

Government Health Expenditure Structure—Based on Provinces and International Comparison

Yuxiao Wang

Jiangxi University of Finance and Economics, Nanchang Jiangxi
Email: 1849185732@qq.com

Received: Oct. 31st, 2017; accepted: Nov. 14th, 2017; published: Nov. 23rd, 2017

Abstract

This paper analyzes the structural problems of medical and health expenditure in China from the aspects of medical and health expenditure structure and the expenditure structure of medical expenditure between our government and other countries. It is found that medical insurance spending occupied an important position in government health expenditure at the beginning, indicating that the government health care spending tilts to the demand side, the government health policy changes from the supply side to the demand side. Per capita government health expenditure investments in provinces are very uneven. According to the three regional average distributions, per capita government health expenditure in the western region is greater than the eastern region, while the eastern region is greater than the central region, which means per capita government health expenditure of the central region is in the lowest level. Overall, the central government still accounts for a large proportion of revenue, and the central financial health expenditure growth rate is much lower than the national financial and health expenditure growth. In the international comparison, the percentage of China's central government's health expenditure as a percentage of GDP is very low. In addition to the structural imbalance in the central and local expenditure structure, this problem is also present at the provincial, municipal and prefecture-level governments. Finally, according to the existing problems, the corresponding policy recommendations are putting forward.

Keywords

Government Health Expenditure, Expenditure Structure, International Comparison, Supply and Demand Structure

政府医疗卫生支出结构——基于省际与国际对比

王玉晓

江西财经大学, 江西 南昌

Email: 1849185732@qq.com

收稿日期: 2017年10月31日; 录用日期: 2017年11月14日; 发布日期: 2017年11月23日

摘要

本文从医疗卫生支出结构以及我国政府与的医疗支出与其他国家的支出结构比较分别展开研究, 分析我国医疗卫生支出中的结构问题。发现医疗保障支出开始在政府医疗卫生支出中占据重要地位, 显示政府医疗卫生支出向需求方倾斜, 政府卫生政策从供给方为主向需求方的重大转变; 人均政府卫生支出各省份投入极不均衡; 按全国三个区域平均分配来看, 三个区域的人均政府卫生支出西部地区大于东部地区, 而东部地区大于中部地区, 中部地区的人均政府卫生支出水平最低。总体看中央财政收入仍占有较大比重, 而中央财政医疗卫生支出的增长幅度要远低于国家财政医疗卫生支出的增长幅度。国际比较中, 中国中央政府卫生支出占GDP的百分比很低, 除了在中央和地方支出结构上存在负担结构失衡, 在省级、市级政府以及地级、乡镇级政府负担结构上同样存在此问题。最后针对存在的问题, 提出相应政策建议。

关键词

政府卫生支出, 支出结构, 国际比较, 供需结构

Copyright © 2017 by author and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

卫生资源是卫生事业发展和保障人类健康的基本元素, 也是社会公平的保障, 对卫生资源的投入是国家和政府不可推卸的职责, 各国学者认为政府在医疗卫生上的投入承担着最主要的责任。2007年党的十七大报告指出, 健康是人全面发展的基础, 关系千家万户幸福, 建立基本医疗卫生制度, 提高全民身体素质, 强化政府责任和投入, 随着我国卫生总费用规模迅速增长, 已经缓解了我国卫生资源总量不足的问题, 随后却出现了医疗卫生支出结构失衡的问题, 国家在医疗卫生投入中资源分配不合理、使用不合理, 导致部分区域资源过剩而浪费, 有的区域却资源短缺, 逐步出现供需错位、发展缓慢等问题。

2. 数据选取及说明

政府卫生支出是指各级政府用于卫生事业的财政拨款。本文使用的卫生支出数据来自历年《中国统计年鉴》、《中国财政年鉴》、各省份的统计年鉴以及WHO的《世界卫生统计2015》。

3. 政府医疗支出结构比较分析

3.1. 政府卫生支出的使用结构

从政府卫生支出的使用结构来看, 1990~2014年的25年时间里, 各项事务支出的资金均呈现逐年增加的趋势, 尤其是从2002年开始, 随着国内一系列医疗制度的建立与实施, 政府医疗卫生支出快速增长, 增长率也是大幅度提高, 1991年医疗卫生服务支出增长率是7.7%, 2014年其增长率是11.7%, 医疗卫生服务支出的增长率在2009年达到最大值48.9%, 1991年医疗保障支出的增长率是13.7%, 2014年其增长

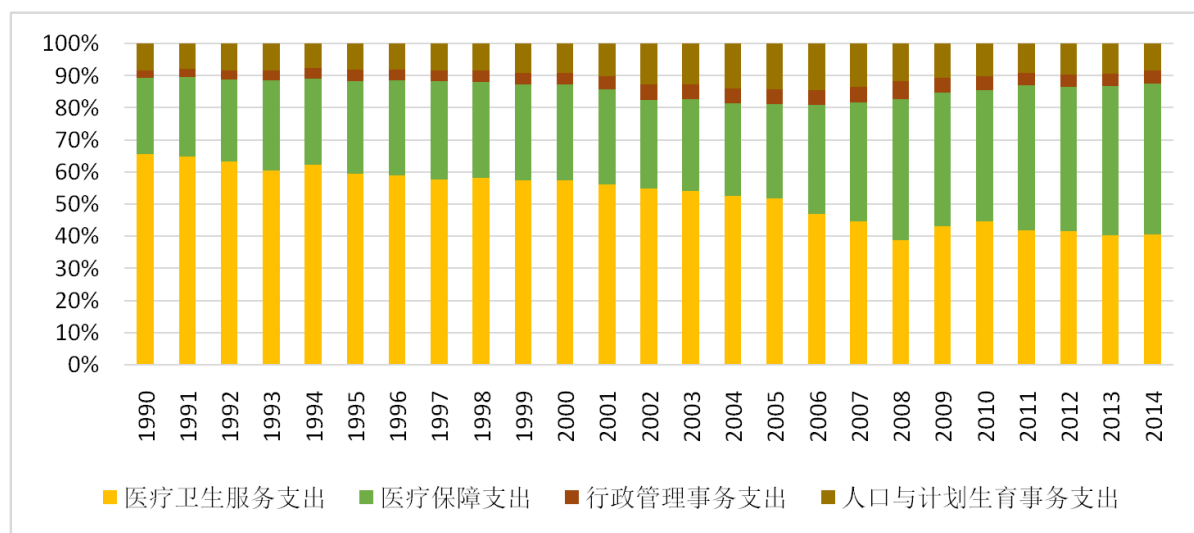
率是 12.0%，医疗保障支出的增长率在 2008 年达到最大值 64.8%。1990~2014 年上述四项支出的年均增长率分别为 116.4%，122.5%，121.4%，118.7%，图 1 给出了 1990~2014 年中国政府卫生支出分布百分比堆积图。

图 1 显示，尽管与其他三项支出相比，医疗卫生服务支出占政府卫生支出比重逐年减少，从 1990 年的 65.6%降到了 2014 年的 40.2%，下降了 24.4 个百分点，但是医疗服务支出在医疗卫生总支出中仍然占有较高比重，仍是政府卫生支出的重要部分。其次，医疗保障支出 2006 年之前基本没有出现较大幅度上的增加或减少，2006 年开始出现连续三年较大幅度增长，在 2008 年首次超过医疗服务支出在政府卫生支出中所占比重，2011 年完全超过了医疗服务支出占比，开始在政府医疗卫生支出中占据重要地位，显示政府医疗卫生支出向需求方倾斜，政府卫生政策从供给方为主向需求方的重大转变[1]。

3.2. 政府卫生支出的分配结构

从政府卫生支出的省际分配结构来看，2015 年各省份卫生经费占地方财政收入比重最高的省份(西藏)达到 45.80%，最低省份(上海)仅有 5.50%，前者是后者的 8 倍，其中卫生经费占地方财政收入比重低于 10%的省份有 5 个，分别是北京、天津、上海、江苏、广东，而这 5 个省份的财政收入在全国各个省份的财政收入中又位于前列，虽然财政收入较高，但这 5 个省份在医疗卫生的投入上却占有较低比重[2]。从人均政府卫生支出看，各省份投入同样极不均衡，其中人均卫生支出最高的省份西藏为 1938.3 元，最低的辽宁仅为 654.5 元，最高者几乎是最低者的 3 倍，虽然北京、天津、上海医疗卫生支出占地方财政收入比重较低，但其人均政府医疗卫生支出是比较高的。

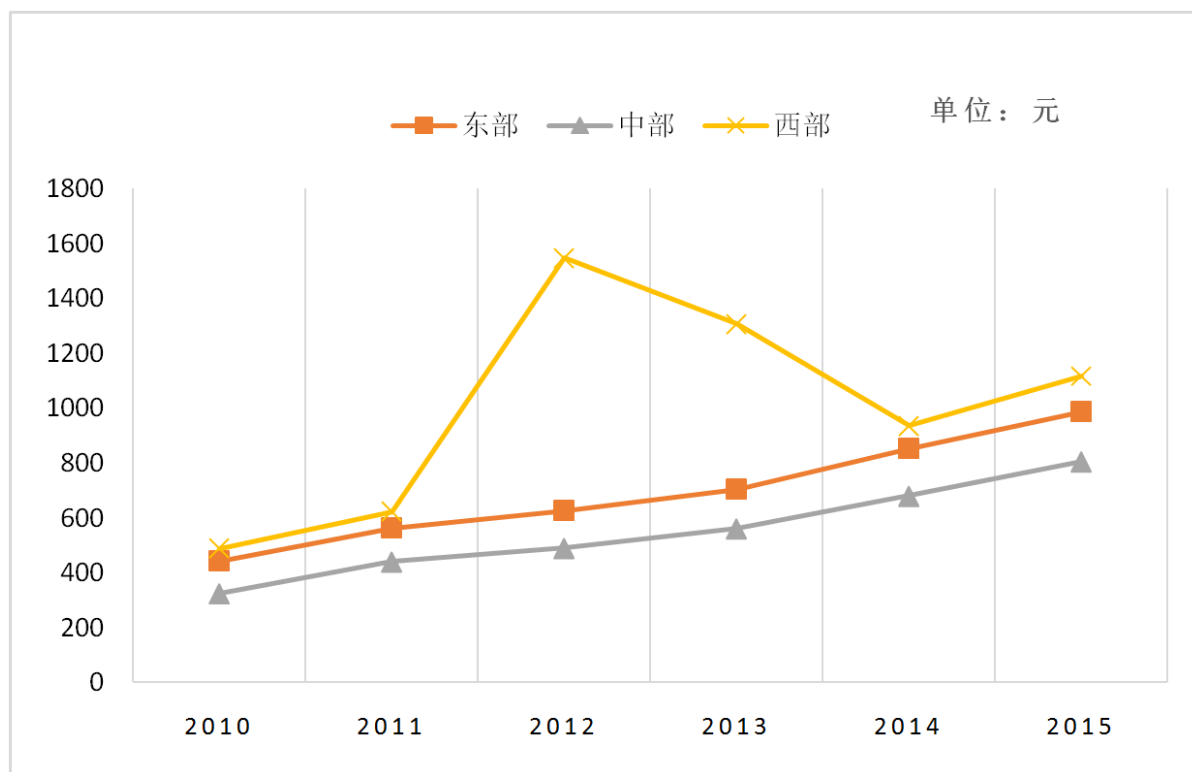
图 2 中，从 2010 年到 2015 年东中西部各区域的人均政府卫生支出，从 2010 年以来东部和中部地区的人均政府卫生支出都呈现出稳步上升，东部地区从 2010 年的人均 441.94 元增长到了 2015 年的人均 986.89 元，年均增长 109 元；中部地区从 2010 年的 324.39 元增长到 2015 年的 804.28 元，年均增长 96 元；西部地区在 2012 年的人均政府卫生支出有了一个急剧上升达到了 1545.52 元，2014 年又落回了正常水平，开始稳步上升。总体来看，三个区域的人均政府卫生支出西部地区大于东部地区，而东部地区大于中部地区，中部地区的人均政府卫生支出水平最低。



数据来源：1991~2015 年《中国卫生统计年鉴》。

Figure 1. Percentage of government expenditure on health expenditure

图 1. 政府卫生支出百分比堆积图



数据来源：根据 2011~2016 年《中国统计年鉴》整理。

Figure 2. Per capita government health expenditure in each region (2010~2015)

图 2. 各区域人均政府卫生支出(2010~2015 年)

3.3. 各级政府卫生支出的负担结构

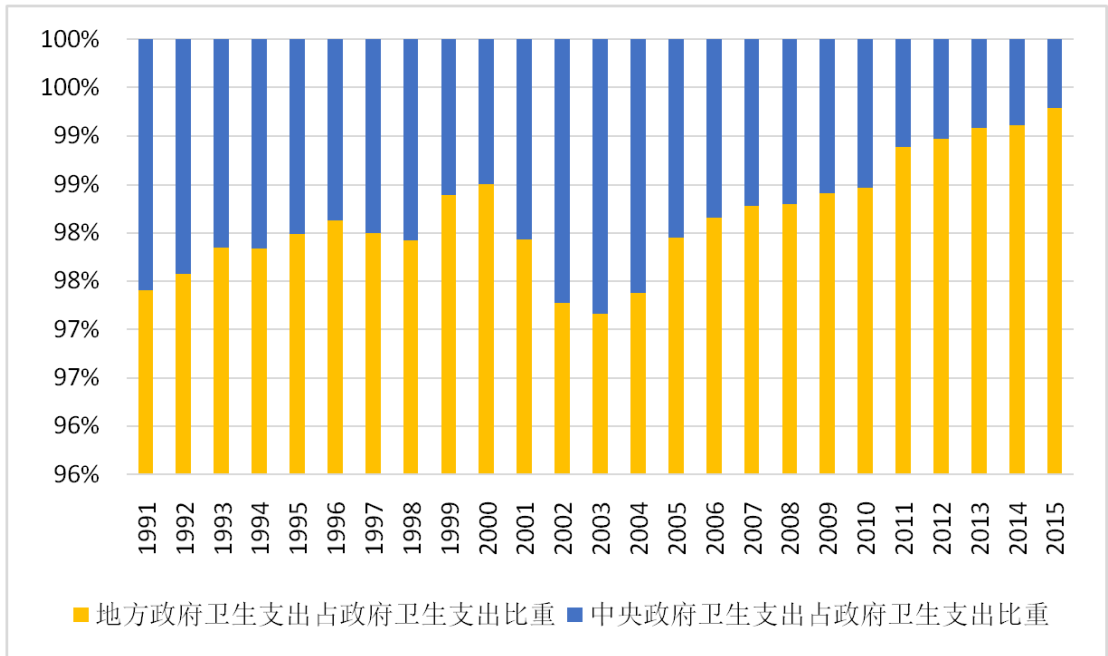
3.3.1. 中央和地方政府卫生支出负担结构

规模上看，中央与地方财政卫生投入均呈现持续快速增长的趋势。由图 3 可以看出，地方财政医疗卫生支出占总政府卫生支出的比重远高于中央财政医疗卫生支出占总政府卫生支出的比重，表明我国医疗卫生支出主要来自于地方政府。从 1991 年到 2015 年，地方政府财政卫生投入从 1991 年的 141.76 亿元增长到 2015 年 11,868.67 亿元，后者是前者的 83 倍；同期中央卫生财政投入从 8.77 亿元增长到 84.51 亿元，增长了 8 倍。但是从中央与地方政府的卫生支出责任来看，1991~2015 年的 25 年中，地方政府卫生支出规模与比重远高于中央政府[3]。地方政府卫生支出占政府卫生支出的比重 25 年里一直高于 97%，2013 年以来已经达到了 99%，而中央政府卫生支出占政府卫生支出的比重从 1991 年的 2.59% 下降到 2015 年的 0.71% [4]。

3.3.2. 省级和市级政府卫生支出负担结构

此部分从省级和市级层次对政府卫生支出的负担结构进行分析，分别选取东部、中部、西部地区几个省份从省级和市级进行分析，将全省政府卫生支出分成省级和市级两部分(市级以下全部归为市级卫生支出)。以东部地区选取山东省和广东省为例。

如表 1 所示，2015 年山东省省级医疗卫生支出为 250,374 万元，市级医疗卫生支出为 6,763,947 万元，后者是前者的 27 倍，市级政府医疗卫生支出远高于省级政府卫生支出；2015 年广东省省级医疗卫生支出为 3,403,400 万元，市级医疗卫生支出为 5,780,200 万元，后者是前者的 1.7 倍。两个省份的市级医疗



数据来源：1992~2016 年《中国财政年鉴》整理。

Figure 3. Central and local government health expenditure accounts for a percentage of national health expenditure
图 3. 中央、地方政府卫生支出占全国卫生支出比重的百分比堆积图

Table 1. Provincial and municipal government health expenditure in Shandong and Guangdong provinces in 2015
表 1. 2015 年山东省、广东省省级和市级政府医疗卫生支出(单位：万元)

东部地区	山东	广东
省级支出	250374	3403400
市级支出	6763947	5780200

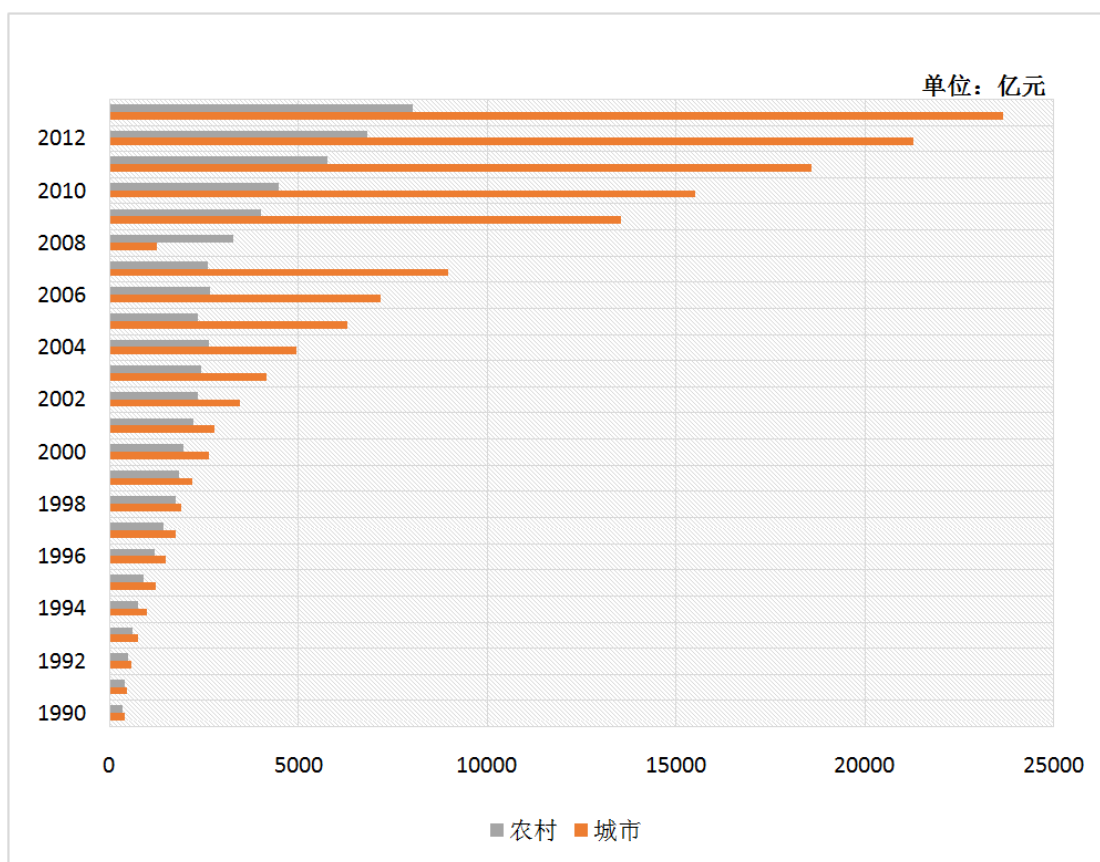
数据来源：2016 年《山东省统计年鉴》、《广东省统计年鉴》。

卫生支出均高于省级医疗卫生支出，市级医疗卫生支出在全省卫生支出中占有绝对比重[2]。

3.3.3. 城乡政府卫生支出负担结构

从 1990 年到 2013 年城乡医疗卫生费用数据来分析政府医疗卫生支出责任，根据历年城乡医疗卫生费用数据给出了图 4 的城乡医疗卫生费用的簇状条形图。

图 4 的簇状条形图显而易见，1990 年以来，中国农村医疗卫生费用始终低于城市医疗卫生费用，城市的医疗卫生费用从 1990 年开始到 2007 年一直呈现出逐年上升，2007 年城市医疗卫生费用达到 8968.7 亿元，2007 年中央开展了新一轮医疗改革，城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助共同组成基本医疗保障体系，分别覆盖城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡困难人群，到 2008 年城市医疗卫生费用下降到 1251.9 亿元，有了短暂降低，而 2009 年又一跃到达 13,535.61 亿元，近几年开始仍然呈现逐年上升态势；从农村医疗卫生费用来看，这 24 年来基本呈现出了逐年上升的状态，到 2013 年虽不及城市卫生费用，却也达到了 8024 亿元。虽然通过一次次医疗改革，国家不断加大在政府医疗卫生方面的财政支出，但城乡医疗卫生费用仍然只增不减，说明我国的政府医疗卫生规模仍存在不足之外，政府医疗卫生支出结构存在很大的缺陷[2]。



数据来源：1991~2013 年《中国统计年鉴》。

Figure 4. Urban and rural health care costs (1990~2013)

图 4. 城乡医疗卫生费用(1990~2013 年)

3.4. 政府医疗卫生支出结构的国际比较

从全球范围看，卫生总费用与政府卫生支出规模也呈现出持续增长的趋势，世界各国的医疗卫生支出主要由中央政府和地方政府共同承担，不同的国家因为经济发展程度、国家体制以及医疗政策等不同，医疗卫生支出在中央和地方政府间的负担程度有所差异。下面根据经济合作与发展组织所提供的 2012 年部分国家政府医疗卫生支出占比，分别选取发达国家、发展中国家、最不发达国家各 4 个来分析各个国家的政府医疗卫生支出的负担结构。

表 2 中的 12 个国家中政府卫生支出占总卫生支出百分比 4 个发达国家除了美国的占比低于 70% 外，其余三个国家的政府卫生支出占总卫生支出的百分比均高于 70%，德国、意大利、日本的占比分别达到了 76.7%、77.3%、82.1%；在四个发展中国家中，中国政府卫生支出占总卫生支出百分比最高，达到了 56%；其余四个国家属于最不发达国家，其政府卫生支出在总卫生支出中的占比均低于 40% [5]。从政府卫生支出占政府财政支出的百分比来看，情况与卫生支出在总卫生支出中的占比基本相同，所以说中国近几年来在卫生支出上的规模并不小，但中国的卫生支出中由于支出结构所造成的问题逐步显现出来，大多数国家中央政府都在卫生支出中承担重要的责任，相比之下，中国中央政府卫生支出占 GDP 的百分比很低，除了在中央和地方支出结构上存在负担结构失衡，在省级、市级政府以及地级、乡镇级政府负担结构上同样存在此问题[4]。

Table 2. The proportion of government health expenditure in some countries in 2012
表 2. 2012 年部分国家政府医疗卫生支出占比

国家	政府卫生支出占总卫生支出百分比	政府卫生支出占总政府财政支出百分比
美国	41.80%	7.90%
德国	76.70%	19.30%
意大利	77.30%	14.00%
日本	82.10%	20.00%
中国	56%	12.50%
俄罗斯	51.10%	8.90%
印度	30.50%	4.30%
南非	48.40%	14.00%
缅甸	23.90%	1.50%
孟加拉国	31.90%	6.80%
阿富汗	20.80%	7.10%
尼泊尔	39.50%	9.80%

数据来源：WHO 的《世界卫生统计 2015》。

4. 结论与建议

4.1. 结论

我国财政部门对医疗卫生事业的支持是非常大的。但我国医疗卫生资金仍有不足情况，政府卫生支出的使用结构中医疗保障支出占比逐年增加，在政府卫生支出中开始占据较大比重，说明政府开始加大在医疗卫生需求方的支持力度，着重于减轻公民在医疗卫生中承担的支出压力；医疗卫生服务支出比重近几年有了较大幅度的减少，但在国家医疗卫生支出中比重仍然较大，忽视了社会公民作为需求方在医疗支出上的巨大压力，造成虽然降低了在医疗服务中的支出，但是在四项卫生支出中占据较高比重。各个省份的医疗卫生支出占财政收入的比重差异比较明显，足以见得政府卫生支出在省际分配结构上极不均衡；东部、中部、西部分布中占比最高的东部和占比最低的西部相差 11 个百分点，但西部地区平均占比却超过了全国平均水平，而东部地区却低于 18.71% 的全 国平均水平，财政收入较高，而区域人口较少，是造成西部地区人均政府卫生支出的原因之一，医疗卫生服务需求增长过快，政府医疗卫生支出较低，导致医疗卫生服务供需矛盾凸显，近年来随着医疗改革致力于解决这种供需矛盾，随着改革深化，虽然这种问题有了一定程度的缓解，但严重的供需矛盾仍然存在。中国政府事权与财权的分离，导致各级政府支出责任不明确，财政支出结构不平衡，卫生资源分配结构与医疗服务需求不匹配，出现供需错位。

4.2. 建议

促进政府间事权与财权的对称，科学划分各级政府事权范围。降低政府间医疗卫生事权划分的不确定性[6]；减少政府间财力水平差异，促进基层政府财力配置与其支出责任划分的对称，降低其在财政支出上的医疗支出责任。

完善医疗卫生支出结构。对不合理的医疗卫生支出使用结构“重治疗，轻预防”进行调整，在医疗卫生总量增加的同时提高医疗保障、疾病防疫和控制、健康教育、妇幼保健等方面的支出比重，逐步将

纯医疗卫生服务中的差额预算拨款调整为全额预算拨款，减轻后期治疗成本；同时不断完善多层次保障体制，提高医疗卫生科研支出。

强化区域卫生规划。省级人民政府制定卫生资源配置标准，组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划，明确医疗机构的数量、规模、布局和功能。

增进国际间的交流与合作。许多国家，尤其是 OECD 发达国家较早地开始全面、系统地测算卫生总费用，并定期发表卫生总费用测算结果和分析报告，通过增进国际间交流与合作，对比国家间卫生费用支出结构，找出不足与差距，进一步发展和完善我国的卫生事业。

参考文献 (References)

- [1] 陈丽华. 基本卫生保健制度构建中的政府投入与结构优化研究[J]. 江西社会科学, 2009(12): 149-152.
- [2] 刘丽杭, 王小万. 政府卫生支出的规模、结构与绩效评价研究[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2013.
- [3] 刘军民. 卫生投入的政府责任及结构优化[J]. 卫生经济研究, 2008(6): 3-7.
- [4] 陈春辉, 周金玲. 我国财政公共卫生支出政府间负担结构分析[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(8): 15-17.
- [5] 许慧. 政府卫生支出问题研究[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2010.
- [6] 卢中原. 财政转移支付和政府间事权财权关系研究[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2007.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2169-2556, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: ass@hanspub.org