

目 录

2016 年第 3 期

(总第 19 期)

◆ 学会活动

中国南方(2016)医疗高地峰会暨中南六省(区)卫生经济学术年会在广州召开 (1)

◆ 专业委员会工作

举办 2015 年度湖南省卫生计生系统会计人员继续教育培训 (2)

卫生财会专业委员会举办行政事业单位内部控制基础性评价工作研讨会 (3)

湖南省卫生统计与病案管理专业委员会举办全省卫生统计与病案管理新制度培训班 (4)

◆ 学会动态

湖南省社科联第七届学术年会暨“湖南深入推进‘四个全面’成果交流会—全面深化医药卫生体制改革专场”报告会 (6)

◆ 社科动态

湖南省社科联举行“两学一做”主题演讲比赛 (8)

◆ 卫生研究

论我国公私合作办医的动因 阙 为 刘飞跃 张卉萍(9)

中国卫生支出与经济成长的互动关系

——基于 VAR 模型的实证研究

..... 湖南中医药大学管理与信息工程学院 夏新斌 阳 晓(15)

中国南方(2016)医疗高地峰会暨 中南六省(区)卫生经济学术年会在广州召开

2016年8月19日—21日,中南六省(区)中国南方(2016)医疗高地峰会暨中南六省(区)卫生经济学术年会在广州召开,南方医科大学副校长兼珠江医院院长王前主持开幕式,中国卫生经济学会副秘书长王禄生到会祝贺并致辞,广东省政协科教卫体委员会主任陈元胜和广东省卫生经济学会会长陈星伟分别代表主办方致欢迎词。中南六省(区)卫生经济学会负责人、各卫生计生委财务处负责人、学术交流的论文作者等200余人参加了会议。

会议期间,广东省卫生和计划生育委员会副主任黄飞、中华医学会常务副会长饶克勤、重庆市

卫生经济学会会长张培林等10多位卫生经济界的专家们做了精彩的学术报告,各位专家、代表畅所欲言,就分级诊疗、医院发展层级发展定位,成本价格支付效益发展攻略、公立医院改革等发表了很多很好的意见和建议。

最后还举行了隆重的接旗仪式,广西省卫生经济统计学会作为下届会议的承办方和广东省卫生经济学会进行了会旗交接,广西省卫生经济统计学会会长接旗,并作为下届承办方作了发言,她表示一定会办好下届学术交流会,为中南六省(区)卫生经济学术水平的提高搭建更好的平台。



举办 2015 年度湖南省卫生计生系统会计 人员继续教育培训

根据湘财会〔2015〕15号文件“湖南省财政厅关于做好2015年度全省会计人员继续教育工作的通知”要求,为进一步提高省直医疗卫生计生单位财会人员的业务素质,由省卫生计生委财务处委托省卫生经济与信息学会,于9月22日在长沙市枫林宾馆,举办了湖南省卫生计生委在长的省直医疗卫生计生单位会计人员继续教育培训班。培训班由省中医附一院副院长、财会专业委员会主任委员杨声辉主持,省卫生经济与信息学会会长向克用出席开幕式并讲话,参加培训人员来自省直各医疗卫生单位约180余人。

这次培训专家有湖南中医药大学宁德斌教授,他以长沙市城市公立医院为例,从收入、支出

和财务成果方面介绍了医院的经济运行分析;湖南商学院杨平波教授,她理论联系实际,全面系统地讲解了行政事业单位内部控制基础性评价工作的开展;省卫生经济与信息学会副秘书长、高级会计师张卉萍老师解读了“新会计档案管理办法”等等。

这次授课的老师都是从事理论工作和基层财会工作多年,既有理论知识、又有丰富的实践经验。他们的授课内容结合了卫生计生系统实际情况,既讲解了新的财务知识,又提出了存在的问题及解决问题的方法。他们的讲课条理清楚,深入浅出,受到了广大财务人员的一致好评。



▲ 培训班开班仪式



▲ 向克用会长讲话



▲ 会计人员认真听课



▲ 宁德斌教授讲课



▲ 杨平波教授讲课

卫生财会专业委员会举办 行政事业单位内部控制基础性评价工作研讨会

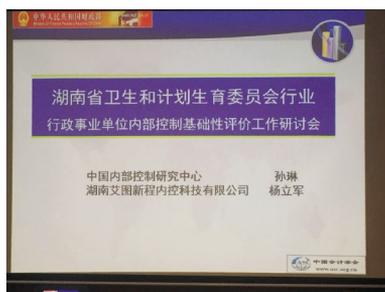
9月26日,卫生财会专业委员会在长沙举办了行政事业单位内部控制基础性评价工作研讨会,省直医疗卫生单位的财务、审计负责人等参加了会议。会议由财会专业委员会主任委员、省中医附一院副院长杨声辉同志主持,省卫生计生委财务处龙运良调研员出席会议并讲话,会议还邀请了中国内部控制研究中心孙琳、杨立军等作专题报告。

会上,中国内部控制研究中心孙琳教授就如何开展行政事业单位内部控制基础性评价工作作了详细的介绍和深入浅出的讲解,帮助大家进一步了解了做好行政事业单位内部控制基础性评价

工作的重要性、必要性和工作的步骤、方法、程序等。

财务处龙运良调研员强调了开展此项工作的重要性,开展此项工作是政府管理需要、也是形势需要,先把单位制度建设梳理好,要认真做好自我评价工作。与会代表们积极发言,探讨如何做好评价工作,纷纷表示单位一把手要高度重视,有了领导的支持,评价工作才会顺利开展。

最后,向克用会长强调:第一,要统一认识,评价必须搞;第二,要召开单位动员大会,开发领导层,问责单位一把手;第三,办好培训班,要求审计、财务及相关人员都要参加。



▲ 研讨会现场



▲ 中国内部控制中心孙琳教授讲解



▲ 省卫计委财务处龙运良调研员发言

湖南省卫生统计与病案管理专业委员会举办 全省卫生统计与病案管理新制度培训班

为贯彻国家卫计委 2016 年新颁发的《国家卫生和计划生育统计调查制度》，加强全省医院统计病案管理和质量控制，提高和改进统计服务意识，帮助广大基层医院统计病案专业人员熟悉掌握新制度，解决病案首页实施过程中发生的疑难问题，切实做好我省卫生统计数据上报工作，提高全省医疗机构卫生统计病案人员的业务水平，8 月 3--10 日湖南省卫生统计与病案管理专业委员会在湖南中医药大学第一附属医院(杏源大酒店)举办了二期全省卫生统计与病案管理新制度培训班，共有来自全省 14 个市州和省部直医院的近 700 名代表参加学习。

省卫生经济与信息学会向克用会长、胡盛清副会长，省卫计委信息统计中心史千山副主任、谭韦科长以及省中医附一院院长陈新宇教授出席培训班开幕式，向克用会长高度肯定了专委会的工作和省中医附一院在信息统计与病案管理工作取得的成绩，勉励大家抓住机遇，认真学习，为我省卫生统计与病案管理方面做出新的贡献。省卫生统计与病案管理专业委员会主任委员、省中医附一院信息中心胡铁骊主任汇报了专委会工作，阐述举办培训班的意义，陈新宇院长发表了热情洋溢的讲话，表示作为湖南省卫生统计信息

与病案管理专业委员会主任单位和承办方，热烈欢迎全省各市州来我院学习和指导工作，并简单介绍了一下医院情况。

本次培训班围绕国家卫生计生委 2016 新《国家卫生和计划生育统计调查制度》、卫生统计网络直报系统操作培训、医院统计数据的质量控制、住院病案质量与 DRGS 的实施以及信息化网络条件下医院统计信息资源整合和统计分析以及统计病案管理系统软件升级工作，帮助广大基层医院统计专业人员熟悉掌握新制度新知识，解决实施过程中发生的疑难问题，充分发挥在新医改和等级医院评审中统计病案工作的作用，邀请省卫生计生委谭韦科长、中南大学湘雅医院周维强教授以及我院胡铁骊主任等专家进行政策宣讲与解读、学术讲座和经验介绍，目的是紧跟当前医疗体制改革和卫生行政主管部门新的要求、做好贯彻和实施工作、突出解决实施工作中的实际问题，提供一个互相交流学习机会。

本次培训班时间短，但内容丰富，针对性强，实用性高，全省医疗机构广大的统计病案工作者参与学习热情很高，收到了很好的效果，达到了预期目的，为我省卫生事业的发展发挥了积极作用。



湖南省社科联第七届学术年会暨“湖南深入推进‘四个全面’成果交流会—全面深化医药卫生体制改革专场”报告会

9月28日上午,第七届湖南省社科界学术年会暨“湖南深入推进‘四个全面’成果交流会—全面深化医药卫生体制改革专场”报告会在湖南中医药大学举行,来自湖南省卫生计生委相关领导、高等院校、公立医院的专家围绕“全面深化医药卫生体制改革”主题发表演讲。本次报告会由省委宣传部与省社会科学界联合会联合举办,我会和湖南中医药大学共同承办。

报告会上,湖南省卫生计生委党组书记、省医改办主任詹鸣,湖南中医药大学管理与信息工程学院院长、教授、博士生导师周良荣,中南大学湘雅公共卫生学院流行病与卫生统计学系教授、副院长胡国清,分别以《湖南医改走出深水区的主攻方向》《湖南公立医院改革的困境与出路》《湖南省居民疾病负担与推进我省医疗卫生改革的关系分析》为题,阐述了“十三五”期间湖南医药卫生体制改革的方向、目标、任务、思路和举措。

“当医改进入‘深水区’后,可谓‘上有压力、下有浮力、左右有阻力’,要朝着成功的方向迈步前进,每一步都考验决策者的决心和智慧。”詹鸣在演讲中从“顶层设计中的医改方案”“七年医改的

主要成效”“医改深水区的难受之处”“深化医改的主攻方向”以及“推进医改的政府责任”共五个方面介绍了湖南医改走出“深水区”的思路和成就。

周良荣则用详实的数据讲述了“当前公立医院改革与发展所面临的困境”,并提出“正确区分公立医院管理体制与机制”“正确区分公立医院与政府医院”“科学把握现代医院管理制度建立与公立医院去行政化”“充分发挥我党执政的政治优势,坚决破除利益集团捆绑”四大举措。

胡国清介绍了“湖南1990-2013年居民疾病负担”和“湖南2013年居民卫生服务需要与利用”的相关统计情况,他认为,1990至2013年期间全省居民健康得到较大改善,但慢性非传染性疾病、伤害是造成居民伤亡的主要疾病,居民健康受到不健康饮食、缺乏锻炼、高血压、高血糖、高血脂、不健康工作环境暴露等危险因素的影响。

本次报告会嘉宾的演讲角度高、涉及面广,更多地是从体制机制上进行思考,但不管是医院、医生还是患者都有必要了解,因为医改是一项与每个人利益都相关的大工程,不理解改革的方向和精神,也找不准自己的定位。



▲ 报告会现场



▲ 省卫生计生委党组书记、省医改办主任詹鸣做专题演讲“湖南医改走出深水区的主攻方向”



▲ 演讲嘉宾和与会代表互动

湖南省社科联举行“两学一做”主题演讲比赛



▲ 7月27日,湖南省社科联主办、省演讲与口才学会协办的“2016年湖南省社科类社会组织‘两学一做’党建征文表彰暨演讲比赛”在长沙举行。

红网长沙7月27日讯(时刻新闻记者 杨艳 通讯员 李风琦)今日下午,由湖南省社科联主办、省演讲与口才学会协办的“2016年湖南省社科类社会组织‘两学一做’党建征文表彰暨演讲比赛”在长沙举行。

来自全省社科类社会组织的12位参赛选手紧紧围绕演讲主题,结合本职岗位的工作实际,从不同角度诠释对党章的理解、对党员的理解、对使命的理解以及对“两学一做”的深刻理解,抒发对社会组织工作和本职岗位的热爱,展现出积极学习“两学一做”的良好精神面貌。

此次演讲比赛是湖南省社科联庆祝中国共产党成立95周年的一次重要活动,是在社会组织中树立好典型、传播正能量,进一步推动“两学一做”学习教育深入开展的一次重要举措,对于提高广大社会组织会员党员的政治意识、大局意识、核心

意识和看齐意识,让“四个意识”在广大社会组织会员的思想和行为两个层面都落地生根方面具有重要意义。同时,以此演讲比赛为契机,促进全省级社科类社会组织党建工作上新台阶,加快推进湖南省社会科学事业持续快速有效发展。

湖南省社科联党组书记、副主席宋智富,省社科联党组成员、副主席郑升,省社科联党组成员、副主席黄建华,省社科联党组成员、副厅长级纪检员戴树源,省社科联副巡视员丁宇,省委宣传部宣传教育处副处长石海,省民政厅社会组织管理局副局长张再祥,湖南电视台特约评论员、省演讲与口才学会会长王林,教育部“十二五”国家级教改项目《口才与演讲艺术》首席专家、湖南师范大学教授蔡颂,湖南女子学院文学与传媒系副教授刘琼出席了演讲比赛。

论我国公私合作办医的动因

闾 为 刘飞跃 张卉萍

摘 要:医疗卫生服务市场化是当前国际医疗卫生事业改革与发展的主流趋向。但是,处于社会转型期的我国医疗卫生事业,却因国情、民情以及舆情等原因而并没有完全跟上这一主流。面对当前我国医疗卫生服务效率低下,医疗卫生服务的可及性与公平性差的困境,“引进民营资本,实行合作办医”不愧是一种解决上述问题行之有效的方。之所说该方式行之有效,主要在于我国新医改的启动和相关政策的焦点、我国民营医院发展的困局,以及公私合作办医与诱致性制度变迁等催生出的驱动力,使该新生事物的产生与发展成为必然,

关键词:医疗卫生服务、公私合作办医、驱动力

一、引言

医药卫生体制作为我国经济社会体制改革的重要组成部分,因国情注定了其进程是一个“摸着石头过河”的进程。新中国成立至改革开放前的三十年,我国医疗卫生事业、医疗保障事业的发展均取得了卓有成效。但是从发展眼光,以及与西方发达国家的医疗卫生事业相比较来看,我国医疗卫生事业的发展仍显滞后。具体表现为:过度的行政干预不仅地干扰了医疗卫生机构的运营,影响了医疗机构及医务人员积极性的提高,导致医疗服务效率低下,而且在一定程度上导致了城乡医疗资源分配不均,医疗保障水平低,医疗服务的公平性差等。基于此,1979年,时任卫生部长钱信忠先生在接受记者采访时提出“应当灵活运用经济手段来管理医药卫生事业”这一富有创新性的著名观点,也就是在这一年,卫生部、财政部和国家劳动总局等三部委联合发出《关于加强医院经济管理试点工作的通知》^[1],业界普遍将此作为推进医疗服务市场化的一个信号。1985年国务院正式批转卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知》的文件指出,“必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞好^[2]。”这给此后的医改定下了“给政策不给钱”的基调。1992年,国务院下发的《关于深化卫生改革的几点意见》更是要求医疗卫生单位“以工助医,以副补主”,“支持有条件的单位办成经济实体或实行企业化管理,做到自主经营、自负盈亏”^[3]。自此之后,我国医疗服务市场化发展的方向与轮廓越来越清晰,医药卫生事业的改革也开始步入了快车道。

然而,对于医药卫生事业来说,市场手段真的是一味灵丹妙药吗?2005年,一份结论为“中国医改基本不成功”的研究报告在中国激起轩然大波,“看病难、看病贵”似乎在一夜之间成为了国之殇、民之痛,同时也深深刺痛了医务人员的内心。为此,2006年国务院深化体制改革部际协调小组成立,两年后升格

为国务院医改领导小组,其主要职责就是研究制定医改的总体思路、实施方案及具体措施。2008年10月,医改领导小组就医改方案向全社会征求意见,这也是党中央、国务院首次在出台重大改革政策前向全社会公开征求意见^[4]。2009年4月,在历经4年的反复论证设计基础上,中共工作、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发2009〔6〕号)^[5]出台,新医改就此揭开大幕。然而,新医改到底如何改,直到现在仍然是莫衷一是。有学者认为,应坚持医疗卫生服务市场化道路不动摇;有学者则认为,对医疗卫生服务机构应实行人管理;还有少数学者则认为,国家的全面干预才能保证医疗卫生服务的公益性本质等等。本研究在综合各研究成果的基础上,结合我国国情分析后认为:引进社会资本,实行公私合作办医,是缓解当下我国医疗卫生事改革困境的有效方法之一。之所以如此认为,主要是因为有多股驱动力推动这一新生事物的产生与发展。

二、新医改的启动及政策焦点是推动其产生与发展的基础动力

新医改的启动是近年来中国民生领域最受社会公众关注的一次公共政策调整。所谓“民为邦本,本固邦宁”,如果说中国的改革开放前一阶段更多是坚持效率优位的话,那么进入新世纪后改革必然更多指向于公平优位,让最大范围的公众享受改革开放的红利成为中国政府不可回避的目标,这显然也是医药卫生体制改革的目标。因此,新医改所提出的四大体系建设(公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系及药品供应保障体系)均涉及医药卫生领域效率与公平的平衡问题。在四大体系建设中,医疗服务体系是核心和支撑,可以说其他体系建设是否能落到实处,还在于医疗服务领域效率与公平的平衡问题。

具体来看的话,首先是公共卫生体系,它主要靠政府投入,关系相对容易理清。其次是药品供应保障体系,改革的实际目标在于切断药品供应商与医院之间复杂的利益关系,政府在其中的强力管控会对医院的收入结构产生深远影响。须知中国绝大部分公立医院收入结构中药占比维持在30%~50%之间,部分医院甚至是超过50%的份额,因此这一体系的改革也对公立医院产生了极大的冲击,使得公立医院未来的发展压力倍增。最后是医疗保障体系改革,其基本原则为“广覆盖、保基本、可持续”,关键词是“覆盖城乡居民”,目标可以归纳为“全民医保”,因此这一体系的改革将极大地促进中国居民健康需求的提升,对于整个医药卫生体制改革有着极其深远的影响。因为医疗保障体系改革的核心目标就是为解决“看病贵”问题提供物质保障。之所以提出“覆盖城乡居民”,有着深刻的历史原因。从农村地区来看,在上世纪90年代到新世纪初这十年间,农村地区的合作医疗基本荡然无存。也就是说占中国人口大部分的农村居民看病完全靠自费。而在城市地区,1998年出台的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号文件)^[6]实际上是把原有劳动保险中职工家属、子女半费医疗政策取消了。也就是说,在相当长一段时期内农村居民和城镇部分居民看病全靠自费,这就是个人卫生支出占卫生总费用比重之所以能够在2001年达到60.0%这个顶峰的原因^[8]。这也使得医保体系的改革成为必要。接下来,如果说“全民医保”的目标能够按计划得以推进,在同时考虑人口老龄化的前提下,中国居民的健康需求将呈井喷式发展。问题是中国的医疗服务体系能够满足快速增长的医疗服务需求吗?因此,在新医改四大体系中,主要的压力还是落在医疗服务体系改革上。如果说医疗保障体系的不断健全能够为缓解“看病

贵”问题提供物质保障,那么解决“看病难”问题的物质基础在哪里?政府财力既要补需方,又要补供方,这是一个何其巨大的财政包袱。所以对于医疗服务体系的改革,政府在经过慎重考虑之后,开出了这样一份“处方”：“坚持非营利性医疗机构为主体、营利性医疗机构为补充,公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展的办医原则,建设结构合理、覆盖城乡的医疗服务体系,”^[6]即“多元化办医”的改革思路,也是这一轮医疗服务体系改革的总体目标。

可以说,允许民营医院与公立医院共同发展构成了新医改纲领的政策焦点,尤其是在医疗保障体系不断强化,国民医疗服务需求呈“井喷”式的爆发的背景下,医疗服务供给侧的保障能力显得更加不足,而政府不可能再办一大批公立医院来满足新的需求。在这样的形势下,只有社会资本的进入才有可能补这个巨大的“缺”。正因为如此,鼓励社会资本办医的相关政策性文件陆续出台。卫生部《关于公立医院改革试点的指导意见》(卫医管发[2010]20号)明确提出:“鼓励、支持和引导社会资本发展医疗卫生事业,加快形成投资主体多元化、投资方式多样化的办医体制。”^[7]也就是在2010年,由发改委、卫生部、财政部、商务部、人力资源社会保障部等五部委联合发布的《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》获得国务院同意(国办发2010[58]号),这份著名的58号文件开篇即明确指出“坚持公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展,加快形成多元化办医格局,是医药卫生体制改革的基本原则和方向。”^[8]将“多元化办医”明确上升为整个医药卫生体制改革的基本原则和方向,使我们不能不慨叹政府的决心与魄力。而且,可以断言,这个政策在很长一段历史时期内都不可能改变。在这种背景下,业界普遍认为民营医院的春天来临了。

三、民营医院的发展困局是推动其产生与发展的重要动力

政府虽然强调公立医院的公益性回归,但允许社会资本大量进入医疗服务领域,亦说明了服务体系整个操作规则仍然允许采用市场化方式。“共同发展”命题提出的一个长远愿景,即是政府希望未来在医疗服务领域,民营医院的发展与壮大能够与公立医院形成有序竞争。从这两方面来看,政府对于社会资本办医的期望值显然非常高。一方面,希望民营医院能够弥补医疗服务供需之间的巨大鸿沟,另一方面也希望民营医院能够发挥鲶鱼效应与公立医院形成良性竞争态势,这样的要求不可谓不高,问题是中国的民营医院发展是否具备一个好的基础积淀和生存土壤?

民国时期中国许多著名的大型医疗机构并非公办。建国之后,民营医院以一刀切的方式转为国有。直到20世纪80年代,民营医疗机构才再次出现,但一直到2001年开放医疗服务市场,中间这20年时间里,中国的民营医院在夹缝中努力维持着自身的生存。在这其中,“莆田系”扮演着非常尴尬的角色。一方面,莆田系是当时民营医疗机构的主流,另一方面,他们又是舆论关注的焦点,长期陷于“老鼠过街,人人喊打”的尴尬境地,他们以走街串巷贴小广告“专治皮肤病性病”的游医起家,因为负面新闻和舆论压力频繁谋求变脸,却一直难以得到社会的认同,其发展过程的负面性给当下民营医院造成了不可估量的影响,即社会公信力的严重缺失。与此同时,由于建国以来长期形成的公立医院一家独大局面,优质医疗资源几乎完全为公立医院垄断,缺乏公平竞争的市场环境,民营医院很难在技术与人力资源上取得突

破。因此,中国民营医院的发展基础极为薄弱。

政府在这样的基础上力推多元化办医,实际上更加着眼于中长期战略,而在近期政府谋求的还是在增量上做文章。如表 1-1 所示,2005 年,民营医院有 3220 家,仅占医院总数的 17.2%,而在新医改启动后的 2015 年,民营医院总数为 13600 家,已占医院总数的 50.6%,2009-2013 年年均增长率达到了 16.1%。这也充分说明越来越多的社会资本进入到医疗服务领域。当然,这并不意味着民营医院已经占到医疗服务领域的半壁江山。从表 1-2 可以看到,2005 年民营医院床位数是 14.4 万张,仅占到床位总规模的 5.9%,随着新医改政策的力推,到 2013 年,民营医院床位总数达到 71.3 万张,已占到床位总规模的 15.6%,虽然发展态势迅猛,但仍然不及公立医院床位总数的 1/5。而从病床使用率来看,公立医院稳稳维持在 90% 的水准以上;而民营医院截止到 2013 年,床位使用率维持在 63.4% 的水平,增长态势缓慢,同时诊疗人次数仅占到总诊疗人次数的 9%^[9]。可见,我国民营医院总体上仍处于初级阶段,其整体实力和市场占有能力约为公立医院的 1/10;然而,在政府鼓励政策的强劲支持下,在市场需求充沛的环境下,其迅猛发展的趋势不可小觑。

表 1-1:2005-2015 年民营与公立医院数比较 单位:家

年份	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
民营医院	3220	5403	6240	7068	8440	9786	11313	13341	13600
公立医院	15483	14309	14051	13850	13539	13384	13396	11963	13304
合计	18703	19712	20291	20918	21979	23170	24709	25304	26904

(数据来源:2014 中国卫生统计年鉴,国家卫计委官网数据)

表 1-2:2005-2013 年民营与公立医院床位数比较 单位:万张

年份	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013
民营医院	14.4	27.3	32.8	37.4	46.1	58.2	71.3
公立医院	230.1	261.0	279.3	301.4	324.4	357.9	386.5
合计	244.5	288.3	312.1	338.7	370.5	416.1	457.8

(数据来源:2014 中国卫生统计年鉴)

表 1-3:2005-2013 年民营与公立医院病床使用率比较 单位:%

年份	2005	2009	2010	2011	2012	2013
民营医院	49.8	58.2	59.0	62.3	63.2	63.4
公立医院	71.5	87.7	90.0	92.0	94.2	93.5
合计	70.3	84.7	86.7	88.5	90.1	89.0

(数据来源:2014 中国卫生统计年鉴)

作为世界第二大经济实体的中国,投资动力强劲,在其他传统行业渐趋饱和的情况下,诸多经济实体都将医疗服务市场视为一个巨大的待分配的蛋糕。尤其在近期一揽子政策出台后,我们可以从数据上看到社会资本办医增量上的飞跃。所以问题的根本并不在于无人投入、无人进入,而在于民营医院本身的能力与公信力问题。所以最终的问题突出表现为民营医院人力资源的结构性困境。2013 年执业医师数,公立医院 1222415 人,民营医院 170317 人,仅占到职业医师总数的 12.2%^[9]。即算是现有的民营医院人力资源

结构,也处于非常尴尬的境地。业界都比较清楚,民营医院学科带头人基本上是公立医院的退休员工,在创新能力和技术能力上处于心有余而力不足的境地;同时民营医院想招聘到优秀的青年医技人员,操作难度更大。就我们所调研的情况来看,多家民营医院均声称自己最大的问题就是人力资源问题。在民营医院年会上,甚至有民营医院高管对作者声称自己“不招硕博士,反正也招不到”。中国的卫生人力资源有着迥异于西方的特殊体制,在西方国家,医学生应毕业后并不具备医院行医资格,他们必须要在具有相应培训资质的医院继续学习,接受系统的住院医师培训,经过严格的考核,培养结束后才能拥有行医资格^[10]。这是一种典型的社会化培训机制,培训合格的医师不是为某家医院所有,而是进入市场自由选择。而中国迄今为止也未形成这样一套社会化、规范化的住院医师培训机制。中国的医生要获得发展,必须在大学毕业之后选择某家医院工作,经过漫长的培育时间逐步进阶以成才。因此,中国的医学生都希望进入医疗资源丰富、医疗技术雄厚的大医院工作,这也就是中国优质医疗资源渐趋集中于城市大型公立医院的“马太效应”。政府希望民营医院与基层医疗机构共同发展,其先决条件就是医疗资源是否有途径得到稀释。然而在政策释放红利的前提下(如多点执业),民营医院仍然招不到优秀人才,医疗服务能力就无法提升,社会公信力更加无法提高,这就是一种恶性循环,即为民营医院发展的最大困局。

四、公私合作办医与诱致性制度变迁是推动其产生与发展的关键动力

2014年,李克强总理在《政府工作报告》中首次提出“创新社会资本办医机制”,以求破局。那么如何创新?事实上,近年来一种极其类似于公私合作伙伴关系(Public-Private Partnerships, PPP)的模式正悄然发生,即大型公立医院与新建民营医院签订长期合同关系,实现全面业务对接。尽管缺乏系统的政策方案指导,这些合作背后大多都伴有地方政府的强力推动。截止2015年1月,全国至少已有18个省级行政区域(直辖市)出现了公立医院与民营医院签订长期合同以合作办医的实践探索,这样的实践正在成为一种不可阻挡的潮流。

从制度经济学视角来分析,这样一场公私合作办医的改革潮流遵循典型的诱致性制度变迁路径,其动力更多是来自于市场中多个个体的自发需求,当这种需求汇聚成流将会引导整个市场改革的方向,直到制度变迁与发展的总体需求强烈影响政府决策。这种诱致性制度变迁相较于由政府强力推动的强制性制度变迁更容易引致经济与社会发展走向一条良性的路径依赖,近代英美两国的现代化发展路径充分证明了这一点。毋庸置疑,中国医疗服务场域中这种公私合作办医在启动之初没有足够的、系统的政策支撑。合作过程中,无论是民营医院的老板还是公立医院的院长都顶着重重压力。可以说,自从新医改提出“公立医疗机构为主导、非公立医疗机构共同发展”这一纲领性文件之后,公私合作办医这样一种实践形式就必然会出现,并引起各方利益群体的重视。这也符合“多元化办医”方向。2013年,陈竺副委员长(时任卫生部部长)公开指出“公立医院要发挥在品牌影响、技术水平、政府投入、群众认可等方面的先优势,在人才、技术、管理等方面创新合作模式,给予民营医院支持和帮助,……探索与社会资本合作办医的方法和路径”^[11],为中国场域公私合作办医伙伴关系构建开启了一扇门。2014年底,地方政府中北京市政府率先做出政策安排,首次提出今后本市将允许公立医院以特许经营的方式开展与社会资本的PPP

模式合作,同时着力强调政府一方面将对这种全新的尝试扶持鼓励,另一方面更重要的是要加强监管。医疗服务领域中公私合作模式的构建作为一种总体性制度安排的发展轨迹就此凸显。这种实践模式与社会资本办医机制创新及公立医院改革创新紧密相关,然而这种模式到底是不是PPP,无论是学界还是实务界争论都非常激烈。由于其实践进程迄今未呈现于世人眼中,业界对它的规范性有着广泛的疑虑。2012年在笔者参加的一次会议上,国家卫计委一位副司长公开评论,“公立医院帮着民营医院去赚钱?你说合不合理。”这种疑虑也给进一步的政策安排带来了极大困难。不过小平同志曾经说过,“不管黑猫白猫,能抓到老鼠就是好猫。”实践是检验真理的唯一标准。因此,对于这种实践形式来说,最重要的问题是它的实际效果,它能不能带动民营医院发展,能不能实现公共利益?从其运行情况看,由于这样一种合作办医的实践大多集中在近两年内,尚处于基础设施建设阶段,并未进入正式运营,其整体效果难以评断。就已有的运营时间在3-5年之间的公私合作办医实践来看,有的提前解约或难以为继,有的运营效果良好。即便是业界普遍认为运营良好的部分案例,由于其做法并不存在于现有正式政策框架内,对其调研难度大,导致其运营动机、模式、效果等均不为人所知。这也是本研究的缘起。

参考文献:

- [1] 卫生部,财政部,国家劳动总局.关于加强医院经济管理试点工作的通知[EB/OL].(1979-04-28).
<http://www.chinalawedu.com/news/1200/22598/22621/22896/2006/3/1106168271371360021064-0.htm>.
- [2] 国务院.国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告的通知[EB/OL].
(1985-04-25). http://www.china.com.cn/law/flfg/txt/2006-08/08/content_7060220.htm.
- [3] 卫生部.关于深化卫生改革的几点意见 [EB/OL]. (1992-09-23).<http://www.chinalawedu.com/falvfagui/fg22598/29121.shtml>.
- [4] 刘军民.中国医改相关政策研究[M].北京:经济科学出版社,2012:2.
- [5] 中共中央,国务院.中共中央,国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL].(2009-03-17).
http://www.zgylbx.com/kllcxztfnew20759_1/
- [6] 国务院.关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定[EB/OL].(1998-12-14). <http://www.zgylbx.com/zhengcefagui/yiliaobaoxian/zcfg2473.html>.
- [7] 卫生部.关于印发公立医院改革试点指导意见的通知 [EB/OL].(2010-02-11). <http://www.docin.com/p-924678000.html>.
- [8] 国务院办公厅.国务院办公厅关于转发发展改革委卫生部关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见[EB/OL]. (2010-11-26).<http://law.esnai.com/do.aspx?controller=home&action=show&lawid=92457>.
- [9] 卫计委.2014 中国卫生统计年鉴[EB/OL].(2014-09-26). <http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/tjnj/list.shtml>.
- [10] 罗力.中国公立医院改革—关注运行机制和制度环境[M].上海:复旦大学出版社,2010: 10.
- [11] 卫计委.中国社会资本办医论坛在厦门举办 [EB/OL]. (2013-03-01).<http://www.moh.gov.cn/mohzcfgs/s9661/201303/1e5851cabcf64b67b5f77d36e629c>

中国卫生支出与经济增长的互动关系

——基于 VAR 模型的实证研究

夏新斌 阳 晓

(湖南中医药大学管理与信息工程学院)

摘要:与教育支出相比,卫生支出的重要性被严重低估。本文通过构建非结构化的向量自回归模型,对 1978—2014 年我国卫生总费用、政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出与国内生产总值的互动关系进行了实证研究。研究结果显示,我国卫生总费用是推动经济增长的因素,政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出尚不构成对经济增长的格兰杰因果关系;经济增长反过来也能为卫生总费用的增长、政府卫生支出的增长提供条件;政府卫生支出的增加能够导致社会卫生支出的增加,社会卫生支出的增加能够导致卫生总费用的增加。

关键词:卫生支出;经济增长;卫生总费用

一、问题的提出

从中国政府强力推动“新医改”所面临的财政压力,到英国为了提高卫生投资的效率对已有 60 多年历史的国家医疗服务系统进行改革,再到围绕奥巴马医改法案的财政预算争议导致的美国政府停摆,卫生支出问题俨然成了当前困扰各国政府的难点问题。人力资本理论的提出者舒尔茨 (Theodore W. Schultz, 1961) 认为,我们称之为消费的许多东西,如教育、卫生以及为了得到更好的工作机会而进行的国内移民等均是重要的人力资本投资。并且对于发展中国家而言,人力资本投资常常被低估或被忽视。^[1]或许是归功于一系列关于教育投资与经济增长关系的杰出研究 (Schultz, 1961; Denison, 1967; Krueger, 1968; Nadiri, 1972; Hicks, 1980; Wheeler, 1980; Easterlin, 1981; Marris, 1982; etc.), 教育的经济增长效应已经被人们所普遍认同,教育投资已经引起了各国政府的高度重视。而与之相类似的卫生支出不管是在理论研究还是政府决策方面,其受重视程度均和教育不可同日而语。正如世界卫生组织所指出的,“不仅是分析学家,而且还有发展中国家的政府部门和国际捐赠社会都严重低估了卫生领域投资的重要性。”^[2]因此,对卫生支出与经济增长的互动关系进行深入研究有助于引起人们对这一问题的关注。

二、相关文献综述

经济学界对政府支出(包含卫生支出)与经济增长的关系一直存在较大的争议。凯恩斯主义认为政府应当对经济进行干预,政府支出的增加能够导致更高的经济增长。而新古典增长模型则认为政府财政

支出对产出没有任何影响。学者们对卫生投资与经济增长关系所进行的实证研究也得出了类似的截然相反的结论。

世界卫生组织(2002)的一份报告指出,即使在采用更多的经济变量来解释跨国增长模式的时候,较好健康情况和更高经济增长率之间的相关性也会展示出来。一个时间区间的经济增长是初始收入(由于有条件趋同性)、经济政策的变量和其他经济结构特性函数的结果,其中包括居民健康指数。^[3]B Rivera&L Currais(2003)将卫生投资视为人力资本积累的一个重要变量,分析了卫生投资的产出效应。他们通过研究发现卫生支出对经济具有正向影响。^[4]David E. Bloom,David Canning and Jaypee Sevilla(2004)构建了一个总体经济增长的生产函数模型,这个模型包含了微观经济学家们认为的构成人力资本的两个基本组成变量——工作经验与健康。研究结果显示,身体健康对总产出具有正向的、统计上显著的影响。^[5]Abu Nurudeen&Abdullahi Usman(2010)运用分解分析后发现,尼日利亚政府的总支出、总经常性支出、教育支出对经济增长具有负向影响,而交通通讯支出、卫生支出能够促进经济增长。^[6]S ó nia Maria Aniceto Morgado(2013)运用1960至2005年葡萄牙的时间序列数据来检验健康与经济增长之间的因果关系。通过构建VAR模型进行估计后发现,经济增长是健康改善的原因,但是健康改善并没有促进经济增长。^[7]

国内学者对卫生支出与经济增长的互动关系研究相对较少。杜乐勋等(2000)采用与经合组织国家类似的计量经济学模型,对1978~1997年中国卫生总费用数据进行预测和分析。认为相对而言中国卫生总费用对国内生产总值的收入弹性明显低于经合组织国家。^[8]田成诗(2009)利用第一次全国经济普查资料实证分析了卫生行业发展对中国经济增长的贡献。实证分析的结果显示:卫生行业投入对经济增长有明显的正向影响,而且影响显著为正;政府卫生投入对中西部经济增长的贡献明显高于东部地区,卫生行业的非政府投入对区域经济增长的贡献则恰恰相反。^[9]陈浩(2010)通过分析1993~2008年中国30省份卫生结构演变特征显示,卫生投入结构的失衡是当前中国医疗卫生发展中所暴露出的突出问题之一,表现为个人比例过高,而公共比例偏低,而借助省份面板协整模型实证研究结果进一步表明,其不仅短期内直接降低了民众健康福利水平,构成了对区域经济增长的负效应,且地区间的卫生结构差距将显著影响到区域健康人力资本长期发展能力,进而对长期经济增长能力和增长方式转型也构成深远影响。^[10]鉴于政府卫生支出对经济增长影响的相关文献实证结果不一,郭平等(2011)在内生增长模型的框架下,重新探讨了政府支出与经济增长的关系,实证结果发现,在中国这样一个处于转型期的发展中国家,政府卫生支出对经济增长具有正向的影响,表现在政府卫生支出对经济增长的弹性系数是0.0831,对应的投资乘数是6.04。^[11]兰相洁(2013)在考察公共卫生服务“空间溢出效应”的基础上,采用空间面板模型对中国2001~2010年省级面板数据进行计量经济分析,结果表明:一方面用于儿童免疫、传染病防治等方面的公共卫生支出赋予经济增长的贡献逐步显现;另一方面,公共卫生支出促进本地区经济增长的“邻里模仿”正外部性十分明显。^[12]

上述国内外实证研究文献向我们揭示了卫生支出与经济增长关系的复杂性,并为后续相关研究提

供了基础。然而这些研究并未达成一致意见,而且还不够深入,因此仍有必要展开进一步的研究。如从整体上而言我国卫生支出对经济增长有何影响,我国卫生支出的结构变化又会对经济增长产生什么影响,卫生支出主要是通过增加了人力资本投资对经济产生积极影响,还是通过直接促进了社会的消费和投资对经济产生影响等等。这些研究在后金融危机时代,对于习惯于以经济增长思维来决定预算分配的各级政府而言无疑是十分重要的。

三、中国卫生支出与经济增长互动关系的实证研究

从理论上说,卫生总费用、政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出等变量均可以对国内生产总值产生正向影响。鉴于这些变量之间具有交互作用,我们选取非结构化的向量自回归模型(VAR)来进行分析。向量自回归模型对于相互联系的时间序列变量系统是有效的预测模型。^[13]出于数据可得性方面的考虑,我们依次选取1978-2014年国内生产总值(GDP)、卫生总费用(TEH)、政府卫生支出(GEH)、社会卫生支出(SEH)、个人现金卫生支出(PEH)的年度数据,具体数值如下表所示:

表1 1978-2011年国内生产总值、卫生总费用、政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出的年度数据表(单位:亿元)

年份	GDP	TEH	GEH	SEH	PEH
1978	3650.2	110.21	35.44	52.25	22.52
1979	4067.7	126.19	40.64	59.88	25.67
1980	4551.6	143.23	51.91	60.97	30.35
1981	4898.1	160.12	59.67	62.43	38.02
1982	5333.0	177.53	68.99	70.11	38.43
1983	5975.6	207.42	77.63	64.55	65.24
1984	7226.3	242.07	89.46	73.61	79.00
1985	9039.9	279.00	107.65	91.96	79.39
1986	10308.8	315.90	122.23	110.35	83.32
1987	12102.2	379.58	127.28	137.25	115.05
1988	15101.1	488.04	145.39	189.99	152.66
1989	17090.3	615.50	167.83	237.84	209.83
1990	18774.3	747.39	187.28	293.10	267.01
1991	21895.5	893.49	204.05	354.41	335.02
1992	27068.3	1096.86	228.61	431.55	436.70
1993	35524.3	1377.78	272.06	524.75	580.97
1994	48459.6	1761.24	342.28	644.91	774.06
1995	61129.8	2155.13	387.34	767.81	999.98
1996	71572.3	2709.42	461.61	875.66	1372.15
1997	79429.5	3196.71	523.56	984.06	1689.09
1998	84883.7	3678.72	590.06	1071.03	2017.63
1999	90187.7	4047.50	640.96	1145.99	2260.56

年份	GDP	TEH	GEH	SEH	PEH
2000	99776.3	4586.63	709.52	1171.94	2705.17
2001	110270.4	5025.93	800.61	1211.43	3013.88
2002	121002.0	5790.03	908.51	1539.38	3342.14
2003	136564.6	6584.10	1116.94	1788.50	3678.67
2004	160714.4	7590.29	1293.58	2225.35	4071.35
2005	185895.8	8659.91	1552.53	2586.41	4520.98
2006	217656.6	9843.34	1778.86	3210.92	4853.56
2007	268019.4	11573.97	2581.58	3893.72	5098.66
2008	316751.7	14535.40	3593.94	5065.60	5875.86
2009	345629.2	17541.90	4816.30	6154.50	6571.20
2010	408903.0	19980.39	5732.49	7196.61	7051.29
2011	484123.5	24345.91	7464.18	8416.45	8465.28
2012	534123.0	28119.00	8431.98	10030.70	9656.32
2013	588018.8	31668.95	9545.81	11393.79	10729.34
2014	636138.7	35312.40	10579.23	13437.75	11295.41

资料来源:中国统计年鉴

为了更好地分析卫生总费用、政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出对国内生产总值的影响,在实证研究时取这些变量的自然对数进行分析。在对模型进行估计之前,先对数据进行平稳性检验。检验结果如下表所示:

表 2 数据平稳性检验结果

变量	ADF 检验值	临界值			概率值	结论
		1% level	5% level	10% level		
D(LNGDP)	-3.796854	-4.273277	-3.557759	-3.212361	0.0299	平稳序列
D(LNTEH)	-6.473255	-4.252879	-3.548490	-3.207094	0.0000	平稳序列
D(LNGEH)	-3.593750	-4.243644	-3.544284	-3.204699	0.0449	平稳序列
D(LNSEH)	-3.335735	-3.632900	-2.948404	-2.612874	0.0207	平稳序列
D(LNPEH)	-5.174271	-4.243644	-3.544284	-3.204699	0.0009	平稳序列

表 2 显示,各变量均通过了平稳性检验。利用 Eviews 软件对 VAR 模型进行估计,估计结果如下表所示:

表 3 卫生总费用、政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出对国内生产总值影响的 VAR 模型

估计结果					
	LNGDP	LNGEH	LNPEH	LNSEH	LNTEH
LN GDP(-1)	1.490268 (0.171111) [8.70942]	0.465307 (0.26306) [1.76884]	0.243342 (0.44960) [0.54124]	0.368866 (0.24106) [1.53020]	0.359093 (0.13121) [2.73682]
LN GDP(-2)	-0.848643 (0.17468) [-4.85822]	-0.418880 (0.26855) [-1.55979]	-0.062606 (0.45899) [-0.13640]	-0.268033 (0.24609) [-1.08917]	-0.213939 (0.13395) [-1.59719]
LN GEH(-1)	0.336266 (0.19564) [1.71880]	1.739670 (0.30077) [5.78406]	-0.811657 (0.51406) [-1.57892]	0.880381 (0.27561) [3.19425]	0.202725 (0.15002) [1.35134]
LN GEH(-2)	-0.099026 (0.16269) [-0.60869]	-0.874770 (0.25011) [-3.49752]	0.663378 (0.42748) [1.55185]	-0.467204 (0.22919) [-2.03847]	-0.072564 (0.12475) [-0.58167]
LN PEH(-1)	0.683428 (0.23565) [2.90019]	0.721954 (0.36228) [1.99281]	0.326433 (0.61919) [0.52720]	1.367716 (0.33198) [4.11989]	0.479486 (0.18070) [2.65353]
LN PEH(-2)	-0.241757 (0.19907) [-1.21446]	-0.797841 (0.30604) [-2.60700]	0.514810 (0.52306) [0.98423]	-0.751755 (0.28044) [-2.68062]	-0.205745 (0.15265) [-1.34786]
LN SEH(-1)	0.671328 (0.24736) [2.71393]	1.045356 (0.38029) [2.74886]	-0.354278 (0.64997) [-0.54507]	2.365479 (0.34848) [6.78797]	0.576340 (0.18968) [3.03848]
LN SEH(-2)	-0.266684 (0.21583) [-1.23563]	-0.918691 (0.33181) [-2.76874]	0.494245 (0.56711) [0.87152]	-1.070072 (0.30406) [-3.51931]	-0.273056 (0.16550) [-1.64989]
LN TEH(-1)	-2.025305 (0.82215) [-2.46342]	-2.799490 (1.26395) [-2.21488]	1.906196 (2.16027) [0.88239]	-3.740161 (1.15823) [-3.22919]	-0.443842 (0.63043) [-0.70403]
LN TEH(-2)	1.250873 (0.56971) [2.19563]	2.848780 (0.87585) [3.25257]	-1.916812 (1.49696) [-1.28047]	2.312999 (0.80260) [2.88188]	0.595790 (0.43686) [1.36380]
C	2.847543 (0.73140) [3.89330]	-0.226852 (1.12442) [-0.20175]	-0.687815 (1.92180) [-0.35790]	1.302067 (1.03038) [1.26368]	0.411048 (0.56084) [0.73291]
R-squared	0.999578	0.999059	0.998041	0.999285	0.999798
Adj. R-squared	0.999402	0.998667	0.997225	0.998987	0.999713
Sum sq. resids	0.034767	0.082171	0.240035	0.069001	0.020443
S.E. equation	0.038061	0.058513	0.100007	0.053619	0.029185
F-statistic	5686.713	2547.450	1222.654	3352.784	11850.91
Log likelihood	71.33984	56.28740	37.52770	59.34444	80.63301
Akaike AIC	-3.447991	-2.587852	-1.515869	-2.762539	-3.979029
SchwarzSC	-2.959167	-2.099028	-1.027045	-2.273715	-3.490205
Mean dependent	10.98787	6.366164	6.848890	6.704085	7.790355
S.D. dependent	1.556897	1.602403	1.898323	1.684378	1.723232
Determinant resid covariance (dof adj.)		6.39E-15			
Determinant resid covariance		9.69E-16			
Log likelihood		356.6610			
Akaike information criterion		-17.23777			
Schwarz criterion		-14.79366			

表 3 给出了卫生总费用、政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出对国内生产总值影响的 VAR 模型估计结果。根据上述估计结果,我们可以将对应的 VAR 模型表述如下:

$$\begin{bmatrix} LNGDP \\ LNGEH \\ LNPEH \\ LNSEH \\ LNTEH \end{bmatrix}_t = \begin{bmatrix} 2.85 \\ -0.23 \\ -0.69 \\ 1.30 \\ 0.41 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} 1.49 & 0.34 & 0.68 & 0.67 & -2.03 \\ 0.47 & 1.74 & 0.72 & 1.05 & -2.80 \\ 0.24 & -0.81 & 0.32 & -0.35 & 1.91 \\ 0.37 & 0.88 & 1.37 & 2.37 & -3.74 \\ 0.36 & 0.20 & 0.48 & 0.58 & -0.44 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} LNGDP \\ LNGEH \\ LNPEH \\ LNSEH \\ LNTEH \end{bmatrix}_{t-1} + \begin{bmatrix} -0.85 & -0.09 & -0.24 & -0.26 & 1.25 \\ -0.42 & -0.87 & -0.79 & -0.91 & 2.85 \\ -0.06 & 0.66 & 0.51 & 0.49 & -1.92 \\ -0.27 & -0.47 & -0.75 & -1.07 & 2.31 \\ -0.21 & -0.07 & -0.20 & -0.27 & 0.59 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} LNGDP \\ LNGEH \\ LNPEH \\ LNSEH \\ LNTEH \end{bmatrix}_{t-2} + \begin{bmatrix} \hat{\varepsilon}_0 \\ \hat{\varepsilon}_1 \\ \hat{\varepsilon}_2 \\ \hat{\varepsilon}_3 \\ \hat{\varepsilon}_4 \end{bmatrix}$$

为了判断模型是否恰当,我们需要对其残差进行检验。在 Eviews 软件中要求输出所建 VAR 模型特征根的图表如下所示:

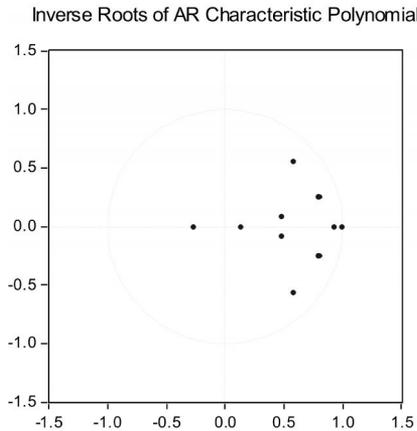


图 1 VAR 模型特征根图

图 1 显示,VAR 模型的所有的特征根都在单位圆内,这说明所建立的 VAR 模型是稳定的。

为了进一步分析 VAR 模型中各变量之间的动态影响关系,还要对 VAR 模型进行格兰杰因果关系检验、脉冲响应函数分析以及方差分解。VAR 模型的格兰杰因果关系检验结果如下表所示:

表 4 VAR 模型的格兰杰因果关系检验结果

	F-Statistic	Prob.
LNGDP→LNGEH	3.31145	0.0270
LNTEH→LNGDP	5.15642	0.0038
LNGDP→LNTEH	2.81377	0.0479
LNGEH→LNSEH	2.94081	0.0413
LNSEH→LNTEH	2.32309	0.0857

表 4 显示,在 1%的显著性水平下,LNTEH 能够构成对 LNGDP 的格兰杰因果关系,这表明我国卫生总费用是推动经济增长的因素。政府卫生支出、社会卫生支出、个人卫生支出尚不构成对经济增长的格兰杰因果关系;表 4 还表明,在 5%的显著性水平下,LNGDP 能够构成对 LNTEH、LNGEH 的格兰杰因果

关系,这说明 GDP 的增长反过来也能为卫生总费用的增长、政府卫生支出的增长提供条件;此外, LNGEH 能够构成对 LNSEH 的格兰杰因果关系, LNSEH 能够构成对 LNTEH 的格兰杰因果关系,这表明政府卫生支出的增加能够导致社会卫生支出的增加,社会卫生支出的增加能够导致卫生总费用的增加。

四、结论与政策建议

鉴于我国卫生总费用是推动经济增长的因素,因此,加大对卫生领域的投资是应对经济金融危机、促进我国经济可持续发展的重要动力。众所周知,在后金融危机时代,我国经济发展进入了“新常态”。在资源和环境的双重约束下,过去依靠“投资驱动”加“出口拉动”的经济发展模式变得难以为继。而随着生活水平改善,疾病谱的转变,人民群众的卫生需求日益提高。因此,加大卫生投资供给侧改革,提高投资水平,改善投资结构,既能促进经济增长,又能满足人民群众日益增长的卫生需求。

我国政府卫生支出尚不构成对经济增长的格兰杰因果关系,这并不能成为政府忽视卫生投资的理由。因为政府卫生支出对经济增长的影响具有“阈值效应”,^[4]即政府卫生支出要影响到经济增长,存在着最低量的要求,这就是所谓的“阈值”。根据世界卫生组织国家卫生帐户数据库的资料,从 2011 年到 2014 年,虽然我国医疗卫生总支出占 GDP 的百分比从 5.0 增加到了 5.5,但仍低于高收入国家(平均 8.1%),甚至比低收入国家的比重还要低(平均 6.2%)。而与中国同在金砖国家中的巴西和印度分别达到了 9% 和 8.9%。2012 年卫生部《健康中国 2020 战略研究报告》提出,到 2020 年卫生总费用将占 GDP 比重 6.5%~7%。因此,必须切实履行政府职责,提高政府卫生支出,以保障健康中国 2020 战略目标的实现。

参考文献:

[1] Theodore W.Schultz,Investment in human capital [J],The American economic review,Vol.51,No.1 (Mar.,1961),1-17.

[2][3] 世界卫生组织宏观经济与卫生委员会报告,宏观经济与卫生:投资卫生领域促进经济发展 [M],北京:人民卫生出版社,2002 年,11、16。

[4] B Rivera&L Currais,The Effect of Health Investment on Growth:A Causality Analysis [J],International Advances in Economic Research,November 2003,Volume 9,Issue 4,pp 312-323.

[5] David E.Bloom,David Canning and Jaypee Sevilla,The Effect of Health on Economic Growth:A Production Function Approach[J],World Development,2004 Vol. 32, No. 1,pp1 13.

[6] Abu Nurudeen&Abdullahi Usman,Government Expenditure And Economic Growth In Nigeria, 1970-2008:A Disaggregated Analysis[J],Business and Economics Journal,Volume 2010(BEJ-4),pp1-11.

[7] S ó nia Maria Aniceto Morgado,Does health promote economic growth? Portuguese case study:from dictatorship to full democracy [J],The European Journal of Health Economics,June 2013,DOI 10.1007/s10198-013-0497-9.

[8] 杜乐勋、赵郁馨、石光、高广颖,中国卫生总费用——计量经济学分析与预测(英文)[J],中国卫生

经济,2000年第3期。

[9] 田成诗,卫生行业发展对中国经济增长的贡献——基于第一次全国经济普查数据的分析[J],统计与信息论坛,2009年第4期。

[10] 陈浩,卫生投入对中国健康人力资本及经济增长影响的结构分析[J],中国人口科学,2010年第2期。

[11] 郭平、刘乐帆、肖海翔,内生增长模型下政府卫生支出对经济增长的贡献分析[J],统计与决策,2011年第7期。

[12] 兰相洁,公共卫生支出与经济增长:理论阐释与空间计量经济分析[J],经济与管理研究,2013年第3期。

[13] 张晓峒主编,计量经济学软件 EViews 使用指南[M],天津:南开大学出版社,2004年12月,第177页。

[14] 保罗·A·萨缪尔森等著,经济学(第十四版)[M],北京:首都经济贸易大学出版社,1997年9月,第265页。

湖南省卫生经济与信息学会秘书处

地址:长沙市湘雅路 30 号

邮编:410008

电话及传真:(0731)84822193

邮箱:hnswsxxxh@163.com

网址:<http://www.hnheia.com>