

根據醫師人數擬制門診 醫療機構的定額

胡乾文 鍾寶琪

在城市醫院的經費管理上，是以床位為單位來計算各項定額的。用這個辦法來計算醫院的人員比例、業務量和經費收支，便於進行較細致深入的分析研究，並利於不斷發現問題，加以研究改進。因而，我們認為這種核算是比較科學而又有效果的。

至於門診醫療機構如何計算各項定額，我們還沒有一套好的經驗。過去我們曾用門診次數為單位計算和直接計算兩種方法，但是無論前者或後者，較大的缺點是沒有一個較合理和固定的計算標準。在計算上，不僅對所有各個單位缺乏一個較好的掌握尺度，即使在同類型單位之間，也不便進行深入的分析比較，這就不易區別節約和浪費，也不能起樹立先進帶動落後的作用。按目前情況看來，劃區醫療制度推行以後，門診醫療機構正在逐步發展，不及時改進和加強門診醫療機構的財務管理，就不能適應於形勢發展的需要。因而，在門診醫療機構採用定額管理是必要的。在“蘇聯國家預算”（1953年中國人民大學教材本）關於保健支出一章中也曾明確指出：“門診機構的活動規模，直接取決於求診患者人數。所需醫師人數是根據求診患者人數確定的，而其餘的輔助人員和服務人員則是按對醫師人數的比例來確定的”，“在編造計劃時，醫師職位作為一個核算單位，而不工作一個整工作日的醫師，則按其工作時間折合。例如有一個醫生，每隔一天進行應診或每天接診半個工作日，這種情況則算作半個完整醫師職位（單位）”，“無論是城市或鄉村的門診機構，其各項支出均根據支出標準，按年度平均醫師職位（單位）數計算”。我們認為這也基本上適合於我國的實際情況。以醫師人數作為門診醫療機構定額的計算單位，與醫院以床位作為計算定額的單位具有同樣的作用。這是因為在醫院中，床位是最固定的因素，其他一切都是圍繞床位來配備的，業務成果也是通過床位來反映的。但門診醫療機構的門診量則與醫院的床位数不同。根據門診部的特點，雖然醫師人數主要是取決於門診次數的多少，但門診量不可能十分固定，同時缺乏可靠的規律，而醫師則是門診部活動的中心和基礎，也是比較

固定的因素，用來作為計算單位，一般來講是比較恰當的。例如配備三個醫師與配備五個醫師的兩個門診部，它們的經費的可比部分基本上都應該是3與5之比。現在拿上海市某四個同類型的門診部1956年1—9月份的執行情況資料為例，試行分析如下：

	甲門 診部	乙門 診部	丙門 診部	丁門 診部	合 計 診部（平均）
平均醫師數	（人） 16.33	11.61	11.83	13	52.77
每一醫師配備 其他人員數	（人） 3.25	4.42	4.41	4.08	3.97
每醫師每工作日 門診成果	（人次） 25.24	35.78	34.40	31.85	31.12
每醫師每年收入	（元） 7,686	7,626	9,180	8,473	8,202
每醫師每年支出	（元） 8,690	8,224	9,706	9,124	8,922
每醫師每年收支 差額	（元） -1,004	-598	-527	-652	-721

以上列情況，我們可以看出：

（一）通過同一核算單位，能夠掌握預算執行的規律。如醫師與其他人員平均比例為1比3.97，每一醫師每日平均工作量为31.12人次，以及門診量低差額補助就大，等。

（二）把各個單位的執行情況與綜合平均數進行比較，可以發現一些問題，如：

① 醫師與其他工作人員的比例平均為1比3.97，而甲門診部最高，為1比3.25，乙門診部最低，為1比4.42。

② 醫師的工作量平均為31.12人次，而最高為35.78人次，最低為25.24人次。

③ 乙、丙兩門診部工作人員、業務量相似，但收支却相差很大。

根據這些問題，如再深入地進行研究，就便於找出問題的症結所在，以便改進工作。

總之，根據幾年來門診部的財務管理情況，採取以醫師人數為門診醫療機構的定額計算單位，是比較好的方法，上海市打算在1957年試行。但由於我們沒有實踐的經驗，因而難免有許多不恰當和錯誤的地方。