

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

2009 年 第 12 期
(总第 14 期 卫生总费用专刊)

上海市卫生发展研究中心

2009 年 12 月 20 日

编者按 作为卫生政策的基础性研究，卫生总费用核算现已成为政府制定和调整卫生政策的重要决策依据。国家级卫生总费用核算已经在国内外得到广泛应用，亚国家级（省、市级）卫生总费用核算虽然起步较晚，但也已引起国际组织、国家及地区卫生部门与专家的重视，其研究成果可为地方卫生政策研究提供循证决策依据。

在国家卫生总费用核算框架的指导下，参考 WHO 和 OECD 国家卫生总费用核算经验，“上海市卫生总费用核算”课题组在上海市人民政府相关委办局的大力支持下，经过一年多的努力，采用筹资来源法和机构流向法对上海市 2001-2007 年的卫生费用进行了系统测算，分析总结了卫生筹资与利用的现状和收支状况，提出了相关政策建议。最后课题组完成了上海市卫生总费用核算研究总报告、卫生筹资、公立医疗机构、公共卫生机构、中医医院、社区卫生服务机构收支状况和药品费用测算与分析六个分报告。

本期刊登“上海市卫生总费用核算”主要研究成果，谨供有关领导和同志们参考。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 2 卷 第 12 期 (总第 14 期)
2009 年 12 月 20 日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 801 室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121879
E-mail: wszcyjjz@163.com
网址: www.shdrc.org

顾问: 夏 毅
主 编: 胡善联
常务副主编: 刘雪峰
副 主 编: 付 晨
丁汉升
编辑部主任: 张崖冰
荆丽梅
编 辑: 张 进
彭 颖

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

专题研究

上海市卫生总费用现状分析.....	1
1 上海市卫生总费用基本状况	2
2 上海市卫生费用构成状况	5
3 讨论	9
4 政策建议	12
上海市公立医疗机构收入与支出分析.....	16
1 上海市公立医疗机构收支总体状况	17
2 上海市公立医疗机构药品加成情况	21
3 讨论	22
4 政策建议	25
上海市公共卫生机构收入与支出分析.....	30
1 上海市公共卫生机构费用基本状况及国内比较	31
2 上海市疾病预防控制和卫生监督机构收支状况	33
3 讨论和建议	36
上海市社区卫生服务机构收入与支出分析.....	41
1 上海市社区卫生服务中心总体收支分析	42
2 上海市社区卫生服务机构的收支平衡影响因素	46
3 主要问题和政策建议	50
上海市中医医院收入与支出分析.....	54
1 上海市中医医院总体收支情况分析	55
2 影响收支平衡的因素分析	61
3 主要问题和政策建议	64
上海市药品费用构成分析.....	69
1 上海市药品费用总体状况	69
2 上海市医疗机构用药的大类构成和品种分布	72
3 药品费用与药品价格和药品用量的关系	74
4 几点启示	76

上海市卫生总费用现状分析

夏 毅 金春林 丁汉升 赵江清 吴幸懃 付 晨 张崖冰
陈 雯 顾丽娟 谢 磊 林 海 荆丽梅

【摘要】 目标：分析上海市卫生费用的筹资来源，并进行国内外比较。资料与方法：在国家卫生总费用核算（NHA）框架的指导下，参考国际卫生总费用核算经验，应用上海市卫生总费用核算研究资料，进行描述性分析和比较。结果：2001-2007 年上海市卫生总费用占 GDP 的比重介于 3.84-3.98%，卫生总费用年均增长 12.98%，基本与上海市生产总值协调增长。上海市卫生总费用的构成状况总体呈“一升一降一平稳”的态势，2007 年政府、社会和个人卫生支出分别占卫生总费用的 20.47%、57.34% 和 22.19%。个人卫生支出比例的下降并不代表群众不存在“看病贵”问题，其背后仍隐含不少问题。建议：适当提高卫生总费用占 GDP 的比例，加大政府卫生投入力度，建立卫生长效投入机制，新增卫生投入重点投向基层医疗卫生服务体系和公共卫生体系，将个人现金卫生支出的比例控制在合理的范围内。

【关键词】 卫生总费用；卫生筹资；政府卫生支出；社会卫生支出；个人现金卫生支出

卫生总费用研究最早始于 20 世纪 50 年代，卫生总费用即卫生保健总支出（total expenditure on health, TEH），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（通常指一年）全社会用于医疗卫生所消耗的资金总额^[1]。卫生总费用已经成为政府调整和制定卫生经济政策不可缺少的决策依据之一^[2]。

夏毅：上海市卫生局副局长

在新一轮的医疗卫生改革探索与实践中，我们深切地体会到卫生发展与改革需要卫生总费用这一信息去解释和回答一些问题。在国家卫生部卫生经济研究所的技术指导和上海市卫生局、统计局和其他相关委办局的大力支持和配合下，上海市卫生总费用核算在国家卫生总费用核算框架的指导下，参考世界卫生组织（WHO）和 OECD 国家卫生总费用核算经验，充分利用上海市卫生费用相关的决算数据，坚持不重复、不遗漏的核算原则，尽量使用机构实际发生的费用数据，根据专家意见对无法取得的小部分数据进行参数估计。

上海市地处长江三角洲前缘，占地面积 6341 平方公里，2007 年下辖 18 区 1 县（现区县合并为 18 个行政区域），全市常住人口达到 1858 万；地区生产总值达到 12188.85 亿元，按可比价格计算，比上年增长 14.3%；人均 GDP 达到 66367 元，居全国首位；地方财政收入达 2102.63 亿元，地方财政支出 2201.92 亿元，城乡居民人均可支配收入分别达到 23623 元和 10222 元。近年来居民三大健康指标有了新的提高在国内处于领先水平，并达到世界发达国家和地区的水平。

1 上海市卫生总费用基本状况

1.1 总体状况

2001-2007 年，上海市卫生总费用和人均卫生总费用（按常住人口计算）均呈持续增长的态势，卫生总费用（筹资来源法）从 202.63 亿元增加到 485.67 亿元，人均卫生总费用从 1232.48 元增加到 2613.85 元。近七年来，上海市卫生总费用占 GDP 的比例一直

维持在 3.84-3.98% 之间, 与 WHO 提出的“卫生总费用占 GDP 的比重不低于 5%”的基本要求还有些距离(表 1)。

表 1 2001-2007 年上海市卫生总费用变化趋势

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

按 2001 年可比价格计算, 卫生总费用年平均增长 12.98%, 卫生总费用相对于 GDP 增长的弹性系数为 1.04, 卫生总费用与上海市生产总值协调增长。但从时间序列上来看, 各年增长差异较大(图 1)。

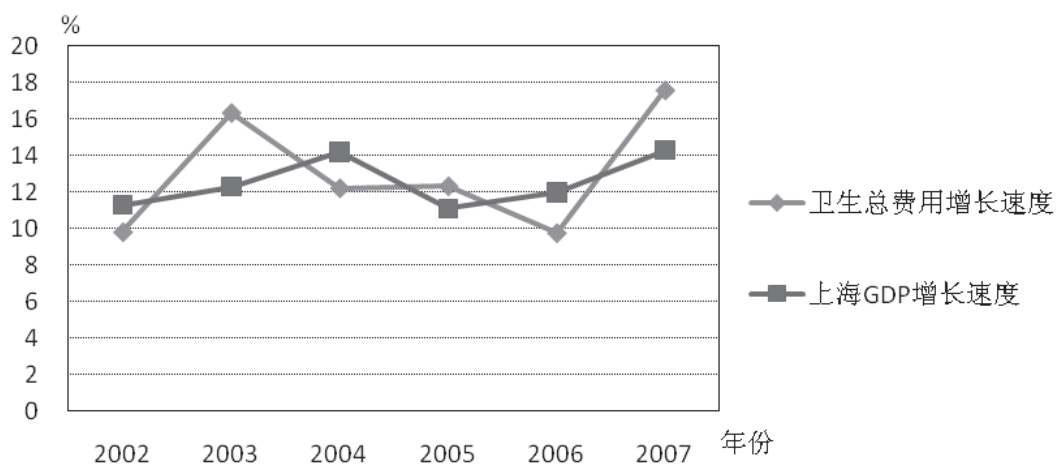


图 1 2002-2007 年上海市卫生总费用和上海市生产总值的增长速度

1.2 与全国及其他部分省市比较

卫生总费用相对于 GDP 的比重和人均卫生总费用是评价一个国家或地区卫生总费用的两项最重要的指标, 国内和国际卫生总费用测算结果均公开发表测算国家/地区的卫生总费用、卫生总费用相对于 GDP 的比重和人均卫生费用三项指标^[3]。卫生总费用反映一个

国家 / 地区卫生筹资的总体水平，卫生总费用相对于 GDP 的比重反映卫生事业发展与社会经济增长的协调关系，人均卫生总费用则反映该地区居民卫生服务水平的保障程度。一般情况下，需将三项指标进行综合分析，以评价本国家 / 地区的卫生筹资总体状况和变化趋势。

与全国及部分进行卫生总费用测算的省份比较发现，各省市人均卫生总费用水平与地区经济发展水平密切相关，经济越发达，人均卫生总费用相对越高，但卫生总费用占 GDP 的比例相对越低(表 2)。

表 2 2007 年全国及部分地区卫生总费用^[4-6]

	卫生费用筹资总额 (亿元)	卫生总费用占 GDP (%)	人均卫生总费用 (元)	人均 GDP (元)
上海	485.67	3.98	2613.85	66367
天津	224.15	4.47	2010.30	46122
浙江	684.07	3.67	1351.91	37411
广东	960.75	3.09	1016.77	33151
福建*	242.58	3.19	681.79	25908
吉林	240.85	4.56	882.28	19383
黑龙江	340.41	4.82	890.20	18478
重庆*	165.86	5.40	523.4	14660
云南*	254.66	6.36	568.06	10540
甘肃	147.15	5.45	562.27	10346
全国	11289.48	4.52	854.43	18934

注：1、* 重庆卫生总费用数据为 2005 年，云南和福建卫生总费用数据为 2006 年，下同。

2、人均 GDP 数据来自 2008 中国统计年鉴。

3、各省市按人均 GDP 排序。

1.3 与国际比较

国际卫生费用研究发现，经济发达程度越高的国家，卫生总费用占 GDP 的比例也越高，而国内情况恰好相反。上海市 2005 年人均 GDP 为 6290 美元，与中高收入国家平均水平相当，但本市卫生总费用占 GDP 的比重不足 4%，低于低收入国家的平均水平。可以说上海

市的卫生投入相对于其经济发展程度而言,滞后于世界同等水平国家(表3)。

与 WHO 的 193 个成员国比较^[7],按从低到高的顺序,上海市卫生总费用占 GDP 的比例(2005 年 3.95%)排在 WHO 最低的 1/6 国家之列,与不丹和哈萨克斯坦水平相当,中国排第 54 位,比例最高的 10 个国家中,德国、法国和瑞士均超过 10%,美国达到 15.2%。从人均卫生总费用(官方汇率,美元)来看,上海人均卫生总费用水平居中(112 位),与罗马尼亚和俄罗斯水平相当,中国排在第 69 位,与人均卫生总费用水平最高的五个国家瑞士、挪威、摩纳哥、卢森堡和美国相比,上海人均卫生总费用水平仅相当于这五个国家的 1/25 左右。

表 3 2005 年不同收入国家卫生总费用主要指标

国家分类	分类标准 (人均 GDP)	卫生总费用占 GDP% (%)	人均卫生总费用 (美元,官方汇率)
高收入国家	> 10725 美元	11.2	3886
中高收入国家	3466-10725 美元	6.6	373
中低收入国家	876-3465 美元	4.8	86
低收入国家	< 875 美元	4.6	27
全球平均	-	8.6	681

2 上海市卫生费用构成状况

2.1 上海市卫生费用筹资构成

根据国内筹资来源法的测算体系,卫生总费用由政府卫生支出、社会卫生支出、居民个人卫生现金支出三部分构成。由图 2 可见,上海市卫生总费用筹资结构的变化趋势,整体上呈现“一升一降一平稳”的局面。“一升”是指社会卫生支出所占百分比呈明显的上升趋势,从 2001 年的 48.37% 增加到 2007 年的 57.34%;“一降”是指

个人现金卫生支出的比例呈下降趋势,从 29.08% 下降到 22.19%;“一平稳”是指政府卫生支出的比例近年来一直在 20% 左右波动。

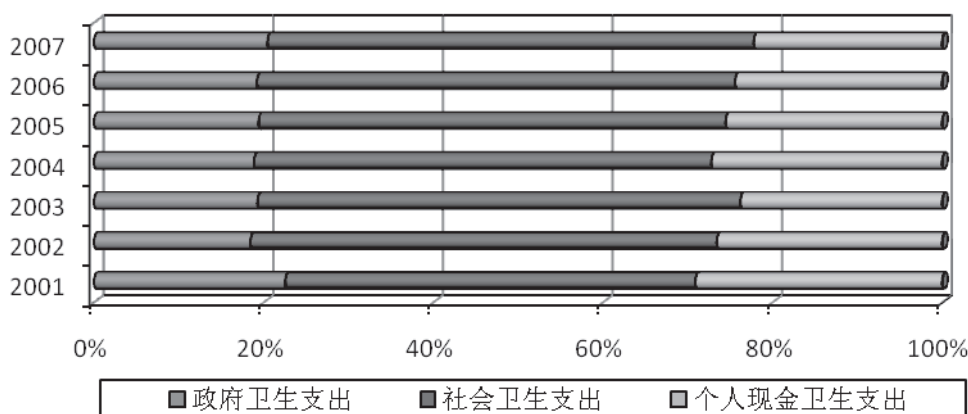


图2 2001-2007年上海市卫生总费用筹资构成（国内口径）

按照国际二分法核算，卫生总费用分为一般政府卫生支出和私人卫生支出两部分。2001-2006年，上海市的一般政府卫生支出的比例一直保持在67%左右，2007年一般政府卫生支出占卫生总费用的70%，私人卫生支出在卫生总费用中的比重从33%下降到30%（图3）。

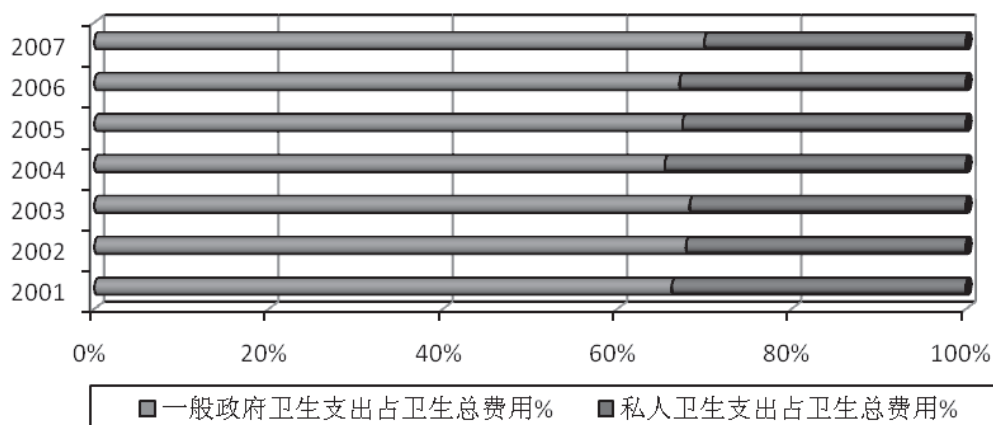


图3 2001-2007年上海市卫生总费用筹资构成（国际口径）

2.2 与全国及其他部分省市比较

由于上海医疗保障覆盖程度较高，与全国及部分其他进行卫生总费用测算的省市相比，上海卫生筹资表现出以下几个特点：一是

社会卫生支出比例较高，二是政府对卫生投入的比例不高，三是居民个人现金卫生支出比例较低。2007年，在上海市卫生总费用构成中，社会卫生支出的比重达到57%，政府卫生支出占20%，达到全国平均水平，个人现金卫生支出仅占22%。从图4可以看出，西部相对较为贫困省份的政府卫生支出的比例明显较高（甘肃和云南达30%），社会卫生支出比例极低（甘肃和云南仅20%左右），而个人现金卫生支出占卫生总费用的比例多数达到甚至超过50%。

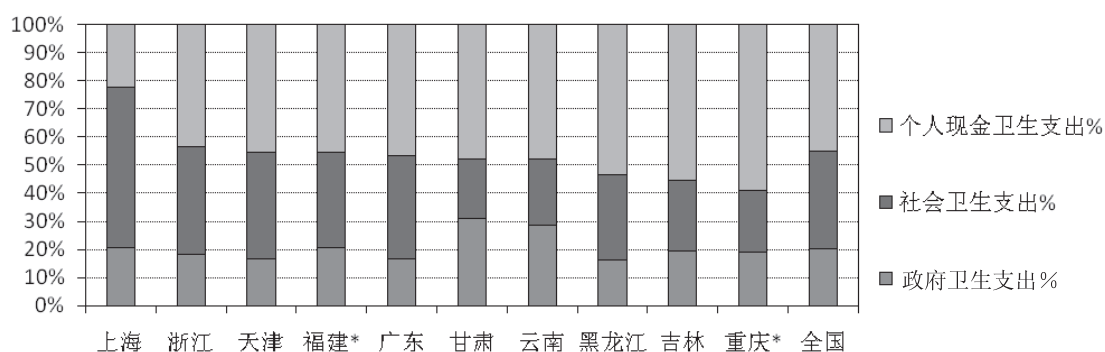


图4 2007年上海与全国及部分省份的卫生费用筹资构成

2.3 与国际比较

表4 2005年WHO国家一般政府卫生支出占卫生总费用的比例分布情况

顺序	代表国家	一般政府卫生支出占卫生总费用(%)
1-20	缅甸、巴基斯坦、印度、老挝、柬埔寨、越南、孟加拉	10.6-30.0
21-40	尼日利亚、新加坡、菲律宾、中国	30.1-41.7
41-60	巴西、马来西亚、美国、墨西哥、斯里兰卡、印度尼西亚	41.8-47.7
61-80	海地、智利、乌克兰、韩国	48.8-55.6
81-100	伊朗、秘鲁、瑞士、俄罗斯	55.8-63.5
101-120	泰国、荷兰、澳大利亚、波兰、阿拉伯	63.6-69.5
121-140	加拿大、罗马尼亚、西班牙、土耳其、伊拉克	70.2-74.9
141-160	白俄罗斯、意大利、德国、新西兰、蒙古	75.3-79.5
161-180	法国、瑞典、日本、挪威、朝鲜	79.6-86.6
181-193	英国、捷克、卢森堡、古巴	87.1-98.6

注：WHO国家排序是按照一般政府卫生支出的比例从低到高依次排列。

与WHO的193个成员国比较，按从低到高的顺序，上海市卫生总

费用中一般政府卫生支出（2005 年 67.5%）比重处于中等偏上水平，与澳大利亚和波兰水平相当，中国排第 34 位，比例最高的 10 个国家中，卢森堡和古巴的一般政府卫生支出的比例均超过 90%（表 4）。

2.4 卫生事业费

卫生事业费（包括中医事业费）是政府预算卫生支出的重要组成部分，最直接反映财政对卫生的支持力度。上海市卫生事业费占政府卫生支出的一半，2001-2007 年，卫生事业费从 16.68 亿元增加到 49.73 亿元，七年间基本翻了三番；相比 1981 年和 1990 年则分别增长了 1702 倍和 628 倍（1981 年卫生事业费 292 万元，1990 年为 791 万元^[8]）。按可比价格计算，2001-2007 年卫生事业费年均增长 17.2%，略低于财政支出的增长速度；若扣除人口变化因素的影响，按户籍人口计算，人均卫生事业费年平均增长速度为 16.4%，比财政支出的增长低 1.1 个百分点。

可以看出，政府卫生事业费投入的增长速度低于财政支出的增长速度，用于公共卫生服务机构的“卫生事业费”占财政总支出的比重总体上趋于下降。卫生事业费占财政支出的比例从 1981 年的 13.23% 下降到 1990 年的 8.83%^[8]，最近七年，该比例仅为 2.2-2.3%。同时与教育相比，近年来政府对卫生事业费的投入力度明显偏弱，仅为教育经费的 1/5-1/6（表 5）。

同时，分析卫生事业费在医疗机构和公共卫生机构之间的分配，可以看出，政府对公共卫生的财政投入比例明显较低，仍存在“轻预防，重治疗”的问题。2001-2007 年，卫生事业费中 70% 左右流

向医疗机构，尤其是二、三级医院，流向公共卫生机构的卫生事业费比例仅在 SARS 之后骤然增加到 41%，其余年份均保持在 30% 上下。

表 5 2001-2007 年上海市卫生事业费主要评价指标

年份	卫生事业费 (亿元)	占财政支出 (%)	占科教文卫事业费 % (%)	人均卫生事业费 (元)
1981	292 万元	13.23	—	5.1
1990	791 万元	8.83	—	19.0
2001	16.68	2.30	10.69	126
2002	19.71	2.25	11.55	148
2003	24.46	2.22	12.47	182
2004	33.08	2.37	14.15	245
2005	37.33	2.25	13.45	274
2006	40.04	2.21	12.67	293
2007	49.73	2.26	13.66	361

注：因财政收支口径调整，2007 年卫生事业费数据为卫生局财务数据的各类医疗卫生机构的财政补助数。

3 讨论

上海市卫生总费用与全国及其他地区有相似之处，在卫生总费用的构成中，政府财政补助所占比重不高且呈下降趋势，财政投入“重医疗，轻预防”。而上海作为经济发达程度较高的直辖市，又有其自身的特点：一是社会筹资比例明显高于全国及其他省市，二是居民个人现金卫生支出比例明显较低。这主要是因为上海市经济发展水平较高，城镇人口所占比重较大，良好的人文素质使各项医疗保险制度具有全面铺开的条件，地方财力、个人和家庭支付能力都较强等特点使上海市有条件有能力在社会保险筹资方面走在全国前列。结合上海市的实际情况，卫生筹资总体上仍存在如下问题：

3.1 卫生总费用占 GDP 比例不高

卫生总费用占 GDP 的比例与 WHO 提出的“卫生总费用占 GDP 的

比重不应低于 5%”的基本要求仍有差距。目前，193 个成员国中已经有 130 个国家达到要求，上海市卫生总费用占 GDP 的比例与 WHO 排位最低的 30 个国家大致相当，且按目前的国际规律来看，经济越发达的国家，卫生总费用占 GDP 的比例也越高。从经济发展程度来看，上海已达到中高收入国家水平，但上海卫生总费用占 GDP 的比例低于低收入国家的平均水平，与中高收入国家水平仍有很大差距。这与随经济发展而加大卫生投入的国际惯例形成较大反差。

3.2 政府卫生投入不足，卫生公共筹资机制还未到位

通过分析财政体制改革所带来的财政支出变化，发现在公共财政建立过程中社会事业发展投入得到了加强，上海市科教文卫事业费从 2001 年的 156 亿元增加到 2006 年的 316 亿元，年均增长 15.17%。尽管近年来科教文卫事业发展受到了较高的重视，但从内部结构来看，政府对教育事业的投入增长较快，而对卫生事业的投入仍显不足。2001-2007 年，上海市政府卫生支出年均增长 11.2%，比同期地方财政支出的增长幅度低 6.3 个百分点，与国家“地方卫生预算支出的增长不得低于当地财政支出增长”的要求不相符，政府在医疗卫生领域的“补位”重任要求政府财政必须不断加大医疗卫生支出。

3.3 “重治疗，轻预防”，基层医疗机构费用比重下降

《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革意见》中明确指出，新增政府卫生投入应重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障。而上海市公共医疗卫生资源中，较多的

卫生经费流向了城市和高级别医疗机构，流向基层卫生服务机构和公共卫生机构的经费比例较低。

3.4 各类保障制度不够衔接，城乡二元差异明显

上海市自 2001 年全面实施城镇职工基本医疗保险制度以来，从职工到居民，从城市到农村，从部分人员到全体居民，已逐步建立覆盖各种人群的基本医疗保险制度。但各种保险制度在筹资水平、保障能力等方面仍存在较大差异，如城镇职工基本医疗保险 2007 年人均筹资约 2700 元，医保补偿水平高达 77%；而新型农村合作医疗 2007 年的人均筹资约 450 元，住院病人的报销比例也仅为 50% 左右。因此，仍存在各项制度保障结构、内容不统一，城乡医保制度之间的待遇差距大，城乡二元的医保结构不适应城乡协调发展，筹资水平主要根据筹资能力确定，未考虑不同人群的实际需求，对部分特殊人群的保障不够等问题。

3.5 个人支出比例下降的背后，仍隐藏着不少问题

一方面，上海市个人现金卫生支出比例较低主要是因为社会保障体系相对完善，社会保险筹资比例较高。首先，本市城镇职工医疗保险缴费比例较高（12%+2%），明显高于兄弟省市，其中个人缴付的 2% 也计入社会卫生支出，且上海的工资水平和缴费基数均明显高于兄弟省份；其次，上海新型农村合作医疗的筹资水平也明显高于兄弟省份，上海市 2007 年新型农村合作医疗人均筹资 450 元左右，而国内其他大多数省份的筹资水平仅为人均 80 元左右，天津市 2007 年的筹资水平也仅为 110 元左右；最后，上海城市化程度明显

较高，城镇职工医疗保险覆盖人数较多，上海市城镇人口占总人口的 89%，而天津市城镇人口约占总人口的 76%。

另一方面，居民个人现金卫生支出比例低并不能完全等同于居民不存在“看病贵”问题。第一，本文研究的卫生费用是总费用的概念，包含公共卫生，若仅计算医疗支出中的个人支出比例，会高于现有数值；第二，个人现金卫生支出比例是全人群的平均值，而患大病、重病发生较高费用的人群只是全人群的小部分，上海市第三次卫生服务调查结果显示，全市平均年住院率 47‰，肿瘤患病率 2‰；同时很多病人就医时用个人账户结算（个人账户基金纳入社会卫生支出中的医保基金），所以若剔除未发生就医行为的人群同时考虑到病人使用个人账户结算的问题，个人比例也会明显升高；第三，如前所述，不同人群的医保支付水平差别较大，农村居民、大病人群和自费病人的就医负担较大；第四，在现有统计制度下，居民的部分费用负担尚未进入卫生总费用核算框架，如红发票问题、人情费等，且尚未对护理费、时间成本等间接负担进行测算。

4 政策建议

4.1 适当提高卫生总费用占 GDP 的比例

新医改方案提出未来 3 年卫生投入 8500 亿元，这表明了国家对卫生投入的力度和决心，但更为重要的是要明确卫生投入占 GDP 的具体比例。各级政府应高度重视，切实增加卫生投入，适当提高卫生总费用占 GDP 的比重，使之与本市经济发展相适应，与老龄化趋势相适应。在新医改方案的大背景下，本市社会保障程度必将不断

提高，同时人口老龄化带来的医疗卫生需求增加，建议应逐步适当提高卫生总费用占 GDP 的比例，到 2020 年达到 WHO 的基本要求 5% 左右。

4.2 加大政府卫生投入力度，加快立法，建立投入长效机制

新医改方案中明确提出“政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出的增长幅度，使政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高”。要加快政府卫生投入相关立法工作，建立完善卫生投入法律保障体系，用法律手段来保障卫生投入，并以法律的强制力保障各项卫生投入的依法兑现。通过立法，一是可以明确各级政府对卫生投入的责任，将群众最为关切的医疗卫生列入公共财政支出的重点领域；二是建立健全卫生经费稳定增长制度，通过法律保证政府卫生投入的增长高于经常性财政支出的增长幅度；三是通过法律力量加强对各级政府的卫生投入，建立考核问责机制，形成卫生投入长效机制。

4.3 新增卫生投入重点向基层医疗卫生服务和公共卫生倾斜，促进基本公共卫生服务均等化

应继续坚持政府投入供方与投入需方并重的方向，进一步加大基本卫生服务的投入^[9]。首先，财政投入要重视预防和公共卫生投入，实施公共卫生投入优先的策略，坚持预防为主，提高机构的疾病预防和控制能力；其次，加大医疗投入，优先发展社区卫生服务，重点加强基层医疗卫生机构的人才队伍和基础设施建设，通过多种途径加强基层医疗机构的力量，从而增强群众对社区卫生服务机构

的信任感，真正实现就诊重心下移，社区首诊。

4.4 不断缩小城乡医疗保障差距，重点减轻弱势群体疾病负担

应逐步缩小城镇职工、城镇居民、新型农村合作医疗保障制度间的筹资差距，不断提高政府对城镇居民和新农合的投入水平。随着居民收入水平的提高，适当提高居民个人缴费水平。同时，要致力于加强各项保险制度之间的衔接并缩小不同制度间的待遇差异，研究出台各制度间的转移衔接办法，进一步完善社区医疗互助帮困计划和医疗救助制度，保障弱势群体，重点解决低收入、经济困难人群因病致贫或者看不起病的问题，医保在支付制度设计上可以采取结构性减负的办法，如增设个人自付封顶线，提高特殊疾病、困难病人医保支付比例，逐步扩大医保对医疗费用的覆盖范围，控制公立医疗机构对医保病人提供医疗保险范围外的服务、药品和器械。

4.5 合理控制个人现金卫生支出比例

个人现金卫生支出比例过高会增加居民负担，激化社会矛盾，比例过低则会导致资源浪费，加大政府和社会的卫生筹资负担。本文认为，目前上海市个人现金卫生支出比例较为合理，总体上要继续将个人现金卫生支出的比例控制在 20% 左右，但要缩小不同人群间的差异，重点降低新农合、城镇居民医疗保险参保者、大病患者的个人负担比例。

衷心感谢卫生部卫生经济研究所赵郁馨教授和上海市卫生发展研究中心胡善联教授对本研究提供的技术指导和大力支持。

参 考 文 献

- [1] 程晓明主编. 卫生经济学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009
- [2] 赵郁馨, 张毓辉, 万泉等. 2006年我国卫生总费用测算结果与基本卫生服务筹资方案[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(4): 5-10
- [3] 杜乐勋, 赵毓馨, 高广颖. 漫谈如何利用卫生总费用数据进行政策分析[J]. 卫生经济研究, 2000(6): 5-8
- [4] 卫生部卫生经济研究所. 中国卫生总费用核算研究报告2008
- [5] 张振忠, 王禄生, 杨洪伟. 中国卫生总费用核算研究报告2008[M]. 人民出版社, 北京, 2009
- [6] 张彦琦, 唐贵立, 王文昌等. 1997-2005年重庆市卫生总费用筹资水平、结构及趋势变化分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(3): 23-26
- [7] WHO. World Health Statistics 2008. <http://www.who.int/whosis>
- [8] 叶喜福, 梅喜浚, 颜林森. 上海县卫生事业费的现状分析[J]. 上海医科大学学报, 1993, 20(增): 30-33
- [9] 赵毓馨, 谢小平, 翟铁民. 2007年中国卫生总费用分析与预测[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(4): 14-18

上海市公立医疗机构收入与支出分析

金春林 荆丽梅 林 海 付 晨 彭玉梅

【摘要】 目标：分析 2002-2007 年上海市不同等级公立医疗机构的经济运行状况和财政补偿情况。资料与方法：综合运用上海市卫生总费用核算中的医疗机构费用数据，进行描述性分析。结果：上海市医疗机构总收入在卫生总费用中的比重约为 78%，主要集中在二、三级医院；公立医疗机构结余在 2007 年首次呈负值；药品仍为医疗机构的主要收入来源；三、二、一级医疗机构的政府财政补助分别可相当于弥补 1/5、1/3 和 1/2 的人员支出；2007 年三、二、一级医疗机构的药品加成率分别为 17.8%、21.0% 和 23.5%。建议：明确加大政府投入，完善财政补助政策，同时理顺医疗服务价格体系，加强成本核算和信息化建设，并逐步引入多元办医机制，推进公立医院改革。

【关键词】 公立医院；卫生总费用；政府投入；公益性

2009 年 4 月出台的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》^[1] 明确指出，要建立规范的公立医院运行机制，公立医院要遵循公益性质和社会效益原则，坚持以病人为中心，优化服务流程，规范用药、检查和医疗行为；要落实公立医院政府补助政策，逐步加大政府财政补助。在上海市医疗卫生服务提供体系中，公立医疗机构从数量和质量上均占据绝对主导地位。

上海市卫生总费用核算研究发现，上海市医疗机构（含民营医院，不含部属医疗机构）总收入从 2001 年的 195.2 亿元增长到 2007 年

金春林：上海市卫生局规划财务处副处长

的 450.4 亿元,年均增长速度为 14.95%,略快于卫生总费用(机构法)的增长速度(14.85%)。医疗机构总收入在卫生总费用中的比重基本稳定在 78% 左右,其中 80% 左右主要集中在二、三级医院,社区卫生服务机构(含社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院)收入占卫生总费用的比重则从 2001 年的 19.9% 下降到 2007 年的 15.7%。

1 上海市公立医疗机构收支总体状况

1.1 收支基本状况

2002-2007 年,上海市公立医疗机构的总收入和总支出的年均增长速度分别为 14.83% 和 16.08%,支出的增长快于收入,导致医疗机构结余在 2004 年到达峰值 16 亿元之后,结余减少,2007 年结余首次呈负值(表 1)。

表 1 2002-2007 年上海市公立医疗机构的总体收支状况(单位:亿元)

指 标	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总收入	195.5	217.6	260.9	307.7	342.6	390.4
总支出	186.1	207.7	244.9	294.1	329.2	392.2
收支结余	9.4	9.9	16.0	13.5	13.4	-1.8

表 2 2002-2007 年不同层级医疗机构的总体收支状况(单位:亿元)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
三级医院	总收入	80.1	90.8	110.8	135.8	151.9	178.4
	总支出	74.1	85.3	101.2	127.1	146.2	178.8
	收支结余	6.0	5.6	9.7	8.7	5.7	-0.4
二级医院	总收入	76.9	85.5	100.3	113.6	124.0	140.3
	总支出	75.2	82.9	96.2	110.9	118.7	141.2
	收支结余	1.6	2.5	4.0	2.7	5.2	-0.8
社区卫生服务机构	总收入	38.0	41.2	45.9	55.4	62.0	71.6
	总支出	36.3	39.3	44.0	53.2	59.5	72.1
	收支结余	1.8	1.8	1.9	2.2	2.5	-0.6

上海市不同层级医疗机构的总体收支状况如表 2 所示,2002-2007 年间,三级医院、二级医院和社区卫生服务机构总收入

的年均增长速度分别为 17.35%、12.80% 和 13.49%。三级医院、二级医院和社区卫生服务机构支出的增长速度分别比收入快 1.90%、0.62% 和 1.27%。2007 年，三、二、一级医疗机构的总体收支结余分别出现 0.4 亿元、0.8 亿元和 0.6 亿元的亏损。

1.2 收入状况

1.2.1 总体收入状况

2002-2007 年，公立医疗机构总收入年均增长 14.83%，收入来源于政府财政补助、医疗收入和药品收入三个渠道，三者的年均增长速度分别为 19.44%、14.55% 和 14.74%。可见，政府财政补助近年来虽然有所增加，但相对医疗机构总收入而言仍显不足，药品仍然是最主要的收入来源（表 3）。

表 3 2002-2007 年上海市公立医疗机构收入状况（单位：亿元）

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总收入	195.5	217.6	260.9	307.7	342.6	390.4
政府财政补助	15.0	16.6	18.9	25.0	34.7	36.4
医疗收入	85.9	94.6	116.6	136.7	147.4	169.4
药品收入	88.0	96.8	117.3	137.9	151.8	175.1
其他收入	6.6	9.6	8.0	8.1	8.8	9.5

注：政府财政补助包括财政补助收入和上级补助收入，下同。

1.2.2 门诊和住院收入状况

上海市公立医疗机构的门诊收入和住院收入分别以 13.70% 和 15.91% 的年均增长速度持续增长，其中住院收入的增长较快。门诊收入和住院收入的比例保持在 1:0.69 到 1:0.76 之间，门诊收入中药品收入占六成以上，住院收入中的近 2/3 为医疗收入，药品收入的比重也有所增加。

1.2.3 医疗收入状况

2002-2006 年, 公立医疗机构医疗收入的最主要来源是手术收入, 在医疗收入中的比重从 17.92% 上涨到 21.59%; 其次为检查收入、化验收入和治疗收入, 各占 15% 左右。因为医疗服务价格长期以来未随着物价的上涨而相应调整, 显示技术劳务价值的收入项目如治疗收入、诊察收入和护理收入在医疗收入中的比重呈下降趋势(表 4)。

表 4 2002-2007 年上海市公立医疗机构医疗收入构成状况 (单位: %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
医疗收入	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
其中: 挂号收入	1.9	1.9	1.8	2.1	2.1	2.0
护理收入	2.5	2.3	2.1	1.9	1.9	1.7
床位收入	7.8	7.8	7.5	7.0	6.9	6.7
诊察收入	8.7	8.1	7.2	7.0	7.1	7.2
治疗收入	19.1	18.2	16.9	16.4	15.4	14.4
检查收入	15.6	15.9	15.6	15.9	16.3	16.9
化验收入	16.0	16.5	16.0	16.0	16.1	16.4
手术收入	17.9	19.0	20.5	21.3	21.2	21.6
其他收入	10.4	10.4	12.4	12.5	13.1	13.3

1.2.4 不同等级医院的财政补助状况

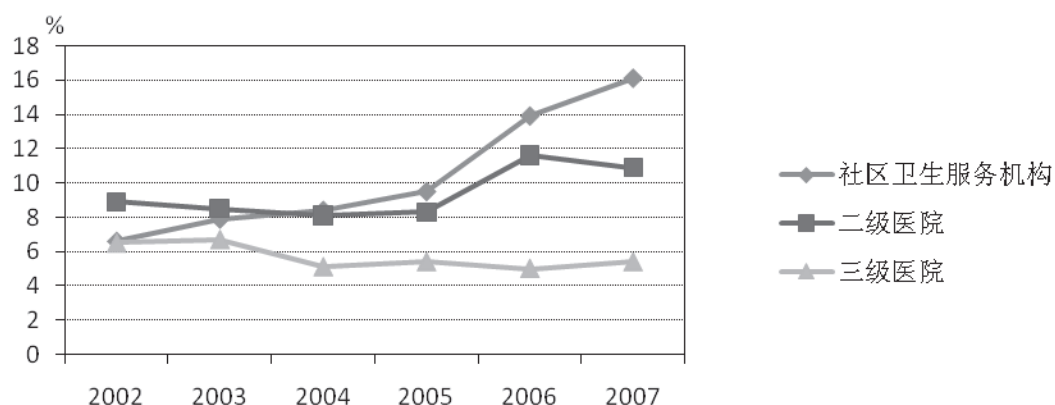


图 1 不同等级医疗机构政府财政补助占总收入的比例及变化趋势

由图 1 可见, 虽然近年来政府对各级医疗机构的财政补助绝对值增长较快, 但随着医疗机构收入的不断增长, 政府财政补助占机

构总收入的比例并不高，且不同等级医疗机构差别较大。三级医院政府财政补助比例较低且有所下降，近三年来三级医院的政府财政补助仅占总收入的 5%；二级医院的政府财政补助比例近年来上升较为明显，2007 年达到 11%；社区卫生服务机构的政府财政补助比例不断增长，从 2002 年的 6.6% 稳步增加到 2007 年的 16.1%。

1.3 支出状况

1.3.1 总体支出状况

2002-2007 年，公立医疗机构的总支出年均增长 18.30%，比收入的增长速度快 1.2%。总支出中 97% 左右为医疗和药品支出，2007 年医疗和药品支出分别占总支出的 58% 和 39%。

表 5 2002-2007 年上海市公立医疗机构支出状况

	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总支出	亿元	186.1	207.7	244.9	294.1	329.2	392.2
医疗支出	亿元	105.4	119.0	140.0	168.7	187.8	219.9
人员支出	亿元	54.3	59.6	68.6	82.4	91.8	108.5
药品支出	亿元	75.3	81.5	96.7	114.2	128.0	158.7
人员支出	亿元	4.2	4.7	5.2	6.0	6.6	7.6
人员支出占总支出 %	%	31.5	31.0	30.1	30.0	29.9	29.6
政府财政补助占人员支出 %	%	25.6	25.8	25.7	28.3	35.2	31.3

注：人员支出 = 医疗人员支出 + 药品人员支出，下同。

分析公立医疗机构的人员支出状况发现，人员支出总额从 2002 年的 58.6 亿元增加到 2007 年的 116.2 亿元，年均增长 14.68%，比总支出的增长速度慢 3.5%。虽然近年来政府财政补助占人员支出的比重有所增加，但政府财政补助的增长远不能弥补人力成本的增加，除 2006 年各级政府财政补助能达到人员支出的 35% 以外，其他年份政府财政补助均低于人员支出的 1/3（表 5）。

1.3.2 不同等级医疗机构人员支出状况

2002-2007 年，三级医院人员支出占总支出的比例基本稳定在 28% 左右，二级医院和社区卫生服务机构人员支出占总支出的比例均保持在 30% 左右，近年来略有下降。为分析政府财政补助对人员支出的贡献，假设政府财政补助全部用于补助机构人员支出，则 2007 年政府财政补助分别仅能弥补三、二、一级医疗机构 1/5、1/3 和 1/2 左右的人力成本（表 6）。

表 6 不同等级医疗机构的人员支出状况

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
人员支出（亿元）	三级医院	20.6	23.4	28.0	35.9	40.9	50.1
	二级医院	25.8	27.9	31.2	35.8	38.2	44.1
	社区卫生服务机构	12.1	12.9	14.0	16.7	19.0	22.0
人员支出占总支出比例（%）	三级医院	27.8	27.4	27.6	28.2	28.0	28.0
	二级医院	34.2	33.7	32.4	32.3	32.1	31.2
	社区卫生服务机构	33.3	33.0	31.8	31.4	31.9	30.4
政府财政补助占人员支出比例（%）	三级医院	25.3	25.8	20.4	20.6	18.4	19.2
	二级医院	26.5	26.1	26.1	26.5	37.8	34.6
	社区卫生服务机构	20.9	24.9	27.4	31.5	45.4	52.4

2 上海市公立医疗机构药品加成情况

2.1 总体药品加成状况

在全市公立医疗机构药品收入稳步增长的同时，药品费（药品购入成本）也以 16.79% 的年均增长速度持续上升，比药品收入的增长快约 2%，因此，药品加成率在 2004 年到达最高峰 34.3%，其后不断下降，到 2007 年降到 20.2%。若按 2004 年的药品加成率 34.3% 计算，2007 年的药品差价损失达 20 余亿元，相当于全市医疗机构政府财政补助的 55%。所以，实行加成率政策后，“以药补医”的问题从表面

上看是减轻了，但医疗机构的经营状况严重恶化，其代价全由医院付出，而病人也没有从中得益，真正的受益者是药品流通领域（表7）。

表7 2002-2007年上海市公立医疗机构药品加成状况

项 目	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007
药品收入	亿元	88.0	96.8	117.3	137.9	151.8	175.1
药品费	亿元	67.0	72.8	87.3	103.6	116.1	145.7
药品加成率	%	31.3	33.0	34.3	33.1	30.7	20.2
按最高年份加成率计算的 药品差价减少额	亿元	2.0	1.0	0.0	1.3	4.2	20.6

注：药品加成率 = 药品差价 / 药品费 × 100%

2.2 不同等级医疗机构的药品加成

2002-2007年，随着药品加成政策的不断改变，各级医疗机构药品加成率逐年下降，2007年的下降尤其明显。三级医院的药品加成率从24.0%下降到17.8%，二级医院则从35.2%下降到21.0%，社区卫生服务机构从38.0%降到23.5%（图2）。

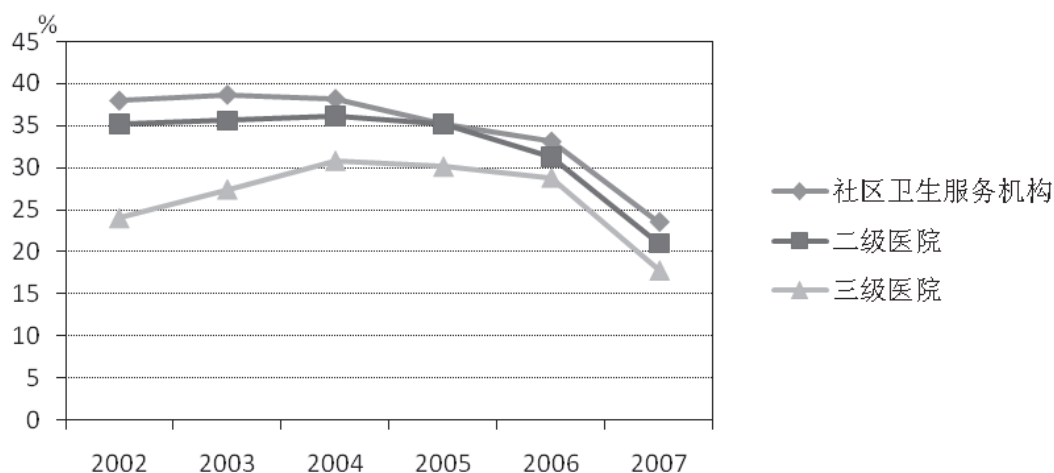


图2 不同等级医疗机构的药品加成率及变化趋势

3 讨论

上海市公立医疗机构的费用状况表现出两大特点：一方面，公立医疗机构的总收入不断增长，机构补偿渠道由服务收费、药品加成收入和财政补助三个方面组成；另一方面，公立医疗机构的总支

出快速增长，医疗长期处于亏损状态，同时人员支出增长较慢，医务人员的技术劳务价值未得到充分体现。现有条件下，即使将政府财政补助全部用于弥补医疗机构的人员支出，仍有超过 2/3 的人员支出需靠药品收入来弥补，这诸多的支出缺口给公立医疗机构的补偿带来很大挑战。

3.1 各级政府财政投入不足，药品收入仍占重要地位

卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业，也就是说政府应该承担其应有的责任^[2]。然而在实践中由于补偿政策缺乏刚性，卫生预算安排存在较大的随意性和不确定性，财政对公立医院的补偿不足成为普遍问题^[3]。近年来，各级政府的财政补助在公立医疗机构总收入中的比重从前几年的 8% 增加到 10% 左右，但仍远不能满足医疗卫生事业发展的需要，一方面政府财政补助分别仅能弥补三、二、一级医疗机构 1/5、1/3 和 1/2 左右的人力成本；另一方面，政府财政补助的增加远不能弥补因药品价格政策调整给医疗机构带来的药品差价的损失。因此，公立医疗机构不得不从医疗和药品收入两个渠道来寻求补偿，因医疗服务收费限于政府定价的制约且目前所定医疗服务价格总体偏低，药品加成收入是医院的主要经济补偿来源，用于弥补医疗服务收费不足和医院的发展所需资金，由此引发了“以药养医”等一系列问题^[4]。

3.2 药品收益率明显下降，医疗机构难逃亏损

2000 年以来，本市先后发布《上海市医院药品收支两条线管理暂行办法》^[5]、《上海市医疗机构药品集中招标采购实施办法》^[6]

等专项政策，加之药品价格管理的有关规定，基本医疗保险药品目录等，特别是2006年5月国家发改委等八部门印发了《关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见的通知》^[7]后，本市于2006年11月对该文进行了转发（沪发改价商（2006）014号），标志着本市药品加成率政策发生了重大变化。此项政策大大降低了各级医疗机构的药品差价，给公立医疗机构的经济运行和收支平衡带来极大压力。2007年药品价格大跳水，各级医疗机构的药品加成率比去年同比下降约10个百分点，三、二、一级医疗机构的药品加成率分别降到17.9%、20.9%和23.5%，总体收支结余出现了自2002年来的首次亏损。同时，各级医疗机构的药品收入仍持续较快增长，原先让利于民、减轻病人负担的目标并没有实现。

总体来说，现有药品政策在实施之初对于平抑药品价格起到了一定作用，但长期效果低于预期目的，药品价格扭曲，药品收支两条线的形式大于实质，而药品生产流通领域的改革坚冰未破，使药品集中招标采购困难重重，反而在操作过程引发了新问题，间接地增加了社会管理成本。

3.3 医疗服务收费补偿存在问题

医疗服务收费的问题主要表现在两个方面，一方面收费标准政策严重滞后。上海市医疗机构目前仍在执行政府物价部门1997年制定的医疗服务收费标准，医疗服务价格的确定权限在市物价部门，造成医疗服务价格调整周期长、不能准确、及时反映实际医疗成本的变化。上海统计年鉴数据显示，1997-2007年居民消费价格指数

上涨 13%，而同期居民在医疗保健和个人用品方面的价格指数保持不变。医疗服务价格调整政策的滞后，使得医疗机构的技术服务收费不能真实地反映医疗服务的成本，无法充分体现医疗服务的劳务价值，也使医疗机构因执行滞后的收费标准而新增更多的医疗亏损。

另一方面，不仅医疗服务收费标准总体偏低，医疗服务价格的内部结构也极不合理，畸高畸低现象也普遍存在^[8]。比如技术含量高、劳务成分多、风险大的医疗服务价格偏低而大型设备和部分易过度使用的检查、化验等项目及贵重一次性材料等价格偏高；不同级别医院与医生的医疗收费标准几乎没有差别。

医疗服务的定价原则既要考虑医疗服务成本，又要考虑卫生事业的公益性，应按照国家宏观调控与市场调节相结合的原则，充分发挥市场机制的作用^[9]。同时，医疗服务价格调整与降低药品收益应同步，同时根据有升有降的原则，不断调整医疗服务内部比价关系，逐步提高技术劳务价格，降低大型医疗设备检查服务价格^[10]。

4 政策建议

4.1 明确公立医疗机构的公益性定位，完善财政补助政策

由于没有实现政府卫生投入不低于财政支出增长幅度的承诺，所以争取财政增加对卫生投入的强度仍有较大潜力和空间。根据新医改方案的要求，由取消药品加成而减少的收入或形成的亏损可以通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府财政

补助等途径弥补。仅计算药品收入的政策亏损，2007 年全市药品加成率为 20.2%，药品加成收入约为 29.4 亿元，要保证医疗机构的公益性，维持其正常运转，必须由政府通过多种方式给予补偿。提出如下几种方案：

方案一，全部由政府财政补助补足。意味着政府财政补助要翻一番，这必将给各级财政带来很大压力。

方案二，通过增设药事服务费来解决。按照上海市 2007 年卫生部门诊疗人次数、入院人数和出院者平均住院日初步估算，若全部依靠药事服务费解决 29.4 亿元的药品加成收入，则相当于每诊疗人次需加收 16.6 元的药事服务费，每住院天数加收 33.9 元。若增设的药事服务费全部由医保负担，一方面会给医保基金平衡带来挑战，另一方面也不利于医保致力于缩小制度间差异等方面的努力；若药事服务费由百姓承担，显然会给百姓增加显形就医负担，对改善医患关系、减轻群众负担和维护社会和谐都会带来较大的负面影响。

方案三，通过调整部分医疗服务的价格实现。研究表明，公立医疗机构收入中的护理、床位、诊察和治疗收入在医疗机构总收入中的比重低且呈一定的下降趋势，同时此部分费用不易受供方诱导而导致资源浪费。

在现行体制和机制下，建议综合考虑上述方案，即政府财政补助出一点、医疗保险分担一点、药事服务收费补一点和医疗服务价格调一点的“四个一点”，以建立医疗机构主动合理控制药品费用的长效机制，维护医院的正常运行秩序。这既符合新医改方案体现医

务人员技术劳务价值的要求，就社会关注和反应程度而言也易于被群众所接受，具有更强的操作性和可行性。

当然，这并不代表政府财政补助不需要增加了，正因为如此，各级政府财政在托底政策亏损方面的压力减小了，也就有能力逐步增加对人员经费、重点学科发展等方面的投入，建议首先要逐步实现全额保障社区卫生服务机构的人员经费，这意味着政府至少要增加投入 10 亿元。与此同时，要加强对投入资金的监管与绩效评价，提高政府财政补助的效用成本比。

4.2 理顺医疗服务价格体系，体现医务人员劳务价值

应尽快健全医疗服务价格体系，适当降低检查检验项目收费标准，提高技术劳务项目收费标准，拉开不同级别医院收费标准。对医疗服务提供者很难诱导而造成过度服务的，如挂号诊疗费、住院床位费、手术费等应大幅度提高；而对医疗服务提供者比较容易诱导而造成过度服务的，如有些检查、检验项目就应该大力控制。同时，为引导病人有序就医，梯度就诊，应拉开不同级别医疗机构和不同水平医生的收费标准，这有利于不同层级医院的良性竞争，引导二级医院的良性发展。

4.3 加强成本核算和信息化建设，寻找合理节约运行费用的途径

医疗项目成本核算，可以使医院对于各医疗项目的实际成本及其收益情况、医疗项目的成本构成情况有清晰的了解，进而实现医院和科室的精细化管理。同时，通过对医疗项目成本与医疗定价的比较分析，将向政府相关部门提供科学合理医疗服务项目定价的依

据。目前本市以新华、瑞金、六院、中山等大型医院的成本核算工作开展较早，技术上也较为成熟。但由于长期以来缺乏足够重视等原因，多数医疗机构成本核算基础薄弱，缺乏技术指导和统一的标准，相互之间也缺乏交流。

国家近期出台的新医改方案把建立实用共享的医药卫生信息系统作为保障医药卫生体系有效规范运转的重要抓手，提出要大力推进医药卫生信息化建设，以推进公共卫生、医疗、医保、药品、财务监管信息化建设为着力点，整合资源，加强信息标准化和公共服务信息平台建设，逐步实现统一高效、互联互通。卫生信息化项目的建成，辅之以医疗机构管理模式的转变等相关配套措施，期望实现院际信息互通和结果互认，减少重复检查、重复化验；进一步规范药品使用，减少不合理用药；同时通过 PACS 等会诊平台的建立，提升服务质量，提高工作效率。

4.4 逐步引入多元办医机制，推进公立医院改革

目前，民营医院的市场份额不足 1%，根据新医改方案的要求，要切实推进公立医院改革，加快形成多元办医的格局。对部分公立医院改制，要有计划、有步骤地进行。多元化办医一方面可促进医院的良性竞争，提高医院的运行效率；另一方面可借助社会力量满足人民群众多层次的医疗需求。

参 考 文 献

- [1] 中共中央、国务院关于医药卫生体制改革的指导意见. 新华网, 2009-4-6

- [2] 金春林. 上海市公立医疗机构补偿机制研究[J]. 卫生经济研究, 2005(11): 37-38
- [3] 苏榕生, 钟云峰. 财政对公立医院实行分类补偿的设想与思考[J]. 卫生经济研究, 2009(1): 23
- [4] 金春林. 公立医疗机构补偿机制改革的思考[J]. 中国卫生资源, 2005, 8(6): 265-267
- [5] 关于印发《上海市医院药品收支两条线管理暂行实施办法》的通知[Z]. 沪卫财(2000)19号、沪财社(2000)40号
- [6] 上海市人民政府办公厅转发市卫生局等八部门关于《上海市医疗机构药品集中招标采购实施办法》的通知[Z]. 沪府办[2002]46号
- [7] 上海市发改委. 关于转发国家发展改革委员会等八部门印发<关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见>的通知[Z]. 沪发改价商[2006]014号, 2007-01-15
- [8] 金春林. 公立医疗机构补偿机制改革的思考[J]. 中国卫生资源, 2005, 8(6): 265-267
- [9] 李淑梅, 林宝生. 如何控制过高的医疗费用[J]. 卫生经济研究. 2009(1): 18
- [10] 凌云, 田文华, 金春林等. 我国公立医院补偿方式存在的问题和对策[J]. 海军医学杂志, 2008, 29(1): 72-73

上海市公共卫生机构收入与支出分析

荆丽梅 金春林 丁汉升 张崖冰 林海

【摘要】 目标：分析上海市 20 家疾病预防控制机构和 20 家卫生监督机构 2002-2007 年的收入与支出及人员经费状况。资料与方法：综合运用上海市卫生总费用核算中的公共卫生机构费用数据，进行描述性统计分析。结果：公共卫生机构费用占卫生总费用的比例在 SARS 之前一直维持在 5.2% 左右，SARS 之后提高到 6.1%，其后又明显回落，“重医疗，轻预防”明显存在；本市疾病预防控制机构仍有 24% 的收入依靠创收，不同地区的政府公共卫生投入差异明显，财政补助的人员经费仅能补足 88% 的人员支出。建议：加大政府财政补助力度，调整现有公共卫生服务体系，提高统筹层次，保障人群均等享有基本公共卫生服务，同时要加强绩效评价和监管，提高资金利用效率。

【关键词】 公共卫生；政府投入；收入；支出；疾病预防控制；卫生监督

国家新医改方案提出，“到 2020 年普遍建立比较完善的、覆盖城乡居民的公共卫生服务体系”，要全面加强公共卫生服务体系建设，促进城乡居民逐步享有均等化的基本公共卫生服务。明确公共卫生机构收支全部纳入预算管理，强调新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障。

公共卫生是一个相当宽泛的概念，在不同的社会，或同一社会的不同时期，公共卫生的含义均有所不同。国内外对公共卫生概念的界定及理解尚未统一，也难以统一^[1-3]。对公共卫生的投入到底

荆丽梅：上海市卫生发展研究中心，实习研究员

应该投向哪些方面，优先投入哪些项目，对公共卫生投入有哪些要求以及对加大公共卫生投入存在的误解，都应该进一步的研究和探讨。

1 上海市公共卫生机构费用基本状况及国内比较

1.1 上海市公共卫生机构费用状况及变化趋势

根据上海市卫生总费用核算研究结果，上海市公共卫生机构（广义概念，包括疾病预防控制和卫生监督机构、妇幼保健机构、药品检验机构、计划生育机构以及其他公共卫生机构）费用从2001年的13.0亿元增加到2007年的29.7亿元，占上海市卫生总费用（机构法）的比例在SARS之前维持在5.2%左右，SARS之后的2004年提高到5.6%，到2006年到达顶峰6.1%，2007年又回落到2001年5.2%的水平（图1）。

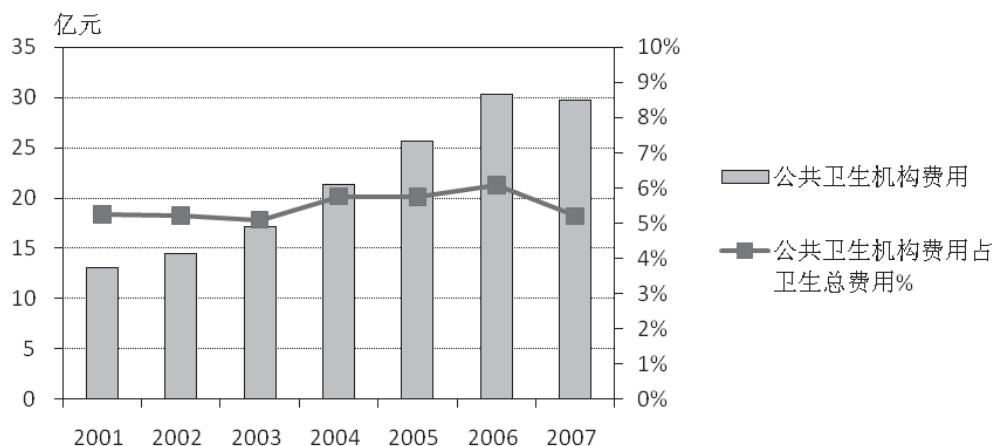


图1 2001-2007年上海市公共卫生机构费用状况

1.2 国内比较

与国内部分省市卫生总费用测算结果比较发现，上海市公共卫生机构费用在卫生总费用（机构法）中的比重与全国平均水平相当，低于已进行测算的天津、浙江、吉林等兄弟省市。参考人均GDP水

平来看, 经济发达程度越高的省市, 公共卫生机构费用占卫生总费用的比例相对越低, 而经济状况较差的省份, 公共卫生机构费用的比重相对较高 (表 1)。

表 1 2007 年全国及部分省市公共卫生机构费用状况^[4,5]

	公共卫生机构费用 (亿元)	占卫生总费用 % (%)	人均 GDP (元)
上海	29.7	5.20	66367
天津	12.8	5.42	46122
浙江	45.4	5.80	37411
广东	78.3	7.97	33151
福建 *	26.2	7.32	25908
吉林	16.1	8.93	19383
黑龙江	18.1	6.01	18478
甘肃	17.1	12.79	10346
全国	803.47	5.16	18934

注: 1、福建数据为 2006 年。

2、人均 GDP 数据来自 2008 中国统计年鉴。

3、各省市按人均 GDP 排序。

1.3 卫生事业费在公共卫生机构和医疗机构之间的分配

上海市卫生事业费在医疗机构和公共卫生机构间的分配如表 2 所示, 可以看出, 从政府财政补助的角度, “重医疗, 轻预防” 的问题非常突出。2001-2007 年, 卫生事业费中的 60-70% 投向医疗机构, 其中主要是二、三级医院; 对于公共卫生机构而言, 2001 年卫生事业费的 30% 分配到公共卫生机构, SARS 之后的 2004 年, 此比例骤然增加到 41%, 其后又逐年下降, 2007 年又降到 30%。

表 2 2001-2007 年上海市卫生事业费在医疗和公共卫生机构间的分配 (单位: %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
医疗机构	69.58	68.35	65.57	58.82	62.14	63.49	69.72
二三级医院	56.15	56.40	52.80	46.71	48.20	47.50	49.09
社区卫生服务机构	13.43	11.95	12.77	12.11	13.94	15.98	20.63
公共卫生机构	30.42	31.65	34.43	41.18	37.86	36.51	30.28
疾病控制和卫生监督机构	10.40	10.65	12.67	19.68	13.84	13.47	13.83
妇幼保健机构及其他	20.02	21.00	21.76	21.50	24.02	23.04	16.46

2 上海市疾病预防控制和卫生监督机构收支状况

2.1 总体收支状况

2002-2007 年, 总体来看, 本市疾病预防控制机构和卫生监督机构的收入和支出基本处于稳步增长的态势, 除 2006 年出现较明显的亏损外, 收支基本能够保持平衡 (表 3)。

表 3 2002-2007 年上海市疾病预防控制和卫生监督机构总体收支状况 (单位: 亿元)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
疾病预防控制机构	收入	2.96	3.86	4.04	4.63	4.86	6.26
	支出	2.97	3.74	3.84	4.61	5.06	6.21
	收支结余	-0.01	0.12	0.20	0.02	-0.20	0.31
卫生监督机构	收入	1.30	1.63	1.98	1.75	1.94	2.19
	支出	1.24	1.56	1.89	1.75	1.99	2.17
	收支结余	0.06	0.06	0.09	0.00	-0.05	0.06
疾控 + 监督	收入	4.27	5.49	6.02	6.38	6.81	8.45
	支出	4.21	5.30	5.73	6.36	7.05	8.38
	收支结余	0.05	0.19	0.29	0.02	-0.25	0.38

2.2 收入状况

2002-2007 年, 总体来看, 本市疾病预防控制机构和卫生监督机构的总收入逐年增长, 年均增长速度为 14.65%, 其中政府财政补助的增长尤为明显, 绝对数从 2.02 亿元增长到 6.87 亿元, 年均增长 27.74%, 尤以 SARS 爆发之后增长显著, 2004 年政府财政补助比上年增长 65.54%。政府财政补助在总收入中的比重从 2002 年的 47% 增加到 2007 年的 81% (表 4)。

表 4 2002-2007 年上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构总体收入状况 (单位: 亿元)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总收入	4.27	5.49	6.02	6.38	6.81	8.45
政府财政补助	2.02	2.64	4.38	4.89	5.38	6.87
事业收入	1.41	1.98	0.96	1.03	1.13	0.95
其中: 预算外资金收入	0.75	1.55	0.62	0.67	0.75	0.42
其他收入	0.84	0.86	0.67	0.46	0.30	0.63

注: 政府财政补助包含财政补助和上级补助收入, 下同。

2.3 政府财政补助状况

2.3.1 政府财政补助占机构总支出的比例

政府财政补助不断加大，尤其是 SARS 之后的 2004 年，政府对疾病控制的投入呈跳跃式增长，政府财政补助占疾病预防控制中心总支出的比例从 40% 增加到 70%，在卫生监督机构则从 73% 增加到 89%。到 2007 年，政府财政补助在疾病预防控制中心总支出中的比重达到 77%，仍有 23% 的支出依靠事业收费和其他收入，而卫生监督机构政府财政补助的比例达到 97%（图 2）。

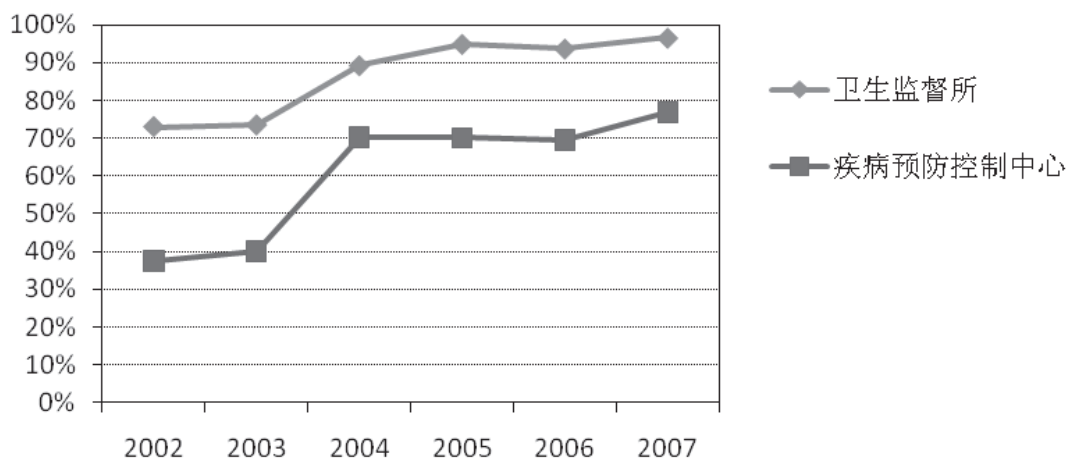


图 2 2002-2007 年上海市疾病预防控制中心和卫生监督机构政府财政补助占机构支出的比例

2.3.2 不同区县的政府财政补助状况

按中心城区、近郊区、远郊区 / 县进行分层，分析不同地区的人均政府公共卫生投入状况与财政支出状况。由图 3 可以发现，2005-2007 年，总体而言，人均财政支出水平越高的地区，其人均政府公共卫生投入水平也相对越高，如中心城区高于远郊区 / 县，近郊区最低。十九各区县的人均政府公共卫生投入从 2005 年的 24 元增加到 2007 年的 30 元，年均增长速度为 11.94%，高于人均财

政支出的增长速度 (10.70%)。不同地区比较来看, 中心城区疾病预防控制中心和卫生监督机构人均政府公共卫生投入的增长明显较快 (15.06%), 其次为远郊区 / 县 (11.57%), 近郊区的政府公共卫生投入增长最慢 (3.96%), 且低于财政支出的增长速度 (5.16%)。

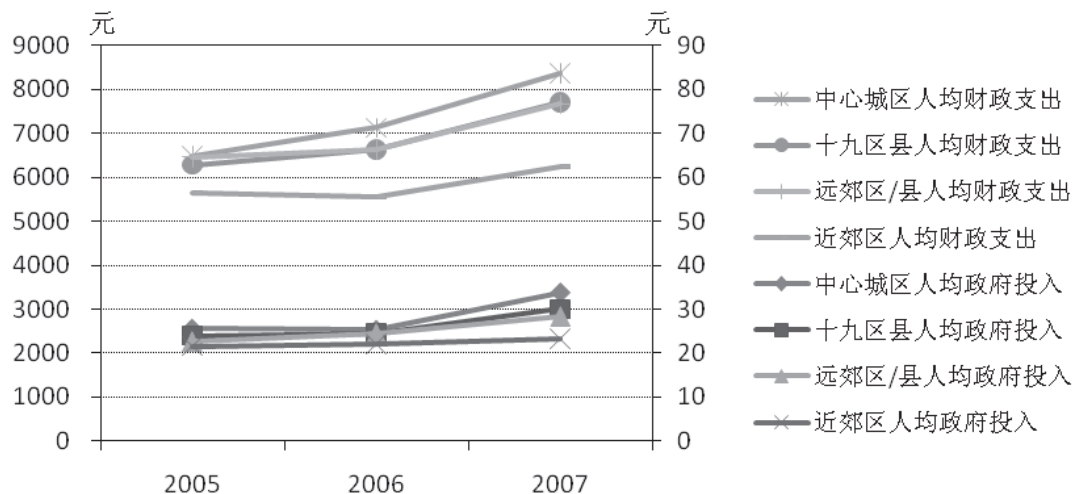


图3 上海市不同区县疾病预防控制中心和卫生监督机构的政府财政补助与财政支出状况

2.3.3 人均政府财政补助状况

2007年, 本市十九个区县的人均疾病预防控制中心和卫生监督机构的政府公共卫生投入分别为21元和9元, 近郊区明显低于中心城区和远郊区/县。人均政府公共卫生投入的快速增长主要体现在疾病预防控制中心, 2005-2007年, 疾病预防控制中心的人均政府财政补助年均增长14.25%, 比同期财政支出的增长速度快近4个百分点; 而卫生监督机构的人均政府财政补助年均增长6.74%, 比财政支出的增长速度慢4个百分点 (表5)。

2.4 人员经费状况

2007年, 上海市疾病预防控制中心和卫生监督机构的人员经费共计36650万元, 占机构财政补助收入的54.81%; 人均人员经费

表5 不同区县疾控和卫生监督机构的人均政府财政补助和财政支出状况 (单位: 元)

		2005	2006	2007
疾病预防控制机构 人均政府财政补助	中心城区	17.88	17.64	25.01
	近郊区	14.45	15.58	15.80
	远郊区 / 县	15.15	16.70	19.29
	平均	16.43	16.93	21.44
卫生监督机构 人均政府财政补助	中心城区	7.67	7.63	8.82
	近郊区	7.13	6.53	7.52
	远郊区 / 县	7.58	7.82	9.00
	平均	7.53	7.43	8.58
人均财政支出	中心城区	6479.15	7127.07	8361.69
	近郊区	5645.38	5547.33	6243.06
	远郊区 / 县	6453.71	6630.04	7671.07
	平均	6287.27	6639.71	7704.89

61084 元, 其中在职职工为 87886 元; 政府财政补助的人员经费占人员支出的 88.49%, 余下 12% 的人员支出仍需靠事业收入等创收途径补足。其中, 卫生监督机构的人均人员经费比疾病预防控制机构高出约 1/4 (表 6)。

表6 2007 年上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构人员经费状况

指标	单位	疾控	监督	合计
人员经费	万元	24,438	12,212	36,650
其中: 在职人员经费	万元	23,094	11,752	34,847
离退休人员经费	万元	1,344	460	1,804
人员经费占财政补助收入 %	%	52.15	61.05	54.81
人均人员经费	元	57,340	70,266	61,084
其中: 在职人均经费	元	85,853	92,175	87,886
离退休人均经费	元	8,548	9,935	8,864
人员经费占人员支出 %	%	86.58	92.58	88.49

3 讨论和建议

近年来, 各级政府对公共卫生的投入力度不断加大, SARS 之后政府对公共卫生机构的重视力度明显加大。但从分析中可以看出, 公共卫生机构的运行和政府财政补助方面仍然存在几个方面的问题。

一是从总体上，公共卫生机构费用在卫生总费用中的比重在 SARS 之后经历了一个先升后降的过程，2007 年又回到了 2001 年的水平；二是公共卫生投入“重医疗，轻预防”的现象仍未改变，政府财政补助尚不能满足机构支出的要求，未能实现疾病预防控制和卫生监督机构的全额拨款，同时人员经费也不能满足人员支出的要求；三是区县间存在不均衡，近郊区的政府财政补助力度相对较小；四是“财神跟瘟神走”的现象仍没有改变，未形成稳定的投入长效机制。现在，已步入“十一五”规划的第 4 年，应抓紧落实《卫生事业发展“十一五”规划纲要》，以实现卫生监督体系与疾病控制体系、医疗救治体系的协调发展，进一步提升我国公共卫生体系的维护或保障公共卫生安全的能力^[6]。

结合本文研究，提出如下政策建议：

3.1 明确政府责任，加大政府财政补助力度

对于公共卫生产品，财政应是其最为主要的投入者。在近年来财政收入增长较快的情况下，政府在今后的财政预算支出中，应该优先保障公共卫生投入，逐步增加公共卫生机构费用在卫生总费用中的比重，提高公共卫生经费在整个卫生事业费中的比重，真正体现公共卫生优先，预防为主的原则。政府财政保障最低应实现对公共卫生机构人员支出的全额拨款，避免公共卫生服务人员需依靠事业收费补足人员支出而出现“重创收，轻防治”的现象。按照 2007 年数据测算，疾病预防控制机构人员经费缺口（数值上等于机构人员支出减去机构人员经费）为 3786 万元，卫生监督机构为 979 万元，

分别占疾病预防控制机构和卫生监督机构人员支出的 13.4% 和 7.4%。因此要实现对疾病预防控制和卫生监督机构的人员经费全额配套,政府至少需要增加投入 4765 万元。在补足人员经费的基础上,根据公共卫生工作的重点,加大政府公共卫生投入力度,保证公共卫生机构的工作经费,完善公共卫生服务体系。

3.2 重新归并公共卫生服务,调整现有的公共卫生服务体系

针对具体的公共卫生服务领域,可以将公共卫生分为公共卫生职能和公共卫生服务。前者直接面向全社会,产生的效益具有不可分割性和不可测量性,如各类法定传染病的监测和报告等,外部性更强,也更具有公共产品的特征;后者往往直接面对企业或人群,尽管其私人产品性质较强,所需的技术设施和技术含量要求不高,产生的效益具有一定程度的可分割性和可测量性,但是基本涉及对弱势人群的保护和国民的基本健康服务,也是政府发挥作用的重要领域^[7]。

政府应构建科学合理的公共财政体制,既不能“越位”,更不能“缺位”。应从规模效益和保障公共卫生安全的角度,调整现有的公共卫生服务体系,公共卫生职能仍由疾病预防控制和卫生监督机构等直接提供,逐步加大政府财政补助力度,真正实现全额拨款;而公共卫生服务则可从专业机构中剥离出来,由具有资质的卫生机构生产和提供。

3.3 提高统筹层次,缩小地区间差距,保障人群公平性

在保证各区县公共卫生基本经费的前提下,提高市级财政统一

调配的能力，尽量充分体现政府在公共卫生中的职责，发挥公共财政的作用，缩小区县公共卫生经费开支和人均公共卫生费用的差异。在设定区县基本公共卫生服务经费最低投入标准的基础上，设立调整系数，调整区域间公共卫生服务的投入水平，以人口密度、服务半径和地理状况等为主要指标，并辅以人均 GDP 等指标，以区县为单位确定基本投入标准调整系数，以此调整各地区的实际基本公共卫生服务经费投入标准。另外，保障人群公平性的另一重要方面就是保障外来人口公平地享有基本公共卫生服务，应参照计划生育部门“流入地管理为主、流出地紧密配合”的流动人口管理策略。

3.4 完善突发事件应急体系，建立公共卫生法律保障体系

公共卫生要着重构建长效保障机制，重在长远。一方面，要构建和完善突发公共卫生事件应急体系，对于公共卫生突发事件，要建立完善的公共卫生应急处理系统，提高突发公共卫生事件应急处置能力，应合理分配事前投入与事后投入的比例与关系，加大财政事前防范支出的比例，建立完善的突发公共卫生事件应急机制。另一方面，要建立卫生法律保障体系，当前卫生法律体系中最关键的问题是缺少一部能明确界定各方面权利和义务的涵盖卫生工作各个方面的卫生基本法。在新一轮医疗卫生体制改革的大背景下，亟需制定和完善公共卫生法律和法规，建立完备的公共卫生法律体系，从根本上保障公共卫生投入长效机制。

3.5 加强绩效评价和审计监督体系，提高资金利用效率

增加政府财政补助、调整服务体系、提高统筹层次和建立长效

机制，都离不开良好的绩效评价和审核监督体系。要建立明确的基本公共卫生服务财政支出绩效考评机制，同时对各级政府应建立严格的行政问责制，将公共卫生服务均等化绩效评估与干部选拔、任用和内部激励相结合，以确保公共卫生政府投入真正落到实处。

参 考 文 献

- [1] 任苒. 公共卫生的作用及政府职责[J]. 医学与哲学, 2005, 26(8): 7-10
- [2] 谭晓东, 彭明. 预防医学、公共卫生学科概念探讨[J]. 中国公共卫生, 2005, 21(1): 121
- [3] 刘洋, 高国顺, 李汝德. 解析公共卫生内涵推进政府管理职能转变[J]. 中国医院管理, 2006, 26(5): 5-7
- [4] 卫生部卫生经济研究所. 中国卫生总费用核算研究报告2008
- [5] 张振忠, 王禄生, 杨洪伟. 中国卫生总费用核算研究报告2008[M]. 北京: 人民出版社, 2009
- [6] 孙梅, 王颖, 董伟等. 运用结构方程模型对卫生监督体系投入产出的综合分析[J]. 中国卫生资源, 200912(4): 160
- [7] 周海沙, 阮云洲. 财政分权与公共卫生政府间责任分担的现实选择[J]. 卫生经济研究, 2009(3): 5-7

上海市社区卫生服务机构收入与支出分析

丁汉升 林 海 金春林 荆丽梅 张崖冰 付 晨

【摘要】 目标：测算上海市社区卫生服务机构的财务收支情况。资料与方法：提取和分析社区卫生服务机构的财务管理数据。结论：由于降低社区卫生服务的药品加价率、价格政策、人力成本上升等因素的综合影响，尽管政府投入逐年加大，但是药品收入难以补贴社区卫生机构医疗亏损，总体收支状况在2007年出现赤字。社区卫生服务机构经济运行仍在很大程度上依赖药品收入，系列改革措施在2007年还未使社区机构摆脱“以药补医”的局面，政府投入责任有待落实，总体运行出现政策性亏损。建议：为保持政策延续性，应确定社区卫生机构的服务内容并核算成本；进一步明确和落实各级政府投入责任；进一步规范收支两条线管理；逐步提高反映技术劳务的项目收费价格。

【关键词】 社区卫生服务机构；收支分析；问题；政策建议

社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分，是实现人人享有基本医疗卫生服务目标的基础环节。大力发展社区卫生服务，构建以社区卫生服务为基础、社区卫生服务机构与医院和预防保健机构分工合理、协作密切的新型城市卫生服务体系，对于坚持预防为主、防治结合的方针，优化城市卫生服务结构，方便群众就医，减轻费用负担，建立和谐医患关系，具有重要意义。

从1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的若干决定》首次提出大力发展社区卫生服务开始，我国发展社区卫生服务的政

丁汉升：上海市卫生发展研究中心副主任，研究员

策设计基本围绕两个目标，一是完善服务功能、加强能力建设，二是建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制^[1-3]。

围绕国家大力发展社区卫生服务的总体部署，上海市通过连续十年的市政府实事工程，本市社区卫生服务机构在形态布局上基本做到“纵向到底，横向到边”。基本做到一个街道（乡镇）设有一个政府举办的社区卫生服务中心；城区每 1-2 万人群的地方建有一个社区卫生服务站；在农村地区，一个中心村或大一些的自然村，都建有一个村卫生室。本市已形成了由社区卫生服务中心、社区卫生服务站和村卫生室组成的遍及城乡的、较为完善的社区卫生服务网络。

2005 年市政府在长宁区和松江区率先开展了社区卫生服务综合改革试点，此后本市分批分期推进以社区卫生为切入口的综合改革试点^[4]。在市政府的统一领导下，2006 至 2007 年该项改革陆续在全市 19 个区县全面推进。试点改革的思路是以投入和运行机制改革为核心，通过加大政府对社区卫生服务的投入，实行收支两条线管理、医保总额预付制度，建立绩效考评制度，切断职工分配与业务收入的直接联系，实现“提高质量、规范功能、降低费用、加强管理”的目的。该项改革在取得成绩的同时在医保结算方式、内部运行管理、社会满意度提升等方面也面临挑战^[5-7]。

1 上海市社区卫生服务中心总体收支分析

1.1 总体情况

上海市 2002-2007 年社区卫生服务机构的收入总额从 38.02 亿

元增长到 70.56 亿元，2007 年比 2002 年增长了 85.59%，年均增长率为 13.17%。支出总额平均年增长率为 14.42%，略高于收入的增长幅度（表 1）。

表 1 上海市社区卫生服务机构 2002-2007 年收支总体情况（单位：亿元）

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总收入	38.02	43.53	45.95	55.35	60.51	70.56
总支出	36.25	41.63	44.03	53.15	58.13	71.11
收支结余	1.77	1.90	1.92	2.20	2.38	-0.55

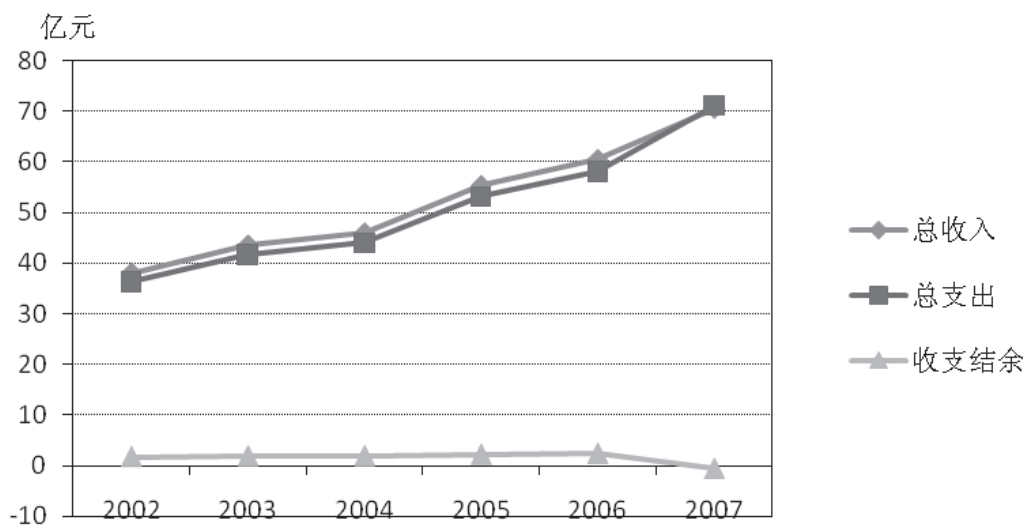


图 1 上海市社区卫生服务机构 2002-2007 年收支变化趋势

六年来全市社区卫生服务机构总收入和总支出都呈现增长趋势，前五年略有结余。2007 年本市的社区卫生服务机构运营出现赤字。

据“上海市卫生总费用核算研究”课题组使用机构流向法测算，上海市卫生总费用分配总额（即当年各医疗卫生机构的资金总流量）2002 年为 287.74 亿元，2007 年为 572.84 亿元，年均增长率为 14.76%，高于社区卫生服务机构总收入 13.17% 的增长速度。

如表 1、图 2 所示，上海市社区卫生服务机构的卫生费用呈现上升趋势，但在卫生总费用分配总额中所占的比例呈下降趋势，从 2001 年的 15.64%、2002 年的 13.81% 降低到 2007 年的 12.37%。尽

管近年来加强社区卫生服务是卫生改革的重点，但是社区卫生服务机构的市场份额却略呈下降趋势。这是因为社区卫生机构的服务量增长速度赶不上二、三级医院构成的城市医院。

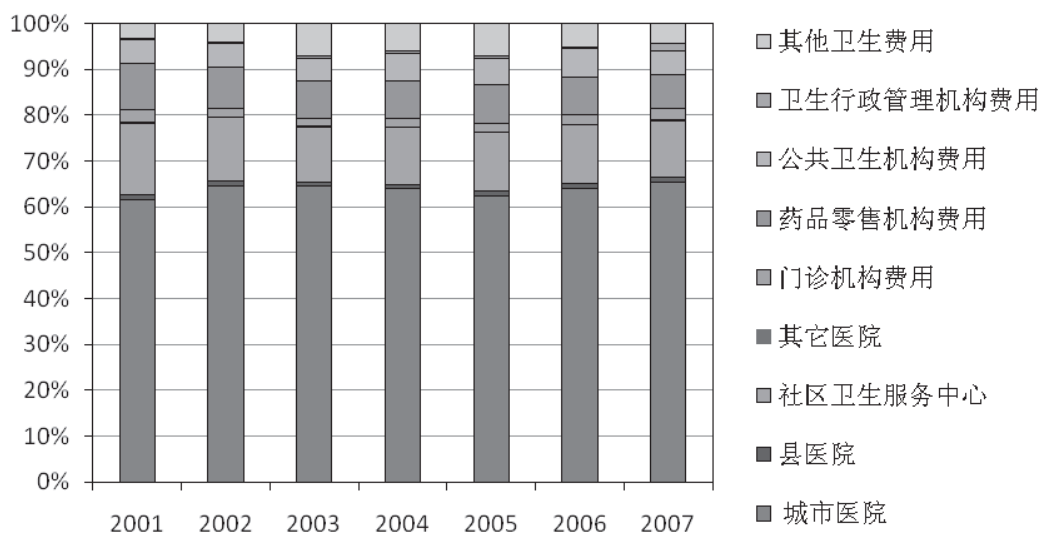


图2 上海市2001-2007年卫生总费用分配流向

1.2 收入结构

表2 上海市社区卫生服务机构2002-2007年收入结构

	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007
政府投入	亿元	2.52	3.45	3.84	5.25	8.41	11.40
	%	6.64	7.92	8.38	9.50	10.23	16.16
医疗收入	亿元	12.44	14.74	14.57	16.68	16.34	17.08
	%	32.72	33.86	31.71	30.14	27.00	24.21
药品收入	亿元	21.83	24.05	26.28	32.00	33.98	40.21
	%	57.43	55.24	57.20	57.80	56.16	56.99
其他收入	亿元	1.22	1.29	1.25	1.41	1.77	1.86
	%	3.21	2.97	2.71	2.56	2.93	2.64

注：政府投入 = 财政补助收入 + 上级补助收入

如表2所示，社区卫生服务机构的收入来源仍以药品收入为主，在55-58%之间波动，2006、2007两年略有降低。医疗收入所占的比重呈下降趋势，2007年占24.21%，相比较于2002年的32.72%下降了8.51%，反映出社区卫生服务机构的功能正在发生转换。政府

投入的总量和比例呈现增长趋势，六年来从 6.6% 升高到 16.16%，增加了近 10 个百分点。近年上海市对社区卫生服务机构承担的公共卫生服务增加了预防保健经费补贴，规定 2005 年人均预防保健经费为每万人口不低于 20 万元，到 2007 年许多区已经提高到 50 万元。

1.3 支出结构

如表 3 所示，支出结构以医疗和药品为主，两者合计占总支出的 95% 以上。医疗和药品各占总支出的约一半，药品的购入费用约占总支出的 50%，构成较为稳定。

表 3 上海市社区卫生服务机构 2002-2007 年支出结构

	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007
医疗支出	亿元	17.68	21.29	21.58	25.45	27.77	32.80
	%	48.77	51.15	49.02	47.88	47.72	46.12
药品支出	亿元	17.82	19.44	21.23	25.94	28.04	35.31
	%	49.17	46.70	48.21	48.80	48.24	49.66
其他支出	亿元	0.75	0.90	1.22	1.76	1.63	3.00
	%	2.06	2.16	2.77	3.32	2.8	4.22
总支出	亿元	36.25	41.63	44.03	53.15	58.13	71.11

1.4 收支结余

社区卫生服务机构医疗服务项目收费标准从 1997 年开始没有大的调整，由于人力成本的上升，医疗服务成本不断上升导致医疗服务收支结余连年亏损，且有扩大趋势。2007 年医疗服务亏损额扩大至 15.71 亿元。2005、2006、2007 三年医疗服务项目的亏损环比增长分别为 25%、33%、37%，呈加速态势，并且直接导致总体结余在 2007 年出现拐点，如图 3 所示。

药品收支结余在 2005 年、2006 年达到最高，在 6 亿左右，2005 年开始实施的控制药品加成率的政策在 2007 年开始发挥效果，

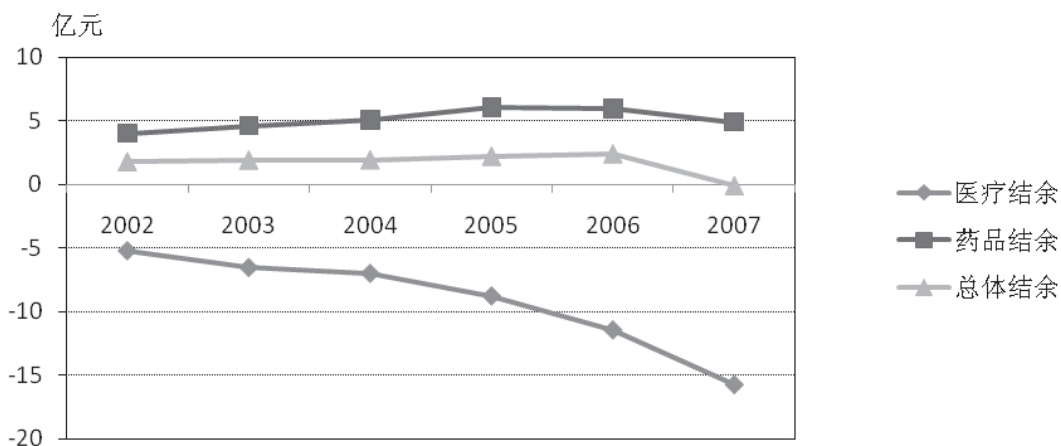


图3 上海市社区卫生服务机构 2002-2007 年收支结余

药品收支结余开始下降，降至 5 亿元以下。药品收支结余与医疗收支结余的差额逐年增加，药品收入开始难以补贴医疗的亏损。

政府加大投入力度是明显的，且扣除专项支出后政府投入仍表现为一定差额，近年来这一差额逐步增加，在一定程度上弥补了医疗项目的政策性亏损。在出现亏损的 2007 年尽管政府财政补助的差额比 2006 年环比增长近 30%，但仍无法弥补控制药品加价率的系列政策造成的亏损。

2 上海市社区卫生服务机构的收支平衡影响因素

2.1 政府投入

在我国的卫生政策框架中，社区卫生服务机构的定位是城市基层医疗卫生服务提供主体，承担着公众健康守门人的任务。政府应该在提供公共卫生和基本医疗服务中承担主导地位。公共卫生服务主要通过政府筹资，向城乡居民均等化提供。基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担费用。并且政府应负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）按国家规定核定的基本建设经费、

设备购置经费、人员经费和其承担公共卫生服务的业务经费，使其正常运行。

如上文分析，上海市社区卫生服务机构政府投入的总量和在收入结构中的比例呈增长趋势，六年来从 6.6% 升高到 16.16%，增加了近 10 个百分点。

但以 2007 年为例，上海市社区卫生服务机构政府投入为 11.40 亿元，人员费用为 23.67 亿元，基本建设经费、设备购置经费至少为 1.5 亿元，要达到国家新医改方案要求的标准，政府投入至少还有一倍的增长空间。如果人员经费得到全额保证，则在本市社区卫生服务机构中推行药品零差率政策也有了有力支撑。

2.2 人员费用

社区卫生服务人员支出的总量逐年增长，年均增长率为 14.43%，略高于总支出 12.65% 的年均增长率，占总支出的比例稳定在 34% 左右。2007 年人员费用共计 23.67 亿元，若按国家医改方案“政府必须负责社区卫生服务的人员费用”的要求，2007 年上海市各级政府需追加投入 12.27 亿元（表 4）。

表4 上海市社区卫生服务机构2002-2007年人员费用(单位: 亿元)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总支出	36.25	41.63	44.03	53.15	58.13	71.11
人员费用	13.05	14.94	15.24	18.06	20.53	23.67
人员费用占总支出比例	36.00%	35.89%	34.61%	33.98%	35.31%	33.29%

注：人员费用=人员支出+对个人、家庭的补助

2.3 药品加成

2002-2004 年上海市社区卫生服务机构的药品加价率稳定在 38%

左右。从 2005 年开始，上海市的社区卫生综合改革开始降低社区卫生服务的药品加价率，到 2007 年药品加价率降至 23.5%。药品加价政策原用于弥补医疗亏损，在政策性的医疗亏损和因功能转换带来的预防保健服务成本日益增加的条件下，控制药品加价的同时必须同步落实政府投入责任（表 5）。

表 5 上海市社区卫生服务机构 2002-2007 年药品加价情况

项 目	单位	2002	2003	2004	2005	2006	2007
药品收入	亿元	21.8	23.1	26.3	32.0	34.7	40.9
药品成本	亿元	15.8	16.7	19.0	23.7	26.1	33.1
药品差价	亿元	6.0	6.5	7.3	8.3	8.6	7.8
药品加价率	%	38.0	38.7	38.2	35.2	33.1	23.5

若取消药品加成，即实行社区卫生服务机构药品平进平出的“药品零差率政策”，有三个途径可弥补社区卫生机构的政策性亏损，一是调整医疗服务项目的收费标准；二是政府增加人员经费补贴，若单一依靠这途径，以 2007 年为例，政府约需增加投入 12.27 亿元；三是增加“药事服务费”收费项目，2007 年上海市的社区卫生服务机构药品差价总量为 7.8 亿，门急诊人次和出院人次为 4616.86 万人次和 15.69 万人次，以每单位服务人次收取一次药事费计，若单纯凭借设置“药事费”替代药品差价，估算需收药事费每人次平均 170 元。上述三个途径单方面推进若遇到困难，则应适当同步推进，以减少不利影响。

注意到 2002-2007 年本市社区卫生服务机构的政府投入增加了 8.88 亿元，人员费用增加了 10.62 亿元。各级政府只需在 2007 年的基础上再增加 1.74 亿元投入，就可以大大缓解社区卫生机构维持

收支平衡的压力，不必加大药品的使用。若 2007 年全市社区卫生服务机构能够节省当年药品差价 1.74 亿元，按当年 23.5% 的药品差价率计算，实际就可以减少药品消费 15.11 亿元。

2.4 影响收支平衡的因素综合作用

影响构成支出的三方面因素有：一是人员费用的增长，包括人员工资、津贴、奖金、社会保障和离退休费等补助；二是卫生材料、药品等医疗产品的日常公用支出；三是生产维修和设备投资支出。

总支出的年均增长率是 14.42%。第一类支出近年呈现稳步增长趋势，在支出构成中相对稳定，占 35% 左右，年均增长率 14.43%，与总支出年增率近似。第二类以药品、卫生材料为主的日常公用支出在支出构成中占六成以上，年均增长率 14.65%，稍高于总支出的年均增长率。2007 年药品支出为 32.55 亿元，增加较为显著，比 2006 年的 26.04 亿元增加了 25%。同时，2007 年由于收支压力的增加，社区卫生服务总体上的固定资产投资、大修项目有所缩减，以缓解支出增长的压力。

刚性的人员支出的上升和 2005-2007 年药品加价率的下降共同致使社区卫生服务中心在 2007 年出现亏损。有迹象表明，因为社区卫生服务的补偿结构尚未获得实质性的优化，为了缓解政策性亏损，社区卫生服务中心有可能在药品加价率已受到控制的情形下，仍普遍性地增加药品的使用。

3 主要问题和政策建议

3.1 存在问题

一是药品仍旧在收入构成中占有较大比例。2002-2007 年上海全市社区卫生服务机构的药品收入在总收入中占的比例仍近六成，以“收支两线管理”、“医保预付制”和部分区实行的药品“零差率”为主要内容的改革没有实质性地扭转整体药品占收入比例过高的问题。2007 年全市的社区卫生服务机构在总体上尚未摆脱“以药补医”，即仍基本依靠开药维持财务平衡。即使在 2007 年药品的收益率已经受到政策控制的情况下，由于社区卫生服务机构缺少其他相对较高收益率的项目，在维持财务平衡的压力下仍普遍加大药品的使用量，以弥补医疗项目的亏损。

二是社区机构的运行难以避免政策性亏损。在收支两条线管理条件下，理论上社区卫生服务中心的财务风险部分转向区级财政，区政府必须更切实地承担责任。本市的社区卫生综合改革开始控制药品利润率，社区卫生服务机构开始功能转换更多提供预防服务，同时由于服务量的增加，医疗项目长期以来的政策性亏损逐渐加大，2007 年开始出现总体性亏损，这说明政府承担社区卫生服务“托底”的职能落实不到位。卫生服务机构出现亏损意味着机构管理者不得不考虑在政策允许区域内增收，可能增加病人的就医负担。

三是政府投入责任尚待落实。近年来本市社区卫生服务有关文件明确了市区两级政府在社区卫生服务投入上的责任。要求市财政要根据市政府确定的相关项目，对经济困难区县通过转移支付给予

补助。各区（县）、乡镇政府要按照分级管理体制和公共财政的要求，进一步调整、优化财政支出结构，对符合区域卫生规划并经规定程序审批的社区卫生服务中心基本建设、必需的医疗服务设备、社区公共卫生服务经费予以保障，确保社区卫生服务中心的正常运行。

2009 年全国卫生工作会议进一步明确，政府负责其举办的社区卫生服务中心的基本建设、设备购置、人员经费及其承担公共卫生服务的业务经费。

实施社区卫生服务综合改革以来，社区卫生服务中心面临药品差价率下降、人员支出增加，财务平衡的压力增大。政府理论上应该承担财务托底的责任。实际上部分区县存在财政投入不到位的问题，收支两条线管理基本上是“以收定支”。各区县的人员经费、基本建设投资等的差异比较大，构成较为复杂，落实政府财政投入存在预算困难。

3.2 政策建议

尽管近十余年的政策文件对社区卫生服务的功能存在一定调整，其定位是较为明确的，即以维护社区居民健康为中心，提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务，逐步承担起居民健康“守门人”的职责。改革应该保证措施的延续性，我们认为今后的政策可在以下几个方面努力：

一要确定社区卫生机构的服务内容并核算成本。社区卫生服务机构在即将推开的医药卫生体制改革中被确定为基本医疗卫生服务

的主要载体，因此，应在确定本市社区基本医疗服务包和社区公共卫生服务包、保障社区卫生服务低成本和高效益的框架下，政府财政预算应对社区卫生服务给予合理、充分的补偿。应切实强化和落实政府主导作用，按照国家医改方案指导意见的要求^[8]，对政府举办的社区卫生服务机构补偿体现“公共卫生服务由政府补助、基本医疗通过服务收费由基本医疗保险为主补偿、不足部分政府托底确保正常运行”的原则。对于超出基本框架、社区卫生服务机构可以承受的延伸性社区卫生公益服务，通过成本核算确定收费标准，由相关政府部门或个人购买，进一步体现社区卫生公益性质。

二是要进一步明确和落实各级政府投入责任。市区两级政府必须切实承担投入责任，市财政继续加大对经济困难区县、尤其是远郊区县的卫生转移支付力度，各区县社区公共卫生服务经费、人才培养等的各项转移支付，均纳入到区县医疗卫生转移支付中，并统筹考虑。市财政应保障本市社区医生培养经费，保障基本医疗和基本公共卫生服务项目的均衡化提供。各区县政府要进一步起到发展社区卫生服务的主体作用，加大对社区卫生服务的投入力度。建立健全郊区县区镇两级财政社区卫生投入的合理分担机制。

三是要进一步规范收支两条线管理。明确收支分离、政府托底、区级管理、绩效考核等基本要求，逐步建立健全财政部门统筹投入、卫生部门管理考核、审计部门监督审计的长效机制。落实政府托底，着力解决部分社区卫生服务中心收不抵支等问题，确保社区卫生服务中心正常运行。加强对社区卫生服务中心的区级统一管理，严格

收支预算,逐步明确各项支出标准,进一步完善绩效考核制度。健全社区卫生服务中心可分配总量逐年增长机制,着力提高远郊区县社区医务人员收入水平。

四是逐步提高反映技术劳务的项目收费价格。社区基本医疗服务价格按照扣除财政补助的服务成本制定,体现医疗服务合理成本和技术劳务价值。提高医疗劳务价格,改变医疗劳务价格长期背离价值的状况,为社区卫生服务良性发展创造良好的政策环境。在按照国家要求全面实施社区基本药品零差率的同时,探索药事服务费在社区实施的可能性,并纳入医保报销范围。

参 考 文 献

- [1] 成就. “管、办、评”联动机制探索[J]. 中国卫生, 2009,(4): 64-65
- [2] 于广军等. 上海市级医院支援社区和郊区基层医疗机构现况研究[J]. 上海医药, 2007, 28(5): 200-202
- [3] 周斌. 三级公立医院支援社区卫生服务的功能定位研究[J]. 中国医院, 2008, 12(1): 57-59
- [4] 金其林. 上海市杨浦区社区卫生服务综合改革的核心内容与目标[J]. 中国医院, 2008, 12(6): 52-53
- [5] 杜兆辉等. 社区卫生服务在医保总额预付制改革中面临的管理挑战[J]. 中国全科医学, 2008, 11(5): 437-438, 441
- [6] 刘诗强等. 社区卫生服务中心实行“收支两条线”改革的探讨[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(2): 81-82, 86
- [7] 叶盛. 社区卫生服务综合改革应注重医务人员和社区居民满意度[J]. 医学与社会, 2008, 21(4): 22-23
- [8] 中共中央、国务院关于医药卫生体制改革的指导意见. 健康报, 2009, 4

上海市中医医院收入与支出分析

林 海 荆丽梅 金春林 丁汉升 付 晨 张崖冰

【摘要】 目标：测算上海市中医院 2002-2007 年财务收支情况。资料与方法：提取本市 4 家三级中医院、16 家二级中医院的财务数据，以及来自关键知情人的访谈资料。结论：上海市中医医院相比于西医医院更易受到控制药品差价政策的影响。因人员支出的上升和药品加价率的下降，上海市中医医院 2007 年亏损 1.88 亿，占全市公立医院亏损的大部分。建议：在成本核算的基础上推进中医医疗服务的合理定价和优化补偿结构，完善中医医院的补偿机制，保证药品质量，鼓励优质高价的中药的使用。

【关键词】 中医医院；收支分析；问题；政策建议

中医药是我国的文化瑰宝，“中西医并重”一直是我国建国以后的卫生工作的方针之一。长期以来，中医药和西医药互相补充、协调发展，共同担负着维护和增进人民健康的任务，这是我国医药卫生事业的重要特征和显著优势。中医药临床疗效确切、预防保健作用独特、治疗方式灵活、费用比较低廉，特别是随着健康观念变化和医学模式转变，中医药越来越显示出独特的优势。扶持和促进中医药事业发展，对于深化医药卫生体制改革具有十分重要的意义^[1]。

中医医院是传承中医药文化、为老百姓提供中医诊疗服务的重要载体。本市出台了一些扶持中医药事业发展的政策和做法，如开展中医“三名”（名医、名科、名院）建设、推广中医药适宜技术进

林海：上海市卫生发展研究中心，助理研究员

社区、进农村、进家庭“三进”建设，以及治未病工程等，并于近期成立了“上海市中医药发展办公室”。中医药界在进一步推进中医药继承与创新、拓展中医药服务功能等方面作出了探索。但必须注意，当前本市的中医医院发展还面临不少问题，不能适应人民群众日益增长的健康需求。尤其政府投入和定价与中医医院的经营状况密切相关，长期以来受到多方面的关注，是亟待解决的政策问题。2008年底本市规范和调整了中医服务的价格^[2]，向理顺中医服务的补偿机制迈出了重要的一步。但是我们应该认识到，目前我们与建立有利于弘扬中医技艺的科学合理的补偿机制还存在一定的差距。

近期国家出台了《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》，这两个政策文件为进一步扶持和促进中医药事业和中医医院的健康发展提供了良好的外部条件。

本文在回顾近六年上海市中医医院的财务收支情况的基础上，试分析中医医院的政府投入和定价等方面的存在问题，以及为政府财政、物价、卫生行政部门提供政策建议。

1 上海市中医医院总体收支情况分析

本文的研究对象是上海市卫生局财务管理数据库中 2002-2007 年登记名为“中医医院”或“中西医结合医院”的 20 家医院，以下统称“中医医院”。其中三级中医医院 4 家，含 1 家中西医结合医院；二级中医医院 16 家，含 3 家中西医结合医院。在比较总量时以所有同级西医医院作为中医医院的研究参照，包括综合医院和专科医院。

在比较业务收入的内部构成时，为保证可比性，剔除了专科医院，选取了 4 家三级综合西医医院，18 家二级综合西医医院作为同级中医医院的匹配参照，下文以“样本三级西医医院”、“样本三级西医医院”标明。

1.1 总体情况

据“上海市卫生总费用核算”课题组研究，如表 1 所示，本市中医医院的总收入在卫生总费用分配总额中的比例近年来稳定在 5% 上下。中医医院总收入的年均增长速度为 14.27%，与卫生总费用分配总额 14.76% 的年均增速基本持平（表 1）。

表 1 上海市中医医院 2002-2007 年总收入占卫生总费用分配总额比例（单位：亿元）

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
卫生费用分配总额	287.74	343.90	396.11	480.12	515.08	572.84
中医医院总收入	15.40	16.99	19.81	23.08	26.39	30.02
占卫生总费用分配总额比例	5.35%	4.94%	5.00%	4.81%	5.12%	5.24%

如表 2 所示，2002-2007 年上海市公立中医医院的总收入和总支出从 15.40 亿元和 14.45 亿元增长到 30.03 亿元和 31.90 亿元，年均增长率分别为 14.27% 和 17.15%，总支出的增长速度稍高于总收入。

表 2 上海市中医医院 2002-2007 年总体收支（单位：亿元）

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
总收入	15.40	16.99	19.81	23.08	26.39	30.02
总支出	14.45	16.12	18.71	22.10	25.27	31.90
收支结余	0.96	0.88	1.10	0.98	1.12	-1.88

在 2007 年全市中医医院的 1.88 亿元赤字中，以三级中医医院为主，为 1.48 亿元，占八成；2007 年三级西医医院总体上虽结余总量迅速减少，但也仍有 1.07 亿元的结余。二级中医医院 2007 年

赤字占其总收入的 3.16%，二级西医医院的赤字占其总收入的 0.32%，二级中医医院的赤字压力大于西医医院。2007 年三级中医医院赤字占其总收入的 8.50%，面临较大的维持财务平衡的压力。二级中医医院由于区财政在推行“药品零差率”政策中履行了“托底”责任，加大了政府投入，其财务状况稍好于三级中医医院。

1.2 收入构成

表 3 为 2002-2007 年本市三级、二级中医医院的收入构成与同级西医医院相比的情况，呈以下特点：第一，三级医院的医疗收入增长速度较高，中、西医医院分别为 18.81% 和 18.43%，二级中、西医医院的医疗收入增速较低，分别为 9.75% 和 12.62%，二级医院的发展稍显缓慢；第二，中医医院药品收入的增速与同级西医医院相比低 1 个百分点，受控制药品加成率政策的影响更明显；第三，政府投入在二级中医医院增长比较明显，年均增长 19.19%，高于同级西医医院，三级中医医院政府投入增长的速度较慢，年均增长率为 10.20%。

三级中医医院由于承担了更多的疑难重症的诊治和教学职能，住院收入占业务收入的比重接近 40%，近六年有上升趋势，上升了近 6 个百分点，二级中医医院住院收入占业务收入的比重略高于 30%。

二级中医医院的门诊和住院收入的年均增长率分别为 11.32% 和 13.29%，三级中医医院的门诊和住院收入的年均增长率分别为 14.13% 和 18.92%。三级中医医院住院收入的快速增长是由于住院医疗和住院药品收入均增长较快，其年均增长率分别为 18.21%、

19.78%。

三级西医医院的住院业务收入增长更为迅速，在四家样本三级西医医院中，住院医疗和住院药品部分的年均增长率分别为20.42%、22.43%，略高于同级中医医院的年均增长率。

2002-2007年上海市二、三级中医医院的手术收入占比低于全市公立医疗机构平均水平，尤其是三级医院的手术收入相差明显。三级西医医院占医疗收入的30%，三级中医院仅占7%。这主要是由于中医自身的特点，手术在服务提供的整体结构中所占的比例低于西医。中医医院在医疗收入的结构中，检查和化验收入所占比例较高，合计近35%，难以体现技术水平。

三级中医医院的药品收入构成中中成药和中草药收入总计在55%以上，近年略呈下降趋势。年均增长率排序从高到底依次是中草药、西药和中成药，分别为19.03%、17.87%、10.39%。三级中医医院越来越重视中草药的使用，尤其是在门诊，中草药的使用呈一定增长趋势，年均增长19.42%，呈现较为显著的增长趋势。二级中医医院的中药在药品收入构成比重低于三级中医医院，在45%左右，略呈下降趋势，比三级中医医院低十个百分点。中草药的使用强调个性化的“辨证施治”，三级中医医院更好地体现了传统的使用中草药的特色。

与同级西医医院相比，中医医院的中药使用率，即中成药和中草药的合计，比前者高出30-40个百分点。中药、特别是中草药的使用对医院和医生的收益是比较小的。据了解，卫生行政部门用“中

药使用比例”这一指标对中医医院给以了一定的监测和激励。

表3 上海市中、西医医院 2002-2007 年收入结构 (单位: 亿元)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	年均增长
三级 中医 医院	政府投入	0.60	0.65	0.70	0.76	0.82	0.97	10.20%
	医疗收入	2.56	2.77	3.45	4.37	5.07	6.06	18.81%
	药品收入	4.53	4.94	5.99	7.22	8.27	9.54	16.03%
	其他收入	0.46	0.53	0.77	0.61	0.71	0.80	11.75%
三级 西医 医院	政府投入	4.62	5.39	4.98	6.62	6.73	8.62	13.29%
	医疗收入	35.33	38.01	50.40	62.67	69.96	82.31	18.43%
	药品收入	28.99	32.76	40.64	49.58	56.55	65.57	17.73%
	其他收入	3.05	5.61	3.90	3.91	3.76	4.49	8.04%
二级 中医 医院	政府投入	0.65	0.76	0.71	0.94	1.65	1.57	19.19%
	医疗收入	2.68	3.06	3.30	3.69	3.84	4.27	9.75%
	药品收入	3.74	4.08	4.76	5.34	5.86	6.57	11.95%
	其他收入	0.18	0.19	0.12	0.16	0.18	0.23	5.14%
二级 西医 医院	政府投入	6.16	6.51	7.44	8.54	12.79	13.66	17.27%
	医疗收入	32.79	37.06	43.76	49.20	51.35	59.40	12.62%
	药品收入	28.91	31.83	38.41	43.73	46.04	52.52	12.68%
	其他收入	1.73	1.97	1.79	1.96	2.27	2.12	4.15%

注: 政府投入 = 上级补助收入 + 财政补助收入

1.3 支出构成

2002-2007 年上海市中医医院的总支出从 14.45 亿元增长到 31.90 亿元, 年均增长率为 17.15%, 稍高于总收入的增长速度, 稍高于全市公立医院总支出年均增长 16.08% 的平均水平。

上海市中医医院的支出结构中医疗和药品支出占医院支出的大部分, 其中医疗支出 60% 用于医疗相关的人员支出 (包括对个人和家庭的补助), 逾 30% 为 “公用支出”。药品支出 90% 为 “公用支出”, 人员支出不到 10%。

1.4 收支结余

如表 4 所示, 上海市三、二级中、西医医院 2002-2007 年的医疗项目均处于亏损, 且亏损额逐渐放大。

表4 上海市中、西医医院 2002-2007 年收支结余 (单位: 亿元)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
三级 中医 医院	医疗结余	-0.69	-1.05	-1.21	-1.80	-2.16	-2.93
	药品结余	0.57	0.64	1.06	1.26	1.35	0.62
	其他结余	0.39	0.50	0.51	0.47	0.52	-0.14
	财政补助差额	0.51	0.60	0.67	0.76	0.82	0.97
	总结余	0.78	0.69	1.02	0.69	0.53	-1.48
三级 西医 医院	医疗结余	-1.62	-3.80	-2.37	-3.30	-4.35	-5.09
	药品结余	0.94	1.56	2.35	2.61	3.10	1.93
	其他结余	1.06	1.07	1.23	1.54	1.60	2.03
	财政补助差额	1.22	3.03	1.15	1.28	0.94	1.13
	总结余	1.60	1.86	2.36	2.13	1.30	0.00
二级 中医 医院	医疗结余	-0.92	-1.05	-1.14	-1.41	-1.65	-2.06
	药品结余	0.46	0.60	0.78	0.87	0.86	0.53
	其他结余	0.17	0.18	0.12	0.14	0.16	0.23
	财政补助差额	0.47	0.45	0.33	0.69	1.22	0.90
	总结余	0.18	0.19	0.09	0.29	0.59	-0.40
二级 西医 医院	医疗结余	-3.09	-3.03	-2.76	-3.78	-4.55	-5.68
	药品结余	1.73	2.02	2.77	3.01	2.93	1.77
	其他结余	1.27	1.27	1.46	1.75	3.89	2.76
	财政补助差额	0.56	0.75	0.67	0.55	0.33	0.88
	总结余	0.47	1.01	2.15	1.53	2.60	0.04

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

药品收支差额呈现一定的结余, 表现为“以药补医”。由于服务成本的不断上升, 而项目收费却长期没有得到调整, 医疗项目的收支亏损逐年放大。三级中医医院的医疗项目的亏损总额六年的年均增长率为 33.46%, 二级中医医院为 17.45%。与此同时, 控制药品差价的政策使得 2005 年和 2006 年之后, 药品结余在呈现一定的增长趋势后迅速出现拐点, 尤其以三级中医医院的拐点明显。同时, 总收支快速出现亏损。

与同级西医医院相比, 中医医院更依赖于药品结余来弥补医疗的政策性亏损, 因此控制药品加价率的政策导致了 2007 年中医医院迅速出现亏损, 二级中医医院由于有区级财政的支持, 亏损的程度

稍小。如果 2007 年各级财政对二级中医医院的支持力度与 2006 年持平，则不会出现亏损。

2 影响收支平衡的因素分析

2.1 政府投入

近年来中医医院的政府投入比例都稍高于同级西医医院，二级医院高于三级医院。三级西医医院的政府投入为 5% 左右，三级中医医院的政府投入占 7% 左右，年均增长为 11.89%，但近年呈上升趋势，二级中医医院 2006 年最高为 14%，2007 年为 12%，二级西医医院在 10% 左右。

政府投入对维持中医医院盈亏平衡的贡献呈增加态势，但不能抵消 2007 年因药品差价减少而造成的政策性亏损。

2.2 人员支出

近年随着物价的上涨、社会福利水平的提高，公立医院的人员支出随之上涨，如表 5 所示。按 2002-2007 年本市每年二、三级中医医院的人员支出年均增长 16% 的趋势预测，未来本市中医医院的人员支出每年还会增加 1.5-2 亿元，人员支出的刚性增长态势将持续为医院维持经济运行的平衡带来压力。若继续控制药品差价率，则人员支出的增加基本可通过调整医疗服务项目价格、增加政府投入和增设药事费等三个途径来维系。现在医院采取的拖欠供货企业账款的做法只能暂时缓解维持财务平衡的压力。医院人员支出占总支出的比例都在 30% 左右。但越是经营状况好的医院，人员支出占

总支出的比例越低。这也是一个值得注意的问题。三级医院人员支出占总支出的比例低于二级医院近 6 个百分点。

表 5 上海市中、西医医院 2002-2007 年人员支出 (单位: 亿元)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
三级 中医 医院	人员支出	1.98	2.21	2.69	3.44	4.11	5.14
	总支出	7.37	8.21	9.91	12.27	14.34	18.85
	人员支出占总支出	26.91%	26.86%	27.18%	28.00%	28.66%	27.28%
三级 西医 医院	人员支出	6.02	6.90	8.21	10.10	11.79	14.13
	总支出	23.33	26.37	31.93	38.23	44.53	52.65
	人员支出占总支出	25.81%	26.17%	25.72%	26.41%	26.46%	26.84%
二级 中医 医院	人员支出	2.56	2.75	3.02	3.50	3.88	4.40
	总支出	7.08	7.91	8.80	9.83	10.93	13.05
	人员支出占总支出	36.16%	34.75%	34.34%	35.61%	35.50%	33.75%
二级 西医 医院	人员支出	8.83	9.76	11.21	13.19	14.35	16.50
	总支出	26.08	29.80	35.66	41.77	46.25	54.48
	人员支出占总支出	33.88%	32.75%	31.43%	31.58%	31.02%	30.29%

2.3 药品差价率

近年公立医院的运营状况开始明显受到控制药品加成率政策的影响, 尤其中医医院相比于西医医院更依赖于药品的收入, 三级中医医院收入的 55%、二级中医医院收入的 52% 来源于药品, 二级、三级西医医院的药品收入均只占约 40%, 中医医院更容易受到控制药品差率政策的影响。中医医院更依赖于药品收入。如表 6 所示, 近年中医医院的药品差价率都高于同级西医医院。全市二、三级医院的药品差价率在 2004-2006 年处于高位后受到了政策的抑制, 在 2007 年出现了明显的降低。与 2006 年相比, 2007 年二、三级中医医院分别下降了 14.14、10.81 个百分点, 均高于同级西医医院 12.84、9.21 个百分点的下降幅度。

受相关政策的影响, 2007 年全市各类公立医院的药品差价绝

表6 上海市中、西医医院 2002-2007 年药品差价和差价率 (单位: 亿元)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
三级中医医院	差价	1.00	1.19	1.63	1.97	2.19	1.71
	差价率	28.41%	31.60%	37.45%	37.62%	35.99%	21.85%
样本三级西医医院	差价	1.55	2.42	3.10	3.55	4.45	3.16
	差价率	18.11%	27.07%	28.01%	27.19%	29.50%	16.66%
二级中医医院	差价	0.85	1.03	1.51	1.39	1.44	1.18
	差价率	29.28%	33.60%	46.52%	35.25%	32.70%	21.89%
样本二级西医医院	差价	2.94	3.49	4.37	4.91	4.96	4.17
	差价率	33.31%	34.41%	34.59%	33.09%	29.43%	20.22%
全市公立医院	差价	21	24	30	34.3	35.7	29.4
	差价率	31.3%	33.0%	34.3%	33.1%	30.7%	20.2%

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

对值与上一年相比迅速降低。三级中医医院的药品差价总量降低了 0.48 亿元, 二级中医医院降低了 0.26 亿元。而同期三级中医医院的人员支出增加了 1.03 亿元, 二级中医医院增加了 0.52 亿元。人员支出的增长和药品差价率的降低共同造成了 2007 年三级中医医院的亏损, 人员支出的增量与减少的药品差价二者之和为 1.51 亿元, 与当年三级中医医院出现的亏损额 1.48 亿元相当。因为政府财政的支持作用, 二级中医医院 2007 年的亏损 0.40 亿元小于药品差价的政策性亏损与人员支出的增加之和 0.78 亿元。

各类药品的差价率受政策控制的影响较为明显, 波动性也较大。尽管中草药的利润 (差价率) 并不高, 而且切片、储存等颇费人工和场地。三级中医医院仍保持了相当数量的中草药的使用, 在药品使用的构成中占 30% 以上, 这与其他省市的报道有所区别^[3]。但二级中医医院的中草药使用有降低趋势。西医医院的中成药差价率显著高于三级中医医院, 这可能是由于西医医院中草药的用量少, 以及品种与中医医院存在差异性。经我们了解, 由于药品差价率受到

控制，有些优质高价的品种在上海的使用出现减少。

3 主要问题和政策建议

中医医院是承担我国传统中医药文化瑰宝的主要物质基础之一，中医医院的经济运行的出发点除了关心一般公立医院能否维持盈亏平衡、控制政策性亏损以外，我们还关心公立中医医院能否承载传承中医药传统技艺，并将其发扬广大。

历史和事实证明，类似西医医院的服务和办院模式未必是传承中医的最佳的、唯一的模式。由有资质的、有经验的中医开办的私人诊所，符合条件的药品零售企业举办中医坐堂诊所，以及综合性医院、社区卫生服务机构的医务人员掌握一些“简、便、验、廉”的中医适宜技术都有助于中医技艺和文化的传承发展。另外，中医药院校的教育模式应该与中医药传统的师承教学方式结合起来。这在最近中央和地方的政策文件中已经得到反映。

3.1 主要问题

一、中医医院更易受到控制药品差率政策的影响。2007 年全市公立医院出现亏损 1.8 亿元，本市中医医院合计亏损 1.88 亿元。从市卫生局掌握的财务管理数据来看，2007 年全市公立医院的总体亏损主要是中医医院的亏损。2007 年中医医院出现的亏损主要有两方面原因，一是人员支出每年约增长 16%，2007 年比 2006 年增长了 1.55 亿元，今后二、三级中医医院等人员支出合计约每年还将增加 1.5-2 亿元；二是药品差价的下降，2007 年二、三级中医医院的收入由于差价的原因共计减少了 0.74 亿元。由于中医医院一半以上的收入来

自于药品，容易受到控制药品差率的政策的影响。

二、中医医疗服务的定价不科学。医疗服务价格的定价低于实际价值是我国公立医院中的普遍状况，分析任何一个级别的、一种类型的公立医院的医疗收支都处于亏损，因此需要通过药品差价或者政府补助来弥补。但传统中医服务项目由于定价的困难性，定价低于价值的情形更为严重。“望闻问切”、针灸、推拿、正骨法、中草药辨证施治等能够体现中医技术劳务的服务项目，一方面缺少成本核算作为定价的依据，因此维持低定价^[4]；另一方面用西医的药品、检查等诊疗手段替代传统中医服务项目会带来明显的经济收益。中医医生和医院在提供服务时会有选择西医诊疗服务项目的动机。因此，近年媒体多有报道一些特色诊疗技术、方法濒临失传，如正骨法^[5]。另外，西医的技术操作能因操作部位不同而有不同的收费标准。但中医以针灸为例，却不能因为部位、针法不同而有不同的收费标准。针对不同部位和不同针法的针灸需要的技术和风险是不一样的。这对中医来说，既不公平又不科学。“技价合一”方有助于鼓励我国中医的传统技艺的发扬光大，否则在反映技术水平的服务项目定价低于价值的条件下，就会产生对中医医师使用传统技艺的制度性惩罚，这也不符合中医本身的发展规律的。

三、中医医院的政府投入政策有待完善。二级中医医院近六年的政府投入年均增长 19.19%，在收入构成中上升了 3.5 个百分点。三级中医医院政府投入的年均增长率为 10.20%，在收入构成中下降了 2 个百分点，即从 7.34% 下降到 5.60%。公立三级中医医院承担

了更多的教学、科研等公共职能，政府投入的作用出现下降的趋势是值得注意的，不利于其公益性的体现。三级西医医院也出现了政府投入占总收入的比例下降的趋势。

四、二级中医医院医护人员的收入增长缓慢。人员支出是保证医护人员队伍稳定的条件之一，近年本市的社会保障政策导致了人员支出有一定比例的刚性支出，另外工资、奖金等收入也应根据CPI的上涨保持一定的增速。近六年本市三、二级中医医院的人员支出呈现一定上升的趋势，三级中医医院人员支出的年均增长率为20.98%，二级中医医院为11.46%。卫生总费用这一时间段的年均增长速度为14.78%。同级样本西医医院分别为18.61%、13.32%。从财务数据看，二级中医医院医护人员的收入保障是一个值得注意的问题。

3.2 政策建议

中医药和中医医院的发展是近年卫生政策研究的重点之一，已经有大量的文献和政策实践。《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《国务院关于扶持和促进中医药发展的若干意见》出台以后，全国的中医药事业的发展轮廓已经展现于世。

本市于近期成立了“中医药发展办公室”，并出台了师承制、加强中医学学科建设等政策，配合国家新医改框架，我们结合财务分析结果提出如下建议。

一、加快推进中医医院成本核算制度以及运行监测制度建设。中医服务项目的成本核算是确定项目价格的重要依据，这也是卫生经济研究最关心的重要环节。传统中医技艺包含了知识和经验，通

过成本核算或估算有利于为调价提供证据^[6]。本市2008年中医服务项目的调价采取了“综合考虑中医服务成本、社会承受力等各方面的因素”的原则，实际主要是采用协商、谈判机制，虽然提高了部分服务的价格，但由于缺少成本核算的支撑，没有改变医疗服务项目的定价总体仍旧低于成本的状况。卫生行政部门对公立医疗机构进行经济运行监测有助于及时发现问题，为决策提供依据。这也是加强对公立医院的监管，保证公益性的重要措施。卫生部财务报表的“医疗收入”中没有“针灸、推拿”等中医技术的使用统计，这造成了管理和研究部门监测评估的难度^[7]。卫生行政部门可以通过监测“中药使用率”来保证中草药的使用，但是缺乏监控中医医院使用中医技术服务的手段。建议在今后的财务报表、统计报表中添加这一类监测指标。

二、完善中医医院的补偿机制。近年卫生政策的重点是控制公立医院的药品差率，而且据国家新医改框架的设计^[8]，公立医院将“逐步改革或取消药品加成政策”，中医医院的药品差价还有可能进一步压缩。因此必须通过调整医疗服务定价和加大政府投入来完善中医医院的补偿机制。按国家新医改框架要求和中医药发展指导意见，医疗服务定价必须充分体现服务成本和技术劳务价值，政府投入要逐步增加，重点用于支持开展中医药特色服务、公立中医医院基础设施建设、重点学科和重点专科建设以及中医药人才培养，要有利于公立中医医院发挥中医药特色优势。在具体的中医医疗服务价格调整中，应优先提高体现中医特征的诊疗项目的价格，如“望闻问

切”。由于中医医院更依赖于药品结余弥补政策性亏损，因此控制药品加成率应注意阶段性，在医疗服务价格普遍背离真实价值的前提下，很难一步到位。可考虑结合合理、适度地增设药事服务费、调价和增加政府投入三种方法逐步减弱中医医院对药品差价的依赖性。

三、在保证药品质量的基础上鼓励中医药的使用。在未来基本药物制度的建设中充分考虑中医药的特点，监测中成药、中草药的差价率和中药的质量。未纳入基本药品目录的、有助于提高体质、预防疾病的中药品种可引入市场机制。倡导高质高价，而不是一味地控制药品差价，否则将不利于本市居民使用高质量保健类的、有强身健体功效的中药品种。

参 考 文 献

- [1] 王贯中. 中医中药的现状与展望[J]. 中华综合临床医学杂志, 2007. 9(5): 62-63
- [2] 上海市物价局、市卫生局、市医疗保险办公室. 关于规范和调整本市中医服务价格的通知[Z]. 2008, 11
- [3] 罗才贵. 中医院需要“创新风暴”[J]. 中国卫生, 2007,(1): 75
- [4] 杨振华. 以中医药特色和中西医结合促进医院发展[J]. 中华现代中医学杂志, 2006, 2(8): 768
- [5] 胡梦. 我省中医正骨面临失传窘境. 长江商报, 2007-10-4
- [6] 胡凌娟. 中医院要学会从优质管理中要效益[J]. 中医药管理杂志, 2007, 15(5): 319-320
- [7] 临沂市中医医院加强审计工作. 山东卫生, 2006(3): 31
- [8] 中共中央、国务院关于医药卫生体制改革的指导意见. 健康报, 2009, 4

上海市药品费用构成分析

张崖冰 荆丽梅 林 海 陈 雯 顾丽娟 谢 磊

【摘要】 目标：分析药品费用在医疗机构和零售机构的分布，以及医疗机构的总体用药情况。资料与方法：采用上海市卫生总费用核算数据、上海市公立医疗机构用药数据和 IMS Data CHPA，进行描述性统计分析。结果：公立医疗机构的药品费用占药品总费用的比例将近 80%，医疗机构用药中抗感染药物的构成比最高，其次是心血管系统用药，药品费用分布的集中度比较高，前 100 位的药品费用占总药品费用的一半以上。结论：逐步弱化药品与医疗机构的利益关系是控制药品费用的有效手段之一；降低药品价格，应从用药结构、价格和用量三个方面齐抓共管。

【关键词】 卫生总费用；药品费用；集中度

药品费用是指在预防、诊断、治疗和康复中使用国家食品药品监督管理局批准的国药准字号产品所发生的费用，通过消费者支出口径进行计算，应该包括预防机构、医院、门诊部、护理院、养老院、康复机构、美容院、药店和药品柜台等终端^[1]。但由于受到条件的限制，本文分析所用数据主要来源于医疗机构的数据。

1 上海市药品费用总体状况

1.1 药品费用在医疗机构和零售机构的分布

药品费用在医疗机构和零售机构中的分布见表 1。医疗机构和零售机构的药品费用比例基本上维持在 78.89% 和 21.11% 左右。医

张崖冰：上海市卫生发展研究中心政策研究部主任，高级经济师

疗机构的增长速度略高于零售机构的增长速度，年均复合增长率分别为 14.74% 和 11.61%。

表 1 2002-2007 年上海市药品费用在医疗机构和零售机构中的分布

年份	医疗机构（亿元）	零售机构（亿元）	医疗机构比例（%）	零售机构比例（%）
2002	88.05	24.72	78.08	21.92
2003	96.79	27.19	78.07	21.93
2004	117.30	31.21	78.99	21.01
2005	137.87	37.30	78.71	21.29
2006	151.75	41.94	78.35	21.65
2007	175.07	42.81	80.35	19.65
合计	766.84	205.17	78.89	21.11
CAGR（%）	14.74	11.61	-	-

注：CAGR 为年均复合增长率（Compound Annual Growth Rate）^[2]，下同。

1.2 医疗机构药品费用的总体情况

药品费用从 2002 年的 88.05 亿元增加到 2007 年的 175.07 亿元，复合年均增长率达到 14.60%，与医疗收入的增长同步，略低于卫生总费用的增长速度。药品费用占医药费用的比例一直稳定在 50% 左右。药品费用占卫生总费用的比例和药品费用占 GDP 的比例也相对稳定，分别在 30.66% 和 1.47% 左右（表 2）。

表 2 2002-2007 年上海市医疗机构药品费用及其相关指标

年份	药品费用 （亿元）	医药费用 （亿元）	卫生总费 用（亿元）	GDP （亿元）	药品费用 / 医药费用 （%）	药品费用 / 卫生总费用 （%）	药品费用 /GDP （%）
2002	88.05	174.09	278.35	5741.03	50.58	31.63	1.53
2003	96.79	191.37	335.71	6694.23	50.58	28.83	1.45
2004	117.30	233.95	370.65	8072.83	50.14	31.65	1.45
2005	137.87	274.55	445.90	9164.10	50.22	30.92	1.50
2006	151.75	299.18	499.54	10366.37	50.72	30.38	1.46
2007	175.07	344.49	570.76	12188.85	50.82	30.67	1.44
合计	766.84	1517.63	2500.91	52227.41	50.53	30.66	1.47
CAGR（%）	14.60	14.62	15.44	16.25	-	-	-

注：GDP 数据来源于中国统计年鉴 2008。

1.3 药品费用在门诊和住院部分的分布

药品费用在门诊和住院部分的分布见表 3。门诊药品费用比例占 70% 左右，略有下降趋势，住院药品费用比例占 30% 左右，略有上升趋势。住院药品费用的增长速度高于门诊药品费用的增长速度。

表 3 2002-2007 年上海市医疗机构药品费用在门诊和住院部分的分布

年份	门诊 (亿元)	住院 (亿元)	合计 (亿元)	门诊比例 (%)	住院比例 (%)
2002	62.72	25.33	88.05	71.23	28.77
2003	68.93	27.87	96.79	71.21	28.79
2004	80.93	36.37	117.30	68.99	31.01
2005	94.67	43.20	137.87	68.67	31.33
2006	103.26	48.49	151.75	68.04	31.96
2007	118.76	56.31	175.07	67.84	32.16
合计	529.27	237.57	766.84	69.02	30.98
CAGR (%)	13.62	17.33	14.74	-	-

1.4 医疗机构药品费用中西药和中药的构成

药品费用中中西药的构成见表 4。其中的西药占到了 83.95%，中药的比例为 16.05%。中西药品费用基本上呈同步增长。

表 4 2002-2007 年上海市医疗机构药品费用中西药和中药的构成

年份	西药 (亿元)	中成药 (亿元)	中草药 (亿元)	合计	西药比例 (%)	中成药比例 (%)	中草药比例 (%)
2002	66.74	8.95	3.72	79.41	84.05	11.27	4.68
2003	72.86	10.30	3.72	86.88	83.86	11.86	4.28
2004	87.76	12.43	4.37	104.57	83.93	11.89	4.18
2005	102.58	14.36	5.59	122.53	83.72	11.72	4.56
2006	113.01	14.95	6.52	134.48	84.03	11.12	4.85
2007	130.09	17.86	6.76	154.71	84.09	11.54	4.37
合计	573.04	78.85	30.68	682.57	83.95	11.55	4.50
CAGR (%)	14.28	14.83	12.70	14.27	-	-	-

1.5 医疗机构中的药品加成率

医疗机构中的药品加成率见表 5。药品费用为药品卖出口径，药品费为药品买入口径，加成率 = (药品费用 - 药品费) / 药品费 × 100%。2006 年及以前加成率都基本上维持在 30% 左右，2007 年有一个明显的下降，降到了 20.16%。这主要与上海市发改委要求自

2006 年 12 月 20 日起本市执行药品加成率不超过 15%（中药饮片不超过 25%）的规定有关^[3]。

表 5 2002-2007 年上海市医疗机构中的药品加成率

年份	药品费用（亿元）	药品费（亿元）	加成率（%）
2002	88.05	67.48	30.48
2003	96.79	73.36	31.94
2004	117.30	87.96	33.36
2005	137.87	104.38	32.09
2006	151.75	116.97	29.74
2007	175.07	145.69	20.16
合计	766.84	595.84	28.70

2007 年医疗机构的药品毛利为 30 亿元左右，相当于财政补助收入的 60%。如果实行药品零加成，医疗机构需要弥补的缺口在 30 亿元左右。

2 上海市医疗机构用药的大类构成和品种分布

2.1 医疗机构用药的大类构成

医疗机构用药中药品费用的大类构成见表 6。抗感染药物的构成比最高，在 20% 以上，但呈逐步下降趋势；其次是心血管系统用药，构成比为在 14% 以上，复合年均增长率也较高，为 16.66%；抗恶性肿瘤药物的增长强劲，复合年均增长率达到 32.43%，远远高于其他类别，构成比将近 10%。

2.2 医疗机构用药的品种分布

药品费用分布的集中度比较高，前 100 位的药品费用已占总药品费用的一半以上，前 200 位的药品费用已经占了总药品费用的近 70%，前 300 位的药品费用已经占了总药品费用的近 80%，前 500 位的药品费用已经占了总药品费用的近 90%，控制药品费用的重点就

表6 上海市医疗机构用药中药品费用的大类构成(单位: %)

年份	B	C	D	G	H	I	N
2001	5.28	14.34	7.72	6.16	2.67	27.36	7.57
2002	5.25	15.66	7.76	6.25	2.70	26.27	7.11
2003	5.51	15.48	7.76	6.12	2.58	25.37	7.30
2004	5.84	15.40	7.64	5.77	2.80	24.41	7.47
2005	5.94	14.81	7.90	5.64	2.86	24.16	7.45
2006	6.21	14.25	7.97	5.73	3.10	22.41	7.62
2007	6.01	14.32	8.33	5.57	3.25	21.52	7.81
CAGR (%)	19.22	16.66	18.16	14.75	20.58	12.11	17.30
年份	O	P	R	T	U	V	W
2001	8.89	4.80	2.51	4.34	0.74	1.74	5.88
2002	9.07	4.81	2.29	4.82	0.54	1.80	5.67
2003	9.22	4.86	2.01	5.35	0.54	1.90	6.01
2004	8.88	5.58	1.75	5.76	0.45	2.02	6.22
2005	9.05	5.59	1.89	6.29	0.39	2.13	5.88
2006	8.96	5.42	2.05	8.28	0.37	1.84	5.77
2007	8.52	5.70	2.41	9.29	0.36	1.86	5.02
CAGR (%)	15.85	20.08	15.93	32.43	3.73	18.02	13.65

注: 1. 数据来源于上海市食品药品监督管理局科学技术情报研究所 84 家样本医疗机构购药系统, 表 7、表 8 同。

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

在这些品种。随着药品数量的增加, 药品费用的集中度有相应的下降(表 7)。

表7 2001-2007 年上海市医疗机构用药中药品费用构成比的品种分布(单位: %)

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

医疗机构用药中药品费用前 10 位的品种见表 8。这些基本上都是用量很大或价格很高的品种，增长速度都高于总体水平，尤其是奥沙利铂的复合年均增长率高达 63.61%。这 10 个品种的累计构成比已经达到近 13%，是控制费用的重中之重。

表 8 2007 年上海市医疗机构用药中药品费用前 10 位的品种（单位：万元）

	头孢呋辛	左旋氧氟沙星	奥美拉唑	氯化钠	人血白蛋白
2007 年排序	1	2	3	4	5
2001	5,162	3,219	3,761	2,513	3,744
2002	5,979	3,676	4,196	3,119	4,466
2003	6,066	4,675	5,291	4,885	5,179
2004	10,491	11,977	8,049	8,729	8,446
2005	12,735	14,149	10,525	10,511	9,875
2006	15,454	13,927	11,105	12,097	11,092
2007	20,318	15,046	14,148	12,596	11,938
构成比 (%)	2.12	1.57	1.48	1.32	1.25
累计构成比 (%)	2.12	3.70	5.18	6.49	7.74
CAGR (%)	25.66	29.30	24.71	30.82	21.32
	银杏	胸腺肽	氨溴索	奥沙利铂	氨氯地平
2007 年排序	6	7	8	9	10
2001	3,261	1,833	1,890	499	2,584
2002	3,808	1,546	1,900	837	2,749
2003	4,509	2,057	1,874	1,545	3,802
2004	5,951	3,482	2,485	2,760	6,861
2005	5,866	5,099	3,247	7,986	7,997
2006	6,792	9,597	9,595	9,578	9,550
2007	11,633	9,597	9,595	9,578	9,550
构成比 (%)	1.22	1.00	1.00	1.00	1.00
累计构成比 (%)	8.96	9.96	10.96	11.96	12.96
CAGR (%)	23.61	31.78	31.10	63.61	24.34

3 药品费用与药品价格和药品用量的关系

以 IMS Data CHPA（全国）中 2003-2007 年医院用药季度数据中的抗肿瘤药物为例，采用世界卫生组织药品统计方法学合作中心规定的药品计量单位限定日剂量（Defined Daily Dose, DDD），把全部药品的数量折算成以 DDD 为单位，使不同通用名和相同通用名不同

规格的药品用量可以进行统计,把包装价格折算成 DDD 价格,把各个品规以 DDD 为单位的数量构成比作为权重,计算每季度和每年该类药品的加权 DDD 价格^[4],具体内容见表 9。

表 9 2003-2007 年抗肿瘤药物的用量、价格和费用

时间	用量 (万 DDDs)	加权 DDD 价格 (元)	药品费用 (亿元)
2003 年 1 季度	1,003	64.75	6.50
2003 年 2 季度	1,084	61.37	6.65
2003 年 3 季度	1,053	69.86	7.36
2003 年 4 季度	1,090	71.96	7.84
2003 年小计	4230	67.02	28.35
2004 年 1 季度	1,136	75.44	8.57
2004 年 2 季度	1,378	68.57	9.45
2004 年 3 季度	1,381	78.45	10.83
2004 年 4 季度	1,383	78.04	10.79
2004 年小计	5278	75.10	39.64
2005 年 1 季度	1,215	88.83	10.79
2005 年 2 季度	1,418	87.51	12.40
2005 年 3 季度	1,370	92.39	12.66
2005 年 4 季度	1,373	95.92	13.17
2005 年小计	5376	91.19	49.03
2006 年 1 季度	1,248	113.08	14.11
2006 年 2 季度	1,349	112.87	15.23
2006 年 3 季度	1,351	117.60	15.89
2006 年 4 季度	1,297	122.85	15.94
2006 年小计	5245	116.62	61.17
2007 年 1 季度	1,344	129.12	17.35
2007 年 2 季度	1,411	141.29	19.94
2007 年 3 季度	1,435	154.48	22.17
2007 年 4 季度	1,352	157.38	21.28
2007 年小计	5542	145.69	80.74
2003-2007 年的增长量	1312	78.67	52.39
2003-2007 年的增长率 (%)	31.02	117.39	184.81
CAGR (%)	6.99	21.42	29.91

注:数据来源于 International marketing service data, Chinese hospital pharmaceutical audit (IMS Data CHPA)。

3.1 药品费与药品价格和药品用量的相关性分析

通过 Pearson 相关分析得到,药品费与药品价格、药品用量之间是两两相关的,其相关性均具有显著意义 ($P < 0.01$),药品费与药品价格的相关系数达到 0.984,药品费与药品用量的相关系数为

0.710, 药品价格与药品用量的相关系数为 0.581。

3.2 药品费用增长的驱动力分析

2003-2007 年的 4 年间, 药品费用增长了 184.81%, 药品价格增长了 117.39%, 药品用量增长了 31.02%。在增长的 52.39 亿元的药品费用中, 由于用量增长导致的费用增长为 8.79 亿元, 占 16.78%, 由于价格上升导致的费用增长为 33.28 亿元, 占 63.52%, 由于用量和价格共同作用导致的费用增长为 10.32 亿元, 占 19.70%。

从上述相关性分析和药品费用增长分析可以得到: 药品费用与药品价格的相关程度高于其与药品用量的相关程度。药品费用的增长主要是由药品价格的上升推动的, 与唐圣春^[5]研究结论一致, 药品价格的上升主要是由高价药品的使用比例提高造成的, 尤其是新定价药品。但刘国恩的研究认为^[6], 药品费用不断上涨的原因是药品用量的增加和药品的替代效应共同作用的结果。栾潇潇^[7]等人在分析美国卫生机构药品费用增长趋势与影响因素时, 得到结论是影响药品费用增长的两大因素是新药开发上市和通用名药物的使用。药品用量也随着药品价格的上升而增加。药品的价量齐升导致药品费用上涨。所以, 控制药品费用的环节依次在于药品定价、药品使用结构和药品用量。

4 几点启示

通过全文分析我们可以得到的启示是: 目前药品的销售过分集中在医疗机构, 零售机构应该更多地发挥作用, 让医疗机构专注于疾病的诊疗, 在新医改方案中已经明示了这个方向; 药品费用以较快的速度增长, 在医药费用中的比例持续过高, 医疗机构过多地依

赖药品收入, 药品使用的负向激励机制是产生这种现象的重要原因之一, 逐步弱化药品与医疗机构的利益关系是控制药品费用的有效手段之一^[8]; 药品加成一直是医疗机构的重要结余来源, 为了保证医疗机构的正常运行, 如果实行零差率, 由此造成的收入缺口应该通过财政补助、服务收费和医保补助等形式加以补偿; 在药品费用中排序前列的类别和品种所占的比例相当高且增长快, 其中主要是一些价格高或用量大的品种, 是控制药品费用的着眼点和着手点; 用药结构、价格和用量共同决定了药品费用, 单一的降价措施并不能奏效, 合理用药是关键, 应该将这三个因素齐抓共管。另外, 药品费用的概念需要规范和统一, 数据来源和口径应该稳定和一致。单纯药品费用的分析显得比较单薄, 如果能与疾病的诊断和治疗相结合将会有更大的实际意义。

参 考 文 献

- [1] 张振忠主编. 中国卫生费用核算研究报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009, 33
- [2] 方积乾主编. 卫生统计学(第5版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003
- [3] 上海市发改委. 关于转发国家发展改革委员会等八部门印发<关于进一步整顿药品和医疗服务市场价格秩序的意见>的通知[Z]. 沪发改价商〔2006〕014号, 2007-01-15
- [4] 张崖冰. 限定日剂量在药物经济学研究中的应用[J]. 卫生经济研究, 2001, 4: 15-17
- [5] 唐圣春, 张新平. 对药品价格及药品费用的再认识[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(3): 53-55
- [6] 刘国恩, 唐艳. 中国药品费用走势分析[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(12): 5-6
- [7] 栾潇潇, 舒丽芯, 陈盛新. 美国卫生机构药品费用增长趋势与影响因素分析[J]. 药学实践杂志, 2009, 27(1): 51-53, 60
- [8] 王丽华. 浅谈药品费用虚高的成因及对策[J]. 黑龙江医药, 2008, 21(5): 80-81

书 讯

《上海市卫生总费用核算研究报告（2001-2007 年）》（夏毅主编），近日由上海科学技术出版社出版发行。本书系统、全面地介绍了近年来上海市卫生总费用核算研究成果，全书包括总报告一篇、分报告六篇，共 200 余页。

如有需要，可与本刊编辑部联系。

送：

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