医院成本控制研究室系列丛书

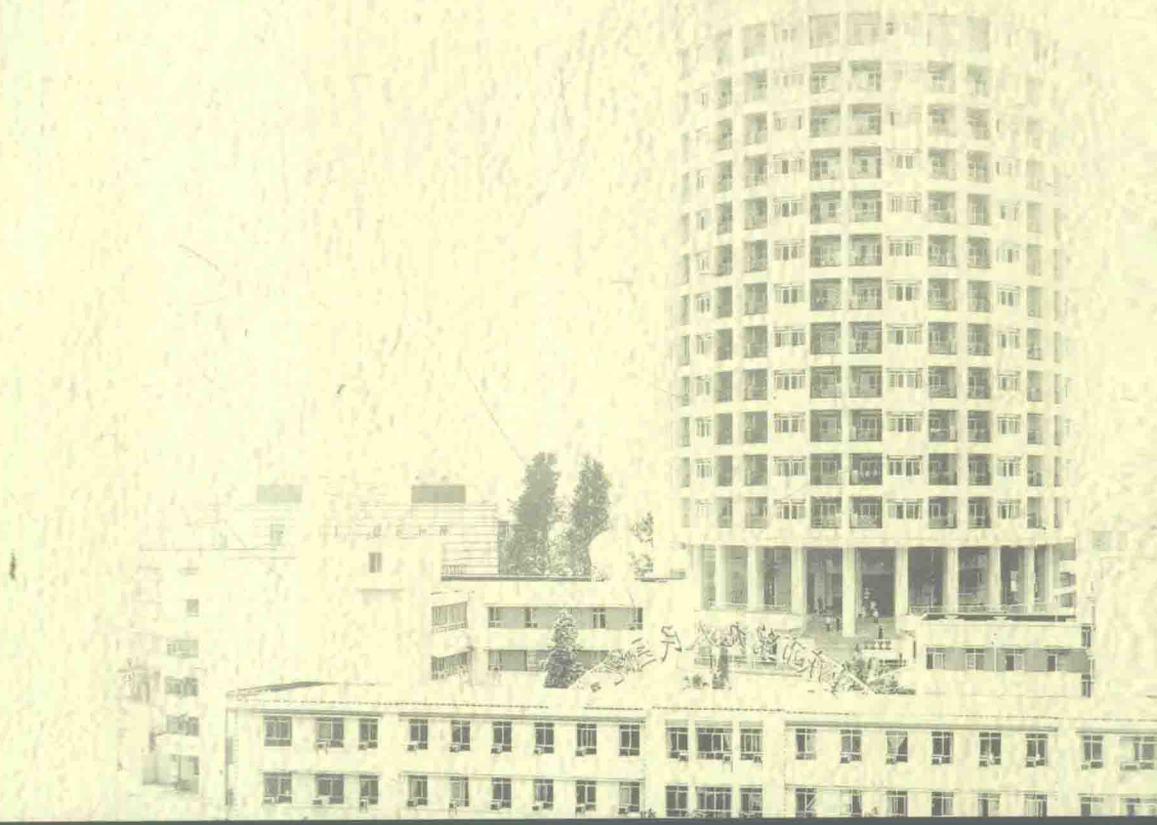
平衡计分卡在医院管理中的理论与实践

BSC（Balanced Scorecard）

Theory and Practice in Hospital Management

重庆市第九人民医院医院成本控制研究室 编

总主编 张培林



西南师范大学出版社

国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

平衡计分卡在医院管理中的理论与实践

PINGHENG JIFENKA ZAI YIYUAN GUANLI ZHONG DE LILUN YU SHIJIAN

ISBN 978-7-5621-6717-4

9 787562 167174 >

定价：55.00元（平装）
80.00元（精装）

医院成本控制研究室系列丛书

平衡计分卡在医院管理中的理论与实践

BSC (Balanced Scorecard)

Theory and Practice in Hospital Management

重庆市第九人民医院医院成本控制研究室 编

总主编 张培林



西南師範大學出版社

国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

图书在版编目(CIP)数据

平衡计分卡在医院管理中的理论与实践 / 重庆市第九人民医院医院成本控制研究室编. -- 重庆 : 西南师范大学出版社, 2014.4
(医院成本控制研究室系列丛书)
ISBN 978-7-5621-6717-4

Ⅰ. ①平… Ⅱ. ①重… Ⅲ. ①医院－管理 Ⅳ. ①R197.32

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第056948号

平衡计分卡在医院管理中的理论与实践

PINGHENG JIFENKA ZAI YIYUAN GUANLI ZHONG DE LILUN YU SHIJIAN

重庆市第九人民医院医院成本控制研究室 编

责任编辑：黄璜 畅洁
封面设计：尚品视觉 周娟 尹恒
出版发行：西南师范大学出版社
重庆·北碚 邮编:400715
网址:www.xscbs.com
邮 编：400715
经 销：新华书店
印 刷：重庆紫石东南印务有限公司
开 本：787mm×1092mm 1/16
印 张：21
字 数：400千字
版 次：2014年4月第1版
印 次：2014年4月第1次印刷
书 号：ISBN 978－7-5621-6717-4

定 价：55.00元(平装) 80.00元(精装)

本书以首届中国医院协会医院科技创新奖(国家科学技术部备案)获奖项目“中国公立医院平衡计分卡战略绩效管理系统”相关研究成果为主体内容编写而成。





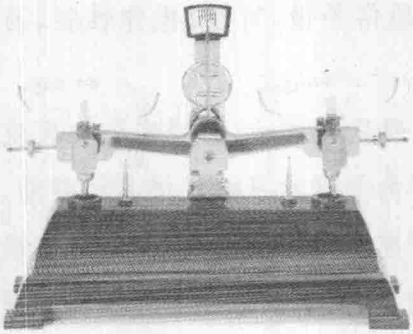




编委会

丛书总主编 张培林（重庆市第九人民医院）

本册主编 张培林（重庆市第九人民医院）
副 主 编 赵忠涛（上海瑞金医院）
郝秀兰（中国医院杂志）
冯泽永（重庆医科大学）
杨 春（重庆金算盘软件有限公司）
刘 宪（重庆市第九人民医院）
主 审 许树强（中日友好医院）
副 主 审 徐卫国（上海新华医院）
编 者（排名不分先后）
张培林 刘 宪 龙 攀 谢文义 王 毅 王 樟 颜维华
朱秀芳 朱小玲 郑万会 苏 琦 张娅莉 高小玲 周玉福
程 伟 张开明 成小曼 秦 蓁 路晓钦 潘金国 杨俊刚
李昌平 刘 杰 沙 琳 张 云
（重庆市第九人民医院）
李春菊
（四川省绵阳市中心医院）
冯泽永 张明昊 王亚晟
（重庆医科大学）
郝秀兰
（中国医院杂志）
杨 春 肖 笃
（重庆金算盘软件有限公司）



XUYAN 序 言

在当前我国的医院改革中，基层医院的管理改革尤为艰难，需要更多的理论与实践、思维与方法的创新与探索。重庆市第九人民医院（以下简称重庆九院或九院）在全国率先将平衡计分卡运用在医院管理领域，并取得良好成效。同时将研究成果广泛推广，为促进我国医院管理理论与实践的科学发展，以及社会经济发展做出了贡献。

2004年，重庆市第九人民医院将平衡计分卡（BSC）应用于医院管理的理论与实践，在全国首创公立医院“平衡计分卡战略绩效管理系统”。将平衡计分卡这一管理工具，创新运用于医院管理的各个不同领域和层面，从医院生存发展战略的规划到具体管理指标的制定；从临床、医技、职能科室的管理模式的研究到运用于规范化科室考评的实践；从具体的管理行为到相关课题深入开展的理论与实践探索，其作为重庆九院医院成本控制研究室的重要研究成果之一，不仅成为近几年推动该院高速发展的重要软实力之一，还荣获中国卫生经济学会全国招标课题三等奖。2010年12月，该研究成果又荣获首届中国医院协会医院科技创新奖的殊荣。为更好地促进该成果的推广，2009年10月，重庆九院成功主办了国家级继续医学教育项目“平衡计分卡在医院中的理论与实践”研讨培训班，受到了来自全国各地的院长和代表们的好评。此外，该院与重庆金算盘软件有限公司合作开发的管理软件已向数百家医院推广应用。

重庆九院现将十余年使用BSC管理医院的经验与思考撰写成书，本书呈

现如下特色：内容新颖、独到；逻辑清晰、严密；通俗易懂、可读；操作性强、易学，相信一定会对广大的医院管理者有所裨益。

本书是重庆九院“医院成本控制研究室”系列丛书之一，希望在公立医院深化改革的过程中，本书能够为提高医院管理者的管理水平提供借鉴和帮助，更期待以张培林教授为代表的“医院成本控制研究室”团队将丰富的基层实践经验不断升华为医院管理理论，耕耘出更多的好作品，奉献给我国的医院管理事业，以丰富和促进中国医院管理理论与实践的创新与发展。愿通过我们白衣战士的不懈努力，为实现中华民族复兴的“中国梦”中卫生健康之伟大目标，不断做出我们新的贡献。

卫生部原副部长

中国医院协会名誉会长



QIANYAN 前 言

时光荏苒，岁月如梭。转瞬间，本人担任重庆市第九人民医院院长已有15载历程，加上数年担任当地卫生局局长和重庆市卫生经济学会会长的磨砺：

深刻体会了公立医院在公益性、市场性和福利性的“三明治”现状中生存与发展的困惑和挑战；

亲身经历了重庆九院在“三缺”（缺人才、缺品牌、缺资金）和“三无”（无区域优势、无政策优势、无经济优势）背景下改革与创新的砥砺与奋进；

也十足品味了在成本可支撑的前提下，如何抓住机遇？如何选准方法？如何最大限度地激发员工潜能？……带领全院职工在改革创新进程中的艰辛与快乐；

更收获到了采用平衡计分卡理念管理医院，从而促使医院高速可持续发展的硕果和喜悦。

……

而今，新医改的序幕早已拉开，处于深水区的公立医院改革更期待着无数的弄潮儿不断上下求索……

为此，本人和“医院成本控制研究室”团队成员特将十余年来重庆九院运用平衡计分卡管理医院的心路历程撰文成书，本书分成两大章，前章概述了平衡计分卡的基本内容和框架体系，并重点阐述了与平衡计分卡管理相关的重要卫生经济问题，其中有些是我们的独自学术见解。第二章则是结合医院管理实践与专项工作进行实际操作编著。本书为从方法学角度探讨利用平衡计分卡管理医院的实践之作，现将其具有的可复制性、可借鉴性和可操作性等特点内容自诩如下：

其一，质量与安全是医院的生命线。九院从2004年开始创建“规范化科室”，以科室质量与安全为目标，以持续改进为切入点，以量化管理为抓手，但目标、切入点、抓手都绕不开如何量化均衡，如何有所为有所不为，如何权重细分，这样，将平衡计分卡与创建“规范化科室”结合就成了极有意义的选择。

其二，本书紧扣中国公立医院成本现状，以如何解决医院经营发展中面临的困难为切入点，重点剖析通过平衡计分卡如何将政府目标、医院责任、病人要求、员工利益有机结合起来，并达到“目标—任务—考核—发放”四维的动态平衡。这种方式对于大多数医院管理者有可复制性。

其三，本书抓住新医改进程中不可回避的我国卫生总费用占GDP的目标，政府、社会、个人在卫生费用中的比重，转移支付在卫生财力与卫生事权中的作用，投供方还是供需方，基本医疗与非基本医疗，公立医院的刚性支出等重要卫生经济问题进行剖析，对于不同类型的医院等均具有可借鉴性。

其四，本书所言虽以重庆九院为个案，但如何根据内外环境分析战略目标；如何将战略目标分解到具体的行动；如何找准关键性指标；如何结合临床、医技和行政职能科室的特点建立相应的考核指标体系；并就医疗保险、医疗设备、社区卫生服务、健康教育等单项工作管理进行逐一分析，尽可能全面地向读者展现如何运用该工具管理医院。其条理清楚，逻辑严密，具有较强的可操作性。

其五，本书虽以平衡计分卡理念贯穿于始终，但具体操作中，还综合应用其他管理方法，如运用目标管理法来设立相应指标的权重参考值；用关键业绩指标法寻找关键性指标；用360度考评来检测指标设置的全面性等。因此，本书实际上是以平衡计分卡为主线，从实践的可行性、可量化性出发，结合中国医院实情综合运用了多种管理方法。

前言行书于此，感激之情油然而生：

感谢中国卫生经济学会、中国医院管理协会、中国健康促进与教育协会医院分会的领导和重庆市卫生局规财处及各位同行们对撰写本书的指导，领导和专家们在全国重要学术会议上的报告为本书的战略目标的选择和制定提供了重要依据和方向，扩展了本书的适用空间。

感谢中日友好医院许树强院长、上海新华医院徐卫国院长分别担任本书的主审、副主审，他们严谨把关，对本书内容及文字进行了仔细的审核，并提出了中肯的建议。

感谢重庆医科大学的博士生导师冯泽永教授、第三军医大学博士生导师陈俊国教授、重庆金算盘软件有限公司的高级会计师杨春总裁……他们为本书的逻辑构架及相关章节编写所提供的大力支持。

感谢和我一起奋斗的重庆九院的全体员工，尤其是重庆市医学重点研究室——医院成本控制研究室的同事们，他们不仅与我共同度过了一步一层障碍、一步一个脚印的改革与创新的艰难岁月，更是同我一道经历了夜以继日的奋笔疾书，不断总结与提炼管理心得的心路历程。

总之，本书紧扣中国实情，着重实用性的介绍，寄期能为各级各类医院管理者、医学高等院校师生、政府机关及其他企事业单位管理者提供有益的借鉴。

虽经四载春秋，反复推敲，数十次易稿，但仍是忐忑面世，永求批评与建议，先行诚谢。

2013年10月 于重庆

第一部分　平衡计分卡概论

第一章　平衡计分卡的起源与发展 …… 002
第一节　平衡计分卡的起源 …… 002
第二节　平衡计分卡的发展 …… 004
第二章　平衡计分卡的基本理论 …… 006
第一节　平衡计分卡的框架与维度 …… 006
第二节　平衡计分卡的特点与贡献 …… 007
第三章　平衡计分卡在国内外医院的应用现状 …… 013
第一节　平衡计分卡在国外医院应用简况 …… 013
第二节　平衡计分卡在国内医院应用简况 …… 015
第四章　与实施平衡计分卡管理密切相关的一些重要的卫生经济问题 …… 018
第一节　中国卫生总费用占GDP多少合适 …… 018
第二节　个人、社会、政府各自的费用占卫生总费用比的思考 …… 025
第三节　转移支付在财力与卫生事权中的作用 …… 047
第四节　投供方还是补需方，目前复杂且纠结 …… 050
第五节　基本医疗卫生服务与非基本医疗卫生服务 …… 057
第六节　诊疗服务价格和新财务制度如何让“公立”医院“责权利”对等 …… 060
第七节　面对公立医院的各项刚性支出，政府对公立医院投入是否应尽早纳入严格目标考核 …… 070
第八节　“三高、三低、三中”三类医院的经营分析 …… 073
第九节　公立医院中充满矛盾与困惑的重大卫生经济问题 …… 077
第十节　卫生经济问题也是整个社会的问题 …… 081

第二部分　重庆市第九人民医院应用平衡计分卡的理论与实践

第五章　平衡计分卡在医院管理中的整体思考 …… 090
第一节　平衡计分卡引入医院管理中的整体思考 …… 090
第二节　平衡计分卡实施的步骤、要点与难点 …… 092
第六章　医院平衡计分卡指标体系创建的理论与实践 …… 096
第一节　医院平衡计分卡指标体系简介 …… 096
第二节　平衡计分卡指标体系的创建 …… 097
第七章　创建平衡计分卡指标体系常用方法简介 …… 120
第一节　指标体系建设及德尔菲法(Delphi Method)的应用 …… 121
第二节　指标体系权重设置及层次分析法的应用 …… 123
第八章　医院层面设置平衡计分卡的要点 …… 131
第一节　医院平衡计分卡设置思考 …… 132
第二节　医院平衡计分卡指标体系设置 …… 133
第三节　案例介绍 …… 135
第九章　临床科室设置平衡计分卡的要点 …… 140
第一节　医院与临床科室的平衡计分卡关系 …… 140
第二节　临床科室平衡计分卡指标体系的设置 …… 140
第三节　案例介绍 …… 143
第十章　医技科室设置平衡计分卡的要点 …… 148
第一节　医院与医技科室的平衡计分卡关系 …… 148
第二节　医技科室平衡计分卡指标体系的设置 …… 149
第三节　案例介绍 …… 152
第十一章　行政职能科室设置平衡计分卡的要点 …… 156
第一节　医院与行政职能科室的平衡计分卡关系 …… 156
第二节　行政职能科室平衡计分卡指标体系的设置 …… 157
第三节　案例介绍 …… 160
第十二章　个人层面平衡计分卡应用初探 …… 166
第一节　个人与科室的平衡计分卡关系 …… 166
第二节　个人平衡计分卡指标体系设置思考 …… 167
第三节　个人平衡计分卡指标体系设置及案例 …… 168

第十三章　平衡计分卡与医院人力资源管理 …… 175
第一节　平衡计分卡在医院人力资源管理中的运用现状 …… 175
第二节　平衡计分卡用于医院人力资源管理中的依据与思考 …… 177
第三节　建立适合自身特色的平衡计分卡指标体系 …… 180
第十四章　平衡计分卡与绩效管理 …… 181
第一节　时代背景 …… 181
第二节　引入平衡计分卡前我院在绩效工资方面所做的改革尝试… 183
第三节　引入平衡计分卡后我院在绩效工资方面所做的改革尝试… 187

第三部分　平衡计分卡在其他工作中的应用初探

第十五章　平衡计分卡应用于社区卫生服务的
理论与实践研究 …… 198
第一节　我国社区卫生服务现状简介 …… 198
第二节　重庆市第九人民医院兴办社区卫生服务中心简况…… 200
第三节　应用平衡计分卡对社区卫生服务进行绩效考核管理 …… 200
第四节　应用平衡计分卡对社区卫生服务进行成本与效果
控制管理的研究 …… 207
第十六章　平衡计分卡在医院健康教育与健康促进上的应用… 216
第一节　我国健康教育现状简介 …… 216
第二节　重庆市第九人民医院健康教育工作简况 …… 218
第三节　应用平衡计分卡对医疗机构健康教育进行考核管理 …… 220
第四节　思考与建议 …… 227
第十七章　平衡计分卡应用于医院医疗保障的
理论与实践研究 …… 229
第一节　我国医疗保障建设现状简介 …… 229
第二节　平衡计分卡在重庆市第九人民医院医保方面的应用 …… 232
第三节　应用平衡计分卡对医疗机构的医保绩效进行考核管理 … 232
第四节　应用平衡计分卡对新农合进行绩效考核管理的研究 …… 239
第五节　总结与思考 …… 242

第十八章　平衡计分卡应用于医院文化建设的
理论与实践研究 …… 245
第一节　我国医院文化建设现状简介 …… 245
第二节　重庆市第九人民医院医院文化建设简况 …… 246
第三节　平衡计分卡在医院文化建设中的应用 …… 247
第四节　平衡计分卡在医院文化建设中的作用 …… 253
第五节　总结与思考 …… 258
第十九章　平衡计分卡在医疗装备全成本核算管理中的应用… 261
第一节　我国医疗装备发展背景与现状 …… 261
第二节　医疗装备管理简况 …… 262
第三节　引入平衡计分卡对医疗装备进行管理的理论与实践研究… 263
第二十章　平衡计分卡管理信息系统的构建与应用初探 …… 269
第一节　平衡计分卡管理软件现状分析 …… 269
第二节　平衡计分卡管理软件的总体构建思路 …… 270
第三节　利用平衡计分卡管理软件描绘战略地图 …… 275
第四节　利用平衡计分卡管理软件实现运营监控 …… 291
第五节　利用平衡计分卡管理软件进行绩效考核 …… 300
第六节　平衡计分卡管理软件的其他作用 …… 304
附录一:德尔菲法专家咨询表 …… 305
附录二:重庆市第九人民医院临床科室指标权重设定 …… 311
附录三:重庆市第九人民医院行政职能科室问卷 …… 317



第一部分
平衡计分卡概论

平衡计分卡(Balanced Scorecard,简称BSC)是由美国哈佛商学院的教授罗伯特·S.卡普兰(Robert S. Kaplan)和复兴全球战略集团的创始人兼总裁戴维·P.诺顿(David P. Norton)在1992年提出、并不断完善发展的管理理论。

平衡计分卡是以信息流为基础,突破单纯以财务指标考核的局限性,系统地把财务、客户、内部流程及学习与发展四个维度的业绩指标和指标相互驱动的因果关系权衡评价,展现组织管理的战略表达轨迹,动态地实现绩效考核——绩效改进和战略实施——战略修正的战略目标实现过程。

平衡计分卡自诞生之日起就显现出了强大的生命力,《财富》杂志评论公布的世界1,000强公司中,有70%的公司使用了平衡计分卡系统。1997年,平衡计分卡在医疗卫生系统开始应用,从绩效管理逐渐扩展战略管理以及国家、区域性医疗卫生机构的宏观管理。《哈佛商业评论》将其评为"75年来最具影响力的战略管理工具"。

第一章 平衡计分卡的起源与发展

CHAPTER 1

第一节 平衡计分卡的起源

1987年，美国模拟器件公司(ADI Analog Devices, Inc.)按照惯例进行公司五年一次的战略方案调整，与以往不同的是，公司决策层不仅注重了制定过程的本身，还希望将战略落实到日常管理中来推动战略的执行。制定过程中他们改变了过去那种长达几十甚至几百页战略文件的形式，将全部的战略文档资料精简到几页纸的范围。在确定了公司重要利益相关者(股东、员工、客户、供应商和社区)的前提下，将公司的使命、价值观、愿景与利益相关者的“利益”要求结合，分别设定相关战略目标和明晰的战略重点。为确保战略目标及特别战略重点目标的实现，ADI推行了一个名为“质量提高”的项目(Quality Improvement Process，简称QIP)。在该项目进行的同时，ADI将战略目标实现的关键成功要素转化为年度经营绩效计划，成为该公司的一种管理表达的“计分卡”形式(见表1-1)。

在ADI实施全面质量管理的过程中，公司为推行作业成本法(Activity Based Costing，简称ABC)，特地邀请部分管理学者参与，哈佛商学院的教授罗伯特作为作业成本法的创始人之一也在受邀者之列。在帮助ADI公司推行ABC的过程中，罗伯特教授发现了ADI的计分卡：“这个计分卡除了具备传统的财务指标外，还包括客户服务指标(主要涉及供货时间、及时交货)、内部生产流程(产量、质量和成本)和新产品发展(革新)……”

1990年，毕马威会计师事务所(Klynveld Peat Marwick Goerdeler，简称KPMG)的研究机构诺兰诺顿(Nolan Norton Institute)资助了一项为期一年的“未来的组织业绩”项目。诺兰诺顿的CEO戴维担任项目负责人，哈佛商学院教授罗伯特任学术顾问，有美国标准石油(American Standard Oil)、苹果电脑(Apple Computer)、南方贝尔(Bell South)、通用电气(GE General Electric)、杜邦(DuPont)、惠普(Hewlett-Packard)等12家全球知名企业参加了这项研究。随着研究的进行，项目注意力被

集中在ADI的计分卡上，ADI负责质量改进与生产力的副总裁阿特·斯奈德曼(Art Schneiderman)也参加研讨并介绍ADI计分卡经验。围绕着ADI的计分卡与绩效考核的研究深入扩展，在财务、客户、内部、学习与创新四个独特的方面，形成了一个新的衡量系统："平衡计分卡(Balanced Scorecard)"。将其在几家参与研究的企业进行试验，就其在企业内的接受程度，进行状况分析，形成可行性和实施效益系统报告。研究项目结束形成的研究结果，1992年2月在《哈佛商业评论》上发表了《平衡计分卡——驱动业绩的指标》。平衡计分卡由此正式诞生。

表1-1 ADI的计分卡

	财年××年		第一季度		第二季度		第三季度		第四季度	
	标杆	实际	标杆	实际	标杆	实际	标杆	实际	标杆	实际
财务指标										
资本收益率										
营业收入增长										
利润										
……										
客户服务										
及时交货										
供货时间										
次品率										
……										
内部										
生产周期										
流程错误率										
产能										
……										
新品开发										
新品导入										
新品订货量/率										
员工流动比率										
……										



第二节 平衡计分卡的发展

《平衡计分卡——驱动业绩的指标》发表后，其具有的传统的财务会计模式评价常常只能衡量过去发生的事项，无法对企业的事前、事中进行评估。平衡计分卡依照财务、顾客、流程、学习与成长四个维度将组织的战略愿景诠释，既能从传统上衡量财务绩效，又兼顾了促成实现财务目标的驱动因素衡量，以衡量指标与其量度作为语言，从而把组织的使命和策略转变为一套前后连贯的系统考核体系，把复杂笼统的概念转化为具体的目标，并能寻求财务与非财务、短期与长期、内部与外部等方面的平衡，同时，也兼顾管理的特点，得到企业界的关注。应企业的邀请和要求，企业内部开始实施平衡计分卡，罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿在这些企业实施平衡计分卡的过程中又进一步总结和研究发现：平衡计分卡不仅仅是一个改良的绩效衡量系统，更显示了其对于企业战略的诠释、沟通、实施的战略管理潜力。

1993年10月，罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿在《哈佛商业评论》发表了第二篇关于平衡计分卡的重要论文《在实践中运用平衡计分卡》。在这篇文章中他们明确指出企业应当根据企业战略实施的关键成功要素来选择绩效考核的指标，同时还应该向流程进行改进和进行新流程的设定递进，以促进战略与执行的吻合。平衡计分卡的理论研究和实践发展由此上升成为企业的战略管理系统。这是平衡计分卡的第二个重要里程碑。

在这以后，多家大型企业的平衡计分卡实施应用中，都把平衡计分卡当作重要管理流程的核心组织计划，形成制订战略目标（个人、团队）、薪酬制度、资源分配、预算编制以及战略反馈和学习的系统管理工具。罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿进一步总结了平衡计分卡的这些理论与实践内容，在1996年2月的《哈佛商业评论》上发表了第三篇文章：《平衡计分卡在战略管理系统中的应用》。

自1993年罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿将平衡计分卡延伸到企业的战略管理系统之后，平衡计分卡开始得到全球企业界的广泛接受与认同，越来越多的企业在平衡计分卡的实践项目中受益，同时平衡计分卡的应用还延伸到非营利性的组织机构中。

在众多企业的实践应用中，源源不断的丰富而详尽的实施经验和希望使进一步了解如何建立并实施平衡计分卡的信息渴求日益增多。1996年，罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿写出了有关平衡计分卡的第一部著作《平衡计分卡——化战略为行动》（*The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*）。此书将之前已经

发表的三篇文章进行总结，并更为详尽地描述了如何把战略分解为行动方案的可操作内容。

2001年，随着平衡计分卡在全球的风靡，罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿在总结众多企业成功实践应用平衡计分卡的基础上，又出版了他们的第二部关于平衡计分卡的专著《战略中心组织》(*The Strategy-Focused Organization*)。该著作指出企业可以通过平衡计分卡，依据公司的战略来建立企业内部的组织管理模式，要让企业的核心流程聚焦于企业的战略实践。此著作的出版，标志着平衡计分卡开始成为组织管理的重要工具。

中国国内对平衡计分卡的理论研究始于20世纪末。1998年王丙飞、温新年等翻译了罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿的第一部著作《平衡计分卡——化战略为行动》，以“综合计分卡”的称谓向我国管理学和企业界介绍了罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿的这一管理理论。以后有多位学者先后对罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿在《哈佛商业评论》上发表的三篇文章、两部有关平衡计分卡的著作和Paul R. Niven在2002年编著的“*Balanced Scorecard Step-By-Step*”等进行了翻译和编著，全面而详细地介绍了平衡计分卡原理和应用。2003年、2004年罗伯特·卡普兰教授先后在我国的北京、上海举行了“平衡计分卡”的公开课。所有这些工作，推动了我国对平衡计分卡的认识和应用。

（作者：龙攀　王樟）

第二章　平衡计分卡的基本理论

CHAPTER 2

第一节　平衡计分卡的框架与维度

平衡计分卡将企业依据不同阶段及其内外环境的实际情况所制定的战略愿景及目标，按照财务、客户、内部流程和学习与成长四个维度进行分解，以财务维度为核心内容，在四个维度建立相关的指标评价体系，根据目标达成的具体需要进行相应的权重赋值，对相应资源按照要求进行配置，从而形成一套完整的、可动态调整的战略目标执行计划及其业绩评价系统（见图2-1）。

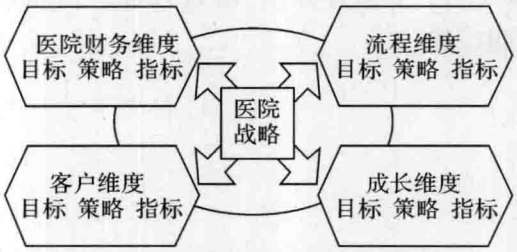


图2-1 平衡计分卡的框架体系表达

一、财务维度

财务维度是平衡计分卡体系的核心维度。尽管各单位或机构的经营战略有所不同，但效益的最大化是企业（机构）及其经营者始终追求的目标。就经济效益而言，其主要就是以财务指标进行表达，无论哪一个战略目标，哪一种执行方案，财务维度的效益结果指标就是绝对的关键性指标。因此平衡计分卡的四个维度是一个以财务维度为核心，与另外三个维度内容寻求相互驱动、逻辑因果、支撑发展，最终实现效益收获的动态管理体系。

二、客户维度

企业得到效益的好坏取决于对市场、客户的占领高低，对市场、客户的占领高

低取决于为客户需求创造的满意程度和价值程度。从技术、质量、服务、品牌、文化上满足客户的需求，为客户创造更多的价值，才能在竞争中获得优势，才会获得市场，赢得客户认可。显然，客户维度的支撑需要通过流程的优化、成本的控制、效率的增加，不断创新的产品和服务来达到。

三、内部流程维度

要达到降低成本、提高质量、改善服务、增加效能的目标，企业必须建立持续的高效内部业务流程，设计相应指标评价考核管理体系。在实施过程中，不断考察、跟踪、优化流程，产生出高质量、高效能的服务级产品，支撑企业市场竞争力，实现满足客户和企业的需要。

四、学习与成长维度

几乎每一个组织或者企业的管理理论都可以谈到，企业的核心竞争力是人力资源，这也是可持续发展的基础。而在企业的实际经营中，尤其在近期目标要求较高的时候，对企业需要兼顾学习成长进步的管理权重往往较轻。

平衡计分卡是在企业战略的基础上制定战略执行方案，明确地规定了学习与成长维度要求，把企业的近、中、远期目标要求和企业、部门及其员工学习进步相关要素综合考虑，企业不断进步就成为常态，把这样的指标作为绩效考核内容，更使得员工与企业的共有价值观统一性增加，团队凝聚力、和谐度、归属感增加，自我实现需求释放而表现为积极性增加，从而支撑其他维度工作，实现企业目标。尤其值得一提的是，在技术密集型单位本维度评价更有意义。

第二节　平衡计分卡的特点与贡献

一、多维度兼顾平衡作用

领导管理者的管理常常是多方面的和综合性的，需要考虑资金资源有效使用，业务增长带来的效益回报，市场客户需求和相关问题事件处理，竞争对手动态手段，生产或者服务流程过程中问题或者事件处理，人力资源队伍建设，新技术和新工艺采用或者研发，等等。而领导管理的艺术就是在实现目标及其过程中，有机地识别、处理和解决各种需求和问题，有效地掌控和平衡事业项目的进展。平衡与兼顾管理始终贯穿在企业的成长发展中，也贯穿在事业项目进行的过程中，也是在不断地考验着领导者的各项能力和技巧。平衡计分卡管理理论与实践体

系的应用，为企业管理提供了一种平衡兼顾的模式系统，让管理者和被管理者都能较为有效地实现企业多维度整体平衡的兼顾掌控。

（一）财务维度与其他维度的平衡兼顾

财务维度的指标如产值、利润和利润率、资产增值、成本消耗等的表达，是企业生存发展是否良好最为根本的体现。而在企业的经营管理中，随着社会经济信息的发展，单纯以财务维度的指标来评价、经营企业显然已经不适合企业管理，也不能满足企业生存发展需要。平衡计分卡从战略制定开始，其计划目标设定就兼顾到财务指标的实现和与其相关因素的驱动、支撑、逻辑关系，并分别在市场、客户、竞争，流程、效率、质量，企业单元人力资源、水平发展等多维度、多因素中合理体现，使得企业在实现战略目标过程中，不仅有财务业绩增长，也有其他维度相关指标的进步，使企业得到均衡的发展。

（二）财务指标与非财务指标的平衡兼顾

财务指标作为结果性指标，在目标实现过程中对于管理而言常常是滞后信息，在经营管理过程中，需要对支撑、驱动财务指标实现的一些非财务指标进行掌控。平衡计分卡管理体系的四个维度相互关系作用指标体系的设定，利于管理者通过对驱动性指标的反应，可随时分析处理计划执行过程中的种种情况，避免了结果性指标滞后信息的表现状况，增强了事中控制力度，达到了财务指标与非财务指标之间的兼顾平衡，实现目标得以保证。

（三）短期目标与长期目标的兼顾平衡

在目前知识信息经济时代，企业抓住有效信息，设立对短期目标的追求是常见之举。同时长期目标又是靠一个个短期目标组合、分步实现构成。如何在实现短期目标中，保障企业长期战略目标不受影响？对于战略计划制定，平衡计分卡通过四个维度的分析和动态调整，能够有机地结合、兼顾平衡短期目标与长期目标的各自资源需求，不仅实现阶段性战略计划，也保障了长期战略计划效益。

（四）共有价值观建立的兼顾平衡

企业内部共有价值观形成的主要基础之一是岗位平台和相应有效的绩效考核。马斯洛的需求理论已经告诉我们，自我实现是最高层次的需求。把员工追求个人实现与企业目标相结合，是实现共有价值观的最佳途径与办法。依据企业战略而制定的平衡计分卡，在不同的层面级别上，分别科学地设置了财务、客户、流程和学习与成长四个维度的管理、评价和考核体系，使得员工在其岗位平台上为

自我实现、成长的过程中，实现了企业价值观的统一。同样在实现企业价值观的同时，客户、市场维度的兼顾，也构成了客户与企业的良好关系。通过流程再造、效率和效益的兼顾表达，也使得一线员工和二线员工（一线班组与二线班组）通过这种概念下的岗位平台设置和绩效考评，达到群体之间利益平衡兼顾，形成员工与企业共有价值观趋于一致。

二、PDCA管理循环

PDCA管理循环显示了企业管理发展过程。平衡计分卡的战略地形图显示了企业战略发展相关因素关系；其在财务、客户、流程和学习与成长的四个维度对战略目标的实施指标评价设置，以其逻辑互动支撑的因果关系则更好地演绎了平衡计分卡的管理循环实现目标过程。良好的财务指标是企业的追求和生存发展的保障，要获得这样的财务指标，须有市场客户的占领，须以满足客户价值需求的服务来保证；改善内部流程，提高效率，降低成本是提供良好服务的基础；而企业及其员工通过学习成长提高素质是执行这种过程的动力（见图2-2）。

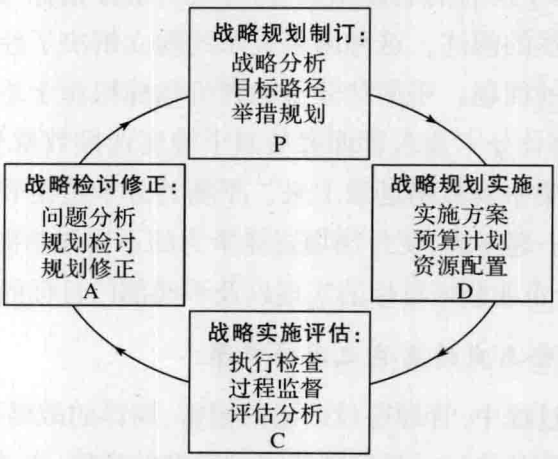


图2-2 平衡计分卡战略管理循环图示

三、战略管理

企业战略管理包括了：战略计划制订、战略计划实施、战略实施控制、战略实施调整的PDCA过程。

平衡计分卡把这一过程通过四个维度进行战略愿景具体分解，构成了由企业愿景→整体战略→局部战略→目标指标设置→组织实施→绩效考评→反馈调整的企业战略管理及其执行体系。

平衡计分卡通过全面系统的战略描述，制定详细的战略计划；通过具体目标

和指标的设定与实现过程，完成战略的实施；通过实施系统的绩效考评，履行战略控制职能；通过信息反馈和企业长短期目标的调整，及时修订战略目标，实现企业管理循环。从而将抽象的战略细化为财务、客户、内部流程、学习与成长四个具体、全面、可操作的战略管理系统，有助于企业及其员工在有着清晰目标、方向的情况下，思路明确地实现战略管理计划。

四、平衡计分卡的贡献

（一）全面的业绩评价系统

平衡计分卡是一套能使高层管理者快速而全面地考察企业的业绩评价系统。平衡计分卡从财务、客户、内部流程、学习和成长四个维度来评价企业的业绩。财务指标是企业追求的结果，其他三个方面的指标（非财务指标）是取得这种结果的动因。非财务指标不是对财务指标的取代，而是对财务指标的补充。平衡计分卡中的非财务指标是在考虑股东以外的其他利益相关者目标的基础上形成的，它全面地考虑了所有的利益相关者，并且对财务指标与非财务指标之间的因果关系进行了详尽的阐述。这种因果关系的建立解决了经营管理中业绩评价指标之间关系混乱的问题。平衡计分卡的评价指标根源于组织的战略目标和竞争需要。而且，平衡计分卡要求管理者从四个维度选择数量有限的关键指标，因而有助于把注意力集中到战略远景上来。平衡计分卡迫使管理者把所有的重要业绩评价指标放在一起考虑，使公司增强竞争力的不同举措同时出现在一份管理报告中，从而有助于企业整体目标的实现以及不同部门目标的协调。

（二）战略理论与战略实施之间的桥梁

在企业发展过程中，管理层设计出的精密、周详的战略是不会自动实现的，而是需要具体的实施和执行。只有战略得到有效的实施，企业才能获得真正的竞争优势，实现壮大与发展。平衡计分卡阐明并解释愿景和战略，进行增强环节间的沟通和联系，构建目标体系以及计划和结果的及时反馈，在战略制定与战略实施之间架起了一座桥梁。阐明并解释愿景和战略、制定使战略目标得到清晰的描述，确认实现战略目标的关键驱动因素，促使高层管理者与部门之间消除分歧，达成共识；环节沟通和联系能够使企业的所有员工熟悉战略和高层目标，使其局部行为方案与企业总的战略目标相一致；构建目标体系，要求管理者在财务、客户、内部业务流程和学习与成长四个维度确定“挑战性目标值”，并据此合理分配资源，进行全面而系统的管理；计划和结果的及时反馈能够使企业管理者了解战略

计划实施情况，帮助管理者检验企业战略是否可行，提示管理者及时进行战略调整。因此平衡计分卡把企业总体战略与部门局部实施方案建立成一个整体的网络系统，促使企业上下齐心协力实施整体战略。

（三）构建了管理指标因果关系链

通过对企业经济状况、社会环境、自身能力的分析，可以构建其发展战略，但如果忽视企业战略驱动指标与结果指标之间的因果联系，势必影响企业战略的实施效果。平衡计分卡把财务、客户、内部流程、学习与成长这四个维度分解成为企业战略制定的核心结果（结果指标）和业绩驱动因素（驱动指标），指标之间具有了逻辑上的因果关系，构建了战略与指标间的因果关系链，形成了因果相连、前后一致、环环相扣的指标体系。

（四）确定了企业优先改进和发展的方面

平衡计分卡从业绩驱动因素入手，首先对财务、客户、内部流程及学习与成长等方面建立合理的评估手段，确立客观的评价指标，改变了以往仅仅靠财务数据分析并寻找问题症结所在的局限性。通过一系列指标实际值与目标值之间的差异性分析，找出企业存在的薄弱环节，根据薄弱环节确定企业在实现财务目标的过程中，需要从客户目标、内部流程目标、学习与成长目标层面找到优先改进和发展的驱动因素，这样可以找出企业存在问题的真正症结，有利于企业做出优先、合理的安排。

（五）客观评估了企业的流程再造

随着市场竞争范围、竞争手段、竞争规则的不断变化，来自客户和其他方面的需求不断增加，企业战略竞争的基石不仅仅是单纯的产品和市场，还包括系统的业务流程。企业要想立于不败之地就要建立适合于自身发展的核心业务流程，通过业务流程再造来改进企业各方面的经营活动，实现为企业创造价值和为客户创造价值的目标。

业务流程再造对企业的战略促进是一个长远持续的过程，不能在短期内显现出来。传统的评估体系注重企业短期财务指标的评价，不能客观、多维度地衡量企业发展情况。平衡计分卡立足于企业战略规划，通过对企业战略驱动因素的分析、衡量，可以找出财务、客户、内部流程以及学习与成长四个方面之间的因果关系；按照因果关系，建立流程再造指标体系，利用具体指标实施前后的对比分析结果，可以综合衡量和评价企业的流程再造情况。

（六）提高了企业的整体学习能力

平衡计分卡的每个环节都涉及明晰战略、定义目标、制定指标等内容，企业管理层通过讨论战略和交换他们对战略发展的看法，可以加深他们对战略的理解，并强化对战略的认识，所以平衡计分卡的应用过程也是管理者学习的过程。

平衡计分卡通过设定战略指标，收集相关绩效数据，管理者可以根据绩效数据随时调整工作部署，让每一位员工充分了解自己的工作成绩和下一步的工作方向，达到了管理者和员工共同学习的效果。长此以往，通过相互探讨在工作中积累的经验，就会提高企业员工整体学习能力。

综上所述，平衡计分卡独具的这些优势体现了它不仅是一个评估体系，还是企业的战略管理系统，更是构成企业管理体制革新的重要基石，平衡计分卡引入到管理中必将对企业的管理体制带来根本性的变化。

（作者：张培林）

第三章　平衡计分卡在国内外医院的应用现状

CHAPTER 3

从1990年参与毕马威会计师事务所(Klynveld Peat Marwick Goerdeler,简称KPMG)的研究机构诺兰诺顿(Nolan Norton Institute)资助的“未来的组织业绩”项目的12家国际知名企业应用平衡计分卡开始,随着应用实践所得到的结果和不断丰富的理论发展及其可操作内容的发布,平衡计分卡很快在全球企业界得到接受和认同,越来越多的企业在应用中受益,使得平衡计分卡成为“75年以来最具影响力的战略管理工程”。随着平衡计分卡理论的日趋成熟,也由此逐渐延伸应用于医疗卫生系统管理。

第一节　平衡计分卡在国外医院应用简况

1995年,加拿大多伦多大学医学院的Baker GR和Pink GH在*Healthc Manage Forum*(《医院管理论坛》)上发表了“*A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals*”(《平衡计分卡在加拿大医院管理中的应用》),该文从宏观角度出发,运用BSC对医疗机构管理提出了理论框架和建立反馈系统并进行调整的内容,是较早的平衡计分卡在医院管理方面的应用阐述。[①]

1996年,美国卫生保健组织开始运用平衡计分卡进行战略管理。美国烧伤中心建立的“*Building a Balanced Scorecard for a Burn Center*”(《烧伤中心建立的平衡计分卡模式》)是适用于任何烧伤中心、烧伤服务和烧伤项目的平衡计分卡管理模式。[②]

1997年,美国的管理型医疗组织将平衡计分卡移植于医院的绩效管理,美国密歇根州的医疗机构建立了用于医疗机构的平衡计分卡管理体系,分别包含患者

① Baker GR, Pink GH.A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals[J].Health Manage Forum.1995 Winter;8(4):7-21

② Wachtel TL, Hartford CE, Hughes JA.Building a Balanced Scorecard for a Burn Center[J].Burns.1999 Aug;25(5):431-437

满意度、临床结果、卫生财政状况和成本四个维度的相关指标。[①]

1998年，美国杜克儿童医院(Duke Children's Hospital)采用平衡计分卡进行应用于整合医院医疗、学术和行政的医院经济管理，3年后，该院的病人不断增多，而每个病人的医疗成本下降约25%；同时，显著提升了顾客满意度和忠诚度；该院的医疗成本降低了3,000万美元，盈利5,000万美元。[②]美国圣迭戈州立大学的Chow CW, Ganulin D, Teknika O, Haddad K, Williamson J.等合著的"*The balanced Scorecard: a Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management*"(《促进和加强医疗机构管理的有效工具——平衡计分卡》)对医疗机构面临的人口结构的变化、病人期望值提高、政府施加的压力增大等方面进行了分析，并通过应用BSC探讨医院如何迎接挑战及相应的措施和对策。[③]美国亨利福特卫生机构的Sahney VK. 在"*Balanced Scorecard as a Framework for Driving Performance in Managed Care Organizations*"(《平衡计分卡是推动医疗机构有效管理的工具》，一文中，对平衡计分卡应用于卫生机构如何调整发展战略，如何提高绩效进行了阐释。[④]

1999年，丹麦奥尔堡大学的Niss KU发表了"*The Use of the Balanced Scorecard (BSC) in the Model for Investment and Evaluation of Medical Information Systems*"(《运用平衡计分卡作为医疗信息系统的投资和评价模式》)，该文论述了在医院的信息系统中应用平衡计分卡如何有效控制目标管理，如何协调财务、客户、流程和学习与成长维度之间的相互关系等。[⑤]

2000年，美国明尼苏达州梅奥诊所(Mayo Clinic)建立了基于平衡计分卡理论的管理系统，该系统可让领导层直接了解主要的财务指标和服务对象的状况(例如：外科病人和门诊人数……)，可分析最初和最终绩效，以此来确定发展方向。[⑥]

随着应用和研究不断发展，平衡计分卡的应用还向具体的单项管理上深入。美国伊利诺伊大学医学院生物医学和临床科学系的Graum Lich开发了用于术后

---

①姜合作.平衡计分卡在医院管理中的应用[Z].北京：军事医学科学出版社，2007

②[美]卡普兰，诺顿.平衡计分卡的致胜方略[Z].北京：中国人民大学出版社，2008

③Chow CW, Ganulin D, Teknika O, Haddad K, Williamson [J].The Balanced Scorecard:a Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management[J].Healthc Manag.1998 may-Jun;43(3):263-80

④Sahney VK.Balanced Scorecard as a Framework for Driving Performance in Managed Care Organizations [J].Manag Care Q.1998 Spring;6(2):1-8

⑤Niss KU.The use of the Balanced Score-card (BSC) in the Model for Investment and Evaluation of Medical Information Ssystems [J].Stud Health Technol Inform. 1999;68:110-4

⑥Curtright JW, Stolp-Smith SC, Edell ES. Strategic Performance Management:Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic[J]. J Healthc Manag.2000 Jan-Feb;45(1):58-68

患者管理的BSC。美国Kurt Salmon卫生保健咨询集团把BSC作为一种绩效评估的方法。[①] 瑞典Bem大学医院设计了用于麻醉部的BSC。英国人Chang LC，Lin SW，Northcott等，针对英国NHS(国家卫生服务制度)的特点，建立了基于BSC理论的国民保健制度绩效评估框架。[②] 美国北卡罗来纳大学公共卫生学院的Zelman WN，Pin GH，Matthias CB把BSC的运用与研究扩展到卫生保健方面。加拿大安大略省急诊医院开发了用于急诊护理管理的BSC。英国卫生部运用BSC，从财政状况、内部流程、顾客、学习和成长的角度，对国家卫生服务系统的"信息化战略"进行了绩效评估。荷兰卫生福利和运动部的决策者启动了一项借用BSC制定全国卫生系统绩效评价指标体系活动，目的是提高国家卫生系统的绩效水平。澳大利亚在全国范围内开发了基于BSC的医院报告制度，并相继开发了妇幼保健、精神卫生和急诊服务等专业领域的BSC。[③] 新加坡的医疗机构也采用了平衡计分卡进行管理。

第二节　平衡计分卡在国内医院应用简况

平衡计分卡的多维度关键指标及其逻辑支撑互动管理理念在国内医院也逐渐得到重视。随着平衡计分卡在国内理论界的引入，[④]国内企业也逐渐开始应用，目前大约有100多家单位使用平衡计分卡作为管理工具，如中国电信、中国冶金设备公司、联想集团等。应用中有直接使用了平衡计分卡的管理方法，也有借鉴平衡计分卡的管理理念。随着企业应用平衡计分卡效果的显现，国内医疗卫生机构也开始尝试着引入平衡计分卡对医疗卫生行业的管理研究与实践。[⑤]

2003年10月，谭醒朝发表的《医疗服务新思维——平衡计分卡理论与实务》一文，对平衡计分卡与医疗服务的关系进行探讨；[⑥] 2004年，崔总合提出了《医院平衡记分卡设计初探》，对医院使用平衡计分卡提出了初步设想和相应的平衡计分卡指标体系；[⑦] 2005年，二炮总医院的张帆等人撰写的《平衡计分卡引入医院管

① Oliveira J.The Balanced Scorecard:an Integrative Approach to Performance Evaluation[J].Healthc Financ Manage.2001 May;55(5):42-6

②Chang LC，Lin SW，Northcott DN.The NHS Performance Assessment Framework:a"Balanced Scorecard" Approach[J].Manag Med.2002;16(4-5):345-58

③Forgione DA.Health Care Financial and Quality Measures:International Call for a "Balanced Scorecard" Approach[J].J Health Care Finance.1997 Fall;24(1):55-8

④胡玉明.平衡计分卡是什么：一个管理工具的神化[M].北京：中国财政经济出版社，2004

⑤姜定维，蔡巍. BSC"平衡计分卡"保证发展[M].北京：北京大学出版社，2004

⑥谭醒朝.医院服务新思维——平衡计分卡理论与实务[J].当代医学，2003，9(10)：26-28

⑦崔总合.医院平衡记分卡设计初探[J].经济师，2004(9)：199-120

理的可行性探讨》在《中华医院管理杂志》上发表，等等。[①] 这些将平衡计分卡理论与医院管理相结合的探讨对我国医疗机构应用平衡计分卡起到了很好的引导作用。2004年，陈校云等以《基于科室绩效评价的医院奖金分配系统变革》为题介绍了将平衡计分卡引入绩效管理的研究；[②] 2005年，马进等人的《应用平衡计分卡实施医院战略管理》从战略层面探索了医院战略发展中实施执行平衡计分卡的意义；[③] 张英夫等的《平衡计分卡在医院的实施》介绍了上海曲阳医院的“院长平衡计分卡”设置及实施情况。[④] 2005年，中国卫生经济学会第六批招标课题研究报告专集介绍了重庆市第九人民医院张培林等人在该院自2004年应用平衡计分卡作为医院和科室管理的战略工具的情况，该单位是我国公立医院较早具体系统应用平衡计分卡管理的单位，[⑤] 并在2006年第5期《中国卫生经济》杂志上发表了《运用平衡计分卡对医院经营管理的改革探索》；在2008年第12期《中国医院》杂志上发表了《应用平衡计分卡建立医院管理指标体系的研究》；在2009年第1期《重庆医学》以专栏形式介绍了重庆市第九人民医院有关平衡计分卡研究与实践的系列文章：《平衡计分卡指标体系在医院成本控制中的理论与实践研究》《院、科两级平衡计分卡的建立》《科室主任应用平衡计分卡对员工绩效管理研究》《国有医院成本管理与信息化系统建设初探》《医院与企业成本控制管理的比较分析》《成本控制研究在医院发展中的战略地位与作用》《平衡计分卡对社区卫生服务成本效果控制应用研究》《平衡计分卡在医保成本控制中的应用》《基于平衡计分卡的新型农村合作医疗成本控制评价指标体系的建立》等；2009年，该院还承担了全国继续医学教育委员会的继教项目“平衡计分卡在医院管理中的理论与实践”，此外还有一系列研究成果：《平衡计分卡在护理管理中的应用》[⑥]《平衡计分卡对医院财务分析的战略作用初探》[⑦]《平衡计分卡在医疗设备管理中的应用》[⑧]等。2007年，四川省人民医院张岚等的《利用平衡计分卡建立医疗机构绩效指标及考核体系》介绍了

①张帆，刘本禄.平衡计分卡引入医院管理的可行性探讨[J].中华医院管理，2005，21(11)：736-738

②陈校云，郭泽布，杨霆，杜丽枝，李刚.基于科室绩效评价的医院奖金分配系统变革[J].中华医院管理杂志，2004，20(10)：631-633

③马进，孔巍.应用平衡计分卡实施医院战略管理[J].中华医院管理杂志，2005，21(11)：732-735

④张英夫，李萍.平衡计分卡在医院的实施[J].中国医院，2005(10)：19-25

⑤张培林.医院经济管理与成本费用控制研究[R].北京：中国卫生经济学会第六批招标课题研究报告专集，2005：641-671

⑥沙琳，刘蓉.平衡计分卡在护理管理中的应用[J].重庆医学，2010(7)：1755-1756

⑦苏琦，颜维华等.平衡计分卡对医院财务分析的战略作用初探[J].卫生经济研究，2010(7)：50-51

⑧颜维华，路晓钦等.平衡计分卡在医疗设备管理中的应用分析[J].中国医院，2012(12)：70-72

该院评价绩效的平衡计分卡考核体系及实施办法。[①]2007年《中国医院管理》杂志上发表的《黑龙江省三级综合医院绩效评价指标体系研究》是哈尔滨医科大学公共卫生管理学院张丹阳所做的黑龙江省卫生厅社会医学与卫生事业管理基金项目，文章对黑龙江省三级综合医院的绩效指标采用了平衡计分卡方法进行归类、加权、定值，有关医院对平衡计分卡的文献报告逐渐增加。[②]

2005年玉溪市人民医院魏向群等《平衡计分卡在降低剖宫产率中的运用》是较早用平衡计分卡进行临床单项工作管理的尝试。[③]2007年，重庆市第九人民医院张培林在全国医院健康教育学术研讨会上对该院采用平衡计分卡进行“健康教育效果与成本控制之间关系探索”作了大会报告。重庆九院在护理质量管理、全面成本管理、社区卫生服务绩效管理及成本效果研究、医保成本控制、新农合医疗成本控制评价指标体系、社区卫生服务模式及双向转诊、医院设备管理等领域应用平衡计分卡，涵盖了医院管理多个单项工作内容，与重庆金算盘软件有限公司合作开发的“中国公立医院平衡计分卡战略绩效管理系统”已经在全国多家医院应用。重庆市第九人民医院应用平衡计分卡的实践与研究在2010年度被中国医院协会评为医院科技创新三等奖。平衡计分卡在医院的应用越来越受到关注和推进。

（作者：朱秀芳　朱小玲　郑万会）

①张岚，郑小华，郭洪良，张文远，张晶.利用平衡计分卡建立医疗机构绩效指标及考核体系[J].实用医院临床，2007，4(2)：98-101

②张丹阳，张仲，樊立华.黑龙江省三级综合医院绩效评价指标体系研究[J].2007，27(5)：26-28

③魏向群.平衡计分卡在降低剖宫产率中的运用[J].2005(1)：38-39

第四章 与实施平衡计分卡管理密切相关的一些重要的卫生经济问题

CHAPTER 4

前已述及：平衡计分卡是一个将企业长期战略目标与企业业绩驱动因素紧密结合，动态实现企业战略目标的管理系统工具。与一般生产性、服务性企业不同，医疗卫生服务系统是一种有着高技术、高风险和处理服务对象（治疗患者）相对独立的特殊服务行业；同时，由于我国国情所定，医院，尤其是公立医院作为医疗服务系统最为直接的体现单位，又涉及公益、民众健康基本保障、目前状况下的医院“市场化”生存和发展等复杂要素。在医改进入深水区后，许多深层次的矛盾与问题正在突显，其中卫生总费用占GDP的比值、政府投入份额、转移支付机制、取消药品差价收入等体制性制约因素正牵动着公立医院医改的神经，这对医院的管理、发展形成了极为严峻的挑战。因此，应用平衡计分卡于医院管理时，需要探讨与平衡计分卡相关的重要卫生经济问题，以有利于在实施平衡计分卡时具备相应的卫生经济知识基础。

导读：

国家或者地区的卫生总费用究竟占GDP的多少是合适的？目前对这一问题并没有明确的定义。美、英等发达国家和我国的香港、澳门地区，卫生总费用占GDP比值较高，达到高于10%的状况。卫生总费用中政府卫生支出部分相对也比较多，民众私人卫生支出相对较低。由此可见经济发达与否是与之相关的。

改革开放以来，中国已经成为世界第二大经济实体，又是世界人口第一大国，那么中国的卫生总费用是怎样一个状况呢？

第一节 中国卫生总费用占GDP多少合适

卫生总费用是卫生费用的核算结果，是全面反映一个国家或者地区在一定时期内（通常为一年）全社会用于卫生服务所消耗的资金总额。卫生总费用占GDP

比值是评价社会在人类健康、卫生保健上的重视程度、公平与否、效率如何的依据之一。

一、我国卫生总费用占GDP比值的目标

一个国家的卫生总费用占GDP多少是合适的？目前没有确切的定义。它与该国家的经济水平、人口社会学内容基础相关，也与该国执政者的战略政策相关。世界卫生组织认为，对于发展中国家而言，卫生总费用占GDP比值应当不低于5%。[①]

在新中国成立后的30年间，我国用3%左右的GDP投入医疗卫生，医疗卫生行业在较低成本和当时的计划经济运行模式下，以低水平、广覆盖的方式基本满足了广大群众的医疗卫生需求。从1978年至今，也就是所谓的“后30年”，在伴随着我国改革开放，实行具有中国特色的社会主义市场经济发展的同时，医疗卫生也进入了一个特殊的“市场化”经营及发展阶段。从图4-1中可以看到，1978年至2011年，我国卫生总费用在伴随着我国经济发展增长的同时绝对值也相对增长较快，但卫生总费用占GDP比值在3%~5.13%之间波动，自2000年以来超过4%，并分别在2009年、2011年超过了5%。

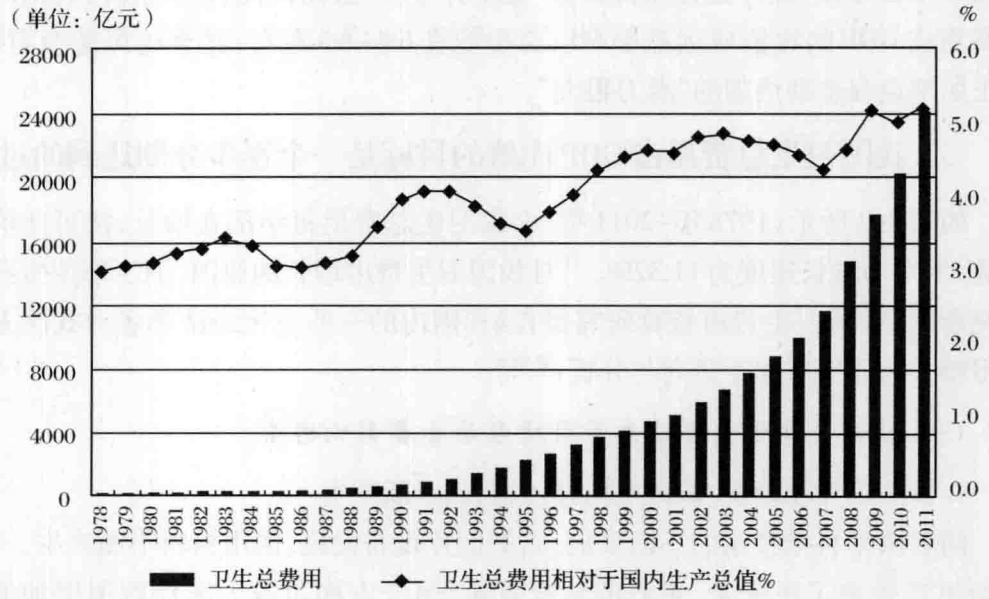


图4-1 1978年~2011年我国卫生总费用占GDP的比重情况

2011年10月16日，时任中共中央政治局常委、国务院副总理的李克强在全国深化医改工作会议、国务院深化医改领导小组第九次全体会议上就谈到：“按照世

①[日内瓦]世界卫生组织.2000年人人健康进度检查指标的制定[J].人人健康，2000(4)：30

界银行的数据，一些发达国家的医疗服务支出占国内生产总值比重达到或超过10%，其中美国达到16%；一些发展中国家这一比重也达到6%~8%，而我国目前的比重尚不到5%，卫生事业和医疗产业发展的前景广阔，在保基本的同时开发非基本领域的潜力很大。”

李克强总理当年的讲话意义重大，结合我国的具体情况和有关数据来分析：①我国是世界人口第一大国，并已经开始进入老龄化；②我国GDP在2010年位居世界第二位；③根据卫生部2011年卫生统计年鉴资料数据显示：2007年我国卫生总费用占GDP比值世界排名149位，政府人均卫生支出世界排名131位，人均卫生费用世界排名125位；④2012年5月8日卫生部办公厅新闻宣传办公室主任邓海华在一次新闻发布会上谈到：“我们国家用仅占世界医疗资源的医疗总费用的3%，维护了占世界总人口22%的健康。”对这样的一个低水平的数据，邓海华主任做了解释：“为什么这么低的成本？陈竺部长说，这并不是因为我们的医疗技术和我们的设备不够先进，而是因为我们国家医生、护士的平均收入很低。不要说和发达国家比，和不少发展中国家同行的收入比，都是要少得多。”⑤我国医疗卫生服务的成本价格体系目前还处于一种“虚有价格虚无成本”的状态，60%~70%的医疗服务项目亏损，医疗服务项目收费“盈不补亏”。因此，可以初步推算，我国的卫生费用占GDP的比值应远高于5%，至少应在6%~8%左右，甚至还可能会更高。也正如李克强总理谈到的“潜力很大”。

二、我国卫生总费用占GDP比值的目标是一个逐步分期达到的过程

如图4-1所示，1978年~2011年，中国卫生总费用每年都在增长，按可比价格计算，年平均增长速度为11.32%。[①]对我国卫生费用增长的原因，卫生部卫生经济研究所的《中国卫生费用核算研究报告》和国内的一些卫生经济学者对我国卫生费用增长的原因有如下研究与分析：[②③④]

（一）技术密集型是卫生总费用增长的主要影响因素

1. 新医用仪器设备、新医用耗材、新药品不断产生

随着医学科学技术的不断发展，新的医疗设备设施、医用材料不断产生，一方面给患者带来了更安全、更好的诊疗效果，另一方面也成为医疗费用增加的推

①《中国的医疗卫生事业》白皮书[Z].北京:中华人民共和国国务院新闻办公室，2012

②张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008

③张培林等.重庆市公立医院补偿机制与成本核算研究[R].重庆，2012

④安珂.医疗服务项目定价合理性评析[J].卫生经济研究，2013(3)：26-28

手。包括：医用影像设备、内窥镜及其微创技术开展等；微创手术需要的耗材、骨伤科假体材料、心脏冠脉微创技术材料等。

人类在与病魔抗争中，也不断地研发新的药品，给医务人员带来了更多的对付病魔的武器，救治了更多人的性命。与30年前相比较，如今的抗生素，以及治疗肿瘤、心脑血管病、糖尿病、消化性溃疡的药物等等，其数量种类早已今非昔比。这些新药的问世，与医疗新技术一样，一方面起到了临床诊疗效果，另一方面必然也增加了医药费用。

在我国还有一个较为特殊的情况，就是到目前为止，我国药品生产企业有5000多家，多数规模不大，技术水平相对不高，因此“短平快”的低技术含量产品居多，尤其是中成药产品更多。由此带来的结果是同质产品、同类产品众多，并由此导致较为激烈的医院市场争夺甚至时有发生的恶性营销竞争。

2. 新的医疗质量要求

随着对疾病及其流行病学认知的深入，在由疾病为中心的生物医学诊治模式转为以患者为中心的社会心理医学模式的过程中，对医务人员也不断地提出了新的医疗行为模式，即以最大的可能性，提高医疗护理质量。

此外，为防止医院内的交叉感染，对开放性、有创性的操作做出了系列规定，除了相应的检测外，并尽可能地使用一次性耗材。

这些提高医疗护理质量及一次性耗材的使用，确实为民众在患病诊治的过程中起到了很好的防治交叉感染的作用，当然，这也是需要成本付出的。

3. 卫生服务利用率、人均诊治费用与卫生总费用分析

卫生服务利用率包含：总诊疗人次数、医院诊疗人次数、门急诊人次数、每千人口入院人数、人均门诊次数、每千人口床位数、每千人口医生数、出院患者平均住院日等指标。将计算出的卫生服务人均利用率与人口总数相乘，就可以估算出卫生服务及需求的总体规模。

人均诊疗费用是指患者每次就诊接受医疗服务所消耗的药品、医用耗材、相关仪器设备检测等医护项目及其收费水平。如：人均门诊费用、人均住院费用、人均门诊药品费用、人均住院药品费用等指标。

将卫生服务利用率规模情况结合人均诊疗费用情况可以初步分析出供方与需方的量效关系，再结合物价、人口学等因素，可分析出卫生总费用增加的因素及其权重影响。

我们取用1980年~2011年医院诊疗人次数、人均诊疗费用和总费用的趋势图进行比较可见（见图4-2）：

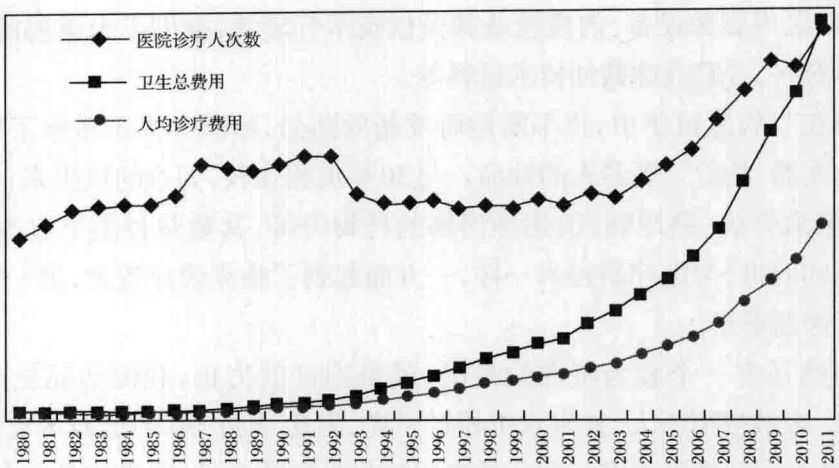


图4-2 1980年~2011年我国医院诊疗人次数、人均诊疗费和卫生总费用趋势关系

注：医院诊疗人次数不是医疗机构诊疗人次数，由于无法查询到2002年以前的医疗机构诊疗人次数，故采用医院诊疗人次数。

表4-1 2002年~2011年我国医疗机构诊疗人次数 （单位：亿人次）

年 份	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
诊疗人次	21.5	20.9	27.6	28.6	31.2	33.3	35.3	54.9	58.4	62.7

（1）医院诊疗人次数从1992年的14.94亿人次逐渐下降，到2003年为12.81亿人次，以后又逐渐上升，到2011年的22.6亿人次。这个变化趋势与总费用中民众个人支付的趋势刚好呈负相关。

（2）卫生总费用演变趋势却并没有随着诊疗人次数趋势变化，仍处于逐渐增高状态。人均诊疗费用也处于与总费用增长趋势相同的状态。

（3）这样一个简单的比较至少可以说明技术密集型对总费用的增长作用，也反映了我国绝大多数的公立医院在政府投入少，医疗服务项目的收费“虚有价格虚无成本”，医院的经营成本92%以上需要依靠医疗服务和药品的“创收”来维持的情况。[①]

（4）说明了民众在个人现金卫生支出总费用占比较高的情况下，医院就医人数有可能要相应减少。

（二）价格因素是总费用增长的又一重要因素

1. 物价上涨因素

我们采集的数据是卫生部各年当年期包含了物价变动因素的报告。1993年~1995年期间，我国处于经济高速发展阶段，期间的CPI较高，GDP价格指数也较

①张培林等.重庆市公立医院补偿机制与成本核算研究[R].重庆，2012

高。因此对卫生总费用的增长也产生了较强影响，影响程度达到60%以上。但是，在剔除价格变化影响后，卫生总费用增长幅度不到10%，是20世纪90年代卫生总费用真实值增长最慢的三年[①]，由此可见物价因素的影响。

2. 医疗卫生服务价格调整

医疗卫生服务内容主要包含三个大项：医疗服务项目、药品、医用仪器设备诊疗。这三个方面的价格变动情况必然影响卫生总费用的变动。

在计划经济时期，公立医院以实现社会效益为目标，医疗服务项目收费多少与成本无关，亏损由政府承担，即使没有医保的民众也已一定程度上享受到“补供方”带来的益处。但随着医疗卫生事业的改革发展，公立医院长期在不真实成本中依靠政府投入补贴运行。1985年国家两部委的调查数据显示，公立医院门诊收费仅占成本的29%（不含工资成本），住院收费仅占成本的36%，手术费仅占成本的40%，[②]政府负担必然越来越重。

进入“市场化”以后，在政府逐渐减少了对公立医院财政支持的情况下，医院需要依靠医疗服务的供给获得收入来维持运行。显然，过去不计成本的、政府都难于承担的医疗服务项目价格需要调整。自1980年以来，实施了多次相关项目价格的调整，其中在1985年的调整恢复到1952年的水平。此外，调整的幅度赶不上物价上涨、工资成本上涨等。[③][④]同时，考虑到民众经济承受和对价格调整的接收问题，又不能不考虑医务人员劳动价值，政府在经济发展与健康目标中的投入权重决策、投入比重选择，纠结而艰难。依据北京卫生局医疗服务项目成本核算的研究，目前有63%的医疗服务项目亏损，37%的项目有结余；[⑤]重庆市九院承担重庆地区公立医院改革试点任务“公立医院成本核算与补偿机制研究”的医疗服务项目成本核算结果是：73%的项目亏损，27%的项目有结余，与北京研究结果相近，并都是盈不补亏。新的医改进展已经明确要对目前医疗服务价格进行调整，北京等地区已经开始试行医事服务费的举措。2012年5月，国家发改委、卫生部和国家中医药管理局联合发布了《全国医疗服务项目价格规范（2012年版）》，这个文件的一个鲜明特征就是在医疗服务项目核算因素中，添加了较为接近真实成本的因素，从而对医疗服务定价提供了官方权威依据。

①张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008：44

②许秀菊.公立医院补偿机制演变的研究[J].中国医院，2009，13(6)：27-31

③李斌.我国医疗服务支付制度改革与展望[J].中国卫生产业，2010(7)11：20-25

④安珂，张福生.对手术费、诊疗费定价合理性的探讨[J].卫生经济研究，2009(266)10：35-37

⑤闫龑.北京试点补偿医院政策性亏损[N].健康报，2010-01-18(4)

3. 新药品、新设备仪器及耗材的市场性定价

随着医学科学的不断发展，新药、新的医疗仪器设备及耗材不断涌现。对这些新产品，国家采用的是市场性定价，可能的目的是鼓励高新技术产业的发展。但由于医疗产品不同于普通消费品和医疗知识的不对称性，这些新产品的选择使用权是通过医务人员决定的。在产品科技含量不高的情况下，同类产品较多而形成的竞争性销售中，由于生产企业、当地政府GDP追求的目的，生产地物价部门往往对这些药品定出高价，从而有利于提高当地企业产品的竞争性。这样的结果，既促使了卫生总费用的不合理增长，加重了民众医疗负担，又影响了医院医疗服务行为和医疗卫生服务价值体系的建设，严重危害着医患关系，实为真正的“毒瘤”。应当建立相应有效机制，加强、加大对这类促使卫生总费用不合理增长因素的遏制。

（三）人口学因素和疾病模式改变也影响着卫生总费用

我国人口仍然处在增加阶段，并已经进入老龄期；人口的增长，老年人机能衰退易病状况，使得我国也已经进入了慢性病高负担期。随着经济的发展，民众的健康意识和需求释放，自然包括了医疗卫生费用的增长。人口学因素和疾病模式改变的影响权重约为10%。

（四）卫生消费弹性系数

卫生消费弹性系数是一个衡量卫生事业发展与国民经济增长是否协调的评价指标，是用卫生总费用增长率与GDP增长率的比值来表达。有研究表明，发达国家卫生保健支出增长均快于国民经济增长；有学者的研究表明，无论经济合作与发展组织（OECD）成员国家的GDP处于何种水平，该弹性系数都大于1。有专家对34个发达国家和发展中国家的人均卫生费用和人均GDP数据的统计分析结果进行比较，得到个人人均卫生消费弹性系数为1.329。1978年~2007年，我国卫生消费弹性系数为1.16，与发达国家相比有较明显的差异。[①]

根据上述资料数据和相关的研究结果表明，我国卫生总费用的增加有着其诸多基础因素及其发生规律。在这些因素、规律的发生发展中，我国卫生总费用占GDP上升超过6%，甚至达到8%是完全有可能的。2012年8月17日卫生部发布的《“健康中国2020”战略研究报告》中就已经明确提出：“履行政府职责，加大健康投入，到2020年，卫生总费用占GDP的比重达到6.5%~7%。”

（作者：张培林　颜维华）

①张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008：36

导读：

通过上一节的内容我们知道了：中国卫生总费用占GDP的比值、人均卫生费用在世界193个国家中排名分别为149位和131位，显然这个名次较低。可是为什么我国民众却有“看病贵”的呐喊？有人说：“这是中国的看病贵之谜。”这究竟是一个什么样的谜呢？

第二节　个人、社会、政府各自的费用占卫生总费用比的思考

一、卫生总费用的核算统计口径

（一）中国卫生费用核算体系

中国卫生费用核算体系经历了初创阶段（1981年~1986年）、建立与完善阶段（1987年~2002年）、改革与发展（2003年~至今）三个历史阶段。

初创阶段中是通过政府卫生预算、公费医疗和劳保医疗、病人自费和其他费用的四项指标进行的卫生总费用估算。

在1987年以后，我国卫生费用核算在研究方法、指标体系建设、数据收集及分析处理等方面进行了大量的探索与实践，建立了从筹资来源层面“来源法”的卫生费用核算体系，包括有：政府预算卫生拨款、企业卫生经费、集体经济卫生支出、个体开业投资性支出、居民个人医疗保健支出及其他卫生支出六项指标（“六分法”）。以后又开展了机构法核算、实际使用法核算和功能法核算，由此形成了我国较为完整的卫生费用核算体系（见图4-3）。

2003年以后，随着我国的改革不断深入，以适应宏观经济变化环境和国家大部委社会职能转变等的需要，卫生费用核算体系也逐渐有所调整。如卫生部不再承担高等医学教育任务，2001年起卫生费用就不包括高等医学教育费用。医疗保险“三保”的建立，公费医疗逐渐减少，政府投入内部结构改变，卫生费用核算体系也有相应调整。随着我国医疗卫生体系改革，政策分析的需要，卫生费用核算体系进一步延伸与拓展，建立了地区级卫生费用核算体系、卫生机构经济用途核算体系、公共卫生费用核算体系、医疗费用核算体系、病种费用核算体系、药品费用核算体系等。

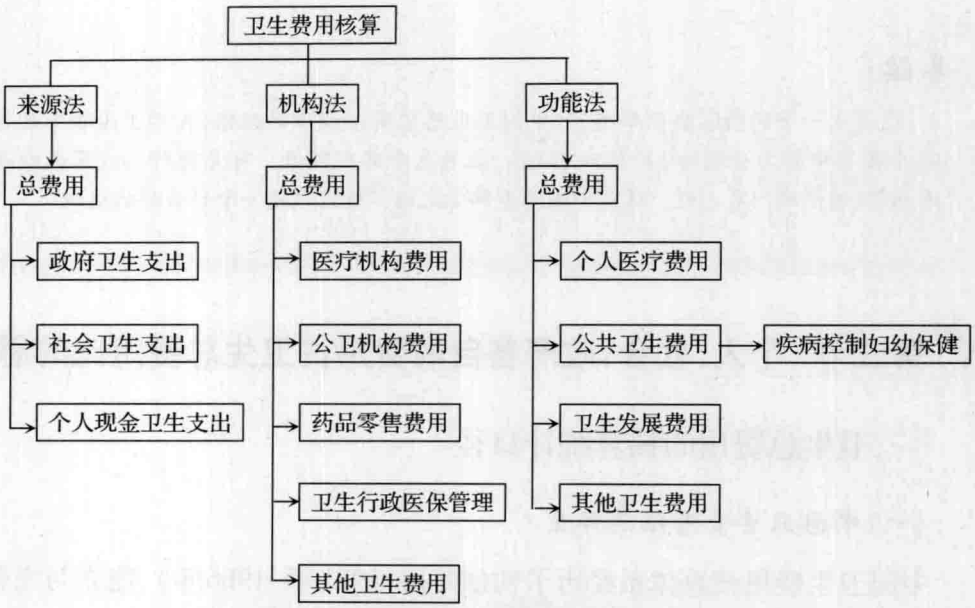


图4-3 我国卫生费用核算体系框架图

（二）中国卫生费用核算方法

卫生费用核算是指采用相关统计学方法，对卫生资金的来源、分配及使用分别进行核算及统计分析。

1. 来源法

卫生费用来源核算是卫生费用核算体系的第一层次，是按卫生经费的筹资渠道及筹资形式统计核算全社会卫生经费总量及构成，反映该国家或该地区在阶段时间内卫生服务活动所得到的卫生资金总额，并可分析该国家或该地区在该阶段时期内卫生活动的资金经济关系，包括有筹资规模、模式及主要特征、筹资公平合理性、评价其卫生事业发展，等等。

我国对卫生经费来源采用的是三分法指标系——政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人现金卫生支出。

政府卫生支出：其来源包括上级财政拨款和地区各级财政拨款。其分配和使用：

(1)各类医疗卫生机构提供相关卫生服务的经费。

(2)各类医疗保障项目资金。

(3)人口与计划生育相关卫生支出。

社会卫生支出：其来源包括以下四个方面。

(1)各类社会医疗保障项目资金筹集：主要来源为医保单位和个人缴费，不含

政府补助投入。

(2)商业健康保险:居民个人交费自愿参加的各种形式商业保险资金。

(3)社会办医支出:除政府外的社会各界对医疗卫生的资金投入。

(4)其他社会筹资渠道:捐赠、行政事业收费收入等。

居民个人现金卫生支出:居民接受医疗服务时的现金支付和自付费用。

2. 机构法

卫生费用核算体系的第二层次,是阶段时间内已经筹集的卫生资金在各类各级医疗卫生机构的分配核算。

机构包括有:医院、门诊、药店及医用品零售、公卫机构、卫生行政和医保管理及其他卫生费用。

具体体现为这些医疗卫生机构的收入:财政补助收入、上级补助收入、经营收入(医疗收入、药品收入)及其他收入。

机构法具有分析揭示卫生资源配置、反映机构运营效果;资金配置流向核算;结合机构运行经济数据,可分析各类各级卫生机构补偿机制、收费水平、患者流向等。为卫生政策制定提供相关信息。

3. 功能法

卫生费用核算体系的第三层次,是根据测算患者接受各类卫生服务时所发生的费用,反映阶段时间内卫生资金用于各类服务的资金水平,反映不同服务功能的费用构成,分析资金使用效果,为政策制定提供依据。

其功能的界定包括了:促进健康,预防疾病;治疗疾病,减少损伤和死亡;对慢性病、损伤失能或残疾需要护理的人提供护理;提供与管理公共卫生;提供和管理卫生规划、健康保险和其他保险基金。

具体的核算指标有如下分类:

①治疗服务;②康复服务;③长期护理服务;④辅助性卫生服务(医技服务类);⑤门诊医疗用品;⑥公共卫生;⑦卫生行政和医保管理。前三类服务又可根据服务模式细分为住院、日间、门诊和家庭式服务。

上述三种核算方法各自从不同的层面体现了卫生经费的来源、分配和使用情况。实际运用中,以我国卫生部每年发布的公告和统计年鉴为例,都包含有这些核算的数据信息内容。

(三)中国卫生费用核算统计与国际口径比较

我国卫生费用核算是在遵循共计核算原则方法的基础上,结合自己的国情需



要而设立的，与其他国家相比，有相同也有一定的差异。下面以来源法进行说明。

1. 国际来源法

相比较而言，国际对卫生总费用采用的是“二分法”，即：广义政府卫生支出和私人卫生支出。目前世界卫生组织和世界银行都采用这一分类口径。

广义的政府卫生支出包含了狭义政府卫生支出和社会医疗保障支出。

狭义政府卫生支出又称为税收为基础的卫生支出(Tax Funded Government Expenditure)，是指中央政府、省级政府及其他政府对卫生投入。主要用于对服务提供者的补助、实际的公共消费等。

社会医疗保障支出：来源于政府举办或控制的机构实施覆盖社会大部分或全部人群，是一种中间筹资者，从政府、居民等渠道筹集资金，组成社会保障基金，用于居民医疗卫生服务。

私人卫生支出是与政府完全无关的、非公共性质的筹资，其主体包括有：私人社会保险、商业健康保险、居民现金卫生支出、非营利机构、非政府控制常住企业卫生支出。

2. 比较

将国际来源法与我国的来源法进行比较，两者有一定差别，其中最主要的是政府和非政府公共性质界限较为明显。

(1)国际来源法中的社会保障基金如同我国一样包含了政府财政对医疗保障的转移支付，而在机构和单位的卫生费用筹集中，只包含了政府控制的机构单位(雇主)及其雇员交纳的费用，不包含非政府控制的企业卫生支出，后者在国际来源法中属于私人卫生支出内容。

(2)在国际来源法中商业健康保险、社会捐赠、企业卫生支出等均属于私人卫生支出，而在我国这些属于社会卫生支出部分。在我国的广义政府卫生支出中，又包含了政府卫生支出和社会卫生支出。

(3)在我国的社会卫生支出中的社会医疗保障支出中，既有机构缴费，又有个人缴费。

有学者认为不能将我国的政府卫生支出与国际广义的政府卫生支出进行直接比较，否则会低估我国广义上政府筹资机构在卫生资金中的作用。[①]

①张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008：31

二、目前我国卫生总费用构成现状

（一）我国卫生总费用筹资来源的变化

依从我国1978年~2011年的卫生总费用的三个来源演变及构成情况，（见图4-4、图4-5）可以很清楚地看到：

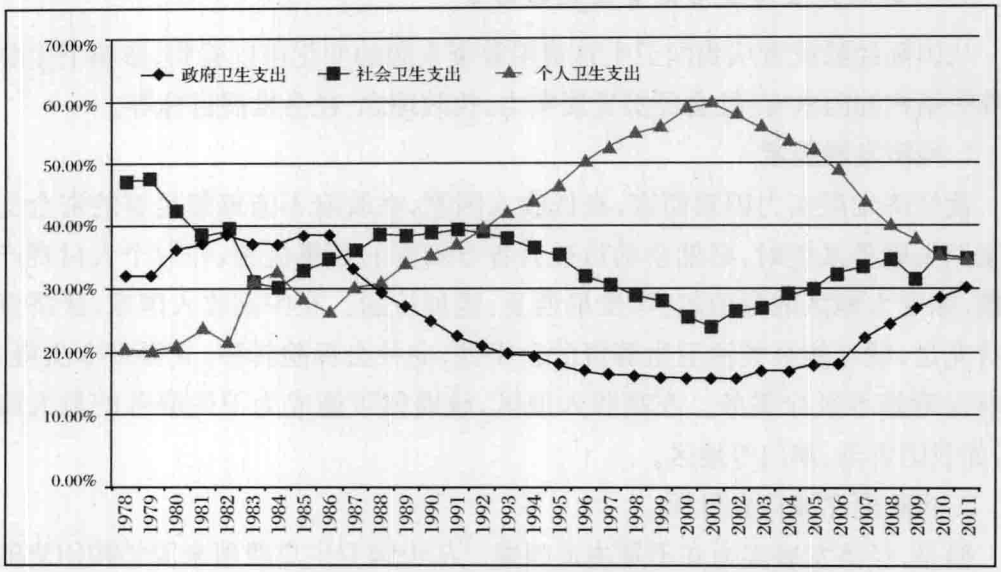


图4-4 1978年~2011年卫生总费用来源变化趋势情况

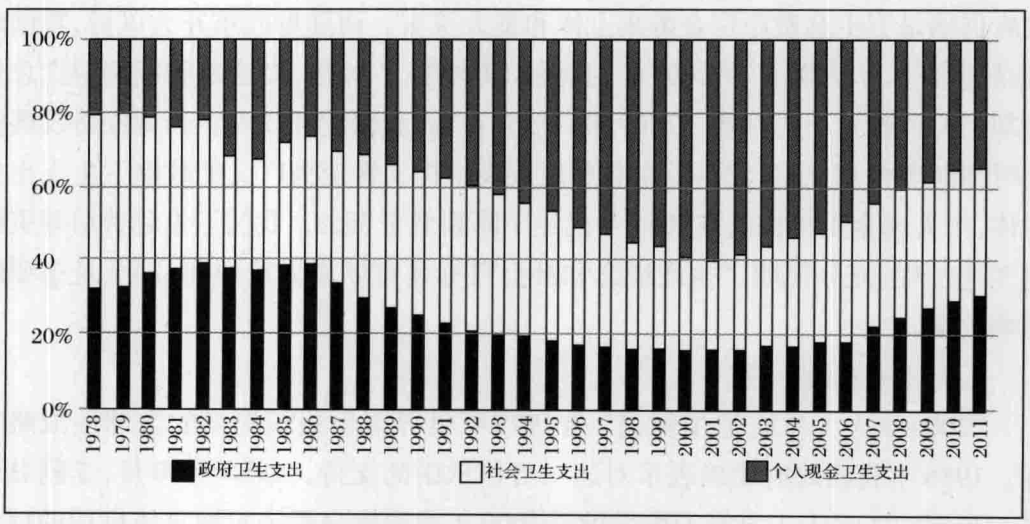


图4-5 1978年~2011年卫生总费用来源构成

在计划经济时期，广义政府卫生支出在我国占主导地位。在进入“市场化”以后，尤其在1995年~2007年间，我国与亚太地区的尼泊尔、印度尼西亚、孟加拉国相似，成为主要依赖居民个人付费的国家。在2001年，我国居民个人现金卫生付

费达到了最高，占卫生总费用的60%，尽管在2007年我国人均卫生费用世界193个国家中排名125位，属于人均卫生费用比较低的国家之一，但民众仍然发出了“看病贵”的呐喊。2007年以后，情况发生了变化，我国卫生总费用中广义政府卫生支出所占比重逐渐增大。

（二）影响卫生总费用筹资系统的因素

从国际经验或者从我国卫生总费用筹资来源的变化可以看到，影响卫生总费用筹资结构的因素有：社会经济发展实力、执政理念、社会发展目标等。

1. 经济发展因素

就经济发展实力因素而言，在低收入国家，在政府不能筹集足够的资金支撑国家卫生服务系统时，必然会动员社会各方资源的筹集机制，并对个人付费产生依赖，如亚太地区的尼泊尔、印度尼西亚、孟加拉国。在中高收入国家，经济资源相对充足，就可能会关注卫生筹资的公平性，向社会保险转移，交得多享受得多。政府保障基本医疗服务。在高收入地区，政府就可能成为卫生服务的最大购买者，如我国香港、澳门等地区。

2. 执政理念和社会目标

但是，经济发展实力并不是决定因素。从中国卫生总费用来源结构历史的变迁可以看到，新中国成立的前三十年，我国的经济并不发达，可以说是很落后，但政府仍然是卫生总费用资金筹集主体和最大买家。而随着改革开放以后，我国经济高速增长，从1997年至2007年，我国GDP增长了14倍，而这期间我国卫生总费用却主要依赖于个人付费。2007年以后到目前，我国党和政府在强调经济发展的同时强调要注重民生，我国卫生总费用筹资结构又转变为广义的政府卫生支出为主体，个人现金支付比例在2011年已经下降到低于35%。我国卫生总费用筹资结构变迁过程，充分说明了执政理念和社会目标是可以成为重要的，甚至是主要的影响因素。

3. 卫生筹资公平性

“2000年人人享有卫生保健”是1977年世界卫生组织提出的全球性战略目标。1986年我国政府明确表示对这一目标承诺的支持。1988年10月，李鹏总理进一步阐明实现人人享有卫生保健是2000年我国社会经济发展总体目标的组成部分。“人人享有”意味着每一个人都应公平地得到相应的卫生保健，从卫生经济角度看，卫生筹资负担公平性就应该是一个国家重要的社会发展指标。卫生筹资不仅决定医疗卫生服务的可得性，也决定了对疾病带来的灾难性卫生支出的保障

程度，并进一步影响人群健康的公平性。通过卫生系统的社会再分配功能，努力缩小人群在卫生筹资、卫生服务利用和健康状况等方面存在的不公正和不应有的社会差距，力求使每个社会成员均能达到基本生存标准。

然而，世界卫生组织发表的《2000年世界卫生报告》认为，在全球191个国家中，在卫生负担公平性方面，中国被排列在第188位，即倒数第4位，仅比巴西、缅甸、塞拉里昂稍好，属于世界上最不公平的国家之一。[①]

2000年，中国卫生总费用为4,763.97亿元，其中农村卫生费用1,073.6亿元，占总费用22.5%；城镇卫生费用3,690.2亿元，占总费用77.5%。同一年，全国12.7亿人口中，63.8%是农村居民，36.2%是城镇居民。换言之，占全国三分之二人口的农村居民只拥有不到四分之一的卫生总费用，而占人口三分之一的城镇居民享有四分之三以上的卫生总费用。[②]

据卫生部调查，1998年城市和农村的两周未就诊率分别为49.9%和33.2%，在未就诊患者中大部分采取自我医疗等替代方法，但在城市和农村中分别有12.5%和34%的人没有采取任何措施，其中有32%和36%的患者因为经济困难没有就诊。在出院患者中，42%的病人是自己要求出院的，其中56.1%是因为没有能力继续支付医疗费用而出院的。[③]前文提到的诊疗人次数变化也与此有关。

政府卫生支出作为公共财政行为，也是一种社会再分配手段，不仅对医疗机构的发展和居民健康水平的提高起着举足轻重的作用，也是消除贫困，缩小地区之间、城乡之间差别，提高社会公平性程度的有效方式之一。从公平性角度出发，政府卫生支出应该向低收入人群倾斜，起到再分配和调节社会公平的作用。

2009年3月，中国公布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，全面启动新一轮医改。改革的基本理念，是把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，实现人人享有基本医疗卫生服务，从制度上保证每个居民不分地域、民族、年龄、性别、职业、收入水平，都能公平获得基本医疗卫生服务。改革的基本原则是保基本、强基层、建机制。[④]

三、“十二五”规划提出“到2015年个人卫生支出占总费用比降低到30%以下”

在“注重民生”执政理念指引下，我国政府“十二五”规划中明确提出：到2015

①石光，贡森.中国医疗卫生体制改革——改革开放以来中国卫生投入及其绩效分析[R].北京，2005

②石光，贡森.中国医疗卫生体制改革——改革开放以来中国卫生投入及其绩效分析[R].北京，2005

③卫生部. 国家卫生服务研究——1998年第二次国家卫生服务调查分析报告[R].北京，2010：57，61，74

④中华人民共和国国务院新闻办公室.中国医疗卫生事业[Z].北京：2012，12

年个人卫生支出占总费用比降低到30%以下。从图4-6和图4-7可以看到，2007年以后居民个人现金卫生支付比例逐年下降，由44.05%降低到2011年的34.9%，降低了近10个百分点。相应地同期政府卫生支出由22.3%增加到30.4%，社会卫生支出由33.64%增加到34.7%。

依据1978年以来我国卫生总费用及其构成的增长情况(表4-2)，将2007年以来的卫生总费用及其构成演变做一个简单的推算：

表4-2 1978年~2011年我国卫生总费用及其构成增长

年份	合计	增长率	政府支出	增长率	社会支出	增长率	个人支出	增长率	人均
1978	110.2		35.4		52.3		22.5		11.5
1979	126.2	14.5%	40.6	14.7%	59.9	14.6%	25.7	14.0%	12.9
1980	143.2	13.5%	51.9	27.7%	61.0	1.8%	30.4	18.2%	14.5
1981	160.1	11.8%	59.7	15.0%	62.4	2.4%	38.0	25.3%	16.0
1982	177.5	10.9%	69.0	15.6%	70.1	12.3%	38.4	1.1%	17.5
1983	207.4	16.8%	77.6	12.5%	64.6	-7.9%	65.2	69.8%	20.1
1984	242.1	16.7%	89.5	15.2%	73.6	14.0%	79.0	21.1%	23.2
1985	279.0	15.3%	107.7	20.3%	92.0	24.9%	79.4	0.5%	26.4
1986	315.9	13.2%	122.2	13.5%	110.4	20.0%	83.3	4.9%	29.4
1987	379.6	20.2%	127.3	4.1%	137.3	24.4%	115.1	38.1%	34.7
1988	488.0	28.6%	145.4	14.2%	190.0	38.4%	152.7	32.7%	44.0
1989	615.5	26.1%	167.8	15.4%	237.8	25.2%	209.8	37.5%	54.6
1990	747.4	21.4%	187.3	11.6%	293.1	23.2%	267.0	27.3%	65.4
1991	893.5	19.6%	204.1	9.0%	354.4	20.9%	335.0	25.5%	77.1
1992	1,096.9	22.8%	228.6	12.0%	431.6	21.8%	436.7	30.4%	93.6
1993	1,377.8	25.6%	272.1	19.0%	524.8	21.6%	581.0	33.0%	116.3
1994	1,761.2	27.8%	342.3	25.8%	644.9	22.9%	774.1	33.2%	146.9
1995	2,155.1	22.4%	387.3	13.2%	767.8	19.1%	999.9	29.2%	177.9
1996	2,709.4	25.7%	461.6	19.2%	875.7	14.1%	1,372.2	37.2%	221.4
1997	3,196.7	18.0%	523.6	13.4%	984.1	12.4%	1,689.1	23.1%	258.6
1998	3,678.7	15.1%	590.1	12.7%	1,071.0	8.8%	2,017.6	19.5%	294.9
1999	4,047.5	10.0%	641.0	8.6%	1,146.0	7.0%	2,260.6	12.0%	321.8

续表

2000	4,586.6	13.3%	709.5	10.7%	1,171.9	2.3%	2,705.2	19.7%	361.9
2001	5,025.9	9.6%	800.6	12.8%	1,211.4	3.4%	3,013.9	11.4%	393.8
2002	5,790.0	15.2%	908.5	13.5%	1,539.4	27.1%	3,342.1	10.9%	450.7
2003	6,584.1	13.7%	1,116.9	22.9%	1,788.5	16.2%	3,678.7	10.1%	509.5
2004	7,590.3	15.3%	1,293.6	15.8%	2,225.5	24.4%	4,071.4	10.7%	583.9
2005	8,659.9	14.1%	1,552.5	20.0%	2,586.4	16.2%	4,521.0	11.0%	662.3
2006	9,843.3	13.7%	1,778.9	14.6%	3,210.9	24.2%	4,853.6	7.4%	748.8
2007	11,573.9	17.6%	2,581.6	45.1%	3,893.7	21.3%	5,098.7	5.1%	876.0
2008	14,535.4	25.6%	3,593.9	39.2%	5,065.6	30.1%	5,875.9	15.2%	1,094.5
2009	17,204.8	18.4%	4,685.6	30.4%	5,948.4	17.4%	6,570.8	11.8%	1,289.0
2010	19,980.4	16.1%	5,732.5	22.3%	7,196.6	21%	7,051.3	7.3%	1,490.1
2011	24,269	21.5%	7,377.8	28.7%	8,421.3	17%	8,469.9	20.1%	1820

2007年以来的卫生总费用年均增长率约为20%(以当年物价水平为准),以此为计算,2011年的总费用为24,269亿元,预计到2015年卫生总费用将达到41,936亿元。其中居民个人现金支付费用按30%占比计算,为12,580亿元,总费用余额为29,356亿元。

2007年以来的卫生总费用中政府卫生支出年均增长率约为35%,以此计算,2011年的政府卫生支出为7,377.8亿元,预计2015年政府卫生支出将达到16,135亿元。

2007年以来的卫生总费用中社会卫生支出年均增长率约为22%,以此计算,2011年的社会卫生支出为8,421亿元,预计2015年社会卫生支出将达到15,290亿元。

以上述的推算,2015年,政府卫生支出和社会卫生支出合计为31,425亿元,超过了上文预算的2015年卫生总费用在去掉居民个人现金支付后的余额29,356亿元。故在2015年,如果按照上述的增长率不变的情况,居民个人现金卫生支出占总费用比低于30%是完全可能的。

1997年中共中央、国务院发布的《关于卫生改革与发展的决定》和2000年国家财政部、国家计委、卫生部发布的《关于卫生事业补助政策的意见》中明确提出:政府卫生投入不低于财政支出的增长幅度。

如果把这个“政府卫生投入”理解为总费用中的“政府卫生支出”,依据从国家

卫生部和国家统计局发布的资料数据看(表4-3),1997年至2002年间,政府卫生支出均未达到政府财政支出的增长幅度;2003年以后,尤其是2007年以来,均有明显超过政府财政支出增长幅度。但按照上述文件中"政府卫生投入不低于政府财政支出的增长幅度"的指示,计算1997年以来的合计数,还是存在少拨付1,323.1亿元的差距。

表4-3 1997年~2011年国家财政支出与政府卫生支出比较 (单位:亿元)

年 份	政府财政支出		政府卫生支出		
	额 度	增长率%	额 度	增长率%	按财政支出增长率计算额度
1996	7,937.6	—	461.6	—	—
1997	9,233.6	16.3	523.6	13.42	536.9
1998	10,798.2	16.9	590.1	12.70	627.6
1999	13,187.7	22.1	641.0	8.62	766.3
2000	15,886.5	20.5	709.5	10.70	923.4
2001	18,902.6	19.0	800.6	12.84	1,098.8
2002	22,053.2	16.7	908.5	13.48	1,282.3
2003	24,649.9	11.8	1,116.9	22.94	1,433.6
2004	28,486.9	15.6	1,293.6	15.81	1,657.3
2005	33,930.3	19.1	1,552.5	20.02	1,973.8
2006	40,422.7	19.1	1,778.9	14.58	2,350.8
2007	49,781.4	23.2	2,581.6	45.13	2,896.2
2008	62,592.7	25.7	3,593.9	39.21	3,640.5
2009	76,299.9	21.9	4,685.6	30.38	4,437.7
2010	89,874.1	17.8	5,732.5	22.34	5,227.7
2011	109,247.8	21.6	7,377.8	28.69	6,356.8
合计	—	—	33,886.6	—	(-1,323.1) 5,209.7

如果把这个"政府卫生投入"理解为狭义的"卫生事业费",即指政府对医疗卫生机构的经常性补助,也就是通常所说的"投入供方",同样依据从国家卫生部和国家统计局发布的资料数据看(表4-4),1997年至2008年间,政府投入的卫生事业费多数年份未达到政府财政支出增长幅度,按照上述文件中"政府卫生投入不

低于政府财政支出的增长幅度”的指示，计算1997年以来的合计数，存在少拨付1,580.56亿元的差距。

表4-4 1997年~2008年国家财政支出与政府卫生事业费支出比较 （单位：亿元）

年 份	政府财政支出		政府卫生事业费支出		
	额 度	增长率%	额 度	增长率%	按财政支出增长率计算额度
1996	7,937.6	—	203.10	—	—
1997	9,233.6	16.3	227.34	11.93	236.21
1998	10,798.2	16.9	243.13	6.94	276.12
1999	13,187.7	22.1	269.52	10.85	337.15
2000	15,886.5	20.5	296.05	9.84	406.26
2001	18,902.6	19.0	341.34	15.30	483.45
2002	22,053.2	16.7	381.66	11.81	564.19
2003	24,649.9	11.8	473.79	24.14	630.76
2004	28,486.9	15.6	511.71	8.00	729.16
2005	33,930.3	19.1	628.14	23.62	868.43
2006	40,422.7	19.1	794.26	26.45	1,034.30
2007	49,781.4	23.2	1,129.65	42.23	1,274.26
2008	62,592.7	25.7	1,361.79	20.55	1,601.75
合计	—	—	6,861.48	—	(-1,580.56)8,442.04

2012年3月14日国务院发布的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中明确提出：“政府卫生投入增长幅度高于经常性财政支出增长幅度。”近几年来，政府卫生投入已经大大加强，执政理念也更为明确强调要服务民生。

2012年11月29日在北京举行的中国卫生经济学会第十五次学术年会上，原卫生部部长、现任中国卫生经济学会会长、全国人大财政经济委员会副主任委员高强作了《关于公立医院改革与政府责任的几点思考》的主题报告。其中谈到“2015年个人卫生支出占总费用比降低到30%以下”这一问题时，高会长分析说：“由于在卫生总费用计算时包含了卫生事业费等相关机构费用，民众真正在诊病就医的医疗费用个人现金支付还不仅仅是30%。”从前文卫生费用筹资来源中我们也可以看到，在社会卫生支出中的新农合、新城合医保系列中，有部分是个人缴

费，这个在我国的三分法中是属于广义的政府卫生支出，而不是居民个人现金卫生支出。此外，30%是一个人均数，还有相当部分居民（包括在新城合、新农合中的居民）真正的医疗卫生费用个人现金支付还会大于30%，这也正说明了医疗卫生体制改革任重道远。

四、我国疾病谱改变与民众健康需求释放的问题

（一）我国老龄化对卫生费用的影响

我国已经进入老龄化，而且已经成为世界上老年人口最多的国家，到2020年65岁以上的老年人口将达到1.64亿人，并有女多于男、未富先老、子女赡养困难等特点。老年人群的慢性病患病率为405.6‰，住院率及次均住院费用水平也显著高于其他年龄组人群，由此带来的护理、康复服务也显著增加，将会是我国卫生总费用中最大的支出。

（二）我国疾病谱的改变对卫生费用的影响

随着我国经济发展，随着人口增多、老龄化及环境、污染、生态平衡的影响，随着社会职业竞争、生存压力和职业压力加大、生活方式改变等，也随着医学科学的发展，以往的以感染性疾患为主的疾病谱已经在20世纪80年代逐渐转型为以恶性肿瘤、心脑血管疾病、糖尿病等为主的慢性非感染性疾患为主。中国现有确诊慢性病2.6亿人，并已经成为目前最主要的死因。慢性病具有病程长、医疗费用高、失能和致残概率大的特点，需要巨大的社会成本，必然导致医药卫生费用增加，甚至使这部分人群占用大部分卫生资源。此外，一些新型传染病，如艾滋病、非典型性肺炎、大肠杆菌0157出血性肠炎、H7N9型禽流感病毒等也陆续在我国发生，这也给疾病的防治工作带来新的挑战，从而导致卫生费用的增加。

（三）民众健康需求的释放对卫生费用的影响

改革开放以来，人民的生活水平得到了大幅度的提高，健康意识也大为增强。随着新医改以来不到5年的时间，在我国政府致力于基本医疗服务体系、基本医疗保障体系和公共卫生体系的建设和发展期间，民众的健康保健需求正在逐步释放。

1. 新医改以来我国就诊人次数明显升高

1999年我国总诊疗人次数为20.82亿人次，住院人次数为0.51亿人次。2011年的总诊疗人次数达到了62.7亿人次，居民年平均就诊4.63次。住院人次数为1.53亿人次。前面提到的医院诊疗人次数变化趋势也说明同样的情况。通过医

保体系的建立、大病补助、强化慢病管理等举措，以前民众因医疗费用太高而发生的有病不治、小病不治现象和个人家庭灾难性卫生状况正在改变。

2. 健康体检意识增强

无论是单位组织的定期身体状况检查，还是个人对健康的关注而形成的定期健康检查正在兴起。有病早医早治正在成为民众的共识。

3. 健康习惯正在改善

在国家建立公共卫生体系和治理改善环境、注重生态平衡的实践中，民众养生、健身、注重改善饮食结构，形成科学的生活习惯也在兴起。

图4-2的人均卫生费用和卫生总费用的升高趋势也与上述情况相吻合。

五、卫生总费用各组成占GDP比值及绝对值与地区经济水平问题

我国卫生总费用占GDP比值本身就不高，各来源成分占GDP也就很低，但我国人口众多，其绝对值数相对较大，但就与国际比较而言，我国人均卫生费用不高（2007年我国人均卫生费用世界排名125位）。从图4-5、图4-6可以看到这种关系。

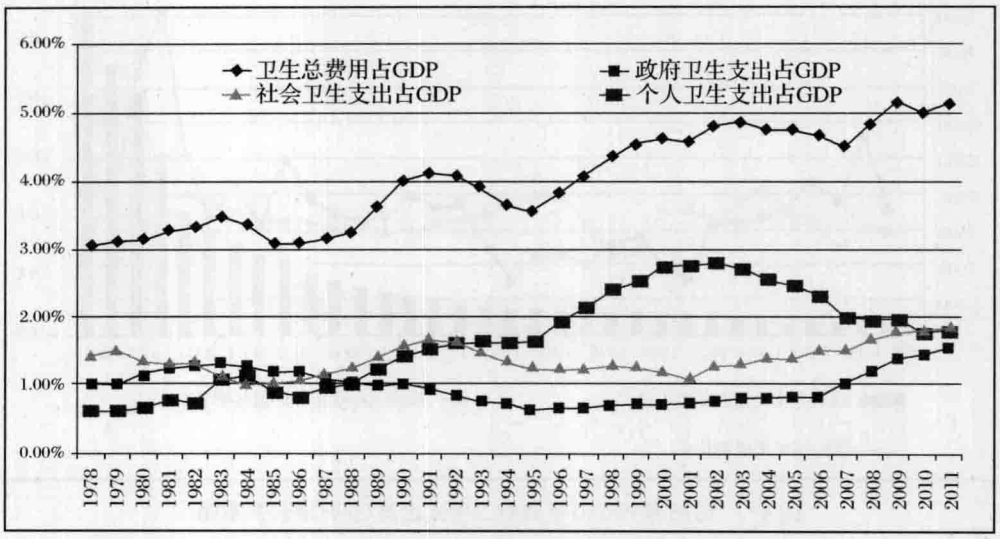


图4-6 1978年~2011年卫生总费用各组成占GDP比值

注：资料数据来源《2011年中国卫生统计年鉴》。

（一）卫生总费用占GDP比值及绝对值与地区经济水平问题

1978年~2011年，我国卫生总费用的绝对值增长较快，卫生总费用占GDP比值在3%~5.13%之间波动，自2000年以来超过4%，并分别在2009年、2011年超过了5%。由于我国是人口大国，并已进入老龄化；GDP已在2010年成为世界第二，

而卫生总费用占GDP、人均政府卫生支出、人均卫生费用世界排名均处于较低水平；医疗服务项目价格“虚有价格虚无成本”状态需要调整；医务人员平均收入很低等状态，“卫生事业和医疗产业发展的前景广阔，在保基本的同时开发非基本领域的潜力很大”，卫生总费用占GDP比值预计达到6%~7%，甚至超过8%是完全有可能的。是故有学者研究认为：虽然卫生总费用占GDP比重较低，但卫生总费用占总消费比重超出了我国的经济水平，我国已经面临严峻的卫生总费用控制的挑战。①

（二）政府卫生支出占GDP比值及绝对值与地区经济水平问题

1. 经济水平不是政府卫生支出的变化的主要原因

我国卫生总费用（三分法）中政府卫生支出经历了“主导—低、次要—仍然次要、正在增加”的阶段性变化（图4-4、图4-5）。其变化的原因有经济能力因素，但决定因素还是执政理念和社会目标因素。图4-7、图4-8中所示内容更加说明了这样的变化。

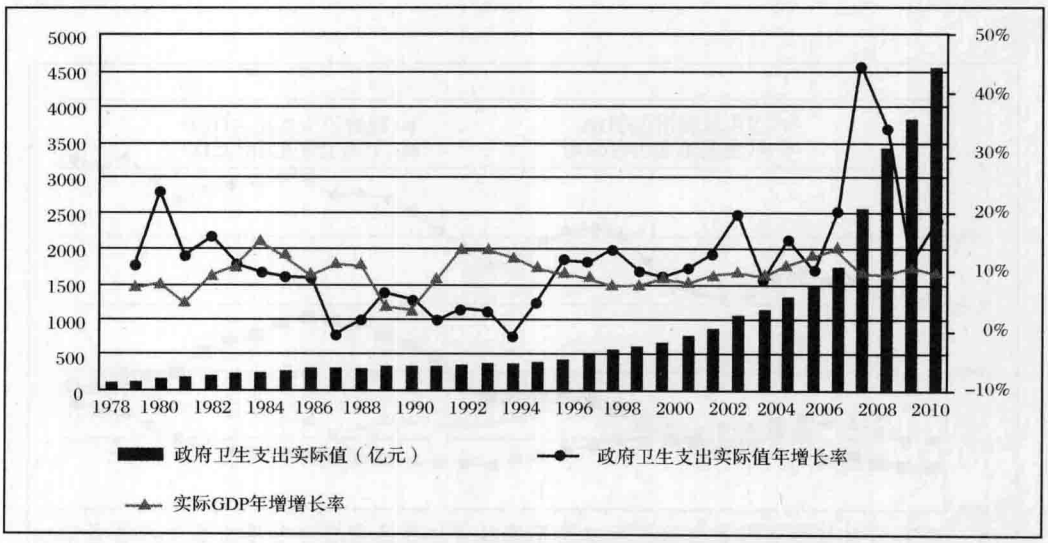


图4-7 1978年~2010年政府卫生支出与GDP增长关系图

注：资料来源于李玲《政府卫生投入与医药费用控制的关系研究》——中国卫生经济学会第十二批招标课题（上册）：29~30。

①李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：28

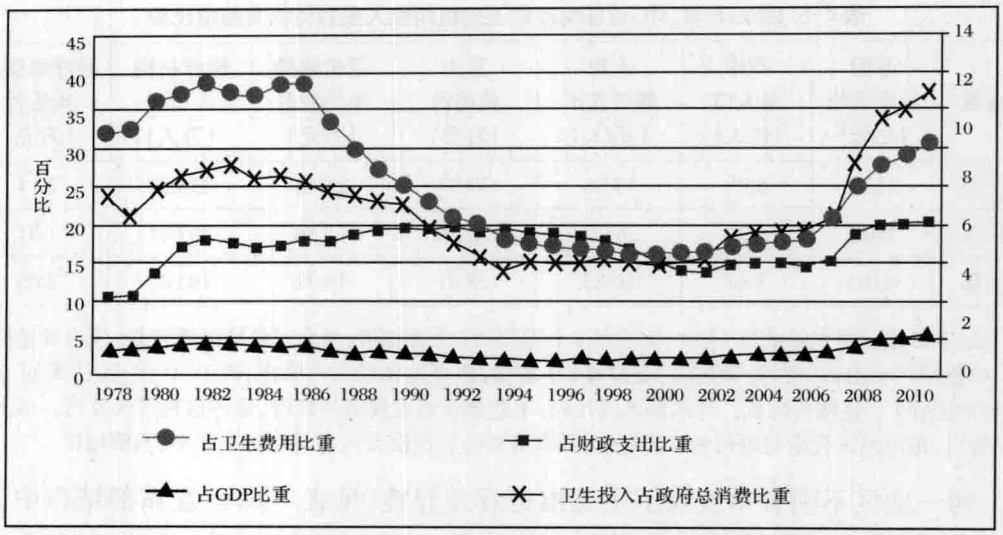


图4-8 1978年~2010年政府卫生支出占GDP等方面比重关系图

注：资料来源于李玲《政府卫生投入与医药费用控制的关系研究》——中国卫生经济学会第十二批招标课题(上册)：29~30。

2. 各级地方政府卫生投入情况

政府卫生支出包含了中央政府财政投入和各级地方政府财政投入。我国是由中央、省市、地市、县和乡五级政府财政结构组成，依据卫生部《卫生财务决算资料2007》的有关各级政府卫生事业费数据资料可以看到(图4-9)。

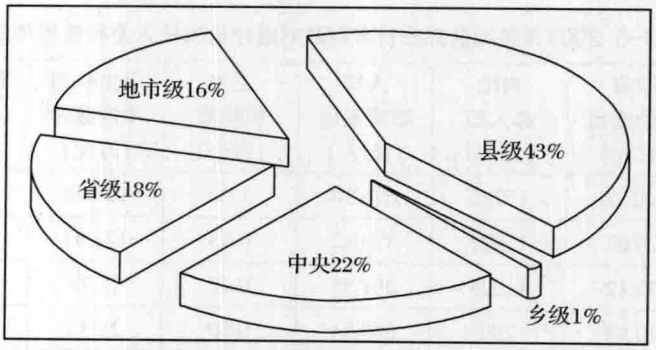


图4-9 2007年五级政府卫生事业费支出结构

(1)县级投入最多：五级支出结构中，地方政府筹集为主，其中县级财政投入最多，接近中央的两倍。2007年以后，中央政府投入增加，增速也大于地方政府投入。

(2)各地区、省市差异较大：从《2010年中国卫生统计年鉴》提供的政府财政对医疗机构的补助收入数据，可以看到我国各地区政府财政卫生支出有较大的差异性(见表4-5)。

表4-5 2009年东、中、西部财政对卫生机构投入差异性相关数据比较

地区	政府补助支出（亿元）	当地总人口（亿人）	人均政府支出（元/人）	卫生机构数（万个）	卫生机构平均拨付（万元）	医疗机构人员数（万人）	医疗机构人均拨付（万元）
东部	715.8	5.28	135.6	33.37	21.45	334.87	2.14
中部	350.1	4.22	83.0	30.28	11.56	247.81	1.41
西部	401.1	3.67	109.3	28.01	14.32	195.47	2.05

注：东部地区是包括北京、天津、上海等8个省份和3个直辖市，是我国经济发展较早、较为发达的地区。中部地区有山西、吉林、黑龙江、安徽等8个省份，西部地区是由内蒙古、四川、贵州、重庆等11个省份、自治区和1个直辖市构成。与东部地区比较，中西部经济发展起步较晚，经济也相对欠发达。从上表可以看出，东部地区无论是按何种方式评价，其政府对公立医院投入拨付均远高于中、西部地区。

同一地区不同省市政府卫生支出也有差异性（见表4-6）。在东部城市中，从投入的绝对值、卫生机构人均拨付和当地人口人均拨付看，北京远高于上海、天津。从卫生机构平均拨付看，上海高于北京。天津无论从何种方式比较，在这三个直辖市中都是最低的。

重庆1997年成为直辖市以来，对卫生的投入在西部地区的上述城市中，从财政投入的绝对值看，比西藏高一些。从卫生机构人均拨付和按当地人均财政拨付比较，比贵州高一些。

北京人均政府财政对医疗机构补助是贵州的10倍以上。

表4-6 2009年各地区部分省市财政对医疗机构投入差异性相关数据比较

地区	政府补助支出（亿元）	当地总人口（万人）	人均政府支出（元/人）	卫生机构数（万个）	卫生机构平均拨付（万元）	医疗机构人员数（万人）	医疗机构人均拨付（万元）
北京	122.20	1,755	696.30	1.00	125.54	21.17	5.77
上海	76.67	1,921	399.12	0.45	171.91	16.95	4.52
天津	32.12	1,228	261.55	0.42	75.79	9.34	3.44
西藏	10.63	290	366.54	0.50	21.43	1.60	6.63
新疆	51.61	2,159	239.04	1.42	36.23	14.69	3.51
内蒙古	43.08	2,422	177.86	2.28	19.00	17.80	2.42
云南	44.36	4,571	97.04	2.24	19.83	19.70	2.25
四川	73.59	8,185	89.90	7.29	10.09	43.78	1.68
贵州	25.16	3,798	66.24	2.47	10.18	14.39	1.75
重庆	24.10	2,859	84.28	1.65	14.61	14.60	1.65

注：资料来源《中国卫生统计年鉴》。

同一省市不同区县政府卫生支出也有差异，表4-7是依据某市统计年鉴得到的该市2010年部分区县政府卫生支出（人均卫生投入）情况。从中可以看到该市各区县政府投入与GDP、与当地政府投入理念的关系。如该市的A区和J县的GDP较低，而投入一直较高。而X县在地理位置上与A区相邻，GDP产值远高于A区，而政府卫生投入远低于A区，排名一直在后三名之列。

表4-7 某市2010年部分区县政府人均卫生投入 （单位：万元）

区县名称	2010年			2009~2007年投入排序		
	投入	序	GDP亿元（序）	2009	2008	2007
A区	1,022	1	40.03（38）	1	1	2
B区	269	2	351.23（8）	5	2	1
C区	231	3	100.13（28）	9	5	19
D区	191	4	228.64（14）	14	14	17
E区	180	5	244.49（12）	35	36	35
F区	174	6	434.49（5）	13	13	15
G区	164	7	573.64（2）	10	4	4
H区	156	8	49.28（37）	2	18	9
I区	149	9	391.40（5）	4	9	3
J县	147	10	25.01（40）	8	11	6
全市均数	153.64	—	—	118.77	79.71	63.87
K区	101	31	300.04（11）	34	38	21
L区	100	32	500.13（4）	16	15	26
M县	96	33	159.95（17）	33	32	33
N县	91	34	167.28（16）	17	37	23
O区	90	35	66.39（33）	23	24	5
P县	75	36	102.97（27）	40	33	38
S县	73	37	111.11（25）	39	39	27
T县	70	38	85.76（29）	30	35	36
X县	62	39	145.01（21）	37	40	40
Y县	52	40	116.79（23）	19	25	37

（3）执政理念和经济水平：综上所述，可以看到地方政府承担卫生费用筹资同样受当地经济水平和执政理念的影响，而且执政理念因素权重更大。

3. 政府卫生支出与卫生总费用增长的相关性

有研究表明，政府卫生支出与总费用的关系有几种情况：[①]

(1)政府卫生支出的减少，尤其是对“供方”公益性基础成本支出减少时，会使医药费用上涨。其原因是“供方”需要资金支付成本，会增加服务供给量以获得经济收入来支付相关成本。我国医疗卫生进入“市场化”后出现的情况就是如此。有人推算出当政府对“供方”少投入1元钱，“供方”会通过使医疗卫生费用增加3元~5元来获得这1元钱收入。[②]

(2)在政府卫生支出占总费用比例小的情况下(尤其是政府医疗卫生费用支出占总支出比例小于10%的情况下)，增加医疗卫生费用也会使医药费上涨。其原因是，政府增加了投入，在投入“需方”后(扩大保障范围、提高保障水平)，部分替代了原有的部分个人卫生支付，原来看不起病的现在能看病了，抑制的医疗需求得以释放，如此可推高医疗卫生费用增长，图4-2可以很明显地看到这样的结果。在投入“供方”后，“供方”会用于完善自身服务体系建设，改善相应的软硬件水平，提升医疗服务质量，在“需方”的需求释放情况下，医疗卫生费用也会增加。如果这时仍然是“市场化”机制，这种情况会更明显，会导致不必要的医疗费用增长。

(3)政府卫生支出增加，会有公共卫生投入的增加，公共卫生投入增加到一定比重时，会减少卫生总费用的增长，甚至还有可能降低。也就是说政府卫生支出与总费用的关系有一个阈值段(点)，在这个阈值之前，增加政府卫生支出会增加总费用，在这阈值后，增加政府卫生支出会降低卫生总费用。增加的原因已如前述。而降低的原因有学者分析为：一是“供方”在某些机制的约束下(如总额预付，结余归己)，不以追求经济利益最大化为目的。二是公共卫生和预防的投入增加，改善民众生活环境与生活习惯，减少了疾患发生或发展，健康水平有所保障，减少医疗卫生费用而使总费用减少或增长减缓。这也就是有人说的“健康投入1元钱，医药费用少花8元钱”的由来。[③]

(三)社会卫生支出占GDP比值及绝对值与地区经济水平问题

社会卫生支出是指政府支出外的社会各界对卫生事业的资金投入。包括社

①李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012:95

②刘国祥，赵郁馨，杜乐勋等.中国卫生费用与教育费用的比较研究[J].中国卫生经济，2001(20):39-42

③洪昭光谈医疗与保健——1元钱的保健投入，可以节省8.59元的医药费[EB/OL].http://www.xici.net/d161020433.htm，2012-01-12

会医疗保障支出、商业健康保险费、社会办医支出、社会捐赠援助、行政事业性收费收入等。

2011年我国的社会卫生支出在卫生总费用组成占比达到34.7%，已经与卫生总费用中个人现金卫生支出34.9%基本相当，成为主要卫生费用筹资源。

1. 各类社会医疗保障项目资金筹集是社会卫生支出的最主要部分

其主要来源有单位及雇员缴费形成的职工医疗保险，有政府出资和个人缴费形成的城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗等。这些医疗保障体系在医保办的统筹管理下，按照目前的实施管理办法为参保者核算可报销医疗费用。

政府的出资在这些医保项目体制建立中起到了很好的引导组织公共资金筹集的作用。需要说明的是，在我国卫生总费用三分法的来源分类中，与个人医保缴费未计入居民个人现金卫生支出不同，政府的这部分出资是计入政府卫生支出中的。从公共筹资的概念上讲，是属于政府税收来源筹资。而通过政府这样的组织引导，加上法律规定——强制企业和个人按规定交纳保险费用，形成的是保险筹资。有研究认为，保险筹资为主的国家人均费用高于税收筹资国家；由保险筹资向税收筹资转变时，卫生总费用的增加变缓，反之则加快。[①]

2. 商业健康保险是居民个人交费自愿参加的各种形式商业保险资金

我国的商业医疗保险在社会卫生支出中所占份额不大，其原因可能与现有医保保障体制、各阶层经济收入稳定性及目前商业健康保险的种类科目条件相关。

3. 社会办医支出

从广义上讲，社会办医支出是除政府外的社会各界对各级各类医疗卫生机构的资金投入，[②]依据卫生部卫生经济研究所对社会办医支出的这一观点，结合《2011年中国卫生统计年鉴》所显示的2009年我国医疗卫生机构按主办单位分类中可以看到，社会办医支出是建立医疗机构的资金筹集最主要来源。

而我国的经济体制及相关企业、单位在当时的国有化或集体化后，基本上同属于国有这一大的概念，医疗卫生机构除了少数的诊所、卫生室外，也同样是进入了这样的概念范畴。实行经济体制改革后，随着企业单位股份制的兴起，医疗卫生机构在“市场化”中也发生了一些演变，包括托管、收购、集团化、部分承包、参股，以及民营或个人出资兴办医疗机构等构成了我国医疗机构的各种复杂情况。表4-8中的四种分类也只能是一个相对粗略的概念，其中的个人办医相对较为单

①李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：64

②张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008：18

纯。故本文就个人办医体系在这里作一简要分析。

表4-8 2009年我国医疗机构数及主办单位 （单位:个）

合计	政府办	卫生部门办	社会办	个人办
916,571	122,501	118,401	466,928	327,142
占比	13.36%	12.92%	50.94%	35.69%
占比	64.31%			35.69%

从机构数的占比看，个人办医的医疗机构数已经占到了我国医疗机构数的1/3，从这些机构的规模和医学属性上看，多属于规模相对较小、较为基层的医疗机构的村卫生室和诊所（见图4-9），主要是提供基层医疗服务。

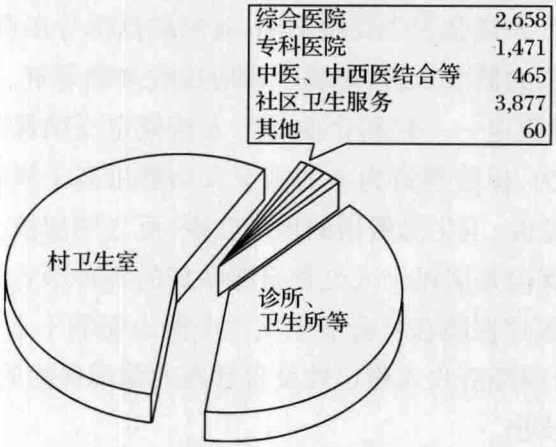


图4-10 2010年我国个人办医机构构成

其他社会各界对医疗卫生的捐资在我国情况相比而言就更少，主要是在沿海一带，国外华侨有一些捐资。我国经济已经发展成为世界第二大经济体，先富裕起来的个体也不少，但在这方面的行动却不多。新医改已经在呼吁要开放条件，增加社会资本对医疗卫生的投入。但由于人才、门槛及相应一些机制、体制问题，目前进展并不够快。

（四）居民个人卫生支出占GDP比值及绝对值与地区经济水平问题

居民个人卫生支出的定义很简明，就是指城乡居民在接受各类医疗服务时的现金支付，包括在享受各类医疗保险的居民就医时的自付费用。

1. 居民个人卫生支出一段时间是卫生总费用的主要来源，但正在向次要来源方向发展

从图4-6看到，1988年以前，居民个人卫生支出在卫生总费用三个来源中是

最少的，相应占GDP比值也是最少的。1988年以后，居民个人卫生支出所占比例逐渐上升，到1993年，超过社会卫生支出成为卫生总费用中主要的来源，所占总费用比值最高时达到60%（2001年），使得我国成为主要依赖居民个人付费的国家之一。2001年以后，其绝对值仍然在增加，但比例开始下降，2011年居民个人卫生支出已经降为34.90%，十年时间，下降了25个百分点。2011年社会支出已经达到34.70%，两者几乎相等，预计在近几年社会卫生支出将会成为第一来源，居民个人卫生支出将退居为第二位。需要说明的是，在社会卫生支出的各类社会医疗保险中，有个人缴费因素在内构成，这项个人缴费未计入居民个人卫生支出中。

2. 社会医疗保障体系建设正在向“保穷人”方向发展

我国的医疗保障体系主要由四个体系和针对大病、特病、妇幼保健等的补充体系构成。城镇职工基本医疗保险：对象为城镇所有用人单位，包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工等。筹资来源为用人单位和职工共同缴纳而组成。随着参保政策的明确，城镇职工基本医疗保险实际上覆盖了城镇全体从业人员。城镇职工个人现金支付又依就诊医院级别、所在地区、所在单位不同而不同，约在20%~55%左右。

城镇居民基本医疗保险：对象为城镇非从业居民，包括不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的学生（包括大学生）、少年儿童和其他非从业城镇居民。筹资来源由政府财政补助和个人缴费组成。2009年，在城镇居民基本医疗保险政策范围内住院医疗费用支付比例约为55%。城镇居民个人现金支付也依就诊医院级别、所在地区不同，包括自付部分和政策内不能报销部分约为50%。

新型农村合作医疗：对象为所有农村居民，以家庭为单位参加。截至2009年年底，参合人数8.33亿人。筹资主要为中央财政、地方政府补助和农村居民交纳组成。与城镇居民基本医疗保险相同，2009年，新农合政策范围内住院医疗费用报销比例约为55%。农村居民个人现金支付包括自付部分和政策内不能报销部分约为50%。

在城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗中还设置了大病保障制度，以减轻家庭灾难性卫生支出风险。此外，还建立了城乡医疗救助制度，救助对象覆盖城乡低保对象、五保对象，并逐步扩大到低收入重病患者、重度残疾人、低收入家庭老年人等特殊困难群体。

公务员医疗补助：对象主要为国家行政机关工作人员（含退休）和纳入公务员管理的事业单位工作人员等。经费来源为税收支付，由同级财政列入当年预

算。[①]可报销范围基本和以前的公费医疗相似。个人自付多数在15%以内。目前，已有省份正在改变这一方式。如北京市宣布，自2012年1月1日起，市属公务员、事业单位等约22万人取消公费医疗，并入职工医保。

截至2011年，城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人数超过13亿，覆盖面从2008年的87%提高到2011年的95%以上，中国已构建起世界上规模最大的基本医疗保障网。

3. 居民个人卫生支出与“政策可报销范围”

从前面医保体系的支付保障中可以看到，政策可报销范围、比例是一个影响居民个人卫生支出的重要因素。这个“范围”制定较窄，个人自付高，反之就低。不同级别的医院“比例”也有所不同，显然，级别较低的医院可报销“比例”较高。

设置这样的“范围”“级别”是有宏观卫生经济学意义的，前者有统筹资金能否承担问题，范围制定过宽，统筹资金支付有困难，范围制定过窄，民众就医时范围以外医疗服务项目需要自付。医药技术新成果就不能被利用，治疗效果也许就要打折扣，将来也要花费更多的医疗费用。因此，“范围”是医疗保障体系中的一种过渡性选择。“比例”因素是考虑医疗资源利用。民众就医有一个“经济不对称”现象：经济收入不高的人，可以不在日常生活上进行高消费，比如不住高级酒店、不进高档餐馆等。但是一旦生病，就希望到最好的医院，找最好的医生，行最好的治疗，出最低的费用。所以我国大医院就诊人数众多，80%的普通疾病未在基层医疗单位解决。因此，拉开级别不同的医院的报销比例是符合卫生经济学和医学管理的。

（作者：张明昊* 郑万会）

①车刚.中国与西班牙、韩国等国公务员医疗保障制度的比较研究[J].卫生软科学，2005，19(2)：97-124

*重庆医科大学

导读：

前面的内容我们知道了：我国政府卫生费用支出在GDP中的占比很低，并且有着地区、城市、甚至各个医院的差异性，而且这个差异性较大。其原因是什么？究竟应该有一种什么样的机制来保障医疗卫生事业的公益性？

第三节　转移支付在财力与卫生事权中的作用

一、“大马拉小车”与“小马拉大车”

政府卫生支出包含了中央政府财政投入和各级地方政府财政投入，其中以县级财政投入最多。而政府卫生支出在不同地区，或同一地区不同省市，或同一省市不同医院都有较大差异。这种差异与当地人口数、人均GDP不一定有明确的关系。进一步研究可以看到，在同一省市、同级别不同辖区属性医疗机构也有差异，这样的差异与医院的工作量、医院所在地医疗机构数量、每千人口床位数等也没有关系（见表4-9、表4-10）。

表4-9 2007年~2011年某市4家三甲医院政府财政投入补贴相关数据比较1

医院	总收入（万元）	财政补贴（万元）	财政补贴与总收入比（%）	住院人次（万人次）
A	131,046.86	13,802.90	10.53	6.27
B	123,305.84	15,971.31	12.95	6.68
C	73,237.61	22,438.50	30.64	6.04
D	144,892.14	6,779.30	4.68	14.03

注：数据资料来源于某市卫生局规划处2007年~2011年指标汇编。4家医院均为三甲医院，A、B为市级管理；C、D为所在地区区级管理。

表4-10 2011年某市4家三甲医院政府财政投入补贴相关数据比较2

医院	当地财政收入（GDP）	当地医疗机构数	每千人床位数（当地人口）	该院人均住院费
A	51.1（665.3）亿元	352个	15.67（56.40万人）	13,494
B	同上	同上	同上	14,559
C	55.2（434.1）亿元	319个	3.85（62.61万人）	6,133
D	30.1（303.0）亿元	438个	5.49（63.42万人）	7,912

注：数据资料来源于某市2007年~2011年统计年鉴。A、B医院所在地另外还有两家市级三甲医院、两家医科大学附属三甲医院、一家部队三甲医院和一家市级医院；C医院所在地另外有一家部队三甲医院；D医院所在地没有其他区属以外的医院。

分析上述资料：

(1)A、B医院所在地区医疗资源丰富，该区居民可以很好地享受到有政府财政补贴支撑的医疗卫生服务。相比较下的C、D医院地区的居民就没有这样的待遇。要想享受到这样的待遇，需要乘坐交通工具到达这些地区的医院。

(2)政府卫生支付主要由区县级财政负责，A、B医院所在地区的区县级财政支付外的大型医院医疗资源丰富，故其所在地区县财政卫生支出相应负担较轻，并且该地区财政收入也较高，可谓“大马拉小车”。而D医院所在地没有区县财政以外的大型医院，该地所有医疗机构均主要依靠当地财政负担，而且GDP和财政收入相对也较低，医疗机构数也多，可谓“小马拉大车”。

(3)D医院同样作为三甲医院，在承担相应公益性责任要求是相同的，但是得到政府财政投入补偿不相同且差距大，工作量也远远多于其他医院。

二、中国式的分权与转移支付层面分析思考

新医改以来有着众多的研究认为政府投入不足是过去医疗卫生体系中的问题之一，也是过去健康绩效有所下降的原因之一。[①]新医改启动以来，加强政府的卫生投入已成为政策层面的共识。从上述有关数据的比较性研究可以看到，在政府卫生投入中的种种差异，应该是反映政府投入机制中的众多需要解决的问题——就是不仅仅是增加政府对卫生的投入，与之伴随的还需要改变政府投入的机制，才能实现有效的投入。20世纪80年代，大多数发展中国家认为分权是促进国家政治、经济改革的有效手段。[②]国外有学者认为，在卫生领域的分权也是医疗卫生改革的有效手段和方法，甚至被认为是实现“人人享有健康”目标的关键措施。中国式的分权是以政治上人事集权和政绩考核、经济上财权上收和事权下放为特征。[③]1994年的“分税制”改革，使得中央财政收入占财政总收入比重快速增长。而地方财政收入减弱，不足全国财政收入的一半，基层财力相对薄弱，[④]尤其在贫困地区更为突出。中央在向地方转交社会保障、基础教育、卫生医疗和公共安全方面支出责任的同时，提供的转移支付资金较少。在这样的分权机制中，出现了我国经济快速增长，但包括卫生教育等在内的社会领域绩效不佳的“一条腿

①李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：105

②李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：106

③李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：137

④张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008：64-72

长、一条腿短”的状态。其中的卫生健康则是更短。我国出现卫生投入的种种差异和随之而来的健康差异；公立医院不再如同前三十年那样由政府包干所有成本，得到政府财政补助很少，需要在“市场化”中经营获得收入来维持运转，以此出现了与医院公益性分离并碰撞的状况；卫生部作为行业管理者，为了医疗服务质量下达一系列要求，却没有考虑或者解决其实施成本从何处来的问题，从而导致了医院为应付检查而实施，检查完成后又是另外一回事，诸如此类的事权与财权、成本支撑相分离的状况。

在多数国家，尤其是发达国家，其筹资模式可有不同，但医疗卫生体系总体的筹资和发展责任由中央政府主要负责，地方政府多是州级或省级承担次要责任。

因此，要改变这种情况，应该是遵循“事权跟着财权走”的原则，并很有必要认真研究中央与地方、经济发达富裕地区与经济较落后地区、医疗机构隶属不同等卫生事权与财权相关问题。

三、政府卫生支出及转移支付的条件与目标

中国式的分权及卫生分权形成事权没有跟着财权走，地方财力相对较弱，从而出现了经济发展和社会领域业绩“一条腿长、一条腿短”的情况。

从前文对资料数据的分析我们还看到了经济水平、财力多少因素都不能完全解释我国政府卫生支出的变化和差异。新中国成立时医疗卫生就不是高度集权，而是高度分权。城市是由地方政府和国有企业承担医疗卫生支出和服务供给，农村是由人民公社、生产队来承担。改革开放以后，经济不断发展，即使有财权的上移，地方政府的财力也远比新中国成立初期高上许多，也就是说新中国成立以来的前三十年和后三十年这样的分权就一直存在，为什么会有差别呢？还有什么因素是重要的原因呢？

中国式的分权在近三十年出现了中国官员考核机制，其最大的特点就是：上级政府对下级政府层层之间以经济增长为导向的政绩考核及官员任免。这三十年到目前，在卫生领域对地方政府的考核主要是两个指标：孕产妇死亡率、婴幼儿免疫接种率。显然，这两个指标远远不能反映整个医疗卫生生存与发展状况。当在这样的政绩考核指标下，地方政府以追求经济发展目标为导向的行为必然导致对卫生支出的挤占效应。以教育部门为例：教育与卫生同属社会领域。在过去教育虽然也如同卫生一样被推进了“市场化”“产业化”的圈子，但政府对教育的投入尚未有像政府卫生支出那样在20世纪90年代持续下滑。一旦政府提出了政府教育投入保障要达到占GDP的4%，各个地方政府就做到了。而尽管政府有文件规

定要“政府卫生投入不低于财政支出的增长幅度”，却依然做不到。甚至包括在新医改中政府承诺的新增加卫生投入8500亿元和以往的政府常规卫生投入也都没有完全达到。[①]医改已经有些年头了，部门间的统筹协调是“分权”影响还是利益冲突我们尚无从知道，但把对医疗卫生的发展仅用两个指标对地方政府进行考核，把更多的责任放在医疗部门去“医改”，显然是不对的。

坚持改革方向不动摇。新一轮医改启动以来，我国医疗卫生事业改革已经取得了明显的成效，政府、民众和医务工作者都接受和肯定的就是：医疗卫生是在朝着公益性的这个改革方向。在医改进入深水区、涉及深层次矛盾和利益格局时，坚持这个改革方向不动摇是一个根本的原则，其中政府加大对医疗卫生这个“公益性”事业的投入就是近段时间的目标之一。

（作者：张培林　苏琦　张娅莉）

导读：

有一种观点认为：政府卫生支出的钱投入到民众，提高了民众看病就医的支付能力；而民众的看病就医的支付能力提高，医疗机构就得到了收入，因此补需方也就是补供方。实情可以就这样简单地看吗？

第四节　投供方还是补需方，目前复杂且纠结

在政府有限的卫生支出下，究竟投入供方还是补给需方目前众说纷纭。

一、需方、供方的现状简析

（一）补需方的现状简析

补需方的观念认为投入需方可缓解“看病贵”的难题，让民众有钱看病，医院则可通过市场竞争，提高服务吸引患者得到收入，实现生存和发展运转。

目前需方的就医付费状况是：公务员系统享受80%以上可报销的公费医疗保障体系；城镇职工通过单位和个人缴纳组成的职工医疗保险基金可得到55%左右

①李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：35

的保障；城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗由中央与政府投入补助资金和个人（家庭）缴纳组成，使城镇非从业居民和农村居民得到在可报销政策范围内的50%以上的医疗保障。此外还设有大病保障，以减轻灾难性卫生支出负担。对特困人群，还设立了城乡医疗救助制度等等。医改“十二五”规划力求使居民个人现金卫生支出平均水平降低到30%以下。我国需方的医疗保障体系在政府的资金投入和引导下正在发挥着越来越大的作用，民众看病贵的状况正在逐步改善。

（二）补供方的现状简析

补供方目前的状况则要复杂得多，这里我们用物理学上等边三角形是最为稳定形态的“三角形稳定关联”来解释供方的状况（见图4-11）。

图4-11中的（1）是一个理想状况，即政府投入合理，医院的医药收入合理，由此来支撑医院的医疗服务。

图4-11中的（2）是反映在计划经济时期，医院作为公共卫生事业的主体单位，以实现社会公益为目标，医院不考虑经营收入及成本，以低水平、广覆盖方式，远低于成本定价状况为民众提供医疗卫生服务，医院的亏损均由政府承担。也就正如前面所说，这段时期的卫生筹资主要依靠政府来承担（在那个时期，企事业单位也是属于国家公有的状况）。从三角形稳定关联角度看，不等边的状态是一个不稳定均衡关系，缺乏可持续性——到一定时候政府就可能负担不起。

图4-11中的（3）是反映进入“市场化”阶段，政府放弃了承担公立医院亏损的责任，并逐渐减少了对公立医疗机构的财政支付，公立医院主要依靠医药收入来维持生存和实施医疗服务。卫生部2004年~2010年的卫生统计年鉴资料数据表明，历年政府财政对全国的综合性医院补助投入不到7.5%。也就正如时任卫生部副部长的黄洁夫在2012年3月15日的全国政协会上谈到的：“我们现在的公立医院不是真正的公立医院，现在的公立医院10%靠政府，90%靠挣钱。”

图4-11中的（4）（5）（6）表达了目前公立医院在医药收入上的客观状况。医院的医药收入应该如同（4）的稳定关联状况，是一种反映真实成本和合理价格的医药收入体系。而实际不是这样，在新中国成立至今的前三十年里，国家为使民众都能享受到廉价的医疗服务而采取了不计成本的定价方式，产生的亏损由政府财政承担，与医院及医务人员无关。后三十年，医院进入市场化运行，政府不再承担这样的亏损，原来的价格虽有一定程度的调整，但实际上仍不能反映真实成本。北京市卫生局、重庆市第九人民医院对医疗服务项目进行的成本核算研究表

明，目前的医疗服务项目仍处于“虚有价格虚无成本”状态，[①②③]由此产生的亏损只有依靠医院通过药品收入或者多做挣钱的医疗服务项目，尽可能少做亏损项目来弥补〔图4-11中的(5)(6)〕，于是就出现“过诊过治”，一定程度或较大程度上加重民众医疗负担，也浪费了政府投入或渠道筹资的资金资源。

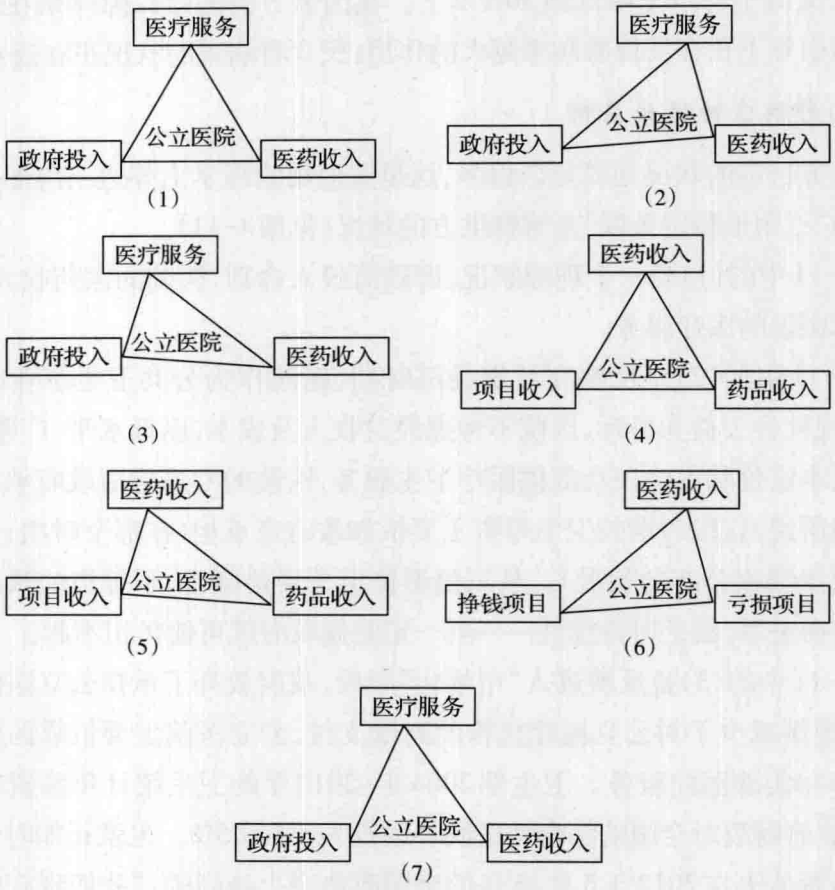


图4-11 供方“三角形稳定关联”状况分析

新医改文件中政府已经承诺：“政府负责公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补贴等，对公立医院承担的公共卫生任务给予专项补助，保障政府指定的紧急救治、救灾、援外、支农、支边和支援社区等公共服务经费。”即通常所称的：政府应该对公立医院的“六大”公共服务买单。这是公立医院作为公益性事业单位的基本建设和执行公共卫

①闫龑.北京试点补偿医院政策性亏损[N].健康报，2010-01-18(4)

②郑万会，张培林等.公立医院成本支撑运行与补偿机制改革的探讨[J].中国医院，2013，16(6)：24-26

③郑万会，刘宪，张培林.公立医院改革中微观卫生经济三角形联动机制探讨[J].卫生经济研究，2013(4)：36-38

生服务的资金成本，这个成本应该由政府拨付。重庆九院成本控制研究室所进行的《公立医院成本核算与补偿机制研究》表明（详见本章第七节——面对公立医院的各项刚性支出，政府对公立医院投入是否应尽早纳入严格目标考核），在中等规模的医院，上述“买单”资金成本支出（不包括政策性亏损）在公立医院的总收入中占比约为24%。政府现在给公立医院的补贴约为7.5%，重庆市十多家医院1997年至2011年药差收入（不计药品在医院内流通环节成本）约占总收入的5%。按照上述新医改文件政府承诺将予支付的比例——24%，减去已经补偿的7.5%，再减去药差收入5%，还有11.5%的差距需要医院通过经营收入获得。新医改中深化公立医院改革的目标之一是取消公立医院的药品差价收入，如此这个差距将会成为16.5%。政府投入本身就不足，又取消药差收入，再加上医疗服务项目“虚有价格虚无成本”状态，医院的生存及可持续发展必然出现图4-10中的（7）三角形严重不等边的不稳定状况，医疗成本恐难支撑，医院将在公益方向、病人付费、医院发展积累和医务人员待遇之间处于左右为难的窘迫状态。

二、理想目标的困惑

（一）公立医院改革单项推进稳定关联问题

通过上述以三角形稳定关联的分析可以看到，仅通过某个单项举措来推进公立医院深化改革显然将会引起不均衡的效果，甚至会导致较好医改局面的蜕化。相关分析思考如下：

1. 取消药差收入后其他补偿举措能有效吗

取消公立医院药差收入将会使新医改文件中政府承诺应该支付公立医院内容（不计政策性亏损）的资金差额达到总收入的16.5%。北京已经试点的大型公立医院在取消药差收入的同时，增加了医事费作为补偿，[①]但医事费增加的收入小于药差收入。如此，要么另外增加补偿机制；要么会加重医院通过过诊过治创收行为来获得被取消的资金差额，结果仍然是民众医疗负担加重，医保筹集的有限资金被进一步无效挤用。

2. 取消药差收入后我国药品生产流通环节中不良竞争——“毒瘤”作用并没有消除

我国众多药品生产企业规模小、技术水平和创新开发能力相对较低、同类产品或相同产品多的状况，是导致药价虚高和在药品市场流通环节不良竞争性营销

①曾亮亮，李亚红.京公立医院改革：取消药品加成 推出药事服务费[EB/OL].http://info.pharmacy.hc360.com/2012/06/291048406119-2.shtml，2012-06-29

泛滥的重要原因之一。医院虽然有严格的控制措施，却没有把药品收益计入业务科室的奖励，但药品收入毕竟也对医院补偿政府投入不足是有利的，是和企业有利益共同点的，因此医院被认为是有助长药品营销趋势的，以药养医需要改变。然而，从药品流通流程各个环节上讲，取消药差并没有改变药品促销的作用（见图4-12）。药品销售过程中存在的处方“回扣”依然存在。而医院失去了药品差价收入，无法补偿投入不足的资金，同时还需要解决在医院内药品流通环节的成本。

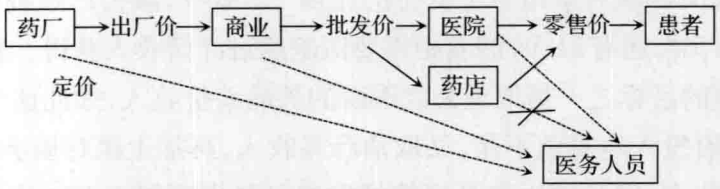


图4-12 药品的经济流通价值链及形成不良竞争作用点示意图

3. 有争议的权益之举

安徽省芜湖市实施的“二次改革企业割肉财政兜底”的“芜湖模式”[①]、广西壮族自治区玉林市药房托管模式，在现有的环境状况下形成了医务人员处方不再想着有无回扣，医院的药品比例自动下降到36%左右，医院获得较多的资金补偿，民众也得到药品让利实惠，地方政府财政负担减轻，企业、商业不再出现挖空心思营销攻关的多赢局面。广东省高州市人民医院曾经有以“阳光采购”“无红包、无回扣”而闻名全国的“高州模式”，新任院长按照政策要求取消了该院过去采用的药品采购的“二次议价”举措，采购价格严格执行政府招标价后不久，该院因医务人员收受医药公司回扣被移交有关部门处理而再次被置于聚光灯下。有学者认为：高州市人民医院有医疗费用低、服务好、医生收入高的良好公众形象，距离实现消费者满意、医生受益、政府得益的“三赢目标”只差半步。[②]

在目前我国药品企业众多，市场竞争如此激烈，且不正规，短期内又难以梳理、规范的情况下，尽管这样的做法就本质而言，医疗机构补偿依然来自药品的销售，并未实现真正意义上的“医药分开”，但不失为一种权宜之计，既有市场性特征，又有计划性特征；民众利益得到保障，医务人员行为相对规范，政府投入补偿不足得到缓解。随着药品生产流通环节的改革治理，随着医疗服务价值体系的科学建立，逐步改变以药补医是能够实现的，但一定要有好的顶层设计。

4. 补需方就是补供方吗

有这样的一种理论：政府把钱补给需方——民众，民众到医院就医付费，就相

①曹政.芜湖：二次改革企业“割肉”财政兜底[N].健康报，2012-03-02(1,2)

②姜天一.高州模式：离成功只差半步[J].中国卫生，2013(2)：92-93

当于政府把钱补给了供方——医院。这样的理论从资金流动的走向角度看是有道理的，民众能有钱看病了，医院通过提供医疗服务收到钱了。

但我们进一步用医院公益性建设、医疗服务劳动行为和伴随的经济学原理来分析就会发现如下问题(见图4-13)：

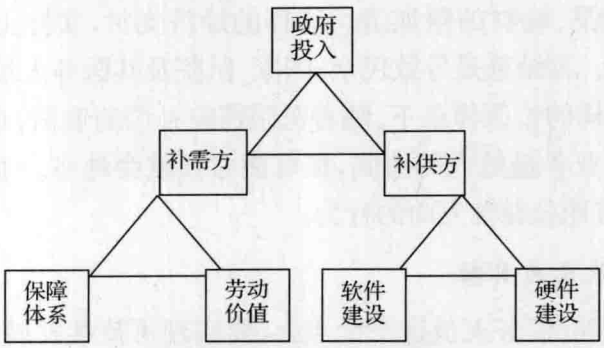


图4-13 补供方与补需方关联图

补需方是政府、社会单位和个人三方共同筹资组成的对民众的社会医疗保障体系，其中政府的投入是政府的社会责任，是为民众提供人人应享有的基本医疗服务公平性的二次分配体现。民众患病利用医保金在医院的诊治付费是医务人员对患者提供了医疗卫生服务后的收费，是医务人员的劳动收获，是医务人员劳动价值的回报。

补供方是指按照新医改文件的规定，对公立医院六个方面基础内容进行投入，是补偿给医院实施公益性任务的必要硬、软件基础条件建设。这是政府开办公立医院，公立医院实施公益性医疗卫生服务的基本条件。

因此，笼统地把补需方就诊所支付给医院的费用看成是补供方的说法，就有把给医务人员的劳动报酬看成是对医院基本建设投入的混淆之嫌。更何况在目前医疗服务项目尚处于“虚有价格虚无成本”的状态下，医院收费是有亏损的。

更主要的是，如仅专注补需方，供方靠竞争性服务从补需方的投入获得收益，则供方在公益性方向付出的“量”与“度”很难在竞争性“创收”中去获得适量、适度的补偿与掌控，因而这种补偿过程有可能偏离公益性方向。

(二)公立医院医疗服务的价值体系

已如前述，目前的医疗卫生服务价值体系有三个矛盾：一是由于历史的种种原因，医疗服务项目中有相当部分的定价远低于真实的成本和医疗卫生服务的价值。在医务人员高学历、高技术、高职业素养和高职业压力的劳动付出价值被低廉的价格标签进行标注时，尊重科学、尊重知识，包括尊重生命就没有了基础，也就没有了与之相应的机制建设、制度建设、思想建设等乃至整个医疗服务体系建

设的经济基础。

而另一个矛盾就是部分放开的有市场性定价含义的药品、耗材。由于商品的特殊性、竞争性等原因，又存在较为严重的虚高，这既导致市场的不规范竞争，又导致过诊过治的不规范医疗行为。医务人员的高技术、高职业风险和压力的劳动价值，被沦为药品、耗材的附加值。这样的经济支付，实际上最终仍然是由老百姓、国家在承担。其结果是导致民众、国家、医院及其医务人员都不满意。

第三，在这样的价值体系下，随着医院药差补偿的取消，在其他补偿机制不能到位的情况下，业务量越大的医院，很可能亏损就会越多。而要弥补亏损就有可能异化出其他有违公益性方向的行为。

（三）理想状态与目标

在患者、医院、医务人员这三个点上，要实现可持续发展三角形稳定的状态，其科学合理的经济运行机制建设是所有其他机制建设的基础，而这个科学合理的经济运行机制建设的基础条件首先就是医疗服务体系的成本必须回归真实、科学的状态。

因此，结合图4-14可以看到，要想达到这样的理想状态，政府对公立医院的六项投入应该充分到位，使得医院在医疗服务项目价格真实反映成本的基础上，组织不考虑创收的医疗服务活动，把精力真正放在改善医疗质量上。医务人员的价值观有了真实的体现，不再成为药品、耗材价格虚高的附庸，回归医患正常关系等。应该说这才是一个公立医院医疗卫生服务的理想体系和科学价值体系，也是我们医改追求的目标。

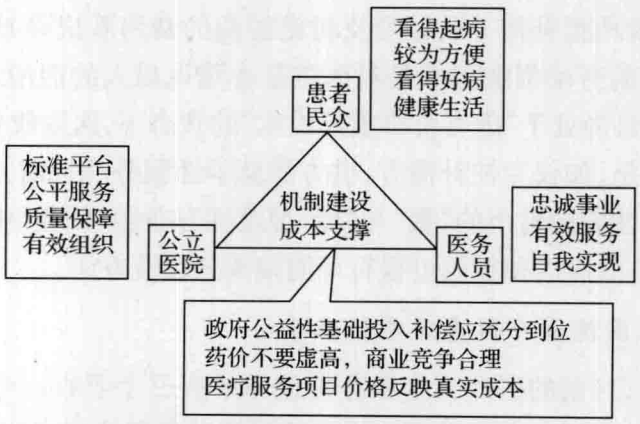


图4-14 患者、医院、医务人员三者间的稳定关联

（作者：张培林　刘宪）

导读：

我们知道：一个人的经济能力可以决定这个人的吃穿住行，经济能力强的，可以住较高级的酒店，乘坐飞机或者火车软卧，使用品牌产品。而经济能力低的就不一定要去做这样的高档消费，而是选择适合于自己经济状况的消费。但是当一个人患病后，他（或者她）是按照他的经济状况去选择医疗卫生消费吗？

这就有了一个问题：何谓基本医疗服务？何谓非基本医疗服务？其内涵的界定依据什么为标准？换句话说，民众的基本健康保障如何制定？如何区分一般医疗消费和特殊的医疗服务消费？

第五节 基本医疗卫生服务与非基本医疗卫生服务

一、基本医疗卫生服务

我国医药卫生体制改革的政策目标是建立覆盖全国城乡居民的基本医疗制度，实现人人享有基本卫生健康服务，缩小医疗服务差别，为民众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务。

何谓基本医疗卫生服务？2012年1月，时任卫生部副部长的陈啸宏在召开的全国卫生规划财务工作会议上讲到："当前，我国尚未从政策层面明确基本医疗服务的界定原则、标准及具体内涵，只是从实践工作中认为基层医疗卫生机构提供的是基本医疗卫生服务。"实际不仅仅是政策层面，在经济学、医学、社会学等多个层面目前都未有一个有关基本医疗卫生服务的界定、内涵内容。

卫生部卫生经济研究所有过一个"对基本医疗卫生服务"的界定："由政府组织，覆盖城乡全体居民，依托公共卫生机构和基层卫生机构提供，适应经济发展阶段和政府及个人承受能力，安全有效方便价廉的公共卫生服务和基本医疗服务。"[①]

依据上述界定概念，结合我国医疗卫生改革和发展实际情况可以看到：[②]

（一）公共卫生和医疗卫生服务体系已经形成，并正在完善

新医改以来，主要由政府组织和出资建立并正在逐渐完善公共卫生服务体系和基本医疗服务体系。公共卫生服务体系包括有疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、卫生应急、采供血、卫生监督和计划生育等专业公共卫生服务网络，以及以基层医疗卫生服务网络为基础、承担公共卫生服务功能的医疗卫生服

①张振忠，王禄生，杨洪伟.中国卫生费用核算研究报告[M].北京：人民卫生出版社，2008：81-83

②中华人民共和国国务院新闻办公室.中国医疗卫生事业[Z].北京：2012，12

务体系。基本医疗服务体系是在农村建立起以县级医院为龙头、乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村三级医疗卫生服务网络，在城市建立起各级各类医院与社区卫生服务机构分工协作的新型城市医疗卫生服务体系。

（二）我国已建立世界上最大的医疗保障体系，筹资水平和报销比例不断提高

新医改以来，在政府投入的主导下，建立了我国的基本医疗保障体系：包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群。截至2011年，城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人数超过13亿，覆盖面从2008年的87%提高到2011年的95%以上。到2015年我国居民人均卫生支出占卫生总费用比将降低到30%以下。

（三）初步建立了国家基本药物制度

新医改以来，我国初步建立了国家基本药物制度，从无到有，初步形成了基本药物遴选、生产供应、使用和医疗保险报销的体系。2011年，基本药物制度实现基层全覆盖，所有政府办基层医疗卫生机构全部配备使用基本药物，并实行零差率销售。制定了国家基本药物临床应用指南和处方集，规范基层用药行为，促进合理用药。基本药物实行以省为单位集中采购。基本药物全部纳入基本医疗保障药品报销目录。

（四）公共卫生服务体系和基本医疗服务体系内涵软实力正在建设发展中

1. 加强基层卫生人才队伍建设

采取多种形式为农村和社区培养、培训、引进卫生人才。组织实施中西部地区农村订单定向医学生免费培养等。实施万名医师支援农村卫生工程。建立全科医生制度，开展全科医生规范化培养，安排基层医疗卫生机构人员参加全科医生转岗培训，到2020年，将通过多种途径培养30万名全科医生。如此发展，基层医疗卫生服务体系技术水平将会得到提高，将会越来越发挥“守门人”的作用。

2. 不断完善建设基层公共卫生和基层医疗服务体系内涵

在公共卫生服务和基本医疗服务上，国家免费向全体居民提供国家基本公共卫生服务，包括建立居民健康档案、健康教育；妇、幼、老人、精神病、残疾人的健康管理及慢病管理等等10类41项服务。针对特殊疾病、重点人群和特殊地区，国家实施重大公共卫生服务项目，对农村孕产妇住院分娩给予补助、15岁以下人群补种乙肝疫苗、消除燃煤型氟中毒危害、农村妇女孕前和孕早期补服叶酸、无害化卫

生厕所建设、贫困白内障患者复明、农村适龄妇女宫颈癌和乳腺癌检查、预防艾滋病母婴传播等，由政府组织进行直接干预。

在服务体系建设中，国家已经开展一系列提高工作质量和工作效率的举措，包括建立健康档案、信息网络建设、双向转诊、慢病监测及干预、健教健促改善民众生活习惯等。并将在全国范围内开展社区卫生服务平衡计分卡管理。

综上所述，我国的基本医疗服务体系已经基本成型，并卓有成效。随着我国医改的深入，随着政府加大对民生的投入，基本医疗服务内涵的建设将会越来越丰富，基本医疗服务范围也会逐渐扩大。届时，80%左右的常见病、多发病将会在基层医疗服务体系中得到解决。诚然，改革和建设的过程中会有这样或者那样的问题存在，如目前已知的基本药品目录范围过窄、配送不及时，绩效管理尚未调动基层医疗工作人员的积极性，等等。这也正说明医改是一项艰巨而长期的系统工程，需要坚持公益性、公正性、公平性的医改方向，需要坚持不懈的努力去克服困难，我国的基本医疗服务一定会发挥出巨大效应。

二、非基本医疗服务

基本医疗服务之外的服务就应该视为非基本医疗服务，或者又称为特殊医疗服务。与基本医疗服务一样，非基本医疗服务也没有一个明确的从政策、经济学、医学、社会学等层面的关于内涵、内容的界定。

如果按照目前的政策内可报销范围来区分，可报销内容属于基本医疗范畴，不可报销的就属于非基本医疗范畴。但是我国没有按照经济收入来划分就诊医院及医保体系，目前的四类医保体系中，以公务员医疗补助可报销范围和所报销比例最大，也就是说基本医疗范畴或者非基本医疗范畴因医保体系不同而不同。说明这个范畴的界定受到医疗卫生资金筹集的影响，也取决于执政理念及顶层设计。目前这样的情况正在改变之中，我国正在加大低保收入人群的举措。

就提供医疗服务而言，在国外的部分国家，有经济条件的人可以选择在私立医院就诊，享受相应的服务。普通民众或者经济条件稍差的人会去公立医院接受服务。我国没有这样的界定，私立医院规模也相对较小，仅个别发达城市有极少的专门针对高收入人群的专科医疗机构。

结合我国的具体情况和国情，可否有这样的一个设计：在阶段时期里，在政策可报销范围内的医疗服务就是以基本医疗服务形式作为公共产品提供给民众，由政府购买。而政策不可报销范围外的就作为特殊医疗服务，进行市场性运行和管控。当然，随着技术发展、经济因素的改变，这个“报销范围”会相对地发生改变。

而现在存在的主要问题是部分在公立医院内的基本医疗出资购买不够，而是靠公立医院在市场中竞争获得补偿。管控也不够，部分非基本医疗由于缺乏国家指导下的商业保险模式，这些非基本医疗要么使人们看不起病而放弃医治（或者由媒体要求协助），要么进入可报销范围又挤占其他基本医疗资金，或者成为少数人可享受报销的特权。

（作者：郝秀兰　谢文义　王毅）

导读：

你知道吗？1985年的公立医院医疗服务价格水平与1952年的实际水平相当！

你相信吗？目前（2013年）一个三级医院的医师，在经过5年的大学教育，近十年的临床医疗经历，在未能晋升到副主任医师之前，在门诊接诊一位患者需要10分钟左右，而其劳动价值与重庆早餐摊上的一碗小面相同。

第六节　诊疗服务价格和新财务制度如何让“公立”医院“责权利”对等

2012年3月15日全国政协会上，时任卫生部副部长的黄洁夫讲到：“我们现在公立医院不是真正的公立医院，现在的公立医院10%是靠政府，90%是靠挣钱，这个哪是公立医院？公立医院应该是由政府包着不用去管钱，所有的钱都是政府拨给你，医院只负责给百姓提供优质、低廉、高效的服务。”

2012年11月29日在北京举行的主题为“公立医院改革”的中国卫生经济学会第十五次学术年会上，时任全国人大财政经济委员会副主任委员、中国卫生经济学会会长，卫生部原部长高强在会上作《关于公立医院改革与政府责任的几点思考》主题报告时谈到了“公立医院多年来自负盈亏依靠创收维持运行，医疗服务项目成本不能反映真实劳动价值，存在医务人员积极性调动与政府投入不足的矛盾”。他强调了“公立医院改革的根本是利益关系，核心是有效的财政保障，当务之急是要改变公立医院的创收机制，方向上要增加医事费、保障政府投入等”。

2012年1月12日在全国卫生规划财务工作会议上，时任卫生部副部长的陈啸宏指出：“当前，公立医院改革的一个难点是对‘公’和‘立’的理解把握。‘公’，就是

以国有资产为主体。我国公立医院主要包括政府举办、国有事业单位举办、国有企业举办、军队举办，而且是非营利性的，举办责任涉及政府各个相关部门。只有这些部门相互协调和配合，形成合力，才能真正履行好政府举办公立医院、维护公益性的职责。‘立’，就是政府财政的保障力度和程度。对公立医院的投入重在落实，例如，应明确财政补助收入占公立医院总收入比重达到多少，才能保障公益性。各级政府应落实对现有公立医院投入责任，进行优化配置和调整，建立科学、规范、可持续的运行机制，切实保障公立医院的定位和发展。”

从三位卫生部领导的讲话中可以看到一个关键的主题——目前医院公益性职责的履行资金成本来自于医院依靠经营创收维持。

公立医院的资金来源主要有三个方面：政府投入补偿、医疗服务收费、药品差价收入。前文已经对公立医院的政府投入补偿问题做了相应的分析，下面将从医疗服务价格上进行相关问题分析。

一、医疗服务项目价格现状

通过文件资料的研究，通过对服务项目定价的历史变化以及上述的项目核算，可以看到我国医疗服务项目长期处于一种价格不能反映真实成本的“虚有价格虚无成本”状态。为什么会产生这样的状态呢？

（一）历史形成的不计成本定价方式

计划经济时期的定价是完全不考虑成本因素的，其目的也就是让多数人能够看得起病，即使没有医保的人也可以享受到由政府补贴医院运行成本的公益性医疗服务。

医院也不用考虑亏损问题，全由政府财政解决。医院的医务人员也在不考虑经济因素的情况下，对患者采用当时所能应用的医疗科学技术进行治疗。医患间也没有经济利益上的博弈冲突和矛盾碰撞。

（二）医疗服务项目价格“调整”由于诸多原因多数不能够反映真实成本状况

1. 这里的“调整”有两个含义和内容

一个是在计划经济时期，除了定价不考虑真实成本外，还进一步降低医疗服务项目价格，先后在1958年、1960年和1972年实施了三次大幅度降低收费标准措施，使计划价格更加远远低于实际成本。

另一个是在进入“市场化”时期，随着政府逐渐减少了对公立医院的财政投入，不再为医院亏损买单，不计成本的医疗服务价格状况使得政府也对原来的价

格进行了多次的调整：

(1)“恢复”性调整

其中，以在1985年进行的调整最为典型，使医疗服务收费标准基本恢复到1952年的“实际”水平。

(2)“差异”性调整

1983年，我国对自费医疗病人和公费劳保医疗病人实行了不同的收费标准，以后又在1992年，将自费病人的收费标准和公费劳保医疗病人的收费标准进行了并轨。

(3)“放开”性调整

随着医学科学技术的不断发展，伴随着新设备项目、新技术项目不断引进、开发、开展使用的同时，政府部分地放开了一些医用耗材、仪器设备项目的价格(也包括一些新药制品)。

但这样的调整赶不上物价、工资等成本上涨。以1994年至2004年计算，医疗服务价格的平均增加幅度为10%，而在这十年间我国工资增长253.11%，国民总GDP增长231.71%，国民人均GDP增长205.04%，居民消费价格指数上涨了34.79%。[①]

到2013年，重庆公立医院执行的医疗服务价格，多数仍然是9年以前由重庆市物价局、重庆市卫生局制定的2004年版本标准。

2. 在医疗服务价格调整上的“思考”与决策

有人认为：“我国国情和制度决定医疗服务价格不能完全按成本而定。广大群众的经济收入、消费水平与医疗费用的支付能力不相适应。目前的医保制度使相当部分民众自付比例较高。因此，医疗服务价格的制定受到一定限制，除考虑基本成本以外，更多的是要考虑患者承受能力。”[②]

这实际上也可能是目前顶层设计的主流思维，由此而影响到医疗服务项目价格回归真实成本。国家发展改革委、卫生部、人力资源社会保障部于2009年11月9日发布的医改配套文件《改革药品和医疗服务价格形成机制的意见》中也提到：“价格调整要充分考虑社会各方面利益和群众承受能力，统筹兼顾，逐步疏导矛盾。”

二、财务管理制度中医疗服务项目成本因素及其核算

也正是因为上述的种种原因，在相当长的一段时期里，医疗服务价格缺乏科

①安珂.医疗服务项目定价合理性评析[J].卫生经济研究，2013(3)：26-28

②安珂，张福生.对手术费、诊疗费定价合理性的探讨[J].卫生经济研究，2009(266)10：35-37

学精确的计算方法和证据支持，难以真实反映医疗服务必需成本，更不要说制定的价格不能随着其他相关因素的变动而及时调整。

过去的医院有关财务管理制度中缺少这样的栏目和要求，新的医院财务管理制度有医院进行全成本管理要求，其具体如何达到反映真实成本尚有许多需要完善之处。这样的结果使得医院医疗服务项目成本真实因素反映不足，承担和履行公益性职责、任务时，使相当部分公益性隐性成本难于计算。

三、长期以来医疗服务项目“虚有价格虚无成本”的影响及其后果

（一）“虚无成本”的亏损状态导致政府财政补偿负担难于承受

计划经济时期，出于能使没有医保的普通民众都能得到医疗卫生服务的公益性目的，政府对医疗服务以不计成本的方式定价，并承担了由此而带来的亏损。随着医疗卫生的发展，随着我国人口的增长，这样的亏损必然越来越大，政府的负担就越来越重。

长期的低价状态，如此大的亏损缺口，如果现今要开展新的物价调整，由此而增加的费用除了政府财政能够买单外，谁来承担都会觉得难受。问题在于如果政府不买单又怎么办呢？

（二）医疗服务项目亏损使得医疗服务收入亏损由医院自己承担

随着政府退出了承担医疗服务项目亏损的角色，医疗服务收入盈不补亏的结果就只有由医院自己承担。在盈不补亏的现实情况下，公立医院的管理者和医务人员逐渐从原来单纯考虑如何将医疗技术服务于患者的角色演变为既要服务于患者，还要加强经营、经济管理的“矛盾”角色。

政府投入减少，又不承担政策性亏损，部分医疗服务项目定价放开，医用耗材、药品实行市场化运作，这些因素使得公立医院在市场化的浪潮中“扑腾”。

（三）“虚有价格虚无成本”的医疗服务价格体系，导致医疗卫生服务的价值体系紊乱，公立医院责权利不对等

价格体系的延伸就是价值体系，当高学历、高技术、高职业素养和高职业压力的医务人员的劳动付出价值被低廉的价格标签进行标注时，尊重科学、尊重知识，包括尊重生命就没有了基础，也就没有了与之相应的机制建设、制度建设、思想建设乃至整个医疗服务体系建设的经济基础。

民众在长期不计成本的医疗服务价格体系下，已经习惯了这样的服务价值，无论某个患者的经济状况如何，他可以认为某个星级酒店价格太贵而选择其他合

适的旅店入住，他不会认为这个星级酒店高昂的价格令他不能承受而不合理。但是如果是患者，他一定是希望选择最好的医院、最好的医生给他治病，在自付比例较高的政策规定下，当他不能承受需要他自己支付的诊治费用时，那就是不“合理”，就是看病贵。我国的卫生总费用仅占全球卫生总费用的3%，而我国人口占世界人口的22%，这样的矛盾结果和这里面究竟有多少“过诊过治”的情形值得进一步探索。有人研究认为中国卫生消费之所以“贵”，是与卫生消费占总消费比例较高，超过经济增长速度有关。①

在这样的状况下，若要纠正不合理的价格，民众认为负担已经够重，因而要考虑民众的经济承受能力。而长期以来，如此状况下医务人员的奉献和产生的价值也要考虑，就只有是一步一步来。医务人员在这样的低价值回报和委屈中前行，而所有医改都需要医务人员的积极参与，这样的价值体系会起到什么样的作用呢？

在政府投入少，又不对亏损负责，又需要公立医院完成相应的公益性任务职责的要求下，医院所需要支撑生存的经济来源就只有：①向价值链上游：延迟付款争取流动资金；压低价格获得价差空间；② 在医院内部：强化管理，提高效率，注重成本效益，也一定程度上降低了医疗机构从业人员的待遇；③向价值链下游：在政策允许的范围内扩大经济来源。包括尽可能地采用新技术、新设备这些相对价格成本上有一定结余的项目。

而由于耗材、药品的定价放开，低技术产品竞争的市场性行为，就出现了医务人员的价值市场性转移体现——回扣、红包等不良行为，也就是目前所谓的“过诊过治”这样一个令医院管理困难，国家形象受损，民众负担加重，医德体系形象下滑的畸形产物，造成了目前医患矛盾碰撞的格局。也严重地影响着医疗卫生服务的科学价值观建设。

（四）医疗质量服务体系与医疗服务价格体系背离

为不断地提高医疗服务质量，更好地为患者民众服务，为减轻患者，尤其是经济收入较低的患者医疗负担，卫生部系统不断地有一系列要求出台，要求医院改进。这本身是非常有意义的，也是医学科学发展必然的举措。然而，这些要求在“虚有价格虚无成本”的背景下，如何才能保持其可持续性？

（五）单病种核算、临床路径等医保支付方式改革举措实施必然受到影响

进行单病种核算付费，进行临床路径付费，我国已经进行多年，似乎到目前为

①李玲.政府卫生投入与医药费用控制的关系研究报告[R].北京：中国卫生经济学会秘书处编印，2012：105

止没有一个可以让大家接受的方案，为什么？

2012年8月9日，《健康报》第一版刊登的在安徽进行的按病种付费试点结论是："短期内很难覆盖大量病种，甚至永远不可能覆盖全部病种。该试点结果认为，任何一种单一的支付方式都是有缺陷的，容易被钻空子。"其实质就是价格与成本的背离。

同样被称为"毒瘤"的项目付费制，将要用总额预付制替代。如果不正视、不解决目前这样的"虚有价格虚无成本"的价格体系，可能同样难以有实质性的进展，其原因就是没有科学合理的卫生经济基础。

四、医疗服务项目价格调整势在必行

（一）建立科学合理的医疗卫生服务价值体系

从以上的分析可以看到，医疗卫生服务项目"虚有价格虚无成本"的价格体系，是目前医疗卫生服务体系建设发展中的一个严重挑战和障碍，是关系到医改的深入进行、已有的医改成果能否巩固、医疗服务体系是否科学并可持续发展等的基础性问题。

医改的目标是要让民众身心健康得到保障，具体体现就是要看得起病，能较为方便地看病，在现有的医疗服务技术下使其所患疾病得到控制、治愈以及身体健康好转。

要实现这样的目标，需要有两个支撑点，一个是医院，另一个是医院的医务人员。

医院要提供这样的医疗服务是需要经济成本来支撑的，从上述的医疗服务项目成本核算数据看，这里就会出现另外一个矛盾：患者到医院就诊，医院履行医疗服务职责，这样的职责履行越多，医院亏损就会越严重。在目前多数医院没有享受像北京这样的补偿机制措施的情况下，医院要么忍受着亏损的煎熬，要么就在可盈利项目上加大力度，减少亏损。后者也正是所谓的"过诊过治"的根源之一。有人曾经做过测算，政府财政少拨付医院1元，医院要从患者那里多收3元~5元才能补上，而且还必须是营利性项目。可见如此形成了一种恶性循环：政府加大了对补需方的投入，目的是让老百姓能看得起病，这是政府良好的愿望，也是应做的民心工程。但是医院为患者提供的医疗服务项目多数是亏损的，医院不可能长期承担着在给患者提供服务的过程中产生的亏损，医院只能"过诊过治"，结果出现国家、民众、医院三方面不满意的不利结果。

因此医疗服务项目价格调整不仅势在必行，而且应当先行。

（二）无论现在还是将来，公立医院改革与管理都需要医疗服务项目的真实成本和与之相应的真实价格

结合卫生部副部长陈啸宏谈到公立医院改革的“公”和“立”的问题，就是要把公立医院的真实成本运行支撑核算清楚，就是确定公立医院的“公”究竟需要多少“立”来支撑，其基础就是要把医疗服务项目的真实成本及其相应的价格搞清楚。从而才能明确是谁的责任，该投入的就必须投入，该支付的就一定要支付，该转移支付的就要转移支付，该制约的就要制约，否则就是缺位。

同样道理，对于医院管理来讲，当真实成本和真实价格弄清楚后，在现有体系及机制下，医院管理者可以知道在实现公立医院的公益性责任中哪些是能做的，哪些是做不下去的，哪些是能够控制的，等等。也只有在不断地提出问题和解决问题的过程中，医改才有真正的可持续深入。

（三）医务人员价值

目前的医疗服务价格连成本都难以反映，如何才能反映医务人员的工作价值呢？既然医务人员的工作价值不能反映，尊重生命和工作价值之间又如何去平衡？

最为典型的就是诊查费和护理费。表4-11为2004年由重庆市物价局和重庆市卫生局编制的《重庆市医疗服务价格手册》所规定的诊查费、护理费收费标准。

表4-11 2004年《重庆市医疗服务价格手册》诊查费和护理费收费标准

收费编码	项目名称	计费单位	收费标准(元)	说明
110100001c	挂号费	次	2.00	三级医院
11020001	普通门诊诊查费	次	3.00	副高职称+2元 正高职称+5元
11020005	住院诊查费	日(24h)	6.00	不分职称级别
120100004	II级护理费	日(24h)	5.00	不分职称级别

1. 普通门诊诊查费

一般来讲，医师大学毕业后按照规定需要培训1年后才可以成为住院医师，再经过约1~3年的临床经验积累才可以去门诊部接诊患者。从成为住院医师到主治医师，一般需要5年的时间，从主治医师到副主任医师一般来讲至少也需要5年时间。

如此在未成为副主任医师之前，这位接受了大学本科教育，又在临床工作中工作了近十年的医师在门诊接诊一位患者大约需要10分钟左右，产生5元钱的劳动价值(挂号费2元加上诊查费3元)，这和在重庆街头小摊上吃一碗小面的价格相当。

2. 住院诊查费

在病房里的住院诊查费是以24小时为计算单位，每天收费6元钱。医师所付出的却是需要每天至少两次诊视该患者、分析病情、书写病历、开出处方，并观察诊治效果。如患者有病情变化，则有可能是多个医师、多次诊视患者；甚至需要守在病床边观察处理。这个6元的收费标准连一碗二两的具有浓郁重庆特色的豌豆炸酱面(9元)都买不到。

3. 护理费

在如今强调缩短住院日的情况下，以医院护理使用最多的项目，也是临床最为常见的II级护理为例，以24小时为计，每天收费5元钱。护理人员需要在24小时中，每隔3小时巡视患者一次，同时要观察检测患者的生命体征、病情变化、护理治疗进程、用药反应，还要进行相应的病员生活、健康指导，做好护理记录等多项工作。

由此可见，医护人员的高学历、高技术、高职业压力与风险付出没有与之相当的劳动价值，也可见我国医务人员的脑力红利对中国卫生事业的支持与奉献。

4. 中国医务人员的劳动强度

中国医务人员为什么收入很低？是中国的医务人员不勤奋、工作效率差吗？以卫生部发布的数据，2011年我国门诊、急诊人次数达到62.7亿人次，住院患者达到1.53亿人次。[①]2012年我国每千人口执业(助理)医师1.94人，每千人口注册护士1.85人，与发展中国家相比是靠前的，跟发达国家相比是落后的。[②]可见，中国医务人员的工作量并不低。问题的原因显然就是医疗服务项目收费标准的问题，因为公立医院的医务人员工资是国家规定的，医疗服务收费标准是国家规定的。

5. 国外医务人员的劳动价值

WHO(世界卫生组织)对具有代表性的43个国家相关数据进行统计分析认为：付给卫生工作人员的支出占全部卫生支出的平均比例应接近50%。中国香港(2002年~2006年)医院人力成本占总支出79%~73%(未扣公积金)。美国非营利性医院中人员经费开支达53%~54%，同期，中国发达城市的医院人员成本费用占总开支的23%~28%之间。

2001年~2006年，中国香港公立医院医护员工人均成本在43.81万~47.6万港币；2000年~2001年，新加坡私人医疗集团聘用的一般值班的全科医生年收入达

①中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.2011年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL].http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/201204/54532.shtml，2012-04-20

②秦逸.卫生部副部长马晓伟：中国卫生改革缺钱又缺人[EB/OL].http://health.sohu.com/20110924/n320407567.shtml，2011-09-24

12万新元以上，护士年收入5.2万新元左右；笔者在美国罗马琳达大学医学中心进修时的见闻：该院的普通外科主治医师年薪在10万美金以上，血管外科的医生年收入一般在30万~60万美金，比总统还高。荷兰治疗中风病人的医生每小时收费147.5欧元，英国护士每小时收费49.4欧元。现在较为贫困的波兰，医生每小时收费也有10.6欧元，护士5.3欧元。

6. 医疗服务人力资源体系建设不仅仅是职业素养和道德体系建设

我们应该强调，也一直在强调要加强医务人员的职业素养和道德体系建设，在医务人员长期付出与回报不相称，长期没有合理的价值体系背景下，构建好其经济基础的合理机制建设才正是体系改革建设的基础，毕竟经济基础决定上层建筑。

价格一定程度上的外延体现价值，医疗卫生服务本身就是一个高技术要求、高风险、高职业压力的工作，当医疗卫生服务的价格不能真实反映其真实成本，何来医疗服务的价值？如何谈得上尊重知识、尊重人才，乃至尊重生命？当医务人员的高技术、高风险、高职业压力的价值沦为耗材、药品的附加值时，后患无穷！

我国普通老百姓收入不高，我国的医务人员也不可能与国外医务人员的劳动价值绝对接轨，但长期以来通过降低医护人员的技术劳务成本报酬来解决众多人口的医疗卫生服务问题是否合理？此外，在表达医疗卫生服务的公益性的同时，公立医院的运行和生存却需要依靠市场性来维持。如前所述，在政府补偿严重不足，药品补偿机制削弱，医疗技术服务项目的价格又是“虚有价格虚无成本”的状态下，即使是市场性，也是徒有其表的“市场性”。医务人员不仅要承担着巨大的职业压力，在收入与辛劳付出不相称的情况下，还要承担社会舆论的矛头指向。①

在患者、医院、医务人员这个三角关系的三个点上，科学合理的经济运行机制建设是所有其他机制建设的基础，而这个科学合理的经济运行机制建设的基础首先就是医疗服务价格体系必须回归其真实、科学的状态。

从前面的等边三角形关联稳定性分析可以看到医务人员对维持医院医疗服务的稳定支撑作用。而医务人员在执行公益服务时必然也需要相应的劳动价值和劳动成本来维持医务人员的稳定性，进而实现其服务的社会效益。而医务人员仅仅是一个劳动者，要求医务人员的劳动既要完成医院的公益性任务实施，还要依靠医务人员的劳动来实现医院的平台建设，又在服务价格上不能真实反映劳动付出，这样的关联和稳定如何进行？在有不良市场性竞争及目前价格机制情况下，必然会出现医疗服务价值的转移，药价虚高、耗材虚高后就有了促销的“市场”。我们的一项针对医务人员的调查问卷（4267人参与）显示：约63%的人认为

①栾兆林.“物美价廉”的中国医生[J].中国卫生，2007(8)：30-31

“药品回扣等灰色收入是不正当收入，但也是医务人员目前劳动付出与回报不相称的另一种补偿”。令人担忧的是，如果这样的情况持续下去，要么会出现医务人员队伍后继无人的局面，要么医疗队伍真是一群所有人都不愿意看到的“白狼”。

（四）医疗服务项目的价格与价值相当的调整行动已经开始

2010年1月16日，时任北京市卫生局财务处处长的刘建民介绍：针对北京地区投入巨资，在8家医院进行了为期3年对2万多个医疗服务项目成本核算研究后的盈亏结果，从2010年开始，北京将尝试新型财政补偿政策，以保障医院医疗收支平衡，使公立医院的公益性质得以体现。新政策对医院的补偿将分成三部分：经常性补偿、鼓励性补偿和专项补偿。其中，经常性补偿包括对亏损且无保本点的项目进行补贴，对离退休人员全额保障；鼓励性补偿是对成本管理控制好的医院进行奖励；专项补偿是对设备更新和重点学科予以支持。

2012年7月1日起，北京市开始在友谊医院试点医药分开，取消药品加成，取消挂号费和诊疗费，收取医事服务费（见表4-12）。医事费60%用于医院员工的绩效分配。其中，一半直接拨付给临床一线，包括医务科室、临床科室、一级科室及相关医师；剩余的一半纳入全员分配，包括后勤服务人员等。[①]浙江、深圳也开始采取了相近的措施。

表4-12 北京设立医事服务费一览表 （单位：元）

类别	每人次收费	医保报销	自付
普通号	42	40	2
副主任医师号	60	40	20
主任医师号	80	40	40
知名专家号	100	40	60
住院	80/床/日	按待遇	

重庆市卫生局于2012年2月制订了重庆市医疗机构物价管理指南，为医疗服务项目成本因素核算给出了部分相关核算办法。

2012年5月国家发改委、卫生部、中医药管理局发布了一份长达300多页的《全国医疗服务价格项目规范》（2012年版），对医疗服务项目的成本因素做出了较为详细的描述，为医疗服务项目成本核算进一步提供了依据。

2013年1月7日，在全国卫生规划财务工作会议上，卫生部副部长陈啸宏要

①闫龑，杨舒玲.北京朝阳医院试点医药分开六成医事费将用于绩效分配来源[N].健康报，2012-09-03(003)

求:“推进医疗卫生机构补偿机制改革,以取消‘以药补医’为切入点,完善政策、加大投入,研究建立常态化、科学化、可持续的补偿机制。推进医疗服务价格改革,全面贯彻落实2012年版《全国医疗服务价格项目规范》,理顺医疗服务价格体系,严格按照阶段性目标和工作时间要求,于2013年5月底完成本地项目成本测算和价格制订工作,2013年年底前公布实施本地区医疗服务项目和价格。”

(作者:张培林　刘宪　颜维华)

导读:

一位地方官员在当地一家三级医院视察,视察中他对陪同的医院领导讲:“解决民众看病贵很简单嘛,医院少收费或者不收费,不就解决了民众看病贵的问题了嘛。”问题这样简单吗?

第七节　面对公立医院的各项刚性支出,政府对公立医院投入是否应尽早纳入严格目标考核

一、公立医院的刚性支出

笔者根据多年的医院管理经验,从医院层面,结合我国医改文件,结合财务管理制度和医院卫生经济管理,把医院生存发展的运行成本支出归纳为十一个项目。而这十一个项目,都是医院必须要支出的项目,我们称之为刚性成本支出。

按照其支付的情况,我们又将其分为:

(一)绝对刚性成本支出(6项)

这是指无论医院有无结余都要按时支付的成本费用:

(1)离退休人员工资、补贴费用:包括有档案工资、补贴、原单位的一些福利费用。

(2)在岗人员的工资成本:所有上班在岗的人员工资成本。

(3)在岗人员的五险一金费用成本:按《劳动法》要求的、以维护员工基本保障所缴纳的相关费用。

(4)公卫公益性支出:是指医院在参与重大公共卫生事件的处理、重大灾难性

事故的救治、开展健康教育健康促进工作、按照上级部门要求执行各种优惠的医疗服务的成本支出和担负支援边远地区、第三世界、基层医疗单位医疗援助及技术支持的成本支出等。

(5)贷款利息支出:公立医院进行重大建设项目时,由于政府拨付的相关项目资金较少,需要向银行贷款一定数额资金而发生的利息。

(6)基本运营成本费用:是指医院运营过程中的水、电、气、通讯和相关药品耗材等成本费用。

(二)相对刚性成本支出(5项)

这是指医院必须要支出的,但相对地可根据实际情况确定其数额大小,可以适度地调整付款时间的一些支出项目:

(1)基本设施与基本设备的维修、维护、部分更迭费用。

(2)学科建设发展和技术人员的外引内培发生的成本费用。

(3)医院重大基本建设项目和大型设备购置成本。

(4)员工福利性支出:主要包括加班、伙食补助、生病看望、生日、节日、交通费等,是随着社会变革发展趋势而形成的又一项相对刚性支出。

(5)绩效工资。

二、公立医院刚性支出中,按政府文件要求和承诺的应由政府财政支出承担的状况

按照新医改的文件要求,政府财政承担离退休人员工资补贴、公卫公益性支出、学科建设发展和青年医师培养之人力资源建设、重大基本建设项目、政策性亏损等支出成本。

有研究表明,上述刚性支出(不包括政策性亏损)需要的成本支出资金在公立医院的总收入中占比约为24%。[①] 统计卫生部2004年~2010年的卫生统计年鉴资料数据表明,历年政府财政对全国的综合性医院补助投入平均不到7.5%。换句话说,应由政府承担的公立医院刚性成本支出还有16.5%没有投入,还需要由医院来承担。我们可以看到:

(1)当有重大事故需要医务人员参与救治的时候,医务人员是白衣天使。

(2)当这些刚性支出需要资金的时候,上级部门似乎认为医院可以像银行,或者像很能挣钱的企业,去取钱或者去挣钱就行了,所以可以撒手不管。在2013年1月,有些媒体刊发了"我国全面推行先看病后付款"的政策,而不到一天,卫生部

①张培林等.重庆市公立医院补偿机制与成本核算研究[R].重庆,2012

立即否认“先看病后付款”全国推行，称只能逐步推进、试点先行，不能硬推。这也许就是医院既要救治患者又要承担有可能永远没有着落的救治资金的矛盾。

(3)当民众说看病贵时，医院就是过度医疗，是创收，是长有“毒瘤”的“怪物”；医务人员就是“宰患者的白狼”。当医院少收费而出现运行艰难时又无人过问，甚至还会说你是经营不善，对国有医院欠负责任。

诸如此类，等等。

因此公立医院改革要改变其依靠创收维持生存和经营的状况首先要解决的就是应由政府来承担医院的公益性刚性支出。

三、政府对公立医院公益性投入应尽早纳入严格目标考核

从上述的数据及分析可以看到，公立医院改革要改变其依靠创收维持生存和经营的状况首先要解决的就是应由政府承担医院的公益性刚性支出。

2012年3月14日，国务院发布的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》规定：“政府卫生投入增长幅度高于经常性财政支出增长幅度。”这样的规定具体落实实施的细则是什么？如何能实现，或者什么时候能实现新医改文件规定的“政府财政承担离退休人员工资补贴、公卫公益性支出、学科建设发展和青年医师培养之人力资源建设、重大基本建设项目、政策性亏损等支出成本”？

陈啸宏副部长提出：“应明确财政补助收入占公立医院总收入比重达到多少，才能保障公益性。各级政府应落实对现有公立医院投入责任，进行优化配置和调整，建立科学、规范、可持续的运行机制，切实保障公立医院的定位和发展。”这种投入责任的落实，至少应该有，或者逐渐建立起明确的政府对公立医院公益性投入目标考核体系。公立医院依靠创收维持生存和经营的改变才会有实质性的进展。

(作者：张培林　刘宪　颜维华)

导读：

从一些媒体上可以经常看到，一些如北京、上海等地大医院看病非常困难，一个专家号要很早去排队拿号。为解决这个问题，这些医院出台了预约挂号的举措。而也有一些医院门可罗雀，尤其是一些基层卫生医疗机构。这是为什么呢？

第八节 “三高、三低、三中”三类医院的经营分析

现行体制下医院生存、发展主要靠市场竞争获得更多的客户（患者）资源才能维持；不同属性、不同规模的医院面对不同客户群体有不同的经营；从医院成本控制研究角度，以医院经营理念，按医院的技术水平、规模状况和投入成本将中国医院大致分为“三高、三低、三中”三类，下面分别简要分析其状况及经营出路。

一、“三高”医院

（一）含义

所谓“三高”医院是指以医学院校的附属教学医院为主的一类大型综合性医院。其在长期的教学科研模式中，拥有的人才技术水平高，市场占有量高，相应地由于有着较好的政府投入使之有着较好的房屋、设备等硬件建设而导致了运行成本较高。

（二）服务经营现状

较好的软硬条件和实力必然吸引更多的患者，“三高”医院基本上是以基本占有高端（疑难病症、经济条件或者看病支付能力较好）市场为引领，较大份额地占领中端市场（常见病、多发病、经济条件或者看病支付能力中等）为主，也有部分低端市场（小伤小病、经济条件或者看病支付能力相对较差）。有调查显示：某市医疗机构共有800多家，而该市的医药总费用的3/4被10家大型医疗机构收入囊中，半数以上的常见病、多发病集中在省属大医院就诊。[①]

（三）相关简要分析

（1）“三高”医院较好的软硬条件和优良技术资源为民众提供了较好的医疗服务。

①刘平安.别再撑死大医院，饿死小医院[N].健康报，2013-03-12(2)

(2)“三高”医院以其科研教学的优势，学术上在该地区起到了“领头羊”的作用，引领着该地区医学科学的发展。

(3)由于“客户”市场的认可度高，“三高”医院可不断扩张规模，从而形成更多的市场占领优势，乃至“垄断”。

(4)高投入带来的高技术、高成本运行的优势资源用于解决疾病群中80%的常见病、多发病相对不经济，尤其在目前各类医保资金相对不足，民众个人支付比例较大现状下，民众既觉得“看病贵、看病难”，但仍然要到自付比例较大的、看病拥挤的“大医院”就诊。

(5)在历史形成的医疗资源分布与城镇发展的规划配置尚未完全科学合理的状态下，在基础医疗服务体系尚不能获得民众较高认可的情况下，政府对医疗服务“市场化”相应管控不足，“三高”医院的“市场性创利”冲动难以遏制，极有可能推动医药费用较快上涨。

二、“三低”医院

(一)含义

所谓“三低”医院是指以乡镇医院为主的医疗服务机构，其人才技术水平较低(学历、职称、全科培训均较低)，硬件配置较低并以较低规模体量和成本，服务于低端市场(农村乡镇)。

(二)服务经营现状

以乡镇医院为主的基层医疗机构，主要为乡镇、农村、山区等地区民众服务，由于历史的原因，其规模、技术、人才相对受限，医疗服务水平及其医疗安全保障相对较低，故治疗病种多为简单的疾病，也为一些诊断明确的慢性病常规治疗服务。由于市场化的因素也向中端市场竞争。

(三)相关简要分析

(1)在“市场化”时期，由于对其补偿机制有所削弱，作为基本医疗服务体系的“三低”医院，很多已经岌岌可危。

(2)新医改以来，政府已经加大了对基层医疗机构的投入，以提高基本医疗服务的覆盖率和保障度。基层医疗机构逐渐实现了收支两条线管理。并已形成了政府保障较高，收费标准相对低，医保报销比例较高的状况。

(3)虽然实行了收支两条线的管理，由于绩效激励制度的原因，如何进一步加强基层医疗机构积极性的发挥，还需要进一步探索与实践。

(4)除了激励绩效机制外,乡镇医院的技术水平尚不能完全适应“守门人”的角色,人才队伍的稳定与建设还有很长一段路要走。

(5)民众对基层医疗机构的技术服务认可度也还有待提高,政府相关政策机制的引导作用也需要进一步优化完善。

(6)卫生部在2013年提出医改的重点是开展“医联体”的试点工作,使大医院的优势资源向基层医疗机构延伸,并组成相应的医疗联合体,以期形成小病进社区,大病进医院的医疗资源有效利用格局。

三、“三中”医院

(一)含义

在把教学医院和大型医院归入“三高”医院,乡镇医院等基层医疗机构归入“三低”医院后,“三中”就是指区县级别的医疗机构,也包括一些市级医院。其人才技术水平居于中等水平,并以中等硬件配置状况及中等成本状况服务于以常见病、多发病为主的中端市场。

(二)服务经营现状

“三中”医院因数量远多于“三高”医院,因而是我国民众常见病、多发病中端市场医疗卫生服务的主力军。但绝大多数的“三中”医院由于没有医学院校附属医院的教学科研历史的经历,其技术水平的品牌效益显然不能和“三高”医院相比,主要是依靠地理位置方便之优势,尽可能地利用自己的特色去吸引部分高端市场患者。而在低端市场,面临着“三低”医院的低价格和医保付费比例高的挤压,“三中”医院没有优势。

(三)相关简要分析

(1)“三中”医院是数量最多的综合性医疗机构,政府投入占总收入不足7.5%,已如前述的差异性情况使得部分地区医院还要远远低于7.5%。[①]

(2)“三中”医院在政府投入不足的情况下,首先要依靠经营收入来解决本院的离退休员工的退休工资和相关补贴、在岗人员的基本工资和五险一金、公卫公益性支出、贷款利息支出等绝对刚性支出。

(3)在医疗服务项目“虚有价格虚无成本”的现状下,“三中”医院由于上述原因对药品差价收入的依赖性比“三高”“三低”医院更大。

(4)上述的原因使得医院的激励绩效分配体制非常重要,是维持医院运行的

①周海波.医疗卫生投入也要有自己的“4%” [EB/OL].http://www.hb.xinhuanet.com/2013-03/12/c_114989912_3.htm,2013-03-12

基本保障体系，若处理不好国家、医院、患者三者关系，在国家投入不足的背景下，容易出现过诊过治的状况。

(5)随着医改的深入，“三中”医院将来的发展趋势变数很大。

四、三类医院的改革发展简析

综上所述：“三高”医院由于其历史原因所形成的“三高”优势已经成为各地区医疗资源的“龙头老大”，在“市场性”经济利益的驱使下，这些医院的扩展不一定有利于缓解看病难、看病贵。钟南山院士有一个观点：“三甲医院不是解决常见病、多发病的地方，而应解决重症病、少见病、疑难病。此外，三甲医院还要对常见病和多发病做好规范和指导，让基层能够掌握。三甲医院做好了这些工作，就是对医改的最大贡献。”

“三低”医院在实施收支两条线管理中，逐渐加强绩效管理、逐渐完善人力资源建设，在不断完善的医保政策引导中，将会逐渐起到“守门人”的作用。

“三中”医院则较为复杂，要从“经营创收”向“公益服务”转变则需要：

(1)实现新医改文件规定的“政府财政承担离退休人员工资补贴、公卫公益性支出、学科建设发展和青年医师培养之人力资源建设、重大基本建设项目、政策性亏损等支出成本”。

(2)在取消药品收入差价后，首先需要解决有关医院内药品流通环节成本的补偿。其次要解决支付制度上有关问题：如医保基金是以什么方式、什么时候拨付到医院账户，让医院不至于出现流动资金枯竭；重庆地区出现的医保基金拨付给医院时间晚于医院支付药款给药交所的时间规定，医院从何处得到这笔资金；医院贷款来支付需要利息，这个利息由谁来买单。

(3)目前的医疗服务“虚有价格虚无成本”的状态需要彻底改变，建立起科学合理的医疗服务价值体系。

(4)通过医疗资源的规划布局，解决好这些“三中”医院的发展定位，是上升为较大规模的“三高”医院或者区域医疗中心，还是下沉为基础医疗服务机构——“三低”医院。

(5)在上述条件成熟到位的同时，对医院的公益性服务也要建立起相应的多维度的工作质量考核体系，保障医疗服务的质量、安全及效率。尤其要监控好有“逐利”趋向的过诊过治。

(作者：张培林　刘宪　颜维华)

导读：

2009年实施的新医改已经有五个年头了，新医改方案的五项举措中的建设基层医疗卫生服务体系、建设医疗卫生保障体系、推进基本公共卫生服务均等化的举措已经取得了很大的成效。国家基本药物制度也在有序推进，而公立医院改革也进入了深水区，前文所提到的一些问题也仅仅是其中的部分，这对公立医院的深化改革提出了严峻的挑战。

第九节 公立医院中充满矛盾与困惑的重大卫生经济问题

如前所述的卫生经济深层次问题，给公立医院的运行机制带来诸多的矛盾。

一、公益性与“市场”性的矛盾碰撞

到目前为止，新医改方案所表达的概念中，我国医疗卫生公益性的范畴、定义、所需相应的卫生资源及其成本、阶段性标准目标尚未有明确的定义。有关公益性或市场性的争论也还在延续。在政府对卫生投入严重不足的情况下，公立医院实行的所谓“市场性”运行机制，也非真正的市场性机制，仅仅只能定义在一种靠“创收”来维持医院的生存和运行的概念，而这种“创收”也是有限并需要兼顾平衡多种因素的。

有学者统计分析后认为：政府对医院的补助水平越低，越会加剧医疗服务费用上涨。若政府对卫生机构少投入1元钱，医院则需要从医疗服务上获得3元~5元的收费。[①]

目前公立医院的运行，尤其是中西部地区，其医院的运行费用从“市场创收”中获取，首先要满足基本运行的费用开支，如水、电、气、通讯及办公费用；满足相关医疗药品、耗材的购进；满足医务人员的基本工资和劳保（五险一金）开支；有的医院还要承担离退休人员的费用；满足设备、房屋维修更新等。再有剩下的结余，才可能是医务人员的绩效奖励。如此必然形成与公益性矛盾碰撞的创收机制。

二、计划性与“市场”性的矛盾碰撞

卫生管理部门为提高医疗服务质量技术水平和医疗服务人文水平，不断地出台了一系列的政策文件和开展相应的活动，包括有：《医院等级评审指南》《医院质

①刘国祥，赵郁馨，李亚青，杜乐勋.中国卫生费用与教育费用的比较研究[J].中国卫生经济，2001，(20)1：39-47

量管理指南》,质量年活动,财务管理年活动,行风评审,急诊重危患者先救护后付费,阳光收费清单,对经济困难人群实行“八免、十减半、四优惠”,对60岁以上的老人、下岗职工、低保人员、残疾人员、残废军人等实行免挂号费和优惠收费,等等。从医疗卫生公益属性及不断提高医院质量和服务水平,体现体恤民情、展示医疗卫生的人道主义精神等诸多方面看,这些举措都是应该的和有意义的。作为具体执行的公立医院单位也尽己可能地遵循和贯彻执行这些文件要求或者精神。但是从经济学角度看,在现行的“市场性”运行中和医院补偿机制不足甚至缺少、在医疗服务价格低下的状况下,要执行这一切是需要人、财、物成本支撑的,而在上述的系列政策文件中并没有反映其成本如何处置或者有专项资金来源,显然其成本支出主要是通过“创收”来完成。这种事权与财权分离的只问形式、不谈成本和“市场性”的追求经济利益发生矛盾碰撞,其结果一是在提高医疗服务质量技术水平和医疗服务人文水平的同时,也加大了医院公益性成本支出;二是或者以可能有违公益性的“创收”收益去执行另一个公益性工作,或者部分单位在考虑成本支撑因素下而非完全执行,某种程度上也影响了政府的公众形象和可信度。

三、医院内经营、发展、分配的矛盾碰撞

1979年,时任卫生部部长的钱信忠提出“运用经济手段管理卫生事业”。同年,卫生部出台了《关于加强医院经济管理试点工作的通知》。伴随着社会主义市场经济改革不断深化,我国开始强力运用经济手段管理卫生事业,随着政府对公立医院投入逐渐减少,并有一系列文件要求,公立医院向着“市场性”方向运行,即按照要求进行分科核算,进行绩效考核,按劳分配。这是由于补偿机制不足,医院只能靠创收维持运行的必然选择。

进行分科核算,必然有相应经济指标设定,医院绩效和科室绩效,使医务人员在服务患者的过程中,不仅要考虑如何诊治病患,还要考虑经济效益,经济学思考权重明显加大。占有更多市场资源是绩效增加的基础,同一医院里科室间也会为竞争而博弈,专科深化、学科建设发展与绩效考核的经济效益发生矛盾碰撞。

医院的医师系列,尤其是学科带头人是医院技术和生产力的核心,是创造学术进步和经济价值的骨干,在向市场要效益来支撑医院运行的要求下,绩效激励向着一线临床科室倾斜、向骨干倾斜也就必然。而随着现代医学技术和理论的发展,学科细分与学科间协作要求越来越高,协调工作与分科核算的机制往往会出现相应矛盾。

在内部市场理论的指导下,倡导二线科室服务一线科室思想和评价,也重视

科室间协作及相互的协调性评价。由于公立医院历史上“自己的孩子自己养”的原因，人员素质的参差不齐，医院行政职能部门的负责人，往往也是临床优秀人才担任，在绩效激励管理形成二次分配中，常有“谁养活谁”的争执矛盾。

四、“过诊过治”与医学现实需求的矛盾碰撞

在目前对老百姓提出的看病难、看病贵的原因分析中，有一种分析把改革开放前的医疗卫生费用与现在的医疗卫生费用进行比较，其增长幅度与增长率较高，加上医院确有大处方等创利行为，老百姓就认为看病难、贵是医院的过诊过治行为所致。实际上这是不懂医学科学，尤其是不理解临床科学的片面认识造成的。

除了前文提到的因素外，患者的个体差异使诊治不能像车间使用同样工艺流程就能生产同样产品那样。在复杂情况下，还需要按照循证医学要求逐一排除求证。这也是为什么当初有人想利用计算机技术进行医疗诊治模块化而至今未能成功的原因所在。

此外，在目前的医疗环境氛围中，试设想一下：需要考虑做某项检查以求证或者排除某个疾病，但考虑患者的经济因素，避免有过诊过治之嫌而未进行，以后有可能就是这个病时，不仅对患者是个严重后果，甚至引发医疗争议，也可想象这对医生的心理打击是何等之大。检查不出来病是过诊过治，未作检查又是医院责任的矛盾碰撞，现实中这样的案例已经很多。这样的医疗环境状况，使得医护人员为医疗安全避免医疗争议，为法规要求之倒置举证，为医护人员自身安全的考虑，唯一途径就是尽量做好沟通，尽量使得医患信息对称（实际上永远不可能对称，如果对称，人人都是医生，就不需要医生），病历文书责任明确体现，能考虑到的诊治行为，就有可能进行。这种非医疗因素有正在成为医疗诊治思考及行为的主流状况趋势，确实让人担忧。

五、医保与民众、医院的博弈

政府财政对医疗卫生的投入不足已如前述。

有消息报道，2007年全国城镇职工基本医疗统筹基金，当期的结余率是34.8%，2008年是32.8%，而发达国家一般严控在10%以下。一方面老百姓看病贵、看病难，一方面是医保结余多。有数据显示：社保基金可支付两年的省（市）自治区有粤、浙、闽、川、桂、京、藏、宁、鄂、青等10个，其中多数是中西部地区，而西部地区恰恰又是看病难、看病贵较为严重，且已经累及公民生命健康权益的地区。

同样说明管理参保者的医保机构设置的参保者可享受多少医保待遇的限制，不是以民众健康或者医疗后果为标准。过多的结余用来干什么？为什么？客观上加重了看病贵、看病难，透支民众健康。参保者享受健康的权利未得到应有保障，暴露了医保体制之觞。①

而医疗单位中的公立医院，在财政补偿严重不足、药品补偿削弱、医疗服务低价政策的控制下苦苦经营。在医保控制上，超出了协议的，医院自负承担，未达到协议标准的也不一定给你补上。医保协议规定标准控制好的，没有奖励；控制不好的，可能下次签订协议标准还会提高。同时医院还要为所有造成看病贵、看病难的原因承受指责。这只能说明了医疗卫生的公益性到目前为止，政府或者这些相关部门的责任没有完全到位。

所以支付方式的改革不仅仅是为了控制费用，更应该是如何强调，更多医保基金科学合理地保障民众健康，促使卫生经济的发展。

六、“奇异的三明治”

在这样的政策、经济、舆论环境中，在这样的矛盾、扭曲的运行机制下，医院的经营运行，就像一块奇怪的“三明治”，夹在政府行为、社会道义、市场行为之间；夹在要求国有资产保值增值、医院员工队伍物质文化要求增长、患者要求医院进一步降低收费之间；夹在既要面对市场经济的一手交钱一手交货，而公益性、道义性医疗行为要花费巨大医疗成本，救治常常无法问“谁”去买单之间。2013年“两会”期间曾有要推行“先看病后付费”的政策说法，民众都觉得这是一个好消息，但也因为存在先看病后不付费该谁负责的种种问题而被否认。

医疗卫生的公益性某种程度上已经演变为医护人员劳动价值无偿奉献，医护人员的积极性和心理已经遭受严重挫伤。现行的机制再长期如此下去，就不单是医护人员的悲哀，更是医疗卫生事业、我国民众健康事业的悲哀。这也正体现了当年温家宝总理所说的医改的重要和紧迫。

七、对供方的限制与对供方的补充不能对等

随着医改的深入，公立医院将面临临床路径要求、病种包干、取消药差补偿等一系列针对供方的经济限制举措，而对供方的补偿措施由于这样或者那样的原因则不一定到位。

医院经营管理在市场、计划机制之运行属性矛盾而又并存的情况下，宏观战

①宋桂芳.解读医保结余与看病贵[EB/OL].http://www.sdnews.com.cn/news/2009/3/11/734860.html，2009-03-19

略上要实现公益性社会责任、医院发展进步和员工物质精神文化需求三兼顾愿景；经营管理上要克服机制并存之矛盾碰撞；现实中要解决政府投入不足，医疗技术服务项目亏损，不能真实反映医务人员高技术、高风险、高职业压力劳动价值等因素与困难。从微观上看，在医院的发展中，医院内部如何解决医疗与预防、临床与行政、医疗行为与成本可支撑、近期目标与远期后劲发展等状况的综合平衡管理；如何与政府目标、患者需求、当地经济状况相结合；如何将卫生主管部门的“等级医院评审”“医院评价指南”等目标要求与医院成本可支撑下有所作为结合一致。这些都挑战着中国公立医院的管理者。

（作者：张培林　刘宪　朱秀芳）

导读：

公立医院改革正在进行，已经涉及的一些重大、深层次的问题。这告诉我们：公立医院改革不仅仅是改公立医院就能达到目标。我们需要知晓卫生经济问题也是整个社会的问题，深化改革要做好顶层设计。

第十节　卫生经济问题也是整个社会的问题

“经济基础决定上层建筑，上层建筑反作用于经济基础”，这个来自于马克思主义的哲学理念我们早已熟知。医疗卫生事业是牵涉到每一个家庭、每一个人的具体民生事宜，是组成整个社会问题的基础内容之一。医疗卫生事业体制的改革其实质就是要改革目前不适宜于“经济基础和上层建筑”关系的部分，建立一套适合于卫生经济科学发展的体制。总理挂帅对我国卫生经济问题的处理显示了中央政府对此的重视，近几年来我国基本医疗服务体系、公共卫生服务体系和基本医疗保障体系的建立与发展趋势就可以看到“经济基础与上层建筑”相互作用的结果逐步显现。而公立医院改革更为复杂，涉及和面临的“经济基础与上层建筑”相互作用问题更多，因此，没有真实科学的经济基础，何来理想的上层建筑？

一、目前相关的量化认识不足

中国作为一个人口大国，也是老龄化人口最多的国家，其未来医疗卫生服务内容及问题非常严峻，卫生总费用究竟占GDP多少是合适的；个人实际现金支付与基本医疗范围密切相关，最终在何种情况下是合适的；转移支付与财权、事权的统一性在哪个层面，是由经济能力还是执政理念决定；补供方与补需方两者的区分和关联，以及相应的量化、考核标准是什么；医务人员的职业价值究竟应该如何体现，是继续成为虚高药价和虚高耗材的附庸，还是应有其真实的、符合我国国情的科学回归；公立医院要真正成为公益性服务机构，其公益性成本支撑运行、价值体系等如何建立；政府模糊的补偿政策如何转变为界定清晰的补偿政策……诸如此类的相关问题目前已有一些研究，但相关的量化结论不是太多，或者是虽有量化，却不一定有大量的样本和数据支撑，并能得到权威决策部门的认可。

二、目前相关的“度”把控不当

医疗资源规划及布局的“度”以什么为标准；“三高”医院的发展以教学科研为主还是以临床医疗为主；补需方、补供方各自以什么为“度”；在目前的经济发展与健康保障中又以何种权重为“度”；基本医疗的范畴、非基本医疗的范畴在什么样的状况下逐渐规范划分；医疗服务价格体系在目前的“虚有价格虚无成本”状态下如何在民众经济承受、医保经济承受、国家经济以及医务人员价值中平衡；以及如何在发展中逐渐完善等等。这些是公立医院改革需要认真研究，并应在改革中需要综合配套逐步解决的问题。

三、目前相关的研究创新不足

（一）药品开发研究创新不足

众所周知，在国外研发一个化学新药需要15年左右的时间，耗资约8亿美金。这样的新药研发及其成本，在国内本土药品生产企业中没有几个能承担得起。因此国内药品生产企业的重点一是发挥我国中药的优势，开发组方类中药制剂；二是通过“仿创”捷径，得到部分化学药品或生物制剂。因为这些药品研发技术要求相对较低，成本也低，能够“短平快”地使新药产品投放市场，获得效益。这也是众多药品雷同的真正原因。结果是进口或者合资的药品较贵，“仿创”“短平快”的产品多，价格又虚高，这都成为医药费用增高的推手。

（二）医疗设备开发研究创新不足

改革开放以来，国家一直鼓励高新技术企业的发展，在医疗仪器设备研发上，我国已经有了一些进步。但高端医疗设备如：彩色超声波、核磁共振、高排数的CT、高端的内窥镜等目前国内尚不能生产，都需要进口，且价格昂贵，卫生成本很高。医学设备科技创新实力涉及的问题很多，这样的状况短期内尚不能改变。

（三）卫生经济研究创新不足

面对卫生经济中的相关问题，也已有许多研究，但相当部分是来自于较为纯粹的理论研究，对于具体的可行性操作和实践中出现的问题、困难或视而不见，或避而不谈。如取消药差补偿，对医院药品内流通环节成本如何处理；药品生产流通的不当竞争源头不在卫生部门管辖之内该如何处理；又如中国民众看病贵与不贵之“谜”，医疗卫生体制中一些矛盾被集中反映在医疗卫生机构上，“一条河的鱼有几条生病”和“一条河里的鱼都有病”的真正原因，在面对一些敏感部门或者敏感政策时，又有多少科学、切实的研究和相关模式来解决。

四、医疗卫生不仅仅是经济问题，也是重要的政治议题和社会问题

人人享有健康、享有基本医疗服务是基本人权，是社会平等的基础和标志。为民众提供较好的医疗卫生保障，促进民众身心健康，解决民众因病致贫、致困，解除民众的后顾之忧，促进内需经济发展，是政府的责任，也将为政府及执政者赢得良好的口碑和信任。反之，就可能激化医患矛盾，如目前我国医患关系紧张，医患之间信任度较差，甚至有医师无辜被杀的状况。说明公众不满意会逐渐演变为突出的社会问题，并已经给社会稳定带来危害。

五、控制卫生费用与政府投入责任

（一）卫生总费用增长的“高与快”

近几年来认为我国卫生费用增长过快，超出了经济增长，政府、民众均难于承受，需要控制卫生费用增长成为一种主流意识。而有关数据显示：我国人口占世界人口的22%；卫生总费用占世界卫生总费用不到3%；人均卫生费用世界排名125位；卫生总费用占GDP比重世界排名149位；1978年~2007年我国卫生消费弹性系数为1.16，低于世界发达国家和发展中国家水平。我国已经成为世界第二大经济体，如此情形，如何解释我国卫生总费用“高与快”的现象呢？

（二）公立医院“过诊过治”的“过”与“功”

公立医院确有过诊过治，其产生原因是医院在医疗服务价格“虚有价格虚无成本”体系中经营，依靠市场“创收”“过诊过治”的收入。这项收入要填补政府投入不足的公益性刚性支出成本，保障医院离退休人员的退休工资和补贴，完成医疗卫生服务保障，促进医疗卫生事业的发展，维持医院医疗卫生队伍生存及发展。

我国的综合医院主要为国有医疗机构，以2004年至2009年卫生部发布的卫生统计年鉴资料数据可以看到（表4-13）：

表4-13 2004年~2009年综合医院政府投入、固定资产和负债情况 （单位：亿元）

年份	政府财政补助	上级补助收入	合计	固定资产	负债
2004	159.2	49.0	208.2	3,044.4	1,170.2
2005	169.2	46.0	215.2		
2006	200.4	47.9	248.3		
2007	284.3	47.8	332.1		
2008	357.0	43.2	400.2		
2009	457.2	55.1	512.3	6,695.2	3,445.7
合计	1,627.3	289	1,916.3	增值3,650.8	差值2,275.5

（1）2004年至2009年，我国综合医院政府财政补助和上级补助收入共计为1919.2亿元，用于医院的离退休人员工资和补贴、重大基本建设、公卫公益支出、学科发展和青年医师培养、政策性亏损。其中离退休人员的工资和补贴为主要部分。

（2）2004年我国综合医院固定资产为3,044.4亿元，到2009年我国综合医院固定资产已经增值为6,695.2亿元，增加净值为3,650.8亿元。这就意味着我国综合医院中的国有资产保值增值了3650.8亿元！显然，这个增值主要不是政府投入实现的增值，而是医院经营创收，其中也包含了“过诊过治”的经济结果。这个是过诊过治的“功”？过诊过治实质是民众买单，或者是有限的医保基金支付，这就是政府投入不足所导致的过诊过治之“过”。

（3）在医院的实际经营中，由于医疗服务价格“虚有价格虚无成本”的状况，60%以上的医疗服务项目亏损，医院的“过诊过治”不可能产生如此的效果，增值的来源主要有：①贷款负债经营（负债增加了2,275.5亿元）；②药品差价补偿；

③医务人员的奉献：经营创收填补政府投入不足、医疗服务项目亏损、贷款利息支出等刚性支出，而医院人员个人的经济收入相应不高。

(4) 这显然不是一个公益性的医疗卫生经济机制和环境，在居民个人卫生支出是卫生总费用的主要来源的情况下，民众成了主要的买单者。同样道理，当政府要成为医疗费用主要买单者时，当公立医院取消了药品差价补偿时，这样的医疗卫生经济机制如何改变，供方、需方如何补，医疗服务价格体系如何能真实反映成本？这些就是公立医院深化改革需要解决的问题。

(三)政府卫生支出投入"不足与模糊"

政府对公立医院的投入不足已有诸多研究证实，在前面的有关内容中按照政府文件规定的"政府卫生投入不低于政府财政支出的增长幅度"有关测算也已说明了这一问题。

政府对医疗卫生机构投入缺乏统一和明确的标准，也缺乏明确的绩效标准，因而"模糊"。我国政府预算卫生支出经历了"统收统支""全额管理、差额补助""定额补助"等形式，或者更多的是按照投入基数加增长的办法，几乎没有考虑服务人口、资源分布、服务范围、任务变化等因素。在前面的有关内容中出现的地区、省市或同一省市不同医院的种种差异也就是这样的原因所造成的。

政府对医疗卫生机构投入缺乏有效的顶层设计，并似乎有着"头痛医头、脚痛医脚""补供方与补需方混淆不清"之嫌。认为医疗费用增长过快，个别地区行政直接下达命令要求各医院医药总收入不得超过多少，甚至还要降低多少。甚至有说"补需方就是补供方"而混淆了政府卫生支出的不同环节、不同目的、不同责任。

2013年的"两会"上，多位代表建议：政府应当尽早制定并公布医疗卫生财政投入占GDP总量的比例，像抓教育投入一样去抓医疗卫生投入——"要像教育投入一样，提出自己的'4%'；更要像教育投入一样，有一个明确实现目标的时间表"。

有研究已经测算出医药费用与政府投入之间的定量关系为：政府卫生投入每提高1%，医药费用将降低0.95%；政府卫生投入占卫生总费用比重提高1%，医药费用占GDP比重将降低0.74%；人均政府卫生投入提高1%，人均医药费用将降低0.96%。[①]由此可见，要想达到所谓的控制医药费用的增长，不仅仅是依靠医院的降低看病费用的环节来实现的。

---

①李玲等.12批经济学会招标课题研究报告专集：政府卫生投入与医药费用控制关系研究[R].北京：2012：185



六、以药补医的“毒瘤”作用

前面的内容分析了我国因众多药品生产企业规模小、技术水平和创新开发能力相对较低、同类产品或相同产品较多的状况，导致了药价虚高而在药品市场流通环节出现不良竞争性营销。也分析了药品流通价值链中存在的不良促销中的“回扣”情况，得出到目前为止尽管取消医院药差补偿，而这样的不良促销情况将依然存在的结论，可见取消药差收入补偿并不是以治本的形式来医治好“以药补医的毒瘤”。而药价虚高并伴随产生的不良促销，其后果已经严重地影响到整个社会：

（一）加重民众医疗负担

在不良促销的推动下，在医务人员得不到正常劳动价值回报的状况下，在没有科学严格的定价机制及监控的情况下，患者民众被动地、无奈地接受了不一定是适合自己病情的药品种类和用量，加重了患者的医疗负担，一定程度上也是看病贵的原因之一。这种毒瘤作用已被整个社会所声讨。

（二）有限的医保资金资源被浪费

同样的道理，使得有限的医保资金资源被无效耗用，一定程度上也促使了卫生总费用不合理增长。

（三）不良促销作用加大医院管理成本和难度

不良促销是不良的社会市场经济行为，医院可以对医院内员工进行教育，采取措施进行管理。但面对医院外的人员及其行动，医院没有权利也没有能力进行干预和处理。医院内部实施的种种措施，终究解决不了院外因素。因此造成医院管理成本加大，医疗成本增加，虽然有一些效果，但不是仅仅依靠医院就能解决问题。

此外，个别媒体的不符合医学科学的医药广告也起到推波助澜的作用，我们的医务人员在医疗过程中不仅仅是不断地去消除由于这些媒体不负责任的、不符合医学科学的药品宣传所造成的负面影响，还要去医治由于听信广告而延误就诊时机的患者。既浪费时间，又加大成本。

（四）医疗卫生队伍建设受到严重影响

补偿严重不足，医院需要挣钱去填补公益性支出，医疗服务价格“虚有价格虚无成本”，医务人员价值体现不到位等问题，严重影响了广大医务人员的积极性，

我们可以对“河里的鱼儿”进行“身体锻炼，加强文化、素质教育，提高免疫能力，乃至服药治病”等，但综合治理，改善河水环境才是最根本的措施。

（五）医患矛盾

药品的虚高定价，一定程度上影响了患者的医疗费用支出，加大了患者的医药费用负担，也是引发医患矛盾加剧的因素之一。2012年3月哈尔滨医科大学附属第一医院一位实习医生被无辜残杀的事件，一方面是患者缺乏法律意识和医学常识，对医疗结果的预期过高，另一方面也是由于病人无力承受医疗费用。在愈演愈烈的医患纠纷中，医疗费用和经济因素应该说占相当大的比例。

（六）产业结构调整困难

“要当县长，兴办药厂”，这正是当年改革初期的一个流行语，有着建立药品生产企业就会给当地的经济带来增长，带来税收，就会给当地官员带来政绩的含义。到20世纪90年代中期，我国的药品生产企业曾经达到8,000多家之巨。仅在吉林省一个地级市，就有各类药厂80多家，其中还有两家是上市企业。药品生产企业一度被认为是我国的朝阳产业。与此同时医院自身也可以有自制制剂。

面对着如此众多的药品生产企业，同时为了保障药品安全，自1998年起，政府强制性地推行了规范化的认证，以保证产品质量及安全，规范药品的研发、生产和营销。经过了大约7年时间的规范化认证，其中也经历了企业间的合并重组，目前我国还有着通过规范化认证的药品生产企业五千家左右，药品商业单位一万多家，有数以百万乃至千万计的医药销售代表，在全国各地的医院、诊所、药店中奔波。

也正是由于新药研发技术水平不高、技术壁垒薄弱，研发周期较短，又有相当一段时间新药的审批权是在省级的药品监督管理部门，其结果就是疗效雷同的产品多，同一种产品不同的生产企业多。如：“脑心舒”口服液，全国就有上百家企业拥有生产批文可以生产；又如喹诺酮类的抗生素“加替沙星”，是2003年批准生产的上市产品，全国有二十多家企业可以生产。如此众多的企业，如此多的雷同产品，导致不同生产厂家的同一产品一起涌入市场，竞争必然激烈。

我们知道，某个大众商品在市场上同类产品越多，在技术含量不高的状况下，企业可以通过降价的方式以牺牲部分利润来保住市场份额。

而药品（尤其是处方药）作为一个特殊的商品，它需要有医师的专业知识来决定和指导患者使用，医师必然就成为众多企业医药代表不遗余力攻关营销的对象。公关营销力度越大，营销效果可能就越好。公关营销是需要成本的，为此，在

药品雷同产品较多的情况下，出现的情况与普通大众商品恰恰相反，价格高的往往会销售结果好。因为价格高，商业运作空间大，方式多。医生在面对众多疗效雷同产品进行选择时，一是考虑对患者的疗效，二是对自己有利，不良商业行为的“毒瘤”作用就是这样的市场竞争结果。

地方政府需要依靠企业的GDP来创造经济发展政绩，企业需要市场销售来维持生存与发展，医院需要药品差价来填补政府投入不足的资金，医务人员在医疗服务价格与价值不相当的情况下有药品处方后的“回扣”补偿，构成了共同利益链。随着医改的深化，政府采取了一系列降价、限价、集中采购招标、控制医院药品比例、取消医院药差、加强监控医药市场行为等举措，并取得了一定的效果。但这些举措中，多数举措是针对整个利益链中的医院环节，在整个利益链各环节上的改革，还任重而道远。

（作者：郝秀兰*　郑万会）

*中国医院杂志社



第二部分
重庆市第九人民医院应用平衡计分卡的理论与实践

宏观上看，医院经营管理须在市场、计划机制之属性矛盾而又并存的情况下进行，战略上要实现公益性责任、医院发展和员工物质精神需求三兼顾愿景；现实中要解决政府投入不足，医疗技术服务亏损，未真实反映医务人员高技术、高风险、高职业压力劳动价值等。

微观上看，医院内部要解决医疗服务与成本可支撑、近期目标与远期发展的综合平衡、政府目标、患者需求、当地经济状况相结合等。

医院管理者需要均衡考虑：目标设置、任务执行、监察和修正、考核结果、以各科室的绩效管理形式最终达成目标实现。平衡计分卡所具有的多维度平衡兼顾、动态管理、量化考核和信息化管理特点与中国公立医院这样兼顾管理需求相吻合，并能释义抽象的战略愿景，形成具体的可执行规划。使得医院的战略思考到具体执行实施形成一个整体的PDCA系统。

2004年以来，重庆九院在多年来所进行的理论与实践探索中，以全面成本管理为基础，成本可支撑运行为战略指导，创新性地建立了将中国公立医院的公益性方向和“市场性”的实际运行相结合的多维度平衡兼顾、逻辑支撑、量化互动的平衡计分卡战略管理体系。

导读：

平衡计分卡通常在企业的应用较多，在医院这样的事业单位应用，如何将其变成在现有的环境条件下适合医院的管理工具？又如何适应于公立医院的深化改革？下面的这一节内容将展开平衡计分卡在医院管理应用的第一步思考。

第五章 平衡计分卡在医院管理中的整体思考

CHAPTER 5

第一节 平衡计分卡引入医院管理中的整体思考

在本书的第一章已经分析了目前卫生经济形势和环境中的一些问题，同时面对这样的形势环境政策，医院必须结合本单位的实际对自身的发展战略进行思考和规划。实际上，随着政策、环境、社会的变革，医院内部与外部的适应、协调，内部管理与外部的结合也需要与时俱进。

一、医院干部队伍对于管理的困惑与需求

任何一个优秀的企业，不仅需要优秀的领军人物，还需要一批中层干部随之奋斗；任何一个美妙的战略规划，其最终实现同样需要中层干部去有效地管理和执行。

医院是一个由高技术、高风险，处理服务对象（治疗患者）又相对独立的特殊技术服务行业。医疗卫生技术人员出身的医院主要领导人及其领导班子在走上领导岗位后，在学习管理知识和提高管理能力的过程中，他们中的大部分人员的管理适应性和能力都提升很快。

问题和难点是在医院的中层干部系列中，尤其是临床医技科室的中层干部。他们常常是科室技术带头人，也需要在业务技术上处理许多问题。其技术管理威信大于行政管理威信，加上工作业务实际状况在时间的分布上，使得他们在管理上常常用技术管理去处理问题，对于战略、市场、营销、流程、成本效果、绩效激励等不可能掌握运用太多，尤其在目前的医院经营管理环境中，就显得较为薄弱。

BSC的引入，从战略层面上把管理对象内容规范为四个维度，并有关键性指

标和支撑指标直接表达，执行前讨论、执行中的调控使得中层干部（包括院级干部）对战略规划理解明确，执行到位，调控明确、简洁，既可让管理者执行到位、到点；也让技术干部较好地发挥技术管理优势。

二、医院战略与战略执行的难点与需求

一个设计紧密、周详的战略规划需要可靠地实施才能体现效果，并在实施中不断修正完善，目标才能不断达成。而在战略规划与实施的过程中，常常因对战略的理解不够，或者对指标尤其是非财务指标的理解不够，各环节职能被沟通掌握和控制的程度就不一定到位。此外在为患者提供医疗服务时，因患者个体差异性不可能有绝对的标准化尺度，因此对流程、质量、患者反映度的评定也不是很精确。

平衡计分卡独具的维度框架体系，能将较为抽象的愿景战略内容清晰地表达描述，将战略规划制定与战略规划执行有机结合，易于确认实现战略的关键性因素和相关驱动因素，是令总体战略与部门局部实施思维、行动同步，并形成整体的系统的管理体系。

三、医院经营目标的兼顾平衡

尽管新医改已经定义医疗卫生的公益性，但是至少在相当长的一段时间里，大多数公立非营利性医院的经营服务，仍然是在政府（行业主管部门）的指导控制下的“市场经营”型医疗服务。既要保障达成公益性目标，又要进行合适的“创收”来维持医院的生存发展；既要保障患者的诊治效果，又要考虑费用合理；既要考虑低价格医疗服务的“赔本”，又要考虑如何调动医护人员的积极性等。

平衡计分卡的多维度兼顾平衡设置，将客户、流程、学习成长与财务有机结合，将财务指标与非财务指标有效平衡，从而尽可能地将企业内部利益与外部利益、群体利益与个体利益兼顾，医院公益性目标、医院生存发展、患者满意度和员工进步要求的目标均能相对获得发展。

四、医院行业竞争性战略的需求

由于历史的原因，使得不同的公立医院有不同的补偿资源，在医疗市场的经营服务中享受相同的“市场性待遇”，因而在我国公立非营利性医院的经营中，并不是公平的竞争状况。而这种属于机制体系的问题状况，又不是医院能够解决的。

因此医院只能根据自己的实际情况，制订适合自己的发展之路。平衡计分卡能以量化指标及其权重分配，有机调节保障发展目标，以适应这样的竞争状况需求。



五、医院行业管理系统需求

行业管理上级部门，为提高医疗质量，强化医院管理，不断地有各种文件出台。这些文件对医院的质量水平规范化，甚至一定程度标准化管理都有着重要意义，但是都不能回答和解决中国公立非营利性医院成本控制与经营发展的关联情况，也不能达到医院战略的显示化互动综合管理要求。实际上到目前为止，我国尚没有较为完整的实现医院战略管理从目标到实施以及考核到奖励发放的理论体系，也缺乏在执行过程中不断反馈、改进、达成目标的有效系统工具。重庆九院使用平衡计分卡的经历和成效，初步证实了平衡计分卡在医院战略管理、经营发展的兼顾平衡系统调控的作用，是一个较为完整的实现战略管理的有效工具。

六、平衡计分卡引入到医院绩效管理的意义

国内大多数医院的绩效管理是以科室为单独核算单元，采用以收抵支，结余核算方式确定该单元的绩效效益。这样的核算主要采用财务指标为考核内容，而对于患者反应、流程控制、成本效率、医疗技术质量、学习发展等多因素及其相关性没有系统的兼顾评价体系。平衡计分卡诞生于绩效考核中，发展于战略管理上，系统并兼顾平衡地考核财务维度与其他维度因素成效，实现合理的绩效回报，构成统一价值观，实现医院、科室、个人的整体发展。因此，平衡计分卡能够获得“75年来最具影响力的战略管理工具”美誉。

第二节 平衡计分卡实施的步骤、要点与难点

一、平衡计分卡实施步骤程序

实施平衡计分卡的一般程序已有很多介绍，表5-1为重庆市第九人民医院的简要实施程序。

表5-1 重庆市第九人民医院实践BSC的简要程序

简要程序步骤	具体内容
目标单位确定	实施对象；目的
PEST/SWOT分析	对本单位（目标实施单位）进行PEST、SWOT及波特五力分析，以得到科学客观的各项数据资料；是战略目标的设置，规划的制定，可执行的实施方案及其任务分解，数据指标的选取采用，执行发展中调整控制的基础

续表

愿景战略目标规划方案	对战略目标的设置，规划的制定，可执行的实施方案进行设计；四个维度（层面）目标任务制定；指标体系创建
执行方案分解科室（部门）	通过学习讨论沟通，使执行部门对各自的任务、目标认同理解，形成总体战略上的共有价值观
实施（PDCA）	按照计划实施执行，检查反馈并加以调整控制

二、平衡计分卡实施要点

（一）领导层的决心与共识

领导层是实施平衡计分卡的推动者，应要通过对平衡计分卡作为管理工具系统的学习与理解，形成推动开展执行平衡计分卡的决心与共识，对达到成功实施平衡计分卡的时效、实施成本有充分的理解和支持。这是开展平衡计分卡管理的基础。同时在平衡计分的管理卡实施中，领导层又是管理者，在充分掌握了BSC的理论及应用概念后，才能对管理过程中出现的数据表达及其调整做出正确的应答。

（二）综合、平衡、逻辑管理

涉及财务、医护专业及管理的有效人员组成的工作小组在院级领导的带领下开展综合性工作，形成医学专业、财务经济专业与管理的融合，才能有指标制定的相关逻辑关系，才能完成实施前准备，实施中监控，结果分析总结和发展进步方案措施。

（三）科学分析制定科学的目标与方案

对目标管理对象已有的真实数据进行科学分析，是制定科学的战略目标和实施方案的基础和依据，也是找到执行方案、达成目标的关键因素，是构成关键性指标体系，进而在调控系统过程中实现愿景的基础和依据。

（四）资料文件保密

由于整个过程及所设置的实施方案、指标均为实施单位的核心资料文件，也是单位在实施BSC过程中人、财、物、时间信息的巨大投入才得到的结果，这些无论从知识产权角度或者是单位内部管理角度都应是保密的资料内容。

（五）实施平衡计分卡的时效

引入平衡计分卡作为管理工具，管理方案实施过程、实现管理目标肯定不是

一蹴而就的，需要时间空间来逐步体现。其指标调控技巧也需要时效验证而逐步提高。这个过程一般需要1～2年的时间，[①]并且要密切监控和不断总结。初始开展单位可以选择小范围和一定层面进行试行，取得成熟经验和技巧后逐步推开。

（六）不能完全照搬

每一个单位的环境状况、发展阶段、资源结构不同，其战略目标、差异化发展路径设置不同，平衡计分卡系统设置（指标、指标值、权重）均有不同，对其他单位的平衡计分卡系统设置只能起参考作用，并且值得注意的是，由于关键数据资料保密的原因，其他单位的BSC信息不会完全公布披露，完全照搬就有可能行不通。

三、实施平衡计分卡常见的问题与难点

（一）推动力

实施平衡计分卡是一把手工程，需要一把手的有力支持和大力推动。一把手须要较好地掌握平衡计分卡有关理论，对医院如何实施操作平衡计分卡有系统明确的认识。

成立工作小组既可拟出供领导审阅的工作计划，又能让领导较好地掌握重点，给予相关条件、资源配置上的支持，推进实施工作进度。

（二）现有绩效考核的改革

如何将平衡计分卡体系与已经存在的绩效考核相结合？又如何在现有体系中较为平稳地有效执行？

绩效管理有多种方式，每一种都有相对的优势。绩效考核是为战略服务的管理工具，是推动积极性、提高效率、建立共有价值观的桥梁。每一次的绩效管理改革，都会带来利益群体的变动而出现相应的问题和事件。应用平衡计分卡进行各项管理，一是靠领导者的决心；二是靠相关指标、制度的科学拟定；三是靠合理有序的实施及不断完善。

（三）指标体系建立

不同时期的战略目标不同，执行方案中关键指标也会有所不相同。战略目标的准确定位，是获得关键指标的基础。根据关键指标的生成、增长的支撑因素，选择合适的驱动性指标进行赋值和权重平衡，对于初次设立平衡计分卡者常常感觉

---

①瞿树悦，吴健，陈恒华.平衡计分卡在国外医院绩效管理中的应用[J].中国医院管理，2004，24(4)：21-24

是困惑的，这时候解决的办法有：①仔细分析相关因素，量化对比；②在实践中检验、修正；③借助相关单位的经验指导。

（四）非财务指标的量化

平衡计分卡的优势之一就是量化评价考核管理。财务指标或者工作量指标易于量化，但对于一些非财务指标如何进行量化是推行平衡计分卡的又一难点。结合单位的实际情况，结合与关键指标值的增减关系，可以有多种方法进行量化。

（五）行政职能部门的平衡计分卡推行

行政职能部门为非生产性部门，各部门业务属性不同，其工作常常因不易量化而导致考核评价相对困难。解决的办法为，除了以通用指标进行考核外，针对各行政职能科室的工作职责和内容，形成以科室个体化工作量考核为主的指标体系，作为评价依据。

（作者：张培林　颜维华　刘宪）



导读：

来我院参观交流的众多医院都有这样的要求和想法："平衡计分卡是一个很好的管理工具，但是其指标体系设立和建设很复杂，指标设立要找专家以德尔菲法求证，权重也要找专家通过层次分析法设立。"诚然，我们也是经过这一过程才逐步建立起医院平衡计分卡指标体系。

本章节的目的就是以我院多年在实际运用中的实践经验告诉读者如何以最为简洁的方式建立平衡计分卡指标体系，如何在实际运用中进行调整以适应阶段性目标计划。

第六章　医院平衡计分卡指标体系创建的理论与实践

CHAPTER 6

第一节　医院平衡计分卡指标体系简介

将已制定的战略目标按平衡计分卡理论分解为四个维度的内容，即财务维度、患者维度、流程维度、学习与发展维度。选择出为实现这些目标阶段的关键因素——关键指标(Key Performance Indication，简称KPI)，根据关键因素(指标)所发生、发展相应逻辑关系，找出相应的影响推动因素——驱动性指标；依据基础数据和不同时期阶段和具体要求进度，量化作为考核指标的值度，进行相应的权重分配，从而形成绩效评定指标。这些指标的动态归集，构成实施平衡计分卡管理动态实施的依据，从而引导管理者进行相应的掌握、调控，并满足不同时期阶段考核评价调整的需要，如此循环达到预定的目标。

平衡计分卡的指标体系均可在医院的各个管理层面(医院层面、科室层面、个人层面)，以各自的，同时又与战略总体规划密切相关的指标体系中体现。综合性医院因其技术水平要求和科室设置众多；患者和病种数量众多；涉及医疗服务质量规范、标准、制度较多，涉及行业要求、管理部门要求较多，故综合性医院平衡计分卡指标体系建设中所涉及的指标选择、指标数量、量化与权重等等均较企业更为复杂。实际运用中，如何根据战略规划与医院、科室的具体情况结合和掌控，如何建立起适合于本单位的指标体系，如何让平衡计分卡的管理有效易行，是众多医院在参观我院中经常表达的诉求。本章节将以重庆市第九人民医院运用实施平衡计分卡的理论与实践，如何逐渐建立和完善平衡计分卡指标体系为案例，解答上述问题。

第二节　平衡计分卡指标体系的创建

一、指标选择的原则

指标选择的原则通常有如下标准可参考：

（一）通用易得

尽可能选用医疗卫生行业通常使用的指标，如医院年报表中的指标、行业权威机构的评价指标、上级下发的对医院指导文件的指标、发表的成果、论文中经常采用的指标等，以保持行业内规范统一，也易于比较分析，减少工作者劳动量。尽可能避免自创指标。

（二）客观代表

应选用能够最大限度地表达其内涵体现和较好地评价所代表的内容的指标，所选取的指标能够客观科学、准确地表达其结果性意义、驱动性意义、逻辑相关性和公式运算性意义。

（三）灵敏可量

指标应有较好的反应性和波动范围，能够敏感地观察到与其他指标的相关变化关系及其趋势。选择的指标均应量化，或者说选用的指标是能够进行量化的，以获得其可比性、可统计性。可以根据项目阶段要求进行调整变化，以利于目标达成的过程控制。

（四）独立确定

选择的指标都具有自己完整的含义和信息，对项目目标的判断确定、客观、准确，其他指标相互不能替代。

（五）覆盖合理

指标体系应对战略目标项目各个因素尤其是关键要素要有较好的描述和表达，不能有遗漏。

表6-1是重庆九院采用德尔菲法（Delphi Method）、层次分析法得到的指标库。从中可看到上述指标选择原则的体现。

表6-1 医院常用的BSC临床医技科室指标

维 度	二级指标	三级指标	诠 释
财务维度	收入支出	总收入	所有收入
		医疗总收入	不含药品耗材收入
		药品收入	
		材料收入	
		医技收入	检查、治疗、护理等，可细分
		总支出	
		药品支出	
		材料支出	
	工作量	门、急诊人次数	医院、科室、个人
		出院人次数	
		手术台数	
	结构控制	药品占总收入比	政府管理、医保统筹要求为标杆值
		耗材占总收入比	同上
		医技占总收入比	
		各种医保统筹费用管理	各医保统筹额度控制
		欠费管理	公共卫生、突发事件、患者
		门诊人均费用	
		住院人均费用	
		门诊人均药品费用	
		住院人均药品费用	
	效率指标	人均产值	可单指医师，也可设为全院员工
		人均支出	
		人均结余	
		人均门诊人次	
		人均住院人次	
		住院患者人均住院日数	
		病床周转率	
		床位使用率	
		设备使用率	
	成本管理	人力成本	主要指变动人力资源成本
		办公费用	

续表

患者维度	满意度	服务态度	问卷调查形式
		有效投诉	
		治疗效果	问卷调查形式
		医疗费用	与战略、机制、政策相关
		医疗流程	问卷调查形式
		医院环境	同上
		回访	出院后的随访与记录
	协作执行	科间协作评价	问卷调查形式
		上级单元评价	同上
		下级单元评价	同上
流程维度	基础医疗质量	入、出院诊断符合率	医院统计科系统数据
		手术前后诊断符合率	
		入院三日确诊率	
		临床诊断与病理诊断符合率	
		急危重病抢救成功率	
		住院病人治愈好转率	
		治愈率	
		好转率	
		病死率	
		抢救成功率	
		辅助检查阳性率	
		无菌手术甲级切口愈合率	
		院感管理	
		医疗事故、差错发生率	
		医疗护理操作规范	护病记录

续表

流程维度	核心制度执行	三级查房制度	病历、科室工作记录本
		首诊负责制	
		会诊制度	
		手术分级制度	
		术前讨论	
		疑难病例讨论	
		死亡病例讨论	
		交接班制度	
		查对制度	
		分级护理	
		抢救制度	
		临床用血审核制度	
	医疗文书记录	门诊病历合格率	病历书写规范是核心制度之一，涉及内容众多，也是医院工作要求重点，可有单项管理措施制度
		住院病历甲级率	
		处方规范率	
		重要医护记录	
	用药评价	病原学检测及记录	
		抗菌素使用规范	
		不良反应上报	
		临床诊断与药物使用对应情况	
	其他管理	健康教育	
		医患沟通	
		患者权益维护	
		环节质量改进	
		医疗安全管理	

续表

学习与成长维度	发　展	政令传达	
		发展规划	
		工作计划	
		新技术项目开展	
		获得表彰	
	学　习	学习提高	继续教育
		业务培训	
	科　研	科研项目	可分级别
		发表文章	
	教　学	大课教学	非教学医院，科室可不用
		实习教学	

从上表可知：

1. 三级指标共有92个，是从我院收集论证的300多个指标中遴选而出，也是常用的、基础的指标。

2. 依据医院、科室、个人及发展的不同阶段，指标、权重的选择可以有所不同。也可将一些指标综合在一起作为一个指标考核。一般来说，选用的三级指标在38个左右。

3.根据指标的数值，或者是量化考核，随着具体使用单位和阶段性因素不同，指标可有不同的量化情况。

4.从表6-1的内容可以看到，各指标主要是针对临床科室(生产型科室)。在目前机制状况下，医院从经营上讲与企业相似，临床科室是生产型科室，医院同样需要合理收入维持医院生存发展。

5.随着医疗卫生事业的改革发展，将来医院的考核管理重点有可能从收支型考核向量效型考核转移，上述指标体系已经包含了这些内容，具体应用中可在指标及权重上进行调整。

二、指标选择的数量

一般来讲，没有硬性的规定指标数量有多少个，但我们认为，在企业应用平衡计分卡中其每个维度的三级指标数目在4～7个较为合适。[①]指标数目增加过多，评价分析更为复杂，管理成本也将增加，这也是我们认为平衡计分卡第三级指标不宜过多的理由。

①[美]卡普兰，诺顿.平衡计分卡——化战略为行动书[M].广东：广东经济出版社，2004

但由于医疗卫生是一个特殊的高技术、高风险的服务行业，医院是一个具体的执行单位，在卫生部制定的《综合医院评价标准》《医院管理评价指南》和《三级综合医院评审标准(2011年版)》里就有上百个指标。国外报道九所医院实施平衡计分卡指标数量的调查显示三级指标总数也超出了28个。[①]在我国的医疗单位，医院兼有市场、政府、道义三种因素合一的实际运行机制，三级指标数量则会更多(见表6-2)。实际运用中，由于各个阶段的战略执行实际需求不同，采用的指标及其权重可有不同，因此不可能把如同表6-2中的指标全部采纳。重庆市第九人民医院建立的平衡计分卡所采用的三级指标数量也已经超出28个。实施单位(医院)应根据各自具体的医院层面或者科室层面实际情况和评价考核需求而定。

一般来讲，医院层面的第三级平衡计分卡指标数较科室层面的第三级指标数少，这与科室是具体执行单位，医院层面则是各个科室层面的集合有关。实践中应注意临床科室中层干部对平衡计分卡关键性指标的熟悉、掌握程度，过多的指标数会使得他们难以应付，医院的经济及行政管理部门应该协助临床科室进行经营分析工作。

表6-2 不同医院平衡计分卡指标数量

来源单位	一级指标	二级指标	三级指标
2004年重庆九院BSC	4个(维度)	13个	32个
2007年重庆九院BSC		12个	39个
2012年重庆九院BSC		13个	38个
上海某民营医院BSC[②]			27个
黑龙江省三级综合医院BSC[③]		11个	16个
四川省某三甲医院BSC[④]		8个	24个
四川雅安市某医院BSC[⑤]		10个	27个
福建省某医院科室BSC[⑥]		12个	31个
部队某医院BSC[⑦]		14个	
台湾某医院BSC[⑧]		9个	17个

①瞿树悦，吴健，陈恒华.平衡计分卡在国外医院绩效管理中的应用[J].中国医院管理，2004，24(4)：21-24

②张英夫，李萍.平衡计分卡在医院的实施[J].中国医院，2005，10：19

③张丹阳，张仲，樊立华.黑龙江省三级综合医院绩效评价指标体系研究[J].中国医院管理，2007，5：26

④郭洪梁，张岚，李希.构建医院绩效考核指标体系[J].四川医学，2007，4：400

⑤徐嘉玲，姚有贵，方志琴等.医师平衡计分卡在医院绩效管理中的应用[J].中华医院管理，2005(11)：739-741

⑥陈立典，董星明，陈亨强等.平衡计分卡在医院绩效管理中的应用[J].卫生经济研究，2007(7)：36-38

⑦王开平，王瑞，田文华等.平衡计分卡在军队医院战略管理中指标设计与权重的确定[J].西北国防医学，2006，27(6)：467

⑧刘顺仁.平衡计分卡与医院绩效评估[R].台湾大学管理学院，2005：3

三、指标体系的维度、级别与层面

平衡计分卡将依据企业不同阶段及其内外环境的实际情况所制定的战略愿景及目标，按照财务维度、客户维度、流程维度和学习与成长维度进行目标分解设置关键性指标，依循逻辑互动支撑构建指标体系。

表6-3 重庆九院2008年平衡计分卡财务维度指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标诠释	综合权重
财务维度（40）	业务收入合理增长（65）	出院人数（50）	住院、门诊病人数是业务收入的主要基础因素；是对该医院（科室）技术、服务的要求	（13）
		门诊人数（30）		（7.8）
		药品比例（10）	控制药品及耗材在整个收入中结构是否合理，以保障业务收入的有效合理增长	（2.6）
		耗材比例（10）		（2.6）
	成本控制（35）	医保统筹控制（35）	合理遵循医保政策	（4.9）
		人力成本（30）	与流程、学习成长维度指标相关，有合理的激励机制，提高效率为驱动，降低单位使用成本	（4.2）
		管理成本（35）		（4.9）

注：括号内数字为权重值。

表6-3是重庆市第九人民医院2008年医院（科室）层面财务维度平衡计分卡三个级别的指标设置。可以看到财务维度是作为一级指标存在，二级指标是关键性指标，三级指标则是对关键性指标的逻辑驱动支撑。

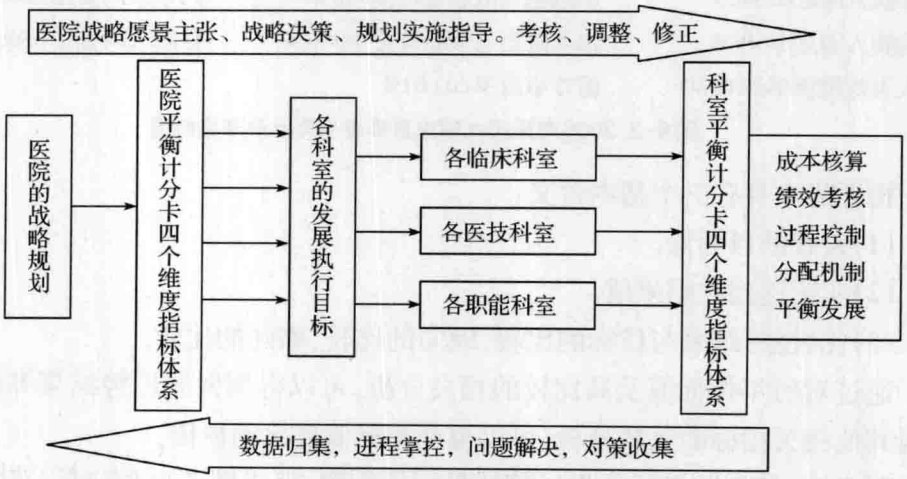


图6-1 医院与科室平衡计分卡

从图6-1可以看到医院层面和科室层面平衡计分卡的相关关系。医院层面的平衡计分卡指标系统是依据于医院的战略目标设置而形成的。将医院层面的平衡计分卡指标体系按战略目标，并依据各科室具体情况在预算和预测中继续细分，从而形成各临床科室、医技科室和行政职能部门的工作目标与任务，由此形成这三类科室层面的平衡计分卡指标体系。各科室根据科室的目标任务又可形成科室成员层面的平衡计分卡管理系统。

四、指标值与权重

（一）指标值与指标量化

量化管理是平衡计分卡管理系统的特点之一。量化指标是通过实际具体的数字和数据来作为指标发展的一个指向方式，量化后的指标对项目目标有可比性、可统计性的特点，以便于调控。

量化的数字即为指标值，平衡计分卡关键指标的赋值可以为绝对的数值，如：2009年总产值达到25,890万元；住院患者达到2.9万人次等。也可以用相对值表达，如总产值比上年增长率、床位周转率。这一类指标多为财务性、结果性指标，本身就是以数字进行表达。



图6-2 2006年重庆九院患者维度平衡计分卡指标值

指标值本身有三个基本含义：

(1)设置的目标值。

(2)实际达到的结果值。

(3)比较值：结果与目标的比较、纵向的比较、横向的比较。

通过对历年指标值及其比较的相关分析，可以得到发展趋势结果等信息。通过与其他相关指标的关联分析，可以得到指标值变化的原因。

财务性、结果性指标的指标值的目标值设置，可来源于规划目标，可来源于前几年经营状况及其分析预测，可来源于调查意见反馈等。 重庆九院平衡计分卡的

指标值来源先后采用了：①用上级行业主管部门下发的管理指导文件作参考，这些文件包括有《卫生部的年度统计报告》《医院等级评审标准》《重庆市医院管理评价指南实施细则》等；②用单位所在区域11家综合医院系统数据，领先医院或者相似资源规模医院的某些先进项目指标作参考；③根据本单位前几年的发展变化数据作设置依据；④单位所在地外部状况分析；⑤医保统筹设置要求；⑥所有指标值均要结合战略目标、阶段目标设置、实施科室具体状况及权重相关平衡进行考虑；⑦九院设立的《规范化科室考核评价标准》。

指标值实际达到的结果值则是通过事中管理、过程支持、政策引导而实现的。

指标值的比较值则是用于分析，以表达状态、趋势和关联因素，为调整、决策所用。

指标体系中的一些驱动型、非财务型指标，如医患沟通、患者满意度、科室间协作、政令传达执行、创新能力等指标常常需要量化处理；指标实际达到的结果值与标杆值的差异度评价考核，也需要量化处理，从而获得较好的评价考核依据。

指标量化的办法有：指标评分法、主观概率处理、等级处理、问卷调查等。也可以通过层次分析法设定权重为量化值。具体内容见本书第七章——创建平衡计分卡指标体系常用方法简介。

（二）指标体系的权重设置

平衡计分卡四个维度及其指标体系的重要程度在整个评价体系中如何分配，即权重的设置如何进行。由于各个单位的具体情况不同、时间阶段目标要求不同，各单位的权重、同一单位不同科室的权重分配设置均可不同。表6-4介绍了不同单位的一级指标即各维度权重设置情况。

表6-4 不同单位的一级指标（各维度）权重设置参考

权重分配设置来源单位	财 务	患 者	流 程	学习成长
《平衡计分卡——化战略为行动》介绍	34	22	22	22
2004年重庆九院BSC	34	22	22	22
2006年重庆九院BSC	40	5	40	15
2012年重庆九院临床内科系统科室BSC	30	5	48	17
2010年重庆九院行政职能科室BSC	27	33	30	10
2007年重庆九院临床某个科室个人BSC	50	10	30	10
某民营医院BSC	64	12	12	12
某教学综合医院BSC	27	25	25	23
国外医院BSC	23	33	27	17

权重的确定在理论上有多种办法：权重因子判断法、专家直观判定法、层次分析法，等等。

从表6-4可以看到：

(1)公立医院和民营医院在财务维度上的差别较大。

(2)临床科室与行政职能科室权重的不同反映了工作内容要求的差别。

(3)重庆九院2004年年底初建指标体系时的权重设置至2012年进行调整后的权重设置，反映了同一医院不同时期的权重设置不同。

(4)国外医院在医院运行成本可支撑相对较为有保障情况下，对患者维度更加注重，设置的权重值较高。而国内一般公立医院在政府投入严重不足状况下，为满足医院运行成本可支撑保障，故财务维度的权重设置较高。另外鉴于解决患者看病贵的根本问题是体制机制因素，不可能仅仅靠医院作为就能全面改变的状况下，医院通过加大流程维度权重，从质量、安全、效率、服务沟通等方面入手，来驱动增加患者对求医治疗结果的满意度。

(5)教学医院由于教学科研任务要求更高，在相应设置维度中权重值也应较高。

五、指标体系建设

在与多家医院的探讨交流中，各方都提出了关于平衡计分卡建立过程中的若干问题：如何建立指标体系？如何使得这个指标体系适合于自己医院的具体情况？可行性的具体操作方法如何实施？医院涉及的管理指标如此之多，而平衡计分卡似乎又不主张应用这么多的指标，管理学上也不主张指标过于复杂等问题。此外，从理论上看，建立平衡计分卡指标体系的过程较为复杂，尤其是关系到一些论证、统计的方法与过程。不这样做似乎不科学、不可靠。而要去做，又常常感到复杂和艰难。

重庆九院在过去应用平衡计分卡的实践中，都经历了从陌生到熟悉，从依葫芦画瓢到结合实际应用的过程。以下内容将较为详细地介绍平衡计分卡指标体系建设理论的要点与实践操作。

(一)设置医院战略规划

医院平衡计分卡指标体系建立的前提条件，就是要较好地设置医院的战略规划。之前的章节已经提到，平衡计分卡是一个战略执行工具，能较好地诠释战略规划愿景，能够把战略目标按照四个维度设置成关键性指标，继而分析支撑、互动关系，寻求支撑性指标，从而逐一将战略规划分解为目标，以一系列指标体系的形式成为战略规划的可执行方案。因此，战略规划制定是否科学，战略目标定位是否准确是平衡计分卡指标体系建设的前提和关键事项。

（二）指标体系初建

设置平衡计分卡指标体系，应有一个指标来源，前文已经描述了指标选择的原则，表6-5是2004年重庆九院初建的平衡计分卡指标体系，可以看到当时的设计思维与评价。鉴于当时平衡计分卡在我国卫生系统中鲜有应用，参考资料也不多，因此，该计分卡是项目工作组依据平衡计分卡理论，以重庆市11所三甲综合性医院的常用管理指标作为指标数据来源，经过两轮专家评议和统计处理而形成。

表6-5 2004年重庆市第九人民医院平衡计分卡

	财务层面	流程层面	患者层面	学习与成长层面
关键因素	1. 医疗资源利用 2. 医疗资源消耗 3. 薪酬制度	1. 规范化科室建设* 2. 门诊患者就诊流程 3. 住院患者住院流程 4. 后勤保障体系	1. 对医院满意度 2. 对诊治满意度 3. 对费用接受度	1. 人力资源培养 2. 合理激励机制 3. 文化、品牌建设
关键指标	1. 门诊人次 2. 出院人次 3. 药品比例 4. 耗材比例 5. 薪酬制度 6. 人员经费占比	1. 规范化科室参与率 2. 规范化科室达标率 3. 门诊患者就诊环节 4. 每病人就诊时间 5. 平均住院日 6. 入院沟通率 7. 出院随访关怀率 8. 临床对后勤满意率 9. 患者对后勤满意率	1. 门诊病人满意率 2. 住院病人满意率 3. 病人有效投诉率 4. 出院病人好转率 5. 入出院诊断符合率 6. 医疗事故率 7. 门诊人均费用 8. 住院人均费用	1. 一线员工培训率 2. 培训费用占比 3. 新技术项目开展 4. 员工对本职岗位认可度 5. 突出贡献员工表扬度 6. 物质激励度 7. 业务骨干流失率 8. 员工共有价值观认可度 9. 医院获得市级以上荣誉 10. 媒体表扬报道
关键影响因素	1. 增收节支，医院整体水平提高，做大市场份额 2. 降低不合理的耗材 3. 员工收入增长与医院收入增长正相关	1. 宣导、鼓励、考核、奖惩；专家督查、科室整改、达标 2. 费用合理，技术、服务持续改进 3. 诊断治疗就医环境流程优化 4. 考核、奖惩、高效	1. 加强医患沟通，人性化服务 2. 加强医疗质量控制，提高诊疗服务水平，重视市场营销 3. 根据本地区的经济水平，合理用药、合理施检	1. 讲座、进修、培训、留学等各种形式的继续教育 2. 合理的薪酬、福利、职称晋升及学历提升 3. 战略目标确定——四个领先、四个均衡
评价	医疗资源和消耗利用合理化，薪酬收入与业务收入平衡化，实现医院不同阶段财务目标价值最大化	平衡计分卡是注重建立一种适宜成本支撑的、新的流程来满足患者的需要	当地经济水平相关联的医疗费用支出与较优质的医疗服务的适度平衡	合理的成本支出与医院的可持续发展相关联

注：*规范化科室建设是指自2004年开始，我院采用BSC指导下的临床、医技、行政各个科室的，从目标—执行—考核—奖金发放的绩效考核体系。

表6-6 2012年(下)重庆市第九人民医院平衡计分卡

一 级	二 级	三 级	诠释与考核
财务维度(30)	收入合理增长(12)	医药总收入(4)	财务数据及管理
		人均医药收入(8)	
	工作量(8)	门诊人次数(4)	
		住院人次数(4)	
	结构控制(10)	人均住床日(2)	
		耗材比控制(3)	
		三保统筹管理(5)	三保统筹管理
客户维度(16)	满意度(6)	质量满意度(2)	问卷
		服务满意度(2)	问卷
		员工满意度(2)	员工流动情况
	医疗纠纷(2)	有效投诉率(1)	
		医疗事故率(1)	
	公共卫生(4)	公共卫生任务完成(2)	
		突发事件处理(2)	
	表彰(4)	全国表彰(2)	
		市、区级表彰(2)	
流程维度(24)	诊疗质量管理(14)	出入院诊断符合率(3)	
		治疗有效率(3)	
		危重病人抢救成功率(2)	
		院感控制(2)	
		网络安全(2)	
		医疗设备管理(2)	
	合理用药(6)	药品占比控制(2)	
		ADR及处方点评(2)	
		抗生素专项整治(2)	
	PDCA(4)	PDCA计划(2)	《三级综合医院评审标准(2011年版)》评审要求
		缺陷改进(2)	
学习与成长维度(20)	执行与发展(4)	政令执行(2)	
		发展规划(2)	
	专科深化(9)	新技术开展(2)	
		重点、特色专科 (3)	
		继教开展(2)	
		人才引进(2)	
	教学、科研(7)	教学(2)	
		科研项目(2)	数量、级别、成果
		发表文章(3)	数量、刊物

从表6-5可以看到，当时的设计较为原始，用现在的眼光看就有许多需要完善之处。实际运用中也是如此，需要在实践中不断调整和完善。

自2004年应用平衡计分卡管理系统推行规范化科室建设以来，重庆九院在实践中对指标体系根据实际要求不断地进行了适用性调整。

表6-5与表6-6的比较，显示了重庆九院对平衡计分卡在医院战略绩效管理实施中的应用的不断完善。

（三）指标的兼顾互动与逻辑支撑

前已叙及平衡计分卡的兼顾平衡意义，在具体的指标体系建设和选择上，就需要根据战略目标，从关键性指标入手，寻找相关的兼顾互动逻辑支撑关系，并要结合单位具体的、阶段性的实际情况进行应用，进行相应的指标和权重的选择，从而建立相应的管理指标体系。

从财务维度上看，我们要达到医院医药收入合理增长，体量增大，相应支撑财务指标应有医疗收入、药品收入、耗材收入；相应反映市场占有及工作量支撑指标的就有门急诊和住院人次数。随着对耗材、药品的加价控制，医保统筹的控制，药品占医疗费用比的控制等限制性因素的要求及实施，相应就有了结构控制性指标如：门诊、住院人均费用及药比。为保障医院确能有一定的资金支撑和发展，相应就有了人均结余（院、科）、设备利用、病床周转率等效率指标。

要使得财务维度的指标不断发展和增长，就要履行好医院医疗卫生公益性职责，要让患者认可和满意，医院的医疗质量和技术水平是医院管理的永恒课题，也是医院管理的基本措施。相应的基础医护质量指标和医疗行为有关的核心制度执行指标是实现上述目标的基本保障。同时，在维权与医患关系处理上，加强病历文书的质量管理，做好医患沟通，保障医疗安全，注意临床药物使用等都是维护和提高医疗质量，增加患者信任满意度的有效措施，进而维护、占领市场，使得医院有可持续发展的基础。

医学科学是一个既要专业学科支撑，又要综合学科知识辅助的学科，同时还需要相当长时间的临床实践经验积累和不断地探索。因此，人才队伍的培养，学科建设发展是医院管理者主要的思考和工作之一。有效人力资源建设——专家队伍、专业学科品牌创建、优良的医疗经营服务，既是医院质量的保障，又是社会、经济效益的基础。而经济实力、绩效机制又是学科发展的推动力。

值得一提的是，在目前公益性补偿严重不足和市场性“创收”必然存在的体制中，在目前个人付费占比较大的情境下，所患病种与医疗卫生科学技术的有限性、

卫生服务期望与医学科学信息的不对称等这些问题，需要医疗卫生体制的深化改革来逐步解决。医院间在最大限度地争取和占有相应的市场资源的竞争中，要求在指标设置时注意到医院运行成本支撑与发展、管理可为和不可为的状况。

六、指标体系调整

在BSC的实施过程中，其指标、指标数量、指标值、权重是需要不断调整的。

表6-7 2004年重庆九院临床科室BSC（财务、流程维度指标及其权重值）

维度	二级指标（权重）	三级指标（权重）
财务维度（34）	医疗资源利用（16）	每职工门诊人次（8）
		每职工出院人次（8）
	医疗资源消耗（14）	百元收入药品及耗材消耗（7）
		药品收入占医院收入的比重（7）
	薪酬制度（4）	人员经费占总收入的比重（4）
流程维度（22）	规范化科室建设（5）	规范化科室参与率（5）
	门诊病人就诊流程（5）	门诊就诊环节（3）
		平均每个病人就诊时间（2）
	住院病人出入院流程（6）	出院平均住床日（2）
		入院沟通率(2)
		出院随访关怀率(2)
	后勤保障体系（6）	设备完好率（2）
		临床对资源利用率（2）
		病人对科室环境满意率（2）

其调整的原因是：①医院战略阶段目标不同，需要调整；②内外环境不同，需要调整；③过程中出现问题情况，需要调整；④初始开展BSC的单位其初始设置的指标体系的适用性调整等。BSC恰恰就是一个可对目标项目不断调整掌控的动态系统管理工具。重庆九院实施BSC以来已有多次根据上述的不同情况进行指标、权重和指标值调整，并由此建立了三级指标的考评体系。

表6-8 2006年重庆九院临床科室BSC(财务、流程维度指标及其权重值)

维度	二级指标(权重)	三级指标(权重)
财务维度(40)	医疗资源利用(26)	床位利用率(10)
		每职工门诊人次(8)
		每职工出院人次(8)
	医疗资源消耗(14)	百元收入药品及耗材消耗(5)
		材料增长速度与收入增长速度之比(9)
流程维度(22)	护理质量控制(9)	基础护理合格率(4)
		护理质量零缺陷率(4)
		健康教育合格率(1)
	诊治环节和质量控制(17)	就诊环节合理性(3)
		临床医疗安全适应性(3)
		核心制度执行情况(4)
		出院平均住床日(2)
		出院随访关怀率(2)
		医疗文书书写合格率(3)
	临床药物治疗评价(6)	抗菌药物预防使用规范度(2)
		抗菌药物联合使用明确度(2)
		临床退药占药品收入的比重(2)
	后勤保障体系(4)	临床对资源利用率(2)
		病人对科室环境满意率(2)

从表6-7和表6-8的指标体系内容可以看到重庆九院历年来多次结合医院的发展变化过程对平衡计分卡指标体系进行调整的部分情况,并以此说明相关指标、权重调整的实际操作。

(一)权重调整的实际操作和说明

在2004年进行指标体系的初步设置时,权重调整参考了当时的著作、资料如《平衡计分卡——化战略为行动》等所主张的权重值而设定的。

从财务维度权重可以看到,2004年的财务维度权重值为34,在2006年、2010年财务维度调整为40,2012年其权重为30。其原因是:

(1)在2010年以前,医院从政府获得的财政补贴太少,政府基本不拨付在职员

工的工资，发展项目拨款基本没有，重大事故发生抢救伤病员的大量救治费用政府、单位和个人均不买单，离退休员工的部分工资和福利待遇等都需要从医院经营收入中来支付。

(2)从经营角度讲，在这样的背景下，除了离退休员工外，在职员工都必须在自己的岗位上做出医院所需要的劳动成效，使医院得到相应的经济效益，才能支付相应的各项支出，包括各种发展经费、办公费用、基本工资、离退休员工福利补贴等，再有结余才是在职员工的绩效工资。

(3)重庆九院在2005年政府有要求但又无资金投入的情况下，以自筹和贷款的方式建设的住院部大楼投入使用后，面临着还贷付息这一巨大资金压力，提高经营收益是必然的选择，故财务维度的权重逐渐调高到40。

(4)是不是财务维度的权重就可以更进一步提高呢？从表6-4中可以看到某个民营医院财务维度就达到了64。我们的答案是否定的！不是说不可以，但毕竟重庆九院是一家公立医院，尽管政府的财政补贴很少，对一些公共卫生和突发事件的补偿也不够，但当地政府也尽可能地给予了一些政策，作为公立医院必须要承担相应的公益性责任，也是医务人员的责任与道义所在。同时，还要考虑到医院发展、人才培养、医院的医疗技术水平的不断提高等因素。实践中我们的体会是：在当时的内外环境下，40的权重值是比较合适的。从2007年以来，重庆九院的人均住院费用保持着比重庆市主城区三甲综合医院平均水平低1/3左右，但住院人次数在重庆主城区市立三甲医院中名列前茅。

(5)2012年下半年起，财务维度权重调整为30(见表6-6)，究其原因：一是政府一定程度上加大了对该院的投入(2012年政府对该院修建门诊内科大楼投入了近2,000万元)；二是医院经过一段时间的发展，体量增大，资金流量增大，经营步入良性轨道；三是医院发展进入到需要进行专科深化、进一步提高医疗质量水平阶段；四是医院将进行三甲复评等情况的综合考虑结果。

关于在患者维度、流程维度、学习与成长维度的权重调整，在最初的设计方案中，这三个维度权重均为22，实际运作中，相应的调整及其原因如下：

(1)在对患者的满意度调查结果及其分析中显示，在目前的医疗体制下，政府对医疗卫生事业的投入不足，普通民众在医疗卫生费用的支出比例过高，成为民众对医疗服务不满意的根本原因。医院靠经营创收维持生存发展的机制与民众自付比例过高形成“看病贵”这一对立矛盾，而解决这个矛盾的根本是需要靠医疗卫生体制改革来实现的。

(2)医院管理者在这样的内外环境下更要注意的是提高医疗质量，注意医疗

安全、加强与患者的沟通等细节要素，从机制流程的管理着手，以保障医疗效果和医疗安全为重点，来达到提高患者对医院技术水平的信任度、满意度的效果。

(3)重庆九院与许多非教学医院一样是一个基层医疗单位，主要担负的是医疗服务工作，教学科研不是主体。基于关注医疗技术发展的实际，不断提高医疗技术水平是学习与成长维度的重点内容。

(4)鉴于上述情况，结合财务维度的需求，计分卡才形成了从2006年到2008年的财务40，流程40，患者5，发展15的权重分配设置格局。

(5)随着医院的综合发展指标不断调整，为进一步提高医疗技术水平，从2008年开始，重庆九院开始与当地的医科大学合作，承担部分临床大课教学任务，实施医疗教学推动人力资源建设战略，形成了如表6-6的2012年的指标体系及其权重设置。

(二)指标调整的实际操作与说明

上述重庆九院的BSC系统有关指标的调整有如下的思路、实践体会：

1. 按照战略目标及其阶段性管理需求进行的调整

我们已知平衡计分卡是一个很好的战略执行工具，能很好地诠释战略，“化战略为行动”。医院的战略目标实现需要靠各个阶段性目标的递次实现而逐渐完成，同时还要根据内外环境的改变进行相应的适应性改变。

2. 实现战略目标的关键性指标及其逻辑互动

实现并达到目标的关键性要素成为关键性指标，如何使关键性指标实现需要相应的支撑性要素构成逻辑驱动来管理指标，从而形成有效的指标管理体系。初设时的生涩、硬套是必然的过程，但动态量化数据显示与分析，加上医疗卫生技术及相关管理经验才能构成调整的基本思路和技巧。

3. 适应于现代管理和实际运作管理的客观需求

首先，管理不会依靠设置详细复杂的指标而实现，这是在实施平衡计分卡管理时要注意的一种倾向。过于详尽会加大管理成本，也会使得管理工作在实际中不可行。因此要充分注意：①过程的动态变化；②前述的驱动逻辑关系；③各科室相对独立的属性(包括技术、市场、人力资源结构、成本投入与效果回报等)；④遵循有效前提下的简单明了。

其次，要注意我们的临床医技一线的科主任护士长及业务骨干所承受的工作、环境、业务压力，他们不一定都是管理上的佼佼者，过多的管理要求和指标会使其不堪重负，乃至于干脆不配合而我行我素。尤其是在开始实施平衡计分卡阶段，多数中层干部根本就不知道，部分中层干部甚至不想知道平衡计分卡为何物



的境地时，更要注意其有效实施的适应度掌控。

（三）指标值设置调整的实际操作与说明

目标值如何设定和调整，各个单位、各科室均有不同，通常有如下几种情况需要考虑：

1. 如何制定总量发展指标值

通常是依据近三年的发展情况，结合本地区市场容量，结合其品牌影响半径考虑。另外，处于上升期、稳定发展期的科室，可给予增长率大于15%的目标值。这是因为：①民众就医治病需求自然增长7%~10%左右；②近年来医保政策改进，民众就医保障提高，之前因经济因素影响就诊治病的情况减少。

2. 适应于发展阶段不同而有不同的设置和调整

处于发展初期的科室或者专业，需要尽快地做大市场，增加影响度，需要的是工作量指标和总量指标及其相应的指标值（目标值），相对于结构性指标及其指标值在目前阶段就不一定要严格实施，以鼓励其上升总量、市场占领为主。对于发展稳定，已经有较好市场或者品牌的科室，在保障其工作量稳定增长的基础上，则要加强结构调整，要注意各项结构性指标合理，工作效率合理，成本效益合理。尤其是三甲医院在承担着区域医疗中心责任的同时，要多收治疑难重症患者，还要注意与社区卫生服务的双向转诊。试设想，当一个科室的住院患者病床使用率只有60%~70%左右时，采用控制患者人均住院日数来控制病床周转率合适吗？如果这个医院或者科室床位使用率已经达到120%甚至更高时，当然就要强调结构合理性和相关效率指标、指标值了。

3. 病种不同、市场不同、对象不同就有着不同的要求和设置

发病率高、市场量大的应注意调整结构、量效，反之要注意总量扩展；高端市场既可以要量也可以要结构，而更重要的是要做好流程指标和相关满意度指标，低端市场则要注意结构性指标控制。

七、指标体系重点

平衡计分卡之所以能够成为近期“最具影响力”的管理工具，来自于其对战略的诠释，对战略的执行——化战略为行动；来自于以关键性指标表达战略目标，通过支撑、逻辑、互动兼顾平衡整体战略实施，以量化管理为特色，从而实现动态管理。因此，实施开展平衡计分卡管理，设置指标体系的重点在于：

（一）与战略规划紧密联系，能够全面诠释战略愿景

平衡计分卡实施的前提就是要做好实施单位的战略规划，符合医院发展的、正确的战略规划及愿景源自于对医院发展的正确分析。在此基础上，平衡计分卡诠释战略，将战略愿景与规划转为可执行、可掌控管理的实施计划。

（二）结合战略分析，结合实施单位的具体情况，选择相应的考核指标体系

通过选定达成战略目标的关键性因素指标，辅以相应的支撑驱动性指标，结合各个科室的具体情况，赋予相应的指标标杆值与权重要求，构成平衡计分卡战略绩效管理系统。

（三）结合实施单位具体发展动态情况，适时对指标体系进行相应的调整

战略发展有着阶段性进程，管理的PDCA循环也需要不断地根据目标的达成度而实现动态管理，因此，根据实际进展情况，对指标体系进行相应调整是很有意义的，也是管理系统推动医院不断科学发展的基本措施。

（四）结合政策、环境、经济和技术发展要求，改变单纯以财务维度考核为主，变为兼顾平衡全面发展考核

在政府对公立医院补偿投入不足，医院需要通过经营收入结余来获得生存发展的机制下，财务考核指标必然是重要的内容。随着医疗体制的改革，随着医院的发展，设置平衡计分卡指标体系各维度的权重应有相应的变化。

（五）注意与上级主管部门的各项管理指导文件要求的一致性

作为公立医院既要接受上级部门领导，也要接受行业部门管理，要执行上级下发的文件要求。医院在设置平衡计分卡指标体系时，要注意指标的共同性、共用性、一致性，避免和减少管理矛盾。

（六）注意某些科目的单项管理与平衡计分卡的相融性

在某些重要的单项管理时，如出现医疗责任事故或者重大的技术安全事故，或者针对某个特殊短板的重要改进需要加强管理的情况下，除了应用常规的平衡计分卡管理时，有时需要对应的单项管理措施。两种管理手段共同使用时，注意相互的融合互补，不要出现非逻辑，甚至矛盾的情况。

八、指标体系难点

建立平衡计分卡管理体系有如下难点需要注意和克服：



（一）初建立时的不适应状况

出现这样的状况，应首先检查是否战略目标设置出现问题，其次是关键指标的选择是否正确，逻辑支撑指标是否合适，再者就是对平衡计分卡的理解掌握程度，通常通过一定的调整和适应就会解决。

（二）不易量化的情况

平衡计分卡管理特点之一就是量化管理。但是常常有不易量化的情况，管理中也常常有需要模糊管理的事项，如隐性互助工作、特殊事项处理等。对于必需的量化指标，在难于量化时可通过等级划分如：优、良、中、一般、差等级评价并给相应的分值进行考核得到。而对于需要模糊管理又不是多个科室普遍共性的事项，可另设单项管理措施解决。

（三）推行阻力

一种新的管理方案的推行肯定会遇到阻力，来自临床科室科主任的，来自不愿意改进的，有些有可能是利益触动者的，等等。平衡计分卡是一个一把手工程，需要单位最高领导及其班子的一致、坚定推动，并在过程中不断完善。在一定阶段后可推行相关较为固定的模板式方案，可达到简化管理的目的。关于模板化具体内容，可参见本章第三节内容。

（四）行政职能部门的平衡计分卡体系建立

由于行政职能部门的工作属性不同，常常难于用相同指标、指标值、权重来考核行政职能部门的工作状况。如财务科工作与医务部工作如何比较，后勤部与护理部工作如何比较，等等。如果对每个科室单设一套体系，会增加管理复杂程度和成本。这是行政职能部门平衡计分卡体系建设的最大难点。在长期的实践中，我们反复比较和推演，现已初步解决这个难题，详细情况参见本章第五节内容。

九、平衡计分卡与其他管理考核体系的关系

管理科学的兴起，到目前为止已有100多种管理工具及相应的绩效管理方法。在中国公立医院已有实施管理工具和绩效考评体系中有：

（一）ISO 9000族系列标准

国内有不少医院开展了ISO 9000相应的质量认证，这是对质量流程精细化、标准化管理，对于医疗质量安全保障，能起到很好的作用。但未能回答医院公益性责任成本等因素。

（二）学习型组织

是从共有价值观建立，不断学习，获得可持续发展出发，构筑团队发展的进步模式管理，对医院的高技术要求、复合型知识结构构建有着很大的意义，但不能直接解决精细量化的医院经济管理问题，也同样不能解决医院公益性责任成本问题。

（三）价值链管理

是从流程管理出发，以“所有增加价值的步骤”形成的组织管理模式。对于解决成本效果、产品（服务）增值有着明晰的指导作用。医院采用这样的管理，对于诊疗服务流程、目标有很好的指导作用，从而提高效率与效益。对于目前医院相当部分医疗服务项目亏损的状态，也有较好的指导作用。但价值链管理也与医院的公益性实施、价格控制性管理有相当矛盾。

（四）德国的KTO（医疗透明制度标准委员会）管理

是对政府用税收举办并全额补贴的公立性医院，全民参加医疗保险并享受免费医疗的国家适用性，以保障医疗消费的透明，也是医疗服务价格的定价机制的展示。是以维护消费者权益，税收支出在医疗卫生上的支出表达。通过KTQ认证的单位，表明该单位在医疗服务上对消费者权益的信誉与品牌。我国也已有规定，将医疗服务价格、药品价格进行公示；实施的“阳光收费”对住院患者进行每日费用清单、重要药品使用签字、重要医疗项目进行知情同意等措施，也是有这样“透明”的含义。但是我们的医疗服务项目价格、药品价格的定价制度不是以真实成本定价，医务人员的人力成本也未能真实反映医务人员的劳动价值。所以这样的管理在中国医院实施的不多。

（五）评级量表法

是最古老也是用得最多的考核方法之一。评级量表法把员工的绩效分成若干项目，每个项目后设一个量表，由考核者做出考核。评级量表法之所以被用得最多是因为考核者发现它极易完成，而且费时又少，又好学，并且有效性也较高。其优点是简单、省事，可满足多个考核目标，因为它给出了绩效的结果，这个数量结果可以用来调薪、调配工作等。其缺点是易产生“晕圈误差”和“趋中误差”；过于宽大或中庸的考核者，会不自觉地评高分或平均分；多数量表不具有针对性等。

（六）360度考核评估

是指从员工自己、上司、直接部属、同事和顾客等全方位的各个角度来了解个人的绩效考评方式。被评估者可获得多角度反馈，可从中清楚地知道自己的不足、长处与发展需求，使以后的职业发展更为顺畅。其特点可以避免“光环效应”“居中趋势”“偏紧或偏松”“个人偏见”“考核盲点”等现象；提高积极性和忠诚度。但考核环节较为烦琐，相应管理成本较高，管理过程的指标相关性考核有时未能有效体现。有时甚至成为某些员工发泄私愤的途径。

（七）关键业绩指标考核

是通过对流程的输入端、输出端的关键参数进行设置、取样、计算、分析，衡量流程绩效的一种目标式量化管理指标，是把企业的战略目标分解为可操作的工作目标的工具，是企业绩效管理的基础。可使管理者明确主要责任，并以此为基础，明确部门人员的业绩衡量指标；建立明确可行的KPI指标体系，是做好绩效管理的关键。这样的考核对于流程简单，以数量或经济量指标为主要设置的产品生产、营销、服务有很好的效果。医院里也常常有用于如门诊人次数、住院人次数、手术人次数、药品占比等简单数量级的考核。而对于流程复杂、技术及其环节要求较高的服务，建立相应的驱动逻辑支撑关系就显得力不从心。

（八）目标考核（Management by Object，简称MBO）

也包括综合目标考核。与关键业绩指标考核有相似含义。根据被考核人既往完成工作目标的情况，设定一些（多个）指标（目标），考核人和被考核人应该对需要完成的工作内容、时间期限、考核的标准达成一致概念，在时间期限结束时，根据被考核人的工作状况及原先制定的考核标准来进行考核的方式。其特点是：寻找目标并且目标清楚，要求明确，根据检查目标结果的完成程度进行考评。这样的考核方式在医院管理及绩效考核中目前也用得很多。如目前运行的临床医技科室的单独核算考核、社区卫生服务管理考核、“等级医院评审”“医院管理评价指南”等。目标考核具有能够对较为复杂性的工作、流程进行综合性管理检查考核评价的意义。但是在制定、执行、考评过程中存在领导喜好的因素影响；有结果、事后考评等滞后管理因素影响；逻辑驱动因果支撑关系的事中管理相对较弱。

与上述管理工具或者绩效考核体系相比，平衡计分卡能够使战略得到关键性业绩指标及其逻辑互动支撑体系的显性化实施，具有关键业绩指标考核的特点和优势；又能够从财务、客户、流程与发展成长四个维度综合量化平衡，达到多个目

标考核评价目的，目标考核具有综合目标考核管理和从四个维度反映目标整体考核的特点；通过量化相应非财务指标设置，一定程度上实现了对关键性业绩指标的动态支撑，不仅使得一些定性管理上升到可量化管理，也使过程管理及其调控，即事中管理得到实现。以达到提高质量，患者满意，医院财务收入合理的效果，达到医院既要完成“公益”“人道”和“市场”三合一任务，又获得生存、发展的目标。

依据平衡计分卡的管理理念，重庆九院在原有考核基础上，叠加了以平衡计分卡指导的规范化科室建设及其考核指标体系，从而构成了我院各个科室的工作执行、科室发展的绩效考核体系。其具体的设置及其内容将在以后的章节中详细介绍。

（作者：张培林　杨春*　刘宪）

*重庆金算盘软件有限公司

导读：

要实施平衡计分卡管理，熟知和掌握其指标体系创建的常用方法及相关理论是必要的。下面的章节将以我院的实践为基础简要介绍德尔菲法和层次分析法。

第七章 创建平衡计分卡指标体系常用方法简介

CHAPTER 7

在分析重庆市第九人民医院实施平衡计分卡的过程，综合近年来的有关报道，参考国外医院实施平衡计分卡的文献，[①②③]可以这样认为：由于单位的具体情况不同，由于阶段目标要求不同，由于单位的内部信息资料的保密要求和知识产权含义原因，由于国内尚没有成熟而完整且被认可的系统模板等，所以要直接套用任何一个经验模板都是不合适的。只能是在充分掌握实施平衡计分卡的原理和实施技巧基础上，对单位的信息数据加以科学分析，才能制定适合于自己的实施系统。当然也可以请有实施成功经验的医院进行指导。

理论上筛选指标的方法常有：专家咨询法、基本统计量法、聚类统计法、主成分分析法、相关系数法、德尔菲法等。这是为保障指标选取的客观、科学而无可厚非的。重庆九院在2004年开始实施BSC时也进行了归集筛选评审确认过程，至今还在进行的运用平衡计分卡的管理和课题研究中，仍然在按照这样的程序（主要采用德尔菲法）进行着指标求证，一方面是保障其科学客观性，另一方面也不断验证和充实自身的指标体系（库）。近两年的报道也都提到其指标求证过程。[④⑤⑥]而这样的过程肯定是一个需要人力、财力、物力和时间的系统工程。一般来讲，在对

①Naranjo-Gil D.Strategic Performance in Hospitals：the Use of the Balanced Scorecard by Nurse Managers[J].Health Care Manage Rev.2009Apr-Jun；34(3)：161-70

②Mills AE，Spencer EM.Values Based Decision Making：a Tool for Achieving the Goals of Healthcare[J].HEC Forum. 2005 Mar；17(1)：18-32

③Schalm C.Implementing a Balanced Scorecard as a Strategic Management Tool in a Long-term Care Organization[J].J Health Serv Res Policy.2008 Jan；13 Suppl 1：8-14

④杨易成，杜钢.医院岗位绩效考核平衡计分卡指标的设计[J].北京理工大学学报，2009(8)：80-82

⑤苟正先，刘洪川，梁超.县级医院手术类临床科室绩效考核指标体系设计思路[J].齐齐哈尔医学院学报，2013(34)11：1670-1671

⑥李腊梅，熊峻岭，刘震宇.三甲医院临床科室绩效评价指标体系的设计与思考[J].海军总医院学报，2011，24(1)：42-44

指标体系尚不熟悉或不能肯定指标选择好坏时，单位可采用相关筛选方法进行求证。

第一节　指标体系建设及德尔菲法(Delphi Method)的应用

一、收集已有的指标体系作参考

从有关医院管理的书籍文献、上级文件如《医院等级评价指南》《医院质量管理指南》《三级综合医院评审标准(2011年版)》等收集相关指标体系作为参考。

二、确定关键性指标

按照战略规划要求，依据分析结果，以战略实施规划要求确定出达到目标要求的关键性指标，继而分析实现这些目标的驱动、支撑因素，结合具体SWOT分析结果，确定相关的辅助指标体系，从而形成初步的指标体系。

三、初步指标体系的处理

对在上述基础上得到的指标体系进行初步处理。

按照前述指标选择原则，对与目标无关或评估效果影响微弱的指标可取消；对同类或者功能相同指标，在不失完备性的前提下可合并，或者选择其一；对于不符合要求的指标，修改其名称或内涵，直至形成符合战略规划目标的初步指标体系。

四、指标体系论证：德尔菲法(Delphi Method)

(一)德尔菲法简要

德尔菲这一名称起源于古希腊神话，传说太阳神阿波罗具有预见未来的能力，德尔菲为太阳神阿波罗的神殿所在地。20世纪40年代美国兰德公司赫尔默(Helmer)和戈登(Gordon)首次用其进行定性预测，是专家调查法的一种，后来该方法被广泛采用。

德尔菲法依据系统的程序，采用匿名发表意见的方式，即专家之间不得互相讨论，不发生横向联系，只能与调查人员发生关系，通过多轮次调查专家对问卷所提问题的看法，经过反复征询、归纳、修改，最后汇总成专家基本一致的看法，作为预测的结果。这种方法具有广泛的代表性，较为可靠，是一种主观、定性的方法，可以用于预测领域，并且被更广泛地应用于各种评价指标体系的建立和具体指标的确定过程。

（二）德尔菲法的具体实施步骤

（1）组成专家小组。按照课题所需要的知识范围，确定专家。专家人数的多少，可根据预测课题的大小和涉及面的宽窄而定，一般不超过20人。

（2）向所有专家提出所要预测的问题及有关要求，并附上有关这个问题的所有背景材料，同时请专家提出还需要的材料。然后，由专家作书面答复。

（3）各个专家根据他们所收到的材料，提出自己的预测意见，并说明自己是怎样利用这些材料并提出预测值的。

（4）各位专家第一次判断意见汇总，列成图表，进行对比，再分发给各位专家，让专家比较自己同他人的不同意见，修改自己的意见和判断。也可以把各位专家的意见加以整理，或请身份更高的其他专家加以评论，然后把这些意见再分送给各位专家，以便他们参考后修改自己的意见。

（5）将所有专家的修改意见收集起来，汇总，再次分发给各位专家，以便做第二次修改。逐轮收集意见并为专家反馈信息是德尔菲法的主要环节。收集意见和信息反馈一般要经过三四轮。在向专家进行反馈的时候，只给出各种意见，但并不说明发表各种意见的专家的具体姓名。这一过程重复进行，直到每一个专家不再改变自己的意见为止（德尔菲法专家咨询表详见附录一）。

德尔菲法同常见的召集专家开会、通过集体讨论、得出一致预测意见的专家会议法既有联系又有区别。德尔菲法能发挥专家会议法的优点，即：①能充分发挥各位专家的作用，集思广益，准确性高；②能把各位专家意见的分歧点表达出来，取各家之长，避各家之短。同时，德尔菲法又能避免专家会议法的缺点：①权威人士的意见影响他人的意见；②有些专家碍于情面，不愿意发表与其他人不同的意见；③出于自尊心而不愿意修改自己原来不全面的意见。

德尔菲法的主要缺点是过程比较复杂，花费时间较长。

（三）咨询专家选择要求

要求参加咨询的专家是长期从事医院管理工作或教学研究工作，懂得医院运行理论，掌握医院运行规律，具有丰富医院管理经验的专家，这是应用德尔菲法的关键。有效专家数量情况根据数学统计理论，在随机抽样的条件下，抽样平均标准差与总体标准差满足公式：

$$\bar{\delta} / \delta = \sqrt{\frac{1}{m}}$$

公式中的 m 是专家人数，δ 表示误差。两者关系如公式表达。从图7-1中可

以看出，m 增大，误差减小。从曲线图可以看到，当 m =4时，下降幅度最大，随后随着 m 增加其误差减小幅度下降，表明在多名专家参与的情况下误差较小。可见，一般选取1～16人的专家组成考评小组，就可以得到比较满意的结果。[①]

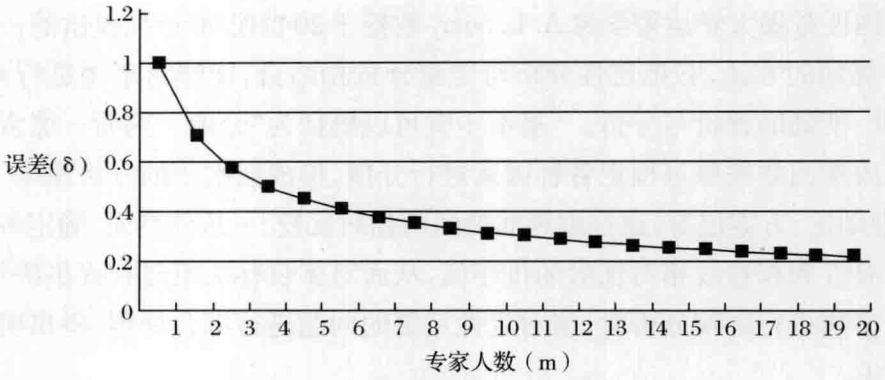


图7-1 专家人数与误差的关系图

五、实际运用时的操作

重庆九院在平衡计分卡实践运用中进行了上述过程，随着工作的深入和对平衡计分卡的进一步掌握，从近两年来的资料文献报道中，可以看到许多指标尤其是结果性指标是可以直接采用的。这些指标在国家统计报告中、在上级下发的指导文件中、在发表的成果、科研、论文中也经常被采用，从而证实了指标是公认客观科学的，甚至有权威性价值，也符合指标选择原则。本着科学、有效、实用的精神，这些指标的直接选定无疑对开展BSC是有实用有效意义的。

第二节 指标体系权重设置及层次分析法的应用

一、权重设置

平衡计分卡四个维度及其指标的重要程度在整个评价体系中如何分配，即权重的设置。由于各个单位的具体情况不同、时间阶段目标要求不同，各单位的权重、同一单位不同科室的权重分配设置均可不同。 权重的确定在理论上有多种办法：权重因子判断法、专家直观判定法、德尔菲法、层次分析法等等。本节主要介绍层次分析法。

①范莉，冯译永，张培林，杨坤蓉.平衡计分卡在社区卫生服务绩效管理中的应用研究[D].重庆：重庆医科大学，2007

二、采用层次分析法(Analytical Hierarchy Process,简称AHP)确定权重

(一)层次分析法简介

美国匹兹堡大学运筹学家A. L. Saaty教授于20世纪80年代提出的一种用于决策和规划的方法,它把定性分析与定量分析相结合,能够对事物进行系统、综合、简便、准确的评价与分析。[①]基本步骤可以概括为"分解—判断—综合",是将复杂的决策问题按照过程把各种因素进行分解,形成层次化的分析模型,包括目标层、准则层、方案层等,通过因素间的两两相对比较、一致性判断,确定各决策因素的重要性和权重或相对优劣的排序值,从而对多目标决策过程提供决策支持。其在对事物进行决策分析时,能对定性定量的问题进行综合处理,得出明确的定量化结论。

由于层次分析法将人们的思维过程和主观判断数学化,简化了系统分析与计算过程工作,它适宜于解决那些难以完全用定量方法进行分析的问题,尤其是分析多目标、多准则的复杂系统,医院临床科室的考评是一个具有多层次、多指标的复合体系,层次分析法通过构造判断矩阵,先对单层指标进行权重计算,然后再进行层次间的指标总排序,来确定所有指标因素相对于总指标的相对权重,为确定类似指标体系权重提供了一种很好的解决途径。

(二)层次分析法的基本操作步骤

1. 建立递阶层次结构

根据对问题的了解和初步分析,把复杂问题分解成称之为元素的各组成部分,把这些元素按属性不同分成若干组,以形成不同层次。同一层次的元素作为准则,对下一层次的某些元素起支配作用,同时它又受上一层次元素支配。这种从上到下的支配关系形成了一个递阶层次。处于最上边的层次称为目标层,通常它只有一个元素,一般是分析问题的预定目标或理想结果。中间的层次一般是准则、子准则,称为准则层。最低一层是方案(措施)层,其中排列了各种可能采取的方案或措施。层次之间的支配关系不一定是完全的,即可以存在这样的元素,它并不支配下一层的所有的或部分的元素。[②]

2. 通过比较下层元素对于上层元素的相对重要性建立判断矩阵

按层次分析法的要求,判断矩阵是通过两两比较下层元素对于上层元素的相

①杨瑞璋.层次分析法在评价医院工作质量中的应用[J].中国卫生统计,1986,3(1):33-35

②李权.关于综合评价方法在岗位工作评估中的应用[D].河北:华北电力大学,2004

对重要性，并把比较的结果用一个数值表示出来得到的。T.L.Saaty提出了一个1～9的标度法标度，见表7-1 Saaty相对重要性等级表。

表7-1 Saaty相对重要性等级表

标 度	定 义	说 明
1	同等重要	两者对目标贡献相等
3	略微重要	据经验一个比另一个评价略有利
5	基本重要	据经验一个比另一个评价更有利
7	确实重要	据经验一个比另一个评价更有利，已为实践证明
9	绝对重要	重要程度可以断言为最高
2,4,6,8	两相邻程度的中间值	折中时采用的分值

表7-2 相对重要性等级表举例

O	C1	C2	C3
C1	1	2/1	2
C2	2	1	5
C3	1/2	1/5	1

确定各指标C在O中所占的权重。例如，根据上述1～9标度评分标准，指标C1和C3比较，认为在目标O中，介于同等重要和C1比C3略微重要之间，则在相应空格中填写2。C2与C3比较，C2较C3更重要，所占的权重应为5:1，则表格中填写5。C2与C1比较，所占的权重应为2:1，则表格中填2。见表7-2(注意：表格中对角线上的得分均为1)。

3. 发放调查问卷咨询相关指标权重及比较

把已设置好的指标体系按照相对重要性进行组合编制得到相对重要性表，向专家发出征询并对总目标下的四个层面的因素(第一层次目标)进行两两比较和重要性评分。

4. 层次单排序和一致性检验(确定各层次目标的权重系数)

计算各判断矩阵的特征值、最大值及其所对应的特征向量，得出层次单排序，获得指标层对于目标层的重要性数据序列，从而获得最优决策。

利用SAS或MATLAB软件先解出判断矩阵A的最大特征值λ_{max}，再利用公式$A\omega=\lambda_{max}\omega$解出$\lambda_{max}$所对应的特征向量$\omega$，经过标准化后，即为同一层次中相应元素对于上一层次中某个因素相对重要性的排序权值，见公式1。

$$A=\frac{A_i f_i}{A_1 f_1+A_2 f_2+\cdots+A_n f_n} \quad \text{(公式1)}$$

由于问题复杂程度不尽相同，不可能要求所有判断都完全一致。但却应该使判断有大体上的一致性。因此，需要对判断矩阵A进行一致性检验。首先计算A的一致性指标(Consistency Index，简称CI)，见公式2：

$$CI=\frac{\lambda_{max}-n}{n-1} \quad \text{(公式2)}$$

公式中n为判断矩阵的阶数。当A具有完全一致性时，CI=0。$\lambda_{max}-n$越大，矩阵的一致性越差。当判断A是否具有满意的一致性时，还需将CI与平均随机一致性指数RI进行比较。对于1～9阶判断矩阵，T. L. Saaty给出了RI值(见表7-3)。

表7-3 平均随机一致性指标

阶数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RI	0	0	0.58	0.90	1.12	1.24	1.32	1.41	1.45

计算判断矩阵的随机一致性比率(Consistency Ratio，简称CR)，见公式3。当CR=CI，RI<0.1时就认为判断矩阵A具有满意的一致性，否则要对A进行重新调整，直到具有满意的一致性为止。[①]

$$CR=\frac{CI}{RI} \quad \text{(公式3)}$$

具体的操作内容为：

根据专家对总目标下的四个层面的因素(第一层次目标)进行两两比较和重要性评分，建立起判断矩阵并计算权重系数。根据收回的打分表，将各位专家评判分值的平均值作为评判的分值，综合构造判断矩阵(见图7-2)。

$$A=\begin{array}{l}\\ \text{财务维度}\\ \text{内部流程维度}\\ \text{病人维度}\\ \text{学习与发展维度}\end{array}\begin{array}{c}\begin{array}{cccc}\text{财务维度} & \text{内部流程维度} & \text{患者维度} & \text{学习与发展维度}\end{array}\\ \begin{pmatrix}1.000 & 3.250 & 4.167 & 3.250\\ 0.308 & 1.000 & 1.708 & 1.875\\ 0.240 & 0.585 & 1.000 & 2.500\\ 0.308 & 0.533 & 0.400 & 1.000\end{pmatrix}\end{array}$$

图7-2 医院临床科室指标体系第一层次子目标判断矩阵

根据判断矩阵计算权重系数，计算步骤为：

(1)根据公式1计算第一层次目标的初始权重系数Wi并做归一化处理，确定

①卿海龙，戴良铁.基于层次分析方法的绩效评估指标权重确立方法[J].商业现代化，2005，11(448)：260-261

权重系数 Wi。

(2)根据公式1进行归一化处理得到权重系数,并利用软件求得每一因素的特征根λ(见表7-4)。

表7-4 医院临床科室指标体系第一层次目标权重系数和特征根

	初始权重系数	归一化处理权重系数 Wi	特征根
财务维度	2.576	0.531	4.028
内部流程维度	0.996	0.205	4.245
病人维度	0.770	0.159	4.233
学习与发展维度	0.506	0.104	4.056

(3)根据公式2对判断矩阵进行一致性检验。该判断矩阵的 $CI=4.245-4/4-1=0.082<0.10$,因此,可以认为,第一层次目标所赋予的权重系数是可以接受的。

(4)根据公式3计算判断矩阵的随机一致性比率 CR。当 $CR<0.10$ 时,该判断矩阵具有满意的一致性,该层次目标的权重系数是合乎逻辑的,可以采用。

当 n 为1~9时,Saaty给出了 RI 的值,如表7-3所示。本例中,该层次的阶数为4,$RI=0.90$,则 $CR=CI/RI=0.082/0.90=0.091<0.10$,因此,可以认为,第一层次目标的判断矩阵具有满意的一致性。该层次目标的权重系数是合乎逻辑的,可以采用。

用同样的方法可以获得其他分层次中各项目指标的权重系数,通过一致性检验后,得到不同层次的权重系数,利用乘积法连乘计算出各指标最终的组合权重系数(见表7-5)。并由此得到医院临床科室指标体及其权重系数(见表7-6)。

表7-5 乘积法求医院临床科室绩效评价指标体系各维度评价指标的组合权重系数

战略目标	维度及权重	二级指标及权重	三级指标及权重	组合权重
医院临床科室绩效评价	B_1 财务维度 0.531	C_1 医疗资源利用 0.499	D_1 每医师年门(急)诊人次 0.206	0.531×0.499×0.206
			D_2 每医师年出院人次 0.154	0.531×0.499×0.154
			D_3 平均住院日 0.640	0.531×0.499×0.640
		C_2 药费控制 0.267	D_4 药品收入占业务收入的百分比 1	0.531×0.267×1
		C_3 经济效益 0.233	D_5 人均业务收入 0.291	0.531×0.233×0.291
			D_6 人均人员经费 0.340	0.531×0.233×0.340
			D_7 人员经费占业务支出比 0.180	0.531×0.233×0.180
			D_8 业务支出与业务收入比 0.188	0.531×0.233×0.188

续表

医院临床科室绩效评价	B_2 内部流程维度 0.205	C_4 门诊病人就诊流程 0.232	D_9 平均每个病人的门诊就诊时间 1	0.205×0.232×1
		C_5 住院病人入出院流程 0.362	D_{10} 医疗制度落实缺陷次数 0.476	0.205×0.362×0.476
			D_{11} 入院沟通率 0.344	0.205×0.362×0.344
			D_{12} 出院随访关怀率 0.180	0.205×0.362×0.180
		C_6 医疗文件书写质量 0.405	D_{13} 甲级病案率 0.555	0.205×0.405×0.555
			D_{14} 处方合格率 0.244	0.205×0.405×0.244
			D_{15} 运行病历合格率 0.201	0.205×0.405×0.201
	B_3 患者维度 0.159	C_7 对医护人员满意度 0.528	D_{16} 住院病人满意率 0.568	0.159×0.528×0.568
			D_{17} 门诊病人满意率 0.252	0.159×0.528×0.252
			D_{18} 病人有效投诉次数 0.180	0.159×0.528×0.180
		C_8 对诊治满意度 0.327	D_{19} 入出院诊断符合率 0.338	0.159×0.327×0.338
			D_{20} 出院病人治愈好转率 0.254	0.159×0.327×0.254
			D_{21} 急危重病人抢救成功率 0.191	0.159×0.327×0.191
			D_{22} 基础护理合格率 0.107	0.159×0.327×0.107
			D_{23} 院内感染率 0.110	0.159×0.327×0.110
		C_9 费用接受度 0.145	D_{24} 平均每一门诊人次医疗费用 0.318	0.159×0.145×0.318
			D_{25} 平均每一出院人次医疗费用 0.682	0.159×0.145×0.682
			D_{26} 卫生技术人员中高级职称人员所占百分比 0.298	0.104×0.493×0.298
	B_4 学习与发展维度 0.104	C_{10} 人力资源培养发展 0.493	D_{27} 卫生技术人员研究生及以上学历者所占百分比 0.197	0.104×0.493×0.197
			D_{28} 职工年培训率 0.505	0.104×0.493×0.505
		C_{11} 激励机制 0.311	D_{29} 员工对本岗位的认可度 0.464	0.104×0.311×0.464
			D_{30} 突出贡献人员的表扬度 0.270	0.104×0.311×0.270
			D_{31} 物质激励度 0.266	0.104×0.311×0.266
		C_{12} 科教工作 0.196	D_{32} 每卫生技术人员人均科研经费 0.343	0.104×0.196×0.343
			D_{33} 人均年科研成果与核心期刊论文 0.299	0.104×0.196×0.299
			D_{34} 新技术、新项目开展数 0.214	0.104×0.196×0.214
			D_{35} 临床教学数 0.144	0.104×0.196×0.144

表7-6 医院临床科室指标体及其权重系数

战略目标	维度	权重	二级指标	权重	三级指标	指标权重
医院临床科室员工绩效评价	经济维度	0.531	医疗资源利用	0.266	每医师年门(急)诊人次	0.055
					每医师年出院人次	0.041
					平均住院日	0.170
			药费控制	0.142	药品收入占业务收入的百分比	0.142
			经济效益	0.123	人均业务收入	0.036
					人均人员经费	0.042
					人员经费占业务支出比	0.022
					业务支出与业务收入比	0.023
	内部流程维度	0.205	门诊病人就诊流程	0.048	平均每个病人的门诊就诊时间	0.048
			住院病人入出院流程	0.074	医疗制度落实缺陷次数	0.035
					入院沟通率	0.026
					出院随访关怀率	0.013
			医疗文件书写质量	0.083	甲级病案率	0.046
					处方合格率	0.020
					运行病历合格率	0.017
	患者维度	0.16	对医护人员满意度	0.084	住院病人满意率	0.048
					门诊病人满意率	0.021
					病人有效投诉次数	0.015
			对诊治满意度	0.053	入出院诊断符合率	0.018
					治愈好转率	0.013
					急危重病人抢救成功率	0.010
					基础护理合格率	0.006
					院内感染率	0.006
			费用接受度	0.023	平均每一门诊人次医疗费用	0.007
					平均每一出院人次医疗费用	0.016

续表

医院临床科室员工绩效评价	学习与发展维度	0.104	人力资源培养发展	0.051	卫生技术人员中高级职称人员所占百分比	0.015
					卫生技术人员研究生及以上学历者所占百分比	0.010
					职工年培训率	0.026
			激励机制	0.033	员工对本岗位的认可度	0.015
					突出贡献人员的表扬度	0.009
					物质激励度	0.009
			科教工作	0.020	每卫生技术人员人均科研经费	0.007
					人均年科研成果与核心期刊论文数	0.006
					新技术、新项目开展数	0.004
					临床教学数	0.003

三、实际运用时的操作

重庆九院在平衡计分卡实践运用中也经历了上述过程。随着工作的深入和对平衡计分卡的进一步熟练掌握，本着科学、有效、实用的精神，在实际工作中可以直接调整权重值，不一定每次都要采用层次分析法进行咨询和计算。

（作者：张明昊* 郑万会 刘宪）

*重庆医科大学

导读：

医院设立平衡计分卡管理应该是一个体系，其中包括有：医院层面的平衡计分卡管理、科室层面的平衡计分卡管理、个人层面的平衡计分卡管理。也可以有每个单项（项目）的平衡计分卡管理。

本章节将介绍医院层面的平衡计分卡管理设置要点。

第八章　医院层面设置平衡计分卡的要点

CHAPTER 8

医院的组织机构设置主要依据功能而形成，鉴于目前主要实行的是党委领导下的院长负责制，故本章内容主要围绕院务系统展开。下图8-1为医院的组织机构和各层面平衡计分卡体系关系。

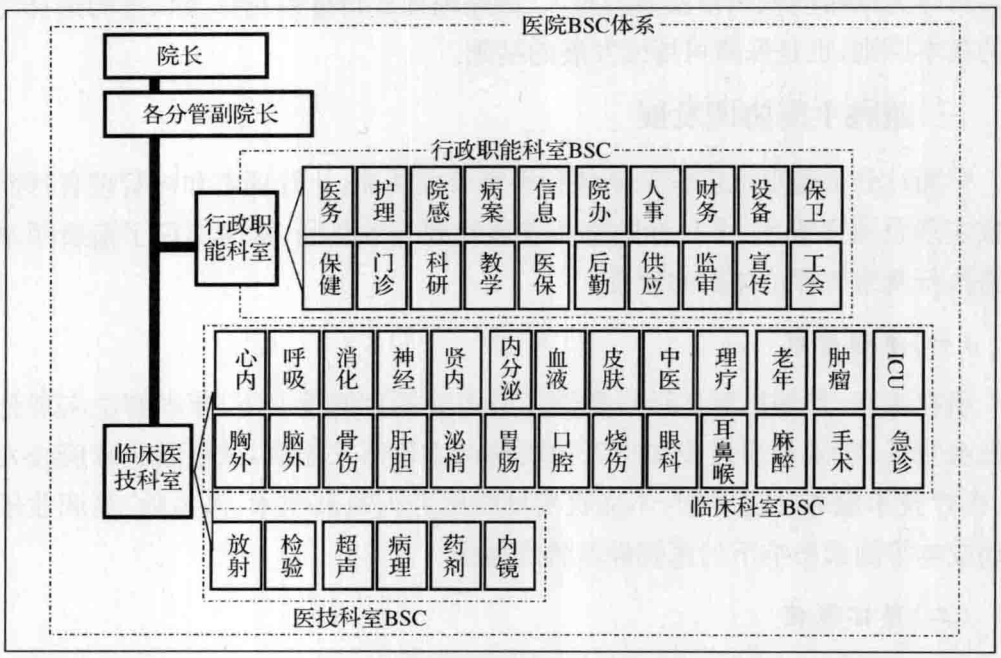


图8-1　医院组织机构图及BSC体系构成

从图8-1可以看到，医院的平衡计分卡管理体系包括三个方面：医院BSC和临床科室BSC、医技科室BSC以及行政职能科室BSC体系，在具体科室里，还可有个人BSC体系设置。

第一节　医院平衡计分卡设置思考

一、医院战略管理

一个良好的业绩评价体系的建设，首先是从建立好医院的战略管理开始的：通过战略分析，主动地适应内外环境变化，发现机遇与挑战，克服劣势，把医院管理者的思维方式与现实环境实现有效结合，将战略转化为可有效实施的具体行动计划，对所有资源要素（人、财、物、信息、时间）进行优化组合又协调一致，并在动态环境中把握和明确医院发展方向和目标，确保在取得阶段性业绩效益的同时又能实现原定的长期目标。这是医院层面平衡计分卡建设体系的基础工作。

二、成本可支撑运行原则

在目前大多数公立医院政府财政投入严重不足的情况下，医院需要花钱办事的内容项目很多，以最小投入获得最大收益效果，有所为有所不为及以成本可支撑运行作为战略绩效执行发展的投入、战略绩效评价体系指标及权重的选择与确定的基本原则，也是保障可持续发展的基础。

三、兼顾平衡协调发展

平衡计分卡管理维度框架系统和平衡兼顾功能，让管理者和被管理者都能为有效实现企业多维度、多目标的整体发展找到有效路径，从而实现平衡兼顾掌控战略执行及绩效评价体系的建设。

（一）兼顾需求

须在市场、计划机制之运行属性矛盾而又并存的情况下，兼顾解决实现公益性社会责任、医院发展进步和员工物质精神文化需求愿景；兼顾解决政府投入不足，医疗技术服务项目亏损，不能真实反映医务人员高技术、高风险、高职业压力劳动成本等因素影响下的医院经营管理需求。

（二）整体最优

遵循成本可支撑运行、投入最大效益回报原则，客观评价经营中发展最为适当的优先项目，保障当事人（科室）项目指标与战略匹配，既能达到完成自己目标的同时又能实现医院的战略目标，实现医院整体的最优成效。

（三）长短平衡

过分注重短期效益会使长远计划实施及其目标达成受到影响；反过来，过分

强调长远计划目标，短期收益对长远目标实现的支撑作用将会降低。因此在战略管理基础上，指标、指标值、权重的决策要对长、短期阶段性实施计划兼顾兼容，以保障短期收益和对长期目标实现的支撑。

四、医院战略绩效评价体系建设

根据上述思考，从医院层面上讲，医院平衡计分卡指标体系较为宏观，体现整体，注重战略导向和协调性兼顾发展。以医院层面为基础，再形成相关临床医技各科室层级的战略执行及其评价体系，各个层面优化组合，形成一个完整的相互联系、相互支撑的管理体系。

五、重在机制建设

一个有效的评价系统，必须要有良好的机制。对于医院管理者来讲，采用何种激励绩效机制、人力资源培养建设机制，如何实现医疗质量与医疗安全管理环节掌控，如何培育浓郁的人文科学文化等是医院评价系统中的内涵。

第二节　医院平衡计分卡指标体系设置

一、体现医院经营规模效益指标

医药总收入合理增长、门急诊人次数、住院人次数这三个指标是最常用的、最能反映医院规模效益的指标，也是用于反应临床科室经营效益的指标。医药总收入是指医院通过医疗卫生服务，包括对患者的医疗服务、医疗设备仪器的检查诊断、药品使用、耗材使用所产生的收入总额。总收入的增长需要医院的就诊医疗人次数为支撑，医院就诊人次数的多少则需要这个医院的各专科技术实力、水平及其相应品牌来实现，因此这三个指标还有间接反映医院实力水平的含义。通过对就诊人群及住院患者的居住地统计分析、病种分析，也可得到医院的辐射范围和服务半径，了解医院对医疗市场的占有率情况。

二、体现医疗费用管理控制指标

人均门诊费用、人均住院费用、药品比例、耗材比例、医保费用是常用的、最能体现医疗费用合理的指标。

人均门诊费用、人均住院费用指标的设置，体现医院降低医药费用，一定程度缓解“看病贵”的诉求，是医院一定程度抑制自身“创收”，兼顾公益性需求的措施表达。药品比例和耗材比例指标的设置，是对医院收入结构的控制性掌控，防范

过度用药，控制使用高资耗材，从而，保障医院收费结构更为合理，达到医保统筹限制规定的目的。通过对费用管理各项措施的实施，医院将达到办公费用、管理费用等相关成本控制的目的。

三、体现效率效益管理指标

病床使用率、病床周转率、人均医疗收入（不含药品和耗材的收入）、设备利用率是体现效率效益的管理指标。病床使用率是一个反映医院资源利用的有效指标，既有来院住院诊疗人次数的多少，又有资源利用度（病床、医务人员工作辛劳程度、品牌、学科建设等）的表达。一般来讲三级医院的床位利用率应在80%~90%左右，目前实际上多数三级医院已经超过这个数据。因此有的医院采用病床周转率指标，以缩短人均住院日来达到提高效率的目的。

四、体现发展成长和机制建设的指标

资产保值增值率、人力成本支出占比、新技术开展、科研课题、论文发表、继教培训项目、教学完成情况是体现发展成长和机制建设的指标。

上述指标反映医院是否有效发展。良好的机制建设，包括有：公正合理的绩效激励机制、鼓励开展科研和教学（继教）、努力开发新技术项目、铸就医教研互助互动的环境氛围。通过员工进步，内部医疗服务质量不断提高，从而进一步促进学科建设，是医院有效发展、提升品牌效应的核心内容。

五、体现客户满意度的指标

客户满意度、医疗纠纷发生率、有效投诉、工作环境、获得表彰是体现客户满意度的指标。

医院面对的客户实际上有三个类型：一是患者及其家属亲友，他们要求有较好的医疗服务效果。在目前医患关系较为紧张状态下，良好的沟通，较好的服务态度，不断提高的医疗水平等机制措施，是患者满意度提升的基础。二是主管部门，他们对医院履行公益性职责，重大公共卫生突发事件救治的及时性、有效性等效果进行监督。三是医院的员工，他们需要在医院提供的平台上，通过自己的劳动获得相应的物质待遇和精神待遇。

六、体现医疗服务质量和安全管理的指标

出入院诊断符合率、治疗有效率、危重病人抢救成功率、工作执行协作、核心制度执行、医疗护理环节、院感控制等是体现医疗服务质量和安全管理的指标。

规章制度和流程建设构成了医院运行的网络体系，如何使得其运行状况良好，实现医疗技术质量不断提高和医疗安全保障，则需要不断地加强制度建设和流程再造改善，并对流程、过程进行强化管理和事中控制检查。这就需要有各级部门管理者的执行到位，需要有员工不断提升的责任心和良好的职业工作习惯等。

综上所述，医院层面的平衡计分卡管理体系的建设，除了相应的指标设置外，与之配套的机制建设也是其中内涵建设的重点。

第三节　案例介绍

一、重庆九院医院层面平衡计分卡体系设置

从表8-1可以看出：

(1)二级指标设置12个，三级指标设置34个，基本体现了医院全面管理的需求。

(2)相关权重在财务维度设置为40。我院长期以来，政府财政投入很少；部分退休员工福利补贴都需要靠医院收入解决；以前的硬件底子差，靠借贷修建病房大楼和购置相应设备。因此，财务维度管理在一定时间内是我院最重要的工作重点，用以维持我院的资金链。

(3)在学习与成长维度，给予权重22，是为逐步促进医院学科建设、人力资源建设、教学开展，促进临床医疗的软件发展。

表8-1 2008年重庆九院医院层面BSC指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	考评来源
财务维度(40)	医药收入合理增长(22)	医药总收入(10)	财务数据
		出院人数(7)	增长情况
		门诊人数(5)	增长情况
	医药收入结构控制(18)	三保统筹控制(3)	各医保数据
		药品比例(5)	数据统计
		门诊人均费用(5)	同上
		住院人均费用(5)	同上

续表

客户维度(16)	满意度(6)	质量满意度(2)	问卷
		服务满意度(2)	
		员工满意度(2)	员工流动情况
	医疗纠纷(2)	有效投诉率(1)	统计
		医疗事故率(1)	
	公共卫生(4)	公共卫生任务完成(2)	
		突发事件处理(2)	
	表彰(4)	全国表彰(2)	统计
		市、区级表彰(2)	
流程维度(22)	诊疗质量(7)	出入院诊断符合率(2)	统计
		治疗有效率(3)	
		危重病人抢救成功率(2)	
	机制建设 流程改善(7)	工作执行与协调(2)	规范化科室考评
		创新工作举措(2)	
		规章制度执行(3)	
	工作效率(8)	人均医药收入(3)	统计
		病床使用率(2)	同上
		设备使用率(3)	同上
学习与成长维度(22)	学科建设(8)	新技术开展(4)	统计
		论文发表(2)	
		科研项目(2)	
	人力资源(6)	继续教育(4)	统计
		人才引进(2)	
	教学工作(8)	大课教学完成(4)	统计 问卷评价
		实习教学完成(2)	
		教学评价(2)	

二、某省8所三级综合性医院的医院层面平衡计分卡体系研究

表8-2 某省三级综合医院绩效BSC指标体系[①]

一级指标	二级指标	三级指标	修正指标
组织运营(23)	资产管理(4)	流动资产周转率(4)	
	资源效率(7)	病床利用指数(4)	出院患者年增长率
		人均业务收入(3)	非医技人员占职工总数比
	市场份额(7)	医疗市场平均占有率(7)	
	员工满意(5)	职工满意度(5)	
患者维度(28)	服务满意(14)	患者满意度(9)	
		患者投诉率(5)	
	收费合理(14)	每诊疗人次费(7)	每诊疗人次费年增长率
		住院患者人均医疗费用(7)	住院患者人均费用年增长率
医疗质量(34)	诊断准确(17)	出入院诊断符合率(17)	
	治疗有效(17)	治疗有效率(8)	
		危重病人抢救成功率(6)	
		平均住院日(3)	
发展创新(15)	员工培养(12)	研究生外院毕业返院率(7)	
		专业人员学历变化综合指数(5)	
	医疗新技术(3)	高新医疗技术年年增长率(3)	

注:对本表中原有小数点后数据采用了四舍五入处理。

从表8-2可以看出:

(1)此为我国东北某省8所三级综合医院应用平衡计分卡评价指导建立的指标体系。其中二级指标10个,三级指标16个,可修正指标4个。

(2)其组织运营维度实际相当于财务维度。该研究认为:“限于现阶段的卫生经济政策,单方面强调患者利益而忽视医院运营和成本补偿以及医护人员的工作满意度,会严重影响医院各项职能的开展和医疗服务质量。为了追求优质服务和良好运营的平衡发展,设置制定4个绩效目标:一是加强日常资金的有效管理;二是提高现有资源的利用效率;三是努力扩大市场占有率;四是获得员工的支持与认可。”

①张丹阳,张仲,樊立华.黑龙江省三级综合医院绩效评价指标体系研究[J].中国医院管理,2007,27(5):26-28

(3)患者维度。该研究认为,“现阶段患者就医主要关注两 个方面:一是得到及时、有效的治疗;二是担心医疗费用过高。”故设置了相应4个三级指标。

(4)其“医疗质量维度”相当于内部流程维度。通过设置“诊断准确”“治疗有效”,体现在正确、及时、安全和有效的诊断及治疗过程中,要求达到“维护患者的根本权益”的目的。

(5)其“发展创新维度”与学习与成长维度相同。该研究认为:“医学科学高层次人才是医院核心竞争力的重要组成部分;技术创新是医院发展的基石和动力。”

其设定的三个指标:“一是吸引和留住优秀人才;二是加强现有员工的培养;三是提升医疗新技术的研发和应用能力。”以此达到驱动医院长期发展的目的。

三、四川省人民医院的医院层面平衡计分卡指标体系设置

从表8-3可以看出:

(1)二级指标8个,三级指标24个。指标设置不多,但较为简便是其特点。

(2)财务维度指标:关注提高经济效益,增加人均收入,有效控制支出,提高资产利用效果,提高收入的“含金量”,以反映医院的收益能力。另一方面考虑减轻患者负担,引导医院向非药品收入业务发展,降低药费在收入中的比例,从而使收入结构更加合理。

(3)顾客(患者)维度指标:关注提高患者信任度,降低门诊患者投诉和住院患者纠纷,努力实现零缺陷的医疗服务管理。这是驱动财务维度中收入增长和收入结构调整的战略目标。

(4)流程维度指标:关注服务效率与服务质量,是对客户维度指标的驱动。笔者认为在流程指标中,病床使用率、平均住院天数指标尤为重要。

(5)学习与成长维度指标:关注科研技术及员工成长,通过对内部流程维度中实现营造核心竞争力、打造一流学科、实现医院的愿景和目标,应在学习与成长方面加大力度。

表8-3 四川省人民医院BSC指标体系[①]

一级指标	二级指标	三级指标
财务维度(27)	经济效率(15)	成本收益率(6)
		人均收入(5)
		资产周转率(4)
	患者负担(12)	药品比例(4)
		人均门诊费用(4)
		人均住院费用(4)
顾客维度(25)	患者信任度(12)	患者满意率(3)
		患者回头率(3)
		门诊患者增长率(3)
		住院患者增长率(3)
	零缺陷管理(13)	患者投诉率(6)
		医疗赔偿率(7)
流程维度(25)	服务效率(12)	就医流程评分(4)
		病床使用率(4)
		平均住院天数(4)
	服务质量(13)	甲级病历率(3.5)
		患者治愈率(3)
		诊断符合率(3.5)
		护理缺陷(3)
学习与成长维度(23)	科研技术(11)	新项目开展评分(5)
		科技产出评分(6)
	员工成长(12)	职工年培训小时(4)
		职工满意度(4)
		学历及职称结构评分(4)

注:对本表中权重数据在原有小数点后采用了四舍五入处理。

(作者:张培林　杨春*　高小玲)

①张岚,郑小华,郭洪良,张文远,张晶.利用平衡计分卡建立医疗机构绩效指标及考核体系[J].实用医院临床杂志,2007,4(2):98-101

* 重庆金算盘软件公司

导读：

临床科室平衡计分卡指标体系的设置是医院应用平衡计分卡管理最为核心的内容，是医院层面平衡计分卡管理的基础内涵。本章节将以我院临床科室平衡计分卡指标体系创建和与其他单位设立的指标体系对比介绍如何建立临床科室平衡计分卡管理体系。

第九章 临床科室设置平衡计分卡的要点

CHAPTER 9

第一节 医院与临床科室的平衡计分卡关系

从图8-1医院组织机构图及BSC体系构成中，我们已经看到医院BSC系统与临床BSC系统的关系。临床科室作为医院战略的具体执行单位，采用平衡计分卡管理系统，能够使临床科室根据医院的愿景、战略目标，清晰规划科室发展，并具体地执行计划，逐步实施并完成相应目标。财务维度的指标两者基本相同，但患者、流程与学习成长维度临床科室层面的平衡计分卡指标体系与医院层面平衡计分卡指标相比则更为细致。结合行业管理部门的各项要求，考评方式也较为复杂。

第二节 临床科室平衡计分卡指标体系的设置

从总体上讲临床各个科室平衡计分卡的多数指标是相同的，但由于各个科室具体的专科技术水平、业务属性、既往的历史形成条件、市场影响及占有、品牌等因素，不同科室的指标值、权重的设置将有所不同。鉴于这些因素的影响，在设置临床科室平衡计分卡指标体系时，应从如下方面考虑：

一、临床科室是医院规模水平表达的主体单位

医院能够为其周围民众提供什么样的医疗服务？能够完成哪些公共卫生任务？能够担负起什么样的公益性责任？医院有多少个专科、多少个品牌医师及其所带领的团队，在本地区解决相应的疑难杂症上，与相邻医院水平相比，有多大的领先或者差距？这些都取决于该医院的临床学科建设、发展水平及其相应的人力资源建设状况。也就是说，各个临床科室规模水平的集合是每家医院规模水平的

主体表达单位，也是每家医院运行支撑的基础单位。

二、临床科室是医院发展战略的主体单位

随着医学科学的不断发展，随着社会、民众的要求不断增加，医技医护人员自身发展需求、医院各个临床学科也需要不断发展，由此也构成了医院的发展。

历史的原因、人力资源的原因、周围环境中竞争因素等原因使得医院各个临床科室的规模水平及其发展条件各有差别，医院管理者应通过战略分析，主动地适应内外环境变化，把现有资源优化组合运用，在动态环境中把握和明确医院发展方向和目标，依据各个科室的实际情况，在成本可支撑原则下，确保在取得阶段性业绩效益的同时又能逐步实现长期目标。

三、临床科室是医院经营战略的执行单位

在目前政府财政对公立医院投入严重不足（卫生部2004年~2010年的卫生统计年鉴资料数据表明，历年政府财政对全国的综合性医院补助投入不到7.5%。北京地区和重庆市第九人民医院对医疗服务项目的测算显示60%~70%的项目亏损，药品补偿机制渐弱）的背景下，医院经营管理须在市场、计划机制之运行属性矛盾而又并存的情况下，从宏观战略上要实现公益性社会责任、医院发展进步和员工物质精神文化需求三兼顾愿景；经营管理上要克服机制并存的矛盾碰撞；现实中要满足解决政府投入不足，医疗技术服务项目亏损，不能真实反映医务人员高技术、高风险、高职业压力劳动成本等因素影响下的医院经营管理需求。

我国公立医院的实际运行需要通过“市场性的医疗创收”来维持医院运行的成本费用，如解决退休人员的福利待遇，承担在公共卫生事件中所发生的、国家未能承担的成本费用，解决借贷投入医院基本建设贷款、利息支付，等等。

医院的医疗创收主要依靠临床科室的医务人员所提供的劳动服务，医院的经营管理战略是依靠、通过临床科室医务人员的执行实现。如何充分、有效、协调地发挥临床科室医务人员的积极性，克服机制并存矛盾，实现“三兼顾”愿景，这是医院管理者在构建经营管理体系中的主要内容。

四、临床科室是医院管理战略的目标单位

医院的临床科室在提供医疗卫生服务的同时，收获着相应的经济效益和社会效益。医院的功能及其工作属性决定了临床科室的医务人员是医院经济效益和社会效益发生的第一单位，也是最主要的单位。因此也决定了临床科室是医院管理战略的第一目标单位。相应的管理体系制定得当，执行有力，临床科室的医疗



服务工作开展有效，相应的经济、社会效益才有保障。

由于科室属性（如手术科室与非手术科室）、历史发展、人力资源结构、医学科学技术发展现状等原因，各个临床科室的发展需求不同，必然有不同的管理战略和相应的管理指标体系。

手术科室与非手术科室比较，在药品比例控制的目标值上，非手术科室常常大于手术科室；某些手术科室（如骨科）或者介入诊疗开展较多的科室（心内科）等，其耗材比例控制的目标值往往相对较高。

五、临床科室战略发展

与医院的战略发展一样，临床科室同样需要考虑本科室的发展，要考虑人力资源建设。平衡计分卡的应用，为临床科主任管理提供了简略有效的管理思维，使其能通过财务经济效益、患者、流程、学习发展四个维度进行科室工作安排和管理。并针对短板环节进行相应的改进。此外，我院设计推出了科室管理总结模板，其内容表达清楚，简化了临床科室管理者的工作（见临床规范化科室总结模板）。

六、临床科室诊疗工作行为规范化机制建设

临床科室是医院进行诊疗服务的主体单位，其医疗技术、诊疗过程规范是医疗服务效果及医疗安全的基本保障。切实执行诊疗核心制度，规范诊疗流程，做好有效的医患沟通，是平衡计分卡指标体系中流程维度的主要内容，也是获得较好经济、社会效益的保障。

此外，面对医院所处外部环境的药品、耗材竞争中产生的不当促销，通过平衡计分卡指标体系：如在人均住院费用、病床周转、人均结余、药比及耗材控制、医患沟通、教学科研开展等方面构筑相应的机会公平、优劳优得激励绩效管理机制，可以在一定程度上规范医务人员的诊疗行为。

七、与其他管理方法、措施相融合

随着医学科学技术的发展，随着对医院质量管理要求的不断提高，行业管理部门有着一系列的管理指导文件出台。平衡计分卡管理体系的应用作为一个基础性、规范性建设工具，除了在设立指标体系时，要注意结合这些管理文件外，还需要与医院感染管理、药品不良反应上报、疫情上报、丙级病历、重要设备维护、优质护理系统建设、重大医疗事故等单项管理措施相结合，从而构成一个完整的管理体系。

第三节 案例介绍

一、重庆九院临床科室平衡计分卡体系设置

表9-1 2011年重庆九院临床科室平衡计分卡指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	诠释与考评
财务维度(40)	收入合理增长(16)	科室医药收入(6)	各指标值依据上年财务、统计数据、战略设置目标值完成之情况设置评价得分等级
		人均医疗收入*(10)	
	工作量(10)	门诊人次数(5)	
		住院人次数(5)	
	结构控制(14)	药比控制(4)	
		耗材比控制(3)	
		三保统筹管理(4)	三保统筹考评
		可控成本增长幅度(3)	
患者维度(5)	满意度(5)	患者评价(4)	住院患者调查问卷
		获得表彰(1)	信函、锦旗、证书
	医疗争议	有效投诉	降低评比等级**
		发生医疗赔付	讨论后一票否定***
流程维度(38)	医疗质量管理(26)	医疗质量管理(8)	采用运行病历管理
		护理质量管理(6)	护理工作检查表
		临床用药评价(3)	ADR监测、处方点评
		院感控制(4)	院感管理考核标准
		病历文书管理(5)	病历质量控制管理
	医疗安全控制(12)	核心制度知晓(1)	医疗安全及质量评查
		核心制度执行(6)	
		危急值报告制度(1)	
		医院内网安全(2)	网络安全管理条例
		设备维护保养(2)	设备管理条例
学习与成长维度(17)	执行与发展(6)	政令执行(2)	****
		发展规划(1)	总结、规划、措施
		新技术开展(3)	自报,医务部审核
	继续教育(3)	继教项目(1)	临床科室有关继教、科研、教学考核办法
		继教项目参与度(1)	
		业务培训(1)	
	教学(5)	大课教学(3)	
		实习教学(2)	
	科研(3)	科研项目(1)	
		发表文章(2)	

注:*政令执行除相关文件、会议传达外,另对支农、教学、公共卫生、各种鉴定等指令性任务完成情况进行考核。对无正当理由而拒绝执行的,实行一票否定;**人均医疗收入不含药品、耗材收入;***有效投诉为单项管理,由医务部、门诊部、行风办共同确定;****发生医疗赔付为单项管理,由医务部组织认定。

将上表与医院层面平衡计分卡指标体系(表8-1)进行比较可以看到：

(一)财务维度指标比较

临床科室层面指标较医院层面指标基本是相同的。但是在临床科室层面增加了“人均医疗收入”和“可控成本增长幅度”两个指标，因此临床科室层面财务维度的指标考核目的是：1. 强调科室收入增长合理性；2. 注重收入结构有效性，控制不必要的药品、耗材使用；3. 避免过度“创收”影响或者加重患者的“看病贵”，一定程度保障民众满意度；4. 注意科室业务收入增长与相应成本关系。

临床科室各项指标完成执行情况，每月由财务部门统计报表形成，对其中的问题进行实时分析，同时借助信息平台、质控部门的结果，分管领导很容易找到解决问题的办法与措施，实现事中过程管理。

(二)患者维度指标比较

临床科室层面指标与医院层面指标患者维度的比较可以看到，医院层面指标体系中采用的是客户维度，临床科室层面采用的是患者维度；另外在医院层面的指标数要多于临床科室层面，权重数也高于临床科室层面。

医院面对的客户群体不仅仅是患者，还要面对上级主管部门、行业部门；还要面对员工队伍的稳定性、满意度，以保障其积极性的发挥。在政府投入严重不足，政府不能支付或者是部分支付相应的公共卫生、人道救助突发事件处理等公益性任务完成的成本支出的情况下，医院如何保障这些公益性任务事业的完成，并要有所作为地体现公立医院的公益性质？因此医院层面的指标数、权重数多于临床科室层面。

而临床科室则是通过为每位患者的个体服务，完成医院战略实现和执行医疗卫生服务任务。其工作重点更多的是体现在如何以较好的医疗技术质量，较好的医疗环境和人文关怀完成相应的医疗服务工作。鉴于医疗技术知识的不对称性，鉴于医院不可能解决民众就医的经济负担的社会责任问题，九院把有关医疗护理服务质量相关内容放在流程维度去综合体现，通过强化流程维度中的质量控制、差错防范、保障安全等来实现诊疗任务的完成；采用单项管理方式，强调医疗纠纷和医疗赔付管理；以调查问卷方式收集患者反应，综合形成患者评价，对科室进行考核。

(三)流程维度指标比较

医院层面流程维度二级指标诊疗质量所属的三级指标设置是出入院诊断符

合率、治疗有效率、危重病人抢救成功率3个结果性指标。临床层面则在流程维度设置了医疗质量管理和医疗安全控制两个二级指标和相应所属的10个指标。医院层面需要的是监督管理结果体现，临床层面更多的是做好过程管理，从而保障结果。

在医院层面流程维度二级指标设置了机制建设流程改善，所属的三级指标分别为：工作执行与协调、创新工作举措、规章制度执行，体现了医院层面注重的是包括临床医疗核心制度在内的规章制度的执行、流程改善，是在管理执行、管理机制建设上下功夫，从而提高工作效率。也是诊疗质量和工作效率的驱动性指标。

鉴于临床科室作为医疗任务的具体执行单位，在流程维度指标的设置上，更多的是需要抓好以患者诊治为中心的临床医疗核心制度执行，设置相应的考评细则，以规范化科室建设方式评查管理，来提高医疗质量，保障医疗质量与安全。

重庆九院把医疗质量管理和医疗安全管理指标设置在流程维度，是一个执行管理、机制建设、流程改善的思维体现。通过规范化科室建设考评，客观上起到督促临床科室管理者注重细节过程管理的作用，从而得到较好的医疗服务结果。因此也是权重设置较重的原因。

（四）学习与成长维度指标比较

医院层面学习与成长维度二级指标设有三个：学科建设、人力资源、教学工作，相应的支撑指标——三级指标包括有：

1. 学科建设

用新技术开展、科研项目、论文发表共三个评价指标来体现学科建设发展情况。

2. 人力资源

采用继续教育、人才引进两个指标，前者为内部培训体系，支撑现有人力资源建设；后者为优秀人才引进，促进学科尽快成长。

3. 教学工作

2008年以前，我院仅承担了第三军医大学、重庆医科大学的临床实习教学。2008年后，为促进临床医学发展，我院开始承担重庆医科大学第二临床学院的临床大课教学、示教、实习；承担重庆医科大学7年制临床医学硕士研究生实习。相应重点考评三个指标：大课教学完成、实习（含示教）教学完成和相应的教学评价。医院采取了一系列，如规范化教案准备、试讲评价、教学评价等医学教学规章制度，促使临床医务人员查阅资料、备课，客观上推动医务人员学习，与时俱进地

掌握相关新理论、新技术，从而更好地应用于临床医疗服务。教学的开展，还提高了医务人员的表达能力，增进了与患者沟通的效果；同时也对青年医务人员的系统成长与发展起到有力的推动作用。

临床科室层面的学习与成长维度二级指标有所不同，共设计有执行与发展、继续教育、科研和教学四个指标，并有10个相应的支撑指标呼应。其中与医院层面不同的有：

1. 政令执行

在目前的环境下，各科室因为政府投入不足需要通过自身经营获得的效益来支撑，但医院承担救死扶伤、实行人道救助是其基本职责之一。在面临突发事件医疗救助、支援边远地区、治疗无付费能力患者、义诊、健康教育等公益性事件时，时间的客观需求和医务人员的派出就需要将政令执行到位，而不是考虑经济效益。此外在医院整体规划中，科室如何配合完成也需要有政令执行。

2. 发展规划

这里既有本身的发展规划，又有在医院整体规划中政令执行的含义。同时规划的逐步落实实施，是体现科室经营、建设发展，继而体现医院整体发展的衡量指标。

3. 继教项目参与度

作为内部人力资源培育和学术水平发展，需要不断地学习进步，知识更新。在没有教学任务的科室，就要考核其在继续教育上所下的功夫。

显然，医院、科室两个不同层面的平衡计分卡评价体系，是相互联系互助而成的。医院层面相对宏观，科室相对微观，各科室的集合就是医院。

二、某省医院临床科室平衡计分卡内容

表9-2与表8-3是同一个单位所制，表8-3为医院层面，表9-2为科室层面。两相比较，与前面所述的情况一样，也是相互联系，互为依存，也是宏观与微观、临床科室集合形成医院的关系。

该医院与重庆九院的平衡计分卡指标评价体系相比较：

(1)某些指标采用不同，这与各单位的实际情况相关。

(2)此单位医院层面三级指标数为24个，临床科室三级指标数为23个，医院层面与临床科室层面相比，仅多一个“资金周转率”指标，表明医院层面还要考虑资金配置周转情况。

表9-2 某省医院临床科室平衡计分卡指标体系[①]

一级指标	二级指标	三级指标
财务维度(27)	经济效益(14.58)	成本收益率(7.87)
		人均收入(6.71)
	患者负担(12.42)	药品比例(4.10)
		人均住院费(4.10)
		人均门诊费(4.22)
客户维度(25)	患者信任度(13)	患者回头率(3.38)
		患者满意率(3.25)
		门诊患者增长率(3.12)
		住院患者增长率(3.25)
	零缺陷管理(12)	患者投诉率(6.00)
		医疗赔偿率(6.00)
流程维度(25)	服务效率(12)	就医流程评分(3.72)
		病床使用率(4.20)
		平均住院天数(4.08)
	服务质量(13)	甲级病历率(3.38)
		患者治愈率(3.12)
		诊断符合率(3.25)
		护理缺陷(3.25)
学习与成长维度(23)	科研技术(11.5)	新项目开展评分(5.52)
		科技产出评分(5.98)
	员工成长(11.5)	职工年培训小时(3.68)
		职工满意度(4.14)
		学历及职称结构评分(3.68)

(作者:王毅　周玉福　程伟)

①张岚,郑小华,郭洪良,张文远,张晶.利用平衡计分卡建立医疗机构绩效指标及考核体系[J].实用医院临床杂志,2007,4(2):98-101

导读：

随着医学科学技术的不断发展，医技科室在医院医疗服务中的作用越来越重要。此外，由于我国医疗服务项目价格机制形成的历史原因，医技科室所提供的医疗服务项目不仅有着医学技术的意义，也有着卫生经济学意义。同时，从医技科室服务属性上讲，医技科室也是属于一线科室，而在医疗服务流程上看，其也是为临床科室服务的。鉴于上述情况，医技科室的平衡计分卡管理既要反映出其服务于患者，又要体现出为临床科室服务的特征。

第十章　医技科室设置平衡计分卡的要点

CHAPTER 10

第一节　医院与医技科室的平衡计分卡关系

伴随着科学技术的进步，尤其是标准化的试剂盒和电子技术的高速发展，以更为方便、快捷、精细、准确的服务于临床的医疗诊断装备不断诞生和使用，医技科室的设备和技术水平也在近十多年里不断获得了提高，为患者的及时治疗、尽快痊愈恢复做出了有效的贡献。在伴随着社会效益增加的同时，新生的医疗装备也为医院带来了较好的经济效益，为医院的持续发展起到较好的作用。

借助于平衡计分卡管理工具的财务、患者、流程、学习发展四个维度的视角，可以看到医技科室与医院、临床科室的关系。

一、财务经济维度

改革开放以后，随着医疗卫生体制“市场化”改革，先进的医疗技术装备对医院的“两个效益”起到了促进作用，使医院把装备发展放在了与技术相似的重要位置。主观上起到了医院获得技术进步和一定的经济效益作用；客观上起到了为患者提供更好的医疗服务的社会效益作用。

因此，与临床科室一样，医技科室是能产生“两个效益”的科室。在目前由于历史的原因，医院多数基本医疗服务项目尚处在“虚有价格虚无成本”而亏损的状况下，尽管医技科室的装备需要高投入，但其具有的一定经济效益仍然是目前医院层面财务维度的有力支撑。因此考核其产生的效益、效率是医院对医技科室的必然要求。

二、患者客户维度

从外部市场看，与临床科室一样，医技科室也是直接面对患者，是医疗服务的“窗口”一线科室，其与患者的沟通、协调、语言表达、服务人性化等，同样影响着患者对医院的满意度。同时，医技科室还要面对内部市场的各个客户——医院的各临床科室，其服务的及时性、协同协调、诊断准确有效等，是医院内部管理的要求。

三、流程维度

随着医疗装备技术的发展，医院的医技科室已经成为医院拥有高尖精密仪器设备最多的科室，也是在医疗装备上投入花费最多的科室。这些设备是否被有效利用、降低损耗、维护保养；是否能为内外市场客户提供及时有效服务，是医院资源科学有效利用、质量保障的基础，也是在流程维度的重点管理内容。

四、学习与成长维度

正是不断地有高尖精医疗诊治设备的产出，给医技科室的专业技术发展带来了明显的进步，同时也就有了不断提高的要求。这些要求与临床科室一样，有专业技术进步，有学术研究，有人力资源发展，也有创新科学管理等。以上正是医技科室不断发展的原动力，也是医院整体实力发展的支撑性要素。

第二节　医技科室平衡计分卡指标体系的设置

一、医技科室平衡计分卡体系设置的重点

医技科室的经济效益是医院经济的重要来源之一，关注其经济效益是设置指标体系的必然重点。但从医院的组织机构图示和医技科室在医院服务的功能中可以看到，医技科室主要的职责是执行完成临床医师对患者开具的相关专业辅助功能的医嘱，从各自相关专业的角度，保质保量为临床医师提供结果信息，并注意在工作中提高工作效率。因此其经济效益的产生依赖于临床科室，需要相关政策推动，故从这样的逻辑互动支撑关系上看，医技科室平衡计分卡体系设置的重点应为：

（一）工作执行

1. 完成医嘱

包括门诊、住院患者的主诊医师相关医嘱的执行。

2. 指令性任务

包括各种体检(高考、征兵、职工)、公益性任务、人道救助任务等。

对上述工作的执行可采用工作量及相关经济收入指标来表达。

(二)工作质量

1. 工作质量

主要为相关医嘱执行、指令性任务执行的结果质量,其表现为执行结果的准确度、细致度;与临床诊断的相关性;有无漏诊、误诊;有无执行医嘱错误,如药品错发、检测部位或项目不符合等。

2. 服务态度

在执行中的服务态度如何,服务流程如何,与患者、客户的沟通是否到位等。

上述内容可以通过了解其科室设置的相关工作流程,设置相关问卷调查形式,并在平衡计分卡体系中得到表达。

(三)工作效率

1. 及时度

完成医嘱、指令性任务的及时度。

2. 协调合作

对需要合作完成的任务、需要及时沟通的工作是否到位。

以上两项内容可以通过问卷调查形式得到。

3. 仪器设备的使用效率

按人次数、经济效益及投入成本可以得到结果。

4. 仪器设备的保养维护

设立仪器设备专项管理规定,通过相关记录本可以得到结果。

(四)工作效益

(1)如前所述的工作量及相应的收益来表达其工作效益。

(2)相关成本支出的控制:这主要是指对可变成本的控制,如耗材的可变控制。

除了上述的重点以外,还要按照平衡计分卡的四个维度,对科室的发展、人力资源建设等内容设置指标,其与临床科室平衡计分卡内容相近(见表10-1)。

二、医技科室平衡计分卡体系权重与指标值

（一）有关指标值

业务收入与工作量的指标值的确定，是依据战略目标，参考前三年的结果，加上趋势因素而确定。其指标值可以是具体的数据，如：业务收入38万元；也可以是相对数，如：增长7.9%。各个单位具体时段、具体情况不同，其指标值可以不同，但按这样的方式设定思路较为直接简单。

其中有部分指标值的设定需要有行业数据参考指导，如：诊疗结果误差率、项目耗材占比、设备使用率等。

（二）有关权重

在目前医院以“市场性”经营维持其生存、公益性状况下，医技科室业务收入是医院管理关注的重要方面。但由于医技科室的业务工作量的多少是受临床科室支配的，换句话说，只有临床医师开出医嘱，才有医技科室的业务工作执行，才能产生效益。因此，医技科室财务维度在业务收入指标权重上相对临床科室较少，考核有成本控制、耗材控制、工作量，相对临床较高。

在客户维度，其权重与临床科室相比较，由于其面对内外市场，既要提高患者满意度，又要提高临床科室满意度，故客户维度权重相对较高。

在流程维度，重点在执行与效率、保证质量。虽然没有临床科室权重高，但在医技科室本身四个维度中，也是较高的。

学习与成长维度，在医技科室平衡计分卡系统内，其相对较低，原因在于：科室发展很大程度上依赖于设备先进与否，且担任教学任务相对较少。

各维度权重见表10-1。

三、医技科室平衡计分卡体系考评应用

（一）平衡计分卡指导下的规范化科室建设评查

重庆九院医技科室对平衡计分卡系统管理的应用与临床科室一样，以规范化科室建设作为考评形式。其目的是指导医技科室科主任的管理应注意科室工作与医院战略的相关性，注意科室工作的平衡兼顾，从而促使科室科学全面的发展。

（二）绩效考评管理

医技科室平衡计分卡系统管理对科室的绩效管理也与临床科室一样，在原有绩效激励核算政策基础上，通过平衡计分卡指导规范化科室建设评查，按照得分

高低排序，设置相应奖励等级，并以此等级设置相应系数，在考评后的绩效核算中进行叠加奖励。

（三）考评方法

（1）相关问卷调查每月一次，并作为平时测评，计算三个月的得分。

（2）每季度一次，与临床科室同步进行相关查评。

（3）各相关指标得分统计、排序，确定获得奖励名次计入绩效。

总体上讲，医技科室由于其专业属性和功能定位的原因，其平衡计分卡指标体系设置没有“三保”统筹控制、药品比例，医疗服务流程相对简单（如检验科、病理科的工作操作基本上是在与患者相对分离状态下进行），故其考核体系设置相对于临床科室较简单。

第三节　案例介绍

一、重庆九院医技科室平衡计分卡指标体系

依据上述思考，结合医院及临床科室已有的平衡计分卡指标体系，建立重庆九院医技科室平衡计分卡指标体系（见表10-1）。

表10-1说明：

（1）二级指标14个，三级指标32个。

（2）药剂科工作量采用处方量计算，其权重增加为10；业务收入合理增长权重减少为4；成本控制之耗材管理为药品破损管理。

（3）重庆九院开展教学工作的目的是提高业务技术水平。未承担教学任务科室，将其教学权重分值分配到继教及参与度（1分）、科研（2分），鼓励其以继教形式进行教学，从而提高业务水平。这也是对有教学任务科室的一种相对公平性考核。

表10-1 2009年重庆九院医技科室平衡计分卡

一级指标	二级指标	三级指标	诠释与考评
财务维度(20)	收入合理增长(6)	科室业务收入(3)	财务科核算，对完成的情况设置评价得分等级
		人均业务收入(3)	
	工作量(6)	门诊诊疗人次数(3)	
		住院诊疗人次数(3)	
	成本控制(8)	耗材控制(3)	
		可控成本增长幅度(5)	
客户维度(15)	客户满意度(11)	患者评价(3)	患者调查问卷
		院内评价(5)	调查问卷
		诊疗环境(3)	现场评价(平时检查)
	医疗争议(4)	有效投诉(2)	降低评比等级*
		发生医疗赔付(2)	讨论后一票否定**
流程维度(40)	执行(8)	医嘱执行(4)	调查问卷
		指令性任务执行(4)	调查问卷
	质量控制(12)	规范化操作、文书(3)	操作记录查看
		危急值报告(3)	
		诊疗误差率<0.1%(3)	记录
		差错事故研讨(3)	
	效率管理(10)	诊疗时限(4)	记录
		协同度(3)	调查问卷
		设备利用率(3)	
	设备保养(3)	保养、维护执行(3)	单项管理(设备科)
	重要物资管理(3)	毒、麻品；腐蚀、易燃、易爆；辐射(3)	单项管理
	院感管理(4)	规程执行(2)	记录
		院感报告(2)	单项管理(院感科)
学习与成长维度(15)	执行与发展(4)	发展规划(1)	总结、规划、措施
		新技术开展(3)	自报，医务部审核
	教学(7)	继教及参与度(2)	记录，级别(科教部)
		业务培训(2)	
		大课、实习教学***(3)	科教部
	科研(4)	科研项目(2)	数量、级别
		发表文章(2)	数量、级别

注：*有效投诉为单项管理，由医务部、门诊部、行风办共同确定；**发生医疗赔付为单项管理，由医务部组织认定；***无大课、实习教学的科室，以科研、发表文章计算。



二、与医院、临床科室指标体系比较

（一）财务维度

1. 指标不同

医技科室业务情况相对简单，也未有“三保”因素，故其指标数相对较少。

2. 权重不同

由于其财务维度的指标结果需要靠临床科室支撑，且业务来源主要是临床科室，且与医院相关政策相关，所以对其主观能动性的考核在于如何做好执行医嘱，提高工作质量，开展新的项目，为临床科室提供更好的服务，故其在财务维度权重与医院层面、临床科室层面的平衡计分卡指标体系财务维度权重相比相对较小。

（二）客户维度

不仅面对患者，还要面对医院内其他科室，其对客户服务工作、辅助职能是主要考核因素，故权重相对较多，与医院层面相似，较临床科室更重。

（三）流程维度

是指标相对较多、权重最多的一个维度。与医院层面平衡计分卡指标评价体系比较，重点在于提高质量、效率和执行及时度。此外，由于医技科室高精尖设备仪器拥有量大，因此设备管理是效率的基本保障。药剂科的毒麻药品、检验科的各种化学试剂、放射科、核医学的辐射物质是需要重点强调的管理物品。故强调其权重和细化管理是医技科室的重点。

（四）学习与成长维度

医院要考虑其整体发展，这是衡量医院战略可持续性进步的一个重要内容。本维度与医院层面比较，内容相似，但医技科室更重要的是执行和完成相关工作，从医院的战略上讲，科室发展相对微观，权重相对较少，和临床科室接近。

三、与行政职能科室指标体系比较

医技科室与行政职能科室一样，也是为临床科室服务的，因此，在执行、协同、协调、效率上有相同或者相似的指标及权重设置。

与行政职能科室不同的是，医技科室还要面对患者客户，为其提供相应学科的专业技术服务，因此其又具有临床科室的特点。此外，医技科室有很重要的经济效益产生，尽管这种经济效益的产生是依赖于临床科室和医院相关政策，这也是与行政职能科室不同之处。

四、其他医院指标体系参考

表10-2 四川省某医院医技科室平衡计分卡指标体系[①]

一级指标	二级指标	三级指标
财务维度(27)	经济效率(100%)	成本收益率(54%)
		人均收入(46%)
顾客维度(25)	患者信任度(52%)	检查患者增长率(48%)
		患者满意率(52%)
	零缺陷管理(48%)	患者投诉率(50%)
		医疗赔偿率(50%)
内部流程维度(25)	服务效率(48%)	就医流程评分(48%)
		人均检查人次(52%)
	服务质量(52%)	检查阳性率(57%)
		科室管理(43%)
学习与成长维度(23)	科研技术(50%)	新项目开展评分(48%)
		科技产出评分(52%)
	员工成长(50%)	职工年培训小时(32%)
		职工满意度(36%)
		学历及职称结构评分(32%)

从表10-2可以看出：

(1)其二级指标数为7个，三级指标数为15个。

(2)权重分配相差不多，财务维度略高。

(3)其财务维度指标相对简单，也是因为不考虑患者负担、医保费用控制。

(4)结合医技科室工作特点设置相应的指标："检查患者增长率""人均检查人次""检查阳性率"。

(5)对于描述医技科室如何及时完成临床医嘱、提高工作效率的表达不多。此外，关于设备仪器保养、重要物资保管可能在"科室管理"指标中体现。

(作者：谢文义　颜维华　张开明)

①张岚，郑小华，郭洪良，张文远，张晶.利用平衡计分卡建立医疗机构绩效指标及考核体系[J].实用医院临床杂志，2007，4(2)：98-101

导读：

医院行政职能科室是医院战略规划实施、目标实现过程中专业或专项管理的工作单元，因此，其对于推动、落实执行医院管理有着重要意义。从以病人为中心的角度看，行政职能科室又有着为临床医技科室服务的职责与功能。因此，行政职能科室平衡计分卡管理的特点应该反映这两个特征。

但是，由于各行政职能科室工作属性的差别，在指标设置上应有不同。

第十一章 行政职能科室设置平衡计分卡的要点

CHAPTER 11

第一节 医院与行政职能科室的平衡计分卡关系

从组织结构上讲，行政职能科室是医院按照其经营管理需求进行相应专业配置而设置的，每一个行政职能科室均有相应的专项管理对接、相应的职能职责（见表6-1和图8-1）。

从战略层面上看，行政职能科室是医院战略规划实施、目标实现过程中专业或专项管理的工作单元，其承担着对各有关指令下达后的督导、反馈、联系的职责，在相应的职权范围内，协调和协同处理在战略规划执行中的问题和事物。从而促使PDCA正常有效运行。

从财务维度上看，行政职能科室不是经济效益的直接产生单位，对其在财务经济上的管理要求是成本与效率。职能科室应对自身职权范围内的决策、工作执行和效果承担成本、工作效率的责任。工作效率不仅仅是本部门内的工作，还要符合医院整体战略规划实现实施中的协作协同，因此，考评体系中既要有本身工作质量效率评价，还应有协作协同工作效率及相应质量评价。

从客户、流程维度上看，包含了管理和服务两个含义：管理含义是从专业角度进行有序流程管理；服务含义是依据内部市场的观念，医院的各个科室是行政职能科室的客户，这样有利于医院整体发展、有利于医院从战略实现的角度服务于各个科室。流程中应该更应该注重服务意识，把专业管理内容融入服务之中。

从学习与成长维度上看，与临床科室一样，需要有人力资源建设、培养，需要

有团队精神培养，需要有文化培育等举措，这样做不仅达到了员工学习进步的目的，还有提高工作效率的作用。

综上所述，行政职能科室与医院在平衡计分卡上的关系是除了临床专业学科学术发展以外的战略目标实现、战略规划实施的具体单元，是从相应分工专业角度服务、保障医院及各个科室发展。

第二节 行政职能科室平衡计分卡指标体系的设置

一、行政职能科室的设置

由于相应的专业需要、功能需求，对多个行政职能科室的设置，一般来讲包括如下六个方面，其依据医疗单位级别或规模大小而进行组合或拆分。

1. 医教研管理

医务、护理、质控、病案、感控、教学、科研、门诊部管理。

2. 人力资源建设

人事、继教、晋升、招聘、离退休。

3. 后勤供应保障

电力、给排水及污物处理、采暖通风；消防、安保；膳食；基建、设备、维修；运输、采购、储物、发货；信息网络。

4. 财务经济管理

财务、物价、收费；审计；经济改革管理。

5. 监督审计管理

监察审计；医保。

6. 党政工团系统

党务、行政、纪检、团委、工会、妇联、宣传等。

值得一提的是，随着社会的发展和管理工具、管理技术的更新，尤其是计算机信息网络技术的应用，对行政职能科室设置变革及工作效率带来了极大的优势，众多单位已经在进行这些方面的研究与应用。

二、行政职能科室平衡计分卡体系构架思考

（一）行政职能科室支撑、影响经济效益产生

行政职能科室虽然不能直接产生经济效益，但其管理、服务的功能行为会对经济效益产生重要影响，例如：

1. 医保相关指标的研究及其政策制定

有些地区的医保政策制定，医院常常是被动执行的，甚至是先游戏后规则。研究其动向趋势，掌握关键要点，提出合理化建议和指导意见，对临床科室突破限额及时预警等，是相应职能科室——医保科的工作内容及其管理责任。

2. 医院信息系统管理

有些医院计算机网络系统没有完全设置，其门诊人次数的登记录入有缺陷，就会影响到人均门诊费用、药比控制指标。完善相应的系统配置，规范登记录入标准等是医务部、门诊部、统计室、信息中心等部门的管理责任及工作内容。

3. 设备管理

新设备购置及相应新技术的开展，在申请报告中，有临床科室对财务不熟悉、市场调研不够之情况，管理部门的可行性评价、成本及其效益预测误差较大，从而出现设备利用度不高、设备折旧扣费影响临床收支的情况。相应设备科、财务科等部门应有技术、市场论证、可行论证及预算编制指导等工作内容和管理机制。

4. 相关设施维护

这里包括了所有与临床医疗服务相关的设施、设备，如仪器故障维修、电力设施维修、给排水、高压消毒等。如果其及时性不够，肯定会使临床医疗服务受到影响，继而也影响到相应的经济效益和社会效益。同样，对相关设备设施的平时维护保养实行制度化、规范化，是提高设备设施利用率、延长使用寿限、提高效益的有效举措。

5. 院感控制

已有的关于院内感染危害的公开报道告诉我们，院内感染预防、控制不够，将会有灾难性的后果。

因此，建立良好的内部市场管理服务意识和机制，是行政职能科室支撑临床医疗服务，获得效益的基本保障。

（二）行政职能科室考核测评体系的重点

从前面的分析可以看到，设置行政职能科室考核测评体系的重点是：

1. 管理决策的科学性

已如前面所提到的关于医保政策、设备购置等情况，要求行政职能科室要提高管理水平，注意决策的科学性、可行性。

2. 行政职能科室服务的效率

前面所提到的设施设备保养维护、院感管理控制等，说明各相关科室的专业

管理措施制定是否到位，服务是否及时，工作效率高低，是考核测评的主要内容。

3. 行政职能科室服务临床的执行与协作

行政职能科室按需求、专业和功能而设置，战略规划上要执行医院的政令，管理指导服务于临床科室，外协联络相关主管部门。因此，行政职能科室的政令执行是否到位、科室间协同是否积极主动、相应工作完成是否有效，是其又一考核测评重点。

（三）行政职能科室考核测评体系的难点

1. 量化管理

从管理学角度和建立平衡计分卡管理体系上讲，考核测评需要量化处理，从而使得管理评价依据更强。在行政职能科室工作行为中，对于成本控制，如水、电、办公消耗、费用控制等是比较容易量化的，某些服务性工作，如维修及时度也是可以量化的。而对于协同性、主动性、满意度、效率管理等的量化评价则较为困难。

重庆九院采用多个问卷调查，并通过评级量表法对指标结果进行量化，得到相对的量化结果（见附录三）。

2. 可比性

医院的行政职能科室由于其专业属性和分工不同，科室间的工作状况如何进行优劣比较是行政职能科室考核测评体系的又一难点。如：财务科与护理部如何比较、医务科与工会如何比较、后勤部与监察审计科如何比较等。每一个科室都有自己的工作属性，采用什么样的指标既能反映其特点，又能达到比较效果也是一个难点。

重庆九院以执行和协同配合为出发点，以考核比较工作效率为重点，这样一定程度上可减轻科室属性差异所造成的不可比情况。同时也针对各个科室特点，设置与科室属性相应指标，反映其工作特性。

3. 科室建设发展的差异性

也正是由于其专业属性和分工不同，各个行政职能科室的发展建设有不同的要求。另外，由于历史的原因“自己的孩子自己养”，医院也需要接受安排一些专业技能相对薄弱或年龄较大的员工。再者，在行政职能科室中，尤其是后勤部门，从人员架构上有学历来源的限制；在职称晋升发展上又不如临床科室。还有由于工作的需要，部分临床科室人员离开临床进入行政职能科室工作，在待遇绩效向一线科室倾斜的情况下，如何平衡兼顾种种情况，使行政职能科室的建设发展有



着这样或者那样的差异性及矛盾。

重庆九院采用相同的指标设置，以科室规范化建设为目标，从而督促科室要从整体战略思考，结合科室特点制定发展规划。同时注重员工的学习与成长，注意相关培训活动的开展。采用员工对本科室的满意度问卷调查，也起到增加科室负责人注意员工培训、积极性调动环节和影响因素的作用。

第三节　案例介绍

一、重庆九院行政职能科室平衡计分卡体系建设的理论与实践

由于行政职能科室的工作属性不同，从理论上讲，每个行政职能科室均应有各自的平衡计分卡管理指标体系，才能较为合适地考核、评价其工作状况。但是这样的考评结果使行政职能科室间的比较差异性无法体现，即使有也可能会带上主观性、偏向性的色彩。同时，由于每个职能科室各自设置一套适合于自身科室的BSC指标，增加了其管理成本。因此，行政职能科室的BSC考评指标体系既要有通用性，又应有针对该科室的特殊性。

（一）重庆九院行政职能科室规范化建设平衡计分卡查评指标体系设置

重庆九院于2004年起与临床科室一样，应用平衡计分卡设立有关指标体系，作为科室规范化建设的管理评价工具。指标选择采用既考虑了规范化科室建设通用性测评指标，又结合了各个行政职能科室的不同专业属性，而设置了相应针对性指标。

从2004年开始应用，期间经过数次适用性调整，使得其指标更为合适。如下给出的是2006年行政职能科室规范化建设BSC查评指标体系。

从以下三个行政职能科室的指标设置中可以看到，在财务、客户、学习与成长维度的指标及权重是相同的，以便于在规范化科室规范化建设考评中作科室间比较。此三个维度中，财务维度所占权重相对较多，主要是要控制办公成本；流程维度中，既有结合各个科室具体工作属性特点设置相关指标，又有尽量增加科室间可比性的含义。

表11-1 2006年重庆九院信息科规范化科室建设BSC查评

一级指标	二级指标	三级指标	综合权重	查评方式
财务(30)	支出控制(100%)	超支/节约系数(70%)	21	财务统计
		支出控制措施(30%)	9	记录、效果
流程(35)	执行、协调(40%)	政令传达、执行(30%)	4.2	记录
		科内、外合作协调度(35%)	4.9	问卷
		院内、外合作协调度(35%)	4.9	问卷
	安全(20%)	信息资料管理(50%)	3.5	记录
		设备安全与维护(50%)	3.5	记录
	工作效率(40%)	信息收集及时度(40%)	5.6	记录、问卷
		信息准确度(40%)	5.6	记录、问卷
		提高效率举措 (20%)	2.8	记录
科室(客户)(25)	满意度(100%)	服务态度(30%)	7.5	问卷
		工作完成及时(35%)	8.75	记录、问卷
		工作完成质量(35%)	8.75	记录、问卷
学习与成长(10)	科室基础管理(50%)	职能职责知晓度(50%)	2.5	询问
		违纪违规发生率(50%)	2.5	记录
	科室成长(50%)	岗位、工作量设置合理(30%)	1.5	记录
		员工培训措施计划(35%)	1.75	记录
		科室发展计划及实施(35%)	1.75	记录、询问

表11-2 2006年重庆九院财务科规范化科室建设BSC查评

一级指标	二级指标	三级指标	综合权重	查评方式
财务(30)	支出控制(100%)	超支/节约系数(70%)	21	财务统计
		支出控制措施(30%)	9	记录、效果
流程(35)	执行、协调(40%)	政令传达、执行(30%)	4.2	记录
		科内、外合作协调度(35%)	4.9	问卷
		院内、外合作协调度(35%)	4.9	问卷
	安全(20%)	财务资料数据管理(50%)	3.5	记录
		设备安全与维护(50%)	3.5	记录
	工作效率(40%)	报表数据及时度(40%)	5.6	记录、问卷
		报表数据准确度(40%)	5.6	记录、问卷
		提高效率举措(20%)	2.8	记录

续表

科室(客户)(25)	满意度(100%)	服务态度(30%)	7.5	问卷
		工作完成及时(35%)	8.75	记录、问卷
		工作完成质量(35%)	8.75	记录、问卷
学习与成长(10)	科室基础管理(50%)	职能职责知晓度(50%)	2.5	询问
		违纪违规发生率(50%)	2.5	记录
	科室成长(50%)	岗位、工作量设置合理(30%)	1.5	记录
		员工培训措施计划(35%)	1.75	记录
		科室发展计划及实施(35%)	1.75	记录、询问

表11-3 2006年重庆九院党政办规范化科室建设BSC查评

一级指标	二级指标	三级指标	综合权重	查评方式
财务(30)	支出控制(100%)	超支/节约系数(70%)	21	财务统计
		支出控制措施(30%)	9	记录、效果
流程(35)	执行、协调(40%)	政令传达、执行(30%)	4.2	记录
		科内、外合作协调度(35%)	4.9	问卷
		院内、外合作协调度(35%)	4.9	问卷
	安全(20%)	文件档案管理(50%)	3.5	记录
		设备安全与维护(50%)	3.5	记录
	工作效率(40%)	公务文件处理及时度(40%)	5.6	记录、问卷
		公务文件编制质量(40%)	5.6	记录、问卷
		提高效率举措 (20%)	2.8	记录
科室(客户)(25)	满意度(100%)	服务态度(30%)	7.5	问卷
		工作完成及时(35%)	8.75	记录、问卷
		工作完成质量(35%)	8.75	记录、问卷
学习与成长(10)	科室基础管理(50%)	职能职责知晓度(50%)	2.5	询问
		违纪违规发生率(50%)	2.5	记录
	科室成长(50%)	岗位、工作量设置合理(30%)	1.5	记录
		员工培训措施计划(35%)	1.75	记录
		科室发展计划及实施(35%)	1.75	记录、询问

(二)重庆九院行政职能科室规范化建设查评办法

1. 查评小组

由分管院领导、专家(多为调研员)、工作人员组成查评小组,每4个月为一个周期进行查评。

2. 指标量化、问卷调查

依据上述的平衡计分卡指导下的指标体系设置，部分指标以问卷形式进行测评(见附件4)。

3. 现场查评

查评小组到科室现场听取科室负责人汇报，查看相关工作记录，提出有关问题，咨询该科室员工和现场发放员工问卷。

4. 统计汇总

汇总各有关资料，统计各相关测评得分。

5. 医院办公会审查

6. 激励绩效发放

宣布此轮行政职能规范化查评结果。设置一等奖、二等奖、三等奖若干个，与绩效奖励挂钩。此绩效奖励持续4个月，下次规范化科室查评后按新的结果执行。

(三)重庆九院平衡计分卡指导下行政职能科室规范化建设指标体系考核效果

1. 强化服务意识

通过问卷调查、相关指标查评考核，不仅了解了行政职能科室工作情况和效果，还可督促行政职能科室增强内部市场服务意识，把原来的管理对象变为服务对象，把管理融于服务中，增强了为临床第一线服务意识观念，工作主动性得到加强。

2. 清晰规划目标

平衡计分卡指导下的行政职能科室规范化指标体系的设置，来自于医院的战略愿景与规划，平衡计分卡的逻辑互动、平衡兼顾、量化支撑概念和运作，使得各行政职能科室对阶段目标明确，工作要求明晰，时间概念清楚，自然增加相关工作的紧迫感、节奏感，科室的工作效率与工作成就感能得以显现。

3. 增强执行合作

通过设置的“执行、合作协调、工作完成及时性”等指标，通过问卷调查，强调了工作的主动性、合作协调协同性；鼓励创新性地开展工作，提高了效率效果；减少了行政职能科室间推诿情况，科室间工作合作度、积极性、质量有所提高，医院整体目标达成度高。

4. 提高管理水平

平衡计分卡的财务(经济)、客户(服务对象)、流程(工作质量、效率)、学习与成长(科室建设)四个管理维度明晰了中层管理干部的管理思维，其结合职能职责和目标管理明晰了工作思路，平衡计分卡指导下的行政职能科室规范化建设考评



体系给出了管理重点、掌控工作节奏、提高效率效果的方法，从而提高了综合管理水平。医院统一制定的工作总结模板（见附件：2010年行政职能科室规范化建设工作总结模板），既可使中层干部较快地接受理解平衡计分卡管理作用，又简化、规范了各个科室的工作总结。

5. 和谐协调发展

四个维度平衡兼顾、逻辑互动、量化考评指标体系的建设，使管理者从单纯完成工作转为在完成工作任务的同时还要全面考虑科室整体发展，从而促进了科室内部凝聚、和谐、协调发展的内涵建设。内部市场服务、协同协调指标的考评要求也促进了科室间和谐互助、深度配合，无形的使机制深化有效。

二、与医院、临床平衡计分卡指标体系比较

与医院、临床平衡计分卡指标体系比较（见表6-6、表9-1），行政职能科室平衡计分卡指标体系的指标选择与权重均有许多不同，这显然是由行政职能科室在医院的角色与功能所决定的。

（一）财务维度

行政职能科室不是效益的直接产生单位，履行的是督导、服务、专业对口的管理职责与功能。因此其财务维度的指标设置与医院和临床平衡计分卡的指标体系不同，行政职能科室采用的是以如何控制本科室办公成本的指标作为考核。

（二）流程维度

强调了工作任务执行和科室间的协同协调。并根据各个科室的属性特点，分别设置相应指标，这样不仅反映了科室特点，还对该科室的工作效率及其结果进行考核评查。

（三）客户维度

建立内部市场观念，把临床科室视为服务对象。通过设计临床科室对行政职能科室、医技科室对行政职能科室、行政职能科室对行政职能科室、科室员工对科室领导的调查问卷，作为考核的重要内容。其目的就是引导行政职能科室认识到他们的工作不仅仅是管理，更重要的是服务。

（四）学习与成长维度

与临床科室相近，包括有岗位设置合理性、学习培养、成长规划等，考核科室的负责人要有长远观念，促进人员进步，改善工作意识，提高工作水平，发展建设科室。

三、某省医院行政职能科室平衡计分卡内容

表 11-4 某省医院行政管理科室平衡计分卡内容[①]

一级指标(权重)	二级指标(权重)	三级指标(权重)	综合权重
财务维度(27)	经济效率(100%)	成本变动率(100%)	27
顾客维度(24)	服务效率(52%)	科室及员工满意率(100%)	12.48
	零缺陷管理(48%)	科室及员工投诉率(100%)	11.52
流程维度(26)	服务效率(48%)	工作任务完成情况(100%)	12.48
	服务质量(52%)	科室管理(100%)	13.52
学习与成长维度(23)	学术文章(50%)	学术文章(100%)	11.5
	员工成长(50%)	职工培训小时/年(32%)	3.68
		职工满意度(36%)	4.14
		学历及职称结构评分(32%)	3.68

此院设计的平衡计分卡内容与重庆九院行政职能科室平衡计分卡比较：

(1)总体思路基本相同，包括了成本控制，强调服务，工作效率等主题概念。

(2)作者也认为行政职能科室没有经营收入，需要进行成本控制，其工作效率采用成本变动率作为评价指标，并根据医院工作量及规模效益变动概念，实现较为有机的表达。其权重设置达到了27，在整个指标体系中最多。

(3)通过科室及员工投诉表达零缺陷管理概念，有强调管理寓于服务之中的含义。

(4)文章提到，“众多职能部门，由于其工作内容各有特征，平衡计分卡考核指标根据每一个科室的具体特征有针对性地制定”。此表中未能见到有此差异性表达，可能是由于文章篇幅有限，又或者是另有考核举措。

(5)在学习与成长维度中，该院设置了“学术文章”指标，给出的权重是该维度中最多的，并与客户维度、流程维度的指标权重相近。一般来讲，行政职能科室人员在发表文章上远不如临床科室的要求高，这是业务技术要求不同所致。也可能与该院作为一个综合性教学医院有关。

(作者：龙攀　颜维华　王毅　成小曼)

①张岚，郑小华，郭洪良，张文远，张晶.利用平衡计卡建立医疗机构绩效指标及考核体系[J].实用医院临床杂志，2007，4(2)：98-101



导读：

医院的战略目标依靠各个科室的目标实现而达成，各个科室的目标需要各个医护人员共同努力而实现。医疗卫生服务又需要集高技术、高学历、高职业素养（素质、道德、情操等）培训的团队来执行。因此，设立医护人员的个人平衡计分卡是很有意义的。我院已经在这方面做了一些尝试。

第十二章 个人层面平衡计分卡应用初探

CHAPTER 12

第一节 个人与科室的平衡计分卡关系

在医院BSC管理体系中，医院—科室—个人是战略目标从上到下的层层落实与从下到上的层层推动关系，各级之间是战略协同关系。医院各层级的愿望、目标、发展方向及步骤基本一致，医院的战略目标由各科室协同合作完成，各科室的战略目标又由全体员工具体实施执行，从而实现完成目标、达到愿景的目的。

依据医院整体战略和目标而制定的医院层面平衡计分卡系统，进而落实到各科室实施执行考核的平衡计分卡管理考核要求，作为科室的负责人——科主任应充分理解医院的整体战略和目标，根据医院的愿景和战略，在医院-科室BSC的指导下，制定科室-个人平衡计分卡体系，这是形成个人BSC与科室BSC同质性关系的基础。要注意的是，尽管BSC是一个层级概念，但是医院级、科室级的BSC之间不是简单的叠加关系，科室的战略目标应根据科室的职能定位来确定。科室不是对医院的战略目标简单的分解和复制，科室主任应结合本科室业务属性特点，从财务、患者、内部流程以及学习与发展四个方面建立科室主任对其员工进行绩效评价的具体目标，使科室可以采用一些绩效衡量指标去指导员工完成科室的工作任务，以完成科室与医院各自的愿景与战略。也就是说，个人BSC与科室BSC也有一定的相对一致性。

第二节 个人平衡计分卡指标体系设置思考

一、科室主任工程

前已述及，医院平衡计分卡管理体系是一个院长工程，需要一把手的主持与推动。在科室层面，与医院平衡计分卡管理体系一样，也是科室一把手工程，同样需要科室一把手的主持与推动，其包括了科室平衡计分卡管理体系的执行和科室个人平衡计分卡体系的构建。

科室领导首先要将医院的愿景和战略与科室实际情况相结合，再依据具体任务要求、专业发展特性、科室员工构成等要素，制定构建科室个人平衡计分卡体系。

二、管理和服务于科室与科室员工

从专业学术角度看，科室主任是学科带头人，是业务技术的“领头羊”。从科室管理角度上看，其是领导员工实现科室目标的管理者。科室领导既要做好与医院及其他科室的协调与合作，又要在科室内部通过调动员工积极性，增加凝聚力，整合科室员工工作合力，协作完成计划、达到目标，实现科室发展。这是设定科室个人平衡计分卡的目的，也是既要管理又要服务的科主任的工作内涵。

三、个人平衡计分卡意义

著名未来学家约翰奈斯比特曾断言：“在信息社会，人力资源是任何组织富有竞争力的利刃，人力资源的素质、结构和创造力必然成为经济增长的决定力量。”

随着医疗卫生事业水平的发展，医疗卫生市场的竞争加剧，医疗卫生事业的改革发展，医院对专业技术人才的需求加剧。谁拥有高水平、高素质的卫生技术人才，谁就能在激烈的竞争中立于不败之地。同时，如何客观、公正、高效地对临床科室员工进行绩效评价，提高人力资源整体素质，开发人力资源潜能，发挥人力资源的巨大作用，为人民群众提供高质量的医疗服务，保证科室和医院强有力的发展势头，已成为科室主任日常管理中的关键课题。

平衡计分卡作为一个先进、合理、科学的管理思想和工具，在研究临床科主任对其员工的绩效评价问题时，平衡计分卡为我们提供了有效的解决方法。由于临床科室绩效的多样性、多维性与动态性，所以其绩效评价必须是多角度、多方位、多层次的，考核要充分体现全面、科学、因地制宜和与时俱进。BSC可以作为科室的战略管理系统，帮助科室主任根据医院的战略和愿望，清晰规划科室的发展目标，并落实成具体的行动计划，将科室各方面的工作分解成若干指标；按照临床科

室绩效管理的特点，以规定的程度和方法，对被考核对象在一定期限内完成绩效的情况进行全面的定量计算和定性评价。它既对内部业务流程又为外部客户提供了及时的反馈，指导其持续改进策略；同时把医院的愿景通过战略转换成为具体的绩效评价指标，使每一位医务人员都清楚医院和科室未来的发展方向及自身努力的目标，为广大医务人员所接受，实用性强。

第三节　个人平衡计分卡指标体系设置及案例

临床科室是医院医疗体系的主体部分，是医院战略规划实施，战略实现的基础主体单位，故本节主要是从临床科室个人平衡计分卡体系设置进行介绍。

一、个人平衡计分卡指标体系设置及其要点

（一）建立评价指标体系的步骤与方法

1. 明确医院和临床科室总体的发展愿景与战略目标

科室的发展要立足于现实，这就要求科室主任在应用BSC时，要对自身的优势、劣势和面临的机遇进行分析。同时，科室主任还应充分理解医院的战略和愿景，在医院战略规划下对本科室进行战略部署并分析科室未来的发展趋势，明确科室下一步发展的重点。并组织全科医务人员学习平衡计分卡的基本内容，让大家了解这一先进的管理方法，明确设立个人BSC的意义。

2. 关键性指标

将临床科室和医院的战略目标在BSC的各个层面上进行分解，并根据战略目标选取针对性、关键性指标，以BSC的基本理论为基础，从财务维度、病人维度、流程维度和学习与发展维度出发，明确临床科室在这四个维度中的发展目标。

（二）指标体系设置

1. 财务维度

从科室和医院战略的角度出发，保证了科室管理战略与医院战略的一致性。这个维度关键的问题是科室应该向医院展示什么。而个人平衡计分卡则要从量化的角度切入，向科室展示出个人的工作质量和工作效率，以财务收益指标（收入、结余等）为主，来反映科室员工在医疗活动中所取得的经济效益和医疗资源在不同科室中的产能。

2. 患者维度

来自科室管理的服务对象（患者）。这个维度关键的问题是科室管理应该向

前来就医的患者表示什么。医疗服务是高技术含量的特殊服务性行业，以往存在重技术、轻服务的现象。随着经济生活水平的提高和信息的高度通畅，患者对服务水平的期望值越来越高，这就要求管理者在设置科室员工绩效评价指标时要考虑到患者维度。患者维度的战略目标是提高病人忠诚度，必须要关注病人信任度及零缺陷的医疗服务绩效指标，其主要以医疗安全质量控制指标为主，通过这些指标来间接反映患者对科室医疗服务的满意度及对患者的吸引力。

3. 流程维度

来自医疗行业角度，反映科室的运行效率和医疗质量。内部流程维度的战略目标是品质保证，这是受到患者维度中提高病人忠诚度战略目标的驱动，医疗品质得到保证，医疗质量得到提高，病人口碑效应就好。要实现品质保证，必须关注科室的服务效率和医疗流程质量等各项效率指标。

4. 学习与发展维度

来自科室管理发展进步角度。这个维度关键的问题是科室如何持续性改善绩效并创造新的价值，即如何保持、改变和提高自身能力。反映了科室发展持续性和科室发展的后劲。学习与发展维度的战略目标是开发核心竞争力，这是受到流程维度中品质保证、战略目标得以实现的驱动，要实现提高核心竞争力的战略目标，必须关注医务人员的个人论文、科研及新技术应用等绩效指标。

（三）指标选用

收集已有的相关的指标体系作为参考，初步形成临床科室员工绩效评价指标体系。在BSC的基础上，借鉴国内外相关的研究成果，深刻理解医院及临床科室员工绩效评价的内涵，收集有关评估标准，然后对其进行分析研究、去粗取精，作为参考。指标体系构建形成的主要依据是：世界卫生系统绩效评价框架、《医院评价管理指南》、医疗市场上医院竞争机制的内部要求、科室规范化建设以及相关文献。

（四）对指标进行定性分析

根据经验和评估条件对所列指标进行取舍，看所列指标能否反映临床科室员工的绩效，是否符合上述建立评估指标体系的原则。对于不符合要求的指标，修改其名称或内涵，直至初步确立评估指标体系框架。在初步列出的指标中，一般都存在相互重叠、相互包含的指标，甚至是不能反映评估目标的指标。在不失完备性的前提下，可以对指标进行删除和合并。最后确定医院临床科室员工绩效评价指标共31项，其中一级指标4个、二级指标9个、三级指标31个（见表12-1）。

表12-1 2008年呼吸内科——个人平衡计分卡设置

一级指标(权重)	二级指标(权重)	三级指标(权重)	综合权重
财务维度(40)	经济效益(80)	医疗收益(25.00)	8
		查房次数(12.50)	4
		门诊量(15.00)	4.8
		出院病人数(17.50)	5.6
		占床总数目(30.00)	9.6
	药费监控(20)	药品比例(100.00)	8
患者维度(5)	满意度(60)	社会和病人满意度(33.33)	1
		健康教育(33.33)	1
		出院访视(33.33)	1
	费用负担(40)	门诊人均费用(50.00)	1
		人均每床日住院费用(50.00)	1
流程维度(40)	医疗质量(医师)(100)	医疗文书书写质量(16.67)	6.7
		入院三日确诊率(13.33)	5.3
		危重病人抢救成功率(13.33)	5.3
		医患沟通(13.33)	5.3
		诊治关键环节控制(16.67)	6.7
		(抗菌)药物合理应用(13.33)	5.3
		无医疗安全事件(13.33)	5.4
	护理质量(护士)(100)	护理表格书写合格率(23.33)	9.3
		护理技术操作合格率(23.33)	9.3
		基础护理合格率(16.67)	6.7
		急救物品完好率(16.67)	6.7
		器械物品消毒灭菌合格率(20.00)	8
学习与成长维度(15)	学习(30)	学历(33.33)	1.5
		职称(33.33)	1.5
		进修学习(33.33)	1.5
	成长(30)	执行力(50.00)	2.25
		问题整改(50.00)	2.25
	发展创新(40)	教学(25.00)	1.5
		科研与论文(25.00)	1.5
		新业务开展(50.00)	3

二、个人平衡计分卡应用案例

（一）绩效考评

依据该考核体系，科室对每位员工的工作情况定期进行绩效考核，结果与奖酬挂钩；帮助员工找出问题，制定改进计划；鼓励良好的行为及工作方法，提高科室整体绩效及竞争力。

（二）个人发展进步

科室员工不仅仅是产能的资源，其也有着自身的发展需求，尤其是青年员工有着不断提高知识结构和业务能力的迫切需求。把这样的需求和绩效管理有机地联系起来，就能形成与医院、科室的共有价值观，在工作中形成个人的自我实现。平衡计分卡诠释战略、多维度逻辑支撑量化管理正是这样一个适合的工具。

（三）维度指标及权重的动态调整

重庆九院从2004年开始在平衡计分卡指导下进行规范化科室建设，逐渐地引导着科室主任对员工的全面管理。以重庆九院呼吸科为例，可以看到该科室对员工的管理发展状况（见表12-2）。

（1）随着医院战略发展及阶段性目标的变化，医院对科室BSC各项、各级指标必然有所调整，科室对个人BSC指标权重亦随之发生变化。

（2）2008年较2004年一级指标中提高了财务及流程层面权重，表明院、科两级强调以“优化内部流程，规范诊治，实现医院经济效益和社会效益平衡”为工作重心。

（3）随着我院教学工作的开展和专科深化强调科室内涵的建设，从2010年起逐渐加大了学习与成长维度的权重。

表12-2 重庆九院呼吸内科——个人平衡计分卡一级指标权重调整对照

	财务维度	患者维度	流程维度	学习与成长维度
2004年	34	22	22	22
2008年	40	5	40	15
2012年	36	5	40	19

三、案例效果

重庆九院呼吸科自2005年以来，针对个人实施BSC五年，全科医护人员的精



神面貌发生了很大的改变。大家都积极主动地工作、学习。

（一）科室进步发展

1. 经济指标

2009年较2005年年收入增加58%，成本降低20%，平均每位患者医疗成本降低17%，病床使用率接近100%，病床周转次数提升约10%，诊疗收入占总收入的比例提升15%。

全科医护人员积极参加进修、学术会议、继续教育、在职深造、科研、新项目新技术开展及本科生大课教学等，不断提升自己。科室整体职业素质及竞争力亦同步提高。

2. 患者满意度

门诊病人满意率大于95%，住院病人满意率大于98%，病人有效投诉率小于0.001%。

3. 流程质量

严格遵守各项医疗规章制度，狠抓病历质量，控制内部流程，严防医疗事故与纠纷发生。自2005年至今，科室十余次被评为院“规范化科室”，并获得院“示范性科室”的光荣称号。

4. 综合发展

BSC用于科室管理的五个“有助于”：有助于目标清晰、明确，将科室的战略目标转化为具体、可量化的执行语言，且指标前置使大家的医疗行为目的性更加明确；有助于科室业绩整体最优，避免了工作重心阶段性失衡；有助于考评可控，使用BSC对员工进行绩效考核既克服了管理者的随意性，又使被管理者更容易接受，达到科内充分和谐、团结；有助于信息沟通，业绩报告直观、准确地反映员工工作情况，便于上、下级间信息畅通；有助于动态、持续修改行动方案。

（二）临床科室主任应用平衡计分卡对员工进行管理

临床科室主任应用BSC对其员工进行管理应用时，应处理好以下几方面的工作，以实现对BSC的有效利用。

1. 争取领导和科室医务人员的支持

临床科室主任应用BSC对其员工进行绩效评价，这是一个系统工程，涉及面广，必须要有医院院长及其领导班子人员的大力支持，广大员工的通力合作，才能很好地将其推行实施。临床科室主任应用BSC对其员工进行绩效评价，必须有全体员工的参与才能成功。它的实施涉及医院领导、科室领导和科室员工，科室

BSC 的实施应从医院领导开始，逐级向下宣传贯彻，医院领导在其中的主要作用是从总体上把握科室战略，并为科室提供政策和资源配置等方面的支持，医院领导具备进行战略选择的决策权。而且高层管理人员对BSC 项目是否认同，是真正决定BSC 项目成功与否的关键。科室领导对本科室业务有全面的了解，是实施BSC 的核心，是能够抓住科室BSC 成功的关键因素，他们在沟通医院领导战略意图和医务人员意见之间起着不可替代的作用。医务人员对科室的职能领域有着深入细致的理解，他们能够把战略问题与自己的工作联系起来，所以医院战略最终要落实到医务人员工作中。

2. 开展教育与培训

BSC 是一套战略管理工具，它涉及一个组织的方方面面，推行BSC 是一场非常复杂的变革管理过程，必须有足够的沟通教育、互动讨论，让每位员工都认可并主动积极地支持变革。在应用BSC 的初期，应该有充足的时间来设计一个综合的面向医务人员的BSC 课程，包括BSC 的产生背景、实施目标、典型问题、成功范例和项目细节等，否则会导致科室内部协调性较差。

3. 共有价值观与战略

加强了科室与医院战略、愿景的联系。通过绩效考核，正确处理个人BSC 与科室BSC 的关系，有利于共有价值观的形成。

4. 加强科室内部人员的横向协调

能否在激烈的竞争中赢得优势，让患者选择科室的服务，关键是看科室流程的反应能力如何，而流程反应能力关键是看各科室的协作能力。因此，在应用BSC 之前，科室主任必须先对业务流程进行优化，以保证各员工间的协同作战，保证最大限度地满足患者要求。临床科室主任应用BSC 对其员工进行绩效评价，不是让员工以自我为中心，而是要求科室以医院的愿景和战略为目标，以患者为中心，通过加强科室内部沟通与教育，利用各种不同的沟通渠道，提高科室内部人员间的横向协调，让医务人员知道医院及科室的愿景、战略、目标与绩效衡量指标，提高科室员工绩效，满足患者需要。

5. 改善和提高绩效指标

临床科室主任应用BSC 对其员工进行绩效评价。首先，应重点考察指标体系设计是否科学、是否能真正反映科室的实际情况；其次，要清楚BSC 最主要的功能是“转化战略为行动”，连接制定战略与绩效指标间的缺口，从战略愿景开始，考虑四大层面，作为贯彻战略的工具。在实际应用过程中，科室主任需要综合考虑所处的行业环境、自身的优势与劣势以及所处的发展阶段、自身的规模与实力等。



BSC必须“量身定做”，科室主任要按科室实际情况的不同对其分别设计，由于目标不同，绩效指标也各不相同。除此之外，要时时考虑评价体系中的不全面之处，以便补充新的测评指标，从而使BSC不断完善，只有经过反复认真的指标改进才能使BSC更好地发挥作用。最后需要特别说明的是，要达到和用好个人BSC与医院、科室的战略协同作用，科室主任必须有较大的针对科室员工的考核绩效基础上的分配权力，否则个人BSC就形同虚设。

总之，临床科室主任应用平衡计分卡从多方位对其员工进行绩效评价，实现了考评主体多元化，改变了员工绩效评价长期单一化的现况，将考评主体扩大化，为科室发展注入一种“平衡观”，有助于促进科室内部员工的交流，调动科室员工工作的积极性与主动性，提高科室核心竞争能力。

（作者：秦蓁　朱小玲　郑万会）

导读：

前面已述及医院个人平衡计分卡的设置与科室的战略目标和个人发展自我实现相关。那么，从整个医院的人力资源战略角度出发，如何将平衡计分卡贯穿落实在医院人力资源建设中？

第十三章 平衡计分卡与医院人力资源管理

CHAPTER 13

第一节 平衡计分卡在医院人力资源管理中的运用现状

一、平衡计分卡在国外医院人力资源管理中的运用现状

平衡计分卡在医院管理的运用相对其他组织稍晚些。1997年起才在美国、欧盟等国家的医院使用了平衡计分卡管理系统。1997年美国密歇根州的医疗机构(Butterworth和Henry Ford)开发了用于医疗机构的平衡计分卡，包含四个维度：患者满意度、临床结果、卫生财政状况、成本。[①]1998年杜克大学医疗服务系统为改进医院的管理，使用了平衡计分卡，同年杜克大学儿童医院为了缓解财政方面的压力，降低病人的住院费用，缩短住院时间，提高病人和内部职工的满意度，引进了平衡计分卡管理系统。到2000年时，单病例费用从15,000美元降至10,500美元，从年亏损1,100万美元到年盈利400万美元；病人满意度提高了18个百分点，平均住院日从7.9天降至6.1天；在不裁员的情况下成本降低了2,900万美元，儿童服务和管理团队工作的满意度增加了45%，取得了显著的成效。2001年，美国卫生资源和服务管理组织成立了一个专门的平衡计分卡咨询服务机构，为本地区的乡村医院提供关于运用平衡计分卡的相关问题的咨询和帮助。[②]从2004年到2007年2月，大约12家乡村医院建立了平衡计分卡管理系统。2004年，荷兰卫生福利和运动部的决策者启动了一项借用平衡计分卡制定全国卫生系统绩效评价

①陈雷，王瑞，刘玉秀.平衡计分卡及其在医院管理中的应用进展[J].医学研究生学报，2008，21(1)：104-107

②包品红，唐颜，陈珊茗.平衡计分卡在医院人力资源绩效管理中的应用现状与前景展望[J].现代医院，2008，8(12)：113-116

指标体系活动，目的是提高国家卫生系统的绩效水平。[①]

二、平衡计分卡在国内医院人力资源管理中的运用现状

平衡计分卡引入我国医院时间较晚，目前还处于刚刚起步阶段。2000年，我国台湾的荣民总医院和长庚医院开发了医院绩效管理的平衡计分卡。2001年，台湾马偕纪念医院使用了平衡计分卡管理系统，不但保留了传统的财务衡量绩效观念，还重视顾客、内部业务流程、学习与成长、社会承诺等非财务指标，并取得了较好的成绩。2003年，高雄荣民医院为整合各项资源，以平衡计分卡建构荣民总医院的绩效管理制度。2002年，北京中日友好医院采用平衡计分卡，将医院近期收益和取得长远绩效相结合，强化内部管理和优化外部服务相结合，建立了一套基于科室绩效评价的医院绩效工资分配模式，初步发挥了绩效激励的作用。2003年，上海曲阳医院，在由公有制医院转为民营非营利医院的过程中，运用平衡计分卡设计了医院、科室两级平衡计分卡衡量指标体系，其中包括四个维度10个衡量指标，2005年2月，又设计了关于评价院长的平衡计分卡指标体系，经过两个阶段的运行，医院业务收入、住院率明显上升。四川省雅安市某医院在2004年设计并实施医师平衡计分卡，将平衡计分卡的四个维度分解成27个评价指标，并在此基础上综合计算出医师的绩效得分，且将其与绩效酬金挂钩，结果表明医师平衡计分卡能够把医院愿景通过战略转化为具体评价指标，调动了医师的积极性，提高了医院的整体绩效水平。[②]重庆市第九人民医院于2004年开始运用平衡计分卡管理工具进行经营改革的探索，从财务、病人、内部流程以及学习与成长四个层面设立医院层面的平衡计分卡，共形成13个实践指标。通过实践，初步发现平衡计分卡能有效地解决目前医院绩效考核的某些弊端，在一定程度上控制了医疗费用过快增长。[③]除此之外，九院还对平衡计分卡用于社区卫生服务中的绩效管理、医院行政后勤的成本费用控制等方面进行相关研究。以上关于平衡计分卡在我国医院绩效评价的研究都还处于探索阶段，但他们的研究成果对其他相关研究具有一定的参考价值。

---

①陈雷，王瑞，刘玉秀.平衡计分卡及其在医院管理中的应用进展[J].医学研究生学报，2008，21(1)：104-107

②赵京生，李林，朱茜.平衡计分卡在我国医院管理中的研究、应用及挑战[J].中国医院管理，2007，27(12)：79-81

③张培林，冯泽永，朱小玲等.运用平衡计分卡促使医院科学发展的实践探索[J].医学教育探索，2006，5(5)：433-436

第二节 平衡计分卡用于医院人力资源管理中的依据与思考

一、平衡计分卡用于医院人力资源管理的依据

（一）平衡计分卡的理念与作用符合医院的性质与目标

医院作为社会卫生事业的重要组成部分，要以社会效益为首要目标，一切应从病人的利益出发，坚持全心全意为人民的健康服务，同时还要兼顾经济效益，不断提高医疗质量，改善医疗服务，提高医院整体绩效，实现社会效益和经济效益双赢的局面。传统单一的医院财务指标绩效考核方式，注重短期行为、结果性的评价，不能全面、综合地衡量医院的整体绩效，从而阻碍了医院健康持续的发展。平衡计分卡是一种有效的战略管理工具，从财务、客户、内部业务流程、学习与成长四个相互平衡的角度评估医院绩效，更多地关注客户、业务水平、学习与成长等反映医院潜力的指标，注重医院长期的发展，使医院战略管理与绩效评价紧密结合，从而提高医院核心竞争力，确保医院战略目标的实现。

（二）通过平衡计分卡在医院人力资源管理中的运用促进医院的发展

1. 平衡计分卡在医院战略管理中的作用

平衡计分卡是一种战略管理工具，没有以战略为基础的平衡计分卡只能成为一个关键绩效指标或利益相关者系统，与一个真正的平衡计分卡能带来的效益相差甚远。通过平衡计分卡对医院绩效进行全面的评价，可以帮助医院分析出哪些是完成医院战略的关键成功因素，哪些是评价这些关键成功因素的指标，促使医院员工完成目标。平衡计分卡的战略管理功能主要体现在以下几个方面[①]：①医院战略的设置及整个医院的员工对战略达成的共识；②在医院中关于战略的沟通；③医院、科室以及个人目标的联接；④财务与非财务指标、短期目标与长期战略目标、结果性指标与驱动性指标、领先指标与滞后指标、外部与内部群体之间的平衡；⑤通过反馈与学习及时修正战略与目标。

2. 平衡计分卡对医院绩效管理的积极作用

绩效管理是人力资源管理的核心部分，通过管理者与员工的持续沟通，使员工明确医院的使命、战略，并根据医院的战略制定个人的目标、任务，运用绩效管理工具对员工的工作绩效进行评价，以促进员工个人绩效的提高，从而实现医院

①张超武.战略性人力资源管理与平衡计分卡[D].南昌：南昌大学，2005

整体绩效的提高。[①]绩效管理能否起到应有的作用，关键取决于医院绩效评价指标体系的设立是否合理、是否具有可操作性。平衡计分卡是以战略为基础的绩效管理工具，通过财务、客户、内部业务流程和学习与成长这四个维度，把医院的战略目标逐层分解成具体的、具有可操作性的科室以及个人目标，使科室、个人目标与医院战略保持一致，充分调动员工的积极性和主动性，引导他们关注于自身的工作绩效，从而促进医院战略目标的早日实现。把平衡计分卡引用到人力资源管理中为人力资源管理的实施提供了战略方向，避免出现人力资源管理脱离医院战略目标而独自运行的危险。

3. 平衡计分卡对医院薪酬管理的积极作用

薪酬管理是人力资源管理的重要内容，也是医院的信号系统，具有信息传递、激励、维系医院与员工关系等功能，是实现医院战略目标的强力工具。无论是基于哪种理论设计的绩效评价指标体系，若不能和薪酬分配管理相结合，其在医院绩效管理中的作用就微乎其微。医院应建立合理的薪酬体系，将员工完成平衡计分卡的情况与员工奖金发放、晋职晋级、教育培训等进行合理挂钩，形成有效的管理回路，激发员工的热情和潜力，最大限度地开发和利用医院的人力资源，从而提高整个医院的绩效水平。

二、医院在运用平衡计分卡时面临的挑战和障碍

（一）战略不容易被接受和理解

战略管理是对战略进行分析、制定、评价、实施和控制的过程，由于在医院的起步时间比较晚，很多医院在发展过程中忽视了战略管理，错把医院计划当作医院的战略，使医院的发展偏离了医院的使命、愿景和战略。[②]战略的制定往往局限于医院的高层管理者，医院职工未参与到整个战略制定的过程中。战略制定后，医院管理者没有向医院职工进行战略的解释和宣传，很多医院员工都不清楚本医院的愿景、战略，员工在日常实际工作中无法用战略指导自己的工作，使科室、个人的目标与医院战略脱节，不利于平衡计分卡在医院的实施，从而影响医院的整体绩效。

（二）难以建立平衡计分卡绩效评价模式

（1）部分指标的筛选与量化比较困难。平衡计分卡指标体系的构建需要在大

①刘丰收.平衡计分卡在企业绩效管理中的应用[D].北京：首都经济贸易大学，2004

②陈雪松，韩秀华.平衡计分卡和关键成功要素在战略管理中的运用与整合[J].西安交通大学学报(社会科学版)，2003，23(3)：32-37

量可供选择的评估战略的指标中进行筛选、分析，财务指标的筛选相对比较容易，而客户、内部业务流程、学习与成长等非财务指标的筛选就相对比较难一些；对于部分很抽象的非财务指标的量化工作也非常困难，如员工的发展潜力、员工受激励程度等。

(2)如何保证平衡计分卡四个层面(财务、客户、内部业务流程、学习与成长)的价值主张和衡量指标处于一种“平衡”状态，彼此不冲突，是使平衡计分卡发挥有效作用的关键。

(3)难以明确指标体系之间的因果关系。由于指标数量过多、关系过于复杂，需要花大量的时间去寻找、分析指标之间的因果关系，只有具有正确的驱动因素，才会产生正确的结果。

(三)建立和运用平衡计分卡需要耗费大量的时间及资源，成本较高

平衡计分卡的特点之一是全面，但这又带来了一些问题。

(1)建立和运用平衡计分卡需要较长的时间。[①]一份典型的平衡计分卡通常需要4～6个月去编制，5～6个月去执行，另外还需几个月去调整结构，使其规范化。从而总的开发时间经常需要一年或更长。指标体系建立后，医院需要花费大量的时间与员工进行沟通，使医院员工从上到下都明白并且理解平衡计分卡。当医院战略目标发生变化时，必须对平衡计分卡进行调整，使之适应新的战略目标，因为保持平衡计分卡随时更新与有效需要耗费大量的时间。

(2)无论是战略的制定、实施、调整，还是衡量指标的取得、量化、分析，都需要大量的人力、物力资源。平衡计分卡要求医院从财务、客户、内部经营过程、学习和成长四个方面考虑战略目标的制定、实施，并将战略转化成个人目标，这个过程耗费大量的精力，而且从始至终都需要全体员工的积极参与和配合。

(四)要有一个较好的信息支持系统

医院的信息化能力与平衡计分卡实施成功与否具有密切关系，信息的数量与质量会直接影响医院实施平衡计分卡的效果，如果收集的信息不完善将会使衡量指标过于粗糙或不准确，从而无法真实地反应医院的绩效，导致平衡计分卡不能正常发挥其应有的作用，伤害医院全体员工的积极性。然而在实际工作中，要保证信息收集的广度、精确度是很难的。[②]对内部经营过程、学习与成长等维度的指标的收集是很难的，而且有些指标还很难量化，如员工受激励程度方面的指标，需

①石翠红.平衡计分卡研究———种新兴的综合业绩评价体系[D].南京：南京理工大学，2003

②吕建昆.平衡计分卡法在医院绩效评价中应用的思考[J].医学与社会，2007，20(10)：44-46

要收集大量信息，并且要经过充分的加工后才有实用价值，这就对医院信息传递和反馈系统提出了很高的要求。因此要具有较好的信息支持系统，平衡计分卡才能发挥应有的作用。

第三节　建立适合自身特色的平衡计分卡指标体系

每个医院都有自己独特的管理风格、组织文化和资源背景，且其所处的竞争环境和发展阶段也不同，因此需要不同的战略目标，如果盲目地模仿或者复制其他医院的模式，不但无法充分发挥平衡计分卡的优势，还会影响其对医院业绩的正确评价。

医院按性质的不同可分为营利性医院和非营利性医院，因而，它们在指标和权重的设计上就会各有侧重，营利性医院的财务指标相对会比非营利性医院的财务指标所占比例大。综合性医院和专科医院在指标和权重的设计上也都会各有侧重，专科医院的指标体系会注重其专科特色。因而我们应该根据自己医院的实际情况，开发出适合自己医院特色的人力资源平衡计分卡绩效评价指标体系。

（作者：李春菊*　冯泽永**）

---

* 四川省绵阳市中心医院

** 重庆医科大学

导读：

医院的公益性定位与医院的实际市场性运行产生矛盾碰撞，使得医院院长们需要找到在医院经济成本支撑运行和公益性任务目标体现上的结合点，找到在补偿不足和不能过度“创收”上的平衡点。平衡计分卡管理可以在一定程度上解决这个问题，随着将来医院的补偿机制逐步到位，也能为其梳理出医院绩效管理的关键指标。

第十四章　平衡计分卡与绩效管理

CHAPTER 14

第一节　时代背景

医疗卫生机构与单位激励绩效分配制度改革是在我国医疗卫生事业改革发展的大环境下形成的。

一、计划经济时期

如前述，从新中国成立到1985年这段时间里，公立医院作为公共卫生事业的主体单位，其医疗服务定价、医院发展、医务人员的成本等，均以计划经济形式由政府统一解决。医院医疗卫生服务以确保绝大多数居民能够看得起病的社会公益性质为目标。医疗机构实行统收统支的财务管理，其收入全部纳入各级财政预算，所需的各种经费，包括医疗机构的人员工资和基本建设经费等等，则通过财政预算专列的“卫生事业费”和“卫生基建费”获得。[①]此时期在企业实行八级工资制度，在事业单位实行行政级别工资制度，没有另外的奖金，也就是以“大锅饭”为特色的计划经济工资制度。从1978年到1985年，随着我国经济建设的逐渐恢复，企业一定程度地实行工资浮动并将其作为绩效奖励；事业单位的工资有所增加。医疗卫生单位，也在1979年的“运用经济手段管理卫生事业”和1981年的《医院经济管理暂行办法》中，逐渐开始了对经济管理和绩效工资实施的认识。

二、社会主义市场经济改革时期

1985年，十二届三中全会《关于经济体制改革的决定》拉开了我国走社会主义

①葛延风，王晓明.对中国医疗服务体系建设和有关改革的反思与建设[R].北京，2005

市场经济的发展大幕，中国的经济发展进入了一个伟大的新时期。无论是国家经济的发展，还是民众的生活水平，都已经发生了翻天覆地的变化。在伴随着经济体制改革走社会主义市场经济发展道路的同时，我国开始强力运用经济手段管理卫生事业，并有一系列文件要求公立医院向着“市场性”方向运行，随着政府投入减少（在2001年，政府在卫生事业总费用中的投入小于GDP的1%），在中国大部分地区医务人员的基本工资、医院维持运转的基本费用，逐步变为主要由医院自己在“医疗创收”中获得，用创收完成医院医疗卫生事业的公益性、人道主义目标以及维系医院生存。在政府的“分科核算”推动下，公立医院促使绩效制度的建立成为经营管理的热点。

三、新医改时期

从2005年起，党和政府再次明确了医疗卫生事业的公益性；2009年开始为期三年的新医改方案；至2011年，新医改方案“五项举措”的推行，在基本医疗服务体系、基本医疗保障、公共卫生服务建设上有了较为明显的改善，基本药品制度和公立医院改革也有了一定程度的推进。

2011年，基本医疗保障已经覆盖了95%以上人口，构建起世界上规模最大的基本医疗保障网；基本药物制度实现基层全覆盖，并实行零差率销售；全国基层医疗卫生机构达到91.8万个，包括社区卫生服务机构2.6万个、乡镇卫生院3.8万所、村卫生室66.3万个，床位123.4万张。政府卫生支出占卫生总费用从2001年的15.9%上升到2011年的30.4%，居民个人现金卫生支出占卫生总费用从2001年的60.0% 下降到2011年的34.8%。政府卫生支出占GDP比重由2001年的0.73%上升到2011年的1.54%。

随着新医改的推行，在基层医疗机构实行了收支两条线管理，其绩效采用了基础工资（约70%）、绩效工资（约30%）的管理方式。在综合性公立医院，由于政府投入占其总收入不足7.5%，尚不够医院支付应由政府出资的支出，故目前医院运行成本支撑仍然主要依靠医院的经营收入。

公立医院改革尚在探索之中，其正在试点的取消药品差价补偿收入、医保付费支付制度改革和医疗服务价格调整等举措，会影响到医院绩效管理方式与内容。

第二节 引入平衡计分卡前我院在绩效工资方面所做的改革尝试

一、背景

重庆市第九人民医院位于重庆市北碚区缙云山下，其前身是由著名的爱国实业家卢作孚先生于1927年创立的峡区地方医院，在抗日战争时期，江苏医学院曾搬迁于此。新中国成立后将其更名为重庆市第九人民医院，并沿用至今。

在1997年以前该院归属于重庆市卫生局管理，由市财政支撑。1997年重庆成为直辖市后，把包括重庆市第九人民医院在内的四家市管医院下放到其地区级财政、区级卫生局管理。

当时重庆九院的资产规模、业务用房、医疗装备、专业学科、技术人员和医疗服务量等（见表14-1）与重庆市的教学医院相比差距较大，和市级其他综合性医院比较也相对较差。北碚区处于主城区边缘地带，距离医科大学附属医院较远，其业务技术实力远不能和这些医院竞争，加之设备仪器、技术人员、学科设置不足等原因，使重庆九院下放到区级管理。

表14-1 1997年~2012年 重庆九院有关数据比较

项目/年份	1997年	2012年	年均发展速度
固定资产总值	0.51亿元	4.4亿元	18.57%
医疗装备值	0.1亿元	1.36亿元	13.33%
建筑面积	1.0万平方米	8.1万平方米	19.27%
学科	23个	47个（病种全覆盖）	
重点、特色专科	1个	8个	
副高职称	33人	191人	
硕士、博士学历	0人	186人	
科研	3项	11项	
教学	本科实习教学护校	本科大课教学、硕士生、本科、大专生实习	
服务区域人口	50万	400万	
门急诊人次	15万	58万	9.32%
住院人次	0.8万	4.2万	10.64%
总收入	0.43亿元	5.1亿元	17.62%
医院级别	二甲	三甲、区域医疗中心	

重庆市北碚区的经济状况在重庆市主城区排名靠后，辖区内又没有市级及以上的医疗单位，有限的财政资源不能给全区医疗单位足够的经济支撑，与重庆其他主城区的渝中区、沙坪坝区比较，其卫生负担对区财政而言是一个“小马拉大车”的状况。

所有上述情况给重庆九院的干部群众提出了严峻的挑战：重庆九院将如何发展？

二、历程

（一）思考分析

医疗卫生机构是一个知识密集、技术高端、人才集聚的单位，其发展轨迹应该是：技术—服务—机制—品牌—文化。而对于重庆九院而言，这条路应该怎么走？

技术领先需要大量资金购置仪器设备、引进和培养人才。在资金条件方面，重庆九院不可能有大量资金来购置装备，人才短期内无法引进，这需要相应的工作平台和资金待遇条件。医院基础软硬件较差且需要用钱的地方很多，地方财政不能给予较好的资金支持。因此，技术发展领先之路是重庆九院无法进行的第一选择，所以对常见病、多发病的医疗市场，是中等医院应切实抓好的一项工作。

此外，医院是国有医院，是从计划经济下一直走过来的机制结构，其与当时的企业单位一样，具有所有计划经济中吃“大锅饭”的弊病。而医院的国有性质、体制不能改变。由于本院本身历史的原因，即“自己的孩子自己养”；以及在新的环境要求下，医疗服务市场化中存在如何解决竞争性建设、人力资源建设、医疗服务成本效果控制等一系列问题。

（二）战略举措

面对体制不能改变的情况，确立抓好常见病、多发病市场，从改变机制入手是重庆九院差异化改革发展战略的路径，其先后采取了：①激励绩效考核制度改革；②医疗资源优化重组；③健康教育与促进战略与执行；④学习型组织构建医院文化；⑤三甲医院兴办社区卫生服务等一系列改变医院管理运行机制战略举措。

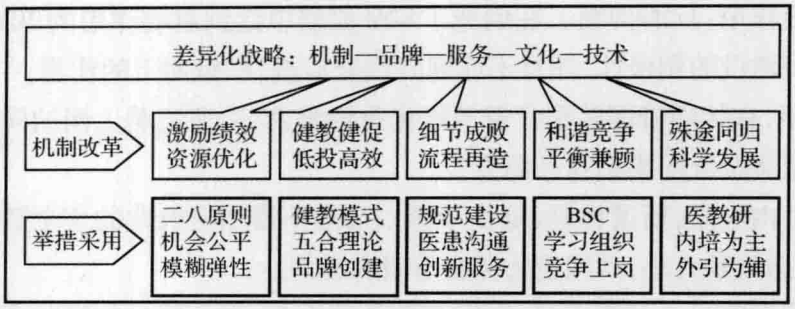


图14-1 重庆九院差异化发展战略举措

（三）激励绩效分配体制改革

与其他医院一样，在当时的环境下，政府财政对医院的投入严重不足，为适应这样的状况，获得生存与发展，重庆九院在激励绩效分配体制改革上逐渐采用了：

1. 分级奖励制度

医院从1990年开始，以一定程度的业绩评价，将奖励分为甲、乙、丙三个等级，其相应奖金分别为9元、8元、7元。尽管这种被动实施的没有多少差别的奖励制度，实际上也是计划经济中“求均”“求平”的观念表现，但是在实践中起到了开始进行多劳多得的绩效改革的引导作用。

2. 系数奖励制度

随着政府的拨款从原来的全额到差额、到项目拨款，到基本不拨款的状况，医院需要依靠经营收入得到发展，同时为进一步推动积极性，鼓励多劳多得，也遵循卫生部要求，对临床医技科室进行分科核算，结余分成，并依据不同职称、职务、工作年限设置系列系数，由此进一步实现按照贡献、责任、和一定程度的工作效果体现差别。从某种程度上讲，这也是真正由被动到主动地接触到绩效管理较为实质的内容，开始对医院的发展起到了一定的推动作用。而在系数奖励制度中，在同样系数的状况下仍然是“大锅饭”状态，无论其贡献大小，只要系数相同，其分配所得就相同。显然不能较为真实地反映多劳多得而达到调动个人积极性的目的。

3. 二八原则、模糊弹性、全面成本管理

绩效奖金系数奖励制度的执行是以一种公开发放的形式执行，即其奖金分配的决策、过程、数额均为透明，每个员工奖金报酬均可互知，其优点是奖酬与绩效关系完全公开，可减少管理人员主观误差。但其缺陷是公开发放会使员工主观上产生“不公平”感；给员工造成心理压力：优秀员工在“非正式组织”中会有一定程度的抵制，不想其积极优秀有违背进取、进步、贡献、服务的本意；而非优秀员工被公开其低奖金的状况，使其觉得难堪，甚至自卑。因此这样的结果是失去了激励

绩效的积极作用，反而抑制了在创造了80%业绩中起到重要作用的20%骨干对推动医院发展建设的积极性，并且不能起到改变后进、积极向上的作用。

1995年，在伴随着医院医疗资源优化重组整合、科室竞聘上岗的同时，重庆九院开始实施奖金分配模糊弹性制度。

其核心内容是：所谓模糊，是指平级人员间不需知道彼此的奖金数额；所谓弹性，是指依据贡献大小，其相应的奖金有较大差距。

在当地政府投入严重不足、医院基础条件太差、骨干较少的特殊背景下，为求得我院适应性的科学发展，绩效管理应倡导：重机会公平优先而不是分配数额公平优先；按照“二八原则”，20%的骨干要贡献单位80%的工作质量和工作数量，分配就应该向这些骨干倾斜，从而对员工起到积极争先进步的鼓励作用。为使较高收入者不受嫉妒，较低收入者不被鄙视，平级人员间奖金额度应模糊，但上级知道下级的额度；一个系统内分配额度可以有3~5倍的差距，有条件的可以达到8~10倍。分配的发放数额由院长、纪委书记和总会计师按照这样的原则和模式执行。分配的原则和模式需经过职代会通过。

其操作上是：观念先行，认识到位；决策经过职代会通过，规范化操作；纪委全程监控，且每个人具体的奖金数目保密互不知晓。模糊弹性激励绩效制度实施初期，个人奖金上下浮动20%，半年以后达到40%。随后，在医院原则性文件的基础上，授予科室主任在个人奖金分配上更大的责任和权力，各个科室根据按劳分配，多劳多得的原则，个人奖金不再受40%的限制，并可提取奖金总额的5%作为科室主任基金，是科室的特殊奖励。而科室主任的奖金则由医院发放，避免科室主任在科室里面的奖金中有个人利益和过多的主观趋向。

1997年，在上述基础上引进了全面成本管理概念，以医院战略目标制定相应规划，实行战略成本管理，在当时财务系统规定的核算项目下，对各个科室进行了全面成本管理，促使了“战略—绩效—成本”管理一体化的逐步形成。[①]

三、效果

重庆九院的激励绩效分配体制的改革与其他改革举措并进，相辅相成，成为推动医院发展的关键动力之一，使医院呈现出蓬勃生机和活力。

（一）员工思想观念转变

这是最为重要的改革效果，是构成医院和谐竞争的基础。员工从计划经济的“大锅饭”分配公平状况下，到适应每个人都追求进步，多劳多得的机会公平；从

①张培林，朱小玲.分配制度改革是推动医院发展的关键动力之一[J].中国医院，2005(10)：29-31

“要我干”转变到“我要干”，医院凝聚力得到提升；人才外流彻底得到控制，无论是引进人才，还是本土人才都得到了自我实现，其构成了学科建设发展的基础。“模糊弹性”“二八原则”理论的实施，以及收入为个人隐私，不应相互打听的执行，使得强者（高收入者）感到荣耀，并得到隐私保护；给弱者（低收入者）尊严的保护，并有机会争取成为骨干，转化为强者，培育出情系民生、追求卓越的医院文化。

（二）医院综合实力不断提高

在系列改革举措的推动下，在绩效分配制度科学的激励下，从1997年到2005年，医院实现了三大发展：一是从一个区管医院发展成为重庆北部区域医疗中心；二是从一、二级医院高速发展为三级甲等医院；三是医院的改革发展举措为全国做出了重大贡献。在此段时期里，医院的总资产增加了近6倍，业务用房增加了3.5倍，医疗业务收入增加了近4倍，门诊人次数增长30%，住院人次数增加了85%，“120”出诊增加5倍。

（三）医院品牌形象不断提升

医院服务的精神面貌和实质内容的改变，得到了民众的认可，老百姓到医院就诊人数明显增加，对医院的信任度大幅提升。医院也获得了行业管理、市区各级领导的认可和肯定。到2005年，医院获得：“卫生部国际紧急救援中心网络医院（2000年）”“中国医疗卫生改革发展与基本形势优秀成果奖一等奖（2001年）”“全国健康促进示范医院（2004年）”“全国医院文化建设先进单位（2004年）”“全国学习型组织先进单位（2005年）”“重庆市文明单位”“重庆十佳医院”等数十项荣誉称号；中央电视台、香港卫视以及《求实》《半月谈》《人民画报》《健康报》《中国日报》《世界日报》等多家媒体进行了专访和报道。这些品牌荣誉的获得，又进一步增强了医院干部群众的工作热情。

第三节　引入平衡计分卡后我院在绩效工资方面所做的改革尝试

一、背景

在政府投入极少的情况下，重庆九院的差异化发展促成了其在2003年成功创建成为三级甲等医院，2005年重庆九院自筹资金新修建病房大楼落成使用，其三级甲等医院的标准和硬件和装备的改善，标志着医院进入到一个新的历史时期，那么，医院新的任务与目标是什么？与之相适应的战略举措和执行又是什么？

我国医疗卫生事业的改革进入到一个新的时期，在政府投入严重不足情况下的“市场化”医疗卫生服务明显暴露出其不利因素，国务院发展研究中心课题组的研究报告显示：2003年非典型性肺炎的肆虐，暴露了基本医疗和公共卫生系统的薄弱；70%的医疗资源集中在城市大医院，而以前具有中国特色的农村合作基础医疗服务体系，由于没有资金技术的支撑几乎全面崩溃；普通民众，尤其是农民、下岗职工在巨大的医药费用自付比例下，因病致困、致贫，乃至有病拒医、拒绝住院已经成为常态，民众的“看病难、看病贵”的呼声越来越高；而公立医院在政府投入严重不足、物价上涨、医疗服务项目成本长期不真实的情况下经营亏损，甚至债台高筑，医务人员的高知识学习经历、高技术职业培养、高风险职业压力下的待遇没有真正体现，出现了政府、民众、医院及医务人员均不满意的状况。①

二、思考分析

重庆九院面临着这样的医疗卫生改革发展外部形势，也面临着医院经过数年的艰苦奋斗，正处在上升的关键时刻，医院既要从医疗服务经营中获得资金以保障医院运行、学科建设，又要完成公益性人道救助任务，其除了承担离退休人员的福利待遇，还要承担支付因基础建设而出现的还贷付息，并要解决长期以来医院职工为医院建设发展奉献所需要的精神、物质、文化需求。

随着软硬件提升、市场扩大、医院高速发展，如何在院内解决医疗与预防、临床与行政、医疗行为与成本可支撑、近期目标与远期后劲发展等状况的平衡管理；如何与政府目标、患者需求、当地经济状况相结合，克服医疗体制改革中机制矛盾，兼顾平衡实现公益性社会责任、医院科学发展进步和员工的物质和精神文化需求的战略愿景？如何将卫生主管部门的“等级医院评审”“医院评价指南”等目标要求与医院可支撑成本下有所作为、结合一致？因此，寻求科学有效的管理理论，建立相适应的绩效管理系统势在必行。

新医改以来，公立医院的改革面临的问题正如时任卫生部部长陈竺所说：“比投入不足更重要的问题是机制与体系的问题。”新形势下，公立医院的管理、绩效评价如何进行，目前没有固定、标准、科学有效的模式。管理工具或者理论已有很多，在中国公立医院也有实施的，如：①ISO 9000族系列：是对质量流程精细化、标准化管理，但未能回答医院公益性责任成本等因素；②学习型组织：是从共有价值观建立、不断学习、获得可持续发展出发，构筑团队发展的进步模式管理，对医院的高技术要求、复合型知识结构构建有着很大的意义，但这不能直接解决精细量

①国务院发展研究中心课题组.对中国医疗卫生体制改革的评价与建设(概要与重点)[R].北京，2005

化的医院经济管理问题；③价值链管理：是从流程管理出发，以“所有增加价值的步骤”形成的组织管理模式，其与医院的公益性实施和价格控制性管理有相当多的矛盾；④360度考核评估：是一种事后多角度反应性绩效管理，管理过程的指标相关性考核未能有效体现；⑤德国的KTO（医疗透明制度标准委员会）管理：对于全民参加医疗保险并享受免费医疗的国家适用，在我国医院的阳光收费、一日清单中已有所体现，但是其成本支撑在中国公立医院无法体现。这些著名的管理工具对医院管理来讲有着某些方面的实用意义，但是在目前中国卫生经济和医院的实际情况下，尚不能解决医院如何在成本可支撑运行下实现战略执行、兼顾统筹、平衡互助等问题。同时，由于医院管理复杂，多数据流及服务对象个体化差异，信息化系统也是必需的基础支撑条件。

三、平衡计分卡引入到绩效工资改革

（一）建立医院平衡计分卡管理体系

在仔细学习研究了平衡计分卡管理理论体系后，其所具有的战略执行功能、多维度平衡兼顾动态管理、量化考核和信息化管理理论等特点，是符合目前我国环境下公立医院改革发展特点的有效管理工具。

自2004年开始，医院开始了应用平衡计分卡作为管理工具的探索，经过8年多对理论与实践的不断总结，形成了以全面成本管理为基础，成本可支撑运行为战略指导，与已有的医院管理指导文件结合；与当地政府重大公共卫生目标、经济水平及环境结合；与医院实际情况相结合，按医院战略愿景与目标，提取关键性指标及其相关互动支撑指标，量化赋值于权重设置，系统地建立以成本控制管理为导向，财务为核心，兼顾患者、流程、学习与成长各维度的公立医院平衡计分卡战略执行逻辑量化管理理论和管理执行的评价体系。

有关医院平衡计分卡指标体系，包括医院、科室、个人的有关指标、权重体系的具体内容，前文已有详细表述。

（二）平衡计分卡指导下的规范化科室建设绩效考评

采用平衡计分卡理论制定的医院规范化科室建设指标体系，以规范化科室建设为手段，在每个季度对临床、医技、行政职能科室进行一次评查，按照最终得分排列名次，分别设立相应的奖项等级（系数），与原有的分科核算、结余分成、绩效工资挂钩，从而形成新的绩效管理系统。



（三）应用中深层次的问题与分析

此系统是在一个不断实践、逐渐丰富完善的过程中形成的，在重庆九院的实践、研究过程中，随着医疗卫生事业改革发展、全国学术交流、各地来重庆九院参观讨论交流中，我们发现：

（1）推进复杂的医疗技术服务行为与其成本运行支撑之间的逻辑量化关系，常有因成本核算口径不一、成本核算粗放、预算管理滞后、经营分析薄弱等因素导致在医疗服务中各责任中心所消耗的成本不真实、绩效考核片面等问题。

（2）如何结合《医院管理评价指南》《等级医院评审》《中国医院评审标准》等医院管理指导文件和医院质量年、财务管理年活动、行风评审等要求的内容，从成本效果关系上找到BSC相关指标表达和相关权重的关系。

（3）由于中国地域太大，经济发展不均衡，各地经济水平不同，所以不同医疗机构的相关成本可支撑运行状况不同，当地政府的公共卫生目标也不同。医院应有与当地经济水平、不同医疗机构、公共卫生目标相适应的BSC体系。

（4）同一单位由于阶段目标要求不同、科室发展状况不同，指标体系需要根据不同对象而设置，也需要在管理过程中不断地根据实际情况加以调整，从而实现动态管理。

（5）随着新医改的实施试点，在中国公立医院的绩效薪酬改革考核管理上，如何在中国公立医院的公益性方向与中国公立医院实际上的市场性运作上做好与BSC的结合？如何形成遏制过度“创利”冲动，降低患者不必要费用的管理措施？

依据上述问题，结合新医改和公立医院管理发展趋势，通过我们在应用平衡计分卡绩效管理系统的实践和研究过程，得到了如下结论：

（1）随着公立医院经营管理水平的提高，对财务管理提出了新的更高的要求，除了靠医疗技术和服务外，医院经济管理已经逐步成为医院信息化系统的核心部分，将财务管理、成本核算与控制系统有机集成，建立以成本预算为起点，成本核算为重点，成本控制为要点，辅以成本分析，以高效的信息化系统作为支撑表达，与BSC管理执行体系相结合，构成以人、财、物、信息、时间来精细量化全成本管理体系为核心的经济管理平台。

（2）政府对公立医院下达的管理指导性文件、质量管理年、财务管理年等指令性文件，是保障医院医疗质量管理、经济管理、医院发展的标准内容，其中相当一部分指标可以直接应用在BSC指标体系中。当地政府的重大公共卫生目标、对公立医疗机构的公益性任务要求，是医疗卫生事业社会责任的具体表达。运用战略

成本管理，将其具体内容纳入战略管理目标和任务，按BSC管理理论，融入BSC战略执行体系，成为公立医院履行并承担社会公益性责任的具体体现。在全成本核算管理体系中，按成本可支撑原则运行，以作业成本法分析其相应的数据结果，可为政府部门领导对医疗服务行为与成本支撑运行之间关系决策提供科学依据，促进认识以健康发展战略和相应的资金投入意义。

(3)公立医院的复杂医疗行为和目前所处的环境状况，决定了其BSC体系指标应用数量多于企业。不同单位、不同环境、不同层次、不同科室、不同阶段，其应用的指标不同，量化值、权重就不同，不可能完全照搬其他单位的BSC管理指标体系。管理的基本原则是有效、简单，更应注意其决策成本管理。对公立医院及其科室管理的相关指标，用德尔菲法进行相关性论证，用层次分析法进行权重赋值和一致性检验，按不同的战略要求，构建不同的指标体系模板，在全成本核算精细量化管理体系中，以软件模板体现，成为《系统》的通用应用内容，适用于不同医院的要求，也为适应新医改的机制转变、考核内容转变构成了基础。

(四)深化、完善和发展

1. 构建形成“财务成本一体化软件”——医院经营管理平台

依据重庆九院的理论与实践所形成的以全成本管理为基础的公立医院平衡计分卡战略绩效管理系统理论和执行体系模式，其与重庆金算盘软件有限公司合作，研发财务成本一体化软件，形成以精细量化全成本管理体系为核心的经济管理平台。有效整合多系统数据，实现资源信息共享及统一管理；完善医院会计核算体系，实现医院、科室、个人收入、成本、收支结余的一体化、全成本的精细化管理；为医院经营管理提供分析、决策依据(见图14-2)。

2. 指标体系的丰富、论证、调整和多模式体系

结合《医院等级评审》《医院等级评审指南》《医院质量管理指南》、质量年活动、财务管理年活动、行风评审等管理指导文件和活动要求的内容；结合重大公共卫生目标；采用德尔菲法、层次分析法对遴选的300多个医院管理相关指标进一步进行论证。实践应用中，结合重庆九院的经营管理的实际要求，对医院平衡计分卡战略绩效管理系统的指标体系进行调整(指标、权重)，进一步丰富了平衡计分卡指导下的临床、医技、行政职能规范化科室建设绩效考核体系。进而对临床科室员工进行相应绩效评价指标设置研究，形成了临床科室对员工的平衡计分卡绩效管理体系。进一步从自上而下、自下而上互动平衡角度和管理轨迹上丰富和完善了医院平衡计分卡战略绩效管理系统。

依据重庆九院指标调整的实践，在已开发的《系统》软件上，以不同的战略要

求模拟论证来设置不同的指标管理体系模板，形成适应于各个医院不同要求的通用模板。

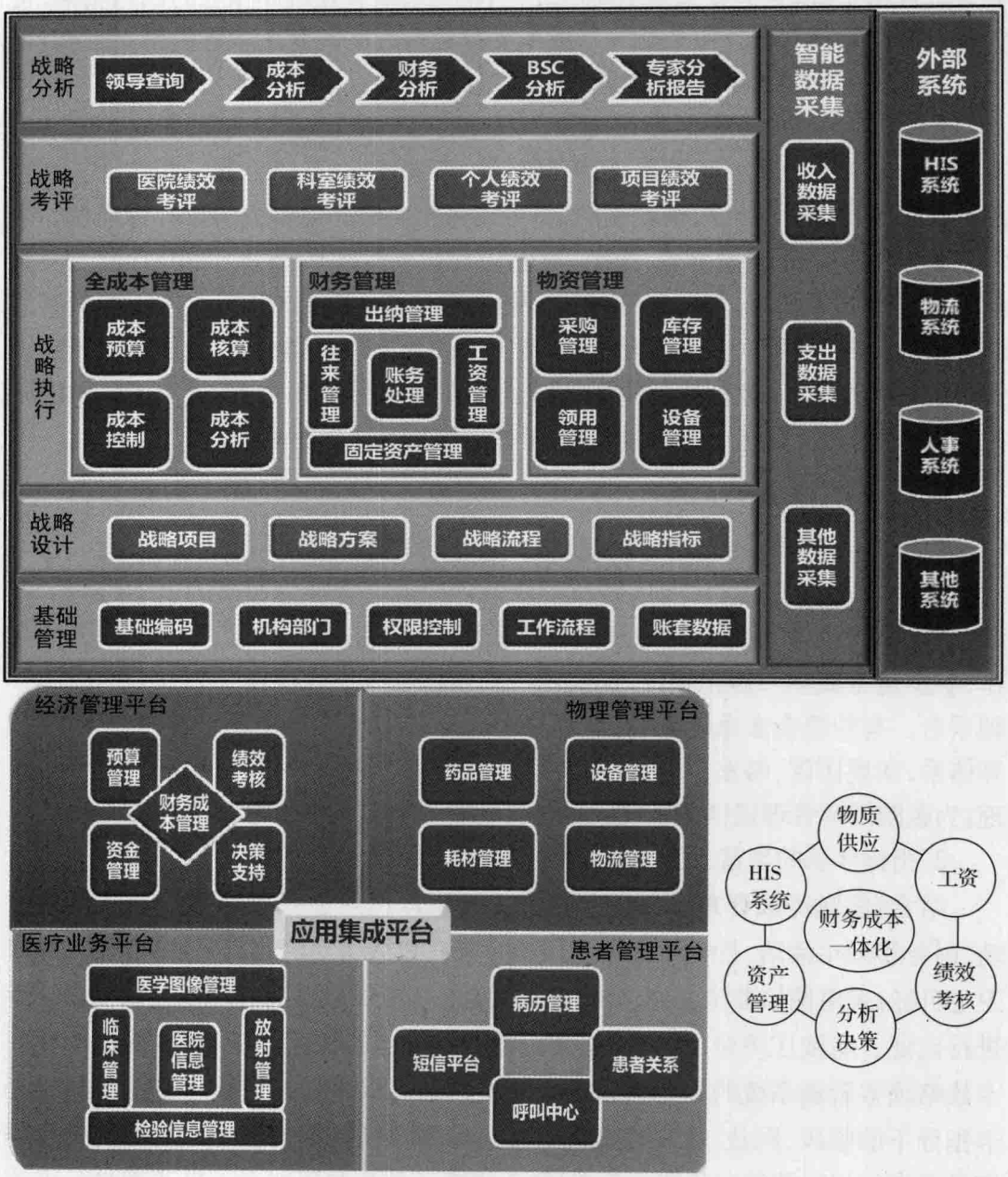


图 14-2 财务成本一体化模式图

四、成效

在市场化经济下，任何一个单位的绩效管理系统，都不可能独立于单位战略规划外完成，这是平衡计分卡理论的基本思维，也是本研究团队的理论基础。只有依据于战略及其科学规划来执行，并在执行中进行调整，才能显现其效果。重庆九院应用平衡计分卡的战略管理执行其绩效制度建设，取得了较好的成效。

（一）逐渐形成适合中国公立医院，尤其是中等规模医院的平衡计分卡战略绩效管理系统

以重庆九院平衡计分卡管理系统为基础研发的《医院战略绩效管理系统》，是立足于医院全面成本的管理模式、在实现医院“财务成本一体化、收支考核一体化、战略绩效一体化、协作沟通一体化”的基础上，以平衡计分卡管理理论系统为指导，集战略管理执行、财务管理、成本管理、绩效管理和人力资源管理为一体的系统管理软件，并在信息网络的支持下，形成了一个无缝集成的医院信息系统管理平台。《医院平衡计分卡战略绩效管理系统》站在医院战略规划、经营发展的高度，制定医院经营的发展目标，并分解目标，利用关键指标把医院的目标分解到科室和职工的具体工作，医院经营目标得到了职工具体行动的有力支撑。在医院管理中实现四个创新和四个提升：

1. 四个创新

一是构建了公立医院新型的战略规划和具体执行的绩效系统。

抽象的医院战略愿景与规划，需要具体的描述表达，平衡计分卡以其关键性指标及支撑性体系，能具体地诠释战略规划目标，将科室、员工的任务清楚描述，从而实现了将抽象战略与目标执行的可量化的绩效管理系统。

二是创造了国外管理工具与中国公立医院管理相结合的新型管理工具。

平衡计分卡来源于国外企业管理，为发达国家发展较好的企业所应用，后又应用于医疗卫生管理。各国医疗卫生事业的体制、机制不尽相同，相应医院的管理目的和要求也不同。运用平衡计分卡理论的特点，《系统》以重庆九院为模式，系统地研究、探索了中国公立医院的环境背景及其运行机制，将其与政府目标、患者需求和当地的经济具体状况相结合，创造性地实现了平衡计分卡管理工具在中国公立医院的新型管理模式中的科学应用。

三是建立了中国公立医院兼顾平衡的精细化管理模式。

实现了中国国情下的公立医院兼顾平衡的精细化管理模式：①结合政府财政投入不足、医疗服务技术服务项目亏损、药品补偿机制渐弱的中国国情，医院经营



管理需求设置的多维度指标管理体系，一定程度实现了医院经营管理须在三种机制矛盾并存、实现公益性社会责任、医院发展进步和员工物质精神文化需求的兼顾管理，达到推进并保障复杂的医疗服务质量并有所作为的目的；②一体化、定量化、信息化系统是达到精细化管理的保障；③软件系统的实施，降低了管理成本；实现95%以上的会计、成本凭证系统自动生成，大大降低了医院的人力成本；通过系统中网上填制领用计划单、网上审批、下发、自动出库等流程，实现无纸化办公，大大提高办公效率、降低办公消耗。同时通过医院实践表明：在材料成本方面降低20%，库存积压成本方面降低30%，固定资产使用效益提高15%，综合管理成本降低10%，工作效率提高30%以上，使医院综合经济效益得到明显提升。

四是提供了新医改趋势下公立医院创新管理的新方法。

在新医改正在进行时，且目前尚没有成熟、标准、科学的医院管理、绩效管理考核模式的情况下，如何将由“多劳多得”转为“优劳优得”?《系统》既改变了过去单纯以财务经济指标为考核的管理手段，以多维度兼顾平衡的管理进行评价，又符合新医改进行时所需要的绩效管理模式方法。

2. 四个提升

一是提升了公立医院医疗行为与成本可支撑之间的量化管理水平。

《系统》是多维度、逻辑关联、互动支撑并量化、分析评价管理一体化的指标体系，其能较好地揭示复杂医疗行为状况，较为清楚地反映其成本可支撑运行状况，为管理者提供经营状态信息，使其易于找到解决问题的办法和措施。同时也使得临床医技科室管理人员有更多的精力投入到提高、改善医疗技术服务、学科建设发展工作中去，有利于平衡近期发展与远期后劲之间的关系。

二是提升了多目标管理的科学性，避免综合目标考核指标不成体系地无限增加。

中国国情下的公立医院管理需要综合的、多目标的管理，《系统》的一体化指标体系，揭示了指标间的逻辑关联、互动支撑关系，通过量化和在信息系统的支持下的动态表达，有助于改善在考核综合目标时，过多使用指标而不构成相互关联，导致考核生硬、管理成本增加和效率不高等状况。

三是提升了平衡医院学科管理的可操作性水平。

医院的学科建设发展管理涉及成本、技术、人才的综合平衡；涉及医院战略定位及其评价；也涉及医疗与预防、临床与行政、近期绩效与远期后劲发展等管理因素。《系统》的平衡管理理念及其相应的系统指标一体化表达，为中国公立医院的

学科建设发展管理提供了可操作性依据。

四是提升了公立医院量化管理的可控水平。

现有的医院管理指导文件、管理工具，有着这样或者那样的不足，不易于解决中国国情下的公立医院面临的问题，《系统》多维度、逻辑关联、互动支撑并量化、分析评价的一体化管理体系，一定程度上弥补了这些不足，是对现有的医院管理指导文件的补充，其提升了公立医院兼顾公益性责任、患者需求、医院及员工“市场性创利”维系生存与发展量化管理的可控水平。

（二）学术与产业成效

重庆九院自2004年应用平衡计分卡以来，其涉及应用平衡计分卡于医院管理的立项科研课题10项；发表相关论文28篇；全国大会报告和专题讲座26次；举办全国专题学术会1次；承担卫生部专题继续教育1次；编写专著1部；2005年，在中国卫生经济学会第六批招标课题中获得三等奖；2010年，在卫生部与中国医院管理协会全国首次评比中获得“中国医院管理创新奖”三等奖。研究应用扩展到社区卫生、医保评价、健康教育、设备管理、乡镇卫生院管理。研发软件模板已在全国推广，产值已达2亿多元。

（三）医院发展成效

与1997年重庆直辖时重庆九院下放到区属管理时的情况比较，在政府投入极低的情况下，依靠科学管理、差异化发展，其国有资产、建筑面积、学科建设发展、人力资源建设、科研教学等都发生了巨大的变化（见图14-1）。

医院实现了四个领先：

（1）医院综合实力在重庆市北部地区领先：十多年的差异化改革举措，使得重庆九院发展成为重庆市北部地区规模最大、学科设置最齐、综合实力最强的区域医疗中心。

（2）医院部分科室学术水平在重庆市区域领先：医院小儿科儿童孤独症专科成为市卫生局的重点专科，医院成本控制研究室成为市卫生局的重点研究室。

（3）医院获得的全国荣誉在中国西部领先：重庆九院差异化发展取得的成效，得到了行业、政府的肯定与认可。自2005年以来，重庆九院又先后获得：全国大医精诚先进集体（儿科 2006年）、全国卫生系统先进集体（2008年）、抗震救灾、重建家园 工人先锋号（2008年）、全国五一劳动奖状（2009年）、全国百佳患者满意公益医院品牌（2009年）、全国卫生系统护理专业巾帼文明岗（2009年）、全国模范职工

之家(2010年)、医院改革创新奖(2011年)、全国百姓放心示范医院(2012年)等国家级集体荣誉。重庆九院的带头人张培林院长获得了:全国先进工作者、全国五一劳动奖章、全国优秀院长、全国医院管理百佳杰出院长、中国卫生经济优秀工作者、全国百姓放心示范医院优秀管理者等个人荣誉,并受到党和国家领导人的亲切接见。

(4)医院的某些改革发展创新举措在全国领先:创建公立医院平衡计分卡战略绩效管理系统、率先推出公立医院健康教育模式、全国首创医疗资源优化重组"五合"理论、率先推出公立医院绩效激励分配体制改革、在中国西部率先进行三甲医院兴办社区卫生服务等。这些不仅有效地推动了医院发展,而且也为我国医疗卫生事业改革提供了理论与实践依据。

总结重庆九院1991年以来的分配制度、绩效管理发展与实践,可以看到其有如下特点和原则:

(1)程序民主透明,在职代会授权下不断完善,在纪检部门监察下进行。

(2)符合财政部、卫生部财务管理和核算原则。

(3)在战略发展指导下设置,成本可支撑原则下进行。

(4)重在激励机会均等,而不是分配平均,充分体现责权利对等。

(5)"模糊弹性"使得员工个人收入作为重要的人权隐私得到保护,形成"强者荣耀不被嫉妒,弱者尊严不感自卑"。

(6)BSC多维度兼顾、逻辑互动、动态量化的绩效考核指标体系,改变了"市场化"下单纯财务经济指标的考核模式,实现了规范医务人员行为,保障了医疗服务质量、安全、成本、效率一体化推动,形成医院、科室及个人的工作、发展的PDCA可持续改进状态。

(7)中层干部管理水平及效率提高,且"胜在中层"。

(作者:张培林　王毅　颜维华　刘宪)



第三部分
平衡计分卡在其他工作中的应用初探

重庆市第九人民医院自2004年以来，在不断探索应用平衡计分卡于医院战略绩效管理并取得一定的经验和效果的同时，还将平衡计分卡的应用和研究一定程度地扩展到医疗卫生事业的某些相关领域。

一是应用于我院兴办的社区卫生服务管理中对社区卫生服务的绩效考核、成本效果控制进行了相关研究，初步建立了对社区卫生服务工作的绩效考核体系。

二是以我院开展的系列健康教育和健康促进工作为基础，采用平衡计分卡对健康教育开展的成本效果和医院进行健康教育的临床路径进行了初步探索。

三是探索并逐步建立了一套适合医疗保障政策的平衡计分卡对医疗机构的医保绩效考核管理体系。

四是通过将医院文化的物质、精神、制度、学习等内涵与平衡计分卡的四个维度有机结合起来，探讨其对医院文化建设更具有可操作性。

五是采用平衡计分卡理论对医院日益增多的医疗装备进行成本、效率、效益分析，并与重庆金算盘软件有限公司合作研发了相关管理软件。

六是在伴随医院信息化建设的过程中，将BSC管理体系引入医院信息化平台管理，已经成功地开发出“公立医院平衡计分卡战略绩效管理”软件，并在全国推展应用。

导读：

社区卫生服务是我国医疗服务体系的基础单元，也是自新医改以来政府着力建设的重点，目前多数社区卫生服务已经由政府出资实行了收支两条线管理。那么社区卫生服务的成本支撑运行、成本效果管理与相应的绩效管理在新的环境形势下又如何进行呢？

第十五章 平衡计分卡应用于社区卫生服务的理论与实践研究

CHAPTER 15

第一节 我国社区卫生服务现状简介

社区卫生服务（Community Health Service，简称CHS）是社区建设的重要组成部分，是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下，以基层卫生机构为主体，全科医生为骨干，合理使用社区资源和适宜技术，以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为服务重点，以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的，融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务功能等为一体的有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。我国学术界普遍接受卫生部对社区卫生服务“六位一体”功能的定义，即上述的预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导。[①]

从1997年起，中共中央、国务院、卫生部等有关部门发布的一系列文件中对社区卫生服务就有：构建以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系；加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络对发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络；允许大、中型医疗机构举办社区卫生服务机构，鼓励大中型医疗机构的卫生技术人员向社区流动等指示和具体举措。中国共产党的第十八次代表大会上对医疗卫生体制改革再次明确提出要强化基层医疗服务体系建设。

国内外的一些研究和经验均表明，居民70%以上的健康问题可以和应该在基层医院得到解决。发展CHS是城市卫生工作的重要组成部分，构建以社区卫生服

①卫生部.关于发展城市社区卫生服务的若干意见[R]，1999

务为基础，形成“以三级医院为核心，带着几个二级医院，辐射一片社区和乡镇医疗机构，实现城乡医疗统筹的分工合理、协作密切的新型城市卫生服务体系——区域医疗联合体”，对于坚持预防为主、防治结合的方针，优化城市卫生服务结构，方便群众就医，减轻费用负担，建立和谐医患关系，已经是医疗卫生服务改革发展的共识，也是2013年公立医院改革的又一重点工作。①

由此可见，社区卫生服务是建立基本医疗服务体系的基本单位，是我国医疗卫生体制改革基本的、主要的内容之一。

过去十多年来我国社区卫生服务得到了一定的发展，但由于种种原因，我国的医疗卫生服务状况却不尽人意：

第一，统计资料显示：一些医疗成本较低的基层医疗机构诊疗量不到大医院总诊疗量的30%，城市大医院承担了大量常见病、多发病的诊疗任务，造成“大马拉小车”的现象，浪费了卫生资源。②

第二，民众有强烈的“看病难、看病贵”的呐喊，却又不愿意到成本费用较低的社区卫生服务机构就诊，这表明了对社区卫生服务的技术质量不信任，暴露了我国社区卫生服务的人力资源、技术配置、运行机制、医保政策等系列缺陷因素，小病在社区，大病进医院的格局和设想未有真正实现。

第三，社区卫生服务“六位一体”的工作效果、社区卫生服务“看门人”功能未能达到预想之效果，重治疗、轻预防的意识和现实状况，既使得居民健康状况不能在日常生活中维护保养，又造成个人经济负担加重和卫生资源的浪费，影响卫生资源总体效能的有效发挥，无形中增加了卫生服务体系的运行成本，与社会主义初级阶段国情的要求不相适应。③

第四，区域和区域经济状况不均衡，我国东西部地区、发达地区和欠发达地区的社区卫生服务差别很大。西部地区、欠发达地区的社区卫生服务作为基本医疗服务体系的基本单位，一是起步较晚，二是政策性和资金支持较少，在这种状况下使得前述缺陷因素表现更重。相当部分的社区卫生服务单位为生存所困，其“六位一体”的工作是把医疗活动放在主要位置，以获得相应的效益。客观上又形成了与原来设想二元化医疗结构的矛盾格局，利益的博弈不仅使得双向转诊难以完成，民众对社区卫生服务的公益性认可度也难以提高。

---

①陈竺.医改下一步重点是建立“医联体”[EB/OL].http://www.chinamsr.com/2013/0307/64681.shtml,2012-03-06

②2007年我国卫生事业发展统计公报.卫生部卫生信息中心[EB/OL].http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s10741/200804/051a995f86874eaa824d0d205ce15157.shtml,2008-04-29

③渠巍.非营利性医院绩效及薪酬管理研究[D].贵州：贵州大学,2006

第五，新医改及其执行方案对社区卫生服务给予了重点关注，新建改造3700所城市卫生服务中心和1万个社区卫生服务站的工作已经完成。在西部，政府也渐有部分补偿措施注入社区卫生服务。如何能使社区卫生服务充分体现“看门人”的功能？如何使社区卫生服务与医院间构建起“小病在社区，大病进医院”的和谐转诊模式？在社区卫生服务中如何解决目前有限资源（资金、设备、人才队伍）与社区卫生服务任务实现的矛盾？在收支两条线状况下，社区卫生服务绩效管理又如何进行？这些都是未来几年社区卫生服务需要研究、实践和探讨的重点。

第二节　重庆市第九人民医院兴办社区卫生服务中心简况

重庆市第九人民医院于2000年按照重庆北碚区卫生局指示，投资兴办了重庆市北碚区天生街道社区卫生服务中心（下简称中心）。中心下设3个社区卫生服务站，现有医护人员63人，其中医师17人，护理人员28人，有12名医师以及11名护师获得了全科医师、全科护士培训合格证。辖区分管10个社区，共2.33万多户、近7万人。

中心成立以来，其在重庆九院的一体化管理下，利用重庆九院的优势资源，不断完善与进步，2002年10月被重庆市卫生局评审为“规范化中心”；2004年获得“重庆市社区卫生服务示范中心”称号；2005年获得有“中医特色的全国社区卫生服务示范区”称号；2006年获得北碚区天生街道授予的“爱心社区医院”称号；2011年按照新的评审标准获得“重庆市示范社区卫生服务中心”“国家慢性病综合防控示范区”。

第三节　应用平衡计分卡对社区卫生服务进行绩效考核管理

重庆市第九人民医院于2004年开始应用平衡计分卡于医院管理，已形成平衡计分卡医院管理系统。2007年年底开始将平衡计分卡管理理论应用于社区卫生服务，从成本与效果控制、绩效管理与战略发展的角度出发，初步研究探索平衡计分卡对社区卫生服务的管理模式。

有关平衡计分卡基本理论本书前面章节已有详述，本文主要以重庆市第九人民医院运用平衡计分卡在社区卫生服务中的实践操作及应用研究进行介绍。

一、对三甲医院重庆九院兴办的社区卫生服务机构的分析

（一）PEST 分析

1. P——政策环境

（1）政府已有多个文件，在政策上对社区卫生服务进行战略支持。

（2）政府政策鼓励大型医院兴办社区卫生服务。

（3）2007 年起，重庆市政府将政府结余费用专门用于社区卫生服务，体现政府对社区卫生服务的重视。

（4）2009 年新医改文件五项措施，明确了社区卫生服务属于基本医疗体系建设范畴。

（5）已有一些管理、考核的规章制度。

（6）政策及管理文件的制定、资金支持与社区卫生服务实际效果所需的资源配置、实际运行状况不相称，使得社区卫生服务的应有职能未得到发挥与履行。

2. E——经济环境

（1）重庆是年轻的直辖市，有较好的经济发展状况和前景。

（2）2007 年起重庆市政府有一些专项资金支持社区卫生服务。

（3）2009 年新医改明确了社区卫生服务属于基本医疗服务体系建设范畴，由政府承担其运行成本支出，并逐渐开始实施收支两条线管理、基本药品目录使用等。

（4）在医保体系中，在社区卫生服务就医的患者，有“门槛”费较低、报销比例较高的政策规定。

（5）2000 年起，重庆九院出资兴办社区卫生服务，并一直支付相关费用，保障社区卫生服务中心的运行。

（6）西部地区、经济欠发达地区的资金支持不足；2007 年以前几乎没有政府资金支持，2007 年以后的资金支持与东部地区、经济发达地区比较有一定差距。

（7）重庆市北碚区位于重庆主城区城乡接合部，以农业经济为主，经济属于欠发达地区，家庭个体收入普遍较低；农业人口较多。

3. S——社会环境

（1）森林覆盖率高，自然环境较好。

（2）老年人负担指数为 23.49%，老化指数为 257.08%。

（3）高中及以下文化程度占 74%。



(4)离退休、工人职业占52%。

(5)基线调查显示在调查人群中近两年做过健康体检的人数仅占10%。

4. T ——技术环境

(1)重庆北碚区内有三甲医院(区域医疗中心)1个,二级中医院一个,其他小医院若干,没有市属医院、教学医院和部队医院。

(2)本社区卫生服务中心及所属服务站由三甲医院兴办,人才培养、技术、设备资源等均与之共享。

(3)该社区聘有高职称退休技术人员。

(4)2007年来,政府又配置了部分基本设备。

(5)新医改提出的对社区卫生服务的相关政策,将会不断的实施。

(二)SWOT分析

表15-1 重庆九院的社区卫生服务SWOT矩阵分析

优势(Strength)	**劣势**(Weakness)
1. 三甲医院兴办,社区卫生服务得到人力、技术、设备、市场资源支撑、共享与管理; 2. 建立社区卫生的补偿机制; 3. 病源合理分流和双向转诊易于实现; 4. 居民对三甲医院兴办的社区卫生服务认同优势; 5. 服务项目的多元化、经济适宜性条件优势。	1. 辖区及居民经济水平相对较低; 2. 政策性支持度(政策、资金补贴); 3. 薪酬保障度与人力资源管理难度; 4. 居民对社区卫生服务的知晓度和认可度。
机会(Opportunity)	**威胁**(Threat)
1. 政府给予一定补贴; 2. 政策可能的支持; 3. 居民福利保障度改善; 4. 人口老龄化带来的卫生服务需求增长。	1. 政府文件鼓励大医院兴办社区卫生服务部门政策; 2. 规定社区卫生服务需要独立办院; 3. 部分媒体缺乏科学的消息报道; 4. 相关价格、考核政策; 5. 公立卫生所、医务室和私人诊所与社区卫生中心; 6. 站具有相同的“目标消费者”的竞争。

（三）竞争力分析

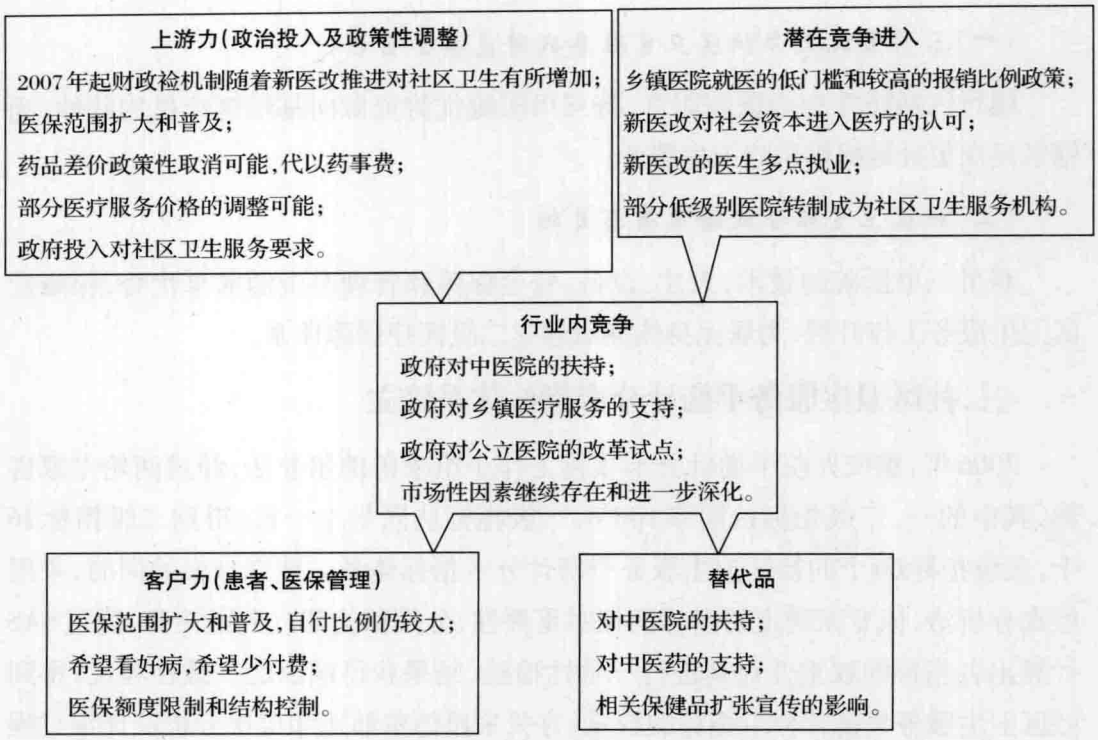


图15-1 重庆九院社区卫生服务中心竞争力分析

（四）分析小结

（1）从2007年起，政策趋势看好，政府对社区卫生的直接投入可能会随着新医改的深化而逐渐加大。

（2）2009年新医改提出医保覆盖增加，民众尤其是原无医保者会得到一定程度的基本医疗保障。

（3）社区卫生服务就诊门槛降低，可报销比例提高。

（4）三甲医院兴办社区卫生服务的优势有人力、技术、资金、设备、管理等资源共享。

（5）地区经济有了一定发展，但与东部地区、经济发达地区相比差距较大；政府投入经费仍然较少。

二、战略愿景与目标

（一）三甲医院兴办社区卫生服务战略愿景与目标

履行区域医疗中心医院职责，将三甲医院优势资源向基层医疗机构延伸，为辖区民众更好地提供医疗卫生服务。

（二）社区卫生服务战略愿景与目标

利用三甲医院的技术、人才、设备、资金保障和管理等资源共享优势，保障社区卫生服务工作开展，为居民身体健康建立二级医疗保障体系。

三、社区卫生服务平衡计分卡指标体系建立

2006年，重庆九院平衡计分卡项目工作小组采用德尔菲法，经过两轮专家咨询，其中的一、二级指标认同率100%，三级指标认同基本一致，得到二级指标16个，三级指标66个的社区卫生服务平衡计分卡指标体系。建立指标的同时，采用层次分析法，依专家确定的指标间相对重要性，分别赋值建立判断矩阵，通过SAS计算出各指标的权重并对其进行一致性检验，结果获得满意的一致性程度，得到社区卫生服务平衡计分卡指标的权重（有关采用德尔菲法和层次分析法详细过程前面已有介绍，本章节不再赘述）。显然，这个有着16个二级指标、66个三级指标的指标体系无论与平衡计分卡基本理论比较，还是与实际的管理应用效果比较都显得过于庞大，这与设立之初将其作为社区卫生服务指标库使用的意图有关。

在实际运用中，项目工作小组结合重庆九院已有应用平衡计分卡管理实践经验，结合其兴办之社区卫生服务中心的具体情况，结合随着新医改的政策措施推进变化和行业管理要求等实际情况，逐渐对该指标体系的指标和权重进行了相关调整，以利于更好地应用，从而形成了如下有10个二级指标、34个三级指标的BSC指标体系（见表15-2）。

表15-2 2008年社区卫生服务BSC指标体系

维度	二级指标(权重)	三级指标(权重)	诠释与考评
财务维度(18)	医疗资源利用(8)	每医生诊疗人次(4.8)	工作量整体考核
		医技收入占医疗收入比(3.2)	财务数据
	医疗资源消耗(10)	药品收入占医疗收入比(2)	财务数据
		公益性支出占总收入比(2)	财务数据与公益性工作量
		管理和其他支出占总收入比(3.2)	财务数据
		医疗差错事故率(2.8)	有效投诉
流程维度(40)	基础工作(25)	基线调查率(4)	基础档案检查 工作记录查看
		重点人群建档率(4)	
		孕产妇系统管理率(2.5)	
		儿童保健和免疫覆盖率(2.5)	
		高血压管理率(5.2)	
		糖尿病管理率(5.2)	
		精神病管理率(1.8)	
		残疾人管理率(1.8)	
		健康教育开展(2)	
	诊疗流程(10)	核心制度执行(4)	医务科、质控科 病案检查
		处方合格率(2)	
		病历书写合格率(3)	
		出入院诊断符合率(2)	
	转诊(5)	双向转诊率(2.2)	统计数据
		跟踪随访率(2.8)	工作记录本
患者维度(22)	诊治环节评价(12)	环境满意度(3)	问卷调查
		服务态度满意度(4.8)	问卷调查
		医护技术满意度(4.2)	问卷调查
	诊治结果评价(10)	出院病人好转率(3.8)	统计数据
		患者对结果满意度(3.2)	问卷调查
		诊治费用评价(3)	问卷调查
学习与成长维度(20)	执行与发展(7)	政令执行(3.8)	问卷、查评
		发展规划与执行(3.2)	问卷、查评
	继续教育(7)	继教项目参与度(3.2)	科教部
		业务培训(3.8)	查评、记录本
	科研教学(6)	科研项目(2)	科教部登记
		教学参与(2)	科教部
		发表文章(2)	科教部登记

四、社区卫生服务BSC指标体系设置应用解读

（一）财务维度

“每医生诊疗人次”：是包含了在某个时间段中社区卫生服务开展的门诊、住院、出诊、巡诊、体检、义诊等服务的人次数，以分摊到每个医师人均服务量为统计考核数据，其可以以往年数据为参照比较考核，也可与卫生部发布的数据为比较进行考核。“医技收入占医疗收入比”：有控制药品比例的含义，也在一定程度上考虑母院设备利用和经济效益的作用。“医疗资源消耗”及其4个三级指标是控制性指标，主要目的是注意控制办公成本的管理。而其中的“公益性支出占总收入比”需要注意与公益性工作量的关系进行统计考核。

与重庆九院临床科室的BSC指标体系财务维度的权重比较，尽管是在政府投入仍然不足于支撑该社区卫生服务工作，需要兴办单位付费支撑的状态下，但社区卫生服务BSC指标体系财务维度的权重明显较低，在财务维度中也没有设置社区卫生服务的经济收入指标，这与医院兴办社区卫生服务的战略相关，也与社区卫生服务工作本身的公益性属性较重相关。

（二）流程维度

这是本指标体系的重点内容。在二级指标“基础工作”下设置的9个三级指标均为社区卫生服务的主要工作内容，体现了社区卫生服务公益性和“看门人”的角色性质，也是为符合自2007年以来当地政府开始对社区卫生服务有财政资金投入而建立的相应行业管理要求而设置。

二级指标“诊疗流程”下设置了4个三级指标，均为医疗质量与医疗安全的内容。兴办医院按照三甲医院标准要求，纳入母院医疗质控管理统一管理，以保障诊疗质量和安全。在平时工作中，母院也设立了专家工作小组，定期或不定期对社区卫生服务工作进行巡查、咨询、会诊和参加健康教育活动等，这对提高整个社区卫生服务技术水平提供了保障，也提高了患者和居民的信任度、满意度。

按照建设二级医疗保障体系的战略要求，专门设置了“转诊”指标，从而逐渐建立“小病在社区，大病进医院”的机制。母院也从救护流程、急救车派遣运送、转诊机制考核奖励上设立了单项管理要求，以促进实现对患者的双向就医诊疗和优势资源利用的二级医疗保障体系建设。

（三）患者维度

社区卫生服务工作就是以社区居民为服务对象，并针对社区居民的健康保健

需求而开展工作。因此，辖区内居民的满意度、信任度是很重要的考核内容。为实现此目标，除了设置的平衡计分卡考核指标外，在服务机制上还在全国首创了“四定服务”模式和“社区联络员”工作机制，通过“定人、定时、定点、定量”将工作落实到个人，使每项工作有人管，每件事情有人做，让社区居民知道我们什么时间来、谁来、来做什么。同时，通过与社区联络员定期联系，信息互通，使社区卫生服务工作得到强化，使慢病患者的诊治规范和健康状况得到直接改善，使居民从被动治病走向主动防病，促进了社区卫生服务的纵深发展。①

也是鉴于上述原因，与医院临床科室BSC指标体系患者维度比较，社区卫生服务BSC指标体系或者维度的权重明显多于临床。

（四）学习与成长维度

社区卫生服务是一个具有全科医学专业知识医疗服务行业，需要不断深化进步。同时，鉴于我国国情，尤其需要对人力资源队伍建设进行长远考虑。因此，设置有关学习进步、规划发展的相关指标是非常必要的。与医院临床科室BSC指标体系一样，与学习与成长维度指标设置基本相同的，纳入兴办母院统一管理，并借助母院的学科优势来提高专业技术进步。

（五）绩效考核方式

社区卫生服务中心与医院临床科室有着同样的直接为患者进行医疗卫生服务的功能，但其重点是基本医疗服务、健康保健管理。由于其公益性、非经济效益属性，以及其对实现区域二级医疗保障体系建设战略角色地位的原因，其绩效考核的重点与医院行政职能科室相类似，即考核工作的质量、效率。因此，重庆九院把社区卫生服务的绩效考核放在与行政职能科室规范化建设考评中。

第四节　应用平衡计分卡对社区卫生服务进行成本与效果控制管理的研究

一、成本管理

成本影响着效益水平的高低，作为所得与所费之比的一个方面，它的水平制约着企业单位经济效益的大小，产品成本提高，盈利相应减少；反之，产品成本降

①杨俊刚，王明霞，代德惠，杨抒，潘金国，郑万会，汪岚玥.社区卫生工作“四定服务”模式对慢病管理的探讨[J].重庆医学，2011，40(30)：3110-3111

低，盈利就相应增加。因此，成本反映企业单位生产经营状况和企业单位各项经营活动的经济效果。同时，成本还反映着企业单位的管理状况，企业的产品材料物资消耗控制，劳动生产率高低，机器设备利用，生产工艺和技术是否先进，供产销各环节的业务活动是否协调，以及产品质量的高低，品种与产量的多少，等等。这些都会直接或间接地从产品成本中反映出来，显示企业地位生产服务经营管理水平的高低。成本影响企业经营预测、决策和分析，无论采取什么战略，成本一旦失去控制，企业也就失去了竞争优势。成本管理的任务与企业经营管理目标一致，是通过降低产品成本，达到提高效益的目的。

（一）全面成本管理（Total Cost Management，简称TCM）

全面成本管理是运用成本管理的基本原理与方法体系，依据现代企业成本运行规律，以优化成本投入、改善成本结构、规避成本风险为主要目的，对企业经营管理活动实行全过程、广义性、动态性、多维性成本控制的基本理论、思想体系、管理制度、机制和行为方式。所谓“全面”包括三个方面，即全员、全面、全过程，亦称为全面成本管理的“三全性”。[①]

全面成本管理产生的动力来源于世界经济环境的改变、传统成本管理暴露的缺陷、现代成本管理理念的形成三个方面。特别是传统成本管理缺陷日益显现的时候，现代成本管理与全面成本管理逐渐产生并发展，但二者存在一定差异（见表15-3）。

全面成本管理的目标是培植企业核心能力，[②]而核心能力是企业在长期生产经营过程中的知识积累和特殊技能（包括技术的、管理的等）以及相关的资源（如人力资源、财务资源、品牌资源、企业文化等）组合成的一个综合体系，是企业独具的，与他人不同的一种能力。它的内涵是：①是一种相对于对手的优势竞争能力；②是一种处于核心地位的能力，是企业其他能力的统领；③是企业所独具的能力，对手无法模仿的；④是长期起作用的能力；⑤是长期积淀而形成的能力，深深扎根于企业之中。核心能力具有价值性、独特性、不可仿制性、不可交易性和延展性，是企业竞争力的源泉。而以培植企业核心能力为目标的全面成本管理比传统成本管理更加关注企业独特的知识与技能、管理体制和员工价值观念对企业竞争能力乃至核心能力培植和提升的影响。

①http://baike.baidu.com/yiew/1517817.htm
②http://wiki.mbalib.com/wiki

表15-3 全面成本管理与现行成本管理的差异比较

比较内容	现行成本管理	全面成本管理
成本管理目标	以降低成本为目标(局部性、具体性)	以企业战略为目标(全局性、竞争性)
眼界	狭隘(仅考虑成本效益原则)	广泛(考虑长期战略成本)
时间	短期(月、季、年成本)	长期(产品生命周期或更长时间)
效果	暂时性/直接性	长期性/间接性
成本的概念	仅指产品的短期成本	包括多组成本概念(如战略成本、质量成本、作业成本等内容)
降低成本的对象	表层面的/直接成本动因	深层次/表现在质量、时间服务等
关注重点	重视成本结果信息/事后信息	重视成本过程信息/实时信息
成本管理模型标准	以符合会计准则为基础	以多目标要求为基础,其中包括会计准则标准
对待缺陷的观念	采用"不容许"废品、浪费和返工标准成本系统,但认为零缺点是不现实的,代价是昂贵的	零缺点是普遍观念,不容许废品、浪费和返工现象
成本与质量、时间因素的关系	认为是并列且相互矛盾的	认为是层次关系,顺次按质量、时间、成本、要素间是相辅相成,是不矛盾的

全面成本管理的基本框架是围绕其核心力的,与平衡计分卡管理体系相同,也是通过对企业战略的理解,以财务、客户、流程和企业学习与成长四个维度进行表达、描述和实施。在财务维度:以权责发生制为基础的利润依然是企业财务目标,但鉴于仅用利润作为财务目标的缺陷以及企业处于不同发展阶段,其财务目标的不同,需要有不同的阶段设置,同时对效益的评估也应延伸至对无形、间接效益的评估。在客户维度:如何使顾客满意,关键在于质量。全面质量管理指出顾客是质量概念的核心。关注顾客、关注质量就是必须关注质量成本、产品生命周期成本及环保成本。在流程维度:通常包括研究开发过程、经营过程和售后服务过程,从企业内部价值链出发,重点关注研究开发能力评估及作业成本管理。在学习与成长维度:在组织的背景下,竞争力以不同的方式发展。只有不断学习,才

能在变化的环境中不断成长进步。因此，企业应运用人力资源价值会计、行为会计，建立良好的激励机制与管理报酬计划。综上所述，可以看到在以培植核心能力为目标的全面成本管理框架中，财务是最终目标，顾客是关键，企业内部业务流程是基础，企业学习成长是核心。四者相互作用，相互影响，有助于衡量、培植和提升企业核心能力。可以看到，这些理论与平衡计分卡的管理思想是一致的。

（二）医院全面成本管理

与企业一样，医院也需进行全成本控制管理。但由于医院事业单位的属性、历史等种种原因，目前医院的全成本管理存在着诸多矛盾：全成本核算意识薄弱，责权不清；医疗服务全成本核算模式隐缺和成本归口不一；预算管理滞后；医院信息系统不全；公益性等相关补偿严重不足；医务人员的脑力劳动价值计量标准缺乏；医疗效果与医疗质量责权不匹配等。诸多矛盾致使医院成本管理模糊不清，严重影响医院经营管理。经过过去的医疗卫生体制改革和目前进行的新医改，医院的管理者都意识到，医院的全成本管理势在必行，而目前尚有许多需要探讨研究的问题。

鉴于上述状况，在对社区卫生服务进行绩效管理研究的同时，重庆九院应用平衡计分卡管理体系所兴办的社区卫生服务进行了有关成本与效果控制管理的初步探索研究。

二、应用平衡计分卡对社区卫生服务进行成本与效果控制管理初步研究

（一）平衡计分卡指标评价体系设置

在前述已经经过德尔菲法和层次分析法论证所得的平衡计分卡指标体系的基础上，结合实际需要建立本项评估分析的平衡计分卡指标体系（见表15-4、表15-5、表15-6）。

表 15-4 社区成本与效果控制管理平衡计分卡指标体系及评估(财务维度)

维度	二级指标	三级指标(相对权重)		综合权重	06年	07年A	07年B	08年1~7月	指标参考值
财务维度(34)	医疗资源利用8(23.5%)	每医生诊疗人次/年	60%	4.8	6.7	8.9	8.9	8.5	13[①]
		医技收入占医疗收入比	40%	3.2	63.1%	70.1%	70.1%	35.5%	—
	医疗资源消耗8(23.5%)	健康教育支出占总收入比	35%	2.8	5.4%	3.5%	1.63%	5.22%	—
		药品收入占医疗收入比	20%	1.6	36.9%	29.9%	29.9%	64.5%	<50%[①]
		医疗差错事故率	45%	3.6	0	0	0	0	<0.001%[②]
	薪酬9(26.5%)	人员工资福利占总收入比	50%	4.5	89.04%	52.2%	10.11%	62.98%	—
		绩效工资占总收入比	50%	4.5	44.26%	30.39%	5.02%	31.31%	
	支出9(26.5%)	公益性支出占总收入比	40%	3.6	40.59%	22.65%	10.35%	74.99%	—
		管理和其他支出占总收入比	60%	5.4	41.8%	22.89%	10.46%	66.79%	—

①2007年我国卫生事业发展统计公报.卫生部卫生信息中心[EB/OL].http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s10741/200804/051a995f86874eaa824d0d205ce15157.shtml,2008-04-29

②卫生部.医院管理评价指南(试行).卫医发[2005]104号.2005年3月17日

表 15-5 社区成本与效果控制管理平衡计分卡指标体系及评估(流程维度)

维度	二级指标	三级指标(相对权重)		综合权重	06年	07年	08年1~7月	指标参考值
流程维度(40)	基础工作24(60%)	基线调查率	20%	4.8	43.22%	—	51.5%	30%~60%①
		重点人群建档率	15%	3.6	41.3%	42.4%	50.22%	—
		孕产妇管理率	15%	3.6	100%	100%	100%	100%①
		儿童保健和免疫覆盖率	15%	3.6	100%	100%	100%	>95%①
		慢病管理率	20%	6.0	34.23%	34.6%	47%	—
		健康教育活动人次/年	10%	2.4	27次/年	20次/年	7次	>8次/年①
	诊疗流程6(15%)	处方合格率	30%	1.8	81%	87%	95%	>95%②
		病历书写合格率(门诊病历)	40%	2.4	83%	85%	89%	>90%②
		入出院诊断符合率	30%	1.8	96%	97%	98%	>95%②
	转诊出院6(15%)	双向转诊率	70%	4.2	1.6%	1.06%	1.10%	—
		转诊出院随访率	30%	1.8	91%	98%	99%	—
	后勤服务4(10%)	临床科室对后勤服务满意度	50%	2.0	好	良好	良好	—
		病人对后勤服务满意度	50%	2.0	良好	良好	尚好	—

①重庆市北碚区卫生局.2008年重庆市北碚区社区卫生服务中心(站)考核标准.碚卫[2008]207号
②卫生部.医院管理评价指南(试行).卫医发[2005]104号.2005年3月17日

表15-6 社区成本与效果控制管理平衡计分卡指标体系及评估(患者、学习与成长维度)

维度	二级指标	三级指标(相对权重)		综合权重	06年	07年	08年	备注(指标参考值)
患者维度(14)	就诊条件4(28.5%)	就诊环境满意度	(10%)	4.0	91.2%	98.7%	96.5%	问卷调查
	诊治过程5(35.7%)	服务态度满意度	(56%)	2.8	95.3%	93.9%	95.8%	问卷调查
		医护技术满意度	(44%)	2.2	96.7%	97.1%	97.8%	问卷调查
	诊治结果5(35.7%)	诊治结果满意度	(70%)	3.5	96.4%	95.8%	97.2%	问卷调查
		出院病人治愈好转率	(30%)	1.5	92.8%	97.5%	96.1%	治愈+好转(病历)
学习与成长维度(12)	发展5(41.6%)	政令执行评价	(60%)	3	93%	95%	97%	问卷评价>90%
		发展规划与执行	(40%)	2	良	中	良	计划、记录查评
	学习7(58.3%)	继教项目参与	(50%)	3.5	良	一般	良	科教统计评价
		业务培训次/年	(50%)	3.5	14次	13次	15次	学习记录>12次/年

注:1. 医技收入:治疗费、检查费、出诊费、合同费、家庭病床费的收入合计;2. 2006年没有政府补贴,2007年政府给予了补贴,2008年1~7月政府尚未给补贴,故表中2006年、2008年的医疗收入=总收入,2007年的总收入=医疗收入+政府补贴;故表中"2007年A"为未计政府补贴计算,"2007年B"加有政府补贴计算,以作对比。2007年政府补贴占总收入:54.31%;3. 社区中心(站)均未计房屋折旧;4. 表中2006年、2007年、2008年1~7月均为实际所得数据。

(二)资料数据比较

依据全面成本管理概念,设立并运用平衡计分卡指标体系,通过从重庆九院有关行政科室采集数据、规范化科室建设问卷调查结果收集等方式,从财务、患者(居民)、流程、学习与成长四个维度对重庆九院兴办的社区卫生服务中心2006年至2008年的服务状况、资金来源、成本管理、绩效薪酬及战略发展进行纵向比较分析。

(三)分析

1. 资金资源成本支撑运转

支撑该社区卫生服务中心运转的资金来源有:社区卫生服务中心为患者提供



医疗服务项目收费，包括从符合医保（职工医保、新城合、新农合）政策可报销部分获得的收入和部分药品差价收入。除了国家规定的医疗服务项目收费外，在2007年以前，社区卫生服务中心所开展的基线调查、慢病管理、健康教育等所有公益性活动均未有医院外资金来源，亏损只能是依靠兴办方——重庆九院支付。从表15-4中所看到的在2006年、2007年的上半年收入支出情况说明了这一点。换句话说，就是通过兴办方的补贴来维持社区卫生服务工作的运转，为辖区患者提供“六位一体”的社区卫生服务。从2007年下半年开始，有部分政府补贴开始投入，一定程度上缓解了社区收支亏损的尴尬状况，为社区卫生服务中非收费项目工作的开展提供了一定保障。

2. 设备资源及成本

重庆九院兴办的社区卫生服务中心（站）只需配置基础医疗仪器设备，没有配备生化仪、监护仪等较为贵重的医疗仪器。患者病情如果需要做相关检查可依托于母院。这样既节约开办社区卫生服务站的投入成本，又保证就诊患者的诊治效果和体检、普查工作的需要，也提高了医疗资源设备使用率。

3. 技术资源及成本

三甲医院的人才、科室设置较齐全及技术的优势资源，通过兴办医院的一体化管理与共享、会诊、继教、技术指导及共享等方式，使得社区卫生中心（站）医务人员的全科医学知识技术水平不断得到进步提高，从而保障社区卫生服务质量和医疗安全，促成社区卫生队伍尤其是青年医师的稳定，由此患者信任度、满意度也会有提高，有利于社区卫生服务“六位一体”工作中非收入型工作任务较好完成。区域医疗中心的技术优势，向所兴办的社区卫生服务中延伸，对其起到技术成本花费少、服务效果好的作用。

4. 双向转诊

社区卫生服务由区域医疗中心兴办，由于双方在经济上没有博弈，使双向转诊易于进行，“小病在社区，大病进医院”的机制易于建立，社区卫生服务的“六位一体”均有较好保障作用，“看门人”作用得以发挥，也在一定程度上保证了大医院的资源不被小病占据，基层医疗机构的资源不被闲置。

5. 健康教育成本与效果

《社区诊断》报告显示，近95%的居民需要健康咨询，而社区健康教育活动是没有经济收益的公益性行为，利用开办医院已有的健康教育策划和相关宣传资料，利用人才优势共享，围绕社区全体居民开展科学有效的健康教育活动，在医院、社区及其员工与社会、患者之间架起一座桥梁，达到相互促进的作用，并使健

康教育的有限成本得到最大限度地使用，可以提升病员对医院、社区情况的患病认知度，科学生活观进一步改善，近期、远期的公益性效果明显。

6. 人力资源成本

人力资源成本是社区卫生工作成本中最大的支出消耗。社区卫生服务工作量相对较高主要表现在：门诊、义诊、体检、巡访诊、健康教育活动、基线调查、妇幼保健等，除了门诊医疗外，上述其他工作绝大部分是没有直接经济收益的。因此，加大在“六位一体”工作中医疗工作的作用和力度（2007年年末进一步开展基线调查等基础工作），可以争取获得一定的收益，故在2007年，由于医疗收入增加和政府的补偿，一定程度上缓解了亏损。2008年起，由于没有政府补偿，医院又注重对基线调查和公益性工作的开展，医疗收入减少，支出增加明显。显然，如果没有政府补贴，就须依靠三甲医院兴办社区卫生服务的优势，来调动资源（人力、资金）支撑社区卫生服务中公益性工作的开展。

7. 公益性工作成本

社区卫生服务工作的公益性质，包括政府指令社区卫生单位以优惠、减免等方式进行相应服务的要求，从财务维度的数据（表15-4）可以看到，这些举措都是需要有相应的、较大的成本支撑。如果政府没有补偿这些工作开展的成本资金支持，或者补偿不够，就只能通过其开办医院的“医疗创收”来支撑。

8. 小结

在西部，尤其是欠发达、政府补偿资金不足的地区，三甲医院兴办社区卫生服务，对社区卫生服务的人力资源建设、技术资源共享、医疗质量保障以及资金补偿，是一种行之有效的建设社区卫生服务网络的补充途径。

社区卫生服务工作中，以基线调查及其相应的重点人群建档、慢病管理及其建档工作，如果没有政府补贴，就是纯公益性的工作，因此，须有与之相适应的政府购买或者投入支撑。

BSC作为一个多维度、多指标、定量化的相关、驱动性评价考核管理体系，应用于社区卫生服务的“六位一体”工作的综合系统管理，其具有目标工作过程清晰，工作量、工作效果与成本控制关系易于掌控的优势，并可根据实际情况：包括不同地区内外状况及时限、战略目标及其阶段状况进行有效调整和动态掌控。当然，应用平衡计分卡于CHS，尚有许多值得进一步研究的内容。

（作者：张培林　潘金国　杨俊刚）



导读：

有人测算，在健康教育上花费1元钱，可以节约医药费用8元钱。因此，这既说明健康教育的经济效应，也说明健康教育对国家、社会、个人卫生负担、民众健康的重要性。医院作为健康教育、健康促进的主力军，应从什么角度、方式开展健康教育与健康促进？其成本效果又如何评价？

第十六章　平衡计分卡在医院健康教育与健康促进上的应用

CHAPTER 16

第一节　我国健康教育现状简介

经济社会的发展，人群主要健康指标的变化，民众健康现状堪忧……都需要对健康教育持续关注和维护。国际上称健康教育是“廉价”的保健对策。中国认为，健康教育是“三级预防的网底”。健康教育作为改善健康的良方，通过健康教育的手段达到健康促进的目的，最终使孩子能够健康成长、成年人健康工作、老年人颐养晚年。

一、健康、健康教育、健康促进的概念

健康不仅指一个人身体没有出现疾病或虚弱现象，还指一个人生理上、心理上和社会上的完好状态。

健康教育是诱导人们养成并保持有利于健康的生活习惯，合理并明智地利用已有的保健设施，自觉自愿地从事改进个人和集体的卫生状况或环境的活动。是通过信息传播和行为干预，帮助个人和群体掌握卫生保健知识，树立健康观念，自愿采纳有助于健康行为和生活方式的教育活动与过程。[①]

健康促进：根据《渥太华宪章》的定义——“健康促进是促使人们维护和改善他们自身健康的过程”。世界卫生组织总干事布伦特的解释：“健康促进就是要使人们尽一切可能让他们的精神和身体保持在最优状态，宗旨是使人们知道如何保持健康，在健康的生活方式下生活，并有能力做出健康的选择。”可以归纳为：健康

①黄敬亨，健康教育学[M].上海：复旦大学出版社，2002：115

促进的基本内涵包含了个人行为改变和政府行为(社会环境)改变两个方面,并重视发挥个人、家庭、社会的健康潜力。[①]

通过对上述三者的定义分析可知:健康需要全社会共同维护和持续关注,健康教育是健康促进的基础,健康促进又是健康教育在社会环境层面的发展,通过持续开展健康教育这个"廉价"的手段,可以缓解不断增加的社会和经济压力,也可以达到健康促进之功效,从而增进群体健康的结果。

二、我国健康教育与健康促进的现状简要

健康教育与健康促进是一对孪生兄弟,通过健康教育的手段达到健康促进之目的。因而在分析和研究健康教育时,将健康促进一并论述:我国健康教育与健康促进在20世纪30年代成立的中国卫生教育社和中华健康教育学会兴起后,经历了新中国成立前后的变革,在新中国大体经历了三个阶段:20世纪50~60年代的卫生宣教与爱国卫生运动时期;80年代的健康教育的学科建立与网络初步形成时期;90年代以来的健康教育与健康促进时期,在近年获得了长足的发展。[②]

总之,我国的健康教育事业经历了一系列的发展后,从20世纪30年代的兴起,到新中国成立后的进一步提高,再至21世纪的不断发展,特别是"十一五"期间成效尤为显著:一是专业工作体系基本建立;二是城乡基层健康教育不断创新;三是健康素养促进行动,影响广泛;四是重大事件健康教育工作卓有成效;五是卫生部门控烟履约工作成绩显著[③]。

虽然我国的健康教育与健康促进工作取得了很大成绩,但仍存在许多滞后于我国人口健康状况与人民保健需求、与卫生事业改革和发展不相适应的问题,当前仍面临着许多形势和任务:未富先老的老龄化问题日益加剧;中年人在生活和工作等多重压力下往往以透支生命和健康的方式来维计;青少年近视眼、巨胖和超瘦等并非个案的现象……同时,在网络化、信息化时代大量错误、虚假的健康信息需要普通民众去甄别和判断,这些都对健康教育问题提出了新的挑战。

---

①李主军,陈俊国等.国外健康教育与健康促进的发展与思索[J].重庆医学,2006(6):566

②唐晓音,任学锋.我国健康教育的发展现状与面临的挑战[J].中国健康教育杂志,2001,17(3):144-147

③秦怀金.抓住机遇 创新思路 努力开创健康教育与健康促进工作新局面——在全国健康教育与健康促进工作座谈会上的讲话[R].中国健康教育,2011(3)



第二节　重庆市第九人民医院健康教育工作简况

一、医院开展健康教育的背景

早在1993年，重庆九院人在面临着地处重庆市城乡接合部的二级医院和资金、人才、技术方面均无优势的背景下，坚持医院创始人卢作孚先生的“从大处着眼，从小处着手”的宗旨，依照民众对健康的需求，避开众多医院常规的“技术－服务－机制－文化－品牌”道路，探索了一条“机制－服务－品牌－文化－技术”的新路子，并把健康教育作为这条道路的切入点，做强做大健康教育的战略性投入，变被动救治为主动关注民众健康。

二、系列实践

1994年起，在北碚区委、区政府的领导下，重庆九院发挥在北碚地区健康教育的龙头和优势作用，率先开展了以医院为主导的健康教育活动，并在经费有限的情况下，筹“巨资”进行了健康教育的房屋改造、网络建设，并配备一定数量的专职人员专门开展健康教育工作，同时还对全院职工进行定期的健康教育知识培训，使健康教育理念深入每位员工心中，并自觉贯穿到工作实际。临床等一线科室人员，还开展了定期的义诊、上街发放宣传单、进社区村社进行健康教育知识的宣传活动，以及定期到学校、机关进行专题健康知识宣传。

1995年开始，九院人便逐步完善了健康教育的组织机构和规章制度，并与区健康教育所制定了医院健康教育考核标准，建立了专人落实、考核制度，在实行能级管理的同时，将其与科室管理和医疗质量控制体系结合起来进行综合考核，使之能够常年坚持并得以层层落实。还通过电化健康教育进行门诊、候诊、接诊、住院等健康教育，将健康教育贯彻于诊疗活动的始终。

此后至今的十多年来，重庆九院始终坚持不懈地抓好心理健康教育、社会健康教育、健康教育处方、健康教育宣传、健康教育培训等，着力完善健康教育网络新体系；倾情打造医院健康教育视觉新长廊；精心营造医院健康教育视觉新氛围；全力构建医患健康教育新桥梁；探索建立社区健康教育干预新机制；全面实现传播健康教育广覆盖新形式！

2001年医院还与原西南师范大学联合成立了心理咨询中心，将心理咨询纳入健康教育与促进的内容中，对社会人群、中小学生及大学生进行心理咨询，并对医患之间心理上的交流与情感沟通起着积极作用。

2004年引入BSC理念对之进行综合评价和管理。

三、科学研究

除了持之以恒地开展健康教育外，九院还将科研工作纳入医院议事日程。

（一）全国率先进行理论与实践的“一二三四”健康教育模式

一是贯彻一条主线：医院与健康教育所携手抓健教工作。二是抓好两方面工作：医院与全社会的健康教育。三是坚持三个理念：有利于缓解医患卫生信息不对称、有利于改善医院环境、有利于促进医院文化建设。四是形成四大特色：①医院健教工作形成全框架的网络系统；②医院健教工作向社区、学校、农村、特殊领域等社会各层面渗入；③医院健教工作在社区形成干预机制；(4)健教工作与医院综合改革发展同步，并广泛推广。

（二）全国率先对健康教育效果与成本控制关系进行了系统分析和研究

医院不仅脚踏实地地做好健康教育的常规工作，同时还在全国首次将健康教育效果与健康教育投入的成本进行研究。因为健康教育也是一项需要付出成本的活动，并且在有限地区，政府财力投入十分不足的情况下，医院夹在公益性、市场性、福利性的夹缝中举步维艰……医院如何放大投入健教资金的效果？如何进行健教工作的成本控制？如何进行健教工作的长远规划？都是值得探讨的议题。

（三）首次提出“健康教育与健康促进的临床路径”理念

医院提出的“健康教育与健康促进的临床路径”理念与正在进行的医疗临床路径异曲同工：不仅符合新医改的加大公共卫生投入和民众健康的理念，也符合现阶段政府投入相对不足的国情。该研究扎实有序地开展，将为政府加大公共卫生投入的标准（高线、低线、低据……）提供某些方向的科学根据。

四、已获成果

通过不断地实践和探索，九院人逐渐认识到健康教育不仅在提高人民群众健康方面具有长远意义，同时也有助于缓解医患纠纷，减少医患纠葛，更重要的还是使健康教育与健康促进真正成为医院品牌形象的闪光点：2005年全国医院健康教育大会在九院召开；九院的健康教育“一二三四”模式在全国推广；该模式获得来自卫生部及地方的好评，医院被评为“健康促进示范医院”，并荣获“健康教育处方一等奖”；九院应邀作健康教育专题讲座，并发表高质量研究论文。我院曾在2004年、2007年、2008年、2010年等应邀在全国会议上推广我院的健康教育工作经验，

其中“健康教育效果与成本控制之间关系探索”“三甲医院应当成为区域健康促进与教育的中坚力量”等成为会议亮点。同时，医院还发表了10余篇医院健康教育的研究论文……持之以恒、脚踏实地地开展医院健康教育工作，赢得了社会的赞誉，也获得了各级政府的首肯，并授予医院“健康促进示范医院”“健康教育先进单位”等众多殊荣，为树立医院品牌形象迈出了关键的一步。

第三节 应用平衡计分卡对医疗机构健康教育进行考核管理

一、将平衡计分卡运用于健康教育管理的背景

医院在把健康教育作为医院发展战略，并长期坚持工作的同时，从1998年始，先后采用了综合评价法（Comprehensive Evaluation Method，简称CEM）、作业成本法、分类法、分批法等多种研究方法，对1998~2003年间的健康教育效果进行了动态追踪研究，健康覆盖率、健康知识知晓率和健康行为改变率等指标都有大幅度提升。但在研究中逐渐发现：以上方法多从纯财务的角度出发，没有兼顾到单位的整体发展，日渐显露出单一强调财务量化的弊病，并且难以对健康教育工作的全过程实施动态调整的监控。

但在健康教育的理论与实践中，医院需小成本塑造大品牌、有限的财务投入需放大效果、健康教育众多非量化因素存在以及综合原有的评价方法的固有弊端等现实需求；其作为与信息化接轨需要先进的管理和评价工具的未来需求以及平衡计分卡的多维度、量化性和兼顾管理等优点。在2004年，随着医院将BSC引入医院经营管理，医院开始了BSC用于健康教育效果评价及战略规划的管理。

二、对平衡计分卡应用于健康教育的分析

（一）PEST分析

1. P——政策分析

（1）十一五期间的《全国健康教育与健康促进工作规划纲要》、2008年卫生部发布的《中国公民健康素养基本知识与技能（试行）》、2009年卫生部印发《全国健康教育专业机构工作规范》、2011年《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》等中央及相关部委的多个文件，不断规范和完善健康教育和健康促进。

（2）政府对广大人民群众，尤其是基层群众的健康问题日益关注。

（3）健康教育和健康促进被列为“中国农村初级卫生保健发展纲要（2001~

2010年八大任务之一)",对农民的健康问题尤为关注。

(4)重庆市政府对新医改相关政策的积极贯彻和落实,以及对健康教育工作的持续关注。

(5)重庆市对青少年健康问题的高度重视,如实行"蛋奶工程""爱心午餐"等惠民措施。

(6)健康重庆、幸福北碚的实现,需要着力抓好健康教育工作。

2. E——经济分析

(1)重庆市是年轻的直辖市,两江新区的建成使其有较好的发展前景。

(2)政府对健康教育工作的投入有加大的趋势。

(3)居民的生活水平日益改善,特别是在城镇一体化进程中,广大农民的经济水平有了一定提升,为健康教育工作的开展提供了基础。

(4)重庆九院长期坚持医院健康教育的硬软件投入。

(5)重庆九院将健康教育和该院兴办的社区服务中心的有关工作相结合,投资小、收益大。

3. S——社会环境

(1)居民人均寿命、婴幼儿死亡率、孕产妇死亡率、法定传染病发病率等主要健康指标有较大变化。

(2)目前各类人群健康状况堪忧(老龄化问题日益加剧——未富、先老;中年人承载巨大压力——生命、健康;青少年健康问题凸显——超瘦、巨胖、视力下降)。

(3)慢性疾病谱改变,死因改变。

(4)民众生活条件改善,健康意识增强,但健康知识不足。

(5)北碚区自然环境优越、森林覆盖率高、生活节奏相对较慢……易吸引中老年居住。

4. T——技术环境

(1)重庆北碚区内仅有三甲医院(区域医疗中心)一个,二级中医院一个,其他小医院若干,没有市属医院、教学医院和部队医院。

(2)重庆九院已积累了健康方面的诸多成功经验,特别是几项全国首创已得到广泛认可。

(3)重庆九院拥有一批高级技术人才,能够为民众提供优质高效的医疗技术服务,综合技术水平在重庆北部领先。

(4)利用平衡计分卡管理医院的经验已相对成熟。



（二）SOWT 分析

表 16-1 重庆九院的健康教育 SWOT 矩阵分析

优势(Strength)	劣势(Weakness)
1. 政府对教育的高度重视，特别是诸多文件、规范的试行，投入有增加趋势； 2. 民众生活水平的持续改善和健康意识的增强； 3. 重庆九院已在健康教育方面积累了诸多实践与理论，已得到广泛认可，特别是在全国首创了三个第一（首创健康教育“一二三四”模式；首次提出健康教育的成本与效果的理念；首次提出健康教育临床路径理念）； 4. 九院是重庆北碚唯一一所三甲医院和区域医疗中心； 5. 平衡计分卡在管理医院中已初获成效； 6. 平衡计分卡管理一直是重庆九院的一把手工程； 7. 健康教育是一项投资小、收益高的事业。	1. 健康教育对医院而言不直接产生经济效益的观念仍然存在； 2. 健康教育队伍的专业知识和水平有待进一步提高； 3. 疾病谱和死因谱的变化，使健康教育与健康促进的任务更加繁重； 4. 中国七成人处于“亚健康状态”的现实，给健康教育与健康促进工作提出了新的要求； 5. 重庆市经济欠发达，青少年的健康问题尤为突出； 6. 人民生活水平的提高，健康意识的增强，但相关健康知识相对不足； 7. 政府对健康教育的投入尚未纳入政府自身的考核指标。
机会(Opportunity)	**威胁(Threat)**
1. 政府责任的加大； 2. 随着人们物质生活水平的提高，各种医疗保障政府的完善，民众对自身健康状况的普遍关注； 3. 疾病谱的改变、人口老龄化、慢性病的增加使人们对健康教育的需求越来越大； 4. 两江新区的建立，重庆迎来新的发展期； 5. 信息化、网络化的普及为健康教育提供了平台； 6. 社区卫生服务工作的不断夯实，为健康教育提供了契机； 7. 重庆九院社区工作中“四定”模式的开展，为健康教育提供了便利和可能。	1. 健康教育工作的行政化、宣传化、形象化倾向，使健康教育的效果是否能落实到实处存在疑虑； 2. “预防为主”的观念在口头上居多，但实际工作中，医疗机构仍然以“治”为主要导向； 3. 人民群众尽管健康意识普遍增强，但往往基于自身的诸多现状未把其纳入日常的工作生活中，健康行为有待进一步养成； 4. 重庆的饮食、休息等不利于健康的生活习惯仍然继续影响居民的生产、生活； 5. 地区经济发展还比较差，广大农村地区的健康意识有待进一步加强。

（三）分析小结

（1）政府对民众健康日渐重视，除出台一系列文件外，还开展了一系列行之有效的举措。

（2）经济社会发展，人们健康意识和健康观念的增强，为广泛开展健康教育提供了便利。

（3）居民健康状况总体堪忧：青少年健康问题凸显，中年人以透支生命和健康的方式来维持生计，未老先富情况加剧，疾病谱的改变以及死因改变等，对健康教育提出了更为严峻的挑战。

（4）新医改中加强对公共卫生、农村卫生、社区卫生的建设，为健康教育的实施提供了便利。

（5）现存的健康教育尚不产生直接经济效益，这使健康教育真正达到健康促进之功效仍需不断地努力和探索。

（6）健康教育作为“廉价”的医疗保障对策，是改善健康的良方，是投资小、收效大的一项举措。

三、平衡计分卡健康教育的管理指标体系建立

面临着重庆九院需要小成本铸就大品牌、有限的财务投入需放大效果、健康教育的众多非量化因素的问题，以及在该项工作中已经使用的综合分析评价法的缺陷等现实需要，根据平衡计分卡的多维度兼顾平衡和量化性等优点，以及重庆九院十余年的健康教育的实践经验积累，使探索建立BSC指标体系作为评价健康教育工作的一种方式成为必然。经过近几年的实践，指标不断优化，从初设的87个指标逐步优化后达到25个指标，该体系有力地推动了健康教育工作的全面发展（见表16-2）。

（一）重新研习CEM方法的指标及评价结果

根据本书已有的平衡计分卡应用于医院管理的方法，结合重庆九院已经使用的综合评价法分析健康教育工作的经验与不足，在1998年~2003年已有资料的基础上，重点研习原有指标的优缺点，针对组织机构覆盖率，重大传染病疾病、农村、城市社区、特殊场所等健康教育知晓率等的综合指标的分析可知：本地区的健康教育经费投入逐年增大，并日趋平衡，投入所产生的效果也较明显，许多可以量化的指标发生了明显的变化，说明健康教育已经在一定程度上起到了预防和宣传的作用。但是，利用CEM评价也存在对事前、事后能够有效评价，但对事中监督调整



缺乏有效控制管理的问题，并受健康教育非财务指标制约等缺陷。

（二）战略指标的确定

围绕着国家相关的新政策和医院健康教育工作中存在的问题，特别是与医院差异化发展战略相一致，确立医院健康教育的目的在于：通过扎实有序、持之以恒地开展医院健康教育，真正从提高当地居民对健康知识的知晓率出发，真正达到自身健康行为改变，达到健康促进之目的，从而使当地居民群众的整体健康水平持续提升。

（三）寻找主要问题

鉴于政府投入有限且在短期内大幅度改变的迹象尚不明朗、机关和团体对该项工作的投入存在不确定性的前提下，医院用于健康教育的资金刚性投入仍然是开展该项工作的关键所在。因此，将之纳入财务维度考核的重要指标中。同时针对医院开展健康教育工作的时间较长，原有用于健康教育的组织机构已相对完善，因此，对之相对弱化处理。在流程维度中，由于在原有CEM体系无法完成动态监控的原因，因此对流程维度中存在的行政化、宣传化等形式进行了调整，使健康教育的目的真正落实。同时，针对目前健康教育专业队伍人员素质有待提高的现状，设置了人力资源培训及品牌建设等指标。从而为当地居民群众的健康提供优质服务，发挥好重庆北部区域医疗中心的龙头作用。

（四）找出实现主要问题的关键点

针对已有经验及存在的不足，找准主要问题及实现主要问题的关键步骤，使健康教育在合理投入的前提下发挥最大效益：在财务维度中，去除以前经费来源的考核指标，重在关注投入的用途；在流程维度中，除了对网络建设和环节建设相对重视外，还增设了后勤保障相应指标，以使此项工作顺利开展；在客户维度中，把受众对健康行为的知晓度扩展到健康行为的改变率等指标，同时在流程维度中，强调全员参与，重在把健康教育贯穿于医疗活动的始终来设立指标；在学习与成长维度中，重在通过对健康教育人员的专业培训（包换医务人员和后勤人员）以及专业技术人员在相关领域内的研究进展，对所获得的相关荣誉以及参加各级会议等情况进行考核标准。如下表所示：

表 16-2 平衡计分卡健康教育管理指标体系

维 度	二级指标	三级指标	诠释与考评
财务维度	硬件投入	投入固定设备经费	财务科数据
		投入组织机构网络建设经费	
		投入购置房屋经费	
	软件投入	每年义诊投入经费	
		举办健康教育讲座投入经费	
		制作、发放宣传单投入经费	
		问卷调查投入经费	
	资源利用率	组织机构网络建设覆盖率	
		健康教育网络覆盖率	
		因健康教育带来的目标客户	
客户维度	义诊	每年义诊次数	
	讲座	每年健康教育授课次数	
	知晓率	居民基本卫生知识及慢性疾病知晓率	
	改善率	居民健康相关行为改善形成率	
	就诊率	受众到九院就诊情况	
	满意度	居民对健康教育的满意度	
流程维度	中心建设	规范化健教中心数量	
	参与状况	医院参与该项工作的协调状况	
	网络建设	健康教育网络覆盖率	
	环节改造	新增健教场所数量	
		电脑等相关设备添置数量	
		健康教育工作的合理安排	
	后勤保障	医院非临床科室参与健教情况	
学习与成长维度	人力资源培训	员工参加健康教育培训人数	
	品牌建设	科研情况(论文、奖项、会议)	

四、健康教育指标体系的关键指标解读

（一）财务维度

当前，健康教育的作用日渐显现，是三级预防的网底，但由于政府对医院投入的不足，真正专项用于健康教育的资金有限，因此，医院不强求健康教育资金的来源，而是关注健康教育资金的使用情况，因而把对健康教育工作的专项投入作为重点，分为“硬件投入”和“软件投入”等，同时对通过“组织机构网络建设覆盖率”等对资源的利用情况进行考核。该法设置的财务维度指标是基于健康教育不直接产生经济效益，且其产生的经济效益为隐性和长期性等特点而制定的。在相应硬件设施不断优化和完善的基础上，重在考评每年开展工作的情况，特别是对义诊、健康教育讲座、宣传单、问卷调查等形式进行考评。

与平衡计分卡运用于医院管理的其他专项工作相比，医院每年在预算时都拿出专门的保证，以确保专款专用，因为医院管理者早就认识到了这是一个医院差异化发展战略的延伸，同时也是利区、利民、利院的好举措。因而医院一直把健康教育工作常抓不懈，同时，把其融入医院的日常诊疗活动中，使健康教育工作经常化、制度化，避免行政化和形象化，努力为打造幸福北碚下功夫。

（二）流程维度

医院要在自身投入有限的前提下，尽可能使健康促进的效果最大化，因而通过适度的“健康教育中心建设”“网络建设”“环节改造”等二级指标，通过“医院参与该项工作的协调状况”的三等指标来反映医院参与该项工作的医务人员及相关人员的情况；同时，通过医院非临床科室参与健康状况来反映后勤保障的力度及整体协调度。以此对健康教育工作的流程进行合理的安排，以取得健康促进的功效。

（三）客户维度

由于是医院在开展健康教育工作，因此在政府投入有限的情况下，医院需拿出足够的资金来维持相应的运转，因而，医院除了整合现在的医疗队伍，将之与日常的医疗活动联系起来，还要把“受众到九院就诊情况”作为一项指标，通过对民众前期的健康干预，以及“居民基本卫生知识和慢性疾病知晓率”“居民相关健康行为改善率”等指标来真正实现通过健康教育达到健康促进的效果。

（四）学习与成长维度

目前，在健康教育整体专业队伍有待进一步加强的前提下，我院通过整合现

有医务人员队伍，将该项工作贯穿于日常的诊疗护理中，通过对员工参加“健康教育培训的人数”以及“参与健康教育专项工作的次数”等指标来反映对该项工作的重视程度以及医务人员在该项工作中所开展的一系列科研情况。

第四节　思考与建议

一、政府重视是前提

健康教育作为一项投资小、收效大的工作，尤其是对控制慢性疾病发病率增高，提高民众整体健康水平都有着重大作用。要想该项工作长期坚持下去，需要足够的资金支持，主要靠医院进行主要投资开展此项工作，势必加重医院更大的负担，使其在专业队伍建设、人员经费等方面难以保证。故政府应从根本上真正改变预防为主的观念，加大对健康教育的刚性投入，特别是发挥好健康教育专业机构的作用，以保证该项工作获得实效。重点突出健康教育社会化、社区化、医院化，促进地方健康教育全面发展。

二、医院开展健康教育事半功倍

医务人员利用自身的医学知识，对人群进行专业性指导与教育，在维护群众健康、有效缓解医患矛盾、缩小信息不对称、促进医院全面和谐发展方面均会收到较好的效果，特别是通过面对面的交流，更是能随时将健康教育变为工作的一项理念，成为一种工作习惯。护理人员在进行整体护理时，更是将健康教育作为一项必不可少的工作任务和内容，贯穿于护理工作始终，真正从专业的角度科学地帮助群众树立健康观念，改变不健康的行为，从而使民众的身体和心理都具有良好的社会适应状态，最终增强民众的健康意识和促进其对健康知识的掌握，节约社会医疗资源。同时医院通过定期开展进社区、企事业单位的健康知识讲座与问答，能够有助于受众做到早预防、早发现、早治疗，有效减少慢性疾病的发生率和提高治疗效果，是一项惠民的好举措。

三、健康教育对九院差异化战略的作用

重庆九院在人、财、物都相对紧缺的情况下，结合医院差异化发展的战略目标和每年医院发展的阶段性目标，始终将健康教育作为一项基础工作常抓不懈，保证了该项工作的顺利开展。通过平衡计分卡管理该项工作后，随时根据国家和地方的相关要求和民众对健康知识的需求对指标进行动态调整。目前正在探索低

投入、高效益的健康教育临床路径，在利用医院的成本控制研究室对健康教育的各项工作进行分解、细化，计算成本，并进行全程跟踪，以使健康教育投入或效果得到更细化的研究，为政府投入提供参考和依据。

医院通过近20年来持之以恒地抓健康教育工作，在业内外获得广泛赞同，其中20世纪推出的健康教育“一二三四”模式在全国推广，近年来又在全国首次提出健康教育的成本与效果控制和健康教育的临床路径理念，不仅使平衡计分卡在医院管理的运用扩展到一个新领域，还有助于优化工程流程，在合理的投入下能够使健康教育的效果最大化。

四、用平衡计分卡管理健康教育的作用

通过医院近十年来的专项管理与应用可知：采用平衡计分卡的理论管理评价健康教育工作后，除了从总体上知道经费投入与健康教育成正相关关系外，最重要的是在健康教育开展过程中如何抓住关键环节、重点部位，如何优化工作流程、提高资源利用率等，通过多维度管理控制工具，设立动态的指标，并进行成本与效果细化研究，进而有步骤、有计划、有目的、有效果地开展健康教育工作，并进行动态监控和适时调整。

（作者：张培林　李昌平　刘杰　朱秀芳）

导读：

建立医保体系是我国医改的一项基本决策，也是我国民众人人享受基本医疗的保障。从供方、需方的角度看，医保付费是医院经济的主要来源。医院在与医保管理单位博弈的同时，合理安排好医保金的使用是很重要的管理内容。我们采用平衡计分卡对医院的医保管理进行了初步的探索。

第十七章 平衡计分卡应用于医院医疗保障的理论与实践研究

CHAPTER 17

第一节 我国医疗保障建设现状简介

随着我国经济和社会发展以及长期实行的基本社会政治经济制度而导致的城乡二元化差异，医疗保障制度经历了长达50余年城镇和农村两套体系分别运行的阶段，其中：

城镇医疗保障制度历经三个阶段（第一阶段：1949年~1994年；第二阶段：1994年~1998年；第三阶段：1998年~至今）后，已由原来的在国家机关和事业单位实行的公费医疗制度和企业实行的劳保医疗制度，发展到如今的“社会统筹和个人账户”相结合的“低水平、广覆盖、双方承担、统账结合”；与此同时，农村医疗保障制度则从1955年合作化时期的建立到20世纪70年代的真正普及和推广，至20世纪90年代初期的濒临解体，再到2002年国家对“因病致贫、因病返贫”问题的再度重视。经历了由计划经济体制到社会主义市场经济体制的制度变迁，基本医疗制度已形成了四种类型：针对城镇就业人口的城镇职工基本医疗保险；针对城镇非从业人员的城镇居民基本医疗保险；针对农村人口的新型农村合作医疗制度以及作为城乡困难人群补充的城乡医疗救助制度。形成了城镇职工基本医疗和城镇居民基本医疗由人社部主管，新型农村合作医疗由卫生部主管，而医疗救助则由民政部主管的局面。

然而，随着人口流动的加剧、城乡统筹发展的深化和2009年开始的新医改进入到攻坚阶段，上述四种类型的医疗制度的整合问题日益突出，理论界与实际操作部门之间也有几种代表性的主张：一是主张城镇居民医疗保险与新型农村合作

医疗制度接轨；二是主张维持目前现状，根据人口比重决定整合走向；三是将城镇职工、居民和新农合制度共同整合，由人社部或卫生部统一管理，但应明确各自的决策权和话语权。目前，在我国某些地区已试点进行城镇职工医疗保障制度（简称新城合）和城乡居民医疗保障制度（简称新农合）。前者保障对象为城镇各类职工、农民工、灵活就业人员等就业群体；后者指城镇未就业居民和广大农民。尽管两种基本医疗保障制度在筹资水平、补偿范围、补偿比例及支付方式上各不相同，但都体现了政府为提高医疗卫生服务的可及性，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务所采取的实际举措。由政府、医疗基金管理机构、医院等相关部门共同参与并实施的基本医疗保障制度正向着优越的方向发展，不管是四种体系继续存在还是各地在此基础上的试点，以覆盖全民为目的基本医疗保障体系正在显示其成效：截止到2011年9月底，基本医疗保险覆盖12.95亿人口，覆盖面超过95%。其中新农合新增1,700万人，城镇居民医保全面推开，参保人数达到2.16亿人，近800万关闭破产企业退休人员和困难企业职工全部纳入了基本医疗保障体系，这些新增群众主要是基层群众。新农合和城镇居民医保政府补助标准从2009年每人80元提高到2011年的每人200元。①

但是由于医疗保障制度诞生引入了“第三方付费”机制，使原来由医院和患者两方博弈的问题加上了医保基金管理机构、市场机制的“逆向选择”和“道德风险”，又使“三方六边”（三方：患者、医疗服务提供者、医保基金；六边：医院与患者，医院与医保基金管理机构，患者与医保基金管理机构）的关系日益复杂。

一、医疗保险基金管理机构

医疗保险基金和医院两者利益在总体上、宏观上是一致的：前者为服务系统筹集资金，后者利用好这些资金为人民群众提供医疗卫生服务，以实现广大人民群众的公平保障、可持续保障的理念。其表象是买卖双方的公平交易，但在实际操作中，存在着众多矛盾：一是长期利益与短期利益的矛盾，基金立足于追求自身的可持续发展而更关注长远利益，这势必意味着医院的短期应得利益受到损失；二是费用总额控制与实际需求的矛盾，生活水平的提高、健康意识的增强、新技术和新项目的开展、疾病谱的改变、老龄化加重等众多因素导致医疗费用客观上不断上涨，如果医保基金单纯从控费角度出发，势必有违社会发展的规律和损害医院的正当利益；三是管理与服务等机制性矛盾，作为医保基金的主管部门，人社部

① 发改委：我国基本医疗保险覆盖面已过95%[EB/OL].http://news.sina.com.cn/c/2011-12-29/134423716250.shtml,2011-12-30

与卫生部之间本身存在着话语权、决策权等内涵与权重的差异，致使医院在具体工作中难免陷入众口难调的境地，同时每年的医保额度等相关标准制定的滞后性让医院在工作中更是谨小慎微，难以从人民群众的健康需求、从医学科学的发展角度提供优质、高效的服务。

与患者之间：一是“有限性”与“无限性”的矛盾，医疗保险基金供给的相对“有限性”和参保人员的医疗需求的相对“无限性”是一对永远的矛盾；二是城乡二元体制存在而产生的矛盾，长期形成的社会经济制度导致的二元化差异难以在短期内消除，患者只能总体上处于被动接受的境地。

二、医院

医院作为医疗服务的直接提供者，相当于基金流出的“守门人”，在“三方六边”关系中扮演着重要角色，控制医疗服务费用的上涨，对医疗保障制度的可持续性发展非常重要，其行为是否规范、收费是否合理、价格是否低廉和服务是否优质是该制度能否持续发展的重要因素。将医疗费用控制在一个合理的水平，这是任何医疗保障制度稳定运行的关键因素之一。然而，本来是处于买卖双方公平交易的市场经济条件下运行，但由于经济学规律中“逆向选择”和“道德因素”的客观存在，致使在医疗服务的提供中有诸多难题：一是承担了自身并不应该承担的责任。目前由于长期形成的体制与机制性矛盾，致使医院承担了过多不应该自己承担，且自身无法解决的现实矛盾；二是医疗技术的发展和疾病的个体差异的广泛存在，致使无法用单一的治疗标准和药物来衡量某一疾病的全程；三是费用的控制额度。由于规定超出封顶线部分的费用由定点医院自己支付，所以封顶线较低也造成了定点医院压力较大。

与医保基金之间：前已述及。

与患者之间：由于社会、公众过多地把现存的“看病难、看病贵”等矛头指向医院和医务人员，致使两者之间存在着客观的矛盾：一是医患严重不信任。使得双方从曾经和谐地相处到目前的双方彼此戒备的对立状况，在一种不信任的前提下提供医疗服务，医院往往处于两难境地，随时存在过犹不及的状态下；二是医疗信息的不对称。医患信息不可能完全对称是客观存在的事实，但频发的医患纠葛致使诊疗行为如履薄冰；三是医疗费用超出民众的承受和预期。由于民众自付比例过高造成的现实矛盾致使二者更加对立。总之，体制与机制性因素导致医患双方处于不信任的“敌对”状态。



三、患者

患者在接受医疗服务的过程中，表面上在医保基金管理机构和医院之间处于弱势地位：广大人民群众的就诊愿望与现实的矛盾永远存在，医保基金要求患者接受规范的诊疗行为，但是由于患者间个体差异的客观存在，以及患者健康意识和维权意识等诸多因素的叠加，致使购买和实现医疗过程的关系变得更为复杂。

总之，由于医疗保障在运行过程中暴露出的如基金筹集困难、运行成本较高、保障水平低、监管不到位、医疗服务费用昂贵等问题已严重阻碍了医疗保障的健康有序发展，并且患者在个人费用负担减少的情况下希望得到最好的医疗卫生服务，医保基金管理方希望维持基金的可持续性甚至尽可能多的结余，卫生服务提供方希望得到更多的费用补偿和发展空间，如何协调“三方六边”关系，使其在市场经济条件“帕累托原则”合理范围内波动是世界性难题。

第二节　平衡计分卡在重庆市第九人民医院医保方面的应用

随着医疗保险覆盖面的迅速扩展和医疗保障体系的日臻完善，医保管理已经成为医疗机构管理的重要内容，建立医疗机构微观的医保管理评价体系具有迫切的现实意义。我院自2007年开始尝试运用平衡计分卡对医院进行管理的多项实践正逐渐证明，该工具在有效促进医院整体水平提升的同时，医疗成本在合理范围内得以有效控制。故针对国家的医疗保障体系，医院建立了相应的规章制度和医疗机构平衡计分卡评价体系及相应权重，该体系针对国家和医院共同的战略愿景，围绕主要问题、子问题锁定关键点，建立起了一系列可以动态调整的指标体系，几年的实践已证明，该体系有效地促进了医保工作的有序开展。

第三节　应用平衡计分卡对医疗机构的医保绩效进行考核管理

鉴于医疗保障体系中三方利益的永远博弈状况和重庆九院在2004年将平衡计分卡引入医院管理的成功经验，在新农合开始实施的2007年，医院重点针对医保专项工作进行探索，将平衡计分卡引入了医保绩效考核评价机制，初步建立起了医保基金的管理评价体系。

一、重庆九院医保专项工作的分析

（一）PEST分析

1. P——政策分析

（1）近年来，中央先后出台多个文件，不断优化和完善医疗保障制度。

（2）政府对广大人民群众，尤其是基层群众的健康问题的日益关注。

（3）新城合、新农合的实施。

（4）特殊人群：大学生、农民工等医保制度的完善。

（5）重庆市政府对新医改相关政策的积极贯彻落实。

2. E——经济分析

（1）重庆市是年轻的直辖市，而两江新区的建成，更使其有较好的发展前景。

（2）在新农合、新城合的资金筹集中，政府对医保的投入有加大趋势。

（3）重庆市北碚区位于重庆主城区城乡接合部，以农业经济为主，经济属于欠发达，新农合释放了广大民众的潜在就医需求。

（4）重庆九院在重庆主城区三甲医院中综合指标名列前茅，但平均住院、门诊收费最低。

（5）众多因素导致医疗费用的客观增长在一定范围内超出了基本医疗的承受度。

3. S——社会环境

（1）人民群众的生活水平在逐步提高，健康意识、保险意识增强。

（2）森林覆盖率高，自然环境较好，有利于吸引民众居住。

（3）政府责任的加大。

（4）民众医疗保健意识增强、老龄化加剧、新技术新设备新材料的应用等导致医疗需求增长。

4. T——技术环境

（1）重庆北碚区内仅有三甲医院（区域医疗中心）一个，二级中医院一个，其他小医院若干，没有市属医院、教学医院和部队医院。

（2）新医改对群众健康的高度关注，特别是政府下决心缩小民众的自付比例，到2015年个人支付比例将下降到30%以下。

（3）重庆九院拥有一批高级技术人才，能够为民众提供优质、高效的医疗技术服务，综合技术水平在重庆北部领先。



(4)利用平衡计分卡管理医院的经验已相对成熟。

(二)SOWT分析

表17-1 重庆九院的医保SWOT矩阵分析

优势(Strength)	劣势(Weakness)
1. 政府对医保的高度重视,投入有增加趋势; 2. 民众生活水平的持续改善和健康意识的增强; 3. 广大农民就医需求的释放; 4. 九院是重庆北碚唯一一所三甲医院和区域医疗中心; 5. 平衡计分卡在管理医院中已初获成效; 6. 医院总体收费较低; 7. 平衡计分卡管理是一把手工程。	1. 医院在医保额度等方面只能被动接受; 2. 医院与医保基金管理机构无平等的谈判机制; 3. 医院生存压力较大; 4. 三甲医院医保门槛费较高; 5. 附近其他基层医院对低端医保病人的“抢夺”,高端病人易于流入主城区其他医院; 6. 医疗服务提供与费用控制间“永恒”的矛盾。
机会(Opportunity)	**威胁(Threat)**
1. 政府责任的加大; 2. 随着人们物质生活水平的提高,医疗保健意识不断增强,对医疗的需求明显增加; 3. 疾病谱的改变、人口老龄化、慢性病的增加带来了更多的医疗服务需求; 4. 两江新区的建立,重庆迎来新的发展期; 5. 新技术、新设备的不断出现和更新; 6. 医院各项综合指标走在重庆市属医院前列,而人均住院、门诊费用最低。	1. 上级医保政策(预付额度)的变化与给定时间的滞后性; 2. 周围三甲医院的异军兴起; 3. 医疗需求的增加使医疗费用增长; 4. 医疗服务的客观需求超出了基本医疗的承受度; 5. 目前国家在医改的实施中,偏重于对医院的改革; 6. 地区经济发展还比较差。

(三)分析小结

(1)新医改建立的“广覆盖、保基本”等医保政策更加关注民生。

(2)医保体系中涉及的主导部门,如:人社部、卫生部等之间的利益博弈致使具体操作中出现难题。

(3)医保政策的相对随意性:总额数目及时间的确定,使医院在为患者提供医疗服务时,往往有左右为难的倾向。

(4)针对病人的个体差异,确需适用相关药物才能治疗时,但医保目录中未有相关的内容。

(5)医院只能加强自身管理,规范医务人员行为,更好地在现有医保政策的框架内为患者提供优质、高效的医疗服务。

二、医保指标体系的建立

医院作为医保体系中为患者提供医疗服务的个体，在医保基金、患者之间扮演着重要的角色，面临着医保基金的“有限性”与民众就医需求与愿望的“无限性”的矛盾，医院只好加强自身的经营与管理，规范约束医疗行为，在政策限定的范围内为患者提供更好的医疗服务。故在2004年，在医院将平衡计分卡运用于医院管理后，院领导就为医保政策走向做了详细的研究和战略规划，也因此开始了医保绩效管理的应用探索。医院围绕建立、健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度这个新医改的总体目标，为群众提供安全、有效、方便的医疗卫生服务，确定医院的战略目标，围绕主要问题和子问题锁定关键点，建立指标体系，通过前章述及的运用平衡计分卡管理医院专项工作的相关原理和方法，共建立了10个二级指标，33个三级指标的体系（见表17-2），并根据国家政策逐年进行微调，效果较佳。

表17-2 平衡计分卡医保管理指标体系

维度	二级指标	三级指标
财务维度	在保证医疗质量和安全的前提下控制成本	政府对医疗保障的总额度的增长率
		医保收入占医院总收入比例
		参合患者住院费用中药品费用所占的比例
		医保中管理费用占医保总费用的比例
	医保基金使用情况	城镇职工医保结余率
		城乡居民医保结余率
		医保基金获得补偿周期
	参合患者实际受益率	参合患者次均门诊费用与医院次均门诊费用之比
		参合患者次均住院费用与医院次均住院费用之比
		参合患者门诊次均补偿费
		参合患者住院次均补偿费
		参合患者门诊实际补偿比
		参合患者住院实际补偿比



续表

客户维度	参合患者的覆盖率	城镇居民医疗保险覆盖率
		城乡居民医疗保险覆盖率
		特殊人群医疗保险覆盖率
	参合患者的满意度	对医疗整体医疗服务的满意度
		参合患者有效投诉人次
		拒付人次百分比
	保险单位	保险单位满意度
流程维度	医保规章制度的制定和执行	医疗保险管理的规章制度的制定
		医务人员对各种规章的执行
		对违反医保政策的惩处情况
	加强医疗监管	效率(床位使用率、平均住院日)
		质量(出入院诊断符合率、治愈率、基本药物目录内用药比例、参合病人抗菌药物使用率、病历合格率等)
		安全(医疗事故例数、医疗事故发生率、医疗纠纷发生率、术后感染发生率、手术并发症发和发生率)
		成本(采购成本节约率、管理费用节约率、医疗设备维修率)
学习与成长维度	提升员工满意度	员工满意程度(员工对工作环境、专业、价值和授权的满意度)
		员工忠诚度:关键人员流失率
	提升员工学习、创新能力	员工培训指标(参与培训的员工百分比或培训次数)
		新服务项目的开展情况
		继续医学教育的年度完成率
		著作和核心期刊发表数

(一)战略指标的确立

根据本书已有的分析,定点医疗机构加强绩效管理、规范医疗行为、提高服务水平对有效控制医疗费用、保证城镇职工医疗保险基金和城乡居民医疗保险基金以及其他专项医保基金的有效合理应用及医疗保障体制安全运行和可持续发展起着举足轻重的作用。

重庆市第九人民医院作为“新城合”和“新农合”等的定点医疗机构,在将平衡

计分卡成功应用于医院及社区卫生服务绩效管理和成本控制的基础上，进一步将这一先进的管理工具应用于医保医疗费用的控制中，以加强新城合和新农合的管理。将“以病人为中心，降低医疗服务费用，提高医疗服务质量，积极推动医保合作医疗工作的开展”作为医院的使命，探索出一套科学、合理，既能有效控制医疗费用，又能保证医疗质量的管理模式，为医疗定点医院的管理提供一个新的思路，努力做到在现有的筹资水平下，把医疗费用控制在一个合理的水平，提升参合民众的基本医疗保障水平，从而为医疗保障体系工作的健康、持续发展提供保障。并努力在医疗服务的提供者、受益者和参保者三方博弈中尽可能寻找利益的平衡点，使目前我国处于“市场性”现状中的医疗卫生尽可能接近“帕累托”的最低状态，以更好地实现自身经济效益和社会效益的双赢。

（二）寻找主要问题

寻找平衡计分卡的四个维度，分别确定主要问题：在财务维度，针对现有政府投入有限且在短期内大幅度改变的迹象尚不明朗的前提下，为确保医疗保障体系改革成功，在保障医疗质量的前提下，合理降低民众的医疗费用，减轻群众疾病经济负担，改善医疗服务的可及性是本维度一个重点问题；在客户维度上，以病人为中心，在提高医疗服务质量，积极推动新城合和新农合工作开展的同时，缓解民众“看病难和看病贵”的问题；在流程维度上，针对财务和患者维度的需求及为更好地满足政府和群众的需求，医疗机构应提供优化的医疗运行措施；在学习与成长维度上，针对前三个维度，围绕如何提高医疗服务水平和如何改善医疗保障的能力，提升自我的能力。

（三）找出实现主要问题的关键点

结合在医疗保障方面的相关政策和自身规范医疗行为，为实现主要问题找出关键的措施和方法。具体方法是：收集已有的有关类型的指标体系作参考，围绕国家相关政策，在认真学习有关理论的基础上，借鉴国内外相关研究的部分成果，深刻理解定点医疗机构绩效评价的内涵，收集有关评估标准，然后对其进行分析研究，引为参考。

三、医保指标体系的关键指标解读

（一）财务维度

当前，“看病难、看病贵”似乎已成众矢之的，面对着现存机制与体制性问题等诸多因素形成的医患双方已不再“信任”的格局，以及民众对健康需求的增加、医

疗技术的发展以及经济社会的发展等导致的医疗费用的增加已经超出了民众的支付能力，医疗行为往往处于左右为难的境地，因而在财务维度中把“在保证医疗质量和医疗安全的前提下控制成本”作为一个主要问题，同时，针对目前医保基金预付总额的额度和时间的不确定性等客观现状，把“政府对医疗保障的总额度的增长率”作为这个主要问题的关键点之一。而把“医保收入占医院总收入比例”“参合患者住院费用中药品费用所占医疗费用的比例”等三个指标作为医疗机构自身在总费用前提下的一个合理、有效、安全治疗的保证。并且通过医保基金的结余率和医院得到医保基金的周期等从总体上反映一个地区“医保基金的总体使用情况”；通过参合患者次均补偿费用和比例以及其占医院门诊、住院费用之比等关键点反映“参合患者实际受益率”等主要问题。

与平衡计分卡运用于医院管理的其他专项工作相比，每年医保的总额度动态变化以及制定的时间相对滞后性使得医院在开展工作中“无所适从”，尽管对“重复计费、多收费、分解收费、无医嘱收费”等容易把控，但对“超剂量用药、处方超量、住院药品费用超标”等看似容易操作的医疗行为，却因病人个体差异、医患双方的信息不对称，尤其是医患双方不信任的现实状况等致使本身科学的医疗行为处处受制。

（二）流程维度

医院既要在有限的费用空间内获得利润，同时又要符合费用合理的检查治疗要求，只有采取挖掘医院内部潜力，加强成本核算，减员增效，提高治愈率和设备资源的利用率，缩短平均住院日等措施。因此，“医保制度的制定和执行”是一个主要问题，医院针对每年的医保政策的变化均要下发“医疗保险管理手册”来保证“医疗保险管理规章制度的制定”“医务人员对各种规章的执行”以及“对违反医保政策的惩处”关键点重点规范医务人员的诊疗行为；同时通过加强具体的质量管理，例如效率、质量、安全等诸多具体指标来确保医疗质量和医疗安全，在科学控制费用的同时，积极与患者沟通，使合理治疗、合理用药等得到实施。

（三）患者维度

由于新医改要求的医疗保障是“低水平、广覆盖”，鉴于目前政府投入有限且短期内尚无较大改观的现实，其医疗费用水平势必低于社会平均水平，故民众自付比例仍然较高，因此在客户维度中，回避了医疗费用的满意度指标，而把“城镇居民医疗保障覆盖率、城乡居民医疗保险覆盖率、特殊人群（农民工、大学生、五保户等）医疗保险覆盖率”作为广覆盖的客观科学指标。通过患者对医疗服务的满

意度、患者有效投诉次数和拒付人次百分比等主要关键点来反映患者的医疗服务的接受情况。

（四）学习与成长维度

为了保证在“三边六方”关系的复杂矛盾中医院能为病人提供更好的医疗服务，采取了“员工满意度和员工忠诚度”来保障整体队伍的稳定性和医疗服务的可持续性，同时通过开展继续教育和创新工作等“提升员工学习、创新能力”。此指标可以结合医院其他工作的开展一同考评，具有可操作性。

第四节　应用平衡计分卡对新农合进行绩效考核管理的研究

重庆九院于2007年3月起开始试行新型农村合作医疗，上述评价指标体系于2008年底建立，故本研究根据以上权重设定，只对2009年1月至2009年12月进行绩效考核，按计划实施“四步走”战略：首先，根据指标内容，设置问卷，培训调查员，进行问卷调查。调查采用随机抽样法，抽取200位就诊参合患者，对其发放问卷，进行调查。共发放问卷200份，有效问卷189份，有效率为94.50%。对所有有效问卷采用Epidate3.0软件录入后进行分析；第二步，走访北碚区新型农村合作医疗管理中心，收集指标所需要的内部数据；第三步，对重庆九院卫生服务工作人员进行深入访谈，了解相关情况。最后，收集整理，得出以下结果（见表17-3）。

表17-3　2007年~2009年平衡计分卡新农合关键指标结果

关键绩效指标	2007年（3~12月）	2008年（1~12月）	2009年（1~12月）
参合患者所占病员比例	22.81%	24.02%	28.78%
参合患者获得率	21.77%	22.93%	25.42%
拒付人次百分比	0	0	0
医疗收入增长率新农合所占比例	16.86%	22.47%	26.33%
参合患者住院费用中药品费用的比例	50.18%	49.72%	46.39%
参合患者次均门诊费用与医院次均门诊费用之比	50.68%	57.01%	52.24%
参合患者次均住院费用与医院次均住院费用之比	79.56%	79.89%	75.03%
新农合门诊次均补偿费（元）	18.92	25.16	30.57
新农合住院次均补偿费（元）	762.41	1,095.28	1,302.53

续表

参合患者门诊实际补偿比	16.01%	21.29%	25.65%
参合患者住院实际补偿比	17.84%	23.89%	25.81%
新农合受益率	98.47%	50.57%	54.10%
床位使用率	94.74%	92.79%	103.92%
平均住院日(天)	9.8	9.9	9.7
出入院诊断符合率	99.90%	99.91%	99.89%
治愈率	41.76%	42.16%	43.28%
住院参合病人抗菌药物使用率	63.75%	60.08%	59.32%
术后感染发生率	0.6%	0.6%	1.0%
病历合格率	100%	100%	100%
医疗事故例数(例)	11	6	3
医疗事故发生率	0	0	0
医疗纠纷发生率	17.47%	20.81%	10.71%
参合患者投诉情况(例)	64	30	28
新农合管理费用节约率	5.70%	11.60%	22.50%
参合者对新农合的知晓率	100%	100%	100%
参合患者对就医的方便程度的满意度	88.49%	88.62%	89.84%
参合患者对就诊医院工作人员态度的满意度	91.80%	91.85%	92.06%
参合患者对就诊医院技术水平及设备水平满意度	86.56%	88.12%	88.36%
参合患者对就诊医院医疗服务价格的满意度	89.61%	91.16%	91.53%
员工对工作环境、专业、价值和授权的满意度	95.37%	95.85%	97.14%
员工忠诚度:关键人员流失率	0	0	0
员工对新农合政策的知晓率	100%	100%	100%
参与培训的员工百分比	95.72%	96.11%	96.46%
新技术的开展情况(项)	10	6	8
继续医学教育的年度完成率	100%	100%	100%
论著发表数(篇)	1	0	3
核心期刊发文数(篇)	50	54	80

一、财务维度

从反映新农合医疗费用的各指标来看，参合患者的门诊费用及住院费用得到了有效控制。由于经济发展中不可避免的物价上涨、医疗服务价格和药品耗材价格设定的国家调控、新项目的开展、新技术的应用等因素，医疗费用总体上涨是社会经济发展的必然趋势，但是从参合患者门诊及住院次均费用与医院总体门诊及住院次均费用的比值来看，自实施平衡计分卡管理体系后，其比值明显下降，说明该体系有益于参合患者医疗费用的控制。

在提高新农合受益程度方面，尽管参合患者门诊、住院次均补偿费用及门诊、住院实际补偿比自2007年试行新型农村合作医疗后，呈逐年增长趋势，但增长幅度相对较低，权重得分与标准值还有较大差距。这方面除了受定点医疗机构规范化管理程度和服务效率水平影响外，很大程度上还受到地区参合农民总体比重、补偿比例及补偿范围相关政策规定的制约，因此，要提高新农合受益程度，尚需要新型农村合作医疗制度的进一步完善和发展，需要政策研究制定者、新农合管理者、医疗服务提供者多方的共同努力。

二、流程维度

在流程层面中，床位使用率、平均住院日、出入院诊断复合率、治愈率、病历合格率、医疗事故发生率、术后感染发生率等反映医院医疗服务效率、服务质量及安全的指标得分较高，而住院参合病人抗菌药物使用率、医疗纠纷发生率得分不够理想。这与目前医疗执业大环境有关系，因为医患之间的不信任状态致使上述矛盾在短期内难以有效解决。

三、患者维度

在参合患者层面中，提高参合农民满意度的指标表现相对较好，其中参合患者对就诊医院工作人员服务态度的满意度和对医疗费用的接受度得分相对较高，对医疗技术水平及设备水平的满意度和对就诊方便程度的满意度较2007年及2008年有所提高。参合患者投诉例数虽呈逐年下降趋势，但2009年较2008年同期下降幅度较低，在控制参合患者投诉方面得分不理想。此外，在提高农民参合率方面，参合患者所占比例、参合患者获得率得分较低，说明在新农合医疗服务中，重庆九院尚面临着激烈的市场竞争，加强对新农合医疗服务各环节的管理也是提高医院市场竞争力的需求。



四、学习与成长维度

在学习与成长方面，得分0.124与标准值0.15较接近，故该层面指标表现相对较好，其中员工对本职工作的认可度、接受度、成就感比较高，业务骨干流失率为零。此外，员工培训比例及继续教育完成率得分较高。但新技术开展情况、科研论文的发表方面提高幅度低，发展相对较慢，得分不理想，有待提高。

通过以上的考评，结合国家的相关政策和医疗市场变化的新动向和民众的新需求，对个别指标和权重进行调整，通过对新农合的绩效考评这个点的工作来有效整合新城合及其他医保工作的有序开展。

第五节 总结与思考

一、总体可行

用平衡计分卡作为工具对医保工作进行评价总体而言是有效与可行的。通过一系列科学的方法和准则建立的指标体系兼顾了“三方六边”关系，在保证医疗质量和医疗安全的前提下，在医保政策确定的额度范围内，对医疗费用进行了有效控制。同时，所选绝大多数指标来自医院常见的统计资料，评价易于操作，可行性较好。体系的建立将对新农合参合患者医疗费用的控制起到一定的作用。

二、应用推广中的困难

（一）直接选用相关指标体系不够科学

我院运用平衡计分卡进行管理的过程，在同行中具有一定的认可度，陆续接待了来自全国各地二百多家医疗机构的来访，大体都存在一个共同的愿望：直接选用相应的管理指标体系。但是平衡计分卡的建立具有条件性，直接套用任何成功的范例都是不可取的。由于不同定点医疗机构有不同的背景条件、竞争环境和战略任务，故其四个维度的目标及其衡量指标皆不相同，即使相同的指标也可能采取不同的方式来衡量，且不同性质的医疗机构，如营利性医院与非营利性医院、综合医院与专科医院、教学医院与非教学医院在指标和权重的设计上都应各有侧重。此外，我国各地经济发展、卫生投入、医院管理方式和发展状况有较大差异性，新农合的政策特点及管理需求也不尽相同，每个定点医疗机构应根据自己的具体情况灵活运用，建立平衡计分卡指标体系。而这些指标的有效创建需要医疗

服务机构长期的探索和总结，需要管理层随战略的调整、内外部环境的变化及实际运行中出现的问题而对其不断修订、完善。

（二）对不易量化的指标的量化管理

在指标的创建和量化方面，财务指标的创立与量化比较容易，其他三个维度比较复杂，指标数目多，权重设定难度大，有些指标很难量化，如医务人员学习与成长、患者满意度方面数据不容易收集、量化，即使收集到后，也不一定就是非常科学客观的指标，因而对结果会产生一定的影响。

（三）信息交流的不同步性

在结果指标和驱动指标之间的关系量化方面，平衡计分卡对战略的贯彻基于各指标间明确、真实的因果关系，但贯穿平衡计分卡的因果关系链很难做到真实可靠，要想积累足够的数据以证明平衡计分卡各评价指标之间存在显著的相关关系和因果关系，可能需要很长的时间。在短期内对战略影响的评价，不得不依靠主观的定性判断，一定程度上会损失指标的客观性和科学性。

（四）对人员要求较高

在平衡计分卡的实施中，不论是指标的选用和权重的设定，还是具体的考评，要求每个部门、每个人都要熟知平衡计分卡，并贯穿于日常工作和考评的始终，因此要求人员具有相应的专业素养和求真务实的精神，对每个环节都要严格把关，以保证考评结果的真实有效。

三、对定点医疗机构参合病人费用控制实行平衡计分卡的建议

各医疗机构应根据医院自身特殊的组织文化、管理风格、资源条件、医保工作的管理需求设计绩效考核体系。具体的测评指标要慎重选择，数量不宜过多，内容必须是客观的和可以量化的，便于收集、评价。选用的量度指标与卫生部的相关指标尽可能符合，使推行平衡计分卡的目标除了执行策略实现愿景外，也能让医疗机构在平时就能达到国家卫生部的评价标准——降低医疗费用，尽力提高自身竞争力。

在应用平衡计分卡进行评价时，应组织员工深入学习，通过宣传和教育，使员工了解组织的愿景与战略，采用自上而下逐步展开的模式，凭借不间断的有效沟通和交流，提高信息的利用效率，将员工的发展目标与医疗机构的愿景紧密结合，促进组织和员工的共同发展。

运用平衡计分卡的医保指标评价体系的过程并不是单向的，它是由制定、实

施、反馈组成的一个连续循环并不断完善的过程。医院和科室按照月度、季度和年度进行考核，并及时进行反馈，通过实施过程中遇到的问题对测评指标设置，即对权重分配做出适当的调整，并最终实现目标。

在评价内容和权重的设置上，要充分考虑相互之间的联动关系，确立均衡全面发展的理念，合理调动科室和医院愿景与近期战略之间的关系。在财务维度上，需加大对成本控制的权重，鼓励和引导广大医务人员用最低的费用为患者提供高质量的服务；在患者维度上，要着重加大患者满意率的权重，将患者、社会的满意率与员工的绩效评价紧密连接；在内部流程维度上，在强调效率的同时，也要强调质量指标；在学习与成长层面，要重点考核员工的成长发展、技术水平、科研能力等。

总之，在医保基金、医院、患者之间，需要加强有效的沟通和交流，提高信息的利用效率，改善与政府管理部门、公众媒体、患者群体的关系，以开放的精神状态，提升形象和品牌；密切机构内部各部门间、管理层和员工间的关系，增强凝聚力和组织活力，进一步强化社会功能和医务人员的社会责任感，通过平衡计分卡建立科学的绩效评价体系，倡导共同责任感，实现有效的长期激励机制，强化员工的团队协作精神。在此基础上创新服务流程、规范服务行为、提高运行效率和效益，使国家的医保政策尽可能惠及基层人民群众。

（作者：王毅　沙琳　颜维华）

导读：

医院所具有的治病救人、改善及促进民众健康医疗卫生服务属性和特征必然会形成其相应的医院文化。其文化发展内涵与该医院的环境条件和在这样的环境条件下医疗卫生服务科学发展轨迹相近或相吻合，是这个医院的文化战略建设内涵。分析其内涵建设中相关元素，有利于医院整体协调发展。

第十八章 平衡计分卡应用于医院文化建设的理论与实践研究

CHAPTER 18

第一节 我国医院文化建设现状简介

21世纪，作为一个文化冲击的世纪，文化的力量越来越多地显示出无可比拟的优势作用。医院作为最能反映医疗卫生服务特色的单位，其所具有的治病救人、改善及促进民众健康的属性和特征必然会形成相应的医院文化。与企事业单位一样，其文化建设的内涵与医院医疗卫生服务科学发展的必然轨迹相近或相吻合，可以使其成为医院生存和发展的基础和精神支柱。在目前环境下的中国公立医院，这样的医院文化建设更有着特殊意义。

一、医院文化的概念

医院文化有广义和狭义之分。广义的医院文化泛指医院主体和客体在长期的医学实践中创造的特定的物质财富和精神财富的总和，包括医院硬文化和软文化；狭义的医院文化是指医院在长期医疗活动中逐渐形成的以人为核心的文化理论、价值观念、生活方式和行为准则等软文化。[①]依据平衡计分卡理念，又可以将医院文化分为物质文化、精神文化、制度文化和学习文化等4个层面。其中，围绕医院发展战略、旨在加强医院软文化建设的精神文化等日渐成为推动医院发展的核心软实力。

二、我国医院文化的现状

我国医院文化经历了自然发展阶段（改革开放以前）、引进模仿阶段（20世纪

①李泽平.现代医院文化管理[M].人民军医出版社，2004

80年代中期始)、自觉建设阶段(21世纪开始)三个阶段。

(一)第一阶段

领导者个人素质的高低及道德水平往往决定了医院文化的优劣,然而,由于许多医院未意识到医院文化的客观存在,故未主动地进行系统的医院文化建设。

(二)第二阶段

正当"企业文化"如其他形式的文化一样雨后春笋般涌现时,文化对组织的建设作用日益彰显出来。特别是国内许多优秀企业在借鉴美国、日本等发达国家企业管理并取得成功经验的同时,医疗卫生界也开始了对医院文化的广泛关注:1989年,《中国医院管理》把"医院文化之研究"列为重点选题;同年,《研究医院文化:时代的召唤》一文的发表,在卫生系统引起强烈的反响;1993年,《医院文化》一书的出版,全面系统地阐述了医院文化建设的基本理论和框架。在理论研究的同时,各医院也进行了相关实践,但总体而言,这一阶段的医院文化建设更多地表现为只关注医院宗旨、精神过于笼统或雷同等片面性和盲目性的特点。

(三)第三阶段

企业文化理论已被广泛接受,医院文化是医院管理最新发展的观点,也已被普遍认同。此时医院文化建设进入了自觉建设阶段,2003年,《中国医院管理学、医院文化分册》在医院制度、医院环境上做了大量调整,并更新了医院文化建设的案例,成为国内最权威的医院管理学著作之一。自医院建设20余年来,近20部医院文化专著和近4000多种相关研究论文不仅动态地反映了业界对医院文化建设的理论研究不断深入,同时更体现了医院文化建设的骨干队伍日益壮大和各医院在文化的实践探索中更加贴近医院管理的现状。在医院文化建设实践中,各医院根据创建历史、单位属性、功能定位、技术水平和战略部署,都在努力造就独具特色的医院文化。

但总体而言,我国的医院文化建设仍处在制度管事到文化管人的过渡阶段。

第二节 重庆市第九人民医院医院文化建设简况

重庆市第九人民医院坐落于重庆市北碚区的风景秀丽、享有重庆后花园之称的缙云山下,蜿蜒不息的嘉陵江带着巴蜀大地的雨露穿城绕院而过。如同建立中国当时最大的航运企业和中国近现代最大和最有影响的民营企业集团之一的民

生公司，其修建了四川第一条铁路——北川铁路，创建抗战时期供应重庆煤炭量45%的天府矿业公司，兴办三峡染织工厂（重庆绒布总厂），成立中国西部科学院（现为重庆自然博物馆），创建当年的乡村建设实验区（如今的重庆市北碚区）、北温泉公园、北碚公园、北碚体育场、北碚图书馆、北碚兼善中学、《嘉陵江日报》等一样，重庆市第九人民医院（民生医院）的前身“峡区地方医院”，也是由我国著名的爱国实业家、教育家、社会活动家，跨越了“革命救国”“教育救国”“实业救国”三大领域的伟人卢作孚先生在1927年创办的。


卢作孚（1893—1952）

在抗日战争初期的危急关头，卢作孚指挥了被誉为“中国实业史上的敦刻尔克”的宜昌大撤退，率领民生公司船队为抗日战争做出了卓越贡献。当时的“峡区地方医院”也成为当时江苏医学院所在地，为救治抗战时期遭受日本空袭的受伤民众做出了巨大努力。如同卢作孚先生始终秉持“忠实地做事，诚恳地对人”的宗旨一样，卢作孚的办院理念就是“情系民生、追求卓越”，“提倡健康的人生”。

随着我国医疗卫生体制的改革，在重庆直辖之初，因各种条件及综合实力在重庆市立医院排名靠后，而下放到当地区属管理的重庆九院，面临着当地经济发展相对较落后，医院长期以来获得政府投入很少而处在资金、人才、品牌的软硬件多重窘困状况下，新一代九院人秉承卢作孚先生“不畏艰难、艰苦奋斗、为公众造福、为人民服务”的民生文化思想，以改变医院运行机制为切入点，采取了一系列创新改革举措：在全国较早开创公立医院分配制度改革的“奖金模糊弹性激励”机制；首创医疗资源优化重组的“五合”理论与实践；推广具有中国西部特色的重庆九院健康教育与健康促进模式；首创中国西部三甲医院兴办社区卫生服务医疗联合体；首创“中国公立医院平衡计分卡战略绩效管理系统”；在不断的实践与奋斗中构建了低成本支撑中等规模医院的差异化高速发展模式及其相应的医院文化，重庆九院实现了第二次开创性发展，使卢作孚先生的文化精神得到弘扬。

第三节　平衡计分卡在医院文化建设中的应用

重庆市第九人民医院在将平衡计分卡运用于医院管理临床、医技、行政科室的规范化建设的同时，一直围绕着医院“情系民生，追求卓越”的办院理念，探索在

医疗安全和医疗质量前提下的、具有可操作性的医院文化建设。

一、对三甲医院——重庆九院进行医院文化建设的分析

（一）PEST分析

1. P——政治环境

（1）我国医院文化经过新中国成立后几十年的两个阶段的发展，已进入自觉发展时期。

（2）2001年，在中国企业文化研究会上成立了医药卫生委员会。

（3）北京、上海、江苏等地专门成立或正在筹备成立主管医院文化建设的组织机构。

2. E——经济环境

（1）重庆是年轻的直辖市，有较好的经济发展状况和前景。

（2）西部地区、经济欠发达地区的资金支持难度：2007年以前几乎没有政府资金支持，2007年以后的资金支持与东部地区、经济发达地区比较有一定差距。

（3）在差异化战略的引领下，医院近年来获得高速发展，综合指标名列重庆市三甲医院前列，而人均住院费用最低。

3. S——社会环境

（1）北碚区因其浓郁的文化氛围、著名的风景名胜、雄厚的科技实力、秀丽的花园城市而名扬四方。

（2）伴随着经济、政治的开放，文化的精神参照系和价值衡量作用也日渐引起广泛关注。

（3）企业文化在企业生存发展中的支柱和灵魂作用日渐明显。

（4）我国医疗卫生界在医院文化建设中已积累了理论和实践经验。

4. T——技术环境

（1）医院院领导理念先行，认知到位。

（2）招收了医院文化方向研究的硕士研究生，已进行了相关内容的研究和探索。

（3）独具特色的九院医院管理理论为医院建设注入了新鲜血液。

（4）平衡计分卡在临床、医技、行政等方面的规范化检查以及在社区卫生服务等专项工作中的成功经验。

（5）重庆市医学重点研究室——医院成本控制研究室为医院文化建设研究提供了平台。

(6)高学历、高职称的卫生技术人员不断增加。

(二)SWOT分析

表18-1 重庆九院的社区卫生服务SWOT矩阵分析

优势(Strength)	劣势(Weakness)
1. 九院创始人卢作孚先生一直秉承民生思想； 2. 80余年的优秀医院文化传统； 3. 院领导把医院文化建设纳入医院战略目标中进行规划； 4. 员工对三甲医院的医院文化建设的认同优势； 5. 应用平衡计分卡管理医院已初获成效。	1. 上级专门的政策性支持尚少； 2. 战略转换为具体操作措施的介质的确立； 3. 精神文化等建设的效果常有滞后性。
机会(Opportunity)	**威胁(Threat)**
1. “制度管事，文化管人”的观念被广泛接受； 2. 绩效改革、资产重组等先进理念的成功； 3. 医院各项综合指标走在重庆市属医院前列； 4. 两江新区的建立，重庆迎来新的发展期。	1. 周围三甲医院的异军兴起； 2. 部分媒体缺乏科学的消息报道； 3. 员工的素质参差不齐。

(三)分析小结

(1)重庆九院独具特色的“作孚文化”和医院差异化发展的战略相结合，诸多创举使该院在卫生行业知名度逐渐提高。

(2)以医院先进文化为引领，差异化战略为发展的绩效改革、资产重组、平衡计分卡应用于医院管理等使医院收效颇丰，让职工对医院文化建设的作用认同感进一步提升。

(3)一系列以医院文化为内涵，围绕差异化发展的战略举措使九院在中国西部迅速崛起。

(4)对医院文化建设专题的导入导出机制尚待探索。

二、差异化发展战略继续前行

为抓好中端市场，办好部分特色专科，继续重点关注常见病、多发病的预防与治疗，将九院的医院文化发挥到极致。在短期内政府财政支撑无较大变化的前提下，医院将继续坚持差异化发展战略。

三、医院文化BSC指标体系建立

2007年，重庆九院平衡计分卡项目工作小组继在临床、医技、社区卫生服务等



方面取得成功经验后，沿着医院发展的“机制—服务—品牌—文化—技术”的道路，采用相同的方法重点探索，进行了在医院文化方面的理论与实践探索。

表18-2 重庆市第九人民医院医院文化建设平衡计分卡体系

维度	二级指标	三级指标
财务维度	医务人员工作环境满意度	良好的工作环境
		先进的医疗装备和设施
	患者就诊环境满意度	整洁便利的医院环境
		舒适温馨的病房
客户维度	患者满意度	精湛的医疗技术
		人性化的服务
	医务人员满意度	工作成就感
		自身发展空间
		报酬与付出的匹配度
流程维度	医疗质量控制标准	核心医疗制度的执行
		病历书写
		抗菌药物的合理应用制度的执行
		医疗安全警讯事件报告制度
	医院管理	个人、科室和医院整体目标的统一性
		临床、医技、行政的BSC考评情况
		员工学习培训制度的执行
学习与成长维度	职工构成比	卫生技术人员占全院职工比例
		卫生技术人员高级职称比例
	培训次数	员工接受专业培训的次数
		政治辅导教育的次数
	表彰奖励	获得的荣誉等次和件数
		好人好事的件数
	其他	发表科研论文的数量
		每年新技术、新项目开展件数
		被采纳的医务人员建议的数量

四、医院文化建设BSC指标体系设置应用解读

（一）财务维度

“医务人员对工作环境的满意度”：包含了对自身的医院工作环境和医疗装备的满意度，良好的医疗环境和一定的医疗装备是医务人员正常开展工作的前提，也是医务人员对开展工作最基本的需求。此数据可由专门设置的问卷调查反映，也可从临床、医技、行政职能科室的规范化考评中的相关指标中获取。

“患者对医院环境的满意度”：包含了优美便捷的医院环境和温馨舒适的病房。医院是否提供舒适便捷的硬件设施，直接影响患者的治疗与康复。此数据可由专门设置的问卷或在医院监察室结合行风检查等专项内容设置的对病人的调查问卷得到。

与重庆九院临床、医技等科室的BSC指标体系财务维度的权重比较，医院文化建设的财务维度比重较低。原因是在医院文化的硬件投入中，由于地处经济欠发达的西部地区，且当地经济状况处于重庆市主城区后位，自1997年重庆直辖后，经费一直由当地区财政支付，由于政府投入不多，自身在完成公益性任务、员工队伍稳定、医院生存等工作后，用于医院硬文化建设的资金具有一定限制，因而主要反映医院硬文化建设的权重设置相对较低。尤其是在设置患者满意度时，回避了医疗价格等方面的可能直接成偏态分布的病人满意度指标。因为该院尽管综合指标名列重庆主城区市立医院前列且人均门诊和住院费用最低，但由于体制和机制性等因素致使群众自付比例在一定程度上高于自身的承受能力，因而该指标的设置易出现一边倒的现象，有失科学与公允。

（二）流程维度

是本指标体系的重点内容之一。医疗质量与医疗安全是一个医院存在和发展的永恒主题，目前我国医院大部分在从制度管事到文化管人的过渡中，建立符合卫生行业标准和医院自身特色的各项规章制度，是保证医疗质量和医疗安全的必备措施。故在医院文化建设方面的流程维度，其重点是完善和执行医院的各项规章制度。

在二级指标“医疗质量控制标准”下设置的4个三级指标均为保证医疗质量与医疗安全的主要工作内容，体现了医者仁心和救死扶伤的本质，因为医疗技术是医院文化建设的基石，在此技术基础上的文化建设才会是有源之水，有本之木。作为重庆北碚区域的医疗中心和唯一的三甲医院，差异化的战略虽然是从“文化—技术”的路径上体现，但是二者的作用是相辅相成的。技术上的不断深化，有助

于医院文化建设的进一步发展。“核心医疗制度”“病历书写”等四个指标可在医务科、质探科、病案室直接获取。

在二级指标“医院管理”下设置了3个三级指标，尽管重点强调通过制度建立来管理医院，但实际是强调员工个人、科室和医院的战略愿景一致，注重医院精神文化的建设。同时更体现在已经建立的基于平衡计分卡理论的临床、医技、行政的规范化科室考评体系中，并使员工的学习培训常态化。

“临床、医技、行政的BSC考评体系制度”可通过规范化科室的考评结论获取；“员工学习培训的执行”由科教部获取；而“个人、科室和医院整体目标的统一性”则由专门的考评组借鉴行政科室的规范化考评方式，进行综合动态考评。

设置以上两个指标时，权重总体稍重，目的是将医院文化建设和医院经营活动联系起来，防止相互脱节的现象。

（三）客户维度

医院文化建设的丰硕成果，不仅使病人受益，医务人员也从中受益；“患者满意度”特别是为病人提供了精湛的医疗技术，是医院文化建设之灵魂，是文化建设的基础。精湛的医疗技术和人性化的关怀是病人直接可感知到的最直接、最关键的医院文化建设成果，因而其权重稍大。相关科室在做患者满意度调查中可将其一并设置，这样可以减少管理成本并提高有效问卷的科学性。“医务人员的满意度”是相对于医务人员而言，长期超负荷的工作、医患关系对卫生工作的压力、相关部门对医疗机构的制约等不确定性因素对医务人员的影响，他们作为知识密集性的医务人员团体，除了满足低层次的物质需求外，也很看重工作成就感和自身的发展空间，特别是一些高层次的引进人才，其在医院文化建设中的带头作用更加明显。该指标可在临床、医技的BSC考核评体系的问卷调查中获得。

（四）学习与成长维度

该维度是医院文化建设中的重点内容。“职工构成比”反映了一线医务人员的构成和职称；“培训次数”反映了将医务人员的专业和政治培训纳入规范化建设的轨道，重点是使教育培训常态化、规范化；“表彰奖励”则更加突出了医院差异化发展的理念，近年来获得的包括“全国百佳患者满意医院”“全国先进工作者”等数十项集体和个人荣誉，使医院的差异化战略得到了进一步体现。“其他”发表科研论文的数量从一个侧面直接反映了医务人员对文化建设的重视，被采纳的医务人员建设的数量，表明医务人员具有“参政议政”“主人翁”的意识。在需要不断深化进步的现实条件下，同时鉴于我国国情，尤其需要对人力资源队伍建设进行长远考虑。相关指标可直接来自于财务科、办公室、人事科和科教部。

（五）诸项改革作为医院文化建设的助推器

具有九院特色的绩效改革、资产重组等均是围绕着医院的战略目标进行，最大限度使骨干迸发出应有的潜能，促使非骨干向骨干靠拢，更重要的是营造了“‘强者’有荣耀、‘弱者’有尊严”的文化氛围；同时，以“五合”理论为核心的资产重组又使医院在与另外两家合并时尽量减少了组合时的摩擦成本。以真正的合财、合物达到合功能、合心、合人，使医院文化得到进一步深化。

第四节　平衡计分卡在医院文化建设中的作用

一、现阶段九院文化的特点

（一）量化性

有效地量化和考评使医院文化建设的导入导出思路清晰，特别是将某些“满意度”等指标融合在其他BSC体系中一并考评，不仅减少管理成本，还使满意度调查更具科学性和可操作性。因为“量化文化”有助于精细化管理，引导员工主动、自觉关注数据，通过数据观察发现、分析问题。医院在日常管理中倡导“量化文化”，相对固定的考评模块，不仅减少了管理成本，还增大了管理效率，同时更有助于辅助员工善于发现问题、敢于面对问题、乐于分析问题、勇于解决问题，讨论问题有根有据，处理问题讲求实际、讲究科学。

（二）独特性

每个医院的文化都有其独特性。医院创建者卢作孚先生的民生思想是九院之魂、立院之本。随着医院内外环境的变化，为了顺应新时期的要求，该院在国内公立医院中成为使用平衡计分卡的先驱，进行文化建设，并在原有民生文化的基础上形成了符合差异化战略的新文化。

（三）差异性

很多医院在高技术人才、高精尖设备、高市场密度下运行，而重庆九院在当地穷、基础差、底子薄的情况下，不跟风、不照搬其他医院模式，脚踏实地地实行科学发展，以较小的成本投入获得最大的经济回报，使其达到高速发展。

（四）领先性

九院是国内较早应用平衡计分卡进行医院管理实践的医院。平衡计分卡是很多大公司都在使用的当今社会最先进的优秀管理工具之一，九院作为公立医院

率先将其拿来本土化后进行实践，并且做出了成果。成果很好地检验了该院的管理理念、战略思考，证明了其领先性。现在九院综合医疗技术实力在重庆北部保持领先水平；某些专科水平在重庆市领先；医院文化和医院环境在中国西部领先；某些改革举措在全国领先。

（五）共识性

保持重庆九院追求民生的传统，并在新时期利用科学的管理工具，这种医院文化在医院的绝大多数科室、员工中都是被认可的，而不是少数几个人。全院形成合力，共谋发展。调查数据显示，98.7%的医院骨干员工认为平衡计分卡的引入，对医院的发展起了促进作用，99.2%的骨干员工认为平衡计分卡引入后医院管理更科学、规范。

（六）传承性

现代社会的竞争更多的时候是组织文化底蕴的竞争。有的企业、大学花重金引入设备、人才，然则效果却不佳，始终无法成为一个优秀的企业或大学。北京大学能成为我国最优秀的大学，源自其深厚的底蕴与文化以及从蔡元培校长开始对“思想自由兼容并包”的推崇。重庆九院一直延续着创办者卢作孚先生的民生思想。在新时期，面对新挑战，使用平衡计分卡进行医院管理，平衡计分卡的病人维度很好地体现了九院的民本思想。平衡计分卡的应用在九院已经有了8年历史，从医院领导、中干到普通员工，都认可平衡计分卡管理体系。在未来，医院将长期持续地坚持使用平衡计分卡，巩固九院为民服务、以民为本的根基。

二、现阶段九院文化产生的效应

平衡计分卡作为一种先进的管理工具，可以平衡、协调医院的社会责任、医院发展、员工进步这三方面的利益，使医院对内对外和谐发展，将平衡、协调、和谐等平衡计分卡的精髓融入医院文化建设之中，逐渐形成聚合、辐射、磁场、裂变、带动的效应。

（一）聚合效应

人、财、物、信息、时间是管理的对象，BSC把管理四个维度优化聚合。不同的聚合方式，其结果不同。平衡计分卡能把医院的人、财、物、信息、时间这些资源全部凝聚到医院的差异化发展战略上来，更为有效的是，医院每件大事的制定和实施让员工内心深处的认同感得到普遍提升，大家能够团结一致，齐心协力，共谋医院的科学发展。

（二）辐射效应

平衡计分卡有四个维度的平衡互动，以实现医院全面均衡的发展，它的管理不仅对内部成员产生影响，而且通过各种渠道向社会辐射和传播。一方面，可以树立医院在公众中的良好形象；另一方面，优秀的医院文化也可以在一定程度上推动社会文化的良性发展，达到点线面的完美结合，起到以点带面的辐射作用。这种辐射将医院精神、价值观、伦理道德规范、医疗服务作风等向社会传播。

（三）磁场效应

通过海外、全国各地的讲学，九院对BSC的应用，在全国医院管理领域有了一定的贡献。至今国内已有300余家的医疗机构与九院进行了交流学习。2009年10月17日~19日，重庆市第九人民医院举办了全国性的“平衡计分卡在医院管理中的理论和实践”研讨培训会，吸引了来自全国各地的医院管理学界同仁。

（四）裂变效应

平衡计分卡最早是绩效管理和战略管理的工具，九院凭借多年的实践经验，不断突破创新，创造性地开展了利用平衡计分卡对健康教育、社区卫生服务、医保评价、医疗设备、乡镇医院进行成本控制分析等方面的研究。并建立了中国公立医院平衡计分卡战略绩效管理系统。

（五）带动效应

BSC是一种管理思维，对医院的带动是全面性的，医院如同企业一样在现实环境中生存拼搏，需要优秀的领导班子和领导人；智慧、才能、坚韧不拔，是创造适合于这个企业生存发展文化的根本。平衡计分卡是医院发展和员工进步需求的共有价值观奋斗之路的指南针。

三、九院文化及其在使用BSC后医院文化建设的发展变化

（一）引入平衡计分卡后九院文化良性变化的表现

作为一种科学管理的方法和工具，平衡计分卡被引入医院的同时，不仅在其内部形成科学管理的氛围，提升医院的形象和品位，还强化了医务人员的责任感和使命感，医院学习气氛较以前浓厚。其贯穿于医院文化的物质层、行为层、制度层、精神层各层次中。



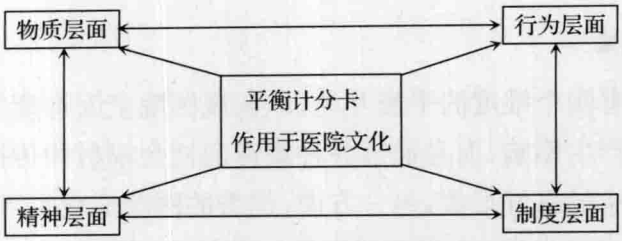


图 18-1 平衡计分卡医院文化层面示意图

1. 在物质文化建设上

创造优美、舒适的环境是医院物质文化建设的基础。医院环境形象是医院内在气质的外在表现，随着经济发展、社会进步和“生物—心理—社会—环境”新医学模式的建立，就医环境在疾病康复治疗和医院发展中的作用越来越受到重视。为了给患者营造一个赏心悦目、温馨舒适的就医环境，新世纪之初，医院在发展资金极为短缺的情况下，顶着外界诸多压力，新建外科大楼。通道宽敞、病区明亮、设施现代、环境优雅、充满了浓郁的人性化和艺术化的“环境”文化气息，既适应了时代发展要求，又迎合了患者就医康复的物质需要。国有资产高速积累，医疗设备快速更新，员工待遇不断优化。物质文化建设的逐步深化使患者和员工满意度大幅提升。

2. 在制度文化建设上

重在控制流程维度中以加强医疗质量和医疗安全为首要前提，扎实有序地开展相关工作：诸如病历书写、抗菌药物的合理应用制度的执行以及医疗安全警讯事件报告等制度的执行情况，该项内容是医院文化建设的系列内容，由于考核结果与绩效收入挂钩，确保多劳多得向优劳优得转化；骨干更加奋进，非骨干努力向上；激励、拼搏的共有价值观形成；催生出推动医院发展的强大动力。

3. 在行为文化建设上

人有自然性和社会性。自然性就是做任何想做的事，社会性是人需要被规范。BSC 对以科室为单位的医生就形成了一种规范，将为病人提供精湛的医疗技术和人性化的服务作为医院文化建设的保证，同时，在客户维度中的患者满意度里，尽管没有设置关于医疗收费等涉及体制机制性的问题，但是医生在诊疗过程中，尽可能考虑患者的经济承受能力，以较少的成本投入，既让自己的技术发挥，又得到病人的认可。平衡计分卡会对人的行为有一种约束和改变，使医护人员能符合时代要求，做出适合疾病、患者满意的医疗行为。

4. 在精神文化建设上

平衡计分卡引起的文化变化最根本的是精神文化的变化，特别是文化的导向、凝聚、协调等功能得以综合显现。因为该工具易站在医院发展的战略高度，形

成共有的价值观，并有许多子具体目标激励员工完成，且平衡兼顾的功能要求各科主任向员工潜意识里灌输：科内要协调、科与科要协调、科与院要协调、院内与院外要协调、医疗行业与社会其他行业要协调的理念。学习与成长维度中的二级指标不仅反映医院的人力资源状况，培训次数、表彰奖励等二级指标更是以结果的形式衡量、建设医院文化。

（二）引入平衡计分卡后九院的发展

多年来，医院文化建设一直坚持低成本支撑的差异化发展战略，在“三缺”（缺人才、缺品牌、缺资金）和“三无”（无区域优势、无区政策优势、无经济优势）的背景下，九院摈弃了常规医院发展所遵循的“技术—服务—机制—品牌—文化”的老路，坚持沿着“机制—品牌—文化—服务—技术”的路子，特别注重人性化管理模式，从区管医院发展成为重庆北部规模最大、综合实力最强的区域医疗中心；从二级甲等医院发展成为三级甲等医院。医院的经营发展整体状况走在重庆市立医院之前列；同时，还获得了全国五一劳动奖状、全国卫生系统先进集体、全国模范职工之家、全国工人先锋号、全国百佳患者满意公益医院品牌、全国医院文化先进单位、全国健康促进示范医院、全国百佳学习型组织等全国性荣誉。一直坚持狠抓医院建设的医院院长在医院差异化发展道路上硕果累累，也因此先后荣获全国先进工作者、全国五一劳动奖章、全国优秀院长、全国医院管理杰出院长等殊荣。在“情系民生，追求卓越”的医院文化指引下，医院的发展为当地民众的医疗卫生服务和健康提供了保障，仅从2007年至2012年，重庆九院人均出院患者费用远低于其他同级别医院的比较中，也可看到这种文化精粹的体现（见表18-3）。

表18-3 2007年~2012年相近级别医院人均住院费用比较 （单位：元/人）

年度 / 医院级别	2007	2008	2009	2010	2011	2012
重庆九院	5,372	5,998	6,643	7,230	7,912	8,222
全国省属均数	10,200	11,084	12,121	—	—	—
与全国省属医院差值	4,828	4,527	5,478	—	—	—
全国地级市属均数	5,892	6,557	7,214	—	—	—
与地级市属医院差值	520	559	571	—	—	—
重庆主城区市级均数	7,805	9,069	10,126	11,264	12,131	13,210
与重庆主城区市级医院差值	2,433	3,071	3,483	4,034	4,219	4,988

注：资料数据来源于1. 卫生部网站卫生统计发布信息；2. 重庆市卫生局规财处资料。

第五节 总结与思考

重庆九院在引入平衡计分卡后的迅速发展是显而易见的，文化的良性发展是有目共睹的，取得的发展是值得深思和总结的。根据九院经验，总结了平衡计分卡能够良性作用于医院文化的原因。

一、基本条件

（一）院长的支持是平衡计分卡管理体系实施的前提

平衡计分卡是一把手工程，其用于医院文化建设更是由于院领导的高度重视，因为他们预见到在转轨时期医院管理的重要性。平衡计分卡的管理体系是在院领导的倡导下进入第九人民医院的。

（二）中层管理者是平衡计分卡管理体系实施的桥梁

中层干部是院领导的好助手，部门的好带头人，事业发展的促进人，这些都离不开中层干部解放思想，对平衡计分卡的认同，其直接影响到医院职工。

（三）员工是平衡计分卡管理体系实施的基础

医院的每个员工都是医院的一分子，每个人都是医院文化中的一部分，员工对平衡计分卡的认不认可，决定了医院可不可以、该不该用平衡计分卡。

医院应在结合自身状况的基础上，首先抓好对职工的普及教育，运用多种方式提高全体职工对医院管理的认识、理解并支持医院的平衡计分卡管理思想，营造良好的氛围。结合实际制定实施医院平衡计分卡管理体系的基本构想，之后再进行策划实施。实践证明，平衡计分卡在全院形成了统一的认识并产生了良好的效果。

二、注意事项

（一）合理选择考核人员，准确收集考核信息。

（二）积极反馈，做到奖惩得当，严格要求，强化医院员工的行为为医院战略目标的实现服务。

（三）对科学的尊重，不能取代实际中医院的医、教、研工作基本科学规律。

（四）指标体系的建立应结合自身实际情况、特点，不能照搬，不能仅是形式上的模仿。

（五）注意相对稳定、循序发展，有所为有所不为。

三、BSC在实行当中的缺点、障碍

（一）利用平衡计分卡进行文化量化可能出现的问题

1. 财务维度与医院文化的匹配度问题

平衡计分卡最初是为企业设计的，企业属于营利性组织，追求利益最大化，私立医院与企业经营理念相同，其在该院的临床、医技科室BSC体系设置时相对较易，但医院文化建设属于管理学的范围，如果将财务维度与物质文化有机结合起来并达到动态的考核是一大难点。

2. 患者维度与医院文化的支持度问题

患者来到医院就是希望能够获得快速、低廉、高效的治疗，但是其治疗期望过高。医院文化主要是医院员工的集体价值观、管理理念、医院内的氛围等。因此，BSC仅以医生提供的医疗技术和服务来反映患者的满意度，而有意回避了单纯的病人满意度。其原因是：目前影响医疗收费的因素众多，但表象是医院的收费“过高”等现状。因此，如果在三级指标中加上对费用的满意度等可能导致数据的偏态分布，但不加又有失客观。

3. 流程维度与医院文化的使用度问题

该维度的指标来自医院内部价值链上各种关键业务流程和核心技术的改进。平衡计分卡从使患者和医院所有者满意的角度出发，按照长期创造的过程和短期经营的过程方面设立指标，关注质量导向、时间导向、过程成本导向及柔韧导向四种属性，文化现状与内部流程维度所要达到的目标总有一定的滞后性。另外，量化的弊端逐渐显露，如个人、科室和医院整体目标的统一性虽然非常重要，但总体不易进行量化评估。

4. 学习成长维度与医院文化的有效度问题

激烈的市场竞争要求医院不断改进现有技术水平和服务方式，这就需要激励员工不断学习，不断创新，为患者提供更多附加价值并提高工作效率，这样医院才能保持竞争优势。量化管理是一把双刃剑，很容易使员工一味地追求指标数量的大小，人才的质量、科研的含金量往往不升而反降。

（二）平衡计分卡使用的普遍问题

平衡计分卡是对传统管理的一种突破，但是其自身也不可避免地存在一些缺点。平衡计分卡实施难度高、成本高、耗时久，一份典型的平衡计分卡需要5~6个月去执行，另外还需几个月去调整结构，使其规范化，从而总的开发时间通常需要



一年或者更长的时间；[①]指标体系的建立较困难，指标数量多，指标间的因果关系很难做到真实、明确，而且文化的很多内涵并不一定能够用指标来衡量，从而不能得到精确量化，部分指标的量化工作难以落实；平衡计分卡使用时对医院的动态复杂性与系统性重视不够，特别是医院文化的相关指标间的时间或时滞关系与反馈关系基本未考虑……因此难以达到预期的战略目标。

如何结合平衡计分卡原理进行医院文化建设，我国尚处于初步摸索阶段，深入的探究还不够，如何形成一个更好的成熟的方法体系，还需在今后不断的实践应用中发现优缺点并加以改进和完善。

（作者：张培林　龙攀　王亚晟*　刘宪）

①任国珍，汤素玲.充分认识平衡计分卡的不足[N].财会信报，2006-11-13(B05)

*重庆医科大学

导读：

随着自然科学和医学科学的日益发展，应用于疾病诊断治疗的医疗装备也日益增加。这些医疗装备在临床医学的应用，对疾患的诊断治疗发挥了巨大的作用。医疗装备数量增多，其卫生经济内涵必然增加：涉及装备购置预算、使用、成本、效益等。因此，我们采用平衡计分卡对我院医疗装备有关内容进行了初步分析。

第十九章 平衡计分卡在医疗装备全成本核算管理中的应用

CHAPTER 19

第一节 我国医疗装备发展背景与现状

随着自然科学和医学科学的日益发展，应用于疾病诊断治疗的医疗装备也日益增加。这些医疗装备在临床医学的应用，对于疾患的诊断治疗发挥了巨大的作用：诊断上更为细致、灵敏；治疗上更加有效、对机体的损伤更小。

医疗装备的发展主要体现在：一是医疗装备的电子化、自动化程度越来越高，如检验科的全自动生化分析仪，完全替代了传统人工操作的生物化学步骤试验，使检验科的工作效率大为提高；标准化的仪器装备自动操作，使得实验结果更加准确，误差更小，为临床医师在分析病情时提供了及时而正确的数据，使得临床医师对疾患的诊断、疾患发展变化的判断更为准确，治疗手段的采用更有目的和更有效果。二是影像采集及分析技术的发展，如各种超声影像装备、放射影像装备、内镜影像装备等，这些影像采集技术及其分析技术的应用不仅仅使病灶显示清晰、微小，以利于早期诊断患者得到及时治疗的效果；还能通过微创技术进行组织、器官深部的治疗，如肝癌的微创治疗、心脏血管的微创手术、关节腔的微创手术等，使患者手术创面减小，机体损害减轻，手术效果提升，患者好转快、治愈率高。三是网络信息技术的发展，为远程信息快捷表达、图文资料传送与储存提供了基础，工作效率明显提高。

当然，伴随着社会效益提高的同时，经济效益也同时产生。现在有些医疗诊治装备价值上万，甚至上千万，给研发制造这些装备的厂商带来丰厚的利润，给国家创造了税收，给民众也带来了就业的机会。公立医院在利用这些新装备、新技术提高医疗水平和质量的同时，由于其采用的是高新技术，其项目物价制订相对接近真实成本，因而医院也可能会获得一定程度的结余，从而一定程度补偿因政

府相关公益性投入不足、传统医疗服务项目严重亏损的状况，由此形成近十多年来公立医院对于有着较好诊治医学效果的、并有一定程度经济结余的医疗装备追求的动因。

第二节　医疗装备管理简况

医院各种医疗装备的增加给医院带来较好医疗质量的提升和相关经济效益的同时，医疗装备效率管理、维修维护也成为医院管理的重要组成部分（见表19-1）。

表19-1 某院医疗装备有关数据　　（单位：万元）

年份	医疗装备数量	装备值	装备值占固定资产比	装备维修维护费	装备产值	装备产值占总收入比
1997	376	1,000	40.84%	9.60	461	10.58%
2012	2,887	13,600	29.75%	452.06	8,865	24.38%

目前医院医疗装备管理存在着一些需要研讨和深化管理的问题。

一、装备引进购置管理

装备引进购置论证不充分：这其中有计划性配置问题，也有引进论证问题。

某医疗机构由上级配置了一台眼科手术汽车（眼科手术流动站），目的是为到边远地区开展眼科手术而应用的。但由于该车技术设计中的一些问题，如汽车发动机功率不能达到开展手术需要而使得该眼科手术流动站基本不能应用。

某单位在引进人才的同时，为满足该人才开展较为“高尖精”的业务需要，花费了数十万元购置某个装备，但由于这种疾患发病率很低，一年中使用次数很少，甚至几乎没有使用。

某教学单位为科研需要，花费上千万元购置了一台当时在该地区医疗单位都没有的核磁共振装备，结果由于使用率太低，不得不把这台装备放在校医院去使用。

某医疗机构因为某个“技术权威”需要购置某个装备，仅是从理论上解释其重要性和相关意义，论证时没有相应充分的本量利数据论证，实际应用中又达不到相应的效果，使用效率很差。

如此等等。

二、装备使用效率管理

目前公立医院基本上都是实行的科室单独核算制，有的已引入了企业的经济管理手段，也有相关研究对医疗装备进行相应的经济社会效益分析，如利用本量

利分析原理进行医疗装备经济效益分析[①]、采用净现值和两点分析法，建立了医疗装备项目成本效益通用分析模型[②]、采用全寿命费用(Life Cycle Cost，简称LCC)分析方法应用于医疗装备的效益管理[③]等。在医院依靠“创收”经营的情况下，装备的收益率总体来讲相对较好。但随着精细化管理和医改的深入，医院需要在保障医疗质量的前提下，结合医疗服务项目的相当部分亏损、医保总额控制、民众医疗负担费用、医疗市场维护等多项关联管理等，需要有综合性的多维度平衡兼顾动态管理。

三、装备维护管理

医疗装备管理维护已有一些规定陆续出台如：《医疗器械监督管理条例》《医疗器械注册管理办法》《医疗器械标准管理办法》等。在宏观上对装备的引进、报废、医学计量、维修和档案管理有一些相关规定，起到了较好的指导作用。随着医疗装备配置的增加，在部分大医院，大型高档装备较为集中的如放射科、检验科有专门的工程技术人员外，其他科室的医疗装备通常是由护士长或者某个医护人员兼顾管理，或者没有专职管理人员。多数情况下，是按照说明书中的常规操作进行普通维护，如有故障就通知后勤部门或者生产厂家进行维修维护。医疗装备管理维护的系统性相对较差。

因此，如何使医疗装备始终处于良好的工作状态，最大限度地发挥医疗装备的社会效益与经济效益，为社会提供优质、高效、低耗的医疗服务，已成为现代医院医疗装备管理的重要课题。这是现代医院管理的重要组成部分，也是医院长远发展的必然要求。

第三节　引入平衡计分卡对医疗装备进行管理的理论与实践研究

利用平衡计分卡从战略管理执行出发，突破单纯以财务管理的局限，构筑管理目标的关键性指标及其逻辑相关的推动性指标的动因逻辑管理系统，从整体战略的角度去衡量和评价医疗装备的经济、技术和社会效益。同样采用德尔菲法和层次分析法确定平衡计分卡的四个维度相关指标、指标值和考评权重，得到医疗装备BSC考评指标体系。

---

①吴向红.医院医疗设备经济效益浅析[J].江苏卫生事业管理，2007，18(3)：64-65

②李斌，张红雁，蔡圣浩.建立医疗设备项目成本效益通用分析模型系统[J].医疗设备信息，2005，20(5)：37-40

③柴振明.医疗设备管理与Lcc分析方法的探讨[J].中国医院建筑与装备，2007(9)：43-45

一、财务维度

（一）设置思考

在需要以“创收”去填补公益性投入不足，维持医院生存发展的市场性环境下，一定程度地发挥医疗装备的经营效益是医院必然的战略选择，因此财务维度仍然是整个体系中的核心维度条件。

当公益性投入到位后，医院就不需要以“创收”的经济效益作为战略选择，效率、质量和占比可能就要成为关键性评价指标。

（二）关键指标

业务收入、成本、经济效益应该是目前环境下财务维度的关键性指标，其相应的支撑性指标如表19-2所示的三级指标族。

（三）有关诠释

如表19-2所示的财务维度指标体系，可以看到其既可以用于评价单台装备，也可以是在医院层面上进行整体管理评价。

表19-2 医疗装备BSC考评指标体系（财务维度）

一级指标	二级指标	三级指标	评价
财务维度	业务收入	诊疗人次数	单台（所有）装备诊疗人次数
		业务收入	单台（所有）装备业务收入
		占总收入比	装备业务收入占总收入比值
		占住院均次费用比	人均住院费装备业务收入占比
		占门诊均次费用比	人均门诊费装备业务收入占比
		占医保定额比	各医保住院均次定额费用装备业务收入占比
	成本占业务收入比	装备折旧成本	单台（所有）装备诊疗/业务收入
		辅助设施折旧成本	辅助设施折旧成本/业务收入
		房屋折旧成本	房屋折旧成本/业务收入
		管理成本	管理成本/业务收入
		维修维护成本	维修维护成本/业务收入
		人力资源成本	人力资源成本/业务收入
	经济收益	保本点工作量	预测值，运行后测算值
		投资回收期	预测值，运行后测算值
		净现值	收益

二、客户维度

（一）设置思考

客户包括两个方面的含义：一是指患者对实施的医疗装备诊治服务的满意度，如在病房或者门诊中使用的医疗装备诊治服务；二是指医技科室为执行临床科室的医嘱所实施的相关医疗装备诊治服务，其服务的效率、及时性、准确性、有效性结果能否为临床医师所满意。前者称为外部市场，患者就是客户，后者称为内部市场，医技科室为临床一线科室服务，临床科室就是客户。

从服务客户的角度看，不管是在“市场性”机制环境或是在“公益性”机制环境，尽可能地提高客户满意度的指标评价体系都是必要的。

（二）关键指标

客户满意度、医疗服务争议、装备使用为关键性指标。其相应的支撑性指标如表19-3所示的三级指标族。

（三）有关诠释

客户维度的指标设置与临床科室绩效考核指标基本相同，其目的是考核体系尽可能一体化，其也是一种综合评价形式。

客户满意度的具体评价采用调查问卷形式，包括了患者问卷调查、临床科室对医技科室的问卷调查。可由相关部门（行风办、监察科）进行并统计。

表19-3 医疗装备BSC考评指标体系（客户维度）

一级指标	二级指标	三级指标	评价
客户维度	满意度	医患沟通情况	与患者的交流、告知等
		服务态度	体现关心、尊重、科学、严谨等
		服务环境	整洁、患者隐私保护等
		及时性	流程合理、不能过长时间等候等
		获得表彰	客户、媒体、上级部门
	医疗争议	有效投诉	
		发生医疗赔付	
	装备使用	装备管理使用	装备操作使用者对装备的看法、体会
		合理化建议	

三、流程维度

（一）设置思考

与前面临床科室的BSC指标体系相同，把流程维度作为质量管理评价体系。医疗装备管理的质量体系有两个方面：一方面是医疗装备的诊治结果与临床病理生化结果的相对一致性、符合率，装备诊治过程安全性，有关文书资料的记录完整性、规范性，同样应有相应参考核心制度执行的内容；另一方面是装备的规范化操作、装备的维护保养。

（二）关键指标

流程维度的关键性指标包括：诊治质量、诊治安全和装备维护，其相应的支撑性指标如图表19-4所示的三级指标族。

（三）有关诠释

从表19-4所示的财务维度指标体系中可以看到，其既可以用于评价单台装备，也可以是在医院层面上进行整体管理评价。

表19-4 医疗装备BSC考评指标体系（流程维度）

一级指标	二级指标	三级指标	评价
流程维度	诊治质量	诊断符合率	病历文书
		诊断精确度	同一部位（项目）诊断次数
		治疗效果评价	医疗文书记录
	诊治安全	核心制度执行	知晓与执行
		危急值报告	记录
		医院感染控制	相关制度执行与考评
		操作规范化	按各装备要求执行
	装备维护	装备维护记录	操作记录、维护记录
		开机率	准备使用的次数/月天数×100%
		装备诊治反应时间	约定时间
		故障率	次数/月

四、学习与成长维度

（一）设置思考

每一种装备由于其本身的原因和技术不断发展改进的原因，而有着相对固定时期的使用寿限，在这个相对的时间段里，如何使之使用效益效率在符合医院战略的前提下最大化是使用科室应该要高度注意的问题。因此在学习与成长维度中的评价包括：装备使用策划（计划），使该装备的相关新技术不断开展推出；对装备作业流程中出现的问题应有不断改进完善的举措，形成PDCA长效机制；面对相应学科科学技术发展的要不断学习进步等，从而形成该装备（装备群组）对医疗诊治的可持续性贡献。

（二）关键指标

学习与成长维度的关键性指标包括：装备发展规划、PDCA机制建设、可持续发展，其相应的支撑性指标如表19-5所示的三级指标族。

（三）有关诠释

从表19-5所示的学习与成长维度指标体系中可以看到，其既可以用于评价单台装备，也可以是在医院、科室层面上的整体管理评价中的组成部分。

表19-5 医疗装备BSC考评指标体系（学习与成长维度）

一级指标	二级指标	三级指标	评价
学习与成长维度	发展规划	装备使用规划	科室计划
		新技术开展	项目数
		装备带动效益评价	间接效益评估
	PDCA建设	问题整改计划	阶段性工作总结与计划
		流程建设举措	有无创新的合理化改进
		合理化建议	机制与采用率
	可持续发展	学习规划	继教、科室业务学习与培训（含疑难讨论）
		科研	科研课题与项目
		学术文章、讲座	发表相关文章
		教学	完成相关教学任务评价

五、指标体系中权重与指标值

与前面其他BSC指标体系建设一样，依据医院整体战略目标、各个相关科室的具体目标和本科室（或该装备）具体存在的问题进行权重设置，可根据既往数年的情况拟定出相应的指标值。对于需要量化的指标可采用评级量表法进行评分得到评价量化值。限于篇幅，此处不再赘述。

六、实施效果评价

该院实施BSC管理后，取得了较好的效果：人均住院费低于本地区、主城区同级别医院，乃至全国同级别医院（见表18-3）；98.7%的装备利用率达到100%；装备经济效益和社会效益在该地区名列前茅。

（作者：王樟　谢文义　颜维华　张开明　张云）

导读：

在提倡数字化医院建设的今天，医院的信息系统可谓五花八门，种类繁多。由于种种原因，医院的信息化系统有时显得散乱无章，“信息孤岛”情况较为严重，常常只能实现部分业务的信息自动化。

随着医院管理的发展，医院需要一个能较为完整地反映医院服务、经营等各种信息及自动分析的信息系统。2007年起，重庆九院与重庆金算盘软件有限公司合作，一直致力于开发——“平衡计分卡战略绩效管理系统”，目前已经获得成功。下面的章节将介绍这一系统的主要内涵。

第二十章 平衡计分卡管理信息系统的构建与应用初探

CHAPTER 20

第一节 平衡计分卡管理软件现状分析

平衡计分卡的创始人卡普兰教授曾断言：尽管世界上有很多组织都在使用平衡计分卡，但可惜一半以上都是用错的。在中国很多组织即使按正确的模式导入了平衡计分卡，但其中很大一部分在应用半年或一年后，就开始感觉到花费大量精力建立起来的平衡计分卡管理体系正逐步成为“鸡肋”。使用者经常苦笑着说：“平衡计分卡的确是一个推进战略落地的好工具，但可惜的是找不到另一个好工具能将平衡计分卡本身落地。”

根据作者调研，在国内应用平衡计分卡管理理论进行管理的组织有很多，但使用了平衡计分卡管理软件的却非常少。在运用平衡计分卡的企业中大约只有5%使用了平衡计分卡管理软件，而在医院，这个比例更小，只有不到1%。相比在企业广泛使用的企业资源计划管理系统(Enterprise Resource Planning，简称ERP)和医院广泛使用的医院信息系统(Hospital Information System，简称HIS)，BSC管理信息系统在国内的应用才刚刚起步，亟待进一步推广。而在已经使用了BSC管理信息系统的组织中，更多的是将之作为一个决策分析系统或绩效考核系统而使用，在应用上存在着较大的局限性。

目前国外国内已经有很多软件厂商开发了BSC管理软件，根据作者调研，这些BSC管理软件大致分为三类：

一是以运营监控为核心的BSC管理软件，这类软件是通用化的产品包，适用于不同行业，其中有代表性的是芬兰QPR公司的“QPR Scorecard”，它们能为管理者提供动态的指标监控数据和业绩分析报告。实际上这类软件可以看成是一个以BSC为基础模型的商业智能(Business Intelligence，简称BI)软件。应该说这类软件在指标监控和分析方面已经比较成熟，在熟练运用BSC的组织中它能起到较好的决策支持作用。但由于这类软件强调的是监控和分析，在战略设计及绩效考核方面缺乏必要的功能支撑，它假设组织的战略和具体指标是已经建立完成了的，这些数据由用户自行输入到系统中，并且软件只负责提供对比数据，如何进行绩效考核是用户自己的事情。由于假设条件过高，缺乏模板化和流程化的支持，一切依赖于用户自行配置，要求使用者具有较高的管理基础和计算机应用水平，因此在国内应用并不广泛。

二是以绩效考核为核心的BSC管理软件，由于不同行业的绩效考核模式差别很大，因此缺乏通用化产品。就医疗行业而言，较为知名的是浙江联众公司的平衡计分卡系统。实际上这类软件可以看成是一个以BSC为考核方式的绩效考核软件，由于它们通常根据用户的要求事先按照平衡计分卡四个维度预置了指标和计算公式，用户可以较为方便地应用它完成绩效考核工作，但也仅仅限于绩效考核，在如何设计指标、对指标进行监控分析等方面的功能薄弱，对决策支持的作用非常有限。并且由于这类软件主要是项目化的产品，软件做得较死，缺乏相应的弹性，很难通用。

三是综合性的BSC管理软件，较为知名的是重庆金算盘公司的战略绩效管理系统。这类软件围绕着平衡计分卡的原理，将战略设计、运营监控和绩效考核三个保证医院战略落地的重要过程有机整合到一起，并提供了多种计算机辅助决策的先进手段，形成了一套较为完整的医院从认识平衡计分卡到应用平衡计分卡解决方案，是目前国内比较优秀的BSC管理信息系统。

第二节　平衡计分卡管理软件的总体构建思路

一、BSC管理软件在医院信息化中定位

在提倡数字化医院建设的今天，医院的信息系统可谓五花八门，种类繁多。但很多医院在进行信息化建设的时候缺乏统一的规划和系统性认识，以致医院的信息化系统显得散乱无章，只能实现部分业务的自动化，“信息孤岛”情况严重，且缺乏管理支撑系统。

作者认为数字化医院的信息系统可以分为以下几个部分(见图20-1)。

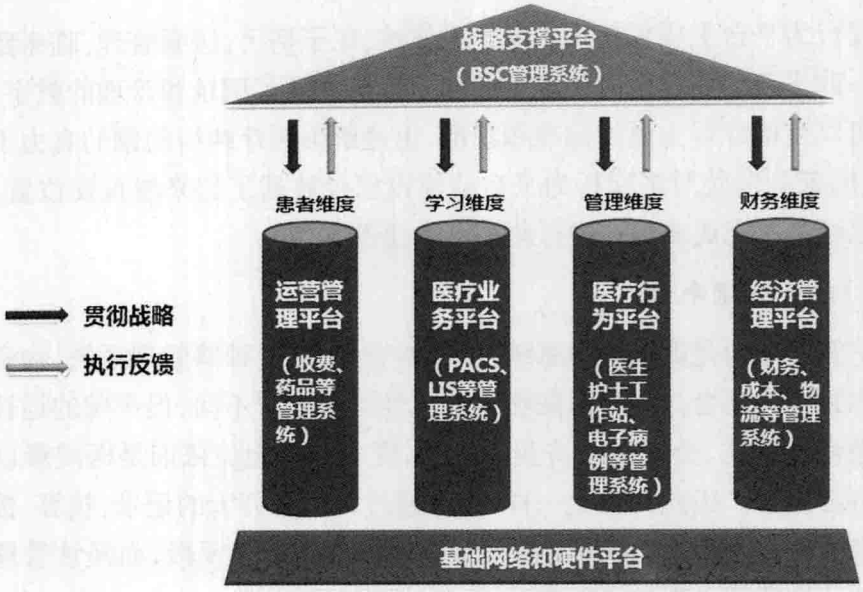


图20-1 医院信息化蓝图

(一)基础网络和硬件平台

基础网络和硬件平台是医院的内部网络、服务器、防火墙、容灾系统等一系列的基础性建设内容的集合。它是支撑医院信息系统运行物理环境的基础,也是进行信息化建设的首要任务。

(二)运营管理平台

运营管理平台主要包括医疗收费、药品管理等系统,它是面向医院的日常经营活动,提供运营支撑的平台。此平台可以进一步向患者层面延伸,以期为患者提供更加便捷的信息化就医环境。目前它是国内医院运用得比较广泛和成熟的信息系统。

(三)医疗业务平台

医疗业务平台是医学图像管理系统(Picture Archivingand Comuniations Systems,简称PACS)、检验信息系统(Laboratory Information System,简称LIS)、麻醉管理系统、放射管理系统、远程会诊系统等信息系统的集合。此平台是面向医务人员的信息化工作平台,是医疗业务的技术化、专业化支撑平台。目前在国内,医疗业务平台的建设得到了很多大中型医院的充分重视,以期通过它的建设提高医院的医疗技术水平。

（四）医疗行为平台

医疗行为平台主要包括医生护士工作站、电子病历、医嘱管理、临床路径等信息系统。此平台的建设为医务人员的医疗行为提供了记录和管理的数字化载体，通过它可以使医疗行为更加标准和规范，也是解决医疗纠纷问题的有力手段。鉴于此，从国家到医院对医疗行为平台的建设已经放到了越来越重要位置，国内很多医院已经基本完成或正在进行此平台的建设。

（五）经济管理平台

经济管理平台是财务管理系统、全成本管理系统、预算管理系统、物资管理系统等信息系统的集合。尽管医院和企业从性质上有所不同，但医院的运转仍然以从事经营活动为主，会产生经济业务行为，资本和现金流依旧是医院赖以生存和发展的首要因素。因此和企业一样，医院通过对经济行为的记录、核算、控制来反映其经营成果，控制医院的经营活动是医院管理的必要手段，而经济管理平台则是支撑这一切的信息化载体和工具。

在国内，医院由于长期受到观念和体制的影响，经济管理不被重视，经济管理信息平台的建设也受到制约，但随着医疗市场的开放和竞争的加剧，迫于生存的压力，医院越来越感受到经济管理的重要性，感受到建设经济管理信息平台的必要性，很多医院已经加大了对这方面的信息化投入，而经济管理平台是BSC管理系统的必要支撑。

（六）战略支撑平台

战略支撑平台是运用平衡计分卡理论体系，支撑医院战略制定并有效贯彻执行的信息系统，也是本章所重点阐述的内容。

从管理角度而言，战略支撑平台在医院所有信息系统里面属于最高层面的信息系统。

如果把基础网络和硬件平台看作高速公路，那么运营管理平台、医疗业务平台、医疗行为平台、经济管理平台则可以看作公路上运行的车辆，战略支撑就是交通规则，它指导着一切车辆的运行规范。

如果把战略支撑平台比作纲，那么其他信息系统则是目，战略支撑平台贯穿了其他的信息系统，将它们有效集成到一起，并为战略决策提供关键的信息，达到纲举目张的作用。

如果把战略支撑平台比作房梁，那么其他信息系统则是梁柱，柱支撑梁，其他信息系统建立得越完善越先进，那么战略支撑平台所产生的作用就会越显著。

有趣的是，通过前面对医院信息系统的分类我们可以看到：

(1)运营管理平台主要是面向患者，属于BSC里面客户管理维度的信息系统。

(2)医疗业务平台主要帮助医院提高技术能力，属于BSC体系中学习和成长维度的信息系统。

(3)医疗行为平台主要用于规范医院的内部医疗行为管理，属于BSC体系中内部管理流程维度的信息系统。

(4)经济管理平台主要用于财务管理，属于BSC体系中财务维度的信息系统。

这也揭示了BSC的奇妙之处，医院尽管没有按照BSC体系去进行信息化规划和建设，但事实上所有的医院信息系统却可以按照BSC的方法去进行分类和建立联系，从而实现对BSC的信息化支撑。

尽管目前在国内，医院进行战略支撑平台的建设可谓凤毛麟角，但随着平衡计分理论体系在医院的逐渐深入和运用，相信未来战略支撑平台的建设会得到更多医院的重视。

二、BSC管理软件总体架构

通过前面的阐述，作者认为一个完整的BSC管理信息系统应该具备战略设计、运营监控、绩效考核三个层面的功能，而这三个层面恰好体现计划、执行、反馈考核的完整的PDCA管理循环，也充分体现了平衡计分卡作为战略管理工具、运营分析模型、绩效管理体系的三大作用(见图20-2)。



图20-2 BSC系统整体架构图

（一）战略设计

战略设计层面的一系列功能将帮助医院管理者完成战略、目标、指标、行动方案的制定，目的是使医院的战略细分、量化、可执行，并最终形成清晰的战略地图。

在实现手段上，软件将基于原始数据，利用各种先进的模型和算法，采用计算机辅助决策和人机交互的技术手段，帮助管理者实现数字化的战略设计。

（二）运营监控

战略设计的成果实际上是一套完整的、有机的目标（指标）体系，而运营监控层面的功能则是按照这套体系进行实时动态的监控和分析，帮助医院管理者清晰地了解实际的经营效果和战略的偏差度、产生偏差的原因以及可能会造成的后果。

在实现手段上，软件将采集各种基础的分析数据，提供各种分析工具，帮助管理者直观、动态、精确地透视经营管理中的种种问题。

（三）绩效考核

平衡计分卡理论建立之初就是将其作为一种绩效管理方法，经过后来的发展逐步完善成为一整套战略与绩效有机结合的管理体系，因此平衡计分卡离不开绩效管理，同样平衡计分卡信息系统也需要具备绩效管理功能。

事实上，通过战略设计将建立一套完整的与医院战略相结合的绩效计划（目标/指标体系）；通过运营监控将完成对绩效完成情况的动态评估，而绩效考核层面的一系列功能将帮助管理者建立基于绩效计划和实际完成情况的绩效考核体系，以及确定在考核结果的基础上所进行的物质激励（奖金）尺度。

在实现手段上，软件以战略设计和运营监控的指标数据为基础，提供灵活的考核方式设计方法、考核得分计算方法、奖金计算方法，帮助人力资源管理者科学、快速、准确地完成绩效考核工作。

（四）数据挖掘

BSC软件是一套管理决策系统，它本身并不需要具备基础数据记录、核算的功能，那么完成管理所需要的原始数据都来源于四大平台（前文所述：运营管理平台、医疗业务平台、医疗行为平台、经济管理平台），同时前文也提到BSC软件需要贯穿其他信息系统，将它们有效集成到一起，为战略决策提供关键信息，完成这个工作的目的就是数据挖掘，它能帮助医院管理者实现对现有信息系统集成，消除信息孤岛。

在实现手段上，软件以通过建立数据仓库的方式集中采集各信息系统的关键数据，并利用各种数据挖掘方法实现对数据的直观展示、穿透查询等功能。

第三节　利用平衡计分卡管理软件描绘战略地图

可能有些读者认为，BSC是战略管理工具，而我们医院没有战略，怎么用它？事实上，这是对战略管理的一个错误性认识，任何一个医院都有自己的战略，只是其表现形式不同而已。关于这一点，著名战略学家迈克尔·波特(Michael E.Porter)在其个人专著《竞争战略》一书中就指出了战略管理两种不同的表现形式："在一个产业中，参加竞争的每一个组织都有其显式的或隐式的竞争战略。这一战略可能在计划过程中以显式提出，或者可能通过组织各职能部门的活动以隐式演进……"

目前，很多国内医院大都采取隐式的战略管理模式，很大一部分医院没有对自己的未来发展自觉地进行规划，这种医院的最大特点就是战略存在于院长的头脑之中，并依靠个人的魅力来进行管理，我们将这种战略管理的模式称为"隐式战略"管理，但并不意味着这个医院没有战略。

而随着平衡计分卡管理体系引入的契机，可以有效引导这些医院管理者对战略进行自觉性思考，并通过平衡计分卡管理信息系统将原来隐藏在他们大脑中的战略绘制成战略地图并进行跟踪管理。

卡普兰和诺顿总结出六个步骤，从动态的角度绘制战略地图：

第一步：确定价值差距(财务维度)。

(1)确定高层的财务(或使命)目标和指标。

(2)确定目标值和价值差距。

(3)把价值差距分配到增长和生产率目标上。

第二步：调整客户价值主张(客户维度)。

(1)阐明目标细分客户。

(2)阐明客户价值主张。

(3)选择指标。

(4)使客户目标和财务增长目标协调。

第三步：确定价值提升时间表。

(1)确定实现成果的时间表，划定战略实施的总时间。

(2)把价值差距分配给不同主题，只有将财务目标值分解为内部流程和战略

主题的目标值，并与具体的时间框架联系，才能增强总目标值的可行性。

第四步：确定战略主题（内部流程维度）。

（1）确定有最大影响的少数关键流程（战略主题）。

（2）设定指标和目标值，使关键内部流程与实现财务和客户目标（结果）的目标值保持协调一致。

第五步：提升战略资产准备度（学习与成长维度）。

（1）确定支持战略流程所要求的人力、信息和组织资本等无形资产。

（2）评估并提升战略资产的准备度。

（3）确定指标和目标值。

第六步：确定战略行动方案并安排预算。

（1）确定支持流程和开发无形资产的具体行动方案。

（2）阐明并保障预算需求。

一、战略目标确定

战略目标在财务层面的表述就是价值差距，这是在利用BSC建立战略地图过程中需要首先确定的。

确定价值差距是一门艺术，它必须是符合实际，并有挑战性的目标值。医院管理者必须在来自“显著提高收益”这一挑战性目标值与“现有规模能够实现收益”之间进行权衡。一个符合实际的挑战目标值可激励员工去努力实现目标值。

BSC软件提供了帮助医院管理者合理确定价值差距的相关功能。

希金斯可持续增长模型，是制定财务增长战略目标的较为有效的方法。它是利用模型寻找一个适当的收入增长平衡点，据此来控制财务增长速度，其原理是：负债和权益决定了资产所能扩张的速度，而资产扩张的速度反过来又限制规模的增长率，因为规模的扩张必然会引起应收项目、存货、固定资产等的增长。

美国财务学家罗伯特·希金斯从规模的增加等于负债和所有者权益的增加这一角度出发，其建立的模型如下：

可持续增长率（g）＝股东权益变动值/期初股东权益$=P\times R\times A\times T=RT\times ROA$

即可持续增长率＝利润率×留存收益比率×资产周转率×资产权益比率

其中，P——利润率；R——留存收益比率；A——资产周转率；T——资产与期初权益比（见图20-3）：

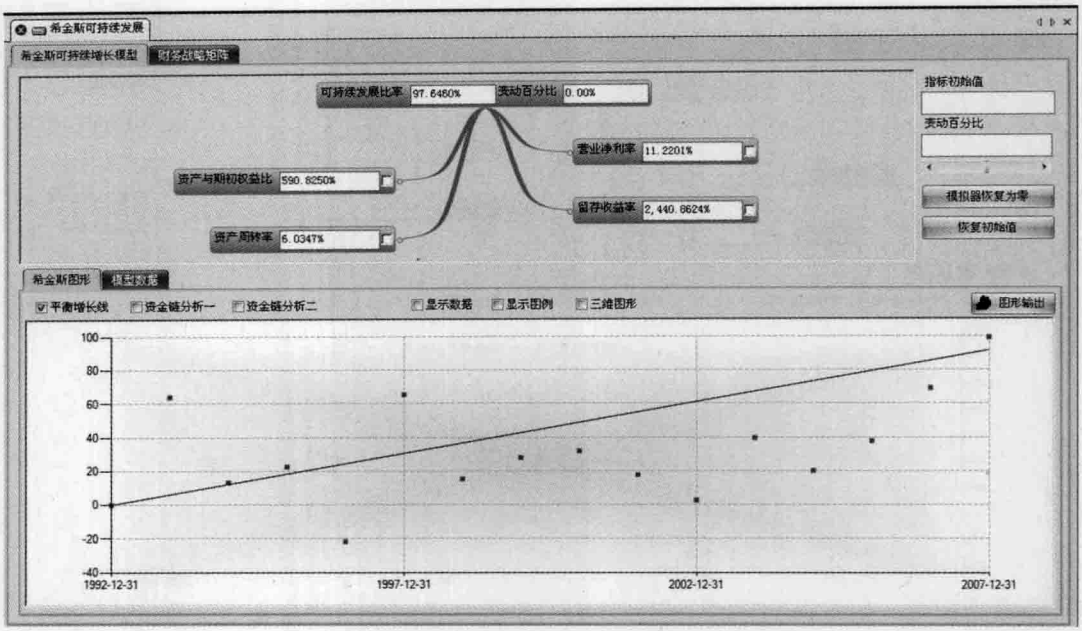


图20-3 可持续增长模型软件计算示意

通过软件系统可直接采集财务报表的基础数据，代替人工计算并将结果通过可视化界面显示出来(图中小点代表当期实际收入，斜线代表进行可持续发展计算后的平衡增长线收入)。

按可持续增长率制定的收入目标，可使医院合理地权衡增加收入与控制负债规模之间的关系。可持续增长是在不增加权益融资并保持当前经营效率(表现为资产周转率和净利率)和财务政策(表现为资产负债率和收益留存率)的条件下，医院收入的最大增长率，它实际上是一种平衡增长(见图20-4)。

在稳健的财务政策下，可持续增长与资产收益率呈现线性变动，即被希金斯称为的“平衡增长线”，在平衡增长线上医院增长所需的资金可以通过内部解决，偏离之外的或出现逆差或出现顺差。可持续增长率对医院的发展能力提供了重要的参考指标。当可持续增长与医院实际增长相差较大时，它提醒管理者对其差异进行全面的分析，找出高速增长或是缓慢增长背后所隐含的财务问题，从而及时制定出正确的财务战略和策略(见图20-5)。

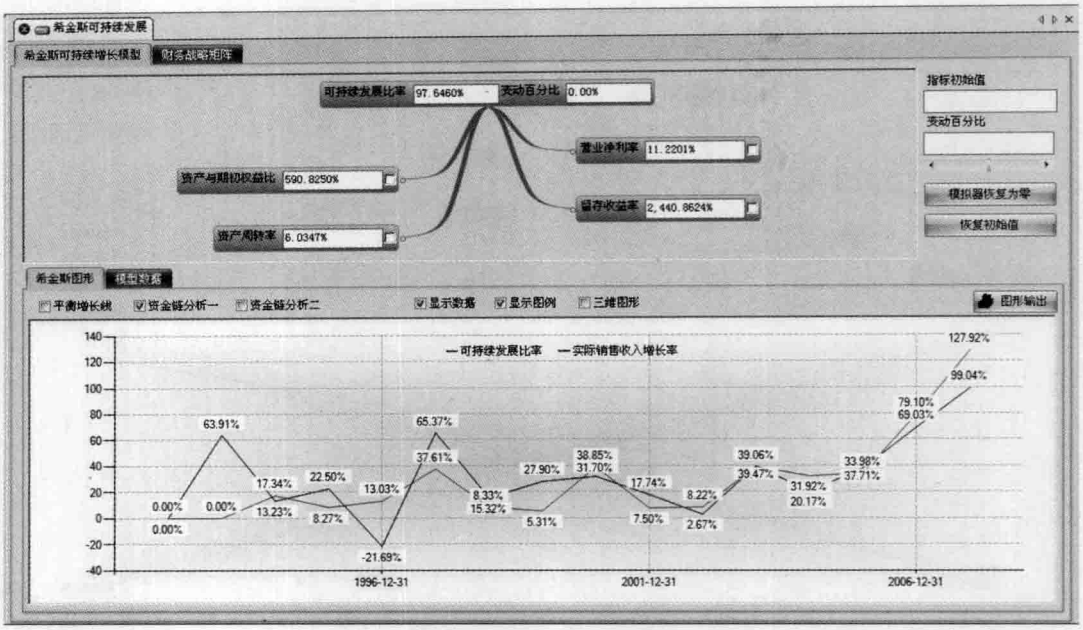


图20-4 可持续发展率与实际增长率对比

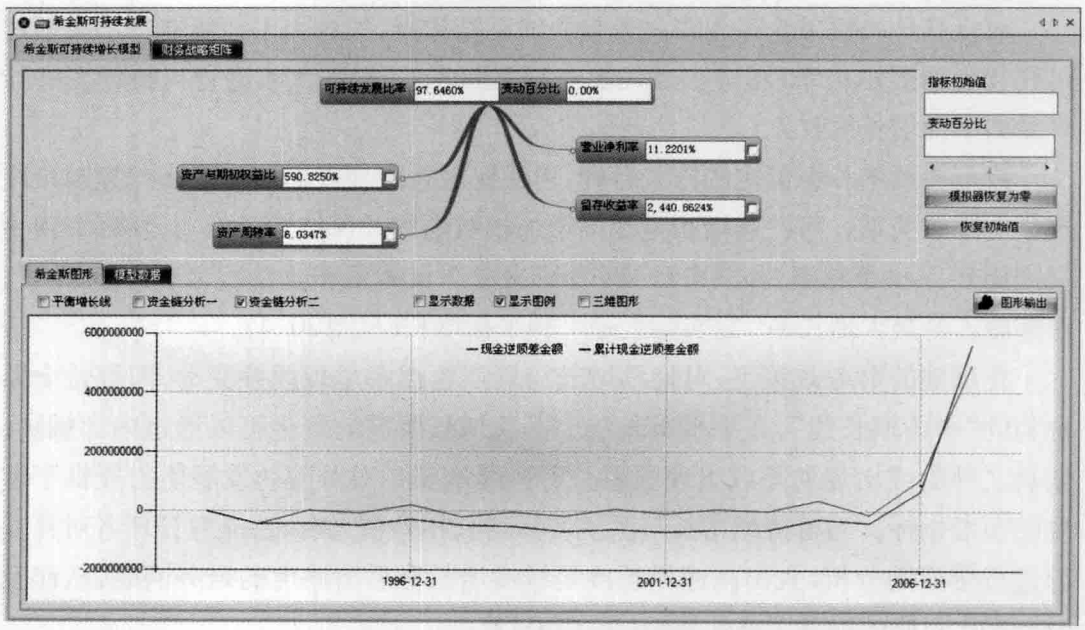


图20-5 现金顺逆差趋势图

在实际应用中，通过本模型分析造成可持续增长率与实际增长率之间差异的因素，制定出符合医院增长需求的财务政策，最终达到可持续增长与实际增长相一致的财务目标。

二、指标遴选

在确定了价值差距之后，接下来就要确定实现这个价值差距的四大维度需要达到的目标和具体细分的指标。在平衡计分卡中，选择哪些指标和指标权重如何建立是一个非常重要的内容，这也是困扰医院实施平衡计分卡的一大难题。

目前医院常见的做法是参考某一个指标体系（比如卫生部“医院管理评价指南”），选择其中自己认为比较重要的指标并把它们归类到平衡计分卡的四个维度中，确定指标权重也是凭感觉。也有些医院采用专家评估法，聘请多位专家先选择指标后确定权重，将各位专家的结果搜集上来，按照一定的计算方法建立指标体系。这些方法都属于主观评价法，费时费力，并且选出来的指标大都较为冗余，指标相互之间有重叠信息，这些都有碍于平衡计分卡的实施。

应用BSC管理软件可以对确定指标和指标权重进行客观的统计学计算。

（一）选择指标

主成分分析法也称因子分析法，是选择指标的常见计算方法。在实际问题研究中，为了全面、系统地分析问题，我们必须考虑众多影响因素。这些涉及的因素一般称为指标，在多元统计分析中称为变量。因为每个变量都在不同程度上反映了所研究问题的某些信息，并且指标之间彼此有一定的相关性，因而所得的统计数据反映的信息在一定程度上有重叠。变量太多会增加分析问题的复杂性，人们希望在进行定量分析的过程中，涉及的变量较少，得到的信息量较多。主成分分析正是适应这一要求产生的。

主成分分析法的基本思想是将实测的多个指标，用少数几个潜在的相互独立的主成分指标（因子）的线性组合来表示，构成的线性组合可以反映原多个实测指标的主要信息。在分析与评价指标变量时，能够找出主导因素，切断相关的干扰，做出更为准确的估量与评价。

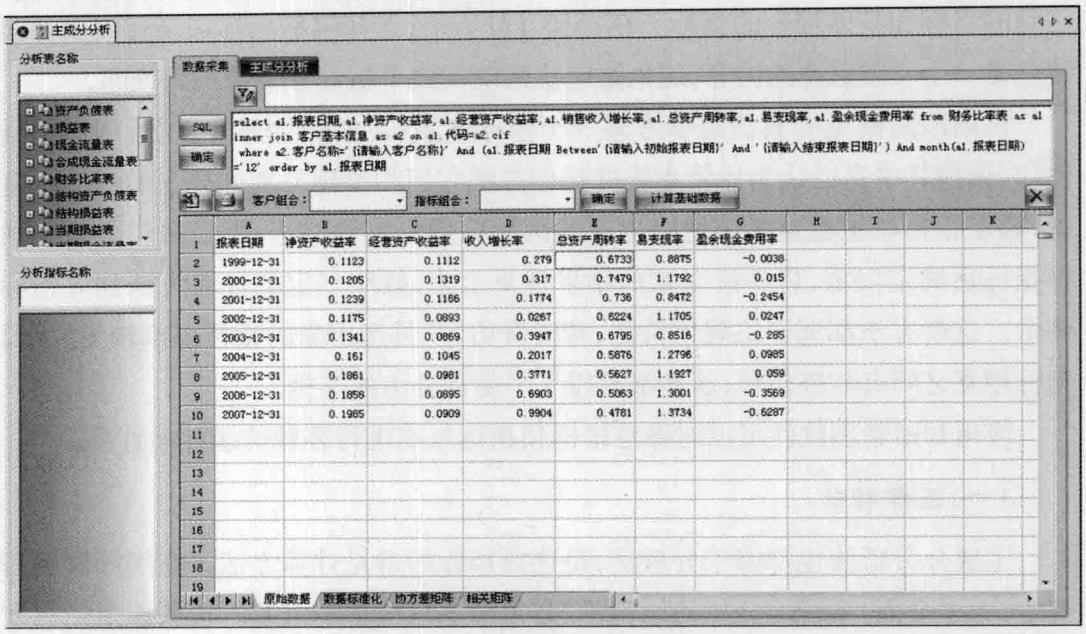
比如医院在构建指标体系时，住院收入、住院病人数通常都被认为是关键指标，但这两个指标所表达的信息有所重叠，住院病人数与住院收入线性相关，住院病人数的多少必然会影响住院收入的多少，因此通过主成分分析法可以建立一个住院收入与院病人数的综合指标，假设其叫主成分一，代替原来这两个指标，使指标精简。

应用BSC软件进行主成分分析有两大步骤：



1. 数据处理

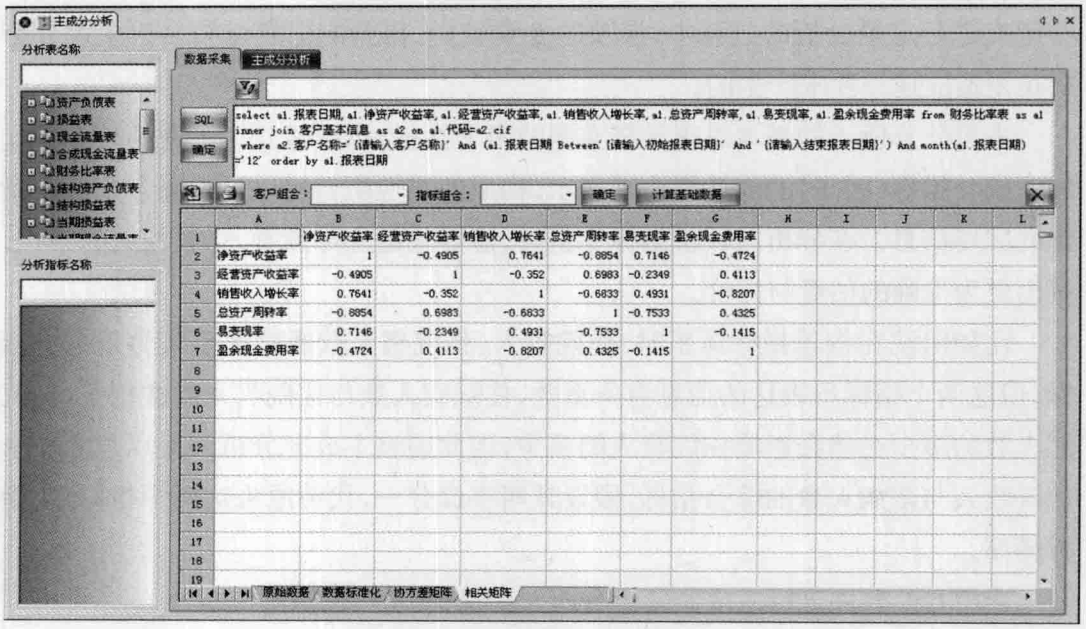
通过BSC软件的商业智能工具抓取原始指标数据(在本文后面会介绍),当然也可手工录入(见图20-6)。



	A	B	C	D	E	F	G
1	报表日期	净资产收益率	经营资产收益率	收入增长率	总资产周转率	易变现率	盈余现金费用率
2	1999-12-31	0.1123	0.1112	0.279	0.6733	0.8875	-0.0038
3	2000-12-31	0.1205	0.1319	0.317	0.7479	1.1792	0.015
4	2001-12-31	0.1239	0.1186	0.1774	0.736	0.8472	-0.2454
5	2002-12-31	0.1175	0.0893	0.0267	0.6224	1.1705	0.0247
6	2003-12-31	0.1341	0.0869	0.3947	0.6795	0.8516	-0.285
7	2004-12-31	0.161	0.1045	0.2017	0.5876	1.2796	0.0985
8	2005-12-31	0.1861	0.0981	0.3771	0.5627	1.1927	0.059
9	2006-12-31	0.1858	0.0895	0.6903	0.5063	1.3001	-0.3569
10	2007-12-31	0.1985	0.0909	0.9904	0.4781	1.3734	-0.6287

图20-6 采集指标原始数据

基于原始数据,软件自动对数据进行符合统计学计算要求的标准化,并自动求解协方差矩阵和相关系数矩阵(见图20-7)。

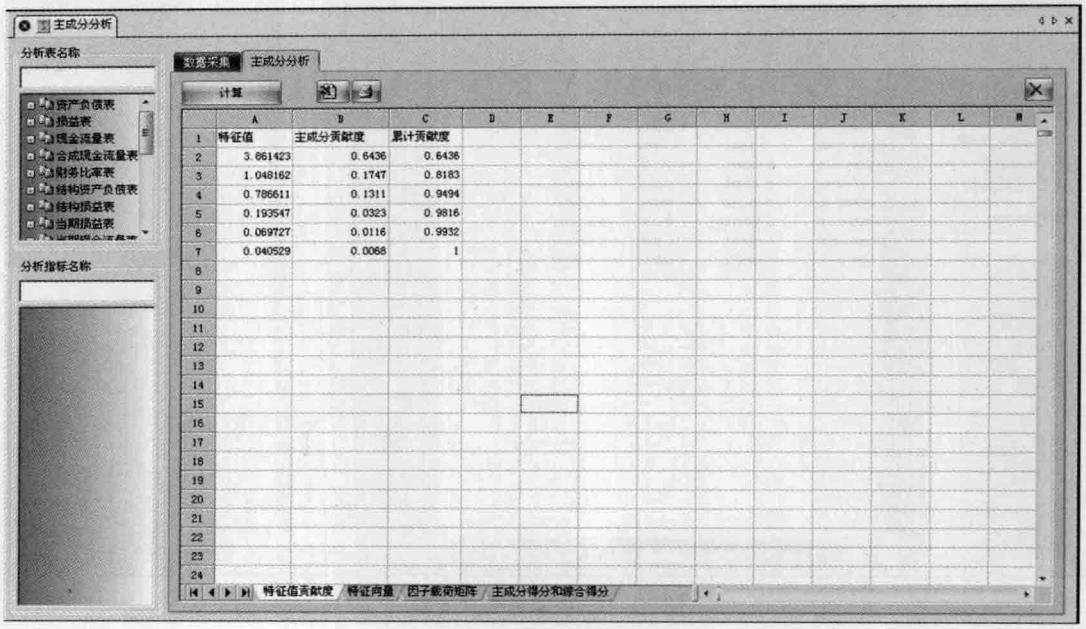


	A	B	C	D	E	F	G
1		净资产收益率	经营资产收益率	销售收入增长率	总资产周转率	易变现率	盈余现金费用率
2	净资产收益率	1	-0.4905	0.7641	-0.8854	0.7146	-0.4724
3	经营资产收益率	-0.4905	1	-0.352	0.6983	-0.2349	0.4113
4	销售收入增长率	0.7641	-0.352	1	-0.6833	0.4931	-0.8207
5	总资产周转率	-0.8854	0.6983	-0.6833	1	-0.7533	0.4325
6	易变现率	0.7146	-0.2349	0.4931	-0.7533	1	-0.1415
7	盈余现金费用率	-0.4724	0.4113	-0.8207	0.4325	-0.1415	1

图20-7 求解相关系数矩阵

2. 主成分分析

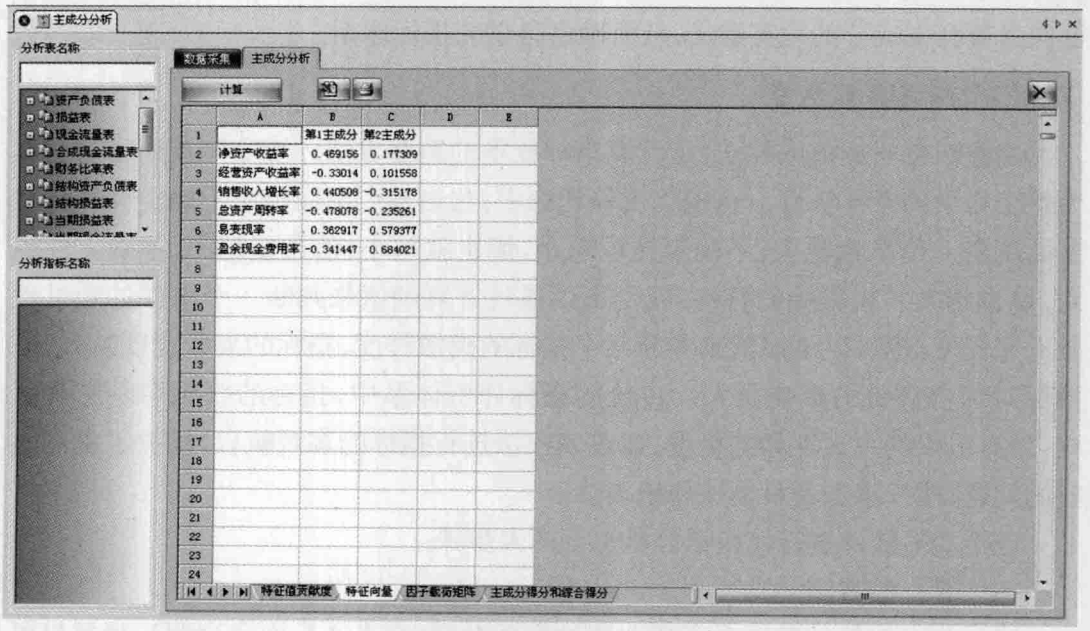
软件自动计算特征值贡献度，并将贡献度按大小排列，当累计贡献度达到一定程度，如80%或90%时，累计越高，解释度就越高，同时主成分越多（见图20-8）。



	A	B	C
1	特征值	主成分贡献度	累计贡献度
2	3.861423	0.6436	0.6436
3	1.048162	0.1747	0.8183
4	0.786611	0.1311	0.9494
5	0.193547	0.0323	0.9816
6	0.069727	0.0116	0.9932
7	0.040529	0.0068	1

图20-8 特征贡献度计算

自动计算特征向量，特征向量反映了主成分与指标之间的关系，绝对值越大，主成分越能反映该指标的内容（见图20-9）。

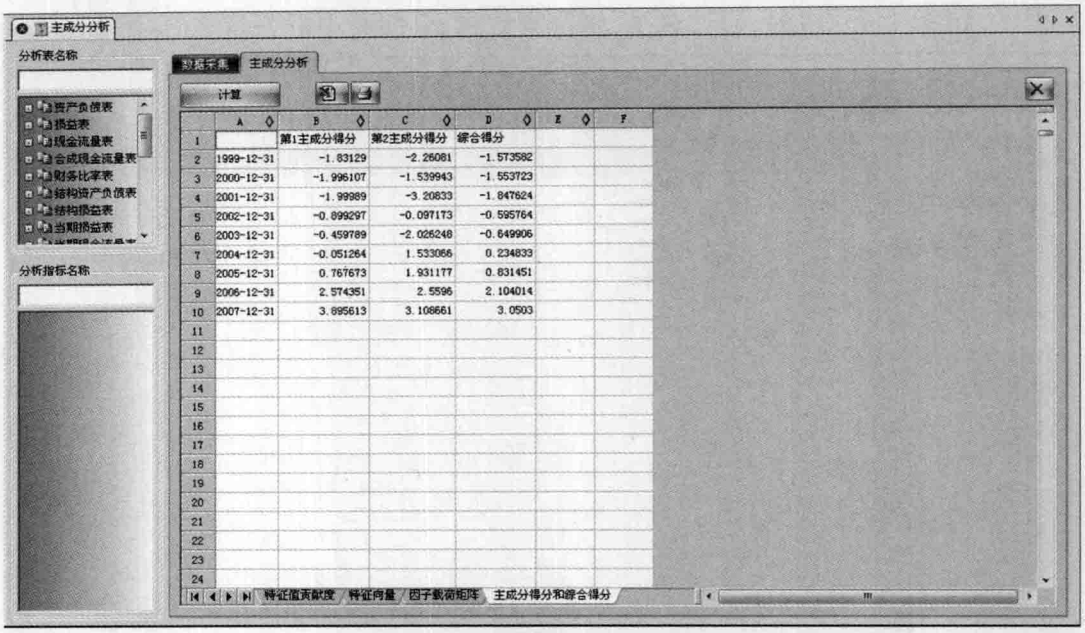


	A	B	C	D	E
1		第1主成分	第2主成分		
2	净资产收益率	0.469156	0.177309		
3	经营资产收益率	-0.33014	0.101558		
4	销售收入增长率	0.440508	-0.315178		
5	总资产周转率	-0.478078	-0.235261		
6	易变现率	0.362917	0.579377		
7	盈余现金费用率	-0.341447	0.684021		

图20-9 特征向量计算



自动计算主成分得分，这是主成分分析的结果：它可以综合各指标因素并智能评价医院经营状况(见图20-10)。



	A	B	C	D	E	F
1		第1主成分得分	第2主成分得分	综合得分		
2	1999-12-31	-1.83129	-2.26081	-1.573582		
3	2000-12-31	-1.996107	-1.539943	-1.553723		
4	2001-12-31	-1.99989	-3.20833	-1.847624		
5	2002-12-31	-0.899297	-0.097173	-0.595764		
6	2003-12-31	-0.459789	-2.026248	-0.649906		
7	2004-12-31	-0.051264	1.533066	0.234833		
8	2005-12-31	0.767673	1.931177	0.831451		
9	2006-12-31	2.574351	2.5596	2.104014		
10	2007-12-31	3.895613	3.108661	3.0503		
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						

图20-10 主成分得分计算

在实际应用中，主成分分析法能用较少的综合指标来代替原来较多的指标，使平衡计分卡的指标大大精简，并减少了指标所表达信息的重叠情况。利用BSC软件已经完成了对主成分烦琐复杂的计算工作，管理者应根据特征贡献度及其特征向量解释主成分的现实意义，从而确定科学的指标体系。

(二)确定指标权重

熵值法也叫熵值取权法，是计算指标权重的重要方法。熵定律被爱因斯坦称为整个科学的首要法则。在现代决策理论中，它也被广泛应用于不确定性和信息量的度量。信息量越大，不确定性就越小，熵也就越小；信息量越小，不确定性越大，熵也越大。根据熵的特性，我们可以通过计算熵值来判断一个事件的随机性及无序程度，也可以用熵值来判断某个指标的离散程度，指标的离散程度越大，该指标对综合评价的影响越大。传统的指标评价体系中，指标的权重均是主观赋权，带有很大的主观性和随机性，通过熵权法进行指标的客观赋权，解决了主观赋权的问题，使权重更具科学性和精确性。

应用BSC软件进行熵权法分析也有两大步骤：

1. 计算基础数据

通过BSC软件的数据仓库抓取原始指标数据(在本文后面会介绍)，当然也可

手工录入，基于原始数据，软件会自动对数据进行符合统计学计算要求的标准化处理(见图20-11)。

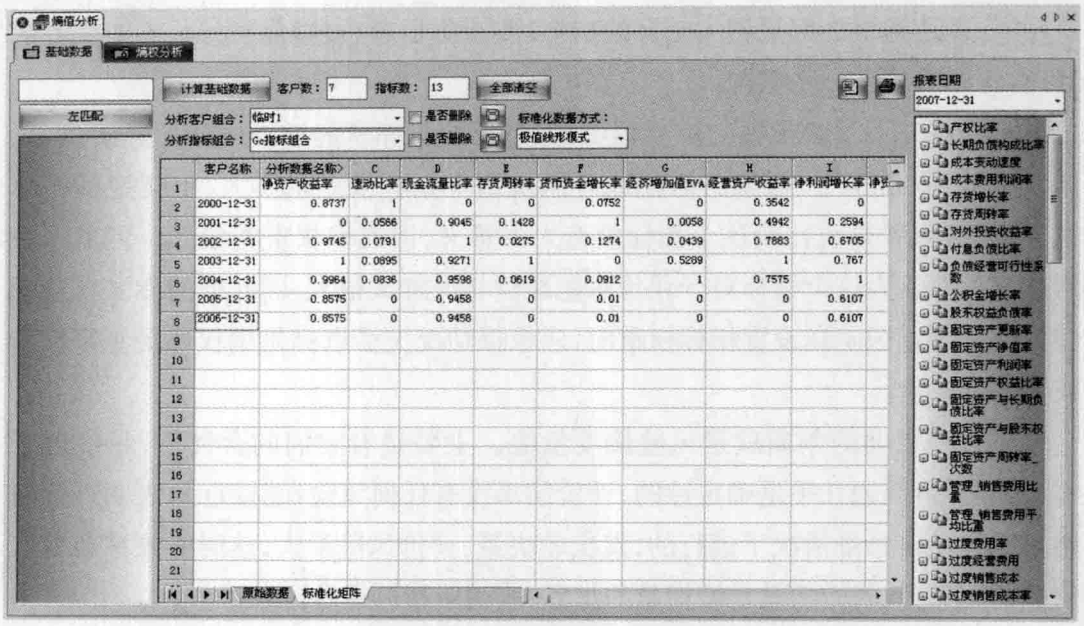


图20-11 熵值数据的标准化处理

2. 计算熵权

标准化计算结束后，系统自动进行“熵权计算”，计算出各个指标的熵值和熵权重(见图20-12)。

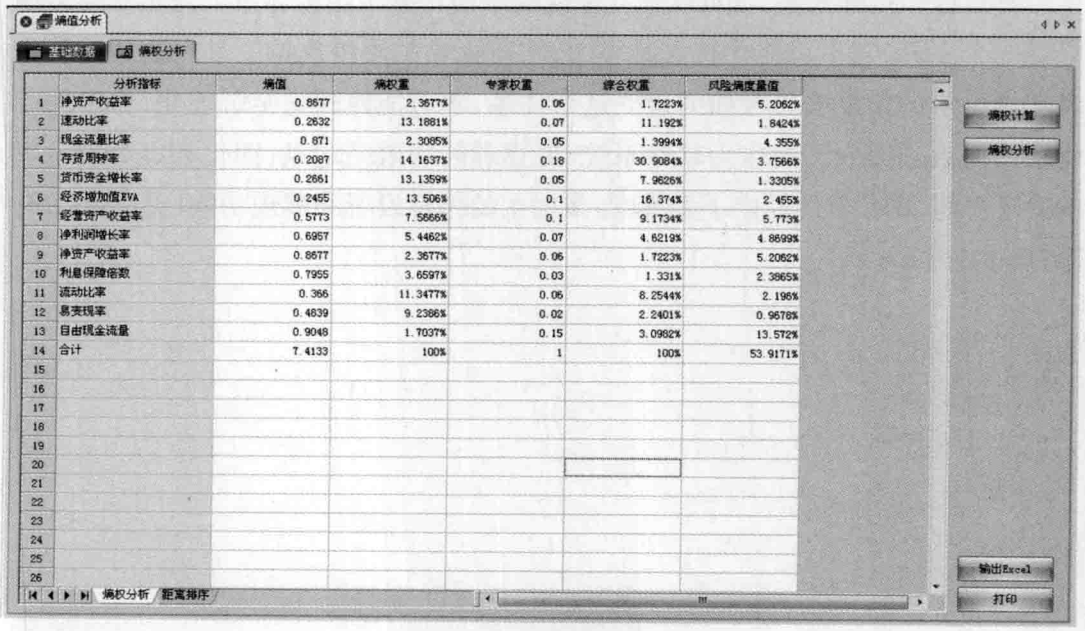


图20-12 熵权计算结果

在具体应用时需要注意以下事项：首先，熵值和熵权重与所选择的原始数据密切相关，不同的时期，不同的医院，指标的结果是不同的；其次，指标选择上属性要相同，即选择要么都是越大越好的指标，要么都是越小越好的指标，不能二者都选择，否则结果会相互抵消。

熵权重并不反映指标的重要程度，而是反映指标所能够提供的信息质量，比如“净资产收益率”。假如各时期或各医院这个指标值差别不大，也就是熵值很大，对于管理者来说比较这个指标没有太大意义，因此熵权重就很低。但是几乎所有专家都认为这个指标对于评价医院经营状况意义很大，因此他的专家权重就会很大。所以医院在设置指标权重时，应根据情况灵活选择是熵权还是专家权重或者综合权重。

另一项重要的判断就是风险熵度量值。主要是看它们的合计值，越接近于零，表明评价问题几乎是确定性的，评价结果没有任何风险；越接近1，表明评价问题是在最小信息量情况下进行的，做出的决策、评价风险很大，这时必须重新获取信息，一个有效的方法就是增加新的指标，或改变指标组合。

将熵权和专家赋权相结合，能较好地解决医院BSC指标的权重分配问题，使主观赋权和客观赋权结合起来，指标权重更加科学精确。

（三）建立指标体系

有指标和指标权重，就可以建立医院的平衡计分卡指标体系。当然软件系统只是一个工具，它不可能代替人脑思考，它所提供的决策支持工具只是帮助管理者从更科学的角度去思考如何建立这个体系，不可能做到完全智能化，更多的工作还需要人去完成。而作为软件系统，更直观的功效是记录、固化和直观展示人的管理思想，BSC软件提供了多维度、多层次的指标设置和展现功能（见图20-13、图20-14、图20-15）。

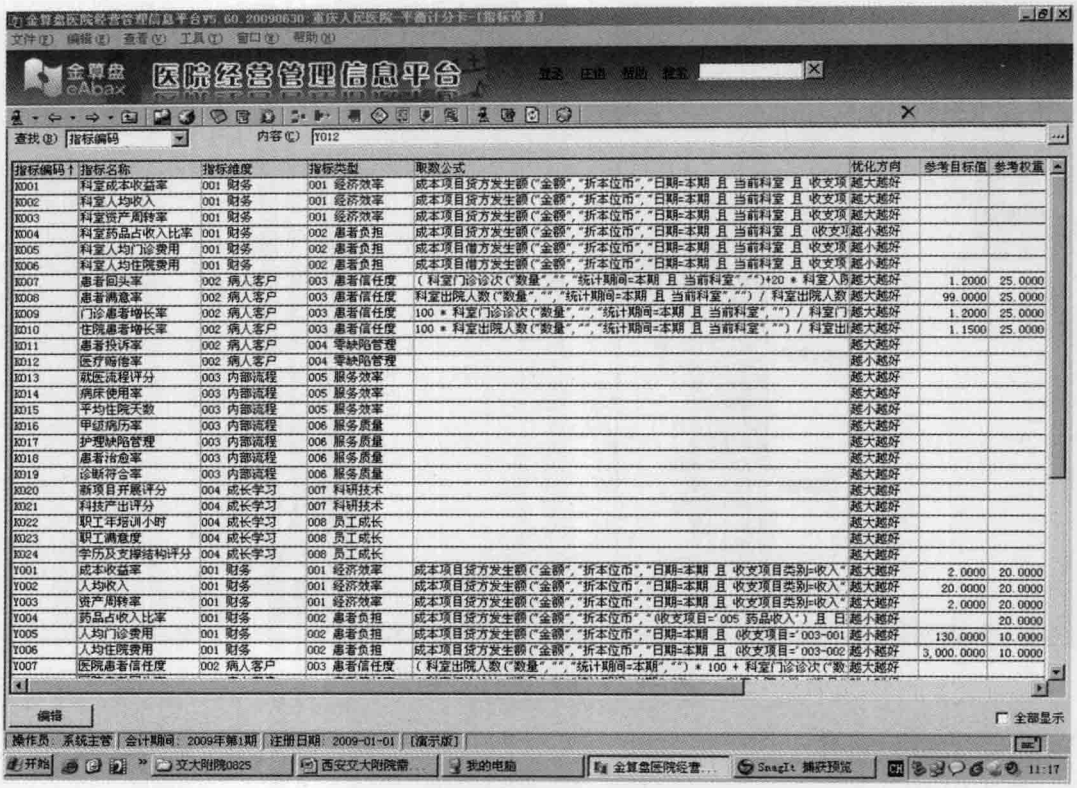


图20-13 全院指标示例



图20-14 院级指标体系示例

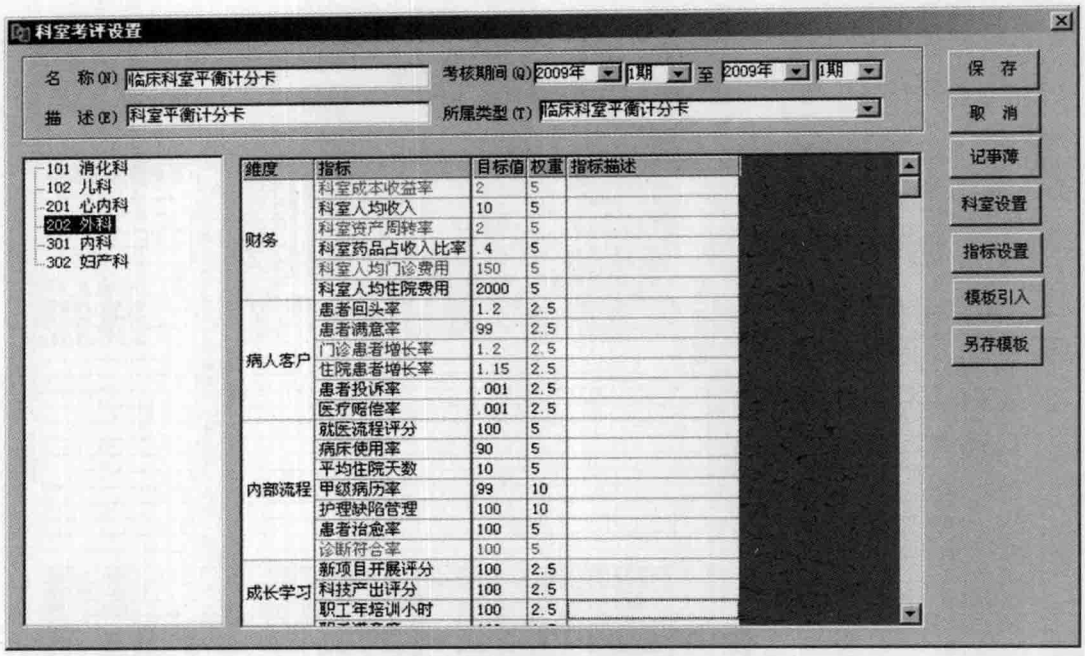


图20-15 科级指标体系示例

三、战略地图

卡普兰曾经说过,“战略困扰你,把它画成图”。正如卡普兰和诺顿指出,“如果你不能描述,那么你就不能衡量”。平衡计分卡最大的特点在于它的平衡,即财务与非财务的平衡、短期与长期的平衡、前置与滞后的平衡、内部与外部的平衡。这种平衡的作用来源于计分卡上的各个指标是相互支持、相互依赖的,它们不是一堆毫无逻辑关系的KPI,而是一个因果关系的链条,存在着一种互相依附的关系。为此,当管理者列出了四个层面的目标时,必须用箭头来连接各个目标,通过明晰平衡计分卡四个层面目标之间的因果关系来描述他们的战略,这种描述战略的图称为战略地图(Strategy Map)。

战略地图解决了战略描述的问题,提供了一个战略的可视化工具和描述方法,完善了战略业绩管理的理论结构,它使抽象的战略目标和规划变得生动形象起来,通过战略目标之间的因果连接,将各项业务和职能在理论上统一起来,帮助管理层对战略达成共识,建立共同的沟通语言,使各部门、各业务单元之间有可能对战略目标达成一致性认识。战略地图是平衡计分卡理论的发展和升华,使平衡计分卡理论体系发展到了顶峰。

BSC软件提供了战略地图可视化的绘制和逐级分解的功能。使用者能方便

地从组织战略图直接细化到其自己的战略图，并通过这种方式了解其目标是怎样与组织的整体目标相连接的。

（一）描绘战略地图

价值树模型是帮助管理者进行因果关系链分析的工具，它实际上是在指标之间寻找对应的逻辑关系，在价值树模型图上分别列出医院的战略目标，对应的关键绩效指标和驱动这些指标的关键驱动流程及其对应的指标，并找到该指标涉及的部门（这是在后面进行部门指标分解的依据）。

应用BSC管理软件可以完成对指标的分解和关联关系的可视化构建。

1、设计不同维度的价值树模型

通过BSC软件的指标模型构建功能，可以从已有的指标库或直接从数据仓库中选取任意指标来构建它们之间的层次关系（见图20-16）。

完成指标层次管理后，可以定义指标之间的关系，这些关系可以是模糊的“需要”关系，也可以是精确的可以被计量的关系（见图20-17）。

根据之前的定义，系统会自动生成不同维度的可视化价值树模型（见图20-18）。

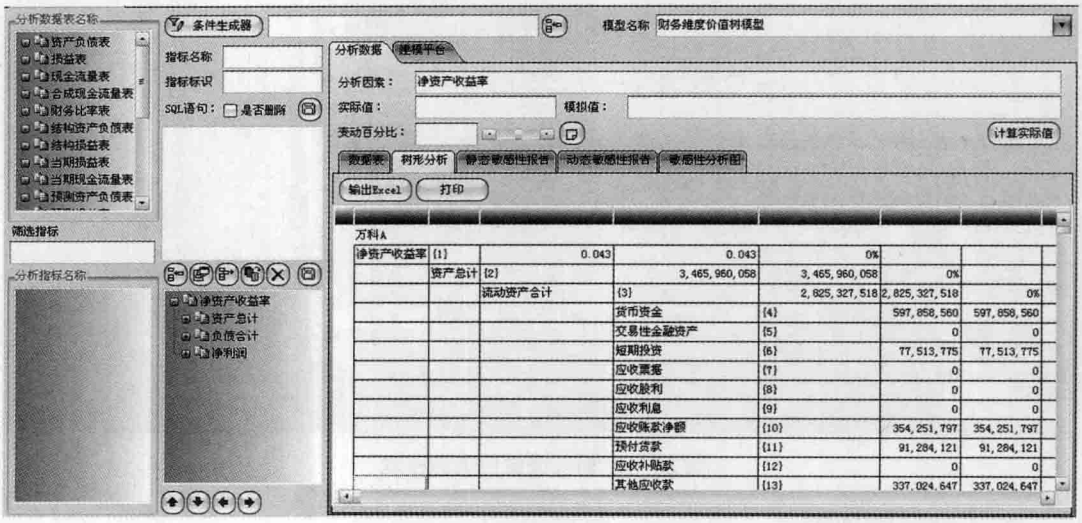


图20-16 设定指标层级

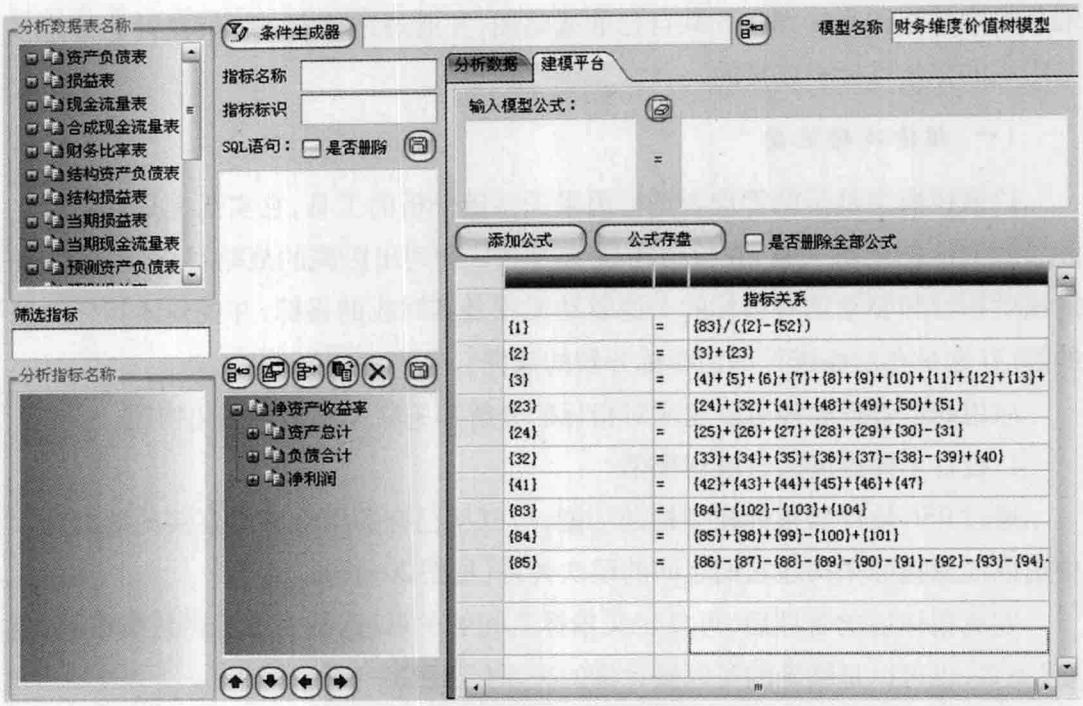


图20-17 设定指标关联

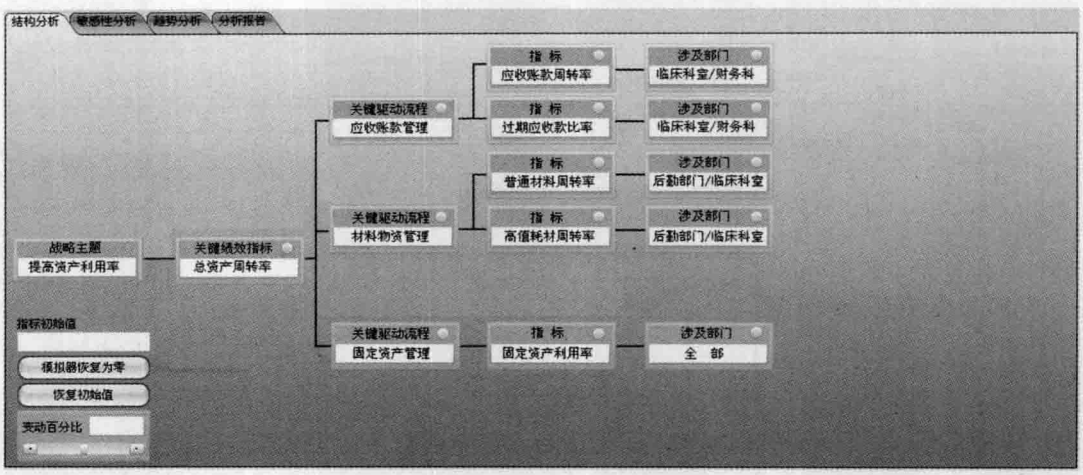


图20-18 财务维度价值树模型

2. 设计战略地图

有了不同维度的价值树模型后，管理者可以通过系统的战略地图绘制功能描绘整个医院的战略地图（见图20-19）。

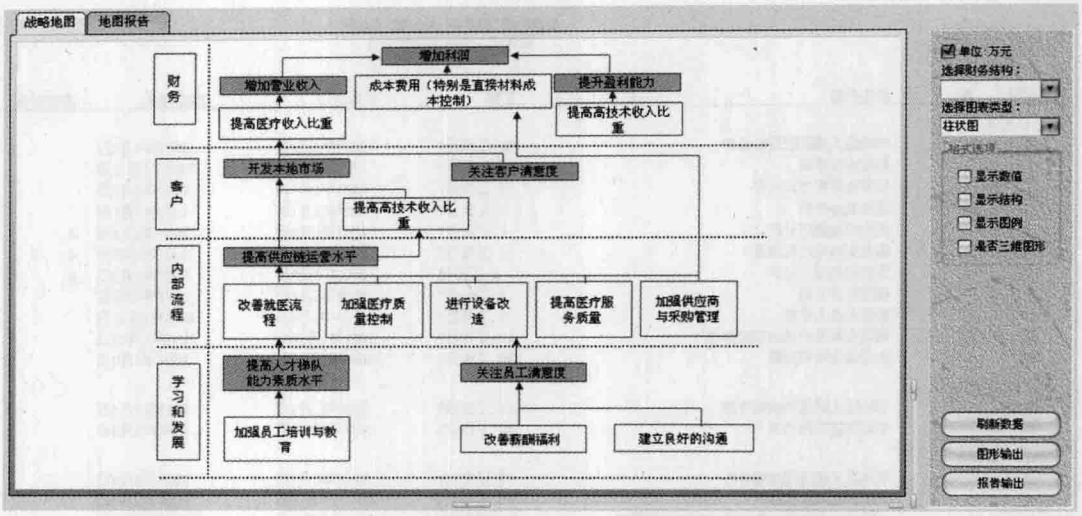


图20-19 战略地图

（二）设计行动计划

战略地图描述了战略的逻辑性，清楚地显示了创造价值的关键内部流程目标以及支持关键流程所需的无形资产。平衡计分卡将战略地图目标转化为指标和目标值，但是目标和目标值并不会只是因为其被确定而得以实现。

对于影响关键绩效指标的阶段性任务（比如战略合并、新设备购买、住院大楼修建、实现三甲评级等都属于必须在一定时间开始和一定时间结束的任务，这就是阶段性任务），医院必须推出一套行动计划，这套行动计划使任务能够得以完成，这些行动计划称之为战略行动方案，行动方案创造了结果。因此，通过制定行动方案，使战略执行过程能够得到有效管理。

通过BSC软件可以对任务的层级、开始/完成时间、任务之间的关系、任务所需要的资源等要素进行设计，从而制定出一个详细的、可视化的计划（见图20-20、图20-21）。

在应用的时候需要注意，这里所指的阶段性任务通常是指那些有时间限制、明确目标的创新性、变革性任务，这些任务对关键绩效指标的改善起着至关重要的作用，因此我们需要制定行动计划来管理和跟踪它们。

但对于日常性质的周期性任务，比如采购药品、使用材料、医生看病、财务核算等，这些任务没有必要去制定行动计划，通过指标管理就可以了。

关键任务 打印于 2008年9月20日
和地区人民医院战略合并

标识号	任务名称	工期	开始时间	完成时间	前置任务
二〇〇七年一月					
0	和地区人民医院战略合并	68 工作日?	2007年1月1日	2007年4月4日	
1	制定合并策略	10 工作日?	2007年1月1日	2007年1月12日	
2	确定当前能力和定位	3 工作日?	2007年1月1日	2007年1月3日	
3	进行竞争分析	1 工作日?	2007年1月1日	2007年1月1日	
4	进行市场趋势分析	1 工作日?	2007年1月2日	2007年1月2日	3
5	确定当前定位和差距	1 工作日?	2007年1月3日	2007年1月3日	4
6	完成当前定位分析	0 工作日	2007年1月3日	2007年1月3日	5
7	确定合并目标	4 工作日?	2007年1月4日	2007年1月9日	
19	建立合并工作组	5 工作日?	2007年1月5日	2007年1月11日	
26	确定合并目标确和筛选标准	11 工作日?	2007年1月12日	2007年1月26日	
42	制定潜在收购列表	40 工作日?	2007年1月15日	2007年3月9日	
二〇〇七年二月					
0	和地区人民医院战略合并	68 工作日?	2007年1月1日	2007年4月4日	
42	制定潜在收购列表	40 工作日?	2007年1月15日	2007年3月9日	
二〇〇七年三月					
0	和地区人民医院战略合并	68 工作日?	2007年1月1日	2007年4月4日	
42	制定潜在收购列表	40 工作日?	2007年1月15日	2007年3月9日	
46	进行合并和收购目标评估分析和审慎调查	11 工作日?	2007年3月12日	2007年3月26日	
82	进行选择	2 工作日?	2007年3月27日	2007年3月28日	
86	进行投资活动	5 工作日?	2007年3月29日	2007年4月4日	
二〇〇七年四月					
0	和地区人民医院战略合并	68 工作日?	2007年1月1日	2007年4月4日	
86	进行投资活动	5 工作日?	2007年3月29日	2007年4月4日	
93	完成合并交易	0 工作日	2007年4月4日	2007年4月4日	92

图20-20 任务一览表

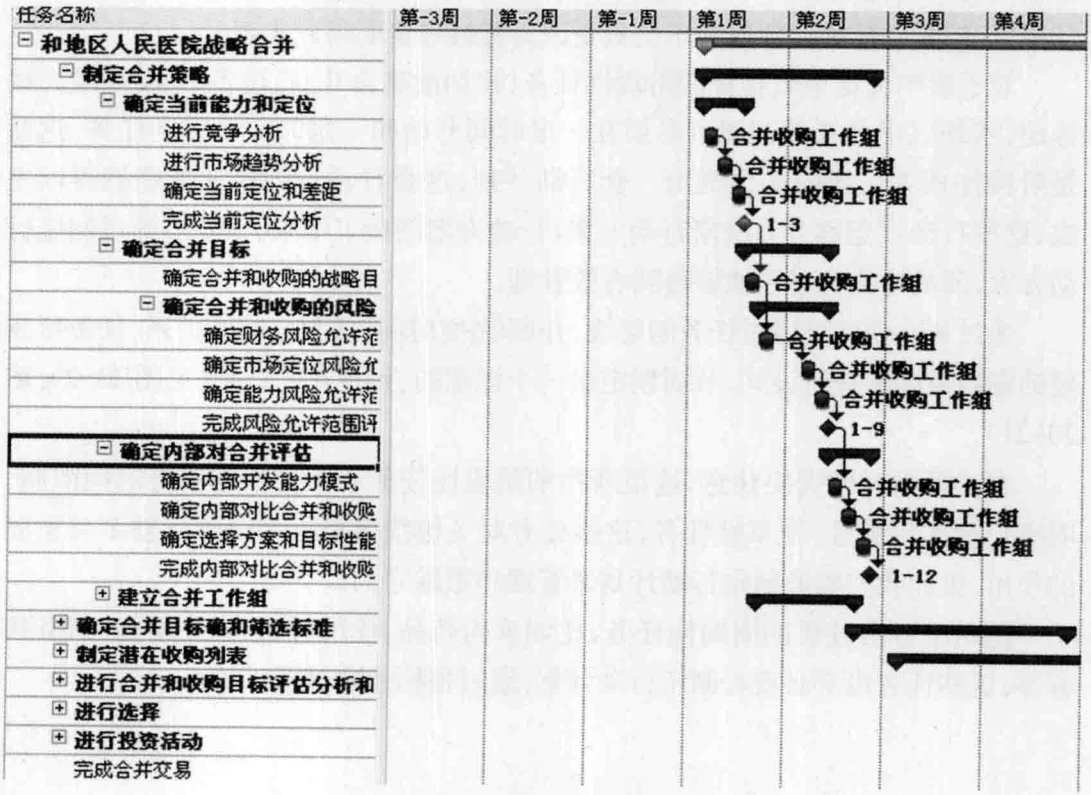


图20-21 任务计划图

第四节　利用平衡计分卡管理软件实现运营监控

很明显，光有战略和计划是不够的，要保障战略的顺利执行，必须对执行情况进行实时反馈，这种反馈必须是准确而灵敏的，这个过程就是运营监控。

运营监控本身没有什么高深的理论需要去阐述，我想任何一个读者都能理解到它的重要性，关键是怎么去实现它。当医院导入了平衡计分卡体系，并且开始用平衡计分卡进行跟踪和回顾的时候，没有信息系统的支持，管理者会陷入数据处理到泥潭。本来应该花很多时间用来分析医院的绩效，现在却需要花更多的时间来处理数据。当一个医院建立了比较完善的平衡计分卡框架的时候，医院可能会有几十张卡（不包括员工计分卡）和成百上千个指标。虽然可能不需要对每个指标的数据进行跟踪报告，但在做分析的时候，却需要把每个指标数据关联汇总在一起，以更好地说明平衡计分卡的完成情况。因为对上一级平衡计分卡完成情况的分析，必须从下一级来找原因。这时候就显示出了平衡计分卡软件系统是多么重要。它可以替代很多手工劳动，把管理者从数据处理的泥潭中解放出来，专心于分析组织绩效，找出改进措施。

一、数据获取

对运营监控来说，首先要解决的问题是如何获取数据。在前面的章节已经分析过，支撑医院运转的信息平台可以分为四个部分：运营管理平台、医疗业务平台、医疗行为平台、经济管理平台。而平衡计分卡财务、客户、内部流程、学习和成长四大维度的信息绝大部分都可以来源于四大平台，平衡计分卡信息系统的任务就是要把四大平台的关键数据信息集成到一起，用于决策分析。

但是，数据信息的集成不是把四大平台产生的所有数据都搬到BSC软件里面去，所有的业务数据是海量的，且很多都是冗余的，而对决策产生作用的只是其中一部分关键数据信息，比如指标数据。因此BSC软件需要对从其他系统抽取的原始数据进行加工、汇总和整理。

另外在很多医院，四大平台是由不同的软件商承建，数据标准和数据库平台并不统一，如果单纯通过开发接口来解决数据信息集成的问题，其受限于很多条件：一方面是代价高，通常接口的开发需要各软件厂商的配合，而这些是需要单独收费的，并且开放性的接口具有安全隐患；另一方面是不能适应变化，如果医院更换了某业务软件系统，那么接口也需要重新开发，非常麻烦。

针对以上问题，数据仓库(Data Warehouse)是一个很好的解决办法：

数据仓库是一个面向主题的、集成的、相对稳定的、随时间不断变化的数据集合，它用于支持组织的决策、分析、处理。

(一)面向主题

操作型数据库的数据组织面向事务处理任务，各个业务系统之间各自分离，而数据仓库中的数据是按照一定的分析主题进行组织的。针对平衡计分卡系统，这个主题就是四大维度中不同的指标。

(二)集成的

数据仓库中的数据是在原有分散的数据库中对数据抽取、清理的基础上经过系统加工、汇总和整理得到的，必须消除源数据中的不一致性，以保证数据仓库内的信息是关于整个医院的一致的全局信息。

(三)相对稳定的

数据仓库的数据主要供决策分析之用，所涉及的数据操作主要是数据查询，一旦某个数据进入数据仓库后，一般情况下将被长期保留，也就是数据仓库中一般有大量的查询操作，但修改和删除操作很少，通常只需要定期地加载、刷新。

(四)反映历史变化

反映历史变化：数据仓库中的数据通常包含历史信息，系统记录了医院从过去某一时点(如开始应用数据仓库的时点)到目前的各个阶段的信息，通过这些信息，可以对医院的发展历程和未来趋势做出定量分析和预测。

利用BSC软件系统提供的数据导入技术可以很方便地把数据从其他业务系统中抽取出来，进行必要的转化、整理，再存放到数据仓库内，系统支持生成COBOL程序、MVS作业控制语言(JCL)、UNIX脚本和SQL语句等多种方式，以访问不同的数据源(见图20-22、图20-23)。

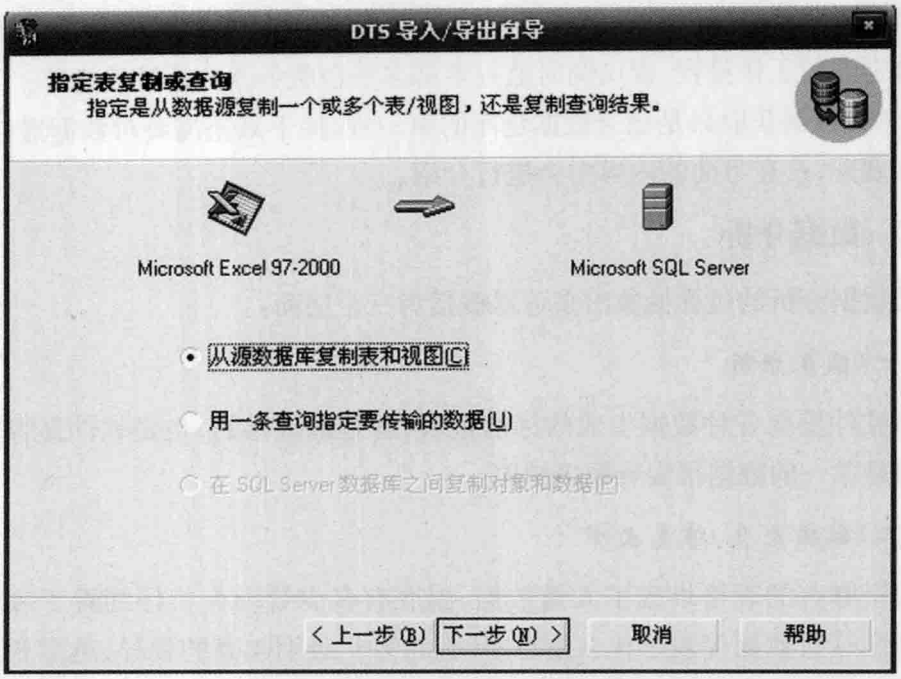


图 20-22 数据导入工具抓取电子文档数据示例

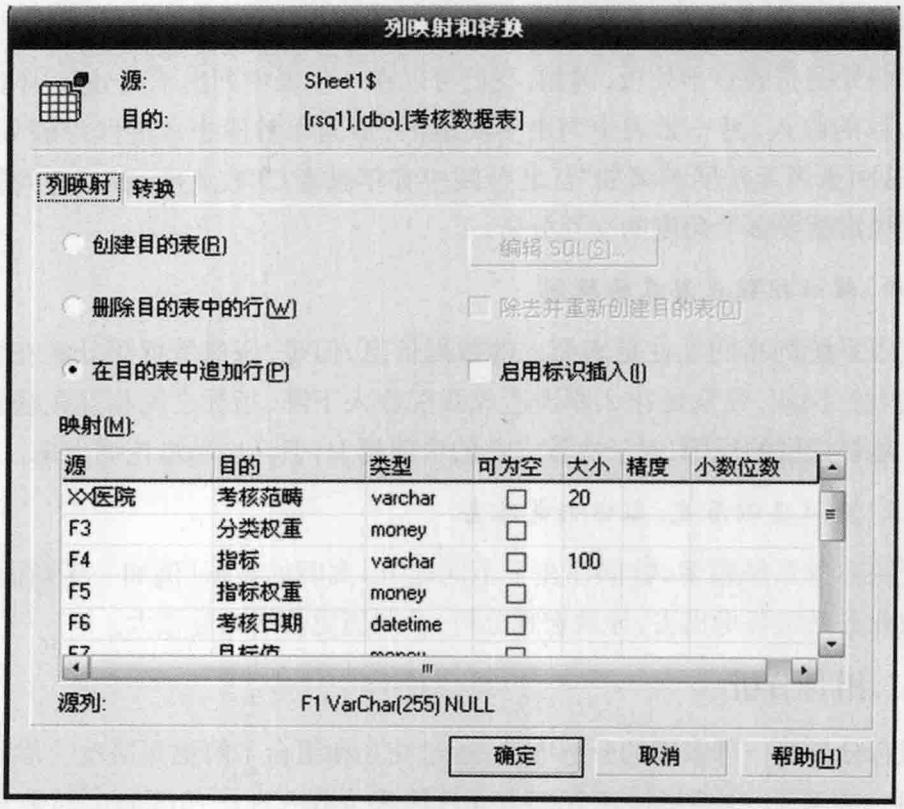


图 20-23 对抽取数据进行整理和转换示例

BSC软件可以同时管理多种不同的数据库、允许同异质数据库的资料移转、拥有数据库的工作排程、提供同时监控多部多平台服务器的系统效能等。

当然，数据获取只是建立数据仓库的第一步，接下来还需要对数据进行访问、分析和展现，这在下面的内容中会进行介绍。

二、数据分析

把数据分析的过程抽象出来可以概括为三个层面：

（一）报表分析

即软件根据各种数据生成的标准报表，这是最基本的，也是软件最容易实现的。但是单一的数据报表有很多缺陷。

（二）数据太多、信息太少

密密麻麻的表格堆砌了大量数据，到底有多少管理人员仔细看了每一个数据？到底这些数据代表了什么信息，什么趋势？级别越高的领导，越需要简明的信息。如果我是院长，我可能只需要一句话：目前我们医院的经营状况究竟如何？

（三）难以交互分析、了解各种组合

定制好的报表过于死板，例如，我们可以在一张表中列出不同分院、不同医疗服务项目的收入，另一张表中列出不同地区、不同年龄段患者的医疗服务收入。但是，这两张表无法回答诸如“江北分院中青年患者CT收入的情况”等问题。业务问题经常需要多个角度的交互分析。

（四）难以挖掘出潜在的规则

报表系统列出的往往是表面上的数据信息，但是，海量数据深处潜在含有哪些规则呢？例如，究竟是什么原因造成我院收入下降，指标之间相互关联的程度如何？越是深层的规则，对于决策支持的价值越大，但是也越难挖掘出来。

（五）难以追溯历史、数据形成孤岛

医院业务系统很多，数据存在于不同地方，太旧的数据（例如一年前的数据）往往被业务系统备份出去，导致宏观分析、长期历史分析难度很大。

三、组合分析

组合分析是一种多维的分析方法，通过交互和组合了解更深层次的信息。

举一个例子，我们想描述2003年4月份床位收入在一病区的总额是10万元

时，牵扯到几个角度：时间、服务项目、地区，这些也叫作维度。至于收入额，叫作度量值。当然，还有支出、收支节余等。

这样一个模型，可以用一个三维的立方体来描述，每个维度分别代表了时间、服务和地区，立方体上的单元代表了度量值。

扩展一下我们的想象，除了时间、产品和地区，我们还可以有很多维度，例如患者的性别、职业、医生等等。实际上，多维数据模型可能是一个8维或者15维的。

利用BSC软件的组合分析功能可以把多维立方体中的信息丰富多彩地展现给管理者（见图20-24、图20-25）。

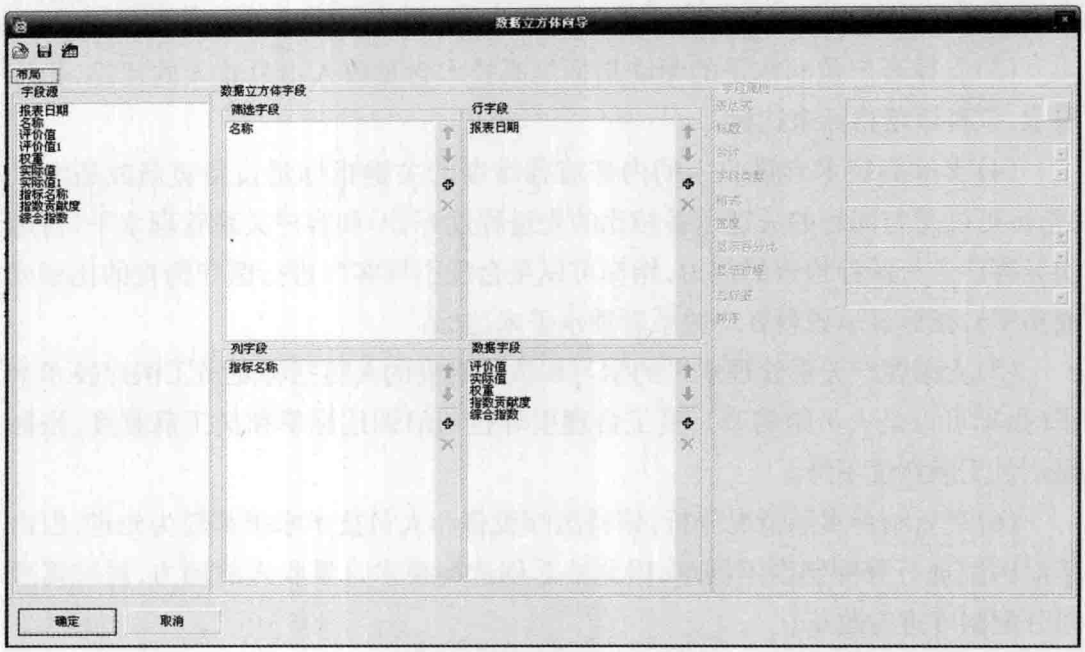


图20-24 构建组合分析的维度

名称

指标名称	报表日期	06/30/2001 00:00:00					12/31/2001 00:00:00				
	评价值	实际值	权重	指数贡献度	综合指数	评价值	实际值	权重	指数贡献度	综合指数
经济增加值EVA						1.0919	106624696.57	0.4	-0.2149	0.4368
净现金流量	-1.1669	-148955968	0.1	1.1585	-0.1167	-1.4913	-190363712	0.1	-2.4741	-0.1491
净资产收益率	0.9618	0.0579	0.1	0.0204	0.0962	3.0281	0.2178	0.4	1.1035	0.4966
流动比率	0.9741	2.0199	0.1	0.0139	0.0974	0.9602	1.9911	0.1	-0.0396	0.096
流动资产合计	1.1642	5520203776	0.2	-0.1758	0.2328	1.2789	8063931392	0.2	0.554	0.2558
速动比率										
现金流量比率										
销售利润率	0.9353	0.0939	0.1	0.0346	0.0935	1.1215	0.1126	0.1	0.1207	0.1122
盈余现金费用率						-0.9293	-0.1539	0.1	1.1283	-0.0929
盈余现金费用率H										
主营业务收入净	0.9378	2432696320	0.2	0.0666	0.1876	1.7173	4455054576	0.2	1.4248	0.3435
资产负债率	1.0842	0.4879	0.1	-0.045	0.1084	1.1504	0.5177	0.1	0.1494	0.115
资产总计	1.1372	6065500672	0.1	-0.0733	0.1137	1.2155	6482911744	0.1	0.214	0.1215
总资产周转率						0.9709	0.3203	0.2	0.034	0.1942
合计	6.0277	13869444802.659	1	1.0001	0.8129	10.1141	16918168899.575	2	2.0001	1.9298

图20-25 指标组合分析的多维报表展现

1. 数据挖掘

数据挖掘往往针对特定的数据、特定的问题，选择一种或者多种挖掘模型，找到数据下面隐藏的规律，这些规律往往被用来预测、支持决策。

这样说起来比较抽象，举一个利用BSC理论进行数据挖掘的例子：

医院某科室财务维度的关键指标科室收益没有达到预期要求，需要通过数据挖掘来进行深入分析：

(1)支撑关键指标科室收益的驱动财务指标是收入和成本，科室的成本没有超计划，但收入没有达标；

(2)支撑收入的客户维度关键驱动指标是病人数和客户盈利水平(人均住院费用)，指标显示，该科室的客户盈利水平没有达标；

(3)支撑客户盈利水平的驱动指标是高技术含量收入占总收入的比重，指标显示，该科该项指标未达标；

(4)支撑高技术含量收入的内部流程维度的关键指标是设备更新改造水平(指标可以是与同行的关键设备相比的先进程度评分)和客户关系管理水平(合理引导客户进行医疗检查的能力，指标可以是合理引导客户进行医疗检查的比率或成功率)，指标显示该科客户关系管理水平未达标；

(5)支撑客户关系管理水平的学习和成长维度的关键指标是员工医疗技术水平(指标可以是人员结构率)、员工合理引导技巧培训达标率和员工满意度，指标显示员工满意度下降。

(6)最后结合实际情况分析，该科医疗设备和人员技术水平都较为先进，但由于对医院现行分配制度不满意，因此缺乏创造高技术含量收入的动力，医院需要对分配制度进行改革。

事实上，数据挖掘的关键之处在于对挖掘数据的关联关系模型的建立，而平衡计分卡最精妙的地方恰恰在于它建立了战略与指标、关键指标与普通指标、结果指标与驱动指标的因果关联关系，运用这种决策树关系可以帮助管理者清晰地找到问题的症结，从而对症下药。

利用BSC软件的数据挖掘功能可以按照预设的指标关联关系进行层层穿透查询，把影响关键指标的种种因素呈现给管理者，供其决策(见图20-26)。

为了便于理解，在例子中假设影响上级指标变化是单因素的下级指标，在实际应用中，引起一个指标变动的因素可能是多个下级指标共同作用的结果，信息系统只是提供了可视化的管理工具模型，管理者还需要结合实际情况去芜存菁，找到产生问题的关键原因。

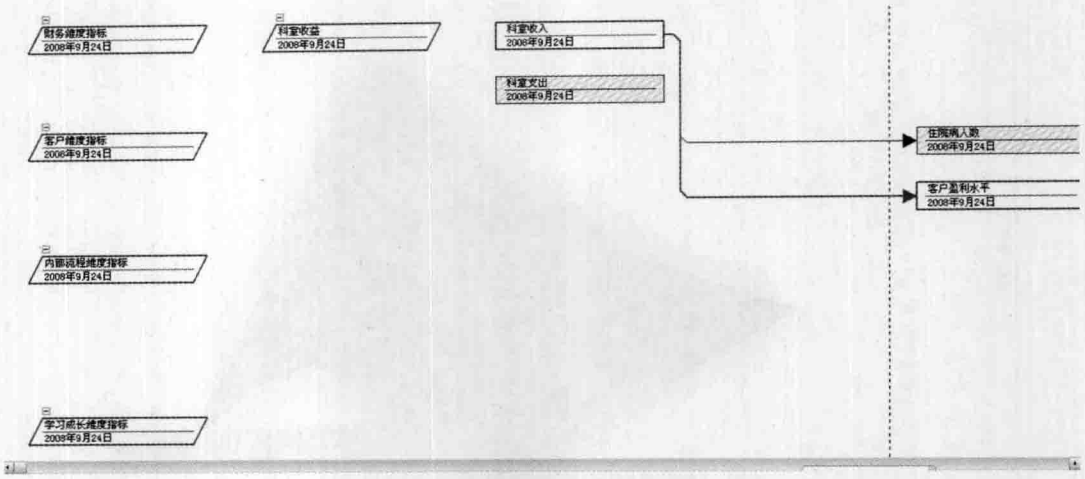


图20-26 对指标异常进行挖掘分析

2. 数据展现

当获取数据并进行了深入的分析后，我们还需要把分析结果形象化、直观化、具体化地展现出来。传统的报表展现的方式是以数据为中心，一大堆数据堆砌在一起，枯燥无味，不利于激发人的智能、不利于思维连贯和有效思维判断。

而随着信息系统的发展，管理驾驶舱的出现，标志着一个更简便、更有效的决策支持工具的诞生，管理驾驶舱会更多地考虑人的主体因素。如何更好地发挥人的智能，将是管理驾驶舱的核心思想。

管理驾驶舱(Management Cockpit，简称MC)是一套高层决策支持系统。它通过详尽的指标体系，实时反映医院的运行状态，将分析后的数据形象化、直观化、具体化地展现给管理者。它实际上是一个为高层管理层提供的“一站式”决策支持的管理信息中心系统。它以驾驶舱的形式，通过各种常见的图表(速度表、音量柱、预警雷达、雷达球等)形象标示医院运行的KPI，直观地监测医院运营情况，并可以对异常关键指标预警和挖掘分析(见图20-27)。

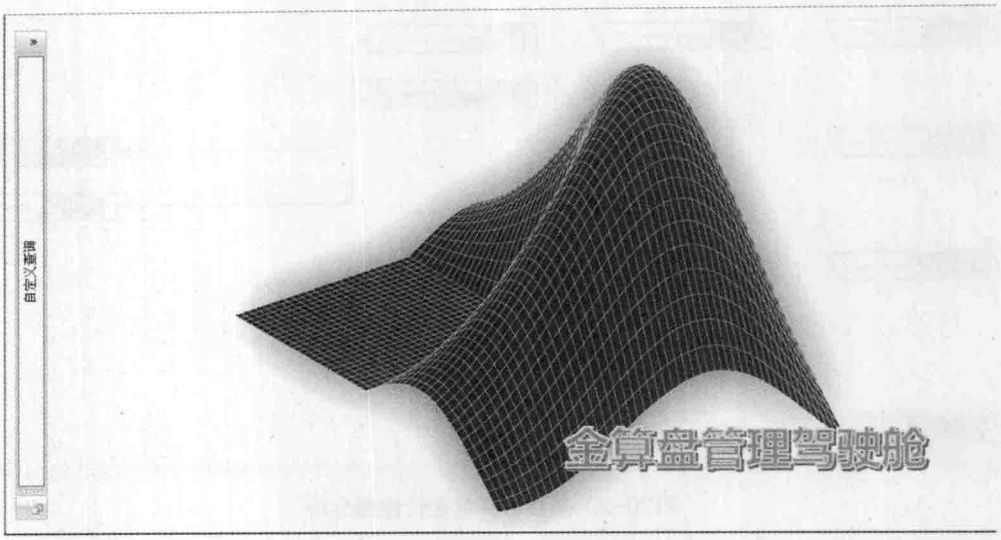


图20-27 管理驾驶舱门户示例

BSC信息系统作为一个管理支撑系统，所面向的通常是高层管理者，因此它必须具有管理驾驶舱的功能，具体来说有四大特点：

1. 直观性

进入驾驶舱页面就像进入汽车驾驶舱一样，展现在面前的将是各种各样的图形界面，例如压力表盘等，与汽车驾驶舱不同的是，这些图形所反映出来的不再是汽车性能及油量的情况，而是医院中各种指标的具体数据，系统可以提示各个指标数值所在的值域范围，例如良好、正常、危险等，并用不同的颜色加以区分，使其更加直观形象，这样管理者就能够更直观、全面地了解到所有指标的具体情况，从而方便快速地做出下一步决策(见图20-28)。

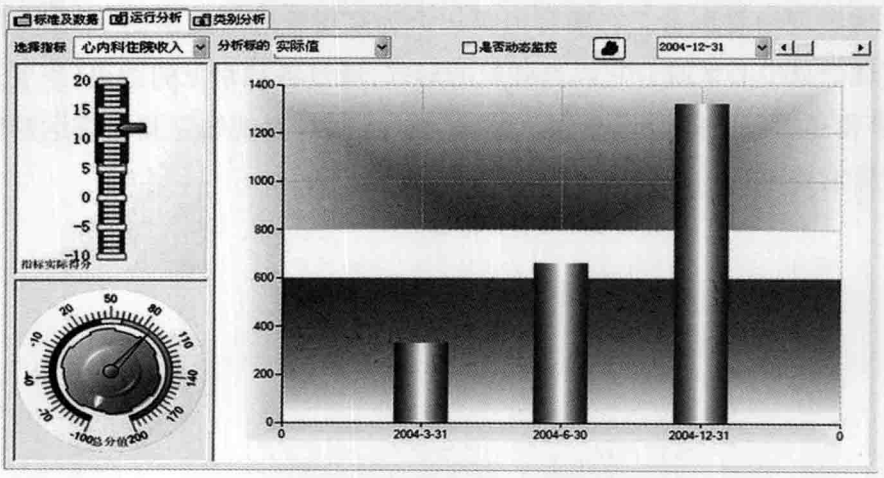


图20-28 管理驾驶舱仪表盘、音量柱示例

2. 实时性

所有指标数据的采集是通过医院业务系统提供的，具有绝对的真实性和实效性，因此管理驾驶舱可以真实地反映医院现在的经营状况，为决策提供有力的依据。

3. 丰富性

管理驾驶舱提供的指标，几乎囊括了医院所有的业务环节。指标体系包括了四大维度，以及财务、收费、物资供应、医疗服务质量、工作量、人力资源等多个信息组成部分（见图20-29）。



维度	指标	权重	目标值	实际值	差异	实得分	加权分	指标描述	备注
财务	人均收入	5	20	0	-20	0	0		
	资产周转率	5	2	0	-2	0	0		
	药品占收入比率	5	.4	.29	-.11	0	0		
	人均门诊费用	5	130	0	-130	0	0		
	人均住院费用	10	2500	0	-2500	0	0		
	成本收益率	5	2	1.16	-.84	0	0		
病人客户	医院患者信任度	5	100	0	-100	0	0		
	医院患者回头率	5	1.2	0	-1.2	0	0		
	医院患者满意率	5	100	0	-100	0	0		
	医院门诊患者增长率	5	100	0	-100	0	0		
	医院住院患者增长率	5	100	0	-100	0	0		
	医院患者投诉率	5	.001	0	-.001	0	0		
	医院医疗赔偿率	5	.001	0	-.001	0	0		
内部流程	医院就医流程评分	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院病床使用率	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院平均住院天数	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院甲级病历率	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院护理缺陷管理	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院患者治愈率	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院诊断符合率	2.5	100	0	-100	0	0		
成长学习	医院新项目开展评分	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院科技产出评分	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院职工年培训小时	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院职工满意度	2.5	100	0	-100	0	0		
	医院学历及支撑结构评分	2.5	100	0	-100	0	0		
合计：									

图表20-29 管理驾驶舱全院指标监控示例

4. 科学性

“管理驾驶舱”充分考虑到了人们对图形的最佳接受数目，对于某一信息对象，需要有一个工作面进行思维和判断，一个由六个信息源构成的思维“飞行甲板”将是最为有效的。因为根据研究，人的大脑对于六个信息源的连贯思维是一个最佳状态。

当然，单纯靠图表展示数据和结论是不够的，很多时候，医院需要采用编写经营分析报告的方式对医院或科室的经营状况进行综合性论述，优秀的BSC软件同样可以支持报告生成器的功能。

从原理上说，报告生成器内置多个标准模板，用户可以直接套用现成模板，也可以把现有任何Word格式的分析报告转化为报告模板，或者完全自定义报告模板。有了模板，只要选择不同的医院或科室名称、数据期间，系统就可以生成当期的分析报告，并以Word和Excel的形式输出，图文并茂。报告的具体内容，随着分析数据的变化而自动变化。这种功能特别适用于进行批量的科室经营分析，一方面规范了科室经营分析报告编写的内容和格式，提高了报告质量；另一方面大大节约了部门负责人编写报告的时间。

第五节　利用平衡计分卡管理软件进行绩效考核

在很多情况下，医院的实际经营成果和医院的战略目标并不完全吻合，存在着很大的差距，通过平衡计分卡管理就是要尽量缩小这种差距，使战略目标和实际经营成果趋于吻合。绩效考核是平衡计分卡管理的一个重要环节，它是通过计分评估的方法来量化评定部门和员工在岗位上的工作行为和工作效果。

平衡计分卡将分为四个维度，每一类设置若干指标，指标要尽可能量化，每一类都有权重，并将权重分解到各个指标上。每一个指标都包含有目标值、警戒值、实际值、单项得分、封顶得分（即最高得分）和实际得分，对量化指标的常见计分方式有两种：

（1）加入警戒值的得分：

单项得分=（实际值-警戒值）/（目标值-警戒值）

封顶得分＝100×该指标综合权重（即在百分制下该指标的最高得分）

实际得分＝（单项得分/封顶得分）×100

（当单项得分超过封顶得分，以封顶得分为准）

（2）完成率得分：

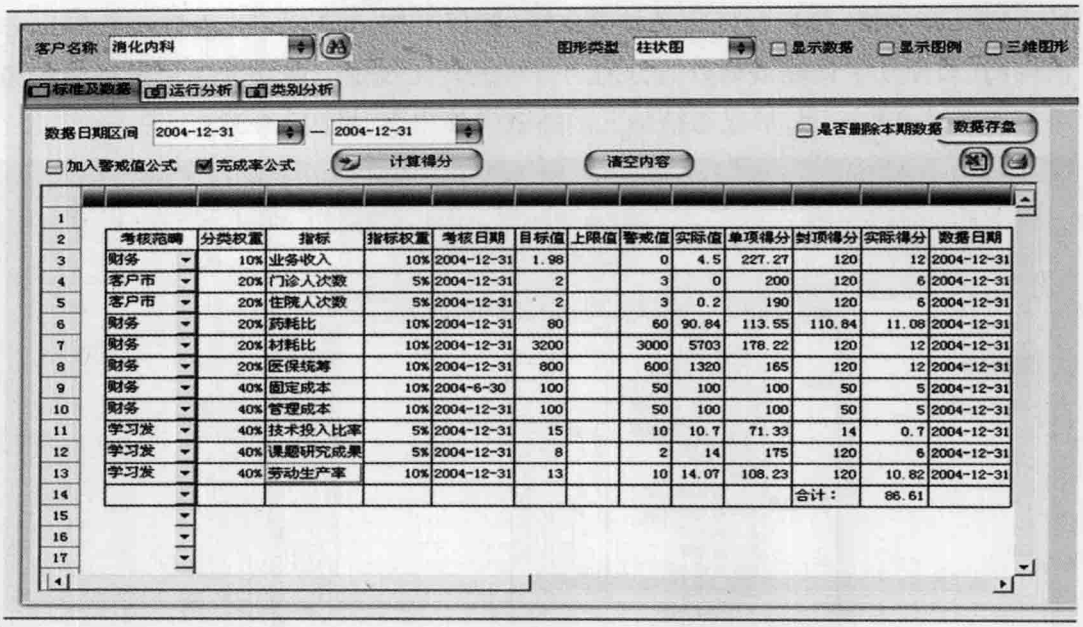
单项得分=实际值/目标值

封顶得分＝100×该指标综合权重（即在百分制下该指标的最高得分）

实际得分＝（单项得分/封顶得分）×100

（当单项得分超过封顶得分，以封顶得分为准）

在实际使用中，第二种方法居多，单项得分容易受到警戒值设置的影响，出现人为操纵数据的可能（见图20-30）。



	考核范畴	分类权重	指标	指标权重	考核日期	目标值	上限值	警戒值	实际值	单项得分	封顶得分	实际得分	数据日期
3	财务	10%	业务收入	10%	2004-12-31	1.98		0	4.5	227.27	120	12	2004-12-31
4	客户市	20%	门诊人次数	5%	2004-12-31	2		3	0	200	120	6	2004-12-31
5	客户市	20%	住院人次数	5%	2004-12-31	2		3	0.2	190	120	6	2004-12-31
6	财务	20%	药耗比	10%	2004-12-31	80		60	90.84	113.55	110.84	11.08	2004-12-31
7	财务	20%	材耗比	10%	2004-12-31	3200		3000	5703	178.22	120	12	2004-12-31
8	财务	20%	医保统筹	10%	2004-12-31	800		600	1320	165	120	12	2004-12-31
9	财务	40%	固定成本	10%	2004-6-30	100		50	100	100	50	5	2004-12-31
10	财务	40%	管理成本	10%	2004-12-31	100		50	100	100	50	5	2004-12-31
11	学习发	40%	技术投入比率	5%	2004-12-31	15		10	10.7	71.33	14	0.7	2004-12-31
12	学习发	40%	课题研究成果	5%	2004-12-31	8		2	14	175	120	6	2004-12-31
13	学习发	40%	劳动生产率	10%	2004-12-31	13		10	14.07	108.23	120	10.82	2004-12-31
14											合计：	86.61	

图20-30 标准方式下的BSC计分示例

从理论上说，通过战略设计，有了部门和员工的指标目标值、警戒值和权重，通过运营监控，有了指标实际值，软件系统可以根据计算公式进行自动打分，但在医院实际进行的绩效考核工作中远没有那么简单，这通常是因为：

第一，很多医院的平衡计分卡指标只分解到了季度或者年度，但考核的时候却希望按照月度进行考核。

第二，尽管平衡计分卡要求指标要尽可能量化，但很多医院很难做到将所有的指标都量化，因此在考核的时候必然要采用人为打分的模式。

第三，平衡计分卡的考核得分需要和医院的分配制度挂钩，影响到科室和员工的奖金发放，帮助医院实现分配制度改革。

实际上这种类似的具体情况还有很多，因此要求软件的绩效管理功能具有充分的弹性，能够适应医院对平衡计分卡不同理解和应用程度的需求。

一、考核指标定义

BSC软件能够在已有指标库的基础上进一步细化，可以将部门指标进一步细分为员工个人指标，并支持月、季、半年、年等不同考核期(见图20-31)。

二、考核方式定义

系统支持不同类型的指标定义不同的评定方式，如：打分、评定等级等。可将被考核的人员进行分组考核或进行单独考核，将考核结果转化为分数或等级(优、

良、合格、不合格、差），允许定义计算规则（加权平均、算数平均、小数位数等），去值规则（去掉几个最高最低分），分值与等级的转化规则。最终软件系统将指标和考核方式综合到一起，形成考核单元的绩效考核用表（见图20-32）。

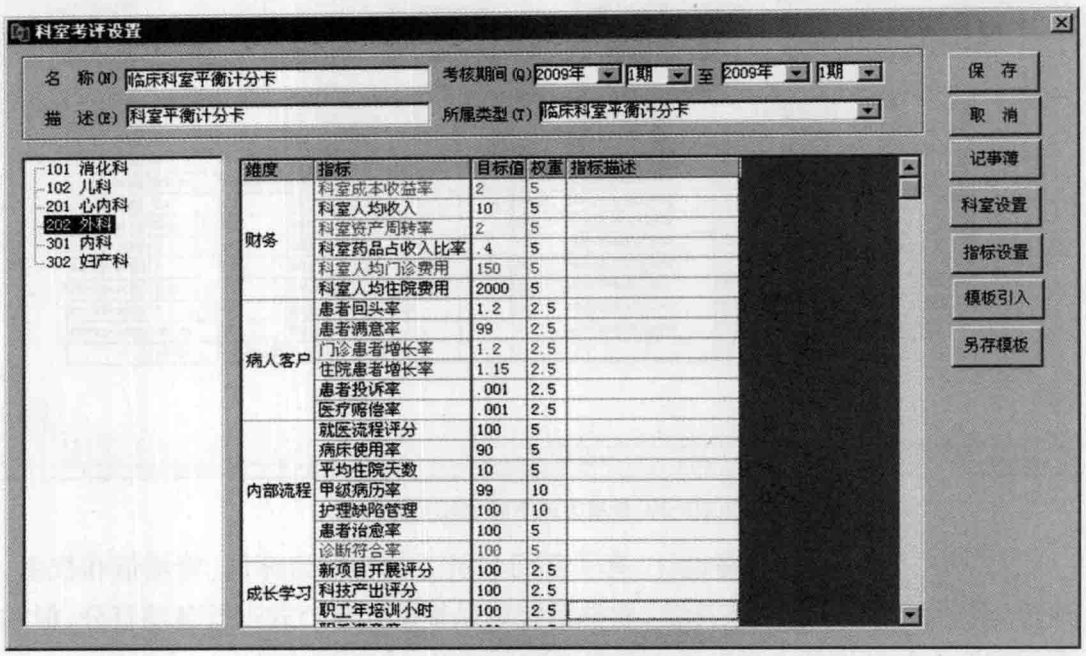


图20-31 按期间进行指标考核

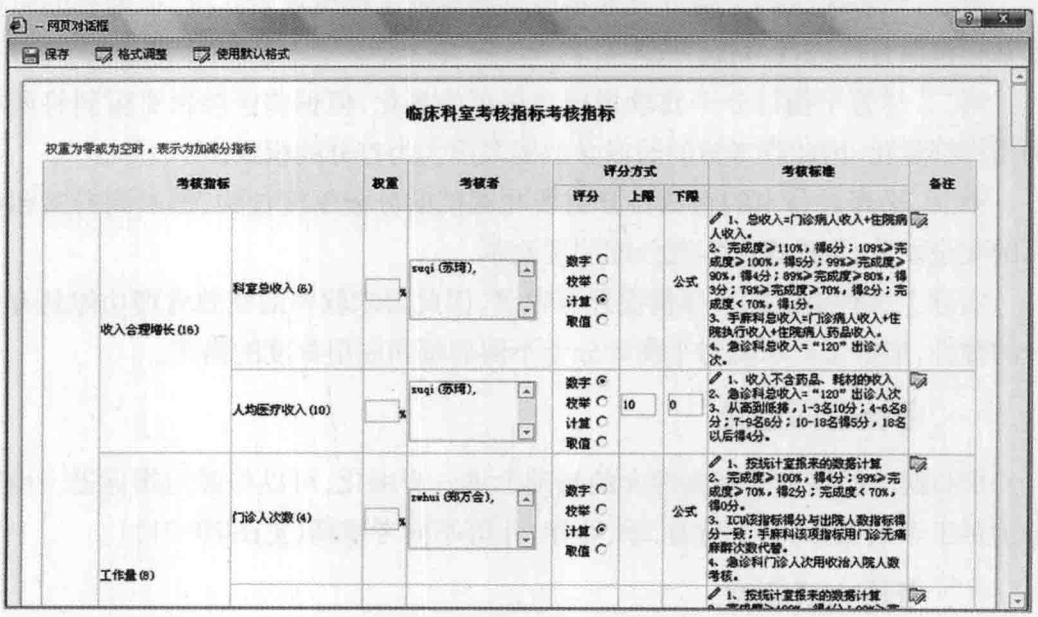


图20-32 绩效考核用表示例

三、考核结果计算

根据考核的范围和对象设置，系统自动将考核用表下发给每一位参与考核的人员，定量指标系统自动根据目标值和实际值计算得分，定性指标可根据多位考评者的打分自动计算综合得分，最终形成考核单元的绩效得分表（见图20-33）。

人员类别 | 所有人员 | 组合查询 | 批量处理 | 指标计算 | 数据汇总 | 选择日期 | 数据导出

数据集：绩效考核(工资)（2008年04月）页数：1/36

0.00			3.00	1.000	0.00	0.00	
绩效基数	考核分数	绩效系数	部门考核分数	部门绩效系数	部门考核值	员工考核值	部门绩效计划
20400.00	1.60		3.00	1.000	20400.00	0.00	55704.00
21800.00			3.00	1.000	21800.00	0.00	
16200.00	3.80	1.160	3.00	1.000	16200.00	18792.00	55704.00
9600.00	3.84	1.168	3.00	1.000	9600.00	11212.80	55704.00
8160.00	3.83	1.166	3.00	1.000	8160.00	9514.56	55704.00
5232.00	3.78	1.156	3.00	1.000	5232.00	6048.19	55704.00
8160.00	3.81	1.162	3.00	1.000	8160.00	9481.92	55704.00
4176.00	3.79	1.158	3.00	1.000	4176.00	4835.81	55704.00
4176.00	3.77	1.154	3.00	1.000	4176.00	4819.10	55704.00
绩效基数	考核分数	绩效系数	部门考核分数	部门绩效系数	部门考核值	员工考核值	部门绩效计划
19800.00			3.00	1.000	19800.00	0.00	59112.00
16200.00	3.56	1.112	3.00	1.000	16200.00	18014.40	59112.00

图20-33 绩效考核得分示例

四、绩效工资计算

考核得分结果可根据公式条件设置，自动计算绩效工资数据信息，并能实现绩效工资的单独发放或者与薪酬工资一起发放的两种模式（见图20-34）。

添加人员 | 撤消人员 | 全部人员 | 数据对照 | 复制数据 | 清除数据 | 公式计算 | 审批归档 | 撤消业务 | 打印

工作：正式职工工资发放 日期：2008年04月 页数：1/35

部门：普外科

编号		姓名	记录时间	年份	月份	岗位工资	交通费	保留工资	电话费	备发	绩效工资
1		郝洪臣	2008-03-26	2008年	4月	5200.00	3000.00	887.00	300.00	0.00	20400.0
2		周莲	2008-03-26	2008年	4月	5450.00	3500.00	1025.00	300.00	0.00	21800.0
3		何代	2008-03-26	2008年	4月	3950.00	2500.00	632.00	300.00	0.00	16200.0
4		周明红	2008-03-26	2008年	4月	4700.00	1300.00	601.00	0.00	0.00	9600.0
5		任静	2008-03-26	2008年	4月	3800.00	1300.00	864.00	0.00	0.00	8160.0
6		倪萍	2008-03-26	2008年	4月	3880.00	1300.00	2006.00	0.00	0.00	5232.0
7		赵胜东	2008-03-26	2008年	4月	3800.00	1300.00	651.00	0.00	0.00	8160.0
8		马晓红	2008-03-26	2008年	4月	3160.00	900.00	394.00	0.00	0.00	4176.0
9		王群跃	2008-03-26	2008年	4月	3160.00	900.00	381.00	0.00	0.00	4176.0

部门：妇产科

编号		姓名	记录时间	年份	月份	岗位工资	交通费	保留工资	电话费	备发	绩效工资
10		黄延飞	2008-03-26	2008年	4月	4950.00	3000.00	827.00	300.00	0.00	19800.0
11		庄世彩	2008-03-26	2008年	4月	3950.00	2500.00	941.00	300.00	0.00	16200.0
12		谭建	2008-03-26	2008年	4月	4400.00	1300.00	459.00	0.00	0.00	9120.0
13		肖庆恩	2008-03-26	2008年	4月	3800.00	1300.00	1349.00	0.00	0.00	8160.0
14		邵玉	2008-03-26	2008年	4月	4400.00	1300.00	724.00	0.00	0.00	9120.0
15		吴雪	2008-03-26	2008年	4月	3800.00	1300.00	627.00	0.00	0.00	8160.0
16		龙维忠	2008-03-26	2008年	4月	3160.00	900.00	381.00	0.00	0.00	4176.0

图20-34 绩效工资计算示例

第六节　平衡计分卡管理软件的其他作用

事实上，除了战略设计、运营监控、绩效考核之外，平衡计分卡管理软件还是一个战略协同和沟通的平台。战略绩效不应该是只停留在高层的信息，卡普兰曾说："战略执行的能力比战略本身还要重要得多。"医院的战略实现需要员工的积极配合，那么员工需要明白医院的战略是什么；我的工作对医院的战略有什么影响；完成了工作目标我能得到什么，医院只有与员工达成了战略共识才能保障战略的执行力。

平衡计分卡提供了描述战略、衡量业绩的方法和手段，但医院仍然需要通过一种迅捷方式把这些信息传递给员工，传统的会议和书面信息传递方式显得模糊而迟缓，并不能支撑大范围信息共享，反而会造成信息不对称。利用平衡计分卡管理软件是一种在全体员工中交流战略与目标的简易快捷的方法，通过门户、桌面、摘要、我的责任、我的警示等功能，可以将战略目标在实施过程的最开始就放置于每个员工的桌面上，让员工对组织目标、自身目标以及它们的关联有水晶般透明的了解。

仅仅是从上而下的信息传递仍然是不够的，管理者需要促使员工承诺其目标，这就需要进行良好的沟通，平衡计分卡管理软件提供了一系列高效、人性化沟通的手段，管理者和员工之间可以通过BBS（电子论坛）、即时通讯、电子邮件、手机短信等多种方式进行有效沟通，消除不一致性，达成共识。

通过协同和沟通管理，全体员工致力于自身的发展，并将其主观能动性带到医院的发展中，从而把为发展所做的努力上升到一个新的层次。

限于篇幅，本文对BSC软件的协同沟通功能不做详细介绍。

（作者：王毅　杨春*　王樟　肖笃*　张云）

---

* 重庆金算盘软件有限公司

附录一：德尔菲法专家咨询表

平衡计分卡三甲医院临床科室指标筛选专家咨询问卷（第一轮）

尊敬的专家、教授：

您好！

本课题组正在对重庆市第九人民医院的课题“运用平衡计分卡的理念对医院临床科室员工进行成本控制”进行研究，我们知道您在这方面有一定的研究，所以恳请您能为本课题提供一些建议和帮助。您的建议将对本课题有重要的参考价值，谢谢！

问卷说明：

1. 专家咨询表分为以下两部分

（1）运用平衡计分卡对医院临床科室员工绩效进行考查的指标筛选专家咨询表。

（2）专家咨询可靠性确定调查表。

2. 平衡计分卡和层次分析法

（1）平衡计分卡（Balance Scorecard，BSC）是由美国学者罗伯特·S.卡普兰（Robert S. Kaplan）和戴维·P.诺顿（David P. Norton）于1992年提出的一整套用于企业经营业绩衡量与评价的财务与非财务指标体系。它不仅是一个指标评价系统，而且还是一个战略管理系统，其从四个角度（即学习创新与成长性的；内部业务流程的；客户价值的；财务的）不同视角出发对绩效进行全面衡量。其代表了不同利益相关者的观点，是对劳动的四种形态的全面表述与衡量。每个角度一般需要4～7个不同的指标来衡量。所形成的指标体系不但具有很强的操作指导意义，同时四个方面又是相互平衡、相互联系和相互影响的。其优点是既强调了绩效管理与企业战略之间的紧密关系，又提出了一套具体的指标框架体系。

（2）德尔菲（Delphi）法：它是依据若干专家的知识、智慧、经验、信息和价值观，对已拟出的考评指标进行分析、判断、权衡并赋予相应权值的一种调查法。一般需经过多轮匿名调查。在专家意见比较一致的基础上，经组织者对专家意见进行数据处理，检验专家意见的集中程度、离散程度和协调程度，达到要求之后，得到各考评指标的初始权重向量，再对其作归一化处理，获得各个考评指标的权重向量，即权重系数。

重庆市第九人民医院　平衡计分卡课题组

2004年12月

平衡计分卡医院临床科室指标筛选专家咨询表

年龄 ___职务/职称 _____ 联系电话_____电子邮件_____

填表说明：

1. 请在上面填写您的联系电话、电子邮件等信息，以方便本课题组与您联系。

2. 您认为表中哪些评价指标能够较好地反映医院临床科室员工的整体绩效，填写方式为在相应指标后面的空格处打“√”。

3. 如果您认为可以很好地反映医院临床科室员工的整体绩效，而表中没有列出的指标，请在标有“*”的空白处补充。

一级指标	二级指标	三级指标
财务维度	医疗资源利用	每医师年门诊人次 （ ）
		每医师年出院人次 （ ）
		每医师年手术人次 （ ）
		病床使用率 （ ）
		病床周转次数 （ ）
		万元医疗收入卫生材料支出 （ ）
		手术病人占出院病人的比例 （ ）
		*
	医疗资源消耗	药品收入占业务收入的百分比 （ ）
		百元收入药品及耗材消耗 （ ）
		*
	经济效益	门急诊医疗收入 （ ）
		病房医疗收入 （ ）
		每职工人均业务收入 （ ）
		业务收支比 （ ）
		检查治疗费收入占业务收入的比例（ ）
		人均人员经费 （ ）
		人员经费占业务支出比 （ ）
		*
	科研事业收入	科技协作 （ ）
		转让科技成果 （ ）
		科技咨询 （ ）
		科研课题及经费（ ）
		*

续表

流程维度	门诊病人就诊流程	平均每个病人的门诊就诊时间（ ）
		平均每个门诊就诊病人等待时间（ ）
		*
	病人入出院流程	出院患者平均住院日（ ）
		择期手术患者术前住院日（ ）
		术前平均住院日（ ）
		急诊患者到院后5分钟内处置率（ ）
		院内急会诊20分钟到位率（ ）
		医疗制度落实缺陷次数（ ）
		入院沟通率（ ）
		出院随访关怀率（ ）
		危重病人收治率（ ）
		择期手术比例（ ）
		*
	预防与健康教育	院内感染发生率（ ）
		术后感染率（ ）
		院内感染漏报率（ ）
		外科手术前30分钟预防性（ ）
		使用抗菌药物的比例（ ）
		*
	医疗文件书写质量	甲级病案率（ ）
		处方合格率（ ）
		运行病历合格率（ ）
		病历检查平均分（ ）
		*
客户维度	对医护人员的满意度	住院病人满意率（ ）
		门诊病人满意率（ ）
		患者回头率（ ）
		门诊患者增长率（ ）

续表

患者维度	对医护人员的满意度	住院患者增长率 （ ）
		病人被转诊率 （ ）
		病人有效投诉次数 （ ）
		*
	对诊治结果满意度	入院三日确诊率 （ ）
		入、出院诊断符合率 （ ）
		术前、术后诊断符合率 （ ）
		特级、一级护理合格率 （ ）
		重大医疗过失行为和医疗事故报告（ ）
		出院病人治愈好转率 （ ）
		急、危重病人抢救成功率 （ ）
		基础护理合格率 （ ）
		期内不合理用药次数 （ ）
		无菌手术切口甲级愈合率 （ ）
		手术并发症发生率 （ ）
		诊断相关组住院死亡率 （ ）
		住院死亡率 （ ）
		手术后康复时间 （ ）
		患者因相同或相关疾病出院31天内非计划再入院率（ ）
		患者非计划重返手术室发生率（ ）
		医疗赔偿率 （ ）
		病死率 （ ）
		*
	费用接受度	人均总费用 （ ）
		平均处方费用 （ ）
		平均每一门诊人次医疗费用（ ）
		平均每一出院人次医疗费用（ ）
		平均每一住院日医疗费用 （ ）
		平均每一手术人次手术费用 （ ）
		*
	费用结构	药品费用、材料费用中占医药总费用的比例（ ）
		门诊费用中检查费用比例（ ）
		门诊费用中药品费用比例（ ）
		住院费用中药品费用比例（ ）
		住院费用中材料费用比例（ ）
		住院费用中检查费用、手术费用比例（ ）
		*

续表

患者维度	技术构成	采用高新技术治疗病人费用占总费用比例（ ）
		基本药物费用占药品总费用的比例（ ）
		基本医疗费用占总费用的比例等（ ）
		*
学习与成长维度	人力资源	人均床位数 （ ）
		医生占卫技人员的比例 （ ）
		医护比 （ ）
		卫技人员中研究生及以上学历者所占的比例（ ）
		卫技人员中高级职称人员所占的比例 （ ）
		*
	医护人员培养	职工年培训率 （ ）
		交叉培训数 （ ）
		完成继续教育学分 （ ）
		一线员工培训率 （ ）
		培训员工满意率 （ ）
		员工学历及职称得升率 （ ）
		*
	合理的激励机制	员工对本岗位的认可度 （ ）
		突出贡献人员的表扬度 （ ）
		物质的激励度(骨干收入是一般员工的3倍)（ ）
		业务骨干流失率 （ ）
		*
	文化、品牌建设	群众表扬信次数 （ ）
		本年度省市新闻媒体表扬次数 （ ）
		外市病人就诊比例 （ ）
		获得院级及以上表彰次数 （ ）
		接受的转诊病人数量 （ ）
		*
	科教工作	出版科技著作数 （ ）
		人均年科研成果与核心期刊论文书 （ ）
		人均科研经费（ ）
		承接的科研项目数 （ ）
		新技术、新项目开展数 （ ）
		新技术引进贡献率 （ ）
		临床教学数 （ ）
		平均每医生带教实习学生人次（ ）
		平均每医生带教进修医生人次 （ ）
		*

专家咨询可靠性确定调查表

填表说明:请在相应选项的括号内画“√”。

1. 您对平衡计分卡的熟悉程度:

A. 很熟悉(　)　B. 较熟悉(　)　C. 一般(　)　D. 不熟悉(　)

2. 你对德尔菲(Delphi)法的熟悉程度:

A. 很熟悉(　)　B. 较熟悉(　)　C. 一般(　)　D. 不熟悉(　)

3. 您对层次分析法的熟悉程度:

A. 很熟悉(　)　B. 较熟悉(　)　C. 一般(　)　D. 不熟悉(　)

4. 您对医院临床科室功能责任的熟悉程度:

A. 很熟悉(　)　B. 较熟悉(　)　C. 一般(　)　D. 不熟悉(　)

5. 您对医院临床科室绩效考评的熟悉程度:

A. 很熟悉(　)　B. 较熟悉(　)　C. 一般(　)　D. 不熟悉(　)

6. 您对各指标的熟悉程度:

指标	很熟悉	较熟悉	一般	不熟悉
医疗资源利用				
药费控制				
经济效益				
科研事业收入				
门诊病人就诊流程				
病人入、出院流程				
预防与健康教育				
医疗文件书写质量				
对医护人员的满意度				
对诊治结果满意度				
费用接受度				
人力资源				
医护人员培养(员工成长)				
合理的激励机制				
文化、品牌建设				
科研工作				

7. 您认为本课题选取的各类专家所占的权重应为:

重庆市、区卫生行政部门	
高等学校和科研机构	
重庆市九院管理者及临床科室主任	
您认为应该添加的专家及其权重	

附录二：重庆市第九人民医院临床科室指标权重设定

平衡计分卡医院临床科室指标权重咨询表

尊敬的专家、教授：

您好！感谢您在第一轮咨询中为本课题提出的宝贵意见及建议。根据您及其他专家的意见，本课题组对指标做了相应的修改。此次咨询主要是请您给出评价指标体系中一、二、三级各指标重要性的比较判断矩阵，运用层次分析法求出各评价指标的权重。具体填法请参考填表说明。

衷心感谢您的大力支持和帮助！

重庆市第九人民医院 平衡计分卡课题组

2005年1月

一、填表说明

层次分析法（Analytical Hierarchy Process，简称AHP）是由美国运筹学家萨蒂（T. L.Saaty）教授于70年代初期提出的一种简明的、实用的定性分析与定量分析相结合的，用于多准则、多目标决策的一种系统化分析方法。它是将复杂的决策问题按照过程把各种因素进行分解，形成层次化的分析模型，包括目标层、准则层、方案层等，通过因素间的两两相对比较、一致性判断，确定各决策因素的重要性和权重或相对优劣的排序值，从而对多目标决策过程提供决策支持。

1. 请根据下面的评分标准对相关咨询项目的各表格进行行指标与列指标间的两两比较

T.L.Saaty1~9标度评分标准

对比分值	相对重要程度	说明
1	同等重要	行指标与列指标贡献相同
3	略微重要	行指标贡献程度略微大于列指标
5	相当重要	行指标贡献程度大于列指标
7	明显重要	行指标贡献程度明显大于列指标
9	绝对重要	行指标贡献程度绝对大于列指标
2,4,6,8	两相邻程度的中间值	折中时采用的分值

2. 举例

确定各指标C在O中所占的权重。例如，根据上述1~9标度评分标准，指标C1和C3比较，认为在目标O中，介于同等重要和C1比C3略微重要之间，则在相应空格中填写2。C2与C3比较，C2较C3相当重要，所占的权重应为5:1，则表格中填写5。C2与C1比较，所占的权重应为2:1，则表格中填2。见表格。(注意:表格中对角线上的得分均为1)

O	C1	C2	C3
C1	1	2/1	2
C2	2	1	5
C3	1/2	1/5	1

二、相关咨询项目

1. 整体绩效

	财务层面	业务流程层面	患者层面	学习与成长层面
财务层面	1	5	4	4
业务流程层面	1/5	1	1/2	1/2
患者层面	1/4	2	1	1
学习与成长层面	1/4	2	1	1

2. 财务层面

	医疗资源利用	医疗资源消耗	经济效益
医疗资源利用	1	1	1/3
医疗资源消耗	1	1	1/3
经济效益	3	3	1

2.1 医疗资源利用

	每医师年门诊人次	每医师年出院人次	病床使用率	病床周转次数
每医师年门诊人次	1	1	3	3
每医师年出院人次	1	1	3	3
病床使用率	3	1/3	1	1
病床周转次数	3	1/3	1	1

2.2 经济效益

	门急诊医疗收入	病房医疗收入	人均业务收入	人均人员经费
门急诊医疗收入	1	1/3	1	1
病房医疗收入	3	1	3	3
人均业务收入	1	1/3	1	1
人均人员经费	1	1/3	1	1

3. 业务流程层面

	门诊病人就诊流程	住院病人入出院流程	预防与健康教育	医疗文书书写质量
门诊病人就诊流程	1	1	1	1/3
住院病人入出院流程	1	1	1	1/3
预防与健康教育	1	1	1	1/3
医疗文书书写质量	3	3	3	1

3.1 住院病人入出院流程

	出院患者平均住院日	医疗制度落实缺陷次数	入院沟通率	出院随访关怀率	危重病人收治率
出院患者平均住院日	1	2	2	2	1
医疗制度落实缺陷次数	1/2	1	1	1	1
入院沟通率	1/2	1	1	1	1
出院随访关怀率	1/2	1	1	1	1
危重病人收治率	1	1	1	1	1

注：危重病人收治率与医院级别有关，二甲以上医院、重点学科危重病人收治率权重应为3。

3.2 预防与健康教育

	院内感染发生率	院内感染漏报率
院内感染发生率	1	2
院内感染漏报率	1/2	1

3.3 医疗文书书写质量

	甲级病案率	处方合格率	运行病历合格率
甲级病案率	1	3	1
处方合格率	1/3	1	1/3
运行病历合格率	1	3	1

4. 患者层面

	对医护人员满意度	对诊治结果满意度	费用接受度	费用结构
对医护人员满意度	1	1/3	2	2
对诊治结果满意度	3	1	3	3
费用接受度	1/2	1/3	1	1
费用结构	1/2	1/3	1/2	1

4.1 对医护人员满意度

	住院病人满意率	门诊病人满意率	患者回头率	门诊患者增长率	住院患者增长率	病人被转诊率	病人有效投诉次数
住院病人满意率	1	1	1	1/3	1/3	1/3	1/2
门诊病人满意率	1	1	1	1/3	1/3	3	1/2
患者回头率	1	1	1	1	1	1	1/2
门诊患者增长率	3	3	1	1	1	3	3
住院患者增长率	3	3	1	1	1	2	2
病人被转诊率	3	3	1	1/3	1/3	1	1/2
病人有效投诉次数	2	2	2	1/3	1/3	2	1

4.2 对诊治结果满意度

	入出院诊断符合率	特级一级护理合格率	重大医疗过失行为和医疗事故发生率	出院病人治愈好转率	急危重病人抢救成功率	基础护理合格率	期内不合理用药次数	住院死亡率
入出院诊断符合率	1	3	1/3	1/3	1/2	3	1	2
特级一级护理合格率	1/3	1	1/3	1/3	1/3	1	1/2	1
重大医疗过失行为和医疗事故发生率	3	3	1	3	3	3	3	3

续表

出院病人治愈好转率	3	3	1/3	1	1	3	2	2
急危重病人抢救成功率	2	3	1/3	1	1	2	1	2
基础护理合格率	1/3	1	1/3	1/3	1/2	1	1/2	1
期内不合理用药次数	1	2	1/3	2	1/3	2	1	1
住院死亡率	2	1	1/3	1/2	1/2	1	1	1

4.3 费用接受度

	平均每一诊疗人次医疗费用	平均每一出院人次医疗费用	平均每一住院日医疗费用
平均每一诊疗人次医疗费用	1	1/3	1/3
平均每一出院人次医疗费用	3	1	1
平均每一住院日医疗费用	3	1	1

4.4 费用结构

	药品材料费用占医疗总费用的比例	门诊费用中药品费用比例	住院费用中药品费用比例	基本药物费用占药品总费用的比例
药品材料费用占医疗总费用的比例	1	3	3	1
门诊费用中药品费用比例	1/3	1	1	1/3
住院费用中药品费用比例	1/3	1	1	1/3
基本药物费用占药品总费用的比例	1	3	3	1

5. 学习与成长层面

	人力资源	医护人员培养	合理的激励机制	文化品牌建设	科教工作
人力资源	1	1	1	2	1
医护人员培养	1	1	1	2	1
合理的激励机制	1	1	1	3	3
文化品牌建设	1/2	1/2	1/3	1	1
科教工作	1	1	1/3	1	1

5.1 人力资源

	人均床位数	医护比	床护比
人均床位数	1	1/2	1/2
医护比	2	1	2
床护比	2	1/2	1

5.2 医护人员培养

	职工年培训率	完成继续教育学分	一线员工培训率	员工学历及职称得升率
职工年培训率	1	1	1	1
完成继续教育学分	1	1	1	1
一线员工培训率	1	1	1	1
员工学历及职称得升率	1	1	1	1

5.3 合理得激励机制

	员工对本岗位的认可度	突出贡献人员的表扬度	物质激励度
员工对本岗位的认可度	1	2	1/3
突出贡献人员的表扬度	1/2	1	1/3
物质激励度	3	3	1

5.4 文化品牌建设

	群众表扬信次数	本年度省市新闻媒体表扬次数	外市病人就诊比例	接受的转诊病人数量
群众表扬信次数	1	3	3	3
本年度省市新闻媒体表扬次数	1/3	1	1	1
外市病人就诊比例	1/3	1	1	1
接受的转诊病人数量	1/3	1	1	1

5.5 科教工作

	出版科技著作数	人均年科研成果与核心期刊论文数	承接的科研项目数	新技术、新项目开展数	临床教学数
出版科技著作数	1	1/3	1/3	1/5	1/3
人均年科研成果与核心期刊论文数	3	1	1	1/3	1
承接的科研项目数	3	1	1	1/3	1
新技术、新项目开展数	5	3	3	1	3
临床教学数	3	1	1	1/3	1

附录三：重庆市第九人民医院行政职能科室问卷

行政职能科室间问卷评查(1)　　(　　年　月~　月)

项目 / 科室	工作量状况	工作效率状况	工作难易程度	工作执行度	工作协作度	工作主动性	环境、安全状况	规划、学习、发展	和谐与团队建设	服务态度	营销意识	创新工作及效果	创先争优及效果	填写说明： 1.每个科室的项目下空格中按：优10、良8、中6、一般4、差2，五个等级填入相应的分值数。 2.备注栏中可填写相应建议，也可另外附页填写。 备注
一分院														
二分院														
门诊部														
对外办														
工会														
院感科														
保健科														
三产办														
质控科														
供应室														
后勤部														
保卫科														

行政职能科室间问卷评查(2)　(　　年　月~　月)

项目 / 科室	工作量状况	工作效率状况	工作难易程度	工作执行度	工作协作度	工作主动性	环境、安全状况	规划、学习、发展	和谐与团队建设	服务态度	营销意识	创新工作及效果	创先争优及效果	填写说明： 1.每个科室的项目下空格中按：优10、良8、中6，一般4、差2，五个等级填入相应的分值数。 2.备注栏中可填写相应建议，也可另外附页填写。 备注
医务部														
设备科														
财务科														
党政办														
信息科														
信息中心														
护理部														
科教科														
人事科														
监审科														
医保办														
备注														

员工对行政职能科室规范化建设问卷评查　（　　科）

填写时间：　　年　月　日

一、综合状况评价

项　目	评分(每项10分)	评价理由及建议
1.科室和谐度	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
2.科室工作量、工作效率评价	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
3.科领导管理能力	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
4.科领导人文关怀	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
5.规划、学习、发展	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
6.团队建设与合作	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
7.绩效分配公正	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	
8.创新举措	10□ 8□ 6□ 4□ 2□	

注：10,8,6,4,2分别代表优、良、中、合格、差，请在相应等级对应的分值后的空格中画“√”。

二、您对本科室工作的建议

院级领导对行政职能科室问卷评查(1)　(　　年 月~ 月)

项目 / 科室	工作量状况	工作效率状况	工作难易程度	工作执行度	工作协作度	工作主动性	环境、安全状况	规划、学习、发展	和谐与团队建设	服务态度	营销意识	创新工作举措	创新工作效果	创先争优举措	创先争优效果	填写说明： 1.每个科室的项目下空格中按：优10、良8、中6、一般4、差2，共五个等级选择填入相应的分值数。 2.备注栏中可填写相应建议，也可另外附页填写。 备注
一分院																
二分院																
门诊部																
对外办																
工会																
院感科																
保健科																
三产办																
质控科																
供应室																
后勤部																
保卫科																

院级领导对行政职能科室问卷评查(2)（　　年 月~ 月）

项目 / 科室	工作量状况	工作效率状况	工作难易程度	工作执行度	工作协作度	工作主动性	环境、安全状况	规划、学习、发展	和谐与团队建设	服务态度	营销意识	创新工作举措	创新工作效果	创先争优举措	创先争优效果	填写说明： 1.每个科室的项目下空格中按：优 10、良 8、中 6、一般 4、差 2，共五个等级选择填入相应的分值数。 2.备注栏中可填写相应建议，也可另外附页填写。 备注
医务部																
设备科																
财务科																
党政办																
信息科																
信息中心																
护理部																
科教科																
人事科																
监审科																
医保办																
备注																

临床对行政职能部门评价问卷(1)　　年　月

	服务态度					服务质量					服务及时性					服务主动性					满足临床需要				
医务部	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
人事科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
医保科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
党政办	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
财务科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
科教部	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
护理部	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
门诊部	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
信息中心	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
一分院	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
信息科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
监察室	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								

注：10,8,6,4,2分别代表优、良、中、合格、差，请在相应等级分值上画“√、○”均可。

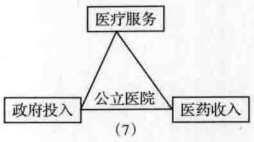
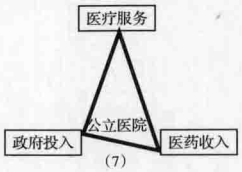
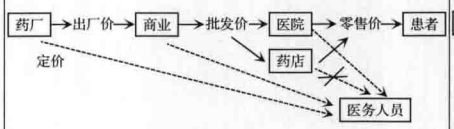
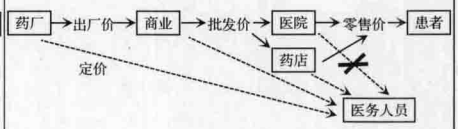
临床对行政职能部门评价问卷(2)　　年 月

	服务态度					服务质量					服务及时性					服务主动性					满足临床需要				
后勤部	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
保健科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
设备科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
供应室	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
院感科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
质控科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
工会	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
二分院	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
对外办	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
三产办	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
保卫科	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2	10	8	6	4	2
	建议：																								
备注	建议还可另附页。																								

注：10,8,6,4,2分别代表优、良、中、合格、差，请在相应等级分值上画“√、○ ”均可。



《平衡计分卡在医院管理中的理论与实践》勘误表

序号	页数/行	更正前	更正后
1	第52页/ 图4-11		
2	第54页/ 图4-12		
3	第101页/ 续表第10行	非教学医院,科室可不用	非教学医院、科室可不用
4	第305页/ 第14行	2.平衡计分卡和层次分析法	2.平衡计分卡和**德尔菲法**
5	第305页/ 第20~25行	(2)德尔菲(Delphi)法:它是依据若干专家的知识、智慧、经验、信息和价值观,对已拟出的考评指标进行分析、判断、权衡并赋予相应权值的一种调查法。一般需经过多轮匿名调查。在专家意见比较一致的基础上,经组织者对专家意见进行数据处理,检验专家意见的集中程度、离散程度和协调程度,达到要求之后,得到各考评指标的初始权重向量,再对其作归一化处理,获得各个考评指标的权重向量,即权重系数。	**(2)德尔菲(Delphi)法是美国兰德公司赫尔默(Helmer)和戈登(Gordon)于20世纪40年代首次用于进行定性预测的方法,是专家调查法的一种。传说太阳神阿波罗具有预见未来的能力,而德尔菲为太阳神阿波罗的神殿所在地,故命名为德尔菲法。** **德尔菲法要求选定的专家组中的每位专家只能与调查人员发生联系,专家间不互相讨论,不发生横向联系,独自回答问卷所提问题。对所有专家的回复,调查人员进行归纳并检验专家意见的集中程度。如果一致性不够,就需要通过多轮次调查征询、归纳、修改,最后汇总成专家们基本一致的看法,作为预测的结果。它实际上是一种主观、定性的方法,可以用于预测领域,而它更广泛地被应用于各种评价指标体系的建立和具体指标的确定过程。**