

# 医疗机构财务风险识别与内部控制体系构建

姜 宇

大兴安岭地区人民医院 黑龙江 大兴安岭 165000

**摘要：**随着我国医疗卫生体制改革的深入推进和医保支付方式改革的全面铺开，医疗机构在提升医疗服务能力的同时，也面临着日益复杂的财务风险。财务风险不仅影响医院的运营效率和可持续发展，还可能危及医疗服务质量与患者安全。本文基于现代风险管理理论与内部控制框架（COSO），系统分析当前医疗机构面临的主要财务风险类型及其成因，并在此基础上提出构建科学、高效、动态的内部控制体系的路径与策略。研究表明，通过完善组织架构、优化流程控制、强化信息系统支撑以及培育内控文化，可有效识别、评估与应对财务风险，提升医疗机构财务治理水平，保障其高质量发展目标的实现。

**关键词：**医疗机构；财务风险；内部控制；COSO框架；风险管理；高质量发展

## 引言

近年来，我国医疗卫生事业取得了长足发展，但与此同时，公立医院普遍面临运营压力增大、收支矛盾突出、债务负担加重等问题。国家卫健委数据显示，截至2023年底，全国三级公立医院平均资产负债率已超过45%，部分医院甚至突破60%警戒线。加之DRG/DIP医保支付方式改革全面推行、“药品零加成”政策持续深化、人力成本刚性上涨等因素叠加，医疗机构的财务风险呈现多元化、隐蔽化、系统化特征。在此背景下，如何科学识别财务风险、构建有效的内部控制体系，成为保障医疗机构稳健运行的关键议题。内部控制作为现代医院治理体系的重要组成部分，不仅是防范舞弊、保障资产安全的“防火墙”，更是提升资源配置效率、实现战略目标的“助推器”。然而，当前许多医疗机构的内控建设仍存在制度碎片化、执行形式化、监督弱化等问题，难以有效应对复杂多变的财务风险环境。因此，本文旨在系统梳理医疗机构财务风险的主要表现形式与成因，借鉴国际先进内控理念，结合我国医疗行业特点，提出一套具有可操作性的内部控制体系构建方案，以为医疗机构提升财务治理能力提供理论支持与实践指导。

## 1 医疗机构财务风险的主要类型与成因分析

### 1.1 收入风险

医疗机构的收入风险主要源于外部支付机制变动与内部管理薄弱的双重作用。在医保支付方式由按项目付费向DRG/DIP等打包付费模式转型过程中，若医院未能同步建立精准的成本核算体系和临床路径管理体系，极易出现病种结算亏损。例如，某些三甲医院在DIP试点初期，由于对病种分组权重理解不足、高值耗材使用缺乏约束，导致多个常见病种的实际成本远超医保支付标准，

形成系统性收入缺口。此外，患者自付比例提高与异地就医规模扩大，使得住院押金收取不足、出院后拒付或长期拖欠费用的现象日益普遍，尤其在急诊、重症监护等紧急救治场景中，坏账风险显著高于普通门诊或择期手术科室。更值得警惕的是，部分医疗机构在收费环节存在重复计费、分解项目、超标准收费等不合规行为，虽短期内可增加账面收入，但一旦被医保飞行检查或审计部门发现，将面临大额罚款、信用降级甚至暂停医保资格的严重后果，进而对整体财务状况造成冲击。

### 1.2 成本与支出风险

成本控制失效是当前医疗机构财务压力加剧的核心原因之一。一方面，随着医务人员薪酬制度改革的推进，医院需在保障人才待遇与控制人力成本之间寻求平衡，但现实中不少医院人员经费占比已超过50%，严重挤压了设备更新、科研投入与基础设施维护的资金空间，形成“人效倒挂”的结构性失衡。另一方面，尽管国家推行药品和高值医用耗材集中带量采购大幅压低了采购价格，但若医院在库存管理、供应链协同或应急储备方面准备不足，仍可能因供应商断供、物流中断或临床需求突变而导致成本波动甚至诊疗中断<sup>[1]</sup>。更为突出的是，部分医疗机构在扩张冲动驱动下，盲目投资新建院区或超前配置大型医疗设备，忽视了对使用效率与投资回报的科学评估，致使大量固定资产长期闲置，折旧费用成为沉重的财务负担，最终陷入“重资产、低周转、负现金流”的困境。

### 1.3 资金流动性风险

资金链安全是医疗机构正常运转的生命线，而当前多数公立医院正面临严峻的流动性压力。医保回款周期普遍较长，部分地区从结算到账需90天以上，个别地

区甚至超过半年,导致医院大量自有资金被长期占用,严重影响日常运营所需的现金支付能力。与此同时,受政策限制,公立医院融资渠道极为有限,银行信贷审批日趋严格,社会资本参与意愿不高,使得医院在突发公共卫生事件或重大设备更新时难以获得及时外部支持。此外,预算管理粗放也是加剧流动性风险的重要因素。许多医院的年度预算编制依赖历史数据简单推演,缺乏对业务量、成本结构和政策变化的动态预测,执行过程中又缺乏实时监控与弹性调整机制,导致“年初有预算、年中无控制、年末大超支”成为常态,进一步削弱了资金统筹调度的能力。

#### 1.4 合规与法律风险

在强监管环境下,医疗机构面临的合规与法律风险日益凸显。财政专项资金如抗疫补助、重点学科建设经费等,若未严格按照规定用途使用,极易在审计或巡视中被认定为挪用或违规支出,相关责任人将面临追责。税务方面,非营利性医院虽享受一定免税政策,但在科研成果转化、特需服务收入、对外合作项目等新兴业务中,涉税处理边界模糊,若未及时咨询专业机构或建立内部税务合规审查机制,可能引发税务稽查风险<sup>[2]</sup>。此外,随着医院信息系统高度集成,财务数据与患者诊疗信息深度耦合,一旦遭遇网络攻击、数据泄露或系统瘫痪,不仅会造成直接经济损失,还可能因违反《个人信息保护法》《数据安全法》等法规而承担法律责任,损害医院声誉与公信力。

#### 1.5 战略与运营整合风险

在推进医联体建设、互联网医院、高端特需服务等新业务形态的过程中,医疗机构若缺乏系统的财务可行性研究与风险评估机制,极易导致战略目标与资源能力脱节。例如,部分医院在未充分测算远程诊疗平台运维成本、用户转化率及医保覆盖范围的情况下仓促上线互联网服务,结果投入巨大却收效甚微;又如,在组建城市医疗集团时,若未对成员单位的财务状况、债务结构和管理能力进行尽职调查,可能将优质主体拖入区域性财务危机。这类战略层面的风险往往具有滞后性和扩散性,一旦爆发,将对整个组织的稳定运行构成系统性威胁。

### 2 根据[2023]31号文件指导,医疗机构内部控制体系的理论基础与框架选择

内部控制起源于20世纪初的美国企业实践,经COSO委员会于1992年发布《内部控制——整合框架》后成为全球标准。2013年COSO更新框架,强调风险导向、动态适应与价值创造。该框架包含五大要素:控制环境、风险评估、控制活动、信息与沟通、监督活动。这一结构不

仅逻辑严密,而且具有高度的灵活性与可扩展性,能够适应不同规模、性质和复杂程度的组织需求。对于兼具公益属性与运营属性的医疗机构而言,COSO框架提供了理想的理论支撑。它既强调治理层的责任与组织文化的塑造,又注重具体业务流程中的控制点设计;既要求对风险进行系统识别与评估,又倡导通过信息共享与持续监督实现闭环管理。更重要的是,该框架已被我国财政部《行政事业单位内部控制规范(试行)》(财会〔2012〕21号)所采纳,并在国家卫生健康委2020年发布的《公立医院内部控制管理办法》中得到进一步细化和本土化。因此,以COSO框架为核心,结合我国医疗政策环境与医院管理实际,构建一套既符合国际标准又具中国特色的内部控制体系,具有坚实的理论基础与现实可行性。

### 3 医疗机构内部控制体系的构建路径

#### 3.1 夯实控制环境:筑牢内控根基

控制环境是内部控制体系的基础,决定了组织的整体风险意识与治理基调。在医疗机构中,必须首先强化领导下的院长负责制,将重大经济事项决策纳入组织前置研究程序,确保内控建设方向与公立医院公益性定位一致。同时,应设立独立且权威的内控职能部门,如“内部控制办公室”或“风险管理委员会”,由总会计师牵头,整合财务、审计、纪检、信息等关键岗位力量,打破部门壁垒,形成协同治理格局。此外,还需建立覆盖全员的内控责任制,将内控履职情况纳入科室绩效考核体系,明确“谁主管、谁负责”的问责机制,使内控要求从制度文本真正转化为行动自觉。

#### 3.2 健全风险评估机制:实现动态预警

有效的风险评估是内控体系发挥作用的前提。医疗机构应构建一套涵盖偿债能力、运营效率、收入质量与成本控制等维度的财务风险指标体系,并定期采集数据进行趋势分析。在此基础上,可引入风险矩阵工具,对识别出的各类风险按发生可能性与潜在影响程度进行二维评估,划分高、中、低风险等级,从而制定差异化的应对策略。例如,对高概率高影响的医保结算亏损风险,应优先配置资源进行流程优化;对低概率高影响的网络安全事件,则需制定应急预案并开展演练<sup>[3]</sup>。同时,建议建立季度风险评估会议制度,由财务部门牵头,联合临床、医保、采购等相关科室共同研判风险演变趋势,确保风险识别的全面性与时效性。

#### 3.3 优化关键控制活动:聚焦高风险领域

控制活动是内控体系的具体体现,必须聚焦于高风险业务环节。在收入管理方面,应推行“事前提醒、事中拦截、事后追溯”的智能收费审核机制,利用信息系

统自动比对诊疗项目与收费标准,防止违规收费;同时建立医保结算异常预警模型,对偏离均值过大的病例进行人工复核,并实施患者信用评估机制,对高风险人群采取预付款或第三方担保措施。在支出与采购环节,需实现“预算—申请—审批—执行—报销”全流程线上管控,杜绝无预算支出;推广SPD(供应-加工-配送)一体化管理模式,降低耗材库存成本;对大型设备购置则应开展全生命周期成本效益分析,综合考虑采购价、运维费、使用率与报废残值等因素。在资金管理上,应建立滚动式现金流预测模型,按周或月监控资金缺口,设立医保回款专项账户优先保障基本运营,并严格限制对外投资与担保行为,确需开展的须经职工代表大会审议批准。

#### 3.4 强化信息与沟通:打破数据孤岛

信息是内控有效运行的血液。当前许多医院的信息系统仍处于“烟囱式”状态,HIS、HRP、EMR等系统各自为政,导致财务数据与业务数据割裂,难以支撑精准决策。为此,应加快建设一体化智慧财务平台,打通各业务系统接口,实现“业财融合”。在此基础上,可开发内控驾驶舱,通过可视化仪表盘实时展示关键风险指标,如资产负债率、药占比、应收账款周转天数等,支持管理层快速响应。同时,应建立畅通的内部沟通渠道,包括定期内控简报、跨部门协调会以及匿名举报机制,鼓励员工主动报告内控缺陷或舞弊线索,营造“人人参与、人人监督”的内控文化氛围。

#### 3.5 完善监督与评价机制:形成闭环管理

监督是确保内控持续有效的保障。医疗机构应推动内部审计常态化,每年至少开展一次内控专项审计,重点聚焦高风险领域如医保结算、专项资金使用、大型采

购等,及时发现制度漏洞与执行偏差<sup>[4]</sup>。同时,可引入第三方专业机构进行独立评价,借助外部视角提升内控评估的客观性与权威性。更重要的是,必须建立PDCA(计划—执行—检查—改进)循环机制,将监督结果转化为制度修订、流程优化或人员培训的具体行动,实现内控体系的动态演进与持续完善,真正形成“识别—控制—监督—改进”的闭环管理格局。

#### 4 结语

医疗机构的财务风险具有行业特殊性与系统复杂性,传统“救火式”管理已难以为继。唯有以COSO内部控制框架为指引,构建覆盖全员、全业务、全流程的现代化内控体系,才能实现从“被动应对”向“主动防控”的根本转变。未来,随着大数据、人工智能等技术的深度应用,医疗机构内控将向“智能风控”“预测性控制”方向演进,不仅能实时识别异常交易、自动触发预警,还能基于历史数据模拟不同政策情景下的财务影响,为战略决策提供前瞻性支持。这不仅关乎医院自身的生存与发展,更是推进健康中国战略、保障人民群众就医权益的重要基石。

#### 参考文献

- [1]刘云.医疗机构财务运作中的风险管理策略探析与研究[J].商业2.0,2024,(05):75-77.
- [2]翟玥.混合所有制医疗机构财务风险分析及控制[J].中国集体经济,2021,(24):153-154.
- [3]刘奎.新医改下基层医疗机构财务风险的主要成因及应对策略研究[J].中关村,2025,(02):141-143.
- [4]吴艳.多种支付模式下基层医疗机构财务风险与对策研究[J].财经界,2024,(13):126-128.