

找回“中间层”：省级支出责任与医疗救助均等化^{*}

白 晨 顾 昕

[摘 要] 合理划分政府间,特别是省级政府基本公共服务财政事权与支出责任是新时代深化财税体制改革的重要内容,也是实现基本公共服务均等化的前提保障。本文立足中间层政府财政“嵌入自主性”的新视角,以医疗救助为例,利用2011—2016年县区医疗救助财政面板数据,通过系统GMM等方法实证考察了省级财政支出责任增加及其均等化效应。结果发现,增加省级财政筹资比重,特别是强化省对下转移支付的均等化水平,能显著降低省内差异。因此,只有在全面强化省级支出责任的同时,建立中央—省两级财政转移支付协同机制,才能切实提升医疗救助的均等化水平,实现社会安全网的横向公平。

[关键词] 基本公共服务均等化;中间层政府;省级财政;嵌入自主性;医疗救助

[中图分类号] D035 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-0863 (2020) 01-0121-07

一、引言

合理划分多级政府间财政事权与支出责任不仅是实现基本公共服务公平有效供给的重要前提与保障,也是《中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度 推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》(以下简称《决定》)关于“坚持和完善中国特色社会主义行政体制,构建职责明确、依法行政的政府治理体系”的一项基本内容。

早在上世纪九十年代初期,中国政府就提出要“在合理划分中央与地方财权与事权的基础上,实施分税制改革,建立与市场经济体制相适应的分权型预算制度”。^[1]然而,在改革推进的实际过程中,财权向中央集中的同时,地方尤其是基层政府却仍要承担基本公共服务的绝大部分支出责任。这种“收入(权)上移与支出(责任)下移并存”的做法,打破了政府间财权与事权匹配的“纵向平衡”,使得财政收入较多的一级政府往往不是提供基本公共服务较多的一级政府。^[2]“沉重(支出)责任与不充分收入来源的结合”造成了政府间“公共服务水平的普遍差异”。^[3]这一问题在诸多公共政策领域都存在,特别是在医疗救助等社会政策中较为突出。就均等化而言,对社会安全网的期待高于其他公共服务,这是公共财政横向公平落实的优先领

域之一。

事实上,“收入上移与支出下移并存”的现象并非中国独有。上世纪八十年代以来,多数发展中国家将“财政分权”改革作为提高公共资源配置效率,改善国家治理水平的重要举措。^[4]相似的是,这些国家在各自财政体制改革过程中往往没有赋予地方以对等的收入与支出权。中央或省(州)级政府在充分下放“支出责任”的同时,集中了大部分的“税收权”。这种“支出分权先于收入分权”的做法被称为“部分分权”(partial decentralization),^[5]这种体制下出现的地方公共服务财政支出水平的差异被称为“横向不均”。^[6]

面对横向不均问题,早期公共财政与行政管理文献大都侧重考察中央财政转移支付在平衡地区特别是省(州)级政府间公共服务支出上的均等化效应。^[7]然而,中央转移支付并不能一劳永逸地解决地方政府间公共服务支出的苦乐不均。世界银行研究显示,在推进地方特别是基层公共服务均等化的实践中,片面强调加大中央政府的转移支付责任不仅效果不大,而且效率也不高。^[8]实际上,相比于中央与地方,“收入层层向上集中,支出层层向下摊派”的现象更加突出地存在于财政关系法治化、规范化程度普遍较低的省以及省以下地方政府间,^[9]省(州)内差异日益成为地方公

^{*} 基金项目:科技部重点研发计划“主动健康与老龄化科技应对”(编号:2018YFC2000400)

作者:白晨,中国人民大学劳动人事学院讲师,北京 100872;顾昕(通讯作者),浙江大学公共管理学院教授,浙江大学民生保障与公共治理研究中心专职研究员,北京大学国家治理研究院高级研究员,浙江大学社会治理研究院首席专家,杭州 310058

共服务支出的横向不均的主要来源。

由此,“中间层政府”问题(intermediate level government)开始引起学者们的关注。^[10]所谓“中间层政府”,通常指的是联邦制或单一制下介于中央与基层(或地方)政府之间的“州”或“省”一级政府。中间层政府在财政分权的制度框架下大都表现出两方面共性:其一,它“嵌入”在中央与基层政府的财政关系网中,由于自主财税收入有限,往往依赖下级政府的财政上解,同时也要受到中央转移支付附加条件或配套要求的影响;其二,作为连接中央与基层的通道,中间层政府又享有一定的“自主性”,能够利用其行政或立法权的“上位”优势通过一系列政策法规实现对“下达”(中央转移支付)和“上解”财政资源的再分配,对辖区内基层政府公共服务支出影响巨大。^[11]Bahl等通过对俄罗斯、中国与美国的比较研究发现,同中央(联邦)政府相比,省(州)政府在平衡地方特别是省(州)内财政差异上发挥着更重要的作用。^[12]Martinez-Vazquez等在对俄罗斯2000多个地方政府与州政府财政关系的研究中发现,相比于中央转移支付,在缺乏合理的财政激励和筹资分担机制的情况下。出于维护辖区内既有利益分配格局与促进经济发展的需要,一些地区的州政府不仅不会增加公共服务的支出责任,其对下的转移支付反而会加剧地方公共支出的横向不均。^[13]

近年来,“省级财政”(中间层政府)问题引起党和中央政府的高度重视。特别是随着2014年《深化财税体制改革总体方案》的全面施行,中央在理顺省及以下政府间基本公共服务财政支出的权责关系,强化省级政府基本公共服务支出责任上提出了更加明确的要求并制定了一系列改革措施。2016年,国务院发布《关于推进中央与地方财政事权和支出责任划分改革的指导意见》(国发〔2016〕49号),指出要加快推进省以下财政事权和支出责任划分,“避免将过多支出责任交给基层政府承担”。在2017-2018年间,国务院先后出台《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》(国发〔2017〕9号)与《基本公共服务领域中央与地方共同财政事权和支出责任划分改革方案》(国办发〔2018〕6号)。不仅再次强调省级政府在推进基本公共服务均等化中的重要责任,还进一步明确了政府间包括医疗救助在内等18项基本公共服务财政事权与支出责任的划分和分担方式。提出到2020年“逐步建立起权责清晰、财力协调、标准合理、保障有力的基本公共服务制度体系和保障机制”,实现基本公共服务均等化的总目标。

尽管如此,同日益强烈的政策关切形成鲜明对比的是,受数据可得性的制约,学术研究显得明显不足且滞后。Martinez-Vazquez等曾基于2001-2002年地市及县级财政数据发现,省对下的转移支付虽然总体上并没有加剧辖区内的横向不均,但也没有发挥应有的均等化作用。^[14]此后,Liu等利用1995-2009年县级

财政面板数据,通过工具变量等实证模型估计发现,比之于财政收入分权,支出责任下移更容易加剧省内公共财政支出的横向不均,而省级财政的均等化转移支付则有助于缓解省内地方政府公共财政的支出差异。^[15]

总之,已有文献在一定程度上揭示了中国省内政府间公共服务财政支出的横向不均问题,但总体仍表现出很大的局限性:一方面,相关文献采用的多是2010年前的老数据,特别是针对当前中国进入到全面推进深化财税体制改革与基本公共服务均等化新时期后的情况,鲜有深入的实证考察;另一方面,多数文献以涵盖所有公共服务在内的政府财政总支出为因变量,而有关基本公共服务,特别是对与社会安全网建设密切相关的社会救助的专题研究还没有充分展开。^[16]作为社会安全网的支柱之一,医疗救助及其均等化本身具有独立的政策意涵,值得加以专门的研究。因此,本文不仅在研究的时效性与专题性方面,很好地补充了已有文献的不足;同时,通过在中国深化财税体制改革的新语境下,将一直被忽视的“中间层”政府找回来,不论在公共财政理论还是社会政策实践层面都具有重要的学术意义与政策价值。鉴此,本文将以医疗救助为例,首次利用2011-2016年27个省(市、自治区)2700多个县级行政单位医疗救助的财政数据,实证检验省级政府增加公共服务支出责任的具体情况及其对促进基层公共服务均等化的财政绩效。

二、制度背景:医疗救助财政补贴制度及改革办法

医疗救助是以资助贫困弱势群体参加社会医疗保险并对其难以负担的基本医疗自付费用部分给予补助的一项社会救助措施。它不仅是社会安全网和全民医保体系的重要组成部分,同时也是精准扶贫攻坚的基本抓手。根据财政部2013年颁发的《城乡医疗救助基金管理办法》,医疗救助基金主要来自各级政府公共财政预算拨款,中央和省级政府根据各地实际情况给予专项财政补贴。目前,医疗救助基金主要由地方政府负责管理,省以下政府间基金筹资分担比例由各省自己决定。

近来,随着深化财税体制改革与基本公共服务均等化工作的推进,中央政府高度重视医疗救助财政事权和支出责任划分的改革工作。特别在强化省级财政支出责任上,密集地出台了一系列政策。2015年,国务院发布《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》(国办发〔2015〕30号),要求省级财政加大对本行政区域内经济困难地区的资金补助力度,并通过筹资考核力度等措施强化对各省的监督管理。2018年,医疗救助更是被纳入到《基本公共服务领域中央与地方共同财政事权和支出责任划分改革方案》(国办发〔2018〕6号)首批服务清单中,足见中央对强化医疗救助均等化的重视。同年,国务院颁布《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责

任划分改革方案》(国办发〔2018〕67号),进一步指出“要明确省级政府在推进区域内基本公共服务均等化方面的职责,加大对区域内困难地区的转移支付力度。要将适宜由更高一级政府承担的基本医疗卫生服务支出责任上移,避免过多增加基层政府支出压力”。在这种情况下,本研究将以医疗救助为例,着力回答两个基本问题:

1)深化财税体制改革背景下,各省是否努力提高本级医疗救助财政的支出责任?

2)增加省级财政支出责任是否有助于缓解省内基本医疗救助支出的横向不均?

三、研究设计

(一)样本说明

出于县级医疗救助财政数据可得性的考虑,本研究选取2011—2016年,除北京、天津、上海三个直辖市^①及西藏、港、澳、台外27个省级行政单位进行分析。同其他研究相比,本文首次通过对《中国民政统计年鉴》(光盘版)数据的系统整理,得到中央、省及县区本级医疗救助及对下转移支付的详细财政数据以及医疗救助受益人群数据,使得更加细致地考察省本级财政行为成为可能。^②“医疗保健服务消费指数”数据由各省历年统计年鉴中整理汇总得到,其余控制变量相关数据全部来自历年国家统计局分省年度数据库。

(二)医疗救助财政预算与支出变量

本文讨论的被解释变量为“省内医疗救助财政支出的横向不均”。借鉴国内及国际学界对地区财政均等化的规范测量,^[17]该变量通过测算省内各县级行政单位医疗救助人均财政支出的变异系数得到,计算方法如下:

$$I_{it} = \frac{\sqrt{\sum_{j=1}^{n_i} p_{jt}(y_{jt} - \mu_{it})^2}}{\mu_{it}}$$

其中, y_{it} 与 μ_{it} 分别表示*i*省内*j*县在*t*年份人均医疗救助财政支出与医疗救助目标人数占全省医疗救助目标人数规模比重; n_i 表示*i*省内县级行政单位个数; μ_{it} 表示*i*省各县在*t*年份基于医疗救助目标人群加权的人均医疗救助财政支出的平均值。

这里,各县人均医疗救助财政支出通过计算“各县(区)医疗救助财政总支出/医疗救助目标人群(城乡低保人数+农村特困人群数)”。需要说明的是,由于各地医疗服务与药品价格不同,需要通过平价来控制因价格差异造成的财政支出差异。考虑到:1)县级医疗服务与药品价格指数数据的不可得;2)大病救治的就医地点大多集中在地市甚至是省级大型公立医院,而地级市内各个县之间医疗服务与药品价格不会有特别大的差异,^[18]因此,本文使用目前可得的地级市层面“医疗保健消费价格指数”(该指数包含中药、西药及医疗保健服务价格)消除地市间的医疗服务与药品的价格差异。

解释变量选择从“筹资努力度”与“均等化努力度”

两个维度进行考察。其中,“筹资努力度”通过度量“省本级财政预算安排/医疗救助基金总预算”比重得到,考察的是省级财政是否按照要求增加医疗救助支出责任,指标值越高表示省级财政增加支出责任的努力越强。由于使用的是省本级财政数据,该度量较Liu等研究中所使用的“地方(包括市、县)财政支出占省内财政支出的比重”的度量更精准地刻画了省级政府的财政行为。“均等化努力度”参考Martinez-Vazquez等学者的做法,通过度量省级财政转移支付前后,县级医疗救助支出变异系数的变化比率得到,考察的是省级财政在医疗救助领域的对下转移支出是否以均等化为目标。^[19]

计算公式如下:

$$EQ_{it} = \frac{I_{it}^b - I_{it}^a}{I_{it}^b}$$

其中, I_{it}^b 表示*i*省在*t*年份各个县级政府本级医疗救助财政预算的变异系数, I_{it}^a 表示*i*省在*t*年份接受省级医疗救助财政转移支付后各县医疗救助财政总预算的变异系数。各省转移支付前后财政预算变异系数的计算方法与支出一致,故不赘述。该指标数值越大,表明省级转移支付的均等化努力越强。

此外,本文还进一步控制了人均GDP、医疗卫生支出比重、社会保障支出比重、城镇化水平、对外贸易度、千人医疗卫生机构床位数、千人执业医师数、贫困发生率、第二产业占GDP比重和省哑变量。

(三)实证模型与计量方法

基于动态面板数据,设定实证模型如下^[20]:

$$I_{it} = \alpha + \beta_0 I_{i,t-1} + \beta_1 P_{it} + \beta_2 E_{it} + \beta_3 P_{it} \times E_{it} + \beta_4 X_{it} + \mu_i + \varphi_t + \varepsilon_{it}$$

其中,因变量 I_{it} 表示*i*省在*t*时期省内区县之间医疗救助财政支出的横向不均(变异系数);表示 P_{it} 表示省级“筹资努力度”,即*i*省医疗救助本级筹资占总筹资比重; E_{it} 表示省级“均等化努力度”,即*i*省医疗救助均等化努力指数; $\delta P_{it} \times E_{it}$ 是这两个解释变量的交互项; X_{it} 表示影响*i*省省内区县医疗救助财政支出横向不均的其他控制变量; μ_i 是不随时间变化的*i*省个体效应; φ_t 是时间哑变量; ε_{it} 是扰动项。

我们采用“系统广义矩估计”(以下简称“系统GMM”)克服内生性问题,实现对省级财政与省内医疗救助横向不均关系的因果识别。^{[21][22]}系统GMM估计的优势在于,它既能矫正“差分广义矩估计”在一阶差分方程中因水平变量滞后项大都为弱工具变量而出现的小样本偏误;同时还能估计不随时间变化的变量的系数;此外,这种方法通常要求面板数据的截面数*i*较大,时期*t*相对较小,因而更符合本文的数据特征。^[23]

① 重庆市作为省级单位,各级政府医疗救助财政数据较北京、天津及上海更完整,故纳入分析。

② 我们所考察的数据截止到2016年,是因为最近年份的《中国民政统计年鉴》光盘版中未纳入地级市以及区县级的财政数据,导致2017年和2018年的数据尚不可得。但截止到2016年的数据,已经足以为我们的研究奠定良好的数据基础。

表1 变量描述性统计

变量	平均值	标准差	最小值	最大值	样本量
省内变异系数	0.825	0.316	0.257	3.074	162
省级筹资努力度	0.138	0.113	0	0.685	162
省对下均等化努力度	0.577	0.175	0.019	0.832	162
人均GDP	9.676	0.874	7.421	11.3	162
医疗卫生支出比重	0.075	0.013	0.044	0.106	162
社会保障支出比重	0.124	0.028	0.076	0.250	162
城镇化水平	0.527	0.081	0.350	0.692	162
对外贸易度	0.211	0.213	0.032	1.136	162
千人医生数	3.002	0.184	2.398	3.401	162
千人床位数	3.837	0.181	3.323	4.181	162
贫困发生率	0.063	0.037	0.010	0.169	162
第二产业比重	0.472	0.068	0.224	0.590	162

相关自相关以及检验工具变量过度识别约束的 Sargan 统计量也将在计量结果中报告。

四、省级政府医疗救助筹资分担情况

对于省级政府是否努力增加支出责任以缓解政府间医疗救助筹资结构纵向失衡问题的考察。一方面,从医疗救助基金财政分担的总体情况来看(图1),民政部公布的2011–2017年中央及地方各级政府医疗救助基金财政预算安排占总预算比重变化显示,中央专项转移支付是医疗救助基金的重要来源。最高时,2011年中央专项转移支付占总基金财政收入来源的67.4%。但是,中央专项转移支付财政分担比重自2011年以来呈逐年显著下降的趋势,到2017年降至47.0%,同年地方财政分担比重首次突破50%。县级财政拨款占基金财政总收入的比重仅次于中央,且呈逐年上升趋势,特别是在2016–2017年间增幅明显,达到27.8%。相比之下,省级财政分担比重随逐年提升但总体低于县级,特别是在2014年以后有了较明显的改善,与县级财政分担比重之间的差异有所缩小,到2017年达到20.7%。此外,由于市级财政分担比重始终保持在3.0%–4.0%的低水平,不是本文讨论的重点。

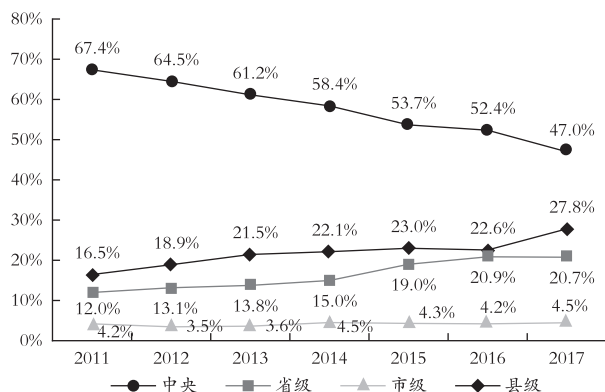


图1 各级政府医疗救助本级财政预算安排比重, 2011–2017年

数据来源:《中国民政统计年鉴》2012–2018年

另一方面,从样本省份的具体情况来看,如表2所示,2011–2016年间,27个样本省份省本级财政医疗救助基金分担平均比重逐年上升,特别是在2014年以后有较大幅度的增长,到2016年达到17.24%,较2011年增长近6个百分点。当然,各省支出责任的增长幅度不一,标准差不断上升也反应了省际差异的拉大。例

如,经济发达的广东省连续三年省本级财政分担比重最高,2016年达到68.5%,是当年样本省份平均水平的4倍,同年湖北却不到1%,相差甚远。

表2 样本省份本级财政分担比重描述统计

年份	平均值	标准差	最小值	最大值	样本量
2011	11.35%	0.07	2.0% (宁夏)	25.87% (黑龙江)	27
2012	12.50%	0.08	2.0% (宁夏)	29.81% (黑龙江)	27
2013	12.42%	0.09	0.0% (宁夏)	39.58% (黑龙江)	27
2014	13.22%	0.11	0.0% (宁夏)	46.80% (广东)	27
2015	16.35%	0.13	1.4% (宁夏)	62.10% (广东)	27
2016	17.24%	0.16	0.7% (湖北)	68.50% (广东)	27

进一步考察各样本省份逐年的变化情况,可以看到(图2),省本级财政支出比重超过20%的省份从2014年的4个左右,增加至此后的7个。但是,东中西部地区之间仍然呈现明显的差异性。其中,东部及东北部地区除辽宁、吉林外,省级财政支出比重总体较高,特别是山东、浙江、福建、广东四省,省级财政支出比重不仅总体较高,而且呈持续提升的趋势。西部尽管作为中央转移支付的重点支持区域,但除内蒙古、甘肃、宁夏之外,多数省份仍然能够逐步提升本级财政在医疗救助领域的支出责任,特别是陕西、重庆省级政府分担比重较高。相比之下,同样是中央转移支付倾斜地区,中部六省除山西、江西外,其余省份本级财政分担比重不到10%,其中湖北甚至还从2011年的5%下降到2016年不到1%。

五、强化省级支出责任的均等化绩效分析

增加省级财政支出责任的根本目的在于强化省级财政在平衡省内医疗救助支出中的作用,推进医疗救助服务均等化。受篇幅所限,这里重点报告系统GMM模型估计结果。

如表3所示, Sargan 检验与 Arellano–Bond 一阶及二阶序列相关检验显示,模型无法拒绝工具变量有效性与扰动项无自相关的原假设,表明动态面板数据设定合理。模型1显示,省本级财政筹资比重越高,越有助于降低省内医疗救助支出的横向不均,筹资比重每升高1个百分点,省内医疗救助支出变异系数值降低0.418,且在1%的水平上显著。进一步加入均等化努力度发现(模型3),省对下转移支付的均等化努力越高,其医疗救助支出的横向不均程度越低,也即省转移

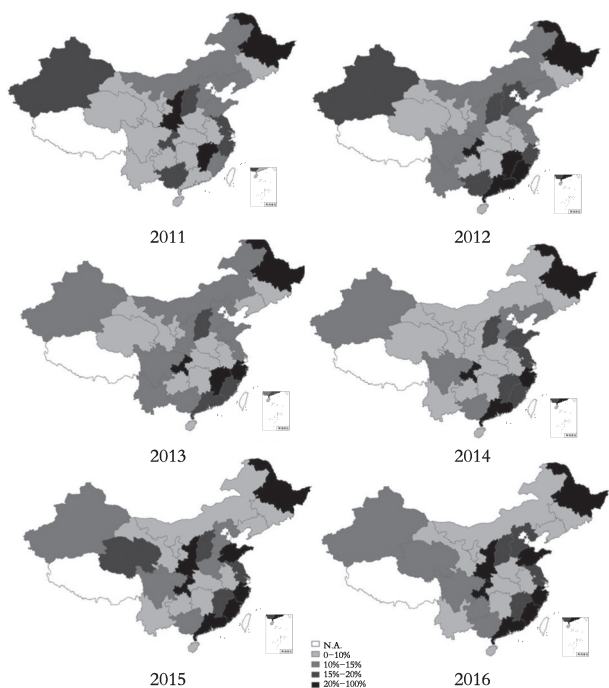


图2 样本省份省级财政医疗救助基金财政分担比重, 2011-2016

支付在预算安排上的均等化度每提高1个百分点, 变异系数值下降0.568, 且在1%的水平上显著。可见, 在控制相关变量的情况下, 提高省本级财政支出比重(筹资努力度)与强化省对下转移支付的均等化程度(均等化努力度)都能够显著地降低省内各县之间医疗救助支出横向不均的程度。为了进一步考察筹资努力度与均等化努力度两个机制, 及其与经济发展水平间的作用关系。模型3-5依次加入“筹资努力度*均等化努力度”、“筹资努力度*人均GDP”、“均等化努力度*人均GDP”三个交互项, 结果显示, 省级财政的均等化努力度对省内医疗救助支出横向不均的“拉平”效应会受到筹资努力度与人均GDP的影响, 一方面, 筹资努力度越高的省份, 其提升均等化努力度对省内医疗救助支出横向不均的“拉平”效应反而会下降(模型3); 另一方面, 人均GDP越高的省份, 其提升均等化努力度对降低省内差异的效果同样也会下降。(模型5)。此外, 社会保障支出比重与千人医疗机构床位数越高的省份, 其省内医疗救助支出变异系数相对较低, 医疗卫生支出比重越高反而会显著加剧省内差异。

此外, 本文引入不同的省内医疗救助财政支出均等化度量(基尼系数与泰尔L指数)进行稳健性检验估计结果。^[24]限于篇幅, 这里不做展示。

六、结果讨论与政策意涵

研究结果显示: 首先, 从医疗救助财政筹资结构的变化趋势来看, 政府间基本公共服务(特别是面向贫困群体的基本社会服务)财政事权与支出责任的分担模式正经历着从“中央绝对主导”逐步向“强化地方统筹”(央地共担)转变的重要阶段。其突出的表现在于, 中央在不断强调增加省级财政支出责任的同时, 其对下专项转移支付的比重也在持续下降。这个现象不仅

表3 省政府筹资努力度与均等化努力度绩效检验

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
一期滞后项	-0.016 (0.024)	-0.058*** (0.021)	0.030 (0.019)	-0.051** (0.022)	-0.053** (0.020)
省级筹资努力度	-0.418*** (0.061)	-0.310*** (0.082)	-3.466*** (0.365)	2.460 (1.856)	-0.346*** (0.089)
省对下均等化努力度		-0.568*** (0.095)	-0.363*** (0.072)	-0.600*** (0.100)	-2.210** (0.899)
筹资努力度*均等化努力度			4.874*** (0.358)		
筹资努力度*人均GDP				-0.262 (0.179)	
均等化努力度*人均GDP					0.182* (0.102)
人均GDP(对数)	-0.103** (0.040)	-0.074 (0.052)	0.009 (0.049)	0.013 (0.065)	-0.157* (0.082)
医疗卫生支出比重	3.619** (1.523)	7.106*** (2.033)	-0.085 (1.452)	7.126*** (1.963)	5.826*** (2.162)
社会保障支出比重	-2.985*** (0.926)	-2.353** (0.974)	-0.751 (1.015)	-2.218** (1.100)	-2.553** (1.080)
对外贸易占GDP比重	0.065 (0.271)	0.009 (0.353)	-0.537* (0.291)	-0.002 (0.350)	-0.038 (0.478)
城镇化水平	2.138** (0.917)	1.651 (1.736)	2.532 (1.603)	1.525 (1.770)	1.755 (2.248)
第二产业占比	0.301 (0.477)	1.128 (0.829)	-0.417 (0.712)	0.978 (0.790)	0.708 (0.983)
千人医生数(对数)	-0.123 (0.107)	-0.183 (0.128)	0.186** (0.088)	-0.290** (0.132)	-0.168 (0.129)
千人床位数(对数)	-0.373 (0.244)	-0.798* (0.423)	-0.065 (0.259)	-0.871** (0.408)	-0.701* (0.422)
贫困发生率	1.052 (2.432)	0.890 (2.064)	1.347 (1.087)	1.221 (1.917)	0.821 (2.034)
常数项	2.456** (1.149)	3.948* (2.078)	-0.584 (1.519)	3.813* (2.025)	4.347* (2.391)
省份\时间效应	YES	YES	YES	YES	YES
一阶序列相关检验	0.072	0.094	0.091	0.091	0.081
二阶序列相关检验	0.236	0.139	0.176	0.136	0.257
Sargan 检验	0.519	0.357	0.717	0.544	0.470

注: 括号内为标准误; *P<10%; **P<5%; ***P<1%

仅存在于医疗救助领域, 根据官方统计数据测算, 在以社会救助为主要内容的社会服务领域中, 中央专项转移支付的筹资比重在2013年达到峰值后(50.1%), 从2014年(正好是深化财税体制改革的起始年)开始逐年下降, 到2017年降至42.7%。这一转变不仅是当前中央转移支付制度改革的重要体现, 即强化一般性转移支付, “着力清理、整合、规范专项转移支付, 严格控制专项转移支付项目和资金规模”, ^[30]更是加强地方特别是省级政府公共服务财政统筹能力的必然要求, 充分证明了重塑“中间层”的重要性与必要性。

第二, 从省级政府支出责任的提升情况来看, 医疗救助基金中省级财政比重呈总体上升趋势。2017年省及以下地方政府医疗救助财政分担比重首次超过中央, 地方责任日益凸显。尽管如此, 筹资结构“纵向失衡”的问题仍然存在, 中央与县级财政仍然是医疗救助基金财政收入的主要来源, 支出责任向基层转移的趋势依旧凸显。

第三, 通过动态面板的系统GMM模型估计发现, 在控制相关变量的情况下, 不论是更高的省级财政投

入水平(筹资努力度),还是更加以均等化为导向的省对下转移支付的制度设计,都有助于显著降低省内各县之间医疗救助支出的横向不均。这一结果与 Bahl 等、Liu 等研究相一致:一方面,省级财政在平衡省内公共服务支出差异上的确发挥着更加重要的作用,比之于支出责任向基层的过度转移,也即省以下财政过度分权,增加省级财政筹资比重与统筹能力能够更好地推进省内公共服务支出的均等化水平;另一方面,增加省级财政支出责任的同时,提升省对下转移支付的均等化水平同样对降低省内横向不均有着重要的意义。此外,交互项估计显示,省级财政的“筹资努力度”与“均等化努力度”之间并不是“相向而行”的关系,这与 Martinez-Vazquez 等研究相应证,^[25]即在强调增加省级财政支出责任的同时,应该更注重引导建立以“均等化”为导向的省对下转移支付制度。否则,增加省级支出责任很可能会加剧省内横向不均。

总之,在新时代全面深化财税体制改革与加快推进基本公共服务均等化的背景下,中央财政在基本公共服务领域转移支付比重的持续下降,使得过去一味注重通过强化中央转移支付力度解决地方公共服务财政支出横向不均问题的思路,难免有些不切实际。正因为如此,不论从理论创新还是政策实践上讲,找回并重塑“中间层”的意义显得尤为重要。这体现为如下三点:

第一,在理论上,“中间层”政府视角突破传统意义上过于简化的“央地”二元框架,从考察“中间层”政府财政入手,更好地解释了为什么在部分分权体制下,单纯依靠中央转移支付无法很好地“拉平”地方公共服务支出差异。为深入探讨多级政府间公共服务财政事权与支出责任划分的合理方案提供了更切合实际的分析框架。不仅如此,来自中国这个最大发展与转型国家的医疗救助财政均等化的个案研究,不仅实证检验并强化了“中间层”政府视角对发展与转型国家地方政府公共服务支出横向不均问题的解释力度,而且还进一步拓展了对财政分权改革与社会安全网横向公平性(即不同地区的贫困群体应该享有大致均等的救助水平)内在关联的理论认识。

第二,在政策实践上,面对中央转移支付比重的持续下降,重塑“中间层”的关键既在于平衡省级财政在基本公共服务供给上的“质”(均等化努力度)、“量”(筹资努力度)关系。即增加省级支出责任不仅要注重“量”,建立更加规范明确的省及以下政府间财政共担机制。对此,省级政府可以借鉴央地分担规则,根据基层财力及救助规模等因素,采用分档按比例分担的办法(例如,从财力好,救助规模小,到财力弱,救助规模大,分为若干档位,依次提高省级财政筹资分担比),减轻基层筹资压力。特别是针对中部及东北部地区,继续引导鼓励各省提升本级财政在基本公共服务领域的投入比重,强化财政绩效监督防止地方采取“压力传

导”转嫁负担,切实减轻基层的筹资负担,是促进省内公共财政转型的施政重点。更为重要的是省内民生财政转移支付的制度化,即更要注重“质”,完善以“均等化”为导向的省对下转移支付制度以及相关考核方案,切实提升省级财政地区统筹能力与均等化效果。

第三,提升中央与省级财政支出政策的协同性,建立健全充分发挥中央和地方两个积极性体制机制,亦是《决定》提出的重要方向。其中,中央转移支付从增“量”向提“质”转变,突出以平衡地区与省际差异为目标“财政均衡”的精准性以及针对省级财政“不作为”地方“监督激励”的有效性。省级财政则进一步明确其立足强化地区统筹能力,平衡省内差异的功能定位。二者相互协同配合,全面推进提升基本公共服务(尤其是包括医疗救助在内的基本社会服务)省内、省际整体均等化水平。①

参考文献

- [1][9] 贾康,赵全厚.中国财税体制改革30年回顾与展望[M].北京:人民出版社,2008.
- [2][美] 哈维·S·罗森.财政学[M].赵志耕译.北京:中国人民大学出版社,2003.
- [3] 吴敬琏.当代中国经济体制改革教程[M].上海:上海远东出版社,2013.
- [4] Gadenne L, Singhal M. Decentralization in Developing Economies. *Annual Review of Economics*, 2014, 6 (1).
- [5] Brueckner JK. Partial Fiscal Decentralization. *Regional Science and Urban Economics*. 2009, 39 (1).
- [6] Shah A. Fiscal Decentralization in Developing and Transition Economies: Progress, Problems, and the Promise. *The World Bank, Policy Research Working Paper Series*: 3282, 2004.
- [7] Blöchliger H, Charbit C. Fiscal Equalisation. *OECD Journal: Economic Studies*. 2008 (1).
- [8] 黄佩华,迪帕克等.中国:国家发展与地方财政[M].北京:中信出版社,2003.
- [10] Cheong, T. S., & Wu, Y.. Intra-provincial Inequality in China. In H. McKay & L. Song, *Rebalancing and Sustaining Growth in China*. Beaverton: Acton, A.C.T., ANU E Press.
- [11][美] 罗宾·鲍德威,沙安文.政府间财政转移支付:理论与实践[M].庞鑫等译.北京:中国财政经济出版社,2011.
- [12] James A., Martinez-Vazquezj. et al. Fiscal-decentralization, the Provincial-local Dimension. Richard B. et al. *Public Finance in Developing and Transitional Countries: Essays in Honor of Richard Bird*. Edward Elgar, 2008.
- [13][25] Martinez-Vazquez J., Timofeev A. Regional-

- Local Dimension of Russia's Fiscal Equalization. *Journal of Comparative Economics*, 2008, 36 (1).
- [14] Martinez-Vazquez J., Qiao B., Zhang L. The Role of Provincial Policies in Fiscal Equalization Outcomes in China. *China Review*, 2007, 8 (2).
- [15] Liu Y., Martinez-Vazquez J., Wu AM. Fiscal Decentralization, Equalization, and Intra-provincial Inequality in China. *International Tax and Public Finance*, 2017, 24 (2).
- [16] 白晨、顾昕. 中国社会安全网的横向不平等——以城镇低保筹资为例[J]. 中国行政管理, 2018 (1); 白晨、顾昕. 省级政府与农村社会救助的横向公平[J]. 财政研究, 2016 (2); 顾昕、白晨. 中国医疗救助筹资水平的横向公平性研究[J]. 财政研究, 2014 (12).
- [17] [24] Rodriguez-Pose A. & Ezcurra R. Does Decentralization Matter for Regional Disparities? A Cross-country Analysis. *Journal of Economic Geography*, 2010, 10 (5). 赵立涛等. 省级教育经费统筹改革的分配效果[J]. 中国社会科学, 2015 (11).
- [18] 白晨、顾昕. 实现横向公平: 中国城镇医疗救助给付水平不平等性[J]. 学海, 2015 (2).
- [19] Liu Y., Martinez-Vazquez J., Wu AM. Fiscal Decentralization, Equalization, and Intra-provincial Inequality in China. *International Tax and Public Finance*, 2017, 24 (2).
- [20] He Q. Fiscal Decentralization and Environmental Pollution: Evidence from Chinese Panel Data. *China Economic Review*, 2015, 36.
- [21] Arellano M. & Bond S. Some Test of Specification for Panel Data: Monte Carlo Evidence and an Application to Employment Equations. *Review of Economic Studies*, 1991, 58.
- [22] Blundell R. & Bond S. Initial Conditions and Moment Restrictions in Dynamic Panel Data Model. *Journal of Econometrics*, 1998, 87.
- [23] Zheng X. et al. Central Government's Infrastructure Investment Across Chinese Regions: A Dynamic Spatial Panel Data Approach. *China Economic Review*, 2013, 27. 王守坤, 任保平. 财政联邦还是委托代理: 关于中国式分权性质的经验判断[J]. 管理世界, 2009 (11).

(责任编辑 高山)

Bring the Intermediated Governments Back: Expenditure Responsibility of Provincial Government and Equalization of the Medicaid

Bai Chen Gu Xin

- [Abstract] It is not only one of the main proposals of deepening the reform of the fiscal and taxation systems but also the fundamental preconditions for basic public services equalization that the financial authority and expenditure responsibility of public services should be divided reasonably among governments in new era. From the perspective of imbedded authority for intermediated government, taking the Medicaid service as an example, this article focuses on the performance of provincial expenditure responsibility and its equalized effects. The study indicates that enhancing funding share of provincial governments, especially strengthening their equalized-transfer to countries helps to level up intra-province inequality of Medicaid per capital expenditure. Consequently, it is necessary to emphasize the expenditure responsibility of provincial governments and establish the coordination mechanism of central-provincial transfer payment in order to promote the horizontal equity of social security nets.
- [Keywords] equalization of basic public services, intermediated government, provincial finance, imbedded authority; Medicaid
- [Authors] Bai Chen is Lecturer at School of Labor and Human Resources, Renmin University of China. Beijing 100872; Gu Xin is Professor at School of Public Administration, Zhejiang University. Hangzhou 310058