

# 我国公共卫生支出问题研究

杨 玲

(武汉大学 经济与管理学院,湖北 武汉 430072)

**摘 要** 我国公共卫生支出规模小,导致居民个人和家庭健康负担沉重,“看病贵”问题突出;公共卫生资源向城市、非贫困人群及大病医疗服务倾斜,导致健康公平性差、人口健康产出水平低。文章在分析我国公共卫生支出存在问题的基础上,指出作为卫生领域的主要参与者,政府应该通过扩大公共健康支出规模、调整健康投资方向、加大初级健康投入、对医疗服务提供者进行补偿等方式,减轻居民健康负担、提高公共卫生支出效率、提升民众健康水平。

**关键词** 公共卫生支出;初级健康保障;健康产出水平

**中图分类号**:C913.4 **文献标识码**:A **文章编号**:1008-3456(2010)01-0099-05

对卫生领域的投入是政府卫生工作的重要内容。胡锦涛在十七大报告中指出,健康是人全面发展的基础,关系千家万户幸福。要坚持公共医疗卫生的公益性质,坚持预防为主……,建立基本医疗卫生制度,提高全民健康水平。广泛覆盖、高效率的基本卫生保健制度离不开公共财政的支持。Jean-Pierre Poulhier、Patricia Hernandez 等人对全球 191 个国家的研究显示:健康支出规模与人口健康产出之间呈正相关关系;在健康支出规模相近的情况下,卫生资源配置效率对居民健康产出具有显著影响<sup>[1]</sup>。这提醒我们:增加卫生支出规模与提高卫生资源配置效率同样重要,二者的协调统一才能达到提高人口健康产出的目标。

## 一、政府公共卫生支出的必要性

尽管各国卫生体制差异巨大,但无论是提供全民免费健康保障的福利国家,还是以市场化为导向提供健康服务的保险型国家,政府对卫生领域的介入已经成为普遍选择。政府对卫生领域的干预是解决该领域市场失灵以及促进社会公平的必然要求。

### 1. 公共卫生支出是应对市场失灵的必然选择

市场对卫生服务的需求包括公共产品和私人产品。预防服务中包含较多纯公共物品和准公共物品,仅依靠市场机制将导致产品供给不足,因此需要公共卫生支出保障相关产品的有效供给。斯蒂格利

茨<sup>[2]</sup>认为,预防服务的作用在于降低公共健康风险,故而毫无争议地应被视为纯公共产品,并因此而回归为公共卫生服务。

卫生领域的基本卫生设施供应、洁净水的提供等具有巨大外部效应,公共卫生支出对这些领域的投入有利于社会福利最大化;此外,卫生保健市场存在“消费外部性”,即个人通过消费卫生服务或产品不仅可以提高自身的健康状况,而且有利于生产力的提高和经济增长。因此,政府对相关服务的投入有利于获得外部效益,增进社会福利。

卫生服务领域广泛存在信息不对称:患者与医疗服务提供者之间的信息不对称导致卫生资源集中于高收费的诊疗服务、初级健康服务供给不足、医疗保健市场的效率低下;医疗保险市场中保险人与被保险人之间的信息不对称,导致保险人的“撇脂”行为,健康状况不佳者难以获得医疗保险,这就需要政府进行干预,为无保险者提供必要诊疗服务。

### 2. 公共卫生支出是实现社会公平的要求

在一个没有政府介入的卫生保健市场中,脆弱人群将由于无力承担医疗服务成本而失去健康服务。脆弱人群健康保障的缺失,将导致巨大的人力资本和经济损失,这不仅是对人类生命健康权的侵害,而且是对社会公平正义的严峻挑战。因此,为脆弱人群提供医疗保健服务成为政府义不容辞的责任。

世界银行指出:基于公共卫生服务的公共产品

收稿日期:2009-10-20

作者简介:杨 玲(1973-),女,副教授,博士;研究方向:健康保障理论与政策。E-mail: keyangling@yahoo.com.cn

特征以及公共卫生和基本医疗保健对穷人减轻贫困的重要性,政府应当在医疗卫生部门发挥重要作用,促进社会公平,并用以指导医疗卫生体系的改革。从实践看,无论是发达国家还是发展中国家,通过公共卫生支出为需要的人群提供健康服务已经成为各国实现社会公平的共同选择。

实际上,在健康体制的不同领域,政府的干预方式和力度也不尽相同。初级健康保障提供基本健康服务,包括健康教育、流行病预防、疫苗注射等,一般由公共财政为民众提供免费或按成本收费的服务;社会医疗保险主要防范重大疾病风险,多数国家通过强制规定,要求企业和雇员参加法定社会医疗保险,政府会为此提供资金支持或给予税收优惠;商业保险的功能是提供更好的医疗服务和满足个人的多样化需求,政府对商业医疗保险可能会鼓励,但一般不承担资金支持责任(一些国家通过税收优惠鼓励其发展)。

无论采取何种健康保障模式,各国政府的公共卫生投入向初级健康保障和社会医疗保险倾斜已经成为普遍选择。通过政府卫生投入(投入规模和投入方向选择)提高健康投资效率、减少健康领域存在的不公平现象、提高国民健康产出是一国卫生政策的主要目标。

## 二、我国公共卫生支出现状

20世纪50-70年代,我国采取“政府主导、广泛覆盖的以初级健康服务为主”的健康保障模式显著提高了民众的健康水平,获得了极高的评价。但是,20世纪90年代后,随着市场经济体制改革的推进,我们试图通过市场化的健康保障机制解决城乡居民的健康保障问题,医疗服务的各个领域,从资金的筹集(个人健康支出比例持续高速增长)到服务的递送(医院经营方式企业化)都体现出商品化原则,政府卫生投入比重降低,结构不合理的问题凸现,导致医疗服务价格持续增长,“看病难、看病贵”问题日益突出。

### 1. 政府公共卫生支出比重低、筹资公平性差

中国统计年鉴显示:1980年至2004年,我国政府卫生支出占卫生总费用比重从36.2%降低到17.1%;个人卫生支出比重则从21.2%增加到53.6%,居民个人健康支出负担沉重。

国际相关研究表明:筹资公平性绩效与广义政府卫生支出比例高度正相关。表1<sup>[1]</sup>给出了不同筹资公平性国家卫生支出的评价指标。

表1 不同筹资公平性国家政府卫生支出评价指标

国家	%		
	广义政府卫生支出/卫生总支出	狭义政府卫生支出/卫生总支出	社会保障/卫生总支出
中国	33.70	16.58	17.12
低收入国家	43.69	36.48	7.21
中低收入国家	56.25	43.36	12.89
中等收入国家	57.90	42.57	15.33
中高收入国家	62.52	48.96	13.56
高收入国家	75.04	53.95	21.09

表1显示:我国广义政府卫生支出占卫生总支出的33.70%,比筹资公平性差的低收入国家还要低10%。政府卫生投入的不足,使现金支出成为居民健康支出的主要选择。现金支出被公认为是健康领域最不公平的筹资模式。

### 2. 公共卫生支出结构失衡、再分配功能弱化

政府介入医疗保健市场的目标之一是消除该领域存在的不公平现象。因此公共卫生支出应该向贫困地区、贫困人口和高投入产出比的初级健康服务倾斜。但是,我国目前公共卫生支出侧重对城镇人口、富裕省份和医院临床服务的投入。

(1) 政府卫生支出向城镇、非贫困群体倾斜。首先,公共卫生经费城乡配置不公:1991年至2000年,政府农村卫生预算支出累计仅有690亿元,占政府卫生总预算支出的15.9%。1991年至2000年,我国政府卫生预算支出共增加506.271亿元,而用于农村的卫生支出仅增加了63.08亿元,占12.4%<sup>[4]</sup>。农村卫生投入严重不足,导致其公共卫生设施建设落后。卫生部统计信息公报显示,2002年底我国农村自来水普及率为56.6%,粪便无害化处理率为52.6%,水冲式的卫生厕所普及率仅为48.7%。

其次,城市公共卫生资金向特殊群体倾斜。在我国政府预算卫生支出中,行政事业单位医疗经费增长迅速,从1990年的44.34亿上升到2003年的286.47亿,占政府卫生支出的比重从23.7%上升到25.65%;2003年我国享受公费医疗的人口仅占总人口的1.2%,但却得到政府卫生支出的1/4。公费医疗费用的增加意味着政府有限的公共卫生支出越来越多地被用于对一小部分人的临床服务上,对无健康保障人群的投入严重不足,加剧了健康领域的不公平。

(2) 公共卫生资源省际配置不均。表2根据中国人口统计年鉴和卫生统计年鉴相关数据计算出各省公共卫生支出比重及人均公共卫生支出占总公共

卫生支出比重。

从人均公共卫生支出占总公共卫生支出的比例看,各省之间差异巨大:湖南省人口为全国总人口 4.85%,但该省仅占全国公共卫生支出的 3.2%,人均公共卫生支出仅占总公共卫生支出的 0.62%;北京市人口为全国总人口的 1.24%,但该市占全国公共卫生支出的 6.06%,人均公共卫生支出占总公共卫生支出的 4.89%,是湖南省的 7.89 倍。从全国来看,人均公共卫生支出占总公共卫生支出不足 1%的省有 14 个,分别为湖南、安徽、山东、河南、广西、河北、湖北、重庆、四川、贵州、陕西、江西、海南、福建;人均公共卫生支出占总公共卫生支出比重在 2% 以上的有青海、西藏、上海、北京,其中西藏、上海为 3% 左右,北京为 4.89%。上述数据表明,我国公共卫生支出省际配置不均。

表 2 按人均公共卫生支出水平排序的  
公共卫生支出省际分布情况(2007 年)

省份	占人口总数 百分比(%)	占公共卫生 支出比例(%)	人均公共卫生支出占 总公共卫生支出比例(%)
湖南	4.85	3.02	0.62
安徽	4.68	3.33	0.71
山东	7.15	5.09	0.71
河南	7.13	5.04	0.71
广西	3.65	2.59	0.71
河北	5.29	3.96	0.75
湖北	4.36	3.38	0.78
重庆	2.18	1.72	0.79
四川	6.19	5.05	0.82
贵州	2.89	2.48	0.86
陕西	2.88	2.49	0.86
江西	3.35	2.92	0.87
海南	0.68	0.63	0.93
福建	2.76	2.65	0.96
黑龙江	2.93	2.92	1
广东	7.19	7.19	1
吉林	2.12	2.15	1.01
江苏	5.82	5.88	1.01
山西	2.61	2.65	1.02
辽宁	3.29	3.4	1.03
甘肃	1.99	2.08	1.05
云南	3.49	3.92	1.12
内蒙古	1.86	2.23	1.2
新疆	1.62	2.34	1.44
浙江	3.87	5.73	1.48
宁夏	0.48	0.8	1.67
天津	0.88	1.69	1.92
青海	0.43	0.9	2.09
上海	1.45	4.53	3.12
西藏	0.26	0.86	3.31
北京	1.24	6.06	4.89

统计数据显示,2007 年政府医疗卫生支出中央财政支出仅为 34.21 亿元,而地方财政支出达到 1 955.75 亿元,占总支出的 98%。以地方财政为责任主体的转移支付模式加剧了不同地区之间公共卫生支出的差距,弱化了财政转移支付在不同省份之

间的再分配功能。

(3) 公共卫生对初级健康服务投入低。卫生部国家卫生服务调查的统计数据显示:国家对卫生防疫部门和妇幼保健机构的财政拨款不足 50%;2004 年国家卫生事业费中防治防疫事业费和妇幼保健经费总共只占 19.8%,比医院和卫生院的经费支出低 42.2%。

初级卫生保健投入不足,迫使防疫机构和妇幼保健机构利用公共卫生设施提供市场化服务筹集自身发展所需资金,业务收入占防疫机构总收入的比重不断攀升,降低了初级健康服务的可及性。

世界银行相关研究表明,1990~2001 年,中国政府预算拨款占防疫机构总收入的比重从 58% 减少至 40%;防疫机构的业务收入占其总收入比重从不足 1% 猛增至 60%。这一变化表明,我们防疫机构的服务市场化趋势明显,导致民众防疫服务可获得性降低。

据统计,我国农村 60% 的儿童没有进行健康体检,50% 的孕产妇没有进行产前检查。此外,我国对传染性疾病如麻风病、肺结核的干预治疗进行收费,但是从全球来看,绝大多数国家上述初级保健服务都是由政府免费提供的。

### 三、我国公共卫生支出缺陷造成的影响

#### 1. 健康保障制度覆盖面低

我国健康制度改革以医疗保险为主导(城镇职工社会医疗保险实际上是与就业相关的),忽视了贫困家庭、流动人员和非正式劳动力市场就业人员的健康保障。因此,尽管 1978 至 2004 年,我国卫生总费用从 110.2 亿元上升为 7 590.29 亿元;政府预算卫生支出从 1978 年的 35.44 亿元增加到 2004 年的 1 293.58 亿元,但是,由于公共卫生支出结构不合理,我国仍有相当数量人口无法享受健康保障服务。1993 年居民两周就诊率为 169.5‰,2003 年减少到 133.8‰,居民两周未就诊率从 1998 年的 38.5% 增加到 48.9%。20 世纪 90 年代末,我国农村因病住院而病未痊愈提前出院的患者在贫困地区达 80% 以上。2004 年甘肃省农村孕产妇住院分娩率仅为 55.04%。落后地区、贫困家庭成为健康保障缺失的最大受损者。

#### 2. 人力资本损失巨大

尽管我国卫生投入(政府、个人)逐年增加,但是由于公共卫生投资效率不高、医疗服务市场化等因

素,导致我国居民健康产出有些没有获得应有的改善。

首先,人均预期寿命增长缓慢。以衡量健康产出的主要指标——人均预期寿命看,1980至1998年间,中国内地居民人均寿命仅增加了两岁,而1980年时基数比中国内地高的香港特别行政区、澳大利亚、日本、新西兰和新加坡增加了四至六岁;与中国基数相同的斯里兰卡,增加了五岁<sup>[5]</sup>。现有卫生体制对我国居民健康产出的作用有限。

其次,慢性病导致巨大人力、经济损失。目前,与健康教育、预防投入密切相关的慢性病已经成为我国居民面临的主要健康风险。1991—2000年我国慢性病死亡占总死亡比例从73.8%上升到80.9%。慢性病不仅严重损害我国劳动力人口健康,而且造成了巨大经济损失。世界卫生组织估计,未来10年,仅心脏病、中风和糖尿病就将给中国带来至少5500亿美元的收入损失<sup>[6]</sup>。

我国慢性病发病率上升的首要原因是公众合理营养与疾病预防意识不强;其次则是缺乏对疾病的早期干预。而这些恰恰是公共卫生服务的核心内容:健康教育、疾病预防及早期干预。

### 3. 现金支出比例高,加剧了贫富分化

世界银行指出,摆脱疾病和接受教育是消除贫困的两条最重要途径<sup>[7]</sup>。大量相关研究表明,贫困和健康之间存在密切关系,贫困会影响居民的健康状况,而较差的健康状况会导致贫困的发生:一方面,健康不良导致社会福利损失和劳动生产力的降低(医疗费用、每次患病造成的市场收入损失、儿童患病对成年人收入能力造成的损失等);另一方面,因疾病而发生的现金支出可能直接导致家庭陷入贫困,或加剧其贫困程度。

Jean-Pierre Poullier 等人<sup>[11]</sup>的研究表明:现金支出作为健康支出主要来源带来的最严重的问题是,在任何年份负担都会落在少部分家庭,而且相对于收入而言,贫困家庭的负担远高于富裕家庭。我国健康支出区域之间、不同群体之间、不同健康服务之间配置不合理,进一步拉大了贫富差距:2003年国家卫生服务调查中,30%的贫困家庭认为医疗费用是造成他们贫困的原因。中国城市家庭目前用于医疗方面的费用平均占其家庭总预算的7%以上,贫困人群中,医疗支出是家庭各项支出中最大的一项。

## 四、政策建议

### 1. 扩大政府公共卫生投入规模

公共卫生支出规模和支出结构共同决定一个国家居民的健康产出水平。世界卫生组织通过对全球171个国家国民健康账户(NHA)的研究,描绘出国民收入水平与公共健康支出之间的关系,见表3。

表3 不同收入国家公共健康支出比重

人均国民收入(美元)	公共健康支出占健康总支出比例(%)
< 1 000	45% ~ 63%
1 000 ~ 2 200	30% ~ 65%
2 200 ~ 7 000	53% ~ 70%
> 7 000	58% ~ 80%

2005年我国人均收入水平为1730美元,与此相对应的公共健康支出应该占健康总支出的30%~65%之间。事实上,我国广义公共卫生支出仅占健康总支出的33%左右,属于同等收入水平国家中公共卫生支出规模最小的国家之一。因此,我们需要扩大政府公共健康支出规模。

### 2. 实现公共卫生服务的均等化

首先,加大中央政府转移支付的力度。我国区域之间公共卫生支出不平等很大程度上缘于地方政府的财力差异:富裕地区政府有能力为居民提供更多的健康投入,贫困地区地方政府即使认识到公共卫生投入的重要性,也经常会限于财力制约无法为居民提供有效的健康服务。因此,需要加大中央政府的转移支付力度,公共卫生支出更多地向落后省份、农村地区倾斜。我们认为,应该增加中央政府对农村地区公共卫生服务的投入,通过扩大新型农村合作医疗的覆盖范围,使更多农村人口享受财政预算的健康保险补贴和相应财政支持;此外,中央财政应该设立农村医疗救助专项资金,改变农村困难群体因无力负担合作医疗缴费或者无力承担共付费用而被排除在现有医保体系之外的情况。

其次,增加对医疗服务供给方的投入。我国现行公共卫生支出以补需方为主,政府通过保费补贴或报销的方式将投保人纳入医疗保障范围,对医疗服务提供者(医院、诊所)缺乏有效的补偿机制,导致其面临巨大成本压力,拒绝为脆弱人群提供服务的事件时有发生,甚至出现令人痛心的“见死不救”现象,脆弱人群医疗服务的可及性低。

我们认为,要改变这种状况,必须为医疗服务机构提供合理的补偿机制,解除医院诊疗服务(特别是为脆弱人群提供的服务)无法获得成本补偿的后顾

之忧,鼓励医疗机构提供公益性服务,避免“见死不救”等现象的发生。例如,针对目前我国基层医院门可罗雀、医疗资源利用率不高的现状,我们建议由政府为一、二级基层医院提供经费,由其为脆弱人群免费提供医疗保健服务,这样既可以满足脆弱人群医疗保健的特殊需求,又能充分利用现有卫生资源,盘活生存艰难的基层医疗服务机构。

### 3. 统筹兼顾基本保健与大病服务

世界卫生组织对 11 个发达国家进行的比较研究显示:在健康体制中对基本健康保障越重视则该国人口的健康产出越高、成本越低而且患者的满意度越高。Mills A, Drummond M.<sup>[8]</sup> 的研究表明:在低收入条件下,初级健康保障与其它健康计划相比具有成本优势。

我国健康保险提供的服务内容相对有限,主要对重大疾病进行共付补偿,对于初级健康服务、门诊服务、康复性锻炼以及精神障碍等疾病的救助十分有限,导致尽管有医疗保险制度存在,但是仍然有相当人口无法获得医疗服务的现状,这也是我国健康体制公平性低的重要原因。

我们认为,在尊重国家与地方政府财政负担能力的基础上,应该充分考虑不同人群的健康服务需求,统筹兼顾基本保障与大病服务。例如,在对我国疾病发病率以及早期预防、干预的投入-产出分析基础上,逐步为社会医疗保险覆盖人群提供政府资助的、有针对性的预防及疾病早期干预服务,以降低相关疾病发病率、减少诊疗支出;鉴于脆弱人群收入

低、健康状况差以及医疗保健知识欠缺的现实,应该将基本卫生保健服务(例如预防、门诊治疗、康复治疗)纳入其健康保障服务范围,以提高脆弱人群医疗服务可及性、改善其健康状况,改变“小病得不到及时治疗、拖成大病”才能获得医疗救助的状况,这样不仅能够减轻脆弱人群的疾病痛苦,也会降低家庭和社会成本。

## 参 考 文 献

- [1] JEAN-PIERRE P, PATRICIA H, KEI K, et al. Patterns of global health expenditures: results for 191 countries [C]// EIP/ HFS/ FAR Discussion Paper No. 51. New York: World Health Organization, 2002:8.
- [2] [美]斯蒂格利茨. 政府经济学(中文版)[M]. 曾强,译. 北京:春秋出版社,1988:114-115.
- [3] 张毓辉. 国内外政府卫生支出口径的异同及结果分析[J]. 中国卫生经济,2006(3):10-12.
- [4] 韩俊. 赋予农民平等发展机会[J]. 财经界,2004(3):14-15.
- [5] 王绍光. 人民的健康也是硬道理[J]. 读书,2003(7):16-24.
- [6] 任丽梅. 慢性病正在吞噬人们的健康和财富[N]. 中国改革报,2006-05-17(5).
- [7] WORLD BANK. World development report 2004: making services work for poor people [EB/OL]. (2003-10-07). [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2003/10/07/000090341\\_20031007150121/Rendered/PDF/268950PAPER0WDR02004.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2003/10/07/000090341_20031007150121/Rendered/PDF/268950PAPER0WDR02004.pdf).
- [8] MILLS A, DRUMMOND M. Value for money in the health sector: the contribution of primary health care[J]. Health Policy and Planning, 1987, 2(2):107-128.

## Study on Public Health Expenditure of China

YANG Ling

(College of Economy and Management, Wuhan University, Wuhan, Hubei, 430072)

**Abstract** The limited public health expenditure leads to heavy burden of families and individuals. The ineffective allocation of health resources brings about the unfairness of health availability and low health outputs. Based on the analysis of current situation of public health expenditure of China, it is believed that the government should be charged with the duties of improving the efficiency of public health expenditure, easing the health burden of common people and eliminating the unfairness in health service by increasing the total health expenditure, changing the investment orientation, paying more attention to primary health care and reimbursing the medical providers.

**Key words** public health expenditure; primary health care; health output

(责任编辑:刘少雷)