

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

卫生筹资专刊
2017年 第1期
(总第76期)

上海市卫生发展研究中心

2017年3月10日

编者按 卫生筹资涉及卫生资源的筹集、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年开始，上海市卫生发展研究中心持续开展上海市卫生总费用核算研究工作，目前已积累了较为丰富的数据和研究成果，本期收录了2016年的部分研究成果，包括《2015年上海卫生总费用核算研究》《卫生总费用来源法与机构法核算结果差异原因分析》《2015年上海市经常性卫生费用核算研究》《上海市个人现金卫生支出分析对降低医疗费用负担的启示》；同时收录了《公立医院中的政府投入政策：美国经验对中国医改的启示》一文。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10卷第1期(总第76期)
2017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 康 琦
曹宜璠 汤真清
朱碧帆 侯志英
甘银艳

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目 次

专题研究

- 2015年上海卫生总费用核算研究..... 1
- 卫生总费用来源法与机构法核算结果差异原因分析..... 22
- 2015年上海市经常性卫生费用核算研究..... 32
- 上海市个人现金卫生支出分析对降低医疗费用负担的启示..... 41

他山之石

- 公立医院中的政府投入政策: 美国经验对中国医改的启示..... 53

2015年上海卫生总费用核算研究

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

【摘要】 2015年上海卫生总费用为（来源法）1536.6亿元，占GDP的比重为6.1%，人均卫生总费用为6362.0元。卫生筹资保持着以社会卫生支出为主的格局，其中社会卫生支出占卫生总费用比例为57.4%，政府卫生支出占比为20.8%，个人卫生支出占比为21.8%。同期卫生总费用（机构法）为1722.5亿元，其中医疗机构费用占比高达85.2%。总体来说，2015年上海卫生总费用增长较快，个人现金卫生支出占比水平稳定，医院费用仍为卫生总费用的最主要机构流向。卫生总费用占比首次突破6%，在当前经济形势下要一体化推进医药卫生体制改革，通过实施分级诊疗、深化公立医院综合改革等举措将医疗费用上升控制在合理范围内，同时鼓励商业健康保险，多渠道筹资，确保资金可持续发展。

【关键词】 卫生总费用；卫生筹资；医药卫生体制改革

卫生费用核算（National Health Accounts, NHA）是对卫生系统资金流动进行系统、全面、连续监控的手段，是从各个方面反映卫生费用的一系列核算框架、指标、方法的统称。上海已连续多年开展卫生总费用核算，核算结果为政府政策设计、监测、政策评价等方面提供了重要的参考和依据。近年来，上海在实践中不断完善核算工具和方法，并进行专项研究探索，以期更好地回答卫生事业发展过程中卫生筹资公平、效率和可持续性等重点问题。本研究将主要从资金来源（来源法）和机构

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；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. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

5. 上海财经大学公共经济与管理学院，上海 200433

流向（机构法）2个方面展示2015年上海卫生总费用的核算结果。

一、卫生筹资来源

基于对我国卫生系统特点的考虑，在来源法卫生费用核算中，我国仍然沿用三分法，即，按“政府卫生支出”、“社会卫生支出”和“个人现金卫生支出”3大类划归卫生筹资来源。而在国际上，较为惯常的分类方法为二分法，即，将卫生筹资来源分为“广义政府卫生支出”和“私人卫生支出”2大类。本报告在采用三分法展示2015年上海卫生总费用来源法核算结果的同时，也将展示基于二分法的上海与其他国家及地区的比较结果。

（一）筹资总量与构成

1. 筹资总量

2015年基于来源法核算框架的上海卫生总费用（Shanghai Total Expenditure of Health, STEH）为1536.6亿元，人均卫生筹资6362.0元，卫生总费用占GDP的比重为6.1%，占比首次突破6%。在卫生筹资的构成方面，仍以社会卫生支出占比最高，为57.4%；政府卫生支出占20.8%，个人现金卫生支出（Out-of-pocket，以下简称“OOP”）占21.8%。

2001—2015年，上海卫生总费用和人均卫生总费用继续保持增长态势，卫生总费用增速（年均增长率13.8%）较GDP增速（年均增长率10.2%）高3.6个百分点（增长率均以2001年为基准的可比价格计算，下同）（表1，图1）。2015年上海卫生总费用较上年实际增长14.4%，显著高于2015年GDP较上年增长率（6.9%）（图2）。

表 1 2001—2015 年上海卫生总费用（来源法）时间序列表*

年份	上海生产总值（GDP）		上海卫生总费用（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
2014	23576.7	7.0	1347.8	5.8	5.7	5556.4	0.8
2015	25123.5	6.9	1536.6	14.4	6.1	6362.0	2.1

*注：①上海生产总值（GDP）名义值来源于《上海市统计年鉴 2016》；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。

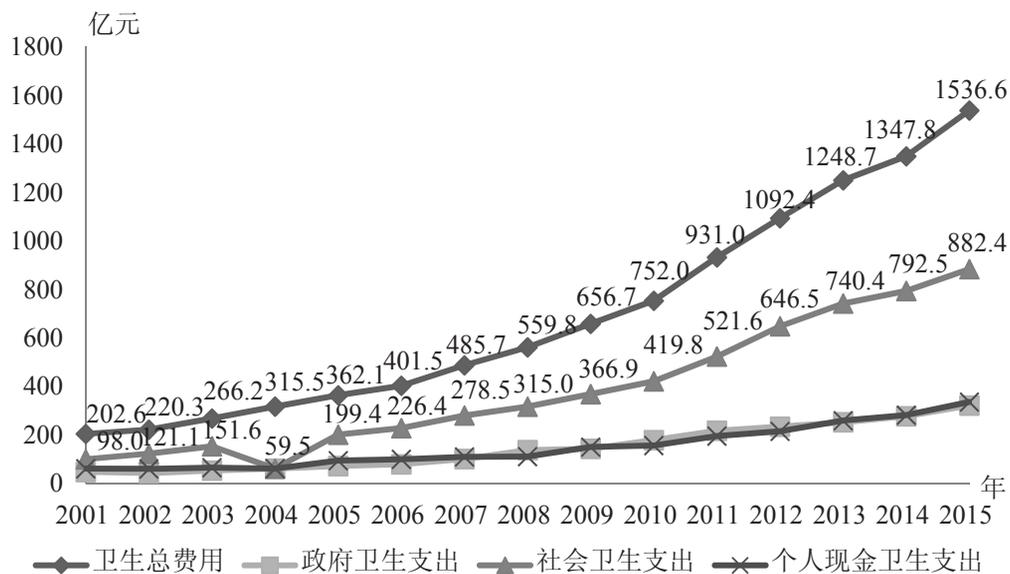


图 1 2001—2015 年上海卫生总费用（来源法）增长趋势

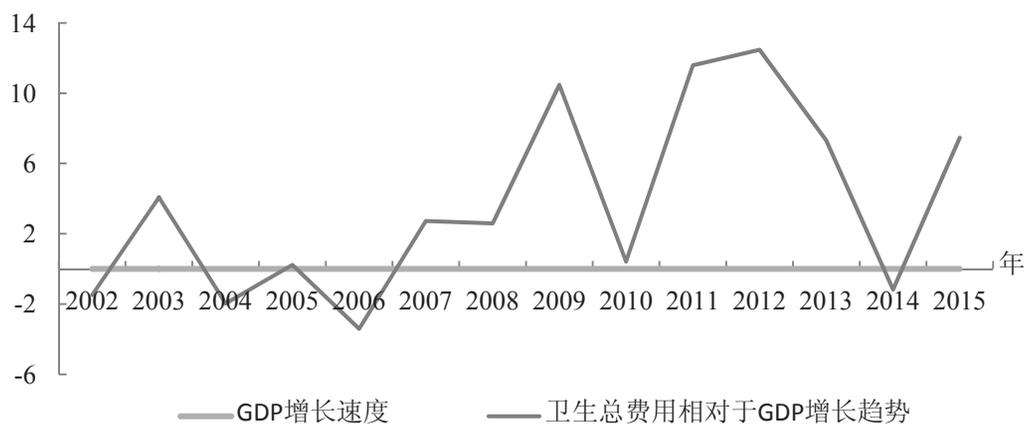


图2 2002—2015年上海卫生总费用相对GDP增速 (单位: %)

2. 筹资构成

在筹资构成方面,采用国内三分法口径,2015年上海社会卫生支出占总费用的57.4%,政府卫生支出占比为20.8%,个人卫生支出占比为21.8%。2001—2015年,上海卫生筹资仍保持以社会卫生支出为主的格局,社会卫生支出占比总体在56%左右,略有波动,表现在2012年、2013年明显上升至59%以上后,近两年逐渐出现回落,2015年占比较2014年下降了1.4个百分点。同一时期,OOP占比在近15年内总体呈减少趋势,从2001年的29.0%下降至2015年的21.8%,下降了7.2个百分点。政府卫生支出占卫生筹资的比重基本保持稳定,2015年较上年提高0.4个百分点(图3)。

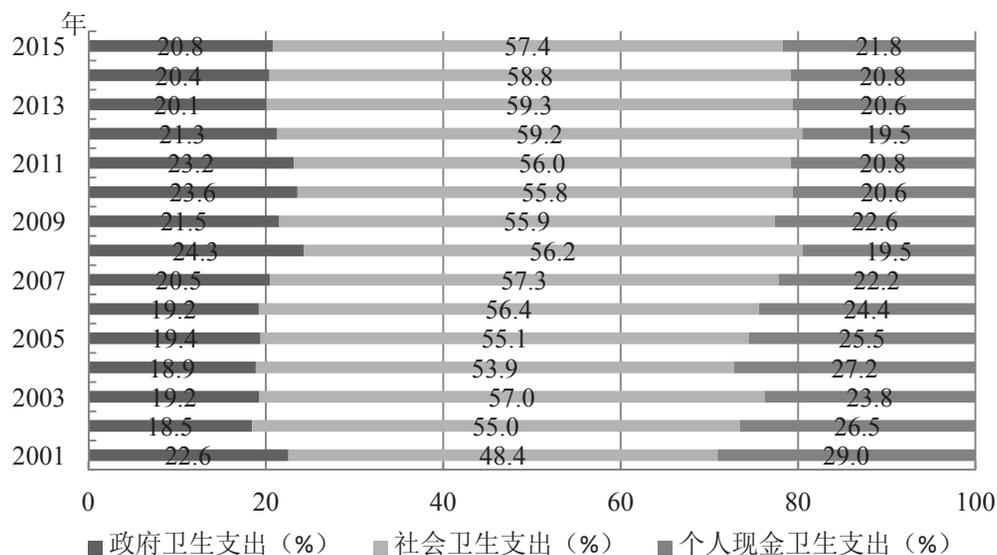


图3 2001—2015年上海卫生总费用筹资构成（国内口径）

采用国际二分法来看，即将社会保障卫生支出和狭义政府卫生支出划归为广义政府卫生支出，将商业健康保险和个人现金卫生支出划归为私人卫生支出。2015年上海广义政府卫生支出占卫生总费用的70.5%，私人卫生支出占29.5%。2001—2015年，广义政府卫生支出在卫生总费用的占比总体稳中有升，在2012年出现峰值75.0%之后，近年来略有回落。与2001年相比，2015年私人卫生支出占比略有减少，下降了4.3个百分点（图4）。

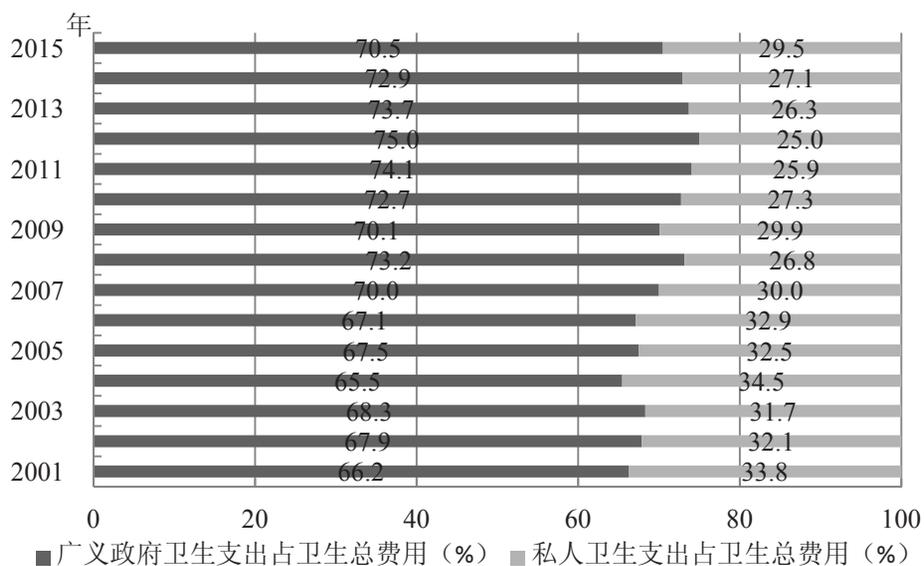


图4 2001—2015年上海卫生总费用筹资构成（国际口径）

（二）主要筹资渠道

1. 政府卫生支出

2015年上海政府卫生支出为319.9亿元，占卫生总费用比例为20.8%，占财政总支出比例为5.2%，占GDP比例为1.3%。2001—2015年，政府卫生支出年均增长率达13.1%。2011—2014年，政府卫生支出在财政支出的占比维持在5.5%以上，2015年略有下降，为5.2%，较2014年低0.4个百分点（图5）。

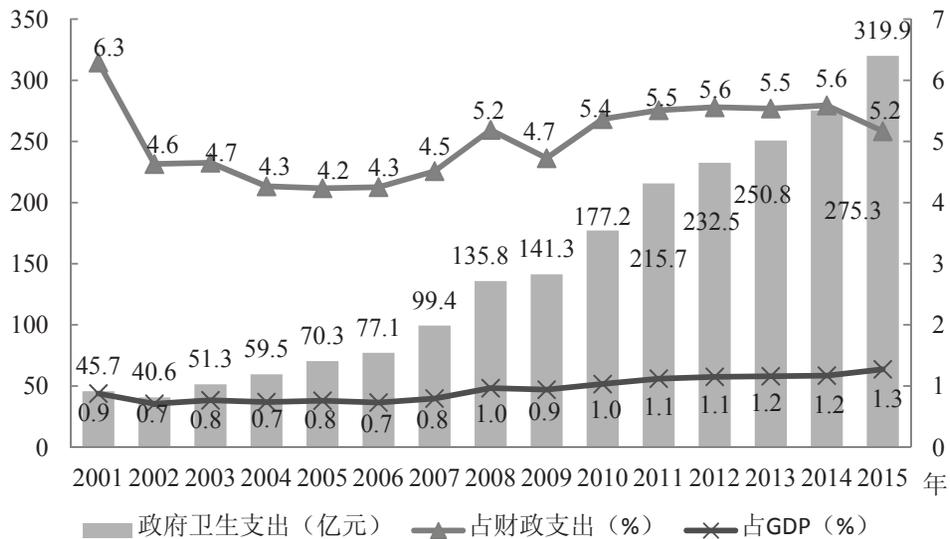


图5 2001—2015年上海政府卫生支出主要评价指标变化情况

2015年政府卫生支出中，医疗卫生服务支出占58.3%，医疗保障支出占30.9%。与2014年相比，医疗卫生服务支出占比下降4.0个百分点，医疗保障支出占比上升4.5个百分点。

在医疗卫生服务支出中，公立医院占比43.0%，基层医疗卫生机构占比25.0%，公共卫生占比18.0%。通过比较发现，近年来公立医院支出占政府医疗卫生服务支出的比例基本稳定；基层医疗机构的占比在2014年大幅增加后，今年维持平稳水平；公共卫生支出占比略有增加，2015年较2014年增加1.7个百分点；其他占比较少，如中医药占比为1.0%。

近年来，政府对于医疗保障事业的投入不断增加，与 2014 年相比，2015 年医疗保障支出在政府卫生支出中的占比上升了 4.5 个百分点，总额增加了 26.3 亿元。其中，在医疗保障支出中，城镇居民基本医疗保险占比为 20.7%，新型农村合作医疗占比为 17.6%。

2. 社会卫生支出

社会筹资是上海卫生费用最主要的筹资渠道。2015 年上海社会卫生支出为 882.4 亿元，占卫生总费用的 57.4%，较 2014 年增加 89.9 亿元。2001—2015 年，社会卫生支出总额一直保持稳健增长，年均增长率达 15.2%。其占卫生总费用的比例在 2012 年、2013 年达到峰值（59.2%、59.3%）后开始平稳回落。

在社会卫生支出中，社会医疗保障支出占绝大部分（84.1%），商业健康保险费其次（13.2%）。可以发现，社会医疗保障支出一直保持总量的平稳增长，2015 年社会医疗保障支出较 2014 年多 52.1 亿元。在相关政策的鼓励引导下，近年来，商业健康保险费无论在总量还是占比上均呈现快速增长态势，2015 年商业健康保险费较 2014 年多 34.0 亿元，较上年增加 41.2%（图 6）。

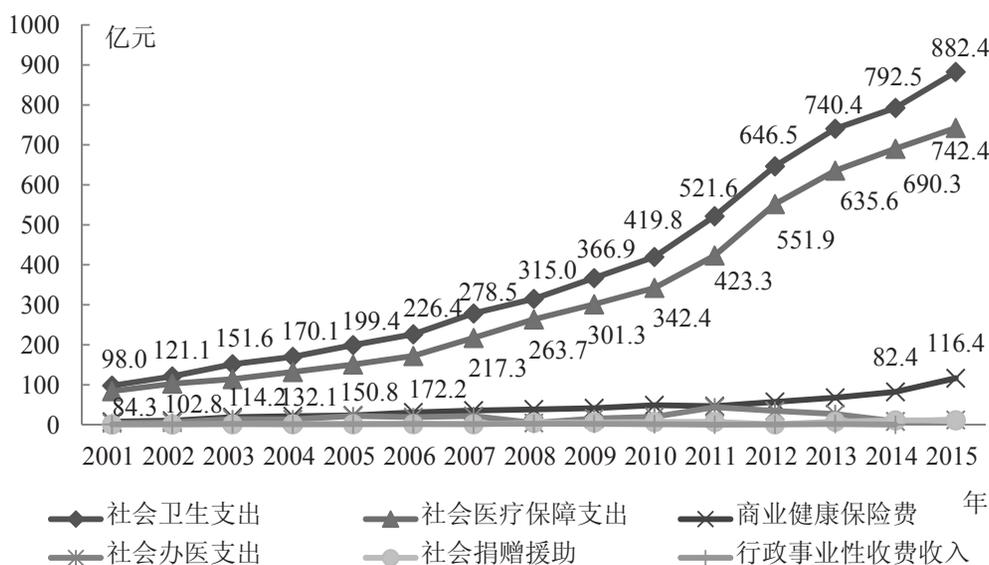


图 6 2001—2015 年上海社会卫生支出变化趋势

2015年上海城镇职工基本医疗保险参保人数达到1380.5万人,比上年末增加26.9万人。城镇职工基本医疗保险基金收入750.2亿元(含财政补贴收入3.6亿元),比上年增加85.4亿元,其中统筹基金收入696.1亿元,个人账户基金收入54.0亿元*。2015年人均筹资水平5434.1元,比上年增长523.1元。到2014年末,基金累计结存876.1亿元,其中个人账户基金累计结存604.9亿元,占总基金累计结存的69.0%^[1,2]。

2015年上海城镇居民基本医疗保险参保人数达到272.9万人,比上年末增加15.2万人(其中大学生参保人数为75.6万人)。城镇居民基本医疗保险基金收入24.0亿元(含财政补贴收入19.9亿元),比上年减少0.7亿元。2015年年末基金累计结存4.1亿元^[1]。

3. 个人现金卫生支出(OOP)

2015年上海OOP总量达到334.3亿元,其占卫生总费用比重为21.8%,较上年升高1.0个百分点。2001—2015年,OOP占比总体呈下降趋势,与2001年相比,2015年OOP占比下降7.3个百分点。从总额来看,2001—2015年OOP年均增长率为11.4%,低于同期卫生总费用年均增长率(13.8%)、政府卫生支出年均增长率(13.1%)和社会卫生支出年均增长率(15.2%),略高于GDP年均增长率(10.2%)。

(三) 比较分析

1. 与部分省市和地区比较

上海长期处于我国经济 and 卫生事业发展的高地。2014年,上海与北京、天津蝉联人均生产总值全国前三。2014年上海卫生总费用占GDP的比重为5.71%,高于世界卫生组织对发展中国家提出的最低标准(5.00%),在全国范围内处于中等位次,高于江苏(4.06%)、天津(4.14%)、浙江(4.92%)等地,低于西部的重庆(5.76%)、广西(5.79%)、陕西

*注:此处数据为根据原数据四舍五入直接得出。

(6.35%)，中部的安徽(6.34%)等，并远低于北京(7.48%)以及一些西部省份，如贵州(6.99%)、宁夏(7.51%)、甘肃(8.34%)。卫生总费用占GDP的比重是评价国家或地区卫生资金的筹集水平的重要指标之一，其绝对值的大小与多种因素有关，包括该地区对卫生事业的投入、该地区卫生筹资机制和方案、该地区生产总值总量水平、中央财政对地方卫生的政策性支付等。西部地区的部分省市，地区生产总值总量水平较低，受到中央财政对当地卫生事业的倾斜支持，卫生总费用占地区生产总值的比重呈现较高水平(图7)。

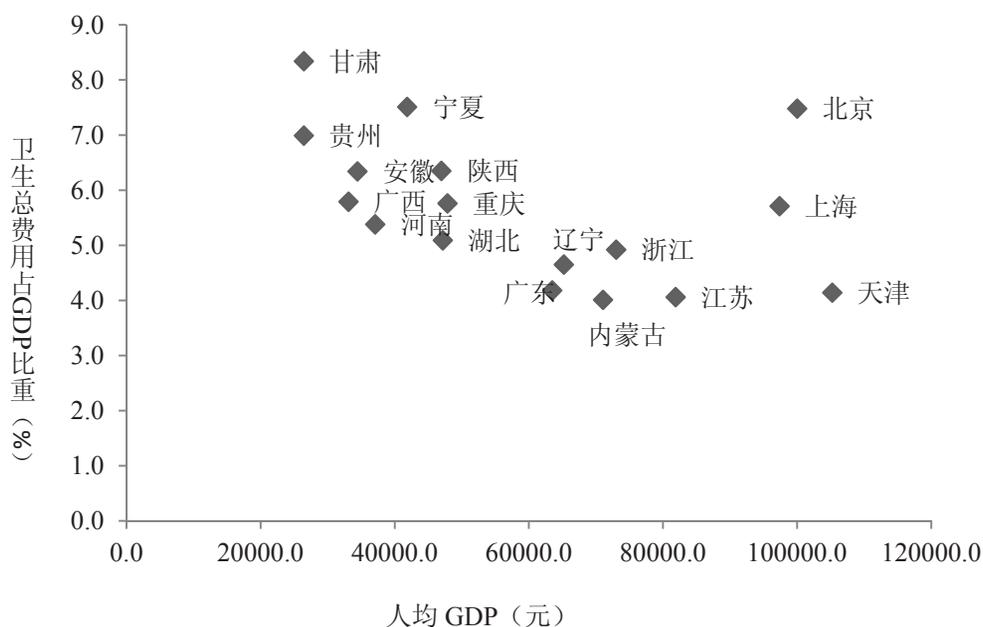


图7 2014年中国部分省市人均生产总值与卫生总费用占地区生产总值比例关系

2014年，上海人均卫生总费用为5546.9元，仅次于北京(7411.4元)，远高于全国平均水平(2581.7元)，并高于天津(4291.3元)，以及东部的江苏(3322.4元)、浙江(3589.3元)，西部的陕西(2977.5元)、青海(3004.9元)、宁夏(3125.4元)，中部的山西(2188.9元)等地。人均卫生总费用受地区生产总值的影响较大，人均生产总值领先全国的地区，如上海、北京、天津，人均卫生总费用也处于全国较高水平。可以

*注：数据来源于中国卫生费用核算研究组^[3]。

看出，卫生总费用水平与地区发展水平密切相关。与北京相比，上海的人均卫生总费用较低，或与两城卫生系统发展策略以及功能定位（如，北京承担较多卫生保障任务）有关（图 8）。

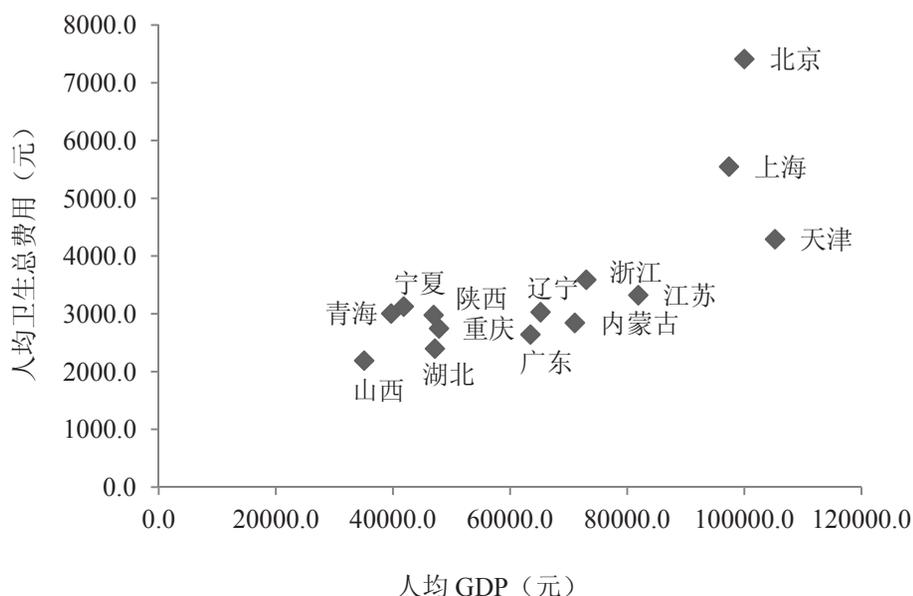


图 8 2014 年中国部分省市人均生产总值与人均卫生总费用关系*

2. 与香港特别行政区、台湾地区比较

香港特别行政区卫生 2013 年财政年度总费用占 GDP 比例为 5.4%，广义政府卫生支出占总费用比例为 47.6%；台湾地区卫生总费用 2013 年占 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—2013 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，上海广义政府卫生支出占卫生总费用比例总体呈增长趋势，在 2009 年出现低值拐点后回弹，2013 年略有回落；香港特别行政区该占比近年来呈下降趋势，从 2002 年的 56.9% 下降至 2013 年的 47.6%；台湾地区该占比水平基本稳定在 55%~60%，2013 年较往年略有抬头（图 9）。

* 注：数据来源于中国卫生费用核算研究组^[1]。

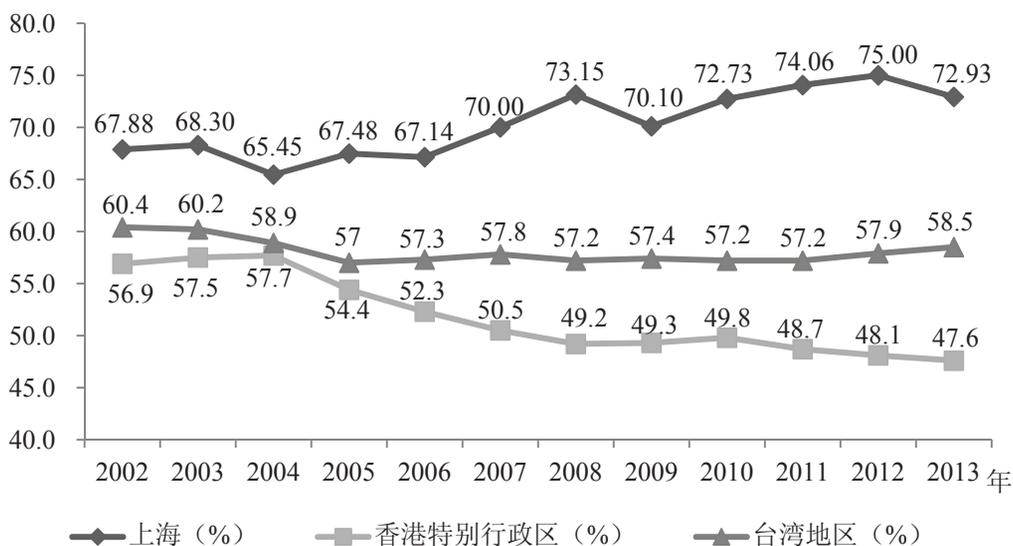


图9 2002—2013年上海、香港特别行政区、台湾地区三地广义政府卫生支出占卫生总费用比例*

3. 与部分国家比较

将2001—2008年（新医改前）、2009—2014年（新医改后）人均卫生总费用年均增长率进行比较发现，本文比较的所有国家和地区2009—2014年人均卫生总费用年均增长速度均较2001—2008年放缓，如加拿大、英国、法国、澳大利亚等国2009—2014年人均卫生总费用年均增长速度不足2001—2008年的1/2，丹麦2009—2014年为零增长，西班牙、意大利、日本甚至出现负增长。相较而言，我国和上海人均卫生费用基本保持高速增长的趋势，新医改以来的2009—2014年人均卫生总费用年增长率略低于2001—2008年（图10）。

*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相关部门官方网站（<http://www.fhb.gov.hk/cn/index.html>），其中香港特别行政区数据为2013财政年度数据。

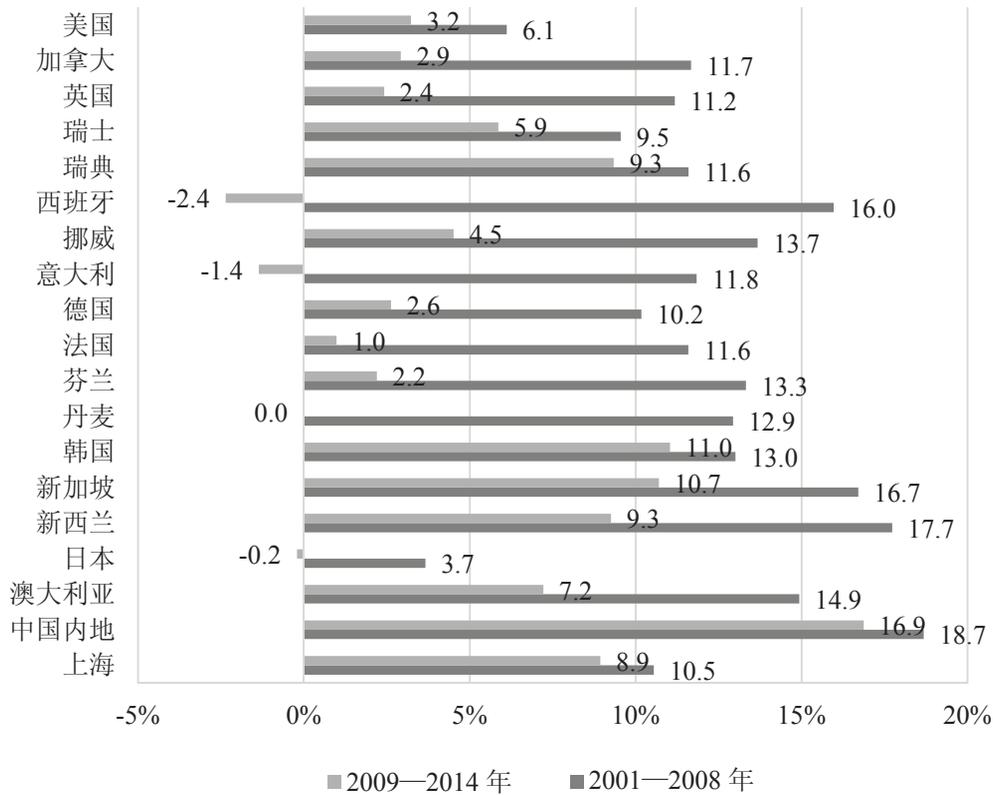


图 10 2001—2008 年、2009—2014 年部分国家和上海人均卫生总费用年均增长率比较*

将 2001 年与 2014 年广义政府卫生支出占总费用比重进行比较发现，部分国家如西班牙 (-0.3)、法国 (-1.2)、韩国 (-1.2)、德国 (-2.1) 广义政府卫生支出占比出现减少，其中以德国减少最多，2014 年占比 77.0%，较 2001 年占比减少了 2.1 个百分点；部分国家如美国 (4.1)、英国 (4.3)、新西兰 (5.9)、瑞士 (9.1) 等广义政府卫生支出占比增加。我国 2001 年广义政府卫生支出占总费用比重为 35.6%，2014 年占比 55.8%，增加了 20.2 个百分点，提示 2001—2014 年政府对卫生的投入增长幅度明显；上海 2014 年广义政府卫生支出占比较 2001 年增加了 6.7 个百分点，增幅低于全国水平（图 11）。

*注：国家数据来源于世界卫生组织（World Health Organization, WHO）^[4]、世界银行（World Bank, WB）^[5]和 OECD 网站数据库^[6]，中国数据来源于中国卫生费用核算研究组^[3]。

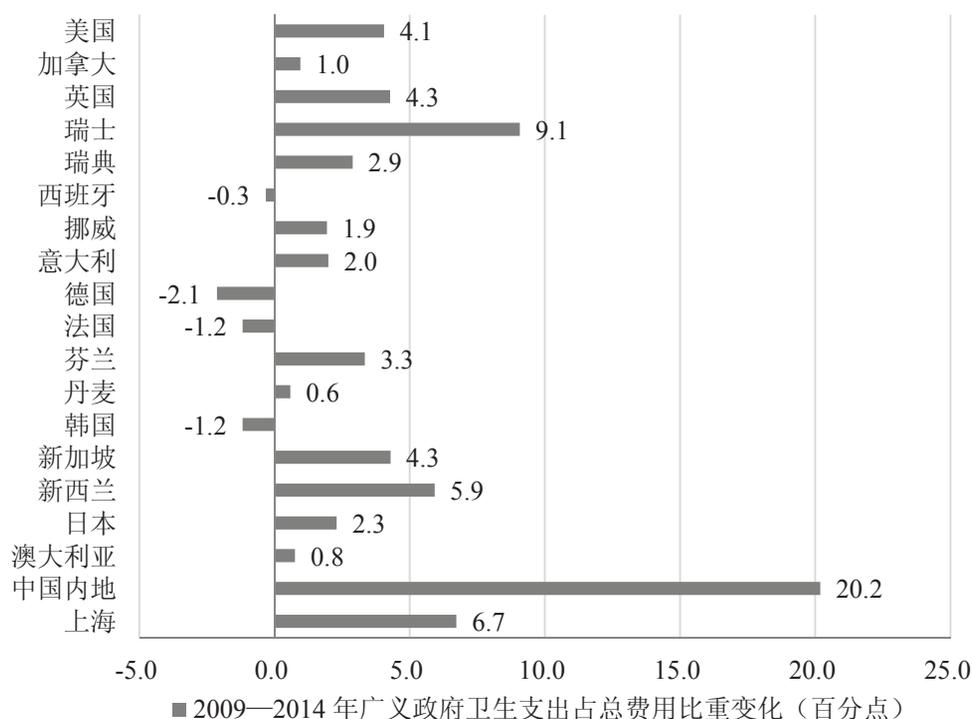


图 11 2001—2014 年部分国家和上海广义政府卫生支出占总费用比例变化情况*

二、卫生费用机构分配

(一) 分配总额情况

2015 年基于机构法核算框架的上海卫生总费用为 1722.5 亿元，其中医疗机构费用总量为 1468.0 亿元，占比达 85.2%，与 2014 年相比高 0.6 个百分点，其中，医院费用占总费用 71.8%；基层医疗卫生机构费用占卫生总费用 13.4%，较上年（12.9%）略有提高。公共卫生机构费用为 55.6 亿元，占比 3.2%；药品及其他医用品零售机构费用为 122.8 亿元，占 7.1%，与上年基本持平（图 12）。上海是周边长三角地区乃至全国重要的医疗中心，人口流动大，外来人口多。机构法核算采用属地原则，将外来就医纳入卫生费用核算。为了充分展现常住人口地卫生花费情况，本报告一并对外来人口进行剥离核算。根据市卫生和计划生育委员会信息中心的统计数据，2015 年外来就医发生在医疗机构的费用为 216.6 亿

*注：国家数据来源于世界卫生组织（World Health Organization, WHO）^[4]、世界银行（World Bank, WB）^[5]和 OECD 网站数据库^[6]，中国数据来源于中国卫生费用核算研究组^[3]。

元*，占卫生总费用机构法的比重为 12.6%。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 68.0%、15.2% 和 3.6%，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 13），药品及其他医用品零售机构费用占 8.2%，卫生行政管理机构费用占 2.7%。。

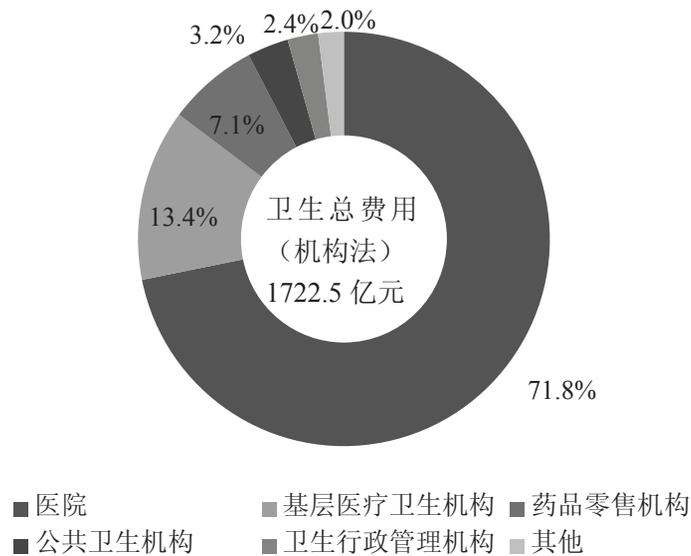


图 12 2015 年上海卫生总费用（机构法）分配情况

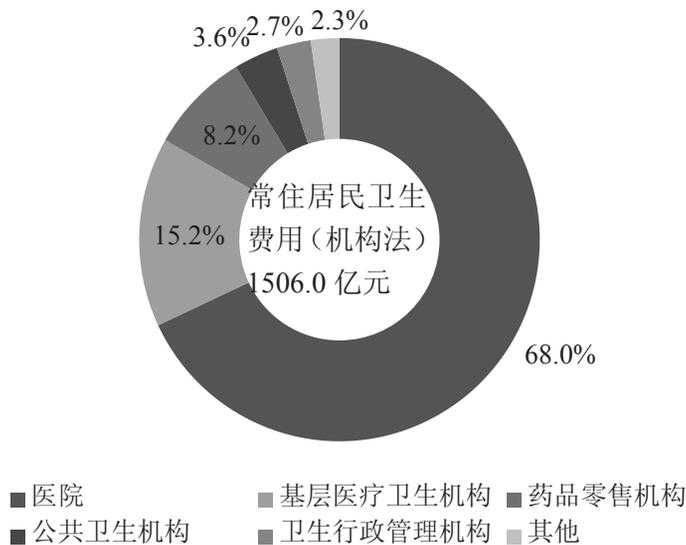


图 13 2015 年上海常住居民卫生费用机构分配情况

*注：此处数据为根据原数据四舍五入直接得出。

（二）分配流向变化

2001—2015年，上海卫生总费用的分配流向总体保持稳定，约80%流向医疗机构（包括医院和基层医疗卫生机构），20%流向药品零售机构、公共卫生机构及其他。2008年，医院费用占卫生总费用的比例出现了近15年内的最低值（62.5%），随后医院占比出现了一定的攀升，2012年达到69.8%。近年来，医院费用逐渐停止走高，2015年（71.8%）较上年（71.7%）基本维持稳定。与此同时，基层医疗卫生机构费用占比（13.4%）较上年（12.9%）略有提高（图14）。

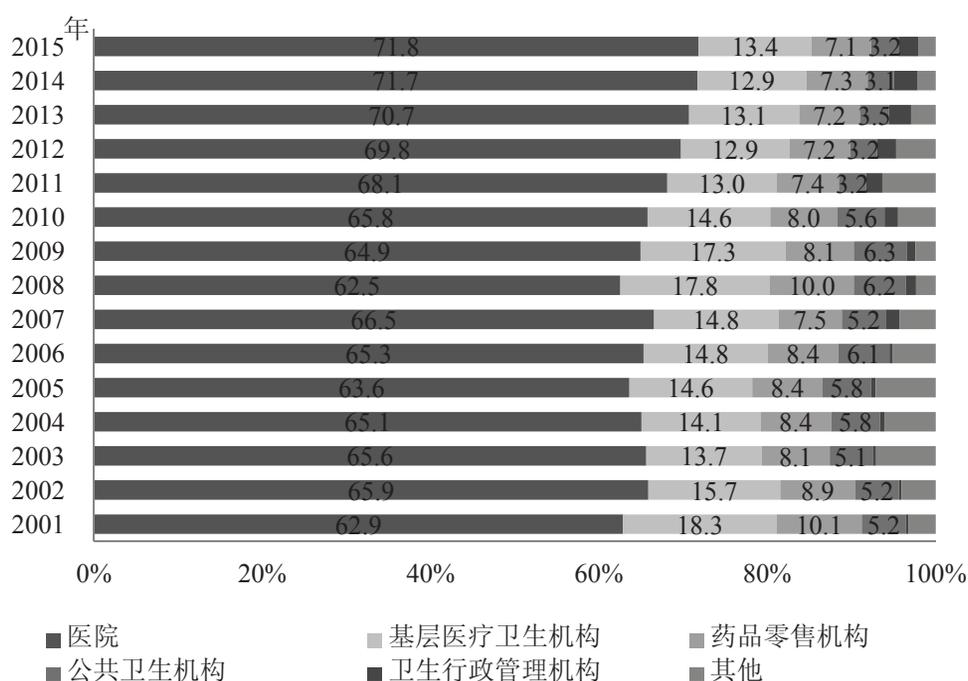


图14 2001—2015年上海卫生总费用分配构成*

医疗机构费用构成上，医院费用占比在2001—2011年间总体呈现上升趋势，在2008—2009年医改年降至最低值，2011年后医院费用占比保持稳定。2015年医院费用占医疗机构费用比重达84.3%，其中绝大多数发生在城市医院，基层医疗机构占医疗机构费用的15.7%（图15）。

*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100.91亿元，占当年机构法卫生总费用的6.6%，较2013年总量增长了20.48亿元，占机构法比重（5.9%）增加了0.7个百分点。

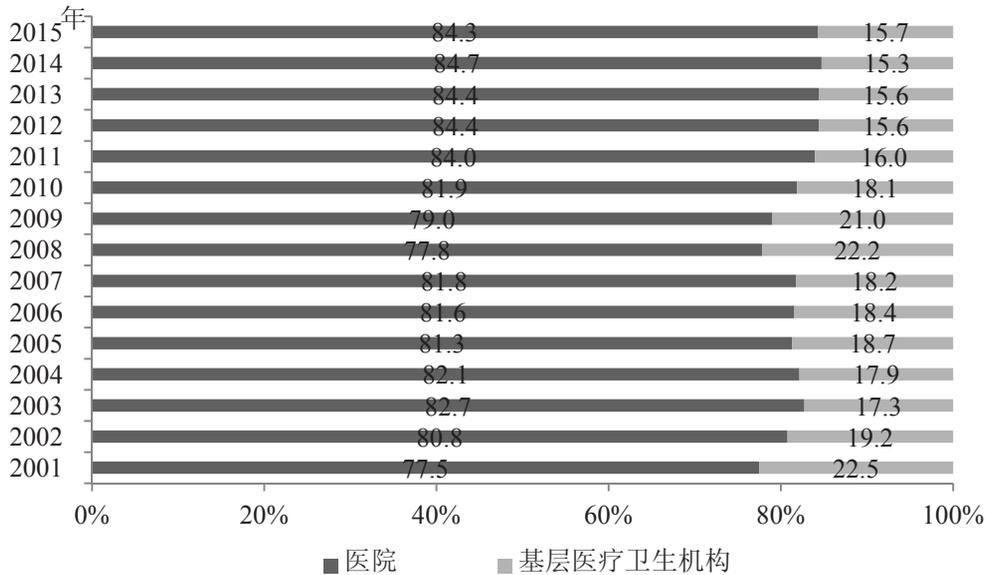


图 15 2001—2015 年上海医疗机构卫生费用分配构成

三、主要特点

(一) 卫生总费用总量增长明显

2015 年上海卫生总费用较上年环比增长 14.4%，显著高于当年 GDP 增速（6.9%），并显著高于上年卫生总费用增速（5.8%）^[7]，应该引起高度重视。纵观近 10 年卫生总费用相对 GDP 增速曲线，可以发现，随着医药卫生体制改革的不断深化、政府对卫生事业投入的不断增长以及人民生活水平的不断提高，2007—2013 年，上海卫生总费用增长速度基本高于 GDP 增长速度，唯在 2014 年低于 GDP 增速。其中，在上海重点推进公立医院改革及市级医院债务分批化解工作的 2011 年、2012 年，卫生总费用增长速度分别达到近 15 年内的最高水平（19.8%、20.0%），各自高于当年 GDP 增长率 11.6、12.5 个百分点。2014 年，在上海医院内部运行机制改革以及国民经济新常态的影响下，卫生总费用的增长率大幅下降（5.8%，较上年下降 9.2 个百分点），低于同年 GDP 增长速度（7.0%）。2014 年底卫生总费用增长率的基数效应，或许是 2015 年上海卫生总费用较上年增长率产生显著回弹的原因之一。

（二）卫生总费用结构略有变化

2015年，上海政府卫生支出实际值较上年的环比增长率为16.6%，高于卫生总费用较上年增长速度（14.4%），然而政府卫生支出在财政支出中的比例下降为5.2%，较2014年低0.4个百分点。与2014年相比，2015年上海政府卫生支出中医疗卫生服务支出占比（58.3%）下降5.0个百分点，医疗保障支出占比（30.9%）上升4.5个百分点。2015年上海社会卫生支出增长稳定，其中医疗保障支出仍占绝大部分（84.1%）。在相关政策的鼓励引导下，近年来，商业健康保险费无论在总量还是占比上均呈现快速增长态势，2015年商业健康保险费较2014年多34.0亿元，较上年增加41.2%。

（三）医疗保障支出增长平稳

近年来，上海市政府重视优化财政支出结构，逐年加大对医疗保障事业的投入，取得了较大成效。2015年，上海政府卫生支出中医疗保障支出，占比（30.9%）较2014年上升4.5个百分点，总额增加了26.3亿元；社会卫生支出中，医疗保障支出持续占据绝大部分（占84.1%），总额较上年多52.1亿元。2015年上海OOP总量达到334.3亿元，其占卫生总费用比重为21.8%，但与其他省市相比，上海个人现金卫生支出在总费用中占比长期在全国范围内处于较低水平。2001—2015年，OOP在卫生总费用中的占比总体呈下降趋势，与2001年相比，2015年上海OOP占比下降7.3个百分点。这显示了上海在加大医疗卫生投入、提高医疗保障水平、切实减轻人民负担方面做出的卓有成效的努力。

（四）医院费用占比保持稳定

2008年，随着新医改方案的发布，在“保基本、强基层、建机制”的方针引导下，医院费用占总费用的比例大幅降低。然而随着医保覆盖率的增加，分级诊疗机制尚未健全，以及外来就医人群的不断增长，医

院费用的占比又逐渐增高。可喜的是，近年来，上海采取了调整医疗服务价格、建立合理就医秩序、加强医疗行为监管等多重措施，医院占比趋于稳定，2015年占比（71.8%）较上年（71.7%）无显著升高。2015年上海卫生总费用中医疗机构费用占比达85.2%，与2014年相比高0.6个百分点，其中医院费用占总费用71.8%，与上年基本持平。上海是重要的医疗辐射地，外来就医人员多。并且，外来就医人群的卫生消费，较常住人口更加集中在三级医院。2015年，外来就医发生在医疗机构的费用为216.6亿元，占卫生总费用机构法的比重为12.6%。剔除外来就医费用后，医院费用占卫生总费用机构法的比重为68.0%。在现有的筹资和分配框架下，医院费用为卫生总费用的主要机构流向为必然态势。然而核算数据或可提示，基层医疗机构和公共卫生机构的发展仍然存在提升的空间。

四、政策建议

（一）建立有序就诊次序，将医疗费用上升控制在合理范围内

2015年，我国经济已进入新常态（增长速度比以往要低），但卫生总费用仍维持稳定较高增长，非常值得引起有关方面的高度关注。随着人民生活水平的提高、卫生事业的发展以及人民对医疗卫生服务需求的不断提高，医疗费用的上升虽然是必然趋势，但长期大幅超越经济增长不可持续。因此继续优化医疗费用结构，将费用增长控制在合理范围内，是当前面临的重大挑战之一。新医改经历多年努力，将“保基本、强基层、建机制”作为重心，财政投入对基层医疗机构的投入占比增加，然而医疗机构的主要资金来源是医疗服务收费，2015年上海卫生费用核算结果显示，医院费用占比仍然较高，基层医疗机构和公共卫生机构占比尚无明显提升，说明医疗服务收费增长医院仍高于基层。卫生费用的合理控制和结构调整，应与建立分级诊疗、优化就诊次序、整合利用卫生资

源结合起来。截至 2015 年，上海所有社区卫生服务中心均开展了家庭医生制度建设试点。与此同时，上海结合家庭医生制度推行“1+1+1”（一家社区医院+一家二级医院+一家三级医院）分级诊疗制度。有关部门应抓住当前时机，以家庭医生制度建立为抓手，增强基层医疗和预防服务的吸引力和认同度。同时，应加强公立医院与基层医疗卫生机构、家庭医生之间的协同，引导优化就诊秩序，促进患者下沉、节省卫生费用。

（二）加快推进公立医院改革，形成内在费用节省机制

2015 年，国家卫生计生委、发改委等五部委联合印发了《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕89 号），要求进一步切实减轻群众医药费用负担，增强改革综合成效。公立医院改革涉及众多利益主体，近年来，上海采取了医疗服务价格调整、支付制度改革、降低药品加成率、创新药品和大型设备采买机制等多种举措，提升了医疗服务收费的合理性。同时，上海坚持完善在总额预付框架下，积极发展多种支付方式相结合的混合支付机制。接下来，一方面，应继续大力推行医疗服务价格调整及医药分开，降低药品以及大型医用设备检查治疗收入占比；另一方面，应积极建立与控制费用相适应的公立医院评价制度及医务人员薪酬制度，通过建立合理的医院和医务人员绩效考核和正向激励制度，降低通过增加服务量和提供价格较高的项目的内在动力。同时，应积极推动医院管理系统的信息化革新，将医院临床、财务、采购等环节实现精细化、及时化的管理，降低不合理用药和检查，建立医疗费用监测系统，运用大数据、云计算等信息技术，推动公立医院控费进入新时代。

（三）鼓励社会力量参与，继续发展商业健康保险

近年来，社会筹资在筹资结构中持续发挥着稳定的作用，商业健康保险发展迅速。目前上海基本医疗保障制度已基本实现居民全覆盖。按

照国务院颁布的《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号），上海鼓励商业健康保险作为基本医疗保障体系的补充，2015年启动了商业保险公司经办居民大病保险的模式，实施以来取得了平稳有效的运行效果。在经济新常态下，健康消费已成为新的经济增长点，应积极开展其他商业保险产品的设计和推广，加大商业保险以及其他形式的社会力量在健康产业中的参与度和融入度。如上海城镇职工医保个人账户存在大量资金结余，可将购买商业医疗保险作为盘活个人账户结余资金的举措。同时，应积极探索商业保险公司与政府机构合作的有效模式，充分发挥商业保险公司资金管理优势，提升保障的水平和精准性，有效降低人民负担。

（四）完善卫生费用核算方法，提升决策信息化程度

随着医疗管理体系不断向信息化、精准化发展，卫生费用核算将对卫生政策管理起到越来越重要的支撑作用。在“十三五”时期，卫生计生改革发展形势更为复杂，迫切需要提升以卫生经济数据为支撑的卫生决策支持能力。当前形式下，卫生费用核算应更好地与卫生系统信息化管理结合起来，更好地解答如何筹集充足的资金、提高资金的配置效率、建立合理的补偿机制和运行机制、满足群众日益增长的医疗保健需求问题。近年来，上海已逐步开展基于SHA2011的卫生费用核算，将卫生总费用划分为经常性卫生费用及卫生系统中资本形成费用，并从服务功能角度出发界定核算范围，以期为医疗体制改革提供更加精细化的决策支撑。接下来，建议进一步深化对基于SHA2011的卫生费用核算的方法学研究，对调研工具进行本土化改良和设计，并不断加强核算队伍的能力建设。与此同时，应做好新旧核算体系的衔接工作，以利于核算结果时间序列的阐释和解读。

参考文献

- [1] 上海市人力资源和社会保障局. 2015年度本市社会保险基本情况.[EB/OL] http://www.12333sh.gov.cn/201412333/xxgk/05/01/201606/t20160613_1245470.shtml
- [2] 上海市人力资源和社会保障局. 2014年度本市社会保险基本情况.[EB/OL] http://www.12333sh.gov.cn/201412333/xxgk/05/01/201511/t20151118_1240178.shtml
- [3] 万泉,张毓辉,王秀峰等.2014年我国各地区卫生总费用核算结果与分析[J].中国卫生经济,2016, 35(3): 9-12.
- [4] World Health Organization. World Health Organization Global Health Expenditure Database. [EB/OL] <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>
- [5] World Bank. World Bank Database. [EB/OL] <http://data.worldbank.org/indicator>
- [6] Organisation for Economic Co-operation and Development. Organisation for Economic Co-operation and Development Statistics. [EB/OL] <http://stats.oecd.org/>.
- [7] 金春林,王常颖,王力男等.2014年上海市卫生总费用核算研究[J].中国卫生经济,2016, 35(8): 49-54.

(责任编辑: 陈多)

卫生总费用来源法与机构法核算结果差异原因分析

王力男^{1,2} 李芬^{1,3} 王常颖¹ 张晓溪¹ 金春林^{1,4}

【摘要】 通过分析卫生资金筹集和分配过程,以2011—2015年上海市卫生总费用相关数据为例,对来源法和机构法产生差异的原因进行数据修正。研究发现外来就医、医保基金结余和个人现金卫生支出(Out-of-pocket,以下简称“OOP”)核算方法的调整是导致两种核算结果差异的主要因素。建议从合理规划卫生资源、加强医保基金收支管理和降低居民医疗负担等方面完善卫生资金的运行。

【关键词】 外来就医; 医保基金结余; 个人现金卫生支出

卫生总费用来源法核算(以下简称“来源法”)是以卫生服务过程中的资金运行为核算对象,按照卫生资金的筹集渠道与筹资形式收集整理卫生总费用数据,核算全社会卫生资金投入总量及内部构成的方法,用来反映一个国家或地区在一定时期内(通常为一年),为开展卫生服务活动从全社会筹集的卫生资金总额。卫生总费用机构法核算(以下简称“机构法”)是从机构角度出发,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。两种方法分别从资金的筹集和分配两个角度核算某地区发生的卫生总费用,由于受到多重因素影响,或多或少存在差异。

一、差异现状

多年来,上海市卫生总费用来源法核算结果一直小于机构法核算结

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200032

4.上海市人口与发展研究中心,上海201199

果。2011—2015年，上海市卫生资金的筹资总额和机构分配额度均逐年上涨，两者差异均在100亿元以上，呈波动变化（表1）。

表1 上海市卫生总费用来源法与机构法测算差异（单位：亿元）

年份	卫生总费用（来源法）	卫生总费用（机构法）	差值（来源法—机构法）
2011	931.00	1053.24	-122.24
2012	1092.35	1265.26	-172.91
2013	1248.68	1364.31	-115.63
2014	1347.79	1540.88	-193.09
2015	1536.60	1722.51	-185.91

二、原因分析

造成来源法与机构法差异的原因众多，初步分析外省市患者来沪就医（以下简称“外来就医”）是其中的主要因素，而医保基金结余也是重要原因之一。此外，来源法中关于个人现金卫生支出的抽样方法由于样本量偏小等原因存在缺陷，有低估来源法核算结果的可能^[1]。

（一）外来就医

从3个筹资渠道的流向来看，政府卫生支出指当地政府对卫生的投入，包括对当地医疗卫生机构的补助和参保居民或贫困居民的医疗保障补助和医疗救助等；社会卫生支出主要包括社会医疗保障支出、商业健康保险费等；个人现金卫生支出由一定数量城乡居民样本家庭抽样结果推算得出。外来就医者因其医疗需求而到具备较高医疗水平的地区就医，但其保险基金的缴纳（社会卫生支出）和税收的卫生资金筹集（政府卫生支出）仍计入居住地筹资来源法的卫生总费用中，而以机构法计算流入地的卫生总费用则包括了外来就医发生的医疗费用。

随着社会发展、交通的便捷、居民对健康需求的提高以及医保异地结算工作的逐步推进，异地就医情况将越来越普遍。上海市是区域医疗中心之一，拥有较好的医疗资源，外来就医的人数较多，多数情况

下外来就医患者由于病情严重导致其治疗费用也较高。2011—2015年，上海市外来就医医疗费用总额从119.2亿元上升到216.6亿元，占同期医疗费用比例在14.3%~15.9%之间，占同期机构法卫生总费用核算结果的10.2%~12.6%（图1）。

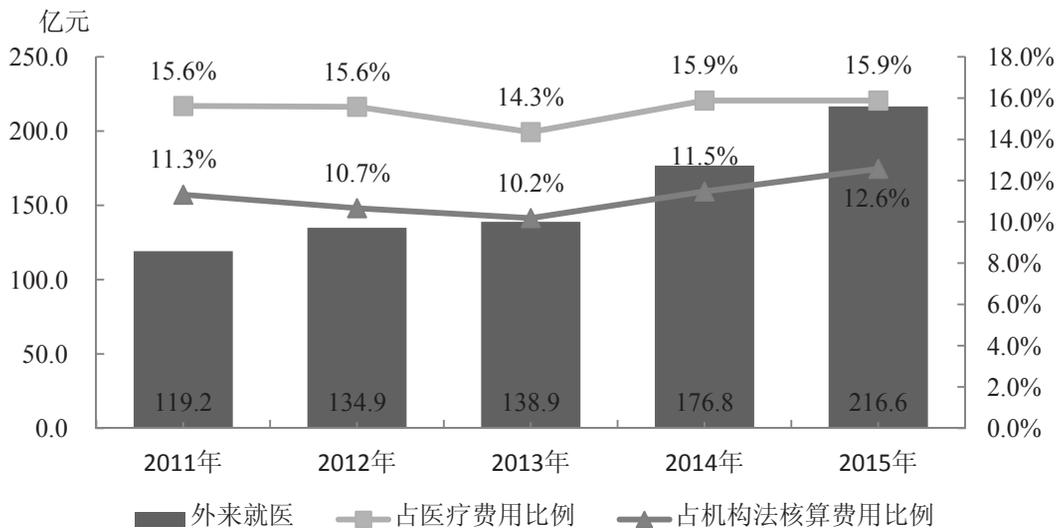


图1 2011—2015年上海市外来就医医疗费用变化情况

（二）医保基金结余

社会保险筹资是卫生筹资的主要部分，从医疗机构角度来看，医保支付费用也是其收入的主要来源。医保基金的收入和支出分别对应其在卫生总费用测算中的来源法和机构法，而医保基金不平衡则构成了两种核算方法存在差异的另一主要原因，具体来看，基金结余使得卫生筹资有所沉积，使其在来源法和机构法测算卫生总费用时产生差异，前者要大于后者。仅就城镇职工基本医疗保险基金收支情况来看，2011—2015年，上海市城镇职工基本医疗保险基金收入一直大于基金支出，除2014年当年基金结余略有下降外，基金结余总体呈上升趋势，2015年当年基金结余达到231.2亿元，结余率30.8%（表2）。

表 2 2011—2015 年上海市城镇职工基本医疗保险基金收支情况

年份	基金收入(亿元)	基金支出(亿元)	基金结余(亿元)	当年结余率(%)
2011	419.70	326.49	93.21	22.21
2012	539.67	363.33	176.34	32.68
2013	615.64	409.19	206.45	33.53
2014	664.74	468.07	196.67	29.59
2015	750.15	518.94	231.21	30.82

2015 年的基本医疗保险中,城镇居民基本医疗保险(以下简称“居保”)和新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)为政府补贴型保险,筹资渠道主要为各级政府补助和个人缴费。2011—2015 年,上海市城镇居民基本医疗保险基金收支基本平衡,2015 年收不抵支,基金亏损 2.59 亿元;新农合基金收支近年来也基本稳定,且收支基本平衡,2015 年基金收支结余为 0.72 亿元(表 3)。

表 3 2011—2015 年上海市居保和新农合基金收支情况(单位:亿元)

年份	基金收入		基金支出		基金结余	
	居保	新农合	居保	新农合	居保	新农合
2011	22.92	14.53	22.82	14.00	0.10	0.53
2012	20.88	13.95	19.32	14.74	1.56	-0.79
2013	24.26	16.69	20.76	16.60	3.50	0.09
2014	24.70	16.88	24.27	18.57	0.43	-1.69
2015	24.02	20.22	26.61	19.50	-2.59	0.72

(三) 改进 OOP 核算方法的探索

按照我国卫生总费用核算指导方法^[2],卫生总费用中 OOP 的核算主要是使用国家统计局调查总队的家庭消费调查数据,该调查每年进行一次,以常住人口为总体,样本主要根据人口结构、经济水平来选择,采用分层随机抽样法抽取调查住户。上海市 2011—2014 年调查了城市居民 1000 户,乡村居民 1200 户,2015 年实施“城乡一体化”住户调

查改革后，直接选取 6000 宅（户）城乡居民家庭开展调查。由于统计调查队属于官方机构，每年均要展开调查，调查对象的依从性好，数据来源稳定，连续性好。但是，使用家庭消费数据进行 OOP 估算可能存在以下 3 个问题：一是调查目的针对性不强，可能导致低估；二是调查样本量偏小，可能影响样本的代表性；三是回忆偏倚所带来的非抽样误差^[3]。为提高 OOP 核算的准确性，经济合作与发展组织（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）卫生费用核算专家综合各国经验，提出 OOP 核算的指导手册，综合运用卫生费用核算中各筹资方案的数据，采用矩阵平衡法对 OOP 进行估算，调整后的 OOP 往往高于原 OOP 核算结果，导致来源法核算结果的增加。本文通过拆分 OOP 的核算内容、梳理各项 OOP 的核算方法、明确核算的各数据来源后，对 OOP 核算结果进行调整。2011—2015 年，采用新核算方法后的 OOP 调整量也逐年上升，2015 年调整量达到 226.2 亿元，OOP 占卫生总费用的比例由原来的 21.8% 上升了 10 个百分点到 31.8%（图 2）。

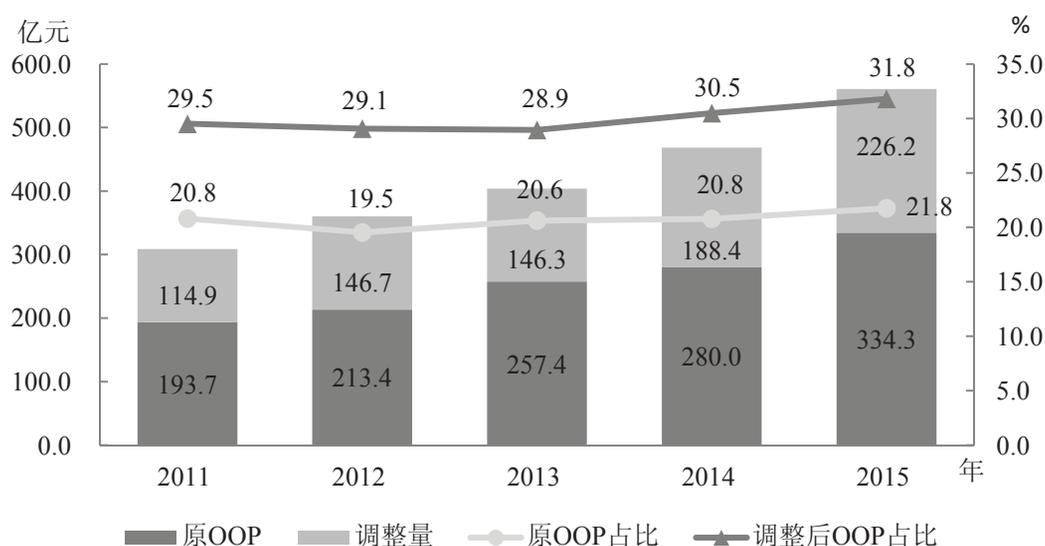


图 2 2011—2015 年上海市 OOP 核算方法调整结果

（四）来源法和机构法核算结果差异原因汇总

综上 3 种原因，外来就医减少机构法核算结果，医保基金结余减少来源法核算结果，OOP 核算方法的调整增加了来源法核算结果，因此，2011—2015 年上海市来源法和机构法核算结果差值在 -68.4~27.5 亿元之间，差异绝对值在 18.0~68.4 亿元之间（表 4），3 种因素对核算结果差异的解释度在 60.4%~87.9% 之间。

表 4 上海市卫生总费用来源法与机构法核算结果修正（单位：亿元）

年份	原差异	外来就医	基金结余	OOP 核算调整	调整后差异 [*]
2011	-122.2	119.2	93.8	114.9	18.0
2012	-172.9	134.9	177.1	146.7	-68.4
2013	-115.6	138.9	210.0	146.3	-40.5
2014	-193.1	176.8	195.4	188.4	-23.3
2015	-185.9	216.6	229.3	226.2	27.5

^{*}注：调整后差异 = 原差异 - 外来就医 + 基金结余 - OOP 核算调整

除了以上原因，还需考虑到其他因素：一方面，上海市除基本医疗保险外，还有小城镇医保、红十字会、民政和总工会设立的各项单独筹资的医疗保障种类，其基金收支情况也会影响卫生总费用来源法和机构法的差异；另一方面，外来人员在本市药品零售机构购买药品等因素也可能是引起差异的原因，上文仅对其按照医疗机构外来就医比例进行推算，还待进一步开展专题研究。

三、讨论与建议

（一）优质医疗资源理应面对外来就医，需完善泛区域卫生规划

医疗服务体系服务半径是衡量该地区医疗技术水平的重要方面之一，外来就医人员对于上海医疗事业的发展、建设医学中心城市起着重要的支撑作用。首先，在技术上，外来就医人员有助于提升医疗服务水平，例如，大量疑难杂症涌入上海市三级医院，既丰富了上海市的医疗

病例，又对医务人员的服务能力提出了更高的要求；其次，在效率上，外来就医人员有助于提高医疗资源配置水平和使用效率，面对疑难杂症需要高、精、尖医疗设备的引进，而就诊人次的增加同时提高了医疗资源的使用效率和边际收益，使得医疗资源配置和资源利用方面形成了“正反馈”效应；再次，外来就医人员是上海市医疗机构重要的收入来源之一，并且带动相关产业的发展，据统计，2011年上海市三级医院住院收入23.8%来自于外来就医人员，个别专科特色三级医院的占比甚至高达80%以上^[4]，而来沪就医人员不仅直接促进医疗机构发展，并且能带动医院周边产业，如药品零售和医疗器械，医院周边的餐饮、住宿等。

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。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。从数量上看，居民需求最多的服务往往是常见病、多发病的公共卫生服务和基本医疗服务，与之相对应的服务提供主体便是各级公共卫生专业机构、社区卫生服务中心和二级医疗机构等。而上海市作为亚洲医学中心城市之一的定位，又需要其不断提升三级医疗机构的专业技术水平，以面对部分本地居民和外来就医的疑难杂症医疗服务需求。因此，针对不同医疗卫生机构的功能定位，应在财力、人力及相关政策上保障卫生资源的合理配置：**一是在基层医疗卫生机构（公共卫生机构和社区卫生服务中心等）的发展中保证政府的托底责任，通过加大政府投入，建立基于绩效评价结果的投入方式等途径促进资源的配置合理化，提高资源配置的效率；二是针对三级医院带有公益性的服务如对口支援、人才培养等予以财政保障，而对为满足基本以外的个性化特殊需求服务和外来就医需求，可依托市场资源，充分发挥社会筹资的力量，实现优质资源、优势学科、优势专科资源的协调发展。**

（二）基本医保基金结余率不应过高，应加强医保基金收支管理

基本医疗保险的根本目的在于汇集民众的医疗费用，分摊患者医药费用的风险。医保基金当年筹集的大部分参保费应该用于支付参保者当年的防病、看病、治病。而医保基金的大量结余，无论是从目前“扩内需、保增长、调结构、重民生”的短期需求来看，还是从健全医疗保障体系的长期目标来看，均与其根本目标相悖^[5]。从国际经验来看，发达国家医疗保险风险储备金率一般不超过15%。2009年3月，《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009~2011年）》（国发〔2009〕12号）提出，“各类医保基金要坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。合理控制城镇职工医保基金、城镇居民医保基金的年度结余和累计结余，结余过多的地方要采取提高保障水平等办法，把结余逐步降到合理水平。”2012年3月，《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》（国发〔2012〕11号）又指出，“职工医保基金结余过多的地区要把结余降到合理水平，城镇居民医保和新农合基金要坚持当年收支平衡的原则，结余过多的，可结合实际重点提高高额医疗费用支付水平。”

针对目前上海市基本医保基金（尤其是城镇职工医保）结余过多的现象，首先应盘活结余基金。可从阶段性降低职工医保费率、适度提高待遇水平、扩大支付范围（如门诊慢性病支付范围等）、实施门诊统筹制度等入手。2013年起上海市职工医保缴费费率已逐步由14%降低到12%，同时鼓励职工利用医保个人账户历年结余购买商业保险^[6]，试点推行长期护理保险^[7]，一定程度上拓展了医保基金功能，提升参保人权益，健全保障机制。相对于事后补救，更应在事前确定合理的医保基金结余比例。有研究显示，维持全国基本医保基金动态平衡的结余率应在20%左右，建议上海市根据本地区人口年龄结构、在职退休比、医疗费用变化趋势等数据，确定合理的基金累计结余率，并将其作为监测指标。

（三）OOP 占比低不等于看病不贵，要切实降低居民医疗负担

上海市 OOP 占比多年来一直处于全国较低水平，按照国际口径测算，OOP 占比低于香港特别行政区、台湾地区及韩国等地，与欧洲高福利国家差距不大。依据国际推荐测算 OOP 的新方法，调整后的个人现金卫生支出占比在 30% 左右。但就单个就医群体来看，仍存在个人自付比例过高的现象：**一是**基本医保未实现整合，居保和新农合报销比例低于城保，且报销只能覆盖范围内医疗及药品项目，加之自费药品和项目的购买，个人自付比例仍然过高，且医疗机构级别越高，自负比例差异越大；**二是**高年龄段患者负担更重，据调查，2015 年 90 岁以上老年人住院年人均自付费用达到 3003.5 元，而同期 20~24 岁组人群年人均自付费用仅为 279.4 元；**三是**部分疾病患者负担较重，2015 年上海市住院费用排名前三的疾病类别分别为循环系统疾病、恶性肿瘤、损伤和中毒，次均费用分别为 2.0 万元、2.5 万元、2.8 万元，自付比例分别为 45.1%、64.6%、64.2%，相当于次均住院自付费用在 0.9~1.8 万元之间，大大加重患者医疗负担。

个人现金卫生支出比例过高会激化社会矛盾，增加居民负担，过低则会导致资源浪费，不利于需方控制。上海市 OOP 占比整体不高，但部分人群看病贵的问题仍存在。建议如下：**一是**监测重点人群、重点病种医疗负担，设立医保个人自付封顶线，用有限的资源“靶向”减负；**二是**整合统筹各类医保制度，统一报销制度，提高资金利用的公平性；**三是**加强自费费用监控，医保部门在制定医保目录时应将各药品或项目的经济学评价结果作为主要借鉴依据，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，接受行政机构和公众监督。

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, 32(8): 14-16.
- [2] 张振忠,王禄生,杨洪伟.中国卫生总费用核算研究报告[M].北京:人民卫生出版社, 2008
- [3] 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与实践[J].中国卫生经济,2013, 32(8): 17-19.
- [4] 李芬,金春林,王力男等.上海市外来就医现状及对医疗服务体系的影响分析[J].中国卫生经济. 2012(12): 42-45.
- [5] 顾昕.中国城乡公立医疗保险的基金结余水平研究[J].中国社会科学院研究生院学报. 2010(9): 53-61.
- [6] 上海市人民政府.关于职工自愿使用医保个人账户历年结余资金购买商业医疗保险有关事项的通知 [EB/OL] <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw50774.html>
- [7] 上海市人民政府.上海市长期护理保险试点办法[EB/OL] <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw51124.html>

(责任编辑: 汤真清)

2015年上海市经常性卫生费用核算研究

张晓溪¹ 李芬^{1,2} 王常颖¹ 王力男^{1,3} 薛佳¹ 金春林^{1,4}

【摘要】 目的：基于2011版卫生费用核算框架（SHA 2011）筹资维度框架核算上海市卫生费用，为政策制定者提供决策参考。方法：在SHA 2011分类原则下，从筹资方案、筹资方案收入和筹资机构3个维度进行核算。结果：2015年，上海市经常性卫生费用为1470.1亿元，占GDP的比重是5.9%。经常性卫生费用的构成上，公共筹资方案（政府方案、社会医疗保险方案）占57.6%，家庭现金卫生支出占38.1%。结论：2015年上海市经常性卫生费用总额呈现增长态势，公共筹资结构尚待完善，OOP占比较高，商业保险呈现发展态势。建议应加强卫生费用控制，进一步减轻人民群众看病就医负担，并鼓励商业保险发展，推动健康产业兴起。

【关键词】 SHA2011；筹资方案；筹资方案收入；筹资机构

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（SHA2011）^[1]，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体系。本文根据SHA2011框架，对上海市卫生筹资体系进行了描述，分析其筹资特点，为决策者提供参考。

一、2015年上海市卫生筹资现状

2015年，上海市经常性卫生费用总额是1470.1亿元，占当年GDP的5.9%，人均经常性卫生费用6087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保缴费；家庭现金卫生

第一作者：张晓溪，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. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

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

支出（OOP）比例为 38.1%。以下将从卫生筹资方案、筹资方案收入和筹资机构 3 个方面阐释 2015 年上海市经常性卫生费用核算的结果。

（一）卫生筹资方案

2015 年上海市经常性卫生费用筹资方案构成中，公共筹资方案（政府方案、社会医疗保险方案）占 57.6%、自愿筹资方案（商业健康保险方案、非营利机构筹资方案、企业与机构自筹方案）占 4.3%、家庭卫生支出方案占 38.1%。

2015 年，上海市公共方案共筹资 847.1 亿元。其中，政府筹资方案 202.1 亿元^{*}，社会医疗保险保险方案 645.0 亿元，两者占经常性卫生费用的 57.6%。政府筹资方案以补供方为主，159.7 亿元用于对医疗机构的直接投入，其次是卫生相关部门的行政经费（34.6 亿元）。对需方的补助主要体现在对特定人群的支持方案上，体现“兜底”保障的是医疗救助，投入资金 5.4 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，资金总额是 1.5 亿元。

基本医疗保险占据了经常性卫生费用的半壁江山，不同保险类型的保障水平有所差异。截至 2015 年末^{**}，城镇职工医疗保险（以下简称“城保”）筹集资金 565.2 亿元，参保人数约 1380.4 万人，人均筹资约 4095 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”）分别筹集资金 26.6 亿元、20.2 亿元、19.7 亿元。其中，居保参保人数约 272.9 万人，人均筹资约 975 元；新农合参保人数约 96.0 万人，人均筹资约 2107 元。生育险、工伤险、失业险等支出额合计 13.3 亿元。

2015 年自愿筹资方案支出总额 62.6 亿元，占经常性卫生费用的

^{*}注：此处数据为根据原数据直接四舍五入得出。

^{**}注：2015 年末，城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗尚未合并，以下同。

4.3%。商业医疗保险 2015 年支出额 44.3 亿元，占自愿筹资方案的 70.8%。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(以下简称“NGO”)支出额 16.4 亿元。

OOP 包括医保范围内的自费用和医保范围外的自费费用。2015 年支出额是 560.5 亿元，占经常性卫生费用的 38.1% (图 1)。

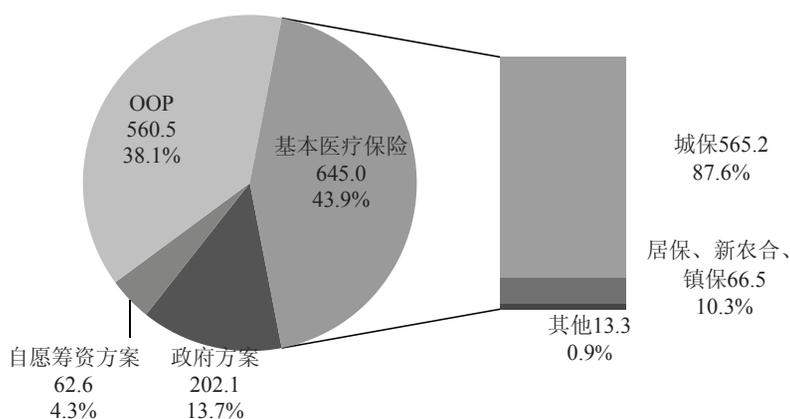


图 1 2015 年上海市卫生筹资方案情况 (单位: 亿元)

(二) 筹资方案收入

从筹资方案收入的角度，2015 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分别占经常性卫生费用的 18.4%、39.3%、3.1% 和 39.2%。

政府转移支付 269.9 亿元，具体包括 3 个方面：一是内部补助，即行政经费和医疗卫生机构补助，占政府转移支付的 72.0% (194.3 亿元)。二是对特定群体的转移支付，主要是政府补贴城保运行、补助居保和新农合参保、医疗救助等 (74.8 亿元)。三是政府对红十字会、残联等 NGO 的转移支付 (0.8 亿元)。

基本医疗保险缴费总计 577.9 亿元，其中，城保个人和单位 (包括政府机关和事业单位) 缴费 561.5 亿元，新农合个人缴费 3.1 亿元，工伤、失业、生育险支出为 13.3 亿元。

自愿性预付 46.1 亿元，为商业健康保险和少儿住院基金个人所支付资金。其他未区分的支付金额为 576.1 亿元，主体是 OOP(560.5 亿元)。企事业单位的医疗卫生支出及 NGO 筹资为 16.4 亿元（图 2）。

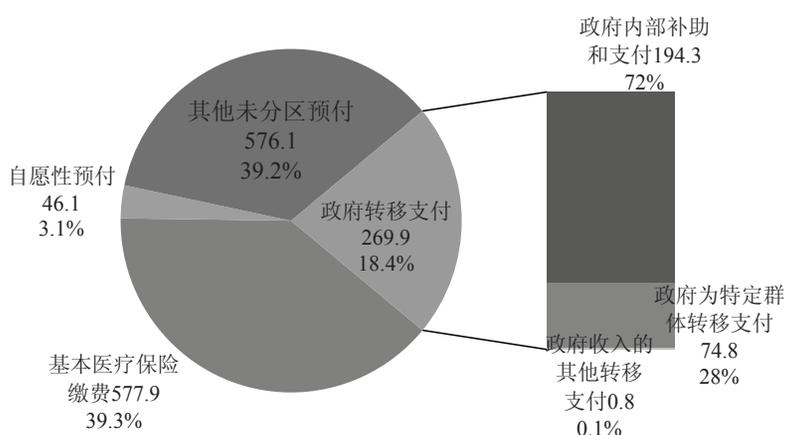


图 2 2015 年上海市卫生筹资方案收入情况 (单位: 亿元)

(三) 卫生筹资机构

上海市约 57.6% 的经常性卫生费用 (847.0 亿元) 由政府部门直接管理。在由政府部门直接管理的卫生费用中，卫生部门管理约 21.3% 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；74.6% 的资金由社会保障机构管理，4.1% 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 560.5 亿元，企业和 NGO 管理资金占 1.2% (图 3)。

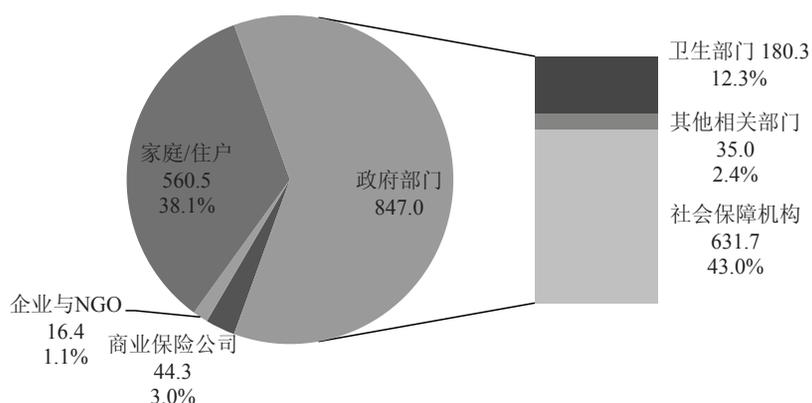


图 3 2015 年上海市卫生资金在管理机构的分布 (单位: 亿元)

二、2015 年上海市卫生筹资维度矩阵分析

筹资方案—收入矩阵分析发现，政府方案的 202.1 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 577.9 亿元，是收入的主要来源；政府转移支付 67.1 亿元，63.4 亿元用于居保、新农合和镇保的参保。自愿医疗保险全部来自参保者自愿缴费。NGO 筹资方案中，0.8 亿元由政府转移支付，10.6 亿元由企业和个人出资。企业筹资和 OOP 全部由企业和个人承担（表 1）。

表 1 2015 年上海市卫生筹资方案与其收入矩阵平衡表

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	202.1	13.7	—	—	—	—	—	—	202.1	13.7
基本医 疗保险	67.1	4.6	577.9	39.3	—	—	—	—	645.0	43.9
自愿医 疗保险	—	—	—	—	46.1	3.1	—	—	46.1	3.1
NGO 筹资 方案	0.8	0.1	—	—	—	—	10.6	0.7	11.4	0.8
企业筹资 方案	—	—	—	—	—	—	5.0	0.3	5.0	0.3
OOP	—	—	—	—	—	—	560.5	38.1	560.5	38.1
合计	269.9	18.4	577.9	39.3	46.1	3.1	576.1	39.2	1470.1	100.0

对卫生筹资方案的管理，政府方案 202.1 亿元资金，主要由卫生部门管理（160.1 亿元），医疗救助和部分人群的医疗保险由民政、人保等部门管理。基本医疗保险中，人保部门管理城保和居保，筹资额是 624.8 亿元，新型农村合作医疗（20.2 亿元）由卫生部门管理。自愿性医疗保险中，商业医疗保险由商业保险公司管理，少儿住院基金由民政部门管理。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）。

表2 2015年上海市卫生筹资机构与筹资方案矩阵平衡表

筹资机构	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 (%)												
卫生部门	160.1	10.9	20.2	1.4	—	—	—	—	—	—	—	—	180.3	12.3
社会保障机构	7.0	0.5	624.8	42.5	—	—	—	—	—	—	—	—	631.7	43.0
其他政府部门	35.0	2.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35.0	2.4
商保公司	—	—	—	—	44.3	3.0	—	—	—	—	—	—	44.3	3.0
企业	—	—	—	—	—	—	—	—	5.0	0.3	—	—	5.0	0.3
NGO	—	—	—	—	1.8	0.1	11.4	0.8	—	—	—	—	13.3	0.9
家庭/个人	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	560.5	38.1	560.5	38.1
总计	202.1	13.7	645.0	43.9	46.1	3.1	11.4	0.8	5.0	0.3	560.5	38.1	1470.1	100.0

三、上海市卫生筹资体系的特点和存在问题

(一) 经常性卫生费用总额呈现增长态势，公共筹资结构尚待完善

2015年上海市经常性卫生费用为1470.1亿元，占GDP的比重是5.9%，高于2013年的5.0%和2014年的5.2%^[2]。这体现了国民经济新常态下卫生投入仍然持续保持增长态势，然而也提示了卫生费用的控制工作仍面临着巨大挑战。在结构上，公共筹资方案（政府方案、社会医疗保险方案）占57.6%，高于家庭现金卫生支出（38.1%），远高于自愿筹资方案（商业健康保险方案、非营利机构筹资方案、企业与机构自筹方案）的4.3%。以公共筹资方案为主的结构有利于稳定发挥政府在医疗卫生筹资及管理中的主导作用。然而，当前公共筹资使用并未形成合力，部门分割现象仍然较为明显^[3]。政府方案资金大部分用于卫生部门（79.2%），而基本医疗保险方案中大部分资金由社会保障部门管理（96.9%）。此外，政府方案大部分倾斜于对供方的补助，包括对医疗机构的直接补助（79.0%）及卫生部门行政经费（17.1%）。而对需方的补助，包括医疗救助、职工福利及公务员补助占比则相对较少。

(二) OOP 占比较高，人民群众卫生费用负担仍待减轻

2015年，上海市家庭现金卫生支出（OOP）占经常性卫生费用的38.1%，高于2013年的34.4%和2014年的37.9%，高于世界卫生组织就卫生筹资公平性提出的发展中国家OOP占比不应超过30%的要求^[4]。事实上，近年来，上海市为减轻人民群众卫生费用负担，采取了城镇居民大病医疗保险、逐步取消药品加成、医疗服务费用价格调整以及调整医疗保险报销水平等措施。OOP占比的升高，一方面体现了上述措施仍然有待加强，医疗保险的政策设计仍然有待完善，对新技术、新药物的纳入或须更新；另一方面，体现了人民群众对于医疗卫生服务的更高需求，以及当前的卫生服务筹资体系尚不能满足人民群众日益增长的需求。

求的矛盾。

（三）商业保险支出总额增加，呈现发展态势

2015年上海市经常性卫生费用中，商业保险支出额为44.3亿，占自愿筹资方案的70.8%。在自愿医疗保险中，保险公司占据96.1%的份额。这体现出，商业保险在医疗保障体系中日益发挥重要作用，体现出上海市对国家提出的加强发展商业保险在医疗服务体系中作用的政策精神的落实。然而，商业保险筹资在整个经常性卫生费用中的占比仍然较小（3.0%），这提示了商业保险在医疗卫生事业中的发展仍然存有巨大空间。

四、完善卫生筹资体系的建议

（一）加强卫生费用控制，进一步减轻人民群众看病就医负担

当前卫生费用增长较快，人民群众负担仍然较重。一方面，建议政府应进一步深化公立医院改革，进一步破除以药补医机制，变政府补贴、药品加成收入和医疗服务收费3个公立医院补偿渠道为政府补贴和医疗服务收费2个补偿渠道。另一方面，政府应进一步探索完善医疗保障体系，探索对医疗保险起付线、封顶线、保障水平的设计，补充大病、慢病覆盖病种，有针对性地对老年、儿童、贫困人群进行靶向减负、精准保障。此外，应在老龄化日益明显的社会背景下，大力推进卫生、民政、人保部门的协调统一，以更加合理的卫生筹资体系设计应对老龄化的挑战。

（二）鼓励商业保险发展，推动健康产业兴起

随着生活水平和医疗卫生行业的不断发展，以及社会老龄化的不断加快，人民群众对医疗卫生服务的需求不断提高。建议政府应持续推动商业保险在满足多样化医疗服务需求中的作用，不断探索政府与商业保险公司合作的新模式。针对当前商业医疗保险险种单一、产品滞后的问题，政府应积极探索建立机制，开放医疗服务数据，发挥商业保险公司在风

险管理，尤其是对重大疾病、新兴技术使用等方面的管理技能，为商业保险公司的产品开发提供必要的技术支持。同时，建议充分利用基本医保基金^[5]，发展多层次的补充医疗保险，如老年长期护理保险等。通过与健康产业的联动，推动健康保险业由疾病费用保障向健康管理转变。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 李芬,金春林,王力男等.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[J].中国卫生经济,2015(12): 57-59.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.

(责任编辑：甘银艳)

上海市个人现金卫生支出分析对降低医疗费用负担的启示

李芬^{1,2} 王常颖¹ 张晓溪¹ 王力男^{1,3} 丁玲玲⁴ 贺志敏⁴ 金春林^{1,5}

【摘要】目的：核算2015年上海市个人现金卫生支出（以下简称“OOP”）总量及不同类型人员的OOP负担，为降低居民医疗费用负担提供循证依据。**方法：**在卫生费用核算框架下，运用矩阵平衡法，综合筹资方案支付数据和医疗卫生机构收费数据，核算OOP支出。**结果：**2015年，上海市常住居民OOP占经常性卫生费用的比例为38.13%，相比2011年增长了2.88个百分点。不同人员的OOP分析发现老年人医疗费用的自付比例较低但绝对值较高；医院自付比例远高于社区；不同疾病类型中，循环系统疾病、恶性肿瘤、损伤和中毒等疾病类型OOP负担较重。**结论：**上海市居民OOP负担仍较高，并且存在人群间不公平现象。建议从卫生系统的“筹资、支付、组织、规制”等各个控制键出发，提高卫生资金使用效率、降低患者OOP。

【关键词】 卫生费用核算；个人现金卫生支出；医疗费用负担

卫生筹资方案是卫生费用核算的一个维度，描述了人群获得的卫生服务的支付方式^[1]。个人现金卫生支出(out-of-pocket,以下简称“OOP”)作为一个独立的筹资方案，是指直接向医疗机构支付的费用，包括医保报销范围内的自负费用、医保报销范围外的自费费用以及非正式支付(指患者直接向医务人员支付的多余费用，如红包、烟酒、礼券等)，反

第一作者：李芬，女，助理研究员，博士在读

通讯作者：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 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 200032

3. 上海财经大学公共经济与管理学院，上海 200433

4. 中南大学湘雅公共卫生学院，长沙 410008

5. 上海市人口与发展研究中心 上海 201199

映了直接就医负担^[2]。过高的 OOP 增加了脆弱人群陷入贫困的风险^[3]，同时也造成卫生资源利用的不公平和低效率，有支付能力的人群可能过度利用，而经济水平较差的人群利用不足^[4]。然而，准确地估算 OOP 是卫生核算面临的挑战，我国采用的数据源是统计局家庭消费调查中的医疗卫生支出数据，但回顾性的调查方法无法避免回忆偏倚，可能使调查结果偏低^[2]。本文综合运用卫生费用核算中各筹资方案及医疗卫生机构收费数据，采用矩阵平衡法对 OOP 进行估算。

一、核算方法及数据来源

（一）拆分 OOP 的核算子项目

第一步是梳理医疗卫生的 OOP 及相关的筹资方案，将 OOP 分成独立的、分散的支出子项目进行估算^[5]。上海市直接支付医疗费用的筹资方案，包括政府筹资方案、强制性医疗保险、自愿医疗保险、非营利性组织方案 4 类^[6]。具体如下：（1）政府筹资方案，一部分是按照上海市经济困难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，另一部分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，（2）强制性医疗保险，指城镇职工医疗保险（以下简称“城保”），以及失业险对参保人员失业期间的医疗补助金、生育险对育龄期妇女的定额补助、工伤险用于医疗和康复的费用，（3）自愿医疗保险，2015 年的筹资方案有城镇居民医疗保险（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“小城镇”）以及商业医疗保险，（4）非营利性组织方案，主要包括红十字会、慈善组织、基金会等为特定人群提供的医疗补助。

OOP 包含在各级各类医疗卫生机构的服务收费中。根据筹资方案支付和服务提供机构情况，分为以下 4 类进行核算：（1）医疗机构，包括提供医疗服务的医院、社区卫生服务机构、护理康复机构和门诊部。

由于较难获得细化至不同类型医疗卫生机构的筹资方案支付数据，因而将上述 3 类机构合并进行 OOP 核算。(2) 辅助性服务机构，目前上海市将急救中心作为独立的辅助性服务提供机构，急救服务费用一部分由医保部门在零星报销中支出，其余为 OOP。采供血机构虽是独立机构，但相关费用计在医疗机构的医疗服务收费中，不再单独核算。(3) 零售机构，医疗及药品零售机构发生的费用，除了城保支付定点药店的费用外，其他费用均为 OOP。(4) 预防服务提供机构，预防服务大部分由政府购买服务，由患者支付的费用主要是二类疫苗。由于二类疫苗由社区卫生服务机构负责接种，相关收入已经计入在其医疗收费中，不再进行独立核算。

(二) 梳理 OOP 子项目的核算方法

第二步是跟踪医疗卫生机构的资金流动。医疗卫生机构没有采集 OOP 数据，对于每一项 OOP，需综合医疗卫生机构的收费数据和筹资方案的支付数据，开展矩阵平衡核算。医院、社区卫生服务机构、村卫生室及门诊部的医疗服务收费数据可从上海市卫生计生委信息中心获得，为各类医疗机构的年报数据；急救中心收费为其救护车收费和治疗收费之和，由急救中心提供；零售医疗及药品收费总额来自上海市统计局年报。各项收费的报销、补助金额来自筹资方案的实际支出值（图 1）。非正式支出因缺乏相关的调查数据故没有计入在 OOP 之内。

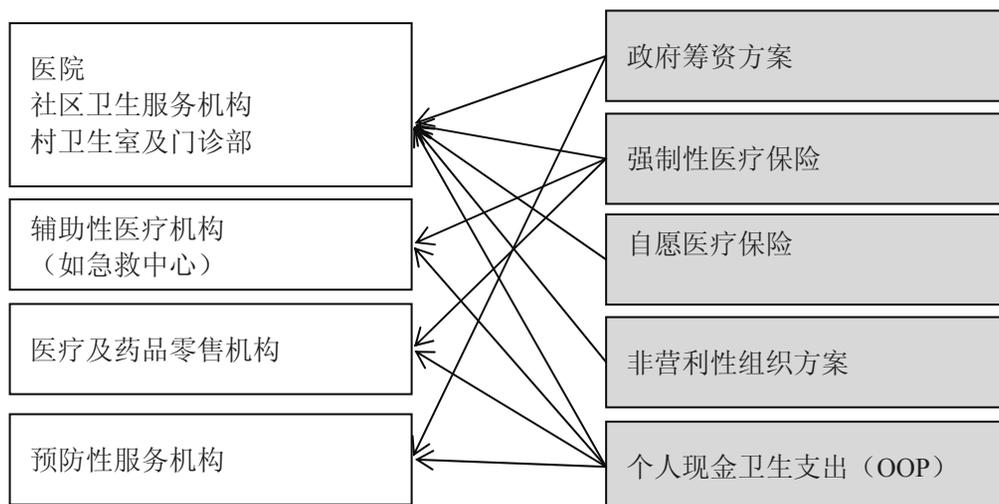


图1 上海市各级各类医疗机构获得筹资方案概览

(三) 明确核算所需数据的来源

OOP 核算所需各项数据来源于官方、机构的年度常规统计数据。本文对数据统计的目的、数据收集方法、数据收集范围及费用数据的口径进行了梳理（表1）。

表1 上海市卫生费用核算数据来源及数据质量评估

项目	数据来源	统计目的	收集频率	数据范围	费用口径
医疗卫生机构费用					
医疗总收费	上海市卫生计生委信息中心	各级各类医疗卫生机构服务收费情况	年度统计报表	所有就诊患者	常住人口的医疗总收费
城保的支付费用	上海市人力资源和社会保障局	参保人员的医疗费用支付情况	年度统计报表	城保参保人员	医保报销范围内的费用
居保、小城镇医保支付费用	上海市人力资源和社会保障局	参保人员的医疗费用支付情况	年度统计报表	居保、小城镇医保参保人员	医保报销范围内的费用
新农合支付费用	上海市卫生计生委	参保人员的医疗费用支付情况	年度统计报表	新农合参保人员	医保报销范围内的费用
商业医保支付费用	上海市保险监督管理委员会	参保人员的医疗费用支付情况	年度统计报表	商业医保参保人员	商保报销范围内的费用
其他筹资方案支付费用	上海市红十字会、上海市财政局、上海市民政局、上海市总工会	政府筹资方案、非营利性组织筹资方案的支付费用	年度统计报表	筹资方案所覆盖人群	筹资方案覆盖的医疗费用
医疗及药品零售费用	上海市统计局	年度医疗及药品零售机构的费用	年度统计数据	医疗及药品零售机构	医疗及药品零售费用
急救机构费用	上海市急救中心	年度救护车及急救治疗费用	年度统计数据	急救车使用人员	急救费用

（四）收集各类人群 OOP 构成的数据

为进一步了解不同类型人员的 OOP 情况，采用病案首页数据对各个年龄段、各类参保人员、各级各类机构的住院费用结构数据进行分析。住院费用总量数据均来源于医疗卫生机构上报的法定年报数据，不同类型人员的 OOP 信息来源于医疗卫生机构的住院病案首页数据。

*注：由于青少年组大部分有补充保险少儿住院基金，几乎能够全部报销医保范围内的自负部分；但该基金采用事后报销的形式，所采集的数据没有包含这一部分，统计结果比实际比例高，因而不与青少年组做横向比较。

二、主要结果

(一) OOP 核算结果

2011—2015 年,上海市居民 OOP 从 308.59 亿元增长到 560.49 亿元,年均增长率 16.09% (表 2); 占经常性卫生费用的比例从 35.25% 增长到 38.13%。

表 2 2011—2015 年上海市医疗费用、筹资方案支付及 OOP 费用情况 (单位: 亿元)

医疗卫生费用	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
经常性卫生费用	875.44	986.49	1114.22	1236.01	1470.09
医疗卫生总收费	725.94	822.96	928.45	1049.69	1270.67
医疗机构医疗收费	644.10	731.30	829.20	936.53	1147.07
急救中心收费	0.68	0.76	0.75	0.76	0.80
医疗用品零售收费	81.16	90.90	98.50	112.40	122.80
筹资方案支付	417.35	462.89	524.72	582.45	710.19
政府筹资方案支付	5.16	7.46	11.13	6.09	7.73
强制性医疗保险支付	334.13	374.39	420.34	464.87	578.48
自愿医疗保险支付	70.71	72.95	83.47	100.44	112.62
非营利性机构筹资方案支付	7.36	8.10	9.77	11.05	11.35
个人现金卫生支出 (OOP)	308.59	360.07	403.73	467.24	560.49

(二) 住院费用 OOP 构成

1.OOP 的年龄差异: 老年人自付比例较低但绝对值较高*

2015 年,上海市住院费用自付比例总体水平为 45.26%, 随着年龄的增加自付比例逐渐下降, 20~24 岁组的自付比例为 65.04%, 到 85 岁以上降到最低值 24% 左右。但老年人的年人均住院费用随年龄增加而增长, 年人均自付费用从 20~24 岁组的 279 元增长到 90 岁及以上组的 3003 元。分析住院自付费用的内部构成 (自付费用 = 医保范围内自负费用 + 医保范围外自费费用), 发现总体自负比例为 28.75%, 自费比例为 16.51%, 即 OOP 中约四成是自费费用 (图 2)。

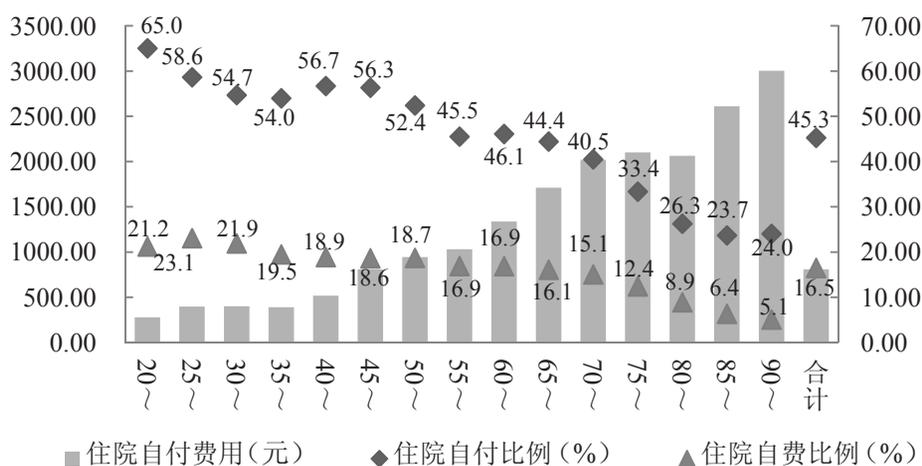


图2 2015年上海市不同年龄段的住院 OOP 负担水平及比例

2.OOP 的机构差异：医院自付比例及 OOP 负担绝对值远高于社区机构

不同类型医疗机构的住院费用自付比例差异较大。住院个人负担比例方面，2015年医院的住院自付比例为45.55%（其中市级医院高达54.54%），同期社区卫生服务机构自付比例远低于医院，为11.90%。自费比例方面，社区的自费比例为1.27%，同期市级医院、区级医院的自费比例分别是20.65%、11.05%（图3）。

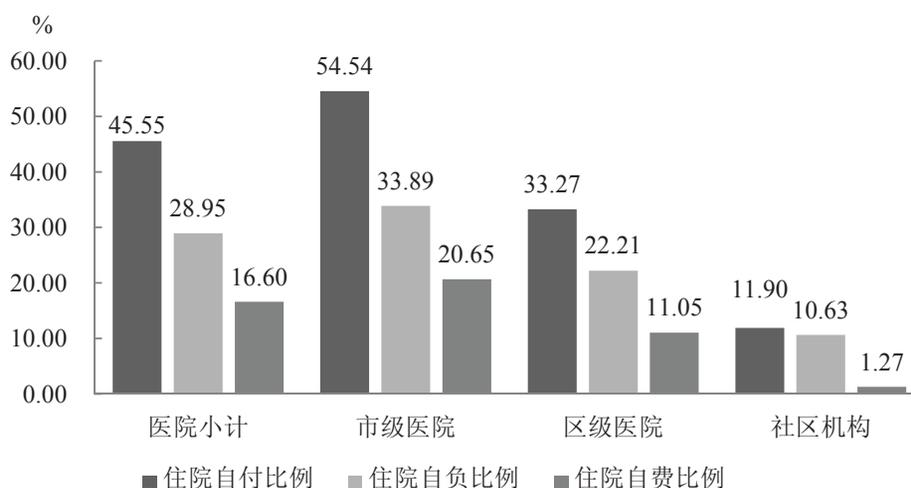


图3 2015年上海市不同类型医疗机构的住院 OOP 负担比例

从服务量和费用水平来看，社区住院次均费用水平、自付比例低，出院人数总量少。2015年，医院和社区卫生服务机构的出院人数分别

是 261.26 万人、8.82 万人，相应次均住院费用为 15971 元和 10672 元，社区卫生服务机构的次均费用水平为医院的 66.82%，加之社区卫生服务机构的住院自付比例较医院低 33.65 个百分点，次均住院自付费用社区卫生服务机构为医院的 17.46%。

3.OOP 的参保类型差异：新农合、居保自负比例高于城保

不同类型参保人员的住院费用自付比例差异较小，三大基本医保的自付比例在 26.08%~28.41% 之间；但市级医院新农合的自付比例远高于城保和居保，城保、居保和新农合的自付比例分别是 34.84%、35.68% 和 50.77%。

分析不同类型参保人员的实际待遇和负担差异，最直观的指标是自负费用情况及比例。自负比例以新农合最高，居保次之，城保最低。医疗机构级别越高，新农合与居保、城保的自负比例差异越大，市级医院新农合的自负比例将近为城保的 2 倍（图 4）。

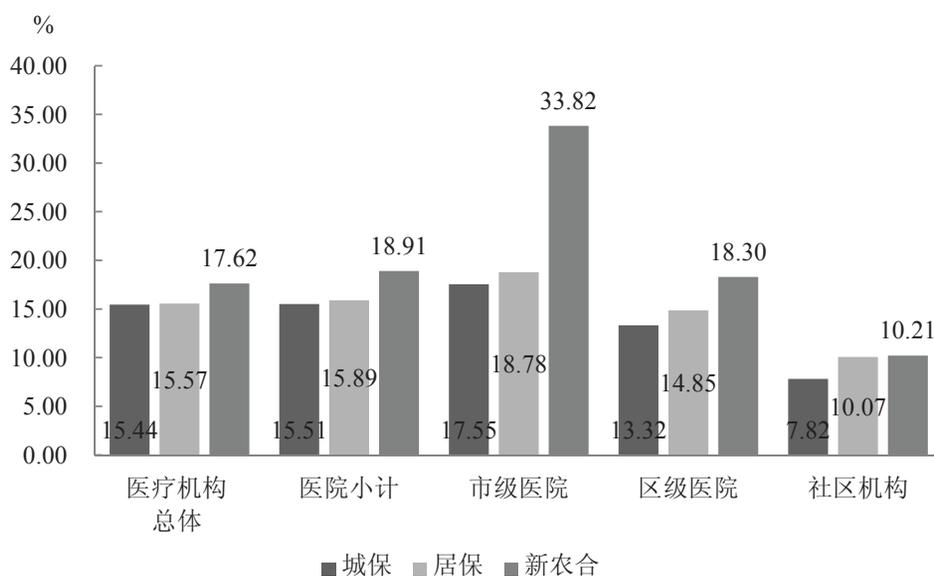


图 4 2015 年上海市不同类型参保人员的住院费用自负比例

4.OOP 的疾病类型差异：部分疾病类型负担重

2015 年上海市住院总费用排名前三的疾病类别分别是循环系统疾

病、恶性肿瘤、损伤和中毒，其次均费用分别为 2.02 万元、2.47 万元、2.75 万元，自付比例分别为 31.05%、59.66%、58.81%，相当于次均住院自付费用在 0.63~1.62 万元之间。不同年龄阶段病种结构有所差异，如青少年以先天性疾病、呼吸系统疾病和新生儿疾病居多。最值得关注的是老年人，上海市老龄化程度不断加深，医疗服务需求刚性上升。老年人住院费用以循环系统疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病居首，这三类疾病也是老年人口患病率最高的疾病种类，次均住院自付费用分别是 0.56 万元、1.35 万元和 0.40 万，以肿瘤疾病的自付比例最高（表 3）。

表 3 2015 年上海市住院费用总额前十疾病类型的费用负担情况

顺位	全年龄段			老年人口组（≥ 60 岁）		
	疾病类别	次均费用 （万元）	自付比例 （%）	疾病类别	次均费用 （万元）	自付比例 （%）
1	循环系统疾病	2.02	31.05	循环系统疾病	2.00	27.99
2	恶性肿瘤	2.47	59.66	恶性肿瘤	2.44	55.50
3	损伤和中毒	2.75	58.81	呼吸系统疾病	1.56	25.44
4	其他医疗服务	1.00	46.64	消化系统疾病	1.43	33.77
5	消化系统疾病	1.32	39.89	损伤和中毒	3.16	51.10
6	呼吸系统疾病	1.20	31.03	其他医疗服务	1.10	40.83
7	肌肉骨骼系统疾病	1.95	55.34	肌肉骨骼系统疾病	2.21	51.90
8	泌尿系统疾病	1.00	39.32	泌尿系统疾病	1.21	29.39
9	妊娠分娩和产褥疾病	0.60	62.18	内分泌系统疾病	1.38	24.59
10	良性肿瘤	1.50	57.13	眼科疾病	0.79	28.02

三、主要发现及政策启示

在卫生费用核算中，OOP 反映了居民在医疗卫生服务中直接承担的费用，通常将 OOP 占卫生费用的比重作为衡量该地区个人医疗卫生负担的重要指标之一。为准确核算 OOP，可分别从筹资方、服务提供方和消费方 3 个角度来考虑数据可能来源，收集政府行政部门、高校科研等机构的常规统计数据、专项调查数据，多方进行交叉验证，以判断核算结果的准确性。一般来说，卫生筹资中 OOP 所占比重越低，筹资

系统的风险保护功能越强。但 OOP 反映的是个人负担的平均水平，而卫生资金从筹集到分配再到消费，是在一系列体制机制下通过具体的服务项目来实现转换，卫生资金的分配效率、公平性对个人医疗负担至关重要。根据上海市 OOP 结构分析可知，医疗服务体系的组织、筹资和支付、规制举措都会影响居民的医疗负担。

（一）社区自付比例及次均费用低，需加强基层建设和分级诊疗，降低总体 OOP 负担

医疗服务体系的组织架构中，医疗服务在各级各类医疗机构的构成对 OOP 影响较大。相比医院，社区卫生服务机构的自付比例和次均费用均较低。促进患者更多地流向社区卫生服务机构就诊既可降低患者 OOP 负担，又可提升卫生资金的整体使用效率。然而，2015 年社区卫生服务机构出院人数占全市的比例仅为 3.20%，而同期医院的出院人数占比为 94.78%，资源利用呈“倒三角”结构。这一方面是因为社区卫生服务机构资源总量不足，2015 年上海市社区卫生服务机构卫生技术人员占总量的 16.74%、床位数占比 13.92%，需要加大社区卫生服务机构的人员和床位配置。另一方面，与上海市无序诊疗的状况有关。2000 年以来，上海市实行医保“一卡通”，不少患者在社区卫生服务机构能解决的疾病选择到三级医院就诊，致使资源利用结构失调。2015 年起，上海市探索“1+1+1”医疗机构组合签约试点，居民选择 1 家社区卫生服务机构、1 家区级医院和 1 家市级医院进行签约。截至 2015 年 8 月，签约居民 8 万余人，签约居民门诊在“1+1+1”签约医疗机构组合内就诊占 77.57%，在一定程度上吸引了部分签约居民“回流”社区就诊。但是，还需进一步提高签约率和就诊“忠诚度”，提升医疗资源、卫生资金的使用效率，降低就诊患者的 OOP。

（二）不同医保类型的待遇差异大，需进一步缩小保障差异度，促进资金利用的公平性

在资金的筹集和支付方面，上海市没有建立统一的基本医保。新农合、居保的参保人员没有正式工作，经济水平普遍低于城保参保人员，医疗费用的自负比例反而更高。2016年，新农合和居保已合并为城乡居民基本医保，基本消除了城乡非在职人员的医保待遇差异；但城镇职工医保和城乡居民医保的差距仍然存在，仍需逐步缩小筹资水平和报销比例的差异。

（三）老年、重大疾病等重点人群 OOP 负担重，需完善大病医保制度，探索自负封顶线

OOP 的年龄差异分析显示，老年人医疗费用的自付比例较低但绝对值较高。上海市在筹资与支付上对老年人口已经实行了倾斜政策，相对一般人群，老年人的缴费负担相对较轻。然而，老年人慢性病多、共患疾病多，医疗服务需求的刚性使得 OOP 负担仍然较重。在对重大疾病的保障方面，城保建立了综合减负制度、居保设立了大病保险，用以减轻重大疾病患者的医疗负担。但目前大病保险范围仅包括重症尿毒症透析、肾移植抗排异、恶性肿瘤、部分精神病等 4 类疾病，纳入的病种有限，老年人口患病率、住院总费用最高的循环系统疾病，青少年人群的先天性疾病均不在保障范围内。短期内，建议按照病情重、病程长、费用高的原则，逐步扩大病种范围，减轻重大疾病的 OOP，特别是针对患重大疾病的老年人，实施“再减负”的措施。从长远来看，建议借鉴德国、日本、韩国等国家的经验，根据患者的经济收入水平，设立医疗费用自负封顶线，防止 OOP 负担过重，避免因病致贫和灾难性卫生支出^[7]。

（四）自费费用所占比重较高，加强需方保障的同时，也要加强对医疗服务行为的监管

从需方加强保障的同时，还需加强对医疗机构服务行为的监管。上海市医保范围内费用的实际报销比例已达到较高的水平。然而，住院费用数据显示，住院 OOP 中，约六成是自负费用，近四成是自费费用。这些自费项目中，对于成本—效果好、与社会经济水平发展相适应的服务项目、药物应考虑纳入报销范围。对于其他自费项目应加强管控，重点管理老年人口、重点疾病类型的自费费用，利用大数据对各医疗机构的总体自费比例、重点疾病的自费项目和比例进行监测、公示^[8]。

从 OOP 下降到居民医疗负担降低是一个复杂的传导过程，两者不一定能同步实现。在经济发展速度放缓的大环境下，从卫生系统的各个环节、从“筹资、支付、组织、规制”等各个控制键出发，提高卫生资金使用效率、降低患者 OOP。

参考文献

- [1] OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts (SHA 2011)[M]. Paris: OECD Publications. 2011.P178
- [2] Ravi P. Rannan-Eliya, Luca Lorenzoni. Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework[M]. OECD Publications Service, 2010
- [3] CC Garg, AK Karan. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India[J]. Health Policy and Planning, 2009, 24(2):116-28
- [4] WHO. Health systems financing : the path to universal coverage[M]. Switzerland: WHO Library.2010
- [5] 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与实践[J].中国卫生经济,2013,32(8): 17-19.
- [6] 李芬,王力男,王常颖等.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[J].中国卫生经济,2015,34(12): 54-56.
- [7] 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,2013,6(9): 24-28.
- [8] 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.

（责任编辑：朱碧帆）

公立医院中的政府投入政策：美国经验对中国医改的启示

顾昕¹ 潘捷²

【摘要】在美国，多数普通公立医院的主要“社会功能”，是为一部分低收入或无保险的民众提供基本医疗服务。由于美国没有实现全民医保，公立院所提供的一部分服务没有获得医保体系的补偿。根据“欠费服务”的不同规模，政府部门对这些公立医院给予一定的补偿，是确保这些公立医院履行公益性的必要之举。但无论如何，政府投入并不是公立医院日常运营收入的主要来源；而最主要的来源则是医保机构的支付。中国医疗界人士在抱怨公立医院中“政府投入不足”的时候，常常无视公立医疗保险的支付，而且对于政府增加投入的“公益性”理据未能清楚地加以陈述。美国的经验启示中国：政府投入仅仅是公立医院运营收入的一小部分，这是正常的。在中国，政府对公立医院直接投入的增加必须针对一些特殊的国情，例如，有效解决处于转型时期公立医院离退休者的养老保障等问题。

【关键词】 公立医院；政府投入；运营收入；医改

世界上绝大多数经济发达国家的医疗服务体系都呈现多元办医的格局。医院既有公立的，也有民营的；既有非营利性的，也有营利性的。公立医院（public hospitals）是由政府所建并且由政府加以控制的医院；既然由政府建立并加以控制，政府对公立医院进行一定的投入，也是题中应有之义。中国的新医改正在推进全民医疗保险，也正在进行公立医院改革。考察一下发达国家政府对公立医院的投入政策，对于中国推进新医改无疑具有重要的借鉴意义。事实上，中国医疗卫生界最为关心的

第一作者：顾昕，男，教授

作者单位：1. 北京大学政府管理学院，北京 100871

2. 哈佛大学，剑桥 02138

本文已发表于《学习与探索》2012年第2期第107—112页。

政策议题之一就是政府到底应该给公立医院多少钱？

一、美国公立医院的构成

世界上的绝大多数国家都有公立医院，美国也不例外。按照美国人的理解，公立医院是指由联邦政府、州政府或县政府出资建立并拥有的医院^[1]。按道理，政府出资做任何事情，都必须要有特定的公益性目标。无论是在出资建立公立医院的过程中还是在维持其日常运营的过程中，美国各类政府的相关财政支出，都必须获得同级议会的批准，在批准的过程中相关政府自然要对特定支出的公益性目标加以陈述。

在美国，公立医院大体可以分为如下3类。

（一）联邦政府所属公立医院

由联邦政府所建立，由联邦政府所属的机构管理，以实现特定的全国性公益性目标。联邦政府所属的公立医院包括3大系统。一是退伍军人医院，为退伍军人及其家属提供医疗服务，由退伍军人事务部（Department of Veteran Affairs, VA）下属的“退伍军人健康服务局”（the Veterans Health Administration）负责运营。退伍军人医院体系是美国“最大的一体化医疗服务体系”（the largest integrated health care system）。根据退伍军人事务部官方网站提供的数据，退伍军人健康服务局下属包括153家公立医院（即“老兵医院”），以及相当数量的社区门诊中心、康复中心、诊疗中心（提供一些心理调适服务）等，每年的服务量约为550万人次^[2]。二是军队医院，主要为现役军人服务，由国防部（Department of Defense）负责运营。军队医疗体系的规模仅次于退伍军人医疗体系，服务对象包括美国陆海空军、海岸警卫队的现役军人及其家属，也包括一些非军事联邦政府雇员，例如公共卫生服务和国家海洋与大气协会的工作人员^[3]。三是印第安人医院，为北美原住民提供医疗服务，由卫生与社会服务部（Department of Health and Human Services）下属的印第

安人健康服务局（Indian Health Services, HIS）管理。

由于美国的历史及价值观，绝大多数美国民众认为，退伍军人、现役军人以及印第安人都应该享受基本免费的医疗。因此美国联邦政府为这3类人群建立了公费医疗体系，并且组建了专门的公立医院以实现这一公益性目标。这3类公立医院都不对外开放，即不为普通民众提供医疗服务^[4]。就军队医院的服务对象而言，美国与中国在这一点上有巨大的差别。但值得注意的是，联邦政府所属的公立医院不对公众开放并不意味着其锁定的服务人群只能在这些医院接受医疗服务。无论是现役军人、退伍军人还是印第安人，在急诊的情况下都可以就近在任何医疗机构接受医疗服务并享受免费医疗待遇；而对享受免费医疗的退伍军人来说，退伍军人事务部近十多年来开始将定点医疗机构的范围扩大，即在俗称“老兵医院”之外也挑选了一些定点医疗机构（大多为民办非营利性医疗机构），从而为退伍军人的医疗服务提供了更好的可及性和更大的选择权。正是这一政策上的改变极大地提升了退伍军人医院体系的竞争意识，促使其管理者想方设法提升管理水平，其中信息化便是重要手段之一^[5]。相对来说，由于缺乏竞争的环境，专为印第安人提供服务的公立医院管理水平较低，因为这类医院位于印第安人部落聚集的保护区，而这类印第安部落保护区多在偏远地区，普通医疗机构并不多，即便政府想开放印第安人的就医选择，印第安人也没有多大选择余地。

（二）精神病医院或长期看护医院

这类医院的办院主体较为多样化，由联邦政府所建，由联邦政府与地方政府共建，以及地方政府所建的情况同时存在，以后者居多。需要指出的是，在精神病治疗康复与长期看护这两个领域，也有民营的服务提供者，其中既包括非营利组织也包括营利性组织。如果老人和穷人接受这方面的服务，绝大部分费用可由面向老人的公立医疗保险（即

Medicare) 和面向穷人的公立医疗保险 (即 Medicaid) 来支付。其他人则需要私营保险或自付来解决费用支付的问题^[6]。因此, 总有一批精神病患者或长期看护需要者, 既不是公立医疗保险的参保人, 也无力购买相关的私营保险, 又无力自行支付民营医疗服务机构费用。此时, 就需要有公立医疗机构扮演安全网的角色, 为这类人群提供相关的服务, 以实现人人有病能医的公益性目标。政府兴办精神病治疗康复与长期护理的公立医院, 就是为了实现这一公益性目标^[7]。

(三) 一般公立综合 (专科) 医院

普通的公立综合医院和专科医院向普通民众开放, 这些公立医院均由地方政府设立*, 主要功能之一是提供医疗服务安全网 (healthcare safety net), 基本上是为低收入者提供医疗服务, 尤其是那些无力支付医疗费用的低收入者。这些低收入者包括各类遭到社会排斥的弱势群体成员, 例如无家可归者、性工作者、毒品上瘾者、酒精上瘾者、刑满释放人员等。这类公立医院的数量尽管少, 但在尚未建立全民医疗保障体系的美国, 它们为增进基本医疗服务的可及性发挥着重要的作用^[8]。

需要指出的是, 美国低收入者中最为贫困的人群可以享受基本免费的医疗待遇, 即可以获得政府免费发放的医疗救助卡 (Medicaid card)。医疗救助 (Medicaid) 是美国三大公立医疗保险之一, 由联邦政府与州政府共同出资, 为符合资格认定标准的穷人和残疾人提供保障水平不低的医疗保险^[9]。除了医疗救助制度之外, 美国另外两大公立医疗保险分别为面向老人的医疗照顾 (Medicare) 和面向儿童的州立儿童健康保险 (State Child Health Insurance Program, SCHIP)。在美国, 没有资格参加公立医疗保险的民众大多自行购买商业医疗保险, 但也存在没有任

* 注: 美国地方政府基本上包括州政府、县政府、市政府和社区政府, 医院主要由州政府、县政府或市政府设立。值得注意的是, 美国实行联邦制, 各类政府之间没有行政隶属关系, 其财政体系与政府职能相互独立^[9]。

何医疗保险的美国公民^[10]。根据美国人口统计局的数字，2009年没有医疗保险的人口达5070万人，占总人口的16.7%^[11]。因此，无论在何种类型的医院，都会出现一部分无保险或保险不足的患者（uninsured or underinsured patients）在接受医疗服务后无力支付医疗费用的情形。这种情形在美国被称为“未获补偿的服务”（unreimbursed care），也就是在中国所谓的“欠费服务”。由于美国采取先看病后收费的制度，而且为所有到急诊部求医的病人提供医疗服务是急救医生长期坚持的传统，因此“欠费”的情形在美国医院的急诊部经常发生^[12]。事实上，在任何类型的医院都会出现“欠费”的情形，但是有研究显示，在公立医院和民办非营利性医院中，出现“欠费服务”的情形相对来说较多^[13]。从某种意义上说，公立医院的职责之一就是为低收入人群提供基本的医疗服务，即便他们事后“欠费”，这就是其公益性的体现。同时，民办非营利性医院同样发挥了这类公益性的作用。对于各类医院所提供的公益性服务，美国各类政府实际上均给予一定的补偿。尽管这种补偿并不限于公立医院，但由于公立医院提供“欠费服务”的比重相对较高，因此某些公立医院收入中自然会有相对较高的比重来自政府补偿。

总体来说，公立医院在美国的医疗服务体系中扮演着重要的角色，即主要承担医疗安全网的作用^[14]。但是，就满足普通民众的基本医疗服务需要而言，公立医院并非主力。在数量上，公立医院也不占多数。根据全美医院协会（the American Hospital Association）的数据，2009年，民办非营利性医院占医院总数的50.4%，民办营利性医院占17.2%，地方政府所属的公立医院占18.8%，联邦政府所属医院占3.6%，其它类型占9.9%。总而言之，公立医院在医院数量上的占比不足四分之一，且呈现弱化之势。主要表现在：一是民办非营利医院在美国医院体系中的地位长期保持恒定状态，即在数量上基本保持一半；二是从数量上看，

民办营利性医院的比重越来越高；三是无论在联邦层面还是地方层面，公立医院的比重均有所下降（表1）。依据常识可以判断，部分公立医院可能关闭了，而另一部分公立医院则走向了民营化。

表1 1980—2009年美国医院的类型（依据所有制分类）*

年份	总数	非营利性		营利性		联邦政府		地方政府		其他	
		数量	%	数量	%	数量	%	数量	%	数量	%
1980	6965	3322	47.7	730	10.5	359	5.2	1778	25.5	776	11.1
1990	6649	3191	48.0	749	11.3	337	5.1	1444	21.7	928	14.0
2000	5810	3003	51.7	749	12.9	245	4.2	1163	20.0	650	11.2
2005	5756	2958	51.4	868	15.1	226	3.9	1110	19.3	592	10.3
2009	5795	2918	50.4	998	17.2	211	3.6	1092	18.8	576	9.9

*注：资料来源于全美医院协会（the American Hospital Association）历年的统计报告。

由于联邦政府所属的退伍军人医院、军队医院、印第安人医疗机构以及精神病医院或长期看护医院只服务特殊的人群，不对普通民众开放，其主要收入来源是政府预算，因此并不是本文关注的对象。本文主要讨论普通的公立综合医院和专科医院。为了兼顾清楚展示与简洁行文的考量，本文仅在各小节标题中使用“普通公立医院”，而行文中把“普通”两字省略。本文核心在于分析美国公立医院政府投入政策及其对中国的启示。为便于理解，下文将对美国公立医院的财务结构加以介绍。

二、美国普通公立医院的财务结构

美国对公立机构和享受了免税待遇的民办非营利组织实施强制性信息披露管制。因此，在许多州，公立医院发布的年度报告（披露其服务能力、服务流量以及财务结构）可获得性较高。然而，或许是由于公立医院在美国医疗服务体系中的地位并不高，因此学术界尚未出现对所有公立医院财务结构开展的系统性研究。而且，若要对联联邦政府与地方政府所属的1300多家公立医院进行普查，所需研究经费不菲。因此，本

文基于规模（重要性）、地理分布的多样性、管理结构的多样性以及财务信息获得性的难易程度等维度，选择 10 家公立医院或公立医院集团进行案例研究。

就所有医院的财务而言，一般分为运营收入（operating revenue）和资本投资（capital investment）两部分。所谓运营收入，即医院通过提供医疗服务获取的收入，俗称“看病治病挣来的钱”；所谓资本投入，即对使用寿命在一定时期以上的设施进行的投资，例如基建与装修、大中型设备购买以及并购所需的费用。

（一）运营收入

同所有类型的医院一样，公立医院的运营成本，包括人力成本（主要是医护人员的待遇），均来自运营收入。而公立医院运营收入主要来源于医疗保险机构，只有极少数例外。在这 10 家公立医院中，5 家最重要的运营收入来自联邦政府与州政府合办的医疗救助体系，这也说明这些公立医院的定位主要是为穷人提供医疗服务；2 家的最重要运营收入来源于民营医疗保险，这说明它们的主要服务对象不再是穷人，而是一般的公众。另还有 2 家医院主要依靠特别税收维持运营；只有 1 家医院主要依靠政府补贴来维持运营。可以说，在这 3 家公立医院中，政府投入是其运营收入的主要来源（表 2）。

表2 美国部分公立医院运营收入的构成（单位：百万美元）*

公立医院名称	年份	收入	医疗救助	医疗照顾	民营保险	特别税收	政府补贴
纽约市立健康服务 与医院集团	2009	5696	67.0%	14.2%	0.0%	0.0%	6.4%
杰克逊健康集团	2010	1751	29.3%	16.8%	19.2%	19.1%	0.0%
纪念医疗集团	2010	1456	16.6%	10.8%	44.5%	2.8%	0.3%
华盛顿大学附属医院	2010	2900	11.1%	22.1%	28.6%	0.0%	3.0%
洛杉矶县医院	2009	2813	43.0%	8.2%	10.0%	0.0%	24.4%
哈里斯县医院	2010	1395	22.0%	3.4%	28.2%	37.4%	0.0%
葛莱迪医疗集团	2008	600	18.0%	19.0%	15.0%	0.0%	45.0%
库克县医院	2010	866	58.8%	6.2%	2.0%	0.0%	32.3%
丹佛医疗	2009	643	36.0%	10.0%	21.0%	0.0%	5.0%
伯德罗恩斯医疗中心	2009	101	16.4%	5.9%	14.1%	47.9%	5.0%

*注：资料来源于各家公立医院的官方网站。

（二）资本投入

一般而言，公立医院的资本投入有3个来源，即政府补贴或专项拨款、政府担保的融资（向资本市场发放债券或票据）和民间捐赠。政府补贴或专项拨款主要来自公立医院的所有者，即地方政府（尤其是县政府），当然也不排除来自联邦政府的可能性。实际上，美国联邦政府每年都向各种各样的非营利组织提供补贴或专项拨款，其中的受益者也包括非联邦政府所属的公立医院（表3）。

表3 美国部分公立医院资本投资的来源*

公立医院名称	资本投资的来源
纽约市立健康服务与医院集团	政府补贴或专项拨款
杰克逊健康集团	政府债券, 民间捐赠
纪念医疗集团	政府债券
华盛顿大学附属医院	政府债券
洛杉矶县医院	政府补贴
哈里斯县医院	政府债券
葛莱迪医疗集团	民间捐赠
库克县医院	政府补贴
丹佛医疗	政府债券, 政府补贴, 民间捐赠
伯德罗恩斯医疗中心	政府特别税收, 信贷票据

*注: 资料来源于各家公立医院的官方网站。

在不同的公立医院中, 资本投入的时间和金额均差异较大, 其决定因素繁多, 如当地社会经济人口状况、当地政府财政状况、当地政府与公立医院市场融资的信誉度以及公立医院自身的筹款能力等。因此, 将不同公立医院加总计算其资本投资不同来源的比重, 意义不大。

三、美国公立医院中的政府投入模式及相关政策

美国政府投入公立医院日常运营的方式有2种: 一是下拨政府补贴, 二是征收特别税收。此外, 对公立医院进行资本投入, 还有政府市场融资(发放债券)以及贷款票据等手段。

(一) 政府补贴

政府投入占公立医院运营收入的比重及政府投入占公立医院资本投入的比重均呈现极大差异性, 这主要与公立医院所在地的社会经济人口特征等因素有关。根据上文内容可知, 10家公立医院(或集团)中只有2家没有来自政府的补贴, 但都接受政府特别征收的税收收入。因此, 所有公立医院都或多或少地接受了政府投入, 这也是公立医院的特征之一。但同时, 包括规模最大、运营收入最多的纽约市立健康服务与医院

集团等4家公立医院运营收入中政府投入的比重微不足道，均在7%以下，这同中国绝大多数公立医院的情形极其相似。没有任何证据表明，政府投入比重较低的公立医院（或集团），在服务能力、服务数量、服务质量和效率上弱于政府投入比重较高的公立医院，也没有任何证据表明政府投入比重较低必定导致这些公立医院丧失所谓的“公益性”。

事实上，美国设立的公立医疗保险为大多数穷人、老年人和儿童提供了医疗保障。而且，如果任何医院向低收入者提供了医疗服务，医疗救助制度和医疗照顾制度还会向这些医院支付所谓“不均衡份额医院基金”（disproportionate share hospital funds，以下简称“DSH基金”）来进行补偿。因此，对于大部分弱势群体来说，看病治病拥有充分的保障。但是，由于美国没有实现全民医疗保险，而因此产生的“欠费”现象需由政府为情形严重的医院提供额外补贴或补偿。根据一项研究，2008年，美国无保险者的医疗欠费高达560亿美元，约占当年美国卫生总费用的2.4%，其中75%由政府予以补偿^[15]。而无论是公立医疗保险的DSH基金支付还是政府补贴的对象，都不限于公立医院。

在上文中提到的10家公立医院中，唯一主要依靠政府补贴维持运营的是葛莱迪医疗集团，该集团拥有1家医院、1家糖尿病中心、1家癌症中心、6家初级卫生保健中心和1家中毒治疗中心^[16]。亚特兰大市以非裔人口比重较高而著名，其中没有任何医疗保险的人口比重较高，因此这家公立医院中“未获补偿的服务”可能占据较大比重，欠费情形较多。若缺乏政府补贴，这类公立医院显然无法维持正常运营。而同时，唯一依靠民间捐赠来从事资本投资的公立医院，也是葛莱迪医疗集团。由此可见，这家公立医院的所有者并非财务实力雄厚的地方政府，因此不大可能在大力扶持其日常运营的同时又支持其改建扩建。

（二）特别税收

在美国的佛罗里达州、德克萨斯州和爱荷华州均设有特别税收制度以扶持公立医院的日常运营；且在后两个州，特别税收还成为两家公立医院的最主要运营收入来源。特别税收的征收需经过当地居民的投票认可。征收特别税收能获得当地居民的支持，在一定程度上说明当地政府的一般税收（general revenue）不足以支付相关的政府补贴，而造成这一情形的一种可能性是当地政府的其他税收税率较低，税收水平不高。事实上，佛罗里达州、德克萨斯州均不征收地方个人所得税，爱荷华州的地方个人所得税名义税率尽管名列全美各州最高的第7位，但是其起征点较高，而且还可以将联邦个人所得税在个人收入中予以扣减。既然其他税收不多，征收扶持公立医院的特别税收自然不会遭到当地居民的抵制。

四、美国公立医院政府投入政策对中国的启示

同所有国家的政府一样，美国政府设立公立医院的目的是为了实现在某些特定的公益性目标，在国际文献中一般通称为公立医院的“社会功能”（social functions）^[17]。就医疗卫生事业的公益性而言，最为核心的目标就是实现基本医疗服务的可及性，即人人有病能医，而不会为基本医疗服务费用的可负担性发愁。为了解决“看病贵”的问题，最为有效的手段是建立医疗保障体系，实现全民医疗保障，让所有人在看病治病时只需支付一小部分医药费用即可。

（一）中美两国公立医院政府投入的比较分析

美国医疗保障体系具有混合型的特点：一是政府为退伍军人、现役军人、印第安人和穷人建立了公费医疗体制；二是政府为老年人和儿童建立了公立医疗保险；三是政府鼓励私立医疗保险为其他民众提供医疗保障。然而，美国是发达国家中唯一一个没有实现全民医保的国家，仍

有一定比例的民众既没有资格享受公费医疗或参加公立医疗保险，也无能力购买或不愿购买私立医疗保险。

由于医疗保障体系在制度上的多样性，美国公立医院也具有制度上的多样性。美国联邦政府为退伍军人、现役军人和印第安人建立了专门的公立医院体系，为他们提供公费医疗服务。政府对这些公立医院实施全额预算管理，即这些医院的绝大部分收入来自政府预算，而受益对象的自付比例微不足道。同时，在行政上，这些公立医院隶属于联邦政府的相关政府机构。从制度来看，这类公立医院与中国改革开放之前的事业单位差别不大；主要的差别在于美国没有中国式的行政等级体系和制度。

值得注意的是，由于美国退伍军人公费医疗体系逐步走向开放，即退伍军人可以在退伍军人医院之外的医疗机构中接受医疗服务并享受公费医疗待遇，退伍军人医院体系正面临激烈的竞争从而极大的提升了其服务能力和水平。这同中国众多原单位医院在公费医疗和劳保医疗开放解体之后发生的改变，有异曲同工之妙。

与联邦政府不同，美国地方政府所建立的公立医院主要扮演了医疗安全网的角色，其公益性职能主要体现在为相当数量的无医疗保险患者提供了“欠费服务”。因此，公立医院日常运营收入中，除却相当一部分来自公立医疗保险，尤其是来自面向穷人的医疗救助制度之外，政府投入的比重在很大程度上取决于这些公立医院在多大程度上扮演了医疗安全网的角色，而公立医院究竟在多大程度上扮演这种角色又取决于其所在地方无医疗保险的低收入者数量。因而政府投入在公立医院运营收入中的比重差异较大，从3%~50%不等。

在中国，人们普遍认为政府对公立医院日常运营投入的比重需达到一定比例，才能确保其公益性；而且，持有这一看法的学者居然以美国

为例，口口声声说美国公立医院之所以具有公益性，是政府投入比重达到了 30% 以上的结果。本文认为这一看法是毫无根据的。事实上，美国的不少公立医院中，政府投入的比重并不高，甚至低于中国公立医院政府投入的平均水平，但是这丝毫无损其公益性的实现，因为美国有公立医疗保险 Medicare 和 Medicaid 分别为老年人和穷人支付绝大部分的医药费用。

同时，美国公立医院的资本投入来源是多样化的，既包括政府补贴，也包括政府担保的市场融资，更包括民间捐赠。实际上，美国政府对于医疗服务领域的补贴对象，尤其是在资本投资方面的补贴，并不限于公立医院，也包括大量民办非营利组织，甚至包括少数营利性医院。当然，无论政府对何种类型的医疗机构给予补贴，必须明确给出这些公共支出所欲达到的公益性目标，否则无法在公共预算过程中获得立法机构的批准。

在中国，有一种普遍但却具有误导性的说法，即公立医院公益性淡化的主要根源是政府投入不足。事实上，平均而言，中国公立医院日常运营收入中政府直接投入（即各种补贴和补助）的比重约在 8%^[18]，这一比重究竟是高是低很难一概而论。关键在于，凡是赞同并散播上述流行说法的人士，均绝口不提公立医疗保险的支付在公立医院日常运营收入中的比重。众所周知，随着我国全民医疗保险制度的巩固和深化，医疗保障的水平逐年提高，医疗保险支付已在很多公立医院的收入结构中占据了较高比重。与此同时，各级政府还在我国众多公立医院的资本投入即改建迁址扩建的基建和大型设备的购置上投入了不少财政资金，或者利用贷款贴息的方式予以补贴，而这些在资本投入上的政府投入并没有体现在各种统计年鉴的数据上。在我国当前日益健全的全民医疗保险制度大背景下，公立医院的日常运营收入应同其他民营医院一样主要来

源于医疗保险支付，并同其他类型的医院一样在一个公平竞争的环境中，通过自身服务数量的增加和服务品质的改善，争取获得更多来自医保机构的支付。

（二）美国政府投入公立医院政策对中国的启示

中国与美国的医疗体系存在着一些共同的问题，但也有一些完全不同的问题。

中美两国的共同点在于全民医疗保障体系尚未完全建成，因此两国均有相当一部分民众完全没有医疗保险。在中国，公立医疗保险中城乡居民基本医疗保险保障水平仍然较低，参保者自付压力较高。因此，中美两国各类医院中都存在着“欠费服务”的情形。美国公立医院的主要职能就是提供这类服务，而中国公立医院则无法在这一方面更多地践行“公益性”，主要在于美国社会中存在着相对发达的个人商业信誉体系，因而“欠费者”的比例不会太高。如果中国在政府补偿“欠费服务”上照搬美国的做法，同时又在个人商业信誉体系和社会诚信体系的健全上裹足不前，那么必将引致灾难性的后果。因此，中国无法照搬美国式以公立医院为基石的医疗安全网制度。就中国而言，唯一的选择是逐步完善现行的城乡医疗救助体系，并且与现行公立医疗保险体系整合起来。

此外，中国公立医院体系中还存在着众多美国人根本无法想象的特殊问题。例如，中国公立医院负担着相当一批离退休者的养老保障。尽管相当一部分公立医院中离退休者的养老金发放已经成为当地社会保险机构的职责，但是他们原来工作并且退休的公立医院仍然需要为他们提供补充的养老待遇。由于公立医院离退休者的养老保障没有实现彻底的社会化管理，或者说政府没有承担其全部养老保障的职责，不仅导致公立医院的日常运营管理面临众多难以解决的问题，而且还极大地影响到公立医院改革本身。实际上，这一问题不仅在公立医院中存在，同时还

在各种事业单位中普遍存在，已经成为阻碍事业单位改革的头号难题。

因此，在推进公立医院改革的进程中，中国政府的确应该增加对公立医院的政府投入。但是，新增的政府投入完全没有必要用来补贴公立医院的日常运营，也不是大力增加对公立医院的资本投入从而形成对民营医院的不公平歧视或对社会资本投入的不正常挤压，而是应该用来解决中国事业单位改革与发展所面临的独有问题，例如事业单位编制内人员的养老保障。唯有如此，政府投入的增加才能真正促进中国公立医院的改革与发展。

参考文献

- [1] Leiyu Shi and Douglas A. Singh, *Essentials of the U.S. Health Care System*. 2nd edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2010, p. 191.
- [2] Grady Hospital. Website. [EB/OL] <http://www.va.gov/health/MedicalCenters.asp>
- [3] Leiyu Shi and Douglas A. Singh, *Essentials of the U.S. Health Care System*. 2nd edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2010, p. 4.
- [4] Jeffrey P. Harrisoin, M. Nicholas Coppola and Mark Wakefield. 2004. “Efficiency of Federal Hospital in the United States.” *Journal of Medical Systems*, 28 (5): 411-422
- [5] Steven Jonas, Raymond L. Goldsteen, and Karen Goldsteen, *An Introduction to the U.S. Health Care System*. New York: Springer Publishing Company, 2007, p.10.
- [6] Judith Feder, Harriet L. Komisar and Marlene Niefeld, “Long-term Care in the United States: An Overview,” *Health Affairs*, Vol. 19, No. 3 (2000), pp. 40~56.
- [7] Medicare Payment Advisory Commission, *Report to the Congress: New Approaches to Medicare*. Washington, D.C.: Medicare Payment Advisory Commission, 2004, chapter 5.
- [8] Steven Jonas, Raymond L. Goldsteen, and Karen Goldsteen, *An Introduction to the U.S. Health Care System*. New York: Springer Publishing Company, 2007, p. 74.
- [9] Jonathan Engel, *Poor People’s Medicine: Medicaid and American Charity Care since 1965*. Durham, NC: Duke University Press (2006).
- [10] Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, and Jessica M. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*. Washington, DC: U.S. Census Bureau, September 2009.
- [11] Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009*. Washington, D.C.: Economics and Statistics Administration, 2010, p. 22.
- [12] Alexander C. Tsai, Joshua H. Tamayo-Sarver, Rita K. Cydulka and David W. Baker, “Declining

- Payments for Emergency Department Care, 1996-1998.” *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 41, Issue. 3 (March 2003), pp. 299-308; Michael G. Cetta, Brent R. Asplin, W. Wesley Fields, Charlotte S. Yeh, “Emergency Medicine and the Debate over the Uninsured: A Report from the Task Force on Health Care and the Uninsured.” *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 36, Issue. 3, pp. 243-246.
- [13] Linda Fishman, 1997. “What Types of Hospitals Form Safety Net Hospitals.” *Health Affairs*,16(4):215-222.
- [14] Marion E. Lewin and Stuart Altman (eds.), *America’ s Health Care Safety Net: Intact but Endangered*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.
- [15] Jack Hadley, John Holahan, Teresa Coughlin, and Dawn Miller, “Covering the Uninsured in 2008: Current Costs, Sources of Payment, and Incremental Costs.” *Health Affairs*, Vol. 27, No.5 (2008), pp. 399-415.
- [16] Grady Hospital. Website. [EB/OL] <http://www.gradyhealth.org/GMHC/Grady%20Finance%20Present%20ation%20040708.pdf>.
- [17] Alexander S. Preker and April Harding (eds.), *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, D.C.: The World Bank, 2003.
- [18] 顾昕,载汝信,陆学艺,李培林主编,《社会蓝皮书: 2011年中国社会形势分析与预测》[M], 北京: 社会科学文献出版社,2010年,第76-89页

(责任编辑: 侯志英)



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