

健全我国公立医院财政补偿机制

<http://www.crifs.org.cn> 2006年11月10日 刘军民

对目前庞大的公立医院体系实行“收支两条线”改革，不仅成本巨大，难度高，而且也未必能达到效果，甚至可能引发一些新的负面问题。

健全公立医院的财政补偿机制，核心是要提高财政补助的绩效，关键应把握好两个基本原则：一是要立足于保障公立医院公益性的需要，即有助于促进公立医院实现社会目标；二是应符合激励约束相容的原则，通过政府有限的资金投入，引导、激励公立医院自主、高效地实现公益目标，最大程度地提高对医院补助的效率。

当前我国公立医疗卫生服务机构公益性淡化是当前群众“看病难、看病贵”的一个重要原因，而其财务管理体制、财政补偿机制不健全则是公益性淡化经济上的重要根源。针对由于公立医院趋利而导致的群众“看病贵、看病难”问题，当前社会有一种强烈的呼声，即公立医院应当实行财务“收支两条线”，甚至进入财政“统收统支”，断绝其逐利动机，以此来推动公立医院运行机制转变，促使其回归公益性。本文认为，这可能是一种过于简单化的思维。鉴于公立医院业已形成的运行格局，要对目前庞大的公立医院体系实行“收支两条线”改革，不仅成本巨大，难度高，而且也未必能达到效果，甚至可能引发一些新的负面问题。

一、实行“收支两条线”管理改革可能存在的问题

（一）在市场经济体制的大背景下，实行“收支两条线”可能出现体制复归，面临着效率难题

全部收入上缴财政，全部纳入财政预算、统收统支之后，的确可以使医院断绝其逐利动机。但这里涉及到一个深层次的问题，是将公立医院全面改制为公共部门，还是仍然保留其市场经济体制下的自主经营主体地位？如果是全部统收统支，像计划经济体制，能否做得到？在目前国家大的经济体制环境已经是市场经济体制的现实情况下，这种大面积的体制复归是否具有可行性？“收支两条线”如果使得医院、医生没有了积极性，给社会带来的将是另外一种看病难——看病要开后门、找熟人，就医要排队甚至买号，医疗条件和环境改善迟缓等等，传统体制下的低效率难题又将很难避免。

（二）“收支两条线”改革成本之大可能使财政难以重负

实行“收支两条线”，目前最大的问题是财政是否有决心做这样的估算并承担保障责任？例如上海申康医院发展中心下属有23家市属医院，2005年全部收入144亿元，全部支出140亿元。按照理想模式，收支两条线后，144亿的收入都给国家财政，再由财政安排140亿支出，看起来似乎政府还能有4个亿的节余。但是，确定无疑的将是，如果所有的收入归财政，所有

的支出由财政来负担，医疗机构的一系列行为都会发生改变，那么收入就将不再会是144个亿，可能是60个亿，甚至更少，而支出仍然还是140亿或者更高，这个巨大窟窿，财政能否填补得起来？以现行经济条件和各级政府财力，财政似乎还不具备能力将全部的公立医疗机构“养起来、包下来”。

事实上，目前很多大中型医院的人员经费支出标准已经远远超出一般行政事业单位人员经费标准的许多倍。“收支两条线”改革后，这种差距势必要将被扯平。可以肯定的是，改革将会遭到这部分医疗机构和医务人员的强烈抵制，也会挫伤大部分人的积极性。

另外，在许多医院的规模快速扩张中，累积下了很多建设性、经营性债务，这些债务有些是合理的，但很多却是由于经营不善或者是盲目地改扩建、购置高端器械设备而背负的。如果实施“收支两条线”，则意味着政府也就要将这些历史债务背负起来，为之“埋单”，这对很多地方财政而言，将是不堪重负的，也有违于社会公平。笔者在几个省市的调研中了解到，在多年来有效监管缺乏的体制下，医院高负债在全国是个普遍的严重现象。2004年山东省全省医疗机构已平均负债率达到31.9%；在浙江，台州的一家市级所属医院，5亿元资产，负债高达3亿元；在天津，天津市人民医院总资产不到6亿元，负债高达1.5亿元，每年还贷支出1500万元，大医院资产负债率普遍都在30%以上，天津医科大学第二医院资产负债率高达60%多，经营中已经出现还贷困难。

（三）实行“收支两条线”改革可能产生保护落后

收支两条线管理即收入全额上缴，支出由财政预算全额核拨，这实质上是回复到全额预算拨款体制。但是，这种预算模式对目前业已形成不同经营格局的医疗服务机构体系来说不一定普遍适合：业务发展不好、效率低的公立医院可能很欢迎这种改革，但是竞争力强、效益好的公立医院势必拒绝。这样实际产生的效果可能是保护了落后，回归到了“大锅饭”体制。例如，北京海淀区财政局曾进行一项调查，即对区属公立医院转变财政补助模式，实行收支两条线管理预算全额管理，由人事部门核定工资，财政予以全额保障，并引入审计经常性监督，但最后发现多数卫生事业单位其实并不欢迎。

（四）“收支两条线”需要建立在复杂、微观的成本测算基础之上

“收支两条线”需要建立在复杂、微观的成本测算基础之上。当前很多问题其实并没有搞清楚，如医院的成本核算很多方面并不清晰，财政部、卫生部目前都还没有规范的指导性文本。例如，人力成本多少（特别是高层次医疗技术骨干的人力价值如何定价）？保值、增值是否为公立医院的主要目标？保值的概念就必须打折旧，折旧又如何计提？设备、设施的投入到底应该多少？医院面对的是市场经济，方向是公益方向。可是现实中，物价在涨，人力成本、医疗服务项目成本这些都时时刻刻在变化，在上涨。若没有相关政策的支持，医院将难以面对。这一系列问题都没有搞清楚，简单地说收支两条线肯定是没有基础的。例如，上海第六医院三年以前测算的数，政府要在原有基础上，每年再给医院1.5亿元，才可以做到收支两条线。所以，对公立医疗机构实行预算式全额管理是有潜在风险的，没有扎实的改革基础工作（如科学的标准定额测算）和相关政策配合（如人事编制）的支持，势必影响到医疗机构和医务人员的积极性，影响医疗服务的质和量，甚至引发政府财政风险。

（五）“收支两条线”与医保预付制的设计理念冲突

目前，我国城镇职工基本医疗保险的支付方式改革正在大力推进医保预付制。预付制有助于从成本上约束和规范医院的医疗服务提供行为，使其趋利的问题降得很低。无论是总额预付制，还是单病种定额预付制，或者DRGs 诊断相关组 支付方式，医保预付制本意是让节余下来的那部分费用留归医院自己拥有，以此来激励医院提供适宜的医疗服务和实施成本效果比较好的医疗方案。但是，如果实行严格的“收支两条线”，医院将没有收入留用的自主权，那么预付制的优点和效力也就全部丧失了，这样医院也就没有任何动机把总的治疗费用降下来。最终不可避免地导致效率下来了，“看病难、看病贵”的问题也得不到解决。

我们实施任何一项公共政策改革，不能仅看到其成效的一方面，更要充分估算到其改革成本以及可能出现的新问题，才能据此做出正确的决策。现在寄希望于通过“收支两条线”来体现公立医院的公益性，通过政府主导，核定平均价格，进行总量控制，似乎可以起到较好的暂时性效果，但是并不能从根本上真正地解决补偿机制和激励机制的问题。

二、健全公立医院的补偿机制的政策建议

健全公立医院的财政补偿机制，核心是要提高财政补助的绩效，关键应把握好两个基本原则：一是要立足于保障公立医院公益性的需要，即有助于促进公立医院实现社会目标；二是应符合激励约束相容的原则，通过政府有限的资金投入，引导、激励公立医院自主、高效地实现公益目标，最大程度地提高对医院补助的效率。在此要求下，相关的政策思路可考虑以下几个方面。

（一）改革补偿方式，加强服务项目成本核算，建立以政府“购买服务”为主的补偿机制

政府对卫生机构的经常性补助比较合理的补偿方法应根据救治人次多少来提供补偿。世界趋势是通过政府购买服务，按照服务量和工作绩效来进行补偿，体现促进效率的原则。因此，今后对公立卫生医疗机构的补助应在补助方式上进行变革，改革按人头的“定额拨款”为“定项拨款”，建立“养事不养人”的投入新机制。一是改变补助对象，财政补助应从以机构为对象转变到以任务为对象，按承担任务多少给予补助；二是要改变补助方式，要从补助人员经费为主转变到以补助业务工作经费为主；三是补助的项目应从综合项目补助转变到单项目补助 同时切实加强服务项目的成本核算，合理测算补助基数。

（二）加强区域卫生规划，严格控制医院基建和举债规模

在项目经费补助上，现在是谁申请，谁看起来比较有道理就补给谁，似乎没有一个科学、规范的标准。这就需要切实加强区域卫生规划，对医疗机构、从业人员、医疗技术应用、大型医疗设备等医疗服务要素实行严格的准入制度，按照区域卫生规划要求进行合理有效配置。对没有落实合理、稳定资金来源的建设项目和大型医疗设备购置项目，不予立项或审批；医疗机构的基建投资需求原则上应通过财政基建专项补助（符合区域卫生规划）和医院累积的节余资金来解决，不得轻易举债。严格控制医疗机构的重复建设和盲目扩展，防止医院走向扩张——收费创收——再扩张的恶性循环的道路。

公立医院符合区域卫生规划以及经过规划程序审核批准的合理基建项目和必须的设备购置，财政应予以补助。同时，建立项目管理制度，对公立卫生服务机构的房屋设施修缮和符合区域卫生规

划的设备购置等发展建设项目，经有关部门批准和专家论证后，进入财政专项资金补助滚动项目库，由财政根据轻重缓急、立项顺序和经费补助数额逐年安排；严格按照建设规划和项目管理方案使用资金，加强项目执行过程的检查监督；强化项目的跟踪问效和考核评估，提高项目管理水平和资金使用效益。

（三） 强化公立医院财务和资金监管，加强节余资金管理

在现行卫生医疗管理体制下，财政部门对规范公立医疗机构的财务、收支管理可主要从以下几个方面进行：进一步明确成本开支范围，加强成本核算，严格控制药品耗材的毛利率，超出规定毛利率的部分，全部收缴财政，用于统筹配置；改革公立医疗机构的药品供销机制，药品全部实行政府招标和集中配送，推行医药分业、分开核算，有条件的实行药房托管，取消药品顺价加成；考核人均门诊、人均住院成本费用指标，并与医院、相关科室及职工考核奖挂钩，在此基础上制定单病种平均成本费用指标进行内部考核；严格控制用于职工个人的报酬、资金、福利等开支，对医院下达总额控制指标，不得突破，内部可拉开分配档次，与工作量、服务质量挂钩。同时加强对医疗机构收支行为和结余额度的控制和监管，规范公立医疗机构建设投资、收益分配的管理，提高医疗机构经营财务状况的透明度。

（四） 建立预算绩效评估制度，增设“以奖代补”的补偿方式

引入现代市场经济的“成本—收益”理念，增设“以奖代补”的补偿方式，即根据其提供医疗服务的数量和效果指标，采取“后补制”的形式，有利于提高资金补助的实际效果。这些指标的設置，可以考虑：“人均门诊费用”、“人均住院费用”、“平均每床日住院费用”“平均住院天数”和“单病种平均费用”等，对这些指标进行跟踪监测。通过把投入与降低费用挂钩（对于平均住院日和住院次均费用低于同类医院的机构，均次费用处于较低水平且每平米门诊用房日门诊量高于同类医院的机构给予奖励性补助等等），对医疗机构收费行为、社会医疗费用负担和经济效益做出评价和监督，以此来引导并约束公立医院及其相关科室提供成本效果比较好的医疗服务。

（五） 规范公立医院规范的人事管理并完善其收入分配制度

加快医疗机构内部运行机制改革步伐。改革医院内部人事管理和收入分配制度。人事制度上可走向全员聘用制，按照精简、效能的原则定编定岗，建立能进能退的用人机制，如建立以合同、竞争为基础的人员聘用制度。收入分配制度改革上，应坚决废止医务人员的工资、奖金与业务收入的挂钩，转向以工作量、工作效果的考核相联系，规范医务人员激励机制。建立以岗位和职级为基础、总额控制、分配合理的工资制度，遏制“以药养医”和不合理的创收机制。

（作者单位：财政部财政科学研究所）

文章来源：人民网 （责任编辑： zfy）

