

# 試 論 醫 院 收 費 標 准

黃 云

1956年下半年，当全国範圍內在強調职工福利費的时候，对医院的收費标准，曾提出了不少的批評与意見，大部分意見是認為医院的收費标准 过高 或 偏高，因而主張調整降低。在这种情况下，山东省在1956年10月份对全省医疗單位的收費标准也作了一次較大幅度的調整降低。因降低收費标准，全省医疗單位去年四个月約增加預算補助150万元。这次收費标准調整降低后，职工群众是欢迎的，也可以說是必要的。但到了1957年，各医疗單位計算收支数字結果，发现預算補助数不足甚多，因而又有人認為去年降費的幅度过大了，主張恢复原来水平。从这些情况中，我認為发生了这样一个值得研究的問題，即：医院收費标准的高低，究竟应以什么为衡量尺度？应怎样来研究制訂收費标准？本文即对这两个問題試予闡述，与大家商讨。

## （一）医院收費标准高低的衡量尺度

衡量医院收費标准的高低，必須有一个共同的尺度，这也就是制訂合理的医院收費标准的 根据。那末，这个根据是什么呢？这就須要从医院的性質、任务及国家财力、医院支出几方面来分析。

医院是社会福利機構，它的支出必須由国家預算補助一部分，同时根据当前經濟发展水平和財政收入情况，还必须向治病者收取一定費用，以弥补支出。

这样，構成当前公立医院的經費来源 便有兩部分：一部分来自国家預算補助，一部分来自收費。医院收費标准的高低，就决定于国家預算補助数的多少和医院支出数的大小兩個因素。

从这个分析出发，也就可以找出制訂医院收費标准的根据，即：根据医院的性質、任务、业务计划及增产節約精神，核实医院的支出数；根据国家财力的可能与群众对医疗费用的負担能力，适当地确定国家对医院的預算補助数；在医院支出数和国家預算補助数的基础上，制訂收費标准，以便通过收費来保証預算補助不足的一部分开支，达到医院的收支平衡。因此，所謂医院收費标准的高低，只能是相对的，而不能是絕对的。那种片面地从群众要求出发而不考虑財政力量，指責收費标准过高的說法，是不现实的；同样的理由，那种認為收費标准过高，完全是由于財政預算的限制，而不从医院开支是否有浪費来檢查，因而埋怨財政部門的看法，是不够全面的；而在財政力量有可能提高預算補助数时，仍不降低收費标准的做法，

也是不够妥当的。

## （二）应怎样来制訂收費标准

医院的收費标准，既然决定于医院的支出数与国家預算補助数兩個因素，那末在制訂收費标准时，也就必須首先研究医院支出数与国家預算補助

数的規律及其相互关系。国家对医院的預算補助数，总的說来随着人民經濟的发展和財政收入的增加，占医院支出数的比重将是逐步增加的；与此相适应，通过收費来保証医院支出部分的比例，也將随之降低，从而收費标准也可相应地降低。

从医院支出的構成来分析，基本上可以分为三部分：（1）基本建設、器械、家具購置及房屋修繕費等非經常支出；（2）与治疗业务不发生直接关系的行政人員开支及公費費用；（3）与治疗业务有直接关系的医务人员开支及其业务費用。根据当前国家对医院補助数來說，大体上只能解决医院支出中的第（1）、（2）兩部分費用，至于第（3）部分开支，則必須通过收費来解决。因此，医院支出中的第（3）部分开支，也就應該成为当前計算医院收費标准的基础。

根据上述論点，当前制訂收費标准的原则，应该是在核实支出的基础上，包括医疗过程中必要的劳务与合理消耗来計算。由于各收費項目性質不同，其構成因素与計算方法，也应有所不同。从医院收費項目的性質來說，大体上可以分为三类：

（甲）屬於商品供应性質的收費——如药品材料費收入。因系商品，所以必須考虑价值規律的作用。医院的药品售价，既不能过多地超过医药公司零售价格，又应适当地收回合理消耗，以弥补支出。

（乙）屬於医疗技术性的收費——如治疗費、手术費、檢驗費、理疗費、接生費等，应根据技术的难易，需要劳务、材料的多少来計算，同时并应考虑群众負担能力与卫生事业的方針政策。

（丙）屬於服务性的收費——如挂号費、住院費、伙食費等，应根据消耗成本来計算，全部收回支出。

按照以上原则，各項收費标准的構成与計算方法如下：

一、关于商品供应性的药品材料收費，在計算售价时应包括：①購进原价；②运杂費、包裝費；③自然損耗；④因儲备、保管及調剂投药所需劳务費用及其相应开支（包括药房工作人員的工資、輔助工資、福利費、医药費以及工作服消耗等）；⑤药庫、药房的水电费、医疗杂支等。这些費用的总和与購进原价的总和对比，便可以算出大体應該掌握的药品材料綜合加成率。但綜合加成率，只是反映药品材料加成后

的总价格水平，以便于預算上掌握，而不能作为各种药品材料的具体品种加成率。在計算各种药品材料的具体品种加成率时，还必须按以下原則来办理：

1. 价格高的貴重药品、治疗傳染病的特效药、避孕药以及原裝的药品，其加成后的价格一般应相当于当地医药公司的零售价。如加成率过大，将影响群众对医疗费用的负担与医疗政策的贯彻。

2. 价格較低的散裝药品，如水剂、粉剂以及医院自制药品，因調剂过程中自然損耗較大，所需劳务也較多，可按实际構成費用加成，但也不宜过多地高于或低于（指自制药品）医药公司零售价。

3. 对某些用量不大的廉价药品材料，为便利計价起見，可規定一个处方起点基价（如五分或一角）。

二、关于医疗技术性的收費，应包括：①有关医生、护士、工人的必要劳务及其相应开支；②有关药品材料消耗；③有关消毒、清洁、水电費用。根据这些構成因素，便可以計算各项医疗收費标准。但在具体制訂收費标准时，还必须注意以下几点：

1. 乡村应低于城市，設備差的医院应低于設備好的医院，貧瘠地区应低于富裕地区，以免病人拥向城市与設備好的医院，过多地增加其医疗工作量。因此，如果收費标准由省一級来統一制訂时，应規定一个机动幅度，以便各地因地制宜。

2. 大手术費用应尽量从低或低于标准数，小手术費不妨从高或略高于标准数，以減輕大病患者的負担并相应弥补医院的支出。

3. 属于推广性的医疗方法（如新法接生），则可低于标准数。

三、属于服务性的收費，应分別作如下計算：

1. 挂号費应包括：①有关材料消耗，如挂号証、病历單等；②挂号室人員的劳务及其相应开支；③挂号室的水电費用等。

2. 住院費应包括：①病房房租；②病房被服消耗补充及洗滌費；③病房水电費、杂費；④病房护士、工人的必要劳务及其相应开支。至于冬季取暖費及夏季調温費，应根据不同設備条件按实际消耗成本另行計算收費，不应包括在住院費內。

3. 病員伙食費应包括：①主副食品的購进原价；②燃料、水电費的消耗；③营养护士及炊事員的劳务及其相应开支。

在实际制訂各項收費标准时，也还不能完全按照計算数来确定执行标准。因为公立医院的收費标准会影响到私人医院与联合診所的营业。公立医院有国家預算补助，而私人医院与联合診所则完全靠收費来自給自足。因此，如果不考虑到公私之間的关系，把公立医院的收費标准訂得过低，那末一方面会使病人拥向公立医院，造成公立医院的門診、住院拥挤現象；另一方面，私人医院与联合診所因就診人数过少，不能維持开业，这样既不能發揮社会的医疗力量，又将帶

来这一部分人的就业問題。所以，在制訂具体收費标准时，还应该考虑私人医院与联合診所的門診业务多、住院业务少，药費收入多、其他收入少的特点，对計算出来的标准数，作适当的平衡工作。平衡的原則应该是：門診收費标准可略高于标准数，住院业务收費标准可略低于标准数；价格低的药品材料加成率可略高于标准数，价格高的药品仍应維持或略高于医药公司的零售价格。只有这样，才能既不过多地增加群众对医疗费用的負担，又不影响私人医疗機構的营业，也保证了医院收支平衡。

### （三）必須开展增产节约

按中央分配的1957年預算补助定額来計算，以上所述制訂收費标准的根据、構成因素、計算方法仍然是适用的。但据了解，有不少地方的現行收費标准是高于标准数的。山东省1956年調整后的收費标准虽然是按以上原則与方法核算的，但由于考虑到公私关系，实际执行标准却高于标准数20%左右；可是各地卫生部門却仍然紛紛反映不能达到收支平衡，有的說收費标准低了，有的則說預算补助数少了。事实上，收費标准不算低，預算补助也不算少；其主要原因是由于機構发展过快，人員超編，业务开展不好，欠費过多，以及在支出上尚存在浪費現象等因素所造成。如山东省去年发展了农村区卫生所356处，因缺乏技術人員，有不少地区只有一、二个護理人員或行政人員；有些地区因与当地私人医疗機構重复，每天門診人数平均还不到3人，收入当然也就寥寥无几，而人員費用則須照样开支；1956年县卫生院的床位使用率总平均仅为67.4%，达不到一般业务水平，收入也就相应减少；就人員來說，1956年实有人数超过计划人数1,364人，如按中央編制計算，超編人員当更多；群众欠款数字，1956年一年竟达200万元左右。如果把這些因計劃不周、管理不善等原因所造成的浪費也列入收費标准或增加預算补助，显然都是不合理的。因此，我認为当前應該在国家預算补助数的基础上，进一步来計算合理的收費标准，凡現行收費标准过多地超过标准数的地区，应通过开展增产节约运动，有計劃有步驟地調整降低；凡現行收費标准接近于标准数，而医院收支不能达到平衡的地区，同样應該在开展增产节约的基础上，提高业务，緊縮支出来达到收支平衡，而不能以增加国家預算补助或提高收費标准的方法来解决超支問題。那种想从提高收費标准、保持高的收費标准或要求增加国家預算补助来使医疗單位的收支达到平衡的想法与做法，既不符合卫生事业的方針、政策与增产节约的精神，对促进医院管理也无积极意义。如果不开展增产节约，去掉这些浪費因素，那末正如水漲船高一样，即使再提高收費标准或增加国家預算补助数，也永远解决不了医疗單位的收支平衡問題。