

# 合理配置资源 实现公共卫生服务均等化

■ 徐 涛

近年来,为解决广大群众“看病难、看病贵”问题,我国不断完善公共卫生体系,加强重大疾病防治,推进城乡基本医疗服务体系建设,全面实施新型农村合作医疗制度,卫生事业快速发展。但是基层公共卫生服务仍然存在农村妇幼保健水平较低,农村地区基础卫生条件落后,城乡公共卫生资源配置差距较大等问题,应合理配置资源,实现公共卫生服务均等化。

## 一、我国基层公共卫生服务现状

农村妇幼保健水平较低,城乡差距较大。从妇幼保健水平来看,虽然城乡都有不同程度的提高,但是城乡之间的差距仍然很大,有的指标还在进一步扩

大。2007年,农村孕产妇死亡率是城市的1.64倍;5岁以下儿童死亡率是城市的2.42倍,2008年这一指标扩大为2.87倍;2007年农村新生儿死亡率是城市的2.33倍,2008年扩大为2.46倍。

农村地区基础卫生条件落后。自来水普及率和卫生厕所普及率是衡量一个地区基础卫生条件的基本指标。截至2008年底,我国农村自来水普及率为65.5%,农村卫生厕所普及率为59.7%。另外,农村地区基础卫生条件地区差异大。2007年全国农村饮用自来水人口占农村人口的平均比率为62.7%,上海为100%,北京为99.4%,而安徽仅为35.2%,内蒙古为32.9%。2007年全国农村卫生厕所的普及率为57.0%,上海为95.8%,天津为88.6%,北京为66.5%,而贵州仅为30.0%,河北为

44.4%。这些说明我国农村地区的卫生条件还比较落后,发达地区与不发达地区的农村基础卫生条件差距较大。

城乡公共卫生资源配置不均。近几年,我国卫生事业从业人员总量逐步提高,2008年末,全国卫生从业人员616.9万人,乡村医生和卫生员93.8万人。但是城乡之间卫生技术人员的配置差距较大,2008年全国每千人口卫生技术人员人数为3.80,市级这一指标为5.57,而县仅为2.21,市是县的2.52倍;每千人口执业(助理)医师市级为2.28,而县仅为0.94,市是县的2.43倍;每千人口注册护士人数市级为1.99,而县仅为0.58,市是县的3.43倍。另外,基层医疗卫生体系建设滞后于城市。2007年,每千人口医院和卫生院床位数市级是3.80张,县级仅为1.58张,而每千农

“小金库”问题的发生。二是强化国有资产经营预算管理。建立从资产形成、配置、使用、产权变更到处置全过程管理的行政事业资产监控体系,严格执行国有资产收益“收支两条线”管理规定;认真清理对行政事业单位闲置办公用房等经营性资产,实行集中管理经营,以切断“小金库”的资金来源。三是完善监督检查机制。特别是要着重加强财政监督检查机制建设,实行财政日常管理信息系统与监督检查系

统的端口对接,突出事前事中监督检查,建立贯穿财政资金运行全过程、覆盖财政资金活动全方位的新型财政监督机制。

第三,加大打击力度,使其不敢。一是严格执法执纪,财政、审计、纪检、监察、银行、税务、司法等有关职能部门要协调配合,建立和完善信息共享机制,经常互通监督情报,发挥各个监督部门的作用,形成合力。一经查出,要按照相关法规政策严肃查处,

决不姑息迁就。二是以“制约权力”为核心,不断加大、完善对部门和单位领导的监督管理,让权力在阳光下运行。三是完善群众举报制度。设立并公布举报电话、制作举报信箱,注意发挥网络举报作用。建立完善举报登记、查处督办、保密规则和举报奖励制度。

(作者:安徽省淮南市治理“小金库”工作办公室)

责任编辑 常嘉

业人口乡镇卫生院床位数只有0.85张，市级是县级的2.41倍，是乡镇的4.47倍。我国基层公共卫生资源的配置与城市之间仍然存在极大的不均衡。

## 二、我国公共卫生支出存在的问题

经济发展水平与财力差异导致公共卫生支出的不均衡。随着我国地方经济发展差距和地方财政能力差距的扩大，区域间公共卫生支出水平差距也在不断扩大，即便是同一个省份，这种差距仍然明显。例如：江西省丰城市公共卫生支出占财政支出的比重为6.37%，而南昌市红谷滩区这一比重仅为0.55%，相差10倍左右。一般情况下，经济发达地区的财政能力强，政府有能力提供较多的公共卫生支出，而经济不发达地区，尤其是农村地区的财政能力较弱，政府在公共卫生方面的投入就较少，致使该地区的公共卫生水平相对较低。

公共卫生财政的分权化改革导致财权层层上收而事权层层下放。1994年中央与地方分税制改革后，省、市两级也采取与县、乡政府分税来集中财力。而同时，将支出责任尽可能向县乡转移。由此产生了财政收入上移，支出责任下放，县乡财政缺乏必要自主权的状况。县乡政府疲于应付“吃饭”的需要，无力保障公共产品的提供和社会管理的有效施行，导致农村公共产品供给的匮乏。加之，长期以来我国行政体制只关注权限大小的区分，而不重视事权范围的分工，县乡政府本应突出的公共服务和社会管理职能往往被其他职能所淹没或弱化。公共卫生方面，大部分地区的公共卫生责任集中在县和乡镇。2003—2006年地方政府承担了公共卫生总支出的97%左右，而在地方卫生支出中由县级政府提供的公共卫生支出比例大约为51%—56%，也就是说，2003—2006

年县级政府承担的卫生支出占国家卫生总支出的49.5%—55.9%。县级政府财力弱，责任重，在各地经济发展水平和财政收入水平差异较大的情况下，必然导致各地区公共卫生支出水平存在较大差异。

县级政府职能转变不到位。维护本地的社会稳定和实现社会、经济事业协调发展以及提供良好的公共服务(包括公共卫生服务)是地方(县级)政府的最基本职责，但是目前各地无一不把经济建设放在首位。自改革开放以来，各级地方政府想法设法促进本地经济发展，发展地区经济的愿望非常强烈，同时地方政府之间的横向竞争日趋激烈，而且地方政府主要负责人的任命制、5年的任期制和以GDP增长为主要内容的考核机制使得地方短期行为盛行，最终导致地方经济发展与公共服务提供不协调甚至相违背。

公共卫生转移支付结构存在缺陷。专项转移支付一般都是配套补助，要求地方政府拿出一定比例的配套资金，客观上加重了地方政府，尤其是一些县级政府的财政负担。“基数法”核算的税收返还作为规模最大的转移支付形式，未能发挥它在协调区域经济发展中的作用，反而扩大了各地区间财政收入能力和基本公共服务水平的相对差距。采用“因素法”确定的一般性转移支付能够弥补财政实力薄弱地区的财力缺口，均衡地区间财力差距，实现地区间公共服务的均等化，更具规范性和合理性，但规模相对较小，没能发挥其功用。

## 三、公共卫生支出未来改革的方向

合理划分各级政府公共卫生的事权和财权。从公共财政的要求来看，公共卫生事业发展的资金来源主要是各级政府的财政预算，而从我国目前财政

的现状来看，大规模提高政府公共卫生支出是不现实的。这就需要在适当增加公共卫生支出总规模的前提下，合理划分各级政府公共卫生的事权和财权。为实现公共卫生服务均等化，在具体实践过程中，应按照全国性公共品和地方性公共品的划分，明确中央政府和各级地方政府的职责范围，中央政府主要负责基本卫生服务和全国性的基本政策研究制订、宏观管理和公共卫生事件处理。省级政府应承担地方性疾病和传染病预防；组织并提高医疗保险的统筹层次，促使目前县(市)级统筹尽快上升到省级统筹，扩大医疗保险的覆盖面。县级政府则应把精力集中在管理和协调好本地区的卫生事宜，承担本地区范围内的疾病控制、社区卫生服务、初级卫生保健等，并负责乡镇卫生院的日常经费保障。

建立以中央财政和省级财政为主导，以县乡财政为辅助的公共卫生财政支出体系。根据我国的实际情况，参照世界其他国家的经验，中央、省、县各级政府的划分比例可调整为中央政府提供全部公共卫生支出的10%—15%左右，省政府负担50%左右，县政府负担30%—40%左右。把全部公共卫生服务项目按照从基本到特需进行划分，越是基本的项目(如计划免疫等)，其管理级次应越高，可由中央或省级财政承担；越是特需的项目，其管理级次应越低，可考虑县级财政承担。在目前政府投入无力覆盖全部公共卫生事业的情况下，政府的投入应确保提供基本的公共卫生服务。

完善转移支付制度，解决公共卫生支出的地区差异。我国现行的转移支付制度，是随着分税制财政管理体制改革逐步建立起来的。从结构上看，专项转移支付比例较大，而真正具有均等化作用的一般性转移支付规模较小。随着政府间支出责任的合理划分，在中央政府

对地方政府财政行为监管较为完备和有效的前提下,应逐步加大一般性转移支付力度。我国实行的是“地方政府负责、分级管理、以县为主”的公共卫生管理体制,县级政府主要负责安排人员经费和业务经费,尤其是实行“乡镇卫生院上划县管”以来,原来由乡镇负责的人员经费转移到了县级财政,这在一定程度上减轻了乡镇政府的负担。考虑到部分贫困地区由于财力困难无力负担公共卫生基本建设费用,可由中央政府通过专项转移支付给与资金补助。在明确县级政府公共卫生支出责任的前提下,县级政府公共卫生财力不足部分,分别由中央、省、地市三级政府提供公共卫生的专项补助。中央财政通过专项转移支付对困难地区的重大传染病、地方病和

职业病的预防控制等公共卫生项目给予补助,建立和完善突发公共卫生事件医疗救治体系、疾病信息网络体系、卫生执法监督体系及加强重点疾病防治等,并基本建成覆盖省、市、县三级的疾病预防控制体系,缩小公共卫生支出的城乡差别。

改革预算体制,提高公共卫生支出效率。长期以来,由于计划经济体制的影响,卫生部门存在着资源短缺与浪费并存的现象,即一方面政府财政对卫生事业投入不足,另一方面卫生经济领域又存在管理落后、资源浪费的问题。为此,需要改革预算办法,实行零基预算法。预算定额或预算补助的确定,既要充分考虑预算内财力的承受能力,又要结合单位本身的收

支情况和经费使用效益,使预算分配与单位收入及经费使用效益有机地联系起来,调整支出结构,提高使用效益,促进卫生经济资源的合理配置和有效利用。此外,把人员经费从事业经费中分离出去,事业经费的分配不以人员、床位为依据,而以任务为依据,实行项目管理。同时,专项拨款也实行项目管理,单位的预算是根据新年度单位的业务特性、工作任务、工作绩效、收支状况等因素综合考虑的,使预算基数核定依据更科学合理,从而在预算分配机制上调动单位的积极性,实现预算资金分配的合理与公平,提高卫生事业单位工作效益。

(作者单位:清华大学)

责任编辑 张蕊

## 知识卡片

# 魁奈第一次尝试宏观经济分析

弗朗索瓦·魁奈(1694—1774年),法国古典经济学奠基人之一,重农学派创始人。

魁奈出生于一个地主兼律师家庭,12岁开始学医,16岁做外科医师的学徒,24岁做外科医生,获医学博士学位。35岁时被任命为路易十五的宫廷医师,并被封为贵族。一生研究过化学、植物学、数学、哲学等,60岁左右开始研究经济学。先后发表了《农民论》、《谷物论》、《人口论》、《赋税论》和《经济表》。

魁奈的《经济表》是古典经济学家宏观经济分析的第一次天才尝试,马克思给以高度评价:“这个尝试是在18世纪30至60年代政治经济学幼年时期做出的,这是一个极有天才的思想,毫无疑问是政治经济学至今所提出的一切思想中最有天才的思想。”《经济表》的主要创见:第一,运用抽象法。魁奈对再生产过程进行抽象分析所假定的若干前提条件,撇开了一些具体而复杂的外在联系,使分析能反映社会再生产过程的内在联系和本质,这是他在分析方法上的独创。第二,《经济表》的出发点是每年从土地上生产的总产品,正确地分析了简单再生产的基础。第三,魁奈把资本的整个生产过程看成是再生产过程,流通只是再生产的形式,货币流通只是资本流通的要素,是为再生产过程服务的,受生产制约。第四,魁奈将社会生产分为农业和工业,具有科学意义,研究社会再生产问题,实际上是考察社会生产各部门包括农业和工业之间的相互关系。

魁奈以其经济理论为基础,提出了治理法国经济的政策主张。第一,发展大农业经济,实际上是发展资本主义大农业生产。第二,整顿税收。他主张废除其他赋税,只向土地所有者阶级征收单一地租税。实行单一税,可以简化税制,降低征税成本,这有利于发展资本主义生产。第三,改革贸易政策。魁奈主张对内取消商品流通的限制,对外实行自由贸易。他认为只有自由竞争、自由贸易才符合“自然秩序”,一切垄断、限制和政府干预都是违反“自然秩序”的。他强调国家政权的职能是保护私有制,而不是干预经济生活,私有制的安全是社会经济秩序的基础。

(金季)