

· 卫生管理 ·

# OOP/THE $\leq 30\%$ 面临的主要困难及对策

张明昊<sup>1</sup>, 郑万会<sup>2</sup>(1. 重庆医科大学实验管理教学中心 400016; 2. 重庆市第九人民医院/重庆市医学  
重点实验室医院成本控制研究室 400700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.33.041

文献标识码: B

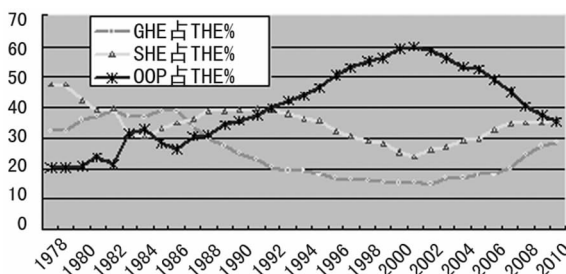
文章编号: 1671-8348(2012)33-3557-03

在国务院的“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案中明确提出:到 2015 年,个人卫生支出(out-of-pocket health expenditure, OOP)占卫生总费用(total health expenditure, 以下简称 THE)的比例降至 30% 以下。尽管新医疗改革 3 年来成效显著, OOP 下降有望达到预期, 从 35.3% 到 30.0%, 但面临的主要矛盾却不容忽视。本文将从政府卫生投入承诺入手, 重点探讨通过政府卫生支出(government health expenditure, 以下简称 GHE)增加来实现 OOP 降低面临的主要困难。

## 1 OOP 历史沿革

**1.1 改革前 30 年** 在解放后 30 年间, 中国用占 GDP 3% 的卫生投入, 大体上满足了几乎所有社会成员的基本医疗卫生需求, 实现了低水平、广覆盖的医疗卫生服务。其最大成就的原因是政府在医疗卫生事业中发挥了不可替代的主导作用, 尽管出现了医疗卫生总体投入和专业技术赶不上医疗服务体系的迅速扩张等问题。但公费医疗、劳保医疗和农村的合作医疗制度, 使民众看病要么全免, 要么个人现金支出较少, 虽然从现有资料中, OOP 一般从 1978 年起算, 但根据本阶段政府在医疗卫生事业中的主导作用可知, OOP 及 OOP/THE 应当较低。

**1.2 从 1978 年至今** 改革开放以来, 医疗卫生逐年由公益性向“市场性”发展, 尽管该行业具有信息不可能完全对称、无法完全自由竞争等前提, 但给政策不给资金的实情, 致使 THE 结构发生变化, 见图 1。



SHE: 社会卫生支出 (social health expenditure)。

图 1 1978~2010 年中国卫生经费筹资变化趋势

图 1 是 33 年来 GHE、SHE、OOP 的变化趋势 (数据来源于《中国卫生统计年鉴》): OOP/THE 从 1978 起总体呈上升趋势, 到 2001 年达到峰值 60.0%, 此后又呈下降趋势, 其波动范围为 20.4%~60.0%; 而 GHE/THE 从 1978 年始至 1987 年, 大体在 30.0%~40.0% 左右波动, 此后至 2010 年, 逐渐下降, GHE/THE 峰值为 38.9%, 波动范围为 15.2%~38.9%; SHE/THE 峰值 47.4%, 其波动范围为 24.1%~47.4%。到 2010 年, OOP/THE 与 SHE/THE 接近, 而同期 GHE/THE 仍处于低位。

在 1987~2010 年期间, OOP/THE 与 GHE/THE、SHE/THE 几乎呈反方向变化, 由于在 2010 年 SHE/THE 已达

36%, 加上目前新医改社会医疗保障体系日渐完善, 2011 年, 参合农村人口 8.32 亿, 参合率为 97.5%<sup>[1]</sup>, 故在 GHE 中占主要部分的医保支出已有足够保障, 加上商业健康保险和其他社会保障, SHE 日臻完善, 其 SHE/THE 维持学者提出的 30% 目标相对容易。故重点探索 GHE/THE 上升至 40% 来降低 OOP/THE 至 30% 的困难<sup>[2]</sup>。

## 2 政府承诺投入与现实的差距

1990 年 3 月 15 日, 卫生部发布了关于我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标 (试行); 其中制定了“2000 年人人享有卫生保健”的最低标准, 即: 以县为单位, 不论其处于贫困、温饱、富裕或小康, 县、乡两级政府年度卫生事业拨款占两级财政支出比例的最低标准为 8%<sup>[3]</sup>。1997 年 1 月, 中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》中明确指出: 中央和地方政府对卫生事业的投入, 要随着经济的发展逐年增加, 增加幅度不低于财政支出的增长幅度。2000 年 7 月, 国家财政部、国家计委、卫生部下发的《关于卫生事业补助政策的意见》中也明确提出: 对卫生事业补助政策的原则之一是政府卫生投入不低于财政支出的增长幅度。尽管在 1986 年承诺对基层卫生的卫生投入占财政投入占比最低为 8% 的基础上, 1997、2000 年再次承诺: 政府对卫生事业投入增幅不低于财政支出的增长幅度。从 1997~2002 年财政对卫生事业投入与财政支出增幅比较可知 (数据来源于 2011 年《中国卫生统计年鉴》, 2011 年《国家统计年鉴》), 承诺期间, 政府卫生投入并未与财政支出同步, 差距较大, 且卫生事业占财政支出的比例较低, 最低 1.85%, 见表 1。

## 3 OOP/THE $\leq 30\%$ 的矛盾分析

**3.1 经济学** 在 GHE、SHE、OOP 总量为 100, 现政府承诺了到 2015 年 OOP $\leq 30\%$ ; 由于 2010 年, GHE : SHE : OOP = 28.7 : 36.0 : 35.3, 因 SHE 的变化涉及医疗保险体系建设等众多因素, 并且目前其占比数额已相对较大, 故本文假定在 SHE 不变情况下, 讨论 GHE、OOP 二变量的变化。

依据卫生部卫生发展研究中心测算, 至 2015 年卫生总费用将为 38 335.74 亿元<sup>[4]</sup>, 依据 34% 的比例, 政府将对卫生投入直接费用达 13 034.15 亿元。同样根据卫生部发展研究中心提供的 2008~2010 年的 THE 平均增长速度为 13.92%, 以 2010 年 GHE 投入 5 732.5 亿元<sup>[5]</sup> 为基准, 按照如此增幅 (假设 GHE : SHE : OOP 保持现有比例), 2015 年 GHE 将为 10 998.77 亿元, 与卫生部测算的目标值相差达 2 035.38 亿元, 此测算尚未考虑随着 GHE 增加产生边际效益影响。因而总量增加给 OOP 降低带来了现实难题。

**3.2 卫生投入差异** 据 2010 年《中国卫生统计年鉴》可知, 卫生投入地区性差异明显, 尚未与地方财政收入呈正相关关系, 且呈现出一定程度的马太效应, 见表 2。不同省市的卫生投入

表 1 1997~2002 年财政对卫生事业投入与财政支出增幅比较

年份	财政对卫生事业投入(亿元)	财政对卫生事业投入增长(%)	财政支出(亿元)	财政支出增长(%)	卫生事业占财政支出(%)
1996	203.10	—	7 937.6	—	—
1997	227.34	13.2	9 233.6	16.3	2.46
1998	243.13	12.5	10 798.2	16.9	2.25
1999	269.52	9.1	13 187.7	22.1	2.04
2000	296.05	10.7	15 886.5	20.5	1.85
2001	341.34	15.3	18 902.6	19.0	1.81
2002	381.66	11.8	22 053.2	16.7	1.73

—:表示无数据。

表 2 2009 年东中西部财政对卫生机构投入及相关指标

地区	财政投入(亿元)	卫生机构数(万个)	卫生机构平均拨付(万元)	医疗机构人员数(万人)	卫生机构人均拨付(万元)	当地总人口(万人)	当地人平财政拨付(元/人)
东部	71.58	33.37	21.45	334.87	2.14	52 761	135.67
中部	35.00	30.28	11.56	247.81	1.41	42 169	83.01
西部	40.12	28.01	14.32	195.47	2.05	36 729	109.20

表 3 2009 年部分省市财政投入及相关指标值

地区	财政投入(亿元)	卫生机构数(万个)	卫生机构平均拨付(万元)	医疗机构人员数(万人)	卫生机构人均拨付(万元/人)	当地总人口(万人)	当地人均财政拨付(元/人)
北京	122.20	1.00	125.54	21.17	5.77	1 755	696.30
上海	76.67	0.45	171.91	16.95	4.52	1 921	399.12
西藏	10.63	0.50	21.43	1.60	6.63	290	366.54
四川	73.59	7.29	10.09	43.78	1.68	8 185	89.90
贵州	25.16	2.47	10.18	14.39	1.75	3 798	66.24
重庆	24.10	1.65	14.61	14.60	1.65	2 859	84.28

差异也较大,见表 3。根据重庆市卫生局规划财务信息可知,同一省市内不同医院与差异明显,见表 4。表 2~4 表明:财政对卫生的投入总量严重不足、地区差异明显,最重要的是投入的依据和标准有待深入研究。

表 4 2007~2010 年某市 4 家三甲综合医院财政补贴比较

医院	总收入(万元)	财政补贴(万元)	财政补贴与总收入比(%)	住院人次(万人次)
A	90 405	5 794	6.41	4.72
B	86 200	7 689	8.92	5.15
C	45 574	10 718	23.52	4.47
D	102 633	3 763	3.67	10.53

**3.3 投入依据、标准** 目前公立医院补偿机制有财政补助、医疗服务和药品补偿等,而财政补偿长期严重不足;医疗服务收费项目又低于真实成本,因此在医院在实际运行中,“利用”政策,积极开展高新项目,实际中也难免有过诊过治的现象;药品补偿不仅在一定程度上弥补了财政对卫生投入的不足,且现金流占用也为医院经营提供了一定流动资金,但即将被取消。因而医院面临着补偿渠道少、补偿金额不足背景下,必须承担 11

项刚性支出<sup>[6]</sup>,公立医院如此,其他卫生事业单位也同样面临着成本难支撑的情况,故对医疗服务等卫生领域真实项目进行成本核算,应当提到议事日程。

### 3.4 其他矛盾

**3.4.1 卫生资源公平性** 作为世界第四大经济体的中国在医疗卫生领域上正面临尴尬境地:在 WHO 的成员国医疗卫生筹资和分配公平性排序中,中国位列 191 个成员国中的倒数第 4<sup>[7]</sup>。又因投入差异明显并出现已有的马太效应,城乡二元化还将在一定时期内长期存在,医保体系内部存在着起付线、报销比例等差异致卫生资源的现实不公平性,需要机制体制性变革来不断完善。

**3.4.2 疾病谱变化与人口老龄化** 我国正面临疾病谱的重大转变,传统传染病防治形势依然严峻,新发传染病不断出现,心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤等慢性非传染性疾病已成为威胁人民群众健康的主要因素;同时,老龄化问题正逐步呈现,中国老年人口平均增长率为 3%左右,高于发达国家 2.5%的水平,而且这一增长速度远远超过总人口 0.63%的增长速度,并将持续很长一段时间<sup>[8]</sup>。按照 2009 年 65 岁以上的人口 11 309 万计算,到 2015 年老年人口将为 13 503.5 万<sup>[9]</sup>,耗费卫生资源将增加,对 GHE、SHE 和 OOP 比例提出挑战。

**3.4.3 有关部门观念** 作为卫生行业而言,被某些部门或政府官员认为是资源浪费的部门,是否加大投入?投入额度?是否有对相关部门的考核指标?等仍在探索中。OOP 低于 30% 的目标,如果要真正实施,需要财政部、发展改革委员会、卫生部等多部门协同作战。

#### 4 讨 论

**4.1 明确中央和地方职能** 长期存在的中央和地方财政收支逆差,尤其是西部地区的经济现状,需要从宏观上对财政投入进行明确,如像教育投入占 GDP 4% 的份额一样,制定 GHE/GDP 份额,再划定中央和地方所分担的责任,而不仅停留在文件上“加大投入”;或是将加大投入的重担偏重在放在中央或地方身上。并且在这些数据制定中,必须建立相应考评机制,与政府政绩挂钩,否则,政府卫生投入又会出现不同程度缩水。因为标准早已有之,关键在落实。

**4.2 建立财政对卫生投入的转移支付机制** 由于影响国家对财政支出的因素包括:人口因素、技术因素、人均收入增长因素等。因而政府应根据财政对卫生投入的地区间、地区内以及同一省市的差异,尽快制定财政转移支付机制。可依据公立医院进行的医疗项目的核算等来确认其维持运营的基本成本,重点依据承担的工作量来进行相应的转移支付,尤其是对本应由政策承担的公益性任务,应建立健全专项支付机制。

**4.3 对卫生行业的真实成本进行核算** 作为新医改系统工程中一项基础性工作,对行业内真实成本测算,不仅为财政投入提供依据,同时还能绩效考核、监督制约、经营管理等提供原始素材。只有由静态真实成本向动态真实成本过渡,并根据边际效应递减规律做好投资预算,才能为有效降低 OOP/THE 比例奠定基础。

综上所述,到 2015 年,国家对 OOP/THE $\leq$ 30% 的承诺,面临着不少困难,但机遇与挑战并存,只要下决心脚踏实地履责,也是有望达到该目标。

#### 参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部. 2011 年我国卫生事业发展统计  
• 卫生管理 •

公报 [EB/OL]. [2012-04-20]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201204/54532.htm>.

- [2] 李松光,王颖,吕军,等. 适宜的中国卫生筹资构成探讨 [J]. 中国卫生资源,2011,14(1):67-68.
- [3] 卫生部. 卫生部关于我国农村实现“2000 人人享有卫生保健”的规划规划目标(试行) [EB/OL]. [1990-03-15]. <http://www.gsfbz.gov.cn/FLFG/ShowArticle.asp?ArticleID=33185>.
- [4] 张毓辉,郭峰,万泉,等. 2010 年中国卫生总费用测算结果与分析 [J]. 中国卫生经济,2012,31(4):5-11.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 2012 中国卫生统计提要 [EB/OL]. [2012-08-08]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s9092/201206/55044.htm>.
- [6] 郑万会,张培林,朱小玲,等. 公立医院成本支撑运行与补偿机制改革的探讨 [J]. 中国医院,2012,16(6):24-26.
- [7] 中广网. 我国医疗分配公平性倒数第 4 商业化倾向完全错误 [EB/OL]. [2012-03-19]. [http://www.cnr.cn/news/t20060319\\_504181833.html](http://www.cnr.cn/news/t20060319_504181833.html).
- [8] 邬沧萍. 社会老年学 [M]. 北京:中国人民大学出版社,2003:5.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 2012 中国卫生统计提要. [EB/OL]. [2012-08-08]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s9092/201206/55044.htm>.

(收稿日期:2012-03-09 修回日期:2012-08-27)

## 大型教学医院洗涤中心临床化管理

丁 福<sup>1</sup>,雷 寒<sup>2△</sup>,刘兆海<sup>1</sup>

(1. 重庆医科大学附属第一医院护理部 400016;2. 重庆医科大学 400016;  
3. 重庆医科大学附属第一医院总务处 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.33.042

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)33-3559-03

医院洗衣房是医疗后勤保障系统的组成部分,也是院内感染控制工作的第一道防线。由于洗衣房管理不善而影响医院正常运转,甚至发生院内感染的事例时有发生<sup>[1]</sup>。本院为了使洗衣房管理适应医院发展,确保为临床一线提供安全、优质的布类用品,自 2007 年 9 月始,对洗衣房管理模式进行了彻底改革,摒弃了由总务处管理洗衣房的传统模式,改由护理部直接管理,并整合相关资源,成立了洗涤中心。通过 3 年多的运行,证明护理部主导下的医院洗涤中心临床化管理模式更能调动

员工积极性,实现增效降耗、提高工作效率、增加社会和经济效益、助推医院发展的目的。

### 1 国内医院洗涤中心管理模式分析

我国医院洗涤中心管理模式有 3 种,(1)由医院总务处管理;(2)内部承包或社会承包<sup>[2]</sup>;(3)招标采购由社会上的专业厂家直接为医院提供洗涤有偿服务<sup>[1]</sup>。以上 3 种模式表面上看起来能减少医院后勤管理环节、降低管理成本,事实上存在着极大隐患。首先是有院内感染爆发的风险。管理人员和操

△ 通讯作者, Tel:(023)68488587; E-mail:xiaoban@cqmu.edu.cn.