

编者按

党的十七大报告明确指出,要积极推进和注重实现基本公共服务均等化。《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》将促进公共卫生服务均等化作为五项重点改革内容之一。随着我国经济社会的不断发展和公共财政体系建设步伐的加快,国内关于公共服务均等化的研究逐渐增多,但是对公共卫生服务均等化的研究颇为缺乏,尚处于起步探索阶段。如何界定基本公共卫生服务均等化的政策内涵,探索不同经济发展水平地区基本公共卫生服务均等化的实现方式,尚需更深入的理论研究和实践探索。为此,本期设立“基本医疗卫生服务均等化”专题,组织国内知名专家和学者解读基本医疗卫生服务尤其是公共卫生服务均等化,分析基本医疗卫生服务均等化与地区经济发展之间的关系,研究基本公共卫生服务均等化的理论基础和政策内涵,梳理国内基本公共卫生服务均等化的研究现状,提出基本公共卫生服务均等化的指标体系,并以重庆市公共卫生服务券的做法为例进行了实证分析,以期引发更多关于基本医疗卫生服务均等化的研究和思考。

医疗卫生服务均等化与地区经济发展

俞 卫*

上海财经大学公共经济与管理学院 上海 200433

【摘要】改善城乡和地区间医疗服务的差异是我国医改政策的一个重要任务。本文从地方政府之间财政能力的差异角度分析推进医疗卫生服务均等化的难点和相应的对策。作者首先分析了地区经济差异与医疗保障水平、资源配置和健康之间的相关性,然后通过一个模拟的理想筹资水平分析了实现医疗卫生服务均等化对地方财政的压力,以及缩小地区财政压力的必要条件。研究发现,我国医疗保障水平和健康指标同地方经济水平密切相关;对于一个平均的保障筹资水平,要做到70%的投入(普遍接受的公平社会投入),大多数地方政府都无法承受;更重要的是,改善地区经济差异的必要条件是落后地区的经济增长速度要高于发达地区,这个条件在过去十几年内不但没有出现而且还在反向发展。因此作者建议医疗卫生服务均等化的政策应该充分考虑地区经济差异的客观条件,采取中央统筹儿童、青少年的大病,地方改善基本医疗卫生服务的两条腿策略可能是一个更好的均等化方针。

【关键词】卫生改革;医疗卫生服务均等化;地区经济差异;财政政策

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)06-0001-07

Equality in health service and regional economic development

YU Wei

School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China

【Abstract】An important task of China's health system reform is to improve disparity in health service between rural and urban areas as well as among regions. This article analyzes the difficulty of achieving this objective due to economic disparity. It first presents the association of local GDP with the level of health insurance, resource allocation, and health. By investigating the financial burden to local governments if they contribute 70% of the premium (a common consensus for a equitable share of society) for an average level of medical care. The results indicate that most local governments could not afford the desired financing target. Most importantly, the necessary condition to im-

* 基金项目:上海财经大学“211工程”三期重点学科建设项目和上海浦江人才项目。

作者简介:俞卫,男(1953年-),教授,上海财经大学卫生政策与管理研究中心主任,美国斯坦福大学卫生政策中心客座研究员,主要研究方向为卫生经济与政策,E-mail:wyu2@stanford.edu。

prove economic disparity is that underdeveloped regions grow faster than developed regions. This condition not only has not occurred during the last decade, but moving toward an opposite direction. Therefore, the author suggests that the policy to improve health equity should fully consider the fact of persistent economic disparity among regions and take a paired strategy: the central government provides a universal plan to cover children for catastrophic medical conditions and local governments improve essential health care, which could be a better policy to the society

【Key words】 Health system reform, Health equality, Regional economic disparity, Fiscal policy

改善城乡和地区间医疗卫生服务的不均等是我国医药卫生改革的一个重点,在《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》(下称《实施方案》)中都反映出这样一个政策导向。特别是在《实施方案》中,8 500 亿的增量投入主要是用于改善医疗资源配置和服务不均等的现象,其中有六项具体任务。(1)解决倒闭破产国有企业职工和退休职工的医疗保险问题;(2)提高新农合覆盖率和政府补助;(3)提高新农合、城镇职工和城镇居民医疗保险的最高支付限额;(4)加强县、乡、村三级医疗机构的建设;(5)培训乡镇卫生院和社区卫生服务中心的医务人员;(6)促进基本公共卫生服务均等化。

虽然实施方案已经明确了具体的目标和政府投入的数额,改善医疗卫生服务均等化仍然面临一个基本问题。医疗卫生服务的公共投入主要来自于县、市地方政府,8 500 亿增量投入的 60% 也是来自于地方政府^[1]。而政府之间财政收入的差异决定了公共投入的能力。因此改善医疗卫生服务的不均等现象主要取决于中央和省级政府的转移支付能力。可是转移支付达到多少才算合理很难客观决定,因为均等化的目标就没有一个明确的界定。除了公共卫生服务已经明确要由政府提供之外,基本医疗服务的均等水平基本上取决于政府的财力。但是有多少钱办多少事的思路同改善均等化并不一致,到底二者之间的关系如何还没有比较清晰的概念。本研究从城乡、地区经济差异的角度来研究改善医疗卫生服务均等化的条件和政策影响。

1 研究方法

本研究首先分析了城乡和地区经济差异与医疗保障、资源配置和健康之间的关系,然后分析了城乡和地区经济差异的发展趋势。除特别说明外,地区差异在本文中指省、直辖市和自治区之间的差异。

1.1 数据

经济数据均来自于国家统计局发布的统计年

鉴。GDP 是地区生产总值,中央和地方财政收入指按财政体制划分的中央本级收入和地方本级收入。医疗卫生数据均来自于卫生统计年鉴和卫生部有关文件。

1.2 分析方法

本研究采用了定性和定量相结合的分析方法。定性分析主要从保障、资源配置和健康指标等三个角度来观察医疗服务与经济水平之间的关系,同时用统计数据定量描述了相关性,并进行了地方财政负担模拟测算,最后对区域经济差异的发展趋势做了定量的统计描述。

2 医疗卫生和健康的地区差异

2.1 医疗保障

在新医改方案下,除城乡医疗救助属于临时性的措施之外,我国医疗保障包括三个系统:城镇职工基本医疗保险(以下简称城镇职工医保)、新型农村合作医疗(以下简称新农合)和城镇居民基本医疗保险(以下简称城镇居民医保)。城镇职工医保筹资的一般标准是雇主支付企业平均工资水平的 6%,个人支付自己过去三年平均工资水平的 2%^[2],因此城镇职工医保的筹资水平随地方工资水平的变化而不同^[3-4]。截至 2007 年底,城镇职工医疗保险参保人数达到 1.8 亿,占全国人口 14%^[5]。

除了城镇职工医保之外的 86% 人口将分别由新农合和城镇居民医保覆盖。由于没有雇主补助,这两个医疗保险由政府补助。2008 年政府对新农合的最低补助水平是人均 80 元^[6],对城镇居民医保的最低水平是人均 40 元^[7],新医改方案将两个医保的人均最低补助水平在 2010 年提高到 120 元^[8]。但是这样一个筹资政策仍不足以改善医疗保障水平的地区和城乡差异。2006 年全国城市人均卫生总费用是 1 248 元,农村是 362 元^[9],根据个别省市的测算,人均医疗费用一般是卫生总费用的 70% 左右,同时考虑到每年医疗费用至少与 GDP 同比增长,2008 年人

均医疗费用城市约为 1 120 元,农村为 330 元^①,城乡差距达三倍多。而这两个医疗保险的最低筹资水平远低于平均医疗费用,因此每个地区都在根据地方财政的能力增加筹资水平,例如上海郊区 2008 年新农合的筹资水平已经超过人均 500 元,城镇居民医保的筹资也在相当水平。所以我国医疗保障的三大系统在城乡和地区间的筹资水平仍然在很大程度上取决于当地的经济水平。

2.2 资源配置

调整我国城乡和地区间的医疗资源配置是新医改方案的一个重要部分。在此之前,尽管医疗资源配置由政府统一管理,地区间,特别是城乡之间的差异仍然存在。城乡每千人口医生数的差距在过去的 50 年间没有太大变化,乡村基本上保持在每千人 1 名医生,而城市则在上世纪 60 年代就已经到达每千人 2 名医生,然后一直上升,到 1985 年到达每千人 3.2 名医生,随后开始下降,到 1995 年回到每千人 2.5 名医生,随后基本维持了 2.5 倍的城乡差距。每千人护士数的差距同医生非常相似。但是,每千人医护人员数在不同省、市、区的农村或者城市之间的差异要显著小于城乡之间的差异。每千人的医院床位数也表现出同样的趋势。从 1990 年以来,市、县和乡每千人病床数分别为 3.5 张、1.5 张和不到 1 张病床。省、市、区间,无论乡村还是城市,医疗资源差

异小于城乡之间,而且资源配置的差异并没有与经济水平成比例,在西部地区的某些省、市和区,每千人床位数要高于中部地区。总的说来,医疗资源的配置城乡差别比较大,省市之间的差别同经济水平的相关度不高,可以看出政府在资源配置方面按需求配置的政策导向发挥了一定作用。

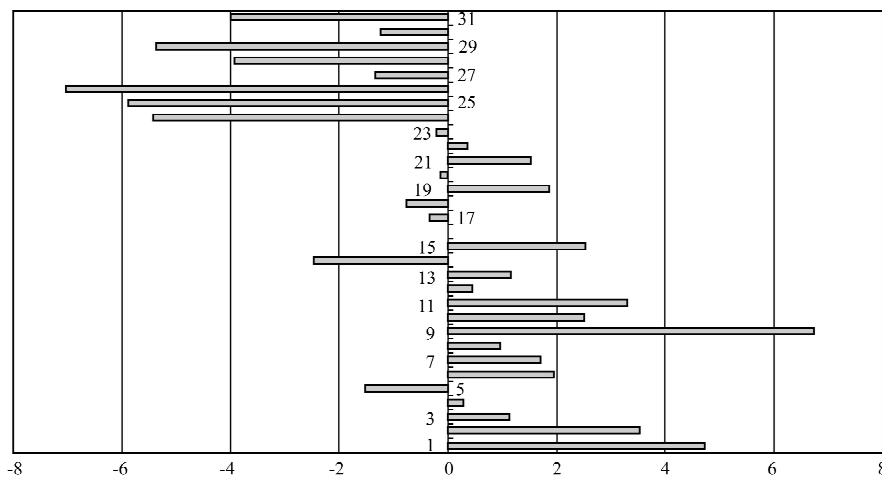
2.3 健康指标

尽管城乡和地区间在医疗保障、资源配置和医疗服务的实际使用方面存在很大的差异,医疗服务对健康状况的影响是有限的,很多其他因素对健康的影响更大,例如营养、环境、教育和生活习惯等。但是这些医疗服务之外的因素又在很大程度上与个人的经济水平密切相关,所以城乡和地区间的经济水平差异可能会对健康产生更大的影响。

表 1 我国婴儿死亡率和人均寿命变化

年份	婴儿死亡率 (%)	期望寿命值(年)		
		全部	男	女
1973—1975	47.0	...	63.6	66.3
1981	34.7	67.9	66.4	69.3
1990	...	68.6	66.9	70.5
2000	32.2	71.4	69.6	73.3
2005	19.0	73.0	70.0	74.0

数据来源:1973—1975 年数据全国癌症 3 年跟踪数据;1981、1990、2000 年的人均寿命数据来自于人口普查,2005 年的人均寿命数据来自于样本人口普查;2000 和 2005 年的婴儿死亡率数据来自于国家妇幼健康监测点。



数据来源:2008 年中国卫生统计年鉴。

注:1 北京;2 天津;3 河北;4 山西;5 内蒙古;6 辽宁;7 吉林;8 黑龙江;9 上海;10;江苏;11 浙江;12 安徽;13 福建;14 江西;15 山东;16 河南;17;湖北;18 湖南;19 广东;20 广西;21 海南;22 重庆;23 四川;24 贵州;25 云南;26 西藏;27 陕西;28 甘肃;29 青海;30 宁夏;31 新疆(省份代码下同)

图 1 2000 年各省市人均寿命与全国平均值之差

^① 医疗费用占卫生总费用的比例参考了卫生部卫生经济研究所报告的几个省市卫生总费用的构成,GDP 的增长率 2007 年为 11.9%,2008 年估算为 9%。

由表 1 可以看出婴儿死亡率从 1973—1975 年的 47‰ 降到 2005 年的 19‰, 人均寿命 1981—2005 年间也提高了 5 年。也就是说随着经济水平的增长, 我国人口的健康状况在不断提高。但是城乡之间和地区之间健康水平的差异还是非常大的。图 1 是 2000 年各省、市、自治区的人均寿命同全国平均水平之差。而且这个差别与 10 年前基本一致。这些说明两个问题: (1) 地区间的健康水平差别非常大, 上海人均寿命为 78.14 岁, 而西藏仅为 64.37 岁; (2) 虽然随着经济水平的提高, 人均寿命普遍提高, 但是地区间的差异仍然没有缩小。

从上面三个方面可以看出, 城乡和地区间的经济水平与医疗保障的筹资水平和健康状况密切相关。资源配置的差异则主要表现为城乡差距。不过需要注意的是农村人口密度低也是资源配置低于城市的一个自然因素。如果要改善医疗服务和健康的差异, 欠发达地区必须增加财政投入, 因此上级财政的补助能力是一个必要条件, 也是改善医疗卫生服务不均等所需要认识的一个重要因素。

3 均等化对地方财政的压力分析

3.1 医疗卫生服务均等化

在全国实现医疗卫生服务均等化是我国卫生政策的长远目标, 目前的政策是根据具体的经济条件首先实行基本卫生服务均等化。但是如果界定的基本卫生服务就是欠发达地区的水平, 其它经济发达地区可以在基本卫生服务水平之上增加投入, 那么基本卫生服务均等化就没有什么意义, 因为我国所有地区已经超越了客观最低水平的卫生服务(即公共卫生)。由于医疗卫生服务的基本水平很难客观决定, 各地提供的水平主要取决于政府财力, 有多少钱办多少事的实际结果就是将基本卫生服务均等化推迟到经济水平均等之后再实行。如果医疗卫生服务均等化要在经济水平差距拉平之前实行, 我们必须要在政府之间进行再分配, 中央补助欠发达的地区, 省政府补助欠发达的县市。但是在地方经济水平差距十分大的时候政府转移支付是有限度的。我国 31 个省、直辖市、自治区 2008 年人均 GDP 的最大差距在 10 倍左右(上海最高, 是贵州的 10 倍)。这种地区间的巨大差距不仅仅在地区间存在, 在一个省内也是存在的。江苏省的经济水平在全国名列前茅, 但是江苏省 13 个市 2007 年人均 GDP 的最高差距也在 10 倍左右(苏州是宿迁的 10 倍)。由此可以

看出, 如果目前要完成均等化, 中央和省级财政转移支付的负担是非常重的。

3.2 地方财政的压力模拟

为了解地方财政推进医疗卫生服务均等化的压力, 笔者模拟了一个公平理想的医疗卫生服务筹资方案。首先, 可以假设一个理想的均等化医疗保障筹资水平就是全国医疗服务费用的平均值, 即国家对所有的居民保障一个平均的水平, 没有城乡差距和地区差距。其次, 根据世界卫生组织中多数国家的共识, 一个公平的医疗卫生筹资结构是个人支出不超过 30%, 政府或者社会要筹资 70% 的医疗费用。因为城镇职工医疗保险在平均水平之上, 所以达到理想水平只有通过政府对城镇居民医保和新农合增加投入。在这个理想的假设下, 首先分析了在 2008 年建立这样一个医疗保险地方政府的财政投入是多少。然后在下一节分析经济增长对地方财政压力减缓的可能性和减少地方财政压力的必要经济条件。

根据 2006 和 2007 年人均卫生总费用和几个省市的医疗服务费用占卫生总费用的比例(大约在 70% 左右), 测算出 2008 年的全国平均医疗费用约为 700 元。如果政府投入 70%, 2008 年地方政府的人均投入为 490 元。因为城镇职工医疗保险是由雇主补助, 测算时将 14% 的人口按各省人口的比例排除在计算之外(这里因为人数较小忽略了政府公务员的医疗保险)。由于地区经济水平与职工工资水平相关, 医疗费用会不同。测算时根据各省的工资水平对医疗服务费用的人员成本进行了相应的调整(测算时假设人员成本占总成本的 30%)。测算时没有对药品和材料进行价格调整, 认为药品材料在全国各地市场的价格应该差别不大。

图 2 是各省、市、自治区对城镇职工保险以外的人口每人补助 490 元占各自财政收入的百分比。可以看出这对大多数省、市、自治区都是不可能的, 只有北京、上海和天津的理想医疗保障支出占财政收入的比例在 10% 以下, 占 10% ~ 20% 的省有 5 个, 20% ~ 30% 之间的省有 3 个, 占本省财政收入 30% 以上的有 20 个省, 其中贵州、甘肃和西藏都在 50% 以上。可以清楚地看出, 在目前各省的经济水平下要在全国实现一个理想公平的医疗服务筹资是不可能的, 即使是中央加大转移支付也无法做到。

3.3 经济发展对缩小差别的影响

如果目前各地的经济水平无法支持一个理想的

医疗保障,经济的发展是否可以逐步改善实现理想医疗保障的条件呢?答案不容乐观。首先医疗保障的水平是随经济水平增长的,而且比经济水平长得还快。根据世界各国的经验,从发展中国家到发达国家,卫生总费用占 GDP 的比例是逐步上升的。目前发达国家卫生总费用占 GDP 的比例是 8% 左

右,而我国还不到 5%。即使是我国卫生总费用占 GDP 的比例不变,到 2020 年全国的平均医疗费用就不是 700 元,而是近 1 800 元了。因此如果地区之间的经济水平差异不缩小,经济发展对改善医疗服务均等化的帮助不大。

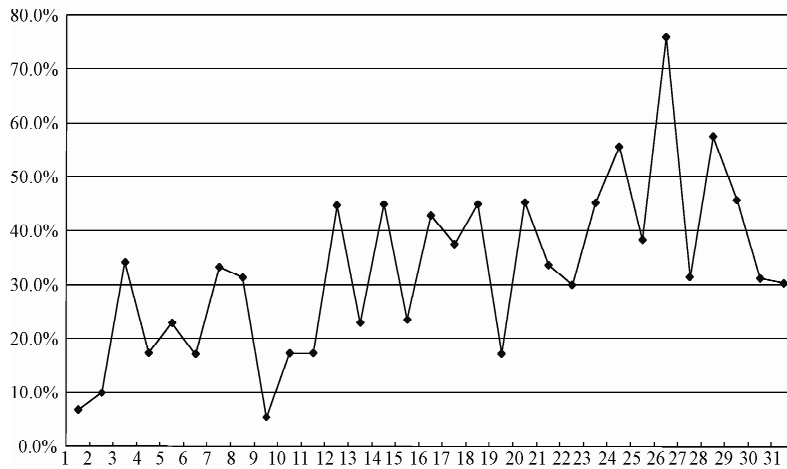


图 2 政府投入全国平均医疗费用的 70% 所需金额占各自财政收入的比例 (城镇企业职工除外)

问题是地区间的经济水平差异一直没有缩小。图 3 给出了 1995、2000 和 2006 年各省、市、自治区的人均 GDP 与全国平均水平之差占全国平均水平的比例。尽管全国人均 GDP 从 1995 年至 2006 年已经从 4 810 元增加到 16 084 元,各省、市、自治区之间人均 GDP 的差异基本没有什么变化。在这 12 年中,有 14 个省、市、自治区的人均 GDP 与全国水平的偏差比例

变化在 10% 以内,7 个省的偏差比例变化在 10% ~ 15%。有 6 个省、市、自治区的经济增长幅度显著高于其它地区,其中北京与全国平均水平的偏差增长了 82%,天津和内蒙增加了 50% 左右,浙江、江苏、山东增加了 28% 左右。这些变化显示地区间的经济水平差异还在扩大。

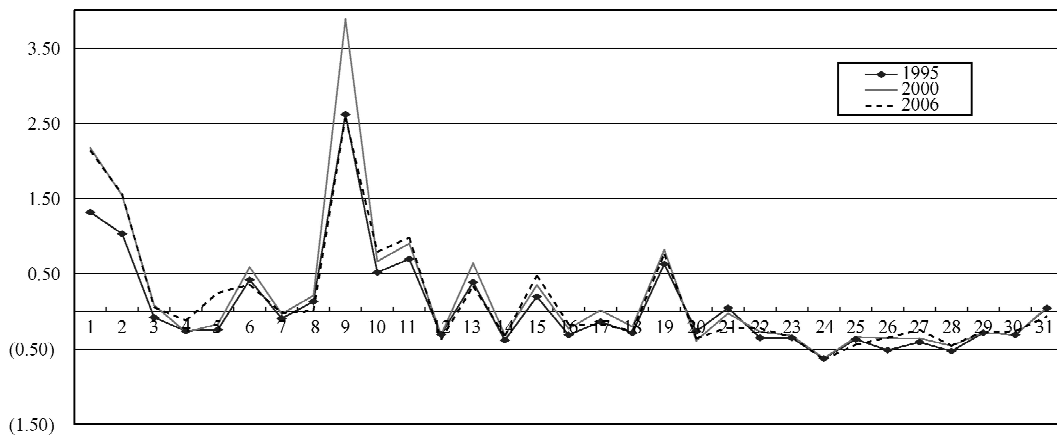


图 3 各省人均 GDP 与全国平均值之差占全国平均值的比例 (1995、2000、2006 年)

3.4 中央转移支付的能力

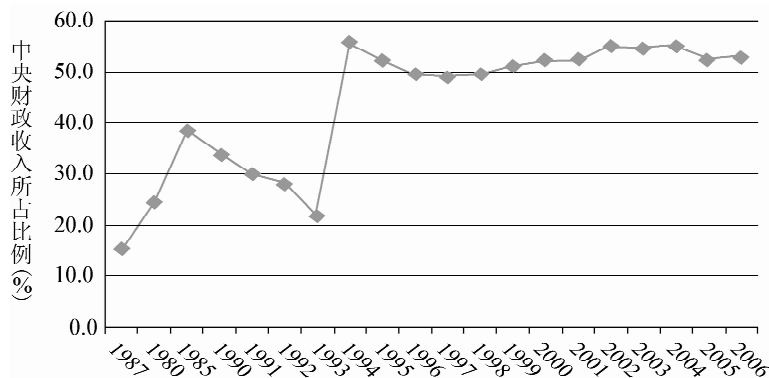
改善医疗服务均等化需要中央政府的转移支

付,因此税收结构和政策决定了各级政府的财政收入。1978 年开始的经济改革初期主要在农村进行,

财政制度基本上沿袭了改革开放以前的计划经济体制。1980年开始改行“分灶吃饭”的分权体制,随后又改为多种形式的“大包干”财政体制和财税管理制度。直到1994年分税制体制建立,我国税制才实现了由行政性分权改为经济性分权。分税制既调动了中央政府和地方政府的积极性,也显著提高了中央政府的财政收入^[10]。

图4是自1978年以来中央财政收入占财政总收入的比例。可以看出中央财政所占的比例自1994年分税制建立以来就上升到了50%以上,因此由中央转移支付来推动医疗服务均等化还是有条件的。

根据财政部的统计数据,2008年中央财政12个月的累计收入是32 672亿元^[11]。假设前面理想的医疗保障筹资计划由中央对地方财政投入超过省、市、自治区30%的部分进行全额补助,中央需要补助1 624亿元,占中央财政收入的5%;如果中央全额补助超过地方财政20%以上的部分,中央将需要支出2 637亿元,占财政收入的8%;如果中央全额补助超过地方财政10%以上的部分,中央的支出为4 286亿元,占财政收入的13%。所以中央与地方怎样分担医疗服务均等化的支出直接影响了均等化的实现水平。



数据来源:2008年中国统计年鉴。

图4 中央财政收入占财政总收入的比例

4 政策影响及小结

4.1 政策影响

本研究有三个方面的政策影响。(1)医疗保障的地区差异不仅仅是卫生管理部门的问题,医疗卫生服务不均等的根源还是城乡和地区间经济发展的巨大差异。尽管我们可以提出基本卫生服务均等化的政策,但是基本卫生服务的水平则主要取决于中央和省级政府的财政转移支付能力。改善城乡和地区间医疗卫生服务的差异需要卫生系统外部的两个必要条件:一是由中央统筹的专项税收政策来加强转移支付,二是缩小城乡和地区经济水平差异。但是要缩小城乡和地区间的经济水平差异,农村和欠发达地区的经济增长速度要高于城市和发达地区。这个条件在最近20年中没有出现,在将来的一段时间内也很难出现。因此,改善医疗服务均等化的主要筹资方式是加强中央和省级政府的转移支付力度。但是增加转移支付与地方发展经济的积极性是相互矛盾的,所以改善医疗服务均等化的筹资政策

目标应该统筹兼顾,不能定的太高。

(2)增加欠发达地区和农村的医疗卫生服务投入可以取得较明显的社会效果。我国医疗卫生的投入产出结构还没有进入平缓阶段,对农村和欠发达地区的投入会比在发达地区的同样投入获得更大的边际健康产出效益,也就是说农村和欠发达地区投入产出效果要高于发达地区。例如,同样的投入可以使欠发达地区的人均寿命增长显著高于发达地区。因此,从资源使用效率的角度来看,增加转移支付有利于社会资源的有效利用。但是需要指出的是农村和欠发达地区对医疗资源的管理效率可能会低于发达地区,所以加强对欠发达地区管理人员的培训和资源使用的监管是非常重要的。否则,转移支付的资源并不一定取得应有的效果。另外一个需要注意的问题是增加转移支付并没有回答资源公平分配的问题。由于篇幅限制,这两个问题没有在本文中展开。

(3)逐步提高基本卫生服务的水平不一定是提高社会效益的最优发展路径。尽管基本卫生服务涉

及到的人群比较广泛,但是常见病和慢性病的社会外部效益不是最强。对生命有直接威胁的重大疾病虽然涉及到的人数较少,但是因为没有钱而不能得到有效治疗的社会负面效应却是巨大的。这个问题在一些特殊人群中更为显著,例如儿童和青少年。我们经常可以看到如果一个孩子得了重病而家庭没钱治疗时,会引起社会的强烈反响和支持。因此,我们改善医疗服务均等化的路径要两条线同时发展。在逐步提高基本卫生服务水平的时候,由中央直接筹资为弱势群体的大病患者提供成本效益好的服务。例如,社会保障部可以建立儿童大病医疗保险,每个省按各自的经济水平支付保费,中央拿出一部分钱补助。这样做有三个好处:①可以马上解决社会最弱势的人群——儿童的大病医疗保障难题。为儿童提供大病医疗保障成本效益应该是最好的。②可以立刻解决筹资属地化带来的各种不便。由于大病的治疗效果一般在大城市的大医院中比较好,很多农村的孩子得了大病,家长倾家荡产来到大医院为孩子治疗,但是由于筹资的属地化,即使有微薄的保险也不能很快得到报销。全国统一的保障可以让所有患有大病的儿童,无论是来自农村还是城市,无论在哪个省都能立刻享受到我国所能提供的成本效益最好的治疗(不是最便宜的治疗)。③全国统一管理可以让大病患者到水平高效益好的定点医院治疗,避免各种资源的浪费。由于大病治疗的质量和成本与一个医院治疗该病的数量非常相关,一个复杂手术做的越多的医院,它的质量就会越好成本也越低。全国统一的医疗保障可以选择成本效益最好的医院来进行治疗。

4.2 小结

概括起来,我国城乡和地区间医疗卫生服务和健康的差异主要来自于过去在资源分配方面的政策倾向和城乡及地区经济水平的差异。在短期内很难消除地区间经济水平差异的情况下,改善医疗服务的不均等现象只能在中央和省级政府向不发达地区提供补助的方式下逐步推进。因此,一个两条腿走路的转移支付政策更有利于和谐社会的发展:中央的转移支付重点用在建立全国统一的,对弱势群体(例如儿童)重大疾病的保障系统;各省、市和自治区的财政政策主要侧重基本医疗卫生服务的地方均等化。随着地方经济差异的缩小,中央统一的大病保障计划最终可以与以地方为主的三大医疗保险并

轨。但是,缩小地区经济差异要求欠发达地区的经济增长速度高于发达地区,我国目前的经济结构还没有达到这个阶段,因此,让儿童和一些弱势人群的家庭解除重大疾病对他们的威胁既符合和谐社会的精神又提高资源使用的效益。

参 考 文 献

- [1] 王军. 在国务院新医改方案新闻发布会上的讲话[EB/OL]. (2009-04-08) [2009-04-20]. <http://www.scio.gov.cn/syyw/tbt/200904/t292591.htm>.
- [2] 国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定(国发[1998]44号)[Z]. 1998.
- [3] Liu G G, Zhao Z Y, Cai R H, et al. Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China[J]. *Social Science and Medicine*, 2002, 55(10): 1779-1794.
- [4] Wu M, Xin Y, Wang H, et al. Private and public cross-subsidization: financing Beijing's health-insurance reform[J]. *Health Policy*, 2005, 72(1): 41-52.
- [5] 人力资源与社会保障部,国家统计局. 2007年劳动和社会保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2008-05-21) [2009-05-10]. http://w1.mohrss.gov.cn/gb/zwxx/2008-06/05/content_240415.htm.
- [6] 卫生部,财政部. 关于做好2008年新型农村合作医疗工作的通知[EB/OL]. (2008-03-13) [2009-05-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohncwsgls/s3581/200804/31097.htm>.
- [7] 国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见(国发[2007]20号)[EB/OL]. (2007-07-10) [2009-05-10]. http://w1.mohrss.gov.cn/gb/ywzn/2007-09/18/content_197212.htm.
- [8] 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)的通知(国发[2009]12号)[EB/OL]. (2009-03-18) [2009-05-10]. http://www.gov.cn/zwgk/2009-04/07/content_1279256.htm.
- [9] 卫生部. 2008年中国卫生统计提要 卫生总费用表[EB/OL]. [2009-05-10]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2008/q119.htm>.
- [10] 湛忠灿. 改革开放三十年来我国税收体制及税负变化[J]. *经济体制改革*, 2008, (4): 8-11.
- [11] 财政部. 2008年12月份财政收支情况[EB/OL]. (2009-02-01) [2009-05-10]. http://gks.mof.gov.cn/guokusi/zhengfuxinxi/tongjishuju/200902/t20090201_110982.html.

[收稿日期:2009-05-16 修回日期:2009-05-21]

(编辑 何平)