

省以下医卫领域财政事权与支出责任划分

——以浙江医疗资源配置改革为例

胡凤乔¹ 李金珊²

(浙江工商大学,杭州 310018;2.浙江大学,杭州 310058)

内容提要:省域内医疗资源优化配置是省市县三级政府的共同事权。作为深化医药卫生体制改革典型案例的浙江“双下沉、两提升”,在推进中因存在政府间事权与支出责任划分不合理、政府间转移支付缺位、政府财力与支出责任不匹配等问题,改革效率和效果已受到不利影响。从财政事权和支出责任划分的角度,以“双下沉、两提升”为代表的省域内医疗资源优化配置改革应明确省级政府的主要事权,但不宜持续增加省级专项资金规模,加大对各市县的转移支付力度,而是要加强省级财政对困难地区的支出责任,赋予市县政府和医院更多自主权,实现医疗资源配置方式从政府的行政选择向医疗服务供需双方的自主偏好选择的转变。

关键词:浙江医改 医疗资源配置 财政事权 支出责任

中图分类号:F812.4 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-9544(2020)11-0072-08

一、引言

2018年7月,国务院办公厅发布《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》(以下简称国办方案)。次年,各省根据国办方案的基本原则和划分范围,结合地方财政管理制度特色发布了省级方案。省以下医疗卫生领域的财政事权与支出责任划分,是在既有的中央和地方的财政关系格局下,对省域内不同层级政府在医疗卫生管理领域的事权进行划分,明确不同层级财政的支出责任,并通过转移支付来平衡各级政府的财力。目的是实现医疗卫生领域省与市县政府

事权与支出责任相适应,财力与支出责任相匹配,充分发挥财政职能,有绩效地利用财政资金提供优质医疗卫生公共服务。

浙江在省域内实现医疗资源配置优化与基本医疗服务均等化的主要举措是自2013年启动的“双下沉、两提升”医疗改革,旨在通过“城市医院下沉、医学人才下沉”,提升县级医疗卫生机构服务能力和群众就医满意度,改善优质医疗资源配置不均的现状,缓解基层群众“看病难、看病贵”难题。改革实施以来取得了一定成效,浙江省医疗资源依次梯度下沉的格局基本形成,为后续县域医共体工作推进打下了基础。2016年12月,国务院医改领导小组

[收稿日期]2020-09-16

[作者简介]胡凤乔,公共管理学院讲师,浙江大学财税大数据与政策研究中心研究员,主要研究方向为财政绩效研究、自贸区研究;李金珊,公共管理学院教授、博士生导师,浙江大学财税大数据与政策研究中心主任。

发文将浙江“双下沉、两提升”工作作为深化医药卫生体制改革典型案例向全国推广。浙江省结合省管县的财政体制,于2019年12月发布了《浙江省医疗卫生领域财政事权和支出责任划分改革实施方案》。其中,医疗资源配置改革作为医疗卫生体制改革的重要内容,在方案中体现在“能力建设——医疗卫生机构发展建设与改革”板块,按照隶属关系划分事权和支出责任。

但浙江医改行至今日走入了一个困局:政府优化医疗资源配置的核心路径——城市医院和县级医院建立合作办医关系——需要依靠财政持续投入和绩效考核维系。虽然省市县三级财政都在加大投入,城市医院却在“亏本”下沉,县级医院“斥巨资”却买到了不称心的服务,医疗资源和财政资金在公立医院体系内尚未得到有效配置。这种局面的出现与“双下沉、两提升”医疗改革的财政事权和支出责任划分有一定联系。为了让其他省市从浙江医改中吸取经验和教训,有必要对“双下沉、两提升”的工作推进方式及其财政事权和支出责任划分进行分析,发掘其可改进的空间,避免一些不当做法的沿用和推广。

二、财政事权和支出责任划分的理论概述和划分原则

(一)财政事权和支出责任划分理论概述

财政事权和支出责任划分是理顺政府间财政关系的重要命题。在“一级政府一级财政”的多级财政体制下,政府事权通常表述为财政事权。《关于推进中央与地方财政事权和支出责任划分改革的指导意见》(以下简称指导意见)对财政事权的定义是“一级政府应承担的运用财政资金提供基本公共服务的任务和职责”,支出责任则是“政府履行财政事权的支出义务和保障”。合理而明确的事权划分是

①受益原则要求以各种事权支出项目受益对象和范围大小,作为各级政府承担财政支出的划分依据。行动原则要求,凡提供的政府公共服务在行动上要求全国一致,需要统一规划的,属于中央事权;反之,必需根据具体情况,因地制宜,分别进行决策的,属于地方事权。技术原则要求凡是政府活动或公共工程规模巨大,需要一定技术才能完成的项目,其事权应归中央政府,否则归地方政府。转引自王新美,《财政管理与行政管理层级关系的探究》[D],浙江大学。

支出责任和财力划分的基础和原点,有事权才有支出责任,有财力不一定有支出责任。

“事权”作为中国财政理论特有的概念,不仅指政府承担的公共服务供给职责,还包含与之对应的行政权力。按照内容,事权包括公共事务和公共事业的管辖权,以及相应的公共服务活动的决策权、支出项目决定权和资金分配权;而且,鉴于责权的一致性,事权还包含与支出责任对应的支出实施及管理权和具体的资金使用权^①。按照归属,事权可以分为各级政府的独立事权和多级政府的共同事权,后者是划分的重难点。目前,《指导意见》和《国办方案》明确了中央和地方在医疗领域的财政事权和支出责任划分,但省以下因地方财政管理体制比较复杂,各地省级与市县区政府之间的事权和支出责任划分仍不尽规范^②。

我国政府间财政事权与支出责任划分的主要问题表现在三个方面:一是受政府机构设置同构化影响,政府间财政事权划分不清晰,缺乏区分度;二是受政治集权和经济分权的影响,上级政府存在事权下移倾向,导致基层政府承担了较多的支出责任^③;三是受分税制和政府间转移支付制度不完善的影响,地方财政的财力缺乏保障,导致财力与事权和支出责任不匹配。而越是基层的政府,自主性越低,财权和财力越薄弱,政府履行职能的效率和效果越难以得到保障。除上述问题外,经济社会的转型和各类突发性事件的爆发催生了大量的不确定性事权,对政府明确事权范围和事权划分增加了挑战,这要求政府及时处理好与市场的分工和公共部门的内部分工。

(二)财政事权和支出责任的划分原则

1. 财政事权和支出责任划分的基本原则

财政事权和支出责任的划分需要兼顾效率、效果、公平和经济性(政府绩效的“4E”维度)。西方的主流思想是英国学者巴斯特布尔提出的受益原则、行动原则和技术原则^④,前者基于公平,后两者更多基于效率。前财政部部长楼继伟认为,中央与地方间的事权和财力分配应遵循外部性原则、信息处理

的复杂性原则和激励相容原则三个标准^①，其中的激励相容原则为财政事权和支出责任划分增添了经济性维度。体现效果维度的是利益归宿原则，该原则认为如果一项公共服务支出最大限度地有利于贫困落后地区或社会贫困阶层，那么该项支出就不仅仅具有地方性意义，而且拥有了社会财富再分配的意义，因此应该调整为较高级次政府的事权，或至少应由较高级次政府提供资金来源^②。《指导意见》对上述基本原则进行了高度概括，提出了“体现基本公共服务受益范围、兼顾政府职能和行政效率、实现权责利相统一、激励地方政府主动作为、支出责任与财政事权相适应的划分原则”。

除上述规范政府间关系的划分原则，财政事权和支出责任划分还需按照“市场优先”原则划分政府与市场边界，合理确定政府提供公共服务的范围和方式，使市场在资源配置中的决定性作用得到充分发挥^②。

2. 省以下财政事权和支出责任的划分原则

省以下财政事权与支出责任划分，既要遵循财政事权和支出责任划分的基本原则和一般规律，也要有针对性地改善事权、财力和支出责任的错配问题。与中央和地方的财政事权与支出责任划分相比，省以下划分体系的问题更复杂，这—是因为我国政府层级较多，导致省级政府事权下沉空间充裕；二是因为地方财政管理体制不一，导致政府间事权划分规范性不高，省级政府事权划分的随意性较大；三是因为地方政府财力水平差异，导致转移支付机制的协调作用不显。

《指导意见》中提出省以下财政事权和支出责任划分，要“将部分适宜由更高一级政府承担的保持区域内经济社会稳定、促进经济协调发展等基本公共服务职能上移，将适宜由基层政府发挥信息、管理优势的基本公共服务职能下移，并根据省以下

财政事权划分、财政体制及基层政府财力状况，合理确定省以下各级政府的支出责任。”

综上，结合政府绩效的“4E”维度，省以下财政事权和支出责任划分应遵循以下三个原则：原则一，基于公平和效率，决策的影响范围越大（外溢性强）、统筹难度越高（需统一行动），公共服务供给的决策权和资金分配权越应归属更高层级政府；原则二，基于效率和经济性，公共服务的执行管理权和资金使用权应归属管理效率更高、执行成本更低的一级政府；原则三，基于效果和公平，受益程度与提供资金的比例应呈正比，但若因为地方财力有限无法充足提供公共服务而导致社会整体福利受损，事权和支出责任应向较高层级的政府转移。

三、浙江省医疗资源优化配置改革实践

（一）浙江“双下沉、两提升”的工作推进方式

“双下沉、两提升”的参与主体包括省、市、县三级的政府和公立医院，通过行政手段与市场机制并举的方式推进工作。在具体的推进过程中以行政推动为主，是由省级政府自上而下推动的优质城市医疗资源下沉。“双下沉”工作的决策权和省级资金的分配权由省级政府掌握，具体规则和考核标准均由省级部门制定，市、县级卫健部门和各级公立医院负责落实。在省级和市级层面，政府限制城市三甲医院扩张建设，同时推进城市三甲医院通过全面托管、重点托管、专科托管等方式进行医疗资源下沉，加强与县级医院的合作办医。考虑到城市医院的下沉成本和损失，省财政设立“双下沉、两提升”省级专项资金进行成本补偿及绩效奖励，并通过量化评价指标、明确效果指数，由第三方会计事务所进行年度考核，根据考核结果对城市医院和县级医院结算财政补助。

为调动城市医院下沉积极性，“双下沉”工作的推进辅之以市场机制。由县级政府出面与省市级城市医院签订合同，以不低于托管医院业务总收入的3%或固定金额作为合作托管费。按照省级政策规定托管费应由县级政府支付，即省级政府对地方的部分“双下沉”资金使用权进行了限定。

^①外部性原则，即若一项事权的外部性是跨区域的，应该在更高的区域级别上管理；信息处理的复杂性原则，即越可能造成信息不对称的事项，越应让更熟悉基层事务地方管理；激励相容原则，即要设计一种制度，让所有参与者即使按照自己的利益去运作，也能导致整体利益最大化。引自楼继伟，中国政府间财政关系再思考[M]，中国财政经济出版社，2013。

^②参见《关于推进中央与地方财政事权和支出责任划分改革的指导意见》（国发〔2016〕49号）。

(二)浙江“双下沉、两提升”的事权划分

根据事权和支出责任划分的原则,“双下沉、两提升”应为省、市、县三级政府的共同事权。基于原则一,考虑到“双下沉、两提升”工作的影响范围、统筹协调难度,省级政府应承担省域范围内医疗资源优化配置的主要事权,浙江在具体工作中主要表现为以行政力量为主导的自上而下推动,由省级政府实行决策权、资金分配和绩效考核权。基于原则二,考虑到地方更熟悉本地医疗市场供需信息,市、县级政府应承担协调下沉资源和本地需求的资源配置事权,主要表现为“双下沉”政策执行和对同级公立医院的管理权,这从各地有托管模式选择权(三选一)和独立签约权可以佐证。基于原则三,考虑到地方医疗服务体系和基层患者能够从“双下沉、两提升”中受益,作为办医主体的地方政府需因此承担相应的支出责任;但改善县级医院服务能力也有助于解决省域范围内医疗资源配置不均的问题,缓解基层群众“看病难、看病贵”更具有社会财富再分配意义,省级政府应为此承担主要事权,尤其是对于经济困难地区;且对于市、县级政府和各级公立医院来说,“双下沉”工作是常规事权之外的政策任务,省政府在下达任务的同时也应该考虑与之相应

的资金保障问题。这些都在“双下沉、两提升”专项资金分配和转移支付设计中有一定的体现。

(三)浙江“双下沉、两提升”财政资金的支出情况

1.省级财政支出情况

为了将“双下沉、两提升”工作落到实处、建立长效机制,从2013年起,浙江省级财政每年安排专项资金约2亿元,用于支持开展优质医疗资源下沉的省级医院和基层医院。“双下沉、两提升”省级专项资金的管理办法和考核办法在2017年进行了更新。在此前的“优质医疗资源下沉”阶段(2013-2016年),专项资金管理是按照全面和专科2种合作办医模式,向省级和县级医院发放一次性补助^①。

2017年开始,双下沉专项资金由省级下沉医院专项资金、被下沉医院专项资金和市级医院激励奖补三部分组成。对省级下沉医院和被下沉医院,当年按分类补助标准(见表1)预拨,次年按绩效考核结果结算补助^②。结算补助与预拨分类补助的差额由省财政扣回。对开展“双下沉、两提升”工作的市级三甲医院,考核得分在市级下沉医院中排名位于前三分之一的,自2018年起省财政给予激励奖补。

表1 双下沉医院分类预补助标准

下沉合作办医类型	省级下沉医院预补助标准 (可累加)	被下沉医院预补助标准(不可累加)	
		一类地区	二类地区
全面托管	400万元/家	500万元/家	200万元/家
重点托管	220万元/家	300万元/家	100万元/家
专科托管	50万元/家	100万元/家	50万元/家

注:一类地区包括26个加快发展县(市、区)和金华市婺城区、兰溪市、台州市黄岩区。

近几年,虽然浙江全省合作办医的范围不断扩大,但省级专项资金规模并未显著增加(见表2)。2017年与2016年相比,被下沉医院数量将近翻倍但补助金额基本不变,15家省级下沉医院的补助金额甚至有所下降,这是因为2016年及以前依据

2014年的补助标准发放一次性补助;2017年开始,按照更新后的当年预拨+次年考核结算的方式补助,但因2017年的考核结果不太理想,结算后的补助金额普遍减少。2018年考核成绩改善后,结算后的补助金额有所回升。

^①按照全面(350万元/家)和专科(200万元/家)2种合作模式发放一次性补助,若一家省级医院与多家被下沉医院合作办医的,其补助金额累加计算。政策依据为:《关于印发浙江省省级医院优质医疗资源下沉财政专项资金管理暂行办法的通知》(浙财社[2014]142号),已废止。

^②结算标准为优秀100%,良好80%,合格60%,不合格50%。优秀、良好、合格分别按考核得分在60分以上单位的30%、40%、30%(按考核得分从高到低排序)确定,考核得分在60分以下为不合格。

表 2 2016 年-2018 年省级“双下沉”专项资金实际收到补助金额

年份	15 家省级医院补助(万元)	市县医院补助	
		转移支付金额(万元)	补助医院数量(个)
2016	12150	11800	51
2017	7576	11857	93
2018	10519	13255	90

2. 市县级财政支出情况

除了省级补助资金,参与双下沉工作的医院还会收到来自市县财政的资金支持,资金规模大于省级财政补助且增加显著(见表 3)。例如,县级医院 2017 年共计收到地方财政下沉专项补助资金 23333.32 万元,是省级补助的近 2 倍;2018 年共计

收到地方财政补助 40800.28 万元,是省级补助的近 3 倍。省级医院也会通过收取托管费的方式从县级财政或县级医院获得成本补偿。例如,2017 年,15 家省级医院收到托管费 19176.67 万元,是当年收到的省级补助金额的近 3 倍。

表 3 2017 年-2018 年“双下沉、两提升”省级和地方财政补助与托管费金额

年份	省级医院(15 家)		市县级医院(2017 年 93 家,2018 年 90 家)	
	省级补助(万元)	托管费收入(万元)	省级补助结算(万元)	地方补助(万元)
2017	7576.00	19176.67	11857.06	23333.32
2018	10518.63	21613.85	13255.00	40800.28

根据 2018 年的合作办医名单可以发现,省级医院下沉覆盖了 42 个县(区)的 45 个县级医院,市级医院下沉覆盖了 33 个县(区)的 45 个县级医院,市级医院承担了半数的下沉任务。而根据省级专项资金管理办法,参与双下沉工作的市级医院并无省级直补资金。这意味着相应的支出责任落在了各市级财政上。例如,2018 年,湖州、嘉兴、宁波、台州、舟山等市的 19 家市级医院收到地方财政下沉专项补助资金 2991 万元。此外,市级下沉医院在托管费上多有减免和返还,相应的资金缺口由同级财政或医院自行承担,市级财政还会在“双下沉、两提升”政策体系外开展与县级医院的合作办医并予以资金支持。以杭州第七人民医院与建德第四人民医院的合作办医为例,2017 年建德四院“双下沉、两提升”年度考核成绩为合格,仅获得省级补助资金 18 万元,杭州七院未向其收取托管费。杭州市政府在二者现有合作办医基础上,在“双下沉”框架外建设杭州市第七人民医院浙西院区,投资规模达 2.65 亿。

3. 财政资金的归宿

从财政资金归宿来看,城市医院是主要的资金

归宿,因其不但获得了省市级财政的补助,还获得了来自县级财政的托管费。其中,省级医院是最大的受益方,约半数的“双下沉、两提升”省级财政专项(见表 2)会通过省卫健委部门预算的渠道下拨至 15 家省级医院。而市级医院并无省级直补。省级财政补助的最终流向主要是下沉人员劳务费,用以支付下沉人员的劳动报酬(见表 4)。例如,2017 年,15 家省级医院的省级补助资金支出共计 7435.24 万元,其中用于支付下派专家劳务费 7291.27 万元,占比达 98%。“双下沉、两提升”的省级财政资金主要被用于发放劳务费是因为现行的财政补偿机制,政府在进行成本分析时,主要将下沉人员的人员支出以及其他可见的付现成本作为考量,并未计算资源下沉的机会成本和资源重置成本。

县级医院获得的地方财政补助的大部分会被用于支付托管费(见表 4),弥补城市医院因下沉人员而造成事业收入损失。但在部分财政财力比较困难的地区存在由医院承担托管费的情况,而且高昂的托管费在一些地区引起了当地政府和医院的不满。县级医院获得的省级财政补助本应该用于医

院学科建设、人才队伍建设、医疗设备配置、信息化建设等医疗服务能力提升方面,但 2017、2018 年度第三方考核均发现,县级医院存在双下沉补助资金

使用违规的情况,主要用于支付托管费、下沉人员劳务费和交通食宿支出。

表 4 2017 年-2018 年“双下沉、两提升”省级和县级医院支出情况

年份		省级医院		县级医院		
		总支出	专家劳务费	总支出	托管费	专家劳务费
2017	金额(万元)	7435.24	7291.27	32439.55	19274.18	1591.66
	占比	/	98%	/	59%	5%
2018	金额(万元)	9888.28	9888.00	42768.36	23195.91	1415.36
	占比	/	99%	/	54%	3%

四、浙江省域内医疗资源配置改革事权和支出责任划分的问题

(一) 按机构隶属划分改革事权导致支出责任下移

根据政策文本解读可知,“双下沉、两提升”政策初衷是通过不断推进城市优质医疗资源下沉,促进优质医疗资源的有效配置,加强县域医疗服务能力建设,有效提升医疗服务体系整体能力,逐步缓解基层群众“看病难、看病贵”问题。这其中既有优化全省医疗资源配置的事权,也有提升基层医疗服务能力的事权。这与各级政府保障本级医疗卫生机构的服务供给能力的事权应该是有交叉但不重合的。“双下沉、两提升”省级财政专项资金管理办法第十一条对此明确指出“被下沉医院专项补助由当地财政部门会同卫生计生部门统筹安排,不得抵顶同级政府履行政府卫生投入责任安排的公立医院补助”。这表明县级政府承担的“双下沉、两提升”的事权和支出责任与政府卫生投入的事权和支出责任不相同。

在浙江省医疗卫生领域财政事权和支出责任划分方案中,“双下沉、两提升”被归类在能力建设^①中的医疗卫生机构改革和发展建设模块,事权和支出责任划分方式为“机构隶属省级的,为省级财政事权,由省级财政承担支出责任;机构隶属市县的,为市县财政事权,由市县财政承担支出责任,在深

化医药卫生体制改革期间,中央、省级财政对市县按规定给予补助”^②。这种按照机构隶属关系的划分方式,着重强调了各级政府对本级公立医院能力建设的事权,并在一定程度上与政府卫生投入的事权做同一处理,却未对优化全省医疗资源配置的改革事权进行合理划分。“双下沉、两提升”的政策核心正是优化全省医疗资源配置,基于原则一和原则三,省级政府应为此承担主要事权,并对市县以转移支付的方式承担相应的支出责任。但对比省市县三级的财政支出情况可以发现,市县级财政反而承担了较大的支出责任。这是因为省级政府优化医疗资源配置的部分事权被当作医院能力建设的事权下移到市、县两级政府,支出责任因机构隶属关系也随之下移。

(二) 政府间转移支付不足以支撑工作的有效推进

“双下沉、两提升”推进过程中,省市两级政府间因医疗资源配置优化改革的事权划分不清,导致政府间转移支付存在缺位。在浙江省管县财政体制下,市级财政对县级医疗资源配置改革和医疗机构建设发展并无支出责任。因此,承担了全省半数“双下沉、两提升”任务的市级财政和医院应该获得省级财政的转移支付。但因“双下沉、两提升”财政事权和支出责任划分采用了按照机构隶属关系的划分方式,市级医院一直无法获得省级资金直补。虽然从 2018 年开始,省级财政会对考核得分在市级下沉医院中排名位于前三分之一的给予激励奖补。但根据目前参与“双下沉”工作的市级医院数量(共

^①根据国办方案和省级方案,医疗卫生领域财政事权主要包括公共卫生、医疗保障、计划生育、能力建设四个方面。

^②参见浙江省人民政府办公厅《关于印发浙江省医疗卫生领域财政事权和支出责任划分改革实施方案的通知》(浙政办发〔2019〕66号)

29家,三分之一约为10家)计算^①,省级专项每年对市级医院的奖补金额总计仅约为1600万元,与市级财政为此承担的事权和支出责任相比难以体现激励性和补偿性。

省级和县级政府间的转移支付则因补助规则设计存在碎片化问题。由表3可以发现,2016年-2018年,获得省级补助的县级医院数量翻了一倍,但实际获得的补助金额总量只增长了47%,每个县级医院能够获得的省级补助金额在下降。这—是因为浙江选择了全省覆盖的补助方式,二是因为县级医院只能按合作类型最高补助标准确定该地区分类补助金额,补助资金不累加计算。这种转移支付方式导致每个县最高只可能获得500万的省级补助(见表1),如果一个县的被下沉医院越多,每个医院可获得的省级补助就越少。这一方面挫伤了县级政府扩大合作办医范围的积极性,另一方面形成了省级补助在县级的碎片化,县级医院获得感不明显,难以发挥补助的激励作用。省级“双下沉、两提升”补助转移支付少、考核要求高、使用限制多也为县级医院消极应对工作和违规使用省级补助理下了隐患。

(三)政府财力与支出责任不匹配

省级财政在“双下沉、两提升”专项资金预算安排上多年维持在2-3亿左右的水平。其中,1亿多分配至15家省级医院,另外1亿多由所有被下沉医院分享。由表2和表3可以发现,不仅县级医院能从省级专项获得的资金支持力度在减弱,在对县级医院的补助上省级和县级投入的差距还在进一步拉大。这主要是因为县级财政因需支付托管费而承担着较为刚性且会不断增长的支出责任。根据浙卫发〔2017〕11号文件规定,被下沉医院支付的托管费应由县级财政承担,托管费应不低于医院营收的3%。而医院营收增长又是“双下沉、两提升”工作的绩效考核指标。因此,县级医院面临增收的考核压力,县级财政承担托管费刚性增长的支出责任。这对财政收入较好的地区来说尚在财力保障范围内,但经济困难地区的县级医院却容易陷入“底子差,营收困难→城市医院下沉热情不高,增收困难→考

核绩效差→能拿到的省级补贴少→医院能力无改善”的负面循环。经济困难地区的政府在自身财力不足和转移支付有限的情况下也难以保障支出责任。据第三方考核发现,欠发达地区也确实存在因财政困难无法落实相关支出责任,而需由县级医院自行承担托管费的现象,这进一步加剧了县级医院的财务困难,也与“双下沉、两提升”的政策初衷相悖。

基层的尤其是经济困难地区的公共医疗卫生服务如果供给不足,将不利于改善生活质量、消除贫困,进而也会影响浙江省的社会总体福利。根据事权和支出责任划分的利益归宿原则,省级政府应对此承担更多的事权和支出责任。浙江省虽然在省级专项资金补助中对一类地区有所倾斜,也提出“省级医院要把26个加快发展县作为资源下沉的重点”,但“双下沉、两提升”所有县(市、区)全覆盖“撒胡椒面式”的补助方式,拉低了省级财政专项资金对“双下沉”工作的实际贡献率。

五、省域内医疗资源配置改革事权和支出责任划分的改进思路

(一)短期改进思路:省级财政应对困难地区承担更多的支出责任

医疗领域财政事权和支出责任划分的国办方案提出“要明确省级政府在推进区域内基本公共服务均等化方面的职责,加大对区域内困难地区的转移支付力度。要将适宜由更高一级政府承担的基本医疗卫生服务支出责任上移,避免过多增加基层政府支出压力”。以“双下沉、两提升”为代表的医疗改革,旨在通过推动城市优质医疗资源梯度下沉改变省内医疗资源配置失衡现状,缓解县级公立医院和基层医疗卫生机构人才短缺、服务能力薄弱等问题。这类涉及基本公共服务均等化和省域内资源配置的改革,省级政府应承担主要事权和相应的支出责任。但这并不意味省级财政要持续增加专项资金预算,继续扩大补助覆盖范围,而是要聚焦重点、精准下沉,优化转移支付方式。

以浙江为例,“双下沉、两提升”可对现行的省级专项资金全覆盖的政策加以修订,梳理和调整现有的合作办医关系,聚焦重点地区、重点专科,重点

^①奖励标准为:(1)第一、第二名的,每家奖励300万元;(2)第三、第四名的,每家奖励200万元;(3)其余前三分之一的医院,每家奖励100万元。

倾斜医疗资源配置相对不足,且地方财政财力较弱的加快发展县和交通相对不便的山区海岛地区。对下沉资源到这些地区的城市医院(含社会办医院),应以省级财政资金为主、地方财政为辅进行成本补偿,全面考量下沉成本,避免由于下沉活动给经济困难地区的财政和医疗机构带来额外的经济负担。同时,辅之以财政资金、医疗资源的“投入—产出”为主要维度的绩效考核,对财政资金和医疗资源的使用效率进行约束,避免资源浪费的风险。

(二)长期改进思路:改变政府履职和财政支出的方式

我国医疗资源分配不均的根源是行政力量支持下的城市公立医院对公共医疗这个准公共品的供给垄断,以及其产生的虹吸效应。浙江的“双下沉、两提升”医疗改革,是通过行政主导下的城市医院与县级医院建立相对紧密的合作办医关系,使稀缺的医疗资源能够在公立医院体系内向基层流动。这项改革虽然使浙江在较短的时间内形成了医疗资源依次梯度下沉的格局,但并未从根本上改变医疗资源配置不均的格局,省市县三级财政资金的补偿和激励效果不明显,政府行政主导下的合作办医依靠考核在维持。解决这个困境的出路并非继续加大财政的支出力度或完善考核体系,在自上而下行政推动“双下沉、两提升”的路上越走越远,而是可以改变政府履职和财政支出方式。公共医疗服务供给方式要从政府的行政选择向医疗服务供需双方的自主偏好选择转变。

浙江的实践证明了合作办医是有效的优化医疗资源配置改革路径。在这个基本判断下,政府今后应处理好与市场的分工,利用市场机制鼓励各类合作办医,尤其是社会办医疗机构与公立医院的合作办医,并为此提供良好的政策环境。政府还应处理好公共部门的内部分工,既包括省以下各级政府的事权划分,还包括政府和公立医院之间的责权分配。省级政府需要承担优化省域内医疗资源配置的主要事权,但工作的重心不再是指定托管模式和下放考核任务,而是在分级诊疗体系建设、人事制度、医保政策等方面深化改革。与省级政府相比,地方政府和医院更容易获得本地医疗服务市场的供需

信息,在推动合作办医的方式选择上可享有更大的自主权。医疗资源市场化程度较高的地区,合作办医可尝试向公立医院体系外和省外突破,由合作医院各方自行签约,自行确定合作方式和托管费用,自行进行合作办医绩效考核。各级政府各自的事权范围内予以财政支持,例如,同级财政可在人员定向培养、设备购置和共享、地方重点专科建设等方面,省级财政可在全省医疗信息化平台建设、多点执业等方面进行补助,保证各类医院在软件和硬件的可及性和升级方面的机会公平。

为发挥财政的激励作用,省级财政可以对所有参与优质医疗资源下沉的医院,不限公立医院或社会办医院,不限“政治任务”或自主合作,以主动申报、第三方综合评价的方式,以患者满意度和合作办医效果为主要维度进行绩效评价,根据绩效评价结果颁发荣誉和奖金。

浙江的实践启示我们,以优化全省医疗资源配置为目标的医疗改革,省级政府虽应承担主要事权,实现方式却不宜采用行政力量主导的合作办医和全覆盖的方式。一方面,这种全省自上而下的推进方式对省级财政的支出责任有较高的要求,力有不逮便会变成“撒胡椒面”。另一方面,医疗资源政策性分配占主导会挤压自主合作和创新的空间,还会加高公立医院的围墙,反而不利于医疗资源的优化配置。

参考文献:

- [1] 张晋武.中国政府间收支权责配置原则的再认识[J]. 贸易经济, 2010, 000(006): 46-51.
- [2] 安徽省财政科学研究所课题组.省以下财政事权和支出责任划分改革研究——以安徽省为例[J]. 经济研究参考, 2018(53): 21-28.
- [3] 李齐云, 马万里.中国式财政分权体制下政府间财力与事权匹配研究[J]. 理论学刊, 2012(11): 38-43.
- [4] 郭家虎, 崔文娟.财政合理分权与县乡财政解困[J]. 中央财经大学学报, 2004(09): 14-18.
- [5] 王新美.财政管理与行政管理层级关系的探究[D]. 浙江大学, 2009.
- [6] 楼继伟.中国政府间财政关系再思考[M]. 中国财政经济出版社, 2013.

【责任编辑 王东伟】