

# 医院财务内控缺陷及改进对策

徐莎莎

南京市第二医院 江苏 南京 210029

**摘要：**伴随着医药卫生体制改革不断推进以及医疗保险制度改革，医院经济业务日益繁杂，财务管理也遇到诸多问题如收入来源多样化、成本精细化、风险类型多样化等。但是目前医院财务内部控制制度建设尚不健全，在控制环境、风险识别、控制措施、信息传递与沟通、监督与评价等方面都有不足之处。本文从医院财务内控在组织结构、预算管理、收支管理、资产管理、采购及合同管理、信息化建设等方面存在的主要问题出发，针对完善治理结构、加强预算约束力、简化收支手续、加强资产全生命周期管理、严格采购管理、实现业财一体化以及设立独立内审机构等方面提出建议以期促进医院建立和完善有效的财务内控体系来规避各种财务风险。

**关键词：**医院财务管理；内部控制；风险管控；预算管理；改进对策

## 引言

医院财务内部控制是为了保证资产安全、信息真实、经营合法有效所采取措施和手段。目前我国医疗卫生体制改革已进入攻坚阶段，在药品零加成、DRG/DIP支付方式改革等一系列新政冲击下，医院收支方式发生巨大改变，财务管理难度加大，风险系数提高。完善的内部控制能够促进医院良好发展，但审计、内部监督检查发现，医院对于财务内部控制仍存在严重问题：控制环境差、领导不够重视；缺乏有效的预算管理、收支审核把关不严、资产账实不符、采购环节中出现大量利益输送现象<sup>[1]</sup>。更重要的一点是，由于信息化建设落后造成“人控”代替“机控”，业务与财务数据割裂无法实现风险及时预警。所以从实际出发找出医院财务内部控制的问题并提出合理建议很有必要。

## 1 医院财务内部控制的核心要素与现实要求

### 1.1 内部控制五要素框架

COSO 委员会提出的内部控制整合框架将内控分为五个相互联系的部分。控制环境是内控的基础，包括医院的组织架构、职权划分、人事制度以及领导层的态度。风险评估需要医院识别并评估实现财务目标所面临的所有内部和外部威胁，并制定相应的对策。控制活动是为了保证管理层的命令得到贯彻而采取的一系列规定和措施，如授权批准、职务分离、资产安全、业绩评价等。信息和沟通是指对财务信息进行及时搜集、准确传递以及上下级之间的良好交流。监控则是对整个内控体系进行连续不断的检查和定期的评价。医院财务管理内部控制建设应当以这五大方面为基础。

### 1.2 医院财务管理的行业特殊性

相比于一般的企事业单位而言，医院财务管理有显著的特点。首先，资金来源多样化。主要有财政补助收入、医疗业务收入（医保结算、自费患者）、科研经费、捐赠收入等，各种不同资金来源的资金有不同的管理和核算的要求；其次，支出内容繁复。药品费、耗材费、人工成本、设备维护费等众多支出均与医疗服务密切相关；再次，医保结算的交互性。医保基金的预拨付、垫付、审核扣款、年底结算等都构成了错综复杂的应收应付款项关系，资金链较长；最后，资产的独特性。大型医疗设备价值大、折旧期长、更换速度较快，这就使对资产整个生命周期进行管理变得尤为重要。而这些都是不能直接照搬通用内部控制模板来解决的问题，必须结合医疗行业的特点来进行设计。

## 2 医院财务内部控制的主要缺陷

### 2.1 控制环境层面

部分医院法人治理结构不健全，财务管理、监督、管理三权分离不到位，“一支笔”审批仍然存在，大额资金运作集体决策流于形式。管理者把财务内部控制等同于财务科的工作，没有提升到全院的高度，临床科室不配合。财会人员队伍薄弱，“业财融合”的复合型人才匮乏，轮岗以及不相容职务分离未得到很好地执行。内控文化建设缺失，违法成本低，侥幸心理比较严重。

### 2.2 风险评估层面

大多数医院未形成常态化的财务风险清单，对于医保拒付、医疗欠费、资金链断裂等问题不能有效地发现和区

分这些风险,风险量化不足,主要依靠经验判断,政策变动(例如DRG付费)之后不能及时更新评价标准,疾病种类的成本超出预算等新出现的风险被忽略,在外界环境发生改变时也不能进行情景分析或者压力测试<sup>[2]</sup>。

### 2.3 控制活动层面

预算管理粗放,“基数+增长”方式与单位战略和业务量无关,没有预算或者超预算现象普遍存在,随意性较大,考核形同虚设。收支管控方面:门诊退费审核不到位造成资金流失的风险;住院收费结算流程不够严谨;费用报销把关不严,大量假发票、超标报销出现,敏感性支出标准不够明确,劳务费支付情况审查不够到位。资产管理方面:银行账户、U盾管理混乱;医疗设备采购论证不足、验收敷衍、盘点走过场,形成账外资产;药品耗材“以领代耗”,二级库缺失,盘亏风险高。采购及合同管理方面:采、管、用三者不分,使用部门绕过采购直接下订单;合同未经审核,付款与进度脱节,提前或者超额付款。

### 2.4 信息与沟通层面

业务系统与财务系统未能很好地融合(HIS、HRP等各自为政),造成数据口径不统一,大量手工核对容易出现错误。会计信息质量较差,未按要求执行权责发生制,对于医保结算差额等长期挂账处理不够合理。财务与临床之间交流不足,信息传递滞后并且失真。对外报告注重合法合规,而缺乏对未来的预判性警告。

### 2.5 监督评价层面

内部审计机构独立性不够,人财物受制于被审计单位。内部审计范围小、频次少(一年一次),只关注财务收支合法性,而不关注预算绩效、采购内部控制等情况。整改力度不大,问题屡查屡犯。问责不力,以调岗代替处罚,违法成本低。缺乏第三方对整个财务管理内部控制有效性进行评价。

## 3 医院财务内部控制改进对策

### 3.1 优化控制环境:完善治理结构与内控文化

一是完善法人治理结构。明确院长办公会对财务管理的权力范围,重大问题(比如大额资金运用、大宗物资采购、固定资产报废等)需集体研究并形成会议纪要;实行“分权审批”,一笔款项大于某数值(如5万元)需分管副院长及院长联合签字,超过限额还需提交办公室讨论决定。二是落实领导层内控职责。把内部控制作为医院年度重点工作来抓,在院长领导下建立内部控制领导组,由财务处、审计处、采购中心、资产管理部和信息技术部等相关人员参加,每月召开一次内控专题会<sup>[3]</sup>。三是加强财会

队伍建设。引进或培养一批持有注册会计师或者管理会计师证书的专业人才,在财务人员认识到自身工作重要性的基础上引导他们走向临床一线熟悉业务,促进财务岗位与业务科室之间的人才流动。四是营造良好的内控氛围。把内控符合率作为每个部门的工作业绩进行考核,设立内控专项奖金;不定期组织全体医护人员学习财经法规和规章制度,用生动真实的案例进行警醒教育,让“合规促进发展”的思想入脑入心。

### 3.2 健全风险评估机制:从被动应对到主动预警

一是制定财务风险清单及评估矩阵。“收入风险、支出风险、资产风险、医保风险、债务风险”,列出不少于20个项目的风险点,对每一个风险点发生可能性(高/中/低)以及影响程度(1-5级)进行评分,形成风险热力图,找出重点防控对象。二是制定风险定量评价方法。比如制定医保拒付风险预测算法,在以往拒付情况以及疾病ICD编码的基础上计算各个科室、各个病种拒付率;制定现金流压力测试法,在收入减少20%,医保回款推迟30天情况下测算出现的资金短缺量。三是制定风险动态管理机制。一旦有相关政策法规变动(如医用耗材集中采购品种发生变化)或者医院内有大事发生(如新院区启用),进行专门的风险分析,在一个月之内完成新的风险评估并采取相应行动。四是开展跨部门风险讨论。财务部与医保办、医务处、设备处等定期召开会议,探讨由于临床工作变化带来的财务风险传递途径。

### 3.3 强化控制活动:重构关键流程的内控节点

#### 3.3.1 预算管理

实行“零基预算+绩效预算”,各科室报送时要说明开支与工作量、产出指标之间的联系,在预算审查中增加财务人员与业务人员共同评议环节,未经绩效支撑的不予安排。加强刚性管理,一切开支均应在预算范围内进行,如有变动须经过“逐级审核+院长办公会审批”<sup>[4]</sup>。实行每月总结汇报,对于完成进度低于70%或者高于120%的任务书要写出情况说明并记入科室绩效考核中。

#### 3.3.2 收支控制

收入端加强退费管理——门诊退费采取“患者提出申请—收费员初审—科主任复审—财务最终审批”,超过1000元需要提供相关医疗文书;住院费用结算采用医保垫付及自付部分即时结算。支出方面执行“双人复核”制度:第一人审核票据是否符合规定,第二人检查事项是否真实;对于招待费、咨询费等敏感性开支设置最高限额并予以公布,鼓励使用公务卡进行支付。

### 3.3.3 资产控制

货币资金坚持“管钱不管账、管账不管钱”，网银U盾由财务科长和出纳分开保管，大额支付需双人审核；每半年清理银行账户。固定资产采用“一物一码”的方式进行追踪，每年进行一次全面清查，出现短缺追究责任。药品耗材实行“二级库管理”，根据实际情况进行消耗并据此列支费用，杜绝“以领代耗”。

### 3.3.4 采购与合同控制

推行“采管用分离”，即使用科室提出需求，采购部门进行招标，资产管理部门进行验收，财务根据合同及验收单进行付款。对于超过一定金额的大额采购需采取公开招标或者竞争性谈判。建设合同全生命周期管理系统，在签订合同之前由财务、法务、审计三方审核；付款与履行情况挂钩，依据经三级签字确认申请单进行支付。

### 3.4 推进信息与沟通升级：建设业财融合一体化平台

一方面，搭建一个统一的HRP（医院资源规划）系统，把HIS、物资管理系统、资产管理模块、财务管理模块的数据融合起来，制定统一的标准主数据（如：科室编码、物资编码、供应商编码等统一）。业务单据可以自动生成会计凭证——如：门诊收费日报表可自动生成收入凭证，耗材出库单可自动生成成本凭证，减少了大量的人工操作以及错误发生概率。另一方面，在系统中设置内部控制规则，比如：设定预算限额，超过预算的部分系统会阻止并且发出警告；设置不相容岗位分离权限表，不允许一个人同时具有采购申请权以及验收确认权。再者，设计一个财务管理风险预警中心，在线监测医保回款延迟、设备使用率不足30%、药品库存过多等问题并通过大屏幕显示和短信通知的方式提醒相关人员注意。最后，设立一种固定的内部沟通机制，实行财务联络员制度，给各临床科室安排一名财务联络员，定期参加科室会议汇报财务政策、解答报销困惑；编写一份《财务内部控制手册》以及图文版的报销指导书放置在明显的位置方便查阅。

### 3.5 强化监督评价：提升内审独立性与整改刚性

#### 3.5.1 提高内部审计机构级别

审计科向医院审计委员会汇报工作，审计负责人任命需报上级主管部门备案；审计经费列入当年预算单独

列支，不受被审计单位支配。

#### 3.5.2 扩大审计内容及频次

“1+N”，每年开展一次全院财务收支审计的同时，每年至少开展两项专项审计（如高值耗材采购审计、科研经费审计等）；推行跟踪审计，在资金拨付过程中选取一定比例进行抽查。

#### 3.5.3 形成审计整改闭环机制

审计报告发出之后10日内，被审计单位上报整改计划；审计科登记造册并销号；每季度向医院报告整改情况，对未按时完成整改的责任人进行谈话提醒。

#### 3.5.4 强化问责制

出台《财务违规行为责任追究规定》，对不同性质的违规行为规定相应的处罚措施以及是否需要移交司法机关的意见；设立财务违规“黑名单”，将其与个人职称评定、评优评先挂钩。

#### 3.5.5 聘请外部审计机构进行审查

每隔三年聘请一家会计师事务所对本院财务管理内部控制情况进行全面检查并提出改进建议，将其作为院长年终考评重要依据之一。

## 4 结语

医院财务内控关乎公益属性、资产安全与患者获得感。本文基于内控五要素，分析当前在环境、风险评估、活动、信息沟通及监督方面的典型缺陷，并从治理结构、风险预警、流程重构、业财融合及内审监督五方面提出对策。碎片化改良难治本，需构建“制度+技术+文化”三位一体体系：完善治理与规章，加快HRP系统与规则自动化，培育全员内控文化，推动内控从“形式合规”走向“实质有效”，保障公立医院高质量发展。

## 参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会. 公立医院内部控制管理办法[S].2020.(4):103-105.
- [2] 刘宏伟, 张静. 新医改背景下医院财务风险识别与防范[J]. 卫生经济研究,2020(5):63-66.
- [3] 王力, 赵敏. 医院药品耗材内控管理优化路径探析[J]. 中国卫生经济,2021,40(2):71-73.
- [4] 吴晓红, 陈志军. 医院内部审计独立性缺失的表现及对策[J]. 中国内部审计,2020(3):42-45.