



“2005年全国卫生总费用8000多亿。”

怎么得出这个准确数据？

“首先卫生总费用筹资来源和分配流向数字要对得上。”

一个国家的医疗卫生全部的资金来自哪里、如何分配、又流向何方？这是认识国情和讨论医改的基础。

在公共卫生机构费用中，公共财政支出仅占50.7%，“致使公共卫生机构职能错位，过度依赖有偿服务，导致公共卫生服务提供不足。”

这是国内最早参与中国卫生总费用计算的哈尔滨医科大学教授杜乐勋20年来的心得。

在公共卫生机构费用中，公共财政支出仅占50.7%，“致使公共卫生机构职能错位，过度依赖有偿服务，导致公共卫生服务提供不足。”

一个国家的医疗卫生全部的资金来自哪里、如何分配、又流向何方？这是认识国情和讨论医改的基础。

“2005年全国卫生总费用8000多亿，怎么得出这个准确数据？首先卫生总费用筹资来源和分配流向数字要对得上。”这是国内最早参与中国卫生总费用计算的哈尔滨医科大学教授杜乐勋20年来的心得。

1、天津“算算术”

2007年八九月间，中国卫生总费用研究小组成员之一、哈尔滨医科大学卫生经济教研室主任刘国祥一直在天津埋头“算算术”。

他所进行的算术在中国已经算了三十年，即卫生总费用——一国或一地区在一年内全社会用于卫生医疗服务消耗的所有资金，包括其筹集、分配和功能（使用流向）等环节。这个国际通行指标被认为是了解一国卫生状况和问题的最有效途径之一。刘国祥现在测算的是天津卫生总费用中“疾病预防和控制”的功能，不过他明显感觉到，“县市一级好算一些，但对于直辖市、省会城市，卫生费用的功能测算到现在仍未解决好。”

之所以先在天津做试点研究，是因为地方政府很想知道卫生费用的实际使用情况，研究者于是反复去了多次，已近一年。刘国祥告诉本报记者：“做卫生总费用功能的测算其实这不是首次，已有5~6年时间长了，以前主要在小地方做。此次天津做得很彻底。”

从功能角度讲，最大的是卫生费用，就是公共卫生费用和医疗费用两部分，理论上，应该将每隔5年的数字算出来，比如药费花了多少，

临床住院花了多少。

这就需要落实到具体项目，比如一个防疫站，一年运行需要100万元，但他们没有细分在计划免疫项目上花多少钱，“那我们就要算出来，这100万是怎样具体体现在这些项目上的。”刘国祥说。

“到最后计划免疫项目计算出来，你会发现这些具体项目每一个都不是孤立的。它在不同部门，比如在疾病预防控制中心或医疗机构都能体现出来。”刘国祥解释。

同时，各个部门花钱所做的这些具体项目，资金是哪些部门给的？最后还要落实到筹资，公共财政拨款多少，社会筹资多少，将功能和筹资状况结合起来，以便让政策制定部门掌握筹资和医疗卫生费用使用数据，这也是卫生总费用功能测算的目的所在。

目前，卫生总费用分配是不合理的，大医院费用太多，社区卫生服务机构太少，呈倒三角。“应该倒过来，这是分配流向得出的结论。”杜乐勋说，“实际使用也有问题，药品费用太高，别的国家只占到医院费用的17%~18%，而我们是40%，这个费用还应该往下降。”

2、居民个人卫生支出较高

不过，20年来一直延续的卫生总费用测算方法是从筹资渠道测算，它主要来自3个层面：“居民个人卫生支出、公共财政支出和以企业为基础的社会支出。”

2005年医疗卫生总费用总数为8659.91亿元，占GDP的4.73%，卫生部卫生经济研究所出台的《中国卫生总费用研究报告2006》显示，1978~2005年，卫生总费用年均增速为11.47%，增长略快于GDP增长速度。

同时，“卫生总费用占GDP的比重也从1978年的3.02%上升到2005年的4.73%。”杜乐勋介绍。

但在这个过程中，亦有反复。自2001年起卫生总费用出现缓慢增长趋势，到2003年增速逐渐下降，由此导致2001年和2004年卫生总费用增速低于GDP增长速度，而占GDP的比重也或高或低。刘国祥向《第一财经日报》介绍：“这是由于卫生总费用占GDP比重忽高忽低，有一个滞后效应。”

“虽然国家对医疗卫生投入加大，所占GDP比例总体有所增加，但财政支出的增加和卫生费用总量的增加幅度并不平衡。从1978年到2005年，公共财政支出仅增加了1倍多，但医疗卫生总费用却增加了近60倍。”杜乐勋分析道，“总量增加的原因是居民个人支付份额大增。”

2005年卫生总费用的构成之一——公共财政卫生支出达1552.53亿元，由2000年的最低点15.47%增长到17.93%；“但实际上，在医疗总费用具体构成上，财政支出还是过低，”卫生总费用研究小组成员万泉向记者介绍。

另一卫生费用构成部分，即社会卫生支出达2586.41亿元，占卫生总费用的比重持续增长，保持在29%左右。

构成卫生费用大头的仍然是居民个人卫生支出，达4520.98亿元，虽然它在卫生总费用中所占比重逐年下降，由2001年的最高点59.97%下

降为2005年的52.21%，“不过基数最大，在整个卫生费用中所占的比重也最大。”万泉认为。

上世纪80年代，居民个人卫生支出占卫生总费用25%左右；但到90年代医疗卫生体制改革后，个人卫生支出大涨。进入90年代后期，尤其到2001年个人卫生支出比重接近60%，“个人支出比重确实相当高。”万泉说。

卫生部卫生经济研究所所长蔡仁华对此分析，个人支付这一块，比例太高，政府要解决这个问题。根据我们的预测看，个人卫生支出占卫生费用的60%算是到头了。”他说。

3、扭曲的流向

虽然卫生总费用投入绝对数在逐年增加，体现在分配中，2005年医院费用占到65.09%，但具体到每所医院，公共财政支出占医院收入比重却不大。

刘国祥研究发现，由于公共财政补偿不足，自身补偿就成为医院补偿主渠道，从功能上说，医院费用构成包括不含药品收入的医疗服务收入（即医生劳务、检查、化验等）和药品收入两部分。

2005年，医疗服务收入占医院费用的一半左右。但这一部分费用，大多由检查、化验获得，主要原因是医院为扩大业务，纷纷上设备。因缺乏对工程项目的市场调查，增加了医疗成本。而为收回成本，提高设备使用率，医院又扩大检查、化验适用范围。

与此同时，纯医生劳务所得收入较少，因物价等原因，体现技术价值的挂号费、住院费、手术费等收费标准并不能反映医生劳务价值，也就是说在药价高涨的同时，医疗工作者的价值却远远落后了。

药品收入占了医院费用的比例更高一些，2005年全国药品总收入4142.10亿元；此前10年间，药品收入占医院费用的57%~62%，最高为1991年，达62%；目前，虽然国家加大了对医院“以药养医”的监管力度，使这一比例有所下降，但仍占40%左右，高于国家规定的占医院费用15%的要求。

不过，“即使药品收入占到医院费用的80%左右，除去国家规定的15%部分，剩下的65%都要回到药企，所以医院只是‘过路财神’，”卫生部医政司原司长于宗河对记者粗略计算，全国卫生总费用2004年达7500多亿，而整个医药体系（包括药厂、流通领域药企、零售药品企业）一年产值是3370多个亿。

“如果卫生总费用80%是用于医院，约有6000亿，其中药品收入就有3370亿元，剩下的2000多亿才是将近70000多所医院创造的收入。”于宗河分析道。

同时在药品收入中，门诊药品收入所占比重最大，为60%；住院药品收入占29.11%；零售药品收入呈现逐年递增趋势，由1990年的4.59%增加到1998年的16.05%，直到2005年的20%左右。

“这是由于看病费用高，医院和零售药店之间有差价，所以一些常见病和慢性病采取自我诊疗的比例大幅度上升，从而使零售药店收入猛增。”刘国祥分析。

他指出，卫生总费用快速上涨，原因之一是卫生机构在提供卫生服务时，通过多开检查单、化验单及用药处方等获得收入所造成的，而这部分费用最终还是摊到居民个人卫生支出费用中。

这也是我国卫生服务补偿政策和价格政策之间存在不合理所致，“为了控制卫生费用不合理增长，必须调整卫生机构不合理收费结构，实施医药分业管理政策。”刘国祥说。

即使卫生总费用落实到医院费用分配层面，但不同层级医院，所获得费用的比例也有很大不同。卫生总费用研究报告分析，1990~2005年，城市医院所占卫生费用比重基本保持上升趋势，从32.76%上升到50.09%；县医院、乡镇卫生院占卫生费用比重均有明显下降，特别是乡镇卫生院所占比重从10.62%逐年下降到6.26%。

而从财务体制上看，政府向医疗机构的卫生资金分配通常以单位的需要为标准，而非具体项目需要，这样加深了资金运行体制的问题。

“面对这样的总费用流向，一方面要继续提高总费用水平，这是个发展概念，当然政府、社会和个人承担比例应该更合理；另一方面，更重要的是，不从整体医疗卫生体制上根本解决，就无法扭转这样的不合理资金流向。”一位研究者对记者说。

4、公共卫生机构资金匮乏

而在公共资金短缺的情况下，资源配置和使用缺乏有效性，导致卫生资源过多地流向城市大医院，但公共卫生机构和基层卫生机构资金匮乏，引起城乡之间、地域之间、预防与治疗之间资源配置不平衡。

卫生部一位官员曾这样比喻：如果河边有不少人总掉在河里，与其不断消耗人力，将这些人救上来，不如建设一个围栏，防止人掉下河。虽说后者一次性投入较多，但总体比较而言，费用肯定是低的。

但目前我国体现在卫生总费用分配上的公共财政投入转折方向并不明显。

“公共卫生机构所占卫生总费用比重先呈下降趋势，之后逐年上升，2005年达7.87%。”卫生总费用报告显示，城市社区卫生服务中心和乡镇卫生院只占卫生总费用的7.03%。

同时在公共卫生机构费用中，公共财政支出仅占50.7%，“致使公共卫生机构职能错位，过度依赖有偿服务，导致公共卫生服务提供不足。”报告说。

近年来，尽管我国加大了对社区卫生服务机构的投入力度，但由于政府筹资责任不清，影响了社区卫生服务机构的生存与发展；而多数乡镇卫生院生存还有困难，公共财政支出仅占其收入的15.6%。

刘国祥分析，公共卫生服务的性质决定了公共卫生部门资金来源的主渠道应该是公共财政投入，“而不是公共卫生部门在提供公共卫生服务时的业务收入，这样才能使得它在提供卫生服务时，注重的是社会效益而不是经济效益。”

他说，要想使公共卫生发展，就必须改变目前政府投入方式和投资结构，加大公共财政投入力度。

“都说医疗机构所占卫生总费用比重比较高，公共卫生所占比重较低，”万泉解释，“当然，医疗机构肯定占卫生总费用大头，但它达到什么程度就属于‘高’或‘低’，并没有一个合适标准。”

不过一般认为，卫生总费用大头用在防疫上，社会效益会比较高，预防经济成本比治疗经济成本要低一些，万泉说。

2005年我国公共财政支出占医疗机构收入构成的10%左右。其中，医院约为6%，乡镇卫生院约为15%，妇幼保健中心约为21%，防疫站约为40%。

在推行医疗卫生体制市场化改革之后，医院、门诊等机构得到的财政补助减少，占其总收入的比重已非常低；另一方面，公共性更强的卫生机构，如防疫站、卫生监督所等，财政补助在总收入中所占比重要高一些。

但实际上，由于基数小，底子薄，在这方面想要实现公共卫生和基层卫生机构的公益性质并非一朝一夕之功。

从卫生机构受到的财政补助总量上看，有大约60%用于医疗体系。虽然从财政补助占机构总收入角度讲，公共卫生机构要高于医疗机构，但由于其提供公共服务的属性，筹集其余部分收入的压力仍会影响公共卫生服务提供的质量。

“也就是说，这些履行公共卫生服务职责的卫生机构，依然要为获得很大一部分收入而展开有偿服务。”杜乐勋告诉记者。

原文出处：《第一财经日报》2007年11月05日

文章来源：香港中文大学

文档附件：

编辑： 文章来源：

版权所有： 中国社会科学院社会学研究所

E-mail:ios@cass.org.cn

欢迎转载，请注明：转载自《中国社会学网》[<http://www.sociology.cass.cn>]