

导读

卫生总费用研究最早始于20世纪50年代,中国卫生总费用研究与测算开始于20世纪80年代。卫生总费用研究是与卫生政策密切相关的基础性研究之一,卫生总费用核算在评价一个国家或地区的卫生筹资水平、筹资结构、卫生资源配置及使用效率、政府对居民健康的重视程度和居民疾病经济负担等各方面发挥了重要作用,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。国家级卫生总费用作为宏观经济信息,已经在国内外得到广泛应用。亚国家级(省级)卫生总费用核算虽然起步较晚,但日益受到国际组织、各国、各地区卫生相关部门与专家的重视,其研究结果可为地方卫生政策研究提供循证依据。

在新一轮医药卫生体制改革的探索与实践中,我们深切地体会到卫生发展与改革需要卫生总费用的相关信息去解释和回答一些问题,而且社会对卫生费用核算研究的关注程度和信息需求,也激励和鞭策着我们必须努力进行这项研究。在国家卫生部、卫生经济研究所和上海市卫生局、统计局、财政局和相关局(委)的大力支持和配合下,作为全国较早开展亚国家级卫生总费用核算的上海市对卫生总费用进行了系统核算。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近七年的卫生总费用状况进行了系统测算,完成了2001—2007年上海市卫生总费用核算研究的总报告和卫生筹资、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,尝试从不同角度入手,对现有数据资源进行充分而全面的分析和测算,着力发现卫生筹资与利用等方面存在的问题,并提出相应的政策建议。

金春林

上海市卫生局

上海市卫生总费用现状分析

夏毅^{1*} 金春林¹ 丁汉升² 赵江清³ 吴幸勳³ 付晨¹ 张崖冰² 陈雯¹ 顾丽娟¹ 谢磊¹
林海² 荆丽梅²

1. 上海市卫生局 上海 200040

2. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

3. 上海市统计局 上海 200003

【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增长相协调。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%。个人现金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,建立长效的卫生投入机制,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

中图分类号:R191 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.01.001

* 基金项目:上海市卫生局重大研究项目(编号:4.3)。

作者简介:夏毅,男(1955年-),博士,上海市卫生局副局长,主要研究方向为卫生政策、卫生管理。E-mail:xiayi@smhb.gov.cn

Analysis on the status quo of Shanghai total expenditure on health

XIA Yi¹, JIN Chun-lin¹, DING Han-sheng², ZHAO Jiang-qing³, WU Xing-qin³, FU Chen¹, ZHANG Ya-bing², CHEN Wen¹, GU Li-juan¹, XIE Lei¹, LIN Hai², JING Li-mei²

1. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

2. Health Development Research Center, Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

3. Shanghai Municipal Statistics Bureau, Shanghai 200003, China

【Abstract】 Objectives: To analyze the financing source of Shanghai total expenditure on health (STEH), and compare STEH domestically and internationally. Data and Methods: Under the guidance of National Health Accounting (NHA) framework, and referring to the international NHA experiences, this article provided descriptive analysis on STEH and comparative study. Results: From the year 2001 to 2007, STEH accounts for 3.84% ~ 3.98% of Shanghai GDP. STEH grows by 12.98% annually, almost synchronously with Shanghai GDP. In general the health financing structure is as follows, the proportion of government health expenditure stay steadily, the social health expenditure grows gradually, and the out-of-pocket (OOP) expenditure declining relatively, which was 20.47%, 57.34% and 22.19% respectively in 2007. The decline in the proportion of OOP expenditure does not mean that the patients don't have any problems on high health expenditures. There are still many hidden problems under this situation. Recommendations: Increase the government health input gradually, and set up long-term health investment mechanisms. The new government health input should mainly focus on primary health care and public health system. Meanwhile the proportion of OOP expenditure should be controlled under a reasonable range.

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

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]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、统计局和相关委办局的大力支持和配合下,上海市卫生总费用核算课题组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,核算坚持不重复、不遗漏的原则,尽量使用机构实际发生的费用数据,对小部分无法取得的数据根据专家意见进行参数估计。

上海市地处长江三角洲前缘,占地面积 6 341 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 1 858 万;地区生产总值达到 12 188.85 亿元,按可比价格计算,比上年增长 14.3%;人均 GDP 达到 66 367 元,居全国首位;地方财政收入达 2 102.63 亿元,地方财政支出 2 201.92 亿元,城乡居民人均可支配收入分别达到

23 623 元和 10 222 元。近年来居民三大健康指标有了新的提高,均领先全国,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 1 232.48 元增加到 2 613.85 元。2001—2007 年,上海市卫生总费用占 GDP 的比例一直在 3.84% ~ 3.98%,与 WHO 提出的“卫生总费用占 GDP 的比重不低于 5%”的基本要求还有距离(表 1)。

表 1 2001—2007 年上海市卫生总费用变化趋势

年份	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	1 232.48	3.89
2002	220.31	1 356.02	3.84
2003	266.19	1 555.76	3.98
2004	315.48	1 810.89	3.91
2005	362.13	2 036.23	3.95
2006	401.46	2 211.82	3.87
2007	485.67	2 613.85	3.98

按 2001 年可比价格计算,卫生总费用年均增长 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)。

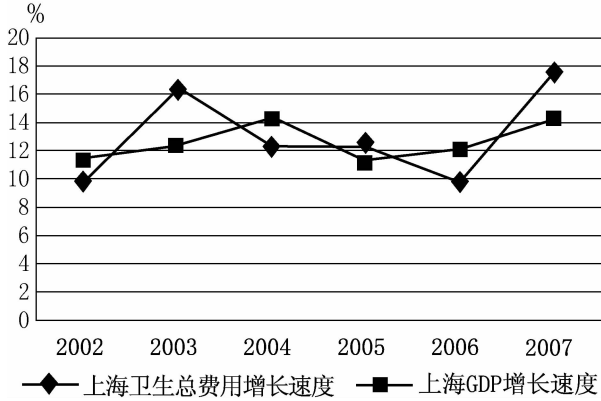


图 1 2002—2007 年上海市卫生总费用和上海市生产总值的增长速度

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,需将三项指标结合起来进行综合分析,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)。^[4-5]

1.3 与国际比较

国际卫生费用研究发现,国家的经济发达程度越高,卫生总费用占 GDP 的比例也越高,这与国内研究结果恰好相反。上海市 2005 年人均 GDP 为 6 290 美元,与中高收入国家平均水平相当,但上海市卫生总费用占 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,仍滞后于世界同等发展水平国家(表 3)。

表 2 全国及部分地区卫生总费用(2007)

地区	卫生费用筹资总额(亿元)	卫生总费用占 GDP 比例(%)	人均卫生总费用(元)	人均 GDP (元)
上海	485.67	3.98	2 613.85	66 367
天津	224.15	4.47	2 010.30	46 122
浙江	684.07	3.67	1 351.91	37 411
广东	960.75	3.09	1 016.77	33 151
福建	242.58	3.19	681.79	25 908
吉林	240.85	4.56	882.28	19 383
黑龙江	340.41	4.82	890.20	18 478
重庆	165.86	5.40	523.40	14 660
云南	254.66	6.36	568.06	10 540
甘肃	147.15	5.45	562.27	10 346
全国	11 289.48	4.52	854.43	18 934

注:1. 重庆卫生总费用数据为 2005 年的,云南和福建卫生总费用数据为 2006 年的,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。

表 3 不同收入国家卫生总费用主要指标(2005)

国家分类	人均 GDP (美元)	卫生总费用占 GDP 比例(%)	人均卫生总费用 (美元,官方汇率)
高收入国家	10 726 ~	11.2	3 886
中高收入国家	3 466 ~ 10 725	6.6	373
中低收入国家	876 ~ 3 465	4.8	86
低收入国家	~ 875	4.6	27
全球平均	-	8.6	681

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 5 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 5 个国家的 1/25 左右。^[6]

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、居民个人现金卫生支出三部分构成。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)。

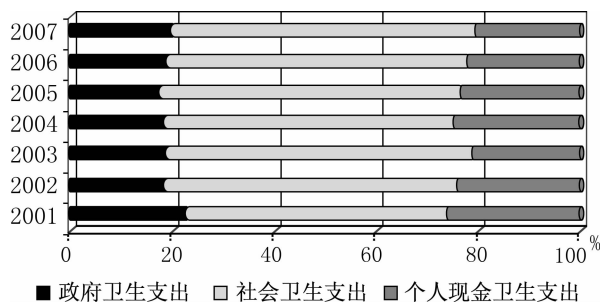


图2 2001—2007年上海市卫生总费用筹资构成(国内口径)

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)。

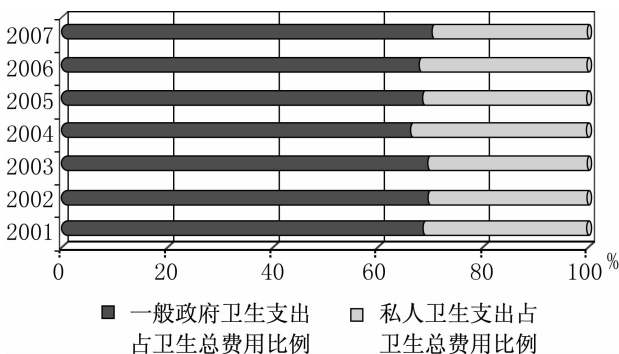


图3 2001—2007年上海市卫生总费用筹资构成(国际口径)

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,上海卫生总费用表现出以下几个特点:一是社会卫生支出比例明显较高,二是政府对卫生支出的比例不高,三是居民个人现金卫生支出比例明显较低。2007 年,上海市卫生总费用中,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%。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)。

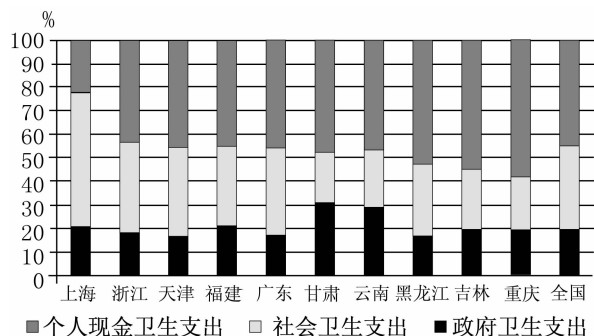


图4 2007年上海与全国及部分省份的卫生费用筹资构成

2.3 与国际比较

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)。

表4 WHO 国家一般政府卫生支出占卫生总费用的比例分布情况(2005)

WHO 国家排序	代表国家	一般政府卫生支出占卫生总费用比例 (%)
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。

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,7年基本翻了3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)。^[7]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%。

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%^[7],最近7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较弱,仅为教育经费的1/5~1/6(表5)。

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	0.0292	13.23	-	5.1
1990	0.0791	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上海市卫生局财务数据中各类医疗卫生机构的财政补助数。

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”现象。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%左右。

3 讨论

上海市卫生总费用与全国及其他地区有相似之

处,但也有其自身的特点。共同的是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”。但上海作为经济发展程度较高的直辖市,又有其自身的特点:一是社会卫生支出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有了全面铺开的条件,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和社会保险筹资方面走在全国前列。但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发展受到了较高的重视,但从内部结构来看,主要是教育得到了重视,政府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 各类保障制度衔接不够,城乡二元化明显

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、保障水平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 2 700 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。

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,上海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,其中个人缴纳的 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,新型农村合作医疗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,而国内其他大多省份的筹资水平仅为人均 80 元左右,天津市 2007 年筹资水平也仅为 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 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一小部分,据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,如红包问题、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 年投入 8 500 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,使之与上海市经济发展相适应,与老龄化趋势相适应。在新医改方案的大背景下,上海市社会保障程度必将不断提高,同时人口老龄化带来的需求增加,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 基本要求的 5% 左右。

4.2 加大政府卫生投入力度,加快立法,建立长效投入机制

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,建立完善卫生投入的法制体系,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,形成长效的卫生投入机制。

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。^[8]首先,财政投入要重视预防和公共卫生投入,应该实施公共卫生投入优先的策略,坚持以预防为主,提高机构的疾病预防和控制能力;其次,加大医疗投入,应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和社区首诊。

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、新型农村合作医疗等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和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完善医疗救助制度,保障弱势群体,重点解决低收入、经济困难人群的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、困难病人报销比例,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激化社会矛盾,增加居民负担;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。本研究认为,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。

致谢

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. 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, 赵郁馨, 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[M]. 北京:人民出版社, 2009.
- [5] 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.
- [6] WHO. World Health Statistics 2008 [EB/OL]. [2009-10-25]. <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index>.
- [7] 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(增刊): 30-33.
- [8] 赵郁馨, 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.

[收稿日期:2009-11-04 修回日期:2009-11-12]

(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

美参议院通过医改法案

美国参议院于2009年12月24日清晨以60票赞成、39票反对通过了参议院版本的医疗改革法案,美国医改获得重大突破。

美国总统奥巴马随即发表讲话,高度评价医改法案的意义。奥巴马说,医改法案一旦实施,其意义将等同于上世纪30年代通过的《社会安全法》和1965年通过的医疗保险法案。他说:“医改的深刻影响在于,付不起医疗费用的人再也不会得不到诊断治疗,家庭再也不用担心一个人的疾病会给全家的财务状况带来毁灭性后果,企业也不再会因为高昂的员工医保费用而影响他们的竞争力。这是会给美

国人的生活带来变化的改革。”

根据参议院通过的医改方案,美国将在未来10年之内花费8710亿美元改造医疗系统,使得医疗福利系统囊括几乎所有美国人,美国3000万没有医疗保险的人将因此获得保险;而保险公司不得因为个人的健康状况拒保。此前美国众议院也投票通过一份医改方案,参议院的医改方案将与众议院的医改方案将进行合并,然后再次在两院付诸表决,最后送交奥巴马签署生效。

(栗成强 朱坤)