



经济管理学术文库·管理类

医院成本管理研究

Study of Hospital Cost Management

韩斌斌 张军华 / 著



经济管理出版社
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE



经济管理学术文库·管理类

医院成本管理研究

Study of Hospital Cost Management

韩斌斌 张军华 / 著



经济管理出版社
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

医院成本管理研究/韩斌斌, 张军华著. —北京: 经济管理出版社, 2013. 11
ISBN 978-7-5096-2855-3

I. ①医… II. ①韩… ②张… III. ①医院—成本管理 IV. ①R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 286338 号

组稿编辑: 孙 宇
责任编辑: 孙 宇 刘 浪
责任印制: 黄章平
责任校对: 张 青

出版发行: 经济管理出版社
(北京市海淀区北蜂窝 8 号中雅大厦 A 座 11 层 100038)

网 址: www.E-mp.com.cn
电 话: (010) 51915602
印 刷: 北京银祥印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 720mm × 1000mm/16
印 张: 15.5
字 数: 305 千字
版 次: 2013 年 11 月第 1 版 2013 年 11 月第 1 次印刷
书 号: ISBN 978-7-5096-2855-3
定 价: 48.00 元

· 版权所有 翻印必究 ·

凡购本社图书, 如有印装错误, 由本社读者服务部负责调换。

联系地址: 北京阜外月坛北小街 2 号

电话: (010) 68022974 邮编: 100836



作者简介

韩斌斌，汉族，1974年11月生，河南荥阳人，管理学硕士、高级会计师、全国会计领军（后备）人才、河南省首批会计领军（后备）人才、河南财经政法大学客座教授，现任河南省肿瘤医院总会计师。长期从事医院财务会计及财务管理的研究和实践工作，以医院财务管理与会计制度为研究方向。在《中国卫生经济》、《中国医院管理》等杂志发表论文十多篇，主持或参与省部级课题多项，获得河南省科技进步二等奖两项。



张军华，汉族，1979年3月生，河南新乡人，河南财经政法大学会计学院副教授、管理学博士，中国注册会计师非职业会员。长期从事财务会计及财务管理的教学和研究工作，研究领域为公司财务理论与财务政策、医院财务管理。在《财经理论与实践》、《经济与管理研究》等杂志发表论文十多篇，主持或参与国家级和省级课题多项，参编教材多部。

前 言

医药卫生体制改革的深化为医院内部管理与运行带来了新变化。医院成本核算内容不完善、成本核算方法没有制度性安排、缺乏完整的成本管理体系等问题已无法适应医改意见提出的“进一步完善财务、会计管理制度，严格预算管理，加强财务监管和运行监督”的要求。2012年1月1日起在全国执行的新《医院财务制度》明确提出，“加强经济管理，实行成本核算，强化成本控制，实施绩效考评，提高资金使用效益是医院财务管理的主要任务之一”。至此，改进和完善医院成本管理已经成为医药卫生体制改革中的重要一环。

本书以不同时期发布的相关政策与制度为主线，描述了医院开展成本管理的背景，并结合我国医院市场的竞争现状，分析了医院成本领先战略的可行性及医疗成本与医疗质量的两难关系。以新《医院财务制度》为宗旨，本书重点总结了新制度执行一年来的经验和体会，遵循理论性与实践性相结合、基础性与前沿性相呼应的原则，注重案例分析，全面完整地论述了医院成本管理体系，以及医院成本策划、医院成本核算、医院成本控制、医院成本分析与考核等医院成本管理子体系。其中，医院成本策划部分借鉴企业成本策划方法，分析了医院成本预测及其短期、长期的决策过程，提出了医院成本决策的特殊性，对医院固定资产投资的科学决策能够起到积极的引导作用；按照新《医院财务制度》的要求，医院成本核算部分详细阐述了科室成本核算、医疗服务项目成本核算和病种核算的方法，尤其是在科室成本核算下采用分项逐级、分步结转的三级分摊方法，编制了相应的成本报表；医院成本控制采用全面预算管理和定额成本法，并采用比较分析法、比率分析法、因素分析法、趋势分析法、量本利分析法来对某医院整体成本和科室成本进行分析，借鉴医院财务制度和平衡计分卡原理设计了成本考核指标。

本书具有以下几个特点：

第一，本书总结了医院成本管理的实际案例，注重实用性，具有较强的可操作性。

第二，本书结合实际案例和实证数据，分析了医疗成本和医疗质量的关系处理问题，并站在医院长远发展战略的高度，通过借鉴企业竞争理论，提出了医院

成本领先战略。

第三，本书借鉴了企业成本管理体系中的成本策划，将存货管理决策和固定资产投资决策等理论引入医院成本管理中，以此指导医院作出科学合理的成本决策。

第四，本书的内容循序渐进，从理论到实践，从基本概念到基本方法，再从基本方法到实际应用，理论与案例相互渗透，便于读者掌握医院成本管理的具体操作。

本书是广大卫生管理人员的学习与工具用书，也可以作为卫生管理人员、医院财务人员培训、进修的教材。

目前，针对新修订的《医院财务制度》的医院成本管理书籍很少，但随着医院管理体制改革的深入，医院成本管理的理论与实务必将取得新的进展。本书虽然对新制度执行一年来的成果和经验进行了总结，力求准确和实用，但由于作者水平有限，难免存在不足和疏漏之处，恳请各位专家及读者批评指正。

赵水长

2013年7月

目 录

第一章 绪论	1
一、医院开展成本管理的背景	1
(一) 医疗体制改革对医院的影响	1
(二) 新医院财务制度和会计制度的实施	8
(三) 医院信息化平台的建立	11
二、医院成本管理的意义	18
(一) 促进医院竞争力的提高	18
(二) 确定医疗价格的重要依据	20
(三) 财政补偿机制的基础	23
(四) 考核经营水平和工作绩效的重要指标	25
三、医院成本管理的难点	25
(一) 医院成本管理的动力有待加强	25
(二) 医疗成本与医疗质量的关系	26
第二章 竞争战略与医院成本	29
一、医院竞争及医疗行业竞争的特点	29
二、医院竞争的效果分析	30
(一) 医院市场竞争形态: 国外文献综述	31
(二) 我国医院竞争效果	35
(三) 我国医院竞争环境分析	44
三、竞争战略的主要流派观点	45
(一) 霍尔的观点	45
(二) 波特的观点	46
(三) 克利夫·鲍曼的观点	48
(四) 钱吉姆和莫泊奈的观点	49
四、医院竞争战略分析	50

(一) 医院竞争战略的制定原则	50
(二) 竞争战略理论对医院竞争战略的启示	51
(三) 医院成本领先战略的确定	53
第三章 医院成本及成本管理概述	57
一、医院成本的含义、分类及特点	57
(一) 医院成本的含义	57
(二) 医院成本的分类	57
(三) 医院成本的特点	63
二、成本管理及医院成本管理概述	65
(一) 成本管理的概念、对象及特点	65
(二) 医院成本管理的发展历程	68
(三) 医院成本管理系统的构成、职能及组织规范	71
第四章 医院成本策划	74
一、医院成本预测概述	74
(一) 医院成本预测的含义	74
(二) 医院成本预测的内容	74
(三) 医院成本预测的指导思想和原则	75
(四) 医院成本预测程序与方法	76
二、医院成本决策	82
(一) 成本决策的含义	82
(二) 短期经营决策	83
(三) 资本投资决策	87
(四) 固定资产更新决策	95
三、医院成本决策的特殊性	97
第五章 医院成本核算	99
一、医院成本核算原则及核算要求	99
二、我国医院成本核算存在的问题	101
(一) 医院成本核算体系不健全	101
(二) 医院成本核算对象单一	101
(三) 医院成本核算不完整	102
三、医院成本核算方法	102

(一) 科室成本核算·····	102
(二) 医疗服务项目成本核算·····	141
(三) 病种成本核算·····	154
第六章 医院成本控制 ·····	161
一、医院成本控制的内涵及程序·····	161
(一) 医院成本控制的内涵·····	161
(二) 医院成本控制的基本程序·····	162
二、医院成本控制综述·····	163
(一) 国外医院成本控制方法·····	163
(二) 国内医院成本控制现状·····	165
三、医院预算与成本控制·····	167
(一) 医院预算管理的发展历程及存在的问题·····	167
(二) 现行预算管理办法·····	172
(三) 医院全面预算对成本控制的作用·····	175
(四) 医院支出预算的编制方法·····	176
四、医院定额成本与成本控制·····	186
(一) 定额管理的内涵·····	186
(二) 定额成本法的内涵及应用条件·····	187
(三) 医院定额成本的确定方法·····	187
(四) 脱离定额差异的核算·····	189
五、医院成本控制细化措施·····	190
(一) 提高医院成本核算与控制人员的业务水平·····	190
(二) 建立科学的理财观念·····	191
(三) 加强材料费用的控制·····	191
(四) 严格控制固定资产的购置·····	192
(五) 建立术前评估制度·····	192
第七章 医院成本分析与考核 ·····	193
一、医院成本分析方法·····	193
(一) 医院成本分析的资料来源·····	193
(二) 医院成本分析的方法·····	194
二、医院成本分析方法的应用·····	200
(一) 医院总体成本分析·····	200

(二) 医院科室成本分析·····	204
三、医院成本考核的内容·····	214
(一) 编制和修订成本预算·····	215
(二) 确定成本考核指标·····	215
第八章 结语·····	230
主要参考文献·····	233

靠的是当地税收收入，而劳保医疗福利与所在企业的利润相关，这也意味着医疗待遇在不同地区和企业之间的差别可能会很大。然而实际上这种差距并不大，这是由于计划经济下的“软预算约束”，中央政府会最终为医疗账单埋单，结果就像存在一个全国范围内的统筹一样。

几十年来，我国城镇的卫生服务提供者分为三个层次：大型企业（1000 名职工以上）一般有自己的医院；中型企业一般有自己的诊所为职工提供免费门诊服务；市区医院向中型企业的职工提供住院服务，并向小型企业职工及未纳入保障的人提供所有服务。所有这些机构都是公立的，政府直接或间接补贴它们的运营成本，其他的收入来自各个项目的付费。为使穷人和未纳入保障的人能够支付得起，政府管制下的医疗服务和药品价格都在成本价之下。当卫生机构出现赤字的时候，可以向政府申请补贴。政府还对医疗机构进行投资。

在农村医疗卫生领域，国家在“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的方针指导下，利用强大的政治动员能力较为迅速地建立了村、镇、县三级初级医疗服务及卫生防疫体系，并在经济发展水平比较低的情况下，建立了覆盖大多数农村地区、大部分农村人口的合作医疗制度。合作医疗制度最初是建立在当时迅速发展的集体经济制度的基础上：农民以村为单位，采取农民个人缴纳少量的费用、农村集体经济提取公益金相结合的方式共同筹集医疗基金。农民的医药费用由合作医疗基金和个人按一定的比例分担，保健站为农民提供医疗卫生防疫服务，并在儿童免疫、传染病和地方病的防治等公共卫生计划中发挥着重要作用。

从以上分析可以看出，在计划经济时期，政府以社会主义公有制为基础，一直致力于建立一套廉价、惠及所有居民的基本医疗服务体系，形成了包括医疗、预防、保健、康复、教学、科研等在内的布局合理的医疗服务体系和覆盖面很广的医疗保障机制。各类医疗机构的目标定位也很明确，是以提高公众健康水平而不是以营利为目的的。尽管当时我国经济底子薄、人民的物质生活水平很低，但在卫生领域，我国曾经被看作一个非常成功的典范。新中国成立初期，我国人民的健康指标属于世界上最低水平的国别组。到 20 世纪 70 年代末，我国已成为拥有最全面医疗保障体系的国家之一，80% ~ 85% 的人口享有基本医疗保障，这使得人均寿命从旧中国的不到 40 岁提高至 70 年代末的近 70 岁，婴儿死亡率从 195‰ 降到 41‰。虽然当时的医疗服务质量不高，医疗服务不免费且支付方式是按服务收费，但是这个系统不仅能够使绝大多数城镇居民享受到相对平等的基本医疗服务，还能将医疗费用控制在很低水平，以使贫困人口与未被纳入保障范围的群体也有能力消费医疗服务，因此患者医疗消费的经济负担并不重。所有医院和卫生院都是公立的，政府直接或间接补贴它们的运营成本，运营成本也不高，

1978 年我国的卫生总费用仅占 GDP 的 3%。

我国改革开放以前在高度集权的计划经济体制内，医疗体制虽然取得了显著成就，但也存在着许多问题。例如，在医疗卫生资源上，所实行的医疗卫生服务价格远远低于实际成本，重视福利而忽视成本，强调社会效益而不计经济效益，强调公平而忽视效率，城镇公费医疗和劳保医疗制度一直存在着对患者约束不足和一定程度的资源浪费问题；专业技术教育和总体投入赶不上医疗服务体系的迅速扩张，致使医疗卫生服务的总体技术水平较低；过分严格的政府计划管理在一定程度上影响着医疗服务机构及医疗人员的积极性和创造性。

2. 市场经济时期医疗体制改革中的医院（1978 年以后）

随着十一届三中全会以来改革开放的不断深入，我国社会及经济体制发生了巨大的变化，医疗卫生事业日益暴露出诸多弊端。在这种背景下，医疗卫生体制改革逐步展开并走过了艰辛的 30 年。

1979 年 1 月是我国医疗卫生体制改革的“分水岭”。改革前的医疗体制的弊端已凸显出来，集中表现在两个方面：一是医疗资源短缺，当时“看病难、住院难、手术难”已经成为大问题；二是医院的经营管理混乱，人浮于事、效率低下，“医院办社会”使得医院负担沉重。1979 年 4 月，卫生部等三部委联合发出了《关于加强医院经济管理试点工作的通知》，此后卫生部又开展了“五定一奖”（即定任务、定床位、定编制、定业务技术指标、定经济补助、完成任务奖励），并且开始尝试对医院定额补助、经济核算、考核奖惩，由此掀起了医疗体制改革的浪潮。此外，国务院还转批了卫生部的《关于允许个体医生开业行医问题的请示报告》，明确了个体开业行医的合法性，打破了公立医院在医疗卫生领域一统天下的局面，为其他所有制经济进入医疗卫生行业开辟了道路，自此民营医院开始涌现。

1985 年，国务院转发了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》。该报告提出，“必须进行改革，放宽政策，简政放权，多方集资，开阔发展卫生事业的路子，把卫生工作搞好”，其核心思路是放权让利，扩大医院自主权，基本按照国有企业改革的模式，为改革定下了基调——市场化。政府鼓励医疗机构除了获得国家的投入外，还要在市场化的进程中自筹资金盖病房、增加病床、购买设备，解决医疗资源短缺的问题。从这年起，各地医院推行承包制、综合目标管理责任制和院长负责制，扩大了医院的人事、财务和经营管理的自主权。

1989 年，卫生部等五部委发布的《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》进一步提出了市场化的具体措施，如“积极推行医疗机构各种形式的承包责任制”；“单位可以根据国家有关规定，自行管理、自主经营、自主支配财务收支，并决定本单位集体福利和奖励基金分配形式”；“允许有条件的单位和医疗卫生

人员从事有偿业余服务，有条件的项目也可进行有偿超额劳动”；“专家挂牌门诊以及根据病人的特殊医疗服务要求开展的各种优质服务项目，允许在收费上适当高一些”；“可建立特诊室，配备高水平医护人员，提供高质量服务，实行高收费（公费、劳保医疗不予报销），向社会开放”。同时，国家财政对卫生的投入比重开始逐步减少，“国家对医疗卫生事业单位的经费补助，除大修理、大型设备购置及离退休人员经费外，实行定额包干”。1992年，国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》，进一步提出医院要“以工助医”、“以副补主”，医院创收热情高涨，此后涌现出点名手术、特殊护理、特需病房等新事物。尽管急功近利的改革曾经短期见效，但弊端很快显现出来，“看病难”未能有效缓解，“看病贵”引发的的问题相继出现，同时原有的医疗保障制度难以为继。

1997年，国务院发布的《关于卫生改革与发展的决定》提出了，“举办医疗机构要以国家、集体为主，其他社会力量和个人为补充”，“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业，政府对发展卫生事业负有重要责任，各级政府要努力增加卫生投入，广泛动员社会各方面筹集发展卫生事业的资金”。该文件明确提出，医疗卫生服务是一项社会公益事业。2000年2月，国务院发布的《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》中明确“将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理，非营利性医疗机构在医疗服务体系中占主导地位，享受相应的税收优惠政策，营利性医疗机构的医疗服务价格放开”，提出“转变公立医疗机构运行机制，扩大公立医疗机构的运营自主权，实行公立医疗机构的自主管理，建立健全内部激励机制与约束机制”。2002年出台的《关于进一步推进国有企业分离办社会职能工作的意见》提出“分离企业自办医院”。伴随着企业医院改制的浪潮，地方公立医院也开始尝试产权改革。例如，2005年宿迁市原来的135家公立医院中有133家都被拍卖，只保留了2家，实现了“民投、民有、民办、民营”。^①因此，宿迁市政府自我评价：“医疗事业基本实现政府资本完全退出。”

这一时期正是国有企业脱困改革的时期，医疗卫生机构和医院内部管理也套用了国有企业改革的成功经验：医疗卫生机构的所有制结构从单一公有制变为多种所有制并存，其目的是为了增加医院的活力，改善医院的经济效益。在医院的行政管理上，政府放宽了医院的准入及退出政策，允许多形式、多渠道办医。这样医疗服务机构就分为了两类：一类是营利性医疗服务供给机构，按照企业模式进行组织和管理；另一类是非营利机构，主要追求公益目标，政府继续给予经济上的支持，但卫生支出比重在财政支出中并不高。从20世纪50年代到70年代，

^① 王晨波. 公立医院改制困惑[J]. 新闻周刊, 2004 (29): 42-45.



政府卫生支出占 GDP 的比重不断增长,在 1983 年到达最高点,而在 1984 年城市改革之后,虽然政府卫生支出的绝对数仍在增长,但它占 GDP 的比重在 20 世纪 80 年代和 90 年代的绝大多数年份是下降的。医院内部管理改革以实现院长负责制及各种形式的经济责任制为主,给医院一定的自主权,推行院、科两级核算等方法,提出医院也是“有偿服务”。在给予医院运营自主权后,医院必须自负盈亏,从而使医院的收入来源发生了很大变化。20 世纪 80 年代以前的医疗服务收入和药品收入分别占医院总收入的 28.9% 和 37.7%,80 年代中期以后这两者的收入和已占到医院总收入的 80% ~ 90%,90 年代末政府补贴占医院收入的比重已降至 6%。^①

2000 年 6 月,世界卫生组织对全球 191 个成员国国家卫生系统的业绩进行量化评估后得出了一个令人非常震惊的结论:中国排名倒数第 4,与巴西、缅甸、塞拉利昂等国一起排在最后,是卫生系统财务负担最不公平的国家之一。医疗体制改革的背后是深刻的意识形态转变,当时政府优先考虑的是快速的经济增长而不是平等和社会安全。正是由于我国在医疗卫生领域过多地利用了市场化机制,才导致了卫生资源分配严重不公的局面,使得处于高端的城市大医院发展越来越快,而低端机构,尤其是农村乡镇医院、城市社区医院等逐步萎缩,甚至到了无法生存的地步。

2003 年, SARS 突如其来的暴发使政府意识到中国公共医疗体制的缺陷,并反思政府在医疗体制中应扮演的角色。温家宝总理签署了《突发公共卫生事件应急条例》,在随后的政府工作报告中指出,发展卫生事业重点要抓三件事:一是加强公共卫生建设;二是切实把医疗卫生工作重点放在农村;三是积极推进城镇医疗卫生体制改革试点。我国开始反思公共卫生体系建设的漏洞,进而开始检讨整个卫生事业,“政府主导派”与“市场派”的意见不相上下,引发了后来的医改大讨论。

2005 年 11 月初,卫生部副部长马小华发表讲话,严厉批评了当前公立医疗机构公益性淡化,过分追求经济利益的倾向,并且强调“应该坚持政府主导,引入市场机制。产权制度改革不是医疗制度改革的主要途径,我们绝不主张民进国退”。同年 11 月 24 日,卫生部下属的《医院报》头版头条登出了卫生部政策法规司司长刘新明最新的一次讲话,其标题就是《市场化非医改方向》。2006 年 6 月 20 日,《中国青年报》引用了《医院报》的报道,将“市场化非医改方向”、“看病难、看病贵”等社会现象归根于我国医疗服务的社会公平性差、医疗资源配置效率低,主张如要解决这两个难题,主要靠政府,而不是让医疗体制改革走

^① 王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005 (6): 101 - 120.

市场化的道路。2006年7月28日,《中国青年报》披露了国务院发展研究中心《中国医疗卫生体制改革》课题组研究报告的主要内容,其中最引人注目的就是——一个结论:“我国医改基本不成功。”该报告认为,在医疗体制改革后,医疗服务的公平性下降、卫生投入的宏观效率低下、鼓励医疗卫生机构追求经济目标必然损害社会和患者的利益。医疗卫生体制期待变革,核心问题在于强化政府责任,医改方向的选择应以政府和公有制为主导,坚持医疗卫生事业的公共品属性。

2006年8月,经国务院批准,由国家发改委、卫生部、财政部牵头,劳动和社会保障部、民政部等14个部委联合组成了医疗体制改革协调小组,全面启动了新医改方案的制定工作。2009年3月17日,按照党的十七大精神,为建立中国特色医疗卫生体制,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,提高全民健康水平,中共中央、国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》,提出了有效减轻居民就医费用负担,切实缓解“看病难、看病贵”的近期目标,以及建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务的长远目标。此外,还提出“改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制,积极探索政事分开、管办分开的有效形式,完善医院法人治理结构;推进公立医院补偿机制改革,加大政府投入,完善公立医院经济补偿政策,逐步解决以药补医问题;坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充,公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则,建设结构合理、覆盖城乡的医疗服务体系;加快形成多元化办医格局,鼓励民营资本举办非营利性医院;大力改进公立医院内部管理,优化服务流程,规范诊疗行为,调动医务人员的积极性,提高服务质量和效率”。2010年11月,发改委、卫生部、财政部、商务部和人力资源社会保障部五部委发布了《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》,进一步放宽了社会资本举办医疗机构的准入范围,提出“鼓励社会资本举办非营利性医疗机构,支持举办营利性医疗机构”;“鼓励社会资本参与公立医院改制,适度降低公立医院的比重,促进公立医院合理布局,形成多元化办医格局”;“允许境外医疗机构、企业和其他经济组织在我国境内与我国的医疗机构、企业和其他经济组织以合资或合作形式设立医疗机构,境外资本既可以举办营利性医疗机构,也可以举办非营利性医疗机构”;并对进一步改善社会资本举办医疗机构的职业环境和促进非公立医疗机构持续健康发展提出了建设性措施。卫生部于2012年7月公布的《关于做好区域卫生规划和医疗机构设置规划促进非公立医疗机构发展的通知》强调,到2015年非公立医疗机构床位数和服务量须达到总量的20%左右,并指导各地进一步做好规划来促进非公立医疗机构发展工作。



这一系列文件的发布表明,医疗卫生体制改革仍然离不开市场化,鼓励引导社会资本举办医疗机构,有利于增加医疗卫生资源,扩大服务供给,满足人民群众多层次、多元化的医疗服务需求,也有利于建立竞争机制,提高医疗服务效率和质量,完善医疗服务体系。但在改革中应以政府的力量为主导,加强对非公立医院和营利性医院的社会监督,这也表明我国公立医院面临着前所未有的竞争压力。

3. 医疗服务市场开放对医院的影响

我国医疗服务市场属于开放较早的领域。早在1989年,卫生部和原外经贸部联合制定了《关于开办外宾华侨医院诊所和外籍医生来华执业行医的几条规定》,指出“对外国人和华侨要求与我合资、合作建医院、诊所者,可选择一两家合作条件优惠的合作者进行试点”;1992年,卫生部制定了《外籍医生来华短期行医管理办法》;1997年,针对一些地方越权审批中外合资医疗机构以及管理混乱的情况,原外经贸部和卫生部又制定了《关于设立外商投资医院的补充规定》,进一步规范外商投资医疗机构的审批工作。这些规章明确了外国公司、企业、医疗机构和其他经济组织或个人,在中国境内同中方医疗机构或其他机构共同投资、共同经营合资医疗机构的政策,也明确了在国(境)外获得合法行医资格的外籍医师来华行医的管理办法,从而初步奠定了我国医疗服务市场开放的基础。

我国于2003年正式开放医疗服务业,越来越多投资规模大的综合性外资医院进入了我国医疗服务市场,这些外资医院具有很强的市场竞争力。2004年1月4日,中国内地第一家中外合资创办的综合医院在北京市朝阳区正式开业,近几年北京的中外合资及股份制医疗机构增加到25家。中国内地第一家中外合资医院是一家由韩国SK集团、中国卫生部国际交流中心和福建一家民营企业联合投资三千万元人民币开办的“北京爱康医院”,其中韩国SK集团占七成股份,该集团还计划未来十年在我国开办二十家与爱康医院相同规模的医院。2007年,中国台湾石化业巨头台朔集团投资建设了厦门长庚医院,这也是福建省最大的综合医院。总体来看,成功运作的中外合资医疗机构一般都有准确的市场分析,为不同的目标客户制定不同的服务产品,医疗机构的所在地也选择外籍人士集中的商务区、居住地、外交人员区。合资医院不仅争取了外籍人士、港澳台人士,还获得了国内高收入人群的青睐。^①

2010年11月发改委、卫生部等五部委制定的《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》明确规定,“境外资本举办医疗机构由限制类调整为

^① 何平,王小万,代涛.中外合资合作医疗机构的现状分析与建议[J].中国医院管理,2008(3): 17-18.

允许类，逐步取消对境外资本举办医疗机构的股权比例限制，对具备条件的境外资本在我国境内设立独资医疗机构进行试点，逐步放开”，程序审批更为简化，审批权从国家下放到了省级，“中外合资、合作医疗机构的设立由省级卫生部门和商务部门审批，外商独资医疗机构的设立由卫生部和商务部审批”。同时，发改委和商务部 2011 年 12 月 24 日制定的《外商投资产业指导目录》（2011 年修订）将外商投资医疗机构从限制类调整为允许类。至此，国内允许外商投资举办医疗机构的步伐再次被推进。

对包括外资在内的非公立医院的设备配置的限制也正在解除。2010 年 11 月发布的《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》指出，“支持非公立医疗机构按照批准的执业范围、医院等级、服务人口数量等，合理配备大型医用设备”。2011 年 12 月 19 日，卫生部发布《2011 ~ 2015 年全国乙类大型医用设备配置规划的通知》，通知要求：“要充分考虑非公立医疗机构的发展需要，合理预留规划配置空间，支持非公立医疗机构按照批准的执业范围、医院等级、服务人口数量等，合理配置大型医用设备。”非公立医疗机构的设备配置相对短缺的局面在将来会得到较大改观。

医疗市场的国际开放进一步发展了医疗服务国际贸易。这有利于引进国外先进水平又适合我国国情的医疗设备，促进学科建设和医学发展；引进国际科学的管理模式，经受医疗服务市场有序竞争的考验，有利于提高我国医院的管理水平；通过开放医疗服务市场、推进公立医疗机构的产权制度改革，有利于促进医疗服务机构的多元化，以公有制医疗机构为主体、多种所有制形式与经营方式并存，公平竞争、共同发展的医疗服务体系新格局将逐步形成；医疗服务的多样性与层次性将更好地满足社会多层次医疗服务需求，并将在一定程度上带动医疗器械、药品、保健品等相关产业的发展。医疗开放在产生积极作用的同时也会引发一系列新的矛盾，最主要的矛盾之一就是对公立医院现行管理体制与经营模式的冲击。目前，我国公立医院在人、财、物等方面还缺少独立的决策权，尚未成为自主经营、自负盈亏的法人实体。随着医疗服务市场进一步开放，中外合资医疗机构和公立医疗机构之间的竞争将会影响整个医疗服务系统原有秩序与现行体制。

（二）新医院财务制度和会计制度的实施

我国公立医院获得补偿的主要渠道是政府补助收入、医疗服务收入和药品收入，由于多年来政府补助不到位，医院重点依靠后两条渠道来补偿医疗成本的消耗，再加上医疗需求弹性小、患者对医学知识的缺乏、医生出于自身经济利益引起的供给诱导需求等原因，形成了过度检查、以药养医、看病贵、看病难等社会