

我国公共卫生支出现状与相关公共需求的分析*

张申杰

(安徽财经大学 研究生部,安徽 蚌埠 233041)

[摘要]以公共财政为指导思想,结合我国国情现实,就公共卫生支出的规模和结构进行了分析和讨论,认为当前该项支出规模偏小,并且其支出结构也存在诸多的不合理性,这些规模和结构性问题应当给予调整,使其真正符合公共卫生的“公共性”,既满足社会公共需求。

[关键词]公共财政;公共卫生;规模;结构;公共性

[中图分类号]R19 [文献标识码]A [文章编号]1672-0598(2007)06-0048-04

公共卫生是一个社会问题,关乎社会中每个成员的切身利益,所以它不仅需要全体公民的关注,作为一个公共事业,更需要政府对这项公共服务的提供。2007年第十届人民代表大会以及政府工作报告,强调民生问题,对公共医疗卫生支出安排及医疗体制改革给予的高度重视,这是我国构建社会主义和谐社会的必然,也是推进公共财政和形成公共服务型财政的要求。与此同时,公共卫生关系到社会成员的起始公平问题,享有这种公平是每个社会成员应有的权利。应该看到,不管是卫生支出总费用还是政府预算卫生支出在1998年到2004年间各自都增加了一倍多,分别从3776.5亿到7590.3亿和587.2到1293.6亿,2006年,全国财政医疗卫生支出1311.58亿元,增长26.5%,完成预算的110.7%。其中,中央财政医疗卫生支出138亿元,增长65.4%^①。然而,持续多年的相关医疗改革,却被权威部门和人士公开在2006年表明是基本失败的。这也让我们注意到,以上这些总量数据和内含的支出安排是否合理?目前我国公共卫生支出在总量和结构是个什么样的状态?与构建公共财政体制要求下的财政支出安排是否相符?就这些问题,结合国内外比较分析和我国具体国情分析,对政府公共卫生财政支出的规模和结构进行探讨。

一、政府卫生支出规模偏低与相关公共需求分析

(一) 国际比较

根据国际统计年鉴统计数据显示^②,截止到2002年为止,我国医疗支出占国内生产总值的比重为5.8%,低于中等收入国家平均6%的比重,并且远远低于发达国家11.1%的平均水平,也明显低于10.1%的世界平均水平。而由于中国人口基数庞大,2002年我国人均医疗支出(现价美元)为63元,远低于中等收入国家109的世界水平。最近几年我国国民经济以每年10%左右高速增长,也带动了人均GDP的较快速度增长,2003年,人均GDP首次突破1000美元,达到1090美元;2004年,人均GDP达到1269美元,虽然向中等收入国家靠拢,但仍属于中等偏下收入国家,这样看来,6%和63美元这两个数据似乎在可接受范围之内。但是,如果从公共财政角度来比较分析,全国政府预算卫生支出占GDP的比重,从2002至2004年分别只有0.755%、0.822%和0.809%,而美国中央财政卫生支出占GDP的比重在2001年已在4.2%左右。这一方面说明政府虽然将公共卫生定义为公共品,但在支出规模上还是不够的,与当前的快速的经济增长不相适宜,另一方面也说明,离建立真正有中国特色的公共财政还相去甚远。

(二) 国内分析

通过国内分析,也可以得出以上指出的问题:公共卫生支出总量过小。从下表可以清楚地看到,我国政府预算卫生支出与财政支出的比重从1998年到2005年,基本维持在4.5%左右,与27%左右

* [收稿日期]2007-09-13

[作者简介]张申杰(1981-),浙江慈溪人,安徽财经大学研究生部,研究生,研究方向:财政税收。

和 20%左右的社会文教支出比和行政管理支出相比较,这个比值显然是过低的。让国民享受健康和受到好的教育都是必要的,其中政府卫生支出规模的扩大将是对国民的一个有效的激励手段之一,

因为一个人如果有更多的机会得到较好的医疗保障和福利,那么就会把更多热情投入生产,而不是无效的资源浪费中。

| 年 份 | 经济建设支出与财政支出比重(下同) | 行政管理支出比重 | 社会文教支出比重 | 政府预算卫生支出比重 | 科研支出比重 |
|------|-------------------|----------|----------|------------|-------------|
| 1998 | 0.387057 | 0.148198 | 0.271414 | 0.0543795 | 0.040617956 |
| 1999 | 0.383802 | 0.153219 | 0.27592 | 0.0485984 | 0.041239279 |
| 2000 | 0.361839 | 0.17425 | 0.27599 | 0.0446606 | 0.03623328 |
| 2001 | 0.342417 | 0.185821 | 0.275795 | 0.042354 | 0.037204445 |
| 2002 | 0.302619 | 0.185974 | 0.26865 | 0.0411959 | 0.037011493 |
| 2003 | 0.280408 | 0.190315 | 0.26245 | 0.0453104 | 0.03957574 |
| 2004 | 0.278488 | 0.193843 | 0.26946 | 0.0454104 | 0.03845067 |
| 2005 | 0.274591 | 0.191933 | 0.263875 | 0.0456854 | 0.039342735 |

资料来源:根据《中国统计年鉴 2006》及《2006 年中国卫生事业发展情况统计公报》中数据整理而得。

公共财政是满足公共需要而形成的财政收支活动,那么另外一个值得考虑的问题是:社会对公共卫生的“公共需求”。这让我们从另一个视野去考量卫生支出规模合理与否。从我国国情出发,当前快速发展的经济态势下,财政收入快速积累、人民收入不断递增与贫富差距扩大同时存在,“人口红利”后的人口老龄化突显等,都从公共需求角度突显了政府公共卫生支出规模上的不足,从而使公共卫生资金未能充分体现其“公共性”。

首先,近几年来,随着人均收入的提高,恩格尔系数降低,意味着人们的需求由简单的物质方面的满足向精神方面延伸,如安全需求。这样社会公众就自然而然地对作为公益品的医疗卫生服务的需求提出了更高的要求 and 期望值;同时当人们生活水平提高时,人们也将对社会的制度安排和公共资源的分配提出更高的要求。然而结合当前医疗改革的现状,卫生事业费用支出存在诸多问题,卫生部公布的“2006 年中国卫生统计提要”显示,我国的卫生总费用从 1980 年的 143.2 亿元急速上涨到 2005 年的 8659.9 亿元,增加了 60 多倍。不过,其中政府预算卫生支出从 36.2%下降至 17.1%,社会卫生支出从 42.6%下降至 29.3%,而个人卫生支出却从 21.2%剧增至 53.6%,甚至在 2001 年达到 60%左右。由此可以看出在公共卫生事业的公共需求上,人们不自觉地扮演了“政府”的角色,这种不公平的替代必然对公益品的供给问题提出了疑问和责难,不利于社会主义公共服务型财政的建立。

其次,人口老龄化问题正在我国突显。这一群体被看作非劳动力人群,他们是纯消费者,不再属

于生产者,意味着只消费不储蓄。与此同时,在这个年龄段,往往体弱多病,进出医疗机构的频率增多,这样医疗支出会增多。我国是人口大国,从现状来看,我国人口红利时代正在向人口老龄化过渡,这已经对我国的财政支出结构的调整提出了新的要求和挑战。从时际公平角度看,近几年的总体经济的高增长,有学者研究表明这与之前(和接下来几年仍然会持续的)庞大的人口红利是密不可分的,所以,当这些人步入老年时,政府应该对他们进行补偿,因为他们曾经是劳动力大军的一员,曾为经济的建设和发展做出过贡献和也承担了改革成本。然而就目前来说,社会福利的反哺(这种社会福利的反哺应该更多地由政府来承担)与上一代人对社会经济发展做出的贡献还是不成比例的。

其三,平均量往往会很自然地隐藏掉现实中的不公平。在我国这个二元经济结构和总体经济不断高速增长背景下,基尼系数却逐年地提高,根据世界银行提供的资料,2005 年的基尼系数已达到 0.47,不断向 0.5 逼近。这是回避不了现实,因为在以效率优先的市场经济条件下,人均收入的提高不可避免的伴随基尼系数的扩大,在我国社会主义市场经济建设初期阶段,由于政策和市场机会的双重作用,这一点表现得尤为明显。人均收入只是一个统计意义上的分配,而决非现实意义上的真实分配。例如到目前为止,我国年收入在 1000 元人民币以下的贫困人口尚有 6000 万左右,如果对这些人口给以人均 100 元的标准投放公共卫生支出,则就是 60 亿的资金缺口,而这些地区的地方财政往往是匮乏的,需要中央财政给予支持,而这 60 亿

就是 2006 年中央卫生医疗支出的 43.5% 左右。然而 100 元人民币还不到 2002 年我国人均医疗卫生支出的 1/5。以上这些都对政府公共卫生支出的规模提出和产生了新的公共需求。

二、政府公共卫生支出结构失衡与相关公共需求分析

一个合理的支出规模,还必须配以合理支出安排,也就是结构问题,这样才能真正体现财政活动的艺术性。这也是一个基本的经济学问题,即如何对有限的资源进行效用最大化配置,这不仅涉及效率问题,也内含着公平问题。中国最近几年持续的高速度增长,极大地丰富和提高了国民的生活内容和质量,有关资料显示,2007 年第一季度 GDP 发展速度为 11.1%,继续保持经济增长的强势姿态。因此,在我国目前而言,效率问题已经在一定程度上被很好的解决,同时从历史经验和发展趋势来说这一发展趋势还具备了一定的稳定性,因此当前摆在我们面前的问题更多的是结构问题,也就是公平性的问题。

现实问题是,我国卫生公共资源的结构安排不尽合理。首先,从公共卫生资源的项目配置结构来看,公共卫生资源的 60% 左右被用于医疗支出方面,投向于公共卫生预防和维护的支出则不到 30%,而用于公共卫生后备人才培养以及增强公共卫生医学技术控制能力等方面的支出,每年不到 2%。这种公共资源的不合理配置的直接影响就是,降低了公共卫生的预防控制能力,弱化了对突发医疗卫生事件的预警,增加了公共卫生安全的脆弱性。不仅如此,在基础性公共卫生服务支出中,真正用于居民卫生保健和预防的还要少,其中很大一部分被用于人员的工资性支出。其次,从公共资源的地域性配置来分析^③,自改革开放以来,城乡人均卫生资源的分配差距从 1980 年的 1.4 倍扩大到 2002 年的 2.4 倍左右。从九十年代至今,政府卫生事业费的分配和公共卫生资源的配置,也极度的不合理不公平:卫生事业费有 75% 左右用在城市,而只有 25% 左右投在了农村。

这种公共卫生支出结构安排的不合理性,又由于以下我国特殊国情和现状而反映地更加突出,从而也更加突显该问题的不可忽视性。我国是一个典型的人口大国,农村人口数量庞大,即使我们不按严格的城市人口和农村人口来划分,单就城镇人口和乡村人口来划分,则到 2005 年为止,我国乡村

人口占总人口比重为 57% 左右,而城镇人口数占总人口比重为 43% 左右,低于乡村人口比重 14 个百分点。同时,2005 年,我国城镇居民人均可支配收入为 10493 元,而农村居民人均纯收入为 3255 元,忽略这两个指标核算方法的差异性不谈,两者收入之比已达到了 3.22 左右。这就意味着,具有较高收入水平的少数城市人口,享受着本应由低收入水平且占人口比重多数的农村人口享用的公共卫生支出,这种挤占使公共卫生资源的分布更加突显出其不合理性和不公平性。另外,这种挤占也给老百姓产生了似是而非的感觉:也许是因为城市人口比农村人口缴纳了更多的税,所以才享受了更多的公共卫生服务。这显然跟税收的本质和特征不符,而且也应该在构建公共服务型财政过程给予克服和避免。

三、关于公共卫生服务的政策建议

(一) 增加医疗公共卫生支出规模,增强政府在公共卫生事业中的支出责任

我国政府在公共卫生中支出相对于发达国家而言,一直就处于一个低水平的层次,甚至连发展中国家的平均水平都没有达到。落后的医疗设施和较低的政府补助,使得农民卫生院在为广大农民提供一般性的医疗服务的意愿和能力大为降低,这不仅关系到广大农村群众的整体利益,而且也降低了农村社会甚至是整个社会抵御公共卫生安全危机的能力。所以,在建设和谐社会的过程中,公共卫生问题就是一个值得关注和重视民生问题,而且就目前我国财政收入的能力而言,完全有能力提高在公共卫生事业中的投资,就拿 2006 年度财政收入而言,根据财政部预算报告,全国财政收入达 39343.62 亿元(不含债务收入),比 2005 年增加 7694.33 亿元,增长 24.3%,是经济增长速度的两倍之多,比预算超收 3920.24 亿元。^④

(二) 合理调整公共卫生支出结构安排,促进公平

卫生保健是一种每个国民应有的权利,而不是一种基于经济基础上的特权,国家应该让全体国民共享社会进步和经济发展的成果,使健康问题不再成为贫困和更加贫困的根源。我国人多地广,不同地区和不同收入阶层的国民在卫生预防水平和疾病控制治疗能力上存在着结构性差异,同时不同的政府在财政收入能力上也存在着较大的差异,这都使不同地区和人群在卫生投资上产生了极大的不

平衡。如果政府忽视这个问题,不合理配置公共卫生资源,就会强化这种本来就不合理的支出结构安排,不利于公共财政和和谐社会的形成和构建。所以,政府应该调整并做到卫生资源的合理配置,使不同阶层和不同地区的居民享有均等化的基本卫生医疗服务水平。

(三) 改革预算科目编制,使公共卫生成为独立项目核算,推进公共财政建设

把公共卫生支出科目从统一核算的文教、科学、卫生支出项目中分离出来,形成独立的科目,并明确界定其支出范围。这种细化,可以使国民更方便地了解政府在公共卫生支出活动中的方向、范围和结构,更好地接受国民的监督。

(四) 提高财政预算制度的透明度和民主性,加强预算执行的监管

一项合理清晰的制度安排,能使资源和信息更加有效通畅地进行安排和配置。完善的监管机制,对公共服务提供的质量和效率具有促进作用,使相关资金能够足额及时地投入该投入的地方、流向该流入的项目中,使公共卫生的“公共性”得到切实有效的保障。

[注 释]

- ①数据来自《关于 2006 年预算执行情况与 2007 年预算草案的报告》。
- ②说明:以下文中数据均整理自《国际统计年鉴 2005》、《中国统计年鉴 2006》、《中国卫生统计年鉴 2006》等,除特殊说明外。
- ③引自《公共支出评价》上海财经大学 课题组 382 页。
- ④数据来自《关于 2006 年预算执行情况与 2007 年预算草案的报告》。

[参考文献]

- [1]上海财经大学课题组.公共支出评价[R].经济科学出版社,2006.
- [2]陈共.财政学[M].中国人民大学出版社,2004.
- [3]钟晓敏,张守凯.科学发展观与财政制度创新[M].中国财经经济出版社,2005.
- [4]宋志华,李凯.我国医疗卫生体制改革的财政策略研究[J].财政研究,2007,(4):28-30.
- [5]易富贤.谁挥霍了我们的“人口红利”[EB/OL].经济学阶梯教室,http://www.gjmy.com/gjmywz/view/view_zj/200607/9620.html,2006-7-19.
- [6]宋晓利.人口红利时代结束,中国应如何应对[EB/OL].经济学阶梯教室,http://www.gjmy.com/gjmywz/view/view_jt/200608/10404.html,2006-8-22.

(责任编辑:朱德东)

Analysis of public hygiene expenditure status quo and related public demand of China

ZHANG Shen-jie

(Research Department, Anhui University of Finance and Economics, Anhui Bengbu 233041, China)

Abstract: Based on the guidance of public finance and on China's reality, this paper analyzes and discusses the scale and structure of public hygiene expenditure, holds that currently this expenditure scale is small and that the structure of this expenditure has many irrational characteristics and gives suggestions that the scale and structure should be properly adjusted in order to make the scale and structure accord with public character of public hygiene to meet the demand of the society.

Keywords: public finance; public hygiene; scale; structure; public character