

识培训工作纳入继续教育学习项目中去,也可以定期对院内医务工作人员集中进行考核,考核成绩纳入个人技术档案,并与奖金、聘用、评优、晋升挂钩。

4.5 国家加大对医院感染的重视力度,完善相应法律 建立针对医院感染管理的相关法律体系,完善医院感染防控过程中各个环节的约束机制,从而使医院感染的防控工作做到有法可依。相关部门应从根本上重视医院感染,提高医院感染相关法律法规的效力级别,从根本层面进一步明确医院感染的责任、义务及应遵循的原则,强调卫生行政部门的监管职责,使我国医院感染管理有法可依、有章可循,走向标准化及法制化管理的轨道。此外,相关部门应建立健全医院感染管理法律责任追究制度,对医院感染管理不利,造成医院感染管理失控,引起医院感染院内传播流行,后果严重的要依法处理。

参考文献

- [1] 朱士俊,郭燕红,韩黎. 对我国医院感染管理现状及发展趋势分析[J]. 中华医院感染杂志,2005,21(12):819-822.
[2] 李爱娟. 近五年医院感染管理研究与实证分析[D]. 天津:天津医科大学,2013.

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.19.040

- [3] 屈文东. 医院感染管理督导检查追踪管理评价表的设计及应用[J]. 中华医院感染杂志,2013,23(2):418-419.
[4] 吴晓英,缪李丽. 量化考核在医院感染管理中的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(21):3375-3376.
[5] 黄谷. 手卫生相关因素及干预措施的研究进展[J]. 当代护士,2010(1):6-7.
[6] 李六亿. 我国手卫生的现状、问题与改进对策[J]. 中国护理管理,2008,8(1):17-19.
[7] 游建萍,黄庆,府伟灵,等. 手卫生所致医院感染的预防和控制措施的探讨[J]. 中华医院感染学杂志,2005,15(4):426-428.
[8] 李杰. 医院感染管理现状调查及对策研究[D]. 广州:南方医科大学,2007.
[9] 张新. 52 所医疗机构医院感染管理现状调查[D]. 太原:山西医科大学,2012.
[10] 耿莉华. 医院感染实用手册[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001:117-123.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-26)

科级成本核算存在的问题及对策分析

陈燕凌,雷风军,杨 勇[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所医教部卫生经济管理科,重庆 400042)

[中图分类号] R197.323

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)19-2696-03

医院科级成本核算存在的问题主要有成本控制困难,医护之间、不同医疗岗位之间的风险和效益的差异得不到体现,行政、后勤人员出现“大锅饭”等现象。对此应提高医院成本控制的力度,同时激励员工、开发潜能,做好人才队伍建设,提升医院整体医疗技术水平,为患者带来更为优质的服务,提高医院社会效益。

1 科级成本核算的方法

科级成本核算就是测算核算单元的收入、成本,并将效益进行分配的核算方式^[1]。它是院级成本核算基础上的二次归集和分配,是考核科室效益的一种经济管理活动。科级成本核算三要素:(1)核算单元;(2)收入;(3)成本。核算单元的划分不能受行政划分的限制,要遵循专业或经济的独立性、符合医院的实际情况。划分的结果要合理、细化,以利于责任划分、效益分配,利于管理精细化^[2]。

收入要全面,对有的医院有合资合作科室的,还包括合资合作科室的利润分成。将各个项目的收入汇总后,按照开单或执行归类、统计,然后按既定的比例分配,这里一定要注意不能出现重复分配。分项收入分配完毕后,再计算出核算单元的总收入。

成本核算要全面、合理,本着受益者承担成本的原则,将独立核算单元的所有成本项目进行归结,对无法归结的成本项目,要结合实际情况,灵活地制定各项成本的分摊比例,分摊到所对应的核算单元,计算出总成本^[3]。

2 科级成本核算存在的问题

2.1 耗材成本计算困难 医用耗材是医院开展各种医疗活动所必需的,但对于耗材成本的核算却存在一系列的问题。有一部分低值耗材是不单独计价,无法收取患者费用的,这里既有某些医疗项目无法单独收取耗材费用的原因,也有新的医疗政策不允许某些耗材单独收取费用的原因,这样就造成医院收费系统归集到的材料收入远低于科室的实际领用数额。对于耗材领用的环节也存在问题,各核算科室在领取了各种卫生耗材后,不管当月是否用完,物资管理部门都会向核算部门交付相关的领用单据,医院经济核算部门在进行科级成本核算时,只能被动地按物资管理部门上报的数据进行计算,科室收入与成本的差异,容易造成核算单元效益大幅度波动。这种成本核算方式不能反映科室的实际成本消耗,从而导致核算的实际效益存在偏差,在核算科室的绩效工资上表现得尤其明显^[4]。

2.2 固定资产管理困难 经济核算部门、设备管理部门和财务部门多方的不协调,信息不匹配,往往造成固定资产核算不准确^[5]。具体体现在:(1)房屋、建筑物等在竣工并投入使用,大型设备安装完成后且投入使用,但并未立即开始计扣房屋、设备折旧等成本,往往出现计扣的滞后,在这个滞后的过程中因收入会增加而造成核算单元效益明显增加,一旦开始计扣就会立刻减少,造成效益明显波动;(2)笔记本电脑、激光打印机等小型设备由核算单元自行购买,直接向财务报账,而财务、设备管理、经济核算等部门信息沟通不协调,造成计扣不完整^[6]。

(3) 报废资产由于财务、设备管理、经济核算等部门信息共享不到位,时常会出现科室报备、设备管理部门登记已报废,而经济核算部门继续计扣,或者出现科室继续再用,而设备管理部门、经济核算部门已报废等各种原因,造成科室成本计扣的波动大,成本控制困难。(4) 核算单元因为各种原因,出现不按计划扣规定执行,如有的医院规定,单价小于 3 万元的设备按 5 年折旧,但核算单元通过向医院申请特批按 10 年计扣,但该设备使用到 5 年时,因为信息沟通的原因,系统自行停止计扣,造成成本计扣不足^[7]。(5) 某些大型、高价值的设备,在引入时是高尖端设备,花了很大代价,但因为该技术更新很快,在未达到计扣年限即淘汰,科室为了自身利益考虑,申请不在报废时一次性计扣残值,造成医院整体成本上升;(6) 某些大型、高价值的设备,按规定只能 10 年折旧,但通过核算单元的申请特批,延长至 15 年或更多年限,而按照医院计扣规则,只能计扣原值,其资金成本并未计算在内,造成医院成本增加。以上述 6 种为代表性的问题的存在,不仅造成医院成本控制困难,也影响核算单元效益的稳定性^[8]。

2.3 医院内部提供服务的核算单元成本计算困难 现在很多医院并未重视核算内部服务的成本,对于内部服务价格的定制具有很大的随意性,没有形成规范,各医院之间的内部服务价格甚至相差数倍。一些对内提供服务的科室如消毒供应室,由于相关政策规定和消毒技术的进步,采用了更先进、更严格的消毒措施,造成成本增加,但由于内部定价机制不完善、对科室收费价格上调困难等原因,造成了收入低于成本,如果单纯采用收入减去成本的方式计算效益则无法进行考核。再比如说卫生被服的洗涤,这项内部服务需要消耗大量的水、电、燃料等资源,这些资源随着社会的发展会有一定的涨幅,大多医院在并未认真核算服务成本的情况下,只是在历史价格的基础上做了适当的上下浮动。这样的核算方式导致内部服务价格既不真实,科室承担的相应成本也不准确。

2.4 医护合并计算,不能准确核算工作量 医护合并计算虽然简单易行,但也带来了医护之间在绩效分配上的矛盾。对医护人员的绩效分配是通过对各核算单元产生的效益来进行的二次分配,传统的思想会认为医生创造的经济价值比护理人员产生的经济价值要多,所以在分配的过程中医生的分配比例就应当比护理人员所占的比例大^[9]。这样的计算模式其实是不公平的,不能准确的衡量医护人员的工作量。医生与护理人员的工作职责有很大程度的差异,他们相互之间付出的劳动不能用相同的价值标准来进行衡量。医护合并计算不能体现出不同岗位的风险和效益的差别,也不能充分体现出按劳分配原则,容易挫伤员工的积极性,特别是护理人员,给医院整体技术水平的提升带来严重影响。对于行政、后勤人员往往实行平均绩效,不同岗位、不同人员之间往往只是系数的不同,而这系数的制定也有很大不妥之处,不能跟工作数量、工作质量、工作效益相关联,易造成“吃大锅饭”的现象,使整体效率低下,给医院也带来沉重负担^[10]。

3 科级成本核算改革的几点思考

3.1 在低值耗材等成本上 可以根据核算单元每个月的实际领取量计扣成本,具体做法是由经济核算部门统计该核算单元前 1 年或更长时间的历史数据,根据增长率估算出该核算单元每个月应该的实际消耗量,以此为标准,该科室如果下个月能出现节省,则该节省的部分应合并计算到该核算单元的绩效工

资中以奖励,对超出的则不但要按实际消耗量计扣成本,还要从绩效工资中扣除超额部分以示惩罚。通过这种方式促进核算单元成本节约意识,控制医院整体成本^[11]。

3.2 在固定资产方面 经济核算部门、设备管理部门和财务部门应该做到信息共享,有条件的单位可以运用信息系统做好固定资产的管理。通过信息共享,在固定资产投入使用的时候开始计扣成本,让这些资产产生收益与计扣成本同步,同时通过信息共享,在设备管理部门对报废物资做出确定的时候,经济核算部门、财务部门能联动,对核算单元成本做出相应措施,这样一来,既能避免了核算单元绩效工资波动,又能使医院在成本控制上更有力度、更有效果。针对有的核算单元对新购入的设备做特殊申请,不按照成本计扣规定,申请延长计扣时间的,要按照同期资本贷款利率一并计算到成本中,杜绝或减少特殊化,这样既能让核算单元在采购前充分做好论证,避免了资金的浪费,也间接降低了医院的成本。

3.3 做好对内服务核算单元的各项成本核算 横向参考同等规模的医院,吸取好的经验做法,结合自身情况做出改进。纵向统计好各对内服务核算单元成本明细,适当适时调整价格,做到公平、公正,同时要优化服务流程,制订好各种消耗定额和奖惩措施,挖掘潜能,降低消耗,提高积极性,提升效率。

3.4 将医疗和护理在核算上分开进行 即把医疗和护理分开作为不同责任单元进行考核评价。医疗岗位之间要设置风险、效益指标,结合医务人员和护理人员的实际情况,引入医师绩效效率和护理时数的算法,体现他们各自的技术含量,同时做好量化考核,重点控制质量,综合评价。通过这样分开核算的方式,使医院的医疗卫生资源得到合理的配置,真正做到管理中心下移,实现医院的精细化管理。对行政后勤人员,可采用“360 考核”,即上级、同级部门、同部门的同事和科室四维一体共同考核的模式,以考核的结果来确定绩效工资的系数,破除按职务、工龄等固定模式,冲破“大锅饭”怪圈,提高工作效率^[12]。

科级成本核算是一项复杂、综合、系统的工程,医院要在实践中去发现问题,探讨解决问题,从而得到更加适合于自身发展的核算体系,实现医院的精细化管理,增强医院的竞争力。

参考文献

- [1] 张志彬,李建辉.军队医院科级成本核算与军地效益关系探讨[J].医疗装备,2013(4):54-56.
- [2] 皮星,潘舰萍,陈黎明.论新医改对公立医院成本管控的影响和对策[J].重庆医学,2010,39(10):1308-1309.
- [3] 张建宏.新医改形势下加强医院成本核算管理浅析[J].新经济,2014(23):115.
- [4] 张秋颖.探讨医院成本核算与成本管理[J].中国卫生标准管理,2014,5(19):92-94.
- [5] 王洪艳,孙钰.医院成本核算管理存在问题及对策分析[J].会计之友,2014(22):110-111.
- [6] 孙文桥,石磊,栾艳.科级成本核算与绩效评估软件系统的设计和应用[J].中国数字医学,2013(1):37-39.
- [7] 段林莉.关于医院成本核算存在的问题及对策分析[J].中国市场,2014(39):120-121.
- [8] 郝大振.新医院制度下成本核算的现状及其应对措施[J].中国管理信息化,2014(19):25-27.

[9] 吴爱京,李璐,杨守卫. 做好医院科级全成本核算需要把握的几个问题[J]. 武警医学, 2012, 23(8): 721-722.

[10] 杨轶君,冯泽永. 医院的人力资源成本控制[J]. 重庆医学, 2011, 40(13): 1341-1342.

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.19.041

[11] 骆晓,张建余,金焱. 医院全成本核算目前存在的主要矛盾[J]. 重庆医学, 2009, 38(1): 4-5.

(收稿日期:2014-11-18 修回日期:2015-02-16)

新医改下重庆市实施医疗责任保险研究*

卢宇,邓世雄[△]

(重庆医科大学公共卫生与管理学院/医学与社会发展研究中心/健康领域社会
风险预测治理协同创新中心 400016)

[中图分类号] R197.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)19-2698-02

欧美发达国家在 20 世纪 70 年代就已初步形成比较健全的医疗责任保险市场,目前该险种已发展成为职业责任保险中最主要的险种。且国际上大多数国家实行的医疗责任保险都具有强制性^[1],尽管其具体的保险模式可能不同,但都证明了医疗责任保险是最有效的医疗风险转移制度。我国的医疗责任保险并没有进行过国家层面上的试点,各地的试行均属于个体探索。部分省市如云南、深圳、北京、上海等地较早出台了关于建立医疗责任保险制度的规范性文件^[2],探索在取得部分成效的同时也显露出进展慢、覆盖率低等问题。2014 年 7 月 9 日,国家多部门联合印发了《关于加强医疗责任保险工作的意见》,提出到 2015 年底前,全国三级公立医院参保率应当达到 100%;二级公立医院参保率应达到 90% 以上。

1 材料与方 法

1.1 材料 收集重庆市医疗责任保险相关政策文件与总结报告,了解重庆市医疗责任保险投保情况,医疗纠纷发生概况以及医疗纠纷人民调解委员会落实情况。

1.2 方法 查阅重庆市卫生行政部门 2012~2013 年医疗纠纷和医疗责任保险参保统计资料。通过与访谈对象的深入交流,了解重庆市卫生行政部门和保险监督部门相关直接负责人对医疗责任保险实施过程中的想法、问题及建议。

2 结 果

2.1 医疗责任保险政策情况 从 2010 年起,重庆市政府先后出台《关于印发大力发展责任保险实施意见的通知》和《重庆市医疗纠纷处置办法》,明确将医疗责任保险纳入医疗纠纷人民调解机制。2011 年,重庆市卫生行政主管部门和重庆保监会联合下发了《关于在全市二级以上公立医疗机构统一推行医疗责任保险的通知》,决定在全市公立医疗机构统一推行医疗责任保险。

2.2 重庆市医疗纠纷现状 重庆市拥有丰富的医疗卫生资源,全市共有医疗卫生机构 18 923 家,有公立医院 281 所,民营医院 250 家,2013 年该市总诊疗人次为 13 860 万人^[3]。在拥有如此丰富的医疗资源的情况下,重庆市各医疗机构所面临的医患纠纷数量也同样巨大^[4]。重庆市卫生行政部门统计资料显示,全市 2012~2013 年医疗纠纷发生起数为 5 540 起,赔偿额度高达 2 217.69 万元,2013 年比 2012 年医疗纠纷发生起数增加 48 起,赔偿额度降低了 12.2%。

2.3 重庆市医疗责任保险现状 重庆市于 2003 年开展推广农村医疗责任保险,2011 年成立了重庆市医疗责任保险领导

小组,并建立了重庆市医疗机构责任保险工作联席会议制度,由辖区内二级及以上医疗机构推选代表单位共同组成联席会议成员共 28 家医疗机构组成^[5]。同时,引入了某保险公司成为全市医疗责任保险工作的保险经纪人,免费为各医疗单位服务,具体负责保险合同的拟定、保险理赔工作等。截至 2013 年底,全市有 13 家产险公司开展医疗责任保险业务,包括人保财险、天安保险、中华联合财险、阳光财险等。业务范围覆盖全市 28 个区县,3 188 个医疗机构参加了医疗责任保险,风险保障金额达 2.5 亿元^[6]。医疗责任保险在化解医患纠纷、维护医疗机构正常工作秩序方面,发挥了积极的作用。

2.4 初步建立起调赔结合的医疗纠纷处理机制 目前全市 38 个区县均成立了医疗纠纷人民调解委员会,使医疗纠纷第三方调解和第三方赔付互相补充,初步建立起第三方调解和第三方赔付相结合的医疗纠纷处理机制。以江津区为例,其与某保险机构探索性地创建了以农村医疗责任保险为重点的医疗责任保险,其特点为低保额、低保费和协商处理医疗纠纷^[7]。该区医疗纠纷人民调解委员会有专用的接待场所和专职的调解员。经过 10 年的探索,江津区农村医疗责任保险已实现了所有镇街卫生院的全覆盖,通过第三方调解和医疗责任保险共同化解医疗纠纷,实现了患者、医疗机构、政府“三满意”。

3 讨 论

3.1 整体投保数量低,保险政策不全面 在重庆市统一推行医疗责任保险以来,参保医疗责任保险的医疗机构逐年增加,赔偿的金额也有所降低,但是全市投保医疗责任险的医疗机构仍是少数。2013 年投保医疗责任保险的医疗机构仅占全市医疗卫生机构的 16.85%。主要原因在于重庆市推行的仍是以自愿为基础的医疗责任保险,部分医疗机构都处于观望的状态。并且是在二级以上公立医疗机构推行医疗责任保险,对于基层医疗机构和民营医疗机构并没有积极的政策导向。基层医疗机构的医疗资源远不及二、三级医院,虽其负责提供的是常见病、多发病的诊治,然而医疗纠纷的发生率并不低。另一方面,重庆市民营医疗机构数量逐渐增加但质量良莠不齐,以致医患双方产生纠纷的概率相比其他医疗机构较高。

3.2 市各级各类医疗机构投保情况不平衡 重庆市目前共有二级医院 115 家,三级医院 22 家^[3]。据重庆市卫生行政部门的统计,2013 年各保险公司共承包 77 家医院医疗责任保险,占全市该级医疗机构数量的 56.20%。但这 77 家医疗机构主要为二级医院,三级医院较少。三级医院是集医疗、教学、科研

* 基金项目:重庆市科技攻关计划项目(cstc2010ggcx001)。 作者简介:卢宇(1989—),在读硕士,主要从事卫生事业管理研究。 △ 通讯作者, Tel:13808320812; E-mail:dengshixiong1963@163.com。