

财政医疗卫生支出对中国健康 多维贫困的影响研究*

李晓嘉 蒋 承 胡涟漪

【摘 要】文章利用 2012~2018 年“中国家庭追踪调查”(CFPS)面板数据,考察财政医疗卫生支出对中国居民健康多维贫困的减贫效应。研究发现:(1)新医改以来,财政医疗卫生总支出对中国居民的健康多维贫困有显著的减贫效应,且对农村居民的减贫效应更显著。(2)分项支出的回归结果表明,公共卫生支出减贫的作用最为显著,而“补需方”的医疗保障支出的减贫效应比“补供方”的医疗机构支出更为显著。其中医疗机构支出和公共卫生支出对农村居民的减贫效果更为显著;而医疗保障支出对城镇居民的减贫效果更为显著。(3)年龄分组回归的结果表明,医疗卫生机构支出和公共卫生支出对 60 岁以下居民的健康减贫效应大于 60 岁以上的居民;而医疗保障支出对 60 岁以下的居民减贫效应小于 60 岁以上的居民。(4)收入分组回归的结果表明,3 项支出对收入超过贫困线群体的健康减贫效应大于收入低于贫困线的群体。在反贫困策略上,文章建议完善以政府为主导的医疗卫生支出机制;优化支出结构,适度提高公共卫生支出比重;对农村地区和特殊群体实施更有针对性的健康扶贫政策。

【关键词】财政医疗卫生支出 健康多维贫困 面板模型 减贫效应

【作 者】李晓嘉 对外经济贸易大学公共管理学院,教授;蒋 承 北京大学教育学院,副教授;胡涟漪 上海财经大学财经研究所,硕士研究生。

一、引 言

实现精准脱贫是全面建成小康社会的底线任务和标志性指标。随着脱贫攻坚深入推进,中国贫困人口持续减少,脱贫工作取得了历史性的突破。然而,随着中国经济社会的发展,致贫原因变得复杂,贫困性质呈现多元化,Sen(1976)首次将可行能力纳入贫困研究范围,指出贫困不只是收入低下,还包括基本可行能力的被剥夺。健康是人类生存

* 本文为社科基金项目“多维贫困视阈下财政支出减贫的作用机制和动态效应研究”(编号:19BJY229)的阶段性成果。

的一项基本权利,是其他形式人力资本存在和效能发挥的先决条件。而在中国落后地区,由于优质医疗卫生资源匮乏、公共卫生可及性差和医疗保障体系不完善等问题,因病致贫、因病返贫依然是影响脱贫的主要因素。因此,健康扶贫成为扶贫攻坚的一大难点,如何提高特殊弱势人群的健康水平,有效遏制因病返贫现象,对全面建成小康社会和巩固扶贫成果具有重要的意义。

财政医疗卫生支出可以通过改善健康状况增加劳动供给、降低预防性储蓄以增加生产性和人力资本投资、缓解灾难性医疗支出带来的经济冲击 3 个传导机制减贫。目前中国财政医疗卫生支出 3 个主要的领域分别为医疗服务提供体系、公共卫生服务体系和基本医疗保障体系。2009 年中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,政府在医疗卫生领域承担的筹资责任明显回归。不仅财政卫生支出规模快速增长,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,新医改方案明确财政医疗卫生支出投入路径的两个显著特点:一是“保供方”,政府财政保证对服务供给能力的投入,积极破解“看病难”。2009 年以来,政府卫生投入始终重视对供给方的投入,医疗服务体系进一步完善,医疗卫生机构基础设施和设备配置明显改善,基层医疗卫生机构标准化建设持续加强,医疗服务供给能力持续增强,人民群众基本医疗卫生服务的可及性进一步改善。二是“补需方”,各级财政重点支持健全多层次医疗保障制度,努力化解“看病贵”。2009 年以来,中央和地方各级财政重点加强对需求方的投入,以基本医疗保障为主体的多层次医疗保障体系逐步健全,职工医保、城镇居民医保和新农合参保人数超过 13 亿,参保覆盖率稳固在 95% 以上,建成了全球规模最大的基本医疗保障网,为城乡居民病有所医提供了有力的制度保障。

虽然财政医疗卫生支出减贫的可能性得到广泛认可,但已有研究对医疗卫生支出的减贫效果仍存在一些分歧。一些研究表明,政府医疗卫生支出的减贫效果显著(Mcintyre 等,2017),其减贫作用随时间累积增强(黄薇,2017)。而另一些研究表明,财政医疗卫生支出的减贫效果微小或不显著,主要原因包括支出水平低(Lei 等,2009)、瞄准机制差(黄薇,2019)、效果显现周期长(Hamid 等,2011)等。对于不同投入方向的财政医疗支出减贫效果是否一致,已有研究也存在分歧。关于投向医疗卫生机构支出减贫效应的研究,国外的研究发现医疗卫生服务确实对改善居民健康有积极的影响,包括更低的死亡率、更高的预期寿命,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(Heiman 等,2015)。国内学者针对财政补贴医疗卫生机构进行了大量研究。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(应亚珍等,2016);更多研究则指出目前财政补贴实施过程中出现的问题,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(周钦等,2016)。

有研究表明,公共卫生支出确实对改善居民健康、减轻居民贫困具有积极的影响

(李华、俞卫,2013;郑喜洋、申曙光,2019);也有研究发现,公共卫生支出对居民改善健康的效应不显著(Zheng等,2019)。原因可能是公共卫生对健康改善的影响一般是长期性的,其重要性还没有得到足够认识(Li等,2019)。

关于投向医疗保障支出减贫效应的研究,从国际上看,发达国家基本上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等,2013)。研究表明医疗保障在解决贫困问题上具有良好的政策效应,降低疾病对家庭带来的经济风险与冲击(刘子宁等,2019)。也有研究认为,医疗保障对减少大病支出和因病致贫的作用较为有限,反而增加了高风险和灾难性支出,可能的原因是医疗保险给予了人们在生病时寻求治疗和更高级别护理的激励(傅虹桥等,2017)。

已有文献在研究贫困问题时,多使用单一的收入维度来度量贫困,但能力贫困理论认为,贫困是对人获取基本物质生存条件的“可行能力”的剥夺,因此应转向多维福利的角度。另外,已有研究通常直接考察财政医疗卫生支出总量对多维贫困的影响,但政府不同投入方向的财政支出减贫效果是否相同,这一问题鲜有研究。因此,本文结合国际健康综合测评工具 SF-36 和学术界对健康指标的选取,构建符合中国实际的健康多维贫困指标,并测度中国健康多维贫困的发生率及变动趋势。

二、健康多维贫困指标的测算与分析

本文选取 2012、2014、2016 和 2018 年“中国家庭追踪调查”(CFPS)面板数据。根据研究需求,考虑到样本具有稳定的劳动能力,保留 16 岁及以上年龄段的样本,对相关指标缺失或取值异常的个体采取了直接删除的方法。经过匹配和删除后,本文获取了 25 个省份 5 402 个样本的平衡面板数据^①。

(一) 健康多维贫困的测算方法

本文采用“双界线法”(Alkire 等,2017)识别个体的健康多维贫困。首先,识别样本在每个指标上的贫困状态;其次,对每个指标赋予权重,计算样本在所有指标上的剥夺份额,与多维贫困临界值进行对比,识别样本的多维贫困状态。具体方法如下。

假设经济社会有 N 个个体,每个个体的健康多维贫困由 D 个指标进行评价。 y_{ij} 表示个体 i 在指标 j 上的取值($i=1,2,\dots,N,j=1,2,\dots,D$),引入指标 j 的被剥夺临界值 z_j 和单个指标的识别函数 g_{ij} 。当 $y_{ij}<z_j$ 时,令 $g_{ij}=1$,表示该个体 i 在指标 j 贫困;否则 $g_{ij}=0$ 。

^① 中国家庭追踪调查数据中包括被调查者的个人信息。一方面,被调查者某种程度是受限定的,导致样本中未成年人和高龄老人的数量相对较少,由于这部分人陷入健康多维贫困的概率更大,因此本文可能低估医疗卫生支出的减贫效果。另一方面,由于被调查者的个体是追踪样本,平衡面板数据存在样本磨损情况,在一定程度上影响了本文的估计结果。

令 w_j 和 k 分别表示指标 j 的权重和多维贫困临界值,且有 $\sum_{j=1}^D w_j=1$ 。计算个体 i 在所有指标上的剥夺份额 $c_i=\sum_{j=1}^D w_j g_{ij}$ 。当 $c_i \geq k$, 个体 i 为健康多维贫困;否则 $c_i=0$ 。定义 $g_{ij}(k)$ 是经临界值 k 删减的指标识别函数,当个体 i 不属于健康多维贫困时,该个体在 $g_{ij}(k)$ 的各个指标上均为 0。

识别出多维贫困后,再加总。按照上述思路,构建多维贫困综合指数。即:

$$M_{(k)}=\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^D w_j g_{ij}(k)=H_{(k)} \times A_{(k)} \quad (1)$$

式(1)中,贫困发生率 $H_{(k)}$ 表示多维贫困的样本数(q)占总样本数(N)的比重;多维贫困深度 $A_{(k)}$ 表示多维贫困个体的平均加权剥夺份额,即:

$$A_{(k)}=\frac{\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^D w_j g_{ij}(k)}{q} \quad (2)$$

此外, $M_{(k)}$ 指数可以按照指标进行分解,推导出指标 j 对 $M_{(k)}$ 的贡献率 ϕ_j , 即:

$$\phi_j=\frac{\sum_{i=1}^N w_j g_{ij}(k)}{\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^D w_j g_{ij}(k)} \quad (3)$$

(二) 健康多维贫困指标体系的构建

考虑到数据的可获得性,本文结合国际健康综合测评工具 SF-36 及中国学术界对健康维度的选取(李华、俞卫,2013;周坚等,2019),构建可以反映中国国情的健康多维贫困指标体系^①,选取自评健康、身体健康、心理健康和收入水平 4 个维度 8 项指标,并采用主成分分析法(PCA)确定各指标的权重^②。健康多维贫困指标体系的变量、剥夺临界值和权重如表 1 所示。

表 2 结果显示,由于 2012~2018 年贫困发生率从 20.64% 下降到 16.93%,中国的健康多维贫困指数从 1.93% 下降到 1.24%。同一时期,贫困剥夺份额从 9.34% 下降到 7.33%。

① 在多维贫困指标体系的构建方面,本文主要借鉴英国牛津贫困与人类发展中心(OPHI)公布的 MPI 指标体系,该指数在 2010 年《人类发展报告》中开始被使用,之后成为国际通用的多维贫困指数。

② 主成分分析可以在保证信息丢失最少的原则下,对原变量进行降维处理。本文根据各个指标之间的相关系数矩阵得到它的特征值、正规化特征向量和累计方差贡献率,由于前 6 个主成分的累计方差贡献率为 84.85%,所以对指标在提取的前 6 个主成分线性组合中的系数进行加权平均,得到 8 个指标的权重系数,进行归一化,得到如表 1 所示的最终权重。

表1 健康多维贫困的指标体系

维 度	权重(%)	维 度	权重(%)
自评健康		心理健康	
健康状况	21.979	精神健康	14.276
身体健康		生活满意度	3.734
营养指数	6.204	未来信心度	3.315
疾病状况	25.466	收入水平	
生理功能	15.927	个人收入	8.999

注:(1)健康状况指标为观测值(非常健康=1,很健康=2,比较健康=3,一般=4,不健康=5),大于3判定为贫困;(2)营养指数指标为身高质量指数值,小于18.5kg/m²判定为贫困;(3)疾病状况指标为半年内患有严重、非常严重急性病或慢性病判定为贫困;(4)生理功能指标为无法独立完成户外活动、进餐、厨房活动、使用公共交通、购物、清洁卫生、洗衣判定为贫困;(5)精神健康指标为情绪经常或大多数时间感到低落、不能振奋判定为贫困;(6)生活满意度指标为观测值(1~5为很满意至很不满意),大于3判定为贫困;(7)未来信心度指标为观测值(1~5为很有信心至很没信心),大于3判定为贫困;(8)个人收入指标为国内官方标准年人均2300元(2010年价格)的贫困线,且各年数据按照2011年的CPI进行了调整,低于此标准判定为贫困。

从城乡看,2012~2018年农村疾病、健康和营养指数对贫困的贡献较大。农村人口在疾病和健康方面的贫困发生率远高于城市,但城市人口在疾病和健康方面的贫困贡献度相对高于农村。可见,随着经济社会的发展,在收入和生活水平不断提高的情况下,健康和疾病问题已成为影响贫困的主要因素。

三、实证分析

(一) 变量与模型选择

为了研究财政医疗卫生支出对居民健康多维贫困发生率和水平程度的影响,本文分别使用面板Logit模型和面板线性模型。其中,Logit模型的被解释变量为居民健康多维贫困状况(贫困=1,不贫困=0),线性模型的被解释变量为居民健康多维贫困深度。Hausman检验结果均不能拒绝原假设,所以应使用随机效应估计量。即:

$$poverty_{ipt} = \beta_0 + \beta_1 L.poverty_{ipt} + \beta_2 expenditure_{pt} + \sum_{j=3} \beta_j X_{ipt} + \varepsilon_{ipt} \quad (4)$$

式(4)中, i 、 p 、 t 分别表示个人、省份和时间, β_0 为截距项, ε_{ipt} 为误差项。 $poverty_{ipt}$ 衡量 t 年 p 省个人 i 的健康多维贫困状况和深度。由于医疗支出存在一定的滞后性,当期

农村的贫困发生率、多维贫困深度和贫困综合指数远高于城市。

从指标上看,疾病、健康状况和营养指数等指标对贫困的贡献较大。收入水平在2012年贫困发生率处于所有指标中的高位,随着精准扶贫的推进,2018年下降到7.35%的低位,该指标的贫困贡献度也相应下降。随着财政投入的增加和健康扶贫政策的实施,健康指标的贫困发生率有所下降。但疾病状况的贫困发生率变化很小,对多维贫困的贡献度不降反升,在整个考察期间内对多维贫困程度均有重要影响。这表明如何减少疾病的冲击,改善弱势人口的健康问题,成为当前扶贫工作应着重关注的问题。

表 2 健康多维贫困各项指标的计算结果 (k=0.3) %

指 标	横截面计算结果				城乡计算结果	
	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	城市	农村
贫困发生率(H)	20.640	17.508	18.315	16.927	13.198	20.076
多维贫困深度(A)	9.340	7.721	8.238	7.329	5.750	8.966
贫困综合指数(M)	1.928	1.352	1.509	1.241	0.759	1.800
受限贫困发生率(H _l)						
健康状况	16.363	15.313	14.246	13.778	10.713	16.339
疾病状况	19.463	19.246	19.593	18.951	15.368	20.634
生理功能	2.664	1.978	3.800	4.312	1.354	3.804
营养指数	10.507	10.108	10.559	10.515	8.341	11.110
精神健康	6.012	7.704	6.229	6.490	4.606	7.289
生活满意度	9.622	4.937	6.941	2.768	5.158	6.381
未来信心度	7.852	4.182	5.882	3.358	4.313	5.658
收入水平	12.236	10.128	7.933	7.351	6.147	10.513
对贫困的贡献率(φ _l)						
健康状况	16.900	17.307	18.236	19.297	18.289	17.779
疾病状况	24.357	27.587	26.617	29.889	27.539	26.796
生理功能	3.565	3.203	5.766	7.354	2.944	5.303
营养指数	14.062	16.365	16.022	17.934	18.132	15.489
精神健康	8.047	12.474	9.452	11.068	10.013	10.162
生活满意度	12.877	7.993	10.532	4.720	11.213	8.896
未来信心度	10.509	6.771	8.926	5.727	9.376	7.888
收入水平	9.684	8.302	4.450	4.010	2.494	7.686

值可能受上一期的影响,为避免遗漏变量导致估计有偏,在回归中加入被解释变量的滞后项 $L.poverty_{ipt}$ 。 $expenditure_{pt}$ 指 p 省 t 年的财政医疗卫生支出,由于各省没有公布医疗卫生机构支出、公共卫生支出和医疗保障支出的财政数据,因此,本文根据现行财政补贴口径构建相应的代理变量(郑喜洋、申曙光,2019)。医疗卫生机构支出采用公立医院的人员经费支出,即公立医院的医务人员数量 \times 相应机构的平均薪酬。公共卫生支出采用公共卫生机构的人员经费支出和公共卫生服务经费之和^①,前者计算公式为:基层医疗卫生机构、妇幼保健院、疾病预防控制中心、卫生监督所的人员数量 \times 相应机构的平均薪酬,后者计算公式为:各省人口数 \times 人均补贴标准。医疗保障支出采用各省新农

① 学界普遍认为,专业公共卫生服务网络包括疾病预防控制、健康教育和妇幼保健等专业服务机构和具有“医防一体”功能的基层医疗卫生机构,在城市即社区卫生服务机构,在农村则是乡镇卫生院、村卫生室,共同构成相互连接的公共卫生服务体系(杜创,2020)。因此,本文把专业公共卫生机构和基层医疗卫生机构获得的财政补贴支出之和作为公共卫生支出的代理变量。

合、城居保参保人数×财政补贴标准。财政支出取省级人均水平的对数,以消除可能的异方差影响,并以2011年的CPI进行平减。相关数据来自历年《中国统计年鉴》《中国民政统计年鉴》《中国劳动统计年鉴》和《中国卫生健康统计年鉴》。 X_{ijt} 是个人和家庭控制变量(见表3)。

(二) 实证结果及分析

1. 医疗卫生总和支出对健康多维贫困的影响

表4结果表明,财政医疗卫生支出与居民的健康多维贫困状态和多维贫困深度显著负相关,其中对农村居民的减贫效应大于城镇居民。可见新医改以来,中国的财政医疗卫生支出起到了抑制“因病致贫”“因病返贫”的作用,对中国居民健康的福利效应显现。2009年后,中国持续增加对医疗卫生服务的投入,财政医疗卫生支出从2010年的4804亿元增长至2018年的15700亿元,年均增速达16.0%;财政医疗卫生支出占财政总支出的比例从2010年的5.4%上升至2018年的7.1%。即使在中国财政收入增速明显放缓的情况下,政府持续增加对医疗卫生进行投入,彰显了建设健康中国的决心。与此同时,中国从2016年开始实施健康扶贫工程,有利于农村居民减少多维贫困。中央连续3年出台了有关健康扶贫的政策,希望通过“三个一批”等政策措施,既要让贫困者看

表3 主要变量的描述性统计(N=21608)

变 量	均值	标准差	最小值	最大值
个人特征变量				
健康多维贫困状况	0.211	0.408	0	1
健康多维贫困深度	0.096	0.194	0	1
年龄	42.991	13.621	16	87
性别	0.525	0.499	0	1
受教育年限	9.016	4.492	0	19
未婚	0.121	0.326	0	1
已婚	0.837	0.370	0	1
离婚或丧偶	0.042	0.202	0	1
户籍	0.372	0.483	0	1
家庭特征变量				
家庭规模	4.238	1.836	1	15
家庭劳动力比例	0.592	0.280	0.0714	1
家庭抚养人口占比	0.482	0.641	0	7
家庭平均收入(万)	2.018	4.370	0	286.458
省份特征变量				
财政医疗卫生支出	6.457	0.326	5.898	7.790
医疗卫生机构支出	5.443	0.553	4.250	7.352
公共卫生支出	5.141	0.291	4.490	6.327
医疗保障支出	5.785	0.423	4.903	6.656

得起病、看得好病,还要让贫困人群少生病(李静,2019)。这不仅依赖于贫困地区的医疗服务水平提升、公共卫生环境改善和医疗保障体系建设,更依赖于中国医疗卫生服务的“亲贫性”不断提高。

分析控制变量结果可知:(1)从个人变量特征看,年龄与居民健康多维贫困的关系呈U形,说明随着年龄的增长,健康多维贫困发生率和深度先下降后上升。受教育程度、性别、户籍对中国人口多维贫困产生显著影响,受教育程度高的人群、男性和非农户籍人口更

表 4 医疗卫生总支出对健康多维贫困的影响

变 量	多维贫困状况			多维贫困深度		
	全样本	城镇	农村	全样本	城镇	农村
上期多维贫困	1.801*** (0.043)	1.785*** (0.084)	1.741*** (0.064)	0.447*** (0.007)	0.272*** (0.012)	0.441*** (0.009)
医疗卫生支出	-0.340*** (0.108)	-0.270* (0.164)	-0.516*** (0.135)	-0.025*** (0.007)	-0.020** (0.009)	-0.036*** (0.010)
年龄	-0.016* (0.009)	-0.037* (0.022)	-0.035*** (0.013)	-0.006** (0.004)	-0.005*** (0.001)	-0.001* (0.001)
年龄平方	0.000** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.001*** (0.000)	0.000* (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
性别	-0.184*** (0.042)	-0.098 (0.083)	-0.241*** (0.052)	-0.016*** (0.003)	-0.005 (0.004)	-0.024*** (0.004)
教育	-0.054*** (0.006)	-0.069*** (0.011)	-0.046*** (0.007)	-0.004*** (0.000)	-0.005*** (0.001)	-0.004*** (0.001)
已婚	-0.400*** (0.099)	-0.098 (0.206)	-0.492*** (0.119)	-0.026*** (0.007)	-0.004 (0.010)	-0.037*** (0.009)
离婚或丧偶	-0.421*** (0.136)	0.0122 (0.265)	-0.555*** (0.167)	-0.029*** (0.009)	-0.002 (0.013)	-0.040*** (0.013)
户籍	-0.550*** (0.053)			-0.034*** (0.004)		
家庭规模	0.045*** (0.013)	0.051** (0.025)	0.031* (0.018)	0.003*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.002* (0.001)
家庭劳动力比例	-0.108* (0.081)	-0.186** (0.091)	-0.118* (0.090)	-0.012* (0.006)	-0.010* (0.008)	-0.011* (0.008)
家庭抚养人口占比	0.076** (0.038)	0.140** (0.070)	0.036 (0.048)	0.003 (0.003)	0.006* (0.003)	0.001 (0.004)
家庭平均收入	-0.074*** (0.013)	-0.060*** (0.021)	-0.085*** (0.017)	-0.001*** (0.000)	-0.001** (0.000)	-0.005*** (0.001)
截距项	1.437*** (0.613)	1.640*** (0.721)	1.717*** (0.518)	0.272*** (0.059)	0.224*** (0.070)	0.304*** (0.090)
样本量	21608	7851	13757	21608	7851	13757

注：括号内数据为标准误；*、**、*** 分别表示 10%、5%、1%的水平上显著。

不容易陷入健康多维贫困。(2)从家庭特征变量看,家庭规模和抚养人口占比对多维贫困产生正向显著影响,家庭人口越多、家庭 60 岁以上和 15 岁以下的被抚养人口越多,家庭越容易陷入健康多维贫困。家庭劳动力比例和家庭平均收入对多维贫困呈显著的负向影响,劳动力比重越大,负担系数越小;家庭收入越高,越不容易陷入多维贫困。

2. 医疗卫生支出结构对健康多维贫困的影响

表 5 的估计结果显示,医疗卫生机构支出与健康多维贫困状态、多维贫困深度显著

表 5 医疗卫生支出结构对健康多维贫困的影响

变 量	多维贫困状况			多维贫困深度		
	全样本	城镇	农村	全样本	城镇	农村
上期多维贫困	1.523*** (0.059)	1.592*** (0.101)	1.489*** (0.068)	0.351*** (0.006)	0.274*** (0.011)	0.338*** (0.008)
医疗卫生机构支出	-0.231*** (0.049)	-0.211*** (0.074)	-0.256*** (0.065)	-0.011*** (0.004)	-0.011*** (0.005)	-0.012** (0.005)
公共卫生支出	-0.334*** (0.084)	-0.324*** (0.124)	-0.380*** (0.105)	-0.019*** (0.005)	-0.016** (0.007)	-0.023*** (0.006)
医疗保障支出	-0.242*** (0.061)	-0.276*** (0.011)	-0.213*** (0.074)	-0.017*** (0.003)	-0.022*** (0.004)	-0.014*** (0.004)
截距项	-1.161*** (0.374)	-1.032*** (0.379)	-0.942** (0.462)	0.153*** (0.020)	0.225*** (0.046)	0.174*** (0.027)
样本量	21608	7851	13757	21608	7851	13757

注：括号内数据为标准误；控制了控制变量。*、**、*** 分别表示 10%、5%、1%的水平上显著。

负相关,其减贫效应对农村居民更大。在 3 项支出中,医疗卫生机构支出减贫效应最小,略低于医疗保障支出。可见公立医院提供的基本医疗服务在一定程度上能够改善医疗服务可及性,满足居民的基本医疗需求。2009 年以来,财政对公立医院的直接补助从 2010 年的 794 亿元上升至 2018 年的 2 697 亿元,年均增速高达 16.5%^①,公立医院的基础设施和设备配置明显改善,医疗服务供给能力持续增强。与城镇地区相比,农村地区医疗资源基础薄弱,农村居民所能享受的医疗服务远不及城镇居民。2017 年中国健康扶贫政策开展“三个一”建设,同时开展全国三级医院与特定贫困地区县级医院的一对一帮扶,这些政策提高农村地区的医疗服务能力,增加农村居民对医疗卫生服务的可及性,减轻了农村居民的健康多维贫困。

公共卫生支出与健康多维贫困状态和多维贫困深度显著负相关,其中对农村居民的减贫效应大于城镇居民。在 3 项支出中,公共卫生支出的减贫效应最强,公共卫生服务可以改善城乡居民的生活环境,有效地进行疾病防控,降低未来花费在救治上的费用,避免贫困人口陷入贫困的恶性循环。新医改以来,政府对基层医疗卫生机构的直接财政补助从 2010 年的 411 亿元增加至 2018 年的 1 977 亿元,年均增速高达 21.7%,城乡居民基本医疗卫生服务得到明显改善。同时增加了对专业卫生机构的财政投入,财政补助占疾病控制机构收入的比例从 2010 年的 55.3%上升至 2018 年的 74.4%^②,专业公共卫生服务体系更加健全,防病能力有所加强。

①② 数据来自历年的《中国卫生健康统计年鉴》。

医疗保障支出与健康多维贫困状态和多维贫困深度显著负相关,其中对城镇居民的减贫效应大于农村居民。在 3 项支出中,医疗保障支出的系数第二,仅次于公共卫生支出。新医改以来,“补需方”提高医疗保障水平是中国健康扶贫政策最主要的着力点,城乡居民医保财政补助资金从 2009 年 744.81 亿元增加到 2017 年 4 918.68 亿元,年均增速高达 23.34%^①,为城乡居民“病有所医”提供了保障,居民“看病贵”的状况得到改善。近年来,中国医疗保障支出开始明显向农村人口倾斜,“新农合”财政补助标准从 2003 年试点实施时的人均 20 元提高到 2010 年人均 120 元,2018 年又提高到 490 元,政策范围内门诊和住院费用报销比例稳定在 50%和 75%左右。2016 年国务院决定将新农合与城镇居民基本医疗保险整合为城乡居民基本医疗保险,截至 2018 年年初,中国共有 23 个省份实施城乡居民医保。制度整合提高了农村医疗保障的公平性,但农村整体的保障水平仍然低于城镇居民,一定程度上限制了医疗保障支出的减贫效应。

3. 医疗卫生支出结构对健康多维贫困的异质性检验

为了考察医疗卫生支出对居民健康多维贫困的差异性影响,本文分别按照居民的年龄和收入划分样本后进行分组回归。

首先,考察财政医疗卫生支出结构对不同年龄居民的减贫效应。表 6 的回归结果表明,医疗卫生机构支出和公共卫生支出对 60 岁以下居民的减贫效果大于 60 岁以上居民。虽然近年来中国通过实行“家庭医生签约服务”的健康扶贫政策,为贫困老人提供多样化的重点慢性疾病治疗指导,降低贫困老人慢性病的发病率。但改善老年人健康状况的难度相对较大。医疗保障支出对 60 岁以下居民的减贫效果小于 60 岁及以上的居民。可能是由于老年人是重大疾

表 6 医疗卫生支出结构对不同年龄居民健康多维贫困的影响

变 量	多维贫困状况		多维贫困深度	
	60 岁以下	60 岁及以上	60 岁以下	60 岁及以上
上期多维贫困	1.629*** (0.090)	1.621*** (0.063)	0.240*** (0.009)	0.368*** (0.009)
医疗卫生机构支出	-0.191*** (0.059)	-0.118* (0.070)	-0.014*** (0.003)	-0.010*** (0.004)
公共卫生支出	-0.322** (0.138)	-0.273*** (0.099)	-0.022*** (0.006)	-0.021*** (0.008)
医疗保障支出	-0.208** (0.104)	-0.244*** (0.072)	-0.019*** (0.005)	-0.021*** (0.006)
截距项	0.703 (0.719)	1.169*** (0.422)	0.132*** (0.018)	0.326*** (0.033)
样本量	17069	4539	17069	4539

注:括号内数据为标准误;*、**、*** 分别表示 10%、5%、1%的水平上显著。

^①《关于 2017 年全国社会保险基金决算的说明》,财政部网站(http://sbs.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/shu-judongtai/201810/t20181030_3057886.htm),2018 年 10 月 31 日。

病、慢性病高发群体,医疗费用是其他群体的数倍,医保降低医疗边际成本,释放老年人的医疗需求,提高老年人对医疗服务的利用率。

其次,本文考察财政医疗卫生支出结构对不同收入阶层居民的减贫效应。表7结果显示,医疗卫生机构支出对收入超过贫困线的群体减贫效应大于收入低于贫困线的群体。可能的解释是目前医疗卫生机构支出的总量有限,对收入低于贫困线者医疗服务利用的需求拉动不足,使对收入低于贫困线者的健康多维贫困的减贫效果不如收入高于贫困线者。公共卫生支出对收入高于贫困线者的减贫效应大于收入低于贫困线者。公共卫生支出提高了居民的健康水平,减少了健康多维贫困。一方面,通过向居民提供免费的公共卫生服务降低居民患病的概率,从而减少医疗消费支出,如预防接种、健康教育、健康管理等。另一方面,与大医院相比,基层医疗卫生机构的收费标准较低,减少了患者的整体医疗支出。与收入低于贫困线者相比,收入高于贫困线者具有更强的保健意识,更多的医疗知识,对于基本卫生公共服务利用率更高,因此更有利于改善其健康状况。财政

表7 医疗卫生支出结构对不同收入居民健康多维贫困的影响

变 量	多维贫困状况		多维贫困深度	
	低于贫困线	超过贫困线	低于贫困线	超过贫困线
上期多维贫困	1.371*** (0.066)	1.586*** (0.084)	0.307*** (0.011)	0.138*** (0.007)
医疗卫生机构支出	-0.143** (0.068)	-0.299*** (0.079)	-0.028*** (0.006)	-0.031** (0.013)
公共卫生支出	-0.378*** (0.116)	-0.380*** (0.107)	-0.045*** (0.010)	-0.091** (0.005)
医疗保障支出	-0.212*** (0.081)	-0.315** (0.142)	-0.033*** (0.007)	-0.090*** (0.031)
截距项	1.371*** (0.066)	1.586*** (0.084)	0.307*** (0.011)	0.138*** (0.007)
样本量	2613	18995	2613	18995

注:括号内数据为标准误;控制了控制变量。*、**、*** 分别表示10%、5%、1%的水平上显著。

4. 医疗卫生支出对健康各维度贫困的影响

为了在多维分析框架下更清晰地捕捉财政医疗卫生支出影响居民健康的福利维度,对财政医疗卫生支出与居民健康各维度贫困进行回归(见表8)。结果表明,财政医疗卫生支出对居民健康各维度贫困均有显著负效应,但对各维度的作用效果并不相同。其中,对身体健康维度各指标的影响最显著,然后依次是自评健康和收入水平维度的各指标,对心理健康维度各指标的影响相对较小。再次证明新医改以来,中国财政医疗卫生支出在提高居民健康水平方面发挥了重要的保障作用。

医疗保障支出对收入高于贫困线者的减贫效应大于收入低于贫困线者。可见对于收入低于贫困线者,即使参加了医疗保险,也可能因为不具备自付能力而享受不到医疗保险的好处,对医疗服务利用率较低,从而限制减贫的效果。而收入高于贫困线者对医疗服务的自付能力较强,对医疗服务的利用率较高。

表 8 医疗卫生支出对健康各维度贫困的影响(N=21608)

变 量	健康 状况	生理 功能	疾病 状况	营养 指数	精神 健康	生活 满意度	未来 信心度	个人 收入
上期贫困状况	1.551*** (0.038)	1.413*** (0.116)	1.405*** (0.050)	2.907*** (0.039)	1.107*** (0.095)	0.736*** (0.124)	1.615*** (0.124)	1.431*** (0.036)
医疗卫生支出	-0.262*** (0.067)	-0.452*** (0.098)	-0.664*** (0.106)	-0.651*** (0.120)	-0.140** (0.068)	-0.165** (0.065)	-0.115* (0.062)	-0.253*** (0.064)
截距项	3.533*** (0.505)	3.302*** (0.171)	4.077*** (0.489)	1.755*** (0.515)	5.274*** (0.715)	2.064*** (0.737)	3.326*** (0.866)	4.607*** (0.468)

注:括号内数据为标准误;控制了控制变量。*、**、*** 分别表示 10%、5%、1%的水平上显著。

5. 医疗卫生支出对健康多维贫困的稳健性检验

为了确保基准回归结果的稳健性,本文进一步考虑抽样误差和模型设定误差的问题,控制上述问题后的回归结果如表 9 所示。一方面,极端贫困者的样本可能会影响回归结果。为避免这一问题,模型 1 和模型 2 删除了多维贫困深度大于 0.8 的样本后重新进行回归,但没有改变本文的基本结论。另一方面,当样本不是多维贫困者时,其多维贫困深度取值 0,这意味着本文所使用的数据存在左删失,线性回归模型并不能得到一致估计,因此模型 3 和模型 4 采用面板 Tobit 模型重新进行估计,主要解释变量的显著性及回归系数的符号没有产生明显的变化,证明本文回归结果的稳健性。

表 9 关于多维贫困深度的误差和模型调整

变 量	抽样误差		模型设定误差	
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4
上期多维贫困	0.431*** (0.007)	0.334*** (0.006)	0.445*** (0.008)	0.414*** (0.018)
医疗卫生支出	-0.026*** (0.007)		-0.032*** (0.010)	
医疗卫生机构支出		-0.010*** (0.003)		-0.024*** (0.005)
公共卫生支出		-0.018*** (0.005)		-0.039*** (0.009)
医疗保障支出		-0.012*** (0.003)		-0.027*** (0.006)
截距项	0.279*** (0.058)	0.154*** (0.020)	0.311*** (0.082)	0.142*** (0.039)
样本量	21530	21530	21608	21608

注:括号内数据为标准误;控制了控制变量。*、**、*** 分别表示 10%、5%、1%的水平上显著。

四、结论与政策建议

本文使用 2012~2018 年中国家庭追踪调查数据,考察财政医疗卫生支出对中国居民健康多维贫困的减贫效应。实证结果表明:(1)新医改以来,财政医疗卫生总支出对

中国居民的健康多维贫困具有显著的减贫效应,其中,对农村居民的减贫效应比城镇居民更显著。(2)从分项支出的回归结果看,3项支出中公共卫生支出减贫的效应最为显著,而“补需方”的医疗保障支出的减贫效应比“补供方”的医疗机构支出更为显著。其中,医疗机构支出和公共卫生支出对农村居民的减贫效果更为显著;而医疗保障支出对城镇居民的减贫效果更为显著。(3)医疗卫生机构支出和公共卫生支出对60岁以下居民的健康减贫效应大于60岁及以上的居民;而医疗保障支出对60岁以下的居民减贫效应小于60岁及以上的居民。收入分组回归的结果表明,3项支出对于收入超过贫困线群体的健康减贫效应均大于收入低于贫困线群体。基于上述研究结果,本文提出以下政策建议。

第一,增加政府财政医疗卫生支出总量,完善以政府为主导的医疗卫生支出机制。根据IMF数据,目前美国、日本和新加坡医疗卫生支出占财政支出的比重分别为24.44%、19.80%和13.47%,而2018年中国医疗卫生支出占财政支出的比重为7.07%,仍然低于西方发达国家。从各国财政医疗卫生支出占GDP比重看,2010年以来发达国家的该指标均维持在6%以上,而中国这一指标不到3%。因此,中国要合理增加财政医疗卫生支出的规模,稳步提高财政支出占GDP的比重,保障城乡居民获得基本的医疗及公共卫生服务。

第二,持续优化支出结构,适度提高公共卫生支出的比重。今后政府应将财政补助资金优先投向基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构,降低对公立医院和医疗保障领域投入的增速。基于这次疫情防控的经验教训,政府应实现医院、基层与专业公共卫生服务机构的协调发展,推进基本公共卫生服务均等化,尤其强调防治重大疾病,降低人们因病致贫、因病返贫的概率。

第三,应对农村地区和特殊困难群体实施更有针对性的健康扶贫财政政策。财政应让更多的医疗卫生资源优先向农村倾斜,特别是向贫困农村地区转移,实现城乡医疗卫生资源的均等化。积极应对人口老龄化和疾病谱变化,对特殊贫困群体特别是贫困老人进行精准帮扶和特别救助,通过政策兜底年龄较大、患慢性病等可行能力较弱的人口,充分发挥财政部门在实现健康治理体系和健康治理能力现代化中的基础性和支柱性作用,提升健康扶贫的质量。

参考文献:

1. 杜创(2020):《2009年新医改至今中国公共卫生体系建设历程、短板及应对》,《人民论坛》,第Z1期。
2. 傅虹桥等(2017):《健康水平,医疗保险与事前道德风险——来自新农合的经验证据》,《经济学(季刊)》,

- 第 2 期。
3. 黄薇(2019):《保险政策与中国式减贫:经验、困局与路径优化》,《管理世界》,第 1 期。
4. 黄薇(2017):《医保政策精准扶贫效果研究——基于 URBMI 试点评估入户调查数据》,《经济研究》,第 9 期。
5. 李华、俞卫(2013):《政府卫生支出对中国农村居民健康的影响》,《中国社会科学》,第 10 期。
6. 李静(2019):《中国健康扶贫的成效与挑战》,《求索》,第 5 期。
7. 刘子宁等(2019):《医疗保险、健康异质性与精准脱贫——基于贫困脆弱性的分析》,《金融研究》,第 5 期。
8. 应亚珍等(2016):《基层医疗卫生机构“收支两条线”的比较研究》,《卫生经济研究》,第 9 期。
9. 郑喜洋、申曙光(2019):《财政卫生支出:提升健康与降低费用——兼论企业医保降费》,《经济管理》,第 1 期。
10. 周坚等(2019):《基本医疗保险减轻了农村老年人口贫困吗——从新农合到城乡居民医保》,《社会保障研究》,第 3 期。
11. 周钦等(2016):《均等下的不公——城镇居民基本医疗保险受益公平性的理论与实证研究》,《经济研究》,第 6 期。
12. Alkire, S., Apablaza, M., Chakravarty, S. and Yalonetzky, G. (2017), Measuring Chronic Multidimensional Poverty. *Journal of Policy Modeling*. 37(6):983–1006.
13. Heiman H.J., Artiga S. (2015), Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. Henry J. Kaiser Family Foundation Satcher Health Leadership Institute.
14. Hamid S.A., Roberts J., Mosley P. (2011), Evaluating the Health Effects of Micro Health Insurance Placement: Evidence from Bangladesh. *World Development*. 39(3):399–411.
15. Jaspersen J., Richter A. (2013), The Influence of Premium Subsidies on Moral Hazard in Insurance Contracts. Munich Risk and Insurance Center (MRIC) Working Paper.
16. Lei X., Lin W. (2009), The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health?. *Health Economics*. 18(S2):S25–S46.
17. Li J., Shi L., Liang H., et al. (2019), Health Care Utilization and Affordability among Older People Following China's 2009 Health Reform: Evidence from CHARLS Pilot Study. *International Journal for Equity in Health*. 18(1):62.
18. McIntyre D., Meheus F., Røttingen J. (2017), What Level of Domestic Government Health Expenditure Should We Aspire to for Universal Health Coverage?. *Health Economics, Policy and Law*. 12(2):125–137.
19. Sen A. (1976), Poverty: An Ordinal Approach to Measurement. *Econometrica*. 44(2):219–231.
20. Zheng D., Gong J., Zhang C. (2019), Efficiency of Medical Service Systems in the Rural Areas of Mainland China: A Comparative Study from 2013 to 2017. *Public Health*. 171:139–147.

(责任编辑:朱 犁)