

基于中国式分权的地方医疗卫生 财政支出效率研究

姜竹¹ 吴起砚¹ 王天佳²

(1.北京工商大学,北京 100048;2.辽宁现代服务职业技术学院,沈阳 110000)

内容提要:国家“十四五”规划指出,积极的财政政策应突出提质增效,优先保障民生改善和重点领域支出。医疗卫生是保障人民健康的重要民生事业,与国民经济发展和人民福祉密切相关,“十四五”时期,预计医疗卫生领域中央与地方财政事权与支出责任改革将进一步推进。为此,本文从改善地方医疗卫生财政支出效率出发,依照《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》(国办发〔2018〕67号),基于细化支出责任和精准安排转移支付视角,理论上厘清财政分权、转移支付对地方医疗卫生财政支出效率的作用机理,采用SE-SBM-DEA测度2007-2019年我国30个省份的医疗卫生财政支出效率,以公共卫生共同事权下的支出责任划分为依据,分别从全国和五档区域层面实证检验财政分权、转移支付对地方医疗卫生财政支出效率的影响。研究发现,既有分权体制下,事权与支出责任不匹配和转移支付不精准制约了医疗卫生财政支出效率提升。将效率分解,发现财政分权对五档区域纯技术效率、规模效率的负效应存在异质性。本文建议以修正体制安排为导向,厘清政府支出责任,实现转移支付与医疗保障对接,各有侧重地构建与五档区域相适配的财政分担机制,充分释放医疗卫生财政支出效率。

关键词:医疗卫生 支出效率异质性 财政分权 转移支付

中图分类号:F812.2 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-9544(2021)10-0042-10

一、引言与文献综述

我国医疗卫生事业改革自1985年起一直持续至今,从起初完全依靠市场到1998年确立医疗卫生的社会福利性质,到2000年基本建立医疗体系框架,发挥政府在医疗卫生领域作用的同时加大财政支持力度成为改革主线。2009年,《关于深化医疗卫生体制改革的意见》倡导政府主导下的多元卫生

投入,分级划分中央与地方各级政府的投入责任。2018年,《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》(以下简称《方案》)的出台实现两大突破:一是打破原有按照东中西地区确定分担比例模式,依据经济社会发展情况将全国划分为五档区域,实行中央分档分担办法,打破固化利益格局,细化医疗卫生领域政府间支出责任划分,有利于高效配置财政资源;二是一般转移支付下增加

〔收稿日期〕2021-08-19

〔作者简介〕姜竹,经济学院教授,研究方向为公共经济与管理方向;吴起砚,硕士研究生,研究方向为财政理论与政策;王天佳,讲师,研究方向为中国特色社会主义理论。

共同财政事权分类分档转移支付。这一变化意味着中央共同事权的支出路径逐渐从专项转移支付中抽离出来,强化共同事权下的中央支出责任,避免“支出责任过度下沉”。

当前我国医疗卫生事业取得较大进展,2007年-2020年,医疗卫生财政支出占GDP比重由0.737%上升到1.890%。财政支持成效不断显现,医疗卫生资源总量和服务质量逐步提升,2019年我国居民人均预期寿命提高到77.3岁。党的十九届五中全会提出要深化医药卫生体制改革,加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局。“十四五”规划指出财政政策要更积极有为,大力提质增效,提升医疗卫生财政支出效率是其中要义。然而,我国医疗卫生领域仍存在优质资源不足、区域配置失衡、政府间事权与支出责任不匹配等问题,特别是在新冠肺炎疫情下,多地出现公共卫生防疫人才紧缺、医疗物资告急、基层防疫能力不足等情况,各级政府下达超千亿疫情防控财政资金,如何把钱用在刀刃上成为社会各界的共识。

目前,有关财政分权对医疗卫生财政支出效率的影响,已有一定研究成果。Ahmad和Brosio(2008)指出,相比中央政府,财政分权下的地方政府会在严厉问责机制下提高医疗卫生财政供给效率^[1]。Faguet和Sánchez(2014)指出分权能发挥地方政府的信息优势,提高财政支出效率,促进公共卫生服务改善^[2]。孙蕊和高正斌(2016)采用两阶段DEA-Tobit分析2007年-2012年甘肃省医疗卫生支出效率,发现财政支出分权能优化医疗卫生公共服务供给^[3]。胡玉杰等(2019)发现财政收支分权和财政自主度对农村医疗卫生公共服务的影响均显著为正^[4]。也有研究发现财政分权不利于改善医疗卫生财政支出效率。余显财和朱美聪(2015)通过实证发现,地方政府在“经济增长与竞争”约束下,财政分权与医疗卫生支出负相关^[5]。汪小勤和曾瑜(2016)发现地方政府事权与财权不匹配和以GDP为导向的政绩考核导致地方政府过度分权,不利于改善医疗卫生财政支出效率^[6]。转移支付是分权体制下的重要配套制度安排,郭庆旺和贾俊雪(2008)实证发

现中央转移支付有利于中国各省份公共医疗卫生服务的均等化^[7]。崔志坤和张燕(2017)发现转移支付能促进医疗卫生福利性财政支出效率提高^[8]。然而,尹恒和朱虹(2011)发现地方政府更倾向将转移支付资金投向基本建设上,而不是医疗卫生等福利领域^[9]。丁玮蓉和张帆(2018)通过门槛回归发现在经济发展压力与财力不足的制约下,均衡性转移支付对落后地区政府提供福利性公共服务激励效果不显著^[10]。

国内外研究中多采用DEA测度医疗卫生财政支出效率。Carrillo和Jorge(2017)应用DEA结合健康结果和健康资源变量分析了西班牙卫生系统效率^[11]。Ahmed et al.(2019)采用产出导向型DEA评估了亚洲国家卫生健康支出的技术效率^[12]。国内有关研究主要在指标选取和结果分析两方面。指标选取主要有两种方式:一是将投入指标设为政府卫生投入,把卫生机构数、床位数、卫生人员数作为产出指标(李郁芳,2015;崔志坤,2017)^[13-14];二是将医疗卫生资源如卫生机构、卫生人员、床位、经费等作为投入,以病床使用率、出院人数和门诊人次视为产出(金荣学和宋弦,2012;储德银,2015)^[15-16]。也有学者加入死亡率指标(阎东彬、付正,2016)^[17]。从地区差异性来看,程琳和廖宇岑(2015)发现东部医疗卫生综合效率优于中西部^[18],韩华为和苗艳青(2010)、李郁芳(2015)发现中部地区医疗卫生支出综合效率优于东部和西部^[19]。

在后疫情时代,高效率的医疗卫生财政投入对于构建强大、高效的公共卫生体系,扎实做好常态化疫情防控工作具有无可替代的意义。本文立足于《方案》细化央地支出责任与精准安排转移支付的新视角,基于中国式财政分权体制,厘清财政分权、转移支付对地方医疗卫生财政支出效率的作用机理;采用SE-SBM-DEA模型,从医疗卫生资源、医疗卫生服务质量、疾病控制和孕妇保健四方面选取产出指标测度地方医疗卫生财政支出效率;以《方案》中基本公共卫生共同事权的支出责任划分为依据,将30个省份归为五档区域,从全国和区域两个层面对效率测度结果进行分析;建立动态面板模型

考察财政分权、转移支付对支出效率的影响,并将效率分解为纯技术效率与规模效率,剖析五档区域回归结果的异质性。以期为《方案》有效落地、保障医疗卫生领域现有财政事权与支出责任相适配、释放医疗卫生财政支出效率提供借鉴。

二、理论分析与研究假设

财政分权是指中央政府下放给地方政府一定预算安排自主权,将部分事权和支出责任下放给地方政府,以此更加高效地提供使得公众满意的公共服务。经典财政分权理论中,由于地方政府的信息优势和竞争激励机制,财政分权能有效提升地方政府公共支出效率。从信息优势来看, Hayek(1945)认为地方政府有能力获取辖区的直接信息以满足居民公共品需求的异质性^[20]。Stigler(1957)指出地方政府在资源配置上比中央政府更有信息优势^[21]。Musgrave(1969)提出财政分权的偏好匹配优势能促进公共服务供给效率提升^[22]。Oates(1972)提出,相对于中央,地方政府更贴近居民,能更有效获取公共需求信息,因此公共服务供给更有效率^[23]。从竞争激励机制来看, Tiebout(1956)的“用脚投票”说明民众自由流动倒逼了地方政府为吸引选民而积极改善公共服务^[24]。Seabright(1996)指出合理的考核体系可以激励和约束地方政府行为,引导地方政府提供合意的公共服务^[25]。

自1994年分税制改革以来,财政分权对我国医疗卫生事业的发展产生了重要影响。钱颖一等(1997)较早提出“中国式分权”,其特点表现为经济分权与政治集权紧密结合^[26]。我国地方政府承担了绝大部分医疗卫生财政支出责任,在中国式分权体制下,财政分权对地方医疗卫生财政支出效率存在制约,这种制约主要通过地方政府面临的政治经济激励和医疗卫生支出成本与收益不对等来体现。一方面,从政治经济激励来看,中国式分权形成于政治集权框架下,以“自上而下”分权为基本特征,表现为纵向的委托代理和绩效考核形式。当地方政府享有一定财政资源支配权,在自身利益主体与中央政府代理人之间权衡时,地方政府倾向将财政资金

投资于生产建设领域,导致医疗卫生领域的财政支持不足。并且医疗卫生与户籍联系紧密,我国人口流动受到迁移成本约束,“用脚投票”在激励地方政府改善医疗卫生服务上不明显。另一方面,由于医疗卫生服务的正外部性和较长效益周期,地方政府医疗卫生投入存在成本与收益的不对等。医疗卫生公共服务的受益范围往往介于两级政府之间,由于我国地区经济发展水平不同,较低层级的政府财力相对不足,医疗卫生服务的正外部性会降低地方政府的投入动力,而由较高层级政府提供会随辖区扩大带来效率损失(孙开和王冰,2018)^[27]。既定中央地方共享事权下,财政分权程度越高意味着地方政府承担的医疗卫生支出责任越多,当政府财力与支出责任不匹配时,地方医疗卫生财政支出效率则较低。此时便要发挥中央转移支付的精准激励作用,补齐欠发达地区政府的财力短板,为医疗卫生支出成本与收益的不对等提供补偿(曾军平,2000)^[28]。

基于《方案》的新视角和中国式分权体制的特殊性,现阶段有必要重新审视财政分权对地方医疗卫生财政支出效率的影响。由于医疗卫生财政事权与支出责任不匹配、中央转移支付不精准等,中国式分权一定程度上抑制了地方医疗卫生财政支出效率的提高,这一负效应超过了财政分权的正效应,且该效应在不同支出责任分担的五档区域间存在差异。据此,本文提出研究假设:

假设1:中国式财政分权与地方医疗卫生财政支出效率负相关,转移支付与地方医疗卫生财政支出效率正相关。

假设2:不同央地支出责任划分比例下,财政分权对五档区域的地方医疗卫生财政支出效率的负效应存在异质性。

三、地方医疗卫生财政支出效率的测度与分析

(一)模型介绍

数据包络分析法(DEA)是测度医疗卫生财政支出效率的一种常用方法。传统径向DEA包括规模报

酬恒定的 CCR 模型和规模报酬可变的 BCC 模型,当投入或产出变量具有非零松弛时,径向 DEA 测算结果往往偏高。对此,Tone (2002) 提出 SE-SBM-DEA 解决了径向模型中的松弛变量问题,并实现了对多个有效单元的进一步比较^[29]。本文采用 SE-SBM-DEA 模型对我国 2007 年-2019 年 30 个省份^①的医疗卫生财政支出效率进行测度,考虑到财政预算具有一定约束,并且医疗卫生资源本身不足的情况下限制投入是不合理的,所以建立产出导向 SE-SBM-DEA 模型如下:

$$e = \min \delta = \frac{1}{1 - \frac{1}{s} \sum_{r=1}^s S_r^+ / y_{rk}}$$

$$s.t. \sum_{i=1, j \neq k}^n x_{ij} \lambda_j \leq x_{ik}$$

$$\sum_{i=1, j \neq k}^n y_{ij} \lambda_j + S_r^+ \leq y_{rk}$$

$$\lambda S^+ \geq 0 \quad (1)$$

式中: $x_{ik}(i=1, 2, \dots, m)$ 表示第 k 个决策单元的第 i 个投入变量; $y_{rk}(r=1, 2, \dots, q)$ 表示第 k 个决策单元的第 r 个产出变量; n 表示决策单元个数, $j=1, 2, \dots, (j \neq k)$ 。

e 为各省份医疗卫生财政支出效率值。根据 CCR 模型可得各省份综合效率(TE),根据 BCC 模型可得纯技术效率(PTE),由“综合效率=纯技术效

率×规模效率”公式可以计算出规模效率。综合效率反映了地方医疗卫生财政支出形成医疗卫生资源与服务,从而提高健康水平的综合效率水平;纯技术效率体现了既定投入水平下地方政府的医疗卫生预算管理与资源配置能力;规模效率衡量了地方医疗卫生财政支出规模是否恰当。

(二)指标选取与数据来源

为排除地区人口数量差异和其他因素对结果的干扰,本文选取人均地方医疗卫生财政支出^②作为唯一投入指标。参考已有研究,产出指标在医疗卫生资源的基础上增加医疗卫生服务、疾病控制、妇幼保健三个二级指标。参照我国卫生数据库项目分类,同时考虑数据的时效性和可得性,将三级指标选取如下:医疗卫生资源选取每万人医疗卫生机构数、每万人卫生技术人员数和每万人医疗机构床位数三个指标;医疗卫生服务选取诊疗人次数、健康检查人数和病床使用率三个指标;疾病控制以甲乙类法定报告传染病发病率衡量,妇幼保健以孕产妇死亡率衡量。参考陈诗一和张军(2008)的指标处理方法,先把三级指标除以各自均值标准化,再将标准化的三级指标平均得到二级指标^[30],由此得到医疗卫生资源、医疗卫生服务、疾病控制和妇幼保健四类产出指标。

表 1 产出指标选取

一级指标	二级指标	三级指标	符号	单位
产出指标	医疗卫生资源	每万人医疗卫生机构数	ig	个
		每万人卫生技术人员数	ry	人
		每万人医疗机构床位数	cw	张
	医疗卫生服务	诊疗人次数	zl	人
		健康检查人数	jc	人
		病床使用率	bcl	%
	疾病控制	甲乙类法定报告传染病发病率	fb1	(1/10 万)
妇幼保健	孕产妇死亡率	yf	(1/10 万)	

资料来源:数据来自《中国统计年鉴》《中国卫生健康统计年鉴》,全国及地方预决算报告。

①中国香港、中国澳门、中国台湾和西藏自治区因数据不全,不在本文研究的范围。

②我国在《政府收支分类科目》中对医疗卫生支出科目有所调整,2013 年前使用“医疗卫生支出”,2013 年及以后以“医疗卫生与计划生育支出”表示。本文医疗卫生财政支出即指“医疗卫生支出”。

根据 DEA 样本与指标数量的标准： $n_{DMU} \geq \text{MAX}\{m \times q, 3 \times (m+q)\}$ ，其中 m 、 q 分别为投入、产出指标数量，检验本文指标数量符合要求。另外，决策单元的投入产出过程需满足同向性假设，考虑到甲乙类法定报告传染病发病率和孕产妇死亡率是逆向产出，将这两项指标作倒数处理^①。

(三) 全国及区域层面效率测度结果分析

本文基于 SE-SBM-DEA 模型，运用 DEA-SOLVER Pro5 测度我国 2007 年-2019 年 30 个省份的医疗卫生财政支出效率，下面分别从全国和五档区域^②层面进行分析。

1. 全国层面医疗卫生财政支出效率分析

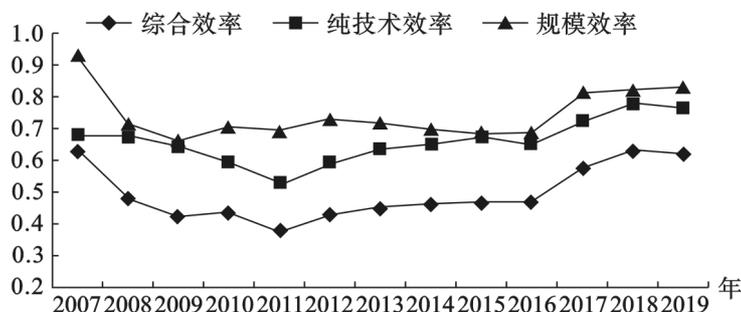


图 1 2007 年-2019 年全国 30 个省份平均医疗卫生财政支出效率

2. 区域层面医疗卫生财政支出效率分析

图 2 中五档区域医疗卫生财政支出效率为 2007 年-2019 年的平均值，其中横坐标轴越靠右，区域经济社会发展越好，地方政府的医疗卫生支出责任也越多。医疗卫生财政支出综合效率变化呈倒 U 型，第一档区域综合效率最低，为 0.292，第三档区域最高，为 0.821；纯技术效率变化趋势为向右上倾

根据图 1,2007 年-2019 年,全国平均医疗卫生财政支出综合效率在 0.5 附近,未实现 DEA 相对有效,整体上医疗卫生财政支出约存在 50%产出不足。综合效率从 2007 年起下滑,2011 年达到最低,为 0.381,随后逐年上升,2016 年起增速加快,总体趋势为“中间低两头高”。全国平均医疗卫生财政支出纯技术效率与综合效率趋势接近。全国平均医疗卫生财政支出规模效率在 2007 年-2008 年下降明显,2008 年-2016 年相对稳定,2016 年起增速加快,2017 年后趋势平稳。纯技术效率始终低于规模效率,可见医疗卫生财政支出效率主要受制于技术管理水平低等因素,我国应补齐政府在医疗卫生领域的纯技术效率短板,兼顾优化支出规模。

斜,说明区域经济社会发展越好,地方政府预算管理水平 and 资源配置能力越强,更容易达到较高的纯技术效率;规模效率同为倒 U 型,欠发达区域政府财力不足,难以发挥财政支出的规模效益,需要一定转移支付分担支出责任;发达区域政府财政支出自主权较大,激励与约束机制不完善的情况下,医疗卫生支出易被挤占而产生规模效率损失。

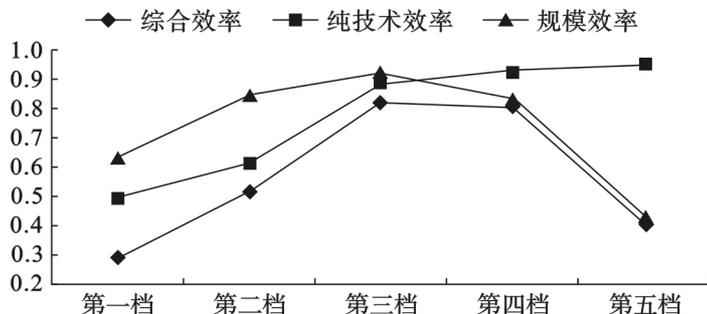


图 2 2007 年-2019 年五档区域医疗卫生财政支出效率平均值

①由于篇幅限制,本文省略了 Pearson 检验表格,结果表明处理后的投入产出指标满足同向性假设。
②依据《方案》,五档区域划分为:第一档包括内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆;第二档包括河北、山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、海南;第三档包括辽宁、福建、山东;第四档包括天津、江苏、浙江、广东;第五档包括北京、上海。

四、中国式分权下地方医疗卫生财政支出效率的实证分析

(一) 变量与模型

1. 变量选取与数据说明

基于已有研究和本文研究重点,将地方医疗卫生财政支出效率值作为被解释变量,选取解释变量如下。

(1)核心解释变量。财政分权(Fd_{it})为预算内财政支出分权指标,度量了分权体制下地方政府的财政自由度^[31],体现地方政府预算内的支出责任及可供支配的预算内资金规模。对指标进行经济平减和人均化处理以剔除各地人口数量和经济水平的差异, $Fdit$ =人均地方本级预算内支出/(人均地方本级预算内支出+人均中央本级预算内支出) $\times[1-GDP_i/GDP_N]$ ^①。转移支付($Tran_{it}$)为各省中央补助收入减上届中央支出的净转移支付指标^[32]。

(2)控制变量。经济发展水平(GDP)为各省份人均GDP;教育水平(Edu)为每十万人口高等教育人数;总抚养比(Dep)为少儿与老年抚养比之和;城镇化水平(Urb)为年末城镇人口占总人口比重;人口密度(Pop)为各省份年末常住人口数除以土地面积。

上述指标数据均源于《中国统计年鉴》和《中国财政统计年鉴》。为避免异方差问题,对非比值型数据进行对数化处理,实证部分采用Stata15.0分析。

2. 模型设定与平稳性检验

分析财政分权、转移支付对医疗卫生财政支出效率的影响,考虑内生性和财政支出路径依赖,加入滞后一期被解释变量,在全国层面建立动态面板模型如下:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 Eff_{it-1} + \beta_2 Fdit + \beta_3 Tranit + \beta_4 Z_{it} + \mu_i + \epsilon_{it} \quad (2)$$

引入区域虚拟变量,将五档区域赋值为 $area=1、2、3、4、5$,构建区域虚拟变量与财政分权的交乘项,建立区域层面回归模型如下:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 area \times Fd + \beta_2 Tranit + \beta_3 Zit + \mu_i + \epsilon_{it} \quad (3)$$

Y_{it} 为医疗卫生财政支出效率值,根据情况分别选择综合效率(Eff)、纯技术效率($Tech$)和规模效率($Scal$); β_i 为参数向量; Z_{it} 为控制变量; μ_i 是与解释变量无关且只随个体变动的随机变量; ϵ_{it} 是随个体和时间独立变化的随机变量; i 为省份, $i=1,2, \dots, 30$; t 为年份, $t=2007,2008, \dots, 2019$ 。

应用LLC对2007年-2019年30个省份的数据进行单位根检验,见表2,各变量均在含个体固定效应和线性时间趋势项下平稳。

表2 单位根检验结果

变量	t 统计量	变量	t 统计量
Eff	-16.4831***	GDP	-6.8525***
Tech	-4.8189***	Urb	-7.4110***
Scal	-9.4189***	Dep	-8.1992***
Fd	-6.4848***	Pop	-6.9742***
Tran	-26.4853***	Edu	-15.4812***

注:根据BIC准则,滞后阶数为1,t统计量为调整后的值。

(二) 回归结果及分析

1. 全国层面的地方医疗卫生财政支出效率实证分析

结果(1)仅包含核心解释变量,结果(2)加入了控制变量,拟合优度有所增强。财政分权与地方医疗卫生财政支出综合效率显著负相关,财政分权度平均增大1个百分点,综合效率平均下滑2.7639个

百分点。转移支付与地方医疗卫生财政支出综合效率显著正相关,转移支付平均每加大1个百分点,综合效率平均上升0.1557个百分点。结果验证了研究假设1,中国式财政分权制约了地方医疗卫生财政支出效率,转移支付弥补了效率损失。

控制变量中,经济发展水平与地方医疗卫生财政支出效率显著正相关,发达地区政府财力相对充足,有能力提供更完备的医疗卫生设施和服务;教育水平与效率显著负相关,受教育程度高的人群有

①GDP_i表示第i省的国内生产总值,GDP_N表示全国的国内生产总值。

更复杂医疗需求,政府管理难度加大影响效率提高;总抚养比与效率显著正相关,地区的老年和少儿人口越多,医疗公共服务网络越密切,政府的医疗卫生供给效率越高;城镇化水平、人口密度与效

率负相关,关系不显著,一定程度上说明城镇化水平越高和人口越密集加剧了地区发展的不确定性,当地政府倾向加大基建领域投入,医疗卫生领域支出被挤占,财政支出效率受限。

表 3 全国层面回归结果

	(1)eff	(2)eff	(3)eff	(4)eff
L.eff	0.3435***(0.0513)	0.2946***(0.0530)	0.4726***(0.0668)	0.3347***(0.0568)
Fd	-2.8336***(0.5920)	-2.7639***(0.6357)	-2.5747***(0.4712)	-1.7590***(0.6258)
Tran	0.2370***(0.0300)	0.1557***(0.0528)	0.1086***(0.0360)	0.0961*(0.0515)
Gdp		0.2511***(0.0770)	0.1706***(0.0469)	0.0836(0.0832)
Edu		-0.2779***(0.0971)	-0.1892***(0.0743)	-0.1756*(0.1011)
Dep		0.4733*(0.2773)	-0.2980(0.2494)	0.3567(0.2787)
Urb		-0.6789(0.4737)	-0.1572(0.2572)	0.5225(0.5312)
Pop		-0.2047(0.2223)	0.0426*(0.0229)	-0.3436(0.2322)
_cons	0.7193**(0.3364)	2.1769(1.3528)	0.9508(0.5703)	2.8417**(1.3001)
N	360	360	360	312
R ²	0.8598	0.8701	-	0.8864

注:小括号内为回归参数标准误,*表示在10%水平上显著,**表示在5%水平上显著,***表示在1%水平上显著。

对上述结果进行稳健性检验。考虑本文效率取值为 $[0, +\infty)$,结果(3)采用面板Tobit模型回归;结果(4)考虑财政支出地域偏向影响,剔除北京、上海、天津和重庆的直辖市数据,采用固定效应面板模型估计。回归结果为财政分权与地方医疗卫生财政支出效率负相关,转移支付与之正相关,该关系显著且保持稳定,结果稳健。

2.区域层面的地方医疗卫生财政支出效率实证分析

进一步探究五档区域回归结果的异质性。由于五档区域的划分考虑了经济水平差异,所以在区域层面回归中删去GDP这一控制变量,采用广义最小二乘法回归,见表4。

表 4 区域层面回归结果

	(5)eff	(6)tech	(7)scal
1.area#fd	-3.9269***(0.5558)	-3.9890***(0.6397)	-1.8929***(0.5183)
2.area#fd	-3.7404***(0.5596)	-3.8655***(0.6420)	-1.7951***(0.5263)
3.area#fd	-3.4201***(0.5595)	-3.5547***(0.6430)	-1.7907***(0.5272)
4.area#fd	-3.3532***(0.5412)	-3.3804***(0.6213)	-1.9465***(0.5133)
5.area#fd	-3.5832***(0.5233)	-3.1426***(0.6029)	-2.3298***(0.4958)
Tran	0.1283***(0.0424)	0.1154**(0.0487)	0.0502(0.0406)
Dep	0.9197***(0.2603)	0.3428(0.2939)	0.6800***(0.2636)
Urb	0.8440**(0.3379)	0.7021*(0.3911)	0.6591**(0.3070)
Pop	-0.0154(0.0369)	-0.1392***(0.0470)	0.1040***(0.0272)
Edu	-0.0834(0.0839)	0.2180**(0.0963)	-0.2336***(0.0778)
_cons	2.4530***(0.5731)	1.3871**(0.6606)	2.5372***(0.5445)
N	390	390	390
R ²	0.8369	0.8043	0.6965

注:小括号内为回归参数标准误,*表示在10%水平上显著,**表示在5%水平上显著,***表示在1%水平上显著。

结果(5)中五个区域虚拟变量与财政分权交乘项的回归系数均为负,财政分权对第一档区域的不利影响高于第四、五档区域。当区域经济社会发展水平较低时,地方政府财力不足,应加强中央的医疗卫生财政支出责任;当区域经济发展较好,唯GDP的评判方式和政府职能逐渐转变,应下放给地方政府更多支出责任,从而调动地方政府改善医疗卫生服务的积极性。

将综合效率分解,结果(6)和(7)为财政分权与区域虚拟变量的交乘项对五档区域医疗卫生财政支出纯技术效率和规模效率的影响。图3和图4展示了95%的置信区间下财政分权对效率的平均边际影响,可见该负效应应在不同支出责任分担比例的区域间存在异质性。从纯技术效率来看,地方政府承担的医疗卫生支出责任越多,财政分权对纯技术效率的负效应越小,即中国式分权下,中央下放一定支出责任能促进地方政府财政支出技术管理水平提升。从规模效率来看,area=2,3的负效应最小,地方政府分担约50%的支出责任时,更能有效发挥医疗卫生财政支出的规模效益。

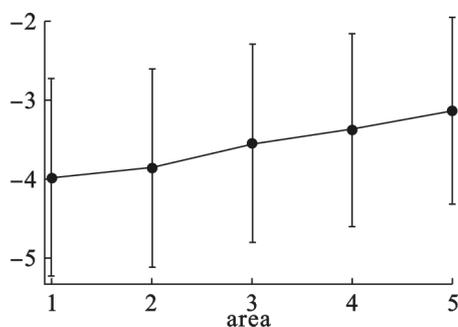


图3 财政分权对纯技术效率的平均边际效应

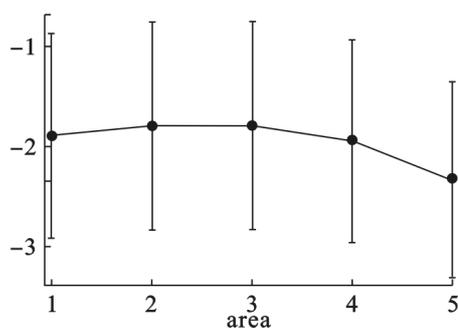


图4 财政分权对规模效率的平均边际效应

五、结论和建议

(一)研究结论

本文基于SE-SBM-DEA模型,测度了我国2007年-2019年30个省份的地方医疗卫生财政支出效率,依据《方案》从全国和五档区域分析了地方医疗卫生财政支出综合效率、纯技术效率和规模效率。建立模型实证分析财政分权、转移支付对地方医疗卫生财政支出效率的影响,并构建区域虚拟变量与财政分权的交乘项,分析不同央地支出责任分担比例下财政分权对效率影响的异质性。结果发现:一是财政分权对医疗卫生财政支出效率存在显著负效应,转移支付有显著正效应;二是地方医疗卫生财政支出责任分担比例越高,财政分权对纯技术效率的负效应越小,对规模效率的负效应先减小后增大;三是经济发展程度、总抚养比与地方医疗卫生财政支出效率正相关,教育水平、城镇化水平、人口密度与效率负相关。本文研究结论对于提高医疗卫生财政资金使用效率、使医疗卫生领域事权与支出责任相适配、发挥中央和地方政府积极性具有重要的理论与现实意义。

(二)政策建议

1.以修正体制安排为导向,提升医疗卫生财政支出综合效率

通过理论和实证分析,发现中国式分权体制在医疗卫生领域并未发挥应有效果,立足体制角度,综合考虑各方因素的异质性,修正财政分权与支出责任,使体制、制度形成互补以提高综合效率。首先,坚持事权与支出责任相匹配的原则,中央政府上收权力的同时要避免支出责任过度下沉。全国性医疗卫生服务应由中央政府提供,并由中央政府承担支出责任,有利于实现规模收益最大化。地方政府应提供地方性医疗卫生服务,由于存在信息优势,地方政府资源配置效率更高。跨区域的医疗卫生服务应由受益的地方政府和中央政府共同提供,并强化各级政府的主体责任。其次,完善分权体制

下的制度设计和配套政策。中央政府在下放权力的同时,注重对地方政府的生产建设投资偏好进行约束,如强化医疗卫生水平的政绩考核。将预算绩效评价引入医疗卫生发展规划,建立医疗卫生资金全过程预算管理机制。落实居民信息公开与需求表达,保障医疗卫生供给信息畅通,提高政府在医疗卫生财政支出上的管理与规划能力。

2.厘清政府支出责任,借助转移支付与医疗保障实现对接

在提供医疗卫生公共服务的过程中,中央政府与地方政府应配合相关制度安排分别承担“兜底式”支出责任与“补偿式”支出责任,中央政府应借助转移支付制度与医疗保障实现对接。第一,根据《方案》,中央政府对地方政府的医疗卫生转移支付以一般转移支付为主,并增设共同财政事权分类分档转移支付。中央政府可以综合考虑各地经济实力、人口规模及当下医疗卫生服务效率等因素精准安排转移支付规模。第二,对于医疗卫生财政资金不足的地区,中央政府应重点进行政策倾斜,补偿一部分支出责任。特别是跨地区外部效应突出的医疗服务,如传染病、疫情及突发公共卫生事件等要强化中央支出责任,并由中央政府出具统一标准,实现规模收益最大化。第三,搭建区域间横向转移支付,包括发达地区对落后地区的资金补充,参照跨区域医疗就诊人次等指标,推动区域间医疗卫生资源与资金的置换。在转移支付资金的使用上,地方政府应落实转移支付资金在保障医疗卫生事业中的作用,规范转移支付使用方式,强化资金使用效率。

3.各有侧重地构建与五档区域相适配的财政分担机制,充分释放支出效率

分区域来看,保障地方医疗卫生财政支出分权与五档区域相适配,因地制宜优化转移支付分配方案,实现纯技术效率与规模效率的平衡互补。一是对于第一档、第二档区域,建立高效精准的医疗卫

生转移支付是关键,保持地方政府在医疗卫生领域稳定的财政保障能力。同时,财政资金要接得住也要用的好,第一档、第二档区域的纯技术效率明显偏低,应对其医疗卫生财政资金的筹划与运用进行指导,增强欠发达地区政府统筹安排财政资源的能力。二是保持第三档区域的效率优势,在既定的分权程度下完善相关配套设施,强化医疗卫生财政支出绩效考核,实现地方医疗卫生财政支出效率稳中有进。三是对于经济发展水平较高的第四档、第五档区域,地方政府财力充足,制度安排相对完备,但存在规模效率低下的问题。应依据人口密度、抚养比、教育水平等因素确定地方医疗卫生财政支出的合理水平,高效安排自身财政和中央转移支付资金,发挥纯技术效率领先优势,补齐规模效率短板。

参考文献:

- [1] Ahmad E, Brosio G, Tanzi V. Local Service Provision in Selected OECD Countries; Do Decentralized Operations Work Better? [J]. IMF Working Papers, 2008. Rosen.
- [2] Faguet J P, F Sánchez. Decentralization and Access to Social Services in Colombia [J]. Public Choice, 2014, 160 (1-2): 227-249.
- [3] 孙蕊, 高正斌. 甘肃省医疗卫生财政支出效率及其影响因素研究 [J]. 经济研究参考, 2016(17): 40-47.
- [4] 胡玉杰, 彭徽. 财政分权、晋升激励与农村医疗卫生公共服务供给——基于我国省际面板数据的实证研究 [J]. 当代财经, 2019(4): 39-48.
- [5] 余显财, 朱美聪. 财政分权与地方医疗供给水平——基于 1997 年-2011 年省级面板数据的分析 [J]. 财经研究, 2015, 41(9): 42-52+64.
- [6] 汪小勤, 曾瑜. 地方政府财政分权程度对卫生支出效率的影响: 基于面板数据的 Tobit 模型分析 [J]. 中国卫生经济, 2016, 35(6): 40-42.
- [7] 郭庆旺, 贾俊雪. 中央财政转移支付与地方公共服务提供 [J]. 世界经济, 2008(9): 74-84.
- [8] 崔志坤, 张燕. 财政分权、转移支付和地方福利性财政支出效率 [J]. 财政研究, 2017(5): 24-37.
- [9] 尹恒, 朱虹. 县级财政生产性支出偏向研究 [J]. 中国社会科学, 2011(1): 88-101+222.
- [10] 丁玮蓉, 张帆. 均衡性转移支付制度会带来地方政府福

- 利性公共服务支出偏向吗? [J]. 财经论丛(浙江财经大学学报), 2018(10): 19-28.
- [11] Carrillo M, Jorge J M. DEA-Like Efficiency Ranking of Regional Health Systems in Spain [J]. Social Indicators Research, 2017.
- [12] Ahmed S, Hasan M Z, Maclellan M, et al. Measuring the efficiency of health systems in Asia: A data envelopment analysis [J]. BMJ Open, 2019, 9(3).
- [13] 李郁芳, 王宇. 中国地方政府医疗卫生支出效率及影响因素研究 [J]. 海南大学学报(人文社会科学版), 2015(3): 41-49.
- [14] 崔志坤, 张燕. 财政分权、转移支付和地方福利性财政支出效率 [J]. 财政研究, 2017(5): 24-37.
- [15] 金荣学, 宋弦. 新医改背景下的我国公共医疗卫生支出绩效分析——基于 DEA 和 Malmquist 生产率指数的实证 [J]. 财政研究, 2012(9): 54-60.
- [16] 储德银, 韩一多, 张同斌. 财政分权、公共部门效率与医疗卫生服务供给 [J]. 财经研究, 2015, 41(5): 28-41+66.
- [17] 阎东彬, 付正. 基于 DEA 的河北省城市公共支出效率评价研究 [J]. 经济研究参考, 2016(33): 51-56.
- [18] 程琳, 廖宇岑. 地方政府医疗卫生支出效率及其影响因素分析: 基于异质性随机前沿模型 [J]. 中国卫生经济, 2015(1): 16-18.
- [19] 韩华为, 苗艳青. 地方政府卫生支出效率核算及影响因素实证研究——以中国 31 个省份面板数据为依据的 DEA-Tobit 分析 [J]. 财经研究, 2010, 36(5): 4-15+39.
- [20] Hayek, F. A. Time - Preference and Productivity: A Reconsideration [J]. Economica, 1945, 12(45), 22-25.
- [21] Stigler G J. The tenable range of functions of local government [J]. International Library of Critical Writings in Economics, 1998: 3-9.
- [22] Musgrave, R. Public Finance [M]. New York: McGraw Hill, 1969.
- [23] Oates, W. E. Fiscal Federalism [M]. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.
- [24] Tiebout, Charles M. A Pure Theory of Local Expenditures [J]. Journal of Political Economy, 1956, 64(5): 416-424.
- [25] Seabright P. Accountability and decentralisation in government: An incomplete contracts model [J]. European Economic Review, 1996, 40(1): 61-89.
- [26] Qian Y, Weingast B R. Federalism as a commitment to perserving market incentives [J]. The Journal of Economic Perspectives, 1997, 11(4): 83-92.
- [27] 孙开, 王冰. 政府间普通教育事权与支出责任划分研究——以提供公平而有质量的教育为视角 [J]. 财经问题研究, 2018(8): 73-81.
- [28] 曾军平. 政府间转移支付制度的财政平衡效应研究 [J]. 经济研究, 2000(6): 27-32.
- [29] Tone K. A slacks-based measure of super-efficiency in data envelopment analysis [J]. European Journal of Operational Research, 2002, 143(1): 32-41.
- [30] 陈诗一, 张军. 中国地方政府财政支出效率研究: 1978—2005 [J]. 中国社会科学, 2008(4): 65-78+206.
- [31] 傅勇, 张晏. 中国式分权与财政支出结构偏向: 为增长而竞争的代价 [J]. 管理世界, 2007(3): 4-12+22.
- [32] 付文林, 沈坤荣. 均等化转移支付与地方财政支出结构 [J]. 经济研究, 2012, 47(5).

【责任编辑 高志鹏】

(上接第 41 页)

- [12] 王奎泉, 范诗强. 农村区域性公共品有效供给的新视角——基于浙江村级公共品供给的调研 [J]. 财经论丛, 2011(7): 35-39.
- [13] 徐鸿翔, 张文彬. 国家重点生态功能区转移支付的生态保护效应研究——基于陕西省数据的实证研究 [J]. 中国人口·资源与环境, 2017(11): 141-148.
- [14] 潘曦, 罗刚平. 区域公共品供给失效的外部性研究及对策 [J]. 西南农业大学学报(社会科学版), 2009(6): 46-50.
- [15] 张树剑, 黄卫平. 新区域主义理论下粤港澳大湾区公共品供给的协同治理路径 [J]. 深圳大学学报(人文社会科学版), 2020(1): 42-49.
- [16] 肖加元, 潘安. 基于水排污权交易的流域生态补偿研究 [J]. 中国人口·资源与环境, 2016(7): 18-25.
- [17] 李国选. 南海共同开发困境: 以区域公共产品供给为视角 [J]. 南洋问题研究, 2017(1): 84-93.
- [18] Samuelson P. A. Aspects of Public Expenditure Theories [J]. The Review of Economics and Statistics, 1958, 40(4): 332-338.
- [19] Sandler T. Regional public goods and international organizations [J]. Rev Int Org 2006(1): 5-25.
- [20] Sandler T. Global and Regional Public Goods: A Prognosis for Collective Action [J]. Fiscal Studies, 1998, 19(3): 221-247.

【责任编辑 张经纬】