

# 对“上海市卫生总费用现状分析”一文评论

俞 卫\*

上海财经大学公共经济与管理学院 上海 200433

中图分类号:R191 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.01.002

## Commentary on “Analysis on the status quo of Shanghai total expenditure on health”

YU Wei

School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China

我国医疗卫生的投入主要来自于地方政府,因此以省、市、自治区为单位的卫生费用计算对政策的制定十分重要。上海卫生总费用研究为上海卫生政策的制定提供了两个方面的重要数据。第一是上海卫生总费用。由于地方经济发展不平衡,上海的人均 GDP 在国内最高,因此上海的卫生总费用也处于高位。但是,上海卫生总费用占 GDP 的比例在同等收入的国家中是很低的。世界卫生组织提出的卫生投入最低目标是 GDP 的 5%。虽然我国的人均收入仍属于中低水平,但是上海 2007 年的人均 GDP 已经接近一万美元。在这个经济水平上,卫生总费用仅占 GDP 的 3.98% 是比较低的。不过,上海卫生总费用占 GDP 的比例也受到一些特殊因素的影响。首先,同计算国家的 GDP 不同,地方 GDP 的计算同创造 GDP 的人口常常会不一致,也就是说上海 GDP 中的一部分会来自于其它省市。其次,上海医疗卫生资源的价格相对于其它消费品要低,由于医疗卫生属于公益性服务,它的价格受到政府的严格管制,同时也受到国家政策的影响,因此上海的医疗服务价格并没有像其它商品一样随收入增加同比例增加。但是上海居民对医疗服务的实际需求和用量应该还是增加的。如果用实际医疗服务使用量来比较,上海医疗服务人均使用量在同等收入国家中可能会高于文章中所报告的排名。不过即使考虑上述因素,文章中的观点还是正确的,上海政府对卫生的投入应该增加。

上海卫生总费用研究提供的第二个重要数据是卫生总费用的结构。由于数据统计困难,这部分资料一直不是很确切。课题组在这方面做了努力,首次估算了上海个人现金卫生支出的数额,从而比

较准确地得出了政府、社会和个人在医疗卫生的支出比例。上海卫生总费用的结构揭示了三个信息,一是政府对卫生的投入占财政支出的比例较低(2007 年为 2.26%),二是社会投入所占比例很高(57%),三是个人平均现金支出已经达到了合理水平(20%)。社会投入主要来自于企业,企业的过高负担(占工资总额的 12%)对上海经济的影响需要进一步分析。上海卫生总费用的结构比例对财政政策、经济发展和社会保障政策都有非常重要的影响。

该研究方法严谨,研究中征求了各方面专家的意见。在数据准确性方面也做了很多工作,采用了各部门的决算数据,同时对没有数据的支出部分进行了估算,因此该研究提供的数据可以说是历来上海卫生总费用计算中最准确的一个版本。当然,上海卫生总费用的计算也有一些困难,最大的问题就是对外来人口的处理。卫生资源的规划必须以居住人口数和对医疗卫生的需求来考虑,但是上海实际居住人口很难确定。根据市统计局公布的资料,至 2008 年末,上海常住人口为 1 888 万人,其中户籍人口 1 371 万人。但是,上海实际居住的人口估计在 2 100 万左右。这些人口如何纳入总费用的计算之中,对统计结果影响很大,也直接关系到政策的制定。尽管有这些问题,上海卫生总费用研究的结果对卫生资源规划仍然非常重要。目前全国也只有 10 个省市在做这项工作,希望今后各省市都有自己的卫生总费用。作为政策咨询的重要参考资料,也希望上海卫生总费用的计算成为常规工作,为今后的规划提供连续性的资料。

[收稿日期:2009-12-19 修回日期:2009-12-25]

(编辑 薛云)

\* 作者简介:俞卫,男(1953 年-),教授,上海财经大学公共经济与管理学院常务副院长、卫生政策与管理研究中心主任,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:wuy2@stanford.edu

# 上海市公共卫生机构收入与支出分析

荆丽梅<sup>1\*</sup> 金春林<sup>2</sup> 丁汉升<sup>1</sup> 张崖冰<sup>1</sup> 林海<sup>1</sup>

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

2. 上海市卫生局 上海 200040

**【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”现象明显存在;上海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,同时要加强对绩效评价和监管,提高资金利用效率。

**【关键词】**公共卫生;收入;支出;疾病预防控制;卫生监督

中图分类号:R191 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.01.003

## Analysis on the revenue and expenditure of public health facilities in Shanghai municipal

JING Li-mei<sup>1</sup>, JIN Chun-lin<sup>2</sup>, DING Han-sheng<sup>1</sup>, ZHANG Ya-bing<sup>1</sup>, LIN Hai<sup>1</sup>

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

2. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

**【Abstract】** Objectives: To analyze the status of revenue and expenditure of 20 centers for disease control and prevention, and 20 health supervision facilities, from the year 2002 to 2007. Data and Methods: Make full use of the data of Shanghai total expenditure on health (STEH), especially on public health facilities. This article provides a descriptive analysis. Results: The expenditure of public health facilities accounted for around 5.2% of STEH until SARS, then going up to 6.1% in the year 2004, and then declining significantly. The phenomenon that attaching more importance to medical treatment than to prevention still exists. 24% revenue of the centers for disease control and prevention still has to rely on charges. There is still great difference on government public health input among different districts. And the fiscal input has only accounted for about 88% personnel expenditures. Recommendations: Increase the government health input gradually, adjust the existing public health service system, and elevate the financing level to guarantee the accessibility and fairness of basic public health services to all the people. Meanwhile, strengthen the performance evaluation and supervision to improve the efficient utilization of fiscal input.

**【Key words】** Public health; Revenue; Expenditure; Disease control and prevention; Health supervision

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,公共卫生的含义都会有所不同。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。<sup>[1-3]</sup>因此,对公共卫生的投入到底应该投向哪些方面,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。

\* 基金项目:上海市卫生局重大研究项目(编号:4.3)、上海市卫生局青年科研项目(编号:2008y010)。

作者简介:荆丽梅,女(1981年-),硕士,研究实习员,主要研究方向为卫生经济、卫生政策。E-mail: lmjmg@live.cn

## 1 上海市公共卫生机构费用基本状况

### 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(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,SARS 之前占上海市卫生总费用(机构法)的比例维持在 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)。

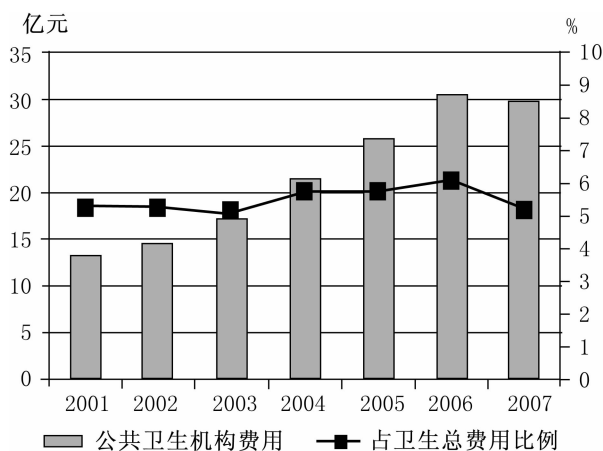


图 1 2001—2007 年上海市公共卫生机构费用状况

### 1.2 卫生事业费在公共卫生机构和医疗机构之间的分配

通过上海市卫生事业费在医疗机构和公共卫生机构间的分配可以看出,从政府财政补助的角度看,“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 年降到 30% (表 1)。

表 1 2007 年全国及部分省市公共卫生机构费用状况

	公共卫生机构费用(亿元)	占卫生总费用比例(%)	人均 GDP (元)
上海	29.7	5.20	66 367
天津	12.8	5.42	46 122
浙江	45.4	5.80	37 411
广东	78.3	7.97	33 151
福建	26.2	7.32	25 908
吉林	16.1	8.93	19 383
黑龙江	18.1	6.01	18 478
甘肃	17.1	12.79	10 346
全国	803.47	5.16	18 934

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 与国内部分省市测算结果的比较

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,但低于天津、浙江、吉林等省市。参考人均 GDP 水平来看,经济发展程度越高的省市,公共卫生机构费用占卫生总费用的比例越低,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 2)。<sup>[4]</sup>

## 2 上海市疾病预防控制和卫生监督机构的收支状况

### 2.1 总体收支状况

2002—2007 年,总体来看,上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构的收入和支出基本呈现稳步增长的态势,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 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(%)

机构类型	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

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(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,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,从2.02亿元增长到6.87亿元,年均增长27.74%,SARS之后增长尤其显著,2004年政府财政补助比上一年增长了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(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,SARS之后的2004年尤其显著,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机构总支出的比例从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机构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)。

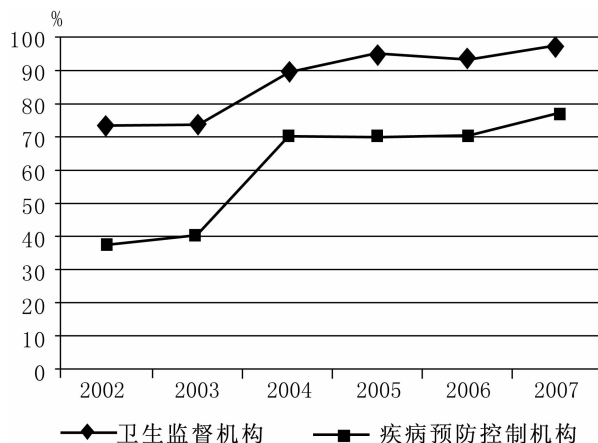


图2 2002—2007年上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构政府财政补助占机构支出的比例

### 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<sup>①</sup>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。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,中心城区高于远郊区/县,近郊区最低。19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%)。

① 中心城区包括10个:卢湾、黄浦、徐汇、长宁、静安、普陀、闸北、虹口、杨浦、浦东;近郊区包括3个:闵行、宝山、嘉定;远郊区/县包括6个:金山、松江、青浦、南汇、奉贤、崇明。

### 2.3.3 人均政府财政补助状况

2007 年,上海市 19 区县的人均疾病预防控制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机构,2005—2007 年,疾病预防控制机构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%;而卫生监督机构的人均政府财政补助年均增长 6.74%,比财政支出增长速度慢 4%(表 5)。

表 5 2005—2007 年上海市不同区县疾病预防控制和卫生监督机构的人均政府财政补助和财政支出状况(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	6 479.15	7 127.07	8 361.69
	近郊区	5 645.38	5 547.33	6 243.06
	远郊区/县	6 453.71	6 630.04	7 671.07
	平均	6 287.27	6 639.71	7 704.89

### 2.4 人员经费状况

2007 年,上海市疾病预防控制机构和卫生监督机构的人员经费共计 36 650 万元,占机构财政补助收入的 54.81%;人均人员经费 61 084 元,其中在职职工为 87 886 元;政府财政补助的人员经费占人员支出的 88.49%,余下 11.51% 的人员支出仍需靠事业收入等创收补足。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	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比例(%)	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比例(%)	8 658	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,尤其 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;三是区区间存在不均衡,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,未形成稳定的长效投入机制。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和保障公共卫生安全的能力。<sup>[5]</sup>

### 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,财政应是最主要的投入者。在今后的财政预算支出中,政府应该在近年来财政收入增长较快的情况下,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 3 786 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 4 765 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。<sup>[6]</sup>

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因素,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,保障人群公平性还有一个重要方面,就是保障外来人口公平的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

公共卫生要着重考虑长效保障机制,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,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法律体系,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的长效投入。

### 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,以确保政府公共卫生投入真正落到实处。

#### 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[M]. 北京: 人民出版社, 2009.
- [5] 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, 2009, 12(4): 160.
- [6] 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.

[收稿日期:2009-11-30 修回日期:2009-12-14]

(编辑 田晓晓)