

我国政府卫生支出的国际比较及对城乡居民医疗费用的影响

赵 雷*

中国社会科学院研究生院 北京 100102

【摘要】本文回顾了我国政府卫生支出的历史和现实状况。通过国际比较,认为我国政府卫生支出的总体水平较低,主要原因是由于我国财政支出占 GDP 比例太低。通过对我国政府卫生支出的结构的分析,发现我国中央与地方政府的负担比例不协调,地方政府在卫生支出上存在明显差异,并且在城乡之间的分配不尽合理。本文测算了我国 1998—2008 年政府卫生支出与财政支出之间的弹性,实证分析发现我国政府卫生支出对于城乡居民医疗费用产生的影响不同,政府应加大对于农村地区的卫生投入。

【关键词】政府卫生支出; 财政支出; 医疗费用; 国际比较

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.02.013

International comparisons of Chinese government expenditure on health and the influence on the medical expenses of urban and rural residents

ZHAO Lei

Graduate School, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100102, China

【Abstract】 This paper reviews the history and reality of the Chinese government health expenditure. The international comparisons show that Chinese government expenditure on health is relatively low, and the main reason is that fiscal expenditure in GDP is in a relative low proportion. According to analyzing government health expenditure structure, we found that the proportion of the burden is uncoordinated between China's central and local governments. Local government expenditure on health is significantly different and not entirely rational distribution between urban and rural areas. The paper calculates the elasticities between government health expenditure and fiscal expenditure in 1998—2008. The empirical analysis indicates that the Chinese government health expenditures have different effects for medical expenses of urban and rural residents. It recommends government should put additional resources into rural areas.

【Key words】 Government expenditure on health; Fiscal expenditure; Medical expense; International comparison

1997 年颁布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,拉开了医疗卫生体制改革的大幕,首次提出“中央和地方政府对卫生事业的投入,要随着经济的发展逐年增加,增加幅度不低于财政支出的增长幅度”的要求。2005 年国务院发展研究中心的报告认为,我国医疗卫生体制的市场化的改革造成了医疗服务的公平性下降和卫生投入的

宏观效率低下,称“目前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的”。^[1]近年来在反思 1997 年以来的医疗改革时,国内大多数研究都把“政府卫生投入^①不足”作为造成我国医疗卫生改革困境的主要成因之一。那么,1997 年医疗改革以来我国政府卫生支出的状况究竟如何?是否达到了“决定”的要求?政府加大卫生支出^②的比例对于城乡居民的医

* 作者简介:赵雷,男(1983 年-),博士研究生,主要研究方向为卫生经济学。E-mail:zl83220@yahoo.com.cn

① 政府卫生投入又称政府预算卫生支出,是指各级政府用于卫生事业的财政拨款,与社会卫生支出、居民个人现金卫生支出构成了卫生总费用的筹资来源。因此在本文中政府卫生投入与政府卫生支出是同一概念。

② 如无特别说明,本文中的卫生支出和财政支出均指预算内支出。

疗费用会有何影响? 本文尝试对这一问题进行分析。

1 文献综述

国外对政府卫生支出 (Government Expenditure on Health, GEH) 适度规模的讨论, 一般都纳入到卫生总费用 (Total Expenditure on Health, TEH) 的研究中, 这个问题一直以来都是卫生经济学研究的重要主题。Kleiman E. 发现在医疗保健中政府所负担的比重越大实际发生的医疗费用便越高^[2], 而后来 OECD 对其成员国所作的调查结论却恰恰相反, 不仅政府所负担的比例大小对医疗费用的影响不大, 而且当比例越高时其医疗费用反而越低。Clementa, Marcuello, Montanes 和 Pueyo 提出采用协整方法分析卫生总费用、政府卫生支出、个人卫生支出与 GDP 之间的关系。他们的研究发现, 不同的国家以及卫生支出的不同构成对卫生政策的影响效果都是不同的。同时他们认为减少政府卫生支出并不意味着总的支出的减少, 因为私人卫生支出可能会更快地增长, 例如缺乏平等并且可能无效的卫生系统, 那么以减少政府卫生支出为目标的政策并不会减少总的支出, 因为当公共支出不能提供必要的治疗, 将会促使个体产生寻找新的治疗的需求。^[3]

国内学者对我国政府卫生支出也开展了相关研究。刘民权、李晓飞和俞建拖对政府卫生支出的水平、结构以及各级政府负担比例的历史进行比较, 说明了我国卫生服务公平性状况。^[4] 张磊通过计算不同区域之间及城乡之间公共卫生支出的显著性差异, 提出了我国地方公共卫生支出公平性的特点。^[5] 近年来也出现了一些采用实证方法对我国政府卫生支出规模的分析。李梦娜认为存在使经济增长率最大化的最优政府卫生支出规模, 她采用经验数据估算得出, 我国政府卫生支出的最优规模是占 GDP 的 1.07%, 目前的支出规模仅是目标值的一半左右, 认为当前我国政府卫生支出不足, 需要加大支出力度。^[6] 沈曦和黄小平着重研究了我国三大经济带之间、经济带内部省际之间财政卫生支出的差异性。^[7] 农彦彦通过对我国卫生的政府投入和私人投入进行

建模分析, 表明总体上我国卫生领域内政府投入与私人投入之间存在替代关系。长期来看, 经济增长对政府投入和私人投入都具有正向的促进作用。^[8] 张晖和许琳运用 DEA 方法分析了我国各省 2001—2005 年医疗卫生投入产出的技术效率。结果发现政府对医疗卫生的投入以地方财政投入为主, 并未获得好的效果, 财政投入多, 产出效率可能反而低。建议我国加大中央财政对落后地区的医疗卫生投入, 适当减少北京等经济发达地区对医疗卫生的投入, 统筹兼顾全国发展, 提高医疗卫生的投入产出效率。^[9] 杨红燕, 胡宏伟基于多国数据的横向计量分析与中国数据预测认为, 与世界一般水平相比, 2004 年中国卫生支出较低且滞后于经济发展水平。其中政府卫生支出占卫生总费用的比重严重偏低, 政府未能充分担负起在国民医疗保健方面的责任。^[10]

以上对于政府卫生支出的研究无论是从总量上还是从结构上的分析, 大多围绕着卫生支出与经济增长的关系展开, 而少有对我国近年来的政府卫生投入与财政支出关系的研究, 更缺乏政府支出对于城乡居民医疗费用影响的研究。本文通过对我国政府卫生支出的国际比较和结构分析, 试图找出近年来我国政府卫生支出与财政支出之间的关系, 检验近年来政府对卫生投入的规模和力度, 并分析其对于城乡居民医疗保健支出的影响。

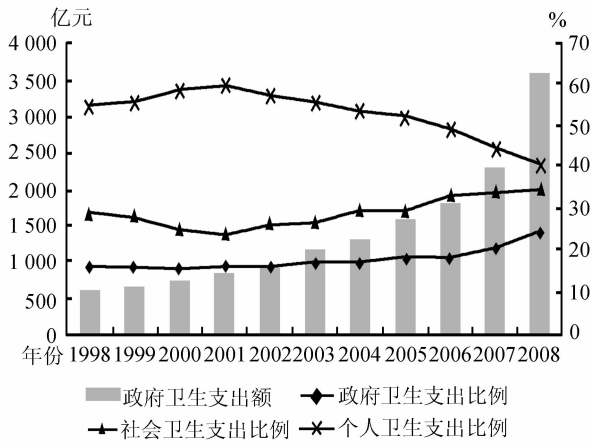
2 我国政府卫生支出的国内外比较

2.1 我国政府卫生支出的变化情况

随着经济的发展, 我国卫生总费用的增长迅速, 从 1998 年的 3 678.7 亿元增加到 2008 年的 14 535.4 亿元, 增长了 3 倍。其中, 政府卫生支出从 1998 年的 590.06 亿元增加到 2008 年的 3 593.9 亿元, 增长了 5 倍。由此可见, 我国政府卫生支出的增长超过了卫生总费用的增长速度, 在总量上我国政府对于卫生的投入是不断增加的 (图 1)。

根据卫生费用的测算数据, 政府卫生支出的比例 1998—2002 年在 15% ~ 16% 左右, 2003 年为应对非典, 加大了政府的卫生投入, 到 2008 年已经达到

了 24.7%。相应的随着我国社会保障体制的完善,尤其是 2003 年开始重建农村合作医疗制度,2007 年城镇居民基本医疗保险试点的展开,我国社会卫生支出比例从 2002 年起也逐年增长。同时,居民个人卫生支出的比例从 2001 年的 60% 逐步下降至 2008 年的 40%,可以说在一定程度上缓解了看病贵的问题(图 1)。



数据来源:《中国卫生统计年鉴 2009》和《2010 中国卫生统计提要》

图 1 1998—2008 年中国政府卫生支出变化

2.2 我国政府卫生支出的国际比较

国内部分研究在对我国政府卫生支出规模评价分析时,通常将我国与其他国家的数据进行国际比较,进而做出判断,认为我国政府卫生支出规模不足。然而,我国现行的关于政府卫生支出规模的测算,与国际上通行的关于政府卫生支出规模的测算在测算口径上存在差异(表 1)。^[11]

表 1 国内外政府卫生支出测算口径比较

国内口径	卫生总费用		
	政府预算卫生支出	社会卫生支出	
		社会医疗保险基金	其他社会卫生支出项目
国际口径	广义政府卫生支出		私人部门卫生支出

注:不考虑外援卫生支出。

① 2002 年测算表明 2000 年中国卫生总费用占国内生产总值的比重达到 5.33%,2001 年达到 5.37%。中国卫生总费用核算小组根据国家统计局修订后的国内生产总值重新修订测算了卫生总费用占国内生产总值的比重,测算结果表明,2000 年中国卫生总费用占国内生产总值的比重下降为 4.62%,2001—2007 年分别是 4.58%、4.81%、4.85%、4.75%、4.73%、4.64% 和 4.50%。因此我国没有达到世界卫生组织关于 2000 年中国卫生总费用占国内生产总值的比重达到 5% 的最低要求。

表 2 中列出了分别用 WHO 和中国国家卫生分类方法,计算得到的 2006 年有关中国政府卫生支出的指标。通过比较可以得出,在反映政府卫生支出的 3 个核心指标中,两种口径获得的结果相差很大,WHO 口径下中国政府卫生支出占财政支出的比例、政府卫生支出占 GDP 的比例、政府卫生支出占卫生总费用的比例分别是根据国内口径测算水平的 2.32 倍、2.30 倍和 2.25 倍。

表 2 两种口径下的中国政府卫生支出的指标(%)

2006 年	卫生总费用/GDP	政府卫生支出/财政支出	财政支出/GDP	政府卫生支出/GDP	政府卫生支出/卫生总费用
WHO 方法	4.6	9.9	19.2	1.90	40.7
中国国家卫生分类方法	4.6	4.3	19.2	0.82	18.1

注:WHO 方法数据根据世界卫生组织《2009 年世界卫生统计》数据计算整理;中国国家卫生分类方法数据根据中华人民共和国卫生部《中国卫生统计年鉴 2008》数据计算整理。

表 3 列出了 2006 年中国和世界上不同收入水平国家的政府卫生支出水平指标。在相同口径下,我国政府卫生支出占 GDP 的比例与中低收入国家的平均水平持平,但远低于 5% 的全球平均水平;政府卫生支出占财政支出的比例已然超过了中上收入国家的平均水平,达到了 9.9%;政府卫生支出占卫生总费用的比例达到 40.7%,高于低收入国家平均水平但低于中低收入国家水平。

表 3 WHO 方法计算的不同收入组国家政府卫生支出指标(%)

2006 年	卫生总费用/GDP	政府卫生支出/财政支出	财政支出/GDP	政府卫生支出/GDP	政府卫生支出/卫生总费用	人均政府卫生支出(美元)
中国	4.6 ^①	9.9	19.2	1.9	40.7	38
全球	8.7	14.3	35.0	5.0	57.6	455
高收入	11.2	17.1	39.8	6.8	60.7	2 335
中上收入	6.3	9.8	35.4	3.5	55.1	389
中低收入	4.5	8.2	23.7	1.9	43.2	78
低收入	4.3	5.9	26.4	1.6	36.2	21

注:收入组国家分类参见《2009 年世界卫生统计》脚注收入群组。数据来源:世界卫生组织,2009 年世界卫生统计[R].日内瓦,2010。

表4 WHO方法计算的不同国家政府卫生支出的指标比较(%)

2006年	卫生总费用/ GDP	政府卫生支出/ 财政支出	财政支出/ GDP	政府卫生支出/ GDP	政府卫生支出/ 卫生总费用	人均政府卫生 支出(美元)
中国	4.6	9.9	19.2	1.9	40.7	38
美国	15.3	19.3	36.3	7.0	45.8	3 076
法国	11	16.7	52.5	8.8	79.7	3 139
英国	8.2	16.3	43.9	7.2	87.3	2 908
日本	8.1	17.9	36.8	6.6	81.3	2 242
韩国	6.4	11.7	30.5	3.6	55.7	651
巴西	7.5	7.2	49.9	3.6	47.9	204
马来西亚	4.3	7.0	27.4	1.9	44.6	242
印度	3.6	3.4	26.5	0.9	25.0	7
埃及	6.3	7.3	34.6	2.5	40.1	38
泰国	3.5	11.3	17.4	2.0	56.1	73
朝鲜	3.5	6.0	49.9	3.0	85.6	<1
越南	6.6	6.4	33.3	2.1	32.3	15

注:根据世界卫生组织《2009年世界卫生统计》数据计算整理。

为进一步比较国内外政府卫生支出水平,我们列出了属于高收入国家的美国、法国、英国、日本和韩国,中上收入国家的巴西和马来西亚,与中国同属中低收入国家的印度、泰国和埃及,以及属于低收入国家的越南和朝鲜的政府卫生支出指标。可以看出,我国政府卫生支出占财政支出的比例高于除泰国之外的所有列出的发展中国家,仅比属于高收入国家韩国低1.8%;政府卫生支出占GDP的比例仅比印度高,比低收入国家越南还要低0.1%;政府卫生支出占卫生总费用的比例与埃及持平,仅比印度和越南要高。而就人均政府卫生支出水平与其他国家相比较,2006年我国人均政府卫生支出为38美元,与埃及持平,仅高于印度、越南和朝鲜,低于同期中低收入国家平均水平,约为中低收入国家平均水平的48.7%(表4)。

根据以上三个表中的数据,我们可以得出以下两个比例关系式:

$$\frac{\text{政府卫生支出}}{\text{GDP}} = \frac{\text{政府卫生支出}}{\text{财政支出}} \times \frac{\text{财政支出}}{\text{GDP}} \quad (1)$$

$$\frac{\text{政府卫生支出}}{\text{GDP}} = \frac{\text{政府卫生支出}}{\text{卫生总费用}} \times \frac{\text{卫生总费用}}{\text{GDP}} \quad (2)$$

由(1)式可知我国政府卫生支出占GDP比例低的主要原因并不在于政府卫生支出占财政支出的比

例,而在于财政支出占GDP的比例,与其他国家相比较,我国财政支出占GDP的比例仅为19.2%,低于中低收入国家平均水平(23.7%)。由(2)式可知我国政府卫生支出占卫生总费用的比例和卫生总费用占GDP的比例均比较低,我国卫生总费用的筹资中个人卫生支出所占比例偏高;另外,2006年卫生总费用占GDP的比例只有4.6%,仍低于世界卫生组织规定的最低标准(5%)。

总之,通过在相同统计口径下的国际比较,我们认为,近年来尤其是2003年非典之后,我国政府加大了卫生投入,政府卫生支出的规模有了明显的提升。虽然与高收入国家的差距还很大,但相对于同等收入水平的国家而言,在一些指标上已经达到或超过了中上收入国家水平。通过分析发现,我国政府卫生支出占GDP比例较低的一个重要原因在于我国财政支出占GDP比例太低。从人均政府卫生支出上来看,我国政府对医疗卫生领域的公共投入还有待加强。

2.3 中央与地方政府卫生支出的结构

1994年分税制改革以来,我国政府卫生支出同样实行的是财政分权体制,中央和地方政府在事权及财权上的划分就形成了中央和地方政府不同的卫生支出水平。

表 5 中央与地方财政卫生事业费情况

年份	中央财政卫生事业费 (亿元)	中央财政占国家 财政卫生事业费 比重(%)	地方财政卫生事业费 (亿元)	地方财政占国家 财政卫生事业费 比重(%)
1998	8.62	2.08	406.23	97.92
1999	7.19	1.61	438.49	98.39
2000	7.32	1.49	482.39	98.51
2001	11.76	2.07	557.54	97.93
2002	17.25	2.72	617.79	97.28
2003	22.07	2.84	755.94	97.16
2004	22.39	2.62	832.25	97.38
2005	21.26	2.05	1 015.55	97.95
2006	24.23	1.84	1 296.00	98.16
2007	34.21	1.72	1 955.75	98.28
2008	46.78	1.70	2 710.26	98.30

注:1. 表中的数据为中央政府卫生支出的本级预算,没有包括其转移给地方的补助。

2. 1998—2004 年数据依据《2005 年中国财政年鉴》编制;2005—2008 年数据参看各年的《中国统计年鉴》中中央和地方财政主要支出项目。

由表 5 可以看出,1998 年以来,中央财政对卫生事业的投入比例最高为 2003 年的 2.84%,之后连续五年缓慢下降,到 2008 年只有 1.70%。这也就是说,我国超过 98% 的卫生事业费由地方政府承担。中央财政和地方财政在卫生事业费上的支出差距非常悬殊。可以说我国卫生投入责任主要在各级地方政府,而随着地方经济发展差距的和地方财政能力差距的扩大,地方之间的政府卫生支出差距也在不断扩大。以 2008 年为例,我国人均政府卫生支出最高的北京(855.76 元)是最低的湖南(137.30 元)的 6 倍。

2.4 城乡卫生费用差异很大

城乡二元结构是我国十分特殊的经济结构,也是中国城市化过程的必经阶段。在卫生领域最明显的反映就是城市和农村居民的人均卫生费用相差悬殊。2008 年我国卫生总费用为 14 535.4 亿元,人均卫生费用达到 1 094.5 元。在总费用的构成中:城市为 11 255.0 亿元,占 77.4%;农村 3 280.4 亿元,占 22.6%。相应的城市居民人均卫生费用为 1 862.3 元,而农村居民人均医疗保健支出人则仅为

454.8 元。^[12]由此可见总费用构成中,城市是农村的 3.4 倍,人均费用城市更是农村的 4.1 倍。这种资金分配的城市偏向严重影响了农村医疗卫生事业的发展,同时也造成了城乡居民在获得医疗卫生服务数量和质量上的不平等。

3 我国政府卫生支出对城乡居民医疗费用影响的实证分析

为了回答我们前文提出的问题,近年来我国政府卫生支出是否达到了“决定”的要求,我们利用 1998—2008 年省际的面板数据,对政府卫生支出与财政支出进行弹性分析,并且分析我国政府卫生支出对于城乡居民医疗保健费用的影响。

3.1 建立模型

本文的样本范围为 1998—2008 年的分地区的年度数据,所有原始数据均来自相关年份的《中国卫生统计年鉴》和《中国统计年鉴》或通过年鉴数据进行相应计算调整。^①为消除人口规模变化对政府卫生支出规模的影响,数据均采用人均指标。为了消除价格变动的影响,以 1998 年为基期,取值 100,然后对人均政府卫生支出(GHE)、人均财政预算支出(GE)作各年度价格指数调整,对城镇人均医疗保健支出(UHE)和农村人均医疗保健支出(RHE)用各年度医疗保健价格指数调整。为了消除异方差,对各变量分别取自然对数,取对数后的变量分别为 LnGHE、LnGE、LnUHE 和 LnRHE。

为验证我国政府卫生支出与财政支出的之间关系,我们首先对 1998—2008 年的数据进行了整体的弹性分析;其次,由于 2003 年我国遭遇非典,政府加大了公共卫生投入的力度,我们以 2003 年为界,分别对 1998—2003 年和 2004—2008 年分析其弹性的大小,具体模型如下:

$$\ln GHE = \alpha + \beta \ln GE + \mu$$

为分析政府卫生支出对于我国城乡居民医疗费用的影响,本文分别建立政府卫生支出为解释变量、以农村居民医疗费用和城镇居民医疗费用为被解释

① 目前我国只有部分地区测算卫生总费用,其他地区只有财政性卫生经费投入,在统计年鉴上公布。为保证数据的统一性,文中的地方政府卫生支出数据均来自于《中国统计年鉴》各地区财政支出中医疗卫生项目下的数据。

变量的两个方程,具体模型如下:

$$\text{LnUHE} = \delta_1 + \tau \text{LnGHE} + \xi_1$$

$$\text{LnRHE} = \delta_2 + \sigma \text{LnGHE} + \xi_2$$

3.2 政府卫生支出与财政支出的弹性分析

为了分析我国政府卫生支出与财政支出之间的关系,利用分地区面板数据,我们估计了1998—2008年各地区弹性,以评价不同地区政府卫生支出规模。

结果显示,各省政府卫生支出规模的变化参差不齐,但各省的弹性估计值均不超过1,最高的北京市的弹性值为0.96,最低的为湖南省,仅为0.92(表6)。这符合我们前文提到的两省之间人均政府卫生支出的差距。同时也说明了各地方政府对于卫生支出的支持力度是不同的,这也与不同地区的经济发展水平以及医疗卫生条件有关系。

表6 1998—2008年各地方政府卫生支出与财政支出的估计弹性

年份	1998—2008			1998—2003			2004—2008			
	排名	变量	估计值	t 统计量	变量	估计值	t 统计量	变量	估计值	t 统计量
		常数	-2.0769	-6.6382	常数	4.7753	9.7456	常数	-9.3835	-22.1632
1	北京	0.9592	47.4259	广东	0.5144	16.9491	青海	1.4479	49.5223	
2	浙江	0.9517	47.3633	江苏	0.5122	16.2587	海南	1.4366	48.7651	
3	云南	0.9507	46.4351	北京	0.5111	15.8862	西藏	1.4321	48.9947	
4	天津	0.9466	43.7840	浙江	0.5079	15.8612	宁夏	1.4273	48.4533	
5	江苏	0.9444	47.8214	上海	0.5005	15.9239	贵州	1.4131	51.8976	
6	贵州	0.9440	44.5322	山东	0.4978	15.8481	云南	1.4131	53.1630	
7	四川	0.9416	46.5944	云南	0.4973	15.3926	甘肃	1.4097	51.2832	
8	新疆	0.9415	44.5011	四川	0.4958	15.3315	北京	1.4084	54.0849	
9	福建	0.9401	45.1659	河北	0.4879	15.1134	新疆	1.4084	51.7984	
10	河北	0.9388	46.2177	湖北	0.4877	15.0089	天津	1.4077	51.2009	
11	湖北	0.9380	45.7896	福建	0.4815	14.6399	福建	1.4060	52.1138	
12	广西	0.9364	44.8783	辽宁	0.4808	14.8075	江西	1.4030	51.9004	
13	山西	0.9363	44.7431	河南	0.4800	14.9374	广西	1.4015	52.0994	
14	广东	0.9357	48.6361	天津	0.4744	13.6173	山西	1.3952	52.1370	
15	青海	0.9339	40.9703	新疆	0.4739	14.0556	浙江	1.3949	54.0129	
16	山东	0.9337	47.1734	贵州	0.4738	14.0167	湖北	1.3919	52.6217	
17	江西	0.9337	44.4058	广西	0.4737	14.2922	河北	1.3918	53.1662	
18	甘肃	0.9323	43.6004	黑龙江	0.4724	14.5448	重庆	1.3908	50.9346	
19	河南	0.9321	46.2328	山西	0.4721	14.0822	吉林	1.3901	51.5499	
20	上海	0.9315	47.0942	江西	0.4643	13.8619	安徽	1.3899	52.3591	
21	西藏	0.9269	40.7243	安徽	0.4625	14.1112	陕西	1.3885	51.8486	
22	黑龙江	0.9256	45.1547	湖南	0.4609	14.1598	河南	1.3837	53.4129	
23	安徽	0.9253	44.8936	陕西	0.4587	13.7929	黑龙江	1.3836	52.2162	
24	海南	0.9252	40.3075	吉林	0.4584	13.7826	四川	1.3829	53.4665	
25	辽宁	0.9243	45.6113	内蒙古	0.4576	13.7341	内蒙古	1.3791	51.6111	
26	陕西	0.9242	44.3190	甘肃	0.4547	13.3489	江苏	1.3746	54.2238	
27	吉林	0.9233	44.1184	重庆	0.4460	13.2705	湖南	1.3735	52.1605	
28	内蒙古	0.9199	44.1253	西藏	0.4203	11.5809	山东	1.3726	53.7358	
29	宁夏	0.9182	40.0128	青海	0.4177	11.4741	广东	1.3650	54.6436	
30	重庆	0.9168	43.3133	海南	0.4119	11.2457	上海	1.3642	53.5067	
31	湖南	0.9167	44.8105	宁夏	0.4073	11.1243	辽宁	1.3622	52.5782	

从总体上来说,1998—2008 年,我国政府卫生支出的增长并未达到政府所提出的目标,即政府卫生支出增加幅度不低于财政支出的增长幅度。但是,如果分阶段来看的话,从 1998 年—2003 年我国地方政府预算卫生支出变化与财政支出变化的弹性水平很低,最高的广东省的值为 0.51,而大多数省份都在 0.5 之下。而从 2003 年起,政府预算卫生支出的增速超过了财政支出的增速,二者的弹性值最低的省份辽宁也达到了 1.36,说明财政支出每增加 1%,政府卫生支出将增加 1.36%。造成弹性增加的原因之一就是在 2003 年非典之后,我国中央和地方政府都加大了对卫生事业的投入。

3.3 政府卫生支出对于城乡居民医疗费用影响分析

由于我国地方政府承担了卫生支出的主要责任,地区之间经济实力和政府投入的偏好各不相同,造成了不同地区间政府卫生支出的巨大差异。同时地方政府在卫生支出过程中的“重城镇轻乡村”的做法进一步加大了地区之间、城乡之间居民的医疗卫生费用的差异。

表 7 是 1998—2008 年各地方政府预算卫生支出增长对城乡居民医疗费用影响的估计弹性结果,参数检验显示各省弹性估计值均保持较高的显著性水平。通过比较发现,政府卫生支出对农村居民医疗费用的弹性要大于对于城镇居民的弹性。以北京为例,人均政府卫生支出增加 1%,农村居民人均医疗卫生费用将增加 0.7%,而城镇居民的人均医疗卫生费用增加 0.4%。同时,越是经济发达的地区,农村与城镇的弹性差别越大,其中浙江、广东、上海之间的差距也都达到将近 0.3。而相对的不发达的省份城乡的差别要小的多,其中西藏、贵州、广西、安徽的差值为负值。这说明了我国各地政府的政府卫生支出对于城乡的居民医疗卫生支出的影响是不同的,在发达地区,对农村的影响要大于城镇。一个可能的解释是随着财政分权制改革,国家对城乡医疗卫生服务供给的投入存在较大差距。这种状况下政府卫生支出的增加将使得农村居民医疗保健消费支出更快的增加,也就是说政府卫生支出在农村的边际效应要大于城市。而不发达地区两者的差值较少,也反映了在这些地区城乡的投入均不足。

表 7 政府卫生支出对于城乡居民医疗费用的影响

地区	农村		城镇	
	估计值	t 统计量	估计值	t 统计量
常数	1.8806	25.9060	3.7580	42.3016
北京	0.6917	43.7781	0.4007	20.7503
天津	0.6666	36.2321	0.6043	26.8741
河北	0.7164	30.6866	0.6894	24.1625
山西	0.6220	28.2625	0.5914	21.9878
内蒙古	0.7218	33.8116	0.5093	19.5212
辽宁	0.7392	33.7617	0.5310	19.8433
吉林	0.7555	34.3486	0.5871	21.8397
黑龙江	0.7564	34.2321	0.5665	20.9773
上海	0.7058	42.6655	0.4188	20.7151
江苏	0.7383	34.7994	0.6087	23.4734
浙江	0.8184	41.2560	0.4938	20.3664
安徽	0.7369	29.1390	0.7472	24.1750
福建	0.6762	31.2248	0.4651	17.5727
江西	0.7135	29.7633	0.5543	18.9202
山东	0.7899	33.7681	0.4417	15.4496
河南	0.7331	29.0793	0.6379	20.7044
湖北	0.7026	30.0814	0.5595	19.5998
湖南	0.8194	31.6920	0.6006	19.0058
广东	0.6859	33.3591	0.5027	20.0031
广西	0.6506	27.3369	0.6618	22.7534
海南	0.5574	25.2255	0.4860	17.9959
重庆	0.7056	29.4823	0.5238	17.9069
四川	0.7155	29.9489	0.6220	21.3030
贵州	0.4888	21.1704	0.5316	18.8403
云南	0.5915	28.4666	0.4239	16.6915
西藏	0.2844	16.5997	0.4361	20.8270
陕西	0.7379	31.7308	0.4446	15.6134
甘肃	0.6369	28.1996	0.5768	20.8967
青海	0.6058	31.6381	0.4557	19.4737
宁夏	0.6934	33.1664	0.5140	20.1155
新疆	0.6377	31.9790	0.5050	20.7213

4 结论

通过上文的国际比较和实证分析,可以得出以下基本结论:

(1)1998 年以来,我国加大了政府卫生支出的规模,尤其是 2003 年非典之后,各地方政府卫生投入增长幅度高于了经常性财政支出增长幅度,但与高收入国家的差距还很大。其中的一个重要原因可能是由于我国财政支出占 GDP 比例太低。同时,卫生

总费用占 GDP 的比值也有待提高。

(2)我国的卫生投入基本是由地方政府投入的。事权的配置结构使得卫生投入水平基本受制于地方政府的财力,造成了地方政府卫生投入的显著差异。

(3)我国政府卫生支出存在“重城镇轻乡村”的现象,降低了政府卫生支出的边际收益水平,城乡之间人均医疗保健费用的差距很大。政府卫生支出对农村居民医疗费用的弹性要大于对于城镇居民的弹性,应该加大对农村地区卫生投入的力度。

2009年,我国开启了新一轮的医疗改革。财政部、卫生部等五部委联合出台了《关于完善政府卫生投入政策的意见》,提出要科学界定政府和市场在医疗卫生方面的投入责任,确定政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位。合理划分中央政府和地方政府的医疗卫生投入责任,形成职责明确、分级负担、财力与事权相匹配的政府卫生投入机制。意见要求中央和地方政府都要增加卫生投入,政府卫生投入增长幅度要高于经常性财政支出增长幅度,使政府卫生投入占经常性财政支出和卫生总费用的比重逐步提高,有效减轻居民基本医疗卫生费用负担。这指定了我国未来政府卫生投入的原则和方向,但在具体的实施中如何执行,如何达到意见中所提出的目标,还需要具体的量化和细化。

参 考 文 献

[1] 葛延风,丁宁宁,贡森,等. 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议:概要与重点[J]. 中国发展评论, 2005, 7 (A01): 1-14.

[2] Kleiman E. The Determinants of National Outlay on Health [M]. Economics of Health and Medical Care, 1974.

[3] Clemente JesPs, Marcuello Carmen, MontaQIs Antonio, et al. On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar? [J]. Journal of Health Economics, 2004, 65 (2): 367-374.

[4] 刘民权,李晓飞,俞建拖. 我国政府卫生支出及其公平性探讨[J]. 南京大学学报, 2007, 44(3): 23-33.

[5] 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.

[6] 李梦娜. 我国政府卫生支出的最优规模[J]. 当代经济, 2008(15): 24-25.

[7] 沈曦,黄小平,唐力翔. 我国卫生筹资区域差异研究[J]. 卫生经济研究, 2010(4): 23-27.

[8] 农彦彦. 公共卫生筹资来源分析:政府投入与私人投入[J]. 卫生经济研究, 2008(10): 22-24.

[9] 张晖,许琳. 我国各地医疗卫生投入效果分析[J]. 卫生经济研究, 2009(4): 14-15.

[10] 杨红燕,胡宏伟. 政府财政与全民医保:基于国际比较的中国考察[J]. 中央财经大学学报, 2008(10): 12-17, 24.

[11] 张仲芳. 国内外政府卫生支出测算方法、口径及结果的比较研究[J]. 统计研究, 2008, 25(4): 16-19.

[12] 中华人民共和国卫生部统计信息中心. 2009年中国卫生事业发展情况统计公报[Z]. 2010.

[收稿日期:2010-09-15 修回日期:2010-11-19]

(编辑 刘 博)