# 医院财务管理

## 理论与实务

Hospital Financial Management
Theory and Practice

金　玲/著

中国财政经济出版社

ISBN 978-7-5095-2053-6
9 787509 520536 >
定价：28.00元

# 医院财务管理理论与实务

金 玲 著

中国财政经济出版社

**图书在版编目（CIP）数据**

医院财务管理理论与实务/金玲著. —北京：中国财政经济出版社，2010.4

ISBN 978-7-5095-2053-6

Ⅰ.医… Ⅱ.金… Ⅲ.医院-财务管理-研究

Ⅳ.R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2010）第 031426 号

责任编辑：樊清玉　　责任校对：王　英

封面设计：郁　佳　　版式设计：兰　波

中国财政经济出版社出版

URL：http：//www.cfeph.cn

E-mail：cfeph@cfeph.cn

（版权所有　翻印必究）

社址：北京市海淀区阜成路甲 28 号　邮政编码：100142

发行处电话：88190406　财经书店电话：64033436

北京财经印刷厂印刷　　各地新华书店经销

880×1230 毫米　32 开　10.75 印张　263 000 字

2010 年 4 月第 1 版　2010 年 4 月北京第 1 次印刷

印数：1—4 060 定价：28.00 元

ISBN 978-7-5095-2053-6/F·2019

（图书出现印装问题，本社负责调换）

本社质量投诉电话：010-88190744

# 序





医院，尤其是综合医院，是一个十分复杂的系统。这个系统的良好运转，离不开科学的管理制度、方法和手段。而医院的财务管理，无疑是整个医院管理中一个十分重要的功能系统。这个系统要有效发挥支撑、保障和引导的功能作用，同样离不开科学的制度、方法和手段。本书以专题研究的形式，对医院财务管理如何运用先进的理念、科学的方法和成熟的经验，作出了十分积极而有益的探索。

注重理论，讲求实用，是本书的一大特色。作者将研究分成八大专题，所涉及的内容几乎涵盖了医院财务管理所有重要环节和领域。八大专题既相对独立，又互有联系，由此而形成相对完整的研究体系，而每一个专题研究，始终贯穿着理论与实践相结合的主线。作者认真学习、研究和借鉴现代财务管理的理论与方法，并将其应用于医院管理实践。书中列举的大量实际数据和实务案例，经作者精心总结提炼后，其实用性与理论性有机融合，相得益彰，这对医院财务管理更好地服务于医院经营管理，具有很强的指导性、针对性和操作性。

引进吸收，探索创新，是本书的一大亮点。作者借鉴企业财务管理的理论体系和方法，把现金流量管理、全面预算管理等科学、先进的管理理念和行之有效的管理方法，大胆引入到医院的财务管理之中，并加以吸收和消化，进而提出了一套切合大型医院实际的管理概念和分析方法，具有创新

意义。现金流量管理的启示在于，无论是对企业管理者还是对医院管理者来说，如果现金流量枯竭而丧失支付能力，都将是致命的。全面预算管理，则既是科学化、精细化管理的客观要求，也是全面提升财务管理水平的重要手段，在企业单位，在行政单位，在包括医院在内的所有事业单位，都应当大力推行。当然，这些理论和方法在不同类型的医院具体如何运用，还需要通过实践不断探索、总结和完善。尽管如此，作者这种勇于创新管理的精神仍然可敬可佩。

稳健管理，精细化操作——本书还体现了从事财务管理所必须具备的这样一种基本精神。医院财务管理，犹如医生行医事关患者生命健康和安全一样，也来不得半点马虎，必须一丝不苟、精益求精，必须控制风险、确保安全。本书结合医院财务特点阐述的几个专题，展示了财务细化管理，力求精确到位的务实风格；同时，不放过可能影响医院财务健康运行的每一个细节，揭示风险源和控制点，给出风险预警及其防范办法，体现了谨慎和稳健的原则。

本书作者长期从事医院财务会计工作，是一位担任浙江省大型综合医院总会计师已有10年的实务工作者，在繁忙的工作之余仍潜心研究，努力探索，笔耕不辍。由一位医院财务管理实务工作者倾注心血奉献一本理论性与实践性俱佳的专著，这在业界尚不多见。尤其是在当下书市中医院财务管理专业书籍廖若晨星的情况下，这本专著的撰写出版就更显难能可贵。

当前，医药卫生体制改革正在全国上下大力推进，被公认为最大难点所在的公立医院改革也已破题。医改，就是要创新体制机制，就是要科学化管理、精细化操作。而医院的财务管理，在医改中扮演着不可或缺的重要角色，发挥着无可替代的支撑引导作用。

愿本书的出版为医院的改革和发展助推！也愿本书的出版对医院管理者和财务人员带来帮助，对所有关心和支持医疗卫生事业的人们有所裨益！

2010 年 3 月

# 前言



中共中央、国务院关于《深化医药卫生体制改革的意见》，提出了医疗卫生事业单位发展的基本原则、目标、任务和重要举措，表明我国医疗卫生体制改革的方向已经明确，目标已经清晰，改革进入了实质性阶段。为此，医院在内部经营管理中，要做好“精细化管理”：即医疗业务的精耕细作，医疗技术的精益求精，日常经营管理的精打细算，以“优质、高效、低耗”赢得市场份额；在更大范围、更高层次上参与国内外医疗市场的竞争，坚持社会效益和经济效益并重，努力提高医院的综合实力。作者正是基于加强医院内部经营管理和内部会计控制的需要，认为有必要对此进行专门的研究。

书中的很多内容，作者曾在全国卫生系统各类培训班多次作专题讲授，获得较好评价。现应部分学员建议，作者在讲稿的基础上，经过反复修改、补充而成。本书的主要内容有：

第一章：医院财务分析。介绍了医院财务分析的基本方法，借鉴企业财务分析指标，结合医疗行业的特殊性，归纳整理成偿债能力、资产管理效率、医疗费用控制、经济效益、发展能力、资产结构、投资风险和工作效率等92个比率指标，及指标的经济内涵；以实例说明财务预测及财务综合评价的基本理论及实用分析方法；提出财务分析报告的编写要求。

第二章：医院现金流量表的编制与分析。现行医院财务报表中缺少现金流量表，无法进行净收益与现金流量差异原因分析，不能满足管理者和投资者的决策需要等问题，在国家没有出台医

院现金流量表格式和规定内容要求时，作者参照《企业会计准则——现金流量表》的规定，自行设计适用于医院的现金流量表，并已在所在医院试行。

第三章：大型医用设备投资决策和效益分析。对于占医院近1/4资产的大型医用设备，需要运用科学的财务管理手段对设备的全过程进行管理；需要从“经济性、效益性、效果性”三个方面，对购置大型医用设备所带来的社会效益和经济效益作出比较全面、科学的评价，解决设备引进的科学性和有效性的动态管理难题，在为病人提供优质医疗服务的同时，使医院的整体效益得到提高。

第四章：医院医疗收费环节控制。媒体报道的一些经济犯罪分子，利用计算机系统功能上的技术漏洞，进行贪污。这促使医院管理者加强医疗收费完整性的分析与控制，依法履行职责，从源头上抓医院内部会计控制制度的落实，防止工作人员出现犯罪和违法行为。作者以实例介绍了医院采用《收入核对调整表》，指定专人按月将业务收支明细表中的门诊、住院收入与HIS收入进行核对，分析差异的成因，编制调整说明，并对已发现的问题整改，使医院会计内部控制制度切实得到贯彻、落实，确保资金安全和会计数据的真实、完整。

第五章：医院全面预算管理。系统、务实地阐述全面预算管理的原理，详细讲解全面预算管理的各个具体环节和方法。

第六章：医院成本管理。借鉴企业和医院经济管理及成本管理理论，结合医院工作的特点和实践，总结分析、研究探索适合医院全面成本管理的理论与实际操作方法。

第七章：公立医院财务风险防范与危机预警方法。作者就医院财务危机的预警方法，借鉴威廉·比弗（William. Beaver）提出的适用于企业预测财务危机的四个比率公式和经济内涵等，根据《医院财务制度》的规定及医疗行业的特殊性，对公式指标

作相应的修改，重新定义其经济内涵，以适应行业管理的需要。同时，提出除使用比弗有效预测财务危机的四个财务比率外，还可以通过设置并观察一些敏感性财务指标的变化，预测和分析医院的财务状况是否处于危险境地。

第八章：医院绩效管理。绩效管理作为人力资源管理的一个环节和功能，不仅是实现医院发展战略目标的控制工具，更是形成绩效改进、激励、人事调整、薪酬分配、人才选拔、员工培训等工作的有效载体。它可以帮助医院管理层形成以严密和科学为特征的战略思维方式，在医院营造参与绩效考核与管理的氛围，使每个员工养成与医院组织目标同步发展的行为习惯，从而形成医院独有的可持续的竞争优势——绩效文化。

在写作过程中，作者试图引入最新的管理理念和方法，也学习、参考了一些专家、学者的研究成果；既保留了医院财务管理方面的内容，又引用了企业管理的概念和方法，还有大量的实务案例，力求做到理论与实践的完美结合，为满足现代市场经济环境下医院管理的需要尽一份力。

作　者

2010 年 3 月

# 目录






**第一章　医院财务分析** …… (1)

第一节　医院财务分析的内容、特点与问题 …… (1)

第二节　财务分析的基本方法 …… (13)

第三节　财务分析报告 …… (58)

**第二章　医院现金流量表的编制与分析** …… (74)

第一节　现金流量表的意义 …… (74)

第二节　医院现金流量表的构架和内容 …… (78)

第三节　医院现金流量表的分析与运用 …… (82)

第四节　现金流量分析的局限性及前景展望 …… (94)

**第三章　大型医用设备投资决策和效益分析** …… (97)

第一节　大型医用设备的特点和管理现状 …… (98)

第二节　大型医用设备投资的前期论证 …… (101)

第三节　大型医用设备投资决策分析 …… (109)

第四节　大型医用设备使用效益分析与评价 …… (123)

**第四章　医院医疗收费环节控制** …… (136)

第一节　经济犯罪案例凸显收费管理的漏洞 …… (136)

第二节　医疗收费完整性分析及环节核对与控制 … (138)

第三节　建立内部会计控制防范体系 …… (149)

**第五章　医院全面预算管理** …… (155)
第一节　医院全面预算管理的意义、特点与现状 … (155)
第二节　医院全面预算的编制 …… (159)
第三节　医院全面预算的执行与控制 …… (171)
第四节　医院全面预算的分析与考评 …… (175)
第五节　全面预算管理实施的保障体系 …… (181)

**第六章　医院成本管理** …… (187)
第一节　医院成本管理的内容与意义 …… (188)
第二节　医院成本控制与管理 …… (193)
第三节　医院成本分析 …… (203)
第四节　医院成本管理的基础——成本核算 …… (217)

**第七章　公立医院财务风险防范与危机预警方法** … (231)
第一节　医院财务风险的形式和特征 …… (231)
第二节　医院财务风险的预警、防范和管理措施 … (235)
第三节　财务危机的预警方法 …… (248)

**第八章　医院绩效管理** …… (255)
第一节　医院绩效管理的意义与现状 …… (255)
第二节　医院绩效管理方法 …… (263)
第三节　绩效管理支持系统 …… (277)
第四节　绩效管理体系的建立与应用 …… (288)

附　　件 …… (299)
参考文献 …… (323)
后　　记 …… (330)

# 第一章 医院财务分析

长期以来，在医院这个特殊的行业中，财务分析一直比较薄弱，没有引起充分的重视。财务人员把记账、算账、报账看成是硬任务（必须完成），而把财务分析看成是软任务（可有可无），很难发挥财务分析在医院财务管理中的作用。随着医疗市场竞争日趋激烈，医院面临的挑战将更为严峻，要充分发挥财务管理的职能作用，树立新的医院财务管理理念，就必须在坚持社会效益第一的前提下，理好财、用好财，增收节支，以保持医院的生存和发展。同时，要加强与同业医院间各种业务及经济指标的比较，分析优势所在，找出与先进水平的差距，确定管理与改进的目标，提高核心竞争能力。因此，加强财务分析，写出质量上乘的财务分析报告显得尤为重要。

## 第一节 医院财务分析的内容、特点与问题

医院财务分析是以微观经济原理为理论基础，根据医院内外

部经济信息（事业计划、会计报表、统计数据和其他有关资料），运用财务管理方法，对财务活动和财务关系及其效率和效果进行分解剖析，从而实现医院经营目标的管理行为。

## 一、医院财务分析的内容与特点

财务分析是以会计核算及其相关资料为依据，采用一系列专门的分析技术和方法，对医院过去和现在有关筹资活动、投资活动、经营活动的偿债能力、盈利能力、运营能力和发展能力状况等进行分析与评价，使管理者和员工能够了解过去、评价现状和预测未来，为作出正确决策提供准确的信息或依据。

医院开展财务分析的主要目的是为了分析和评价医疗业务开展情况，找出经营管理中的差距和存在的问题，促使医院挖潜改造、增收节支、提高财务管理水平，为国家管理医院和制定卫生经济政策提供信息，为医院管理层决策提供依据。为此，开展财务分析具有以下意义：一是有利于评价和促进医院计划、预算的完成。计划和预算是医疗运营活动的目标和准则。加强财务分析，能够全面地评价计划、预算的执行情况，发现管理中的薄弱环节和问题，及时采取有效措施加以调整，促进计划和预算的完成。二是有利于医院改善经营管理，提高综合效益。财务分析是从资金活动入手，分析医院人力、物力、财力的利用情况，研究医疗运营活动取得成果的原因。加强财务分析，可以不断总结经验教训，找出差距和问题，从而采取措施，加速资金周转，提高设备利用率；挖掘医疗运营潜力，充分利用卫生资源，减少物资积压浪费，降低医药费用，提高医院的社会效益和经济效益。三是有利于医院管理者作出科学的决策。医疗运营活动是一个由错综复杂的因素交织在一起的系统，运用科学、有效的手段对医院的经济活动进行分析，可以了解医疗活动中财务运转情况，掌握经济决策与客观经济规律的相符程度。在分析中将大量的财务报

表数据转化成对决策有用的信息，为领导决策提供可靠依据，提高决策的科学性。四是有利于提高医院财务管理水平。财务分析既能对医院已发生的财务状况和财务成果进行评价总结，也能具体判断医院资产的管理和使用是否合理，资金的运营是否安全、有效，客观地评价医院计划的完成情况，为以后的预算、计划和决策提供有用的信息，预测医院未来的发展趋势。因此，加强财务分析，能够更加客观地总结理财经验，揭示财务管理中潜在的问题和发展趋势，认识和掌握财务活动的规律，改进财务管理工作，不断提高医院财务管理水平。

（一）财务分析的内容及侧重点

医院财务分析除对医疗业务开展情况分析、医疗服务数量与质量变动情况分析、医药费用控制情况分析、资产负债变动情况分析、收入支出结余情况分析、病人医疗费用承受能力分析和职工人均消费水平分析等项目分析外，还需要侧重进行现金流量分析、成本控制分析、融资租赁分析和创新能力分析，以保证医院的自我生存和发展。

1. 现金流量分析。在目前不少医院采取各种方式筹集资金，实行负债经营的情况下，医院管理者和财务人员要重视现金流量信息。财务分析应从以“收益”为中心转向以“现金流量”为中心，重点分析医院是否能够通过医疗活动获得足够的现金流量，以评价运营资金管理是否有效率；同时，还要分析外部融资活动后的现金净流量，以评价医院的筹资政策。财务人员可以利用这些指标的逐年变化信息，为评价医院现金流量的动态稳定性提供有价值的信息，也有助于评价医院收益的质量，为报表使用者进行科学决策提供依据。

2. 成本控制分析。自从医院开展成本核算以来，控制成本成为提高医院经济效益的主要途径之一。开展成本控制分析，首先，要正确评价医院成本控制目标的执行效果，提高医务人员讲

求经济效益的积极性；其次，要通过各项成本数据，找出医疗成本升降的原因，寻求进一步降低医疗成本的方法。

3. 融资租赁分析。在社会主义市场经济条件下，作为服务行业的医院面临着经济效益的考验。如何利用自身的优势及有限的收支结余引进先进的医用设备，成为目前备受关注的话题。由于医院不是一般企业，在筹措资金方面受到诸多限制。就目前大多数医院的实际情况来看，先进医疗设备的引进主要通过长期借款、融资租赁等方式。所以医院在进行财务分析时，应重点分析外部融资活动后的现金净流量，以评价医院的筹资政策。

4. 创新能力分析。医院发展的内在动力是医学科学技术的不断创新，诊疗方法的不断改进，医学科学技术的不断进步。所以，在进行财务分析时，应特别重视医院的科技创新能力。而科研经费投入占业务收入的比例则是反映医院技术开发能力强弱的重要指标，该指标越高，表明医院的创新能力和竞争力越强。

（二）财务分析的信息来源

医院财务分析的信息来源主要有财务信息、非财务信息、社会信息三部分：

1. 财务信息。主要包括各种与医院经营管理和评价有关的财务报表和会计信息。

2. 非财务信息。包括医用设备数量和状况，高、精、尖大型医用设备使用情况，各部门房屋使用面积，各级各类医务人员配置数，护理人员与床位的配置比例，病人数和从其他医院转入率，病床使用率和出院者平均住院天数，手术例数等。

财务信息和非财务信息还经常被同时使用，如计算平均每床日收费水平和每门诊人次收费水平等，计算结果在对数量因素和价格因素的分析中是非常重要的数据之一。

3. 社会信息。社会环境情报，如国家物价统计，国民生产统计，社会人口结构的变化等。

（三）财务分析的实施程序

如图 1－1 所示。

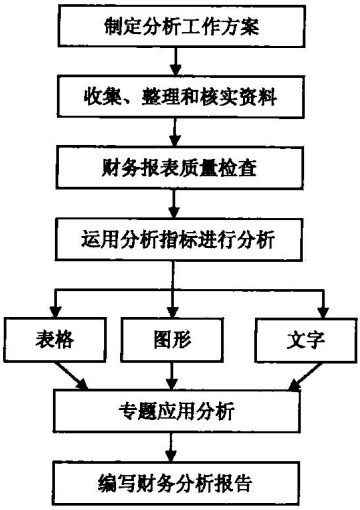



图 1－1　财务分析实施程序

（四）财务报告分析的依据

如图 1－2 所示。

## 二、医院财务分析存在的问题

目前，医院财务分析工作处于探索阶段，没有统一的标准，很多方面存在局限性，有客观条件的限制，也有主观因素的影响，具体表现在以下几个方面：

（一）财务分析内容的局限性

一些财务人员受专业知识和技能的影响，在财务分析时偏重对常规财务质量的分析，缺乏对特定目标的分析与评价，存在的局限性主要有：

1. 侧重单一财务信息的分析，综合分析水平不高。由于财务人员受业务知识单一性的限制，财务分析仅重视内部财务指

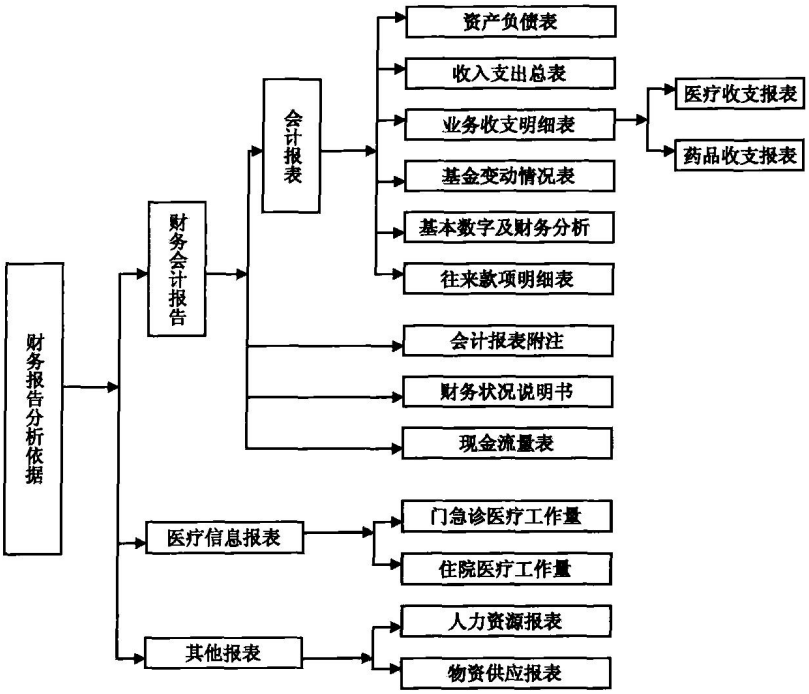



图 1－2 财务报告分析依据

标、财务行为和财务管理状况等财务方面的信息，缺少对医疗服务和相关业务等医学方面知识的了解，影响了分析人员的观察力和分析力，无法从财务变化中判断医疗运营中存在的问题以及对财务指标造成影响的因素，忽视了对其他相关经济信息的综合分析，从而影响评价医疗活动的真正效益，造成医院财务分析综合水平不高。

2. 重视医院内部分析，忽视行业外部分析。目前，医院财务分析指标没有统一的标准，使财务指标缺少可比性；医院之间信息“孤岛”不利于横向比较，使财务分析工作仅局限于医院内部，缺乏与同行业间的对比，造成医院管理层难以了解相关指标在同行业中的地位，不利于医院对经营决策进行适当定位。此

外，还忽视了对医疗物价政策、市场状况、国家医药政策及财务管理体制等外部影响因素的分析。

3. 着重于经济事项的事后分析，缺少有效的前瞻性分析。传统的医院财务分析是解剖已发生的财务活动及其成果，这种事后分析的适时性和快速反应能力滞后，也缺少对医疗风险的防范和发展潜力的预测；仅侧重于财务指标的静态性分析，忽略了医疗服务活动的动态性分析，已经不能满足医院发展的需要。

4. 缺乏全成本核算意识。医院现行的成本核算只是分奖金、算物价的办法，未能在整个医院运营管理中采用全成本管理办法。

5. 缺乏风险意识。《医院财务制度》指出："医院只有引入市场竞争机制，实行优胜劣汰，建立自我发展的新机制，才能得到高效的发展"。在计划经济下，医院人员的工资基本上是由国家包干，财政是主要的资金供应者，由此造成管理人员风险意识薄弱。

6. 缺乏投资决策分析。在计划经济下，医院发展的规模、项目、资金的具体运用等基本采用行政手段，缺乏必要的自主权，也不需要承担多少责任，一人或几人说了算，强调社会效益，不讲经济效益，缺少投资决策分析。

（二）财务指标分析方法的局限性

目前，许多财务人员在对医院的财务指标进行分析时，主要借鉴或参照相对较为成熟的企业会计指标体系及分析方法。由于《医院会计制度》与《企业会计制度》存在较大的差别，如果财务人员不对所涉及的指标内涵进行对应性改变，而是生搬硬套，就有可能出现较大的误差，甚至得出完全相反的结论。

1. 直接用资产负债表中的数据计算各项财务比率，分析医院偿债能力、抗风险能力

（1）由于现行《医院会计制度》未规定计提固定资产折旧，

而是按固定资产原值的一定比例计提修购基金，计入当期费用，作为净资产增加。但在医院资产负债表中固定资产仍以原值列示，致使资产虚增。而《企业会计制度》将折旧作为固定资产的抵减项目，在企业资产负债表中以净值列示。

（2）《企业会计制度》规定，期末或者至少在每年度终了应对资产进行逐项检查，如发现固定资产、长期投资等可收回金额低于其账面价值，或存货成本高于其可变现净值时，应计提资产减值准备，并计入当期损益。而医院各项资产的账面价值只反映历史成本，不反映其现时价值。由于有形损耗、无形损耗，以及其他经济原因，资产发生减值是必然的，如果不确认已发生的资产减值，致使资产价值形成虚列，不符合真实性原则，也有悖于谨慎性原则。

（3）《医院财务制度》规定："年度终了，医院应按年末应收医疗款和应收在院病人医药费科目余额的3%～5%计提坏账准备"。这一规定使不同等级类别的医院均按照相同的固定比例计提坏账准备，无法反映每家医院应收债权的实际情况。现实情况是每家医院构成"应收医疗款"科目余额的情况是不一样的：有些医院由于历史的原因曾为社会垫付公费医疗款，财政部门明确告知无专项资金拨款核销，而医院仍挂账不处理，并在报表中列入流动资产；很多医院开通"绿色通道"，对意外伤害无法及时筹款，且生命垂危的病人先行抢救；或救治特困病人、无主病人，以及恶意逃费等形成的医疗欠费，其收回的可能性极小。如果医院仅以上述金额的规定比例计提坏账准备，显然造成资产的虚增。

（4）从近年财务检查中发现，有些医院"其他应收款"和"其他应付款"期末余额很大，与财务结算不及时有关，也不排除一些医院为了粉饰经营业绩或出于其他目的，将应作为费用列支的大额支出长期挂在"其他应收款"科目，没有按照权责发

生制原则计入当期损益，造成资产不实。

从上述分析说明，财务人员应在期末按照《医院财务制度》的规定，对医院的财产物资、债权、债务进行清查盘点，定期发征询函逐项核实债权，以确认医院真实的资产状况。切不可直接按照资产负债表中的数据计算各项财务比率，从而影响医院合理的投资和经营决策。

2. 将“收支结余”等同于“营业利润”，直接套用企业会计指标对医院的盈利能力进行分析

（1）《医院会计制度》规定：管理费用应按照医药收入的一定比例分摊计入医疗支出和药品支出；对固定资产损耗以计提修购基金列入当期费用的方法来保证医院财务成果的真实性；但同时又规定将有些费用直接从各项基金中支出：如医院给职工摘福利，从“专用基金——福利基金”科目中列支；固定资产单笔修理费超过一定金额（各省份标准不同，浙江为5000元）的，在“专用基金——修购基金”科目中列支；使得“收支结余”科目不能真实反映医院当期的经营所得，客观上造成各家医院提供的财务数据可比性差。

（2）目前，绝大多数医院实行的是不完全成本核算，多数医院只反映直接成本，对间接成本的分摊标准不统一，随意性大；另一方面，医院的成本核算未能做到与收入紧密衔接，更不可能像企业那样按照产品名称反映项目成本；再加上固定资产未计提折旧、也未计提资产减值准备等多方面原因，导致医院某一时期的支出与相同时期的收入不相匹配。

上述问题的存在，促使财务人员在对医院一定时期盈利能力进行分析前，应按照权责发生制原则，以及划分收益性支出与资本性支出原则，对相同时期的各项支出全面过滤，进而对“收支结余”科目进行调整，真实地反映医院当期的经营所得和财务成果，并结合现金流量表相关信息的佐证，作出合理的判断。

3. 缺乏对现金流量的分析

财务分析要以财务报表数据为基础，真实、有用的财务信息是进行有效财务分析的前提条件。但目前医院财务报表数据本身存在着很大的局限性，如：报表以原始成本为基础，缺乏时效性；没有考虑通货膨胀和物价变动等因素的影响；资产负债表与收入支出总表所反映的时间概念不同，以比率的形式将两表数据进行比较，其可比程度不一致。此外，现金流量表目前还不是医院法定对外报送的报表（许多医院尚未编制现金流量表），也没有要求从医疗资金运营的角度对现金流量进行分析。

（三）财务分析指标体系的局限性

目前，我国还没有统一的评价各级医院财务状况的指标体系，对医院进行考核，主要依据卫生部颁发的医院管理评价指南中的经济运行评价指标。总体而言，考核指标零散，不成体系，无法对医院财务状况进行综合评价，财务分析指标体系的主要缺陷有：

1. 对现金流量指标的重视程度不够

现代企业财务管理的核心是现金流量指标管理，现代医院管理也必须注重现金流量指标。目前，医院财务管理对现金流量指标并不关注，不少医院没有顾及医疗市场的供求关系，医院扩张的速度超出医疗服务需求，沉重的债务负担导致入不敷出，造成严重的财务危机。

2. 缺乏国有资产保值增值指标

医院虽是独立法人实体，但卫生主管部门对院长经济责任制考核并未完全落实，绩效考核并未重视国有资产保值增值情况。很多医院薪酬分配没有建立在全成本核算基础上，年职工人均个人消费增长超过业务收入的增长比率，有可能导致国有资产流失。

3. 财务分析指标体系缺乏与非财务指标的有效结合

现行医院财务分析指标一个很大的缺陷，就是只反映过去财务、经营状况，并未着眼未来，而非财务指标则是面向未来的。过分注重财务指标，倾向于对这些财务指标进行详细复杂的定量分析，而忽略了定量与定性分析的有机结合，没有很好地与非财务指标结合，往往只能得出单一的对历史数据的分析结论，缺乏实际决策的利用价值。

（四）财务分析报告存在的问题

写出高质量的财务分析报告，是许多财务人员梦寐以求，并为之而努力的。可也有一些财务人员，把它当作一种负担，匆匆完成后如释重负，交出之后，不再过问效果如何；有的只是利用会计报表进行表面的解读，不能就指标数值之间的因果关系进行分析、判断，跳不出财务自身的思维惯性；不太关注宏观经济的发展和外部环境的变化对医院经营的影响，不熟悉基本的医疗业务流程，只能简单地就数据论数据，忽视指标间的相互关系，生搬硬套公式等，由此编写的财务分析报告对医院经营管理没有使用价值。

1. 财务分析报告时效性差。一般来说，财务分析报告应于每月、每季、每年末报告，要求财务人员在每月、每季、每年末的次月 10 日前把报告提供给医院管理者（信息使用者）。可现实情况是报告要到次月中旬甚至月底才能提供出来，这样的财务分析报告缺乏时效性。

2. 针对性和实效性差。财务分析报告存在的基础之一就是有用性，如果报告无法为信息使用者提供有用的信息，那么，报告存在的合理性必然受到质疑。如果财务人员把编制报告作为一种负担，不注重报告的质量，分析不够透彻，分析水平不高，不能揭示、解决现实中存在的问题，必然成为医院管理者的“鸡肋”，徒生感叹：需要的信息太多，而真正获得的信息却太少。

3. 就财务论财务，与医院管理脱节。财务分析报告的阅读

对象通常是医院管理者，而医院管理者希望看到的是一份站在医院管理的角度，对医疗运营过程及财务管理进行分析和提出问题的财务分析报告。而财务人员在日常财务分析时易犯的错误是：跳不出财务自身的思维惯性，没有站在医院管理的角度去思考问题，就财务论财务、就数据论数据，与医院管理相脱节；不去主动地与领导沟通，捕获他们关注的信息内容，也不去了解医院经营决策情况等，由此写出来的财务分析报告，就不可能为医院的管理服务。

4. 就数据论数据，与医疗业务脱节。财务数据所表达的不完全是简单的财务数据，而应反映医院经营管理的现实。如果财务人员在编写财务分析报告时，只是用财务数据计算出来的几个财务指标，便开始就指标论指标、就数据论数据，不能将指标数据与数据背后的医疗运营活动联系起来，不能根据医疗业务的发展变化去观察财务数据的变化，不能根据财务数据的变化去了解医疗业务的实际情况，不注重培养对财务数据的敏感性和判断力，就不可能面对具体的医疗运营活动和财务数据，准确地判断和分析医院的经营情况、发现业务开展过程中存在的问题，也就写不出能为业务部门提供真正有价值决策信息的财务分析报告。

5. 忽视指标间的相互关系，容易判断失误。财务人员如果仅用单一指标进行财务分析，或虽使用多个指标，但只是将各个指标数值的计算结果简单地进行加权计算，没有将各个指标数值之间的因果关系有机地联系起来进行分析、判断，就容易出现判断失误。如进行资金结构、偿债能力等财务状况分析时，忽视收支结余和现金流量表指标的变化，忽视财务指标间内在的因果联系，试图以单个指标就对医院某个方面进行判断和评价的做法是错误的。只有将多种指标结合起来，凭借其内在的因果关系，进行环环相扣、层层深入、递进式分析和判断，才能得出符合医院实际、准确的分析结论。

6. 陷入静态分析和经验型判断的误区。一个财务指标数值可能是由多种因素构成的，一种财务状况也可能是多种情况导致的，如医疗收支结余出现亏损，经验型判断认为是医院经营管理不善造成的，但现实情况是与国家制定的医疗服务价格政策和其他许多的因素有关。为此，财务人员进行财务分析时，不能陷入经验型、静态判断的误区，要用发展的、动态的、全局的眼光来观察指标的变化，洞察财务状况变动的本来面目。

7. 与同行业比较简单化、绝对化，忽视每家医院的经营特点。与同行业比较是财务分析中使用频率较高的一种分析方法。现实情况是行业数据只反映医疗行业的平均水平，具体到每家医院，由于整体医疗技术水平、开展的诊疗项目、医院经营发展战略和理财原则的不同，使得财务数据和指标间的差别很大。在这种情况下，用行业平均值或最佳值与医院进行比较，得出结论的准确性会大打折扣。为此，要求财务人员在分析时，应重点考虑医院自身的医疗特色和经营能力，寻找与医院综合实力比较接近的同业标准作为参考。否则，用行业标准来判断有可能得出错误的结论。

## 第二节　财务分析的基本方法

运用科学的财务分析方法和财务评价指标体系是有效进行财务分析的关键，医院常用的财务分析方法有：比较分析法、比率分析法、因素分析法、结构分析法、趋势分析法、财务综合分析法等。在实际分析时，财务人员往往要根据不同的分析目的运用两种甚至多种分析方法与财务比率指标体系结合起来进行系统、综合的分析，才能找出有关指标之间的内在联系，从而对医院的财务状况作出恰如其分的判断及合理的评价。

## 一、比较分析法

比较分析法是将两个或两个以上相关财务数据或财务指标数值与所确定的比较标准进行对比分析，从而揭示差异和原因，或以此推测指标变动趋势的一种分析方法。其基本计算公式：差异额 = 分析对象数值 - 判断标准数值。

运用比较分析法主要是通过计算差异额来体现差异的大小，反映医院在同行业中所处的位置及财务状况中存在的问题：

（一）比较分析法分类

1. 按比较内容分类。可分为比较要素总量、比较结构百分比、比较财务比率：

（1）比较要素总量。总量是指报表项目的总金额，总量比较主要用于时间序列比较和分析，有时也可与同行业比较。通过将医院实际执行数据与同行业相同时期、相同口径指标数据比较，评价医院相对规模和所处的竞争地位，进一步优化医院的管理。

（2）比较结构百分比。结构百分比是指把医院的资产负债表、收入支出总表和现金流量表转换成结构百分比报表进行分析。在比较时可以将医院与同行业由于规模不同等因素予以剔除，计算所产生的绝对值差额。结构百分比报表主要对发现有显著问题的项目进行比较。

（3）比较财务比率。财务比率是各会计要素的相互关系，反映其内在联系。比率比较在财务分析中使用频率很高，它是相对数，可以排除由于规模不同对分析的影响，使不同比较对象建立起可比性。财务比率的计算比较简单，但要说明和解释清楚就比较复杂和困难，因为，不同的财务比率从不同的角度反映了医院某些特定方面的特征，是判断医院好坏优劣的重要经济数据。

2. 按比较标准分类。可分为与计划（预算）指标比较、与

历史数据比较、与同行业平均值比较、与先进医院指标比较、与竞争对手实际水平比较。

（1）与计划（预算）指标比较。通过本期实际指标与计划（预算）比较，可以分析医院完成计划（预算）的情况。也可以利用预定目标作为比较对象，用于考核医院内部工作效率和工作成果。

（2）与历史数据比较。与上年或以前数年的实际指标比较，或与本院历史上曾经达到的最高指标比较，可以分析医院的发展状况及发展趋势（如表1-1所示）。

（3）与同行业平均值比较。医院通过实际执行数据与同行业平均值比较，可以判断医院的整体经营情况的优劣，以及在同行业中所处的地位（如表1-2所示）。

（4）与先进医院指标比较。通过与先进医院的指标比较，了解医院与先进医院之间的差距，有利于激发医院的竞争意识；

（5）与竞争对手实际水平比较。通过与竞争对手实际水平的比较，揭示医院相对于竞争对手所具有的优势及劣势，为医院努力缩小与竞争对手之间的差距指明方向并确立目标。

**表1-1　　收入指标同期比较**　　单位：万元

| 项　目 | 基　期 | 报告期 | 增(减)额 | 增(降)幅度(%) |
|---|---|---|---|---|
| 总收入 | 61428.35 | 75209.01 | 13780.66 | 22.43 |
| 财政拨款收入 | 3756.24 | 4459.97 | 703.73 | 18.73 |
| 业务收入 | 57672.11 | 70749.04 | 13076.93 | 22.67 |
| 医疗收入 | 28108.82 | 33456.22 | 5347.40 | 19.02 |
| 药品收入 | 27760.92 | 35766.14 | 8005.22 | 28.84 |
| 其他收入 | 1802.37 | 1526.68 | -275.69 | -15.30 |

表 1-2 与同行业先进水平比较

| 项 目 | 单 位 | 行业先进水平 | 某医院 | 差异 |
|---|---|---|---|---|
| 总费用率 | % | 95 | 98 | 3 |
| 管理费用率 | % | 25 | 27 | 2 |
| 人员经费支出率 | % | 33 | 37 | 4 |
| 人均业务收入 | 万元 | 52 | 48 | -4 |
| 百元固定资产的业务收入 | 元 | 135 | 120 | -15 |
| 平均每门诊人次收费水平 | 元 | 140 | 146 | 6 |
| 平均每出院人次费用 | 元 | 6000 | 6500 | 500 |
| 药品收入占业务收入的比例 | % | 39 | 45 | 6 |

（二）采用比较分析法应注意的问题

1. 正确计算财务比率。在运用比较分析法时，只有依据正确数据计算的财务比率，才能反映医院的本质特征。这里所说的正确数据，不仅要求计算过程和结果的正确，还要求计算的范围和口径保持一致。如果财务人员只会计算财务比率而不会使用财务比率，或者数据计算的正确率不高，就会使财务比率丧失应有的作用。

2. 指标的统一性和可比性。采用比较分析法时应注意指标的统一性和可比性。

## 二、比率分析法

比率分析法是在同一张会计报表的不同项目、不同类别之间，或两张不同会计报表的有关项目之间，用比率来反映它们的相互关系，据此评价和发现医院财务状况和经营管理中存在的问题。它是根据掌握的数据资料和分析目的，分别从特定的角度反映医院偿债能力指标、资产管理效率指标、医疗费用控制指标、经济效益指标、发展能力指标、结构指标、投资风险指标和工作

效率指标等比率指标和结构性比率。

（一）财务分析指标体系设置的原则

如何结合医院实际，针对存在的问题，追根寻源，进行恰如其分的分析、判断，满足医院管理和发展的需要，运用科学的分析方法和选用恰当的财务评价指标是关键。设置时应考虑以下原则：

1. 可比性原则。在设计指标时，所用数据要具有可比性，对不同时期、不同医院之间的纵向和横向比较要具有可比性。

2. 实用性原则。指标设置要符合医疗卫生行业特点和医院的实际情况，能满足医院财务分析的需要。

3. 动态性原则。现代医院管理要求医院财务分析不应局限于静态指标分析，应从整体上动态分析医院的持续发展能力、资金运营能力、开拓和把握医疗市场能力。

4. “以病人为中心”原则。医院财务活动是医疗业务活动开展的经济表现，医疗业务开展过程，从财务角度看，实际上是医院收入实现和成本发生的过程。如何用经济手段达到最佳的治疗效果，是用经济的思维分析医疗业务活动的过程。所以，财务指标的设置要充分体现“以病人为中心”的原则，在坚持社会效益的前提下，讲究经济效益。

（二）比率指标

1. 偿债能力指标

举债资金主要用于基础设施建设、长期固定资产投资和融资所需等，是医院自我组织与自我调剂资金的活动。偿债能力指标应在医疗立项、选项多方面考虑，慎重决策。同时，还要从资产的流动及安全性进行分析。流动性表现在医院资产的变现能力上；安全性主要考虑医院偿付债务的能力，主要衡量指标有：

（1）资产负债率 $=\dfrac{\text{负债总额}}{\text{资产总额}}\times 100\%$

该指标表示在医院资产总额中，有多少资产是通过借债取得的。一般来说医院资产负债率越低，说明以负债取得的资产越少。但从经营的角度看，资产负债率过低，说明医院运用外部资金的能力差；而资产负债率过高，说明医院资金不足，依靠欠债维持，偿债风险太大。因此，医院负债率应保持在一定的水平上，一般来说，该比率在60%～70%比较合理、稳健；达到85%及以上时，有偿债风险，医院应引起足够的重视。

（2）流动比率 $=\frac{\text{流动资产}}{\text{流动负债}}\times 100\%$

该指标评价医院流动资产在短期债务到期前，可以变为现金用于偿还流动负债的能力。该指标表明医院在每1元流动负债中有多少流动资产可以作为偿还到期债务的保证。该比率越高，债权人越有保障。但过高的流动比率则表明医院对外部资金未能有效运用，习惯上，流动比率为2被认为是适宜的。

（3）速动比率 $=\frac{\text{速动资产}}{\text{流动负债}}\times 100\%$

该指标用于衡量医院流动资产中可以立即变现用于偿还流动负债的能力，其中：速动资产＝流动资产－库存物资－待摊费用－待处理流动资产净损失。通常情况下1被认为是较为正常的速动比率。

（4）产权比率 $=\frac{\text{负债总额}}{\text{净资产总额}}\times 100\%$

该指标是医院财务结构稳健与否的重要标志，该比率越低，表明医院的长期偿债能力越强，债权人权益的保障程度越高，承担的风险越小，但医院不能发挥负债的财务杠杆效应。因此，医院在保障债务偿还安全的前提下，应尽可能提高产权比率。

需要强调的是，政府举办的非营利性医院的产权是明晰的，100%产权为国有。只有提高产权比率，才能保证国有资产的保值增值。

（5）现金比率 $=\frac{\text{现金类资产}}{\text{流动负债}}\times 100\%$

现金类资产是速动资产扣除应收账款后的余额。该比率过高，意味着医院存在资金闲置的情况；经常以获利能力低的现金类资产作为短期偿清债务的保证，会导致医院机会成本增加。

（6）或有负债比率 $=\frac{\text{或有负债余额}}{\text{净资产总额}}\times 100\%$

该指标反映医院净资产应对可能发生的或有负债的保障程度。或有负债包括未决诉讼和未到期银行票据贴现等。一般情况下，该比率越低，表明医院的偿债能力越强，净资产应对或有负债的保障程度越高。反之，表明医院承担的相关风险越大。或有负债只需在会计报表附注中披露，不一定能预计其产生的财务影响，以及获得补偿的可能性（金额无法预计）。

（7）现金流动负债比率 $=\frac{\text{医疗运营活动现金净流量}}{\text{流动负债}}\times 100\%$

该指标从现金流入和流出的动态角度对医院实际偿债能力进行考察，反映本期医疗运营活动产生的现金净流量是否足以抵付流动负债。该比率越高，表明医疗运营活动产生的现金净流量越多，越能保障按期偿还债务。但是，该指标也不是越大越好，指标过大表明医院流动资金利用不充分，获利能力不强。

2. 资产管理效率指标

资产管理效率指标是用来衡量医院在资产管理方面效率的财务指标，是评价医院履行职能，有效利用医疗资源获得预期效果与价值的活动。评价医院资产管理效率的指标主要有：

（1）总资产周转率 $=\frac{\text{业务收入}}{\text{总资产平均余额}}$

该指标用于反映总资产价值回收、转移与利用效果。该指标越高，说明医院在资产管理、成本核算和控制费用等方面取得了成效。

（2）流动资产周转率（周转次数）$=\frac{\text{业务收入}}{\text{流动资产平均余额}}$

该指标用于反映医院流动资产周转速度。在一定时期内，流动资产周转次数越多，表明以相同的流动资产完成的周转额越多，流动资产利用效果越好。

（3）库存物资周转率$=\frac{\text{医疗成本}}{\text{库存物资平均余额}}$

一般来说，库存物资周转率越高，说明医院库存物资占用水平越低，库存物资周转的时间越短。库存物资占用的资金越少，则库存物资积压的风险越小，医院的变现能力以及资金的使用效率也就越好，库存物资管理水平就越高。但是，库存物资周转率过高，也可能说明医院存货水平太低，甚至经常缺货，造成批量过小，采购次数过于频繁，使采购人力成本增加。

（4）药品周转率$=\frac{\text{药品费支出}}{\text{平均药品库存额}}$

该指标是药品管理状况的综合性指标，用以衡量医院的药品库存是否过量、测定药品的变现速度。药品周转率指标的好坏，反映了医院药品库存的管理水平。在不妨碍医疗业务需要的前提下，应以最少限度的储备量为最好。

（5）卫生材料周转率$=\frac{\text{卫生材料使用成本}}{\text{卫生材料平均余额}}$

该指标是衡量一定时期内医院卫生材料使用成本与其平均资金占用额比率关系的指标。一般来说，卫生材料周转率越高，表明其变现的速度越快，周转额越大，资金占用水平越低。

（6）固定资产周转率（周转天数）$=\frac{\text{业务收入}}{\text{固定资产平均余额}}$

该指标表明医院一定时期业务收入与固定资产平均余额的比值，是衡量固定资产利用效率的指标。一般情况下，固定资产周转率高，表明医院固定资产利用充分。同时，也表明医院固定资

产投资得当，固定资产结构合理，能够充分发挥效率。

（7）应收医疗款周转率 $=\dfrac{\text{业务收入}}{\text{应收医疗款平均余额}}$

该指标反映医院回收病人欠费的速度和管理效率。一般认为应收医疗款周转率越高越好，表明医院回收病人欠款和医保结算款的速度快、资金占用少、坏账损失可以减少、资金流动性高，短期偿债能力强，并在一定程度上弥补流动比率低给债权人造成的不良影响。

（8）应收账款周转率（周转次数）$=\dfrac{\text{业务收入}}{\text{应收账款平均余额}}$

该指标反映医院应收账款变现速度的快慢及管理效率的高低。应收账款周转率高，表明收账迅速，应收账款账龄较短，资产流动性强，短期偿债能力强，能减少坏账损失发生的概率。

（9）不良资产比率 $=\dfrac{\text{未批准医保剔除数}+\text{逾期无法收回的病人欠费}+\text{未处理资产损失}}{\text{资产原值总额}}\times 100\%$

该指标能反映资产的利用效率，在一定程度上体现生产资料的运营能力。

（10）百元固定资产的医疗收入 $=\dfrac{\text{医疗收入}}{\text{固定资产总额}}\times 100$

该指标反映医院平均每百元固定资产产生的医疗收入价值，反映固定资产的利用效率。

（11）百元固定资产的业务收入 $=\dfrac{\text{业务收入}}{\text{固定资产平均占用额}}\times 100$

该指标反映医院平均每百元固定资产所创造的价值，反映固定资产的利用效率。通过该指标的分析，可以发现管理中存在的问题，并加以改进。

3. 医疗费用控制指标

控制医疗费用的不合理增长，减轻社会的负担和压力，是医

院应尽的社会责任，是构建社会主义和谐社会的重要内容。医院应在认真执行《医疗服务价格标准》和卫生材料加价规定的前提下，合理组织事业收入，保证医院的正常运行和可持续发展，最大限度地满足人民群众日益增长的医疗保健的需求。对医疗费用的控制情况进行评价，可以采取多角度、多层次的方法进行。

（1）药品收入占业务收入的比率

$$=\frac{\text{药品收入}}{\text{医疗收入}+\text{药品收入}+\text{其他收入}}\times 100\%$$

三级综合性医院药品收入占业务收入的比率不超过45%；二级综合性医院、中医医院、精神病等专科医院不超过60%。它是限额指标，对控制“以药养医”，遏制药品购销中的不正之风，减轻病人负担有着重要的意义。

（2）每门急诊人次收费水平

$$=\frac{\text{门急诊医疗收入}+\text{门急诊药品收入}}{\text{门急诊人次}}$$

该指标既属于社会效益指标，又属于经济效益指标，反映每一个门急诊病人平均承担医药费用水平，一般不宜过高。

（3）每出院人次费用 $=\frac{\text{住院医疗收入}+\text{住院药品收入}}{\text{出院人次}}$

该指标属于限额指标，应确保合理诊治、合理用药，以减轻病人不必要的经济负担。

（4）平均每床日收费水平 $=\frac{\text{住院医疗收入}+\text{住院药品收入}}{\text{在院病人实际占用总床日数}}$

该指标反映每一个在院病人每日平均支付的医药费用水平。

（5）平均每门急诊人次药品费 $=\frac{\text{门急诊药品费}}{\text{门急诊人次}}$

该指标主要用来衡量医院门急诊病人就诊一次所花费的药品费，属于相对指标，可用于横向比较。

（6）平均每张处方药品费 $=\frac{\text{药品收入}}{\text{处方总数}}$

该指标反映医生对病人的用药情况，一般来说指标不宜过高，应相对合理，以满足病人“少花钱、治好病”的愿望。

4. 经济效益指标

成本控制和成本不断降低的源泉是现代医院管理中“不断改进，提高效益”思想在成本管理中的综合体现。加强成本核算和建立完善的分配制度，注重经济运行中投入与产出的管理，成为医院经济管理中必不可少的重要环节，也是赢得和占领医疗市场的基本保证。评价医院经济效益的指标主要有：

（1）资产收益率 $=\frac{\text{收支结余}}{\text{平均资产总额}}\times 100\%$

该指标反映医院资产的综合利用效果，有助于引导医院加强成本核算，控制不必要的成本支出。该比率越高，表明医院的资产利用效益越好，医院的盈利能力越强，经营管理水平越高。

（2）净资产结余率 $=\frac{\text{收支结余}}{\text{平均净资产}}\times 100\%$

该指标反映医院资本运营的综合效果。通过对该指标的综合对比分析，可以看出医院获利能力在同行业中所处的位置，以及与同类医院的差异水平。一般认为，净资产结余率越高，医院自有资本获取收益的能力越强，运营效益越好。

（3）新技术应用收益 = 新技术投入使用后产生的收入 - 开展新技术的投资总额

该指标反映医院开展新技术的收益情况。新技术的开展为医院带来新的经济增长点，是行业竞争的优势所在。该指标高，表明医院增收潜力大。反之，表示医院增收潜力弱或无效益。

（4）总收支结余率 $=\frac{\text{收支结余}}{\text{业务收入}}\times 100\%$

该指标反映医院的经营效果和收入能力。指标的高低，直接或间接地反映医院其他方面的状况。从绝对数上看，它表明每 1 元业务收入带来多少结余，这个数值越高，反映医院的收入状况

越好。

（5）业务收入结余率 $=\frac{\text{业务收支结余}}{\text{业务收入}}\times 100\%$

业务收入（不包括财政补助）结余，反映了医院的业务收入的规模水平、成本费用的节约程度，以及医院的管理水平、技术状况。

（6）投资收益率 $=\frac{\text{对外投资纯收益}}{\text{投资总额}}\times 100\%$

投资收益率是衡量投资方案获利水平的评价指标，它是投资方案达到预计生产能力后一个正常生产年份的年净收益总额与方案投资总额的比率。当该比率明显低于医院净资产收益率时，说明对外投资是失败的，应改善对外投资结构和投资项目；当该比率远高于一般医院净资产收益率时，则存在人为操纵的嫌疑，应进一步分析各项收益的合理性。

（7）医疗收益率 $=\frac{\text{医疗结余}}{\text{医疗收入}}\times 100\%$

该指标反映医院在不考虑政府专项补助和药品结余的情况下，通过纯医疗活动获取效益的能力。虽然公立医院不应以收益最大化为发展目标，但良好的经济效益是医院生存和可持续发展的保证。

（8）医疗设备收益率 $=\frac{\text{业务收支结余}}{\text{医疗设备平均总额}}\times 100\%$

该指标反映医疗设备创利能力和利用效率。该指标越高，反映医院创利能力越强。

（9）药品收益率 $=\frac{\text{药品收益}}{\text{药品收入}}\times 100\%$

该指标反映药品配售过程的创利能力。在政府实行“药品顺加作价、差别差率”政策时，该指标高，说明医院使用的药品单价低，获利多。

（10）制剂收益率 $=\dfrac{\text{制剂收入}-\text{制剂成本}}{\text{制剂成本}}\times 100\%$

在制剂收费报经物价管理部门批准，并严格执行的前提下，该指标越高越好。

（11）药品综合差价率 $=\dfrac{\text{药品进销差价}}{\text{药品零售价}}\times 100\%$

该指标反映医院库存药品将会带给医院多少进销差价，说明医院药品收支结余情况。在一般情况下，该指标值应在政府控制范围内，低于该控制范围，医院应对管理方式、方法进行检查，找出原因。

（12）材料消耗占医疗收入比率 $=\dfrac{\text{材料支出}}{\text{医疗收入}}\times 100\%$

材料消耗包括医用器材、血液及血液制品等（不含药品）。该指标反映消耗材料的管理水平，指标越小，说明医院材料控制管理有效。反之，说明材料管理方面存在问题，有漏洞，材料浪费大。

（13）病人欠费占医药收入的比率 $=\dfrac{\text{病人欠费额}}{\text{医药收入合计}}\times 100\%$

该指标是医院对病人欠费管理的考核指标，反映医药收入的含金量，可作为考核临床科室业绩的一个方面。

（14）业务收入成本率 $=\dfrac{\text{业务支出}}{\text{业务收入}}\times 100\%$

该指标是考核业务支出对业务收支结余的影响程度，说明医院每创造 1 元的业务收入所消耗的业务成本，体现业务收支结余的效率。

（15）医疗收入成本率 $=\dfrac{\text{医疗支出}}{\text{医疗收入}}\times 100\%$

该指标是考核医疗支出对医疗收支结余的影响程度，说明医院每创造 1 元的医疗收入所消耗的医疗成本，体现医疗收支结余

的效率。

（16）药品收入成本率 $=\frac{\text{药品支出}}{\text{药品收入}}\times 100\%$

该指标是考核药品支出对药品收支结余的影响程度，说明医院每配售1元的药品收入所消耗的药品成本，体现药品收支结余的效率。

（17）百元医疗收入人员费用支出 $=\frac{\text{人员支出}}{\text{医疗收入}}\times 100$

该指标反映每创造100元医疗收入所消耗的人力成本支出。

（18）百元医疗收入消耗卫生材料 $=\frac{\text{卫生材料费}}{\text{医疗收入}}\times 100$

该指标反映医院每百元医疗收入中卫生材料成本的含量，该指标越高，表明卫生材料用量越大，影响获利能力。

（19）百元医疗收入消耗水电燃料费 $=\frac{\text{水电燃料费}}{\text{医疗收入}}\times 100$

该指标反映医院每百元医疗收入中水电燃料成本的含量，该指标越高，表明水电燃料成本越大，影响获利能力。

（20）百元化验收入消耗化验材料 $=\frac{\text{试剂费}}{\text{化验收入}}\times 100$

该指标反映医院每百元化验收入中化验试剂成本的含量，该指标越高，表明化验试剂成本越大，影响获利能力。

（21）药品综合加成率 $=\frac{\text{药品收入}-\text{药品费}}{\text{药品费}}\times 100\%$

该指标反映药品管理现状，可以分别计算西药、中成药和中草药的加成率，并与相同性质和同等级类别的医院进行比较，发现药品管理中存在的问题，有针对性地进行整改。

（22）医疗收支结余 = 医疗收入 - 医疗支出

在医疗服务过程中，执行物价部门规定的收费标准取得的收入，与其配比的支出相抵扣，如为正数，表示医疗收支有盈余；

如为负数，说明收不抵支。

（23）药品收支结余 = 药品收入 - 药品支出

医院严格执行药品招标规定和药品加价政策，医疗服务过程使用的药品按规定收取费用，与其配比的药品支出相抵扣，如为正数，表示药品收支有盈余；如为负数，说明收不抵支，要从内部药品管理中找原因。

（24）人均收支结余 $= \frac{\text{收支结余总额}}{\text{在职职工总数}}$

该指标反映医院业务收入的获利能力，是评价医院经济效益的主要指标。该指标高，说明医院获得净收益的能力强。反之，说明医院获得净收益的能力弱。

（25）平均每门急诊人次医疗收支结余

$$= \frac{\text{门急诊医疗收支结余总额}}{\text{门急诊人次}}$$

该指标表示医生每看一个门急诊病人，在扣除合理成本后带来的收益情况。在认真执行医疗服务价格的前提下，该指标高，说明职工的劳动效率高，效益好。

（26）平均每出院人次医疗收支结余

$$= \frac{\text{住院医疗收支结余总额}}{\text{出院病人数}}$$

该指标反映医院平均收治一个住院病人的获利能力，是评价医院经济效益的重要指标。该指标高，说明医院向住院病人提供医疗服务获得净收益的能力强。反之，说明医院获得净收益的能力弱。

5. 发展能力指标

医院发展能力的高低，是保证医疗服务质量、提高工作效率、完成各项指令性任务的前提和基础。评价医院发展能力的指标有：

（1）总资产增长率 $=\frac{\text{本年总资产增加额}}{\text{年初总资产额}}\times 100\%$

该指标反映医院全年总资产的发展速度与增长规模，该指标高，表明医院的发展能力得到增强。反之，则减弱。

（2）净资产增长率 $=\frac{\text{本年净资产增加额}}{\text{年初净资产额}}\times 100\%$

该指标反映医院全年净资产的发展速度与增长规模，该指标高，表明医院获利能力强，能够增强投资者的投资信心。

（3）固定资产增长率 $=\frac{\text{本年净增固定资产原值}}{\text{年初固定资产原值}}\times 100\%$

该指标反映医院规模的发展及医疗技术手段的更新程度。

（4）固定资产更新率 $=\frac{\text{本年新增固定资产原值}}{\text{年初固定资产原值}}\times 100\%$

该指标反映医院拥有的固定资产新旧程度，体现了固定资产更新的快慢和持续发展的能力。

（5）业务收入增长率 $=\frac{\text{本年业务收入净增加额}}{\text{上年业务收入}}\times 100\%$

该指标是用来衡量医院经营状况和对医疗市场占有能力，以及发展趋势的重要指标，是医院取得补偿、发展以及生存的基础和条件。该指标大于零，表示医院本年业务收入有所增长。该指标值越高，表明增长速度越快。反之，则要从医院内部管理找原因。

（6）科研经费增长率

$$=\frac{\text{报告期科研经费支出}-\text{基期科研经费支出}}{\text{基期科研经费支出}}\times 100\%$$

该指标反映医院科研经费投入的增长比率，是医院重视科研的经济投入指标。该指标值越高，表明科研经费的增长速度越快。反之，则增长速度慢。

（7）人均纯收入增长率 $=\frac{\text{本年人均纯收入}}{\text{上年人均纯收入}}\times 100\%$

该指标是在职职工人均纯收入增长的比率，反映收益扩张能力的指标。

（8）收支结余增长率

$$=\frac{\text{本年收支结余}-\text{上年收支结余}}{\text{上年收支结余}}\times 100\%$$

该指标可用于评价医院当年的经济效益对上年增减变化情况以及增减幅度。

（9）门急诊人次增长率

$$=\frac{\text{报告期门急诊人次}-\text{基期门急诊人次}}{\text{基期门急诊人次}}\times 100\%$$

该指标反映医院门急诊就诊病人的增长情况，体现医务人员工作量扩张的程度。

（10）出院人次增长率

$$=\frac{\text{报告期出院人次}-\text{基期出院人次}}{\text{基期出院人次}}\times 100\%$$

该指标反映医院出院病人的增长情况，体现医务人员工作量扩张的程度。

（11）收入增长率 $=\frac{\text{本年收入净增加额}}{\text{上年收入总额}}\times 100\%$

该指标反映医院创收增长幅度。

6. 结构指标

加强卫生资源的效能结构分析，挖掘内部潜力和最大限度地发挥医院现有资源的作用，是医院管理者不容忽视的重要问题。做好人力资源效益分析，有利于医院注重“因事设岗，因岗定人”和人力资源的优化配置；开展成本控制是改善医院经营管理，提高核心竞争力的关键环节。结构指标可以细分为资产结构指标、负债结构指标、收入结构指标和成本结构指标，主要评价指标有：

（1）资产结构指标，如表 1－3 所示。

表 1-3 资产结构指标

| 指标 | 公式 | 意义 |
| --- | --- | --- |
| 资产结构指标 | 固定资产占总资产的比率 $=\frac{\text{固定资产总额}}{\text{资产总额}}\times 100\%$ | 反映医院资产结构的合理性，可用来衡量固定资产利用水平的优劣 |
| | 房屋占固定资产的比率 $=\frac{\text{房屋资产总额}}{\text{固定资产总额}}\times 100\%$ | 反映房屋资产结构，表明资源配置情况，可以作为社会衡量和比较的指标 |
| | 医疗设备占固定资产的比率 $=\frac{\text{医疗设备总额}}{\text{固定资产总额}}\times 100\%$ | 反映医疗设备资产结构，表明资源配置情况，可以作为社会衡量和比较的指标 |
| | 库存物资占流动资产的比率 $=\frac{\text{库存物资总额}}{\text{流动资产总额}}\times 100\%$ | 反映库存物资占流动资产的结构，其占用比率低，说明流动资产的结构趋于合理，资源利用效果好，也可以作为社会评价指标 |
| | 药品占流动资产的比率 $=\frac{\text{药品总额}}{\text{流动资产总额}}\times 100\%$ | 反映药品占流动资产的结构，其占用比率低，说明流动资产的结构趋于合理，资源利用效果好，也可以作为社会评价指标 |
| | 流动资产比率 $=\frac{\text{流动资产总额}}{\text{资产总额}}\times 100\%$ | 适宜的流动资产比率实际上是医院资产流动性及其获利能力的权衡。通过该指标的分析，主要是判定其合理性 |

（2）负债结构指标。

$$负债结构比率=\frac{流动负债}{长期负债}\times 100\%$$

该指标反映负债构成，一般来说医院应该用长期负债进行长期投资项目，而短期负债通常用来维持日常资金运营的需要。该指标为适度指标，对这一指标的分析需要结合医院的具体情况。如果多为长期项目投资，该指标过高，说明医院在以短期资金应对长期的资金需求，而没有充分地运用长期负债融通资金。面临经常举借新债的困境，一旦没有及时筹集到新的债务资金，可能导致资金周转困难，从而陷入财务危机。该指标过低，表明医院采用保守的财务政策，用长期债务来应对日常需要。虽然这种财务政策风险较小，但筹资成本可能高于短期负债成本。

（3）收入结构指标，如表1-4所示。

**表1-4　　收入结构指标**

| 指标 | 公　式 | 意　义 |
| --- | --- | --- |
| 收入结构指标 | 财政补助收入占总收入的比率 $=\frac{财政补助收入}{总收入}\times 100\%$ | 反映医院财力资源的补偿渠道和国家的补偿比率，也反映了医院的自给能力 |
| | 经费自给率 $=\frac{业务收入}{业务支出}\times 100\%$ | 反映医院经常性的平衡能力。该指标大于1，说明医院经常性收支能够自给；小于1，说明医院如果没有财政补助将无法生存 |

（4）成本结构指标，如表1-5所示。

表 1-5　　成本结构指标

| 指标 | 公　式 | 意　义 |
| --- | --- | --- |
| 成本结构指标 | 人员经费占业务支出的比率 $=\frac{\text{人员经费}}{\text{业务支出总额}}\times 100\%$ | 反映医院业务支出中用于人员经费的支出水平，过高和过低都不利于医院的发展，应控制在适度的范围内 |
| | 医疗支出占业务支出的比率 $=\frac{\text{医疗支出总额}}{\text{业务支出总额}}\times 100\%$ | 反映医院业务支出中用于医疗支出的水平，是衡量医院业务支出的结构指标 |
| | 卫生材料支出占业务支出的比率 $=\frac{\text{卫生材料支出}}{\text{业务支出总额}}\times 100\%$ | 反映医院业务支出中用于卫生材料支出的水平，是衡量医院业务支出的结构指标 |
| | 管理费用占总支出的比率 $=\frac{\text{管理费用}}{\text{业务支出总额}}\times 100\%$ | 反映医院总体管理水平，降低该指标的途径是降低管理费用或减少管理人员，引导医院“减员增效”，提高工作效率和管理水平 |
| | 人员经费成本率 $=\frac{\text{人员经费总额}}{\text{成本总额}}\times 100\%$ | 表示人力资源配置的合理程度，该比率越高，反映人员比率大，成本提高，影响医院的获利能力 |
| | 药品成本率 $=\frac{\text{药品成本}}{\text{总成本}}\times 100\%$ | 从药品成本的角度看成本结构，对内可以反映成本结构的合理性，对外可与行业标准成本进行比较 |
| | 管理费用率 $=\frac{\text{管理费用总额}}{\text{全院费用总额}}\times 100\%$ | 反映管理成本的高低，指标越高，说明管理费用高，可能存在人浮于事和不必要开支增大的问题。反之，说明管理费用控制好 |

7. 投资风险指标

在市场经济环境下，投资风险与收益同在。为增强医院的核心竞争和应变能力，避免可能发生的风险，应在事先加强预测，以便采取最优的经营方案和最有效的管理方法，这比事后剖析问题更为重要，更具有积极意义。常用的投资风险指标主要有：

（1）负债增长率 $=\frac{\text{本年负债增加额}}{\text{年初负债额}}\times 100\%$

该指标反映医院全年新增负债的增长速度与增长规模，负债增长率高，表明医院负债规模在扩大，运营风险系数在增大，提示医院要注意防范和化解债务风险。

（2）负债周转次数 $=\frac{\text{业务收入}}{\text{负债总额}}$

该指标反映医院通过负债渠道筹集资金进行医疗运营的效率。该指标越高，表明医院利用外债资金的效率越高。

（3）非正常损失率 $=\frac{\text{非正常损失}}{\text{业务收入}}\times 100\%$

非正常损失率是指确认无法收回的医疗欠费、医保剔除的费用及医疗赔偿。该指标越小，说明医疗赔偿少，医疗欠费和医保经费管理好。反之，说明医疗赔偿多，医疗欠费和医保经费管理不善。

（4）医疗赔付占业务收入的比率 $=\frac{\text{医疗赔付}}{\text{业务收入}}\times 100\%$

按照浙江省综合性医院评审标准规定：三级综合性医院医疗赔偿每年不超过业务收入3‰；二级综合性医院每年不超过业务收入5‰。

（5）应收账款损失率 $=\frac{\text{坏账损失}}{\text{医疗应收款}+\text{其他应收款}}\times 100\%$

该指标越高，表明应收账款的损失越大，影响医疗运营能力。

8. 工作效率指标

反映医院工作效率的指标很多，涉及面也很广。例如医院各类人员的比率、人数与工作量是否适合，床位利用率是否合理，大型医用设备使用是否合理等。财务人员可以通过指标来分析和评价医院的工作效率，了解人员、设备、技术、物资的利用及潜力所在，通过业务工作的负荷程度，反映医院管理方面的成效和问题，这对改进医院管理有重要意义。

（1）病床使用率 $=\dfrac{\text{实际占用总床日数}}{\text{全院开放床日数}\times\text{当期天数}}\times 100\%$

该指标反映病床的一般负荷情况和病床的利用效率，从一个层面反映医院的工作效率和管理水平。

（2）病床周转次数 $=\dfrac{\text{出院病人总数}}{\text{实际占用总床日数}}$

该指标从每张病床的有效利用程度方面说明病床的工作效率，从某种程度上反映医院的工作效率和医疗质量。

（3）出院病人平均住院日 $=\dfrac{\text{出院病人占用总床日数}}{\text{出院病人数}}$

该指标是对诊断和治疗是否及时、正确和有效的综合反映，也是医疗资源是否有效利用的体现。

（4）平均每手术医生年手术例数 $=\dfrac{\text{年手术量}}{\text{手术科室医生人数}}$

该指标反映医院手术科室医生的手术负荷程度，从一个层面反映手术科室医生的技术实力和工作效率。

（5）平均每一医生门急诊人次 $=\dfrac{\text{年门急诊人次}}{\text{在职医生总数}}$

该指标反映医院门急诊量的负荷程度，从一个层面反映病人对医院的满意度和医疗技术的认可，也体现每位医生的工作效率。

（6）平均每一医生年出院人次 $=\dfrac{\text{年出院人次}}{\text{在职医生总数}}$

该指标反映医院收治住院病人的负荷程度，从一个层面反映病人对医院的信赖和医疗技术的认可，也体现每位医生的工作效率。

（7）医疗设备使用率 $=\frac{\text{医疗设备实际诊疗工作量}}{\text{医疗设备最大诊疗工作量}}\times 100\%$

该指标反映医疗设备使用情况，在合理检查、合理治疗的前提下，该指标越高越好，说明资源配置合理，没有闲置和浪费。

（8）平均每床日占用固定资产 $=\frac{\text{固定资产原值}}{\text{在院病人实际占用总床日数}}$

该指标的高低直接反映医院床位占用固定资产金额的多少。

（9）平均每床日占用医疗设备 $=\frac{\text{医疗设备原值}}{\text{在院病人实际占用总床日数}}$

该指标的高低直接反映医院床位占用医疗设备金额的多少。

（10）职工人均业务收入 $=\frac{\text{业务收入}}{\text{平均职工人数}}$

该指标是医院职工创造价值的体现。它反映职工劳动效率的程度，以及可以挖掘职工中的潜力。

（三）比率分析法包含的内容

比率分析法包括构成比率分析、效率比率分析和相关比率分析。

1. 构成比率分析。它是以某一个经济指标的各个组成部分在总体中所占的比重，来分析其构成内容的变化，以便进一步掌握该项经济活动的特点和变化趋势。其计算公式为：

构成比率 $=\frac{\text{某个组成部分数值}}{\text{总体数值}}\times 100\%$

构成比率分析的特点是把分析对象的总体作为100%，借以分析构成总体的各个部分所占比重，揭示局部与总体的关系及影响（如表1-6所示）。

表 1－6　　2009 年出院病人疾病顺位表

| 疾病名称 | 疾病顺位 | 出院病人数 | 疾病构成（%） | 累计（%） |
|---|---|---|---|---|
| 脑梗塞 | 1 | 1967 | 5.67 | 5.67 |
| 冠心病 | 2 | 1424 | 4.11 | 9.78 |
| 慢性阻塞性肺病 | 3 | 1130 | 3.26 | 13.04 |
| 急性心肌梗塞 | 4 | 1096 | 3.16 | 16.21 |
| 腹股沟疝 | 5 | 1056 | 3.05 | 19.25 |
| 2 型糖尿病 | 6 | 1036 | 2.99 | 22.24 |
| 肺炎 | 7 | 934 | 2.69 | 24.94 |
| 胆石症 | 8 | 777 | 2.24 | 27.18 |
| 白内障 | 9 | 605 | 1.75 | 28.92 |
| 心律失常 | 10 | 598 | 1.73 | 30.65 |
| …… | | | | |
| 小　计 | n | n | 100 | 100 |

2. 效率比率分析。是指某项财务活动中所费与所得的比例，反映投入与产出的关系。利用效率比率指标，可以进行得失比较，考察运营成果，评价经济效益。

3. 相关比率分析。它是以某个指标和其他指标进行对比，求出比率。通过相关比率的分析，能更深入地了解医院的经营状况。如将流动资产与流动负债相比，反映流动资产和流动负债的关系，表明医院偿还短期债务的能力。

（四）采用比率分析应注意的问题

1. 对比项目的相关性。计算比率的子项和母项必须具有相关性，如果把不相关的项目进行对比是没有意义的。在构成比率指标中，部分指标必须是总体指标中的一个小系统；在效率比率指标中，投入和产出必须有因果关系；在相关比率指标中，两个指标要有内在联系，才能评价有关经济活动之间是否协调均衡，

安排是否合理。

2. 对比口径的一致性。计算比率的子项和母项必须在计算时间、范围等方面保持口径一致。

3. 衡量标准的科学性。运用比率分析，需要选用一定的标准与之对比，以便对医院的财务状况作出评价。一般而言，科学合理的对比标准有：（1）预定目标。如预算指标、定额指标等。（2）历史标准。如上期实际、上年同期实际、历史先进水平等。（3）行业标准。如卫生主管部门颁布的技术标准、同等级类别医院的先进水平、所在省（市地县）医院的平均水平等。（4）公认标准。

4. 历史资料的滞后性。比率分析主要依据历史资料，这些资料反映了医院过去历史上的财务状况，并不能代表医院的未来，如果医院经营环境出现重大变化，历史性财务资料有可能会误导分析方向及对医院未来的判断。

### 三、因素分析法

因素分析法是确定各因素影响程度的一种分析方法。它是在多种因素共同作用于某项指标的情况下，分别确定各个因素的变动对该项指标的影响及其影响程度的分析方法。其特点是以指标体系为基础，逐次替换每个因素，当某个因素替换时，所有的其他因素不变。由此所产生的差异，就是替换了的那个因素影响的结果。因素分析法的分析结果，可以用绝对值表示，也可以用相对数表示。因素分析法有不同的计算方式，常用的有连环替代法和差额分析法。

（一）连环替代法

连环替代法是利用各个因素的实际数与标准数的连续替代来计算各因素脱离标准所造成的影响。例如，我们在进行住院收入因素分析时，住院收入主要受出院人数、平均住院天数和平均床

日费用的影响（如表1-7和表1-8所示）。

**表1-7　　住院收入因素分析指标**

| 住院收入(万元) | | 出院人数(人) | | 平均住院天数(天) | | 平均床日费用(元) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 |
| $F_0R_0X_0$ | $F_1R_1X_1$ | $F_0$ | $F_1$ | $R_0$ | $R_1$ | $X_0$ | $X_1$ |
| 15303.29 | 17594.67 | 11714 | 12877 | 13.61 | 14.26 | 959.89 | 959.18 |

**表1-8　　住院收入因素明细分析**

| (1) 住院收入指数 | 实际影响额 |
|---|---|
| $\frac{F_1R_1X_1}{F_0R_0X_0}=\frac{17594.67}{15303.29}=114.97\%$ | $F_1R_1X_1-F_0R_0X_0=17594.67-15303.29$ $=2291.38$（万元） |
| (2) 工作量影响指数 | 工作量对住院收入的实际影响额 |
| $\frac{F_1R_0X_0}{F_0R_0X_0}=\frac{16822.65}{15303.29}=109.93\%$ | $F_1R_0X_0-F_0R_0X_0=16822.65-15303.29$ $=1519.36$（万元） |
| (3) 平均住院天数影响指数 | 平均住院天数对住院收入的实际影响额 |
| $\frac{F_1R_1X_0}{F_1R_0X_0}=\frac{17626.07}{16822.65}=104.78\%$ | $F_1R_1X_0-F_1R_0X_0=17626.07-16822.65$ $=803.42$（万元） |
| (4) 平均床日费用对住院收入影响指数 | 平均床日费用对住院收入的实际影响额 |
| $\frac{F_1R_1X_1}{F_1R_1X_0}=\frac{17594.67}{17626.07}=99.82\%$ | $F_1R_1X_1-F_1R_1X_0=17594.67-17626.07$ $=-31.4$（万元） |

从计算结果可知：报告期住院收入增加2291.38万元，同比增长14.97%，是由于工作量增加、平均住院天数增加、平均床日费用减少三个因素共同作用的结果，其中：

由于工作量同比增长9.93%，从而增加收入1519.36万元，

属合理增加；

由于平均住院天数同比增加 0.65 天，从而增加住院收入 803.42 万元，应分析平均住院天数增加的原因。如果由于手术等级类别的提高或收治疑难重症病人而延长住院天数，则属于合理的，反之，则为不合理；

由于平均床日费用同比降低 0.18%，而减少住院收入 31.4 万元，与政府出台的《医疗服务收费标准》中降低检查、化验等收费标准有关。

（二）差额分析法

差额分析法是以各个因素实际数与计划数、历史数之间的差额为基础，按照因素分析法的排列和替换顺序直接计算各个因素对经济指标影响程度的一种分析方法（如表 1－9 所示）。

**表 1－9　　门急诊收入因素分析**

| 项　目 | 单位 | 基　期 | 报告期 | 增（减）额 |
|---|---|---|---|---|
| 门急诊收入 | 万元 | 6801.05 | 7456.05 | 655 |
| 门急诊人次 | 人次 | 356393 | 405110 | 48717 |
| 每门急诊人次收费水平 | 元 | 190.83 | 184.05 | －6.78 |

门急诊人次变动差额 = 405110 － 356393 = 48717（人次）

门急诊人次变动对门急诊收入的影响额 = 48717 × 190.83

= 929.66（万元）

每门急诊人次收费水平变动差额 = 184.05 － 190.83

= －6.78（元）

每门急诊人次收费水平变动对门急诊收入的影响额

= 405110 ×（－6.78）= －274.66（万元）

两因素共同作用对门急诊收入的影响额

= 929.66 +（－274.66）= 655（万元）

通过以上分析步骤和计算过程得出结论：报告期业务量

（门急诊人次）的增加，使门急诊收入增加929.66万元；均次费用（每门急诊人次收费水平）下降，导致门急诊收入减少274.66万元，由于两因素共同作用的结果，使门急诊收入增加655万元。

（三）采用因素分析法应注意的问题

1. 因素分解的关联性。即确定构成经济指标的因素必须存在一定的因果关系，要能够反映形成该项指标差异的内在构成原因，否则就失去分析的价值。

2. 因素替代的顺序性。在替代因素时，必须按照各因素的依存关系，排列成一定的顺序依次替代，否则就会得出不同的计算结果。确定各因素变动顺序的一般原则是：如果既有数量因素又有质量因素，应先计算数量因素，后计算质量因素变动的影响；如果既有实物因素，又有价值数量因素，应先计算实物因素，后计算价值数量因素变动的影响；如果有几个数量因素或质量因素，还应区别主要因素和次要因素，先计算主要因素变动的影响，后计算次要因素变动的影响，不可随意颠倒。

3. 顺序替代的连环性。在计算每一个因素变动时，都是在前一次计算的基础上进行，并采用连环比较的方法确定因素变化影响结果。只有保持计算顺序上的连环性，才能使各个因素影响之和等于分析指标的变动差异，全面说明分析指标变动的原因。

4. 计算结果的假定性。在计算各因素变动对指标的影响时，会因替代计算的顺序不同而有差别，即其计算结果只是在某种假定前提下的结果。为此，财务人员在具体运用此方法时，应注意力求使这种假定合乎逻辑和具有实际经济意义，这样才不会妨碍分析的有效性。

## 四、结构分析法

结构分析法也称比重分析法或垂直分析法。主要是计算某项经济指标的各个组成部分占总体的比重，并分析其变化，从而掌握矛盾的性质，区分主要矛盾和次要矛盾、矛盾主要方面和次要方面。例如，将管理成本的各个项目与管理成本总额相比较，计算各项目的比重，从而为进一步降低管理成本，挖掘潜力指明方向。人们从结构分析中，能够进一步掌握事物的特点和变动趋势，认识事物的本质和客观规律性。

结构分析法主要用于医院的资产、负债、结余、收入、支出等结构分析。可以采用将本期业绩与历史比较、与其他医院比较，或与预算比较。

## 五、趋势分析法

趋势分析法又称为水平分析法，是通过对比两期或连续数期财务报告中相同指标，确定其增减变动方向、数额和幅度，来说明医院财务状况和运营成果变动趋势的一种方法。采用这种方法，可以分析引起变化的主要原因、变动的性质，并预测医院未来的发展前景。

（一）趋势分析法的形式

趋势分析法在具体运用过程中主要有三种形式：一是重要财务指标比较；二是会计报表比较；三是会计报表项目构成比较。

1. 重要财务指标比较。是将不同时期财务报告中的相同重要指标或比率进行比较，借以分析指标反映的事物发展方向和增减速度及其发展趋势，预测发展前景。在医院财务分析中，较多采用定基趋势分析法与重要财务指标进行比较，常用的比较分析方法有：

（1）将本期的实际指标与本期计划指标比较，用以说明本

期计划的完成（进度）情况，并为进一步分析产生差异的原因指明方向。这种方法又可称为进度分析法，可用于预算执行情况分析（如表 1－10 所示）。

**表 1－10　　预算执行情况分析**　　单位：万元

| 项　　目 | 2009 年预算数 | 2009 年 1—5 月 | 完成进度（%） |
|---|---|---|---|
| 业务收入 | 52733.00 | 20563.48 | 39.00 |
| 其中：医疗收入 | 27436.00 | 9885.74 | 36.03 |
| 药品收入 | 24242.00 | 10305.24 | 42.51 |
| 其他收入 | 1055.00 | 372.50 | 35.31 |
| 业务支出 | 52179.85 | 20327.81 | 38.96 |
| 其中：工资福利支出 | 10674.21 | 3614.07 | 33.86 |
| 商品和服务支出 | 39187.53 | 15422.48 | 39.36 |
| 对个人和家庭的补助支出 | 2318.11 | 1244.68 | 53.69 |
| 业务收支结余 | 553.15 | 235.67 | 42.61 |

由表 1－10 可以发现：除药品收入及对个人和家庭的补助支出高于预算指标，需分析形成差异的原因外，报告期业务收入与业务支出预算执行率基本一致。虽低于时间进度，但分析前两年同期预算业务收入与全年业务收入比例情况（分别为 37.81%、37.87%），报告期预算执行符合率在正常值范围，且比上两年略有提高。

（2）将本期实际指标与上期实际指标比较，用以了解指标的发展变化，并预测发展变化的趋势，评价本期与上期财务管理状况的优劣。可用于收支结余情况分析、收支明细分析、均次费用明细分析等（如表 1－11 所示）。

**表 1－11　　收支结余情况分析**　　单位：万元

| 项　目 | 基期 | 报告期 | 增(减)额 | 增(降)幅度(%) |
|---|---|---|---|---|
| 业务收入合计 | 57672.11 | 71249.04 | 13576.93 | 23.54 |
| 其中：医疗收入 | 28108.82 | 33456.22 | 5347.40 | 19.02 |
| 药品收入 | 27760.92 | 35766.14 | 8005.22 | 28.84 |
| 其他收入 | 1802.37 | 2026.68 | 224.31 | 12.45 |
| 业务支出合计 | 57648.33 | 70187.5 | 12539.17 | 21.75 |
| 其中：医疗支出 | 33435.64 | 38113.08 | 4677.44 | 13.99 |
| 药品支出 | 23895.60 | 31690.39 | 7794.79 | 32.62 |
| 其他支出 | 317.09 | 384.03 | 66.94 | 21.11 |
| 业务收支结余 | 23.78 | 1061.54 | 1037.76 | — |

由表 1－11 可知：业务收支较上期均呈上升趋势，业务收入的增长幅度高于业务支出，使收支结余增加。其中：业务收入的增长主要来自于药品收入，说明医院“以药养医”的局面仍然延续，应引起管理者的重视；业务支出增加的原因主要是药品支出增加，需要进一步作详细分析。

(3) 将本院实际执行数与省级医院平均值（或先进医院）进行比较，发现问题与不足，有针对性地加以整改。这种方法又可称为水平分析法，常用于成本效率指标分析（如表 1－12 所示）、劳动生产率分析、床位利用情况分析等。

**表 1－12　　成本效率指标分析**　　单位：元

| 项　目 | 省级医院平均值 | 某先进医院 | 本院 |
|---|---|---|---|
| 百元业务收入的水费支出 | 0.19 | 0.13 | 0.20 |
| 百元业务收入的电费支出 | 1.27 | 1.18 | 1.45 |
| 百元业务收入的燃料费支出 | 0.48 | 0.46 | 0.50 |

表 1－12 显示：本院的几项成本效率指标与省级医院平均值

基本接近，但与某先进医院比有差距，应深入分析差距形成的原因。

（4）医院内部各科室之间同一指标比较，目的是了解各科室管理情况，鼓励先进，鞭策后进。这种方法常用于手术等级类别及手术量分析、门急诊量同比增长情况分析（如表 1－13 所示）、收支同比增长情况分析、门诊、住院收费水平对比、工作效率指标对比（如表 1－14 和表 1－15 所示）等。

**表 1－13　　门诊量增幅较大的科室**　　单位：人次

| 科　室 | 基　期 | 报告期 | 增长幅度（%） |
|---|---|---|---|
| 消化科 | 11408 | 12986 | 13.83 |
| 骨科 | 16023 | 18219 | 13.71 |
| 呼吸科 | 9576 | 10872 | 13.53 |
| 心内科 | 10661 | 11945 | 12.04 |
| 口腔科 | 20599 | 23056 | 11.93 |
| 整形科 | 3811 | 4252 | 11.57 |
| 普外科 | 11800 | 13005 | 10.21 |

由表 1－13 可以发现：本期的门急诊量同比略有上升，其中增幅在 10% 以上的科室有 7 个，且主要为内科；上升原因是否与设备更新、开展新技术、新项目或人才引进等有关。同时，对门急诊量同比下降的科室，也应查明原因，采取应对措施。

**表 1－14　　病房工作效率比较分析**

| 项　目 | 实际占用总床日（日） | 出院病人数（次） | 病床使用率（%） | 平均住院日（日） |
|---|---|---|---|---|
| 基期 | 291003 | 33355 | 96.45 | 8.73 |
| 报告期 | 287410 | 32338 | 92.26 | 8.92 |
| 增（减）量 | －3593 | －1017 | －4.19 | 0.19 |
| 增（降）幅度（%） | －1.23 | －3.05 | | 2.18 |

医院在当年7月份撤销1个病区，改为承担公共急救任务，收治问题奶粉病人，减少开放床位32张，使实际占用总床日同比减少3593床日，直接影响收治住院病人；由于平均住院日延长0.19天，少收治病人89人。

**表1-15　　工作效率指标比较分析**

| 项　　目 | 单位 | 基期 | 报告期 | 增(减)量 | 增(降)率(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 在职职工 | 人 | 2226 | 2214 | -12 | -0.54 |
| 门急诊人次 | 人 | 1678070 | 1892727 | 214657 | 12.79 |
| 每门急诊人次收费水平 | 元 | 327.89 | 365.28 | 37.39 | 11.40 |
| 实际占用总床日数 | 日 | 291003 | 287410 | -3593 | -1.23 |
| 平均每床日收费水平 | 元 | 1165.64 | 1381.30 | 215.65 | 18.50 |
| 出院病人数 | 人 | 33355 | 32338 | -1017 | -3.05 |
| 平均住院天数 | 日 | 8.73 | 8.92 | 0.19 | 2.18 |
| 病床使用率 | % | 96.45 | 92.26 | -4.19 | |
| 手术数量 | 例 | 11808 | 11866 | 58 | 0.49 |

从表1-15中可以看出：医院报告期在职职工同比减少12人，门急诊人次净增长12.79%，做到减员增效。但病床使用率有待于提高，每门急诊人次收费水平和平均每床日收费水平分别提高37.39元和215.65元，以及平均住院天数延长0.19天，需要查明原因。

**表1-16　　部分财务指标分析**　　单位：万元

| 项　目 | 基　期 | 报告期 | 平均余额 |
|---|---|---|---|
| 资产总额 | 78103.19 | 85541.64 | 81822.42 |
| 流动资产 | 15180.40 | 19521.53 | 17350.97 |
| 库存物资 | 1812.76 | 1829.12 | 1820.94 |
| 应收账款 | 4027.33 | 5350.25 | 4688.79 |

续表

| 项 目 | 基 期 | 报告期 | 平均余额 |
|---|---|---|---|
| 固定资产 | 62869.07 | 65366.4 | 64117.74 |
| 负债总额 | 17698.14 | 17868.21 | 17783.18 |
| 流动负债 | 17698.14 | 17868.21 | 17783.18 |
| 净资产总额 | 60405.05 | 67673.43 | 64039.24 |
| 业务收入 | — | 54307.82 | — |
| 业务支出 | — | 54248.78 | — |
| 业务收支结余 | 52.38 | 59.04 | 6.66 |

2. 会计报表比较。这是将连续数期的会计报表的金额并列起来，比较其相同指标增减变动金额和幅度，据此判断医院财务状况和医疗运营成果发展变化的一种方法。会计报表比较，包括资产负债表比较，收入、支出总表比较和现金流量表比较等（如表1-16至表1-18所示）。财务人员在进行比较时，既要计算出表中有关项目增减变动的绝对额，还要计算其增减变动幅度。

（1）以2007年为基期，编制定基百分比资产负债表，并作简要分析（如表1-17所示）。

**表1-17　　资产负债简表**　　单位：万元

| 项 目 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2008年 | | 2009年 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 差额 | 定基百分比（%） | 差额 | 定基百分比（%） |
| 流动资产 | 6800 | 7070 | 7920 | 270 | | 1120 | |
| 速动资产 | 2100 | 3780 | 5800 | 1680 | 180 | 3700 | 276 |
| 其中：应收账款 | 1000 | 2020 | 3300 | 1020 | 202 | 2300 | 330 |
| 库存物资 | 4700 | 3290 | 2120 | -1410 | 70 | -2580 | 45 |
| 固定资产 | 7770 | 8310 | 8700 | 540 | 107 | 930 | 112 |
| 资产合计 | 14570 | 15380 | 16620 | 810 | 106 | 2050 | 114 |

续表

| 项　　目 | 2007 年 | 2008 年 | 2009 年 | 2008 年 | | 2009 年 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 差额 | 定基百分比（%） | 差额 | 定基百分比（%） |
| 流动负债 | 2700 | 2920 | 3320 | 220 | 108 | 620 | 123 |
| 净资产 | 11870 | 12460 | 13300 | 590 | 105 | 1430 | 112 |
| 负债及净资产合计 | 14570 | 15380 | 16620 | 810 | 106 | 2050 | 114 |

由表 1－17 可见：总资产稳定增长，速动资产增长较快，是总资产增长的主要原因，应注意加强应收账款的管理。在确保医疗运营的前提下，库存物资连续下降，库存物资占用水平不断降低，说明医院在存货管理方面成效明显。负债逐年增加，与医院基本建设筹措资金有关。但应关注信用风险。净资产增长较快，说明内部收益已逐渐成为资金筹集的一个主要来源。

（2）某医院以 2007 年为基期，编制环比百分比收支表，并作简要分析（如表 1－18 所示）。

**表 1－18　　收支结余简表分析**　　单位：万元

| 项　　目 | 2007 年 | 2008 年 | 2009 年 | 2008 年 | | 2009 年 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 差额 | 环比百分比（%） | 差额 | 环比百分比（%） |
| 业务收入 | 45860 | 50450 | 65580 | 4590 | 110 | 15130 | 130 |
| 医疗收入 | 21580 | 23520 | 30810 | 1940 | 109 | 7290 | 131 |
| 药品收入 | 23270 | 25830 | 33320 | 2560 | 111 | 7490 | 129 |
| 其他收入 | 1010 | 1100 | 1450 | 90 | 109 | 350 | 132 |
| 业务支出 | 41640 | 45800 | 60450 | 4160 | 110 | 14650 | 132 |
| 工资福利支出 | 9120 | 9940 | 13020 | 820 | 109 | 3080 | 131 |
| 商品和服务支出 | 30670 | 33740 | 44880 | 3070 | 110 | 11140 | 133 |

续表

| 项　　目 | 2007 年 | 2008 年 | 2009 年 | 2008 年 | | 2009 年 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 差额 | 环比百分比（%） | 差额 | 环比百分比（%） |
| 对个人和家庭的补助支出 | 1810 | 2070 | 2480 | 260 | 114 | 410 | 120 |
| 其他支出 | 40 | 50 | 70 | 10 | 125 | 20 | 140 |
| 业务收支结余 | 4220 | 4650 | 5130 | 430 | 110 | 480 | 110 |

由表 1－18 可见：某医院业务收入增长较快，业务支出也同比例增长，盈利水平稳步增长。但 2009 年业务支出的增幅高于业务收入的增幅，与成本提高有密切关系，要引起足够的重视。商品和服务支出虽然变动幅度不大，但绝对额增加较多，对收支结余影响较大，抵消了业务收支结余的增长幅度。

（3）某医院 2004—2009 年门急诊人次的增长比率环比分析（如图 1－3 所示）。

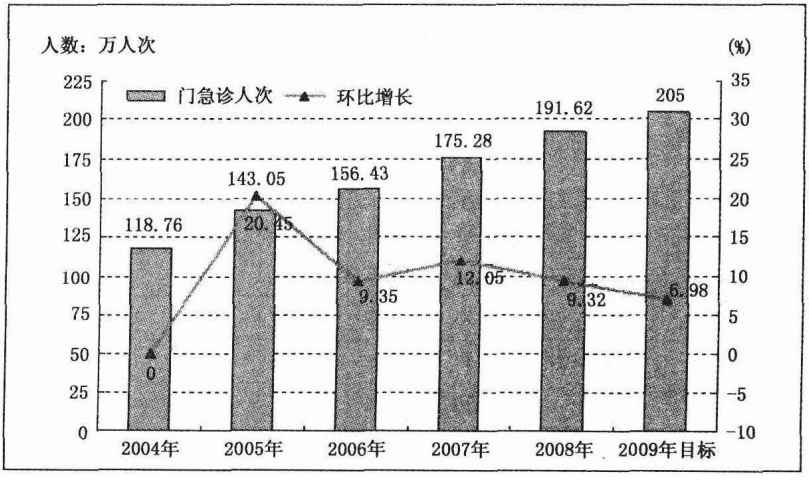



图 1－3　2004—2009 年门急诊人次需求图

3. 项目结构指标比较。是计算某项经济指标的各个组成部分占总体的比重，分析各项目与总体的关系及其变动情况，从而找出变动异常的项目。这种方法在涉及收入、成本分析时很有必要（如表1－19所示）。它既可以用于同一医院不同时期财务状况的纵向比较，也可用于不同医院之间的横向比较（能消除不同医院之间业务规模差异的影响，有利于耗费水平和结余水平的分析）。项目构成比率计算公式为：

$$\text{项目构成比率} = \frac{\text{某个组成部分数值}}{\text{总体数值}} \times 100\%$$

**表1－19　　2008年出院病人分科医疗费用构成情况**

| 科别 | 出院人数 | 住院总费用（万元） | 分科费用构成（%） | 例均费用（元） | | 费用构成（%） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 小计 | 其中:药费 | 药费（%） | 医疗费（%） |
| 胸外科 | 3575 | 11654.18 | 22.80 | 32599.09 | 5154.43 | 15.81 | 84.19 |
| 呼吸科 | 2696 | 4774.35 | 9.34 | 17709.01 | 8478.61 | 47.88 | 52.12 |
| …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… |
| 合计 | 41178 | 65209.10 | 100.00 | 15835.91 | 6274.19 | 39.62 | 60.38 |

（1）同一医院不同时期财务状况的纵向比较（如表1－20所示）。

**表1－20　　检查、化验收入占医疗收入的比重**　　单位:%

| 项　目 | 2007年 | 2008年 | 2009年 |
|---|---|---|---|
| 门急诊检验收入占门急诊收入 | 21.44 | 18.96 | 18.29 |
| 其中：化验收入占门急诊收入 | 7.50 | 7.21 | 7.30 |
| 检查收入占门急诊收入 | 13.94 | 11.75 | 10.99 |
| 住院检验收入占住院收入 | 12.42 | 11.55 | 10.40 |
| 其中：化验收入占住院收入 | 7.69 | 7.20 | 6.10 |
| 检查收入占住院收入 | 4.73 | 4.35 | 4.30 |
| 检验收入占医药收入 | 15.15 | 13.85 | 12.65 |

通过对表 1－20 的分析：医院检查、化验收入（下称检验收入）占医药收入的比重持续下降，2009 年仅为 12.65%，同比下降 1.2 个百分点，其中：门急诊检验收入占门急诊收入的比重下降 0.67 个百分点；住院检验收入占住院收入的比重下降 1.15 个百分点；对于本院检验收入比例偏低的问题，通过病历抽查发现与住院病人常规项目漏查、漏检有关。

（2）医院之间横向比较（如表 1－21 所示）。

**表 1－21　　省级医院收入成本部分项目结构比较**　　单位：%

| 项　目 | 省级医院平均值 | 甲医院 | 乙医院 | 丙医院 | 本院 |
|---|---|---|---|---|---|
| 药品收入比重 | 48.8 | 51.0 | 46.7 | 46.4 | 50.2 |
| 人员支出比重 | 23.3 | 20.9 | 17 | 22.2 | 25.1 |
| 能耗支出比重 | 2.1 | 1.8 | 1.6 | 1.8 | 2.5 |
| 收益率 | 5.0 | 5.5 | 5.7 | 5.7 | 5.3 |

通过表 1－21 反映出：本院药品比例虽然比甲医院低，但明显高于省级医院平均值，药品比例偏高，可深入分析百元业务收入的医疗收入或均次费用中药品费的变化情况；人员支出比重虽略高于省级医院平均值，但与先进医院比差距明显。可具体分析人员支出明细组成，找出人力成本偏高的原因；能耗支出比重高于省级医院平均值，且甲、乙、丙医院均低于本院，可从管理方面查找能源消耗偏高的原因。由于支出中已剔除兑现职工货币分房补贴因素，在数据基本可比的情况下（除甲医院存在分院严重亏损），本院收益率虽高于省级医院平均值，但在同类医院中排名靠后，可从成本效率指标进行分析，如将百元医疗收入匹配的各项成本支出数据分别对比，细查原因。

（二）采用趋势分析法应注意的问题

1. 计算口径保持一致。用于对比的各个时期的指标，在计算口径上必须保持一致。

2. 剔除偶发性项目的影响。在计算过程中要剔除偶发性项目的影响，使分析数据能反映正常的医疗运营状况。

3. 运用例外原则。在对某项有显著变动的指标作重点分析时，要研究其发生变化的原因，以便采取应对措施，趋利避害。

## 六、综合分析法



综合分析法是医院财务分析中最常用的方法。通常是选用几类若干项指标建成一个指标分析体系，计算出各个指标的值并赋予一定的权重。通过与基期数比较，确定每一指数的正向和后向值，最后获得医院总的分析值，借此对医院的效益进行剖析、解释和评价，说明医院总体运行中存在的问题，以及医院在市场竞争中具有的优势，为医院管理决策提供依据。综合分析的方法主要有两种：杜邦分析法和沃尔比重评分法。

（一）杜邦分析法及分析实例

杜邦分析法是由美国杜邦公司创造并率先使用的一种财务分析方法。其最大的特点是把一系列财务指标有机地结合在一起，利用各种指标之间的递进关系，揭示指标之间的内在联系，找到影响某一指标发生变动的相关因素，为报表使用者全方位地了解医院的运营情况和盈利状况提供方便；为正确引导医院的经营行为，达到社会效益和净资产结余率最大化提供非常有价值的信息，为院长的宏观决策奠定基础。

1. 杜邦分析图的构架及财务指标之间的关系。杜邦分析法是以净资产结余率为主线，将医院在某一时期的医疗运营成果以及资产运营状况全面联系在一起，层层分解，逐步深入，构成一个完整的分析体系。犹如枝繁叶茂的树枝，从上往下梳理到树梢，形象而又直观地反映医院的财务状况和运营成果的总体面貌（如图 1－4 所示）。

图 1－4 的左边部分反映医院的内部管理因素，主要是对医

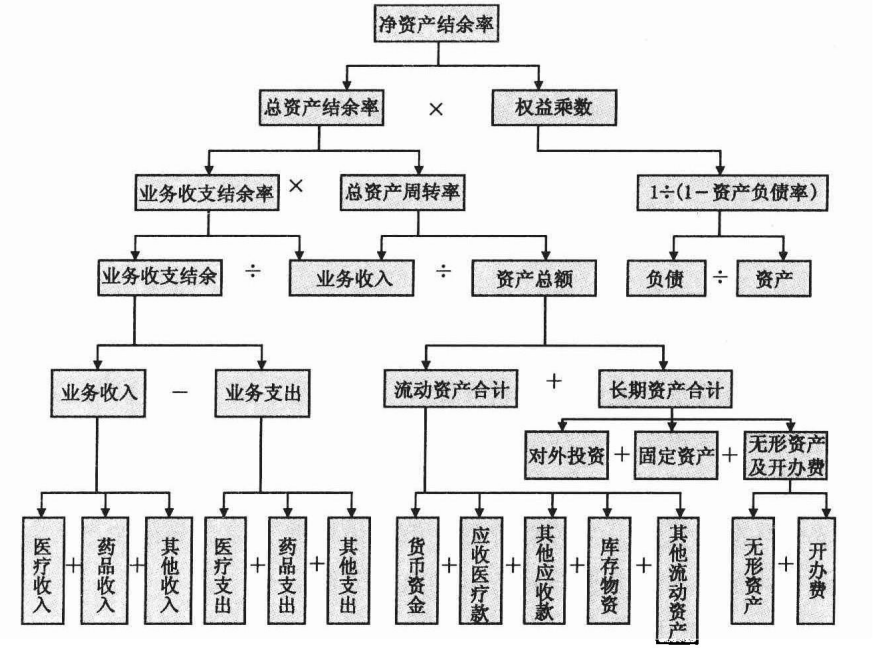



图 1－4　杜邦分析构架图

疗运营成果和运营能力的分析，并展示运营成果和运营能力之间的内在联系；图的右边部分体现财务稳定性的风险分析，主要是对医院资本结构和偿债能力的分析，并展示这些指标的内在联系和相互关系。

2. 财务指标之间的关系

杜邦分析法的核心是从评价医院绩效最具综合性和代表性的指标——净资产结余率出发，通过对指标的分解，从不同角度分析有关因素变动对该指标的影响。

（1）$$\text{净资产结余率}=\frac{\text{收支结余}}{\text{平均净资产}}\times 100\%$$

$$=\text{总资产结余率}\times\text{权益乘数}$$

$$=\frac{\text{业务收支}}{\text{结余率}}\times\frac{\text{总资产}}{\text{周转率}}\times\frac{\text{权益}}{\text{乘数}}$$

净资产结余率反映医院净资产与收支结余的关系。从这个意义上说，提高净资产结余率是提高医院盈利能力的关键所在。要想提高净资产结余率，可从提高劳动生产率，多诊治病人来增加业务收入量；对医用耗材的合理使用和科学管理，杜绝浪费，减少不必要的消耗等方面采取措施。在分析中还可以将净资产结余率进一步细分为多个指标，多角度地分析医院综合经济效益变动的原因和程度，拓展财务分析的思路，评价医院经济管理的业绩。

（2）权益乘数 $= \dfrac{1}{1 - \text{资产负债率}}$

权益乘数主要受资产负债率的影响。资产负债率高，权益乘数就越大，说明医院负债程度高，会有较多的杠杆利益，同时潜在的财务风险也高。因此，权益乘数不是必须予以最大化的指标，发挥权益乘数效应的关键在于收益与融资成本之间保持审慎的平衡，在医院总资产结余率大于负债需要承担的利率前提下，权益乘数越高越好。反之，则越低越好。

（3）总资产周转率 $= \dfrac{\text{业务收入}}{\text{总资产平均余额}}$

总资产周转率反映总资产价值回收、转移与利用效果。该指标越高，说明医院在资产总额及结构控制、资产质量管理、资产使用效率等某些指标管理取得了成效。

资产的运营能力，既关系到医院的获利能力，又关系到医院的偿债能力。一般而言，流动资产直接体现医院的偿债能力和变现能力；非流动资产体现医疗运营的规模和发展潜力，两者之间应保持适度的结构比率。为此，要进一步分析各项资产的占用额和周转速度，对流动资产重点分析库存物资是否存在超经济批量的积压、货币资金是否闲置、应收医疗款有无被医保管理部门剔除而形成坏账的可能；对非流动资产重点分析固定资产配置的合

理性，以及是否得到有效利用。

（4）业务收支结余率 $=\frac{\text{业务收支结余}}{\text{业务收入}}\times 100\%$

业务收支结余率是衡量业务收入创造净收益的能力。反映医院业务收入的规模水平、成本费用的节约程度，以及医院的管理能力、技术状况等，也是检验医疗运营计划及成本核算工作的指标。

当然，医院的业务收支结余率高并不等于总资产结余率也高。这是因为医院在追求高结余率的同时，必然伴随着大量的资产投入，特别是基本建设投入，不能立竿见影产生效益，反而会导致账面资产周转率降低。所以，只有当业务收支结余率和总资产周转率共同作用达到最佳状态时，才能提高医院的资产报酬率。

3. 杜邦分析法实例分析

杜邦分析法可以解释指标变动的原因和变动的趋势，帮助管理者发现医疗运营和财务管理中存在的问题，为采取应对措施指明方向。以省级某非营利性医院2009年度财务决算资料为例，介绍杜邦分析法在财务分析中应用的思路（见附件问题一）。

4. 杜邦分析应注意的问题

财务人员应用杜邦分析法对每个财务比率不同时期的变化进行分析、比较，可以找出影响净资产结余率变化的业绩要素，为医院管理者发现问题，及时加以修正，提高未来净资产结余率指明了方向。但是，在应用杜邦分析法时应关注以下问题：（1）要结合医院其他信息加以分析。杜邦分析法是财务分析方法中的一种，单独应用有其局限性。如能结合医院的其他信息加以分析，不仅能弥补原有的缺陷和不足，还能彰显自身独特的优势，使财务分析更完整、科学和合理。（2）要对原有公式结构作调整。杜邦分析法简单、实用，概念清晰，在西方被广泛地应

用于企业的财务分析。医院在引用杜邦分析法原理进行财务分析时，要根据《医院财务制度》的规定，对原有会计科目和公式结构先作相应的调整，财务分析指标及其经济内涵也不能生搬硬套。（3）要将事后功能延伸到事前。杜邦分析法主要是利用净资产结余率和权益乘数等财务指标之间的关系综合地分析医院的财务状况，是利用过去的财务资料对过去的财务状况进行分析。如能把杜邦分析法的“事后财务分析”功能延伸到“事前战略规划和目标责任管理”方面，其现实意义将更远大。（4）要关注递进关系和动态发展趋势。要注意杜邦分析法中各项财务指标的递进影响关系和动态发展趋势，并根据这种动态发展趋势，观察医院近期目标责任制的落实和长期发展战略目标的实施情况，适时进行修正和调整，使近期目标责任制和长期发展战略目标之间形成和谐统一、相互支持、相互促进、共同实现经济管理目标体系。

（二）沃尔比重评分法

沃尔比重评分法是把若干个财务比率指标用线性关系结合起来，并分别给定各自的分数比重，然后通过与标准比率进行比较，确定各项指标的得分及总体指标的累计分数，从而对医院的信用水平作出评价的一种综合评分方法。

1. 沃尔比重评分法的运用

运用沃尔比重评分法可以分析医院的短期偿债能力、长期偿债能力、营运能力、获利能力、成长能力，对流动比率、速动比率、资产负债率、应收账款周转率、库存物资周转率、成本收益率、业务收入结余率、净资产结余率等财务指标，通过与标准比率进行比较，确定各项指标的得分及总体指标的累积分数，从而对医院的财务综合水平作出评价，进而分析医院的经济效益。沃尔比重评分法的公式：

$$\text{实际分数} = \sum \frac{\text{实际值}}{\text{标准值}} \times \text{权重}$$

2. 标准比率的计算方法

标准比率的计算方法有三种：（1）算术平均法。样本中去掉最低和最高值后计算。（2）综合报表法。考虑医院规模等因素。（3）中位数法。样本按顺序上下各25%，中间再各分25%。

3. 采用沃尔比重评分法应注意的问题

（1）当实际值大于标准值为理想时，此公式正确，但当实际值小于标准值为理想时，实际值越小得分应越高，用此公式计算的结果恰恰相反。（2）另外，当某一单项指标的实际值畸高时，会导致最后总分大幅度增加，掩盖情况不良的指标，从而给管理者造成假象。（3）由于沃尔比重评分法是国际上企业界广泛应用的经典评价模式之一，医院引用要对财务分析指标根据《医院财务制度》的规定作相应的调整后方可使用。

（三）财务综合分析

财务综合分析是将医疗运营能力、偿债能力和盈利能力等方面的分析纳入到一个有机的分析系统之中，全面对财务状况、经营状况进行解剖和分析，从而对医院经济效益作出较为准确的评价与判断。

1. 综合分析法包含的内容

综合分析法一般适用于财务日报、季报和决算分析。以年终财务分析为例，应包括以下内容：（1）基本情况。对医院职工人数、离退休人数、新调入或分配职工人数，以及实际占用总床日数等作简要的介绍。（2）收支情况。收支情况分析是年终财务分析的主体部分。这里要求对收支状况按大类进行逐项分析。①收支基本情况。通过与往年同期相比较，找出收支增长或降低的差距（一般通过报表格式体现）及原因（一般采用

文字形式）。②明细项目分析。通过表格分析、图形分析，可以让医院管理层了解各项收支情况（如表 1－22 所示）。但明细项目分析不能反映各种项目增减变化的具体原因，这就要求在编写财务分析报告时，要对医疗运营情况进行全面分析。在分析过程中，要求把本年度的业务收入与同一时期相关的支出进行配比，以反映医院本年度的结余情况；通过对收入费用情况的分析，反映医院本年度运营的收益和成本耗费情况，体现医疗运营成果；通过对不同期间的数据比较、分析（本月数、本年累计数、上年数），了解资本的完整性，预测医院今后运营状况的发展趋势及获利能力。

**表 1－22　　2009 年门急诊医疗收入明细比较**　　单位：元

| 项　　目 | 省级平均值 | 甲医院 | 乙医院 | 本　院 | 丙医院 |
|---|---|---|---|---|---|
| 每门急诊人次医药费 | 182.36 | 17908 | 216.26 | 182.87 | 223.06 |
| 其中：药品费 | 107.62 | 114.24 | 109.28 | 109.15 | 84.51 |
| 治疗费 | 11.43 | 8.94 | 10.58 | 9.72 | 15.43 |
| 化验费 | 16.52 | 15.61 | 16.47 | 14.44 | 17.23 |
| 检查费 | 22.42 | 22.84 | 37.81 | 19.47 | 37.33 |

2. 综合分析的步骤

（1）计算基期与报告期的经济效益单项指标数据。（2）计算基期与报告期的经济效益指标比率。（3）计算报告期单项经济效益指数值。（4）计算加权后的单项经济效益指数值。（5）比较基期与报告期的经济效益水平，并提出分析意见。

医院财务分析基本方法的提出有其特定的历史背景与社会条件，都在一定程度上推动了财务分析的发展，有助于提高医院财务分析的质量。但由于每种方法适用范围不同及存在或多或少的局限性，要求财务人员应深入了解每一种财务分析方法的内容，根据不同的分析目的，有针对性地运用财务分析方

法。并从相互联系、相互制约的角度对医院的经营状况进行分析评价，这样才能得出正确的结论。

## 第三节　财务分析报告



财务分析报告是按照国家有关财务管理法规的要求和依法理财原则、资本金保全原则、收益与风险均衡原则、成本效益原则与节约原则，运用有关的财务指标，对医院一定时期内具有的偿债能力、营运能力、盈利能力等财务状况、医疗运营成果所作的自我分析和总结。能否写出高质量的财务分析报告，是对财务人员素质的全面检验。财务人员只有注重敬业精神的培养和理论素养的提高，注重知识结构的更新和业务能力的锻炼，注重优良文风的养成和写作经验的积累，勤于思考，善于学习，不断借鉴别人的好经验、好方法为我所用，笔耕不掇，才能写出高质量的财务分析报告。

### 一、财务分析报告的分类、使用者和作用

财务分析报告可以根据分析的内容和编写的时间划分成多种形式。由于财务分析的类型不同，反映的内容不同，写作的要求也不尽相同。因此，了解财务分析报告的分类，有助于财务人员根据各类财务分析报告的特点，按不同要求编写，可以使报告更具有针对性。

（一）财务分析报告的分类

1. 按分析内容和范围分。财务分析报告按其内容、范围不同，可分为综合分析报告、专题分析报告和简要分析报告。

（1）综合分析报告。又称为全面分析报告，是财务人员依据会计报表、财务分析报表，对整个医疗运营活动和财务活动

所提供的信息及其内在联系，运用一定的科学方法，对医院整体经营情况作出客观、全面、系统的分析和评价。它具有内容丰富、涉及面广，对信息使用者作出各项决策有深远影响的特点。

综合分析报告的格式较正规，一般分为三个部分来写：第一部分财务情况说明。即在报告的开头，以精练的语言勾勒出医院报告期经营活动的概貌，起到提示要点、引导阅读、画龙点睛、引人入胜的作用。第二部分财务指标分析。财务人员以会计报表为主要依据，运用一定的科学方法，将医院盈余能力、偿债能力、成本费用管理水平、资本运营及投资回报等情况作为分析重点，分别加以剖析和评价。如果说会计报表的产生过程是一种“综合”，它是按照一定的规则对医疗运营活动和财务数据加以分类、汇总，整体反映医院的财务状况。那么，财务指标分析则是把会计报表这个整体分解为各个部分进行透视和剖析，从中找出运行异常或不健康的财务指标，以及与此关联的主客观因素，为揭示问题的症结和寻求解决方案找到突破口。第三部分存在的问题及建议。财务人员在对财务指标分析结果加以综合、总结经验与教训、找出问题及原因，并提出解决办法。特别要针对医院财务状况是否稳健、经营管理是否有效、医院发展前景是否出现隐患等问题作出有理有据的判断和预测，以有效规避财务风险，提高经营管理水平，这是编写综合分析报告的根本落脚点。

（2）专题分析报告。又称为单项分析报告，是针对某一时期医院经营管理中的某些关键问题、重大经济措施或薄弱环节等进行专门分析后形成的书面报告。它具有不受时间限制、一事一议、易被管理者接受，收效快的特点。因此，专题分析报告能总结经验，引起医院管理层和业务科室重视，从而提高管理水平。

例如：某医院财务人员从病案室随机抽取外科住院病人8个病种各10份病历资料，摘录病人住院期间每天发生的住院费用，编制成各病种日均住院费用变动情况表（如表1－23所示），并绘制成住院费用变化折线图（如图1－5所示），直观反映不同疾病医疗费用的高峰期和回落期。

**表1－23　　外科住院费用日均变动情况表**　　单位：元

| 疾病名称 | 第1天 | 第2天 | 第3天 | 第4天 | 第5天 | 第6天 | 第7天 | 第8天 | 第9天 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 乳腺肿块 | 633 | 2820.93 | 565.9 | 481.7 | 492.5 | | | | |
| 静脉曲张 | 480.2 | 268.8 | 1039.95 | 2018.7 | 397.8 | 311.4 | 309.9 | 307.9 | 303.7 |
| 纤维瘤 | 484.7 | 118.2 | 3275.1 | 557.5 | 320.45 | 480.43 | | | |
| 胆囊结石 | 350.3 | 920.3 | 4650.3 | 550.6 | 506.3 | | | | |
| 甲状腺肿块 | 712 | 458 | 2343.5 | 4028.27 | 761.6 | 720.4 | 469.65 | | |
| 白内障 | 176.7 | 1184.47 | 926.43 | 5795.61 | 412.5 | | | | |
| 胆囊炎 | 263.75 | 2667.57 | 490.9 | 431.3 | 486.7 | 110.5 | | | |
| 阑尾炎 | 837.46 | 1791.09 | 306.99 | 376.99 | 320.69 | 311.39 | 226.49 | | |

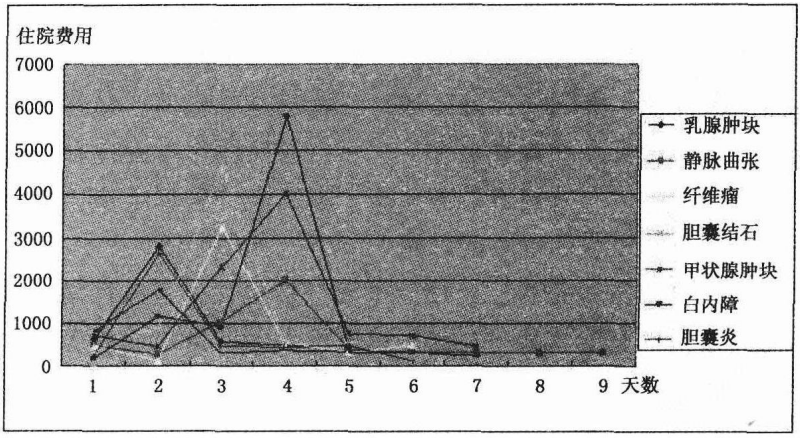



图1－5　外科住院费用变化折线图

通过观察病人住院期间的每日住院费用变化折线图，可发现不同疾病的费用高峰期和回落期，即病人在一个住院期间，住院日一般分为高效住院日、低效住院日和无效住院日。

专题分析的内容很多，有资产结构优化分析、大型医用设备绩效分析、处理逾期应收账款方法分析、职工薪酬分配情况分析、专用材料消耗分析、医保费用剔除率分析、成本控制、药品收入占业务收入的比例控制、病人医疗费用承受能力等分析。其特点是内容专一、分析透彻、反映及时、可根据管理需要随时编写，为管理层作出决策提供现实依据。

（3）简要分析报告。为了让上级主管部门和管理者了解医院财务活动的发展趋势、计划完成进程及经营管理的改进情况等，对在一定会计期间内主要经济指标存在的比较突出问题进行概要分析而形成的书面报告（见附件问题二）。它具有简明扼要、切中要害的特点，一般是在月末、季末、年度编制会计报表时结合使用，常附在月度会计报表之后。

2. 按分析时间分。财务分析报告按分析的时间分，可分为定期和不定期财务分析报告：

（1）定期财务分析报告。一般是由上级主管部门或医院内部规定的每隔相等的时间应予以编制和上报的财务分析报告。如每季、每半年、年末编制的综合分析报告属于定期分析报告。

（2）不定期财务分析报告。是从医院财务管理和医疗运营的实际需要出发，不作时间规定而编制的报告，如专题分析报告就属于不定期的财务分析报告。

（二）财务分析报告的使用者

医院编制财务报告的目的是为了向现有和潜在的投资者、债权人、社会监督方面、政府部门及其他机构等信息使用者提供医院财务状况、经营成果和财务状况变动信息，为管理者提

供正确的决策依据。医院财务分析报告的使用者主要包括：

1. 国家有关部门、社会等有关方面。通过财务报告掌握经济活动和财务状况，检查预算执行情况，考核医院遵守财经政策、法规、制度的情况。分析不同类型、地区、规模医院在经济运行中存在的问题，作为确定医院发展和预算收支的依据，以利于宏观调控。为了有效地组织和调整卫生资源，搞好区域卫生规划，还需要了解医疗资源利用情况及发展能力状况，了解病人医疗费用负担情况及受益程度等社会效益状况。

2. 医院管理者。院长作为国有资产的管理者和经营者，可以通过财务报告，了解医院报告期内财务状况和的财务成果，剖析经济运行中存在的问题，总结经营管理的经验与教训，进一步找出薄弱环节，从而研究改善医院经济管理，确定发展方向和作出正确的决策。

3. 债权人。主要包括银行信贷者及药品、材料、设备供应商等。信贷者关注医院到期还本付息能力，能帮助他们作出贷款决策。债权人可以从财务分析报告中取得他们关心的医院偿债能力等指标，根据有关信息资料，考核、分析医疗及药品等收入、支出和结余情况，以此评价医院经济工作质量，分析、研究、预测医院经济前景，以利于作出赊销商品的销售决策。

4. 投资者。随着我国资本市场的日益发展和完善，已投资者和潜在投资者需要了解医院未来的医疗运营及发展趋势情况。

（三）财务分析报告的作用

医院在日常会计核算的基础上，根据信息使用者的需要，定期对日常会计资料进行加工处理和分类，通过财务分析报告，能综合、清晰地反映医院的财务状况和经营成果，以及财务收支情况，其作用主要有：

1. 有利于掌握和评价医院的财务状况。通过财务综合指标

分析，能客观地总结财务管理经验，揭示管理中存在的问题，逐步认识财务活动规律，以便更好地改进财务管理工作，提高管理水平，为医疗卫生事业的各项决策提供可靠依据。

2. 有利于制订医院的财务预算。首先，必须更新预算管理观念，使预算管理成为全局性财务管理行为和理念，通过硬性的制度安排，使预算的编制和执行成为一种规范。其次，收入预算要参考上年预算执行情况和对预算年度的预测编制；支出预算要量入为出，要处理好需要与可能的关系，分清轻重缓急，把有限的资金安排到最需要的地方。要坚持勤俭办事业的原则，开源节流，增收节支，挖掘内部潜力，努力提高资金使用效果。

3. 有利于改善医院的经营管理水平。财务人员在进行财务预测、分析时，要考虑医院自身的经济运行情况，综合考虑和反映相关部门的经济信息、掌握企业会计、市场营销等经济理论，引进其他行业财务管理的先进经验和财务分析方法，开拓医院财务管理新领域。

4. 有利于财务人员业务素质的提高。编写财务分析报告，不仅应对财务指标进行分析，还应对造成财务变化的影响因素进行分析。要求财务人员除了掌握会计核算和财务管理等会计理论知识外，还应深入科室熟悉医疗运营流程，拓宽知识面，调整知识结构，系统地掌握财务分析的技术和技巧，从而提高自身的综合素质，写出高质量的财务分析报告。

## 二、报告编写前的准备工作

初写财务分析报告者往往有提笔有若千钧，下笔又不知所云的感觉，他们碰到的困难并不在于时间或精力的消耗，而在于不知如何搜集和整理资料，难以对财务指标的计算结果作出定性结论等。作者认为，只要掌握要领，平时多关心医院的经

济运行，多借鉴他人的写作方法，善于思考，勤于练笔，就一定能得心应手。

（一）搜集和积累素材

全面、系统地掌握能够反映医院工作面貌和事物发展变化的素材，是一项至关重要的工作。但掌握素材的首要目的不是单纯为了编写财务分析报告，而是为了考察实际工作中的得失利弊，总结经验教训。所以，应把收集材料视为日常的重要工作。收集的资料范围不仅包括会计数据，还应包括会计数据以外的数据，以及影响财务数据的各种信息，如：有关经济政策、经济环境、各种动态趋势等都要留心注意。

1. 建立台账和数据库。财务人员可以从会计核算形成的凭证、账簿、报告中挖掘、整理写作素材。但是，编写财务分析报告仅靠这些素材是不够的，有些数据无法从账簿中直接获得，需要财务人员掌握医院乃至医疗行业的相关材料，以及医疗运营和经营管理中的重点、典型的材料。平时就要做大量的数据统计工作，对所分析的项目按性质、用途、类别、区域、责任人等按月度、季度、年度进行统计，并建立台账和数据库，以便在编写分析报告时有据可查。

2. 关注重要事项。财务人员在日常管理中，要了解医疗运营、财务状况中的重大变动事项的原委，详细记载事项发生的时间、计划、预算、责任人及发生变化的各种影响因素，以便作出职业分析与判断。同时，要将有关的文件或文字资料分类归集，随时调用；要多了解国家宏观经济环境，尤其是尽可能捕捉、搜集同行业竞争对手资料。因为，任何国家宏观经济环境的变化或行业竞争对手政策的改变，都会或多或少地影响医院的竞争力，甚至决定医院的命运。

3. 关注医疗运行。财务人员应尽可能多地争取参加医院召开的相关会议，了解医疗业务流程、药品控制比例、安全医疗

管理规定、投资、融资等各类情况，听取多方面意见。在分析中还应尽可能地立足当前，瞄准未来，使分析报告发挥“导航器”的作用。

4. 定期收集报表。财务人员除收集会计核算方面的数据外，还应要求医院下属独立核算的经济实体定期提交可利用的其他报表，并对这些报表认真审阅、及时发现问题，养成多思考、多研究的习惯。

5. 养成岗位分析的习惯。发挥各会计岗位人员对业务的了解和明察，能将指标数据和背后的经营业务联系起来的优势，要求他们就经管的工作定期提供基础分析资料，进行分析和研究，判断经济业务发生的合理性、合规性；培养他们分析问题、提出建议的能力。这样既可以提升个人素质，也有利于各岗位之间相互借鉴经验，又能编写出内容全面、有深度和力度的财务分析报告。

6. 设计整理分析底表。财务人员应根据分析工作的要求，自行设计财务分析底表，进行日常数据资料的归纳和整理，以便在编写财务分析报告时随时调用相关数据，为分析所用（见附件问题三）。

（二）建立财务分析报告指引

财务分析报告尽管没有固定格式，表现手法也不一致，但并非无规律可循。财务人员如能建立分析工作指引，将常规分析项目文字化、规范化、制度化，建立现金流量、应收医疗款、医疗运营成本、采购成本变动等一系列的分析说明指引，就能达到事半功倍的效果。

（三）区分阅读对象及分析范围

报告阅读对象不同，报告的写作也因人而异。例如，提供给分管财务领导的报告，可以专业化一些；提供给分管其他部门领导，尤其是对财务专业相当陌生领导的财务分析报告，行

文力求通俗，尽可能少用或不用陌生术语。再如，报告分析的范围若是分院或某一个临床科室的，分析的内容可以稍细、具体一些；分析的对象若是整个医院，不能对所有问题面面俱到，而应集中性地抓几个重点问题进行分析，文字分析力求精练。

（四）把握使用者对信息的需求

财务分析报告的目标是准确地传递信息，即便报告的内容再多，写得质量再高，如果不能准确地传递阅读者需要的信息，或者是传递的信息太少，那么，辛辛苦苦写出来的分析报告的用处就不大。所以，写好财务分析报告的前提是财务人员要尽可能地多与使用者沟通，了解他们真正需要的信息，这样才能做到有的放矢。

## 三、编写财务分析报告

在编写财务分析报告时，要注意把握逻辑的严密性、思维的辩证性、表述的准确性、数据材料的真实性和观点结论的正确性。要坚持两点论基础上的重点论，对重点问题要不惜笔墨，进行多方位、多角度、多层面的透视和辩证分析；对非重点问题，可适当简化或省略，防止主次不分、以偏概全、东拉西扯、脱离实际的空洞议论等偏向。要根据医院的实际情况，抓重点、抓例外事项，以及通过分析能起到总结经验，找出差距的问题进行分析与评价。

（一）财务分析报告的构架

财务人员在动笔写作之前，要对财务分析报告的内容与形式进行全面而缜密的构思。这是财务分析报告写作过程中非常重要的一环。它不仅是酝酿、构思的过程，也是深化和完善财务认识的过程。财务分析报告的构架可采用：报告目录——重要提示——报告摘要——具体分析——建议——修改与审定。

然后在提纲构架的基础上，依据所搜集整理的资料，选择恰当的分析方法，起草分析报告。

1. 报告目录。指明报告分析的内容及所在的页码。

2. 重要提示。主要是针对报告的重要内容或须加以重点关注的问题作出说明，旨在引起信息使用者的高度重视。

3. 报告摘要。是对报告内容的高度浓缩，一定要言简意赅，点到为止。无论是重要提示，还是报告摘要，都应在其后面标明具体分析所在页码，以便信息使用者及时查阅相关的分析内容。

以上三点非常必要，其目的是为了让信息使用者在最短的时间内获得对报告的整体性认识，了解报告中将告知的重大事项。

4. 具体分析。医院财务分析报告不是简单的数据资料，而是一个定性、定量的系统分析工程。合格的财务分析报告，是从适合医院发展方向的选择、发展战略、财务比率、社会效益和经济效益等方面阐述财务分析的过程。财务人员要想把报告写得精彩，需要对所分析的内容进行一次集中、系统、周密的思考，有一个好的分析思路。同时，还要尽可能与领导和有关人员进行探讨，集思广益、统一认识，有效避免分析报告可能出现的误差。

5. 建议。对医疗运营情况进行分析，在说明问题的同时还要分析问题，寻找问题形成的原因和症结，以达到解决问题的目的。财务人员应运用所学的专业知识，从财务角度作出公正、客观的预测和建议。财务建议是对分析评议的结论，不能使用似是而非，可进可退，左右摇摆等不负责任的语言，要从正反两方面对医院经营管理中取得的成绩与经验加以总结和推广。对经营管理工作提出切实可行的建议，以利于问题的解决。建议既可以单独分段编写，也可以将建议内容穿插在说明

部分和分析部分。

6. 修改与审定。由于财务人员受到所处环境、自身职位等多种因素的限制，对财务数据的分析及提出相应的建议有可能会有偏颇，或出现角度狭隘的问题。因此，财务分析报告形成初稿后，要征求主管领导的意见和建议，再反复推敲，不断进行修改，充实新的内容，使之更加完善，反映的问题更加突出，建议更有针对性和可操作性。切记财务分析报告必须由主管领导审定后才可以对外报送。

（二）财务分析手法及注意事项

一篇好的财务分析报告，凝聚财务人员的智慧和辛勤劳动，各种会计数据并不是通常意义上数字的简单拼凑和加总，每一个财务数据背后都预示着非常生动的增减、费用的发生、负债的偿还等。要求财务人员以会计报表为主要分析依据，运用科学的分析方法，把握分析的切入点和着力点，立足当前，瞄准未来，发挥分析报告事前预测、事中监控和事后总结的作用。

1. 以会计报表为财务分析的主要依据，相关信息资料为必要补充。会计报表是医院经济核算的最终产品，是重要财务信息的集合体，是财务分析的主要依据。为了使财务分析报告清晰明了，便于对增减变动异常的数据进行分析，可以先编制财务分析表，采用绝对数与相对数指标相结合的方法，分析各项经济指标已完成情况、未完成原因，采取的措施，取得的成绩及存在问题，做到有数据、有比较、有分析。

（1）财务分析表。根据分析目的，将会计报表及有关经济资料，经过科学再分类、再组合，适当补充资料，配以分析计算项目，采用表格，简明扼要地表达各项目间的内在联系。它能清晰地显示出各指标之间的差异及变动趋势，使财务分析更形象、具体。这种方法一般适用于单纯数字变化较大及单一的

分析对象。

（2）文字分析。是指对某一分析对象发展变化的原因及发展趋势进行说明。这种方法一般适用于因某种原因造成的发展情况分析及对于报表分析所反映的问题作出补充说明。文字分析要简明扼要，力求用较精练的语言表达问题的关键所在。可以适当地夹杂一些假设、推论，以吸引读者的兴趣，切勿一味地平铺直叙，堆砌文字，避免口语化、冗长化。例：某月份水费为a元，去年同期水费为b元，同比增加a－b元，增幅为$\frac{a-b}{b}\times 100\%$。导致水费增加的主要原因有：①水费提价，由原来的x元/吨提高到y元/吨，使本月水费增加支出z元。②新大楼启用，新增加科室房屋使用面积r $m^2$，用水量增加s吨，使平均每月水费增加支出t元。

（3）图形分析。主要取材于统计数字中的各种图表，一般有条形图、曲线图、饼图等。要把文字描述与图表分析相结合，坚持以文字描述为主要表达方式，用图表分析突出直观生动的效果，力求做到让人看得懂、记得住、喜欢看。这种方法一般适用于具有明显变化趋势，在数量（金额）等方面需要作具体说明的分析对象。

2. 多种分析方法有机结合和综合运用。医院财务分析报告，不是单纯的比率计算，更不是机械的数据对比，而是一个定性、定量的系统分析工程。财务人员应根据掌握的数据资料和分析目的，选择采用不同的分析方法。如对未来发展趋势的预测，可采用回归分析法（见附件问题四）；对资金流动性的分析，可采用比率分析法；对计划执行情况的分析，可采用因素分析法。还可将医院财务分析数据与其竞争对手、同类医院或同级医疗行业平均的相应表现进行比较。比较的范围包括当期比较、与历史的多期比较。比较的基础可以是单个比率或比

率集合，也可以是报表项目的结构关系或项目发展趋势。分析的深浅和正误直接关系到财务分析报告质量，常用且比较有效的分析方法主要有三种：

（1）比率分析法。即把会计报表中彼此关联的项目加以对比，计算出比率，据以确定医院经济活动变动程度的一种方法。

（2）趋势分析法。即把两期或连续数期内的相同指标进行对比，据以识别其增减变动的方向和幅度，并揭示变动趋势的一种分析方法，可以预测医院的发展前景。

（3）因素分析法。即把财务指标与宏观经济、行业现状以及医院发展战略、医疗市场份额结合在一起进行系统分析的一种方法。搞好财务指标分析的关键在于运用科学的分析方法。

以上三种方法各有所长，也各有所短，只有把它们融为一体，综合运用，使之扬长避短，兼容互补，以达到“1 + 1 > 2”的预期效应，增强分析的系统性、科学性。

3. 正确把握分析的切入点和着力点。衡量财务分析质量高低的标准，是看财务分析在多大程度上为医院经营决策提供正确的价值取向和政策导向。而要提供正确的价值取向和政策导向，必须坚持立足全局，把财务分析的着力点放在三个方面：

一是通过分析，着力揭示医院经济活动的客观规律。客观规律是制定政策、决策的重要依据。对医院经济活动规律揭示得越全面、越深刻，财务分析的价值取向和政策导向功能就越能得到彰显和升华。

二是通过分析，着力回答医院管理层普遍关注的重点、焦点问题，提出解决的思路和方法。解决这些问题，不能采用老套路、老办法，必须要有新思路、新举措。坚持把宏观政策与医院具体实际相结合，把正确的价值取向与政策导向相结合，用科学的态度谋划医院发展大计，用新思路、新举措解决“老

大难”问题。

三是通过分析，着力洞察医院发展中的隐忧隐患，以便引起各方面的重视，尽早采取正确对策，保障医院可持续发展。

4. 分析中应注意的事项。

（1）定性与定量相结合。财务分析中不能只注重量的方面，还要抓质的方面。要求医院在分析业务收支、结余金额大小时，不能只是一种“量”的表现，还必须进一步分析其来源及其形成过程，并予以定性。

（2）局部与整体相结合。在财务分析中对各个数字进行局部分析时，必须与整体财务状况联系起来进行综合考虑，要将社会效益与经济效益、医疗营运能力、偿债能力和发展能力等各项指标综合权衡，并结合社会经济环境进行系统分析。

（3）现状与预测相结合。研究本期财务状况只是一种财务现状分析，属于事后分析，如果不采用适当的方式进行比较，就无法推断其未来发展的趋势。因此，财务人员在研究本期财务状况时，可以采取“趋势分析法”，为管理层决策提供可靠的依据。

## 四、我国财务分析报告体系改革的方向

对现行医院财务分析报告体系加以改进时，一定要解决好继承与发展的问题，要改革与会计环境不相适宜的部分，进一步与国际会计准则接轨。总的来说，对报告体系的改革应是一种扬弃，主要包括以下几个方面：

（一）加强财务分析报告目标理论研究，为财务分析报告模式的改进提供坚实的基础

从本质上看，“经管责任观”和“决策有用观”两种目标之间并不存在根本的冲突，而是相互联系、相互补充的。我国财务分析报告目标应是两者的有机结合，既向报告使用者提供

有助于决策的财务会计信息，又能用来作为评价医院管理者经济责任和社会责任履行情况的尺度。财务分析报告作为医院正式对外信息交流的主要工具，首先，应为实现医院发展战略目标服务。具体地说，财务分析报告应在不损害医院利益的基础上，尽可能地满足与医院相关利益者的信息需求。国家通过间接的方式进行宏观经济管理，其所需要的信息也可以通过经常性的抽样调查等间接方式获得。其次，应进一步淡化财务会计与管理会计报告内容的界限，未来两者融合的程度将会越来越大，即管理会计“外化”为财务会计的成分将增加，促使财务报告目标得以充分实现。

（二）表内优先原则

财务分析报告是由财务报表逐渐演变而来的，财务报表是财务分析报告的核心内容，有助于外部使用者进行经济决策的财务信息，主要是由一系列基本财务报表提供的。财务分析报告的改革先于财务报表改革，虽然将颁布的《医院会计制度》有可能要求编制现金流量表，但与国际惯例比较，我国医院财务报表仍然不符合多层面模式，我们较多地考虑了财务报表的真实性和可靠性，而对其有用性和相关性考虑得较少。

（三）满足需求原则

财务分析报告应在不损害医院利益的基础上，尽可能满足与医院相关利益者的信息需求，以便维持和发展这些利益者对医院的贡献和支持。为此，应该采用规范化和实证法相结合的方法，确定使用者的具体信息需求。首先，利用规范化推断出财务分析报告使用者的信息需求、利用信息的动机和使用信息的方式；然后，利用实证法检验规范化结论的现实性。两者互相补充，互相促进，从而建立切实可行的财务分析报告框架体系。

（四）有效披露原则

要求财务分析报告中的信息，对于使用者的需求来说都是有效的。对于披露信息的医院来说，超量信息并没有发生任何作用，只会增加成本而不会由此获利；使用者也没有能力去运用过量的信息。因此，在规定医院财务信息披露时，政府应考虑有效披露原则。当医院自愿主动披露财务信息时，也需要根据所提供信息的被利用情况，确定哪些属于过量信息，出于降低成本的考虑而不再予以披露。

在信息快速变化的经济环境下，医院的财务目标、财务职能和财务分析手段都有了较大的变化，财务管理以提高医院的社会效益和经济效益为目标，财务职能正在加快向业务领域的渗透，计算机网络技术的运用为财务分析模式的建立和财务数据的深度开发创造了条件。财务分析有从货币领域向非货币领域拓展的趋势；财务管理有从资金管理向资源管理转变的趋势。如何适应环境的变化，努力扩展自己各方面的知识和技能，提高政策理论水平，培养敏锐的观察能力和分析能力，是时代赋予财务人员的使命。

# 第二章 医院现金流量表的编制与分析

《医院会计制度》规定，医院对外报送的报表主要有资产负债表、收入支出总表以及基金变动情况表等，这些报表从不同侧面反映了医院的财务状况。随着医疗卫生体制改革的深入和市场竞争机制的引入，报表使用者对医院会计信息质量的要求越来越高，以现有的几张对外报表，很难合理评估医院未来的现金流量和偿还债务能力，无法进行净收益与现金流量差异原因分析，不能满足管理者和投资者的决策需要。因此，医院应尽快编制现金流量表，统一报表格式和编制口径，并作为一张法定对外提供的报表。

## 第一节 现金流量表的意义

现金是滋润医院生命的清泉，没有足够可供使用的现金，医院的经济运行就难以持续、健康地发展。

## 一、现金流量表

现金流量表是以现金及现金等价物为基础编制的，反映流动性和变现能力最强的现金变化以及医院在一定会计期间内的医疗运营活动、投资活动、筹资活动或发生其他事件而形成的现金变动结果，专门揭示医院利用各种经济资源产生收入和发生费用与现金流量之间内在关系的报表。这里的“现金”是广义的现金，它不仅包括各种货币资金，还包括医院拥有的非货币资源的变现价值。

## 二、现行医院财务报告的局限性

在不断变化的客观环境中，医院会计报表改革虽然取得了一定的进展，但仍滞后于经济管理的需要，其局限性已日趋明显，主要表现为：

（一）数据缺乏可比性

现行医院财务报告由于会计处理方法存在差异，使得部分数据缺乏可比性。例如：存货的计价方法、收入的确认以及支出资本化与费用的处理，由于会计账务处理不同，即使是同类型医院，结果差异也较大，给医院绩效评价带来一定的困难。而现金流量指标能够剔除因会计账务处理不同产生差异的原因，从而真实地反映医院的经济实力。

（二）无法反映医院未来的财务状况

现行医院财务报告提供的是以历史成本为主要计量属性的财务信息，无法反映医院未来的财务状况。医院作为独立核算的经济实体，近年来投资主体呈现出多元化的格局，医院管理者应将财务报告目标转向满足与医院有直接利益关系的相关集团（投资者、债权人和社会公众等）的信息需求。而目前的财务报表普遍缺少前瞻性和预测性信息，如资产负债表只能反映医院某一

日期资产、负债总额和净资产的数额，据此判断资本保值增值情况有失偏颇；收入支出总表只能反映医院的收入、支出以及盈利状况，对一部分没有实现的收入和支出，包括医保剔除数，病人欠费，投资、融资失败等可能造成的呆账等却无法揭示。而现金流量表有助于预测医院未来的发展趋势。

（三）不能总括反映现金流量

现行医院财务报告是以运营资本为基础编制的，不能通过现金流入和现金流出的总括分类反映医疗运营活动产生的现金流量，无法弥补权责发生制核算体系的不足；收支结余是按权责发生制确定的分期损益，在计提修购基金、摊销管理费用和大额支出预提方面受人为因素影响较大。而现金流量表对医疗运营活动产生的现金净流量是按收付实现制确定的分期损益，能够不受或少受人为因素影响。在界定是否有利于医院发展的问题上，现金流量表并不取决于一定期间是否盈利，而取决于有没有现金用于各种支付。

## 三、编制现金流量表的必要性

医院通过编制现金流量表，从现金流量的角度去考察医院的盈余质量、坏账风险、现金周转能力、投资理财等多种财务活动状况、客观评价医疗运营和发展能力，确保医院在医疗市场竞争中占有先机，为医院的投资和管理者的决策提供真实、可靠的财务信息。因此，医院编制现金流量表的必要性表现为以下几个方面：

（一）医院具备现金流量表列报内容的三大要素

为了适应医疗市场的需求，扩大医疗范围，促进社会效益和经济效益的提高，医院将以开展医疗新项目、更新医疗设备、拓宽投资领域作为工作目标，会面临资金短缺的问题。应运而生的各种融资手段的采用，使医院的资本结构发生了很大的变化，理

财内容也更为广泛，说明属于事业单位范畴的医院已经具备现金流量表列报内容中医疗运营活动、筹资活动和投资活动等对现金产生影响的要素，编制现金流量表的条件已经成熟。

（二）现金流量表能动态反映现金流量

医院虽具有不以营利为目的的非营利性特点，但是，非营利性不等于不盈利，也不等于不核算盈利，无论是营利性或非营利性医院，都需要不断提高和改善财务状况，而现金流量表能从动态上反映现金流入、流出的变动情况，以及财务状况中最本质的现象。

（三）医院对资金使用价值的管理迫在眉睫

以往医院在经营管理中对资金的时间价值概念模糊，认识不到位。如材料、物资、药品库存积压，流动资金占用过多；投资项目工期长，投资回收期长；对投资项目缺少绩效分析，资金使用效率低下等。因此，医院有必要通过编制现金流量表，加强医院内部现金控制、优化药品和材料的资金占用量，及时盘活资金，提高医院的综合实力和市场竞争力。

（四）能动态了解现金及现金等价物的使用情况

报表使用者通过对医疗运营活动、筹资活动和投资活动的变动情况及现金流量的影响能力分析，了解医院获取现金的能力和现金偿付的能力，预测医院未来的现金流量，为现金的合理调配和使用提供依据；为偿还债务、对外投资等提供准确、可靠的决策依据；避免入不敷出产生信用危机，或因过于小心谨慎而丧失发展良机，使有限的资金流向最能产生效益的地方。

（五）掌握医院整体运营活动的现金流量

通过对医疗运营活动产生的现金流量与收支结余相比较，可以从现金流量的角度分析收支结余和收益质量，以及影响现金净流量的因素，加强医院的财务管理。

（六）是对资产负债表和收入支出总表披露内容的补充

编制现金流量表的实质，是将以权责发生制确认的收入、费用以及相关的资产、负债和净资产按照现金收付实现制分别转换为现金流入、现金流出及现金净流量，并据以考核医院当期现金流量的变动状况。是对传统的以权责发生制为基础编制的资产负债表和收入支出总表所披露内容的进一步细化和补充。

## 第二节 医院现金流量表的构架和内容

现金流量表的编制对医院财务管理提出了更高的要求，是医院实现管理决策现代化、科学化的重要步骤，它的编制是必然趋势。但是，目前医院财务报表中尚未把现金流量表作为对外提供的报表，这无疑是一种缺憾。建议在国家没有出台医院现金流量表格式和内容规定要求时，医院可参照《企业会计准则——现金流量表》的方式，结合医院实际，体现重要性、相关性、明晰性原则，自行设计现金流量表，并定期编报。

### 一、现金流量表的基本构架

可将医院现金流量表的基本构架设计为表头、正表、补充资料和表尾四部分。

（一）表头

表明编制医院的名称、现金流量的会计期间、货币单位和报表编号。

（二）正表

是现金流量表的主体。它包括医疗运营活动产生的现金流量、投资活动产生的现金流量、筹资活动产生的现金流量、汇率变动对现金的影响、现金和现金等价物净增加额5个项目。是以

“现金流入－现金流出＝现金流量净额”为基础，采取多步式（医疗运营活动、筹资活动和投资活动）分项报告医院的现金流入量和流出量，其具体项目有：

1. 医疗运营活动产生的现金流量。医疗运营活动产生的现金流入项目：主要是医院通过开展医疗、科研、教学活动收到的现金，以及提供药品、材料验证和救护车服务、转让无形资产、捐赠等与其他医疗活动有关的现金。医疗运营活动产生的现金流出项目：进行医疗服务过程中发生的各种耗费，包括职工工资、津贴、补贴、社会保险、奖金等费用；购买药品、医用物资、材料及支付外聘专家劳务费；临时聘用人员（护士、保安、维修）和返聘人员费用、水电费等，以及支付与医疗运营活动有关的现金，如差旅费、业务招待费、医疗赔偿支出等。

2. 投资活动产生的现金流量。投资活动产生的现金流入项目：主要有医院办“三产”的投资、处置固定资产、无形资产和其他长期资产取得的现金等。投资活动产生的现金流出项目：医院办“三产”、购建固定资产、无形资产和其他长期资产所支付的现金等。

3. 筹资活动产生的现金流量。筹资活动产生的现金流入项目：主要是吸收投资（引入社会资本、发行股票、债券、筹集资金、取得借款）所收到的现金等。医院从政府和社会接受一定的拨款或捐赠经费，应单独列示。筹资活动产生的现金流出项目：偿还借款或偿付吸收外资支付的现金等。

4. 汇率变动对现金的影响额。反映医院外币现金流量折算为人民币时所采用的现金流量发生日的汇率或平均汇率折算的人民币金额与“现金及现金等价物净增加额”中外币现金净增加额，按期末汇率折算的人民币金额之间的差额。

5. 现金及现金等价物净增加额。是以上四类现金流量的净流量累计，也是资产负债表中“现金”和“银行存款”的月初

与月末金额之差（可以进行表间核对，校验数据的正确性）。

对于医院日常活动之外，不经常发生的特殊项目，如自然灾害损失、保险赔款、捐赠等应当归并到现金流量表的相关类别中单独反映。

（三）补充资料

1. 将收支结余调节为医疗运营活动产生的现金流量。

2. 不涉及现金收支的重大投资和筹资活动。

3. 现金及现金等价物净增加额。

（四）表尾

反映制表人及单位负责人信息。

## 二、医院现金流量表的编制

目前，较流行的现金流量表编制方法有工作底稿法、T 型账户法、多栏式现金日记账编制法、账户分析法等。

（一）现金流量表的编制分类

按照编制时点的不同可分为定期编制法和永续编制法，主要内容如下：

1. 定期编制法。即平时不增加任何工作量，在月末或年末编制现金流量表的方法。

2. 永续编制法。考虑到现金流量表编制的复杂性，平时每发生一笔业务，就记录相应的现金流量，在年末或编表的某一特定时点再进行汇总的方法。

在日常工作中，我们可以选择相对简单的永续编制法来编制现金流量表。它直接从日常涉及现金的业务出发，从记账凭证上取得涉及现金的会计事项，将其发生额按现金流量表所列项目予以分类记录，然后对应记入工作底稿，汇总编制现金流量表。

## 三、现金流量表的编制方式

可将医疗运营过程中发生的现金流入项目根据医院会计科目中现金收入部分确定为现金流入；以支出科目中实际现金支出确定为现金流出，按照一定的分类标准记录到现金流量表中，财务人员可采用直接法和间接法有效结合的方式来编制现金流量表。

（一）直接法

直接法是通过现金收入和现金支出的总括分类反映来自医疗运营活动、投资活动、筹资活动的现金流量。如医疗运营活动一般以收入支出总表中的业务收入为起算点，调整与医疗运营活动有关项目的增减变动，然后计算出医疗运营活动的现金流量，使报表使用者对现金的来龙去脉一目了然，有助于对报表的理解和分析。但编报的难度较大，对报表编制人员的素质要求较高，需要会计人员提高专业知识水平，以保证会计信息的质量。

（二）间接法

间接法是以收支结余为起点来调整不涉及现金收入、费用、应收应付的项目。通过编制现金流量表，可以清晰、全面地了解医院的现金流入和流出状况。这种方法编制较为简单，可以直接获取数据，但在列示医疗运营活动产生的现金流量时涉及了较多的会计概念，不便于报表使用者阅读。

医院现金流量表若采用手工进行日常核算，工作无疑十分繁琐。随着会计电算化的逐步推广，医院已经具备通过计算机编制现金流量表的条件，完全可以借助会计电算化软件“账务处理系统”中的辅助核算——项目核算功能，在设置会计科目时，将现金、银行存款、其他现金等价物科目定义为具有某类适当的“辅助核算”方式，将现金流量表中的各个明细基础数据项目，设定为所定义的辅助核算的分类明细项目。在填制涉及现金及现金等价物科目的会计凭证时，按照医院现金流量表的填列要求，

确定各项经济业务应记入的现金流量表分类明细项目，期末或在需要输出时通过分类汇总现金流量表。

## 第三节　医院现金流量表的分析与运用



通过编制现金流量表，结合现金流量指标，对现金流量及其结构进行系统分析，能更合理地安排各项经济活动，预测未来的现金流量，确定一个最佳的现金存量，保持最佳的流动性与收益性，实现现金流量最优化和医院两个效益最大化的财务管理目标。

### 一、现金流量表分析的作用

现金流量表分析，是指对现金流量表上的有关数据进行分析、比较和研究，从而了解医院的财务状况及现金流量情况，发现财务管理中存在的问题，预测未来的财务状况，揭示医院的支付能力，为科学决策提供依据。

（一）以“收益”为中心转向以“现金流量”为中心

在对现金流量表进行分析时，可将资产负债表和收入支出总表形成的财务指标与现金流量相关项目和指标联系起来，从以“收益”为中心转向以“现金流量”为中心，重点分析医院能否通过医疗运营活动获得足够的现金流量，评价运营资金管理是否有效率；分析外部融资活动后的现金净流量，评价筹资政策和收益质量。

（二）认识医院收支结余的质量

全面掌握医疗运营活动的现金流量，并从现金流量的角度认识医院收支结余的质量。通过加强资金、应收账款和病人欠费的

管理，加速资金回收；通过加强药品和医用耗材的管理，控制现金支出，减少资金损耗；通过加强投、融资项目的可行性分析和经济效益评价，减少盲目性；通过加强筹资管理，分析筹资成本，使筹措的资金发挥应有的作用。

（三）实现现金流量最优化

通过核算会计收益和现金净流量的比率关系，准确、全面地评价医院的财务状况、偿债能力、获取现金及现金等价物的能力，并据以预测未来的现金流量，确定合理的现金存量，保持最佳的现金流动性与收益性。

（四）揭示现金流向的变动趋势

通过对现金流量表相关指标与其历史同期进行比较，进一步揭示医疗运营活动、投资活动和筹资活动的现金在全部现金中的比重及现金流向的变动趋势，保持现金合理的流量和流向。当资金闲置、利用率低下、无法创造更大价值时，应考虑将多余的沉淀现金及时偿还借款或进行资金运作；而当资金短缺时，应考虑开源节流，筹措资金。

（五）衡量医院的偿债能力

医院在建设和发展过程中，偿还债务主要取决于医疗运营活动产生的现金流量。通过将医疗运营活动产生的现金流量与负债总额相比较，可以衡量医院的偿债能力。

## 二、现金流量表分析应遵循的原则

（一）定性分析与定量分析相结合的原则

现金流量表分析的方法有定性分析法和定量分析法，仅以定量的方法对现金流量表进行分析，不能全面说明问题，只有结合其他有关的定性信息进行分析，才能获取有助于经济决策的信息。这些定性信息包括：医院发展规划、医院会计政策及应收账款管理政策等说明、经济形势和金融政策等有关内容。

（二）比率分析与结构分析相结合的原则

比率分析法是财务报表分析经常运用的方法。但是，在分析现金流量表时，财务人员应选择对现金流量分析具有重要意义的比率指标，这样才能形成一个完整的指标体系框架。在分析现金流量表时，应当注意结构分析法的运用，通过对现金流量的结构分析，报表使用者可以进一步了解医院现金流入量的具体来源和现金流出量的具体去向，从而更好地对未来现金流量进行预测。

（三）与资产负债表和收入支出总表相结合的原则

资产负债表反映特定时点的财务状况，收入支出总表反映一段时间的经济运行成果，现金流量表反映医院一定期间现金流入和流出的情况，它既不能反映医院的收支结余，也不能反映医院的资产负债状况。可见，任何单个报表提供的信息都不完整。但由于现金流量表是连接资产负债表和收入支出总表的纽带，所以应把现金流量表内的信息与资产负债表和收入支出总表相结合，挖掘出更多、更重要的关于医院财务状况和医疗运营的信息，从而更好地分析和判断医院资产的流动性、财务弹性、获利能力、偿债能力及风险。

（四）与医疗运营、投资和筹资活动相结合原则

医疗运营活动产生的现金流量净额一般为正数，但由于会计核算是以权责发生制为基础的，医院的业务收支结余与现金流量会出现不一致的情况，如有些医院设备先进、技术实力雄厚，有稳定的医疗人群，能带来可观的现金流量；而有些新建医院，刚跻身医疗行业，市民有一个认识和接受的过程，有可能出现医疗运营现金净流量为负数；医院如还需要偿还贷款等原因，筹资活动所产生的现金流量净额也可能为负数。所以，对医院现金流量净增加额的评价要结合医院的具体情况来分析，不能单纯从现金及现金等价物的净增加额是正数还是负数来判断一家医院财务状况的优劣。

## 三、现金流量表的分析

作为现代医院财务报表分析的重要信息来源，现金流量表可以提供本期现金流量的实际数据；提供评价本期收益质量的信息；有助于评价医院的财务弹性、资金流动性；有助于预测医院未来的现金流量。因此，财务人员在用现金流量表分析医院财务状况时，既要掌握该表的结构及特点，分析其内部构成，又要将资产负债表和收入支出总表形成的财务指标与现金流量表的相关项目和指标联系起来，进行多角度、全方位地综合分析，以求全面、客观地评价医院的财务状况和经营业绩，具体可从以下几方面进行分析：

（一）现金流量结构分析

通过编制现金流量表，可以看出医院一定时期医疗运营活动的净流量、投资活动净流量和筹资活动净流量的情况，以及各类活动的现金流入和流出分别占医院现金总流入和总流出的比重，从整体上把握医院现金流向的方向和合理性。

1. 医疗运营活动产生的现金流量分析。将提供医疗服务、销售药品收到的现金与接受劳务、购进药材付出的现金进行比较。在医院经营正常、购销平衡的情况下，所占比率越大，说明医院劳务付出得到了良好的回报，医疗设备得到了有效的利用，医院的自给能力增强。将提供医疗服务、销售药品收到的现金与业务活动流入的现金总额进行比较，所占比重越大，说明医疗运营状况越好，债权行为减少。将本期医疗运营活动现金净流量与上期、去年同期比较，增长率越高，说明医院成长性越好。

2. 投资活动产生的现金流量分析。当医院扩大规模或开发新的投资项目，追求新的收支结余利润增长点时，需要投入大量的现金。当投资活动产生的现金流入量无法补偿流出量时，投资活动的现金净流量便为负数。如果医院投资有效，能在预期内创

造收益，将产生的现金净流量用于偿还债务，说明医院目前的投资项目可行，不会有偿债困难。反之，医院的负债率会上升，偿债能力下降。

3. 筹资活动产生的现金流量分析。一般来说，筹资活动产生的现金净流量越大，医院面临的偿债压力也越大。目前，医院筹资吸收权益性资本极少，向银行贷款的较多。通过对筹资活动产生的现金流量分析，可以反映医院自有资金实力的强弱和财务风险的高低。通过筹资活动产生的现金流量分析，可以避免盲目贷款造成医院现金流入大于现金流出的现象，防止资金闲置；也可以及时发现因投资建设中现金流入小于现金流出导致建设项目、医疗运营活动无法正常运转的情况，便于及时应对与纠正。

同时，还要评价医疗运营状况、创现能力、筹资能力和资金结余的实质；评价医院的财务状况、产生现金流量的能力和现金流量结构的合理性。如果医院一定时期内现金流入大于现金流出，结果是资金闲置，利用率低下，无法创造更大的价值时，可考虑将多余的沉淀资金及时偿还借款或进行资金运作；而当现金流入小于现金流出时，将导致建设项目、医疗正常运转无法进行时，医院应开源节流，及时筹措资金，以保持合理的现金流量和流向。

（二）现金流量表与收入支出总表比较分析

收支结余在某种意义上是评价医院经营业绩及经费自给能力的重要指标，但在具体操作过程中人为因素会影响职业判断。

1. 医院收入费用的确认与计量是以权责发生制为基础的，是在运用收入确认原则、费用配比原则、划分资本性支出和收益性支出原则下进行的。如果财务人员把握的核算原则出现偏差，就会出现盈利水平与真实财务状况不符，出现医院账面反映的收益可观，而现金却入不敷出；或医院账面当期收支亏损，而现金流入充足，周转自如。

2. 通过对现金流量表“医疗运营活动产生的现金流量净额”与“收支结余”的比较，能在一定程度上反映医院收支结余的实质。但这一指标，只有在医疗运营正常，既能创造结余又能获得现金净流量时才可比，分析这一比率才有意义。同时，收支结余指标应剔除投资收益和筹资费用，与医疗运营的现金净流量计算口径要保持一致。

3. 通过销售药品、提供医疗技术劳务收到的现金与医疗运营的现金流入比较，可以分析医疗运营活动回收现金的质量。收取现金数额所占比重大，说明医疗运营增加的资产转换现金速度快、质量高。医疗运营活动现金净流量与流动负债之比，可以反映医疗运营活动获得现金偿还短期债务的能力，其比率越大，说明偿债能力越强；医疗运营活动现金净流量与全部债务之比，可以反映医院业务活动中所获现金偿还全部债务的能力，其比率越大，说明医院承担债务的能力越强；现金期末余额与流动负债之比，可以反映医院直接支付债务的能力，其比率越高，说明医院偿债能力越大。但由于现金收益性差，这一比率也并非越大越好。

因此，我们不能单凭收支结余来评判医院的经营业绩和经费自给能力，而是要将现金流量表与收入支出总表的相关指标进行对比分析，全面、客观地评价医院收支结余的质量，预测未来的现金流量，保持最佳的流动性与收益性，实现结余最大化的财务管理目标。

（三）现金流量表与资产负债表比较分析

将现金流量表与资产负债表的相关指标进行对比分析，可以更为客观地评价医院的偿债能力、盈利能力及支付能力、获取现金能力。

1. 偿债能力分析。在医院的建设和发展过程中，偿还债务最终取决于医疗运营活动产生的现金流量，筹资和投资活动一般

作为不经常发生的辅助理财项目。因此，将医疗运营活动产生的现金流量与负债总额相比较，可以衡量医院的偿债能力。一般来说，该比值越高，说明偿债能力越强。

2. 盈利能力及支付能力分析。运用医疗运营活动产生的现金净流量与资产负债表中净资产的比率，反映投资者投入资本创造现金的能力。其比率越高，说明医院创现能力越强。该指标也可作为净资产收益率等盈利指标的补充。

3. 获取现金能力分析。它是指医疗运营活动产生的现金净流量和投入资产的比值。投入资源可以是业务收入、总资产、净资产等。一般来说，比值越高，说明医院获取现金的能力越强。主要指标有以下三项：

（1）收入现金比率，是指医疗运营活动的现金净流量与业务收入的比值；

（2）全部资产现金回收率，是指医疗运营活动的现金净流量与资产总额的比值，反映医院总资产运营效率，该指标越高，说明全部资产现金回收的可能性越大。

（3）净现金流量适当比率，是指医疗运营活动产生的现金净流量与资本支出、存货（含药品）、在加工材料增加额之和的比率。该比率越大，表明医院从医疗运营活动中得到的现金足够支付各项资本性支出和库存物资、药品、在加工材料增加的需要，而不需要对外融资，说明医院的发展能力很强。

正常情况下，上述比值越高，说明医院获取现金的能力越强。

4. 财务弹性分析。它是指医疗运营活动产生的现金净流量与对外投资和存货增加之和的比率，反映医院资金的自给率。当该指标达到 1 时，医疗运营活动获得的现金能满足医院拓展业务的需要；该指标小于 1 时，表明医院需要通过外部融资解决资金问题。

5. 其他现金流量分析。包括资金自给率分析、现金满足投资比率分析、收益质量分析、财政专项拨款流向分析、医院对药品收入依赖程度分析等。

（四）现金流量的趋势分析

即分析医院的现金收入、现金支出及其余额发生了怎样的变动，其变动趋势如何，这种变动趋势对医院是否有利。它能帮助报表使用者了解医院财务状况的变动趋势及原因，在此基础上预测医院未来的财务状况，从而为决策提供依据。

（五）现金流量表的综合分析

通过观察现金流量净增加额的变化来分析医院的财务状况，如果本期现金净增加额增多，一方面说明医院的现金及现金等价物增加，支付能力增强；另一方面说明医院有一部分资产闲置，丧失了盈利的机会。通过观察投资活动与筹资活动的现金流量，分析医院未来的发展趋势。如果投资活动产生的现金净流量与筹资活动产生的现金净流量两者比较接近，但其数额较小时，说明医院重点在于保持内部的稳定经营，没有实施对外投资等重大理财项目。

## 四、现金流量表分析实例

（一）编制现金流量表

现金流量表如表 2－1 所示。

**表 2－1　　现 金 流 量 表　　会医 03 表**

单位名称：　　会计期间：2008 年 12 月 31 日　　单位：万元

| 项　　目 | 行次 | 本月数 | 累计数 |
|---|---|---|---|
| 一、医疗运营活动产生的现金流量 | | | |
| 门急诊自费现金收入 | 1 | | 13570.12 |
| 住院自费现金收入 | 2 | | 40160.23 |
| 体检现金收入 | 3 | | 4320.60 |

续表

| 项　　目 | 行次 | 本月数 | 累计数 |
|---|---|---|---|
| 公费医保自费现金收入 | 4 | | 22539.90 |
| 开展科教活动收到的现金 | | | |
| 收到的其他与业务活动有关的现金 | 5 | | 4669.70 |
| 现金流入小计 | 6 | | 85260.55 |
| 支付给职工的工资奖金 | 7 | | 17691.84 |
| 支付职工及为职工支付的其他现金 | 8 | | |
| 支付购买卫生材料的现金 | 9 | | 12101.60 |
| 支付购买其他材料的现金 | 10 | | 152.13 |
| 支付购买药品的现金 | 11 | | 36220.77 |
| 支付的社会保障费用 | 12 | | 1254.01 |
| 支付的修缮费用 | 13 | | 1888.97 |
| 支付的科研费用 | 14 | | 395.58 |
| 支付的水电费用 | 15 | | 751.63 |
| 开展科教活动支付的现金 | | | |
| 支付各项税费 | | | |
| 支付其他与业务活动有关的现金 | 16 | | 9040.55 |
| 现金流出小计 | 17 | | 79497.08 |
| 医疗运营活动产生的现金流量净额 | 18 | | 5763.47 |
| 二、投资活动产生的现金流量 | | | |
| 银行利息收入 | | | |
| 收回投资所收到的现金 | 19 | | |
| 取得投资收益所收到的现金 | 20 | | 293.14 |
| 处置固定资产、无形资产收回的现金 | 21 | | |
| 收到的其他与投资有关的现金 | 22 | | |
| 现金流入小计 | 23 | | 293.14 |
| 购建固定资产、无形资产支付的现金 | 25 | | |
| 拨付基建现金 | 26 | | 3350.00 |
| 对外投资所支付的现金 | 27 | | |

续表

| 项　　目 | 行次 | 本月数 | 累计数 |
|---|---|---|---|
| 支付其他与投资活动有关的现金 | 28 | | |
| 现金流出小计 | 29 | | 3350.00 |
| 投资活动产生的现金流量净额 | 30 | | (3056.86) |
| 三、筹资活动有关的现金流量 | | | |
| 财政补助所收到的现金 | 31 | | 4631.99 |
| 借款所收到的现金 | 32 | | |
| 收到其他与筹资活动有关的现金 | 33 | | |
| 现金流入小计 | 34 | | 4631.99 |
| 财政专项支出的现金 | 35 | | |
| 偿还借款支付的现金 | 36 | | |
| 偿还利息支付的现金 | 37 | | |
| 支付其他与筹资活动有关的现金 | 38 | | |
| 现金流出小计 | 39 | | 0.00 |
| 筹资活动产生的现金流量净额 | 40 | | 4631.99 |
| 四、汇率变动对现金的影响额 | 41 | | |
| 五、其他 | | | |
| 收到其他现金 | 42 | | |
| 支付其他现金 | 44 | | |
| 其他现金流量净额 | 45 | | |
| 六、现金流入合计 | 46 | | 90185.68 |
| 现金流出合计 | 47 | | 82847.08 |
| 七、现金及现金等价物净增加额 | 48 | | 7338.60 |

单位负责人：　　制表人：　　编报日期：2009 年 1 月 10 日

（二）现金流量表分析

1. 报告期医疗运营活动现金流入达 85260.55 万元，其中：

各级医保经费清算时，由于执行医保政策不力，实际剔除数为924.68万元，经向卫生主管部门报批，同意核销其中的904.36万元，是未实现现金流入的主要因素，剔除这一因素后，收入现金比达到98.97%。

2. 报告期医疗运营活动现金流出主要是购买药品、材料及支付职工工资等，分别占医疗运营现金流出总额的62.78%和24.54%。

3. 医疗运营活动产生的现金净流量达5763.47万元，说明现金回收能力较强，足以保证医院日常经营活动的资金需求。

4. 因医院正在建造的门诊楼和急诊楼，处于装修和设备安装阶段，资金投入量大。报告期投资活动现金流量净额为-3056.86万元，其中：基建投资现金支出为3350万元。就目前医院丰富的现金流量和历年的沉淀结余资金，利用自有资金完全能够应付基建投资概算内的资金需求。

## 五、现金流量分析应注意的问题

编制现金流量表是对医院财务报告的补充和完善，该表对于分析医院的财务状况是不可多得的工具。为了更好地发挥现金流量表在管理中的作用，财务人员要注重现金流量与相关报表的互补分析，注意现金流量的变化过程，通过纵向与横向的比较，深层次地分析医院的经济活动，透过现象看本质，从而得出正确的结论。

（一）从现金流量表与资产负债表和收入支出总表的结合上进行分析

现金流量表分析是对资产负债表和收入支出总表分析的有益补充，单独分析它意义不大，也不能全面反映医疗运营状况和资产负债情况。这是因为现金流量表中的数据资料是按一定的原则和计算公式将原始记录数据进行重新组合、压缩、提炼而成的，

具有高度的概括性。在权责发生制下，无论是会计信息还是现金流量信息都从不同的角度反映着医院的财务状况和经营结果。权责发生制指标和现金流量指标具有某种程度的对应性，财务人员如果能够既结合对收入支出总表中的收入、支出及收支结余项目的分析，又结合资产负债表中应收账款项目变化的分析，识别虚假信息，从而对医院整个经济运行情况作出全面、正确的评价。

（二）要注意从过程和结果的结合中分析现金流量的变化

不论现金流量的变动结果如何，都不能从现金及现金等价物的期末与期初数量的简单量变来判断现金流动状况的好坏。要想揭示现金状况变动的原因，就必须对影响现金流量的各种因素以及实际与预算产生差异的原因进行分析，进而作出评价。从这个意义上说，分析现金流量变化过程，甚至比分析现金流量变化结果更为重要。

（三）把各部分现金流量的处理与经济活动结合起来

在正常情况下，引起医院现金流量变化的主要因素是医疗运营活动，而筹资和投资只是理财活动的一部分。只有当一家医院在开业或扩张期间，理财活动才会对现金流量的变化影响较大。因此，医院理财活动的范围越广，面临的财务风险越大。

（四）注意纵向与横向比较分析的结合

纵向比较分析通常是将医院本期与不同时期的现金流量资料进行对比分析，从而得出现金流量变化的规律。具有分析资料齐全、计算简单、分析效果良好等优点。正因为如此，纵向比较分析成为目前人们使用最多的一种分析方法。而横向比较分析是将现金流量比较分析的时空范围由一家医院扩大到其他医院，特别是先进医院，通过与之比较，客观评价现金流量状况，在开阔视野，认清自己在行业中的位置等方面有独到之处。因此，财务人员注意纵向与横向比较分析的结合，将会提升现金流量分析的质量。

## 第四节 现金流量分析的局限性及前景展望

现金流量表及其各项指标从不同方面反映了医疗运营能力、偿债能力和支付能力等情况，为医院管理提供了众多有价值的信息。但是，财务人员也应该注意到分析活动本身的局限性。

### 一、现金流量分析的局限性

财务人员在对现金流量分析的过程中，如果会计方法的选择和会计处理的滞后，可能导致现金流量表在运用过程中显露的局限性有：

（一）财务信息仅有参考价值

现金流量表中所反映的数据，是医院过去会计事项影响的结果，根据这些历史数据计算得到的各种分析结果，对于预测医院未来的现金流动，并非完全有效，仅有参考价值。因此，我们在对现金流量表进行分析时，不能孤立地仅凭一张现金流量表的信息就事论事，而应该与资产负债表和收入支出总表结合起来，对医疗运营活动结果作出全面、正确的评价。

（二）影响财务信息可靠性的因素多

编制现金流量表所采用的各种资料的可靠性受到多方面的影响，使得报表分析显得不够可靠。这就要求财务人员利用财务信息进行分析、研究时，应以客观事实为依据，不受主观意志的干扰，不偏不倚，力求财务信息准确可靠。

（三）外部因素影响财务信息的可比性

虽然一致性会计原则的运用使财务信息有可能进行不同期间的比较，但同类型的医院由于使用不同的会计处理方法（库存

物资的计价方法、设备计提修购基金的年限、收入的确认以及支出资本化与费用的处理等），为运用各种分析方法对医院的现金状况进行比较带来一定的困难。这就要求财务人员规范会计程序和方法，以便于报表使用者比较分析同一医院在不同时期以及医院间的偿债能力和现金流动状况的强弱和优劣。

（四）比率分析不具备可比性

在对现金流入流出的比率分析中，因投资、筹资活动的现金流入、流出不具备可比性，所以，不能仅通过该比率来评价各项活动的优劣。即使要求比较，也要通过其相对应的子项之间的关系进行分析评价。

正是由于现金流量表具有以上局限性，财务人员在运用现金流量表分析医院财务状况的结果时，不仅应重视医院重大会计事项的揭示，结合其他有关方面的资料进行综合评价，还要考虑国家宏观政策、国际国内政治气候等多方面的影响。在对医院整体经营情况进行全面评价的基础上，选择特定项目进行重点分析，并将全面分析结论和重点分析结论相互照应，以保证分析结果的有效性，提高理财质量。

## 二、现金流量分析的前景展望

现金流量分析在现代财务管理和财务分析中占有日趋重要的地位。对于医院来说，开展现金流量分析已经越来越受到领导的重视，许多医院已把现金流量管理作为医院经营管理的重要方面，在思想意识上达成共识，并把对资金使用和投向的决策提升到战略的高度。但是，由于医院开展现金流量分析的时间不长，目前还处于探索和尝试阶段，还没有形成完整的管理和分析体系，还应当考虑使用现代的科学方法进行现金流量分析，构建科学合理的现金流量管理体系，实现现金流量分析从经验到科学的转变，更好地为医院的经营决策服务。

现金流量表的编制较其他报表有一定难度，这就需要财务人员积极行动起来，及时掌握医院现金流量信息，分析医疗运营、投资、筹资活动对经济运行情况产生的影响，评价医院的偿债能力、支付能力及资金需求量，使医院达到既有充足的支付能力，又无闲置资金的最佳状态，为医院合理使用资金、规避财务风险提供依据。

# 第三章 大型医用设备投资决策和效益分析

根据世界卫生组织最近公布的资料，医用设备的发展速度基本上是每三年更新换代一次，每年都有新的技术突破。医学技术的快速发展，与先进医用设备的投入和使用密切相关。大型医用设备投资需要投入大量的资金，又不能在短期内收回，此项投资具有较大的风险。而投资作为一种战略，关系到医院经营的成败和未来发展的方向。因此，医院只有做好大型医用设备投资的前期论证和决策分析，以及设备投入使用后的效益评价，才能避免投资的盲目性，使医用设备稳定、高效地运行，确保医院社会效益和经济效益的提高。

# 第一节 大型医用设备的特点和管理现状

## 一、大型医用设备管理的特点

大型医用设备的管理是一项系统工程，在日常使用过程中，存在物质运动和价值运动两种状态。

（一）物质运动状态

包括从设备购置、验收、安装、调试、使用、维护维修直至报废的整个生命周期，其管理内容一般为技术管理，目的是保证使用设备的安全性和质量控制的有效性，促进医疗技术水平的提高。

（二）价值运动状态

包括设备购置的资金筹集、预算与计划的论证，运行和维护成本费用、财务管理、成本、效益（效果）评价，其管理内容一般为经济管理，目的是合理组织人力、物力、财力，充分利用有限的医疗资源为卫生事业服务。

（三）两者的关系

大型医用设备管理应该是两种状态的全面动态管理，两者相互依存，互为前提，在设备管理的运动过程中形成统一体。

## 二、大型医用设备的配置现状和存在的问题

（一）大型医用设备配置现状

据浙江省某三级甲等综合性医院提供的数据显示：截至2008年年底，单项价值在10万元以上的医用设备总台数为458台，资产总值2.32亿元；其中：单项价值在50万元以上的医用

设备总台数为100台，资产总值1.55亿元；10万元以上的台数和金额分别占全院医用设备固定资产总台数的5.66%和79.73%。先进的医疗设备不断应用于医院，为医院提高诊疗效率、降低误诊率和提高医院核心竞争力发挥了作用。但是，医院也面临着解决设备引进的科学性和有效的动态管理难题。

（二）目前医用设备管理中存在的问题和成因

大型医用设备总量的增加满足了日益增长的医疗卫生需求，但有些医院也出现了配置不尽合理、使用率不高的问题，主要存在的问题和成因如下：

1. 大型医用设备购置缺乏计划性

一些医院大型医用设备购置审批手续不健全、不完善、缺乏计划性；一些新增设备未列入医院年度资本预算，存在一定的随意性，不能做到物尽其用，不能最大限度地发挥大型医用设备在医疗运营中的作用。

2. 购置前论证不充分

由于大型医用设备购置前没有经过充分、科学的论证分析，购入后，设备的使用环境不具备，使用条件不符合，配套设施不落实，以及操作人员资质及培训等原因，导致大型医用设备购置后无法及时安装、调试和使用。

3. 存在重购置、轻管理的问题

一些医院在购置大型医用设备前缺乏严格的论证和测算，盲目购置或重复购置大型医用设备；过于强调设备的技术先进性，忽视设备的实用性和应用条件，致使大型医用设备开机不足，处于闲置或半闲置状态。

4. 成本核算没有细化到单台大型医用设备

目前，大多数医院都实行了成本核算，大型医用设备的各项成本也纳入了核算的范围。但是，医院与科室实行二级核算，大型医用设备运行成本一并归集到科室，没有细化核算到每一台设

备。核算人工费、维修费、水电费等支出缺乏经济方面的责任意识，不能全面反映每台大型医用设备的实际成本。因此，很难考核和控制成本支出。

5. 大型医用设备维护保养不到位

一些医院对大型医用设备投入使用后的重视程度不够，维修保养人员素质不高，管理人员更换频繁，不仅影响大型医用设备的正常运转、影响更深层次的开发利用和治疗效果，也使大型医用设备使用率降低，使用成本增加。

## 三、大型医用设备使用效益分析的意义

（一）为医院管理提供基础数据

通过对贯穿设备运行整个过程的动态监测，可以评价大型医用设备的工作状况，增强设备使用、配置的合理性，避免重复购置及设备闲置现象的发生；为指导大型医用设备的规划和立项，将有限的资金用在最有效益的项目上提供数据支持；为医疗服务价格管理和降低病人负担提供基础数据；为政府制定医疗服务价格提供参考依据。

（二）为实现资产价值最大化服务

通过对单台大型医用设备成本与效益分析，本、量、利分析，以及设备完好率、使用率、投资回收期、内部收益率等使用效益的考核与评价，从投入源头消除重购轻用、重用轻管等现象；有利于改善成本结构，降低运营成本，实现资产价值最大化。

（三）探索和实践大型医用设备使用效益分析

通过分析和评价的探索和实践，有助于使用科室重视设备的管理和利用；按时提供设备使用效益分析的基础数据，为医院用经济杠杆调节资金的投向，优化卫生资源配置，规避投资风险提供决策依据。

（四）提高大型医用设备使用效益

通过加强对大型医用设备使用的管理，督促使用科室做好基础管理工作，严格执行设备管理的规章制度，提高设备管理人员的素质，切实解决使用、保养、维护等方面存在的问题。对现存效益不高或闲置的设备，分析原因，研究解决方法，统筹调剂，达到提高设备使用效益的目的。

## 第二节 大型医用设备投资的前期论证

大型医用设备投资的前期论证，是做好整个大型医用设备管理工作的首要环节，如果论证不正确，将直接影响到医院临床、教学、科研工作的开展及设备效益的提高。现阶段要对全部大型医用设备都进行论证有一定的难度，但可以区分控制性设备和更新性设备，视医院管理能力区别对待。如对国家规定的甲、乙类大型医用设备和新技术设备且价值高的，需要进行周密的投资前期论证；而对于更新性大型医用设备，前期论证工作则可以粗放些。设备科要提供品种、性能、精度适当的备选设备资料。

### 一、投资论证的原则

要做好这项工作，应根据医院发展的长远规划，遵循以下原则：

（一）经济适用原则

选择医用设备以满足医疗、教学、科研的需要为原则，再先进的大型医用设备如果不具备合理性、适用性也不宜采购。要做好申购设备的使用效益分析，选择性价比高的设备。

（二）性能可靠原则

要求购买的大型医用设备性能可靠，达到应有的精确度、灵敏度；设备性能稳定、使用安全、易于操作、节能、环保、有完善的售后服务体系。

（三）科学严谨原则

在投资论证阶段，既要考虑大型医用设备的技术性和先进性，又要考虑本院或本地区同类设备的分布情况和使用效益，避免无效益的重复购置。尤其对本地区还是空白的大型医用设备的论证，更要慎之又慎，广泛征求专家意见后作出抉择。

## 二、投资决策指标

医院在进行大型医用设备投资决策时，要考虑资金的时间价值、风险报酬等，运用一系列财务指标和管理方法进行计算和分析，提高投资决策的正确性，规避经营风险，增强盈利能力。目前，常用的评价指标主要有净现值法、内部收益率法、现值指数法、投资回收期法和平均报酬率法。

（一）净现值法

该指标是指把大型医用设备从投资开始到终结的各年现金流入和流出都按照预定贴现率折算为它们的现值，然后再计算它们之间的差额。

净现值 = －原始投资 + 平均年现金流量 × n 年以设定贴现率贴现的年金现值系数

在计算过程中，需要把以后各年的回收额（净利润）换算成现值与投资大型医用设备实际投资总成本折现值相比较，得出净现值。该指标需要考虑投资的时间价值，综合反映大型医用设备的投资效益。以净现值为标准，衡量同一大型医用设备不同方案的投资效益时，应选择净现值大于零（表示该大型医用设备的报酬率大于预定的贴现率）的方案。

（二）内部收益率法

该指标是在考虑资金时间价值基础上，使投资方案的净现值等于零的贴现率，反映了投资大型医用设备本身所能实现的最大收益率。

$$\text{内部收益率 } IRR = i_1 + \frac{NPV_1}{NPV_1 - NPV_2} \times (i_2 - i_1)$$

其中：$IRR$ ——内部收益率

$i_1$、$i_2$ ——不同的折现率

$NPV_1$、$NPV_2$ ——不同折现率 $i_1$、$i_2$ 对应的净现值

如果出现投资方案净现值为负数，说明方案本身的报酬率小于估计的贴现率，需逐步降低贴现率，进行多次测试使净现值接近零。

（三）现值指数法

该指标是指某一投资方案未来现金流入的现值，同其现金流出的现值之比。具体来说，就是把某大型医用设备投入使用后产生的现金流量，按照预定的投资报酬率折算到该大型医用设备开始建设的当年，以确定折现后的现金流入和现金流出的数值，然后相除。

$$\text{现值指数 } PVI = \frac{\text{未来现金流入量的总现值}}{\text{原始投资额}}$$

若现金流入的现值与现金流出的现值之比大于1，表明投资在取得预定报酬率所要求的期望利益之外还要获得超额的现值利益，这在经济上是有利的；若两者之间的比值小于1，则意味着投资回收水平低于预定报酬率，投资者将无利可图。

（四）投资回收期法

该指标既是反映资金的补偿能力，又是论证投资方案的重要指标。大型医用设备投资可以通过计算静态投资回收期（$T_s$）和动态投资回收期（$T'_s$）进行论证。

静态投资回收期计算公式：$T_s = \frac{K}{R}$

动态投资回收期计算公式：$T'_s = \dfrac{-\lg(1-\dfrac{K \cdot i}{R})}{\lg(1+i)}$

其中：$K$——投资总额

$R$——年净利润

$i$——贴现率

投资者一般都十分关心投资的回收速度，为了减少投资风险，都希望越早收回投资越好。动态投资回收期是一个常用的经济评价指标。动态投资回收期弥补了静态投资回收期没有考虑资金的时间价值这一缺点，使其更符合实际情况。因此，投资回收期以短为优，越短，其投资效果越好。要求决策者能用一种高瞻远瞩的眼光，尽可能地选择先进的、超前的、具有发展潜力的、使用寿命相对较长的大型医用设备进行投资。

（五）平均报酬率法

该指标是指投资方案的年平均净收益与其原始投资额的比率。

$$\text{平均投资报酬率} = \frac{\text{年平均净收益}}{\text{原始投资额}} \times 100\%$$

平均投资报酬率法是以投资方案预期平均投资报酬的高低为依据，评价投资方案优劣的一种方法。若投资方案的平均投资报酬率高于必要报酬率，则方案可行；如果同时有两个或两个以上的方案符合条件，则选择平均投资报酬率最高的投资方案。

## 三、大型医用设备的申购程序

（一）使用科室申报

各科室根据医疗、教学、科研发展或满足日常工作的需要，在申报下一年度设备购置计划时，向设备科提出新增或更

新的报告。购买大型医用设备，应填写《大型医用设备购置申请论证表》（见附件问题五）。

（二）设备科牵头论证

设备科根据医院发展战略规划，会同申请科室、财务科、医保办等各方面人员，就科室填写的《大型医用设备购置申请论证表》上的相关内容进行项目论证（暂不涉及设备的具体型号、技术指标的深入研究）。

1. 社会效益分析

要考虑投资的大型医用设备能否明显提高诊疗水平、科研和教学水平；能否提高诊断和治疗的正确性，增加病人的治疗量；能否运用于医疗的前沿学科，填补治疗的空缺，带动医疗技术的提高等；投入临床使用后，能否带来较好的社会效益和经济效益。为避免重复和低水平投资，还需要了解所投资的大型医用设备适合治疗的病种，该病种在当地的发病率，周边医院对该病种的治疗情况，以及本地区拥有同类设备的数量、投资总额及与之相关的评价指标。

2. 经济效益分析

应对投资大型医用设备的运行成本进行分析。包括设备的折旧费用、维修费用、日常耗品（如试剂、易损件、水电汽）成本、人工费和房屋等。申请科室应能对大型医用设备开展的医疗项目和医疗适应症做好调研工作。如购买 DSA 设备，可以开展冠脉造影、肺癌介入治疗、肝癌介入治疗、小儿心脏治疗、脑血管神经造影等。财务科要做好投资预算和投资项目的现金流量测算；确认可收费价格，以及是否纳入医保范围；将会给医院带来的直接收益和间接收益估算，预测该大型医用设备的投资回收期，评价购置后发挥作用的程度。

例 3－1：购买 DSA 设备的价格为 420 万元，做每例冠脉造影所需材料及费用如表 3－1 所示。

表 3-1 材料及费用表 单位：元

| 材料 | 价格 | 材料 | 价格 | 材料 | 价格 |
|---|---|---|---|---|---|
| 光片 | 50 | 环柄注射器 | 190 | 压力接管 | 110 |
| 光盘 | 50 | 电子换能器 | 500 | 单通 | 190 |
| 冠状动脉 | 500 | 动脉鞘 | 350 | 静脉滴注 | 3.4 |
| 数字减影 | 300 | 左心导管 | 350 | 心电监护 | 27.6 |
| 一次性手术包 | 138 | 右心导管 | 350 | 电极 | 15.2 |
| 一次性注射器 4 副 | 13.72 | 导丝 | 300 | 刀片、绷带等 | 5.6 |
| 支出合计 | | | | | 3443.52 |
| 开展冠脉造影每例可收费 | | | | | 3540 |
| 单位边际贡献 | | | | | 96.48 |

假设 DSA 设备全部用于开展冠脉造影项目，则：

$$\text{DSA 盈亏保本点（业务量）} = \frac{\text{设备款}}{\text{单位边际贡献}}$$

$$= 4200000 \div 96.48$$

$$= 43532 \text{（例）}$$

从计算的结果可以发现：具有兼容功能的设备，如果医院仅能开展一个医疗项目，买这样的设备显然是不经济的。反之，医院技术实力强，能开展多项检查或治疗，应将能开展的全部项目分别计算盈亏保本点（见附件问题六），然后归并进行分析。这样，才能真实反映引进大型医用设备所带来的直接经济效益。

3. 技术可行性分析

开展的医疗项目是否符合卫生主管部门规定的医疗技术准入要求；设备配置是否符合国家有关大型医用设备配置要求，使用科室的技术人员配备能否达到规定的要求，通过技术培训能否掌握设备的操作技能等。

4. 安装配套条件

论证是否具备大型医用设备到货后的安装条件：

（1）大型医用设备安装场地面积、层高、承重能力及特殊要求。

（2）使用环境能否达到大型医用设备的技术要求条件、防潮条件是否具备，有无排污、辐射等环保问题及出现问题如何解决等。

5. 资金落实情况

财务科的付款能力如何，如果需要通过贷款和分期付款方式解决的，应论证其资金来源的落实情况和偿还资金的办法。

6. 走访用户

除进行书面论证外，如认为有必要，还可组织有关人员实地考察和走访有同类大型医用设备的用户。

设备科将上述分析结果形成书面材料，提交医院设备管理委员会讨论。

（三）大型医疗设备的技术评价

年度设备购置预算批准后、设备科对拟购置大型医用设备的主要技术指标（如安全性、可靠性、有效性、先进性、整机性能、便于使用等）、运行效果（如维修保障）和成本效益要有科学的评估，对同类设备的型号、品牌、性能、配置和参考价格等内容进行调研，收集各种产品的样本、技术资料进行比较分析，其工作内容包括：

1. 安全防护性

有些大型医用设备由于技术上的原因，会给环境、操作人员和病人带来不安全的隐患，设备科人员可充分利用网络资源，对医用设备不良事件进行检索、分析和利用，并对安全防护进行评价。

2. 技术先进性

在对计划购置大型医用设备的设计原理、各项功能指标达到的先进程度进行评价时，要考虑在短期内技术上是否有被淘汰或

被替代的可能。

3. 设备可靠性

对大型医用设备在有效时间内能否保证正常使用，各项性能和安全指标能否符合要求，是否通过了质量认证许可，有关证件是否齐全和有效等。

4. 可维护性

厂方能否提供维修资料、长期的技术服务、零配件及消耗品供应，及国内维修点作出的维修时间要求。

5. 设备选型

根据调研结果对能提供相应产品的各厂商的大型医用设备进行评价、比较，选型，至少应有三家以上厂商的产品满足采购招标的要求（特殊情况除外）。

6. 节能性

主要考察设备运行过程中的能耗，并作出评价。

7. 配套性

主机及其附属设备的配套性与已购同类大型医用设备的兼容性和软件的共享性，主机的使用和系统效能的发挥等。

（四）设备购置计划生成

一份完整的大型医用设备购置计划，不仅应包含可供选择的设备名称、型号、数量等内容，还要有计划目的及执行时间和要求，主要内容如下：

1. 计划目的

通过编制大型医用设备采购计划，加强宏观管理，有效地利用有限的资金，符合医院的发展规划和年度目标、任务，从而提高大型医用设备的社会效益和经济效益。

2. 计划内容

包括申请科室、项目名称、数量、资金预算、装备时间、资本成本（指为投资而筹措资金的费用，如利息）等。

3. 计划预算

对计划内容提出应当支付的金额要求，供财务科预测所需资金的数量和时间。其中包括更新或新增大型医用设备，国产或进口大型医用设备等应当分别统计；此外，还应包括配套条件所需的费用。

4. 投资政策

法律和社会约束（用途、数量、担保约束）会对大型医用设备投资产生影响。确定设备投资规模，要综合考虑内外投资环境因素，遵循适宜（医院的实际需要和病人的承受能力，选择适宜技术和设备）原则。并对购置计划中的具体指标需要采取的方法，如政府采购、自行采购、招标等，包括如何组织人力、分项落实、完成时限、实施途径等予以明确。

（五）撰写《大型医用设备可行性论证报告》

相关专业人员在对投资项目进行综合评价后，由设备科主持撰写《大型医用设备可行性论证报告》（见附件问题七），随年度财务预算一并报上级主管部门审批。

总之，医院通过规范市场调研、专家论证、综合评价、招标竞价等工作程序，增强设备购置前的理性思考，可以有效地规避“人情关”，抑制设备的盲目攀比、盲目购买，促进医院资金的合理使用。

## 第三节 大型医用设备投资决策分析

决策是医院管理的核心，决策失误是最大的失误。医院进行大型医用设备投资，既要满足医疗、教学、科研的需要，又要满足业务发展目标和科室发展的需要。投资决策的意义在于发展业

务、拓展业务、获取回报，降低自身的风险，保持较强的市场竞争力，最终达到资产保值增值的目的。而医院能否把筹集到的资金投放到收益高、回报快、风险小的大型医用设备上，关键在于能否适应市场变幻莫测的复杂环境，能否抓住有利的投资机遇，作出合理、有效的投资决策。这就需要用财务管理的方法，准确预测投资收益，用最经济合理的方法筹集资金，实现以最小的投资成本完成大型医用设备的购置。

## 一、投资决策的程序

大型医用设备的投资，不能在缺乏调查研究的情况下轻率拍板，而必须按特定的程序，运用科学的方法进行可行性论证和分析，以保证决策的正确有效。大型医用设备投资决策的程序一般包括如下几个步骤：

（一）投资项目的提出

申购科室、设备科和医院管理层都可提出新的投资项目。

（二）投资项目的评价

主要涉及如下几项工作：一是把提出的投资项目进行分类，为分析评价做好准备；二是计算有关项目的预计收入和成本，预测投资项目的现金流量；三是运用各种投资评价指标，把各项投资按可行性的顺序进行排队；四是写出评价报告，报请上级主管部门批准。

（三）投资项目的决策

投资项目评价后，医院管理层要作最后决策。最后决策一般可分成以下三种：

1. 接受这个项目，可以进行投资；

2. 拒绝这个项目，不能进行投资；

3. 发还给设备科，重新调研后再作决定。

（四）投资项目的执行

医院决定对某个项目进行投资后，要积极筹措资金，确保投资项目如期完成。

（五）投资项目的再评价

财务人员要参与投资决策的评议，并在具体执行过程中，运用各种论证方法，验证与复核原来作出的投资决策是否合理与正确。如有新情况出现，要随时根据变化作出新的评价；遇有重大变化发生，要及时上报主管部门和医院管理层，提出终止投资项目的建议，把损失降到最低点。



## 二、投资决策分类

大型医用设备投资决策可以从多方面进行分类，主要的分类方法有：

（一）按医院的投资性质

1. 增加收入的投资决策

该决策主要是指医院投资的目的是为了扩大医疗规模、增加收入等的投资决策。如医院病床规模扩大、新设备的引进等。

2. 降低成本的投资决策

该决策主要是指医院投资的目的在于降低消耗、减少费用等的投资决策。如一些设备的更新改造，虽然不能增加医院的收入，但可以降低医疗成本支出。

（二）按投入资金是否分阶段

1. 单阶段投资决策

该决策是指投资项目经一次投资就能完成的投资决策。它的决策分析方法比较简单，可供选择的方案较少。

2. 多阶段投资决策

该决策是指投资项目要分几次投资才能完成的投资决策。它的决策分析方法较为复杂，可供选择的方案较多。

（三）按投资项目之间的相互关系

1. 独立性投资决策

该决策是指投资项目之间可能存在相互依赖的关系，但不能相互取代。对于独立性方案来说，其方案的取舍不受是否选择别的投资项目的影响，只需通过经济评价指标的计算就可以评价其经济的可行性。需要解决的主要问题是：在资金总量受到限制时，如何合理安排投资顺序，以及投资方案的最优组合。

2. 互斥性投资决策

该决策是指投资方案相互之间不能并存，只能有取有舍。在投资决策时，某一投资项目能否被选中，既要看其自身是否可行，又要进行相互对比和筛选，以选择最优的投资方案。

## 三、关注投资风险价值

### （一）投资风险价值及表现形式

1. 投资风险价值

投资风险价值指投资者冒着风险进行投资而获得的报酬。这种报酬占投资总额的百分比叫投资报酬率。

医院在进行大型医用设备投资决策时，应关注风险问题，并计算风险程度。如风险同收益成正比，那么风险投资越大，要求得到的投资报酬率也越高。反之，则投资报酬率越低。

2. 风险价值的表现形式

投资风险价值有两种表现形式：风险报酬额、风险报酬率。

风险报酬额，它是投资风险价值的绝对数形式，指的是由于冒风险进行投资而取得的超过正常报酬的额外报酬。

风险报酬率，它是投资的风险价值的相对数形式，指的是额外报酬占原投资额的比重。

### （二）计算投资风险价值

1. 确定分布概率

在经济活动中，某一事件在相同条件下可能发生，也可能不

发生，这类事件称为随机事件。概率是指随机事件可能性大小的数值。通常把必然发生的事件概率定为1，把不可能发生的事件概率定为0，而一般事件的概率介于0和1之间。概率越大，表示随机事件发生的可能性越大。反之，则发生的可能性越小。

2. 计算报酬的期望值

报酬的期望值是指将多种可能的报酬按其概率进行加权平均，得到平均的期望报酬。报酬的期望值计算公式是：

$$\overline{K} = \sum_{i=1}^{n} K_i P_i$$

其中：$\overline{K}$ ——报酬的期望值

$K_i$ ——第 i 种结果出现后的预期报酬

$P_i$ ——第 i 种结果出现的概率

$n$ ——所有可能结果的个数

3. 计算标准离差

标准离差是指各种可能报酬期望值的偏离程度，是以绝对数来衡量决策方案的风险大小。在期望值相同的情况下，标准离差越大，风险越大；反之，风险越小。标准离差的计算公式是：

$$\delta = \sqrt{\sum_{i=1}^{n} (K_i - \overline{K})^2 \times P_i}$$

其中：$\delta$ ——标准离差

$\overline{K}$ ——报酬的期望值

$K_i$ ——第 i 种结果出现后的预期报酬

$P_i$ ——第 i 种结果出现的概率

$n$ ——所有可能结果的个数

4. 计算标准离差率

标准离差率是指标准离差与收益期望值的比率。在实际工作中，尽管标准离差能反映投资项目的风险程度，但它不能对收益期望值不同的方案进行比较。因此，需要计算标准离差率。标准

离差率是一个相对数，可以对报酬期望值不同的投资项目进行比较。标准离差率的计算公式是：$CV = \frac{\delta}{K} \times 100\%$

其中：$CV$—— 标准离差率

$\delta$—— 标准离差

$K$—— 报酬的期望值



例 3－2：某医院拟购置 1.5TMRI 和 3.0TMRI 设备，不同市场需求的预期收益及相应的概率分布如表 3－2 所示，要求分别计算收益期望值、标准离差和标准离差率，并评价两种设备的投资风险程度。

**表 3－2　设备市场需求、预期收益及相应概率分布比较**

| 市场需求情况 | 概率（P） | 收　益（万元） | |
|---|---|---|---|
| | | 1.5TMRI | 3.0TMRI |
| 需求高 | 0.2 | 200 | 400 |
| 需求一般 | 0.6 | 150 | 150 |
| 需求低 | 0.2 | 100 | －50 |

（1）计算两种设备的收益期望值：

$$K_{1.5T} = K_1 \times P_1 + K_2 \times P_2 + K_3 \times P_3$$
$$= 200 \times 0.2 + 150 \times 0.6 + 100 \times 0.2$$
$$= 150(\text{万元})$$

$$K_{3.0T} = K_1 \times P_1 + K_2 \times P_2 + K_3 \times P_3$$
$$= 400 \times 0.2 + 150 \times 0.6 - 50 \times 0.2$$
$$= 160(\text{万元})$$

（2）计算标准离差：

$$\delta = \sqrt{\sum_{i=1}^{n} (K_i - \overline{K})^2 \times P_i}$$

$$\delta_{1.5T} = \sqrt{(200-150)^2 \times 0.2 + (150-150)^2 \times 0.6 + (100-150)^2 \times 0.2}$$

$$= \sqrt{(200-150)^2 \times 0.2 + (100-150)^2 \times 0.2}$$

$$= 31.62$$

$$\delta_{3.0T} = \sqrt{(400-160)^2 \times 0.2 + (150-160)^2 \times 0.6 + (-50-160)^2 \times 0.2}$$

$$= \sqrt{240^2 \times 0.2 + 10^2 \times 0.6 + 210^2 \times 0.2}$$

$$= 142.83$$

（3）计算标准离差率：

$$CV = \frac{\delta}{K} \times 100\%$$

$$CV_{1.5T} = (31.62 \div 150) \times 100\% = 21.08\%$$

$$CV_{3.0T} = (142.83 \div 160) \times 100\% = 89.27\%$$

从以上计算可知，3.0TMRI 设备由于生命周期成本明显高于 1.5TMRI 设备，且收费高，影响受检人群使用的积极性，现阶段的投资风险要大于 1.5TMRI 设备。

不同等级、规模的医院，配置 MRI 设备的投资决策结果差距甚远。这就要求各家医院能根据医疗特色和擅长专业，考虑设备配置特点和适用人群，客观、公正地进行成本效益评价，供决策者定夺。

5. 设备更新决策

随着科学技术的进步，大型医用设备经济寿命周期大为缩短，有些设备尽管还可以继续使用，但市场上已出现性能更好、效率更高的大型医用设备。如不更新，将面临材料及能源消耗大、效率低、维修费用高等问题；有些大型医用设备依靠频繁的维修和高额的维修费用来维持自然寿命，不一定经济、合理。这就要求决策者依据维持费用的多少或采用经验公式来判断，决定设备是否更新及何时更新的问题。做到该淘汰的不要舍不得，不利于更新；不该淘汰的不要喜新厌旧，防止重复投资，造成资源的浪费。

$$合理更新期=\sqrt{\frac{2\times 总投资额}{年增加低劣化值}}$$

例3-3：某医院考虑用1台新的、效率更高的设备来替代旧设备。旧设备原购置成本为100000元，已使用5年，估计还可以使用5年，已提折旧50000元，假设使用期满无残值，如果现在出售可得10000元。使用该设备每年可获得收入40000元，每年的付现成本为30000元；医院如购买新设备，购置成本为150000元，估计可使用5年，期满残值为10000元。使用新设备后，每年收入可达70000元，付现成本为40000元。假设医院的资金成本为12%，新旧设备均采用直线法计提折旧。要求作出继续使用旧设备或更新设备的决策。

（1）继续使用旧设备与购置新设备的相关资料比较（如表3-3所示）。

**表3-3　　某院购置更新设备的相关资料**

| 项　目 | 旧设备 | 更新设备 |
|---|---|---|
| 购入成本（元） | 100000 | 150000 |
| 可使用年限（年） | 10 | 5 |
| 已使用年限（年） | 5 | 0 |
| 期满残值（元） | 0 | 10000 |
| 年折旧额（元） | 10000 | 28000 |
| 账面价值（元） | 50000 | 70000 |
| 出售作价收入（元） | 10000 | 0 |
| 年度实现收入（元） | 40000 | 70000 |
| 付现成本（元） | 30000 | 40000 |

（2）由于两个方案的使用年限相同，可以采用差量分析法计算现金流量差额：

旧设备的年现金流量=40000-30000=10000（元）

新设备的年现金流量 = 70000 - 40000 = 30000（元）

差量现金流量 = 30000 - 10000 = 20000（元）

（3）计算购置新设备增加的净现值：

购置新设备增加的收益现值 = 20000 ×（P/A，12%，5）+ 10000 ×（P/S，12%，5）= 20000 × 3.605 + 10000 × 0.567 = 77770（元）

购置新设备需增加的投资额 = 150000 - 10000 = 140000（元）

购置新设备增加的净现值 = 77770 - 140000 = -62230（元）

由于购置新设备增加的净现值小于0，说明更新设备的方案不可行。

例3-4：某医院购买DSA设备的初始投资为420万元，假设年增加低劣化值为12。

由公式得出：DSA的合理更新期为8.37年。说明医院在8.37年以后再更新，则其使用成本超过设备挖掘潜力带来的效益。

## 四、设备生命周期成本

（一）设备生命周期成本概念

是指从前期准备工作开始到设备投入运营，并终止使用为止的全部投资费用，包括购置成本和使用成本两部分。

1. 购置成本

购置成本是指购买大型医用设备所支付的实际价款，包括购买价、运输费、安装费、保险费和税费等。

2. 使用成本

使用成本包含为保证设备正常运行所需的各种后期费用，如配套设施费、零配件和能源消耗费、维修保养费等。医院必须慎重考虑购买保修合同的问题，可以向厂家购买保修合同或单次维修服务，也可由第三方机构提供维修服务。

医院在购买大型医用设备计划中应考虑如下因素：

（1）设备的生命周期成本。

（2）当地的技术支持水平。

（3）厂家给予的优惠折扣率和非现金价值。

（4）科室内部设备配置的标准化（科室内使用同一厂家生产的设备）。

（二）设备生命周期成本核算的作用

由于设备生命周期成本分析考虑了某个时间段的“最初购置成本”和“使用成本”的资金流转效果，其成本核算的作用主要表现在：

1. 比较具有不同资金链的各预案的优劣；

2. 揭示投入在大型医用设备上的全部费用。

生命周期成本分析技术中的“当前价值分析”尤其有意义，因为它考虑了通货膨胀因素和货币的时间价值因素。医院通过生命周期成本分析，可以以此来比较各项备选预案，并判断每一项备选预案是否具有确定的经济价值，也可以通过生命周期成本的技术分析，判断租赁设备或购买设备成本效益的高低。

例 3－5：某医院拟租赁生化分析仪，采取招标形式，汇总投标结果如表 3－4 所示：

**表 3－4　　生化分析仪租赁招标结果**

| 投标商 | A 公司 | B 公司 | C 公司 | D 公司 |
|---|---|---|---|---|
| 产品型号 | 罗氏 Modular（DPP + ISE） | 日立 7600－120（带 ISE） | 奥林巴斯 AU5421 + ISE | Aeroset |
| 产品产地 | 日本 | 日本 | 日本 | 日本 |
| 投标价格 | 年租金 25 万元<br>年试剂费 85 万元 | 年租金 23 万元<br>年试剂费 102 万元 | 年租金 35 万元<br>年试剂费 86.2 万元 | 年租金 24 万元<br>年试剂费 85 万元 |

续表

| 投标商 | A公司 | B公司 | C公司 | D公司 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备性能专家打分 | 优 | 优 | 良 | 良 |
| 资格、注册证审查 | 符 合 | 符 合 | 符 合 | 符 合 |
| 比较前提 | 1. 设备维保费用包含在租赁费中；<br>2. 试剂由医院提供样品量和检测项目，供方提供配套试剂的优惠价格 | | | |

专家在对厂商基础报价中设备性能、租赁费和年试剂费等综合评价后，提议A公司中标。

## 五、投资决策的分析方法

投资决策一般采用定性分析与定量分析的方法，两者各具特色，具有互补性。定性分析借助于决策者的知识、经验、分析和判断能力，虽略显偏颇、粗略，但具有全面、灵活的特点；定量分析借助于数学模型，提高相关数据间量的计算、分析，具有精确、客观的优点，但存在不能全面涵盖复杂多变现实问题的缺陷。因此，要想提高决策的准确性、有效性，应将两种方法揉合在一起使用，扬长避短。

医院进行大型医用设备投资决策，均应从社会效益、经济效益、技术等方面进行可行性论证和评价。应对投资大型医用设备的服务量、市场需求、投资额、资金来源渠道、筹措资金成本、运行成本、医疗收入、社会和经济效益以及投资回收期、生命周期进行预测、分析和比较；同时，还要从影响医院资金结构、财务状况、财务风险、未来发展等方面进行分析和比较，避免决策失误给医院造成的损失。

## 六、设备投资决策实例

例3-6：某医院药剂科向医院申请购买全自动单剂量锭剂包药机。设备科长经过调研，认为该设备具有技术成熟，投入使用后能提升医院档次，减少分药差错等优点。但考虑到分包药品不能另行收费，建议暂缓购买。

财务科长认为该设备初次投放浙江市场，全国使用的医院不多，使用时间也不长。为了规避投资风险，要求供应商按租赁设备报价。并为院长细算了一笔账，具体内容如下：

（1）每年末支付租金34万元（含全自动单剂量锭剂分包机1台、剥药机1台、设备周边相关软件系统1套）。租赁期间，设备维修及费用由出租人承担。

（2）以医院实际开放1000张病床，每个病人平均每天3包药的工作量计算，需要配置1台自动分包药机、2名药师。而手工摆药需要6名药师，实际节省4名药师。若以药师平均年收入7万元计算，可节省人力成本4×7=28（万元）。

（3）医院有30个病区，每个病区护士原先平均每天药品领用、核对、分发的时间为1.5小时，抵扣现在的核对、分发时间，可节省1小时。若以护士平均年收入4万元计算，护士每小时工资为40000÷12÷22÷8=19（元），每年节省人力成本为19×30×365=20.80（万元）。

（4）日常摆药杯的消耗和消毒费用平均每年5万元。

（5）分包塑料袋（进口）0.20元/只，以1000张病床计算，每年的分包塑料袋费用为1000×3×365×0.20=21.9（万元）。

全自动单剂量锭剂包药机从使用成本与节省的费用比较，有差额2.1万元［医院使用成本：34+21.9=55.9（万元）；节省的费用：28+20.80+5=53.80（万元）］。但是，使用包药机后，避免药品裸露带来的不洁，能提升医院的品牌；药品根据处

方分药和包装过程的实时监控，能够确保分药的准确性，提高工作效率；让护士丢掉摆药杯，取消对药品的逐个核对，工作量减少，能够有更多的时间和精力去护理病人。再则，医院相当于减少9名工作人员的办公场所、办公用品、水电汽等的消耗；塑料袋国产化的趋势指日可待，价格有望下降30%。综合以上因素，建议医院租赁该设备。

例3-7：某医院拟购买MRI设备，有两种规格的设备可供选择，由设备科和财务科的相关人员进行对比分析，详细内容如表3-5所示。

**表3-5　　某医院拟购买MRI设备比较**

| 项　目 | 1.5TMRI | 3.0TMRI |
| --- | --- | --- |
| 设备配置：磁体系统、线圈、计算机系统和图像显示系统 | 具有水成像、脂肪抑制序列，磁共振血管造影、增强、弥散成像、灌注成像、脑功能测定、频谱分析、心功能测定、冠状动脉成像等有重要临床应用价值的功能软件等 | 与1.5TMRI相仿，主要优势在于对中枢神经系统的成像和诊断 |
| 设备特点 | 开放度高、匀场范围大、杂散场收敛迅速、重量轻、维护成本低、技术成熟 | 由于技术成本等原因导致设备价格提高、噪音和一些伪影增加 |
| 适用指症 | 用于全身多个部位的成像诊断，特别是颅脑神经、心血管、肿瘤和骨关节系统，为临床诊断和治疗提供详细资料 | 体部应用不成熟。高磁场临床应用是方向，已有7.0TMRI在临床试用 |
| 社会效益 | 选择无损伤设备对儿童进行检查是最为欣慰、最受欢迎的，能为提高医疗诊断，促进周边地区儿童健康事业的发展和儿科医学研究奠定基础 | 相同 |

续表

| 项　目 | 1.5TMRI | 3.0TMRI |
|---|---|---|
| 购置成本 | 1200 万元 | 1800 万元 |
| 年消耗及维修费用 | 145 万元 | 175 万元 |
| 年设备折旧 | 120 万元 | 180 万元 |
| 预计年受检人数 | 7500 人 | 5250 人 |
| 收费标准 | 平均 450 元/人次 | 平均 700 元/人次 |
| 预计年收入 | 337.5 万元 | 367.50 万元 |
| 年毛利 | 72.5 万元 | 12.50 万元 |

计算结果说明：购买 1.5TMRI 能满足病人的需求，并带来较好的经济效益。

在对设备投资方案决策分析后，决策者要权衡利弊作出抉择。在实际工作中，应视投资额的大小由不同层面的决策者进行选择。甲、乙类设备投资，需经过卫生主管部门批准后方可执行。

在决策过程中，决策者要清醒地认识到医疗行业的经营过程不同于制造业，后者可以通过提高生产效率，降低生产成本、调整产品结构及商品销售宣传等措施来加快设备投资的回收；而医院服务的对象是随机的病人，不能为了追求收益而盲目扩大诊治范围；医疗服务收费是政策性的，不会因设备投资的高低而改变。因此，在对大型医用设备投资决策时，要通过回顾性调查，分析有关专科的运行、病种构成的变化以及医院的发展规划，预测检查或治疗人次的增减变动趋势，客观、稳妥地评价投资风险，以保证资金回收的安全。

# 第四节 大型医用设备使用效益分析与评价

医院如能对投入使用后的大型医用设备进行追踪效益分析与评价，将有助于提高设备使用效益，降低运行成本。为此，要求相关职能部门在管理实践中，学会归纳、总结设备经济效益分析的方法，并力求从工作基础条件、研究内容和途径、预期目标和工作步骤等方面找到一条简明的数据统计和分析思路，不断充实和完善分析方法的实用性和科学性，使之更有效地应用于实际工作。

## 一、明确管理职责

大型医用设备使用管理应遵循分级、归口管理的原则，采用行政、技术、经济等手段，进行综合管理。

（一）财务科职责

负责审核医用设备规划、年度设备购置计划，监督、考核、评价设备使用效益。通过对现有大型医用设备的状况分析和日常管理，帮助各临床、医技科室充分利用现有设备，合理选择增加或购置设备所开展的诊疗项目，避免重复购买、设备闲置问题的发生，改善成本结构，降低运行成本。

（二）设备科职责

负责设备的购置、验收、维修、调剂、报废、事故处理、安全检查等，按要求提供设备的管理信息，做好大型医用设备使用效益分析的准备工作。建立和完善设备维修管理，详细记载设备维修原因、维修次数、维修配件和维修费用，在维持设备正常运转的同时，寻求节约运营成本的方法。

（三）设备使用科室职责

负责日常维护和保管，并做好设备使用记录。

## 二、明确工作基础及工作步骤

（一）工作基础

由于目前大型医用设备品种多、数量大、人工管理难以做到及时、准确、有效的统计和分析，必须实行计算机管理。可以将医院的检查系统（LIS）、影像系统（PACS）、设备管理系统与医院的信息系统（HIS）无缝连接，事先将设备管理、医用消耗材料库房管理纳入HIS统一管理，将医疗服务收费项目、医疗成本和会计科目采用标准化分类管理。在建立一体化数据管理的基础上，相关人员定期收集，如有必要可追溯以往年度存储的数据，为分析所用。

医院领导通过院长查询系统随时查阅；各使用科室在授权范围内查阅本科室设备使用分析数据，自主进行同时段、同类设备或单台设备各时间段的纵横效益比较；设备科要指导使用科室利用现有设备产生效益。

（二）工作步骤

1. 选择设备

根据各家医院的管理能力，如暂时不能做到对全部大型医用设备进行效益评价，可以先对国家控制的甲、乙类设备，抢救设备和医院高投入的设备进行效益评价。管理人员预先设定表格，框定收入、支出的统计范围和方法，要求设备使用科室提供数据。

2. 数据积累

以月为单位，统计被选定设备的收入、支出数据。如果能够对大型医用设备有效使用全过程的数据进行统计，包括设备购置初期的配套资金投入情况和设备陈旧运行时期的运行成本，那么

分析结论就能完整体现设备生命周期的实际效益情况。

3. 解析数据

通过数据分析得出大型医用设备运行“盈利”或“亏损”的结论，还可以得到很多提示性结果，如寻找设备运行收支平衡的时间点，单位时间的收入最高值、最低值及其发生的时间段等。解析数据的目的，是为了研究大型医用设备经济效益分析的方法。

## 三、效益评价方法

### （一）成本与收益分析

通过大型医用设备使用成本与收益比较，可以获得该设备的经济效果。

例 3－8：以 CT 设备为例（如表 3－6 所示），分析其 2 年成本收益率的变动规律。

**表 3－6　　某院 CT 设备 2 年内成本及收益**

| 年度 | 月均检查（人次） | 月均成本（万元） | 月均收入（万元） | 成本收益率（%） | 单位成本（元） |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2262 | 50.67 | 53.05 | 4.70 | 224.01 |
| 2 | 2400 | 51.49 | 56.15 | 9.05 | 214.54 |

上表数据显示，CT 设备的利用率和月均收入呈正比，而单位成本递减，成本收益率提高，说明医院的社会效益和经济效益有所提高。

### （二）本、量、利分析

本、量、利分析作为管理会计的重要内容，用于研究大型医用设备投资在一定时期内的成本、业务量和利润三者之间变量关系的定量分析方法，在预测投资方向和投资风险方面有独到之处。它是将总成本细分为变动成本和固定成本，计算边际贡献和

边际贡献率，确定设备收益的保本点，以及明确保本点计算的前提条件。

例3-9：某医院购买1.5TMRI设备的价格为1023.66万元，2008年7月投入使用，下半年进行各类检查3534例，平均每月589例。根据《浙江省医疗服务收费标准》规定，每例平均收费450元，实现收入159.03万元，月均收入26.51万元，各项支出如表3-7所示，要求进行本、量、利分析。

**表3-7　　某院1.5TMRI的月使用成本**　　单位：元

| 固定成本 | | | | | 变动成本 | | | | 成本合计 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 设备折旧 | 资金成本 | 房屋折旧 | 人员经费固定部分 | 小计 | 人员经费变动部分 | 耗材成本 | 水电消耗 | 小计 | 成本合计 |
| 153550 | 11372 | 4500 | 25924 | 195346 | 13132 | 163054 | 9300 | 185486 | 380832 |

统计结果显示，某医院月均变动成本为314.92元/例，单位边际贡献为135.08元，边际贡献率为30.02%，保本点作业量为1447例/月，保本点收入为65.12万元/月，月均业务量占保本点作业量的40.70%，该设备有效利用的空间较大。

（三）成本比较分析

成本比较分析是根据盈亏临界点的分析原理，对成本进行定量分析、比较的一种方法。

例3-10：某医院接送职工上、下班需要购买一辆45座汽车，购买价格为45万元，预计可使用10年，每年需支付汽车规费（含保险、年审、四自工程费等）4500元、维修费20000元、驾驶员工资等30000元、汽车每天往返的汽油费为150元；如果租赁，每日租金为800元，请比较购买或租赁那种方式成本最低？

解：$C = 450000 \div 10 + 4500 + 20000 + 30000$

$C_1 = 150X$

$C_2 = (800 + 150)\ X$

$450000 \div 10 + 4500 + 20000 + 30000 + 150X = (800 + 150)\ X$

等式左边为购买设备总成本，右边为租赁设备总成本。计算求得 X = 124.38（天）。即汽车使用天数在 124.38 天时购买或租赁的年总成本相等；如果租赁天数不到 124.38 天时，租赁总成本较低；当汽车使用天数超过 124.38 天时，购买的成本会较低。



## 四、设备使用效益评价

### （一）社会效益和经济效益评价

1. 社会效益

社会效益主要反映诊断和治疗的病例数量。可按每年诊治的病例人数作为单台设备以及医院的设备总数所发挥的社会效益。

2. 经济效益

经济效益主要是计算设备使用率、有效利用率和利润率：

（1）使用率 $= \dfrac{\text{实际工作天数}}{\text{额定工作天数}} \times 100\%$

在核算过程中要综合考虑各种设备的实际情况，把急救设备、教学设备、普通诊疗设备、特殊诊疗设备区别开来，运用不同的计算方法分别进行考核。也可以通过估算这些设备的应诊人次，按实际诊疗人次与估算应诊人次的比率，综合其他影响因素（正常维护、机器故障等）测算出设备使用率。设备使用率越高，说明医疗资源利用率越高，带来的社会效益和经济效益越可观。

（2）有效利用率 = 单台设备利用率 × 检出阳性率（治愈好转率）

（3）利润率 $= \dfrac{\text{月实际利润}}{\text{设备原价}} \times 100\%$

投资利润率越高，经济效益越好。如果投资设备超期服役，则计算利润时分母以设备的残值（设备原价的10%）计算。

（4）效益等级。为了直观起见，可以将经济效益分为四个等级：利润率在10%及以上的为优秀，在3%～10%之间的为良好，在0%～3%之间为及格，负值为不及格。

决策者在评价设备的使用效率时，应摆正社会效益与经济效益的关系，认识到医疗是一个特殊的行业，是以适度的经济效益获得生存和再服务的持续发展能力。即使没有眼前和直接经济效益的服务也要提供，目的是获得长远的社会效益，进而通过最大化的社会效益转化为适度的经济效益，才能真正体现医用设备投资的价值。

（二）设备完好率

在设备的使用管理方面，以设备完好性为重点，定期统计、计算。

$$\text{医用设备完好率} = \frac{\text{完好医用设备总台数}}{\text{医用设备总台数}} \times 100\%$$

$$\text{单台医用设备完好率} = 1 - \frac{\text{年故障天数}}{\text{额定年工作天数}} \times 100\%$$

对于设备完好率的评价，应考虑各种影响因素，一般要求完好率在85%以上。该指标越高，说明管理水平越好。

（三）设备成本降低率

由于同一项目的不同投资方案之间的性能、价格等差异，以及由此带来的投资成本的降低，包括维修费用的减少，收入的提高等。因此，我们应对不同投资方案的成本构成情况及其对现行设备投资成本的影响程度进行分析、核算。

（四）静态和动态评价

例3－11：某医院购买的GE某型号CT设备，投资总额700万元，使用期限假设为7年，如果最低报酬率为12%，该投资

设备每年的收支情况及现金流量如表3-8所示：

**表3-8　　各年的现金流量表**　　单位：万元

| 年份（年） | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一年投资 | -700 | | | | | | | |
| 每年收入 | | 220 | 236 | 253 | 285 | 305 | 362 | 395 |
| 每年支出 | | 56 | 62 | 68 | 80 | 86 | 106 | 140 |
| 年折旧 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 每年现金净流量（未折现） | -700 | 264 | 274 | 295 | 305 | 319 | 356 | 415 |
| 累计现金净流量（未折现） | -700 | -436 | -162 | 133 | 438 | 757 | 1113 | 1528 |
| 12%复利现值系数 | | 0.89 | 0.80 | 0.71 | 0.64 | 0.57 | 0.51 | 0.45 |
| 每年现金净流量（折现） | -700 | 234.96 | 219.20 | 202.35 | 195.20 | 181.83 | 181.56 | 186.75 |
| 累计现金净流量（折现） | -700 | -465.04 | -245.84 | -43.49 | 151.71 | 333.54 | 515.10 | 701.85 |

不计算时间价值的静态投资回收期 $=2+|-162|\div 295$

$=2.55$（年）

计算时间价值的动态投资回收期 $=3+|-43.49|\div 195.20$

$=3.22$（年）

从计算结果可知，静态投资回收期要比动态投资回收期短，是否考虑货币的时间价值在一定程度上会影响投资决策。医院在

设备投资决策时应考虑货币的时间价值，在对财务指标评价时可采用折现指标。

（五）综合效益评价

是设备经济效益评价的系统方法，具有系统、准确和全面的特点。在运用综合效益评价时，应根据分析目的和管理要求，筛选出能够全面反映医疗运营状况和成本效益的指标；要注意与原始数据口径统一；要结合自身的管理需要，参照历史数据确定各指标的标准值；要根据各指标的重要性和设备的管理需要，确定各项指标的权重数。

财务科每月按列表进行汇总，使每个科室、每台设备的使用情况、效益情况一目了然。同时，将一定时期的收入与相应费用配比，考核医院的经济运营状况和质量，既可以满足对外报告的需要，又可以达到对内核算的目的，有利于提高医务人员的工作积极性和成本控制意识。

例3－12：某医院购买1.5TMRI设备，费用为1023.66万元，于2008年正式投入使用，各月的统计数据（如表3－9至表3－12所示），假设该设备资金为一次性投入，建设期为零，每年现金净流量相等，行业基准折现率为8%，设备折旧年限为5年，要求计算静态投资回收期和动态投资回收期。

**表3－9　　1.5TMRI设备成本收益情况分析**　　单位：万元

| 指　标 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 合计 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 实际收入 | 20.48 | 23.91 | 23.75 | 29.62 | 31.41 | 29.92 | 54.78 | 54.18 | 36.45 | 40.79 | 31.81 | 34.52 | 411.6 |
| 总成本 | 28.86 | 28.83 | 28.86 | 29.28 | 29.36 | 29.27 | 31.05 | 31.05 | 29.72 | 29.97 | 29.37 | 29.58 | 355.2 |
| 净收益 | -8.38 | -4.92 | -5.1 | 0.34 | 2.05 | 0.65 | 23.73 | 23.13 | 6.72 | 10.82 | 2.44 | 4.93 | 56.4 |
| 成本收益率(%) | -29.05 | -17.08 | -17.68 | 1.17 | 6.97 | 2.22 | 76.43 | 74.48 | 22.61 | 36.1 | 8.3 | 16.68 | 15.88 |

**表 3－10　　1.5TMRI 设备成本结构分析**

| 指　标 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 合计 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 人员经费占总支出比例（%） | 7.22 | 7.23 | 7.22 | 7.12 | 7.10 | 7.12 | 6.71 | 6.71 | 7.01 | 6.95 | 7.09 | 7.04 | 7.04 |
| 设备耗材及维修费占总支出比例（%） | 29.63 | 29.56 | 29.62 | 30.63 | 30.84 | 30.62 | 34.60 | 34.60 | 31.68 | 32.24 | 30.85 | 31.35 | 31.39 |
| 管理费用占总支出比例（%） | 4.03 | 4.04 | 4.03 | 3.98 | 3.97 | 3.98 | 3.75 | 3.75 | 3.92 | 3.88 | 3.96 | 3.94 | 3.93 |

**表 3－11　　1.5TMRI 设备技术状态分析**

| 指标 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MRI使用率（%） | 71.00 | 75.90 | 80.60 | 83.30 | 80.60 | 83.30 | 87.10 | 83.90 | 86.70 | 77.40 | 83.30 | 87.10 |
| MRI完好率（%） | 81.50 | 88.00 | 96.20 | 96.20 | 92.60 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 88.90 | 100.00 | 100.00 |

**表 3－12　　1.5TMRI 设备利用程度分析**　　单位：例

| 指　标 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 合计 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 单位边际贡献 | 401.57 | 493.29 | 481.83 | 493.04 | 505.54 | 499.97 | 517.86 | 511.43 | 509.98 | 525.95 | 511.89 | 509.05 | 501.61 |
| 保本业务量 | 383.04 | 311.82 | 319.24 | 311.98 | 304.26 | 307.65 | 297.02 | 300.76 | 301.62 | 292.46 | 300.49 | 302.16 | 3679.75 |
| 实际业务量 | 415.00 | 408.00 | 414.00 | 515.00 | 536.00 | 514.00 | 942.00 | 942.00 | 623.00 | 682.00 | 537.00 | 589.00 | 7117.00 |
| 目标业务量 | 456.50 | 448.80 | 455.40 | 566.50 | 589.60 | 565.40 | 1036.20 | 1036.20 | 685.30 | 750.20 | 590.70 | 647.90 | 7828.70 |
| 安全边际 | 31.96 | 96.18 | 94.76 | 203.02 | 231.74 | 206.35 | 644.98 | 641.24 | 321.38 | 389.54 | 236.51 | 286.84 | 3437.25 |

静态评价指标：

1. 年现金流入量 = 411.6 万元

2. 年现金流出量 = 25 + 29.61 + 81.89 + 13.97

= 150.47（万元）

3. 年现金净流量 = 411.60 - 150.47 = 261.13（万元）

4. 投资回收期 = 1023.66 ÷ 261.13 = 3.92（年）

5. 投资利润率 = 56.40 ÷ 1023.66 = 5.51%

动态评价指标：

1. 净现值 = - 原始投资 + 平均年现金流量 × N 年

= - 1023.66 + 261.13 ×（P/A，8%，5）

= - 1023.66 + 261.13 × 3.993

= 19.03（万元）

2. 内部收益率的年金现值系数 C = 1023.66 ÷ 261.13 = 3.92

运用内插法计算可得：

$$R = R_1 + \frac{(C_1 - C)}{(C_1 - C_2)} \times (R_2 - R_1)$$

= 8.30%

其中：$R$—— 项目内部收益率

$C$—— 内部收益率的年金现值系数

$C_1C_2$—— 不同折现率下的年金现值系数

该设备的内部收益率大于设定的行业基准折现率 8%。

例 3 - 13：某医院白血病实验室购入流速细胞仪及配件，总金额为 77.67 万元，该设备主要用于白血病、肿瘤免疫诊断及分析。2008 年总收入 151.64 万元，其中 95% 的收入为流速细胞仪创收（144.06 万元）。该设备年折旧按 20% 计提，折旧额为 14.76（77.67 × 95% ÷ 5）万元。同时，需要一台电离心机作为辅助。电离心机金额 12.20 万元，提供 50% 的工作量给流速细胞仪，年折旧额为 1.22 万元。该设备运行需要配备 3

名工作人员，配备人员每年的费用为34.46万元；年试剂消耗费用为41.21万元，白血病实验室其他支出（办公设施折旧、水电汽消耗、公务费、辅助费用、管理费用等）为35.74万元，按收入比例分摊该设备的其他支出为33.95万元。要求计算静态投资回收期和动态投资回收期（设基准投资利润率为10%）。

计算静态评价指标：

年现金流入量 = 151.64 × 95% = 144.06（万元）

年现金流出量 = 34.46 + 41.21 + 33.95 = 109.62（万元）

年现金净流量 = 144.06 − 109.62 = 34.44（万元）

$$\text{投资回收期} = \frac{\text{原始投资总额}}{\text{年现金净流量}}$$

$$= (77.67 \times 95\% + 12.20 \times 50\%) \div 34.44$$

$$= 2.32\text{（年）}$$

$$\text{投资利润率} = \frac{\text{年利润}}{\text{原始投资总额}} \times 100\%$$

$$= 34.44 \div 79.89$$

$$= 43.11\%$$

计算动态评价指标：

由于该设备资金为一次性投入，建设期为零，假设每年现金净流量相等，运行后的现金净流量为普通年金形式（行业基准折现率为10%）。

净现值 = −原始投资 + 平均年现金流量 × n年（以设定折现率折现的年金现值系数）

= −79.89 + 34.44 × 3.791（折现率为10%的5年年金现值系数）

= 50.67（万元）

$$\text{内部收益率（R）的年金现值系数（C）} = \frac{\text{原始投资总额}}{\text{年平均现金净流量}}$$

$= (77.67 \times 95\% + 12.20 \times 50\%) \div 34.44$

$= 2.32$

查5年期1元年金现值系数表可知：

$R_1 = 30\%$ $C_1 = 2.436$

$R_2 = 35\%$ $C_2 = 2.220$

运用内插法计算可得：

$$R = R_1 + \frac{C_1 - C}{C_1 - C_2} \times (R_2 - R_1)$$

$= 13.30\%$

由于该投资的内部收益率大于设定的折现率10%，该项投资可行。

**五、提高设备使用效率可采取的措施**

（一）建立考核和评价体系

卫生主管部门要建立完善的大型医用设备管理数据库，加强对所在地区大型医用设备申购和使用的信息化管理，督促医院严格执行大型医用设备使用管理的各项规章制度，完善大型医用设备使用效益考核和评价体系。

（二）充分论证和审核

医院对新购大型医用设备必须参考同类大型医用设备的效益情况，对其必要性、科学性、实用性等进行充分论证和审核，在规范大型医用设备采购程序和节约资金的前提下，采购到性价比高的适用大型医用设备。

（三）掌握新设备的购置时间

医院应充分考虑大型医用设备启动的必要物质条件，做好大型医用设备到位前的场地（包括房间大小、温度、湿度、环屏等配套设施的准备）、操作人员和维修人员的岗前培训等，使大型医用设备尽早投入使用。

（四）按规程操作

要严格按照大型医用设备管理使用规程操作，提高设备管理人员素质和大型医用设备利用率。对长期闲置或利用率低的大型医用设备，要分析原因，研究解决办法，及时调拨到需要的地方，确保大型医用设备满负荷正常运转。

（五）提高分析水平

财务人员要运用本、量、利等分析方法，重视大型医用设备使用效益分析，不断提高财务管理水平，为医院领导的经营管理提供信息和决策依据。

通过上述财务指标的具体运用和分析，能够估算出投资方案的预期现金流量、估算出预期现金流量的风险以及投资方案的收入现值。通过分析资本成本的一般水平，可以帮助我们在投资设备时，对效益是否可行进行分析，确定是投资购买还是租赁；是大修还是更新。

综上所述，财务管理是医院管理的一部分，是有关资金的获得和有效使用的管理工作。对于占医院近 1/4 资产的大型医用设备，需要我们运用财务管理手段贯穿设备管理的全过程，从“经济性、效率性、效果性”三个方面，对购置大型医用设备所带来的社会效益和经济效益作出比较全面、科学的评价，更好地解决设备引进的科学性和有效性的动态管理难题，既为病人提供优质的医疗服务，又能提高医院的整体效益，实现双赢。

# 第四章 医院医疗收费环节控制

近年来，媒体报道的一些从事财务工作的人员置财经法规与财务制度不顾，利用职务或工作便利，钻医院财务管理流程设置不合理、财务交接手续不严密、财务人员没有认真履行职责等管理的漏洞进行经济犯罪，不仅给国家、单位造成重大损失，也把自己送进了监狱。这些经济犯罪案例给我们敲响了警钟，促使我们寻求全方位、全过程的管理模式，健全和完善医院会计内部控制制度，并切实得到贯彻、落实，确保资金安全和会计数据的真实、完整。

## 第一节 经济犯罪案例凸显收费管理的漏洞

在经济犯罪案例中，有一例是利用计算机系统在退款功能上的技术漏洞，反复使用退款功能进行贪污，作案时间近4年，涉

案数额之巨，造成的损失之重，在全国医学院校所属医院及卫生系统都是罕见的。

## 一、虚假退费豢养医院女巨贪

原北京某医院住院处主任石巧玲，利用办理病人出入院手续（收预缴款、结算余款），有权使用计算机收费模块等职务便利，变造1087张住院预缴款退款书，指使他人以病人或其家属的名义持退款书在住院处骗领920万元预缴款，被法院执行死刑。

## 二、剖析与思考

为预防此类案件的再度发生，我们应从管理体制、机制、制度、监督的角度剖析此案，思考如何防止或及时发现石巧玲这样的违法行为的发生。

（一）医院内控制度形同虚设

案发医院没有执行不相容职务分离的规定，权力过于集中，缺乏内部牵制制约机制，财务人员没有认真履行职责，缺乏有效的监管措施，在长达4年的时间里，每天只是对医疗收费进行汇总检查，从未对住院处的明细账和原始票据进行审查，也没有对每一笔退费进行核查，退款员对从结账员传来的“退款书”不作审查，仅按“退款书”的金额退款，致使石巧玲在结账过程中使用伪造的“退款书”上千次通过退款途径获得巨额公款，给经济犯罪打开了方便之门。

（二）财务科监管不力

医院财务科作为门诊收费处和住院处的行政管理和业务监管部门，如果仅仅掌握住院病人预缴款和医疗费用收缴汇总数据，而不掌握病人费用明细账、原始票据使用情况和医疗欠费发生额等，也没有确定专人核对收费管理员上报的每日收入汇

总表，对报表的真实性不予审查，就不能发现这些经济犯罪行为。

（三）个人权限过大，监督失控

石巧玲掌握着住院处全部应用软件的最高使用权限，可以随意调用“住出院登记软件（程序）”，可以在电脑中随时调出已出院病人的账单，对病人的姓名等改动后制作打印假“住院费用结账单”，然后再恢复原样，在电脑中不留痕迹。正是医院软件设计的漏洞和没有对石巧玲这样的“特权人物”进行必要的监控，点中了医院反腐软肋。

案例值得我们深思，负有管理和监督职责的职能科室负责人一定要重视并做好收银员和收费管理人员的选派、考核、教育、监督工作，严格要求，防患于未然，做到不懈不怠。同时，要做好医疗收费完整性分析与控制，依法履行职责，抓源头，抓制度落实，防止工作人员出现犯罪和违法行为。

## 第二节 医疗收费完整性分析及环节核对与控制

为了保证医疗收费的完整性，确保资金的安全，医院可以自行设计《收入核对调整表》（如表4-1所示），指定专人每月进行核对、编表，并将与编表有关的报表、原始工作底稿及相关资料作为附件粘贴在《收入核对调整表》的后面，装订成册，归档保管。

## 一、编制收入核对调整表

**表 4－1　　2008 年 3 月收入核对调整表**

填报单位：　　单位：元

| 项　目 | 门急诊收入 | | 项　目 | 住院收入 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 本月数 | 调整后收入 | | 本月数 | 调整后收入 |
| 报表收入 | 18429921.61 | 18429428.49 | 报表收入 | 51781734.35 | 51817660.51 |
| HIS 收入 | 18394730.49 | 18429428.49 | HIS 收入 | 49196960.50 | 51817660.51 |
| 差　额 | 35191.12 | 0 | 差　额 | 2584773.85 | 0 |
| 门急诊收入差异构成 | | | 住院收入差异构成 | | |
| 原因 | 金额 | | 原因 | 金额 | |
| 收入统计时间差 | －2090.88 | | 收入统计时间差 | －15110.07 | |
| 外来标本收入 | 7582 | | 冲销在院病人医药费 | －27563660.51 | |
| 体检收入 | 23616 | | 在院病人医药费 | 30661015.14 | |
| 病历卡收入 | 3500 | | 在院病人伙食费 | －506632.10 | |
| 调账（跨月入账） | －18232.09 | | 调账（跨月入账） | 29977.48 | |
| 调账（科目有误） | 20816.09 | | 调账（科目有误） | －20816.09 | |
| 合　计 | 35191.12 | | 合　计 | 2584773.85 | |

填表人：　　复核人：　　填报日期：2008 年 4 月 10 日

### （一）收入核对表取数来源

填列每月收入核对调整表中的报表收入应分别从业务收支明

细表（如表 4－2 所示）中的门诊、住院收入本月数中取数；HIS 收入应分别从门诊操作员日报汇总表、住院收入日报汇总表中的本月数中取数（如表 4－3 和表 4－4 所示），报表收入与 HIS 收入的差额如小于零，以“－”填列。

**表 4－2　　业务收支明细表**

单位编号：Y01　　会医 02 表附表 5

单位名称：　　2008 年 3 月　　单位：元（至角分）

| 项　目 | 合　计 | | 医疗收支 | | 药品收支 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 收入合计 | 本月数 | 累计数 | 本月数 | 累计数 | 本月数 | 累计数 |
| 一、门急诊收入 | | | | | | |
| 挂号收入 | | | | | | |
| 诊察收入 | | | | | | |
| 检查收入 | | | | | | |
| 治疗收入 | | | | | | |
| 手术收入 | | | | | | |
| 化验收入 | | | | | | |
| 材料收入 | | | | | | |
| 其他收入 | | | | | | |
| 西药收入 | | | | | | |
| 中成药收入 | | | | | | |
| 中草药收入 | | | | | | |
| 二、住院收入 | | | | | | |
| 床位收入 | | | | | | |
| 诊察收入 | | | | | | |
| 检查收入 | | | | | | |
| 治疗收入 | | | | | | |
| 手术收入 | | | | | | |

续表

| 项　目 | 合　计 | | 医疗收支 | | 药品收支 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 收入合计 | 本月数 | 累计数 | 本月数 | 累计数 | 本月数 | 累计数 |
| 化验收入 | | | | | | |
| 护理收入 | | | | | | |
| 材料收入 | | | | | | |
| 其他收入 | | | | | | |
| 西药收入 | | | | | | |
| 中成药收入 | | | | | | |
| 中草药收入 | | | | | | |

**表 4－3　　门急诊操作员日报汇总表**

统计日期：2008 年 3 月 1 日至 3 月 31 日　　单位：元

| 收据项目 | 总费用 | 其中：自费 | 公费费用 | 公费自负 | 公费记账 | 医疗应收 | 医保费用 | 医疗应收＋医保 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 西药 | | | | | | | | |
| 中成药 | | | | | | | | |
| 药品小计 | | | | | | | | |
| 检查费 | | | | | | | | |
| 治疗费 | | | | | | | | |
| 手术费 | | | | | | | | |
| 医疗小计 | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | |
| 公费类别 | 总费用 | 其中：自费 | 公费费用 | 公费自负 | 公费记账 | 医疗应收额 | | 人数 |
| 自费 | | | | | | | | |
| 省医保 | | | | | | | | |
| 省离休 | | | | | | | | |
| 市医保 | | | | | | | | |
| 合　计 | | | | | | | | |

续表

| 有效票据 | | 总金额 | | 收现金 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 作废票据 | | 其中：自费 | | 收支票 | 共 笔 | |
| 重制票据 | | 公费自负 | | 支票退款 | | |
| 处方张数 | | 应收小计 | | 实收现金小计 | 离休基金 | |
| 账户支付 | | 公务员补助 | | 统筹基金 | 大病救助 | |
| 收预缴款 | | | | 冲预缴款 | | |

表4-3是门急诊操作员日报表，为门急诊日报汇总表的附表，财务科销号参照该表。门急诊日报汇总表不含票据信息，其他各项相同。

**表4-4　　住院收入日报汇总表**

统计日期：2008年3月1日至3月31日　　单位：元

| 借方科目 | 金　额 | 贷方科目 | 金　额 |
|---|---|---|---|
| 现金 | | 医疗收入 | |
| 银行存款 | | 住院收入 | |
| 医疗预收款 | | 床位收入 | |
| 病员预缴款 | | 检查费 | |
| 医疗应收款 | | 治疗费 | |
| 大病保险 | | 放射费 | |
| 省医保 | | 化验费 | |
| 省离休 | | 输血费 | |
| 省统筹 | | 接生费 | |
| 市离休 | | 诊疗费 | |

续表

| 借方科目 | 金　额 | 贷方科目 | 金　额 |
|---|---|---|---|
| 市透析 | | 护理费 | |
| 市统筹 | | 其他费 | |
| 海宁医保 | | 材料费 | |
| 余杭医保 | | 药品收入 | |
| 萧山医保 | | 住院收入 | |
| 富阳医保 | | 西药费 | |
| 其他应收款 | | 中成药 | |
| 欠费结账 | | 中草药 | |
| | | 其他应付款 | |
| 预缴款收据作废清单 | | 伙食费 | |
| | | 病员结余款 | |
| | | 医疗预收款 | |
| | | 病员预缴款 | |
| 住院收费收据作废清单 | | 医疗应收款 | |
| | | 公费自负 | |
| | | 银行存款 | |
| | | 现金 | |
| 借方合计 | | 贷方合计 | |

复核：　　制表：　　住院收入总计　　元

由于住院日报表不能完整反映收费收据区间号码，故住院票据消耗量统计表为住院日报表的附表（如表 4－5 所示），财务科核销票据时可参考此表。

**表 4－5　　住院票据消耗量统计表**

| 操作员姓名 | 预缴款收据消耗区间 | 张数 | 住院收费收据消耗区间 | 张数 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合　计 | | | | |

（二）差异的成因分析及调整说明

从表4－1可以看出：本月报表收入与HIS收入核对存在差异，其中：门诊报表收入与HIS收入的差额为35191.12元，住院报表收入与HIS收入的差额为2584773.85元。

1. 统计时间差异。由于HIS收入的统计时间为3月1日0点至3月31日12点，而收费日报汇总表收入的统计时间为2月28日下午6点至3月31日下午6点，这一期间形成的门诊收入差异为2090.88元，住院收入差异为15110.07元，HIS系统虽已分别确认为本月门诊、住院收入，报表则要延迟至次月确认收入；另外，对账中发现由于收费管理员传送报表滞后，财务科对本月18232.09元的门诊收入到4月初才确认。而按照财务制度的规定，本月报表中少确认的门诊收入20322.97元和住院收入15110.07元，应作报表收入调增。

目前，HIS收入中只包含已结算出院病人的费用，而按医院收入确认规定，出院欠费病人发生的费用也应在本月实时结算。由于收费管理员结账不及时，本月出院的欠费病人发生的费用29977.48元HIS系统至次月才予以确认，而财务科记账时仍将其作为本月报表收入确认。因此，本月HIS收入未结算的出院欠费病人收入29977.48元应作HIS收入调增。

2. 直接入报表收入。由于外来标本收入、部分体检收入及出售病历卡收入是由财务科直接收费并记录收入，没有通过HIS系统反映，因此，HIS系统少确认的收入分别为7582元、23616元和3500元，应作HIS收入调增。

3. 记账错误。查账中发现，由于制单人员编制凭证疏忽，稽核人员审核不严，误将住院收入记入门诊收入20816.09元，应对本月报表中的门诊收入和住院收入作“一减一增”处理。

4. 统计口径不一致。由于HIS系统产生的出院病人汇总表是按收付实现制编制，未包含本月在院病人住院收入，因此，月

末在院病人住院收入余额减去上月月末在院病人住院收入余额的差额为3097354.63元，应作本月HIS收入调增。

营养食堂工作人员录入病人就餐信息时，已在HIS系统中确认为病人伙食费收入，而财务科根据收费日报表将其列入“应付伙食费”科目，要等该款项划拨给营养食堂时确认收入。因此，本月506632.10元伙食费应作HIS收入调减。

上述1~4项查明的门急诊、住院收入差异构成原因及金额应逐项填表，并在原门急诊、住院收入本月数的基础上作调增和调减数据处理，形成调整后的收入数。

（三）对已发现问题的整改

1. 为避免核对中发现的问题再次出现，财务科已会同信息科对由于收入统计时间不一致而产生的差异，修改计算机按时自动结账功能，使报表收入与HIS收入统计时间一致。

2. 入账不及时造成收入确认延迟，以及使用记账明细科目有误产生的差异均是人为因素造成的，已要求财务人员及收费管理员增强工作责任心，相互提醒，避免此类事情的发生。

3. 在统计HIS收入时，只要选择包含当月在院病人住院收入就可避免统计口径不一致产生的收入差异。

4. 对于不通过HIS系统直接记入收入报表的，在目前没有更好的处理方法，暂时维持原状。剔除这些因素后，报表收入与HIS收入核对相符，说明收费系统数据记录准确、运转正常。

## 二、医疗收费环节的核对与控制

医院可以将整个医疗收费过程划分为若干环节，要求收费管理系统保证医疗收费原始记录的完整性和连续性，全面、真实地反映收入数据处理过程的全貌，做到有据可查。医院要制定医疗收费管理流程，明确核对与控制的签字确认要求，做到每个环节相互牵制，不留控制死角。医疗收费环节核对与控制的步骤包括

收款及解缴、退费、优惠与减免、核对预缴款、款项复核与收入确认和票据核销。

（一）收款及解缴

当计算机生成一笔医疗收费时，收银员按常规流程确认、收费（记账），每日终了统计并打印当日结账单，清点所收现金和转账支票，与结账单及当日收费收据金额核对，确认无误后填写现金交纳单和转账支票进账单，留出备用金，将款项解缴银行入账。

（二）退费

退费包括门诊退费、出院前退费和出院后退费三种。办理退费时病人须提供缴费凭据及相关证明，收银员核对原始凭证和原始记录，审查退费审批手续的完整性，做好相关凭证的保管和资料归档。

1. 门诊退费。如发生药品退费，由医生开出电子退药处方及手工退费单；病人持单先将药品交给药房经办人员；经办人员将病人所退药品与计算机记载的药品批号、规格、产地、数量等信息核对，确认相符后受理药品退库，在计算机系统中标注退费标识，并在病人退费单上签字；收银员凭原收费收据、退费单和药房退药记录进行退费操作，按系统生成的红字冲销记录办理退费。诊疗项目退费，则由医生开出电子退费处方；相关诊疗科室经办人员在计算机系统中标注退费标识，并在原诊疗单上签字交还病人；收银员凭原收费收据、同意退费的原诊疗单和经办人员确认的退费记录进行退费操作，根据系统生成的红字冲销记录办理退费。下班前收银员将与退费有关的纸质单据粘贴在当日结账单上，交给收费管理员。

2. 出院前退费。如病人出院前提出退费请求的，经主管医生同意并下达电子退费医嘱；病区经办人员在计算机系统中核对确认，并在退费模块中标注退费标识；收银员在退费模块中按原

始记录逐项对应退费，完成后再查询病人费用流水账，确认退费成功。

3. 出院后退费。病人出院后提出退费请求的，由原病区经办人员填写住院病人退费申请表（如表4－6所示），执行科室负责人审核（药品须退还药房），财务科审批后交住院处执行；收银员凭手续完备的退费申请表、出院收费收据及费用明细清单，在出院退费模块中重新结算病人费用，按原始记录逐笔对应退费，完成后查询病人费用流水账，确认退费成功，并将重新结算的金额与原收费轧差，差额与退费金额核对相符后办理退费。

**表4－6　　住院病人退费申请表**

| 申请科室： | 申请日期： | 病人姓名： |
|---|---|---|
| 住院号： | 床号： | 出院日期： |
| 退费项目： | 退费金额： | |
| 退费理由： | | |
| 执行科室负责人审核： | 申请科室经办人： | |
| 财务科审批： | | |

年　　月　　日

如上述退费金额达到《医院资金审批制度》规定的审批权限时，则按制度逐级审批（财务科长、分管副院长、院长）后执行。

（三）优惠与减免

医院对特殊病人（贫困人群、残疾人、医疗协作单位员工等）的医疗费用实行优惠或减免政策的，收银员应根据被授权

人审批的证明材料，按批准的优惠比例或减免金额为其办理医疗费用结算，并将相关证明材料附在个人结账单上报收费管理员。

（四）核对预缴款

每日终了，收费管理员统计当日住院病人预缴款收入金额，将其与每位收银员结账单上的预缴款汇总金额核对；财务科分管人员将收费日报表与预缴款明细清单上注明的预缴款发生额（包括收到及冲销预缴款）核对，以确保预缴款账实相符。月末，收费管理员打印病人预缴款明细清单及收费日报汇总表，财务科分管人员依据清单中的余额及汇总表中的当月发生额，与总账预缴款科目的对应栏目进行核对，确保预缴款账账相符。

（五）款项复核与收入确认

每日终了，收费管理员分别统计并打印门诊、住院收费日报表、预缴款明细清单、各种门诊和住院收费票据消耗量统计表、收费收据作废清单等，将其与每位收银员的相关收费资料（包括结账单、收费收据存根联、银行缴款回单、优惠与减免和退费附件等）分别进行核对，对作废、退费、重制票据必须逐张核对，确认无误后将收费日报表连同银行缴款回单交财务科。

财务科凭证制单人员先将门诊、住院收费日报表与收银员结账单中的现金、银行结算数以及收到的银行缴款回单上的金额核对，相符后在报表上签字确认；然后根据门诊、住院收费日报表上的各项内容，填制银行收付凭证；出纳根据门诊、住院收费日报表和银行缴款回单逐笔核对收付凭证中的金额和收付方向，核对无误后在收付凭证和报表上签字；稽核人员对已生成的收付凭证进行审核，确认收入并记账。

月末，收费管理员统计在院病人费用动态汇总表、余款、欠费病人费用汇总表，将其与相关附件（住院收费收据）复核，制单人员据此编制记账凭证，经审核后，将在院病人及出院未结账病人医疗费用确认为当月收入并记账。

（六）票据核销

票据核销人员应定期或不定期地对已使用的收费收据与会计记录及有关凭证进行核查；以制单人员和出纳已复核并确认缴款的收费日报表为核销依据，分别按日报表及各种收费票据消耗量统计表中的收费票据区间号码与已使用的收费收据、预缴款收据进行核对与销号。对已使用的有价票据要按领用顺序，并与收费日报表所显示的票据号码进行核查，确认无误后，办理票据核销手续（如表 4－7 所示）。对于退费、作废、重制的收费票据，除按规定对所涉及的单据和流程核对签字外，其收费收据号码必须与收费日报表统计的对应项目号码保持一致；其余收费收据号码按区间对应销号。

**表 4－7　　门诊挂号月报表**

统计日期：2008 年 3 月 1 日至 3 月 31 日

| 操作员 | 结账日期 | 结账单编号 | 实际人次 | 挂号费 | 诊疗费 | 实收金额 | 张数 | 作废 | 就诊卡区间 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 合　计 | | | | | | | | | |
| 就诊卡作废明细：　共 10 张 | | | | | | | | | |
| 1740989 | 1741016 | 1741019 | 1833382 | 1833557 | 1833601 | 1833654 | 1972119 | 1974528 | 1919336 |

## 第三节　建立内部会计控制防范体系

医院应建立和完善内部会计控制防范体系，使经济活动都在管理与掌控之中。要确立全员全过程的内部控制意识，让每个职工自觉遵守内部控制制度，规范和修正自己的行为，确保医院经

济运行机制健康、有序发展，确保医疗收费的完整性。

## 一、建立严密的内部控制管理体系

医院制定和完善内部会计控制制度，对内部组织机构的设置和职务分工的合理性和有效性进行控制。明确收入复核、票据核销、退费管理等环节的控制要求，重点控制门诊收入、住院结算收入。加强医疗收费流程控制，防范收入流失，确保医疗收费全过程得到有效控制。

### （一）采用以点带面的控制方法

按照钱账分离、物账分离的原则，明确职责权限，通过出纳对收银员、会计对出纳的相互核对与校验，建立相互制约、安全可靠的现金收、缴、存管理链接。每月编制《收入核对调整表》，确保 HIS 系统的收入与报表收入核对相符，形成相互制衡机制。对收银员使用的计算机，设置口令密码并实行上机操作记录登记，用保密和安全手段进行管理，严禁未经授权人员操作数据库。强化医疗收费审核力度，规范退费操作流程，关注收费收据（包括挂号收据、门诊收费收据、住院预缴款收据、出院收费收据）核销过程的严密性，在整个医疗收费环节形成自检、自律和相互牵制的制约机制，确保医疗收费的完整性。

### （二）建立完备的信息管理系统

医院应对内部网络系统进行定期或不定期的检查，此项检查应当包括但不限于当前所使用的软件在防范外部攻击方面的先进性；防范内部人员错误或恶意破坏的保护措施的有效性；使用电脑或允许进入网络人员的授权、密码变更；重要记录的备份管理；内部人员修改、变更、删除记录或程序的追查条件；对 HIS 系统数据库所有原始收费记录均应是按顺序编排的记录号，并保持记录号的完整性和连续性；应保留 HIS 系统数

据的原貌和处理过程，留下修改的痕迹。如门诊收费收据作废，不得直接删除原收费记录，应通过对原记录标注“作废”标识的方法，使作废记录有据可查。监控人员通过系统设置对原始记录进行及时核查，保护医院网络安全运转。

（三）提高从业人员的整体素质

不断对财务人员进行业务培训和遵纪守法教育，提高他们的专业知识水平，牢固树立财经法规意识，培养良好的职业道德和职业操守，以高度负责的工作态度和防患于未然的防控意识，确保财务人员思想操守过硬、业务合格，发挥其在内部控制中的积极作用。

（四）建立有效的监督机制

有条件的医院要设立内部审计机构，制定内部控制监督检查制度，定期或不定期地对内部控制制度的执行情况进行监督检查，抓不落实的事，追究不落实的人。对检查中出现的新问题和新情况及内部控制的薄弱环节，要及时采取措施，修正内控制度，形成有章可循、违章必究、防控结合的监督机制。

## 二、医疗收费环节控制的相关措施

医院除对医疗收费流程及收费环节加强核对与控制外，还可以采取相关措施来控制医疗收费环节，完善医疗收费管理体系。

（一）增强收款（记账）确认及核对责任心

为从源头上确保医疗收费的完整和准确，医院对涉及医疗服务项目的收费要实行计算机管理，并与相关业务部门联网。信息科应为业务部门设置服务项目已收款（记账）成功的核对确认功能键，当业务部门提供医疗服务（配发药品、使用高值耗材等）时，就可对该业务的收款（记账）情况进行信息确

认。同时，要建立发货与收款核对机制，如将当日确认发药的处方汇总金额与药品收入数据核对，将使用某种高值耗材和提供某项医疗服务与收费（记账）记录核对等。相互牵制，多管齐下，防止出现违规收费（少收、漏收、多收等）的现象，做到医嘱、诊疗项目和收费三相符。

（二）加强医嘱信息核对

医生为病人提供医疗服务的项目和次数均应在电子处方或电子病历中记载，并由专人实时确认该住院病人的医疗费用；各病区通过向病人发送“每日医疗费用明细清单”，自觉接受消费者的监督。病区要有专人在病人出院结账前对其发生的医疗费用与接受诊疗服务的记账信息以及医嘱、检查报告单相互核对，尤其关注开出医嘱并已收费（记账）成功却因主、客观原因取消诊疗，或业务科室已执行医嘱未及时发送收费信息的病人费用，要做好查漏补缺工作，核对相符后，再发送出院病人信息。

（三）建立现金盘点制度

财务科组织人员定期或不定期盘点收银员现金，并做好记录。如发现多余款项，要及时收缴以长款挂账，留待查清原因后再作处理；如现金短缺，要求收银员查明原因，限时补齐。

（四）实行票据计算机管理

选派工作责任心强的同志担任票据管理员，加强对有价票据的管理。制定收费收据的购入、领用、核销管理制度，规范收费、挂号工作流程和退费办法以及收费稽核制度。计算机收费管理应关注票据连号、票据作废手续、缴款金额、时间和票据销号的处理和监督。对每位收银员领用的空白有价票据，要求连续登记及领用人签名；每月末，票据管理员要核对收银员的票据留存情况（如表4－8所示），对领用收回或退费票据要严格核查，找出产生差异的原因，判断其合理性。

**表 4－8　　收费票据领用留存核对表**

统计日期：2008 年 3 月 1 日至 3 月 31 日　　单位：张

| 票据类别 | 领用人姓名 | 上月留存 | 当月领用 | 当月消耗 | 当月留存 |
|---|---|---|---|---|---|
| 门急诊收据 | | | | | |
| | | | | | |
| | 合计 | | | | |
| 住院收据 | | | | | |
| | | | | | |
| | 合计 | | | | |
| 预缴款收据 | | | | | |
| | | | | | |
| | 合计 | | | | |

说明：

1. 当月留存 = 上月留存 + 当月领用数 - 当月消耗
2. “合计”栏的当月票据领用量及消耗量由计算机自动统计，领用人一栏的相关数据由领用人自行上报

制表人：　　审核人：

（五）认真执行欠费管理制度

医院要做好病人欠费的管理和催收工作，在办理病人住院时要根据病情预收一定数额的预缴款，当其医疗费用发生额占预缴款 80% 时，住院处收银员应及时将催款单的一联交病人或其家属，另一联由所在病区的护士签收后转交给经管医生；病人发生欠费，又不续缴的，住院处自动冻结该病人账户（ICU、急诊病人除外），仅提供基本医疗服务，待病人缴清欠费，有余额时方能解冻。凡因医疗纠纷（医疗事故）的欠费病人，对其治疗、用药须由经管医生书面报告，科主任认可，经被授权人批准，在批准的额度内使用。对因工作人员责任心不强，在明知病人已发生欠费，不积极催收，没有执行基本医疗规定，超范围诊治和用

药的；或对医疗纠纷（医疗事故）欠费病人超批准额度，又不续办手续的，视情节轻重，对责任人按医院《医疗欠费管理规定》进行处罚。

综上所述，医院只有加强医疗收费环节的控制，健全和强化资金收缴过程中多重复核、相互制约的工作机制；每个环节控制紧密协作，各项控制措施得到有效落实；规范上机操作人员的行为，在权限范围内行使职责等，才能提高医疗收费的准确性和及时性，确保医院收入完整性目标的实现。

# 第五章 医院全面预算管理

全面预算管理是一种全方位、全过程和全员的整合性管理系统，也是一套系统、精细的管理机制，具有全面控制和约束力。它既是医院实践科学发展观的重要体现，又是加强成本控制、建立节约型医院的举措；能对增强医院宏观调控能力，优化资源配置，加强财务监督，提高财务管理水平和经济效益发挥重要的作用。

## 第一节 医院全面预算管理的意义、特点与现状

### 一、医院全面预算管理的意义和特点

医院全面预算是以医疗收入预算为起点，扩展到材料采购、医疗成本、医疗服务费用、资金等各方面的预算，从而形成包括

财务预算、业务预算、资本预算、筹资预算的完整体系。全面预算管理是医院经济管理的主线，对于提升整体管理水平具有重要的意义。

（一）全面预算管理的意义

1. 使医院总体发展战略和年度发展计划具体化、数字化。

2. 加强各部门之间的沟通和了解，使每个部门都能清楚地认识到医院的总目标和各自的任务，便于分工协作，促进医院内部的合作与交流。

3. 科学的预算目标值可以成为医院与部门绩效考核指标的比较标杆，有助于管理者进行绩效评价。

4. 当医院的收入、成本费用水平偏离预算指标时，可以及时分析原因，进而采取必要的改进措施，起到收入提升与成本节约的功效。

5. 具有可实施的明确详尽的预算目标，能激励员工士气、增强医院凝聚力。

（二）全面预算管理的特点

全面预算管理是为了实现医院既定的发展战略目标，经过编制医疗运营活动、投资活动、现金流量等预算，通过医院内部控制来保证决策所确定的最优方案在实际工作中得到贯彻执行。它具有全面控制的能力，通常以医院结余目标为总体预算目标，以业务收支前景为预算编制基础，综合考虑医疗市场和医院本身的特点，按照明确的原则确定各子预算目标，由职工代表大会（职工主席团会议）讨论通过，并报上级审批机关批准。它是反映医院未来一定时期经营思想、经营目标、经营决策的财务数量、说明和经济责任约束依据。这种依据用于医院的一切医疗活动领域，并将各个预算统一于总预算体系，所以是“全面预算”。其特点是：

1. 全员性，是指预算过程的全员发动，包括两层含义：一

层是指“预算目标”的层层分解，人人肩上有责任，让每个参与者学会算账，融入“成本”、“效益”意识；另一层是指医疗资源在医院各科室之间的协调和科学的配置过程。

2. 全额性，是指预算金额的总体性，不仅包括财务预算，还包括业务预算和资本预算。现代医院预算管理不仅要关注日常医疗运营活动，也要关注资本运营结果；不仅要关注资金的供给、成本的控制，还要考虑病人的经济承受能力，以及医疗资源的合理配置问题。

3. 全程性，是指全面预算管理流程不能仅停留在预算指标下达、预算编制和汇总上，更重要的是要通过预算执行和控制、预算分析和考评的全程化，真正体现预算的权威性，对医疗运营活动发挥指导作用。



## 二、医院全面预算管理的现状：问题与认识误区

目前，医院全面预算存在管理意识不强，预算编制采用的方法和程序不规范、不科学，预算执行没有形成制度性安排，预算变动随意性较大、变更频繁，预算实际执行符合率不高等问题。这与医院各部门对全面预算管理的认识存在某些误区密切相关。

（一）全面预算管理存在的问题

1. 预算意识不强。由于医疗行业的特殊性，医院不可能像企业那样充分参与市场竞争，使得医院管理层的竞争意识和管理意识相对滞后；缺乏全面预算管理观念，导致预算管理流于形式，预算制度形同虚设，资金运行效率低下。

2. 预算编制方法不科学。医院常用的预算编制方法有定额预算、弹性预算、增量预算和零基预算等，它们在编制上各有利弊。如财务人员孤立地采用某一种方法，或者仍然沿用“基数+增长”的方法来编制预算项目，容易造成预算严重偏离实际，也会导致决策者作出错误的判断。如在编制收入预算时，单纯采

用基数法，在上年预算执行的基础上，顺加一定的增长幅度作为本年度的财务收支预算，既不真实又不可靠；有的财务人员为图省事，在编制预算前缺乏基础准备工作，没有总结、分析上年度预算执行情况，也就无从掌握财务收支、业务活动及有关资料的变动情况，其结果是在不能确定影响本期预算执行符合率因素的情况下，盲目编制年度预算。

3. 预算编制计划与实际脱离。目前，很多医院的预算编制主要由财务人员在上年基数情况下编制次年预算，与医院发展战略脱节，与各职能科室沟通较少，使得预算缺乏可操作性。特别是医院内部上下级之间存在信息不对称，预算执行者出于本位利益考虑，在预算编制时有可能将预算标准放宽而编制松弛预算，以虚增业绩，获取更多的激励性报酬。

4. 预算考核与监督不力。大多数医院将着眼点放在预算编制上，没有建立全面预算管理体系；没有将预算执行和考核与科室核算有机结合，预算反馈信息质量不高；人为强调医疗工作的紧迫性，使资金支出可以不受预算的控制，全面预算管理缺乏严肃性和权威性。

（二）全面预算管理存在的认识误区

1. 全面预算管理是一套涵盖所有会计科目的表格。在这种观念影响下，不少医院的预算管理停留在“纸上画画、墙上挂挂”阶段，不能用以指导医院的经济业务，更不能据此进行绩效考核；有些医院预算编制虽然比较准确、全面，但由于缺乏有效的组织体系保证和严格的奖惩措施，使得预算的执行和监督不能落到实处，功效得不到应有的发挥。

2. 编制预算是财务科的事。在这种思想支配下，医院全面预算管理局限于财务科的科室管理行为，没有提升为医院全局性的管理层面，使得业务部门和职能科室对预算编制持“与己无关，高高挂起”的态度，对预算执行和监督不予配合，甚至持

对立的态度。

3. 编制预算是为了向财政部门要经费。享受财政补助政策的医院普遍存在的观点是，编制预算主要是为了更好地把握国家的财政补助政策，争取到更多的拨款经费。在这种思想指导下，与财政补助有关的预算编制就比较准确，而与财政补助无关的预算编制则主观随意性大。

4. 全面预算管理就是卡部门的经费。有些业务部门认为全面预算管理主要就是为了压缩部门经费，所以不但不积极配合，还加以阻挠，甚至编制“虚假预算”，既影响部门之间的合作与协调，也影响医院整体目标的实现。

5. 行政后勤部门预算就是要省了又省。对行政管理和后勤部门的预算考核只注重费用节约额而忽略效益的提高，由此导致的结果是，有些行政管理和后勤部门为了节约费用从而得到相应的奖励，削减了一些必要的管理活动。

## 第二节 医院全面预算的编制

全面预算管理的首要任务是预算编制，如果没有科学的预算编制，就谈不上管理的控制，分析和考评也只不过是数字游戏了。因此，预算编制的过程就是对可能出现的各种情况及不同的结果状态有一个充分的预计，进而确定不同对策，安排相关人、财、物等资源的配给，并协调好各责任中心之间的关系，促成预算目标的实现。

### 一、全面预算编制的原则

预算编制是一项非常严肃的工作，只有把握好预算编制的原则，才能使预算科学、规范、实用，促使医院在坚持以社会效益

为主的前提下，合理组织收入，科学安排支出。在实际工作中应重点把握以下原则：

（一）合法性原则

合法性原则是预算编制的前提。列入医院预算的收入，必须是开展业务活动过程中依法取得的非偿还性资金，以及从财政或上级主管部门取得的补助经费。业务收入的取得，必须符合物价部门制定的医疗服务收费标准，医院不得擅自增加收费项目，也不得随意提高收费标准。列入医院预算的支出，必须符合财经法规和财务制度规定的开支标准和范围，是开展医疗服务和其他活动过程中发生的各种耗费和损失。

（二）真实性原则

真实性原则是预算编制的灵魂。预算是财务管理的基础环节，预算真实与否，直接关系到财务管理乃至整个医院管理的效果。因此，要求预算编制基于的医院现有人员、床位、设备等情况必须真实。要认真核实每一个项目及相关事项，并对该数字指标运用科学合理的方法加以测算，力求数据真实准确。

（三）稳妥性原则

要坚持“以收定支，量入为出，收支平衡，略有结余，不得编制赤字预算”的原则。在编制收入预算时，既要积极，又要持适度谨慎的态度，掌握好度，否则就会出现实际收入偏离预算较大的问题。而收入预算的偏离，又会直接影响到支出的安排。在编制支出预算时，要坚持勤俭节约和效益优先的原则，对无收入保障的支出一般不予安排。

（四）统筹兼顾、突出重点原则

要根据医疗卫生事业发展与改革的方针政策，按照区域卫生规划的要求，结合医院实际，对各类资金进行统一调度、合理安排。本着“一要吃饭、二要建设、三要有所积累、四要宏观调控”的原则，对人员经费之类的刚性支出和业务正常运转所需

的经常性公用支出，必须优先保证；本着“先急后缓、先重后轻”的原则，妥善安排其他支出项目。

（五）完整性原则

要体现综合预算的思想，将医院依法取得的财政补助收入、医疗收入、药品收入和其他收入，及与之相匹配的财政补助支出、医疗支出、药品支出和其他支出等，作为一个有机整体全部纳入预算管理。做到“收入一个笼子、预算一个盘子、支出一个口子”，不打埋伏或在预算之外另留收支项目。

（六）有用性原则

预算是医院合理合法组织收入，科学合理安排支出，提高资金使用效益的一项重要工作。要把预算的编制和实际执行结合起来，促使财务人员在编制预算时注重其有用性，编制的预算也就有了实用价值。

## 二、全面预算编制的依据、程序、方法和要求

（一）全面预算编制的依据

为了保证编制的预算切实可行，医院在编制预算时，要有充分的依据：

1. 国家卫生行政部门下达的卫生事业发展计划。

2. 以往年度预算执行情况。

3. 本院的业务发展规划及工作目标。

（二）全面预算编制的程序

预算编制的程序主要有自下而上、自上而下和上下结合三种方式。它们分别适用不同的医院环境和管理风格。编制预算可按照“制定目标、分级编制、审议批准、下达执行”的步骤进行：

1. 制定目标。总会计师（分管财务副院长）受院长的委托，根据医院发展规划和业务工作计划，在与班子成员就预算期内医院所处环境，以及承担的任务作出预测分析、沟通、协商的基础

上，提出年度预算总体目标和要求，初步框定下年度收入预算增长幅度的区间范围，以及拟对专项经费控制额度的建议（见附件问题八）。

2. 分级编制。收入预算由分管业务副院长挂帅，医务科、门诊办公室人员参与，就财务科提出的《2009 年度预算收入测算分析表》（如表 5－1 所示），结合均次费用和预计完成工作量指标，验证 2009 年度收入预计增长比例及预算收入数的合理性。

**表 5－1　　2009 年度预算收入测算表**　　单位：万元

| 项目名称 | 2008 年 | 2007 年 | | 预算分析 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1～7 月实际执行数 | 1～7 月实际执行数 | 8～12 月实际执行数 | 2007 年 8 月～2008 年 7 月实际累计数 | 2008 年 1～7 月较 2007 年 1～7 月增长率 | 2008 年全年预计数方法 1 | 2008 年全年预计数方法 2 | 2009 年预计（增长 8%）2008 年基础 1 | 2009 年预计（增长 10%）2008 年基础 2 |
| 一、收入合计 | | | | 财政拨款以实际拨款数填写 | | | | | |
| 财政补助收入 | | | | | | | | | |
| 其中：基本支出 | | | | | | | | | |
| 项目支出 | | | | | | | | | |
| 事业收入 | | | | | | | | | |
| 其中：医疗收入 | | | | | | | | | |
| 药品收入 | | | | | | | | | |
| 其他收入 | | | | | | | | | |

注：2009 年预算 1：2008 年 8～12 月预计数按 2007 年 8～12 月发生数 ×1～7 月份同比增长率计算。

2009 年预算 2：2008 年 8～12 月预计数按 2007 年 8～12 月发生数 ×（医疗收入增长 10%、药品收入增长 15%）计算。

资本预算和费用支出预算由分管后勤副院长负责，下属各职

能科室密切配合，根据管理层提出的总体目标和要求，结合本科室的工作目标和计划，对上年度预算与实际执行作差异分析，再结合当年月份实际执行情况，提出下年度费用开支项目和费用估算（见附件问题九）。设备科布置各科室申报下年度拟购固定资产计划，经初步筛选后汇总，提交医院设备管理委员会讨论；医院设备管理委员会在管理层框定的设备支出预算额度内，按照轻重缓急排序，提出拟列入预算的设备购置建议。

3. 审议批准。预算管理办公室汇总各预算申报科室和挂靠单位所编制的预算草案，并在与这些科室协商、修改的基础上，对预算草案进行初步平衡、汇总，将预算结果提交医院预算管理委员会讨论。

预算管理委员会提出修改意见，发回预算管理办公室重新修改、汇总、平衡（上下数个回合）直至定稿。将预算结果提交职工代表大会（职代会主席团会议）审议；审议通过后的年度预算，医院按规定程序上报上级审批机关《某年度预算编制说明》、《某年度购置大型医疗设备可行性论证报告》和《项目申报书》（见附件问题十～附件问题十二）。

4. 下达执行。预算管理办公室将经上级审批机关批准的预算，根据收入指标与费用支出项目逐项分解，下达给各责任中心执行。

（三）全面预算编制的方法

预算编制方法的选取对预算目标的实现有着重要的作用。财务人员在编制预算时应根据不同的经济事项有针对性地选取不同的预算编制方法。通常采用的方法有：

1. 定额预算法，指依据定员等相关的基本数字与预算定额进行预算的方法。适用于按照定员或基本数字预算的项目，如离退休人员补助经费、核定床位补助数等预算指标，是编制预算常用的一种方法。

2. 比例预算法，指依据某个基础数据的一定比例进行预算的方法。通常用于按比例确定开支的经费预算。如职工福利费、工会经费、社会保障缴费、住房公积金等，应按照政策规定采用比例预算法。

3. 滚动预算法，也称为连续预算或永续预算，是指预算期为一年，每过去一个月（季），就在期末增加一个月（季）的预算，始终保持一个固定期间，永续向前滚动，因此而得名。现金流量预算最好采用滚动预算的方法编制，以增加预算的动态感。

4. 标准预算法，指按照制度规定的支付标准进行预算的方法。适用于国家有明确规定开支标准的项目，如独生子女费、门诊挂号费等，可按标准预算法编制。

5. 增量预算法，是在以前年度成本费用水平的基础上，结合预算期业务量水平，考虑可能影响因素的未来变动情况（如每年的收入自然增长、政策变化因素、社会物价水平、机构变化等），通过调整原有费用项目而编制预算的一种方法。

6. 零基预算法，是指在编制成本费用预算时，不考虑以往会计期间所发生的费用项目或费用数额，而是将所有预算支出均以零为出发点，一切从实际需要与可能出发，逐项审核成本费用是否合理，在综合平衡的基础上编制费用预算的一种方法。零基预算对所有的费用开支比较讲究其必要性和成本效益，它不是根据预算增加与否来拓展新业务，而是根据该业务的重要与否来决定，并相应增加预算数。一般适用于不经常发生或预算编制基础变化较大的项目，如基本建设项目预算、对外捐赠、医疗赔偿支出等。

7. 弹性预算法，也叫变动预算，是为克服固定预算方法的缺陷而设计的。它以业务量、成本和利润之间的依存关系为依据，按照预算期内可预见的各种业务量水平为基础编制，能够适应多种情况的一种预算方法。一般适用于与业务量有关的预算项

目，如药品费和材料费等与业务量及收入有关，可根据比例进行弹性预算编制。

8. 概率预算法，指对具有不确定性的支出项目，估计其发生各种变化的概率，根据可能出现的最大值或最小值计算期望值，从而编制预算的方法。一般适用于难以预测其变动趋势的项目，如医院为开展新技术、新项目所投入的成本费用和可能实现的收入。

上述预算编制方法在实际工作中一般都是交叉或综合运用的，财务人员应按照预算年度所有因素和事项的轻重缓急，测算每一科目、支出款项的需求，灵活地加以运用。

（四）全面预算编制的要求

1. 完整性。预算编制首先要保证收入项目的完整性，即各类收入均应编入收入预算；其次要保证收入数额的完整性，医院应如实测算各项收入，不得故意隐瞒或少报预算外资金收入和政府性基金收入，以及其他各项收入。

2. 准确性。预算“一上”编制时，应依据上年支出水平、上年收入数和政策变化及其他各项收入增减因素测算。“二上”编制时要严格按照财政部门下达的预算控制数填列。

3. 优先满足基本支出的需要。预算资金的安排，要优先满足基本支出的合理需要，以保证医院工作的正常开展。在此基础上，本着量力而行的原则，安排其他所需的项目支出。

4. 非定额预算编制项目，要根据有关政策规定和医院实际情况，参照上年实际支出水平和同类医院支出水平编制。

### 三、做好预算编制前的准备工作

编制预算是一项细致、复杂、政策性很强的工作，为了科学、合理地编制预算，保证预算编制的质量，必须做好预算编制前的准备工作。

（一）对医院的内外部环境进行调查摸底

在市场经济条件下，医院的经济目标要服从于市场经济的客观规律。为此，财务人员在预算编制中要准确把握国家宏观经济政策取向、卫生改革的总体方向、卫生行政部门关于医药结构调整的控制比例、周边医疗市场资源配置状况、地区国民收入发展趋势、市民医疗消费需求发展情况，以及同行业相关信息等。对医院内部要充分把握年度工作思路、目标、各项事业发展规划和实施计划，全面了解本院人员编制、财产分布及使用情况，了解科室人员、设备、技术力量、工作量情况，并对历年数据进行加工、分析，以便做好费用预算和项目论证工作。

（二）收集并核实各项基本数字

在预算编制前，财务人员需要核实各项基本数字，这是提高预算质量的前提。如职工人数、离退休人数、会计报表、统计报表、相关标准定额和比率、历年工作量数据、预算年度业务计划和医院发展规划等。

（三）分析、研究上年预算执行情况

医院上年预算执行情况，是编制本年度预算的重要依据。因此，正确分析上年度预算执行情况，是编制本年度预算的一项重要的准备工作。具体包括：

1. 分析上年度业务计划任务完成情况、财务预算执行情况，找出其内在规律性；分析、预测业务发展趋势。

2. 分析各项资金来源及发展变化情况。

3. 分析上年度预算与实际执行结果的差异及差异产生的原因，作为本年度预算编制的参考。

（四）寻找影响预算期收支的有关因素

在分析整理上年度预算执行情况的基础上，还要收集掌握与编制预算有关的资料，主要包括：

1. 预算期内新出台的政策可能对医院收支的影响。

2. 根据医院发展规划和任务、自身特点和市场信息对业务收支的影响，如追加床位数、新购置医疗设备以及计划进行的大型修缮项目对资金的需求和对收支的影响等；预算期内各类人员实有数或定员比例的变动情况等。

3. 预算期内物价、医疗服务价格调整及定员、定额的变化情况，计算其对年度预算的影响程度。

4. 为了保证预算编制的统一性和规范性，财务人员在预算编制前，必须认真学习预算编制的有关规定，正确领会上级主管部门对预算编制的要求，熟悉预算科目和内涵，以及各种预算表格（包括基本数字表、大型设备购置预算明细表、收支预算表）等，理解其内在联系和勾稽关系；保证预算编制的统一性和规范性，高质量地完成预算编制工作。

## 四、全面预算的编制

预算编制应着眼于医院资金的运用，指导筹资策略，合理安排财务结构；要处理好资产的盈利性和流动性、财务结构成本和风险的关系；尽可能做到编制细、执行严、追加少，发挥预算工作的主动性；要合理确定预算的预留空间，降低调整额度和频率，增强预算的刚性。

### （一）业务收入预算

确立医院收入目标时，应以业务活动开展的内在逻辑进行预测，认真研究和推测其中的关键影响因素，适当提前制定年度预算目标，参照上年度预算执行情况，确立医院的增收额或减收额。

1. 医疗收入预算。门急诊收入以预计门急诊人次和每门急诊人次收费水平估算；住院收入以预计占用总床日数和每床日收费水平估算；其他医疗收入应区分不同的服务项目，框定不同的

定额分别估算。如预测开展医疗新项目带来业务收入的增长点及估算金额；新添置医疗设备投入使用后带来的直接和间接的经济效益估算；手术等级类别的提高和手术数量的增加、移植病人、疑难重症病人数量的增加，带来医药收入的增加额估算等。同时，要根据卫生、物价等政策的改变、周边卫生资源配置的变化、医保政策的变化等估算医疗收入的减收额。

2. 药品收入预算。以上年度每门急诊人次和每床日药品费的实际收费水平为基础，结合预算年度业务量预计增减变动情况和国家对医院药品的管控政策预计填列。

3. 其他收入预算。可根据具体收入项目的内容和相关业务计划，分别采用不同的预算方法，逐项估算后汇总编制；也可以参照以前年度此项收入的实际完成情况，合理测算计划年度此项收入增减因素和影响程度后填列。

（二）业务支出预算

目前，医院业务支出科目主要分为四类，即工资福利支出、商品和服务支出、对个人和家庭的补助支出、专项支出。在编制业务支出预算时，要科学、合理地设计预算表格与数据项的联系，规范每个数据单元的填报，明确数据项的依据、驱动因素和数据基础，落实相关费用定额，尽量减少预算目标中的不合理预留。具体可参照如下方法：

1. 工资福利支出预算，可参照上年度同期支出水平，综合考虑本年度普调工资、晋升晋级增资、新招聘人员工资待遇及当年退休人员减资因素等。

2. 商品和服务支出预算，是业务预算中的重要环节，应加以重视，逐项计算填列。

（1）办公费、水电费、邮资费、电话费、家政服务费、业务招待费等公用支出预算，职能科室应制定定额、定率标准，由院长与职能科室负责人签订控制费用率考核指标，采取行之有效

的管理措施，确保不合理支出得到有效的控制。

（2）专用材料费中的药品费支出预算，要根据医院本年度药品综合差价率，以及国家药品管控政策对药品差价率的影响程度，倒推算填列。

（3）卫生材料费、低值易耗品、其他材料的预算，可参照上年度和本年度实际执行月份各种耗用材料占医疗收入的比例，结合医疗收入的增减变化和价格变动因素预计填列，也是预算期内重点控制的支出项目。

3. 对个人和家庭的补助支出预算，可参照上年度实际支出，结合本年度调资因素和新增退休人员费用进行测算。

4. 专项支出预算，通常采用零基预算的方法适度予以安排。

（三）其他费用支出预算

行政、后勤科室根据所承担的职能、任务，合理开支费用，杜绝或减少浪费。一般通过定额、定项管理的办法来核定费用的支出。

当然，在管理中将这些收支指标分解、落实并非一劳永逸，而是按“自上而下，自下而上，上下结合，多次平衡”的方式进行，从而缩小预算与实际的偏差，使收支目标更具合理性和可操作性。

（四）现金流量预算

编制现金流量预算是基于“以收定支，与成本费用相匹配”的原则，采用零基预算的编制方法，按收付实现制反映业绩。具体编制时，采取自上而下的方式，由资金管理部门制定统一格式、明确具体要求，并对各职能科室的子项目进行细化，对所有数据的测算均要求提供计算公式及对应的业务量，以便财务科根据成本、费用预算编制现金流量预算（如表 5－2 所示）。

表 5－2　　2009 年度现金流量预算　　单位：万元

| 季　度 | 一 | 二 | 三 | 四 | 全年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 期初余额 | | | | | |
| 本期收入 | | | | | |
| 小　计 | | | | | |
| 本期支出 | | | | | |
| 药品支出 | | | | | |
| 材料支出 | | | | | |
| 人力成本 | | | | | |
| 管理成本 | | | | | |
| 上缴税款 | | | | | |
| 预计购置设备 | | | | | |
| 其他 | | | | | |
| 小　计 | | | | | |
| 收支相抵现金余额（不足） | | | | | |
| 银行存款 | | | | | |
| 支付利息（年利率%） | | | | | |
| 期末余额 | | | | | |

## 五、预算的调整

预算经上级审批机关批准后一般不予调整。但是，预算在执行过程中，由于国家实施重大政策措施和财政收支情况发生变化，以及事业计划和收支标准调整，或者发生其他特殊情况，对收支预算产生较大影响时，由医院书面报告，阐述预算执行过程中碰到的具体问题、客观因素变化对预算执行造成的影响程度，提出预算指标的调整幅度，按照原规定程序报批后，才能进行调整。预算调整一般需要经过申请、审议、批准三个主要程序。

（一）申请

如果需要修改或调整预算，首先由预算执行人或编制人提出申请，说明调整的理由（内、外环境发生了怎样的变化，执行原预算遇到怎样不可克服的困难或损失等）、调整的初步方案（具体的调整点、调整方法）、调整前后的预算指标对比（调整后的预算指标测算、指标前后对比的差异、相应的补救措施等）以及调整后的预算负责人、执行人等情况。

（二）审议

预算执行人或编制人提出调整申请后，应当进入预算调整审议程序：

1. 根据申请预算调整的内容、范围、领域等具体事项，组织并确定预算审议人。

2. 审议人对申请预算调整事项作深入的调查和论证，提出审议意见。审议意见应说明审议参与人和审议过程，包括对申请同意、反对或补充修改的内容（修改意见应征得申请人同意），审议人应对审议意见负责。

（三）批准

经审议同意的预算调整申请，即可报送上级审批机关批准。批准人应在审阅有关资料后，提出同意或不同意调整预算的书面意见。不同意的，应简要说明理由；同意的，应说明补充意见，然后下发给申请人遵照执行。

## 第三节 医院全面预算的执行与控制

预算执行是全面预算管理的核心，以预算刚性为基本条件，可利用绝对数与相对数的结合，以绝对数反映预算的刚性，以相

对数及弹性区间反映预算的柔性，应对各种风险和不可抗力，增强预算的适用性。对确实超出预算的开支，由责任中心提出书面报告，经院长办公会议研究后作出处理决定。

## 一、全面预算的执行

预算执行标准，即要掌握预算编制的度，实行弹性预算，使预算具有一定的柔性。在确定各层次、环节预算执行组织责任目标和奖惩标准时，首先，要确定一个原则性的目标框架，指明要达到的基本目标和应遵循的基本要求。其次，要考虑医院内外环境的变动情况，及时调整预算，以防执行已严重脱离实际的预算目标而造成较大的损失。

（一）合理分解指标，落实责任制

医院对预算指标要进行分解，对收入项目要有目标，对成本项目要下达控制指标，与责任中心签订相应的责任书，建立并兑现奖惩。同时，要严格执行预算管理制度，不得任意突破或擅自变更预算。

（二）形成预算管理体系

在预算执行过程中，医院内部从上到下要严格执行统一的标准，形成全方位的预算管理体系。控制各项支出符合预算项目和额度，没有列入预算的重大开支，一般不执行。任何人不能凭个人意志对预算指标进行干预，更不能肆意以突发事件为借口，曲解管理规定。

（三）分段执行项目预算指标

1. 根据上级审批机关批复的项目收支规模及时调整预算。

2. 对于批准的项目支出，要制定科学的项目用款进度，并对项目支出费用进行明细分解，保证项目实施进度有计划，经费支出有预算。

3. 办理日常收支和资金拨付业务，要严格按照预算和项目

计划进度，并根据预算执行情况，及时调整支出明细预算。

## 二、全面预算的控制

预算控制就是对分解的预算指标在日常医疗运营活动中进行有效的管理和控制，使各项经济活动严格按照预算指标执行，从而达到医院预期的经营目标。通过预算编制过程的控制，可以预先控制哪些经济活动发生或不发生；通过预算执行的控制，可以允许或不允许哪些经济活动发生；通过预算管理考核过程的控制，可以了解哪些经济活动已经发生或尚未发生；通过预算管理评价过程的控制，可以知道哪些经济活动应该或不应该发生；通过预算管理奖惩过程的控制，可以激励或约束哪些经济活动发生或不发生。

### （一）分级管理预算指标

有效的分级授权，既可以使医院管理层从繁琐的日常事务中解放出来，将精力投入到医院战略管理层面；又可以让责任中心分担工作、承担责任；还可以有效地激励责任中心，让他们有成就感。因此，建立一套完整的医院预算分级管理体系非常重要。预算的授权通常是将每项指标按照类别排列，确定各项指标的审批权限，使得每项指标都有执行、审核、审批的分级权限。

### （二）实施必要的制约手段

医院内部各责任中心在医疗活动及相关的业务活动中，要严格按照预算办事，围绕实现预算开展经济活动，把预算作为预算期内组织、协调各项经营活动的基本依据。可将年度预算细分为月度和季度预算，分期执行和控制，确保年度预算目标的实现。

### （三）实时监控预算执行情况

1. 建立合理的预算数据采集渠道和方法。事先将预算编码分为两类：一类是责任中心编码，另一类是按项目内容定义的项目编码。财务科要安排专人负责日常录入、核对，每发生一笔支

出，先要确认该项经费的余额，并在报销单上盖章，同时，输入责任中心和项目的编码，反映和记录该责任中心某项目的支出数额。

2. 实现预算管理软件与医院其他管理系统的对接。实时监控预算的执行，超预算时系统自动报警，必须经过其上一级别的主管人员审批后方可支出。医院通过信息反馈系统，可减少信息在层层上报过程中的时间误差，让管理层及时了解预算执行情况。

（四）预算控制的方法

预算控制的基本原理可以概括为比较实际业绩与预算目标，并以此为依据，采取适当的纠正措施，实现预期的运营目标。然而，预算控制实践并不像理论阐述得这么简单，需要在会计制度与原则的指导下，采用适当的控制方法，有针对性地做好相应的技术准备工作，处理和协调实际工作中碰到的问题，才能充分发挥预算控制的作用，具体的预算控制方法及说明如表 5－3 所示。

**表 5－3　　预算控制方法及说明**

| 预算控制方法 | 说　　明 |
| --- | --- |
| 目标控制法 | 以目标费用总额控制成本费用发生 |
| 预算控制法 | 借助预算指标控制成本费用发生 |
| 标准法 | 通过定额费用开支标准控制成本费用 |
| 授权审批法 | 按金额大小规定审批权限。对于成本费用支出数额较大、属于预算外费用、特殊用途费用等，须经预算管理委员会讨论通过 |
| 作业分析法 | 分析成本费用发生的动因及其合理性、合规性，控制成本费用水平 |
| 竞争对等法 | 通过对竞争对手成本费用水平的分析，衡量医院的财务管理能力，控制成本费用水平 |
| 责任考核法 | 将成本费用预算执行责任落实到相关部门和人员，并与奖惩制度挂钩 |

## 第四节 医院全面预算的分析与考评

预算分析作为全面预算管理的一种方式和手段，在预算管理中起着承前启后的作用。通过预算分析，不仅能及时掌握预算执行情况，反映预算管理的效果，揭示预算管理中存在的不足，促使管理层采取措施，及时调整，不断提高预算管理水平；而且能及时了解预算执行中存在和急需解决的问题，监督和推进问题的尽快解决；同时，可以重新审视年度预算的可行性和合理性，为下一年预算编制积累经验。

### 一、预算分析

预算分析本身的技术性要求并不高，大多是财务分析方法的运用，关键在于分析要细致、到位，能够把握住出现异常的原因所在。目前，预算分析最常用的方法为预算差异分析，这种方法简单、明了又有效，是预算分析的首选方法。

（一）做好预算执行情况分析

医院预算管理委员会应定期召开预算执行情况分析会议，全面掌握预算的执行情况，研究和解决预算执行中出现的问题，纠正预算执行偏差。

1. 财务科提供预算执行情况分析。为全面掌握预算执行情况，一般以月为分析期间，以预算指标分解时所对应的指标为对象，由财务科在每月的内部财务报表中专门对预算指标进行跟踪和分析（如表 5－4 所示）。通过比较找出实际与预算的差异，对不利差异要分析其产生的原因，查清责任归属，提出改进措施或建议；对有利差异也要分析产生的原因，以便巩固和推广。

2. 医院管理层应根据财务科提供的信息，有针对性地采取措施，控制预算的执行。

表 5－4　　2009 年度预算执行情况分析　　单位：万元

| 项　目 | 年度预算数 | 实际执行数 | 预算符合率（%） |
|---|---|---|---|
| 业务收入 | | | |
| 其中：医疗收入 | | | |
| 药品收入 | | | |
| 其他收入 | | | |
| 业务支出 | | | |
| 其中：工资福利支出 | | | |
| 商品和服务支出 | | | |
| 对个人和家庭的补助支出 | | | |
| 业务收支结余 | | | |

（二）实行差异分析

差异分析是一种工具，它能提醒管理者存在什么问题，并能帮助分析问题的来源。相关职能科室应树立业务预算分析意识，自觉、主动地开展业务预算执行情况检查、分析和考评，这是医院预算分析工作得以有效开展的组织基础和保证。

1. 规范分析数据归集流程和方法。有效的预算分析需要满足准确性和时效性的条件，要求财务人员必须在有限的时间内，搜集预算分析所需要的各类数据，并通过对比、判断、分析后，全面、多角度、客观地分析和评价预算执行情况。在实际工作中，从各业务科室获取的大量信息数据由于缺少统一的归集标准，往往存在口径不同、缺乏验证等情况，造成财务人员在信息数据的收集、整理、对比、判断、加工等方面花费了大量的时间和精力，而分析数据的准确性仍然无法保证。因此，医院必须建立和规范分析数据的归集流程和方法，通过系统、完整地分析数

据系统来保证预算分析的准确性和时效性。

2. 各责任中心密切配合和直接参与。各责任中心作为预算执行的直接环节，对整个预算执行过程及效果最为了解，预算出现的差异原因也最为清楚（包括原因的影响是偶然性的还是持续性的）。当实际发生数与预算数存在差异时，不管是有利还是不利的，都要全面考虑差异出现的原因，搞清楚是人为造成的，还是客观环境使然。如实际执行与预算标准差异较大时，医院管理层应审慎调查，判定其发生的原因，以便采取适当的矫正措施，这些都需要各责任中心的密切配合和直接参与。

3. 有效实施预算管理体系。通过预算分析，不仅能及时掌握预算的执行情况，反映预算管理的效果，而且能进一步揭示预算管理中存在的不足，促使管理层采取措施及时整改，不断提高预算管理水平。因此，在实际工作中，医院要加大预算执行分析、评价和监督的力度，确保全面预算管理体系的实施。

（三）预算分析报告

预算分析报告最重要的就是要做到最大限度地满足阅读者（医院管理层）的需求，真正发挥预算分析报告反映成果、揭示问题、提出建议的作用。财务人员在撰写预算分析报告时应注意以下问题：

1. 构建清晰的预算分析框架，让管理层阅读时一目了然，直接抓住重点。（1）预算分析报告是对过去一段时期预算完成情况及预算差异的总结。（2）针对预算差异反映的重点问题进行分析，揭示原因，提出警示。（3）根据预算完成情况及发展趋势，对未来一段时期的预算执行情况进行预测分析。（4）提出合理解决问题的建议或采取的措施。

2. 注意文字与数字的结合，深入分析原因，避免大量堆砌数字。管理层对预算分析报告的需求，不仅是简单的财务数据，更关注财务数据背后的深层次原因。

3. 内容精练，重点突出，避免千篇一律。由于预算分析报告的主要阅读者是医院管理层，因此，行文要尽可能简明、精练、重点突出。虽然不同月份的预算分析报告，其整体框架基本保持不变，但其中的分析内容要灵活多样，重点针对当前预算期内的突出问题展开具体分析。

4. 提高预算分析报告的可读性。要将财务分析方法与全面预算管理相结合，灵活使用 Excel 图表分析、图文并茂，提高预算分析报告的可读性。在具体分析时可以采用多种财务分析方法（比较分析法、结构分析法、比率分析法等）。同时，可以把有关的数字指标用 Excel 图表的形式表现出来，直观、简洁地表达预算分析的成果，清晰地显示各指标之间的差异及变动趋势，使财务分析更形象、更具体。

5. 提出切实可行的措施或建议。财务人员要立足于基础的业务数据，根据相关职能科室预测情况推断医院的收入、成本费用完成情况，尤其是注意市场环境、国家政策可能发生的变化及带来的影响。同时，与年度预算数据进行比较，分析可能出现的差异原因，并针对预算执行中出现或可能出现的偏差，提出切实可行的改进措施或建议。

## 二、考评预算执行情况

预算考评是全面预算管理的重要环节，通常以正式下达的预算指标为标准，以年度财务报告（月度、季度、半年）为依据，将实际完成情况与预算指标相比较，考评医院实行预算管理取得的成效及预算符合率是否达到上级主管部门的要求，并根据考评结果进行经济和其他方式的奖惩，促使医院及各责任中心及时纠正行为偏差，完成医院的预算目标。

（一）预算考评指标及内容

1. 预算考评指标。公立医院要遵循公益性质和社会效益优

先原则，坚持“以病人为中心”，优化服务流程，规范用药检查和医疗行为。因此，其考评指标的设计不能仅限于经济指标为中心，医疗质量、行风建设等也应作为主要的考评指标。考评指标应当结合医院实际，并为充分调动被考核者的积极性而设计。

2. 预算考评内容。对预算执行结果进行考评，是促进全面预算管理不断进步、保证预算执行的有效手段。完善的预算考评内容有：（1）制定科学的预算考评制度，根据年初预算与年终财务决算执行结果的差异水平，对各责任中心的预算执行情况进行评价。评价结果作为各责任中心负责人年度工作业绩考核的重要依据。当然，预算管理委员会应及时从预算执行的正负差异中分析出主观因素和客观因素，适时提出纠正预算偏差的对策，必要时可调整个别期间的预算方案。（2）对预算项目的社会效益、经济效益、技术指标等进行多方面考评，从中找出差距，总结经验，提高预算符合率，为下一年预算项目申报提供依据。

（二）预算考评方式

1. 动态考评。动态考评是指在预算执行过程中，对预算执行情况进行动态的、跟踪的考评，及时发现预算执行中出现的问题，以便进行处理与调整。通过动态考评，能更及时地对全面预算管理进行控制，保证其有效实施。

2. 综合考评。综合考评是对各责任中心的预算完成情况进行的整体分析、评价，其考评内容以收入、成本、结余、投资报酬率等财务指标为主，一般在预算年度的次年1月份进行，综合考评主要体现为结果控制。

（三）预算考评原则

预算考评的基本目标是实现预算的激励与约束，为此，应遵循以下基本原则：

1. 可控性原则。预算考评既是预算执行结果的责任归属过程，又是医院内部各责任中心主体间利益分配的过程。因此，客

观、公正、合理是预算考评环节的基本要求。这一要求的集中体现就是：各责任中心的考评内容应该是该层次责任主体所能控制的业务或因素。所以，可控因素带来的预算差异应该由相应的预算主体负责，利益分配也应以此为前提。

2. 总体优化原则。全面预算管理客观要求通过调动各责任中心的积极性、主动性来实现预算目标。但责任中心是具有一定权力并承担相应责任的利益关系人，他们有可能以自身利益最大化为目标。一般而言，双方的利益目标具有统一性，在局部利益最大的同时实现整体利益的最大。现实中也不排除出现局部利益最大而损害整体利益的情况（如体检中心为了多承接体检任务，给予受检单位优惠折扣过大，医院无利可图或微利运行等）。为此，预算考评要支持医院总目标，符合总体优化原则，既要将考评指标设计科学、合理，又要使考评指标体系化，必要时在一定范围内实行集体考评。

3. 分级考评原则。要求预算考评应与预算目标的确定及其分解相适应，针对每一责任中心所拥有的权力和承担的责任进行业绩考评，这是实现责、权、利相结合的基本要求，也是激励与约束机制作用得以发挥的重要保证。

4. 公平、公开原则。公平的考评，除了要有科学的考评标准和奖惩制度外，还要求主持考评的人以身作则，大公无私，不徇私情，敢于抵制各种不正之风，坚持按考评制度秉公办事。考评标准公开是考评公正的前提，公开标准便于群众监督，不公开标准就失去了自我考评的作用。

（四）预算考评中应注意的问题

1. 强调预算的严肃性、法定性。在具体执行过程中，医院应建立年度预算柔性控制和月度预算刚性控制有机结合的预算控制与考评体系，并强调预算管理分级负责控制。

2. 强化预算执行差异分析。根据差异情况（主观与客观因

素、主要与次要因素、有利与不利因素等），自上而下、从前向后滚动调整后期预算考评指标，对未达到预算目标的考评对象实行相应的惩戒。

3. 做好预算考评与激励工作。预算作为一种价值化的目标体系，在期末终了，对其执行和完成情况应通过合理的程序进行考评，奖优罚劣，发挥预算的激励和约束作用。为此，建立合理的预算考评、激励与约束机制十分必要。在机制的设计上应注重发挥预算考评的导向作用，促进全面预算管理的不断进步。对于那些由责任中心创造的预算绩效，按增加收入或节约支出金额的一定比例确定奖励额度；对由于主观过失所造成的损失，按收入减少或费用超支额度酌情确定责罚额度。

## 第五节 全面预算管理实施的保障体系

全面预算管理是根据医院总体发展规划和年度发展计划，结合国家的收费政策，对计划年度内医院的收入、支出、结余等方面作出预测，对预算执行过程进行监督，并对预算执行情况和预期目标进行分析、比较，从而对预算执行部门进行奖惩的一系列管理活动。为了有效实施全面预算管理，提高预算符合率，可从以下几方面入手：

### 一、确立全面预算管理的理念

要在医院管理层中更新观念，使全面预算管理成为全局性财务管理行为，坚持勤俭办事业的原则，开源节流，增收节支，挖掘内部潜力，努力提高资金使用效益。只有管理层重视，才能将这一管理行动付诸实施。医院管理者可通过多种形式将这一管理

理念往下辐射和渗透，由上及下，由点到面，不断强化业务部门和职能科室的预算管理理念，从而使全院上下达成共识，将这项工作作为日常工作来做。

## 二、建立高效的预算工作组织

为了保障预算的有效性，医院应成立预算管理委员会，下设预算管理办公室，具体负责全面预算管理工作。医院内部各职能科室负责人应当参与预算管理工作，并对各业务部门的预算执行情况进行管理。

### （一）成立预算管理委员会

预算管理需要医院投入相当的人力、物力，需要管理层的支持和全体员工的积极参与。医院通常要成立预算管理委员会来组织全面预算的实施。这一组织由院长、副院长、总会计师以及各职能科室负责人组成。院长作为第一责任人对医院全面预算负总责。预算管理委员会是预算管理的领导、组织和协调机构，全面负责医院预算的审查、预算初步方案的平衡、预算的下达、预算调整及预算考评工作。其主要职责是：根据医院愿景规划、发展战略，决定本年度预算控制指标；制定与预算管理相关的政策与制度；批准总预算及各项子预算；仲裁与协调预算管理中的冲突和纠纷；审批预算调整事项；执行预算目标的考评方案、奖惩政策。

### （二）设立预算管理办公室

它是预算管理委员会的常设办事机构，由财务科长任组长，各职能科室（院办、党办、医务科、护理部、人事科等）负责人为成员。主要负责预算的日常工作。其主要职责是：根据预算管理委员会的决议，负责组织医院全面预算的编制、审查、汇总、上报、下达、报告等具体工作；根据《会计法》和国家统一的会计制度的要求，进行会计核算，实施会计监督；通过定期

编制财务报告，跟踪、反馈预算执行情况；分析预算与实际执行的差异及产生的原因，提出改进管理的措施或建议。

（三）划分预算责任中心

将医院各科室（部门、班组）划分为若干责任中心，分收益中心和非收益中心。临床科室、医技科室、药剂科属收益中心，负责根据医院下达的预算控制指标要求，预测年度业务量；申报业务科室预算期内收入及各项费用的支出预算计划；申报固定资产购置预算。医疗辅助科室、行政、后勤部门属非收益中心，负责本科室各项费用支出的预算。责任中心是承载责任的主体，也是考核的客体，设置的目的不是为了追究预算责任，而是更多地以责任为机制，调动员工对于过程管理的主观能动性。因此，承载责任的本身就是集聚管理能量，变压力为动力的过程。

## 三、开展预算规划工作

由于未来有太多的不确定因素，医院应从长计议、合理规划，才能发挥预算的作用。医院进行整体规划时应考虑社会环境及经济目的、决策者的道德观念与管理风格、运营环境（包括社会、政治、经济、技术）分析等多方面因素。

## 四、完备相关的保障措施

为确保全面预算管理的顺利实施，加强全面预算编制的科学性、准确性，医院可通过完备相关的保障措施，确保预算编制按照统一的程序进行，确保预算编制有据可循，最终起到优化资源配置、实现战略目标的作用。

（一）规范预算管理制度

制度是实施全面预算管理的软件和环境。预算管理是基于未来预测基础上的管理，从预测本身开始，直到下达目标、过程控制、分析、考核等全过程，自始至终都需要通过制度来规范和约

束。因此，没有一套行之有效的管理制度，就不可能实施全面预算管理。

（二）建立信息控制系统

在现代医院预算管理中，由于数据资料的庞大、繁杂，预算控制要有效实施，必须依靠计算机和网络技术的辅助，才能建立高效率的信息反馈机制；为了克服不良开支和人为因素，预算的执行应实行微机管理，能随时了解预算执行情况和预算指标的差异，定期分析，及时反馈预算执行情况。通过实时监控和修正，积极寻求扩大收入、降低成本的新途径。

（三）制定预算工作业务流程

医院应当制定预算工作业务流程，明确预算编制、执行、调整、分析与考核等环节的工作流程和要求，确保预算工作全过程得到有效的控制（如图 5－1 所示）。

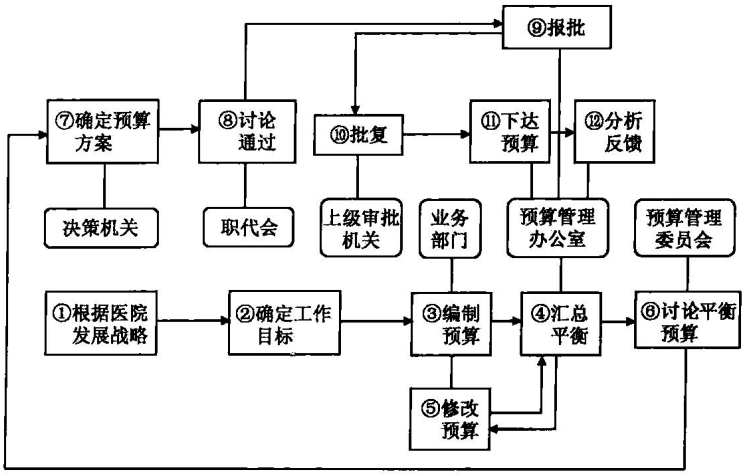



图 5－1　医院预算管理业务流程图

（四）建立健全预算考评与激励机制

通过预算考评和激励可以增强广大医务工作者的责任感和成

就感，调动各责任中心的积极性，使员工的目标和医院的目标达到一致。医院在预算激励时，要以预算目标作为考评依据，并将预算执行情况作为院长任期目标责任制的考核指标。确定恰当的激励方法，保证全体员工参与全面预算管理。

（五）加强预算执行监督

不能认为按照预算将有关的资金支付了，预算执行的任务就完成了，对资金使用过程的监督和资金使用效益的考评，是预算执行的必要延伸。因此，医院要制定必要的内部监督管理制度和相关的内部制约监督机制，让财务、监察、内部审计、业务部门等参与到资金使用监督和对项目资金使用效益考评的活动中来，实现对资金使用全过程的跟踪问效管理。

## 五、确立全面预算管理的目标和功能

全面预算管理的目标，就是通过逐步建立制度化、规范化、科学化的全面预算管理体系，努力提高医疗服务效率，降低医疗运营成本，缓解“看病难，看病贵”的问题，为实现医院发展战略提供坚实的财务预算保障。其管理功能主要有：

（一）计划功能

通过全面预算管理，使医院的目标及政策采用数量化、系统化的方法编制，促使医院合理、合法地组织收入，科学合理地安排支出，及时预测医疗市场的变动趋势，判断医疗需求，把困难和问题尽可能事先加以考虑，防患于未然；对资源配置预先作出规划，使影响目标实现的各种因素发挥出最大潜能，避免关键环节因资源短缺而影响整体运营效果。

（二）控制功能

全面预算在执行过程中，管理人员要密切注意经济运行过程是否偏离目标，偏离程度是否在允许的范围内。如超出允许范围，就要采取措施加以整改，做到事中控制；从反馈的信息中了

解预算与实际执行结果之间的差异原因，根据问题所在，对症下药，以利于目标的完成，做到事后控制。

（三）协调功能

通过全面预算管理，促使医院内部各责任中心不仅考虑本中心的工作目标，还要考虑与其他各责任中心及医院之间的关系，统筹协调各责任中心的目标和活动；通过全面预算使各责任中心、每个员工知道自己在医院整个预算计划中的工作目标，促使各责任中心相互协调与沟通，从而提高工作效率。

# 第六章 医院成本管理

我国医院成本管理是一个内涵丰富、应用广阔的范畴。从管理层次上包含了预算、计算、核算、控制与管理、分析；从时间排序上包含了事前、事中和事后管理；实施的基础是对医院成本数据的准确核算；实施的过程涉及市场环境、相关者利益、效率效益、信息化程度和财务管理等多个领域；实施成功的标志不仅在于事后发现问题，更在于事前准确地预测和事中控制的成效。随着医改方案的出台，医院经费来源和保障方式将发生变化，政府拨款相对增加，但药品销售零差价将切去医院很大一块“蛋糕”，医院盈利的空间非常有限。在这种大环境下，以市场拓展为主导的粗放型模式来增加医院盈利已明显不能适应时代的需求，走内涵建设的道路，加强成本管理，有效降低医疗服务费用才是必由之路。

## 第一节 医院成本管理的内容与意义

通过成本核算能更新医院经营管理理念，提高全体员工的成本意识，有效地控制支出，节能减耗，降低医疗运营成本，从而增强医院生存和竞争能力。为了保证成本核算的准确性，医院要加强财务管理，细化各部门职责和制度，严格按照权责发生制原则计算成本与收入数据，建立内部服务价格，最终达到财务核算与成本核算并轨，全面、真实、准确地反映医院成本信息。

### 一、医院成本的构成

成本是指医院在提供医疗服务过程中，所消耗的物化劳动和活劳动的货币表现。医院的成本构成主要有工资福利支出成本、商品和服务支出成本、对个人和家庭的补助支出成本、固定资产和大修理发生的成本及管理费用等。

（一）工资福利支出成本

工资福利支出成本，是指医院在医疗运营过程中发生的人员支出，包括在职职工和临时聘用人员的支出，如各类人员的基本工资、津贴补贴、奖金、社会保险缴费等用于个人部分的各项支出。

（二）商品和服务支出成本

商品和服务支出成本，是指医院在医疗运营过程中，因购买商品、药品、卫生材料、低值易耗品和支付劳务费、维修费用（设备、房屋）、物业管理、其他工资福利而发生的支出，如办公费、水、电、汽、租赁、培训等各项公用支出的成本。

（三）对个人和家庭的补助支出成本

对个人和家庭的补助支出成本，是指医院在医疗运营过程中发生的对医院职工个人和家庭的补助支出，包括离休费、退休费、退职费、生活补助、救济费、抚恤费、医疗费、住房公积金、购房补贴等。

（四）固定资产和大修理发生的成本

固定资产和大修理发生的成本，是指医院在医疗运营过程中，购置、自行建造固定资产的支出，及固定资产折旧和大修理费用等。如建筑物购置费、办公设备购置费、专用设备购置费、交通工具购置费、基础设施购置费、大修理和固定资产折旧费等。

## 二、医院成本的分类

在会计实务和医院管理实务中，由于成本核算目的和管理的需要不同，成本的分类也不同。只有确定了成本核算对象，才能根据不同核算对象的特点，选择合适的成本核算方法。在医院成本核算中涉及的成本种类如表 6－1 所示。

## 三、医院成本管理的职能定位

随着成本核算、成本控制与医院内部管理活动日益紧密结合，成本管理的技术方法日趋成熟，医院管理者对成本核算与成本控制工作的要求也越来越明确。成本管理工作信息成为医院管理工作众多信息中的一个重要组成部分，最终体现在成本核算与成本控制工作的职能定位上。

（一）成本测算职能

成本管理人员运用科学的技术方法，具体分析各种因素，获取并利用质量较高、可信度较好的成本信息，做好成本核算的基础工作，并将收集到的相关信息，采用正确的成本归集与

表 6-1 医院成本核算涉及的成本种类

| 成本分类 | 成 本 | 作 用 | 局 限 性 |
| --- | --- | --- | --- |
| 按成本计算对象划分 | 医院总成本（含医疗、药品成本） | 反映一定时期医院耗费总和，能直接反映医院经营状况，是经营预测、决策、补偿的依据 | 不能充分披露医院内部科室、项目等更细的成本状况，不利于医院精细化管理 |
| | 科室成本 | 反映科室、部门的责任成本，能为科室提供经营决策依据，指导加强对成本的控制，实现全员管理 | 对医院总的经营决策还需要再加工、挖掘 |
| | 项目成本 | 是医疗收费的定价依据和价值补偿尺度，是医院成本管理的基础 | 不能满足医院经营预测、决策的需要 |
| | 病种成本 | 反映最终医疗成果的费用总和，是病种付费的依据 | 不能满足医院经营预测、决策的需要 |
| 按成本习性划分 | 固定成本<br>变动成本 | 对医院成本的预测、决策、分析，特别是对控制和寻求降低成本途径有重要作用 | 不能作为定价和补偿的依据，不能取代全成本 |
| 按与特定成本对象的关系划分 | 直接成本<br>间接成本 | 对组织成本核算有重要意义，直接成本按原始凭证计入，间接成本分配后计入。分配后计入对成本影响较大 | 不能作为定价、补偿和决策的依据 |
| 按成本可控性划分 | 可控成本<br>不可控成本 | 对评价成本责任中心非常重要，能增强该中心成本意识，加强考核 | 主要用于内部管理 |

续表

| 成本分类 | 成 本 | 作 用 | 局 限 性 |
| --- | --- | --- | --- |
| 按成本与决策相关性划分 | 机会成本 | 决策时对最优方案评价有重要意义 | 并非实际支出，只是一种可能性设计，账簿不核算 |
| | 重置成本 | 对制定价格政策有意义，在内部核算和管理上有作用 | 与财务会计核算结果不一致 |

分配方法，据以计算各科室或各诊疗项目的成本，这是成本核算与成本控制工作的首要职能，也是决定其他职能要素的基础。同时，成本特征决定医院内部核算方法不是唯一的，可根据管理者的需要，采用多种核算方法。

（二）辅助决策职能

通过分析可控成本与不可控成本、直接成本与间接成本、相关成本与不相关成本等不同的成本特性，确定各个成本要素的重要程度及控制策略，初步框定备选方案；并对各个备选方案进行成本效益分析，选择收益最大、成本最低的方案。

（三）成本计划职能

根据成本决策所确定的目标，编制医院成本计划，规定各科室或各诊疗项目的成本水平，提出达到成本计划规定的成本水平应采取的措施及行动方案。成本管理的计划职能是建立在医院整体管理水平和成本管理工作责任制的基础上，对内部各科室控制成本、挖掘降低成本的潜力，提供了制度上的支持。

（四）成本控制职能

在医院成本核算和成本控制过程中，需要对成本发生和形成过程进行控制与干预。同时，对影响成本的各种因素和条件施加主动影响，以达到最大限度地降低成本消耗，使医院在向社会提

供医疗服务过程中发生的成本能得到合理补偿。

## 四、医院成本管理的意义

成本管理是以降低成本，提高经济效益，增加社会财富为目标而进行的各项管理工作的总称。医院成本管理是对医疗服务成本投入的计划、实施、反馈、评价、调整和控制等各环节和全过程的管理，成本管理对提高医院经济效益起决定性作用，具有重要的现实意义。

（一）成本管理是生财聚财的手段

在医疗运营过程中各个环节耗费和支出的节约，最终的受惠者是医院和病人。一方面，医院以合理的劳动消耗，为社会成员提供更多优质、高效的医疗、保健服务，既减轻病人和社会的负担，又为医院带来良好的口碑，医疗市场份额也随之提高；另一方面，医院作为一个独立核算的经济实体，强化成本管理与控制是加强管理的一种重要手段，是非常必要的。医院增加收入是提高收支结余的手段，降低成本同样是提高收支结余的手段，但后者付出的代价和消耗的资源远远小于前者。

（二）成本管理事关医院的生存与发展

近二十年来医院环境发生了急剧的变化，全球性竞争日益激烈，为了适应竞争的需要，成本管理应运而生。成本是决定医院优质服务在竞争中能否取得份额，以及占有多少份额的关键因素，要求医院不仅要以质优取胜，而且要以价廉取胜。物美价廉是赢得市场信誉的条件。只有在保证安全医疗的前提下，降低不必要的成本支出，才能为降低医疗服务收费创造条件。因此，成本管理是关系医院经营发展和前途的大事，决不可掉以轻心。

（三）成本管理的加强有利于推动其他方面的工作

医院成本管理是对医疗运营过程中的耗费和支出实行科学的管理，是各环节和全过程的管理。成本管理是否有效，取决于医

院其他管理工作的配合。如果没有健全的材料物资管理制度，就难以降低平均成本；没有严格的质量成本控制和服务流程优化，就不可能在成本和效率上优于竞争对手，以低成本、低价格取得竞争优势。因此，医院要通过成本管理工作的健全和加强，推动其他方面各项管理工作的健全和加强，努力改变医院自身状况，减少环境对医院的不利影响，实现医院可持续发展的战略目标。

## 第二节 医院成本控制与管理

成本控制与管理是医院经营管理中的一项重要内容，现代成本管理的内容不仅仅是孤立地降低成本，而是要在获取最大利益的前提下，相对降低成本支出。成本管理应该是成本效益的管理，其目的是从成本与效益的对比中寻求成本最小化。

### 一、成本控制与管理的意义

温家宝总理在第十届全国人大第三次会议上的政府工作报告中提出："深入整顿和规范医疗服务收费和药品购销秩序，切实解决群众'看病难、看病贵'的问题。"造成群众看病难、看病贵的原因很多，医疗费用居高不下、药价虚高等就是重要的原因之一。从医院管理的层面，通过加强成本控制与管理，可以使医院各项管理制度及成本控制措施落到实处，改变原来只能在会计核算后由医院管理层做事后控制的被动局面，全成本核算信息的应用，将对医院经营管理模式产生重大的影响。

（一）成本控制与管理是保证医院完成既定管理目标的重要手段

为了保证高质量、高标准地完成医疗服务任务，实现医院发展战略目标规定的效益指标及成本控制目标，医院应将医疗运营过程中的实际成本与成本控制目标值进行比较，了解其差距，分析差异形成的原因，进而采取有效的控制措施；通过标准成本的建立、成本差异的揭示、对成本控制效果进行评价，将成本控制目标值锁定在适度范围内，达到成本控制的目的。

1. 控制费用。从物资的计划、采购等方面着手，健全审批手续，严格执行开支标准，控制不合理费用开支。

2. 控制消耗。在采购、仓储、保管、领取等环节有明确的制度规定，严格执行消耗定额控制与管理，提高物资利用率。

3. 经营控制。对医院来说就是对医疗服务过程的环节控制，抓重点环节，加强对薄弱环节的管理，提高医疗服务质量，减少或杜绝浪费，提高效率和效益。

（二）成本控制与管理是医院增加经济效益的最佳途径

在目前社会主义市场经济不成熟、医疗补偿机制不健全、医疗服务价格主要受国家政策干预的情况下，医院在夹缝中生存的现状，促使医院依靠增加收入来支撑收支平衡。但是，医院增加医疗收入受到诸多条件限制，社会经济的实际支付能力也制约着医院的收入。因此，医院必须将收支平衡的重点转向自身的成本控制，只有降低成本，才是增加医院经济效益的最佳途径。

（三）成本控制与管理是医院在市场竞争中求得生存的保障

在医疗市场进一步开放的形势下，外资、合资和各种股份制医院参与到瓜分医疗市场的行列，国有医院将面临来自多方面的压力和挑战。医院要想保持或占有更多的市场份额，求得可持续发展，不仅需要精湛的医疗技术和良好的医疗服务，还需要对经营策略、经营手段进行调整，加强内部成本核算的控制与管理，把成本控制在同类医院的先进水平上，才能提高自身的安全边际和成本收益率，增强核心竞争能力，在医疗服务市场中立于不败

之地。

（四）成本控制与管理是医院内部管理的需要

医院通过研究资源、成本、医疗、质量、工作效率、价格与环境因素之间的关系，配合医院内部控制，提高效率，尽可能获取更多效益。医疗市场的竞争，集中体现在价格和质量的竞争上，价格与成本之间的差额是市场价格竞争的经济界限，如果价格不变，成本降低，医院就能获得更多的盈利；如果医院成本降低不追求增加盈利，可以让利于病人。因此，医院经营管理必须以成本控制为主，开展资源节约工作，这既是落实全面、协调、可持续的科学发展观的要求，也是降低医疗运行成本、实现医院可持续发展的要求。

## 二、成本控制与管理必须处理好几种关系

医院成本控制是指经过科学论证成本预测方案所产生的成本目标和成本计划，对构成成本的耗费进行严格的计算、分析、考核和监督，及时揭示偏差，并采取有效措施，纠正不利差异，发展有利差异，使实际成本被限制在预定的目标范围之内的一系列管理活动。

新医改将取消医院的药品加成收入，面对补偿来源出现的新情况、新问题，在解决今后的经济补偿问题上，医院应把立足点放在挖掘内部潜力、优化内部资源结构、有效利用资源、加快建设节约型医院上来。为此，医院在实行成本控制与管理过程中必须处理好以下关系：

（一）理论与实践的关系

医院成本核算、控制与管理是一项实践性很强的工作，除需要有相应的理论作指导外，最重要的是如何将已有的先进管理理论和相关管理程序运用于微观经济管理实践，使其在医院成本管理和控制活动中发挥作用；还需要一大批有志于医院管理，能将

理论与实践有机结合，并在实践的过程中不断创新理论的实干家和开拓者。

（二）变革与过渡的关系

医院正面临着宏观经济体制、医疗保险制度、医院补偿机制、现代医学模式的“四大变革”，以及产权体制、经营机制、服务模式和竞争方式的“四大转变”。原有的传统管理模式已不能适应新形势的要求，必须努力做到理念现代化、体制市场化、行业标准化、方式科学化、运营高效化、行为规范化，逐步向法制化管理、社会化服务过渡。当前医院的改制与成本管理方式直接相关，加速医院改制是成本控制与管理变革过渡的当务之急。

（三）理念与动力的关系

在市场经济环境中，优胜劣汰的竞争理念、开源节流的效益理念、货币的时间价值理念、投资收益的风险理念、经营资本的保值增值理念，以及“以人为本”的管理理念等共同构成了新医院成本理念。社会主义市场经济理念及机制的形成、建立和完善，是推行、实现、强化医院成本核算管理与控制的基础动力。当前我国医疗服务价格体系，基本上不是由成本核算结果决定体制现状，因而使医院缺乏成本核算管理的原动力；人力资源的非市场化调节，也使医院的间接管理费用很难分摊到位；补偿机制不尽完善，又使医院的全成本核算举步维艰。

（四）标准与目标的关系

规范医疗行为、医疗质量标准、办医方向、服务言行是小康社会目标对卫生事业提出的要求。卫生诊疗项目成本标准化，则是规范医生行为、认真执行医疗服务价格的前提条件；是医院成本核算、控制与管理不可或缺的基础性工作，舍此很难使一切与成本相关的研究与测定具有科学性。卫生诊疗项目成本标准化的主要研究目标：一是形成与我国 HIS 网络相配套的“卫生诊疗项目标准化成本分析系统”；二是利用信息网络技术，进一步形

成“疾病标准化成本测定系统”；三是建立随地区物价差异与变动而动态平衡变化的我国“医疗卫生标准化价格体系”。

（五）管理与创新的关系

管理创新的关键是要适应形势并注意适时。医院管理的人性化与实践性特征，要求我们在成本核算、控制与管理的实践中“以病人为中心”；在完善制度、实现标准、简化流程、合理成本、改善环境、构建医院文化、财务风险防范的过程中不断努力创新。注重医院效益与医疗服务质量目标的有机统一、互动发展和双重实现。在继承标准成本、比较分析、最小费用、绩效评估、本量利分析等成本管理技术的同时，借鉴当今良性循环、价值形态、自我完善等新经济定律，适时应用药物经济学方法、技术性能价格比、准时化（见附件问题十三）、计算机集成制造控制法（见附件问题十四）等医院成本控制与管理新技术。

（六）接轨与发展的关系

医疗体制改革的一个核心问题，就是医院管理机制的现代化及与国际医疗管理规范的接轨。我们必须充分利用“后发优势”，学习并借鉴国内外医院成本核算、控制与管理等方面的先进管理方法和国际化管理理念，学习他们对成本控制的系统性、全方位和多角度，重视全面预算管理、有效实行材料物资集中采供、推行“JIT”和“零库存”管理、重视对费用成本和主要开支项目的成本控制等。从而尽快从财务、人力资源、市场开发、质量控制、信息技术等诸方面全面提升医院成本核算、控制与管理的水平，有效融入世界卫生经济的大舞台，以适应当前激烈的竞争环境和复杂的医疗市场氛围，使医院健康、快速地发展。

## 三、成本控制分类

在医疗运营过程中，加强医院成本控制比单纯的成本计算更为重要，是医院经济管理最重要和最有效的手段之一。医院成本

控制的核心是：将医疗运营过程中发生的实际成本与成本控制目标数值进行比较，了解其差距，分析其原因，进而采取有效的控制措施。通过标准成本的建立、成本差异的揭示、成本控制效果的评估等一系列工作，达到成本控制的目的。医院成本控制分类，主要有以下几种：

（一）按时间不同分类

成本控制按时间不同，可分为事前控制、事中控制和事后控制。

1. 成本事前控制，是指医院在医疗服务项目执行之前，对影响项目成本的经济活动进行事前的调查、研究、规划、预测和决策，采取降低成本的最佳措施。确定未来期间医疗服务项目的目标成本，以此编制成本计划，作为医院成本控制的依据。

2. 成本事中控制，是指对医疗服务项目成本的形成、偏离成本计划的差异及其形成原因进行披露，并及时采取适当的措施予以改进，保证成本预算目标的实现。

3. 成本事后控制，是指在医疗服务项目发生之后，对此期间发生的差异及其形成的原因进行汇总、分析、研究，寻找医疗服务项目成本升降的规律性，提出改进措施，达到不断降低医疗服务项目成本的目的。

（二）按范围不同分类

成本控制按控制的范围不同，可分为广义的成本控制和狭义的成本控制。

1. 广义的成本控制，是指除对日常的医疗服务项目成本进行控制外，还要对事前成本和事后成本进行控制。

2. 狭义的成本控制，仅指对日常的医疗服务项目成本的事中控制，即对其过程的日常控制。

（三）按控制手段不同分类

成本控制按控制手段不同，可分为绝对成本控制和相对成本

控制。

1. 绝对成本控制，是指医院在医疗运营过程中，单纯采取精打细算、勤俭节约等措施，对医疗服务项目进行成本控制。

2. 相对成本控制，是指医院在医疗运营过程中，采取开源节流双管齐下的方法，既勤俭节约，又以本量利分析等方法掌握成本、工作量与收支结余之间的关系。挖掘成本最低、工作量最佳、结余最好的成本控制方法。充分利用现有的人、财、物和职能分工，达到控制医疗服务项目成本的目的。

**四、成本控制三步骤**

成本核算的最终目的是为了成本控制，从理论上讲，最理想的成本控制方法就是通过测算单项医疗服务项目的标准成本和单病种的标准成本，确定科室的标准成本。但由于医院成本核算还没有发展到全部以单项医疗服务项目为核算单位，所以暂时难以做到。目前不少医院探索运用成本控制三步骤来控制医疗服务成本。

（一）建立成本控制标准

1. 标准成本法，是指医院在充分调查、分析和技术测定的基础上，根据目前已达到的技术水平，在确定有效经营条件下，提供某种医疗服务应当发生的成本。制定标准成本，应确定选择什么水平的成本目标作为现行标准成本。可供选择的标准成本种类很多，主要有三种：

（1）理想标准成本，是指以现有医疗技术、仪器设备和医院管理处于最佳状态为基础制定的标准成本。它在排除设备故障、工作停顿等一切失误、浪费和耽搁的基础上，只有设备和人员均处于最佳状态下尽最大努力才能实现。由于理想标准成本过于严格，即使对最优秀的医务人员也非易事，会使员工丧失信心，按此所揭示的成本差异会失去实际意义，难以进行日常成本

控制与考核。

（2）基本标准成本，是以某一年的成本为基础制定出来的标准成本。它一经制定，多年保持不变，在较长时期内都使用这种标准作为计算成本的基础。基本标准成本只说明过去而不适应未来的要求，在成本控制与管理中不能直接发挥作用。所以，基本标准成本在实际工作中较少采用。

（3）正常标准成本，是指根据目前已经达到的医疗技术水平，以有效地利用现有条件为基础所确定的标准成本。在制定时考虑了仪器故障的时间、医务人员所需的停顿，以及正常损耗等一些不可避免的不利因素，充分体现了成本控制的先进性与现实性的统一，在实际工作中得到广泛的应用。

2. 目标成本法，是一种以市场为导向，对独立医疗服务过程，通过市场调查和竞争对手分析，根据客户认可的价值和竞争者的预期反应，估算出未来某一时点预计可实现的医疗收入，扣除目标收益后得到目标成本。计算目标收益的方法有两种：

（1）目标收益率法。目标收益 = 预计业务收入 × 同类医院先进（或平均）收益率。这种方法成立的理由是：医院必须达到同类医院的平均收益水平，才能在医疗市场的竞争中求得生存。有的医院使用同行业先进水平的收益率预计目标成本，其理由是别人能办到的事情我们也应该能办到。

（2）上年收益基数法。目标收益 = 上年收益 × 收益增长率。这种方法成立的理由是：未来是历史的继续，应考虑现有基础（上年收益）；未来不会重复历史，要预计未来的变化（收益增长率），包括环境的改变和自身的进步。有时上级主管部门或医院自身对收益增长率会有明确的要求。另外，政府对医疗服务价格的控制政策，对收益增长率有至关重要的影响。

对目标成本的可行性分析，主要是根据医院实际成本的变动趋势、同类医院的成本水平，充分考虑医院增收节支的潜力，对

某一时期的成本总水平作出预计，看其与目标成本的水平是否大体一致。

（二）成本差异分析

医院成本差异分析标准一经制定，必须作为各方面共同遵守的准则和依据，并加以贯彻执行。医院往往在年初制定目标成本，随着工作的开展，实际发生的成本经常与确定的目标成本不符，这两者之间的差额即为成本差异。对于成本差异的分析可以采用变动成本差异分析和固定成本差异分析的方法。

1. 变动成本的高低取决于用量和价格，其成本差异可以归结为价格脱离标准造成的价格差异和用量脱离标准造成的数量差异两类：

（1）价格差异。价格差异是在物资（药品、器材、医用材料等，下同）采购过程中形成的，应由物资采购部门负责。在按目标价格核算采购物资成本时，根据物资核算分类账户，采用公式：

变动成本差异 = 价格差异 + 数量差异

= 实际数量 ×（实际价格 - 目标价格）

+（实际数量 - 目标数量）×目标价格

变动成本价格差异 = 实际数量 ×（实际价格 - 目标价格）

变动成本数量差异 =（实际数量 - 目标数量）×目标价格

计算的结果即为变动成本差异。如果存在不利价格差异，主要从以下几方面分析：①价格提高，是否质量提高。②是国家政策性提价，还是市场行情发生变化。③每批次采购数量是否符合“经济批量”原则。

在分析清楚发生不利差异原因后，应通过以下几方面加以控制：①采用公开询价和公开招标的方式，尽可能采购到质优价廉的物资。②按照“经济批量”原则，科学组织物资供应与储存，减少不必要的采购成本和储存费用。③在保证医疗服务质量的前

提下，积极采购价格相对低廉的替代品。

（2）数量差异。数量差异是在使用过程中形成的，能反映使用物资科室的成本控制情况。揭示变动成本数量差异的关键，是在医院内部建立一套科学、实用的物资领发制度，使之既能随时反映物资实际数量与目标数量之间的差异，用于日常数量的差异控制，又简便易行，适合医院内部管理的要求。

2. 固定费用总额，在相关范围内不会因服务量的变化而发生变动。但是，在完全成本法下，单位固定费用与服务量的增减成反比例变动。对于与服务量无关的固定费用，只需编制固定费用预算，并以此为基数对实际费用显示的差异进行揭示和控制。其成本差异包括两种：

（1）预算差异。预算差异是指医院在医疗运营过程中，固定成本的实际数与预算数之间的差额。它不计服务量变动情况，以原来的固定成本预算为标准，当实际数超过预算数即视为耗费过多。

在医疗运营过程中，虽然固定费用总额与服务量无关，但其单位服务量的固定费用却随服务量的变动而反比例变动。因而对于与服务量无关的固定费用差异，要按总额进行差异分析。采用公式：

固定成本预算差异 = 固定成本实际发生数 - 固定成本预算数

固定成本预算差异发生的原因有：计划外购置固定资产，超计划雇用辅助人员，工资变动，某些酌量性固定成本（职工培训费、差旅费等）受到医院有关政策影响有所增减。在成本控制方面，医院要严格执行年度财务预算，切实控制费用开支。尤其对某些重大开支，要事先预测和作好效益分析，将费用按项目实行分级归口管理，严格控制部门费用预算。

（2）能量差异。能量差异是指固定费用预算与固定费用标准之间的差额。其反映医疗运营过程中，未能充分利用现有的卫

生资源和服务能力而造成的损失。

由于固定费用特有的性态，在实际工作中，服务量多，则单位服务量分担的此项费用就少。反之，则分担此项费用就多。采用公式：

固定成本能量差异 = 固定成本预算数 - 固定成本目标成本

固定成本能量差异主要是由服务量不足的各种因素引发的，如有质量因素、价格因素、服务因素和情感因素等。发生固定成本能量差异，医院管理者应积极查明原因，采取相应的对策，充分利用现有的医疗资源，提高使用效率，降低单位成本，减少能量差异。

（三）业绩考核及纠正差异

通常把被评价对象按其在成本控制中所要负的责任和控制范围，分为成本中心和收支结余中心。

1. 成本中心。成本中心通常不直接创造医疗收入，所以，在评价其成本控制业绩时，不考核其收入，而着重考核其所发生的成本和费用。成本中心有两种类型，即标准成本中心和费用中心。

2. 收支结余中心。收支结余中心指能直接创造医疗收入，既要对成本负责，又要对收入负责的科室。医院可以根据收支结余情况来评价其成本管理与控制的成效。收支结余中心有两种类型，自然收支结余中心和人为收支结余中心。

## 第三节 医院成本分析

成本分析是以财务报表和其他有关资料为依据，对经济活动的收支状况及其结果进行剖析，从而反映医院经济活动过程中存在的利与弊，对改善财务管理、优化经济决策提供重要的成本信

息，也是医院实行成本目标管理和分级归口管理的基础。只有经过分析，才能发现成本高低的真实原因，扬长避短，降低成本，提高效益。

## 一、成本分析的原则与作用



医院要以马克思主义唯物辩证法为理论基础，以党和国家有关的方针、政策、法规为依据，以目标成本和定额为标准，以健全的成本信息系统为手段，以提高经济效益为核心，全面、系统、及时地对医疗运营成本和效益进行分析，并给予正确的评价。

（一）成本分析的原则

1. 定量分析与定性分析相结合。医院成本状况及其变动，既有质的特征，又有量的界限。所以，医院成本分析应该包括定性与定量两个方面。

对成本变动性质的分析，称为定性分析，目的在于揭示影响资金耗费各因素的性质、内在联系及其变动趋势。对成本变动数量的分析，称为定量分析，目的在于确定成本指标变动幅度及其各因素的影响程度。定性分析是定量分析的基础，定量分析是定性分析的深化。仅有定量分析结果而无定性分析说明，或者仅有定性分析说明而无定量分析资料作为依据，都不能充分发挥成本分析应有的作用。因此，定性分析与定量分析是相辅相成、互为补充的。

2. 全面分析与重点分析相结合。所谓全面分析并非完全指分析内容的全面性，而是说成本分析要着眼于整体，树立全局观念，切忌片面性；必须将成本效益与社会效益结合起来进行分析，运用一分为二的观点，对取得的成绩和存在的问题、有利因素和不利因素、主流和支流等加以区分和正确认识，不能强调一个方面而忽视另一个方面。此外，要以成本费用归集形成的全过

程为对象，结合医疗服务各阶段的不同性质和特点进行成本分析。

3. 专业分析与群众分析相结合。成本分析涉及医院所有科室及全体员工的工作业绩，为了使成本分析能够做到经常性和有效性，真正达到成本分析的目的，必须让员工积极参与，使成本分析成为员工的自觉行动。医院在进行成本分析时要上下结合，专业技术人员与一般人员相结合，充分发挥每个科室和广大员工分析成本、降低成本的积极性，把专业分析建立在群众分析的基础上，充分揭露矛盾，深挖提高成本效益的潜力，把成本分析做得有声有色，充分发挥其应有的作用。

4. 经济分析与技术分析相结合。在一定程度上，技术因素起决定性作用，成本分析如果只停留在对经济指标进行分析，不深入到技术领域，结合技术指标进行分析，就不能达到目的。为此，要求成本管理人员通晓一些基本的技术知识，并注意发动技术人员参与成本分析工作，把经济分析与技术分析结合起来，通过经济分析为技术分析提课题，增强技术分析的目的性；而技术分析反过来可能提高经济分析的深度，并从经济效益的角度对所采取的技术措施加以评价，从而通过改进技术来提高经济效益。因此，只有将这两方面分析相结合，才能防止片面性和出现错误的成本分析结论，才能根据技术等因素查明成本指标变动的真实原因，从而全面改进工作，提高经济效益。

5. 纵向分析与横向分析相结合。纵向分析包括本期实际与上期实际比较，本期实际与上年同期实际比较，本期实际与历史最好水平比较，本期实际与有关典型意义时期比较等。这种纵向对比，可以观察医院成本变动趋势，并能找出变动趋势的原因所在，从而保留积极因素，剔除消极因素，使成本指标达到或超过历史最好水平，这是成本分析的主要内容。但在市场经济体制下，医院必须面向市场、面向社会，收集和掌握省内外、国内外

同类型医院医疗成本的先进水平资料，广泛开展横向医院之间的对比分析。这种横向对比，有助于医院在更大范围内发现先进与落后的差距，促使医院管理者产生紧迫感，增强竞争力，激发向上和取胜的力量。

6. 事后分析与事前、事中分析相结合。现代成本分析不能局限于事后分析，还应包括事中分析，特别是要开展事前分析。这三个阶段的分析，相互联系，又各有特定作用，不可偏废或忽视任何一种分析。医院只有在成本发生之前就开展预测分析（事前分析），在成本发生过程中实行控制分析（事中分析），在成本形成之后搞好考核分析（事后分析），建立起事前分析、事中分析和事后分析结合起来的完整分析体系，才能将成本分析贯穿于医疗活动的全过程，从而做到事前预测事中发生的问题；事中及时发现差异，提出整改措施；事后正确评价业绩，总结经验，发扬长处，纠正缺陷。也只有这样，才能提前采取相应措施，把影响成本上升的不利因素消灭在萌芽状态，这对搞好全过程的成本管理将起到不可估量的积极作用。

7. 成本核算数据与调查研究相结合。成本分析必须系统掌握和充分利用核算数据，这是做好分析工作的基础。成本管理人员要完整了解实际情况，真正弄清楚问题的实质，从复杂因素中找出关键问题所在，得出全面的分析结论。单凭核算数据远远不够，必须深入实践，有的放矢地进行调查研究，把核算数据和调查研究结合起来，加深认识，进一步提高分析质量。

（二）成本分析的作用

1. 有利于政府主管部门对医院实施管理。政府主管部门通过对医院总成本与收益的比较，可以分析医院的经营发展状况，为制定和调整医疗服务价格及国家对医院的资助标准提供客观数据，减少主观性和盲目性；通过分析同级医院同病种成本，可以比较不同医院的医疗水平及管理水平，为政府合理定价提供可靠

数据；通过医疗成本分析，可研究及发现医院经营管理中存在的普遍性问题，有利于改善医院管理，政府主管部门有更多的机会了解医院的运营效果；通过医疗成本分析，促进医院降低成本，在相同技术条件下，为社会提供更多的医疗服务，缓解医疗消费过快增长带来的问题。

2. 有利于制定医院经营管理政策。医院管理者可以通过大量原始资料，分析日常经营管理的效果。从医疗服务项目成本构成的合理性，比较各科室明细成本的构成及对成本的高低进行合理性分析。根据所承担的工作内容，合理配备医务人员，控制不合理支出，降低医疗成本。对医技科室添置大型医用设备，通过投资前的可行性论证和投入使用后的效益分析，有利于按期收回投资成本，加快设备更新换代，不断提高诊疗技术水平。

3. 有利于揭示各科室劳务的合理分配。医院具有复杂的功能系统，医疗工作离不开多科室的相互协调与合作。因此，任何一项完整的诊疗工作，都存在劳动量的流动，而资金量并不是与劳动量成比例地在各科室流动。医院奖金分配过分注重资金流动量，出现与劳动量不成比例的问题，与奖金分配方案缺少科学合理的计算系数有关。实行成本分析后，能如实反映各科室的劳动量，在实践中探索根据劳动量结合分配系数进行劳务分配的方法，更能体现医务人员的劳动价值，使奖金分配更趋合理。

4. 有利于促进医院服务社会化。一些医院搞“小而全”，后勤服务工作全部自己承担，造成机构臃肿，人员素质不高，很多工作出现低效率运行，成本开支大。实行成本分析后，管理者有机会认真研究这部分成本，并与市场服务成本相比较，把家政、被服洗涤、设备和房屋零星维修等外包给专业公司，走后勤服务社会化和专业化的道路，完善医疗服务市场。

## 二、常用的成本分析方法

医院成本分析的方法有：比较分析法、趋势分析法、比率分析法、因素分析法、收支平衡分析法（见本书第一章）等，单独运用这些指标进行成本分析，无法提供资源浪费的信息及更明细化的成本分析资料，也不能适应医院微观经济管理的要求。这就要求我们开展理论与实践研究，探索符合医院实际情况的成本分析方法。如一些医院通过成本各因素对结余影响的分析，客观反映成本对结余的影响额和影响程度，揭示医院成本管理中存在的利与弊，挖掘和寻找降低成本的潜力的方法，达到成本分析的目的。

（一）财务指标分析

为了达到成本控制的目的，医院对支出一定要进行深入分析，决不能蜻蜓点水，浅尝辄止。例如观察人员支出占总支出的比例变化和劳动生产率同期的比较分析，如发现本年度医院的人员支出较去年同期增长明显（最好先将调资等特殊因素剔除），但劳动生产率却没有提高的，应作深层次的分析：如果是人员增长过快引起的，应深化人事制度改革，制定合理的人员配置定额；如果是由于员工工作缺乏主动性，应采取有效的激励措施，最大限度地发挥员工的潜能，倡导快乐工作和实现自我价值等理念，给员工提供幸福的工作空间。

医院通过定期对财务报表的分析，也能达到成本控制的目的（如表 6－2 所示）。如发现流动资产所占比例过大，降低流动资产收益率时，就应对流动资产结构进行纵向和横向分析，结合医院实际，考虑继续将货币资金投入到成本效益较好的项目或培育新兴的高科技医疗项目，合理利用自有资金和借贷资金；或者利用现代物流配送方式，最大限度地降低库存物资储备量；或及时清理往来款项等。总之，要善于利用财务分析的多种工具，寻找

影响成本支出的因素，积累各种合适的指标体系，把它运用于成本控制实践。

**表 6－2　　医疗成本效益评价项目及计算公式**

| 序号 | 项　目 | 计 算 公 式 | 备注 |
|---|---|---|---|
| 1 | 人均创收额 | $\frac{\text{业务收入}}{\text{在职职工人数}}$ | |
| 2 | 制度时间利用率 | $\frac{\text{实际工作时间}}{\text{制度工作时间}} \times 100\%$ | |
| 3 | 医疗收入增长率 | $\frac{\text{报告期医疗收入总额}}{\text{基期医疗收入总额}} \times 100\%$ | |
| 4 | 流动资产收益率 | $\frac{\text{收支结余}}{\text{平均流动资产总额}} \times 100\%$ | |
| 5 | 流动资产周转率 | $\frac{\text{业务收入}}{\text{流动资产平均余额}}$ | |
| 6 | 库存物资周转率 | $\frac{\text{医疗成本}}{\text{库存物资平均余额}}$ | |
| 7 | 医疗收益率 | $\frac{\text{医疗收支结余}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$ | |
| 8 | 药品收益率 | $\frac{\text{药品收支结余}}{\text{药品收入}} \times 100\%$ | |
| 9 | 管理费用率 | $\frac{\text{管理费用总额}}{\text{全院费用总额}} \times 100\%$ | |
| 10 | 不良资产比率 | $\frac{\text{未批准医疗保险剔除数}+\text{逾期无法收回的病人欠费}+\text{未处理资产损失}}{\text{资产原值总额}} \times 100\%$ | |
| 11 | …… | | |

（二）预算执行情况分析

财务人员通过每月编制预算支出执行情况表，与年度支出预算比较，可以看出全院总支出的完成程度：如果当期实际支出与

预算基本相符，说明成本执行情况良好；如果差异较大，就应编制明细支出项目完成情况表，进行细化分析，找出失控严重的项目，追根寻源，以便采取应对措施进行整改；如相关部门采取有效措施，使水电费或燃气、燃料费支出下降明显的，应予以肯定和奖励，并提倡发扬。

（三）投资方案的对比分析

医院的投资管理主要体现在购置医疗设备、基本建设以及物资的采购上。一些医院的医疗设备采购由医院领导或使用科室提出，很少有相关职能科室参与分析，其结果是投资方案对比分析中的效益分析缺乏专业性，可信度低。

相关职能科室应从“经济性、效率性、效果性”三个方面，对医院购置或更新医疗设备所带来的社会效益和经济效益作出比较全面、科学的评价，在评价时应考虑以下社会因素：

1. 区域性卫生规划的需求。医院的投资应充分考虑区域内卫生规划，政府卫生政策，“广覆盖、低水平”的管理目标等。坚持经济适用原则，再先进的医用设备如果不具备合理性、适用性也不宜采购。

2. 受益病人数。医院长期投资项目，应重视服务人群数量，在方案选择时，应考虑受益病人数量，如果两个项目收益及成本相差不大，应选择受益病人数量较多的方案。

3. 病人可能受益的程度。如果两个方案服务的病人数量一样，应选择能提供预防某种疾病的项目。

总之，相关职能科室人员在比较长期投资方案时，应综合考虑方案的社会因素、经济因素，选择性价比高的医疗设备和物资，为决策者当好参谋。

（四）发放物资的成本分析

对发放物资定期进行成本分析的目的，是通过历史数据与当前数据的比较，计算发放物资成本，并分析其增减变动情况和增

减产生的原因（如表6－3所示）。

1. 对发放物资成本分类进行分析。按照医疗、医技、医辅、行政管理科室分类，医疗科室包括各科门诊、病房等；医技科室包括放射、检验、超声等；医辅科室包括病案室等；行政管理科室包括党办、院办、总务科等。

2. 将基期数据与报告期数据进行比较，需要考虑的特殊因素有：

（1）门急诊病人数和住院病人数与各科室领用的物资数量成正比例关系。

（2）在市场经济条件下，采购物资价格会随着市场价格波动。所以，在分析发放物资成本时，应考虑采购价格因素对物资成本增加或减少的影响，客观反映物资成本。

**表6－3　　某医院办公用品消耗情况分析**　　单位：万元

| 费用项目 | 基期成本 | 报告期成本 | 节约成本 | 节省率（%） |
|---|---|---|---|---|
| 办公用品 | 37.99 | 17.98 | 20.01 | 52.67 |
| 印刷品 | 22.06 | 21.80 | 0.26 | 1.18 |
| 其他费用 | 51.34 | 38.59 | 12.75 | 24.83 |

（五）成本、收入、收益分析

医院采用成本核算的方法，把经济管理和技术管理结合起来，经过对成本、收入、收益的测算分析（如表6－4所示），把医疗服务质量通过经济效益而量化，责、权、利清晰，使管理目标明确。劳务价值与奖金分配挂钩，有力地推动了医务人员劳动效率的提高，以及医疗服务过程中责任心的增强。目前，公认的成本收益评估标准有4种：

1. 计划标准。它是以国家或医院的计划指标为评估标准，是成本效益评估的基本要求，但并非最优标准。

2. 历史标准。它是以上年度实际水平或历史最好水平为评

估标准，能通过经济效益指标从动态上反映出是否有所提高。但是，即使超过医院历史最好水平，创造的新记录也不一定是同行业的先进水平。

3. 行业标准。它是以本行业同类医院上年度实际达到的平均水平为标准，是本行业的平均指标水平。如果超过行业标准，表明医院成本收益指标已经处于本行业的先进地位。

4. 国际先进标准。它是以国际上发达国家已经达到的先进水平为评价标准，是医院进入国际市场、追求更高境界的评估标准。

**表 6-4　　收入、成本、收益情况分析**

期间：2008 年 1 月～2008 年 12 月　　单位：万元

| 项　目 | 收入 | 成本 | 收益 | 成本收益率（%） |
|---|---|---|---|---|
| 事业总计： | 1614.05 | 1650.63 | -36.58 | -2.22 |
| 其中：医疗 | 884.96 | 1065.57 | -180.61 | -16.95 |
| 药品 | 729.09 | 585.06 | 144.03 | 24.62 |
| 门急诊总计： | 269.18 | 197.92 | 71.26 | 36 |
| 其中：医疗 | 153.28 | 102.67 | 50.61 | 49.29 |
| 药品 | 115.90 | 95.25 | 20.65 | 21.68 |
| 住院总计： | 1344.87 | 1452.71 | -107.84 | -7.42 |
| 其中：医疗 | 731.68 | 962.90 | -231.22 | -24.01 |
| 药品 | 613.19 | 489.81 | 123.38 | 25.19 |

表 6-4 中数据显示：药品收益弥补不了医疗的亏损；门急诊收益 71.26 万元，住院亏损 107.84 万元，总体亏损 36.58 万元。在比较分析中，我们还可以选择表中的某一列分析指标与公认的成本收益评估标准中的一项进行对应比较，了解医院经营管理的优劣，有针对性地采取管理措施。

（六）可比成本分析

分析年度发生的费用，按业务量及其相应收入的关系划分为

可比变动成本和不可比固定成本，然后按业务收入增长率计算出可比变动成本可增加额和节支额。采用此分析方法不仅能使成本信息具有可比性和真实性、客观性、完整性，也便于挖掘和寻求降低成本的潜力和途径，但分析过程繁琐，且不直观。

可比成本降低任务完成情况的评定，可套用公式计算完成。

计划成本降低额 = Σ（计划服务量 × 上年实际服务单位成本）- Σ（计划服务量 × 本年计划服务单位成本）

$$\text{计划成本降低率} = \frac{\text{计划成本降低额}}{\Sigma(\text{计划服务量} \times \text{上年实际服务单位成本})} \times 100\%$$

实际成本降低额 = Σ（实际服务量 × 上年实际服务单位成本）- Σ（实际服务量 × 本年实际服务单位成本）

$$\text{实际成本降低率} = \frac{\text{实际成本降低额}}{\Sigma(\text{实际服务量} \times \text{上年实际服务单位成本})} \times 100\%$$

（七）本量利分析

本量利分析是成本、业务量和利润三者依存关系分析的简称，它是指在成本习性分析的基础上，运用数学模型和图式，对成本、利润、业务量与单价等因素之间的依存关系进行具体的分析，研究其变动的规律性，以便为医院经营决策和目标控制提供有效信息的一种方法。计算公式如下：

贡献毛利 = 业务收入 - 变动成本

$$\text{保本工作量} = \frac{\text{固定成本}}{\text{单位收费水平} - \text{单位变动成本}}$$

在科室成本核算中，业务量是指科室每年平均业务量。它可以是科室月门急诊人次、月手术例数、月检查人次等，这些都可以作为衡量业务量大小的标志。当业务量变化后，各项成本有不

同的形态，大体上可以分为两类：固定成本和变动成本。固定成本是不受业务量影响的成本，如房屋、设备折旧、水电汽暖消耗等。这些数据可以统计和管理科室提供，它不随业务量的变化而变化。变动成本是随业务量增加而正比例增加的成本，即随着病人门急诊人次、手术例数的增加，消耗卫生材料等的成本也随之增大，这就是变动成本的特性。如某医院儿科收支情况，绘制成图表（如表6－5和图6－1所示）。在本量利分析模型中还有一个不可忽视的因素就是收费项目，医院提供医疗服务，必须按物价部门规定的项目收费，不得违规收费或乱收费，违者将受到严厉处罚。

**表6－5　　儿科门急诊2008年收支情况**

| 项　目 | 单　位 | 数　量 |
|---|---|---|
| 总收入 | 元 | 5742065 |
| 门急诊人次 | 人次 | 34165 |
| 单位收入 | 元 | 110.67 |
| 单位变动成本 | 元 | 81.49 |
| 单位收益 | 元 | －15.85 |
| 固定成本 | 元 | 1538501.11 |
| 变动成本 | 元 | 2784124.9 |
| 保本门急诊人次 | 人次 | 52718 |
| 保本收入 | 元 | 5834474.05 |

表6－5中的数据显示：儿科2008年单位收益－15.85元，门急诊人次34165人，与保本门急诊人次52718人还有较大的差距。若已完全开放门急诊，可以通过减员增效、减少不必要的成本开支，以实现盈余；或者通过开展医疗新项目，吸引周边地区的病人来院就诊，提高门急诊量来弥补缺口。

（八）成本与其他相关影响因素分析

例如某课题组成员采用回归分析中的最小二乘法（见附件

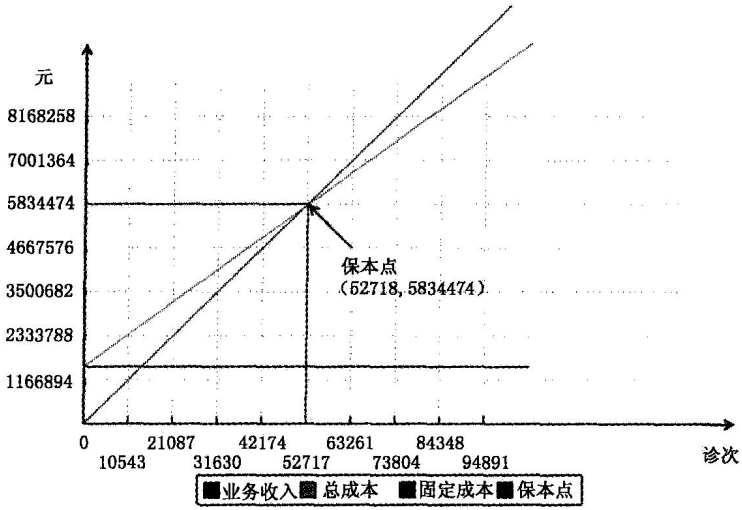



图 6－1 儿科门急诊 2008 年 1 月～2008 年 12 月本量利分析图

问题十五）和岭估计方法（见附件问题十六），对 50 家医院开放床日数、出院病人数、病床周转次数、平均住院天数、病床使用率、手术例数、住院总成本进行的相关分析（如表 6－6 所示），发现除平均住院天数与开放床日数、出院病人数、病床使用率、手术例数、住院总成本相关不明显外，各变量间均存在较强的相关性，其中，平均住院天数和病床周转次数呈负相关。

**表 6－6　　50 家医院各因素间相关系数表**

| 项　目 | 开放床日数 | 出院病人数 | 病床周转次数 | 平均住院天数 | 病床使用率 | 手术例数 | 住院总成本 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 开放床日数 | 1.000 | 0.883** | 0.305** | 0.162 | 0.584** | 0.781** | 0.833** |
| 出院病人数 | | 1.000 | 0.633** | －0.096 | 0.648** | 0.902** | 0.875** |
| 病床周转次数 | | | 1.000 | －0.525** | 0.526** | 0.491** | 0.369** |
| 平均住院天数 | | | | 1.000 | 0.199 | －0.037 | 0.094 |

续表

| 项　目 | 开放床日数 | 出院病人数 | 病床周转次数 | 平均住院天数 | 病床使用率 | 手术例数 | 住院总成本 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 病床使用率 | | | | | 1.000 | 0.546** | 0.542** |
| 手术例数 | | | | | | 1.000 | 0.933** |
| 住院总成本 | | | | | | | 1.000 |

注：** 表示对应的两组变量的相关系数在0.01显著水准下，有统计学意义。

## 三、建立成本绩效分析报告制度

建立成本绩效分析报告制度，是医院开展成本管理与核算的重要内容之一，也是成本管理反馈的主要途径。

（一）报告的目的

医院最终形成成本绩效分析报告的目的，是要让员工知道他们的业绩将被衡量、报告和考核，会使他们的行为与不考核时大不一样，会尽力为达到目标而努力；报告显示过去各科室的成本管理状况，不仅为医院改进成本管理提供线索，也为今后各科室成本管理指明目标和方向；报告向上级主管部门汇报医院开展成本管理的情况，为他们采取措施、纠正偏差和实施奖惩提供依据。

（二）报告的内容

成本绩效分析报告，应客观反映医院成本管理的实际情况，并能说明取得的成绩和存在的问题。报告列示要简明、清晰、实用，其内容应包括：

1. 管理目标报告期完成多少和应该完成多少，与基期比较是增、是减，或者相一致。

2. 报告期与基期比较出现的差异，分析产生差异的原因，应说明完成得好不好，是谁的责任。

3. 奖励与惩罚所采取的措施，以及如何杜绝偏差的发生等。

（三）报告的时间

成本绩效分析报告的时间，应符合成本控制的要求，做到数据真实、计算准确、分析有理有据、报送及时。对医院而言，最终要形成正式的、长效的报告反馈制度。

## 第四节　医院成本管理的基础——成本核算



成本核算是指医院把一定时期内实际发生的各种费用加以记录、汇集、计算、分析和评价，按照医疗服务的不同项目、不同阶段、不同范围计算出医疗服务总成本和单位成本，以确定一定时期内医疗服务的成本水平，考核成本计划的完成情况，并根据不同医疗服务项目的消耗，分配医疗服务费用的一种经济管理活动。

### 一、医院成本核算的现状与问题

目前，医院不同程度地存在成本意识淡薄、成本管理弱化、资源利用率低下等问题，具体可归结为医院成本核算的现状和成本核算存在的问题：

（一）医院成本核算的现状

1. 成本管理意识淡薄。目前，医院的经营意识和成本意识较淡薄，缺乏强有力的支持。多数医院没有明确的职能机构具体负责成本管理工作，大多停留在用奖金分配的核算方法代替成本核算。平时，医院只注意医疗服务过程的成本管理，忽视人力资源配置、行政、后勤服务过程，及药品、材料、物资、设备等的成本管理；注重抓医疗质量，开展新技术、新项目，提升医院品牌，而很少在降低医疗服务成本、减少或杜绝浪费上下功夫。还

有很多同志对医院开展成本核算工作不理解，认为这是财务科的工作，配合和支持的力度不够；员工的成本意识及降低成本从我做起的主动性尚未建立。

2. 缺乏成本管理体系。医院成本管理没有形成一套成本预测、成本计划、成本核算、成本控制与管理、成本分析等科学、规范、权威的方法体系。即使在医院内部实施科室成本核算，也没有实行统一、规范的成本管理，势必造成医院成本管理的盲目性。

3. 缺乏现代化的管理手段。目前，医院利用计算机网络进行成本数据采集的很少，成本控制大多停留在手工操作阶段，缺少现代化的管理手段。成本管理手段的落后，制约着医院成本管理水平的提高。

（二）医院成本核算存在的问题

1. 受传统经营观念的影响，对成本管理认识不足。大多数医院的管理者受传统经营观念的影响，对实行成本核算认识不足，认为医院在安全医疗的基础上多收治病人便可增加收入，成本核算可有可无。即使有些医院管理者有了成本核算意识，也会出现重医疗业务科室成本核算，轻职能科室成本核算；重直接成本核算管理，轻间接成本核算管理；重财务会计成本核算管理，轻责任成本核算管理等问题。如有些医院对于职能科室发生的管理费用、房屋折旧费用没有进行分摊，这样计算出来的成本并非完全成本，导致管理者高估医院经济效益，对决策产生误导。

2. 成本核算管理缺乏统一的管理制度。目前，我国尚未真正形成和建立完整的医院成本核算理论与医疗服务成本核算体系，在行业规章中缺乏统一、科学、规范的方法，导致各家医院在实际操作中采取的成本核算方法不同，核算范围也不一致，形成的成本核算资料只能在医院内部进行纵向比较，不能与同行业中的同类型医院进行横向比较，不利于进行成本效益分析。

3. 计算机网络化管理水平不高。从目前状况看，大多数医院计算机网络各自为政，缺乏统一规划和反馈式控制；会计核算信息系统不能很好地与成本核算系统衔接，不能充分利用有效资源达到资源共享的目的；甚至出现手工核算电脑数据的现象，使成本核算工作效率低下，人为因素影响准确性，制约了成本核算工作的开展。

4. 忽视人力资源成本、质量成本和环境成本的管理。医院成本管理的目标不应由盈利最大化这一短期性的直接动因决定，而应定位在以患者满意和降低不合理成本支出为核心的更具广度和深度的战略层面上。从广度上看，医院成本管理应从内部成本管理发展到供应链成本管理；从深度看，应从传统成本管理发展到精细化成本管理（人力资源成本、质量成本和环境成本），尤其是人力资源成本的高低，直接关系到医院盈利的多少。因此，加强对人力资源成本的有效控制，是增强医院市场竞争力的重要途径；加强质量成本控制与管理，可以节省大量的费用，从而增加收益，防止收入降低。

## 二、开展成本核算的重要性

医院要缓解“看病难、看病贵”的医患矛盾，除了要不断提高自身的医疗技术水平外，更重要的是要认识到成本管理的重要性，从成本核算着手，通过控制医疗成本、降低病人医疗费用，促进成本核算管理质量和效率，以及医院管理水平的提高。

### （一）开展成本核算是提高医院社会效益和经济效益的需要

医院要提高竞争能力和自我发展能力，必须根据卫生改革的要求，把“事业”当成“产业”办，兼顾社会效益和经济效益，提高医疗质量和诊治病人数量，合理检查、合理治疗，控制均次费用不合理增长，使社会效益提高。同时，要在保证医疗质量的前提下，减少不必要的医务劳动耗费，降低医疗运营成本，提高

经济效益。

（二）开展成本核算是制定医疗服务价格的依据

我国的医疗服务具有社会公益性质，医疗服务项目收费基本上由政府定价。成本是制定价格的最低界限，正确核算成本能真实反映医疗服务耗费，为物价部门合理制定医疗服务价格提供重要依据，也为政府给予医院经济补偿提供依据。调整卫生总费用支出中个人负担和政府补贴的比例，也需要通过成本核算来提供合理和确切的数据。

（三）开展成本核算能增强员工的成本意识，养成勤俭节约的良好习惯

通过开展成本核算工作，使员工认识到成本核算不仅是财务科、财务人员的事情，也是医院所有部门和全体员工共同的事情。成本核算需要多部门的配合，成本分析也需要各部门的共同参与。只有这样，才能使员工了解医院经济运行的情况和成本支出情况，树立成本意识，培养成本观念，自觉地节约资源、杜绝浪费，从而实现医疗服务社会效益和经济效益最大化，努力为病人提供优质、高效、低耗的医疗服务。

（四）开展成本核算是建立健全激励机制的基础

成本核算是医院绩效考核与分配制度建立的前提和基础；激励机制是促进医院提高服务质量和经济效益的有效管理措施；绩效工资是实行按劳分配的补充方式，是给医务人员提供超额劳动的报酬，是激励机制的重要内容。

（五）开展成本核算是进行决策的重要依据

医院要在竞争中取胜，就要面向市场，作出正确的经营决策。成本管理人员只有及时提供准确的成本核算资料，才能使成本预测、决策和分析等活动建立在真实、可靠的基础上。

## 三、建立成本核算体系

医院建立完整的成本核算体系，是成本核算工作顺利开展的重要保证。由于这项工作涉及面广、专业性强、技术难度大、工作任务重，需要全院上下统一认识，加强领导，精心组织，确保医院成本核算工作落到实处。医院应着重从以下几方面开展工作：

（一）建立健全成本核算组织

成本核算是医院经济管理的重要内容，它涉及各科室、班组和每个员工的切身利益。为了保证成本核算工作的顺利进行，医院要成立成本核算管理组织，院长亲自挂帅，确定财务科为成本核算的具体实施部门，配备精干的成本管理人员，全院上下形成从领导到员工，从行政、后勤到临床、医技科室互相配合的成本核算系统。

（二）做好成本核算基础工作

成本核算的基础是使医院内部各科室资产占用清晰、费用开支明确，这样才能对科室成本进行有效的归集。为保证成本数据的正确，必须做好以下基础工作：

1. 在成本核算前，医院要明确各职能科室收集成本核算资料的职责、范围、任务及完成时间，要求对各科室的资产进行全面清查，界定产权，确认价值，核实资产占有量。

2. 划分成本责任中心，给每个成本核算对象设定唯一代码。

3. 建立健全实物资产计量、计价、验收、领退、转移、报废、清查和盘点制度。

4. 建立数据分类标准和操作规范，使医院经济管理各子系统之间信息数据能够自动分类和归集，做到信息资源共享，为成本核算自动化、科学化打下良好的基础。

5. 建立合理的成本核算资料传递流程，明确原始凭证传递

流经的部门、处理程序、期限。资料传递应讲求实效，便于核对。财务科最好把原始凭证传递程序绘制成通俗易懂的示意图，便于执行。

6. 有条件的医院可以在各科室单独安装水、电、暖、汽等基本计量设备，不具备安装条件的，要明确采用何种计算方法，对其进行计量。

在做好成本核算基础工作的前提下，还必须统一核算口径，包括数据来源口径一致，避免数出多门；要严格执行会计期间，使成本核算期间和会计核算期间保持一致；会计核算和成本核算实行权责发生制，当期成本和费用在当期核算；坚持财务科会计月末与财产物资管理部门会计就各科室领用物资汇总成本进行对账，保证数据一致无误。

（三）制定合理的内部服务价格

医疗服务是一项复杂的社会劳动，为了完成某项医疗服务，有时需要多个部门的配合与协作。为了明确各科室、班组的经济责任，医院应对物资在各科室、班组之间的流动以及相互提供的劳务，采用内部服务价格进行成本核算和管理。内部服务价格对于提供服务的科室表示收入，对于被服务的科室表示成本。其制定依据是：

1. 市场价格。即根据同类产品或服务的市场价格确定内部价格。市场价格有两种形式：一是该产品或服务的市场零售价，二是该产品或服务从市场购入时的实际进价。

2. 以市场为基础的协商价格。即有关科室成员就服务数量、质量、时间和价格等进行协商，取得一致意见后形成的价格。

3. 全部成本转移价格。即以全部成本或成本加一定盈利作为内部转移价格。

制定内部服务价格的目的，是为了防止成本转移带来的科室之间的责任转嫁，通过核算可以公平、合理地考核和评价每个科

室的成本控制和成本管理情况，从而使成本核算的数据更准确、成本管理的职责更明确。

（四）合理确定成本责任中心

由于医院工作的特殊性和复杂性，科学、合理地设置成本责任中心显得非常有必要。它有利于成本的分摊、归集，使成本核算能真实反映责任中心的成本控制结果。如果成本责任中心设置不科学或不合理，不但会给成本核算工作带来一系列问题，也会影响成本核算的准确性和真实性，使成本核算结果失去评价价值。

（五）提高信息化管理水平

成本管理的好坏，在很大程度上取决于基础数据的质量。医院必须建立以医疗服务为主的数字化采集、传输、储存和控制体系，整合各种资源，按照科学方法将医院的发展目标、管理思路、业务流程集成到计算机系统，与收费处、临床、医技科室、仓库、药库、后勤、财务等实行联网，并将各类人员的工作内容与成本控制软件有机融合，构建医院统一的信息平台，解决好信息畅通、数据共享、接口匹配等问题。尽最大可能实现成本核算从源头取数，确保各项费用信息分析的及时、准确、便捷和可靠，使计算机网络在医院成本管理和控制中发挥作用。

（六）建立有效的激励机制

激励机制是成本管理的手段之一，而不是目的。将科室和员工的经济利益与成本控制目标相结合，能起到较好的激励作用。要让努力做好成本管理工作的科室和个人得到较多的物质和精神奖励；完不成的则受到经济处罚。只有这样，才能保证医疗服务项目或其他项目成本目标的实现，才能使医院的激励机制建立在更加稳固的基础上。

## 四、成本核算的原则、成本费用归集和分摊的原则

医院应按照谁受益谁承担的原则，根据各科室（部门、成

本责任中心、班组，下同）的受益程度进行成本费用的核算、归集和分摊。如属于单一科室支出的费用，直接归集到这个科室；属于多个科室共同承担的费用，则根据实际情况，按受益程度进行比例分摊，做到归集正确、分摊公平、核算准确。

（一）成本核算的原则

1. 实际成本计价原则。成本必须真实反映医院前一时间段实际发生的经济资源耗费，应当按照实际发生额核算成本，不能以估价成本、计划成本代替实际成本，使收入与费用的计算建立在实际发生的基础上，保证会计核算与会计信息的真实可靠。

2. 分别核算原则。合理划分医疗成本与药品成本，是医院进行成本核算的重要原则。医疗成本、药品成本应分别设置有关的账户，用于归集、核算和反映不同经济活动的资金耗用情况，正确反映医疗服务和药品购销过程中不同经济用途的实际耗费水平，有利于更加精细地实施成本管理，正确计算当期损益。

3. 权责发生制原则。权责发生制是指收入、费用的确认应当以收入和费用的实际发生额作为确认计量的标准。凡是应由本期成本负担的费用，不论是否已经支付，都要计入本期成本；不应由本期成本负担的费用（即已计入以前各期的成本，或应由以后各期成本负担的费用），虽然在本期支付，也不应计入本期成本，以便正确提供各项成本信息。

4. 一致性原则。一致性是指医院进行成本核算所采用的会计程序和会计处理方法前后各期必须一致。成本核算中各项成本费用的计价方法、固定资产折旧方法、间接费用分摊等具体的成本计算方法与前后会计期间必须保持一致，不得随意变更。只有这样，才能统一口径，前后连贯一致，数据才有可比性。但在必要时，医院也可对所采用的会计程序和会计处理方法作适当的修改。

5. 可比性原则。可比性是指医院会计核算必须符合国家统

一规定，提供相互可比的会计核算资料。即医院在选择会计处理方法时，应选择国家统一规定的会计处理方法；在编制财务报告时，应按照国家统一规定的会计指标编报，以便不同医院的会计信息相互可比，能够有效地判断医院经营优劣，据此作出决策。

（二）成本费用归集的方法和原则

医院成本费用的归集，一般分为直接归集和间接归集两个程序。当费用发生时，就要考虑它的受益科室和成本计算对象，属于直接费用的，可直接计入该科室或诊疗项目的成本科目；属于间接费用的，可分别计入“辅助费用”和“管理费用”账户，汇总归集，再分摊计入有关科室或诊疗项目的成本中去（如图6－2所示）。

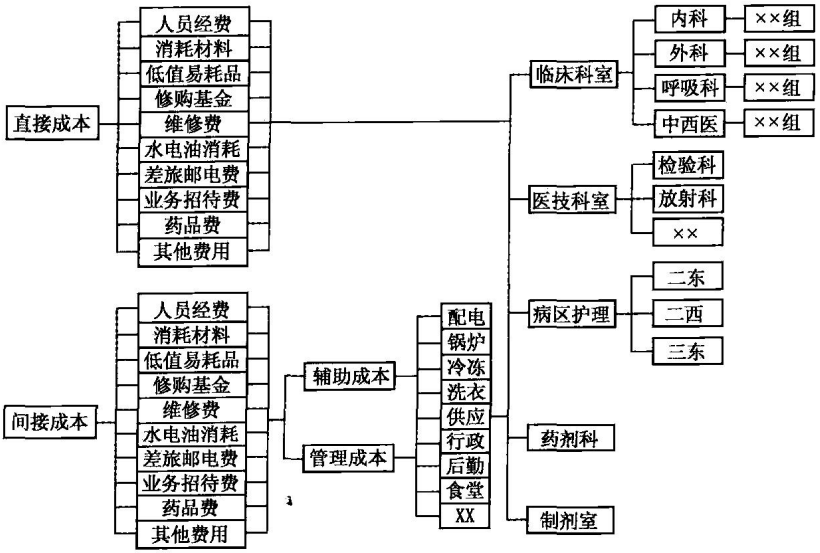



图6－2　医院成本费用归集图

做好医院成本归集工作，应做好以下基础工作：

1. 确定成本归集对象。即为计算成本而确定各类费用归集、

分配的范围。目前医院成本核算按核算对象不同可分为医院成本核算、科室成本核算、项目成本核算三个层次，医院可根据自身管理的要求选择适宜的成本核算对象。

2. 确定成本费用归集原则。成本费用归集按受益原则，将成本费用归集到最小化。最小化有两层意思：一是指成本费用的归集分类最小化；二是指对成本项目在归集明细分类的同时，要尽可能地归集到最小的核算单元。

3. 确定成本计算期。一般以会计期间作为成本计算期，为了便于成本管理，也可按月、季、年确定成本计算期。

4. 夯实成本归集的基础。成本数据的归集是医院成本核算、成本效益分析等工作的基础。要实现成本数据的及时归集、准确计算、合理分配，有赖于计算机自动化和操作录入的规范化、项目分类的标准化，以及规章制度的健全和落实等。因此，要夯实成本归集的基础。

（三）成本分摊的原则

1. 受益原则。即谁受益，谁负担；谁得到收益多，谁承担成本就多。分摊要合理，计算要准确，明确成本控制和成本管理的职责，使成本效益评价公平、合理。

2. 配比原则。配比原则指各科室的医疗收入和预期的医疗成本应相互配比。它不仅包含收入和成本在因果关系上的配比，也包含同一会计或统计期间收入和成本的配比。

## 五、科室成本核算的方法

科室成本核算，应按《医院会计制度》规定的核算内容，对科室成本核算指标进行对应性细化，确保从科室成本核算数据与医院会计核算数据两条途径提取的核算数据吻合。科室成本核算的各种账簿、报表是医院财务会计的子账簿、子报表。在科室成本核算中，可以会计核算为主，采用以下三种核算方法：

（一）“医疗效益”核算方法

以直接向病人提供医疗服务、收取医疗费用，通过主观控制降低成本费用和提高效益的临床、医技科室作为反映投入、产出、分配全过程的成本核算科室。这些科室的收入项目主要包括医疗收入和药品收入。医疗收入根据各自付出的技术、劳务含量以及材料成本，制定出比较合理的收入折算比例；药品收入在减去药品成本后，按药品综合差价率计算各临床、医技科室的药品盈利。医院在确定成本项目时，应本着合理适度、有利于增收节支、增强科室成本意识的原则，对在医疗活动中所消耗的人员经费、公用经费等进行全额核算。

（二）“消耗定额”核算方法

根据医院自身的实际情况和技术水平，充分考虑各种因素，制定先进可行的内部“消耗定额”。该定额是在科室历年实际支出基础上，结合管理需要，以重新测定的统计资料加以调整而制定。按照定额开支成本和费用，并将实际成本和定额成本进行比较，用以衡量各科室经营活动的成绩和效果。据此采用降低成本的方法，从而提高工作效率，杜绝不必要的支出和浪费，使卫生资源合理配置，达到医院资本的最佳运作。

（三）“间接成本”核算方法

以职能科室为主要核算对象，如人事科、医院办公室、工会等，这些科室的绩效难以量化，但对日常开支有主观控制的余地。因此，医院在控制支出、强化责任的同时，对这些科室发生的成本费用，可采用间接成本法摊销到医疗成本中去。

## 六、不应计入医院成本的项目

1. 购置和建造固定资产、无形资产的支出
2. 对外投资
3. 被没收的财物，违反法律、法规支付的各种滞纳金、罚

款，以及自愿赞助、捐赠的支出

4. 应列入职工福利基金的开支

5. 国家法律、法规规定以外的各种付费

6. 财产物资盘亏损失

7. 医疗赔偿支出

## 七、开展成本核算工作应关注的问题

医院的公益性质，决定其在经费紧缺、保障任务繁重的情况下，仍要充分利用现有资源为社会提供满意的医疗保障，同时，还要处理好国家、医院、科室、员工和患者的关系。因此，医院开展成本核算工作应关注以下问题：

（一）开展成本核算工作应遵循价值规律

在市场经济条件下，卫生服务属于第三产业，作为特殊商品进入市场。当前，医疗服务仍然以政府定价为主，政府制定价格偏重于物化劳动的消耗和补偿，而活劳动的价值得不到充分体现。医务人员利用自己掌握的专业知识、技术为患者服务，同样具有价值和使用价值。所以，在市场经济逐步完善的今天，医务人员的技术、劳务在价格制定中应当得到体现。同时，医院管理者在制定奖金分配方案时，既要考虑医务人员从业岗位的风险系数和责任大小，也要考虑其技术含量高低以及劳动强度，避免或减少脑体倒挂问题的发生。

医院在为社会提供优质医疗服务的过程中，只有合理利用有限的卫生资源，不断满足民众的健康需求，才能实现社会效益和经济效益的最大化。

（二）开展成本核算工作应避免短期行为

目前，多数医院开展成本核算主要用于奖金分配，实行院、科二级核算与管理。在国家财政补助有限、医疗补偿机制尚未完全建立的情况下，医院实行成本核算，从客观上促使科室开展含

金量高、效益好的医疗项目，减少开展微利或亏损的服务项目。而医院与患者的信息不对称，医务人员的诱导需求，容易导致不合理用药和不必要检查、治疗等短期和过度医疗行为的发生，既加重患者的经济负担，也造成卫生费用的不合理增长，使有限的卫生资源浪费。医院应强调医患双方均降低成本，达到双赢的目的。为此，一方面要通过提高医疗服务水平、服务质量和医务人员的综合素质，树立医院良好的形象来增加医疗总价值；另一方面，要降低患者的总成本（货币成本、时间成本、精力成本）等支出，使患者获得更大利益。前提是医院要在不增加患者经济负担的情况下进行成本核算，通过自我成本控制，提高劳动生产率，达到社会效益和经济效益的同步增长。

（三）开展成本核算工作应科学化、规范化

首先，许多医院在开展成本核算过程中，主观随意性大，缺乏科学、规范、合理和一致性。主要表现在不同科室间计入科室成本的项目不同，计入成本的范围和标准不一致，影响成本核算的准确性和可比性。其次，不同科室绩效分配不合理，缺乏科学依据，受人为因素的影响，不能体现效率优先和兼顾公平的原则。卫生主管部门应按照医院会计制度的要求，制定统一的成本核算管理办法，明确具体的要求和标准，规定医院定期报送相关的成本核算资料。

（四）开展成本核算工作应处理好降低成本与医学科技进步的关系

要正确处理好降低成本与医学科技进步的关系，一方面，鼓励和支持医务人员开展科学研究和医学技术创新工作，增加科技投入，不断引进新设备、新技术，提高医学科技水平和医疗服务质量，防止因片面追求降低成本而忽视科技投入的短期行为；另一方面，也不能以提高医疗服务质量和技术水平为借口，忽视成本核算。要在医院积极稳妥地推进成本核算，既要考虑国家和患

者的根本利益，也要兼顾医院和员工的利益。

（五）开展成本核算工作应坚持社会效益优先

医院应以追求社会效益为最高准则，以追求最佳经济效益为保障，进行成本核算是医院社会效益与经济效益最大化的唯一途径。在实施成本核算过程中，既要防止为单纯追求经济效益而不顾社会效益的行为，也要防止为追求社会效益而不讲经济效益的行为，必须将两者有机地结合，才能保证医院健康、有序地发展。

（六）开展成本核算工作应与医院其他管理措施相衔接

随着医改方案的出台，医院的经营管理迫切需要由宏观粗放型管理向微观精细化管理转变，这为医院成本核算提供了良好的发展机遇。但成本核算不是万能的管理手段，它是一种长效机制；不能解决医院或科室存在的所有问题，而是医院改革的突破口。成本核算只有与医院的其他管理手段和改革措施有机结合，推进其他方面的管理改革，形成良性循环才能发挥作用。医院也要在借鉴企业制造成本法的优点或引进标准成本、变动成本、作业成本理论的基础上，充实完善成本核算体系，为管理决策服务。

成本管理作为一种意识、一种理念、一种手段、一种态度不能停留在口头上，要付诸于行动。需要医院管理者强化内部管理、明确经济责任，最大限度地调动员工的积极性、主动性，有效地开源节流、增收节支；需要员工正确理解和使用成本管理信息，关心成本控制的结果，具备改进工作、降低成本的管理意识，形成全面成本管理的新局面。只要全院上下共同努力，让有限的卫生资源得到最有效的利用，为病人提供优质、高效、低耗的医疗服务，就能增强核心竞争力，保证医院持续、稳定、健康地发展。

# 第七章 公立医院财务风险防范与危机预警方法

财务风险不但影响公立医院（以下简称“医院”）正常的资金运转，也损害医院经济效益的增长，严重时可使医院陷入财务危机。因此，医院管理者要正确认识财务风险，针对不同情况采取相应的风险防范措施，并做好财务危机的预警工作，使医院朝着合理、科学、健康的方向发展。

## 第一节 医院财务风险的形式和特征

财务风险是指医院在各项财务活动中，由于难以预料和无法控制的因素，使财务系统运行偏离预期目标而形成经济损失的可能性。财务风险不但影响医院正常的经济运行，也阻碍医院的发展，严重时可使医院陷入危机。作者在对医院财务风险防范与危

机预警方法的研究过程中，尝试着开展归纳、总结、筛选财务危机预警指标，定义指标最佳值和构建财务危机预警机制工作，追踪观察敏感性财务指标的优劣变化，提出解决问题的有效措施和建议，取得了成效，也积累了一些管理经验，愿与同行交流、分享研究成果。

## 一、医院财务风险的主要形式

财务风险有一个循序渐进、逐步上升的过程，它破坏性强，风险成因复杂，其总体水平是由各个环节的财务风险水平构成。医院财务风险的主要形式有：

（一）资金使用风险

资金是确保医院正常运行的物质基础，缺少资金就会使医院面临“等米下锅、捉襟见肘”的尴尬。如果医院盲目购置大型医用设备和其他固定资产，超储积压物资等，势必影响资金的正常周转，造成资源的浪费和流动资金的积压，阻碍医院的发展；如果医院对投资项目的可行性缺乏周密系统的分析和研究，经济信息不全面、不真实，缺少有效的内部监管机制，或管理者决策能力低下等，都有可能导致投资决策失误，无法获得预期的收益，给医院带来巨大的财务风险。

（二）资金筹集风险

对于医院负债经营而言，财务风险的存在显而易见，如银行对借入资金均严格规定还款方式、还款期限和还本付息金额等，一旦医院负债融资失控，无法按时支付到期债务或资不抵债，将会严重制约医院的发展；如果医院在筹资过程中碰到银行利息上调，就会增加融资成本。

（三）资金回收风险

影响医院资金回收最主要的风险是应收账款和坏账损失。一方面，医疗欠费逐年增加，其主要原因是：一是由于医院承担社

会救助任务，对危急重病人开通“绿色通道”；二是一些因病致贫，生活非常困难的病人因无偿还能力欠下的医疗费用，以及恶意逃费病人产生的医疗欠费，使医院先行治疗发生的医疗费用不能及时、足额地收回，影响医院正常资金周转。另一方面，医生在收治病人过程中，由于执行医保政策不力，违规用药或乱收费被各级医保管理部门审核剔除的医疗费用，最终形成坏账损失，同样会增加医院的财务风险。

（四）资金分配风险

医院的收支结余离不开医务人员的辛勤劳动。结余分配除了使职工获得工资及奖金外，还要提取事业基金、福利基金和修购基金等，提取比例的多少或能否按制度规定的项目开支也会产生财务风险。

## 二、医院财务风险的特征

财务风险具有客观性、综合性和不确定性等特征，医院管理者只有充分了解财务风险的基本特征，才能采取措施加以防范和化解。

（一）客观性

医院在经济活动过程中，财务风险是客观存在的，无法回避或消除，只能通过各种技术手段来应对风险，从而避免或降低风险带来的损失。

（二）综合性

由于财务活动涉及医院资金运动的各个环节，因此，财务风险存在于医院资金的筹集、运用、耗费、收回等财务活动的全过程，并体现在多种财务关系上。

（三）不确定性

财务风险具有一定的可变性，即在一定条件、一定时期内有可能发生，也有可能不发生，这就意味着医院的财务状况具有不

确定性，从而使医院随时面临蒙受损失的可能性。如果财务决策难以或无法控制，理财环境变化难以预测，面临的不确定因素越多，财务风险也就越大。

### 三、医院财务风险形成的原因



在医院负债经营过程中产生财务风险的原因很多，既有医院外部的原因，也有医院自身的原因，而且不同的财务风险形成的具体原因各不相同，关键是要了解财务风险的起因，才能做到有的放矢，从容面对与处置财务风险。总体来看，医院财务风险形成的原因主要有：

（一）财务管理宏观环境复杂多变

宏观环境复杂多变，是医院产生财务风险的外部原因。宏观环境包括经济环境、法律环境、市场环境、社会文化环境、资源环境等因素。这些因素存在于医院之外，但对医院财务管理和资金运用会产生重大影响。并且，宏观环境的变化对医院的影响是难以准确预见和无法改变的，它既给医院带来机遇，也可能使医院面临挑战，这就要求医院财务管理系统必须要适应复杂多变的外部环境，否则就会产生财务风险。

（二）管理人员缺乏风险意识

财务风险是客观存在的，只要有财务活动，就必然存在财务风险。在现实工作中，很多医院管理人员对财务风险缺乏足够的了解，风险防范意识不强，不能从根本上把握风险的本质；财务人员对医院内部控制和制约流程不了解、不重视，简单地认为只要管好、用好资金就不会发生财务风险。因为管理人员和财务人员的风险意识淡薄，所以，不可能对财务风险采取有效的抵御和防范措施。

（三）财务决策失误多

在医院决策中普遍存在着经验决策和主观决策的现象，缺乏

科学性和预见性，决策失误时有发生。如医院资本性投资膨胀，自有资金不足30%，甚至超过警戒线，难以维持正常的医疗运营；资产负债率过高，偿债能力持续减弱；项目投资前缺乏有效的可行性论证和效益分析评价，缺乏科学的决策依据和方法，没有考虑高投入造成的高负债、高风险、低产出的后果；融资项目不能获得预期的收益，无法按期还本付息等，使医院缺乏发展后劲，影响长远利益。

（四）医院内部收支不平衡

我国大多数医院属于国有事业单位，享受财政专项补助，如今要从“政策依赖型”转变成“市场导向型”，医院不得不思考提高核心竞争力，开源节流、严把支出关的问题。以往内部管理的权职不明、管理缺位所造成的医院资金安全性、完整性无法得到保证；财务预算形同虚设，资金使用随意性大，效率低下；资产管理漏洞百出，损失浪费严重；业务收入的增长幅度低于业务支出的增长幅度，这些状况都会导致亏损、资本缩水等医院内部收支不平衡的问题。

## 第二节 医院财务风险的预警、防范和管理措施

财务风险预警是一种综合性的预警方法，在医院经济管理中占有重要的地位，对于不同的利益相关者具有不同的功能。对医院管理者而言，财务风险预警机制的功能主要是监督和分析。监督就是通过观察敏感性财务指标的优劣变化，对医院的财务危机发挥监测预警作用；同时，分析医院内在的财务弊端，掌握财务决策的主动权；对投资者、债权人等外部利益相关者而言，预警机制的功能主要在于评价医院财务健康程度，以利于作出投资、

放贷决策。





## 一、设置财务风险预警流程和财务健康指数

财务风险预警系统赖以建立的基础主要是财务信息，因此，应确立“财务系统是会计信息生成系统和会计信息利用系统的有机结合”的观点。通过对医院本身各类财务和医疗服务等信息进行分析比较，判断是否预警。

（一）财务风险预警流程的设置

财务风险预警系统的一般原理主要包括四个方面：一是财务指标的选择；二是财务变量的预处理；三是景气状态数量特征的确定；四是财务景气状态的评估。财务风险预警系统的建立主要采用“层次分析法”，其构建过程如图 7－1 所示。

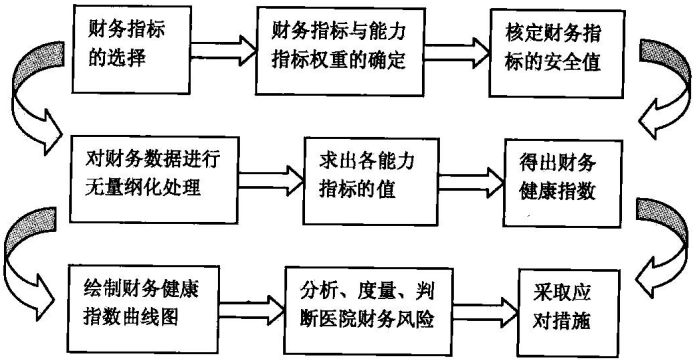



图 7－1　财务风险预警流程图

（二）财务健康指数的设定

财务健康指数是反映医院财务状况内在特征的财务比率，经过综合加工处理后体现财务运行质量指数，通过观察它的波动，能够预报医院的财务风险情况。

1. 权数的选定。无论建立小类财务指数还是综合财务指数，都存在权数选择的问题。权数选择会直接影响指数的科学性，在

实际工作中可根据选定财务指标的重要程度计分确定。

在对财务健康指数计算过程中，可以采用“二层加权”的方法：第一层是能力指标体系，依次表现为医院的偿债能力、经济效益能力、资金流动能力和发展能力；第二层是具体的财务指标，需给二层指标分别赋予权数。权数的赋予可采用德尔斐法，分别认定四种能力指标的总权数为100分，具体到每种能力指标下的三个财务指标，也可以设定其权数为100分，然后给定能力指标与财务指标的具体得分。

2. 财务指标安全值的确定。首先，根据医院以往的景气状态和财务指标的具体值来确定财务指标的安全值（阀值）；然后，参照同行业的具体情况调整（修正）安全值。在系统的运行过程中，财务指标安全值可以根据医院的发展情况进行调整（修正）。

3. 财务健康指数的计算。第一层是能力指标体系，依次表明医院的偿债能力、经济效益能力、资金流动能力和发展能力；第二层是具体的财务指标体系，共选择了12项财务指标作为反映财务运行质量的特征指标。医院首先从第二层指标运算，用当期实际值÷上期安全值×权数，经过加权求和即可得出每项能力指标的实际值；然后再用能力指标的实际值分别乘以能力指标的权数，经过加权求和后就可以得到财务健康指数（如表7-1和表7-2所示）。

**表7-1　　财务健康指数计算表**

| 能力指标（第一层） | 财务指标（第二层） | 财务指标实际值 | 财务指标安全值（阀值） | 财务指标权数 | 财务指标分值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 偿债能力 | 债务保障比率 | $X_{11}$ | $P_{11}$ | $Y_{11}$ | $X_{11} \times Y_{11} \div P_{11}$ |
| | 速动比率 | $X_{12}$ | $P_{12}$ | $Y_{12}$ | $X_{12} \times Y_{12} \div P_{12}$ |
| | 资产负债率 | $X_{13}$ | $P_{13}$ | $Y_{13}$ | $X_{13} \times Y_{13} \div P_{13}$ |
| 小计 | $U_1 = X_{11} \times Y_{11} \div P_{11} + X_{12} \times Y_{12} \div P_{12} + X_{13} \times Y_{13} \div P_{13}$ | | | | |

续表

| 能力指标（第一层） | 财务指标（第二层） | 财务指标实际值 | 财务指标安全值（阀值） | 财务指标权数 | 财务指标分值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 经济效益能力 | 净资产结余率 | $X_{21}$ | $P_{21}$ | $Y_{21}$ | $X_{21} \times Y_{21} \div P_{21}$ |
| | 资产收益率 | $X_{22}$ | $P_{22}$ | $Y_{22}$ | $X_{22} \times Y_{22} \div P_{22}$ |
| | 业务支出结余率 | $X_{23}$ | $P_{23}$ | $Y_{23}$ | $X_{23} \times Y_{23} \div P_{23}$ |
| 小计 | $U_2 = X_{21} \times Y_{21} \div P_{21} + X_{22} \times Y_{22} \div P_{22} + X_{23} \times Y_{23} \div P_{23}$ | | | | |
| 资金流动能力 | 应收账款周转率 | $X_{31}$ | $P_{31}$ | $Y_{31}$ | $X_{31} \times Y_{31} \div P_{31}$ |
| | 存货周转率 | $X_{32}$ | $P_{32}$ | $Y_{32}$ | $X_{32} \times Y_{32} \div P_{32}$ |
| | 总资产周转率 | $X_{33}$ | $P_{33}$ | $Y_{33}$ | $X_{33} \times Y_{33} \div P_{33}$ |
| 小计 | $U_3 = X_{31} \times Y_{31} \div P_{31} + X_{32} \times Y_{32} \div P_{32} + X_{33} \times Y_{33} \div P_{33}$ | | | | |
| 发展能力 | 收支结余增长率 | $X_{41}$ | $P_{41}$ | $Y_{41}$ | $X_{41} \times Y_{41} \div P_{41}$ |
| | 业务收入增长率 | $X_{42}$ | $P_{42}$ | $Y_{42}$ | $X_{42} \times Y_{42} \div P_{42}$ |
| | 资本保值增值率 | $X_{43}$ | $P_{43}$ | $Y_{43}$ | $X_{43} \times Y_{43} \div P_{43}$ |
| 小计 | $U_4 = X_{41} \times Y_{41} \div P_{41} + X_{42} \times Y_{42} \div P_{42} + X_{43} \times Y_{43} \div P_{43}$ | | | | |

**表 7-2　　财务健康指标分析**

| 能力指标 | 能力实际值 | 能力权数 | 能力分值 |
|---|---|---|---|
| 偿债能力 | $U_1$ | $V_1$ | $U_1 \times V_1$ |
| 经济效益能力 | $U_2$ | $V_2$ | $U_2 \times V_2$ |
| 资金流动能力 | $U_3$ | $V_3$ | $U_3 \times V_3$ |
| 发展能力 | $U_4$ | $V_4$ | $U_4 \times V_4$ |
| 合计 | $W = U_1 \times V_1 + U_2 \times V_2 + U_3 \times V_3 + U_4 \times V_4$ | | |

（三）财务风险大小的度量

医院财务风险的大小有三种度量方法：

1. 垂直距离法。即计算出财务健康指数后，将其大小与警戒值相比较，若其负向偏离警戒值越远，表明医院的财务健康状况越差，财务风险越大；若其正向偏离警戒值越远，则表明医院

的财务健康状况越好，财务风险越小。

2. 频率法或称频度法。它是度量医院季度、半年度或年度财务风险的方法。它是以医院一定时期内低于警戒值的月份来表明财务风险的大小。如果医院在某段时期内财务健康指数一直处于警戒值以下，且负向偏离警戒值较远，则表明医院的财务运行状况甚忧。

3. 半方差法。它是具体量化财务风险的方法。因我们主要关注财务健康指数的负偏离，所以只要研究那些负向偏离警戒值的样本，算出它们在某段时期内的偏离程度，就可以度量财务风险的大小。

具体操作时，先取定某段时期共有样本（$X_1$，$X_2$，…，$X_n$），其中，设负向偏离于警戒值的样本有 K 个，则运用半方差公式计算的标准离差为：

$$\delta = [\sum (X_i - 100)(X_i - 100) \div n] \div 2 \qquad i = 1, \cdots, K;\ n = K$$

如果半方差大，则表明医院的财务风险大。反之，则小。

## 二、医院财务风险的防范

医院财务风险的防范，是在衡量和分析财务风险的基础上，针对不同情况采取相应的风险处理方法，以便及时有效地阻止或抑制风险事态的发展，降低损失程度。财务风险的防范方法主要有：

### （一）规避风险法

规避风险法包括宏观规避和微观规避。财务风险的宏观规避，就是医院要对管理人员加强风险防范意识教育，做好财务风险预警分析，采取对策化解财务风险，切实保障医务人员的合法权益。财务风险的微观规避，就是要加速库存物资周转，降低库存量，保持资产的流动性；根据医院发展的不同时期，充分考虑业务收入及其增长、财务杠杆、医疗市场、金融市场等情况，选

择最佳的资本结构和综合资本成本最低的融资组合，把财务风险降到最低。例如某医院持有××药厂0.6%的股权，对外投资金额为48万元。由于××药厂近几年基本处于停产状态，亏损严重，资产大幅度缩水，扭亏转盈的希望非常渺茫。医院管理层联合其他五家医院，报上级主管部门批准，并经中介机构评估，将该股权捆绑后委托某产权交易所公开挂牌转让，转让收入及转让过程中发生的相关费用按各家医院持股比例分别结算。尽管某医院转让股权收回的净资产严重亏损，但因其当机立断终止对外投资，阻止了投资风险的进一步恶化。

（二）降低风险法

降低财务风险一般有三种方法：一是通过付出一定的代价来减少风险损失的可能性及程度；二是依靠加强管理来降低损失发生的可能性；三是增强风险主体抵御风险损失的能力。例如某医院2008年使用泛生舒复188993瓶，占全年药品使用量的2.16%；该药进价24.78元/瓶，每年订货68次，每次订货成本58.76元，每单位持有成本2.39元；医院的经济订货量（EOQ）是在库存物资总成本最低时出现，计算公式为：

$$EOQ = \left(\frac{2 \times \text{每年使用量} \times \text{每次订货成本}}{\text{每单位持有成本}}\right)^{\frac{1}{2}} = \left(\frac{2FS}{C}\right)^{\frac{1}{2}}$$

$$= \left(\frac{2 \times 188993 \times 58.76}{2.39}\right)^{\frac{1}{2}} = 3048(\text{瓶})$$

计算结果表明：医院每次购买泛生舒复75529.44（3048×24.78）元，能够使该药品库存成本降至最低。

（三）转移风险法

转移风险法是指医院以某种方式将面临的风险转移给他方。当然，风险转移必须符合合法、合理、公平的原则，不能采取欺诈的手段。例如某医院投保医疗责任险附加医疗意外责任保险，当年缴纳医疗责任保险附加医疗意外保险费共计

111.21 万元，医院当年实际发生赔付款 95.51 万元。尽管医院投保费用比实际发生的理赔费用多支付了 15.70 万元，但投保的好处有：一是规范了医疗争议理赔程序，发生索赔金额在 1 万元以上的医疗纠纷，统一交由医疗纠纷理赔处理中心办理，财务支付手续更加严密；二是医疗纠纷处置办法是以市长令的形式签发，有公信力，也能提高民众的认知度，使医院的就医环境不受干扰，并保护了患者利益；三是由于医疗保险事先确定投保金额计算方法，医院可以权衡后决定是否投保，将医疗风险锁定在医院的承受范围内；四是节省了医务科处理医疗纠纷占用的时间，让医务人员有更多的时间和精力投身医疗工作。

（四）承担风险法

承担风险法是将医院自身能够承受的风险，以及医疗活动中不可避免的财务风险承受下来，采取必要的措施，控制风险的进一步恶化或不利事项的发生，使财务活动朝着有利于医院的方向发展。例如某医院 2003 年 5 月购买价值 80 万元的设备，预计设备报废时可收回残值 5 万元。2008 年 6 月，使用科室考虑到设备维修频率增高，提议继续购买设备保修；维修公司提高年保修费到 10 万元（前 5 年累计支付保修费 30 万元）。设备科认为该设备已超出有效使用年限，累计保修费用又超过设备购买价值的 30%，从设备生命周期费用管理的角度评价，已不经济，且设备有效使用时间无法保证，综合成本与效益分析，不如放弃购买保修，老设备作为备机，更新设备。医院采纳了设备科的意见。

## 三、财务风险的管理措施

西方国家自 20 世纪 70 年代起就开始了对财务风险的研究与应用。目前，我国医院还没能充分树立财务风险防范意识，

对日常医疗运营中的财务风险重视不够。随着医院投资主体的多元化和医疗环境的复杂多变，面临的不确定因素会越来越多，因此，需要我们采取可能的措施，将财务风险降到最低程度。

（一）管理层要高度重视风险管理

医院管理层对财务风险要有深刻的认识和充分的重视，带头学习并熟悉国家有关法律法规，树立正确的风险防范意识，勇于承担风险，善于防范风险，始终把风险意识贯穿于医院成本、投资和融资等管理的全过程，发挥集体的智慧和力量，全院上下为财务风险管理编制一张有效的“安全网”，在风险和收益之间作出明智的抉择。同时，要加强对风险管理部门的领导与管理：

1. 建立日常报告制度。有关部门必须对平时发生的事故予以记录，分析原因，有针对性地采取防范措施。

2. 例外管理。重大的风险事件一般采用集体讨论或者专家咨询的方式。对特定项目的风险评价应由风险管理部门主持、相关部门的主要负责人参加，也可以咨询相关专家，制定出切实可行的防范风险方案，供医院管理层决策。

3. 其他部门要配合风险管理部门的工作。在进行相关管理方案时，要考虑风险对医院财务目标的影响。

（二）实行预算控制

医院应加强预算编制、执行、分析、考核等环节的管理，明确预算项目，建立预算标准，规定预算编制、审定、下达和执行程序，及时分析和控制预算差异，采取改进措施，确保预算的执行。要保障资金支出有预算可依，严格控制无预算的支出，避免盲目投资。预算编制要避免过繁或过细，如果预算对极琐碎的支出也作细微的规定，就会使各职能科室缺乏应有的自由，不可避免地会影响医院经营管理的效率。因此，要做到

既使预算更好地体现医院整体目标规划，又要适当掌握预算控制的度，使预算具有一定的灵活性。

（三）加强医院内部管理

只要有财务活动，就必然存在财务风险，对此，医院管理层要有深刻的认识和充分的重视，这是医院成功实施风险管理和防范的必要前提。如果我们采取措施得当，就可以化解风险，减少经济损失，而加强内部管理是预防财务风险的根本保证。

1. 完善医院财务管理系统。财务管理的宏观环境虽然客观上存在于医院之外，医院无法对其施加影响或加以控制，但并不意味着医院面对环境变化就无能为力。首先，医院应认真分析不断变化的财务管理宏观环境，把握其变化趋势及规律，制定多种应变措施，适时调整财务管理政策，改变财务管理方法，从而提高医院适应财务管理环境变化的能力和应变能力，以此降低和规避因环境变化给医院带来的财务风险。其次，面对不断变化的财务管理环境，医院财务管理体系应与时俱进，不断更新、完善。应设置合理、高效的财务管理机构，配备高素质的财务管理人员，健全财务管理规章制度，强化财务管理的各项基础工作，使医院财务管理系统高效运行，防范因财务管理系统不适应环境变化而产生的财务风险。

2. 加强筹资管理。财务预测是对未来融资需求的估计，是在了解筹资满足投资程度的基础上安排医院正常的经济运行和投资，避免因投资和筹资的脱节造成资金周转困难。在筹资渠道呈多元化趋势的今天，医院可供选择的筹资方式很多，应选择资金成本率较低的筹资项目，才能使医院有利可图。如支付基本建设工程款，可以向银行贷款，也可以采用短期票据结算的方式融资，资金成本孰低就是选择标准。资金成本是医院筹资时所支付的筹资费用或资金占用费；资金占用费主要包括资

金的时间价值和支付利息；资金成本率是医院取得资金所担负的费用同筹集资金总额的比例。因此，筹资管理的主要任务是优化资本结构，降低资金综合成本，有效地化解和防范财务风险。具体可从以下几方面入手：

（1）要对医院资金结构、负债状况和财务杠杆效应等进行系统分析。

（2）要对医院的资金结构进行优化设计，资金结构的优化是动态的、循序渐进的过程，管理者要考虑筹资成本、市场风险等各种影响因素，在动态的筹资过程中实现资金结构的最优化。

（3）在筹资方式的选择上，医院可优先考虑筹资成本低、风险小和效率高的银行短期信贷融资产品。

3. 建立科学的投资决策机制。科学的投资决策机制是有效决策运行机制与科学决策过程的统一，完善投资决策运行机制就是要建立科学化、民主化的决策制度，严格按照科学的决策程序运转，保证投资方向研究、投资项目的技术经济论证、投资项目审批的行为规范、严格执行招投标制度、科学组织施工和项目竣工验收，以及投资项目投入使用后效益评价等方面的组织协调、高效运行。

（1）对投资环境进行调查与分析，及时发现和捕捉各种有利的投资机会。投资机会和投资威胁作为一对矛盾，同时出现又同时消失。在一定条件下，威胁有可能变成机会，机会也有可能变成威胁。所以，医院在投资活动中必须对投资环境进行仔细地调查与分析，及时发现和捕捉各种有利的投资机会，尽量减少投资风险。

（2）科学预测投资风险，采取应对措施，防患于未然。应在探索认识投资风险的发生、发展和消亡规律的基础上，对医院投资中可能出现的投资风险进行科学预测，分析投资风险产

生的原因及其后果，采取措施避免或减少投资风险所带来的损失。

（3）科学周密地进行可行性分析，使投资决策科学化。投资决策科学化的关键是利用先进的分析手段和科学的预测方法，从技术上和经济上对投资项目进行可行性研究和论证。通过对各种投资机会和方案进行论证，为投资决策提供依据，确保投资决策科学化，防范投资风险。

（4）分析投资收益与风险的关系，选择合适的投资对象。在市场经济条件下，收益与风险同在，医院要获得的投资收益越多，所承担的风险就越大，而风险越大，获得收益的难度也越大。所以，医院在投资前，要认真研究收益与风险的关系，正确衡量自身对风险的承受能力，在适当的风险水平上谨慎、稳健地选择投资对象，力求避免或降低投资风险。

（5）根据投资实力选择投资机会。医院在对投资环境进行调查与分析的过程中，经常会发现许多的投资机会，但各种投资机会的实现都需要一定数量的资金作为保证。所以，医院在投资过程中，既要考虑投资机会，也要考虑自己的资金实力。只有这样，才能有效地利用机会，防范因投资资金不足所带来的种种风险。

（6）制定最佳投资组合，使投资风险分散化。医院所处的投资环境具有复杂性和多变性等特点，使医院面临的多种投资机会具有很大的不确定性。多种投资机会的存在，为医院制定投资组合提供了多种可能性，而投资机会的不确定性使医院制定最佳投资组合具有必要性。所以，为了防范投资风险，医院力求多方面地选取多种投资，将有限的投资资金进行最佳组合，从而达到分散风险、减少损失、获取最佳投资回报的目的。

4. 加强流动资产管理。医院库存物资具有使用价值，且以

实物形态存在，是医院流动资产中重要的组成部分，占有很大的比重。从当前医院管理情况看，加强流动资产管理的空间较大。医院要善于将货币资金投入到成本效益较好的项目，合理利用自有资金和借贷资金，加快医院发展步伐；药品、材料、物资的管理应遵循“计划采购、定额管理、加速周转、标准供应”的原则，实行“金额管理、数量或重点统计、实耗实销”的管理办法，要合理确定库存药品、材料、物资的储备数量，善于利用现代物流配送方式，切实管好、用好库存资产，最大限度地降低储备定额。凡是能够实现顺畅配送、保证医院需要的药品或物资，医院尽可能不超量储备，以减少资金占用，降低医疗运营成本。建立健全内部会计控制制度，堵塞管理中的漏洞，减少损失。

5. 降低应收账款额度，减少坏账损失。医院必须加强应收账款的管理，控制应收医药费的额度和收回时间，采取有效措施，及时组织结算和催收；尽可能降低应收账款额度，减少坏账损失。对应收账款及坏账准备进行科学的管理与筹划，实现医院降低应收款额度，减少坏账损失的目的：（1）健全和完善应收账款管理制度。包括住院病人预缴款管理制度、在院病人欠费限额制度、应收账款催收制度等，病人入住医院如非紧急情况，必须交足住院预缴款；医务人员为病人医疗费用担保的，应实行担保负责制；充分调动科室、医务人员、员工参与应收账款管理的积极性、主动性，对恶意欠逃款、治愈后逃跑的病人和以医疗纠纷为借口长期住在医院不出院的病人，要走司法途径，请求法律援助。（2）做好应收账款账龄分析。财务人员要密切注意应收账款的回收进度和出现的变化，在对应收账款的账龄结构分析中，要把时间长、金额较大的款项纳入工作重点，采用多种收款方式，积极催款，努力提高应收账款的收现效率；对账龄短的应收账款也不能放松监督，尽量催收，

以防发生呆账。(3) 采用适当的收账方式。应收账款的成本包括机会成本、管理成本、收账成本和坏账损失。医院在制定收账政策时，要在增加收账费用与减少坏账损失、减少应收账款机会成本之间进行比较、权衡，确定合理的收账政策。(4) 建立应收账款坏账准备制度。根据医院财务制度和会计核算谨慎性原则，在每年年末，按应收医疗款和应收在院病人医药费科目余额的3%～5%计提坏账准备。合理地核算可能发生的损失和费用，防止虚增业务收支结余。(5) 加强医务人员医德医风建设。在保证医疗质量的前提下，合理检查、合理用药，因病施治。通过开展“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理活动，学习白求恩精神，加强医疗质量管理，改善医疗服务环境，规范医疗服务行为，确保医疗安全，以减少医疗欠费的发生。

6. 统筹兼顾，合理安排结余资金。结余分配是一项十分重要的工作，它不仅影响医院的筹资和投资决策，而且涉及国家、医院、员工等多方面的利益关系；涉及国家长远利益与近期利益、整体利益等关系的处理与协调。医院要统筹兼顾，合理安排结余资金，既要为医院的可持续发展奠定物质基础，又要保障员工在医院收入增长的前提下，收入和福利待遇逐年提高。

(四) 培养高素质的财务管理人员

高素质的财务人员是医院不可多得的财富。就目前情况看，我国医院财务人员受传统的计划经济影响和专业教育程度的限制，其综合素质和业务能力在很大程度上不能适应市场经济环境的要求。为此，要全面提升财务人员综合素质，应该抓好后续教育。首先，要通过培训和学习，增强财务人员的法制观念，增强使命感和紧迫感，提高责任心和自觉性。其次，要经常组织财务人员学习新制度，研究新问题，提高他们的业务

能力。可在财务科设置财务风险预测和分析岗位，负责收集财务风险信息，充分利用医院现有的会计报表、科室成本核算及相关指标等资料，进行综合分析。还要能够对具体环境、方法的切合性及某些条件进行合理假设和估计，准确识别财务风险，及时发现和估计潜在的风险，真实反映医院的经营成果、现金流量和偿债能力，为领导及时提供决策信息。再次，要对财务人员进行职业道德教育，提高其政治思想素质，成为严格按制度办事、不徇私舞弊的合格人才。

## 第三节 财务危机的预警方法

常言道，“冰冻三尺非一日之寒”，财务风险由产生到恶化，并非瞬间形成，通常要经历一个渐进积累转化的过程。当医院经济运行发生潜在危机时，风险管理人员通过设置并观察一些敏感性财务指标的变化，对可能或将要面临的财务危机发挥监测预警作用，提醒管理者有的放矢、对症下药，遏制财务风险的进一步恶化。常用的财务危机预警方法有构建财务危机预警机制、单变量预测模型法和财务危机预警指标。

### 一、构建财务危机预警机制

构建财务危机预警机制是一种综合性的预警方法，在医院经营管理中占有重要的地位，且对不同的利益相关者具有不同的功能。对医院管理者而言，财务危机预警机制的功能主要是监督和分析，即通过观察敏感性财务指标的优劣变化，对医院的财务危机发挥监测预警作用；通过分析医院内在财务弊端，掌握财务决策的主动权。对投资者、债权人等外部利益相关者

而言，财务危机预警机制的功能主要在于评价医院财务健康程度，以利于作出投资、放贷决策。

（一）追踪敏感性财务指标

风险管理人员通过全面分析医院经营情况等各种资料，对医院获利能力、偿债能力、运营状况和发展潜力等敏感性指标进行动态追踪和事前、事中、事后的经常性监控，可以对医院的财务危机发挥监测预警作用。同时，寻找财务危机发生的原因和医院财务管理体系中隐藏的问题，提出解决问题的有效措施或建议。

（二）信息系统支持

财务预警是基于财务比率进行的，而其基础是会计信息。因此，只有获得及时、准确、可靠的会计信息，才能对医院的财务状况作出客观、公正的评价；只有将会计信息系统与管理信息恰当地接口，才能保证完备的信息追溯线索；只有收集必要的行业数据，分析同行业其他医院的发展态势，判断本院在行业中所处的地位变化，才能更好地预防或控制财务危机的发生。

（三）实行财务预警分析和报告

风险管理人员在财务预警分析中，应重点把握和分析财务风险的成因，估计可能造成的损失。如果分析结果显示存在财务风险管理失败的可能性，就必须对整个财务状况和未来医疗运营成果重新通盘考虑，采取恰当的应变处理措施。财务预警报告是医院自身的一种预警机制，应建立定期或不定期的报告制度。风险管理人员通过设置并观察一些敏感性财务指标的变化，对医院可能或将要面临的财务危机进行预测，也可以在指标将要超过控制警戒线前或可能发生财务危机时，以专题形式向医院管理层报告。

## 二、单变量预测模型法

单变量预测模型的创始人威廉·比弗（William Beaver）通过对1954～1964年期间的79家失败企业和79家成功企业进行比较研究，对14种财务比率进行取舍，最终得出可以有效预测财务危机的比率依次为债务保障率、资产负债率、资产收益率和资金安全率。作者对比弗提出的适用于企业预测财务危机的四个比率公式以及经济内涵等，根据《医院财务制度》的规定，兼顾医疗行业的特殊性，修改对应的公式指标，重新定义经济内涵，以适应行业管理的需要。

（一）债务保障率 $=\dfrac{\text{净现金流量}}{\text{负债总额}}$

债务保障率是以本期医疗运营活动产生的净现金流量与全部债务总额相比较，表明医院现金流量对其全部债务偿还的满足程度。该比率越大，偿债能力越强。反之，则越弱。

（二）资产负债率 $=\dfrac{\text{负债总额}}{\text{资产总额}}\times 100\%$

资产负债率表示在医院资产总额中，有多少资产是通过举债取得的。一般来说医院资产负债率越低，说明以负债取得的资产越少。但从经营的角度看，资产负债率过低，说明医院运用外部资金的能力差。而资产负债率过高，说明医院自有资金不足，需要依靠举债来维持，偿债风险过大。因此，资产负债率控制在60%～70%比较合理、稳健，达到85%及以上时，有偿债风险，应引起足够的重视。

（三）资产收益率 $=\dfrac{\text{收支结余}}{\text{平均资产总额}}\times 100\%$

资产收益率反映医院资产的综合利用效果，有助于引导医院加强成本核算，控制不必要的成本支出。该比率越高，表明医院的资产利用效益越好，医院的盈利能力越强，经营管理水

平越高。

（四）资金安全率 = 资产变现率 - 资产负债率

$$安全边际率 = \frac{安全边际业务量}{预计业务量}$$

一般而言，当资金安全率与安全边际率均大于 0 时，表明医院经营状况良好，可以适当采用扩张策略；当资金安全率大于 0，而安全边际率小于 0 时，表明医院财务状况尚好，但运营效率欠佳，应进一步拓展业务；当安全边际率大于 0，而资金安全率小于 0 时，表明医院财务状况已露险兆，处于过度经营状态，应改善资本结构，调整信用政策，加大应收账款回收力度；若两个比率均小于 0，表明医院财务已陷入危险境地，财务危机随时可能发生。

比弗认为债务保障率能够最好地判定企业的财务状况，用这一比率来判断的误判率最低；其次是资产负债率，离失败日越近，这一比率的误判率越低。但各比率判断财务危机的准确率在不同情况下会有所差异，所以在实际应用中往往使用一组财务比率，而不是一个比率，这样才能取得良好的预测效果。

## 三、财务危机预警指标

财务危机预警就是医院要合理确定预警指标和最佳值，通过设置并观察一些敏感性财务指标的变化，对医院可能或将要面临的财务危机进行预警和分析。作者认为，医院除使用比弗提出的有效预测财务危机的 4 个财务比率外，下列比率也可以用来预测和分析医院财务状况是否处于危险境地。

（一）现金支付保障率 $= \frac{本期可动用现金资源}{本期预计现金支付}$

该指标反映医院在特定时期实际可动用的现金资源能够满足当期现金支付的水平，是从动态角度衡量医院偿债能力发展

变化的指标。该比率高，说明医院的现金资源能够满足支付的需要，支付能力正常、稳定，财务风险较小；如果比率低于100%，且有持续下滑的趋势，说明医院正常的支付能力逐步降低，有可能引发财务危机。

（二）流动比率 = $\frac{\text{流动资产}}{\text{流动负债}}$

该指标评价医院流动资产在短期债务到期前可以变现用于偿还流动负债的能力。该指标表明医院每1元流动负债中有多少流动资产可以作为偿还到期债务的保证。该比率越高，债权人越有保障。但过高的流动比率，则表明医院外部资金未能有效运用。医院流动比率为2：1被认为是适宜的。

（三）速动比率 = $\frac{\text{速动资产}}{\text{流动负债}}$

该指标用于衡量医院流动资产中可以立即变现用于偿还流动负债的能力，其中：速动资产 = 流动资产 - 库存物资 - 待摊费用 - 待处理流动资产净损失。通常情况下1：1被认为是较为正常的速动比率。

（四）应收账款周转率（周转次数） = $\frac{\text{业务收入}}{\text{应收账款平均余额}}$

该指标反映医院应收账款变现速度的快慢及管理效率的高低。应收账款周转率高，表明收账迅速，应收账款账龄较短，资产流动性好，短期偿债能力强，能减少坏账损失发生的概率。反之，医院的运营资金过多地滞留在应收账款上，影响正常的资金周转。

（五）库存物资周转率 = $\frac{\text{医疗成本}}{\text{库存物资平均余额}}$

一般来说，库存物资周转率越高，说明医院库存物资占用水平较低，周转时间较短，占用资金较少，物资积压的风险较小，变现能力以及资金的使用效率也就越高，库存物资的管理

水平就越高。但是，库存物资周转率过高，也可能说明医院存货水平太低，甚至经常缺货，造成批量过小，采购次数过于频繁，使采购人力成本加大。

$$（六）流动资产周转率（周转次数）=\frac{业务收入}{流动资产平均余额}$$

该指标是反映医院流动资产周转速度的指标。在一定时期内，流动资产周转次数越多，表明以相同的流动资产完成的周转额越多，流动资产利用效果越好。

$$（七）固定资产增长率=\frac{本年净增固定资产原值}{年初固定资产原值}\times 100\%$$

该指标反映医院规模的发展及医疗技术手段的更新程度。

$$（八）业务收入增长率=\frac{本年业务收入净增加额}{上年业务收入}\times 100\%$$

该指标是衡量医院运营状况、对市场的占有能力以及发展趋势的重要指标；是医院取得补偿、发展以及生存的基础和条件。该指标大于0，表示医院本年业务收入有所增长。该指标值越高，表明业务收入增长速度越快。反之，则要从医院内部管理找原因。

$$（九）收支结余增长率=\frac{本年收支结余-上年收支结余}{上年收支结余}\times 100\%$$

该指标用于评价医院当年的经济效益比上年增减变化情况及增减幅度。

$$（十）资本保值增值率=\frac{本年收支结余-上年收支结余}{上年收支结余}\times 100\%$$

该指标反映医院净资产在剔除客观增减因素后的变动情况，是医院发展能力的集中体现。资本保值增值率越高，表明医院的资本保全状况越好，净资产增长越快。当资本保值增值

率等于100%时，为资本保值；当资本保值增值率大于100%时，为资本增值。

实践证明，医院只有建立科学的风险管理机制，善于捕捉机会，才能提高对财务环境变化的应变能力；只有重视财务风险的管理，把风险防范意识贯穿于成本、投资和融资等管理的全过程，剖析经济发展中潜在的风险影响因素，针对不同情况采取相应的防范措施，才能达到降低风险、消除风险和减少损失的目的。医院只有通过追踪观察敏感性财务指标的变化，对医院将要面临的财务危机发挥监测预警作用，掌握财务决策的主动性，及时调整战略规划，从被动地处理危机到主动地防范危机，才能确保医院持续、快速、健康地发展。

# 第八章 医院绩效管理

绩效管理是对医院绩效实现过程中各要素的管理，它是基于医院发展战略基础之上的一种管理活动。绩效管理可以提高医院的运行效率，在一定程度上降低运行成本；可以提高医院自身的核心竞争能力，以适应医疗市场发展的必然趋势；能为员工指明努力的方向，使他们从一开始就明确自己的奋斗目标，清楚地知道自己在战略实施过程中所扮演的角色，力图使管理者和员工都能全身心投入其中，以主人翁的姿态勤奋努力地工作，形成一种医院绩效文化的环境。

## 第一节 医院绩效管理的意义与现状

### 一、医院绩效管理的意义

绩效管理是一个系统的管理过程，从严格意义上说，到目前

为止我国绝大多数医院还没有完整地实施绩效管理，只是有了绩效考核的雏形。可喜的是，越来越多的医院管理者正在关注绩效管理问题，并进行绩效管理的尝试和探索，这无疑对推动医院绩效管理的实施与完善发挥了积极的作用。

绩效管理作为先进的管理工具和管理手段之一，其最终目的是改善员工的工作绩效，顺利达到医院战略目标，提高员工的满意度和成就感。具体来说，医院在医疗运营过程中，要维护患者的利益，要求医务人员成为解决患者“看病难、看病贵”问题的主导力量；要求医务人员不断提高科研能力，提高技术水平和医疗质量，用最好的技术为患者解除病痛；要求医务人员提高诊断符合率，防止差错事故的发生；要求医务人员避免提供过度服务、滥检查、乱开药；要求医务人员提高服务质量，按制度和人性化要求为患者提供优质的服务。科学的绩效管理，是医院落实战略目标、绩效改进、激励、人事调整、薪酬分配、人才选拔、员工培训等工作的有效载体，间接地为患者利益提供支撑。同时，医院还要维护广大员工的利益，体现按劳分配、多劳多得和按生产要素分配相结合的管理理念，努力使员工的追求目标和医院目标相一致、员工的工作成就感和医院取得的成效相一致。绩效管理能帮助员工确定工作方向和重点，强化工作职责，使成就和能力获得上级认可。通过沟通说明困难、解释误会、发表见解，员工可以了解医院的发展现状和前景，获得参与感，最终达到患者、员工、上级都满意，实现医院的战略目标。

## 二、目前医院绩效管理存在的问题

按照现代绩效管理的定义，绩效管理是通过对医院战略目标的分解和业绩考核，提高业绩成绩，并将业绩成绩用于日常管理，激励员工业绩持续改进，最终实现医院的发展战略目标。而目前医院绩效管理的实施环节和绩效结果不尽人意，存在认识上

的误区和管理上的问题。

（一）绩效管理存在的认识误区

1. 把绩效管理等同于绩效考核。许多医院在绩效管理过程中，把绩效考核与绩效管理等同起来，断章取义地认为设计了绩效考核表，量化了考核指标，年终实施了考核，就是进行了绩效管理。这种认识上的误区，使医院省略了极为重要的目标制定和沟通管理等过程，忽略了绩效管理中需要掌握和使用的技巧与技能。因此，出现绩效考核之前与考核之后其他环节的工作没有做到位，医院的绩效管理系统与医院的战略目标脱节的现象，使绩效管理水平在低层次上徘徊。

2. 角色定位不清晰。一些医院的管理者认为绩效管理是人事科的事，与己无关，不能确认自己在绩效管理中扮演的角色，在观念和行为上把自己置身于事外。由于缺乏高层管理者的支持和推动，一方面，绩效管理的实施比较困难，使人事科承受很大的压力；另一方面，由于人事科缺乏与医院战略的联系，考虑问题的层面过于肤浅，实施的效果不尽人意。因此，强调绩效管理的全员参与是至关重要的，如果仅仅依靠人事科制定目标、协调和考核，就难以将医院绩效管理推行下去，难以将各个考核环节落到实处。

3. 把绩效管理看作额外的工作。在一些管理者眼里，绩效管理是他们正常管理工作以外的工作，自己最重要的工作是怎样把业务做上去，绩效管理可有可无。在这样的思想支配下，只有在被要求的时候，他们才会去做绩效管理，而当他们认为有更重要、更紧急的事情需要处理时，就会将绩效管理工作暂时搁置。事实上，绩效管理恰恰是每个管理者不可或缺的工作内容，是管理者通过员工的力量来完成工作的一种手段，通过将绩效目标分解并分配给员工，促使员工完成任务来实现自己的目标。

4. 认为绩效管理主要用在发奖金、调工资上。很多医院在

聘请咨询顾问设计绩效管理系统时，其主要出发点就是如何根据考核结果进行利益分配。例如，现在是干好干坏一个样，如何通过绩效管理将收入差距拉开；年终要给员工分奖金、涨工资了，该给谁发不该给谁发，该给谁涨不该给谁涨，总得有个说法等等。应当承认，很多医院从经验管理过渡到科学管理，在利益分配上从一种无序的状态发展到有序的状态是非常有必要的，但只认识到这点是远远不够的。绩效管理还有很多对我们来说更为重要的作用，从大处说，绩效管理能够让所有人都朝着医院的战略目标努力；从小处讲，绩效管理能让每位员工知道自己成长的方向在哪里。

如果仅将考核结果作为奖金发放或工资调整的工具，这是对绩效考核结果的片面应用，会引导人们将考核与利益分配联系起来，容易造成矛盾或冲突；如果把注意力放在利益分配上，忽视了绩效的改进与提升，那么绩效管理的真正目的就没有达到；如果仅为了考核而考核，考核结果对员工没有任何影响，那么谁也不会重视考核，考核就会流于形式。

（二）绩效管理过程存在的问题

1. 把经济指标等同于绩效考核指标。文献显示，在当前医院绩效评价工作中，有关财务因素或经济指标的考核占较大比重，而围绕患者利益、医疗技术特色、质量、价格、形象识别以及服务流程等的评价则太少，至少其作用与意义强调不够。部分医院以科室收入支出作为奖金核算的主要依据，将纯粹经济指标的考核方法冠以“绩效考核”之名。

2. 绩效管理与战略实施相脱节。医院的战略目标或年度工作计划未被层层分解到各科室和每位员工，容易导致员工行为与医院战略目标相背离；医院内部管理关系混乱，各岗位责、权、利界定不清，管理者和员工责任不明，绩效管理容易出现“真空地带”。

3. 绩效管理的整体性未落实。全面的绩效管理是由五个环节组成，只有每个环节都能够有效实施，形成持续、整体的工作链，才能真正发挥绩效管理在建立以明确的发展战略、主动的沟通和激发员工内在积极性为特征的绩效文化方面的巨大作用。目前，很多医院开展的绩效评价工作，主要建立并运用于以奖金分配、科室和人员考核为目的的各种测评体系，忽视了绩效管理循环中其他环节的作用。

4. 医院、科室及员工缺乏有效的沟通。在制定和分解目标时，医院、科室及员工缺乏有效的沟通。沟通不到位使员工对绩效考评定位认识模糊并存在偏差，导致个体绩效与科室绩效相脱节，有可能出现个人和科室业绩良好，医院业绩却不理想的情况。沟通不到位，也不利于员工参与医院绩效管理，使绩效管理成为单纯的绩效考核，阻碍了员工绩效的提升和能力的发挥。

5. 绩效考评结果未得到及时反馈和应用。一些医院在制定绩效考核方案时，未考虑与薪酬分配、员工晋升、职业生涯规划等相关措施的有效衔接，只是为了考核而考核，把考核当作例行公事，考核结果也不与员工沟通。如果考核结果得不到有效地运用，和不考核就没有太大的区别。

6. 绩效考核标准欠客观、不合理。虽然越来越多的医院抛弃了完全主观的评价方法，但仍有不少医院采用“德、能、勤、绩”的评价方法。由于指标设计不明确，针对性不强，不能真实反映员工绩效，往往“老好人”和“庸人”得高分。医院在设计考核指标时未全面考虑各种影响因素，是造成绩效考核指标不合理的主要原因。常见的影响因素包括绩效考评中的心理弊病（过宽或过严倾向、晕轮效应、趋中效应）、考评者与被考评者的关系、绩效考评的标准、工具与方法、评价者的判断等。

7. 考核指标太多、太细，束缚了员工能力的发挥。由于设计考核指标太多、太细，挫伤了员工的积极性，束缚了员工能力

的发挥，细化考核指标，在一定程度上确实能做到相对公平，但当指标细到员工工作的每一个细节都能找到相应的规章制度——应该如何，不应该如何，违反规章制度将受到什么样的惩罚时，就会带来一些负面影响：容易使员工产生紧张感，长此以往将转变成厌倦感，最终影响工作积极性和效率；容易造成工作程序僵化，员工的主动性和创造性受到限制，员工能力的发挥将因此走向片面与畸形。

8. 绩效考评很大程度上受管理者主观印象影响。管理者有可能因为下级的某一绩效要素评价分值较高，而放大此人其他的绩效评价要素；或者“一刀切”，把所有下属都定位为绩效中等；或因个人偏见而考评过紧或过松。在实际工作中应尽量减少或避免这些主观评价的做法。

（三）绩效评价存在的不足

1. 设置的评价指标比较片面。绩效评价需要一系列内外部运行的数据，这些数据要求有效、可信、客观和特异；要建立在一个共同的标准上，才能与其他医院进行比较。我国医院评审标准，比较偏重评审医院的组织结构和功能；对医院绩效的评价指标，主要是医院水平的绩效指标，较少有病人层次的评价指标；较多地强调各种组织形式，对管理的过程缺少有效的指标。

2. 选择指标的方法不够科学。医院绩效评价离不开一套完整、科学的指标体系。已有的研究中筛选指标的方法大多带有主观色彩，如专家咨询法忽视了利用客观数据进行多因素评价的方法；聚类评价法和因子评价法挑选出来的指标往往带有片面性，难以做到公正、合理地评价。

3. 考虑指标的重要性不够。运用多种分析方法筛选出一套科学、实用的指标体系后，在进行医院绩效评价时，常要考虑各指标的相对重要程度，即权重。权重系数的确定是否合理对充分利用数据特性的综合评价方法至关重要。目前研究中确定权重的

方法主要是主观赋权法，很少考虑客观赋权法，如因子评价法和相关系数法等，常导致赋权带有主观性。

4. 未建立有效的绩效管理评价模型。医院绩效管理涉及多层次和多因素，是一个相互联系、相互制约的复杂系统。在建立绩效管理评价模型时，应充分考虑这些因素的关联性。在已有的研究中，评价模型建立的理论基础较肤浅，没有充分考虑指标间的联系，以及不同医院因病人的病情和病种不同，导致数据缺乏可比性和公平性，没有将指标的重要性和数据的特征结合在一起放入模型中进行多因素评价。因此，得出的结论不稳定，可靠性差，难以从评价中找出影响绩效的因素。

5. 重视绩效评价，忽视绩效管理。目前，关于医院绩效的研究，大多强调如何进行绩效评价、评价指标的设置、方法的选择等，而没有把绩效管理作为一个整体进行系统地研究，过于片面，结果的科学性和意义不大。单纯进行绩效评价，只是管理过程中的局部环节，并且只是在特定的时间进行，强调事后评价，侧重于考评过程的执行和考评结果的判断，通常是自上而下的，结果无法全面、客观地反映真实的情况，而且对医院的绩效提高作用不大。

6. 只涉及绩效管理的某些部分，没有形成完整的绩效管理模式。目前，医院管理所涉及的绩效管理只是初级的，主要表现在：绩效管理是由管理者与员工一起完成的，而一些医院管理人员的目标与计划很少与直接操作的医务人员共同制定；绩效管理要求定期召开评价工作质量的座谈会，能使医务人员得到他们工作业绩情况和工作现状的反馈，而在很多医院都没有做到；绩效管理强调过程管理，而不只是单纯的结果评价，而现有医院综合评价体系中，对治疗质量评价较多，对质量体系评价较少，对几个主要质量指标的数量很关注，对实际医疗服务过程质量的控制尚缺乏可操作的评价方法。

### 三、医院绩效管理问题的成因

解决绩效管理存在的问题，须制定出与医院战略规划相一致、有效激励员工能动性的绩效管理方案。必须对现有绩效管理制度中存在的问题认真分析，找出问题的形成原因，在新方案中充分借鉴。通过研究一些医院管理现状和现有绩效考核方案存在的问题，结合现代绩效管理理论，作者认为上述问题存在的主要原因有：

（一）对绩效管理缺乏充分了解

从现有医院绩效考核制度的介绍可以看出，一些医院还没有建立真正意义上的绩效管理体系，仍旧采取我国事业单位陈旧的考核模式，反映出医院管理层对现代绩效管理理论和作用与人力资源管理、战略管理等的联系缺乏足够的了解和认识。绩效管理作为人力资源管理的重要组成部分，不仅可以提高经营绩效，还具有构建和强化医院文化、树立价值导向的功能。科学运用绩效管理的原理和方法，充分发挥员工的积极性和创造性，增强医院的核心竞争力，是医院战略目标实现的有效保证。

（二）缺乏先进的绩效管理思想与技术

一些医院现有的绩效考核从目的、指标设置、考核过程与方法到结果的应用，都缺乏严谨、科学的管理理念，主观随意性大，方法陈旧落后，已经不能适应目前医院面临的竞争环境和发展需要。要想取得理想的绩效效果，必须借鉴先进的管理理念和科学的绩效管理技术。同时，结合医院作为承担政府任务和社会责任的知识密集型组织的特点，建立起适合医务人员知识型员工特点的绩效考核体系。医院在确定绩效目标与指标体系时，要借助目标管理制度，遵循平衡计分卡（BSC）、关键绩效指标（KPI）和指标设定的 SMART 原则；考核结果的应用要以需求层次理论、强化理论和公平理论等现代激励理论为基础；整个绩效

管理系统的设计与运行要以提高组织绩效，实现战略规划为基础。

（三）缺乏战略管理与人力资源的联系

战略管理最重要的环节是通过绩效管理，激发员工自觉运用知识和技能，充分发挥积极性和主动性，贯彻实施战略目标。人力资源管理是医院增强核心竞争力、获取竞争优势的工具。在人力资源系统的各部分中，绩效管理是核心环节，对整个人力资源管理的成效起着重要作用。

尽管医院领导的意图是通过绩效工资考核制度，利用经济杠杆来促进员工提高工作积极性，增强医院实力，推动医院向既定目标发展，但一些医院仅以单纯的经济指标设置考核项目，使员工的工作偏离医院追求的方向，造成诸多负面影响。另外，绩效工资考核制度、年终考核制度，还有各种技能考核制度，如不以人力资源管理的其他工作（如工作分析、职位描述、培训开发和薪酬激励等）为基础或联合实施，将导致绩效考核的影响面很窄，成了为考核而考核、为应付检查而考核、为发奖金而考核，完全没有起到绩效管理应有的作用。

## 第二节 医院绩效管理方法

医院对绩效进行评价和管理时，既要考虑投入（行为），也要考虑产出（结果）。因此，绩效的含义应该包括结果和行为两个方面，即工作中应该做什么和如何做。还要考虑个人自主性和学习能力的提高。它是全体员工自下而上的参与过程。绩效管理的沟通包括沟通组织的价值、使命和战略目标，对员工的期望结果和评价标准，如何达到该结果，组织的信息和资源，强调员工

之间相互支持和鼓励；绩效管理是一个强调发展的过程，目标之一是建立学习型组织，最终目标是建立组织的绩效文化，形成和谐的工作氛围。

## 一、医院绩效管理

绩效管理是指组织和员工之间就员工承担的任务、职责、工作标准进行沟通和协商的机制，也是组织通过绩效计划的实施和管理，为员工和团队提供及时有效的行为和态度控制、调整以及反馈的过程，它涉及到对员工工作结果、工作行为和态度以及投入的相关要素的标准确定、评价和反馈。

### （一）绩效管理的本质

绩效管理的本质如图 8－1 所示。

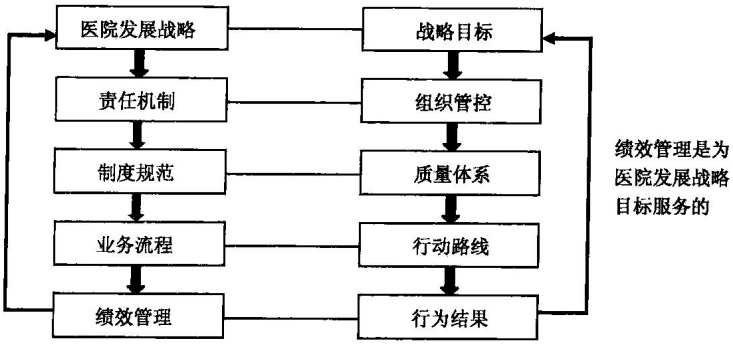



图 8－1　医院绩效管理本质

### （二）绩效管理的核心与目的

绩效管理的核心是一系列管理活动连续不断的循环过程，一个绩效管理过程的结束，是另一个绩效管理过程的开始。通过这种循环，医院从中不断获得成功的管理思想和方法，使员工和医院的绩效得以持续发展。

绩效管理的目的在于：

1. 实现医院的战略规划和远景目标。

2. 提高员工的绩效水平。

3. 增强医院核心竞争力和提高市场占有率。

4. 提高医疗技术水平和服务质量。

5. 提高各级管理者的素质。

6. 为员工职务变动、薪酬管理、成本核算、培训发展等管理活动提供科学依据。

7. 检查医院规划目标和各项管理决策，如人员配置、员工培训、学科建设、经济投入、结余分配等方面是否有失误。

8. 同一医院纵向比较不同年度的绩效水平，对持续改进医疗服务质量，不断提高医院的总体绩效将起到促进作用；与不同医院横向比较同期绩效水平，可以作为卫生主管部门对医院科学评价的依据。

（三）绩效管理的原则

1. 人才是绩效管理的第一资源。

2. 公开、公正、公平、实事求是、兑现承诺。

3. 沟通和目标一致。

4. 绩效管理要与岗位配置管理、成本管理、薪酬管理及医院的战略管理相结合，体现组织的绩效价值。

5. 制定科学、规范、切实可行的绩效管理方案。

6. 领导重视绩效反馈，正确区分责任。

7. 以人为本，科学激励。

8. 采取科学的考核管理办法，及时将考核结果反馈给相关人员。

9. 尽可能做到人员配置与其承担的业务量达到最佳组合。

10. 实行动态、持续的员工培训与质量改进。

（四）绩效管理流程

医院绩效管理是一个完整的系统，每个环节以及各环节之间的循环关系，可以用流程表示（如图 8－2 所示）。

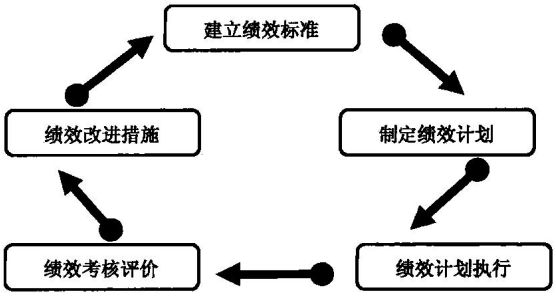



图 8-2 绩效管理循环图

图 8-2 中每个环节环环相扣，相辅相成，缺一不可。串联起整个系统的工具，就是贯穿始终、持续不断地沟通，沟通的好坏决定绩效管理的成败。通过沟通把医院管理者与员工紧密联系在一起，前瞻性地发现问题，并在问题出现之前解决，达到共同进步、共同提高的目的；通过沟通为医院管理者提供各方面的管理信息，及时了解员工的状态和想法、工作的进展情况、遇到的困难，以便制定工作计划和绩效目标时能进行协调与调整；帮助员工解决困难，使他们更加有信心地做好本职工作，提高管理效率和管理准确性；通过沟通为员工提供需要的信息，让员工及时了解医院管理者的想法、对自己的评价和工作的意外改变，并获得鼓励与动力，及时调整自己的状态，使管理者和员工步调一致；通过沟通使医院在年终考核时，不会出现管理者和员工都不能接受的意外，没有意外的绩效管理才更加成功，更加受到拥护，更加完善。

（五）绩效管理目标的设计与定位

1. 以绩效管理能力提升为基础，造就称职的管理人员队伍。他们的行为必须公正，且符合道德规范。

2. 以客户为导向，即以病人为导向，以内部员工为导向。

3. 以医疗质量和服务质量持续改进为指引，优化医院内部管理流程，改进作业标准，改进作业行为。

4. 以安全医疗为基本要求。

5. 以提升员工的忠诚度和满意度为落脚点。

（六）绩效管理的改革过程

绩效管理的改革过程如图 8－3 所示。

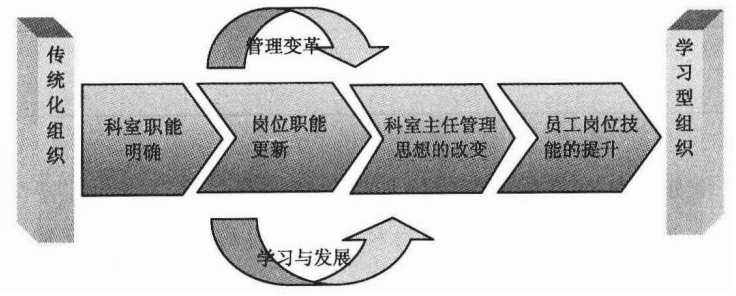



图 8－3 绩效管理的改革过程

## 二、绩效管理的衡量标准

在美国，衡量一家医院的绩效管理如何，不仅看其经济指标，还要看综合指标。一般包括财务指标、运作指标和临床指标。我国医院把医疗增加值、效率测量、经济效益和社会效益等综合指标作为判断标准。

（一）医疗增加值（MVA）

医疗增加值是指医院业务收入减去变动成本后的剩余部分，反映该时期医疗增值量，从侧面反映社会对医院存在价值的认可度及补偿度，是医疗经济运行效率评价的核心指标。其计算公式为：

MVA ＝修购基金提取数＋福利基金提取数＋人员工资和社会保障费用＋对个人和家庭的补助支出＋收支结余

＝业务收入×医疗增加值百分比

在现行政策条件下，医疗服务项目和收费价格对医疗增加值的贡献差异较大（如表 8－1 所示），医院应建立合理的微观管

理与运行机制，通过开展医疗服务新项目，拓宽服务领域，提升新的经济增长点；建立合理的“以医养医”机制，既有利于社会，又有利于医院的可持续发展。

表 8－1　　收入项目对医疗增加值的贡献　　单位：%

| 医疗劳务收入 | 药品收入 | 常规检查收入 | 卫生材料 |
| --- | --- | --- | --- |
| 100 | ≤15 | >30 | ≤5 |



例如，某医院提高医疗增加值的途径是：

1. 通过扩大健康体检项目种类，以良好的体检质量和细心周到的服务吸引病人。

2. 组建微创学科群（泌尿外科腔镜、髋关节腔镜、妇科腔镜、微创外科腔镜），开展高难度的腔镜手术，对病人损伤小，伤口愈合快，能缩短病人住院天数。

3. 组建整形美容科和手外科，根据其工作的特殊性，度身定制奖金分配方案，充分调动员工的工作积极性。

4. 为有需求的孕妇提供温馨、舒适的全程陪伴分娩特需服务。

5. 添置 3.0T 磁共振、直线加速器等设备，提升医院的诊治能力。

6. 装备并整合 HIS、LIS 和 PACS 信息系统，能够缩短病人等候时间，提高医院效益；开展亲属间肾脏移植、手汗症治疗、精确放疗等新技术，吸引特殊病种人群。

7. 强化落实核心制度，创新质量管理工具，提高经常性医疗项目的标准化和同质化水平。

8. 实行内部技术准入制和手术等级制度，降低低年资医生的医疗风险，降低医疗赔付率。

（二）效率测量

医院的效率包括技术效率和配置效率，效率测量一般测量医院的技术效率。技术效率测量一般使用数据包络分析法、随机前沿法和比率法。在产出指标体系的确立中，医院的最终产出是病人健康状况的改善程度，其测量难度较大，所以一般用出院人次、门急诊人次等中间变量作为医院产出指标；在价格界定上，人力价格以人员的工资来替代；设备和资金的价格比较容易理解，可以用当时的货币金额来表示。

（三）经济效益

经济效益可以从医院资产管理、收益状况、偿债能力三方面体现。通过经济效益综合值的计算，评价医院一定时期内是否利用有限的人、财、物等资源，为社会提供尽可能多和质量好的医疗服务，进一步加强经济管理，减少不必要的损耗，降低服务成本。

（四）社会效益

社会效益可用社会生活质量的提高水平来衡量。医院是为大众服务的“窗口”，从某种意义上讲也是社会文明的反映。医院追求社会效益就是要做好防病治病工作，保护社会劳动力，提高人民健康水平。医疗服务质量较好地体现了医院的社会效益，对医疗服务质量追求完善，已成为当前医疗消费的主要特征之一。

## 三、绩效管理的主要技术方法

绩效管理的主要技术方法有目标管理法（MBO）、关键绩效指标法（KPI）、平衡计分卡法（BSC）、360 度绩效考评法等。每一种绩效管理方法都反映了一种具体的管理思想和原理，都具有一定的科学性和合理性，也都有各自的局限性与适用条件。

（一）目标管理法（MBO）

目标管理法是德鲁克在 1954 年创建的管理方法，它通过让组织成员亲自参与工作目标的制定来实现“自我控制”，并激励

员工努力实现工作目标。由于对员工的工作成果有明确的目标作为考核标准，从而对员工的评价和奖励更客观、更合理，可以激励员工为实现组织目标而努力。由于这种管理制度在美国应用得非常广泛，而且特别适用于对主管人员的管理，所以被称为“管理中的管理”（如图 8－4 所示）。

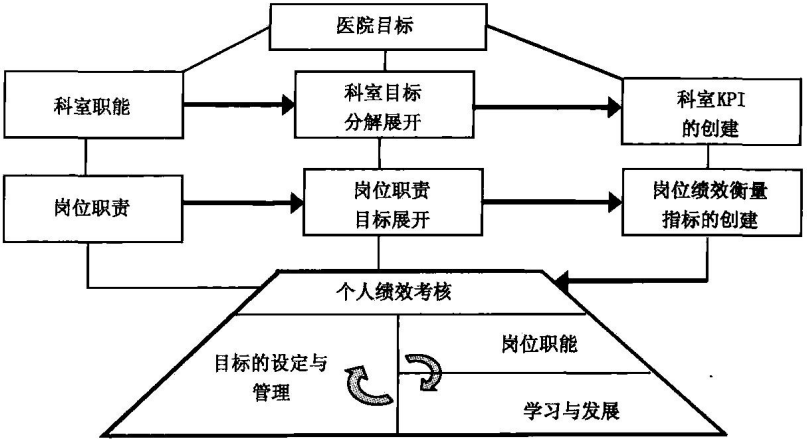



图 8－4　目标管理系统

常见的目标分解方法有：

1. 自上而下——指令式。优点：能够基本保证对总目标的支持。缺点：容易忽略医院内部科室实现目标的障碍。

2. 自下而上——倒推式。优点：能充分保证分目标的现实。缺点：对总目标的支撑性不够。

3. 综合法——协商式。优点：能充分考虑纵横两方面的一致性，支持总目标的实现，也能保证总目标实现的流程顺畅。缺点：成本高，尤其是时间成本。

（二）关键绩效指标法（KPI）

关键绩效指标法是通过对组织内部流程的输入端、输出端的关键参数进行设置、取样、计算和分析，衡量流程绩效的一种目

标式量化管理指标；是对组织过程中实现战略关键成功因素的提炼和归纳；是把医院的战略目标分解为可运作的远景目标和量化指标的有效工具，是医院绩效管理的基础。KPI 一般由财务、运营和组织三大类可量化的指标构成，可以使科室主任明确本科室的主要责任，并以此为基础，明确科内人员的业绩衡量指标，使业绩考评建立在可量化的基础上。

1. 关键绩效指标法符合重要的管理学“二八”原理。即在一家医院或组织的价值创造过程中，存在着“20/80”的规律，即 80% 的工作任务是由 20% 的关键行为完成的。因此，必须抓住 20% 的关键行为，对它进行分析和衡量，这样就抓住了业绩评价的重心。KPI 适用于操作控制/计划导向/开拓扩展期和单一、统一的业务结构。

2. 关键绩效指标的特征。（1）纵向分解。KPI 指标将每一个岗位的工作、部门职能与医院远景、战略相连接，既有团队指标，也有个人指标。自上而下，目标层层分解、层层支持，相互具有因果关系。（2）横向联系。保证员工、部门的绩效与内部其他单元、外部客户的价值相连接，共同为实现客户的价值服务，最终保证医院整体价值的实现。（3）整体考虑。KPI 指标的设计是基于医院的发展战略与业务流程的通盘考虑，而非仅仅从单个岗位的职责出发。兼顾长期和短期指标，既有数量型的指标，也有质量型的指标；既有结果性的指标，也有过程性的指标。（4）简洁精练。与一般业绩评价指标相比，KPI 指标可以更加简洁精练地反映实际业绩，直观性和可控性更强，便于评价和管理，导向性也更强。

3. 关键绩效指标筛选的原则。面对大量的业绩衡量指标，筛选出科学、有效、能够反映医院实际业绩水平的关键绩效指标，应以 SMART 原则为指导：（1）指标必须是具体的（Specific），保证对医院绩效具有明确的指导性。（2）指标必须是可衡

量的（Measurable），能够客观、准确地反映医院工作情况。（3）指标必须是可以达到的（Attainable），防止因指标过高使员工产生挫败感而丧失信心，同时，又要保证其具有挑战性。（4）指标必须与医院战略、科室任务和岗位职责相联系（Relevant）。（5）指标必须有明确的时间限制（Time - based），体现可行性、实用性和医院战略及核心价值观的要求。

4. 关键绩效指标的确定方法，如图 8 - 5 所示。

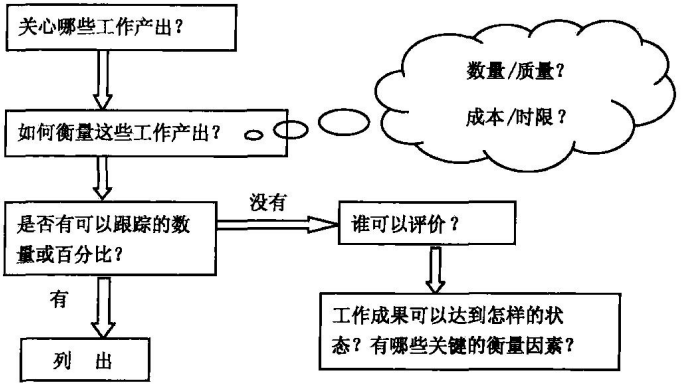



图 8 - 5 关键绩效指标的确定方法

（三）平衡计分卡法（BSC）

平衡计分卡法是由美国著名科学家，哈佛商学院的罗伯特·卡普兰教授和来自波士顿的顾问，美国复兴全球公司总裁大卫·诺顿在 1989 年参与传统财务评价系统缺陷的研究项目，经过对 12 家公司绩效测评方面 1 年的研究后发明的绩效评价方法。它是将组织战略目标逐层分解，转化为各种具体的相互平衡的绩效考核指标体系，并对这些指标的实现状况进行不同时段的考核，从而为实现战略目标建立可靠的、有执行基础的业绩管理体系。BSC 把对组织业绩的评价划分为四个部分：财务维度、客户维度、内部流程维度、学习与成长维度（如图 8 - 6 所示）。它不仅是一个指标评价系统，还是一个战略管理系统。它反映了财务

与非财务衡量方法之间的平衡、外部与内部的平衡、管理业绩与经营业绩的平衡等多个方面。所以，BSC 能反映组织综合经营状况，使业绩评价趋于平衡和完善，有利于组织的长期发展。BSC 适用于战略控制/计划与结果相结合/战略转型期和一元向多元转变的阶段。

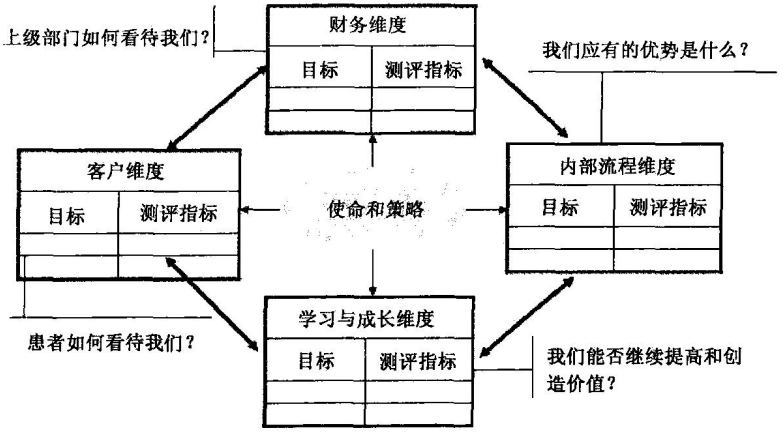



图 8-6 平衡计分卡四个维度的相互关系

1. 平衡计分卡的基本要素。（1）维度，是观察组织和分析战略的视点或镜头，每个维度都包含战略目标、绩效指标、目标值、行动方案和任务等部分。（2）战略，医院处于医疗市场竞争激烈的环境中，在总结历史经验、调查现状、预测未来的基础上，为谋求生存和发展，作出带有长远性、全局性的谋划或方案。（3）愿景，是人们心中一股深受感召的力量，是人们脑海中形成的意象或景象，是一个心之向往的未来画面。它创造出众人是一体的感觉，并遍布到组织全面的活动，使各种不同的活动融合在一起。（4）远景，是描述医院在未来 5 年、10 年甚至更长时间里想要实现的目标。远景总是伴随着使命和价值观，明确指出了变革的方向，使得成百上千个具体的决定变得简单。远景

可以激励人们朝着预定的目标采取行动。（5）目标，是由医院发展战略分流出的关键战略指标。每个战略指标都包括1个或多个绩效指标。（6）绩效指标，是衡量医院战略目标实现结果的尺度，揭示实施战略时关键领域的进展，并用以影响组织的行为。（7）目标值，是对期望达到的绩效指标的具体定量要求。

2. 平衡计分卡的指标体系设计。设计平衡计分卡指标体系要突出重点，抓住关键的考核指标，贵在具体而不空泛、贵在量化而不模糊、贵在精简而不庞杂、贵在准确而不偏颇；确保平衡计分卡的四个维度充分体现医院发展战略的意图和总体要求。在设计指标体系时，还应处理好平衡计分卡与员工个人日常考核的关系。在确立了医院平衡计分卡的管理体系之后，各个科室对员工个人的日常考核，应当严格按照工作岗位说明书规定的职责和平衡计分卡所分解的指标确立关键绩效考核指标。首先，平衡计分卡是一个战略管理系统，它最根本的目标是医院发展战略的执行，而不是规范每个员工或他们的具体行为。即使在绩效管理方面，也是以组织绩效为前提，员工绩效管理只是其功能的延伸。平衡计分卡应用于员工绩效管理，要求医院采用平衡计分卡的方法来制定医院发展战略，最后才分解为员工绩效指标。其次，平衡计分卡强调要分清主次、“抓大放小”，集中精力抓住医院的主要矛盾，其余的问题才能迎刃而解。对医疗运营活动来说，绝不是不分轻重什么都要考核。由于客观环境的多样性和我们主观条件的局限性，如果一切都要抓，等于什么也抓不到；一切都要抓好，等于什么也没有抓好，这就是我们常说的“有所不为才能有所为”。最后，平衡计分卡系统是高度结构化的系统，并不是关键绩效指标的堆砌，而是与关键绩效指标之间有着必然的逻辑关系。不少人误将关键绩效指标设计视为核心，其实，真正的关键是制定医院发展战略，医院发展战略是核心，是本质，关键绩效指标只是表象，没有医院发展战略，关键绩效指标就没有意义。

3. 平衡计分卡分级考核指标。借助平衡计分卡的原理和方法，围绕医院核心价值观，财务、客户、内部流程、学习与成长四个维度构建医院关键绩效指标，并通过对这些方面的衡量来促进财务和内部流程的改进和发展：（1）财务维度指标。一方面，反映医院的收益能力和经济效率，主要关注提高资产利用效率、增加人均收入、提高收入的含金量、有效控制支出。另一方面，引导员工以医疗业务拓展为重点，将收入结构调节得更为合理。经济指标有：总资产收益率、成本费用收益率、管理费用占总支出的比率、库存物资周转率和应收账款周转率；病人承受能力指标有：药品收入占业务收入的比率、每门急诊人次收费水平和每出院人次费用。（2）客户（患者）维度指标。该指标主要反映医疗服务适合患者和医疗市场需求的程度，以提供有效服务扩大医疗市场占有份额，实现医院效益宗旨。研究表明，提高服务质量与服务效率、提高医疗质量，能在患者中获得良好的口碑，从而提升医院品牌，增加就诊数量。病人满意度指标有：病人满意率、出院随访关怀率、门急诊人次增长率和出院病人增长率；医疗缺陷管理指标有：员工及病人投诉率、医疗赔偿支出占医疗收入的比率和差错事故率。（3）内部流程维度指标。该指标的设定应该与医院自身的管理基础结合起来，即哪些是目前尚处在落后阶段的、哪些是需要保持行业领先的、哪些是需要在一段时间内实现的、哪些是目前就有显著变化的等，从这些方面来设置指标和权重。医疗服务效率指标有：优化就医流程评分、病床使用率、出院病人平均住院日和人均检查次数；医疗服务质量指标有：甲级病历率、护理缺陷管理、临床主要诊断符合率、治疗有效率、病例 CD 型率、阳性检测率和医疗设备完好率。（4）学习与成长维度指标。对于临床科室来说，科研、教学和医疗技术创新是科室发展的动力，是医院和科室持续发展、形成核心竞争力的有力支撑，是实现医院远景和战略目标的基础。科研技术指标

有：医疗新项目开展评分、科研论文评分和科技产出评分；员工成长指标有："三基"优良率、教学任务评分、员工年平均培训时间、学历与职称结构评分、员工对本岗位满意度等。

（四）360 度绩效考评法

360 度绩效考评法，综合运用了心理学、社会学、组织行为学、管理学等相关学科知识，它的理论基础是心理测量学中的真分数理论。它是由被考评者的上级、同事、下级和内部客户、外部客户以及本人担任考评，对被考评者进行全方位的评价，再通过反馈程序，达到改变员工行为、提高绩效等目的，也称为多评价者评价系统或多源反馈系统（如图 8－7 所示）。与传统的考评方法相比，360 度绩效评价方法从多角度反映员工的工作，使结果更加客观、全面和可靠；重视反馈过程，使考评起到"镜子"的作用，并提供相互交流和学习的机会。

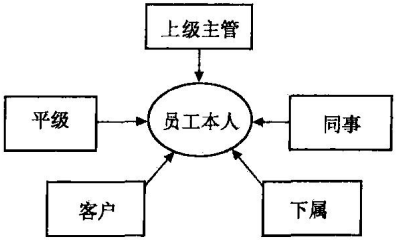



图 8－7　360 度绩效考评流程

（五）不同绩效管理方法的比较

随着医院对绩效管理的重视，近年来一些机构或医院对绩效管理进行了多种形式的探索，比较而言，传统的绩效考核操作比较简便，但缺陷较多，考核效率低下，只是单一地从易于量化的几个方面进行考核，其测评结果较为片面。目标管理法、关键绩效指标法、平衡计分卡法、360 度绩效考评法等现代绩效管理技术考核指标涉及面广，测评结果相对全面，且目标管理法、关键绩效指标法和平衡计分卡法都比较侧重医院战略目标的实现，效

率较高。

从实施过程来看，平衡计分卡与目标管理、关键绩效指标密不可分，它融合了两种方法的精髓，既提出了绩效管理指标的设置必须能够落实医院的发展战略，又强调了绩效的日常管理，是目前医院绩效管理比较实用和适用的方法。平衡计分卡法把医院的长期发展战略与短期行为联系起来，避免医院追求短期的财务回报，有利于医院的可持续发展。关键绩效指标法选取影响医院绩效的关键指标，针对性强。目标管理法侧重于结果的评价，根据目标的实现程度来考核绩效，有助于发挥科室的自主性和创造性。

但三种方法也存在一定的缺陷：平衡计分卡法很少有战略上描述医院成功的重要性指标，且缺乏外部标准。关键绩效指标法有时难以量化一些工作指标，实际操作难度较大。目标管理法关注结果，与绩效管理的思想尚有距离。

## 第三节　绩效管理支持系统

随着国家卫生政策的变化和医院内部运行体制的限制，医院的发展面临内外环境的压力和严峻的挑战。因此，医院迫切需要以核心服务理念和发展战略为基础，构建一套新的科学有效的绩效管理支持体系，提高医院运行效率和竞争力，最终实现医院的发展战略目标。

### 一、发展战略——绩效管理的向导

发展战略，是指医院根据面临的外部环境和自身优势，基于自身利益和持续发展目标，在有效协调与外界相互关系的基础

上，对医院未来的发展方向所进行的自我选择和自我设计。

（一）发展战略管理

卓越的绩效管理系统，应该与医院的发展战略密切相关。每个成功的组织都需要有一个发展战略，医院也不例外。医院可以在为制定发展战略而进行的逻辑分析中受益，也可以在为达到战略目标而进行的持续绩效评价和改进绩效的学习中逐步成长起来，实现自身的发展。为了成功地进行绩效管理，医院不仅需要有发展战略，还需要强调员工在发展战略制定和实施过程中的参与和沟通。事实上，在很多组织里，发展战略似乎只是与高层管理者有关的事情，人事科、职能科室和员工常常因为不了解组织的发展战略而感到困惑。因此，在实施绩效管理过程中，必须让员工了解医院的发展战略，进而了解自己所从事的工作对医院战略目标的支持程度。

（二）绩效管理的战略地位

绩效管理关注员工绩效的提高，而员工绩效的提高，又是为组织战略目标实现服务的，这就将员工和医院的发展捆绑在一起。同时，也将绩效管理的地位提升到了战略的层面，要战略性地看待绩效管理，战略性地进行绩效管理决策，并付诸实施。一个卓越的、具有现代管理理念的医院院长，运用绩效管理系统的优势，就是将个体绩效与医院的整体发展战略目标相结合，把绩效管理作为一个战略伙伴，解决绩效管理的定位问题。医院能否作出正确的战略决策很重要，而能否实施战略决策更为重要。要借助绩效管理这个战略伙伴，将组织的发展战略落实到每个员工头上，通过发挥员工的作用来实现战略目标。

（三）医院的发展方向

一是转变基层医院运行机制，严格核定人员编制，实行人员聘用制，建立能进能出和激励有效的人力资源管理制度；加强和完善内部管理，建立以医疗服务质量为核心、以岗位责任与绩效

为基础的考核和激励制度，保障公平与效率的长效机制。二是建立规范的医院运行机制，遵循公益性质和社会效益原则，坚持以病人为中心，优化服务流程，规范用药、检查和医疗行为；深化医院运行机制改革，建立和完善医院法人治理结构，明确所有者和管理者的责权，形成决策、执行、监督相互制衡，有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制；改革人事制度，完善分配激励机制，推行聘用制和岗位管理制度，严格工资总额管理，实行以服务质量及岗位工作量为主的综合绩效考核和岗位绩效工资制度，有效地调动医务人员的积极性。

## 二、岗位价值评价——绩效管理的基础

岗位价值评价，是指在工作分析的基础上，采用一套系统的方法，对岗位本身所具有的特性进行评价，从而确定每个岗位在整个组织的目标实现和价值创造过程中的贡献。岗位价值评价是现代医院人力资源管理系统重要的基础性工作。

（一）岗位价值评价的原则

岗位价值评价是对正常情况的判断，而不是对特殊业绩的判断；是对目前岗位状况的判断，而非过去和未来岗位状况的判断；是对岗位而不是对人的评价；评价不涉及在岗人员当前的工资和地位；评价是建立在对岗位信息充分把握的基础上。

（二）常用的岗位价值评价方法

1. 排序法。由有关人员组成考评小组，根据设定的考核内容确定评定标准，对每个岗位打分，评定结果汇总，计算平均得分，进而得出各岗位的排名顺序。

2. 岗位分类法。将医院所有岗位按工作内容、职责、任职资格等方面的不同要求，分成不同类别，给每一类别确定一个岗位价值的范围，且对同一类别的岗位进行排列，进而确定每个岗位不同的岗位价值。

3. 要素比较法。将所有岗位的内容抽象为若干个要素，根据每个岗位对这些要素的要求不同，得出岗位价值。

4. 要素计点法。是目前最流行的岗位评价方法，它首先确定影响所有岗位的共有因素，并将这些因素分级、定义和配点（分），以建立评价标准。然后依据评价标准，对所有的岗位进行评价，并汇总每一岗位的总分数。

岗位价值评价方法的比较如表 8－2 和表 8－3 所示。

**表 8－2　　岗位价值评价方法的要点及比较**

| 评价方法 | 要　点 | 类型 | 评价对象 | 比较方法 |
|---|---|---|---|---|
| 排序法 | 将每个岗位作为一个整体，通过简单的岗位价值的排序，比较它们对于组织的价值 | 定性 | 对整体工作进行评价 | 是在工作与工作之间进行比较 |
| 岗位分类法 | 根据诸如技能水平、责任、任职要求等因素，预先对不同职位进行绩效定义，然后根据某岗位适合哪一职位等的描述，将该岗位分配到各个职位之中 | 定性 | 对整体工作进行评价 | 是将工作与特定的级别标准进行比较 |
| 要素比较法 | 将每个岗位分成若干因素，并将这些因素与外部市场联系起来，确定各岗位价值的大小 | 定量 | 对工作要素进行评价 | 在工作与工作之间进行比较 |
| 要素计点法 | 将每个岗位分成若干因素，并将这些因素以点数表示，评定岗位价值的大小 | 定量 | 对工作要素进行评价 | 将工作与特定的级别标准进行比较 |

**表 8－3　　岗位价值评价方法的应用比较**

| 比较指标 | 排序法 | 岗位分类法 | 要素比较法 | 要素计点法 |
|---|---|---|---|---|
| 客观性 | 差 | 差 | 中 | 中 |
| 精确性 | 低 | 低 | 高 | 高 |

续表

| 比较指标 | 排序法 | 岗位分类法 | 要素比较法 | 要素计点法 |
|---|---|---|---|---|
| 可信度 | 低 | 中 | 中 | 高 |
| 管理负担 | 轻 | 轻 | 重 | 中 |
| 沟通难易程度 | 容易 | 容易 | 复杂 | 容易 |
| 操作成本 | 低 | 中 | 高 | 中 |



## 三、指标体系——绩效管理的载体

在制定医院绩效评价指标体系时，指标的选择、指标权重的确定、指标的标准化是决定指标体系是否科学、可行的三个关键环节。

（一）设计医院评价指标体系的原则

建立并能反映医院可持续发展综合实力状况的指标应遵循以下原则：

1. 指标体系应当充分反映和体现其内涵，从科学的角度系统而准确地理解和把握可持续发展综合实力的实质。

2. 指标体系作为一个整体，应当能够基本反映可持续发展综合实力的主要方面或主要特征。

3. 指标体系中的指标数量不宜过多，在相对比较完备的情况下，指标的数量应尽可能地压缩，以便于操作为限。

4. 指标体系应当互不相关、彼此独立。一方面，可以使指标体系保持比较清晰的结构；另一方面，可以保证指标体系中的指标数量得到压缩。

5. 指标体系中的指标应具有可测性和可比性，定性指标应有一定的量化手段与之相对应。

6. 指标内容在一定时期内应保持相对稳定，便于比较、分析并预测其发展趋势。

（二）筛选指标的方法

1. 专家咨询法。采取匿名方式，通过几轮函询，征求专家的意见。然后将他们的意见综合、整理、归纳，再反馈给各位专家，供他们分析判断，提出新的论证。如此多次反复，使意见趋于一致。

2. 基本统计量法。通过对各项指标一些基本统计量的研究，确定指标是否具有评价意义及区别能力。

3. 聚类分析法。在指标分类的基础上，从每一类具有相近性质的多个指标中选择典型指标，并用来代替原来的多个指标，可以减少评价指标之间重复信息对评价结果的影响。

4. 主成分分析法。从指标的代表性角度挑选指标，即将原来众多且相关的指标，转化为少数且相互独立的因子，并保留大部分信息。

5. 变异系数法。从敏感性角度挑选指标，通常挑选介于CV最小与最大之间的指标作为评价指标。

（三）指标权重的量化方法

由于绩效评价指标体系中的每个评价指标的重要性不同，对不同的考评对象而言也有不同的地位与作用，因而需要通过权重体现其重要程度。权重就是指标在评价体系中的重要性或该指标的得分在总分中所占的比重。权重系数的大小，决定了各个要素或项目指标的重要程度，而各个要素权重的大小及其变化，哪怕是一点小小的变化，都会对测评结果产生重要的影响。因此，如何合理地确定权重系数也成了现代人才测评理论中的一个重要问题。权重系数一般分为主观权重系数和客观权重系数两种：

1. 主观权重系数，是专家在长期工作中对评价对象总结出来的经验反映，主要有经验定权法、德尔斐法、定性排序和定量转化法、对比排序定权法、灰色定权法、模糊定权法和层次

分析法等，使用较多的是层次分析法。

2. 客观权重系数，是从实际出发，对数据分布和各指标实际水平之间进行调整，主要方法有 TOPSIS 法和秩和比法等。

在实际计算中，一般采用主客观结合的赋权法确定权重值。这种方法既考虑了人们主观上对各项指标的重视程度，又考虑了各项指标原始数据之间的相互联系及它们对总体评价指标的影响。也可采用专家咨询法，结合研究者主观上对每项指标在体系中的重要程度进行权衡确定。

（四）层次分析法的基本思路与步骤

1. 层次分析法的基本思路：首先，将相对重要性的程度进行量化。其次，建立具有层次结构的指标体系，在同一层级中，主观地将指标两两比较，构造判断矩阵；根据判断矩阵进行数字处理。最后，对结果进行一致性检验，就可确定各指标的权重。

2. 层次分析法的基本步骤有：（1）建立重要程度量化等级表。确定各因素的相对重要性并量化（如表 8－4 所示）。（2）将考评指标层次化。根据考评总目标，把问题分解为不同的组成因素或指标，按照因素间的关联影响以及隶属关系，将因素按不同层次聚集组合，建立一个多层次的分析结构。在这个结构中，子系统的评价结果也就是权重，实际上是它对上一级目标的相对重要程度，这样层层递进，最终确定系统各层次和部分的相对重要程度。（3）由专家对各因素之间的相对重要性作出评价，归纳专家意见，将各因素相对重要性的比较结果量化后填入判断矩阵（如表 8－5 所示），可以看出，对角线上的值都是 1，对角线两侧的数值成反射关系，对应数值的乘积等于 1。（4）计算各因素的权重。首先将判断矩阵中的每列元素进行归一化，即用每个元素除以它所在列元素之和，然后将归一化后的每行元素分别求和，再除以该行元素个数。以上述

判断矩阵为例，计算结果如表 8－6 所示。（5）一致性检验。在判断矩阵构造过程中，采取两两比较的方式，因而保持对各因素重要性的一致看法是十分重要的。例如 A 与 B 相比稍微重要，B 与 C 相比显著重要，那么 A 与 C 相比至少应该是显著重要。在考评指标较少时，这样的逻辑一致性是显而易见的，但由于实际考评中多个因素之间关系的复杂性，以及人们思维方式的多样性，难免存在逻辑错误，因而判断矩阵各元素之间的总体关系是否平衡一致就成为层次分析法成功与否的关键。

**表 8－4　　重要程度量化等级表**

| 量化值 | 比较标准 |
|---|---|
| 1 | 同等重要：两个指标具有同等重要性 |
| 3 | 稍微重要：一个指标比另一个指标稍微重要些 |
| 5 | 明显重要：一个指标比另一个指标具有明显的重要性 |
| 7 | 非常重要：一个指标与另一个指标相比非常重要 |
| 9 | 绝对重要：一个指标的重要性完全压倒另一个指标 |

**表 8－5　　判　断　矩　阵**

| | A | B | C | D | E | F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 1 | 1/2 | 1/3 | 1/3 | 1/2 | 1/5 |
| B | 2 | 1 | 1/4 | 1/4 | 2 | 1/4 |
| C | 3 | 4 | 1 | 1 | 7 | 1 |
| D | 3 | 4 | 1 | 1 | 7 | 1 |
| E | 2 | 1/2 | 1/7 | 1/7 | 1 | 1/5 |
| F | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 |

表 8-6 计算因素权重

| | A | B | C | D | E | F | 权重 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 1 | 1/2 | 1/3 | 1/3 | 1/2 | 1/5 | 0.06 |
| B | 2 | 1 | 1/4 | 1/4 | 2 | 1/4 | 0.08 |
| C | 3 | 4 | 1 | 1 | 7 | 1 | 0.265 |
| D | 3 | 4 | 1 | 1 | 7 | 1 | 0.265 |
| E | 2 | 1/2 | 1/7 | 1/7 | 1 | 1/5 | 0.06 |
| F | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 0.27 |
| 合计 | 16 | 14 | 3.7 | 3.7 | 22.5 | 3.65 | |

## 四、激励体系——绩效管理的保障

医院管理者要善用激励手段，采用正激励和负激励相结合的方法，通过经济激励、事业激励、情感激励、职务激励、目标激励等激励手段，鼓励员工谋划好个人职业生涯，实现个人目标与组织目标的整合。激励体系可以分为：

（一）物质激励与精神激励

物质激励作用于人的生理方面，是对人物质需要的满足；精神激励作用于人的心理方面，是对人精神需要的满足。

（二）正激励与负激励

正激励就是当一个人的行为符合组织需要时，组织通过奖赏的方式来鼓励这种行为，以达到持续发扬这种行为的目的。负激励就是当一个人的行为不符合组织需要时，组织通过制裁的方式来抑制这种行为，以达到减少或消除这种行为的目的。

（三）内激励与外激励

内激励是指由内酬引发的、源自于员工内心的激励。外激励是指由外酬引发的、与工作任务本身无直接关系的激励。内

酬是指工作任务本身的刺激，即在工作进行过程中所获得的满足感，它与工作任务是同步的。由追求成长、锻炼自己、获得认可、自我实现、乐在其中等内酬引发的内激励，会产生一种持久性的作用。外酬是指工作任务完成以后或在工作场所以外获得的满足感，它与工作任务不是同步的。如果一项又脏又累、谁都不愿干的工作有一个人干了，因为他完成这项任务，将会得到一定的外酬——奖金及其他额外补贴，一旦外酬消失，他的积极性可能就不存在了。所以，由外酬引发的外激励是难以持久的。

### 五、员工培训体系——绩效管理的支持

员工培训是指组织为开展业务及培育人才的需要，采用多种方式对员工进行有目的、有计划的培养和训练的管理活动。其目的是让员工不断更新知识，拓展技能，改进工作动机、态度和行为，使其适应新的要求，更好地胜任现职工作或担负更高级别的职务，从而促进组织效率的提高和组织目标的实现。

（一）员工培训的形式

员工培训的形式主要有：

1. 讲授法。讲授法属于传统的培训方式。优点是运用简便，便于培训者控制整个过程。缺点是单向信息传递，反馈效果差。

2. 视听技术法。视听技术法是通过现代视听技术（如投影仪、DVD、录像机等工具）对学员进行培训。优点是运用视觉与听觉的感知方式，直观鲜明。缺点是学员的反馈与实践较差，且制作和购买成本高，内容易过时。

3. 讨论法。讨论法按照费用与操作的复杂程度又可分成小组讨论与研讨会两种方式。研讨会多以专题演讲为主，中途或会后允许学员与演讲者进行交流与沟通。小组讨论法的特点是

信息交流方式为多向传递，学员的参与性高，费用较低。

4. 案例研讨法。案例研讨法是通过向学员提供相关的背景资料，让其寻找合适的解决方法。这一方式使用费用低，反馈效果好，能有效训练学员分析、解决问题的能力。

5. 角色扮演法。角色扮演法是学员在培训教师设计的工作情景中扮演其中的角色，其他学员与培训教师在学员表演后作适当的点评。

6. 自学法。自学法较适合一般理念性知识的学习。由于成人学习具有偏重经验与理解的特性，让具有一定学习能力与自觉性的学员自学是既经济又实用的方法。

7. 敏感训练法。敏感训练法是让学员在培训中通过亲身体验，提高处理人际关系的能力。

8. 网络培训法。网络培训法是一种新型的计算机网络信息培训方式，投入较大，但由于使用灵活，符合分散式学习的新趋势，节省学员集中培训的时间与费用。

（二）建立有效的培训体系

需要从以下方面进行优化设计：

1. 培训机构。医院科教科要配备专职教师，按基础教学培训大纲的要求，对医务人员进行岗前培训和继续教育。

2. 培训对象。根据不同的培训人员，安排不同的学习内容，规定不同的学习时间。

3. 培训方式。有在职培训和外出进修培训。在职培训对提升员工理念，提高专业技术水平和人际交往方面的能力具有良好的效果。外出进修培训是接受履行职务所必要的知识、技能和态度的培训等。

4. 培训计划。培训计划涵盖培训依据、目的、对象、时间、课程内容、师资来源、实施进度和培训经费等项目。

5. 培训实施。培训计划制定后要付诸实施。

6. 培训评估。培训成效的评价和反馈是不容忽视的环节，既是对学习成果的检验，也是对培训工作的总结。培训成效评估的方法可分为过程评估和事后评估。前者重视培训活动的改善，从而达到提升培训成效的目的；后者则供管理部门参考。从合理性看，最好是将两者结合起来。员工培训体系是否有效的判断标准，是该培训体系是否能够增强竞争力，实现医院的战略目标。

（三）良好的培训体系能达到的目的

1. 建立员工与医院休戚相关的责任感与使命感，使他们自觉地将个人抱负和追求与医院的发展目标结合在一起。

2. 员工能在工作岗位上发挥主观能动性，想方设法在改进医疗服务流程、提高服务质量、推行人性化服务措施、减少病人投诉、提高病人满意度上下功夫。

3. 老员工以身作则，自觉传、帮、带新员工；新员工尊重老员工，积极进取，努力赶超。

4. 为民办医院和低成本、广服务的核心理念在为病人服务中得到体现。

## 第四节 绩效管理体系的建立与应用

绩效管理体系主要服务于医院管理和发展两个方面，目的是为增强医院的运行效率、提高员工的职业技能、推动医院的良性发展，最终使医院和员工共同受益。而绩效考核是与医院的战略目标紧密相连的，它的有效实施，将有助于把员工的行为统一和引导到医院发展战略目标上来。一个好的绩效考核体系将对员工起到积极的激励作用，激励员工采取有效的工作方

式，放弃或改善无益的工作方式；帮助员工认识自己能力的不足和缺陷，并予以改善和提高；帮助管理者确认管理方法是否有效，或选择更有效率的管理方式。



## 一、建立绩效管理体系的步骤

我国医院管理正由传统的经验管理向现代化管理过渡，由经验管理向规范化管理、科学管理过渡。目前，还没有成熟的管理体系步骤，需要管理者在实践中探索和完善。

（一）建立绩效考核体系框架

建立和完善医院绩效管理体系，确立考核原则、考核标准、考核流程、建立绩效考评机制，保证绩效考评的有效实施，要求不断总结、持续改进。

（二）制定绩效考核指标

绩效考核指标要与医院绩效管理目标相一致；要强化科室目标责任制，与科室主任的责、权、利相一致；要使科室、个人的发展目标与医院的发展目标相一致；考评标准要具体、客观、可量化，与规定标准相一致；评价和反馈准确、及时，与绩效管理改进、提升相一致；考核与激励、制约相结合，与员工贡献相一致。

（三）激励与奖惩

建立科学有效的激励机制，是提高医院绩效的一个主要工作支点。为充分调动员工的积极性和创造性，医院在对绩效考核结果进行激励与奖惩时应遵循以下原则：

1. 以病人为中心，质量为核心，效益为根本。
2. 激励与制约相结合，体现责、权、利的统一。
3. 院科二级负责制，逐级考核，层层落实。
4. 效率优先，兼顾公平。

## 二、绩效考核流程的设定及实施

绩效考核是按照绩效计划的设定，对绩效结果进行阶段性考核和年度考核的过程。如果在绩效计划阶段能制定详细标准和设置具体的指标，那么，医院在具体实施绩效考核时就简便了。

（一）绩效考核流程的设计

医院可针对考评体系设计绩效考核流程（如图 8－8 所示），明确考评程序（如图 8－9 所示），并实施绩效考核。

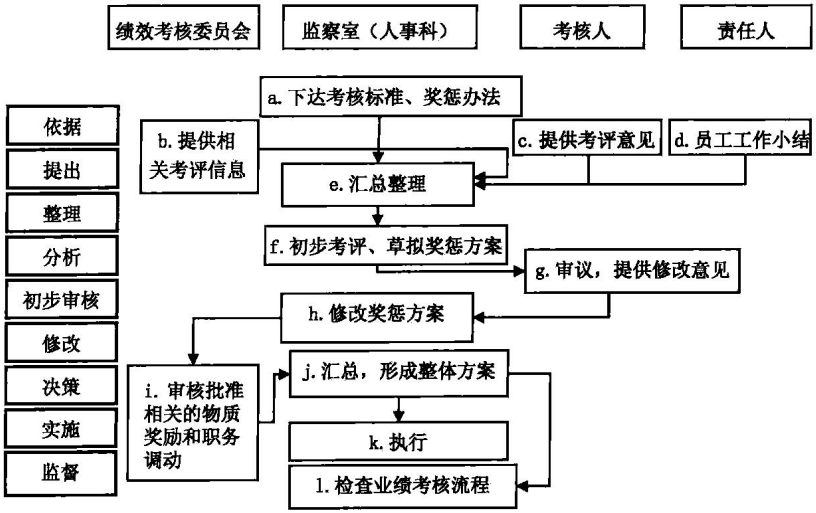



图 8－8　绩效考核流程图

在具体实施过程中，根据绩效考核表和科室岗位目标 KPI，考核人和被考核对象充分沟通后，共同制定相应的工作任务书，并签字确认；考核人对被考核对象在考核期间承担的重要工作及表现记录在工作任务书内，作为考核评价的客观依据；考核结束后，考核对象根据双方沟通达成的工作任务，按照绩效管理体系要求的评价标准对被考核对象进行评价；统计分

值，并对评价结果进行汇总和复核。

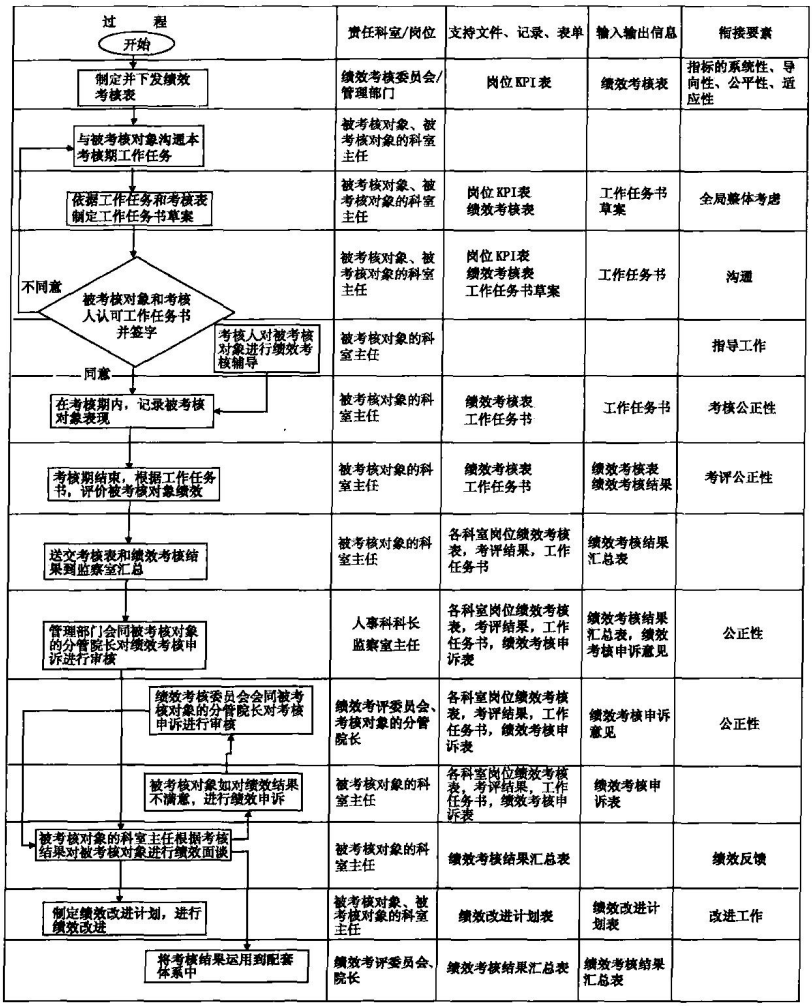



图 8－9　实施绩效考核程序图

（二）绩效计划的实施与绩效面谈

各科室根据医院年度发展目标，制定本科室及下属各岗位的年度工作目标，并与各岗位员工共同制定实现这些目标的年

度（月度）岗位工作计划。在工作计划的实施过程中，医院要实时关注过程，及时发现员工在工作中存在的问题，帮助其不断改进工作方法和技能，随时纠正其偏离工作目标的行为，并根据情况的变化，及时对工作目标和计划进行修正与调整。

医院在周期性的工作计划完成后，要总结阶段性绩效目标完成情况，相关管理部门要与员工进行绩效面谈，其主要内容为反馈绩效目标与绩效成果之间的对比、分析和改进。这样既满足员工和上级交流情感的需求，也便于员工将自己的想法与相关部门进行交流。双方在对绩效考核结果和改进点达成共识后，相关管理部门和员工就需要一同确定下一个绩效管理周期的绩效目标和改进点。因此，绩效管理是周而复始的循环过程，绩效面谈可以与下一个循环的绩效计划合并在一起进行（如图 8－10 所示）。

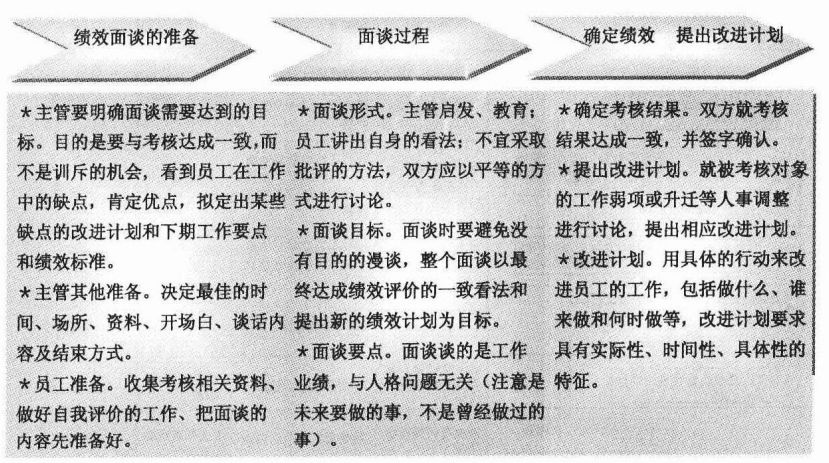



图 8－10　绩效面谈的步骤

（三）绩效考核成绩的统计与核算

1. 考核指标本身得分计算。按每个指标的量化公式或标准化得分计算每个指标的得分。

2. 各项指标得分确定后，得到阶段考核得分。按所设置的权重，计算岗位阶段考核得分。

3. 年度总得分。按各阶段设置的权重，计算年度总得分。

4. 确定等级。根据总得分确定考核等级。

（四）员工申诉及其处理

1. 被考核对象如果对考核结果不清楚或者持有异议，可以采取书面形式向监察室（人事科）提出申诉，绩效考核委员会是申诉的最终处理机构（如图 8－11 所示）。监察室（人事科）是绩效考核委员会的日常办事机构，一般申诉由监察室（人事科）负责协调、处理。

2. 员工以书面形式向监察室（人事科）提交申诉书。申诉书内容包括：申诉人姓名、所在科室、申诉事项及申诉理由。

3. 监察室（人事科）接到员工申诉书后，应在 3 个工作日内作出是否受理的答复。对于申诉事项无客观事实依据，仅凭主观臆断的申诉不予受理。

4. 受理申诉事件，先由监察室（人事科）对申诉书中的内容进行调查，并与员工或员工所在科室负责人进行协调、沟通。如协调、沟通无效的，由监察室（人事科）上报绩效考核委员会处理。

5. 监察室（人事科）应在 15 个工作日内明确答复申诉人，监察室（人事科）解决不了的申诉，应及时上报绩效考核委员会处理，并将处理进展情况告知申诉人。绩效考核委员会在接到申诉书后一周内必须就申诉内容组织审查，并将处理结果告知申诉人。

（五）最终绩效评价

核实员工的绩效考核结果后，将对员工的年度绩效成绩进行评价，并按等级评价的方式进行处理，具体的等级评价标准

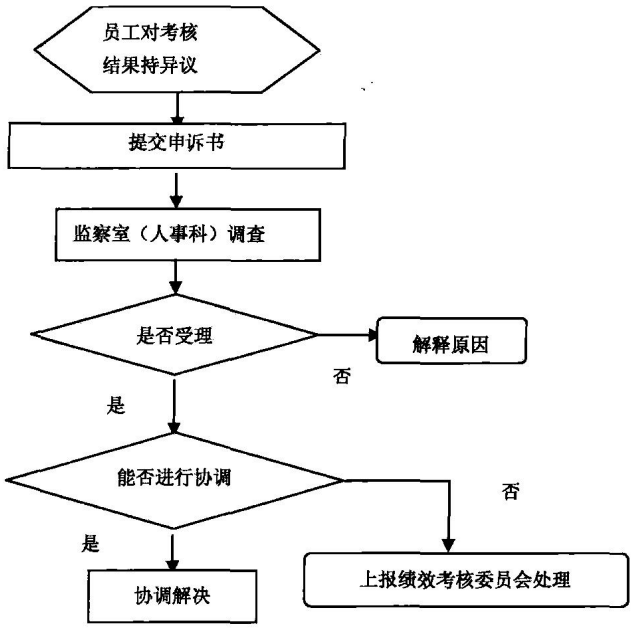



图 8－11　绩效考核申诉流程图

可以分为五级（如表 8－7 所示）。

**表 8－7　　绩效考核结果等级标准**

| 考核等级 | 分值范围 | 绩效行为描述 | 激励系数 |
|---|---|---|---|
| 优秀 | 90～100 | 工作效率始终超越本职位常规标准要求，通常具有以下表现：在规定的时间之前完成任务，完成任务的数量及质量明显超过规定的标准，得到来自顾客/同事的高度评价 | 1.5 |
| 良好 | 80～90 | 工作效率经常超越本职位常规标准要求，通常具有以下表现：严格按照规定时间要求完成任务，并经常在规定的时间之前完成任务，完成任务的数量及质量经常超过规定的标准，得到来自顾客/同事的满意评价 | 1.3 |

续表

| 考核等级 | 分值范围 | 绩效行为描述 | 激励系数 |
| --- | --- | --- | --- |
| 中等 | 70～80 | 工作经常维持或偶尔超越本职位常规标准要求，通常具有以下表现：基本达到规定的时间、数量、质量等标准，基本没有客户/同事不满意 | 1.0 |
| 基本合格 | 60～70 | 工作基本维持或偶尔未达到本职位常规标准要求，通常具有以下表现：偶有小疏漏，有时达不到规定的数量、质量等标准，偶尔有客户/同事投诉 | 0.8 |
| 不合格 | 60以下 | 工作效率明显低于本职位常规标准要求，通常具有以下表现：工作中出现重大疏漏，或在时间、数量、质量上达不到规定的工作标准，经常出现工作未完成或经常有投诉发生 | 0.6 |

## 三、医院绩效考核结果的应用

绩效考核实施的成功与否，很大程度上取决于绩效考核结果如何运用。绩效考核结果可用在医院战略目标的审视、员工薪酬回报、人力资源开发计划和预算管理等方面，用于薪酬的分配和调整是绩效评价结果的一种普遍的用途。将绩效工资的发放、加薪、减薪与绩效考评结果密切联动，可以激励员工更加努力地工作，再创佳绩。

（一）绩效考核结果应用原则

医院绩效管理的目的不是为了批评和处罚，也不是关注绩效低下的问题，而是通过一系列程序和手段，更及时、更有效地解决平时工作中发现的问题，从而帮助员工、科室乃至整个医院提高绩效。一些医院原有的绩效考核制度大多以扣分和惩罚的形式出现，主要应用于绩效考核的负强化，不仅不能促进

绩效的改进和提高，反而使员工产生对抗和抵触情绪，对医院的工作氛围也会产生负面影响。

医院建立高效的绩效管理体系，应用绩效结果的原则是：加强正面强化作用，即激励和奖励功能，以尽可能引导员工的上进心和追求高绩效的态度。惩罚的应用宜采用其他考核措施，如根据相关法律、法规和规章制度来进行管理工作。

（二）绩效考核结果的适用范围

1. 用于薪酬系统，是绩效奖金分配和调整的依据。现阶段医务人员的收入总体处于较低水平，薪酬对大多数医务人员来说还是最重要的激励因素。一项针对医务人员对激励因素看法的调查，并对于不同激励方式的重要程度排序统计结果显示：目前，绝大多数医务人员认为经济收入是在医生激励机制中占首要位置的激励方式；认为绝大多数医院沿用事业单位的等级工资体系，仍有一定的“大锅饭”性质，很难体现个体之间的绩效差异。因此，绩效奖金就成为最重要的薪酬激励手段。以绩效考核结果为依据分配奖金，不仅更公正、客观，也更有说服力，避免了过多人为因素而造成的矛盾。

2. 为职位调整和升迁提供参考。每个人都有自己的特点和长短处，也都有适合和不适合的岗位与工作。用绩效考核结果作为职位和人员调整的参考，尤其是采用能区分不同维度的平衡计分卡法，改变了以领导个人印象和民主推荐等主观手段为依据的做法，使岗位调整和人员选拔更有针对性，有利于避开员工的短处，充分发挥其长处，获得更好的绩效结果。

3. 为评聘分离提供依据。随着国家卫生体制改革的深入，多数医院已实行评聘分离办法聘任医务人员职称。在实际执行过程中经常会出现论资排辈、按顺序或因人情聘用人才的情况，不仅给管理部门造成很多困难，也容易引起医务人员的不满，甚至出现摩擦。绩效考核结果的应用，为职称评聘分离提

供了合理的个人量化考核体系，使聘任结果更加科学、有说服力，更加符合用人单位的需要。

4. 为员工培训和绩效改进计划提供依据。绩效改进是绩效评价结果中最重要的用途，因为绩效管理的最终目的是绩效的提高和改进，而以评价结果为依据，使培训更有的放矢，取得更好的培训效果，最终提高员工和医院的整体绩效。

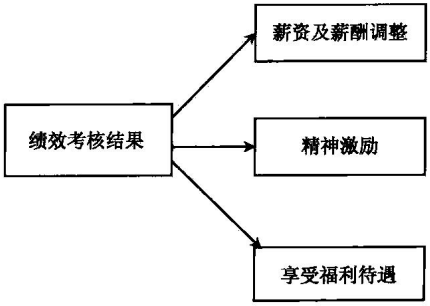
5. 为临床科室准确定位提供参考。每个医院的临床科室各有特点，有优势和劣势，也处于同行竞争中的不同位置。医院的发展必须有所侧重，绩效考核结果应用于临床科室之间的比较及兄弟医院相同科室的比较，有助于正确认识科室的优势和劣势，准确找到科室的定位和发展方向，避免出现求大求全的过失和盲目扩张的状况。

6. 为医院人力资源管理的其他环节提供依据。除以上用途外，绩效结果还可广泛应用于医院人力资源管理的其他环节，如人力资源规划、员工招聘、奖惩、职称晋升、续聘、辞退等，为公平、客观地处理医院内部关系，创造和谐的团队提供很大的帮助。

（三）绩效考核结果与激励体系对接

绩效考核结果与激励体系对接，一般涉及三个方面的内容：薪资及薪酬调整、精神激励以及享受福利待遇（如图8－12所示）。

我们一定要抓住机遇、解放思想、更新观念，调动全体员工的工作热情和积极性，尽快解决用绩效提高医院的战略执行力、为医院战略实现服务的问题。为政府分忧，让群众满意，使医院前进的步伐更快、更稳。正像国际管理学大师彼得·德鲁克所说的："管理是一种实践，其本质不在于'知'，而在于'行'；其验证不在于逻辑，而在于成果；其唯一权威就是成就。"




实施步骤：

将考核结果与绩效工资或奖金挂钩发放。

考核结果分为优秀、良好、中等、基本合格、不合格五个等级。和事先设定的对应激励系数挂钩。

连续获得三次优秀者，可获得等级内工资上浮一级；三次评定为不合格者，等级内工资下降一级或末位淘汰。

年度获得优秀者，可获得“优秀员工”称号；连续三次当选优秀员工者，可获得“医院之星”称号。

年度获得优秀者，医院安排疗养、旅游或享受其他福利待遇。

图 8－12　绩效考核结果与激励体系对接

# 附件

## 一、现以省级某非营利性医院2009年度财务决算资料为例，介绍杜邦分析法在财务分析中应用的思路

如附表1－1所示。

**附表1－1　　杜邦分析法主要指标分析**

| 主要指标 | 某医院 | | | 省级医院平均值 | | 先进医院 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 基期 | 报告期 | 增(减)率(额) | 报告期 | 增(减)率(额) | 报告期 | 增(减)率(额) |
| 净资产结余率（%） | 2.77 | 4.53 | 1.76 | 4.05 | 0.48 | 5.27 | －0.74 |
| 资产收支结余率（%） | 2.25 | 3.80 | 1.55 | 3.55 | 0.25 | 4.25 | －0.45 |
| 权益乘数 | 1.23 | 1.19 | 0.04 | 1.14 | 0.05 | 1.24 | －0.05 |
| 业务收支结余率（%） | 3.26 | 5.14 | 1.88 | 4.93 | 0.21 | 5.74 | －0.60 |
| 总资产周转率（次） | 0.69 | 0.74 | 0.05 | 0.72 | 0.02 | 0.74 | 0 |
| 资产负债率（%） | 18.56 | 15.99 | 2.57 | 13.04 | 2.95 | 19.18 | －3.19 |

计算说明：（1）计算收支结余时不考虑财政补助、上级补助收入以及财政专项支出。（2）应收医疗款为扣除坏账准备后的净额；库存物资为扣除药品进销差价后的净额；固定资产不含在建工程项目。（3）资产、负债、净资产的时点指标通过年初与年末数之和取平均值，转换为时期指标（下同）。

1. 横向比较。从附表 1 - 1 数据及与先进医院卫生事业单位财务报表比较分析显示：净资产结余率省级医院平均值较低，仅为 4.05%。某医院报告期净资产结余率同比增长，且高于省级医院平均值，但与先进医院 5.27% 的净资产结余率比，存在较大差距。

根据杜邦分析法的原理，将净资产结余率指标层层分解后发现：先进医院的资产收支结余率及权益乘数指标均高于某医院。其中：由于受业务收支结余率影响，资产收支结余率高出 0.45 个百分点；受资产负债率影响，权益乘数高出 0.05。对先进医院的深入分析发现，业务收支结余率高于某医院有两方面原因：第一，由于先进医院建院时间较短，没有离休人员，且退休人员比某医院少 55 人，若按医院每年承担离退休人员平均费用 2 万元/人计算，先进医院少支出离退休人员费用 110 万元；第二，兑现职工货币分房补贴，先进医院是从以前年度提取的福利基金中开支；而某医院福利基金早已用完，只能在管理费用中列支，占用当年的成本支出 360 万元。此外，先进医院资产负债率高于某医院 3.19 个百分点，与先进医院选择与贸易背景、卖方需求贴切的短期票据结算业务，减少医院自有资金占用，降低融资成本有关。

2. 纵向比较。（1）报告期某医院净资产结余率较基期增长 1.76 个百分点。通过指标分解发现：资产收支结余率变动对净资产结余率的影响为 1.91% = （3.80% - 2.25%） × 1.23，权益乘数变动对净资产结余率的影响为 - 0.15% = （1.19 - 1.23） × 3.80%，说明净资产结余率的变动是资产收支结余率与权益乘数共同作用的结果。由于某医院资本结构变动带来的是负面影响，因此，净资产结余率提高，与资产收支结余率提高有关。（2）报告期某医院权益乘数下降 0.04，是由于资产负债率下降所致。而资产负债率下降与医院对负债结

构略作调整有关，表明某医院的偿债能力增强。当今，面对全球经济危机，医院在增加资产的同时，保持适度的资产负债率，降低财务风险，能传递给相关人员（银行、物资供货商等）医院资金安全、财务运行正常的信息。（3）报告期某医院资产收支结余率增长1.55个百分点，与业务收支结余率同比增长1.88%及总资产周转率提高有关。其中：业务收支结余率及资产周转率变动对资产收支结余率的影响分别为1.30和0.25个百分点。由此可见，业务收支结余率增长起决定作用（如附表1-2至附表1-5所示）。

**附表1-2　　业务收支相关指标分析**

| 项目 | 收入（万元） | | 支出（万元） | | 结余（万元） | | 收入成本率(%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 |
| 业务 | 77520 | 89125 | 74993 | 84544 | 2527 | 4581 | 96.74 | 94.86 |
| 其中:医疗 | 34644 | 41425 | 37585 | 42947 | -2941 | -1522 | 108.49 | 103.67 |
| 药品 | 40380 | 44714 | 35732 | 39577 | 4648 | 5137 | 88.49 | 88.51 |

**附表1-3　　业务收入结构分析**　　单位:%

| 项　目 | 基期 | 报告期 |
|---|---|---|
| 医疗收入所占比重 | 44.69 | 46.48 |
| 药品收入所占比重 | 52.09 | 50.17 |
| 其他收入所占比重 | 3.22 | 3.35 |

**附表1-4　　门急诊、住院收入指标分析**

| 门急诊收入 | | | 住院收入 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 项　目 | 基期 | 报告期 | 项　目 | 基期 | 报告期 |
| 门急诊人次（人次） | 910745 | 1071261 | 出院病人数（人次） | 37000 | 41000 |
| 每门急诊人次收费水平（元） | 255 | 230 | 每出院人次费用（元） | 14000 | 15000 |

**附表 1－5　　医药支出明细指标分析**

| 项目 | 实际支出（万元） | | 构成比重（%） | | 百元收入支出（元） | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 |
| 人员经费支出 | 17113 | 19020 | 23.34 | 23.05 | 23 | 22 |
| 药品费 | 34366 | 38442 | 46.87 | 46.58 | 85 | 86 |
| 卫生材料费 | 11327 | 11664 | 15.45 | 14.13 | 32 | 28 |
| 能源消耗费 | 1602 | 1850 | 2.19 | 2.20 | 2.13 | 2.15 |
| 提取的修购费 | 6287 | 6704 | 8.58 | 8.12 | 8.38 | 7.78 |

计算百元收入支出时有以下几种情况：（1）人员经费、能源消耗和提取的修购费的分母为医药收入。（2）药品费的分母为药品收入。（3）卫生材料费的分母为医疗收入。

（4）报告期某医院业务收支结余率同比增长 1.88%，与业务收支结余的增长幅度大于业务收入的增长幅度（14.97%）有关。其中：医疗收支结余同比增长（19.57%）起决定因素。①分析业务收入的变化。某医院业务收入增长主要来自医疗收入，其次为药品收入；从占业务收入的比重分析，业务收入的结构不尽合理，且药品收入占业务收入的比重过大；从医疗收入和药品收入的变化过程分析：由于门急诊病人和出院病人数量增加，带来业务收入的同步增长是合理的；而对于报告期每出院人次费用提高 1000 元，需要从手术等级类别和数量，以及收治病种的疑难程度等方面与基期比较，追踪分析后再作定论。②分析业务支出的变化及原因。某医院由于百元收入支出降低（报告期 94.86 元，基期 96.74 元），使业务收支结余率上升，说明医院通过加强内部管理，控制成本支出取得一定的成效，使百元收入的人员经费支出、卫生材料消耗和提取的修购费，同比分别下降 1 元、4 元和 0.60 元。但对药品费和能源消耗增加要查明原因，有针对性地采取控制措施（如附表 1－

6 所示）。

**附表 1－6　资产结构及资产周转、利用水平分析**

| 项目 | 平均余额（万元） | | 周转率（次） | | 周转天数（天） | | 占资产比重（%） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 | 基期 | 报告期 |
| 总资产 | 112348 | 120439 | 0.69 | 0.74 | — | — | 100 | 100 |
| 流动资产 | 35724 | 36252 | 2.10 | 2.38 | 171 | 151 | 31.80 | 30.10 |
| 库存物资 | 2977 | 3154 | 25.20 | 27.31 | 14 | 13 | 2.65 | 2.62 |
| 应收医疗款 | 4492 | 5687 | 16.70 | 15.15 | 22 | 24 | 4.00 | 4.72 |
| 固定资产 | 76000 | 79766 | 1.02 | 1.12 | 353 | 321 | 67.65 | 66.23 |

| 项　目 | 基　期 | 报告期 |
|---|---|---|
| 流动资产结余率（%） | 7.07 | 12.64 |
| 固定资产结余率（%） | 3.33 | 5.74 |

（5）报告期某医院总资产周转率上升 0.05 个百分点，与业务收入的增长幅度大于总资产的增长幅度有关。主要是财务人员对药品、材料的采购提出合理化建议，控制药品、材料的库存量与存货期，加快资金周转；同时，对大型医用设备作好投资前的可行性论证和投入使用后的效益分析，解决设备引进的科学性和有效性的动态管理难题。医院对应收医疗款的回笼速度有所延缓，周转天数延长的问题，已责成医保办公室人员分析原因，加强与各级医保部门的沟通与协调，及时催收资金。

## 二、经济指标对比分析

经济指标对比分析如附表 2－1 和附表 2－2 所示。

**附表 2－1　　经济指标对比分析（1）**

2009 年 10 月

| 项　目 | 单位 | 本月数 | | | 本月止累计数 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 本年 | 上年 | 增（减）额 | 本年 | 上年 | 增（减）额 |
| 医疗收入 | 万元 | | | | | | |
| 药品收入 | 万元 | | | | | | |
| 其他收入 | 万元 | | | | | | |
| 财政补助收入 | 万元 | | | | | | |
| 收入合计 | 万元 | | | | | | |
| 医疗支出 | 万元 | | | | | | |
| 药品支出 | 万元 | | | | | | |
| 其他支出 | 万元 | | | | | | |
| 财政补助支出 | 万元 | | | | | | |
| 支出合计 | 万元 | | | | | | |
| 收支结余 | 万元 | | | | | | |
| 药品收入占业务收入的比率 | % | | | | | | |
| 门急诊药品收入占门急诊收入的比率 | % | | | | | | |
| 住院药品收入占住院收入的比率 | % | | | | | | |
| 药品综合差价率 | % | | | | | | |
| 药品费支出 | 万元 | | | | | | |
| 病床使用率 | % | | | | | | |
| 病床周转次数 | 次 | | | | | | |
| | | | | | | | |

附表 2－2　　经济指标对比分析（2）

2009 年 10 月

| 项　目 | 单位 | 本月数 | | | 本月止累计数 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 本年 | 上年 | 增(减)额 | 本年 | 上年 | 增(减)额 |
| 门急诊收入 | 万元 | | | | | | |
| 每门急诊人次收费水平 | 元 | | | | | | |
| 其中：检查费 | 元 | | | | | | |
| 化验费 | 元 | | | | | | |
| 手术费 | 元 | | | | | | |
| 治疗费 | 元 | | | | | | |
| 药品费 | 元 | | | | | | |
| 住院收入 | 万元 | | | | | | |
| 每出院人次费用 | 万元 | | | | | | |
| 其中：检查费 | 元 | | | | | | |
| 化验费 | 元 | | | | | | |
| 手术费 | 元 | | | | | | |
| 治疗费 | 元 | | | | | | |
| 药品费 | 元 | | | | | | |
| 每床日收费水平 | 元 | | | | | | |
| 其中：检查费 | 元 | | | | | | |
| 化验费 | 元 | | | | | | |
| 手术费 | 元 | | | | | | |
| 治疗费 | 元 | | | | | | |
| 药品费 | 元 | | | | | | |
| 出院人次 | 人次 | | | | | | |
| 门急诊人次 | 人次 | | | | | | |
| 实际占用总床日 | 床日 | | | | | | |
| 百元医疗收入消耗卫生材料 | 元 | | | | | | |
| 百元业务收入的业务支出 | 元 | | | | | | |

## 三、财务分析底表

财务分析底表如附表3－1至附表3－11所示。

**附表3－1　　收支结余总表分析**

2009年12月31日　　单位：万元

| 项　　目 | 报告期 | 基　期 | 增(减)额 | 增(降)幅度(%) |
|---|---|---|---|---|
| 一、收入 | | | | |
| 非业务收入 | | | | |
| 财政补助收入 | | | | |
| 其中：专项补助 | | | | |
| 上级补助收入 | | | | |
| 业务收入 | | | | |
| 医疗收入 | | | | |
| 药品收入 | | | | |
| 其他收入 | | | | |
| 二、支出 | | | | |
| 医疗支出 | | | | |
| 药品支出 | | | | |
| 财政专项支出 | | | | |
| 其他支出 | | | | |
| 三、收支结余 | | | | |

**附表3－2　　收支结余明细对比分析**　　单位：万元

| 项　　目 | 2009年度 | 2008年度 | 2007年度 |
|---|---|---|---|
| 医疗收支结余 | | | |
| 医疗收入 | | | |
| 医疗支出 | | | |
| 药品收支结余 | | | |

续表

| 项　　目 | 2009 年度 | 2008 年度 | 2007 年度 |
|---|---|---|---|
| 药品收入 | | | |
| 药品支出 | | | |
| 其他业务收支结余 | | | |
| 非业务收入、其他业务收入 | | | |
| 其他支出 | | | |
| 收支结余合计 | | | |

**附表 3－3　　营运能力对比分析**

| 项　　目 | 2009 年度 | 2008 年度 | 2007 年度 |
|---|---|---|---|
| 应收账款周转率（次） | | | |
| 库存物资周转率（次） | | | |
| 流动资产（万元） | | | |
| 总资产周转率（%） | | | |

**附表 3－4　　应收账款可能发生的损失**　　单位：万元

| 项　　目 | 2009 年度 | 2008 年度 | 2007 年度 |
|---|---|---|---|
| 以前年度病人欠费 | | | |
| 本院职工公费医疗 | | | |
| 各级医保剔除 | | | |
| 可能形成的损失 | | | |

**附表 3－5　　手术等级类别变动情况分析**　　单位：例

| 手术等级类别 | 报告期 | 基　期 | 增（减）量 | 增（降）幅度（%） |
|---|---|---|---|---|
| 门急诊小手术 | | | | |
| 一类手术 | | | | |
| 二类手术 | | | | |

续表

| 手术等级类别 | 报告期 | 基　期 | 增(减)量 | 增(降)幅度(%) |
|---|---|---|---|---|
| 三类手术 | | | | |
| 四类手术 | | | | |
| 特类手术 | | | | |
| 合　　计 | | | | |

**附表 3－6　　报告期平均住院日执行情况分析**　　单位：天

| 报告期 | | 核定天数 | 实际执行天数 | 超指标天数 |
|---|---|---|---|---|
| 1 区 | 血液科 | | | |
| 2 区 | 普外科 | | | |
| 3 区 | 心胸外科 | | | |
| 4 区 | 肿瘤外科 | | | |
| | …… | | | |

**附表 3－7　　部分经济指标比较分析**　　单位：元

| 项　　目 | 报告期 | 基　期 | 增(减)额 |
|---|---|---|---|
| 投入产出率（%） | | | |
| 每百元医疗收入消耗卫生材料 | | | |
| 百元固定资产业务收入 | | | |
| 职工人均结余 | | | |

**附表 3－8　　劳动生产率指标比较分析**

| 项　　目 | 单　位 | 报告期 | 基　期 | 增(减)额 | 增(降)幅度(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 职工人均业务收入 | 元 | | | | |
| 职工人均门急诊量 | 人次 | | | | |
| 职工人均床日数 | 床日 | | | | |
| 职工人均个人消费 | 元 | | | | |

**附表 3－9　报告期出院病人分科医疗费用构成情况分析**

| 科　别 | 出院人数（人） | 住　院总费用（万元） | 分科费用构成（%） | 例均费用（元） | | 费用构成（%） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 小计 | 其中：药费 | 药费（%） | 医疗费（%） |
| 神经外科 | | | | | | | |
| 消化内科 | | | | | | | |
| 皮肤科 | | | | | | | |
| 产　科 | | | | | | | |
| …… | | | | | | | |

**附表 3－10　报告期样本医院劳动生产率指标对比分析**

| 项　目 ＼ 医　院 | 单位 | 省级平均值 | 甲医院 | 乙医院 | 本院 | 丙医院 | 丁医院 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 每职工业务收入（编内＋编外） | 万元 | | | | | | |
| 其中：医疗收入 | 万元 | | | | | | |
| 每职工门急诊人次 | 人次 | | | | | | |
| 每职工住院床日 | 床日 | | | | | | |

**附表 3－11　报告期样本医院部分支出项目对比分析**　　单位：万元

| 项　目 ＼ 医　院 | 甲医院 | 乙医院 | 本院 | 丙医院 | 丁医院 |
|---|---|---|---|---|---|
| 工资福利支出 | | | | | |
| 工资福利支出占业务收入比率（%） | | | | | |
| 维修费支出 | | | | | |
| 维修费支出占业务收入比率（%） | | | | | |

续表

| 项目 \ 医院 | 甲医院 | 乙医院 | 本院 | 丙医院 | 丁医院 |
|---|---|---|---|---|---|
| 药品费支出 | | | | | |
| 药品费支出占药品收入比率（%） | | | | | |
| 对个人和家庭的补助支出 | | | | | |
| 其中：离退休费用支出 | | | | | |

## 四、回归分析法

回归分析法是确定两种或两种以上变数间相互依赖定量关系的一种统计分析方法。它运用十分广泛，回归分析按照涉及的自变量的多少，可分为一元回归分析和多元回归分析；按照自变量和因变量之间的关系类型，可分为线性回归分析和非线性回归分析。

## 五、《大型医用设备购置申请论证表》样式

申请表的样式如附表 5－1 所示。

**附表 5－1** 填表人：　　填表人电话：　　填报日期：　　年　月　日

| | |
|---|---|
| 申报单位：<br>院（所）办电话： | 使用科室：<br>联系电话： |
| 设备名称：　　国别：　　预计购置金额：<br>规格型号：　　厂牌：　　外汇金额： | |
| 本单位现有同类设备____台。每台的功能利用情况，使用率，完好率： | |

续表

| |
|---|
| 申购设备的经济效益预测：<br>1. 预计使用年限：　　年；<br>2. 每周使用：　　小时；每周检查、治疗人次数：<br>3. 收费标准：　　元；<br>4. 年经济收入：　　元；<br>5. 年维修、消耗费用估计：　　元；<br>6. 新设备预计启用日期：　　年　　月。 |
| 配套条件：<br>1. 房屋、水电等条件：<br>2. 有无零配件，消耗品来源，能否满足要求：<br>3. 有无排污放射等问题，解决措施：<br>4. 有无特殊要求： |
| 使用科室人员配备、培训情况；维修技术力量的保证或维修途径： |
| 结合工作需要说明为何买该厂商提供的型号设备（与其他厂商同类产品作简要比较）： |
| 该设备今年是否有重大改进，厂家的竞争能力如何： |
| 资金来源、贷款购买医用设备能否偿还： |

续表

| | | |
|---|---|---|
| 单位意见 | 设备科意见：<br>签章：<br>年 月 日 | |
| | 财务科意见：<br>签章：<br>年 月 日 | |
| | 设备管理委员会意见：<br>签章：<br>年 月 日 | |
| | 分管院长审批意见：<br>签章：<br>年 月 日 | |
| 区县卫生局意见：<br>签章：<br>年 月 日 | | |
| 省市卫生局意见：<br>签章：<br>年 月 日 | | |
| 卫生部审批意见：<br>签章：<br>年 月 日 | | |

## 六、大型医用设备购置前的保本点测算

设不变成本为：

$$A = \sum_{i=1}^{n} A_i \tag{1}$$

即项目由 $A_i$ 项的固定投资总和构成，例如：

$A_1$……直接设备购买成本

$A_2$……辅助设备投资

$A_3$……场地建筑与装修费用

$A_4$……人员培训

……

$A_n$……共 n 项

一般情况下，为估算方便，也更符合财务核算规则，往往以年或月为周期来考虑，则要换算为核算周期内的固定成本，也就是根据使用寿命来进行分摊。则可将不变成本换算成：

$B_1 = A_1/T_1$

$B_2 = A_2/T_2$

$B_3 = A_3/T_3$

……

$B_n = A_n/T_n$

因此有：$B_1 + B_2 + B_3 + \cdots + B_n = B = \sum_{i=1}^{n} B_i$ (2)

可变成本有：

$C = \sum_{i=1}^{n} C_i$ (3)

即每做一例诊治所需消耗的成本，$C_i$ 通常为各种耗材、易损件、水电等。

设每年完成 N 例诊治，每例诊治收费为 F，

则年总收入 R 有：$R = N \times F$

同时年总支出 Q 有：$Q = N \times C + B$

对于达到年度平衡点：$R = Q$

即：$N \times F = N \times C + B$

则至少要完成 $N_0$ 例：$N_0 = B \div (F - C)$ 才能达到盈亏平衡。

$N_0$ 称盈亏平衡点。有：$N = \sum_{i=1} B_i / (F - \sum_{i=1} C_i)$ (4)

显然（4）所估算的为单一诊治应用项目，若为多项目混合应用，则有：

$$N_1（F_1 - C_1）+ N_2（F_2 - C_2）+ N_3（F_3 - C_3）+ \cdots + N_i（F_i - C_i）= B \quad (5)$$

我们知道（$F_i - C_i$）实质就是某项诊治的毛利。只要分别计算出各项诊治的毛利，并引进“标准应用”的概念，即选择最主要（工作量最大）的一项诊治作为“标准应用”。将其他应用的毛利率和“标准应用”毛利率（$F_0 - C_0$）进行比较，以及其他应用和总的工作量的比较：

有 $K_i = （F_i - C_i）/（F_0 - C_0）$

$K'_i = N_i / N \qquad （N = \sum N_i）$

则（5）式改写为：

$N（F_0 - F_0）\sum K_i K'_i = B$

即：$N = B/（F_0 - F_0）\sum K_i K'_i$ 可以估算盈亏平衡点。

对于普遍认为最为困难的一些模糊因素，如形象和档次提升等，可以归结为由此带来业务项目增加，即增加（$F_i - C_i$）中 i 的数量，或者是由此带来直接业务量的增加 $\Delta N$，或者间接业务量的增加。只要根据 $\Delta N（F_i - C_i）$ 的计算均可加以估算。

## 七、《大型医用设备可行性论证报告》编写提纲

（一）概述

1. 项目背景：介绍本项目的立项背景，简要说明需求的理由、目的和必要性

2. 项目说明：简要介绍本项目的性质和主要内容

（二）项目必要性

1. 需求分析：本项目相关的业务和技术现状，对本项目需求情况的说明

2. 项目的优越性：项目的作用和意义，产品性能（包括安

全性）说明

3. 必要性分析：现有技术条件与项目完成后条件的比较；现有条件的制约和项目能够达到的目标

4. 可选择技术方案的介绍和比较说明

（三）项目可行性

1. 项目成功所需条件和具备情况

2. 法律、法规和相关规范的符合

3. 人员（项目团队）与技术能力

4. 硬件、环境与配套设施

5. 市场条件

6. 项目实施条件和后续支撑

（四）效益分析

1. 社会效益

2. 经济效益

3. 资金需求与来源

4. 效益分析的基础数据及其计算

5. 数据收集：数据来源、调查方法、计算方法与计算口径

（五）项目实施计划

1. 实施流程与时间

2. 项目实施的人员组成

3. 保障措施

4. 项目竣工的验收标准与方法

（六）项目可能存在的风险

1. 风险的来源

2. 风险发生概率和大小的评估

3. 风险的防范措施

## 八、年度专项经费控制额度

年度专项经费控制额度如附表 8－1 所示。

**附表 8－1　　2009 年专项经费控制额度**　　单位：万元

| 序号 | 项目名称 | 预算金额 | 备　注 |
|---|---|---|---|
| 一、 | 医疗设备 | — | |
| 1 | 放疗设备 | — | 含高能直线加速器、模拟定位仪、机房设施（防护监测、影像终端、辐射测量、架、台、车等器械） |
| 2 | 核医学设备 | — | 含 PET－CT、核医学科辅助设备、设施 |
| 3 | 数字 X 排片机 DR | — | 总院、分院各 1 台 |
| 4 | 大型设备项目 | — | 20 万元以上 |
| 5 | 常规设备 | — | 20 万元以下 |
| 二、 | 核辐射救治基地 | — | |
| 1 | 添置设备 | — | 个人洗消仪、能谱仪、表面污染仪等 |
| 2 | 土建工程 | — | 竣工验收、投入使用 |
| 三、 | 调试及维修费用 | — | |
| 1 | 设备维修费用 | — | 大型设备购买保修服务的费用（含搬迁） |
| 2 | 设备搬迁设施改造 | — | 放射、口腔、眼科激光、门急诊手术、消毒、五官科 |
| 四、 | 基本建设 | — | |
| 1 | 门急诊楼改扩建工程 | — | 竣工验收、投入使用 |
| 2 | 特需病房楼 | — | 施工图设计 |
| 3 | 干部保健楼改扩建工程 | — | 前期审批、土建施工（分院） |
| 4 | 门急诊楼工程 | — | 征地手续和前期审批（21.5 亩）（分院） |

续表

| 序号 | 项目名称 | 预算金额 | 备　注 |
|---|---|---|---|
| 5 | 原放射楼及2号楼1～4层西面楼装饰改造工程 | — | 装修、照明、部分管线改造 |
| 五、 | 网络信息化管理 | — | |
| 1 | 门急诊楼网络布线 | — | 网络交换机、排队叫号、信息发布软件、硬件 |
| 2 | 移动查房 | — | 无线网络、查房推车 |
| 3 | 软件开发及维护 | — | HIS、LIS、PACS、OA、电子病历等 |
| 4 | 计算机硬件 | — | 服务器（分院）、250台计算机、100台打印机 |
| 5 | 布线及维修 | — | |
| 六、 | 维修改造工程 | — | |
| 1 | 2号楼5～6层楼装修 | — | 按800元/平方米，计250万元；2号楼5～11层楼添加输氧、正负压、设备带装置110万元；呼叫系统计20万元 |
| 2 | 零星房屋维修 | — | |
| 3 | 供气系统扩建 | — | |
| 4 | 门急诊楼前期开办费用 | — | 被服类、窗围帘、轨道27.2万元；办公家具240万元；家用电器100万元 |
| 5 | 油锅炉改油气锅炉 | — | |
| 七、 | 汽车 | — | |
| 1 | 40座客车 | — | 分院职工上下班接送车 |
| 2 | 商务车 | — | 省老龄委专项经费 |
| | 小　计 | — | |

## 九、总务科年度支出预算

总务科年度支出预算如附表9－1所示。

附表9－1　　2009年总务科支出预算表　　单位：万元

| 项　目 | 2007年预算数 | 2007年执行数 | 差异分析 | 2008年1～7月执行数 | 2009年预算数 | 备　注 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 家政服务费 | | | | | | 人员工资；清洁材料费 |
| 锅炉年检费 | | | | | | 年检；修理 |
| 冷冻机房维修保养费 | | | | | | 保养：主机、电气柜、机械系统、真空泵；更换：水泵轴承、水泵轴；冷却塔清洗；真空泵油；其他 |
| 高配间费用 | | | | | | 高压年检；高低压维修、锅炉房进线维修；电缆维修 |
| 电梯费用 | | | | | | 维修费；材料费；年审费 |
| 总机室费用 | | | | | | 交换机修理；线路维修；话机更新 |
| 通信费用 | | | | | | 话费；宽带网 |
| 污水处理费 | | | | | | 消毒剂；维修费 |
| 被服洗涤及消耗费 | | | | | | 清洗费；消耗补充 |
| 绿化费用 | | | | | | 除草剂；病虫防治药剂；养护工具；肥料；种子；苗木；花卉植物；花盆花托；机油；汽油 |

续表

| 项　目 | 2007 年预算数 | 2007 年执行数 | 差异分析 | 2008 年 1～7 月执行数 | 2009 年预算数 | 备　注 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 房屋维修费用 | | | | | | 建造；装饰；维修；空调系统更换；水管调换 |
| 职工货币分房补贴 | | | | | | |
| 氧气等费用 | | | | | | 氧气；二氧化碳；液氮等 |
| 供氧系统费用 | | | | | | 集中供氧机房；急诊供氧；维修费 |
| 水费 | | | | | | |
| 电费 | | | | | | |
| 煤气费 | | | | | | |
| 标志、标设 | | | | | | 病房楼；门急诊楼；公用部位 |
| 环保费用 | | | | | | 医疗废弃物处置费 |
| 环卫费用 | | | | | | 生活垃圾；化粪池处理费用 |
| 招待所消耗 | | | | | | 临时工工资；床上用品；卫生用品 |
| 合　计 | | | | | | |

分管院长：　　科室负责人：　　填报人：

## 十、年度预算编报说明编写提纲

（一）基本情况（包括机构主要职能、编制、超编情况说明等）

（二）2009 年工作重点及目标

（三）2009 年单位预算编制情况

1. 预算编制原则。

2. 预算收支安排情况（与上年收支情况比较分析、重点项目说明及其与工作目标的关系等）。

## 十一、2009 年度购置大型医疗设备可行性论证报告编写提纲

标题：关于某医院 2009 年度购置大型设备项目的可行性论证报告

报送单位：浙江省卫生厅

医院基本情况介绍（上年业务指标完成情况）：

1. 项目内容（项目序号、项目名称、数量、计量单位、计划投资）。

2. 购置大型设备项目的可行性论证说明（逐项从设备的性能、新购或更新、配置要求、区域范围内拥有量、社会效益、经济效益等进行介绍）。

3. 经费来源渠道（拨款或自筹）。

4. 结论。

## 十二、项目申报书编写提纲

（一）立项依据和项目申报书的主要内容

（二）项目绩效目标及实施计划

（三）项目资金安排（项目支出明细预算）

（四）测算依据及说明

## 十三、准时化生产方式（JIT）

准时化生产方式是 20 世纪 50 年代初日本丰田公司研究和开始实施的生产管理方式，也是一种与整个制造过程相关的哲理思想。它的基本思想可以概括为一句话：只在需要的时候，按需要

的量生产所需要的产品。这种生产方式的核心是追求一种无库存的生产系统，或使库存量达到最小的生产系统。JIT 生产方式作为一种彻底追求生产过程合理性、高效性和灵活性的生产管理技术，已被广泛应用于世界上许多行业中。

## 十四、计算机集成制造控制法（CIM）

1. 变动成本差异 = 实际成本 - 标准成本 = 实际数量 ×（实际价格 - 标准价格）+（实际数量 - 标准数量）×标准价格

2. 固定成本差异分析包括两因素和三因素分析。

两因素分析将固定成本分为耗费差异和能量差异。耗费差异是指固定成本的实际金额与固定成本标准之差。能量差异是指固定成本预算数与固定成本标准之间的差额。

三因素分析将固定成本差异分解为耗费差异、效率差异和闲置能量差异。耗费差异同两因素分析方法是相同的，不同之处在于将两因素方法中的能量差异分解为效率差异和闲置能量差异。在实际工作中不少医院采用了上述差异分析的基本思想，并结合医院实际，形成各具特色的成本差异分析方法。

## 十五、最小二乘法

最小二乘法大约是 1795 年高斯在星体运动轨道预报工作中提出的。后来，最小二乘法就成了估计理论的奠基石。由于最小二乘法结构简单，编制程序也不困难，所以它颇受人们重视，应用相当广泛。

如用标准符号，最小二乘估计可被表示为：

$$AX = B \tag{1}$$

上式中的解是最小化，通过下式中的伪逆可求得：

$$A'AX = A'B \tag{2}$$

$$(A'A)^{\wedge}(-1)\ A'AX = (A'A)^{\wedge}(-1)\ A'B \tag{3}$$

由于

$$(A'A)^{\wedge}-1A'A=I \tag{4}$$

所以有

$$X=(A'A)^{\wedge}(-1)\ A'B \tag{5}$$

此即最小二乘的一次完成算法，现代的递推算法，更适用于计算机的在线辨识。



## 十六、岭估计方法

在最小二乘估计基础上，岭估计从减小均方误差的角度出发来解决病态问题，它的关键在于岭参数的确定。岭估计是从减小均方误差的角度出发提出的一种压缩性有偏估计方法，其中岭参数的确定是岭估计的主要内容，关于岭参数的确定，目前已经有不少的方法，但是没有一种公认的良好方法，使用较多的是岭迹法。

# 参考文献

1. 专　著

[1] 财政部会计资格评价中心编：中级会计资格《财务管理》，中国财政经济出版社2006年版。

[2] 高广颖、李月明：《医院财务管理》，中国人民大学出版社2006年版。

[3] 李信春、王晓钟：《医院成本核算》，人民军医出版社2000年版。

[4] 潘爱香、高晨：《全面预算管理》，浙江人民出版社2001年版。

[5] 刘钟明、胡守惠、冯仇美等：《医院内部会计控制操作指南》，浙江文艺出版社2006年版。

[6] 史习民：《全面预算管理》，立信会计出版社2003年版。

[7] 苏伟伦：《财务主管绩效管理》，中国纺织出版社2004年版。

[8] 田立启、张永征、张茂忠等：《医院管理会计》，中国财政经济出版社2002年版。

[9] 杨泉森、徐伟伟、马伟杭等：《浙江省综合性医院评审标准》，浙江科学技术出版社2005年版。

[10] 中华人民共和国财政部和卫生部：《医院会计制度》，中国财政经济出版社1998年版。

## 2. 期　刊

[1] 巴志强、郭启勇、郭锡斌等："可行性研究及前期策划准备工作在医院改扩建中的作用"，《中华医院管理杂志》，2006年第22期。

[2] 曹江舟、李建辉："医院实行全成本核算体系的措施"，《当代经济》，2009年第7期。

[3] 曹晓蕾："浅议医院大型投资项目可行性分析"，《中国医药卫生》，2005年第3期。

[4] 陈传清："谈谈医院应收账款的管理"，《商业经济》，2009年第2期。

[5] 陈芳、符金凤："浅谈上市公司现金流量表的分析与利用"，《法制与经济》，2006年第1期。

[6] 陈刚、苏国民："公立医院以完全成本核算为基础进行绩效分配的局限性及对策"，《卫生软科学》，2009年第8期。

[7] 陈太宙、陈永奇："加强医院财务分析的思考"，《管理与教育》，2007年第11期。

[8] 程朝晖、张琛："国有医院成本核算管理与控制初探"，《商业经济》，2009年第7期。

[9] 程明："论医院财务风险的防范"，《当代经济》，2008年第10期。

[10] 程玉梅、王继："加强医院财务预算管理之我见"，《科技信息》，2007年第12期。

[11] 戴晓吉："现金流量表——医院财务分析的必要补充"，《中国卫生经济》，2003年第12期。

[12] 丁雯："浅谈医院财务分析指标体系的构建"，《工企医刊》，2007年第6期。

[13] 董明宝："医院财务分析报告应注意的两个误区"，《卫生经济研究》，2007年第1期。

[14] 范玉才："医院要靠绩效管理强'筋骨'"，《中国卫生人才》，2007 年第 5 期。

[15] 方仕文："医院财务风险的分析与规避"，《中国卫生经济》，2000 年第 10 期。

[16] 高静、包纯安："浅谈绩效考评工具"，《人力资源管理》，2006 年第 2 期。

[17] 郭全兵："浅析医院的分配制度改革"，《中华现代医院管理杂志》，2004 年第 2 期。

[18] 何宏岩："建立非营利性医院财务分析体系的探讨"，《中国医院管理》，2005 年第 6 期。

[19] 胡军、姜潮、图易震等："多元岭回归法在医院成本分析中的应用"，《中国卫生统计》，2000 年第 12 期。

[20] 黄曼丽、王宏："医院财务内部控制体系研究"，《中华医院管理》，2005 年第 21 期。

[21] 贾红芬："医院财务风险的管理与防范"，《经济论坛》，2007 年第 15 期。

[22] 蒋琳玲："杜邦财务分析方法对企业相关决策的影响"，《中国乡镇企业会计》，2008 年第 1 期。

[23] 李光明："医院财务风险控制的基本方法"，《中国卫生经济》，1997 年第 4 期。

[24] 李丽："杜邦体系进行财务分析的启示"，《现代审计与会计》，2006 年第 11 期。

[25] 李启平："医保赔付风险不该转嫁给医院"，《中国卫生经济》，2006 年第 9 期。

[26] 李田军、王军："谈谈医院应收账款的风险管理"，《财会通讯》，2007 年第 12 期。

[27] 李薇、王海东："如何提高财务分析报告的质量"，《经济技术协作信息》，2009 年第 20 期。

[28] 李伟、王艳、杨虹："做好医疗设备管理的几点体会"，《医疗设备》，2005 年第 1 期。

[29] 李卫玲、刘金宝、汪平等："新疆地区 6 所三级医院经营业绩和运营能力分析与评价"，《中国医院管理》，2008 年第 4 期。

[30] 李振民："浅议医院成本核算与成本控制"，《财会研究》，2009 年第 3 期。

[31] 林静、李诗、李长庭："防范医院财务风险的对策"，《决策与信息》，2008 年第 5 期。

[32] 刘贤昌："医院全成本核算的组织与管理"，《现代医院》，2009 年第 9 期。

[33] 刘艳秋、卢建华："加强绩效管理　提高医院核心竞争力"，《医院管理论坛》，2008 年第 5 期。

[34] 屈弘："浅谈医院大型医疗设备的财务管理"，《财会与审计》，2004 年第 8 期。

[35] 渠敏、崔计顺："财务经济综合分析方法简介"，《中国农业会计》，2007 年第 12 期。

[36] 史万军："论医院开展成本核算的重要性"，《当代经济》，2009 年第 8 期。

[37] 宋雁宾、吴雁鸣、李信春等："医院医疗成本管理研究进展"，《中华现代医院管理杂志》，2003 年第 1 期。

[38] 苏恒明、崔光萍、乔丽君："怎样写好大中型医院的财务分析"，《中国医院管理》，2003 年第 11 期。

[39] 孙群："浅谈如何提高预算分析报告的质量"，《财会学习》，2006 年第 4 期。

[40] 田羿、马宁："改革住院收入记录和核算方法　提高财务数据准确性及时性"，《中国医院管理》，2002 年第 7 期。

[41] 王锋："建立财务分析体系提高经营管理水平"，《华

北煤炭医学院学报》，2006 年第 5 期。

［42］王红顺："浅谈如何建立以财务监督为核心的预算管理体系"，《上海会计》，2006 年第 3 期。

［43］王小军："集团公司财务风险预警系统的构建"，《中山大学学报》，2008 年第 2 期。

［44］王玉红："关于构建全面预算管理体系的探讨"，《现代会计》，2006 年第 4 期。

［45］韦元秀："浅析医院财务风险与对策"，《右江医学》，2004 年第 6 期。

［46］吴彩霞："浅谈医院财务预算管理"，《中国医院》，2006 年第 3 期。

［47］伍大春："谈建立医院财务风险监测预警管理指标体系"，《中国卫生经济》，2003 年第 12 期。

［48］武敬伟："对医院会计基础工作规范化的思考与建议"，《中国医院管理》，2005 年第 5 期。

［49］武凯："沃尔比重评分法对企业综合财务状况的评价效果的实证研究"，《现代商业》，2007 年第 13 期。

［50］武素英："公立医院财务预算管理探析"，《河南职工医学院学报》，2007 年第 4 期。

［51］夏旭鸣："全成本核算在医院财务管理中的运用"，《当代经济》，2009 年第 6 期。

［52］徐爱军、张燕南："医院绩效的测量方法研究"，《医院管理论坛》，2008 年第 9 期。

［53］薛振月、李曼："医疗设备的综合管理效益评估"，《卫生经济研究》，2002 年第 8 期。

［54］闫华红、李丹、景美花："财务分析的方法"，《财会学习》，2006 年第 11 期。

［55］杨德丽、孙凤琴："浅谈财务分析报告的撰写方法"，

《经济技术协作信息》，2007 年第 10 期。

[56] 杨红："从战略角度审视医院绩效管理的必要性"，《中华综合医学杂志》，2005 年第 9 期。

[57] 杨晓红、杨绍文："标杆管理——医院绩效管理的流程再造"，《中国卫生人才》，2004 年第 12 期。

[58] 叶畅东："关键绩效指标体系建立研究"，《现代管理科学》，2005 年第 7 期。

[59] 叶士文："医院低值物资成本核算管理"，《中国内部审计》，2009 年第 8 期。

[60] 袁雁鸣："浅谈杜邦分析法"，《会计之友》，2006 年第 10 期。

[61] 袁正："公立医院财务风险及其防范"，《财会通讯》，2008 年第 8 期。

[62] 詹欣："浅谈企业综合财务分析报告的逻辑特征与编写要领"，《中国工会财会》，2007 年第 9 期。

[63] 张福喜、王秀、张云祥："如何加强医院财务风险管理"，《卫生经济研究》，2005 年第 10 期。

[64] 张鹏："如何撰写财务分析报告"，《经济技术协作信息》，2008 年第 5 期。

[65] 章维佳："新形势下公立医院成本核算与管理"，《浙江临床医学》，2009 年第 8 期。

[66] 张益民、仲梅华："责任中心是全面预算管理的中心环节"，《江苏商业会计》，2007 年第 2 期。

[67] 张英："医院财务风险预警机制建设浅议"，《河南机电高等专科学校学报》，2005 年第 1 期。

[68] 赵原："浅议医院财务风险与内部控制"，《内蒙古科技与经济》，2008 年第 8 期。

[69] 郑大喜："医院现金流量表的编制及其分析"，《中华

中西医学杂志》，2003 年第 1 期。

［70］周红艳、黄娅："医院财务预算管理浅谈"，《职业卫生与病伤》，2004 年第 4 期。

［71］周慧琴："医院科室成本核算初探"，《卫生经济研究》，2009 年第 1 期。

［72］周敏："医院开展现金流量分析探讨"，《现代医院》，2007 年第 7 期。

［73］周瑞、赵宜珍："医院内部财务控制关键环节的探讨"，《中华医院管理》，2005 年第 21 期。

［74］庄健春："对医院引入编制现金流量表的思考"，《中华现代医院管理杂志》，2004 年第 6 期。

［75］庄霞、尹爱田、任绪功等："构建综合医院绩效评价关键指标体系的研究"，《中华医院管理杂志》，2006 年第 5 期。

［76］卫生部关于印发《医院管理评价指南（试行）》的通知（卫医发［2005］104 号），2005 年 3 月 17 日。

# 后记

本书是我从事会计和医院管理工作30年来学习和工作的研究成果，现在整理付梓，旨在抛砖引玉，与同行分享和探讨医院面临迫切需要解决的问题。书的出版能对读者，尤其是年轻的医院财务工作者有所裨益，是我最大的心愿。

浙江省财政厅副厅长、教授级高级会计师魏跃华同志在百忙之中为本书挥笔作序，肯定了本书的学术价值和实用价值，更是对我以后学习和研究的一种鼓舞和鞭策，特此表示衷心感谢！

本书写作过程中，浙江工商大学财务与会计学院硕士生导师竺素娥教授做了大量的审阅工作，并提出指导性意见；医院的同行也给予大力支持，在此一并致以谢意！

本书能够顺利地公开出版，应该感谢中国财政经济出版社的鼎力支持，特别要感谢本书的责任编辑樊清玉编审为本书的编辑和出版所做的大量艰辛而严谨的工作。

本书汲取和引用了国内许多专家、学者的研究成果，我尽可能地在书中作了说明和注释，在此谨向被引文献的著（作）者表示衷心感谢！由于我的知识和经验的局限，谬误难免，敬请读者不吝指正。

金　玲

2010年3月于杭州