

公立医院业务运营与财政投入成效

——以2012—2015年北京21家市属公立医院为例

咎馨 周彦 朱恒鹏

内容提要:新医改以来,大量财政资金投入公立医院,但公立医院运营持续亏损,在此背景下,如何理解公立医院亏损、评估财政投入成效,对实施下一步医改至关重要。本文在“预算软约束”的理论框架下展开分析,通过研究2012—2015年北京21家市属公立医院的案例发现,财政投入本身并不能改善公立医院的运营状况,甚至会引发公立医院之间的攀比、追赶,进一步刺激人员经费支出,造成“越补越亏”。因此,增加对公立医院的直接财政投入很可能导致公共资金无效流出,推高改革成本,而不是提高公共服务的质量、改善民生福利。

关键词:公立医院 预算软约束 财政投入 医改

中图分类号:F812.2

文献标识码:A

文章编号:1000-7636(2017)05-0134-11

新医改以来,为了解决“看病难、看病贵”问题,大量财政资金被投入公立医院,以保障其“公益性”,为居民提供更为质优价廉的医疗服务。2009—2014年财政医疗卫生累计支出4万亿元,其中中央财政支出累计1.2万亿元。但是,财政大力支持并未带来预期效果,公立医院持续亏损,债务大幅上升。截至2014年,公立医院负债总额达1.27万亿元,资产负债率为45.9%,相比2009年的统计数据,债务总额5年间增加了两倍多,资产负债率增加了近16%^[1]。在此背景下,如何理解公立医院亏损、评估财政投入成效,对实施下一步医改至关重要。

一、文献综述

“预算软约束”现象首先由科尔奈(Kornai,1979)提出,他对公有制经济的研究发现,公有制企业在经济活动中缺乏硬性预算约束,在发生亏损时,可以不断向上级部门索取资源以渡过危机^[2]。科尔奈等(Kornai et al.,2003)总结了预算软约束现象的核心特征,被救助的机构对发生危机后会得到援救总是心存预期,而救助机构(如银行、政府)尽管事前屡次承诺不再伸出援手,但一旦危机发生,总有很强的激励继续干预,难以坐视不理^[3]。基于“预算软约束”的上述特征,科尔奈(Kornai,1980)首先关注了国家与企业的相互关系,如

收稿日期:2016-11-23

作者简介:咎馨 中国社会科学院研究生院博士研究生,北京,100037;

周彦 中国社会科学院公共政策研究中心研究助理;

朱恒鹏 中国社会科学院经济研究所研究员、博士生导师。

作者感谢匿名审稿人的评审意见。

政府的“父爱主义”是导致预算软约束的主要原因之一^[4],尤其是对国有企业,政府官员往往认为他们有提供保护和支撑的责任。

在中国,公立医院作为典型的国有部门,“预算软约束”同样存在。国家和公立医院是“父子”关系,公立医院由国家举办,承担了低价提供医疗服务的义务,而国家则有责任维持公立医院的生存和运营。一方面,公立医院依赖财政补贴,已经成为“惯性”;另一方面,在保障公立医院“公益性”的舆论压力下,政府也不愿意看到公立医院破产的一系列后果。目前国内针对公立医院预算软约束的研究,往往使用回归分析,致力于揭示财政补助和医院运营、投资等行为存在相关关系。艾格里森等(Eggleston et al., 2009)对广东省珠三角地区 276 家医院 2002 年和 2004 年的数据分析发现,控制了医院的规模、产权和其他因素之后,医院净收入越低,第二年获得财政补助的可能性越大。而中国公立医院的亏损情况,远远比民营医院严重,这就很难否认公立医院存在“预算软约束”的问题,即“越亏越补”^[5]。但由于数据的局限性,该研究未能深入分析“预算软约束”下,公立医院的具体运营行为。朱俊利(2016)的研究关注了公立医院的固定资产投资行为,其实证研究发现,公立医院获得的财政补助越多,固定资产过度投资越严重;而相比于实现盈余的公立医院,发生亏损的公立医院,其财政补助更容易导致过度投资^[6]。针对医院的运营情况,薛新东(2013)认为,“预算软约束”是造成中国公立医院运行绩效较低的重要原因,不仅降低了医院控制成本的创新动力,对医疗服务质量的总体影响也是不确定的^[7]。这就意味着,财政投入很难保证公立医院的服务质量能有相应地提高。不过,薛新东的分析只是基于理论模型,而本研究基于北京 21 家市属公立医院的具体运营情况,可以观察预算软约束下,公立医院的业务运营存在哪些特征。

此外,值得注意的是,国内关于公立医院预算软约束的研究,往往从“父爱主义”出发,忽略了公立医院之间“兄弟竞争”带来的影响。樊纲和张曙光(1990)指出,公有制各基层单位之间存在共同占有资源的“血缘关系”,因为各自所追求的特殊利益而发生利益竞争。尽管一个公有制经济整体的预算约束必然是“硬”的,但基层单位占用资源的界限并不明确,其界限不取决于物质、技术条件本身,也不受所有权界限限制,而完全取决于利益矛盾中的相对势力、是否能从计划者那里得到特殊的优惠。而在竞争同一个总量的情况下,基层单位也共同对计划者施加压力,在此过程中,经常会因为“一碗水端平”而引起投资总额的扩大^[8]。那么,这种“兄弟竞争”会对中国医改带来哪些影响,也是本研究关注的重点。

二、研究方法

如上所述,目前国内针对公立医院预算软约束的研究,往往使用较大的样本量和回归分析的研究方法,致力于揭示财政补助和医院运营、投资等行为存在相关关系。但本研究试图回答的是更偏向探索性的问题,关注在现实情况中,财政补助是否,以及如何引发公立医院的业务亏损,因此,结合公立医院案例进行深入的分析,可能是更好的研究方法^[9]。一方面,中国公立医院的财务运营数据并不对外公开,很难获取大样本的数据;另一方面,“预算软约束”本身内嵌于一系列正式和非正式的制度之中,其表征和产生的影响,也随着外在条件而各不相同,标准化的变量和模型很容易忽略制度和相关政策在执行层面的特征与丰富的内涵^[10]。因此,本研究放弃了大样本的定量研究方法,选择对北京市属公立医院做案例研究,结合实地调研、访谈,对 21 家市属公立医院^① 2012—2015 年的卫生财务报表数据进行深入分析。

^① 北京市一级直属公立医院共 23 家,剔除两家此前未归入市属管理的医院,本研究重点分析的共 21 家市属公立医院,全部为三级医院其中,7 家为财政投入有所倾斜的医院,如传染病院、精神病院等,在此称为分类医院;8 家为常规补贴的综合医院;6 家为常规补贴的专科医院,如妇产医院等,后两者在此称为非分类医院。

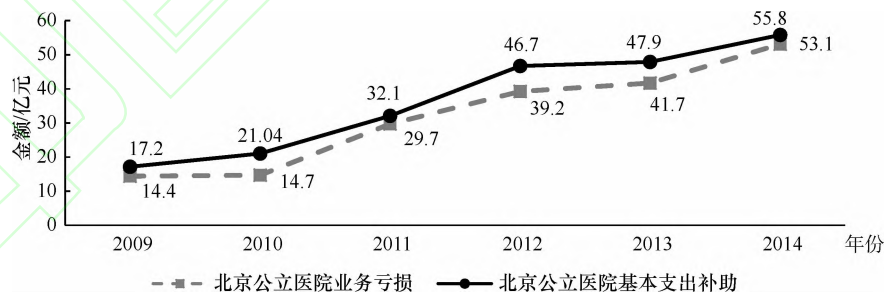
值得说明的是,对于本研究关注的问题,北京市属公立医院是合适的观察对象。其一,作为经济发达地区,北京公共财政收入较高,公立医院财政投入整体高于全国水平,且近年来,新增的财政补助更多投入到基本支出补助,支持医院日常运营,这意味着,相较于财政补助水平较低的地区,北京市属公立医院日常运营受财政补助的影响很可能更为明显。2014年,北京公立医院财政投入占机构总收入比重为14.8%,21家市属医院为15.2%,而全国平均水平仅为8.2%;21家市属医院基本支出补助占财政投入比重,也从2012年的58.6%提高到了63.9%,而全国公立医院基本支出补助占财政投入比重仅从52.7%上升到54.7%^①。其二,2012—2015年的数据提供了观察公立医院“兄弟竞争”的机会。21家市属公立医院同属北京市一级政府管辖,能占用的资源也是由市级政府提供,“血缘”相同,可视作“兄弟”单位;2012年,其中5家市属公立医院启动了“医药分开”改革,实行药品“零加成”政策,财政投入因此向这5家医院倾斜,医院间的利益格局发生了变动,可以观察改革发生前后医院做出调整的动态过程。

三、案例研究:北京市属医院的财政补助与业务运营

公立医院获得的财政补助,既包括来自财政部门的资金,也包括来自上级部门(如卫计委)的资金。来自财政部门的资金又分为“基本支出补助”和“项目支出补助”。“基本支出补助”是地方财政部门对公立医院的常规补贴,医院可自主支配,作为对其日常运营的补贴;“项目支出补助”则主要用于基础设施建设等项目投入,必须专款专用,与医院日常运营的盈亏状况无涉。由于本文关注的是公立医院的业务运营情况,因此以下分析中涉及的“财政补助”主要指对医院业务运营造成直接影响“基本支出补助”。从2012年开始,原有的“上级补助收入”变更为“科教项目收入”,也不在本文的研究范围之内。

(一)公立医院的“越补越亏”现象

已有研究指出,公立医院往往存在“亏得越多,政府补助越多”的心里预期^[6],而北京公立医院财政基本支出补助和业务亏损的走向还揭示了“预算软约束”的另一面,即“越补越亏”。如图1所示^②,财政基本支出补助额和公立医院业务亏损额的变化趋势非常接近。在实际情况中,由于公立医院在年初就可以知道本年度的财政补助预算,很可能是根据财政补助的额度,决定当年业务收支可以亏损的额度,财政补助越多,财务报表中显示的业务亏损也越多。



资料来源:北京年卫生财务报表。

图1 2009—2014年北京市公立医院财政基本补助收入和业务亏损额

事实上,2012—2015年,市属21家公立医院得到的财政投入快速增加,其财政补助水平还要高于所有市管医院的平均水平,但高补助力度并没有医院的良性运营与之相应,在全市市管医院收支尚且平衡的情况下,21家市属医院中会出现越来越多的医院业务亏损加剧的现象。四年间,21家医院机构总收入平均年

① 此处数据根据相关年份全国卫生财务报表和北京卫生财务报表计算得出。

② 此处北京公立医院不仅仅包括市属公立医院,还包括区属公立医院在内。下文还会单独分析21家市属公立医院的相关情况。

增速 12.4%,其中财政补助收入平均增长 12.8%,医疗总收入平均只增长了 12.2%;与此同时,21 家医院加总的结余率下降,亏损率上升,2012 年和 2013 年,21 家医院加总数据还分别有 1.4% 和 0.2% 的收支结余,2014 年亏损 0.7%,2015 年亏损 1.7%。具体到各家医院,有 10 家医院出现不同程度的亏损,其中连续四年亏损的有 5 家医院;出现三年亏损的 2 家,都集中在 2013—2015 年;两年亏损的 2 家,在 2014—2015 年连续亏损;只出现一年亏损的只有 1 家医院,发生在 2015 年^①。

(二)21 家市属医院的业务亏损分析

由此可知,财政投入并不能改善公立医院的运营状况,反而会导致公立医院“策略性”的亏损行为。那么,亏损具体是如何发生的?以下从医院的收入侧和支出侧,具体分析医院的亏损原因。

业务收入由医疗服务收入(挂号、治疗、手术、检查、化验等)、药品收入、卫生材料收入、其他收入构成。其中,医疗服务收入几乎是净收入。而在药品收入方面,尽管 2012—2015 年,少数几家医院实施取消药品加成、医药分开政策^②,但从医院财务数据可以看出除 5 家试点医院外,有 15 家医院的药品销售利润率^③都在 9%~13%,另外因中草药不受加价率管制,中医院的利润率维持在 14%~18%。即便在 5 家“医药分开”试点医院,也只有 J 医院 2014 年药品购销亏损 0.2%,C 医院 2014 年和 2015 年亏损 0.2% 和 0.3%,其余年份也没有出现亏损。而耗材收入虽然出现账面亏损,但实际低值耗材已经打包在医疗服务项目中收费,高值耗材则加价销售,不存在导致医院亏损的问题。另外,医院的银行利息、房屋出租等其他收入并未受到影响。

由此可见,问题出在医院的支出方面。医院支出由人员经费支出、药品采购、卫生材料采购和管理费用组成。其中,管理费用相对稳定;公立医院的职工工资则按国家事业单位标准计发,一旦人员经费支出增加,很有可能造成医院亏损。医院人员经费支出的主要来源有二,一是医院业务收入扣除药品耗材成本后的“可支配收入”(可支配收入 = 服务性医疗收入 + 药品利润 + 耗材利润 + 医院其他收入),二是财政基本支出补助。而药品和卫生材料采购支出虽然不会直接造成亏损,当医院使用更多或者更好(更贵)的耗材,又不希望患者因高费用流失时,只能适度降低其他医疗费用,或者控制其他医疗费用的增速,如检查、化验、治疗、护理等服务性医疗收入,最终大大挤压医院可用于人员经费和其他支出的“可支配收入”^④,造成业务收支亏损,而将这部分支出压力转移到财政基本支出补助。

通过分析 21 家医院的卫生财务报表,本文发现,21 家市属公立医院亏损的主要原因是不断上涨的耗材成本挤压了医疗服务性收入,造成可支配收入下降,而人员经费又过快增长,最终造成医院业务亏损愈演愈烈。具体体现在以下两个方面:

一方面,21 家市属医院的药品采购增速相对受到控制,但卫生材料采购成本快速增长:2012—2015 年

^① 根据公立医院财政投入政策,离退休人员经费主要由财政承担,在实际情况下,离退休人员经费支出总体只占财政基本补助收入的四分之一左右,也就是完全可以由财政补助覆盖,对医院运营不造成压力。因此,以下讨论医院收支时,不再计入这部分费用。同时,财政项目投入、科教项目投入均为专款专用,此处讨论医院财务运营,也不再涉及专项经费。这里,21 家医院财政基本补助收入、医疗收入及其他收入三项加总,将其视为医院运营总收入;医院业务支出,作为医院运营支出。即医院业务运营总收入 = 财政基本补助收入 + 医疗收入 + 其他收入 - 离退休人员经费(财政基本补助收入中包含离退休人员经费,此处不计入);医院业务运营总支出 = 医院业务支出 - 离退休人员经费;医院业务收支结余率 = (医院业务运营总收入 - 医院业务运营总支出) / 医院业务运营总收入 × 100%

^② 2012 年 7 月起,V 医院、C 医院、R 医院、T 医院、J 医院 5 家市属医院分三批实施医药分开,取消药品加成、挂号费和诊疗费,设立医事服务费。

^③ 药品销售利润率 = (当年药品收入 - 当年药品采购费) / 当年药品收入

^④ 由于卫生材料中还有大量材料,没有单列收费项目,并入服务性医疗收入,使得从财务报表来看,卫生材料科目的收支全部呈亏损状况,也就是耗材利润为负。而药品的阳光利润也非常有限(占可支配收入的比例不高,2015 年 A 医院还有 16%,J 医院因为成为药品零加成改革只有 0.01%),其他收入占比更少。最终,医院可支配收入的主要来源,就是服务性医疗收入。

间,21家市属医院卫生材料使用成本逐年提升,平均增速15.2%,超过业务收入平均增速(11%),也超过计入财政基本补助后日常运营费用的平均增速(11.5%);2012年,21家医院每百元业务收入中,卫生材料采购的成本为23.3元,到2015年,增长到26元;从绝对值看,2015年医院用于采购卫生材料的支出比2012年增加了28亿人民币,大大推高了医疗成本。

另一方面,人员经费支出的快速猛增则是更重要的原因。2012年到2015年四年间,21家市属医院的在职人员经费支出平均增速为22%。医院每百元业务收入中,人工成本从2012年的30.7元增加到了40.6元。从支出结构看,在职人员经费支出占医院业务总支出(不含离退休费)比重从28%上升到了35.3%,大大推高了医院运营成本。至2014年,21家市属医院在职职工的人均工资已经是社会平均工资的2.6倍,也远高于国有单位收入水平;其中,医生的工资水平达到了社会平均工资的3.4倍,主任医生的工资性收入^①已经是国有单位的近4倍。

表1 2014年北京21家市属医院在职职工人均工资性收入 vs. 北京国有单位/非私营单位/社平工资

单位:万元

21家医院在职职工	21家医院医生	21家医院主任医师	北京国有单位	北京非私营单位	北京社平工资
20.2	26.2	42.0	10.6	10.2	7.8

资料来源:21家市属医院卫生财务报表(2012—2015)。

(三) 财政补助对人员经费支出的影响

以上分析解释了医院发生亏损的重要原因是耗材成本走高,人员经费支出失控。值得注意的是,使用高成本的药品耗材,并非是因为医院不计成本收益,而是因为高价的药品耗材能够带来更多的回扣和暗利,成为医院隐藏利润的主要方式,采用这种方式牟取利益,是公立医院垄断、医药价格管制的后果^[11]。而在人员经费方面,正如“越补越亏”现象暗示的,财政补助的存在、变化,也会影响到公立医院的人员经费支出行为。人们通常认为,公立医院的人员经费支出主要与其营收能力相关,营收能力越强的医院,人员经费发放越多,本部分旨在厘清医院营收能力和财政投入水平这两个因素对人员经费支出的影响,将20家公立医院^②根据其营收能力和财政补助投入倾斜程度分为四类,以更清晰地对照观察。

首先,按照国家政策要求,财政对公立医院投入,需向传染病医院、精神病院等营收能力较弱的机构倾斜,北京即是如此,共有6家分类补助医院。

其次,非分类医院中,综合医院与专科医院的营收能力不同,或对医院支出行为产生影响。由此本文将6家专科医院,归为第二类^③。

第三,8家综合医院中,北京有5家医院,2012年起成为医改试点医院,推行“医药分开”改革试点,财政对试点医院倾斜投入,由此又造成不同影响。本文将综合医院再分为试点医院(5家)和非试点医院(3家)。

本文采用“医院可支配收入”这一指标来比较评判医院营收和分配能力(可支配收入 = 医疗收入 + 其他收入 - 药品采购成本 - 卫生材料采购成本)。由于医院规模不同,各医院可支配收入的绝对值无法直接相互比较,故而采用“在职人员人均医院可支配收入”这一指标,横向比较不同规模医院的营收能力。同样,财

① “在职职工人均工资性收入”为工资福利支出扣除社保缴费后,除以在职职工数计算得出,为卫生部门统计口径既定指标。

② 由于我们对21家市属医院中的S医院的卫生财务报表“平均在职职工”原始数据存在疑问,且本部分将较多分析在职职工人均经费支出,而非人员经费支出总数,以下的分析主要围绕20家医院。

③ 中医院的营收能力很强,通过箱式图分析发现其分布更近于专科医院,此处将中医院也归于专科医院。

政基本补助收入,本文也采用在职工工人均财政基本补助收入来比较。

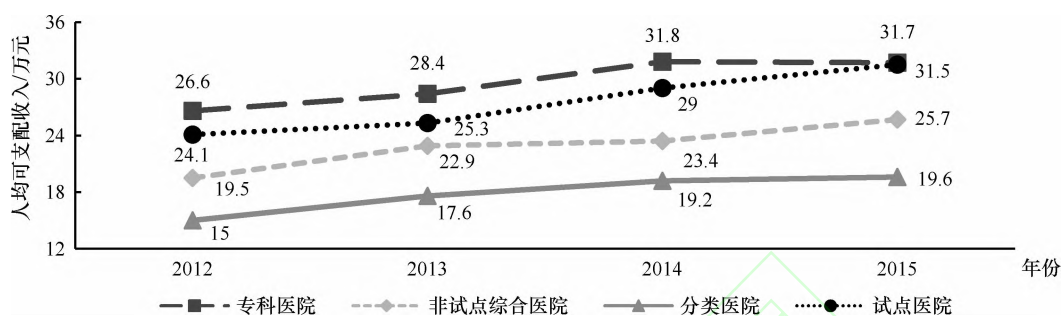
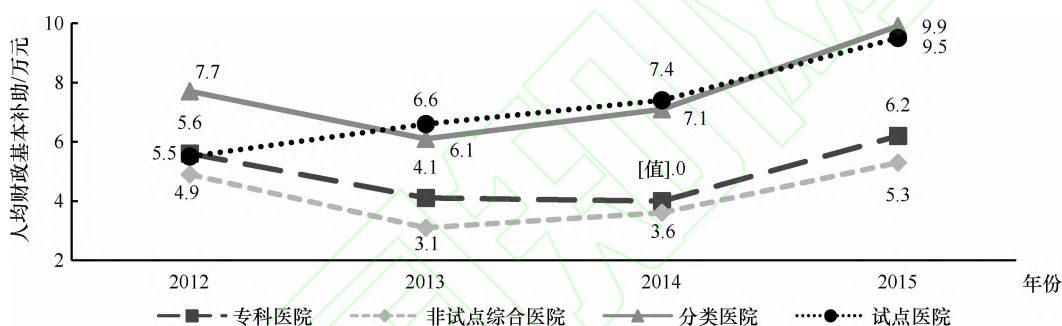


图2 北京20家市属医院分类在职工工人均可支配收入情况(2012—2015年)



资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015)。

图3 北京20家市属医院分类在职工工人均财政基本补助(2012—2015年)

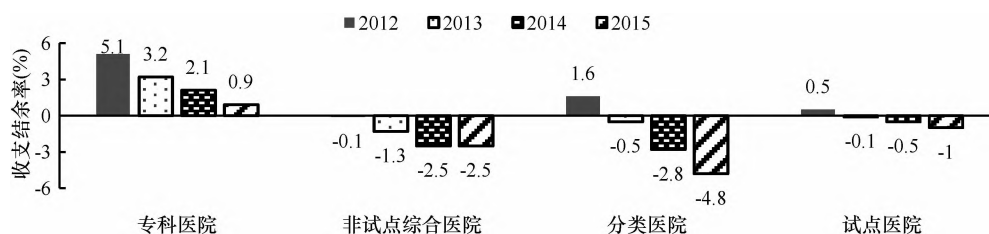
上图显示,四类医院大体特点如下:分类医院,营收和分配能力较弱、财政补助较强;非分类专科医院(以下简称专科医院),营收和分配能力较强、财政补助较弱;非分类试点综合医院(以下简称试点医院),营收和分配能力次强、财政补助较强;非分类非试点综合医院(以下简称非试点综合医院),营收和分配能力居中、财政补助较弱。

分类医院在2012年补助力度为四类最高,其余三类医院补助力度较为接近;但2013年试点医院全面展开后,试点医院向分类医院补助力度靠拢,甚至一度超过分类医院;专科医院和非试点综合医院财政补助力度较为接近。

在四类医院中,唯一没有出现收支亏损的是专科医院,另外三类都已出现亏损,其中分类医院亏损的恶化程度最为明显,试点医院相对平滑,非试点综合医院在2012—2014年间亏损率明显提高,至2015年亏损并未明显扩大,但仍亏损2.5%。

如前文所述,医院业务亏损的主要原因在于人员经费支出过高。这里,对四类医院分别计算其每百元业务收入中人工成本,可以发现,2012—2015年,四类医院人工成本明显上升,且如表2所示,在职工工人均经费支出增速过快,最终造成亏损。

从四类医院的在职工工人均财政补助与人均经费支出来看,分类医院和试点医院人均财政补助绝对值相近,且增速超过其他两类医院(试点医院的平均增速超过分类医院主要是由于2012—2013年承担“医药分开”改革,因而财政投入增速惊人),尽管分类医院的营收能力远不能和试点医院相比,但可以发现,四年

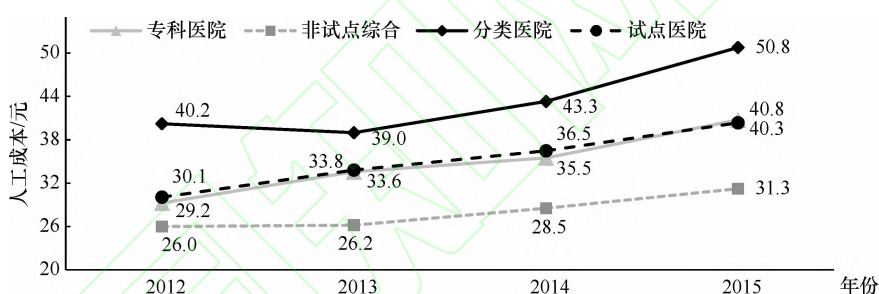


注:此处体现医院业务运营整体收支情况,故计算运营收入时,计入财政基本支出补助。若剔除,则业务收支亏损更严重。

资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015)

图4 2012—2015年北京20家市属医院分类收支结余率

间两者保持了几乎相同的在职工工人均人员经费支出平均增速,由此可以推论,财政补助是支持分类医院人员经费支出高速增长的主要原因。而专科医院尽管财政补助水平远不如分类医院和试点医院,增速也仅和非试点综合医院相当,但四年间,其在职工工人均经费支出增速最快,似乎说明,营收能力才是支持专科医院人员经费支出增加的原因。



资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015)。

图5 2012—2015年四类医院每百元业务收入中人工成本

表2 2012—2015年北京20家市属医院在职工工人均财政补助与人均经费支出比较

医院类别	变量	2012	2013	2014	2015	年平均增速/%
专科医院	在职工工人均财政补助/万元	5.6	4.1	4.0	6.2	3.3
	在职工工人均经费支出/万元	18.0	21.0	25.0	28.9	17.2
非试点综合医院	在职工工人均财政补助/万元	4.9	3.1	3.6	5.3	3.0
	在职工工人均经费支出/万元	17.7	19.2	21.3	25.1	12.5
分类医院	在职工工人均财政补助/万元	7.7	6.1	7.1	9.9	8.7
	在职工工人均经费支出/万元	16.4	17.7	21.1	25.7	16.2
试点医院	在职工工人均财政补助/万元	5.5	6.6	7.4	9.5	19.9
	在职工工人均经费支出/万元	20.1	22.7	26.9	31.6	16.2

资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015)。

通过观察专科医院营收能力和人员经费支出的变化趋势,可以发现医院营收能力与人员经费支出的相关性并不总是存在:营收能力越强的医院,在职人员经费支出越高;营收能力下降,在职人员经费支出却并不会下降。

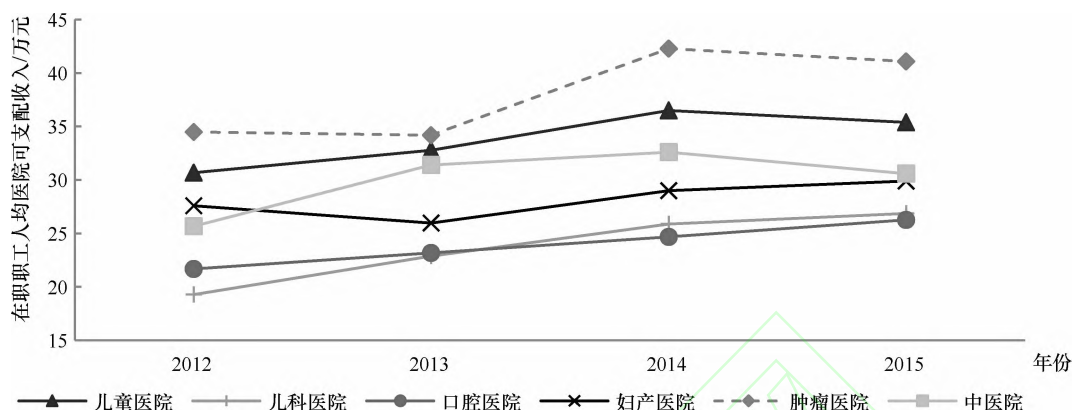


图6 专科医院2012—2015年在职职工人均医院可支配收入

肿瘤医院是一个典型的例子,虽然其医院人均可支配收入高居榜首,但在2012—2013年,其人均经费支出始终排名中下游,从2013年开始才开始提高增速;而从2014—2015年,即便它的营收能力有所下降,其在职职工人均经费支出的增速并没有下降。事实上,2014—2015年,非试点专科医院的营收能力下降或者停滞,它们的在职职工人均经费支出仍然显著提升,并非根据可支配收入“量入为出”。

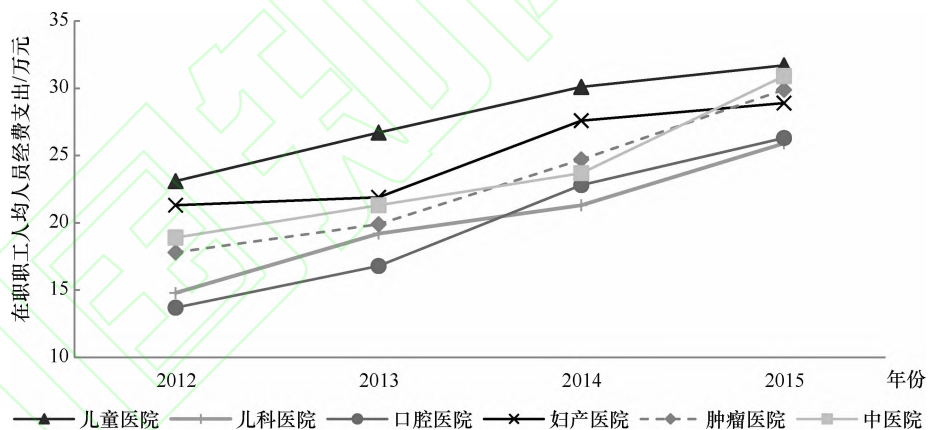


图7 非试点专科医院2012—2015年在职职工人均人员经费支出

资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015年)

(四) 公立医院之间的“兄弟竞争”

如上所述,尽管从理论上来说,医院的营收能力会影响人员经费支出的能力,但在实际情况中,医院营收能力与人员经费支出的相关性并不总是存在,更加重要的影响因素是财政投入水平:除了人力成本上涨造成的人员经费支出上升以外,公立医院不会因为营收能力提高而主动增加在职职工人均经费支出,只有在财政投入增加、一些医院人均支出快速上涨引发其他医院“追赶”时,医院营收能力才会影响在职职工人均经费支出的水平,也就是说,公立医院会根据其他公立医院的表现调整自己的行为;而公立医院的体制又决定,一旦人员工资上涨,历史工资即成为增长基础,即便医院营收能力下降,也不会明显下跌。

这种“追赶”行为很可能会带来财政投入总额的上升。作为政府部门的下级单位,公立医院之间是“兄弟单位”,大家都在竞争同一个资源总量,也会共同对计划者施加压力:财政投入一旦打破原有格局、向某一方倾斜,最终会造成投入总额的上升。

2012年的“医药分开”改革,则提供了观察这种“兄弟竞争”行为的契机。2012年7月,5家市属综合医院承担了“医药分开”改革的试点任务,全面取消药品加成后,财政投入也予以倾斜,在财政总体投入有预算限制的情况下,这就改变了原有的利益分配格局,如果存在前述的“追赶”和“兄弟竞争”行为,医院之间拉大的差距,最终会缩小,而财政投入总额,也会显著上升。

变异系数的变化支持了上述“追赶”理论,可以发现2012—2015年医院财政投入差距陡然增加,随后又逐年缩小,在职工人员经费支出也是拉开差距后又出现趋同的变化趋势。

具体而言,为了推行医药分开改革,5家试点医院得到的财政基本支出补偿力度大大增加,而财政投入的“总盘子”有所限制,因此,在改革之初,其他医院得到的财政基本支出补助比重被压低,一增一减之后,医院间差距增大。从绝对值增幅来看,2012—2013年,财政“总盘子”基本不变,试点医院的财政基本支出补助较上一年增加了26.3%,其他三个类别的医院的增幅均为负数,其中非试点综合医院较上一年减少了22.9%。

**表3 北京市市属20家医院在职工人均财政补助、
人均人员经费支出变异系数** %

	2012	2013	2014	2015
在职工人均财政补助收入	25.2	35.8	35.1	30.6
在职工人均人员经费支出	14.7	16.6	15.5	13.5

资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015年)。

**表4 2012—2015年北京市四类市属医院(共20家)
财政基本支出投入占比** %

医院类别	2012	2013	2014	2015
分类医院	21.5	18.3	18.9	19.3
专科医院	21.5	19.5	17.7	19.6
试点医院	36.9	46.7	47.2	44.3
非试点综合医院	20.1	15.5	16.3	16.8

而2013年以后,各医院之间的差距又逐步缩小,主要依靠基本财政补助支出的快速增加,减少医院间的差距。试点医院增幅略为减缓,其他三类医院的增幅则大幅上升。如表4所示,至2015年,分类医院基本支出补助较上一年增加36.4%,非试点综合医院为37.5%,专科医院则高达48.0%,而试点医院的增幅则为25.3%,尽管低于其他医院,但仍维持较快增长。

各医院在职工人均员工经费支出的差距变化趋势也是类似,在财政大力投入之下,试点医院的在职工人员经费在原本就高于其他医院的基础上,还持续保持了较快增长,引发了医院间的追赶行为。从增幅变化来看,2013年,试点医院的增幅仅次于专科医院,远高于其他两类医院;2014年,分类医院增幅大大提高,增长速度跃居第一;到2015年,专科医院和试点综合医院增长放缓,非试点综合医院增幅则大大增加,这样一来,医院之间在职工人均人员经费支出的差距有所减小,而总体的人员经费支出则快速上升。

**表5 2012—2015年北京市四类市属医院(共20家)
财政基本支出投入较前一年增幅** %

医院类别	2013	2014	2015
总计	-0.2	16.1	33.4
分类医院	-15.1	19.5	36.4
专科医院	-9.7	5.4	48.0
试点医院	26.3	17.4	25.3
非试点综合医院	-22.9	22.0	37.5

资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015年)。

**表6 2012—2015年四类市属医院在职工
人均经费支出较上一年增幅** %

医院类别	2013	2014	2015
专科医院	16.5	19.5	15.5
非试点综合医院	8.5	11.0	18.3
分类医院	7.8	19.6	21.6
试点医院	13.1	18.2	17.4

资料来源:20家市属医院卫生财务报表(2012—2015年)。

四、公立医院改革的困境

由前文分析可知,公立医院的改革成本,远远高于政府部门事前测算的成本,不仅仅是补偿试点医院的损失所需要的配套资金,医院之间竞相追赶人员经费支出水平,最终造成的亏损还是要由财政买单。

在与北京财政部门的访谈中,笔者了解到先行的财政补助方式,已经不再根据医院的业务亏损“亏多少,补多少”,但表现在数据中,即便是财政补助方式发生了改变,公立医院和政府的“父子关系”不变,预算软约束仍然会存在。一方面,政府部门的官员认为,公立医院之间的差距不应该太大,应当以保持公平为主,对营收能力不强、较为“弱小”的医院予以补助。另一方面,公立医院本身也拥有可观的政治影响力和舆论优势,即便根据财政部门制定的规则不应该再追加预算,但总能通过各种渠道施加压力。

尽管1998年和2009年的两轮医改文件均明确指出,财政投入范围包括基本建设和设备购置、扶持重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和补贴政策性亏损等,对承担的公共卫生服务等给予专项补助,常规补贴已经不在其列,但“政策性亏损”的内涵一直非常模糊,中央政府也没有给出过清晰的解释。公立医院往往将受管制的医疗服务价格作为业务亏损的原因,但由于医疗服务市场并未成型,缺乏清晰的市场标杆,也很难说清楚,这种“政策性亏损”到底占业务亏损有多大比重;承担改革任务的试点医院,更会将改革期间发生的亏损归于改革政策,以此要求财政部门给予更多的资金支持,而到底是改革任务还是经营管理不当引发亏损,往往难以分辨。增加的财政资金会引发公立医院间“兄弟竞争”,最终会指向“一碗水端平”的结果,导致总体财政投入水平上升,改革成本大大增加。

五、结论

通过对北京21家市属公立医院的深入分析,本研究为公立医院的预算软约束现象提供了新的经验证据,并描述了“越补越亏”的完整逻辑链条。公立医院会根据政府部门提供的财政基本支出补助预算,决定当年的业务运营亏损,财政补助越多,意味着可以亏损的“额度”也就越多。而业务亏损额度增加,主要源于人员经费快速增长;与此同时,公立医院在回扣和暗利的驱动下,耗材成本迅速上升,挤压了医院业务收入中可用于人员经费和其他支出的可支配收入,最终造成亏损,也对财政投入形成逆向压力。

两种行为背后,并非是公立医院不计成本收益,恰恰是在预算软约束下自身利益最大化的表现,既要财政补助,也要高额回扣。与政府部门的“父子关系”,决定公立医院不必担心业务收支亏损,公立医院院长也极少因为医院亏损问题遭遇问责,因此,对公立医院而言,在近年来药品收入受到各种政策限制的情况下,做高耗材成本、做大账面亏损,既可以隐藏高额利润,也可以宣称是由于“政策性亏损”而争取更多财政投入。换言之,在预算软约束下,财政投入本身并不能改善公立医院的运营状况,甚至会引发公立医院之间的攀比、追赶,进一步刺激人员经费支出,造成“越补越亏”。

这也意味着,自新医改以来,尽管大量财政资金投入公立医院,以期“为改革买单”,实际上并不能改变其固有的行为模式:只要公立医院和政府部门的“父子关系”不变,就不可能打破平均主义、形成激励,更不会有优胜劣汰的竞争,增加的财政投入也就不可能转化为更高的服务效率、更好的服务质量,反而会因为公立医院之间的“兄弟竞争”,导致改革成本远高于预期,最终得到的也只是更昂贵的平均主义。

因此,在医改新阶段,应当更加谨慎对待公立医院“加大财政投入”的诉求,同时深入反思“公益性”的含义:所有制并不决定机构是否拥有“公益性”,公立医院在财政补贴下的扭曲行为,反而更加可能会造成社会整体福利的损失。由于牢牢占据市场垄断地位,公立医院总有能力通过各种手段收取垄断租金,药品耗材

回扣屡禁不绝就是最明显的例证;而与政府部门的“父子关系”、“管办不分”的体制,决定其同时可以从体制内得到大量财政资金,而且难以进行有效监管,名公而实私。针对公立医院运营管理和财政资金使用情况,既没有信息公开,也没有科学的评估和问责机制,上述“越补越亏”的情况必然难以避免。在下一阶段的医改中,可以考虑取消对公立医院的直接财政补助,从“补供方”转向“补需方”,让患者“用脚投票”来决定财政资金的走向;同时,强制公立医院公开其财务运营信息,让社会监管发挥作用。

参考文献:

- [1]张曙霞. 公立医院为何债台高筑[J]. 财经国家周刊,2016(2):38-41.
- [2]KORNAI J. Resource-constrained versus demand-constrained systems[J]. *Econometrica*, 1979,47(4):801-819.
- [3]KORNAI J, MASKIN E, ROLAND G. Understanding the soft budget constraint[J]. *Journal of Economic Literature*, 2003,41(4):1059-1136.
- [4]KORNAI J. *Economics of shortage*[M]. Amsterdam:Elsevier Science Ltd.,1980.
- [5]EGGLESTON K, SHEN Y, LU M, et al. Soft budget constraints in China: evidence from the Guangdong hospital industry[J]. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2009,9(2):233-242.
- [6]朱俊利. 财政补助对公立医院固定资产过度投资影响实证研究——以 B 地区公立医院为例[J]. *中国医院管理*, 2016(1):12-15.
- [7]薛新东. 预算软约束视角下我国公立医院运行绩效:影响、成因与对策[J]. *财政研究*, 2013(10):24-27.
- [8]樊纲,张曙光. *公有制宏观经济理论大纲*[M]. 上海:上海三联书店,1990:210-214.
- [9]罗伯特·K. *案例研究:设计与方法*[M]. 重庆:重庆大学出版社,2004.
- [10]周业安. 关于当前中国新制度经济学研究的反思[J]. *经济研究*, 2001(7):19-27.
- [11]朱恒鹏. 管制的内生性及其后果:以医药价格管制为例[J]. *世界经济*, 2011(7):64-90.

Public Hospital Operation and the Effect of Financial Inputs

—Case Study of 21 Beijing State-owned Hospitals from 2012 to 2015

ZAN Xin, ZHOU Yan, ZHU Hengpeng

(Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100037)

Abstract: Since the new healthcare reform in China, public hospitals have received a huge amount of financial support from governments. However, they are still faced with severe problems of deficits. Thus, how to understand such deficits and how to evaluate the results of government financial inputs are crucial to determine the next step of the healthcare reform. Based on the soft budget constraint theory, and after an in-depth case study of 21 state-owned hospitals in Beijing, it is found that financial inputs will not improve the operational performance of public hospitals, but will cause a competition among hospitals in raising up staff salaries, leading to the situation of “more financial inputs, more operational deficits”. Thus, it concludes that increasing direct financial inputs is likely to push up the cost of the reform, rather than improving the quality of public service and public welfare.

Keywords: public hospital; soft budget constraint; financial input; healthcare reform

责任编辑:张任之