

国内公共卫生服务均等化的理论探讨及研究现状

荆丽梅^{1*} 徐海霞¹ 刘 宝² 胡善联²

1. 上海市卫生发展研究中心 上海 200040

2. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】公共卫生服务均等化是当前社会经济生活中的热点,也是新医改方案明确提出的今后三年的五项重点工作之一。本文主要从对公共服务均等化时代内涵的理解入手,分析和总结我国公共卫生服务均等化的现状、存在的问题及公共财政体制对均等化的影响,认为实现公共卫生服务均等化,政府公共财政需承担更大的责任,同时要加快公共财政立法保证均等化的实现。

【关键词】均等化;公共卫生服务;理论分析;现状

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)06-0008-05

A review on the theory and status quo of the equality of public health services in China

JING Li-mei¹, XU Hai-xia¹, LIU Bao², HU Shan-lian²

1. Health Development Research Center, Shanghai Municipal Health Bureau, Shanghai 200040, China

2. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】The equality of public health services is a current research focus in present socioeconomic life, which is also one of the five major tasks mentioned in the newly published government document “Opinions of Deepening the Health Care System Reform” within the next three years. In this article, the authors discuss the connotation of the equality in public service, analyze and summarize the status quo, issues and the influence of public finance system on equality. It recommends that government should take more responsibilities in public financing for realizing the equality of public health services. Meanwhile, correlative legislation must be reinforced.

【Key words】Equality, Public health service, Theoretical analysis, Status quo

“公共服务均等化”是指在一个国家内,处于不同地区的所有居民都能享受到大体相等的基本公共服务^[1]。基本公共卫生服务均等化属于基本公共服务均等化的范畴。胡锦涛在2006年10月中央政治局第35次学习会议上就提出人人享有基本卫生保健服务的理念。2007年10月胡锦涛在十七大报告中提出要坚持公共医疗卫生的公益性质,并提出到2010年要建成比较完善的覆盖全国的基本公共卫生服务体系。2009年1月21日国务院常务会议审议并原则通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》,会议决定,从2009年到2011年,重点需要抓好五项改革,其中之一便是促进基本公共卫生服务逐步均等化。

国内公共服务均等化原则起源于西方,国内研究的时间还不长。本文将主要从公共服务均等化的理论探讨、现状、问题和公共财政体制对均等化的影响等方面进行分析。

1 公共服务均等化的内涵

对公共服务均等化的内涵已有较多研究,但国内学者对公共服务均等化的主体、客体以及均等的内涵尚存一定争议。

1.1 均等化的主体

对于公共服务均等化的“主体”通常有两个问题需界定清楚,一是谁应当是均等化的享有者或受益者,二是在谁与谁之间实现均等问题^[1]。对于第一个问

* 基金项目:卫生部政策法规司2008年立项卫生政策研究课题。

作者简介:荆丽梅,女(1981年-),硕士,实习研究员,主要研究方向为卫生经济与卫生政策,E-mail:lmjing@live.cn。

题,国内学者普遍认为均等化必须涵盖在国内居住的中国公民,争议在于是否要把居住在本国的外国人和居住在中国公民涵盖抑或排除。本文认为公共服务均等化应重点体现地域性和人性化,除覆盖本国居住的中国公民外,还应将居住在中国的外国人也涵盖在内,同时将居住在中国公民排除在外。至于在谁与谁之间实现均等化的问题,通常涉及到个体之间的比较和群体之间的比较。当前我国尤以群体之间的不平等问题为甚,表现为不同地区、城乡之间以及不同阶层之间的不均等问题。

1.2 均等化的客体

公共服务均等化的“客体”即纳入均等分配的公共服务范畴。公共服务均等化的范围要适中,不宜过宽也不能过窄,纳入均等化范围的公共服务主要包括四类:(1)就业服务和社会保障等基本民生性服务;(2)义务教育、公共卫生与基本医疗、公共文化等公共事业性服务;(3)公益性基础设施与生态环境保护等公益基础性公共服务;(4)生产安全、消费安全、社会安全、国防安全等公共安全性服务。^[2]在优先次序方面,多数学者主张将基础教育、公共医疗以及困难群体的基本生活保障等纳入优先考虑之列。^[1]

1.3 均等化的理念

公共服务均等化是公平理念在公共服务领域的具体体现,虽然国内绝大多数学者都认为均等化是一个相对的概念,而非绝对平均,但对均等化的判断准则并未达成一致意见。常修泽认为基本公共服务

均等化的内涵应包括全体公民享有的基本公共服务的机会和原则应该均等以及结果应该大体相等,社会在提供大体均等的基本公共服务成果的过程中尊重某些社会成员的自由选择权。^[2]陈昌盛等认为公共服务均等化的判断首先应遵循罗尔斯的“最大最小”原则(即在坚持平等自由原则基础上,承认公共服务在群体间可以存在差异,但公共服务的提供必须有助于社会最弱势群体状况的改善,这种差异必须对弱势群体最为有利);其次要遵循均平原则(即基准的公共服务的供给水平应该平均,是底线完全平等)^[3]。张恒龙等认为公共服务均等化是条件均等的具体体现^[4]。刘新建等认为对有关生存的公共服务应遵循结果均等原则,有关发展的公共服务应遵循机会均等原则^[5]。

2 我国公共卫生服务均等化的现状及问题

2.1 政府在公共卫生服务提供上的责任缺失

改革开放以来,除“八五”和“九五”计划前期以外,我国政府在提供公共产品方面的财政支出比例基本维持在 50% 以下,近年来甚至呈下降趋势,2004 年比 1996 年下降了 10% 以上(表 1)。反观发达的市场经济国家,公共产品支出比重大都在 70% 以上。若扣除行政管理费的因素,则我国 2004 年的公共产品支出在财政支出中的比重不到 20%。这说明,我国政府在提供公共产品方面存在缺位现象,公共财政建设的步伐应当进一步加快^[6]。

表 1 提供基本公共产品财政支出及其比例

	财政支出 总额(亿元)	基本公共产品 支出(亿元)	基本公共产品支 出所占比例(%)	行政管理费占财政 支出的比例(%)
“一五”时期	1 320.52	595.93	45.13	—
“二五”时期	2 238.18	777.62	34.74	—
“三五”时期	2 510.60	1 050.96	41.86	—
“四五”时期	3 917.94	1 537.96	39.25	—
“五五”时期	5 282.44	2 249.44	42.58	37.87
“六五”时期	7 483.18	3 260.95	43.58	36.24
“七五”时期	12 865.67	5 960.98	46.33	32.89
“八五”时期	24 387.46	12 778.92	52.40	38.90
1996 年	7 937.55	4 171.77	52.55	37.62
1997 年	9 233.56	4 629.60	50.14	35.43
1998 年	10 798.18	5 296.26	49.05	34.23
2000 年	15 886.50	6 800.04	42.80	25.37
2004 年	28 486.90	11 967.02	42.00	22.62

2.2 公共卫生资源在城乡之间的配置严重不平衡

据卫生部统计,1998年政府卫生投入587.2亿元,大部分用在城市,用在农村的只有92.5亿元,仅占15.6%。新华社2002年公布的数据表明,目前我国农村人口仅享用不到1/3的医疗卫生保健服务^[7]。据2000年《世界卫生报告》研究,在被统计的191个国家或地区中,按整体健康水平或人均公共卫生资源拥有量,中国排在61位,但按公共财政的公正适应性或公共卫生资源在城乡居民之间分配和使用的公平程度,中国却排在188位,这一评价是对中国城乡居民不平等地享用公共卫生服务这一基本公共品的一个标示^[6]。

另外,还有很多专家研究结果表明城乡公共服务不均等的存在。王雍君用城乡人均享有的医疗卫生资源(包括医生、护士及医疗设施及设备)之比、

城乡居民人均可支配收入等的比较得出:城乡间公共服务的差距比城乡经济差距更大(表2)^[8]。解亚指出:城乡公共服务的巨大差异,既体现在农村基础教育的资金投入方面,也体现在现有卫生资源在城乡之间差距悬殊的分布方面,而社会保障的城乡差距最为明显。^[9]包兴荣认为:当前的城乡差距集中表现在城乡基础设施和公共服务上的差距上,而城乡公共服务的差距又突出表现为农村公共教育、公共医疗和社会保障等社会性公共服务产品供给水平落后于城镇。^[10]陈昌盛等通过比较发现:各地基本公共服务绩效得分与其第一产业比重(体现城市化水平)和农村/城镇恩格尔系数比大体呈反向关系,公共服务的城乡差距十分突出。^[3]张磊研究表明,我国东、中、西部的地方公共卫生支出规模和人均地方公共卫生支出规模均存在显著性差异(表3)^[11]。

表2 地区间经济差距、财政能力差距与服务差距

		计量指标	比值
经济差距	城乡人均收入(2005)		3.2:1
	人均财政支出5个最高辖区/最低辖区(2004)		7.7:1
财政能力差距	人均财政支出最高辖区(上海)/最低辖区(河南)(2004)		8.8:1
	城乡医疗卫生资源		7.4:1
公共服务差距	城乡小学生均财政支出(2000)		4.5:1

表3 中国不同地区公共卫生支出规模比较(%)

项目	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
东部	6.00	5.51	5.10	4.91	4.48	4.31	4.57	4.22	4.11
中部	5.42	4.72	4.30	4.03	3.73	3.55	3.96	3.63	3.61
西部	5.91	5.43	5.02	4.60	4.27	4.35	4.95	4.08	4.30
平均	5.83	5.29	4.88	4.61	4.24	4.04	4.39	4.04	4.04

注:地方公共卫生支出的规模是指地方公共卫生支出占当年地方财政支出总额的比例。

3 公共财政体制对均等化的影响

财政体制改革后,卫生事业占整个财政支出的比重不断下降,占科教文卫事业费的比重也不断下降。即在经济不断增长的同时,政府在卫生领域支出的比重实际上是不断下降的。政府卫生支出占卫生总费用的比重从1981年的37%,下降到2000年最低的15%,2007年回升到20%;与此同时个人卫生支出占卫生总费用的比重从1981年24%增加到2000年的59%,2007年下降到45%。这也是老百姓不断抱怨看病贵的重要原因。

由于财政分权导致了卫生支出成为地方政府的责任,而地方政府的财力差异非常大,财力最高的省

与最低的省在人均卫生支出上相差10倍以上。财政分权对卫生支出的效应显著为负,分权化越高,政府的卫生事业支出越低。GDP与卫生支出之间的关系也是反向的,经济发展并没有使政府加大对卫生事业的投入。财政分权化越高,政府会越偏好投入到经济部门。这是因为地方政府的主要政绩考核指标是GDP,所以偏好于用公共财政来发展经济而不是改善民生^[12]。

3.1 中国式财政分权是“自上而下”的

传统财政分权理论认为,对于某种公共产品而言,如果其消费涉及全部地域的所有人口,若地方政府能够和中央政府提供同样的公共产品,那么由地

方政府提供时效率更高。因此,传统的财政分权是“自下而上”的。但我国的情况却大有不同,从 1980 年开始实行财政包干体制,到 1994 年推行分税制财政体制,我国的财政分权改革均将保证中央政府取得足够的财政资源以及强有力的宏观调控能力作为主要目标,各项改革措施均由中央制定政策,地方负责执行。因此,中国式财政是“自上而下”的。这在一定程度上直接导致基层财政由于长期得不到重视而陷于困境,公共服务供给能力严重不足^[13]。

3.2 服务责任的过度下放

根据财政联邦制(fiscal federalism)理论,支出责任应下放给那些不至于产生外溢、具有起码财政能力、并且管理上能够胜任的规模最小的地理辖区。此外,成功的财政分权还需要地方政府具有很强的受托责任(accountability)。在这些基本要求尚未具备时的服务责任下放,称为过度下放(excess transfer to a lower level)。中国是个单一制的政府结构和具有集权传统的国家,但服务责任的下放比多数联邦制国家走得更远,甚至在其他国家通常由国家级政府负责的社会保障与福利,在中国也主要由地方政府承担。2005 年,我国 96% 的医疗卫生支出由地方政府负责,这个比例比美国和澳大利亚要高得多^[8](表 5)。支出责任的过度下放对财政均等目标产生不利影响,许多地方政府(尤其是基层政府)缺乏足够的财政能力筹集满足国家最低服务标准所需要的资金。虽然中央政府向地方政府提供大量转移支付资金,但在中国这样一个政府层次众多而管理能力匮乏的国家,这些资金很难“在适当的时间到达适当的地点”,支出绩效也难免差强人意。此外,信息不对称和中央政府缺乏足够的监督能力,也使许多资金流向地方政府偏好的支出项目。

表 5 服务责任在中央与地方间的分配(2005,%)

	中央	地方	合计
中国			
社会保障与就业	45	55	100
教育	10	90	100
医疗卫生	4	96	100
美国 公共医疗和卫生保健	55	45	100
澳大利亚			
社会保障与福利	92	8	100
教育	31	69	100
医疗卫生	62	38	100

3.3 基层财政的财力与事权不相匹配

目前我国各级政府之间的职责划分不清,不规范,即事权不清,在此情况下,各级政府间事权层层下放,而财权和财力却层层上收。目前基本公共服务的事权主要由县乡基层财政来承担,据调查,我国的预算内公共卫生支出,中央政府仅占卫生预算支出的 2%,其他均为地方政府支出,而在地方政府,县、乡共支出了预算的 55%~60%。另外,从财权和财力来看,基层政府没有税收立法权,没有举债权,也没有独立的主体税种,收入主要依靠共享税,使其掌控的收入极其有限,而转移支付又不到位。财力与事权的不匹配是基层财政困难的根本原因,也是基层政府提供公共服务能力不足的关键^[6]。

3.4 财政转移支付制度本身存在缺陷

这是地区间公共服务水平差距扩大的重要原因。按照安体富的观点,转移支付制度本身总体设计存在缺陷,形式过多,结构不合理,转移支付资金分配办法不规范、不公开、不透明导致公共服务地区间不均等。^[6]王雍君认为:现行转移支付制度是中央与地方政府相互博弈的产物,被中央赋予过多且相互冲突的功能和目标,当目标无法兼顾时,均等化目标被有意无意地置于次要地位,这造成的直接后果是超过转移支付总额 60% 以上的税收返还与专项转移支付存在逆均等现象,一般目的转移支付的均等化效果也不确定。^[8]曹俊文通过实证分析得出结论:现行转移支付制度缩小了省际间以及三大经济区域之间的财力差距,但未能有效降低中部、西部地区内部各省市之间财力的差距。^[14]王磊通过构建计量模型和回归分析得出结论:税收返还与公共服务不均等程度有显著的正相关关系,即税收返还不利于公共服务均等化的实现;专项拨款和一般性转移支付与公共服务不均等程度有显著的负相关关系。^[15]张恒龙、解丕等也认为税收返还强化了财政不均等,而财力性转移支付和专项转移支付的均等化效果比较有限。^[9,16]上述学者的研究表明:公共服务的非均等化在很大程度上与现行转移支付的均等化效果不明显有关。

综上所述,财政分权后,地方政府的财力弱化,必然导致公共支出在卫生领域的减少,因此,加大对公共卫生领域的投入,中央政府应该承担更多的责任。^[12]基本公共服务的均等化,不能简化为一个简单

的财力分配问题。财力分配问题,包括支出结构调整和转移支付安排,只有与公共服务体制的改革如医疗卫生体制改革、教育体制改革、就业服务体制的改革等结合起来,才可能推进基本公共服务的均等化。^[17]同时,要加快公共财政立法,使基本公共服务均等化成为公共财政的主要目标。^[18]

均等化可通过三个阶段来实现,首先推动实现区域公共服务的均等化,在此基础上实现城乡均等化,最终推动全民公共服务的均等化。同时,均等化服务必须是政府的统一制度安排,通过政府强有力的领导和法律法规的保障,通过制度的建设,最终实现人人享有公共卫生均等化服务。

国内对基本公共卫生服务均等化的研究有如下两个方面待加强:一方面,对基本公共卫生服务在不同社会阶层之间的群体性不均等问题研究不足;另一方面,目前对公共卫生服务不均等的度量多从数量的角度考虑,而且多以财政收支或公共服务的财政支出为依据,较少考虑公共产品与服务供给的成本差异、产出水平及供给效率,这使得目前对公共服务的均等程度的度量,可能一定程度上影响结果的准确性。

参 考 文 献

- [1] 刘德吉. 公共服务均等化的理念、制度因素及实现路径: 文献综述[J]. 上海经济研究, 2008, (4): 12-20.
- [2] 常修泽. 中国现阶段基本公共服务均等化研究[J]. 中共天津市委党校学报, 2007, 9(2): 66-71.
- [3] 陈昌盛, 蔡跃洲. 中国政府公共服务: 体制变迁与地区综合评估[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2007.
- [4] 张恒龙, 陈宪. 构建和谐社会与实现公共服务均等化[J]. 地方财政研究, 2007, (1): 13-17.
- [5] 刘新建, 刘彦超. 论城乡公共服务供给平等与和谐社会建设[J]. 燕山大学学报: 哲学社会科学版, 2007, 8(1): 40-44.
- [6] 安体富. 完善公共财政制度 逐步实现公共服务均等化[J]. 财经问题研究, 2007, (7): 3-8.
- [7] 刘明慧. 我国农村医疗卫生融资机制的选择[J]. 财政研究, 2004, (7): 9-11.
- [8] 王雍君. 中国的财政均等化与转移支付体制改革[J]. 中央财经大学学报, 2006, (9): 1-5.
- [9] 解丕. 转移支付与公共品均等化分析[J]. 吉林财税高等专科学校学报, 2007, (1): 1-4.
- [10] 包兴荣. 社会公正话语下的城乡公共服务统筹刍议[J]. 四川行政学院学报, 2006, (3): 70-73.
- [11] 张磊. 我国地方公共卫生支出区域公平性实证研究[J]. 重庆工商大学学报: 西部论坛, 2007, 17(4): 90-94.
- [12] 李玲. 财政分权对中国医疗卫生影响几何[N]. 上海商报, 2008-12-26.
- [13] 于长革. 中国式财政分权与公共服务供给的机理分析[J]. 财经问题研究, 2008, (11): 84-89.
- [14] 曹俊文, 罗良清. 转移支付的财政均等化效果实证分析[J]. 统计研究, 2006, (1): 43-45.
- [15] 王磊. 我国政府间转移支付对公共服务均等化的影响[J]. 经济体制改革, 2006, (1): 21-26.
- [16] 张恒龙, 陈宪. 政府间转移支付对地方财政努力程度财政均等化的影响[J]. 经济科学, 2007, (1): 15-23.
- [17] 刘尚希. 基本公共服务均等化与政府财政责任[J]. 中国党政干部论坛, 2008, (11): 28-31.
- [18] 中国(海南)改革发展研究院. 中国人类发展报告: 中国应建立基本公共服务法规体系 加快公共财政立法[EB/OL]. (2008-12-23)[2009-05-10]. http://cn.chinagate.cn/reports/rfzbg/2008-12/23/content_16995323.htm.

[收稿日期:2009-05-10 修回日期:2009-05-18]

(编辑 何平)