

# 省及省以下财政分权与区域公共卫生服务供给

## ——基于面板分位数回归的实证研究

刘小勇<sup>1</sup>, 李齐云<sup>2</sup>

(1. 华南理工大学经济与贸易学院, 广东 广州 510006; 2. 山东大学经济学院, 山东 济南 250100)

**摘要:** 本文利用面板分位数模型, 实证检验了财政分权对区域公共卫生服务供给的影响。发现, 省级财政分权对区域公共卫生服务供给具有显著正效应, 省以下财政分权对公共卫生服务产出具有负效应, 对公共卫生投入效应不显著。不同条件分位数下, 财政分权对公共卫生服务供给的影响表现出较大差异。

**关键词:** 财政分权; 公共卫生服务; 面板分位数

**中图分类号:** F062.6

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1004-4892(2015)04-0019-09

### 一、引言和文献回顾

关于中国财政分权的研究大多集中在分析和检验财政分权对经济增长的影响, 检验财政分权对公共产品和公共服务供给等方面的文献并不多。赞成财政分权的重要观点之一就是分权体制下, 地方政府将更贴近本地居民, 从而提供更匹配的公共产品, 因而会提高公共产品供给效率, 从而提高经济增长率。张军等(2007)认为中国分权体制下对上负责的政治机制可以解释为什么中国拥有良好的基础设施<sup>[1]</sup>。良好的基础设施对中国高速经济增长做出了重要贡献, 但是, 从长期来看, 决定经济增长的更关键因素是人力资本, 人们自然要问, 中国的财政分权在促进基础设施快速发展的同时, 是否也促进了人力资本的快速积累。因此, 从实证的角度, 检验财政分权对人力资本积累的影响便显得非常必要。

西方主流财政分权理论认为, 在“用手投票”机制和“用脚投票”机制下, 财政分权会提高社会福利总水平。“用手投票”机制下, 通过居民选举产生的地方政府具有信息上的优势和激励来了解和满足当地公众的需求; “用脚投票”机制下, 地方政府根据居民偏好提供不同税收和公共产品组合, 居民根据自身偏好选择不同的辖区居住, 从而选择相应的税收和公共产品组合。在上述两种机制作用下, 财政分权会促使地方政府更多地考虑本地居民的偏好, 不断采取措施提高公共服务供给效率, 改善社会福利总水平。Habi等(2001)发现西方国家的财政分权与地区竞争有利于提高诸如教育、卫生、社会保障等公共产品的支出水平, 美国和部分发展中国家的经验支持了这一结论<sup>[2]</sup>。但乔宝云等(2006)认为, “用脚投票”机制在中国并不存在, 一般而言, 居民对公共产品的

收稿日期: 2014-07-04

基金项目: 国家社科基金资助项目(14AZD023; 13BJY155); 教育部人文社科基金资助项目(12YJC790125); 广东省哲学社会科学“十二五”规划项目(GD12YJLJ01); 中央高校基本科研业务费专项资金资助项目(2013XZD09; 2013XZD07)

作者简介: 刘小勇(1980-), 男, 江西新干人, 华南理工大学经济与贸易学院副教授; 李齐云(1955-), 男, 山东曹县人, 山东大学经济学院教授。

偏好和需求并不在地方政府的优先考虑范围内<sup>[3]</sup>。傅勇和张晏(2006)、李婉(2007)发现中国的财政分权以及基于政绩考核下的政府竞争导致地方政府重经济建设支出,而轻文教科卫社会性支出<sup>[4][5]</sup>。孟庆跃等(2003)发现卫生部门财政分权给卫生部门带来了负面影响,并未促进经济落后地区卫生服务系统的发展<sup>[6]</sup>。李齐云等(2010)发现财政分权对区域公共卫生服务供给影响较为复杂<sup>[7]</sup>。

现有文献还鲜有实证检验财政分权,尤其是省以下财政分权对公共卫生服务供给的影响,省以下政府是中国公共产品供给的主要主体,忽略省以下财政分权对公共产品供给的影响,可能导致结论的偏颇。基于此,本文利用面板分位数回归检验省及省以下财政分权对公共卫生服务供给的影响,考察不同条件分位数下,财政分权对公共卫生服务供给的影响是否存在不同,以期为中心政府和省级政府实施更好的分权体制,提高公共卫生服务供给提供借鉴。

## 二、公共卫生服务供给影响因素分析

### (一) 财政分权制度变迁影响公共卫生服务供给

分权反映的是政府间的财政制度安排,不同的分权体制和分权程度对政府行为的影响不一样,在中国,次级政府主要是对上级政府负责,在这种委托代理模式下,次级政府安排财政支出时更多考虑的是上级政府的偏好,如果上级政府偏好于基础设施类公共产品,则该类公共产品的供给会增加,如果上级政府偏好公共卫生服务,则这类公共产品供给会增加。

分权体制下,地方政府间公共产品供给中还会存在标尺竞争和溢出效应,如果中央政府更加偏好某类公共产品,那么地方政府之间会竞相加大提供该公共产品的力度,在以 GDP 为中心的考核机制中,地方政府会为经济增长率展开竞争,将更多的财政资金投入到短期对经济增长率提高有较大作用的经济性公共产品供给中,而降低社会性支出的投入比重,但这并不意味着地方政府不会增加这类公共产品的供给,只不过供给的力度相对经济性公共产品供给而言显得较小,因为地方政府除了提高经济增长率之外,还会追求预算最大化目标,这也使得各类公共产品的供给可能会有所提高。教科文卫类公共产品具有较强的外溢性,李真和刘小勇(2012)的研究证明了教科文卫支出对相邻地区经济增长具有较强的正外部性,地方政府间为经济增长率展开竞争的时候,会较少考虑这类公共产品的供给<sup>[8]</sup>,刘小勇和丁焕峰(2011)的研究证明了这一点,某一地区公共卫生服务供给的增加会使得相邻地区减少该类公共卫生服务的供给<sup>[9]</sup>,这也验证了当存在正的外部性时,公共产品的供给往往是不足的。

分权体制下,横向部门之间也存在竞争,中国虽然不存在广泛意义上的“以手投票”机制,但在政府部门内部则是存在“以手投票”机制的,省级政府官员需要各横向部门的配合,才能确保其在该省获得成功,这样官员分配资源时会考虑到各个横向部门;另外,各横向部门领导都具有自身的部门利益,为了部门利益,他们展开对财政资源分配的争取以最大化本部门预算,这种机制的存在,使得分权体制下,政府公共卫生供给水平有所提高。

### (二) 政府供给能力影响公共卫生服务供给

政府供给能力越强,供给的各类公共产品总量都会有所增加,虽然对各类公共产品供给的程度并不完全一样。政府支出占 GDP 的比重反映了政府供给公共产品的能力,政府支出占 GDP 的比重越高,表明政府掌握的资源越多,用于供给公共产品的资金也越多,因此,公共产品和服务的供给也会增加。

### (三) 公共产品的需求影响公共卫生服务供给

虽然,在中国公共产品和服务的供给属于自上而下供给主导型的提供模式,但是,中央和

地方政府供给公共产品的时候也会考虑居民的需求，地方政府在迎合中央政府的偏好时，也会考虑到本地居民的需求水平。根据瓦格纳法则，随着人均 GDP 水平的提高，居民对教育、医疗、卫生等方面的公共产品的需求会增加，因此，本文选用人均 GDP 来测度居民需求对公共产品供给的影响。

### 三、区域公共卫生服务供给及差异性演变趋势

对于公共产品和服务的测度可以从投入、直接产出和消费三个视角测度，考虑到消费视角测度的公共产品和服务数据难以获得，本文采用投入和直接产出来测度区域公共卫生服务。采用人均卫生事业费作为投入类指标，采用每万人拥有医院卫生院床位数和每万人拥有卫生技术人员作为直接产出指标。

#### （一）区域间公共卫生服务投入变动及差异性演变分析

图 1 反映了 1997 - 2006 年各地区人均卫生经费增长情况，从图中可以看出各地区人均卫生经费年均增长率基本在 10% - 15% 之间，而同一时期，人均 GDP 年均增长率基本都低于人均卫生经费年均增长率，这表明，虽然地方政府为 GDP 竞争会将更多的财政支出投向经济建设领域，但并不意味着不会增加教育、卫生等社会性支出，只不过地方政府对教育、卫生服务投入的重视程度低于经济建设领域而已。

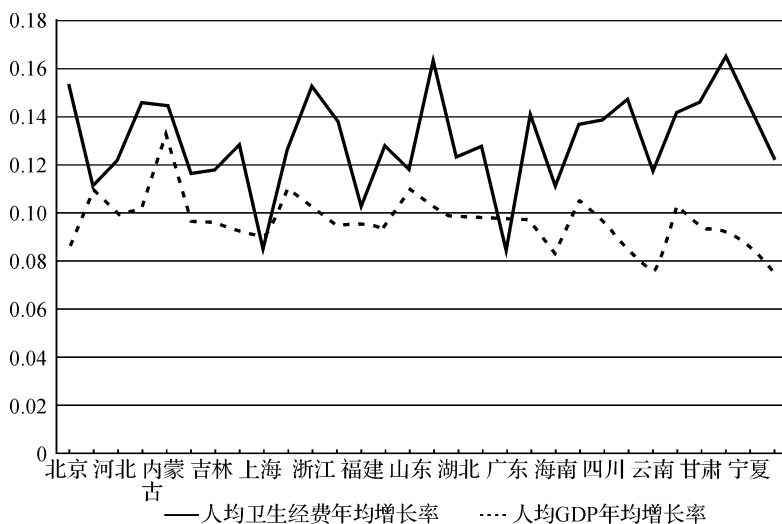


图 1 1997 - 2006 年各地区人均卫生经费和人均 GDP 年均增长率

从图 1 还可以看出，不同地区之间的人均卫生经费增长率的差异程度要高于人均 GDP 增长率的差异，从图 2 可以看出人均卫生经费的差异程度明显高于人均 GDP 的差异程度，超过 24% 以上，这反映了各地区对卫生健康服务的投入不仅受到经济发展水平差异的制约，还受到其他因素的影响，其中财政体制是重要的因素之一，分权体制下，在中央以 GDP 为核心的考核机制下，各省虽然对卫生健康服务的投入也会逐年增加，但是其重视的程度要明显不如对经济建设支出的重视程度，为了在政治锦标赛中获得好名次，地方政府选择将更多的财力投入到经济建设领域，一方面的确使得地区间人均 GDP 的差异控制在相对较低的水平，但另一方面，地区间健康卫生服务的投入差异却呈现出比人均 GDP 大得多的差异程度。

从图 1 还可以看出,中、西部地区人均卫生经费平均增长率要普遍高于东部地区,而事实上,东部地区在 1997 年的人均卫生经费支出则普遍要高于中、西部地区,这体现了初始卫生投入较低的地区,在 1997-2008 年间其卫生投入增加幅度要高于初始卫生投入较高的地区,这意味着这一时期,区域间公共卫生投入可能呈现出收敛趋势。从表 1 可以看出,1997-2008 年地区间公共卫生投入的确存在收敛,地区间差异逐渐缩小。而人均 GDP 则表现出不显著收敛,即差距缩小不明显,这从图 2 也可以看出。

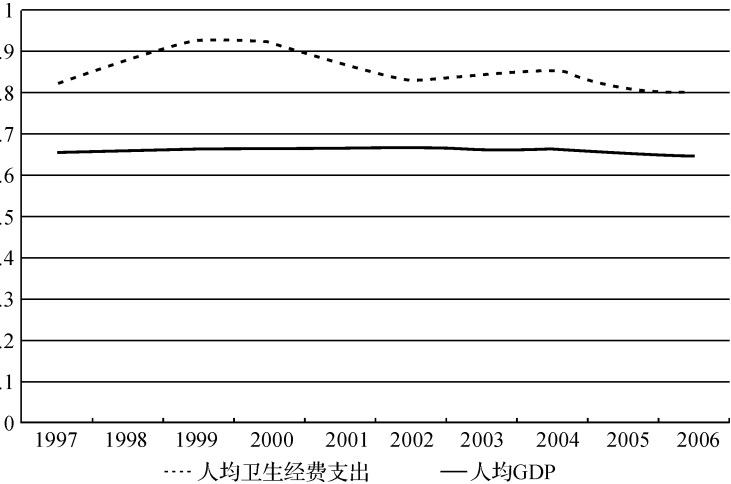


图 2 人均卫生经费支出与人均 GDP 变异系数变动趋势

表 1 公共卫生服务投入产出收敛估计

	人均卫生经费	每万人拥有卫生技术人员数	每万人拥有医院卫生院床位数	人均 GDP
$\beta$	-.0138296 **(-2.24)	-.024086 ***(-5.36)	-.040456 ***(-7.21)	-.0000367 (-0.01)
- cons	.1781449 *** (8.18)	.0902019 *** (5.46)	.1438904 *** (7.88)	.0977623 *** (2.85)
R <sup>2</sup>	0.1524	0.5062	0.6501	0.000

注:括号内为 t 值,“\*\*\*”、“\*\*”、“\*”分别表示 1%、5% 和 10% 置信水平,以下类同。

(二) 区域间公共卫生服务产出变动及差异性演变趋势

从图 3 可以看出,1997-2008 年间各地区每万人拥有卫生技术人员数及医院床位数增长率呈现出较大的差异,北京、天津、辽宁、上海、福建、海南、青海七省、市两者年均增长率皆为负数,除了青海省,其他都是东部地区;山西、内蒙古、云南三省、自治区每万人拥有卫生技术人员数出现了负增长,但每万人拥有医院卫生院床位数则呈现正增长。

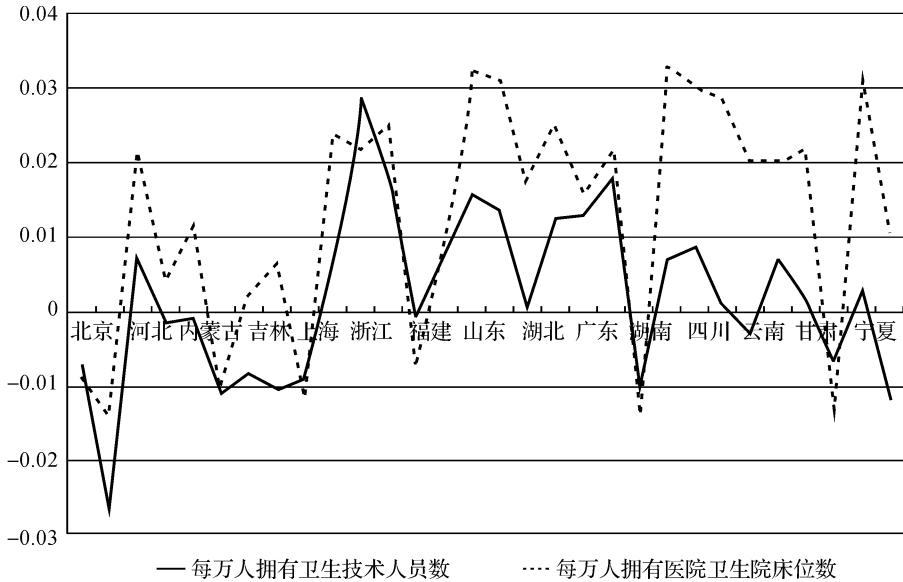


图 3 1997-2008 年每万人拥有卫生技术人员数及医院卫生院床位数年均增长率

从图 4 可以看出,各地区 1997-2008 年每万人拥有卫生技术人员数及医院卫生院床位数总体上呈现出缩小趋势,其差异程度明显低于人均 GDP 和人均卫生经费支出差异程度,从图 4 也可以看出,其差距缩小程度明显高于人均卫生经费支出和人均 GDP。从表 1 可以看出,区域间每万人拥有卫生技术人员数及医院卫生院床位数都存在显著收敛。

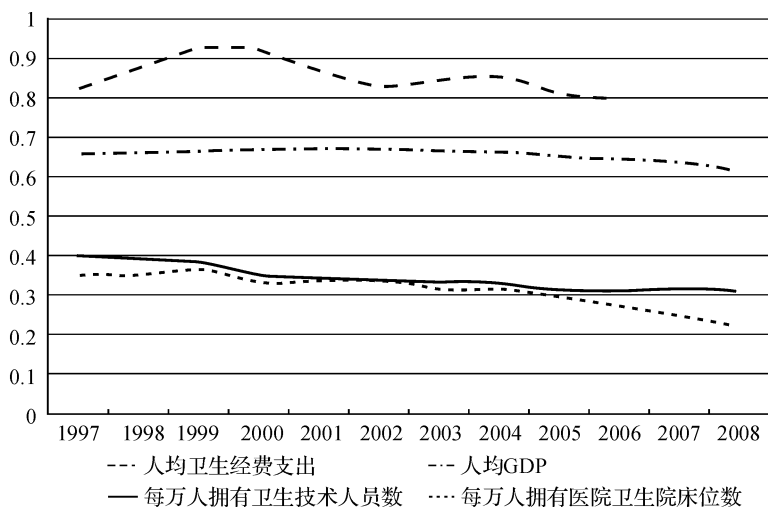


图 4 每万人拥有卫生技术人员数及医院卫生院床位数区域差异变动趋势

## 四、模型和估计结果

### (一) 计量模型

本文基本计量模型为:  $\ln Y_{it} = \alpha_i + \beta_1 \ln fde_{it} + \beta_2 \ln fdle_{it} + x_{it} \theta + e_{it}$

Y 包括: bed, 每万人拥有医院卫生院床位数; pop, 每万人拥有卫生技术人员数; wsjf, 人均卫生经费支出。fde 为财政分权度, 采用乔宝云(2002)的测度方法<sup>[10]</sup>; fdle 为省以下财政分权度, 采用地市县财政支出占全省财政支出比重测度。x 为控制变量, 包括: soe 测度地区市场化进程, 采用非国有工业企业总产值占工业企业总产值比重测度; rjgdp 为 1997 年不变价人均 GDP; bgov 为预算内政府财政支出占 GDP 比重; urban 为城镇化率, 采用非农业人口占总人口比重测度; e 为误差项。各变量均取对数, 故参数表示弹性。

本文样本包括 1997-2008 年中国大陆除西藏外其他 30 个省级面板数据, 数据来源历年中国统计年鉴、中国财政年鉴, 城镇化率数据来自历年中国人口统计年鉴, 市场化进程数据来自历年中国工业经济统计年鉴和 2004 年中国工业经济普查数据, 1997-2004 年人均 GDP 数据来自《中国国内生产总值核算—历史资料 1952-2004》, 为 1997 年不变价实际人均 GDP。

### (二) 普通面板估计结果

表 2 报告了财政分权对公共卫生服务供给影响的普通面板模型估计结果, 省级财政分权提高 1%, 每万人拥有卫生院床位数增加 1.0084%, 每万人拥有卫生技术人员数增加 0.7256%, 人均卫生经费支出增加 1.1262%。省以下财政分权则表现出了截然相反的特征, 地市县财政支出比重提高 1%, 每万人拥有卫生院床位数不显著下降 0.0226%, 每万人拥有卫生技术人员数显著下降 0.1011%, 人均卫生经费支出不显著下降 0.1911%。

市场化程度的提高, 降低了每万人拥有卫生院床位数和每万人拥有卫生技术人员数, 但却显著

提高了公共卫生投入。城镇化率的提高增加了每万人拥有卫生院床位数和每万人拥有卫生技术人员数，却降低了人均公共卫生投入。人均 GDP 对公共卫生服务产出的影响不显著，但是对人均卫生经费支出的影响显著为正，并且其弹性系数大于 1，这和前文对人均卫生经费支出和人均 GDP 增长率分析中得到的结论一致，随着居民收入水平的提高，人们对于卫生医疗服务的需求会增加，因而对其投入也会增加。政府预算内支出占 GDP 比重越高，公共卫生服务产出水平越低，但是公共服务投入水平却越高，政府集中财力越多，其投入到各个横向部门的经费自然会相应增加，但是，令人费解的是集中财力越多，产出却越低，这可能表明卫生经费使用中存在低效率的问题。

表 2 财政分权对公共卫生服务供给影响普通面板估计结果

	bed	pop	wsjf
fde	1.0084 *** (11.98)	0.7256 *** (9.70)	1.1262 *** (5.35)
fdle	-0.0226 (-0.38)	-0.1011 * (-1.89)	-0.1911 (-1.23)
soe	-0.0454 ** (-2.41)	-0.0701 *** (-4.20)	0.0747 * (1.70)
rjgdp	0.0319 (1.23)	-0.01692 (-0.74)	1.1802 *** (16.98)
bgov	-0.0967 *** (-2.77)	-0.1640 *** (-5.29)	0.1419 * (1.64)
urban	0.0328 (0.70)	0.1068 *** (2.57)	-0.1199 (-1.04)
cons	3.0968 *** (9.50)	3.7197 *** (12.83)	-5.8283 *** (-6.75)
R <sup>2</sup>	0.4718	0.2599	0.9088
固定效应检验	43.19 ***	52.44 ***	20.84 ***
Hausman 检验	18.25 ***	41.09 ***	64.09 ***

(三) 面板分位数回归估计结果

普通面板估计模型是均值回归结果，反映的信息有限，为了捕捉更多信息，了解不同条件分位数下，财政分权对公共卫生服务供给的影响是否会发生转变是很有必要的。从表 3 可以看出，所有分位数条件下，省级财政分权系数符号和普通面板模型下估计结果一致。每万人拥有医院卫生院床位数模型中，省级财政分权度提高 1%，每万人拥有医院卫生院床位数增加幅度在 0.9037% - 1.2836% 之间，处于越高分位数水平下的省份，省级财政分权度的提高对每万人拥有医院卫生院床位数的影响越高。省级财政分权度提高 1%，对每万人拥有卫生技术人员数的增加幅度在 0.8109 - 0.9567% 之间，所有回归系数都高于均值回归系数，与每万人拥有卫生院床位数回归方程不同的是，并不是处于越高分位数水平下的省份，省级财政分权度对每万人拥有卫生技术人员数的影响越高，在十分之一到四分之三分位数中，处于越高分位数水平时，省级财政分权的影响逐渐提高，但在十分之九分位数时又出现下降的趋势。财政分权度提高 1%，对人均卫生经费支出的影响幅度在 1.0803% - 1.3880% 之间，其中，十分之一位数条件分位数下影响效应最大，四分之三分位数条件下影响效应最低。

除十分之一分位数以外，省以下财政分权显著降低了每万人拥有医院卫生院床位数，地市县财政支出比重每提高 1%，每万人拥有医院卫生院床位数降低 0.1054% - 0.2129%，不同分位数条件下相差一倍之多。地市县财政支出比重每提高 1%，每万人拥有卫生技术人员会降低 0.2243% -

0.2923%，不同分位数条件下影响效应相差也较大。地市县财政支出比重的提高，在所有分位数条件下，都未对人均卫生经费投入产生显著影响。

表 3 财政分权对公共卫生服务供给影响固定效应面板分位数估计结果

Bed					
tau	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9
fde	0.9037 *** ( 5.87 )	1.0158 *** ( 6.90 )	1.0702 *** ( 6.30 )	1.1593 *** ( 6.03 )	1.2836 *** ( 6.11 )
fdle	-0.1054 ( -1.01 )	-0.1725 ** ( -1.98 )	-0.2129 *** ( -2.48 )	-0.2095 ** ( -2.30 )	-0.1821 ** ( -1.98 )
soe	-0.1002 *** ( -3.80 )	-0.0778 *** ( -3.23 )	-0.0600 ** ( -2.17 )	-0.0500 ( -1.51 )	-0.0385 ( -1.15 )
rjgdp	0.0348 ( 0.70 )	0.0253 ( 0.55 )	0.0066 ( 0.16 )	0.0066 ( 0.16 )	-0.0110 ( -0.33 )
bgov	-0.7516 *** ( -2.85 )	-0.8669 *** ( -4.29 )	-0.8756 *** ( -3.90 )	-0.7921 ** ( -2.37 )	-0.7533 ** ( -2.00 )
urban	0.1873 ** ( 2.18 )	0.1758 ** ( 2.34 )	0.1780 ** ( 2.45 )	0.1474 * ( 1.69 )	0.1136 ( 1.36 )
cons	3.3817 *** ( 6.19 )	3.5255 *** ( 6.95 )	3.7432 *** ( 7.96 )	3.7787 *** ( 8.28 )	3.9947 *** ( 10.53 )
Pop					
tau	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9
fde	0.8352 *** ( 6.49 )	0.8870 *** ( 7.64 )	0.8800 *** ( 7.07 )	0.9567 *** ( 7.89 )	0.8109 *** ( 6.05 )
fdle	-0.2615 *** ( -3.73 )	-0.2243 *** ( -3.24 )	-0.2522 *** ( -3.20 )	-0.2772 *** ( -3.04 )	-0.2923 *** ( -3.30 )
soe	-0.0885 *** ( -2.92 )	-0.0845 *** ( -3.58 )	-0.0592 *** ( -2.48 )	-0.0618 *** ( -3.17 )	-0.0409 *** ( -2.48 )
rjgdp	-0.0233 ( -0.46 )	-0.0559 ( -1.38 )	-0.0741 * ( -1.64 )	-0.0514 ( -1.38 )	-0.0400 ( -1.55 )
bgov	-1.4547 *** ( -6.99 )	-1.4283 *** ( -6.49 )	-1.4350 *** ( -6.79 )	-1.5476 *** ( -7.54 )	-1.3114 *** ( -5.33 )
urban	0.2759 *** ( 3.32 )	0.3179 *** ( 3.89 )	0.3322 *** ( 3.92 )	0.2887 *** ( 3.95 )	0.3093 *** ( 4.73 )
Cons	4.4287 *** ( 7.93 )	4.8255 *** ( 10.55 )	5.0479 *** ( 9.83 )	4.8677 *** ( 11.76 )	4.7573 *** ( 17.08 )
rjws					
tau	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9
fde	1.3880 *** ( 9.41 )	1.2578 *** ( 7.56 )	1.2277 *** ( 6.80 )	1.0803 *** ( 5.74 )	1.2335 *** ( 6.20 )
fdle	0.2317 ( 1.40 )	0.1962 ( 1.09 )	0.1320 ( 0.66 )	0.0443 ( 0.24 )	-0.0490 ( -0.27 )
soe	0.0015 ( 0.04 )	-0.0060 ( -0.16 )	0.0226 ( 0.60 )	0.0329 ( 0.83 )	0.0354 ( 0.91 )
rjgdp	0.8112 *** ( 13.20 )	0.8635 *** ( 16.10 )	0.8898 *** ( 18.90 )	0.9164 *** ( 19.87 )	0.9138 *** ( 17.44 )
bgov	3.2868 *** ( 6.78 )	3.6684 *** ( 7.00 )	4.3333 *** ( 7.53 )	4.5275 *** ( 8.70 )	4.3458 *** ( 8.92 )
urban	0.0152 ( 0.18 )	-0.0029 ( -0.03 )	-0.0110 ( -0.11 )	-0.0009 ( -0.01 )	-0.0599 ( -0.56 )
Cons	-3.1568 *** ( -4.85 )	-3.7004 *** ( -6.34 )	-3.9728 *** ( -7.64 )	-4.2248 *** ( -8.80 )	-4.1748 *** ( -7.61 )

#### (四) 省级财政分权与省以下财政分权效应相反的一个解释

前面的分析表明省级财政分权总体上对公共卫生服务的产出和投入都具有正向效应,而省以下财政分权则具有负向效应,为什么不同层次政府的分权产生的效应竟会出现完全相反,是一个值得研究的课题,本部分试图从晋升激励和行政发包制的角度给出一个合理的解释。

周黎安(2008)认为中央政府营造了以 GDP 为核心的晋升激励机制,中国的政府治理存在典型的行政发包特征,形成层层发包,层层加码的治理机制<sup>[11]</sup>。这表明,省级政府可以将中央政府的压力转移给其下属的各级行政层级政府。省级官员为了晋升到更高层次的职位,会为经济增长率展开竞争,因此,其会将更多的资源投入到对经济增长有利的领域,如加大基础设施建设力度,引导金融资源投向支持的企业,提供土地优惠政策等,但相对而言,省级政府官员还会考虑到其软实力对招商引资的吸引力,因此会将不断增加的财政收入投入一部分到教育、医疗卫生等领域,并且省级财政往往拥有相对较多的财政资金,因为其主导了省以下财政体制的变迁,相对充裕的资金使得省级政府将财政资金主要投入到经济性支出中的同时,也有余力可以兼顾教育、医疗、卫生等公共服务的供给,但是这种供给体制会使得公共卫生资源主要集中在省会城市。地市县政府尤其是县级政府则不同,省级官员将经济增长的任务分解到各市级政府,市级政府又会将增长的任务分解到各县级政府,县级政府虽然也可以分解到乡镇政府,但是乡镇政府的人口主要是农业人口为主,农业基础本身就薄弱,经济发展能力往往较弱,大部分乡镇政府仅能维持自身运转,在保工资的压力下,无暇顾及其他公共服务的供给。中国的县域经济实力总体上相对较弱,财政资金有限,基本属于吃饭财政,为了完成上级下达的任务,往往会预留部分财政资金用于推动经济增长,甚至只能依靠预算外财政资金来推动经济增长,而将有限的预算内财政资金主要用于发工资,因此,地市县财政支出比重的提高,虽然也会提高人均卫生投入,但这主要是提高了人均卫生事业费,即卫生部门基本的运转经费,却无力提供更多的资金用于改善医疗卫生服务设施,如医院卫生院床位数和医疗卫生技术人员数。

遵循以上的逻辑分析,我们就不难理解,为什么地市县财政支出比重的提高,即省以下财政越分权,每万人拥有医院卫生院床位数和每万人拥有卫生技术人员数反而更低,以 GDP 为核心的晋升激励和属地管理的行政发包机制虽然推动了中国的高速增长,但也带来了诸多的社会问题,中央政府今后如何调整考核机制,充分发挥财政分权的积极作用,而降低分权的负效应,将是中央政府面临的新课题。

## 五、结 论

本文采用普通面板固定效应模型和分位数面板固定效应模型实证检验了财政分权对公共卫生服务供给的影响,得到以下结论:(1)省级财政分权提高了区域公共卫生服务供给水平,省以下财政分权降低了区域公共卫生服务产出,分权体制下,预算最大化目标引领下的横向部门竞争促进了区域公共卫生服务供给水平。(2)不同条件分位数下,财政分权对区域公共卫生服务供给的影响效应不同,并且影响程度相差较大。(3)市场化进程对公共卫生服务产出具有显著负效应,对公共卫生服务投入具有不显著正效应。市场化改革,尤其是医疗卫生领域的市场化改革,导致了公共卫生服务产出供给的下降,这也是近年来医疗卫生改革领域重新思考市场化改革,推行新的医疗卫生改革方案的重要原因。

虽然我们的研究表明给予省以下政府更多的支出分权会不利于地方政府供给公共卫生服务,但并不能据此认为分税制重新调整过程中应该减少地方财政自主性,地方政府具有关于选民对地方公共产品和服务需求的信息优势,给予地方政府更多的财政自主性有助于公共产品和服务的更有效的



供给。在给予地方政府更多财政自主性的同时，中央政府也应考虑相应上收部分支出责任，避免将过多的支出责任甩给地方政府，导致地方政府在财力有限的情况下，在 GDP 考核机制激励下，重经济性支出轻社会性支出。

#### 参考文献：

- [1] 张军，高远，傅勇，张弘．中国为什么拥有了良好的基础设施？[J]．经济研究，2007，(3)：4-19.
- [2] N. Habibi, H. Cindy, M. Diego, M. Victoria, R. Gustav, S. Mainak and S. Frances. Decentralization in Argentina [C]. Yale Economic Growth Center Discussion Paper, 2001, 825.
- [3] 乔宝云，范剑勇，冯兴元．中国财政分权与小学义务教育 [J]．中国社会科学，2005，(6)：37-46.
- [4] 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.
- [5] 李婉．财政分权与地方政府支出结构偏向——基于中国省级面板数据的研究 [J]．上海财经大学学报，2007，(5)：75-82.
- [6] 孟庆跃等．财政分权和公共卫生服务：山东省四县区结核病控制筹资分析 [J]．卫生经济研究，2003，(10)：19-21.
- [7] 李齐云，刘小勇．财政分权、转移支付与地区公共卫生服务均等化实证研究 [J]．山东大学学报(哲社版)，2010，(5)：34-45.
- [8] 李真，刘小勇．外溢性、公共产品与经济增长——基于空间面板模型的实证检验和效应分解 [J]．统计信息与论坛，2012，(10)：57-63.
- [9] 刘小勇，丁焕峰．区域公共服务收敛性研究——基于动态空间面板模型的实证分析 [J]．经济评论，2011，(4)：70-78.
- [10] 乔宝云．增长与均等的取舍——中国财政分权政策研究 [M]．北京：人民出版社，2002.
- [11] 周黎安．转型中的地方政府——官员激励与治理 [M]．上海：格致出版社，上海人民出版社，2008.

## Provincial and sub-provincial Fiscal Decentralization and Public Health Supply: An Empirical Study Based on Quantile Panel Data Model

LIU Xiao-yong<sup>1</sup>, LI Qi-yun<sup>2</sup>

(1. School of Economics and Commerce, South China University of Technology, Guangzhou 510006, China;

2. School of Economics, Shandong University, Jinan 250100, China)

**Abstract:** This paper investigates the effects of fiscal decentralization on regional public health service supply. It finds that provincial fiscal decentralization has positive effects on public health service supply, but sub-provincial fiscal decentralization has significant negative effects on public health service output and non-significant effects on public health service input. The effect of fiscal decentralization on public service output is different at different quantile.

**Key words:** fiscal decentralization; public health service; quantile panel data

(责任编辑：风 云)