

党的十八大以来我国政府卫生投入分析

郭 锋^①, 张毓辉^①, 万 泉^①, 李 岩^①, 翟铁民^①,
柴培培^①, 王荣荣^①, 黄云霞^①, 陈春梅^①, 李 涛^①

摘 要 目的: 对党的十八大以来政府卫生投入总体水平、投入结构、地区差异等进行分析, 为完善政府卫生投入保障机制提供决策依据。方法: 采用时间序列的指标分析法和比较分析法研究政府卫生投入总体水平和流向变化。结果: 全国政府卫生投入规模逐年增加, 但增速出现下降趋势; “兼顾供需方”的格局基本稳定, 公立医院、公共卫生和基层医疗卫生机构, 是财政医疗卫生供方投入的主体, 三者占比合计超过 70%; 地方财政承担卫生投入的主要责任, 东、中、西部地区间不平衡问题仍然比较突出。结论: 下一步需要以加强制度约束为目标, 构建以健康结果为导向的财政健康投入长效机制, 继续坚持以基层为重点的财政投入政策和完善优化转移支付制度。

关键词 政府卫生投入; 功能流向; 地区差异; 转移支付

中图分类号 R1-9; F014.4 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2019)04-0009-04 DOI 10.7664/CHE20190402

Analysis of Government Health Investment in China since the 18th National Congress of the CPC/GUO Feng, ZHANG Yu-hui, WAN Quan, et al./Chinese Health Economics, 2019,37(4):9-12

Abstract Objective: To analyze the overall level, structure and regional differences of government health investment since the 18th National Congress of the CPC, in order to provide decision-making basis for improving the government health investment security mechanism. **Methods:** Time series index analysis and comparative analysis were used to study the changes in the overall level and direction of government health investment. **Results:** The scale of the national government health investment increased year by year, but the growth rate showed a downward trend. The pattern of “giving attention to both supply and demand” was basically stable. Public hospitals, public health and grass-roots medical and healthcare institutions were the main direction of financial health supply side investment, accounting for more than 70% of the total. Local finance took the main responsibility for health investment, and the imbalance among the eastern, central and western regions was still prominent. **Conclusion:** It needed to build a long-term mechanism of financial health investment oriented by health outcomes, with the goal of strengthening institutional constraints, and to continue to adhere to the financial investment policy focusing on the grass-roots level, and to improve and optimize the transfer payment system.

Key words government health investment; functional flow direction; regional difference; transfer payment

First-author's address China National Health Development Research Center, Beijing, 100044, China

政府卫生投入是卫生筹资领域中公共筹资的重要内容, 是实现一个国家或地区卫生筹资公平的基本手段。政府卫生投入作为社会再分配手段, 不仅对于医疗机构的发展和居民健康水平的提高起着举足轻重的作用, 同时也是消除贫困, 缩小地区间、城乡间的差别, 提高社会公平程度的有效方式^[1-2]。当前, 中国特色社会主义进入新时代, 对优化财政卫生支出结构、保障重点支出、提高财政资金使用效益等方面都提出了新的要求。因此, 在我国医改体制机制纵深改革的关键时期和推进健康中国建设的重要阶段, 有必要对近年来卫生财政投入总体水平、投入结构、地区差异等情况进行分析, 总结成绩, 发现问题, 提出建议, 为构建科学稳定长效的卫生财政投入保障机制提供决策依据。

1 资料与方法

1.1 数据来源

本研究所用数据来源主要有两类: 一类是卫生费用核算中政府卫生支出相关数据; 另一类是来自中国统计年

鉴、财政部官网等官方渠道公布的财政支出相关数据^[3]。

1.2 统计口径

1.2.1 政府卫生支出。政府卫生支出是卫生费用核算中反映政府各部门对卫生工作支持程度和投入力度的重要指标, 其范围包括各级政府用于医疗卫生服务、医疗保障、计划生育事务、卫生和医疗保险行政管理事务、残疾人康复、财政对下岗失业人员的医疗保险补贴、军队和武警卫生事务支出等各项事业的经费^[3]。

1.2.2 财政医疗卫生支出。财政医疗卫生支出是政府收支分类科目中一般公共预算支出功能分类科目下的医疗卫生与计划生育支出(210类), 其范围包括医疗卫生管理事务支出、公立医院、基层医疗卫生机构支出、公共卫生、医疗保障、中医药、计划生育事务支出、食品和药品监督管理事务支出等, 不包括残疾人康复、财政对下岗失业人员的医疗保险补贴、医疗保险管理事务(以上三类在一般公共预算支出功能分类科目的208类)、军队和武警卫生事务支出等。这也是目前最常用的反映卫生财政投入水平和结构的数据口径。

2 结果与分析

2.1 全国政府卫生投入总体水平与增长情况

2012年党的十八大以来, 全国政府卫生投入规模

① 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

作者简介: 郭锋(1987-), 男, 助理研究员; 研究方向: 卫生财政投入、卫生费用核算、健康产业核算; E-mail: gf@nhei.cn。

逐年增加。从政府卫生支出看，总体水平由2012年的8 431.98亿元增加到2017年的15 205.87亿元，按当年价格计算（下同），年均增长12.52%，高于同期财政支出增速（10.03%）。人均政府卫生支出从622.73元增至1 093.88元。政府卫生支出占财政支出的比重由2012年的6.69%上升至2017年的7.49%；占卫生总费用的比重由2012年的29.99%升至2015年的30.45%，随后降至2017年的28.91%。政府卫生支出占GDP的比重由1.56%上升到1.84%（表1）。

表1 2012—2017年我国政府卫生支出情况

年份	政府卫生支出(亿元)	占财政支出比重(%)	占GDP比重(%)	占卫生总费用比重(%)	人均政府卫生支出(元)
2012	8 431.98	6.69	1.56	29.99	622.73
2013	9 545.81	6.81	1.60	30.14	701.53
2014	1 0579.23	6.97	1.64	29.96	773.44
2015	12 475.28	7.10	1.81	30.45	907.54
2016	13 910.31	7.41	1.87	30.01	1 006.02
2017	15 205.87	7.49	1.84	28.91	1 093.88

从财政医疗卫生支出看，总体水平由2012年的8 142.17亿元增加到2017年的14 450.63亿元，年均增速为12.16%，快于同期财政支出的年均增速（10.03%）；财政医疗支出占财政支出的比重由6.46%上升至7.12%；人均财政医疗卫生支出由601.32元提高到1 039.55元。但需要注意的是，2015—2017年，财政医疗卫生支出增速下降明显，2017年仅为8.23%，保持政府卫生投入稳定、可持续压力较大（表2）。

表2 2012—2017年我国财政医疗卫生支出情况

年份	财政医疗卫生支出(亿元)	财政医疗卫生支出增速(%)	占财政支出比重(%)	财政支出增速(%)	人均财政医疗卫生支出(元)
2012	8 142.17	...	6.46	...	601.32
2013	9 294.53	14.15	6.63	11.32	683.06
2014	10 299.89	10.82	6.79	8.25	753.02
2015	12 105.14	17.53	6.88	15.87	880.62
2016	13 352.06	10.30	7.11	6.75	965.64
2017	14 450.63	8.23	7.12	8.17	1 039.55

2.2 政府卫生投入功能流向分析

2.2.1 供需兼顾的政府卫生投入格局基本稳定。2012年以来财政投向医疗卫生机构的资金（投供方）占财政医疗卫生支出的比重约为一半，保持在52%~54%之间，与财政投向社会医疗保障的资金（投需方）平分秋色，政府卫生投入“兼顾供需方”的格局基本稳定。2017年全国财政医疗卫生支出中，投向社会医疗保障的资金为6 900.83亿元，占47.75%；投向医疗卫生机构资金（含基本公共卫生服务均等化补助等投入）为7 549.80亿元，占52.25%（表3）。

表3 2012—2017年我国财政对医疗卫生供需方投入情况

年份	财政医疗卫生支出(亿元)	其中：投向医疗卫生机构		其中：投向社会医疗保障	
		金额(亿元)	占比(%)	金额(亿元)	占比(%)
2012	8 142.17	4 400.55	54.05	3 741.62	45.95
2013	9 294.53	4 893.32	52.65	4 401.21	47.35
2014	10 299.89	5 341.64	51.86	4 958.25	48.14
2015	12 105.14	6 296.14	52.01	5 809.00	47.99
2016	13 352.06	6 938.49	51.97	6 413.57	48.03
2017	14 450.63	7 549.80	52.25	6 900.83	47.75

2.2.2 财政医疗卫生供方投入的功能流向与变化趋势。从财政医疗卫生支出具体的功能流向看，2012—2017年全国财政医疗卫生供方投入中，主要为公立医院、公共卫生和基层医疗卫生机构，是财政医疗卫生供方投入的主体，其中2017年三者占比合计超过70%。从变化趋势上看，用于公立医院的资金占比整体呈上升趋势，由2012年的23.03%上升至2017年的29.05%；用于基层医疗卫生机构（不含基本公共卫生服务均等化补助）的资金支出占比总体呈下降趋势，由2012年的19.62%下降至2017年的17.55%；用于公共卫生的资金占比基本保持在24%~25%之间（图1）。

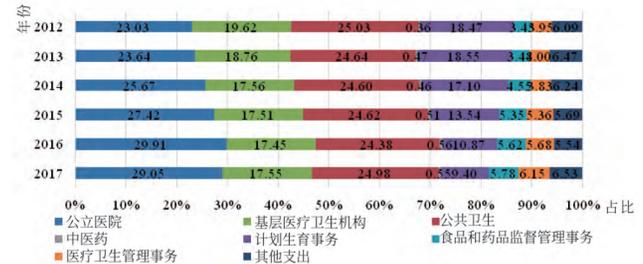


图1 2012—2017年我国财政医疗卫生供方投入的功能流向

2.2.3 财政医疗卫生需方投入的功能流向与变化趋势。

从财政医疗卫生需方投入具体使用方向分析，需方投入主要流向居民基本医疗保险基金的补助（含新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险以及城乡居民基本医疗保险），2012年以来投入占比基本保持在70%左右；医疗救助占比保持在4%~5%之间，2017年水平最高，为4.65%（图2）。

2.3 中央和地方政府卫生投入分析

2.3.1 地方政府承担卫生投入的支出责任。2017年全国

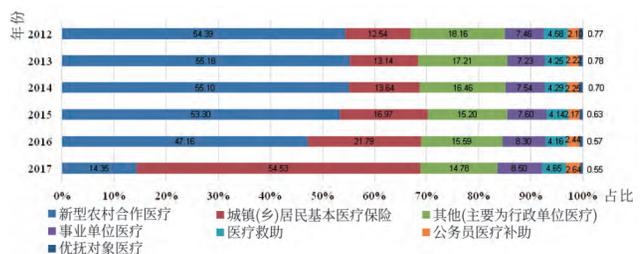


图2 2012—2017年我国财政医疗卫生需方投入的具体流向

国财政医疗卫生支出中，地方财政医疗卫生支出占比为72.78%，中央财政医疗卫生支出占比为27.22%，可以看出地方政府承担了绝大部分的财政医疗卫生支出责任，与医改文件中“地方政府承担主要责任”的要求一致。从各年变化看，2013年以来地方财政医疗卫生支出占比呈逐年上升趋势，由2013年的71.41%上升到2017年的72.78%，而中央财政医疗卫生支出占比由28.59%下降到27.22%（图3）。

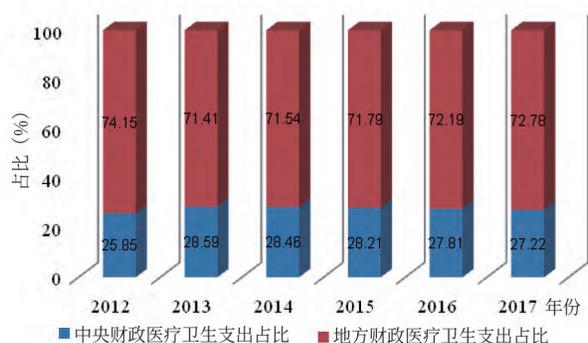


图3 2012—2017年中央与地方财政医疗卫生支出占比

2.3.2 与中央财政相比，地方政府财政收入中用于医疗卫生的份额总体较高。从中央和地方的财力和卫生支出的匹配关系看，即财政卫生支出与财政收入相比的角度分析，中央政府医疗卫生支出与其财政收入的比值远低于地方政府财政医疗卫生支出与财政收入比值。中央财政医疗卫生支出占其财政收入的比重从2012年3.75%升至2016年的5.13%，2017年略有下降，但仍远低于地方财政这一比重。地方财政这一比重自2012年的9.88%降至2013年的9.62%，2017年升至11.50%，提示十八大以来地方政府财政对医疗卫生的倾斜力度持续加大，但受地方财力影响，可持续性存在风险（图4）。



图4 2012—2017年中央与地方财政医疗卫生支出与财政收入比值关系

2.4 政府卫生投入地区水平分析

从财政医疗卫生支出占财政支出比重看，2017年中部地区该比重最高，为8.91%，西部地区次之，为8.56%，东部地区最低，为7.59%。从总体变化趋势看，2012—2017年东、中、西部地区均呈增加趋势，其中西部地区

增幅最大，增长了1.90个百分点，其次是中部地区（1.62个百分点），东部地区最低（1.36个百分点）。虽然东、中、西各地区该指标均在增长，但地区间差距没有出现缩小趋势，一直保持中部地区最高，东部地区最低的特征。从各年度该比重变化情况看，各区域财政医疗卫生支出占财政支出比重变化趋势有所差异。其中西部地区财政医疗卫生支出占财政支出比重呈逐年上升趋势；而中部地区在2012—2015年呈逐年上升趋势，但自2015年开始出现下降；东部地区在2015年出现下降，但自2016年起开始回升（图5）。

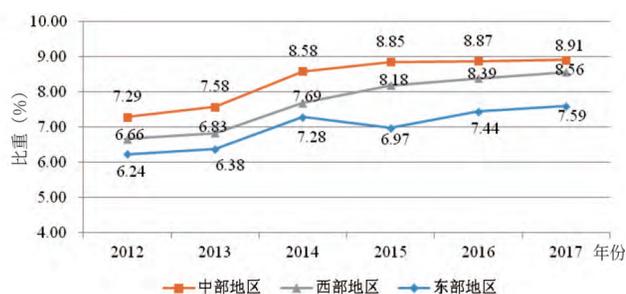


图5 2012—2017年东中西部地区财政医疗卫生支出占财政支出比重

而人均财政医疗卫生支出看，东部地区、西部地区的人均财政医疗卫生支出普遍高于中部地区，东中西部地区呈现“V”字特征，并且中部地区与东部地区、西部地区的差距有加大趋势。2012—2017年，东部地区与中部地区人均财政医疗卫生支出的差距由66.65元增加到155.67元，西部地区与中部地区的差距由111.87元增加到221.94元。从不同地区的变化趋势看，2012—2017年，东中西部地区均呈逐年增长趋势，其中东部地区的年均增速（14.52%）明显高于中部地区（13.92%）和西部地区（14.07%），东部地区与中部地区的年均增速基本一致（图6）。

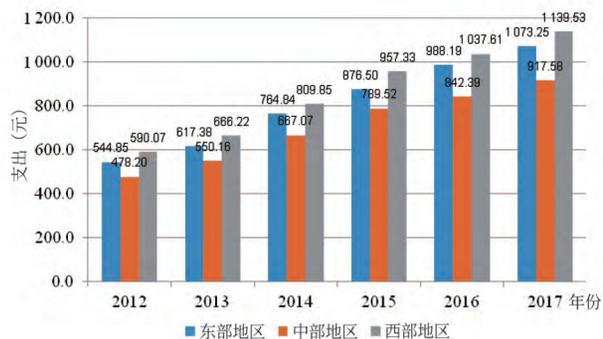


图6 2012—2017年东中西部地区人均财政医疗卫生支出

3 讨论与建议

3.1 政府卫生投入可持续性缺乏制度保障，建议加快构建以健康结果为导向的财政健康投入长效机制

2012年党的十八大以来，全国政府卫生投入规模呈

然持续扩大,但是增速波动较大,尤其是自2015年开始,增速出现明显下降,政府卫生投入可持续性面临挑战。造成这一问题的原因,一方面是由于部分政府卫生投入政策要求较宽泛,没有对各级政府要承担的具体责任以及卫生投入的具体目标进行界定,导致政策执行过程中出现落实不到位的问题。另一方面是因为我国经济进入新常态,各级财政收入增速明显下降,直接影响到政府卫生投入的增长空间。

因此,考虑到我国政府卫生投入仍然不足的客观现实,仍有必要继续加大政府卫生投入力度和强度,并通过法律制度予以切实保障。同时,在相关医改规划或其他规划文件中,明确各阶段的政府卫生投入目标。但是,由于《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》(以下简称《决定》)中指出,清理规范重点支出同财政收支增幅或生产总值挂钩事项,一般不采取挂钩方式,政府卫生投入占GDP的适宜比重这一目标虽在理论上合理,但在政策实践中面临较大难度。因此,可以综合考虑期望寿命、患病率及死亡率等健康结果指标,构建健康综合指数,并以健康综合指数为因素测算确定未来政府卫生投入的适宜标准(绝对水平),科学合理加大政府卫生投入水平,避免直接出现与财政投入相挂钩的敏感指标。

3.2 财政对基层医疗卫生机构投入力度有待进一步加强,建议继续坚持以基层为重点的财政投入政策

从财政医疗卫生供方投入的功能流向看,用于基层医疗卫生机构的资金占比呈下降趋势。同时,由于医疗卫生服务体制机制尚未完全理顺、基层医疗卫生服务能力有限、人民群众就医观念仍未转变等因素影响,基层健康资源不足依然是一个事实,从卫生总费用核算(机构法)结果看,只有不到15%的医院费用发生在基层医疗卫生机构^[4-5]。全民健康,基础在基层;推进健康中国建设,基层是重点。因此,财政健康投入需要继续坚持“基层为重点”,优化投入结构,投入重点从城市向农村、基层转移,大力支持发展农村卫生和城市社区卫生服务,为建立“以人为本的优质的一体化服务”新模式奠定基础,加强基层健康服务的核心地位。继续加强基层医疗卫生服务能力建设,在加强基层“硬件”建设的同时,重点支持解决基层人才短缺的问题,加强“软件”建设,引导和推进优质健康资源持续下沉,筑牢全民健康服务体系“网底”。

3.3 地方财政投入压力较大,建议明确各级政府卫生投入责任

从中央和地方财政承担的医疗卫生支出责任看,地方财政投入压力较大。2017年,全国财政医疗卫生支出中,地方财政占72.78%,比2013年71.41%上升了1.37个百分点。各级财政和卫生健康部门应积极落实《国务院办公厅关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支

出责任划分改革方案的通知》(国办发〔2018〕67号)的相关要求,进一步明确和量化政府卫生投入职责,合理划分中央和地方支出责任,建立健全事权与财权相匹配的卫生投入体制。一是以服务内容作为责任划分依据,主要考虑卫生服务的受益范围和外溢边界,通过支出责任划分实现外溢成本补偿。二是清晰划分中央和地方财权事权,逐步建立中央、省级投入为主,多级分担的财政卫生投入机制。中央政府和省级政府对落后困难地区加大转移支付倾斜力度。

3.4 地区间不平衡问题突出,建议进一步完善优化转移支付制度

从地区间财政卫生投入的差距来看,地区间差距没有明显缩小,尤其是中部地区,其人均财政卫生投入水平始终低于西部和东部地区,并且部分中部欠发达省份政府卫生支出占财政支出比重已经接近或超过10%,未来继续增加卫生投入的财政空间相对有限。因此,从实现地区间卫生健康事业均衡发展的目标出发,政府卫生投入应充分考虑各地经济发展水平,完善中央及省级转移支付制度。按照各地的人口数量、密度、疾病特点以及财政负担能力等因素,因地制宜地制定转移支付政策,对西部欠发达地区继续加强转移支付力度的同时,要解决中部地区政府投入整体上偏低的问题,促进均衡发展。同时要充分调动地方投入积极性,并利用机制加以保障,缩小地区间差异。还可结合实际探索地区之间的政府卫生投入平衡机制。

参 考 文 献

- [1] 张振忠,王禄生,杨洪伟.中国卫生发展绿皮书:中国卫生费用核算研究报告[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [2] 郭锋,马月丹,万泉.辽宁省政府卫生支出研究[J].中国卫生经济,2012,31(7):40-42.
- [3] 郭锋,张毓辉,万泉,等.2017年中国卫生总费用核算结果与分析[J].中国卫生经济,2019,38(4):5-8.
- [4] 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.
- [5] 郭锋,张毓辉,万泉,等.2015年中国卫生总费用核算结果与分析[J].中国卫生经济,2017,36(4):13-16.

[收稿日期:2019-03-27](编辑:高非,张红丽)