

医改以来省级卫生总费用比较分析

王从从* 万 泉 张毓辉 柴培培 郭 锋 魏 强 翟铁民 王秀峰

卫生部卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】目的:通过省级卫生总费用核算结果,分析2009年医药卫生体制改革以来我国卫生筹资的变化趋势与特征,为完善卫生筹资政策提供参考和依据。方法:选取2009—2012年全国20个省份的卫生总费用核算数据进行纵向和横向对比分析。结果:20个省份中,卫生总费用增幅最大的是安徽(82.97%),政府卫生支出增幅最大的是宁夏(108.71%)。2012年社会卫生支出占卫生总费用比重超过40%的省份全部位于东部地区。个人卫生支出占卫生总费用比重在40%以上的地区减少至5个。结论:各地区卫生总费用均保持增长趋势,但在地区经济水平匹配程度方面存在差异;筹资结构明显优化,但地区间筹资特点不同,部分省份个人卫生支出占卫生总费用比重的压力仍然较大。建议:在提高筹资水平的前提下,注重调整筹资结构,发挥公共筹资的作用,降低居民个人卫生支出负担。

【关键词】卫生总费用;卫生筹资;政府卫生支出;个人卫生支出

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.06.005

Comparative analysis of changes in provincial health expenditure since China health system reform in 2009

WANG Cong-cong, WAN Quan, ZHANG Yu-hui, CHAI Pei-pei, GUO Feng, WEI Qiang, ZHAI Tie-min, WANG Xiu-feng
National Health Development Research Center, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To analyze the characteristics of health financing at the provincial level according to the total health expenditure since China health system reform began in 2009 and provide evidence for improving health financing policy. Methods: 20 provinces were chosen and vertical and horizontal Comparative approach was used to analyze the data. Results: Total health expenditure increased for all regions, of which the biggest rate was Anhui province, about 82.97%, while the largest increasing for government health care expenditure was Ningxia province, about 108.71%. In 2012, the provinces with social health expenditure share of total above 40% were allocated in the east region, and the number of provinces with out-of pocket payment share of total above 40% reduces to 5. Conclusion: Total health expenditure grew in all regions, but there were differences in the degree that this spending matched the economic level; The financing structure was optimized, but the characteristic of regional financing was different. Some provinces were under huge pressure to reduce out-of pocket payments. Suggestions: Under the premise of improving the funding level, financing structure adjustment must be focused, and public funding should play a bigger role and out-of pocket payments should be reduced.

【Key words】 Total health expenditure; Health financing; Government health expenditure; Out-of pocket payment

卫生总费用是评价一个地区一定时期内全社会用于卫生资源消耗总量的宏观指标,我国卫生总费用构成包括政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人卫生支出。既往研究主要聚焦在全国层面的

结果分析,或者单个年份或地区的卫生费用结果分析,缺乏连续年份多个地区间的对比分析。而我国地域广阔,不同地区之间经济发展水平、政府财力、居民支付能力和卫生资源拥有状况等存在较大差

* 作者简介:王从从,女(1985年—),研究实习员,主要研究方向为卫生费用核算与卫生筹资。E-mail:wcc@nhei.cn

距,全国层面的卫生费用核算结果掩盖了地区差别,不易发现和判断不同地区面临的问题^[1],而单个年份的数据分析难以呈现一个地区不同时间的变化趋势。

医改以来,我国省级卫生费用核算工作取得突破。2012 年,全国 31 个省(自治区和直辖市)全部开展了卫生费用核算工作。对不同地区卫生费用结果进行对比分析,可以为改进全国和地区的卫生筹资政策提供借鉴。从横向看,不同地区间卫生费用筹资水平和筹资结构存在哪些差异,东、中、西部地区卫生筹资机制呈现哪些不同特点,这些问题值得进一步探讨。从纵向看,2009 年医改以来,各级政府加大对卫生的投入,各类医疗保险筹资水平和补偿水平不断提高,卫生费用的总量和结构都发生了相应变化,分析这些变化趋势及原因对于回顾医改以来卫生投入的情况,有效服务未来决策具有一定的现实意义。

1 资料与方法

1.1 资料来源

各地区卫生总费用核算数据主要来源于各省(自治区、直辖市)财政厅(局)、统计局、人力资源与社会保障厅(局)、卫生和计划生育委员会等部门发布的数据以及《中国卫生统计年鉴》、《中国统计年鉴》、经济与发展合作组织(OECD)、世界卫生组织(WHO)网站。各地区在核算口径和方法上具有较高的一致性,结果可比。

选取 2009 年以来全国和部分省卫生总费用(来源法)结果及构成数据(最新结果更新至 2012 年)进行比较分析。其中,2012 年的数据包括全国和 31 个省份,但由于 2009 年全国仅有北京、天津、河北、山西、吉林、黑龙江、上海、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东、湖北、广东、四川、云南、甘肃、青海和宁夏 20 个地区开展了卫生总费用核算工作,因此本文的时间序列分析数据仅局限在这 20 个地区之内。

1.2 指标口径

采用国内统一的卫生费用核算方法与指标体系,卫生总费用按照主要筹资来源分为政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人卫生支出三部分。其中,政府卫生支出主要包括省内各级财政对医疗服务、医疗保障、行政管理事务和计划生育等方面的投入;社会卫生支出指政府外的社会各界对卫生事业

的资金投入,包括社会医疗保障支出、商业健康保险费、社会办医支出、社会捐赠援助和行政事业性收费收入等,由于社会卫生支出本身包含的筹资渠道较多,本文重点关注社会医疗保障支出;居民个人卫生支出指居民在接受各类医疗卫生服务时的直接现金支付。

1.3 研究方法

采用时间纵向对比和地区横向对比的方法,对同一地区不同时间和同一时间不同地区的卫生总费用水平和结构的变化进行比较,并对政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人卫生支出进行逐一比较分析。

2 结果

2.1 全国及各地区的卫生总费用情况

2012 年全国卫生总费用为 28 119 亿元,占 GDP 比重为 5.41%,人均卫生总费用 2 076.67 元。31 个地区中,卫生总费用规模最大的省份是广东省,基本等于青海、海南、甘肃、天津、贵州和新疆(包括新疆生产建设兵团)6 省份之和。卫生总费用占 GDP 比重最高的是西藏(9.13%),最低的是福建(3.44%)。2012 年人均卫生总费用最高的地区是北京市(5 750.79 元),其次是上海市(4 588.86 元)和浙江省(2 818.51 元),均属于东部经济较发达地区;人均卫生总费用最低的省份是贵州(1 378.38 元),最高地区的人均卫生总费用是水平最低地区的 4.17 倍,地区间人均卫生总费用的差距较大(表 1)。

2009—2012 年,有数据支持的 20 个地区中,卫生总费用不断增长,增幅最大的是安徽(82.97%),最小的是黑龙江(34.05%),其中 14 个地区的卫生总费用增幅高于全国(60.30%),18 个地区的增幅超过 50%。分地区看,东部地区所有省份的卫生总费用增幅均在 50% 以上,部分西部地区省份增幅也较大,如青海的增幅为 82.70%,增幅最小的是中部地区。13 个地区的卫生总费用占 GDP 的比重出现上升趋势,其中上升幅度最大的是上海,上升了 1.05 个百分点,但也有 7 个地区出现下降,下降幅度最大的是黑龙江,下降了 1.14 个百分点。人均卫生总费用方面,增幅最大的是安徽(87.34%),最小的是天津(32.18%)。11 个省份的增幅大于全国(58.01%)。由于各地区人口数波动较小,人均卫生总费用变化趋势与卫生总费用基本相同(表 2)。

表1 2012年全国及各地区卫生总费用情况

地区	卫生总费用 (亿元)	卫生总费用占GDP 的比重(%)	人均卫生总 费用(元)
西藏	63.97	9.13	2 079.51
宁夏	135.00	5.77	2 085.87
青海	142.49	7.52	2 485.95
海南	180.33	6.31	2 034.02
甘肃	444.72	7.87	1 725.36
贵州	480.23	7.01	1 378.38
天津	479.75	3.72	3 394.90
新疆	566.30	7.55	2 536.29
内蒙古	619.03	3.90	2 486.17
重庆	621.54	5.45	2 110.50
吉林	647.96	5.43	2 355.87
江西	658.24	5.08	1 461.47
山西	665.04	5.49	1 841.79
福建	678.21	3.44	1 809.51
云南	757.67	7.35	1 626.26
广西	782.47	6.00	1 671.24
黑龙江	823.72	6.02	2 148.47
陕西	860.52	5.95	2 292.88
辽宁	1 011.96	4.07	2 305.68
湖南	1 075.69	4.86	1 620.26
上海	1 092.35	5.41	4 588.86
湖北	1 093.96	4.92	1 892.99
安徽	1 112.02	6.46	1 857.08
北京	1 190.01	6.66	5 750.79
河北	1 248.10	4.70	1 712.66
四川	1 405.91	5.89	1 740.81
浙江	1 543.70	4.45	2 818.51
河南	1 517.63	5.13	1 613.47
江苏	1 892.02	3.50	2 388.92
山东	1 928.88	3.86	1 991.65
广东	2 185.30	3.83	2 062.77
全国	28 119.00	5.41	2 076.67

表2 2009—2012年全国及部分地区卫生总费用增长情况(%)

地区	卫生总费用 增长率	卫生总费用占GDP 比重增长百分点	人均卫生总 费用增长率
黑龙江	34.05	-1.14	33.77
吉林	46.68	-0.64	46.10
天津	52.08	-0.47	32.18
浙江	54.83	0.11	46.43
宁夏	58.00	-0.54	52.63
四川	59.51	-0.34	61.66
山西	60.76	-0.13	52.59
北京	62.22	0.62	37.58
广东	64.43	0.46	57.23
山东	65.83	0.43	62.15
上海	66.35	1.05	34.27
江西	67.53	-0.10	64.86
甘肃	68.47	0.08	72.25
福建	71.66	0.21	67.77
云南	72.61	0.24	69.35
江苏	74.59	0.35	70.28
河北	74.97	0.56	68.89
湖北	79.52	0.22	77.69
青海	82.70	0.31	77.65
安徽	82.97	0.42	87.34
全国	60.30	0.26	58.01

2.2 政府卫生支出

2009—2012年,各地方政府卫生支出总体呈增长趋势,但地区间增幅差距较大,增长幅度最大的是宁夏,增长1倍多;增幅最小的是黑龙江,仅增长29.81%。大部分地区政府卫生支出占卫生总费用比重有所上升,政府卫生投入的增长明显快于卫生总费用的增长,但也有部分地区(北京、甘肃、黑龙江、上海、云南)有所下降。2009年人均政府卫生支出最高的为北京市(1 216.70元),医改以来虽然增幅较低(27.28%),但仍保持最高水平(2012年为1 548.58元)。除北京、黑龙江、吉林3个地区外,其余17个地区的增幅均在50%以上,增幅明显(表3)。

表3 2009—2012年全国及部分地区政府卫生支出增长情况(%)

地区	政府卫生支 出增长率	政府卫生支出占卫生 总费用比重增长百分点	人均政府卫生 支出增长率
黑龙江	29.81	-0.75	29.54
吉林	46.93	0.05	46.39
北京	50.05	-2.19	27.28
浙江	62.73	1.08	56.76
上海	64.54	-0.24	52.78
甘肃	64.89	-0.83	63.42
云南	72.24	-0.08	68.99
山西	74.83	2.50	65.92
河北	84.50	1.53	78.07
湖北	85.77	0.94	83.87
天津	85.83	4.57	61.50
四川	86.43	4.87	88.95
江西	88.64	4.58	85.62
江苏	90.41	2.13	87.76
广东	91.24	3.77	82.87
安徽	94.27	1.91	98.91
福建	96.05	4.08	91.76
山东	96.20	4.00	91.84
青海	98.78	3.51	93.23
宁夏	108.71	9.32	101.61
全国	75.07	2.53	72.55

2.3 社会卫生支出

2009年社会卫生支出占卫生总费用比重最高的是上海(55.87%),最低的是江西(24.52%),占比在30%以上的省份有15个,2012年降至13个,比重最高的仍是上海(59.19%),其次是北京(50.50%)和江苏(45.64%),比重最低的是安徽(27.05%)。从地区分布看,2012年社会卫生支出占卫生总费用比

重超过 40% 的省份(北京、上海、江苏、浙江)全部位于东部地区,其主要拉动因素是社会医疗保险的迅速发展。以上海为例,2012 年社会医疗保险筹资额扣除政府补助后,占卫生总费用的比重为 46.01%,除了各类保险的筹资水平较高外,上海还存在多种形式的补充医疗保险,2012 年各类补充医疗保险筹资额已占上海卫生总费用的 9.15%。总体上虽然各地区社会卫生支出筹资规模变化不大,但与 2009 年相比,2012 年仍有 8 个省份的社会卫生支出占卫生总费用比重出现下降(表 4)。

表 4 2009 和 2012 年全国及部分地区社会卫生支出占卫生总费用比重(%)

地区	2009 年	2012 年	增长百分点
安徽	30.47	27.05	-3.42
湖北	33.57	30.70	-2.87
天津	41.04	38.43	-2.61
四川	35.59	33.24	-2.35
河北	29.82	28.29	-1.53
甘肃	26.44	25.62	-0.82
宁夏	27.79	27.04	-0.75
青海	30.14	29.66	-0.48
福建	38.35	38.83	0.48
吉林	26.92	27.43	0.51
山东	36.85	37.66	0.81
黑龙江	33.07	33.97	0.90
云南	26.11	27.96	1.85
江西	24.52	26.59	2.07
山西	30.55	33.49	2.94
上海	55.87	59.19	3.32
广东	35.85	39.27	3.42
江苏	40.66	45.64	4.98
浙江	39.34	44.65	5.31
北京	44.69	50.50	5.81
全国	35.08	35.67	0.59

2.4 个人卫生支出

2009 年个人卫生支出占卫生总费用比重在 40% 以上的地区有 7 个,2012 年减少至 5 个,个人卫生支出占卫生总费用比重最高的是吉林(45.71%),最低的是上海(19.53%)。与 2009 年相比,2012 年有 16 个地区个人卫生支出占卫生总费用的比重出现下降,下降幅度最大的是宁夏,下降了 8.57 个百分点。但是河北、安徽、甘肃、湖北 4 省呈现上升趋势,其中湖北省上升了 1.93 个百分点(表 5)。

表 5 2009 和 2012 年全国及部分地区个人卫生支出占卫生总费用比重(%)

地区	2009 年	2012 年	增长百分点
上海	22.61	19.53	-3.08
北京	26.20	22.58	-3.62
青海	30.04	27.02	-3.02
福建	32.89	28.31	-4.58
江苏	35.90	28.79	-7.11
江西	39.13	32.47	-6.66
四川	35.57	33.05	-2.52
浙江	39.54	33.15	-6.39
广东	41.04	33.86	-7.18
云南	35.76	34.00	-1.76
宁夏	43.16	34.59	-8.57
山西	40.88	35.43	-5.45
天津	38.33	36.37	-1.96
甘肃	34.76	36.41	1.65
山东	41.31	36.50	-4.81
安徽	38.55	40.06	1.51
湖北	39.41	41.34	1.93
河北	42.19	42.20	0.01
黑龙江	42.98	42.84	-0.14
吉林	46.27	45.71	-0.56
全国	37.46	34.34	-3.12

3 讨论

3.1 我国卫生筹资的总体水平仍相对较低

医改以来,尽管全国和各省卫生筹资水平有所提高,但与其他国家相比,我国卫生总费用的筹资水平仍然较低,2011 年美国、法国、德国等 OECD 国家的卫生总费用占 GDP 比重均在 10% 以上,人均卫生总费用均在 4 000 美元以上,而我国分别为 5.1% 和 279.8 美元,差距巨大。与其他金砖四国相比,2011 年我国卫生总费用占 GDP 比重仅高于印度(4.1%),低于巴西(9.0%)、南非(8.9%)和俄罗斯(6.2%)。^[2]人均卫生总费用也仅高于印度,仅为巴西、俄罗斯的四分之一。从 2012 年各省卫生总费用占 GDP 的比重以及人均卫生总费用指标来看,与美国、加拿大和法国等主要发达国家差距较大。

3.2 公共筹资能力需继续加强,但不同地区实现路径有所差别

公共筹资主要包括政府卫生投入和社会医疗保险筹资。2009 年以来,尽管各地方政府卫生投入和社会医疗保险筹资的规模均有不同程度增加,但是与政策要求和实际需求仍有差距。2012 年政府卫生

支出占财政支出比重最高的是安徽省(9.23%),仅比2009年上升了0.44个百分点。与2009年相比,2012年20个地区中政府卫生支出占财政支出比重有8个地区出现下降,与“使政府卫生投入占经常性财政支出和卫生总费用比重逐步提高”的政策要求不相符^[3]。

社会医疗保险的主要目的是降低个人支付风险,WHO研究认为一般预算收入和强制保险资金可以消除资金的碎片化^[4],并且可以通过支付方式将投入和产出结合起来,改善公平性,并且这种方法可以使个人卫生支出的水平下降^[5]。在北京、上海和江苏等东部经济发达地区,社会医疗保险已经成为卫生总费用重要的筹资来源。但中西部地区医疗保险发展较为滞后,以甘肃为例,2012年城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新农合的年人均筹资水平分别为2180元、247元和293元,与上海同期水平(分别为3813元、796元和1233元)相差较大^[6],受城镇化和经济发展水平影响,西部地区社会医疗保险筹资水平短期内难以大幅提高,加强公共筹资能力的主要途径只能是依靠政府投入。

3.3 个人卫生支出占比仍然较高

较高的个人卫生支出可能给家庭带来风险,影响卫生服务的获得,并造成经济困难,尤其对于穷人来说,他们常常会陷入选择购买医疗服务还是购买食物、交房租等生活必需品的困境中,国际标准一般认为如果家庭卫生支出超过家庭收入(剔除食品等必需品的支出后)的40%,那么意味着这个家庭可能会面临灾难性卫生支出。^[7]WHO对部分成员国的比较研究发现,在其它因素不变的情况下,个人卫生支出占卫生总费用比重较高的国家更易发生灾难性卫生支出,个人卫生支出占卫生总费用每增加1%,发生灾难性卫生支出的可能性就增加2.2%。^[8]

2012年31个省份中,仍有7个省份的个人卫生支出占卫生总费用比重在40%以上,23个省份在30%以上,与“到2015年,个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到30%以下”的目标还有一定距离^[9],并且有些地区这一比重有上升趋势。分地区看,2012年东部地区个人卫生支出占卫生总费用比重相对较低,中部地区这一比重相对较高,西部地区部分省份(如西藏)由于受到政府卫生支出规模较大的挤压影响,个人卫生支出占卫生总费用比重仅为7.35%,是全国最低水平,但是这种仅靠政府加大投

入来降低个人卫生支出占比的情况,需要考虑政府卫生投入的持续性和稳定性问题,一旦政府卫生投入规模下降,很有可能导致个人卫生支出占比的反弹。

3.4 局限性

由于不同年份开展卫生费用核算的地区不同,因此连续年份的可比性差,大部分数据仅选择2009年和2012年两个年份的数据进行对比说明。

4 建议

4.1 确定适宜的卫生费用筹资标准

目前,我国人均GDP已达到6700美元,接近中高收入国家水平,尽管各地区卫生费用不断增长,但与中高收入国家相比仍有差距,与国家卫生事业的要求不匹配。未来随着老龄化和慢性病患率率的增加,疾病负担进一步加重,我国的卫生费用将继续呈上升趋势,因此必须进一步提高卫生筹资水平,才能有效应对问题的发生。关于卫生筹资的适宜标准可以参照以下两个选择:

一是最低标准:世界卫生组织对发展中国家标准,卫生总费用占GDP的比例不低于5%,2012年全国31个地区中仍有9个尚未达到这一标准;二是基本标准:达到与我国发展程度相似的国家水平,以金砖四国为例,2011年巴西为9.0%,南非为8.9%,俄罗斯为6.2%,以俄罗斯的水平为衡量标准,2012年全国仅有8个地区达到这一标准。

4.2 发挥公共筹资的作用,降低居民个人卫生支出负担

发挥公共筹资的作用主要是不断提高政府和社会医疗保险的筹资能力,但不同地区的做法可以有所区别。对于东部地区,在现有的医疗保险发展基础上,根据实际情况,逐步提高筹资水平和补偿水平,并探索适宜的补充性医疗保险,切实减轻居民看病负担;对于中西部地区,在目前主要依靠财政投入的情况下,继续加大财政对卫生的投入力度以及中央转移支付规模,减轻地方财政压力,力争使大部分地区在十二五末实现居民个人卫生支出占卫生总费用比重降到30%以下的目标。

参 考 文 献

[1] 万泉,翟铁民,张毓辉,等.我国地区级卫生总费用比较分析[J].中国卫生经济,2013,32(1):10-12.

- [2] World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [EB/OL]. [2014-05-02]. <http://apps.who.int/gho/data/node.main>
- [3] 财政部, 卫生部, 民政部, 等. 关于完善政府卫生投入政策的意见[Z]. http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/caizhengwengao/2009niancaizhengbuwengao/caizhengwengao200908/200912/t20091216_246914.html
- [4] Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova [J]. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009, 21: 291-312.
- [5] Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe [EB/OL]. (2010-06-24) [2014-05-02]. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova
- [6] 国家统计局. 2013 中国统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2013.
- [7] World health organization. The World Health Report 2010: financing for universal coverage [R]. 2010.
- [8] 张毓辉, 翟铁民, 魏强, 等. 个人卫生支出比重与居民医疗经济负担关系的案例研究 [J]. *卫生经济研究*, 2011 (6): 20-23.
- [9] 国务院. 关于印发十二五期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知 [Z]. 2012.
- [收稿日期: 2014-04-16 修回日期: 2014-05-03]
(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》：强调应对气候变化的紧迫性

2014 年 5 月 6 日, 美国全球变化研究计划 (U. S. global change research program, USGCRP) 发布了《第三次国家气候评估报告》 (Third National Climate Assessment) 。报告指出, 气候变化仍将持续, 并对美国的农业、经济以及人群健康产生重要影响, 因此迫切需要增强应对气候变化风险的能力。

报告强调了气候变化对人群健康的影响: 一是空气污染使哮喘发病率、住院率增加, 并可导致过早死亡的额外增加; 二是气候变化使得老年人、穷人等

弱势人群患病率增加; 三是气温升高导致了传染性疾病的增加, 但当前的公共卫生体系应对传染病的能力依然有限。

报告指出, 目前的政策制定应重点聚焦两个方面: 一是缓解当前的局面, 即采取措施减少二氧化碳等气体的排放、保护生态环境和增加投入以发展节能新技术等; 二是适应当前的现状, 即提高人们对气候变化负面结果的适应能力。

(来源: The Lancet)