

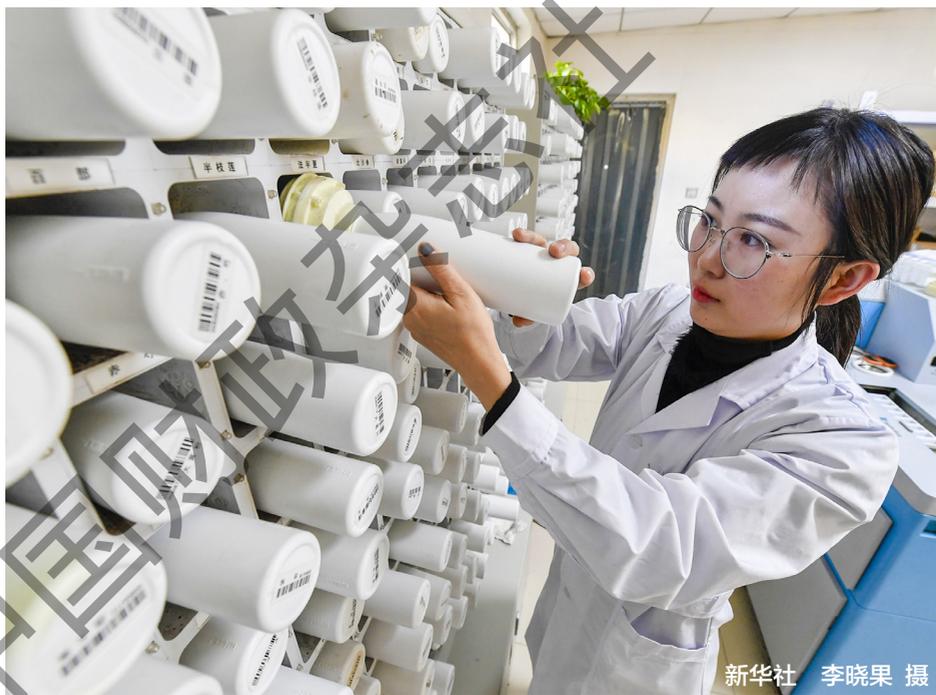
广东：稳步推进医疗卫生领域省以下财政事权与支出责任改革

广东省财政厅

按照中央有关省级政府合理划分医疗卫生领域省以下各级政府的财政事权和支出责任部署要求，广东积极探索，深入研究改革举措，坚持“划分更科学、财政可持续、权责相统一、促区域均衡、强省级责任”，明晰省以下各级政府的财政事权和支出责任，推动形成权责清晰、财力协调、标准合理、保障有力的医疗卫生制度体系和保障机制，取得初步成效。

明确界定范围层级，确定四方面11项事权内容

广东对标中央要求，体现本地实际，对医疗卫生领域事权进行梳理，进一步推进项目优化整合，将事权主要内容明确为公共卫生、医疗保障、计划生育、能力建设等四个方面11项，与中央提出事权相比，减少了只在中西部地区实施的计划生育“少生快富”补助及上划为中央财政事权的重大公共卫生服务两项事权，增加了地方公共卫生服务事权，包括国家明确的重大公共卫生服务未能覆盖的传染病、慢性病防控，以及省委、省政府已明确实施但未纳入基本公共卫生服务和重大公共卫生服务的公共卫生服务工作。11个事项当中，基本公共卫生服务、城乡居民基本医疗保险补助

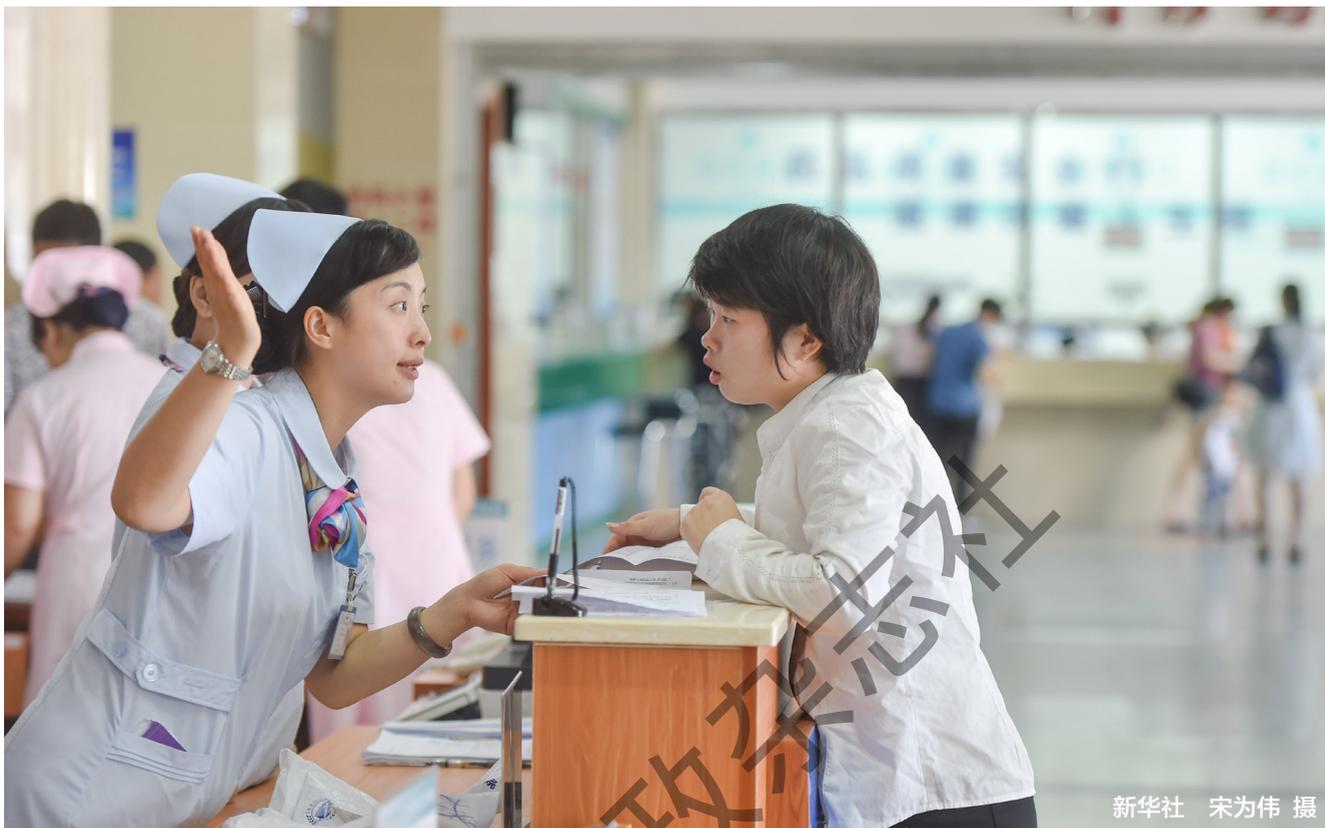


新华社 李晓果 摄

等8项事权，明确为省级与市县共同财政事权；医疗卫生机构改革和发展建设等3项事权，按照隶属关系分别明确为省级或市县财政事权；其他未列事项，按照改革的总体要求，结合事项特点具体确定财政事权和支出责任。

合理确定保障标准，落实到位可再提标

广东按照“既尽力而为、又量力而行”的原则，充分考虑区域间基本医疗卫生服务的公平性、当地经济社会发展水平和财政承受能力，实事求是、客观实际地确定保障标准，在不超越经济社会发展阶段的前提下



新华社 宋为伟 摄

兜牢基本民生保障底线。对于明确国家基础标准或省定标准的，市县可在确保标准全部落实到位的前提下提高保障标准，地区标准高于国家标准或省定标准的，按程序报上级备案后执行；对于暂不具备统一制定基础标准条件的，省提出原则要求并设立绩效目标，市县可结合实际自主制定本地区标准；对于根据隶属关系分别明确为省级财政事权或市县财政事权的，由省或市县分别制定标准。出台涉及重大政策调整等事项的，按程序逐级上报中央有关部门备案后执行。

完善支出分担机制，实行按比例为主分担方式

按照各项医疗卫生服务的受益范围和均等化程度，广东实行以按比例分担为主、以按项目分担和因素法确定为辅的支出责任分担方式。一是明确为省级与市县共同财政事权、由广东省统一制定标准的基本公共卫生服务、城乡居民基本医疗保险补助、农村部分计划生育家庭奖励扶助、计划生育家庭特别扶助等4项事

权，省级与市县支出责任按照明确比例分档分担。二是明确为省级与市县共同财政事权、由市县自主制定本地区标准的医疗救助、地方公共卫生服务、卫生健康能力提升、中医药事业传承与发展等4项事权，省级财政根据各地工作任务量、绩效考核情况、地方财力状况等因素安排对市县的转移支付资金。三是按照隶属关系分别明确为省级财政事权或市县财政事权的医疗卫生机构改革和发展建设、卫生健康管理事务、医疗保障能力建设等3项事权，由同级财政承担支出责任。

实行分类分档补助，划分四档差异化承担支出责任

根据省委、省政府确定的“一核一带一区”功能定位，参照中央支持欠发达地区的做法，广东将全省市县分类分担从以往的大致区分两档调整为精细划分四档：第一档为原中央苏区、海陆丰革命老区困难县、少数民族县，精准定位“老少边穷”地区；第二档为除第一档以外的北部生态发展区和东西两翼沿海经济带，

即粤东西北12市的市本级及县(市、区),以及肇庆广宁、封开、德庆、怀集4个山区县,惠州龙门县;第三档为珠三角核心区财力相对薄弱市县,即肇庆市本级及市辖区和四会市,惠州市本级及市辖区和博罗县,江门恩平、台山、开平、鹤山4个县级市;第四档为珠三角核心区其余市县,即广州、深圳、珠海、佛山、东莞、中山、江门7市的本级及市辖区(深圳市由中央直接补助)。分档充分考虑各地财力水平,省级对不同地区实行差异化承担支出责任,侧重向北部生态发展区和东西两翼沿海经济带倾斜,重点加大对“老少边穷”地区的支持力度,着力补齐民生短板,推动全省区域协调发展和基本公共服务均等化。对实行统一分类分档、按比例分担的事权,将省以上财政对一至四档地区的分担比例依次确定为100%、85%、65%、30%。差异化的分担比例设置,将支出责任更多地赋予财力相对较好的一级政府承担,促进各项政策资金保障足额落实到位,而且有利于缓解欠发达地区市县财政困难,帮助其履行“保工资、保运转、保基本民生”的底线责任。

强化省级支出责任,切实减轻市县财政出资压力

强化省级支出责任,提高省级财政补助比例及分担比例,加大对欠发达地区支持力度,减轻市县财政出资压力。一是提高省级财政补助比例。结合中央财政对广东省基本公共卫生服务项目补助比例从约17%提高到30%的情况,在实施改革后,省级以上财政大幅度增加投入,切实减轻省以下财政配套压力,各地级以上市基本获益,县级财政负担大为减轻。二是提高省以上财政分担比例。省以上财政对一至四档地区的分担比例依次确定为100%、85%、65%、30%,对第一档“老少边穷”地区的补助比例达100%,对第二档北部生态发展区、东西两翼沿海经济带的补助比例提高到85%,均高于中央方案的第一档地区分担比例(中央对西部省份负担80%)。三是保留能力建设方面的过渡性政策。改革后,医疗卫生机构改革和发展建设按照隶属关系分别明确为省级财政事权或市县财政事权,由同级财政承担支出责任。但综合考虑广东省医疗卫生事业发展不均衡的

实际情况,明确在深化医药卫生体制改革期间,省级财政继续对粤东西北地区推进公立医院综合改革、实施国家基本药物制度、提升基层医疗卫生服务能力等按规定给予补助。

发挥市县信息优势,调动基层干事创业积极性

在明确省级与市县财政事权和支出责任划分后,指导市、县推进改革,对财政事权和支出责任在省、市、县三级政府之间进行明确划分,调动和保护市县政府干事创业的主动性和积极性,激励市县发挥信息优势,满足当地居民对基本公共服务的多元化需求。为压实市县责任,明确各地级以上市政府要加大对区域内困难地区的转移支付力度,将适宜由更高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,同时要求各市、县(市、区)切实落实本级财政医疗卫生投入责任,在充分考虑当地经济社会发展水平和财政承受能力的基础上,合理确定医疗卫生领域各类财政事权的地区标准,完善动态调整机制,确保财政可持续。

改革取得初步成效

科学明确了权责。按照“谁的财政事权、谁的支出责任”原则,明确界定省以下财政事权支出责任,有利于地方合理安排医疗卫生事业发展项目资金,避免部门盲目要求上级支持,承担下级应该承担的支出责任。

有效稳定了预期。基本公共卫生服务、城乡居民基本医疗保险补助、农村部分计划生育家庭奖励扶助、计划生育家庭特别扶助等4个事项实行统一的分档分担办法,稳定了各地预算编制预期,减少财政政策的不确定性,提高财政透明度。

减轻了市县负担。改革着力向欠发达地区倾斜,并最大限度免除中央苏区、革命老区和少数民族县的支出责任,并确保全部地市获益。改革后,城乡居民基本医疗保险市以下财政补助资金占比将下降9.18%,基本公共卫生服务市以下财政补助资金占比将下降20.38%。□

责任编辑 刘慧娟