

目 录

2016 年第 2 期

(总第 18 期)

◆ 学会活动

湖南省卫生经济与信息学会关于第一届理事会第六次年会暨学术研讨会情况的通报 (1)

◆ 专业委员会工作

2016“E 带医路,互联共享”高峰论坛暨全国医院信息化建设与管理培训班成功举办 (3)

◆ 学会动态

我会召开“医疗服务价格动态机制研究”和“分级诊疗对公立医院经济运行的影响及对策研究”课题开题研究会 (4)

◆ 学会工作

走村走镇 洗心洗尘
——记 20 公里毅行 (5)

◆ 社科动态

2016 年度省级社科类社会组织党建工作与业务知识培训班在浏阳召开 (6)

◆ 卫生研究

我国分级诊疗的现状及对策研究
..... 湖南中医药大学管理与信息工程学院 刘平良 章海燕(7)

2014 年湖南省卫生总费用测算结果及分析
..... 湖南中医药大学管理与信息工程学院 王莹 周良荣(12)

湖南省卫生经济与信息学会 关于第一届理事会第六次年会暨学术研讨会 情况的通报

湖南省卫生经济与信息学会第一届理事会第六次学术年会于2016年4月12日下午在长沙召开。出席会议的有会长、副会长、秘书长、理事、论文作者、优秀学会工作者、其他代表近120人,会议由秘书长、省卫生计生委血防处处长李兴彪主持。

会员大会首先由副会长胡盛清宣读了表彰先进学会和优秀学会工作者的决定,长沙市卫生经济学会等18个会员单位获得了先进学会的称号,李晓兵等55名同志获得了优秀学会工作者的称号。接下来,会长向克用代表常务理事会向大会作工作报告,总结回顾了学会2015年的工作并提出了2016年的工作计划。最后,省卫生计生委财务处许尚锋处长作了重要讲话,他首先肯定了学

会的过去一年的成绩,并对学会今后的工作提出了希望,要注重创品牌、建平台、强功能和求发展,并要成为领导决策、部门规划的“高手”、部门工作事物的“帮手”和业务工作中的“助手”“抓手”。学术研讨会由湖南中医药大学医药卫生管理与信息工程学院院长周良荣教授作了《公立医院改革的卫生经济学思考》专题讲座,主要从公立医院改革的重要与失重、卫生经济学视域的公立医院改革和公立医院改革亟待解决的几个问题等三个方面对当前公立改革中存在和需解决的问题提出了新的观点,使参会者对公立医院改革及分级诊疗等进展有了新的了解,开阔了视野。



▲ 第六次年会暨学术研讨会现场



▲ 向会长作工作报告



▲ 省卫生计生委财务处许尚锋处长作重要讲话



▲ 先进团体会员单位颁奖现场(1)



▲ 先进团体会员单位颁奖现场(2)



▲ 先进团体会员单位颁奖现场(3)



▲ 湖南中医药大学管理与信息工程学院院长周良荣教授专题讲座

2016“E 带医路, 互联共享”高峰论坛暨全国医院信息化建设与管理培训班成功举办

2016 年 6 月 16 日, 在充满激情的夏季我们迎来了 2016“E 带医路, 互联共享”高峰论坛暨全国医院信息化建设与管理培训班的召开。本次论坛由湖南省卫生经济与信息学会卫生信息专业委员会主办, 湖南省儿童医院承办。湖南省卫生经济与信息学会会长向克用, 湖南省卫生计生委信息中心主任钟卫军、副主任雷永贵, 湖南省儿童医院院长姚旭、副院长赵斯君、《中国数字医学》杂志主编李华才、微医集团副总裁孔祥谱等出席仪式, 会议由湖南省儿童医院副院长李爱勤主持。



首先由湖南省卫生计生委信息中心主任钟卫军讲话。钟卫军对学员们的到来表示热烈地欢迎, 希望大家做医疗 IT 的能积极参与智慧医疗、分级诊疗的研究与推广应用中去。湖南省儿童医院院长姚旭表示, 将充分发挥信息平台的作用, 实现优

质医疗资源的共享。湖南省卫生经济与信息学会会长向克用到会讲话, 表示有力助推分级诊疗制度的重建和实施, 为提高我省医疗保健水平做出我们的贡献, 并祝大会圆满成功。湖南省儿童医院副院长李爱勤主讲分级诊疗平台设计构想。李爱勤表示, 湖南儿科互联网医院搭建了一个医院与医院之间、医院与患者之间无缝衔接的平台, 真正实现了“基层首诊、双向转诊、远程会诊”。

近百家医疗机构参加此次论坛, 并围绕“分级诊疗、互联共享”主题, 探讨在互联网 + 医疗模式下, 如何有效利用信息化手段解决基层首诊、双向转诊、远程会诊, 从而实现医疗资源整合与共享, 促进分级诊疗的实施。论坛之后的学习班上来自全省医疗信息界的 18 名专家围绕医院分级医疗、医院信息管理、医疗信息安全、移动医疗、医院信息系统构架、机房管理、网络构架与系统连续性保障等方面展开专题讲座。

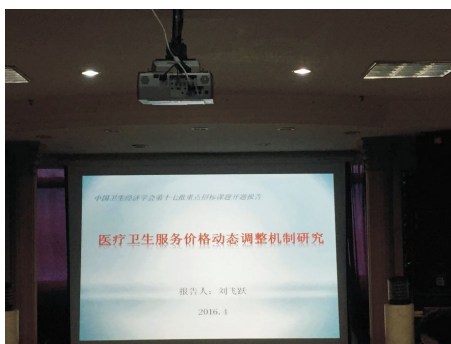
精彩的学术讲座结束后, 各位专家与参会人员展开面对面讨论、交流, 以解决实际问题为主线, 现场对学员们提出的问题进行答疑, 并结合热点问题进一步分享工作经验和体会, 现场气氛热烈。

我会召开“医疗服务价格动态机制研究”和“分级诊疗对公立医院经济运行的影响及对策研究”课题开题研究会

由湖南中医药大学宁德斌教授和长沙学院刘飞跃教授代表我会申报的《分级诊疗对公立医院经济运行的影响及对策研究》和《医疗服务价格动态机制研究》课题,经中国卫生经济学会第十七批招标课题评标委员会评审,分别确定为资助中标课题和自筹课题。

为了确保课题的研究质量和课题研究达到一定的深度,学会先后于4月29日和6月2日,组织召开了课题开题研究会。在会上,首先由课题负

责人作开题报告,他们从项目研究背景及意义和国内外研究现状、研究思路、研究的主要内容和预期成果与创新点及工作进展与研究方法等几个方面进行了深入细致的阐述;之后,专家们提出了很多有建设性的意见,如结合当前的医改的大背景、医改的政策,课题要有深度、能提供决策依据等等。总之,到会的专家们一致表示,要积极参与,认真配合,争取荣获优秀课题。



▲《分级诊疗对公立医院经济运行的影响及对策研究》课题负责人宁德斌教授作开题报告



▲《医疗服务价格动态机制研究》课题组负责人长沙学院刘飞跃教授做开题报告

走村走镇 洗心洗尘

——记 20 公里毅行

为弘扬协作精神，增强体魄，2016 年 5 月 14 日湖南省卫生经济与信息学会组织学会会员参加磨房开展的“2016 年磨房长沙毅行”活动。

早上七点，一声“出发”，我们学会团队踏上毅行的道路。这次毅行道路起点为裕湘纱厂，穿青山，到洗心禅寺，全程 20 公里，耗时 6 个小时。20 公里的路程，我们体验了城市的繁华，享受了乡村的宁静，同时我们也经历了暴雨的冲洗，阳光的暴晒，山路的崎岖，这些对于我们首次参加毅行的女队员居多的团队无疑是一种考验。我们从最开始

人人兴奋、雄心壮志到中间体力透支，特别是面对绵延不断、攀爬不断的青山，我们几近崩溃。但我们没有放弃，在队友的互相鼓励、互相扶持下，全体队员安全抵达了终点。

当大家疲惫不堪地到达终点的那一刻，我们的体会是“痛并快乐”！“痛”是毅行所带来的对自己心里和生理上的考验；“快乐”是毅行中同伴的互助友爱！



▲ 胜利到达洗心禅寺

2016 年度省级社科类社会组织党建工作与业务知识培训班在浏阳召开

6月28日至29日，湖南省省级社科类社会组织党建工作与业务知识培训班在浏阳市召开。省社科联党组书记宋智富，省民政厅巡视员李劲夫，省社科联党组成员、副主席郑升，省社科联副秘书长楚玲等领导，以及全省社科类社会组织与会代表等共120余人参加了培训班。

28日的培训班上，宋智富同志作了题为《勤学?敏思?善行》的开班动员报告，对培训活动提出了三点期望和要求——“勤学”“敏思”“善行”。其后，李劲夫同志以《“两学一做”背景下社会组织怎样做好党建工作》为题授课，重点讲“两学一做”与“社会组织党建”两个重大问题，为省级社科类社会组织在“两学一做”背景下怎样做好党建工作指明了方向，提出了解决办法。

29日的培训班活动由两部分组成。第一部分是社会组织经验交流与分组讨论环节。我会向克

用会长在经验交流会上作了典型发言，题目是“主动 创新 服务，做好各种专业培训”就我会的培训工作介绍了经验与主要做法。其后，所有参会代表分为四组进行了讨论交流。第二部分是郑升同志的培训班总结与社会组织管理工作的授课。在总结时，他认为本次培训活动有6大亮点并得到省社科联、省民政厅和社会组织领导的重视与大力支持。在授课社会组织管理工作时，他认为省社科联的“党建征文”“党建培训”“党建横向交流座谈会”“党建示范基地”等平台发挥着重要的作用，促进了全省社科类社会组织党建工作的发展。同时，他还对社会组织开展社会科学普及工作的重要作用、意义及做法提出了高屋建瓴的看法。

培训班结束后，与会代表们一致认为此次活动务实高效，收获很大，对于今后如何进一步做好社会组织的党建工作有很强的指导作用。



▲ 培训现场



▲ 向克用会长典型发言

我国分级诊疗的现状与对策研究

刘平良¹ 章海燕²

(湖南中医药大学管理与信息工程学院)

摘要: 卫生资源是卫生事业可持续发展的基础,我国卫生资源配置结构不合理,城乡、区域分布很不均衡,导致了民众不能高效就医,同时阻碍了卫生服务水平的进一步提高。在现有卫生资源分布的背景下,本文从分级诊疗的国内外研究现状出发,阐述了当前中国分级诊疗的现实状况,并提出了我国在试点中分级诊疗存在的主要问题,并针对问题提出了就医行为规范化、诊疗秩序制度化等对策与建议。

关键词: 分级诊疗;现状与对策;诊疗秩序;卫生服务

Abstract: Health resources are the basis of the sustainable development of the health. Unreasonable structure of health resources allocation in our country, such as the distribution between urban and rural areas, caused that the social members can't be treated effectively, and hindered the level of health services to be improved at the same time. In the context of existing health resources distribution, based on hierarchical diagnosis and treatment of domestic and foreign research background, this paper discusses the status quo of Chinese current hierarchical diagnosis and treatment, analyzing the problems of hierarchical diagnosis and treatment in China and putting forward for the standardization of medical treatment behavior, the institutionalization

of medical order and some related suggestions, to make the most use of the health resources and to solve "the problem of inadequate and overly expensive medical services".

Keywords: Hierarchical diagnosis and treatment; Status and countermeasure; Diagnosis and treatment order; Health Services

引言

伴随着经济和信息的全球化发展,我国的卫生事业取得了巨大的进步。同时,人们对于卫生服务的需求也不断提高,有限的卫生资源和群众不断增长的卫生服务需求间的矛盾日益尖锐,医患关系紧张、看病贵、看病难等问题日益突显。十八届三中全会报告中要求“完善合理分级诊疗模式,建立社区医生和居民契约服务关系。充分利用信息化手段,促进优质医疗资源纵向流动。加强区域公共卫生服务资源整合”。近年来,分级诊疗工作作为我国深化医改的重要内容之一,目前在全国范围内进行试点,还没有形成一套完善成熟的机制,本文基于此背景而作。

1. 分级诊疗的国内外研究现状

(1) 国外关于分级诊疗的相关研究

早在19世纪英国就开始实行全科医生负责制,最高级别的医院为专科医院,2005年美国就形成了E转诊模式(electronic referral mode)^[1],使用医疗信息技术连接初级保健医生和专科医生,改善对话与

沟通,优化专科医疗资源的有效利用,增强初级卫生保健的能力。国外社区卫生服务制度已发展得比较成熟,而且实行双向转诊是大多数发达国家的普遍做法。但是分级诊疗并没有固定和统一的模式,各国做法各异。总体来说,英国是采取国民卫生服务模式的典型国家,最大的特色是把全科医生和医疗机构作为并行的医疗服务板块进行设计^[2],形成纵向明确分工无利益冲突、横向竞争的医疗服务网络。美国商业保险产业发达,从20世纪70、80年代开始兴起“有管理的医疗”,引入第三方的管理,通过保险公司以及健康组织竞争形成费用约束倒逼机制,将患者控制在基层就医。日本作为社会保险型代表国家,其分级诊疗模式特点在于首先明确设立三级医疗圈,进行医疗资源配置,然后通过医疗保险机构的激励和约束作用使得分级诊疗得以实现。我们认为,在中国提出采取英国模式还是采取美国模式的问题,不是要照搬哪个国家的模式,而是为解决看病问题,借鉴哪种模式更为有效。因此,这是一个自身制度选择的问题。典型国家能够顺畅地实现分级诊疗,可借鉴的地方在于:第一是依靠高素质的能够确保服务质量的“守门人”进行首诊;第二是利用医保支付方式形成费用约束倒逼机制,将患者控制在基层;第三其配套机制包括立法在内的政策法规;第四是必要的包括信息手段在内的技术支撑。

(2) 国内关于分级诊疗的相关研究

我国的学者关于分级诊疗侧重于实证研究,一般针对部分城市分级诊疗的试点工作进行,相关研究主要集中在以下方面:①通过支付方式改革,促进分级诊疗。安徽,宁波的72个常见多发病上月在多家医院试点“打包”付费;湖北省也对过百种疾病实行新农合按病种收费。②新农合报销引导居民分级就医,北京平谷区卫生局局长张友介绍制定了新

农合报销政策:居民在一级卫生院看病无起付线医药费可报销65%;未经转诊到二级医院就诊,起付线为650元,医药费可报销50%;未经转诊到三级医院看病,起付线为1300元,医药费可报销5%^[3]。③建立医疗联盟模式:北京朝阳医院医疗联盟模式、浙江合作办医模式等^[4]。

而分级诊疗理论方面研究则体现在以下方面:①强基层:杨阳,方国瑜,崔华欠等(2015)提出了建立社区首诊制度^[5];方少华(2014)在《卫生经济研究》中提出需建立家庭医生为执业方式的基层社区医生服务新模式^[6];潘秋予(2015)在《医学信息》中阐述提高基层医疗机构的服务能力,构建区域医疗信息共享平台^[7]。②改革支付方式:柴云(2013)在《中国卫生经济》中提出了湖北省新农合支付方式改革^[8],建立分级诊疗和双向转诊机制;魏子柠(2015)论述了医保支付政策进一步向基层倾斜^[9],整合城乡居民大病保险和重特大疾病保障,提高那些确实要去大医院就诊患者高额医疗费用报销比例。

2. 我国分级诊疗的现状

国家在医改的相关文件中多次提出要加快形成有序的分级诊疗体系,缓解老百姓的“看病难,看病贵”问题。目前全国全面实施分级诊疗制度的地方仍然不多,截至2013年底,除青海一、北京、青岛等部分省市推行分级诊疗外,全国范围内的分级诊疗和双向转诊制度还未真正得到确立,不过随着新医改的深入,越来越多的省市开始推行分级诊疗工作,江苏、浙江、四川等省分别以省政府名义或多部门联合下发了关于分级诊疗工作的专门文件,从资源配置、制度建设、保障措施、考核评价等方面对分级诊疗制度作出了相应规定。上海、宁夏、重庆等地在医疗联合体、医疗集团管理相关政策文件中,对分级诊

疗作出了制度安排。但很多体制机制问题还没有得到解决,如各级医疗机构之间的利益分配问题、技术问题、药品衔接问题等,加上相关部门没有出台具体的操作细则等,导致了我国的分级诊疗体系至今还没有真正形成。

3. 我国分级诊疗面临的主要问题

目前,我国医改的分级诊疗还处在试点阶段,在不同地区的试点工作中发现还存在以下主要问题:

(1) 缺乏分级诊疗的观念和知识

在社区走访发现,村民对于分级诊疗是什么,怎么办,有什么益处,对谁有益这一系列的问题都不清楚。由于公众对分级诊疗,缺乏相应的了解和认知,对于相应的转诊手续更谈不上明晰。同时,由于长期积弊,缺乏正确的引导机制,加之人们健康的意识不断增强,经济水平不断提高,对卫生医疗条件的要求也随之提高,为了获得较好的医疗条件,不论疾病轻重缓急,盲目地涌向三甲医院,宁愿排二、三个小时队也要看专家教授门诊,这不但导致排队现象严重,还造成真正需要专家指导的重症患者问诊时间缩短,这种小病大看现象普遍存在。如:感冒去湘雅,咳嗽找协和。这些在一定程度上加剧了“看病乱,看病难,看病贵”的状况,在一定的程度上阻碍了分级诊疗的落实,不利于居民有效地配合分级诊疗制度的实施。

(2) 首诊机构缺乏相应的条件和设备

基层医疗卫生机构作为分级诊疗中的首诊医疗机构,是公众治病看病的第一道防线,其作用至关重要。首先,是硬件设备方面的问题,存在相应的基础医疗设备缺乏,药物种类配置不全,房屋简陋等诸多方面的不足,医疗资源的地理分布差别悬殊,公众信任度较低,不能满足人们基本的医疗卫生需求。同时,易使仅有的卫生资源闲置,这在

一定程度上造成了卫生资源的浪费,进一步加剧了医疗服务的供需矛盾,也导致了公众“看病乱”这一现象愈发严重。其次,医疗专业技术人员配备方面存在欠缺,主要表现在:人员数量严重不足,人员水平不高。由于薪酬绩效较低,工作条件较差,导致高水平医疗人才不愿留在基层医疗机构工作。这也从另一方面导致了公众对首诊机构的不信任,“守门人”的作用没有很好的发挥出来。

(3) 转诊制度不完善

分级诊疗是一项需要各部门协同作战的任务,需遵循“首诊卫生机构——二级定点医疗机构——三级定点医疗机构——二级定点医疗机构——首诊卫生机构”的转诊顺序。但是由于缺乏相对完善的转诊机制,没有可操作性的实施细则;各级医疗机构存在转诊信息不畅,转诊条件难把握,对于什么病,病到什么程度,对应什么级别的医院没有标准,加之病患自身也不愿意回到下级医院进行康复治疗等原因;同时,找首诊机构负责人盖章,首诊医生签字等繁杂的转诊手续,使病人不愿通过基层首诊,直接选择上级医疗机构,这样不仅加大上级医院的工作负荷,还在一定程度上造成资源浪费。

(4) 大医院趋利性强

大医院一般都具备较高水平的人力资源,较为先进的仪器设备,在医疗活动中本应该承担更多的社会责任,更好的发挥社会职能。但事实是,由于各单位的趋利性及业务需求,不同医疗机构间的利益冲突,导致上级医疗机构的下转积极性较低,易使得大医院缺乏将常见病病人及符合转诊条件的病人下转的动力。公立医院缺乏有效的补偿机制,受利益驱动而不愿分流一些患者到基层就医;在资源配置上存在“倒三角形”的格局,即基层医疗机构优秀医生资源流失、基层硬件资源

形不成服务能力和激励机制缺乏,保障基层首诊需要的服务能力和工作动力需进一步提高;且大多数医护人员的服务价格相对较低,不足以体现其服务价值,医护人员唯有以量取胜,以维持其正常的发展或生存。

(5) 政府缺乏监管力度

分级诊疗各级医院分属不同的层级政府,行政管理实行条块分割,进行资源统一管理难度较大。同时,政府也没能很好地控制大医院的发展规模,为追求利益最大化,各大医院规模过度扩张,因此固化了患者单向流向大医院的格局。只有形成政府主导,制度在前的格局。政府没有深层次的具体干预措施,没有强调首诊必须在基层的措施。在转诊程序中也并没有形成有效的监督程序,更多地依靠的是医疗机构的热情,没有太多的政府投入和激励机制,不能有效的对各级医疗机构形成约束力量。

4. 对策及建议

(1) 加大宣传力度,普及分级诊疗知识

为了提高分级诊疗的知晓率、利用率,社区应强化其对居民的宣传职责,加强宣传,宣传到位,使居民了解其职能,可以通过定期在社区召开宣讲会,做好健康教育工作,解读相关政策,举办“医家入户”活动等形式,提高居民对分级诊疗模式的知晓率,增强居民保健意识,宣传社区医疗服务机构的功能定位,建立社区医生和居民的契约服务关系,让社区居民清楚到社区卫生服务机构能够满足居民的哪些健康需求,从而使居民了解社区卫生服务,利用社区卫生服务。从而使分级诊疗制度得到有效的实施。

(2) 强化基层医疗机构职能,加大对基层医疗机构投入

提高基层医疗卫生服务水平是完善分级诊疗的

首要问题,让基层医疗机构,承担更多的职责,设立全科医生制度,提倡全科医生团队服务,引导公众就医趋向,使基层医生充分发挥“守门员”作用,从而有效改变当前无序就医状态。同时,政府加大投入,改善基层医疗工作条件,购入相关基本硬件设备,完善相关激励机制和薪酬制度,以此来吸引和留住人才,还要进一步加强人才培养,建立全科医生定向培养机制,为基层卫生组织输送人才。再者,提高大医院医生下乡指导工作的积极性,引导城市大医院医生到下级医院指导工作,让优质资源下沉,加大对下级医生的技术指导和相关培训力度。放宽社会资本办医条件,简化社会资本兴办基础医疗机构的相关手续,允许符合条件的医务人员到基层开个体诊所,通过社会资本加强基层卫生条件。

(3) 完善双向转诊机制,提升诊疗秩序制度化

明确医疗机构功能定位,明确不同级别医疗机构疾病诊疗范围,明确双向转诊的技术指标、操作流程,让不同级别的医疗机构有章可循,有据可依,并严格遵照转诊程序执行。建立分级诊疗监督机制,制定三级医疗机构的考核指标,从而为建立区域服务体系,合理规划就医秩序打好基础。使分级诊疗机构间在利益分配上得到公正的制度安排,形成基层首诊,双向转诊,极慢分治,上下联动的分级诊疗格局,最终使双向转诊成为便民的绿色通道。

(4) 建立高效医疗联盟体,构建一体化医疗网络体系

合理提高医疗服务价格,体现医护人员的服务价值,改变大医院薄利多销的营销模式。建立医疗联盟,更多的帮扶基层机构,体现上级医疗机构的责任和义务。通过资产配置纽带、资源整合纽带、技术合作纽带,同基层卫生服务机构合作,整合服务体系。促进优医疗资源在不同级别医疗机

机构间的合理流动,便于优质医疗资源的统一管理、优化组合和充分利用鼓励大医院承担社会责任,评职称、评三甲指标挂钩,注意机构间用药衔接,技术支出,大医院必须回归公益性,构建一体化医疗网络体系通过同一平台,各医疗机构间通过平台实现信息共享平台实现双向转诊电子化。同时也可以减轻转诊流程。

(5)发挥医保的杠杆作用,强化政府监管职能拉大报销梯度差,医保支付政策向基层进一步倾斜中国的医疗保障制度还应该提高基层医疗机构的报销比例,通过费用调节,加大对患者就医行为的引导。加强监督和教育,医保政策导向,定额付费,限额补偿,监管不力,政府加强对政策研究提出较为系统性、科学性路径。通过发挥医疗服务价格和医保报销的经济杠杆作用,引导患者合理有序流动。卫生行政部门应该着力控制大医院的扩张规模,让大医院主动考虑与下级医院的联系。加强技术指导,推行多点执业,卫生行政部门将大医院下转率,对口下级医院的上转率及诊疗能力作为考核大医院的刚性指标,以增强医疗机构间的转诊联系。政府通过税收和“医保”帮助大医院跳出市场经济体制,切断医院“以药养医”渠道,调整薪酬体制,调动医院的积极性,体现医生自身价值和抗风险能力。帮助大医院,政府部门需要改革医疗服务定价机制,改变大医院薄利多销的经营模式,从而促进大医院在确保医疗质量的前提下通过与基层医疗机构的互动,提高医院运营效率。政府部门应该营造政策环境,落实制度要求,加强公立医院和基层卫生机构的补助政策,形成长期、稳定的财政投入机制。

结束语

分级诊疗是我国深化医改的一条重要举措,

其前提是强基层,关键是政策来“引”,让各方都有积极性,要制定能够充分调动参与各方积极性的政策,分级诊疗的重点是上下要“合”要使上下级医疗机构成为一个“命运共同体”,从而最大化地发挥医疗资源效果的有效手段,最终形成基层首诊——分级诊疗——双向转诊的便民化的就医秩序及规范化的诊疗程序。分级诊疗通过政府部门综合管理,各医疗机构全面联动,各单位以诚信为本等方面综合运行,从而早日实现公众的平等就医权,和谐的医患关系,稳定的社会秩序。

参考文献

- [1] Barnett ML, Song z, Landon BE. Trends in physician referrals in the United States, 1999—2009 [J]. Arch Intern Med, 2012, 172(2): 163—170.
- [2] Chen AH, Murphy EJ, Yee HF Jr. eReferral — a new model for integrated care [J]. N Engl J Med, 2013, 368(26): 2450—2453.
- [3] 王虎峰, 元瑾. 对建立分级诊疗制度相关问题的探讨 [J]. 中国医疗管理科学, 2015, 01: 11—15.
- [4] 鹿涛. 医联体是医改新的破局利剑 [J]. 中国信息界(e 医疗), 2014, 01: 34—41.
- [5] 杨阳, 方国瑜, 崔华欠, 姚卫光. 广州市医护人员分级诊疗模式认知及其影响因素分析 [J]. 中国卫生事业管理, 2015, 01: 22—26.
- [6] 方少华. 全民医保背景下实现分级诊疗路径研究 [J]. 卫生经济研究, 2015, 11: 21—23.
- [7] 潘秋予. 我国分级诊疗的现状及其对策研究 [J]. 医学信息, 2014, 34: 47—49.
- [8] 柴云. 建立分级诊疗的和双向转诊机制 [J]. 中国卫生经济, 2013, 02: 20—22.
- [9] 魏子柠. 分级诊疗的思考 [J]. 医院领导决策与参考, 2015, 21.

2014 年湖南省卫生总费用测算结果及分析

王 莹 周良荣

(湖南中医药大学管理与信息工程学院)

摘 要:目的:核算 2014 年湖南省卫生总费用,分析筹资及分配结构。方法:采用来源法和机构法卫生费用核算方法。结果:2014 年湖南省卫生总费用为 1460.64 亿元,占 GDP 比重为 5.40%。其中,社会卫生支出比重上升到 32.25%,个人卫生支出比重下降到 38.03%。结论:2014 年卫生总费用结构趋优。个人现金卫生支出比重仍然较高。

关键词:卫生总费用;卫生筹资;政府卫生支出;个人现金卫生支出

Results and Analysis of China National Health Accounts in 2014 / WAN Ying,
ZHOU Liang-rong

Abstract Objective: To calculate the total health expenditure in Hunan Province in 2014, and to analyze the financing and distribution structure. **Methods:** Health expenditure estimation methods by resource and by institution were applied. **Results:** In 2014, the total health expenditure in Hunan province was 1460.64, accounted 5.40% of GDP. The proportion of social health expenditure rose to 32.25%. The proportion of personal health spending fell to 38.03%. **Conclusion:** in 2014, the total health cost structure is better. Personal cash health expenditure proportion is still higher.

Key words: total health expenditure; health financing; government health expenditure; individual expenditure on health

First-author's address: Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, 410208, China

卫生总费用 (total expenditure on health, TEH), 是以货币形式作为综合计量手段, 全面反映一个国家或地区在一定时间内 (通常指 1 年) 全社会用于医疗卫生服务所消耗的资金总额^[1]。本研究对 2014 年湖南省卫生总费用筹资状况进行测算, 分析筹资水平和筹资结构存在的问题, 为医药卫生体制改革提供政策参考。

1 2014 年湖南省卫生总费用总量测算结果

2.1 社会经济发展现状

2014 年末, 湖南省常住人口为 6737.24 万人, GDP 27037.32 亿元, 地方财政收入 2259.93 亿元, 地方财政支出 5017.38 亿元。按常住人口计算, 人均地区生产总值 40131.15 元。全省城镇居民人均可支配收

入 26570 元,农村居民人均纯收入 10060 元。

2.2 筹资结构

2014 年湖南省卫生总费用筹资总额为 1460.64 亿元,其中政府卫生支出 434.09 亿元,占 TEH 比例为 29.72%;社会卫生支出 471.10 亿元,占 THE 比例 32.25%;个人现金卫生支出 555.45 亿元,占 TEH 比例 38.03%(见表 1)。

表 1 2014 年湖南卫生总费用(来源法)核算结果

指标	单位	2014
卫生总费用	亿元	1460.64
卫生总费用相对于 GDP 比重	%	5.40
人均卫生总费用	元	2168.01
卫生费用筹资构成		
政府卫生支出占%	%	29.72
社会卫生支出占%	%	32.25
居民个人现金卫生支出占%	%	38.03
政府卫生支出占财政支出%	%	8.65
政府卫生支出占 GDP%	%	1.61

2.3 卫生总费用机构配置

2014 年,湖南省卫生总费用机构流向 1522.49 亿元,其中医院费用 706.75 亿元,占比 46.42%;药品及其他医用品零售机构费用 260.7 亿元,占比 17.12%;基层医疗卫生机构费用 216.16 亿元,占比 14.20%,三者占据卫生总费用 77.74%(见表 2)。

表 2 2014 年湖南卫生总费用机构法核算结果

指标	绝对值(亿元)	比重(%)
卫生总费用	1522.49	100.00
医院费用	706.75	46.42
基层医疗卫生机构费用	216.16	14.20
药品及其他医用品零售机构费用	260.70	17.12
公共卫生机构费用	130.84	8.59
卫生行政和医疗保险管理机构费用	26.42	1.74
其他卫生机构费用	181.63	11.93

2 2014 年湖南省卫生总费用结构及其分析

2.1 卫生总费用来源法结构分析

按照国际惯例,个人现金卫生支出占比越低,筹资结构越优。湖南省卫生总费用及其构成金额近年来都呈逐年上升趋势,总额从 2010 年 738.76 亿元上升至 1460.64 亿元,增长 122.08%,其中政府卫生支出与社会卫生支出呈总体上升趋势,个人现金卫生支出呈整体下降趋势(见表 3)。

表 3 2009—2014 年湖南省卫生总费用构成

年 份	TEH(亿元)	政府卫生支出		社会卫生支出		个人现金卫生支出	
		金额(亿元)	占 TEH 比例(%)	金额(亿元)	占 TEH 比例(%)	金额(亿元)	占 TEH 比例(%)
2010	738.76	213.19	28.86	202.03	27.35	323.54	43.80
2011	858.26	282.55	32.92	224.33	26.14	351.38	40.94
2012	1075.69	338.82	31.50	305.35	28.39	431.52	40.12
2013	1306.73	392.91	30.07	380.71	29.13	533.12	40.80
2014	1460.64	434.09	29.72	471.10	32.25	555.45	38.03

与全国平均水平比较而言,政府卫生支出占卫生总费用比重依然与全国相当,社会卫生支出占比偏低,个人现金卫生支出则偏高(见表 4)。

表 4 湖南省卫生总费用构成比例与全国比较 (%)

年 份	政府卫生支出占比		社会卫生支出占比		个人现金卫生支出占比	
	湖南	全国	湖南	全国	湖南	全国
2010	28.86	28.69	27.35	36.02	43.80	35.29
2011	32.92	30.66	26.14	34.57	40.94	34.77
2012	31.50	29.99	28.39	35.67	40.12	34.34
2013	30.07	30.14	29.13	35.98	40.80	33.88
2014	29.72	29.94	32.25	36.87	38.03	33.20

2.2 卫生资金流向分析

2014 年湖南省卫生总费用机构流向中,医疗卫生机构使用的费用略有减少,其他费用略有增加。与 2010 年相比较,医院费用下降了 9.79%;门诊机构费用上升 7.77%;药品及其他医用品零售机构费用上升 2.15%;公共卫生机构费用下降 2.02%;卫生行政以及医疗保险管理机构费用下降 0.55%;其他费用上升 2.4%(见表 5)。

表 5 2010—2014 年湖南省卫生总费构成 (%)

年份	医院费用	基层医疗卫生机构费用	门诊机构费用	药品及其他医用品零售机构费用	公共卫生机构费用	卫生行政以及医疗保险管理机构费用	其他费用
2010	56.21	—	6.43	14.97	10.61	2.29	9.53
2011	57.97	18.34	8.34	12.08	10.12	2.55	8.94
2012	57.12	17.03	7.43	15.51	9.25	2.01	8.68
2013	46.51	15.52	15.52	17.5	9.01	1.78	9.68
2014	46.42	14.20	14.20	17.12	8.59	1.74	11.93

2010—2014 年,湖南医院费用占卫生总费用比重及平均增速均低于全国平均水平且呈下降趋势(见表 6)。

表 6 2009—2014 年湖南省及全国医院费用及其增长

年 份	湖南			全国		
	总计(亿元)	增长率(%)	占比(%)	总计(亿元)	增长率(%)	占比(%)
2010	423.88	19.77	56.21	12923.01	11.68	60.77
2011	520.47	22.79	57.97	15627.32	20.93	61.11
2012	647.25	24.36	57.12	18258.64	16.84	62.15
2013	609.46	-5.84	46.51	20842.46	14.15	62.33
2014	706.75	15.96	46.42	23025.92	10.48	62.53

门诊机构费用占卫生总费用的比重总体变化趋势与全国基本一致,占比 5.65%,低于全国 6.96%的平均水平。

药品及其医用零售机构费用占卫生总费用的比重上升速度较快,且均高于全国同期药品及其他医用零售机构费用占比。随着卫生部门控制药品费用措施的陆续出台,医疗机构取消药品加成、药品零差率销售、药品招标采购、药品价格调整等政策较为有效地抑制了医疗机构药品费用的增长,医疗机构对药品收入的依赖程度有所减弱,促进药品零售机构费用增加较快,2014 年占比 17.12%高于全国 12.59%的平均水平。

公共卫生机构费用占比从 2010 年以来与全国平均水平发展趋势一致,处于逐年下降的状况,但其占比一直高于全国平均水平,2014 年占比 8.59%,高于全国 4.66%的平均水平。

3. 讨论与建议

3.1 进一步加大财政投入,提高卫生筹资公平性

根据经济学理论,公共筹资有利于实现社会疾病经济风险共担,一般来说,公共筹资所占的比重越大,卫生筹资越公平。世界卫生报告主张“利用保险或者税收筹集卫生资金,通过适当的统筹方式保证服务可及性和实现经济风险的分担,降低个人医疗服务直接付费”^[2]。

2014 年湖南省卫生事业发展的财政投入总量有所增加,但相对数依然偏低,政府卫生支出仅占财政支出的 8.65%,占 GDP 的 1.61%。个人现金卫生支出占比居高不下。国家“十二五”卫生事业发展规划提出了卫生筹资“三四三”目标,2015 年国家目标已经实现,但是湖南还有较大差距。2014 年卫生总费用结构改善主要是社会卫生支出比重有所增加,因此政府占比和个人占比均有所降低。2014 年以后,国家强力推动社会办医,大量的社会资本有可能涌入医疗卫生行业,社会卫生支出占比将会有较大提高,如果政府投入力度不变或投入增长幅度小于社会资本进入幅度,卫生筹资结构难以达到理想结构。

3.2 进一步改善财政投入结构,提高卫生服务可及性和效率

2014 年医疗机构费用仍然占据大部分卫生总费用,其中医院费用占比虽逐年下降,但仍高达 46%以上,公共卫生机构和基层卫生机构费用只占 22.79%，“重医疗、轻预防”依然存在,卫生服务的可及性和健康效率依然有大的提升空间。进一步改善财政投入结构,加强对基层医疗卫生机构和公共卫生机构,适度降低卫生管理和其他费用开支,是往后卫生经济政策的优选路径。

3.3 切实建立社会办医信息化网络,实现社会卫生支出核算常态化、精准化

新一轮医药卫生体制改革实施以来,《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发〔2013〕40号)、《国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》(国办发〔2010〕58号)、《国务院办公厅印发关于促进社会办医加快发展若干政策措施的通知》(国办发〔2015〕45号)等措施相继出台促进社会办医发展,政策效应持续显现,社会办医的数量及费用将大幅增加。社会办医初始投资信息的准确与否直接关系到社会卫生支出总额及占总费用的比例。因此,必须参照现有卫生信息化网络和数据报告方法,建立社会办医费用直报系统,保障其费用测算经常化和准确性。

参考文献:

- [1] 程晓明,罗五金.卫生经济学[M].第2版.北京:人民卫生出版.2003:97—100
- [2] 2013 世界卫生报告. <http://www.docin.com/p-707202762.html>



湖南省卫生经济与信息学会秘书处

地址:长沙市湘雅路 30 号

邮编:410008

电话及传真:(0731)84822193

邮箱:hnswsxxxh@163.com

网址:<http://www.hnheia.com>