

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

公立医院补偿机制专刊

2015 年 第 1 期

(总第 60 期)

上海市卫生发展研究中心

2015 年 2 月 10 日

编者按 2015 年 4 月 1 日，中央全面深化改革领导小组第十一次会议通过了《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》，文件提出公立医院改革要“落实政府办医责任，统筹推进医疗、医保、医药改革，坚持分类指导，坚持探索创新，破除公立医院逐利机制，建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制”。为全面深化公立医院改革，强化政府在公立医院改革中的主导地位，近年来，政府财政对公立医院的投入逐步加大，亟需研究制定更科学、合理并具有可操作性的政府财政补偿方式，完善政府补偿机制。本期刊载了上海市卫生发展研究中心关于完善公立医院补偿机制的最新研究成果，包括 2013 年上海市卫生总费用核算报告、公立医院经济运行现状及药品加成分析、实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的探索、医疗服务价格调整对公立医院医疗成本的补偿测算与分析、完善公立医院补偿机制的建议，并根据国际经验梳理出关于完善我国公立医院补偿机制的启示。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊

第 8 卷 第 1 期 (总第 60 期)

2015 年 2 月 10 日

(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

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 807 室

邮编: 200040

电话: 021-22121872

传真: 021-22121623

E-mail: phpr@shdrc.org

网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍

主 编: 胡善联

副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
吴凌放

编辑部主任: 信虹云

编 辑: 何江江 陈 多
杨 燕 常雪沛

校 对: 陆文婷 方欣叶

目 次

专题研究

2013 年上海市卫生总费用核算报告····· 1

上海市公立医院经济运行现状及药品加成分析····· 21

实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的探索及启示····· 36

医疗服务价格调整对公立医院医疗成本的补偿测算与分析····· 43

完善公立医院补偿机制的建议····· 53

他山之石

公立医院补偿机制的国际经验与启示····· 60

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

2013 年上海市卫生总费用核算报告

肖泽萍¹ 金春林^{2,3,4} 王常颖^{2,3}

王力男^{2,3} 李芬^{2,3} 李潇骁⁵ 胡善联³

【摘 要】 卫生费用核算是国际上衡量卫生筹资的宏观指标。上海市是我国较早开展亚国家级卫生总费用核算的地区之一，目前已经形成了 2001—2013 年连续 13 年的卫生总费用核算结果。2013 年上海市卫生总费用（来源法）1248.7 亿元，占 GDP 的比重为 5.8%，人均卫生总费用为 5170.2 元。从筹资结构来看，2013 年上海市卫生总费用呈现以社会筹资为主的特点。同期卫生总费用（机构法）1364.3 亿元，其中医疗机构占比高达 83.8%。总体来说上海市卫生筹资总体较充裕，但结构不平衡，费用在各级各类医疗卫生机构间的分布也不平衡。建议完善多元化、多层次的医疗保障体系、提高卫生筹资的使用效率、形成多部门联动工作机制、逐步建立外来就医监管和报销机制。

【关键字】 卫生总费用；筹资；核算；上海市

卫生费用核算是以货币形式作为综合计量手段，全面反映一个国家或地区在一定时期内（通常为 1 年），全社会用于卫生服务所消耗的资金总额。卫生总费用是一个“大卫生”的概念，不仅反映卫生部门内部的资金流动，还包括卫生部门以外的行政事业单位、国有企业、城镇和农村集体经济单位、私人开业医生、部队、武警、

第一作者：肖泽萍，女，教授，上海市卫生和计划生育委员会副主任

作者单位：1. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

2. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

3. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

5. 中南大学，长沙 410078

公安、司法等部门的医疗卫生投入，以及社会各界、国内外友人、华侨华人对卫生事业的赞助和捐赠，它反映的是全社会的卫生保健总支出。上海市卫生总费用核算工作按年度进行，核算结果不仅为政府制定医改决策提供了循证依据，还成为评价卫生事业发展、分析卫生体系公平与效率的客观依据。

一、卫生筹资来源

卫生费用核算来源法主要是从筹资渠道出发，反映公共筹资渠道和个人筹资渠道的费用水平。国际上主要采用二分法，即“广义政府卫生支出”和“私人卫生支出”两大类；我国卫生费用来源法核算采用三分法，将卫生筹资来源分为“政府卫生支出”、“社会卫生支出”和“个人现金卫生支出”三大类，较为符合国内卫生筹资的特点。为进行国际间比较，可将国内项目按照国际口径重新分类对接，调整后卫生总费用（来源法）不会发生改变。

（一）筹资总量与构成

1、筹资总量

2013年上海市卫生总费用（来源法）为1248.7亿元，占国内生产总值（简称“GDP”，下同）的比重为5.8%，连续第二年高于世界卫生组织（简称“WHO”，下同）提出的“发展中国家卫生总费用占GDP比重不低于5%”目标。其中政府卫生支出占20.1%，社会卫生支出占59.3%，个人现金卫生支出（简称“OOP”，下同）占20.6%，呈现以社会筹资为主的特点。人均卫生筹资达5170.2元，首次超过5000元。

2001—2013年，卫生总费用和人均卫生总费用均为持续增长趋势，卫生总费用占GDP的比重自2012年首次超过5%后，于2013年进一步增长。13年间卫生总费用年均增长率14.4%，较GDP年均

增长率高 3.7 个百分点,说明卫生总费用增速略高于 GDP (增长率均以 2001 年为基准的可比价格计算,下同)。13 年间平均卫生消费弹性系数为 1.35 (表 1,图 1)。

表 1 2001—2013 年上海市卫生总费用 (来源法) 时间序列表

年份	上海市生产总值 (GDP)		卫生总费用 (STEh)		卫生总费用占 GDP 比例 (%)	人均卫生总费用 (元)	卫生消费弹性系数
	名义值 (亿元)	增长速度 (上年=100) (%)	名义值 (亿元)	增长速度 (上年=100) (%)			
2001	5210.1	—	202.6	—	3.9	1232.5	—
2002	5741.0	11.3	220.3	9.8	3.8	1356.0	0.9
2003	6694.2	12.3	266.2	16.4	4.0	1555.8	1.3
2004	8072.8	14.2	315.5	12.2	3.9	1810.9	0.9
2005	9247.7	11.4	362.1	11.6	3.9	2036.3	1.0
2006	10572.2	12.7	401.5	9.3	3.8	2211.8	0.7
2007	12494.0	15.2	485.7	17.9	3.9	2613.8	1.2
2008	14069.9	9.7	559.8	12.3	4.0	2964.5	1.3
2009	15046.5	8.2	656.7	18.7	4.4	3417.8	2.3
2010	17166.0	10.3	752.0	10.7	4.4	3265.7	1.0
2011	19195.7	8.2	931.0	19.8	4.9	3966.0	2.4
2012	20181.7	7.5	1092.4	20.0	5.4	4588.9	2.7
2013	21602.1	7.7	1248.7	15.0	5.8	5170.2	2.0

注:①上海市生产总值 (GDP) 名义值来源于《上海市统计年鉴 2014》。②卫生消费弹性系数反映卫生总费用增长速度与国内生产总值增长速度间的比例关系。

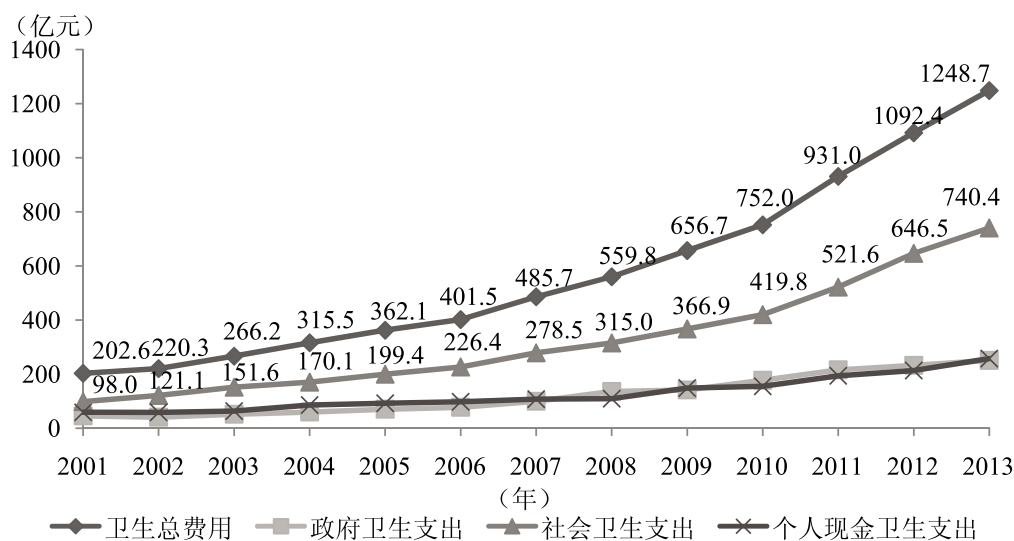


图1 2001—2013年上海市卫生总费用 (来源法) 增长趋势

2、筹资构成

从国内口径看,2001—2013 年上海市卫生筹资以社会卫生支出

为主，占总费用比例从2001年的48.4%增长至2013年的59.3%，13年间增长了10.9个百分点，2013年占比较2012年略高了0.1个百分点；政府卫生支出自2010年出现明显增幅以来，近3年呈缓慢下降趋势，2013年占总费用比例降低至20.1%；OOP总体减少，占比从2001年的29.0%下降至2013年的20.6%，下降了8.4个百分点（图2）。

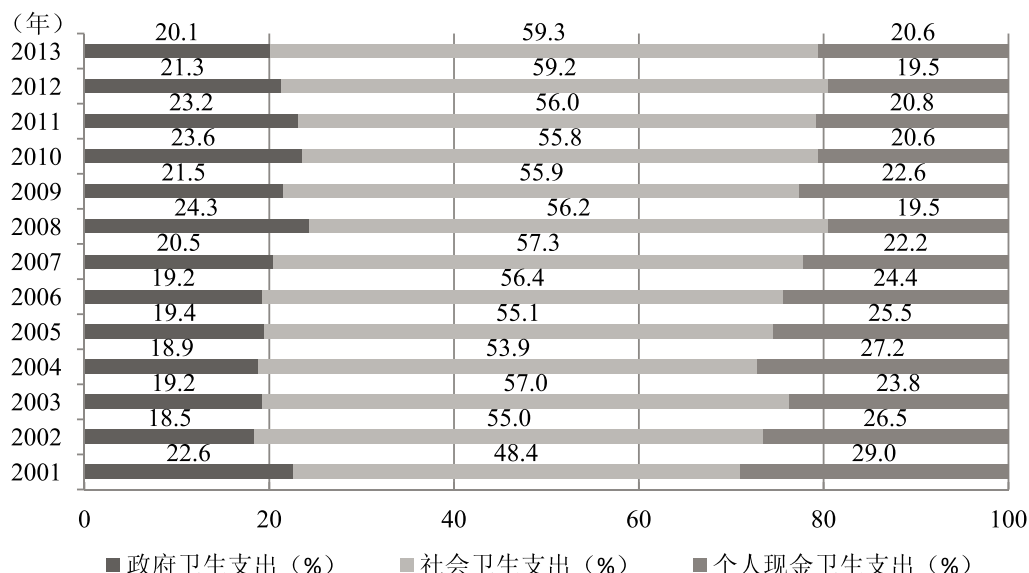


图2 2001—2013年上海市卫生总费用筹资构成（国内口径）

从国际口径看，2013年上海市的广义政府卫生支出（主要包括狭义政府卫生支出和社会医疗保障支出）占总费用比例为71.9%，较2001年增加了5.7个百分点，但与2012年相比降低3.1个百分点；2001—2013年私人卫生支出（主要包括OOP和商业健康保险支出）占比总体下降，2013年为28.1%（图3）。广义政府卫生支出为政府主导，但投入涉及财政、医保、卫生计生、申康等多个部门，资金投入缺乏顶层设计、部门间没有形成合力，降低了资金使用效率。

（二）主要筹资渠道

1、政府卫生支出

2013年上海市政府卫生支出总量为250.8亿元，较2012年增

长了18.3亿元，占财政支出和GDP的比例分别为5.5%和1.2%。2001—2013年其总量稳中有升，年均增长率达13.3%。政府卫生支出自新医改以来增幅较大，2009—2013年年均增长率为14.3%，2010—2013年总量保持在200亿元以上，占财政支出的比例也稳定在5.5%上下。但其增速放缓，2010年、2011年、2012年环比增长率分别为21.2%、17.8%、10.2%，呈现下降趋势，2013年进一步降至8.6%，占财政支出的比例也较2012年下降了0.1个百分点（图4）。

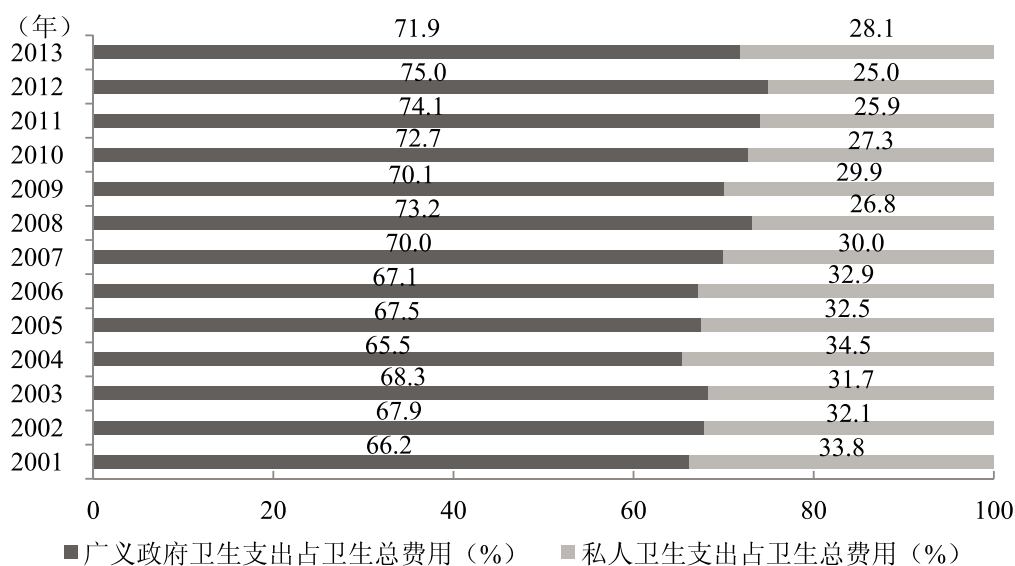


图3 2001—2013年上海市卫生总费用筹资构成（国际口径）

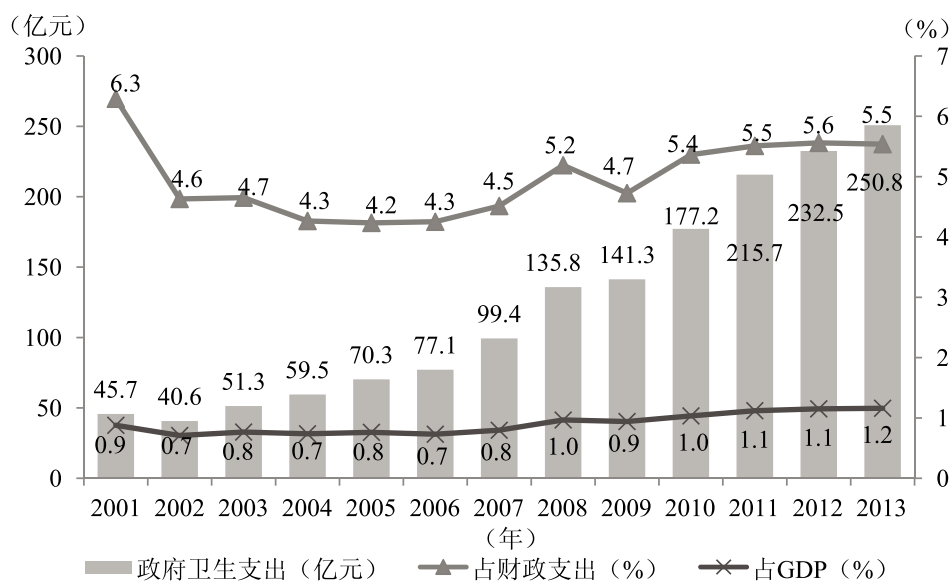


图4 2001—2013年上海市政府卫生支出主要评价指标

政府卫生支出中，医疗卫生服务支出 159.5 亿元，占政府卫生支出 63.6%。其中，公立医院、基层医疗卫生机构和公共卫生机构分别为 68.7 亿元、31.8 亿元和 25.8 亿元。2013 年对公立医院的投入较 2012 年增长了 2.4 亿元，同期对基层医疗机构的投入较 2012 年增长 0.3 亿元，与 2012 年较 2011 年增长 10.8 亿元投入相比出现明显减少。2013 年对公共卫生的投入较 2012 年增长 0.85 亿元。

2013 年政府对各类医疗保障的投入为 60.5 亿元，占政府卫生投入的 24.1%，较 2012 年增加了 8.3 亿元。其中为行政和事业单位缴纳医保费用 16.95 亿元；居保财政投入 18.6 亿元，比 2011 年增加投入 3.6 亿元；新农合投入 11.6 亿元，比 2012 年增加投入 2.4 亿元。

2、社会卫生支出

2001—2013 年上海市社会卫生支出总量从 98.0 亿元增长到 740.4 亿元，年均增长率达 16.4%，在 3 个主要筹资来源中增长最快。从构成来看绝大部分为社会医疗保障支出，2013 年其总量为 635.6 亿元。自 2008 年起社会医疗保障支出占社会卫生支出的比例保持在 80.0% 以上，2013 年达到 85.8%。其次是商业健康保险支出，2013 年总量为 67.9 亿元，占比 9.2%，较 2012 年增长了 0.3 个百分点。第三为社会办医支出，2013 年总量为 27.1 亿元，占比 3.7%，较 2012 年降低了 1.7 个百分点（图 5）。

与 2012 年相比，2013 年社会卫生支出增加 93.9 亿元，各项构成中，增加的包括社会保障支出 83.7 亿元、商业健康保险 10.4 亿元、社会捐赠援助 6.5 亿元、行政事业性收费收入 1.2 亿元，社会办医支出减少 8.0 亿元。

社会医疗保障中，三大基本医疗保险之一的城镇职工医疗保险（简称“城保”，下同）全市参保人数逐年增加，2013 年达 1325.5 万

人，基金收入达 615.6 亿元，较 2012 年基金收入增长 14.1%，人均筹资 4644.6 元。由于医保基金结余较多，2013 年市人力资源和社会保障局将缴费标准由 14.0% 下调至 13.0%；城镇居民医疗保险（简称“居保”，下同）2013 年参保人数为 256.4 万人，较 2012 年参保人数减少了 6.2 万人，基金收入 24.3 亿元，较 2012 年增长了 3.4 亿元，人均筹资 946.2 元；新型农村合作医疗保险（简称“新农合”，下同）参合人数逐年减少，2013 年为 104.7 万人，筹资总额 16.7 亿元，人均筹资为 1593.9 元。

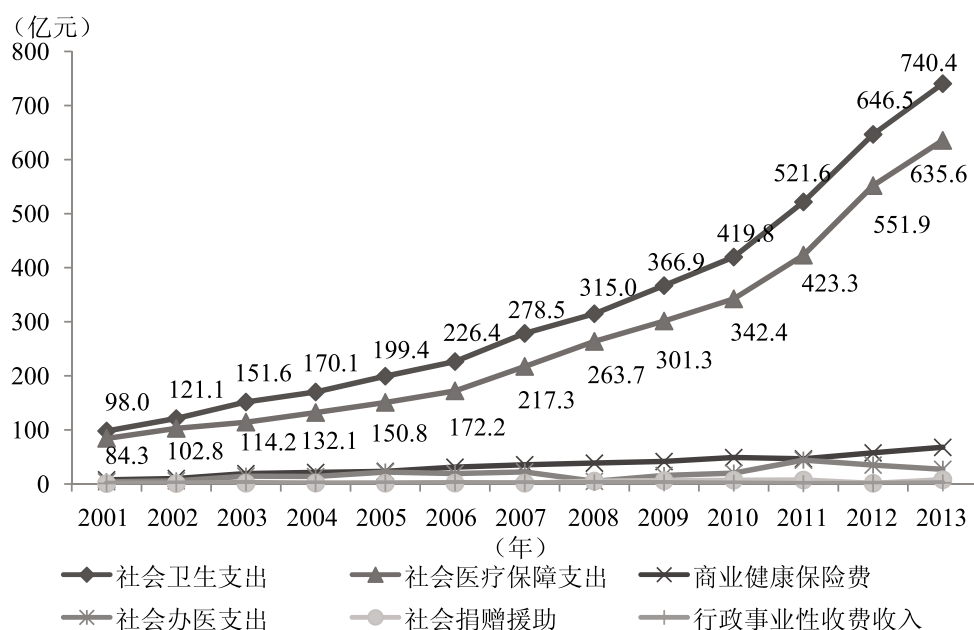


图5 2001—2013年社会卫生支出变化趋势

3、个人现金卫生支出（OOP）

2013 年 OOP 总量达到 257.4 亿元，较 2012 年增长了 44.1 亿元，2001—2013 年年均增长率为 11.2%，低于同期卫生总费用、政府卫生支出和社会卫生支出年均增长，较 GDP 年均增长率略高 0.5 个百分点。2013 年 OOP 总量占总费用的比例为 20.6%，基本与政府卫生支出占比持平，较 2012 年占比高 1.1 个百分点。

（三）区域比较分析

1、与全国及部分省市和地区比较

2012 年全国及部分省市卫生总费用占 GDP 的比例提示地区差异大。西部地区如西藏自治区、新疆维吾尔自治区、甘肃省人均 GDP 较低，卫生总费用占 GDP 比例较高，最高的西藏自治区达到了 9.1%。东部地区如浙江省、江苏省、上海市人均 GDP 较西部地区高，卫生总费用占 GDP 比例较低。卫生总费用占 GDP 的比例全国平均水平为 5.4%（图 6）。

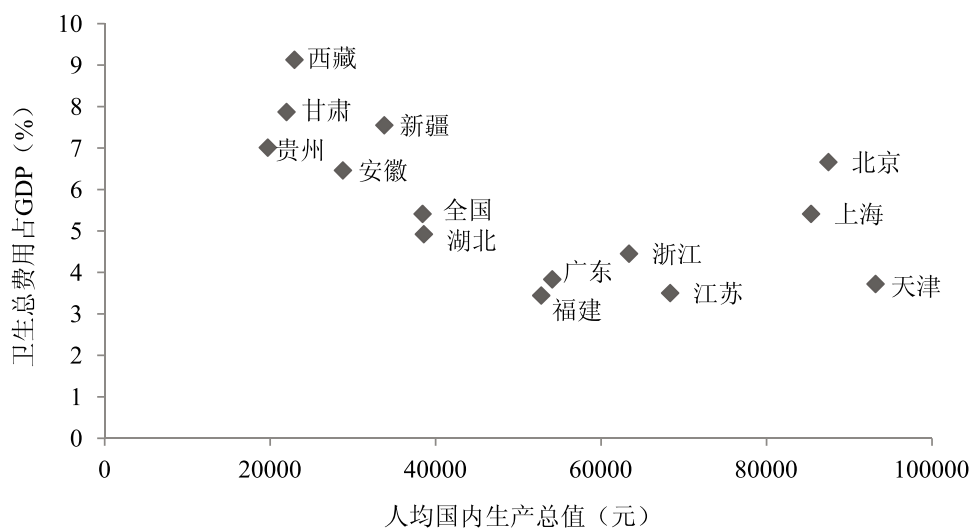


图6 2012年全国及部分省市卫生总费用占GDP比例

2012 年全国及部分省市人均卫生筹资水平提示不同地区差异大，北京市人均筹资水平达 5751 元，为全国最高，上海市次之，为 4589 元。经济欠发达地区人均筹资水平普遍低于经济发达地区，全国人均卫生费用为 2057 元（图 7）。

2、与部分发达国家和地区比较

2012 年北京市卫生总费用占 GDP 比例为 6.6%，广义政府卫生支出占总费用比例为 68.5%；2011 年财政年度香港地区卫生总费用占 GDP 比例为 5.1%，广义政府卫生支出占总费用比例为 48.7%；2012 年台湾地区卫生总费用占 GDP 比例为 6.6%，广义政府卫生支

出占总费用比例为 58.1%。对北京市、上海市、香港地区和台湾地区四地的卫生筹资结构进行比较发现, 2002—2012 年北京市、上海市广义政府卫生支出占卫生总费用比例逐渐升高, 其中北京市增长幅度高于上海市; 而香港地区占比呈下降趋势, 同时台湾地区占比基本保持在 55~60% 之间、略有下降(图 8)。

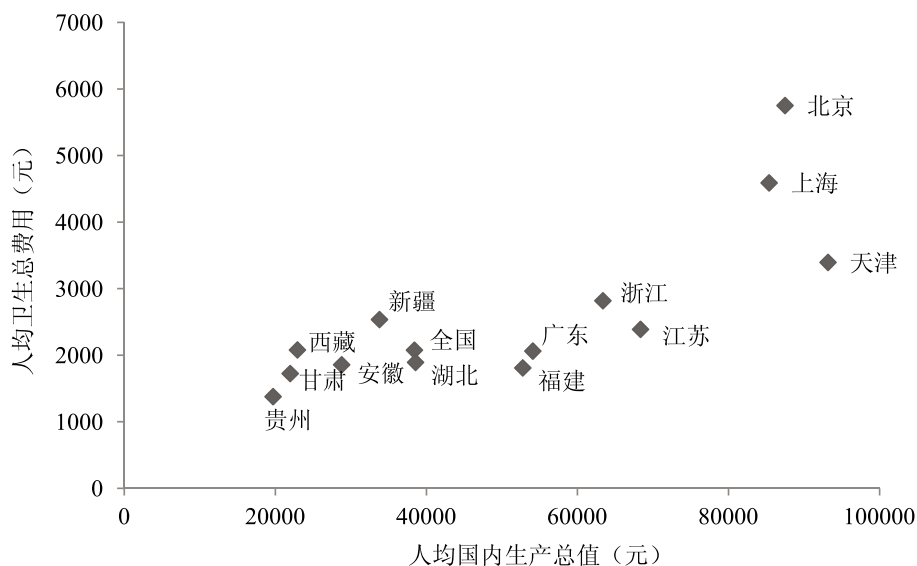
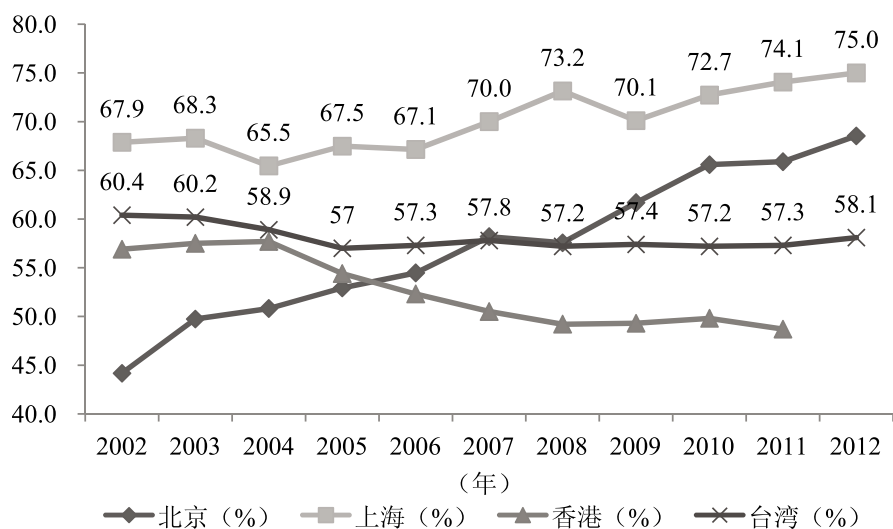


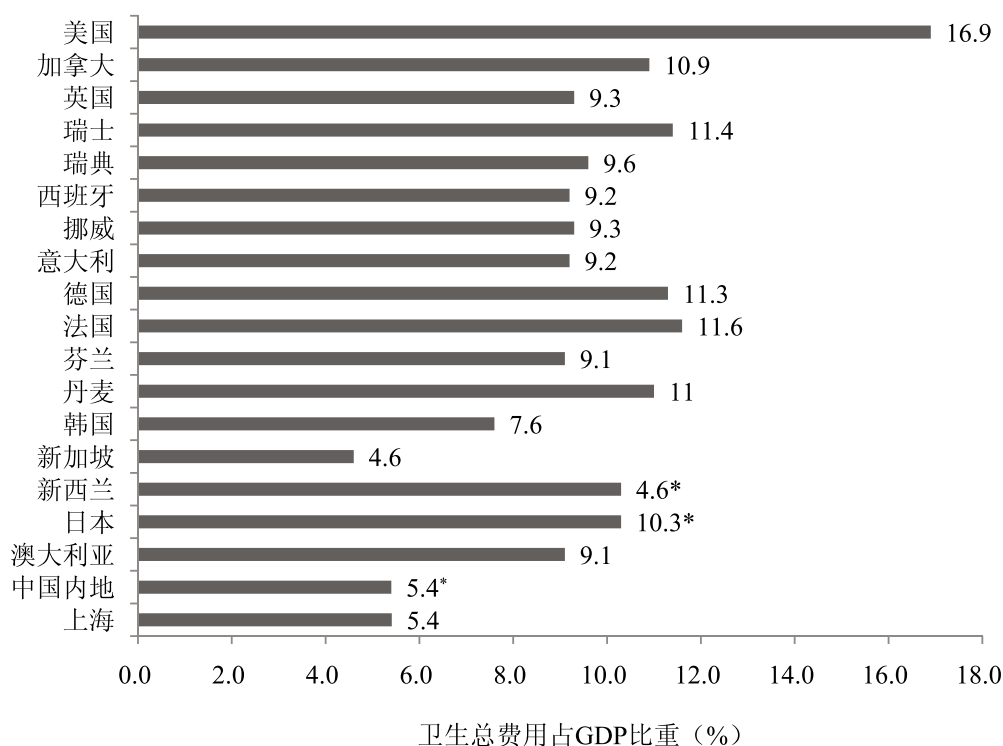
图7 2012年全国及部分地区人均卫生筹资水平



注：①北京数据来自北京市卫生总费用核算研究成果。②香港特别行政区和台湾地区数据均来自香港特别行政区政府食物及卫生局医疗卫生总开支帐目 1989/90-2010/11。③香港特别行政区数据按财政年度计算，指所列出年份的 3 月 31 日前之过去 12 个月，本图使用数据为 2011 年财政年度。

图8 2002—2012年北京市、上海市、香港地区、台湾地区广义政府卫生支出占卫生总费用比例

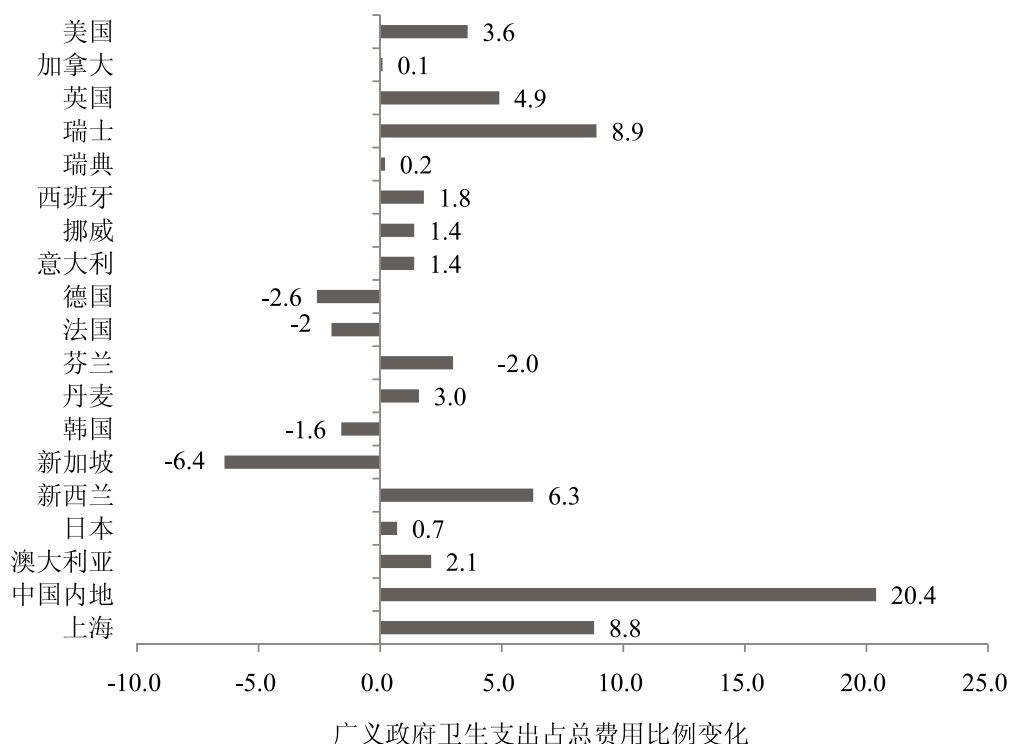
2012 年上海市卫生总费用占 GDP 比例为 5.4%，相较于部分发达国家处于较低水平。超过半数国家卫生总费用占 GDP 比例在 9~11% 之间，其中美国最高，达 16.9%，新加坡最低（2011 年数据），仅为 4.6%（图 9）。



注：①除特别注明外，数据均来自 OECD.Stat，新加坡数据来自 National Health Accounts, WHO。②新加坡、新西兰、澳大利亚三国为 2011 年数据。

图9 2012年部分国家、中国内地和上海市卫生总费用占GDP比例

将 2001 年与 2012 年广义政府卫生支出占总费用比例进行比较发现：部分国家如德国、法国等广义政府卫生支出占比出现减少，其中以新加坡减少最多，2001 年占比 37.4%，较 2011 年占比减少了 6.4 个百分点；部分国家如美国、英国、瑞士等广义政府卫生支出占比增加，其中中国内地 2001 年占比 35.6%，2012 年占比 56.0%，增加了 20.4 个百分点。上海市 2012 年广义政府卫生支出占比较 2001 年增加了 8.8 个百分点（图 10）。



注：①除特别注明外，数据均来自 OECD.Stat，新加坡数据来自 National Health Accounts, WHO。②新加坡、新西兰、澳大利亚三国为 2011 年数据。

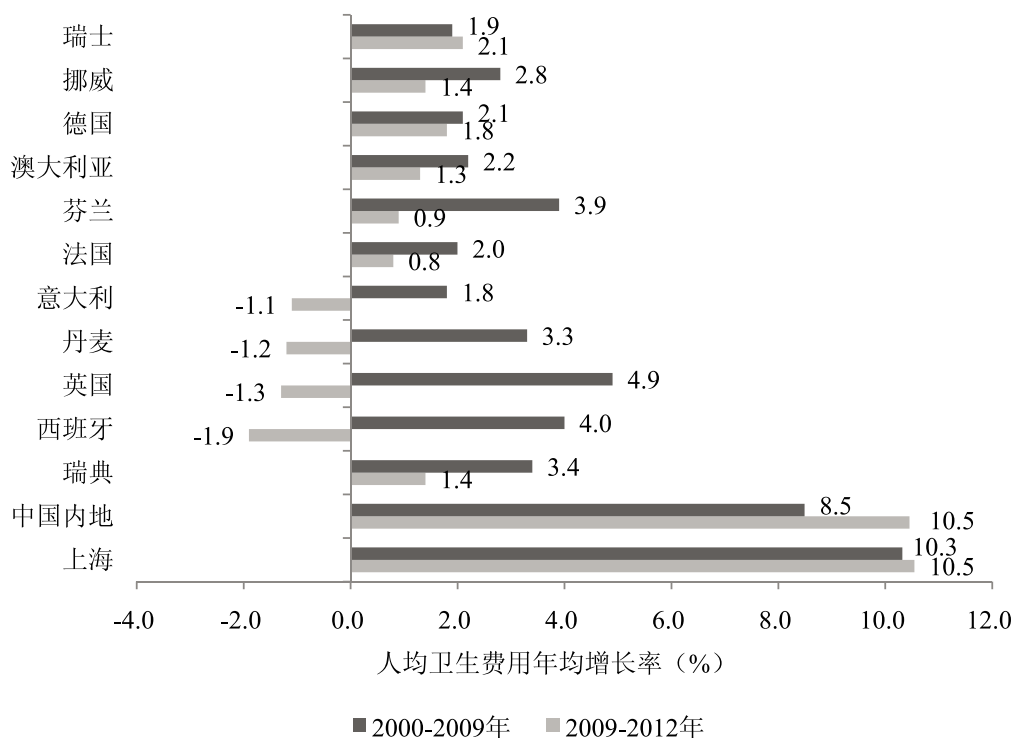
图10 2001—2012年部分国家、中国内地和上海广义政府卫生支出占总费用比例变化情况

将 2000—2009 年、2009—2012 年人均卫生总费用年均增长率进行比较发现：部分国家如挪威、德国、澳大利亚等 2009—2012 年人均卫生总费用年均增长较 2000—2009 年放缓，其中意大利、丹麦、英国等 2009—2012 年人均卫生总费用出现负增长。相较而言，中国内地和上海市人均卫生费用均保持高速增长的趋势，且新医改开始的 2009—2012 年人均卫生总费用年增长率高于 2000—2009 年，提示医改期间对卫生的投入增多（图 11）。

二、卫生费用分配

卫生费用分配情况是从机构的角度出发，核算一个国家或地区在一定时期内从全社会筹集到的卫生资金在各级各类卫生机构的分配情况。依据经合组织（OECD）《国际卫生核算账户的数据收集制度（第一版）》，结合我国和上海市的卫生服务管理体制，将卫生机

构分为以下 6 大类：医院、门诊机构、药品及其他医用品零售机构、公共卫生机构、卫生行政和医疗保险管理机构，以及其他机构（主要指干部培训机构、医学科研机构）。



注：①数据来自 Health at a Glance Europe 2014, OECD, EU 和 Health at a Glance Asia/Pacific 2014, OECD, WHO。②中国内地和上海数据时间段分别为 2001—2008 年、2009—2012 年。

图11 2000—2009年、2009—2012年部分国家、中国内地和上海人均卫生总费用变化情况

（一）分配总额情况

2013 年，上海市卫生总费用（机构法）为 1364.31 亿元，其中医疗机构费用为 1142.95 亿元，占比达 83.8%，其中，医院和基层医疗卫生机构分别占比 70.7% 和 13.1%，公共卫生机构费用为 47.5 亿元，占比 3.5%（图 12）。然而，上海市外来就医数量较多，2013 年外来就医发生在医疗卫生机构的费用总额为 138.9 亿元，占卫生总费用（机构法）比例达 10.2%。剔除外来就医费用后，医院、基层医疗卫生机构和公共卫生机构占比分别为 68.1%、14.5% 和 3.9%，医院占比降低，基层医疗卫生机构和公共卫生机构占比略有提高（图 13）。

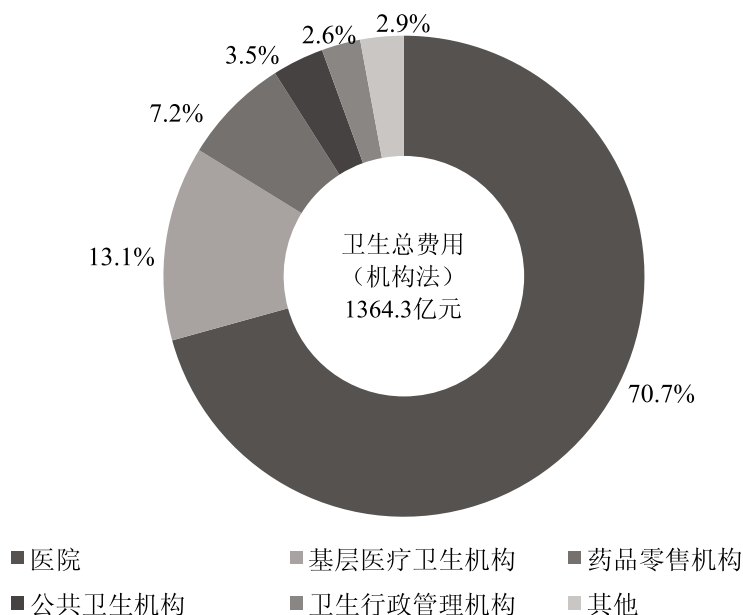


图12 2013年上海市卫生总费用（机构法）分配情况（%）

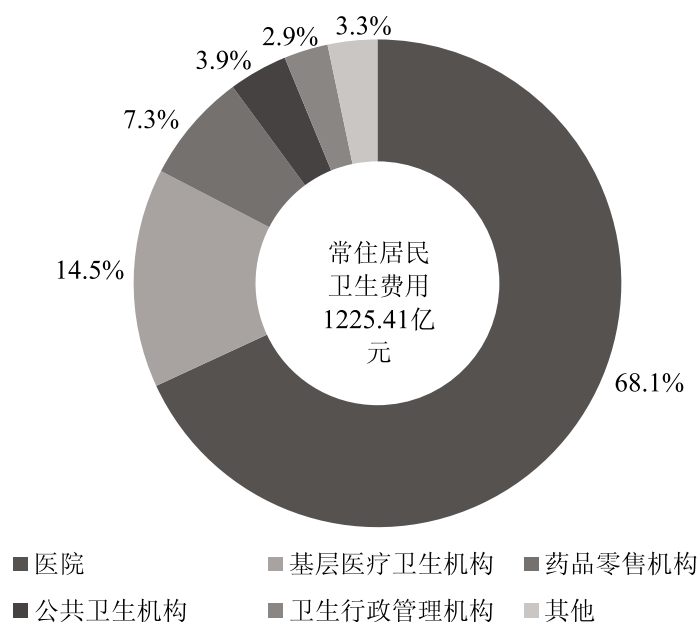
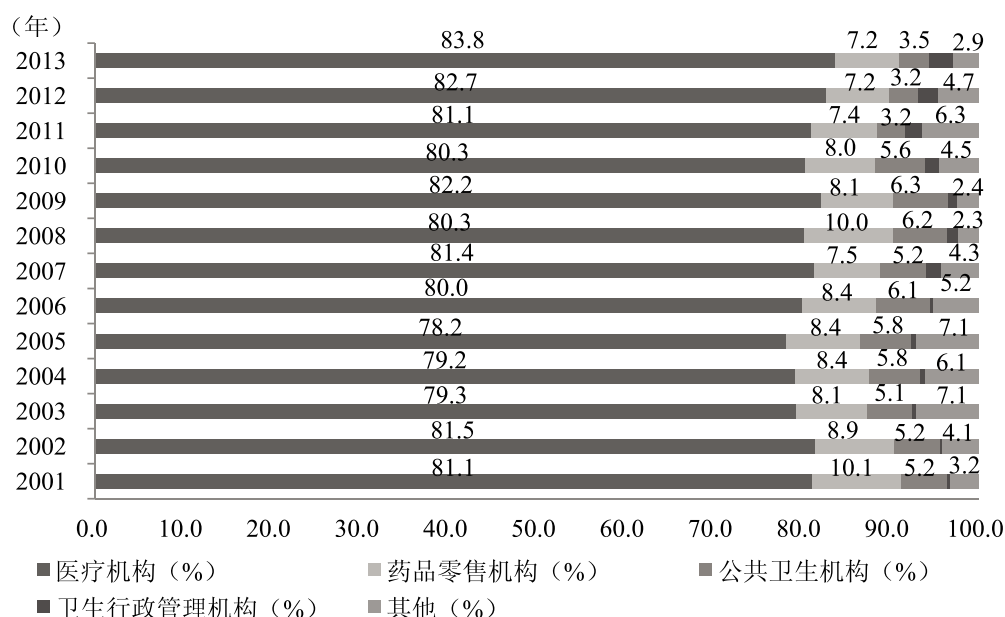


图13 2013年上海市常住居民卫生费用分配情况（%）

（二）分配流向变化

2001—2013年上海市卫生总费用约80%流向医疗机构（包括医院和基层医疗卫生机构），自2011年起增加部队医院费用，医院费用占比因数据口径调整而变化。2013年医疗机构费用占卫生总费用比例达83.8%，为13年来最高。公共卫生机构分配总额随着公共

卫生三年行动计划的推进，每隔 3~4 年占比出现波动，2013 年占比为 3.5%（图 14）。



注：2011 年起卫生总费用机构法核算纳入部队医院数据。2013 年部队医院费用为 80.43 亿元，占当年机构法卫生总费用的 5.9%。

图14 2001—2013年上海市卫生总费用分配构成

医疗机构中，2013 年医院分配占比达 84.4%。2001—2013 年基层医疗卫生机构分配占比总体下降，提示费用绝大部分发生在医院，患者并未下沉至基层就医（图 15）。

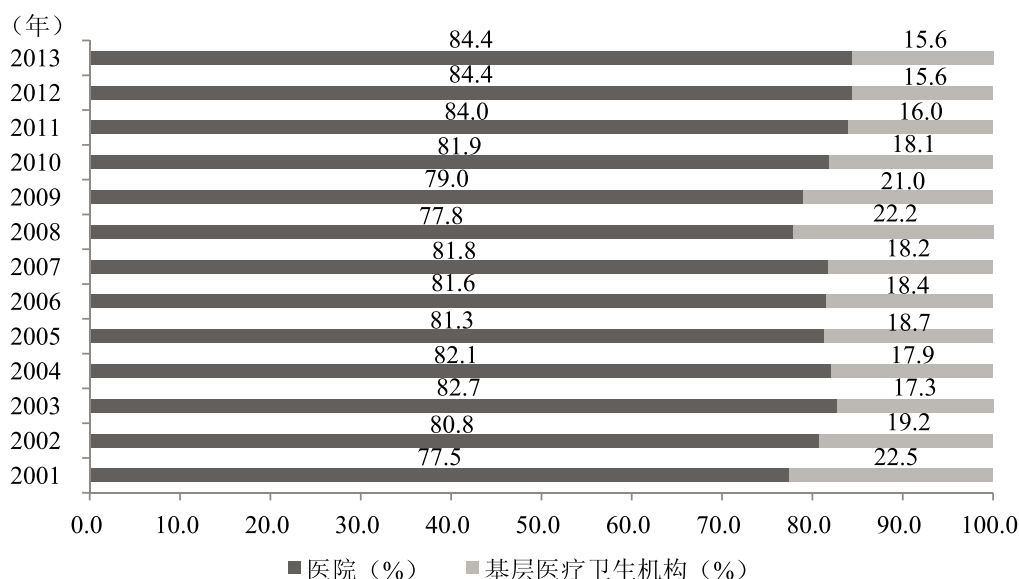


图15 2001—2013年上海市医疗机构卫生费用分配构成

（三）来源法与机构法差异

2011—2013 年上海市卫生总费用来源法和机构法的差距总体呈上升趋势，2011 年和 2012 年差值达到 170 亿元以上，2013 年有所回落，流向卫生机构的费用比本市卫生筹资总额高 115.6 亿元（图 16）。造成来源法与机构法差异的原因众多，初步分析是由于：（1）外来就医患者的费用计入机构法而在本市无对应的筹资来源；（2）医保基金结余计入来源法而未在机构法核算结果中体现；（3）另由于 OOP 核算方法样本量偏小等造成的偏倚，使得来源法中的个人现金卫生支出被低估^[1]。

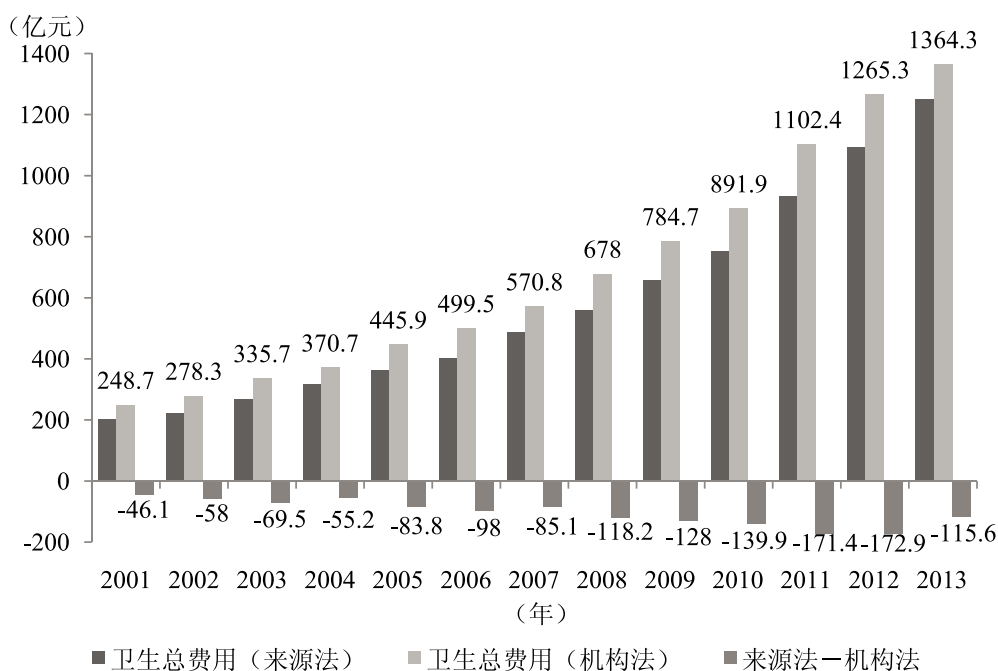


图16 2001—2013年上海市卫生总费用来源法和机构法核算差异

三、卫生总费用特点

（一）卫生筹资总量较充裕，但结构不平衡

2013 年上海市卫生总费用（来源法）进一步增长，总量高达 1248.7 亿元，较 2012 年多 156.3 亿元，占 GDP 比例为 5.8%，较 2012 年高 0.4 个百分点。2001—2013 年卫生筹资总额年均增长率为

14.2%，政府卫生支出、社会卫生支出和 OOP 三大筹资渠道均有一定程度的增长，达到历史最高。

虽然与部分发达国家相比，上海市卫生总费用在 GDP 中所占比例并不高，例如瑞士为 11.4%、加拿大为 10.9%、挪威为 9.3%、芬兰为 9.1%。但是考虑到上海市卫生总费用分布不平衡的因素，如 2013 年城镇居民人均年医疗保健支出为 1350 元，是乡村居民人均年医疗保健支出 944.8 元的 1.4 倍，假定农村居民人均年个人卫生支出都达到目前城市居民的水平，卫生总费用将增加 10.2 亿元。资金在不同医疗保障制度中分布也不平衡，2013 年城保人均筹资约为 4600 元，居保和新农合人均筹资仅约为 950 元、1600 元，如居保主要依靠政府财政补助维持基金收入，2013 年财政补助占其基金收入的 82.6%，尽管个人缴纳标准较 2012 年提高，但其人均筹资水平仍较低，而这种差异导致了保障待遇的差距。

（二）卫生费用持续快速增长，政府卫生支出占比略微下降

2001—2013 年卫生费用保持着快速增长的势头，筹资总额年均增长率较同期 GDP 增长率高 3.5 个百分点。虽然上海市卫生总费用仍有一定的增长空间，但人均卫生总费用的高增长率应当引起重视。近年来部分发达国家如挪威、德国等人均卫生总费用增长放缓，意大利、丹麦、英国等国甚至出现负增长。卫生费用的快速增长可能与人口老龄化程度与社会经济发展程度相关，也可能是由于过度医疗导致的，需要合理引导和控制卫生总费用增长，使其与经济增长相匹配。

从筹资渠道来看，虽然绝对值均有一定程度的增加，但 2013 年政府卫生支出占总费用比例较 2012 年出现降低，占经常性财政支出的比例为 5.5%，也略低于 2012 年的 5.6%，具体分析来看，2013 年

政府医疗卫生支出和医疗保障支出均有增加，两者增值占政府卫生支出总增量的 87.0%，但增幅较小；同时行政管理事务支出比 2012 年略有减少，提示机构行政运行效率有所增加；人口与计划生育事务支出增幅最高，需要适当注意。

（三）卫生费用分配以医院为主，且呈逐年增长趋势

2013 年上海市医疗机构费用占卫生总费用比例高达 83.8%，为 2001—2013 年最高占比。从结构来看，医疗机构中医院分配占比高达 84.4%，也为 2001—2013 年最高占比。而 13 年间基层医疗卫生机构分配占比呈下降趋势，2013 年占比较 2001 年的 22.5% 降低了 6.9 个百分点。医改以来，尽管基层医疗机构的硬件设备及基础设施有了明显的改善，但从费用分布来看，基层门诊和住院量仍未及预期，患者就诊难以下沉的问题仍然存在，甚至有愈演愈烈之势。此外，公共卫生机构费用占比总体呈下降，较 2001 年的 5.2% 下降了 1.7 个百分点，提示对公共卫生的投入亟待加强。

四、政策建议

（一）完善多元化、多层次的医疗保障体系

目前上海市城保、居保和新农合三大基本医疗保障制度已基本实现居民全覆盖，这是社会医疗保障体系建设的重大阶段性成效。但从社会卫生支出资金分布与增长幅度来看，社会医疗保障费用占绝大部分，商业医疗保险发展则较为缓慢。然而，三大基本医疗保障制度待遇差距大、保障能力有限，部分重点人群（如老年人）和重大疾病的卫生费用负担仍然很重。一方面，应针对重点人群、疾病尽早建立保障机制^[2]。参考国际经验建立老年护理保险制度、针对参保人的经济水平在政策上给予倾斜等；另一方面，在完善社会医疗保障体系的同时，应鼓励发展商业健康保险。2013 年 10 月 14

日《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见（国发〔2013〕40号）》指出“丰富商业健康保险产品。在完善基本医疗保障制度、稳步提高基本医疗保障水平的基础上，鼓励商业保险公司提供多样化、多层次、规范化的产品和服务^[3]。”应当将商业健康保险作为基本医疗保险的衔接与补充，进而达到促进人民健康的目标。

（二）提高卫生筹资的使用效率

2001—2013年上海市卫生总费用的增长率远高于GDP增长率，说明政府和居民对医疗卫生越来越重视。一方面，筹资总量稳中有升、医保覆盖面扩大、报销比例增加，而另一方面，财政补偿机制不完善、医保资金仍旧实行按项目付费和总额预付制等较为粗放的管理模式，并未从投入方式上改变医院的创收动机，也未以绩效为导向激励医务人员多劳多得。建议需要进一步明确资金投入的重点，如推动人事薪酬制度改革，体现医务人员劳务价值，同时提高资金运行效率，强调政府对资金的监管责任，严控过度医疗、诱导检查等现象的发生。

2013年上海市筹集的医保资金中以城保为主，约占九成。而城保实行“统账结合”的管理模式，造成了个人账户资金结余的现象。设立个人账户的初衷旨在体现公平和效率，经验表明个人账户设立之初对于我国从公费、劳保医疗向城镇职工医保制度的顺利推进起到了重要的作用^[4]。然而，随着参保人数的增加和缴费比例的提高，城保基金结余呈逐年上升趋势，个人账户结余尤为突出。2013年城保基金结余206.4亿元，其中个人账户当年结余122.4亿元，占59.3%；至2013年12月31日，城保基金累积结余679.4亿元，其中个人账户累积结余516.0亿元，占76.0%^[5]，极大地削弱了医保基金的共济功能。目前，国内部分城市已进行了拓展医保个人账户资金用途的探索，例如扩大支付范围^[6]、用于健康体检等^[7]。建议上

海市可以借鉴经验，重新定位个人账户的作用和地位，唤醒“沉睡”资金、有效规避风险。

（三）形成多部门联动的工作机制

上海市卫生费用总量大、增长速度也较快，然而资金结构不平衡、分配欠合理、浪费现象也明显存在。如果从宏观顶层设计入手，进一步明确卫生计生、财政、医保部门各自的责任和义务，形成多部门联动工作机制，则有利于提高卫生经费使用效率。首先，根据“钱随事走”的原则，卫生行政部门要根据卫生工作的优先重点与薄弱环节，提出资金安排的重点。财政部门在综合平衡，体现政府办医意志的基础上，确保医改各项重点任务的资金落实。医保部门按照科学化、精细化管理的要求，配合卫生行政部门工作重点，加快医保支付制度改革，将医保资金与绩效考核结果相挂钩，提高医保资金的使用效率。建议卫生、财政、医保三方联动建立资金分配正向激励机制，变“多收多得”的现有机制为“少收不少得”的新机制，从补偿制度上激励医院和医生以比较低廉的费用提供比较优质的服务。

（四）建立外来就医监管和报销机制

上海市医疗机构的服务应立足于服务本市，辐射长三角、全国乃至国际。外来就医一方面推动了上海市医疗技术和资源配置效率的提升，另一方面某种程度上降低了上海市本地居民的医疗就医可及性和公平性。因此，在制定区域卫生规划时，除了要满足本地居民需求外，还应充分考虑外来就医的数量、就诊流向、科室和病种分布等信息，调整资源总量和结构等^[8]。建议可先从医疗资源配置入手，在充分测算常住人口医疗需求的基础上，应预留出一定的资源给外来就医，保证可及性；另可从医疗保险管理入手，完善异地

报销流程与审批,对确有需要的外来大病患者,加强医疗保险的跨地区保障力度,保证公平性。而针对居民日益上涨的医疗服务需求,无论是本地还是外地病人,可结合转诊体系构建等避免医疗服务的过度利用,另可依托社会办医来满足部分居民的高端医疗服务需求。

参考文献

- [1] 金春林,王力男,李芬.上海市卫生总费用来源法与机构法核算结果差异原因分析[J].中国卫生经济,2013,8:14-16.
- [2] 金春林,李芬,王常颖.医保制度对重点人群保护机制的国际经验[J].中国卫生政策研究,2013,9:24-28.
- [3] 中华人民共和国中央人民政府.国务院印发《关于促进健康服务业发展的若干意见》[EB/OL].http://www.gov.cn/jrzq/2013-10/14/content_2506400.htm[2014-12-30].
- [4] 王东进.应该理性分析妥善处理个人账户问题[J].中国医疗保险,2012,12:5-7.
- [5] 上海市人力资源和社会保障局.2013年度本市社会保险基本情况[EB/OL].http://www.12333sh.gov.cn/201412333/xxgk/flfg/gfxwj/jjzj/sbdj/201406/t20140618_1185413.shtml[2014-12-28].
- [6] 徐婷婷.完善职工医疗保险个人账户功能的对策思考[J].福建师范大学学报(哲学社会科学版),2011,5:37-42.
- [7] 王伟健.拿着医保卡去健身[N].人民日报,2013-12-04(023).
- [8] 王力男,李芬,王常颖,等.浅析外来就医对上海市医疗服务体系的影响[J].中国卫生资源,2014,05:330-333.

(责任编辑:杨燕)

上海市公立医院经济运行现状及药品加成分析

王力男¹ 李芬¹ 彭颖¹ 金春林^{1,2}

【摘要】 完善公立医院补偿机制、促进公立医院公益性回归是新医改以来的重要举措。本文通过对 2012—2013 年上海市公立医院经济运行和 2013 年不同类型公立医院药品加成状况的分析发现, 公立医院业务量保持较快增长、但结构不尽合理; 总收支基本同步增长, 医疗收支存在亏损; 药品加成率逐年降低, 不同类型医院差异较大。建议合理引导居民就医秩序, 促进医疗资源有效利用; 适时调整医疗服务价格, 弥补医疗服务成本; 核定政策亏损总量, 分类制定补偿标准。

【关键词】 经济运行; 药品加成; 药品零差率

新医改以来, 政府出台了多项文件, 提出要改革公立医院补偿机制, 促进公立医院公益性回归。2009 年, 中共中央国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》, 明确提出要推进公立医院补偿机制改革, 逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道。2010 年出台的《关于公立医院改革试点的指导意见》(卫医管发〔2010〕20 号) 以及 2011 年《公立医院改革试点工作安排》(国办发〔2011〕10 号) 将补偿机制改革作为重大体制机制改革的内容之一。本文主要对 2012—2013 年上海市公立医院经济运行现状进行分析, 并以 2013

第一作者: 王力男, 女, 研究实习员

作者单位: 1. 上海市医学科学技术情报研究所, 上海 200031; 上海市卫生发展研究中心, 上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心, 上海 201199

基金项目: 建设符合中国国情的现代医院管理制度系列研究项目 (编号: SJYF2014XD001B)

年为例，分析不同属性、不同类别公立医院药品加成情况，为全市推进药品零差率政策的补偿测算提供参考。

一、上海市公立医院经济运行情况

（一）运行效率

与 2012 年相比，2013 年全市公立医院业务量均有所增长。2013 年，公立医院门急诊达到 12137.9 万人次，同比增长 5.6%；出院人数 262.0 万人，同比增长 6.9%；实际占用总床日数 2855.6 万床日，同比增长 3.0%（表 1）。

表 1 2012—2013 年上海市公立医院业务量情况表

	门急诊人次 (万人次)	出院人数 (万人)	实际占用总床日 (万床日)	平均在职职工数 (万人)
2012 年	11493.16	245.11	2772.75	10.28
2013 年	12137.90	262.03	2855.55	10.96
其中：三级医院	6920.71	164.75	1399.94	6.31
二级医院	5057.20	94.77	1332.90	4.49
一级及未评级	159.99	2.50	122.71	0.16

注：上海市公立医院范围包括地方市、区两级公立医院和复旦附属医院，不包括企业医院、部队医院，下同。

从医疗资源使用效率的主要指标看，公立医院住院资源利用率处在高位。2013 年，全市公立医院病床使用率略有下降，为 99.0%；病床周转次数略有上升，约 32.8 天；出院者平均住院天数约 10.1 天（表 2）。

表 2 2012—2013 年上海市公立医院医疗资源效率主要指标

业务量指标	2012 年	2013 年
病床使用率（%）	100.89	98.99
病床周转次数（次）	32.11	32.78
出院者平均住院天数（天）	10.56	10.06

从人力资源效率的主要指标看，2013年，全市公立医院平均在职职工 11.0 万人，较 2012 年增加 7241 人，同比增长 7.1%。从人均效率指标看，每职工门急诊人次和实际占用床日数分别为 1107.6 人次和 260.6 床日，与 2012 年比，分别下降约 1.4% 和 3.8%（表 3）。

结合门急诊人次及实际占用床日数可知，全市公立医院在职职工增幅高于门急诊人次数增幅 1.4 个百分点，高于实际占用总床日数 4.1 个百分点，导致总体数据显示公立医院在职职工效率略有下降。

表 3 2012—2013 年上海市公立医院人力资源效率主要指标

业务量指标	2012 年	2013 年	增长率（%）
每职工门急诊人次（人次）	1122.95	1107.59	-1.37
每职工实际占用床日数（床日）	270.91	260.57	-3.82
平均在职职工人数（人）	102348	109589	7.07

（二）医院收入

1、总体收入

2012 年开始，公立医院实行新财务会计制度，总收入主要由财政补助收入、科教项目收入、医疗收入和其他收入构成，医疗收入中药品收入占主要部分。2013 年，全市公立医院总收入为 821.3 亿元，其中，财政补助收入 85.9 亿元，占 10.5%；医疗收入 694.3 亿元，占 84.5%；科教项目收入和其他收入分别为 18.0 亿元和 23.1 亿元，两者之和占总收入的 5%。药品收入是公立医院收入的主要渠道，2013 年为 310.7 亿元，占总收入的 37.8%，占医疗收入的 44.8%（表 4）。

从增长趋势看，2013 年公立医院总收入比 2012 年增长 7.4%，除财政补助相比 2012 年有所下降外，其他三类收入均保持 10% 以上的增长。财政补助收入同比下降 22.7%，其中基本支出补助主要包括人员经费补助和公用经费补助，同比增长 9.5%，项目支出补助

包括医疗卫生、科学技术和教育项目，根据项目需要按年度安排，2013 年比 2012 年大幅下降，造成财政补助收入减少；医疗收入同比增长 12.4%，其中药品收入同比增长 10.2%，剔除药品的医疗收入增长 14.4%；科教项目收入同比增长幅度最高，为 15.9%。

表 4 2012—2013 年上海市公立医院收入情况表（单位：亿元）

指标	2012 年	2013 年	增长率（%）
财政补助收入	111.2	85.9	-22.7
其中：基本支出补助	41.6	45.6	9.5
科教项目收入	15.5	18.0	15.9
医疗收入	617.6	694.3	12.4
其中：药品收入	282.1	310.7	10.2
其他收入	20.6	23.1	11.9
总收入	764.8	821.3	7.4

注：基本支出补助包括人员经费补助和公用经费，人员经费中包括在职人员和离退休人员。

2、医疗收入

2013 年，全市公立医院医疗收入（含药品收入）694.3 亿元，占总收入的 84.5%，是医院收入的重要组成部分。从其收入结构来看，门诊收入占比略小于住院收入，且两者差距同比略有增加。从增长趋势来看，2013 年医疗收入同比增长 12.4%，其中门诊增长 11.7%，住院增长 13.1%（图 1）。

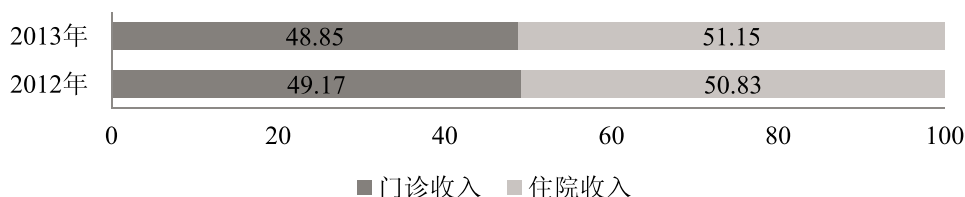


图1 2012—2013年上海市公立医院医疗收入门诊住院构成（%）

从门诊收入构成来看，药品收入占比最高，超过 50%。2013 年，药品收入占比为 54.7%，其次是检查、化验收入，分别占门诊收入的 11.3%、10.2%。比较两年的门诊收入构成结构可得，各项收入占

比变化不大，药品、检查收入占比略有减少，化验收入占比略有增加（图2）。

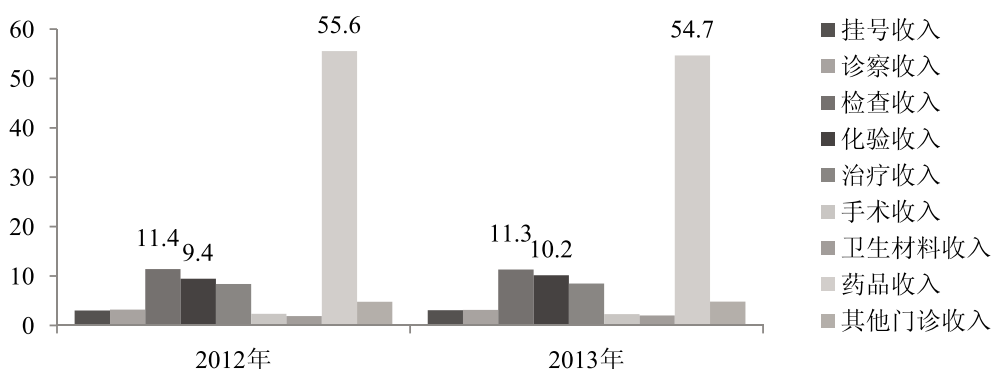


图2 2012—2013年上海市公立医院门诊收入构成（%）

从住院收入构成来看，药品和卫生材料收入占比最高，两者之和超过50%。2013年，药品、卫生材料收入占比分别为35.3%、22.0%，其次是化验、手术收入，分别占住院收入的10.9%、8.9%。比较两年的住院收入构成结构可得，2013年药品、手术占比略有减少，卫生材料、化验收入占比有所增加。从比例变化绝对值看，卫生材料收入占比增幅最高，2013年同比增加2.0个百分点（图3）。

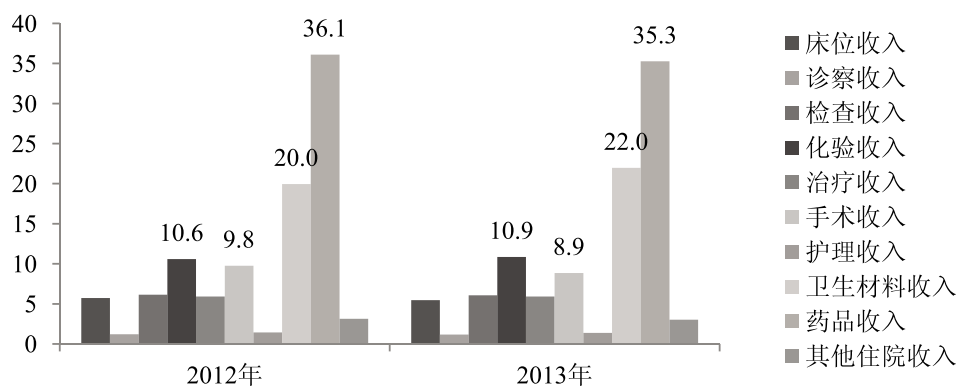


图3 2012—2013年上海市公立医院住院收入构成（%）

上海市医疗保险覆盖面较广，医保患者赴医院就医时主要花费医保基金（包括个人账户和统筹基金），医保收入则构成了医疗收入的重要来源。2013年，全市公立医院医保收入占医疗收入比例为

43.3%；其中，城镇职工医疗保险比例最高，占到全部医保收入的83.8%，城镇居保、新农合、城乡一体化医疗保险和其他医疗保险基金占比则较小（表5）。与2012年相比，医保收入增长15.3%，高于同期医疗收入增长2.9个百分点，其中城镇职工医保基金同比增长14.1%，占医保收入84.7%，同比略微下降。

表5 2012—2013年上海市公立医院医保补偿占医疗收入比例（%）

项目	2012年	2013年
医保收入占医疗收入比例	42.22	43.31
其中：来源于城镇职工医疗保险基金	35.77	36.30
来源于城镇居民医疗保险基金	2.38	2.54
来源于新型农村合作医疗基金	1.01	1.26
来源于城乡一体化医疗保险基金	0.08	0.13
来源于其他医疗保险基金	2.97	3.08

（三）支出情况

1、总体支出

公立医院实施新财务会计制度后，医院支出由医疗业务成本、财政项目补助支出、科教项目支出、管理费用和其他支出构成。2013年，全市公立医院总支出805.6亿元，其中医疗业务成本666.3亿元，占82.7%；管理费用77.6亿元，占9.6%；财政项目补助支出42.7亿元，占5.3%；科教项目支出和其他支出分别为11.6亿元和7.4亿元，两者之和占总支出的2.4%（表6）。

从增长趋势看，2013年公立医院支出增长8.0%，其中财政项目补助支出同比下降37.2%，其他支出同比下降2.3%，医疗业务成本、科教项目支出和管理费用则同比有所增加。管理费用指医院行政及后勤管理部门为组织、管理医疗和科研、教学业务活动所发生的各项费用，主要为医院行政及后勤管理部门发生的人员经费，另有相

关材料费、固定资产折旧和其他公用经费等。2013 年管理费用同比增长 6.5%。

表 6 2012—2013 年上海市公立医院支出情况表（亿元）

项目	2012 年	2013 年	增长率（%）
医疗业务成本	587.3	666.3	13.5
其中：药品费	244.6	270.7	10.7
财政项目补助支出	68.1	42.8	-37.2
科教项目支出	10.4	11.6	11.9
管理费用	72.8	77.5	6.5
其他支出	7.6	7.4	-2.3
支出总计	746.2	805.6	8.0

2、业务支出

业务支出主要是医疗业务成本中的七大类成本加上管理费用中的人员经费等相关支出，具体来说包括人员支出、卫生材料费、药品费、计提的固定资产折旧、无形资产摊销、提取医疗风险基金和其他公用经费。2013 年，全市公立医院业务支出 751.2 亿元，按照权重次序排列药品费、人员支出和卫生材料费分列前三，分别占比 36.0%、33.4% 和 16.5%。

药品费作为业务支出的重要组成部分，2013 年为 270.7 亿元，同比增长 10.7%，高于同期药品收入增长率 0.5 个百分点。结合药品收入来看，药品加成率 14.8%，同比下降 0.5 个百分点。人员支出主要包括基本工资、绩效工资（津贴补贴、奖金）、社会保障缴费、离退休费、住房公积金等。2013 年，人员支出 250.9 亿元，同比增长 13.6%，其中奖金 116.5 亿元，占人员支出比例的 46.4%，同比下降 1.1 个百分点。卫生材料费近年来增长较明显，2013 年同比增长 17.0%（表 7）。

表 7 2012—2013 年上海市公立医院成本情况表（亿元）

项目	2012 年	2013 年	增长率（%）
药品费	244.6	270.7	10.7
人员支出	220.9	250.9	15.1
其中：奖金	105.0	116.5	11.0
卫生材料费	105.8	123.7	17.0

（四）收支差额

2013 年，全市公立医院总收支结余为 15.7 亿元，同比下降了 16.1%。其中医疗收支亏损为 49.5 亿元，比 2012 年增加 6.9 亿元，经财政对人员经费和公用经费进行补助后（财政基本补助收入）仍亏损 3.9 亿元，加上其他收支差额后，业务收支结余转正，为 11.7 亿元，业务收支结余率为 1.6%，同比下降 0.25 个百分点（表 8）。

表 8 2012—2013 年上海市公立医院收支差额状况（单位：亿元）

项目	2012 年	2013 年
医疗收支差额	-42.58	-49.51
加：财政基本补助收入	41.62	45.58
医疗收支结余	-0.95	-3.94
加：其他收支差额	13.03	15.66
业务收支结余	12.08	11.72
财政项目补助收支结余	1.42	-2.46
科教项目收支结余	5.16	6.40
总收支结余	18.67	15.66

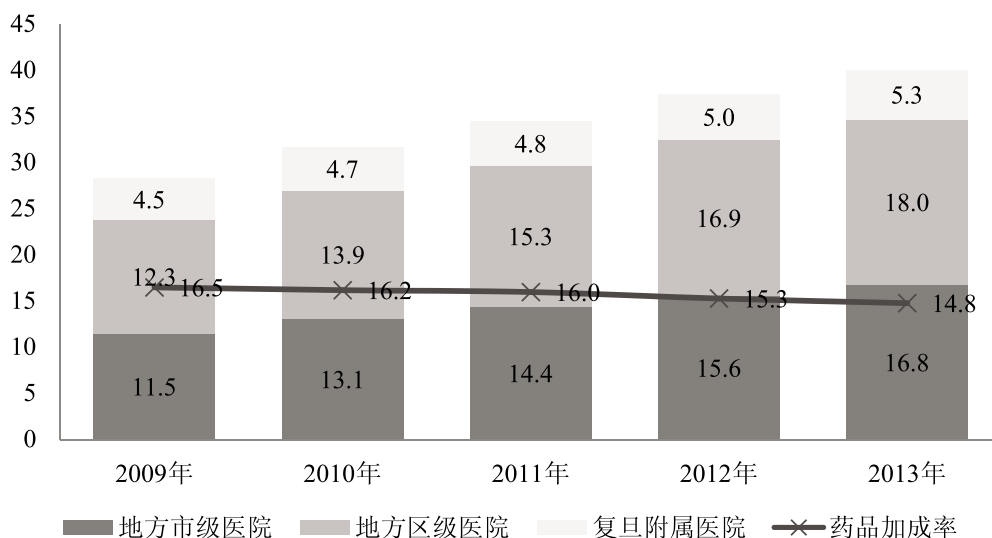
注：业务收支结余 = 医疗收支结余 + 其他收入 - 其他支出；其中：医疗收支结余 = 医疗收入 + 财政基本支出补助收入 - 医疗支出 - 管理费用；财政项目补助收支结余 = 财政项目支出补助收入 - 财政项目补助支出；科教项目收支结余 = 科教项目收入 - 科教项目支出。

二、上海市公立医院药品加成分析

公立医院改革方案中提出取消药品加成，公立医院由财政补助、医疗服务收费和药品加成三渠道改为两渠道，各地取消药品加成所减少的收入措施一般为增加财政补助、调整医疗服务价格和增设药事服务等。

（一）上海市公立医院药品加成趋势

2009—2013年，上海市公立医院药品加成收入逐年增加，由28.4亿元上升到40.1亿元，年均增长7.1%；而药品加成率则逐年减少，由16.5%下降到14.8%。其中地方市级医院药品加成收入占比在40.5%和41.9%之间，呈逐年上升趋势，绝对值年均增长率为7.84%；地方区级医院药品加成收入占比在43.4%和45.2%之间，2012年该比例达到最高，2013年回落到44.8%，绝对值年均增长7.9%；复旦附属6家医院药品加成收入占比在13.3%与15.9%之间，呈下降趋势，绝对值年均增长仅为3.4%（图4）。



注：本图测算口径为上海市地方市、区两级公立医院、复旦大学附属医疗机构，不包含部队、企业属医疗机构，2013年郊区4家新建三级医院实行零差率销售，未统计在内。

图4 2009—2013年上海市公立医院药品加成情况（%）

（二）不同类型公立医疗机构药品加成分析

上海市公立医院从财政补助层级来看，分为地方市级医院、地方区级医院和复旦附属医院，地方市级医院均为三级医院，地方区级医院多为二级医院，而复旦附属6家医院均为三级医院，三类医疗机构分别对应市级财政、区级财政和国家卫生计生委财政补助。此外，公立医院类别众多，其服务对象有所差别，相应的药品加成

情况也有所差异，取消药品加成后对各类型公立医院的影响不尽相同。如中医医院中药收入占比较高，而中药加成率根据文件要求比西药高 5% 左右。又如肿瘤类药品价格昂贵，相应药品加成收入较高，取消药品加成后对其影响较大。因此有必要对药品加成按照医院级别和类别进行分析。

2013 年，全市公立医院药品加成收入 40.1 亿元，其中地方市级医院、区级医院分别为 16.8 亿元、18.0 亿元，复旦附属医院 5.3 亿元。结合各级别医疗机构业务量来看，地方市级医疗机构门诊次均加成药费 22.5 元，住院每床日加成药费 72.9 元，均高于地方区级医疗机构门诊住院每床日费用（17.3 元和 42.3 元），但两者均低于复旦附属医疗机构次均费用（25.2 元和 89.5 元）。

地方市级医疗机构中：市公共卫生临床中心次均药品加成收入普遍高于其他机构，门诊、住院分别达到 69.7 元和 82.8 元；市精神卫生中心门诊次均药品加成位列第二（37.8 元），每床日药品加成则较低（5.5 元）；中医医院门诊和住院每床日药品加成均高于综合医院，与全市市级医疗机构平均水平接近；妇幼医院门诊次均药品加成最低（14.1 元），住院每床日药品加成低于平均水平（47.9 元）；其他专科医院门诊次均药品加成较低，住院每床日药品加成则最高（135.6 元）；疗养院比较特殊，只有住院，且基本无加成。

地方区级医疗机构中：传染病医院次均门诊药品加成最高（35.3 元），住院每床日药品加成处于低位，低于平均水平；精神病医院门诊次均药品加成位列第二，住院每床日药品加成最低（3.1 元）；综合医院门诊次均药品加成略低于中医医院，住院每床日药品加成则最高（56.3 元）；妇幼医院和其他专科医院对次均药品加成则较低，妇幼医院门诊次均药品加成最低（5.8 元）。

表 9 2013 年上海市各级各类公立医院药品加成情况

	门急诊人次 (万人次)	住院床日 (万床日)	药品加成收 入 (万元)	门诊加成收 入 (万元)	住院加成收 入 (万元)	门诊次均加 成药费 (元)	住院每床日加 成药费 (元)	药品收入占医疗 收入比重 (%)
全市地方市、区两级医疗机构	10756.65	2589.28	347320.09	209227.21	138092.89	19.45	53.33	45.51
地方市、区两级医疗机构	4427.41	932.54	167729.08	99786.36	67942.72	22.54	72.86	42.43
综合医院	2642.46	554.71	96989.54	54411.93	42577.61	20.59	76.76	39.17
中医医院	968.91	132.24	40527.77	29494.50	11033.27	30.44	83.43	61.09
妇幼保健院	486.04	70.15	10213.82	6851.69	3362.12	14.10	47.93	30.16
上海市精神卫生中心	65.45	82.69	2925.89	2473.17	452.72	37.79	5.47	48.59
上海市公共卫生临床中心	26.57	12.23	2866.64	1853.70	1012.94	69.75	82.84	72.67
疗养院	0.00	10.73	37.82	0.00	37.82	0.00	3.53	1.81
其他专科医院	237.97	69.79	14167.60	4701.36	9466.24	19.76	135.64	45.90
地方区、县医疗机构	6329.24	1656.74	179591.02	109440.85	70150.17	17.29	42.34	48.77
综合医院	4932.71	1061.23	144902.40	85150.96	59751.44	17.26	56.30	49.43
中医医院	898.84	138.89	25986.53	19212.14	6774.40	21.37	48.78	58.95
妇幼保健院	208.70	39.69	2193.57	1405.10	788.47	6.73	19.87	18.96
传染病医院	24.64	20.06	1395.48	869.96	525.51	35.31	26.19	69.98
精神病医院	78.22	322.58	2708.95	1715.76	993.19	21.94	3.08	31.75
其他专科医院	186.13	74.29	2404.09	1086.93	1317.16	5.84	17.73	31.96
复旦附属医疗机构	1291.72	231.44	53267.15	32553.57	20713.58	25.20	89.50	40.64

注：①本表测算口径为上海市地方市、区两级公立医院、复旦大学附属医疗机构共 161 家，不含部队、企业属医疗机构；②本表依据 2013 年度全国卫生财务年报决算数据测算；③郊区 4 家新建三级医院由于实行药品零差率销售，未统计在内。

复旦附属医院中：肿瘤医院次均药品加成最高，门诊住院分别为 98.9 元和 132.2 元；中山、华山两家综合医院门诊次均药品加成（22.0 元和 22.5 元）略高于市级综合医院，住院每床日次均药品加成则是市级综合医院的 1.3 ~ 1.5 倍；妇产科医院门诊次均药品加成最低（10.1 元），门诊住院指标均低于市级妇幼医院；眼耳鼻喉科医院住院每床日药品加成最低（25.2 元），门诊次均药品加成 15.1 元。

总体来看，取消药品加成后，对复旦附属和地方市级医疗机构影响大于地方区级医疗机构。门诊影响较大的医疗机构为精神病医院、传染病医院，综合医院次均影响在 20.0 元左右，中医医院略高，妇幼医院和专科医院影响则较低，复旦大学附属肿瘤医院需特别注意；住院影响较大的医疗机构依次为市级专科医院（主要是胸科医院和肺科医院）、复旦附属医院、市级中医医院和市级综合医院，精神病医院中市级影响较大，区级则几乎无影响，妇幼医院和区级其他专科医院影响较小。

三、推进药品零差率后对补偿政策的思考

（一）业务量保持较快增长，但结构不尽合理

2012—2013 年，上海市公立医院业务量保持较快增长，其中门急诊服务量增速 5.6%，出院人数增长 6.9%。二、三级医院无论医疗机构数量、人力资源还是业务量，都是本市公立医院的主体，但资源和业务更多地集中在三级医院。以二、三级医院服务量为例，三级医院门诊占全市公立医院服务量的 57.2%，二级医院为 41.9%；三级医院实际占用总床日占全市公立医院的 49.0%，二级医院为 46.7%，从结果上来看未达到合理的诊疗秩序。初步分析造成此现象的原因主要有两点，一方面由于需方缺少制约，存在首诊集中涌向三级医院寻求医疗服务的现象，另一方面由于三级医院向下转诊推

进不力，部分患者接受诊治后仍在三级医院接受后续治疗，造成全市占用床日数集中在三级医院。

（二）总收支基本同步增长，医疗收支存在亏损

2013 年，上海市公立医院总收入增长 7.4%，略低于总支出的增长幅度（8.0%）。从收入结构来看，2013 年财政补助收入占比为 10.5%，由于项目支出补助的缩减导致财政补助收入同比下降 4.1 个百分点；医疗收入占总收入的 84.5%，其中医保收入占医疗收入比例为 43.3%，药品收入占比为 37.8%；除去科教补助收入和其他收入，医院总收入中来自个人的比例大致为 41.2%。从支出结构来看，公立医院支出的主体是医疗业务成本（82.7%），其中人员支出占 33.4%，卫生材料费占 16.5%，药品费占 36.0%，其他项目 14.1%。从收支差额情况来看，医疗收支存在亏损，且经过财政基本补助后仍不能弥补亏损，需要医院的其他收支结余来进行相应弥补。综合各项成本的补偿内容，药品费和卫生材料费通过收费均已足额补偿，人力成本支出对医疗收支平衡影响最大，应主要靠医疗服务价格进行相应补偿，但受限于目前的医疗服务价格远低于政府补助后的医疗服务成本，医疗收支亏损，公立医院仍存在以药补医的现象。

（三）药品加成率逐年降低，不同类型医院差异较大

2013 年，全市药品加成收入为 40.1 亿元，药品加成率为 14.8%，比 2009 年减少 1.7 个百分点。若药品实行零差率形成的收入差额全部以财政投入补足，财政投入要增加 48.1%，如通过医疗服务项目收费价格调整，则需增加医疗收入（不含药品收入）10.4%。从不同财政补助层级医院来看，市级医院、区级医院和复旦附属医院药品加成收入分别为 16.8 亿元、18.0 亿元和 5.3 亿元。结合各级医疗机构业务量来看，市级医院门诊次均药品加成和住院每

床日药品加成均高于区级医院，低于复旦附属医院。结合各医疗机构类别来看，肿瘤医院、传染病医院和精神病医院次均门诊药品加成较高，中医医院高于综合医院，妇幼医院则较低；市级专科医院住院每床日药品加成特别高，复旦附属医院、市级中医医院和市级综合医院次之，市级综合医院低于中医医院，区级综合医院则略高于区级中医医院，精神病医院中市级影响较大，区级则几乎无影响，妇幼医院和区级其他专科医院影响较小。

四、讨论与建议

（一）合理引导居民就医秩序，促进医疗资源有效利用

三级医院、二级医院与社区卫生服务中心共同构成三级医疗服务体系。公立医院中三级医院主要提供高水平专科性医疗服务，并承担科研教学任务，服务对象应为确有需要的疑难杂症患者；二级医院作为地区性医院，提供综合性医疗服务，理应服务于居民医疗服务需求中占比较大的部分。而目前自由就诊环境下居民大多选择前往三级医院，造成“看病难”现象始终存在。为合理引导居民就医，一方面要提高二级医院的服务能力，另一方面可依托家庭医生签约等促进双向转诊制度的推行，以达到医疗资源的有效利用。

（二）适时调整医疗服务价格，弥补医疗服务成本

业务量的增长和医疗服务价格低于成本的现状导致了公立医院存在“越做越亏”的困境，在公立医院不能把患者拒之门外来保证其医疗收支平衡的情况下，有必要核定医疗服务成本，在通过财政补助确保公益性的基础上适时调整医疗服务价格：一是提高以医疗技术、劳务为主的医疗服务项目价格，二是降低以机器为主的检查、检验等价格，综合考虑成本、技术难度、实施风险等因素，保证医疗服务收费与运营成本间的平衡，使更多资金成为医院的可支配收入。

（三）核定政策亏损总量，分类制定补偿标准

药品零差率有助于推进医药分开政策的落实，缓解目前公立医院“以药补医”的现状，但在实施前首先应核定政策亏损对公立医院的影响。建议根据各医疗机构药品加成收入现状，分类制定相应的补偿标准：首先，核定医疗服务价格调整后对政策亏损的弥补程度，其次确定增长的医疗服务价格中医保的补偿比例，最后确定不同类型医疗机构不同层级财政的补偿额度，保证患者个人医疗费用负担的稳定性。

（责任编辑：杨燕）

实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的探索及启示

李芬¹ 彭颖¹ 金春林^{1,2} 杜云峰³

【摘要】 通过财政保障公立医院基本建设和发展支出、取消药品加成、提高服务价格、改革医保支付方式等改革举措，公立医院经济运行机制、补偿的激励导向初步转变，医疗收入结构发生变化，试点医院次均费用下降，医务人员收入得到提高。然而，改革也存在一些问题，药品价格和费用虚高仍存在、科学的医疗服务价格机制尚未形成、财政投入“政策性亏损”界定不清晰、财政和医保投入方式未根本转变。建议分阶段调整医疗服务价格，加强医保精细化管理，增强补偿机制的系统性。

【关键词】 公立医院；补偿机制；价格调整；试点

公立医院补偿机制是医药卫生体制改革的重点和难点，取消药品加成后，服务收费和财政补助足额补偿是公立医院可持续发展的关键。2010年2月，国家选择了第一批17个国家联系试点城市（以下简称“试点”）开展公立医院改革探索。本文分析了公立医院改革试点在补偿机制改革中的经验、存在的问题和对于深化改革的启示。

一、补偿机制改革的主要举措

（一）保障公立医院财政投入

根据国家医改要求，政府负责公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损

第一作者：李芬，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 上海市财政局，上海 200030

基金项目：建设符合中国国情的现代医院管理制度系列研究项目（编号：SJYF2014XD001B）

补贴、公共卫生服务以及突发应急专项补助。试点落实情况与当地财政能力相关，北京市、上海市、深圳市、厦门市等经济较发达地区能够基本保障，部分试点采取政府与医院分担或政府给予贴息贷款等措施。离退休人员费用大部分纳入事业单位养老体系，公共卫生服务等纳入专项支出。“政策性亏损”在医改方案中尚没有明确的界定，取消药品加成带来的合理收入损失应属于政策性亏损。部分试点由财政不同程度地予以补偿，补偿的比例与价格调整的幅度相关联，在政策设计上基本弥补加成损失，以减少改革阻力。安徽省试点医院取消药品加成后减少的合理收入的 25% 部分，由省级财政结合全省县级医院诊疗人次（每个出院人数折算为 3 个诊疗人次）确定补助基数，并纳入一般性转移支付按年度给予补助^[1]；三明市财政补偿取消加成损失的 10%，列入财政定额补助，用于医院运行开支^[2]。

（二）调整医疗服务收费结构

取消药品加成后，绝大部分试点通过医疗服务价格调整补偿，但调价依据、幅度、范围、形式有所差异：

一是调价依据。价格调整都以取消药品加成后带来的收入损失为主要依据；浙江省、三明市等综合测算了药品价格下降幅度、财政和医保可承受能力等因素的影响^[2-3]。

二是调价范围。范围最广的是浙江省，调整了 4000 多项医疗服务价格^[3]，可大大缩小对不同级别、类型医院经济影响的差异，但调价的难度大。三明市对医疗服务收费情况进行了分析，调整了 80 项占医疗收入 80% 以上、体现医务人员劳务价值的医疗服务项目。这种方式调价范围大大缩小，对医院收支影响小，操作难度相对浙江省小，取得了良好的政策效果。上海市取消药品加成的医院在此

上调了 31 项医疗服务价格^[5]。北京市、深圳市调价范围小，前者增设医事服务费^[3]，后者提高门诊诊金和住院诊查费^[6]，埋下了分解诊疗等隐患。

三是调价形式。主要是设立新的收费项目，如北京市的“医事服务费”；调整当前医疗服务收费价格；增设医疗服务收费项目和调整医疗服务价格。

四是补偿幅度。补偿幅度多与财政补偿举措联动，如北京市采取“价格平移”^[4]，财政对此无额外投入。也有的试点在政策设计时补偿幅度没有达到 100%，如浙江省以补偿 90% 为目标，因为政策制定者认为目前公立医院存在药品费虚高的现象，部分加成损失不合理，应通过医院规范诊疗来消化。

此外，部分试点还探索药品集中招标采购，如三明市、深圳市、上海市等，也起到了一定的降低药品价格的作用。

（三）改革医保支付结构和方式

为不增加患者负担，试点均提出价格调整增幅的“基本”部分纳入医保支付范围。北京市医事服务费按照医生级别设为 42 元、60 元、80 元、100 元四个级别，医保报销每人 40 元，多出部分由患者自负^[4]。上海医疗服务调价绝大部分纳入医保支付，对诊察费、床位费按照普通等级支付^[5]。深圳市把提高的门诊诊金和住院诊疗费均纳入医保支付^[6]。同时，为促进医院厉行节约、降低群众就医负担，探索医保总额预付、超额共担、支付方式多样化举措。上海市目前已在全市推广医保总额预付制，按季度支付到医院。浙江省实行总额预付制下的多种支付方式改革，并规定试点医院门诊和住院次均费用零增长^[3]。但“总额”是对整个医院而言的，对医疗费用的支付仍主要采取按服务项目付费，其结果是控制了医保费用增长，但

引发了自费费用增加、推诿医保患者等问题。而深圳市实行的是门诊按人头付费为主、按项目付费和按单元付费为辅，住院按单元付费为主、按病种付费和按项目付费为辅的多种支付方式^[6]。

二、主要成效和存在的问题

（一）主要成效

在财政落实基本建设和发展支出的情况下，公立医院可专注于医疗服务。实施药品零加成、调整医疗服务价格后，公立医院经济运行机制、补偿的激励导向发生转变，医疗行为发生改变，试点医院的次均费用下降，医疗收入结构中药品收入占比下降。在医疗服务价格调整时，均着重提高体现医务人员技术、劳务价值的服务项目，医疗收入占比、医务人员工资收入有所提高。此外，大部分患者的医疗负担有所降低，因为医疗服务价格增加的部分将纳入医保，取消药品加成后使药品直接费用减少，也从机制上约束了过度用药、滥用药等现象，有利于进一步降低费用。

（二）存在问题

一是尚未建立科学的医疗服务价格体系。以药品加成收入作为基数来调整医疗服务价格的做法，没有全面梳理医疗服务价格项目比价关系，难以建立起科学的医疗服务价格形成体系，也不可能从根本上扭转不合理的医疗行为。部分试点还引发了其他问题：首先，医疗服务价格的局部调整，医院会寻找新的“交叉补贴”途径，分解诊疗。北京市仅增设医事服务费，出现分解门诊的现象^[7]。上海市试点医院门诊患者30天内复诊率较高^[8]。其次，部分医疗价格调整范围过于集中，而医院间的特色科室、服务项目的比重各不相同，由价格调整带来的医疗收入增量因医院而异，部分医院能够运转，部分药占比高的医院难以正常运营。

二是财政投入中“政策性亏损”的内涵不明晰,投入方式未转变。

在政府保障建设支出的情况下,公立医院最主要的政策亏损是医疗服务价格政府管制带来的医疗服务收费与成本之间的差距。近年来医疗服务价格虽小步上调,但与成本差距仍然较大,财政经常性投入不足以弥补差价损失。而且财政经常性投入仍采取按编制或床位补偿基本支出的方式,没有体现公益性、绩效导向。

三是医保支付制度改革力度小。按项目付费的方式加重诱导医疗和医疗过度使用;打包付费,并且超支自理、结余归己,则可成为激发公立医院降低成本、合理医疗的内在动力。总额预付制改革没有改变支付制度的本质,按病种、按人头、按床日付费推进缓慢。支付制度的设计仍在医院层面,没有从整个医疗服务体系进行改革。

四是补偿机制缺乏系统性。公立医院相关管理部门(卫生计生委、人保、财政等),部门间评价、考核各自为政,造成公共筹资(财政和医保投入)没有形成合力,对公立医院的激励和约束效果减弱。

三、对公立医院补偿机制改革的启示

试点公立医院补偿机制改革有两点成功的经验值得借鉴:一是对公立医院的补偿建立在调整医院内部经济运行的基础上,即通过取消药品加成、医疗服务价格调整来扭转公立医院不合理的收支结构;二是对公立医院补偿综合考虑了医疗、医保、医药的联动,医疗服务价格调增部分主要由医保承担。对于公立医院补偿机制探索过程中存在的问题,建议在探索过程中从以下3方面逐步改革和完善。

(一) 分阶段实施医疗服务价格调整

药品取消加成后,医疗服务项目价格调整在缺乏科学成本核算依据的情况下,可基于定性访谈、定量调查的结果调整服务项目间的比价,普遍提高诊查、护理、治疗、手术及床位等技术劳务价值

高的项目收费，而不是调整或增设个别项目，造成分解诊疗等问题；同时，应考虑到专科医院特殊情况对专科医院的收支进行单独测算，因为专科医院的服务项目结构与综合医院差异大，按照平均医疗服务收费情况进行调整会出现补偿“超量”或严重不足并存。长远来看，需推进财务管理、成本管理、薪酬管理等基础工作，综合考虑成本、技术难度、实施风险等因素，全面梳理项目之间的比价，保障医疗服务收费与运营成本间的基本平衡。

（二）推进医保支付方式改革

医保是医疗服务费用支付的主体，医保支付方式改革是转变公立医院补偿激励机制的关键。应从服务系统出发来设计医保支付制度，支付额度要与医院绩效、功能定位等相结合。如三级医院的功能定位是治疗疑难重病，则对符合这一功能定位的三级医院加大支付力度，对于收治大量常见病、多发病的三级医院减少支付。在医院支付层面深化推进按病种、按人头、按床日付费制度改革，激发公立医院控费的内在动力。

（三）增强补偿机制的系统性

财政和医保投入要具有内部一致性，并与医疗服务系统改革相协同。建议建立围绕公立医院改革目标模式、与机构服务功能定位相协调的绩效考核体系，医保和财政投入均与考核结果挂钩，增强对公立医院的激励和约束作用。

参考文献

- [1] 安徽省财政厅,安徽省卫生厅,安徽省人力资源社会保障厅.安徽省县级公立医院运行补偿管理暂行办法[Z].2012-10-11.
- [2] 三明市深化医药卫生体制改革领导小组.福建省三明市医药卫生体制综合改革问答

- [R].2014.
- [3] 浙江省人民政府办公厅. 浙江省人民政府办公厅关于印发浙江省县级公立医院综合改革试点指导意见的通知[Z].2011-09-07.
- [4] 赵亮,金昌晓,乔杰. 北京市公立医院试点医事服务费调查[J].中国医院管理, 2012,11(11):1-3.
- [5] 上海市发展和改革委员会,上海市卫生局,上海市医疗保险办公室. 关于本市华山医院北院等四家医院部分医疗服务项目试行价格的通知[Z].2012-12-25.
- [6] 深圳市人民政府办公厅. 深圳市公立医院医药分开改革实施方案[Z].2012-06-07.
- [7] 王宏志. 北京市公立医院改革评估[R].2014
- [8] 上海市卫生发展研究中心. 4家郊区新建三级医院体制机制综合改革试点评估报告[R].2014.

(责任编辑: 杨燕)

医疗服务价格调整对公立医院医疗成本的补偿测算与分析

彭颖¹ 李芬¹ 王力男¹ 金春林^{1,2}

【摘要】 取消药品加成后，医疗服务价格调整成为公立医院补偿机制改革的重要内容。本文以上海市为例，将公立医院医疗成本分为人员支出、卫生材料费、药品费、其他支出四大类，通过对这四类成本进行测算及其补偿渠道分析后，得出在当前财政补助模式下，为保持公立医院经济运行的可持续性，医疗服务价格调整总量为 82.8~114.6 亿元，医保支出增加 18.5~32.3 亿元，门急诊人次平均收费增加 13.8~26.7 元，每床日平均收费增加 90.7~147.4 元。在此结果的基础上，本文从医疗服务价格调整角度，为公立医院补偿机制改革提出了相关政策建议。

【关键词】 医疗服务收费；财政补助；药品加成；卫生材料

研究证实，取消药品加成后，公立医院补偿渠道需要以医疗服务收费为主，通过医疗服务价格调整，配合财政投入和医保支付补偿的方式进行改革。但是，关于医疗服务价格调整的总量及价格调整后应采取的配套措施等问题还需要进一步探讨。本文从医疗成本构成及补偿渠道出发，以上海市 2013 年公立医院^{*}经济运行数据为基础，对取消药品加成、提高医务人员工资后的医疗服务价格调整总量进行模拟测算并提出相关建议。

第一作者：彭颖，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

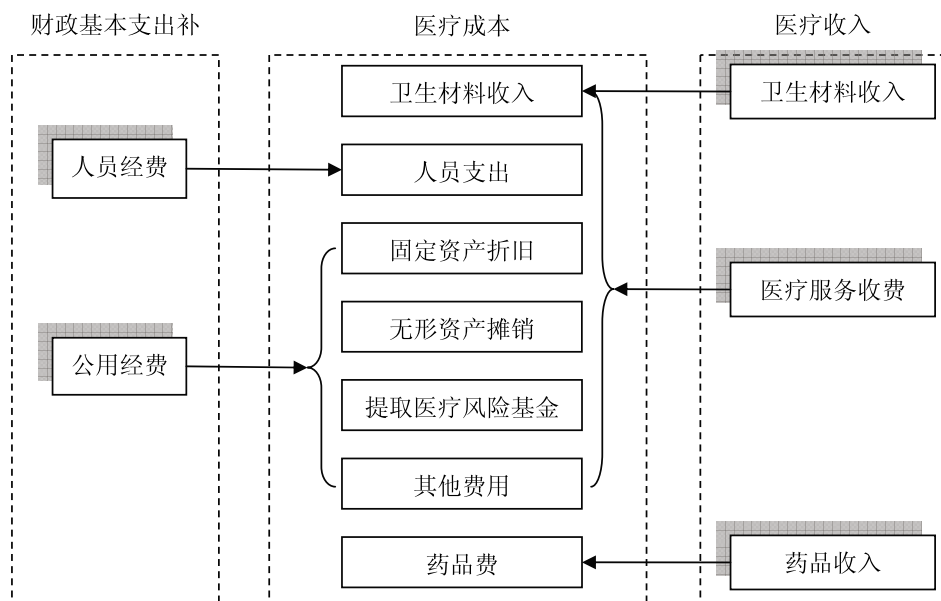
基金项目：建设符合中国国情的现代医院管理制度系列研究项目（编号：SJYF2014XD001B）

^{*}注：本文提到的公立医院范围包括上海市地方市、区两级公立医院、复旦大学附属医疗机构，不包含部队、企业属医疗机构。

一、研究思路

在取消药品加成后，医疗服务价格调整成为公立医院补偿机制改革的重要举措。全国各地都在医疗服务价格改革上进行探索，例如有地区采取将药品加成作为补偿总量对医疗服务价格进行调整^[1]。但笔者认为，取消药品加成只是触动公立医院补偿机制改革的导火线，医疗服务价格调整的真正动因应是部分医疗服务价格不能真实反映医疗服务成本，导致公立医院医疗服务行为扭曲，形成“以药补医”的现状。因此，调整医疗服务价格应从公立医院成本构成入手，充分考虑各项成本的补偿渠道与方式，使公立医院能够在当前财政补助模式下，通过医疗服务收费弥补医疗成本，保证医院可持续运行。

根据新财务会计制度，公立医院医疗成本包括人员支出、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金和其他费用七类，各项医疗成本补偿渠道见图1。其中，人员支出、卫生材料费、药品费三项合计约占公立医院医疗成本的



注：医疗服务收费指《上海市医疗机构医疗服务项目和价格汇编(2010)版》中列示的医疗服务项目收费总额，从财务报表上看为医疗收入扣除药品收入和卫生材料收入，具体包括挂号收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、其他门诊收入等内容。

图1 公立医院医疗成本补偿渠道图

85%（表 1）。因此，本文根据各类成本补偿渠道的不同，将医疗成本分为人员支出、卫生材料费、药品费、其他支出四大类，通过对四类医疗成本数额进行测算，并对各类成本补偿方式进行分析，得出医疗服务价格调整总量。

表 1 2013 年上海市公立医院医疗成本构成情况 (%)

医院等级	人员支出	卫生材料费	药品费	固定资产折旧费	无形资产摊销费	提取医疗风险基金	其他费用
三级医院	32.92	18.32	35.39	2.54	0.02	0.18	10.61
二级医院	35.04	13.42	38.61	1.51	0.01	0.21	11.20
一级及未评级	45.38	7.40	31.05	1.12	0.01	0.29	14.75

二、医疗成本分析

（一）人员支出

公立医院人员支出由人力成本和对个人/家庭支出两部分构成，其中人力成本由工资、社会保险缴费、其他相关支出三部分构成。2013 年上海市公立医院人员支出总额为 250.9 亿元，其中人力成本 224.8 亿元，对个人/家庭支出 26.2 亿元（表 2）。人员支出主要有两个补偿渠道，一是医疗服务收费，二是财政基本支出补助中的人员经费。2013 年财政补助中人员经费为 35.9 亿元，占人员支出 14.3%，其中在职人员经费 28.7 亿元、离退休人员经费 5.9 亿元（表 3）。

表 2 2013 年上海市公立医院人员支出情况（亿元）

医院等级	人力成本				对个人/家庭支出	人员支出合计
	合计	工资支出	社会保障缴费	其他相关支出		
三级医院	146.07	111.47	21.84	12.77	17.23	163.30
二级医院	75.53	50.64	12.27	12.62	8.64	84.17
一级及未评级	3.16	2.10	0.46	0.60	0.30	3.47
汇总	224.76	164.20	34.57	25.99	26.17	250.93

表3 2013年上海市财政基本支出补助中人员经费占人员支出比例

医院等级	人员经费补助		其中：在职人员经费		其中：离退休人员经费	
	金额 (亿元)	占人员支出 比例 (%)	金额 (亿元)	占人力成本 比例 (%)	金额 (亿元)	占对个人和家庭 支出比例 (%)
三级医院	22.16	13.57	18.31	12.53	2.62	15.20
二级医院	13.15	15.63	9.85	13.05	3.14	36.36
一级及未评级	0.61	17.72	0.50	15.88	0.11	36.87
汇总	35.92	14.32	28.66	12.75	5.87	22.43

2013年,上海市三、二、一级公立医院人均工资收入分别为18.0万元、11.6万元、13.4万元。为体现医务人员技术劳务价格、调动医务人员积极性,上海市拟将市级公立医院、区县公立医院卫技人员(包括医生、护士和医技人员)的预期薪酬按上年社会平均工资(2012年上海市社会平均工资为56648元^[2])的3.9倍、2.9倍作为指导线进行调整。本文以此为依据,测算出各级公立医院卫技人员预期工资支出,再通过调整卫技人员工资支出占全院人力成本比例,得到薪酬调整方案。据测算,上海市公立医院预期人员支出为289.7~314.4亿元,较实际人员支出增加38.8~63.5亿元。在现行35.9亿元的财政补助政策下,约有253.8~278.5亿元人员支出需通过医疗服务收费予以补偿(表4)。

表4 薪酬调整方案下医疗服务收费对人员支出的补偿金额测算

医院等级	卫技人员预 期人均工资 收入(万元)	卫技人员预 期工资支出 (亿元)	预期人力成本 (亿元)		预期人员支出 (亿元)		通过医疗服务收 费补偿(亿元)	
			方法一	方法二	方法一	方法二	方法一	方法二
三级医院	22.09	115.83	164.67	174.02	181.90	191.25	159.74	169.08
二级医院	16.43	62.66	95.12	109.87	103.75	118.51	90.60	105.36
一级/未评级	16.43	2.17	3.76	4.36	4.06	4.67	3.45	4.05
合计	—	180.67	263.55	288.25	289.72	314.43	253.79	278.49

注：方法一：只考虑卫技人员工资支出变化，管理人员和其他人员工资保持不变；方法二：管理人员和其他人员的工资支出与卫技人员同比例增长。

（二）卫生材料

卫生材料包括一次性医用材料和可单独收费材料，其中，可单独收费材料可以直接通过卫生材料收入得到全额或超额补偿；一次性医用材料成本则需通过医疗服务打包收费进行补偿^[3]。2013年上海市公立医院卫生材料费为123.7亿元，卫生材料收入为84.9亿元，二者差值达到38.8亿元。在对卫生材料收入进行深入分析后发现，2013年全市公立医院高值耗材收支差额达9.2亿元，二、三级公立医院高值耗材加成率分别为19.7%和22.9%（表5）。

表5 2013年上海市公立医院卫生材料收支情况（单位：亿元）

医院等级	卫生材料费		卫生材料收入		高值耗材加成率（%）
	总额	其中：高值耗材费	总额	其中：高值耗材收入	
三级医院	90.89	33.93	67.85	41.71	22.94%
二级医院	32.24	7.21	16.99	8.63	19.69%
一级及未评级	0.56	0.00	0.07	0.00	15.00%
合计	123.69	41.14	84.91	50.34	—

打包收费的卫生材料费可以通过两种方法进行补偿测算，一是将卫生材料费与卫生材料收入的差值作为医疗服务收费对打包收费卫生材料的补偿额，即38.8亿元；二是对高值耗材加成率进行规范，根据上海市1997年制订的《上海市各级各类医疗机构收费标准》“手术项目中使用的高值耗材加收不得超过5%”的规定^[4]，若将高值耗材加成定为5%，卫生材料收入将减少7.1亿元，再通过卫生材料费与卫生材料收入的差额得出打包收费卫生材料的补偿额为45.9亿元。

（三）药品费

2013年上海市公立医院药品收入为310.7亿元，药品费为270.7亿元，药品加成药40.0亿元，药品加成率为14.8%。药品零差率后，药品费平进平出，270.7亿元的药品费通过药品收入予以补偿。

（四）其他支出

本文将除人员支出、卫生材料费、药品费以外的其他医疗成本统称为其他支出，具体包括固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金和其他费用。其他支出补偿渠道主要是医疗服务收费和财政基本支出补助中的公用经费。2013 年全市公立医院其他支出共计 98.5 亿元，财政补助中的公用经费合计 9.6 亿元，仅占其他支出的 9.8%（表 6），剩余 88.9 亿元其他支出需通过医疗服务收费弥补。

表 6 2013 年上海市公立医院其他支出情况（单位：亿元）

医院等级	其他支出 汇总	其他支出金额				财政补助公用经费支 出占其他支出比例
		固定资产 折旧费	无形资产 摊销费	提取医疗 风险基金	其他 费用	
三级医院	66.26	12.62	0.12	0.89	52.63	5.58%
二级医院	31.07	3.63	0.03	0.49	26.91	17.80%
一级及未评级	1.24	0.09	0.00	0.02	1.13	33.89%
合计	98.56	16.34	0.16	1.40	80.66	9.79%

通过上述分析，在综合考虑所有医疗成本及其补偿渠道后，以 2013 年上海市公立医院运行数据为基础，得出取消药品加成、提高医务人员工资后，医疗服务收费补偿额度在 381.5~413.3 亿元（表 7）。

表 7 医疗服务收费补偿额度测算（单位：亿元）

域值	待补偿成本			现有补偿渠道		医疗服务收费 补偿金额
	人员支出	卫生材料费	其他支出	卫生材料 收入	财政基本 支出补助	
最小值	289.72	123.69	98.56	84.91	45.58	381.49
最大值	314.43	123.69	98.56	77.76	45.58	413.34

注：最小值下，人员支出只考虑卫技人员工资支出变化，卫生材料收入保持不变；最大值下，管理人员和其他人员的工资支出与卫技人员同比增长，高值耗材加成为 5%。

三、医疗服务价格调整总量测算

(一) 医疗服务价格调整总量

2013 年上海市公立医院医疗收入 694.3 亿元，减去药品收入 310.7 亿元、卫生材料收入 84.9 亿元，得到医疗服务收费金额为 298.7 亿元。将测算得到的医疗服务收费金额与实际收费金额间的差额作为医疗服务价格调整总量，即 82.8~114.6 亿元，占 2013 年全市公立医院医疗收入的 11.9~16.5%。

从医疗收支平衡角度来看医疗服务价格调整总量构成，可以发现在现有财政基本支出总量和方式下，提高医务人员工资、取消药品加成后，医疗服务价格调整总量 = 医疗成本变化额 + 药品加成金额 - 卫生材料收入变化额 - 2013 年实际医疗收支结余（表 8）。

表 8 从医疗收支平衡角度看医疗服务价格调整总量构成（单位：亿元）

域值	医疗成本 变化额	药品加成	卫生材料 收入变化额	实际医疗 收支结余	医疗服务价格 调整总量
最小值	38.79	40.05	0.00	-3.94	82.78
最大值	63.49	40.05	-7.14	-3.94	114.63

注：最小值下，人员支出只考虑卫技人员工资支出变化，卫生材料收入保持不变；最大值下，管理人员和其他人员的工资支出与卫技人员同比增长，高值耗材加成为 5%。

(二) 医疗服务价格调整对医保支出和次均费用的影响

费用筹资与分摊方面，价格调整之后，医保支付补偿大部分医疗服务收费，根据 2013 年医保收入占医疗收入比例（43.3%），综合考虑医疗服务价格调整后医保支出增加额（35.84~49.63 亿元）和取消药品加成后医保支出减少额（17.34 亿元），得出医保支出增加 18.5~32.3 亿元，约占 2013 年医保基金结余（206.45 亿元）^[5] 的 9.0~15.6%，占 2013 年医保基金累计结余（679.43 亿元）的 2.7~4.8%。

次均费用变化方面，综合考虑取消药品加成和医疗服务价格

调整对次均费用的双重影响。取消药品加成后，按照门诊药品收入和住院药品收入的比例，计算得出每门急诊人次药品费用将减少 19.7 元，每住院床日药品费用将减少 56.6 元。医疗服务价格调整方面，2013 年全市公立医院门诊收入与住院收入占医疗收入的比例分别为 48.9% 和 51.1%，剔除药品收入和卫生材料收入后，其占比分别为 49.2% 和 50.8%。以此为依据，将医疗服务价格调整总量在门诊和住院进行分摊，得出医疗服务价格调整对次均费用的影响。因此，取消药品加成、调整医疗价格后，每门急诊人次平均收费增加 13.8~26.7 元，每床日平均收费增加 90.7~147.4 元（表 9）。

表 9 取消药品加成、调整医疗价格后次均费用变化敏感度分析

次均费用	医疗价格调整后 增加值		取消药品加成 后减少值	综合考虑取消药品加成和 医疗服务价格调整后变化值	
	最小值	最大值		最小值	最大值
每门急诊人次 平均收费（元）	33.54	46.44	19.72	13.82	26.72
每床日平均 收费（元）	147.33	204.01	56.62	90.71	147.39

注：最小值：82.8 亿元；最大值：114.6 亿元

四、对公立医院成本补偿的启示

（一）加强医疗机构成本核算与管理，明确医疗服务标准成本

本文以 2013 年上海市公立医院实际医疗成本为基础，仅对人员支出金额进行调整，提出医疗服务价格调整总量测算思路。但未对医疗成本的合理性进行分析，包括固定资产折旧和无形资产摊销方法、提取医疗风险基金的比例、其他费用支出占医疗成本的比例等，这些因素都对医疗成本的多少产生影响，而医疗成本的多少将直接影响医疗服务价格调整总量的大小。因此，建议从全市层面加强医

疗机构成本核算与管理，在对实际成本进行测算的基础上，提出医疗服务标准成本，通过标准成本框定公立医院补偿总额。

（二）明确财政补助的方式和标准，将政府投入与医疗服务价格调整形成联动

取消药品加成后，公立医院补偿变为医疗服务收费和政府财政投入2个渠道。在补偿总量确定的情况下，财政基本支出补助的大小决定了医疗服务价格调整总量的多少。因此，建议对财政投入中“政策性亏损”内涵进行明确界定、对补助方式进行明确、对补偿标准进行量化，同时将医疗服务价格调整与财政投入形成联动，使公立医院医疗成本得到补偿，保证其经济运行。

（三）提高对公立医院卫生材料管理要求，规范高值耗材加成率

通过对卫生材料成本进行分析，发现公立医院目前仅对高值耗材费用与收入进行管理和列示，可单独收费材料与不可单独收费材料的成本无法区分，导致难以准确测算打包收费卫生材料成本。同时高值耗材加成率偏高，二、三级公立医院高值耗材加成率已经分别为19.7%和22.9%。因此，建议相关部门提高对公立医院卫生材料管理的要求，同时对高值耗材加成率进行明确规定，以避免“以药养医”变成“以耗材养医”。

（四）加大医疗服务监管力度，做到“开正门、关偏门”

医疗服务价格调整后，公立医院医疗成本基本得到补偿，增加的医疗服务收费部分主要由医保承担。但与此同时，为保持医保基金支付的可持续性，必须加强医疗服务监管力度，特别是针对不合理的检查、高值耗材加成等进行严格监管。通过“开正门、关偏门”的方式，逐步扭转医疗服务行为，规范医疗服务市场。

参考文献

- [1] 彭颖,李芬,金春林. 取消药品加成后医疗服务价格调整的实践与思考[J].《中国卫生资源》,2014,11(17):419-421.
- [2] 上海市统计局.2014年上海统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2014.
- [3] 王海银,晏嵘,桂一川,等. 可单独收费医用耗材项目——上海与国家版比较研究[J].《中国卫生资源》,2014,01(17):3-4.
- [4] 冯泽昀,王海银,金春林.探索科学合理的医用耗材定价机制.《中国卫生资源》,2014,01(17):8-10.
- [5] 2013年度人力资源和社会保障事业发展统计公报.

(责任编辑: 杨燕)

完善公立医院补偿机制的建议

金春林^{1,2} 李芬¹ 虞建明³ 王力男¹ 彭颖¹

【摘要】 规划医疗服务体系结构、规范公立医院内部经济运行，有助于测算公立医院补偿总量。以此为基，根据医疗服务体系目标模式和卫生筹资体系结构特点，公立医院补偿渠道应以医疗服务收费为主、联动提高医疗服务价格、加强药品管理、扭转不合理的医疗服务收费；补偿主体以医保为主，并支付大部分医疗费用，财政投入主要支持基本建设和发展；财政投入和医保支付应形成合力，体现规划导向与绩效导向。同时，完善分级诊疗体系、规范公立医院诊疗行为和成本支出标准等配套措施，为公立医院补偿总量和标准核定提供支撑。

【关键词】 公立医院；补偿机制；价格调整；激励

公立医院补偿的实质是对医疗服务过程中卫生资源的耗费进行补偿，补偿渠道主要是财政补助和服务收费，补偿主体包括财政、医保和个人。补偿机制是主管部门实现对公立医院激励和约束的重要手段，机制设计应具有内部一致性和外部协同性，以帮助构建医疗服务体系蓝图和实现公立医院改革总目标。

一、量化补偿基础：规划服务体系和规范医院运营

公立医院的补偿总量与医疗服务体系结构、经济运行状况密切

第一作者：金春林，男，博士、研究员，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 20031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

3. 上海市财政局，上海 200030

基金项目：建设符合中国国情的现代医院管理制度系列研究项目（编号：SJYF2014XD001B）

相关,宏观结构决定公立医院补偿总量,微观经济运行决定服务成本。公立医院补偿机制要达到预期效果,需要相关管理等配套政策的支撑,规划“大账”、规范“小账”,杜绝补偿黑洞。

(一) 建立有序医疗服务体系,控制公立医院补偿总量

一个地区一定时期内公立医院医疗费用与服务量和次均费用水平有关。三级医院由于设备设施先进、配备药品范围大、用人成本高等原因,医疗服务收费比低级别医疗机构高。近年来,基层医疗机构服务量占比降低,而三级医院服务量和占比均急剧上升,这是造成医疗费用快速上升的重要原因之一。医疗费用的增长即意味着公立医院补偿总量的提高;若补偿总量不可控,无从谈财政、医保的承受能力和可持续性。因而,明确公立医院、私立医院和不同级别公立医疗机构的服务比例,是测算一个地区公立医院补偿“大账”的前提;构建公立医院补偿机制应与医疗服务体系规划、分级诊疗等改革举措联动。

完善服务体系、引导患者“下沉”对公立医院补偿总量的影响显著。以上海市为例开展静态测算:2013年,上海市公立医院总门急诊人次1.2亿元,其中,一、二级医院占43%,三级医院占57%,次均费用分别为191元、228元、319元;实际占用总床日2856万床日,一、二级医院占51%,三级医院占49%,次均床日费用分别为285元、776元和1773元。若通过服务体系规划及分级诊疗等举措将三、二、一级和未评级医院的门急诊人次服务结构调整调整为35%、60%、5%,实际占用总床日调整为40%、55%和5%,则可降低医疗费用52.7亿元,为当年总收入(821.3亿元)的6.4%、药品加成收入(40.1亿元)的1.3倍。

（二）规范诊疗行为，制定人员支出标准

公立医院补偿标准难以制定，原因之一是没有可靠的医疗服务标准成本。规范运行、标化成本有助于补偿机制的完善。根据公立医院财务报表，医疗业务成本主要是人员支出、卫生材料费和药品费（三者占 80% 以上），其中，药品和卫生材料通过服务收费补偿。由于药品和高值耗材允许顺加作价，内在经济刺激使医生多开药、开贵药以及大量使用进口耗材，导致药品费和材料费占了医疗业务成本的很大比例^[4]。改变这一状况不能仅依赖补偿方式改革，还应同时加强诊疗行为规范管理，使医生的行为从患者健康和利益出发，促进医疗收支结构趋于合理。

人员支出部分，政府财政补助力度小，绝大部分通过医院自身盈利来补偿（上海市约占盈利的 80%），这客观上造成医院不盈利便没活路。建议通过调整医疗服务价格或加大政府财政投入来扭转这一局面，但这其中面临的一个难点是人员支出标准缺失，为此亟需明确绩效工资政策、完善工资总额预算管理，为构建合理的人力成本补偿标准打下基础。

二、明确补偿渠道：以医疗服务收费补偿为主调整收费结构

国际上，财政补助作为公立医院补偿的直接来源，其重要性和比重都呈下降趋势。特别是在建立了全民医疗保险体系的国家中，财政补助更多地用于补偿医疗卫生服务需求方，对公立医院的直接供方补偿仅局限于资本投资项目成本；医院的日常运营收入则需要从医疗服务收费渠道获得^[1]。当前国内公立医院收入结构中，医疗收入约占 90%，是公立医院补偿的主要渠道，与国际经验相符。但医疗服务收费的内部结构不合理，医疗收入中药品收入占了较大比重。究其原因，主要是因为价格管制制度不科学，医疗服务项目价

格远低于价值，而药品、耗材允许一定的加成，造成公立医院“以药养医”、“以耗材养医”。建议联动开展医疗服务项目价格调整与药品管理改革，扭转不合理的医疗服务收费结构。

（一）分阶段、平稳地调整医疗服务价格

我国医疗服务项目收费长期实行降价道路，价格水平低，同时也缺乏科学成本核算依据，短期内难以一步调整到位，为平稳调价且兼顾各级各类医院的利益，建议分阶段调整。第一阶段，基于定性访谈、定量调查的结果调整不同类型服务项目间的比价。选择项目时主要考虑4个因素：一是选择以技术劳务为主的项目，如诊查、护理、治疗、手术及床位等；二是服务项目应在各级各类医院、不同科室间普遍开展，平衡价格调整对各级各类医院经济运营的影响；三是服务项目要有一定规模的“量”，能给医院带来“看得见”的收益；四是儿科、妇产科、中医等由于检查化验少、医疗服务项目价格低等，自偿能力弱，应适当增加调价项目。价格调整幅度应基于医院经济运行情况，综合考虑药品加成的发展历史、药品实际招标价格下降幅度、财政和医保的可承受能力、医院内部消化能力等因素的影响。第二阶段，通过推进财务、成本、薪酬等基础管理工作（即综合考虑成本、技术难度、实施风险等因素），全面梳理服务项目间的比价，保障医疗服务收费与运营成本间的平衡。

（二）加强药品全过程管理

“以药养医”是本轮公立医院改革决心要革除的弊病，取消药品加成是重要手段。不少地区实施药品零差率，带来的直接效应是减少了一部分加成费用；同时，药品平进平出使其在医院运行中的角色由“利润”转为“成本”，降低了医院过度开药的动机，进一步降低药品费总量，为医疗服务价格调整留出了一定的空间。然而，降

低药品费用绝不能仅盯着医院。药品从出厂到患者手中主要需要经过两个过程：第一个环节是从药品出厂到抵达医院药房。在此过程中，由于物价部门定价、核价机制存在不科学、不合理的因素，使药品零售价往往高于出厂价数十倍，是药价、药品费高的主要原因。第二个环节是从医院药房到患者手中，医院可按不超过15%的比例顺加作价。因此应将重点放在取消不合理的定价政策，规范出厂价格、税收管理和简化流通流程，将控制药品价格要从终端使用者（医院和患者）控制向前端生产厂家控制转移，控制药品价格责任从卫生主管部门或医保部门控制向税收和工商部门转移^[2]，进一步降低药品费用在医疗费用中的比重，为医疗服务价格调整腾出空间。

三、确定补偿主体：以医保为主，财政、医保各司其职

从付费方的角度，公立医院补偿主体包括财政、医保和个人。公立医院是政府为实现特定目标而举办的非营利性医院，是确保医疗卫生服务的可及性、公平性、增强国民健康的制度安排，这从根本上决定了公立医院补偿由政府主导、以公共投入为主（公共投入并不等同于财政投入。我国基本医疗保险制度的制度设计、管理都由政府主导，医保资金也是公共投入的一部分）^[3]。同时，需保持一定的个人付费比例，以防止医疗服务的过度使用。各补偿主体的补偿范围和补偿比例应与卫生筹资体系相匹配。

（一）财政投入主要应支持建设和发展

从国际经验和筹资体系特点来看，财政投入应主要保障基本建设和发展，以及社会功能成本（如公共卫生专项投入等）。我国财政投入政策中还提到“政策性亏损”。笔者认为公立医院最主要的政策亏损为医疗服务价格政府管制带来的医疗服务收费与成本之间的差距，这部分“亏损”应与医疗服务价格调整联动。在医疗服务收费

补偿没到位的情况下，建议仍保持经常性收支差额补助以实现平稳过渡；当价格水平能够保障收支平衡时，应减小甚至取消这一类补偿。

（二）医保应补偿大部分医疗服务收费

国家建立医疗保险的目的之一，是由于医疗领域的信息不对称等特征，因此通过医保机构可代表患者向医院购买服务，来提高其与医疗服务提供者的博弈能力。医保是医疗服务费用的支付主体，我国新医改已经明确了全民基本医疗保险的战略方向，并已建立了三纵三横的医疗保障体系，筹资水平也逐年提高，医保足以成为医疗服务费用的最大付费主体。

四、调整补偿方式：公共投入形成合力，体现规划与绩效导向

目前，公立医院主管部门（卫生计生委、人保、财政等）投入政策没有形成合力，对公立医院的激励约束作用有限。因此财政和医保投入需要体现规划和绩效导向，各个部门合作建立围绕公立医院改革目标模式、与区域卫生规划和机构服务功能定位相协调的分级绩效考核体系，例如不同层级医院的功能定位有所不同，三级医院的功能定位是诊疗急危重症、疑难病症，较低层级的医院主要收治常见病、多发病，为此考核体系应体现这一功能差异；医保和财政投入均与考核结果挂钩，以增强对公立医院的激励约束作用。

（一）财政项目支出重在调控资源配置，基本支出看绩效产出

具体来说，公立医院财政投入中的项目支出补助应主要与区域卫生规划紧密结合，起到宏观调控卫生资源分配的作用；投入量应以当地经济发展情况、医疗服务需求、卫生事业发展规划为依据，与基本建设、设备购置、学科发展投入标准与医院服务定位相匹配。财政基本支出补助实质是对运营成本的补偿，应与医保支付协同。上海市在郊区新建的三级医院开展了相关探索，财政基本支出补助

引入“预算—清算”制度,并同医疗服务工作量和绩效考核结果挂钩,即在补助资金清算阶段引入绩效考核系数,考核得分高(系数大于1)则增加基本支出财政补助清算金额,反之亦然。

(二) 医保支付总额与分级绩效考核结果挂钩,探索组合支付方式

首先,医保支付制度也应符合公立医院改革的目标模式。规划和绩效导向落实在医保支付上,即将医保支付额度与分级绩效考核体系挂钩;同时,适度拉开不同级别医院的报销比例,用经济杠杆促使规划目标、分级诊疗结构的形成。其次,医保支付方式应从按服务项目付费转为打包付费。按项目付费会加重诱导医疗;打包付费、超支自理、结余归己,则可成为激发公立医院降低成本、合理医疗的内在动力。不少地区探索了医保总额预付制度,但这个“总额”是对整个医院而言的,在框定的“总额”内仍按服务项目支付医疗费用,其结果是控制了医保费用增长,但造成自费费用增加、推诿医保病人等问题。建议在此基础上深化探索按病种、按人头、按床日付费多种方式合理组合的制度,促进医院主动控费。

参考文献

- [1] 顾昕,余晖. 公立医院补偿长效机制研究[J].中国市场, 2011(42):18-21.
- [2] 金春林. 对深化上海医改的几点思考[J].中国卫生资源, 2009, 4(12): 151-153.
- [3] 顾昕. 公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归[J].中国社会科学, 2010(2): 103-120.
- [4] Winnie Yip, William Hsiao. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery[J]. Lancet, 2014 (384):805-818.

(责任编辑: 杨燕)

公立医院补偿机制的国际经验与启示

方欣叶 李芬

【摘要】 本文介绍了国际上两种典型公立医院补偿机制：在税收筹资体制国家实行的财政补偿模式和在社会医疗保险体制、商业保险体制国家实行的双重补偿模式。财政补偿模式有利于控制费用，但缺乏竞争机制，服务质量低下；双重补偿模式以绩效为导向，鼓励医务人员提高服务质量，但易造成医疗资源浪费。建议借鉴国际经验，明确政府主导，结合区域卫生规划，统筹提高医疗保险水平，改革支付制度。

【关键词】 公立医院；补偿机制；国际经验

公立医院补偿机制是指补足公立医院为开展业务活动、提供医疗卫生服务和履行社会职责而发生的各项成本和费用的支出。公立医院支出包括人员支出（工资、福利费、社保费）、业务费支出、基本建设支出、购置设备和维修支出、科研宣教支出等^[1]。其运转和作用的基本功能，就是保证医院在经济活动中的物化劳动和活劳动消耗得到足额的补偿，以保证和满足医院简单再生产和扩大再生产的需要。因此，补偿机制问题是决定公立医院发展的重大问题之一^[2]。本文通过梳理，总结国际上典型国家公立医院补偿机制的经验，为进一步推动我国公立医院补偿机制改革提供借鉴。

第一作者：方欣叶，女，实习研究员

作者单位：上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

基金项目：建设符合中国国情的现代医院管理制度系列研究项目（编号：SJYF2014XD001B）

一、国际经验

每个国家的医院都具有其独特的资金筹集方式，筹资方式的差异决定了各国卫生服务体制的不同。一般而言，国际上的卫生服务体制可分为国民卫生服务体制，以英国为代表；社会医疗保险体制，以德国为代表；商业医疗保险体制，以美国为代表。根据卫生服务体制的不同，各国公立医院适合采用的补偿方式也不同，由此导致的财政补偿总额、给付标准以及具体调控监管机制也存在差异^[3]。

（一）主要模式

国际通行的公立医院补偿模式一般分为财政补偿模式和双重补偿模式两种。前者多在国民卫生服务体制国家使用，后者多在社会医疗保险体制和商业医疗保险体制国家使用。

1、财政补偿模式

财政补偿模式下，政府作为医疗服务的提供者和购买者，通过税收方式几乎全部承担公立医院的开支，患者不付费或者付少量费用^[1]。政府财政补偿中，有以中央财政为主，也有以地方财政为主，或中央与地方两级财政共同承担，或以地方财政为主、中央财政转移支付调整地区间公平^[3]。以英国为例，公立医院85%以上的开支由政府承担，其中75%用于支付各类医务人员的工资，25%用于药品、基建、设备更新和管理^[4]。英国政府对公立医院的资金投入，由中央政府或联邦政府根据各地区的人口结构和其他因素，对医院和社区提供的医疗卫生服务，按人均制定预算，拨款至州政府或地方政府，再由州政府或地方政府按医院人头、床位或医疗服务提供量进行分配^[5]。

就支付方式而言，采取政府财政补偿机制的各国传统上多使用类目预算制，但近年来出现了采用总额预算制的改革倾向。如澳大

利亚公立医院补偿主要采取全额政府预算方式，其特点在于：以人群需要为基础；以产出为依据。联邦政府根据每五年签订一次的“医疗照顾”协议或澳大利亚卫生服务协议，将对公立医院的投入拨付给州/特区政府，再由州/特区政府向公立医院分配资金。“医疗照顾”协议或卫生服务协议包含了一系列条件及绩效指标，联邦政府依据公式计算拨款结果。该计算公式不考虑公立医院实际花费，只考虑当地人口健康和对医疗卫生服务的实际需求，如人群健康状况、人口增长和老龄化等问题。以协议为依据，联邦政府通过各州政府实现对公立医院的间接投入。实际上，各州政府享有对资金总体水平和相关条件的决定权，并通过支付方式的选择发挥预防性预算控制作用^[6]。

2、双重补偿模式

双重补偿模式下，公立医院的财务结构主要分为两部分：一是医院基本建设和发展、设备购买等固定资本投资由政府负责，二是医院运营费用，包括人力、耗材等由医疗保险基金支付，病人自付占很小比例。选择这种补偿模式的原因在于，公立医院基础设施等固定成本具有准公共物品性质，有较强的正外部性，即随着医院设施、设备的改善及医务人员服务水平的提高，对人们是有益的。同时，基础设施的非排他性表明个人对医疗卫生服务的享受并不影响其他人的使用。因此，大多数公立医院的固定成本都由政府财政负担。在支付方式上，政府一般采用按项目付费的方式，医疗保险机构则多采用签订合同的方式购买服务。

德国是推行双重补偿模式最典型的国家之一，其公立医院运营收入主要来源于医疗保险，其中绝大部分来自社会医疗保险，而资本投资则主要来自政府，尤其是州政府。这一体制被 1972 年《医院

筹资法》概括为“双层体制”或“二元筹资模式”。简单来说，在德国的所有医院，日常运营靠保险，基本建设靠政府。在这种体制下，每家医院获得政府投入的多少主要取决于州政府的财政能力和医院所在地的社会人口结构及医疗服务需求^[7]。在德国，财政补偿约占总筹资额的 21%，医疗保险基金约占总筹资额的 67%，其余为病人自付^[8]。在支付方式改革上，德国政府逐步取消了传统的按项目付费制（Fee for service，简称“FFS”），从 2004 年开始，社会医疗保险对医院提供的一般性住院服务使用按病种付费（Diagnosis Related Groups，简称“DRGs”）的支付方式，使它成为除精神病、护理和某些特定服务外，急诊医院唯一的定期筹资系统^[7]。

法国公立医院的主要筹资来源是法定健康保险，约占总筹资额的 90%。在议会批准下一年的健康保险支出国家封顶线后，将其分解到公立医院，确定公立医院支出封顶线。在明确公立医院总费用目标后，再根据住院天数、相对死亡率指数、地区内各医院服务能力和地区间患者流动，进一步进行不同地区间的资金划分。法国对公立医院的支付方式也由事后付费（retrospective payment）过渡到了事前付费（prospective payment），并在近年开始采用与诊断相关的付费系统。

美国是以商业医疗保险为主的国家，仅占医院总数 22.5% 的公立医院主要为低收入、未参保的弱势群体设立^[9]。这些医院主要依靠政府投入及联邦医疗补助计划（Medicaid）和联邦医疗保险计划（Medicare）来维持运营，还有一小部分来源于自费患者的医疗收入和商业保险补偿。美国政府投入医院的资金取决于当年医院提供的卫生服务数量^[11]，通常来说，联邦政府与州（地方）政府负担的比例为 8:2^[10]。

（二）主要特点

1、财政补偿模式

首先，财政补偿模式能够在一定程度上控制医疗费用的上涨。一方面，财政补偿通常有一个上限，公立医院会尽可能在预算约束范围内行使资金使用权；另一方面，财政补偿一般提前划拨给各医院，这种预付制带来的刺激作用较小。其次，财政补偿模式有利于提高基本医疗卫生服务的公平与可及。财政补偿模式下，医疗服务基本是全民覆盖的，人人都能以非常低廉的价格享受到同等质量的医疗服务。再次，守门人制度（GP gatekeeping）的存在，可能产生更好的医疗卫生产出。因为在此制度下，医生更倾向于提供较多的预防性医疗服务，促进疾病的早期发现和治疗，并加强对慢性病的管理。同时，守门人制度有利于提高不同医疗服务提供者之间的协调合作水平，以及帮助建立公共服务体系与私人健康服务提供之间更紧密的联系。

但是，由于缺乏竞争机制，财政补偿模式也易导致低效率，降低医务人员工作积极性，不利于提高服务量和服务质量，例如在英国，看病需提前预约，经常要排数周的队才能见到医生，患者满意度不高。

2、双重补偿模式

双重补偿模式首先能够激励医院改善医疗服务质量，尤其是支付能力强的患者，他们愿意为健康支付更多的保险费用，进而享受到更好的服务。同时，社会医疗保险主要依靠与收入相关的贡献，与其他收入来源相比，这种贡献更为稳定。这是因为，人们知道这些付出是用于为自己和其他人提供医疗保险覆盖的，而不是将这些钱放到一个大的税收池子中，任由政策制定者来分配给不同的医疗服务机构。双重补偿模式的另一优点在这种模式下，传统的支付方

式可能激励医生在初级保健中提供更多的预防性服务，如免疫接种、筛查等，可潜在地降低人群未来患病的可能性。

不足之处在于：首先，按项目支付的方式对医院有较强的刺激作用，导致了不必要的诱导需求（induced demand），造成医疗资源浪费；而医疗保险机构采用的签订合同的方式，也会加剧医院间的竞争，产生更高的医疗费用。因此，双重补偿模式通常比财政补偿模式产生的费用更高；其次，服务购买和提供的分离会给系统带来更大的成本（如供应商的选择，合同的拟定、执行等）。此外，由于患者支付能力的差异和保险覆盖的不同，其享受医疗服务的公平性和可及性也会受到一定影响。

二、改革启示

（一）政府在公立医院补偿来源中占据主导地位

无论在何种补偿模式下，政府在公立医院补偿机制中始终承担主要责任。即使在双重补偿模式中，公立医院担负的紧急救治、援外等公共卫生服务，以及具有普惠性的长期使用资产等也是由政府财政承担^[3]。具体来说，国际上多数实行双重补偿模式的国家，其地方政府的补偿比例通常高于中央政府。但从我国实际出发，我国的地方财政相对较弱，且各地区间财政能力差异较大，倘若不能通过转移支付等方式由中央政府承担更多的补偿责任，则会使部分财政能力较弱的地区处于不利地位^[12]。因此，在公立医院补偿机制的改革中，应更多考虑对经济欠发达地区的投入。

（二）提高医保筹资水平是稳定公立医院补偿来源的重要保障

我国的医疗保障体系最接近于德国的社会医疗保险模式，但与德国相比，我国的医疗保险筹资水平较低，覆盖面不广，而个人账户的存在，也使得费用风险共担机制无法有效发挥作用。因此，我

国应逐步扩大基本医疗保险的覆盖面，适当情况下可通过立法途径，强制确保全体公民都能享受医疗服务保障。同时，提高医疗保险筹资水平，一方面加强政府补助，另一方面增加医疗保险筹资的个人缴费额度，双管齐下，保证公立医院补偿的稳定来源。

（三）以预付制为主的混合支付是公立医院补偿机制的改革方向

目前，大多数国家都在进行支付方式改革，主要趋势是从以按项目付费为代表的后付制转变为以 DRGs 为代表的预付制。同时，部分国家还在积极探索多种预付方式相结合的改革或预付与后付混合的形式。德、法两国经验表明，DRGs 的支付方式对医院有更多的激励作用，且能够较好的控制医疗费用增长。这是因为在一种支付方式中，预期性成分越多，供方承担的风险越大，其节约资源和控制成本的动力就越足^[13]。值得注意的是，DRGs 的支付方式需要医院配备有较完善的信息系统及跟进的监管措施。在现阶段我国信息系统尚不完善的前提下，总额预付制框架下的按单病种付费方式，也是适合我国国情的明智之选。

（四）对公立医院的补偿应基于区域卫生的实际情况

纵观世界各国，政府对公立医院的补偿额度并非随意划定，也非一成不变，而是在充分考虑区域人口状况、对医疗卫生服务的实际需求及其他因素的基础之上决定的。例如，德国的疾病基金会参与到了当地区域卫生规划，依据居民需求决定医院规模和结构^[12]。结合我国不同区域间人口数量差异大、医疗卫生资源布局不均的实际，在政府对医院基础设施和设备的投入上，可结合区域卫生规划统筹部署、适当倾斜，通过对医疗卫生资源的合理配置，实现对公立医院的科学补偿。

参考文献

- [1] 陈瑶,代涛. 公立医院补偿机制改革的国际经验与启示[J]. 中国医院, 2011, 15(7): 16-19.
- [2] 许秀菊. 公立医院补偿机制演变的研究[J]. 中国医院, 2009 (6): 27-31.
- [3] 李亚青,万燕,李迪. 公立医院补偿机制的相关国际经验与启示[J]. 卫生经济研究, 2014(5):22-23
- [4] Ray Robinson, Anna Dixon. Health Care System in Transition:United Kingdom 1999 [C]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999:7-19.
- [5] 董莹,靖猛,尹爱宁,等. 国外及我国港台地区公立医院补偿机制现状研究[J]. 中医药管理杂志, 2010 (4): 291-294.
- [6] 冯博. 公立医院补偿机制研究[D]. 华中科技大学, 2012.
- [7] 顾昕. 全民医疗保险与公立医院中的政府投入: 德国经验的启示[J]. 东岳论丛, 2013, 34(2).
- [8] 侯建林,刘金峰. 德国公立医院近期改革动态及对我国的启示[J]. 中国医院, 2002, (3):57-59.
- [9] 代涛,尤川梅,陈瑶. 部分国家政府举办公立医院的经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2009, (8).
- [10] 郑大喜. 国际医疗保险制度下政府卫生投入与医药费用控制的经验[J]. 医学与社会, 2013, 25(12): 36-39.
- [11] 左延莉. 英国、美国和德国医院筹资机制的比较[J]. 卫生经济研究, 2011 (8): 23-25.
- [12] 项莉,周武,冯博等. 部分国家公立医院政府补偿机制概述及启示[J]. 中华医院管理杂志, 2012:553-556.
- [13] 叶锋,栗美娜,张鹭鹭. 国外公立医院补偿机制比较与借鉴[J]. 中华医院管理杂志, 2014, 30(2). DOI:10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2014.02.026.

(责任编辑: 杨燕)



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China