

国外公立医院筹资经验对我国的启示

黄 瑾¹, 李 鹏^{2△}

(1. 重庆市卫生局 461147; 2. 中央党校, 北京 100091)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.11.038

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)11-1133-03

公立医院改革是深化医药卫生体制改革的重点和难点, 公立医院长期“以药养医、以医养机构”等过度市场化的筹资机制和商业化的运行机制严重影响了医疗卫生服务的公平性和可及性, 是造成广大人民群众“看病难、看病贵”的主要原因。而公立医院改革的核心就是要建立适应社会主义市场经济体制, 维护公立医院公益性质的筹资机制, 使公立医院的运行充分体现公益性性质。本文通过文献研究法对国外公立医院筹资模式的分析, 为我国公立医院筹资机制改革提炼可供学习和借鉴的经验。

1 我国公立医院筹资模式现状

1.1 公立医院是指政府举办的纳入财政预算管理的医院, 即国营医院或国立医院, 分 3 个等级, 一级为社区医院, 二级为县级医院, 三级为市级医院。医院筹资指医院根据其业务活动、发展对资金的需求, 通过金融机构和金融市场, 获取所需资金的行为^[1-2]。由于我国经济发展规模不断扩大, 政府对公立医院资金投入相对不足, 加之为满足人民群众日益增长的医疗卫生服务需求, 公立医院不断引入高端医学人才、进购高新医疗设备, 开展新技术新业务; 另外, 公立医院收费标准偏低。多数医疗项目的收费由国家核定价格, 没有像其他商品和服务一样推向市场, 随市场需求而波动。因而目前多数公立医院都面临着资金短缺的状况, 公立医院筹资问题成为目前亟待解决的难题, 也成为打破目前医院规模化发展“瓶颈”的关键。

1.2 公立医院筹资按筹资的期限划分, 可分为长期筹资与短期筹资。按筹资渠道划分, 目前公立医院的筹资方式主要包含下列几种^[3]。

1.2.1 政府财政的经常性补助和专项补助 一直以来, 政府财政补助都是公立医院最重要的传统筹资方式。经常性补助每年纳入政府财政预算, 相对稳定; 专项补助则根据医院科研、业务范围拓展、新技术开发应用、规模化发展等因素确定。

1.2.2 银行贷款 向商业银行等金融机构申请获得借款, 是目前公立医院普遍采用的筹资方式。相对于其他筹资渠道, 银行贷款资金到位迅速、审批程序相对简单、数额大、限制少, 但其利率相对较高, 医院还款压力大。公立医院可根据实际需要, 制定周密、科学的用款、还款计划, 合理安排现金流量, 尽量降低贷款利息成本和风险。

1.2.3 政府贴息贷款 由医院偿还银行贷款本金, 利息则由政府补助支出的一种筹资方式。公立医院利用这些“无息贷款”, 可以缓冲自身资金短缺的窘境, 借以加强基础设施建设, 及时购置新设备, 引进短缺人才, 加强特色学科建设, 取得显著经济效益后返还借贷的本金。此种筹资方式的运行尚处于初级阶段, 需要政府部门、公立医院和金融系统共同研究、协调配合, 方能步入稳步、安全、有序、健康发展的轨道。

1.2.4 商业信用 商业信用是医院在医疗服务过程和结算过程中形成的负债。主要形式有: 赊购商品、延期付款, 推迟应计负债的支付, 采用商业汇票结算, 预收住院患者部分医疗款等。

商业信用融资无需支付利息, 可能筹集到大笔流动资金。但是, 该融资方式仅是一种短期筹资行为, 若超出使用期不支付欠款则会严重影响医院信用, 对实力雄厚的大医院、有长期业务关系的单位容易, 对小医院、无长期稳定业务关系的单位较难。

1.2.5 医疗项目合作 根据法律法规及政策, 本着“统筹兼顾、风险共担、利益共享、着眼发展、确保双赢、平等互利、优势互补”的原则, 公立医院凭借自身的品牌、影响力、医疗技术、场地、医疗市场优势等与合作单位共同开展医疗业务, 通常由合作单位出资或投入新型医疗设备, 以弥补公立医院自身资金的匮乏和不足, 从而达到扩大业务范围、筹资增收的目的。但由于存在监管漏洞和片面追求经济效益的忧虑, 随着国家相关紧缩限制政策的出台, 该筹资方式已渐次退出。

1.2.6 融资租赁 由出租人投入资金, 按照承租人即公立医院的要求购买所需医疗设备, 并以公立医院支付租金为条件, 将该设备的使用权及收益权转让给公立医院, 并在租赁期末, 由公立医院选择资产重置价值收购方式转移所有权的一种具有融资融物双重职能的交易方式。目前我国许多公立医院, 正越来越多地采用该方式购置 CT、核磁共振、血液透析仪等高价医疗设备, 以缓解医院资金压力, 满足医院医疗业务发展需要。

1.2.7 经营租赁 除融资租赁以外的其他租赁形式。公立医院定期支付租赁费, 拥有租赁资产的使用权; 租赁期满后, 资产一般不归属于医院。经营租赁多数是因为需要而租入的资产, 租赁期限较短, 以满足医院季节性、突发性的短期需求为目的。

1.2.8 其他筹资方式 如慈善捐款、外国政府及金融组织借款等, 是许多国外医院重要的资金来源之一, 但在我国, 其规模一般较小, 限制较多, 不是目前公立医院筹资的主流方向^[4]。

2 国外公立医院筹资模式

公立医院在西方各国医疗保健和卫生服务体系的建立、发展和完善中曾发挥了巨大的作用^[5], 提高了基本医疗服务的可及性和公平性。在西方发达国家, 政府是公立医院筹资主要的投入者。按照医院筹资方式的不同, 各国的卫生服务体系可大致分为四种类型: 公共集成模式、公共合约模式、商业保险模式、医疗储蓄账户模式^[6]。

2.1 公共集成模式 公立医院一般属于国家卫生服务体系, 这种国家保健服务模式被称为英国模式。英国于 1948 年建立了全民健康服务(NHS)模式, 其运行原则包括: (1) 每位公民都能免费获得医疗服务, 医疗费用基本通过国家税收来筹集, 国家建立公立医院负责提供医疗服务; (2) 政府对公立医院实行计划管理, 医院靠政府下拨的财政预算运作。NHS 模式是一种典型的公共集成模式, 政府既是医疗服务的提供者, 又是购买者, 通过税收来筹集医疗资金、支付医疗费用。公立医院医疗服务价格是由政府制定。澳大利亚、我国香港特区卫生服务亦遵循此模式。但是, 在面对人口老龄化和日益增长的医疗

卫生费用,公共集成模式下的国家,政府财政压力不堪。如,澳大利亚医学协会警告,公立医院系统存在着利用性降低和无法应对人口老龄化两大问题。虽然该国联邦政府在 2008、2009 年度分别向公立医院追加投入了 7.17 亿澳元和 2.28 亿澳元,但距离实际需求 30 亿澳元相差甚远^[7]。同时,在这种政府高度垄断的单一医疗体制下,医务人员的报酬与所付出的劳动量无关,因而缺乏应有的激励效应。针对这些问题,各国各地区主要采取了增加融资方式、政府的购买者和提供者角色分离,对公立医院私有化管理,成为国家卫生体系中私人化的半独立机构,或与私人医院共享一些服务设施,并建立起规范医院行为和运行的约束机制,如发展医疗公私合营、改变补偿方式等改革^[6]。1989~1996 年英国政府对 NHS 进行了一次比较彻底的内部市场改革,引起了世界各国的广泛关注^[8]。通过引入内部市场,实现资金筹集和服务提供的分离,即管办分离。作为英国公立医院内部市场改革的一个重要组成部分,英国政府实施了私人筹资计划,旨在通过引入民间投资,改革和完善公立医院筹资机制,缓解公共财力与资金需求之间的巨大缺口,从而帮助政府筹集大量资金^[9]。

2.2 公共合约模式 公立医院的资金来源包括政府投入的公共资金、社会保险、私人保险、社会救济(教会、慈善机构捐款)等多方面,以政府投入为主。以德国为代表,公立医院主要是由政府、社会团体或社会保险机构提供资金开办,医院一方面通过州政府取得政府投资,用于开办费用以及大型仪器设备的购置,政府对医院规模的扩大或大型设备的购置有严格的审批制度;另一方面通过疾病保险基金取得经营费用,维持医院的日常运行。政府是医疗服务的购买者和行业的监管者。公立医院医疗服务价格由医院协会同疾病基金会谈判协定。这一模式存在的问题主要包括:(1)随着医院发展规模的扩大,政府投资相对减少,医疗费用不断上涨。(2)医疗保险体系受政府监控,医疗服务体系内部缺乏竞争机制,导致资源浪费和效率低下^[10]。(3)医疗服务量的过度供给,造成医院和政府的管理成本增加。公共合约模式下的各国各地区主要通过建立法规、改进支付机制来解决这些问题,其中,德国主要通过引进按病种收费(DRGS)的预付款方式、推进门诊治疗来削减住院天数,发展疾病保险基金会、医院协会等社会团体来加强对本行业的监控,而政府则是通过立法和对社团行为的监控来有效地管理卫生系统^[11]。

2.3 商业保险模式 这种自愿保险模式被称为美国模式。管办分离是现今美国公立医院运行的最大特色。政府不直接出资筹办公立医院,而是作为卫生服务的监管者,间接管理公立医院。公立医院具备完全的法人自治权,在内部治理结构上,实行董事会领导下的院长负责制。医院设立管理委员会,包括医疗执委会和行政执委会。公立医院实行公开招聘、逐级雇佣的方式^[12],突出其公益性色彩和医疗服务的公平性、可及性,作为国家安全网的重要组成部分。美国各级政府根据公立医院向弱势群体提供医疗卫生服务的数量或免费医疗服务的质量对公立医院进行补助和资金补偿。公立医院其主要筹资和补偿大部分是政府投入、国家医疗救助项目的资金,还有一部分来源于自费患者的医疗收入和商业保险的补偿。公立医院主要采用预付制的 DRGS。医疗服务价格根据 DRGS 模型计算而得^[13]。这一模式下存在的主要问题是医疗机构和医生对高新医疗技术的过分追求,医疗价格和费用很难控制,并且造成了资源浪费和卫生费用迅速上涨。同时政府还需承担管理信息系统和计算费用的高成本。公立医院主要采用增加费用意识、转变诊疗技术的选择,加强医疗保险公司对医院和患者

的牵制、改革医务人员报酬支付方式等改革措施^[6]。

2.4 医疗储蓄账户模式 被称为新加坡模式。新加坡医疗保障体制是由税收融资、强制性储蓄、保险和据个人经济状况而给予补助所组成。其中以强制性储蓄,即医疗储蓄账户为主,税收融资由政府将资金划拨给公立医院,用以补助那些无力支付全部医疗费用的人。公立医院低下的运行效率、快速增长的医疗保健支出以及政府财政支出的压力迫使新加坡政府推动其公立医院改革。产权改革是新加坡公立医院改革的一条基本线索,贯穿于三个阶段的改革之中。最终于 2000 年,新加坡根据公立医院的地理位置和规模采取纵向一体化的模式把全国的公立医院重组为两个医疗服务集团,即位于东部的新加坡卫生保健服务集团和位于西部的国家卫生保健集团,从而形成了公平竞争的有序格局,旨在促进规模经济,有效协调和规划医疗卫生资源。国立保健集团和新加坡保健集团完全由 MOH 控股,MOH 是一个政府所有的控股公司。政府下放医院管理自主权给私人有限公司,由董事会制定医院发展规划、方针政策,管理基建项目经费的使用等,董事会委任医院院长全面管理医院^[14]。

3 对我国公立医院筹资机制的启示

3.1 确保政府对公立医院的财政支持,并加强财务监管 四种模式下公立医院的收入来源主要依靠政府投入。政府应该对公立医院承担主要的筹资责任,以代表政府履行社会公益职能,充分发挥政府在医疗服务中的重要作用^[15]。(1)对公立医院进行准确定位。(2)在区域卫生规划基础上,通过科学调研,明确区域公立医院的数量、规模、布局和功能定位,优化公立医院布局配置,合理调整公立医院数量和规模,政府集中财政资金确保公立医院的发展^[15]。积极引导医疗机构从规模效益型向质量内涵型转变。其次,细化公立医院分类标准,将公立医院分为公益性公立医院、政府资助公立医院、股份制公立医院,并建立适宜的投入补偿机制等经济政策、运行管理机制。以行政合同的方式来规范财政投入中政府与医院双方的权利、义务关系。健全财务运行管理机制,形成有力的激励约束机制,改变政府对医院监管乏力的现状。提高政府投入经费使用效率。

3.2 完善医疗保障体系,健全医疗价格体系,应用多种支付方式,增加筹资来源 推进全民医疗保障制度改革,扩大覆盖面,引入医疗保险基金,增加对公立医院的收入支持。(1)进一步扩大基本医疗保险覆盖面,提高基本医疗保险保障能力。逐步提高基本医疗保险筹资标准,提高保障水平。推进各类基本医疗保险的转移接续和跨类别灵活参保政策创新。积极发展商业医疗保险,规范商业医疗保险运行,满足多层次医疗保障需求。进一步加大医疗救助政府投入,切实保障困难群体的基本医疗服务需求。(2)适时动态调整医疗劳务价格。尝试医疗服务项目分类定价:对挂号费、诊查费、床位费、手术费、护理费等直接体现医护人员劳务价值的项目价格,应大幅度提高甚至超过成本定价;对与医疗服务的提供者利益直接相关而造成过度服务的,如化验费、检查费等,应大幅度下降甚至低于成本定价。鼓励医院选择效率较高而费用较低的诊疗技术,控制医院成本,而不是应用高新技术和引进昂贵的高端医疗设备。(3)按照卫生部与国家发改委联合颁发的《全国医疗服务价格项目规范(2010 年版)》,在逐步规范项目收费和临床路径的基础上,探索科学有效的新型医疗服务支付方式。如建立医保基金总额预付制,门诊按人头付费,单病种限额付费等多种支付方式,强化公立医院控制医保基金风险、节约医疗服务支出的经济责任,转变医疗机构服务行为,控制过度医疗服务。

3.3 健全对公立医院的管理制度和监督机制 健全对公立医

院的管理制度,平衡激励机制和约束机制,增强费用意识,不仅要保证医院的服务能力,还要加强成本控制、促进成本效益的增长,防止医疗服务的过度供给。同时,对公立医院的管理中应该发挥强有力的社会监督作用,如医学联合会、医院协会等的作用,加强对医院服务质量和价格的监督。

3.4 拓宽社会筹资渠道,加强筹资风险控制 拓宽公立医院社会筹资渠道是推进公立医院筹资机制改革的一个重要突破口。在政府财政投入有限的情况下,支持激发公立医院内部活力的社会融资方式^[16]。这样既弥补了政府投入的不足,又盘活了国有资产,拓宽了社会资本的投资渠道。建立健全对社会资本融资的管理制度,规范融资方式、利益分配方式、社会资本回报方式、融资风险控制等约束管理机制。鼓励社会力量兴办慈善医疗机构,或向医疗救助、医疗机构等慈善捐赠。可通过改革税收政策,如企业捐赠资金可以抵扣企业税费等措施,调动企业支持公益事业发展的积极性。虽然,良好的筹资渠道使医院更从容面对激烈的市场竞争,更好地为社会提供公益性医疗服务。但是,公立医院在吸纳社会资金时,必须加强筹资风险控制,一是选择最优筹资组合,使筹资成本最低,筹资风险最小;二是科学控制医院资产负债率,强化筹资风险意识,避开可能产生的债务风险,保障国有资产安全。

3.5 加强公立医院筹资立法,增强筹资政策的刚性 从国家层面,应加快《卫生法》、《基本医疗卫生服务法》的立法进程,从国家层面进一步明确卫生投入政策,力争将建立基本医疗卫生制度与普及九年制义务教育一样,以法律的形式,明确政府、社会、个人的卫生筹资权利义务和分担责任,从而提高公立医院筹资的政策刚性和政策执行力。

公立医院存在的意义在于其社会功能,即确保参保患者、贫困患者、无保险者能获得基本医疗保障,提高医疗服务的公平性和可及性,纠正市场失灵。公立医院筹资机制研究是一个集政府、医院、患者、社会等多重因素相关的复杂问题,借鉴国外经验,作者认为,在我国医疗卫生体制现有制度体系以及已经日渐明朗的改革思路框架下,公立医院筹资的主渠道虽仍是有限的政府投入,以及全民医保严格付费机制的医疗服务收入为主,但是社会捐赠、银行贷款、项目融资、公私合营、民营资本改组重构等其他渠道也将发挥更大的活力。

参考文献:

[1] 岳春芬. 国有医院筹资管理研究[J]. 卫生软科学, 2005,

(上接第 1091 页)

上海:上海科学技术文献出版社,2002:231-242.

[3] 卫生部统计学信息中心. 北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心. 国际疾病分类(ICD-10)应用指导手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2001.

[4] 王庆昌,李欣. 圆形分布分析的 EXCEL 实现[J]. 中国卫生统计,2006,23(5):448-449.

[5] 朱凯,李悦,刘伟新. 圆形分布资料平均角置信区间的 Bootstrap 方法实现[J]. 中国卫生统计,2011,28(4):412-413.

[6] 朱岁松. 圆形分布角均数的显著性检验[J]. 数理医药学杂志,2009,22(1):53-55.

[7] 田考聪. 描述性统计分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:108-110.

[8] 杨树勤. 中国医学百科全书医学统计学[M]. 上海:上海

19(5):328-329.

[2] 方鹏骞,吴少玮. 基于利益相关集团的我国公立医院筹资机制分析[J]. 中国社会医学杂志,2010,27(2):80-82.

[3] 毛宇辉. 公立医院筹资渠道及筹资决策管理[J]. 经济研究导刊,2010,103(29):163-164.

[4] 薛丽. 刍议公立医院的筹资管理[J]. 经营管理者,2009,17(10):106-107.

[5] 兰迎春,戈文鲁,王德国,等. 国外公立医院改革现状、措施及启示[J]. 中国卫生质量管理,2008,12(3):104-108.

[6] 董莹,靖猛,尹爱宁,等. 国外及我国港台地区公立医院补偿机制现状研究[J]. 中医药管理杂志,2010,20(4):291-294.

[7] 戴廉. 澳大利亚公立医院濒危[J]. 中国医院院长,2009,2(3):12-13.

[8] 顾昕. 能促型国家的角色:事业单位的改革与非营利部门的转型[J]. 河北学刊,2005,25(1):12-13.

[9] 陈建平. 英国医院私人筹资计划解析[J]. 中国卫生资源,2002,5(5):232-234.

[10] 李妍娟,袁祥飞. 主要发达国家医疗卫生体制模式比较硬启示——以英国美国和德国为例[J]. 价格理论与实践,2009,5(7):44-45.

[11] 徐芬. 李凤鸿. 国外医疗服务体系研究(一)[J]. 国外医学卫生经济分册,2005,22(3):97-101.

[12] 那晓萍. 美国医院的管理模式和特点[J]. 当代医学,2005,11(3):21-22.

[13] 朱十俊. 医院管理学——质量管理分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:1.

[14] 韩洪迅. 德国、英国、新加坡公立医院改革解读[J]. 中国医药指南,2007,5(8):12-16.

[15] 剑锋,李世功. 公立医院公益立身[J]. 中国卫生产业,2006,12(4):96-98.

[16] 贲慧,唐晓东. 论公立医院礼偿相制存在问题与对策[J]. 卫生经济研究,2011,5(7):17-18.

(收稿日期:2011-12-01 修回日期:2012-01-07)

科学技术出版社,1982:217-222.

[9] 石小河,王玉环. 用圆形分布法分析职业伤害的时间分布特征[J]. 疾病控制杂志,2006,3(1):30-32.

[10] 陈勇,殷菲. 应用圆形分布法探讨江苏省流脑的发病季节性及其变化趋势[J]. 现代预防医学,2008,35(14):2630-2631.

[11] 甘仰本,廖征,蔡军. 应用集中度和圆形分布法分析南昌市 1985~2008 年流行性脑脊髓膜炎发病季节性[J]. 中国卫生统计,2010,27(4):379-380.

[12] Mittleman MA, Maldonado G, Gerberich SG, et al. Alternative approaches to analytical designs in occupational injury epidemiology[J]. Am J Ind Med, 1997, 32(2):129-141.

(收稿日期:2011-11-29 修回日期:2011-12-30)