

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

卫生筹资专刊
2016 年 第 1 期
(总第 68 期)

上海市卫生发展研究中心

2016 年 3 月 10 日

编者按 卫生筹资涉及卫生资金的筹集、分配和利用全过程，筹资制度安排不仅要求筹集足够的资金以维持卫生系统的运转，还要建立卫生服务费用的风险分摊机制，并为卫生服务提供者制定一套合理的经济激励机制，从而保证每个人得到所需的、可支付的服务，实现社会健康保障。卫生费用核算被称为卫生筹资系统的战略地图。从 2008 年起，上海市卫生发展研究中心持续开展上海市卫生费用核算研究工作，目前已积累了较为丰富的数据和研究成果，本期收录了 2015 年的部分研究成果，包括 2014 年上海市卫生总费用核算研究、基于卫生费用核算体系 2011 的上海市卫生筹资维度核算体系研究、上海市卫生筹资状况分析研究；同时收录了《中国卫生筹资制度建设现状与问题研究》《中国卫生财政 60 年文献评述》两篇文章。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 9 卷 第 1 期 (总第 68 期)
2016 年 3 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: 邬惊雷
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 蔡 磊
曹宜璠 熊玉琦
冯瑞芳 常雪沛
康乐妮 卢伟霞
牛静雅 周 娜

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

专题研究

2014年上海市卫生总费用核算研究·····	1
上海市卫生筹资维度核算体系研究: 基于卫生费用核算体系2011 ···	19
从筹资方案、收入和机构三个维度分析上海市卫生筹资状况···	28
中国卫生筹资制度建设现状与问题研究·····	37
中国卫生财政研究60年文献述评·····	50

2014 年上海市卫生总费用核算研究

肖泽萍¹ 金春林^{2,3} 王常颖² 王力男^{2,4} 李芬^{2,5} 王从从⁶ 张晓溪²

【摘要】 卫生总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。目前，国内卫生总费用核算的两种主要方法是来源法和机构法。就来源法来说，上海市 2014 年卫生总费用为 1347.8 亿元，占 GDP 的比重为 5.7%。其中，社会卫生支出占比最高，达 58.8%，政府卫生支出和个人现金卫生支出占比分别为 20.4%、20.8%；就机构法来说，2014 年卫生总费用为 1540.9 亿元，医疗机构费用占比达 84.6%，其中又以医院为主（71.7%）。建议保证新常态下卫生总费用的稳定增长、大力发展社会力量，提高卫生筹资能力、积极探索公立医院改革，控制医院费用、强化分级诊疗，优化卫生资源配置。

【关键词】 卫生总费用；卫生筹资；政府卫生支出；上海市

卫生总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。目前，国内卫生总费用核算的两种主要方法是来源法和机构法。

一、卫生筹资来源

来源法在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则从国内卫生筹资的实际特点出发，采用三分法的方式，将卫生筹资来源分为“政府卫生支出”、

作者简介：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；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

4. 上海财经大学公共经济与管理学院，上海 200433

5. 复旦大学公共卫生学院，上海 200031

6. 山东省立医院西院，济南 250021

“社会卫生支出”和“个人现金卫生支出”三大类。本文也将着重从三分法的角度介绍 2014 年上海市卫生总费用的情况。

（一）筹资总量与构成

1. 筹资总量

2014 年上海市卫生总费用（来源法）为 1347.8 亿元，占上海市生产总值（以下简称“GDP”）的比重为 5.7%（表 1），连续三年高于世界卫生组织（以下简称“WHO”）提出的“发展中国家卫生总费用占 GDP 比重不低于 5.0%”的目标。其中政府卫生支出占 20.4%，社会卫生支出占 58.8%，个人现金卫生支出（以下简称“OOP”）占 20.8%，呈现以社会筹资为主的特点（图 1）。人均卫生筹资 5556.4 元。

表 1 2001—2014 年上海市卫生总费用（来源法）时间序列表

年份 (年)	生产总值 (GDP)		卫生总费用		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 ^②
	名义值 ^① (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
2014	23576.7	7.0	1347.8	5.8	5.7	5556.4	0.8

注：① 2001—2014 年上海市生产总值（GDP）名义值来源于《上海统计年鉴》系列丛书；

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。

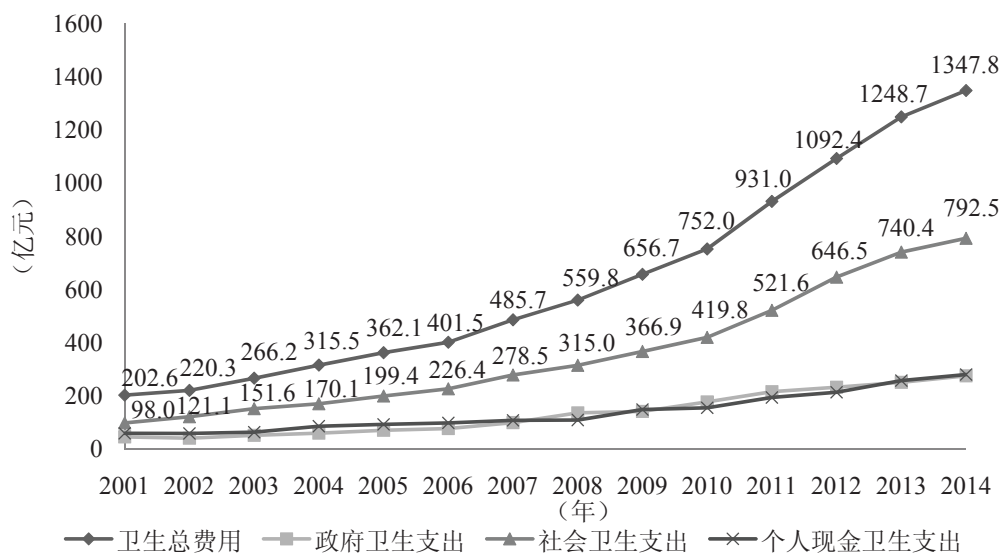


图1 2001—2014年上海市卫生总费用（来源法）增长趋势

2001—2014年，上海市卫生总费用和人均卫生总费用呈持续增长趋势，14年间卫生总费用年均增长率13.7%，较GDP年均增长率高3.3个百分点，说明卫生总费用年均增速略高于GDP*。

2014年上海市卫生总费用实际增长速度为5.8%，是新医改以来首次低于GDP增速（7.0%）（图2）。



图2 2002—2014年上海市卫生总费用相对GDP增长趋势

注：* 本文增长率均以2001年为基准的可比价格计算。

2. 筹资构成

从国内口径看，2001—2014 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 2014 年的 58.8%，14 年间增长了 10.4 个百分点；政府卫生支出占卫生筹资的比重自 2010 年出现明显增幅以来，近年来呈缓慢下降趋势，占比基本维持在 20.0% 左右；OOP 占比从 2001 年的 29.1% 下降至 2014 年的 20.8%，下降了 8.3 个百分点（图 3）。

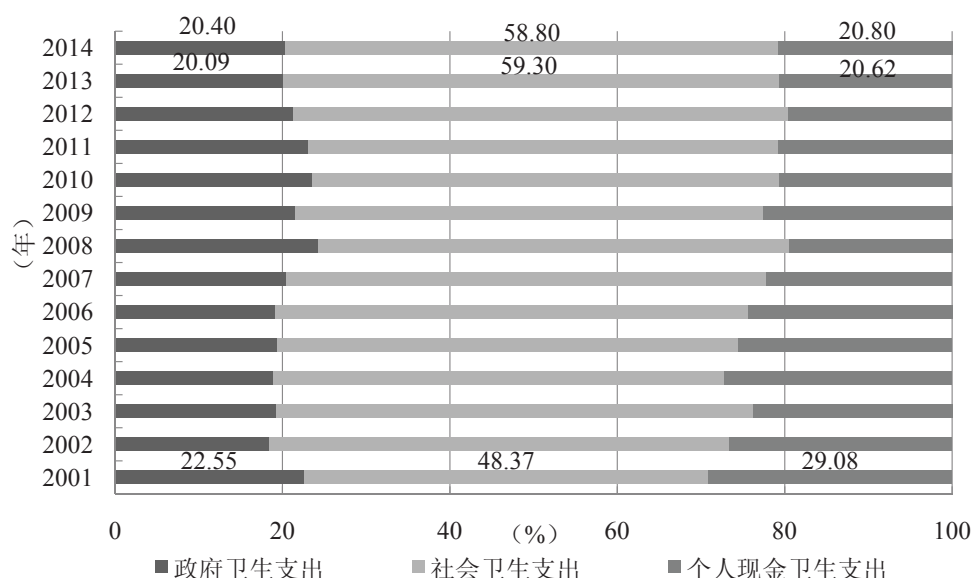
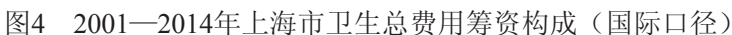


图3 2001—2014年上海市卫生总费用筹资构成（国内口径）

从国际口径看，2014 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 72.9%，较 2001 年增加了 6.7 个百分点，但与 2013 年相比降低了 0.8 个百分点；2001—2014 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，2014 年为 27.1%（图 4）。



1. 政府卫生支出

量增加,自2011年起总量保持在200.0亿元以上,占财政支出的比例也稳定



在 5.5% 及以上，但其环比增速放缓，从 2010 年的 21.3% 逐渐下降到 2014 年 7.6%，下降幅度较大。

政府卫生支出主要用于医疗卫生服务支出和医疗保障支出。2014 年医疗卫生服务支出和医疗保障支出分别为 171.6 亿元和 72.6 亿元，占政府卫生支出的 62.3% 和 26.4%。其中，医疗卫生服务支出主要用于公立医院、基层医疗机构和公共卫生支出，分别占医疗卫生支出的 40.0%、25.4% 和 16.3%，可见政府用于公立医院的投资总量仍明显高于基层医疗机构。但 2013 年上述三个比例分别为 43.1%、19.9%、16.2%，相比之下，2014 年用于公立医院的政府卫生支出占比有所下降，基层医疗机构占比有所上升，一定程度上说明政府卫生资金的投向有所变化，对基层的投入进一步增加。

财政对各类医疗保障的投入增长稳定，2014 年总量较 2013 年增加了 12.0 亿元，增长率为 19.3%，其中，行政和事业单位医疗保障支出增长 7.5 亿元，城镇居民医疗保险（以下简称“居保”）投入增长 1.3 亿元，新型农村合作医疗保险（以下简称“新农合”）投入增长 1.2 亿元。

2. 社会卫生支出

社会卫生支出在 3 个主要筹资来源中增长最快。2014 年上海市社会卫生支出为 792.5 亿元，2001—2014 年的平均增长率为 15.5%，高于政府卫生支出的增长速度。但从占卫生总费用比重看，2014 年社会卫生支出占比为 58.8%，较 2013 年降低了 0.5 个百分点。

从构成来看，社会医疗保障支出是社会卫生支出的主要内容，2014 年总量为 690.3 亿元（图 6），占社会卫生支出的 87.1%，比 2013 年增加 1.2 个百分点。其次是商业健康保险支出，2014 年总量为 82.5 亿元，占比 10.4%，较 2013 年增长了 1.2 个百分点。社会办医支出和社会捐赠援助占社会卫生支出的比重基本持平，分别为 1.1% 和 1.4%，社会办医支出

占比相比 2013 年（3.7%）明显下降。

与 2013 年比较，虽然 2014 年社会卫生支出总量增加了 52.1 亿元，但其增长总量和增长幅度明显下降，从数据变化上看，主要在于社会办医支出和行政事业性收费减少。

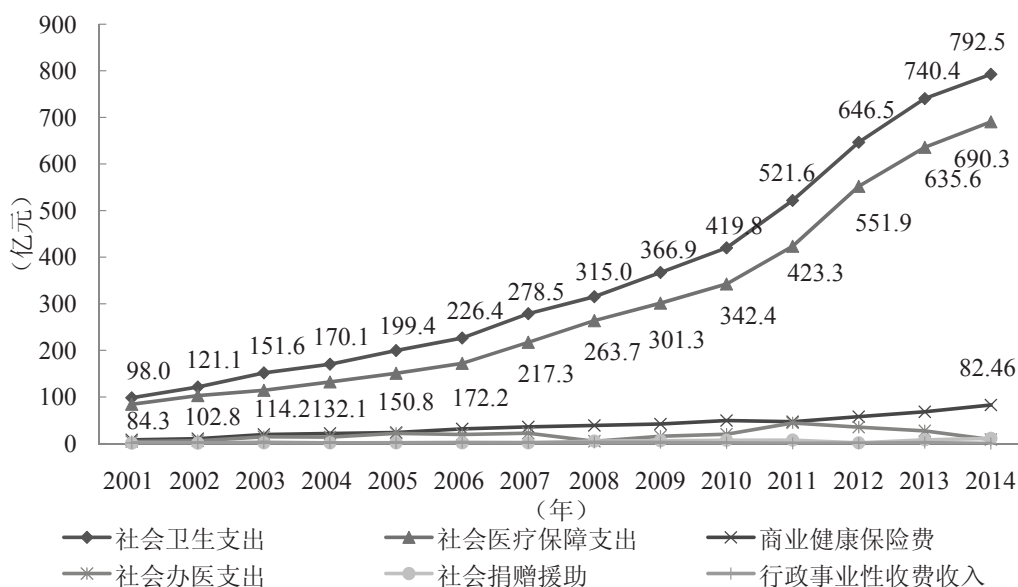


图6 2001—2014年社会卫生支出变化趋势

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（以下简称“城保”）全市参保人数逐年增加，2014 年达 1353.6 万人（包括参加城保的农民工 284.6 万人），比上年末增加 28.1 万人，基金收入达 664.7 亿元，较 2013 年基金收入（615.6 亿元）增长 8.0%，人均筹资 4911.0 元；居保 2014 年参保人数为 257.7 万人（包括参加居保的大学生 59.1 万人），比上年末增加 1.3 万人，基金收入 24.7 亿元，较 2013 年（24.3 亿元）增长了 0.4 亿元，人均筹资 958.6 元；新农合参合人数逐年减少，2014 年为 98.7 万人，筹资总额 16.9 亿元，人均筹资为 1711.1 元。

3. 个人现金卫生支出

2014 年上海市 OOP 总量达到 280.0 亿元，较 2013 年增长了 22.5 亿元，

其占卫生总费用比重为 20.8%。2001—2014 年年均增长率为 10.8%，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率，但比 GDP 年均增长率高 0.4 个百分点。

（三）比较分析

1. 与部分省市和地区比较

上海市位于东部地区，经济发展水平位于全国各省市较高位次，人均 GDP 水平与北京、天津接近（图 7）。但卫生总费用占 GDP 的比重远低于北京（7.1%），并且不及甘肃（8.3%）、青海（7.7%）、贵州（6.9%）等西部省份；与重庆（5.8%）、吉林（5.9%）、山西（5.8%）等发展水平中等省份接近；略高于山东（4.1%）、天津（3.8%）、浙江（4.6%）等东部省份。卫生总费用占 GDP 的比例受多个因素影响，例如甘肃、青海等西部省份该比值较高，可能与中央财政对其卫生支出的转移支付较多、当地人均 GDP 水平相对较低有关。但也可说明，经济发展水平提

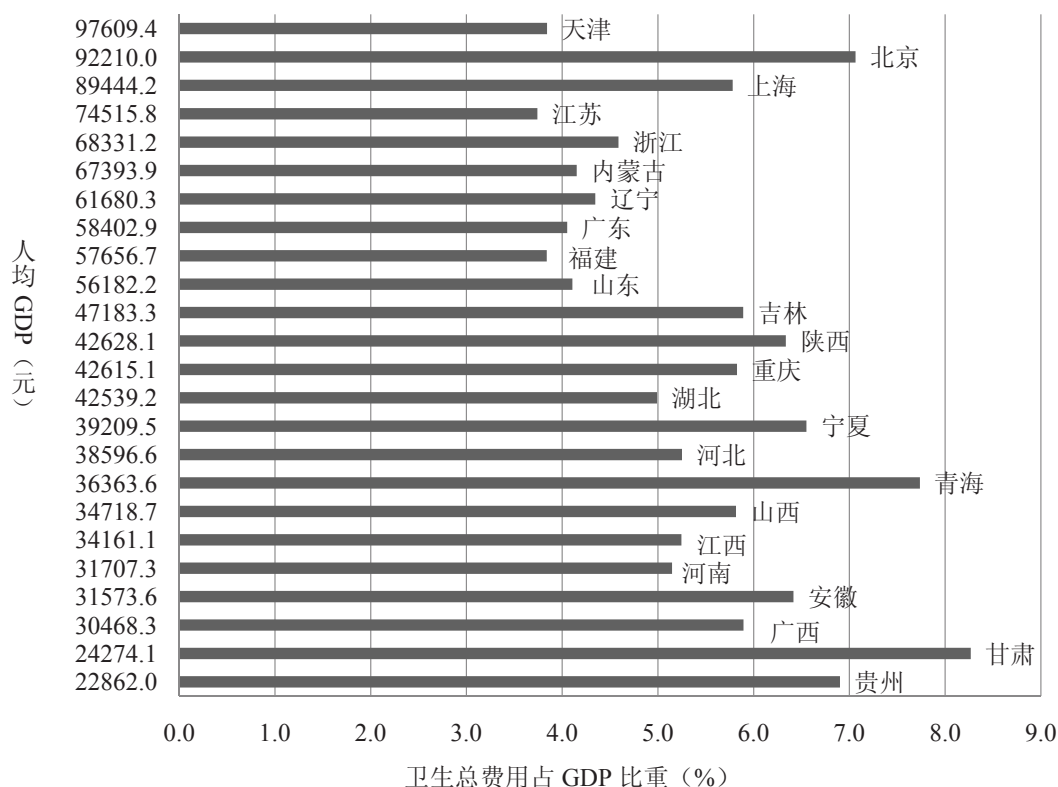


图7 2013年我国不同省、市及地区人均GDP水平和卫生总费用占GDP比例

高并不能天然地提高卫生费用投入，在经济发展的情况下，更要注重对卫生等民生事业的有效投入，以满足不断增长的医疗服务需求。

不同地区人均卫生总费用的水平大致与本地区人均 GDP 有一定关系，整体上经济社会发展水平较高的地区，人均卫生总费用水平也相对较高，例如北京、天津、上海。但值得一提的是，人均 GDP 与人均卫生总费用并非呈完全的正相关关系。例如，人均 GDP 最高的天津(97609.4 元)，其人均卫生总费用为 3750.1 元（图 8），其次北京（92210.0 元）的人均卫生总费用为 6513.1 元。此外，浙江、江苏、内蒙古也呈现这种规律，而西部地区的甘肃、贵州、广西却呈现“双低”的形势。有意思的是，广东、福建和山东等地属于东部省份，社会经济水平较高，但人均卫生总费用水平却低于陕西、吉林、青海，可能说明除人口多寡和

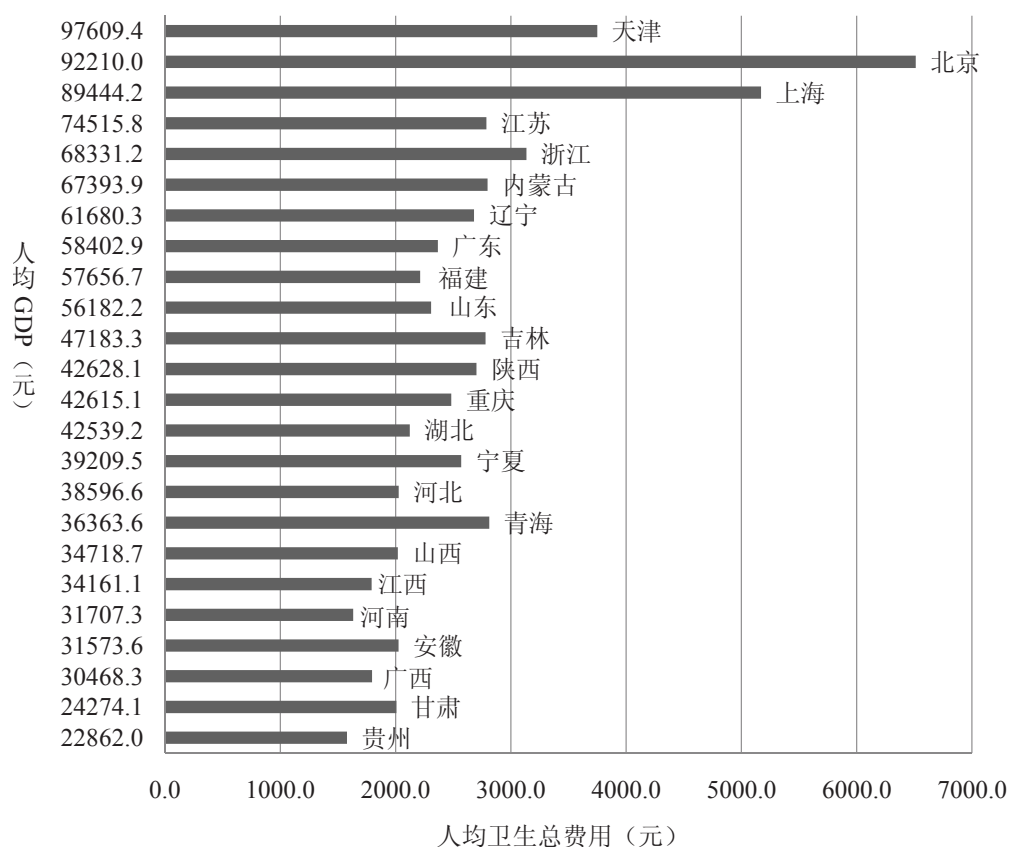


图8 2013年我国不同省、市及地区人均GDP水平和人均卫生总费用

社会经济发展水平的因素外，各地卫生筹资水平与其自身对卫生的投入总量也有一定关系。

2. 与香港特别行政区、台湾地区比较

2012 年财政年度香港特别行政区卫生总费用占 GDP 比例为 5.2%，广义政府卫生支出占总费用比例为 48.3%（图 9）；2013 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 58.5%。从 2002—2012 年上海、香港特别行政区和台湾地区三地的卫生筹资结构变化来看，上海市广义政府卫生支出占卫生总费用比例呈增长趋势，而香港特别行政区、台湾地区该占比略有下降，其中香港特别行政区下降幅度较大，台湾地区基本稳定保持在 55.0%~60.0% 之间。

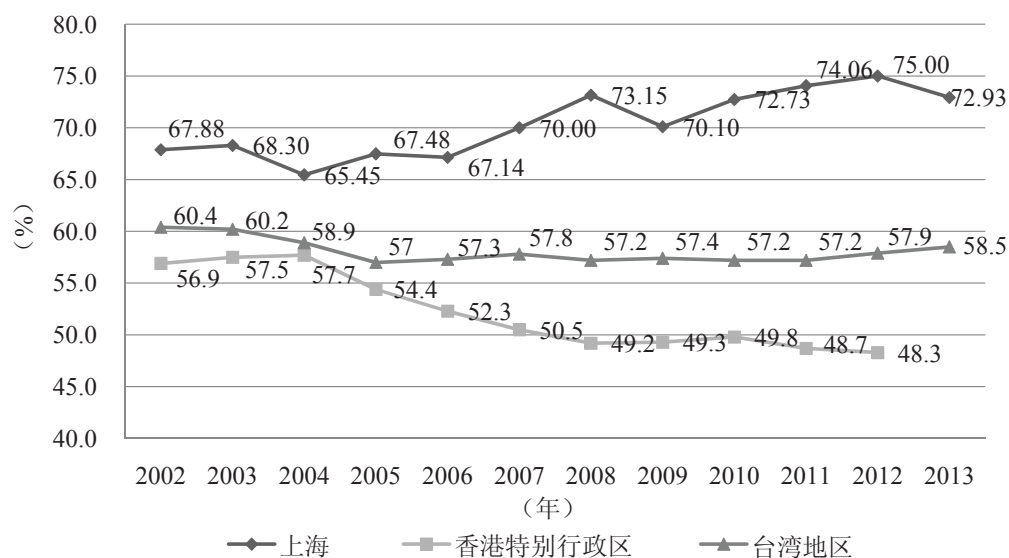


图9 2002—2013年上海市、香港特别行政区、台湾地区三地
广义政府卫生支出占卫生总费用比例*

二、卫生费用机构分配

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。

注：* 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，其中香港特别行政区数据为 2012 财政年度。

（一）分配总额情况

2014年，上海市卫生总费用（机构法）为1540.9亿元，其中医疗机构费用总量为1304.0亿元，占比达84.6%，高出2013年0.8个百分点，其中，医院和基层医疗卫生机构分别占卫生总费用的71.7%和12.9%；公共卫生机构费用为48.0亿元，占比3.1%；药品及其他医用品零售机构费用为112.4亿元，占7.3%（图10）。由于机构法核算采用属地原则，上海市外来就医人数较多，因此机构法费用核算结果中包含了大量的外来就医患者在上海市医疗机构发生的费用。根据市卫生计生委信息中心的统计数据，2014年上海市外来就医发生在医疗机构的费用为172.4亿元，占卫生总费用机构法的比重为11.2%。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卫生总费用机构法的比重分别为68.4%、14.4%和3.4%，医院占比下降，基层医疗卫生机构和公共卫生机构占比上升（图11）。

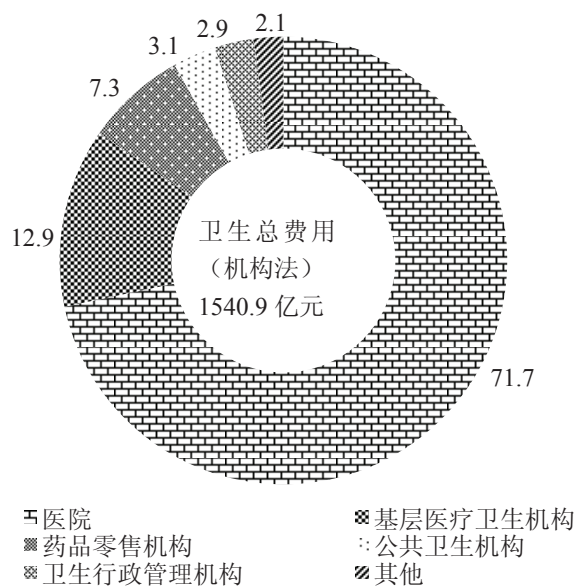


图10 2014年上海市卫生总费用（机构法）分配情况（%）

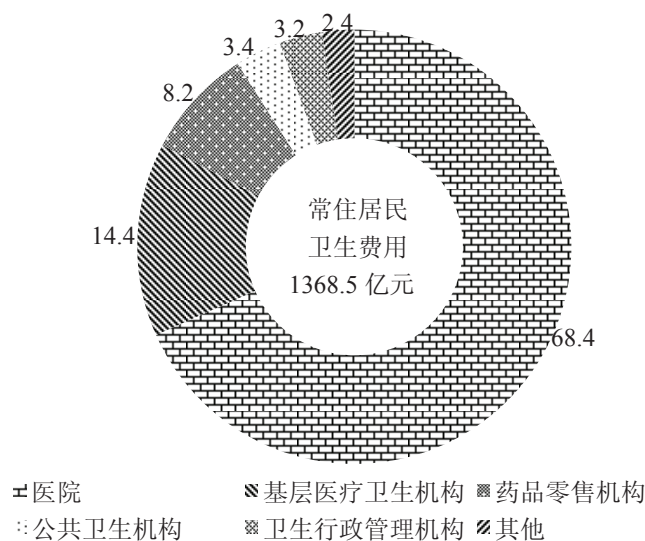


图11 2014年上海市常住居民卫生费用机构分配情况 (%)

(二) 分配流向变化

2001—2014 年上海市卫生总费用约 80.0% 流向医疗机构（包括医院和基层医疗卫生机构）（图 12），自 2011 年起上海市卫生总费用功能法核算增加部队医院费用，医院费用占比因数据口径调整而变化。总体来说，上海市卫生总费用的机构流向或结构内部相对稳定，但在时间序列上，占比的变化呈现出一定的趋势，如医院费用自新医改后持续走高，2013 年占比达到 70.7%，2014 年达到 71.7%，这可能与上海市郊区新建三级综合性医院（“5+3+1”项目）提升了郊区居民享有优质医疗服务资源的可及性有关；相反，公共卫生机构、其他类型机构（包括医学科研、培训和社会固定资产投资）费用占比呈下降趋势。

从医疗机构费用构成来看，2014 年医院费用占医疗机构费用比重达 84.7%（图 13），其中绝大多数发生在城市医院。而基层医疗机构占医疗机构费用的 15.3%，2001—2014 年基层医疗卫生机构分配占比总体呈下降趋势。

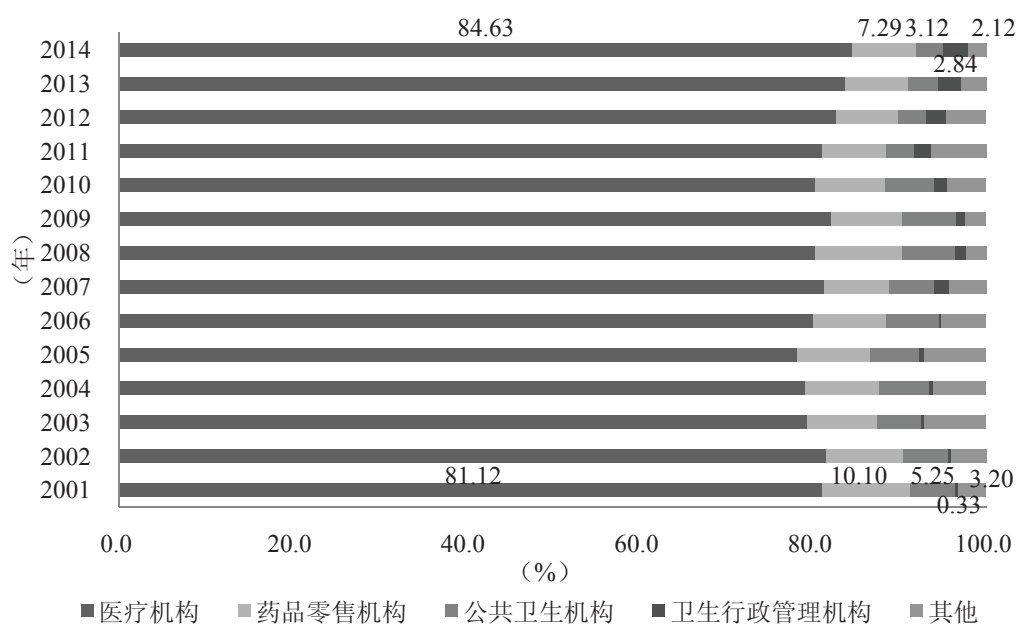


图12 2001—2014年上海市卫生总费用分配构成*

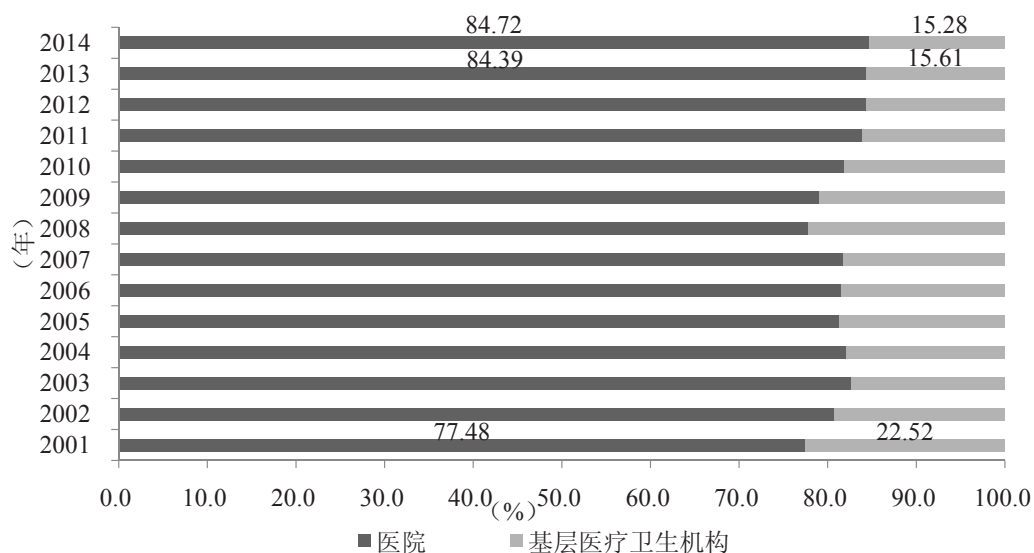


图13 2001—2014年上海市医疗机构卫生费用分配构成

三、主要特点

（一）2014年卫生总费用增长速度下降明显

新医改以来，上海市卫生总费用增长速度始终快于 GDP 增长速度，保持在 10.0% 以上，2012 年增速达到历史最高水平（20.0%）。2011 年、

注：*2011 年起卫生总费用机构法核算纳入部队医院数据。2014 年部队医院费用为 100.9 亿元，占当年机构法卫生总费用的 6.6%，较 2013 年总量增长了 20.5 亿元，占机构法比重（5.9%）增加了 0.7 个百分点。

2012年卫生弹性系数一度保持在2.5左右。但2014年卫生总费用的增长速度突然降为5.8%，比2013年下降了近10.0个百分点，低于同期GDP7.0%的增长速度，卫生弹性系数仅为0.8。回顾过去十年，第一次出现这种近乎垂直性的下降，卫生总费用占GDP比重（5.7%）也较2013年（5.8%）有所下降。出现以上变化，分析原因可能包括以下方面：（1）2014年卫生总费用增速下降首先归因于社会卫生支出的增长总量和幅度低于往年，其次政府卫生支出环比增长率自2010年出现逐年下降，表明政府投入增速放缓，影响了总费用的增长；（2）上海申康医院发展中心实施“双控双降”的医院内部运行机制改革实践取得了一定成效，市级医院门急诊和住院均次费用均得到了一定的控制，体现在卫生总费用的增长率出现回落；（3）2014年上海市GDP增长率仅为7.0%，为十年来最低水平，受经济增长下行压力增大的新常态影响，卫生总费用的增长受国民经济发展的影响。

2014年全国卫生总费用增长速度为10.6%，增速也有所减缓，但降低幅度不大，仍然能保持10.0%以上，与上海市2014年卫生总费用的增长速度（5.8%）对比差距较大，说明上海市卫生总费用增长速度低于全国水平。徐融飞、徐凌忠等人曾对我国1979—2009年这30年的卫生弹性系数趋势进行总分析^[1]，发现卫生弹性系数虽具有明显的短期波动性，但其长期走势趋于稳定，大约在1.2~1.4这一水平上下波动。此外，短期波动还具有明显的周期性，每个周期的持续时间在6~8年，预测卫生弹性系数预计在2013—2014年左右达到最低值，这与2014年上海市卫生弹性系数下降到0.8，为2007年以来最低水平的情况是一致的。

（二）个人现金卫生支出在全国处于较低水平

从卫生总费用的筹资结构看，上海市较早的实现了主要依靠社会卫生支出的目标。2002年以来，社会卫生支出占比一直保持在50.0%以

上，政府和个人卫生支出在 20.0% 左右，这样的筹资结构不仅减轻了政府 and 个人的经济负担，也促进了医疗保障制度的发展，提高了医保资金的使用效率。新医改明确提出要将个人卫生支出卫生总费用比重降低到 30.0% 以下，2009 年上海市的个人卫生支出占卫生总费用比重为 22.6%，2012 年降到 19.5%，可以说提前完成了这一目标要求，与其他省市相比，上海市个人现金卫生支出占比一直在全国处于低位，这与上海市以社会保障为主的卫生筹资特点有关。

（三）卫生费用机构分布仍以医院为主

从全国以及其他各省市卫生总费用的机构流向看，医院都是发生费用最高的机构。且自 2009 年以来，这一比重呈不断上升的趋势，2013 年突破 70.0%，2014 年为 71.7%，相比之下，基层医疗卫生机构费用总体呈下降趋势，2009 年占卫生总费用（机构法）比重为 17.3%，2014 年为 12.9%，降低了 4.4 个百分点，而公共卫生机构、卫生行政机构等占比变化不大。可见医院占据了大量卫生资源，若长期以往，将会一定程度上挤占其他机构的资源获得，也不利于基层卫生、公共卫生等服务体系的完善。

四、政策建议

（一）保证新常态下卫生总费用的稳定增长

未来，我国经济增长速度放缓将成为经济发展新常态，与之相适应，中国经济结构已经或正在发生转折性变化，原有的经济增长点作用逐渐减弱，新的增长点短期内还无法弥补差距。未来一段时期，国民经济增长的压力持续增加，而卫生总费用与国民经济关系密切，相应的增长压力也将会持续增加。但人民群众的看病就医需求却是在不断上升的，如果政府和社会用于卫生的资金投入增长速度跟不上群众的卫生需求增长速度，那么势必会导致个人卫生支出负担的增加，因此保证新常态下卫

生总费用的稳定增长将是一大挑战。从上海市卫生筹资来源看，社会筹资是主要力量，但在整体经济增长下行压力下，社会筹资能否保持一直以来的主导势头将成为卫生总费用增长的主要影响因素。需持续关注政府、社会、个人的筹资能力和结构，不加重个人现金卫生支出的负担。

（二）大力发展社会力量，提高卫生筹资能力

上海市社会卫生支出环比增长速度自 2010 年以来逐年下降，2014 年为 7.0%，远低于最高水平时期 2011 年的 24.2%，主要原因可能为 2013 年市人力资源和社会保障局下调缴费标准（由 14.0% 下调至 13.0%）导致的。从社会卫生支出的内部构成来看，除社会医疗保障会受国家政策的影响保持较稳定增长外，其他部分，例如商业健康保险费、社会办医支出、社会捐赠援助都受社会经济发展影响较大，一定程度上缺乏规律性。因此，上海市应着重加强对以上 3 部分筹资来源的政策引导，在建立多层次、可持续医疗保障体系的同时提高资金运行效率。目前，上海市已引入居保、以及新农合大病保险委托商业保险机构参与经办^[2,3]，通过政府购买，参保、参合居民以报销形式享受大病保险待遇，其中包括罹患血友病、再生障碍性贫血的在校大学生；同时，在社会办医主体方面，利用上海自贸区的政策优势，鼓励民营资本、外资企业、合资企业在上海市举办医疗机构，丰富办医主体，满足群众不同层次的需求。在社会捐赠援助方面，通过政府、企业与医疗机构、基金会合作的形式，政府为提供捐赠的企业和个人提供法律范围内允许的政策优惠，鼓励社会捐赠，医疗机构与企业通过互助互惠，开展多方面合作，吸引捐赠资金，一些基金会和慈善会要发挥好协调联络功能，积极为捐赠方和受捐赠方牵线搭桥，构建良好的社会捐赠氛围。

（三）积极探索公立医院改革，控制医院费用

2012 年以来，在上海申康医院发展中心的积极牵头下，上海市级

医院实施了以“双控双降”、工资总额预算管理和内部绩效与分配制度改革为主要内容的内部运行机制改革，努力“转方式、调结构、转机制”。通过控制医院医疗收入和医疗成本增长率，以及预算管理引导医院合理使用药品及卫生耗材，使医院从规模扩张向专业化、精细化、规范化的管理方式转变^[4]。内部运行机制改革实施以来，一定程度控制了医疗费用和医疗成本增速，保障了医院发展的可持续性。根据国务院办公厅于2015年5月印发的《城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）^[5]，城市公立医院改革应将“管理体制、运行机制、服务价格调整、医保支付、人事管理、收入分配”等改革作为重点任务。继续深化市级公立医院改革，强化公立医院精细化管理，总额预算管理与内部绩效改革同步联动、整体推进，从顶层设计上控制医院费用，从而实现公立医院与基层医疗卫生机构分工协作，与社会办医协调发展，增强改革的系统性、整体性和协同性。

（四）强化分级诊疗，优化卫生资源配置

从上海市卫生费用的机构配置情况来看，医院占用了大部分资源，这与医院自身体量较大，开展医疗服务范围较广和服务量较大有关，但基层医疗机构仅占用13.0%左右的费用，也在一定程度上说明医疗卫生资源下沉基层有限。上海市自2005年就开展了社区卫生服务综合改革，探索家庭医生制度的构建，2011年起进入全面深化改革阶段，但由于就医习惯和群众对医疗服务要求日益增高，基层医疗机构的“健康守门人”作用还有待加强。2015年，上海市结合家庭医生制度推行“1+1+1”分级诊疗制度，即“1家社区医院+1家二级医院+1家三级医院”的就医模式和分级诊疗制度。下一步，政府在制定科学合理的卫生资源配置规划的基础上，一方面要利用基本医疗保险制度发挥引导作用，鼓励患者合理就医，另一方面要加强上下级医疗机构间的联动机制，落实分级诊

疗和基层首诊制，逐步推进“1+1+1”就医模式和分级诊疗制度；同时，基层医疗机构改革的主要责任在政府，政府应进一步加大对基层医疗机构的政策倾斜力度，提高基层医疗机构的服务水平和服务条件，提高基层医务工作者专业素质，还要加大宣传，使群众愿意在社区机构看病，从而实现大医院和社区卫生服务中心的有序分工与合理分流，优化资源配置。

参考文献

- [1] 徐融飞, 徐凌忠, 郭振等. 近30年我国卫生总费用与国内生产总值的关系研究: 基于小波神经网络模型[J]. 中国卫生经济. 2012.10: 8.
- [2] 上海市发展和改革委员会, 上海市人力资源和社会保障局, 上海市卫生和计划生育委员会, 等. 关于印发《上海市城乡居民大病保险试行办法》的通知[Z]. 2014-7-1.
- [3] 上海市卫生和计划生育委员会. 关于印发《上海市新型农村合作医疗商业大病保险实施意见》的通知[Z]. 2014-12-5.
- [4] 陈建平. 上海申康十年公立医院改革探索[J]. 中国医院管理杂志. 2015.8: 562-565.
- [5] 国务院办公厅. 城市公立医院综合改革试点的指导意见[Z]. 2015-5-18.

(责任编辑: 杨燕)

上海市卫生筹资维度核算体系研究： 基于卫生费用核算体系 2011

李芬^{1,2} 王力男^{1,3} 王常颖¹ 金春林^{1,4}

【摘要】 世界卫生组织等国际组织联合制定了 2011 版卫生费用核算体系 (SHA2011)，分别从医疗卫生产品和服务类型、提供机构和资金筹集来描述资金流向。其中，资金筹集维度包括筹资方案、筹资方案收入和筹资机构 3 个维度。本文在 SHA2011 筹资维度分类原则下，结合上海市卫生筹资体系特征和数据统计基础，将 SHA2011 中筹资维度进行本土化，从而确定了上海市卫生筹资方案、筹资方案收入和卫生筹资机构的分类方法。

【关键词】 卫生费用核算体系 2011；筹资方案；筹资方案收入；筹资机构

世界卫生组织等国际组织联合制定了 2011 版卫生费用核算体系 (以下简称“SHA2011”)，其核心核算框架是围绕三轴体系组织卫生费用记录，分别从功能、服务提供、资金筹资来描述资金流向。其中，资金筹集维度扩展为筹资方案 (Health Financing Schemes, 以下简称“HF”)、筹资方案收入 (Financing Revenues, 以下简称“FS”) 和筹资机构 (Financing Agents, 以下简称“FA”)，三者结合起来可完整的描述卫生筹资体系和机制。本文基于 SHA2011，根据上海市实际情况，构建了描述卫生筹资体系的框架。

第一作者：李芬，女，助理研究员，博士在读

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. 复旦大学公共卫生学院，上海 200031

3. 上海财经大学公共经济与管理学院，上海 200433

4. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

本文已发表于《中国卫生经济》2015 年 12 期 54-56 页。

一、卫生筹资方案

（一）卫生筹资方案分类规则

卫生筹资方案的核心是支付，即通过既定的筹资机制对医疗卫生服务进行支付。是否存在独立的支付方案是判断其是否为一类独立的筹资方案的标准。国际上，筹资方案分为政府方案和强制性医疗保险方案、自愿筹资方案（包括自愿医疗保险、非营利性机构筹资方案和企业筹资方案）、家庭现金卫生支出（Out of pocket, 以下简称“OOP”）和国外来源筹资方案。4 大类筹资方案的主要分类依据如下：**一是**将是否需缴纳费用作为划分政府财政项目和医疗保险项目的依据。例如，城乡医疗救助由政府直接补助到个人，受益人无需缴纳任何费用即可获得补助，因此将医疗救助作为政府财政项目；而政府对城镇居民医疗保险（以下简称“居保”）的补助，其本质是为个人缴纳保险费用，因此将居保作为医疗保险方案的收入来源之一。**二是**参加方式，即参加保险的方式是强制性还是自愿的。强制性是指由法律或规章强制要求参加某筹资方案，如城镇职工医疗保险（以下简称“城保”）；否则，则为自愿医疗保险。我国居保和新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）作为基本医疗保险，覆盖面虽然很广，但由于该保险为自愿参加，因此属于自愿医疗保险。**三是**筹资层次。区别点在于是否有不同人群之间的统筹。如家庭卫生支出和家庭账户保险均属个体式的资金筹集方式。**四是**购买机制，区别 OOP 中的医保范围外的自费费用和医保报销范围内的自负费用^[1]。

判定资金筹资是否能成为独立的筹资方案的关键在于是否制定了支付规则。以财政拨款为例，有的类型可视为独立的筹资方案，有的类型则是其他筹资方案的收入。医疗救助由补助对象就医后凭相关材料到居委会申请补助，这些资金按照其支付规则直接补偿到特定人群，因此，医疗救助应作为独立的一类政府筹资方案；政府对新农合的投入，在支

付时遵循新农合报销制度，该财政投入则作为新农合的收入；政府转移资金到红十字会，由红十字会按照一定的规则支付医疗卫生费用，那么，该转移资金是非营利性机构筹资方案的收入。

（二）上海市卫生筹资方案类型

我国为提高与卫生筹资方案类型与政策的相关性，将城保、居保、新农合和其他社会保险中的医疗卫生支出（工伤保险、生育保险和失业保险）统一归为基本医疗保险，并与政府方案统称为公共筹资方案^[2]。为与全国总体水平和其他省市进行横向比较，本文对上海市各筹资方案进行分类，详见表 1。

表 1 基于 SHA2011 分类上海市筹资方案类型

筹资方案（HF）	上海市筹资方案
HF1 公共筹资方案	
政府方案	政府对医疗卫生机构的财政补助，卫生相关管理机构的行政经费，政府对特定人群的转移支付方案
基本医疗保险	城保，居保，新农合，小城镇医疗保险，工伤、生育、失业保险卫生支出
HF2 自愿筹资方案	
自愿医疗保险	商业医疗保险，少儿住院基金
非营利性机构筹资方案	红十字会、慈善组织、基金会等建立的筹资方案
企业筹资方案	包括企业直接为其员工建立的筹资方案、企业办医支出
HF3 家庭现金卫生支出	自费费用和医保范围内的自负费用

1. 政府筹资方案支付制度

政府筹资方案主要包括 3 类：政府对医疗卫生机构的财政补助、卫生相关管理机构的行政经费、政府对特定人群的转移支付。

（1）政府对医疗卫生机构的财政补助

其目的是为了医疗卫生机构在政府支持下，为患者提供公益性的、

质优价廉的服务，并对其所承担的社会功能进行补偿。根据不同类型医疗卫生机构情况，分别建立了公共卫生经费、社区卫生服务机构和公立医院等 3 类财政保障机制。在公共卫生经费保障机制方面，基本公共卫生和重大公共卫生服务项目由各级财政按事项保障所需经费，专业公共卫生机构经费支出由政府预算统筹安排。对社区卫生服务机构实行收支两条线管理，按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的方法核定财政补助资金。对公立医院的政府投入，主要包括 3 方面：一是符合规划的基本建设、大型设备购置、重点学科建设、人才培养等发展建设支出由政府统筹安排；二是公共卫生任务、政府指令性公共服务，按照服务成本给予专项补助；三是对医院日常运行经费适当予以补助，即按照差额事业单位标准安排人员、公用经费以及符合国家规定的离退休人员费用。目前上海市部分区县已开始探索实施将财政补助与绩效考核结果挂钩的综合预算管理制度。

（2）卫生相关管理机构的行政经费

具体包括人员经费、公用经费和财政专项补助经费。人员经费和公用经费按照国家和上海市的核定标准支出；专项经费纳入项目库管理，由申报单位根据项目内容、成本和绩效目标申报，经主管部门审核后，按照政府财力和项目轻重缓急进行统筹安排。

（3）政府对特定人群的转移支付

具体包含“兜底”和“福利”2 个方面。“兜底”方面，按照国家和上海市对于人群的界定标准和财政补助标准，开展医疗救助、因病致贫救助等支付方案：医疗救助将所有城乡低保家庭、低收入家庭纳入了医疗救助范围。对于门急诊医疗救助按照个人实际自负的 50% 标准进行补助，全年累计不超过 600 元。对于住院患者，凡全年实际自负医疗费用 3 万元及以下部分，救助比例为 50%；3 万元以上部分，救助比例

为 60%。全年累计救助总额为 5 万元。因病致贫救助对象为上海市户籍城乡居民及非本市户籍家属，对家庭自负医疗费用支出超过家庭可支配收入，给予全额救助；对于家庭可支配收入扣除家庭自负医疗费用支出后，月人均可支配收入低于本市城乡居民最低生活保障标准，按照与月人均可支配收入标准差额救助。此外，还有优抚对象补助，资金来源于中央财政转移支付。“福利”方面主要包括机关事业单位中由职工福利费支付的医疗卫生费和公务员医疗保险，其实质是政府作为雇主为雇员建立的支付方案。

2. 基本医疗保险支付制度

上海市建立了广覆盖的基本医疗保险制度，基本医疗保险种类较多，主要险种的筹集和支付制度如下。

（1）城保

针对上海市城镇企业、机关、事业单位、社会团体和民办非企业单位的在职职工和离退休人员的医疗保障制度。该保险主要依靠单位和个人缴费，个人和单位分别按照缴费基数的 2% 和 11% 缴费，缴费基数由上一年度的月社平工资决定，上下限范围在全市在职职工月平均工资的 60%~300%。财政对城保资金运行承担托底责任，并承担离休、老红军、6 级以上残疾军人的缴费。基金分为统筹基金和个人账户两部分，保障范围包括门急诊、门诊大病、家庭病床、急诊留观、住院等。

（2）居保

适用对象是具有上海市城镇户籍的 18 周岁以上人员、具有上海市户籍的中小学生和婴幼儿和上海市大学生。资金筹集主要由个人缴费和政府补贴组成，个人缴费以外资金，由市、区县财政按照 1:1 比例分担。人均筹资标准按照上一年度全市职工平均工资的 2% 左右确定，不同年龄段参保人员的筹资标准和个人缴费标准不同。所筹集的资金统筹

使用，不设个人账户，报销门急诊和住院费用。

（3）新型农村合作医疗

参保对象是上海市农业户口的常住居民，以家庭为单位参保。资金筹集主要由个人缴费和政府补贴组成，各个区县的缴费标准略有差异，但资金管理已经实现市级统筹。统筹基金主要用于门急诊、住院及门诊大病医药费用的补偿，不设个人账户。

（4）小城镇医保

作为小城镇社会保险的一部分，参保对象主要是被征地人员，从其安置补助费中一次性支付（不低于 15 年）保险费，筹资和个人缴费标准按照居保的 50% 确定。统筹基金保障门急诊、住院及门诊大病，不设个人账户。

二、卫生筹资方案收入

卫生筹资方案收入是在筹资方案的基础上描述筹资的主体和投入方式。分析不同筹资主体的投入金额、比例有利于分析卫生筹资的可持续性。SHA2011 将筹资方案收入分为政府转移支付、社会保险缴费、强制性预付（除社会保险缴费外）、自愿性预付、其他未区分的支付等 5 类，将国外资金分为纳入政府部门的转移支付和直接转移支付。一项卫生筹资方案可能有多项筹资来源，如政府筹资方案既有政府转移支付，也有来自社会资金，如医疗救助中包含社会捐助；同样，非政府卫生筹资方案中也含有政府资金，例如红十字会卫生救助中部分资金来源为政府拨款。

上海市经常性卫生支出中几乎没有国外资金。按照国内卫生筹资方案的分类，可将社会保险缴费、强制性预付、自愿性预付这 3 类收入来源分为基本医疗保险缴费和自愿性预付 2 类（表 2）。

表 2 基于 SHA2011 分类上海市筹资方案收入类型

筹资方案收入 (FS)	上海市筹资方案收入
FS1 政府转移支付	
政府内部补助	政府对卫生相关管理机构的行政经费，政府对医疗卫生机构的财政补助
政府为特定群体转移支付	政府对特定人群的转移支付（医疗救助、机关事业单位卫生福利费等），政府对基本医疗保险的财政补助
政府收入的其他转移支付	政府对非营利性机构的转移支付，如红十字会、慈善资助、基金会
FS2 基本医疗保险缴费	包括医保单位和个人缴费，居保、新农合个人预付，其他社会保险支付
FS3 自愿性预付	商业医疗保险缴费，少儿住院基金缴费
FS4 其他未区分的支付	包括家庭现金卫生支出，企业医疗卫生支出，非营利性机构医疗卫生支出

三、卫生筹资机构

筹资机构是指参与一个或多个筹资方案管理的机构单位。筹资机构以不同形式支付医疗卫生服务产品，或直接投资医疗卫生机构，或从医疗卫生机构购买服务。一般来说，政府筹资方案和强制性医疗保险由政府机构管理，商业医疗保险由保险企业管理，非营利性筹资方案由非营利性组织(Non-Governmental Organizations, NGO)运营。但这不是绝对的，非营利性机构或企业越来越多地参与到政府筹资方案和社会医疗保险筹资方案的管理中^[3]。SHA2011 中，将卫生筹资机构分为政府部门、保险公司、企业、非营利性机构、家庭和国外机构。基于该分类，上海市卫生筹资机构分类见表 3。

表 3 基于 SHA2011 分类上海市卫生筹资机构类型

筹资机构 (FA)	上海市筹资机构所管理资金
FA1 政府部门	
卫生部门	卫生所属机构的行政经费，医疗卫生机构的财政补助，新农合资金
社会保障机构	社会保障部门所属机构的行政经费，城保、居保、小城镇医保、公务员和干部医保资金，工伤、生育、失业保险的卫生支出资金
其他政府部门	民政等部门管理的医疗救助等资金
FA2 保险公司	商业医保资金
FA3 企业	企业直接为其员工支付的医疗卫生费用、企业办医支出
FA4 非营利性机构	红十字会、慈善组织、基金会等筹资方案资金
FA5 家庭	OOP
FA6 国外机构	

四、SHA2011 筹资维度与卫生总费用来源法核算方法比较

按照 SHA2011 筹资维度的分类原则和方法，构建了“方案—收入—机构”三轴核算框对上海市卫生筹资体系进行描述。与卫生总费用来源法核算方法相比，具有以下 3 个特点：

第一，SHA2011 将卫生总费用区分为经常性卫生费用和资本形成 2 部分。经常性卫生费用指当年实际发生的医疗卫生服务消费，资本形成指满足医疗卫生服务提供机构用于维持或扩大医疗卫生服务所消耗的资金。

第二，卫生总费用来源法核算时，对实际筹集资金和实际支出资金 2 个口径存在争议。我国采用的核算口径是以筹集资金为准。近年来，随着卫生总费用总量增长及医保资金结余量增加，收入与支出差距越来越大。SHA2011 以实际发生的医疗卫生费用为准，明确了以支出为核算口径。为更加全面地描述筹资情况，建议备注各筹资方案的收支差额。

第三，卫生总费用来源法将全社会筹资的卫生资金划分到政府、社会和个人，清楚的区分了各筹资方在筹资体系中所承担的责任。

SHA2011 在此基础上，从筹资方案、筹资收入和筹资机构 3 个维度来描述卫生筹资体系，更加清晰地反映了整个卫生筹资体系。其中，筹资方案分类与目前上海市财政投入项目、医疗保险分类更为贴近，可以从核算结果中获得不同医保类型的筹资总额；筹资收入分类则从出资方的角度，得出不同筹资主体在卫生筹资中的总体负担；筹资机构展示了卫生资金的管理机构情况，为医药卫生体制机制改革提供了参考。

参考文献

- [1] OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts (SHA 2011). Paris: OECD Publications. 2011.
- [2] 翟铁民, 张毓辉, 万泉,等.基于“卫生费用核算体系2011”的中国卫生费用核算方法学研究[J].中国卫生经济,2015,34(3):9-11
- [3] 吕志勇,王霞.商业健康保险与社会医疗保险系统耦合协调发展研究[J].保险研究,2013(9):31-42.

（责任编辑：陈多）

从筹资方案、收入和机构三个维度分析上海市卫生筹资状况

李芬^{1,2} 金春林^{1,3} 王力男^{1,4} 王常颖¹ 胡善联^{1,2}

【摘要】 基于卫生费用核算体系 2011 (SHA2011) 筹资维度框架, 从筹资方案、筹资方案收入和筹资机构 3 个维度对 2013 年上海市卫生费用进行核算。2013 年, 上海市经常性卫生费用为 1083.3 亿元, 占 GDP 的比重是 5.0%。从筹资方案角度, 经常性卫生费用中 61.1% 是公共筹资; 从收入来看, 政府转移支付和基本医疗保险缴费占比分别是 22.0%、39.2%。卫生部门、人保部门分别管理 14.3% 和 42.9% 的资金。与全国情况比较, 上海市公共筹资比例较高, 家庭现金卫生支出较低。目前上海市筹资体系由政府主导, 建议各部门间建立联动机制以提高资金使用效率; 家庭现金卫生支出比例超过 30%, 建议靶向降低重点家庭现金卫生支出; 同时鼓励非营利性机构和商业保险机构发展, 建立多元化筹资体系。

【关键词】 卫生费用核算体系 2011; 筹资方案; 筹资方案收入; 筹资机构

面对日益复杂的卫生筹资体系, 基于各个国家长时间在卫生费用核算方面的经验, 世界卫生组织等国际组织联合制定了 2011 版卫生费用核算框架 (以下简称“SHA2011”), 从功能、服务提供、资金筹资等 3 个维度构建了描述资金流动的核算体系。其中, 资金筹资维度包括卫生筹资方案 (Health Financing Schemes, 以下简称“HF”)、筹资方案收入 (Financing Revenues, 以下简称“FS”) 和筹资机构 (Financing Agents, 以下简称“FA”) 等 3 个方面。本文根据 SHA2011 框架, 对上海市卫生

第一作者: 李芬, 女, 助理研究员, 博士在读

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. 复旦大学公共卫生学院, 上海 200031

3. 上海市人口与发展研究中心, 上海 201199

4. 上海财经大学公共经济与管理学院, 上海 200433

本文已发表于《中国卫生经济》2015 年 12 期 57-59 页。

筹资体系进行了全面描述，借以分析其筹资特点、发现存在问题，为决策者提供参考。

一、2013 年上海市卫生筹资状况

2013 年，上海市经常性卫生费用总额是 1083.3 亿元，占当年 GDP 的 5.0%，人均经常性卫生费用 4486 元。筹资方案的制定和管理均由政府主导，资金收入主要来源于政府机构和单位医疗保险缴费；家庭现金卫生支出（Out of Pockets, 以下简称“OOP”）比例超过 30%。

（一）2013 年上海市卫生筹资方案

1. 公共筹资方案

上海市公共方案共筹资 662.2 亿元，包括政府筹资方案 188.4 亿元，基本医疗保险方案 473.8 亿元，两者占经常性卫生费用的 61.1%。

（1）政府筹资方案

以补供方为主，用于医疗卫生机构补助 146.4 亿元，用于卫生相关管理机构的行政经费 30.9 亿元。对需方的补助主要体现在对特定人群的支付方案上，体现“兜底”保障的是医疗救助，投入资金 4.8 亿元；体现“福利”部分的是机关事业单位由职工福利费支付的医疗卫生费和公务员医疗保险，资金总额为 6.4 亿元。

（2）基本医疗保险方案

不同保险类型的保障水平有所差异：城镇职工医疗保险（以下简称“城保”）参保人数约 1325.5 万人，筹资总额 615.6 亿元，实际支出 409.9 亿元，人均实际补助水平约 3100 元；城镇居民医疗保险（以下简称“居保”）、新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）、小城镇医疗保险（以下简称“镇保”）分别筹资 20.8 亿元、16.6 亿元和 12.5 亿元。其中，居保参保人数约 256.4 万人，人均实际补助水平约 800 元；因大学生的保障水平和利用程度都比较低，除参保大学生外，人均实际补助水平约

为 1100 元。新农合参保人数约 104.5 万人,人均实际补助水平约 1600 元。生育险、工伤险、失业险等支出额合计 14.7 亿元。

2. 自愿筹资方案

自愿筹资方案 2013 年支出总额是 48.3 亿元,占经常性卫生费用的 5.0%。其中,六成以上是商业医疗保险,2013 年支出额 31.8 亿元;少儿住院基金 1.8 亿元;企事业单位办医支出和非营利性组织方案 (Non-Governmental Organizations, 以下简称 “NGO”) 支出 14.7 亿元。

3. 家庭现金卫生支出

OOP 包括医保范围内的自负费用和医保范围外的自费费用。2013 年支出额是 372.8 亿元,占经常性卫生费用的 34.4% (图 1)。

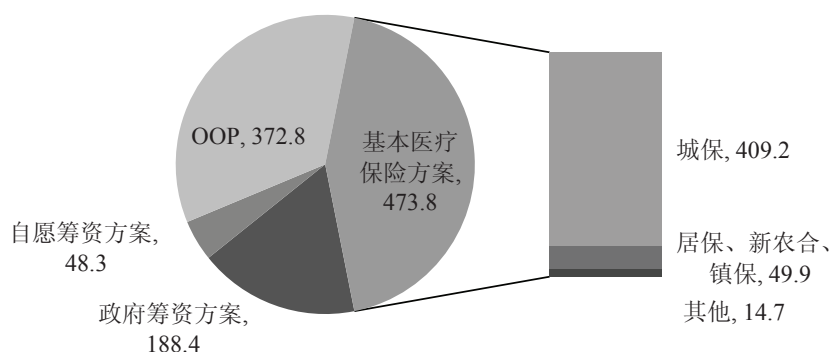


图1 2013年上海市卫生筹资方案情况（单位：亿元）

（二）2013 年上海市卫生筹资方案收入

从筹资方案收入的角度,2013 年政府转移支付、基本医疗保险缴费、自愿性预付和其他未区分的预付 (来自家庭、企业 and 非营利性机构) 分别占经常性卫生费用的 22.0%、39.2%、3.1% 和 35.7%。

政府转移支付 238.7 亿元,具体包括 3 个方面:一是内部补助 177.3 亿元,包括行政经费和医疗卫生机构补助,占政府转移支付的 74.3%;二是为特定群体的转移支付 60.2 亿元,主要用于政府补贴城保运行、

补助居保和新农合参保、医疗救助等；三是政府对红十字会、残联等非营利性机构的转移支付 1.2 亿元。

基本医疗保险缴费 424.7 亿元。其中，城保个人和单位（包括政府机关和事业单位）缴费 406.2 亿元，居保、新农合个人缴费 7.4 亿元，工伤、失业、生育险支出为 11.2 亿元。

自愿性预付 33.6 亿元，为商业健康和少儿住院基金个人所支付资金。

其他未区分的支付金额 386.4 亿元，主体是家庭现金卫生支出 372.8 亿元，以及企事业单位的医疗卫生支出、非营利性机构筹资 13.6 亿元（图 2）。

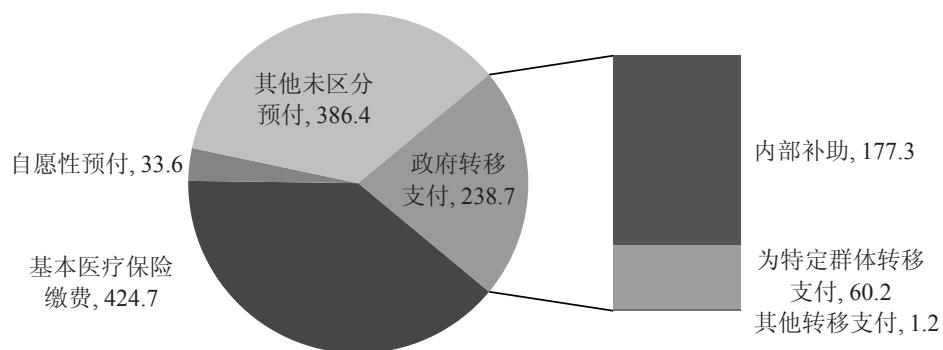


图2 2013年上海市卫生筹资方案收入情况（单位：亿元）

（三）2013年上海市卫生筹资机构

上海市约 61.2% 的经常性卫生费用由政府部门直接管理。其中，卫生部门管理约 23.4% 的资金，大部分投入于医疗卫生机构，少部分是农村合作医疗资金；70.2% 的资金由社会保障机构管理；6.4% 的资金由食药监、民政等政府部门管理。其他筹资机构中，家庭直接支付 34.4%，商业保险公司管理资金占 3.0%，企业和非营利性机构管理资金占 1.5%（图 3）。

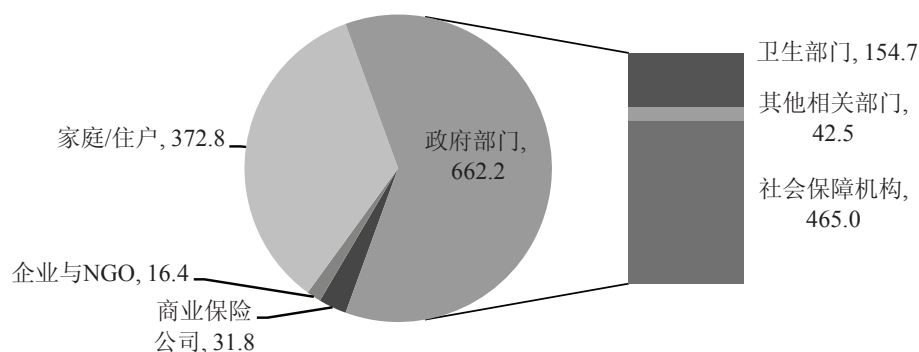


图3 2013年上海市卫生资金在管理机构的分布（单位：亿元）

二、2013 年上海市卫生筹资维度矩阵分析

通过筹资方案—收入矩阵平衡表（一）（表1）可以发现，政府方案的188.4亿元资金全部来自于政府转移支付。基本医疗保险方案中，单位和个人缴费作为收入的主要来源，共计424.7亿元；政府转移支付49.1亿元，其中42.5亿元用于居保、新农合和镇保的补贴。自愿医疗保险全部来自参保者自愿缴费。NGO筹资方案中，1.2亿元由政府转移支付，7.3亿元由企业和个人出资。企业筹资和OOP则全部由企业和个人承担。

表1 2013年上海市卫生筹资方案—收入矩阵平衡表（一）

筹资方案 & 方案收入	政府转移支付		基本医疗保险 缴费		自愿性预付		其他未区分的 支付		合计	
	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)
政府方案	188.4	17.4	—	—	—	—	—	—	188.4	17.4
基本医疗保险	49.1	4.5	424.7	39.2	—	—	—	—	473.8	43.7
自愿医疗保险	—	—	—	—	33.6	3.1	—	—	33.6	3.1
NGO 筹资方案	1.2	0.1	—	—	—	—	9.0	0.8	10.2	0.9
企业筹资方案	—	—	—	—	—	—	4.5	0.4	4.5	0.4
OOP	—	—	—	—	—	—	372.8	34.4	372.8	34.4
合计	238.7	22.0	424.7	39.2	33.6	3.1	386.3	35.7	1083.3	100.0

通过筹资方案—机构矩阵平衡表（二）（表2）可以发现，政府方案188.4亿元资金中，卫生部门管理138.1亿元资金，具体包括卫生所属机构的行政经费、医疗卫生机构的财政补助和新农合资金；人保部门管理7.8亿元资金，具体包括社会保障部门所属机构的行政经费、各类医保资金（城保、居保、镇保、公务员和干部医保）以及工伤、生育、失业保险的卫生支出资金；其他政府部门42.5亿元，主要为民政部门管理的医疗救助等资金。基本医疗保险473.8亿元资金中，人保部门管理城保和居保基金442.5亿元筹资额；卫生部门管理新农合基金16.6亿元。自愿性医疗保险33.6亿元资金中，商业保险公司管理商业医疗保险31.8亿元，红十字会管理少儿住院基金1.7亿元。NGO筹资方案、企业筹资方案和家庭现金卫生支出由其自行管理。

表2 2013年上海市卫生筹资方案—机构矩阵平衡表（二）

筹资机构 & 筹资方案	政府方案		基本医疗保险		自愿医疗保险		NGO 筹资方案		企业筹资方案		家庭现金卫生支出		合计	
	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)	金额 (亿元)	占比 (%)
卫生部门	138.1	12.7	16.6	1.5	—	—	—	—	—	—	—	—	154.7	14.3
社会保障机构	7.8	0.7	457.2	42.2	—	—	—	—	—	—	—	—	465.0	42.9
其他政府部门	42.5	3.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42.5	3.9
商保公司	—	—	—	—	31.8	2.9	—	—	—	—	—	—	31.8	2.9
企业	—	—	—	—	—	—	—	—	4.5	0.4	—	—	4.5	0.4
NGO	—	—	—	—	1.7	0.2	10.2	0.9	—	—	—	—	11.9	1.1
家庭/个人	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	372.8	34.4	372.8	34.4
总计	188.4	17.4	473.8	43.7	33.6	3.1	10.2	0.9	4.5	0.4	372.8	34.4	1083.3	100.0

三、上海市卫生筹资体系的特点和存在问题

（一）公共筹资比例较高，但资金使用没有形成合力

上海市经常性卫生费用占 GDP 5.0%，比全国水平的（2012 年）4.8% 约高 0.2 个百分点。公共筹资占经常性卫生费用的 61.1%，比全国水平（53.0%）高 8.1 个百分点。上海市卫生筹资体系中，由政府设计、管理和支付的筹资方案资金达 60.0% 以上，政府对医疗卫生机构的行为应该能起到重要的引导作用。但从筹资机构分布来看，卫生资金分属卫生部门和人保部门管理，目前尚未形成统一的投入导向；卫生部门对医疗卫生机构的投入资金又分散在市和区县卫生计生委、申康医院发展中心。由于管理部门较为分散，各部门对于资金投入又有其各自的考核指标和投入规则，资金使用效率较低。

（二）OOP 负担低于全国平均水平，但居民负担仍较重

2013 年，上海市 OOP 占比为 34.4%，虽然比全国 42.6% 这一平均水平约低 8.2 个百分点^[2]，但仍超过了世界卫生组织提出的 30.0% 的要求。一般认为，当 OOP 占卫生费用比例低于 30.0% 时，卫生保健的公平性和可及性较好^[3]。上海市医保覆盖水平广，OOP 占比仍然较高的可能原因是医保覆盖深度不够：一是医保报销范围之外的医疗费用较多；二是各项基本医疗保险制度的保障程度有差异，居保、新农合等报销比例较低；三是基本医疗保险设置了“医保支付封顶线”，部分超过这一“封顶线”的患者费用负担较重^[4]。

（三）非营利性机构和商业保险发展落后，“高端”及“保底”功能均没有很好体现

NGO 筹资方案主要用于促进经济困难人群或重大疾病人群的医疗服务利用，商业医疗保险主要满足高收入人群的较高层次医疗服务需求。2013 年 NGO 筹资方案为 10.2 亿元，占经常性卫生费用的 0.9%。商业

医疗保险赔付总额是 31.8 亿元，占经常性卫生费用的 2.9%，商业医疗保险的理赔支出占当年筹资总额的 46.9%，约有一半的资金沉淀。从筹资结构来看，“保底”和“高端”均没有得到较好地发展。

四、完善卫生筹资体系的建议

（一）根据卫生工作重点进行资金安排，建立多部门联动机制

完善卫生筹资体系，首先要解决卫生资金管理分散、资金使用未形成合力的问题。从宏观顶层设计入手，进一步明确卫生计生、财政、人保部门的职能，形成多部门联动工作机制，提高卫生经费使用效率。根据“钱随事走”的原则，卫生行政部门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；人保部门按照精细化管理的要求，根据卫生工作重点，加强医疗成本管理，加快医保支付制度改革，提高医保资金的使用效率。卫生、财政、人保三方联动建立资金分配正向激励机制，变“多收多得”机制为“少收不少得”的新机制，从制度上激励医院和医生以较低廉的费用提供较优质的服务^[5]。

（二）采取多项措施，靶向降低重点家庭现金支出

一是重新定位个人账户资金用途，唤醒沉睡资金。对筹资方案的收支情况分析发现，城保个人账户资金沉淀较多。为维护社会保障制度的稳定性，不宜简单取消个人账户或充入统筹账户，建议在参保人员允许的情况下，重新定位个人账户。例如，开展健康体检，通过预防服务来减少治疗费用的支出；探索个人账户在家庭成员内的统筹使用。既可唤醒个人账户沉睡资金，又可起到降低基本医疗保险范围外的现金支出的作用^[6]。二是核算结果 OOP 占比反映的是全社会总体水平，部分大病、慢病人群的医疗费用可能更重。建议对重点人群、重点疾病费用进行监测，针对医疗负担过重的人群开展“靶向”减负。最后，加强对医疗卫

生机构行为的引导，规定医院在使用医保报销范围外药品或项目时需签署患者同意书，并定期公示自费比例，通过外部监督促使医疗服务行为规范。

（三）推进非营利性和商业筹资发展，满足多元化医疗服务需求

一是加强政府对贫困和弱势人群的保障作用，建立医疗费用安全网底，探索专项税收资金保障机制。二是加快 NGO 发展，通过筹集政府、社会和个人捐赠资金，对儿童、困难职工、农民工、老年人等人群进行补助，对贫困人群、因病致贫人群进行“保底”。三是鼓励发展商业保险，既可满足消费者多样化和高程度的保障需求，又可使国家对社会医疗保险的财政投入更加集中在中低收入阶层^[7]，同时加大对资金使用的监管，减少资金结余。

参考文献

- [1] 李芬,金春林,王力男,等.改进个人现金卫生支出核算方法的探索[J].中国卫生经济,2013,32(8):17-19
- [2] 张毓辉,万泉,柴培培,等.基于“卫生费用核算体系2011”的中国经常性卫生费用核算结果[J].中国卫生经济,2015,34(3):12-16
- [3] 胡善联.中国何时走向全民健康保险[J].中国卫生经济,2005,24(6):5-7
- [4] 金春林,李芬,王力男,等.居民卫生筹资与医疗费用负担实证分析:以上海为例[J].中国卫生政策研究,2013,6(5):32-36
- [5] 沈晓初,黄红,肖泽萍,等.上海市卫生政策研究年度报告[M].上海:科学出版社,2015:425-438
- [6] 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.
- [7] 朱铭来,奎潮.论商业健康保险在新医疗保障体系中的地位[J].保险研究,2009(1),70-76.

（责任编辑：陈多）

中国卫生筹资制度建设现状与问题研究

王力男^{1,2} 李芬^{1,3} 张晓溪¹

【摘要】 卫生筹资包括卫生资金的筹集、分配和使用过程，涉及卫生资金来源渠道和数量、去向和数量以及资金的使用效率、公平性等问题，卫生筹资领域的动态影响着卫生服务的可及性和可支付性。2009年新医改以来，中国卫生筹资制度建设取得一定进展，卫生筹资总额逐年提高、筹资结构优化、筹资模式明确、保障水平提高、投入机制细化、筹资机构职能相应调整，但仍存在一些问题，主要包括卫生筹资缺乏顶层设计、居民个人现金卫生支出占比高、公平性有待提高、最低保障和高层次需求保险发展程度不高等，并在此基础上提出了优化我国筹资制度建设的建议。

【关键词】 卫生筹资；筹资模式；筹资水平；投入机制

卫生筹资涉及卫生资源的筹集、分配和利用过程，在卫生系统中占有举足轻重的地位。卫生筹资的目的不仅仅是筹集足够的资金以维持卫生系统的运转，还要建立卫生服务费用的风险分摊机制，并为卫生服务提供者制定一套合理的经济激励机制，从而保证每个人得到所需的、可支付的服务，实现社会健康保障^[1]。世界卫生组织提出应建立全面覆盖的卫生筹资体系^[2]，通过筹集足够多的资金，减少对卫生服务自费支付的依赖，并改善卫生服务的效率和公平性。

第一作者：王力男，女，助理研究员，博士在读

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. 上海财经大学公共经济与管理学院，上海 200433

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200031

一、卫生筹资制度建设进展

(一) 卫生筹资总额逐年提高，筹资结构有所优化

卫生总费用（以下简称“THE”）反映卫生筹资的充足程度，而筹资结构则体现卫生筹资的公平程度，个人现金卫生支出（以下简称“OOP”）占卫生总费用的比例体现卫生筹资系统对家庭的风险保护。近年来，我国对卫生事业的投入明显增加。2014年中国卫生总费用（来源法）为 35312.4 亿元，人均卫生总费用为 2581.7 元（420.3 美元），卫生总费用占 GDP 比重为 5.6%。（表 1）其中，政府卫生支出比重降至 30.0%；社会卫生支出比重升至 38.1%；个人卫生支出比重下降到 32.0%^[3]（表 2）。

表 1 2008—2014 年中国卫生总费用概览（来源法）

年份 (年)	THE (亿元)		THE 占 GDP 比重 (%)	人均 THE (元)	
	人民币	美元		人民币	美元
2008	14535.4	2092.9	4.6	1094.5	157.6
2009	17542.0	2568.0	5.2	1314.3	192.4
2010	19980.4	2951.5	5.0	1490.1	220.1
2011	24345.9	3769.4	5.2	1807.0	279.8
2012	28119.0	4454.5	5.4	2076.7	329.0
2013	31669.0	5113.5	5.6	2327.4	375.8
2014	35312.4	5748.6	5.6	2581.7	420.3

表 2 2008—2014 年中国卫生总费用构成（来源法）

年份 (年)	THE (亿元)	政府卫生支出		社会卫生支出		个人现金卫生支出	
		金额 (亿元)	占 THE 比重 (%)	金额 (亿元)	占 THE 比重 (%)	金额 (亿元)	占 THE 比重 (%)
2008	14535.4	3594.0	24.7	5065.6	34.9	5875.9	40.4
2009	17542.0	4816.3	27.5	6154.5	35.1	6571.2	37.5
2010	19980.4	5732.5	28.7	7196.6	36.0	7051.3	35.3
2011	24345.9	7464.2	30.7	8416.5	34.6	8465.3	34.8
2012	28119.0	8432.0	30.0	10030.7	35.7	9656.3	34.3
2013	31669.0	9545.8	30.1	11393.8	36.0	10729.3	33.9
2014	35312.4	10579.2	30.0	13437.8	38.1	11295.4	32.0

2009年新医改以来,卫生总费用变化情况呈现如下态势:一是卫生总费用筹资总额逐年提高,增长速度明显快于国民经济增长速度。2013年THE增长速度为10.7%,明显高于当年GDP增长速度(7.7%),卫生消费弹性系数为1.4,与2009—2011年卫生消费弹性系数(1.4)基本持平,反映出THE增长速度快于国民经济增长。二是政府卫生投入增速放缓,2014年政府卫生支出比重降至30.0%,近10年增速首次低于10.0%。三是居民个人卫生支出比重持续下降。2014年居民个人卫生支出占THE比重由2013年的33.9%降至32.0%,为近20年多来最低水平^[3]。

2014年,我国政府对卫生计生的财政支出仅次于教育、社会保障和就业的支出,达到10086亿元,比上年增长9.8%。中央政府的转移支付制度将进行改革,一般性转移支付将成为主体占60.0%以上,用于教育、医疗、社保等民生支出。基本公共卫生服务经费财政补助标准从人均35元提高到40元,继续向基层卫生服务倾斜^[3]。

(二) 明确了以社会医疗保险为主的筹资模式,保障水平持续提高

医疗保障体系作为卫生筹资的重要组成部分,具备分担居民疾病经济负担的作用。目前,我国已确立了以社会医疗保险筹资为主,财政补助、个人自付为辅的筹资模式,初步形成了适应社会主义市场经济体制、多层次的“三纵三横”医疗保障体系框架,基本医疗保险制度已基本覆盖城乡全体居民。从基本医保覆盖范围上看,截至2014年底,城镇基本医疗保险参保5.97亿人,其中职工医保2.83亿人、居民医保3.14亿人,新农合参保7.35亿人,总覆盖超过13亿人,95%以上的城乡人口有了基本医疗保险^[4]。从筹资水平上看,2009年到2013年,全国职工医保基金收入从3300亿元增长到6873亿元,年均增长20.1%;城镇居民医保和新农合基金收入从1174亿元增长到3927亿元,年均增长35.2%,

各级财政共拨付补助资金约 1 万亿元、占总筹资额的 80%，参保补助标准由 2009 年的每人每年 80 元提高到 2014 年的 320 元，2015 年达到 380 元。从保障水平上看，职工医保和居民医保政策范围内住院医疗费用，2013 年基金支付比例分别达 80% 和 70% 左右，基金最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和当地居民年人均可支配收入的 6 倍；新农合政策范围内的住院费用报销水平达到 75% 左右，最高支付限额不低于 8 万元。全国普遍建立了城乡居民医保门诊统筹，有效减轻了群众的医疗负担。

此外，我国大力推进城乡居民大病保险，解决困难群众的因病致贫、因病返贫问题。2015 年，国务院办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57 号）下发，明确到 2015 年底前，大病保险覆盖所有城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人群，大病患者看病就医负担有效减轻。到 2017 年，建立起比较完善的大病保险制度，与医疗救助等制度紧密衔接，共同发挥托底保障功能，有效防止发生家庭灾难性医疗支出，城乡居民医疗保障的公平性得到显著提升。全国各地对大病医疗保险的可行模式展开了卓有成效的实践探索。2011 年，太仓首创“大病医保再保险”模式^[5]，突破病种和报销封顶线的限制，按个人实际支付的医疗费确定补偿标准，实施差异性缴费并由政府主导委托商业保险公司承保。2012 年，湛江试点“大额补充医保”模式^[6]，以合同形式由商业保险机构承办，分两档缴费。2013 年，襄阳试点“六个统一”模式^[7]，商保公司与医保局合署办公，不以病种来界定“大病”，而以正常合理的医药花费来衡量是否符合报销。

（三）医疗卫生机构投入机制逐步细化，形成分级分类投入机制

医疗卫生机构作为医疗服务供方，其补偿机制和运行机制决定了卫生筹资的有效性和效率。新医改将医疗卫生机构投入机制的调整作为一

项重点工作内容。对于公立医院投入机制，政府投入主要用于基本建设和设备购置、扶持重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和补贴政策性亏损等，对承担的公共卫生服务等任务给予专项补助，形成规范合理的公立医院政府投入机制。新医改以来国家及大部分省市均已加大了对公立医院基本建设的财政投入。2009—2013年，全国财政医疗卫生支出累计 30682 亿元，年均增幅 24.4%，同时，各级财政对公立医院的投入同步增加。对于“政策性亏损”，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为由于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。

然而政府对“政策性”亏损没有明确的界定，导致财政投入对公立医院的保障水平和范围不明确^[8]，在实际操作中往往采取按编制或床位补偿基本工资的方式。部分地区开展了财政投入机制改革探索，如北京市中医医院建立与绩效考核结果挂钩的财政投入机制；上海市闵行区实行基于标化工作量的财政投入模式^[9]，郊区 4 家三级医院实行综合预算管理，统筹所有收入和支出，按照零基预算、事权与财权相匹配的原则，核定公立医院开展正常工作和保证事业发展的支出需求，再将各项收入来源统筹安排用于核定的各项支出。

对于社区卫生服务机构投入机制，2005 年下半年以来，上海、杭州、成都和北京等一些城市相继开始探索社区卫生服务机构收支两条线管理，即对政府举办的社区卫生服务机构所有收入和支出实施全面预算管理，收入全部上缴政府，支出全部由政府财政预算支出，由政府确保社区卫生服务机构合理支出。在此内涵框架下，多地在收支两条线的实践过程中进行了形式多样的探索。上海地区 2014 年率先探索基于标化工作量的财政投入模式^[10]，建立基于医务人员绩效考核的收入分配办法，将“标化工作量”引入社区卫生服务中心家庭医生的薪酬制度中，综合考虑门诊、

住院、公共卫生等各种类型的服务其服务过程中所需要的人力、技术、时间、风险等因素，将不同服务项目折算成同一个服务量指标，实现不同服务量之间的关联。

此外，新医改积极鼓励发展社会办医，拓宽融资渠道。通过特许经营、公建民营、民办公助等模式，支持社会力量举办非营利性医疗机构，并在公共服务领域推广政府和社会资本合作模式。在政府近年来的大力鼓励和支持下，社会办医取得了快速发展，在提供多层次医疗服务上发挥着越来越重要的作用。2015年5月，国务院办公厅转发财政部、发展改革委、人民银行《关于在公共服务领域推广政府和社会资本合作模式的指导意见》（国办发〔2015〕42号），对充分激发社会资本活力、在公共服务领域推广公私合作（public-private partnership, 简称“PPP”）模式、构建相应制度体系和政策保障，做出了重要部署。

（四）筹资机构职能调整，进一步明确各部门承担职责

整个卫生系统的筹资分散在各部门，各部门的沟通和目标一定程度上决定了卫生筹资的效率和可持续性。随着社会经济发展和机构改革进程，卫生领域相关机构职能也有了相应调整。一是公立医院管办分开，合理界定政府作为出资人的举办监督职责和公立医院作为事业单位的自主运营管理权限。上海、北京、深圳、鞍山、重庆等地均通过设立医院管理局等方式，转变政府职能，明确政府及相关部门的管理权力和职责，构建决策、执行、监督相互分工、相互制衡的权力运行机制。二是机构合并。为顺应国家机构改革和职能转变，2014年起国家卫生部和国家人口和计划生育委员会合并组建国家卫生和计划生育委员会，随后各地纷纷成立卫生计生部门，通过统筹规划医疗卫生和计划生育服务资源配置，更利于明确卫生筹资的方案和目标。同时，随着统筹推进城乡社会保障体系建设的步伐，不少地区如浙江、重庆等已打破城乡界限，完成

城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度的整合，建立了统一的城乡居民基本医疗保险制度，开展了城乡一体化医保管理服务。三是医保机构职能调整。随着医疗保障水平的提高和资金筹集能力的提升，基本医疗保险机构的职能逐步由资金筹集向资金运作转变，通过商业医保参与经办等方式提高管理质量和效率。同时随着药品价格改革的推进，医保部门的职责转向制定医保药品支付标准^[1]，在调查药品实际市场交易价格基础上，综合考虑医保基金和患者承受能力等因素，探索建立引导药品价格合理形成的机制。

二、存在的主要问题

（一）卫生筹资缺乏顶层设计，资金使用未形成合力

目前，我国医疗卫生领域政府职能过于分散，部门间协调成本高，缺乏统一的顶层设计，卫生资金的使用未形成合力。一是财政对于卫生投入体制机制不健全。在立法上，没有对健康领域的财政投入予以保障，没有形成稳定的财政投入机制，财政投入的随意性较大，对于投入资金的使用效益评估不足。二是事权财权不匹配。例如卫生计生部门负责医疗卫生工作组织实施，却没有充分的预算支配权；医保部门掌握医保资金，却不完全对资金的使用效率和健康保障结果负责。同样，政府部门和办医主体、办医主体和公立医院院长之间财权和事权也不统一。三是中央和地方职责范围不清晰，投入责任划分不合理。2009—2011年财政新增卫生投入12305.3亿元，其中中央占29.7%，地方占70.3%，地方政府承担主要责任，中央财政转移支付功能未充分体现。

（二）筹资总额与同等收入国家相比还有差异，OOP占比高

与我国所属的世界银行中高收入国家组的平均值相比，2013年我国卫生总费用占GDP的5.6%，低于组平均值（6.2%），并低于日本（10.3%）、韩国（7.2%）；其中，广义政府卫生支出占卫生总费用的

55.8%，略低于组平均值（56.1%）；私人卫生支出占总卫生支出 44.2%，略高于组平均值（43.9%）。欧盟 28 个国家卫生总费用占 GDP 的平均比例为 12.4%，我国占比相当于土耳其（5.6%）^[12]。如果来自政府国民收入和强制医疗保险缴费支出的总和不到国内生产总值（GDP）的 5%~6%，则国家就需努力确保穷人的卫生服务保险。

根据世界卫生组织最新统计资料，按官方汇率计算，2013 年我国人均 THE 为 367 美元，在世界卫生组织成员国中排名第 98 位，低于部分中、低收入国家，如巴西（1085 美元）和古巴（603 美元）；THE 占 GDP 的比重位居第 121 位，也低于部分中、低收入国家，如巴西（9.7%）和越南（6.0%）^[12]。

尽管近年来我国居民个人卫生支出占 THE 比重持续走低，2013 年降至 33.9%，为近 20 多年来最低水平，但与到“十二五”末将个人卫生支出占 THE 比重降到 30% 以下的目标相比，仍有较大差距。不仅如此，与世界相似经济发展水平国家相比，我国居民个人现金卫生支出仍然偏高。以 2013 年为例，我国居民个人现金卫生支出比重（33.9%）高于我国所在的中高收入国家组（31.8%）和全球平均水平（18.6%）^[5]。世界卫生组织在《亚太地区卫生筹资战略（2010—2015）》中指出，若居民的现金支出所占比例高于 30%，或是政府的卫生支出比例低于 5%，那么“全民覆盖”的目标也就很难得以实现。只有当居民个人现金卫生支出占卫生总费用比重降至 15%~20%，经济困难和贫穷发生的机会才能降低到可以忽略的水平^[13]。

（三）筹资公平性有待提高

筹资公平的衡量标准是卫生系统筹资结构是否为家庭提供风险保护；政府财政补助是否更多的流向了公共卫生、基层卫生等有助于公平性改善的机构；以及不同地区、城乡、经济水平人群之间公平性的差异等。

总体来看，我国卫生筹资公平性仍有待提高。

一是城乡间公平性。虽然新医改逐步开展城乡统筹，但城乡医疗卫生资源配置差异仍然较大，城乡医疗服务公平性仍然有待提高。按城乡居民实际使用卫生费用测算，2013 年全国城镇居民人均卫生费用为 2909.3 元，农村居民人均卫生费用为 1717.0 元。其中，农村居民人均卫生费用约为全国平均水平的 73.8%，相当于城镇人均水平的 59.0%^[3]。

二是地区间公平性。2009 年医药卫生体制改革以来，政府卫生投入总体水平增长迅速，但不同地区增长速度有较大差别。2013 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。2013 年西藏、甘肃、新疆、青海及云南等地区 THE 占 GDP 比重已超过 7.0%，其中西藏自治区该比重达到 9.1%；而经济发达地区，如天津、浙江、江苏、广东和福建等地区 THE 占 GDP 比重仍低于 5.0%，其中江苏仅为 3.7%^[3]。人均 THE 水平与地区经济发展密切相关，不同地区间差距较大，费用最高的地区是最低地区的 4 倍多。北京、上海人均 THE 已超过 5000 元，大部分地区在 2000~3000 元之间，湖南、广西、云南、河南、江西及贵州低于 2000 元，最低为贵州（1577.7 元）。此外，北京和天津的人均政府卫生投入水平明显高于其他地区。中西部地区对中央财政专项投入依赖较大。

三是医疗卫生机构间分配公平性。2013 年我国医院费用中，城市医院、县医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院费用分别占 63.0%、22.9%、4.3% 和 9.6%；与 2009 年相比，城市医院和县医院费用占比上升，社区卫生服务中心和乡镇卫生院费用占比有所下降^[3]。这反映出，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 2008 年的 8.6% 下降至 2013 年的 7.4%，提示对公共卫生的投入亟待加强。

四是参保类型间公平性。2013 年，城镇职工、城镇居民和新农合的人均筹资分别是 2573.2 元、400.5 元和 370.6 元。在“老人老办法和新人新办法”的政策下，城镇职工基本医疗保险制度中退休职工不缴纳个人保险费用，殊不知 25% 老年退休职工消费了 60% 以上的医疗费用。随着人口的老龄化，老年人既有享受医保基金的权利，也要有缴纳医保费用的义务。另外，城镇职工基本医疗保险实行等比例筹资（flat rate），个人缴费标准为去年的工资水平个人缴费 2%，单位缴费标准各地为 6%~11%；城镇居民基本医疗保险和新农合对不同收入水平家庭居民实行相同的筹资标准（除低保户、五保户等特殊家庭参保费用由政府承担外）。虽然表面看起来公平，但实际上目前医保费用的筹集对高收入家庭是有利的，未体现累进制。

（四）最低保障和高层次需求保险发展程度不高

一方面，医疗救助发展水平不高。在 2009 年开始的新医改实施过程中，政府加大了对医疗救助的投入，医疗救助的人群范围不断扩大，救助项目、涉及部门不断增多，待遇标准也随着筹资能力的提高而不断提高。然而，目前的医疗救助还存在许多问题。**一是**财政投入不足，筹资水平和支付能力仍然有限，难以满足全面化解困难人群个人医疗费用风险的实际需求。**二是**偏重于对困难人群（低保人群）的救助，而对接近困难人群（收入水平略高于低保线的人群）和发生重大疾病、费用特别高昂的一般患者人群的医疗救助则严重不足。**三是**医疗救助与基本医疗保险边界不清。救助重复、遗漏现象时有发生，社会救助“碎片化”问题突出。随着一系列相关政策出台实施，统筹城乡社会救助发展已经被确定为改革思路。2015 年 4 月，民政部、财政部、人力资源和社会保障

保障部、国家卫生计生委、保监会等部门出台《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》(国办发〔2015〕30号),对整合城市医疗救助制度和农村医疗救助制度、扩大对象范围、加大救助力度、确定救助标准、完善相关平台建设和政策保障等做出了规定和建议。

另一方面,商业健康保险未能得到良好发展。商业保险在我国长期以来得不到很好发展的原因,一是缺少政策支持,二是基本医疗保险的经营和信息垄断所致。基本医疗保险报销封顶线设计和补偿上过高,如按6倍年社平工资标准计算的话,基本上一年最高可以补偿20~30万元的医疗费用,致使商业大病保险缺少空间去发展。按OECD国家标准,卫生账户中的私人卫生支出,80%为购买商业保险。根据我国2012年卫生总费用核算结果,按国际分类计算,我国的私人卫生支出共计12384.7亿元,其中购买商业健康保险862.8亿元,仅占7%,绝大部分为个人现金卫生支出。虽有一些商业健康保险产品问世,但只有定额补偿床日费用的保险才能勉强保本,投保者的逆向选择,加上商业保险公司无法收集到病种费用的信息,也是不能设计出商业保险产品的另外一个重要原因。2014年10月,国务院办公厅正式印发《关于加快发展商业健康保险的若干意见》(国办发〔2014〕50号),揭示了国家保监会正在争取的三项优惠政策,一是实行个人账户购买商业健康保险的税收优惠,二是研究减免基本医保经办机构的营业税,三是研究完善城乡居民大病保险业务保险保障基金政策。这些政策均有望帮助商业保险公司更多地参与经办基本医疗保险。

三、讨论与建议

2009年新医改提出深化医药卫生体制改革的总体目标是建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价

廉的医疗卫生服务，到 2020 年基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。“健康中国 2020”中提出到 2015 年，使全体国民人人拥有基本医疗保障、人人享有基本公共卫生服务，地区间人群健康状况和资源配置差异明显缩小；到 2020 年，完善覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，实现人人享有基本医疗卫生服务，医疗保障水平不断提高，地区间人群健康差异进一步缩小。卫生筹资是“人人享有基本医疗服务”的资金保障，基本医疗卫生服务筹资体系的建立健全是建立成熟定型的基本医疗卫生制度的重要基础。

针对目前中国筹资制度建设的进展以及存在的主要问题，建议首先从顶层设计入手，提倡大卫生概念，针对分散在财政、医保和各相关公共部门的卫生资金，制定统一的绩效考核标准，确保政府卫生资金的使用效率；同时进一步提高卫生总费用中政府卫生支出和社会卫生支出比例，降低个人就医负担，确保医疗卫生筹资总体水平与经济社会发展水平相适应；而针对我国筹资不公平及部分需求层次得不到满足的现象，可通过进一步提高基本医保统筹层次，完善医疗保险制度与医疗救助制度的衔接，同时注重激发市场活力，推动商业保险在卫生筹资中的作用。

参考文献

- [1] 许可, 刘培龙. 从国际经验看卫生筹资和社会健康保障[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 03(12):3-7.
- [2] WHO. World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage.[J]. World Health Organization, 2010.
- [3] 万泉, 张毓辉, 王秀峰, 等. 2013年中国卫生总费用核算结果与分析[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(3):5-8.
- [4] 2014年度人力资源和社会保障事业发展统计公报. http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneyaowen/201505/t20150528_162040.htm
- [5] 王宝敏, 沈健蓉, 毕胜, 等. 大病医保太仓模式的制度设计[J]. 中国保险, 2014(10):51-55.
- [6] 刘德浩. 大病医保经办服务外包的湛江做法及思考[J]. 中国机构改革与管理, 2014(7):31-32

- [7] 田伯韬. 湖北襄阳出台贫困群众大病医疗救助新规[J]. 中国人力资源社会保障, 2013:56-56.
- [8] 李芬, 彭颖, 金春林, 等. 实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的探索及启示[J]. 中华医院管理杂志, 2015(3):164-166
- [9] 许速, 涂诗意, 贾媛, 等. 基于绩效的公立医疗机构政府补偿机制的探索[J]. 中国医院管理, 2014, 34(1):19-21.
- [10] 孔令敏, 王彤, 宋国梵. 上海医改:试点“标化工作量”改革提高医务人员合理收入[J]. 医院领导决策参考, 2014(11):40-42.
- [11] 董朝晖. 对于医保支付标准形成机制的展望[J]. 中国医疗保险, 2015(7):21-23.
- [12] World Health Organization (WHO).(2015). Global Health Expenditure Database. [Data set]. Retrieved from <http://apps.who.int/nha/database>
- [13] World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Health financing strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015)[M]. World Health Organization, South-East Asia Region and Western Pacific Region, 2009.

(责任编辑: 陈多)

中国卫生财政研究 60 年文献述评

徐明明 刘继同

【摘要】 医疗卫生筹资问题是医药卫生体制改革与卫生政策总体框架设计中的基本问题，而钱的“性质”则是当前医药卫生体制改革的核心问题。卫生事业的福利性质决定政府应该为医疗卫生服务承担应有的责任与义务。中国卫生财政研究历史可划分为 1949—1978 年、1979—2008 年和 2008 年至今 3 个阶段，研究内容主要包括卫生财政预算、卫生财政支出规模、公共卫生财政、医疗财政、城乡初级卫生保健财政、卫生财政支出方式和卫生财政支出绩效 7 大部分。虽然目前针对卫生财政议题的研究较多，但研究内容比较零散、未形成研究体系。未来应该着重对国际医疗卫生财政，临床医疗、公共卫生、卫生保健服务与公共财政体制、公共财政支出结构的基础性理论政策议题，以及卫生财政与各级政府间财政关系 3 大类议题展开研究。

【关键词】 财政学；卫生筹资；福利；文献述评

一、关注中国卫生财政的原因

近年来，医疗机构暴力伤医事件层出不穷，造成患者人心惶惶、医务人员担惊受怕，医患关系进入白热化阶段。追其根源，当前医疗卫生服务不合理的筹资渠道是重要诱因之一。医疗卫生筹资问题是医药卫生体制改革与卫生政策总体框架设计中的基本问题，而钱的“性质”则是当前医药卫生体制改革的核心问题。政府应该为医疗卫生服务承担应有的责任与义务，但以往的研究多从卫生经济学的视角出发，重视医疗卫生服务的经济效益，却偏离了卫生事业的福利性质^[1]。因此，笔者认为

作者简介：徐明明，女，硕士在读

作者单位：北京大学公共卫生学院，北京 100191

本文已发表于《中国卫生经济》第 34 卷第 4 期第 5-9 页。

关注卫生财政至关重要、迫在眉睫，并将对改革开放以来中国卫生财政的相关研究进行述评。

二、研究方法

以“卫生、财政”为篇名在 CNKI 中进行检索，得出相关文章共为 170 篇，再经过逐一筛选，符合“中国卫生财政”主题的文章共有 122 篇。该类研究最早出现于 1985 年；2003 年非典爆发后，研究量开始迅速增加，且大量出现财政背景的学者对该议题进行研究；2008 年至今，新一轮医改实施前后，卫生领域内的矛盾日益尖锐，关注卫生财政的学者也日益增多，每年的研究数量均在 10 篇左右。

三、中国卫生财政研究的历史阶段

新中国成立之初，政府及社会各界对卫生事业性质的定位为福利性；改革开放时期对其福利性、公益性、商品性进行艰难抉择；1990 年以后开始以公益性为主、福利性为辅；而 2000 年以后的主要趋势是以公益性为主、商品性为辅。2008 年以后学者开始呼吁在现代化社会和“福利国家”时代，医疗卫生事业的性质应为福利性。据此，可将中国卫生财政的研究历史分为以下 3 个阶段：

（一）1949 年新中国成立至 1978 年改革开放

该阶段尚无卫生财政学理论，但拥有卫生财政制度。1949 年新中国成立以来，医疗卫生事业的性质明确，政府和社会各界一致认为，医疗卫生事业的性质是社会福利，政府应该在医疗卫生领域承担福利责任。

（二）1979 年至 2007 年

该阶段引入卫生经济学理论和市场化筹资制度。改革开放以后，经济体制改革对卫生事业的性质定位产生影响，争论主要围绕卫生事业的福利性、公益性和商品性展开。1997 年《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》（中发〔1997〕3 号）中明确指出“我国卫生事业是

政府实行一定福利政策的社会公益事业”^[2]。此时卫生服务出现双重属性，模糊了医疗卫生事业的福利性质、淡化了政府的社会责任^[1]。而学术界对卫生事业的定性也随之模糊化，有的定性为社会公益事业^[3]，有的定性为社会福利事业^[4]，有的定性为社会公益性福利事业^[5]。

1995年，党的十四届五中全会提出医疗卫生机构应该遵循市场经济的一般规律。该理念的提出引发了卫生领域的诸多问题：股份制医院得到推广、医疗服务价格开始上涨^[6]、卫生筹资来源形成以个人筹资为主的多渠道、个人医疗费加重并成为社会热点问题等^[4]。致使2000年以后，学者们少有提及医疗卫生事业的公益性或福利性，纷纷利用经济学中的外部性和市场失灵理论将卫生服务产品分为公共卫生产品、准公共卫生产品和私人医疗产品3类，分别分析政府对各类卫生产品应该承担的支出责任。学界对卫生事业性质的定位已出现“商品性”的苗头，卫生经济学研究视角开始占有主导地位^[7-8]。

（三）2008年至今

该阶段卫生经济学理论和卫生财政学理论双重理论并存，政府卫生财政与市场化筹资制度并存。2008年，刘继同教授提出建立卫生财政学科体系的构想，作者明确指出医疗卫生事业的性质为福利性，而卫生财政是现代化社会和“福利国家”时代的历史产物，这意味着疾病负担将由个人承担模式转变为政府公共财政承担。

卫生财政涉及的范围可以划分为3大部分：医疗财政、公共卫生财政和卫生保健财政。医疗财政是指包括精神心理卫生服务在内的临床医疗服务应由政府公共财政负担的状况。公共卫生财政泛指健康服务应由政府公共财政负担的状况，包括公共服务、公共卫生、康复医学和社区卫生服务。卫生保健财政泛指间接、直接和核心的卫生保健服务均应由政府公共财政负担的状况，这是医疗财政与公共卫生财政发展的最高阶

段。欧美发达国家已经普遍建立健全的卫生保健财政制度。卫生财政的研究范围可以划分为 7 大板块：宏观经济与国际卫生、政府职能与公共财政、医疗卫生与公共财政的基础理论研究、医疗卫生与公共财政关系、卫生财政学科建设、卫生财政筹资模式以及卫生财政过程和后果^[9-10]。

四、中国卫生财政研究现况

改革开放至今，关于中国卫生财政的研究主要包括卫生财政预算、卫生财政支出规模、公共卫生财政、医疗财政、城乡初级卫生保健财政、卫生财政支出方式和卫生财政支出绩效 7 大部分。

（一）卫生财政预算

目前几乎未发现专门针对卫生财政预算的系统性研究，大多数研究都是零散出现于卫生财政相关研究之中。2009 年北京大学缪建春硕士进行“中央政府本级卫生预算体制现状与对策研究”，作者根据国家财政预算的改革，对我国卫生预算的研究分为以下 3 个阶段：分级包干背景下的卫生预算研究、财政分税制改革以来的卫生预算研究以及部门预算改革以来卫生预算的研究^[11]。

20 世纪 80 年代以来，在“分级包干”财政预算模式下，我国卫生预算实行“全额管理，定向补助，按实浮动，包干使用”。研究主要集中于对医疗卫生服务财务核算的研究、对卫生预算经费管理模式的研究以及对卫生预算结构调整的研究。

20 世纪 90 年代财政分税制改革以来，卫生财政预算延续分级包干时期的做法，但经费收支的缺口加大，往往需要预算外创收弥补。该时期卫生财政预算的指导思想是重视医疗卫生服务的经济性。

1999 年 9 月，国家财政部《关于改进 2000 年中央部门预算编制的意见》指出，将部分中央部门作为部门预算改革的试点。此后，我国卫生财政预算研究主要是针对全额预算编制的研究、政府预算收支分类改

革的研究、卫生预算经费充裕度的研究以及卫生预算管理与支出效率的研究^[12]。

（二）卫生财政支出规模

目前相关研究多集中于“医疗卫生市场化”所导致的卫生财政支出总量低下等问题。游茂等^[4]指出，一直以来我国卫生财政的投入水平均较低，应该保证卫生事业的财政投入增长率不低于财政总收入的增长率^[3]；周寿祺将卫生事业费用的增长幅度与财政支出的增长幅度进行比较^[13]，指出除了2003年、2005年和2006年高于同期财政总支出以外，其他年份均低于财政总支出的增长^[12]。贺志忠等认为^[14]，随着中国财政体制向以市场经济为基础的“公共财政”的转变，中国卫生财政支出占卫生总费用的比例逐年下降；田文华也指出自从市场经济体制建立以来，医疗机构开始转变为以市场补偿为主，导致政府的卫生投资比例逐年减少、对医疗卫生机构的监督和控制弱化^[15]；骆笑红提出20世纪80年代放权让利的财政包干制度的实施导致地方政府对卫生的投入力度下降，20世纪90年代以来医疗卫生市场被简单地推向市场，又导致卫生财政支出比逐年下降^[8]；代英姿也坦言我国卫生财政支出增长缓慢的原因之一便是医疗机构被推向市场^[16]。

2006年，周海沙开始挖掘卫生财政支出数量不足的内在原因，并指出其中重要的原因是财政部门与卫生部门对卫生事业的理解不一，即两大部委对卫生事业性质的定位不同^[17]：财政部门认为应该支持公共品和准公共品、不应支持医疗服务，卫生部门认为卫生服务是综合服务，公共品和私人品之间没有明显的界限；财政部门强调资金的利用效率，卫生部门认为健康是长期指标很难短期量化；卫生背景的作者将政府投入不足作为产生公共卫生问题的原因，而财政背景的作者虽然能够看到财政体制和财政政策方面的原因，却对公共卫生的范围把握不准^[18]。经

过进一步对卫生财政投入不足的原因进行分析,周海沙指出其原因是公共卫生机构收费政策和预算管理制度的转变、财政分权改革导致地区间投入的差异、公共卫生财政预算体制不完善导致政府投入效率低下、制度背景导致公共卫生投入的激励不足^[18];王箐通过对2003—2009年的升级面板数据研究表明^[19],财政分权降低了我国人均卫生财政支出的增长速度。但两者却均未分析这些原因背后的根本原因。毛建勇更是指出目前中国卫生财政支出运行机制的各个环节均存在一定问题,如是否投入不明确、由哪级政府投入不明确、投入多少不明确、投向哪里不明确、怎么投入不明确^[20]。基于此,刘继同指出解决当前卫生财政领域诸多问题的根本便是首先明确医疗卫生的福利性质,同时提出建立卫生财政学学科体系的构想^[1]。

(三) 公共卫生财政

目前,公共卫生财政的理念和公共卫生的筹资渠道主要是政府财政的观念已经得到社会共识^[11]。

非典爆发以前,孟建国^[21]、陈斌^[22]和田文华^[15]均指出政府的公共卫生财政支出严重不足,其中田文华^[15]等认为政府对医疗卫生和公共卫生应该承担的经济责任尚不明晰,刘明慧^[9]认为应该加大财政对公共卫生的投入,并在公共卫生领域承担主要责任。2003年非典的爆发使学者们开始关注公共卫生,认为政府财政对公共卫生支出担负责任。宋立根等^[23]认为县级及以上政府应对本级的突发公共卫生事件负责,同时省级政府应该以转移支付的方式对下级政府进行补助。骆笑红^[8]提出SARS给我们的启示是我国公共卫生体系存在严重的缺陷,其中最主要的原因是国家财政投入不足;同时指出越是基本的公共卫生项目,管理级次应该越高,特需项目的管理层级应该更低。徐印州^[24]认为我国公共卫生支出只注重常见疾病的控制,缺乏完善的疾病预防体系和应对流

行病突发的能力。刘明慧^[9]提议应该加大财政对突发公共卫生事件的事前防范支出。

（四）医疗财政

相比公共卫生财政，社会最难以接受医疗财政的理念，即临床医疗、临床精神心理健康服务和医院运行管理等服务的筹资来源应该是政府财政。中国社会普遍认为疾病是个人倒霉，应该由个人承担，政府不必要介入。但实际上“无论是从健康是公民的基本权利，健康是政府的基本责任，还是从健康是人类普适性与客观性基本需要，健康照顾是社会照顾、社会服务、社会福利与医疗保障核心等角度看，医疗财政都是卫生财政体制的基础与核心组成部分”，医疗服务均应该由政府财政负担^[11]。

针对政府对医疗服务的财政责任，学界尚未形成共识。申相臣^[3]认为对医疗卫生机构的补偿水平应视其公益性程度进行区分，游茂等^[4]则认为由于大多医疗卫生服务为私人消费性质，因此个人筹资比例应继续提高，但是并未详细阐述各类医疗机构的公益性如何、何种程度的公益性应该给予何种水平的补偿，也未指出哪些医疗服务为私人性质、哪些服务应该提高个人筹资比例。代英姿^[16]指出对于医疗卫生支出，应借鉴成熟市场经济国家的经验，界定具体介入项目。

（五）城乡初级卫生保健财政

城乡初级卫生保健财政是中国卫生财政体制中新出现的部分，属于典型的公共服务与社会服务，政府应承担相应责任并提供财政支持。2006年《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》（国发〔2006〕10号）明确指出，城市社区卫生服务是政府的基本责任^[11]。

目前学界对社区公共卫生财政的认可度较高，但对农村初级卫生保健却未达成共识。有的学者认为农村初级卫生保健应该多方筹资，不能仅仅依赖财政投资^[6]；有的认为政府有责任对农村基层卫生机构进行经

济补偿^[25]。

目前对城乡初级卫生保健财政的研究主要是与政府对城市医疗机构投入的对比。游茂等^[4]指出城市医院的筹资能力明显高于县级、乡镇卫生院，政府对城市医院的投入却更高。刘明慧^[9]也指出医疗卫生财政对城乡的分配极不均匀：国家对医疗卫生服务财政拨款的80%用于城市，其中80%又用于城市大医院，而城市大医院又是弱势群体所不可及，所以导致医疗卫生服务中的不公平。近年来，政府虽然对农村卫生服务日益重视，对基层卫生机构投入了大量的人力、物力和财力，但目前的财政投入却存在一定问题，如投入机制不科学、投入管理不完善，导致相应的政策没有很好地落实，出现挤占卫生事业费和专项资金的现象^[25]。

此外，也有学者关注公共财政体制变革对城乡初级卫生保健的影响。2006年周海沙等^[17]对农村初级卫生保健财政支出不足的内在原因进行剖析，提出预算体制改革使得县乡财政对社会事业支出的比重下降，因为分税制改革以后，最基层的财政成为最弱势的一级，而卫生事业的特性又使得卫生支出成为社会事业中最落后的领域，其原因是卫生事业无法在短期内进行准确的绩效评估，因此在财力总量不足时，财政只会将重点放在资金需求刚性更强的部门，而不会增加卫生财政支出。

（六）卫生财政支出方式

在国家层面，学者们认为卫生财政应通过转移支付的方式调节资源在不同地区、不同机构和不同人群之间的分配^[7,26]。2005年，贾莉英^[7]详细阐述了中国卫生财政的转移支付方式，认为中国卫生财政纵向转移支付的单一方式无法更好地实现均等化与健康公平，我国还需要地方政府间的横向转移支付。2011年张敏^[27]对我国公共卫生财政转移支付的配置进行研究，认为应该引入因素法以设计转移支付的配置工具，应优先考虑公平性、社会经济、公共卫生资源空间可及性、人口学和绩效因素。

在地区层面，各级政府对卫生机构可以选择直接投入方式和政府购买方式。

政府直接投入方式包括按机构人员编制拨款、差额拨款、全额拨款、专项补贴、按服务人头、按服务量和质量等。2007年石光等人^[28]认为卫生财政支出方式的选择至关重要，常见的支出方式是由上级按照某种参数（编制人员和床位数）向医疗机构拨付。2001年杜乐勋^[14]指出为了适应政府职能向增加公共卫生投入的转变，政府财政必须改变现有的按照机构人员编制拨款的方式；2004年代英姿^[16]指出对于纯公共卫生产品应该由差额预算拨款逐渐转为全额预算拨款方式，对于准公共卫生产品政府可以提供补贴以控制价格；2007年尹爱田^[25]则建议在以人员编制为基础进行差额补助。2009年乔楠等^[29]指出社区公共卫生的投入方式有按服务人口为基数、按服务数量和质量为标准。按服务人口为基数的投入方式简便易行，若能够配合有效的绩效考核机制也能达到较好的效果；但由于公共卫生服务产出与结果的多样性导致难以进行绩效考核，导致对社区卫生机构的激励不足，进而导致效果不佳。以工作量为基础的支付方式能够给予社区卫生机构有效的激励，但前提是具有有效的实现形式（如服务券）和准确的工作量测定工具（建立信息网络是其基础）。

有的学者认为通过政府购买方式可以提高财政资金的利用效率。2002年王俊华^[30]指出以往的研究更多地强调增加政府卫生财政支出的重要性，而他则认为改善卫生财政支出方式以提高资金的利用效率更为必要，即变政府直接投入为政府购买，以期充分发挥市场机制的作用；作者认为对公共卫生服务由目前的支出方式改变为政府购买的形式，可以有效地缓解目前公共卫生资源短缺的问题；相比政府直接投入，政府购买具有“事后支付”、提高竞争性、提高服务质量的优点。2007年石

光等人^[28]对政府购买进行介绍的同时,也指出政府购买可能会存在的弊端,如政府购买可能成为私人谋取私利的手段、当前评估政府购买效果的文献依然有限。

(七) 卫生财政支出绩效的研究

2000年世界卫生报告发布中国卫生系统的卫生绩效在191个成员国中排名144位,此后学者开始纷纷关注卫生绩效问题,而针对卫生财政支出绩效的研究也就此展开。2000年世界卫生组织明确提出健康绩效的衡量指标中包含“卫生筹资公平性”指标^[26],因而卫生财政支出绩效不仅包括效率指标,也应包括公平性指标。

目前,政府公共卫生投入的配置效率和技术效率均较低^[18]。2012年李治^[31]对DEA(数据包络分析方法)效率评估进行综述,指出在卫生领域多数学者运用DEA效率评估方法评价医院的运行效率。但针对卫生财政支出效率的研究文献并不多。

中国公共卫生财政支出不足又导致卫生服务公平性较差^[15]。学者运用理论模型、因素方差分析法、集中曲线法、泰尔指数、计算变异系数和基尼系数等方法对中国卫生财政支出的公平性进行绩效分析。张敏^[27,32]通过探讨健康公平性的社会决定因素影响途径理论模型,指出公共卫生财政转移支付的配置应该考虑健康公平性,配置公式的构建可以引入社会决定因素的测量值。有的研究表明公共卫生财政支出城镇差异不明显、乡村差异明显,有的研究表明部分地方卫生财政支出较为公平,且公平性逐渐提高。刘军^[33]通过单因素方差分析法、集中曲线法、泰尔指数法对城镇、乡村各收入阶层的公共卫生财政支出受益归宿情况进行分析,得出如下结论:城镇公共卫生财政支出差异不明显;乡村公共卫生财政支出差异显著。张仲芳^[34]根据1998—2011年的数据,运用泰尔指数法对我国地方财政卫生支出均等化水平进行分析,研究结果表明地方财政

卫生支出的均等化程度逐渐提高。梁学平^[35]通过计算天津市医疗卫生财政投入规模的变异系数和基尼系数得出结论,虽然天津市医疗卫生财政投入规模偏小,但处于比较公平的区间。

五、结论及未来研究领域展望

目前,针对卫生财政议题的研究较多,但研究内容也比较零散,未形成研究体系。刘继同曾将卫生财政学的研究领域划分为7大板块,又将7大板块划分成7类基础性理论和政策议题,包括:(1)国际医疗卫生财政;(2)国家财政体制、税收制度和卫生保健制度之间关系;(3)临床医疗、公共卫生、卫生保健服务与公共财政体制、公共财政支出结构的基础性理论政策议题;(4)公共卫生财政;(5)医疗财政;(6)康复服务、社区健康服务和家庭医学,社区公共卫生和城乡初级卫生保健财政;(7)卫生财政与各级政府间财政关系^[11]。

现有卫生财政学研究中针对上述议题(2)、(4)、(5)及(6)的研究较多,但研究零散尚未形成规范的研究体系;而针对上述议题(1)、(3)、(7)的研究较少。其中,王俊^[36]曾对议题(3)中公共财政体制与卫生事业的基础理论进行研究。他指出,卫生事业、财政发展和构建和谐社会有着密切的关系;促进医疗卫生事业和谐发展的公共财政机制包括“健康改善机制”、“提高医疗卫生服务的需求机制”、“公共卫生资源有效形成与配置机制”;公共财政对卫生事业的支持需要遵循一定的路径要求、设定相应的和谐发展目标、设计促进卫生事业和谐发展的财政机制。针对上述议题(7)的研究,宋立根^[23]曾在非典期间分析地方政府对突发公共卫生事件的支出责任,但尚无研究详实地分析各级政府应分别在卫生财政中承担何种角色。

综上,未来卫生财政学的研究任重而道远,同时应该着重对国际医疗卫生财政,临床医疗、公共卫生、卫生保健服务与公共财政体制、公

共财政支出结构的基础性理论政策议题,以及卫生财政与各级政府间财政关系3大类议题进行研究。

参考文献

- [1] 刘继同.卫生财政学概念的涵义、范围领域、基本特征与地位作用(下)[J].中国卫生经济,2008,27(3):9-11.
- [2] 刘继同,郭岩.卫生事业公益性与福利性定性的本质区别是什么[J].中国医院管理,2007,27(8):4-8.
- [3] 申相臣,赵玉琴.正确运用财政政策促进卫生事业健康发展[J].中国卫生经济,1998,17(4):10-11.
- [4] 游茂,尹力.我国卫生投入的现状分析和对策建议[J].中国卫生资源,1998,1(1):40-42.
- [5] 沙静和,焦希波,陈研,等.促进农村卫生事业健康发展----发挥财政的职能作用[J].黑龙江财会,1998(4):34-35.
- [6] 甘文芝,卜庭栋.浅谈医疗卫生单位国家财政补偿思路[J].卫生经济研究,1996(12):31-32.
- [7] 贾莉英.我国公共卫生财政的主要职能及其实现手段[J].卫生经济研究,2004(9):12-13.
- [8] 骆笑红.公共卫生财政投入对疾病预防控制的影响及对策[J].广西预防医学,2004,10(4):236,248-249.
- [9] 刘明慧.公共财政医疗卫生投入问题分析[J].大连海事大学学报,2005,4(2):62-66
- [10] 刘继同.卫生财政学概念的含义、范围领域、基本特征与地位作用(上)[J].中国卫生经济,2008,27(1):5-7.
- [11] 刘继同.卫生财政学概念的含义、范围领域、基本特征与地位作用(中)[J].中国卫生经济,2008,27(2):10-13.
- [12] 缪建春.中央政府本级卫生预算体制现状与对策研究[D].北京,北京大学公共卫生学院,2009.
- [13] 周寿祺.《决定》发布10年来政府卫生投入的分析研究[J].中国卫生资源,2008,11(1):3-5
- [14] 贺志忠,赵郁馨,杜乐勋.中美财政卫生经济政策的比较分析[J].中国卫生经济,2001,20(8):29-31.
- [15] 田文华,梁鸿.卫生投入与卫生事业发展:从社会效率与目标考察[J].社会科学,2002(1):50-54.
- [16] 代英姿.公共卫生支出:规模与配置[J].财政研究,2004(6):30-32.
- [17] 周海沙,李卫平.公共财政框架下县乡财政卫生支出优先次序下降的原因分析[J].中国卫生经济,2006,25(9):5-9.
- [18] 周海沙,阮云洲,王俊.财政视角下我国公共卫生政府投入的问题和成因分析[J].卫生经济研究,2009(4):11-13.
- [19] 王箴.财政分权,政府竞争与非经济性公共物品提供:以人均政府卫生支出为例[A].浙江大学经济学院、山东大学经济研究院(中心),《经济研究》编辑部.2012年度(第十届)中国法经济学论坛论文集[C].重庆,2012.
- [20] 毛建勇.政府卫生投入的机制创新[J].卫生经济研究,2007(4):7-8.
- [21] 孟建国.深化改革,增加投入 确保预防保健工作的战略地位[J].中国公共卫生管理,1994(1):6-9.

- [22] 陈斌,蔡哲仁.财政投入对卫生防疫工作的重要性[J].中国公共卫生管理,2000(5):355-356.
- [23] 宋立根,成军.地方政府应对突发公共卫生事件的财政支出责任[J].宏观经济研究,2003(7):29-33.
- [24] 徐印州,于海峰,温海滢.对我国公共卫生事业财政支出问题的思考[J].财政研究,2004(5):16-17.
- [25] 尹爱田,俞水,杨百团,等宋春燕,藤芬.基层卫生机构功能定位和财政投入机制[J].中国卫生经济,2007(12):86-88.
- [26] 杜乐勋.公共财政职能转变对卫生发展的机遇和挑战[J].卫生经济研究,2001(5):6-8.
- [27] 张敏,陈锐,李宁秀.论我国公共卫生财政转移支付配置工具中应优先引入的关键客观因素[J].中国卫生经济,2011(11):36-38.
- [28] 石光,贾廉鹤,白京霞,等,王桂茹,张宗光.卫生财政拨款方式改革的国际经验——合同购买、按绩效拨款和购买服务[J].中国医院,2007(6):75-77.
- [29] 乔楠,陈文,胡敏,等蒋虹丽.社区公共卫生财政补助及其投入方式研究[J].中国卫生经济,2009(2):46-48.
- [30] 王俊华.变财政投入为政府购买——公共卫生服务体制的新改革[J].中国行政管理,2002(12):52-54.
- [31] 李治.财政对医疗卫生事业投入的研究综述[J].财经政法资讯,2012(3):63-68,55.
- [32] 张敏,孙丁,马春燕,等李扬菽.论健康公平性影响途径模型对公共卫生财政转移支付配置的启示[J].中国卫生经济,2013,32(9):19-21.
- [33] 刘军.我国公共卫生财政支出受益归宿问题研究[D].北京:财政部财政科学研究所,2012.
- [34] 张仲芳.中国地方财政卫生支出均等化水平实证考察:1998-2011[J].江西财经大学学报,2013(6):30-35.
- [35] 梁学平.天津市医疗卫生财政投入规模及差异程度的分析[J].中国卫生经济,2014,33(3):55-57.
- [36] 王俊,刘宏.促进医疗卫生事业和谐发展的财政机制[J].中国卫生政策研究,2008(2):30-35.

(责任编辑:曹宜璠)



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