长的定位。**每家公立医院院长都需要承担“总经理”的角色，主要关注绩效评估、资源分配及质量控制等微观层面的管理工作。

只有明确各层面的定位与职责，才能促进各方互相配合并更好地完成从宏观到微观的各项管理工作，从根本上完善公立医院的运行机制。

二、上海市公立医院改革中卫生信息化的重要作用及发展现状

（一）卫生信息化在上海市公立医院改革中的重要作用

在明确了发展目标、思路以及各相关方的职责后，下一步便是确定推进公立医院改革工作的方向。相关专家的研究表明，目前上海市公立医院改革所面临的各项难点，究其原因都可归结于制度上的不完善，而化解这些医改难点的对策需要倚靠“制度”和“科技”的力量。“制度”即指要求大家共同遵守的办事规程或行动准则；“科技”则是卫生信息化。按照目前的发展趋势，未来各项卫生制度的具体实施都将高度依赖信息化，即使是再完美的制度，缺少信息化的支撑也难以落实，医院的精细化管理也就无从谈起。因此，卫生信息化是制度的保障，是医改的基础和发展的必由之路。

（二）上海市卫生信息化的三个层面

1、生产系统层面

上海市在过去几年中已通过科学技术支撑卫生生产模式和生产流程的再造，以卫生健康网的建设实现了卫生方面信息的互联互通以及信息共享，不仅提高了卫生系统的工作效率，而且夯实了管理基础。然而，虽然技术方面的发展已日趋成熟，但对生产模式和流

程再造后的运用却没有真正到位，导致各区县之间的数据差异巨大。现在需要面对的问题即是传统生产模式和新型生产模式之间的转换，并制定一些关键性指标对数据进行强化。换言之，在持续完善生产系统的基础上通过软件开发将卫生信息化上升至管理层面。

2、管理系统层面

在管理系统层面积极推进卫生信息化的目的之一即是通过生产系统数据的集成，实现对数据的分析并最终形成数据管理。公立医院的卫生信息化管理平台尚在建设阶段，希望通过这一顶层架构设计来实现对生产系统的完善，掌控管理对象，实现精细化管理，降低管理成本并提高管理效果。同时促进上海市整体信息化的建设，以期运用大数据形成上海市建设发展的智能化系统。

3、智能系统层面

智能系统将是未来卫生信息化建设的重点，例如芯片的运用及临床路径等都可以通过智能系统进行管理。通过构建智能系统，可以形成卫生方面的集成数据仓库，以便对数据进行分析挖掘来为卫生管理决策进行支撑，并最终建立卫生科学模式。

（三）上海市卫生信息化建设的现状

到目前为止，上海市卫生信息化工作已建立“1+19”个互联互通的数据中心（包括市中心、医联预约平台、公卫中心及17个区中心），两个核心数据库（包括健康档案数据库及电子病历数据库），一个卫生信息网和卫生内网及外网的两类服务。根据发展需求，在目前已建立的数据平台基础上，可进一步推进卫生数据管理平台和数据应用平台，以使其能够为未来的卫生管理及决策提供科学可靠的数据支撑。

此外，根据国家卫生和计划生育委员会提出的“352121战略”

要求，要实现医疗卫生改革的目标，必须要基于居民电子健康档案系统（简称“eHR”，下同）和电子病历系统（简称“eMR”，下同）的建立，应用现代信息技术和现代医院管理，对卫生管理流程再造、资源整合，创新管理机制，转变服务模式，来打造全新的卫生服务模式。

（四）上海市卫生信息化建设推进工作

1、生产系统

卫生生产系统的信息化建设工作包括：

一是 eHR 系统。eHR 系统的核心是全面采集居民及其家族的健康信息，也是全科（家庭）医生服务和社区健康管理工作的基础。eHR 系统的建立使健康信息被数字化、标准化和规范化，使数据更加具有易用性和实效性，同时其对卫生系统进一步发展的重要性已被广泛认可。此外，作为 eHR 系统在具体应用中的环节之一，国家于 2010 年尝试推进健康卡的相关工作，期望可以通过健康卡建立实时维护的居民电子健康档案，实时采集和记录居民健康数据，连续、动态、全程管理居民健康信息，以及通过数据深度挖掘和利用，全面掌握区域居民健康状况，为制定区域卫生政策提供依据。然而，由于健康卡的功能定位与社保卡存在一定程度的冲突，因此政府推行健康卡的成本所产生的实际效益在一定程度上受到影响。考虑到未来的智能化系统发展方向，相关职能部门决定尝试将此功能与个人手机绑定，即通过手机取代健康卡和社保卡在卫生医疗机构进行就诊。此外，针对社会弱势群体可以制定不同的对口方案，例如老年人可以捆绑至子女账户，或采用指纹识别的方式进行就诊等。

二是 eMR 系统。对于电子病历系统，各界认识尚具有较大差异。我国在 2011 年便提出建立规范化的 eMR 系统，然而各家医院都依

自身需求而建，彼此独立，没有达到数据的集成效果。由于 eMR 系统一定程度上代表了一个医院的现代化管理水平，上海市卫生和计划生育委员会（简称“上海市卫生计生委”，下同）计划下一步对全市公立医院的 eMR 系统进行评级，通过这一手段推进 eMR 系统的规范化建设，强化卫生数据集成效果。因为 eMR 系统本身就是一个数据管理平台和集成平台，所有医院相关数据都可以在这一平台上进行共享和交换，它统一了数据路径，将原本各部门各自的数据口径通过规范化集成整合到一起，提升了数据的易用性和实效性。此外，eMR 系统同样可以通过绑定医生手机的形式与整个平台进行数据共享，使医生及时有效更新和了解每一位病人的健康状况。这一推广不仅可以运用于公立医院医疗方面，随着科技发展，还可以与社区卫生服务、健康管理以及医疗保险等系统相结合。

三是药品供应链信息化。在智能化设备的基础上建立药品供应链系统，实行医药分开，从药品采购、配送到使用的全过程以数据的方式对其进行信息化管理。通过药品流通系统和合乎市场规则的交易平台建设，实现在市场机制基础上对公立医院体系药品采购方式的重构，以期在框架内把医院内部的药品供应链及院外的供应体系进行整合，形成药品的精细化管理和基于药品供应链的成本分担机制。这一系列药品供应体系改革的实现均需以卫生信息平台建设为基础，后期不仅可以与医保平台接轨，还可与公立医院资源配置计划进行连接。

四是家庭医生服务软件。新一轮的社区卫生服务改革将结合家庭医生服务软件的推进工作而启动，家庭医生今后能够通过这一管理软件对辖区内的人口情况及健康指标进行系统管理和规划。此外，还可与公立医院信息化平台衔接，赋予家庭医生优质资源，放大资

源集成效应，通过信息化对疾病进行管理，例如：肿瘤早发现和慢性病管理等等，以期能够更好辅助家庭医生工作的实施，促进有序就诊，同时也形成了新的疾病管理和干预模式。

总而言之，在卫生信息化工作的持续推进下，整个医疗卫生体系都将迎来全新的运行模式，而若要进一步提升生产系统的信息化效率且最终上升到智能系统层面，则离不开配套管理系统的建设，因此管理系统的信息化工作相比生产系统更加紧迫。

2、管理系统

配套管理系统的建设必须以有利于生产系统的建设和完善为最终目的，其中包括：

一是监管评价制度。监管评价制度中囊括了对卫生系统多方面的监管，包括医疗质量监管、基本运行监管和合理用药监管等。通过卫生监管中心的信息平台，可以监管到每一片药、每一分钱、每一个医疗事件和每一个医生的行为，以此进一步规范医疗执业行为并有效控制其中不合理以及不规范的操作。同时通过这一监管评价制度对各公立医院做出客观评价，并对其评价体系内的各项指标进行全市公示。

二是内部运行制度。在内部运行机制的建设上主要以开展全面预算管理为主要手段，它包括对预算的编制、审批、执行、控制、调整、考核及监督等管理，是一种综合性系统管理工具，具有规划、控制、协调和激励的作用。全面预算管理是卫生信息化的必然结果，公立医院改革的必然产物，也是法人治理结构的必然要求。它能够实现明确的责权利关系，可量化的法律文书，分级形成业务合同以及治理结构的内部细化；可以充分激发劳动者，有效分配劳动资料，科学评价劳动对象，从而有效调整生产关系，促进生产力发展。其

中需要强调的是，全面预算管理与综合预算管理是两个不同的概念，综合预算管理是外部治理机制，由财政部门根据财政实际及资金情况，结合政府责任给公立医院编排预算；而全面预算管理则是内部管理机制，由卫生部门通过综合预算根据公立医院发展目标制定发展计划，最后形成内部管理机制，建立医院的现代化精细管理制度。

三是政府拨付制度。卫生信息化工作的推进中将引入“标化工作量”的概念，其有利于形成信息化标准模式，将不同业务工作之间由不可衡量变为可衡量、不可比变为可比。可以说“标化工作量”是建立政府对医疗机构评价和拨付的重要工具，能够做到通过既定公式核定政府对公立医院的补偿额度。

四是薪酬分配制度。应用“标化工作量”进行绩效分配，是贯彻落实“多劳多得，优绩优酬”原则较好的一种分配方式，且为业务预算和人力成本预算之间建立了逻辑桥梁，促进资源配置更加科学合理。

三、上海市卫生信息化建设的进一步思考

下一步，上海市公立医院管理系统的信息化制度建设将迎来一系列改革的探索实践，面对日新月异的现代化发展，怎样使卫生信息化建设符合上海市社会发展需求和城市规划目标将是卫生职能部门必须考量的内容之一。

（一）加强卫生信息一体化建设

按照国家“十二五”卫生信息化建设的“3521”总体框架，以健康档案、电子病历为核心，区域卫生信息化为切入点，加速推进医疗服务、公共卫生等领域的信息化建设，逐步建成基础设施完备、业务应用完备、信息数据共享、综合业务协同、保障措施完善的区

域卫生信息化体系。

（二）加强卫生信息标准建设工作

以解决互联互通、信息共享问题为切入点，大力支持卫生信息标准研发与建设，统一规划卫生信息化体系的数据标准，加快研究制定电子处方、药品编码等业务规范和标准，尽快提出全市统一的应用系统功能规范、数据标准和接口规范。在此基础上，推动条线内各类信息系统的整合和数据共享，全面提升运营管理、管理决策和居民服务等方面的支撑能力。

（三）加强卫生信息安全保障体系建设

积极落实信息安全等级保护制度，针对卫生行业特点制定落实相关具体措施，同时开展信息安全的风险评估与检查。此外还应建立完善信息安全监控体系，重点保障信息完整与准确性，保护个人隐私，提高网络安全事件应对和防范能力，确保信息的安全与可持续性。

（四）提高数据整合能力

在加强数据质量控制的基础上，加快综合管理平台建设与应用，能够更加合理有效的使用来自生产系统的数据，为管理决策提供帮助和支持。并逐步实现卫生全行业的动态化、精细化管理，进一步增强政府的监管能力。

（五）推进信息化项目应用效果评估

在推进卫生信息化工作的同时，需要建立一套科学规范、客观公平公正的评价体系以及配套的评估方法和手段，从信息化保障体系等多个维度，评价卫生信息化的建设与应用水平，切实提高卫生信息化建设的投资效率。

专家点评

专家点评（一）

点评专家：胡善联

专家简介：男，教授，上海市卫生发展研究中心主任

各位领导、各位专家，演讲嘉宾是卫生系统中信息技术方面的专家，同时在闵行区从事了长期的工作，既有实践经验，又有理论基础，我听了他精采的报告后感受很深，觉得有几点想提一下：

第一个方面是上海市公立医院改革的第三个阶段，将关注于资源整合以及协同服务，这一点非常重要。因为中央已经提出公立医疗机构改革基本上从七个方面，第一个方面是取消“以药补医”，第二个是调整医疗服务价格，第三个是人事分配制度的建立，第四个方面是药品采购体系改革，第五个方面是医院的精细化管理，第六个方面是提升服务能力，最后一个则是构建分级诊疗制度。其实所谓“看病贵、看病难”，以及无序就诊，关键就在于第三个阶段中上海市要解决的分级诊疗体系建设。上海市最早提出医疗集团和家庭医生社区服务体系的概念，但在推进过程中没有把资源整合、分级服务提到分级诊疗制度建设的高度，导致走了一定的弯路。

第二个方面是怎样开展卫生信息化的改革：

第一点，要把海量数据变成信息，信息变成循证的决策，现在谈了很多硬件政策，却没有听到强调要加强分析和信息利用，这是当前我们最薄弱的环节。

第二点，现在信息化已经进入到移动健康，又提到智慧健康，但是如何保护患者，保护医务人员隐私，是否需要立法，国内的相关领域研究还没有提到应有的高度。美国现在很多病人组织呼吁美国国会以及美国 FDA（U.S. Food and Drug Administration，美国食品药品监督管理局）加强个人隐私立法保护。

第三点，现在所有的卫生信息都有其局限性，存在把重点放在供方信息的收集上，而忽视了需方信息利用的现象。根据最近美国的一项调查，若做好了 eHR、eMR 则可解决个人健康 20% 的问题，另外 80% 则包含：病人个人行为占了对他健康影响的 30%，社会经济因素对他的影响占了 40%，还有 10% 是环境因素。所

以卫生信息化只能部分解决健康问题和公立医疗机构改革问题，是有局限性的。

第四个，现在已经进入到大数据时代，捆绑式的健康信息、健康手机软件，所有的健康信息都可以收集，病人可以对自己的健康进行维护关心，有任何症状产生都能够早期预防。然而这些医疗设备、电子信息设备，今后需不需要社保系统列入报销范围，要引起重视，这也是国际上热议的新问题。

第五个，根据 IMS (Information Management System, 信息管理系统) 的推测，美国推广电子信息系统后，每年可以节省医疗费用约两千亿，现在欧洲也在加紧步伐。若把卫生信息系统更多的从病人角度来考虑，则病人有更多对自己健康权的认识，也可以通过自我监测来节省医疗费用。

最后一点也是非常重要的一点是，考虑到过去的卫生发展是希望服务量越多越好，现在国际上提出来，要从量转变到价值，随着医保制度覆盖面越来越广，服务量肯定会增加，但是下一步发展方向应该转移到医疗服务质量的提高，改变供方的工作方式，重新打造医疗卫生系统的新模式。国际上的卫生新模式是什么呢？第一是国际集团的组建，第二是 ACO (医疗问责组织) 组织。医疗卫生组织现在不提 HMO (健康维护组织) 组织而是 ACO 组织，这个组织对人民的健康绝对负有责任，使得老百姓更好的减轻医疗费用，获得更优质的服务。

我对刚才所听到的演讲，从这几点提出我自己的看法，谢谢。

专家点评 (二)

点评专家：罗力

专家简介：男，教授，复旦大学纪律检查委员会副书记

演讲嘉宾的实践经验丰富，现在又总揽上海市医改，我这边与其说做点评，不如说是在演讲基础上做一些个人思考。这个报告主要围绕两块，一块是公立医院，另外一块是这个技术或者制度在公立医院改革当中能够发挥什么样的作用，我主要做两个方面的阐述。

第一个是关于公立医院改革。公立医院改革把目标指向公立医院公益性，关于公益性的定义非常模糊，公益性到底指什么，比如说公益性是指公立医院向老百姓提供能够负担得起且质量比较好的服务，因为任何一个医院或医疗机构，就

应该把向老百姓提供质量比较好的服务作为它的追求。那可以简化一下换个角度，公立医院如何向老百姓提供相对于市场价格较便宜的服务，一般来讲有两种方式：

第一个方式是计划经济时代，政府直接投资医院，然后把它的运营成本降低，控制医疗服务价格，从而使老百姓从公立医院中获得相对于市场价格更低的服务，以此来实现公立医院公益性。这个做法现在受到挑战，因为政府财政对公立医院的投入比例不可能再增加，所以更多的是要探索一条在市场经济环境条件下面，如何使老百姓获得比较便宜服务的办法，答案就是医疗保险。

作为第二种方式的医疗保险可以用补供方或补需方两种形式来进行，目的都是让老百姓在获得医疗服务时的自付费用降低。然而需要注意的是，无论补供方还是补需方，第一，老百姓出的钱差不多，最多在大病医保时有一个社会分摊的作用；第二，医疗保险要么政府投入，要么医保报销，公立医院的公益性已经有所体现。关于公立医院改革当中的公益性，我认为与其把着眼点放在公益上，不如着重于如何让老百姓在获得服务的同时得到心里安慰。从建立一个全民性的医疗角度出发，改革的原始目标是如何使老百姓获得比较便宜的价格，而不是让公立医院的收费价格降低。公立医院应回归它的理性，医生需要靠劳务、靠技术，而不是靠开药和 15% 的药品加成来弥补劳务价格收费上的亏损。所以重要的是把公立医院的价格体系理顺，而不是对公立医院的收费进行控制，这是关于第一块当中我做一个补充。

第二个是关于信息化，我觉得还要再加上一个网络化，要解决的问题其实是垄断问题。分两个方面，一个是药品，两个垄断导致药品价格在过去 30 年越长越高：第一个垄断是医生在开药过程中对病人的垄断，第二个垄断是发改委物价司在制定药品价格时的垄断。随着李克强总理说的放开审批，第二个垄断将慢慢消除，因为医药价格上涨，是严重违背市场规律的。同样的市场商品，如 DVD、微波炉，都是刚出来价格很高，随着量的生产增加价格慢慢下来，唯有药品是倒过来的，这就是由于垄断造成的。而信息化的作用，主要表现在医生对药品的垄断上，尤其是公立医院对药品处方不外配方面。很多药店的药价比供应链中便宜，但为何老百姓不能在药店中购买，因为处方在公立医院手上，这个是医药分开中的一个关键节点。信息化、网络化的作用就在于，联网后医

保数据库中有病人所有的信息、包括处方信息，若药店被允许调用病人的电子病例档案和处方记录，就可以配药，那么医院到处方的垄断就没有了。所以卫生信息化对医药分开、消除垄断非常关键。

还有就是双向转诊，都在提倡分级诊疗，但转和不转之间是要求权利对等、势力对等的。当家庭医生、社区卫生服务中心不具备跟三级医院谈判权利的时候，只能转上去，转不下来。但从马云的淘宝网可以看到，当很多小商户联合在一起的时候会迸发出前所未有的力量，这是网络当中的分布式结构。换句话说，家庭医生只要从网络建立起信息平台，就能够形成团队的力量来抗衡三级医院。大家可以看到现在高端商场人流量越来越少，原因是大量的购买都通过网络和小商户进行。社会大众普遍认为家庭医生水平不够，但其实上海在前期已做了许多探索，第一个是住院医师规培的推动，这个推动当中还没有把它更进一步，因为没有形成医生为自己打工这样一个意识。第二个是正在推进影像中心、检验中心、病理中心，这些中心将对小诊所提供支持性服务，在这样的情况下，我相信未来的家庭医生、个人诊所可以通过网络力量联合在一起，对三级医院形成挑战。我这里仅做几点补充，供各位参考，谢谢。

观点交流

提问（一）

卫生信息化要注重顶层设计，其中包括哪些方面？

嘉宾应答

许速：

信息化的顶层设计，在国家层面讲了“352121”的概念。从信息化建设来说，越往上功能越简单，主要是数据管理，越往下越复杂，把所有的管理、应用、生产，包括对老百姓的服务都统在一起。

过去对信息化的理解都是基于公立医院自身的一些需求而逐步搭建起来的，比如财务系统，再以此为基础逐步形成其他系统。而现在做的比较好的医院，除了护理和医疗之外都运用了信息化的手段。但是各医院都是先后独立建立自

己的数据库，这不利于今后数据的综合利用以及后期基于数据挖掘的决策。

上海卫生信息化的投入很大，又不能够超出财政负荷，所以现在主要通过做信息化的管理平台来统领。比如区县的“3+3+1”，“1”是基于全面预算管理，“3”是基于公共卫生的应用，包括社区应用、医疗应用，以及药品耗材的使用。基于这些软件做成了政府的拨款机制，包括薪酬的总额核定以及对公立医院的评价体系。通过这个管理平台，建立数据标准和数据集成，按照数据规则来统领，达到顶层设计的效果。因为数据要求一旦存在，基层就必须形成生产来对应要求，一个数据背后代表着一个管理流程、一个管理制度，最终通过这样的方式形成信息化集成，而这里面最重要的两个数据库就是 eHR 和 eMR。

还有关于数据源头录入控制，就是健康卡的概念，今后电子健康卡将支撑整个互联网医疗、移动医疗，包括一些互联网方式的健康管理，这也是以顶层架构来考虑的。医院建立基于国家标准的 eMR 并且进行评级，在这个基础上建设管理平台，把公立医院改革、质量管理体系以及今后的精细化管理都涵盖在内，所以信息化的顶层架构不是架构在技术层面，而是架构在改革机制层面。

提问（二）

提问人：韩璐

提问人简介：女，《健康报》记者

上海目前医改处在最艰难的第二阶段，重点解决公立医院公益性问题，公立医院发展不应一味求大求全，应按照各自的定位达到一定规模，满足百姓需求，同时关注医务人员的感受。我想问一下，卫生信息化的探索实践和公益性的实现之间有没有什么内在联系，或者说这种信息化建设的推动如何去促进公立医院公益性的实现。

嘉宾应答

许速：

公立医院的公益性没有确切标准，也没有参照系，就是说公益性的具体内容，包括基本标准是什么，怎样算完成基本，都很难说。现在政府把社区卫生服务提出的六类 138 项内容作为政府必须要做的基本项目。这些项目做成了，也就达到设

计的目标，老百姓基本的公共卫生服务权益就有保障，公益性就可以得到。而且政府基于这 138 项制订了标准，包括政府每一个项目的项目量，应该怎样购买服务，同时应该按照怎样的标准来投入人力，做到什么程度。我觉得就这些公益性和保基本，包括参照系标准来说，随着科技水平的发展会慢慢调整，逐渐提高。

现阶段要解决基本医疗的问题，若没有信息化的支撑是无法做到的。通过标准化的手段和信息化的数据，运用数据管理最后变成精细化管理和科学管理，同时还可以在建立各种机制的基础上，用全面预算管理工具，结合信息化带来的透明的生产环境和管理环境，以此对公益性进行促进、保证和支持。

胡善联：

在公立医疗机构改革中，信息化只是一个工具。我提三点：第一点，对医院的生产和科学管理带来了积极作用，以信息化为支撑才能做到对医院的科学化、精细化管理。第二点，对公立医疗机构公益性来说，最重要的是建立评价体系、评价指标以及考核，最后靠信息化得出结论。第三点，信息化使公立医疗机构的各项进展以及信息公开公正透明，信息透明化是最强大的力量，最后对压缩医疗费用的控制起到至关重要的作用。

我对目前数据的看法，EMR 是医保系统掌握的主要数据，EHR 则是卫生系统掌握的数据，两者之间没有联合。现在信息分析需要强调，是因为数据挖掘不够，所以政策决策科学性不够。公安系统运用云技术对罪犯进行提前预测，疾病的提前预测完全可以效仿这一技术。卫生信息化方面的进一步努力，对整个卫生改革起了很大的推动和指导作用。

罗力：

我对医疗质量的问题补充一点，现在上海市要建立影像中心、检验中心、病理中心，是因为各医院的影像诊断水平、检验水平和检验规范化的程度都不一样，这就导致不同医院所得的检验结果质量参差不齐。如肿瘤医院的病理中心，在全市数一数二，但它主要是为肿瘤医院服务的，如果存在这样一个中心，结合信息化技术，能够使检验出来的影像信息做到及时传输，那就可以使优质资源更多的为老百姓服务，那么信息化对公立医疗机构的发展就是有帮助的。

（责任编辑：陈多）

公立医院成本核算理论与方法^{*}

金春林

【摘要】新一轮医改的深入推进,对医院经济运行管理提出了新的挑战,尤其是对医院成本核算的相关工作提出了更高要求。如何有效控制医院运行成本,降低医疗卫生支出,成为国内医院管理者研究的焦点。本文将从公立医院成本核算的概念出发,论述开展成本核算的意义,介绍如何开展成本核算及成本核算结果的应用。

【关键词】 公立医院; 成本核算; 成本控制

随着《医院会计制度》与《医院财务制度》的发布,公立医院成本核算工作日渐受到关注。公立医院如何加强成本管理、提高国有资产使用效率、完善绩效分配制度成为急需解决的问题。本文对成本核算的概念、开展原因、方法及结果应用等方面进行了较为详细的阐述,以期对公立医院整体运营效果的提高有所借鉴。

一、成本核算定义

(一) 相关概念的界定

在说明成本核算的开展原因、方法及结果应用之前,需要先对成本核算的一些相关概念有一个比较清楚的了解和区分。

作者简介:金春林,男,博士、研究员,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位:上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

上海市卫生发展研究中心,上海 200040

上海市人口与发展研究中心,上海 201199

^{*} 本文已经过作者审阅并同意发表。

1、成本核算

成本核算作为一个整体概念，是成本管理中重要的基础组成部分。两者的区别在于，成本管理包括成本核算、成本分析、成本控制及成本考核与评价；而成本核算只是成本管理中的一种手段，只有在成本核算的基础上，才可以进行成本分析，进而发现运行中存在的问题，并对成本进行控制。

2、医院成本

医院成本是指医院在提供预防、医疗、康复等服务过程中所消耗的物化劳动价值和必要劳动价值的货币表现。按计入方法分，可将成本划分为直接成本和间接成本；按成本形态来看，则可分为固定成本和变动成本。

3、医院成本核算

医院成本核算是指对医院在提供医疗服务过程中所发生的各项费用按照一定对象和标准进行归集和分配，以计算各成本对象总成本和单位成本的过程。医院成本核算是一个分摊和计算的过程，按核算对象的不同，可分为科室成本核算、项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算 4 种。在科室成本核算下，又可将医院所有科室细分为 4 大类，即临床服务类科室、医疗技术类科室、医疗辅助类科室和行政后勤类科室。

（二）医院成本的分类

根据不同核算口径，可将医院成本划分为四大类：第一类是医疗业务成本，第二类是医疗成本，第三类是医疗全成本，第四类是医院全成本。而这四类成本的定义与内涵各不相同。**医疗业务成本**指医院业务科室开展医疗服务活动自身发生的各种耗费，具体包括人员费用、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、

提取医疗风险基金及其他费用七大类。**医疗成本**是医院为开展医疗服务活动，各业务科室和行政后勤科室自身发生的各种耗费，医疗成本是在医疗业务成本的基础上增加了管理费用。而**医疗全成本**则是在医疗成本的基础上，再加入由于财政项目补助支出形成的固定资产折旧和无形资产摊销。**医院全成本**则是在医疗全成本的内涵上进一步囊括了科教项目支出所形成的固定资产折旧和无形资产摊销。按照目前的财政投入机制，财政投入部分和科研投入部分不计入医院自身发生的业务成本。

二、开展成本核算的原因

（一）国家政策的要求

自 2009 年医改启动以来，国家层面连续出台了许多文件要求加强医院成本核算工作。2009 年，国务院出台了《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011 年）》（国发〔2009〕12 号），提出要严格医疗机构预算和收支管理，加强成本核算与控制。2010 年，国家卫生和计划生育委员会（原卫生部）等五部委发布《关于公立医院改革试点的指导意见》（卫医管发〔2010〕20 号），指出在成本核算的基础上，公立医院需合理确定医疗技术服务价格，降低药品和大型医用设备检查治疗价格。2010 年，财政部《关于印发〈医院会计制度〉的通知》（财会〔2010〕27 号）明确成本管理是医院通过成本核算和分析，提出成本控制措施，降低医疗成本的活动。这一系列文件的目的是全面、真实、准确地反映医院成本信息，强化成本意识，降低医疗成本，提高医院绩效，增强医院在医疗市场中的竞争力。

（二）上海市医改重点的要求

开展成本核算，每个地区必须拥有一个统一标准，即所谓的顶

层设计。就上海市来说，政府对医院成本核算给予了高度关注，市领导多次在上海市医改有关会议上强调了医院成本核算工作的重要性。2014年7月，上海市财政局、上海市卫生和计划生育委员会（简称“上海市卫生计生委”，下同）联合下发《上海市医院成本管理暂行办法》（沪财社〔2014〕49号），提出要规范本市医院成本管理工作，加强成本核算与控制，提高医院绩效；同时，将成本管理考核结果纳入公立医院绩效考核体系，作为政府对公立医院投入的重要依据之一。

开展医院成本核算工作，卫生是抓手，财政、物价、医保是基础。**首先**，从财政补偿来讲，成本核算是制定政府投入政策的基础，要进一步完善财政补偿机制。近年来，财政部门 and 卫生部门不断博弈，卫生部门认为政府投入不足，而财政部门认为投入力度已较大，问题的核心在于缺乏衡量投入是否足够的标准。虽然目前很多文件上提到政府需要对政策性亏损给与财政补助，但是却没有对政策性亏损做出一个明确界定。只有开展了科学、合理、准确的成本核算工作，才能判断医院经营状况，明确哪些项目、设备需要政府补助等。因此，科学、合理的财政补助必须以成本核算为基础。**其次**是医疗服务价格，各地需进一步规范医疗服务价格，以成本核算为基础，科学制定和调整价格。**再次**是医保支付手段，完善医保支付制度、改革医保支付政策均应以成本核算为依据。仅仅做到医保总量控制是不够的，还应不断完善支付手段。医保要求控制总额，将控费的责任转移到医疗机构，医疗机构为完成任务，优先收取外地病人，加剧了“看病难、住院难”的问题。因此，医保支付不应只控制总额，更应做到科学、合理的成本核算。

（三）医院的现实需要

加强成本核算，是医院自身实现可持续发展的现实需求。**第一**，医院外延性、扩张性发展到一定阶段，会遇到发展瓶颈，必须通过内涵发展，节约成本，加强医疗机构自身的经济管理能力的提高医疗机构的竞争力。**第二**，成本核算可以强化科室绩效管理，建立健全激励机制。**第三**，成本核算能激发医院科室、项目组成成本意识，通过与其他医院成本的比较，找出科室不合理成本所在，在不影响质量的前提下，控制不合理成本，降低总成本。

目前，上海市现有医疗机构成本核算工作由申康医院发展中心牵头，2009年已启动10家市级综合医院试点，2010年扩展到其余14家市级医疗机构。尽管目前市级层面已有21家开展了成本核算，但其开展的质量、程度参差不齐，都还有较大的提升空间。

三、开展成本核算的具体步骤

（一）建立成本核算组织架构

开展成本核算工作，合理的组织架构非常重要，需要成立领导小组负责决策与监督，院长担任组长，总会计师担任副组长。成本核算不只是财务管理部门的事，它牵涉到医院各个部门、科室，与每个人都紧密相关。此外，还要成立成本管理专门办公室作为日常办事机构，建议设置在医院财务部门，三级医院设置不少于2个成本核算工作岗位，其他医院不少于一个，各科室确定兼职的成本核算员，其他职能部门确定成本专管员。

（二）做好成本核算基础工作

在确立组织结构后，主要基础工作包括：**一是**核定各科室实际在岗人员数量，确定财产物资的计价方法；**二是**建立财产物资的收发、领退、转移、报废、清查盘点制度；**三是**健全与成本核算有关的各

项原始记录；**四是**制定费用开支分配标准，明确费用审批程序与权限；**五是**做好定额、预算的制定和修订工作；**六是**建立内部结算制度，明确核算单位与成本项目编码。

目前，上海市市级层面正积极筹建成本核算管理系统。作为成本核算工作必不可少的工具之一，需要各家医院积极配合，投入相应资金，按规范路径采集数据，尽量避免数据的人工传递或二次录入，避免过多分摊造成数据失真，满足成本管理控制的需要。

（三）明确成本核算原则和范围

成本核算主要有 9 大原则，分别是：合法、可靠、相关、一致、重要、分期核算、权责发生制、按实际成本计价和收支配比。从实际操作角度来说，对实践最有指导性的主要有三：一是避免遗漏性，二是不能重复，三是合理分摊。

在核算范围上，要明确医疗业务成本、管理费用、财政项目补助支出和科教项目支出形成的固定资产折旧和无形资产摊销。管理费用主要包含人员费用、固定资产折旧费、无形资产摊销费和其他费用。

（四）开展成本核算的具体工作

根据不同对象，成本核算可分为多种不同的方法，以下仅以科室成本、医疗服务项目成本和病种成本为例，进行简要说明：

1、科室成本核算方法

采用科室成本核算，需要完成以下 3 个步骤：

第一，成本归集。将七大类业务成本进行明细核算，归集临床、医技、医辅类各科室发生的、能够直接计入各科室或采用一定方法计入各科室的直接成本，形成医疗业务成本。

第二，依次对行政后勤、医辅、医技科室耗费进行分项逐级分

步结转和三级分摊,形成医疗成本。将管理费用分摊到医疗辅助科室、医技科室、临床科室,形成医疗辅助科室医疗成本,这是一级分摊;将医疗辅助科室医疗成本分摊到医技科室和临床科室,形成医技科室医疗成本,这是二级分摊;将医疗科室医疗成本到临床科室,形成临床科室医疗成本,这是三级分摊。

第三,对财政项目补助支出、科教项目支出形成的固定资产折旧和无形资产摊销进行归集和分摊,形成临床科室医疗全成本和医院全成本。

2、医疗服务项目成本核算方法

医疗服务项目成本核算的范围是本地卫生行政部门颁布的所有医疗收费项目,单独收费材料的医疗成本不在其范围内。医疗服务项目成本核算方法有两种:一是简单分摊法,二是作业成本法。简单分摊法采用项目收入比、工作量等参数分摊。相对简单分摊法,作业成本法更优、更彻底,它是以临床路径为前提,根据某一服务项目消耗的作业、作业实际发生消耗的资源来进行的。但是作业成本法需要花费大量时间、精力、人力,建议有条件的医院可以积极开展试点探索和研究。

3、病种成本核算方法

病种成本核算的基本思路是将治疗某一病种所耗费的医疗项目成本、药品成本及单独收费材料成本进行叠加,分历史成本法和标准成本法两种核算方法。历史成本法通过较大样本的病例回顾性调查,以调查资料为依据,计算服务项目成本,同时将间接成本按一定的分摊系数分配到病种医疗成本中,最后归集为病种成本。标准成本法对每个病种按病例分型制订规范化的诊疗方案,再根据该病种临床路径所需医疗服务项目的标准成本核算病种成本。

四、成本核算结果的应用

成本核算不是目的，而是手段。对于医疗机构来说，成本核算并非是终点，而是在基于成本核算的基础上进一步进行成本分析、控制、考核与评价，以达到真正利用成本核算结果有效控制医院运行成本，降低医疗卫生支出的目的。

（一）成本分析

成本分析是成本核算结果应用的第一步，包括趋势分析、结构分析、本量利分析和比较分析。趋势分析即是通过对于若干个连续期间的报告资料进行相关指标的比较分析，说明成本变化过程及其发展趋势。结构分析则是分析各成本要素占医疗成本的比重，各核算科室成本占医院总成本的比重，直接成本、间接成本占总成本的比重以及管理费用占总成本的比重等。本量利分析研究医院结余为零的业务量（保本点业务量）及其影响因素。而比较分析是先确定目标成本，后计算医院（科室、项目）会计期间的成本数据与目标成本的差异，找出产生差异的因素。

（二）成本控制

在成本分析的基础上，医疗机构的成本控制工作才得以开展。利用标准成本法，医疗机构可制定成本标准或计划，比较实际成本与标准成本的差异。同时，也可采用定额成本法，制定合理的消耗定额，比较实际成本与定额成本的差异，分析产生差异的原因并予以纠正。而后通过预算约束控制、优化资源配置、加快技术革新、财务审批控制、执行过程控制、可行性论证控制等一系列措施，对成本进行控制。

（三）成本考核与评价

作为成本核算的最终应用结果，医疗机构通过强化成本考核，

建立成本控制考评制度，对成本控制的效益进行评价。同时，建立相应的绩效激励体系，将成本控制效果纳入科室绩效考核体系，促使医疗机构自觉控制可控成本，减少资源浪费，降低费用。

对行政部门来说，成本核算是医疗服务价格调整的科学基础，是合理医保支付标准的基本原则，是完善财政补助政策的强力依据。因此，受上海市卫生计生委规划财务处委托，上海市医学科学技术情报研究所（上海市卫生发展研究中心）按照《上海市医院成本管理暂行办法》设计开发，新建了上海市公立医疗机构成本管理信息化系统，作为市级尾端成本管理信息平台，包括机构基础信息、成本核算报表、指标展示三大模块。该系统将汇总全上海市公立医院成本核算结果，目前已有 32 家试点单位参加试点。今后还将进一步统一成本核算单元及编码，用以与其他平行医疗机构进行比较。

公立医院成本核算，关系到医疗卫生资源的运行效率，是医疗服务价格调整、行业监管和政府补偿的基础。但成本核算并不能解决所有问题，还应配套医院绩效考评及薪酬分配信息系统的建设，最终实现为公立医院财政补偿及合理定价提供数据支持的政策目标。

专家点评

专家点评（一）

点评专家：龚莉

专家简介：女，上海市卫生和计划生育委员会规划财务处副处长

这个专题报告是对上海市刚颁布的《上海市医院成本管理暂行办法》的一个非常全面、详细和完整的分析。目前，各级医疗机构的经济补偿政策不全面，导致医疗机构运行还未形成良性循环，难以有效控制医药费用。随着医改的不断深入，民营医院不断发展，加剧了医疗服务的竞争态势。从公立医院本身来讲，如果不能从医改深化这个角度入手，积极应对，同时加强经济核算，特别是医疗价格成本核算这一块工作，就会面临巨大的经济运行方面的压力和困难，这也是新的医院财务会计制度对各级医院，包括对卫生行政部门、财务部门等提出的一个新要求。

接下来的主要工作之一是对各级医院开展《上海市医院成本管理暂行办法》培训，今天的讲课即可作为下一步全面培训的授课模板。刚才提到尾端成本管理信息平台已初步建立，这也是今后卫生行政管理部门进一步完善和推进成本核算工作的平台和方向，也可为医院成本管理打下一个良好基础。

最后，我提一个关于医疗服务项目的建议，即医疗服务项目不仅是由卫生行政部门确定的，还有物价部门的参与，卫生行政部门与物价部门的共同联合，发布了医疗服务收费项目。

专家点评（二）

点评专家：徐迅

专家简介：女，上海市第六人民医院财务处处长

成本核算是加强医院经济管理的核心内容，是深化医改的一项基础性工作。近年来，上海市卫生发展研究中心一直致力于医院成本核算方面的研究，早在2009年就开始了大量的研究工作。2011年，根据上海市新财务会计制度的要求，上海市卫生发展研究中心开展了《上海市医院成本管理暂行办法》的起草和完善工作，该文件7月份以上海市财政局和上海市卫生计生委联合发布的形式正

式下发。刚才金所长就这份文件中涉及到的几项基础工作，成本核算的流程和步骤进行了具体介绍，这份文件进一步规范了医院成本管理工作，对医院开展成本核算具有指导性意义。

上海市第六人民医院作为这项研究的样本机构之一，在上海申康医院发展中心的特许下，开展了科室成本核算，进行了项目成本核算试点，并在上海市卫生计生委的推选下，承担了国家卫生计生委医疗服务价格的成本核算工作。

首先，从医院开展成本核算的出发点来说，我想谈4点：

第一，深化公立医院改革的方向是取消以药补医，理顺医药价格，建立科学补偿机制，将医疗机构补偿方式变成一靠财政补助，二靠医疗服务收费。大家都说目前财政补贴比例较低，医疗服务技术劳务的价格远低于成本，但对于究竟需要补多少并不明确。其原因就在于缺少成本数据，缺少一个完整、真实、连续的成本计算方法。

第二，从医保支付方式来看，实行总额预付制以后，医保超额部分医院承担的比例越来越大，医院经营变得越来越困难，这就意味着通过增加服务提供量来增加收入的薄利时代已经结束，公立医院到了只有精打细算才能生存下去的阶段。

第三，国家开放社会资本办医，允许医生多点执业，加剧了医院之间的竞争，迫使医院通过成本核算来加强精细化管理。

第四，从国外经验来看，大多数国家也是因为医疗费用支付方式的变化，才开始重视对成本进行核算，这是国际发展的趋势，而我国也即将要开始这项工作。

其次，对于在开展成本核算的过程中可能会遇到的问题，我讲3点：

第一，成本核算工作需要院长的高度重视。成本核算涉及到方方面面，需要有一个完整的网络管理系统做支撑，前期需要做大量的基础性工作，只有依托医院领导的重视，各职能科室的配合，临床科室的支持，才能做好这项工作。

第二，需要不断完善医院信息系统，成本核算系统除了要打通现有的会计、核算、物资管理等系统外，还要在各系统之间建立相应的关联关系。除此之外，还要取得完整的医疗服务信息。医院信息系统中记录的基础信息越详细，成本

核算的结果越准确。

第三，需要配备足够的人员，目前医院的成本核算人员非常少，成本核算员大多是兼职的，而要做细做好成本核算充足的人力是必不可少的条件。从台湾地区的经验来看，他们大多拥有一支专业化的管理队伍，对各科室的人财物进行统筹管理，负责医疗专业和行政管理两大领域的衔接，将结果管理变成过程管理，将管理模式推向专业化和精细化，值得我们学习。

再次，在推进成本核算工作的过程中，需要上级主管部门解决的问题：

第一，加强对成本核算人员的培训。因为缺乏理论知识的培训和销售层面的指导，容易出现各家医院自行设定方法，核算形式各异，核算结果之间难以比较的现象。

第二，信息化建设亟待推进，主管部门需要和软件公司共同探讨成本项目的设置、标准的完善以及终端平台的建设，以便最终形成有价值的各类医院的平均成本信息。

第三，标准化建设亟待解决，成本要素的标准化问题是当前成本核算工作的核心问题。目前各医院存在数据来源标准不统一，各类科室分类不统一，分摊的因素不统一等问题，需要上级主管部门研究完善相关的标准。

以上是我对成本核算工作的看法，成本核算工作任重而道远。

观点交流

提问（一）

《上海市医院成本管理暂行办法》已经开始试行，请问在医院的实际操作中，有没有改变过去对科室的成本考核办法？能否介绍几种切实可行的考核措施，特别是它的技术指标？

嘉宾应答

徐迅：

从六院出发，我们医院目前对科室的考核主要是对科室的不动产进行考核。因为全面的科室成本核算，不能仅用一些分摊的、跟医疗行为不相关的指标去

考核，所以应是加强对科室本身可控的人、财、物的考核。

金春林：

科室考核的结果应与绩效奖金分配相结合，依据个人责任划分，做好所在岗位成本范围的管理工作，与奖金分配挂钩。医院内部管理的完善，需要合理的激励和约束。在维持医院公益性的同时，必须保证奖惩制度科学、合理，形成正向激励机制。

龚莉：

科室成本考核有两个层次，一是对医院进行的综合指标考核评价，二是医院内部对各科室的考核评价。科室成本核算是整个成本核算的基础，也是形成一个明确、统一的考核指标体系的基础。目前，医院内部科室之间可能存在一些所谓的“挣钱科室”和“不挣钱科室”之分，“挣钱科室”的人员收入较高。因此，我们还要解决收入差距给大家带来的心理上的差距。

提问（二）

提问人：韩璐

提问人简介：女，《健康报》记者

1、虽然目前各级医院都意识到成本核算的重要性，但在现实中成本核算工作的开展并不顺利，请问其中的原因到底是什么？是因为医院认识不到位，还是医院内部的信息化建设达不到要求，还是医院出于自我保护意识不愿意去做这件事？

2、如何能够改变现状，去调动医院开展成本核算工作的积极性？

嘉宾应答

金春林：

成本核算工作没有开展起来或者开展的不是很理想，我认为有四个原因。第一是缺乏统一的成本核算方法，导致各医院只把成本核算当做奖金分配的一个工具。第二，对医院院长的评价标准不够科学、合理，医院楼房高低、设备先进与否不应成为评判院长绩效的标准。事实上，质量和成本才应该是考核院长的指标。因此，院长本身的积极性也不高，与其降低成本，院长更愿意通过

外延性发展去增加收入。第三,开展成本核算有一定的技术难度,需要解决软件问题。第四,医院上下整体缺乏积极开展成本核算的意识。因此,要真正开展,必须把成本核算的结果和医院评价的指标、奖金分配等结合起来。

提问(三)

提问人:付晨

提问人简介:男,上海市卫生和计划生育委员会政策法规处处长

在成本核算的过程中,究竟应该采用实际成本还是标准成本?因为现在有很多方法可以核算实际成本,但这个实际成本有无水分,是否均为合理支出,是否可以作为评价的依据还有待进一步考证。如果使用标准成本的话,目前对于标准成本的研究有什么新的进展,或者有什么困难的地方,应该怎么做?

嘉宾应答

龚莉:

在考核过程中,应是实际成本和标准成本相结合。现在推出的公立医院成本核算管理办法,非常明确的讲述了成本核算的方法、流程以及成本计算的标准,包括工作量核定等方法。之所以要出台如此详细的规定,是由于医改现在到了一个瓶颈阶段,需要进一步深入、细致的思考,使实践更具操作性。以前出台的政策虽是面上的,或是一些口号式的,但实际上它为目的目前出台的这些工作指明了方向,现在制定出台的成本管理办法,其目的就是为了让医院的成本管理工作更有操作性。

对于如何采用成本核算结果,刚才介绍到要通过对指标的分析,进行控制,同时结合绩效考核,纳入到考核指标体系中。因此,我认为,目前很难直接确定指标是如何设定的,它还需要一个过程。也就是说,在政策文件执行过程中,需要今天在座的各位在日常实践中,提出更有效、更实际的考核指标,来帮助共同推动和促进成本考核工作,同时,也可以完善整个医改过程中存在的一些经济补偿和运行机制方面的不足。

金春林:

我补充一点,在成本核算过程中,什么叫标准成本法,第一是作业过程要

标准，第二是医生工资到底是多少。现在所谓的成本分摊，究竟分摊了多少，都是有成本的。比如医院，人力成本占70%，一个医生每月工资是多少，确实给我们提出了一个非常重大的问题。但是这个问题不是成本核算工作需要解决的，而是规划财务、核算等需要考虑的。

付晨：

人力成本是医院成本的重要组成部分，但对人力成本缺乏一个明确的标准，工资有国家标准，但奖金是没有标准的，绩效工资或今后实行的薪酬制度是否可以作为一个标准还有待考证。医院成本的第二大块就是采购性成本，其中最大的是药品采购成本。如果药品采购里仍有巨大的水分，那无疑提高了成本，标准成本也就自然升高了。因此，成本核算其实是要与公立医院改革的其他配套联动起来的，只有综合推进才能取得预期效果。

（责任编辑：方欣叶）

关于建立上海市老年照护需求统一评估体系的研究^{*}

丁汉升

【摘 要】 随着人口老龄化、高龄化程度的不断加深，家庭结构的小型化发展，家庭中有多个老人，且高龄、低龄老人共存以及空巢家庭的数量都将会显著增加，这些都将给家庭和社会养老带来前所未有的严峻挑战。本文通过探索建立一套科学有效的、符合上海市需求的老年照护评估体系，优化卫生、民政和医保部门的老年照护资源分配，统一评估、整合服务，有助于老年人接受同质化、标准化的服务，并有助于缓解本市目前老年照护资源严重短缺的困境，最终促进老年人群的健康和福祉，也为其他省市开展此类工作提供相应的理论依据和经验借鉴。

【关键字】 老年照护；评估体系；服务分级；上海市

为应对日益严重的人口老龄化问题，国家和上海市政府均提出了一系列指导思想，如党的十八大《政府工作报告》中提出的“老有所养”、“加快建立健全养老社会服务体系”、《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35号）文件、以及上海市政府下发的《关于加快发展养老服务业推进社会养老服务体系建设的实施意见》（沪府发〔2014〕28号）等。然而，目前本市存在管理部门碎片化、老年人群需求混乱、缺乏统一的评估标准等问题，造成老年照护资源的浪费及利用不足并存的现象，因此，建立跨部门、统一规范的老年照护服务体系已经成为社会经济发展的迫切要求。

作者简介：丁汉升，男，研究员，上海市医学科学技术情报研究所书记、上海市卫生发展研究中心副主任
作者单位：上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

上海市卫生发展研究中心，上海 200040

^{*} 本文已经过作者审阅并同意发表。

一、上海市老年照护服务的现状及存在的问题

（一）上海市老年照护服务的现状

上海市老年照护服务的行政主管部门包括财政、民政、卫生、医保、残联等。按照职能划分，筹资由财政部门承担一部分，包括老年护理机构新增床位的建设补贴、养老机构运营补贴、居家养老服务补贴等。具体老年照护服务由民政和卫生承担，其中民政负责社区居家养老服务以及机构养老服务，包括制定养老服务补贴标准、组织开展老年照护等级评估工作、规范全市养老机构服务等；卫生负责老年护理院、社区卫生服务中心和家庭病床等提供的服务。费用报销和报销标准的制定由医保部门承担。此外，残联负责部分残疾老人的服务提供与福利发放。

（二）上海市老年照护服务存在的问题

1、不同机构收治对象严重交错

老年护理机构普遍存在服务定位不清的问题。目前由于缺乏相应的老年护理需求评估和出入院、转诊标准，加之缺乏有效医保约束机制，不同机构混杂养老和生活照料等功能，缺乏与老年医疗和机构/居家养老服务的分工协作，资源利用效率低下。

2、资源浪费与照护不足现象并存

上海市老年照护资源浪费与不足现象并存。由于部分居住在老年护理机构的老人无法进入公办养老院，导致护理机构的床位周转率极低。例如，一部分长期住院患者为生活困难或孤老，需要入住养老机构，但公办养老院没有床位，又无力承担民办养老院的高额费用，只能滞留在老年护理院内。而与此同时，身体状况较差的居家老人接受照顾不足的情况也普遍存在。目前上海市老年护理机构平均住院天数高达186天，床位高度紧缺，许多需要住院的老年人

一床难求，等待时间往往超过一年，因而只能选择居家养老。这一系列问题已普遍存在，不仅大大影响了老年护理服务的公平性和覆盖面，还会影响社会和谐与稳定。

3、社会保障制度对不同养老方式支持程度差别大

上海市医疗保险主要保障老年人的基本医疗需求（目前仅覆盖部分老年护理服务），远不能满足老年人的长期照护保障需求。由于缺乏独立完整的老年照护保障体系，目前上海市老年照护服务费用主要由医保和个人承担，家庭病床与养老机构难以得到足够的医保支持。一项针对老年护理机构、民政机构和居家养老花费费用的研究显示，住在老年护理机构的老年人的总费用是住在民政机构的 1.73 倍，但其个人自付费用却相对较低。原因在于老年护理机构发生的医疗费用大部分可以由医保支付，而居住在民政机构则基本需要自付，因此其个人支出较高。

二、上海市建立老年照护需求统一评估的意义

（一）统一评估是老年照护收费和定价的基础

由于老年照护服务的对象多为生活不能自理的老年慢性病患者，所提供的服务有着多样性和不确定性，难以对这种服务进行细化定价和制定收费标准，传统的按服务项目收费（fee for service, FFS）也会刺激服务的过度提供和利用。因此，国际上的通行做法是，对老年照护服务对象的健康状况和照护需求进行评估，并将服务对象划分为不同的等级，根据所划分的等级来确定服务价格和收费，即将服务进行打包收费。

（二）统一评估是老年照护服务质量持续改善的动力

由于老年照护服务持续时间往往较长，如果不进行评估，在长期的、惯性式的照顾和护理下，患者和家属难以感知到其照护服务

的效果，管理方难以监督其服务质量，支付方难以依据服务质量和效果确定合理的给付标准，照护服务提供方在质量改进方面也缺乏充分的依据和动力。老年照护服务分级则为保证照护服务质量奠定了基础，在接受老年照护期前和期后，对服务对象的健康状况和照护需求进行评估，能够准确评价照护服务效果，并为质量控制和改进提供动力和科学依据。

（三）统一评估是老年照护服务形式多样的依据

老年人群患病率高，并发症多，其需求具有多样化、多层次等特点。老年照护服务不是单纯的生活上的照料，一定程度上它还包含医疗服务和医疗护理等。根据老年人不同的需求合理安排照护人员，照护方式甚至照护地点，不仅能减少需要服务的对象得不到合理的服务，更能防止部分老人得到超过其合理需求的服务，从而保证老年照护服务的社会公平和可持续发展。

三、国际上老年照护需求评估的做法

（一）日本

1997 年日本护理保险法出台，2000 年创立了护理保险制度。2006 年日本制定了介护预防政策，将原来的 7 等级护理修改为 8 等级护理，包括自立、要支援 I、要支援 II、要介护 I - V 级。日本老年长期护理级别的划分并不是单纯以老人身体指标为依据，而是以护理时间、护理强度为依据进行评估。政府根据老年居民提出的护理申请、调查员和主治医师以上职称的医生提出的健康状况认定书，以及由保健、医疗和福祉专家组成的护理认定审查会认定的申请人需要护理的等级，再由地区综合支援中心、居家护理支援单位和老人福利服务设施提供相应的护理预防、居家护理和设施护理服务。

（二）德国

德国评估患者所需服务等级的机构主要是公共疾病基金下辖的医疗保险人医疗服务处（MDK）和由商业性健康保险公司组织倡导建立的 MEDICPROOF，两个机构使用同一套评级标准。德国的长期护理制度规定，在评定患者所需的护理等级时，根据平均护理次数和护理时间，将护理服务分为三个等级，依照护理服务等级及护理人员或机构的等级确定护理服务的收费标准。如果家庭护理不能满足老年人护理要求，可选择半护理院式的护理方式，也就是在护理院接受白天护理或晚上护理。入住养老机构的老人，根据老人身体各系统功能状态、生活自理能力及社会交往能力等定出护理级别，每一护理级别都有相同的基本护理内容，包括基础护理、精神心理护理、运动与康复。

（三）美国

美国主要采用因素型分类方法进行护理分级，因素型分类方法是利用客观的测量工具，将患者需要的所有护理项目按照其占用护理时间的多少、技术难度等要素进行量化，评估并计算出患者的护理时数，护理时数越高者需要的直接护理越多。2002 年美国的 Medicare 和 Medicaid 服务中心（CMS）启动了老年护理院质量行动（NHQI），并开发了老年护理对象的健康状况和护理需求评估工具——最小数据集量表（MDS）。从 20 世纪 90 年代初，在确定患者医疗护理需求时，美国常用资源利用相关组（Resource Utilization Groups, RUGs），这一分类体系利用 MDS 评估的相关信息，对老年护理对象进行分类，反映每一类护理对象对护理资源的相对直接的要求，据此选择医院或社区接受不同级别的护理服务。

（四）澳大利亚

澳大利亚政府和州政府联合建立的老年护理评估项目（ACAP），由老年护理评估小组对其进行评估，包括生理、心理、医疗、文化和社会五个方面的照顾需求，并建立了“老年保健评估制度”，合理规划护理等级，确定是否需要进入护理院等。澳大利亚对养老服务有完善的评价体系和评价制度，对于接受服务的老年人，首先由专家组（包括医学专家、护理专家、协调人等）进行评价，确定其适宜的养老场所（机构或社区），制定养老服务计划，根据计划提供养老服务。老年人在入住养老院前，由专门人员使用老年护理评估表对老年人进行评估，评估内容包括日常生活自理能力、精神行为能力、复杂健康问题3个方面，每个方面的能力根据项目总分分为高、中、低3类，根据评估结果决定服务类型。

四、上海市建立老年照护需求统一评估的基本思路

（一）建立统一的评估机构

考虑到上海市老年人群的庞大数量和评估工作的巨大工作量，具体的评估工作由委托公益性非政府的第三方组织或机构的形式开展。其中，评估人员经培训并取得评估资格，并受评估机构指派，方可从事评估工作。上门评估团队不得少于2人，其中1人必须具有医疗、康复或护理的专业工作背景。

市、区（县）卫生计生和民政部门负责对评估机构的行业监管，市、区（县）卫生计生、医保和民政等部门按照职责分工对评估机构、评估人员和评估工作进行工作指导。区（县）专家委员会受市专家委员会的业务指导，市级评估机构负责对区级评估机构出具的评估结果进行抽查核实。对未按规定组织评估或存在弄虚作假问题的，经发现并核实后，则不能继续评估工作，相关人员的不良记录

将归入上海市公共信用信息平台。

（二）建立统一的评估标准和规范

上海市民政局、市卫生和计划生育委员会、市医疗保险办公室等部门，均采取了不同的措施来应对老龄化产生的涉老服务需求问题。然而三家部门分头工作，各自的评估标准目前存在交叉与多种标准并行。为了更加有效地整合、利用资源，采用国际上老年照护的大概念，需建立符合上海市需求的老年照护服务需求评估标准及体系。

整合评估体系中分别采用三个指标 SA、SB 和 SC 计分。其中，SA 内容根据市卫生计生部门发布的老年护理院出入院标准制定，SB 内容来自市医保部门编制的高龄老人老年服务需求评估表，SC 内容来自市民政局部门制定的老年照护等级评估要求。将卫生、民政和医保三个体系在原有的体系框架下整合，利用现有服务资源，实现更有效的资源配置，打造全市统一的老年照护服务需求分级评估体系。

（三）开展统一评估的具体做法

1、评估流程的设想

需要申请享受基本公共养老服务或基本老年护理服务的老年人，可向其所在街道（镇）社区事务受理服务中心、为老中心等区（县）民政部门指定的老年照护需求评估申请社区受理机构（以下简称“社区受理机构”）提出申请。社区受理机构根据试点区的具体要求，对申请者进行筛选。筛选不通过的，将结果告知申请人（或其法定代理人）；筛选通过的，进入评估程序。评估工作应自正式受理日起 15 个工作日完成，并将评估结果告知申请人（或其法定代理人）。相关部门根据评估结果对老年人提供相应服务，以及发放差别化补贴。

2、评估内容

民政部门的评估内容主要包括生活自理能力、认知能力、情绪行为、视觉等内容；卫生部门的评估标准是建立在老年人群高发的疾病种类上，主要针对临床指标进行评估；医保部门的评估量表囊括了国际通用的 ADL、IADL 和 MMSE 量表的内容。新的评估内容旨在把三个体系合三为一，全方位地评估老年人群的生理、心理、认知状态。参照国际及上海现有老年照护需求评估的做法，研究对目前的评估项目进行归纳与分类，从中选择评估项目，并结合本市实际情况，设计了《上海市老年照护需求调查表》。该调查表评估内容包括老人的身体和生理机能、智力状态、精神状态、社会活动，以及老人的基本情况等。

3、评估结果

评估结果拟分为以下七类：照护一级、照护二级、照护三级、照护四级、照护五级、照护六级，以及其他服务。各类社区居家养老和护理服务机构，应根据评估结果，结合评估对象对服务项目的选择，提供相应的助餐、助浴、助医、助洁、洗涤、助行、代办服务等基本生活照料服务，或者预防护理、基础护理和根据医嘱进行处置的临床专科护理等基本社区居家护理服务。对于评估结果为照护五级或六级的评估对象，申请社区居家照护服务，或处于入院轮候期的，给予优先服务。

五、政策建议

（一）加强跨部门合作

目前体系管理的碎片化已成为整合民政、卫生、医保三大体系的最大阻力之一，而即使有了统一评估的思想，也还存在评估队伍、评估人员的建设问题。民政部门已有较为成熟的评估体系，但其评

估板块中缺少医疗护理的相关信息；医保评估的试点工作则处于起步阶段，服务能力相对有限。为了加强部门合作，整合现有评估标准和政策，统筹居家养老、机构养老、老年护理院等资源，保障养老服务资源的公平分配和有效使用，上海市需要对涉老服务评估标准进行统一，建立符合上海市需求的老年照护需求评估标准及体系。

（二）建立三维评估概念

将来的老年照护评估，应建立三维空间的评估概念，即从 ADL 维度、疾病维度和家庭支持维度来进行全面考虑。比如，老年人的 ADL 得分分值很低，家庭支持也很少，但没有严重的疾病，在这种全方位考虑的评估模式下，该老年人需要照护的程度则应判断为轻度；再如，一位老年人的 ADL 得分分值很低，家庭支持也很少，但其医疗需求较大，这种情况则应该进入老年护理院接受照护服务。

总而言之，老年照护服务分级是一个长期的、不断探索的过程，是一个从无到有，由粗到细，不断积累经验的过程。在具体操作中，可先试点摸索以积累经验，然后再逐渐推广。上海市的老龄化程度比全国来得早、来得急，因而，要有一种时不我待的精神，勇于面对并承担这一历史重任。养老事业关系到医疗费用的有效控制、关系到老年人群的福祉、关系到社会的和谐稳定，坚实的第一步从统一评估开始。

专家点评

专家点评（一）

点评专家：杨颖华

专家简介：女，上海市健康教育所副所长、上海人口和计划生育宣传教育中心副主任

老年照护的专题是与公立医院改革离散度最大的分论坛，但却非常必要。今天的报告内容给我几点启发：

第一点，整合评估是医养结合很重要的一个方面。但从全国层面来讲，在体系建设方面既存在资金来源的问题，也存在服务提供的问题。但是上海确实有必要把相关工作做在前面，因为上海1979年就已进入到老龄化社会，高龄化的趋势相比全国特别明显，无论是现实还是未来在老年人相关问题方面都非常严峻。

第二点，现在社会关注老年人的健康长寿等问题。从关注原来的期望寿命值转变为关注健康的期望寿命值；原来以机构发展为主，今后要向养老、社区护理方向发展为主等等，这些都是今后要面临的转变。

第三点，公立医院在整个老龄化过程中，需要从医院的角度加强老年友好型医院的建设和强化老年医学学科的发展；从医养结合的角度去对养老机构进行医疗支持等等；从医务人员角度，为评估贡献自己的力量；从管理人士的角度，逐步建立、完善和推广这一需求评价体系。

当然这之中也有问题需要注意：第一个问题，评估会促进服务需求的释放，这两个体系的发展速度需要自己把握；第二个问题，评估的社会化和个人家庭责任的担当两者之间的关系和平衡。第三个问题，在评估方式方法上，若老年人需要临床医疗服务，是选择统一打包支付的方式，还是选择按项目支付的方式？这些问题都有待于在实践过程中逐步解决。这就是我的学习体会，谢谢大家。

专家点评（二）

点评专家：张凡

专家简介：男，上海市民政局社会福利处处长

上海要解决老年人问题，首先就是要解决老年人长期护理的问题，这已经

非常紧迫。

评估实际上是长期护理制度建立迈出的第一步。刚才很多介绍国内外的做法，包括整个评估体系融合的办法都是很科学且被大家所认可的。

作为民政部门，都已经转变了单纯的部门思维，在这一问题上，我们愿意把资源拿出来为老年人解决他们切实的问题。刚才讲的很多都是融合，实际上融合很多都是折中，因为设计再好，但如果没有服务和团队去支撑，那么再好的设计也落不了地，所以这套评估体系是紧紧跟民政以及卫生的服务供给联系在一起。

下一步就是通过在上海的试点为老年人长期护理制度打下基础。目前最大的问题是试点怎么试，第一个是确实的评估标准，第二个是要政策整合，第三个是服务整合，第四个可能是形成独立的老年照护系统，无论由谁主导，但必须是一个相对独立的系统。

目前试点的关键还是集中于服务能力，当然也包括政策调整、组建统一管理平台等等，但实际上还是在解决支付问题，现在的医保支付很多是财政支付，但其实还有其他方式能够支撑这一服务，这就可以引申出护理保险制度等等。

我相信在卫生部门的支持下，这套评估体系能够不断完善，最后把不同部门的资源进行汇总，为上海的老年人提供更好的照护服务，谢谢。

观点交流

提问（一）

现在这些方案的设计都是新鲜出炉的想法，真正落地的话最大的挑战是什么，或者首先需要解决的问题是什么？

嘉宾应答

杨颖华：

如果开始试点，最重要的就是标准，其次是这个标准的执行者，也就是评估机构，评估机构里还有人员和团队，但这只是核心内容，并不是全部。

从评估的角度，评估后面的服务要跟上，不能说评估之后把需求调起来，

而服务跟不上。目前整个社会发展，包括社区护理工作，都没有很好的开展，但却在向这方面引导，所以这方面的压力比较大。

其他还有统一支付的政策。在这方面，相衔接、梯度化的政策非常重要，因为所有服务都有服务费用。目前情况下所有医疗服务都是医保支付，但到了养老院很多内容要自己摸索办，即使民政有补贴政策，但社区的整个补贴都比较少，支付比较多，所以其中涉及到养老的照料以及卫生的医疗护理政策的衔接问题。

此外还有一个政策扶持的问题，目前民政有一套非常好的完善系统对发展社会机构来提供服务的政策补贴，包括护理站和日间照护中心等等。其实卫生部门也可以得到财政、发改委相关部门的支持，如果要社会机构来提供服务，势必需要有激励政策来鼓励他们提供服务。另外考虑到成本，合理的定价，解决资金的流向问题也是非常重要。

讲到整个体系，就涉及到服务、支付、政策等问题，目前的服务队伍，从护理队伍来说也是薄弱的，大体上分为两大类，一是护士，二是护理员，还包括多学科团队的组成。上海市的护士方面，其实老年护理的专门培养不多，若是要专业人员，经测算的需求缺口要有几万人。护理员队伍当中更缺，从养老方面来说有专业养老护理员，但是真正达到标准在全市范围也就3700多名。医疗护理员问题更多，因为都是有名无份，国家虽有护理员职位，但基本标准还没有出台，目前上海主要由护工来承担这一角色，培养人才队伍，形成服务的衔接和梯度，需要有特定的职业发展为导向。而且从国际上来说承担这一职能的基本都是外来人口，发展中国家到发达国家，都呈现这一趋势。根据上海市的人口政策，将这一职业列为紧缺人才，也涉及到一系列的保障措施。相关部门现在都在分头研究，争取出台一套可以相互衔接具有可操作性的方案。从卫生和民政来说，以后要在考虑整个上海市体系架构的基础上建立一个老年长期照护体系，这需要所有人团结一心才能完成。

张凡：

作为试点从技术层面很好解决，关键是服务，资源能否达到要求，比如他符合了进老年护理院的标准，但你有这些床位支撑吗？有这么多护理人员吗？这些都会阻碍体系的发展。可以说通过试点，并不是要把这个地区的所有老年

人需求都以这种形式满足并解决了，而是通过试点知道政府应该或者引导社会往哪个方面去加强。

有些服务可能通过市场的形式就可以解决，而有些服务就必须要有政府来承担，现在正好是“十三五”规划，具体应该做些什么，哪些是社会最大的需求，应该要通过这个试点发现，也为下一步的规划、政策做好准备，或者提供依据。我就补充这一点。

提问（二）

提问人：朱福

提问人简介：男，徐汇区卫生和计划生育委员会副主任

1、请问整合的标准什么时候出台？

2、整合以后评估队伍建设是一个非常关键的问题，请问一个评估队伍评估一个病人需要多长时间？需要多少经费？

3、对于养老院来讲，评估入口是非常关键的一步，我觉得同步的一些研究，包括我们民政部门是不是要同时跟进？病人的出口怎么办？不知道你们对这方面有没有什么新的信息？谢谢。

嘉宾应答

张凡：

标准10月份必须要出来，因为10月份要试点了，这个对我们来说压力很大，时间很紧。

第二个费用，到底是多少还在跟财政协商，肯定不是一个标准。因为简单居家的服务不需要医生去评，一个社工或者护理人员就可以了，进养老院或者护理院才需要医生。若要在时间上、成本上节省，可以在正式评估前的受理阶段做一个咨询，初步了解是否真有需求，这样就可以节省时间和费用。另外关于费用，财政的意思是自己筹备，不是鼓励不停的评估，这个成本也是很高的。

现在还在梳理政策，可能要出台一些政策，例如老年人离开了护理院、养老院，是不是在护理或者其他方面给老年人一些补偿，鼓励不需要服务的老年人离开。此外，试点的增量必须要把好关，例如公立养老机构做评估，必须是

全护理的、达到5级以上才可以进去，但这个难度也很大，需要考虑周全，避免出现争论，很多好事往往因为没有在细节上做好就中途夭折了。

丁汉升：

第二个方面关于队伍建设，确实很重要，但是否要根据民政现有的队伍把一些医疗力量整合进来成立一个评估机构？这其中费用是很关键的，卫生部门评估一个老年人是50元，可能一个普通的评估是250元左右，时间差不多，但价格相差很大，所以未来是否能够争取更多的费用，或者说在评估管理办法上，因为很多部门要牵涉在一起，评估费用和评估时间都是相关联的。

接下来说评估时间，表格设计时估算需要40分钟，浦东新区反映实际操作中要一个半小时，刚开始可能是，但熟练之后应该是25~30分钟左右能够完成，基于目前采用纸质调查，若可以换成平板电脑去进行评估，那么调查时间肯定会大大缩短。

杨颖华：

评估队伍是多学科的，包括医生、护士和社工队伍组成。这支队伍要根据评估表格和评估办法进行培训，有卫生背景的，也有民政背景的，以后在管理上可能进行分类。尽管他们是不同的，但评估针对的内容都是针对评估的事情去做。其实为了使评估成本降低，最好的设想是由兼职人员来做，这是考虑的一个问题。

还有一个是解决出去的问题，如果要整合的话，从卫生方面的需求是解决老年出院难的问题，但这个问题非常难，原因大致分为三类：一是老人的抚养责任；二是民政照料和老年医疗护理目前的支付系统不一样，一个可以报销，一个医保没办法报销，自付比例也完全不一样，这就引起了政策的鸿沟；三是从服务体系来说，部分老人出去以后需要医疗或照料支持，但原来的社区居家没有能够提供好的支持，让他觉得回去之后不放心。此外，对这一部分人，可以先降到其他级别，但若需要社区或居家照料时（包括如果还是需要到养老院的话），可以进行优先设置，保证能够及时为他提供所需要的服务。

（责任编辑：冯泽昀）

瑞金北院改革实践与探索^{*}

赵 任

【摘 要】上海交通大学医学院附属瑞金医院北院是上海市“5+3+1”工程的重要组成部分，2013年，瑞金医院北院在医院顶层设计、内部运营等方面进行了一系列探索，并取得了一定成效。瑞金医院北院的实践与探索，有利于上海市医疗资源的优化配置，对上海市深化医疗卫生体制改革也具有一定借鉴意义。

【关键字】 瑞金北院；医改；“5+3+1”工程；上海市

郊区新建三级综合医院项目（“5+3+1”工程^{*}）是上海市委、上海市政府为促进本市城乡医疗卫生事业均衡发展的一项重大举措，目的是使优质医疗资源能够城乡兼顾，均衡发展，每位居民均能享有优质医疗服务。落户于嘉定区的上海交通大学医学院附属瑞金医院北院（简称“瑞金北院”，下同）是上海市“5+3+1”工程的重要组成部分，是上海市委、上海市政府贯彻中央“关注民生”方针的落地项目，也是嘉定区委、区政府的民心工程。本文就目前瑞金北院改革实践结果进行介绍，以期上海市深化医疗卫生体制改革提供借鉴。

作者简介：赵任，男，上海交通大学医学院附属瑞金医院北院常务副院长

作者单位：上海交通大学医学院附属瑞金医院北院，上海 200000

^{*} 本文已经过作者审阅并同意发表。

^{*} “5+3+1”工程：市六医院在浦东临港新城、长征医院在浦东曹路镇、仁济医院在闵行浦江镇、华山医院在宝山顾村、瑞金医院在嘉定新城，分别新建三级医院；对崇明、青浦、奉贤3个区（县）的中心医院，提升等级为三级医院；金山医院迁建海滨新城区

一、医院管理模式改革

瑞金北院为独立事业法人单位，瑞金医院院长、法人兼任瑞金北院院长、法人，党务工作委托母院（特指“瑞金医院”）党委管理，实现党务工作一体化。

（一）管理体制改革

1、成立医院理事会

2013年4月8日，瑞金北院理事会第一次会议顺利召开，标志着瑞金北院理事会领导下院长负责制的管理体制正式实行。理事会主要负责规划计划审议批准、预决算初审、医院行政班子聘任及医院主要负责人的考核与分配等事务。

2、总会计师委派制度

为加强医院预决算和成本核算工作，推进医院发展规划及医院风险防范，完善医院内部绩效分配和考核，促进医院内部控制规范与实施，瑞金北院实行总会计师委派制度。总会计师承担上海申康医院发展中心所赋予的财务管理职责，例如所有预算、决算、采购等重大财务问题，都需要在总会计师的认可下才能进行操作。

（二）补偿机制改革

补偿机制改革是医疗卫生体制改革（简称“医改”，下同）的重要内容，瑞金北院也对此进行了探索实践。一是财政投入。瑞金北院总投入6亿元，由市区两级财政按照2:1的比例进行分担。二是价格调整。瑞金北院调整了31项医疗服务价格，包括调整诊查费、床位费和护理费等。三是医药分开。瑞金北院通过供应服务链外包，基本实现一级库零库存和药品供应的社会化管理，即在药品供应方面实现药品零加成。

（三）医保支付改革

医保支付改革是医改的另一项重要内容，瑞金北院主要做了两方面的调整：一是通过差别化的医保报销政策引导合理就医，将实施药品零加成后普通门急诊诊查费、普通病房床位费等价格提高部分纳入医保支付范围；二是执行过渡期支持性预算管理，按母院均次费用水平核定瑞金北院医保额度，以减少其业务量不足带来的亏损。

二、医院内部运营现状

（一）人员和科室建设

从岗位人员分布情况看，截至2014年8月，瑞金北院在编人员700多人，到岗600多人，其余100多人在母院轮转、培训（见图1）。从在职人员的学历结构来看，博士占6%、硕士30%、本科16%、专科48%。从在职人员职称结构来看，正高占5%、副高6%、中级18%，师级24%、士级及未评定的占47%。

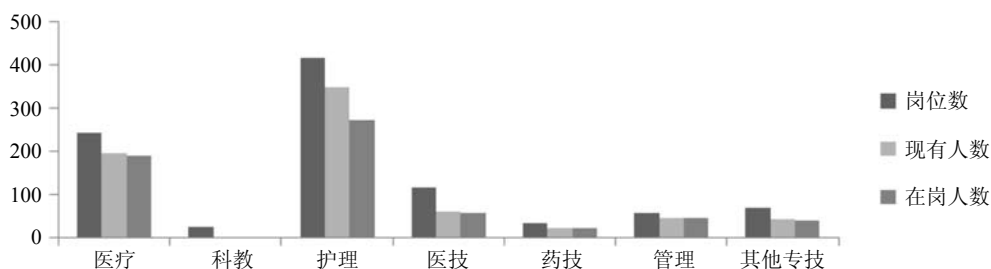


图1 2014年8月瑞金北院各岗位人员分布（单位：人）

科室建设方面，瑞金北院共开设普通门诊34个，专科12个，病区9个，病区科室19个，包括一个日间科室，基本上涵盖了瑞金母院所有科室。目前由于科室患者数量分布不均衡，床位仅有379张。因只能通过增开病房来缓解病床紧张的压力，所以初步的设想是在2014年底开放床位480张，并逐步在2015年底转为满负荷运营（600张床位）状态。

(二) 医疗服务运营

至 2014 年 8 月，瑞金北院门急诊量逐月上升（图 2），1—8 月门急诊人次数已达到 42.6 万人次，与去年同期相比有近 1 倍的增长，预计 2014 年全年门急诊总量能达到 60~70 万人次；从住院运营情况和手术情况来看（图 3、图 4），同门急诊类似，至今年 8 月住院总量已接近 1300 人次，手术量 1000 多人次，基本上达到去年同期的 1.5 倍。

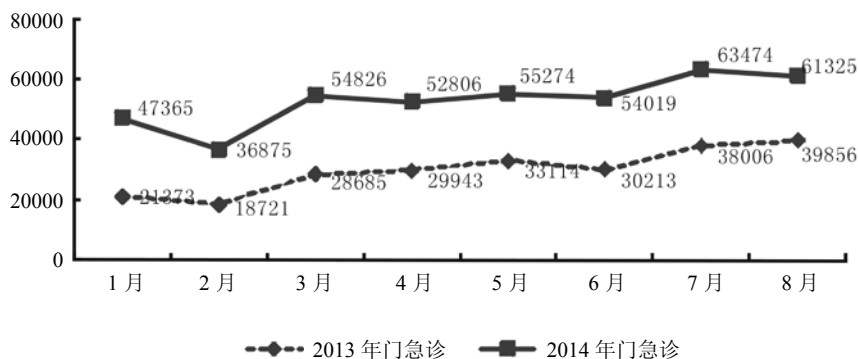


图2 2013—2014年1—8月瑞金北院门急诊量（单位：人次）

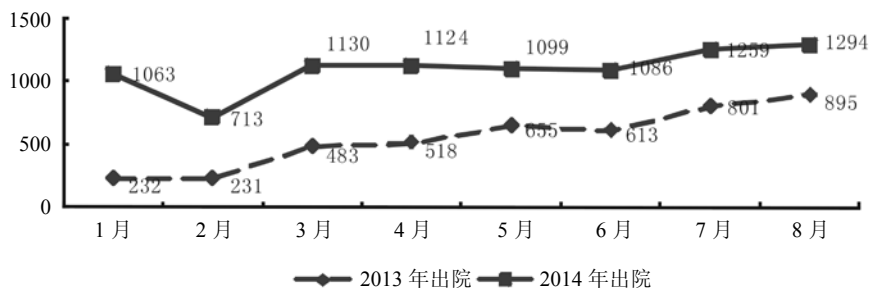


图3 2013—2014年1—8月瑞金北院出院量（单位：人次）

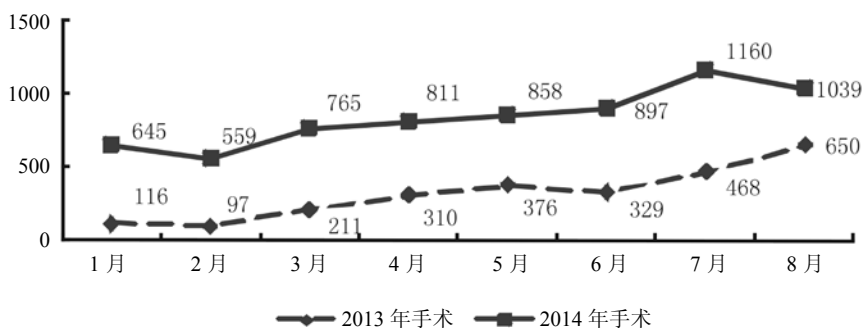


图4 2013—2014年1—8月瑞金北院手术量（单位：人次）

（三）财务预算执行

根据 2014 年 1—8 月的统计数据，瑞金北院门急诊人次、出院人次和手术人次的预算执行率分别是 73%、63% 和 62%，业务收入总额为 2.5 亿元，其中门诊 1.2 亿元、住院 1.3 亿元（表 1）。药占比和卫生耗材方面，瑞金北院和母院之间并没有体现出明显变化。均次费用方面，瑞金北院门诊均次费用比母院低 20%，住院均次费用差距不大。医改影响情况方面，门诊补偿率在 65% 而住院补偿率在 32%。

表 1 2014 年瑞金北院 1—8 月医院总收入预算执行情况（单位：万元）

项目	执行金额	预算金额	预算执行率（%）
医疗收入	25447.85	35213.80	72.27
门诊收入	12080.16	16918.60	71.40
住院收入	13367.69	18295.20	73.07
财政补助收入	3611.12	1861.65	193.97
其他收入	183.15	200.00	91.58
医院总收入	29242.13	37275.45	79.45

（四）科研教育制度

在确保医院平稳运营的同时，瑞金北院开展了科研教育工作。科研方面，获得 2 项国家自然科学基金，以瑞金北院为承担单位获得资助的项目 17 项；成果方面，获得 2014 年嘉定区科技领军人才奖 1 项，发表多篇学术论文，其中 SCI 论文 12 篇，合计影响因子 32.1；教育方面，多次举办包括职前教育、职后教育的国家继续教育学习班。

（五）医院信息化

瑞金医院在医院信息化工作上处于比较领先的地位，凭借这个优势，瑞金北院已确立保障信息安全、确保业务系统稳定运行、建立共享机制实现信息互通、完善现有系统实施各类新应用分布的循

环流程，并在上海申康医院发展中心的综合评价考核中获得了较好评价。

三、挑战

新建医院的改革，培养了新的医疗团队，优化了上海市医疗资源的配置，为郊区居民提供了更优质的医疗服务，但在面临机遇的同时，也带来了更多挑战：

第一，医保总额预付方面。目前医保支付资金按年初下达的数额实行总额预付，但因为医务量增长超过预算，导致预算与实际之间存在缺口，这对医院正常运营产生了较大压力。因此，为确保医保患者医疗服务运行正常，需要重新制定预算额度。

第二，分配机制方面。上海申康医院发展中心要求，新建医院人均收入占母院人均收入的80%。在这种分配机制下，随着工作量的日益增长，医务人员的收入与劳务价值差距将逐步凸显，进而影响医务人员的工作积极性。

第三，药品保障机制方面。取消药品加成后，瑞金北院收入减少明显，截至2013年12月底北院因取消药品加成共计减少收入688万元，2014年1—8月取消药品加成后共计减少收入836万元。

第四，人才建设方面。在“5+3+1”工程实施初始，上海市委市政府宣传鼓励医务人员到新建医院工作。但因配套政策缺乏连贯性，大部分政策措施未能最终落实，致使医院的后续力量薄弱，中高级骨干缺乏。

第五，临床学科发展方面。瑞金北院的发展模式基本照搬母院模式，医务人才多从母院聘请，因此临床学科的发展状况与母院类似。

专家点评

专家点评（一）

点评专家：何梦乔

专家简介：男，教授，上海市医院协会副会长、上海市医院综合评价评审中心主任

瑞金北院按照上海市卫生计生委、申康医院发展中心对于“5+3+1”工程中这4家医院法人治理结构、总会计师委派、全面预算管理、药品加成、基本药物的使用、费用的进一步控制、取消特殊医疗服务和整体后勤社会化等方面进行系统的改革与探索，通过一年半的实践，取得了初步的成效，应该给予充分肯定。但在改革的过程中面临了很多问题。第一，客观来讲目前法人治理的职权和职责没有到位，有待于进一步探索与完善；第二，委派总会计师制度监管有余但是建设发展不足，要把医院做大做强，不能只看表面，还需要深入分析和治理；第三，新建立的医院有他的局限性，很多方面并不成熟，要把这4家医院的做法全面推广还需要认真分析，实事求是。

从瑞金北院的探索实践中，引发了我很多思考。**一是要**正确处理好坚持公立医院公益性办院的方向与充分发挥医疗市场作用的关系。近年来，改革的探索强调坚持公益性，公立医院作为医疗机构，也是健康产业的一部分，仅仅依靠补偿，不能解决根本问题，实际上办医院和办企业有很多共性的方面，只有把医院放在医疗市场，同时坚持政府任命，把握方向，才能做大做强。**二是要**搞清是公立医院改革还是改革公立医院的问题。公立医院改革要依靠医院的管理者、依靠医务人员，如果是改革公立医院，那就是动员全社会，把矛头聚焦在医院进行改革。但今天政府提的是公立医院改革，那么应给予公立医院充分的自主权，确确实实把公立医院院长的权限还给院长。**三是要**尊重群众的首创精神，要积极的依靠首创群体，也就是基层群众，客观的分析公立医院的利与弊，遵循医院建设的基本规律。医院改革建设发展，只能通过把握学科、人才、医教研、卫生经济等问题来解决。**四是要**呼吁政府做好公立医院改革的基础工作和相应政策配套。比如医院到底应该编制多少人员，国家政策如何履行，医务人员工作与社评工资的比例等等。目前我们谈论的绩效考核、评价评审制度，

政府的投入、医保支付及管理控制，这些都是必须的，但整体的公立医院改革不能局限在面上讨论，医院有自己的规律，但是遇到问题还是要深入研究。公立医院改革不是一蹴而就，而是需要不断发现问题，分析问题和解决问题，谢谢！

专家点评（二）

点评专家：薛迪

专家简介：女，教授，复旦大学公共卫生学院医院管理教研室主任

上海市的公立医院改革，有两大亮点，一是“5+3+1”工程，另外一个上海市住院医师的规范化培训。瑞金北院属于“5+3+1”工程中新的三级医院建设，从报告中了解到，新医院的开设给最需要高技术医疗服务的地区提供了一个更加便捷的，能够有疑难杂症诊治的三级医院医疗服务。医院业务量的快速增长上体现了当地医疗服务的需求在过去可能并没有得到充分满足，另外教学科研的发展，也为医院后续发展提供了有力支撑。

瑞金北院不仅承担了医疗服务的提供，更承担了医疗改革探路者的角色，从公立医院治理结构的改变、补偿机制的改革，到全面预算管理，医药分开，瑞金北院取得了一定的成果。这些成绩，也引发我很多思考，为什么要在上海的郊区新建这些三级医院，归根结底还是希望通过这样一个建设，使得在郊区三级医疗服务可及性能够进一步提高。但是在汇报中新医院的院长也有担忧，当新建医院跟母院越走越远的时候，医疗水平如何维持？这个可能有一些机制利益的关系，如果配套政策不完善，那么当母院把这些新建医院当成包袱的时候，新医院的建设将面临难题。因此这需要政府层面的考量，否则仅仅依靠硬件，而缺乏人力、设备、技术的可持续发展为依托，最后的结果是沦为当地区域医疗中心。当政府补偿不足的时候，医院如何维持运营？因为医药分开，医院收入下降，如果政府补偿不到位，实现真正的医药分开是很困难的。报告中新院药占比与母院相比变化不大，这可能与医生自身的医疗服务习惯有关，从这些数据来看，上海市的医药分开还有很多工作要做，其实每个改革都不是孤立的，不仅仅只是单独医院的探索，更重要的是政府的承担，如何投入、如何定位、如何持续，这些问题的解决都需要政府的参与和引导。

观点交流

提问（一）

提问人：丁汉升

提问人简介：男，上海市医学科学技术情报研究所书记、上海市卫生发展研究中心副主任

对于申康的财务总会计师委派制，您对于他们的监督作用有什么看法？

嘉宾应答

赵任：

作为北院的常务副院长兼总院院会的党委，我对财务总会计师制度还有一点发言权。首先，在医院的预算、决算、日常的开支，特别是对重大的开支方面，如医院有一些重大医学项目的时候，对于费用的支出和使用，总会计师制度现起到了很好的把控作用。但也有不足的地方，医院是一个自主机构，如果事事都按照总会的规定来，医院自主权的将会丧失。

其次，通过财务总会计师制度，起到了一个很好地监督的作用，但是医院的发展，不仅仅体现在纸面上，最后的考核也不是说填写表格就好了，还是应该重视实际的效果，特别是有一些政策并没有明确的规定，如何充分利用政策上的优势和平台为医院发展寻找契机，还需要进一步探讨。

提问（二）

提问人：薛迪

提问人简介：女，复旦大学公共卫生学院医院管理教研室主任

新院开到了嘉定区以后，给当地的医疗技术带来了什么？带去了新的技术后，有没有开展当地没有开展过的业务？

嘉宾应答

赵任：

客观来讲带来了一些新技术，比如单口腔的检查，泌尿科的腔镜手术等。还有一些器械，作为外科医生，对于手术需要的器械还是非常支持的。北院本身就是一个非常好的平台，它没有总院那么多忌讳，而是采取更宽容开放的态度。

度，包括年轻医生的培养，检查技术的更新，同时也为他们提供了更多实战的机会，这些医生在经过培养和实战训练之后，将会成为瑞金北院的骨干，也一定会成为区域性的骨干。

提问（三）

提问人：黄旭元

提问人简介：男，嘉定区中心医院院长

“5+3+1”工程开展后，对于医院医疗服务的便捷性、技术的可靠性，这些都是毋庸置疑的。但是根据现实的情况，在治理结构、绩效分配、医药分开或者是总会计师派遣制度等方面并没有很好的解决，那么这4家医院改革探索模式的实用性、有效性、可行性到底如何？

嘉宾应答

何梦乔：

探索模式包括五个方面，一个是法人治理结构，现在明确成立理事会领导下的院长负责制，但目前责权没有到位，使得理事会作用没有突显。二是委派总会计师，明确由申康任命，对申康负责，通过监管平台，医院所有财政数据及时上传，这种第三方监管模式理顺了医院的收支，为后续问题的解决提供了基础。三是全面预算管理，与其他医院情况类似，在此就不展开叙述了。四是药品零加成，4家医院因为有政府托底，开展效果良好，但是因为其他医院在财政补偿方面的不足，难以复制与推广。五是控制费用，按照改革的内容，门诊、住院次均费用有所下降。这4家医院的改革取得了一定的成效，对当地的老百姓提供了优质的医疗服务，但是也带来了很多不能回避问题，需要我们进一步去认识、去思考。根据赵院长的报告，我们看到，按照改革的内容，这些医院是认认真真的在做，这些阶段成果必须肯定，但是带来的问题也不能避免，老医院和新医院情况不同，人员配置更加复杂，如何客观推广新医院模式，还是有很多路要走。改革从来就不是一蹴而就的，只有尊重事实，才能发现问题，解决问题，这也是这个培训班科学的态度。

（责任编辑：杨燕）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China