

财政卫生支出: 提升健康与降低费用*

——兼论企业医保降费

郑喜洋 申曙光

(中山大学岭南学院, 广东 广州 510275)

内容提要: 2009 年我国新一轮医药卫生体制改革(以下简称“新医改”)启动以来,财政卫生支出呈现出新的特点:一是财政对供方的投入重点由公立医院转向基层医疗卫生服务(“强基层”);二是财政补贴重点从医疗卫生机构转向医疗保障(“补需方”)。那么,新医改以来财政支出对提升健康水平、降低医疗费用的作用如何?本文利用 2009—2016 年我国省级面板数据,使用系统 GMM 估计方法对此进行了实证分析,结果发现:(1)财政卫生支出显著促进了居民的医疗服务利用,“强基层”和“补需方”均显著改善了居民健康。这表明财政卫生支出是必要的,还可以降低当前较高的企业医保缴费负担。(2)财政卫生支出对医疗费用、个人医疗负担的影响尚不确定,“强基层”降低了医疗费用,减轻了医疗负担,“补需方”则相反。本文的主要建议是政府应当坚持对基层医疗卫生服务的投入,同时加强医保的科学控费机制建设,并特别为降低企业医保缴费腾出空间。

关键词: 财政卫生支出 “强基层” “补需方” 医疗费用 企业医保降费

中图分类号: F812.45 **文献标志码:** A **文章编号:** 1002—5766(2019)01—0005—17

一、引言

在 20 世纪 90 年代,我国政府以经济管理的思路管理医疗卫生事业(傅子恒和刘小兵, 2010)^[1],财政卫生筹资责任弱化,导致医疗服务体系公益性淡化,基层服务能力严重退化,城镇职工基本医疗保险由企业和职工自行筹资,大部分城乡居民没有医疗保险,医疗负担大大加剧。2009 年,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称“新医改方案”)发布,我国启动了新一轮医药卫生体制改革,以全新的思路治理医疗卫生事业。在本轮医改中,我国政府卫生筹资责任明显回归(顾昕, 2010)^[2],财政卫生支出的规模快速增长。2009—2016 年,财政卫生支出规模累计达到 7.30 万亿元。^①根据我国的统计口径,财政卫生支出是指各级政府用于医疗卫生服务、医疗保障、行政管理、人口与计划生育等各项事业的经费。^②它反映了公共财政在医疗卫生领域承担的筹资责任和重视程度。除了投入规模的增加,更重要的是投入路径选择,有别于之前以医院作为投入重点,新医改方案明确提出“新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市

收稿日期: 2018-09-20

* 基金项目: 国家社会科学基金重大项目“预防为主的大健康格局与健康中国建设研究”(17ZDA080)。

作者简介: 郑喜洋,男,博士研究生,研究领域是医疗保障,电子邮箱: zhengxyg@mail2.sysu.edu.cn; 申曙光,男,教授,博士生导师,研究领域是社会保险与保障,电子邮箱: ssg84114060@163.com。通讯作者: 郑喜洋。

^①根据《中国卫生和计划生育统计年鉴》计算得到。

^②国外对公共卫生支出的统计口径与中国有所差异,国外将社会医疗保险收入也视为公共财政投入。本文采用国内的统计口径,也有文献采用政府卫生支出这一说法。

社区卫生和基本医疗保障”。

随着政府治理医疗卫生思路的转变,我国公共财政投入路径也有别于以往,财政卫生支出呈现出了两个显著的特点:一是“强基层”,即财政提高了对基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的补贴水平。截止到2016年,其占政府医疗卫生服务支出的比例已达53.6%,超过了对公立医院的补贴,成为政府医疗卫生服务支出的主要投入方向;二是“补需方”,即财政持续地对医疗保障进行投入。截止到2016年,其占财政卫生支出的比例已达46.7%,超过了对医疗卫生服务的投入(如图1所示)。具体来看,基层医疗卫生机构的基本建设、设备购置和人员经费被纳入财政预算范围,并在基层推行国家基本药物制度;基本公共卫生服务经费的人均补助标准由2009年的15元提高到2018年的55元;城乡居民基本医保的人均补助标准增长更快,由2009年的80元提高到2018年的490元。^①

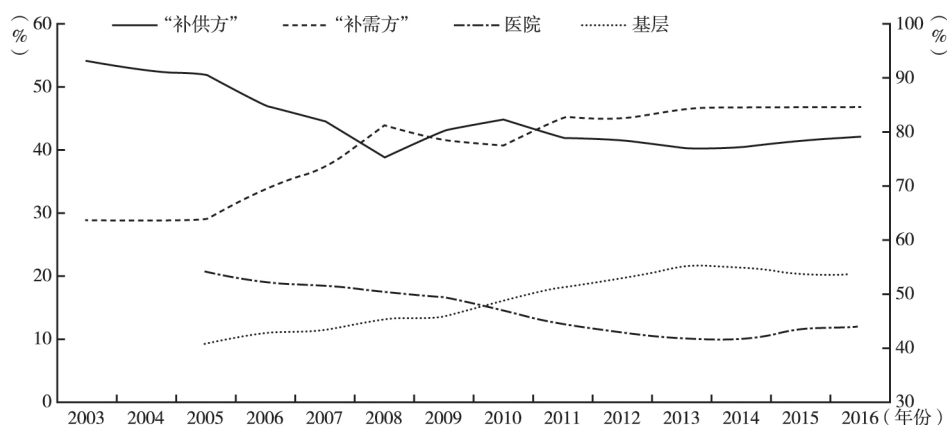


图1 我国财政卫生支出:2003—2016

注:主纵轴展示了财政卫生支出“补供方”“补需方”的情况,次纵轴展示了财政对不同医疗卫生机构的投入情况

资料来源:《中国卫生和计划生育统计年鉴》

在医疗卫生领域,对于卫生资源配置的分析,主要以超福利主义为理论支持。该理论以健康为基础,将国民健康放在首位;主张在有限的预算约束下,卫生资源分配应由政府主导,并以全社会的健康最大化为目标。为了保障每个人的健康权利,政府需要把卫生资源分配到惠及全民的项目,尤其在资源有限的情况下,政府应优先选择公共卫生、基本医疗服务项目,还可以选择提供医疗保险的覆盖。通过这些普惠性的项目,改善全体居民的医疗服务可及性,降低医疗负担,进而提升整体健康水平。纵观我国财政对医疗卫生的支出政策,无论是建国初期的“赤脚医生”,还是新医改以来“强基层”“补需方”,基本上都是以健康最大化为目标,重点投入到成本收益较好的卫生项目。

随着财政的卫生筹资责任逐渐凸显,特别是当前我国经济进入新常态,出口形势严峻,企业发展压力剧增。降低企业医保缴费的必要性和可行性也正日益获得关注。截止到2017年,工商企业吸纳了我国城镇地区72.3%的就业人员,承担着重要的社会责任,但也面临着沉重的医保缴费负担。^②在城镇职工基本医疗保险制度安排中,其筹资主要由企业、在职职工承担,退休人员无需缴费,但这种现收现付的设计忽视了职工全生命周期的平衡。随着人口老龄化形势的日趋严峻,我国人口结构将发生深刻的变化,在现行生育趋势未发生根本性转变的情况下,未来企业和职工的缴费将难以承受退休人员的待遇支出,医保基金可持续发展形势堪忧。即使在当下,我国各类企业需负

① 《关于完善政府卫生投入政策的意见》(财社[2009]66号)。

② 根据《中国统计年鉴》数据计算得到。

担约相当于工资总额 6% 的医保缴费,再加上养老、失业、工伤等社保缴费,企业的社保缴费率接近 30%。尤其在我国经济进入新常态后,再加上日益严峻的国际贸易形势,社保缴费已经成为企业用工成本的较大负担,挤占了企业的利润空间,更不利于企业降低成本以提高竞争力。城镇职工基本医疗保险作为基本医疗保障体系的组成部分,政府应当在其中发挥更大责任,使政府、企业、个人的筹资责任分摊更为合理,一方面提高企业和参保人的参与度,夯实缴费人群,另一方面减轻企业缴费负担,进而降低企业成本,增强竞争力。如果新医改以来财政对医疗保障的支出能够较好地体现健康绩效和经济绩效,那么无论是从公平还是效率的角度,都应当继续坚持财政卫生责任的强化,对基本医疗保障进行必要的投入。这也是本文需要进行探讨的重要内容。

我国上一轮医药卫生体制改革以市场化为导向,导致医疗卫生体系公益性淡化,卫生资源配置扭曲,大医院占据垄断地位,在当前医疗市场环境下,基层医疗服务体系是否能够发挥预期效果,也是有待考察的。此外,随着我国各项医疗保险制度、医疗救助制度的建立和完善,政府从直接提供医疗服务的模式中退出,转为引进医保成为医疗服务的主要购买方,这种新的治理模式在我国尚属新生事物,有必要对其效果进行考察。近年来,有文献围绕财政卫生支出的成效进行了不少研究,但大多是采用间接变量,如基层医疗机构的诊疗水平、医疗服务可及性、是否参加医疗保险,缺乏直接对财政卫生支出与健康、医疗费用之间的关系进行探讨的研究,无法量化分析财政投入的影响程度(毛捷和赵金冉 2017^[3];李华和俞卫 2013^[4])。

本文将运用 2009—2016 年的实践数据,直接考察财政卫生支出在提升健康水平、降低医疗费用等方面的效果。本文的主要贡献有以下三点:第一,根据财政卫生支出统计口径,利用公开数据构造“强基层”和“补需方”两个指标,对我国财政卫生支出进行刻画。数据可获得性是目前中国财政卫生支出研究中面临的一个普遍问题,由于各省的财政卫生支出数据披露内容不尽相同,没有直接披露财政补贴基层医疗卫生服务、医疗保障的详细数据,因此本文根据《中国统计年鉴》《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国社会统计年鉴》《中国劳动统计年鉴》等所提供的公开数据进行整理。第二,量化财政卫生支出对健康、医疗费用的影响,直接评估财政卫生支出的绩效。财政对医疗卫生的投入的最终目标是提升居民健康水平,并且降低个人医疗负担,对健康、医疗费用的影响直接体现出新医改以来财政卫生支出的效果。本文基于省级面板数据,探究“强基层”和“补需方”的健康绩效和经济绩效,丰富了公共卫生支出领域的研究内容,也回答了财政卫生支出是否发挥效果的问题。第三,本文对财政卫生支出绩效的研究成果,在一定程度上评估了新医改的成效,也为降低企业医保缴费负担提供了实证上的支持,对于今后继续强化财政筹资责任、降低企业负担的政策走向提供了方向指引和决策依据。

二、理论研究与基本假设

1. 基层医疗卫生服务财政补贴

基层医疗卫生服务具有公共物品性质,如果放由市场主导配置,医疗卫生资源将会主要流向大医院,而基层医疗卫生服务供给不足,出现市场失灵。为了解决市场失灵问题,政府应当适当介入基层医疗卫生服务供给,在制度保障和资金投入上给予支持。目前,世界上各国均已基本建立了适应各自国情的基层医疗卫生服务体系,并形成了政府主导和市场主导两种模式。政府主导模式以英国为代表,英国的基层医疗卫生服务机构完全由政府建设,其经费完全由公共财政承担,现已成为英国最大的医疗服务提供体系(赵大海和陆露露 2017)^[5]。而在实行市场主导模式的美国,个人筹资是基层医疗卫生机构收入的主要来源,政府则是为弱势群体,如无医疗保险者或穷人医疗保险者,享受社区医疗卫生服务提供筹资,通过直接或间接补偿的方式报销绝大部分医疗费用(Koperski 2000)^[6]。

国外的研究表明,发展基层医疗卫生服务确实对改善居民健康具有积极的影响,包括更低的死亡率、更高的预期寿命(Starfield和Shi 2002)^[7]。Starfield等(2005)^[8]总结了基层医疗卫生服务改善健康的主要机制,包括:改善了可及性,提高了服务质量,对预防保健的重视,对疾病的早期干预,以及减少不必要的专科服务。基层医疗卫生服务在提升健康水平的同时,也有助于控制医疗费用的增长。譬如,基层医疗卫生服务机构通过提供预防保健服务,降低了居民的住院率,进而控制了医疗费用的增长(Franks和Fiscella,1998^[9];Baicker和Chandra,2005^[10])。

新中国成立后,政府承担起了主要的卫生筹资责任,直接兴办和运营医疗卫生机构,并把农村作为当时卫生工作的重点,在较短时间内改变了居民缺医少药的局面,大大改善了居民健康状况,成为发展中国家医疗卫生工作的典范(方鹏骞等,2009)^[11]。时至今日,我国基层医疗卫生机构大多属于公益性的事业单位,由政府直接举办,其基本建设、设备购置、人员经费均由财政承担。按照分级管理的原则,县乡政府是基层医疗卫生机构的财政投入主体(张宏翔等,2014)^[12]。但1994年实行分税制以来,县乡为主的基层政府财力相对薄弱,无力全部承担对基层医疗卫生机构的投入责任(范世祥等,2011)^[13],只能优先保障人员经费支出和基本公共卫生服务经费,基本建设、设备购置等专项支出的财政补偿则不到位(刘明慧,2005)^[14],以至于我国基层医疗卫生服务体系在很长一段时间里处于供给能力严重不足的局面。直到2009年新医改启动后,这种局面才得到扭转,财政对基层医疗卫生服务的投入总量快速增加。

国内学者针对财政补贴基层医疗卫生机构也做了大量的研究。有研究从补贴模式着手,介绍和分析了按服务数量补贴、“收支两条线”等主流补贴方式及其效果(倪世树,2014^[15];应亚珍等,2016^[16]);更多研究则是指出了目前财政补贴实施过程中出现的问题,诸如投入总量不足、城乡投入失衡、投入方式单一、资金效率低下等(张文斌等,2017)^[17]。李海林和邹志辉(2016)^[18]对广州市基本公共卫生服务现状进行分析,发现也存在着财政投入标准偏低和投入总量不足的问题。财政投入的最终目标是为了提升居民健康水平。从现有研究来看,大都属于定性研究,且仅从财政补贴本身看问题,忽略了基层医疗卫生服务财政补贴对健康、医疗费用的影响的实证研究。

综合上述分析,本文针对我国财政补贴基层医疗卫生机构与健康、医疗费用的关系提出了以下假设:

H₁: 在控制其他因素的情况下,“强基层”能够提升居民健康水平。

H₂: 在控制其他因素的情况下,“强基层”能够降低医疗费用。

2. 医疗保障财政补贴

从国际上看,政府为社会医疗保险的参保人提供一定额度的补贴,已经是一项普遍的做法,存在于大部分国家的医疗保险体系。发达国家基本上都建立了覆盖全民的社会医疗保险,各国政府为了提高医疗保险的参保率以及减轻逆向选择,通常会通过直接补贴或税收豁免的方式予以参保补贴(Jaspersen和Richter,2013)^[19]。在没有实行全民医保的美国,政府也出资为部分低收入群体和老年人提供了社会医疗保险的覆盖。

在我国医疗保障制度变迁中,政府扮演着不可忽视的角色,财政一直是医保重要的筹资渠道。新中国成立后,我国陆续建立了公费医疗、劳保医疗和合作医疗等制度,其中公费医疗经费由财政预算安排,劳保医疗和合作医疗则分别依托国有企业和农村集体经济。改革开放后,随着经济体制转型和财政汲取能力的下降,原有医疗保障制度失去依托走向崩溃,农村合作医疗覆盖率达到1999年一度低至6.5%。直到进入21世纪,以往被忽略的“补需方”重新得到重视,医疗保险、医疗救助等医疗保障制度得以重建,在新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险的筹资结构中,财政补贴所占比例高达三分之二(封进等,2010)^[20],针对贫困群众的医疗救助项目则是由政府全额筹资。得益于财政资金的有力支持,新型农村合作医疗、农村医疗救助、城市医疗救助、城镇居民基本医疗

保险等制度陆续建成,我国在较短时间内建立起了社会化的医疗保障制度体系,基本实现“病有所医”的目标(申曙光 2017)^[21]。这些医疗保障项目均为政府主导,财政补贴是筹资的主要来源,且补贴标准还在逐年提高;在此基础上,我国财政卫生支出的主要流向已经由医疗卫生服务转向了医疗保障,医疗保障支出成为财政卫生支出的最大项目。

随着我国医疗保障制度的建立,国内外学者就医疗保险对健康状况、医疗费用的影响展开了研究,获得了丰富的成果。在医疗保险与健康的关系方面,已有研究成果表明新农合和城居保的实施能够释放居民的医疗服务需求,显著提高居民的医疗服务利用水平,使得“有病不医”的状况得到控制(Lei 和 Lin 2009^[22];刘国恩等 2011^[23];程令国和张晔 2012^[24]),但医疗保险对健康是否有显著影响尚未达成一致。譬如,Lei 和 Lin(2009)^[22]、Chen 和 Jin(2012)^[25]均未能找到支持参加新农合可以显著提高参保人健康水平的证据,但程令国和张晔(2012)^[24]则发现参加新农合对参保农民的健康状况有显著正向影响,表现出了正面的健康绩效。胡宏伟和刘国恩(2012)^[26]对城居保的研究中,则是发现城居保没有显著促进城镇居民的健康,但对低健康群体有显著的健康改进效应。潘杰等(2013)^[27]的研究也显示城居保有利于促进参保个人的健康。在医疗保险与医疗费用的关系方面,理论上,医疗保险降低了医疗服务的相对价格,影响参保人的医疗需求行为,通常是提高了医疗服务利用水平,从而增加了医疗卫生支出。Finkelstein 等(2012)^[28]、王新军和郑超(2014)^[29]研究支持上述判断,医疗保险通过提高参保人的医疗服务利用水平,进而增加了医疗支出。也有一些研究发现医疗保险并不能降低参保人的大病支出发生率,以至于未能降低医疗费用负担(Wagstaff 等 2009^[30];Yip 和 Hsiao 2009^[31])。

基于上述分析与新医改政策初衷,本文针对财政补贴医疗保障与健康、医疗费用的关系提出了以下假设:

H₃: 在控制其他因素的情况下,“补需方”能够提升居民健康水平。

H₄: 在控制其他因素的情况下,“补需方”不利于控制医疗费用过快增长。

3. 简要评述

除了总量,财政卫生支出的路径选择也会深刻影响到居民健康和医疗费用。在一段时期里,财政卫生支出规模不足被认为是造成医疗改革困境的主要原因之一,随着经济社会的发展和政府的重视,当前我国财政卫生支出总量已经有了显著的增加,且仍保持着增长的趋势,但要解决医疗卫生系统的深层次问题,仅提高财政投入是无法奏效的,还需要更进一步的深化改革。政府卫生政策的重点应关注如何提高政府投入的效率,引导和优化卫生资源配置结构(王俊 2007)^[32]。长期以来,我国财政卫生支出存在着医疗与预防失衡、城乡失衡等问题;在医疗服务的直接提供这类市场机制能够发挥较好作用的领域,政府存在“越位”现象,而在公共卫生、基层医疗服务、基本医疗保障等市场容易失灵的领域,政府则是一度“缺位”(傅子恒和刘小兵 2010)^[1]。财政卫生支出结构的失衡进一步加剧了卫生资源配置的错位,大医院日益形成垄断态势,也导致了“看病贵、看病难”等问题。新医改以来,我国政府卫生筹资责任回归,投入重点转向基层医疗卫生服务和医疗保障,这将有利于改善医疗资源配置不合理的状况。但对于财政补贴的效果,尤其是财政资金投向基层医疗卫生服务和医疗保障,学术界存在着不同的观点,研究结论尚未达成一致。

纵观已有研究,当前关于基层医疗卫生服务、医疗保障与健康、医疗费用的关系已取得一些成果,第一,为居民提供基层医疗卫生服务,能够改善医疗服务可及性,进而对提升健康水平产生积极的影响,也有助于改善“看病贵”问题;第二,医疗保障对健康水平提升、医疗费用控制的效果尚未达成一致,虽然医疗保险可以改善“有病不医”,但也可能导致过度使用。无论是基层医疗卫生服务,还是医疗保障,政府在医疗卫生体制改革中发挥着重要作用,能够有效地弥补市场失灵导致的供给不足。但截止到目前为止,国内还没有对新医改以来财政卫生支出展现出的新特点给予足够

的关注,还停留在定性研究层面,已有实证研究也多是采用间接指标衡量财政卫生支出,没有直接考察财政卫生支出对健康、医疗费用的影响的研究成果。

三、实证设计

1. 数据来源

本文的数据来自2010—2017年的《中国统计年鉴》《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国劳动统计年鉴》《中国民政统计年鉴》,包括31个省份的数据。人均GDP、被解释变量取对数形式,以消除可能的异方差影响;对人均GDP用人均地区生产总值指数、其他与费用相关指标使用居民消费指数(CPI)消除了通货膨胀的影响,且均以2009年为基期。

2. 变量

(1) 被解释变量。发展医疗卫生事业的最重要目标是保障人民的健康权,实现健康中国。此外,减轻个人医疗负担,能够使居民更加便利地获得必要的医疗卫生服务,进而促进居民健康改善。因此,是否提高医疗服务利用水平以及控制医疗费用不合理增长也是衡量我国卫生事业发展成效的重要指标。本文将上述目标操作化为三类具体指标:医疗服务利用水平、居民健康水平和医疗费用(负担)。这三类指标也分别代表着健康绩效和经济绩效,是衡量财政卫生支出绩效的主要指标。

首先,改善居民健康状况是财政卫生支出的首要目标。新医改以来,我国政府日益重视基本医疗服务和基本公共卫生服务的发展,大大加强了对这两类公共品的财政投入,尤其把孕产妇、婴幼儿等人群的健康作为重点保障对象,给予了更多的财政投入。本文参考Chen和Jin(2012)^[25],选择孕产妇死亡率、围产儿死亡率作为居民健康水平的代理变量。这两类人群对卫生政策变化更加敏感,相比于人口死亡率,孕产妇死亡率和围产儿死亡率这两个指标更能捕捉财政卫生支出对居民健康状况的影响。

其次,改善医疗服务可及性、释放居民医疗需求是政府对医疗卫生事业进行投入的另一重要目标。居民能够便利地享受到医疗卫生服务,对提升健康水平具有积极的影响,可以避免因拖延治疗导致病情恶化,也可以获得更多的预防服务。那么,补贴基层医疗卫生机构、医疗保障是否能促进居民享受更多的医疗服务?考虑到门诊、住院的差异,本文分别选用居民门诊平均就诊次数、年住院率作为衡量医疗服务利用的变量。

最后,控制医疗费用的不合理增长,降低居民的医疗负担,也是我国政府卫生政策目标之一。一方面可以缓解“看病贵”问题,改善“有病不医”的情况,另一方面能够从医疗卫生领域释放更多的资金用于其他社会事业的发展。结合前人的研究,本文选择医疗卫生机构总收入与人口数的比值作为衡量医疗费用的变量,选择人均医疗保健支出占人均可支配收入比例作为衡量医疗负担的变量。^①

(2) 解释变量。相比于投入总量,投入路径的选择更为重要,财政资金投入到“短板”项目,资金的边际收益更高,能够获得更好的绩效。根据财政卫生支出各个项目的统计口径,本文构建了“强基层”和“补需方”两个核心解释变量,用于捕捉新医改以来财政对基层医疗卫生服务和医疗保障的投入趋势,从而更好地刻画我国财政卫生支出行为。

1) “强基层”指标,即财政对基层医疗卫生服务的投入。本文以基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的财政补贴收入占医疗卫生机构的财政补贴收入的比例作为衡量“强基层”的变量。

^① 人均医疗保健支出是以城镇居民人均医疗保健支出、农村居民人均医疗保健支出进行加权平均得到,权重为城镇人口、农村人口所占比重。人均可支配收入的计算方法同上。

该指标数值越高,表明财政对基层医疗卫生服务的重视程度和资金投入更多。在新医改中,基层医疗卫生机构的定位明确为提供基本公共卫生服务、基本医疗卫生服务,再加上专业公共卫生机构,二者构成了我国基层医疗卫生服务的主要提供者,也是当前财政在医疗卫生领域的重点投入方向。

由于各省并未对基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的财政补贴数据进行披露,本文首次根据现行财政补贴口径构造相应变量。按照新医改的要求,各级政府需要承担卫生筹资责任,负责各地基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的基本建设、设备购置、人员经费的筹资,其中政府举办的基层医疗卫生机构的人员工资由财政统发。但实际上,由于地方财政资金有限,部分卫生筹资责任落实不到位,乡镇卫生院等基层医疗卫生机构的基本建设和设备购置等发展建设支出所需资金往往难以得到财政覆盖(郝曙霞 2013)^[33],只能优先保障人员经费的发放。全国多数政府举办的基层医疗卫生机构财政补贴方式是以人员基本工资和开展公共卫生服务所需经费进行核定。有鉴于此,本文计算基层人员经费支出与公共卫生服务经费,视为基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构获得的财政补贴总额。具体计算方法为:通过计算各省基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的医务人员数量与相应的薪酬标准得到各省基层人员经费支出。其中,基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的人员范围包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、妇幼保健院(所、站)、疾病预防控制中心、卫生监督所(中心);薪酬标准则选取城镇单位卫生行业的平均薪酬。公共卫生服务经费则是通过计算人均补贴标准与各省人口数得到。

2) “补需方”指标,即财政对医疗保障的投入。根据现行政策规定,我国医疗保障项目由两部分构成,包括新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险等医疗保险项目以及农村医疗救助、城市医疗救助、优抚对象医疗救助等医疗救助项目。为了更好地捕捉财政对需方投入的情况,本文以财政对医疗保障的补贴支出占财政卫生支出的比例作为衡量“补需方”的变量。对于医疗保险项目,政府按照一定的补贴标准对新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险的参保人给予参保补贴,本文通过计算各省新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险参保人数与财政补贴标准得到财政对医疗保险项目的投入。^①对于医疗救助项目,财政对其进行全额拨款,本文从《中国民政统计年鉴》中搜集得到各省对医疗救助项目的财政投入。

3) 控制变量。为了保证实证结果的可靠性,控制经济发展、医疗资源供给、人口学特征、环境等因素的影响,本文共选取人均 GDP、每千人床位数、民营医院比例、城镇职工医保参保率、城镇化水平、文盲率、性别比、老年人口抚养比、农村卫生厕所普及率作为控制变量,具体变量定义和描述性统计结果如表 1 所示。其中,“强基层”的平均值为 0.5253,“补需方”的平均值为 0.3270。

3. 实证模型与估计方法

健康状况和医疗费用存在一定的时间粘性,当期值可能受到上一期的影响(Finkelstein 等, 2009)^[34],为了避免遗漏重要变量而导致估计有偏,需要在回归中加进被解释变量的滞后项。因此,本文采用动态面板模型进行 GMM 估计,以检验财政卫生支出对健康、医疗费用的影响,具体回归方程如下:

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 L.y_{it} + \alpha_2 primary + \alpha_3 demghe + \alpha_k X_{it} + u_i + \varepsilon_{it}$$

其中 y_{it} 表示被解释变量,包括孕产妇死亡率、围产儿死亡率、医疗服务利用水平、医疗费用、医疗负担 L 表示相应变量的一阶滞后 $primary$ 和 $demghe$ 分别表示“强基层”和“补需方”,代表财政

^① 由于各省经济发展水平财政实力不同,中西部地区的财政补贴由中央和地方进行分担,经济较发达的东部地区则主要由地方承担。财政对参保人的补贴标准,由中央政府规定最低标准,各省可在此基础上增加。通过对各省补贴标准的分析发现,绝大部分省份的补贴标准与中央政府规定的标准相近。因此,本文采用中央政府要求的补贴标准进行计算。

卫生支出; X_{it} 表示其他控制变量,包括人均 GDP、床位数、民营医院比例、城镇职工基本医疗保险参保率、城镇化水平、文盲率、性别比、老年人口抚养比、农村卫生厕所普及率; u_{it} 表示非观测的地区效应; ε_{it} 表示残差。本文关心的主要是“强基层”和“补需方”的系数,即 α_2 和 α_3 。

表 1 主要变量的描述性统计结果

类别	变量	符号	平均值	标准差	最小值	最大值
解释变量	“强基层”	primary	0.5253	0.2095	0.1974	1.3187
	“补需方”	demghe	0.3270	0.1343	0.0262	0.8157
被解释变量	平均诊疗人次	outpatient	4.9112	1.7360	0.7119	10.7157
	年住院率	inpatient	0.1276	0.0343	0.0122	0.2231
	孕产妇死亡率	matermortality	20.9887	27.3719	1.2000	232.2000
	围产儿死亡率	perimortality	6.9563	3.5819	2.1500	24.0400
	人均医疗费用	perhexp	1517.1695	1013.4595	489.4970	7162.5095
	个人医疗负担	hexpincome	0.0590	0.0933	0.0189	1.5059
控制变量	人均 GDP	pergdp	31.216	16.465	10.971	83.456
	每千人床位数	bed	4.4483	1.0483	1.9400	7.5500
	民营医院比例	private	0.3989	0.1576	0.0300	0.7557
	城镇职工医保参保率	coverage	0.6741	0.1579	0.3007	1.2461
	城镇化水平	urban	0.5376	0.1395	0.2267	0.8960
	文盲率	illiteracy	0.8634	3.2308	0.0146	41.1200
	性别比	sexratio	105.0348	3.7366	95.7700	120.4300
	老年人口抚养比	dependency	0.1264	0.0270	0.0671	0.2004
	农村卫生厕所普及率	toilet	0.6960	0.2018	0.0000	0.9980

资料来源: 本文整理

对于动态面板模型,常用的估计方法为差分 GMM 与系统 GMM,但仅适用于横截面维度 N 较大而时间维度 T 较小的短面板。由于本文的样本数据为 N 较大($N = 31$) 而 T 较小($T = 8$) 的短面板,可直接使用 GMM 估计方法。通过检验发现,被解释变量的一阶自回归系数均接近于 1,这说明被解释变量具有很强的序列相关,此时使用差分 GMM 估计量容易受到弱工具变量的影响。因此,本文主要使用系统 GMM 估计量。

根据对权重矩阵的不同选择,系统 GMM 可分为一步法和两步法,经过检验发现一步系统 GMM 的过度识别检验的 p 值大多为 0.0000,而两步系统 GMM 的过度识别检验 p 值均大于 0.1,且自回归检验的结果也证实并不存在二阶序列相关。相比之下,两步系统 GMM 比一步系统 GMM 更有效,本文选定两步系统 GMM 为本研究的主要估计方法,以其回归结果作为主要的实证结果。为了体现稳健性,本文同时报告系统 GMM 一步法和两步法的估计结果。模型系数的联合显著性检验的 Wald 值都在 1% 的水平上显著,这说明本文设定的动态面板数据模型对的拟合是有统计意义的,回归方程整体上是有效的。

四、实证结果分析

实证结果包括两个部分,一是财政卫生支出对医疗服务利用、健康的回归结果,主要显示了各种因素对健康的影响;二是财政卫生支出对医疗费用、医疗负担的回归结果,显示了各种影响因素对医疗费用(负担)的影响。

1. 财政卫生支出对健康的影响

有研究表明,健康状况的改善有可能受医疗服务利用水平的影响,通常医疗服务利用率越高,健康水平越高(Finkelstein 等 2012^[28];胡宏伟和刘国恩 2012^[26])。保障居民“病有所医”,满足居民的基本医疗需求,也是政府承担卫生筹资责任的初衷。因此,本文首先考察财政卫生支出对住院、门诊医疗服务利用的影响。表 2 和表 3 分别展示了财政卫生支出对住院、门诊医疗服务利用的回归结果。

表 2 住院医疗服务利用的回归结果

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>L. inpatient</i>	0.4193 ^{***} (0.0550)	0.0091(0.0621)	0.4211 ^{***} (0.0075)	0.0131(0.0160)
<i>primary</i>	0.0486(0.2313)	-0.0398(0.1797)	0.0524 ^{**} (0.0221)	0.1082(0.0718)
<i>denghe</i>	0.6540 ^{**} (0.2707)	0.5857 ^{***} (0.2167)	0.6487 ^{***} (0.0353)	0.5343 ^{***} (0.0968)
<i>pergdp</i>		-0.2191(0.1632)		-0.2197 ^{**} (0.1112)
<i>bed</i>		0.0904 ^{***} (0.0228)		0.0858 ^{***} (0.0161)
<i>private</i>		0.8872 ^{***} (0.2568)		0.5411 ^{**} (0.2368)
<i>coverage</i>		-0.2837(0.1829)		-0.4901 ^{***} (0.1410)
<i>urban</i>		0.1065(0.7102)		0.5746(0.5454)
<i>illiteracy</i>		0.0001(0.0037)		0.0023 [*] (0.0014)
<i>sexratio</i>		0.0059(0.0051)		0.0051 ^{***} (0.0015)
<i>dependency</i>		-0.1702(1.2875)		0.4869(0.7860)
<i>toilet</i>		0.3072(0.1971)		0.1561 [*] (0.0942)
<i>Constant</i>	-1.4170 ^{***} (0.1655)	-1.4510(1.6505)	-1.4144 ^{***} (0.0157)	-1.3332(1.0770)
<i>Wald</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
<i>AR(2)</i>	0.0724	0.0013	0.2848	0.3083
<i>Sargan</i>	0.0000	0.0000	0.9740	1.0000
<i>N</i>	217	217	217	217

注:***、**、* 分别表示在 1%、5% 和 10% 水平上显著;AR(2) 是残差二阶序列相关检验的 p 值,原假设为“模型残差项不存在二阶序列相关”;Sargan 是过度识别检验的 p 值,原假设为“工具变量是有效的”

资料来源: 本文整理

表 3 门诊医疗服务利用的回归结果

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>L. outpatient</i>	0.3130 ^{***} (0.0584)	0.0265(0.0607)	0.3151 ^{***} (0.0041)	0.0788 [*] (0.0430)
<i>primary</i>	0.0868(0.2125)	-0.1163(0.1757)	0.0743 ^{***} (0.0229)	0.1939 [*] (0.1175)
<i>denghe</i>	-0.2532(0.2417)	-0.1697(0.2120)	-0.2067 ^{***} (0.0443)	0.0976(0.1148)
<i>pergdp</i>		0.6158 ^{***} (0.1558)		0.4423 ^{***} (0.0944)
<i>bed</i>		0.0240(0.0226)		0.0112(0.0119)
<i>private</i>		0.7847 ^{***} (0.2505)		0.9410 ^{***} (0.1878)
<i>coverage</i>		-0.3851 ^{**} (0.1821)		-0.3223 ^{**} (0.1475)
<i>urban</i>		-0.5508(0.6880)		0.0601(0.4057)

续表 3

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>illiteracy</i>		-0.0004(0.0038)		0.0018*(0.0011)
<i>sexratio</i>		0.0091*(0.0048)		0.0056*** (0.0020)
<i>dependency</i>		-0.5426(1.2340)		-1.5711*** (0.6059)
<i>toilet</i>		0.1387(0.1917)		-0.0224(0.0971)
<i>Constant</i>	1.1279*** (0.1292)	-5.5476*** (1.5724)	1.1153*** (0.0197)	-3.8759*** (0.8755)
<i>Wald</i>	0.1062	0.0000	0.0000	0.0000
<i>AR(2)</i>	0.0002	0.3260	0.2954	0.4096
<i>Sargan</i>	0.0000	0.0000	0.9817	1.0000
<i>N</i>	217	217	217	217

注:***、**、* 分别表示在 1%、5% 和 10% 水平上显著;AR(2) 是残差二阶序列相关检验的 p 值,原假设为“模型残差项不存在二阶序列相关”;Sargan 是过度识别检验的 p 值,原假设为“工具变量是有效的”

资料来源:本文整理

在住院医疗服务利用的模型中,“强基层”的影响系数为正但并不显著,在门诊医疗服务利用的模型中,“强基层”的影响系数显著为正,表明新医改以来财政加强对基层医疗卫生服务的投入,在一定程度上能够改善医疗服务可及性,并主要体现在门诊医疗服务。这与当前医疗市场格局有关,医疗资源配置失衡,公立医院占据垄断地位,基层医疗机构未能吸引到足够多的患者前来就诊,尤其在住院服务方面处于竞争劣势,这也揭示了医疗卫生系统深层次问题的解决,除了财政投入到位,更需要机制体制的改革。

“补需方”对住院医疗服务利用的系数显著为正,对门诊医疗服务利用的系数为正但不显著。这表明财政对医疗保障的投入显著改善了医疗服务可及性,尤其是有助于改善居民对住院医疗服务的利用。随着我国医保制度的覆盖面日渐扩大,现已基本覆盖全民,极大地改善了以往因经济原因导致的“有病不医”状况,而且由于社会医疗保险制度自建立以来,以住院医疗费用作为主要补偿对象,使得参保人面对的住院医疗服务价格大幅降低,刺激了参保人对住院医疗服务的需求,这也与现有研究发现一致(李湘君等,2012)^[35],即参加医疗保险的人群使用了更多的住院医疗服务。此外,在不同医疗项目之间,医疗保险改变了住院与门诊医疗服务的相对价格,使得参保人更多地消费住院医疗服务,而减少了门诊医疗服务利用。结合住院和门诊医疗服务利用的变化,新医改以来财政卫生支出确实提高了居民的医疗服务利用水平,改善了我国居民“有病不医”的状况。

上文已经发现新医改以来财政卫生支出会显著提高居民医疗服务利用水平,但这是否会给改善居民健康带来积极影响呢?财政卫生支出的最重要目标能否实现?对此,本文接着选取孕产妇死亡率、围产儿死亡率两个指标作为被解释变量,考察财政卫生支出对改善居民健康的影响,回归结果如表 4 和表 5 所示。

表 4 孕产妇死亡率的回归结果

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>L. matmortality</i>	0.6751*** (0.0509)	0.3237*** (0.0623)	0.6731*** (0.0133)	0.3120*** (0.0400)
<i>primary</i>	-0.5896** (0.2851)	-0.8162*** (0.2257)	-0.2979 (0.2061)	-0.7875*** (0.2473)
<i>denghe</i>	-0.1025 (0.3262)	-0.7722*** (0.2800)	-0.2459 (0.1547)	-0.6677*** (0.2431)
<i>pergdp</i>		-0.1428 (0.1947)		-0.1165 (0.2142)

续表 4

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>bed</i>		0.1334 ^{***} (0.0286)		0.1367 ^{***} (0.0202)
<i>private</i>		-1.5387 ^{***} (0.3416)		-1.4685 ^{***} (0.4319)
<i>coverage</i>		0.1155(0.2273)		0.2884(0.3167)
<i>urban</i>		-2.5556 ^{***} (0.8900)		-3.1084 ^{***} (0.9771)
<i>illiteracy</i>		0.0110 ^{**} (0.0047)		0.0074 ^{**} (0.0036)
<i>sexratio</i>		0.0070(0.0062)		0.0020(0.0043)
<i>dependency</i>		2.7037 [*] (1.5608)		2.1929 ^{***} (0.7497)
<i>toilet</i>		-0.2482(0.2506)		0.0898(0.3364)
<i>Constant</i>	1.1553 ^{***} (0.2024)	4.3691 ^{**} (2.0632)	1.0762 ^{***} (0.0442)	4.5809 ^{**} (2.0573)
<i>Wald</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
<i>AR(2)</i>	0.0580	0.5804	0.0552	0.4299
<i>Sargan</i>	0.0005	0.0001	0.9942	1.0000
<i>N</i>	217	217	217	217

注: ***、**、* 分别表示在 1%、5% 和 10% 水平上显著; AR(2) 是残差二阶序列相关检验的 p 值,原假设为“模型残差项不存在二阶序列相关”; Sargan 是过度识别检验的 p 值,原假设为“工具变量是有效的”

资料来源: 本文整理

表 5 围产儿死亡率的回归结果

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>L. perimortality</i>	0.8309 ^{***} (0.0240)	0.7265 ^{***} (0.0502)	0.8444 ^{***} (0.0116)	0.2937(0.1812)
<i>primary</i>	-0.1498 [*] (0.0787)	-0.1653 ^{**} (0.0766)	-0.1656 ^{***} (0.0266)	-0.1836 ^{**} (0.0845)
<i>demghe</i>	-0.1836 ^{**} (0.0930)	-0.1696 [*] (0.0919)	-0.1169 [*] (0.0641)	-0.4129 ^{**} (0.1778)
<i>pergdp</i>		0.0464(0.0726)		0.1854(0.1511)
<i>bed</i>		0.0352 ^{***} (0.0096)		0.0118(0.0103)
<i>private</i>		-0.3075 ^{***} (0.1069)		-0.2065(0.2709)
<i>coverage</i>		0.0462(0.0795)		0.1118(0.0814)
<i>urban</i>		-0.4663(0.3620)		-1.5164 ^{**} (0.7710)
<i>illiteracy</i>		0.0079 ^{***} (0.0017)		0.0099 ^{***} (0.0018)
<i>sexratio</i>		-0.0024(0.0020)		-0.0012(0.0012)
<i>dependency</i>		-0.3342(0.4970)		-2.3932 ^{**} (1.0852)
<i>toilet</i>		-0.1074(0.0842)		-0.3778 ^{**} (0.1699)
<i>Constant</i>	0.3971 ^{***} (0.0664)	0.6699(0.6823)	0.3577 ^{***} (0.0275)	1.0621(1.2395)
<i>Wald</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
<i>AR(2)</i>	0.2942	0.4172	0.2624	0.8140
<i>Sargan</i>	0.0568	0.1108	0.9880	1.0000
<i>N</i>	217	217	217	217

注: ***、**、* 分别表示在 1%、5% 和 10% 水平上显著; AR(2) 是残差二阶序列相关检验的 p 值,原假设为“模型残差项不存在二阶序列相关”; Sargan 是过度识别检验的 p 值,原假设为“工具变量是有效的”

资料来源: 本文整理

在孕产妇死亡率、围产儿死亡率模型中,“强基层”对孕产妇死亡率、围产儿死亡率的影响系数均显著为负,表明在控制其他因素后,财政对基层医疗卫生机构的投入,能够显著提升居民健康水平,验证了假设 H₁。这与李华和俞卫(2013)^[4]的发现一致,他们发现在财政卫生支出的组成部分中,公共卫生、基本医疗服务的提供对农村居民健康有显著的正面影响,并且村卫生室诊疗水平对健康的影响程度显著高于其他因素。作为距离居民最近的医疗服务机构,基层医疗卫生机构能够为居民提供基本医疗服务和基本公共卫生服务,这些服务作为公共品,具有正向的外部性,能够极大地改善居民健康状况。强化财政对基层的投入,保障基层的基本建设、设备购置、人员经费等开支,能够提升基层医疗卫生机构的服务能力,进而改善居民的医疗服务可及性,使得居民能够就近获得必要的医疗服务和公共卫生服务,既能降低生病的概率,也能避免因治疗拖延而引起大病。

“补需方”对孕产妇死亡率、围产儿死亡率的影响系数也均显著为负。这表明新医改以来财政对医疗保障的投入能够促进居民健康改善,验证了假设 H₃。医疗保险导致的医疗服务利用的提高,如果能够显著地改善健康状况,那么这种医疗需求则认为有效的、合理的(黄枫和甘犁,2010)^[36]。结合上文“补需方”促进医疗服务利用的发现,财政对需方的投入带来了正面的健康绩效,有效地保障了居民健康。财政对医疗保障的支出,尤其是我国基本医疗保险制度筹资中财政补贴占主要部分,吸引了大量的城乡居民参加医疗保险项目;随着医保覆盖面的提高,居民“有病不医”的状况得到了明显的改善,即使是大病重病的高额医疗费用,也能得到一定的报销,从而大大降低了居民因拖延或无法就医导致病情恶化的概率。此外,我国当前的医疗保障尚处于广覆盖、低水平的发展阶段,医疗支出的边际健康产出较高,所以政府医疗保障支出的增加能够带来明显的健康绩效。(谢明明等,2016)^[37]。从提升健康水平的角度来看,财政对医保的投入是有必要的,结合我国医保制度现状,财政应当弥补在职工医保投入的缺位,主动承担部分筹资责任,一方面既能更好地促进健康,另一方面也能减轻企业缴费负担,促进经济更好发展。

2. 财政卫生支出对医疗费用的影响

医疗费用上涨过快,个人医疗负担过重,是我国卫生事业发展的突出问题,成为民众反映强烈的社会问题之一。新医改以来,财政加大对医疗卫生领域的投入,重点在于提高基层医疗卫生机构服务能力及建立基本医疗保障体系,这些措施能否切实降低个人医疗费用、减轻个人医疗负担,真正缓解“看病贵”问题?本文通过检验财政卫生支出对医疗费用、医疗负担的影响,试图回答上述问题。回归结果如表6、表7所示。

表6 医疗费用的回归结果

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>L_perhexp</i>	0.9378 ^{***} (0.0098)	0.9512 ^{***} (0.0331)	0.9349 ^{***} (0.0027)	0.9211 ^{***} (0.1035)
<i>primary</i>	-0.1410 ^{***} (0.0452)	-0.0373(0.0457)	-0.1208 ^{***} (0.0170)	-0.0069(0.1035)
<i>demghe</i>	0.2891 ^{***} (0.0487)	0.2723 ^{***} (0.0603)	0.2534 ^{***} (0.0212)	0.2799 ^{***} (0.0821)
<i>pergdp</i>		0.1065 ^{**} (0.0426)		0.1319 [*] (0.0718)
<i>bed</i>		-0.0023(0.0065)		0.0022(0.0063)
<i>private</i>		0.1877 ^{***} (0.0725)		0.2907(0.1980)
<i>coverage</i>		0.0071(0.0583)		0.0917(0.1341)
<i>urban</i>		-0.2337(0.1973)		-0.2710(0.5074)
<i>illiteracy</i>		0.0006(0.0009)		0.0001(0.0007)
<i>sexratio</i>		0.0002(0.0013)		0.0004(0.0007)

续表 6

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>dependency</i>		-0.6669** (0.3246)		-0.4881 (0.4546)
<i>toilet</i>		-0.0486 (0.0525)		0.0189 (0.0742)
<i>Constant</i>	0.5312*** (0.0758)	-0.5581 (0.4390)	0.5512*** (0.0227)	-0.8132 (0.5745)
<i>Wald</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
<i>AR(2)</i>	0.3692	0.4344	0.3286	0.4503
<i>Sargan</i>	0.0004	0.0053	0.9945	1.0000
<i>N</i>	217	217	217	217

注:***、**、* 分别表示在 1%、5% 和 10% 水平上显著; AR(2) 是残差二阶序列相关检验的 p 值,原假设为“模型残差项不存在二阶序列相关”; Sargan 是过度识别检验的 p 值,原假设为“工具变量是有效的”

资料来源: 本文整理

表 7 医疗负担的回归结果

变量	一步系统 GMM		两步系统 GMM	
	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>L. hexpincome</i>	-0.0673 (0.0608)	-0.1525** (0.0606)	-0.0681*** (0.0019)	-0.1510*** (0.0079)
<i>primary</i>	-0.1986 (0.3181)	-0.5376* (0.3116)	-0.2081*** (0.0579)	-0.5350*** (0.1783)
<i>demghe</i>	0.3128 (0.3896)	0.2660 (0.3804)	0.2947*** (0.0368)	0.2278 (0.2793)
<i>pergdp</i>		-0.3007 (0.2732)		-0.3523 (0.3327)
<i>bed</i>		0.0474 (0.0407)		0.0140 (0.0186)
<i>Private</i>		-0.3390 (0.4518)		0.2830 (0.3698)
<i>Coverage</i>		-0.0924 (0.3231)		0.2598 (0.2187)
<i>urban</i>		0.4448 (1.2481)		0.8372 (1.2765)
<i>illiteracy</i>		-0.0064 (0.0067)		-0.0028* (0.0017)
<i>sexratio</i>		0.0055 (0.0086)		0.0037*** (0.0013)
<i>dependency</i>		4.2599* (2.2712)		3.5418** (1.4915)
<i>toilet</i>		-0.2297 (0.3430)		-0.5402*** (0.1806)
<i>Constant</i>	-3.1621*** (0.2124)	-1.3391 (2.7680)	-3.1546*** (0.0181)	-0.8362 (3.1307)
<i>Wald</i>	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
<i>AR(2)</i>	0.5600	0.5097	0.2569	0.2738
<i>Sargan</i>	0.0000	0.0000	0.9823	1.0000
<i>N</i>	217	217	217	217

注:***、**、* 分别表示在 1%、5% 和 10% 水平上显著; AR(2) 是残差二阶序列相关检验的 p 值,原假设为“模型残差项不存在二阶序列相关”; Sargan 是过度识别检验的 p 值,原假设为“工具变量是有效的”

资料来源: 本文整理

“强基层”对医疗费用的影响系数为负但不显著,对个人医疗负担的影响系数显著为负。这表明新医改以来财政对基层医疗卫生服务的投入,能在一定程度上抑制医疗费用的增长,并且有效地减轻了居民个人医疗负担,在一定程度上验证了假设 H₂。究其原因,一方面与我国公共卫生服务体系的建成有关,通过向居民提供免费的公共卫生服务,如预防接种、健康教育、健康管理等,这类公共卫生服务往往具有正面的外部性,能够降低居民患病或疾病恶化的概率,从而减少医疗消费支

出;另一方面则与基层医疗卫生机构的收费标准较低有关,我国医疗机构的收费标准与医院等级相对应,基层医疗卫生机构的收费标准最低,相比在大医院,患者在基层能够使用国家基本药物,整体的医疗支出较低。

“补需方”对医疗费用影响系数显著为正,对医疗负担的影响系数为正值但不显著,表明新医改以来财政对医疗保障的投入反而助涨了医疗费用,一定程度上加重了个人医疗负担,与假设 H_4 相呼应,且与现有文献得到的结果一致(潘杰等 2013)^[27]。全民医保的实现,降低了患者面临的医疗边际成本,释放了医疗需求,导致医疗服务利用的增加,医疗费用也随之增加。结合前文,在我国现行主要报销住院医疗费用的医保政策下,“补需方”刺激了居民住院医疗服务利用,而住院医疗服务的收费标准较高,进一步提高了医疗费用。此外,我国财政对居民基本医保的补助约占到筹资总额的三分之二,居民缴纳较少保费就能享受医保待遇,这进一步加剧了医保的道德风险问题,诱使参保人过度使用更多、更贵的医疗服务,导致医疗费用增长得不到控制。

3. 稳健性检验

为了保证实证结果的可靠,本文进行了稳健性检验,包括采用差分 GMM 估计,以及改变样本期间等。稳健性检验的结果显示,主要解释变量的系数与基准结果保持一致,系数大小和方向均未发生明显变化,这表明本文的实证结果是稳健的。

五、结论与政策建议

新医改以来,我国政府卫生筹资责任得到强化,“强基础”和“补需方”成为本轮医改中政府卫生筹资的鲜明特征。本文最大程度地利用公开数据,使用 2009—2016 年省级面板数据,对新医改以来政府医疗卫生支出的绩效进行研究,考察“强基础”和“补需方”两种投入路径对提升健康水平、降低医疗费用的影响,得到以下结论:第一,财政卫生支出显著提升了健康水平,无论是“强基层”还是“补需方”。新医改取得了显著的成效。对影响机制的进一步分析发现,财政卫生支出是通过提高医疗服务利用水平来改善健康的,具体而言,“强基层”提高了门诊服务利用,“补需方”提高了住院服务利用。第二,财政卫生支出对医疗费用和医疗负担有显著影响,但不同投入路径的作用不同。在保持其他因素不变的情况下,“强基层”降低了医疗费用,“补需方”则不利于医疗费用的控制。

本文的研究发现对于评估新医改成效、降低企业医保缴费以及今后医疗卫生政策的走向具有一定的启示:

第一,从“病有所医”、提升健康水平的政策初衷来看,政府主导的新医改无疑是取得了预期的成效,财政支出有力地保障了人民群众的健康。在医疗卫生领域,以市场主导还是政府主导来配置卫生资源,一直是各方争议的焦点,对于本轮医改财政支出的效果也未能达成一致。理论上,对于基本医疗服务、基本公共卫生服务、基本医疗保障这类具有公共品性质的项目,由政府承担出资责任,往往能取得较好的社会效应;本文的研究发现也证明了财政支出用于“强基层”、“补需方”对提升健康水平具有正面影响,在一定程度上回应了市场还是政府主导的争议。进一步延伸,一方面财政卫生支出具有显著的健康绩效,另一方面我国企业仍面临着由历史、制度等原因造成的较高的医保缴费负担,为了更好地保障全民健康,也为了降低企业负担,财政应当承担更大的筹资责任,增加对基本医疗保障的投入,尤其是对职工医保的投入,以此减轻企业负担,为企业营造更好的生存环境。

第二,在医疗保障体系建设中,我国企业发挥了重要的筹资责任,为城镇职工医保制度的建成和运行提供了支持。以 2017 年为例,职工医保统筹基金收入 12278.3 亿元,支出为 9466.9 亿元。^①

^① 数据来源为《中国统计年鉴》。

但由于历史遗留问题和老龄化加剧等影响,企业的卫生筹资责任明显偏高。职工医保制度建立之初,政府未能及时解决转轨成本问题,以及二元征缴体制的存在,实际征缴率偏低,导致规定的企业缴费率偏高;这种状况在经济快速发展阶段尚不会对企业经营产生显著影响。但随着我国经济进入新常态,企业发展压力增大,以及 2019 年开始实行的由税务部门征缴社保费,如果继续实行偏高的缴费率政策,企业用工成本反而会进一步升高,势必影响企业竞争力,中小企业受到的影响无疑更大。而且截止到 2017 年底,职工医保基金累计结余高达 15851 亿元,超过了当年基金支出,大量的资金得不到有效使用,这无疑也为降低企业缴费提供了可行性。所以,无论是为了让职工医保制度更好地运行,还是为了减轻企业负担,政府应当承担部分筹资责任,降低企业的医保缴费率,让财政、企业、个人的筹资责任分摊更为合理。

第三,基层医疗卫生机构作为距离居民最近的医疗卫生机构,承担着为城乡居民提供基本公共卫生服务和基本医疗服务的职能,但却是我国医疗卫生体系的短板。长期面临投入不足、发展滞后的问题,严重影响了居民医疗需求释放,导致患者舍近求远到大医院就医,反而助推了医疗费用的增长。建设分级诊疗制度,是我国当前力推的一项重要医疗卫生制度,是优化医疗卫生资源配置,建设预防为主的大健康格局的重要组成部分。在各地实践中,为了推进分级诊疗的落实,不少地方采用了医保差异化报销的方法,试图通过拉开基层与大医院的报销比例来吸引患者前往基层就诊。但这种做法的效果不佳,居民医疗需求的价格弹性较低。所以基层医疗卫生机构的服务能力高低,才是吸引居民前往就医的关键,也直接关系到分级诊疗制度建设成败。本文研究结论为“强基层”这一政策提供了依据,新医改以来财政“强基层”的政策,确实能够取得成效,产生了正面的健康绩效和经济绩效。有鉴于此,“强基层”的政策应当继续实施,财政需要持续对基层医疗卫生机构进行投入,吸引优秀医务人员到基层,加强基本建设、设备购置等硬件的支持。

第四,财政通过补贴医疗保障,在短时间内实现医保的全民覆盖,固然能够促进医疗服务利用,改善健康状况,但也带来了医疗费用上涨和医疗负担增加的负面效应,这给参保人和基金平衡带来不小的经济压力。但在我国医疗费用构成中,仍存在不合理的成分,譬如药占比过高、三级医院费用占比过高、骗保现象屡有发生等等。随着我国医保体系的建成,下一步工作重点应由扩大覆盖面转到精细化管理,政府除了投入必要的财政资金以维持社会保障体系的运行,更需要关注机制体制的建设,对医疗机构、医务人员、参保人等各利益相关方形成有效的管理,挤掉各种不合理的开支,提高医保资金的使用效率。例如,通过支付方式改革、医保医师制度等手段对医疗服务供方形成有效的激励约束机制,引导医生提供预防保健、健康管理、慢性病治疗等服务,更好地关注居民健康;通过分级诊疗制度、报销政策等手段引导参保人合理使用医疗服务;通过药品带量采购、“两票制”等手段降低药品费用。

随着我国经济社会发展进入新时代,医疗卫生领域也面临着一系列新的挑战,包括如何通过重构激励机制以遏制“骗保”现象,社保征缴职责转到税务部门后如何避免出现新的缴费问题,以及如何通过机制体制创新来更好地降低企业缴费负担等等,这些新出现的问题都需要予以进一步的关注和研究。

参考文献

- [1]傅子恒,刘小兵.我国医疗资源配置中的政府管制及其改进空间[J].北京:经济管理,2010,(9):156-161.
- [2]顾昕.公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归[J].北京:中国社会科学,2010,(2):103-120.
- [3]毛捷,赵金冉.政府公共卫生投入的经济效应——基于农村居民消费的检验[J].北京:中国社会科学,2017,(10):70-89.
- [4]李华,俞卫.政府卫生支出对中国农村居民健康的影响[J].北京:中国社会科学,2013,(10):41-60.
- [5]赵大海,陆露露.政府与市场:英美两国基层医疗卫生系统改革进程对我国的启示[J].杭州:浙江大学学报(人文社会科学版),2017,(47):176-184.

- [6]Koperski M. The State of Primary Care in the United States of America and Lessons for Primary Care Groups in the United Kingdom [J]. Br J Gen Pract 2000 (50): 319 – 322.
- [7]Starfield B. and L. Shi. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective [J]. Health Policy 2002 (60): 201 – 218.
- [8]Starfield B. ,L. Shi and J. Macinko. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health [J]. The Milbank Quarterly 2005 , (83): 457 – 502.
- [9]Franks P. and K. Fiscella. Primary Care Physicians and Specialists as Personal Physicians: Health Care Expenditures and Mortality Experience [J]. Journal of Family Practice ,1998 (47): 105 – 110.
- [10]Baicker K. and A. Chandra. Medicare Spending ,the Physician Workforce ,and Beneficiaries' Quality of Care [R]. UCLA CCPR Population Working Papers 2005.
- [11]方鹏骞 ,董四平 ,肖婧婧. 中国政府卫生投入的制度变迁与路径选择 [J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版) 2009 (62): 201 – 212.
- [12]张宏翔 张明宗 熊波. 财政分权、政府竞争和地方公共卫生投入 [J]. 北京: 财政研究 2014 (8): 33 – 37.
- [13]范世祥 梁宝敏 龙莉莉 刘国艳. 广西基层医疗卫生机构财政补助政策研究 [J]. 北京: 经济研究参考 2011 (17): 19 – 23.
- [14]刘明慧. 公共财政医疗卫生投入问题分析 [J]. 大连海事大学学报(社会科学版) 2005 (2): 62 – 66.
- [15]倪世树. 按服务数量补助基层医疗卫生机构的实践探索 [J]. 杭州: 卫生经济研究 2014 (4): 49 – 52.
- [16]应亚珍 戈昕 徐明明 李杰 徐鸿 刘永华 高广颖. 基层医疗卫生机构“收支两条线”的比较研究 [J]. 杭州: 卫生经济研究 2016 (9): 8 – 12.
- [17]张文斌 杨铭星 牟晋超 陈雄 李雪君. 基层医疗卫生机构财政补偿机制改革的实证研究——以浙江省义乌市为例 [J]. 杭州: 卫生经济研究 2017 (11): 42 – 44.
- [18]李海林 邹志辉. 广州市基本公共卫生服务实施现状及对策探讨 [J]. 哈尔滨: 中国初级卫生保健 2016 (30): 8 – 9.
- [19]Jaspersen J. and A. Richter. The Influence of Premium Subsidies on Moral Hazard in Insurance Contracts [R]. Munich Risk and Insurance Center (MRIC) Working Paper 2013.
- [20]封进 刘芳 陈沁. 新型农村合作医疗对县村两级医疗价格的影响 [J]. 北京: 经济研究 2010 (45): 127 – 140.
- [21]申曙光. 新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展 [J]. 北京: 社会保障评论 2017 (1): 40 – 53.
- [22]Lei X. and W. Lin. The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health? [J]. Health Economics 2009 (18): S25 – S46.
- [23]刘国恩 蔡春光 李林. 中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析 [J]. 北京: 经济研究 2011 (46): 95 – 107.
- [24]程令国 张晔. “新农合”: 经济绩效还是健康绩效? [J]. 北京: 经济研究 2012 (47): 120 – 133.
- [25]Chen Y. and G. Z. Jin. Does Health Insurance Coverage Lead to Better Health and Educational Outcomes? Evidence from Rural China [J]. Journal of Health Economics 2012 (31): 1 – 14.
- [26]胡宏伟 刘国恩. 城镇居民医疗保险对国民健康的影响效应与机制 [J]. 广州: 南方经济 2012 (10): 186 – 199.
- [27]潘杰 雷晓燕 刘国恩. 医疗保险促进健康吗? ——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析 [J]. 北京: 经济研究 , 2013 (48): 130 – 142.
- [28]Finkelstein A. ,S. Taubman ,B. Wright et al. . The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year [J]. The Quarterly Journal of Economics 2012 (127): 1057 – 1106.
- [29]王新军 郑超. 医疗保险对老年人医疗支出与健康的影响 [J]. 上海: 财经研究 2014 (40): 65 – 75.
- [30]Wagstaff A. ,M. Lindelow ,and G. Jun ,et al. . Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme [J]. Journal of Health Economics 2009 (28): 1 – 19.
- [31]Yip W. and W. C. Hsiao. Non-Evidence-Based Policy: How Effective Is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment? [J]. Social Science & Medicine 2009 (68): 201 – 209.
- [32]王俊. 中国政府卫生支出规模研究——三个误区及经验证据 [J]. 北京: 管理世界 2007 (2): 27 – 36.
- [33]郝曙霞. 简议医改中乡镇卫生院发展的瓶颈 [J]. 北京: 中国农村卫生 2013 (11): 25 – 26.
- [34]Finkelstein A. ,E. F. Luttmer ,and M. J. Notowidigdo. Approaches to Estimating the Health State Dependence of the Utility Function [J]. American Economic Review 2009 (99): 116 – 121.
- [35]李湘君 王中华 林振平. 新型农村合作医疗对农民就医行为及健康的影响——基于不同收入层次的分析 [J]. 上海: 世界经济文汇 2012 (3): 58 – 75.
- [36]黄枫 甘犁. 过度需求还是有效需求? ——城镇老人健康与医疗保险的实证分析 [J]. 北京: 经济研究 2010 (45): 105 – 119.
- [37]谢明明 王美娇 熊先军. 道德风险还是医疗需求释放? ——医疗保险与医疗费用增长 [J]. 北京: 保险研究 2016 (1): 102 – 112.

Government Health Expenditure: Improving Health or Reducing Expenditure?

ZHENG Xi-yang SHEN Shu-guang

(Lingnan College Sun Yat-sen University ,Guangzhou ,Guangdong 510275 ,China)

Abstract: A new healthcare reform plan was released to the public in 2009. A central feature of this reform was a call for the government health expenditure. Since New Healthcare Reform ,China’s government health expenditure has shown some new features. On the one hand ,the focus of financial input to suppliers of medical service has shifted from public hospitals to primary health institutions (Subsidy primary service) ,on the other hand ,government changed its focus from subsidizing medical institutions to subsidizing medical security (Subsidy demand side) . Subsidizing primary care service and basic medical security have become the largest part of government health expenditure. Whether the government health expenditure policy should be insisted depends on the effect of these inputs on improving health. Based on 2009 – 2016 provincial panel data and system GMM estimate method ,this paper constructs two key variables to measure government health expenditure directly and examines the effect of government health expenditure on health and medical expense with estimate method.

In the model of outpatient medical service utilization ,the coefficient of subsidizing primary service is significantly positive but not significant on inpatient service ,indicating that the financial input on primary healthcare service can improve the accessibility of medical service to a certain extent since New Healthcare Reform ,especially on outpatient service. The coefficient of subsidizing demand side on inpatient medical service utilization is significantly positive ,but not significant on outpatient service utilization. This indicates that financial input on basic medical insurance has improved accessibility of medical services ,which also be consistent with medical insurance policy that mainly compensates hospitalization expenses.

In the model of health ,the coefficient of subsidizing primary service on maternal mortality and perinatal mortality are significantly negative ,indicating that financial input on primary medical service can improve people’s health status. This may be related to the improvement of accessibility of medical service ,which help avoid disease deterioration caused by delays in treatment. The coefficient of subsidizing demand side on maternal mortality is significantly negative ,and the coefficient on perinatal mortality is negative but not significant. This shows that financial input on medical insurance can improve people’s health level. Consistent with the finding above ,subsidizing demand side promotes the use of medical services ,then improve health. Moreover ,China’s current medical insurance is still in a stage of wide coverage and low level of protection ,medical expenditure has a high marginal output for health ,thus increasing input on medical security has positive effect on improving health.

In the model of medical expenditure ,the coefficient of subsidizing primary service on medical expenditure is negative but not significant ,and the coefficient on personal medical burden is significantly negative. This shows that financial input on primary services can reduce the growth of medical expenses to a certain extent and effectively reduce the personal medical burden. However ,the coefficients of subsidizing demand side on medical expenses and medical burden are significantly positive ,indicating that medical insurance has contributed to the increase of medical expenses.

In general ,the results show that financial input on either primary service or basic medical insurance has positive effect on improving health and decreasing medical expenditures to a certain extent. In detail ,government health expenditure stimulates both inpatient and outpatient medical service utilization ,hence improves the health status ,whether subsidizing primary service or demand side. But it’s unsure that how the government health expenditure affects the medical expense. Subsidizing primary services can reduce both medical expense and medical burden while subsidizing demand side can’t. Therefore ,the paper suggests that for better health status and controllable medical expenditure government should keep increasing the input to public health and basic medical services and strengthening the construction of cost control mechanism of medical insurance.

Key Words: government health expenditure; subsidy primary service; subsidy demand side; medical expenditure

JEL Classification: H51 ,H75 ,I18

DOI: 10. 19616/j. cnki. bmj. 2019. 01. 001

(责任编辑: 舟 山)