

医疗卫生财政投入机制与国家治理体系现代化^{*}

——学习党的十九届四中全会《决定》的体会

朱恒鹏

摘要:党的十九届四中全会提出,坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化。国家治理体系现代化,要求财政体系现代化。本文梳理了2009年以来医疗卫生和医疗保障领域财政投入的总量、结构与机制,在此基础上,分析了公共财政现代化进程在医疗卫生领域取得的成就及存在的不足,并以此探讨国家治理体系与治理能力现代化在医疗卫生领域的方向所在。

关键词:医疗卫生财政投入 公共财政现代化 国家治理体系

党的十九届四中全会提出,坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化。正如党的十八届三中全会《决定》所指出,财政是国家治理的基础。国家治理体系现代化,要求财政体系现代化。

医疗卫生财政投入是公共财政支出的重要领域,伴随人民群众对美好生活的向往,其重要性不断提升。2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,政府卫生投入增幅要高于经常性财政投入增幅;相较2008年医疗卫生财政投入占整个公共财政支出只有6%,2018年这一比重达到7%,并呈继续上升趋势。医疗卫生财政投入机制能否走向现代化,直接关系到公共财政体系能否实现现代化,乃至国家治理体系现代化。

在党的十九届四中全会提出的我国国家制度和治理体系的多方面显著优势中,与民生相关的有“坚持以人民为中心的发展思想,不断保障和改善民生、增进人民福祉,走共同富裕道路的显著优势;坚持改革创新、与时俱进,善于自我完善、自我发展,使社会始终充满生机活力的显著优势”等。这些都体现于近年医疗卫生财政投入的努力优化改进中。与此同时,党的十九届四中全会确立的“坚持和完善统筹城乡的民生保障制度,满足人民日益增长的美好生活需要;坚持和完善共建共治共享的社会治理制度,保持社会稳定”等目标,为未来深化改革指明了方向。

本文通过梳理2009年以来医疗卫生财政投入的总量、结构与机制,考察公共财政现代化进程在医疗卫生领域如何不断进取,以秉承国家治理优势;同时探讨仍然存在的不足以及需要在哪些方面做出改进,以落实党的十九届四中全会对“国家治理体系和治理能力现代化”的宏观要求。

一、医疗卫生财政投入现状

2009年,新一轮医疗卫生体制改革启动。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,要建立政府主导的多元卫生投入机制。公共卫生服务主要通过政府筹资,向城乡居民均等化提供;基本医疗服务由政府、社会和个人三方合理分担;特需医疗服务由个人直接付费或通过商业保险支付。

^{*} 朱恒鹏,中国社会科学院经济研究所,邮政编码:100836,电子邮箱:zhuhp0904@163.com。作者感谢潘雨晴、王嘉韵在数据计算和文章修改中提供的帮助,文责自负。

涉及的财政投入主要有:(1)建立和完善政府卫生投入机制,投入兼顾供方和需方;(2)中央和地方各级政府分级负担卫生投入责任;(3)对不同医疗卫生机构进行分类补偿^①。十年来,医疗卫生财政投入的总量、结构及机制表现如下。

(一)医疗卫生财政投入总量与结构

在财政卫生投入增长速度不低于全国财政支出增速的政策指导下,我国财政卫生投入总量快速攀升。全国财政卫生支出由2009年的4630亿元增长到2018年的1.6万亿元,年均增幅达到14.5%,高出全国财政总支出平均增幅两个百分点。其中,财政在医疗服务与保障方面^②的支出金额占财政卫生领域投入的八成左右,2018年达1.2万亿元^③(见表1)。后文所讨论的财政卫生投入,即在此范围内展开。

表1 政府卫生支出及其占一般公共财政支出比重情况

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	年均增幅
全国财政卫生支出(亿元)	4630	5448	7191	8142	9295	10300	12105	13352	14451	15624	14.5%
医疗服务与保障支出(亿元)	—	4378	5989	6720	7682	8581	10188	11391	10750	11665	13.0%
全国财政总支出(亿元)	76300	89874	109248	125953	140212	151786	175878	187755	203085	220906	12.5%
卫生支出占财政总支出比重(%)	6.07	6.06	6.58	6.46	6.63	6.79	6.88	7.11	7.12	7.07	—
医疗服务与保障支出占比(%)	—	4.87	5.48	5.34	5.48	5.65	5.79	6.07	5.29	5.28	—

注:(1)2014年预算科目调整,计划生育并入医疗卫生支出,2009—2013年数据已调整为原医疗卫生支出和原计划生育支出之和。(2)2017年预算科目调整,原2080303财政对基本医疗保险基金的补助并入21012财政对基本医疗保险基金的补助。2009—2016年数据做了相应调整。

资料来源:全国一般公共财政预算支出决算表。

从结构上看,财政卫生投入分为对公立医疗机构的补助(含公共卫生经费,俗称“补供方”)^④以及对社会基本医疗保险和医疗救助的补助(俗称“补需方”)。随着医保体系建立完善,财政投入支持对应增加。2016年,财政对需方投入6413.6亿元,占供需方总计投入比重56.3%,较2010年增长约4个百分点^⑤。

财政补供方占比有所下降,但主要是补需方更快增长所致。就绝对规模而言,财政对公立医疗机构的总投入仍在快速增长,^⑥由2008年的777亿元增长到2017年的4350亿元,年均增幅21%,远超同期全国财政卫生支出15.3%的平均增幅。^⑦其中,财政卫生投入逐年向基层医疗机构倾斜,基层医疗机构所获投入占供方总投入比重由2008年的29.2%上涨到2017年的42.7%。从在职和在编人员人均财政投入看,公立医院和基层医疗机构的差距逐渐缩小,前者与后者的比率分别从2008年的1.06和1.13减少到2017年的0.4和0.6,体现医改政策向基层倾斜要求。

作为财政直接供养对象,公立医院和基层医疗机构获取财政投入的类型结构存在明显差异,体现差异性的补偿逻辑:对营收能力较弱的基层医疗机构,财政对医疗和公共卫生服务补贴;而公立医

①2009年《关于完善政府卫生投入政策的意见》(财社〔2009〕66号)。

②即对公立医院、基层医疗卫生机构、公共卫生和医疗保障的投入金额,剔除医疗卫生与计划生育管理事务、中医药、计划生育事务、食品和药品监督管理事务和其他医疗卫生与计划生育支出等。

③由于2017年的统计口径调整,2010—2016年的数据已对应调整,并入了原208科目中财政对基本医疗保险基金的补助。下同。

④虽然政策上给社会办医获取财政补助留出了空间,但从实际的统计数据上看,财政对供方的补助基本全部流向公立医疗机构。

⑤2017年及之后的一般公共预算支出口径发生了调整,且城乡居民保数据较此前的城镇居民保与新农合数据之和出现明显下降,可能是由于两保合一过程中数据系统合并导致了部分数据损失。由此,2017年前后的数据不可比,补需方占比数据仅展示到2016年。下同。为直观显示财政补供方规模与补需方规模的相对变化,此处分母为财政对医疗机构投入及医保基金投入之和,不含卫生行政管理等其他医疗卫生大类投入。

⑥含科教投入、上级投入。

⑦数据来自全国卫生财务年报。由于未获得2018年的数据,此处仅与同期全国财政卫生支出进行比较。根据数据来源不同,本文展示的最新数据年份存在差异。部分数据存在更近的年份,但为了与前后文中其他数据可比,调整了数据展示的年份口径。下同。

院服务营收能力较强, 财政给予更多项目投入, 重在提高服务能力, 机构运营成本则主要通过服务收入承担。2017年, 公立医院财政补助收入中, 基本支出补助占比49.2%, 项目补助收入占比50.8%; 基层医疗机构则是基本支出补助占比达87.2%, 项目补助收入占比只有12.8%。^①

(二) 医疗卫生财政投入机制安排

1. 公立医院的财政投入及机制安排。财政对公立医院直接投入, 遵循统一的六项投入框架, 即基本建设和设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用、政策性亏损补贴和公共卫生服务任务补助等, 并对中医院(民族医院)、传染病院、精神病院、职业病防治院、妇产医院、儿童医院等在投入政策上予以倾斜^②。在六项投入之外, 对公立医院的基本支出补助仍然保留且占比近半。2017年, 公立医院在编人员人均财政基本支出补助全国平均为3.1万元。^③

由于各级政府和地方政府间财力差异, 不同行政等级和区域隶属的公立医院获得的财政投入有所不同。隶属越高层级政府的公立医院, 所获财政资源越多。以委属综合医院和省属综合医院为例, 尽管二者都是三甲医院, 且地域上二者多分布在直辖市或省会城市, 但委属医院获得的财政补助收入远高于省属医院。2018年, 委属综合医院院均财政补助收入2.3亿元, 省属综合医院为1.3亿元。^④ 同一区域内, 城市地区所获的财政支持优于县域地区。2017年, 城市公立医院获得床均财政投入7.3万元, 县级公立医院则为4.7万元。^⑤ 东中西部的政府财力差异也体现在医疗机构获得的财政支持上, 2017年, 东部地区医疗机构^⑥床均财政投入8.5万元, 而中部和西部地区分别是4.9万元和6.7万元。当然, 财政近年来不断加大对欠发达地区倾斜, 通过转移支付等方式, 致力于缩小区域间财政补贴差距。城市与县级医院间的床均财政投入比值从2008年的2.1倍减少到了2017年的1.6倍; 同期, 东部地区的人均财政医疗卫生拨款也分别从中部和西部地区的1.8倍和1.2倍, 减少到了1.6倍和1.0倍。

财政对供方大力支持的情况下, 最为直观的结果是床位资源快速增长。2018年, 全国医院每千人口床位数增长到4.67张, 相对2008年年均增幅达8.0%。国际比较而言, 中国在现有36个经合组织国家中已处于中上水平, 高于澳大利亚、意大利、英国、美国等20个国家, 低于日本、韩国、德国、法国等16个国家(见图1)。

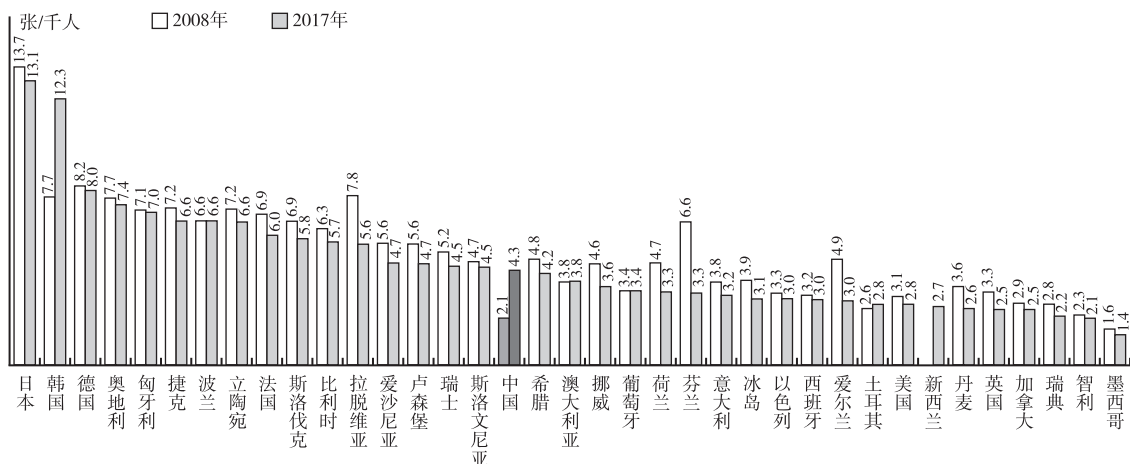


图1 2008年与2017年中国与OECD国家每千人口床位数比较

资料来源: OECD Statistics 2019。

①数据来源: 历年全国卫生财务年报。此处及下文公立医院与基层医疗机构财政补助收入均不含离退休人员经费。

②《关于完善政府卫生投入政策的意见》(财社〔2009〕66号)。

③根据全国卫生财务年报计算, 财政基本支出补助不含财政拨付的离退休人员经费。

④国家卫生健康委员会, 2019: 《中国卫生健康统计年鉴》, 中国协和医科大学出版社。

⑤数据来源: 全国卫生健康财务年报2017年版。

⑥由于未获得东中西部地区公立医院财政投入数据, 此处展示的公立医疗机构所获财政投入情况供对比。

东中西部在财政投入力度有较大差异的情况下,仍然达到相近的床位资源配置,甚至西部地区还要高于东中部地区。2018年,东部地区千人口医院床位数4.52张,中部地区4.64张,西部地区达到4.93张,^①体现出东部地区在床位资源达到一定规模后,财力更多用于学科建设等服务能力提升,而中西部地区财力更多用于增设床位。换言之,西部地区的床位资源配置在高于全国平均水平基础上,也同样超过了英国、美国等20个OECD发达国家。

设备配置也因财政大力支持而快速增加。2017年,中国MRI和CT设备的保有量分别是8289台和19027台(不含军队医院),每百万人保有量分别为6.2台和14.3台^②。和图2中各国对比,中国的百万人MRI保有量和经济发展水平接近的巴西大致持平,明显超过俄罗斯、以色列和匈牙利等国;中国的CT设备每百万人保有量和土耳其持平,明显超过英国、以色列、俄罗斯和荷兰等国。虽然与发达国家中每百万人设备保有量较高的国家仍有一定差距,但中国的设备保有量至少已经超过部分人均GDP明显高于中国的国家(见图2)。

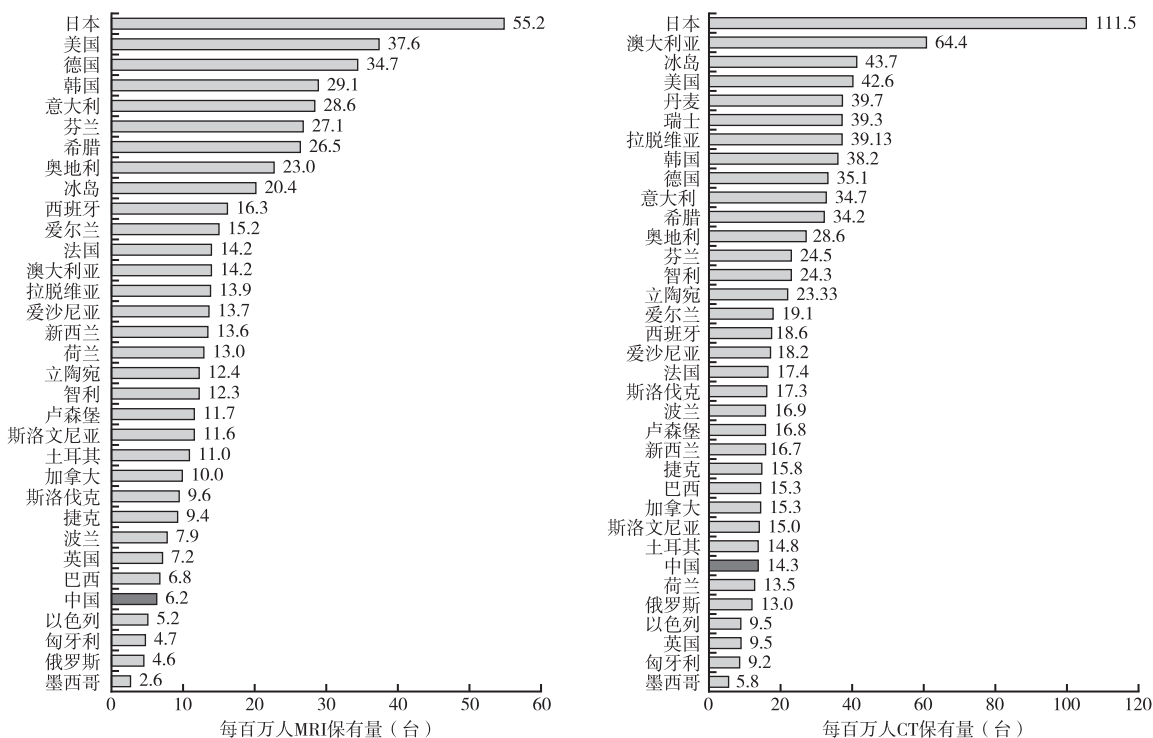


图2 2017年部分国家每百万人MRI和CT保有量

资料来源:OECD Statistics 2019。

2. 基层医疗机构的财政投入及机制安排。财政主要对基层医疗机构的运营经费予以保障,因而财政项目投入占基层医疗机构财政补助收入的比重不大,2017年仅有12.8%^③,主要用于基本建设和设备购置。^④

基本补助方面,城市社区和乡镇卫生院获得的财政投入分别从2008年的26.3亿元和105.5亿

①根据《中国卫生健康统计年鉴2019》相关指标计算。

②数据来源:《中国卫生健康统计年鉴2019》。

③数据来源:全国卫生计生财务报表2017版年报。

④在西部欠发达县区尤其如此。以重庆市梁平区与广西壮族自治区桂林市全州县为例,2016年,梁平区与全州县乡镇卫生院的基建与设备财政投入占项目投入比重分别为98.4%和96.5%,全州对乡镇卫生院的设备投入占项目投入比重高达73%。但由于缺乏会使用这些设备的医技人员,大规模的硬件投入之下,县医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心的设备闲置现象普遍存在。

元增长到了 2017 年的 366.6 亿元和 1140.9 亿元。从单位量上看,同期城市社区平均每编制人数获得的基本补助从 2.3 万元增长到 12.8 万元,年均增长 21.2%;乡镇卫生院每编制人均基本补助从 0.9 万元增长到了 9 万元,年均增长 28.8%。^① 两者的单位补助水平都远高于前文提到的公立医院每在编在职职工获得 3.1 万元财政基本补助的水平。^②

3. 财政对社会基本医保基金的投入及机制安排。2018 年,全国一般公共预算预算资金对社会医保基金和城乡医疗救助直接补助金额为 5952.4 亿元,相对 2010 年平均年增幅 19.6%。其中,居民医保与新农合是财政主要补助的社会医疗保险种(见图 3),2018 年全国居民医保^③财政补贴达到 4604.7 亿元,占城乡居民医保基金总筹资的 66%,新农合的财政补贴为 593.5 亿元,占基金总筹资的 67.8%。

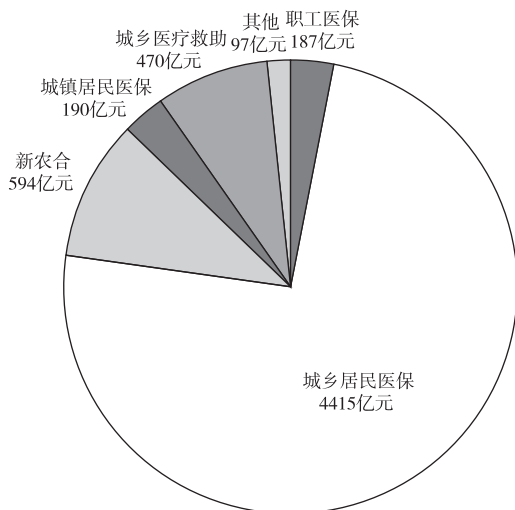


图 3 2018 年全国一般公共预算资金补助各类医保情况

资料来源:2018 年全国一般公共预算支出决算表。

考虑到公立医疗机构是医保基金的主要流向,可以认为这部分资金是财政对公立医疗机构的间接投入。^④ 事实上,国际上在统计广义财政卫生支出时,都将社会医保基金计入其内,区别只在于公立医疗机构以何种机制获取资金。

4. 其他隐性投入。通常讨论财政投入时,主要聚焦于财政显性投入,即进入财政资金报表的金额,而忽略财政(政府)的隐性投入。无论是对供方还是需方,都存在财政隐性投入。对于公立机构而言,除了财政直接投入所保障的硬件资源,还包括无偿土地划拨、贷款融资背书(如银行贷款、政府

①数据来自全国卫生财务报表,年增幅根据历年编制人数、基本补助等指标计算。即便考虑基层医疗机构的编外用人情况,2017 年城市社区的在职人均财政基本补助仍达到了 11.8 万元,乡镇卫生院为 8.5 万元。

②以笔者调研的山东省青岛市平度市(县级市)为例,2018 年平度市 29 家卫生院的总收入中,有 1.7 亿元来自财政的零差率补贴(含人员基本经费补助),还有 7000 多万的公共卫生经费补助,来自职工保和居民保的支付只有约 8500 万元。刨去其中付给村医的部分,仅财政零差率补贴和公共卫生经费这两项,就已经保证卫生院在编职工享有人均 14 万的财政投入,即使加上编外人员,在职人均财政补贴也已达 7 万元。卫生院的在编人员税前年收入已经达到 15 万元。

③两保合一后财政公共预算支出决算表分别列明了城乡居民保和城镇居民保数据,但由于两保合一后未再单独公布城镇居民保基金收入数据,为与后者比较,此处数据口径为城乡居民保和城镇居民保两者加总。

④以青岛市为例,市立医院(市属三甲医院)2017 年总收入 29 亿元,其中 10.1%来自财政补供方支出,71.7%来自医保报销患者费用(58.6%来自职工医保,13.1%来自居民医保);平度市人民医院(县级三级医院)2017 年总收入 8.25 亿元,其中 6.9%来自财政补供方支出,66.3%来自医保报销患者费用(11.8%来自职工医保,54.5%来自居民医保)。算上财政对城乡居民保的缴费补助后,市立医院和平度市人民医院收入中来自财政补贴的比重分别达到 14.4%和 27.2%。考虑到医保基金本就是公共财政资金(属于财政四本预算之一),则两家医院总收入中分别有 56%和 43.8%来自公共财政预算支持。全国公立医院的收入结构基本与之类似。

专项债)以及经营兜底承诺,毫无疑问这些也是政府对于公立医疗机构的支持。对于社会医保,财政除了补贴筹资缴费外,也承担社会医保整体的运行兜底责任。这些都可能带来财政资金的超额支出。

二、医疗卫生财政投入现代化的成绩与继续完善路径

面对社会经济发展转型提出的新挑战,政府财政投入的思路在转变,积极探索优化资源配置——由过去直接举办和补贴供方为主,转向政府购买服务的新思路。其中较为突出的转变是,伴随社会医疗保障体系逐步建成,财政投入重点向需方倾斜。从2003年试点新型农村合作医疗,到2011年用不到十年时间建立覆盖超过13亿人口的社会医保制度,这是无可争议的巨大成就。医保筹资水平由2003年的890亿元,到2018年的2.14万亿元,以23%的年均增速支撑了同期年均16%的医疗费用^①增速,显著缓解了13亿多城乡居民的看病贵问题,这正是党的十九届四中全会指出的“不断保障和改善民生”的治理优势体现。

在医疗服务供给体系方面,党的十九届四中全会指出的“坚持公有制为主体、多种所有制经济共同发展”优势也已显现,体现为一方面加大财政对公立医疗机构投入力度,保持公立医疗机构获得的财政补助收入逐年上升,一方面多次出台文件,鼓励社会办医,扩大医疗资源供给、优化医疗资源配置。

对于医疗卫生财政投入而言,未来走向现代化需考虑的问题在于,如何优化社会医保制度的筹资、付费、监管等机制,更好地保障和改善民生;如何在监管公立医疗机构作为供给主体保有“公益性”同时,继续鼓励扩大多种所有制的服务供给,发扬“社会主义制度和市场经济有机结合起来,不断解放和发展社会生产力的显著优势”。

就技术路径而言,应回归财政卫生投入的公共财政支出本质,考虑实现上述目标的技术向度。高培勇(2014)将财税体系现代化总结为公共性、非营利性和法治化三大特征,即以满足社会公共需要为根本宗旨,以公共利益最大化为出发点和归宿,不以营利为目的,财政运行要“法治化”。这三大特征完全可以用于医疗卫生财政投入现代化路径的技术考量。

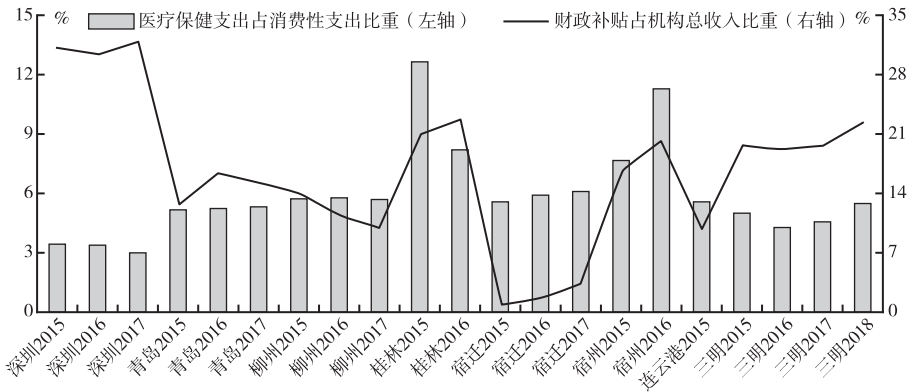
第一,保障财政投入“公共性”,需建立相应机制,科学评估财政对医疗机构投入在改善与保障民生方面的具体成效,及明确改进完善方向。

就目前而言,财政投入占比和居民医疗费用负担的相关性还不显著。笔者以深圳、青岛、宿州、连云港、宿迁、三明、柳州、桂林八个城市作为东中西部三个区域的样本城市,分析卫生及医保数据发现,财政补供方投入占医疗机构总收入比重和医疗保健支出占居民消费性支出比重(反映当地居民的医疗负担)之间的相关系数为-0.13,财政补供方投入占医疗机构总收入比重和医保患者实际报销比例之间的相关系数分别为-0.01(居民医保患者)和-0.44(职工医保患者)(见图4~图6),客观反映财政补供方投入力度与居民医保患者实际报销比不相关,与职工医保患者实际报销比负相关,即财政投入还未能有效转化、减轻患者负担。这说明财政投入占比和居民医疗费用负担相关性检验还未纳入制度工具框架,不能从这一角度为相关部门提供决策参考与工具支持。

在分级诊疗体系建设方面,也应考虑加大财政投入作为抓手所能发挥的工具性作用,既考量财政对基层医疗机构的投入力度,也检验财政投入与分级诊疗体系建设的相关性,以做出相应的机制完善。在上述八个样本城市中,考察青岛、宿迁、三明、柳州四个城市可以发现,尽管青岛、三明、柳州三地财政补贴医疗机构力度很大,但基层医疗机构所占服务份额仍然很小,甚至不及少有财政对医疗机构直接补贴的宿迁,反映了财政投入“保基本、强基层”在技术路径上的改进空间(见图7)。

第二,财政投入要考察财政资金用途的“非营利性”,保证财政资金每项用途都基于人民群众广

^①由于数据可得性问题,此处用卫生总费用增速代表医疗费用增速。

图4 各地区不同年份财政补供方投入占比与居民医疗保健负担^①

资料来源:各市卫生财务年报。

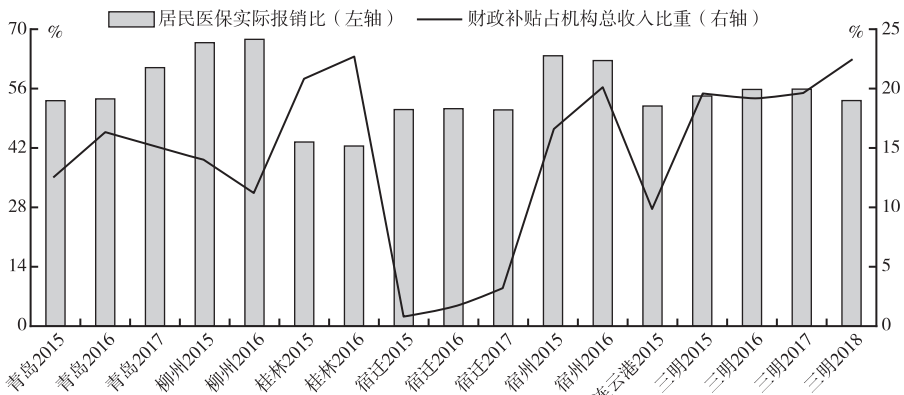


图5 各地区不同年份财政补供方投入占比与居民医保患者实际报销比

资料来源:各市卫生财务年报。

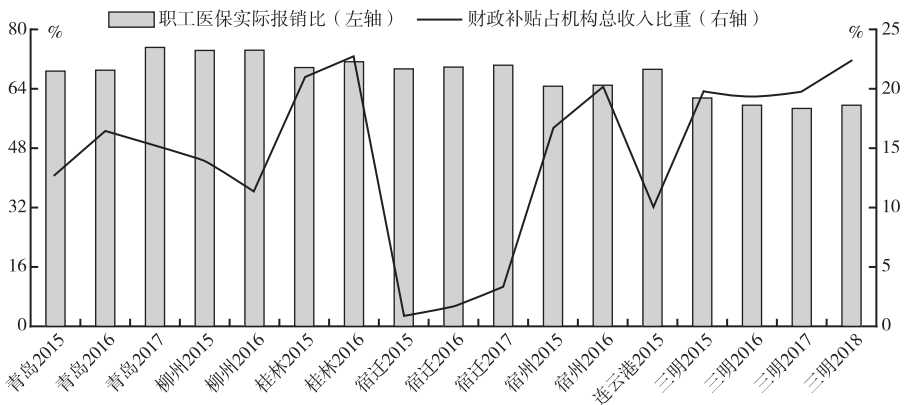


图6 各地区不同年份财政补供方投入占比与职工医保患者实际报销比

资料来源:各市卫生财务年报。

泛受益,而不被机构本身逐利性倾向所困。

以公立医疗机构人员薪酬改革为例,2018年,习近平总书记做出重要指示,允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平,允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人

^①由于深圳市、柳州市(2017)与桂林市(2017)的医疗保健支出或医保结算数据缺失。

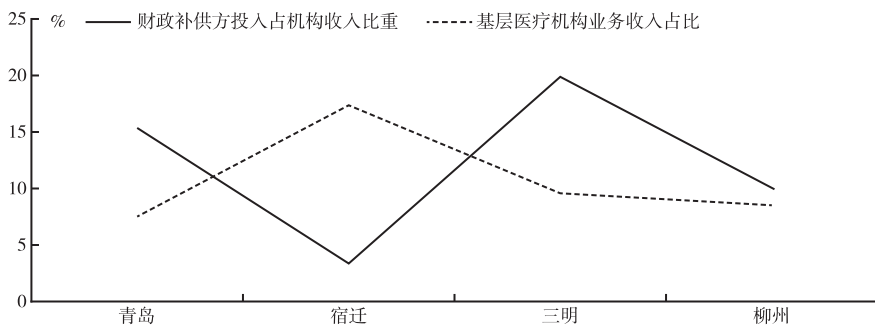


图7 2017年各城市财政投入占比与基层业务收入占比^①

资料来源:各市卫生财务年报。

员奖励^②。这意在解放与发展医疗服务领域生产力,以实现“增进人民福祉”的最终目标,同时也对相关制度设计的精细化配套提出要求,以确保医疗机构合理、合规地贯彻这一精神,避免有偏。

因此,在推进公立医疗机构薪酬改革时,财政及其他相关部门需考量机构增收增支与机构财务运营状况、地区居民就医负担变化等指标相关性测度等。2008—2017年,全国公立医院在职职工人均工资性收入从3.8万元增长到11万元,年均增幅达12.4%。如果加上社保缴费、对个人和家庭补助等,则在职职工人均经费支出从2008年的5.2万元增长到2017年的14.7万元(见图8)。由于财政基本补助(不含离退休)主要用于医院在职人员支出,医院在职人员工资中约20%来自财政直接补贴。

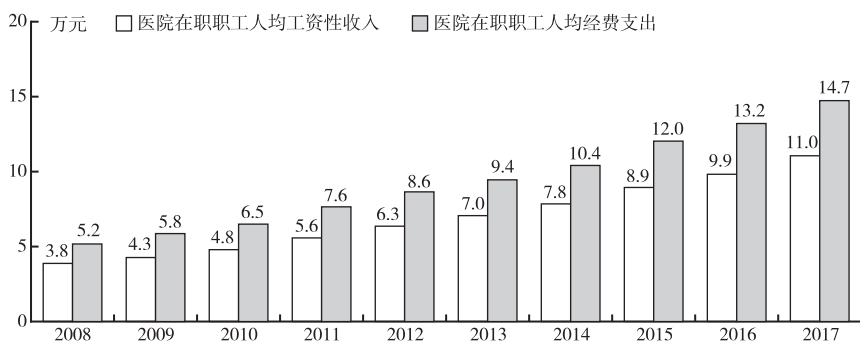


图8 2008—2017年公立医院在职职工人均工资性收入与人均经费支出

资料来源:历年《全国卫生财务年报》。

在财政及医保资金大力支持下,我国公立医院医生的相对收入已经不低于发达国家水平,甚至超过挪威和瑞典^③(见图9)。部分发达地区医院,如北京市属医院,医生工资性收入已达到当地社会平均工资的3.5倍,主任医师工资性收入达5.7倍,加上社保缴费、对个人和家庭补助等还要更高^④。

但与此同时,存在两方面问题有待未来制度完善来解决。一是缺乏相应制度约束的人员薪酬发放,为机构提供“强激励”。相对于控制医疗费用不合理增长,医疗机构更趋向于扩大机构收入以继续提

①占比计算方法:基层业务收入/(基层业务收入+医院业务收入)×100%。

②《国家卫生健康委员会就贯彻习近平总书记重要指示精神发出通知——推动惠医举措落地 全面加强队伍建设》,《健康报》2018年8月28日, http://health.china.com.cn/2018-08/28/content_40478187.htm。

③由于没有纳入规模以下私营企业和灵活就业者,统计局公布的社会平均工资高于实际的社会平均工资水平,即医生相对收入还要比图中展现的更高。

④数据来源:北京市卫生财务年报。

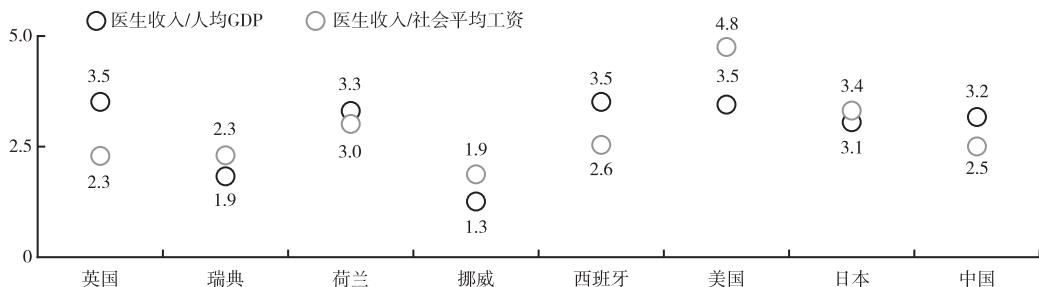


图9 2017年部分国家医生收入与人均GDP、社会平均工资比较

注: 医生薪酬国际数据口径为税前(含社保缴费和税), 故中国数据在公立医院医生工资性收入的基础上按社保缴费比例进行了调整。

资料来源: US Bureau of Labor Statistics; OECD Stats; World Bank Data; *Japan Statistical Yearbook* 2019; 2017年《全国卫生财务年报》(数据为公立医疗机构数据)。

高人员薪酬。在设备采购方面, 公立医院普遍存在“军备竞赛”现象, 竞相购买大型医疗设备^①, 进一步推高了医疗费用, 加重了医保乃至财政负担。^② 二是缺乏相应制度设计, 将财政投入、医院支出与医院财务状况等指标挂钩考核。严格来说, 财政投入应对医院良性运营起到支持作用, 财政投入多的医疗机构应该财务亏损相对少, 但前述八个样本城市的数据反映, 财政投入高地区的公立医院亏损率和亏损面占比与财政投入低地区没有系统性差异。^③ 不管财政投入高低, 三类地区的公立医院, 均表现为收支平衡略有结余, 或略有亏损。图10所列地区公立医院财政补贴强度与医院的收支结余率相关系数只有一0.15。

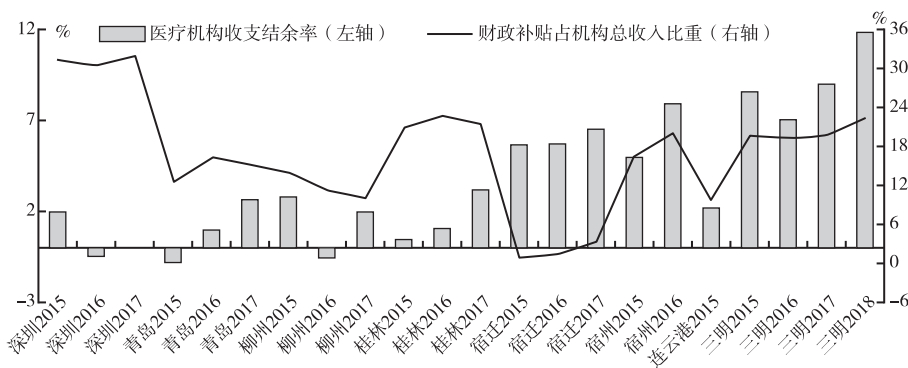


图10 各地区不同年份财政补供方投入占比与机构收支结余率

资料来源: 各市卫生财务年报。

第三, 要考虑当前医疗卫生投入的“法治化”问题。有些问题的存在是由于缺乏相关管理细则, 但地方财政部门在调研中反映, 更多时候是中央已有相关指导意见, 但在实际操作中难以执行和落实。具体包括:

财政投入范畴方面。保留财政基本支出补助的情况下, 实际财政投入超出2009年和2010年政策规定的六项投入范畴。由于路径依赖, 财政基本支出补助难以取消, 财政投入额度也不能减少, 结果挤占了财政资金能够用于六项投入的额度, 导致六项投入常被诟病“财政投入不足”。

^①2015年国务院办公厅印发的《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》对此已有指出: 公立医院改革还不到位, 以药补医机制尚未有效破除, 科学的补偿机制尚未建立, 普遍存在追求床位规模、竞相购置大型设备、忽视医院内部机制建设等粗放式发展问题, 部分公立医院单体规模过大, 挤压了基层医疗卫生机构与社会办医院的发展空间, 影响了医疗卫生服务体系整体效率的提升。http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content_9560.htm。

^②调研中发现, 欠发达地区在设备配置上追赶发达地区容易, 人才配置却很难跟上。有的县级公立医院已经配备了价值过千万的直线加速器或腔镜设备, 但是没有医务人员会使用, 最终设备只能闲置。

^③由2015—2017年深圳、青岛、宿州、连云港、宿迁、三明、柳州、桂林八个城市的卫生财务数据和统计局数据对比分析得出, 下同。八个地区各自可以作为东中西部三个区域的典型代表。

财政隐性风险方面。中央文件一再强调严禁公立医院超规划扩张,特别是严禁负债扩张^①,但是地方对此难以遏制。十三五规划起草期间,《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》提出每千人病床数和每家公立医院最大床位数的量化指标^②,但相当部分地区千人床位数在此时已超过规划。^③在这种情况下,医院仍然在基础建设、设备购置方面一再要求扩张,即便财政不同意投入,医院也要求同意单位自筹资金,甚至通过财政背书方式获取银行贷款。贷款转化为长期债务后,又出现财政是否要为公立医疗机构兜底化债问题。^④

信息公开方面。2015年国务院办公厅出台对城市、县级公立医院综合改革的指导意见^⑤,要求公立医院信息公开,建立定期公示制度,运用信息系统采集数据,重点公开财务状况、绩效考核、质量安全、价格和医疗费用等信息,但公立医院普遍没有执行这一文件要求,甚至财政部门作为公立医院的出资方与补贴方,亦不能实时、系统地掌握医院运行的真实数据,导致对公立医院监管乏力。

三、现存问题分析与未来改革深化方向

(一) 现存问题分析

财政投入机制现代化,既需要财政投入决策机制现代化,也需要财政投入对象(即医疗服务供给体系与社会医保体系)现代化。任何一方未能配套,都会桎梏财政投入机制乃至国家治理现代化的脚步。

从前述分析中可见,公立医疗机构现行管理体制是财政投入机制改革深化的关键。十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》指出,要加快事业单位分类改革,加大政府购买公共服务力度,推动公办事业单位与主管部门理顺关系和去行政化,创造条件,逐步取消学校、科研院所、医院等单位的行政级别。建立事业单位法人治理结构,推进有条件的事业单位转为企业或社会组织。建立各类事业单位统一登记管理制度。这些在医疗卫生领域尚未落实,影响了党的十九届四中全会“改革创新、与时俱进,善于自我完善、自我发展,使社会始终充满生机活力的显著优势”的发挥。

公立医疗机构的现行管理体制很大程度还有计划经济时代的传统模式遗留。在计划经济时代,公立医疗机构由公共资金出资建设,运营经费特别是员工工资由公共资金支出,职工的生活需求(如住房、医疗、养老等)也由公共资金补贴;而作为财政核定预算的依据,编制成为这些公共服务单位管理的核心,财政投入规模、单位用人多少、员工薪酬高低都以其为基础。社会经济体制自计划经济向市场经济转型,但这套公立医疗机构管理体制却很大程度保留下来,未能同步转轨。

在这种情况下,传统的财政投入由最初的保障公共服务(俗称“养事”)变型为“养人养机构”,形成客观上的路径依赖,桎梏了财政投入现代化的改革脚步。前述财政投入和医疗服务供给及城乡居民医疗负担相关关系仍然较弱,证实了这一点。

现有约束下,有限的财政资金难以从资源最优配置的角度进行治理体系与治理能力现代化的再优化。假定上述路径依赖并不存在,则政府通过财政投入主导医疗服务供给,是根据城乡居民医疗服务需要紧迫程度排序,结合可分配财力来确定投入医疗卫生领域的财政资金数量、结构和布局,

①《关于控制公立医院规模过快扩张的紧急通知》(国卫发明电〔2014〕32号)。

②根据国务院办公厅发布的《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》,严格控制公立医院单体(单个执业点)床位规模的不合理增长。其中,每千常住人口公立医院床位数超过3.3张的,原则上不再扩大公立医院规模。县办综合性医院床位数一般以500张左右为宜,50万人口以上的县可适当增加,100万人口以上的县原则上不超过1000张;市办综合性医院床位数一般以800张左右为宜,50万人口以上的地市可适当增加,原则上不超过1200张;省办及以上综合性医院床位数一般以1000张左右为宜,原则上不超过1500张。

③河南省郑州市千人规划床位数已经高达8张的情况下,每千人实际开放床位数超过9张;湖南省规划千人床位数是6张,但实际已经达到7.2张;成都作为西部地区城市,每千人实际开放床位数更是高达8.7张。

④湖南省在公立医院的积极扩张下,目前已经形成超过200亿元的长期负债;宁夏回族自治区的区属医院中,约15家常年处于亏损状态,但仍在继续举债,长期债务规模超过60亿元。

⑤《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发〔2015〕38号);《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》(国办发〔2015〕33号)。

“量力而行、尽力而为”。但既有的制度框架中，往往受限于既有的分权、分利格局，财政投入不得不受到传统行业管理观念与机构自身努力争取财政投入的种种干扰。城乡居民公共服务需要及其排序，难以构成资源分配的根本依据。这也是公共财政和国有部门所固有的双层预算软约束问题（参见 Kornai, 1979; Maskin, 1999; Kornai & Maskin, 2003）在医疗卫生领域的遗留与体现。

以病床资源的持续扩张为例，恰恰反映了公立机构较少考虑成本效益而更多追求规模扩张的基本特征（参见 Parkinson & Osborn, 1957; 樊纲等, 1990）还仍然保有，有待改革进一步深化。没有公立机构作为事业单位的改革推进与落实，单凭财政一个部门的力量，则很难带动医疗资源配置与财政卫生投入机制继续向国家治理现代化挺进。

作为医疗费用最大的支付方，社会医保是现存问题主要的“买单者”，这意味着公立医疗机构费用的不合理上涨，变相成为社会医保的支付负担，甚至在医保穿底后形成新的财政风险。虽然从全国整体情况看，医保基金并未出现当期赤字，但实际上地区差异巨大，2018年已有106个统筹区的职工保和183个统筹区的居民保出现当期收不抵支，缺口金额分别为83.4亿和154亿元。^① 缺乏足够的供方市场选择、也难以制衡监管公立机构的情况下，^②社会医保体系仅仅具备了社会医疗保险模式的“形”，而其“魂”很大程度上还是财政拨款模式，即按照医保筹资额对公立医疗机构进行总额制预算分配，亦即“以收定支”，^③而非以价值为导向、战略性购买医疗服务（陈金甫, 2017）。换言之，国内的医保支付目前还是一种“准”财政拨款机制，而不是国际通行的现代医保复合型付费机制，这对社会医保下一步的改革深化提出要求。

（二）未来的改革方向与策略

短期看，维持现有投入格局不变的情况下，参照公共性、非营利性与法治化三大特征对相应制度设计做出细化与完善，是当期改革的重点；长期看，仍然要考虑从财政“供需兼顾”走向财政补需方为主的战略选择。只要还存在对公立医疗机构的直接财政补贴，就需要考虑建立对公立医疗机构科学考核评估体系等一系列问题，特别是与财政投入规模、结构、机制等挂钩，管理成本很高。补需方则简单得多。在财政仅对医保基金补贴的情况下，只需要考虑一个指标（财政支出科目），即居民医保人均财政补贴水平，^④简单易行，通俗易懂，很容易做到“量力而行，尽力而为”，部门分歧也可以很少出现。

财政集中补需方还有更大的机制优势。医保基金直接决定居民就医负担，好处一方面实实在在落到居民身上，另一方面由居民根据医疗机构的服务水平、服务态度和医疗费用决定医保资金的流向，既满足了医疗机构及其医务人员“多劳多得、优绩优酬”的正向激励原则，也实现了将监督权、考核权和选择权交给人民群众的制度优势，体现了共建、共治、共享的社会治理新格局目标，同时大大降低了行政监督的成本，提高了监督的有效性。

2018年国家医疗保障局的成立，已经显现出国家有意向此方向过渡的改革意向。2018年，《中共中央关于深化党和国家机构改革的决定》提出组建国家医疗保障局的同时，将此前国家发改委针对医疗机构的药品和医疗服务价格管理职责整合进国家医保局，由国家医保局组织制定和调整药品、医疗服务价格和收费标准，制定药品和医用耗材的招标采购政策并监督实施，监督管理纳入医保范围内的医疗机构相关服务行为和医疗费用等。这在医疗卫生领域继续推进财政投入体制现代化提供了抓手。

落实党的十九届四中全会提出的“坚持和完善统筹城乡的民生保障制度，满足人民日益增长的

^①数据来自国家医疗保障局。

^②医保部门对公立医疗机构缺乏选择权，既不能事先根据其医疗服务能力、服务质量审核其获取医保定点的资质，也不能在事后因为其违背医保政策而停止其医保资格，哪怕暂时停止3个月也很难做到；对其违约行为，经济处罚往往只能是象征性罚款，即起不到惩罚作用，也没有威慑效果；对公立医院管理层或其医务人员的惩罚（停止其医保资格）则完全不在医保部门的权限范围内。

^③公立医疗机构得到的实际医保支付并不取决于其提供医疗服务的量和质，而是基本按照其上年实际得到的医保基金支付和一个增长率（一般是此前三年的平均数）确定预算总额；年终实际获得的医保支付并不取决于本年实际提供的医疗服务的质和量，而是由年初的额度和年终实际的医保基金收支状况决定。

^④如2016年420元，2018年497元，两年来上涨了18.3%。国务院既可以明确给出指导数据，各地区也完全能够以不低于这个水平完成任务。

美好生活需要。坚持和完善共建、共治、共享的社会治理制度,保持社会稳定、维护国家安全”精神,可以重点着眼于以下两方面。

第一,依托国家医保局,落实党的十九届四中全会“优化政府组织结构”要求,将十九届三中全会“坚持一类事项原则上由一个部门统筹、一件事情原则上由一个部门负责,加强相关机构配合联动,避免政出多门、责任不明、推诿扯皮,下决心破除制约改革发展的体制机制弊端”要求,以及十九届四中全会“健全部门协调配合机制,防止政出多门、政策效应相互抵消”“统筹利用行政管理资源,节约行政成本”要求落到实处。短期内,通过医保基金支付方式改革、药品采购机制改革等,整合此前医疗服务供给多头管理的局面,明确部门权责,加强科学治理。长期则致力于从目前的财政“供需双补”向财政“补需方”过渡,实现国家医保局组建时中央提出的“不断提高医疗保障水平,确保医保资金合理使用、安全可控,统筹推进医疗、医保、医药‘三医联动’改革,更好保障病有所医”的要求。

第二,对于社会医保本身,支持建立更开放的现代医保管理体系,以医保管理现代化为切入口,降低医疗服务供给体系现代化的改革成本,打开改革窗口。

医保基金并不仅仅是为医疗服务付费,医保基金是基于疾病及相关费用的概率和风险分布,产生的社会筹资、风险分担、待遇共享的社会互助共济机制,天然具有“共建、共治、共享”特性,而社会医疗保险则是现代国家构建国家命运共同体过程中的一项伟大制度创新,其天然具有的社会治理特征,正是现代国家治理体系的基础要件(朱恒鹏、徐静婷,2016)。

作为具有社会治理功能和集合资源能量的医保购买医疗服务,须以党的十九大报告明确提出的让“市场经济在资源配置中发挥决定性作用,更好地发挥政府作用”和党的十九届四中全会提出的“厘清政府和市场、政府和社会关系”为指导思想,用好医保支付杠杆,建立“价值导向的医保战略性购买”(陈金甫,2017)。实现由医保来引领医疗资源配置、规范医疗机构及其医务人员医疗行为,正是改革完善公共财政管理,落实国家治理体系和治理能力现代化要求的方向所在。

参考文献:

- 陈金甫,2017:《实施价值导向的医保战略性购买》,《健康管理》第12期。
樊纲等,1990:《公有制宏观经济理论大纲》,上海三联书店。
高培勇,2014:《论国家治理现代化框架下的财政基础理论建设》,《中国社会科学》第12期。
朱恒鹏,2017:《加强和创新社会治理 完善城乡居民医保制度——十九大报告学习体会》,《经济学动态》第12期。
朱恒鹏 徐静婷,2016:《共享发展、共同体认同与社会保障制度构建》,《财贸经济》第10期。
Kornai, J. (1979), “Resource-constrained versus demand-constrained systems”, *Econometrica* 47(4):801-819.
Kornai, J. et al(2003), “Understanding the soft budget constraint”, *Journal of Economic Literature* 41(4):1095-1136.
Maskin, E. S. (1999), “Recent theoretical work on the soft budget constraint”, *American Economic Review* 89(2):421-425.
Parkinson, C. N. & R. C. Osborn(1957), *Parkinson's Law, and Other Studies in Administration*, Boston: Houghton Mifflin.

The Mechanism of Health Financing and Modernization of National Governance System

ZHU Hengpeng

(Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, China)

Abstract: As the 4th Plenary Session of the 19th Central Committee of the Communist Party of China (CPC) clearly stated, finance is the foundation of national governance. The modernization of the national governance system requires the modernization of the fiscal system. The article first investigates the total amount, structure as well as the mechanism of the government budget on health care and medical insurance over the past ten years. After that, it analyzes the assets and liabilities of the modernization of public finance in terms of health care. On this basis, it further explores the direction of the modernization of the national governance system and capacity in the field of health care.

Keywords: Health Financing; Modernization of Public Finance; National Governance System

(责任编辑:谭易)

(校对:孙志超)