

健全公立医院财政补偿机制

刘军民 ●

公立医院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。为解决公立医院趋利而导致的“看病贵、看病难”问题，2000年，财政部、原国家计委、卫生部出台了《关于卫生事业补助政策的意见》，党的十六大也明确提出要“坚持公益方向，适应市场经济”的改革原则，为此，有人理解为公立医院应当实行财务“收支两条线”，甚至有人提出要进入财政“统收统支”，以断绝其逐利动机，推动其转变机制，促使其回归公益性。笔者认为，公益性决不是由财政大包大揽，否则，不仅成本巨大，实施难度高，而且也未必能够收效，甚至还可能引发一些新的问题。

一、实行“收支两条线”可能引发的问题

1. 实行“收支两条线”可能出现体制复归，面临效率难题。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，在目前市场经济体制的现实情况下，这种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局面又将很难避免。

2. 改革成本之大可能使财政难堪重负。先看一个案例：上海申康医院发展中心下属23家市属医院，2005年收入144亿元，支出140亿元。按照理想模式，收支两条线后，144亿元的收入归财政，再由财政安排140亿元支出，政府似乎还能有4亿元的节余。但是，如果实行“收支两条线”，医疗机构的一系列行为难免发生改变，那时收入就不再是144亿元，可能是60亿元，甚至更少，而支出仍然还是140亿元或者更高，这个巨大窟窿财政能否填补得了？以目前经济条件和政府财力，似乎还不具备将全部公立医疗机构“养起来、包下来”的能力。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的改扩建、购置高端医疗设备而背负的。如果实施“收支两条线”，则意味着政府要为这些历史债务“埋单”，财政将不堪重负，也有违社会公平。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现象。2004年，山东省医疗机构平均资产负债率达到31.9%；天津市大型医院资产负债率普遍都在30%以上，个别医院资产负债率高达60%多，已经出现还贷困难。

3. 可能保护落后。“收支两条线”管理实质上是回复到全额预算拨款体制，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合适，实行起来可能是保护落后，回归到“大锅饭”体制。北京市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”和预算全额管理，由人事部门核定工资，财政予以全额保障，并引入经常性审计监督，但多数卫生事业单位其实并不欢迎。

城镇的发展。有必要在此基础上，按照准城市发展的要求，形成一套准城市的发展战略。

五是整合新农村建设的相关政策，形成准城市发展的政策体系。准城市

发展将给农村带来一种全新的、符合市场化客观要求、本土化的新模式，成为新农村建设中最能拉动农村经济发展的主体。因此，有必要在新农村建设中，建立起针对准城市发展的相关政

策，使新农村建设的范围涵盖到农村和城镇两个领域，最终实现城乡一体化的发展目标。●

(作者单位：财政部财政科学研究所)

责任编辑 方震海

4. 赖以建立的技术基础尚不具备。“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、增值是否应做为公立医院的一个目标?折旧又如何计提?设备、设施投入多少合适?现实中,物价在涨,人力成本、医疗服务项目成本时刻在变化,没有相关政策的支持,医院怎么面对?这一系列问题都没有搞清楚,简单地要求收支两条线肯定是没有基础的。例如,上海有关部门三年前对一家医院实行收支两条线改革测算,发现政府要在原有基础上,每年再给1.5亿元才可以做到。所以,对公立医疗机构实行预算式全额管理有潜在风险,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)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,继而影响卫生事业的健康发展,甚至引发财政风险。

5. 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行预付制,从成本上约束和规范医院的医疗服务提供行为。无论是总额预付制,还是单病种定额预付制,或者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,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,预付制的优点和效力也就全部丧失,最终不可避免地导致医疗效率下降,“看病难、看病贵”的问题也得不到解决。

二、健全公立医院补偿机制的对策

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。

1. 建立以政府“购买服务”为主的补偿机制。财政对卫生机构的经常性补助比较合理的方法是按照救治多少人次提供多少补偿。世界趋势是通过政府购买服务,按照服务量和工作绩效予以补偿,体现促进效率的原则。因此,要严格按照《关于卫生事业补助政策的意见》规定,“对非营利性医疗机构的补助以‘定项补助’为主”,切实改革按人头的“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;三是从综合项目补助转变到单项目补助,切实加强服务项目的成本核算,合理测算补助基数。

2. 加强区域卫生规划,严格控制医院基建规模。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合理有效配置。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,防止医院陷入“扩张—收费创收—再扩张”的恶性循环。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。

3. 强化财务和资金监督管理。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,全部上缴财政;改革药品供销机制,实行政府招标和集中配送,推行医药分离、分开核算,有条件的实行药房托管,取消药品顺价加成销售;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,并与工作量、服务质量挂钩。同时,修订完善医疗机构财务会计制度,加强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。

4. 建立预算绩效评估制度,实行“以奖代补”。引入现代市场经济的“成本—收益”理念,确定可测量的战略目标和项目目标等绩效指标,将业绩指标、成本核算和执行结果纳入预算体系,实行“以奖代补”,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,以提高资金补助的实际效果。通过把投入与降低费用挂钩,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提供成本效果比较好的医疗服务。

5. 规范和完善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”和不合理的创收行为。

(作者单位:财政部财政科学研究所)

责任编辑 戴开成