

# “医改”财政投入及其绩效评价

——以鲁、赣两省为样本

李春根 应 丽

(江西财经大学 南昌 330013)

**内容提要**：“医改”是一项重大的民生工程，财政投入是“医改”成败的关键。三年来，我国政府不断加大财政投入，投入产生的实际效益的衡量，需要建立一个科学合理的“医改”财政投入绩效评价指标体系。本文选取了鲁、赣两省为研究样本，通过建立有效的绩效指标体系，对两省“医改”财政投入情况进行分析并比较，从而发现“医改”财政投入中存在的问题与不足，并提出完善财政投入的具体措施。

**关键词**：医改 财政投入 绩效评价 绩效指标

**中图分类号** F812.4 **文献标识码** A **文章编号** 1672-9544(2015)02-0047-07

## 一、引言

2009年4月6日，中共中央、国务院出台了《关于深化医药卫生体制改革的意见》以及《2009年-2011年深化医药卫生体制改革实施方案》，标志着中国新一轮“医改”的开始。“医改”过程中，政府不断加强财政投入。截至2012年，我国财政医疗卫生累计投入达22427亿元，占财政支出比例从4.4%提高到了5.7%。“新医改”的第一阶段已宣告结束，三年“医改”财政投入取得了一定成效，但投入的过程中仍存在一些问题，需要做进一步完善。本文以我国东部和中部地区具有代表性的山东省和江西省“医改”财政投入情况为基础，对两省“医改”财政投入绩效做深入分析。

关于“医改”财政投入及其绩效的研究，许多学者都表达了不同的观点。孙隆椿（2011）、冯世良（2010）等认为，财政投入是“新医改”的关键，是“新医改”的生命线，应不断加大财政投入力度。同时，

在投入的方向上，王军（2011）认为，要向基本、基层倾斜，向建机制倾斜，向中西部倾斜。徐亮（2010）认为投入的关键要看效率，而效率最大化的关键要转变理念，让卫生投入以人为本。同时，开展有效的绩效评价工作是“医改”财政投入取得高绩效的根本。在财政投入绩效上，需要制定相应的绩效评价体系，以指标为依据进行评价。余振乾、余小方（2005）认为绩效不能只评价产出和结果，投入目标和运作过程也应成为评价对象。卫生部（2009）初步确定了“医改”绩效评价体系所包含的18项指标，其中包括可及性提高指标，质量改善指标，费用指标，健康改善指标，满意度指标和风险保护指标。卫生部未对民意设定基线数据，徐玲（2009）指出必须对居民进行调查，深入了解群众对“医改”的满意度，这是判断“医改”成功与否的根本标准。在绩效指标评价体系建立上，王小万（2012）等从投入和产出两个方面出发，构建了政府卫生投入绩效评价指标体系。在评价方法上，Behn（2003）认为绩效评价方法的选

〔收稿日期〕2014-11-03

〔作者简介〕李春根，财税与公共管理学院院长，教授，研究方向为财政学、公共经济与管理；应丽，财税与公共管理学院硕士研究生，研究方向为社会福利。

择是由绩效评价的目的决定的,比如,业绩评价需要的是结果评价,而预算和分配决策需要的是效率评价。因此,在开展“医改”财政投入绩效评价方法的选择应从目的出发,以保障评价结果具有针对性和有效性。

### 二、鲁、赣两省“医改”财政投入概况

财政投入是医疗卫生体制改革的关键性因素,国家对“新医改”的投入力度正逐步增强,鲁、赣也积极投入到改革中,全面推进医疗卫生事业的发展。

#### (一)山东省“医改”财政投入概况

从2009年到2011年,山东省各级财政投入医改资金796亿元,年均增长39.3%。2011年医疗卫生支出360.36亿元,比上年增长43.7%。2011年政府卫生支出占卫生总费用的比重比2008年提高4%,居民个人现金支出占卫生总费用的比重降低5%。基本公共卫生服务经费标准实现城乡统一,达到人均每年25元。基层医疗卫生服务体系进一步完善,三年来,全省共投资47亿元。覆盖城乡的基层医疗卫生服务网络基本建成,服务能力得到提升,“小病在基层、大病去医院”的就医新秩序正在形成。

#### (二)江西省“医改”财政投入概况

2009年-2011年,江西全省财政“医改”总投入达375.8亿元,财政医疗卫生投入年度增幅分别达到51.4%、23.9%和31.7%,均高于当年全省财政支出平均水平,为全省“医改”平稳推进提供了有力的资金保障。在医疗卫生支出方面,政府医疗卫生支出逐年增加,2011年财政支出196.32亿元,2010年为150.02亿元,2011年比2010年增长了30.9%。2010年和2011年,省县财政分别落实基本药物零差率销售补助资金3亿元和6亿元,并将基本药物全部纳入医保“三张网”报销范围,且提高报销比例15个百分点。在医疗机构建设上,江西省统筹中央和地方专项建设资金42.6亿元,同时安排

①山东省医改三年药价均降四成多[N].2012年5月24日 [http://www.langya.cn/lyzk/jiankang/jkjj/201205/t20120524\\_118503.html](http://www.langya.cn/lyzk/jiankang/jkjj/201205/t20120524_118503.html)

②我省深化医药卫生体制改革三年成效显著[N].江西日报,2012年6月14日 [http://www.jiangxi.gov.cn/zxbd/ygzt/ygdt/201206/t20120614\\_740618.html](http://www.jiangxi.gov.cn/zxbd/ygzt/ygdt/201206/t20120614_740618.html)

9300万元,为全省16880个村卫生室配备了电脑和打印机,“医改”三年,江西省共投入逾23亿元用于改善基层医疗设施,并对逾9.2万基层卫生人员进行在岗培训,“小病不出乡、大病不出县”正在成为现实。

### 三、鲁、赣两省“医改”财政投入绩效评价

绩效评价的关键环节是要建立有效的绩效评价指标体系,本文要对“医改”财政投入状况进行客观评价,首先必须建立相应的指标体系。

#### (一)绩效指标的设计

“医改”财政投入具有综合性和复杂性,因此,在绩效指标的设计上,本文遵循SMART原则的基础上,即明确性、可度量性、可达到性、可实现性和有时限性,并结合了卫生部确定的18项指标,从“医改”财政的投入以及“医改”财政投入的产出两方面进行(见表1)。

1.投入指标:主要用于反映“医改”过程中的财政支出状况。该类指标主要包括人力投入和资本投入两个方面。其中,人力投入包括:每千人口卫生技术人员、每千人口执业(助理)医师、每千人口注册护士、每千农业人口乡镇卫生院人员数和每千农业人口村卫生室人员数;资本投入包括:新农合人均医疗筹资、城市每万人医疗机构床位数、农村每万人医疗机构床位数和每万农业人口乡镇卫生院床位数。

2.产出类指标:主要是用于反映一定的财政投入后所产生的实际效果,并间接反映出“医改”推行的成功与否。该类指标具体包括:医疗服务指标和效果指标。其中,医疗服务指标具体包括:医院病床使用率、政府办医院病床使用率、乡镇卫生院病床使用率、医师日均担负诊疗人次、医师日均担负住院床日;效果指标具体包括:孕产妇死亡率、新生儿破伤风死亡率、甲乙类法定报告传染病发病率、医疗卫生机构急诊抢救成功率和医疗卫生机构危重病人抢救成功率。

#### (二)绩效指标分析

本文主要从投入和产出两个方面对“医改”财政投入进行绩效评价,其中包括多个评价指标,在

表 1 “医改”财政投入绩效评价指标体系

评价指标		山东	江西	全国	
投入类 指标	人力投入	每千人口拥有卫生技术人员	5.02	3.49	4.58
		每千人口拥有执业(助理)医师	1.94	1.32	1.82
		每千人口拥有注册护士	1.78	1.36	1.66
		每千农业人口乡镇卫生院人员数	1.96	1.26	1.32
		每千农业人口村卫生室人员数	2.70	1.58	1.53
	资本投入	新农合人均医疗筹资(元)	256.22	232.55	246.21
		城市每万人医疗机构床位数(张)	58.95	56.22	62.44
		农村每万人医疗机构床位数(张)	36.95	21.98	27.98
		每万农业人口乡镇卫生院床位数(张)	17.25	9.85	11.59
产出类 指标	医疗服务	医院病床使用率(%)	85.00	94.10	88.50
		政府办医院病床使用率(%)	92.00	99.90	94.60
		乡镇卫生院病床使用率(%)	54.20	73.60	58.10
		医师日均担负诊疗人次	5.60	6.00	7.20
		医师日均担负住院床日	2.40	2.60	2.50
	医疗效果	孕妇产前检查率(%)	95.00	94.60	93.70
		新生儿破伤风死亡率(1/万)	0	0.02	0.05
		甲乙类法定报告传染病发病率(1/10万)	107.02	207.60	241.44
		医疗卫生机构急诊抢救成功率(%)	94.70	96.40	95.80
		医疗卫生机构危重病人抢救成功率(%)	91.90	91.80	91.40

数据来源:《2011 年国家数据》和《2011 年中国卫生统计年鉴》。

进行绩效指标分析之前,必须先确定各指标的权重,投入和产出两个方面在绩效评价中具有同等重要性,因此,本文采取平均值法,投入和产出两项指标所赋予的指标权重占比分别为 50%和 50%,其中所包含的具体评价指标的指标权重也同样采用平均值法。

在本文绩效指标中,存在正向和反向两种指标。其中正向指标是指与“医改”财政投入绩效成正比关系的指标,即指标值越大,绩效水平越高。反向指标是指与“医改”财政投入绩效成反比关系的指标,即指标值越大,绩效水平越低。其中反向指标有两个,即:新生儿破伤风死亡率和甲乙类法定报告传染病发病率。其它指标都为正向指标。

反向指标指数值的计算方法可以用以下公式:

$$W=1-M$$

其中  $M$  为反向指标中的实际指数值, $W$  为计算所求出的反向指标指数值。各级指标权重具体计算

结果如表 2 至表 4 所示:

### (三)鲁、赣两省绩效比较

鲁、赣两省及全国的绩效指标评价得分显示,山东省加权综合评价总分为 90.02,江西省为 84.0915,全国为 82.506,山东省“医改”财政投入绩效水平高于江西省,江西省高于全国平均水平。其中,一级指标中,山东省投入类指标和产出类指标的绩效水平都高于江西省,江西省投入类指标绩效水平低于全国,但是产出类指标绩效水平高于全国;二级指标中,山东省人力投入、资本投入和医疗效果指标的绩效水平高于江西省,也高于全国绩效水平,医疗服务指标的绩效水平低于江西省,也低于全国绩效水平,江西省人力投入和资本投入高于全国,而医疗服务指标和医疗效果指标低于全国;三级指标中,山东省在每千人口拥有卫生技术人员、每千人口拥有执业(助理)医师、每千人口拥有注册护士、每千农业人口乡镇卫生院人员数、每千农业人口村

表 2 三级指标权重计算结果

评价指标	权重	山东	江西	全国	山东加权分值	江西加权分值	全国加权分值
每千人口拥有卫生技术人员	20%	5.02	3.49	4.58	1.004	0.698	0.916
每千人口拥有执业(助理)医师	20%	1.94	1.32	1.82	0.388	0.264	0.364
每千人口拥有注册护士	20%	1.78	1.36	1.66	0.356	0.272	0.332
每千农业人口乡镇卫生院人员数	20%	1.96	1.26	1.32	0.392	0.252	0.264
每千农业人口村卫生室人员数	20%	2.70	1.58	1.53	0.54	0.316	0.306
新农合人均医疗筹资	25%	256.22	232.55	246.21	51.244	46.51	49.242
城市每万人医疗机构床位数	25%	58.95	56.22	62.44	11.79	11.244	12.488
农村每万人医疗机构床位数	25%	36.95	21.98	27.98	7.39	4.396	5.596
每万农业人口乡镇卫生院床位数	25%	17.25	9.85	11.59	3.45	1.97	2.318
医院病床使用率	20%	85	94.1	88.5	17	18.82	17.7
政府办医院病床使用率	20%	92	99.9	94.6	18.4	19.98	18.92
乡镇卫生院病床使用率	20%	54.2	73.6	58.1	10.84	14.72	11.62
医师日均担负诊疗人次	20%	5.6	6	7.2	1.12	1.2	1.44
医师日均担负住院床日	20%	2.4	2.6	2.5	0.48	0.52	0.5
孕妇产前检查率	20%	95	94.6	93.7	19	18.92	18.74
新生儿破伤风死亡率 1/万	20%	0	0.02	0.05	100	99.996	99.99
甲乙类法定报告传染病发病率 1/10 万	20%	107.02	207.6	241.44	78.596	58.48	51.712
医疗卫生机构急诊抢救成功率(%)	20%	94.7	96.4	95.8	18.94	19.28	19.16
医疗卫生机构危重病人抢救成功率(%)	20%	91.9	91.8	91.4	18.38	18.36	18.28

注:新生儿破伤风死亡率和甲乙类法定报告传染病发病率两项指标为反向指标,因此,指标值是根据  $W=1-M$  的公式得出。文中的“全国”是指“全国平均水平”。

表 3 二级指标权重计算结果

评价指标	权重	山东	江西	全国	山东加权分值	江西加权分值	全国加权分值
人力投入	50%	2.68	1.802	2.182	1.34	0.901	1.091
资本投入	50%	73.874	64.12	69.644	36.937	32.06	34.822
总计	100%				38.662	33.045	35.981
医疗服务指标	50%	47.84	55.24	50.18	23.92	27.62	25.09
医疗效果指标	50%	234.916	215.036	207.882	117.458	107.518	103.941
总计	100%				141.378	135.138	129.031

注:二级指标的加权分值是根据前述计算出的三级指标得分数据乘以对应的二级指标权重计算得出。

表 4 一级指标计算结果

评价指标	权重	山东	江西	全国	山东加权分值	江西加权分值	全国加权分值
投入类指标	50%	38.662	33.045	35.981	19.331	16.5225	17.9905
产出类指标	50%	141.378	135.138	129.031	70.689	67.569	64.5155
合计	100%				90.02	84.0915	82.506

注:一级指标,即综合指标的加权分值是根据前述计算出的二级指标的得分数据乘以一级指标所对应的权重计算出考评指标的加权综合评分。

卫生室人员数、新农合人均医疗筹资、农村每万人医疗机构床位数、每万农业人口乡镇卫生院床位数、孕妇产前检查率、新生儿破伤风死亡率、甲乙类法定报告传染病发病率、医疗卫生机构危重病人抢救成功率等方面绩效水平高于江西省，也高于全国绩效水平，而在城市每万人医疗机构床位数、医院病床使用率、政府办医院病床使用率、乡镇卫生院病床使用率、医师日均担负诊疗人次、医师日均担负住院床日和医疗卫生机构急诊抢救成功率等方面绩效水平低于江西省，也低于全国绩效水平；江西省在每千人口拥有卫生技术人员、每千人口拥有执业（助理）医师、每千人口拥有注册护士、每千农业人口乡镇卫生院人员数和新农合人均医疗筹资等方面的绩效水平低于全国绩效水平，其余指标的绩效水平都高于全国。

由上述分析可以得出，山东省对“医改”的投入水平要高于江西省，更要高于全国平均水平，这其中包括人力的投入，在具体的指标水平上也都比江西省和全国平均水平要更高，原因之一在于山东省作为东部发达地区，经济发展水平高，对“医改”的财政投入水平高。而江西省作为中部欠发达地区的省份，投入水平要低于全国平均水平，包括在人力和资本上的投入，这也是由于江西省经济发展水平较低。在产出水平上，山东省总体上要高于江西省和全国平均水平，这也是高投入所带来的高产出的表现。而在医疗服务上，山东省要低于江西省和全国平均水平，如病床使用率更低，这主要体现在资源的利用率上。而在医疗效果上，山东省要高于江西省和全国平均水平，原因之一在于山东省医疗技术水平、医疗设备、医护人员专业素质水平相对更高。江西省在产出上要高于全国平均水平，其中在医疗服务上要高于山东省，说明江西省较好地利用了医疗卫生资源。

#### 四、“医改”财政投入中的问题与不足

根据鲁、赣两省“医改”财政投入绩效指标分析结果显示，我国在“医改”财政投入过程中存在一些问题与不足，主要表现为：

（一）“医改”财政投入力度不足，地区投入相差较大

2009年我国实施新医改方案以来，政府财政投入数量一直在增长，三年新增投入12409亿元，保证了“医改”各项工作的开展。但是，从总体上讲，我国政府财政投入不足，仍需加大投入力度，尤其是中西部地区的财政投入。根据鲁、赣两省的调查数据显示，2009年-2011年，山东省各级财政投入“医改”资金796亿元，江西省财政总投入375.8亿元，山东省财政资金投入数额远远高于江西省。“医改”资金投入不足，一方面影响“医改”进程，另一方面地区间医疗保障水平差距越来越大，不利于实现医疗资源和服务均等化的目标。

（二）医疗保障水平总体不高，区域间、城乡间待遇相差较大

我国卫生总费用在逐年上升，但是政府卫生支出占卫生总费用的比重却没有逐年增加或增加甚微，2008年政府卫生支出占24.73%，社会支出占34.85%，个人支出占40.42%。2009年政府支出占27.5%，社会支出占35.1%，个人支出占37.5%。2010年政府支出占30.4%，社会支出占34.7%，个人支出占34.9%，个人卫生支出比例最高。2011年江西省个人卫生支出占卫生总费用比重为60.9%，山东省为61.28%，个人卫生支出比重较高。2010年鲁、赣两省医药总支出占卫生总费用的比重分别为47%和46%，医药费用支付水平较高，医疗保障水平偏低。同时，区域间、城乡间待遇相差较大，保障水平不均衡，政策不统一，报销标准、比例等差距大。城镇职工基本医保待遇水平高于城乡居民医保，东部地区医保待遇高于中西部地区。

（三）卫生资源分配不均且利用不充分

近年来，我国在卫生技术人员数量上有相对较快的增长，2009年-2011年，每千人口卫生技术人员数由4.15增长到4.58，山东省由4.39增长到5.02，江西省由3.25增长到3.49，从以上数据中可以看出，卫生技术人员在分配上存在一定的差异，山东省明显高于江西省，高于全国平均水平，这就在很大程度上促使患者向大城市集中就诊，也就造成我国普遍存在这样一种现象：大医院门庭若市，

医疗资源供不应求;小医院门可罗雀,医疗资源供过于求,资源分布不均问题严重。尽管政府在不断加大对社区医院和乡镇卫生院的投入力度,但仍未实现卫生资源的有效分配,主要表现为城市卫生人才密集,农村卫生人才缺乏;东部地区人才密集,西部地区人才缺乏;大型医疗机构中人才密集,疾病预防控制机构、社区卫生服务机构人才缺乏。在资源利用率上,江西省政府办医院病床使用率为99.9%,高于山东省92%,相对得到了较好的利用,而江西省乡镇卫生院病床使用率为73.6%,山东省为54.2%,两省利用率都不高。

#### (四)卫生技术人员整体专业素质水平不高

随着经济的发展,人民生活水平的提高,人民群众对医疗卫生服务的需求也不断增长,尤其是医疗保健类服务。这就对卫生技术人员的专业素质水平提出了更高的要求。从我国拥有的卫生人员数量上可以了解到,2011年我国卫生人员数为861.6万人,其中山东省拥有68.96万人,江西省拥有24.46万人,卫生人力资源总量不少,但整体素质不高。2010年,我国卫生技术人员仍以中专和大专为主,本科及以上学历所占比例仅为24.9%,高级卫生技术人员仅占7.8%。高层次卫生技术人员的缺乏制约了医生整体工作效率的提高以及先进医疗设备的有效使用,严重影响了医疗卫生服务质量,容易造成误诊等医疗卫生事故,不能满足人民群众的医疗卫生需求。

#### (五)缺乏有效的财政监督机制和绩效考评机制

“医改”资金涉及中间环节多,牵涉利益复杂,容易产生套取、挤占和挪用资金等违法违规现象。在对鲁、赣两省进行调研中发现,一些县、乡(镇)存在虚报参保人数以套取财政补助资金、不规范收取参保费、地方配套资金未及时到位、少数参保人员重复报账等众多违法违规现象。同时,未建立有效的绩效考评机制、考评办法和评价指标体系,并未严格实施绩效考核,从而影响“医改”财政投入的绩效水平。

### 五、完善“医改”财政投入的具体措施

“医改”财政投入具有数量大、政策性强的特

点,通过绩效分析发现,“医改”资金在投入和使用的过程,存在资金使用效率低、违规违法使用资金等问题。因此,针对上述分析中所指出的问题与不足,提出以下政策性措施,用以完善“医改”财政投入。

(一)继续加大“医改”财政投入,优化资金投入方向和结构,提高政府投入效率

财政投入是推进“医改”进程,实现“医改”目标的保障,我国“医改”取得了一定的成效,但成效不大,因此,一方面政府要高度重视“医改”工作,继续加大投入力度,保证全国“医改”的资金运转;另一方面要优化投入方向和结构,提高投入效率。在投入数额上,根据各地区经济发展水平,采用适度倾斜的原则,对于财政困难的省份,中央财政投入的比重要适度提高;在投入方向上,要向中西部地区倾斜,向基层医疗卫生机构倾斜,对于经济困难的省份和地区,中央政府应给予更多的政策或资金支持,并鼓励东部经济发达省份帮扶欠发达地区“医改”工作开展;同时,在投入结构上,重点用于提高医护人员专业技术水平、完善医疗机构服务体系、研发新的医疗技术等方面,提高政府投入效率。

(二)提高医疗保障水平,缩小城乡、区域之间医疗保障待遇差距,逐步建立全国统一的医疗保障体系

“看病难、看病贵”问题一直是我国“医改”需要解决的关键问题,目前,这一问题仍未得到有效地解决,因病致贫的现象时有发生。同时,根据国际经验,政府卫生支出占卫生总费用的比重必须保持在50%及以上,才能保证医疗卫生系统服务的公平性与公益性。因此,应根据我国国情逐步增加政府预算卫生费用占总费用的比重,并逐步提高门诊报销比例,扩大基本药物报销范围,提高个人缴费标准和政府补助水平,以提高医疗保障水平。在医保待遇上,探索全国统一的城乡医保实施路径,先实现城镇居民基本医疗保险与新农合进行并轨,再与城镇职工基本医疗保险进行并轨,逐步缩小城乡之间、区域之间医疗保障待遇差距,最终建立城乡居民基本医疗保险,统一实施保障政策、报销标准、报销比例等,实现医疗保障待遇均等化目标。

①崔霞.我国医药卫生人才队伍发展策略研究[D].湖南:中南大学,2012.

(三)合理分配卫生资源,提高资源利用率

政府在增加投入的同时,应更加注重对卫生资源的合理分配。一方面政府要加大对基层医疗卫生机构的财政投入,用于基础设施建设、全科医生培养、医护人员培训、医疗设备更新与引进等,将更多的医疗卫生资源转向基层,实现医疗卫生资源的合理分配,保证“小病不出乡、大病不出县”;另一方面要提高卫生资源的利用率,采用逐级转诊、分流患者等方式,充分利用各级医疗机构卫生资源,并通过建立卫生资源分配的监管机制,使有限的卫生资源发挥最大的作用,以限制不合理医疗、不合理用药和过度医疗、过度服务。

(四)加强卫生技术人员整体素质建设

提高我国卫生技术人员整体素质水平,一方面应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为重点,加强卫生专业技术人员继续医学教育,另一方面应完善医药卫生学校教育体系。同时,还应加强医药专业学生的职业道德教育,增强人文、社会、法律、伦理等领域的知识;毕业后的医学教育应以技能训练和提高临床能力为重点,建立专科医生和全科医生的规范化培训和资格准入制度。具体可以从以下三方面开展:首先,强化基层医疗卫生人才队伍建设,加强以全科医师为重点的基层医疗卫生人才队伍建设,建立以临床培训基地和基层实践基地为主体,以规范与提升临床诊疗能力和公共卫生服务能力为重点的培训网络。提升基层医疗卫生人员学历层次,为农村订单定向免费培养医学生;大力开展基层医疗卫生人员继续教育。其次,加强公共卫生人才队伍建设,加强公共卫生专业人员管理,开展公共卫生专业人员培训,尤其是基层从事公共卫生工作人员的培训。加强专业公共卫生机构高层次人才培养和引进,探索建立公共卫生与临床医学复合型人才培养机制,着力提高实验室检验检测和现场处置能力,以及应对社会卫生热点问题的能力。最后,加强高层次卫生人才队伍建设。研究制定高层次卫生人才发展规划,以创新能力建设为核心,以科研项目为依托,努力建设

一支高水平的医学创新团队。实施卫生高层次人才培养计划,培养一批在国内外医学领域有重要影响力的医学科学家、优秀学科带头人。

(五)建立有效的财政监督机制和绩效考评机制

财政部门应高度重视“医改”资金的绩效评价工作,建立有效的财政监督机制,并与审计、监察、卫生等相关部门合作,加强对基层医疗卫生机构和公立医院的财务监督,防止“医改”资金被挤占、挪用,防止基层医疗机构隐瞒收支等行为的发生。将各项“医改”工作开展情况、人民群众受益情况同资金安排与拨付挂钩,加强“医改”资金的监督管理。对于政府预算投入的数额,应参考各地区、各部门绩效评价的结果,进行预算资金的有效安排和编制,并调整、优化和配置资源,加强财务管理,以保障资金投入的足额、有效使用。同时,完善绩效考核机制,将绩效考评结果作为资金分配的重要依据,确保“医改”资金取得实效。建立严格的奖罚机制,切实提高资金的使用效率,推进财政资金的科学化、精细化、规范化和阳光化管理,努力保障“医改”资金安全、规范和高效使用。

参考文献:

- [1] 冯世良.财政投入是新医改的生命线[N]. <http://news.163.com/special/00014029/fengshiliang0312.html>
- [2] 财政部副部长王军 医改财政投入三年超万亿[N]. <http://roll.sohu.com/20110310/n304167095.shtml>
- [3] 徐亮.医改投入当以人为本[J].中国卫生, 2010(4): 39.
- [4] 余振乾、余小方.地方财政科技支出绩效评价指标体系构建及其实施[J].科技与经济, 2005(4): 63-69.
- [5] 卫生部将开展新医改绩效评价[J].动态, 2009(6): 93.
- [6] 新医改成功与否,群众满意度是“临门一脚”——卫生部将开展新医改绩效评价[N]. <http://www.hnfgw.gov.cn/ggkf/jjtzzg/8928.html>
- [7] Behn Robert. Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures.[M]. Public Administration Review, 2003, 63(5): 586-604. [http://www.langya.cn/lyzk/jiankang/jkjj/201205/t20120524\\_118503.html](http://www.langya.cn/lyzk/jiankang/jkjj/201205/t20120524_118503.html)
- [8] 王小万,冯芮华,刘丽杭.基于结构方程模型的政府卫生投入绩效评价研究[J].卫生经济研究, 2012(5): 41.
- [9] 《2011 中国卫生统计年鉴》,《2011 国家数据》.

①卫生部发布我国医药卫生人才发展十年规划.[http://news.xinhuanet.com/health/2011-04/30/c\\_121366458.htm](http://news.xinhuanet.com/health/2011-04/30/c_121366458.htm)