

# 公立医院财政补助制度失灵的原因及改进建议

俞卫\* 许岩

上海财经大学公共经济与管理学院 上海 200433

**【摘要】**本文剖析了公立医院财政补助制度失灵的原因,通过理论和案例分析提出了从根本上改变财政补助机制的思路和方法。首先回顾了政策的历史变迁,分析了财政补助前期研究的问题,提出了对当前财政补助的目标、内容和方式的可操作方案。然后通过某市 13 家三甲医院的财务数据,剖析了目前公立医院的基本运营状况和财政补助存在的问题,发现在没有界定合理诊疗规范和运营效率的前提下,政策性亏损是无法界定的。如果按照目前公立医院的诊疗方式和运营效率,财政补助不足以弥补公立医院由于政策原因造成的亏损,因为财政补助没有与价格政策变化和人力成本上升配套。要改善财政补助失灵的状况,配套的管理成本也随之增加,因此,政府应考虑改变目前通过价格控制和财政补助的方式提供经济性医疗服务的思路,由医疗保险与医院决定价格,卫生部门负责服务质量,政府预算部门根据公共服务任务制定工资总额,医院根据预算决定聘任各种医务人员,从根本上改变公立医院的运营机制。

**【关键词】**公立医院;财政补助;医务人员薪酬

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.007

## Failure of the financial subsidy policy for public hospitals: Reasons and suggestions

YU Wei, XU Yan

School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China

**【Abstract】**In this study, this paper analyzes the failure of subsidizing public hospitals, and proposes a reform plan that can solve this problem at its root. We review the history of subsidy changes since 1949 and review the associated literature. We discuss the case studies of 13 tertiary public hospitals in a city, and examined financial statements of those hospitals, identified problems with current subsidization policies. We concluded that without specifying appropriate diagnostic and treatment procedures and reforming efficiency measurements for medical care, current subsidization policies cannot achieve their expected objectives. Hence, policymakers should reconsider the strategy of using price controls and government subsidies to restrain medical care cost. Instead, government should allow social health insurance agencies to negotiate payment with hospitals, allow health bureaus to be responsible for quality of medical care, allow finance bureaus to budget government spending according to the public workload of a hospital, and allow hospital managers to run hospitals with a budget.

**【Key words】**Public hospital; Financial subsidy system; Medical staff salaries

公立医院应以社会需要为目标,向民众提供与公共财力和人民经济水平相适应的医疗服务。因此,政府在医院建设方面提供资金,也应对公立医院的一些不收费的公共服务和一些由于价格低于成本

的亏损项目提供一定的财政补助,以保证医院不需要通过营利来弥补公共服务。新医改方案已经实施了 3 年多的时间,但公立医院的逐利行为并没有随着财政补助的增加而改变。而目前关于公立医院财

\* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(11&ZD176)

作者简介:俞卫,男(1953 年—),教授,上海财经大学公共经济与管理学院院长、卫生政策与管理研究中心主任,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:yu.wei@mail.shufe.edu.cn

政补助的相关研究主要涉及财政补助的重要性、财政补助的目标、内容和方式等问题。学者普遍认为财政补助相当重要,但补偿机制不健全被认为是公立医院公益性淡化的主要原因。财政补助占总收入的比重越来越小,使得公立医院运行主要依赖向患者收费,机制上出现了市场化导向,进而造成医疗资源严重浪费,加重患者负担。<sup>[1]</sup> 公立医院财政补助机制的基本目标应该是确立我国公立医院的公益性,明确国家和各级政府的主导地位和责任<sup>[2]</sup>,引导医院之间进行基于绩效的竞争、以及通过总额预算控制医疗费用的过快增长<sup>[3]</sup>。财政补助的内容一般包括公立医院建设发展、购买公共服务、医务人员工资补助和价格补偿。<sup>[4]</sup> 财政补助的方式可分为总额预算法、需求法、投入法以及产出法。<sup>[5]</sup> 很多研究建议选择关键要素和量化指标作为确定财政补助额度的依据<sup>[6-7]</sup>,指标的选择应该体现财政补助的目标,逐渐从按床位和人员补偿转为按业务工作的数量、质量以及医疗服务的成本来补助<sup>[8]</sup>。前期研究对改善公立医院财政补偿提供了重要的建议,但没有回答为什么在财政补助不断增加后,公立医院的逐利性并没有减少,即为什么我国公立医院财政补助水平的差异较大,而公立医院的逐利行为差异不大。

本文从激励机制的角度对公立医院财政补助制度进行了剖析,回顾了政策的历史变迁和与之相应的医院激励机制转变。通过收集 13 家三甲医院的财务数据,分析了公立医院的基本运营状况,指出了财政补助失灵的根本原因在于医院管理缺乏相应的配套设施,并对价格控制政策引起的医疗服务行为扭曲和财政补助无法纠正扭曲行为的原因进行了分析,认为政府应该放弃通过行政部门定价的方式来控制医疗服务费用,同时也应该逐步撤销政府对医院的经常性补助,从根本上改革公立医院的各种管理方式,理顺医院管理的激励机制。

## 1 公立医院财政补助政策与方式

### 1.1 公立医院财政补助政策演变

公立医院的财政补助可以追溯到建国初期,补助根据公立医院管理体制和目标的不同而发生变化,我国公立医院经历了从计划经济的预算管理到

医院的自主经营,虽然有学者将建国以来公立医院财政补助的方式分为五个时期<sup>[8]</sup>,但从激励机制来看,公立医院财政补助政策可以归纳为三个阶段(表1)。

表1 建国以来公立医院财政补助政策的三个基本阶段

时间	补助政策	主要内容	政策简评
1949—1979	统收统支、全额管理、差额补助、定项补助	公立医院财政补贴基本上由国家承担,早期收入全部上交财政预算,支出全部由财政预算拨款,后期国家对医院的全部收入、支出实行全面管理,以收支差额拨款补助和定项补助的方式来保证医院的正常运营	公立医院没有逐利动机,但也并没有开展业务和创新的积极性,工作效率低下,比较容易控制医疗费用
1979—1999	全额管理、定额补助、超支不补、结余留用	按编制床位实行定额补助,补助定额根据各类医院的不同情况确定,增收节支的结余,主要用于改善医疗条件,也可以拿出一部分用于集体福利和个人奖励	医院提高了效率,增加了工作量;逐利动机进入医院管理者的决策之中,按床位补助促使医院增加床位
1999—	核定收支、定额或者定项补助、超支不补、结余留用	医院将全部收入的预算报往上级管理部门核定,财政根据特定标准确定补助数额,收支预算和财政补助额度确定后,医院预算由单位自求平衡,因增收节支形成的结余,医院可以结转下年使用	医院提高效率、控制成本的积极性显著提高;但逐利动机逐步增强,医疗费用上涨,医患矛盾加剧

从表1可以看出,建国以来我国公立医院的财政补助政策对激励机制的影响从经济改革之后开始出现转变。经济改革通过引入市场机制,以需求来引导资源分配,以竞争来提高工作效率。国有企业改革的一个基本路径是学习私人企业,在市场机制下以利润激励工作效率和产品质量的提高。公立医院改革也基本上沿袭了国有企业改革的思路,但改革结果却与社会目标背道而驰。首先,以需求引导资源分配导致了城市大医院不断扩张。而公立医院

之间的竞争产生了两个负面影响:设备竞争和三级医院的垄断扩张。医院设备频繁更新换代和过度使用、三级医院利用垄断优势不断扩张,限制了二级和社区医院的发展。此外,一旦医院结余可以用于职工收入分配,财政补助的标准就不能仅仅以医院是否亏损为依据,因为医院可以通过不断提高成本来保持一定亏损。因此在结余可以自留、并且成为职工工资收入主要来源的情况下,财政补助的依据就至关重要。

现行财政补助分为专项补助和经常性补助两类,专项补助对所拨出的资金规定了使用方向或具体用途,经常性补助是按照人员数、床位数、绩效表现等定期拨付的补助。2011 年公立医院改革试点工作要求逐步取消药品加成政策,按照“总量控制、结构调整”的原则合理调整体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。随着改革政策的实施,医院目前赖以弥补亏损的药品加成日益压缩,同时某些营利性较好的项目价格可能逐渐调低,导致医院的运营压力越来越大,医院将会加剧与管理部部门的博弈,寻找新的途径增加收入、弥补亏损。在这种情况下,财政补助如何发挥有效的补充和引导作用是公立医院管理部门和财政部门面临的挑战。因此,我们需要明晰财政补助政策的理论思路。

## 1.2 公立医院财政补助的方式

新医改背景下,公立医院财政补助的核心目标是鼓励公立医院保持和强化公益性,这种公益性具体体现在两个方面:一是完成政府指派的免费公共服务;二是以低于成本的价格提供医疗服务。相应地,财政补助也要从两个方面入手:公共服务以政府购买的方式对公立医院进行补偿,金额以医院实际发生的成本来确定;由价格政策引起的亏损应该与价格制度相匹配,根据服务量进行补助。同时,财政补助在实施中必须考虑到该政策对激励机制的影响。

### 1.2.1 公共服务补助方式

公立医院公共服务,包括公共卫生服务、紧急救治和援外、支农、支边等。对于公共卫生服务和紧急救治,部分服务可以向需方收费,对于免费的公共卫生服务项目,财政应统一组织核定公立医院提供服务的成本,并按照实际成本全额予以补偿。对于援

外、支农和支边服务,医院负担的主要是派出人员的人力成本。补助额可以根据医院年度结算报表的医务人员人力成本和每年外派的人数确定。

### 1.2.2 政策性亏损补助方式

价格性亏损主要来源于两个方面:一是原始定价低于实际成本(如挂号费、护理费、住院病床费等),二是价格没有随着医院资源的市场价格升高而相应提高。对医院政策性亏损的补助应该与价格和支付方式相结合。对于按项目付费的服务,财政补助金额应以价格亏损的实际额度和亏损项目的服务量确定。确定价格亏损的实际金额需要得到同等医院提供每一项服务的平均实际成本,而实际成本与医疗服务所需资源的市场价格密切相关。因此,政策性亏损财政补助的金额要与所补助项目投入资源的市场价格挂钩。对于按照病种付费的项目,政策性补助主要关注医疗服务所需投入资源的价格上升;而对于总额预付的支付方式,除关注投入资源的价格之外还要关注医院服务的总量,特别是服务人数的增加。

### 1.2.3 财政补助与薪酬管理

人力成本一般占总支出的 30% 以上,在医疗服务资源投入方面,要特别关注人力资源成本的上升和薪酬制度的管理。近年来我国平均工资收入上升较快,而价格调整却不能与市场工资上涨的水平相匹配,医院只能通过增加营利来弥补人力成本的增加。由于人力成本几乎存在于所有医疗服务的提供过程中,因此,要以财政补助弥补政策性亏损,必须先从根本上改变开放性的薪酬制度。否则,无论财政补助多少,医院的逐利行为都不能得到改变。

## 2 公立医院财政补助现状——基于某市的实证分析

为了深入了解公立医院的财务运行和财政补助状况,并探讨财政补助改革的方向,本研究对基于调研取得的某市 13 家三甲医院(包括 10 家综合型医院和 3 家中医院)2012 年的主要财务数据展开分析。

### 2.1 财务现状

#### 2.1.1 财政补助与收支结余

医院的总收入由医疗收入、药品收入、财政补助收入和其他收入构成,总收入扣除相应成本后形成

医院结余。13家三级医院总收入188.44亿元,总支出184.54亿元,总结余3.90亿元,平均结余率2.1%。各家医院得到的财政基本补助总额为7.34亿元,平均占总收入的比例为3.90%(表1)。13家医院总业务收入和业务成本分别为181.70亿元和190.42亿元,总业务收支结余为负数。医院之间的业务收支结余(包括医疗结余和药品结余)差异较大,13家医院中只有2家医院结余为正,最高结余额为2268万元,结余率约2%;其余11家医院亏损,亏损最高的医院数额达2.31亿元,亏损率超过10%。

表1 医院各类收支结余情况(万元)

医院编号	医疗结余	药品结余	财政补助收入	其他收支结余	本期结余
1	-16 960.66	10 970.61	8 770.23	3 860.67	6 640.84
2	-19 191.50	11 515.64	7 445.79	3 862.49	3 632.43
3	-5 252.68	5 931.89	4 482.53	1 629.89	6 791.63
4	-35 236.29	12 106.78	10 003.30	16 291.54	3 165.33
5	-17 028.98	10 190.29	6 837.63	350.86	349.80
6	-21 471.41	10 812.43	7 716.65	9 893.21	6 950.88
7	-4 891.57	7 159.73	5 335.23	2 217.70	9 821.09
8	-6 251.72	2 539.99	2 929.12	167.87	-614.74
9	-10 881.28	5 392.26	4 118.92	1 652.17	282.08
10	-9 724.53	5 654.95	2 397.75	1 729.15	57.32
11	-17 479.89	9 577.76	4 171.60	4 193.14	462.61
12	-18 489.58	10 408.48	5 358.59	3 234.54	512.04
13	-13 948.96	7 441.59	3 841.29	3 633.70	967.62
合计	-196 809.05	109 702.40	73 408.63	52 716.93	39 018.93

### 2.1.2 医院亏损的弥补

该市公立医院的医疗业务都处于亏损状态,亏损金额通过药品结余获得较大补助,但在药品补助后结余为正的只有2家医院,再经过财政补助仍有10家医院处于亏损状态,医院的非医疗业务补偿了医院的最后亏损部分。

医疗业务方面收不抵支,这是目前公立医院政策性亏损的集中体现。在药品收支上,各医院结余比例与政策固定的15%的药品加成率比较符合。医疗结余与药品结余的对比关系说明目前以药补医的现象仍在继续,但是对绝大多数医院来说,药品差价带来的盈余已经不足以弥补医疗业务导致的亏损,该市13家医院在医疗收支结余和药品收支结余进行补助后,仍有11家业务结余为负(表2)。这是因为,对于多数综合医院而言,虽然药品收支的结余率略高于医疗收支的亏损率,但由于药品收入大约仅占业务收入的41%,使得药品的结余少于医疗的亏

损;对于中医院,虽然药品收入占业务收入的60%以上,但药品收支结余率明显低于医疗收支结余率,导致业务收支结余仍然为负。在财政补助之后,各医院的结余情况普遍好转,但仍有10家亏损,计入其他业务的收入后医院略有结余,仅一家医院仍亏损(表2)。虽然目前的财政补助在一定程度上保证了医院财务上的可持续性,但力量仍然有限。

表2 医疗亏损的补偿过程(万元)

医院编号	医疗结余	医疗结余 + 药品结余	医疗结余 + 药品结余 + 财政补助	医疗结余 + 药品结余 + 财政补助 + 其他收支结余
1	-16 960.66	-5 990.05	2 780.18	6 640.85
2	-19 191.50	-7 675.85	-230.06	3 632.43
3	-5 252.68	679.21	5 161.74	6 791.63
4	-35 236.29	-23 129.51	-13 126.21	3 165.33
5	-17 028.98	-6 838.70	-1.07	349.79
6	-21 471.41	-10 658.98	-2 942.33	6 950.88
7	-4 891.57	2 268.16	7 603.39	9 821.09
8	-6 251.72	-3 711.72	-782.60	-614.73
9	-10 881.28	-5 489.02	-1 370.10	282.07
10	-9 724.53	-4 069.58	-1 671.83	57.32
11	-17 479.89	-7 902.14	-3 730.54	462.60
12	-18 489.58	-8 081.10	-2 722.51	512.03
13	-13 948.96	-6 507.37	-2 666.08	967.62
合计	-196 809.05	-87 106.65	-13 698.02	39 018.91

## 2.2 财政补助政策的调整与测算

根据前面的分析,财政补助政策应该考虑医疗服务的价格调整和医院投入资源的价格因素,以及薪酬的合理水平。投入资源中的主要部分是药品耗材和人力成本,但是药品耗材的关键是加成比例,所以财政补助的调整和模拟测算考虑了以下因素:当年药品和服务价格的变化以及相对应的收入影响、药品加成政策变化和人员薪酬增长。

### 2.2.1 医疗服务价格调整对医院收入的影响

目前医疗服务主要按项目收费,价格是影响医疗收入的最主要因素。在发生价格调整时,以各项目价格调整的金额,乘以相应项目的发生例数,即可准确地计算出调价对医院收入的影响。由于价格调整常常发生在核算期的中间,要测算其对当年收入的影响,可以按上期例数估算本期例数,此时,需要假设一个适当的增长率。

发生价格调整时,医院可以按照项目价格变动的差额( $p_1 - p_0$ )以及对应项目预计提供的数量( $Q$ ),测算出定价变化对医院医疗收入( $Y$ )的影响。

上述计算可用公式表示为： $Y = \sum [(p_1 - p_0) \times Q]$

2012 年 4 月 1 日起,该市部分医疗服务项目价格调整共涉及 71 个项目:调低 MR、数模胃肠食道检查、PEC/CT、肿瘤标志物检测等检验检查项目价格;将不同测定方法的血浆 D-二聚体测定、超敏 C 反应蛋白测定和 C 反应蛋白测定,以及多部位彩超等检验检查项目进行合并收费,并调低部分项目价格;调高部分中医推拿和手法治疗项目价格;新增中医辨证论治、小儿头皮静脉输液和小儿微量泵输液等 3 个收费项目。经测算,上述价格调整导致各医院总收入减少约 500 万元/月。

### 2.2.2 药品加成政策变化对医院收入的影响

为扭转以药养医的局面,2006 年国家发改委等八部委联合发布了《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见》规定,从 2006 年 9 月 1 日起,县及县以上非营利性医疗机构及所有营利性医疗机构销售的药品(含经过加工包装成袋、盒、瓶等的中药饮片配方颗粒),按最小零售包装单位,实行以实际购进价为基础,按顺加不超过 15% 的加价率作价销售,中药饮片的加价率不超过 25%。实际购进价高于 500 元的,最高加价额一律不得超过 75 元。该政策执行后,编号为 1—9 的医院结余减少 1.1 亿,而当年这些医院的总结余仅为 2.7 亿元。针对这部分的收入减少,政府并没有进行相应的政策补助,因此医院从其他方面弥补了由政策引起的亏损。而如何弥补则取决于医院,主要有三种可能方式:一是通过提高医疗服务的效率,增加医务人员的工作量从而降低人员成本;二是通过提高管理水平有效降低医院的各种运营成本;三是通过改变医疗服务的行为,增加医疗服务的净收入(利润)。实际操作中,这三种方式可能都会发生。对于前两种方式,我们需要关注医疗服务质量是否受到影响。如医患交流是否减少。对于第三种方式,我们需要关注医疗服务的成本效益,增加的费用以及医疗质量的改善是否是社会财力可接受的水平。

### 2.2.3 人员经费增长对医院成本的影响

公立医院的人员经费支出包括基本工资、津贴补贴、奖金、社会保障缴费、伙食补助费、绩效工资、工会经费、福利费以及对个人和家庭的补助支出等。人均人员经费要满足医务人员市场的工资水平,也

应与当地居民收入总体增长幅度相符,其合理增长应参考居民消费价格指数和居民可支配收入变动指数,同时,人员经费总额的变化要考虑医疗服务工作量变动的影 响。工作量的增长来源于两方面:新增人员和原有人员效率的提高,这都会导致人员经费总额的增长。2011 年该市居民消费价格总指数为 105.2,同时城市居民家庭人均可支配收入中工资性收入较上年同期增长 12.5%。在人员经费指数设定中,应将人员经费占业务收入(或成本)的比重控制在合理范围,不能过度增长。如果按照消费价格指数测算,人员经费增长 5%,增长后若其他支出不变,人员经费占业务支出的比重将从 31.70% 增长到 32.77%,导致总成本相应增加 1.59%。如果人员支出增长 10%,则人员经费占业务支出的比重增长到 33.80%,同时总成本上升 3.17%。

## 3 存在的问题

### 3.1 财政补助与医疗服务的诊疗规范不配套

根据亏损进行补助,也就默认了目前公立医院的诊疗规范是合理的。但经过 2007 年的药品加成回归到 15% 的比例,以及随后的一系列价格下调,多数医院在没有财政补助的情况下仍然保持了总结余的增长(或亏损的减少)。除了人均服务效率的提高之外,这种持续的结余增长主要来自于医院各种服务手段的变化,使得药品加成下降引起的结余减少在其他服务中得到了弥补。目前,相关部门尚未对这种利润导向下诊疗手段调整的合理性做出准确评估。

### 3.2 财政补助与医院的运营效率不配套

目前我国医院的运营效率居世界前列,其依据是每医生年平均门诊人次较高。但这一指标是否能够完全代表效率高低还有待商榷,如果一次就诊能够康复的患者,因为医治不够彻底等原因多次就诊,此时所谓的每医生年门诊平均门诊人次根本无法反映出医生的工作效率。衡量医疗服务效率的依据应该是每治愈一例病患所耗用资源的高低,如果医生将主要精力集中于分析病情,而不是让患者做各种检查,那么一定程度上可以避免医疗资源的浪费。

### 3.3 财政补助与薪酬管理机制不配套

在控制医疗服务价格的情况下,如果财政补助

不能弥补人员薪酬的刚性增长,就会迫使医院逐利,从而医疗服务的行为也会发生改变。根据上述 13 家医院 2008—2012 年的数据,医院人员支出平均每年增长 7.15 亿元,而同期财政补助每年仅增长约 7 288 万元。经测算,如果薪酬上升 5%,财政经常性补助要在上年补助的基础增加 44%;如果薪酬上升 10%,财政的配套增长则高达 80%。而实际上,各医院员工平均薪酬水平的环比增长都高于 10%,其增长是否合理还有待评估。总之,在薪酬没有合理并有效管理的前提下,财政补助政策是无法合理制定的。

### 3.4 财政补助与价格管理制度不配套

目前医院各种项目定价或高或低,一些项目价格的调整会导致医院的收入下降,如果财政补助不配套,医院就要从其他方面弥补。以 2011 年的价格调整政策为例,虽然调整有上有下,但下调政策产生的影响较大。医院并没有因为价格降低、人员经费上涨和财政补助相对不足等因素出现明显亏损,2008—2012 年各医院收支结余呈逐年增加趋势。进一步分析相关数据发现,各医院的业务收入不断增加,且增长率高于业务量的增长,而同期的医疗服务价格并没有逐年提高,因此,医院为应对政策变化可能会提供更多或者更贵的医疗服务,最终使得看病贵问题难以得到合理解决。

## 4 完善公立医院财政补助的政策建议

### 4.1 公立医院的诊疗规范应与社会经济水平相适应

公立医院可以根据市场需求适当发展高端服务,但公立医院提供的医疗服务要以社会经济水平可以承受的程度为前提,而不能引导医疗保险或者个人使用各种先进且昂贵的医疗设备。新医改以来,有关部门和学术界多是强调公立医院的服务成本没有得到合理补偿,而在这方面的讨论较小。因此,公立医院诊疗规范的管理应该由医疗保险方组织医疗服务领域的专家来制定合理的服务方式。

### 4.2 公立医院应以医疗效率为标准进行管理

一直以来,人均门诊量和床日数往往是衡量公立医院运营效率的重要标准,但更为合理的考核标准则是完整治愈一例疾病所需的总费用,这个标准同医疗保险按病种支付的思路基本一致,但在门诊

方面,测量和计算治愈一个疾病所需费用还面临很多问题,特别是慢性病。美国的商业医疗保险公司已经开展了较长时间的探索,我国的医疗保险公司也有很多经验和管理方法值得公立医院管理部门借鉴。

### 4.3 改变公立医院开放性的薪酬管理体制

公立医院职工收入主要来源于医院的结余(利润),而政府对医院的结余和薪酬没有进行有效管理,加之医患之间信息不对称以及三级医院的垄断性,导致公立医院的逐利性非常强烈。这不但造成了看病贵和患者不满意,还直接破坏了医患之间的信任,加剧了医患矛盾。

### 4.4 由医疗保险方控制价格

让政府部门以定价的方式来控制医疗服务的费用,其效果并不明显。价格低不等于看病便宜,因为治疗手段可能发生变化。因此,医疗服务的定价应该由医疗保险方同医院谈判,通过总额控制、按病种付费等方法与医院协商制定价格。随着医疗保险保障水平的不断提高,覆盖面的不断扩大,医疗保险方应逐步承担制定医疗服务价格的任务,根据社会筹资水平来引导医院使用成本效益好且同社会经济水平相适应的治疗方案。

### 4.5 经常性财政补助撤销的条件

公立医院服务价格较低,虽然其目的是提供价格低廉的医疗服务,但在公立医院现有财务运行机制制约所形成的激励机制下,低价格的服务项目不但没有提供低价格的医疗服务,反而引起了不必要的资源浪费。因此,要防止价格控制政策和财政补助引起的医疗行为扭曲,需要具备以下四个条件:保证医疗服务质量前提下的高运营效率;与社会财力相匹配的诊疗规范;能够及时反映出医疗服务价格变动对医院收入的影响;有效管理医务人员薪酬的合理增长。需要说明的是,这四个条件的管理成本比较高,如果做不到这几点,价格政策引起扭曲的负面作用将会非常大。

从长远来看,有条件的地区可以考虑撤销公立医院的经常性财政补助,以更为合理的方式补偿医院的运营成本、以更高水平的医疗保障降低患者的就医负担。这些条件包括:定价部门调整医药价格,

基本消除由定价过低引起的政策性亏损;医疗保险机构与医院谈判确定医疗服务价格,确保医院提供的适宜诊疗服务得到合理补偿;由卫生部门全面监管医疗服务质量;由政府预算部门根据医院的公共服务量合理制定医务人员的工资总额;由医院根据预算决定各种医务人员的聘任。这种机制的管理成本和效果要比财政补助式的管理手段效率高,也是公立医院改革的根本方向。

#### 参 考 文 献

- [1] 刘军民,张维. 健全我国公立医院财政补偿机制的基本思路——兼议公立医院实行“收支两条线”管理的可行性[J]. 卫生经济研究, 2007(2): 11-13.
- [2] 吕军,李士华,房信刚. 公立医院财政补偿机制改革的思路与方法[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(8): 513-516.

- [3] 李玲,陈秋霖,张维,等. 公立医院的公益性及其保障措施[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(5): 7-11.
- [4] 俞卫. 公立医院改革:公益性、财政补偿和治理模式[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(7): 25-27.
- [5] 王莹. 激动视野下办立医院财政拨款方法的选择[J]. 财贸经济, 2007(12): 34-39.
- [6] 万红,徐周佳,蒋一鸣. 地、市级公立医院政策性亏损的实证分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(7): 36-38.
- [7] 曹岳兴,袁汇亢,周莹. 公立医院医疗服务价格补偿机制研究[J]. 卫生经济研究, 2009(1): 24-26.
- [8] 刘瑕,禹硕,于润吉. 财政对公立医院补助政策的演变及评价[J]. 卫生经济研究, 2008(12): 8-9.

[收稿日期:2013-06-26 修回日期:2013-08-26]

(编辑 赵晓娟)

#### · 信息动态 ·

## 欢迎订阅 2014 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊),中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医改进展、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670