

doi:10.3969/j.issn.1674-8131.2011.01.004

# 中国式财政分权下卫生公共品供给研究<sup>\*</sup>

李世尧

(浙江财经学院 经济与国际贸易学院,杭州 310018)

**摘要:**在转型过程中,财政分权与卫生公共品供给之间存在复杂的内在机理。对 1995—2008 年 31 个省市区的数据进行面板 3SLS 估计,结果表明:经济发展水平越高的地区财政分权度越高,且卫生公共品的供给总量和人均卫生决算费用也会增多,但卫生支出占财政支出的比例将降低;市场化程度与财政分权度和卫生公共品供给正相关;竞争程度越激烈的地区卫生公共品的供给越少。

**关键词:**财政分权;卫生公共品供给;卫生总费用;面板 3SLS;市场化程度;城乡收入差距;竞争程度;财政支出

中图分类号:F812.2 文献标志码:A 文章编号:1674-8131(2011)01-0020-07

## Research into Public Health Goods Supply under China-style Fiscal Decentralization

LI Shi-yao

(School of Economics and International Trade, Zhejiang University of Finance and Economics, Hangzhou 310018, China)

**Abstract:** In the process of transition, there is complex intrinsic mechanism between fiscal decentralization and public health goods supply. The panel 3SLS Estimate is conducted on the data of 31 provinces from 1995 to 2008 and the results show that the regions with highly-developed economy have higher fiscal decentralization degree while total supply amount of public health goods and per capita health fees are growing but the proportion of health expenditure to fiscal expenditure will decrease, that there is a positive relation between market-oriented degree and fiscal decentralization degree and public health goods supply and that the public health goods supply is decreasing in the regions with bigger competition degree.

**Key words:** fiscal decentralization; public health goods supply; total health fees; panel 3SLS; market-oriented degree; income gap between urban and rural residents; competition degree; fiscal expenditure

### 一、引言

萨缪尔森开创了公共品的最优配置理论,奠定了公共经济学、财政学研究的基础。而现代分权的

思想最早可追溯到哈耶克,他从信息经济学的角度出发,认为地方政府对地方的情况具有信息优势,实行分权可以做出更好的决策。随着公共品理论与分

\* 收稿日期:2010-10-14;修回日期:2010-12-11

基金项目:浙江省哲学社会科学规划重大项目(09CGJJ001Z)“危机冲击下经济体制转型突破机理研究”  
2009 年浙江省大学生创新创业孵化项目“危机冲击与转型突破:一个理论模型及其应用”  
浙江财经学院 2009 年研究生校级科研项目“中国医保改革的拖延与突破分析”

作者简介:李世尧(1984—),男,河南南阳人;硕士研究生,在浙江财经学院经济与国际贸易学院学习,主要从事转型经济学、新政治经济学研究;Tel:15068157968, E-mail:lishiyao2004@126.com。

权思想之间的关系越来越紧密,在公共品供给研究中,不能不提及财政分权理论。财政分权作为本文的研究基础,有必要对相关文献做一些梳理。

国外相关的主要文献可分为两代。第一代财政分权理论最具代表性人物是 Tiebout (1956),他最先把公共品供给和财政分权联系在一起进行研究,并对传导机制做出解释。Tiebout 的研究是从事后的角度进行分析,而事前的理论则由 Oates (1969) 提出,他认为在偏好具有异质性和不存在外部性的情况下,采取财政分权来提供公共品比较有效率。此外, Tanzi (1995) 从信息角度论述了分权的价值。第二代财政分权理论将研究的中心从公共品供给转向地方政府行为和经济增长。为财政分权下公共品的供给理论奠定基础的工作可追溯到德沃特里庞和马斯金的研究。Qian 和 Weingast (1996) 从中国分权改革的实践中提出了维护市场型的经济联邦制。随后 Qian 和 Roland (1998) 又将这一思想用 DM 模型加以精确化,解释了在中国经济转型中存在的财政分权和预算约束。第二代财政分权理论着重对分权的机制解释,尤其是对分权主体行为的深刻分析。

国内专门研究财政分权和公共品供给关系的文献出现比较晚,主要研究如下:乔宝云等(2005)将主流财政分权理论应用于1978年以来的财政分权改革与中国小学义务教育的案例中,实证研究表明财政分权并没有增加小学义务教育的有效供给。在对公共品分类的基础上,平新乔等(2006)进行了专门研究,在财政分权的背景下,通过对地方政府预算内和预算外支出数据的分析,考察了财政分权激励对地方公共品的供给满足当地真实需要的敏感度影响,并指出中国财政分权中存在的一些问题。在基础设施定性的基础上,张军等(2007)认为地方政府之间的标尺竞争与当地基础设施水平有着密切的关系,因而财政分权对基础设施等硬公共品供给具有促进作用。杨瑞龙等(2007)采用动态面板数据模型,利用中国1996—2004年省级面板数据,对财政分权和中国环境质量关系进行检验,发现财政分权度的提高对环境质量具有显著的负面影响。傅勇(2007)在三个时间区间内描述了财政分权对财政支出结构的影响,认为财政分权对不同地区公共支出结构的影响存在差异。王凯和黎友焕(2009)利用1978—2007年的省级面板数据进行分析,结果表

明财政分权对中国地区经济增长有积极的促进作用,但存在明显的区域差异。

在财政分权理论研究中,关于财政分权对经济增长和公共品供给的正面影响,经济学界已达成了共识(Qian 和 Roland, 1998; Lin 和 Liu, 2000; Zhang 和 Zou, 1998; Faguet, 2004)。但分权不但使政府获得正面激励,而且还可能有一些有损社会目标的负面影响。在西方发达的市场经济国家中,通过“用手投票”和“用脚投票”机制,不同地方政府之间的竞争将激励他们不断主动采取措施来提高公共品的供给效率,从而有利于社会福利的提高。就中国的现实而言,单一中央集权制、官员委任制和户籍限制等使地区间的财政竞争很难提高居民的社会福利。随着近年来经济高速增长,政府支出中经济性支出和社会性支出比例失调的问题越来越突出,公共品领域尤其是卫生等软公共品不断出现的新问题也充分说明西方财政分权理论在中国并不适用。卫生公共品问题不仅关系到地方的经济增长方式和社会发展转型,而且关系到居民生活水平、社会保障等民生问题,是今后相当长时期内中国经济发展和社会转型中的关键和难点问题。因此,卫生公共品供给问题无论在理论上还是经验上都值得我们作进一步的专门研究。

本文重点考察在中国式分权下,财政分权对卫生公共品供给的影响。后文结构如下:第二部分描述财政分权下卫生公共品供给的概况;第三部分探讨财政分权下卫生公共品供给的内在机理;第四部分对第三部分中所得到的理论假说进行实证检验;第五部分得出结论并提出相应的政策建议。

## 二、财政分权下卫生公共品供给的概况

在研究公共品供给的文献中,通常的做法是用此领域的政府支出来衡量,如乔宝云(2005)、平新乔(2006)、张军(2007)等。在经济分权化的浪潮中,卫生事业也开启了分权让利,中央政府把卫生筹资的责任转移给地方政府。在政府卫生支出的分担上,中央所占的比例基本上在2%~3%之间,卫生筹资责任主要落在地方各级政府的肩上。在晋升激励和经济硬预算约束下,起初相对拮据的财力迫使地方政府把卫生机构推向市场,进而造成卫生公共品投入和供给的严重不足,主要表现在以下几方面。

### 1. 卫生总费用<sup>①</sup>及其筹资结构的失调

在过去30年里我国卫生总费用一路飙升,与1978相比2007年增加了100倍,高达11 289.50亿元。卫生总费用尽管总量很大,但占GDP的比例则相形见绌。改革以来卫生总费用占GDP的比重稳步上升,但比例最高的2003年也才4.85%,这个数字低于世界卫生组织规定的最低标准5%,还没达到发展中国家的平均水平。卫生筹资结构也严重失衡,政府卫生支出占卫生总费用的比例呈逐年下降的趋势。在SARS没有爆发前,政府卫生支出占卫生总费用的比例从1978年的32.2%下降到2002年的15.7%;个人卫生支出占卫生总费用的比例则是逐渐增加,在2001年高达60%<sup>②</sup>。卫生支出费用成为居民继食品、住房之后的第三大支出,因病致贫、因病返贫的现象屡见不鲜。

### 2. 政府卫生支出占比(政府卫生支出占财政决算<sup>③</sup>比重的简称)的逐步下滑

政府财政决算中卫生费用所占比例在一定意义上体现了政府对卫生公共品的重视程度。这里需要注意一个概念问题,在统计年鉴或财政年鉴里,对卫生事业的财政支出称为“医疗卫生费用”,而在卫生统计年鉴上则为“政府卫生支出”,这两个概念是等同的。从1985年起政府实行以市场为导向的医疗卫生体制改革,理论上讲,政府卫生支出占比应该呈下降趋势,而1985—1992年政府卫生支出占比却稳步上升。1993年以后,政府卫生支出占比是逐年下降的,但在2003年出现暂时性上升。

### 3. 卫生公共品供给地域差异的扩大

卫生公共品供给的不足还表现为地域上卫生资源配置的差异及其利用的不平等。从卫生总费用和卫生资源分布来看,这种地域性差异主要体现在以下两个方面:(1)城乡不均。城乡间卫生总费用差距呈扩大趋势。1990年城乡卫生总费用比例为396:351.39,而2007年扩大到8 754.53:2 534.95。

换言之,占全国2/3人口的广大农村地区只拥有不到1/4的卫生总费用,而城市地区却占有3/4以上的卫生总费用。另外,城乡人均卫生费用也存在巨大差异。1990年人均差距不过110元,而2007年差距为1136元,农村人均卫生费用仅为平均卫生费用的40%。(2)地区差别。地区经济发展的差距不断拉大,这种差距在卫生公共品供给上也不例外。医疗卫生事业费主要由地方财政拨款,东、中、西地区<sup>④</sup>经济发展水平和财政收入的巨大差距,决定了总量和人均卫生事业费的显著差异。2008年的政府卫生决算额,广东最高(201.1467亿元),最低的是西藏(16.3548亿元);而人均卫生事业费,北京高达855.76元,湖南仅为137.3元;每千人医疗机构床位数,上海为7,而中部的江西和西部的贵州分别为2.29和2.06;每万人拥有的卫生机构数,河南为1.24,而北京却为3.833。

## 三、财政分权下卫生公共品供给的内在机理

中国的层级制是一种以区域“块块”为基础的多层级、多地区的M型。在中国的M型组织中,基层政府与上级没有多少讨价还价的权利,但它们却有很大的自主权在国有部门以外建立市场取向的企业来发展当地经济。“虽然在政府层级内部行政机构的相互联系是垂直的,但地区之间的相互联系却是水平的、市场取向的”<sup>⑤</sup>。因而,中国式分权的特征是政治集权、经济分权和地区之间竞争激烈。

在政治集权下,中央长期保持对地方的激励与约束,虽有钱颖一、Weingast等人提出的著名的“中国特色的联邦主义”式的行政分权<sup>⑥</sup>,但中央和地方的分权属于行政管理性质的向下授权,下放权力随时可以收回。同时,中央掌握地方官员的升迁和人事任免,省级领导人是由中央直接任命,而各级地方政府官员是自上而下任命的。在委任制下,地方官员并不像西方联邦制中的官员那样对选民负责,而

① 根据筹资来源,卫生总费用由政府卫生支出、社会卫生支出和个人现金卫生支出三部分构成。

② 60%为2001年的数据,最近该比例稍微有所下降,但远远高于改革初的水平。

③ 在历年统计年鉴的财政决算数据中,统计口径没包括预算外支出,通常与政府支出的数值相一致。

④ 按现行划分,除香港、澳门、台湾外,东部包括广东、福建、浙江、江苏、山东、河北、辽宁、北京、上海、天津、海南,中部包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北和湖南,西部包括广西、云南、贵州、四川、重庆、西藏、陕西、内蒙古、甘肃、宁夏、青海和新疆。

⑤ 引自钱颖一所著的《现代经济学与中国经济改革》一书。

⑥ 按照周黎安(2007)的说法,从20世纪80年代初,中央政府开始把很多经济管理的权利下放到地方,使地方拥有更多的自主经济决策权。

是对上级负责,迎合上级的要求,即追求单一的经济增长目标。

在经济分权下,地方政府控制着中国大部分的经济资源,地方政府有很大的自主权来发起和推动地方改革,对地方经济全权负责。在以经济绩效作为考核政府官员及其升迁的主要指标时,地方官员会展开以经济增长为标杆的锦标赛(周黎安,2007)。在这种激励和约束机制下,地方政府有更强的激励去投资高收益的经济部门、发展高回报率的产业,而对于公益性的卫生公共品则表现出财政拨款的不到位和投入的不足。

作为理性的代理人,地方政府官员会把资金投入政绩显著的项目上。财政分权体制进行了多次改革,但分级管理的卫生经费供给制度从未变化过,卫生费用支出的效率低下也会影响卫生公共品供给的供给增加。

财政分权下医疗卫生事业发展的责任,特别是政府的投资责任主要由地方财政承担,很多落后地区在财政压力下,不得不实施一些不妥当的医改措施,造成卫生公共品供给的不足。随着改革的逐步推进,医疗卫生供给方由社会福利部门转变为营利部门。一方面,面对日益增多的医疗卫生需求,在经济利益驱使下,医疗卫生费用的提高是必然的;另一方面,由于供需双方严重的信息不对称,供方诱导型需求对医疗费用高涨产生了推波助澜的作用。

无论是经济激励还是晋升激励都会影响地方政府提供公共品的数量和结构,在不同性质的公共品的投入方面,表现为财政支出结构的质和量的巨大差异。在财政分权下,地方政府更有动力发展当地经济、改善基础设施、吸引外资,以期获得更多的财政收入;而对于医疗卫生、教育等公共品则供给不足,尽管它们能提高社会福利,但投资期长、收益慢。在硬预算约束情况下,改善当地的投资环境和提供卫生公共品存在此消彼涨的关系,即用于硬性公共品的投入增多,会挤占对卫生、教育等软公共品的投入。

通常情况下,在以经济增长作为政绩标杆时,各地区将在GDP的增长率和吸引外商直接投资等方面展开激烈竞争。由于不同类型的公共品对经济增长的作用不同,因而在地区激烈竞争中地方政府会偏向生产性支出,对基本建设投资热情较高。内资流动的限制无疑使引进外资成为最佳选择,而且地

方政府在税收减免上拥有一定程度的自主权,这都将激发地方政府运用税收优惠政策来吸引外资的热情。外商企业实际税率越低的地区,政府间的竞争程度越大,地方政府可得到的外资越多,而卫生公共品的供给将会相对减少。对于东部地区来说,为发展经济、吸引各个层次的高素质人才,地方政府不得不在一定程度上增加卫生、教育等公共服务。而在贫困地区,由于高素质人才的“孔雀东南飞”,地方政府无力也无愿改善与富裕地区存在巨大差异的卫生等公共服务环境,他们更倾向于投资政绩显著的项目或工程。

此外,随着中国改革的深入、市场化进程的加快,居民收入也快速增长,但收入差距却不断拉大。不同收入阶层的异质性需求也会影响卫生公共品的供给。卫生公共品供给与经济增长互为因果关系,提供合理的、有效的卫生公共品会改善居民的身体素质和健康状况,进而提高人力资本的质量,推动经济增长;经济增长则可加大对卫生公共品的资金投入,增加其供给数量。因此,地区间经济发展水平的不同会造成卫生公共品供给的差异。

根据上述分析,在政治集权和经济分权的体制背景下,以地方政府之间的标杆竞争为前提,提出下列理论假说:(1)经济发展水平越高的地区,财政分权度越高,卫生等软公共品的供给量会增多;(2)市场化程度与财政分权度正相关,市场化程度越高,人均卫生决算费用越多;(3)竞争越激烈的地区卫生公共品供给越少。

## 四、实证检验

### 1. 指标选择

(1)财政分权指标(*FD*)。随着对中国式财政分权研究的深入,出现了多种分权指标,而分权本身的复杂性使得任何一种指标都存在或多或少的争议。最早研究中国的财政分权度当属Zhang和Zou(1996),他们用一省的开支占中央支出的比率来衡量分权度,但忽视人口和经济规模对地方政府开支的影响。Ma(1997)用省级政府在预算收入中保留的平均份额来表示分权度,虽有合理之处,但不能反映1985年以后中央和地方财政关系的巨大变化。Jin、Qian和Weingast(2005)把地方分成比例作为衡量财政分权的指标,还用地方政府主管企业产值与管辖区内所有国有企业产值的比例来进行分析。

Lin 和 Liu(2000)曾用省级政府在本省预算收入中的边际分成率来衡量财政分权,但忽视了中央对地方转移支付、补贴等的影响。这里采用目前国际上通用的办法,用一个省人均财政支出占人均总财政支出的比例<sup>①</sup>来衡量财政分权的程度。

(2)经济发展水平。衡量经济发展水平的指标很多,常见的是用 GDP 来衡量,虽然不能全面反映经济发展状况和社会福利水平,但可以粗略估计一个地区经济增长势头和发展潜力。本文为消除人口影响采用人均 GDP 指标,一般来说,人均 GDP 的增加对人均卫生费用起正面影响。不同省份的人均 GDP 和 GDP 都采用该省以 1995 年为基期的 GDP 折算指数进行平减。

(3)市场化程度。卢中原和胡鞍钢(1993)从投资市场化、价格市场化、生产市场化和商业市场化四个方面来测度我国市场化程度;江晓薇和宋红旭(1995)提出的测算指标包括企业自由度、市场国内开放度、市场对外开放度和宏观调控度;国家计委课题组(1996)则从商品市场的市场化和要素市场的市场化程度进行测算;陈宗胜等人通过综合分析市场经济的行为主体来测算市场化程度。另外,樊纲、王小鲁采用五因素分析法,对各个因素下的相关变量进行主成分分析,得出各省份市场化程度综合得分的相对排名;北师大经济与资源管理所提出的市场化指标,还考虑到国际可比性、政府行为规范化、经济主体自由化、生产要素市场化、贸易环境公平化和金融参数合理化等因素。但上述研究在指标选取、时间跨度、分析方法上存在很大争议。樊纲和王小鲁的研究成果引用比较多,但只是 2000 年以后的数据,缺少 1995—1999 年的数据。其他的的数据大多只是 20 世纪 90 年代的研究成果,存在指标设计不合理和数据滞后等问题。考虑到衡量市场化程度指标在时间上的连续性和可比性,本文借鉴金玉国的研究成果,在 12 项指标的基础上进行筛选、修正<sup>②</sup>,用主成分分析法对 7 项指标确定权重(具体项目见下文),进而计算各省份的市场化程度。

(4)卫生公共品供给。在公共品供给指标的选取上,通常的做法是用此领域的政府支出来衡量,本

文也采用类似处理,用政府决算中卫生费用和人均卫生费用来衡量卫生公共品的供给总量和人均利用状况。尽管卫生公共品供给的数据只是宏观数据,不能反映个体的异质性差异,但目前没有更好的统计指标来衡量。

(5)地区竞争程度。在衡量地区竞争程度的指标中,常见的是用吸收到的外商直接投资来衡量地方政府竞争的努力程度(张军等,2007),但也有学者(傅勇等,2007)用外资企业的实际税率来刻画地方政府竞争程度。基于数据的可得性,这里用人均外商直接投资(PFDI)来衡量地区间的竞争程度。

## 2. 模型设定与数据说明

首先,在拉动中国经济高速增长的“三驾马车”之中,投资是最主要的引擎。其次,财政分权下地方政府面临比较硬的预算约束,他们偏好于“铁、公、基”等硬性公共品;在既定财政收入下,对硬性公共品的支出会挤占卫生公共品的投入。最后,在改革过程中,市场化程度的加快在一定程度上会加大收入差距并影响人均卫生公共品的供给状况,而卫生公共品通过改变人们的健康水平、调整人力资本的结构来间接影响经济发展。为避免变量的内生性问题,本文构建如下的结构方程:

$$PH_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 FD_{it} + \alpha_2 GDP_{it} + \alpha_3 SCI_{it} + \alpha_4 PFDI_{it} + \mu_{it} \quad (1)$$

$$PPH_{it} = \beta_0 + \beta_1 FD_{it} + \beta_2 PGDP_{it} + \alpha_3 DPI_{it} + \alpha_4 SCI_{it} + \varphi_{it} \quad (2)$$

$$PHI_{it} = \xi_0 + \xi_1 DPI_{it} + \xi_2 FD_{it} + \xi_3 SCI_{it} + \xi_4 PGDP_{it} + \omega_{it} \quad (3)$$

考虑到数据的完整性与可及性,本文的样本为 1995—2008 年的省级面板数据。其中,下标  $i$  和  $t$  表示第  $i$  个省份和第  $t$  年,SCI 表示市场化程度,PH 表示财政决算中卫生费用,PPH 为人均卫生费用,PHI 代表财政决算中卫生费用所占比,DPI 为城乡居民人均可支配<sup>③</sup>收入之比,DFDI 为地区竞争程度。

① 用公式表示为  $FD = \text{人均省级支出} / (\text{人均省级支出} + \text{人均中央支出})$ ,其中人均省级支出为各省人均财政支出,人均中央支出为全国人口平均中央财政支出,乔宝云最早在 2002 年采用这种方法,目前不少学者都采用这一指标来衡量财政分权度。

② 在聚类分析评选的 12 项指标中,第六项指标是负指标,修改为非财政收入比重,由于数据缺失删除最后两项指标。

③ 统计年鉴只有城镇居民可支配收入的数据,而农村居民则由纯收入来衡量。

大部分数据来自《五十五年统计资料汇编》和2004—2009年的《中国统计年鉴》,一些罕有的数据,如各省份的卫生费用等来自中经网(第二部分所引用的数据来自协和医科大学出版社的《2009年卫生统计年鉴》)。其中,市场化程度指标是用各省、自治区和直辖市的非国有工业总产值占全部工业总产值的比重、非国有单位投资占全社会固定资产投资的比重、出口额与GDP之比、非国有部门职工的比例、地方GDP中非财政收入份额、第三产业增加值占GDP的比重和城乡居民收入比7项指标加权合成的。

### 3. 计量分析

在对方程进行估计前需要观察结构方程是否可识别,在识别规则上通常采用秩条件来判断。由

于可以从其他方程所含而该方程所不含的内生或者前定变量的系数矩阵中构造一个非零的 $2 \times 2$ 阶行列式,因此该结构方程是可识别的。秩条件只能判断该方程是可识别的,但是否存在过度识别,需要借助阶条件。我们可以清晰看出结构方程中任何单方程所排除的前定变量个数大于它含有的内生变量个数减1,因而该结构方程是过度识别的。对于任何一个由两个或者两个以上方程构成的系统,只要设定正确且符合某些假定(秩条件),系统估计方法(3SLS是最常见的系统估计方法)一般都比2SLS估计每个方程更有效<sup>①</sup>。另外,对于过度识别问题,3SLS也可以处理。为此,本文运用面板三阶段最小二乘法来估计结构方程。估计结果详见表1。

表1 卫生公共品、人均卫生公共品、经济增长率和卫生决算与财政支出占比方程

内生变量	卫生费用	人均卫生费用	卫生支出占比
解释变量	(1)	(2)	(3)
常数	-1 218 456 *** (-8.93)	-377.89 *** (-7.96)	-4.38 *** (-3.65)
地区竞争程度	-61.97 *** (-2.62)		
GDP	20.73 *** (18.57)		
城乡收入比		2.48 *** (5.94)	0.09 *** (8.85)
财政分权度	143 6672 *** (11.82)	303.12 *** (8.16)	5.78 *** (6.12)
市场化程度	55 553.27* (1.90)	16.0* (1.78)	0.55** (2.40)
人均GDP		0.007 *** (24.83)	-0.000 02 *** (-2.72)

注:\*\*\*、\*\*、\*分别表示1%、5%、10%的显著水平;括号内的数字表示估计的t统计量;行为方程(1)、(2)和(3)的结果是用stata10.0进行面板3sls估计而得。

行为方程(1)中,卫生公共品供给与GDP正相关,t值为18.75,通过1%的显著水平检验,正如假说1预料的那样,GDP与卫生决算有正的、显著的相关性。FD的系数为正值且显著,进一步证实了加快财政分权会增加卫生等软公共品的供给。SCI系数为正,在10%的水平上显著,这说明市场化程度对卫生公共品供给有正的影响,市场化程度越高的地区,政府卫生决算总额越大,与理论假说相一致。PFDI系数为负,在1%水平上显著,竞争激烈程度的增加会减少卫生公共品的供给量,这也符合假说3。

在行为方程(2)中,财政分权程度、市场化程度和人均GDP系数为正且都通过显著检验,说明经济发展水平高、市场化程度高的省份其人均卫生费用较高,符合理论假说2。

在行为方程(3)中财政分权度、城乡收入比等与PHI显著正相关,但PHI与经济发展程度负相关且通过了显著性检验。

### 五、结论及建议

在转型过程中,财政分权与卫生公共品供给之间存在复杂的内在机理。在对财政分权下卫生公

① 参考伍德里奇的《计量经济学导论》2007年人大版第十六章。

共品供给进行研究的基础上,通过理论分析和实证检验得出如下结论:(1)经济发展水平和财政分权度越高的地区,卫生公共品的供给和人均卫生决算费用越多,但一般情况下卫生费用占财政决算的比例会减少;市场化程度与财政分权正相关,市场化程度对人均卫生决算费用起促进作用。(2)地区竞争程度与卫生公共品供给负相关。

随着政治体制改革的深入,政府向服务型转变也是必然趋势。在后危机时代,政府作为改革的主要推动力,自身的转型和建设成为下一步改革取得重大突破的关键。为此,(1)政府应推进基本公共服务均等化,加大对卫生等软公共品的财政投入,增加供给量。(2)对于医疗卫生行业中一些具有跨区域外部效应的领域,如公共食品安全、传染性疾病阶段等,应将监管的权力和职能从地方政府手中剥离出来,由中央的专业部门跨地区直接执行。(3)还应该降低GDP在政府绩效考核中的权重,减弱标杆竞争,进而增加公共服务的供给。(4)合理调整政府支出结构,使支出向卫生、教育、社会保障、就业等民生问题倾斜。

#### 参考文献:

- 程晋烽.2008.中国公共卫生支出的绩效管理研究[M].北京:中国市场出版社。
- 丁菊红.2010.中国转型中的财政分权与公共品供给激励[M].北京:经济科学出版社。
- 丁菊红,邓可斌.2009.内生的分权与中国经济体制改革[J].经济社会体制比较(3):52-57。
- 傅勇.2007.中国式分权、地方财政模式与公共物品供给:理论与实证研究[D].上海:复旦大学:4-19。
- 景维民.2003.从计划到市场的过渡——转型经济学前沿专题[M].天津:南开大学出版社。
- 平新乔,白洁.2006.中国财政分权与地方公共品供给[J].财贸经济(2):49-55。
- 乔宝云,范剑勇,冯兴元.2005.中国的财政分权与小学义务教育[J].中国社会科学(6):37-46。
- 钱颖一.2003.现代经济学与中国经济改革[M].北京:中国人民大学出版社。
- 青木昌彦,吴敬琏.2008.从威权到民主:可持续发展的政治经济学[M].北京:中信出版社。
- 王根贤.2008.公共财政下的中国医疗卫生保障制度研究[M].成都:西南财经大学出版社。
- 王凯,黎友焕.2009.财政分权与中国经济增长——基于省级面板数据协整和格兰杰因果检验的实证分析[J].贵州财

- 经学院学报(6):76-80。
- 杨瑞龙,章泉,周业安.2007.财政分权、公众偏好和环境污染——来自中国省级面板数据的证据[R].东海证券研究所工作论文。
- 张军,高远,傅勇,张弘.2007.中国为什么拥有了良好的基础设施?[J].经济研究(3):4-19。
- 张军,周黎安.2008.为增长而竞争:中国增长的政治经济学[M].上海:格致出版社、上海人民出版社。
- 张伟,金玉国,康君.2005.我国国民经济市场化进程的统计评价与实证分析[J].中国软科学(3):24-36。
- 伍德里奇J.M.2004.计量经济学导论:现代观点[M].北京:清华大学出版社。
- FAGUET J.P. 2004. Does decentralization increase government responsiveness to local needs? Evidence from Bolivia[J]. Journal of Public Economics,88:867-893。
- JIN H Y, QIAN B, WEIGNAS. 2005. Regional Decentralization and Fiscal Incentives: Federalism, Chinese Style[J]. Journal of Public Economics,89(9-10):1719-1742。
- LIN yifu, LIU zhiqiang. 2000. Fiscal Decentralization and Economic Growth in China[J]. Development and Cultural Change,49(1):1-21。
- MA Jun. 1997. Intergovernmental Relations and Management in China[M]. Macmillan Press。
- OATES Wallace E. 1969. The Effects of Property Taxes and Local Public Spending on Property values: An Empirical Study of Tax Capitalization and the Tiebout Hypothesis[J]. The Journal of Political Economy,77(6):957-971。
- QIAN Y, BARRY R. Weingast. 1996. China's Transition to Markets: Market-Preserving Federalism, Chinese Style[J]. Journal of Policy Reform(1):149-185。
- QIAN Yingyi,GERALD Roland. 1998. Federalism and the Soft Budget Constraint[J]. The American Economic Review,88(5):1143-1162。
- TANZI V. 1995. Fiscal Federalism and Decentralization: A Review of Some Efficiency and Macroeconomic Aspects[R]. Annual World Bank Conference on Development Economics。
- TIEBOUT Charles M. 1956. A Pure Theory of local Expenditure[J]. Journal of Political economy,64(5):416-424。
- ZHANG T, ZOU H. 1996. Fiscal Decentralization, public spending, and Economic Growth in China[R]. Policy Research Department of the World Bank。
- ZHANG T, ZOU H. 1998. Fiscal Decentralization, public spending, and Economic Growth in China[J]. Journal of Public Economics,67:33-53。

(责任编辑:夏冬)