

中央转移支付中医药项目 基层中医药服务能力提升绩效研究

程晓莉^①, 冯文婧^②

摘要 目的: 测算中央转移支付中医药项目资金的投入产出效果, 有效提升基层中医药服务能力。方法: 采用非径向的SBM模型测算各省份利用中央转移支付资金提升基层中医药服务能力的效率。结果: 总体来看, 省际SBM模型效率值差异较大, 经济发达地区并不优于不发达地区; 珠三角地区基层中医药服务能力绩效高于长三角地区, 安徽、江西、湖南的基层中医药服务能力提升绩效领跑我国中部各省份, 西部地区基层中医药服务能力稳步提升。结论: 加大基层中医药投入力度, 持续提升基层中医药服务能力; 实施“中医药优才培养计划”, 壮大基层中医药人才队伍; 发挥绩效评价作用, 引导各省重视并提升基层中医药服务能力。

关键词 中央转移支付中医药项目; 基层中医药服务能力; 投入产出

中图分类号 R1-9; R197.1 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2022)09-0069-04

The Efficiency Heterogeneity Research on the Central Transfer Payment of Primary Traditional Chinese Medical Service Capacity/CHENG Xiao-li, FENG Wen-jing//Chinese Health Economics, 2022,41(9):69-72

Abstract Objective: To measure the input-output effect of the central transfer payment of traditional Chinese medicine (TCM) project funds and effectively improve the primary TCM service capacity. **Methods:** The non-radial SBM model was used to measure the efficiency of the central transfer payment funds in various provinces to improve the primary TCM service capacity. **Results:** In general, the efficiency of SBM model varies greatly among provinces, and economically developed areas are not better than underdeveloped areas. Based on regional analysis, the primary TCM service capacity performance in the Pearl River Delta region is higher than that in the Yangtze River Delta region; the service capacity improvement performance of primary TCM in Anhui, Jiangxi and Hunan regions leads other central provinces in China; and the service capacity of primary TCM in the western region is steadily improving. **Conclusion:** It is needed to increase investment in primary TCM and continuously improve the primary TCM service capacity; implement the “TCM Talent Training Plan” to strengthen the primary TCM talent team; give full play to the role of performance evaluation, and guide provinces to attach importance to improving the primary TCM service capacity.

Keywords central transfer payments project for traditional Chinese medicine; primary traditional Chinese medicine services; input and output

First-author's address Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078, China

Corresponding author FENG Wen-jing, E-mail: econne@live.cn

资源是稀缺的, 所以社会资源的管理显得尤为重要^[1]。20世纪初, 美国率先采用效率手段评价政府活动绩效^[2]。之后, 学界先后将效率手段应用于评价澳大利亚的地方政府基金系统绩效评价^[3]、葡萄牙地方政府的公共支出绩效评价^[4]等政府活动。我国对中央转移支付的绩效分析包含两大类: 一类是分配均等化, 如刘亮^[4]采用各省人均财政收入相对于全国人均财政收入的偏离程度考察中央对地方的转移支付绩效。欧阳华生^[5]利用基尼系数计算我国1995—2005年中央转移支付效果。另一类测算是利用绩效, 主要通过讨论投入产出效率来实现。如付国静^[6]采用CCR模型测算2009—2010年全国省级政府5个基本公共服务部门的投入产出效率。李秋^[7]采用BCC模型计算了辽宁省财政支农绩

效。从已有文献来看, 绩效评价是评估政府活动效率的可行方法, 但对一般性转移支付的绩效评价还十分匮乏, 尤其是针对专项资金的绩效研究就更是空白^[8]。

中央对地方专项转移支付, 是指中央政府为实现特定的经济社会发展目标无偿给予地方政府, 由接受转移支付的政府按照中央政府规定的用途安排使用的预算资金^[9]。按照事权和支出责任划分, 专项转移支付分为委托类、共担类、引导类、救济类、应急类等5类。中央转移支付中医药项目大多数属于引导类或共担类, 主要从《国务院关于印发中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)的通知》(国发〔2016〕15号)、《国家中医药管理局关于印发中医药发展“十三五”规划的通知》(国中医药规财发〔2016〕25号)中明确的“八大工程”中选择确定, 即: 中医临床优势培育工程、基层中医药服务能力提升工程、中医治未病健康工程、中医药科技继承创新工程、中药可持续发展工程、中医药健康文化素养提升工程、中医药传承与创新人才工程和中医药海外发展工程。基层中医

① 北京中医药大学东方医院 北京 100078

② 中国中医科学院西苑医院财务处 北京 100091

作者简介: 程晓莉(1972—), 女, 大学学历, 高级会计师;

研究方向: 医院财务管理; E-mail: dfyycwc@163.com。

通信作者: 冯文婧, E-mail: econne@live.cn。

药服务能力提升，重点项目包括：基层医疗卫生机构中医综合服务区（中医馆）服务能力建设、少数民族医医院制剂能力提升建设、中医康复服务能力规范化建设。本研究拟对中央转移支付中医药项目基层中医药服务能力提升绩效进行测算，并探寻各省、各地区绩效差异背后的原因，为未来的中央转移支付中医药项目的资金优化指明改进方向。

1 资料与方法

1.1 绩效测算模型构建

中央对地方转移支付中医药项目绩效评价是一个多投入多产出的复杂系统，很难给出一个具体的生产函数形式来描述投入产出关系。数据包络分析方法（DEA）无须提前设定具体的生产函数形式，是面向实际数据的多投入多产出效率测算的常用方法。该方法的思路是采用线性规划技术确定相对有效的前沿面，通过比较各决策单元偏离前沿面的程度来获得相对效率。规模报酬不变的CCR模型和规模报酬可变的BCC模型是DEA模型的经典模型。在测算决策单元DEA相对效率时可分为输入最小或者输出最大两个角度，记目标DMU为 (x_0, y_0) ，输出导向的DEA模型的一般形式可以表示为：

$$\text{Max}_{\lambda, z} z = z \quad \text{式1}$$

$$\text{s.t.} \sum_{j=1}^n \lambda_j X_j \leq x_0, \sum_{j=1}^n \lambda_j Y_j \geq z y_0 \quad \text{式2}$$

$$\delta_1 \left(\sum_{j=1}^n \lambda_j + \delta_2 (-1)^{\delta_3} \lambda_{n+1} \right) = \delta_1 \quad \text{式3}$$

$$\lambda_j \geq 0, j=1, 2, \dots, n+1$$

式1~式4中，参数 $\delta_i (i=1,2,3)$ 为0~1变量，不同取值对应不同的DEA模型， $\delta_1=0$ 时是CCR模型，当 $\delta_1=1$ ，同时 $\delta_2=0$ 时是BCC模型^[10]。考虑到规模报酬可变的BCC模型比规模报酬不变的CCR模型更接近现实，为了提高卫生服务可及性，《“健康中国2030”规划纲要》提出到2030年基本形成15分钟基本医疗卫生服务圈。本研究选择产出角度的BCC模型来测算中央转移支付中医药项目（基层医疗卫生机构）财政拨款资金的基层医疗卫生机构服务能力提升绩效。

1.2 指标选取和数据来源

THANASSOULIS E.A^[11]指出，当决策单元的数量是评价指标个数的两倍及以上时，评价结果的可靠性较高。我国有31个省份，即为本研究中的31个决策单元，因此5个评价指标符合THANASSOULIS E.A^[11]提出的要求。本研究选择的投入产出指标说明如下：

1.2.1 投入指标。本研究的投入指标。是2014—2016年31个省份分配到的中医基层医疗卫生机构财政拨款（2012—2015年）。

1.2.2 产出指标。产出是基层中医药服务能力，本研究使用通过基层中医医疗机构就诊量和出院人数（2012—2015年）来间接代表。由于中央转移支付中医药项目拨付时间有2个，一部分是前一年拨付，另一部分是下一年年初拨付，而产出数据的统计时间是当年底，因此不考虑滞后因素。

本研究采用Matlab 2017A 版软件测算了非径向的中央转移支付中医药项目基层中医药服务能力提升SBM模型绩效值。

2 测算结果分析

2.1 总体情况

从总体来看，在22个决策单元中，广东、广西、辽宁、宁夏、福建、江西、青海、湖南和安徽等9个省份的SBM模型效率值达到了前沿面，占申报基层类中医药项目省份总数的40.91%。表明相当一部分省份在“十二五”期间基层中医药服务能力提升速度很快，且SBM模型效率值在前沿面省份中，不仅有经济发达的东部地区，也有经济相对欠发达的西部地区。说明中央转移中医药项目通过重点支持基层中医药适宜技术服务能力建设项目、县级中医药服务能力建设项目和农村医疗机构中医特色优势重点专科水平建设项目取得了较好的实效。山东、浙江和江苏等经济发达省份，以及一些中西部省份的基层中医药服务能力提升情况不尽如人意（表1）。

2.2 各区域内部情况

从我国东、中、西各区域内部来看，没有出现某个区域的中央转移支付中医药项目基层中医药服务能力提升绩效明显优于其他地区的情形。珠三角地区基

表1 中央转移支付中医药项目基层中医药服务能力提升绩效

决策单元	SBM效率值	决策单元	SBM效率值	决策单元	SBM效率值
广东	1.000 0	安徽	1.000 0	吉林	0.267 6
广西	1.000 0	山东	0.540 5	江苏	0.263 6
辽宁	1.000 0	云南	0.532 6	内蒙古	0.188 5
宁夏	1.000 0	浙江	0.524 1	甘肃	0.181 7
福建	1.000 0	山西	0.375 0	河南	0.167 7
江西	1.000 0	湖北	0.325 6	四川	0.166 6
青海	1.000 0	贵州	0.323 9		
湖南	1.000 0	新疆	0.281 6		

层中医药服务能力绩效整体高于长三角地区，安徽、江西、湖南的基层中医药服务能力提升效率领跑中部各省份，西部地区基层中医药服务能力稳步提升(图1)。

3 存在的问题

3.1 项目绩效目标执行存在偏差

3.1.1 东部、中部、西部资金分配结构有待优化。在绩效评价中发现，通过因素法分配，各省资金出现较大变化，东部地区资金总量增速较快，中西部倾斜力度不足。如2014年北京、上海的转移支付资金分别为2 477万元、1 589万元，快速增长到2016年的3 614万元、2 957万元，东部地区地方财政支持中医药发展的资金较为充裕，对中央财政资金的迫切性、急需性不高。河北、辽宁、贵州等中西部省份普遍反映，转移支付资金总量较往年相比降幅明显，项目资金缺口较大。

3.1.2 绩效目标审核力度有待强化。在绩效评价中发现，部分省份上报的区域绩效目标与下达实施单位的项目绩效目标脱节、不对应，对绩效目标设置的前置审核论证有待提升。

3.2 项目绩效监管流程尚需优化

3.2.1 项目预算拨付不及时。从第三方现场核查情况看，2017年青海转移支付资金下达最晚，主要原因是青海财政厅资金计划下达时间晚。同时，很多地市级的中医药管理部门与财政管理部门协调不够，导致资金到达实施单位较晚。除内蒙古、上海、重庆、西藏4省份外，27省份均反映存在不同程度的资金到位迟缓等问题。

3.2.2 预算执行进展缓慢。2017年，在资金预算1 000万元以上的项目中，北京、湖北、重庆、西藏、湖南、四川、广西均存在预算执行率低于50%的项目；在承担100万元以上项目资金的单位中，辽宁中医药大学附属医院、山东中医药大学附属医院、上海中医药大学、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、上海中医药大学附属龙华医院、西藏自治区藏医院连续两年的经费执行率低于10%。根据相关要求，转移支付资金下达后，应对各省绩效目标实现程度和经费执行进度实行双监控。截至2019年底，尚未有效开展对绩效目标和经费执行情况的监控，各省份中医药管理

部门也未对项目单位绩效目标和经费执行情况进行有效监控。

3.3 绩效评价结果应用尚不充分

绩效评价结果已纳入到转移支付资金的分配测算因素中，但绩效评价的刚性约束尚显不足。一方面绩效评价结果只作用于各省的经费分配，未在下达经费的文件中明确奖惩关系。另一方面，项目绩效评价结果在次年转移支付资金分配中的应用权重不够凸显，绩效评价“杠杆作用”发挥得不够充分，甚至部分省份的绩效评价结果未与经费安排直接挂钩，致使部分单位不重视绩效评价结果。

4 建议

本研究认为，中央转移支付中医药项目基层中医药服务能力提升项目的投入产出绩效与各地中医药管理在政策倾斜、机制创新等密不可分，基于此，提出以下建议：

4.1 加大基层中医药投入力度，持续提升基层中医药服务能力

鼓励基层医疗卫生机构根据自身基础、本地人口结构和常见病，发展中医药特色明显、优势突出的中医药专科，培育重点专科，让基层百姓选择中医，就近医治。力争实现全部社区卫生服务中心和乡镇卫生院设置中医馆、配备中医医师，100%的社区卫生服务站和80%以上的村卫生室能够提供中医药服务。持续开展全国基层中医药工作先进单位创建活动，树立一批基层中医药工作先进典型，辐射带动全国基层中医药整体发展。继续实施基层中医药服务能力提升工程，不断提高基层中医药服务可及性和能力。在家庭医生签约服务中发挥好中医药作用，鼓励各级中医医院选派中医类别医师为家庭医生团队提供技术支持，推广中医药服务。

4.2 实施“中医药优人才培养计划”，壮大基层中医药人才队伍

促进人才、技术资源下沉，提升基层服务能力。继续增加农村订单定向生、全科医生特设岗位等中医药人员招录比例，并充实到基层。加强基层中医药人才队伍建设。总结各地“县管乡用”“乡管村用”“定向培养”等好经验好做法，形成相关政策项目。基层

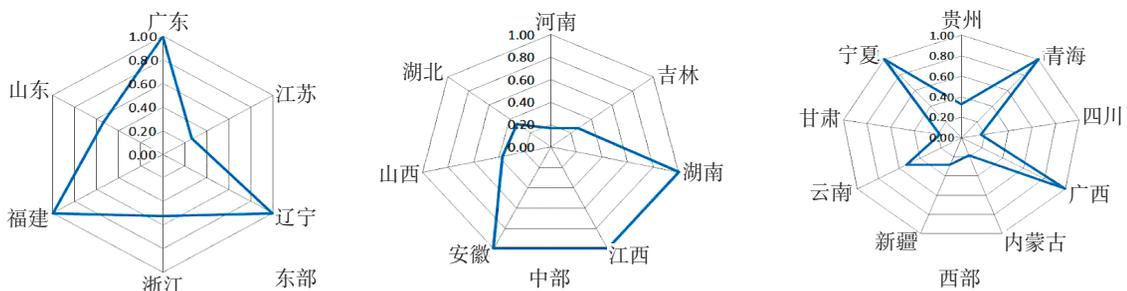


图1 我国东部、中部、西部地区中央转移支付中医药项目基层中医药服务能力绩效分布

中医药人才培养、使用、评价和激励机制,逐步破解基层中医药人才难题。发挥基层名老中医专家的带头和示范作用,围绕名老中医药专家建设基层名老中医药专家工作室,打造特色专科,形成人才梯队。通过常规化和规范化的中医药知识和适宜技术培训,不断提高村医运用中医药治疗当地常见病和多发病的水平。

4.3 发挥绩效评价作用,引导各省份重视提升基层中医药服务能力

建议适当调整测算因素,加强对中西部省份的支持倾斜。加大绩效目标审核力度,在转移支付资金下达前会同相关业务部门,对照整体绩效目标表,审核各省份区域绩效目标表,并将评估结果作为申请预算的必要条件,实现对绩效目标设定、资金预算安排、项目执行管理、绩效考核评价等环节全过程管理。在转移支付资金分配中进一步加大绩效评价因素的权重,在经费下达的同时,明确绩效因素所产生奖惩金额,建立定期通报绩效评价结果机制,对各省份进行追踪问效。科学设置绩效考评体系,以绩效考评指标体系引导各地方合理安排和有效使用中央转移支付中医药项目分配资金,确保按期优质高效完成基层中医药服务能力提升任务^[1]。

参 考 文 献

- [1] 曼昆. 经济学原理: 微观经济学分册[M]. 6版. 北京: 北京大学出版社, 2014.
- [2] WORTHINGTON A C, DOLLERY B E. Productive efficiency

and the Australian local government grants process: an empirical analysis of New South Wales Local Government[J]. Australasian journal of regional studies, 2000(6):95-121.

- [3] AFONSO A, FERNANDES S. Assessing and explaining the relative efficiency of local government: evidence for the portuguese municipalities[J]. Journal of socio-economics, 2008, 37(5):1946-1979.
- [4] 刘亮. 我国财政转移支付绩效的实证分析[J]. 河北经贸大学学报, 2003, 24(6):37-43.
- [5] 欧阳华生. 中国省际间财力分配差异与转移支付效果分析[J]. 上海财经大学学报, 2007, 9(5):67-74.
- [6] 付国静. 完善我国政府间转移支付制度问题研究[D]. 沈阳: 辽宁大学, 2011.
- [7] 李秋. 辽宁省财政支农绩效: 评价、影响因素及提升对策研究[D]. 沈阳: 沈阳农业大学, 2016.
- [8] 伏润民, 常斌, 缪小林. 我国省对县(市)一般性转移支付的绩效评价——基于DEA二次相对效益模型的研究[J]. 经济研究, 2008(11):62-73.
- [9] 财政部关于印发《中央对地方专项转移支付管理办法》的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2016(10):42-49.
- [10] 马赞甫, 刘妍璐. 四类DEA模型相互关系及其在计算中的应用[J]. 系统工程学报, 2011, 26(4):558-565.
- [11] THANASSOULIS E. A comparison of regression analysis and data envelopment analysis as alternative methods[J]. Journal of operational research society, 1993(44):1129-1144.

[收稿日期: 2022-06-27] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第63页◀◀)

但现实条件下很难确定基金总额的合理性。

综合上述测算结果,基于社会平均成本作为制定价格,可使同种商品和服务的劳动耗费,按统一的标准来计量和补偿,工伤保险基金较为充足的情况下,可采用模型2标化的社会平均成本定价法制定项目价格。

5 讨论

现行价格定价理论中,边际成本定价法是理想条件下的最优资源配置方法。工伤康复服务项目价值不仅与人力投入、成本等直接相关,也应考虑技术难度和风险程度,充分体现不同类型工伤康复服务项目的劳务价值。当前,工伤康复服务项目规范及成本测算存在的问题有:一是通用的成本核算方法中,通过测算各类成本和间接成本分摊,尚不能准确反映手术风险和难度,不能很好地反映技术劳务价值。二是现行的价格目录分类不精细,部分项目分类不适应临床需要。建议建立适合工伤康复服务项目特点的规范目录和价值测算体系,在科学评估当地实际的情况下,参考国家2012版规范中的技术难度和风险程度等价值要素^[3]。通过比较其自身实际成本水平与标准成本水平的差异,促进医院主动控制运营成本,在控制医疗费用的同时,保证医院的正常运转和发展所需。本研究以

充分体现医务人员技术劳务价值为核心,结合国家医疗价格调整政策方针,调研样本医院工伤康复服务成本变化情况,以社会平均成本来测算服务项目的劳务性成本及消耗性成本,使相同服务的劳务耗费能按统一的标准来计量和补偿,并从工伤康复服务项目成本、CPI等因素构建工伤康复服务项目定价模型,结合RBRVS点值法测算出所有工伤康复项目的价格,强化医疗服务价格制定与成本之间关系的动态监测程度^[4],增强了价格调整的实时性与合理性。探索建立适合工伤康复服务项目价值测算的方法学模型,可以为工伤康复服务项目价格及支付调整提供方法和数据支撑。

参 考 文 献

- [1] 姚奕婷, 张远妮, 徐泽宇, 等. 广东省工伤康复服务项目支付比较研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 4(9):55-59.
- [2] 唐铁军. 深化价格改革中的成本问题研究[J]. 中国物价, 2019(9):50-53.
- [3] 秦娜, 陈继红, 袁敏. 医疗服务项目的成本测算研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2021, 32(2):224-227.
- [4] 贵慧, 仇媛雯. 医疗服务项目关键因素法成本核算的创新应用[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(6):87-89.

[收稿日期: 2022-06-06] (编辑: 杨威)