

从业规模医院的医生分布，发现独立开业者所占的市场份额减少了，而其他规模分组所占的份额都有所增加。Frech and Mobley（1995）在控制了质量和医院提供的服务种类的高级生存分析中指出，规模达 370 张病床的医院存在规模经济。

第二节 国内研究综述

一、公共卫生支出的理论基础

理论界对公共卫生支出理论的研究主要是从公共产品这一角度进行分析的，认为公共卫生具有公共产品的特征，是市场失灵的领域，需要政府进行干预。李淑霞、马唯等为（2002）在文章《我国医疗卫生支出的公共政策研究》中指出，“公共卫生被认为是存在市场失灵的主要项目类别，政府对它的干预表现为提供纯公共产品或具有外部效益的产品”；“由于医疗卫生服务的公共物品属性，供求双方存在的信息不对称及医疗服务的外溢性特征，会导致市场配置资源的低效率。因此，在医疗服务市场中，政府利用计划、直接提供服务和商品、再分配和调控资源是必要的”。

孙菊在文章《我国公共卫生支出的发展效应分析》、黄君洁（2006）在文章《我国健康投资的公共财政学分析》都系统地论述了政府对健康进行投资的理论依据，这些理论依据主要包括：健康产品具有准公共产品的性质，因而会出现市场失灵的状况；医疗领域中的不确定性和供需双方的信息不对称也会导致市场失效，从而也为政府干预卫生领域提供了依据；健康不仅具有经济功能和价值，也具有十分广泛的

社会、政治以及文化功能与价值，对一个国家具有十分重要的意义，因而它能产生极大的正外部效应，它的提供要求公共部门和私人部门共同参与；健康领域中存在许多自然垄断性业务，单靠市场的力量不仅无法也无力承担高昂的医疗研发成本和投资风险，因此需要政府干预。

吕卓鸿在《政府承担公共医疗卫生的理论基础和范畴界定》一文中提出了研究公共卫生支出的四个理论基础：一是基于减轻贫困；二是基于许多与医疗卫生有关的服务是公共产品；三是基于公共医疗卫生对改善人力资本、促进经济增长的重要意义；四是基于伦理学角度，对政府履行公共医疗卫生职能提出的必然要求。

二、关于公共卫生与政府公共卫生支出定义的界定

（一）关于公共卫生含义的界定

国外学者温斯洛（Winslow）在1920年给出了公共卫生的经典定义，他认为公共卫生是预防与治疗疾病、延长寿命、改善身体健康和机能的科学和实践。而在国内，对于什么是公共卫生以及公共卫生的内涵和外延尚未达成一致的看法。姚岚、舒展等几位学者在《对公共卫生投入的逻辑思考》中指出：“公共卫生是一个相当宽泛的概念，在不同的社会或同一社会的不同时期，公共卫生的含义都会有所不同。现阶段我国尚没有学者能够对公共卫生的内涵和外延做出准确的界定。”

王延中在《我国公共卫生制度的问题及出路》中指出：“公共卫生是指由政府或者公共部门（国有或集体）筹资，向一个社区、地区乃至全国居民提供的免费纯公共（或者低费用的准公共）的卫生服务项目，以保护群体的卫生健康。

由于公共卫生涉及群体健康，所以，公共卫生经费主要依靠政府或社会筹集，私人筹资是辅助的。在市场经济条件下，‘公共卫生’归纳为由政府及公共部门向社会群体提供的卫生服务方面的‘公共’产品。”

刘星和周旭东在《公共财政下公共卫生支出改革的基本思路》中也对公共卫生支出进行了界定，认为公共卫生属于具有很大外部效应的准公共物品，包括安全饮用水、传染病的预防和病菌传播媒介的控制，卫生、免疫、营养以及计划生育等卫生信息均具有典型的非排他性，即不能将不付费者从这种服务的利益中排除出去，因而私人根本不会提供也不会充分提供。

代英姿在《医疗卫生需求与公共卫生支出》中对医疗卫生需求和公共卫生需求做出界定。她认为公共卫生项目应包括安全的饮用水、环境卫生、传染病与寄生虫病防治、学校卫生等、计划免疫和预防接种、妇幼保健和计划生育、重大疾病控制与预防等。

刘军在《对我国公共卫生支出结构缺陷的分析》中引用了前文所提到的 Winslow (1920) 的定义，他指出，公共卫生应该“通过有组织的社会努力改善环境卫生、控制地区性的疾病、教育人们关于个人卫生的知识、组织医护力量对疾病做出早期诊断和预防治疗并建立一套社会体制保障社会中的每一个成员都能够享有维持身体健康的社会水准”。在此基础上，他又把公共卫生分为广义公共卫生和狭义公共卫生。他认为广义公共卫生“包括改善居民生活环境质量 and 身体健康状况的所有卫生和医学研究、实践”；狭义的公共卫生应当“只包括具有明显的消费非竞争性和受益非排他性的公共卫生服务，也就是外部性较强的公共卫生服务，包括预

防各种传染病对社区进行的定期消毒、建立卫生饮用水供应系统、为新生婴儿进行疫苗的注射等等”。

国内学者对公共卫生含义的界定有所不同，但是他们大多数是从公共产品的角度来定义公共卫生，即他们都认为公共卫生是一种使全民受益的公共产品，应由政府以及公共部门向公众提供。

（二）关于公共卫生支出的界定

张毓辉、陶四海和赵郁馨在《国内外政府卫生支出口径的异同及结果分析》中指出：“卫生总费用分为政府卫生支出、社会卫生支出和居民个人现金卫生支出。其中政府卫生支出为政府预算卫生支出，是指各级政府用于卫生保健事业的财政预算拨款”，他们按经济用途把政府预算卫生支出分为公共卫生服务经费和医疗保障经费。

苗俊峰在《我国公共卫生支出规模与效应的分析》中指出，卫生总费用“包括政府预算卫生支出、社会卫生支出和居民个人卫生支出”，其中政府预算卫生支出是指“一国中央和地方各级政府的卫生事业经费拨款总额，即政府财政卫生支出”。他又把我国的政府预算卫生支出分成两部分，即公共卫生服务经费和公费医疗经费。公共卫生服务经费包括卫生事业费、中医事业费、计划生育事业费、高等医学教育经费预算内基本教育支出、医学科研发经费、卫生行政管理费和其他部门卫生支出等；公费医疗经费包括享受公费医疗人员正常的医药费开支和列入事业编制的公费医疗管理机构的经费支出等。虽然他对卫生总费用、政府卫生支出和政府卫生支出中的公共卫生服务经费进行了区分，但是在引用世界卫生组织的相关数据时，又把政府卫生支出与财政公共卫生支出两个概念混淆，其实际研究的是中

国政府卫生支出规模与效应而非研究财政在公共卫生方面的支出的规模与效应。

刘军在《对我国公共卫生支出结构缺陷的分析》中把公共卫生分为广义公共卫生和狭义公共卫生，他认为与广义公共卫生相对应的财政支出可以称为大口径的公共卫生支出，包括各级政府用于卫生保健事业的所有预算拨款和税收优惠；而与狭义公共卫生相对应的财政支出可以称为小口径的公共卫生支出，他认为小口径的公共卫生支出应该包括对社区进行的定期消毒、建立卫生饮用水供应系统、为新生婴儿进行疫苗的注射等方面的支出。但是他并没有将此分类应用于他对中国公共卫生支出结构缺陷的分析中。在进行国际横向比较时，他利用国际公共卫生支出的统计口径对中国和其他国家的公共卫生支出规模进行比较，从而混淆了政府卫生支出与财政公共卫生支出两个概念。

从以上所总结的现有的研究成果来看，国内学者对公共卫生支出这一概念的使用十分混乱，对公共卫生支出有不同的称谓，主要有政府卫生支出、政府预算卫生支出、公共卫生支出等。在界定和研究中国公共卫生支出时，大都未对这几个不同的概念进行清晰的区分。对公共卫生支出究竟应该如何界定以及它具体应该包括哪些内容，还没有形成公认的一致看法。经济学的研究首先应该建立在对研究对象的内涵和外延有共同的认识和理解的基础之上，否则，个人使用的口径的不同、所研究范围宽窄的不统一以及用于判断的标准的差异必然导致许多争论。对公共卫生支出这一概念及其范围的科学界定是我们进行公共卫生支出研究的前提和基础。

三、关于公共卫生支出规模和结构的研究

(一) 在公共卫生支出规模方面的研究

李淑霞、马唯为（2002）认为我国公共医疗卫生支出总量不足，“我国的卫生支出不仅低于发达国家，也低于发展中国家”。他们认为，当一个国家经济发展了，其政府在健康保障方面的作用也应逐步加强，表现为政府卫生支出占卫生总费用的比重增加，但在我国，政府经费在卫生总费用中的比例却不断下降。龚向光在文章《加大公共卫生投入，改革公共卫生筹资体制》中，从公共卫生投入体制和规模、公共卫生收支状况等方面着手研究中国的公共卫生投入存在的主要问题，认为中国公共卫生投入存在投入不足、投入体制不合理、城乡地区分配不合理等问题，并据此提出公共卫生投入改革的设想。赵郁馨、万泉等（2004）在《2002年中国卫生总费用测算结果与分析》中报告和概要描述了2002年中国卫生费用测算结果，并从经济与社会协调发展的角度，重点分析了中国公共卫生费用与农村卫生投入状况，反映出在中国社会经济持续高速发展的背后，公共卫生的比例相对减少、农村卫生投入不足以及中国公共卫生与农民健康存在的潜在危机；杜乐勋在文章《我国公共卫生投入及其绩效评价》中通过分析得出“我国以较少的卫生资源，维护了较高的国民健康水平”的结论，他认为我国政府和社会对卫生的总投入严重不足，我国卫生总费用的数量规模需要扩大。代英姿在《医疗卫生需求与公共卫生支出》中指出，“中国以往的公共卫生支出明显地表现出总量不足和结构失衡”。周旭东和丛大桥在文章《政府应当重视公共卫生支出体制改革》中指出，中国公共卫生支出体制存在着公共卫生支出总量偏低的问题，他们通过纵向和横向的比较，得出中

国公共卫生支出占财政支出的比例较低以及在中等收入国家中，中国按照购买力平价计算的人均公共卫生支出相对较低的结论。苗俊峰在《我国公共卫生支出规模与效应的分析》中对我国公共卫生支出的规模进行了分析，他通过横向和纵向比较得出结论：我国目前的卫生总费用和公共卫生费用的总量及人均指标均低于世界平均水平，近十几年来，我国卫生总费用逐年提高，但增长速度较慢。刘媛媛（2006）也认为中国财政卫生支出不但在卫生总费用中的比重不断下降，而且其增长长期滞后于财政支出和中国 GDP 增长。

总结上述现有的理论研究成果，可知对公共卫生支出规模研究的主要结论是：我国卫生总费用的增长速度缓慢，卫生费用总量不足，公共卫生支出水平较低。然而，这些结论往往是通过国际比较得到的，而国内外公共卫生支出计算的口径往往是不一致的，这就导致这些结论过于粗糙和简单；另外，虽然大多数学者都认为中国公共卫生支出的规模不足，但是很少有人提出如何确定公共卫生支出的最佳规模以及这个最佳规模是多大。

（二）在公共卫生支出结构方面的研究

关于公共卫生支出结构方面的研究主要有：乐虹、唐圣春和陈迎春在《东中西部地区农村卫生发展比较》中对中国公共卫生支出在地区上的不平衡进行了研究。他们认为，从卫生服务利用和提供方面来看，西部地区与中部地区之间还存在较大的差距：一方面，西部地区卫生基础设施拥有量较低，卫生人力资源数量和素质都明显不如中东部地区；另一方面，西部地区的卫生服务利用率低，阻碍了卫生机构靠提供服务获取充足发展空间的机会，从而进一步影响了其服务提供条件和能力的改善，并落入了一个恶性循环的怪圈。他

他们还指出，西部地区儿童的计划免疫接种率和孕产妇住院分娩率较低，卫生机构的基础设施较差，卫生技术人员的学历层次和技术水平偏低等问题都有待解决。龚向光在《疾病预防控制资源配置研究》中也对中国公共卫生资源配置在结构上的特点进行了分析，指出中国的公共卫生存在资源配置不公，主要体现在人力资源配置不公平和疾病预防控制经费配置不公平两个方面。王延中在《我国公共卫生制度的问题及出路》中指出，自经济体制改革以来，经济资源日益向城镇集中、向沿海地区和富裕阶层集中，卫生资源也呈现出同样的集中化趋势，使原本不平衡的卫生资源更加不平衡。周长城、赵艳在《构建和谐社会中存在的和谐音——论健康不和谐及其表现》中也对中国公共卫生支出的结构进行了分析，他们指出：中国的卫生资源配置失衡，政府向农村投入的卫生支出仅占政府总卫生支出的一小部分比例，在医疗基础设施方面，东部的医疗基础设施的供给量较为丰富，而在大多数西部省份，人均可获得的医疗基础设施十分有限。他们还认为中国城乡居民医疗保障享有的情况也存在很大的差别，城乡医疗保险覆盖率存在很大的差距，人民健康状况发生分层，中国有一些大城市居民的健康状况已经接近发达国家的水平，而在中西部地区，居民平均期望寿命明显低于全国的平均水平；苗俊峰在《我国公共卫生支出规模与效应的分析》中对我国的公共卫生支出在各个项目的分配进行了研究，发现公共卫生支出在各个项目上的分配出现了非均衡的状态，体现在卫生总预算中政府预算卫生支出和社会卫生支出比重下滑，个人卫生支出比重增长较快以及在政府公共卫生服务经费中卫生事业费在财政总支出中的比例呈下降趋势。他在文中还研究了卫生总费用的使用情况，认为中国卫

生费用的使用出现了较严重的结构失衡现象，主要体现在公共卫生资源配置偏重城市、城乡差别严重以及公共卫生资源配置地区差异较大（即不同经济发展地区卫生资源配置极不平衡）。东部地区的医院数、医院床位数和卫生技术人员占全国总量的比重均大于其总人口数占全国总量的比重；相反，西部地区相应数据却低于其总人口占全国总量的比重。刘星和周旭东在《公共卫生支出体制改革的基本思路》中指出：中国的公共卫生支出结构欠合理，中央财政支出在卫生事业费中所占的比重逐年下降，地方财政支出比重逐年上升；国家财政支出的卫生事业费中用于公共卫生的比例明显偏低且呈现下降的趋势；在卫生总费用的支出主体中，政府与社会支出所占的比重下降，居民个人支出所占的比重呈上升趋势。阎坤和于树在《转轨背景下的公共支出结构失衡》中指出：我国在近来一直处于“重治轻防”的状态中，“我国的疾病预防控制体系还相当薄弱”，“由于财力有限，满足不了新时期对公共卫生支出的需要”。

总结以上的研究成果，我们可以发现现有的文献对公共卫生支出结构的研究主要是从公共卫生支出的地区分布不平衡、公共卫生支出的城乡分布不平衡、公共卫生支出在各个项目上的分配不均衡以及公共卫生支出主体的支出占总支出的比重不均衡等几个方面进行研究的。我们还可以发现大多数学者对中国公共卫生支出结构研究的主要结论是：中国公共卫生支出结构欠合理，主要体现在政府在东部发达地区的公共卫生投入大于西部地区；东部各省的公共卫生基础设施优于西部地区的公共卫生基础设施；政府对城市公共卫生的投入大于对农村的投入；在卫生总费用中，政府预算支出所占的比重下降，居民个人支出所占的比重上升等

几个方面。

四、关于公共卫生支出公平与效率的研究

公共卫生支出的目的是在提高公共卫生支出效率的基础上实现公共卫生服务的公平性，以创造一个和谐健康的社会环境。卫生资源配置的效率性是指以较少的卫生资源的投入得到较大的卫生产出，使全民的健康状况得到明显的改善；卫生资源配置的公平性是“卫生系统的主要目标之一”（刘军民，2005），“卫生筹资的公平性包括两个方面的含义，即病人与健康人之间资金使用的风险分担，财富和收入水平不同的人之间资金交纳的风险分担”（刘军民，2005）。

（一）关于公共卫生支出公平性的研究

公共卫生支出在结构上的分布不合理是公共卫生资源配置不公平的一个表现，前面关于公共卫生支出结构的研究也是公共卫生公平性研究的一个方面。关于公共卫生支出公平问题的有代表性的研究成果还有：袁菁华在《卫生公平——全面小康社会的公共政策选择》中指出，“卫生公平对全面建设小康社会具有重要的意义”。在文中，作者又分析了我国卫生不公平的具体体现，即卫生资源在城乡之间、地区之间的分配严重不公，政府在卫生费用分担机制中的作用越来越弱，医疗保障制度因户籍和身份的不同而不同，同时作者还探讨了卫生不公平的制度性原因。苗俊峰（2005）认为，中国“公共卫生资源配置的不公平效应突出”，主要体现于“政府预算卫生支出中公共卫生服务经费逐年减少，而公费医疗开支逐渐增加；在医疗服务中，中高收入人群享受较多而社会弱势群体得不到应有的保障”。刘军民（2005）也指出，我国卫生资源的公平性差，主要体现在卫生筹资

方式的不合理导致城乡二元差距不断拉大、医疗保障的可及性降低、政府间筹资分担机制不合理，导致地区间卫生差距不断扩大以及社会阶层之间卫生保健水平出现严重的不公平。

（二）关于公共卫生支出效率的研究

公共卫生支出公平与公共卫生支出效率是同一个问题的两个方面。国内学者往往把公共卫生支出公平与效率结合起来讨论。李淑霞、马唯为和李淑文在《我国医疗卫生支出的公共政策研究》中指出，从公平和效率的角度评价我国医疗卫生制度改革可以得出以下结论：长期计划体制下形成的医疗卫生制度改革既未能解决公平问题，在有限的医疗卫生支出范围，医疗资源投入所获得的实际效益也非常低下，是一种成本很高但收益很低的制度。林菊红在《论我国公共卫生费用支出》中对我国的公共卫生费用支出的效率与公平进行了分析，指出政府有限的卫生投入逐渐被一部分人享用，具有很强公共性的预防费与妇幼保健投入不足，城乡公共卫生投入的差异导致城乡保健水平的巨大差异。刘军民（2005）在分析我国卫生资源配置公平性的基础上对我国的卫生资源配置的效率进行了评价，指出我国卫生资源配置上的偏差导致公共卫生体系薄弱、卫生资源的布局与结构不合理、短缺与浪费现象并存、卫生资源利用效率不高。

一方面，已有的关于公共卫生支出公平与效率的研究，主要是泛泛地定性地论述我国公共卫生支出缺乏效率和公平，缺乏具体的定量分析；另一方面，很少有学者对如何提高公共卫生支出的效率和增强公共卫生支出公平性提出可操作性强的建设性的政策建议。笔者认为，应该利用具体的相关数据并选择科学的分析方法来定量地说明中国公共卫生支



出的不公平性和低效率；同时，应该透过数据寻找造成不公平与低效率的制度性原因。在分析中国公共卫生支出的不公平性和低效率的基础上，有针对性地提出增强公共卫生支出公平性与提高公共卫生支出效率的路径与方法。