

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.14.040

网络首发 <http://kns.cnki.net/KCMS/detail/50.1097.R.20190603.0840.002.html>(2019-06-04)

2002—2016 年四川省卫生总费用筹资、流向特征及变化趋势分析*

马原¹, 杨练², 贾建勋³, 熊开举³, 黄诗尧¹, 魏涵¹, 孙群^{1△}

(1. 成都中医药大学管理学院, 成都 611137; 2. 成都中医药大学公卫学院, 成都 611137;

3. 四川省卫生健康委员会规财处, 成都 610041)

[摘要] 目的 分析 2002—2016 年四川省卫生总费用筹资、流向特征及变化趋势, 为制订和调整地区相关政策提供依据。方法 采用全国统一的亚国家级来源法与机构法卫生总费用核算模板完成测算。结果 2016 年四川省卫生费用筹资总额 2 675.77 亿元, 占 GDP 的 8.12%, 政府、社会和个人卫生支出分别占比 29.32%、41.54% 和 29.14%。同期卫生费用分配总额 2 584.66 亿元, 集中流向医院(占比 64.05%)。与上一年相比, 卫生总费用增速创 2010 年以来新高, 政府卫生支出增速远低于个人卫生支出, 社会医疗保障费增速不及 2007 年以来平均增速。公共卫生机构费用占比进一步下降。结论 新时期, 四川省卫生筹资结构持续优化, 筹资公平性明显提高; 但卫生筹资可持续性、公共筹资充足性及筹资效率存在一定风险隐患。

[关键词] 卫生总费用; 卫生筹资; 机构流向; 四川

[中图法分类号] R19

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2019)14-2500-04

卫生总费用作为卫生筹资的作战地图, 是反映一个国家或地区卫生事业发展最基础的宏观经济指标^[1]。2011 年起, 四川省在国家技术团队的业务指导下开始卫生总费用核算, 改变了当时全国仅有四川和西藏两个省市未开展相关工作的现状。目前四川省已经追踪补齐了 2002—2016 年筹资来源法及机构流向法卫生总费用数据信息, 横跨 3 个五年计划及“十三五”元年。本研究通过比较十五年来四川省卫生总费用筹资、流向特征及变化趋势, 分析预判地区卫生筹资的充足性、公平性、效率和可持续性, 为“健康四川”建设关键时期制订和调整卫生政策提供决策参考。

1 资料与方法

采用全国统一的亚国家级来源法与机构法卫生总费用核算模板完成测算。所需数据主要来源于四

川省统计年鉴、卫生财务年报、卫生统计年报、财政卫生支出等报表及四川省民政厅、红十字会、残联等部门经济统计资料。

2 结果

2.1 卫生总费用筹资分析

2.1.1 卫生筹资规模 四川省卫生费用筹资总额从 2002 年的 214.44 亿元增至 2016 年的 2 675.77 亿元, 平均增速 19.76%; 人均卫生总费用从 253.04 元增至 3 238.64 元, 平均增速 19.97%; 卫生筹资总量和人均卫生筹资水平均高于地区生产总值(GDP)增速(14.62%)。2002—2016 年, 卫生总费用占 GDP 的比重保持在 4% 以上, 2010 年后稳步增长, 2016 年升至 8.12%。15 年间, 四川省大部分年份卫生消费弹性系数大于 1, “十二五”以来卫生消费弹性系数波动增长, 2016 年达到 2.79。见表 1。

表 1 2002—2016 年四川省卫生总费用

年份	卫生总费用(亿元)	GDP(亿元)	卫生总费用占 GDP 比例(%)	人均卫生总费用(元)	卫生消费弹性系数
2002	214.44	4 875.12	4.40	253.04	0.75
2003	255.42	5 333.09	4.79	299.46	1.87
2004	295.88	6 379.63	4.64	344.24	0.72
2005	370.70	7 385.10	5.02	451.63	1.74
2006	404.16	8 690.24	4.68	494.74	0.38
2007	519.85	10 562.39	4.92	639.65	1.46
2008	646.33	12 601.23	5.13	794.21	1.16
2009	881.41	14 151.28	6.23	1 076.87	3.27

* 基金项目: 国家卫生健康委科研项目(313842); 四川省社科重点研究基地项目(2018JDQN003)。作者简介: 马原(1996—), 在读硕士, 主要从事卫生经济研究。△ 通信作者, E-mail: 489684500@qq.com。

续表 1 2002—2016 年四川省卫生总费用

年份	卫生总费用(亿元)	GDP(亿元)	卫生总费用占 GDP 比例(%)	人均卫生总费用(元)	卫生消费弹性系数
2010	976.11	17 185.48	5.68	1 213.79	0.33
2011	1 221.03	21 026.68	5.81	1 516.81	1.17
2012	1 405.91	23 872.80	5.89	1 740.81	1.13
2013	1 675.24	26 260.80	6.38	2 066.41	1.92
2014	1 876.97	28 536.66	6.58	2 305.80	1.39
2015	2 164.33	30 053.10	7.20	2 638.14	2.30
2016	2 675.77	32 934.54	8.12	3 238.64	2.79

2.1.2 卫生筹资结构 2002—2016 年,政府卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出均呈逐年增长趋势,分别由 2002 年的 37.93 亿元、66.45 亿元和 110.06 亿元,增至 784.42 亿元、1111.62 亿元和 779.72 亿元,年均增速分别达到 24.16%、22.29% 和 15.01%。15 年间,四川省卫生筹资来源由依赖个人卫生支出逐步转向以公共筹资为主,政府卫生支出和社会卫生支出占比分别从 17.69% 和 30.99% 增至 29.32% 和 41.54%,个人卫生支出占比从 51.32% 降至 29.14%。见图 1、2。

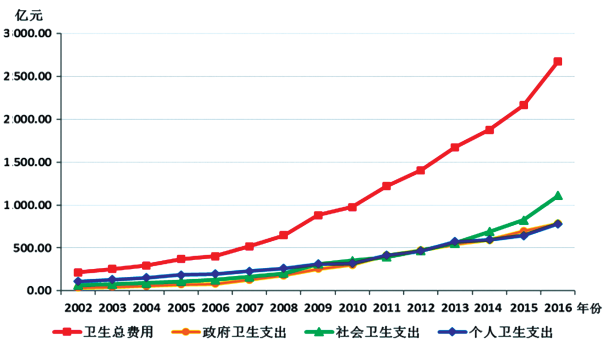


图 1 2002—2016 年四川省卫生总费用(来源法)增长趋势

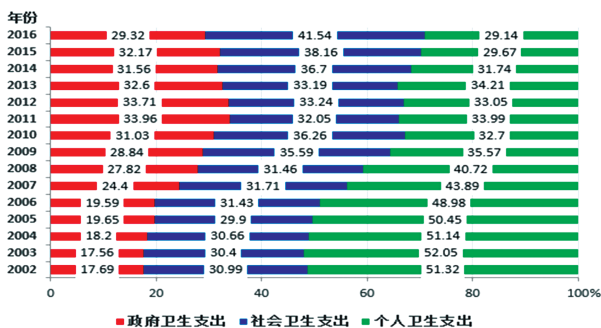


图 2 2002—2016 年四川省卫生总费用筹资结构

2.1.3 主要筹资渠道 (1) 政府卫生支出。2002—2008 年,政府卫生支出占财政支出比重波动明显,政府卫生投入随意性强,而政府卫生支出占 GDP 比重相对恒定,但处于较低水平;2009 年新医改政策实施以来,政府卫生支出的增长速度明显快于财政支出和 GDP 增速,政府卫生支出占财政支出比重、占 GDP 比重呈上升趋势,2016 年两项指标分别达到 9.79% 和

2.38%。见图 3。

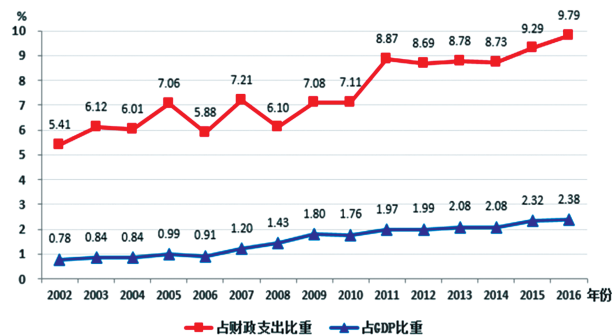


图 3 政府卫生支出主要评价指标

(2) 社会卫生支出。纵观 2007—2016 年社会卫生支出构成,社会医疗保险费为其主要筹资来源,但 2012 年以来社会医疗保险费增速放缓,商业健康保险费和社会办医支出涨幅较大。2016 年社会医疗保险费占比降至 54.53%,同期商业健康保险费和社会办医支出占比分别升至 20.31% 和 24.51%。见图 4。

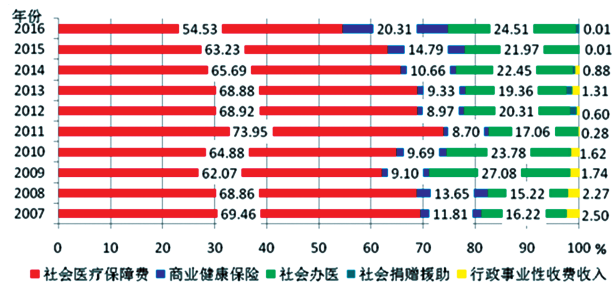


图 4 2007—2016 年四川省社会卫生支出构成

2.2 卫生总费用流向分析 2016 年四川省卫生费用分配总额达到 2 584.66 亿元,医院费用占比最高(64.05%),药品零售机构、公共卫生机构和门诊机构费用占比分别是 8.55%、7.02% 和 6.31%。医院费用中,城市医院、县医院和基层医疗卫生机构(社区卫生服务中心和卫生院)占比分别为 35.42%、18.46% 和 10.17%。2002—2016 年,四川省卫生费用分配总额逐年增长,年均增速达到 19.48%;卫生总费用机构流向以医疗机构(包括医院和门诊机构)为主,且集中在城市医院;公共卫生机构费用占比一度超过 10%,2009 年后逐年下降;药品零售机构、卫生行政和医疗保险管理机构和其他机构费用所占比重均有所

增加。见图 5、6。

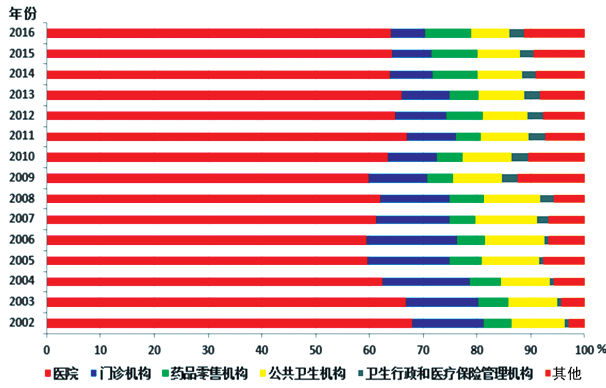


图 5 2002—2016 年四川省卫生总费用流向构成

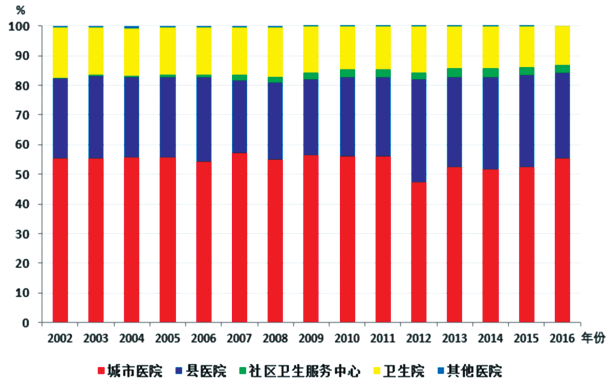


图 6 2002—2016 年四川省医疗机构费用构成

2.3 与全国其他省市比较

2.3.1 卫生筹资水平 2016 年,四川省卫生筹资总额位居西部第 1、全国第 4,仅次于广东、江苏、山东。四川省卫生总费用占 GDP 比重位居西部和全国第 6,高于全国平均水平(6.23%),低于西藏、甘肃、新疆、青海和云南。西部 12 省市卫生总费用占 GDP 比重普遍较高,主要原因可能有,(1)西部地区生产总值整体较低,增速相对较缓;(2)西部地区城镇化快速发展、社会保障制度日益完善等带来居民健康消费需求持续释放,卫生费用总量稳定增长^[2]。见图 7。

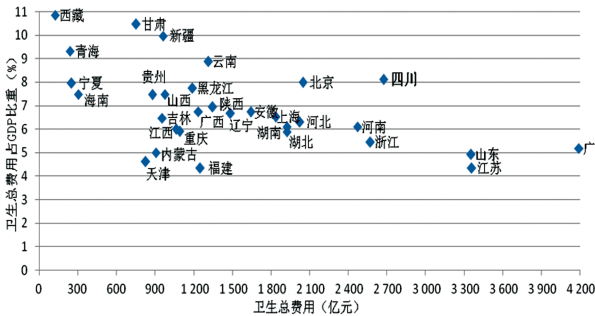


图 7 2016 年全国 31 个省市卫生总费用及占 GDP 比重

排除人口数量因素的影响,2016 年四川省人均卫生总费用略低于全国平均水平(3 351.74 元),位居西部第 8、全国第 19,与北京(9 429.73 元)、上海(7 595.98 元)等东部经济发达省市差距较大。究其原因,与四川省人口基数大,人均 GDP 水平相对较低(西部第 7、全

国第 24)等因素不无关系^[3]。见图 8。

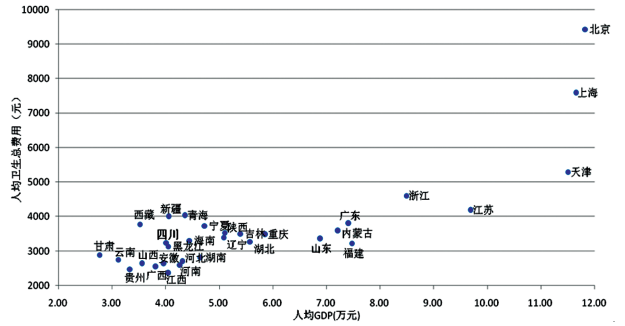


图 8 2016 年全国 31 个省市人均卫生总费用及人均 GDP

2.3.2 卫生筹资结构 2016 年,全国 19 个省市个人卫生支出占卫生总费用的比重达到了“十二五”医改规划要求(降至 30%以下),其中四川省个人卫生支出占比(29.14%)略高于全国平均水平(28.78%)。经济欠发达的西藏、贵州、广西、江西、青海、云南和甘肃 7 个省,主要得益于加大政府卫生投入来控制个人卫生支出占比;而包括四川省在内的其余 12 个省市,社会卫生支出则承担了更多的筹资责任。见图 9。

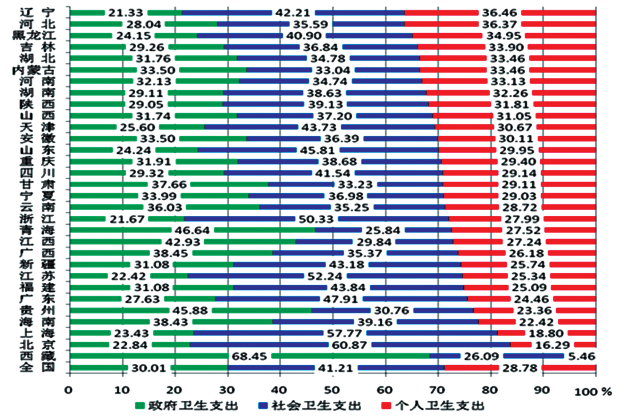


图 9 2016 年全国 31 个省市卫生筹资结构

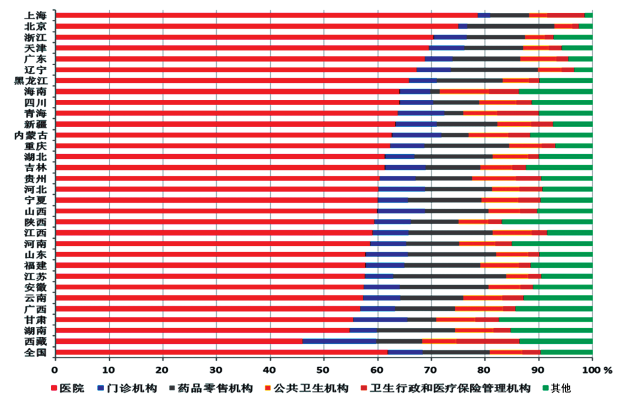


图 10 2016 年全国 31 个省市卫生总费用机构流向

2.3.3 卫生总费用机构流向 2016 年,四川省医院费用占比高于全国平均水平(61.90%),位居西部第 1、全国第 9;公共卫生机构费用占比亦高于全国平均水平(6.05%),但低于江西、甘肃、云南等 9 个省;门诊机构费用占比(西部地区倒数第 2,全国第 21)和药品零售机构费用占比(西部地区倒数第 3,全国第 26)

均低于全国平均水平(6.45%、12.54%),可能与地区门诊机构服务能力相对不足,居民就医流向不合理,自主购药意识与能力不足等因素有关^[4]。见图 10。

3 讨 论

3.1 卫生总费用增速偏快,卫生筹资可持续性存在风险,控费形势较为严峻 进入新时期,四川省卫生筹资总额保持增长,但与全国卫生总费用增速趋缓不同^[5],2016 年四川省来源法卫生总费用较上一年增长 21.51%,增速创 2010 年以来新高,高于 2002 年以来平均增速 1.75%。张毓辉等^[6]使用国家比较和阈值设定的方法,以卫生体制成熟国家为参照对象,对卫生筹资可持续性开展了预警研究,将卫生总费用占 GDP 的比重上限值即警戒值拟定为 8%。当前,四川省这一指标达到 8.12%,而近两年卫生消费弹性系数均超过 2,卫生总费用增长速度已接近 GDP 的 3 倍,若不加以控制,卫生总费用占 GDP 的比重将进一步增加。提示四川省卫生总费用增速偏快,可能超出地区经济承受能力,卫生筹资存在可持续性风险。建议完善卫生资金使用策略,从改革支付方式、规范医疗行为、加强医疗卫生服务体系运营管理等入手,着力控制四川省卫生总费用不合理上涨^[7-8]。

3.2 卫生筹资结构持续优化,个人卫生支出占比稳步下降,卫生筹资公平性提高 十五年间四川省个人卫生支出占卫生总费用比重的变化趋势存在明显阶段性特征:“十五”期间个人卫生支出占比恒定在 50%以上,“十一五”时期降至 40%以下,“十二五”阶段降至 30%以下,“十三五”元年个人卫生支出占比进一步下降,居民就医负担持续减轻,卫生筹资公平性明显提高。然而值得注意的是,近年来个人卫生支出占比降幅逐年收窄,进一步下降空间有限。

3.3 政府卫生投入和社会医疗保险费增速放缓,公共筹资充足性存在风险 2016 年四川省政府卫生支出较上年增长 12.67%,是新医改以来除 2014 年(8.46%)外的最低增速,低于同年个人卫生支出增速 8.77 个百分点。与此同时,社会卫生支出中占比最大的社会医疗保险费较上年增长 16.07%,不及 2007 年以来平均增速(20.34%)。诚然,我国经济进入“新常态”,地区生产总值和财政收入转为低速增长,政府卫生投入增速必然出现小幅回落。但如果政府卫生投入增速持续低于个人卫生支出,一旦社会卫生支出增长乏力,在公共筹资不足的情况下,“十三五”期间个人卫生支出占比则不易实现“一纲要、两规划”提出的“下降到 28%左右”的改革目标,甚至可能出现反弹。建议一方面建立长效稳定的政府卫生投入机制,落实

各级财政在公立医院改革、医疗服务价格调整、取消药品与耗材加成等领域的补偿责任;另一方面适当提高各类社会医疗保险居民个人筹资水平,进一步拓宽社会办医和商业健康保险筹资渠道,促进社会卫生支出稳步增长^[2,5]。

3.4 服务功能、服务层级间卫生费用流向不合理,存在卫生配置效率风险 一是治疗与预防服务卫生投入比例严重失调,公共卫生机构资源投入力度不足且有进一步减弱趋势^[3]。2002—2016 年,流向医疗机构的卫生费用维持在 70%以上,公共卫生机构费用占比平均值仅为 9.25%,近年来这一比例持续走低,2016 年跌至 7.02%。二是不同层级之间卫生总费用配置不合理,医疗资源倒置问题在加剧。十五年间,城市医院费用占医院总费用的比重维持在 55%左右;而基层医疗卫生机构占比不足 20%,2012 年后逐年下降。研究表明,卫生费用过多集中在治疗领域,尤其是高级别医疗机构,会产生卫生配置效率风险,影响早期疾病诊断与控制,导致卫生资源结构性不足,造成卫生资源的浪费,影响卫生系统总体绩效。建议坚持医防协调发展战略,加大对公共卫生的投入,同时加快医疗资源纵向整合、横向互补,着力推进分级诊疗,促使优质资源下沉,形成合理的卫生费用分配模式^[3-4]。

参考文献

- [1] 戴明锋,孟群.“十三五”期间我国卫生总费用预测[J].中国卫生统计,2017,36(2):263-265.
- [2] 张晓溪,宗莲,李芬,等.2016 年上海市卫生总费用核算结果及特点分析[J].中国卫生经济,2018,37(8):45-49.
- [3] 李峤,倪建,龙莉莉,等.2007—2014 年广西卫生总费用机构流向分析[J].中国卫生经济,2017,36(2):39-42.
- [4] 马丽丽,胡原生,胡晓斌,等.2000—2014 年甘肃省卫生总费用机构流向特征及变化趋势分析[J].中国卫生资源,2018,21(1):19-23.
- [5] 李岩,张毓辉,万泉,等.2016 年中国卫生总费用核算结果与分析[J].中国卫生经济,2018,37(5):5-8.
- [6] 张毓辉,万泉,王秀峰,等.“十三五”时期中国卫生总费用监测预警研究[J].卫生经济研究,2017(1):8-13.
- [7] 杨燕绥,妥宏武.卫生费用增长控制与医疗保障治理机制研究——基于全国与省际数据的实证分析[J].国家行政学院学报,2018(2):52-58,135.
- [8] 马明媛,韩玉珍,刘国栋,等.基于主成分分析法的我国卫生总费用影响因素研究[J].中国医院管理,2018,38(4):58-60.

(收稿日期:2019-01-30 修回日期:2019-03-18)