

# 基层医疗卫生机构服务能力提升的创新路径

## ——基于“合作金融”理论的重庆彭水“资金池”制度的思考

薛晓 杨继瑞 李孜

**【摘要】**基于对重庆市彭水自治县基层医改深入调研，发现其“资金池”制度具有典型合作金融特点，属于合作金融理论在医改领域的创新性应用。通过提取基层医疗卫生集团内各医院部分收入，构建集团“资金池”，并将“资金池”资金有序、合理、及时用于对集团内各基层医院的“精准扶贫”，取得良好成效。目前，各基层医院硬件设施设备、医务人员素质结构、医疗技术水平、业务开展与过去相比均有明显提升，“医院服务能力提升看病难问题得到解决百姓信任感提高~\*医院就医人数增加—医院业务收入提高—医院自我造血功能重获”的良性循环得以形成。

**【关键词】**合作金融 资金池 基层医疗卫生机构 医药卫生事业改革

**【中图分类号】**C916.2 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1003—7470(2018)—11—0118(05)

### 一、引言

分级诊疗的深入开展对于基层医疗卫生机构服务能力提出了新的要求。关于提升基层医疗卫生机构服务能力，学者从多角度提出相应对策，代表性的如政府应当担任社区卫生服务的建设者，加大投入是社区卫生服务发展的关键所在；<sup>[1]</sup>通过构建医联体模式，以三级、二级医院带动一级医院提升其服务能力；<sup>[2]</sup>以薪酬制度完善推动人才队伍建设进而提升基层医疗卫生机构服务能力；<sup>[3]</sup>加强对基层医疗机构医务人员处理基层常见病培训；<sup>[4]</sup>优化医保支付制度利用价格杠杆作用促使患者分流；<sup>[5]</sup>以基层医疗卫生机构标准化建设推动其服务能力提升<sup>[6]</sup>等。

重庆彭水苗族土家族自治县作为国家级贫困县，在极不富裕的县级财政保障下，自2009年新医改全面开展以来，全国首创基于“合作金融”模式的医疗卫生领域“资金池”制度，极大提升基层医疗卫生机构服务能力。其不等不靠，充分利用自身资源对基层医疗卫生机构进行“精准扶贫”的做法值得我们深入思考并总结经验。

### 二、合作金融的内涵、特点

“合作金融”来源于“合作经济”，合作经济是指劳动者自愿联合，民主管理，使用共同占有的生产资料，共同进行劳动的经济形式。<sup>[7]</sup>各国合作运动采取的形式不尽相同，但依据“合作原则”组建的合作经济组织具有以下特点：一是自筹资本。运营资本由社员入股构成，始终确保社员对其入股资本的财产所有权；二是自主管理。合作经济最大限度体现民意，社员或社员代表大会是其最高权力机构；三是自我服务。合作组织的服务对象是合作社社员，在首先满足社员需求的前提下，可以向合作组

<sup>1</sup>作者薛晓讲师重庆工商大学人口发展与政策研究中心重庆市400067

杨继瑞教授博士生导师重庆工商大学重庆市400067

李孜教授重庆工商大学人口发展与政策研究中心重庆市400067

本文中的“基层医疗卫生机构”指社区卫生服务中心和乡镇卫生院，属于一级医院。

织外的团体或个人提供服务。

“合作金融”作为“合作经济”在信用合作领域的具体应用，既体现出合作经济的本质，又体现出金融的性质。结合国外学者 Sonnich、<sup>[8]</sup>Baru、<sup>[9]</sup>国内学者张绍言、<sup>[10]</sup>何文广、<sup>[11]</sup>李树生<sup>[12]</sup>等相关研究，归纳总结合作金融内涵：在商品经济条件下，人们为改善自己的生产、生活条件而自愿入股，实行民主管理，在资金上相互融通、相互帮助以获得服务和利益的一种特殊的资金融通形式。

合作金融具有以下特点：一是自愿性。合作金融是经济生活中处于弱势地位劳动者依据自愿性合作原则经营的金融组织形式。因为在经济生活中处于弱势地位的劳动者，容易受到正规金融机构的歧视。为了解决生产生活中对于资金的需求，劳动者自发的按照合作制原则组织自己的合作金融机构，实现资金在合作组织内部劳动者之间的合理配置。二是互助共济性。合作金融组织通过团体互助的方法解决社员个人力量不易解决的经济问题，利用社员资金需求的时间差来调剂合作社内部成员的资金，为社员提供金融服务，实现互助互利的目的。三是民主管理性。合作金融组织的社员不论股本多寡每个社员的地位是平等的，具有同样表决权 and 分红权，在管理上实行一人一票民主管理方式。其最高决策机构为社员（代表）大会。四是非营利性。由于合作金融组织是经济上弱者的联合，为了维持合作金融组织长期有序运行，更大程度满足社员的资金需求，合作金融组织对内体现非营利性的特点。

彭水县在新医改中采取的“资金池”制度，既具有合作金融的典型特点，又对其加以本地化改良，使之更为符合客观实际，取得了良好成效。

### 三、基于合作金融模式的“资金池”制度构建与成效——以重庆彭水为例

2011年，彭水县基层医疗卫生集团实施“资金池”制度，由基层医疗卫生机构管理管委会（下称基层医管会）下设的农村卫生管理中心负责统筹管理集团内所有基层医疗卫生机构财务，所有资金归入农村卫生管理中心下设会计核算中心账户，构筑“资金池”。

#### 1. 资金统筹管理原则

资金统筹管理原则包括“统设账户、归集管理、分户核算”。“统设账户”，指在卫生会计核算中心设立统一账户，将基层医疗机构运行发展的所有资金都纳入该统一账户进行集中、分类管理和统筹使用，集团成员机构所发生的各种收支业务通过该账户统一核算；“归集管理”，指各集团成员（基层医疗卫生机构）当月所有收入必须存入统一账户；“分户核算”，指各集团成员机构在统一账户下开设本机构分账户，每个机构分账户由农村会计核算中心指派专人负责，采用统一的管理与核算方法，实行分户核算、分户监督。

#### 2. “资金池”资金构成

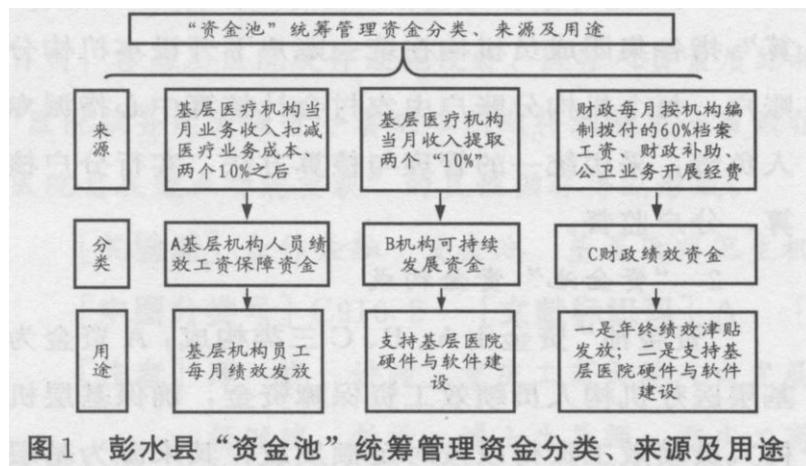
“资金池”资金由A、B、C三类构成：A资金为基层医疗机构人员绩效工资保障资金，确保基层机构人员绩效工资得以按时足额发放，其来源为基层医疗卫生机构当月业务收入；B资金为基层机构可持续发展资金，其来源是由会计核算中心每月统一提取基层医疗卫生集团各成员机构（40家基层医疗卫生机构）业务收入的10%和医疗纯收入的10%（简称两个10%），并整合集团成员机构闲散资金、卫生事业经费、部分成员机构原有积累资金汇集而成；C资金为统筹分配的财政绩效资金，该部分资金来源为财政每月按各机构编制人员拨付的60%档案工资、各级各类财政补助和转移支付经费以及政府下拨的公共卫生业务开展经费等。

#### 3. 三类资金用途

A类资金由会计核算中心扣除每家基层医院医疗业务成本、提取其两个10%收入之后将剩余部分归还医院，由院长及主要领导决定其分配方案，主要用于全院职工每月的绩效发放。

B类资金由基层医管会按照集团整体发展规划和各基层机构建设规划申请情况来统筹使用，主要支持各医院的硬件建设和软件建设。硬件建设指以项目拨款形式支持集团成员机构为改善就医环境和行医条件所需的新修或改扩建业务用房、添置适应服务功能变化的医疗设备等费用，软件建设包括以提高基层医务人员整体技术水平所需的人才引进费和培养经费等。

C类资金主要由基层医管会通过绩效考核统筹分配，用于两个方面：一是年终对各基层医疗机构及主要领导考核后的绩效津贴发放；二是与B类资金一样，用于集团内部机构的发展建设，其不同之处在于，机构所获得的B类发展资金需要机构免息还款，而C类发展资金属于基层医管会统筹发展规划，不需要各机构还款。“资金池”资金的分类、来源及用途由图1所示。



#### 4. “资金池”资金收支情况

表1 2012年~2016年“资金池”资金收支情况

单位：万元

年份	投入	主要支出				合计
		基础建设	设备配置	人员进修培训	其他	
2012	2589	1443	848			2291
2013	3693	1558	1393	63	135	3149
2014	4890	3725	1281	73	180	5259
2015	5453	5354	869	69	209	6501
2016	674	2928	1207	77	338	4550
2017 (截止9月底)	6100	4317	5273	133	293	10016
合计	29399	19325	10871	415	1155	31766

2012~2016年,彭水县“资金池”资金收支情况见表1。<sup>②</sup>由表1数据可知,“资金池”筹集资金从2012年的2589万元上涨到2017年9月底的6100万元(2017年筹集资金预计达到7000万元),<sup>③</sup>“资金池”筹集资金年增长率达到22.01%,五年多来“资金池”共积蓄资金3亿元左右。

从支出方面来看,五年多来“资金池”共支出经费3.17亿元(注:因2012年前资金池已有累计资金,故实际上“资金池”资金是可收支平衡的)。“资金池”资金除A类用于基层机构内部绩效发放、部分C类资金用于年终绩效发放外,其余部分基本用于基层医疗卫生机构基础建设和设备配置(基层医院业务用房、医疗设备等硬件建设)、人力资源建设(人才引进与在职员工进修培训)两个方面。

基础设施建设是“资金池”资金投资的重点,五年多来对基层医疗卫生机构投资了约2亿元的基础设施建设经费,主要用于新开设基层医疗机构业务用房建设、改扩建已有基层医院业务用房,占“资金池”支出资金的60.8%,其中2014、2015和2017年分别是基础设施建设投资重点年;此外,“资金池”共使用了1亿多资金用于基层医疗集团的设备配置,占“资金池”支出资金的34.2%,设备支出资金在2013年小高峰后逐步趋缓,但2017年达到了5273万元,主要用于为基层机构全覆盖配置DRW和补充部分CR机;在人员进修培训和其他支出(基层医管会、农村卫生管理中心的借调人员工资发放、偏远乡镇特殊津贴等)方面,五年多来共支出1570万元,随着医疗设备配置完善,用于提升新技能等的人员培训经费也逐步增多(实际上,人员进修培训经费不仅有“资金池”资金投入,各基层医院自身也加大了对内部人员的培训,并将培训费并入了各单位每月医疗业务成本中)。

## 5. “资金池”制度实施情况

“资金池”制度的实施,契合了彭水县的县情和基层医改的特点,产生了积极而富有推广价值的成效。

(1) “资金池”资金的大力投入使得集团医院建设进度加快,办医规模得到迅速扩大,基础设施建设迈上新台阶。彭水县下属4个街道和36个乡镇,目前共建成40家基层医疗卫生机构(4家社区卫生服务中心和36个乡镇卫生院),实现了“每乡镇和社区都有一家卫生院”的医改目标,“城镇15分钟卫生服务圈/农村30分钟卫生服务圈”也基本形成。

2008~2016年9年间,彭水基层机构业务用房总面积(由2008年13170平米增至2016年85718平米)、每千常住人口拥有基层业务用房面积(由2008年24.57平米增至2016年172.06平米)、每千常住人口拥有基层医疗卫生机构编制床位数(由2008年0.72张增至2016年2.40张)、每千常住人口拥有基层医疗卫生机构实有床位数(由2008年0.83张增至2016年2.42张)年均增长率分别达到26.38%、27.54%、16.26%和14.35%。

(2) 在“资金池”资金支持下,医疗设备配置得到全面提高,不仅领先于周边区县,即使与江浙地区同类医疗机构相比也毫不逊色。在医疗设备配置方面,基于“资金池”统筹资金(B、C类)支持,各种高价值、先进医疗设备得到使用。09年前,基层医院多是血压计、听诊器、体温表“老三件”配置,只有8家基层卫生机构配备了黑白B超机、X光机,2家机构配备了能够进行一、二级小型手术的麻醉呼吸机,当时的医疗设备价值低且设备功能难以支撑老百姓医疗服务需求。目前,100%基层医院均配备了DR(CR)机、全自动生化分析仪、血流变分析仪、彩超机,3家机构拥有CT,标准化的医疗设备配置不仅价值高而且使用范围广,为基层解决“常见病、多发病”奠定了硬件基础。

(3) “资金池”部分资金用于人才引进与在职人员进修,基于“资金池”资金支持,彭水基层医疗技术人员数量和质量得到双提升。一是基层医务人员数量明显提高。彭水基层医院在岗人数由2009年633人增加至2016年874人,二是医务人员结构得到明显优化,高素质医务人员数量有较大程度提升。彭水基层从2008年没有1名全科医生和规培医生增加到2016年拥有了85名全科医生和22名规培医生;大专及以上学历医务人员占总在岗人员的比重由2008年的75.42%增加至2016年的82.07%。

<sup>2</sup>表中只包括“资金池”B、C类资金。

本研究调研时间为2017年10~11月,调研期间预估2017年“资金池”投入资金将达到7000万元。

三是基于医院高素质医务人员占比提升，先进医疗设备配置优化，基层医院技术能力有了明显提高。

2008 年之前，受医疗条件、设备限制，彭水大部分基层机构只能提供基本的公共卫生服务而不能开展常规医疗服务，部分医院只能开展呼吸道和消化道基本疾病的诊疗，高血压、糖尿病等慢性病的防控以及一些基本的理疗（关节、椎间盘等）。目前，除治疗一般的呼吸道、消化道等常见病、多发病外，多数基层医院还能够治疗肺炎、胆囊炎等较高难度医疗卫生服务。

（4）基层医院业务量提升明显，为整个基层医院集团的长期稳定发展奠定了坚实基础。2008~2016 年，彭水基层门急诊人次、年门急诊收入、年住院人次、年住院收入年均增长率分别达到 15.56%、13.89%、20.26%和 27.62%。业务量的增加、收入水平的提升为基层医院长期稳定发展奠定了坚实的物质保证。

表 2 彭水县基层医疗卫生机构业务情况

	门急诊		住院	
	年人次	年收入 (万元)	年住院 人次	年住院收入 (万元)
2008	247003	1598	14375	1421
2009	277236	1953	16610	2634
2013	618324	3102	46760	6354
2015	760413	4356	55553	8795
2016	785613	4522	62904	9997

综上所述，基于“资金池”资金支持，极大促进了基层医疗卫生集团服务能力提升，取得了良好的成效。

#### 四、对“资金池”制度的思考

1. “资金池”制度，具有“合作金融”的各项特点，是“合作金融”在医改领域的创新性应用

“资金池”制度针对各基层医疗卫生机构为应对百姓日益增长的医疗服务需求急需发展而又“巧妇难为无米之炊”的紧迫现实，把各家医院原有分散的财政投入资金、零星的专项资金、部分业务收入资金、闲置资金等集中于一处，通过“积少成多”和充分利用各基层机构在资金需求上的时间差，做好资金运营管理，有效解决了集团内部各基层机构“资金匮乏和资金浪费”并存等严峻问题，体现出“合作金融”的互助共济性，使得基层医院形成协同发展局面。

“资金池”不以盈利为目的，而主要为促进基层医院的发展。基层医院使用“资金池”资金并不需要偿付利息，减轻了基层医院“借款发展”的负担，体现出“合作金融”的非营利性。通过提取各家医院每月收入的“两个 10%”资金(B 类资金)归入“资金池”，并结合财政拨付的 C 类资金，确保了“资金池”资金的不枯竭。在改革初始阶段这一措施依靠行政命令得到执行，但随着该制度所带来成效的逐步体现，各基层医院充分认识到“资金池”制度能够确保自身服务能力得到提升，因此均自愿将资金投入“资金池”中，体现出合作金融的“自愿性”。

“资金池”资金在使用上注重有序性。基层医管会内部通过协商的方式决定资金的具体使用。在医改初期“资金池”资金重点支持辖区内人口数量较多的基层医院，待这类医院服务能力逐步提升，业务量逐步增加后，资金逐步往偏远山区乡镇基层医院倾斜，最终使基层医疗卫生集团内部各基层医院均得到发展，经济效益和社会效益得到“双提升”。“资金池”资金的有序、合理使用充分体现出合作金融的民主管理性特点。

基于此，“资金池”制度充分体现出合作金融的各项特点，是合作金融在医改领域的创新性应用。

---

## 2. “资金池”制度以一种集团内部“劫富济贫”的方式，促进了各基层医院的有序发展

彭水基层医疗集团内 40 个基层机构分布于彭水各个乡镇，有的乡镇辖区内人口数量多，有的乡镇辖区人口数量少，有的乡镇地处偏远山区，交通不便，自然环境较恶劣，诸多先天性客观因素的差异必然造成了各医疗机构在完成业务量和业务质量上存在较大差距。“资金池”制度以“劫富济贫”的方式，即通过从业务量较大、业务收入较高、发展相对较快的基层医院中所提取的“两个 10%”资金(即 B 资金)以及兼顾 C 类统筹分配的财政绩效资金，来支持其他因先天性客观原因导致业务量较小的基层医院，帮助其完善软硬件设施建设，不断提升其服务能力。“资金池”发挥了集团内资金的调剂作用，促进了各机构间的均衡发展，使得基层医疗集团服务能力得以整体提升。

总的看来，利用“资金池”资金对基层医疗卫生机构进行“精准扶贫”，使得基层医院服务能力得以提升，“看病难”问题在基层得到解决，百姓对基层医院信任感增加，医院业务量大幅度增长，其“自我造血”功能得到恢复，最终实现基层集团内部各医院健康稳定发展。

### 参考文献:

- (1) 张南, 冷志伟. 分级诊疗背景下提升基层医疗机构服务能力的实践[J]. 中国医院, 2016, (12).
- (2) 邱进行. 加强基层医疗机构建设, 提升基层医疗服务能力[J]. 中国农村卫生, 2017, (04).
- (3) 卢祖洵, 孙奕. 国外社区卫生服务焦点分析[J]. 中国全科医学, 2002, (03).
- (4) 侯志远, 孟庆跃. 城市社区基本医疗服务提供能力现状研究[J]. 中国卫生经济, 2010, (02).
- (5) 肖锦铨, 周成红. 城市居民对社区卫生服务的认同度及其评价研究: 问题与对策[J]. 健康研究, 2009, (06).
- (6) Sonnich Sen. Consumers' cooperation[M]. London: London press: 1919.
- (7) S Baru. Cooperative Banking [M]. London: London press: 1932.
- (8) 张绍言. 合作金融概论[M]. 北京: 中华书局, 1944.
- (9) 何广文. 合作金融发展模式及运行机制研究[M]. 北京: 中国金融出版社, 2001.
- (10) 李树生. 合作金融[M]. 北京: 中国经济出版社, 2004.