

# 县级医疗机构经济补偿的实证研究:以 J 县为案例

于风华\* 孟庆跃 王 健 左根永 李 凯 杨慧云

山东大学卫生管理与政策研究中心 山东济南 250012

**【摘要】**目的:开展县级医疗机构经济补偿的实证研究,为推进公立医院改革提供参考。方法:以 J 县医疗机构为案例,进行实证研究。资料来源于 J 县医疗机构 2009 年财务报表等以及关键人物访谈。结果:(1)县级医疗机构的财政补助水平较低,县中医院对药品补偿的依赖性最强。(2)县级医疗机构药品加成率较高,其执行的医疗服务价格低于医疗服务成本。(3)县级医疗机构公共筹资严重不足、个人付费水平较高。(4)县中医院和县妇幼保健院资源利用效率较低,自我生存发展能力较差。结论:相对充足的财政资金支撑是实行改革的前提,提高政府财政投入的公平与效率,建立公共筹资为主的筹资政策,理顺医疗服务价格体系,建立医院内部激励和约束管理机制。

**【关键词】**公立医院改革;县级医疗机构;经济补偿

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.04.006

## An empirical study on the economic reimbursement at county medical institutions: a case in J County

YU Feng-hua, MENG Qing-yue, WANG Jian, ZUO Gen-yong, LI Kai, YANG Hui-yun

Center for Health Management and Policy, Shandong University, Shandong Jinan 250012, China

**【Abstract】** Objectives: This paper focuses on the empirical study of the economic compensation at county hospitals in order to provide the reference for the policy-making to strengthen the public hospital reform. Methods: Taking J county hospitals as a case, this paper uses the methods of the empirical study. The data sources are derived from J county hospital's financial yearbook in 2009 and key person interviews. Results: (1) The share of government subsidies is less in the county hospitals. The Chinese traditional hospital mainly depends on the drugs-generated income. (2) The rates of drugs prices addition are higher in J county hospitals. The prices of the medical service are below the costs in the county hospitals. (3) The shortage of public finance is serious in the county hospitals and the out-of-pocket payment is higher. (4) The efficiency of using resources is low in the county Chinese traditional hospital and the health centers for mother and child. The ability of the development and survivor is weak. Conclusions: Relatively sufficient financial funds are the priority to support the public hospital reform. It is important to improve the equity and efficiency of the funds, establish the public financing policy, and construct the management mechanism of the internal incentive and constraints.

**【Keywords】** Public hospital reform; County medical institutions; Financial reimbursement

公立医院改革是新医改的重点和难点。县级医疗机构是农村卫生服务体系的“龙头”,真正让农民群众感受到看病方便、便宜,主要靠县级医疗机构的改革。<sup>[1-2]</sup>开展县级医疗机构经济补偿的实证研究,对公立医院改革具有重要参考意义。J 县地处鲁西

南,全县有 63 万人口,其中农业人口 52 万。2009 年,全县财政收入近 3 亿元。文章选取山东省 J 县为案例,对其县人民医院、中医院和妇幼保健院经济补偿状况进行了实证研究,试图为公立医院改革提供参考。

\* 基金项目:山东省社会保险规划课题(2006A-011)

作者简介:于风华,女(1969 年-),高级会计师,博士研究生,主要研究方向为卫生经济、政策管理。E-mail: yfhen@163.com

## 1 资料来源与方法

资料来源于 J 县医疗机构(包括县人民医院、中医院、妇幼保健院)2009 年财务报表等,以及对县级医疗机构和县级卫生行政等有关部门负责人的访谈。

本研究采用定性和定量研究相结合的方法。定性研究主要召开了县综合医院、中医院、妇幼保健院、乡镇卫生院、县卫生局、新农合办公室、医保局等负责人参加的座谈会;并对县级医疗机构主要负责人进行了深度访谈。定量研究主要调查县综合医院、中医院和妇幼保健院的业务收支和筹资状况。

## 2 结果与分析

### 2.1 医疗机构经济补偿情况

2009 年,县人民医院总收入为 22 648 万元,其中财政补助收入占 0.70%,药品收入占 43.06%,医疗服务收入占 55.17%。县中医院总收入为 1 219 万元,其中财政补助收入占 5.25%,药品收入占 50.78%,医疗服务收入占 34.21%。县妇幼保健院总收入为 537 万元,其中财政补助收入占 5.40%,药品收入占 30.91%,医疗服务收入占 61.27%。总体上,县级医疗机构的财政补助水平较低(平均为 1.03%);对药品补偿的依赖性较强,其中县中医院对药品补偿的依赖性最强(表 1)。

调研发现,县人民医院每年“三无”病人约支出

100 万元,包括治疗费、生活费以及雇人照料费等,这些费用都由医院自己解决。全县 300 多位离休干部医药费实报实销,政府每年仅按每人 9 000 元给予定额补助,医院由此每年亏损约 50 万元。另外,还要承担卫生应急任务等支出。县人民医院承担的社会责任性支出大大超出政府补助(2009 年为 159 万元)。

县中医院和县妇幼保健院财政补助水平较低,经济运行较困难,存在职工工资发放困难等生存问题。县中医院仅新农合报销比例较高,体现不出国家对中医财政扶持等其它政策优惠之处。县妇幼保健院医疗服务能力较弱,探索走“以提供公共卫生服务为主”的路子,现已与县计生站合并,正在争取全额财政补助。

### 2.2 药品加成和医疗收费政策执行情况

2009 年,县人民医院药品加成收入(即药品净收入)为 2 572 万元,县中医院为 237 万元,县妇幼保健院为 63 万元,药品加成收入总计为 2 872 万元。县级医疗机构药品加成率都高于 35%。从机构类别看,县中医院药品加成率最高(62%),县妇幼保健院次之(61%),县人民医院最低(36%);从药品类别看,西药的药品加成率相对较低(最低为 36%),中草药的药品加成率相对较高(最高为 100%)。总体上,每一类机构、每一类药品都不符合国家现行的药品加价政策规定(表 2)。

表 1 2009 年 J 县级医疗机构经济补偿情况

单位	收入总计 (万元)	财政补助收入		药品收入		医疗服务收入		其他收入	
		数额(万元)	比重(%)	数额(万元)	比重(%)	数额(万元)	比重(%)	数额(万元)	比重(%)
县人民医院	22 648	159	0.70	9 753	43.06	12 494	55.17	242	1.07
县中医院	1 219	64	5.25	619	50.78	417	34.21	119	9.76
县妇幼保健院	537	29	5.40	166	30.91	329	61.27	13	2.42
合计	24 404	252	1.03	10 538	43.18	13 240	54.26	374	1.53

表 2 2009 年 J 县级医疗机构药品加成情况

	药品收入(万元)				药品加成收入(万元)				药品加成率(%)			
	小计	西药	中成药	中草药	小计	西药	中成药	中草药	小计	西药	中成药	中草药
县人民医院	9 753	9 726	2	25	2 572	2 564	0	8	35.82	35.80	0	47.06
县中医院	619	349	136	134	237	122	48	67	62.04	53.74	54.55	100.00
县妇幼保健院	166	166	0	0	63	63	0	0	61.17	61.17	0	0
合计	10 538	10 241	138	159	2 872	2 749	48	75	37.46	36.69	53.33	89.29

从访谈中了解到,县级医院没有严格执行“不超过 15% 的药品加价政策”的主要原因是补偿不足。假如县中医院执行 15% 药品差价,医院将关门;若执行 45% 药品差价,补偿仍然不足,会因工资发放问题而影响职工队伍稳定;另外医院还要维持医疗设备更新、房屋修缮等。目前该医院仍执行“药品最高零售价政策”,医院以最高零售价为基准,要求药品供应商交易时留出 60% 的利润空间。实际上,医院药品净利润的大部分是药品供应商的让利。

总体上,县级医疗机构执行的医疗服务价格低于医疗服务成本,体现不出医护人员的技术劳务价值。比如,现行的护理费标准为:Ⅰ级护理 9 元、Ⅱ级护理 6 元、Ⅲ级护理 3 元,与社会其他商品和服务相比,护理“价格倒挂”严重(即价格低于成本)。政府惠民政策要求减免医疗服务收费,如减免残疾人员和优抚人员的收费,而医院却得不到相应补偿。同时,目前医疗机构面临卫生材料、水、电等上游资源涨价幅度很大,而医疗服务价格不能及时调整。调研发现,因离省级某三甲医院较近,县人民医院不得不采取降低医疗收费价格的措施(大致为物价部门制定的收费标准的 60%),以吸引群众就医,增加医院病源。

### 2.3 医疗机构筹资情况

从表 3 可见,县级医疗机构财政补助水平较低。2009 年,县人民医院政府补助收入为 159 万元,县中医院为 64 万元,县妇幼保健院为 29 万元;县人民医

院政府补助收入所占总筹资的比重为 0.70%,县中医院为 5.25%,县妇幼保健院为 5.40%。

新农合基金收入是县级医疗机构公共筹资的主要方式。2009 年,县人民医院新农合基金收入为 2 896 万元,县中医院为 129 万元,县妇幼保健院为 39 万元;其所占筹资的比重分别为,县人民医院 12.79%,县中医院为 10.58%,县妇幼保健院为 7.26%。

城镇职工和城镇居民医保基金收入,县人民医院分别为 484 万元和 357 万元,分别占 2.14% 和 1.58%;县中医院分别为 7 万元和 10 万元,分别占 0.58% 和 0.82%。

个人付费是县级医疗机构最主要的筹资方式。个人付费水平较高,介于 81% ~ 87% 之间。

总体上,县级医疗机构公共筹资严重不足、个人付费水平较高。

### 2.4 医疗机构资源利用效率和自我生存发展能力

2009 年,县人民医院病床使用率为 125%,县中医院为 68%,县妇幼保健院为 85%。县人民医院每职工平均业务收入为 26.27 万元,县中医院为 6.64 万元,县妇幼保健院为 6.78 万元。县人民医院平均每出院者费用为 3 432 元,县中医院和县妇幼保健院分别为 1 100 元和 980 元。总体上,县人民医院资源利用效率较高,县中医院和县妇幼保健院资源利用效率较低;县人民医院自我生存发展能力相对较好,县中医院和县妇幼保健院自我生存发展能力相对较差(表 4)。

表 3 2009 年 J 县级医疗机构筹资情况(万元)

单 位	总筹资 (所占比重,%)	政府补助 (所占比重,%)	新农合基金 (所占比重,%)	城镇职工 医保基金 (所占比重,%)	城镇居民 医保基金 (所占比重,%)	个人付费 (所占比重,%)	其他 (所占比重,%)
县人民医院	22 648(100)	159(0.70)	2 896(12.79)	484(2.14)	357(1.58)	18 485(81.61)	267(1.18)
县中医院	1 219(100)	64(5.25)	129(10.58)	7(0.58)	10(0.82)	1 009(82.77)	0(0)
县妇幼保健院	537(100)	29(5.40)	39(7.26)	0(0)	0(0)	469(87.34)	0(0)

表 4 2009 年 J 县级医疗机构资源利用效率情况

	年末在职 职工数(人)	编制床位数 (张)	诊疗人次数 (人次)	出院人数 (人)	病床使用率 (%)	每职工平均 业务收入(万元)	次均住院 费用(元)	次均门诊 费用(元)
县人民医院	856	787	547 457	46 017	125	26.27	3 432	119
县中医院	174	100	90 000	4 817	68	6.64	1 100	110
县妇幼保健院	75	40	36 030	1 737	85	6.78	980	90

### 3 讨论

#### 3.1 相对充足的财政资金支撑是实行公立医院改革的前提

调研发现,县级医疗机构的财政补助水平很低是其依赖药品补偿的重要原因之一。按照新医改要求,改革公立医院补偿机制,逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助 3 个渠道,改为服务收费和财政补助 2 个渠道。一旦取消药品加成,必定会对公立医院运营管理、激励机制产生较大的影响。<sup>[3]</sup>现有的补偿政策设计是,地方各级政府特别是省级政府承担基层医疗卫生机构投入的主要责任。但现实是,筹资责任通常由上级政府向下级政府转移,通常县级政府承担主要筹资责任。因此,如何为县级医疗机构改革寻求财政资金支撑,是政策制定者优先考虑的关键问题。如果公立医院改革缺乏财政资金的有力支撑,公益性将难以保证。因为疾病特征、医疗技术进步、巨额医疗费用和疾病的公共政策性质迫切需要政府承担责任。<sup>[4]</sup>要想改革顺利推进,必要的投入是必不可少的。否则,改革可能成为“走过场”。

#### 3.2 提高政府财政投入的公平与效率

政府对公立医院的投入,是政府干预医疗卫生市场、规范公立医疗机构行为的重要手段。通过财政投入进行公立医院的基础建设,保证公立医院建设的布局和资源规划不受资本利益的影响,符合公平性和可及性的要求。<sup>[5]</sup>同时,针对县中医院、县妇幼保健院自我生存发展能力较差的实际,政府财政给予重点扶持,从筹资政策上体现保护策略。为提高财政资金投入的公平和效率,政府要根据卫生服务产品的公共属性和外部性程度的不同,而采取不同的投入策略。如合理划分非传染性的初级、二级和三级的治疗疾病服务,传染性疾病的治疗服务,高传染性疾病的治疗服务等。<sup>[6]</sup>要界定医疗服务成本,合理区分市场经营范围与财政补偿领域,鉴别医院的政策性亏损和经营性亏损;界定公立医院公共服务职能成本,将其纳入财政完全补偿范畴。<sup>[7]</sup>

#### 3.3 建立公共筹资为主的筹资政策

本研究发现,县级医疗机构筹资有以下特点:财

政补助水平较低(低于 6%),新农合基金是公共筹资的主要方式(10%左右),个人付费水平较高(超过 80%)。改革旨在政府、医院和居民个人之间重新调整利益关系,以取得较佳平衡。降低个人付费水平(减轻群众就医经济负担)是改革的初衷。降低个人付费水平,可采取加大新农合基金投入等政策措施。政府加大对需方的投入,减轻经济困难群众的医疗费用负担,有利于卫生公平目标的实现。同时,政府建立公共筹资为主的筹资政策,拓宽筹资渠道,有利于医疗机构的可持续发展。因此,政府建立公共筹资为主的筹资政策,不仅能降低群众医疗费用水平,还有利于医疗机构的可持续发展。

#### 3.4 理顺医疗服务价格体系

本研究发现,现行的医疗服务价格大大低于医疗服务成本,体现不出医护人员的技术劳务价值。公立医院补偿机制改革的方向是,通过降低药品收入控制不合理用药,逐步由服务收费和财政补助得到补偿。要解决公立医院的补偿问题,应当先理顺医疗服务价格体系,使医疗服务的价值得到真实体现。只有价格合理了,价格信号才能有效调节医院、医生的服务提供行为和患者的就医行为。在价格体系相对合理的前提下,支付方式的调整 and 改革才会有效实施。<sup>[8]</sup>

#### 3.5 建立医院内部激励和约束管理机制

调研发现,尽管县人民医院受财政补助和医疗收费水平低等政策因素影响,但医院努力向内部管理要效益,节约成本开支。多年来,县人民医院实行严格的科室成本核算,医院成本费用控制较好;医院药品管理较规范,规定单张处方金额不得超过 150 元,对住院单一药品每天超过 80 元的须由患者及家属签字和医院分管院长审批,新农合及基本药物目录内用药比例之和不能低于 90%。总体上,医院经济运行状况尚可。现行的医疗服务价格是综合考虑了医疗机构的社会平均成本而制定的,作为医院个体,若医院服务成本低于社会平均成本,有获取利润的可能。<sup>[9]</sup>鉴于我国目前县级医院大多仍以粗放管理为主,因此,加强医院内部科学管理,建立激励和约束机制,能有效增强医院的自我补偿能力。

### 参 考 文 献

- [1] 吴凤清. 点兵十六城——公立医院改革试点特别报道[J]. 中国医院院长, 2010(6): 38-46.
- [2] 钟东波. 公立医院的经济学实质和依据[J]. 中国卫生政策研究, 2008, 1(1): 45-50.
- [3] 董云萍, 王玉芹, 吕晖, 等. 新医改背景下公立医院公益性回归的路径依赖分析[J]. 中国医院管理, 2010(7): 3-5.
- [4] 刘继同, 郭岩, 陈宁珊, 等. 什么是“好”的卫生政策[J]. 中国医院管理, 2007(4): 3-6.
- [5] 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.

- [6] Bitran R, Muñoz J, Agud P, et al. Equity in the financing of social security for health in Chile [J]. Health Policy, 2000, 50(3): 171-196.
- [7] 缪建春, 刘继同. 我国公立医院卫生财政补偿政策变迁及医院成本核算的战略意义[J]. 中国医院管理, 2010(8): 1-2.
- [8] 李卫平. 公立医院改革要从五方面着手[J]. 中国卫生经济, 2010(3): 5-8.
- [9] 田立启, 张永征, 张茂忠, 等. 医院管理会计[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2003.

[收稿日期:2010-12-15 修回日期:2011-03-29]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

## 《柳叶刀》系列论文:2009 年有 260 万死产婴儿

2011年4月14日,《柳叶刀》杂志发表的系列论文显示,2009年全世界约有260万死产婴儿。每天都有7200多名死产婴儿,其中98%的死产发生在低收入和中等收入国家。高收入国家亦不能幸免:每320名新生儿中就有一名死产婴儿——这一比率在过去十年中几乎未曾发生变化。

新的估计数字显示,全世界的死产婴儿数量仅以每年1.1%的速度下降,从1995年的300万例降到2009年的260万例。这一速度低于同期孕产妇和儿童死亡率的下降程度。导致死产的五大主要原因:分娩并发症、孕妇妊娠期感染、孕产期失调(尤其是高血压和糖尿病)、胎儿生长受限及先天性异常。

所有死产中,有近半数发生在分娩过程中,三分之二发生在农村地区。各国的死产率各不相同,从最低的芬兰和新加坡每1000名新生儿中发生2例,

到最高的巴基斯坦47例、尼日利亚42例、孟加拉国36例和吉布提、塞内加尔各34例。66%的死产也就是约180万例,发生在10个国家:印度、巴基斯坦、尼日利亚、中国、孟加拉国、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、印度尼西亚、阿富汗和坦桑尼亚联合共和国。这一比率在同一国家之内也大不相同,例如在印度,这一比率在不同省份之间的分布为每1000名新生儿中发生20至66例。

2010年9月,联合国秘书长潘基文宣布了全球妇幼健康战略,目标是在未来五年挽救1600万妇女与儿童的生命。2011年9月,将在联合国大会上举行非传染性疾病问题特别会议。糖尿病及高血压等非传染性疾病是导致死产的危险因素。

(来源:世界卫生组织网站)