

doi:10.3969/j.issn.1672-626x.2020.03.001

我国医疗卫生财政支出的优化路径研究

薛 钢, 付梦媛

(中南财经政法大学 财政税务学院, 武汉 430073)

摘 要: 本文分别从医疗卫生财政支出规模、结构和责任三个方面分析了我国医疗卫生领域的财政支出现状和存在的问题, 认为我国医疗卫生财政制度的优化应从提高财政治理能力角度, 适当增加医疗卫生财政支出总量、合理调整医疗卫生财政支出结构、科学划分中央与地方财政的支出责任、促进地区医疗卫生服务水平均等化, 以便于建立更加完善的医疗卫生服务体系, 提高医疗卫生系统的整体质量。

关键词: 财政支出; 医疗卫生; 财政治理

中图分类号: F810.455 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-626X (2020) 03-0005-09

2019年末爆发的新冠肺炎疫情不仅危及全国人民生命健康、破坏社会正常运行, 也考验着我国医疗卫生系统面对突发公共卫生危机的应对能力。财政作为国家治理的基础与支柱, 在这场战“疫”中发挥着积极的作用。虽然目前疫情在我国已经得到有效控制, 但是随着新冠肺炎疫情在其他国家的扩散, 仍然会对我国经济稳定发展产生严重的不利影响, 其负面冲击更甚于“非典”^[1], 进而也会对我国的财政收入与支出产生更大的压力。通常而言, 一个国家的经济发展能够为政府扩大医疗卫生支出规模提供经济基础, 而高质量的医疗卫生服务也能有效促进经济的发展。由于医疗卫生领域具有很强的外部性和风险性, 与单纯依赖市场力量进行调整相比, 政府有更大的义务提供基本医疗卫生保健服务, 这意味着政府必须发挥主导作用^[2]。也就是说, 政府通过医疗卫生财政支出是可以促进社会稳定与经济增长的^[3]。从实际情况来看, 我国医疗卫生领域抵御公共风险的能力存在短板, 这种风险的存在实际上也提示了我国财政在该领域的治理能力亟需完善^[4]。究其原因, 在我国地方政府官员的“晋升锦标赛”过程中, 财政分权更多将医疗卫生支出责任划分到地方, 中央转移支付并不到位^[5], 而财政分权与医疗卫生财政支出存在负相关关系, 各级政府官员为晋升竞争更容易忽视对医疗卫生领域的供给^[6-7], 最终造成医疗卫生财政支出总量不足的同时, 还导致地区间医疗卫生财政支出公平性指数不高的问题^[8-9]。

从目前来看, 国内外学者对医疗卫生财政支出的规模和结构方面都有相应的研究, 但更多集中于地区间的差异角度。而此次疫情更加凸显出医疗卫生财政支出内部功能结构失衡的现状, 本文在已有研究的基础上, 侧重于从规模、结构与责任三方面分析我国医疗卫生领域的财政支出问题, 并提出相关政策建议。

收稿日期: 2020-03-30

基金项目: 国家社会科学重大项目 (18ZDA099); 中南财经政法大学资助项目 (2722020YJ002)

作者简介: 薛钢 (1974-), 男, 江苏江阴人, 中南财经政法大学财政税务学院教授, 博士生导师, 研究方向为财税基础理论; 付梦媛 (1996-), 女, 河南林州人, 中南财经政法大学财政税务学院博士研究生, 研究方向为财税基础理论。

一、我国医疗卫生财政支出的现状

（一）我国医疗卫生财政支出规模

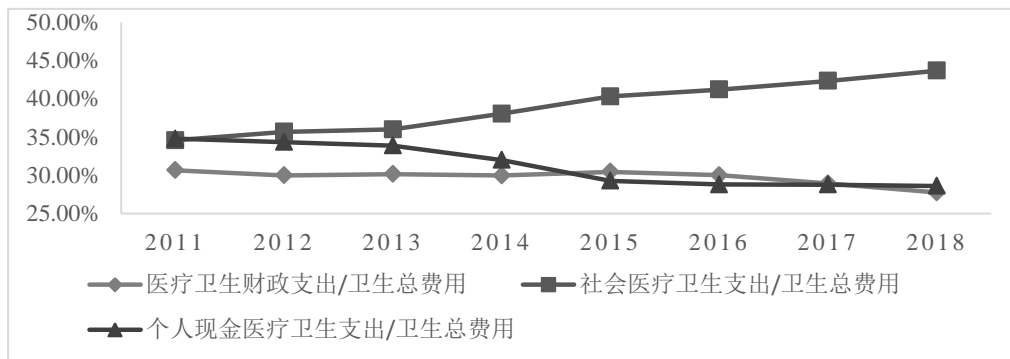
随着我国经济整体水平的不断攀升，政府财力也在持续增长，我国在医疗卫生领域的投入不断增加。由于医疗卫生领域具有极强的公共性，医疗卫生财政支出占财政总支出的比重反映了政府对医疗卫生领域的重视程度，政府财政资金的投入理应发挥更大的作用。从表1中可以发现2011—2018年卫生总费用不论其绝对数额还是占国内生产总值（GDP）的比例，都呈现出明显的增长趋势，从2011年的4.99%增加到2018年的6.43%，同时，医疗卫生财政支出也由2011年的7464.1亿元增加到2018年的16399.1亿元。

表1 2011—2018年中国各项卫生支出的数额以及所占比例

年份	GDP (亿元)	卫生总费用 (亿元)	财政总支出 (亿元)	医疗卫生财政支 出(亿元)	卫生总费用 /GDP (%)	医疗卫生财政支出/财政 总支出 (%)
2011	487940.2	24345.9	109247.7	7464.1	4.99	5.89
2012	538580.0	28119.0	125952.9	8431.9	5.22	5.75
2013	592963.2	31668.9	140212.1	9545.8	5.34	5.91
2014	643563.1	35312.4	151785.5	10579.2	5.49	6.70
2015	688858.2	40974.6	175877.7	12475.2	5.95	6.80
2016	746395.1	46344.8	187755.2	13910.3	6.21	7.01
2017	832035.9	52598.2	203085.4	15205.8	6.32	7.11
2018	919281.1	59121.9	220904.1	16399.1	6.43	7.07

数据来源：中国统计局官网

但是，如果具体到卫生总费用的各项支出占比情况，如图1所示，可以发现2011—2018年期间，医疗卫生财政支出占比并没有太大的变化，甚至在持平的基础上有所下降，个人现金医疗卫生支出占比呈下降趋势，由此可得，卫生总费用的增长主要是由社会医疗卫生支出贡献的，从2011年到2018年，卫生总费用增加了34776亿元，其中医疗卫生财政支出增加8935亿元，贡献率为25.69%；社会医疗卫生支出增加了17394.3亿元，贡献率为50.02%；个人现金医疗卫生支出增加了8446.7亿元，贡献率为



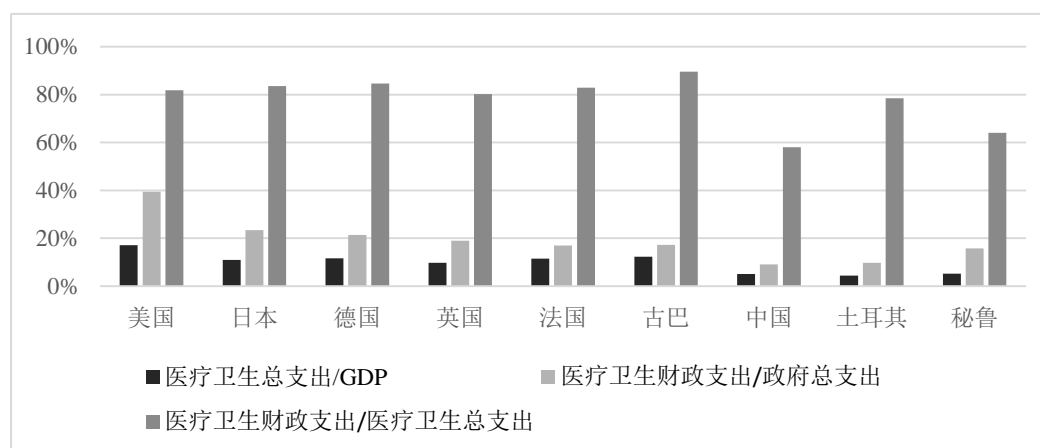
数据来源：中国统计局官网

图1 2011—2018年中国卫生总费用各项占比

24.29%，因此，可以看出，医疗卫生财政支出的贡献率并没有达到平均水平。

发达的医疗卫生体系依靠政府强有力的资金支持，单从绝对数量来看，医疗卫生财政支出几乎翻了一倍，占财政总支出的比例也从 2011 年的 5.89% 逐步增加到 2018 年的 7.07%。但和民生支出三大项目中的其他两项教育和社会保障比较，就会发现医疗卫生财政支出比重均低于其他两项。2011 年教育、医疗卫生和社会保障三项财政支出占财政总支出的比例分别为 15.1%、5.89% 和 10.17%，2018 年该比例分别为 14.56%、7.07% 和 12.23%^①，这也侧面反映了近年来财政资金在民生领域的分配更加偏向于教育和社会保障。

与世界其他国家相比，我国医疗卫生财政支出限额的规模不高，主要体现在政府总支出和医疗卫生总支出中医疗卫生财政支出所占的比重上。如图 2 所示，2016 年我国医疗卫生财政支出占医疗卫生总支出的比重为 58.0%，而发达国家的这一比重，美国为 81.85%，日本为 83.59%，德国为 84.67%，英国为 80.23%，法国为 82.90%，均超过了 80%，这意味着这些国家医疗费用绝大部分都由政府承担；与其他发展中国家相比，古巴（89.60%）、土耳其（78.44%）和秘鲁（64.07%）的该项比例也都高于中国^②，这说明我国政府在医疗卫生领域的投入的确还存在较大的提升空间。



数据来源：世界银行数据库

图 2 2016 年部分国家医疗卫生财政支出情况

（二）我国医疗卫生财政支出结构

1. 我国医疗卫生财政支出地区结构

不同的地区在地理条件、人口、经济方面都存在着差别，因此，各地区得到的财政资金支持力度也不相同，如表 2 所示，2011—2018 年，东部地区医疗卫生财政支出明显要比中部地区和西部地区多，并且随着时间的推移，各地区之间的差异越来越大。2011 年东、中、西部三个地区各占地方医疗卫生财政总支出的比例分别为 41.26%、28.52%、30.22%，2018 年该比例分别为 42.47%、27.81%、29.72%，从总量上看，东部地区最多，中部地区最少。通过图 3 还可以发现，2011—2018 年，西部地区的人均医疗卫生财政支出均高于东部地区和中部地区，这可能是由于西部地区人口稀少，再加上中央政府对西部地区的转移支付力度较大形成的。

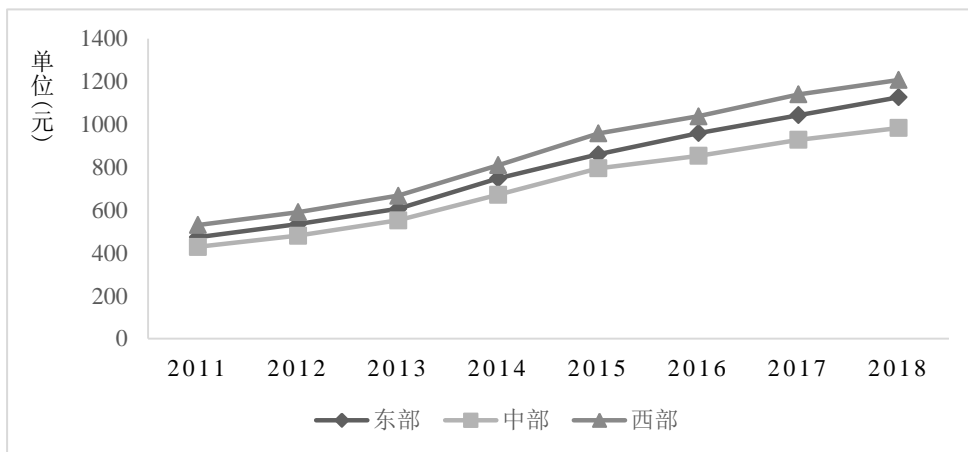
东部地区无论是总量水平还是人均水平都最高都不是为奇，但中部地区近年来的这两项指标都最低，这是值得关注的问题。东部地区依靠得天独厚的自身条件飞速发展，西部地区通过中央的转移支付制度和各项“西部大开发”政策取得了较好发展，与中部地区的差距越来越小甚至有些方面已经超过。而中部地区在发展中面临着越来越多的挑战，加上中部地区人口众多，8 个省的人口总数已经占到了全

国总人口数的31%，呈现出一种明显的“中部塌陷”的现象。实际上，这种现象不仅表现在医疗卫生财政支出上，也表现在居民健康水平和医疗卫生条件上，2018年东部、中部和西部的死亡率分别是6.07%、6.39%和6.12%；每万人所拥有的卫生技术人员数分别是75.27、62.25和68.75人^①，间接反映出中部地区医疗卫生财政支出缺口压力明显。

表2 2011—2018年中国各地区医疗卫生财政支出情况（单位：亿元）

年份	东部	中部	西部
2011	2623.42	1813.36	1921.42
2012	2980.62	2040.72	2149.47
2013	3405.83	2354.61	2442.78
2014	4227.32	2875.81	2983.43
2015	4892.38	3421.6	3554.71
2016	5498.43	3687.06	3882.12
2017	6022.21	4025.39	4295.45
2018	6545.26	4285.57	4582.1

数据来源：中国统计局官网



数据来源：中国统计局官网

图3 2011—2018年中国各地区人均医疗卫生财政支出

2. 我国医疗卫生财政支出功能结构

根据2019年政府财政支出项目的规定，通过财政预算里卫生健康支出下面所设的子项目来分析医疗卫生财政支出的功能结构，卫生健康支出主要包括卫生健康管理事务、公立医院、公共卫生、中医药、计划生育事务、行政事业单位医疗、财政对基本医疗保险基金的补助等子项目。表3列出了2020年我国主要省市以及自治区卫生健康主要项目的预算占比情况，所列示的五项支出合计占比达卫生健康支出的80%以上。在各项目支出中，明显看出公共卫生支出占比较低、超过20%的仅有重庆和湖南，最高的是重庆，占比达到25.7%；不足10%的有6个省市，其中最低为上海，仅为5.1%，公立医院支出约为其8倍；其他省市均在10%~20%之间。在所有省市及自治区中，公立医院支出占比最高是54%，而行政医疗最高占比达70.8%，医疗保险补助最高为49.1%，其他卫生支出最高为38.5%。可见，财政资金在医疗卫生领域更多地分配在行政医疗方面，防治方面投入较少。

表 3 2020 年中国卫生健康各项目预算支出比例（单位：%）

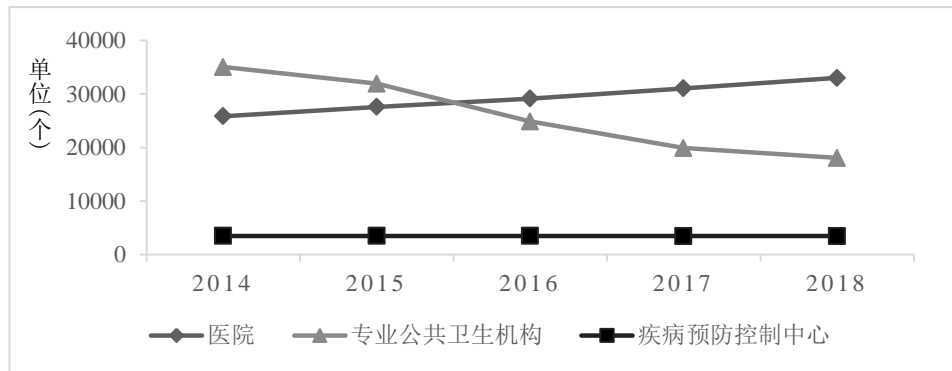
省份	公立医院	公共卫生	行政医疗	医疗保险补助	其他卫生支出
天津	34.5	11.9	32.2	12.1	—
河南	21.7	6.6	44.0	—	16.7
湖北	34.6	15.8	20.0	—	16.2
浙江	50.5	10.9	29.7	—	—
贵州	10.4	13.6	33.0	—	36.0
山东	46.9	18.2	25.7	—	—
青海	13.0	8.6	18.9	41.4	1.8
上海	39.8	5.1	10.4	37.3	2.8
湖南	16.5	20.3	24.8	—	16.9
山西	48.0	11.3	25.3	—	—
吉林	21.2	12.5	48.4	—	8.1
黑龙江	30.1	16.2	44.8	1.2	0.7
安徽	34.6	11.9	29.5	—	18.8
江西	27.9	14.9	49.0	0.9	1.9
广西	18.1	18.5	—	49.1	0.9
重庆	16.0	25.7	1.4	30.5	5.2
甘肃	16.6	11.4	—	38.7	7.5
新疆	5.4	15.5	6.6	43.3	7.5
北京	54.0	5.6	10.8	21.4	2.9
辽宁	14.6	8.7	70.8	—	0.3
广东	14.3	19.4	0.8	10.6	4.2
河北	16.0	12.5	53.6	—	0.5
江苏	5.5	9.8	32.4	1.0	38.5
海南	32.9	13.2	35.7	—	9.7

数据来源：根据各省市及自治区财政预算整理得出

总体来说，我国医疗卫生财政支出的功能结构是以医疗救治为主的保障性支出大于以防治为主的预防性支出。从近年来医疗卫生机构数量的变化也可看出这一点，图 4 为 2014—2018 年全国各类型的医疗卫生机构变化情况。近年来，全国的医院数量持续上升，由 2014 年的 25860 个增加到 2018 年的 33009 个。但是，专业公共卫生机构数量却在不断减少，由 2014 年的 35029 个减少为 2018 年的 18033 个，减少将近一半，而且从绝对数量上看疾病预防控制中心的数量也远不及医院和专业公共卫生机构的数量。

（三）中央地方政府间医疗卫生财政支出责任

财政部数据显示，截至 2020 年 3 月 4 日，各级财政共安排疫情防控补助资金 1104.8 亿元，其中中央财政安排 257.5 亿元^⑥，地方财政支出的资金比例达到了 76.7%。可见，在这次疫情防控中，地方政府承担了主要支出责任。表 4 列举了 2011—2018 年以来中央、地方财政的收入和分成情况，以及分别在医疗卫生方面的财政支出和所占比重。可以发现，近年来地方财政和中央财政收入分成基本持平，但是在医疗卫生财政支出方面，地方政府财政支出占比高达 99%，支出压力较大，而且地方政府的收支之间



数据来源：中国统计局网站

图4 2014—2018年全国各类型医疗卫生机构数量的变化

表4 2011—2018年中央与地方财政收支分成情况

年份	中央财政医疗卫生支出 (亿元)	比重 (%)	地方财政医疗卫生支出 (亿元)	比重 (%)	中央财政收入 (亿元)	比重 (%)	地方财政收入 (亿元)	比重 (%)
2011	71.32	1.10	6358.19	98.90	51327.32	49.41	52547.11	50.59
2012	74.29	1.03	7170.82	98.97	56175.23	47.91	61078.29	52.09
2013	76.7	0.93	8203.20	99.07	60198.48	46.59	69011.16	53.41
2014	90.25	0.89	10086.56	99.11	64493.45	45.95	75876.58	54.05
2015	84.51	0.70	11868.67	99.30	69267.19	45.49	83002.04	54.51
2016	91.16	0.69	13067.61	99.31	72365.62	45.34	87239.35	54.66
2017	107.6	0.74	14343.03	99.26	81123.36	48.18	91469.41	51.82
2018	210.65	1.34	15412.90	98.66	85456.46	46.61	97903.38	53.39

数据来源：中国统计局官网

存在严重的不匹配问题。地方财政收入占比从2011年到2016年逐步上升，2016年实施“营改增”之后，地方政府由于税种缺失使得财政收入有所下滑，地方财政收入所占的比例由2016年的54.66%降至2017年的51.82%，2018年又恢复到53.39%。但相较于支出所占的比重，仍然存在很大差距。

进一步分析中央对地方医疗卫生转移支付情况，如表5所示，2011—2018年中央对地方医疗卫生转移支付占比保持稳定，大多在25%~30%之间波动，即使加上中央政府本级医疗卫生支出，中央财政承担的支出责任仍然不到一半。在2018年中央财政预算中，医疗卫生转移支付中约70%的部分都属于对医疗保险的补助，公共卫生项目仅占10%^③，这也再次说明了医疗卫生支出功能结构的失衡。地方政府在医疗卫生领域中承担了主要支出责任^[10]，本次疫情的冲击，将给地方政府带来了较大的财政压力，也会给我国医疗卫生事业的发展带来一定的负面影响。

表5 2011—2018年中央对地方医疗卫生转移支付

年份	中央对地方医疗卫生转移支付 (亿元)	地方财政医疗卫生支出 (亿元)	占比 (%)
2011	1676.46	6358.19	26.37
2012	1973.92	7170.82	27.53

表 5 2011—2018 年中央对地方医疗卫生转移支付 (续)

年份	中央对地方医疗卫生转移支付 (亿元)	地方财政医疗卫生支出 (亿元)	占比 (%)
2013	2511.57	8203.20	30.62
2014	2841.01	10086.56	23.94
2015	3037.5	11868.67	25.59
2016	3385.14	13067.61	25.90
2017	3559.43	14343.03	24.82
2018	4314.63	15412.90	28.00

数据来源: 根据中央财政预算整理得出

二、我国医疗卫生财政支出存在的问题

面对此次疫情, 党和政府给予了高度重视和强有力的支持, 全国上下一致抗“疫”, 疫情已经取得初步胜利。但是这次疫情也暴露出了我国现有的医疗卫生领域财政支出方面存在的问题。

(一) 医疗卫生财政支出总量不足

医疗卫生财政支出总量不足是制约我国医疗卫生事业发展最主要的问题。根据前文分析, 从国内角度看, 医疗卫生财政支出的贡献率并没有随着经济的发展而有所增加, 另外, 近年来医疗卫生财政支出占卫生总费用的比例还在不断降低, 绝大部分的医疗卫生支出仍然由社会承担, 主要包括社会医疗保障支出、商业保险费等。这反映出目前我国政府对于医疗卫生领域重视程度和支持力度不足。从国际角度来看, 一些与我国 GDP 水平相当的国家其医疗卫生财政支出 (占 GDP 的比例) 和人均医疗卫生支出都很高, 我国与这些国家之间相比还存在一定的差距; 与一些人均 GDP 水平与我国相近的国家相比, 我国仍然处于中下游水平, 但差距有所缩小。无论是从国内分析还是与国际比较, 我国医疗卫生财政支出总量确实不足, 医疗卫生财政支出不足会直接影响到医疗卫生公共产品的质量和医疗卫生服务水平, 对人民群众的身体健康产生负面影响, 还会制约经济的发展^[11]。

(二) 医疗卫生财政支出结构失调

我国医疗卫生财政支出除了在总量上不足外, 还存在着支出结构失调的问题, 分别为地区结构失调和功能结构失调。地区结构失调表现为“东高、西次、中塌陷”, 中部地区在近年来的发展中面临着越来越多的挑战, 势必会影响到地方政府的投资力度。就目前来看, 转移支付主要向西部区域倾斜, 在 2019 年财政预算的中央对地方转移支付汇总表中, 中央对东部地区转移支付占比为 33.35%, 西部地区为 42.78%, 中部为 23.78%^③, 东部和西部明显高于中部, 况且中部地区人口远远超出西部, 西部的人均水平会更高。功能结构失调主要表现为公共卫生支出占比低, 公立医院和行政医疗支出占比高。除了医疗卫生财政支出外, 通过各类医疗机构的变化, 可以发现在我国医疗卫生事业在不断发展的同时, 伴随着的却是公共卫生机构的不断减少, 侧面反映了政府对于公共卫生、疾病预防方面的重视度不够, “非典”时期就有学者提出财政资金在医疗卫生领域的投入方向应当向防治、防疫机构倾斜^[12~13]。可见, “重医治, 轻防治”的医疗卫生财政支出结构失调已经是我国医疗卫生领域多年来一直存在的短板。

(三) 中央地方政府间医疗卫生财政支出责任划分不合理

医疗卫生问题关乎每个人的健康, 就我国目前现状来看, 地方财政作为该领域支出责任的承担主体会带来以下几点不利影响。第一, 过重的支出责任会加重地方财政压力, 地方政府由于更加贴近人民群

众,承担主要的医疗卫生财政支出责任似乎更合理,但各级政府又将支出责任进一步下放,省级政府下放到市级政府,市级又下放到县级,层层下放,最后造成政府层级越低承担越重支出责任的局面。第二,由于各地方经济发展水平存在差异,在医疗卫生方面的投入自然会受到影响,从而造成医疗卫生服务水平区域失衡再次影响经济发展的恶性循环,地方政府由于财力不足、转移支付不到位而阻碍医疗卫生事业的发展。第三,相较于地方政府,中央政府更能体现出财政资金的统筹性,尤其是在公共卫生方面,我国虽然有专业的公共卫生机构、疾控中心等,但一个国家遭遇公共卫生灾害时,完整的公共卫生体系才是有力保障,对于这样的体系,需要依靠中央政府统筹规划完善。

三、我国医疗卫生财政支出改革的政策建议

(一) 增加医疗卫生财政支出总量

一个国家的医疗卫生服务水平很大程度上是由政府对医疗卫生领域的投入力度决定的,医疗卫生的公共性决定了医疗卫生服务体系改革只能在政府“牵头”下完成,政府在医疗卫生领域的财政支出中起着不可替代的作用。在经济效益方面,增加医疗卫生财政支出可以通过政府的公共消费拉动GDP,随着改革开放和供给侧结构性改革的不断深入,消费对于经济增长的贡献率不断攀升,到2019年已经达到了60%^④。相比于个人消费,公共消费潜在的增长空间更大,医疗卫生财政支出的增加促进了消费,在一定程度上加速了扶贫进程^[14]。医疗卫生财政支出尤其是公共卫生支出的增加,能够有效抑制突发公共卫生事件的发生,从而减少由此带来的经济损失。在社会效益方面,增加医疗卫生财政支出能够有效地提供更高质量的医疗卫生服务,改善就医环境,提高居民的就医水平。根据世界银行的统计口径,发达国家的医疗卫生财政支出占医疗卫生总支出的80%左右,我国约为60%,考虑到我国仍然处于发展中国家,本文认为逐步提高到70%左右的水平是可行的。此外,要改革政府政绩的考核方式,改善民生和发展经济同等重要。医疗卫生事业是一项具有长远投资收益的项目,政府必须发挥主导地位,为医疗卫生事业的改革和发展提供有力的支持和保障。

(二) 调整医疗卫生财政支出功能结构

医疗卫生财政支出结构反映了资源的分配结构,包括资源在地区间的分配和在各项医疗卫生健康项目之间的分配。目前,我国政府在公立医院、行政医疗和医疗保险补助等医疗救治方面的支出比例较高,在与公共卫生相关的疾病预防、卫生监督、妇幼保健等方面的预防性支出比例较低。政府应适当调整医疗卫生财政支出各项目的支出比例,主要是增加预防性支出的比例,有效阻止一些破坏性极大的疾病发生,从而减少重大公共卫生事件发生所造成的危害和损失。因此,政府必须充分重视公共卫生、疾病预防方面的投资和规划,加大投资力度,完善公共卫生防疫体系,做到防患于未然。在加强防疫的同时要不断优化公立医院、行政医疗、医疗保险补助支出的比例,各级财政须进一步削减医疗领域行政支出,从而为医疗卫生体系的发展和建设提供更多财政资金。考虑到我国医疗卫生财政支出的增长压力,因此,优化医疗卫生财政支出结构,提高资源配置率是提高医疗卫生财政支出绩效水平的有效方法。

(三) 促进地区医疗卫生服务水平均等化

我国各地区资源禀赋不同所造成的财力差异成为制约医疗卫生服务水平实现均等化的主要原因。目前我国东、中、西部地区在医疗卫生财政支出和医疗卫生服务水平上都呈现出一定的差异,转移支付制度对缩小地区间差异具有重要作用。中央政府要充分发挥主导作用,统筹规划资金,继续实施“西部大开发”战略和“中部崛起”战略以推动地区间均衡发展。地方政府要积极与中央政府配合,共同提高当地的医疗卫生服务水平。此外,中央政府要特别加强对中部地区的转移支付,转移支付不能仅仅体现在

财政拨款方面, 还要配备相应的医疗设施以及卫生技术人员, 这是改善医疗卫生条件和服务水平的重要保障。当然除了中央政府对地方政府的扶持之外, 地方政府之间也可以相互扶持, 这在本次疫情期间就得到了很好的呈现, 在湖北省遭遇严重的新冠肺炎疫情时, 各地纷纷驰援湖北, 派出医疗队并捐赠医疗物资。因此, 通过转移支付制度和区域间互帮互助, 能够降低各地区医疗卫生财政支出和医疗卫生服务水平的差异, 增加医疗卫生领域中公共财政的公平性以促进各地区地区医疗卫生服务水平实现均等化。

(四) 科学划分中央地方政府间的医疗卫生财政支出责任

在我国财政支出规模不能迅速大幅度提高的前提下, 医疗卫生财政支出责任在中央与地方政府之间的划分就显得更加重要, 科学的划分能够有效地提高政府的办事效率, 提高资源配置率, 让有限的医疗卫生财政资金发挥最大作用, 要结合外部性和财力两方面综合考虑。中央与地方政府间支出责任的划分应该遵循受益范围原则, 做到事权与支出责任相匹配, 高层级政府拥有外部性较大的事权, 同时应匹配相应的支出责任。考虑到医疗卫生事业的重要程度和资金投入的需求, 以及分税制以来地方政府面对的财政压力, 中央和省级政府应当承担主要的支出责任, 无论在资金统筹还是宏观调控方面都将发挥更大的作用。特别是我国公共卫生体系的统一构建, 鉴于其超出了普通医疗卫生体系的标准, 应该由中央政府统一出资, 统一筹划, 对于一些涉及范围比较小、资金比较少的项目可由地方政府承担。

注释:

- ① 数据来源: 中国统计局官网。
- ② 发达国家的选取主要来自 GDP 水平和我国相近的国家, 发展中国家的选取主要来自人均 GDP 水平与我国相近的国家。
- ③ 数据来源: 财政部官方网站。
- ④ 数据来源: 中国商务部官网。

参考文献:

- [1] 黄奇帆. 新冠肺炎疫情下对经济发展和制造业复工的几点建议[EB/OL]. <http://finance.sina.com.cn/zt/china/2020-02-11/zl-iimxyqvz2076131.shtml>, 2020-02-11.
- [2] Rezwaniul Hasan Rana, Khorshed Alam, Jeff Gow .Health Expenditure and Gross Domestic Product: Causality Analysis by Income Level[J]. *International Journal of Health Economics and Management*, 2020, 20 (6):55-77.
- [3] 赵文凯, 王大树. 环境质量、公共卫生支出与经济增长的动态关系研究——基于财政分权视角[J]. *江西社会科学*, 2020, (1):120-132.
- [4] 傅勇. 财政分权、政府治理与非经济性公共物品供给[J]. *经济研究*, 2010, (8):4-15.
- [5] 刘利欢. 我国医疗卫生领域财政事权和支出责任划分研究[J]. *中国管理信息化*, 2019, 22(14):133-134.
- [6] Jean-Paul Faguet. Does Decentralization Increase Government Responsiveness to Local Needs?[J]. *Journal of Public Economics*, 2004, 88(3):867-893.
- [7] 余显财, 朱美聪. 财政分权与地方医疗供给水平——基于 1997-2011 年省级面板数据的分析[J]. *财经研究*, 2015, (9):42-52.
- [8] 何长江. 政府公共卫生支出行为影响因素的实证分析[J]. *财经科学*, 2011, (4):94-100.
- [9] 程迪尔, 刘国恩. 基于基尼系数的省级公共卫生支出公平性分析[J]. *统计与决策*, 2018, (9):100-104.
- [10] 李森. 试论公共产品受益范围多样性与政府级次有限性之间的矛盾及协调——对政府间事权和支出责任划分的再思考[J]. *财政研究*, 2017, (8):2-17.
- [11] 王海成, 苏桔芳. 中国公共卫生支出与经济增长关系的再检验[J]. *统计与决策*, 2015, (1):138-140.
- [12] 孟庆跃. 公共政策、公共财政和公共卫生: “非典”防治策略对公共卫生体系改革与发展的启示[J]. *中国卫生经济*, 2003, (7):1-4.
- [13] 高培勇. 防治“非典”与财税安排: 影响及对策[J]. *税务研究*, 2003, (6):8-11.
- [14] 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]. *中国社会科学*, 2017, (10):70-89.

(责任编辑: 颜 莉)