

# 公立医院

A Comprehensive Study of  
Reimbursement Schemes for  
Public Hospitals

# 补偿机制研究

© 江其玟 汪丹梅 许颖 储文清 著

本书主要通过建立公立医院 CAS 复杂适应系统模型，分别基于多目标委托代理理论和利益相关者理论从狭义补偿和广义补偿两个角度对公立医院补偿机制进行研究，并运用系统动力学方法进行定量仿真实验以验证研究结果，提出公立医院补偿机制改革的对策和建议。



东南大学出版社  
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

教育部人文社会科学研究规划基金项目“利益相关者视角下多重 CAS 建模的公立医院补偿机制研究”批准号:13YJA630035 资助出版

# 公立医院补偿机制研究

江其玟 汪丹梅 许颖 储文清 著

东南大学出版社  
·南京·

## 图书在版编目(CIP)数据

公立医院补偿机制研究 / 江其玫等著. — 南京 :  
东南大学出版社, 2018. 1

ISBN 978-7-5641-7184-1

I. ①公… II. ①江… III. ①医院—补偿机制—研究—中国 IV. ①R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 243575 号

---

### 公立医院补偿机制研究

---

出版发行: 东南大学出版社

社 址: 南京市四牌楼 2 号 邮编: 210096

出 版 人: 江建中

网 址: <http://www.seupress.com>

电子邮箱: [press@seupress.com](mailto:press@seupress.com)

经 销: 全国各地新华书店

印 刷: 江苏凤凰数码印务有限公司

开 本: 700 mm×1000 mm 1/16

印 张: 15.5

字 数: 265 千字

版 次: 2018 年 1 月第 1 版

印 次: 2018 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5641-7184-1

定 价: 68.00 元

---

(本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系。电话:025-83791830)

# 序

公立医院管理与改革是现阶段我国医疗体制改革中的一项重要任务,是国家出台的新医改方案中的五项内容之一。国务院颁布的《“十三五”卫生与健康规划》要求2017年将在各级各类公立医院全面推开综合改革,目的是使人民病有所医,逐步降低就医费用,不断提高健康水平,建设和完善现代文明的医疗保障体系和公共卫生服务体系。公立医院改革中无法回避的关键问题之一是补偿机制建立问题。建立公立医院补偿机制,是让医院提供各项医疗服务耗费的各种医疗资源能够得到有效的弥补,保证医院的收入和支出能够达到一定程度的均衡,使得公立医院能够自负盈亏,持续运营,稳定发展,实现社会效益和经济效益的整体最优。

本书以“新医改”逐步取消药品加成政策深化为背景,以建立公立医院的科学和有效的补偿机制为核心,首先创新性地运用复杂适应系统理论,构建了中国公立医院复杂适应系统(CAS)模型,基于多目标委托代理理论和利益相关者理论分别从狭义补偿和广义补偿两个角度对公立医院补偿机制进行了深入的理论研究。然后,基于大量的实地调研数据和案例分析,剖析了当前我国公立医院补偿机制存在的两大问题:一是过于依赖药品加成带来的收入,使得患者承受较高的医药费用,引发社会舆论对于公立医院公益性淡化的指责;二是政府医疗投入不足、医疗服务定价不合理、医保覆盖面不完善等问题使得取消药品加成之后很多公立医院的运营出现亏损。最后,基于相关理论研究成果,提出了完善中国公立医院补偿机制和内部控制机制的对策和建议。

本书作者进行了丰富的实地调研工作,整理了大量的公立医院财务数据,通过实证建模、案例分析、博弈分析、问卷调查等多种分析方法的运用,由浅及深、全方位、多层次地对公立医院补偿机制进行了系统的研究。其研究成果不仅具有理论创新性,而且对完善当前我国公立医院补偿机制具有重要的现实指导意义,还对公共财政管理领域的科研工作者具有一定的借鉴价值。

仲伟俊

2017年1月

## 摘 要

公立医院是保障我国民生工程健康发展的重要参与主体,在新医疗改革的政策下,公立医院开始出现入不敷出的亏损现象,因此公立医院补偿机制完善逐渐成为当今公立医院持续运营、稳健发展的迫切需要。本书通过建立公立医院复杂适应系统(CAS)模型,基于多目标委托代理理论和利益相关者理论从狭义补偿和广义补偿两个角度对公立医院补偿机制进行了系统研究,并运用系统动力学方法进行了定量仿真实验以验证研究结果。

首先,本书在第2章中构建了基于利益相关者的公立医院复杂适应系统模型,对公立医院的主体—子主体与利益相关主体以及公立医院的整体特征进行了分析,得出它们符合复杂适应系统主体的各项特性,从而得出公立医院是一个复杂适应系统的结论。并且,本书在第2章中根据分析对公立医院进行CAS模型构建。该模型分为主体模型与环境模型两个部分。主体模型对主体、主体行为和主体关系进行了描述;环境模型则主要对外部环境与内部环境进行了描述。

其次,本书运用实证方法,对第2章构建的理论模型进行了验证,从广义补偿角度对公立医院补偿机制进行了实证研究。结果发现:未剔除药品加成的回归结果表明六大支出与医药收入均正相关;财政收入与管理费用、设备购置和科研费用正相关,但与人力支出不相关;社会收入与设备购置正相关。剔除了药品加成并将财政补助提高到10%后得到的回归结果则与假设一致。本书在第3章中论证了新医改后的CAS补偿机制模型的正确性。此外,本书还进行了案例研究,通过对HP医院医改试点前后进行比较分析,以医院实例检验了第3章构建的公立医院补偿机制模型的可行性。

再次,本书基于多目标委托代理理论,从狭义补偿角度对公立医院补偿机制进行了研究。本书在第4章中通过比较分析方法,针对中国公立医院医疗保险补偿方式的现状和问题进行了深入剖析;从中国公立医院存在的多层委托代理关系中选取政府和公立医院作为本书研究的委托代理关系,分析了预付制和后付制两种医疗保险支付制度对公立医院的补偿效果和适用条件;在中国公立医院补偿机制的多目标委托代理模型的基础上构建了中国公立医院补偿机制的GPH整体框架和实施路径;本书还分别从政府(委托人)和公立医院(代理人)两个层面,针对性地

提出改善和提高中国公立医院补偿机制的对策和建议。

然后,本书在建立中国公立医院补偿机制的系统动力学模型基础上,运用系统动力学工具 Vensim PLE 对中国公立医院 2013 年到 2022 年共计十年的时间进行了模拟,据此发现了中国公立医院改革前后存在问题的变化。本书在第 4 章中,将公立医院分为三级公立医院、二级公立医院和一级公立医院,对公立医院补偿机制分别从增加政府投入、提高医疗服务价格和增加其他收入三个方面进行了仿真试验,分别得出了单独运作下的增长率敏感性。由于考虑到单独提高一项收入的增长率会产生较大的困难,故本书对综合补偿措施进行了仿真试验,从而分别对三级公立医院如何在取消药品加成收入的情况下如何自负盈亏、正常发展和运转给出了建议。

紧接着,本书基于复杂适应系统理论对中国公立医院的内部控制进行了研究。微观层面的公立医院补偿机制实施路径在于强化医院内部管理,提升医院运营绩效。本书在第 6 章中,通过比较、分析和论证,针对目前中国公立医院内部控制存在的问题,构建了三种博弈模型——政府与公立医院的监管博弈模型、公立医院内部职能部门的合作博弈模型和公立医院与外部信息使用者之间的信息博弈模型进行分析,得出问题成因。在公立医院复杂适应系统模型的基础上,本书从风险角度分析了内部控制的必要性,并在此基础上构建了以利益相关者的协同利益为基础,以风险控制为核心,以流程控制为方法的公立医院内部控制结构体系,有针对性地提出了改善和提高中国公立医院内部控制的对策和建议,完善了整个公立医院补偿机制的内部环节。

最后,本书对全书的研究内容进行全面的回顾和思考,总结得出本书的主要研究结论,也对本书在研究过程中方法选取、数据搜集、理论支撑等各方面出现的不足和局限性进行了深入剖析。与此同时,也为后来学者对我国公立医院补偿机制的开展研究探索工作提出了自己的展望和建议。

# 目 录

第 1 章 概述 .....	1
1.1 中国公立医院补偿机制研究背景 .....	1
1.2 中国公立医院补偿现状和问题 .....	2
1.2.1 中国公立医院补偿现状 .....	2
1.2.2 中国公立医院补偿存在的问题 .....	7
1.3 公立医院补偿机制研究综述 .....	9
1.3.1 国外关于公立医院补偿机制的研究综述 .....	9
1.3.2 国内关于公立医院补偿机制的研究综述 .....	12
1.4 相关概念界定 .....	15
1.4.1 公立医院 .....	15
1.4.2 公立医院补偿机制 .....	16
1.4.3 复杂适应系统(CAS) .....	16
1.4.4 利益相关者 .....	16
1.4.5 医疗保险支付方式 .....	17
1.4.6 多目标委托代理 .....	17
1.4.7 系统动力学 .....	17
1.4.8 公立医院内部控制 .....	18
1.5 本书研究内容和结构安排 .....	18
第 2 章 基于利益相关者的公立医院复杂适应系统(CAS)模型 .....	20
2.1 利益相关者研究综述 .....	20
2.1.1 国外利益相关者研究综述 .....	20
2.1.2 国内利益相关者研究综述 .....	22
2.2 复杂适应系统(CAS)研究综述 .....	22
2.2.1 国外关于复杂适应系统(CAS)研究综述 .....	23
2.2.2 国内关于复杂适应系统(CAS)研究综述 .....	26
2.3 基于利益相关者的公立医院复杂适应系统模型构建 .....	29

2.3.1 公立医院的复杂适应系统分析 .....	29
2.3.2 基于利益相关者的公立医院复杂适应系统模型 .....	32
2.4 本章小结 .....	39
<b>第3章 利益相关者视角下的公立医院复杂适应系统(CAS)补偿机制研究 .....</b>	<b>41</b>
3.1 公立医院复杂适应系统待补偿要素 .....	41
3.1.1 公立医院复杂适应系统待补偿要素分类 .....	41
3.1.2 公立医院复杂适应系统待补偿要素属性 .....	42
3.2 基于利益相关者的公立医院复杂适应系统补偿机制 .....	45
3.2.1 政府补偿 .....	46
3.2.2 患者与医疗保险机构补偿 .....	47
3.2.3 社会补偿 .....	55
3.3 利益相关者视角下基于CAS的公立医院补偿机制模型 .....	56
3.3.1 利益相关者视角下基于CAS公立医院补偿机制建模 .....	57
3.3.2 利益相关者视角下基于CAS公立医院补偿机制模型描述 .....	59
3.4 利益相关者视角下基于CAS的公立医院补偿机制实证研究 .....	60
3.4.1 研究设计 .....	60
3.4.2 实证检验与分析 .....	62
3.4.3 基于某省HP医院的案例分析 .....	71
3.5 本章小结 .....	80
<b>第4章 多目标委托代理下的公立医院补偿机制研究 .....</b>	<b>82</b>
4.1 多目标委托代理理论研究综述 .....	82
4.1.1 多目标委托代理理论的理论研究现状 .....	82
4.1.2 多目标委托代理理论的应用研究现状 .....	85
4.1.3 多目标委托代理的研究成果述评 .....	87
4.1.4 多目标委托代理理论与公立医院补偿的研究现状与述评 .....	88
4.2 中国公立医院医疗保险补偿方式的现状和问题 .....	89
4.2.1 中国医疗保险支付方式概述 .....	89
4.2.2 医疗保险支付方式对中国公立医院补偿的影响分析 .....	92
4.2.3 中国医疗保险支付方式的应用现状——典型案例剖析 .....	93
4.3 公立医院的委托代理关系及多目标分析 .....	96
4.3.1 公立医院主要委托代理关系分析 .....	96
4.3.2 公立医院委托代理关系的多目标分析 .....	98



4.4	公立医院补偿机制的多目标委托代理模型假设与建立	99
4.4.1	模型假设	99
4.4.2	双方收益分析与基本模型建立	100
4.5	公立医院补偿机制的多目标委托代理基本模型分析	101
4.5.1	FFS 补偿机制	101
4.5.2	PPS 或混合补偿机制	102
4.5.3	最优补偿机制的求解	103
4.6	公立医院补偿机制的多目标委托代理拓展模型分析	104
4.6.1	拓展模型假设和参数说明	105
4.6.2	拓展模型下的最优补偿机制分析	105
4.6.3	多目标委托代理下的公立医院补偿机制选择	106
4.7	多目标委托代理模型下中国公立医院补偿机制的框架构建和实施 路径	107
4.7.1	多目标下的中国公立医院补偿机制框架	107
4.7.2	中国公立医院补偿机制的具体框架	108
4.7.3	中国公立医院补偿机制的实施路径	114
4.7.4	中国公立医院补偿机制的其他措施保证	118
4.7.5	完善中国公立医院补偿机制的对策建议	119
4.8	本章小结	123
<b>第 5 章</b>	<b>基于系统动力学的公立医院补偿机制研究</b>	<b>125</b>
5.1	系统动力学在医疗服务管理中的应用和研究综述	125
5.1.1	系统动力学在国外医疗服务管理中的应用和研究综述	125
5.1.2	系统动力学在国内医疗服务管理中的应用和研究综述	127
5.1.3	系统动力学文献述评	128
5.2	公立医院补偿机制的系统动力学模型构建	129
5.2.1	公立医院补偿机制的系统逻辑性分析	129
5.2.2	公立医院补偿机制系统动力学模型的主要变量、参数及函数 关系	136
5.2.3	公立医院补偿机制系统动力学模型	139
5.2.4	模型参数检验	142
5.3	公立医院补偿机制的系统动力学模型仿真和政策干预	144
5.3.1	模型模拟与结果分析	144
5.3.2	公立医院补偿机制仿真试验	149

5.3.3 完善中国公立医院补偿机制的对策和建议 .....	155
5.4 本章小结 .....	160
<b>第6章 基于复杂适应系统理论的公立医院内部控制研究 .....</b>	<b>161</b>
6.1 公立医院内部控制研究综述 .....	161
6.1.1 公立医院内部控制的演进 .....	161
6.1.2 公立医院内部控制的研究现状 .....	165
6.2 中国公立医院内部控制问题及成因 .....	168
6.2.1 中国公立医院内部控制现状调研 .....	168
6.2.2 中国公立医院内部控制问题分析 .....	174
6.2.3 中国公立医院内部控制问题成因 .....	177
6.3 基于复杂适应系统理论的公立医院内部控制结构体系构建 .....	187
6.3.1 公立医院复杂适应系统内部控制的必要性 .....	187
6.3.2 公立医院内部控制结构体系 .....	190
6.3.3 中国公立医院复杂业务风险控制与流程重构 .....	198
6.4 完善中国公立医院内部控制对策与建议 .....	212
6.4.1 发挥政府监管职能,改进中国公立医院内部控制环境建设 .....	213
6.4.2 明确职能部门定位,提升中国公立医院内部控制执行力 .....	215
6.4.3 鼓励信息使用者监督,改进中国公立医院内部控制信息披露 建设 .....	216
6.5 本章小结 .....	217
<b>第7章 结论与展望 .....</b>	<b>219</b>
7.1 主要研究结论 .....	219
7.2 本书研究局限 .....	220
7.3 未来研究展望 .....	221
<b>参考文献 .....</b>	<b>223</b>
<b>后 记 .....</b>	<b>236</b>

# 第 1 章

## 概 述

### 1.1 中国公立医院补偿机制研究背景

公立医院是中国民生项目健康发展的重要保障,是实现全民基本医疗服务的重要力量。公立医院的改革一直是医疗改革中的重点,而公立医院补偿机制更是公立医院改革的核心,是维持公立医院持续运营、稳定发展的关键所在。公立医院补偿机制的重点是通过消耗得以弥补。其主要表现为医疗服务过程中消耗的各项卫生资源得到充实,从而保证医院在经济活动中的物化劳动和活劳动消耗得到补偿。医院自负盈亏,满足简单再生产和扩大再生产的需要。公立医院是一个复杂的系统,公立医院的补偿机制涉及多方利益相关者的共同参与,政府、医院以及患者的多方作用共同决定着医院的最终收益。长期以来,中国公立医院一方面由于对药品加成收入补偿的过度依赖,患者医药费用居高不下,问题直指公立医院“公益性”的淡化;另一方面,由于政府投入不足、社会医疗保险覆盖面较小、医疗服务价格不能反映市场价格,公立医院自身运营困难,只能从药品加成及其他有收益项目中获得收入以维持医院经济运行。

2010年2月11日,卫生部、中央编办、国家发展改革委、财政部、人力资源社会保障部等五部门共同颁发《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》(卫医管发〔2010〕20号),提出要深化改革公立医院的补偿机制,并进一步指出要推行医药分开,改革以药补医机制,逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和政府补助三个渠道改为服务收费和政府补助两个渠道。2014年5月28日,国务院发布的《关于印发深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务的通知》,提出将公立医院改革放在首要位置,破除以药补医,通过医疗技术服务价格的调整和政府投入的增多来补足取消药品加成减少的合理收入。2016年4月6日,中国国务院总理李克强在北京主持召开国务院常务会议,确定了2016年深化医药卫生体制改革的重点是让医改红利更多惠及人民群众。他在会上明确提出要健全公立医院补偿机制,新增试点城市公立医院取消药品加成,严控不合理检查检验费用,争取在年内实现大病保险全覆盖,让更多大病患者减轻负担。通过《2015年中国卫生统计年

鉴》可以发现,截至 2011 年底,中国公立医院总收入 11 640 亿元,其中财政补助收入 1 075 亿元,占公立医院总收入的 9.24%,药品收入为 4 715 亿元,占公立医院总收入的 40.51%,药品收入占据了公立医院收入的大部分;截至 2012 年底,中国公立医院总收入为 14 212 亿元,其中财政补助收入 1 159 亿元,占公立医院总收入的 8.16%,药品收入为 4 388 亿元,占公立医院总收入的 40.07%。经过几年的公立医院试点改革后,截至 2014 年底,中国公立医院总收入为 18 842 亿元,其中财政补助收入 1 452 亿元,占公立医院总收入的 7.71%,药品收入为 7 155 亿元,占公立医院总收入的 37.97%。由此可见,“新医改”关于逐步取消药品加成收入的改革已经初见成效,但是,财政补助收入仍显不足。

因此,在这种形势之下,公立医院补偿机制的改革、科学补偿机制的构建是公立医院改革的重点和难点。公立医院可持续发展的实现,新的医疗卫生体制改革的成功也与之息息相关。这是当前卫生财务管理学者和实务人员面临的迫切课题,也是促进医疗卫生事业健康和谐发展、改善民生的核心所在。

## 1.2 中国公立医院补偿现状和问题

### 1.2.1 中国公立医院补偿现状

长期以来,中国公立医院的补偿机制主要依靠政府财政补偿、市场补偿(医疗服务收费和药品加成)以及社会补偿,其中药品补偿已成为了中国公立医院收入补偿的主要来源。本章通过分析中国公立医院补偿的现状及其存在的问题,基于成本发生的属性,探讨取消药品加成是否适合中国公立医院的补偿机制构建。

本书以中国公立医院 2008—2014 年的收入与支出数据为研究对象(所有数据均来自于《2015 年中国卫生统计年鉴》),通过分析总收入与总支出的匹配、政府财政补偿收入、医疗服务补偿、药品补偿和其他补偿(主要为社会补偿)的现状,对中国公立医院补偿渠道中存在的问题进行归纳总结和分析研究。

表 1-1 平均每所公立医院收入与支出

单位:万元

指标名称	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
机构数(个)	13 920.0	13 766.0	13 510.0	13 180.0	12 979.0	12 971.0	12 897.0
平均每所医院总收入	4 776.1	5 890.2	7 179.3	8 832.1	10 950.5	12 666.8	14 610.0
其中:医疗收入	4 273.5	5 267.4	6 440.1	7 878.8	9 795.7	11 361.5	13 149.0
门诊收入	1 638.6	1 958.9	2 318.7	2 805.0	3 410.5	3 934.1	4 548.0

续表 1-1

指标名称	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
内:药品收入	853.6	1 027.5	1 212.1	1 445.4	1 750.4	1 975.7	2 242.0
住院收入	2 635.0	3 308.5	4 121.4	5 073.9	6 385.2	7 427.4	8 601.0
内:药品收入	1 154.1	1 453.6	1 788.6	2 132.2	2 638.4	2 945.2	3 306.0
财政补助收入	372.3	479.5	586.9	766.7	892.8	1 006.3	1 126.0
上级补助收入	31.3	36.3	40.8	49.0	—	—	—
科研项目收入	—	—	—	—	50.0	53.0	60.0
其他收入	99.0	107.0	111.5	137.5	212.0	243.0	276.0
平均每所医院总费用	4 627	5 639.3	6 872	8 521.1	10 438.5	12 085.4	13 940.0
其中:医疗业务成本	4 417.3	5 370.1	6 536.5	8 072.3	8 408.2	9 931.3	11 597.0
内:药品费	1 662.8	2 045.5	2 488.1	2 999.0	3 715.1	4 241.5	4 861.0
财政项目补助支出	156.7	194.8	212.3	295.4	371.3	422.0	467.0
科研项目支出	—	—	—	—	40.0	42.0	46.0
管理费用	—	—	—	—	1 317.0	1 454.0	1 613.0
其他支出	53.0	74.4	123.2	153.4	302.0	236.0	217.0
平均每所医院人员经费	1 160.1	1 371.8	1 650.0	2 077.2	2 815.3	3 376.1	3 094.0
职工人均年业务收入	18.0	20.8	23.5	26.6	30.3	32.7	354 840.0
医师人均年业务收入	59.0	68.4	78.3	91.4	106.0	115.9	1 275 040.0
门诊病人次均医药费(元)	138.8	152.5	167.3	180.2	193.4	207.9	221.6.0
其中:药费(元)	72.3	80.0	87.4	92.8	99.3	104.4	109.3.0
检查费(元)	25.3	27.8	30.8	33.4	36.2	38.7	41.8.0
住院病人人均医药费(元)	5 363.3	5 856.2	6 415.9	6 909.9	7 325.1	7 858.9	8 290.5.0
其中:药费(元)	2 349.1	2 573.0	2 784.3	2 903.7	3 026.7	3 116.3	685.2.0
检查费(元)	358.5	407.7	460.8	518.5	565.4	629.8	3 187.1.0
住院病人日均医药费(元)	499.0	548.3	600.6	658.0	716.8	782.7	843.8.0

注:表中数据来源于《2015年中国卫生统计年鉴》,其中2012年开始的统计口径与之前年份有所不同,其收入包括医疗收入、财政补助收入、科研项目收入和其他收入

### (1) 总体情况

公立医院的补偿是指对医疗资源耗用的医疗服务过程的补充和弥补,因此在

分析补偿现状时主要通过计算医院的支出是否得到足额的补偿,即收入与支出的比较。表 1-2 分别列示了平均每所医院总收入和总支出,并通过计算得到了收支结余。中国公立医院 2008—2014 年期间收入和支出均呈上升趋势,总收支略有结余,总体得到补偿。

表 1-2 公立医院平均每所医院总收入和总支出 单位:万元

指标名称	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
平均每所医院总收入	4 776.1	5 890.2	7 179.3	8 832.1	10 950.5	12 666.8	14 610.0
平均每所医院总支出	4 627.0	5 639.3	6 872.0	8 521.1	10 438.5	12085.4	13940.0
平均每所医院收支结余	149.1	250.9	307.3	311.0	512.0	581.4	670.0

注:表中数据来源于《2015 年中国卫生统计年鉴》

如表 1-3 所示,2008—2014 年,中国公立医院各种补偿所占收入的比重基本保持在一个稳定的水平上略有起伏,其中政府财政收入占总收入的比重均在 7%~9% 上下波动,政府财政补助没有发挥其作为主要补偿渠道的作用,尤其值得关注的是,自 2011 年以来,政府财政补助的比例还呈现出逐年下降的趋势。市场补偿近五年来均保持在 89% 左右的一个相对较高的比例,表明中国公立医院补偿主要依靠市场补偿,呈现出“一补独大”的现象。另外,其他补偿所占的比重微乎其微,仅为 1%~2% 之间,其他补偿渠道有待于进一步地开发与完善。

表 1-3 公立医院各种补偿构成表

	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
政府财政收入占总收入比重	8.45%	8.76%	8.74%	9.24%	8.61%	7.94%	7.71%
市场补偿占总收入比重	89.48%	89.43%	89.70%	89.21%	89.45%	90.15%	90.40%
其他补偿占总收入比重	2.07%	1.82%	1.55%	1.56%	1.94%	1.91%	1.89%

注:表中数据来源于《2015 年中国卫生统计年鉴》

## (2) 政府财政补偿现状

政府财政补偿是公立医院补偿的重要组成部分。表 1-4 列示了 2013 年世界部分国家医疗卫生指标。从表中可以看出,中国卫生总费用占 GDP 的比重仅为 5%,远低于西方发达国家的这一比例,如美国、法国、德国、英国等;而政府卫生总支出占政府总支出的比重为 12.1%,较西方发达国家仍显不足;中国卫生总费用中有 54.3% 由政府承担,其余 45.7% 由个人承担,虽较之前年度有所上升,但是排名仍然较后。以上三个指标均低于全球平均水平,说明中国政府对医疗卫生事业

的投入尚且不足。

表 1-4 2013 年世界部分国家医疗卫生指标

国家或地区	卫生总费用占 GDP(%)	政府卫生总支出占政府总支出(%)	政府卫生总支出占卫生总费用(%)	私人卫生总支出占卫生总费用(%)
全球	9.2	15.1	58.9	41.1
中国	5	12.1	54.3	45.7
俄罗斯	6.5	9.7	58.7	41.3
巴西	9	10.7	47	53
印度	3.7	6.8	28.2	71.8
新加坡	4.5	9	31.4	68.6
泰国	3.9	14.3	75	25
美国	17.6	19.9	48.2	51.8
法国	11.7	15.9	76.9	23.1
德国	11.5	18.5	76.8	23.2
加拿大	11.4	18.3	71.1	28.9
英国	9.6	15.9	83.2	16.8
日本	9.2	18.2	80.3	19.7

注:表中数据来源于《2014 年世界卫生统计年鉴》

另外,据表 1-3 所列数据,2008—2014 年的七年间政府财政补偿仅占医院总收入的 8%~9%左右,远低于市场补偿的这一比例。虽然政府对公立公立医院财政补偿的金额在总量上呈上升趋势,但是仍不能满足医院规模的快速发展,不足以弥补医院的政策性亏损。

### (3) 市场补偿现状

从表 1-3 中数据可知,中国市场补偿占据了医院总收入的 89%左右的比例,表明中国公立医院目前的补偿主要依靠医疗服务收入和药品加成。因此有必要对市场补偿的内部结构进行剖析。

根据《新医院会计制度》的规定,医疗收入是医院进行日常医疗服务活动所产生的各种收入,包括门诊收入和住院收入。其中药品收入分为两部分,分别包含于门诊收入和住院收入之中。为了便于分析医疗服务收入和药品加成对中国公立医院补偿机制的影响,本书将医疗收入分为医疗服务收入和药品收入两部分,医疗支出分为医疗服务支出和药品支出两部分分别进行列示。

表 1-5 平均每所医院医疗服务收入与支出

单位:万元

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
医疗服务收入	2 265.9	2 786.3	3 439.4	4 301.3	5 406.9	6 440.6	7 061.0
医疗服务支出	2 754.5	3 324.6	4 048.4	5 073.3	6 010.1	7 143.8	8 349.0
医疗服务收支差额	-488.6	-538.3	-609.0	-772.0	-603.2	-703.2	-1 288.0

注:表中数据来源于《2015年中国卫生统计年鉴》

如表 1-5 所示,中国公立医院医疗服务收支差额在 2008—2014 年间均为负数,且亏损的金额较大。仅凭公立医院自身的业务收支很难达到盈利,更不用说维持正常的持续经营。

表 1-6 药品收入与支出

单位:万元

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
药品收入	2 007.7	2 481.1	3 000.7	3 577.6	4 388.8	4 920.9	5 548.0
药品支出	1 662.8	2 045.5	2 488.1	2 999.0	3 715.1	4 242.5	4 861.0
药品收支结余	344.9	435.6	512.6	578.6	673.7	679.4	687.0

注:表中数据来源于《2015年中国卫生统计年鉴》

通过药品收入来弥补医疗收支的差额向来就被认为是公立医院弥补亏损的主要途径。不容置否,药品的收支结余在一定程度上弥补了医疗收支的差额,尤其在 2012 年药品收支结余达到了 673.7 万元,弥补了医疗服务的全部亏损,对维持公立医院的正常运营起到了重要作用(见表 1-6)。此外,如表 1-7 所示,2012 年以前药品收入占公立医院收入总额的比重一直保持在 40% 以上的较高水平,药品收入在很大程度上解决了医院的补偿问题,但自 2013 年开始,药品收入所占的比重呈现出逐步下降趋势,说明国家新医疗改革取消药品加成收入的改革已取得了一定成效,但是在今后全面推行取消药品加成的政策下,如何弥补这个缺口,将成为至关重要的问题。

表 1-7 中国公立医院 2008—2014 年收入构成表

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
医疗服务收入所占比重	47.44%	47.30%	47.91%	48.70%	49.38%	50.85%	48.33%
药品收入所占比重	42.04%	42.12%	41.80%	40.51%	40.08%	38.85%	37.97%
财政收入所占比重	8.45%	8.76%	8.74%	9.24%	8.61%	7.94%	7.71%
其他收入所占比重	2.07%	1.82%	1.55%	1.56%	1.94%	1.92%	1.89%

注:表中数据来源于《2015年中国卫生统计年鉴》



#### 4) 其他补偿现状

2008—2014年,其他收入占医院总收入的比重不到2%(如表1-7所示),表明在中国企业家捐赠与社会捐赠在公立医院收入中的比重微乎其微,社会补偿不足。随着中国经济社会的不断发展,在号召社会力量加大社会补偿方面存在着巨大的潜力。

### 1.2.2 中国公立医院补偿存在的问题

根据上文对中国公立医院补偿的现状分析,本书将中国公立医院补偿机制存在的问题归纳为以下四点。

#### (1) 政府财政补偿不足

根据上文所述,中国卫生总费用占GDP的比重仅为5%,刚刚超过世界卫生组织的标准;相比西方发达国家,所占比重仍然较小,甚至远低于全球平均水平。虽然中国政府投入到卫生事业中的费用总量在逐年增加,但是相比GDP的比重,增长速度较慢。根据《2014年世界卫生统计年鉴》数据,2013年中国卫生总费用中有54.3%由政府承担,其余45.7%由个人承担。政府投入不足、个人支付比例过高造成“看病贵”等问题。

另一方面,中国政府财政补偿收入占公立医院总收入不足10%,无法弥补医疗服务的亏损,不能维持医院的正常运营。因此,政府应该加大财政对于卫生事业的投入。

#### (2) 医疗服务补偿收支不抵

由表1-5可以得出,中国医疗服务收入不能弥补医疗服务支出,作为中国公立医院的主营业务收入处于长期的亏损中。究其原因,主要是中国扭曲的医疗服务价格机制。医疗服务作为高知识、高资本投入的产业,其从业人员及投入资本理应得到合理的补偿,但是,中国一直以来实行计划管理,政府统一定价,导致医疗服务的各种收费价格没有真正反映人力成本,也间接导致“以药养医”的现象愈演愈烈。在中国,医疗服务应该引入市场竞争机制,对医疗服务价格采用政府指导价与市场调节价,并区分非营利医疗机构和营利性医疗机构,实行不同的定价原则。前者按照价格主管部门制定的基准价上下浮动,后者根据实际成本 and 市场需求自主定价<sup>①</sup>。因此,制定合理的医疗服务价格是在取消药品加成后,中国公立医院亟待解决的问题。

<sup>①</sup> 杨林,齐新红,姜小明,等.对《全国医疗服务项目规范》存在问题的探讨[J].中国卫生经济,2010,29(6):43-44.