

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

卫生费用核算专刊
2011 年 第 4 卷第 4 期
(总第 30 期)

上海市卫生发展研究中心

2011 年 6 月 28 日

编者按 卫生费用核算是对卫生服务资金运动进行系统描述的工具，可以为政府制定和调整卫生政策提供重要决策依据。上海市卫生费用核算课题组是全国卫生费用核算研究协作组成员之一，目前已完成了本市 2001 - 2009 年卫生费用核算。其中，2001 - 2007 年相关研究结果已在本刊 2009 年第 12 期（总第 14 期）进行了介绍。本期刊登了本市 2001 - 2009 年卫生费用核算结果，重点介绍了 2008 - 2009 年本市卫生筹资变化趋势，并对公共卫生机构、公立医疗机构、中医医院、社区卫生服务机构收支状况和药品费用情况进行了初步分析。谨供领导和同志们参考。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 4 卷 第 4 期 (总第 30 期)
2011 年 6 月 28 日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 801 室
邮编: 200040
电话: 021-22121869
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 徐建光 肖泽萍
夏毅
主编: 胡善联
常务副主编: 刘雪峰
副主编: 付晨 丁汉升
本期执行主编: 金春林
编辑部主任: 王贤吉
编辑: 李芬 信虹云
高广文 谢春艳
何江江 彭颖
王月强 王力男
薛佳

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 录

专题研究

2001—2009年上海市卫生筹资研究·····	1
一、上海市的基本情况·····	1
二、卫生筹资基本状况·····	2
三、政府、社会和个人现金卫生支出·····	8
2002—2009年上海市公共卫生机构经济运行状况分析·····	14
一、公共卫生机构费用基本状况及国内比较·····	14
二、疾病预防控制和卫生监督机构收支状况·····	16
三、疾病预防控制和卫生监督机构政府投入状况·····	18
四、疾病预防控制和卫生监督机构人员经费状况·····	20
五、讨论和建议·····	22
2002—2009年上海市公立医疗机构经济运行状况分析·····	25
一、公立医疗机构收支情况·····	25
二、公立医院收入情况与医疗服务量比较·····	29
三、公立医疗机构药品加成情况·····	29
四、讨论·····	30
五、建议·····	32
2002—2009年上海市社区卫生服务机构收支状况分析·····	34
一、社区卫生服务中心总体收支状况分析·····	35
二、社区卫生服务机构的收支平衡影响因素·····	38
三、主要问题和政策建议·····	40
2002—2009年上海市中医医院收支状况分析·····	43
一、中医医院总体收支状况分析·····	44
二、影响收支平衡的因素分析·····	48
三、主要问题和政策建议·····	50
2002—2009年上海市药品费用测算与分析·····	52
一、药品费用状况·····	52
二、医疗机构药品费构成与集中度分析·····	56
三、问题及建议·····	58

动态讯息

中心第四次双月论坛简讯·····	24
稿约·····	42

2001 — 2009 年上海市卫生筹资研究

王力男¹ 金春林² 赵江清³ 吴幸懃³ 丁汉升¹

陈雯² 付晨² 林海¹ 顾丽娟² 谢磊²

【摘要】 本文介绍了上海市卫生筹资的总体水平和构成状况, 并与全国及其他省市和国际相比较, 分析了上海市卫生筹资的特点, 并针对上海市卫生筹资存在的问题提出了政策建议。

【关键词】 筹资; 卫生总费用; 政府卫生支出

卫生筹资研究可以从宏观上反映一个国家和地区一定时期内的卫生筹资水平和主要筹资渠道, 分析与评价在一定经济发展水平条件下, 该地区政府、社会 and 居民个人对健康的重视程度和费用负担情况。卫生筹资有广义和狭义之分, 广义卫生筹资主要涉及卫生资金的筹集、分配和使用的全部过程, 狭义卫生筹资只包括卫生资金的筹集、组织和动员, 反映一个国家或地区在一定时期内 (通常指一年) 全社会对卫生资金的投入^[1]。

一、上海市的基本情况

上海市地处长江三角洲前缘, 面积 6341 平方公里, 2009 年下辖 17 区 1 县, 全市常住人口达到 1921 万; 地区生产总值 15046.5 亿元, 按可比价格计算, 比上年增长 8.2%; 人均 GDP 11451 美元, 相当于中等发达国家或地区的水平; 地方财政收入达 2540.3 亿元, 地方财

第一作者: 王力男, 女, 研究实习员

作者单位: 1. 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040; 2. 上海市卫生局, 上海 200040;
3. 上海市统计局, 上海 200003

政支出 2201.9 亿元，城乡家庭人均可支配收入分别达到 28838 元、12324 元。户籍人口居民三大健康指标有了新的提高，2009 年男性和女性期望寿命分别达到 79.4 岁和 84.1 岁；婴儿死亡率从 2000 年的 5.05‰ 下降到 2009 年的 2.89‰；孕产妇死亡率从 2000 年的 9.61/10 万下降到 2009 年的 7.08/10 万；三大健康指标均领先全国其他地区，并达到发达国家和地区的水平（表 1）。

表 1 2001 — 2009 年上海市人口与社会经济基本状况

年份	常住人口数 (万人)	人均 GDP (元)	地方财政收入 (亿元)	地方财政支出 (亿元)	城镇居民 人均可支配收入 (元)	农村居民 人均可支配收入 (元)
2001	1644.10	32201	620.24	726.38	12883	5850
2002	1624.69	35329	719.79	877.84	13250	6212
2003	1711.00	39128	899.29	1102.64	14867	6658
2004	1742.15	46338	1119.72	1395.69	16883	7337
2005	1778.42	51529	1433.90	1660.32	18645	8342
2006	1815.08	57695	1600.37	1813.80	20668	9213
2007	1858.08	66367	2102.63	2201.92	23623	10222
2008	1888.46	75109	2382.34	2671.68	26675	11385
2009	1921.32	78989	2540.30	2989.65	28838	12324

二、卫生筹资基本状况

（一）上海市卫生筹资总体水平及比较

1、上海市卫生筹资总体水平

2001 — 2009 年，上海市卫生总费用和人均卫生总费用持续增长，卫生费用筹资总额从 202.6 亿元增加到 656.7 亿元，人均卫生总费用从 1232.5 元增加到 3417.8 元。近九年来，上海市卫生总费用占 GDP 的比例在 3.8 — 4.4% 之间，与 WHO 提出的“卫生总费用占 GDP 的比例不低于 5%”的基本要求还有距离（表 2）。

表 2 2001—2009 年上海市卫生总费用变化趋势

年份	卫生总费用 (亿元)	人均卫生总费用 (元)	卫生总费用占 GDP% (%)
2001	202.63	1232.48	3.89
2002	220.31	1356.02	3.84
2003	266.19	1555.76	3.98
2004	315.48	1810.89	3.91
2005	362.13	2036.23	3.95
2006	401.46	2211.82	3.87
2007	485.67	2613.85	3.98
2008	559.83	2964.47	3.98
2009	656.66	3417.76	4.36

按可比价格计算 (以 2001 年为基数), 2001—2009 年间上海市卫生总费用年均增长 13.5%, 上海 GDP 年平均增长 11.9%, 弹性系数为 1.13, 即上海 GDP 每增长 1%, 卫生总费用增长 1.13%。具体来看, 2002 年、2004 年和 2006 年卫生总费用的增长低于上海 GDP, 其他年份卫生总费用的增长高于上海 GDP 的增长, 2008 年卫生总费用相比 GDP 增长速度高 2.6%, 2009 年卫生总费用快速增长, 比 GDP 增长速度快 10.5% (图 1)。

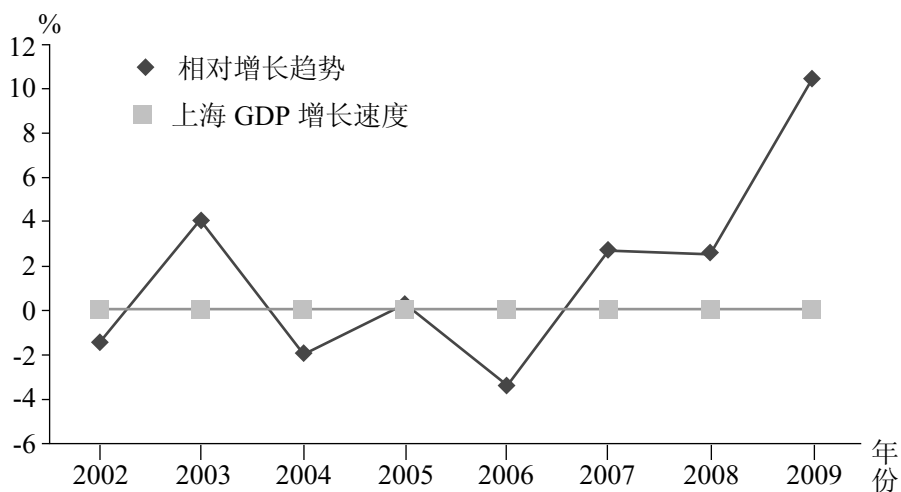


图 1 2001-2009 年上海市卫生总费用相对于生产总值的增长速度

2、与全国及部分其他省市比较^[2]

与全国及部分开展卫生总费用核算的省份比较发现, 各省市人

均卫生总费用水平与地区经济发展水平密切相关，不同省份人均卫生总费用的差异比较大，2009 年上海人均 GDP 水平是甘肃的 6.1 倍，人均卫生总费用上海是甘肃的 3.4 倍；从卫生总费用占 GDP 的比例来看，相对贫困地区卫生总费用占地方生产总值的比重相对较高，如东部的上海、天津、浙江、江苏和福建等省市卫生总费用占 GDP 的比例均在 4% 左右，其中江苏仅占 3.2%；而中西部地区的江西、新疆和甘肃均达到 5% 以上，甘肃 2009 年甚至高达 7.8%，明显高于东部沿海地区；另外，与北京市相比较，上海市筹资总额、卫生总费用占 GDP 比例和人均卫生总费用均处于低位，而上海市 2009 年末总人口数和人均 GDP 两项指标均高于北京（表 3）。

表 3 2009 年全国及部分地区卫生总费用

省份	卫生费用筹资总额 (亿元)	卫生总费用占 GDP% (%)	人均卫生总费用 (元)	人均 GDP (元)
上海	656.66	4.36	3417.76	78989
北京	733.57	6.04	4179.87	70452
天津	315.45	4.19	2568.46	62574
河北	713.34	4.14	1014.07	24581
山西	413.68	5.62	1206.99	21522
黑龙江	614.50	7.16	1606.12	22447
江苏	1083.71	3.15	1402.95	44744
浙江	997.02	4.34	1924.75	44641
福建	395.08	3.23	1078.58	33840
江西	392.91	5.18	886.51	17355
山东	1163.20	3.43	1228.26	35844
湖北	609.38	4.70	1065.34	22677
甘肃	263.98	7.79	1001.65	12872
青海	77.99	7.21	1399.34	19454
宁夏	85.44	6.31	1366.61	21777
新疆	283.6	7.74	1491.62	19942
青岛	124.84	2.57	1468.67	57251
全国	17541.92	5.15	1314.26	25575

3、与国际比较

与 OECD 国家比较^[3]，按国际购买力平价计算，2007 年上海市

人均卫生费用为 1026 美元, 仅高于墨西哥和波兰, 为美国(7285 美元)的 1/7; 从卫生总费用占 GDP 的比例来看, 2007 年上海市卫生总费用占上海 GDP 的比例仅为 4.0%, 明显低于 OECD 国家水平, 如韩国为 6.3%, 美国为 15.7% (图 2)。与部分中低收入国家相比, 虽然上海广义的人均卫生总费用相对较高, 但卫生总费用占 GDP 的比例明显低于绝大多数中低收入国家。

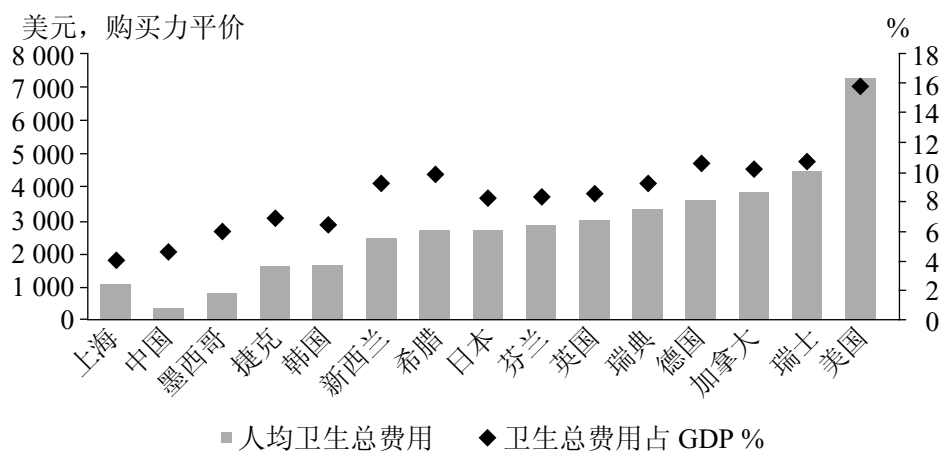


图 2 2008 年上海与部分 OECD 国家人均卫生总费用及占 GDP 比例

（二）上海市卫生总费用筹资构成及比较

1、上海市卫生总费用筹资构成

根据国内筹资来源法的测算体系, 卫生总费用由政府卫生支出、社会卫生支出、居民个人卫生现金支出三部分构成^[4]。2001 - 2009 年, 上海市卫生总费用筹资结构的变化趋势, 整体上呈现“一升一降一平稳”的局面。“一升”是指社会卫生支出所占百分比呈明显的上升趋势, 从 48.4% 增加到 55.9%; “一降”是指个人现金卫生支出的比例呈下降趋势, 从 29.1% 下降到 22.6%; “一平稳”是指政府卫生支出的比例近年来一直在 20% 左右波动。值得注意的是, 2008 年政府卫生支出占比高于个人现金支出, 分别为 24.3% 和 19.5%; 而

2009 年政府卫生支出占比有所回落，为 21.5%，个人现金支出占比达到 22.6%（图 3）。

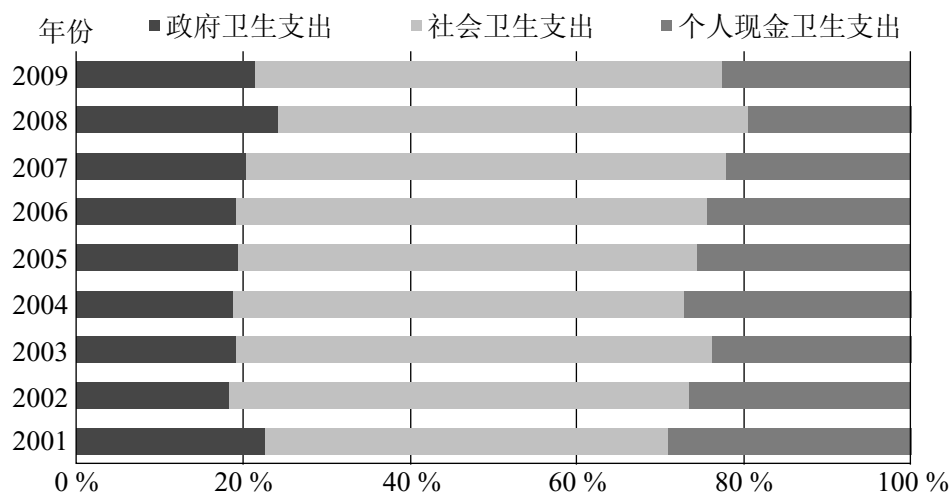


图 3 2001 — 2009 年上海市卫生总费用筹资构成（国内口径）

2、与全国及部分其他省市比较

由于上海医疗保障覆盖程度较高，与全国及开展卫生总费用核算的其他省市相比，上海卫生筹资表现出以下几个特点：一是社会卫生支出比例明显较高，二是政府对卫生投入的比例不高，三是居民个人现金卫生支出比例明显较低。2009 年，上海市卫生总费用中，社会卫生支出的比重达到 55.9%，政府卫生支出占 21.5%，个人现金卫生支出仅占 22.6%。从图 3 可以看出，西部相对较为贫困的省份的政府卫生支出比例明显较高（甘肃和青海接近 40%），社会卫生支出比例不高（甘肃和云南均不过 30%），而个人现金卫生支出占卫生总费用的比例均超过 30%（宁夏达到 43.2%）。北京市政府卫生支出比例（29.1%）与个人现金卫生支出比例（26.2%）均高于上海市，社会卫生支出比例（44.7%）比上海市低 11.2 个百分点；天津市政府卫生支出比例与上海市持平（20.6%），社会卫生支出比例为 41.0%，个人卫生支出比例明显高于上海市（图 4）。

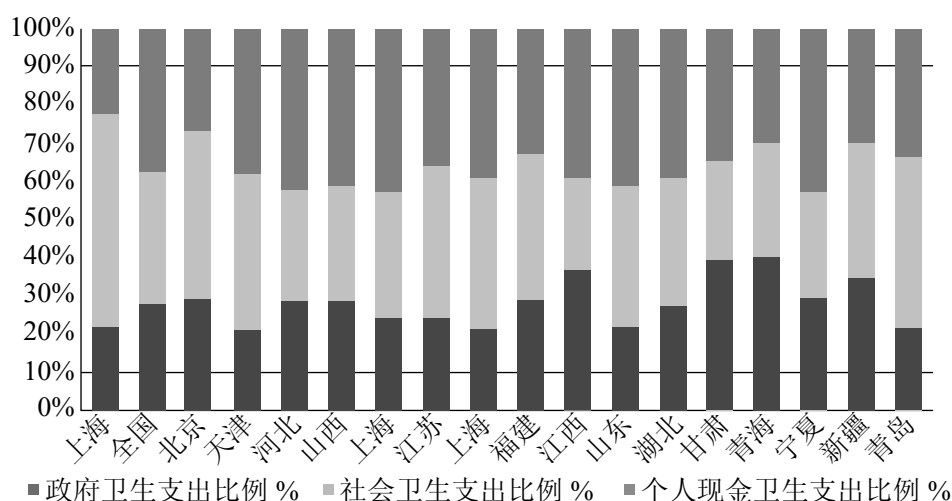


图4 2009年上海与全国及部分省份的卫生费用筹资构成（来源法）

3、与国际比较

与 WHO 的成员国相比较，上海市卫生总费用中广义政府卫生支出比重处于中等偏上水平（2007 年为 70%），与加拿大和匈牙利水平相当；最高为古巴，其广义政府卫生支出占卫生总费用的比重达到 95.5%（表 4）。

表4 部分国家广义政府卫生支出占卫生总费用比重（单位：%）

国家	2003	2004	2005	2006	2007
上海	68.3	65.5	67.5	67.1	70.0
古巴	89.9	90.3	93.9	93.2	95.5
英国	80.1	81.6	81.9	82.0	81.7
日本	81.5	81.7	82.7	81.3	81.3
德国	78.7	77.0	77.0	76.8	76.9
加拿大	70.2	70.2	70.3	69.8	70.0
澳大利亚	66.1	66.7	66.9	66.6	67.5
韩国	49.8	50.8	52.1	54.6	54.9
中国	36.2	38.0	38.8	40.7	46.9
美国	43.9	44.3	44.4	45.3	45.5
南非	35.5	37.0	39.0	40.4	41.4
尼泊尔	26.1	23.4	24.6	27.7	39.7
菲律宾	40.2	38.5	35.7	32.9	34.7
印度	23.2	22.5	23.8	24.9	26.2
老挝	27.0	17.5	17.3	18.6	18.9

注：数据来源于世界卫生组织《WORLD HEALTH STATISTICS, 2010》

三、政府、社会和个人现金卫生支出

(一) 政府卫生支出

政府卫生支出占卫生总费用、政府财政支出、GDP的比重是衡量一个国家或地区政府对卫生事业重视程度的几个重要的宏观指标。按可比价格计算,2001 - 2009年上海市的政府卫生支出从45.7亿元增加到141.3亿元,增长了约2倍,但政府卫生支出占财政支出、占GDP和占卫生总费用的比例在2001 - 2006年总体呈下降趋势,2007 - 2008年均有所上升,2009年有所回落。政府卫生支出始终低于财政支出增长速度,政府卫生支出年均增长12.8%,比财政支出的年均增长速度低4.1个百分点。与GDP比较,2001 - 2007年政府卫生支出增速均小于GDP增速,2008、2009两年政府卫生支出定基增长速度有所赶超(表5,图5)。

表5 2001 - 2009年政府预算卫生支出主要评价指标

年份	政府预算卫生支出(亿元)	占财政支出 % (%)	占卫生总费用 % (%)	占 GDP % (%)
2001	45.70	6.29	22.55	0.88
2002	40.65	4.63	18.45	0.71
2003	51.30	4.65	19.27	0.77
2004	59.54	4.27	18.87	0.74
2005	70.30	4.23	19.41	0.76
2006	77.13	4.25	19.21	0.73
2007	99.39	4.51	20.47	0.80
2008	135.82	5.19	24.26	0.97
2009	141.30	4.73	21.52	0.94

注:本表按可比价格计算

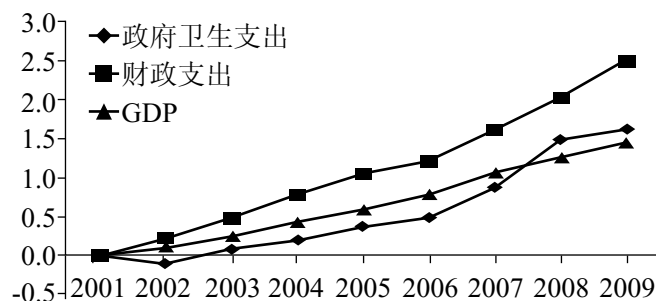


图5 2001 - 2009年上海市政府卫生支出与财政支出和生产总值的定基增长速度(单位: %)

（二）社会卫生支出

社会卫生支出指政府预算外社会各界对卫生事业的资金投入，主要包括各类社会医疗保险费、商业健康保险费、企业医疗卫生支出、卫生预算外收支等项目。2001 - 2009 年上海市社会卫生支出快速增长，绝对值由 98.0 亿元增长到 366.9 亿元，社会卫生支出占比呈小幅上升趋势，近几年维持在 56% 左右。按可比价格计算，年均增长速度达到 15.5%，略低于财政支出年均增长速度（16.9%），明显快于政府卫生支出（12.3%）和总费用年均增长速度（13.5%）。

基本医疗保险支出主要包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗（分别简称城保、居保和新农合）的支出，三者共同构成上海市社会卫生支出的主体，占比近年来上升趋势明显，2009 年达到 76.2%。其中城保占社会卫生支出比例在 2001 - 2007 年呈下降趋势，近两年小幅回升；2008 年开始实施居保，其支出占比大致在 2%，一定程度上解释了近年来新农合基金的减少。商业健康保险费用快速增长，绝对值增加了近 6 倍，其占比近年来维持在 11% 左右。包括外来人员综合保险和小城镇医疗保险等在内的其他社会保险费 2001 - 2007 年间增长较快，近两年趋于平稳（表 6）。

表 6 2001 - 2009 年上海市社会卫生支出变化趋势（单位：亿元）

年份	社会卫生支出	城保	居保	新农合	商业健康保险费	其他社会保险基金收入	卫生预算外基建支出	其他
2001	98.01	81.13	—	2.02	7.75	0.72	1.68	4.71
2002	121.14	97.54	—	2.36	10.21	1.04	2.71	7.27
2003	151.60	107.30	—	2.41	19.31	2.29	11.66	8.62
2004	170.14	119.98	—	3.62	21.41	5.85	10.32	8.96
2005	199.44	134.91	—	3.83	23.51	8.65	18.05	10.48
2006	226.39	150.61	—	3.91	31.09	14.52	13.95	12.31
2007	278.50	183.68	—	4.81	35.59	25.05	18.94	10.43
2008	314.97	229.51	6.47	4.30	38.63	21.57	2.16	18.80
2009	366.90	264.59	7.53	3.76	41.67	23.04	9.48	24.36

注：上海市 2008 年开始实施城镇居民医疗保险制度

（三）个人现金卫生支出

随着上海社会保障体系的日益完善，居民个人现金卫生支出在卫生总费用中的比重呈逐年下降趋势。2001 - 2009 年，居民个人现金卫生支出从 58.9 亿元增加到 148.5 亿元，按可比价格计算，年均增长 10.0%，比总费用的年均增长速度（13.5%）低 3 个百分点；个人现金支出占卫生总费用的比例从 29.1% 下降到 22.6%，其中 2008 年达到最低点，为 19.5%，2009 年略有增加。

按可比价格来看，2001 - 2009 年城乡居民人均可支配收入年均增长率分别为 8.4% 和 7.5%，人均医疗保健支出年均增长率分别为 5.4% 和 11.4%。同时，农村居民医疗保健支出占可支配收入和生活消费支出的比例均明显高于城镇居民，且近两年并未有减小趋势。由此可见，城乡就医负担的差距仍然存在，卫生公平性并未得到有效缓解（图 6，表 7）。

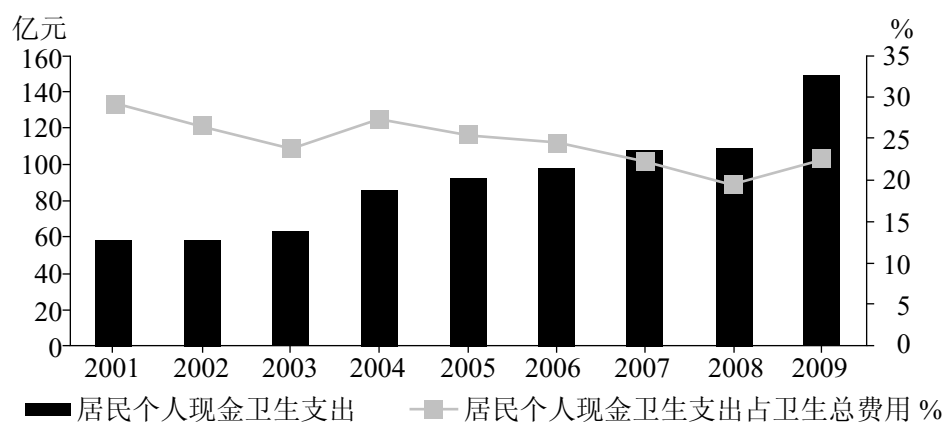


图 6 2001 - 2009 年上海市居民个人现金卫生支出及其在卫生总费用中的比重

表 7 2001 - 2009 年上海市城乡居民医疗保健支出指标状况

年份	城市居民人 均年可支配 收入 (元)	农村居民 人均年纯 收入 (元)	居民人均年医疗 保健支出 (元)		医疗保健支出占 人均可支配收入 % (%)		医疗保健支出占 人均生活消费支 出 % (%)	
			城市	农村	城市	农村	城市	农村
2001	12883	5850	558	265	4.33	4.53	5.98	5.58

续表 7

年份	城市居民人均年可支配收入 (元)	农村居民人均年纯收入 (元)	居民人均年医疗保健支出 (元)		医疗保健支出占人均可支配收入 % (%)		医疗保健支出占人均生活消费支出 % (%)	
			城市	农村	城市	农村	城市	农村
2002	13250	6212	581	280	4.38	4.51	5.55	5.27
2003	14867	6658	603	333	4.06	5.00	5.46	5.87
2004	16883	7337	762	425	4.51	5.79	6.03	6.72
2005	18645	8342	797	562	4.27	6.74	5.79	7.74
2006	20668	9213	763	549	3.69	5.96	5.17	6.86
2007	23623	10222	857	571	3.63	5.59	4.97	6.46
2008	26675	11385	755	697	2.83	6.12	3.89	7.65
2009	28838	12324	1002	739	3.47	6.00	4.77	7.54

四、讨论和建议

上海市卫生总费用与全国其他地区有相似之处, 政府卫生支出比例不高且呈下降趋势; 但作为经济发展水平较高的直辖市, 上海市又有其自身的特点, 具体如下:

一是卫生总费用占 GDP 比例有上升趋势。扣除物价因素影响, 近三年卫生总费用的增长速度均高于 GDP 增长速度, 2008 年两者同步下降, 卫生总费用相对 GDP 增长速度与 2007 年基本持平, 而 2009 年两者相对增长速度骤增, 与全国情况一致。与此同时, 卫生总费用占 GDP 的比例近年来略有上升, 2009 年达到 4.4%, 高于其他东部沿海城市, 但与北京比较仍偏低, 且与中西部地区相比有很大差距。因此, 针对上海市老龄化的态势及不断完善的社会保障制度, 建议合理确定卫生总费用占 GDP 比例, 确保其与社会经济发展相协调。按照 WHO 的研究, 卫生总费用占 GDP 的比例在 5% 左右为宜。

二是政府卫生投入总量虽不断增加, 但就其占财政支出比例来看仍显不足。政府财政补助是政府责任的体现, 是体现政府主导的基础。2001 - 2009 年上海市政府卫生支出绝对值有很大提高, 年均增长率达到 12.3%, 但始终低于财政支出的增长速度, 这与国家“地

方卫生预算支出的增长不得低于当地财政支出增长”的要求有一定差距，且从其占财政支出的比例来看，近年来均在 5%，与教育相比也一直处于低位。建议政府在增加投入的同时，更应注重投入方式，发挥财政资金的导向作用。

三是社会卫生支出占卫生总费用比例不断上升，且增长速度有趋缓现象。全国范围来看，上海市社会卫生支出比例居首位，这与相对完善的医疗保障制度相一致。分析社会卫生支出的构成，城保是主体，其他社会医疗保险与商业健康保险是重要组成部分。商业健康保险一般来说与居民对健康的重视程度相关，近年来占社会卫生支出比例稳定在 10 - 12%。但值得注意的是，城保与居保、新农合等其他社会医疗保险相比，无论是从筹资水平还是保障待遇上看都明显要高。因此建议尽量缩小各种保障制度间的差距，实现统筹发展。

四是个人现金卫生支出（OOP）比例总体来说呈下降趋势。从核算结果来看，上海市个人现金卫生支出比例在全国水平来看一直处于低位，2009 年为 21%，低于北京市的 26%；按国际口径计算，上海市私人卫生支出比例大致为 30%，与加拿大、匈牙利等国相近，处于发达国家水平。但值得注意的是，**通过筹资来源法测算的结果与实际值可能存在一定偏差：**首先，总费用核算范围包括卫生行政支出、公共卫生等方面，就医疗支出个人支付比例高于现有数值；而且，目前个人现金卫生支出数据来源于入户调查数据，样本量在 1500 户左右，可能存在偏倚。其次，个人现金卫生支出比例是全人群的平均值，部分病人“看病贵”的问题可能仍然存在。再次，由于不同医保制度的保障水平存在较大差距，农村居民、大病患者和自费病人的就医负担仍然较大。个人现金卫生支出比例过高会激化社会矛盾，增加居民医疗负担，过低则会导致卫生资源的浪费。因

此建议限定合理的个人自付比例，特别要注重缩小不同人群间个人现金卫生支出比例的差异，重点降低大病患者和非城镇人群的个人现金卫生支出比例。鉴于目前 OOP 是通过筹资来源法测算，测算结果与实际值存在一定偏差，课题组正在开展患者自费医疗费用研究，从机构流向法的角度对 OOP 进行校正，力求更真实的反应患者的就医负担。但上海市卫生费用核算框架与国家框架一致，与其他省市仍具有可比性。

五是上海市人口老龄化程度加剧，卫生筹资面临新考验。上海市已于 1979 年步入老龄化社会，比全国早 20 年。截止 2009 年底，上海市 65 岁以上人口比例已达到 15.8%，60 岁以上人口比例达到 22.5%^[5]，而老年护理资源相对紧缺，且医疗保障筹资压力巨大。建议建立独立的老年护理保险制度，同时积极探索老年护理服务提供的最佳方式，形成老年居家护理、机构日间照料、入院护理等不同形式的老年护理服务提供体系。

参考文献

- [1] 张振忠. 中国卫生费用核算研究报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] 卫生部卫生经济研究所. 中国卫生总费用研究报告[M]. 北京: 卫生部卫生经济研究所, 2010.
- [3] 夏毅. 上海市卫生总费用核算研究报告[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009.
- [4] OECD Health Data 2010 [EB/OL]. <http://www.ecosante.org>
- [5] 上海市老龄科研中心网. 2010年上海市老年人口和老龄事业检测统计信息[EB/OL]. [2011-4-17]. <http://www.shrca.org.cn/4113.html>

(责任编辑: 李芬)

2002 — 2009 年上海市公共卫生机构经济运行状况分析

荆丽梅¹ 金春林² 李芬³ 林海³ 王力男³ 薛佳³

【摘要】 本文结合上海市卫生总费用核算数据, 分析了上海市疾病预防控制中心机构和卫生监督机构 2002 - 2009 年的收入与支出及人员经费状况等, 发现存在的问题并提出政策建议。

【关键词】 公共卫生; 政府投入; 收支分析; 问题; 政策建议

公共卫生作为卫生事业的重要组成部分, 具有很强的社会公益性和正外部效应, 属于“市场失灵”领域, 应由政府出资并提供。本文从公共卫生机构费用的总体状况分析入手, 分析上海市公共卫生机构的收支状况, 以期对相关决策提供参考。

一、公共卫生机构费用基本状况及国内比较

(一) 上海市公共卫生机构费用状况及变化趋势

按照机构流向法核算的结果, 上海市公共卫生机构¹ 费用从 2001 年的 13.0 亿元增加到 2009 年的 49.3 亿元, 占上海市卫生总费用的比例在 SARS 之前维持在 5.2% 左右, SARS 之后除 2007 年外, 公共卫生机构费用占卫生总费用的比例总体呈稳步上升的趋势, 到 2009 年达到 6.3% (图 1)。

第一作者: 荆丽梅, 女, 助理研究员

作者单位: 1. 浦东新区卫生发展研究院, 上海 200129; 2. 上海市卫生局规划财务处, 上海 200040;

3. 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040

¹ 此处公共卫生机构按我国卫生总费用核算口径, 包括疾病预防控制中心和卫生监督机构、妇幼保健机构、药品检验机构、计划生育机构以及其他公共卫生机构。除特殊标明外, 本文第二部分及以后公共卫生机构的具体数据分析仅针对上海市的所有疾病预防控制中心和卫生监督所展开分析。

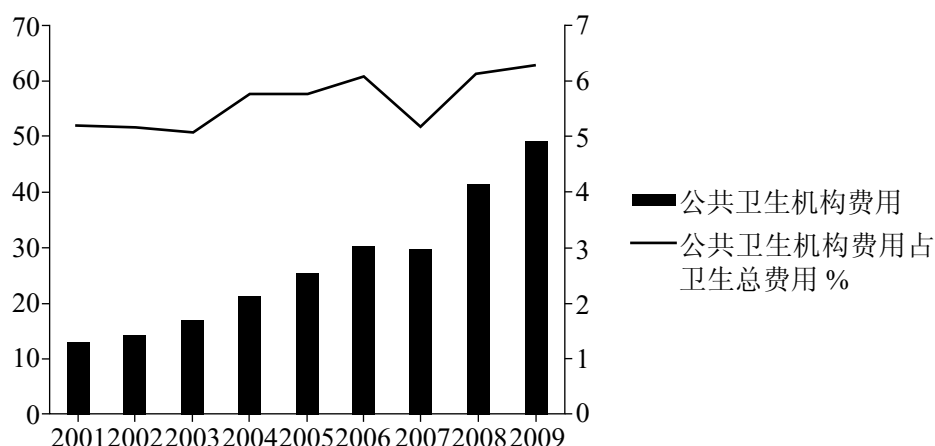


图1 2001—2009年上海市公共卫生机构费用状况

（二）国内比较

与国内部分省市卫生总费用测算结果比较发现，上海市公共卫生机构费用在卫生总费用中的比重较全国平均水平低2个百分点，特别是与江西、甘肃、山东、新疆等省份相比明显偏低（表1）。

表1 2009年全国及部分省市公共卫生机构费用状况¹

省份	公共卫生机构费用（亿元）	占卫生总费用比例（%）	人均GDP（元）
上海	49.26	6.28	78989
天津	20.09	6.60	62574
黑龙江	32.15	7.00	22447
浙江	66.46	5.86	44641
江西	47.23	11.77	17355
山东	106.53	9.40	35844
甘肃	25.61	11.34	12872
新疆	27.50	9.23	19942
全国	1517.18	8.21	25575

注：1. 人均GDP数据来自2010中国统计年鉴；2. 各省市按人均GDP排序

（三）政府投入在公共卫生机构和医疗机构间的分布

上海市卫生事业费在医疗和公共卫生机构间的分配如图2所示，政府财政卫生投入“重医疗，轻预防”的问题依然突出。2001—

2009 年，政府投入中的 60 - 70% 投向医疗机构，其中主要是二、三级医院；对于公共卫生机构而言，2001 年政府投入的 30% 分配到公共卫生机构，SARS 之后的 2004 年骤然增加到 41%，其后又逐年下降，到 2007 年已降到 30% 以下，2009 年政府卫生投入中公共卫生机构所占的比例仅为 28.3%，较 2001 年低 2 个百分点。

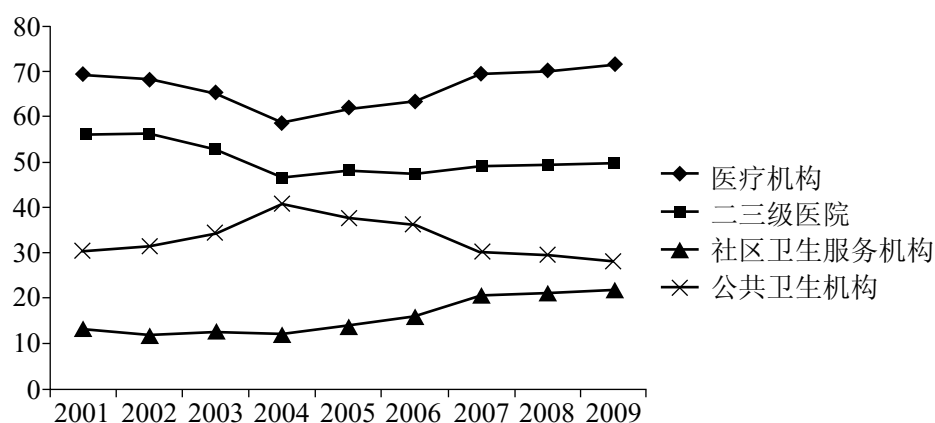


图 2 2001 - 2009 年上海市政府卫生投入在医疗和公共卫生机构间的分配构成 (单位: %)

二、疾病预防控制和卫生监督机构收支状况

(一) 总体收支状况

总体来看，2002 - 2009 年本市疾病预防控制机构和卫生监督机构的收入和支出基本都呈稳步增长的态势，除 2006 年两类出现较明显的亏损外，收支基本能够保持平衡 (表 2)。

表 2 2002 - 2009 年上海市疾病预防控制和卫生监督机构总体收支状况 (单位: 亿元)

机构名称		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
疾病预防控制机构	收入	2.96	3.86	4.04	4.63	4.86	6.26	8.07	9.50
	支出	2.97	3.74	3.84	4.61	5.06	6.21	7.41	9.42
卫生监督机构	收入	1.30	1.63	1.98	1.75	1.94	2.19	2.49	2.53
	支出	1.24	1.56	1.89	1.75	1.99	2.17	2.49	2.55

（二）收入状况

1. 总体收入状况

2002 - 2009 年本市疾病预防控制机构和卫生监督机构的总收入逐年增长，年均增长速度为 16.0%，其中政府投入的增长尤为明显，绝对数从 2.0 亿元增长到 9.5 亿元，年均增长 24.8%，尤以 SARS 爆发之后增长显著，2004 年政府投入比上一年增长了 65.5%。政府投入在总收入中的比重 2002 年仅为 47%，2005 年以后该比例维持在 77 - 81%。随着政府投入力度的加大，事业收入和其他收入的比重明显下降，其中预算外资金收入占总收入的比例从 18% 下降到 1%（表 3）。

表 3 2002 - 2009 年上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构总体收入状况（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
总收入	4.27	5.49	6.02	6.38	6.81	8.45	10.56	12.03
政府投入	2.02	2.64	4.38	4.89	5.38	6.87	8.22	9.53
事业收入	1.41	1.98	0.96	1.03	1.13	0.95	0.81	0.67
其中：预算外资金收入	0.75	1.55	0.62	0.67	0.75	0.42	0.52	0.16
其他收入	0.84	0.86	0.67	0.46	0.30	0.63	1.55	1.85

注：政府投入包含财政补助和上级补助收入

2. 疾病预防控制机构收入状况

2002 - 2009 年本市疾病预防控制机构总收入的年均增长速度为 18.1%。具体而言，SARS 之前，政府对疾病预防控制机构的财政补助较少，机构收入主要来源于事业性收费，2003 年事业收入占总收入的 41%，而各级政府补助仅占 39%。SARS 之后，政府加大对疾病预防控制机构的投入力度，政府投入占机构总收入的比例从 2004 年的 67% 增加到 2009 年的 74%，事业收入和其他收入的比例明显下降，但截至 2009 年，全市疾病预防控制机构仍有 26% 的收入来源于事业收入和其他收入（表 4）。

表 4 2002 — 2009 年上海市疾病预防控制中心总体收入状况（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
总收入	2.96	3.86	4.04	4.63	4.86	6.26	8.07	9.50
政府投入	1.12	1.50	2.69	3.23	3.52	4.77	5.81	7.05
事业收入	1.10	1.58	0.71	0.96	1.07	0.91	0.76	0.64
其中：预算外资金收入	0.57	1.22	0.45	0.61	0.71	0.38	0.48	0.13
其他收入	0.75	0.79	0.64	0.44	0.28	0.58	1.50	1.81

3. 卫生监督机构收入状况

2002 — 2009 年本市卫生监督机构总收入的年均增长速度为 9.9%，慢于疾病预防控制中心的收入增长。对于独立的卫生监督机构，各级政府的投入力度逐年上升，政府投入占机构总收入的比例从 2002 年的 69% 升高到 2009 年的 98%；尤以 SARS 之后增加明显，2004 年和 2005 年政府投入占总收入的比例分别比去年同比上升 15 个和 10 个百分点（表 5）。

表 5 2002 — 2009 年上海市卫生监督机构总体收入状况（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
总收入	1.30	1.63	1.98	1.75	1.94	2.19	2.49	2.53
政府投入	0.90	1.15	1.69	1.66	1.86	2.10	2.42	2.48
事业收入	0.31	0.41	0.26	0.07	0.06	0.04	0.04	0.04
其中：预算外资金收入	0.18	0.33	0.17	0.07	0.04	0.04	0.04	0.02
其他收入	0.09	0.07	0.03	0.02	0.02	0.05	0.05	0.03

三、疾病预防控制中心和卫生监督机构政府投入状况

（一）政府投入占机构支出的比例

政府投入不断加大，尤以 SARS 之后的 2004 年，政府对疾病控制的投入跳跃式增长，政府投入占疾病预防控制中心总支出的比例从 40% 增加到 70%，在卫生监督机构则从 73% 增加到 89%。到 2009 年，疾病预防控制中心和卫生监督机构总支出中政府投入的比重分别为 97% 和 75%（图 3）。

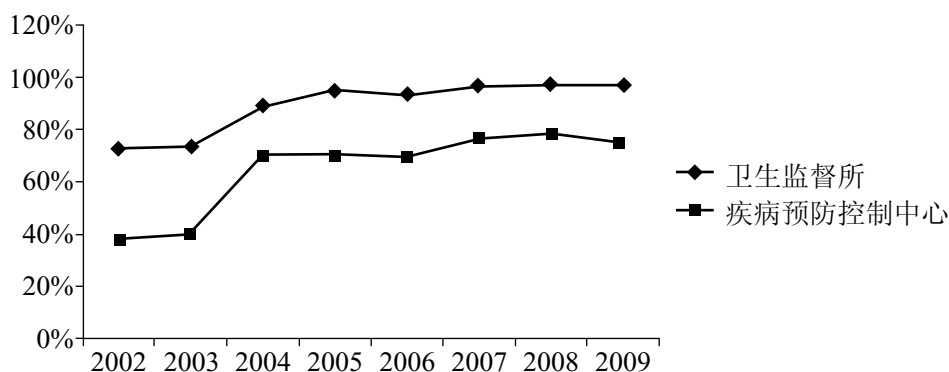


图3 2002—2009年上海市CDC和卫生监督机构政府投入占机构支出的比例（单位：%）

（二）不同区县的政府公共卫生投入状况

从图4可以看出，按中心城区、近郊区、远郊区/县进行分层，2009年不同区县的人均（按常住人口计算，下同）公共卫生投入差别较大，如人均疾病预防控制经费近郊区仅为18元，而中心城区达到28元，是近郊区的1.5倍；人均卫生监督经费各区县差别较小，近郊区仍然低于中心城区和远郊区。

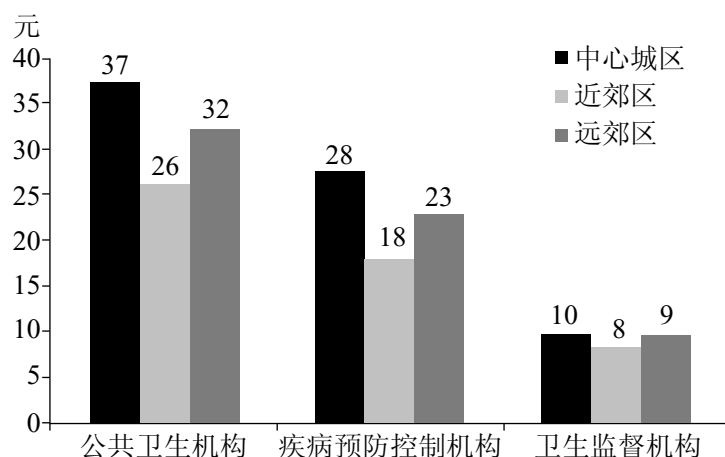


图4 2009年上海市不同区县公共卫生机构人均公共卫生投入状况

分析不同区县的政府财政收支以及人均公共卫生经费投入状况，发现人均财政收入高的区县公共卫生投入不一定高；远郊区人均财政收入水平相对较低，但其人均公共卫生投入水平明显高于近郊区，

提示近郊区人均公共卫生投入力度更有待加强；公共卫生投入水平基本与地方财政支出水平呈正比（表6）。

表6 2009年上海市不同区县公共卫生机构人均公共卫生投入状况（单位：元）

地区	人均公共卫生投入	人均地方财政支出	人均地方财政收入
中心城区	37	10244	7900
近郊区	26	7699	5625
远郊区	32	8657	4641

四、疾病预防控制和卫生监督机构人员经费状况

（一）总体人员经费状况

2007、2009年上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构人均人员经费维持在6万元左右。2007年政府财政补助中，约54%用于人员经费，2009年下降到41%。财政补助的人员经费占人员支出的比例为85%左右，疾病预防控制和卫生监督机构仍需靠事业收入等补足15%左右的人员支出（表7）。

表7 2007、2009年上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构人员经费状况

指标	单位	2007	2009
人员经费	万元	36650	37700
其中：在职人员经费	万元	34847	35614
离退休人员经费	万元	1804	2086
人员经费占财政补助收入比例	%	54.81	40.58
其中：在职人员经费占财政补助比例	%	52.12	38.33
离退休人员经费占财政补助比例	%	2.70	2.24
平均每机构现有人力	人	99.13	102.65
人均经费	元	61084	58413
其中：在职人均经费	元	87886	86736
离退休人均经费	元	8864	8883
人员经费占人员支出比例	%	88.49	84.18

（二）疾病预防控制机构人员经费状况

政府对疾病预防控制机构的财政补助中，用于人员经费的比例

不足 50%，财政补助的人员经费占人员支出的 80% 左右，本市疾病预防控制中心仍需靠事业收入等补足 13 - 20% 的人员支出（表 8）。

表 8 2007、2009 年上海市疾病预防控制中心人员经费状况

指标	单位	2007	2009
人员经费	万元	24438	23858
其中：在职人员经费	万元	23094	22301
离退休人员经费	万元	1344	1558
人员经费占财政补助收入比例	%	52.15	34.59
其中：在职人员经费占财政补助比例	%	49.28	32.33
离退休人员经费占财政补助比例	%	2.87	2.26
平均每机构现有人力	人	134.50	139.00
人均经费	元	57340	51765
其中：在职人均经费	元	85853	80218
离退休人均经费	元	8548	8516
人员经费占人员支出比例	%	86.58	79.90

（三）卫生监督机构人员经费状况

卫生监督机构的政府投入力度相对较大，60% 左右的财政补助用于人员经费，人均经费保持 7 - 8 万元。财政补助的人员经费可维持 92% 以上的人员支出（表 9）。

表 9 2007 年上海市卫生监督机构人员经费状况

指标	单位	2007	2009
人员经费	万元	12212	13841
其中：在职人员经费	万元	11752	13313
离退休人员经费	万元	460	528
人员经费占财政补助收入 %	%	61.05	57.81
其中：在职人员经费占财政补助 %	%	58.75	55.60
离退休人员经费占财政补助 %	%	2.30	2.21
平均每机构现有人力	人	63.75	66.30
人均经费	元	70266	75020
其中：在职人均经费	元	92175	100401
离退休人均经费	元	9935	10175
人员经费占人员支出 %	%	92.58	92.75

五、讨论和建议

本研究发现,上海市公共卫生机构费用占卫生总费用的比例在 SARS 之前一直维持在 5.2% 左右, SARS 之后政府对公共卫生的重视程度明显增加,公共卫生机构费用占卫生总费用的比例提高到 6.1%,其后几年此比例呈逐年增加的趋势,到 2009 年,该比例达到 6.3%。

(一) 存在问题

近年来,不论是从绝对数还是相对数来看,政府对公共卫生机构的投入均呈明显增加的趋势,但公共卫生机构的政府投入方面仍然存在几个方面的主要问题:

第一,公共卫生机构费用总量不足。横向比较来看,上海市公共卫生机构费用占卫生总费用的比例低于除浙江以外的兄弟省市的水平,也低于全国平均水平。这可能与上海市经济发展程度相对较高,卫生资源总量相对较大有关,但同时也体现出了上海市在经济高速发展的同时,对公共卫生投入并未引起足够的重视。

第二,未形成稳定的长效投入机制^[1,2]。一方面,从文中的纵向比较可以看出,政府卫生投入分配到公共卫生机构的费用比重呈明显的先升后降的态势, SARS 之前,政府财政投入到公共卫生机构的比例不断上涨,到 2004 年达到顶峰 41%,但 SARS 之后,该比例呈显著的逐年下降趋势,2009 年比 2001 年的水平低 2 个百分点。另一方面,从公共卫生机构费用占卫生总费用的比例来看, SARS 之后上海市政府制定了《上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划(2003 年-2005 年)》,政府对公共卫生的投入明显增强,但到 2007 年随着三年行动的结束,政府公共卫生投入从 2006 年的 6.1% 锐减到 2007 年的 5.2%,2008 年随着新一轮公共卫生行动计划的正

式启动，政府投入又明显增加。

第三，政府对公共卫生的投入仍远不及对医疗的投入。卫生资源和政府卫生投入仍未改变“重医疗，轻预防”的习惯，越来越多的卫生资源用于购买费用昂贵的城市医院服务，挤占了用于购买成本效益较优的公共卫生服务资源。

第四，区县间公共卫生投入存在不均衡。虽然远郊区的人均财政收入和支出水平明显较低，但其人均政府公共卫生投入力度明显较大；而经济实力相对较好的近郊区的政府公共卫生投入力度明显较小。

（二）政策建议

国家新医改方案提出，到2020年要普遍建立比较完善的、覆盖城乡居民的公共卫生服务体系，要全面加强公共卫生服务体系建设，提高公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力，促进城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务；明确公共卫生机构收支全部纳入预算管理，公共卫生服务主要通过政府筹资，保障公共卫生服务所需经费，向城乡居民均等化提供；强调新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障。根据以上研究提出如下几点建议：

第一，要进一步明确政府责任，加大政府投入力度，对于公共卫生产品，财政始终应是其最为主要的投入者。

第二，应构建公共财政体制，对满足社会需要而必须进行的社会管理和必须提供的公共服务，政府则不能“缺位”。

第三，逐步实现市级统筹，缩小地区间差异，真正实现公共卫生服务的均等化。

第四，构建政府公共卫生投入的长效机制，政府对公共卫生的

投入应进行科学测算、稳步投入，改变既往的“财神跟瘟神走”或者计划初期“大处方”、多投入，计划后期“小处方”、少投入的现象。

第五，建立突发事件应急保障体制和机制，同时建立相应的公共卫生法律保障体系，从制度上保障公共卫生投入的科学规范和长效管理。

参考文献

- [1] 荆丽梅, 金春林, 丁汉升, 等. 上海市公共卫生机构收入与支出分析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 10-14.
- [2] 夏毅. 上海市卫生总费用核算研究报告 (2001—2007) [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 97.

(责任编辑: 王力男)

中心第四次双月论坛简讯

6月8日, 上海市卫生发展研究中心在上海市发展和改革委员会培训中心举办了第四期双月论坛。本次论坛由中心副主任丁汉升主持, 上海市卫生局相关处室人员、中心特约研究员、《卫生政策研究进展》内刊联络员和本市高校部分学者应邀参加了此次论坛。上海市卫生局决策咨询专家、美国麻省卫生福利部卫生政策高级研究员、上海财大公共经济与管理学院特聘教授蔡江南作了题为《医改为何如此步履艰难?》的讲演, 对中国和美国的医改背景、价值理念、改革历程进行了比较分析; 中心特约研究员、复旦大学副教授罗力作了题为《公立医院经济补偿规律和成本控制的必然性》的讲演, 运用系统动力学方法分析了我国公立医院补偿机制的演变历程, 提出了加强成本控制的必要性和必然性。中心主任胡善联教授、复旦大学陈洁教授和程晓明教授、上海市胸科医院郭永瑾书记等专家学者对讲演做了点评, 与会人员围绕如何借鉴美国经验进一步推进医改、如何完善公立医院补偿机制等展开了热烈讨论。

(责任编辑: 李芬 王力男)

2002 — 2009 年上海市公立医疗机构经济运行状况分析

李芬¹ 金春林² 付晨² 王贤吉¹ 彭玉梅²

【摘要】 目的：分析 2002 - 2009 年上海市不同等级公立医疗机构的经济运行情况。资料与方法：收集 2002 - 2009 年卫生财务年报数据，进行描述性分析。结果：药品收入、医疗收入和政府财政投入仍然是公立医疗机构三大收入来源，公立医疗机构在 2007 年出现收不抵支，2008 年、2009 年实现盈余。政府财政投入尤其是对社区卫生服务机构投入有所增长；医疗收入中护理、诊察、治疗、床位占比逐渐降低，手术、化验、检查占比升高；药品加成率下降，但药品费增长快。人员支出增长速度低于总支出的增长速度，人员支出占总支出比例下降。建议：完善财政投入机制，合理调整医药价格，加强对医院的财务监管，整体推进公立医院改革。

【关键词】 公立医院；收入；支出；政府投入

公立医疗机构是提供医疗服务的主体，公立医院改革能否取得成功直接关系到“看病难、看病贵”问题能否解决。国家和上海市医改都将公立医院试点改革作为近期重点工作之一，并出台了一系列价格调整、服务监管措施。本文分析了 2002 - 2009 年上海市公立医疗机构经济运行情况，为政策制定和实施提供依据。

一、公立医疗机构收支情况

（一）收支结余

2002 - 2009 年，上海市公立医疗机构的总收入和总支出年均增长速度分别为 16.3% 和 16.9%，收支结余于 2007 年出现负值，2008 年、2009 年情况好转，收入略高于支出（表 1）。其中，医疗

第一作者：李芬，女，研究实习员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；2. 上海市卫生局，上海 200040

收支一直处于“入不敷出”的状态，亏损额逐年增加，2009年亏损达65.2亿元。药品结余在2002—2006年间逐年上升，2007年结余锐减，2008年、2009年结余增加，但不能弥补医疗收支的缺口（表2）。

表1 2002—2009年上海市公立医疗机构的总体收支情况（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
总收入	195.5	217.6	260.9	307.7	342.6	390.4	444.0	561.0
总支出	186.1	207.7	244.9	294.2	329.2	392.2	442.7	555.1
结余	9.4	9.9	16.0	13.5	13.4	-1.8	1.3	5.9

表2 2002—2009年上海市公立医疗机构收支结余情况（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
医疗收支结余	-19.5	-24.5	-23.4	-32.0	-40.4	-50.5	-61.2	-65.2
药品收支结余	12.8	15.2	20.6	23.7	23.7	16.4	16.8	19.6
其他收入收支结余	1.1	2.6	-0.1	-3.2	-4.6	-4.1	-2.2	-5.8
财政补助	15.0	16.6	18.9	25.0	34.7	36.4	47.9	57.3
总结余	9.4	9.9	16.0	13.5	13.4	-1.8	1.3	5.9

（二）收入情况

1、收入来源情况与构成

公立医疗机构总收入持续增长，2009年公立医疗机构的总收入561.0亿元，是2002年的2.9倍。政府财政补助（包括财政补助和上级补助收入）、医疗收入和药品收入年均增长速度分别为21.1%、15.1%和16.7%，以政府财政补助增长最快（图1）。收入来源仍以药品收入和医疗收入为主。近三年来药品收入占比有所增加，2009年已达46.2%；医疗收入相对减少，2009年为41.1%；政府财政补助占公立医疗机构收入比重从8%增长到10%以上，其中尤以近两年增长较快。

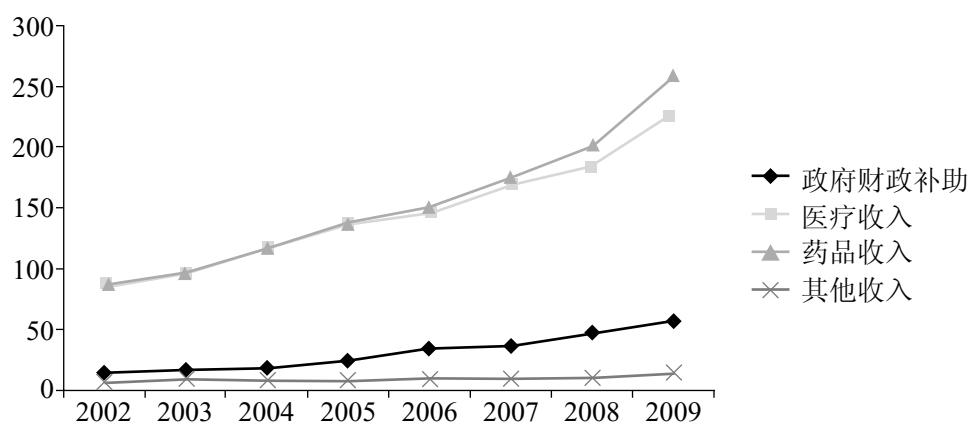


图1 2002—2009年上海市公立医疗机构收入情况 (单位: 亿元)

2、医疗收入情况及构成

医疗收入中,手术、化验、检查收入占比逐渐提高,诊察、床位、护理费用占比减小。2002—2009年,化验收入和检查收入由31.6%增长到34.8%;诊察、床位、护理以及挂号收入占比由20.9%下降到16.8%(表3)。

表3 2002—2009年上海市公立医疗机构医疗收入构成情况 (单位: %)

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
手术收入	17.9	19.0	20.5	21.3	21.2	21.5	22.1	22.1
化验收入	16.0	16.5	16.0	16.0	16.1	16.4	17.0	18.2
检查收入	15.6	15.9	15.6	15.9	16.3	16.9	16.7	16.6
治疗收入	19.1	18.2	16.9	16.4	15.4	14.4	14.4	14.5
其他收入	10.5	10.3	12.4	12.4	13.0	13.2	12.9	11.7
诊察收入	8.7	8.1	7.2	7.0	7.1	7.2	7.1	6.8
床位收入	7.8	7.8	7.5	7.0	6.9	6.7	6.1	6.3
护理收入	2.5	2.3	2.1	1.9	1.9	1.7	1.6	1.7
挂号收入	1.9	1.9	1.8	2.1	2.1	2.0	2.1	2.1
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

3、不同等级医疗机构收入情况与构成

从不同收入来源增长情况来看,2002—2009年,三级医院、二级医院和社区卫生服务机构总收入的平均增长速度分别为19.7%、

13.0% 和 14.5%；三级医院的政府财政补助、医疗收入和药品收入的年均增长速度分别为 18.0%、19.6% 和 20.7%，二级医院分别为 18.8%、11.8% 和 13.1%，社区卫生服务机构分别为 32.6%、7.1% 和 14.7%。可见，三级医院总收入的增长速度最快，其医疗收入和药品收入增速远高于二级医院和社区卫生服务机构。社区卫生服务机构和二级医院的政府财政补助稳步增长，以社区卫生服务机构的财政补助增长最快。

从不同收入来源构成情况来看，2002 - 2009 年三级医院政府财政补助在 5.0% - 6.8% 之间，医疗收入占比下降，药品收入占比上升。二级医院的财政投入由 8.9% 上升到 12.5%，医疗收入和药品收入占比下降。社区卫生服务机构财政补助比例增长最快，从 6.6% 上升到 18.4%，药品收入占比较稳定，但医疗收入占比锐减，2009 年仅占总收入的 20.4%。

（三）支出情况

1、总体支出情况

公立医疗机构总支出持续增长，2009 年总支出 555.1 亿元，是 2002 年的 3 倍，医疗支出和药品支出的平均增长速度分别为 22.2% 和 28.7%。2002 - 2009 年，人员支出总额从 58.5 亿元增长到 149.3 亿元，年均增长 12.8%，远低于医疗支出和药品支出增长速度，人员支出占总支出比例从 31.5% 下降到 26.9%，但政府财政补助占人员支出比例增，从 25.6% 增长 38.4%。

2、不同等级医疗机构支出情况

各级医疗机构人员支出年均增长速度低于药品支出和医疗支出的增长速度，三级医院人员支出占总支出的比例相对稳定，二级医院和社区卫生服务机构的人员支出占总支出比例下降。各级医院政

府财政补助占人员支出比例均呈上升趋势。

二、公立医院收入情况与医疗服务量比较

门急诊人次、入院人数和住院天数的年均增长速度分别为 10.3%、8.0% 和 5.6%，医疗服务提供量的年均增长速度远低于医院收入。扣除物价因素，医院收入的年均增长速度为 13.4%，仍比门急诊人次增速高 3.1%，比入院人次高 5.4%。

表 4 2002 — 2009 年上海市医疗服务量变化情况

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
门急诊人次(万人次)	8617.3	8801.3	9249.6	9977.2	11491.3	13026.4	15035.1	17111.7
入院人次(万人)*	135.8	133.6	145.7	164.6	179.0	194.8	209.7	232.9
住院天数(万天)	—	2391.4	2542.6	2772.2	2987.7	3218.3	3477.0	3509.4

注：2002、2003 年为出院人次

三、公立医疗机构药品加成情况

(一) 药品加成总体情况

2002 — 2009 年，药品的加成率逐渐下降，2009 年为 15.9%，不到最高水平（2004 年为 34.3%）的一半。如果按照 2006 年（调控前）的药品加成率，2007 — 2009 年的药品收入分别为 190.4 亿元、239.1 亿元和 292.1 亿元，与实际药品收入相比分别增加了 15.3 亿元、24.7 亿元和 33.0 亿元（表 5）。

表 5 2002 — 2009 年上海市公立医疗机构药品加成情况

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
药品收入(亿元)	88.0	96.8	117.3	137.9	151.8	175.1	214.4	259.1
药品费(亿元)	67.0	72.8	87.3	103.6	116.1	145.7	182.9	223.5
药品差价(亿元)	21.0	24.0	30.0	34.3	35.7	29.4	31.5	35.6
药品加成率(%)	31.3	33.0	34.3	33.1	30.7	20.2	17.2	15.9

注：药品加成率 = 药品差价 / 药品费 * 100%

(二) 不同等级医疗机构药品加成情况

各等级医疗机构的药品加成率均下降，但近三年来药品费增幅

高。以三级医院为例,2007 - 2009 年,药品费总额每年增长 20 余亿,2008 年环比增长 35.1%,2009 年环比增长 24.5%。

四、讨论

(一) 政府对不同级别医疗机构的投入比例存在差异

政府对各级医疗机构的投入比例有差异,对社区卫生服务机构的投入比重增加。2002 - 2009 年,政府对三级、二级和社区卫生服务机构的财政投入构成比由 35.9%、46.9%、17.2% 调整为 29.0%、39.6%、31.4%。三级医院政府财政补助占其总收入比重逐年降低,二级医院和社区卫生服务机构则逐年升高。

政府财政投入仍存在不足。由于政策调整,一方面医疗机构药品加成率降低,2007 - 2009 年因加成率降低而减少的药品收入均在 15 亿元以上,另一方面医院承担的公共卫生任务增多。尤其是社区卫生服务机构,实行“零差率”后很可能出现药品收支、医疗收支均为负数,政府需要承担托底责任。有研究表明,如果按照新医改文件要求,医疗机构基本建设、设备购置、扶持学科发展、离退休人员费用、政策性亏损以及公共卫生服务等专项补助由政府承担,则财政投入占公立医疗机构收入的比例要达到 30%^[1]。

(二) 医院收入出现两个“一降一升”,医疗服务价格需调整

一是医疗收入所占比例逐渐降低,但绝对值增长速度快。各级医院门诊和住院收入中,医疗收入的占比逐渐缩小。出现这一情况的原因是药品收入增加造成医疗收入相对减少(财政补助和其他收入占总收入比重低于 15%,且历年构成比较稳定,对医疗收入占比影响小)。以 2007 - 2009 年为例,2008 年、2009 年医疗收入分别为 183.9 亿元、230.3 亿元,环比分别增加 14.5 亿元、46.4 亿元,医疗收入增长不可谓不快;药品收入分别为 202.1 亿元、259.1 亿元,

环比分别增长 27.0 亿元、57.0 亿元。可见，医疗收入总额并未减少，其占比下降是由于药品收入增长比医疗收入快造成的。

二是护理、诊察、治疗、床位收入占比逐渐降低，手术、化验、检查收入占比逐渐升高，医疗服务价格结构不合理。各类医疗收入构成比的变化从某个角度说明医疗收入的“利润区”所在，检查、化验等收费相对收益较高，医疗机构倾向于提供检查、化验服务。在利润倒置情况下引发出“以药养医”、以检查和化验收入来弥补医疗收支的缺口的怪现象，导致医疗资源的巨大浪费，从长远来看不利于医疗机构服务水平的提高。

（三）药品加成率下降但药品费激增，调控需与监控相结合

一方面，药品加成率明显下降，政策调控成效初现。2006 年国家发展和改革委员会等八部门印发的《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见的通知》（发改价格〔2006〕912 号）对本市药品加成率政策产生了很大影响，2007 年药品加成率为 20.2%，下降了 10 个百分点；到 2009 年，已降至 15.9%。另一方面，药品收入占医院收入比重增加，药品费增长速度加快。2008、2009 年，药品费每年增长约 40 亿元，环比增长速度分别为 25.5%、22.2%，远高于门诊人次数环比增长率（分别为 15.3% 和 13.9%）。其原因主要是公立医疗机构面对药品加成政策的调整采取了增加药品使用量的对策，靠“跑量”来获取药品差价，弥补医疗服务的“缺口”。因此，在控制“价”的基础上，应同步加强对“质”与“量”的控制，特别是规范和管理医疗机构和医生用药行为。

（四）人员支出占总支出比例下降，医务人员价值未充分体现

公立医疗机构医务人员的技术劳务价值未得到充分体现，政府对人力成本补助不足。在医疗机构业务量和收入大幅增加的情况下，

卫生技术人员的数量并没有同步增长，2002 - 2009 年卫生技术人员数年均增长率仅 3.7%（2002 为 101563 人，2009 为 130891 人），医务人员超负荷工作，可能造成医疗质量隐患^[2]。人员支出占总支出的比例逐渐下降，年均增长率远低于医疗支出和药品支出增长速度。假设政府财政补助全部用于补助医疗机构的人力成本，2002 - 2009 年，财政补助占人员支出的比例逐渐提高，但 2/3 的人员支出仍需药品、检查、化验等收入来补助。而且，不同级别医院政府财政补助占人员支出的比例相差较大，三级医院仅为 1/4 左右，社区卫生服务机构虽已达到近 70%，但背景是实行收支两条线、药品零差率和承担了大量公共卫生服务。

五、建议

一是落实财政补助。按照新医改文件精神，政府财政应保障公立医疗机构基本建设、设备购买的资金需求，切实补偿公立医疗机构的“政策性亏损”和提供公共卫生服务的成本。同时，应加强对投入资金的监管与绩效评价，提高政府财政补助的效用成本比。

二是调整医院补偿机构，弱化“以药补医”。医院由于取消药品加成而减少的收入通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府投入等途径解决，通过提高医疗收入、降低药品收入比例来优化医院收入结构。建议药品加成率实行“差别加价”，即低进价药品可提高加成率，高进价药品降低加成率。

三是合理调整医疗服务价格。目前的医疗服务价格内部结构不尽合理，大型设备检查、部分化验项目价格偏高，易造成医务人员诱导“高”消费^[3,4]。建议适当提高治疗、诊察、护理等人力成本较高、体现技术劳务机制且不易被诱导的服务项目，降低部分检查、化验等服务的收费标准，采取综合措施控制检查、化验费用不合理

上涨。

四是加强财务监管，整体推进公立医疗机构改革。公立医疗机构的改革是一项“牵一发而动全身”的复杂工程，“头痛医头、脚痛医脚”将会引发新问题的产生，如降低药品加成率后，药物的使用量大幅增加，化验、检查增长加快。因此，任何一项制度的都需配套政策的同步跟进，否则实施效果可能偏离政策设计目标^[5]。目前医疗费用的增长速度明显快于医疗服务量，应改革支付方式，建立以资产监管、审计监督为核心的规范、专业的财务管理制度，促进医疗机构各项信息的透明化，控制医疗费用的不合理增长。

参考文献

- [1] 万鸿君, 彭芳. 完善公立医院补偿机制改革的难点与思考[J]. 中国医院管理, 2010, 30(2): 1-2
- [2] 金春林. 上海市公立医疗机构补偿机制研究[J]. 卫生经济研究, 2005(11): 37-38
- [3] 张仁华. 以医疗项目成本核算为契机完善医院补偿机制[J]. 医院院长论坛, 2010, 5: 14-16
- [4] 冯丹, 汪雪莲, 任光东, 等. 福州地区公立医院的医疗服务成本、价格和财政补偿关系分析[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(10): 84-85
- [5] 金春林, 荆丽梅, 林海, 等. 上海市公立医疗机构收入与支出分析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 15-20

(责任编辑: 杜丽侠)

2002 — 2009 年上海市社区卫生服务机构收支状况分析

林海¹ 金春林² 王力男¹ 薛佳¹ 顾丽娟² 李芬¹ 谢磊²

【摘要】 目的：测算上海市社区卫生服务机构的财务收支情况，为卫生政策的研究和制定提供证据。资料与方法：提取和分析社区卫生服务机构 2002 - 2009 年的财务管理数据。结论：在各方因素的影响下，社区卫生服务机构在 2007、2008 年出现赤字后，于 2009 年实现了收支平衡，略有结余。但社区卫生服务机构对药品收入仍有较大依赖性。建议：配合基本药物制度改革，继续加大各级政府对社区卫生服务机构的投入，以减弱其对药品收入的依赖性，并逐步提高反映技术劳务的项目收费价格，保障社区卫生服务机构医务人员的收入水平与物价的增长水平总体相适应。

【关键词】 社区卫生服务机构；收支分析；政策建议

上海市从 1997 年国家首次提出大力发展社区卫生服务的要求开始，十分重视发展社区卫生服务机构的软硬件建设和内涵发展。2005 年市政府开展了社区卫生服务综合改革试点^[1]，2006 年开始改革陆续在全市 19 个区县全面推进，并提出了“提高质量、规范功能、降低费用、加强管理”的总体要求。2010 年上海开始实施国家基本药物制度的改革，在基层医疗卫生服务机构推进国家 307 种基本药物和地方增补的 381 种药物零差率销售，基层医疗卫生机构将完全只能使用基本药物目录以内的 688 种药物。2011 年又试点推行家庭医生制度。

我们已经发表了一篇分析上海市 2002 - 2007 年社区卫生服务机构收支状况的文章^[2]，本文沿用原分析方法，重点分析 2008、

第一作者：林海，男，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；2. 上海市卫生局财务管理中心，上海 200040

2009 两年的变化情况。

一、社区卫生服务中心总体收支状况分析

(一) 总体情况

2002 - 2009 年, 上海市社区卫生服务机构的收入总额从 38 亿元增长到 98 亿元, 增长了 2.6 倍, 年均增长率为 14.5%。支出总额平均年增长率为 15.2%, 稍高于收入的增长幅度。八年来全市社区卫生服务机构总收入和总支出都呈现增长趋势, 前五年略有结余。2007 年本市的社区卫生服务机构运营出现赤字, 2008 年、2009 年的经营状况好转 (图 1)。

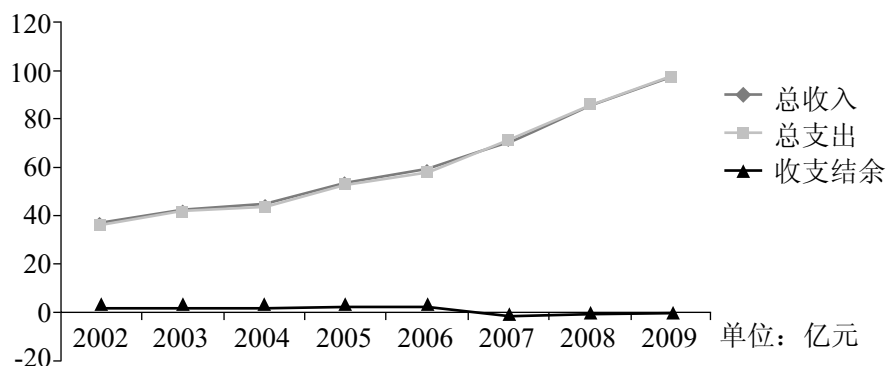


图 1 上海市社区卫生服务机构 2002 - 2009 年收支变化趋势

根据“上海市卫生总费用核算研究”课题组采用机构流向法测算所得结果, 2002 年上海市卫生总费用分配总额 (即当年各医疗卫生机构的资金总流量) 为 278.4 亿元, 2009 年为 784.7 亿元, 年均增长率为 16.0%, 高于社区卫生服务机构总收入的增长速度 14.5%。

上海市社区卫生服务机构的卫生费用呈现上升趋势, 但在卫生总费用分配总额中所占的比例呈先降后升趋势, 从 2001 年的 15.6% 降低到 2007 年的最低点 12.4%, 2008 年升至 14.5%, 2009 年为 14.3% (表 1)。尽管近年来加强社区卫生服务是卫生改革的重点, 但社区卫生服务机构的市场份额却略呈下降趋势, 这主要是因为社

区卫生服务机构的服务量增长总体上赶不上二、三级医院。2008年以后社区卫生服务机构的发展呈现较好势头。

表1 2001—2009年上海市卫生费用分配构成（单位：%）

机构类别	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
城市医院	61.6	64.6	64.5	64.0	62.5	64.2	65.5	61.3	63.9
县医院	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	0.9	1.0	0.9
社区卫生服务中心 (含乡镇卫生院)	15.6	13.8	12.1	12.4	12.7	12.7	12.4	14.5	14.3
其它医院	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
门诊机构	2.6	1.9	1.6	1.7	1.9	2.0	2.5	3.3	3.0
药品零售机构	10.1	8.9	8.1	8.4	8.4	8.4	7.5	10.0	8.1
公共卫生机构	5.3	5.2	5.1	5.8	5.8	6.1	5.2	6.2	6.3
卫生行政管理机构	0.3	0.3	0.4	0.5	0.5	0.3	1.7	1.2	1.1
其他卫生机构	3.2	4.1	7.1	6.1	7.1	5.2	4.3	2.3	2.4

（二）收入结构

社区卫生服务机构的收入来源仍以药品收入为主，在55—58%之间波动，2006、2007两年略有降低。医疗收入所占的比重呈下降趋势，2009年占20.5%，较2002年的32.7%下降了近12个百分点。政府投入的总量和占比呈现增长趋势，八年来从6.6%升高到18.4%，增加了近12个百分点，反映社区卫生功能从依赖服务收费的医疗服务逐渐转变为更多依靠政府补贴的预防保健服务。从数据上来看，政府投入的增加恰好能够替代医疗收入的减少。但药品在总收入中的占比仍稳定在六成，并未减少（表2）。

表2 2002—2009年上海市社区卫生服务机构收入结构

指标	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
政府投入	亿元	2.5	3.5	3.8	5.3	8.4	11.4	15.8	18.0
	%	6.6	7.9	8.4	9.5	10.2	16.2	18.3	18.4
医疗收入	亿元	12.4	14.7	14.6	16.7	16.3	17.1	18.3	20.0
	%	32.7	33.9	31.7	30.1	27.0	24.2	21.2	20.5
药品收入	亿元	21.8	24.1	26.3	32.0	34.0	40.2	49.9	57.0
	%	57.4	55.2	57.2	57.8	56.2	57.0	57.9	58.2
其他收入	亿元	1.2	1.3	1.3	1.4	1.8	1.9	2.2	2.9
	%	3.2	3.0	2.7	2.6	2.9	2.6	2.5	3.0

注：政府投入 = 财政补助收入 + 上级补助收入

（三）支出结构

社区卫生服务机构的支出结构以医疗和药品为主，两者合计占总支出的 95% 以上，药品约占总支出的 50%，近年略有上升（表 3）。随着基本药物制度的建立和加强，社区卫生服务机构的药品比重（包括收入和支出）有望得到控制。

表 3 2002 — 2009 年上海市社区卫生服务机构支出结构

指标	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
医疗支出	亿元	17.7	21.3	21.6	25.5	27.8	32.8	37.3	40.8
	%	48.8	51.2	49.0	47.9	47.7	46.1	43.2	41.8
药品支出	亿元	17.8	19.4	21.2	25.9	28.0	35.3	45.4	53.0
	%	49.2	46.7	48.2	48.8	48.2	49.7	52.6	54.2
其他支出	亿元	0.8	0.9	1.2	1.8	1.6	3.0	3.6	3.9
	%	2.1	2.2	2.8	3.3	2.8	4.2	4.2	4.0
总支出	亿元	36.3	41.6	44.0	53.2	58.1	71.1	86.3	97.7

（四）收支结余

由于社区卫生服务机构医疗服务项目收费标准从 1997 年开始就没有大的调整，而人力成本的上升导致医疗服务成本逐年上升，医疗服务收支结余连年亏损，且有扩大趋势，每年递增 2 - 3 亿元，2009 年达到了 20.8 亿元的赤字。药品收支结余在 2005 年、2006 年达到最高，为 6 亿左右，2006 年起实行的控制药品加成率政策在 2007 年开始呈现效果，药品收支结余开始下降，降至 5 亿以下，2009 年为近 4 亿元。药品收支结余与医疗收支结余的差额逐年增加，药品收入开始难以补贴医疗的亏损，总体结余在 2007 年出现拐点。

近五年政府加大财政投入力度，一定程度上弥补了医疗项目的政策性亏损。2007 年全市社区卫生服务机构出现了一定程度的亏损后，在药品的收支结余受到控制、呈现逐年降低的情况下，政府加强了对社区的投入，2008 年增长最明显，较 2007 年相比补助差额和投入总量均增加了近 4 亿元，弥补了医疗服务的政策性亏损，体

现了政府托底的作用（图2）。



图2 上海市社区卫生服务机构 2002 — 2009 年收支结余

二、社区卫生服务机构的收支平衡影响因素

（一）政府投入

我国的卫生政策框架中，社区卫生服务机构的定位是城市基层医疗卫生服务的提供主体，承担着老百姓健康守门人的任务。政府应该在提供公共卫生和基本医疗服务中承担主导地位，公共卫生服务主要通过政府筹资向城乡居民均等化提供，基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担费用。同时，政府应负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）按国家规定核定的基本建设经费、设备购置经费、人员经费和其承担公共卫生服务的业务经费，使其正常运行。如上文分析，上海市社区卫生服务机构政府投入的总量和在收入结构中的比例呈增长趋势：从2002年的2.52亿元增加到2009年的18亿元，增加了7.1倍；政府投入在收入中的比重从6.6%升高到18.4%，增加了近10个百分点。但政府投入还有进一步增长的必要，如2009年，政府投入增加到18亿元，人员费用增长为29.3亿元，基本建设和设备购置经费仍稳定在1.5亿元，要达到国家医改方案要求的标准，政府还需投入13亿元。

（二）人员费用

社区卫生服务人员支出的总量逐年增长，年均增长率为 12.3%，低于总支出 15.2% 的年均增长率，占总支出的比例在 2008、2009 年呈现下降趋势（表 4）。有研究表明，上海市实行社区卫生服务综合改革三年后，医务人员的满意度受影响最显著的因素是待遇较低^[3]。

表 4 上海市社区卫生服务机构 2002 — 2009 年人员费用（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
总支出	36.3	41.6	44.0	53.2	58.1	71.1	86.3	97.7
人员费用*	13.1	14.9	15.2	18.1	20.5	23.7	27.2	29.3
人员费用占总支出比例 (%)	36.0	35.9	34.6	34.0	35.3	33.3	31.6	30.0

注：人员费用 = 人员支出 + 对个人、家庭的补助

（三）药品加价

2002 - 2004 年上海市社区卫生服务机构的药品加价率稳定在 38% 左右。从 2006 年开始，上海市社区卫生综合改革要求降低社区卫生服务机构的药品加价率，到 2009 年药品加价率降至 14.1%。可见，在社区卫生服务机构的药品加价已经受到政策的严格控制（表 5）。

表 5 上海市社区卫生服务机构 2002 — 2009 年药品加价情况

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
药品收入（亿元）	21.8	24.1	26.3	32.0	34.7	40.2	49.9	57.0
药品费（亿元）	15.8	17.3	19.0	23.7	26.0	32.6	42.5	50.0
药品差价（亿元）	6.0	6.7	7.3	8.3	8.6	7.7	7.4	7.1
加价率 (%)	38.0	38.6	38.2	35.3	33.1	23.6	17.4	14.1

即使在政府严控药品加价率的情况下，药品收入仍然呈现了加速增长的态势。2007 - 2009 年，药品收入和药品费每年仍有 7 - 10 亿元的增幅。社区卫生服务购入药品的总费用的年均增长率达 17.9%，依旧保持了相当高的增长率。换言之，社区卫生服务机构在

政府严控药品加价率的条件下，加大了药品的使用量，利用药品差价收入补贴医疗的亏损和不断增加的人员支出。根据分析，社区卫生服务机构极有可能采用了高价药替代低价药的做法，同时也不排除通过诱导需求增加了不必要的药品的使用。

（四）影响收支平衡的因素综合作用

总支出的年均增长率为 15.2%。其中，人员支出总体呈增长趋势，占总支出的 30% 左右，2008、2009 年稍有降低；年均增长率为 12.3%，低于总支出的增长。以药品、卫生材料支出为主的公用支出占总支出的 60% 以上，年均增长率 16.7%，高于总支出的年均增长率，是主导支出增长的主体。2007 - 2009 固定资产投资、大修项目较为稳定，在 1 亿元左右。刚性人员支出的上升和 2005 - 2009 年药品加价率的下降是影响社区卫生服务收支平衡的两个主要原因。

三、主要问题和政策建议

（一）存在问题

由于政府加大财政投入，社区卫生服务机构的经济运行在 2008、2009 年已经逐渐摆脱了政策性亏损，但是从财务分析的结果来看，仍存在以下突出问题：

一是药品收入仍在收入构成中占有较大比例，增加药品消费以维持收支平衡的动力不减。2002 - 2009 年上海全市社区卫生服务机构的药品收入在总收入中占的比例仍约六成，以“收支两条线管理”、“医保预付制”和部分区实行的药品“零差率”为主要内容的改革没有实质性地扭转整体药品收入占比过高的问题。2009 年全市社区卫生服务机构在总体上尚未摆脱“以药补医”的状况，基本依靠开药维持财务平衡。即使在药品加价率已经受到政策控制的情况

下，由于社区卫生服务机构缺少其他收益率相对较高的服务项目，在维持财务平衡的压力下普遍加大了药品的使用量，以弥补医疗项目的亏损。

二是人员收入的增长乏力。人员支出的年均增长率为 12.3%，低于总支出 15.2% 的年均增长率，占总支出的比例在 2008、2009 年呈现下降趋势。随着物价的上涨，增加人员费用的压力日益明显。

三是对政府持续加大投入的要求仍然存在。市区两级政府落实财政托底的要求，有助于基本药物制度的实施。由于近年打下的良好基础，预计上海全市在社区卫生机构每年再增加 7 亿元的投入，就可以对实行药品销售零差率起到有力的支撑作用。

（二）政策建议

首先，继续强化政府主导作用，进一步明确和落实各级政府投入责任。按照国家医改方案指导意见的要求，对政府举办的社区卫生服务机构补偿体现“公共卫生服务由政府补助、基本医疗通过服务收费由基本医疗保险为主补偿、不足部分政府托底确保正常运行”的原则；对于超出基本框架、社区卫生服务机构可以承受的延伸性社区卫生公益服务，通过成本核算确定收费标准，由相关政府部门或个人购买，进一步体现社区卫生公益性质。

其次，逐步提高反映技术劳务的项目收费价格。社区基本医疗服务价格按照扣除财政补助的服务成本制定，体现医疗服务合理成本和技术劳务价值。提高医疗劳务价格，改变医疗劳务价格长期背离价值的状况，为社区卫生服务良性发展创造良好的政策环境。

最后，保障社区卫生服务机构医务人员的收入水平总体上与物价的增长水平相适应，以稳定医务人员队伍，促进社区卫生服务机构健康可持续发展。

参考文献

- [1] 金其林,上海市杨浦区社区卫生服务综合改革的核心内容与目标[J].中国医院,2008,12(6): 52-53.
- [2] 丁汉升,林海,金春林.上海市社区卫生服务机构收入与支出分析[J].中国卫生政策研究,2010,3(1):28-33.
- [3] 陈丞,朱根明,沈国民.公立医疗机构医生对收支两条线管理与绩效考核制度的满意度分析[J].卫生经济研究,2010,(12): 12-14.

(责任编辑: 彭颖)

稿 约

1、刊物简介

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生局主管,上海市卫生发展研究中心主办的卫生政策研究专业学术期刊,属于连续性内部资料性出版物(上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号),2008 年 11 月正式创刊发行,至今已经发行了 27 期。本刊为月刊,大 16 开版面,主要设有专家论坛、医药卫生体制改革、专家解读、他山之石、政策研究、区县之窗、专题研究、动态讯息等栏目。

2、办刊宗旨

配合医药卫生体制的改革与发展,在系统内及时传播医药卫生体制改革以及改革相关活动的国内外开展动态和研究进展,为决策者提供具有及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

3、读者对象

刊物出版后,进行赠阅,赠阅范围主要包括:卫生部相关司局,卫生部卫生发展研究中心;上海市人民政府有关部委办,上海市卫生局有关处室,相关局属卫生事业单位;各省市卫生厅(局)政策法规相关处室以及上海及全国部分高校的卫生政策研究专家和学者。

4、来稿要求

来稿请注明作者姓名、单位、地址、邮编及电话、E-mail,以便通知审核结果。实务性稿件不超过 3000 字,理论性文章不超过 5000 字。基本稿酬为 200 元/千字。文章要求论点明确,论据可靠,数字准确,文字精练,引文及参考书目格式规范。文稿采用 word 格式,电子邮件投稿。文稿中摘编或引用他人作品,请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。本刊对来稿有修改、删节权。如作者拒绝修改,务请在来稿中注明。文责自负,来稿不退。

5、联系方式

地 址: 上海市北京西路 1477 号 801 室 邮 编: 200040

网 址: www.shdrc.org (过刊电子版可从网站查阅和下载)

联系人: 李芬 信虹云 电 话: 22121878 22121872

传 真: 22121879 邮 箱: shanghai.hdrc@gmail.com

2002 — 2009 年上海市中医医院收支状况分析

林海¹ 金春林² 李芬¹ 王力男¹ 荆丽梅³ 丁汉升¹ 陈雯⁴ 薛佳¹

【摘要】目的：测算上海市中医院 2002 - 2009 年财务收支情况。数据：提取 2002 - 2009 年上海市中医医院的卫生财务报表以及关键知情人访谈资料。结论：因人员支出的上升、药品加价率的下降以及政府投入因素的综合作用，2007 年上海市中医医院亏损大幅增加，2008、2009 年状况略有好转。建议完善中医医院的补偿机制，缓解政策性亏损，切实落实成本核算制度，保障人员收入水平。

【关键词】中医医院；收支分析；问题；政策建议

本文在延续前期研究^[1]分析方法的基础上，回顾 2002 - 2009 年上海市中医医院的财务收支情况，分析其收支状况反映的问题，重点报告 2008、2009 年的新发现，并提出政策建议。

本文研究对象是上海市卫生局财务管理数据库中 2002 - 2009 年登记名为“中医医院”或“中西医结合医院”的医院（以下统称“中医医院”）。其中三级中医医院 4 家，含 1 家中西医结合医院，二级中医医院 16 家（2009 年闵行区中医医院并入区中心医院，上海市二级中医医院数变为 15 家），含 3 家中西医结合医院。在比较总量时，以同级全部西医医院作为与中医医院的研究参照，包括综合医院和专科医院；在比较业务收入内部构成时，为保证可比性，剔除了专科医院，选取了 4 家三级综合西医医院，18 家二级综合西医医院作

第一作者：林海，男，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；2. 上海市卫生局，上海 200040；

3. 浦东新区卫生发展研究院，上海 200129；4. 上海市卫生局信息中心，上海 200040

为同级中医医院的参照（下文简称“样本三级西医医院”、“样本二级西医医院”）。

一、中医医院总体收支状况分析

（一）总体情况

据“上海市卫生总费用核算”课题组研究，如表1所示，2009年本市中医医院的总收入在卫生总费用分配总额中的比重为5.6%，2006年以后呈增大趋势。2002 - 2009年中医医院总收入的年均增长速度为16.2%，略高于同期卫生总费用分配总额增速15.9%。中医医院总体上呈加快发展态势。

表1 2002 - 2009年上海市中医医院总收入占卫生总费用分配总额比例

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
卫生费用分配总额（亿元）	287.74	343.90	396.11	480.12	515.08	572.84	677.87	784.68
中医医院总收入（亿元）	15.40	16.99	19.81	23.08	26.39	30.02	36.79	44.13
占卫生总费用分配总额 %	5.35	4.94	5.00	4.81	5.12	5.24	5.43	5.62

如表2所示，2002 - 2009年上海市公立中医医院总支出的年均增长率为17.5%，稍高于总收入的增速。2008、2009年两年，中医医院的总收入的环比增长分别为21.2%、20.0%，呈现加速增长的势头。

表2 2002 - 2009年上海市中医医院总体收支（单位：亿元）

指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
总收入	15.40	16.99	19.81	23.08	26.39	30.02	36.79	44.13
总支出	14.45	16.12	18.71	22.10	25.27	31.90	37.78	44.75
收支结余	0.96	0.88	1.10	0.98	1.12	-1.88	-0.99	-0.62

2007年全市中医医院亏损1.9亿元，4家三级中医医院亏损1.5亿元，占亏损额中的大部分。2008、2009年全市中医医院虽然未能扭亏为盈，但是赤字状况略有好转，2008年近1亿元，2009年为0.6

亿元, 仍然以三级中医医院的赤字为主, 两年的赤字分别为 0.9 亿元、0.5 亿元。这两年全市公立医院已经实现了总体盈余, 但中医医院, 尤其是三级中医医院的经济运行状况仍不容乐观。

(二) 收入构成

如表 3 所示, 2009 年三级中医医院 26.8 亿元总收入中, 5.5% 来自政府投入, 33.1% 来自医疗收入, 56.7% 来自于药品收入, 其他收入占 4.7%。二级中医医院的总收入为 17.3 亿元, 来自政府、医疗和药品的收入分别占总收入的 11.6%、33.8%、51.8%。

如图 1 所示, 本市中医医院在收入构成方面有如下几个特点: 第一, 三级医院政府投入更低。二级医院政府投入比重约为 10%, 三级医院仅为约 5%。第二, 中医医院医疗收入所占比重较低, 三级中医约为 33.1%, 比三级西医医院低 17 个百分点; 二级中医医院约为 33.8%, 约比二级西医医院低 10 个百分点。第三, 中医医院更依赖于药品收入。药品收入占总收入一半以上, 而西医医院约为四成; 且 2008、2009 年三级中医医院对药品收入的依赖性呈现增强的趋势。

表 3 2002 — 2009 年上海市中医医院收入构成 (单位: %)

医院类别	指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
三级中医医院	政府投入	7.31	7.47	6.45	5.88	5.62	6.31	6.74	5.45
	医疗收入	32.31	32.51	32.48	34.48	34.81	35.31	32.80	33.14
	药品收入	55.14	54.72	54.70	55.24	55.11	54.13	55.91	56.73
	其他收入	5.24	5.30	6.36	4.40	4.47	4.24	4.55	4.68
	合计	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
二级中医医院	政府投入	9.42	9.67	8.27	9.81	15.60	12.33	11.48	11.62
	医疗收入	36.68	37.08	36.76	35.65	31.93	32.81	33.22	33.79
	药品收入	51.45	50.59	53.54	53.01	50.89	52.85	53.18	51.80
	其他收入	2.46	2.65	1.43	1.53	1.57	2.01	2.11	2.79
	合计	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

注: 政府投入 = 财政补助收入 + 上级补助收入

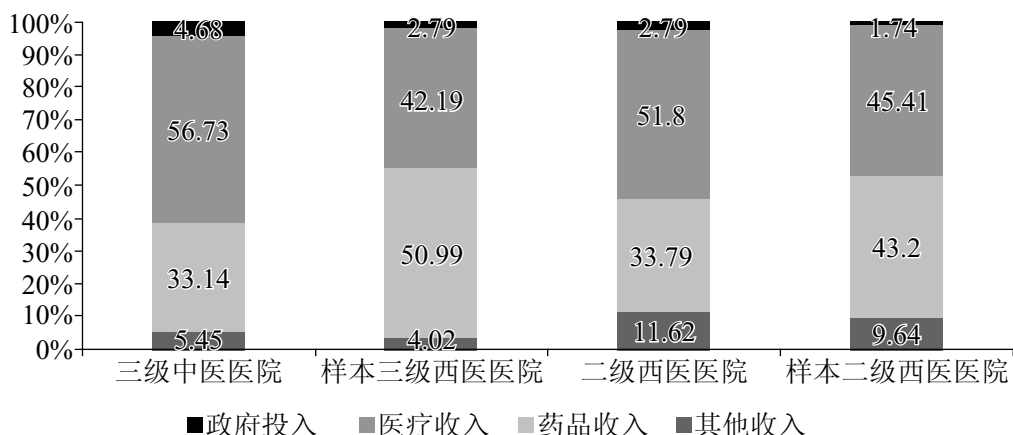


图1 2009年上海市三、二级中医医院、样本西医医院收入构成图

如图2所示，本市二、三级中医医院门诊收入占业务收入的60%以上，其中门诊药品收入都接近45%。同级西医医院业务收入中住院收入占更大份额，均接近或超过了一半。2009年样本三级西医医院的住院收入占业务收入的比例为54.9%，其中住院医疗收入已占业务收入的三成以上。

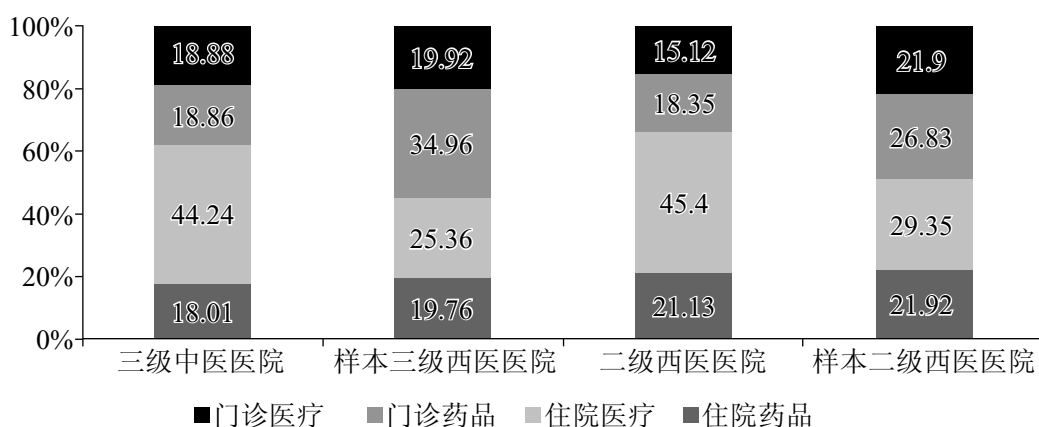


图2 2009年上海市三、二级中医医院、样本西医医院业务收入构成图

手术收入的水平一定程度上体现了技术劳务的价值。2009年上

海市二、三级中医医院的手术收入占比低于同级西医医院，尤其是三级医院的手术收入相差明显。三级西医医院占业务收入的 17.7%，三级中医院仅占 3.4%。这主要是由于中医自身的特点，手术在服务提供的整体结构中所占的比例低于西医。中医医院在医疗收入的结构中，检查和化验收入所占比例较高，难以体现技术水平。

三级中医医院保留了中草药的使用份额，其中门诊中草药收入占总业务收入的 18.3%；二级中医医院的中草药仅占业务额的 8%。中草药的使用强调个性化的“辨证施治”，三级中医医院更好地体现了传统的使用中草药的特色。与同级西医医院相比，三级中医医院的中药使用率高出 30 - 40 个百分点。中药特别是中草药的加工和储存颇费人工和场地，成本高收益小。据了解，卫生行政部门用“中药使用比例”这一指标对中医医院给以了一定的监测和激励。

（三）支出构成

2002 - 2009 年上海市中医医院的总支出从 14.5 亿元增长到 44.8 亿元，年均增长率为 17.5%。医疗支出中 60% 为人员支出，30% 为公用支出。药品支出中 90% 为公用支出，不到 10% 为人员支出。

（四）收支结余

如表 4 所示，2008、2009 年上海市中医医院的医疗项目仍处于亏损放大趋势。“以药补医”的现状受到政策撼动，控制药品差价的政策使得药品结余在 2007 年出现拐点，快速出现亏损。2008、2009 年由于药品结余略有增加以及政府补助差额的作用，三级中医医院的赤字状况有所缓解。

表4 2002—2009年上海市中医医院收支结余（单位：亿元）

医院类别	指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
三级中医医院	医疗结余	-0.69	-1.05	-1.21	-1.80	-2.16	-2.93	-3.35	-3.49
	药品结余	0.57	0.64	1.06	1.26	1.35	0.62	0.77	1.17
	其他结余	0.39	0.50	0.51	0.47	0.52	-0.14	0.23	0.37
	财政补助差额	0.51	0.60	0.67	0.76	0.82	0.97	1.44	1.43
	总结余	0.78	0.69	1.02	0.69	0.53	-1.48	-0.92	-0.52
二级中医医院	医疗结余	-0.92	-1.05	-1.14	-1.41	-1.65	-2.06	-2.13	-2.18
	药品结余	0.46	0.60	0.78	0.87	0.86	0.53	0.50	0.48
	其他结余	0.17	0.18	0.12	0.14	0.16	0.23	0.30	0.41
	财政补助差额	0.47	0.45	0.33	0.69	1.22	0.90	1.26	1.19
	总结余	0.18	0.19	0.09	0.29	0.59	-0.40	-0.07	-0.10

注：财政补助差额 = 政府投入 - 财政专项支出 = 上级补助收入 + 财政补助收入 - 财政专项支出

二、影响收支平衡的因素分析

（一）政府投入

如表5所示，2008年三级中医医院的政府投入环比增长22.1%，2009年回落至1.5亿元的水平，2002—2009年年均增长率为11.3%；二级中医医院的政府投入2008、2009年的环比增长率为27.6%、18.0%，2002—2009年年均增长率为19.5%，增长更为明显。结合表3，政府投入在三级中医医院经济运营中的作用有降低的趋势。

表5 2002—2009年三、二级中医医院政府投入变化趋势

医院类别	指标	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
三级中医医院	政府投入	亿元	0.69	0.76	0.80	0.86	0.93	1.21	1.48	1.46
	环比增长率	%	—	10.73	4.98	7.12	8.69	30.02	22.10	-1.21
二级中医医院	政府投入	亿元	0.57	0.66	0.61	0.84	1.53	1.34	1.71	2.01
	环比增长率	%	—	16.26	-6.60	36.17	83.53	-12.85	27.63	18.03

（二）人员支出

如表6所示，2008、2009年中医医院的人员支出总计为11.5亿

元和 12.9 亿元，按照 2002 - 2009 年的增长趋势，今后本市每年二、三级中医医院的人员支出还将大约增长 1.5 - 2 亿元，人员支出的刚性增长态势将持续为医院维持经济运行的平衡带来压力。中医医院人员支出占总支出的比例都在 30% 左右，三级中医医院比例略低，二级的比例呈下降趋势，说明其人员收入水平的保障应引起重视。

表 6 2002 - 2009 年上海市中、西医医院人员支出

医院类别	指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
三级中医医院	人员支出 (亿元)	1.98	2.21	2.69	3.44	4.11	5.14	6.44	7.43
	总支出 (亿元)	7.37	8.21	9.91	12.27	14.34	18.85	22.85	27.32
	人员支出占总支出 %	26.91	26.86	27.18	28.00	28.66	27.28	28.18	27.20
二级中医医院	人员支出 (亿元)	2.56	2.75	3.02	3.50	3.88	4.40	5.06	5.50
	总支出 (亿元)	7.08	7.91	8.80	9.83	10.93	13.05	14.93	17.43
	人员支出占总支出 %	36.16	34.75	34.34	35.61	35.50	33.75	33.89	31.55
合计	人员支出总计 (亿元)	4.54	4.96	5.71	6.94	7.99	9.54	11.5	12.93

(三) 药品差价率

受控制药品加成率的政策的影响，2006 年以后公立医院的药品差价率均呈下降趋势。中医医院相比于西医医院更依赖于药品的收入，更容易受到控制药品差率政策的影响。如表 7 所示，近年中医医院的药品差价率都高于同级西医医院。2008、2009 年除了三级中医医院稳定在 20%，其他医院的加价率进一步下降。

表 7 2002 - 2009 年上海市中、西医医院药品差价和差价率

医院类别	指标	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
三级中医医院	差价 (亿元)	1.00	1.19	1.63	1.97	2.19	1.71	1.99	2.56
	差价率 (%)	28.41	31.60	37.45	37.62	35.99	21.85	19.42	20.23
样本三级西医医院	差价 (亿元)	1.55	2.42	3.10	3.55	4.45	3.16	3.39	3.96
	差价率 (%)	18.11	27.07	28.01	27.19	29.50	16.66	14.50	14.50
二级中医医院	差价 (亿元)	0.85	1.03	1.51	1.39	1.44	1.18	1.23	1.31
	差价率 (%)	29.28	33.60	46.52	35.25	32.70	21.89	18.41	17.10
样本二级西医医院	差价 (亿元)	2.94	3.49	4.37	4.91	4.96	4.17	4.47	4.77
	差价率 (%)	33.31	34.41	34.59	33.09	29.43	20.22	17.75	15.74
全市公立医院	差价 (亿元)	21.00	24.00	30.00	34.30	35.70	29.40	31.50	35.60
	差价率 (%)	31.30	33.00	34.30	33.10	30.70	20.20	17.20	15.90

注：1. 差价 = 药品收入 - 药品费；2. 差价率 = 差价 / 药品费 * 100%

三、主要问题和政策建议

（一）主要问题

下文主要针对中医医院的经济运行特点展开分析。为说明问题，出发点定为单目标，即中医医院的收支平衡。但在现实中“中医医院发展不等于中医发展”、“中医医院西医化”是较常见的，必须引起注意。本文认为，上海市中医医院经济运行存在的主要问题如下：

一是中医医院更易受到控制药品差率政策的影响。2007 - 2009 年中医医院的亏损，尤其是三级中医医院的亏损较为明显。中医医院对药品的依赖性比较大，对控制药品差价率的政策尤其敏感。2008、2009 年两年的中医医院赤字主要是由药品政策触发的。

二是中医医疗服务的定价缺乏依据，偏离价值更为严重。传统中医服务项目“望闻问切”、针灸、推拿、正骨法、中草药辨证施治等技术项目由于定价的困难性，定价低于价值的情形更为严重。近期一项中医医院的成本核算研究的作者指出，同一疾病在中西医的治疗方法不同，成本的构成不同；中药制剂和草药的使用也影响到了经营管理成本；中医诊治中医护人员的技术水平和经验的作用比现代化仪器设备的作用更重要^[2]。

三是中医医院的政府投入仍需加强。2002 - 2009 年三级中医医院的政府投入年均增长率为 11.3%，远远低于支出增长的水平 20.6%，人员收入的增加主要由业务收入增长来支撑；二级中医医院的政府投入年均增长率为 19.5%，高于同期支出增长的水平 13.7%。2009 年三级中医医院政府投入占总收入的比重为 5.5%，比 2008 年降低了一个百分点，间接导致赤字，不利于维持公益性。

（二）政策建议

结合国家和本市医改框架和以上分析结果，提出如下建议：

一是完善中医医院的经济补偿机制，控制政策性亏损。如上文分析，中医医院尤其是三级中医医院受到控制药品差价政策的影响尤为显著，2007年以后连续三年不能维持收支平衡。三级中医医院2007 - 2009年的亏损总额累积为2.9亿元，面临较大的财务压力，应引起足够重视。建议通过调整医疗服务价格或者加大政府投入的途径缓解三级中医医院的政策性亏损。

二是切实落实中医医院的成本核算制度。近两年文献报道可见我国中医医院成本核算工作的结果，一些文献核算了中医医院药事服务费的成本^[3-4]。研究发现，三级中医医院的中草药（中药饮片）的服务成本高于西药和中成药，如医生开中草药的时间是西药和中成药的四倍。如果不给予充分的补偿，中医医院出于成本收益的考虑，提供中药饮片服务就会缺乏动力。中医医院成本核算工作的开展有助于建立合理的定价和政府投入机制，解决政策性亏损的问题。

三是保障医务人员收入，尤其是二级中医医院的人员收入。人员收入应与经济社会发展水平保持同步，以稳定医务人员队伍。

参考文献

- [1] 林海,荆丽梅,金春林.上海市中医医院收入与支出分析[J].中国卫生政策研究, 2010,3(1): 21-27.
- [2] 唐靖一,顾建良,郁佳雯.在中医医院中应用成本信息化核算的必要性和优化性[J]. 中国医药指南,2010,8(35):147-149.
- [3] 杨丽,程晓明,孙晓勇. 浙江省市级中医医院中草药药事服务实际成本测算及影响因素研究[J].中国卫生经济,2010,29(10):59-61.
- [4] 樊俊芝,曹莉.公立中医医院药事服务费补偿问题研究与思考[J].中国卫生经济, 2010,29(10):65-66.

（责任编辑：信虹云）

2002 — 2009 年上海市药品费用测算与分析

荆丽梅¹ 金春林² 何江江³ 张崖冰³ 孙晓明⁴

【摘要】本文结合上海市卫生总费用核算数据，分析了上海市 2002 - 2009 年药品费用总体状况、构成及用药集中度等，发现问题并提出相关政策建议。

【关键词】药品费用；加成率；集中度

药品费用是指在预防、诊断、治疗和康复中使用国家食品药品监督管理局批准的国药准字号产品所发生的费用，用消费者支出口径，应该包括预防机构、医院、门诊部、护理院、养老院、康复机构、美容院、药店和药品柜台等终端^[1]。但由于受到诸多因素限制，本文除采用部分总体数据综合分析医疗机构和药品零售机构的情况外，多数具体分析数据仅涉及医疗机构的数据。

一、药品费用状况

（一）药品费用在医疗机构和零售机构中的分布

2002 - 2009 年，医疗机构药品费用占全市药品费用的比例基本维持在 76 - 81%，而零售机构药品费用比例仅为 19 - 24%。医疗机构药品费用的年均增长速度略高于零售机构，二者分别为 16.7% 和 14.4%，其中尤以 2008、2009 年药品费用的增长较快，分别较前一年年增长 22.92% 和 20.6%（表 1）。

第一作者：荆丽梅，女，助理研究员

作者单位：1. 浦东新区卫生发展研究院，上海 200129；2. 上海市卫生局规划财务处，上海 200040；
3. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；4. 浦东新区卫生局，上海 200125

表 1 2002 — 2009 年上海市药品费用在医疗机构和零售机构中的分布

年份	医疗机构 (亿元)	零售机构 (亿元)	医疗机构比例 (%)	零售机构比例 (%)
2002	88.05	24.72	78.08	21.92
2003	96.79	27.19	78.07	21.93
2004	117.30	31.21	78.99	21.01
2005	137.87	37.30	78.71	21.29
2006	151.75	41.94	78.35	21.65
2007	175.07	42.81	80.35	19.65
2008	215.20	67.52	76.12	23.88
2009	259.45	63.52	80.33	19.67
年均增速 (%)	16.69	14.43	—	—

注：除特别注明外，本文的医疗机构费用数据均来源于公立医疗机构的财务管理数据，零售机构费用数据来源于上海市卫生发展研究中心卫生总费用测算结果

(二) 医疗机构药品费用的总体情况

药品费用从 2002 年的 88.1 亿元增加到 2009 年的 259.5 亿元，年均增长速度达到 16.7%，略高于卫生总费用的增长速度（16.0%），较医疗机构总收入、医疗收入的增长速度分别高出 0.4 个百分点和约 1.5 个百分点。2008 年之前，药品费用占医药费用的比例、占卫生总费用的比例和占 GDP 的比例均相对稳定，分别稳定在 50%、30% 和 1.4% 左右，2008 - 2009 年上述比例均有所增长，其中药品费用占医药费用的比例超过 52%，2009 年药品费用占卫生总费用的比例达到 33.1%，占 GDP 的比例达到 1.7%（表 2）。

表 2 2002 — 2009 年上海市医疗机构药品费用及其相关指标

年份	药品费用 (亿元)	医药费用 (亿元)	卫生总 费用 (亿元)	GDP (亿元)	药品费用 / 医药费用 (%)	药品费用 / 卫 生总费用 (%)	药品费用 / GDP (%)
2002	88.05	174.09	278.35	5741.03	50.58	31.63	1.53
2003	96.79	191.37	335.71	6694.23	50.58	28.83	1.45
2004	117.30	233.95	370.65	8072.83	50.14	31.65	1.45
2005	137.87	274.55	445.90	9164.10	50.22	30.92	1.50
2006	151.75	299.18	499.54	10366.37	50.72	30.38	1.46
2007	175.07	344.49	570.76	12188.85	50.82	30.67	1.44
2008	215.20	410.06	677.87	14069.87	52.48	31.75	1.53
2009	259.45	491.05	784.68	15046.45	52.84	33.06	1.72
年均增速 (%)	16.69	15.97	15.96	14.76	—	—	—

注：GDP 数据来源于中国统计年鉴 2010

（三）药品费用在门诊和住院的分布

门诊药品费用比例占 70% 左右，逐年略有下降；住院药品费用比例占 30% 左右，略呈上升趋势。2002 - 2009 年，住院药品费用的增长速度明显高于门诊药品费用的增长速度，分别为 19.0% 和 15.7%（表 3）。

表 3 2002 - 2009 年上海市医疗机构药品费用在门诊和住院的分布

年份	门诊（亿元）	住院（亿元）	合计（亿元）	门诊比例（%）	住院比例（%）
2002	62.72	25.33	88.05	71.23	28.77
2003	68.93	27.87	96.79	71.21	28.79
2004	80.93	36.37	117.30	68.99	31.01
2005	94.67	43.20	137.87	68.67	31.33
2006	103.26	48.49	151.75	68.04	31.96
2007	118.76	56.31	175.07	67.84	32.16
2008	145.69	69.50	215.20	67.70	32.30
2009	174.08	85.37	259.45	67.09	32.91
年均增速（%）	15.70	18.96	16.69	—	—

（四）医疗机构中、西药费用构成

药品费用中，西药费用约占到 84%，中药的比例为 16%。从费用数额看，中、西药品费用呈同步增长的趋势（表 4）。

表 4 2002 - 2009 年上海市医疗机构药品费用中西药和中药的构成

年份	西药 （亿元）	中成药 （亿元）	中草药 （亿元）	合计 （亿元）	西药比例 （%）	中成药比 例（%）	中草药比 例（%）
2002	66.74	8.95	3.72	79.41	84.05	11.27	4.68
2003	72.86	10.30	3.72	86.88	83.86	11.86	4.28
2004	87.76	12.43	4.37	104.57	83.93	11.89	4.18
2005	102.58	14.36	5.59	122.53	83.72	11.72	4.56
2006	113.01	14.95	6.52	134.48	84.03	11.12	4.85
2007	130.09	17.86	6.76	154.71	84.09	11.54	4.37
2008	180.52	26.00	8.68	215.20	83.88	12.08	4.03
2009	217.80	31.28	10.37	259.45	83.95	12.06	4.00
年均增速（%）	18.41	19.58	15.77	18.43	—	—	—

注：2002-2007 年数据未包含复旦大学附属医疗机构药品费

（五）医疗机构药品加成率

2006 年及以前医疗机构药品加成率基本上维持在 30% 左右，

2007 - 2009 年药品加成率明显下降。到 2009 年, 药品加成率下降至 15.9% (表 5)。这主要与市发改委发布了《关于转发国家发展改革委员会等八部门印发〈关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见〉的通知》中“自 2006 年 12 月 20 日起本市执行药品加成率不超过 15% (中药饮片不超过 25%)”的规定有关。

表 5 2002 - 2009 年上海市医疗机构中的药品加成率

年份	药品费用 (亿元)	药品费 (亿元)	加成率 (%)
2002	88.05	67.48	30.48
2003	96.79	73.36	31.94
2004	117.30	87.96	33.36
2005	137.87	104.38	32.09
2006	151.75	116.97	29.74
2007	175.07	145.69	20.16
2008	215.20	183.53	17.26
2009	259.45	223.81	15.93
合计	1241.48	1003.18	23.75

注: 药品费用为药品卖出口径, 药品费为药品买入口径, 加成率 = (药品费用 - 药品费) / 药品费 × 100%

2009 年医疗机构的药品毛利为 35 亿元左右, 约相当于财政补助收入的 60%。如果对医疗机构所有药品实行零加成, 医疗机构需要弥补的缺口在 35 亿元左右。

(六) 各区县医疗机构的药品费用

不同区县医疗机构的药品费用差异较大。药品费用占医药费用的比例最高的是黄浦区, 达到 71.6%; 市属医疗机构此比例最低, 为 47.6%, 其次为闵行区, 为 49.4%。药品加成率最高的是杨浦区, 为 19.3%; 最低的是崇明县, 为 13.0% (表 6)。

表 6 2009 年市属及各区县医疗机构的药品费用

区县	医药费用 (亿元)	药品费用 (亿元)	药品费 (亿元)	药品费用 / 医药费用 (%)	加成率 (%)
市属	172.81	82.23	70.70	47.59	16.30
崇明	8.01	4.77	4.22	59.56	13.02
嘉定	10.38	5.84	5.15	56.28	13.40
徐汇	15.80	9.63	8.48	60.93	13.57
静安	6.67	4.14	3.63	62.10	14.12

续表 6

区县	医药费用(亿元)	药品费用(亿元)	药品费(亿元)	药品费用/医药费用(%)	加成率(%)
虹口	12.30	7.48	6.55	60.77	14.14
宝山	14.33	8.39	7.32	58.59	14.66
闸北	10.70	6.63	5.77	61.99	14.93
闵行	18.03	8.90	7.74	49.36	15.03
南汇	12.08	7.25	6.30	59.98	15.10
黄浦	11.30	8.09	6.99	71.61	15.74
金山	9.64	5.44	4.70	56.46	15.87
青浦	7.17	4.37	3.77	60.93	15.94
卢湾	5.79	3.55	3.06	61.37	16.15
浦东	36.86	21.11	18.15	57.26	16.31
长宁	13.04	6.64	5.69	50.91	16.64
普陀	20.04	11.86	10.17	59.18	16.64
奉贤	9.49	5.70	4.87	60.03	16.98
松江	8.83	4.67	3.96	52.85	17.93
杨浦	16.85	9.05	7.59	53.73	19.25

二、医疗机构药品费构成与集中度分析

按药品类别分, 医疗机构药品费中抗感染药物构成比最高, 在 20% 以上, 但总体呈逐步下降趋势^[2,3]; 其次是心血管系统用药, 构成比为在 14% 以上; 抗恶性肿瘤药物的增长强劲, 其增长速度远远高于其他类别(见表 7)。

表 7 2001—2009 年上海市医疗机构用药中药品费的大类构成(单位: %)

类别	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009
B	5.28	5.25	5.51	5.84	5.94	6.21	6.01	5.76
C	14.34	15.66	15.48	15.4	14.81	14.25	14.32	14.1
D	7.72	7.76	7.76	7.64	7.9	7.97	8.33	8.41
G	6.16	6.25	6.12	5.77	5.64	5.73	5.57	5.31
H	2.67	2.7	2.58	2.8	2.86	3.1	3.25	3.01
I	27.36	26.27	25.37	24.41	24.16	22.41	21.52	22.38
N	7.57	7.11	7.3	7.47	7.45	7.62	7.81	8.21
O	8.89	9.07	9.22	8.88	9.05	8.96	8.52	7.15
P	4.8	4.81	4.86	5.58	5.59	5.42	5.7	5.85
R	2.51	2.29	2.01	1.75	1.89	2.05	2.41	2.7
T	4.34	4.82	5.35	5.76	6.29	8.28	9.29	9.31
U	0.74	0.54	0.54	0.45	0.39	0.37	0.36	0.37
V	1.74	1.8	1.9	2.02	2.13	1.84	1.86	1.9
W	5.88	5.67	6.01	6.22	5.88	5.77	5.02	5.53

注: 1. 数据来源于上海市食品药品监督管理局科学技术情报研究所 84 家样本医疗机构购药系统; 2008 年数据暂未统计

2. B 为生物制品及生化药品, C 为心血管系统用药, D 为作用于消化系统药物, G 为影响生长代谢机能药物, H 为作用于血液及造血系统药物, I 为抗感染药物, N 为神经系统药物, O 为其他药品, P 为各科用药, R 为呼吸系统用药, T 为抗恶性肿瘤药物, U 为利尿药和脱水药物, V 为维生素类药物, W 为水、热量、电解质平衡药物

从药品品种方面看，药品费分布的集中度比较高。前 100 位的药品费占总药品费的一半以上，前 200 位的药品费占总药品费的近 70%，前 300 位的药品费占总药品费的近 80%，前 500 位的药品费已经占总药品费的近 90%。值得注意的是，近年来随着医院药品数量的增加，药品费的集中度呈逐年下降的趋势。

表 8 2001 — 2009 年上海市医疗机构用药集中度分析（单位：%）

年份	通用名数量（个）	前 50 位	前 100 位	前 200 位	前 300 位	前 400 位	前 500 位
2001	1204	48.36	66.20	82.59	90.35	94.81	97.26
2002	1270	47.07	64.33	80.49	88.93	93.69	96.39
2003	1410	45.29	61.97	78.46	87.04	92.00	95.03
2004	1604	42.45	58.84	75.22	84.18	89.56	93.11
2005	1723	42.15	57.43	73.80	82.77	88.34	92.08
2006	1839	40.16	54.21	71.26	80.55	86.44	90.53
2007	1944	37.22	51.62	68.78	78.52	84.83	89.22
2009	2133	35.58	50.85	67.90	77.56	83.70	87.94

注：数据来源于上海市食品药品监督管理局科学技术情报研究所 84 家样本医疗机构购药系统；2008 年数据暂未统计

医疗机构用药中，药品费用前 10 位的品种见表 9，这些药品基本上都是用量很大或价格很高的品种，增长速度都高于总体水平。这 10 个品种的药品费占总药品费的累计构成比超过 10%，是控制费用的重中之重。

表 9 2009 年上海市医疗机构用药中药品费前 10 位的品种构成比状况

序号	药品分类	通用名	购进金额（亿元）	构成比（%）	累计百分比（%）
1	I	头孢呋辛	3.06	1.80	—
2	W	氯化钠	2.84	1.67	3.47
3	I	头孢替安	2.75	1.61	5.08
4	B	胸腺肽	2.53	1.48	6.56
5	D	奥美拉唑	2.49	1.46	8.03
6	C	银杏	2.00	1.17	9.20
7	R	氨溴索	1.87	1.10	10.30
8	I	左旋氧氟沙星	1.74	1.02	11.32
9	B	人血白蛋白	1.65	0.97	12.29
10	W	葡萄糖	1.58	0.93	13.22

注：数据来源于上海市食品药品监督管理局科学技术情报研究所 84 家样本医疗机构数据库

三、问题及建议

通过上述分析,我们发现下列问题并提出针对性建议:

一是目前药品的销售份额过分集中在医疗机构,零售机构应该更多地发挥作用,建议进一步推进“医药分开”。关于这一点,新医改方案已经明确了方向。

二是药品费用增长速度较快,在医药费用中的比例持续过高,医疗机构过多地依赖药品收入,药品使用的负向激励机制是产生这种现象的重要原因之一^[4],建议逐步切断药品与医疗机构的利益关系,以确保有效控制药品费用。

三是本市已在社区卫生服务机构实行药品零差率销售,但药品加成一直是各级医疗机构的重要收入来源。为保证医疗机构的正常运行,建议进一步加强药品价格管理政策,实行零差率后造成的收入缺口应该通过财政补助、服务收费和医保补助等形式加以补偿。

四是药品费的集中度呈逐年下降的趋势,用药前 50 位的品种构成比从 2001 年的 48.4% 下降到 2009 年的 35.6%。但排在前几位的药品类别和品种所占的药品费用比例仍然相当高,且主要是一些价格高或用量大的品种,建议相关部门将其作为控制药品费用的重点。

需要说明的是,由于基础资料的限制,本文仅分析了药品费用构成等状况,如今后能与疾病的诊断和治疗结合起来进行研究和分析,将使研究结果具有更好的实践指导价值。

参考文献

- [1] 上海市发改委.关于转发国家发展改革委员会等八部门印发《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见》的通知.沪发改价商[2006]014号[Z].上海:上海市发改委,2007.
- [2] 张崖冰,荆丽梅,林海,等.上海市药品费用构成分析[J].中国卫生政策研究,2010,3(1):34-38.
- [3] 夏毅.上海市卫生总费用核算研究报告(2001-2007) [M]. 上海:上海科学技术出版社,2009:156.
- [4] 王丽华.浅谈药品费用虚高的成因及对策[J].黑龙江医药,2008,21(5):80-81.

(责任编辑:王月强)

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、
卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构