

# 中国健康福利财政制度 建设的历史变迁与结构特征\*

刘继同 王文素 马小婷

**摘要:**2020 年新冠肺炎疫情防控全球阻击战推动了现代健康财政福利财政制度建设。本文分析了健康福利财政制度史,首次将中国健康福利财政制度建设历史划分为 1949—1977 年、1978—1993 年、1994—1999 年、2001—2011 年、2012—2020 年五个发展阶段,概括每个阶段的时代特征,简述现代健康福利财政制度建设的福利理论基础。

**关键词:**健康财政学 福利财政学 健康福利财政制度 社会福利理论 现代财政制度

中图分类号:C913.7

文献标识码:A

文章编号:1004-0730(2021)02-0057-08

DOI:10.19624/j.cnki.cn42-1005/c.2021.02.007

## 一、健康中国制度建设与中国现代健康福利财政制度

新冠肺炎疫情防控全球阻击战极大促进了现代健康财政和福利财政制度议题建设。抗击新冠疫情,对我国公共健康与健康照顾服务体系提出了更高的要求,需要保护弱势群体和发展福利制度,保证就业机会与市场经济体系正常运作,保障全民生活质量与生命安全、身体健康,全社会、总体性社会福利需要激增。我国财税“五

减五增”的收支矛盾突出,财政亟需增加对企业补贴和经济刺激资金,亟需发行抗疫特别国债,亟需支付抗疫与维护社会安全秩序所需巨额财政资金,亟需给企业和社会各界提供财政补贴,亟需为老弱病残、贫困、低收入和各类需要帮助群体提供社会福利性财政补贴、补助资金。全体国民首次亲身感受到体现国家福利责任、普惠性、健康福利性的健康财政、公共财政和社会福利财政制度红利,健康财政、公共财政和社会福利财政首次与全体国民生命安全、身体健康、生活质量紧密联系起来,标志中国健康财政、公共

财政和社会福利财政时代来临<sup>[1]</sup>。

最重要的是,中国特色社会主义制度是我国成功抗击新冠肺炎疫情的制度保障,并体现为制度优势。这种制度优势体现在多个领域,反映在中国特色社会主义制度的全面性、集成性和系统性上。第一,人民至上,生命至上,人的生命高于一切,人民生命安全与身体健康高于一切。第二,面对突如其来的严重疫情,党中央统揽全局、果断决策,以非常之举应对非常之事。第三,全力救治患者,不惜一切代价拯救生命,实施了以医疗救助、医疗保险和国家财政兜底为主的健康福利财政政策,为所有感染者、疑似患者、密接者和无症状者提供免费救治<sup>[2]</sup>。中国抗疫经验说明:解决各类人员医疗费用负担和后顾之忧,最关键的是健康福利财政政策。此次新冠肺炎疫情中,救治患者的费用全部由国家承担,充分体现了中国特色社会主义健康福利财政制度的优越性。

## 二、中国健康福利财政制度建设的历史阶段与时代特征

根据国家财政制度历史发展状况,全国健康福利财政制度历史发展进程可分为1949—1977年、1978—1993年、1994—1999年、2000—2013年、2014—2020年五个发展阶段。每个阶段都具有鲜明时代特征,清晰反映财税制度和健康福利财政制度结构变迁历史轨迹。健康财政学与福利财政学基本理论观点是:国家总体财税制度决定政府健康、福利财政政策,国家财税收入和财政支出状况决定政府健康财政收入和支出状况。国家预算管理体制是财政核心与主体部分,国家财政行政管理和财政支出的绩效考核指标决定健

康福利财政绩效<sup>[3]</sup>。

### (一)第一阶段:1949—1977年

新中国成立初期,中央与地方政府间财税关系分为两个阶段:1950—1952年间统收统支体制。1953—1977年统一领导、分级管理体制,彼时央地政府间职能划分、事权财权和支出责任划分不清<sup>[4]</sup>,财政收入主要来源渠道是税收、国有资产经营收益、国债、政府收费和其他收入五种方式<sup>[5]</sup>。这一阶段,我国长期采取单式预算编制法,财政预算编制主要采取“基数或增量法”<sup>[6]</sup>。国家财政支出范围主要是国防费、行政费、文教科卫事业费、经济建设费、财政补贴和社会福利费或福利服务费,共计六大类,财政支出范围优先领域长期是经济建设费<sup>[7]</sup>。新中国成立以来,医疗健康服务财政支出类型主要属“文教科卫事业费”范围,它包括文化、教育、科学、卫生、出版、通讯、广播、文物、体育、档案、地震、海洋和计划生育等服务经费。最重要的是,1956年卫生部与财政部联合举办的“全国卫生系统财务检查工作”总结中,财政部将卫生事业定性为“福利”性质,由此决定健康服务体系福利性质<sup>[8]</sup>。

在计划经济和统收统支财政体制下,健康财政经费预算以“卫生事业计划”形式编制。卫生事业计划分六部分:一是卫生事业发展计划,二是防病治病计划,三是中等卫生教育和卫生干部进修计划,四是医学科学研究计划,五是卫生基本基建计划,六是卫生事业经费预算<sup>[9]</sup>。改革开放前,医疗卫生事业经费来源有二,一是来自财政卫生事业经费预算,主要用于国家机关事业单位公费医疗和卫生事业防病治病经费。二是局限城市和国企的劳动保险医疗。

1949—1977年期间,与国防费、行政费、经济建设费用相比,“文教科卫事业费”所占比重较

低。与文、教经费相比,医疗卫生财政预算经费在“文教科卫事业费”所占比例较低,地位边缘。

总体来说,新中国成立至改革开放前,医疗健康服务“社会福利”定性明确,国家健康福利财政色彩浓厚,虽然健康福利财政预算资金支出数量规模较小,但是健康福利效果和绩效较佳。

## (二)第二阶段:1978—1993年

1978年十一届三中全会确立改革开放政策,具有划时代和里程碑意义。回顾历史,1978—1993年属于改革开放的早期历史阶段,国内与国际环境发生历史性变化。

此阶段,国家发展目标是城乡经济体制改革与开放,最主要目标是发展社会主义市场经济体制。1982年党的十二大正式提出“建设有中国特色的社会主义”的新命题。1992年党的十四大明确提出我国经济改革的目标是建立社会主义市场经济体制,为财政理论发展、创新创造条件。财税体制改革和各种财税承包制具有浓厚转型、过渡色彩,转型财政学理论应运而生<sup>[10]</sup>。1979年国务院决定全面改革经济体制,并以财政税收制度改革为突破口进行试点,1980年实行“划分收支、分级包干”的“分灶吃饭”财政体制,旨在扩大地方财权,加强地方责任。

1985年国务院决定实行“划分税种、核定收支、分级包干”财政体制。财政包干形式有六:一是收入递增包干办法,二是总额分成办法,三是总额分成加增长分成办法,四是上解递增包干办法,五是定额上解办法,六是定额补助办法。财政包干制带来诸多弊端,亟需改革<sup>[11]</sup>。“分灶吃饭”财政体制带来后果:一方面降低财政收入占国内生产总值的比重和中央财政收入占全国财政收入的比重(简称两个比重),另一方面严重削弱中央财政宏观调控能力。1991年国务院发布《国家

预算管理条例》规定,自1992年起开始试行由经常性预算和建设性预算两部分组成的复式预算制度。财政预算模式主要是基数法,存在诸多制度性弊端<sup>[12]</sup>。

改革开放以来,在中央财政收入“两个比重”下降同时,财政支出问题日益凸显,亟需找到更有效的路径。一是国防费、行政费、文教科卫事业费等按照基数预算法支出增加。二是新增社会保障费,主体是社会救助与养老、失业保险。三是新增的价格补贴、企业亏损补贴、利息费用补贴和居民生活四类补贴。四是行政和事业单位经费控制松弛,违反财经纪律的现象屡屡发生<sup>[13]</sup>。

提出建立社会主义市场经济体制的改革目标后,医疗卫生服务性质成为医疗卫生体制改革最核心理论政策问题,形成福利性、公益性、商品性等不同争论观点<sup>[14]</sup>。在城乡经济体制改革,国营企业经营管理体制改革不断深入,商品、市场经济浪潮冲击下,尤其是分灶吃饭财税包干和中央财政“两个比重”下降背景下,卫生事业财政经费急剧减少,导致福利性质公立医院自食其力、自谋生路,医院成为像国营企业一样的“营利性企业”。新中国成立以来,医院实行“全额管理、差额或定额补助,结余留用”的卫生财政预算管理办法,在经济改革背景下,财政安排卫生事业预算经费转变为“差额预算管理”和“全额预算管理”。医院实行经济管理,增收节支,调整部分医疗收费标准,按成本收费,导致看病贵问题形成。无业务收入单位,如卫生防疫站、妇幼保健站、医学科研和教育机构实行全额预算管理<sup>[15]</sup>。

这一阶段,在卫生财政预算经费急剧减少和无劳动保险医疗费用背景下,源自病人直接缴纳的“医疗业务收入”成为医疗卫生机构最主要收

人来源,财政卫生事业经费微乎其微<sup>[16]</sup>。这一阶段,医疗卫生行业健康公平问题突出。

简言之,1978-1993年是福利性质医疗卫生事业和福利性质卫生财政体制全面性蜕变时期。

### (三)第三阶段:1994-1999年

1994年1月1日实施的全国分税制财政管理体制,关系国家财政管理体制、中央与地方财税关系、国家税收制度和财政收入等诸多重大问题。

20世纪90年代全国宏观制度环境和国家发展目标聚焦社会主义市场经济体制建设议题。1998年全国财政工作会议正式提出我国建立公共财政制度基本框架目标、思路和相关原则,以公共性、公平性、公益性和法制性为特征的公共财政理论与公共财政制度框架应运而生<sup>[17]</sup>。1950年统一全国税政,建立新税制后,经过1953年税制修正,1958年和1973年两次大的工商税制改革,形成以“国营企业利润为主,工商税收为辅”的国家税收制度。改革开放以来,国家初步建立涉外所得税制体系,1983年1月和1984年9月,国家分两步实行“利改税”制度,利润上缴改为征缴所得税。到1993年,我国已建立由34种税组成、以商品劳务税为主体、具有多种功能的复合税制。为加强国家财政宏观调控能力,推进经济体制配套改革,理顺分配关系,有利于与国际惯例接轨,我国按照统一税法、公平税负、简化税制、合理分权、规范分配格局等原则,于1994年实施了分税制改革,为各类经济主体的平等市场竞争创造公平、法治的社会环境。这一改革成为财税制度中里程碑事件。1994年中央与地方政府分税制改革主要内容有四:一是全面改革商品税制,二是统一企业所得税,三是规范个人所得税,四是调整、完善地方税体系,同时首次分设国家

与地方税务征管体制<sup>[18]</sup>。

1994年分税制改革核心是将所有的税种划分为中央税、地方税和中央地方共享税三类<sup>[19]</sup>。分税制改革推动了预算管理体制,收支两条线管理范围不断扩大,1996年的预算外资金管理,1998年的行政性收费和罚没收入,1999年的行政事业性收费和罚没收入,实施“收支两条线”管理,由财政部门统筹安排<sup>[20]</sup>。1994年分税制改革基本解决中央与地方政府财政收入问题,财政预算支出管理问题成重点。

1997年,中共中央 国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》,首次以中共中央、国务院政策文件形式规定:“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。”原来单一福利性质蜕变为福利与公益双重属性,淡化福利性。<sup>[21]</sup>在这种背景下,国家卫生事业财政投入急剧降低到最低点,个人家庭承担主要医疗费用负担,业务收入占医院收入80%~90%,财政预算经费、财政补助和其他收入微乎其微,医疗健康服务收入来源高度个人化<sup>[22]</sup>,医疗卫生服务边缘性、工具性和商业性等属性凸显。

简言之,这一阶段,医疗健康服务福利性质蜕变和国家财政健康筹资责任下移是时代特征。

### (四)第四阶段:2000-2013年

2000-2011年国内外宏观社会环境发生重大变化,我国以人为本、科学发展观、构建社会主义和谐社会,统筹城乡、经济社会协调发展,全面建设小康社会的政策主题鲜明。以人为本,科学发展,构建社会主义和谐社会,促进人和经济社会全面发展成国家发展目标。这一阶段,和谐财政、民生财政、社会支出和健康财政学等理论,极大丰富、发展、深化了公共财政理论,与公共财政适度分离的社会福利财政学呼之欲出<sup>[23]</sup>。



2000年以来,我国通过实施所得税收入分享改革,出口退税负担机制改革,证券交易印花税、金融保险营业税分享办法改革,财政转移支付制度改革等措施,进一步改革、完善分税制度<sup>[24]</sup>。如2003年税制改革,统一内外资企业所得税,实行消费型增值税改革,2006年取消农业税,改革公共收费制度,试行国有资本经营预算,国内外债务管理改革,优化财政收入结构<sup>[25]</sup>。

2000年9月20日,财政部发布《关于改进2000年中央预算编制的通知》,正式拉开中央和全国部门预算编制改革历史序幕,部门预算编制模式取代以往的基数法模式。所谓部门预算是指按照一定程序,以整个政府职能部门为单位编制的综合性财政收支计划。部门预算内容有一般预算收入、政府性基金收入、基本支出、项目支出和部门预算报表五项。部门预算涉及以国库单一账户实行资金缴拨集中收付为主的现代国库制度、政府采购制度等,是分税制改革后最综合、最重要、最基础和最关键的预算体制改革措施,具有划时代意义<sup>[26]</sup>。2000年以来,国家财政支出结构进一步优化,支农支出改革不断深入,社会保障支出力度加大,行政、政法和外交援外支出持续优化,教育科技文化和卫生支出成为财政支出的改革重点,尤其是2003年非典后,公共卫生财政、社会医疗保险财政和涵义最广健康财政体制框架初见端倪,医疗健康服务在国家发展中的地位显著提高<sup>[27]</sup>。

2000年后,医疗卫生福利与公益二元属性逐渐蜕变为单一“公益”性质,福利性质逐渐变淡。如2009年中共中央 国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》,将医药卫生事业定性为是关系亿万人民健康,关系千家万户幸福的重大民生问题,提出要坚持公共医疗卫生公益性质。医疗

卫生属性由改革开放前的福利性,经过20世纪90年代的二元属性,蜕变为21世纪前10年单一公益性质,制度变迁轨迹清晰。

这一阶段,医疗健康财政的理论创新与制度建设成就显著。2003年SARS疫情后,政府明显加大公共财政和社会医疗保险财政的投入力度<sup>[28]</sup>。2000年以来,国家与社会对医疗卫生服务投入渠道日益多元,包括政府财政资金的医疗救助,公共卫生服务建设资金,新农合和城镇居民财政补助,中央对困难地区专项转移支付,完善政府对城乡基层医疗卫生机构投入机制,落实公立医院政府补助政策,制定优惠政策等<sup>[29]</sup>。

2003年非典疫情使社会各界首次深刻认识到医疗卫生在现代国家发展与社会发展中的战略地位。2004年刘继同首次提出卫生政策“国策”理论<sup>[30]</sup>。2007年原卫生部陈竺部长首次提出卫生系统行业规划性质的“健康中国2020战略研究”<sup>[31]</sup>。医疗卫生的重要性得到了广泛的认可。

简言之,2000年代卫生定性为单一公益性,国家回归健康福利财政制度建设的特征明显。

#### (五)第五阶段:2014-2020年

2012年党的十八胜利召开。2013年党的十八届三中全会《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》首次明确指出,财政是国家治理的基础和重要支柱,必须完善立法、明确事权、改革税制、稳定税负、透明预算、提高效率,建立现代财政制度,发挥中央和地方两个积极性<sup>[32]</sup>。2014年6月,中共中央政治局审议通过《深化财税体制改革总体方案》,详细描绘完善税收制度、改进预算管理制度、建立事权和支出责任相适应现代财政制度时间表和路线图<sup>[33]</sup>。

现代税收制度目标是建立有利于科学发展、社会公平、市场统一的税收制度。具体来说,以营

改增为重点完善税收制度,完善消费税,加快资源税改革,建立环境保护税制度,健全地方税体系,建立综合与分类相结合的个人所得税制度,加快房地产税立法和改革进程等。现代预算制度改革、发展、完善是现代财税制度建设、改革、发展、完善的核心和主要内容,目标是建立全面规范、公开透明和科学合理的现代预算制度。现代预算制度的主要内容是完善政府预算体系,改进年度预算控制方式,实行三年中期财政规划管理,完善转移支付制度,加强预算执行管理,健全国库管理,规范地方政府债务管理,推进全过程预算绩效管理<sup>[34]</sup>。党的十八大以来,优化财政支出结构,加大改善民生福祉方面财政支出趋势明显,回应了人民对物质福利、经济安全、健康、福利、民主、法治、公正等方面美好生活的需要满足。实施精准扶贫,打赢脱贫攻坚战,初步实现全民医疗保险覆盖,完善养老、失业、工伤、医疗、生育社会保险和就业服务体系,支持教育事业,加强基本住房保障,支持生态环境建设,中国特色现代公共福利与社会福利财政制度框架清晰可见,社会福利支出成为优先领域<sup>[35]</sup>。福祉(wellbeing)成为福利制度的最高层次和理想目标<sup>[36]</sup>。

2009年新医改以来,各级政府拓宽财政投入范围,加大对医疗健康财政预算资金投入力度,公共卫生财政、社会医疗保险财政、医疗救助财政和大概概念健康财政为主的制度框架基本形成。基本医疗保险中财政成为医疗服务费用的主要承担者,个人经济负担锐减<sup>[37]</sup>。2015年党的十八届五中全会决定,推进健康中国建设,健康中国制度建设成为国家发展目标。2016年“全国卫生与健康大会”在京召开,现代健康理念取代传统卫生概念成为主流话语。同年,中共中央政治局会议审议通过“健康中国2030”规划纲要,健康中

国成为国家战略。2020年中国战疫经验说明,健康财政在社会福利财政制度中既是最基础,又是最高层次<sup>[38]</sup>。

简言之,现代健康福利财政制度建设是这一阶段突出特征。

### 三、中国现代健康福利财政制度的发展方向

中国医疗健康服务的定性由单一的福利性质,经过20世纪八九十年代福利与公益双重属性,到2000年代去福利化和单一的公益属性,2014年后最终回归福利与福祉定性,形成了U型变迁轨迹(见表1)。医疗卫生理论基础由“卫生经济学”理论转变为“健康财政学和社会福利财政学”范式<sup>[39]</sup>。健康中国制度建设和健康财政学理论视角的发展方向是中国特色现代健康福利财政制度。

中国健康社会福利财政制度建设的历史变迁过程和经验再次说明:医疗健康服务定性最重要,因为本质属性决定谁是医疗健康照顾服务的责任主体和筹资主体。世界各国普遍规律和中国医改历史经验说明:医疗健康服务本质属性是“福利”,国家应是医疗健康服务提供和筹资责任主体。中国特色社会主义进入新时代,身心健康和美好生活已成为全体国民最重要和最高层次的需要,鉴于“福利”概念基本涵义,保障身心健康应当成为福利最重要的内容。这是健康与社会福利密不可分,相互渗透、互为前提、高度融合和一体化、制度化发展原因。中国和全球抗击新冠肺炎疫情的经验说明:医疗健康风险既是现代社会最大、最复杂和政治性最强风险,又是现代社会生活中最基础、最主要、最关键、最复杂的议题。

表1 1949-2020年全国健康、福利财政制度建设历史阶段和时代特征一览表

分析层面	1949-1977年	1978-1993年	1994-1999年	2000-2013年	2014-2020年
财政理论	社会主义财政	转型财政学	公共财政理论	公共福利财政	现代财政制度
财税体制	中央统收统支	“分灶吃饭”	央地分税制	完善分税制	现代财税制度
财政收入	五类税、费	中央少、地方多	中央、地方共享	优化财政收入	改税制、稳税负
财政预算	单式基数法	复式基数法	复式基数法	部门预算体制	规范、公开透明
财政支出	六类经建费	支出问题突出	规范支出管理	教科文卫重点	社会福利支出
健康性质	“福利”性质	福利或公益性	福利、公益二性	单一公益性	福利与福祉
健康财政	卫生事业经费	预算变补贴	业务收入为主	财政投入增多	健康福利财政
经费来源	预算经费、劳保	业务收入为主	高度个人化	财政投入多元	保险主、财政辅
时代特征	福利性、绩效好	性质变、问题多	市场化、国家缺位	公益、健康财政	健康、福利财政

有鉴于此,健康福利财政制度是观察国家福利责任承担和政府职能定位的最佳理论视角,是衡量中国现代财政制度建设、以人民为中心发展理念和美好生活需要满足状况的最佳领域。

政治哲学、执政理念、价值观和政策实施效果,决定现代社会福利制度建设质量。中国特色现代健康福利财政制度的发展方向是进一步增强福利属性。

#### 注释:

- [1]刘继同:《健康中国与现代健康福利财政制度》,《人民论坛》,2020年第15期。
- [2]中华人民共和国国务院新闻办公室:《抗击新冠肺炎疫情的中国行动》,人民日报,2020年6月8日。
- [3]刘继同、吴明:《“健康中国”国家发展战略与卫生财政学研究议题》,《湖南财政经济学院学报》,2017年第5期。
- [4][5][6][7][11][12][13]项怀诚:《领导干部财政知

识读本》,北京,经济科学出版社,1999年。

[8]胡立教:《全国卫生系统财务检查工作总结——财政部胡立教副部长1956年9月在全国卫生系统财务检查工作总结会上的报告摘要》,《财政》,1956年第1期。

[9][15]钱信忠《中国卫生事业发展与决策》,北京,中国医药科技出版社,1992年。

[10]刘继同:《论中国特色公共福利财政制度框架建设——以转型财政学为视角》,《学习与实践》,2012年第3期。

[14]宋森:《关于我国卫生事业性质问题研讨的综述》,《中国卫生经济》,1991年第10期。

[16]刘继同:《中国卫生总费用研究30年:历程与特点》,《卫生经济研究》,2009年第3期。

[17][20]楼继伟:《中国公共财政》,北京,人民出版社,2006年。

[18][19]高强:《领导干部财政知识读本(税收篇)》,北京,经济科学出版社,1999年。

[21]刘继同、郭岩:《卫生事业公益性与福利性定性的本质区别是什么?》,《中国医院管理》,2007年第8期。

[22]刘继同:《中国医药卫生体制改革困境与“医

疗财政学”问题》,《中共宁波市委党校学报》,2008年第4期。

[23]刘继同:《中国特色公共财政制度框架建设与构建福利化和谐社会》,《学习与实践》,2010年第1期。

[24][25][27]谢旭人:《中国财政改革三十年》,北京,中国财政经济出版社,2008年。

[26]贾康、苏明:《部门预算编制问题研究》,北京,经济科学出版社,2004年。

[28]刘继同:《中国医改困境的理论反思与现代卫生财政制度建设的基本路径》,《学习与实践》,2016年第7期。

[29]孙志筠:《财政支持医疗卫生体制改革回顾》,《中国财政》,2008年第24期。

[32]刘继同:《为什么卫生政策还不能成为“国策”?》,《中国卫生》,2004年第7期。

[31]健康中国2020战略研究报告编委会:《健康中国2020战略研究报告》,北京,人民卫生出版社。

[32]中共中央:《中国共产党第十八届中央委员会第三次全体会议文件汇编》,北京,人民出版社,2013年。

[33][34]楼继伟:《深化财税体制改革》,北京:人民出版社,2015年。

[35]楼继伟、刘尚希:《新中国财税发展70年》,北京,人民出版社,2019年。

[36]刘继同:《现代社会福祉概念与中国特色社会主义福利制度框架建设》,《黑龙江社会科学》,2012年第5期。

[37]刘继同、刘晓东:《中国社会保险基金政策目标的理论反思:基于五大社会保险基金结余率的考察》,《学习与实践》,2019年第7期。

[38]刘继同:《中国特色现代社会福利财政制度建设论纲》,《人文杂志》,2020年第9期。

[39]刘继同:《“卫生财政学”与“卫生经济学”的本质区别》,《卫生经济研究》,2010年第8期。

\*基金项目:2019年国家哲学社会科学基金项目“中国特色现代儿童福利与家庭福利制度研究”(项目编号:19BSH159)、财政部与国家卫健委联合委托课题“我国卫生财政投入政策演进历程及其评价研究”阶段性成果。

作者简介:刘继同,北京大学卫生政策与管理系教授、博导,北京,100871;王文素,中央财经大学中国财政史研究所所长,教授、博导,北京,102206;马小婷,北京大学卫生政策与管理系硕士研究生,北京,100871。

(责任编辑:邓飙)





**刘继同** 现为北京大学公共卫生学院卫生政策与管理系教授,博士生导师。中国生命关怀协会副会长(主管理论政策研究),北京大学医学人文研究院中国健康社会工作与社会政策法规研究院院长,国务院医改办督导专家,国务院妇儿工委办公室儿童工作智库专家,同时担任 WHO、UNICEF、UNDP、国务院多个部委政策咨询专家和 10 多个全国性协会常务理事和部委专家委员会委员。主要研究方向为中国广义社会福利理论、政策与制度,宪法财政学与宪法福利学,社会福利服务,健康与精神健康社会工作,中国宏观卫生政策与卫生保健体系,中国社会政策与社会立法,健康财政学与社会福利财政学。有近百篇论文被《新华文摘》《中国社会科学文摘》《中国高校人文社会科学文摘》、人大报刊复印资料等权威杂志全文转载。