

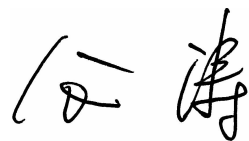
# 新年寄语

我们为刚刚过去的 2012 年取得的成绩而自豪,我们对崭新的 2013 年充满新的期待。值此辞旧迎新之际,谨代表《中国卫生政策研究》杂志编委会和编辑部,向一直以来关心与支持杂志发展的各位专家和同仁致以最诚挚的感谢和祝愿!

杂志创刊以来,始终坚持“传播政策、研究政策、服务决策”的办刊理念,以传播原创性卫生政策研究成果为重点,杂志学术质量快速提升。据清华大学《2012 年中国学术期刊影响因子年报》显示,《中国卫生政策研究》杂志 2011 年影响因子和他引影响因子分别为 1.587 和 1.457,在 31 种医药卫生管理类学术期刊中均排名第一。为更好地发挥专家的学术指导作用,2012 年组建了第二届编委会,进一步增强了编委的代表性和权威性。为促进研究者与决策者的互动,承办了第二届中国卫生政策研究论坛,对卫生政策成果传播发挥了积极作用。杂志网站启用以来,总访问量 96 万次,2012 年日均访问量超过 1 500 次,为及时传播研究成果发挥着越来越重要的作用。回顾取得的成绩,离不开各位领导、专家同仁和编委的悉心指导,离不开作者和读者的大力支持,也离不开编辑部全体成员的辛勤劳动,谨向所有为杂志快速发展做出贡献的领导、专家和同仁致以最衷心的感谢!新的起点,新的征程,我们将继续坚持学术质量为核心,严格规范同行评议,开展多种形式的学术交流,努力办成我国卫生政策研究领域的学术品牌。

2012 年,医改各项工作又取得了新进展。基本医保筹资水平和保障范围继续扩大,重大疾病保障全面推开,受益水平有所增加;基层卫生综合改革持续推进,基本药物制度不断完善;公立医院改革在艰难中前行,县级公立医院综合改革试点快速推进;然而,医改的长期性、复杂性则更为凸显。在目标共识的基础上,实现目标的路径可以有多个选择,如何才能保证路径选择的科学合理,仍面临巨大挑战。经济社会形势的快速发展,人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求日益增长,有赖于卫生发展模式的转变;科学合理的医疗卫生机构和医务人员的激励约束机制亟需建立,人民群众的合理预期和对医改的信心需要引导;政府职能转变不到位、利益部门化严重,政府的缺位、越位、错位现象时有发生;医保、医疗、医药的协调性差,医改政策的整体性和系统性不够。这些问题的解决有赖于我们能否遵循医药卫生事业改革发展规律,能否科学评价已取得的进展和成绩,能否正视存在的问题与挑战。历史的经验教训反复证明,什么时候遵循规律,事业就顺利;什么时候违反规律,就必然付出代价,教训甚至很惨痛;今天,我们更需要审视和关注。开展更高层次、更高水平的卫生政策研究,增强卫生政策研究的战略性、前瞻性、综合性和可操作性,及时传播研究成果,为卫生决策提供科学支撑是《中国卫生政策研究》杂志义不容辞的使命。

2013 年是全面落实医改“十二五”规划承前启后的关键一年,关系着人人享有基本医疗卫生服务的目标能否顺利实现。让我们携起手来,以更加权威、科学、前瞻的视角,更紧密地围绕卫生改革发展的重点、热点和难点,深入传播医疗卫生政策、分享研究成果、启迪医改思路,为卫生事业改革发展做出新贡献。



二〇一三年一月

# 推进我国大病保障制度建设工作思考与设想

张宗久<sup>1\*</sup> 周 军<sup>1</sup> 梁铭会<sup>2</sup> 孙纽云<sup>2</sup>

1. 卫生部医疗服务监管司 北京 100044
2. 卫生部医院管理研究所 北京 100191

**【摘要】**重大疾病卫生支出是造成人民群众因病致贫、因病返贫的重要原因之一。2012年8月24日,国家发改委、卫生部等六部委联合印发了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》,明确要进一步完善城乡居民医疗保障制度,有效提高重特大疾病保障水平。本研究在介绍国内外大病保障制度建立和实施情况的基础上,分析我国目前大病保障工作存在的问题,结合我国建立大病保障制度的经济、政策可行性等内容进行分析,提出推进大病保障制度建设工作的相关建议:在现有基本医保制度的基础上,推进大病保障制度建设;探索多种形式互补的大病保障工作模式;结合基本医保基金承载能力建立大病保障基金;以大病保障制度建设为契机,稳步推进我国医疗保障管理体系建设工作。

**【关键词】**灾难性卫生支出;医疗保障;制度建设

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.001

## Thoughts and conceiving on promoting catastrophic disease insurance system construction in China

ZHANG Zong-jiu<sup>1</sup>, ZHOU Jun<sup>1</sup>, LIANG Ming-hui<sup>2</sup>, SUN Niu-yun<sup>2</sup>

1. Department of Medical Service Regulation, Ministry of Health, Beijing 100044, China
2. National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Contraction of a catastrophic disease is one of the main reasons people fall into poverty. On August 24, 2012, the National Development and Reform Commission, the Ministry of Health, and six other ministries issued "Guidance to carry out the work of catastrophic disease insurance for urban and rural residents" expressly to further improve medical security system for the urban and rural residents, effectively improve the extraordinarily catastrophic disease protection level. We studied current problems in catastrophic disease insurance at home and abroad to determine whether similar problems might arise under the policies and socio-economic conditions of China. We propose constructing a catastrophic disease insurance system based on the existing basic medical insurance system and exploring various forms of complementary protection. We also propose expanding the carrying capacity of the basic medical insurance fund to accommodate catastrophic disease insurance. There is an opportunity to establish a catastrophic disease insurance system and steadily improve health care management.

**【Key words】** Catastrophic health expenditure; Health insurance; System construction

重大疾病卫生支出是造成家庭贫困的重要原因之一,尤其在一些发展中国家,尚未完善的医疗保障体系并不能满足居民日益增长的卫生服务需求,灾难性卫生支出的发生率居高不下。为缓解重大疾病

带来的沉重负担,国际上绝大多数发达国家都建立了不同模式的大病医疗保障制度。目前,我国基本医疗服务体系逐步完善,全民基本医疗保险已经覆盖城乡,但居民重特大疾病医疗费用负担仍然较重,

\* 作者简介:张宗久,男(1961年—),研究员,教授,卫生部医疗服务监管司司长,主要研究方向为卫生政策、医疗管理。

E-mail: ygs\_6879@yahoo.com.cn

因病致贫、因病返贫的问题较为突出,居民健康的公平性有待提高。

随着医药卫生体制改革和公立医院改革工作的逐步深入推进,我国政府对大病医疗保障工作愈加重视。2012 年 3 月 14 日,国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》提出要探索建立重特大疾病保障机制;2012 年 8 月 24 日,国家发改委、卫生部等六部委联合印发了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605 号,以下简称《指导意见》),明确要进一步完善城乡居民医疗保障制度,健全多层次医疗保障体系,有效提高重特大疾病保障水平。<sup>[1]</sup>本研究在介绍国内外大病保障制度建立和实施情况的基础上,结合我国当前社会宏观政策环境、经济情况等方面对大病保障制度建设环境进行分析,为进一步推动和实施大病保障制度建设提供借鉴。

## 1 国内外大病保障制度的基本情况

### 1.1 国际

WHO《2000 年世界卫生报告》指出<sup>[2]</sup>,卫生服务应关注公平性和可及性,保护公民患病时不受资金风险的干扰,满足其获得充分卫生保健的愿望。但是迄今为止,重大疾病卫生支出仍然是造成家庭贫困的重要原因之一。国际上的重大疾病费用支出多被称为“灾难性卫生支出”,其定义包含三个方面:一是在临床诊断和治疗上属于重症疾病;二是在特定时期内,家庭卫生支出超过原来所界定阈值;三是家庭用于医疗卫生的个人现金支出(out of pocket, OOP)超过其可支配收入一定比例。<sup>[3]</sup>国际上通用的灾难性卫生支出的标准是 2002 年 WHO 提出的个人现金支出占家庭消费的 40%。为缓解重大疾病带来的沉重负担,绝大多数的发达国家都根据本国的实际情况建立了不同模式的大病医疗保障制度。

总体来看,各国保障模式主要有三个类型<sup>[4-5]</sup>:一是以美国、南非等为代表,实施多元的非组织化的医疗保险管理制度,以商业健康保险制度作为医疗保障的主体,以按项目共付的方式,保障参保人在患重大疾病后的医药费用;二是德国、法国、墨西哥、印度、台湾等国家和地区在社会保险制度中强制建立大病医疗保障制度,筹资按投保人收入比例缴纳,低

收入者和失业者的保费由雇主和国家负担,主要保障糖尿病、高血压、艾滋病病毒感染、癌症、器官移植和透析治疗等重大疾病;三是英国、加拿大等国家实施国民卫生服务制度,以全民免费医疗保障制度为主,商业性大病医疗保险为辅,保障居民免受疾病带来的重大灾难。

### 1.2 国内

#### 1.2.1 城镇基本医疗保险中的大病保障

目前,我国城镇基本医疗保险中大病保障工作已在 24 个省(直辖市、自治区)开展,主要有门诊大病统筹和对特殊病种的再补偿两种形式。大病保障的来源主要有从城镇基本医保基金中划拨和对居民进行再筹资两种形式。开展大病保障的 24 个地区中,14 个地区依据原有基本医保目录,对超出医保报销限额以上的部分进行再补偿,10 个地区结合各地实际,规定了大病补偿病种的范围。城镇基本医疗保险对大病的界定和补偿,与按项目付费为主的支付方式密切相关,大病保障的范围包含疾病和诊疗项目两个层面,主要考虑病种的费用负担,范围涉及恶性肿瘤化学治疗和放射治疗、尿毒症透析、心脏病、脑血管疾病、重症精神病、传染病等近 40 个病种和诊疗项目。

#### 1.2.2 新型农村合作医疗中的大病保障

在新农合制度框架内建立的大病医保,基金主要来源于门诊家庭账户或专项基金,在原有补偿比例基础上提高对重大疾病的补偿比例和支付限额,具体补偿标准由各地根据当地实际情况进行确定。大病医保主要补助参合农民重大疾病的住院医疗费用,同时对门诊重大疾病如恶性肿瘤、糖尿病等纳入门诊统筹补偿范围,逐步提高门诊补偿水平,并与城乡医疗救助制度进行有效衔接。另外,新农合大病保障在提高特殊病种补偿水平的同时,注重服务质量提高和费用控制,多数省市重大疾病保障政策指出,应根据临床路径、诊疗标准及结算标准的有关规定,探索推行按病种限额、门诊总额预付的付费方式,推进诊疗规范化、提高服务质量、控制费用不合理增长;同时,严格论证重大疾病的救治路径,坚持分级治疗;扩大试点,推行商业保险机构合作的模式,推动多重补充医疗保险机制;进一步规范新农合大病保障基金的使用和管理,保障基金安全。

## 2 我国大病保障现状及可行性分析

### 2.1 我国大病保障现状与主要问题

#### 2.1.1 居民个人医疗费用负担重,罹患重大疾病后费用负担风险高

近年来,我国卫生总费用及居民医疗费用快速上升,对国家经济负担和人民家庭生活产生很大影响。2010年,我国卫生总费用高达19 980.4亿元,人均卫生总费用为1 490.1元<sup>[6]</sup>;同时,第四次卫生服务调查研究显示,低收入家庭人均年医疗卫生支出为470元,占家庭消费性支出的17.5%,城乡低收入人群家庭灾难性卫生支出的发生率分别达到5.9%和10.2%,高于全人群的4.7%和6.0%<sup>[7]</sup>。高额的医疗费用对低收入家庭和人群造成的负担加剧,大病患者不仅本身要承受巨大的疾病痛苦,还要承担沉重的医疗费用。以恶性肿瘤为例,2006年恶性肿瘤发病率达到265.93/10万,其所致直接经济损失为372.68亿元,总经济负担1 075.96亿元,占国内生产总值的0.51%,是当年医疗总费用的4.67%。<sup>[8]</sup>巨额医疗费用往往使一个家庭陷入贫困甚至是绝境。同时,调查显示,2009年死亡率排名前五位疾病依次为恶性肿瘤、心脏病、脑血管病、呼吸系统疾病以及损伤和中毒,恶性肿瘤、心脑血管疾病等慢性重特大疾病的患病率和死亡率均逐年上升,将会逐年加重国家大病负担。

#### 2.1.2 现行医保制度注重基本医疗保障,大病费用主要由家庭和个人承担

截至2011年,城镇职工医保、城镇居民医保、新农合三大基本医疗保障制度的医保覆盖率超过95%,标志着我国基本医疗保险制度已基本实现全覆盖。但是目前医保体系工作重点在于居民的基本医疗保障,而发生大病后的费用主要由家庭和个人承担。这是因为:第一,三大基本医保制度对于所有疾病的医疗费用均设有明确的起付线和封顶线,城镇职工基本医保的封顶线一般是当地职工年平均工资水平的4倍左右,而新农合一般在5万元左右,一旦居民罹患大病,其医疗费用会超过封顶线,远远超出封顶线的部分需要家庭或个人承担;第二,在基本医保的保险范围内,仅在医保报销目录内的项目和药品方可报销,而重大疾病往往需要进口药、特效药

或尖端的医疗技术来予以治疗,这些通常不在报销目录内,导致在基本医保范围内,对大病的实际报销比例也不高。因此,我国现行基本医保体系对于分担居民大病费用的作用并不明显,绝大部分需要家庭和个人承担。

#### 2.1.3 医疗救助体系不完善,不能有效缓解重大疾病的经济负担

从2003年开始,我国城乡逐步推开医疗救助制度,通过政府拨款和社会捐助等渠道募集资金,目的在于:一是资助经济困难人群参加基本医疗保险;二是对罹患大病的经济困难人群(农村贫困居民、城市居民最低生活保障对象等)给与自付费用的医疗补助。但目前城乡医疗救助制度对于大病的救助存在范围窄、资金相对不足、封顶线普遍较低、区域医疗资源分布不均衡、审批周期长、程序相对复杂等原因,对于重大疾病高额的医疗费用来讲,医疗救助制度并不能有效缓解居民重大疾病负担。

#### 2.1.4 已开展的大病保障工作在不同部门、相关政策等方面存在衔接障碍

医疗保障制度的目标是利用最少的资源,覆盖最多人口,实现更多健康产出,并使医疗资源公平分配。从我国国情来看,医疗保障必须是以向社会成员提供基本医疗保障为经线,以满足特殊医疗需求为纬线而组成的医疗保障安全网,这张网要惠及每一个社会成员。目前,我国已开展的大病保障工作在经管部门、保障政策、保障人群、偿付范围与标准方面均存在差异,不同保障制度的衔接存在障碍,致使整个医保体系的统筹水平和统筹层次受限,不利于大病医疗保障工作的健康发展和稳步推进,不利于公平、有效医疗保障体系的形成。

### 2.2 我国大病保障制度建设的可行性分析

#### 2.2.1 经济可行性

《指导意见》指出,大病保障制度的建立应在全民基本医疗保险保基本、广覆盖的基础上,对存在因患大病致贫、返贫风险的居民进行保障。目前,我国城乡居民医疗保障体系初步形成,但不同保障制度之间存在差距。覆盖面方面,2011年,三大基本医疗保险覆盖人数超过12亿,覆盖率超过95%,基本医疗保险制度初步实现全民覆盖。城镇职工基本医疗保险的参保人口中,73.7%门诊病人的医疗费用获得

了报销或由个人账户支付,94.8%住院患者的医疗费用得到了报销。<sup>[9]</sup>筹资方面,2011年,城镇基本医疗保险基金总收入5 539亿元,年末累计结存4 015亿元,个人账户积累2 165亿元;三大基本医保基金当年结余1 445亿元,其中城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合基金当年分别结余927亿元、181亿元和337.4亿元<sup>[10]</sup>,我国三大基本医疗保险的年度结余率连续3年均均在20%~30%左右。因此,从基本医保基金中划拨一部分经费作为大病保障基金具备初步的经济可行性,并且有助于提高医保基金使用效率。

### 2.2.2 政策基础

为保证人人享有基本医疗服务,我国政府对大病医疗保障制度建设愈加重视,近年来,随着医药卫生体制改革和公立医院改革工作的逐步深入推进,政府逐步出台了多项政策措施,建立健全大病保障制度。2012年,党中央国务院与各部委先后出台促进我国重特大疾病保障制度建设的相关政策文件:1月,民政部、财政部、人力资源和社会保障部、卫生部联合发布了《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》(民发〔2012〕21号),明确了推动重特大疾病救助工作的总体目标;3月,国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》提出探索建立重特大疾病保障机制;5月,国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革2012年主要工作安排》(国办发〔2012〕20号),指出研究制定重特大疾病保障办法,充分显示了我国建立重特大疾病保障制度,完善全民医保体系的决心;在此基础上,7月,在国务院深化医药卫生体制改革领导小组第十一次全体会议上李克强副总理指出,“大病保障是衡量一个国家医疗保障水平的重要标准,要下决心抓紧把大病医保纳入全民医保范围,拓展和延伸基本医保的功能,从制度上筑牢、织密社会安全网,切实解决大病患者的特殊困难,解除他们的后顾之忧,给病人及其家庭带来希望、带来温暖”。李克强副总理的讲话高度肯定了大病保障制度建设的重要意义,对大病保障工作的建立给与原则性指示;8月,国家发改委、卫生部等六部委联合印发了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605号),正式提出开展大病保险工作的指导意见,明确要进一步完善城乡居民医疗保障制度,健全多层次

医疗保障体系,有效提高重特大疾病保障水平。

## 3 推进我国大病保障制度建设工作的建议

### 3.1 在基本医保制度基础上推进大病保障制度建设

在全民基本医疗保险保基本、广覆盖的基础上,建立大病保障制度,对存在因患大病致贫、返贫风险的居民进行保障,更有利于缓解中低收入居民看病就医的负担,体现社会公平,筑牢社会安全网。不论从筹资方式还是保障范围,《指导意见》均提出应将大病保险与城镇居民医保、新农合相衔接。因此,大病保险工作的开展应与原有基本医疗保险中大病保险的实践经验有机结合,并与城乡医疗救助制度进行有效衔接,兼顾医疗服务质量和费用控制,积极试点按病种支付、总额预付等支付方式改革,探索与商业医疗保险有机结合,在体现公平的同时注重基金使用效率,为大病保障制度的建立和完善奠定良好的基础。此外,在统筹设计城乡基本医疗保险筹资和补偿水平标准的前提下,大病保障体系配套制度的设计应更注重实现大病保障的边际效益最大化,实现风险分担大数法则的基本理念,维护健康公平性。因此,大病保障制度建设工作的设计,应在现有成熟的基本医保制度基础上扩展和延伸,形成不断完善的大病保障体系。

### 3.2 探索不同形式的大病保障模式,优化医疗资源配置

《指导意见》指出,应合理确定大病保险补偿政策,按医疗费用高低分段制定支付比例,原则上医疗费用越高,支付比例越高;同时,各地也可从个人负担较重的疾病病种保障起步开展大病保险。由于我国已经广泛开展大病医保试点工作,也制定了大病保障的政策措施,因此,各地应结合本地政治、经济、社会环境和已开展的大病保障相关政策,以缓解大病患者医药费用负担为核心,对大病保障资金进行合理测算,对医疗资源进行合理有效的分配,达到基本医保基金合理有效使用;探索按费用保障、按病种保障等多种形式相互补充的大病保障模式,并依据经济发展情况、剩余统筹基金的承载能力,定期调整医疗服务需方偿付方式,循序渐进的推进大病保障政策。多种形式互相补充的大病保障模式,更有利于因地制宜的缓解中低收入居民看病就医的负担,实现整个大病保障医疗资源的最优配置,最终达到

整个医疗保障体系的理想状态。

### 3.3 结合基本医疗保险基金承载能力,建立大病保障基金

《指导意见》指出,从城镇居民医保基金、新农合基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金;城镇居民医保和新农合基金有结余的地区,利用结余筹集大病保险资金;结余不足或没有结余的地区,在城镇居民医保、新农合年度提高筹资时统筹解决资金来源,逐步完善城镇居民医保、新农合多渠道筹资机制。结合国际经验,在基本医疗保险基础上设立专项的大病保障基金是有效可行的大病保障筹资方式。我国原有的大病保障筹资方式主要有从原有基金划拨和对居民再筹资两种方式,目前而言,从医保基金中划拨一部分经费作为大病保障专项基金具备初步经济可行性,有助于提高医保基金使用效率。同时,由于基于单个医疗保障制度的大病保障费用负担较重,不利于医疗保险风险分担机制的有效发挥。因此,在开展大病保险过程中,可以探索在城乡医保基金统筹的基础上,完善大病保障制度建设,避免医疗保障城乡二元化的形成,推进城乡居民疾病风险分担机制的实现。此外,应重视大病保障制度建立后居民卫生服务需求释放和寿命延长所带来的医保基金费用负担增加的情况,科学预估医保基金承载能力,结合居民现实需求与社会经济发展水平,合理调整大病保障基金筹资水平和筹资方式。

### 3.4 以大病保障制度建立为契机,采取综合措施稳步推进我国医疗保障管理体系建设工作

综上分析,本研究认为在大病保障制度建立的契机下,政府应逐步改革医疗保障体制,创新机制,对医疗保障管理体系进行统筹设计、协同管理、综合协调,发挥各部门在医疗保障制度建设中的作用和职能,充分调动行业管理部门在病种管理、费用分析等方面的专业优势;在重大疾病病种管理方面,应采用综合的方法进行病种界定工作,以卫生服务公平性为导向关注重点人群,强化疾病治疗向预防模式转变,积极探索针对大病病种的规范化诊疗手段,强化医疗质量控制;在费用分析与控制管理方面,综合支付方式改革、加强医疗服务行为监管、强化服务要素准入管理以及建立医疗机构内部激励约束机制等措施,建立保障与控费并行的大病保险监管和运行

机制;同时,结合相关部门医疗保险管理的经验基础,加强对医疗保障工作的有效管理,统筹城乡医保管理和制度设计,在国家保障制度层面建立多方制度监管体系,保证医疗机构医疗质量,有效控制医疗费用不合理增长,逐步提高医疗机构工作效率,提高医疗保障基金使用效率,稳步高效的推进我国大病保障制度建设,缓解看病贵、看病难问题,逐步实现更好的社会公平。

#### 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家发展改革委、卫生部等六部《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会[2012]2605号)[EB/OL]. [2012-11-09]. [http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830\\_502833.htm](http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830_502833.htm).
- [2] WHO. 2000年世界卫生报告[R]. 2000.
- [3] Xu K. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure[J]. WHO/EIP/HSF/PB, 2005(2): 8.
- [4] Kinney E D, Freud D A, Camp M E, et al. Serious Illness and Private Health Coverage: A Unique Problem Calling for Unique Solutions[J]. *Jamal of Law Medicine & Ethics*, 1997(25): 18-91
- [5] There When Your Family Needs it most, Critical Illness Insurance, [EB/OL]. [2012-11-09]. <http://www.nytimes.com/2012/10/06/your-money/assuring-the-care-of-a-family-member-with-special-needs.html>.
- [6] 中华人民共和国卫生部.《2011年我国卫生事业发展统计公报》. [DB/OL]. [2012-11-09]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbw-stjxxzx/s7967/201204/54532.htm>.
- [7] 中国卫生服务调查研究—第四次家庭健康询问调查分析报告[R]. 卫生部统计信息中心: 2008.
- [8] 赵平,陈石青,孔灵芝. 中国癌症发病与死亡(2003-2007)[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2012.
- [9] 中华人民共和国国家统计局. 2010年国家统计局年鉴. [DB/OL]. [2012-11-09]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2010/indexch.htm>.
- [10] 人力资源与社会保障部. 2011年全国社会保险情况[DB/OL]. [2012-11-09]. [http://www.gov.cn/gzdt/2012-06/27/content\\_2171250.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2012-06/27/content_2171250.htm)

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2012-12-28]

(编辑 赵晓娟)

# 基于大病病种分类的医药费用特征分析

孙纽云<sup>1\*</sup> 梁铭会<sup>1</sup> 房珊杉<sup>1</sup> 董丹丹<sup>1</sup> 孙冬悦<sup>1</sup> 张宗久<sup>2</sup> 周 军<sup>2</sup> 王敏瑶<sup>2</sup>

1. 卫生部医院管理研究所 北京 100191

2. 卫生部医疗服务监管司 北京 100044

**【摘要】**目的:在界定大病病种的基础上对大病医药费用特征进行分析,提出我国大病保险政策落实和工作开展的相关建议,推进我国大病保障体系的建立与完善。方法:利用北京等 6 省(市)68 家三级医院 5 036 296 份住院患者病案首页数据,分析大病病种范围及其单病种次均费用、总费用和费用构成。结果:60 种重大疾病的平均住院费用超全国平均住院费用 3 倍,重大疾病费用负担占住院患者全病种费用负担的 1/3 以上,且药品是其高额费用产生的主要因素。结论与建议:探索按病种开展大病保险地区将 60 种疾病作为优先选择,强化服务要素准入管理、加强医疗服务行为监管、建立医疗机构内部激励约束机制以及综合支付方式改革等措施,建立保障与控费并行的大病保险监管和运行机制,提高大病保险经费的使用效率。

**【关键词】**重大疾病;病种分类;大病保险;费用控制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.002

## Analysis on characteristics of medical expenses based on catastrophic disease classification

SUN Niu-yun<sup>1</sup>, LIANG Ming-hui<sup>1</sup>, FANG Shan-shan<sup>1</sup>, DONG Dan-dan<sup>1</sup>, SUN Dong-yue<sup>1</sup>, ZHANG Zong-jiu<sup>2</sup>, ZHOU Jun<sup>2</sup>, WANG Min-yao<sup>2</sup>

1. National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

2. Department of Medical Service Regulation, Ministry of Health, Beijing 100044, China

**【Abstract】** Objective: In this paper, we analyze the characteristics of patient medical expenses for 60 catastrophic diseases and propose recommendation to establish catastrophic disease insurance system. Methods: We collected 5036296 inpatient medical records from 2008 to 2009. The records were from 68 tertiary hospitals in six provinces. We calculated the average cost per visit for the patient, the total cost to the patient of treating the disease, and the breakdown of these costs. Results: The average cost to the patient per visit for these diseases was three times the national average cost to the patient per visit, the cost of treating the 60 catastrophic diseases accounted for one third of the cost of treating all diseases, and the cost of drugs is an important part of the high cost of treating catastrophic diseases. Conclusions and suggestions: Such diseases could be prioritized in the establishment of catastrophic disease insurance. It is important to establish systems for implementing and managing catastrophic disease insurance. This involves better managing access to health services, strengthening health services supervision, developing internal incentive mechanisms in medical institutions, reforming payment mechanisms, and promoting efficient use of catastrophic disease insurance funds.

**【Key words】** Catastrophic diseases; Disease classification; Catastrophic disease insurance; Disease expenses control

近年来,我国基本医疗服务体系逐步完善,基本医疗保险基本实现全面覆盖,但居民重大疾病医疗

费用负担仍然较重。随着医药卫生体制改革和公立医院改革工作的逐步深入推进,为保证人人享有基

\* 作者简介:孙纽云,女(1973 年—),助理研究员,主要研究方向为医院管理、医院运行绩效管理、病人安全及医疗风险管理。E-mail: sunny6879@163.com

通讯作者:梁铭会。E-mail: liang2002niha@gmail.com

本医疗服务,实现“十二五”期间我国深化医药卫生体制改革的目标,我国政府对大病医疗保障制度建设愈加重视,从中央到地方逐步出台了多项政策措施。2012年8月24日,国家发改委、卫生部等6部委联合印发了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《指导意见》),提出各地应当按照自身情况确定大病保险的保障范围、筹资水平等,也可以从个人负担较重的疾病病种起步开展大病保险。<sup>[1]</sup>因此,为推进我国大病保险制度相关工作的进一步落实和完善,本文通过定量与定性相结合的方法,确定优先入选的60个疾病病种集后,对入选病种进行费用特征分析,包括入选病种的经济负担、费用贡献率以及高额费用产生的重要环节,从保证质量和控制费用并行角度提出推进我国大病保险工作开展的相关建议。

## 1 大病病种范围界定

### 1.1 典型国家大病病种范围

国际上,绝大多数的发达国家都根据本国的经济、社会发展水平和财政收入状况,采取了不同模式的大病医疗保障制度,形成了不同的大病保障模式和保障病种范围。美国重大疾病保险资源中心规定,重大疾病保险必须覆盖的疾病有:心脏病、器官移植、昏迷、血管成形术、癌症、肾衰竭、失明、失聪、艾滋病(通常针对医疗人员)、中风、阿尔茨海默病、冠状动脉搭桥、心脏瓣膜手术、截瘫、多发性硬化症、主动脉手术、严重烧伤等。<sup>[2-4]</sup>台湾、德国等国家和地区则是在社会保险制度中强制建立大病医疗保障制度,台湾全民健康保险重大伤病范围分为恶性肿瘤、先天性凝血因子异常、严重溶血性及再生不良性贫血等共计30类,《全民健康保险法》第36条规定,患有重大伤病就医者免收该项疾病医疗费用的自付部分。<sup>[5-6]</sup>英国、加拿大等国家实施国民卫生服务制度,以商业性大病医疗保险为辅保障居民免受疾病带来的重大灾难。2011年,英国保险协会《重大疾病保险的最佳实践声明》指出,商业重疾险的保障范围包括阿尔茨海默病、主动脉移植手术、癌症等23种疾病。<sup>[7]</sup>

### 1.2 我国大病病种范围界定

#### 1.2.1 资料来源

鉴于数据的可得性和实证分析的稳健性,本文实证部分微观数据来源于:(1)北京、上海、湖南、广东、吉林、四川6个省(市)18家三级医院2008—2009年819 921位住院患者病案首页的原始数据,按ICD-10分类共计1 415种疾病病种<sup>①</sup>;(2)北京市50家三级医院2006—2010年4 216 375位住院患者病案首页的汇总数据,按ICD-10分类共计1 552种疾病病种。

#### 1.2.2 病种范围界定方法

##### (1)病种范围界定概念及原则

综合国内外关于重大疾病的范围和内涵,本研究界定重大疾病病种范围的概念和原则如下:严重威胁居民身体健康;疾病负担重、费用高;疾病转归好、疗效确切、存活期长;病程长、需持续治疗;对特殊人群有严重危害(不包括罕见病),特别关注儿童期疾病和育龄妇女健康;社会影响大,因病致贫、因病返贫情况严重。

##### (2)病种范围界定方法

首先,对两类来源的出院患者病案首页数据进行归类整理,按照ICD-10编码分别汇总形成1 415和1 552种疾病病种集,并分别对每种疾病的相关指标(出院人数、次均医疗费用、平均住院日、疾病转归等)进行分类整理。

其次,采用Delphi专家咨询法,筛选严重威胁居民健康、发病率高、疾病负担重等的疾病集。课题组根据专家意见,对两组病案首页疾病相关指标进行评判和删减,最终选出院人数、次均费用、平均住院日、治愈率和死亡率作为大病病种评价指标,并确定各指标权重,在综合评分的基础上,两组数据均选择综合排名在前60位的疾病作为备选病种。

再次,考虑到病案首页疾病指标并未反映疾病对社会的影响程度及对特殊人群的危害程度,课题组在定量分析两样本组入选病种基础上,结合典型

① 疾病病种按照ICD-10前3位编码分类。



(续)

国家大病病种范围及我国基本医疗保险中已开展大病保险工作的病种范围,将病种重合次数按照从大到小排序,选择病种重合率较高的前 60 种疾病,作为最终大病病种范围。

### 1.2.3 病种范围界定结果

结合国内外大病保障的理论与实践经验,依据以上大病保障的内涵、大病概念及界定原则,采用定量与定性分析相结合的方法,在总结归纳国内外大病保障病种集的基础上,形成大病病种范围,包括 13 大疾病系统的 60 种疾病(表 1)。

表 1 大病病种筛选结果

序号	ICD 编码	疾病名称	疾病系统名
1	C50	乳房恶性肿瘤	肿瘤
2	C53	宫颈恶性肿瘤	肿瘤
3	I21	急性心肌梗死	循环系统疾病
4	C34	支气管、肺恶性肿瘤	肿瘤
5	F20	精神分裂症	精神和行为障碍
6	C16	胃恶性肿瘤	肿瘤
7	C15	食管恶性肿瘤	肿瘤
8	C18	结肠恶性肿瘤	肿瘤
9	N18	慢性肾衰竭	泌尿生殖系统疾病
10	C20	直肠恶性肿瘤	肿瘤
11	E05	甲状腺毒症【甲状腺机能亢进】	内分泌、营养和代谢疾病
12	E10	胰岛素依赖型糖尿病	内分泌、营养和代谢疾病
13	B24	未特指的人类免疫缺陷病毒[HIV]病	某些传染病和寄生虫病
14	D66	遗传Ⅷ因子缺乏	血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患
15	D68	其他凝血缺陷	血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患
16	D67	遗传性因子 IX 缺乏	血液及造血器官疾病和某些涉及免疫机制的疾患
17	J42	未特指的慢性支气管炎	呼吸系统疾病
18	M16	髌关节病	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病
19	I25	慢性缺血性心脏病	循环系统疾病
20	I69	脑血管病后遗症	循环系统疾病
21	S12	颈部骨折	损伤,中毒和外因的某些其他后果
22	I05	风湿性二尖瓣疾病	循环系统疾病
23	T84	内部矫形外科假体装置、植入物和移植物的并发症	损伤,中毒和外因的某些其他后果
24	N19	未特指的肾衰竭	泌尿生殖系统疾病

序号	ICD 编码	疾病名称	疾病系统名
25	S32	腰部脊柱和骨盆骨折	损伤,中毒和外因的某些其他后果
26	C17	小肠恶性肿瘤	肿瘤
27	C24	胆道其他和未特指部位的恶性肿瘤	肿瘤
28	S72	股骨骨折	损伤,中毒和外因的某些其他后果
29	I60	蛛网膜下出血	循环系统疾病
30	J44	其他慢性阻塞性肺病	呼吸系统疾病
31	C11	鼻咽恶性肿瘤	肿瘤
32	C92	髓样白血病	肿瘤
33	J98	其他呼吸性疾患	呼吸系统疾病
34	C25	胰恶性肿瘤	肿瘤
35	C22	肝和肝内胆管恶性肿瘤	肿瘤
36	Q21	心间隔先天性畸形	先天性畸形,变性和染色体异常
37	D32	脑脊膜良性肿瘤	肿瘤
38	C71	脑恶性肿瘤	肿瘤
39	I61	脑内出血	循环系统疾病
40	K74	肝纤维化和硬变	消化系统疾病
41	C32	喉恶性肿瘤	肿瘤
42	D33	脑和中枢神经系统其他部位的良性肿瘤	肿瘤
43	C91	淋巴瘤样白血病	肿瘤
44	M48	其他脊椎病	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病
45	M50	颈椎间盘疾患	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病
46	K85	急性胰腺炎	消化系统疾病
47	I67	其他脑血管病	循环系统疾病
48	Q25	大动脉先天性畸形	先天性畸形,变性和染色体异常
49	C95	未特指细胞类型的白血病	肿瘤
50	M13	其他关节炎	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病
51	I20	心绞痛	循环系统疾病
52	G20	帕金森病	神经系统疾病
53	C64	肾恶性肿瘤,除外肾盂	肿瘤
54	J43	肺气肿	呼吸系统疾病
55	M47	脊椎关节强硬	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病
56	C67	膀胱恶性肿瘤	肿瘤
57	C90	多发性骨髓瘤和恶性浆细胞肿瘤	肿瘤
58	K07	牙面畸形	消化系统疾病
59	Q65	髌先天性变形	先天性畸形,变性和染色体异常
60	G95	脊髓的其他疾病	神经系统疾病

对最终界定的大病病种集进行分析发现,恶性肿瘤占近三分之一,比重最大,说明恶性肿瘤在重大疾病中具有代表性;其次为循环系统疾病,其余系统的疾病比重相对较小,分布也较均匀。值得注意的

是,入选重大疾病范围中,帕金森病、髋关节病、慢性肾衰等疾病多发于老年人群;而先心病(例如 ICD-10 编码为 Q21 的心间隔先天性畸形)是严重威胁少年儿童健康成长、给家庭带来沉重负担的重大疾病;慢阻肺等重大疾病多见于从事特殊职业的人群,应当给予重视。另外,随着医学模式和疾病谱的改变,高血压、糖尿病、心脑血管疾病等重慢性疾病已经逐步成为大病系统中分布比例较高的疾病病种。

## 2 重大疾病费用特征分析

在病种分类基础上,利用北京等 6 省(市)18 家三级医院病案首页数据信息,对入选病种的费用特征及费用结构进行具体分析,计算所有病案信息的全病种总费用、单病种次均费用、总费用及单病种费用构成指标。依据公式“单病种费用贡献率 = 单病种总费用/全病种总费用”计算 60 种疾病的单病种费用贡献率,分析入选病种为患者带来的疾病负担;依据公式“前 10 种疾病单项费用构成比重 =  $\sum$  单病种单项费用/ $\sum$  单病种住院总费用”分析贡献率最高的前 10 种疾病的费用构成,确定重大疾病保险中高额费用发生的关键环节。由表 2 可知,入选病种平均住院日、平均医药费用、平均出院人数以及药占比指标均显著高于全病种及未入选病种,通过对 60 种入选病种进行深入分析,得到如下结论。

表 2 大病病种分类相关指标(均值)

病种分类	样本量	平均住院日(日)	平均住院费(元)	平均出院人数(人)	药占比(%)
全病种	1 415	10.88	13 226.49	579	33.69
入选病种	60	14.69	25 083.80	2 778	38.41
未入选病种	1 355	10.71	12 701.44	482	33.48

### 2.1 重大疾病平均住院费用超全国平均住院费用 3 倍

结果显示,60 个重大疾病病种平均住院费用为 25 083.8 元,而 2009 年全国居民的平均住院费用为 5 951.8 元<sup>[8]</sup>,由此可见,重大疾病的住院费用远高于全国的次均住院费用,超全国平均水平 3 倍,居民一旦患重大疾病,将面临极大经济负担。据统计,2009 年城乡居民家庭人均年消费性支出分别为 38 633.33 元和 12 579.36 元。<sup>[9]</sup>按照国际上 40% 的灾难性卫生

支出界定标准,25 083.8 元的重大疾病费用已经高于城乡家庭消费性支出的 40% (分别为 15 453.33 元和 5 031.75 元)。这说明基本医疗保险能够在一定程度上缓解居民的就医负担,但由于基本医保的实际报销比例以及报销范围存在局限性,并不能从根本上解决居民看病贵的问题,居民一旦罹患重大疾病,可能会出现因病致贫返贫的现象。

### 2.2 重大疾病住院费用负担占全病种的 1/3 以上

以北京市等 18 家医院 2008—2009 年的病案首页数据为基础数据,分析入选疾病费用对 18 家医院病案数据所包含的全病种总费用的贡献率,结果显示,入选的 60 种重大疾病占全病种住院总费用的 36.24%。其中,前十种疾病费用负担占重大疾病总负担的 1/2,按疾病总费用贡献率排序,最高的前 10 种疾病分别为:慢性缺血性心脏病(5.74%)、支气管\肺恶性肿瘤(2.11%)、胃恶性肿瘤(1.66%)、急性心肌梗死(1.37%)、肝和肝内胆管恶性肿瘤(1.30%)、心间隔先天性畸形(1.29%)、结肠恶性肿瘤(1.21%)、其他呼吸性疾患(1.14%)、其他慢性阻塞性肺病(1.12%)、股骨骨折(1.13%),10 种疾病对全病种费用总贡献率为 18.07%,对 60 种重大疾病费用贡献率为 49.86%,提示以上 10 种重大疾病给居民带来经济风险的概率最大。

### 2.3 药品费用仍是重大疾病的主要负担

结合疾病费用贡献率测算结果,对前 10 位疾病费用的分类构成分析,结果显示,西药费占前 10 种疾病总费用的 34.51%、手术费占 12.16%、检查费占 6.13%、化验费占 5.92%、诊疗费占 5.91%、床位费占 3.21%、中药费占 0.78%、护理费占 0.72%、其它费用占 30.54%。可见,西药费用是重大疾病费用的主要构成,手术费、检查费依次随后,三项费用合计占总费用的 52.8%,因此西药费、手术费以及检查费应作为重大疾病保障制度实施后费用监测和控制的重要方面。此外,其它费用在重大疾病费用负担中的比例高达 30.54%,尤其在慢性缺血性心脏病、急性心肌梗死、心间隔先天性畸形中其比例超过 40%,本研究限于该指标具体信息在病案首页中并未详细分类,未做深入探究,但是该结果仍提示应关注重大疾病诊疗过程中常规项目之外的医疗收费项目,规

范医务人员诊疗行为,控制医疗成本,避免不必要的卫生资源浪费。

### 3 讨论与建议

本文首先在借鉴国内外大病保障病种集的基础上,利用两组病案首页数据,采取专家评价法最终得到大病保障的病种范围包括 13 大疾病系统的 60 种疾病。这种界定方法综合考虑了疾病负担重、费用高、严重威胁居民身体健康等因素,为各地区探索大病病种范围给予理论和方法学上的支持。其次,在大病病种界定的基础上,对入选病种的疾病特征和疾病构成进行具体分析,结果发现,60 种重大疾病的平均住院费用超出全国平均住院费用的 3 倍,重大疾病费用负担占全病种的 1/3 以上,且药品仍是其高额费用产生的主要原因。这提示我们在保证质量和安全的前提下合理控制医药费用,是大病保险体系建立和完善的关键。此外,受限于数据的可得性,本文仅是从 6 个省(市)中选取部分三级医院进行研究,鉴于不同地区疾病谱、经济发展水平以及人口结构的不同,病种选择的范围也应有所差异,因此,探索不同地区的病种范围及其区别成为以后需要进一步研究的课题。通过对大病病种界定及费用构成的分析,提出如下建议以推进大病保障相关工作的落实与开展。

#### 3.1 将 60 种重大疾病作为大病保险的优先选择病种

60 种重大疾病的经济负担已经超出城乡居民家庭消费性支出的 40%,在没有医疗保险或基本医疗保险保障水平较低的情况下,罹患这些疾病将给居民家庭带来经济风险。同时,结合疾病费用贡献率数据,60 种重大疾病费用负担占全病种费用负担的 1/3 以上,而慢性缺血性心脏病、支气管\肺恶性肿瘤、胃恶性肿瘤、急性心肌梗死、肝和肝内胆管恶性肿瘤、心间隔先天性畸形、结肠恶性肿瘤、股骨骨折 10 种疾病对全病种费用总贡献率接近 1/5,对 60 种重大疾病费用贡献率接近 1/2,这些重大疾病是造成居民因病致贫、因病返贫的重要风险因素,各地结合《指导意见》探索按从个人负担较重的疾病病种起步开展大病保险时可将 60 种疾病,尤其是贡献率前 10 的疾病可作为大病保险的优先选择病种。

#### 3.2 强化药品技术等要素准入管理,多部门多措施控制治疗成本

重大疾病的救治涉及药品、医疗技术以及设备使用、准入与配置等多个方面,因此,重大疾病医疗成本控制必须在多部门联合的前提下,强化医疗服务要素管理,选择最具成本一效益的药品、服务技术和医疗设备。由于药品费用仍是重大疾病费用主要负担,因此应进一步推广基本药物使用,加强医疗机构药品集中采购管理,规范医疗机构药品采购行为,降低药品价格,合理控制药品费用。为此,应建立多部门联合协调机制,共同从药品和高值耗材等的定价、流通管理、合理化诊疗方面控制医疗费用的不合理增长。同时,应结合我国医药产业情况进行优化调整,增加对生产重大疾病相关产品行业的投入和扶持力度,从基础环节层面有效降低医疗成本<sup>[10-11]</sup>,提高大病保险基金的使用效率和公平性。此外,在推进卫生信息化建设和加强检验检查管理的基础上,进一步扩大检验检查结果互认的范围,规范互认程序,减少重复检验检查,降低重大疾病的治疗成本。

#### 3.3 加强医疗服务行为监管,保证医疗质量与费用控制并行

重大疾病由于致病机理复杂、病程相对较长,需要消耗更多医疗资源,诊疗过程风险也相对较大。结合 60 种重大疾病贡献率排名前 10 的费用项目构成分析结果,非常规诊疗项目的其它费用比重占 1/3,提示重大疾病的诊疗技术和项目存在更多的不确定性,缺乏规范性的监管措施与有效手段。在医疗资源和大病保险基金有限的情况下,应重点加强对重大疾病诊疗技术和医疗服务行为监管,严格重大疾病高风险、高费用技术与设备的规范化管理,应用适宜技术;规范重大疾病诊疗过程,通过制定临床操作指南、操作规范等措施,有效防范医疗风险,保证医疗质量,控制不合理的医疗费用支出,减少不必要的医疗资源浪费,降低居民罹患重大疾病的经济负担。

#### 3.4 完善医疗机构运行监管体系,建立费用控制的激励约束机制

医疗机构是医疗服务提供的主体,应以推进大

病保险制度为契机,通过行业监管体系的改革完善,加大医疗机构行业监管力度,建立以公益性为核心、以病人为中心、以结果为导向的公立医院绩效考核体系。结合医院评审评价,将医药费用控制与医疗机构评级评优相挂钩;在推进医院内部激励和分配制度改革的基础上,将控费与绩效薪酬分配相挂钩;将医疗机构质量改进和费用控制与医保定点和医保费用结算相挂钩;促进医疗机构内部开展成本核算工作,强化成本控制和监督意识;通过优化服务流程、开展日间手术、建立多学科会诊中心、延伸护理服务等措施,促使医院创新服务方式。最终健全医药费用监管机制,建立医疗机构医药费用控制的激励约束机制,提高服务效率,降低医药费用,保障大病保险经费的使用效率。

### 3.5 以支付方式改革为手段,促进大病保障经费合理使用

大病保障制度的建立有助于释放合理医疗需求,缓解因病致贫问题。然而,由于医疗机构、医保、患者三者之间信息不对称引起的医疗资源浪费,也可能造成医疗费用不合理增长和社会保障福利的不必要损失。<sup>[12]</sup>因此,大病保障制度的建立和完善需要科学合理的控费政策支持。近年来,医保支付方式改革已成为世界各国控制医药费用增长的有效途径和关键举措,支付方式由传统的按项目付费逐步向总额预付、按人头支付、按病种支付等转变。<sup>[13]</sup>多国实践证明,支付方式改革能够有效促进医疗机构规范疾病诊疗流程、加强内部管理、改善服务质量、控制医疗成本、提高医疗技术水平<sup>[14-15]</sup>,进而建立自主控费机制。因此,建议借鉴国际经验,兼顾筹资与支付的平衡、费用与质量的平衡,探索适合我国国情的支付方式,各地区因地制宜地探索多种医保支付方式改革,促使医院自觉控制成本内在机制的建立,在保障服务质量的前提下,促进大病保险经费的合理使用。

### 参 考 文 献

[1] 国家发改委、卫生部等六部《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会[2012]2605号)[EB/

OL]. [2012-11-09]. [http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830\\_502833.htm](http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830_502833.htm).

- [2] Xu K, Evans D B, Carrin G, et al. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure [J]. Technical brief for policy-makers, 2005(2): 8.
- [3] There When Your Family Needs it most, Critical Illness Insurance, 2012[EB/OL]. <http://www.nytimes.com/2012/10/06/your-money/assuring-the-care-of-a-family-member-with-special-needs.html>.
- [4] 尚颖,贾士斌. 美国管理式医疗保险模式剖析[J]. 中国财政, 2012(1): 67-69.
- [5] 全民健康保險簡介[R]. 台湾中央健康保險局, 2009.
- [6] 台灣人壽團體一年期重大疾病保險保險單條款[R]. 2011.
- [7] 2011 Critical Illness Insurance Market Survey [M]. Berkshire Hathaway, 2011.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 2010年中国卫生统计年鉴[DB/OL]. [2012-11-08]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwggkzt/ptjnj/year2010/index2010.html>.
- [9] 中华人民共和国国家统计局. 2010年中国统计年鉴[DB/OL]. [2012-11-08]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2010/indexch.htm>.
- [10] 曹阳,邵明立. 对我国药品价格规制的研究——基于涉药价格主体行为的分析[J]. 价格理论与实践, 2011(7): 29-30.
- [11] 胡善联,张崖冰,叶露,等. 探索政府与药厂议价降低药品价格的新思路[J]. 卫生经济研究, 2006(3): 17-19.
- [12] 史文璧,黄丞. 道德风险与医疗保险风险控制[J]. 经济问题探索, 2005(2): 60-63.
- [13] Barros P P. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system[J]. Journal of Health Economics, 2003, 22(3): 419-443.
- [14] 李军山,江可申. 医疗保险付费方式研究综述[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(10): 17-20.
- [15] Ma C A. Health care payment systems: cost and quality incentives [J]. Journal of Economics and Management Strategy, 1998, 7(1): 139-142.

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2012-12-31]

(编辑 赵晓娟)

# 大病医疗保障制度的国际经验及启示

孙冬悦\* 孙纽云 房珊杉 董丹丹 梁铭会

卫生部医院管理研究所 北京 100191

**【摘要】**为缓解重大疾病带来的沉重负担,国际上绝大多数发达国家都建立了不同模式的大病医疗保障制度,主要有商业医疗保险主导,国家医疗保险主导,社会医疗保险主导三种基本模式。考虑国际上典型国家的大病保障均以本国医疗保障制度为基础,本研究通过介绍三种模式下典型国家医疗保障体系的历史背景、制度框架等内容,分析其对重大疾病的保障模式与特点,总结各国在降低患者自付费用、控制医保付费水平、提高医疗服务质量和效率的相关经验,进而建议我国在制定大病保障政策时,注意采用综合控费措施,降低患者自付费用;转变医保支付方式,控制医保付费水平;加强运行监管,提高医疗质量和效率。

**【关键词】**医疗保障;大病保险;国际经验

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.003

## Catastrophic disease insurance system: International experiences and implications for China

SUN Dong-yue, SUN Niu-yun, FANG Shan-shan, DONG Dan-dan, LIANG Ming-hui

National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

**【Abstract】**In order to mitigate the heavy financial burden of catastrophic diseases on the public, most developed countries have established catastrophic disease insurance models, including commercial, national, and social insurance models. Typically, developed countries have a national medical insurance system that covers catastrophic diseases. We study the historical context and institutional framework of the general health insurance systems in developed countries, analyze characteristics of different catastrophic disease insurance models and summarize the experiences in reducing patient out-of-pocket expenses, lowering insurance payments, and improving the quality and efficiency of medical services. When formulating policies about catastrophic disease insurance, governments should comprehensively control medical costs to reduce patient expenses, change insurance payment methods to control insurance administration costs, increase operational supervision, and improve the quality and efficiency of medical services.

**【Key words】**Health insurance; Catastrophic disease insurance; International experiences

随着医药卫生体制改革和公立医院改革工作的逐步深入推进,我国政府对医疗保障体系建设愈加重视。2012年8月24日,国家发改委、卫生部等6部门公布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《意见》),标志着我国医保体系建设从实现病有所医向解决因病致贫、因病返贫问题迈出关键一步。开展大病保障工作,有利于切实减

轻人民群众大病医疗费用负担,提高人民群众就医公平可及性,有效降低中低收入家庭因病致贫、因病返贫的风险。本文通过分析国际上典型国家医保制度建设及其对重大疾病的保障模式,为我国大病保障制度建设的具体实施提供经验和启示。

鉴于世界各国大病保障政策均以其医疗保障体系为基础,本文首先介绍国际上典型国家医疗保障

\* 作者简介:孙冬悦,女(1988年—),硕士,实习研究员,主要研究方向为医院管理、医院运行绩效管理、病人安全及医疗风险管理。E-mail:sunwinterhappy@yahoo.com.cn

通讯作者:孙纽云。E-mail:sunny6879@163.com

体系的历史背景、制度框架等,进而分析重大疾病的保障模式,并探讨其成功经验对我国的启示。根据医疗保障在基金筹集方式、医疗费用分担方式等方面存在的差异,国际上将医疗保险制度主要划分为以下三种:商业医疗保险模式、国家医疗保险模式、社会医疗保险模式。<sup>[1]</sup>一个国家或地区,可能同时存在几种医疗保险制度,但均以一种模式为主导<sup>[2]</sup>,因此本研究分别选取了三种基本医疗保险模式的国家为研究对象,分析探索其保障制度的相关内容。

## 1 商业医疗保险主导模式:以美国为例

商业医疗保险模式的特点是将医疗保险作为商品,按照市场原则筹集医疗保险费用和提供医疗服务,代表国家是美国。

### 1.1 医疗保障制度形成的背景

美国是一个追求个人独立和自由、反对过多行政干预,信奉采用市场手段解决医疗问题的国家。在20世纪30年代以前,美国政府尚无任何医疗保障政策,受经济危机影响,许多人患病后没有能力就医,导致患者看病困难,医院和医师收入显著降低。在这种背景下,一方面,私人保险开始实行预付保险计划,也就是后来的蓝十字和蓝盾协会(Blue Cross Blue Shield Association)的前身;另一方面,经济危机后凯恩斯主义悄然兴起,1935年美国政府颁布《社会保障法》(Social Security Act),标志着美国政府开始对社会福利进行干预。发展至今,美国已经形成以商业医疗保险为主、社会医疗保险和社会救助为辅的混合型、多层次的医疗保障体系。

### 1.2 医疗保障制度框架

#### 1.2.1 由商业健康保险公司提供的医疗保障

在美国,商业健康保险公司分为营利性和非营利性两种,非营利性保险公司在税收方面享受一定的优惠,其典型代表是大多数的蓝十字和蓝盾组织,双蓝组织包括38家独立经营的地区保险公司<sup>[3]</sup>,覆盖了将近1亿的美国民众,占有商业健康保险参保人数一半以上。营利性保险公司虽不能享受税收的优惠,但却可以将经营成果分发给股东和管理层,不需要将全部盈余用于公共服务,在美国规模较大

的营利性保险公司有联合健康集团(United Healthcare Group)、安泰保险集团(Aetna)等。据美国人口统计局数据显示,2008年3亿美国人中,大约有1.76亿人<sup>[4]</sup>享有雇主或家属的雇主提供的私营保险公司医疗保险,占美国总人口的58%左右,此外,约有2700万人由个人购买商业医疗保险。

#### 1.2.2 由美国政府提供的医疗保障

美国政府为弱势群体提供社会医疗保险,主要包括医疗照顾计划(Medicare)、医疗救助计划(Medicaid)和儿童医疗保险计划(The State Children's Health Insurance Program, SCHIP)等。Medicare是针对65岁以上的老年人以及因残疾、慢性肾炎等接受社会福利部门救济者提供的医疗保险,由国家卫生和人类服务部直属的社会保障总署直接管理,经费由中央财政拨付,患者个人负担较少<sup>[5]</sup>;Medicaid根据《美国安全法》规定,对低收入、失业和残疾人群提供免费的医疗服务,其划定的贫困线标准依据各州经济情况确定<sup>[6-7]</sup>;SCHIP于1997年开始实施,目的是向未纳入医疗保险范围内的儿童和孕妇提供医疗补助<sup>[8]</sup>。该计划由联邦政府制定指导方针,各州自行设计计划,其中包括设定审查标准、支付水平和管理程序等。

### 1.3 重大疾病保障的特点

美国虽没有单独建立大病保障制度,但其医疗保险制度设计本身就是基于保障大病的思想,具体体现在设定个人医疗负担封顶线、降低个人自付比、开展医疗救助等措施。此外,商业重大疾病保险(以下简称“商业重疾险”)的发展和完善,不仅补偿大病患者医疗费用,还弥补了患者因无法正常工作而带来的经济损失。

#### 1.3.1 商业健康保险一般设置个人负担封顶额,超过封顶额后患者无需付费

不同于其他国家医疗保障制度模式设定“一揽子”式的标准,美国商业健康保险由筹资、报销标准各异的保险产品组成,通过保险市场的良性竞争满足人们不同层次的医疗保险需求。虽然保险公司可以自由制定健康保险产品,但为了降低投保人的道德风险、自身运营风险和管理成本,纵使待遇标准不

同,但一般都采取共付额、免赔额和最高限额等措施。<sup>[9]</sup>患者需要支出免赔额以下的所有费用以及免赔额以上的部分费用(比例约为 20%),但为了降低患者因大病带来的高费用负担所引发的家庭财务危机,一般情况下,保险公司还设定了个人负担封顶额,当个人自付费用超过一定金额时,不再需要个人支付。免赔额和共付额的设定降低了患者的道德风险,而个人自付额封顶也化解了患者因大病造成的财务风险。因此,这种医疗保险制度设计,既加强了参保人对自身健康负责的意识,又突显了健康保险互助共济的作用。即便参保人群不幸罹患重大疾病,也仅承担有限的医疗费用,因病致贫问题并不突出。此外,除了对疾病保障外,各州的法律规定保险公司必须提供某些医疗服务,如乳腺检查、宫颈癌检查、糖尿病病人健康教育、婴儿免疫等,推进一、二级预防工作开展,消除或减轻患病危险因素,降低重、慢性疾病的患病率,进而减轻大病保障负担。

由于各商业健康保险公司的运营经费主要来自于参保个人和企业,当患者和医生将昂贵的医疗费用转嫁给保险公司时,保险公司只能抬高保险费用,从而加重参保人负担,甚至使得部分“有工作的穷人”退出商业健康保险。为控制医疗费用的持续增长,提高卫生系统的运行效率,各保险公司纷纷探索对医疗服务供给方的付费方式改革,例如,对家庭医生实行按人头承包付费;对医院实行 DRGs 包干或是总额预付,预付金额由保险公司与医疗机构谈判结果决定;为在控费的基础上,保障医疗质量,近些年还实施按绩效支付(pay for performance, P4P)的付费改革<sup>[10-12]</sup>,给予质量好的医院或医师经济激励。以健康为宗旨设计医保付费改革策略,不仅有助于提高医疗机构服务效率、降低保险公司运营成本,更能够提高人们生命质量,提升国民健康素质。

1.3.2 政府为弱势群体提供保障安全网,个人无需支付或仅支付少部分医药费用

在美国,Medicare 是主要提供给老年人的社会医疗保险计划,年轻人工作期间缴费,但只有退休后才能够享受,具有代际间转化互助作用。Medicare 由 4

类福利组成,包括医院保险、医疗保险、医疗照顾优势计划、处方药保险。<sup>[13]</sup>政府负担 3 天以上的大部分住院费用、约 80% 的医生诊治费用以及大部分药品费用。虽然 Medicare 并没有设定自付封顶线,但在住院费用方面,绝大部分参保人只需支付固定金额的费用,其余由联邦医保支付;在医疗费用方面,联邦医保也支付了 80% 左右的费用,个人所需支付费用有限;在处方药品方面,当参保人花费超过一定额度后,则给予 95% 的报销。<sup>[14]</sup>可见,Medicare 虽然通过设定起付线、自付比等需方偿付方式控制道德风险,但仍然承担了大部分的医疗费用,重大疾病患者负担比例较低。此外,对于联邦医保未予以报销的费用,参保人还可以通过参加商业保险进行再保险;低收入老年人若无力负担自付部分费用,还可以向政府申请 Medicaid。此外,SCHIP 针对不符合申请 Medicaid 条件的儿童和孕妇进行医疗补助,缓解了更大范围人群的疾病负担。

1.3.3 商业重疾险的引入,弥补了患者因无法正常工作而带来的家庭经济损失

随着商业重疾险在南非和英国等地的发展,美国商业保险公司也开始引入商业重疾险,一般按照疾病病种进行保障,分担了大病患者绝大部分经济负担。值得注意的是,商业重疾险的内涵与我国正在推行的大病医保有本质的区别:首先,保障对象不同,“大病医保”保障的是城镇居民医保和新农合参保(合)人,属于社会基本医疗保障;商业重疾险实行自愿参保,参保人与商业保险公司签订合同并执行合同条款。其次,保障意义不同,大病医保属于社会福利,为了防止因病致贫;而商业重疾险是在大病医保的基础上,按照被保险人和保险公司签订的条款履行合同。第三,保障内容不同,大病医保主要对疾病产生的费用进行保险;而商业重疾险不仅能对医疗费用进行保障,更重要的是对因病产生的经济困难进行保障,如因病无法正常工作的损失、孩子的教育费用、贷款费、家庭的日常消费等。

## 2 国家医疗保险主导模式:以英国为例

国家医疗保险模式,即全民免费医疗模式,由政府依靠税收筹集医疗基金,政府直接创办大部分医

疗机构,公立医疗机构通过政府预算拨款或转移支付获得经济来源,并向本国居民提供免费的医疗服务。英国、加拿大、瑞典、澳大利亚等都属于这种模式,其中以英国为典型代表。

## 2.1 医疗保障制度形成的背景

英国国家医疗保障体系,又称国家健康服务体系(National Health Service, NHS),始建于1948年,其理念源于二战后流行于欧洲的凯恩斯主义,是从摇篮到坟墓的社会福利系统的重要组成部分。当时的英国经济学家威廉·贝弗里奇在对德国社会福利进行考察与研究后,提交了构建英国社会福利政策的《贝弗里奇报告》<sup>[15]</sup>,其核心原则就是把社会福利作为一项社会责任确定下来,通过建立一套以国民保险制度为核心的社会保障体系,使所有公民都能平等地获得包括医疗在内的社会保障。英国工党政府上台后通过立法正式确立了这一全民免费医疗体系,使得每一个英国居民都可获得近乎免费的医疗服务。

## 2.2 医疗保障制度框架

英国医疗服务提供方分为公立医疗机构和私营医疗机构。公立医疗机构是国民健康服务体系的重要组成部分,由国家通过税收购买服务,覆盖绝大多数英国居民;私营医疗服务是公立医疗服务的补充,主要服务于高收入、高需求的人群。<sup>[16]</sup> NHS建立了两级医疗服务体系<sup>[17]</sup>,包括初级卫生保健体系和二级医疗保健体系。初级卫生保健体系是 NHS 的主体,提供包括常见病的治疗、健康宣传、家庭护理、疾病预防,甚至是特殊的保健服务如戒烟和戒酒。初级卫生保健由全科医生(GP)提供,全科医生在 NHS 体系中充当守门人的角色,90%以上的人群在初级卫生保健体系接受治疗,不需要转诊到二级医疗保健体系。二级医疗保健体系主要提供专科医疗服务或手术服务,保障了10%大病患者的就医需求。

## 2.3 重大疾病保障的特点

由于英国实行全民保险制为核心的社会保障制度,其原则是提供基于患者需求而非支付能力的医疗服务,患者仅需支付部分处方费,对于部分弱势群

体还实施处方费的减免政策,因此,对于大病患者并无经济方面的压力,更不会出现因病致贫的社会问题。对于希望及时获得高质量医疗服务而选择私营医院就诊的高收入人群,其大病医疗费用还可以通过商业重疾险予以补偿。

### 2.3.1 政府以税收方式进行筹资,提供近乎免费的医疗服务

政府部门是英国医疗服务的最大出资方,主要以税收转移支付购买医疗服务,并对服务过程进行监管。英国实行家庭医生首诊制,一般情况下,患者得病后需首先预约家庭医生,若经家庭医生诊治后认为病情较为严重,就可以转诊到医院做进一步治疗。对于医疗费用的支付,合法居民可以享受免费医疗,但是牙科手术、视力检查和配眼镜除外;病人需付部分处方费,但对于产妇、哺乳期妇女、儿童、退休者、医疗事故病人、战争或因工伤引起的疾病或治疗、低收入家庭成员予以豁免。可见,在英国,无论大病小病,只要是在规定的医疗机构就医,都可以享受近乎免费的医疗服务,居民无需为大病带来的经济负担担忧。免费的医疗服务虽然缓解了居民的负担,但政府财政压力日益加剧。近些年,英国政府正通过开展管办分离、医药分开、内部市场制、支付方式改革,鼓励私营资本进入医疗服务领域等多种举措,以达到降低财政负担,提高 NHS 运行效率和质量的目标。

### 2.3.2 对弱势群体开展医疗救助,确保每一位合法居民享有适当的医疗服务

虽然英国大多数医疗费用由国家承担,但仍有极少部分需要患者自身承担的费用,包括处方费、牙医费、眼科费用以及非医疗服务费用如路费等。为帮助弱势群体缓解这些费用所带来的生活负担,英国政府实施了医疗救助制度。救助对象包括老人、体弱多病人群、享受政府津贴补助人群、低收入人群和税收抵免人群。<sup>[18]</sup>

### 2.3.3 商业重疾险成为 NHS 的有力补充

虽然政府为公民提供几乎免费的医疗服务,但由于住院医疗服务需要通过转诊机制,对于一些非急诊手术往往需要等待较长时间,为缩短等候时间,获得及时治疗<sup>[19]</sup>,部分高收入人群开始购买商业健



康保险。英国商业健康保险保障范围较广,不仅包括 NHS 的所有服务,还包括各种疾病所造成损失的补偿。目前,英国有 45 家提供私人医疗保险的公司,提供的医疗保险项目品种繁多,主要分为普通私人医疗保险、重大疾病保险、失能收入损失保险、长期护理保险等,其中,重大疾病保险是最重要的险种。<sup>[20]</sup>早期重大疾病保险只保障 6 种发病率高的核心疾病(包括癌症、心脏病、脑中风、冠状动脉绕道术、肾衰竭和重要器官移植)。如今,重大疾病保险保障的疾病范围逐步发展扩大,主要有两种产品:一是只保障 6~10 种基本疾病的保险;二是保障 30 多种疾病的综合保险,投保人可自由选择。在疾病定义和分类方面,英国保险协会对重大疾病保险的几十种重大疾病制定了统一标准,每年该协会都会发布《重大疾病保险的最佳实践声明》,旨在帮助保护消费者,并帮助他们了解和比较重大疾病政策,其中包含对重大疾病的定义和分类,这些重大疾病包括 6 种核心疾病和市场上 95% 的重大疾病保险都包括的疾病。这样减少了因各保险公司提供保险的疾病不一致而引发的纠纷,对英国重大疾病保险市场起到了规范作用。

### 3 社会医疗保险主导模式:以韩国、日本为例

社会医疗保险模式是指国家通过立法对医疗保障进行管理,以单位和个人筹资作为主要资金来源,政府也可以通过财政拨款、税收优惠等方式给予补贴,德国、法国、意大利、日本、韩国等均采取这种模式。日本、韩国与我国毗邻,具有相近的文化和社会背景,具有借鉴意义。

#### 3.1 日本

##### 3.1.1 医疗保障制度形成的背景

日本医疗保健制度的起源可追溯到 20 世纪初,当时日本政府为稳定政治秩序、维护经济发展,相继制定了《健康保险法》、《国民健康保险法》、《职员健康保险法》和《船员保险法》等法律,并在管理形式上吸收和借鉴了德国的经验和做法,发展到 20 世纪 50 年代末,日本已经建立起覆盖全民的医疗保障体系。

##### 3.1.2 医疗保障制度框架

日本实行强制保险型的社会医疗保障制度,参保率达 90% 以上。日本共有 8 个不同的健康保险制度,可归纳为健康保险和国民健康保险两大类。健康保险始建于 1922 年,是日本医疗保险制度创立的标志。健康保险法规定:受雇于 5 人以上企业的劳动者及其家属都必须参加健康保险。健康保险主要分为政府掌管健康保险、共济组合掌管健康保险、船员保险、国家公务员共济组合、地方公务员共济组合和私立学校教职员共济组合六种。<sup>[21]</sup>国民健康保险于 1958 年建立,保障对象包括农民、自由职业者、农林渔业从业者、退休人员以及在日本居住一年以上的外国人等。此外,日本还建立后期高龄者医疗制度,主要针对 75 岁以上的高龄人群以及 65~74 岁残障人群,参保对象按月缴纳保险金。<sup>[22]</sup>

##### 3.1.3 重大疾病保障的特点

(1)国民健康保险制定高额医疗费用报销制度,当费用高于一定额度时,高出部分个人只承担 1%。国民健康保险参保人群的医疗费用每月结算,6 岁及以下儿童自付 20%,7~69 岁普通人群自付 30%,70~74 岁低收入者自付 20%、高收入者自付 30%,其余由政府承担。然而当个人不幸罹患重大疾病时,医疗费用仍然较高。为解决大病患者的医疗费用风险,政府出台高额医疗费用报销制度。对于年龄小于 70 岁的人群,当医疗费用高于一定额度时(日本政府将人群划分为高、中、低收入组,不同收入组的高额医疗费用起付线不同),患者只需承担高出部分的 1%。举例来说,对于中等收入患者,2010 年,高额医疗费用的起付线是 26.7 万日元,若医疗费用是 100 万,则在高额医疗费用报销制度的保障下,患者只需支付  $26.7 \text{ 万} \times 30\% + (100 - 26.7) \text{ 万} \times 1\% = 8.74 \text{ 万日元}$ 。一年若发生 4 次及以上高额医疗费用支出,则其高额费用起付线会下降,以中等收入为例,单次医疗费用支付上限降为 4.44 万日元。<sup>[23]</sup>此外,对于 70~75 岁之间的人群也有相应费用减免政策,如对于高收入者门诊个人负担上限 4.44 万日元,住院个人负担上限公式为  $8.01 \text{ 万} + [( \text{医疗总花费} - 26.7) \times 1\%]$ ;中等收入者个人门诊负担上限 1.2 万日元,住院个人负担上限为 4.44 万日元;低收入

者门诊 0.8 万日元,住院 2.46 万(或 1.5 万)日元。<sup>[23]</sup>

(2)制定后期高龄者医疗制度,高龄人群可报销 90% 的医疗费用。2003 年,将原有的老人保健制度改为后期高龄者医疗制度。<sup>[24]</sup>后期高龄者医疗制度适用于 75 岁及以上人群以及 65~74 岁的残障人群,自 2008 年 4 月实施。<sup>[25]</sup>此制度是从一般医疗制度中完全独立的新制度,满足条件的人群必须退出原保险。此保险制度医疗费用报销比例高达 90%,满足了老年人群的大病医疗需求。

### 3.2 韩国

#### 3.2.1 医疗保障制度形成的背景

1977 年单位医疗保险的实施标志着韩国医疗保障制度的正式建立。此前,鉴于韩国长期受殖民统治以及忙于朝鲜战争,经济发展水平较低,政府无暇也无力建设社会保障体系。1961 年,以朴正熙为首的军部通过军事政变掌握了实权,为稳定民心、维护政权,新政府于 1963 年制定《医疗保险法》和《产业灾害补偿保险法》,允许符合条件的人群自愿参保。随韩国经济的迅速崛起,医疗保健制度也不断发展和完善,从 1977 年强制实施的单位医疗保险,到 1988 年农村地域医保、1989 年城市地域医保的全面实施,韩国在短短 12 年间,完成了从单位医保向全民医保的转变,成为全球在最短时间内实现全民健康保险目标的成功典范。<sup>[26-27]</sup>

#### 3.2.2 医疗保障制度框架

2002 年之前,韩国的社会医疗保险按职业和居住地的不同分为单位医疗保险、地域医疗保险和公教医疗保险。单位医疗保险参保对象为雇用 5 人及以上的单位;地域医疗保险参保对象划分为农村地区和城市地区,此外,雇用 5 人以下的小企业的工人也被纳入该保险范畴;公教医疗保险对象为公务员(包括国立和私立学校教职员)。2002 年,韩国将这三大社会医疗保险子系统合并成统一的制度。<sup>[28]</sup>医疗保险资金来源以投保人缴费为主,以政府财政补助或其他利息收入为辅。保险费额度原则上是按照收入征收,其中,单位医疗保险和公务员、私立学校教职员保险保费为标准月薪的 3%~8%,由单位和个人各负担一半<sup>[29]</sup>;地域医疗保险按收入、财产、家

庭人口等实行定额制,全部由投保者负担。

#### 3.2.3 重大疾病保障的特点

(1)制定个人负担上限标准,超额部分由公共机构负担。近年来,韩国政府不断探索减免重症高额疾病患者诊疗费用负担的举措。2004 年起,对各种癌症及帕金森症等 62 种疑难疾病诊疗费用的个人负担率下降到 20%。2009 年 12 月起,为减轻不同阶层人群的大病医疗费用负担,《国民健康保险法试行修正令》(2009 年)规定收入标准在前 20% 的人群,个人负担上限标准为 400 万韩元;收入在前 20%~50% 的人群,个人负担上限标准为 300 万韩元;收入标准在后 50% 的人群,个人负担上限标准为 200 万韩元,超额部分将由公共机构负担。政策的出台使得韩国健康保险整体保障率水平上升,大病患者如癌症、心脏病、疑难杂症患者的保障率均显著提高。<sup>[30]</sup>

(2)制定老年人长期护理保险制度。为缓解老年人长期护理费用负担过重的社会问题,韩国政府于 2008 年在健康保险的基础上建立了老年人长期护理保险制度。2008 年 12 月,4.3% 的老年人成为受助对象。老年人长期护理保险制度在减轻老年人经济风险,改善健康水平方面起到了积极作用。

## 4 启示

通过对四个国家医疗保障制度及大病保障相关政策的分析,可见各国政府均结合本国实际开展了一系列行之有效的大病保障措施,减轻了患者经济负担,一定程度上满足了患者的医疗需求。此外,为降低医保基金风险,提高运营效率,各国还采取了以满足患者健康需求为导向的医保支付方式改革、医疗机构内部市场化、加强政府监管等措施,为我国开展大病保障工作提供借鉴。

### 4.1 采用综合控费措施,降低患者自付费用

为切实降低患者大额医疗费用,各国采取了不同的大病保障措施,主要有:设定需方偿付方式(如个人自付封顶线、自付比例、自付金额)、开展医疗救助、实施慢性病管理项目、制定老年人口医保制度、建立大病保障制度等。例如,美国主要通过设定个人自付封顶线、提高报销比例以及对弱势人群的医

疗照顾减轻患者大病医疗费用负担;英国通过政府提供近乎免费的医疗服务保障大病患者病有所医;韩国和日本则主要依靠个人自付费用封顶和制定老年人医保制度保障弱势人群医疗需求。除依靠社会保险制度外,各国还纷纷建立医疗救助制度,这种政府兜底的做法形成了一道社会安全网,满足了更广泛人群的医疗服务需求,促进了社会稳定和经济发展。总之,典型国家均根据本国国情和基本医疗保障体系,在保障医保基金或财政收支可持续运行的前提下,努力降低患者医疗费用负担,尤其是对疾病风险高、医疗费用高、收入水平低的人群,给予一定的政策倾斜。

在我国,基本医疗保障制度的重点任务已经从扩大范围转向提升质量。因此,在学习国外经验的基础上,可尝试探索提高医保支付封顶线,设置阶梯型报销比例使得费用越高的患者自付比例越低,扩大医保偿付范围等方式,不断降低大病患者负担;此外,考虑到老龄化和疾病模式的转变等客观因素,也可探索不同人群、不同病种的大病保障,从而有侧重的解决弱势患者就医问题。

#### 4.2 转变医保支付方式,控制医保付费水平

为有效控制医疗费用,尤其是大病医疗费用,典型国家的做法通常是将支付方式从后付制转向预付制,将医保基金的运行风险由医保机构独自承担转变为医保、医疗机构共同分担。在这种理念下,医保支付方式从按项目付费方式逐渐转变为总额预付、按疾病诊断相关组和按人头付费等多种支付方式。医保基金预付制对费用的控制虽取得了显著成效,却出现了医疗机构治疗不足、推诿病人的现象。一些国家为建立以患者健康为宗旨的医疗服务体系,开始逐步探索以质量和健康结果为基础的按绩效支付方式,在预付制的基础上再给予医疗服务提供者适当的经济激励,进而规范医疗服务提供行为。

在我国,医疗保障对医疗服务进行支付,是两个体系的衔接点;改革医保支付方式,转变医疗行为的激励机制,是两大体系协同发展的关键。在大病保障体系的建设中尤其要注重这一点,因大病存在病程长、费用高等特点,后付制的支付方式将会使费用控制更加困难。因此,在未来大病保障体系建设乃

至整个医保体系完善过程中,医保支付方式改革应逐渐从粗放型的单一控费发展到集约型控费,在此基础上注重保障质量和效率,保障患者的切身利益。

#### 4.3 加强运行监管,提高医疗质量和效率

以患者为核心的医疗服务理念已成为国际共识,各国不断探索提高医疗服务质量和效率的措施和方法,如美国近年来推出按绩效支付计划,给予质量好的医院经济奖励;英国通过内部市场化,实行管办分开,政府与医疗服务提供方建立契约化的服务购买关系;通过进行合理有效的医疗服务运行监管,医疗机构对于疾病尤其是一些费用高、病程长、风险大的重大疾病的治疗质量和效率均有明显提升。

因此,我国在进行大病保障建设中,同样不能忽视对医疗机构的运行监管,应吸取发达国家经验,采取适合我国国情的综合措施,监管医疗机构对于疾病尤其是重大疾病的医疗质量和效率,进而提高大病治疗效果,提升大病保障基金的使用效率。此外,各国均开始注重疾病的预防,比如通过法律法规强制保险公司提供某些预防性服务,这种“治未病”的做法提高了医保基金的使用效率,有效遏制了慢性病和一些重大疾病的发生与发展,提高了居民健康水平。

#### 参 考 文 献

- [1] Folland, Goodman, Stano. *The Economics of Health and Health Care: Internation Version* [M]. US: Pearson Education, 2009.
- [2] 蔡仁华. 国际医疗保险制度模式比较研究(上)[J]. 中国医院管理, 1997, 17(1): 12-14.
- [3] BlueCross BlueShield Association [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.bcbs.com>.
- [4] US Census Bureau. *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United State; 2008* [R]. 2009.
- [5] Teitelbaum J, Wilensky S. *Essentials of Health Policy and Law*[M]. Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- [6] Stevens R. *The Public-Private Health Care State: Essays on the History of American Health Care Policy* [M]. Transaction Publisher, 2007.
- [7] 赵强. *揭秘美国医疗制度及其相关行业*[M]. 南京: 东南大学出版社, 2010.

- [8] Medicaid. gov [EB/OL]. [2012-12-26]. <http://www.medicare.gov/Medicare-CHIP-Program-Information/By-Topics/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP.html>.
- [9] 乌日图. 医疗保障制度国际比较及政策选择[D]. 北京:中国社会科学院, 2003.
- [10] Cromwell J, Trisolini M, Pope G, et al. Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches[M]. RTI Press publication, 2011.
- [11] Rosenthal B, Dudley R. Pay-for-Performance Will the Latest Payment Trend Improve Care? [J]. JAMA, 2007, 297(7): 740-744.
- [12] Rebhun D, Williams T. The California Pay For Performance Program[R]. Integrated Healthcare Association, 2009.
- [13] Medicare. gov [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.medicare.gov>.
- [14] Joyce B, Lau D. Medicare Part D Prescription Drug Benefit: An Update [EB/OL]. [2012-12-06]. [http://www.aging.northwestern.edu/media/pdf/22\\_2.pdf](http://www.aging.northwestern.edu/media/pdf/22_2.pdf).
- [15] 1946 National Insurance Act [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/Linsur-ance1946.htm>.
- [16] Thai K, Wimberley E, McManus S. Handbook of International Health Care Systems[R]. New York: Marcel Dekker, Inc., 2002
- [17] NHS choices [EB/OL]. [2012-12-06]. <http://www.nhs.uk>.
- [18] 余臻峥. 国外典型国家医疗救助制度经验及其借鉴[J]. 现代商贸工业, 2010(19): 97-98.
- [19] 胡善联, 刘金峰, 王吉善, 等. 英国非营利性私人医疗保险制度[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 2002, 19(1): 1-3.
- [20] 张遥, 张淑玲. 英国商业健康保险经验借鉴[J]. 保险研究, 2010(2): 124-127.
- [21] Health Insurance. City of Kagoshima. [EB/OL]. [2012-12-06]. [http://www.city.kagoshima.lg.jp/\\_1010/shimin/oreigner-eng-1/0005357.html](http://www.city.kagoshima.lg.jp/_1010/shimin/oreigner-eng-1/0005357.html).
- [22] 厚生省. 我が国の医療保険制度について[EB/OL]. [2012-12-26]. <http://www.mhlw.go.jp/english/>.
- [23] Minato City National Health Insurance Guidebook 2010 [R]. 2010.
- [24] 厚生省. 厚生白書医療構造改革の目指すもの[M]. 平成19年版. 东京: 株式会社ぎょうせい, 2007.
- [25] 刘晓莉, 冯泽永, 方明金, 等. 日本医疗保险制度改革及对我国的启示[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2008, 368(11): 43-45.
- [26] Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: Key design features in the transition model[R]. WHO, 2004.
- [27] Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Social Health Insurance: A contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection[R]. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, 2005.
- [28] 郭金龙, 段家喜. 韩国社会医疗保险制度的特点及改革措施[J]. 红旗文稿, 2007(21): 33-34.
- [29] 许严. 韩国社会保障建设对我国的启示[D]. 济南: 山东大学, 2008.
- [30] 黄罗一, 金珍珠, 金镜河. 韩国健康保险的现状与发展课题[R]. 韩国健康与社会事务研究院, 2009.

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2012-12-28]

(编辑 刘博)

# 医保基金有效使用:风险管理、国际经验与政策建议

董丹丹\* 孙纽云 孙冬悦 房珊杉 梁铭会

卫生部医院管理研究所 北京 100191

**【摘要】** 医保基金有效使用是医疗保险制度运行管理的核心,本文分析了我国医保基金有效使用与管理过程中人口老龄化、价格上涨、社会福利政策完善所致医疗需求释放等外部风险因素以及医保系统本身的运行风险,总结了国际上应对医保基金运行管理风险的经验,结合我国国情提出为确保我国医保基金有效使用应科学预估医保基金运行风险,合理确定医保筹集费率与补偿标准;提高医保基金统筹层次,提升基本医保互助共济水平;健全医保基金监测机制,提高基金使用效率;完善医保报销目录,加强医疗服务项目管理的相关建议,以期完善我国医保基金的管理。

**【关键词】** 医保基金;费用管控;效率

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.004

## Effective use of health insurance funds: Risk management, international experiences and policy recommendations

DONG Dan-dan, SUN Niu-yun, SUN Dong-yue, FANG Shan-shan, LIANG Ming-hui

National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Effective management of the health insurance funds is the core of the operation and management of the medical insurance system. This paper comprehensive analyzed the risk in health insurance funds use and management. the risks include ageing, economic inflation, release of medical needs caused by Social welfare policy improvement and other external factors, as well as the internal factors in health insurance system. Furthermore, we summarized the advanced foreign experience during the health insurance funds operation and use. Finally, based on the fact of China, it proposed the advices on effective management of the health insurance funds such as to determine the medical insurance raise rate and compensation standard reasonably with estimating the medical insurance fund operation risk scientifically, to develop the medical insurance relief level with improving the insurance overall level, to improve the efficiency of funds use with establishing the health insurance funds monitoring mechanisms, and to strengthen medical service project management with Improving medical insurance reimbursement directory.

**【Key words】** Health insurance funds; Costs control and management; Efficiency

医保基金的有效使用与管理是整个医疗保险制度的核心,也是保障其健康持续运行的根本。当前经济社会快速发展、人口老龄化日益加剧、医疗技术日新月异、医学模式不断转变,如何基于我国经济和社会发展趋势,充分估计医保基金运行风险,建立合理稳定的医保基金使用与管理机制,使医保基金的

使用与管理更加科学、规范和高效,达到既降低医保基金风险,又能为参保患者提供较好医疗服务的目的,成为医保管理部门和定点医疗机构共同面临的一道难题。结合当前我国经济社会发展现状,本文分析了我国医保基金运行管理的风险因素,在借鉴发达国家医保基金使用与管控经验基础上,提出促

\* 作者简介:董丹丹,女(1986年—),实习研究员,主要研究方向为医院管理、医院运行绩效管理、病人安全及医疗风险管理。E-mail: d19860126@126.com

通讯作者:孙纽云。E-mail: sunny6879@163.com

进我国医保基金有效使用的建议。

## 1 我国医保基金运行管理的主要风险

### 1.1 医保体系外部因素

#### 1.1.1 人口老龄化

伴随经济高速发展,我国人口期望寿命逐步提高,老龄人口比例逐步增加。2010年人均期望寿命达到74.8岁,2011年65岁以上老年人比例达9.1%<sup>[1]</sup>,已经远超联合国教科文组织规定的7%的老龄化国家标准。相关研究预测,2020年我国老年人口将达到17.2%<sup>[2]</sup>,进入“超老龄社会”。人口老龄化程度的加深以及参保人群高龄化的趋势对医保基金的使用与管理提出了挑战。目前基本医疗保险制度中,与在职职工相比,退休老龄人口享有不缴费、个人账户划入多、统筹基金个人自付比例低等政策优惠。虽然每年医保基金存在大量结余,但造成结余的很大一部分原因在于参保人口年龄结构比较年轻,医保资金消耗较少。随着参保人群老龄化程度不断加深,在职与退休比逐渐降低,这些优惠政策的效应将会不断放大,使得统筹基金支出大幅增加。因此,从医保基金纵向平衡的视角出发,目前的基金结余只是表面现象,现有的基金结余能否补偿未来参保结构老龄化加剧的医疗费用支出,已经成为医保基金使用与管理的重大风险问题。

#### 1.1.2 价格上涨

“十一五”期间我国居民消费价格指数(Consumer Price Index, CPI)在3.3~5.4之间,以2005年为基年,2010年GDP平减指数为1.27,5年物价水平上涨27%,物品与服务的价格与成本都快速提升。在政府卫生投入不足以及医院创收机制不变的情况下,医疗服务的价格也将相应快速提升。2010年我国城镇职工和居民医疗保险基金结余为4741亿元,在价格上涨因素的影响下,粗略估计该结余基金在2015年的实际购买水平仅相当于3733亿元。因此,医保基金的大量结余现象并不能有效保障未来支付能力,如何提高医保基金使用效率,保证医保基金的保值增值应成为当前医保基金管理的重要方向。

#### 1.1.3 新医改政策环境

伴随新一轮医药卫生体制改革中基本医疗保障

的全面覆盖,2009—2011年,全国居民卫生服务3年的需求释放量约为7.8亿诊疗人次。<sup>[3]</sup>新医改方案中提高职工医保待遇水平的做法主要体现在两个方面:一是城镇职工医保报销比率逐步提高,扩大和提高门诊费用报销范围和比率,近期又明确了今年各统筹地区职工医保住院医疗费用报销比率要普遍达到70%以上;二是将城镇职工医保最高支付限额由原来当地职工年平均工资的4倍提高到6倍左右。这两项指标的调整无疑会大大增加职工基本医保统筹基金支出,减少结余。2012年3月14日,国务院印发《关于“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发〔2012〕11号),提出加快健全全民医保体系,稳步提高基本医疗保障水平,着力加强管理服务能力,切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题。<sup>[4]</sup>2012年8月30日,六部委联合下发《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605号),提出要在不增加医保筹资负担的情况下,建立覆盖城乡的大病保障制度。<sup>[5]</sup>然而,伴随全民医保制度的完善以及大病保障制度建立,居民医疗服务需求将大量释放,医保费用负担也将随之加大。比如,对于肿瘤患者、血透患者这些特殊病种进行大病保障,将会降低患病死亡率,延长患者生存周期;在患者延长的寿命年限内,反复多次的治疗花费、病人存活数量的增加都将消耗大量的大病保障补偿资金,加大医保基金运营风险。

#### 1.1.4 高新技术、药品、耗材使用与道德风险

科学技术的发展加速了医疗设备的更新换代和诊疗技术的进步,高精尖医疗设备及高值耗材、药品的使用成了医保费用支付增长的重要推动力。2003年我国100万元以上医疗设备为2.25万台,2009年增至4.4万台。目前,国内部分医疗卫生机构在购置医用设备、引进医疗技术时不考虑自身的实际情况,存在过度追求技术新、配置高、功能全的现象,使得医疗资源不能有效利用,医保基金的经济效益与社会效益均得不到有效保证。<sup>[6]</sup>同时,由于信息不对称,医疗机构与患者的道德风险大量存在,诱导需求以及联合骗保时有发生,助推了医疗成本上涨,增加了医保基金的运行风险。

## 1.2 医保体系内部因素

第一,在基金收缴方面,医保统筹层次偏低,不同保险制度的筹资水平、报销比例差异较大,不利于医保风险分担机制的实现。当前以县为主要统筹单元的医保基金统筹规模偏小,医保基金的保障能力有限,同时,部分地区参保率并不理想,参保人员逆向选择问题较为突出,对医疗费用的损失分布难以准确把握,从而增加了基金的风险。<sup>[7]</sup>

第二,医保费率测定方面,部分地区对于参保人员结构及其变化趋势估计不足,各地一般以非寿险精算理论为基础实行现收现付的筹资模式,存在对历史债务缺乏妥善处理,对医疗保险关系转移缺乏协调的机制,对提前退休产生的负面效应估计不足等问题<sup>[8]</sup>,为医疗保险制度持续健康运行埋下了隐患。

第三,在基金支付方面,传统按项目付费的支付方式,难以对医疗服务费用进行有效控制,医务人员成本意识缺乏。部分地区未结合当地社会经济发展情况来制定医保基金的筹集比例与偿付标准,往往导致结余过多或经费超支的问题,增加了医保基金的可持续运行风险。<sup>[9]</sup>

## 2 医保基金有效使用与管控的国际经验

自 20 世纪 50 年代开始,西方国家建立了比较完善的医疗保险制度,伴随社会经济发展,这些国家也经历了人口老龄化、通货膨胀、科学技术发展等外部环境改变与内部政策制度完善的阶段,并逐步采取多项改革措施防范以上风险的发生,保证医保基金的安全与有效使用,相关经验对我国具有借鉴意义。

### 2.1 提高筹资水平,严格补偿管理,防范人口老龄化与经济通胀风险

人口老龄化与通货膨胀加剧了医保基金的运行负担,为提高医保制度互助救济能力,保障医保制度的健康可持续运行,世界各国通过提高医保基金筹集水平和严控补偿管理两个方面开展医保基金的使用与管理改革。

一是通过强制性立法提高医保费率。德国、美国等一些国家的社会医疗保险制度中,医保费用被固定在既定的总额中,按照既定薪资比例和税率来

筹集。<sup>[10]</sup>如果医保费用过快增长,这些国家会通过强制性立法程序来重新调整医疗保险费或税率以保障医保经费的支付能力。<sup>[11-12]</sup>

二是通过价格与服务量控制来改革医保基金补偿管理。医保费用取决于医疗服务价格与服务量,在服务价格控制方面,国外主要采用协商定价以及强制定价两种方式控制服务价格。加拿大与大多数欧洲国家,医疗服务价格往往通过医保支付者与专业团体(医疗机构)间的协商来确定,一般为价低优先。<sup>[13]</sup>日本政府控制费用的主要手段则是通过设定有约束力的全国性给付价格目录来实现。这一价格目录决定了所有门诊和住院病人医疗服务的付费,医生必须完全按照目录标准收费。服务量控制方面,国际上主要通过改变支付单元和利用审查方式,来控制医院诱导需求的现象,避免服务量的不合理增长。

此外,为提高医保基金的整体效率,多数国家医保管理中引入了健康管理概念,通过加大预防服务的偿付力度以及国家立法方式促进参保人员健康。同时,一些国家还通过中央和地方财政来分担人口老龄化所带来的医保费用负担。1982 年日本建立了老年医疗制度,目的是为了“在国民年老之后能保持健康和获得必要的医疗”,实施主体是地方政府,实施对象是已经加入社会保险、70 岁以上或 65~70 岁且长期卧床的辖区内居住者,其医疗费用国家负担 20%,地方政府负担 10%,医疗保险负担 70%。<sup>[14]</sup>

### 2.2 医疗服务供需方双向控制,减少医疗资源浪费,抵御道德风险

医疗机构和参保患者是医疗服务提供与医疗资源消耗的主体,在利益驱动下,占据资源与信息优势的医疗服务提供方容易产生诱导需求的行为,而处于决策信息劣势的参保患者,在医保机构的第三方付费机制下缺乏成本控制意识,往往盲从医疗服务提供者的建议,产生道德风险。为增进医疗资源合理使用,防范医保市场的道德风险,各国纷纷从供需双方采取措施,监测医疗服务行为,控制医疗成本,主要措施包括以下几个方面。

#### 2.2.1 供方

第一,建立服务监管机构与审查制度,防范医疗资源浪费。为加强医疗服务行为监管,提高医保基

金使用效率与效果,德国从2000年开始,在法定医疗保险范围内建立了一个医药处方管理机构,制定了一份可在保险机构报销的药物清单,凡是没有列入清单的药物必须由患者本人支付费用<sup>[15-16]</sup>;为了确定医疗服务和产品的价值,德国还成立了医疗服务质量和效率研究所(German Institute for Quality and Efficiency in Health Care, IQWiG),主要负责调查确定医疗设备、药品及其他治疗方法的疗效。如果该研究所认为某种治疗方法没有价值,那么就会从保险套餐中将此服务剔除。日本则建立了严格的第三方审查制度,医疗机构定期把医疗结算单送交医疗保险部门,医疗保险部门委托医疗费用支付基金会和国民健康保险团体联合会(第三方机构)进行审查,如果发现医院开大处方等违规行为,立即取消该医院为被保险人提供医疗服务的资格。该措施防范了医疗机构诱导需求的行为,有利于抵御医疗机构的道德风险。<sup>[17]</sup>

第二,引入竞争机制,保障患者权利,提高服务效率。20世纪80年代开始,英国对全民医保体制进行了重大变革:引入内部市场机制。在内部市场中,将NHS分为购买者和提供者。原先相关的国家医疗治理机构变成了医疗服务的购买者,负责分析居民医疗需求,代表国家与服务提供者订立承包合同,购买服务。而提供者只有通过提供比以前和其他竞争者更质优价廉的服务,经过激烈的相互竞争,获得购买者的合同,才能取得资金,以继续经营。改革实施四年后,英国医保体系效率提高了1%,医疗机构对治疗成本的信息披露得到极大改善,病人及其代理者的可得信息更为充分,迫使提供者不得不努力降低成本,从而提高对卫生资源的利用效率。<sup>[18-19]</sup>

第三,建立医疗机构间合作,提高非住院治疗服务比例。非住院治疗是指日间医院、家庭护理、老年保健院等机构提供的医疗服务。推广非住院治疗的主要思路为政策引导、建立发展基金、改革对家庭护理保健的偿付办法等。以往德国卫生系统严格划分成两大类:家庭医生或专科医生提供的门诊和住院治疗。但这种严格的划分导致了大量的资金浪费,因此德国目前正试图拉近门诊和住院之间的距离,鼓励门诊医生与住院医生紧密合作,在诊所、医院以及保险之间形成网

络,优化医疗资源,提高医保基金使用效率。

第四,医保管理机构自办医疗机构。由于长期形成的历史和社会等方面的原因,在实行市场经济的国家,私人医院、诊所、开业医生以及药商数量众多,医疗保险机构对其不能弃之不用,但其高昂的收费又使医疗保险机构难以承受。为此,南美一些国家的社会保险机构自己设立医疗单位,为被保险人服务,进行国民健康管理。墨西哥把医疗服务和经费集中统一管理,其做法主要有两个特点:一是自办医疗单位,实行严格的分级医疗;二是把加强防治工作放在重要位置,注重保健和预防宣传,以减少参保人员罹患重大疾病的风险,从源头上节约医保开支。

### 2.2.2 需方

在第三方付费机制的作用下,医疗服务的需求方对于医保经费的成本控制意识较差,各国主要通过调整经济利益,增强患者的费用意识,以达到控制医疗费用的目的。主要改革措施有:

一是增加患者个人自付比例,减少服务项目,提高药品费用分担份额。日本从1999年开始,政府管理的健康保健制度中被保险者自付医疗费用比例已从10%提高到20%。<sup>[20]</sup>2004年起,德国病人每个季度首次门诊需交10欧元,住院病人每天需交6~18欧元,每年需付28天的费用;每瓶处方药个人须付费3元,经济困难者可凭证明免除,非处方药费用全部自理;个人越过全科医生直接找专科医生费用要自理。<sup>[21-22]</sup>

二是引进奖励机制。20世纪90年代,德国根据卫生改革法要求每一个州,必须要有一部分疾病基金对一年内没有就医的参保人返还部分费用。<sup>[23]</sup>

三是建立个人账户。新加坡采用以储蓄为基础的医疗保险体制,建立了强制性的保健储蓄(Medisave)。<sup>[24-25]</sup>目前,我国医疗保险改革也是采用社会统筹与个人账户相结合的模式,目的是为了增强参保人的费用意识,促使医疗消费者审慎合理地利用医疗服务,自觉地控制医疗费用。

## 2.3 提高统筹层次,改革基金结算方式,完善医管理理制度

低统筹、碎片化的医疗保险基金不利于风险分担,最优的风险池应该是一种尽量集中化的设计。<sup>[26]</sup>



从国外经验来看,提高统筹层次是各国医疗保险发展的趋势。如韩国将低统筹层次的医疗保险强制合并为高统筹层次的医疗保险。<sup>[27]</sup>德国医疗保险以集体化为特征,在保留低统筹层次医疗保险的基础上,建立高层面的机构,对各低层次的医疗保险进行管理,所有在政府确定的收入线以下的居民必须根据联邦法律,强制性成为疾病基金的成员。疾病基金是非营利性的医疗保险组织,疾病基金会代表病人的利益和医疗机构打交道,同时筹集保险金并支付地区医生的服务费。这样的强制性医保集中制措施,提高了医保组织的风险分散池水平,有助于保障患者权益。这些国家的医疗保险改革都经历了统筹层次由低级到中级,再发展到高级的过程。<sup>[28-29]</sup>

改变医疗服务结算方式也是完善医保制度,提高医保经费使用效率的重要措施。总体来看,国际上医保结算方式改革趋势由单一后付制向混合预付制转变,主要通过总额预付、按病种付费、按人头付费等方式,制定预付标准和总量来约束供方行为,使其共同承担经济风险,自觉规范医疗行为。<sup>[30]</sup>

### 3 提高我国医保基金使用效率的政策建议

#### 3.1 科学预估医保基金运行风险,合理确定筹资费率与支出标准,确保基金安全

医疗保险制度是社会资源再分配的有效手段,医保基金的使用与管理必须充分考虑基金的成本效益,按照“以收定支,收支平衡,略有结余”的原则,结合各地经济发展水平,合理厘定医保筹集费率,充分估计人口老龄化、价格上涨以及医疗需求释放对医保基金运行造成的风险,处理好基金结余和提高待遇水平的关系。然后,建立确保合理筹资的精算标准和技术体系。国家可在总体基金收支测算的基础上,先提出指导各省(市)确定费率的计算公式,然后由各省(市)测算出本地区执行费率和待遇支付总水平,以此实现依据经济发展程度不同的全国分地区的差别费率和梯级待遇支出标准,并以此进行风险评估与管理,指导各省对所辖各地市进行保险费用征缴和资金再分配。<sup>[31]</sup>此外,为确保结余基金安全,针对大量结余基金,应管理监督结余基金的使用与利息,在确保基金安全的前提下,探索基金保值增值

的有效途径。

#### 3.2 提高医保基金统筹层次,提升基本医保互助共济水平,实现制度公平

依据社会保险的“大数法则”,医保统筹层次越高,医保基金的互助共济、抗风险能力就越强,医保制度的运行就越持续稳健。统筹与公平是医保制度发展的重要方向,在我国经济社会转型的主要时期,确保医保基金的使用效率,必须把握三个方面的统筹:

一是制度内统筹。在我国大多数地区,城镇职工医保制度与城镇居民医保制度均由各地社保部门管理,但筹资水平、补偿比例相差甚远。一个地区内的城镇职工的工资收入水平往往高于城镇居民,目前管理分离、制度分设的医疗保障制度呈现高收入高补偿,低收入低补偿的问题,不能有效发挥医疗保险的风险分担机制,也造成了人力与管理资源的浪费。因此,制度内统筹首先应解决城镇医保的统筹问题,统筹城镇职工与居民医保制度,扩大医保基金的风险池,提高城镇医保基金的共济能力。

二是地域内统筹。在医保制度建立之初,为满足参保人就近就医,降低管理难度,实行较低的统筹层次是适宜可行的,但其造成的资源分散,管理成本高、效率低、漏洞多、抗风险能力弱等问题日益突出,提高统筹层次已刻不容缓。统筹层次实质是统筹区域间的协调发展,层次越低,区域间的差距就越大,公平程度越低。“十二五”规划提出要“逐步提高统筹层次,加快实现医保关系转移接续和医疗费用异地就医结算”,就是要通过提高统筹层次,减少医保关系在区域间转移和异地就医医疗费用结算的难度,提高区域间的公平性。地域统筹层次的提高,将打破原有多地医保经办机构分管的管理模式。因此,首先应统一医保政策,科学合理地测算医保经费筹集与支出水平;其次应统一基金管理经办服务,规范服务标准与管理报销流程;最后应划分权责,合理确定新统筹地区和原统筹地区的职权和责任,确保基金的运行效率。

三是制度间统筹。伴随大病保险制度逐步建立,医疗救助制度的不断完善以及商业医疗保险的介入,基本医保制度的完善需统筹考虑多种保障制

度的衔接问题,例如不同制度的转换、各项制度的筹资与报销、参保地就医与异地就医、以及起付线、共付比例、封顶线之间的关系等,都应统筹设计、相互协调。

### 3.3 健全医保基金监测机制,提高基金使用效率,抵御道德风险

建立医保基金监测机制,动态调整医保政策是完善医疗保险制度和优化决策过程的必然要求,也是制定和调整医疗保险费用支付方式与标准的基础。<sup>[32]</sup> 总体来讲,由于制度间覆盖人群存在交叉,不同医保制度与地域间医保基金筹集水平与偿付额度存在差异,医保基金转移支付体系尚未完善,我国现有的医保基金难以统计参保人员全部医疗费用支出情况,多数地区也尚未针对医疗保险费用和基金收支情况建立系统而灵敏的监测体系。针对这一情况,建议:

一是尽快建立系统完整的医保基金监测体系,对医保基金、医保定点医疗机构、药店以及参保人员的整体情况进行监测。动态分析医保基金的筹集、支出以及结余趋势,监测医保定点机构服务与成本空置情况,分析参保人员的年龄结构、医疗服务利用趋势及人群疾病风险。结合监测结果,动态调整医保经费收缴比例与偿付标准。

二是增进医疗机构成本意识,激励医院在总额预算的支付方式下,控制医疗成本,提高医疗服务质量与服务效率,降低医院道德风险与诱导需求倾向。可建立医保定点机构的质量评估体系,在目前对定点医疗机构考核的基础上,进一步增加对于医院服务质量的考核,充分考虑患者的反应、医疗服务量、服务态度、医疗质量、医疗管理等多方因素,在考核结果中引入质量校正系数的理念。医保机构依据质量校正系数对医院结算费用进行调整,从而建立起经济上的激励和奖惩机制。此外,为了操作简便,增加对医疗机构的控制力度,可以在每次支付给医院费用时,预留一定比例的费用,年终根据医院的总体考核状况给予奖惩。

### 3.4 完善医保报销目录,加强医疗服务项目管理,控制医疗成本

尽管我国大部分地区已经开展总额预付、按服务单元付费等预付制支付方式改革,但现有医保报

销政策中,仍是以按服务项目、药品及耗材为单位进行报销,在当前城镇医保全面推进总额预付的契机下,完善基本医保报销目录,推广使用基本药物制度,采用适宜技术,有助于医院在既定总额下控制成本,规范诊疗行为,提升医保基金使用效率。加强医疗服务项目管理,要做好以下三方面:

一是结合医药科技发展现状,完善基本医保药品目录,持续增加疗效好、成本低的基本药物,加强对药品合理使用监测与经济学评价,推进普适性诊疗技术的开展,促进相关政策的落实。<sup>[33]</sup>

二是伴随诊疗技术的规范与发展,完善基本医保诊疗项目目录。由于目前基本医保尚缺乏对医用耗材的规范管理,建议尝试建立基本医保医用材料目录,规范医用材料的使用,控制医用材料成本。

三是应借助信息化技术,与相关部门协调合作,规范医保报销目录的诊断编码、技术规范等标准,建立完善基本医疗保险药品、诊疗项目和医用材料数据库以及疾病诊断库,逐步建立统一完整的医疗保险服务管理信息库。

### 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家统计局. 2012 年中国统计年鉴 [DB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2012/indexch.htm>.
- [2] 全国老龄工作委员会办公室. 中国人口老龄化发展趋势预测研究报告 [EB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.ctc-health.org.cn/file/20061213lnqs.pdf>.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 2012 中国卫生统计提要 [DB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/ptjty/201206/55044.shtml>.
- [4] 国家发展和改革委员会. 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(国发[2012]11号) [EB/OL]. [2012-12-30]. [http://www.ndrc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830\\_502833.htm](http://www.ndrc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830_502833.htm).
- [5] 中华人民共和国国家发展和改革委员会. 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见(发改社会[2012]2605号) [EB/OL]. [2012-12-30]. [http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830\\_502833.htm](http://www.sdpc.gov.cn/zcfb/zcfbtz/2012tz/t20120830_502833.htm).
- [6] 钱英, 羊月祺. 我国大型医用设备管理现状及发展趋势研究 [J]. 医疗卫生装备, 2011, 32(7): 115-116.

- [7] 高向华, 应锋. 新型农村合作医疗制度下逆向选择问题及防范[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(2): 15-16.
- [8] 杨一心, 刘晓婷. 对城镇职工医保基金结余的再认识[J]. 中国医疗保险, 2009(11): 25-27.
- [9] 李兴国. 社会医疗保险可持续发展微观分析[J]. 中国卫生事业管理, 2005, 21(6): 324-326.
- [10] Altenstetter C. Health care reform in Germany: patchwork change within established governance structures [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2005, 30(1): 121-142.
- [11] Getzen, Thomas E. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds [M]. New York: John Wiley & Sons. Inc., 1997.
- [12] Gunnar W P. Universal health insurance: Will it control the cost of U. S. healthcare? [J]. Perspectives in Biology and Medicine, 2008, 51(2): 285-291.
- [13] Hughes J S. How well has Canada contained the costs of doctoring? [J]. the journal of the American Medical Association, 1988, 260(18): 2676-2681.
- [14] 冯英, 聂文倩. 外国的医疗保障[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2008.
- [15] Germany trade&invest. The German Social Security System [EB/OL]. [2012-12-30]. <http://www.invest-in-germany.com/homepage>
- [16] 丁纯. 德国医疗保障制度: 现状、问题与改革[J]. 欧洲研究, 2007(6): 107.
- [17] 孟开, 张玲. 日本医疗费用审核制度及其启示[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(8): 637-640.
- [18] 侯立平. 英国医疗保险体制改革[J]. 中国改革, 2006(8): 64-65.
- [19] 高连克, 杨淑琴. 英国医疗保障制度变迁及其启示[J]. 北方论丛, 2005(4): 110-113.
- [20] Yutaka Imai. Health care reform in Japan[R]. OECD Economics department, 2002.
- [21] Sawicki P T. Quality of health care in Germany: A Six country Comparison[J]. Medizinische Klinik, 2005, 100(11): 755-768.
- [22] Busse R. Determining the "health benefit basket" of the statutory health insurance scheme in Germany methodologies and criteria[J]. The European Journal of Health Economics, 2006, 6(suppl 1): 30-36.
- [23] Anon. Although national health insurance covers general practice outlay, contract physicians are responsible for carelessness in clinics[J]. MMW Fortschritte der Medizin, 2005, 147(23): 44-45.
- [24] Ministry of Health Singapore. The 2007/2008 Medical Endowment Scheme Annual Report[EB/OL]. [2012-12-30]. [http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Reports/2008/FY\\_07%20Annual%20Report%20and%20MOH%20FS%20\(fin\).pdf](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Reports/2008/FY_07%20Annual%20Report%20and%20MOH%20FS%20(fin).pdf).
- [25] Reisman D. Payment for Health in Singapore [J]. International Journal of Social Economics, 2006, 33(2): 2.
- [26] Smith P C, Sophie N, Witterb. Risk Pooling in health care financing: The implications for health system performance [M]. Washington, DC.: The international Bank for Reconstruction and Development and The World Bank, 2004.
- [27] Huck-ju Kwon, Fen-ling Chen. Governing Universal Health Insurance in Korea and Taiwan[J]. International Journal of Social Welfare, 2008, 17(4): 355-364.
- [28] Melanie L. Health care reform in Germany: Not the big Bang [J]. Health Policy Monitor, 2006(8): 1-9.
- [29] Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Finan Cing health-care in the European Union Challenges and policy responses [M]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European, 2009.
- [30] Porter C. A new emphasis on health care safety, quality, and cost containment: how will this affect dietetics practice? [J]. Journal of the American Dietetic Association, 2004, 104(11): 1667-1670.
- [31] 王虎峰. 中国社会医疗保险统筹层次提升的模式选择——基于国际经验借鉴的视角[J]. 经济社会体制比较, 2009(6): 60-66.
- [32] 吴晓峰. 德国医疗保险制度改革[J]. 国外医学·卫生经济分册, 2000, 17(3): 97-103.
- [33] 蔡跃进. 居民医疗保险: 从试点走向完善[J]. 中国劳动, 2008(7): 10.

[收稿日期: 2012-12-18 修回日期: 2012-12-28]

(编辑 赵晓娟)

# 德国医疗保障体系改革及启示

房珊杉\* 孙纽云 梁铭会

卫生部医院管理研究所 北京 100191

**【摘要】**德国是世界上最早建立社会医疗保障制度的国家,其医疗保障体系以法定医疗保险为主,私人医疗保险为辅,基本实现了全民覆盖。本文在梳理德国医疗保障体系三次改革的基础上,阐述德国当前医保管理模式、医疗保险体系、医疗服务体系以及对弱势群体进行保障的现状特点,归纳德国医疗保障体系在发挥市场机制、医保福利包设计、提供均等医疗服务、实行家庭医生制度、注重质量和效率的具体经验,进而提出厘清政府和市场的关系、适时调整医保福利包、逐步建立分级诊疗模式、保障公平的医疗服务以及合理控制医药费用等建议。

**【关键词】**社会健康保险;竞争;质量;效率

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.005

## Social health insurance reform in Germany and implications for China

FANG Shan-shan, SUN Niu-yun, LIANG Ming-hui

National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Germany was the first country to establish social health insurance system. The health insurance system in Germany is composed of compulsory social insurance and private insurance, with universal coverage. After systematically introducing three healthcare reforms, this paper analyzes present situation and characteristics of health service regulation mode, medical service system, medical insurance system and security of disadvantaged people; summarizes the experience of design of benefit package, deliver equitable services, introduce market competition mechanism, ambulatory medical care, maintaining quality and efficiencies, and then put forward some advice to promote the construction work of the security system: clarifying the relationship between the government and the market, incrementally adapting the mandated benefit package, gradually establishing the mode of referral system, supplying fair medical services and controlling medical cost reasonably.

**【Key words】** Social health insurance; Competition; Quality; Efficiency

医疗保障制度是国家的基本经济社会制度<sup>[1]</sup>,我国已经初步建立了低水平、广覆盖的医疗保障体系。为应对医疗服务需求增加、疾病谱变化、医药技术创新引发卫生费用快速增长等问题,国务院于2012年3月发布《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,指出要充分发挥全民基本医保的基础性作用,重点由扩大范围转向提升质量;通过支付制度改革,加大医保经办机构和医疗机构控制医药费用过快增长的责任;在继续提高基本医保

参保率基础上,稳步提高基本医疗保障水平,着力加强管理服务能力,切实解决重特大疾病患者医疗费用保障问题。<sup>[2]</sup>可见,我国基本医保的重点已从低水平的覆盖面扩张转向质量和效率的提升,为更好的完成医疗保障制度改革的新任务、新目标,本文选取了具有代表性的德国进行案例研究,在阐述改革历程的基础上,分析其医疗保障管理模式、医疗保险体系、医疗服务体系的现状及特点,并提出对我国发展和完善医疗保障体系的启示。

\* 作者简介:房珊杉,女(1984年—),博士,实习研究员,主要研究方向为医院管理、卫生经济。E-mail:fss\_0912@126.com  
通讯作者:孙纽云。E-mail:sunny6879@163.com

## 1 德国医疗保障体系的三次改革

### 1.1 第一次改革:构建了较为完整的医疗保险体系

19 世纪末,为解决德国产业工人看病问题,缓解社会矛盾,维护经济发展,德国开始了第一次卫生改革,建立了全面覆盖和平等准入的卫生系统,构建了较为完整的医疗保险体系,实现了人人享有卫生保健。1883 年,德国通过《医疗保险法》,成为世界上首个建立社会医疗保险制度的国家,经过不断的调整和发展,逐步形成了以强制性全面覆盖、有限共付、自由选择医疗服务供给方和开放式融资体制为特征的医疗保障体系<sup>[3]</sup>,包括:通过立法建立医疗保障制度并强制执行;强调社会公平公正,覆盖面广,依据患者需求补偿和分配卫生资源;实行混合制医疗保健供给,法定强制性保险和私人自愿型保险并存;加强保险机构组织间相互竞争、自我管理<sup>[4]</sup>。医疗保健体系覆盖范围的发展路径可归纳为社会保险计划区域间、人群间和工作单位间的扩展,如社会保险计划从发达地区向欠发达地区扩展,从正规就业向非正规就业人群扩展,从高收入到低收入人群扩展,从大规模的公司向小规模公司扩展等。<sup>[5]</sup>

在注重覆盖率提升的同时,德国政府还针对医保福利包进行了补充和完善。首先,将事故保险、养老保险以及失业保险纳入法定社会保险体系范畴<sup>[6]</sup>;其次,在已有福利包中增加特定疾病及服务,如职业病(1925 年、1929 年)、性传播疾病(1952 年)和一系列预防性措施(1955 年)<sup>[7]</sup>;第三,对已有福利逐步增加保障金额和治疗时间,如 1954 年增加病假工资的金额和期限,1974 年取消住院服务的时间限制等<sup>[8-9]</sup>。到 20 世纪 80 年代,德国政府为公众提供的福利包甚至包括温泉治疗,此外,患者在门诊和住院方面也享有近乎免费的治疗。<sup>[3]</sup> 医保覆盖范围和保障水平的提高满足并提升了人们的医疗服务需求,然而供方诱导需求容易发生,且当时的医疗保险制度设计对供需双方均缺乏制约,随着医学科技的发展、人口老龄化、慢病患者增加等因素,导致医疗费用快速膨胀,最终致使医疗保险基金无力承担。

### 1.2 第二次改革:控制费用过快增长

20 世纪 70 年代以后,为遏制医疗费用过快增长,德国对医疗服务供需双方采取管制、定量配给、

制定支出上限等措施,开展了第二次卫生改革。控费以供方措施为主,包括控制医院的规模和准入、医疗服务设备和医务人员数量配给、单次医疗服务支出上限、医院总额预算制等;辅以适度的需方措施,包括福利包范围、共付保险和自付额等。以医师的控制为例,从 1977 年设定单次门诊医疗服务支出上限和实行医师总额预付制,1993 年实施医生处方药预算;对医院的控制方面,1984—1986 年实行总额预算制度;药品方面包括 1982 年增加个人自付药品,1989 年实施药品参考价格制度;在需方控制措施方面,1989 年以后将部分牙科服务、医疗救护设备、普通感冒以及部分药品均排除在医保福利包范围外<sup>[10]</sup>,这些政策短期内对控制费用起到了一定作用。但是,配给政策下的供方调控和价格管制造成资源分配和服务提供效率低下,而医学技术不断创新,消费者医疗保健需求持续增长,使得配给政策根本无法达到控制费用长期增长的目的。

### 1.3 第三次改革:提高卫生系统运行效率

20 世纪 90 年代以后,为控制医疗费用的长期增长及提高卫生系统的运行效率,德国医改从管制配给转变为强调竞争激励的作用,朝向加强市场竞争和政府干预的管理型竞争模式发展,第三次卫生改革开始。以激励机制为基础的改革包括三方面内容:患者方面,实行费用分担机制的改革,增加参保人个人责任,如 20 世纪 90 年代大幅增加处方药的自付比例;医保方面,1993 和 1997 年的改革允许投保人拥有自由选择疾病基金的权利(之前仅有高收入的工人拥有此权利),加强了保险基金的相互竞争<sup>[11]</sup>;医疗机构方面,医保机构通过付费方式改革进一步加强了对医疗机构的费用控制,如 2007 年与医保机构签约的门诊医生的薪酬制度发生根本变化,实行以疾病为导向的总报酬模式和与医生绩效挂钩的最低费用总额模式<sup>[12]</sup>。然而,由于医疗服务本身的特点,在市场竞争型的卫生系统中,如何保证弱势群体公平地获得卫生保健一直是政府最为关注的问题之一。<sup>[13]</sup> 为弥补市场竞争的不充分,德国政府通过行政和法律手段防止单纯的市场竞争造成的不利影响,并尝试对卫生系统不同部门进行整合。2000 年施罗德政府开始实施守门人制度,并取消门诊和住院的严格分离,从而更好的协调家庭医生、专科医生

与医院提供的卫生保健服务。目前,德国仍处在第三次改革过程中,政策制定者们不再进行重大变革,而是对现有体系进行微调。

## 2 德国医疗保障体系的特点

### 2.1 分散管理、社会自治的管理模式

德国法定健康保险的管理主要由政府和非政府组织共同协作完成,其管理体制的特点是统一制度、分散管理、鼓励竞争、社会自治。从政府组织层面上看,在德国卫生系统中,各级政府都有各自具体的职责,主要分为三个层次:第一层是联邦卫生部,负责全国医疗卫生管理,主要职能是制定和颁布卫生和医疗保险方面的立法和政策,对全国卫生和医疗保险运行中的重大问题进行研究和宏观调控,制定卫生防疫规划等;第二层是各州的卫生管理部门,负责医院规划、管理州内医院,以及监督疾病基金、医院和医生协会等组织;第三层是地方卫生管理部门,包括市、县卫生局,负责公共健康问题。此外,政府职能还包括对医疗保险机构进行监督。从非政府组织层面上看,德国政府委派相关自治团体对疾病基金和医疗提供者协会进行监管。其中,最重要的自治团体为2004年成立的联邦联合委员会(G-BA),法律规定联邦联合委员会有广泛的监管权利,包括制定和实施疾病基金所提供服务的标准等。2008年,联邦联合委员会的成员包括联邦疾病基金协会(Federal Association of Sickness Funds),医院联盟(Hospital Federation)和法定医疗保险医师协会(Federal Association of SHI Physicians)。此外,联邦联合委员会还下设两个政策研究及咨询机构,医疗服务质量和经济研究所(IQWiG)和医疗质量监督协会(Institute for Quality)。联邦联合委员会在参考政策研究所及咨询机构建议的基础上,制定疾病基金所需保障的医疗服务种类及质量标准。医师协会、医院联盟和疾病基金协会分别负责监督其成员执行。<sup>[14]</sup>

### 2.2 广覆盖、高竞争、高福利的医疗保险体系

法律规定公民必须要参加法定健康保险或是私人健康保险。工资低于特定水平的人群,必须参加法定健康保险,保费由个人及雇主共同负担,参保者无工作的配偶及其子女可免费获得医疗保障;工资高于特定水平的公民,可以自由选择社会医疗保险

或是商业医疗保险<sup>[15]</sup>。2009年,月收入低于4 050欧元或是年收入低于48 600欧元的雇员必须参加法定健康保险。在德国医疗保险体系中,法定健康保险覆盖了85%的公民,私人健康保险覆盖了约10%的公民(其中个体经营者和国家公务员是其最大的购买群体),剩余的极少部分人群,如军人、警察等特殊群体由专设的保险体系进行保障。<sup>[16]</sup>

德国医疗保险体系最重要的特点是疾病基金的市场化运作,即采取政府扶持、社会举办的形式。<sup>[17]</sup>截至2010年,法定健康保险是由180多个自治的、非营利性、非政府组织相互竞争的疾病基金运作。疾病基金在政府监督下实行自我管理,基金的管理机构通常包括基金管理委员会(Administration Councils)和执行委员会(Executive Boards)。管理委员会依据参保者的缴费率制定疾病基金年度预算,确定基金运作相关条例等;基金执行委员会负责基金的日常运行。2009年,政府在国家层面设立中央健康基金,为医疗保险融资,并确定面向全体参保人员和雇主的统一保险费率。尽管保费运作是由多个自治的保险基金持续进行,但是保险费率不再由每个保险机构决定,而是由联邦政府统一设定和征缴。所有保费先被汇集到新的中央健康基金后,按照风险调整后的人头税公式将保费分配给不同的自治保险公司运营。这使疾病基金逐步失去以往单独收缴、管理医疗保险费的权利,只能从中央健康基金领取每个投保人统一数额的保费。此外,鉴于投保人可以选择疾病基金,服务质量、价格等成为疾病基金竞争的焦点。

较高的保障水平是德国医疗保障体系又一显著特点。政府规定了最低福利包,允许疾病基金在最低福利包外增加额外的保障内容。事实上,鉴于德国最低保障福利包水平已经相当高,因此各类疾病基金在福利包的设置上相差不大。<sup>[18]</sup>一般而言,福利包涵盖了预防保健、住院和门诊护理、医师服务、精神卫生保健、牙齿护理、处方药物、艾滋病治疗、康复和病假补偿等。<sup>[19]</sup>为防止道德风险和促进医保基金持续运行,法律规定18岁及以上的成年患者仍需承担部分医药费用<sup>[19]</sup>,但个人年度医疗成本分担通常仅限于家庭年收入的2%。对于慢性病患者,以家庭年收入的1%为医疗成本分担阈值,超过部分由法定

医疗保险全额补偿。<sup>[11]</sup>此外,由于疾病基金风险结构调整机制并不能充分考虑慢性病的照料成本,因此“撇奶油”现象日益严重,即疾病基金会倾向于选择健康的投保者。<sup>[20]</sup>政府加大对慢性病患者的补偿力度,2002 年在法定医疗保险中成立疾病管理项目(DMPs),旨在引导疾病基金以及法定医疗保险的财政资源转向改善慢性病治疗服务的供给。<sup>[21]</sup>DMPs 对疾病基金实行强制性参加原则,对患者和医师采用自愿参加原则,包括的疾病有 1 型和 2 型糖尿病、乳腺癌、冠心病、哮喘以及慢性阻塞性肺病。研究表明,DMPs 优化了护理过程,改善了临床产出,降低了参与者的并发症和紧急住院情况的发生,满足了患者需求。<sup>[22-23]</sup>

### 2.3 多元化、高质量、高效率的医疗服务体系

德国医疗保障体系不仅结合了需求方的强制保险融资,还包括供给方的多样化服务。<sup>[24]</sup>门诊服务由家庭医生主要负责提供,充当守门人角色,其中,家庭医生不仅限于全科医生,还包括部分专科医生以及全科医生与专科医生联合置业的小型综合诊所。<sup>[11]</sup>住院服务主要由公立医院和非营利私立医院构成,近年来,非营利私立医院通过兼并和收购公立医院的形式不断发展壮大。过去,即使私人门诊无法为患者提供必要的医疗服务,一般也不允许住院医师为门诊病人进行治疗。自 2004 年以来,德国允许医院开放门诊服务,为患者提供专业化的门诊专科服务,患者有权利在门诊和住院医疗之间进行选择。医保对门诊医生主要采用按项目付费,对医院主要采用按诊断相关组(DRGs)付费。在医疗服务合同签订方面,医院协会代表与疾病基金会对服务价格、数量以及质量保证措施方面进行谈判。医院可以通过州政府的资金投入以及疾病基金获得双重筹资。<sup>[25]</sup>

德国通过一系列改革举措保障了医疗服务的高质量和高效率。保障医疗质量的措施包括:开展《结构质量项目》以建立医疗服务提供方的质量管理体系,如对医生的继续教育、对药物和医疗过程的健康技术评估和对医院的评审评价等;开展《过程和结果质量项目》,对约 2 250 家急性病治疗的医院建立强制性质量报告系统,该系统设置了超过 150 个指标用于衡量 30 个质量维度,涵盖了德国约 1/6 的住院治

疗服务。除上述改善质量措施外,另一类措施更直接有效地解决了效率问题。2004 年以来,所有药品,无论专利药还是仿制药,除非有充足证据证明其具有成本效益,否则必须受制于参考价格。2008 年医疗服务质量和经济研究所对疾病基金提供的药物和医疗服务开展成本效益评价,从而增加药企在药品定价方面的压力。此外,所有医院必须按照 DRGs 方式获得医保支付,鉴于 DRGs 设计的思想是同类型的疾病支付标准相同,且 DRGs 的权重设计是基于所有医院同类疾病的平均成本,因此对于效率低的医院会主动提高医疗效率、降低成本,以获得更多收益。<sup>[26-27]</sup>

## 3 对我国的启示

综观三次改革,德国医疗保障体系的发展和完善是立足国情,在医疗服务机会公平基础上,基于人们对平等、健康、和谐生活的追求和保证全民共享经济发展社会成果的重要举措。<sup>[28]</sup>从逐步建立起全覆盖的、高水平的医疗保障网,到简单的通过控制政府管制、定量配给以控制医疗费用过快增长,最终到通过建立有效竞争激励机制、促进卫生保健体系的结构变革以提高卫生系统的整体运作效率,德国医疗保障体系的建立和多阶段的改革措施,为我国完善医疗保障体系提供了有益的启示。

### 3.1 厘清政府责任和市场作用,促进二者协调发展

德国医疗保障体系在强调政府责任的同时,充分发挥市场的资源配置作用。如德国政府在医疗保险制度的作用主要是设计总体框架,表现为开展法定医疗保险,在制度框架内的具体执行领域,则充分尊重市场机制作用和自由选择权利。2007 年正式实施的《法定疾病保险——强化竞争法》提出需通过引入市场竞争机制和提高信息透明度,从而有助于扩大投保人的选择空间,通过“用脚投票”促使医疗保险市场健康有序发展。同时,医疗保险制度给予各医疗保险公司充分的权利进行自我管理、自主经营,激励保险机构更多的考虑投保人利益,满足投保人需求。德国这种混合型的医疗保障模式是经过反复实践逐步形成的。目前,我国仍处于社会主义初级阶段,处在经济社会转型时期,这一国情决定了我国既要借鉴又不能完全照搬德国的混合型医疗保障模



式,需要结合实际,逐步完善相关法律法规,发挥政府和市场的作用,建立健全医疗保障体系。首先,应坚持政府主导,确保基本医疗保障的公益性;其次,发挥政府的宏观调控、制定政策法律及监管职能;第三,在基金安全和有效监管的前提下,充分发挥市场调节功能,在医疗服务供给、就医方式、参保方式等方面给予自由选择权,从而实现医疗资源配置政府主导和市场调节的协调发展。

### 3.2 适时调整医保福利包,保障医保基金持续运行

德国医疗保障体系建立之初,福利包近乎涵盖了所有医疗服务,然而,面对医疗技术进步、医学模式转变等因素导致医疗费用飞涨、医保基金风险增大的问题,政府逐渐意识到在提供医疗福利的同时,应对需求方给予有效的控制和激励,使参保者接受部分共付。我国医疗保障体系建立不久,有学习和吸取国外经验的先发优势,为适应当时经济社会发展水平、维护医保基金持续运行,在三大基本医疗保险制度尤其是居民医保和新农合建立时,秉承“广覆盖、保基本、可持续”的思想,初步满足了人们的基本医疗服务需求。需要承认的是,我国整体保障水平不高,家庭因病致贫、因病返贫现象时有发生。随着我国经济社会持续稳定发展,人们医疗需求不断提高,医保福利包也应随之扩展,从而真正实现医保社会互助共济的作用。当然,也应避免福利包过高,否则不利于医保基金持续有效运行,还会进一步诱发患者道德风险。

### 3.3 注重医疗服务公平,实现全体公民病有所医

在德国,所有参加法定医疗保险的公民,患病后所产生的费用基本上全部由医疗保险机构进行支付。无论参保者实际缴费水平和保险机构选择的异同,患者享受到的医疗服务水平基本一致,这体现了医疗保障的公平性原则。我国由于经济发展水平差异,以及卫生资源配置失衡,不同医疗保障待遇水平还存在差异,人人公平享有医疗保障目标尚未实现。因此,应加强政府的宏观调控能力,从法律和制度层面保障公民公平享有医疗服务的权利;增加对农村、社区、偏远地区卫生资源投入,逐步形成分级诊疗、双向转诊机制和大病进医院、小病在社区的格局,从而合理配置医疗资源,提高服务效率;加强我国基本医疗保险制度的整合和发展,逐步提高新农合、居民

医保的统筹层次,缩小与职工医保的差距,提高医疗保障体系的公平性和可及性。

### 3.4 优化医疗资源结构布局,推动建立分级诊疗格局

德国实行家庭医生制度,一般情况下,公民患病后先前往诊所就医,若诊所无法解决再转诊到医院。一座城市通常只有一所大型医院,医院设施先进,能够实现资源的优化组合,提高医疗服务质量和效率。我国医疗资源配置在城乡、地区、区域间分布不均衡,患者随着优质医疗资源的分布,向大城市、大医院集中,是导致“看病难、看病贵”的重要原因。为此,我们需不断整合和优化医疗资源配置,从根本上缓解患者就医难题,具体措施包括:首先应给予基层医疗卫生机构人才、技术、设备等方面的政策支持,加强基层医疗机构服务能力提升;其次,探索托管、建立医疗集团(联合体)、院管院办等方式,形成公立医院与基层医疗卫生机构之间的分工协作机制,有效促进优质资源下沉;第三,借力医保部门付费制度改革,合理设置激励机制,引导患者基层就诊,推动建立分级医疗、双向转诊的就医格局,提升医疗服务体系整体效率,有效控制费用。

### 3.5 提高医疗服务质量和效率,合理控制医药费用

德国医保制度改革从最初的单纯遏制费用增长,稳定缴费费率,最终走向注重提高质量和效率为核心。在宏观制度设计层面上,通过增加透明度和引入更多的竞争机制以扩大投保人选择范围,提高服务效率;在微观运行层面上,通过开展医院评审评价、建立质量报告系统、实施 DRGs 医保付费制度改革、推进药物和医疗服务的成本效益评价、制定药品参考价格等举措进一步规范了医院和药企行为,提高了医疗机构服务质量和效率。随着医改的逐步深化,我国基本医保改革的重点也由扩大范围转向提升质量,可以充分学习借鉴德国经验,加强医保经办部门和卫生监管部门对医疗服务的监管,探索和开展总额预付、按人头、按病种等复合付费方式,充分利用信息平台和网络建设提高信息透明度,引入医保和医疗机构的竞争机制,开展医院运行绩效管理,从而持续改善医疗质量和效率,合理控制医药费用,真正实现以患者为中心的医疗保障体系的建立。

#### 参 考 文 献

[1] 王东进. 回顾与前瞻——中国医疗保险制度改革[M].



- 北京:中国社会科学出版社, 2008.
- [2] 国务院. “十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案(国发[2012]11号)[EB/OL]. [2012-12-20]. [http://www.gov.cn/zw/gk/2012-03/21/content\\_2096671.htm](http://www.gov.cn/zw/gk/2012-03/21/content_2096671.htm).
- [3] Cutler D, Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international Medical-care Reform, *Journal of Economic Literature*[J]. 2002, 40(3): 881-906.
- [4] 丁纯. 德英两国医疗保障模式比较分析:俾斯麦模式和贝弗里奇模式[J]. *财经论丛*, 2009, 142(1): 22-27.
- [5] Zollner D. *Öffentliche Sozialleistungen und wirtschaftliche Entwicklung*[M]. Berlin: Duncker & Humblot, 1963.
- [6] Bloch E, Hillebrandt B, Wolf C. *Wie funktioniert unser Gesundheitswesen?* [M]. Hamburg: Rowohlt, 1997.
- [7] Barnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries? [J]. *Social Science & Medicine*, 2002(54): 1559-1587.
- [8] Winterstein H. *Steigende Sozialabgaben—eine zwangsläufige Entwicklung?* [M]. Berlin: Duncker und Humblot, 1980.
- [9] Winterstein H. *Das System der Sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland* [M]. München: Vahlen, 1980.
- [10] Braun B, Kuhn H, Reiners H. *Das Märchen von der Kostenexplosion—Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*[M]. Frankfurt a. M.: Fischer, 1998.
- [11] Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*[R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- [12] 隋学礼. 互助原则还是竞争机制?—艰难的德国医疗制度改革[J]. *经济社会体制比较*, 2012, 162(4): 57-66.
- [13] Reinhard U. *Accountable Health Care: Is It Compatible With Social Solidarity?* [M]. London, UK: Office of Health Economics, 1997.
- [14] 朱明君, 潘玮. 德国法定医疗保险的现状[J]. *中国医疗保险*, 2012(2): 66-69.
- [15] Graf von der Schulenburg J M. German healthcare system in transition[J]. *European Journal of Health Economics*, 2005(6): 183-187.
- [16] Busse R, Klazinga N. *Descriptions of health systems: Germany and the Netherlands* [R]. The Commonwealth Fund, 2008.
- [17] Altenstetter C. Insights from health care in Germany[J]. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(1): 38-44.
- [18] Giaimo S. *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States* [M]. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2002.
- [19] Thomson S, Osborn R, Squires D, et al. *International Profiles of Health Care Systems* [R]. The Commonwealth Fund, 2010.
- [20] Lisac M, Blum K, Schlette S. *Changing Long-established Structures for More Competition and Stronger Coordination—Health Care Reform in Germany in the Millennium*[J]. *Intereconomics*, 2008(7/8): 184-189.
- [21] 托马斯·格林格尔, 苏健. 德国医疗改革的范式转变及其影响[J]. *江海学刊*, 2011(6): 21-27.
- [22] Elkeles T, Kirschner W, Graf C, et al. *Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten. Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der BARMER*[J]. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008(1): 10-18.
- [23] Graf C, Walter U, Marschall U. *Nutzenbewertung der DMP Diabetes mellitus - Neue Erkenntnisse aus dem Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nichtteilnehmern anhand von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung*[J]. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008(1): 19-30.
- [24] 雅诺什·科奈尔, 翁笙和. *转轨中的福利、选择和一致性*[M]. 北京: 中信出版社, 2003.
- [25] 郝敏, 王璞, 沈霞, 等. 德国医疗体制的几点感悟[J]. *医学与哲学: 人文社会学版*, 2009, 30(10): 53-55.
- [26] Busse R. *Germany opts for Australian diagnosis-related groups*[J]. *Euro Observer*, 2000(2): 1-3.
- [26] Worz M, Busse R. *Analysing the impact of health-care system change in the EU member states—Germany*[J]. *Health Economics*, 2005(14): S133-S149.
- [27] 王川, 陈涛. 德国医疗保险制度的改革及启示[J]. *经济纵横*, 2009(7): 105-107.
- [28] World Health Organization. *Equity in Health and Health Care, a WHO Initiative*[R]. WHO, Geneva, 1996.

[收稿日期:2012-12-18 修回日期:2012-12-29]

(编辑 刘博)

# 我国大病医保的筹资、经办与费用控制

## ——“如何建立大病医保制度”圆桌会议综述

宋伟<sup>1</sup> 李沛<sup>1</sup> 蔡江南<sup>2</sup>

1. 上海财经大学公共经济与管理学院 上海 200433

2. 中欧国际工商学院 上海 201206

中图分类号:R197 文献标识码:D doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.006

2012年12月1日,由中欧国际工商学院主办的第二届卫生政策上海圆桌会议顺利举行。本次会议的主题为“如何建立大病医保制度”,围绕大病医保制度的筹资方式、商业保险经办面临的机遇与挑战以及如何控制医疗费用不合理上涨等方面展开了讨论。现将主要内容和观点综述如下。

### 1 大病医保的筹资方式

#### 1.1 大病医保筹资来源的合理性

2012年8月国家发改委、卫生部等6部委《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(简称《指导意见》)中提出,从城镇居民医保基金、新农合基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金。多数专家认为大病和小病都属于基本医疗的组成部分,支持用基本医保费用来办大病医保,认为这样可以继续通过政府补贴吸引居民参保,从而减少因自愿参保而可能产生的逆向选择。但专家也提醒,如果继续延续自愿参保政策,长期来看可能会出现较为严重的逆向选择,从而影响大病医保的发展。

也有专家认为大病医保筹资从基本医疗保险基金中抽取是不合理的,因为既然规定大病医保属于补充保险,由商业保险公司经办,那么就应该遵循“谁受益谁出钱”的原则进行参保,而不是从既有的基本医保基金中“切割”。建议大病医保可以参照美国商业保险制度的模式,当公司为员工购买商业医疗保险时,这部分费用可以享受政府的免税待遇,从公司的税前收入中扣除。

#### 1.2 大病医保基金的统筹层次和可持续性

要提高大病医保资金的统筹层次,可以从目前的县级统筹向地级市和省级统筹迈进。首先要从顶层设计上做好统筹,以实现十八大报告中反复提到的保障公平和公正的目标。具体的统筹方式,可以是城镇职工、城镇居民和农村居民的城乡统筹,也可

以是行业统筹、区域统筹等。

但是,大病医保筹资仅仅依靠城镇居民医保和新农合基金是不可持续的。随着医疗费用上涨和保障水平提高,基本医疗保险基金的稳定性将受到冲击。因此,要建立基本医疗保险基金的政府和居民多方筹资的机制,并且政府要在大病医保筹资上承担更多责任。

### 2 商业保险公司经办大病医保的机遇与挑战

《指导意见》中提出,建议大病医疗保险由商业保险机构承办,地方政府制定大病保险的筹资、报销范围、最低补偿比例以及就医、结算管理等基本政策要求,并通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构。对此,专家表示,商业保险机构承办大病医保,机遇与挑战并存。

专家认为,目前社会医疗保险机构管理大病医保面临人员紧缺、专业性不足、监管乏力等问题,引入商业保险公司是推动医疗卫生领域市场化管理的有益尝试。对于政府而言,商业保险公司优秀的管理团队、专业的精算水平可以弥补其人员和专业上的不足,同时商业保险公司作为第三方,对医疗机构具有更强的监管动力和能力。对于商业保险公司而言,可以借助大病医保,逐步积累医疗保险管理经验,为拓展医疗保险业务打下基础。

同时,商业保险公司是营利性企业,其主要目的是追求最大化的利润,因此,商业保险公司承办大病医保主要是获取经济利益,有可能会降低患者受益程度,或继续出现补偿比增长、自付费用同时增长的现象。为防止这些问题的发生,政府必须加强对参与大病医保的商业保险公司的监管,防止垄断。商业保险公司参与大病医保的性质应该定位非营利性、微利或只收取管理费。目前大病医保基金只能采取委托的方式由商业保险公司管理,并且必须由政府主导。

### 3 实行大病医保后如何控制医疗费用不合理上涨

#### 3.1 合理确定大病医保的补偿范围和支付标准

医保目录在很大程度上决定了大病医保的保障水平,也影响着大病医保基金的支出。为切实解决因病致贫、因病返贫的问题,必须扩大报销目录。但新增大病医保项目需要建立一个共同参与选择的机制,所有医疗服务项目都按照公众的价值标准进行重要性排序,医疗服务项目按照重要性从高到低依次进入医保目录。制定医保目录要结合定量和定性两种方式,既要通过数据分析选择经济效益高的服务项目,也要定性分析医疗保障的公平性。

支付标准对于调节医疗服务供需双方的行为,优化资源配置,控制医疗费用不合理上涨具有重要作用。支付标准的确定方式主要有两种:一是按照病种进行支付,二是根据个人承担的医疗费用数量进行支付。两种方式各有利弊,如果按病种支付,各地可以从个人负担较重的病种起步开展大病保险,但是由于大病患者一般都在大医院就诊,按病种支付导致大病医保基金都流向大医院,从而助推大医院的进一步扩张。在我国,公立大医院垄断了公共资源,由此产生了垄断利润和寻租成本,大医院的扩张会加剧垄断,也会增加医疗保险机构对大医院的监管难度。

如果按照个人承担的医疗费用进行补偿,其优点是可以直接补偿需方,但对监管工作提出了挑战,并且支付标准的制定是关键。专家认为,在制定起

付标准时,参照城乡居民可支配收入是没有意义的。因为如果按照通常的理解,规定当地城乡居民年均可支配收入作为起付标准,同时达到国家规定的大病医保 50% 的赔付率,这样高的保障水平要求相应的筹资水平做支撑,但是在很多地区,尤其是贫困地区,筹资水平有限,长此以往,大病医保必将入不敷出,难以持续。如果为了达到收支平衡而提高起付标准,根据当地的经济水平,规定以城乡居民年均可支配收入的 2~3 倍甚至更高作为起付标准,那么实质上可支配收入在制定起付标准中的参考价值已经丧失。

#### 3.2 落实预防为主的健康工作方针,加强对医疗服务的监管

要切实解决大病致贫的问题,要从源头抓起,居民应该养成健康的生活方式,防病于未然,从而减少大病支出。对于已经发生的大病,专家提出要采取恰当监管措施,控制过度医疗。

随着医疗保险水平的提高,居民的医疗需求释放,加上医疗机构以牟利为目的的诱导需求,大病医保基金的费用控制面临挑战。专家指出,控制费用首先要从顶层设计上明确过度医疗的监管方,并且从法律上赋予监管方执行监管的权利。同时,专家也提醒,建立医疗保险评审、医疗服务评审机制或医疗保险服务评审机制,有可能受到医院等利益相关方的抵触,在全国实施起来有一定难度。

[收稿日期:2012-12-10 修回日期:2012-12-22]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

## 《中国卫生政策研究》影响因子位列学科榜首

近日,清华大学图书馆和中国科技文献计量评价研究中心在京发布了《2012 年中国学术期刊影响因子年报》。据该年报数据,《中国卫生政策研究》杂志 2011 年影响因子和他引影响因子分别为 1.587 和 1.457,分别比 2010 年提高 46.67% 和 71.82%,在 31 种医药卫生管理类学术期刊中均排名第一,也领先于 87 种预防医学与卫生学期刊。

为更好地发挥专家的学术指导作用,2012 年组建了第二届编委会,进一步增强了编委的代表性和权威性。为促进研究者与决策者的互动,搭建卫生政策研究学术交流平台,2011 年杂志与中国医学科

学院卫生政策与管理研究中心共同创办中国卫生政策研究论坛,并承办两届研讨会,形成了一定影响。杂志网站启用以来,总访问量 96 万次,2012 年日均访问量突破 1500 次,为及时传播研究成果发挥着越来越重要的作用。

回顾四年取得的成绩,得益于各位领导、专家同仁和编委的悉心指导,得益于作者和读者的大力支持,谨向所有为杂志快速发展做出贡献的领导、专家和同仁致以最衷心的感谢!新的起点,新的征程,杂志将继续坚持学术质量为核心,严格规范同行评议,丰富学术交流形式,努力办成我国卫生政策研究领域的学术品牌。

# 医药分开的内涵与实现途径探讨

王贤吉<sup>1,2\*</sup> 付晨<sup>3</sup> 金春林<sup>1</sup> 晏波<sup>3</sup> 彭玉梅<sup>3</sup> 陈小丽<sup>3</sup> 陈卓蕾<sup>3</sup>

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

3. 上海市卫生局 上海 200040

**【摘要】**本文围绕什么是医药分开和如何实现医药分开进行探讨,提出医药分开核心是切断公立医院、医生与药品之间的利益纽带;取消药品加成不等于医药分开,但它是医药分开的必要措施,且现阶段取消药品加成对于打破我国公立医院改革的僵局而言有重要意义;“医”和“药”的真正分开不仅要在补偿机制上下功夫,还需要同步推进药品价格形成机制、公立医院监管考核机制和运行机制等方面的综合改革。

**【关键词】**公立医院;医药分开;药品加成

中图分类号:R951 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.007

## Separating drug sales from medical services: Connotations and approaches

WANG Xian-ji<sup>1,2</sup>, FU Chen<sup>3</sup>, JIN Chun-lin<sup>1</sup>, YAN Bo<sup>3</sup>, PENG Yu-mei<sup>3</sup>, CHEN Xiao-li<sup>3</sup>, CHEN Zhuo-lei<sup>3</sup>

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

2. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

3. Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

**【Abstract】**In this paper, we focus on what it means to separate drug sales from medical services and how to realize this separation. We suggest that separating drug sales from medical services involves cutting the interest ties among public hospitals, doctors, and drug manufacturers and suppliers. Scrapping the drug markup in public hospitals does not in itself separate medical services from drug sales; however, it is an essential first step in public hospital reform in China. Completing this separation relies not only on reforming compensation mechanisms, but also reforming supervision and assessment, pricing, and operational mechanisms.

**【Key words】**Public hospitals; Separating drug sales from medical service; Drug markup

在我国,长期以来公立医院、医生与药品之间存在着错综复杂的利益关系,医药不分、以药补医被公认为是看病难、看病贵问题的关键原因<sup>[1]</sup>,这不仅推动了医药费用不合理上涨,导致了药品不合理使用,而且扭曲了医生的执业行为,腐蚀了医务人员队伍<sup>[2]</sup>。针对这一问题,近年来国家和地方进行了多种形式的医药分开改革探索。2002年,原国家发展计划委员会等九部委下发了《关于印发完善“三项改

革”试点工作指导意见的通知》(计价格[2002]1168号),选择青海省西宁市、广西壮族自治区柳州市、山东省青岛市等城市,试点门诊药房剥离、医药分业;上海市松江区2005年起对包括区属二级医院在内的公立医疗机构实行收支两条线管理<sup>[3]</sup>,江苏省南京市2006年实行了医院药房托管<sup>[4]</sup>,安徽省芜湖市2007年实行了医院药品集中管理<sup>[5]</sup>等。2012年,国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨

\* 基金项目:上海市卫生系统优秀青年人才培养计划项目(XYQ2011052)

作者简介:王贤吉,男(1982年—),博士研究生,助理研究员,主要研究方向为卫生政策、医院管理。

E-mail:wang\_xianji@126.com

通讯作者:付晨。E-mail:fuchen@smhb.gov.cn

实施方案》(国发[2012]11号)、《关于县级公立医院综合改革试点的意见》(国办发[2012]33号)和卫生部等五部委《关于做好2012年公立医院改革工作的通知》(卫医管发[2012]53号)等文件发布后,17个公立医院改革国家联系试点城市和311个公立医院综合改革试点县中多数已相继取消药品加成,进行了医药分开改革。取消药品加成俨然已取代前期的药房托管、药房剥离、收支两条线管理等,成为医药分开的代名词。这其中,不少地方尚存在认识上的误区。本文围绕什么是医药分开、如何实现医药分开等问题进行探讨。

## 1 医药分开的内涵与本质

### 1.1 医药分开的本质是实现医院、医生利益与药品脱钩,取消药品加成并不等于医药分开

实现医药分开,核心是要从医院、医生两个层面切断其与药品之间的利益联系,即做到以下两点:一是公立医院利益与药品脱钩,不依靠药品收入(销售利润)来维持日常运行和发展;二是医生利益与药品脱钩,不从开具处方的药品中获取直接的经济利益。从医疗服务的特点来看,任何改革措施最终都要落脚到医生的执业行为,即医生对患者提供服务上,因此,医药分开根本上是使医生能够为患者提供最适宜的诊疗服务,而不考虑与处方行为和药品销售相关的经济利益(包括来自医院的开单提成和医药企业为医生提供的各种形式的返利、回扣等)。从这个角度来讲,与药房托管、药房剥离、收支两条线管理一样,单纯的取消药品加成并不能实现医药分开,因为这种做法仅去除了公立医院的药品加成收入,只是从表面上切断了医院与药品之间的利益联系,但实际上目前医药企业给予医院药品销售提成(即“暗扣”)的现象普遍存在,取消药品加成并不能改变这一状况,且未涉及到医生层面与药品之间的利益关系问题。因此,取消药品加成与医药分开之间绝不能画上等号。

### 1.2 医药分开主要涉及机制层面的改革

国家新医改提出了“四个分开”的要求,其中政事分开、管办分开主要是体制层面的问题,前者指政府行政职能与公共事业运作功能的分开,后者指政

府对公立医院的监督管理职能与医院的运营和服务提供职能的分开<sup>[6]</sup>;营利性与非营利性分开更多的涉及政策层面的问题,是指对营利性医疗机构和非营利性医疗机构实行分类管理,在政策上区别对待;而医药分开则主要涉及机制层面,要求去除医院运行发展和医务人员经济收入方面对药品收益的依赖(即以药补医)。目前国内对医药分开的研究,从补偿机制角度进行的探讨较多<sup>[7-8]</sup>,然而从国家医改“一个目标、四梁八柱”的框架来看,医药分开不仅关系到补偿机制改革,而且与其他多个领域的改革密切相关,包括药品价格形成机制、监管考核机制、运行机制等,甚至与医药科技产业发展政策、卫生法制和卫生信息化也不无关系。

## 2 取消药品加成作用有限,但现阶段仍具有重要意义

### 2.1 单纯取消药品加成对于降低群众医药费用负担作用甚微

2006年,国家发改委等八部委下发了《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》(发改价格[2006]912号),规定县级及以上医疗机构销售药品执行以购进价为基础,顺加不超过15%的加价率作价,中药饮片加价率不超过25%。从上海市的情况来看,加成率下调政策实施后,全市公立医院药品加价率确实呈逐年下降的趋势;但与此同时,药品加成收入不但没有下降(政策实施后第一年,即2007年除外),反而以年均12.0%的速度增长,药品总收入增速更是高达17.6%,群众医药费用负担不降反升。这其中,除了上述的取消药品加成不能切断医院和医生与药品之间的利益联系外,还有两个方面的原因不容忽视:一是医院的收入来源不只有药品,还包括挂号、诊疗、检查、化验、治疗、手术和卫生材料等收入,去除以药补医后,取而代之的很可能是以检查补医、以耗材补医等新问题<sup>[9]</sup>;且取消药品加成后,很多地方采取了提高医疗服务价格或增设药事服务费、医事服务费<sup>[10]</sup>的做法,容易出现分解服务的问题。二是从我国药品价格的形成角度来看,15%的加成只占药品价格的小部分,而中间流通环节的成本占绝大部分,取消药品加成无法从根本上解决问题。由此可见,单纯的取消药品加成,很难对公立医院、医生的服务行为和药品

的流通供应产生显著的影响,因而很难改变目前开贵药、大处方的现象。

## 2.2 现阶段取消药品加成仍有重要意义

尽管取消药品加成的作用有限,但从深化公立医院改革的大背景来看,现阶段取消药品加成仍有重要意义。首先,有助于破除以药补医机制。以药补医问题始于20世纪80年代中期国家对公立医院实行的进一步放权搞活、“不给钱给政策”,国家允许公立医院采用顺加作价的方式销售药品。<sup>[11]</sup>尽管这一政策在相当长一段时期内有效调动了公立医院和医务人员积极性,增加了服务供给,促进了公立医院尤其是城市大医院的发展,但其带来的问题也是显而易见的。取消药品加成,有助于破除以药补医机制,也有助于改变公立医院长期以来在公众心中业已形成的“卖药赚钱”的不良形象。其次,取消药品加成更重要的意义在于,这一举措将带来一系列连锁反应,有助于推动公立医院改革深化。因为在当前情况下,公立医院取消药品加成必然面临收不抵支的问题,提高技术劳务服务项目价格、增加对公立医院的财政投入等必将提到政府议事日程,而这些正是公立医院改革的必由之路。可以说,取消药品加成是我国公立医院改革勇涉深水区的第一步,对于打破公立医院改革的僵局有重要意义。此外,取消药品加成也能在一定程度上降低药品价格,尽管作用有限,但有利于增强公众对医改的信心。

## 3 实现医药分开需要在取消药品加成基础上实行多措施联动

### 3.1 建立新的补偿机制,保障公立医院正常运行

国家新医改方案提出,要将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助改为服务收费和财政补助。如上所述,取消药品加成后,首先面临的问题是如何弥补公立医院的收入缺口、理顺投入补偿机制,包括三个方面:一是价格补偿。在我国,由于医疗服务价格扭曲,医务人员的劳务价值长期得不到合理体现。<sup>[12]</sup>因此,取消药品加成后,很重要一点是要适度提高医务人员的技术劳务服务项目价格(如提高诊疗费、护理费、手术费,或增设医事服务费、药事服务等),与此同时降低容易诱导消费的检查检验类项目价格,并建立医疗服务价格动态调

整机制,让公立医院真正能够凭借技术服务来维持正常运营,这是实现医药分开的前提和基础。二是财政投入补偿。加大政府投入也很重要,但更重要的是转变财政投入机制。除基本建设、大型设备购置、离退休人员费用等经费可在核定后由财政部门直接拨付外,其余用于保障公立医院日常运行的经费应按照服务的数量、质量、效果等考核评价结果拨付,利用政府资金引导医院良性发展。特别是,取消药品加成、提高技术劳务服务项目价格后,对于大部分公立医院,应主要靠转变运行机制、加强内部管理实现收支平衡;但由于价格调整具有普适性,不同医院的收治病种和用药结构差异较大,因而对专科特点导致亏损的公立医院,财政部门应在原有基础上适当增加补助力度。三是医保补偿。应充分发挥医保支付方式这一经济杠杆的作用,以引导、规范公立医院和医生的服务行为。有研究表明,实行总量控制下的按服务单元付费,符合我国医改实际,能够有效改变公立医院和医生的趋利行为,并确保医院运行的可持续性。<sup>[13]</sup>

### 3.2 完善价格形成机制,挤出药品价格中的“水分”

当前我国药品价格虚高是公认的事实,取消药品加成只是针对药品价格形成的末端环节,而更重要的是要从其源头和中间环节着手,挤出药品价格中的“水分”,从而压缩医药企业的促销和让利空间,这是要实现医药分开的治本之策。首先,要规范药品出厂价设定,科学制定政府指导价,并建立常规性的价格调查、监测和调整机制。在这方面,可以借鉴日本和我国台湾地区等的经验,通过定期开展药品价格调查,根据调查结果不断调整药品价格,使其逐渐趋于合理化。<sup>[14]</sup>其次,要强化招采合一、量价挂钩的药品招标采购机制。在这方面,国家已有相关文件规定,但目前我国多数省市的药品招标还只是“招品种”,并未实现“招数量”和“招价格”,由于“招”、“采”分离,目前药品集中招标采购在降低药品价格方面的作用并未得到有效发挥。

### 3.3 强化监管考核机制,规范公立医院和医生的服务行为

要实现公立医院、医生利益与药品脱钩,必须加强针对公立医院和医生服务行为的监管考核。首

先,要完善公立医院用药管理、处方审核制度,结合临床路径管理和诊疗规范,加大对药品(特别是抗菌药物和高价药品、高值医用耗材)使用情况的检查力度。在提高技术劳务服务项目价格后,政府部门更有理由强化对药品、医疗器械购销领域商业贿赂行为的监管。其中,卫生信息化的作用不可忽视,有了信息化平台的支撑,可以对公立医院和医生的服务行为实施实时、动态、智能化的监管,确保监管考核数据的客观真实和结果的公正有效。随着经济社会和医疗卫生事业的发展,卫生信息化的作用将越来越凸显,上海市闵行区的经验值得有条件的地区借鉴<sup>[15]</sup>。其次,更重要的是要强化监管考核结果的应用,将其与公立医院的财政资金拨付和医保资金分配挂钩,与院长和科主任的绩效考核挂钩,与医生的收入分配甚至是职称评聘、执业资格再注册等挂钩,以此建立起强有力的激励约束机制,让体现公益性者得到激励,让违背公益性者受到约束。只有通过强化监管考核建立有效激励约束机制,才能改变公立医院和医生的服务行为,这是实现医药分开的重要保障。

### 3.4 转变内部运行机制,形成正向的激励导向

在以药补医机制下,目前公立医院普遍采取按业务创收进行提成和分配的做法,这一盈利式的运营模式在一定程度上是将公立医院和医生的利益与患者利益置于对立面,损害了公立医院的公益性,因为科室要获得更多的奖金、医生要取得更高的报酬,就不得不让患者多买药、多花钱。在这种情况下,很难切断医院、医生与药品之间的利益联系。因此,要实现医药分开,就必须转变公立医院的运行机制,形成正向的激励导向。首先,要转变公立医院长期以来采用的“总收入-总支出=结余”并用结余进行分配的模式<sup>[16]</sup>,实行不直接与医疗服务收入挂钩的工资总额预算管理制度,建立以工作量核定和人员成本核算为基础的公立医院工资总额核定办法,消除公立医院的“扩盘”动机;其次,要改变公立医院按业务创收提成的内部分配方式,建立基于绩效考核的收入分配机制,将岗位工作量、服务质量、服务效果、患者满意度等绩效考核结果作为收入分配的直接依据,消除医生多开药、开贵药的动机,这是实现医药分开的关键所在。

此外,医药分开的真正实现还需要健全的卫生法制作为保障,需要健康而非低水平重复的医药科技产业作为后盾。

### 参 考 文 献

- [1] 杨永朋. “医药分开”的视角解析我国“看病贵”的难题[D]. 大连: 东北财经大学, 2011.
- [2] 吕诺. 卫生部部长陈竺:下决心破除“以药补医”[EB/OL]. (2012-01-05)[2012-10-12]. [http://news.xinhuanet.com/politics/2012-01/05/c\\_111379067.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2012-01/05/c_111379067.htm).
- [3] 陈丞, 朱根明, 沈国民, 等. 公立医疗机构医生对收支两条线管理与绩效考核制度的满意度分析[J]. 卫生经济研究, 2010(12): 12-14.
- [4] 沙文茹. 南京药房托管: 让利让“理”? [J]. 中国药店, 2006(9): 24-25.
- [5] 苏元元. “芜湖模式”的医药分开之路[J]. 中国卫生, 2011(4): 80-81.
- [6] 李天舒. 新医改对话录: 公立医院改革 政府角色要明晰[N]. 健康报, 2009-04-24.
- [7] 宋杨, 吴华章. 公立医院实施药品零差率补偿机制探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(5): 321-324.
- [8] 徐敢. 公立医院医药分开路径和补偿机制系统建模研究[D]. 天津: 天津大学, 2010.
- [9] 曾耀莹. 北京初试医药分开[J]. 中国医院院长, 2012(14): 34-37.
- [10] 王珊, 金水高. 浅析“新医改”思路的经济学特征[J]. 卫生经济研究, 2009(5): 14-16.
- [11] 夏文明, 田文华, 张志敏, 等. 对我国公立医院补偿机制的思考[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(10): 35-37.
- [12] 郝模. 解决医、患、药、保四方问题, 打破公立医院改革僵局, 实现医改突破的政策建议[J]. 中国卫生资源, 2012, 15(4): 287-292.
- [13] 刘昕, 史录文. 日本药品价格管理其实[J]. 中国新药杂志, 2008, 17(23): 1993-1996.
- [14] 许速, 蒋小华, 李国红, 等. 基于信息化的区域医疗卫生改革探索[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(7): 520-523.
- [15] 刘俊. 谈中国卫生体制建设与公立医院改革(根据作者在2010年国家行政学院培训班上的报告整理)[J]. 卫生政策研究进展(内部刊物), 2011, 4(7): 39-78.

[收稿日期:2012-11-20 修回日期:2012-12-24]

(编辑 刘 博)

# 陕西省药店凭处方销售抗生素现状研究

姜明欢<sup>1\*</sup> 方宇<sup>1</sup> 陈文娟<sup>1</sup> 杨世民<sup>1</sup> 刘均<sup>1</sup> 侯鸿军<sup>2</sup> 张抗怀<sup>3</sup>

1. 西安交通大学医学部药学院 陕西西安 710061

2. 陕西省食品药品监督管理局 陕西西安 710065

3. 西安交通大学医学部第二附属医院 陕西西安 710075

**【摘要】**目的:调查陕西省药店抗生素凭处方销售情况,为完善药店抗生素管理提供建议。方法:采用神秘顾客法,分别模拟儿童腹泻和成人急性上呼吸道感染患者,调查陕西省213家药店凭处方销售抗生素情况和药店工作人员药学服务行为。结果:大多数药店不凭处方出售抗生素,儿童腹泻和成人急性上呼吸道感染病症不凭处方获得抗生素的比例分别为72.8%和95.8%;对两类病症能提供完整药学服务的药店仅占0.9%,药店药学服务缺位;大部分患者未能得到正确的用药指导,难以确保抗生素合理使用。结论:陕西省药店抗生素销售行为亟待规范。建议加强零售药店抗生素销售的监管,提升药店工作人员规范化服务水平,加强药师队伍建设,广泛开展抗生素合理使用知识的宣传教育,加快推进医药卫生体制改革,根本提升社区抗生素用药安全水平。

**【关键词】**药店;抗生素;神秘顾客法

中图分类号:R951 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.008

## Status quo on prescription antibiotics in retail pharmacies of Shaanxi Province

JIANG Ming-huan<sup>1</sup>, FANG Yu<sup>1</sup>, CHEN Wen-juan<sup>1</sup>, YANG Shi-min<sup>1</sup>, LIU Jun<sup>1</sup>, HOU Hong-jun<sup>2</sup>, ZHANG Kang-huai<sup>3</sup>

1. School of Pharmacy, Health Science Center, Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Xi'an 710061, China

2. Shaanxi Food and Drug Administration, Shaanxi Xi'an 710065, China

3. The Second Affiliated Hospital, Health Science Center, Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Xi'an 710075, China

**【Abstract】** Objective: this study is to determine the percentage of pharmacies selling antibiotics without an official prescription in Shaanxi province, and provide suggestions for antibiotics management in community pharmacies. Methods: We use a "mystery shopping" approach to present two different cases at pharmacies: a child with diarrhea and an adult with an acute respiratory infection. The percentage of pharmacies selling antibiotics and the provision of pharmaceutical care were investigated. Results: In total, 213 pharmacies were visited, and antibiotics were obtained from most pharmacies. The proportion of pharmacies that sold antibiotics for the case of diarrhea was 72.8%, and the proportion of pharmacies that sold antibiotics for the case of respiratory infection was 95.8%. Only 0.9% of pharmacies could give proper guidance on the correct use of the antibiotics. Therefore, the retail pharmacies could not ensure the rational use of antibiotics. Conclusions and Suggestions: Our study demonstrates that, although illegal, the sale of antibiotics without a prescription continues in Shaanxi. It's necessary to promote the health care reform, reinforce the supervision and administration of retail pharmacies, and strengthen the public education about the use of antibiotics. Such measures will ensure safe antibiotic usage.

**【Key words】** Retail pharmacy; Antibiotic; Mystery shopping method

\* 基金项目:陕西省科技攻关项目(2010K16-02);陕西省社会科学基金项目(10E066)

作者简介:姜明欢,男(1987年—),硕士研究生,主要研究方向为药事管理与药物政策。E-mail:tianji712@126.com

通讯作者:方宇。E-mail:yufang@mail.xjtu.edu.cn



抗生素是用于治疗各种细菌或其它致病微生物感染的药物,目前在临床上应用最为广泛。抗生素在治疗疾病的同时,其滥用亦会导致严重的健康危害。2010 年《柳叶刀》报道了“超级细菌”<sup>[1]</sup>,它能抵御几乎所有抗生素,再次为抗生素滥用敲响了警钟。2011 年世界卫生组织将“抵御耐药性——今天不采取行动,明天就无药可救”定为当年世界卫生日的主题,表明推动抗生素合理使用、重建用药新秩序已成为当务之急。

2004 年,我国出台了《抗菌药物临床应用指导原则》,旨在遏制抗生素滥用带来的不良后果。2011 年 4 月,卫生部出台了《全国抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,在全国范围开展抗菌药物专项治理的督导检查。据统计,我国抗生素的销售总额约占零售药店销售总额的 30%~40%<sup>[2]</sup>,确保社区药店抗生素的规范销售和合理使用对于提高人民群众健康水平至关重要。但是,由于药店难以获得处方等原因<sup>[3]</sup>,严格执行抗生素凭处方销售政策后,将会使零售药店经营受到相当程度的影响,实现真正意义上的药店抗生素规范化销售任重道远。在此背景下,本文采用神秘顾客法对陕西省 3 个地市、213 家零售药店不凭处方销售抗生素的情况进行实证研究,为加强药店抗生素管理工作提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

研究总体设定为陕西省十个地市(杨陵区因辖区面积及人口相对较少,在本研究中未单独列出)的零售药店,采取以下步骤确定研究对象:(1)根据陕西省统计局公布的 2010 年陕西省十个地市人均 GDP 排名<sup>[4]</sup>,选取西安、咸阳、商洛三个地级市为调研地区,分别代表发达、中等和欠发达地区。(2)从陕西省食品药品监督管理局数据库中下载西安、咸阳、商洛所有零售药店及其地域分布数据,采用配额抽样法,按 15% 的比例抽取样本,分别从西安市 666 家药店中选取样本药店 100 家(实际调研 102 家),从咸阳市 473 家药店中选取样本药店 71 家,从商洛市 265 家药店中选取样本药店 40 家,以上合计 213 家。<sup>[5]</sup>

### 1.2 研究方法

现场调查采用便利抽样法,即现场调查员到达

指定地点后选择距离最近的药店作为调查对象,同时兼顾药店的地域分布、规模大小、单体或连锁业态等情形。采用神秘顾客法(Mystery shopping method)进行数据收集。神秘顾客法是指由经过严格培训的调查员,在规定或指定的时间里扮演成顾客,对事先设计的一系列问题逐一进行评估或评定的一种调查方式。<sup>[6]</sup>

本研究中神秘顾客模拟病症的选择考虑以下因素:(1)兼顾成人和儿童病症的抗生素用药;(2)参考 2010 年《中国卫生统计年鉴》有关 2009 年中国城市居民主要疾病死亡率及构成统计结果,呼吸系统疾病和消化系统疾病分别居于第 4 和第 7 位。<sup>[7]</sup>结合国外相关文献<sup>[8-10]</sup>,最终确定儿童腹泻(Diarrhea in Children)和成人急性上呼吸道感染(Adult Acute Respiratory Tract Infection,简称“成人上感”)作为本研究的两类模拟病症。

本研究拟定现场调查的访问指南(图 1)。神秘顾客依次陈述抗生素购药需求,图中标示的①、②、③步骤中,神秘顾客若不凭处方获得抗生素,则应在记录表中详细记录其通用名称。

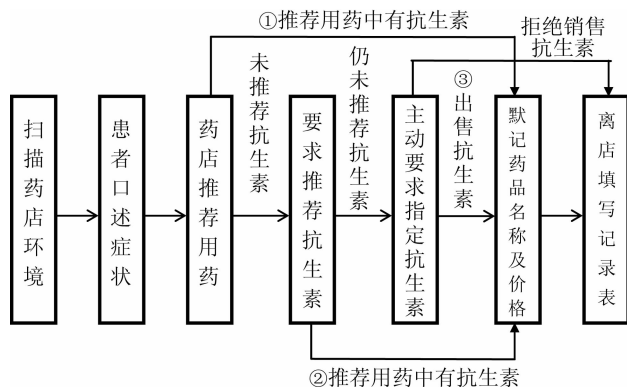


图 1 药店神秘顾客调研的访问指南

调研记录表包括四部分内容:(1)药店基本情况(如药店地域、规模、抗生素是否设专柜、是否有处方药销售标识等);(2)药店工作人员在岗情况、性别、年龄等信息;(3)按照访问指南操作后药店销售抗生素的具体情况;(4)药店工作人员向患者提供用药咨询和就医建议的情况以及接待时间。

本研究招募 8 名神秘顾客(调研员),其中,1 名在校研究生,7 名在校大学生,性别比例为 1:1,年龄为 20~24 周岁。两人为一组,分别扮演 5 岁儿童腹泻患者的阿姨和成人上感患者的同学。正式调查

前,对调研员严格按照访问指南进行集中培训,四组神秘顾客各选取两家药店进行预调查,熟悉调研流程和记录表的填写,并依照预调查结果调整记录表个别文字表述。

### 1.3 数据收集及统计分析

西安、咸阳、商洛三市的调查时间为2011年4—10月。每组两名神秘顾客先后进入同一家药店分别进行两类病症的抗生素销售情况调查,调查完成离店15分钟内即填写完成记录表,交叉审核,确认无误。将所有调查数据双遍录入SPSS17.0软件汇总,检查纠错,确认无误后纳入统计。统计检验采用双侧检验,  $P \leq 0.05$  将被认为所检验的差别有统计意义。人口统计学资料采用描述性统计分析,采用配对 $\chi^2$ 检验比较儿童腹泻患者和成人上感患者不凭处方销售抗生素情况的差异,采用行 $\times$ 列表资料 $\chi^2$ 检验分别比较不同发达程度地区、不同规模药店针对儿童腹泻患者和成人上感患者销售抗生素情况的差异。

## 2 结果

### 2.1 受访药店的基本情况

实际调查药店共213家(西安市102家,咸阳市71家,商洛市40家),收集现场调查记录表426份。受访药店的基本情况见表1。从药店规模来看,大型药店46家,占21.6%,中、小型药店合计167家,占78.4%,受访药店规模多为中、小型。96.2%的药店都设有抗生素销售专柜,95.8%的药店都有明确的处方药销售标识,表明受访药店基本符合药品分类管理的一般规定。但213家药店中仅有28家在调查时有药师在岗,药师在岗率仅为13.1%,说明零售药店药师配备制度实施情况欠佳。

### 2.2 儿童腹泻和成人上感患者抗生素获得情况

#### 2.2.1 药店不凭处方方向两类病症模拟患者出售抗生素情况

采用配对四格表 $\chi^2$ 检验分析药店不凭处方方向儿童腹泻患者和成人上感患者出售抗生素情况是否有显著性差异(表2)。经 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ ,表明药店不凭处方方向儿童腹泻患者和成人上感患者销售抗生素的情况具有显著性差异,成人上感患者较儿童腹泻患者更容易不凭处方获得抗生素。

表1 受访药店的基本情况

项目	药店数量(个)	比例(%)
地区		
西安市	102	47.9
咸阳市	71	33.3
商洛市	40	18.8
规模		
大型	46	21.6
中型	94	44.1
小型	73	34.3
抗生素是否设专柜		
是	205	96.2
否	8	3.8
是否有处方药销售标识		
是	204	95.8
否	9	4.2
药师是否在岗		
是	28	13.1
否	185	86.9

注:医院规模中大型、中型和小型分别是指其面积为100 m<sup>2</sup>以上、50~100 m<sup>2</sup>和40~50 m<sup>2</sup>

表2 儿童腹泻和成人上感患者不凭处方获得抗生素情况,人(%)

疾 病	获得抗生素	未获得抗生素	P 值
儿童腹泻	155(72.8)	58(27.2)	<0.05
成人上感	204(95.8)	9(4.2)	

#### 2.2.2 儿童腹泻和成人上感患者不同层次表述获得抗生素的情况

在调查中,模拟患者购买抗生素三个层次的表述分别为:(1)你能给我点缓解症状的药吗?(2)你能给我点抗生素吗?(3)你能给我开阿莫西林和诺氟沙星/头孢克洛吗?由表3可知,大部分不凭处方销售的抗生素都是在第二层次表述(你能给我点抗生素吗?)中获得。

表3 儿童腹泻患者和成人上感患者不同层次表述获得抗生素的情况,人(%)

疾 病	第一层次	第二层次	第三层次	合计
儿童腹泻	34(16.0)	86(40.3)	34(16.0)	154(72.3)
成人上感	62(29.1)	92(43.2)	50(23.5)	204(95.8)

#### 2.2.3 儿童腹泻和成人上感患者获得的抗生素品种情况

药店向儿童腹泻患者出售的抗生素种类中,排名前三位的依次为阿莫西林(23.0%)、硫酸庆大霉素(21.6%)和头孢类(15.5%)。药店向成人上感患

者出售的抗生素中,排名前三位的依次为阿莫西林(56.3%),罗红霉素(15.0%)和头孢类(13.1%)。可见阿莫西林是目前陕西省零售药店销售最为普遍的抗生素(表4)。

表4 儿童腹泻和成人上感患者获得的抗生素品种情况,人(%)

抗生素品种	儿童腹泻	成人上感
阿莫西林	49(23.0)	120(56.3)
硫酸庆大霉素	46(21.6)	0(0)
头孢类	33(15.5)	28(13.1)
罗红霉素	2(0.9)	32(15.0)
诺氟沙星	18(8.5)	0(0)
阿奇霉素	4(1.9)	12(5.6)
其它	3(1.4)	18(8.4)

### 2.2.4 药店拒绝向儿童腹泻和成人上感患者出售抗生素后销售的药品情况

在向儿童腹泻患者拒售抗生素的 59 家药店中,有 1 家推荐了蒙脱石散剂,1 家推荐了炎可宁胶囊,其他 57 家药店没有推荐其他用药。在向成人上感患者病症拒售抗生素的 9 家药店中,没有 1 家推荐其他用药。

## 2.3 销售抗生素的药店情况

### 2.3.1 不同地区药店不凭处方销售抗生素情况

对西安、咸阳和商洛三市药店不凭处方向两类病症患者销售抗生素的情况进行统计(表5),经 $\chi^2$ 检验,两类病症的  $P$  值均大于 0.05,即发达、中等发达与欠发达地区不凭处方销售抗生素的情况没有显著性差异。

表5 不同地区药店向两类病症患者不凭处方销售抗生素情况,人(%)

疾病	地区	是	否	合计	卡方	$P$ 值
儿童腹泻	西安市	77(75.5)	25(24.5)	102	1.032	0.597
	咸阳市	49(70.0)	21(30.0)	70		
	商洛市	28(68.3)	13(31.7)	41		
	合计	154(72.3)	59(27.7)	213		
成人上感	西安市	99(97.1)	3(2.9)	102	1.499	0.473
	咸阳市	66(94.3)	4(5.7)	70		
	商洛市	38(92.7)	3(7.3)	41		
	合计	203(95.3)	10(4.7)	213		

### 2.3.2 不同规模药店不凭处方销售抗生素情况

对不同规模药店不凭处方销售抗生素的情况进

行统计(表6)。儿童腹泻患者中,大型药店不凭处方销售抗生素所占比例最低,为 65.2%;成人上感患者中,中型药店不凭处方销售抗生素所占比例最低,为 94.8%。但经 $\chi^2$ 检验,两类病症的  $P$  值均大于 0.05,即不同规模的药店不凭处方销售抗生素情况没有显著性差异。

表6 不同规模药店对两类病症患者不凭处方销售抗生素的情况,人(%)

疾病	药店规模	是	否	合计	卡方	$P$ 值
儿童腹泻	大	30(65.2)	16(34.8)	46	1.646	0.439
	中	71(75.5)	23(24.5)	94		
	小	53(72.6)	20(27.4)	73		
	合计	154(72.3)	59(27.7)	213		
成人上感	大	40(95.2)	2(4.8)	42	0.140	0.932
	中	91(94.8)	5(5.2)	96		
	小	72(96.0)	3(4.0)	75		
	合计	203(95.3)	10(4.7)	213		

但西安市儿童腹泻患者的统计结果显示:中、小型药店不凭处方销售抗生素的比例分别为 85.0% 和 79.5%,大型药店为 50.0%,经 $\chi^2$ 检验, $P$  值小于 0.05(表7),即中、小型药店与大型药店抗生素不凭处方销售情况具有显著性差异,表明在陕西省发达地区,规模较大的连锁型药店对儿童腹泻患者销售抗生素的管理相对较好。

表7 西安市不同规模药店对儿童腹泻患者不凭处方销售抗生素的情况,人(%)

药店规模	是	否	合计	卡方	$P$ 值
大	9(50.0)	9(50.0)	18	7.947	0.019
中	34(85.0)	6(15.0)	40		
小	35(79.5)	9(20.5)	44		
合计	78(69.6)	24(30.4)	112		

而在咸阳市和商洛市两类病症的统计情况,以及西安市成人上感患者的统计结果中,经 $\chi^2$ 检验, $P$  值均大于 0.05,即不同规模的药店不凭处方销售抗生素情况没有显著性差异。

### 2.3.3 药店拒绝出售抗生素的原因分析

拒绝向儿童腹泻患者出售抗生素的药店拒售原因依次为:儿童慎用抗生素、病症不明确而建议就诊、无需使用抗生素、顾客无处方而拒绝出售。而拒绝向成人上感患者出售抗生素的药店拒售原因依次为:病症不明确而建议就诊、顾客无处方而拒绝出售和无需使用抗生素(表8)。

表8 药店对儿童腹泻和成人上感患者拒绝出售  
抗生素原因,人(%)

原因	儿童腹泻	成人上感
儿童慎用抗生素	37(62.7)	—
病症不明确而建议就诊	10(16.9)	5(55.6)
无需使用抗生素	7(11.9)	2(22.2)
顾客无处方而拒绝出售	5(8.5)	2(22.2)
合计	59(100.0)	9(100.0)

## 2.4 药店工作人员药学服务行为分析

药店工作人员对儿童腹泻患者的平均接待时间为2.29分钟,对成人上感患者的平均接待时间为2.39分钟。药店工作人员对两类病症患者的服务行为分为三步:第一步进一步询问患者病情,第二步要求患者提供处方,第三步为患者提供用药建议。统计药店工作人员为两类病症患者提供的抗生素销售服务行为,结果见表9。

由表9可见,对于儿童腹泻患者,未做到第一步(即询问患者病情)的药店达71.2%;对于成人上感患者,未做到第一步的药店达46.9%;两类病症全部完成三个步骤的药店仅有两家(0.9%)。

表9 药店工作人员对两类病症患者的服务行为(%)

疾病	三步全部完成	只做到前两步	只做到第一步	未做到第一步
儿童腹泻	0.9	4.2	28.6	71.2
成人上感	0.9	3.3	53.1	46.9

## 3 讨论

### 3.1 采用神秘顾客法更能揭示药店抗生素凭处方销售的真实现状

采用神秘顾客法进行调研能够有效避免问卷调查、实地访谈等“有干扰研究”可能带来的结果失真问题,所反映的结果更加接近药店处方药销售实际情况。同时,据文献查阅,目前国内尚未见采用神秘顾客法对药店抗生素凭处方销售情况进行研究的文献报道,所以此研究将为规范国内药店抗生素销售行为提供更为可靠的实证数据支撑。

### 3.2 陕西省零售药店抗生素规范化销售情况堪忧

儿童腹泻和成人上感两类病症在药店中无处方获得抗生素的比率均很高,陕西省零售药店抗生素规范化销售情况不理想。所调研的213家药店中,药师在岗率仅为13.1%,大多数药店无药师提供合

理用药指导。在印尼药店抗生素销售的一项研究中,药店一线从事抗生素调配销售的药师比例也不足20%<sup>[11]</sup>,抗生素规范化销售水平较低。缺乏药师把关,药店更容易受经济利益驱动,违反药品分类管理规定销售抗生素,助长了社区抗生素滥用的现象。

### 3.3 陕西省零售药店出售的抗生素中阿莫西林最为普遍

儿童腹泻患者和成人上感患者在零售药店中最容易获得的抗生素均为阿莫西林,分别占抗生素种类的23.0%和56.3%。阿莫西林是广谱抗菌药物,药店工作人员过分信赖阿莫西林的治疗功效,往往不能对症下药。该结果与蒙古社区抗生素不凭处方销售的研究结果相近,不凭处方获取的抗生素中阿莫西林占58%<sup>[12]</sup>,提示在药店抗生素监管中应加强上述常见与重点品种的规范化管理。抗生素的滥用与公众对抗生素的概念认识模糊密切相关,国家食品药品监督管理局“公众安全用药现状调查报告”显示,20.7%的居民和35.2%的网友同意“抗生素就等同于消炎药”的说法,这种错误认知也加剧了抗生素的不当销售和不合理使用。<sup>[13]</sup>

### 3.4 陕西省零售药店抗生素管理的规范化程度与所在地的经济发展水平、药店规模不相关

本研究中三个地市不同地域、不同规模药店中不凭处方销售抗生素的情况无显著性差异,表明陕西省零售药店抗生素不凭处方销售现象较为普遍。如何加快药品分类管理立法、实质性推动抗生素规范化销售,将会是相当长时间内药品监管部门面临的难题。

### 3.5 陕西省零售药店抗生素销售的药学服务工作亟待加强

药店工作人员在抗生素销售过程中,基本未按规范程序询问患者的病情、病史和过敏史等,大多数药店单纯销售抗生素而无附加服务,很少根据患者病情来推荐就医,能够为患者提供用药建议的药店较少,药学服务工作严重缺位,药店药学服务亟待加强。此结果与尼泊尔药店抗生素销售过程中的药学服务情况相仿,在尼泊尔100家受访的药店中仅有7%的药店建议患者先行就医和诊断病情。<sup>[8]</sup>

## 4 政策建议

## 参 考 文 献

### 4.1 加强零售药店抗生素销售监管力度

本研究中儿童腹泻和成人上感病症无处方获得抗生素的比例达 70% 以上,表明抗生素在零售药店的销售很不规范,迫切需要加强外部监督。药监部门应从执法层面和技术层面进一步加强对零售药店抗生素销售行为的全程动态监控。建立药店诚信档案,奖优罚劣,加大药店违法成本。

### 4.2 提升药店工作人员规范化服务水平

药店工作人员提供药学服务的意识较差,在对患者的病情不完全了解的情况下就提供治疗药品。药监部门、协会以及药店等各方应积极开展药店工作人员合理用药规范化培训,提高药店依法销售抗生素和提供药学服务的水平。建议该项工作与《药品经营质量管理规范》、《优良药房工作规范》认证等工作紧密结合,全面提升药店人员规范化服务水平。

### 4.3 加强我国药师队伍建设

本研究中药店在岗的药师仅为 13.1%,表明零售药店从事一线药学服务工作的药师严重不足,药师作用发挥有限,药师队伍数量和质量亟待提升。建议进一步强化药师队伍建设,加快药学人才的培养,重视药店药师职业化发展和薪金水平的提升,改变药学人员固有观念,鼓励药师向零售终端流动,保证零售终端配备药师为患者提供药学服务。

### 4.4 广泛开展抗生素合理使用知识的宣传教育

很多患者缺乏对抗生素的认知,不清楚抗生素在治疗疾病的同时带来的不良后果,尤其是儿童使用抗生素的风险较高,比如儿童腹泻患者服用诺氟沙星可能对骨骼发育造成影响。各级药监部门、药学会、协会、医院、高校等单位应深入社区,面向公众开展形式多样的抗生素合理使用知识宣传活动,使公众主动配合药店实施抗生素规范化销售工作。

### 4.5 深入推进药品分类管理工作

药品分类管理和抗生素规范化销售工作是一项系统工程,涉及医改诸多方面,建议深化医药卫生体制改革,理顺体制、机制矛盾,深入推进药品分类管理立法和实际工作,使老百姓真正受益,同时促进药品零售业的良性发展。

- [1] Kumarasamy K K, Toleman M A, Walsh T R, et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study [J]. *Lancet*, 2010, 10(9): 597-602.
- [2] 李贞,段文海,邵蓉. 我国抗生素使用现状分析[J]. *国际医药卫生导报*, 2005, 11: 81-82.
- [3] 杨世民. 对我国零售药店凭处方销售抗菌药物的认识与建议[J]. *中国药房*, 2004, 15(4): 196-197.
- [4] 陕西省统计局. 2010 年地市生产总值[EB/OL]. (2011-04-07) [2012-11-18]. <http://www.sn.stats.gov.cn/news/tjsj/20114795407.htm>.
- [5] 陕西省食品药品监督管理局. GSP 企业[EB/OL]. [2012-11-18]. <http://www.sxfda.gov.cn:8088/DataSearch/enterGSP.do>.
- [6] 杨玫. 神秘顾客方法在图书馆服务质量管理中的应用[J]. *宁波工程学院学报*, 2007, 19(1): 44-46.
- [7] 卫生部. 2010 中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.
- [8] Wachter D A, Joshi M P, Rimal B. Antibiotic dispensing by drug retailers in Kathmandu, Nepal[J]. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4(11): 782-788.
- [9] Carl L, Josep M C. The Sale of Antibiotics without Prescription in Pharmacies in Catalonia, Spain [J]. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 48(5): 1345-1349.
- [10] Anucha A, Jeeraluk T, Korakot T, et al. Nonjudicious Dispensing of Antibiotics by Drug Stores in Pratumthani, Thailand [J]. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2008, 29(6): 572-575.
- [11] Puspitasari H P, Faturrohman A, Hermansyah A. Do Indonesian community pharmacy workers respond to antibiotics requests appropriately? [J]. *Tropical Medicine and International Health*, 2011, 16(7): 840-846.
- [12] Togoobaatar G, Ikeda N, Ali M, et al. Survey of non-prescribed use of antibiotics for children in an urban community in Mongolia [J]. *Bulletin of World Health Organization*, 2010, 88(12): 930-936.
- [13] 健康报网. 调查显示:20.7%居民误认为抗生素等同于消炎药[EB/OL]. [2012-09-07]. <http://www.jkb.com.cn/document/320740.htm?docid=320740&cat=null&Keyword=null>.

[收稿日期:2012-09-14 修回日期:2012-12-27]

(编辑 薛云)

# 北京市儿童先天性心脏病住院服务集中程度分析

汤淑女<sup>1\*</sup> 简伟研<sup>1</sup> 卢 铭<sup>2</sup>

1. 北京大学公共卫生学院 北京 100191

2. 北京大学基础医学院 北京 100191

**【摘要】**目的:探索北京市儿童先天性心脏病住院服务的集中程度。方法:从北京市出院病人病案首页数据库中,提取2005—2010年因患先天性肺动脉瓣狭窄等4类先心病在北京地区医疗机构接受住院治疗并出院的全部儿童(0~14岁)病例,计算不同医院的市场份额,并采用Logistic回归和多重线性回归模型,对不同市场份额医疗机构的此类疾病住院服务绩效进行比较。结果:此类型的病例93%以上集中于3家医院。与其它医疗机构相比,份额高的医疗机构其治疗技术、质量较高,住院时间较短,住院费用的趋势不尽一致。结论与建议:在促进医院普遍开展儿科服务的政策基础上,应引导医疗机构结合自身优势确定发展方向和功能定位,形成具有一定规模的儿科诊疗服务。

**【关键词】**儿童;先天性心脏病;住院服务;集中程度

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.009

## Analysis on the concentration of inpatient services for children with congenital heart disease in Beijing

TANG Shu-nv<sup>1</sup>, JIAN Wei-yan<sup>1</sup>, LU Ming<sup>2</sup>

1. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China.

2. School of Basic Medical Science, Peking University, Beijing 100191, China.

**【Abstract】** Objective: In this paper, we analyze the concentration of inpatient services for children with congenital heart disease in Beijing. Methods: The database of inpatient records was used to collect data on patients aged 0 to 14 years who suffered from four types of congenital heart disease. Data was collected on patients hospitalized between 2005 and 2010. From this data, the patient load across different hospitals was determined. Logistic regression and multiple linear regression models were used to compare the performance of hospitalization between hospitals with a relatively large number of patients with hospitals with a smaller number of patients. Results: More than 93% of pediatric congenital heart disease cases were treated in three main hospitals. Hospitals with a relatively high number of cases tended to have better technology, higher quality care, and shorter hospital stay. However, the cost trends are not consistent. Conclusions and suggestions: Reasonable guidelines should be created to promote general pediatric services in hospitals and to determine the functions and development direction of hospitals according to their individual strengths. A format should be created for the scale of pediatric clinical services in hospitals.

**【Key words】** Children; Congenital heart disease; Inpatient services; Concentration

\* 基金项目:中华医学基金会(CMB)资助项目(10-008)

作者简介:汤淑女,女(1985年—),博士研究生,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail: tangshunv@sina.com

通讯作者:简伟研。E-mail: jianweiyan@bjmu.edu.cn

儿童健康是重要的公共卫生问题。<sup>[1]</sup>近年来,我国出台了建立儿童医疗保险制度等多项措施,旨在提升儿童卫生服务的可及性。<sup>[2]</sup>然而,卫生服务的可及性既受需方影响也受供方影响,医疗保险制度的建立虽然降低了需方疾病经济负担,但能否真正实现卫生服务可及性的目标,还有赖于医疗服务提供方服务能力的提升<sup>[3]</sup>以及服务市场结构的优化<sup>[4]</sup>。本文选择了对儿童健康产生重大影响的先天性心脏病(简称“先心病”)作为切入点,分析了北京市该类疾病住院服务的集中程度,为规范儿童医疗服务市场提出相关建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

从北京市公共卫生信息中心“北京市出院病人病案首页数据库”中,提取了 2005—2010 年因患先天性肺动脉瓣狭窄、先天性动脉导管未闭、先天性室间隔缺损或先天性房间隔缺损,在北京地区医疗机构接受住院治疗并出院的 0~14 岁的儿童病例,共 22 910 例。提取的数据包含了诊断、操作、医疗费用、住院时间、出院转归(转院、非医嘱出院、转社区卫生服务机构、回常住地、死亡等)及病例个体特征(如年龄、性别)等信息。

### 1.2 研究方法

采用“市场份额”指标描述北京市儿童先心病住院服务的集中程度,并比较疾病治疗技术、质量、费用和时间等影响市场份额的绩效指标在不同市场份额医疗机构之间的差异。“市场份额”以某医院出院病例占当年全市出院病例的比例来表示。考虑到先心病治疗主要以外科手术为主,而对低龄儿童施行外科手术操作难度大、风险高,因此,本研究以“为 5 岁及以下患病儿童施行先心病手术治疗占当年出院病例的百分比”作为衡量医疗机构诊疗技术高低的指标。医疗质量通过客观的“出院转归”来衡量,分别以“回原住地率”(即出院后回原住地的病例所占比例)和“住院死亡率”作为正向及负向指标。

采用 SPSS13.0 进行分析。基本模型为:

$Y = \text{Beta}(\text{不同机构市场份额, 疾病类型, 其它控制变量})$

各模型的分析方法、变量名称和赋值见表 1。

表 1 各模型统计学分析方法及变量名称和赋值

模型	分析方法	因变量	自变量赋值
模型 1	Logistic 回归	5 岁以下患病儿童施行手术治疗的概率(诊疗技术)	医院 A = 1, 其它医院 = 0 医院 B = 1, 其它医院 = 0 医院 C = 1, 其它医院 = 0
模型 2	Logistic 回归	出院后回常住地的概率(医疗质量)	室间隔缺损 = 1, 肺动脉瓣狭窄 = 0 房间隔缺损 = 1, 肺动脉瓣狭窄 = 0 动脉导管未闭 = 1, 肺动脉瓣狭窄 = 0
模型 3	Logistic 回归	住院死亡率(医疗质量)	男性 = 1, 女性 = 0 年龄(连续变量) 年龄平方(连续变量) 城镇职工基本医疗保险 = 1, 其它保险类型 = 0
模型 4	多重线性回归	住院医疗费用	商业保险 = 1, 其它保险类型 = 0 自付 = 1, 其它保险类型 = 0 公费医疗 = 1, 其它保险类型 = 0 大病统筹 = 1, 其它保险类型 = 0
模型 5	多重线性回归	住院时间	2006 年 = 1, 2005 年 = 0 2007 年 = 1, 2005 年 = 0 2008 年 = 1, 2005 年 = 0 2009 年 = 1, 2005 年 = 0 2010 年 = 1, 2005 年 = 0

注:医疗保险分类为数据来源使用的病例首页对医疗付款方式的分类。大病统筹主要是指城镇职工基本医疗保险中的大病统筹,其它保险类型包括新农合、城镇居民医疗保险等未单独分类的保险类型。

## 2 结果

### 2.1 调查对象基本情况

2005—2010 年,北京市约有 150 家二级以上医疗机构,但每年只有约 20 家医院收治先天性肺动脉瓣狭窄等 4 种儿童先心病病例;4 种先心病的年出院病例从 2005 年的不足 3 000 例逐年增加到 2010 年的 4 600 多例,其中先天性室间隔缺损的出院比例最高(60% 以上),肺动脉瓣狭窄的比例最低(不足 5%)。出院病例的平均年龄从 2005 年的 4.48 岁逐年下降至 2010 年的 3.10 岁,5 岁以下出院病例所占比例逐年上升,而 5 岁以上比例则逐年下降。出院病例中,男童所占的比例略高。出院病例的例均费

用(未考虑物价指数)年平均增长率为3.15%,其中2010年的例均费用达到28700元。出院病例平均住院时间从2005年14.04天下降至2010年的11.30天。出院转归方面,自2008年以来出院后回原地率一直在97%以上;2006年的住院死亡率最高,为1.11%;2008年以来一直保持在0.5%以下(表2)。

表2 2005—2010年北京市4种儿童先心病出院病例的基本情况

项目	2005	2006	2007	2008	2009	2010
医院(个)	21	18	21	20	20	18
疾病类型,%(n)						
肺动脉瓣狭窄	2.30 (68)	2.95 (98)	3.11 (122)	3.48 (133)	4.37 (184)	3.93 (184)
室间隔缺损	69.16 (2045)	67.33 (2240)	66.39 (2604)	64.17 (2450)	62.61 (2636)	62.49 (2922)
房间隔缺损	18.70 (553)	18.91 (629)	16.96 (665)	18.36 (701)	19.67 (828)	19.03 (890)
动脉导管未闭	9.84 (291)	10.82 (360)	13.54 (531)	13.99 (534)	13.35 (562)	14.54 (680)
年龄,%(n)						
0~1	8.96 (265)	12.8 (426)	22.26 (873)	16.4 (626)	17.51 (737)	22.82 (1067)
~5	59.82 (1769)	58.4 (1943)	52.63 (2064)	61.47 (2347)	62.19 (2618)	59.3 (2773)
~10	20.43 (604)	19.06 (634)	17.03 (668)	14.88 (568)	13.68 (576)	11.42 (534)
~14	10.79 (319)	9.74 (324)	8.08 (317)	7.26 (277)	6.63 (279)	6.46 (302)
性别,%(n)						
男	53.64 (1586)	54.52 (1814)	53.37 (2093)	51.26 (1957)	50.83 (2140)	51.45 (2406)
女	46.36 (1371)	45.48 (1513)	46.63 (1829)	48.74 (1861)	49.17 (2070)	48.55 (2270)
例均费用(万元)	2.48	2.37	2.44	2.52	2.67	2.87
平均住院日(天)	14.04	13.20	12.93	12.37	11.82	11.30
出院回原地率(%)	—	—	—	97.41	98.72	99.38
住院死亡率(%)	0.61	1.11	0.82	0.47	0.36	0.47

## 2.2 儿童先心病住院服务的集中程度

就本研究所选取的4类儿童先心病而言,其住院服务主要集中于3家医疗机构。2005—2010年,市场份额最高的A医院年出院病例所占比例一直超过55%,B医院维持在20%以上,C医院约为10%。以出院病例所占百分比为指标的横向市场份额来

看,2005—2010年3家机构的市场份额超过93%,其它的10余家机构所占比例低于7%。而剩余的100多家二级以上医疗机构并不提供此类住院服务(表3)。

表3 2005—2010年北京市4种儿童先心病住院服务的集中程度,%(n)

医院	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A	57.52 (1701)	65.13 (2167)	59.66 (2340)	62.13 (2372)	60.4 (2543)	58.23 (2723)
B	28.07 (830)	22.81 (759)	22.85 (896)	20.8 (794)	20 (842)	23.78 (1112)
C	8.39 (248)	6.49 (216)	9.84 (386)	9.95 (380)	12.85 (541)	11.08 (518)
其它	6.02 (178)	5.56 (185)	7.65 (300)	7.12 (272)	6.75 (284)	6.91 (323)

## 2.3 不同市场份额的机构儿童先心病住院服务的绩效比较

为5岁及以下的先心病患儿施行手术,难度和风险均较高,与其它机构相比,市场份额较高的3家机构为5岁及以下患儿施行手术治疗的比较高,并且有明显的统计学差异( $P < 0.01$ )。由表4可以看出,与先天性肺动脉瓣狭窄的病例相比,室间隔缺损的5岁及以下手术治疗的比较高;男性患儿施行手术治疗的比略高于女性患儿;自费患者施行手术治疗的比较低;2008年以后,5岁及以下患儿施行手术治疗的概率较2008年以前明显增加。

医疗质量的分析方面主要关注“回原地率”和“住院死亡率”。市场份额较高的3家医院收治的病例回原地率显著高于市场份额较低的其它机构,同时,这3家医院的住院死亡率则显著低于市场份额较低的其它机构。另外,4类先心病中,动脉导管未闭和室间隔缺损的病例,回原地率较高,住院死亡率则较低。年龄小的患儿出院后回原地率较低,而住院死亡率较高。2005—2010年,4类先心病患儿出院后回原地率提高,住院死亡率降低。

在住院医疗费用方面,市场份额大小与医疗费用高低的关系并不明确:与市场份额较低的其它机构相比,A医院的医疗费用较低,B医院与其持平,而C医院则大大高于低市场份额的机构。4类先心病中,房间隔缺损和室间隔缺损的病例医疗费用较高。不同年龄儿童中,患病儿童年龄越小,医疗费用相对



(续)

越高。不同医疗保险类型中,商业保险的患者费用较高;而“大病统筹”的患者费用较低。在住院时间方面,与其它机构相比,A、B、C 医院的住院时间较短,分别较前者短 5.07 天、2.59 天和 3.14 天。4 类先心病中,房间隔缺损和室间隔缺损的病例住院时间较长。年龄越小,住院时间越长。同时,与其它医疗保险类型相比,“大病统筹”患者住院时间较短。

表 4 不同市场份额的机构绩效比较回归分析结果

自变量	5 岁及以下患儿实施手术比例	回原住地率	住院死亡率	费用	住院日
医院(对照 = 其它机构)					
医院 A	0.395 ** (0.058)	2.629 ** (0.287)	-1.936 ** (0.260)	-2365.77 ** (395.70)	-5.07 ** (0.333)
医院 B	0.334 ** (0.061)	1.597 ** (0.293)	-1.263 ** (0.252)	17.18 (41.70)	-2.59 ** (0.351)
医院 C	1.152 ** (0.075)	0.592 * (0.226)	-1.074 ** (0.266)	8629.59 ** (472.97)	-3.14 ** (0.398)
疾病类型(对照 = 肺动脉瓣狭窄)					
房间隔缺损	0.608 ** (0.076)	0.899 ** (0.290)	-1.148 ** (0.296)	6117.60 ** (514.83)	3.99 ** (0.433)
房间隔缺损	-0.074 (0.080)	0.641 (0.343)	-1.229 ** (0.380)	5183.87 ** (548.13)	1.54 ** (0.461)
动脉导管未闭	-0.150 (0.083)	1.298 ** (0.372)	-1.758 ** (0.441)	-1159.89 * (566.48)	-0.71 (0.476)
性别(对照 = 女)					
男	0.060 * (0.029)	-0.034 (0.158)	-0.313 (0.172)	-263.90 (188.22)	0.17 (0.158)
年龄	—	0.477 ** (0.079)	-0.805 ** (0.102)	-1927.92 ** (81.34)	-1.43 ** (0.068)
年龄平方	—	-0.032 ** (0.007)	0.048 ** (0.009)	128.72 ** (6.53)	0.08 ** (0.005)
保险类型(对照 = 其它保险类型)					
城镇职工基本医疗保险	-0.127 (0.074)	-0.265 (0.473)	0.010 (0.393)	97.54 (463.84)	0.67 (0.390)
商业保险	-0.461 (0.314)	1.550 (5.595)	1.321 (1.080)	5261.93 * (2146.06)	-1.85 (1.804)
自付	-0.148 * (0.059)	0.132 (0.369)	-0.228 (0.305)	332.20 (368.90)	-0.03 (0.310)
公费医疗	-0.315 (0.615)	1.796 (4.383)	-1.727 (3.108)	-8056.50 (4259.05)	-4.79 (3.580)
大病统筹	-0.158 (0.297)	1.911 (3.177)	-1.537 (5.296)	-6271.78 ** (2048.34)	-3.74 * (1.722)
年份(对照 = 2005 年)					
2006 年	0.000 (0.053)	—	0.461 (0.296)	-950.21 ** (357.03)	-0.88 ** (0.300)

自变量	5 岁及以下患儿实施手术比例	回原住地率	住院死亡率	费用	住院日
2007 年	0.095 (0.059)	—	0.039 (0.316)	-906.25 * (392.95)	-1.12 ** (0.330)
2008 年	0.256 ** (0.060)	—	-0.545 (0.353)	-160.93 (396.28)	-1.69 ** (0.333)
2009 年	0.292 ** (0.059)	1.002 ** (0.179)	-0.918 * (0.368)	1035.23 ** (390.71)	-2.26 ** (0.328)
2010 年	0.543 ** (0.059)	1.710 ** (0.225)	-0.724 * (0.336)	2999.73 ** (381.11)	-3.01 ** (0.320)
常数	-0.271 * (0.112)	0.904 * (0.472)	-0.930 * (0.488)	24524.96 ** (767.03)	18.16 ** (0.645)
样本量	22910	12704	22910	22910	22910
Prob. > F	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
校正决定系数 $R_{adj}^2$	—	—	—	0.355	0.276

注: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ 。表格中除样本量、Prob. > F 和校正决定系数  $R_{adj}^2$  外,其余数字为偏回归系数,括号内为标注误差。在模型 1 中,为避免多重线性相关,“年龄”和“年龄平方”并未放入模型。在模型 2 中,只有 2007 年之后的数据包含患儿出院回原住地率这个指标,即只有 2008—2010 年数据进入回归模型。因为年龄与因变量并非线性关系,而更接近于二次函数的关系,因此在自变量中包括年龄一次方和二次方。

### 3 讨论与建议

2009 年,北京市 83 所二级以上综合医院中,开设儿科的 67 所,其中只开设儿科门诊的 29 所,开设儿科门诊及病房的仅 38 所(三级 16 所,二级 22 所)。按综合医院设置标准设置儿科门诊及病房的医院不足综合医院数量的一半。在综合医院儿科不断萎缩的背景之下,儿科专科服务正在向少数医院集中。本研究的结果表明,在约 20 家开展儿科先心病服务的医院中,北京市 90% 以上的儿童先心病住院服务集中在三家医院。除了受医院本身的硬件和技术水平限制之外,我国医疗服务价格政策可能是造成儿童先心病住院服务向少数医院集中的重要原因:医疗服务采取公共定价的方式,在医疗服务项目的设计上并未区分成人和儿童,同样的诊断和操作项目,医疗服务提供者对成人和儿童的收费是一样的<sup>[5]</sup>。而从临床服务的角度看,婴儿和儿童的治疗风险显著高于成人。相同收入的情况下,服务提供者会倾向于提供风险较低的服务,而只有当风险较

高的儿科(尤其是儿外科)服务提供达到一定规模时,由于“规模效应”所带来的较高回报<sup>[6]</sup>,服务提供者才会有提供服务的意愿。因此,价格激励与服务提供者的付出不相匹配,导致儿科服务(尤其是高风险的儿外科服务)出现总体“萎缩”、局部“集中”的态势。

医疗服务的集中带来积极和消极两种效应。积极方面,除了规模效应带来的成本下降外,一定程度的集中更是医疗质量的保证,尤其是对于风险较高的手术操作,服务提供者如果不能积累一定的病例,很难保证在临床过程中不出差错<sup>[7]</sup>。本研究中,对市场份额较高的三家医院与份额较低的医院进行比较分析,其结果表明,份额较高的3家医院住院时间相对较短,住院死亡率也较低,说明集中趋势对于保证质量具有一定的积极的作用。但另一方面,长远来看过度集中可能造成垄断,进而可能导致需方的福利损失。<sup>[8]</sup>过度的集中使得医院之间缺乏竞争,无法与处于垄断地位的医院相抗衡,则会带来费用的增长;另外,如果没有合理引导,需方在偏好质量的情况下,倾向于到那些资源集中的机构就医,这不仅浪费了其它医疗机构儿科服务的资源,也给那些资源集中的机构带来不必要的压力。

因此,政府有必要关注儿科服务的集中所产生的积极和消极的效应,探索建立一个儿科服务“横向竞争、纵向合作”的模式,建议:第一,充分利用儿科高风险医疗服务集中效应带来的较高质量的优势,以提供高精尖或诊疗高风险疾患为基础定位,合理安排专科医院;同时需要加强监管,防止过度集中可能导致的垄断。第二,合理定位一般综合医院的儿科,以儿科基本医疗服务为主,进而引导更多的综合医疗机构提供儿内科和儿外科的一般服务,分流专

科机构的服务压力;引导专科医院和一般综合医院的儿科形成良性分工,并通过转诊制度建立合作关系。第三,辅以价格政策的调整,给儿科服务补偿政策的倾斜,引导更多医务人员进入儿科提供服务。

#### 参 考 文 献

- [1] 世界卫生组织. 世界健康报告——重视每个母亲和儿童的健康[EB/OL]. [2012-07-20]. [http://www.who.int/whr/2005/overview\\_ch.pdf](http://www.who.int/whr/2005/overview_ch.pdf).
- [2] MOH, PRC. Report on Women and Children's Health Development in China (2011) [EB/OL]. [2012-07-20]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/cmsresources/mohfybjysqwss/cmsrdocument/doc12910.pdf>.
- [3] Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? [J]. *Journal of Health Service Research Policy*, 2002, 7(3): 186-188.
- [4] Rosenau P V. Market structure and performance: evaluating the U. S. health system reform[J]. *Journal of Health Social Policy*, 2001, 13(1): 41-72.
- [5] 北京市发展改革委. 北京市医疗服务收费标准[EB/OL]. [2012-07-20]. <http://service2.bjpc.gov.cn/bjpc/mediprice/MedicalService1.jsp>.
- [6] Culyer A J, Newhous J. *Handbook of Health Economics* [M]. UK: North Holland, 2000.
- [7] Gaynor M, Town R J. *Competition in Health Care Markets* [EB/OL]. [2012-07-20]. <http://www.bristol.ac.uk/emp/emp/publications/papers/2012/wp282.pdf>.
- [8] Getzen T E. *Health Economics and Financing* [M]. US: Hamilton printing Company, 2010.

[收稿日期:2012-10-25 修回日期:2012-12-17]

(编辑 赵晓娟)

# 我国县级医院绩效与财政补偿策略

## ——基于 4 省 131 个医院的调查

袁长海<sup>1\*</sup> 王守勇<sup>2</sup> 李光英<sup>2</sup> 葛人炜<sup>1</sup> 董树山<sup>3</sup> 贾莉英<sup>1</sup> 傅淑花<sup>2</sup>

1. 山东大学卫生管理与政策研究中心 卫生部卫生经济与政策研究重点实验室 山东济南 250012

2. 山东大学齐鲁医院 山东济南 250012

3. 山东省卫生厅 山东济南 250014

**【摘要】**目的:分析县级医院的绩效与资源投入,为政府财政投入策略提供依据。方法:在 4 省抽取 131 个县级医院,用描述性分析、相关分析、多元回归分析、数据包络分析评价比较医院的经济投入、经济社会绩效及财政补助的作用。结果:绝大多数医院总收支平衡或有结余,业务亏损的医院只占 25.2%;规模大的医院人员效率未见降低,但固定资产效率下降;医院得到政府补偿量与医院规模没有关系,富裕县医院得到明显多的财政补助;财政补助没有起到减少病人医疗费用的作用。结论:县级医院投入越高、产出越高,政府补助缺乏计划性及合理性,今后应根据医院服务量、效率、技术质量、费用控制程度等公益性指标进行补偿。

**【关键词】**县级医院;经济投入;绩效;财政补偿

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.010

### Performance and government funding of county hospitals in China: Based on the survey of 131 hospitals in 4 provinces

YUAN Chang-hai<sup>1</sup>, WANG Shou-yong<sup>2</sup>, LI Guang-ying<sup>2</sup>, GE Ren-wei<sup>1</sup>, DONG Shu-shan<sup>3</sup>, JIA Li-ying<sup>1</sup>, FU Shu-hua<sup>2</sup>

1. Center for Health Management and Policy, Key Lab of Health Economics and Policy Research of Ministry of Health, Shandong University, Shandong Jinan 250012, China

2. Qilu Hospital, Shandong University, Shandong Jinan 250012, China

3. Department of Health of Shandong Province, Shandong Jinan 250014, China

**【Abstract】** Objective: In this paper, we analyze the relationship between government funding and performance of 131 county hospitals in four provinces and provide a basis for government assistance and development plan in the future. Methods: We use descriptive analysis, correlation analysis, multivariate analysis, and DEA to determine the relationship between funding and performance. Results: From 2010 to 2011, the majority of county hospitals had made a balance of financial payments, and 25.2% had made a deficit. Overall, bigger hospitals had no problems with staff efficiency but used capital assets less efficiently. There was no relationship between the size of a hospital and the amount of government funding; however, hospitals in wealthy counties received much more funding. The amount of government funding did not affect patient medical costs. Conclusions: The output of county hospitals was perceived to be in proportion to funding; however, government funding was not well planned and based on solid reasoning. In the future, the government funding should be based on the public welfare of hospitals.

**【Key words】** County hospital; Economic input; Performance; Government funding

随着农民收入水平提高,其医疗服务需求相应增加,但仍难以承担城市大型医院高额的医疗费用。

县级医院作为我国农村三级医疗卫生保健网的龙头,在承担农民常见病、多发病的诊治及其他社会卫

\* 基金项目:国家自然科学基金(70973067)

作者简介:袁长海,男(1946 年—),教授,主要研究方向为社会因素与健康、医院管理、医疗保险。

E-mail:yuanch@sdu.edu.cn

生工作方面正发挥着越来越重要的作用。当前我国卫生改革的重点也是加强基层医疗卫生机构和县级医院,使在城市大型医院就医的部分农村病人回流到县级医院,解决“看病难、看病贵”的问题。<sup>[1]</sup>国务院关于县级公立医院综合改革试点意见指出,要建立以公益性质和运行效率为核心的公立医院绩效考核体系,把控制医疗费用,提高医疗质量、服务效率和社会满意度等作为主要量化考核指标,考核结果与院长任免、奖惩和医院财政补助、医院总体工资水平等挂钩。<sup>[2]</sup>因此,对县级医院进行经济与社会绩效研究,对于从公益性角度提出政府对县级医院的补偿和发展策略非常重要。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

根据课题设计,本研究原计划抽取6个省(东、中、西部各2个省)进行调查,但由于时间和原始资料可得性等因素,本文只对山东、辽宁、湖南、陕西131所县级医院的资料进行分析。由于调查时间不同,山东和湖南为2010年数据,辽宁和陕西为2011年数据。对资料进行了逻辑检查,对不合理数据进行了电话问询及修改。本研究主要是确定县级医院效率类型及其决定因素,探讨政府补偿策略,并不是推测全国县级医院投入产出指标均值及分布;尽管样本医院分布省份较少,但涵盖了不同规模、经济水平、地理和竞争环境(距离大城市远近、县城在县域中位置、周围是否有较大医院等),其数量已经满足回归分析、数据包络分析的要求。

### 1.2 研究方法

资料处理分析方法有描述性统计,不同指标间相关分析,根据综合效率分析类型进行的方差分析、t检验,针对医院运行成本即业务支出的决定因素进行了多元线性回归分析。医院效率分析采用数据包络分析CCR模型,因为医院是多项投入和产出,适合用此方法进行综合评价。投入产出指标的选择原则是它们之间有相关关系和逻辑关系。

### 1.3 指标界定

绩效:绩效是社会期望的产出和效率,希望医院以尽量少的人力、设备和资金投入,治疗更多的病人,提高医疗质量,控制病人的费用。

工作当量:由于各个医院门诊和住院服务量差距较大,对于总服务量的对比采用工作当量,即根据卫生部规定1个住院床日相当于3个诊疗人次计算出医院总的诊疗人次。

经济发展水平:农民人均收入7000元以上界定为较富裕县,5500~7000元为中等,5500元以下为较贫困县。

医疗质量指数:由入出院诊断符合率指数、急诊抢救成功率指数、住院危重病人抢救成功率指数、住院病人手术比例指数、手术前后诊断符合率指数、住院死亡率指数合成。如某医院入出院诊断符合率指数=(某医院入出院诊断符合率-最低入出院诊断符合率)/(最高入出院诊断符合率-最低入出院诊断符合率),该指标越小说明医疗质量越好,如某院住院死亡率指数=(最高住院死亡率-某医院住院死亡率)/(最高住院死亡率-最低住院死亡率)。入出院诊断符合率涉及病人多,给以2倍权重,2倍入出院诊断符合率指数加其他5个质量指数除以7得到医疗质量指数。

病人费用控制指数:由门急诊人次平均收费水平、每床日平均收费水平、出院病人平均医药费用、药品收入占业务收入比重合成,各指标等同权重,方法同上。

以往医院绩效分析很少考虑医院服务质量和病人费用控制,从医院公益性角度和政府经济补偿策略出发,进行医院绩效评价需要加入这两个指标。

## 2 结果

### 2.1 调查对象基本情况

总的来看,131所样本医院规模比全国平均规模大。其中,115所医院总收支有少量盈余,16所医院存在赤字(占12.2%);33所业务收支亏损,占25.2%。医院收支量明显大于全国县级医院统计结果,但次均门诊费用和次均住院费用与全国差距较小(表1)。

表1 2009年样本医院与全国县级医院收支、费用比较(均值)

指 标	样本医院	全国县属	全国县级市属
总收入(万元)	12 393	4 557.5	6 583.8
其中:业务收入(万元)	11 667	4 093.1	6 080.6
总支出(万元)	11 703	4 279.4	6 245.9
其中:业务支出(万元)	11 425	4 146.0	6 101.4
门诊病人人次均医药费用(元)	145	109.8	126.8
出院病人人次均医药费用(元)	3 449	2 978.6	4 381.1

来源:全国数据来源于《2010中国卫生统计年鉴》。

样本医院资源及投入产出的主要统计指标见表 2, 医院各项指标的均数都略大于中位数, 说明数据分布为轻度正偏态; 医院规模、业务量等跨度比较大。

表 2 样本医院主要统计指标

指标	均数	中位数	最大值	最小值
在职工工数(人)	646.5	597	1 635	127
医师数(人)	210.5	190	582	31
实有床位数(张)	531.6	480	1870	100
总收入(万元)	12 393	10 203	52 278	900
总支出(万元)	11 703	9 353	47 152	908
业务收入(万元)	11 667	9 643	51 144	805
业务支出(万元)	11 425	9 157	47 152	900
财政补助(万元)	550	204	9 280	0
诊疗人次(万人)	24.4	20.8	123.5	2.8
出院人数(万人)	2.2	2.0	7.7	0.2

## 2.2 县级医院规模与绩效的关系

医院总支出、在职工工数、实有床位数、固定资产都在很大程度上代表医院规模, 从表 3 看出, 县级医院产出基本上与规模正相关, 即随着医院规模的不断扩张, 其产出相应增长。

但在职工工数与人均产出(人均工作当量)不显著相关, 说明总体上职工工多的医院人均产出没有降低, 增加人员可以增加服务量。医院实有床位数与人均产出有明显正相关, 说明床位多的医院人均产出也较高。医院实有床位数与病床使用率不显著相关, 说明床位多的医院病床使用率没有下降也没有上升。

在职工工数与次均诊疗费用不显著相关, 与每床日收费水平、出院病人费用明显正相关, 说明较大医院门诊病人次均诊疗费用没有增加, 而出院病人费用增加, 可能与收住较多重病患者有关。

随固定资产增加, 万元固定资产工作当量产出快速下降, 固定资产与万元固定资产工作当量明显负相关; 固定资产与人均工作当量正相关, 随着固定资产的增多, 人均工作当量有所上升, 但万元固定资产产出效率下降很快。

在职工工数与入出院诊断符合率有相关性( $r = 0.245, P < 0.05$ ), 但与其他质量指标的相关性没有统计学意义。

表 3 医院规模指标与医院绩效指标的 Spearman

相关分析		
规模指标	绩效指标	相关系数
总支出	总诊疗人次	0.841 **
总支出	出院人次	0.825 **
总支出	工作当量	0.919 **
总支出	住院病人占床日数	0.883 **
在职工工数	人均工作当量	0.045
在职工工数	次均诊疗费用	-0.161
在职工工数	出院病人费用	0.438 *
在职工工数	每床日收费水平	0.421 *
实有床位数	人均工作当量	0.367 *
实有床位数	病床使用率	0.124
固定资产	万元固定资产工作当量	-0.44 *
固定资产	人均工作当量	0.372 *

注: \* 表示  $P < 0.01$ , \*\* 表示  $P < 0.001$

## 2.3 县级医院财政补偿与绩效的关系

富裕地区县级医院平均财政补助水平高于中等和贫困地区(表 4)。富裕、中等和贫困地区县级医院财政补助分别占其总支出的 6.61%、4.39% 和 4.76%; 占其业务支出的 6.85%、4.45% 和 4.88%。所有样本县级医院的财政补助中基本支出补助占 54.55%, 项目补助占 45.45%, 有 11 家医院没有政府补助。

表 4 不同经济水平地区县级医院财政补偿比较

经济水平	医院数量	财政补助均数(万元)	F 值	P 值
富裕	43	1 146		
中等	56	448	2.946	0.052
贫困	32	449		

政府补偿多的医院没出现病人费用随之下降的现象。政府补偿量与医院人均工作量、医疗质量指数不显著相关, 政府补偿与医院规模也不显著相关(表 5)。

表 5 政府补助量与医院绩效和规模的 Spearman

相关分析		
绩效指标	相关系数	P 值
出院病人次均费用	-0.065	0.460
门诊急诊次均费用	-0.041	0.592
每床日平均费用	-0.116	0.402
人均工作当量	-0.087	0.325
医疗质量指数	-0.129	0.434
在职工工数	0.077	0.384
实有床位数	0.027	0.763

### 2.4 不同经济发展水平县级医院绩效比较

结果显示,经济发展水平与次均诊疗费用没有相关性,但与出院病人次均费用的相关性有统计学意义,富裕地区出院病人平均费用更高;富裕地区平均住院日高于中等和贫困地区;但不同经济水平地区的医疗质量各项指标的差异均无统计学意义(表6)。

表6 不同经济水平地区县级医院病人费用、效率与质量的均值比较

指标	富裕	中等	贫困	F 值	P 值
次均诊疗费用(元)	169	146	135	6.614	0.002
出院病人次均费用(元)	5 003	3 490	3 024	35.595	<0.001
平均床日费用(元)	586	485	442	15.027	<0.001
平均住院日(天)	8.6	7.2	6.9	10.195	<0.001
入出院诊断符合率	0.985	0.982	0.990	0.905	0.408
手术前后诊断符合率	0.977	0.980	0.956	1.116	0.332
急重患者抢救成功率	0.936	0.925	0.900	1.505	0.227
住院病人手术率	0.232	0.251	0.255	0.857	0.428
住院病人死亡率	0.0054	0.0063	0.0058	0.412	0.663

### 2.5 县级医院综合效率评价

用数据包络分析 CCR 模型对医院综合效率进行分析,选择投入产出指标见表7。

表7 投入产出指标数据描述

指标类型	指标	均数	中位数	最大值	最小值
投入指标	在职职工数	646.5	597	1635	127
	实有床位数	531.6	480	1870	100
	医师数	210.5	190	582	31
	医疗支出(万元)	6 525.1	5 532.4	21 474.6	536.6
	药品支出(万元)	4 797.0	3 805.0	25 414.4	353.7
	流动资产(万元)	5 506.7	4 282.6	20 801.6	348.0
	固定资产(万元)	12 732.8	10 470.6	55 733.1	772.5
	产出指标	总诊疗人次数(万人次)	24.4	20.8	123.5
出院人数(万人次)		2.2	2.0	7.7	0.2
医疗收入(万元)		6 279.5	5 571.3	23 201.0	321.2
药品收入(万元)		5 603.6	4 562.8	27 943.6	416.5
医疗质量指数		0.9313	0.9310	0.9902	0.8162
病人费用控制指数		0.5222	0.5322	0.7925	0.2195

根据数据包络分析数据模型,处在各项产出效率前沿的医院为高效医院;低效医院根据它们投入和产出在所有医院投入产出指标中的位置,分为规模效益递增医院和规模效益递减医院,后者增加投入比前者有更小的产出增加。结果显示高效医院51所,低效规模效率递增医院16所,低效规模效率递

减医院64所。通过各类医院单项效率对比分析(表8),可以发现:高效医院每床占用固定资产最少,低效规模效率递减医院占用最多;出院者平均费用高效医院最少,低效规模效率递增医院最多;药品占业务收入比重高效医院最低,低效规模效率递增医院最多;人均工作当量高效医院最多,但差别不显著;医疗质量高效医院最高,低效规模效率递增医院最低;高效医院费用控制最好,低效规模效率递增医院最差;人均业务收入高效医院最低,低效规模效率递增医院最高,但差别无显著性。总的来看,高效医院投入资源少产出多,应该给予较多财政补偿;低效规模效率递减医院投入资源多产出相对较少,应该控制固定资产投资;低效规模效率递增医院投入中等,产出经济效益多,需要控制病人费用,提高医疗质量。高效医院、低效规模效率递增医院和低效规模效率递减医院平均拥有的固定资产分别是10 301万元、11 461万元和14 832万元,差别有统计学意义。

表8 数据包络分析各类医院效率指标比较

指 标	效率类型	医院数	均值	F 值	P 值
每床位占用固定资产(万元)	高 效	51	17.78	3.214	0.044
	低效递增	16	19.85		
	低效递减	64	21.52		
	合 计	131	19.80		
出院者平均费用(元)	高 效	51	2 909	12.457	0.000
	低效递增	16	4 061		
	低效递减	64	3 768		
	合 计	131	3 449		
药品收入占业务收入比重(%)	高 效	51	43.39	7.459	0.001
	低效递增	16	49.55		
	低效递减	64	47.43		
	合 计	131	46.02		
人均工作当量	高 效	51	1 221	1.973	0.143
	低效递增	16	1 140		
	低效递减	64	1 091		
	合 计	131	1 148		
医疗质量指数	高 效	51	0.940	10.397	<0.001
	低效递增	16	0.897		
	低效递减	64	0.933		
	合 计	131	0.931		
费用控制指数	高 效	51	0.590	16.006	<0.001
	低效递增	16	0.466		
	低效递减	64	0.483		
	合 计	131	0.522		
人均业务收入(万元)	高 效	51	16.28	1.811	0.168
	低效递增	16	19.54		
	低效递减	64	17.39		
	合 计	131	17.22		

### 3 讨论与建议

#### 3.1 县级医院投入与产出基本呈正向关系

医院总支出与服务产出密切相关,业务支出与诊疗人次、出院人次、工作当量显著正相关。规模大的医院人均产出效率没有降低,但固定资产产出效率下降,原因可能是大型医疗设备较多,房屋建筑面积大或造价高,但业务产出量的增加没有固定资产增加的快。

#### 3.2 政府财政补助水平与县级医院规模及绩效无关,但富裕地区财政补助水平相对较高

财政补偿应以医院业务需要为基础,但贫困地区的县级医院即使规模大补偿也不多,财政补偿与医疗服务量及服务效率无关,说明财政补偿缺乏计划性与合理性。相关研究主张以医院绩效为基础进行补偿。<sup>[3-5]</sup> 富裕地区财政补助较多,但医疗费用反而显著上涨,并且明显高于中等和贫困地区,可能的原因有:一是富裕地区居民医疗服务需求较高;二是医院收费价格相对较高或诱导需求多;三是医院技术水平高,吸引了较多重症疑难病人。三种因素各占多大比重很难确定,特别是病人需求高与医生诱导需求,在病人经济状况较好的情况下医生提议用较贵药物或多检查,病人容易遵从。

#### 3.3 低效县级医院所占比重较大

数据包络分析高效医院 51 所,只占 38.3%。低效规模效益递减型医院较多,这与相关研究结果一致。<sup>[6]</sup> 低效医院每职工医疗服务量较低,其中低效规模效率递增医院规模较小,但收费水平较高,经济产出效率尚可;低效规模效率递减医院规模较大,固定资产多,医疗服务量效率及经济产出效率不高。通过对一个效率相对较低医院的访谈发现,低效医院较多的原因主要有两点:一是附近有规模较大的高水平医院竞争,医院在就诊人次、住院人数的增加方面潜力较小;二是医院要创品牌保持竞争力,开展微创医疗、高难度手术较多,医院投入大,手术收入也较多,但从就诊人次、住院病人数方面看效率不高。另外,医院效率低还存在管理问题,如冗员过多,学历低、技能低者较多,通过清除冗员可以提高效率。

#### 3.4 根据绩效水平对县级医院进行财政补偿

首先,对医院的财政补偿要综合考虑医疗服务量、人均服务产出和固定资产的产出效率,还要考虑不同医院的业务收支差距、医疗及药品收入的差距等。对效率高的医院在保证其业务正常运转的同时给予财政奖励;对效率低下的医院,即使其存在亏损也不能完全补偿,而是先按改革要求进行整改,比如要控制固定资产产出效率较低医院固定资产的购置,对平均职工服务量较小的医院分析其是否存在冗员过多、社会效率产出激励不强、医疗质量低、服务态度差等问题,要求进行相应整改。

其次,财政补偿要与医药费用控制和成本节约相结合。成本节约体现在资源利用效率上,如万元固定资产产出、万元业务支产出等。病人费用控制体现在每诊疗人次费用、出院者平均费用、单病种费用等方面。病人费用控制较好的医院,业务收入相对较少,职工工资福利较低,因此,财政上应该给予较多的补偿;对病人费用控制不好的医院,要利用财政补偿这一杠杆要求医院自身加强费用控制。<sup>[7]</sup>

最后,通过完善财政补偿政策提高医疗质量。医疗质量高的医院应得到较多的补偿,鼓励县级医院提高医疗质量才能更有效的吸引病人,但当前医院对医疗质量指标的统计不全面、不合理,如缺乏单病种 ICD 编码病人死亡率、治愈率等,质量指标应该包括月内再入院率、医疗过程临床正规路径符合率、医院技术组合指标等。医疗质量与医院规模、经济环境等没有明显关系有两个原因:一是质量数据可靠性差,有的医院为提高声誉而造假,有些将死亡的住院病人按自动出院处理,入出院诊断符合率可以通过修改病历提高;二是指标不科学,比如三级医院比二级医院技术水平高,但病人死亡率也高,原因是收住危重疑难病人多。县级医院技术力量强的收住危重疑难病人也多,但病人死亡率相对较高。县级医院要承担常见病、多发病的治疗,减少病人县外转出率,就必须提高医疗质量,提高对常见病危重病人的诊治能力<sup>[8-9]</sup>,同时要完善医疗质量指标体系,加强信息系统建设,提高数据质量。

参 考 文 献

[1] 中共中央,国务院. 关于深化医药卫生体制改革的意见 [EB/OL]. [2012-07-29]. <http://www.sina.com.cn>.

[2] 国务院. 关于县级公立医院综合改革试点的意见 [Z]. 2012.

[3] 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.

[4] 邢晓辉, 李从东. 公立医院回归公益性的财政补偿机制的探讨[J]. 中国医院管理, 2010, 30 (11): 1-2.

[5] 董四平, 肖婧婧, 梁铭会. 基于数据包络分析的县级综合医院规模经济效率研究[J]. 中国卫生经济, 2011, 30 (1): 67-70.

[6] 张彦琦, 唐贵立, 王文昌, 等. 重庆市县级及以上医院投入产出效率分析[J]. 中国医院管理, 2011, 31(3):

30-32.

[7] 李春花, 田银华. 控制县级医院医疗费用, 确保新农合资金安全运行[J]. 医学信息, 2010(3): 680-681.

[8] 卫生部. 卫生部召开部分省市县级公立医院综合改革试点工作交流会 [EB/OL]. [2012-12-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/maxw/pldhd/201204/54508.htm>.

[9] 山东省卫生厅. 山东省卫生厅关于实施县级公立医院能力提升工程的意见[EB/OL]. (2012-11-01) [2012-12-10]. <http://www.sdws.gov.cn/html/2012/11/1/201211011521047968.html>.

[收稿日期:2012-08-22 修回日期:2012-12-21]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

### 致谢 2012 年度审稿专家

为提高学术质量,本刊一直坚持双盲审稿制度,对稿件进行同行评议,感谢以下专家 2012 年度的审稿支持(按姓氏音序排列):

卞 鹰 蔡江南 曹建文 巢健茜 陈 娟 陈博文 陈家应 陈晓阳 陈英耀 陈迎春  
 陈颖健 陈永法 成 刚 程 薇 程景民 程晓明 仇雨临 董燕敏 封 进 高广颖  
 龚时薇 龚向光 关丽征 郭永松 郭有德 郝晓宁 何文炯 洪宝林 胡 明 胡红濮  
 胡琳琳 胡敏予 黄悦勤 江启成 蒋学华 蒋中一 匡 莉 李 鲁 李超平 李国红  
 李宁秀 李士雪 李卫平 梁 鸿 凌 莉 刘 宝 刘国祥 刘晓云 刘亚平 卢祖洵  
 吕 军 吕国营 罗 力 罗卫芳 马占新 毛 瑛 毛正中 钱东福 邱 琼 任 苒  
 阮云洲 尚 琪 邵 蓉 沈 晓 石 光 史录文 宋华琳 孙 静 孙 强 孙 玮  
 孙利华 陶红兵 王 芳 王 健(男) 王 健(女) 王桂英 王红妹 王小合  
 王晓莉 王增珍 王志锋 魏 建 吴华章 吴群红 项 莉 谢 斌 徐 飏 徐 鹏  
 徐巍巍 徐勇勇 薛 迪 严 非 杨 莉 杨 平 杨 团 杨金侠 杨肖光 杨印生  
 姚 岚 尹爱田 应晓华 于德华 于风华 于培明 俞 卫 俞立平 俞文兰 袁长海  
 袁庆禄 袁兆康 詹思延 张 宏 张 勘 张 亮 张 宁 张彩霞 张东峰 张光鹏  
 张开金 张林秀 张奇林 张拓红 张新平 张崖冰 张毓辉 张再生 章 平 赵 忠  
 赵德余 郑 红 朱 坤 朱铭来 左根永



# 我国县级中医药发展的现状和策略

蔡毅<sup>1\*</sup> 吴蓓<sup>2</sup> 汤胜蓝<sup>2</sup> 毛宗福<sup>1</sup>

1. 武汉大学公共卫生学院 湖北武汉 430071

2. 杜克大学 美国达勒姆 27705

**【摘要】**目的:分析县中医院和县综合医院业务变化趋势,为县级中医药发展提供政策参考。方法:利用 1993—2010 年全国所有县中医院执业医师人员数、县级医院医师服务量和收入数据,进行描述性分析。结果:1993—2010 年,县中医院院均中医执业医师构成比从 62.5% 下降到 38.3%;县中医院的每医师日均门急诊人次、县中医院和县综合医院每医师日均住院床日数均呈现先降低后增长趋势,而县综合医院每医师日均门急诊人次持续增长;县中医院门诊和住院中药收入分别仅占其药品收入的 35.0%~40.9% 和 10.8%~14.2%。结论:县中医院中医人力资源减少,医师服务效率低于县综合医院,收入结构趋近于县综合医院,中药收入少于西药。县中医院仍体现门诊服务优势,而县综合医院体现住院服务优势。建议:建立有效的中医人才激励机制,加强中医人才队伍建设,调整中医药服务价格尤其是门诊服务价格,新农合在分病种的基础上加强补偿中医药门诊服务。

**【关键词】**中医药; 中医院; 综合医院

中图分类号:R197.4 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.011

## Traditional Chinese Medicine at the county-level in China: An analysis of the status quo and development strategies

CAI Yi<sup>1</sup>, WU Bei<sup>2</sup>, TANG Sheng-lan<sup>2</sup>, MAO Zong-fu<sup>1</sup>

1. School of Public Health, Wuhan University, Hubei Wuhan 430071, China

2. Duke University, Durham 27705, United States

**【Abstract】** Objective: To compare the operation trend between Traditional Chinese Medicine (TCM) and general hospitals. Methods: We carried out descriptive analysis of human resources, health services delivery, and income reported nationwide from 1993 to 2010. Results: During these years, the percentage of TCM physicians practicing in country TCM hospitals decreased from 62.5% to 38.3%; the daily number of inpatients and outpatients per doctor in county TCM hospitals decreased; the daily number of inpatients per doctor decreased in county hospitals, but grew in county general hospitals. Herbal medicine respectively accounted for 35.0% to 40.9% and 10.8% to 14.2% of outpatient and inpatient medication income in county TCM hospitals. Conclusions: From 2003 to 2010, county TCM hospitals had less TCM human resources than before and were less efficient than county general hospitals. The breakdown of revenue for TCM and general hospitals gradually became similar, and herbal medicines accounted for a lesser proportion of revenue than western medicine. However, county TCM hospitals prioritized outpatient services, and county general hospitals prioritized inpatient services. Suggestions: We suggest creating incentives for TCM physicians, training TCM physicians, reducing the cost of TCM services (especially outpatient services), and expanding the coverage of TCM outpatient services by classifying diseases in the New Rural Cooperative Medical Scheme.

**【Key words】** Traditional Chinese Medicine; Traditional Chinese Medicine hospitals; General hospitals

\* 作者简介:蔡毅,女(1983 年—),博士研究生,主要研究方向为中医药服务利用。E-mail:xiaocaiyi117@gmail.com

通讯作者:毛宗福。E-mail:zfmiao@126.com

中医药是中国传统文化的瑰宝,建国初期,简便廉验的中医药是占总人口 70% 以上的农村人口可及、可负担的主要卫生资源。<sup>[1]</sup> 随着中医药科学化、规范化的发展,中医服务形式由分散的、个体为主的服务模式逐步向以中医院为主的模式转变。为了促进农村中医药事业的发展,政府建议每县建立一家县中医院<sup>[2]</sup>,截至 2009 年,县级医院约 50% 为中医院。<sup>[3]</sup> 随着现代医学的冲击,中医药事业的发展面临巨大考验: 文化传承脱节、发展道路不清晰、中医药特色淡化等。<sup>[4]</sup> 作为农村中医药服务的主要提供者,县中医院西化不但影响农村人口中医药服务的可及性和服务质量,还可能增加其医疗负担。2009 年,新医改方案对中医药的发展提出了明确要求,这为农村中医药事业的发展提供了政策保证。本研究目的是回顾县中医院 1993—2010 年的发展,并与县综合医院的服务提供和收入结构进行比较,为县中医院中医药发展以及农村中医药发展政策的制定和调整提供依据。

## 1 资料与方法

本研究对国家中医药管理局 1993—2010 年中医药统计摘编(以下简称“摘编”)数据进行二次分析。研究对象为全国县级公立医院(不包括县级市公立医院),即县中医院和县综合医院,其中县中医院包括县中医医院和县民族医医院。研究内容包括卫生资源、服务提供和收入结构。“摘编”中可及的卫生资源情况仅有县中医院各类执业医师数的相关数据,所以本文分析了县中医院各类执业医师数;其中,中医执业医师即中医类别执业医师,其他执业医师包括临床、口腔和公共卫生执业医师。“摘编”中可及的服务提供情况数据仅为县级医院每医师日均担负门诊人次数和日均担负住院日数,因此,本研究仅分析县级医院服务效率。“摘编”中收入结构中仅能区分中药和西药收入情况,中西医诊疗收入无法区分,本文着重分析县中医院和县综合医院收入结构而非中医药收入构成比。

## 2 结果

### 2.1 县中医院和县综合医院基本情况

1993—2010 年,县中医院数量总体呈现增长趋

势,从 1 124 个增长至 1 215 个,但 2003 年左右出现了短期的下降。县综合医院数量 1993—2003 年呈增长趋势,从 1 818 个增长到 2 238 个,而 2003 年以后开始出现下降,到 2010 年降至 1 956 个(表 1)。

表 1 1993—2010 年县中医院和县综合医院数及构成比,个(%)

类型	1993	1998	2003	2008	2010
中医院	1 124 (38.2)	1 238 (38.9)	1 222 (35.3)	1 194 (37.0)	1 215 (38.3)
综合医院	1 818 (61.8)	1 946 (61.1)	2 238 (64.7)	2 029 (63.0)	1 956 (61.7)
合计	2 942 (100.0)	3 184 (100.0)	3 460 (100.0)	3 223 (100.0)	3 171 (100.0)

### 2.2 县中医院中医执业医师情况

中医执业医师数是反映中医医疗机构中医药服务提供情况的主要指标,而“摘编”中无县综合医院中医执业医师数的相关数据,因此,本文分析了县中医院情况,1993—2010 年县中医院平均执业医师数从 24 人增加到 47 人,其中,中医执业医师构成比从 62.5% 下降到 38.3%,而其他执业医师(包括临床、口腔和公共卫生执业医师)构成比大幅度增加(表 2)。

表 2 1993—2010 年县中医院院均执业医师数及构成比,人(%)

类型	1993	1998	2003	2008	2010
中医	15(62.5)	17(56.7)	15(39.5)	16(37.2)	18(38.3)
其他	9(37.5)	13(43.3)	23(60.5)	27(62.8)	29(61.7)
合计	24 (100.0)	30 (100.0)	38 (100.0)	43 (100.0)	47 (100.0)

注:2003 年起《中国卫生统计年鉴》医师数仅包含执业医师数,2003 年前除了执业医师数,还包括其他医师(实习医生等)。

### 2.3 县中医院与县综合医院服务效率比较

1993—2010 年,县级医院服务效率先降低后增长,其中 2003 年前效率降低,2003 年后逐渐增长。1993—2003 年,县中医院每医师日均门急诊人次从 6.1 人次降到 5.0 人次,日均住院床日数从 1.0 日降到 0.8 日,到 2010 年,其门急诊人次增加到 5.7 人次,住院床日数增加到 1.8 日;县综合医院每医师日均门急诊人次持续增长,从 1993 年的 4.0 人次增加到 2010 年的 5.6 人次,而日均住院床日数从 1993 年的 1.7 日降到 2003 年的 1.3 日,2010 年又增加到 2.4 日(表 3)。

表 3 1993—2010 年县中医院和县综合医院每医师日均  
服务量比较

指标	县中医院					县综合医院				
	1993	1998	2003	2008	2010	1993	1998	2003	2008	2010
日均门急诊人次	6.1	5.5	5.0	5.6	5.7	4.0	4.2	4.2	5.4	5.6
日均住院床日数	1.0	0.8	0.8	1.5	1.8	1.7	1.3	1.3	2.1	2.4

## 2.4 县中医院与县综合医院收支结构

### 2.4.1 总体收支

1998—2010 年,县中医院和县综合医院业务收入均占总收入 85% 以上。1998—2010 年县中医院医疗收入从 136 万元增加到 952 万元,占业务收入的比例从 37.8% 增加到 49.6%;药品收入从 210 万元增加到 928 万元,占业务收入的比例从 58.3% 减少到 48.3%。1998—2010 年,县综合医院医疗收入从 392 万元增加到 2 668 万元,占业务收入的比例从 45.4% 增加到 53.4%;药品收入从 433 万元增加到 2 251 万元,占业务收入的比例从 50.1% 减少到 45.1%。就收支结余来看,县中医院 2003 年以前基本处于赤字状态,2003 年以后逐年增长;县综合医院 2003 年也出现了收不抵

支的状况,2003 年后也逐年增长(表 4)。

### 2.4.2 门急诊收入

1998—2010 年,县中医院门急诊医疗总收入从 69 万元增加到 337 万元,其中,检查费和治疗费共占医疗总收入的 60% 以上;门诊中药收入占药品总收入的比例约 40% 左右。1998—2010 年县综合医院门急诊医疗总收入从 142 万元增加到 872 万元,检查费和治疗费共占医疗总收入的 60% 以上;门诊中药收入占药品总收入的比例不超过 20% (表 5)。

### 2.4.3 住院收入

1998—2010 年,县中医院住院医疗总收入从 67 万元增加到 616 万元,其中,治疗费和手术费所占比例最大,为医疗总收入的 50% 左右;住院药品收入中,中药收入占药品总收入的比例为 10.8% ~ 14.2%。1998—2010 年,县综合医院住院医疗总收入从 250 万元增加到 1 797 万元,治疗费和手术费共占医疗总收入的 50% 左右;住院收入中,中药收入占药品总收入的比例为 3% ~ 4.6% (表 6)。

表 4 1998—2010 年县中医院和县综合医院院均总收入情况,万元(%)

指标	县中医院				县综合医院			
	1998	2003	2008	2010	1998	2003	2008	2010
总收入	418	574	1 406	2 164	992	1 447	3 530	5 561
财政收入	57(13.6)	—	—	243(11.2)	128(12.9)	—	—	569(10.2)
业务收入	360(86.4)	540(94.1)	1 271(90.4)	1 921(88.8)	864(87.1)	1 327(91.7)	3 236(91.7)	4 992(89.8)
医疗收入	136(37.8)	230(42.6)	643(50.6)	952(49.6)	392(45.4)	654(49.3)	1 740(53.8)	2 668(53.4)
药品收入	210(58.3)	285(52.8)	599(47.1)	928(48.3)	433(50.1)	626(47.2)	1 442(44.6)	2 251(45.1)
其他	14(3.9)	25(4.6)	29(2.3)	41(2.1)	38(4.4)	47(3.5)	55(1.7)	73(1.5)
总支出	443	574	1 367	2 054	898	1 462	3 378	5 231
收支结余	-25	0	39	110	94	-15	152	330

注:1993 年的统计汇编尚无相关数据,2003 和 2008 年缺乏财政收入数据;财政收入包括上级补助收入和财政补助收入。

表 5 1998—2010 年县中医院和县综合医院院均门急诊收入比较,万元(%)

指标	县中医院				县综合医院			
	1998	2003	2008	2010	1998	2003	2008	2010
医疗收入	69	107	248	337	142	248	605	872
挂号费	4(5.8)	4(3.7)	6(2.4)	7(2.1)	7(4.9)	10(4.0)	12(2.0)	15(1.7)
检查费	25(36.2)	40(37.4)	111(44.8)	154(45.7)	64(45.1)	80(32.3)	294(48.6)	429(49.2)
治疗费	—	27(25.2)	52(21.0)	70(20.1)	—	75(30.2)	105(17.4)	147(16.9)
手术费	—	7(6.5)	11(4.4)	13(3.9)	—	11(4.4)	21(3.5)	27(3.1)
药品收入	134	172	266	369	244	259	491	710
西药	—	103(59.9)	173(65.0)	218(59.1)	—	207(80.0)	406(82.7)	588(82.8)
中药	—	69(40.1)	93(35.0)	151(40.9)	—	52(20.0)	85(17.3)	123(17.2)

表6 1998—2010年县中医院和县综合医院院均住院收入情况,万元(%)

指标	县中医院				县综合医院			
	1998	2003	2008	2010	1998	2003	2008	2010
医疗收入	67	123	396	616	250	407	1 134	1 797
床位费	9(13.4)	14(11.4)	39(9.8)	56(9.1)	29(11.6)	41(10.1)	106(9.3)	155(8.6)
检查费	9(13.4)	12(9.8)	44(11.1)	75(12.2)	34(13.6)	41(10.1)	130(11.5)	222(12.4)
治疗费	27(40.3)	42(34.1)	115(29.0)	183(29.7)	102(40.8)	151(37.1)	356(31.4)	563(31.3)
手术费	—	25(20.3)	88(22.2)	117(19.0)	—	71(17.4)	215(19.0)	293(16.3)
药品收入	76	113	332	559	189	367	951	1 541
西药	—	97(85.8)	296(89.2)	481(86.0)	—	350(95.4)	923(97.1)	1 495(97.0)
中药	—	16(14.2)	37(10.8)	78(14.0)	—	17(4.6)	28(2.9)	46(3.0)

### 3 讨论

从县中医院的总体发展来看,2003年以前县中医院的发展处于停滞期,医疗资源、服务利用等都未见明显增加,收支出现赤字;2003年以后,发展势头较好,医疗资源和服务利用均成倍增加,收支有结余。然而,通过对医疗资源和服务利用增长方式的进一步分析发现,县中医院中医执业医师比例逐渐下降,门诊服务优势弱化,中药收入比例缩小,这一趋势不利于中医药的发展。

#### 3.1 县中医院中医人力资源弱化

1993—2010年,县中医院中医执业医师比重逐渐下降,尤其是2003年前降幅较大,具体表现在县中医院平均中医执业医师人数维持在15~18人左右,而平均其他执业医师人数从9人增加到29人,2003年其他执业医师已达23人。根据2009年中医药管理局组织制定的《中医医院评价标准》要求,中医院中医医师所占比例不得低于60%。然而,仅有部分地区市级中医院达到了这一标准,如北京市中医院中医医师比例已达到61.82%。<sup>[5]</sup>从总体情况来看,1993—2010年间,县中医院中医医师比例呈下降趋势,2010年县中医院平均中医医师的比例不到40%。

中医医院中医执业医师减少的原因可能与以下两方面因素有关。一是对中医药服务的需求减少。随着经济社会的发展和就医观念的改变,中医药疗法见效慢、使用不方便以及对其安全性和科学性的质疑,使人们倾向于选择方便科学的现代医学诊断和治疗,从而对中医药服务的需求逐渐减少。<sup>[6-7]</sup>二是中医药服务价格过于低廉,既不能维持中医院的

收支平衡,也不能体现中医医师的劳动价值。随着医疗服务市场化,财政投入逐渐减少,县中医院需要依靠业务收入来维持医院的收支平衡。<sup>[8]</sup>而价廉的中医药服务不能维持医院的收支平衡,需要依靠更多的西医药服务来增加医疗收入,从而需要雇佣更多的西医医师。<sup>[9]</sup>此外,中医药治疗收费过低,如40~50元一次的针灸或推拿治疗需要30分钟<sup>[5]</sup>,中医医师的劳动价值得不到体现,影响了中医药从业人员提供中医药服务的积极性和主动性。

#### 3.2 县中医院仍体现了中医药以门诊为主的服务优势

比较县中医院和县综合医院的每医师日均服务量可以看出,县中医院医师担负的门急诊服务量同期多于县综合医院医师,而担负的住院服务量同期少于县综合医院。说明县中医院和县综合医院仍体现着各自的服务提供优势。

目前,医院的收入仍以业务收入为主。由于中医药服务主要依靠中医医师来提供,如针灸治疗、推拿治疗、中医诊断等,耗时较长,且收费较低。因此,县中医院中医药服务效率的提高面临两难选择。单纯发挥中医药门诊服务优势,提高服务效率,则很难提高业务收入,不能保证医院的正常运营;相反,如果盲目追求较高的服务效率,中医药服务的质量可能下降,且不能保证提供较高比例的中医药服务。因此,应以服务质量为主,同时考虑到县中医院面临的低效率、低收费问题,结合中医药服务劳动成本,提高中医药服务的价格。

#### 3.3 中医药服务提供在县级医院中普遍减少

县中医院门诊和住院收入中,中药收入构成比较较小,其中,门诊中药收入为35%~40.9%,而住

院中药收入构成比更小,仅为 10.8%~14.2%。随着县中医院门诊服务优势逐渐弱化,住院服务提供增加,中药收入构成比也逐渐下降。在县综合医院中,门诊和住院中药收入构成比均小于县中医院,且逐渐减小。可见,中医药服务提供存在普遍减少的现象。

## 4 建议

### 4.1 建立有效的中医人才激励机制,加强中医药人才队伍建设

卫生人力资源是卫生服务提供的主体,中医药人才引得进来、留得住是县中医院中医药发展的核心。目前,按服务提供的工资支付方式使中医执业医师不能主动积极的提供中医药服务,因此,建议增加县中医院的财政投入,财政投入覆盖中医医师人员支出,使中医药服务提供与服务效果和质量挂钩,而与经济效益无关。同时监测中医医师处方,鼓励中医医师在诊疗过程中加大中医药疗法的使用,对中医药服务提供比例较高的县中医院给予更多的经济激励。此外,大量的高学历、高职称、有经验的中医医师集中在地市级以上中医院,县中医院中医医师水平相对较低,不能应对现代疾病结构的诊疗和患者的需求,加强县中医院中医医师在岗培训和继续教育,改变陈旧服务提供观念,积极学习和应用新技术、新方法,均有利于县中医院中医医师服务能力的提高。

### 4.2 合理调整中医药服务价格

中医药诊疗收费不能体现中医医师的劳动价值。中医诊断是通过中医医师“望闻问切”收集患者各项体征、症状后,根据中医基础理论和依靠中医医师的经验来确定患者症型。然而,在中医诊疗过程中,中医药收入不包含中医诊断的费用,中医医师仅通过中草药利润或较低的针灸、推拿等治疗项目获取不对等的收入。因此,在调整中医药服务价格时,应充分考虑中医医师诊断服务的价值,通过成本核算等卫生经济学理论,合理确定中医药价格。

### 4.3 调整新农合制度中中医药服务补偿机制

新农合应按照中医药服务特色和优势制定促进中医药服务利用的补偿机制。中医药服务在门诊应

用频率较住院高,新农合应逐步覆盖门诊服务,增加覆盖的中医药服务项目,以便提高农村人口门诊中医药服务可及性。根据不同疾病的需求,筛选出中医药优势病种,制定分病种中医药门诊治疗或住院治疗服务包。如癌症化疗患者多采用中草药疗法缓解化疗副作用、延长寿命等,这类患者需要长期中草药治疗但不需要住院治疗,因此,新农合提供癌症患者门诊中草药疗法服务包,不但提高了癌症患者中草药服务可及性,还减少了不必要的住院康复治疗。再如中风后瘫痪患者失去行动能力,因此需要住院康复治疗。新农合可根据患者需要,制定中医药住院康复服务包,减少不必要的西医检查,最终提高疗效、降低医疗费用。

## 参 考 文 献

- [1] 金二澄. 中医药参与初级卫生保健的意义与措施[J]. 中国初级卫生保健, 1990, 4(4): 3-4.
- [2] 邱洪钟, 梁瑞琼. 中医药服务模式的演变与评价标准[J]. 现代医院管理, 2007, 5(3): 9-10.
- [3] 卫生部. 2010 年卫生统计年鉴[EB/OL]. [2012-09-23]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wgkzt/ptjnj/year2010/index2010.html>.
- [4] 桑滨生. 关于中医药事业科学发展的思考[J]. 中国卫生政策研究, 2008, 1(2): 39-45.
- [5] 国家中医药管理局. 中医医院评价标准[EB/OL]. [2012-09-23]. <http://www.satcm.gov.cn/web2010/zhengwugongkai/xingyekuaixun/zhongyifazhan/2010-10-07/1920.html>.
- [6] 梅全喜, 曾聪彦. 试论中药现代化与中药安全性[J]. 临床药物治疗杂志, 2009, 7(2): 23-29.
- [7] 温长路. 关于中医西化的文化思考[J]. 环球中医药, 2010, 3(4): 241-246.
- [8] 林海, 荆丽梅, 金春林, 等. 上海市中医医院收入与支出分析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(1): 21-30.
- [9] 陈曼莉, 姚岚. 新医改背景下我国基层中医药发展策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [10] 张立强, 李强, 汪早立, 等. 新型农村合作医疗中医药补偿政策实施效果制约因素分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(2): 49-54.

[收稿日期:2012-09-25 修回日期:2012-12-25]

(编辑 薛云)

# 卫生政策与体系研究概述

Lucy Gilson<sup>1,2\*</sup>

1. 开普敦大学 南非开普敦 7925

2. 伦敦卫生与热带病医学院 英国伦敦 WC1H9SH

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.01.012

## Introduction to health policy and systems research

Lucy Gilson<sup>1,2</sup>

1. University of Cape Town, Cape Town 7925, South Africa

2. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1H9SH, U K

### 1 卫生政策与体系研究的内涵

#### 1.1 定义与特点

卫生政策与体系研究(Health policy and systems research, HPSR)通常定义为“……通过提升社会组织能力来实现人群的健康目标,并研究不同社会角色对政策制定和执行的影响以及对政策成果的贡献。卫生政策与体系研究属于交叉学科,综合运用经济学、社会学、人类学、政治学、公共卫生和流行病学等学科,揭示卫生体系如何影响并适应卫生政策,以及卫生政策、健康相关因素与卫生体系之间如何相互影响”。<sup>[1]</sup>

上述定义阐明了卫生政策与体系研究的主要特点<sup>[2-3]</sup>:卫生政策与体系研究属于多学科范畴,是通过问题而不是通过单一的学科和方法来区分不同研究领域;既包括卫生服务研究,又包括健康促进等方面的研究;既关注全球和国际问题也关注某一国家和地区的问题,国际力量对中低收入国家的卫生体系产生重要影响;是对相关政策的研究,既包括政策如何制定和执行,又包括政策参与者如何影响政策结果,旨在解决卫生体系中的政治问题;试图影响卫生决策,即为决策而研究。

更为重要的是,卫生政策与体系研究是一种整合的研究。它将卫生政策和卫生体系整合为一个研究范畴,因为二者之间存在许多联系:卫生政策是经过慎重考虑而采取的一系列行动,方向是加强卫生

体系,目标是提高人群健康水平;对卫生政策的理解不能仅停留在对卫生体系功能和绩效的理解,也需要了解人们对卫生体系的反应,知道卫生体系是如何得以维持或遭到破坏;更好地理解卫生政策演变的政治学,以及利益相关方如何推动政策的制定和执行,有助于理解其如何影响卫生决策,进而采取相应行动以加强卫生体系;关注政策执行,必须熟悉卫生体系的组织动力学(organizational dynamics),这在卫生体系研究中经常被忽视。因此,卫生政策与卫生体系看似属于不同的领域,其实存在着部分交叉重叠,只有把二者整合在一起进行研究,才能提供加强卫生体系的相关理论,进而对卫生决策产生影响。

#### 1.2 关键领域

卫生政策与体系研究主要包括四个领域:卫生体系、卫生政策、发展或加强卫生体系、卫生政策分析。每一个领域都可以通过一系列的定義、概念和框架来理解,从而形成相关的研究问题。同时,这些框架也有助于更好的理解卫生体系的要素和特点,明确卫生体系中不同组成部分之间的关系。

政策研究和政策分析的思路与方法为卫生政策与体系研究的重要组成部分。为更好的执行政策,分析政策结果的影响因素至关重要。了解政策性质和政策变化过程,有助于从崭新的视角揭示参与者

\* 作者简介:Lucy Gilson,女,博士,教授,研究方向为卫生政策与体系。E-mail:lucy.gilson@lshtm.ac.uk  
本文英文原件参见 Health policy and systems research: a methodology reader, 2012:19-38,略有删减。

及其权力与信任关系如何影响卫生体系绩效。

## 2 卫生体系

### 2.1 目标

卫生体系的主要目标是改善健康状况。实现这一目标,不仅需要治疗和预防服务,还要推行健康干预和实现跨部门合作。<sup>[4]</sup>

然而,在任何一个国家,卫生体系都是社会体系的一部分,提供的价值远超过健康本身<sup>[5-6]</sup>,因此,卫生体系的目标还包括:卫生筹资和资源配置的公平性、防范家庭灾难性卫生支出的发生、居民对健康期望的反应和对居民人格尊严的尊重<sup>[7]</sup>。其中,后两个目标更需要:道德守信,公民权利;利益相关者参与政策制定,明确卫生服务提供中的责任及尊重公民隐私<sup>[4]</sup>;通过制定战略和实际行动,建立和维持社会关系,保证卫生资源再分配的可持续性<sup>[8]</sup>。

因此,通过提供卫生服务和影响社会关系,卫生体系致力于分析健康的社会决定因素并解决卫生不公平问题。<sup>[9-10]</sup>

### 2.2 要素与特点

卫生体系的要素包括三个方面:

一是服务人群和健康干预措施。其中,人群分为 5 类:寻求医疗服务的患者;对治疗抱有期望的消费者;为卫生体系提供资金的纳税人;享有卫生保健权利的公民;为追求和促进健康而采取行动的人群。<sup>[11]</sup>

二是卫生服务的功能,包括:服务提供、卫生人力、信息、医疗产品(疫苗、技术等)、筹资、领导或治理。

三是卫生服务功能的整合<sup>[12]</sup>,包括:一般的预防与治疗服务和特定健康问题的卫生服务(包括特定疾病控制项目和特定群体的医疗服务);卫生服务提供的模式或渠道,包括不同水平的卫生机构、卫生服务产品的销售点(如药房或商店)和其它战略(如以社区为基础的卫生人员和行动)等;通过混合的服务提供——公立与私立、营利性与非营利性、正规与非正规、专业与非专业、对抗疗法与传统疗法、有偿行为与志愿行为——建立多元化的卫生服务体系<sup>[13]</sup>。

### 2.3 多层次运行

卫生体系的运行涉及宏观、中观和微观三个层面(图 1)。<sup>[13-14]</sup>

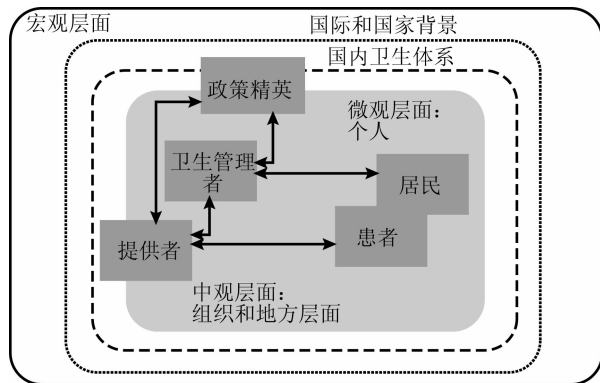


图 1 不同层面的卫生体系

宏观层面主要关注国家的卫生体系,受到国内外环境的影响。在国家层面上,卫生体系可以发挥如下作用:平衡政策、战略、资源配置、卫生人员薪酬体系等要素,与卫生体系总目标保持一致;在卫生服务功能、提供和健康干预之间进行协调;制定政策和规章制度;与居民等卫生体系参与者进行交流;与其他国家机构、国际组织和国际卫生议程之间进行沟通。人们已逐渐认识到国际环境对人群健康和卫生事业发展具有重要影响<sup>[15]</sup>,如国际贸易、国际援助以及全球经济、气候的变化,还包括多边或双边组织、全球公私合作计划等一些极具影响力的国际组织和参与者。因此,国内卫生体系是一个置身于国际环境的开放性体系,既受国际力量的影响,又影响国际力量。

中观层面一般为地方或组织层面的卫生体系,主要作用有:根据卫生服务提供和健康干预情况对卫生需求和环境作出反应;协调地方参与者;管理卫生服务、医疗活动和卫生人员;监管和培训卫生服务提供者;将国家政策、指导方针与各地实际相结合。

微观层面一般指卫生体系中的个人,包括卫生服务提供者、患者、居民、管理者、政策精英及他们之间的相互关系。此层面个人发挥如下作用:寻求医疗帮助,遵从治疗建议;开展卫生服务提供和健康干预活动;构建良好的医患关系,进行患者随访;卫生体系代理人居民建立广泛的联系;卫生体系内的管理决策和治理。

### 2.4 各要素之间的相互作用与关系

卫生体系不仅包含多种要素,而且要素之间、个人与卫生体系之间存在着相互作用与关系<sup>[16]</sup>,这不仅能够改善卫生服务提供,而且有助于卫生体系产生更大的社会价值<sup>[6]</sup>。如图 2 所示,单一要素并不

能构成体系,若干要素的有机组合才能形成一个整体。这是一种多重的相互关系,每一要素影响和决定着其它要素,又受其它要素的影响,这种交互影响将这些要素整合成一个体系。<sup>[17]</sup>

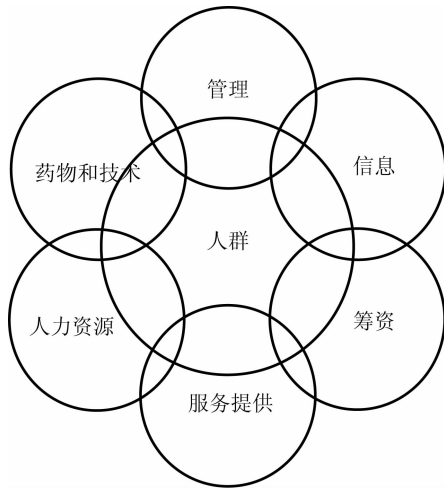


图2 卫生体系各组成部分动态关系

然而,这种相互作用既受到卫生体系中不同软硬件的影响,又影响卫生体系绩效。卫生体系的硬件是指构成卫生体系的组织、政策、法律和筹资框架,以及卫生服务需求;软件是指体系内的各种制度、标准、价值观和程序等。

卫生体系中软硬件一般整合在一起,如筹资机制不仅影响卫生体系的筹资水平,还揭示了卫生体系的价值,此外筹资机制还会影响国民关系、医患关系、卫生服务利用的方式和水平以及卫生体系在遭遇危机或创造社会效益时能够寻求经济保护的程度。<sup>[11]</sup>因此,系统思维(system thinking)更加专注于卫生体系的性质及所产生的协同效应,并认识到整体效果要远远大于各个部分之和。<sup>[18]</sup>

### 3 发展或加强卫生体系

如前所述,卫生体系一般由结构要素(硬件)和社会要素(软件)构成。因此,为了辨别发展或加强卫生体系中的行动,研究者需要考虑:能够产生绩效的卫生体系结构性变化,如何影响卫生体系代理人的行为与实践活动及如何确保预期政策的效果。<sup>[18]</sup>这些干预行动一般不只是关注某一要素,如按绩效支付(pay for performance)解决的是卫生人力资源和卫生筹资问题。通过治理或信息要素,一些干预行

动策略会引起整个卫生体系变化。<sup>[18]</sup>卫生体系中硬件和软件问题都可以在新的问责机制和监管评估机制中解决,同时,新的领导和治理方法更加关注卫生体系的制度性和关联性,在解决软硬件问题方面也能发挥作用。<sup>[19]</sup>

某些疾病或特定干预策略如扩大抗逆转录病毒疗法,也会产生系统性的影响<sup>[18]</sup>,但一般不会单独改善卫生体系,因为这类策略存在缺陷:改进卫生体系的政策选择更倾向于微观层面(个人),而不是中观(地方或组织)和宏观(国家或全球)层面;一些日常活动(培训等)的开展往往以牺牲卫生服务提供为代价<sup>[20]</sup>;短期目标的实现阻碍了长期战略的开展,不能保证目标实现的持续性(如一些援助项目中取得的绩效结果很难持续)。

表1展示了卫生体系对一些特定卫生服务或项目局限性作出的反应,这有利于找出问题根源。然而这些反应一般需要较长时间才能发挥作用,其执行过程中也很难管理。

表1 卫生体系的局限性以及不同层面的应对措施

局限性	特定疾病领域	卫生体系
资金缺乏:无力支付日常费用	针对疫源性疾病预防、免税、降价	制定风险共担机制
硬件条件不允许:医疗设施的差距	针对疫源性疾病预防服务	慎重考虑卫生投入、医疗机构选址等长期规划
不适宜的卫生技术人员	针对疫源性疾病预防开展继续教育和培训,以加强卫生人员专业技能	对基本医疗和护理培训课程进行监督,以确保涵盖适当的技能培训
较差的员工激励机制	针对提供特定医疗服务的人员,给予经济激励,发放奖金	建立适宜的绩效评估机制,明确绩效与健康期望的关系,明确工资结构和薪酬体制
较差的人才规划和管理	开展继续教育和培训,以强化专业技能	重组卫生部门,招聘和培养专职管理人员
缺乏跨部门行动与协作	建立跨部门委员会和全国层面的工作组	建立地方卫生体系,吸收来自卫生、教育和农业阶层代表,提高地方领导责任感
私立卫生服务提供者素质较差	针对私立卫生服务提供者进行培训	建立资格认证与监管体制

来源:Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals[J]. The Lancet,2004,364:900-906.



## 4 卫生政策与卫生政策分析

### 4.1 卫生政策

卫生政策一般定义为：“……影响卫生体系的机构、组织、服务和筹资的作为与不作为的过程，包括国家公共部门（政府）和私立部门的政策。但由于卫生受到卫生体系以外诸多因素的影响，因此卫生政策研究人员也会对卫生体系外的某些组织活动感兴趣，如食品、烟草或药品行业等”<sup>[21]</sup>。

卫生政策一般是正式的书面文件或指导方针，体现了决策者对能够加强卫生体系、改善健康状况的某一行动的合法化。这些正式文件由决策的参与者（如卫生服务管理者、卫生人员、患者、居民）转化为实际的行动（如服务的管理和提供、医患沟通），在这一过程中，卫生政策会不断吸取实践经验，与当初下发的正式文件有所不同<sup>[22]</sup>。因此，政策不仅可以是正式的书面表达，也可以是非正式、非书面的实际行动。<sup>[22]</sup>

### 4.2 卫生政策分析

卫生政策分析是卫生政策与体系研究的核心，也可以理解为发展新政策和支撑决策评估的技术性工作，如确定特定疾病危险因素流行病学分析等。然而，更具政治性或组织性的政策分析方法，应当将政策看作是一个决策过程，而不只是一个过程的输出或一种管理的输入。<sup>[23]</sup>

卫生政策分析人员认为政策分析一般包括如下步骤：首先，提出一个需要优先解决的卫生政策问题；第二，定义问题并确定解决此问题所要达到的目标；第三，找出问题产生的原因及其内在联系；第四，拟定解决问题的可行性方案并选择最佳方案执行；最后，进行评估和反馈<sup>[24]</sup>。然而，在每个决策过程中，这些步骤并不是连续的或必然发生的，实际上，卫生政策分析人员一般认为政策过程是混乱的。

目前，对政策分析形式的关注已经超越了政策内容本身，而更加关注卫生政策参与者的行为：他们的决策过程及采取的行动；无作为或无意识的行动；政策内容对这些行动的影响等。<sup>[24]</sup> 此类分析能够更好地结合系统思维去思考问题<sup>[20]</sup>，但也有专家认为卫生政策是政治的同义词，即明确影响决策的人员

及在何种条件下影响决策<sup>[22]</sup>。

#### 4.2.1 政策参与者

从国家层面讲，政策参与者主要涉及：公共部门或私立部门中的政策制定人员，包括卫生部门以外影响卫生政策制定的人员、一些国际组织或机构；影响卫生政策实施的人员，如卫生服务管理者、卫生技术人员、患者和居民；试图影响政策进程的人员，如国际和国内的民间社会团体。从全球范围来看，政策参与者还包括一系列的多边和双边组织、新成立的国际公共或私立组织（如盖茨基金会）及跨国公民社会。

#### 4.2.2 政策分析的焦点与形式

政策分析重点关注：个人、组织、国家和国际层面不同卫生决策参与者的角色和利益；权力关系、制度（能约束人类行为的规则、法律、标准和风俗习惯）和思路（争论和证据）对卫生体系运行和政策演变的影响；全球政治经济问题。政策分析试图了解各种力量为何以及如何影响卫生政策制定、执行和评估，包括研究人员如何影响政策制定<sup>[25]</sup>，后者需要考虑是否以及为什么具体实践与政策意图之间存在差距。最后，尽管政策分析是回顾性地了解过去的经验，但仍有助于卫生政策的发展和卫生体系的加强。预期的政策分析有助于各种倡议行动的开展<sup>[26]</sup>，并且是卫生体系领导和治理的关键<sup>[20]</sup>。

卫生体系发展的新方法——全球卫生外交，认为卫生政策参与者之间应与国家或国际间的卫生政策参与者以及卫生体系之外的其他相关人员协同合作。全球卫生外交的典型案例分析包括针对全球烟草贸易的行动、制定世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则、努力提高非洲国家的卫生预算等。

## 5 卫生政策与体系研究的边界

卫生政策与体系研究作为一个新兴领域，人们很少了解其要解决的问题及与其他卫生研究的不同之处。图 3 揭示了卫生政策与体系研究的框架。

### 5.1 卫生政策与体系研究是什么

卫生政策与体系研究，是研究卫生体系中政策、组织、人群健康问题及其相互关系，以及对卫生体系实践和绩效的影响。卫生政策与体系研究试图解释：卫生体系是什么及如何运行；从健康效益角度如

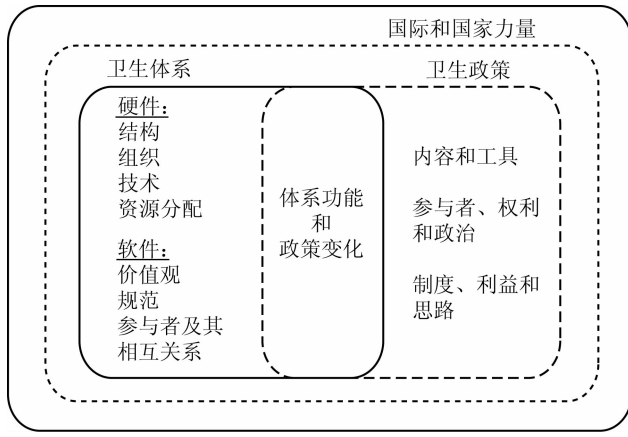


图3 卫生政策与体系研究框架

何加强卫生体系以达到绩效改善的目标;对加强卫生体系的政策议程如何施加影响;如何开展各种行动,以巩固绩效成果。卫生政策与体系研究涉及卫生体系的各个要素,其研究领域需要考虑如下几个方面:政策制定的背景(宏观层面分析);政策制定和执行过程中的进程和制度安排(中观层面分析);某一特定人群对政策演变的影响(微观层面)。<sup>[27]</sup>

卫生政策与体系研究不仅包括拥有政策影响力或位于体系上层和核心的政策制定者,也包括患者、居民、卫生人员以及来自卫生体系底层或边缘的管理者。他们在卫生政策与卫生体系方面积累了丰富的实践经验,有助于改进人群健康状况和实现更大的社会价值。<sup>[28-29]</sup>同时,卫生政策与体系研究不仅可以在国家或地区间开展,也可以在多个国家之间开展。表2和专栏1列出了与卫生政策与体系研究有关的主题。

表2 卫生政策与体系研究的建议主题

主题	具体问题
卫生筹资与人力资源	社区筹资与国家基本医疗保险 地区级及以下层面卫生人力资源 国家层面卫生人力资源
卫生服务组织及提供	社区参与 卫生服务的公平、有效和高效率 卫生服务组织的方法 药物与诊断政策
卫生治理与管理	治理与责任 卫生信息系统 确定优先议题与循证决策 卫生领域跨部门高效协作的方法
国际影响	全球行动和政策对卫生体系造成的影响

来源: Sanders D, Haines A. Implementation research is needed to achieve international health goals[J]. PLoS Medicine, 2006, 3(6): e186.

专栏1 当前卫生政策与体系实证研究解决的问题

- 分析和评估卫生体系的某一部分(如分权、卫生筹资);
- 分析某些特定背景下卫生政策演变经验;
- 分析和解释烟草公司等跨国企业如何影响国际和国内政策;
- 分析某个政策参与者对决策的影响(例如健康行为研究、调动卫生人员积极性研究);
- 评估新的干预措施能否改善绩效及改善的程度,对一些替代干预措施的成本效益进行评估;
- 了解利益相关者对某一新政策或行动的立场,评估接受新政策或干预措施可能带来的意义;
- 分析政策执行过程中的一些特殊经验,并对此过程中的各种环境进行分析;
- 解释整体卫生体系的绩效及变化(例如对灾难性卫生支出的跨国分析)。

5.2 卫生政策与体系研究不是什么

5.2.1 与卫生服务提供、疾病项目研究的区别

卫生政策与体系研究关注在体系层面解决卫生问题所采取的一些行动以及可以改善特定卫生项目绩效的要素,从服务提供角度,主要涉及评估新的卫生服务提供模式或不同卫生服务提供者。然而,卫生政策与体系研究一般会扩大研究焦点,从特定的卫生条件、服务或项目出发,考虑自身的卫生体系和政策背景,这对于持续解决特定卫生问题及提供特定服务或项目至关重要。<sup>[21]</sup>

因此,卫生政策与体系研究关注的是卫生体系这一整体,而不是卫生体系的某一部分,尤其关注卫生体系的水平维度(如规划、管理、组织功能)。尽管如此,为了更好的理解体系在应对不同卫生条件和保证项目持续性方面所面临的挑战,卫生政策与体系研究仍会涉及一些特定卫生项目(即体系内的垂直要素)的研究,这些问题一般都有必要从系统层面研究(如艾滋病抗逆转录病毒治疗)或者有助于更好地理解卫生政策和卫生体系发展的动力。<sup>[3]</sup>

5.2.2 边界模糊

不同人员会采用不同术语来定义卫生政策与体系研究中的各个部分。在高收入国家,卫生服务研究的开展比较普遍,其出发点是卫生体系的服务提供功能,有时也与其它功能相关。卫生服务研究一般涉及医患关系的研究及优化卫生从业者临床指南的干预行动。卫生政策与体系研究最初由卫生政策和体系研究联盟引进,涵盖了广泛的卫生领域,尽管联盟关注中低收入国家的卫生工作,但卫生政策与体系研究这一术语已经得到广泛认同。卫生政策与

体系研究一般以体系中的某一部分为起点,关注整个政策进程和国际影响力。政策执行和运行方面的研究也是卫生政策与体系研究的一部分,这些研究往往与管理行为存在交叉,不同领域之间没有明显的界线。

首先,由于研究视角不同,卫生政策与体系研究与作为新兴领域的应用科学(implementation science)之间存在差别。<sup>[30]</sup>应用科学已逐渐成为改善某些特定卫生服务和治疗干预的有效途径,有利于系统理解临床研究的成果和循证实践,并将其转化为日常工作,从而改善卫生服务质量和效益,目前已广泛用于卫生人员和组织行为影响因素的研究。相比之下,卫生政策与体系研究以深厚的政策执行理论为基础,比应用科学的研究范围更广<sup>[31]</sup>,它认为应用研究是卫生体系治理的核心,并试图理解各种政策变化是如何产生的,即解决的是“发生了什么以及为什么会发生”,而不是“为什么存在政策执行空隙”。这种方法综合考虑了为卫生体系新理念或干预措施提供支持的一些管理和沟通方面的实践,而不仅仅关注某一要素如一种新的卫生服务提供方式等。此外,卫生政策与体系研究也认为某些权力和信任关系会影响政策执行。

其次,由于卫生政策与体系研究是基于多学科视角,因此,它与专业学科之间的边界也比较模糊,如大多数流行病学研究不属于卫生政策与体系研究范畴,但那些阐明卫生体系绩效或某段时间绩效变化的内容却与之有关<sup>[32]</sup>;人类学中分析卫生体系功能和绩效、参与者之间相互关系以及对其自身影响的研究也属于这种情况,它一般围绕特定的卫生规划,并不是和卫生政策与体系研究直接相关;政治学和社会学也可以为卫生政策与体系研究提供帮助<sup>[33-34]</sup>;卫生经济学是卫生政策与体系研究的核心学科,更加关注卫生筹资<sup>[35]</sup>和人力资源问题<sup>[36]</sup>,并不只是对某一疾病治疗技术的成本效益进行分析。从根本上讲,卫生政策与体系研究致力于解决卫生政策和体系方面存在的问题,并提供一些政策见解。

## 6 理解社会与政治现象的性质

卫生政策与体系研究和广义卫生研究的差异在于对事物性质的不同理解。生物医学、临床研究、流

行病学和经济学研究,都是基于对自然和物理科学的实证理解;而卫生政策与体系研究更加强调社会科学的视角,不仅包含批判实证主义的知识范式,还包含相对主义的知识范式及一系列相关的研究问题和方法学(表 3)。这些知识范式之间的差异形成了卫生政策与体系研究的策略。<sup>[37]</sup>

表 3 卫生政策与体系研究中的知识范式要素

知识范式	实证主义	相对主义	批判现实主义
问题类型	政策或干预措施是否具有成本效益?	参与者如何体验并理解不同类型的干预措施或政策?什么是社会进程?这包括了权力关系、具有影响力的参与者的理解和体验	为谁工作?在何种条件下开展工作?
相关学科	流行病学 福利经济学 政治学(理性选择理论)	人类学 社会学 政治学(社会学制度理论)	政策分析 组织行为研究
主要研究方法	演绎法:假设前提 通过调查、利用方案及其他数据记录进行评估 数据统计分析 通过半结构化的访谈进行定性资料的收集	归纳法 包括深入访谈、查阅文献、个人随访跟踪在内的多种资料收集方法	演绎法和归纳法 包括查阅相关文献、访谈、观察等在内的多种资料收集方法

### 6.1 实证主义

生物医学或流行病学等实证主义研究均基于存在的现象或问题,包含了一系列研究者能够观察和评价的事实,只要排除外界干扰,其中的一些模式、规律和因果关系能够通过实证研究得到确认。实际上,这类研究的主要任务是通过分析和验证假设来发现因果关系。基于这种知识范式的卫生政策与体系研究,主要是为了确定哪一种干预措施最有效。

### 6.2 相对主义

社会科学是通过社会参与者的相互作用来理解正在调查的社会现象。这一现象并不独立于这些参与者,其形成往往基于参与者的经验及对问题的理解,并随时间推移而变化。从这一角度出发,这类研究重点关注人们的意愿、信仰、价值观等,研究者对现象的观察和解释可以形成相关知识。因此,这一知识范式的卫生政策与体系研究重点关注参与者赋

予社会现象的意义,而不是解释其产生的原因。

### 6.3 批判现实主义

批判现实主义可以看作是介于前两者之间,虽然认为参与者对社会现象的理解会影响社会变迁,但依然可以独立于社会参与者之外来理解社会现象。而原有的社会结构会作用或反作用于参与者,人类行为会受到一系列个人、团体、组织和社会进程与机构的影响。与实证主义者一样,批判现实主义者试图探讨社会现象产生的原因,但他们通常会采取一种解释性理解(interpretive understanding),即他们不接受那种普遍性的因果关系,相信存在着一系列调解原因和结果的机制,包括那些与参与者和背景有关的因素。因此,对于批判现实主义者来说,其主要任务是构建可以解释社会现象或干预结果的理论和机制。这一视角下卫生政策与体系研究的主要问题是“为谁工作?在何种条件下开展工作?”<sup>[38]</sup>

### 6.4 因果关系、普遍性和学习

在卫生政策与体系研究中融入对社会现象的深入理解,有利于巩固对社会政治学及意识形态对卫生政策与体系研究影响的认知,也会导致这些研究领域在因果关系、普遍性和学习方面存在很大不同。

#### 6.4.1 因果关系

卫生政策与体系研究接受复杂因果关系理论,认为一种结果并不是由单一原因产生,而是多种因素相互作用产生了不可预知的结果。从这一理论出发,卫生政策和卫生体系是不同参与者及对问题的不同理解、不同的干预措施或政策、不同的卫生体系运行方式或者干预措施、政策发挥作用的不同方式等因素共同作用的结果。<sup>[39]</sup>

复杂因果关系也可能是由于卫生体系的开放性,导致多种因素相互作用并融入其中。干预措施和政策会随时间和地点不同而产生不同影响<sup>[18]</sup>,因此,卫生政策与体系研究首先要调查复杂的因果关系,此外,系统思维可为卫生政策与体系研究提供一些见解和观点<sup>[18,39]</sup>。

#### 6.4.2 普遍性

卫生政策与体系研究认可多种研究方法,实证主义研究试图得出超越特定背景的普遍性结论,在评价工作方面,正是允许这种普遍性的存在,随机对

照试验已成为研究设计的金标准。因此,卫生政策与体系研究也接受普遍性的理论或分析,并应用于案例研究中。经过缜密的分析过程,从一个或多个案例中得出的结论,往往认为其具有普遍性。<sup>[40]</sup>

从研究背景、过程到结果的分析过程中,研究结论逐渐得到抽象和概括。在比较案例研究中,普遍性并不是基于抽样的代表性,而是对具体的某一个或多个案例进行抽象的过程。目前,卫生政策和体系研究领域中,越来越多的研究人员对比较性案例研究分析感兴趣<sup>[11,41]</sup>;此外,卫生政策与体系研究还包含一部分非普遍性的研究,主要是为了阐明和介绍某一特定或具体的实践经验<sup>[42-43]</sup>。

#### 6.4.3 知识产生与学习

最后,卫生政策和体系研究与生物学和流行病学知识的产生和学习不同。实证主义研究倾向于将学习看作是一种工程学行为,即知识从一种模式向另一种模式的转换;而社会科学中的相对主义研究将学习看作是政策制定和执行中必不可少的一部分。<sup>[44]</sup>有学者认为,政策教训并不是对某一背景中所实施干预措施的直接复制,相反,这些思路主要来自于对不同背景干预措施的观察,并将观察的结果进行概括,应用于新的环境。

在实证主义研究中,研究者主要是确定不同背景转换的因果关系;而在相对主义研究中,则是在理解和推动政策演变的过程中发挥作用,包括理解社会参与者如何解释社会现实并赋予意义及帮助政策参与者共同寻求解决问题的方法。<sup>[24]</sup>

### 参 考 文 献

- [1] Alliance for Health Policy and Systems Research. What is HPSR? Overview [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.
- [2] Alliance for Health Policy and Systems Research. What is Health Policy and Systems Research and why does it matter? A HPSR Briefing Note 1 [R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [3] Mills A. Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods [J]. Health Policy and Planning, 2012, 27(1): 1-7.
- [4] Mackintosh M, Koivusalo M. Health systems and commercialization: In search of good sense [M]//Mackintosh M,

- Koivusalo M (eds). Commercialization of healthcare. Houndsmill, Basingstoke, Palgrave, 2005.
- [5] Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution[J]. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(7): 1453-1468.
- [6] Mackintosh M. Do health care systems contribute to inequalities? [M] // Leon D, Walt G(eds). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- [7] World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes; WHO's framework for action[R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [8] Freedman L P, Waldman R J, Pinho H D, et al. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health[M]. London: Earthscan, 2009.
- [9] Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health[R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [10] Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low-and middle-income countries: A review of published literature 1994-2007 [J]. *Health Policy and Planning*, 2008, 23(5): 294-307.
- [11] Frenk J. The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress[J]. *PLoS Medicine*, 2010, 7(1): 1-3.
- [12] Damme W V, Pirard M, Assefa Y. How can disease control programmes contribute to health systems strengthening in Sub-Saharan Africa? [R]. Antwerp: Institute of Tropical Medicine, 2010.
- [13] Bloom G, Standing H, Lloyd R. Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts [J]. *Social Science & Medicine*, 2008, 66(10): 2076-2087.
- [14] Allen P, Black N, Clarke A(eds). Issues in studying the organization and delivery of health services[M] // Fulop N(eds). *Studying the organization and delivery of health services: research methods*. London: Routledge, 2001.
- [15] Smith R, Hanson K. What is a health system[M] // Smith R, Hanson K, eds. *Health systems in low-and middle-income countries: an economic and policy perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- [16] Frenk J. Dimensions of health system reform[J]. *Health Policy*, 1994, 27: 19-34.
- [17] de Savigny D, Adam T(eds). *Systems thinking for health systems strengthening*[R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [18] Roberts M, Hsiao W, Berman P, et al. *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity* [M]. New York: Oxford University Press, 2008.
- [19] Gilson L. Health systems and institutions[M] // Smith R, Hanson K(eds). *Health systems in low-and middle-income countries: an economic and policy perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- [20] Travis P, Bennett S, Haines A. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals [J]. *The Lancet*, 2004, 364: 900-906.
- [21] Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*[M]. Milton Keynes: Open University Press, 2005.
- [22] Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services* [R]. New York: Russell Sage Foundation, 1980.
- [23] Harrison S. Policy analysis[M] // Fulop N(eds). *Studying the organization and delivery of health services: research methods*. London: Routledge, 2001.
- [24] Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis [J]. *Health Policy and Planning*, 1994, 9(4): 353-370.
- [25] Overseas Development Institute (ODI). How can analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? [R]. 2007.
- [26] Buse K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective policy analysis [J]. *Health Policy and Planning*, 2008, 23(5): 351-360.
- [27] Hudson J, Lowe S. *Understanding the policy process: Analysing welfare policy and practice*[M]. Bristol: The Policy Press, 2004.
- [28] Ssengooba F, Rahman S A, Hongoro C, et al. Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect [J]. *Human Resources for Health*, 2007, 5: 3.
- [29] Walker L, Gilson L. We are bitter but we are satisfied: nurses as street level bureaucrats in South Africa[J]. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(6): 1251-1261.

- [30] Sheikh K, Porter J. Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India; The case of HIV testing[J]. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(11): 2005-2013.
- [31] Hill M, Hupe P. Implementing public policy[M]. 2nd ed. London: Sage Publications, 2009.
- [32] Masanja H, de Savigny D, Smithson P, et al. Child survival gains in Tanzania; analysis of data from demographic and health surveys [J]. *The Lancet*, 2008, 371: 1276-1283.
- [33] Shiffman J, Stanton C, Salazar A P. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras[J]. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6): 380-390.
- [34] Murray S F, Elston M A. The promotion of private health insurance and its implications for the social organization of health care; a case study of private sector obstetric practice in Chile[J]. *Sociology of Health and Illness*, 2005, 27(6): 701-721.
- [35] O'Donnell O, Doorslaer E V, Rannan-Eliya R P. The incidence of public spending on healthcare; comparative evidence from Asia [J]. *World Bank Economic Review*, 2007, 21: 93-123.
- [36] Blaauw D, Erasmus E, Pagalya N, et al. Policy interventions that attract nurses to rural areas; a multicountry discrete choice experiment[R]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88: 350-356.
- [37] Gilson L, Hanson K, Sheikh K, et al. Building the field of Health Policy and Systems Research; Social Science Matters [J]. *PLoS Medicine*, 2011, 8(8): e1001079.
- [38] Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation* [M]. London: Sage Publications, 1997.
- [39] Atun R, Menabde N. Health systems and systems thinking [M] // Coker R, Atun R, McKee M (eds). *Health systems and the challenge of communicable diseases experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
- [40] Robson C. *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers* [M]. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2002.
- [41] Marchal B, Dedzo M, Kegels G. A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana [J]. *BMC Health Services Research*, 2010, 10: 24.
- [42] George A. By papers and pens, you can only do so much: Views about accountability and human resource management from Indian government health administrators and workers[J]. *International Journal of Health Planning and Management*, 2009, 24(3): 205-224.
- [43] Sheikh K, Porter J. Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India[J]. The case of HIV testing. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(11): 2005-2013.
- [44] Freeman R. *Learning in public policy* [M] // Moran M, Rein M, Goodin R (eds). *The Oxford handbook of public policy*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

[收稿日期:2012-12-10 修回日期:2012-12-25]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

## 《柳叶刀》杂志:英国国家卫生服务体系仍有待改进

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“The NHS——no room for failure”的社论,文章认为,从国王基金(The King's Fund)近期对国家卫生服务体系(National Health Service, NHS)绩效所作的中期评估看, NHS 总体绩效较好,但依然存在一些问题。首先是急诊等待时间较长。为改善这种情况,英国政府和纳菲尔德信托(the Nuffield Trust)机构正在酝酿构建

新的医疗保健评价标准。其次,在未来较长一段时间内 NHS 会面临预算缩减,这会增加医疗管理者的资金压力,因此当前背景下需要探索新的医疗服务模式。更为重要的是,政府需要重建行业信任,否则改革难以成功。

(来源: The Lancet)



# 中国科技核心期刊

(中国科技论文统计源期刊)

## 收录证书

CERTIFICATE OF SOURCE JOURNAL  
FOR CHINESE SCIENTIFIC AND TECHNICAL PAPERS AND CITATIONS

### 中国卫生政策研究

经过多项学术指标综合评定及同行专家  
评议推荐，贵刊被收录为“中国科技核心期  
刊”（中国科技论文统计源期刊）。

特颁发此证书。



中国科学技术信息研究所

Institute of Scientific and Technical Information of China

北京复兴路 15 号 100038

[www.istic.ac.cn](http://www.istic.ac.cn)

2012 年 12 月

证书编号: G716-2012

有效期至: 2013 年 12 月