

公共财政转型与政府医疗投入机制的改革

顾 昕

〔摘要〕 公共财政转型在推动中国医疗事业公共治理创新上的贡献良多。首先，通过增加财政投入，医疗筹资的政府职能回归，其结果，中国卫生总费用大幅度提升，卫生公共支出占比已接近发达国家水平；其次，政府财政预算支出“补需方”的强化及其制度化，不仅使医疗保险体系得以实现全民覆盖，而且为新医改新时代全面推进医保支付制度改革，进而重构医疗供给侧激励机制奠定了基础；最后，医疗领域公共财政转型的方兴未艾之举，在于推动“补供方”或“投供方”的治理变革，即改变以往按编制拨款的行政化旧模式，代之以政府购买的市场化新方法。这些改革之举，对于国家治理体系的现代化具有重要的战略意义。

〔关键词〕 公共财政；卫生总费用；公共支出；治理创新；全民医疗保险

〔中图分类号〕 C913.4 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1000-4769 (2019) 02-0141-09

自 2009 年启动以来，新一轮医药卫生体制改革（以下简称“新医改”）经历 10 年努力，取得了巨大成就，但也依然存在许多问题。尤其是一些老大难问题，如公立医疗机构中并非罕见的过度医疗行为，常引起公众的广泛关注和诟病。一种极为流行的见解是把弊端的根源归结为政府财政对于医疗卫生事业的投入太少。无论是卫生行政部门，还是各类公立医疗机构的管理层，都在大力呼吁政府增加对医疗的财政投入。在每年的“两会期间”，医疗卫生界代表对于“政府增加投入”的呼吁更是不绝于耳。在很多人看来，政府投入不足似乎就是公立医疗机构所谓“社会公益性淡化”的根源；而只要政府增加财政拨款，公立医疗机构自然就会“回归社会公益性”。

但是，财政部门则倾向于认为政府投入多寡

并不是主要的问题，真正的问题是有限的财政投入如何使用。换言之，并非投入水平，而是投入机制与社会公益性的关系，更值得关注。早在 2007 年的“两会”上，时任财政部副部长王军曾经表示，医疗领域中的问题决不是仅仅花钱就能解决的，“没钱是万万不能，但钱也不是万能的。只有把政府投入和体制改革结合起来，才能够发挥每一分钱的作用”。当然，卫生部门对此也“深有同感”。在同样的场合，时任卫生部长高强批驳了“医改很简单，财政部拿钱就行”的说法，他表示“在这个问题上，卫生部与财政部观点一致，就是政府增加投入必须与转变医院运行机制相结合。光增加投入，不转变机制，是达不到医改的预期目标”。^①

尽管如此，“政府投入不足”时至今日依然

〔基金项目〕 浙江省哲学社会科学优势学科重大资助课题“走向去碎片化和去行政化：医疗保障局与新时代中国医疗事业的公共治理创新”（19YSXK02ZD）

〔作者简介〕 顾昕，浙江大学公共管理学院教授、社会治理研究院首席专家、民生保障与公共治理研究中心研究员，北京大学国家治理研究院高级研究员，浙江 杭州 310058。

是医疗供给侧改革进展不利的一种托辞，其中甚至包含有政府应该对公立医疗机构实施全额拨款的呼吁。这一托辞或呼吁貌似理据十足，乃至当医疗界发出这种声音的时候常常是不假思索的，而广大听者（尤其是新闻媒体）也都应声附和。然而，中国对医疗事业的投入究竟是不是不足？医疗事业的政府投入究竟由哪些部分组成？政府主办的社会医疗保险对医疗机构的支付究竟是不是政府投入的一部分？政府对医疗机构的投入究竟应该通过何种机制加以实施？这些问题，亟待系统性的分析。

毋庸多言，财政投入的多寡以及投入机制关系到新一轮医疗改革的走向，具有重大的战略意义。而且，政府如何通过追加财政投入来推动医疗体制改革，对于我国整个公共财政体系的建立和政府职能的转变，也具有标杆性的意义。因此，通过系统性分析直面上述问题，对于推进医疗事业公共治理体系的现代化来说，是十分重要的。根据公共管理的基本原理、公共治理理论的前沿发展以及中国医疗事业治理体系现代化的需要，可以断定，公共财政在新时代医疗事业中的投入必须遵循如下三大原则：

第一，政府主导不等于政府包办。医疗事业的发展离不开政府的投入，但由此而认为医疗事业应该由政府包办，那就大错特错了。医疗事业的投入来源应该多样化，有来自政府的，也有来自市场的，还有来自社会的。政府投入的目的，其一是要弥补市场失灵和社会失灵（慈善失灵），也就是在市场和社会资金不愿意投入、而民众又需要的地方和领域加强投入；其二是要引导市场和社会资金的流向，从而使医疗事业的宏观发展格局更好地符合公众利益。

第二，政府投入不只是财政预算投入。在国际上，医疗政府投入的增加意味着公共财政支出的增加，而公共财政支出既包括财政预算支出，也包括社会保险基金支出。换言之，医疗公共投入并不仅仅意味着财政预算投入，而公立医疗保险支出也是公共投入的重要组成部分。这一点举世皆然。增加政府投入，必须一方面强化财政预算直接投入的力度，另一方面提高社会医疗保险的筹资和支付水平。这是全球通行的惯例，中国只能并且应该同国际接轨。在中国，有关加强政府投入的呼吁，自觉不自觉地就把政府投入简单地等同于财政预算投入，这是大错而特错的，也深具误导性。这种观点忽略了公立医疗保险在政府医疗投入中的重要地位。随着全民医保的巩固与

发展，公立医疗保险筹资和支出的总量会逐年攀升，其在政府医疗投入中的比重会有所提高。

第三，政府投入不等于排斥市场机制和社群机制。政府投入需要增进市场，通过引入市场机制将行政行为转化为市场行为，充分发挥政府购买对于市场的引导作用；同时，政府投入更要致力于激活社会，让社群机制在治理创新上发挥应有的作用。这正是全球性公共管理和福利国家改革浪潮的主线。^②公共治理现代化从国家大包大揽公共服务的所有责任向“公共支持私人责任”（public support for private responsibility）的理念转型，也就是政府通过各种方式来支持社会，即家庭、社区和非营利性组织，以承担更多的社会责任。^③将政府主导等同于行政机制的主导，并采用回归计划体制的做法，或者将行政主导与市场机制进行板块式组合，不仅是无效的，而且是有害的；而忽视社群机制的作用，致使本应基于社群机制的法人治理和协会治理名不副实，更是中国医疗事业公共治理体系中长期存在的短板。^④

具体而言，全民医疗保险体系扮演着医疗筹资和付费的重要角色。但是，医疗保险体系存在严重的市场失灵和社会失灵，单靠商业性医疗保险和慈善性医疗保险，不可能实现医保的全民覆盖。因此，没有政府主导，单靠市场机制和社会力量，全民医保根本不能实现。没有全民医保，医疗事业的社会公益性也就无从谈起。^⑤既然如此，政府就应该责无旁贷，在这一领域扮演其应有的角色，以保险者、推动者和付费者的身份，推进全民医疗保障事业的改革与发展。^⑥

医疗服务领域尽管也存在市场失灵和社会失灵，但在医保体系覆盖全民的情况下，社会公益性中所有人有病能医的目标可以实现，医疗机构完全可以市场化运作，而营利性医疗机构、非营利性医疗机构和公立医疗机构实际上是在同一个医疗服务大市场中竞争，只不过其各自的市场细分有所不同而已。政府需要做的，就是在市场和社会投入都不足的地方，即在基层（社区）、农村和偏远地区，加强投入，以确保民众（尤其是弱势群体）对于基本医疗服务的可及性。同时，政府的另一个角色是设立特别的公立机构，对医疗全行业实施一视同仁的监管（或规制）。

因此，公共财政在医疗事业中的投入重点，在于医保体系，在于特定的医疗服务地域和领域，在于特定的服务事项（如监管）。本文考察中国公共财政对于医疗事业的投入现状，探讨新增财政投入的流向问题，最后讨论公共财政在推进中

国医疗事业公共治理现代化上可能发挥的作用。

一、全社会对于医疗卫生事业的投入：卫生总费用分析

在考察公共财政对于医疗的投入之前，我们首先需要把握全社会医疗卫生资源的总体状况，对此，最常用的度量指标就是卫生总费用（Total Health Expenditure, THE）及其占国内生产总值（GDP）比重。在图1中，我们展示了这两个指标的历年数据及其变化情况。可以看出，新医改启动之后，也就是自2010年以来，中国的THE水平呈现逐年递增之势，到2017年底，中国THE占GDP的比重达到6.4%的水平。

卫生总费用这一指标所涵盖的内容比较广泛，既包括本文重点关注的医疗费用（即民众看病吃药的花费），也包括全社会用于预防保健、公共卫生、医药卫生科学技术研究等所有同人民健康有关的支出。值得注意的是，自2001年起，高等医学教育经费不再列入卫生总费用的计算之中，因此在此之后有关卫生总费用的数字与国际标准相比有所低估；自2012年起，有关计划生育的政府支出也计入了卫生总费用，这一部分的政府支出与医疗服务的关系不大。

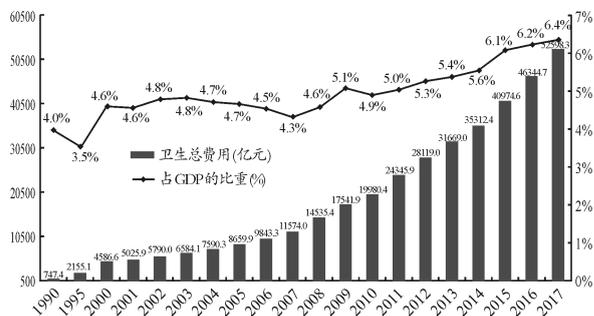


图1 中国卫生总费用的增长及其占GDP的比重，1990-2017年

资料来源：国家卫生健康委员会编：《2018中国卫生健康统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社，2018年，第93、355页。

从国际比较的视角看，中国THE占GDP的比重一向偏低，只是近年来才接近全球平均水平。2000年，THE占GDP的比重全球平均为8.0%，这主要是高收入国家THE在GDP中的比重居高不下所产生的结果。中国在2000年属于中低收入国家，其THE占GDP的比重恰好等于这一类国家的平均值，为4.6%。到2010年，全球THE占GDP的比重提高到9.2%的水平。中国在这一年已经进入了中高收入国家行列，这类国家这一比重平均为6.0%，但中国仅为4.9%。可见，在

新医改启动之初，中国全社会投入医疗卫生事业的总资源水平低于国际可比较的水平。

随着新医改的推进，中国THE占GDP的比重自2010年起逐年提高，到2015年这一指标的全球平均值由于种种原因（其中包括统计口径的改变）下降到6.3%，而中国则达到6.1%，首次接近全球平均水平。由于这一年有关国家类别平均值的统计尚不可获得，因此暂且无法将中国与同类国家相比较。但地区类别平均值统计依然可以获得，由此可以看到，尽管中国在这一指标上的表现优于南亚-东亚地区和东地中海地区（亦即西亚地区）的平均水平，但却低于非洲地区和美洲地区，更无法与欧洲地区相比。如果在“金砖五国”中比较，可以看到，中国在2000年的表现与印度相当，名列最低档；2010年，中国有所上升并与印度拉开一定距离，但名次没有变化；但到2015年，中国在这一指标上超越了俄罗斯，在金砖五国中居于中游（参见表1）。

表1 世界各国卫生总费用（THE）占国内生产总值（GDP）的比重，单位：百分比

	2000年	2010年	2015年
全球平均	8.0	9.2	6.3
高收入国家平均	10.0	12.4	NA
中高收入国家平均	6.2	6.0	NA
中低收入国家平均	4.6	4.3	NA
低收入国家平均	4.2	5.3	NA
非洲地区	5.8	6.2	6.2
美洲地区	11.3	14.3	6.9
南亚-东亚地区	3.5	3.6	4.6
欧洲地区	8.0	9.3	7.9
东地中海地区	4.5	4.5	5.3
西太平洋地区	5.7	6.4	7.0
巴西	7.2	8.4	8.9
南非	8.5	8.6	8.2
中国	4.6	4.9	6.1
俄罗斯	5.4	5.4	5.8
印度	4.4	4.1	3.9

资料来源：WHO, *World Health Statistics 2008*, Geneva; World Health Organization, 2008, pp. 86-90; *World Health Statistics 2013*, pp. 132-141; *World Health Statistics 2018*, pp. 60-66.

总体来说，尽管新医改的推进有效地提高全社会在医疗卫生领域的总投入水平，但中国卫生总费用的水平依然并不算高，近年来也仅是接近世界平均水平，尚未超越世界平均水平，且在同类国家中也居于中游。在金砖五国中，中国在这一指标上的表现远远落后于巴西和南非。国际比较给我们提供的另一个视角是，中国卫生总费用

的水平还有很大的提升空间。随着医疗卫生健康产业愈加成为新时代产业发展的新增长点，中国 THE 占 GDP 的比重在可预期的未来还有望攀升。

二、政府支出 VS. 民间支出：卫生总费用构成分析

卫生总费用的分析让我们了解到全社会对医疗卫生事业的投入，但我们依然无法从中透视公共财政在其中发挥的作用。为此，我们需要对卫生总费用的来源（即筹资水平）进行构成分析。

同国际惯例有所不同，中国官方卫生统计把卫生总费用的筹资构成分成三类：（1）政府卫生支出，即“各级政府用于医疗卫生服务、医疗保障补助、卫生和医疗保障行政管理、人口与计划生育事务性支出等各项事业的经费”；（2）社会卫生支出，即“政府支出外的社会各界对卫生事业的资金投入”，“包括社会医疗保障支出、商业健康保险费、社会办医支出、社会捐赠支出、行政事业性收费收入”；（3）个人卫生支出，即“城乡居民在接受各类医疗卫生服务时的现金支付，包括享受各种医疗保险制度的居民就医时自付的费用”。^⑦从图 2 可以看出，自 1990 年以来，政府卫生支出和社会卫生支出的占比都逐年递减，直到 2003 年才有所回升，其中“社会卫生支出”部分升势较猛；同时，个人卫生支出的占比从 1990 年的 35.7% 攀升到 2001 年 60.0% 的高位，此后随着政府投入和社会支出的增加，个人支出的占比逐年下降，到 2017 年降到 28.8% 的水平。

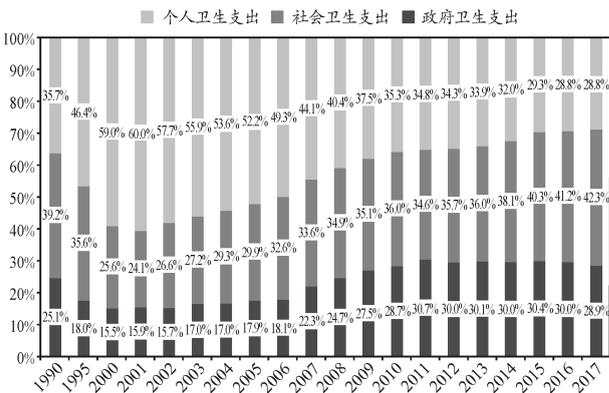


图2 中国卫生总费用筹资来源构成，1990-2017年

资料来源：《2018 中国卫生健康统计年鉴》，第 94 页。

可是，依国际惯例，卫生总费用一般被分为公共开支（public spending）与私人开支（private spending）两类，其中公立医疗保险的总缴费额（即公立医疗保险的基金收入）列入公共开支，而我国则把这些开支列入“社会卫生支出”之中。在我国，公立医疗保险主要有五项：（1）城

镇职工基本医疗保险；（2）城镇居民基本医疗保险；（3）农村新型合作医疗；（4）工伤保险；（5）生育保险。自 2016 年起，城镇居民基本医疗保险和农村新型合作医疗合并为城乡一体化的居民基本医疗保险，但城乡一体化的进程直到统计数据可获得的 2017 年底尚未完成。为进行国际比较，我们把上述五项公立医疗保险的基金收入（参保费）和政府预算卫生开支两项加总，得出卫生总费用中公共开支金额，然后从卫生总费用中减去公共开支总量就得出私人开支金额。^⑧

从图 3 可以看出，公共开支在中国卫生总费用中的占比在 1997-1999 年间处于谷底，仅在 18.0% 的水平，2000 年回升到 20.0% 的水平。这一水平与同期印度的水平相近，在 2000 年，印度公共支出在卫生总费用中的占比为 18.4%。^⑨事实上，由于在 1997 年公共支出的占比过低，在世界卫生组织《2000 世界卫生报告——卫生系统：改善业绩》中，中国在“卫生系统资金提供公平性”这一指标上名列 191 个会员国的倒数第四位。^⑩中国政府在 20 世纪 90 年代在医疗卫生筹资上未能履行应尽的责任，在国际文献中被描绘为在卫生领域的“国家退出”。^⑪自 2000 年以来，主要由于公立医疗保险覆盖面的扩大和筹资水平的提高，公共支出占比开始逐年攀升，在 2013 年曾达到 58.4% 的高水平。从 2014 年到 2017 年，这一占比基本维持在 57% 的水平上下。

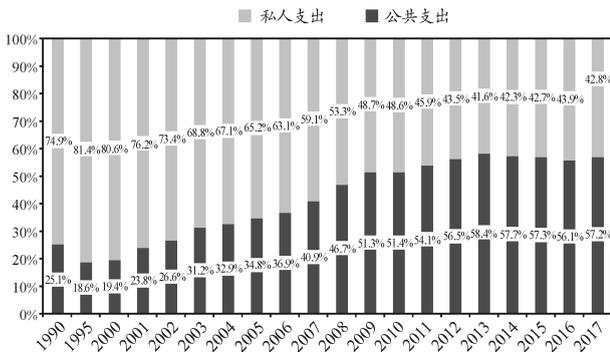


图3 卫生总费用中公共开支与私人开支之比，1990-2017年

资料来源：《2018 中国卫生健康统计年鉴》，第 94-95 页；《中国统计年鉴》，2018 年，第 523 页。

中国公共支出在卫生总费用中占比达到 57% 的水平，这究竟是高还是低呢？对此，我们有必要进行一番国际比较。由于世界卫生组织发布的世界卫生统计在这一指标上 2012 年以后没有更新，且限于篇幅，表 2 只能选择性地挑选一些国家和国家组别就选择性的两个年份加以展示。从

表2可以看出,在2000年,中国公共支出在卫生总费用中的占比仅为19.4%,不仅远低于当时全球的平均水平(55.5%),而且还低于各种国家组别的平均水平,甚至远低于印度、越南、泰国等亚洲发展中国家。这也印证了2000年《世界卫生报告》将中国在医疗卫生筹资公平性排在会员国的倒数第四,的确是有所依据的。但是,到了2012年,中国的这一指标猛升到56.5%的水平,不仅超过了印度和越南,而且在金砖五国中也名列榜首,同时还超过了韩国和美国(其商业医疗保险支出的占比相对较高),并超过了中国所属的“中高收入国家”的平均水平,仅稍微低于全球平均水平。这一变化显示,通过财政预算支出和公立医疗保险支出的大幅度增加,中国政府强化了公共财政在卫生筹资中的责任。由此,中国的医疗体制已经发生了巨大变化。如世界卫生组织早在2008年就已预示的,这一变化显示出中国正从国家撤出(withdrawal of the state)转变为国家再介入(reengagement of the state)。¹²

表2 公共支出在卫生总费用中占比的国际比较

国家或国家组别	2000年	2012年
美国	43.0%	47.0%
德国	79.5%	76.7%
英国	79.1%	84.0%
巴西	40.3%	47.5%
南非	41.3%	48.4%
俄国	59.1%	51.1%
中国	19.4%	56.5%
印度	27.0%	30.5%
日本	80.8%	80.1%
韩国	49.0%	54.5%
泰国	56.1%	79.5%
越南	30.9%	42.6%
低收入国家	37.6%	38.8%
中低收入国家	34.0%	36.4%
中高收入国家	46.7%	56.2%
高收入国家	59.3%	60.0%
全球平均	55.5%	57.6%

资料来源:WHO, *World Health Statistics 2015*, Geneva; World Health Organization, 2015, pp. 126 - 134.

注:表中中国的数据基于本文的计算,即采用图3中的计算结果。

中国的医疗公共支出比重大幅度提升了,但政府财政预算支出到底做出了多大贡献?或者换

一种视角,政府财政预算在卫生支出占比究竟有多高?图4显示了中国政府卫生预算支出占财政总支出的比重,在1990年还处在6.1%的较高水平,但是后来一路下滑,到2002年达到历史低点4.1%。这一比重虽然在2003-2006年有所回升,但力度有限且有所波动。从2007年开始,卫生支出在财政预算支出中的占比开始大幅度攀升,到2017年达到7.5%的高水平,比2006年的4.4%提高了3.1%。

尽管如此,从国际比较的视角来看,中国政府财政预算对于医疗卫生事业的投入水平依然比较低。图5显示,就国际可比较数据可获得的2015年而言,在一些国民所熟悉的国家当中,中国在这一指标上的表现仅高于印度,与全球平均水平相比,也有2.8%的差距。由此可见,自2000年以来,中国公共开支占卫生总费用比重的增加,主要贡献因素是社会保险覆盖面的扩大和缴费水平的提高,而政府预算卫生支出占财政预算总支出的比重却是另外一种情形。

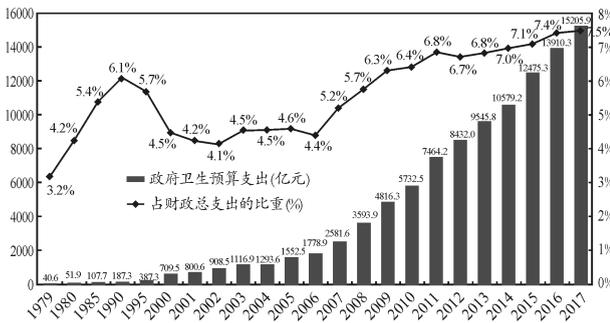


图4 政府卫生预算支出及其占财政总支出的比重, 1979-2017年

资料来源:《2018中国卫生健康统计年鉴》,第95、355页。

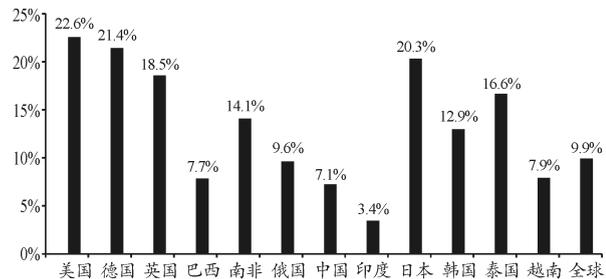


图5 政府财政卫生支出在财政总支出中的占比: 国际比较

资料来源:WHO, *World Health Statistics 2018*, Geneva; World Health Organization, 2018, pp. 76 - 82.

注:其中日本是2014年的数据。

从发展研究和社会政策的视角来看,医疗卫生事业是一个国家的社会性基础设施(social in-

rastructure) 之一, 同诸如交通、通讯、公用事业等所谓“物质性基础设施”(physical infrastructure) 一样, 均对国家社会发展具有举足轻重的作用。^⑩更为重要的是, 社会性基础设施还能起到维护民众的基本权益、推动社会公平、促进社会和谐发展的多方面功效。可以说, 投资于社会性基础设施, 是促进和谐社会的战略性选择。根据经济合作与开发组织的一份研究报告, 长期以来, 我国各级政府, 尤其是地方政府, 特别关注看得见、摸得着的物质性基础设施的建设, 对于无形的社会性基础设施的投入(即人力资本和社会发展项目)却长期不足。^⑪笔者在 2013 年发表的一篇文章中就主张: 实施“积极的社会政策”, 建设一个发展型福利国家, 完善社会保护体系, 使之成为市场机制运行的社会性基础设施, 是中国经济发展模式转型的制度性基础。^⑫可以看到, 尽管自 2006 年以来, 中国政府在医疗卫生事业上投入不足的欠账得到了一定程度的偿还, 但总体而言, 政府预算卫生支出占财政总支出的比重还大有提升的空间。

众所周知, 中国的改革与发展进入了新时代, 新医改也随之进入了新时代, 大力保障民生、促进经济社会协调发展已经成为各级政府新的施政准则。毫无疑问, 政府增加在医疗卫生领域中的投入势在必行。这不仅要求进一步巩固全民医保体系, 提升其筹资水平和支出水平, 而且要求政府在财政预算中增加卫生支出的比重。

三、支出流向、投入机制与公共治理创新

然而, 前文提及的财政部门的关注同样重要, 即政府投入的确应该也可以增加, 但更为重要的问题在于投入机制的改变。如果政府一味地追加财政投入, 而不注重投入机制的改变, 不注重政府职能的转型, 不注重推进医疗卫生事业公共治理的创新, 那么政府主导卫生筹资的结果很有可能是政府误导。

从公共管理学、公共财政学和卫生经济学的角度来看, 有关政府财政预算卫生投入机制的重要战略性选择有二: 其一, 投供方还是投需方? 其二, 投供方究竟是以行政化的方式进行, 还是以市场化的方式进行?

首先, 我们讨论第一项选择, 投供方还是投需方? 如果政府要增加对医疗卫生事业的投入, 那么究竟应该大量向医疗服务机构拨款(投供方), 还是大量投入于全民医疗保险体系的发展(投需方)? 公立医疗机构当然希望看到前一种情形发生。每次在两会期间, 我们都可以看到或听

到来自医疗卫生界的代表异口同声地呼吁政府追加对公立医疗机构的投入, 甚至把这一点同社会公益性的实现挂钩。卫生行政部门自然对此呼吁也全力支持。

但是, 一个显而易生的疑问是, 如果导致现有公立医疗机构通过供方过度医疗而追求收入最大化的激励机制不改变, 那么即使政府再追加多少投入, 如何能改变既有的行为? 在激励机制没有改变的情况下, 政府财政投入增加最有可能的结果就是医疗机构一边从国家那里获取新增投入, 另一边继续从病人那里寻求收入最大化。这种情况, 笔者曾经在另一篇论文中概括为“行政型市场化”。^⑬实际上, 这样的事情不仅在医疗卫生, 在教育、文化和其他各类公共服务领域也屡见不鲜。在医疗供给侧改革尚未到位的情况下, 政府增加投供方的结果, 只能是财政支出的“无底洞”, 这一点无疑正是财政部门所担心的。

因此, 简单地追加对公立医疗机构的政府投入, 并不能达到推进医疗卫生事业治理创新的目的, 也无助于医疗卫生事业社会公益性的达成。政府投入不单单是投入, 更为重要的也是一种推进制度变革的杠杆。政府新增投入的最优先领域, 是需方而不是供方。通过投需方(或补需方)力度的提升, 促进全民医保的发展, 形成对医疗服务的第三方购买机制, 再通过医保支付改革的实施, 重构医疗供给侧的激励机制, 从而间接推进医疗供给侧的改革, 实现“有管理的市场化”, 这才是新医改取得成功的唯一之路。^⑭

政府通过加大对医疗需方的投入而推进全民医保的重要战略意义, 可以从四方面来理解: 一是分散民众寻求医疗服务的财务风险, 实现“人人有病能医”的公益性目标, 即任何人都不会因经济因素的考量而放弃医疗服务的利用; 二是降低民众因经济因素而对医疗服务供方的不信任, 这对于医疗服务作为一种信任品(credence goods)^⑮的提供来说是非常重要的, 对于医患关系紧张的缓解也能提供助力; 三是在医疗需求侧和供给侧之间建立一种新型的契约化医疗服务购买关系, 即借鉴发达国家在公共部门中引入市场机制的经验^⑯, 通过医保支付制度改革, 在医保机构和医疗机构之间建立公共契约模式^⑰, 促进医疗卫生事业公共治理的创新; 四是在市场和社会失灵的领域发挥政府的积极作用, 正是新时代政府职能转型本身的应有之义。

所以说, 在新医改中厉行政府主导的原则是正确的, 只不过政府主导并不是一味地要求医疗

服务机构免费或者廉价提供服务，而在于加强整个医疗卫生体系的社会公益性，这其中通过医疗需求侧的改革，重建医疗供给侧的激励机制，才是最为有效的、可行的方略。无论是中国的经验还是其他各国的实践都表明，任何一个东西如果免费或者廉价提供，表面看起来会惠及老百姓，但是最终结果会造成供给的严重不足。匈牙利经济学家亚诺什·科尔奈的《短缺经济学》不单单适用于计划经济体制。^②

因此，政府新增医疗卫生的投入应该用于推动所有人享有医保，这一方略又可简称为“补需方”。在有关新医改政策战略选择的争论中，被视为“市场主导派”的学者们其实也同样主张“政府主导”，只不过他们更强调政府在新医改的推进中应该正确地发挥其主导作用，即一方面推动全民医保，另一方面推动医疗供给侧走向有管理的市场化，其中核心的政策主张就是增强政府财政“补需方”的力度。^③“补需方”力度的提升是否会损害医疗机构的利益呢？当然不是，政府财政补需方的钱最终还是流向医疗机构的。

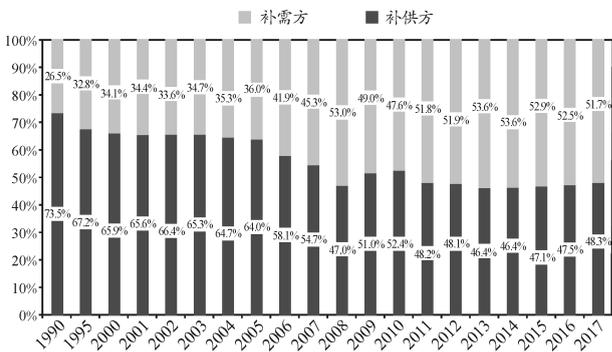


图6 政府财政卫生支出中补需方和补供方的占比，1990-2017年

资料来源：《中国卫生与计划生育统计年鉴》，2018年，第95页。

现在，幸运的是，“补需方”已经不再是“市场主导派”学者们的主张，而是活生生的现实了。自2006年以来，政府首先在农村新型合作医疗中加强了“补需方”的力度；继而，政府在城镇居民基本医疗保险中确立了普惠型参保补贴的制度，意味着“补需方”从农村进入了城市。^④在图6中，我们以不含行政管理和计划生育费用的政府财政预算卫生支出（仅含医疗保障支出和医疗卫生支出）为基数，分析了“补需方”和“补供方”的占比变化。可以看出，在20世纪90年代和21世纪最初的5年间，“补需方”的力度一直在36.0%以下；但在此之后，“补需方”的

力度有了大幅度提升，并在2008-2017年间一直稳定在49.0-53.0%的区间。这意味着，中国政府在推进新医改的过程中通过政府财政卫生支出流向的调整，极大地推进了全民医疗保险体系的建设^⑤，并通过第三方购买机制的形成，积极促进医疗事业公共治理体系的变革。

当然，高度强调“补需方”的重要性，绝不意味着政府完全不应该在医疗服务提供方投资。换言之，政府在供方的投入，在很多情况下是必要的。在一些人看来，提出“补需方”就等于反对“补供方”，就意味着政府财政不向供方投一分钱。这种零和博弈式的理解纯属误解。

在这里，“补供方”固然重要，但投入机制问题同样存在。投入机制至少又可分为两个子问题。

一是供方投入的流向问题。在经济发达地区，尤其是在城市地区，医疗服务完全可以也有可能市场化。民间投资于医疗服务，应该在其资质受到严格监管的前提下受到鼓励。这样一来，有限的公共资源可以投入到市场不足和市场失灵的地方。简言之，到农村去，到基层去，到边疆去，到祖国最需要的地方，这才是政府医疗卫生财政投入流向的最基本准则。然而，众所周知，我们现在公共卫生资源的流向却恰恰相反，哪里市场拥挤就去哪里，尤其是集中在大城市（尤其是省会城市），集中在大医院（尤其是三甲医院），集中在高端的服务，这同任何流派的公共财政理论都背道而驰。

二是供方投入的方式问题。这就回到本文开头提出的第二项战略选择：既然投入供方是必需的，那么政府对医疗机构的投入究竟应该通过何种机制加以实施？实际上，“投供方”至少有两种不同的方式，即“养供方”还是“补供方”，分别体现了两种不同的治理模式。

绝大多数人把公共财政在供方的所有投入都笼而统之地称为“补供方”，但实际上，这一说法或认知并不贴切。同样是财政经费投向了供方，但政府为各类服务提供者提供补贴与政府建公立机构直接提供服务，在治理模式上还是大不一样的。长期以来，每当政府认定民众应该获得某类物品或者服务时，一般都会采取后一种办法，即政府拨款兴办事业单位，并在事业单位实施编制管理，政府财政拨款金额与编制挂钩。

本质上，这种“养人办机构”的做法意味着以命令与控制为特征的行政治理占据主导地位，而作为服务提供者的公立医疗机构只不过是政府

的预算单位，缺乏管理自主性。这是计划体制下所有社会主义国家共同的特点。^⑤在经历了40年的改革开放之后，尽管中国的公立医疗机构已经从作为政府部门预算单位的行政治理模式走向了拥有部分管理权的自主化模式，市场机制也开始在医疗供给侧发挥着一定的作用，但在政府财政投入（或补偿）这方面，行政化治理模式的主导地位始终没有动摇。^⑥实际上，行政化治理在很多公共服务领域都十分盛行，例如教育、文化、传媒等，其弊病不胜枚举。

毫无疑问，政府的确应该在公共服务（或者社会公益事业）的发展上发挥重要的主导作用，但是其具体做法并不应只有“养供方”的一条老路。除了“养供方”之外，新办法之一就是政府采用新型政策工具实施“补供方”。新型政策工具的具体操作办法不一，但一言以蔽之，都可以归结为政府购买服务。因此，真正的“补供方”实际上就是政府购买，是市场体制下最为常见的一种做法，而“养供方”则是一种行政化的思路。把两者区分开来是十分重要的。鉴于中国的国情，推进市场化的政府购买，减少行政化的政府直接提供服务，恰恰是政府主导与市场机制相结合的正道。

值得注意的是，政府财政“补供方”或“投供方”方式的改变，已经在一些地方政府所推进的治理创新中有所突破。早在2015年秋，浙江省政府就致力于推动基层医疗卫生机构财政补偿制度的改革，并在四个县级市开展了试点。2017年10月30日，在总结四县市基层医疗卫生机构补偿机制改革试点经验的基础上，两部门颁发了《关于全面推进基层医疗卫生机构补偿机制改革的实施意见》（浙财社〔2017〕63号）^⑦，决定从2017年12月1日开始在全省全面启动基层医疗卫生机构补偿机制改革。这一改革的总体方向，可以概括为“建设发展靠财政、日常运行靠市场”，即“建设发展等非经常性支出主要由财政专项安排，日常运行等经常性支出主要通过提供基本医疗卫生服务，由政府或医保（个人）按标准付费购买”。值得注意的是，“日常运行靠市场”中的“市场”，包括政府购买，尤其是政府通过公立医疗保险体系代表参保者对医药服务的购买。简言之，浙江省政府改变以往依照编制进

行财政拨款的机制，改向基层医疗卫生机构购买基本医疗和公共卫生服务。^⑧

四、结语：公共财政转型推进公共治理创新

中国新医改在经历了10年的艰苦努力之后，终于在医疗事业的公共治理体系创新上取得了一定的成就。这其中，公共财政转型在推动医疗事业公共治理创新上的贡献功不可没。

首先，通过增加对医疗卫生事业的财政投入和建立政府主导的全民医疗保险体系，中国政府重新承担了在医疗卫生领域必须承担的政府职能。这一政府职能的强化，意味着中国政府向公共服务型政府目标的迈进踏出了坚实的一步。其结果，不仅中国卫生总费用绝对和相对规模大幅度提升，更重要的是，卫生的公共支出占比大幅度提升，已经在国际上接近发达国家的水平。

其次，医疗领域公共财政转型的重大标志在于政府财政预算支出“补需方”的强化及其制度化，这不仅使得公立医疗保险体系得以实现全民覆盖，而且为新医改新时代全面推进医保支付制度改革，进而重构医疗供给侧的激励机制奠定了基础。阿基米德说过：给我一个杠杆，我能推动地球。如今实现了全面覆盖的公立医疗保险就是这样一个杠杆，有了它，就可以推动整个医疗卫生体系的改革。公共财政的功能就是促进这一杠杆的制造。

最后，医疗领域公共财政转型的方兴未艾之举，在于推动“补供方”或“投供方”的治理变革，即改变以往养人建机构、按编制拨款的行政治理主导的旧模式，引入市场机制，更多地实行政府购买，以契约治理的方式向所有合乎资质要求和保障服务品质的服务提供者购买具有社会公益性的服务。

公共财政在医疗领域的改革之举，对于医疗事业公共治理体系的创新和国家治理体系的现代化，都具有重要的战略意义。治理创新的核心是调整政府-市场-社会的关系并推动政府职能的转型。行政力量通过行政机制在制度建设和组织保障中发挥主导作用，并在引入市场机制、激活社群机制上发挥积极作用，对于公共治理的创新是至关重要的。中国公共财政在推进全民医疗保险的建设方面所发挥的作用，正是公共治理创新的一种体现。

① 相关报道参见董伟、王亦君：《医改草案有望在年内出台 国家财政将加大投入》，《中国青年报》2007年3月8日，第1版。

- ② 顾昕：《中国福利国家的重建：增进市场、激活社会、创新政府》，《中国公共政策评论》2017年第1期。
- ③ Neil Gilbert, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, New York: Oxford University Press, 2002, pp. 163 – 189.
- ④ 顾昕：《新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府 – 市场 – 社会的互动协同》，《武汉科技大学学报》（社会科学版）2018年第6期。
- ⑤ Edward Gu, “Towards Universal Coverage: China’s New Healthcare Insurance Reforms”, in Daly L. Yang and Litao Zhao (eds.), *China’s Reforms at 30: Challenges and Prospects*, Singapore: World Scientific Publishing Co., 2009, pp. 117 – 136.
- ⑥ 顾昕：《走向全民医保：中国医疗体制改革战略选择》，《中国公共政策评论》2008年第2期。
- ⑦ 国家卫生健康委员会编：《2018中国卫生健康统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社，2018年，第91页。
- ⑧ 值得注意的是，如此计算得出的公共开支水平有低估的情况，国家统计局口径中原来列入“社会卫生支出”一栏中的非卫生部门的所有行政事业单位的卫生支出理应也列入“公共支出”，但由于相关的具体数据没有公布，我们无法重新调整。此外，自2001年起，卫生总费用中不包括“高等医学教育经费”，但这一类别经费的大部分也理应列入“公共支出”。但总体来说，这些出入不影响宏观判断。
- ⑨ 世界银行编著：《2004年世界发展报告：让服务惠及穷人》，北京：中国财政经济出版社，2003年，第256 – 257页。
- ⑩ 世界卫生组织：《2000年世界卫生报告——卫生系统：改善业绩》，北京：人民卫生出版社，2000年，第191页。
- ⑪ Jane Duckett, *The Chinese State’s Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment*, London and New York: Routledge, 2011.
- ⑫ World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More than Ever*, Geneva: World Health Organization, 2008, p. 84.
- ⑬ [英] 安东尼·吉登斯：《第三条道路——社会民主主义的复兴》，郑戈译，北京：北京大学出版社，2000年。
- ⑭ OECD：《中国公共支出面临的挑战：通向更有效和公平之路》，北京：清华大学出版社，2006年，第32页。
- ⑮ 顾昕：《社会政策变革与中国经济发展模式转型》，《国家行政学院学报》2013年第6期。
- ⑯ 顾昕：《行政型市场化与中国公立医院的改革》，《公共行政评论》2011年第3期。
- ⑰ 顾昕：《走向有管理的市场化：中国医疗体制改革战略选择》，《经济社会体制比较》2005年第6期。
- ⑱ Phillip Nelson, “Information and Consumer Behavior”, *Journal of Political Economy*, vol. 78, no. 2, 1970, pp. 311 – 329.
- ⑲ 顾昕：《全民免费医疗的市场化之路：英国经验对中国医改的启示》，《东岳论丛》2011年第10期。
- ⑳ 顾昕：《走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革》，《经济社会体制比较》2012年第4期。
- ㉑ [匈] 亚诺什·科尔奈：《短缺经济学》，张晓光等译，北京：经济科学出版社，1986年。
- ㉒ Ake Blomqvist and Jiwei Qian, “Direct Provider Subsidies vs. Social Health Insurance: A Compromise Proposal”, in Litao Zhao and Lim Tin Seng (eds.), *China’s New Social Policy: Initiatives for a Harmonious Society*, Singapore: World Scientific Publishing Co., 2010, pp. 41 – 71.
- ㉓ 顾昕：《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》，《中国社会科学》2010年第2期。
- ㉔ Hao Yu, “Universal Health Insurance Coverage for 1.3 Billion People: What Accounts for China’s Success?”, *Health Policy*, no. 119, 2015, pp. 1145 – 1152.
- ㉕ [匈] 雅诺什·科尔奈：《社会主义体制：共产主义政治经济学》，张安译，北京：中央编译出版社，2007年，第70页。
- ㉖ 顾昕：《论公立医院去行政化：治理模式创新与中国医疗供给侧改革》，《武汉科技大学学报》（社会科学版）2017年第5期。
- ㉗ 该文件文本，参见浙江省财政厅官网：http://www.zjcz.t.gov.cn/art/2017/11/3/art_1164176_12490607.html.
- ㉘ 顾昕：《财政制度改革与浙江省县域医共体的推进》，《治理研究》2019年第1期。

（责任编辑：何 频）