

doi:10.3969/j.issn.1674-8131.2010.06.012

# 我国卫生总费用筹资水平与结构分析\*

陈琳红, 肖云

(重庆大学 贸易与行政学院, 重庆 400030)

**摘要:**在医疗卫生体制改革过程中,我国的卫生筹资系统由计划经济体制下的政府筹资主导模式向市场经济体制下的多元化筹资模式转变,但仍然面临着巨大困难和挑战,卫生总费用的筹资规模不足,筹资结构也需进一步调整。因此,需要适当提高卫生总费用在 GDP 中所占比重,逐步增加政府和社会卫生投入力度,降低居民个人对卫生费用的负担程度;同时,也应合理利用卫生费用,努力缩小城乡卫生服务和区域卫生服务差距。

**关键词:**卫生总费用;筹资结构;政府卫生支出;社会卫生支出;个人卫生支出;社会投资机制

**中图分类号:**F812 **文献标志码:**A **文章编号:**1674-8131(2010)06-0072-06

## Analysis of China's Total Health Funds-raise Level and Its Structure

CHEN Lin-hong, XIAO Yun

(School of Trade and Administration, Chongqing University, Chongqing 400030, China)

**Abstract:** In the process of reform of medical and health system, China's health funds-raise system changes from government-led funds-raise mode under plan economy system to multiple funds-raise mode under market economy system but still faces big difficulty and challenge such as insufficient funds-raise scale of total health fees and funds-raise structure needed further adjustment. Thus, China needs to moderately raise the proportion of total health funds to GDP, gradually increase investment of government and society in health fees, decrease the health burden of residents and meanwhile rationally use health fees and try to narrow the health service gap between urban and rural areas and between different regions.

**Key words:** total health fees; funds-raise structure; governmental health expenditure; social health expenditure; individual health expenditure; social investment mechanism

### 一、引言

改革开放以来,我国的卫生筹资系统由计划经济体制下的政府筹资主导模式向市场经济体制下

的多元化筹资模式转变,但伴随而来的是卫生系统也出现了一些如普通百姓“看病难、看病贵”等新的矛盾和问题。“十七大”报告提出,要坚持公共医疗

\* 收稿日期:2010-08-11;修回日期:2010-09-29

基金项目:重庆市社会科学规划基金项目(2009SH09)“重庆农村医疗救助与新型农村合作医疗制度有效衔接研究”

作者简介:陈琳红(1984—),女,湖南衡山人;重庆大学贸易与行政学院硕士,重庆工商大学教师,主要从事社会保障研究;Tel:13628480334,E-mail:clh609@126.com。

肖云(1955—),女,重庆人;教授,硕士生导师,在重庆大学贸易与行政学院任教,主要从事就业和社会保障研究;Tel:13696422470,E-mail:xyfyzmx@163.com。

卫生的公益性质,坚持预防为主,以农村为重点,中西医并重,鼓励社会参与,努力建成“人人享有基本医疗卫生服务”的框架体系。而在实现这一宏伟蓝图的过程中,对于卫生事业的资金投入和合理利用就显得至关重要(特别是在相对较为滞后的西部地区)。

卫生总费用相关信息已经成为国际上各国制定卫生事业发展战略或实行医疗卫生体制改革的必不可少的重要宏观依据。卫生总费用(THE)指一个国家或地区在一定时期内(通常是指1年),全社会为提供卫生保健服务所消耗的活劳动和物化劳动的货币表现(张宜民2004)<sup>[1]</sup>,它综合反映了区域经济发展水平和社会对人类健康的重视程度。有关卫生费用的最早研究始于1959年国际劳工组织(International Labor Organization)对美国社会保险及自愿保险的医疗费用的研究。我国对于卫生总费用的研究相对滞后,始于20世纪80年代初期世界银行在我国政府支持下开展的中国卫生总费用测算与研究。总体来说,我国对于卫生总费用的研究主要是在以下几个方面展开的:

一是对我国历年的卫生总费用筹资水平和结构的总体分析。如尹爱田(2005)<sup>[2]</sup>、汪金鹏(2006)<sup>[3]</sup>、赵郁馨(2009)<sup>[4]</sup>等人从筹资规模、内部结构及变化趋势等角度对卫生总费用作了初步分析。

二是对卫生总费用筹资水平和结构的区域性分析。如景琳(2004)<sup>[5]</sup>、刘宝(2005)<sup>[6]</sup>、吕卓鸿(2006)<sup>[7]</sup>、张彦琦(2008)<sup>[8]</sup>等人以部分地区详细具体的数据为依托,对卫生总费用筹资水平和结构从区域的角度进行分析。

三是关于我国卫生总费用增长因素以及与经济增长关系的研究。这方面主要的文献有郑云萍(2006)<sup>[9]</sup>、何平平(2006)<sup>[10]</sup>、侯文和任苒(2008)<sup>[11]</sup>等人的研究。

四是张宜民(2009)<sup>[12]</sup>等人对国外卫生总费用筹资水平与结构进行了比较评价。

本文在前人的分析框架基础上,利用全国1985—2007年卫生相关数据,对卫生总费用筹资水平、结构及变化趋势进行比较和分析,通过对这些问题的分析,了解我国卫生总费用的筹资水平、筹资结构以及费用的合理利用等情况,并对未来我国提高卫生总费用筹资水平和优化结构提出相应的建议。

## 二、卫生总费用筹资水平与结构的国际经验

我们需要借鉴卫生总费用筹资水平与结构的国际经验来探寻我国未来卫生事业在筹资方面的发展方向。根据表1~表3,我们可以从国际经验中找到卫生总费用筹资水平与结构的规律:

表1 部分发达国家人均卫生总费用及占GDP比重

国家	人均卫生总费用/美元			卫生总费用占GDP比重/%		
	1995	2001	2007	1995	2001	2007
澳大利亚	1 741	2 544	3 120	8.0	8.9	9.6
法国	2 028	2 611	3 159	9.4	9.8	10.5
美国	3 670	4 933	6 102	13.3	14.0	15.3

表2 政府卫生支出占卫生总费用比重的国际差异/%

国家	1995	2001	2007	
澳大利亚	66.7	67.5	68.1	
高收入国家	法国	76.3	78.1	78.4
	美国	49.3	52.9	56.8
	越南	32.7	29.2	27.8
低收入国家	南非	41.1	40.6	38.6
	阿根廷	56.5	53.6	48.6

表3 2007年部分发达国家卫生总费用筹资结构/%

国家	政府卫生支出占卫生总费用比重	个人卫生支出占卫生总费用比重
澳大利亚	68.1	27.2
法国	78.4	18.5
美国	56.8	33.6

(1)人均卫生总费用及卫生总费用占GDP比重是监测一个国家卫生总费用规模是否合适的两个重要指标。纵观国际上各国数据和现实效果,两个指标的具体数字应该维持在哪个水平是最恰当的,国际学者并没有得出公论。但至少有一点是确定的:在经济快速发展阶段,人均卫生总费用及卫生总费用占GDP比重都应该是呈上升趋势,特别是应随着GDP增长而增加。

(2)在政府公共卫生支出在卫生总费用中比重方面,高收入国家与低收入国家差异较大。一方面,高收入国家一般都要高于低收入国家;另一方面,高收入国家近几年都呈上升趋势,而低收入国家却逐年降低。

(3)从表3中可知,当经济水平发展到一定高度时,卫生总费用筹资结构大概呈“六二二”结构(政府、社会和个人卫生支出各占60%、20%和20%左右)。随着经济的发展,个人卫生支出占卫生总费用比重比较稳定或出现下降趋势。

由此,我们可以得出结论:随着一个国家经济日益发达和社会保障制度日趋健全,个人卫生支出比例会渐降。对我国来说,面临着政府卫生支出比例过低、个人卫生支出比例较高的不良状况,在我国当前经济高速腾飞的时期,这种情况必须尽快解决。要着力改变不合理的筹资构成,提高政府卫生支出比例,减轻百姓卫生费用支付负担,进而提高

卫生筹资公平性绩效。

### 三、1985—2007年我国卫生总费用筹资水平与结构分析

本文采用筹资来源法对1985—2007年我国卫生总费用进行测算和分析,数据主要来源于《2008年中国卫生统计年鉴》、《2009年中国卫生统计提要》、历年《中国劳动统计年鉴》、部分省市《卫生统计年报资料》以及国家统计局网站、中国卫生部、人力资源与社会保障部、中经网等网站和中宏数据库,另外还有部分数据来源于《中国卫生经济》等相关期刊的相关文献。本文表中数据均以当年价格为准,未排除价格因素的影响,因此可能与客观情况稍有出入。

#### 1. 卫生总费用筹资水平分析

(1)1985—2007年我国卫生总费用筹资水平变化情况

卫生总费用筹资水平反映卫生服务体系的整体发展状况。从图1我们可以发现,改革开放以来,我国在卫生医疗建设等方面的费用投入每年都是以较快的速度递增的。从1985年卫生总费用的279亿元到2007年的11289.5亿元,增长了近50倍。这说明我国在卫生服务体系方面取得了巨大成绩,政府更多地关注于民生问题,也更深入地体现了大众的需求。

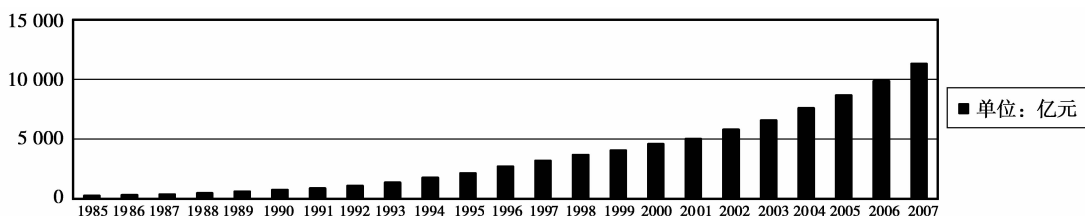


图1 1985—2007年我国卫生总费用筹资规模

#### (2)人均卫生总费用(PTHE)

人均卫生总费用反映地区居民卫生服务的保障程度和受益水平。从图2中我们发现,人均卫生总费用与卫生总费用一样都是以较快速度递增的,从1985年的27.43元到2007年的868.63元,增长了近30倍。这一方面说明卫生总费用支出增长较快,另一方面也说明了我国计划生育政策得到了有效实施,人口的增长速度得以缓和。但与其他国家相比较还少。美国2004年人均卫生总费用就达到6102美元,韩国2004也有1149美元,日本、英国、

意大利等国都达到了2000美元以上(张宜民,2009);我国的人均卫生总费用甚至比泰国、印度、越南等低收入者国家还要低,这反映出我国在卫生总费用投入上还需要大力加强。

#### (3)卫生总费用占GDP比重

卫生总费用占国内生产总值的比重反映在一定时期、一定经济水平下,国家对卫生事业的资金投入力度以及国家对卫生工作和居民健康的重视程度,以此来衡量卫生发展与国民经济增长的适应性。从图3中我们可以发现两个现象:一方面,卫生

总费用占 GDP 的比重从整体上来看基本上是递增的,从 1985 年的 3.1% 到 1995 年的 3.5% 再到 2007 年的 4.5%,这说明卫生服务事业在我国居民生产生活中的重要性愈发突出;但另一方面,在整体上保持增长过程中出现了几次波动,1985—1991 年这个比重是递增的,1991 和 1992 两年保持稳定,1992—1995 年有所下降,1995—2003 年又开始缓慢上升,2003 年后至今又开始下降。究其原因,可以与我国经济发展的大环境相联系起来。当经济发

展速度特别快时,卫生总费用占 GDP 的比重有所下降,而其他时候则基本上是增加的,这说明卫生总费用筹资水平相对于 GDP 增长来说有一定的稳定性和滞后性。而从国际比较上来看,WHO 规定的卫生总费用占 GDP 比重最低下限是 5%,发达国家如英国为 8%,德国为 11%,美国则超过了 15%。但我国 2007 年卫生总费用占当年 GDP 的比例仅为 4.52%,与印度、泰国等低收入国家比重差不多,这与我国整个国家的经济实力很不相称。

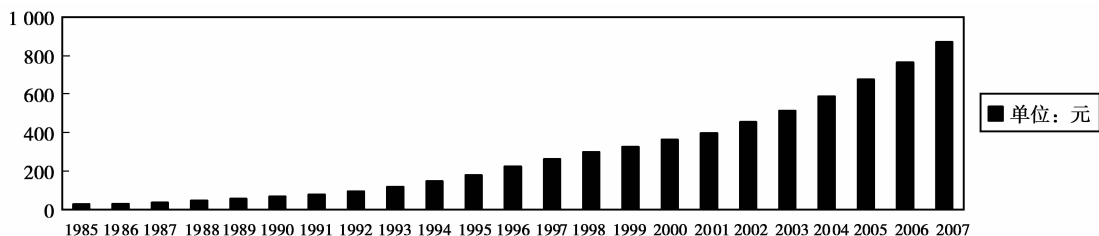


图 2 1985—2007 年我国人均卫生总费用水平

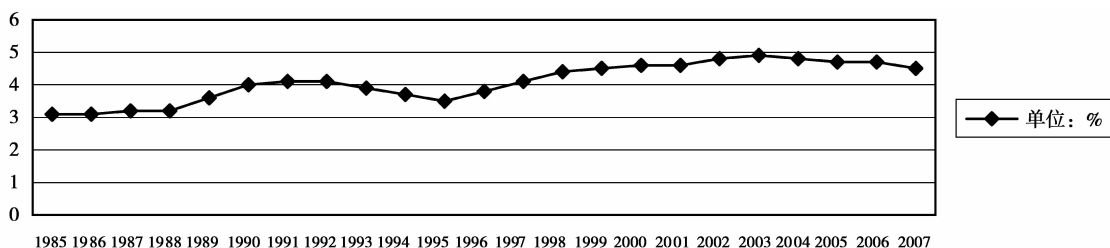


图 3 1985—2007 年卫生总费用占 GDP 比重

如图 1 ~ 图 3 所示,经济增长对卫生总费用的影响很大。经济增长首先会影响到消费者的收入变化,而消费者收入改变时,消费者的购买能力就会改变,这就会影响到消费者对医疗卫生服务的需求,进而会影响到医疗费用支出。一般来讲经济越发达的国家,其医疗费用支出也就越高,并且其占 GDP 的比例将随着人均收入的提高而提高。此外,一些非经济增长变量,如老年人口比例、政府公共卫生费用支出、医生人数、医疗保障计划对卫生总费用也会产生重要的影响。

## 2. 1985—2007 年我国卫生总费用筹资结构分析

卫生总费用筹资来源主要包括三个方面:政府预算卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出。政府预算卫生支出反映了政府部门在卫生服务体系中的投入状况,而社会卫生支出和个人卫生支出则反映了老百姓对于卫生服务的重视程度。卫生总

费用筹资结构就是指这三个方面在筹资总量中各自所占比重。

### (1) 政府预算卫生支出占财政支出比重

政府卫生投入占财政支出的比重也是衡量国家或地区政府对卫生事业重视程度的重要经济评价指标。从图 4 中我们可以看到,我国政府预算卫生支出占财政总支出的比重呈现出阶段性特点。从 1985—1990 年间基本上是递增(从 1985 年的 5.4% 到 1990 年的 6.1%),1990—1994 年间基本上保持稳定水平,1994—2002 年则呈现出递减趋势,特别是 1999 年开始,这个比重(4.9%)首次低于 1985 年水平(5.4%),一直到 2007 年(4.6%)也没能恢复。从 2002 开始这个比重又逐步上升,近年来基本上保持在 4.5% 左右。这一方面可能与改革开放以来政府放权以及政府财政体制改革有关;另一方面,也反映出社会卫生支出与个人卫生支出的增加。

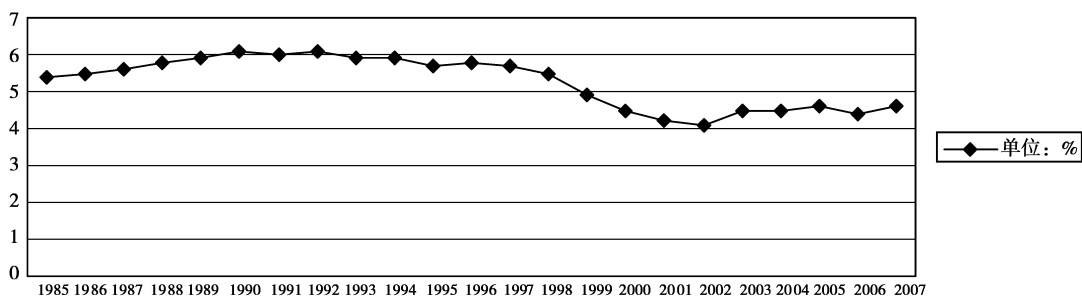


图4 1985—2007年政府预算卫生支出占财政支出比重

## (2) 卫生总费用筹资的结构变化

根据《2008年中国卫生统计年鉴》、《2009年中国卫生统计提要》中相关数据,我们大致可以把1985—2007年卫生总费用筹资结构分为三个阶段:1985—1986年、1986—2001年和2001—2007年。首先,1986年这个分界线变化比较明显,特别反映在政府预算卫生支出与个人卫生支出占比上,政府预算卫生支出占比从1986年开始大幅下滑(从1986年38.7%到2001年15.9%),而个人卫生支出占比则从这年开始大幅上升(从1986年26.4%到2001年60.0%),社会卫生支出占比与以前一样保持缓慢增长的趋势。第二个比较明显

的分界点位于2001年,从图5中我们可以发现,在2001年以前,政府预算卫生支出占比和社会卫生支出占比基本上都是以下降的趋势出现,而个人卫生支出占比则是每年以较快的速度增长。但到了2001年后,个人卫生支出占比则呈现出大幅下降的态势,政府预算卫生支出和社会卫生支出占比则相反逐年上升。这与前些年因为居民家庭和个人现金卫生支出所占比例过高导致的“看病难、看病贵”,进而严重影响社会稳定性的有关。在这种不良背景下,政府和公众更加注重于卫生服务体系的建设和筹资力度,以求缓和社会矛盾和提高大众福利。

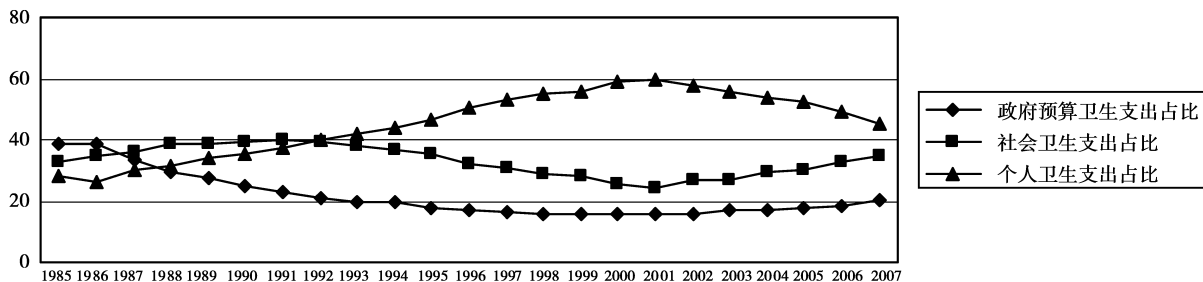


图5 1985—2007年全国卫生总费用筹资结构

近几年来,我国卫生总费用筹资体系趋向合理化,即政府和社会卫生支出比重分别有所上升,个人卫生支出比重下降。在2007年卫生总费用构成中,政府、社会和个人卫生支出分别为20.3%、34.5%和45.2%,与2006年比较,政府和社会卫生支出比重分别上升2.2个百分点、1.9个百分点,个人卫生支出比重下降4.1个百分点。但纵观国际上与我国经济实力接近的国家,其政府卫生费用支出比重一般较高,约为40%~60%之间,而我国一直在20%左右徘徊。政府总体投入水平明显低于与我国经济水平相近国家的平均水平,导致居民个人卫生支出所占比重偏高、支出压力仍然很大,普通百姓“看病难、看病贵”的问题并没有得到根本解

决。这说明我国包括政府和社会筹资渠道在内的公共卫生费用筹资的责任还没有完全到位。

## 四、结论与政策建议

通过上文的分析,我们可以得知,在全面推进医疗卫生体制改革过程中,在卫生筹资方面我国还面临着巨大的困难和挑战:一是卫生总费用的筹资水平总量不足。我国对于卫生事业投入还不够,卫生总费用占GDP的比重还较低,与我国的经济实力很不相称。二是卫生总费用的筹资结构趋向合理但仍需要进一步调整。三是卫生费用的利用趋于合理,但政府还应进一步促进公平性的实现,特别是在低收入人群享受医疗保健服务的公平性方面。

针对我国近几年来在卫生总费用的筹资水平

与筹资结构以及费用的合理、公平利用方面存在的诸多问题,我们认为应在政策上作如下调整:

### 1. 适当提高卫生总费用占 GDP 的比重

卫生总费用占 GDP 的比重是用来衡量世界各国卫生发展与国民经济增长是否相适应的评价指标,而其大小需要根据具体的经济发展水平及其他多种社会因素确定。30 年来我国经济发展迅速,国家实力大幅度提高,有能力也非常有必要适当提高卫生总费用占 GDP 的比重。因此,政府应积极加强宏观调控,增加卫生投入,适当提高卫生总费用占 GDP 的比重,扩大卫生总费用增长规模。一是可以采取积极有效的财政政策,畅通财政政策传导渠道,加强对卫生筹资支出的补贴力度。二是可创新和完善资金筹集机制,建立长效、科学的筹资机制。各级政府要协调相关部门,制定并出台相关政策。同时,借鉴如滚动筹资等筹资模式的成功经验,完善相关筹资方案。三是创建科学的管理机制,不断加强和完善对地区卫生服务体系的规范管理。扩大救助范围,适当增加救助受益面,着力提高对弱势群体的医疗救助力度;加强监督审计,实行阳光操作;及时调整补偿标准,坚持“以收定支、量入为出、逐步调整、保障适度”的基本原则。

### 2. 进一步调整筹资结构使之更加合理

筹资结构调整可采取“依靠增量调整,即通过增加政府卫生投入的总量,在增量中改变投向,降低个人卫生支出比例,改变不合理的费用结构”的实施策略。必须充分发挥政府的宏观调控作用,逐步增加政府和社会卫生投入力度,降低我国居民个人对卫生费用的负担程度。同时还需注意政府和社会卫生投资的效率性和公平性,改善投资的质量与公平性,改善资金支出结构。由前面可知,发达国家的卫生费用筹资结构一般呈“六二二”结构,而目前我国是呈“二四四”结构,个人卫生支出比重过重,因此,要使未来二三十年里我国卫生费用筹资结构趋于合理,一方面需要政府在其中发挥更大的作用,同时也需要整个社会投资机制的完善。通过政府和社会投资对公立医疗机构和公共卫生项目的补助等,实现公共卫生服务的免费提供和降低医疗费用负担;在此基础上,通过医疗保障制度筹资,实现医疗费用和经济风险的分担。

### 3. 合理利用卫生费用,努力缩小城乡卫生服务和区域卫生服务差距

政府和社会应不断增加对农村卫生的投入,政

府预算卫生支出所占比重应大幅上升,部分本应由农村人口自己筹资的卫生费用应由政府财政预算所代替。针对卫生总费用筹资水平和结构的地区差异性,建议政府充分考虑西部地区农业大省的省情,注重对东中西部三地区医疗差距的平衡运作。具体来说应该从下面几个方面着手:一是充分利用宏观调控手段,实现政府转移支付支出的真正功效,切实增加农村卫生投入;二是积极推进卫生体制改革,通过区域卫生规划,调整卫生资源存量,向农村卫生倾斜;三是注意引导作用,通过积极推进新型农村合作医疗制度的建立,充分发挥集体经济和社会力量的作用,拓宽筹资渠道,增加社会卫生投入。通过以上多种途径,可以在一定程度上缓解我国的卫生筹资不公平和卫生保健的不公平现象。

#### 参考文献:

- [1] 张宜民,顾雪非,张金齐. 1990—2002 年我国卫生总费用筹资水平、结构及变化趋势分析[J]. 中国初级卫生保健,2004(10):15-18.
- [2] 尹爱田,王丽华,钱东福. 国内外卫生总费用及结构比较研究[J]. 2005(8):5-8.
- [3] 汪金鹏. 1996—2002 年我国卫生总费用筹资水平和结构分析[J]. 中国卫生事业管理,2006(1):15-16.
- [4] 赵郁馨,谢小平,翟铁. 2007 年中国卫生总费用分析与预测[J]. 中国卫生经济,2009(4):14-18.
- [5] 景琳,刘骏,李化,马步刚. 四川省农村卫生总费用测算和分析[J]. 中国卫生资源,2004(7):168-170.
- [6] 刘宝,胡善联,蒋烽. 中国卫生总费用的地区差距和城乡差距分析[J]. 中华医院管理杂志,2005(6):369-371.
- [7] 吕卓鸿,陈卫平,殷敏. 无锡市 1995—2003 年卫生总费用分析及对策思考[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2006(3):41-46.
- [8] 张彦琦,唐贵立,王文昌,易东. 1997—2005 年重庆市卫生总费用筹资水平、结构及趋势变化分析[J]. 中国卫生经济,2008(3):23-26.
- [9] 郑云萍,温小霓. 我国卫生总费用增长研究[J]. 中国卫生经济,2006(12):16-18.
- [10] 何平平. 中国卫生总费用增长因素研究[J]. 统计与信息论坛,2006(1):38-41.
- [11] 侯文,任蓓. 中国卫生总费用与 GDP 协整和引导关系的实证分析[J]. 辽宁师范大学学报(自然科学版),2008(3):12-14.
- [12] 张宜民,冯学山. 国外卫生总费用筹资水平与结构比较评价[J]. 中国卫生资源,2009(5):144-146.

(编辑:南 北;校对:段文娟)