

中国公共卫生财政支出分析

朱 坤*

中国财政科学研究院 北京 100142

【摘要】本文对我国新医改以来的公共卫生财政支出进行分析,发现主要存在以下问题:一是公共卫生纵向与横向投入不协同,不利于提升专业公共卫生机构在我国公共卫生体系中的地位;二是公共卫生领域的事权与支出责任划分,不利于“预防为主”目标的实现;三是专业公共卫生机构在卫生服务体系中的地位日益弱化,与“预防为主”的要求不相适应;四是人员激励不足,进一步弱化了专业公共卫生机构。据此,本文提出四点政策建议:一是提高公共卫生预算的优先层级,强化公共卫生财政支出的硬约束;二是优化公共卫生财政支出结构,加强公共卫生纵向投入与横向投入的协同;三是完善公共卫生领域的中央和地方事权与支出责任,增强中央财政在横向投入中的支出责任;四是进一步健全人员激励机制,稳步强化专业公共卫生机构。

【关键词】公共卫生财政支出;事权与支出责任;纵向投入;横向投入

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.05.005

Analysis on China's fiscal expenditure for public health

ZHU Kun

Chinese Academy of Fiscal Sciences, Beijing 100142, China

【Abstract】 This paper analyzed the fiscal expenditure on public health since the new healthcare reform in China and found that many issues existed in China's public health system as below: firstly, there is no coordination between vertical and horizontal investment in public health, which is not conducive to enhancing the position of professional public health institutions in China's public health system; Secondly, the division of powers and expenditure responsibilities in the field of public health is not conducive to achieving the goal of “prevention priority”; Thirdly, the position of professional public health institutions in the health delivery system is increasingly weakening, which is not in line with the requirement of “prevention priority”; Fourthly, insufficient personnel motivation is quite common, further weakening professional public health institutions. In response to the above issues, four recommendations are proposed. Firstly, increase the priority level of public health budget and strengthen the hard constraints of fiscal expenditure on public health; secondly, optimize the structure of public health expenditure and strengthen the synergy between vertical and horizontal investment in public health; thirdly, improve the central and local powers and expenditure responsibilities in the field of public health, and enhance the expenditure responsibility of the central government's horizontal investment; fourthly, further improve the personnel incentive mechanism and steadily strengthen professional public health institutions.

【Key words】 Fiscal expenditure on public health; Fiscal powers and responsibility; Vertical investment; Horizontal investment

1 背景

公共卫生服务是具有正外部性的公共产品,居

民对基本公共卫生服务的利用程度主要取决于我国公共卫生服务体系的发展质量。公共卫生服务体系是我国居民健康的上游防线,公共卫生服务体系发展

* 基金项目:国家社会科学基金项目(20STA059)

作者简介:朱坤(1973年—),男,博士,研究员,主要研究方向为卫生财政与医疗保障政策。E-mail:7862030@qq.com

的质量直接决定健康中国建设的质量,也对我国居民健康状况的改善产生重要影响。财政是国家治理的基础和重要支柱,也是我国公共卫生体系发展的重要保障。公共卫生财政支出对我国公共卫生服务体系的完善至关重要。为此,本文从公共卫生支出总量、结构以及央地责任划分等角度对我国新医改以来的公共卫生支出进行分析,发现公共卫生财政支出存在的主要问题,并据此提出相关建议。

2 数据来源与方法

公共卫生支出的数据主要来自 2011—2023 年《中国财政年鉴》、2010—2022 年《中国卫生总费用报告》、2010—2022 年《全国卫生财政年报资料》;公共卫生体系相关数据来自 2011—2022 年《中国卫生健康统计年鉴》和 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报。

采用趋势分析和描述性统计分析的方法对数据进行分析,重点分析我国公共卫生支出的总量与结构,以及中央和地方在公共卫生支出方面的责任划分,同时分析了在现有的财政投入机制下,专业公共卫生机构在卫生服务体系中的地位变化情况。

3 我国公共卫生财政支出现状

3.1 2010 年以来我国公共卫生财政支出情况

公共卫生财政支出从 2010 年的 505.98 亿元增加至 2020 年的 3 878.59 亿元,2021 年略下降至 3 593.25 亿元,2022 年又急剧上升至 6 433.32 亿元;公共卫生财政支出占政府卫生支出的比例总体呈上升趋势,但有波动:从 2010 年的 8.83% 上升至 2012 年的 15.23%,随后有所下降,2018 年后逐渐上升,2020 年起因疫情原因快速上升,2022 年高达 26.90%;公共卫生财政支出占卫生总费用的比例在波动中上升:从 2010 年的 2.53% 上升至 2019 年的 3.36%,2020、2021 和 2022 年分别为 5.37%、4.68% 和 7.58% (表 1)。

3.2 公共卫生财政优先项目支出与流向情况

2009 年,新一轮医改启动后,在明确基本公共卫生服务项目的基础上,对重大公共卫生项目进行了调整,将免疫规划、部分重大传染病和地方病防控纳

入重大公共卫生服务项目中;公共卫生财政支出优先保障基本公共卫生项目和重大公共卫生项目支出。我国公共卫生财政支出除了保障项目支出外,还包括对专业公共卫生机构的投入以及对突发公共卫生事件应急处理的投入等。

表 1 2010—2022 年我国公共卫生财政支出及增速变化情况

年份	公共卫生 财政支出 (亿元)	公共卫生财政 支出占政府卫生 支出比例(%)	公共卫生财政 支出占卫生总 费用比例(%)
2010	505.98	8.83	2.53
2011	855.92	11.47	3.52
2012	1 283.80	15.23	4.57
2013	1 260.13	13.20	3.98
2014	1 398.87	13.22	3.96
2015	1 455.14	11.66	3.55
2016	1 617.80	11.63	3.49
2017	1 782.53	11.72	3.39
2018	1 975.43	12.05	3.34
2019	2 211.59	12.28	3.36
2020	3 878.59	17.68	5.37
2021	3 593.25	17.34	4.68
2022	6 433.32	26.90	7.58

数据来源:2011—2023 年《中国财政年鉴》和 2023 年《中国卫生健康统计提要》数据,公共卫生支出为财政决算口径和数据,所有数据均为当年名义值。

2010—2019 年,我国公共卫生财政支出呈逐渐上涨趋势,从 2010 年的 769.30 亿元增至 2019 年的 2 211.59 亿元,2020—2022 年,公共卫生财政支出大幅增加,分别为 3 878.59 亿元、3 593.25 亿元和 6 433.32 亿元,其中用于突发公共卫生事件应急处理的支出分别为 1 148.14 亿元、871.67 亿元和 2 831.40 亿元,是公共卫生支出大幅增加的最主要原因。财政对公共卫生服务项目的投入持续增加,其中基本公共卫生服务经费从 2010 年的 212.87 亿元增至 2022 年的 1 152.78 亿元;重大公共卫生项目专项经费从 2010 年的 176.77 亿元增至 2018 年的 287.99 亿元,2019 年有所下降(部分项目调整至基本公共卫生服务项目中),疫情期间波动较大,2020—2022 年分别为 453.29 亿元、399.85 亿元和 940.82 亿元。对专业公共卫生机构的投入总体呈上升趋势,从 2010 年的 285.33 亿元增至 2022 年的 1 060.74 亿元(表 2)。

表 2 2010—2022 年我国公共卫生财政支出变化情况

年份	机构支出 (亿元)	基本公卫项目 支出(亿元)	重大公卫项目 支出(亿元)	应急支出 (亿元)	其他公卫 支出(亿元)	合计
2010	285.30	212.87	176.77	16.69	77.67	769.30
2011	503.69	322.09	223.18	6.09	62.14	1 117.19
2012	446.16	341.22	243.32	5.86	65.10	1 101.66
2013	483.28	404.2	238.14	8.91	71.21	1 205.74
2014	494.99	457.37	275.85	7.98	77.95	1 314.14
2015	591.49	579.51	276.59	6.09	96.15	1 549.83
2016	671.65	642.23	277.55	6.18	94.08	1 691.69
2017	757.27	697.05	287.29	8.52	135.71	1 885.84
2018	799.71	793.44	287.99	6.78	150.60	2 038.52
2019	860.68	942.12	236.52	7.09	165.18	2 211.59
2020	918.20	1 077.71	453.29	1 148.14	281.25	3 878.59
2021	951.89	1 113.89	399.85	871.67	255.95	3 593.25
2022	1 060.74	1 152.78	940.82	2 831.40	447.58	6 433.32

数据来源:根据历年《中国财政年鉴》数据整理得出。

从支出结构看,2010 年以来,我国公共卫生财政支出主要以项目支出为主,占比自 2012 年后一直保持在 50% 以上,2019 年为 53.29%;机构支出占比一直保持在 40% 左右,2019 年为 38.92%,应急支出占比较低,2011 年后一直低于 1%,2019 年为 0.32%。2020—2022 年,由于疫情的影响,公共卫生支出结构发生较大变化,应急支出占比大幅增加,占公共卫生支出的比例分别达 29.60%、24.26% 和 44.01%,机构支出和项目支出占比相应减少,2022 年分别为 16.49% 和 32.54% (表 3)。

从支出流向看,2010—2021 年,流向四类专业公共卫生机构的比例在波动中呈下降趋势,从 2010 年的 75.39% 降至 2022 年的 27.84%。其中,流向疾控机构的比例下降明显,从 2010 年的 45.87% 降至 2022 年的 18.28%;流向基层医疗卫生机构的比例起伏不定,从 2011 年的 21.57% 降至 2012 年的 17.57%,随后升至 2019 年的 32.34%,2020—2022 年

起伏不定,2022 年为 13.52%;流向公立医院的比例有所上升,从 2013 年的 2.38% 升至 2020 年的 11.69%,2021—2022 年分别降至 9.75% 和 7.87% (表 4)。

表 3 2010—2022 年我国公共卫生财政支出构成 (%)

年份	机构支出	项目支出	应急支出	其他公卫支出
2010	37.09	50.65	2.17	10.10
2011	45.08	48.81	0.55	5.56
2012	40.50	53.06	0.53	5.91
2013	40.08	53.27	0.74	5.91
2014	37.67	55.79	0.61	5.93
2015	38.17	55.24	0.39	6.20
2016	39.70	54.37	0.37	5.56
2017	40.16	52.20	0.45	7.20
2018	39.23	53.05	0.33	7.39
2019	38.92	53.29	0.32	7.47
2020	23.67	39.47	29.60	7.25
2021	26.49	42.13	24.26	7.12
2022	16.49	32.54	44.01	6.96

数据来源:根据历年《中国财政年鉴》数据整理得出。

表 4 2010—2022 年我国公共卫生财政支出流向变化情况 (%)

年份	四类专业公卫机构					其他医疗卫生机构			
	疾控	卫生监督	妇幼	采供血	合计	基层	公立医院	其他机构	合计
2010	45.87	11.61	15.37	2.55	75.39	—	24.61	—	24.61
2011	32.43	9.10	13.28	3.67	58.48	21.57	19.95	—	41.52
2012	23.91	6.39	9.39	3.13	42.82	17.57	39.61	—	57.18
2013	27.13	6.71	10.74	3.80	48.38	20.87	2.38	28.37	51.62
2014	26.74	6.07	11.00	3.94	47.74	21.51	2.55	28.20	52.26
2015	30.78	6.60	13.60	4.71	55.68	27.11	3.58	13.63	44.32
2016	30.66	6.62	14.69	4.80	56.77	27.12	3.85	12.26	43.23
2017	30.37	6.85	15.50	4.98	57.70	27.62	4.39	10.29	42.3
2018	29.93	6.69	14.66	4.65	55.93	27.16	4.50	12.41	44.07
2019	29.86	6.16	13.35	4.44	53.81	32.34	9.80	4.05	46.19
2020	27.56	3.71	9.70	2.81	43.78	22.26	11.69	23.87	57.82
2021	27.89	4.08	8.90	2.80	43.67	25.18	9.75	21.40	56.33
2022	18.28	2.42	5.58	1.57	27.84	13.52	7.87	50.76	72.15

数据来源:根据历年《中国财政年鉴》和《卫生健康财务年报资料》整理得出。

根据 2022 年《中国卫生健康统计年鉴》数据,专业公共卫生机构数量呈先升后降趋势,变动的主要原因是计划生育指导机构的合并和整合。其中疾控机构、卫生监督机构、妇幼保健机构和采供血机构四类专业公共卫生服务机构的数量在波动中下降,疾控中心数量从 2010 年的 3 513 所降至 2020 年的 3 384 所。专业公共卫生机构占我国医疗卫生机构数量的比例从 2010 年的 1.26% 上升至 2014 年的 3.57%, 随后逐渐下降至 2021 年的 1.29%; 其中四类专业公共卫生机构占比从 1.26% 下降至 1.06%。

3.3 中央和地方公共卫生支出责任划分情况

中央和地方公共卫生财政支出责任划分日益清晰。2016 年国务院发布《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),对城乡基本医疗保险、基本公共卫生服务和重大公共卫生服务项目的事权和支出责任进行了划分。公共卫生支出中,中央财政的支出责任在波动中有所增加,从 2010 年的 33.32% 升至 2020 年的 39.89%, 2022 降至 15.99%^①(表 5)。

对专业公共卫生机构的财政投入主要由同级财政承担,过去 10 年内,中央财政仅在 2019 年对中西部地区 15% 的县级疾控机构建设提供了补助(6.48 亿元),2021 和 2022 年又分别安排 10.09 亿元和 20.02 亿元的建设补助,其余时间几乎没有承担支出责任。由同级财政承担专业公卫机构的投入责任,必然导致不同层级的专业公共卫生机构发展不均衡,不利于我国基本公共卫生服务均等化目标的实现。

表 5 2010—2021 年我国中央和地方财政公共卫生支出比例变化

年份	财政支出(亿元)		财政支出占比(%)	
	中央	地方	中央	地方
2010	168.59	337.39	33.32	66.68
2011	290.93	564.99	33.99	66.01
2012	392.07	891.73	30.54	69.46
2013	397.07	863.06	31.51	68.49
2014	465.12	933.75	33.25	66.75
2015	435.96	1 019.18	29.96	70.04
2016	489.38	1 128.42	30.25	69.75
2017	527.81	1 254.72	29.61	70.39
2018	585.52	1 389.91	29.64	70.36
2019	759.68	1 451.91	34.35	65.65
2020	1 549.37	2 329.22	39.95	60.05
2021	911.03	2 682.22	25.35	74.65
2022	1 028.62	5 404.70	15.99	84.01

资料来源:历年《中国财政年鉴》和《中央财政补助地方卫生健康项目经费统计表》。

3.4 专业公共卫生机构的财政补助与运行情况

财政对四类专业公共卫生机构的补助持续增加,从 2010 年的 381.48 亿元增至 2019 年的 1 190.06 亿元,2020—2022 年略有波动,分别为 1 697.41 亿元、1 569.25 亿元和 1 757.69 亿元;财政补助占专业公共卫生机构支出的比例从 2010 年的 49.71% 升至 2019 年的 63.63%,2020—2022 年分别为 78.66%、64.72% 和 64.44%;同期财政补助占疾控机构支出的比例从 59.68% 升至 2019 年的 74.88%,2020—2022 年分别为 91.09%、70.94% 和 70.36%(表 6)。随着财政补助的力度逐渐加大,四类专业公共卫生机构的运行状况趋于平稳,一直处于收支平衡、略有结余的状态。

表 6 2010—2022 年我国财政对四类专业公共卫生机构补助情况

年份	财政补助(亿元)					占支出的比例(%)				
	疾控	卫监	妇幼	采供血	合计	疾控	卫监	妇幼	采供血	合计
2010	232.08	58.73	77.77	12.89	381.48	59.68	85.81	32.20	18.79	49.71
2011	277.57	79.40	113.69	31.40	502.05	64.93	97.49	37.41	39.89	56.31
2012	306.99	81.47	120.56	40.18	549.20	64.87	91.07	34.42	46.42	54.95
2013	341.89	84.52	135.36	47.92	609.69	64.53	92.05	34.34	51.62	54.99
2014	374.00	84.95	153.87	55.06	667.88	65.83	92.83	35.14	56.92	55.92
2015	447.82	96.01	197.86	68.50	810.19	67.99	92.93	40.02	64.63	59.47
2016	495.98	107.12	237.73	77.63	918.47	73.36	94.98	41.00	62.76	61.54
2017	541.38	122.09	276.34	88.71	1 028.52	73.98	95.94	41.19	67.37	61.90
2018	591.19	132.08	289.61	91.88	1 104.76	74.21	97.66	40.43	65.08	61.74
2019	660.48	136.24	295.15	98.18	1 190.06	74.88	95.92	42.42	65.20	63.63
2020	1 069.02	144.02	376.32	108.05	1 697.41	91.09	98.46	55.04	69.96	78.66
2021	1 002.30	146.60	319.62	100.73	1 569.25	70.94	96.11	46.00	61.34	64.72
2022	1 148.89	154.91	353.12	100.77	1 757.69	70.36	98.26	46.24	58.13	64.44

数据来源:根据历年《全国卫生健康财务年报资料》整理得出。

① 2021 年突然下降的可能原因是地方财政承担了疫情防控中的核酸检测支出责任,导致其财政支出占比急剧上升,2022 年下降的可能原因是地方财政承担了更多的隔离点和方舱医院建设的责任。

3.5 专业公共卫生机构激励情况

2009 年 10 月 1 日,在疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生等专业公共卫生机构实施绩效工资制度以来,专业公共卫生机构在职人员工资性收入均持续上升,但增幅较缓,导致专业公共卫生机构在职职工与医院在职职工的工资性收入绝对差距持续扩大,疾控机构与卫生监督机构在职职工与医

院在职职工的工资性收入相对差距略有缩小,妇幼保健机构和采供血机构在职职工与医院在职职工的工资性收入相对差距仍在持续扩大;2020 年疫情期间,因为医院职工收入接近零增长才导致专业公共卫生机构与医院职工之间的收入差距略有缩小,2021 年差距继续扩大(表 7)。

表 7 2011—2021 年我国专业公共卫生机构与医院在职职工收入的差距比较

年份	与医院职工的收入差距(万元)				占医院职工收入的比例(%)			
	疾控	卫监	妇幼	采供血	疾控	卫监	妇幼	采供血
2011	1.30	1.13	1.64	0.62	76.66	79.73	70.63	88.83
2012	1.65	1.48	1.86	-1.40	73.97	76.54	70.55	122.12
2013	1.85	1.77	2.12	1.34	73.65	74.79	69.72	80.85
2014	2.19	2.15	2.47	1.94	72.03	72.59	68.48	75.19
2015	1.79	2.12	2.71	2.02	79.91	76.18	69.49	77.25
2016	2.35	2.40	3.31	2.62	76.12	75.69	66.41	73.45
2017	2.58	2.66	3.83	3.13	76.46	75.76	65.10	71.47
2018	2.84	2.79	4.34	3.38	76.39	76.79	63.96	71.96
2019	3.22	2.83	5.43	3.11	77.13	79.90	61.43	77.91
2020	2.22	2.38	4.69	2.41	84.27	83.13	66.76	82.92
2021	3.33	3.15	5.76	2.98	78.28	79.45	62.43	80.56

数据来源:根据历年全国卫生健康财务年报资料数据整理获得。

4 讨论

4.1 对公共卫生投入的国内外分析

4.1.1 公共卫生投入的必要性分析

根据公共产品理论^[1],公共卫生服务大多具有公共产品和准公共产品属性,如果依赖竞争性市场提供会导致供给和需求不足,为防止由此带来的公共卫生风险外溢,政府有责任保障此类服务的供给^[2]。有学者认为:近年来的重要理论突破是政府不再直接供给公共产品(服务),而是将政府责任更准确定位于公共产品筹资,至于供给层面是政府直接生产还是购买服务,则应基于各种参数条件做出最优选择^[3,4]。对有正外部性的服务,政府干预比较常见,主要形式包括政府直接建立机构提供服务或补贴需求方。

公共风险理论认为,解决新时代的公共风险,是现代财政的新使命^[5]。公共风险成本应主要由公共财政承担。健康风险成本如何在个体和政府之间进行分配,取决于发展阶段的公共风险权衡和公共卫生模式、制度安排。

世界银行认为,卫生投入是提升居民健康水平、提升人力资本国家(地区)竞争力的重要前提。^[6]在

健康领域,相比临床诊疗服务,对公共卫生的投入对人群健康的影响更大,更具有成本效益。^[7]有研究发现,对公共卫生的投入,5 年内的投资回报率可达 5.6,10~20 年内可达 6.2。^[8]对公共卫生进行战略投资,不仅可以改善健康结果,还可以节省成本和经济效益。^[9]在疫情期间,有学者认为:应该加强公共卫生投资,使其成为全球公益性产品。^[10]WHO 报告显示,欧洲区的公共卫生投入不足,只有 3% 的国家卫生部门预算用于公共卫生和预防,这表明公共卫生投资有增加的空间,以提高成本效益和更广泛的成果。^[11]有学者认为,疫情揭示了全球卫生系统长期投入不足的问题。对供给公共产品的机构的投资一直被忽视,尤其是负责预防、准备和应对健康威胁的国家和区域性机构,而这些公共产品对保护和促进健康和福祉至关重要。^[10]

4.1.2 公共卫生投入的障碍

针对公共卫生投入的障碍,国内外学者也进行了分析。有学者认为,公共卫生产出周期长,当期见效不明显,影响了地方政府投入的积极性^[12];目前的年度绩效评估不适用于公共卫生项目,缺乏明确的绩效评估结果影响了政府对公共卫生的投入^[13];有学者运用系统动力学模型对公共卫生支出重医轻防

现象进行了分析,认为在竞争性预算的背景下,医疗挤占了公共卫生投入,政府总是会优先将公共资金投入医疗而不是预防保健。^[14]国内有学者对我国公共卫生投入存在的问题和成因进行分析,认为公共卫生机构预算管理制度改变是投入规模不足的制度基础,财政分权改革是地区之间投入差别较大的制度基础,公共卫生投入绩效评估困难也是公共卫生投入不足的重要原因。^[15]

4.1.3 公共卫生支出的优先顺序界定

世界银行在1993年的世界发展报告中,建议各国重新分配政府的医疗卫生支出,优先支持成本效益好的医疗卫生干预项目。^[6]为更好地指导发展中国家选择成本效益好的医疗卫生干预项目,世界银行还联合世界卫生组织出版了疾病控制优先关注的重点第一版(Diseases Control Priorities in Developing Countries, DCP)。2006年,根据全球健康风险、人群疾病谱的变化,结合医学技术的进步和最新的干预证据,世界银行又出版了第二版,指导发展中国家遴选成本效益较好的卫生干预项目,并于2018年出版了第三版,制定了向发展中国家推荐的基本医疗卫生服务包。DCP通过提供对医疗卫生基本问题和挑战的多学科理解,以及对一系列传染性和非传染性疾病及其危险因素的有效干预,为改善各国人民健康的全球举措做出了重大贡献。^[16]

4.2 我国公共卫生财政投入存在的主要问题

4.2.1 公共卫生纵向与横向投入不协同,不利于提升专业公共卫生机构在我国公共卫生体系中的地位

我国公共卫生财政支出优先保障纵向投入(项目支出),但对公共卫生体系(机构)的投入(横向投入)缺乏稳定性,公共卫生纵向与横向投入不协同,公共卫生支出流向专业公共卫生机构的比例逐年下降,进一步反映了专业公共卫生机构在公共卫生服务体系中的主导作用受到严重影响。疾病预防控制中心是我国公共卫生体系的主力军,在传染病防控中处于主导地位,直接决定我国居民健康防线的建设质量。财政对疾控机构的投入不足,补助水平占其支出的比例大多数年份保持在75%左右,财政补助与疾控机构的公益一类事业单位属性不符。

4.2.2 公共卫生领域的事权与支出责任划分,不利于“预防为主”目标的实现

公共卫生领域,在纵向支出(项目支出)的事权

与支出责任划分中,采取了重大公共卫生项目中央财政承担、基本公共卫生项目中央和地方财政责任共担的方式,横向支出(机构支出)由同级财政承担,这样的事权与支出责任划分与公共卫生服务的公共产品属性不相适应。重大公共卫生项目也需要地方的积极参与,目前我国的专业公共卫生机构并没有实行垂直管理,将重大公共卫生项目界定为中央事权与我国现行的公共卫生管理体制不相适应。横向投入由同级财政承担,多数地方政府对专业公共卫生机构的重要性认识不足,缺乏建设高质量专业公共卫生机构的紧迫性,对专业公共卫生服务机构支持不足,财政投入、基础设施和设备投入、人员激励等政策均严重滞后,导致专业公共卫生机构发展缓慢,不利于预防为主目标的实现。

4.2.3 专业公共卫生机构在医疗卫生服务体系中的地位日益弱化,与“预防为主”的要求不相适应

专业公共卫生机构是我国公共卫生服务的重要提供者,是我国落实“预防为主”工作方针的主力军,是健康中国建设的重要载体。但从过去10年的发展情况看,专业公共卫生机构呈萎缩趋势,在卫生服务体系中的地位日益弱化。专业公共卫生机构的发展趋势与我国“预防为主”的卫生健康工作方针要求不相适应。

4.2.4 人员激励不足现象比较普遍,进一步弱化了专业公共卫生机构

专业公共卫生机构在岗人员待遇偏低,与同级医院在岗人员收入的差距持续扩大,激励不足现象比较普遍;专业公共卫生机构的岗位吸引力较低,招人难、留人难已成为专业公共卫生机构发展面临的严峻挑战;骨干人员流失现象持续存在,专业公共卫生机构进一步弱化,与医疗机构的发展差距逐渐扩大,不利于实现医防并重和防治结合。

4.3 公共卫生财政投入的影响

4.3.1 建成了全球覆盖范围最广、覆盖项目最多的公共卫生干预项目和公共卫生服务网络。

在公共财政的支持下,我国于2009年首次以服务包的形式明确了覆盖全体居民的基本公共卫生项目,并随着居民公共卫生需求和健康危险因素的变化而逐步调整,从2009年的9类21项扩展至2022年的12类45项;同时针对重点人群确定了重大公共卫生项目;建立专项资金筹资增长机制,为基本公共

卫生服务项目和重大公共卫生项目提供强有力的财力保障,确保健康干预项目惠及全民。

在公共财政的支持下,我国已经建成了包括专业公共卫生机构、医院和基层医疗卫生机构的全球最大的公共卫生服务网络,在新冠疫情大流行中我国公共卫生服务体系发挥了积极作用,经受住了疫情大流行的考验。

4.3.2 居民主要健康指标持续改善

从我国居民主要健康指标看,我国居民健康状况持续提升,根据 2022 年中国统计年鉴的数据,期望寿命从 2010 年的 74.8 岁增加到 2021 年的 78.2 岁,孕产妇死亡率从 2010 年的 30.0/10 万人降至 2021 年的 16.1/10 万人,婴儿死亡率从 2010 年的 13.1‰降至 2021 年的 5.0‰,均呈现持续改善趋势。

4.3.3 居民患病率与医疗服务利用仍在持续上升

我国居民的两周患病率仍在持续上升,从 2008 年的 18.9% 上升至 2018 年的 32.2%;慢性非传染性疾病患病率快速上升,从 15.74% 升至 34.29%,10 年期间翻了一倍多,反映出我国公共卫生支出对慢性病及其危险因素的干预仍有较大的改进空间。

人均就诊次数和住院率呈现持续上升趋势,分别从 2010 年的 4.35 次和 10.57% 升至 2019 年的 6.18 次和 18.86%,反映我国“预防为主”的理念在执行过程中仍有待加强,公共卫生投入的绩效仍有较大的提升空间。

5 政策建议

5.1 提高公共卫生预算的优先层级,强化公共卫生支出的硬约束

增加公共卫生支出,需要各级政府和财政部门提升公共卫生预算的优先层级,强化公共卫生预算的硬约束,才有可能为建立高质量的公共卫生体系提供财力保障。我国仍需持续加大公共卫生财政投入力度,继续提升公共卫生财政支出在卫生总费用中的比例,进一步落实“预防为主”的卫生健康工作方针要求。

5.2 优化公共卫生支出结构,加强公共卫生纵向与横向投入的协同

优化公共卫生支出结构,增强公共卫生纵向与横向投入的协同度,提升资金使用效率,提升公共卫生支出流向专业公共卫生机构的比例;提升财政补助占疾控机构的支出比例,逐步建立与专业公共卫

生机构属性相匹配的财政投入机制。既要逐渐扩展项目,加大对主要慢性非传染性疾病危险因素干预,又要加强公共卫生服务体系建设,加大对专业公共卫生机构的投入力度,提升专业公共卫生人员的薪酬待遇,建立起更有活力、更有韧性、更可持续的公共卫生体系。通过增加对公共卫生的投入,提升居民健康水平,减少居民的医疗卫生支出,进而减少对医保基金的需求和财政对医保基金补助的支出压力。

5.3 完善公共卫生领域的中央和地方事权与支出责任,增强中央财政在横向投入中的支出责任

将纵向投入中的重大公共卫生服务项目调整为中央和地方共同事权,尽快建立中央为主、地方为辅的重大公共卫生事权与支出责任。将横向投入明确为中央和地方共同事权,增强中央财政在横向投入的支出责任,缩小各地专业公共卫生机构的发展差距和能力差距,促进公共卫生服务均等化目标的实现。

5.4 进一步健全人员激励机制,稳步强化专业公共卫生机构

对不同层级的专业公共卫生机构实行差异化的激励机制,创造条件执行“两个允许”政策,强化其社会服务职能和科学研究职能,通过加强科研和社会服务,提升从业人员待遇和绩效工资标准,缩小其与同级综合性医院在职职工的收入差距,提升岗位吸引力,稳步强化专业公共卫生机构,进一步筑牢居民健康防线。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Samuelson P A. The Pure Theory of Public Expenditure[J]. Review of Economics and Statistics, 1954, 36(4): 387-389.
- [2] 约瑟夫·E·斯蒂格利茨. 公共部门经济学[M]. 郭庆旺,译. 3版. 北京:中国人民大学出版社,2005.
- [3] Shleifer A. State versus Private Ownership[J]. Journal of Economic Perspectives, 1998, 12(4): 133-150.
- [4] 杜创. 财政投入、激励相容与中国疾病防控体制改革[J]. 世界经济. 2023, 46(1):3-31.
- [5] 刘尚希. 公共风险论[M]. 北京:人民出版社,2018.
- [6] World Bank Group. World Development Report 1993: Investing in Health[M]. Oxford University Press, 1993.

- [7] Canterbury District Health Board. Investing in Public Health [R]. 2009.
- [8] Trust for America's Health. Prevention for a Healthier America: Investments in Disease Prevention Yield Significant Savings and Stronger Communities[R]. 2008.
- [9] Munro D. Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-economic Determinants of Health[R]. 2008.
- [10] Agnès Soucat, Rajat Khosla. Investing in public health systems is a global common good [J]. BMJ, 2022 (379): 2475.
- [11] WHO regional office for Europe. The case for investing in public health: The strengthening public health services and capacity[R]. 2014.
- [12] 孙琳, 高司民. 财政分权、老龄化和“重医疗、轻预防”阐释与对策[J]. 复旦学报(社会科学版), 2022(6): 170-181.
- [13] Institute of Medicine. For the Public's Health: Investing in a Healthier Future[R]. 2012.
- [14] David Bishai, Ligia Paina, Qingfeng Li, etc. Advancing the application of systems thinking in health: why cure crowds out prevention [J]. Health Research Policy and Systems 2014(12): 1-12.
- [15] 周海沙, 阮云洲, 王俊. 财政视角下我国公共卫生政府投入的问题和成因分析[J]. 卫生经济研究, 2009(4): 11-13.
- [16] Jamison D T, Gelband H, Horton S, et al. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty [R]. 2018.
- [收稿日期:2024-03-27 修回日期:2024-04-28]
(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2024 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

电话:010-52328696、52328697