

分类号 _____
UDC _____

密级 _____
编号 10741

兰州财经大学

LANZHOU UNIVERSITY OF FINANCE AND ECONOMICS

硕士学位论文

论文题目 我国城乡基本医疗卫生服务均等化及其
影响因素研究

研究生姓名: 石树东

指导教师姓名、职称: 管新帅 教授

学科、专业名称: 理论经济学（西方经济学）

研究方向: 微观经济理论与政策

提交日期: 2023年5月17日

独创性声明

本人声明所呈交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 石树东 签字日期： 2023年5月30日

导师签名： 管亚帅 签字日期： 2023年5月30日

关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定， 同意（选择“同意” / “不同意”）以下事项：

1. 学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；

2. 学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊（光盘版）电子杂志社”用于出版和编入 CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分内容。

学位论文作者签名： 石树东 签字日期： 2023年5月30日

导师签名： 管亚帅 签字日期： 2023年5月30日

Research on the Equalization of Basic Medical and Health Services in Urban and Rural Areas in China and It's Influencing Factors

Candidate: Shi Shudong

Supervisor: Professor Guan Xinshuai

摘要

基本医疗卫生服务关乎每位公民健康权利的实现。随着经济社会的发展,我国医疗卫生事业取得了巨大的成就,但城乡发展不平衡问题依然突出。当前我国社会主要矛盾已转变为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾,人民对基本医疗卫生服务的需要体现了其对美好生活的需要,因而研究我国城乡基本医疗服务均等化发展水平及其影响因素具有重要意义。

本研究梳理了新中国建国以来我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁历程,基于 2007-2020 年 29 个省(市、自治区)的面板数据,通过构建综合评价指标体系运用熵值法和信息熵原理对我国 29 个省(市、自治区)城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行了系统评估和比较分析,并采用 Dagum 基尼系数法对差异来源进行分解;进一步,运用空间面板计量模型对我国城乡基本医疗卫生服务均等化发展的影响因素进行实证分析。

得出的主要结论有:(1)我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁经历了曲折往复的发展过程。(2)2007-2020 年我国各省市城乡基本医疗卫生服务均等化水平都有不同程度的提升,不同区域之间存在着较大的区域异质性,东部地区均等化水平与全国其他三个区域均等化水平存在较大的差距,但其他三个区域均等化水平之间的差距较小。(3)2007-2020 年总体基尼系数呈现平稳下降趋势。虽然区域间差异贡献程度呈减弱态势,但其仍然是城乡基本医疗卫生服务均等化水平差异的主要来源,并远高于区域内差异和超变密度的贡献。(4)财政自给率、人均转移支付、城镇化率、经济发展水平、抚养比对城乡基本医疗卫生服务均等化水平有显著的促进作用;而政府支出偏好、地方政府竞争、市场化程度、对外开放程度、人口密度对城乡基本医疗卫生服务均等化水平正向作用不显著。

基于以上研究结论,本文提出了以下几点建议:一是完善政府间财政分权体系,提高地方政府财政自给率;二是建立体现均衡性的转移支付制度,平衡地区间财力分配;三是坚持城乡统筹发展思想,积极推动以县城为重要载体的城镇化;四是坚持区域协调发展战略,缩小地区间发展差距。

关键词:城乡 基本医疗卫生服务 均等化 影响因素

Abstract

Basic medical care and health services are related to the realization of every citizen's health right. With the development of economy and society, great achievements in the medical and health care area have been made, but the problem of unbalanced development between urban and rural areas is still obvious. At present, the principal contradiction in china society has turned into the contradiction between the people's growing needs for a better life and the unbalanced and inadequate development. The people's needs for basic medical and health services reflect their needs for a better life. Therefore, it is of great significance to study the development level of equalization of basic medical and health services in urban and rural areas and its influencing factors.

This study has combed the changing process of the basic medical care and health service system in the urban and rural areas since the founding of the People's Republic of China. Based on the panel data of 29 provinces (municipalities and autonomous regions) from 2007 to 2020, by constructing a comprehensive evaluation index system, entropy method and information entropy principle were used to systematically evaluate and compare the equalization level of basic medical care and health services in urban and rural areas, and Dagum Gini coefficient method was used to decompose the sources of differences. After that, the spatial panel

measurement model is used to analyze the factors affecting the development of equalization of basic medical care and health services in urban and rural areas.

The main conclusions are drawn: (1) The vicissitudes of basic medical care and health service system in urban and rural areas have experienced the zigzagging development process. (2) From 2007 to 2020, the equalization level of basic medical care and health services in urban and rural areas in all provinces and cities has been improved to varying degrees, and there is great regional heterogeneity among different regions. There is a large gap between the equalization level of the eastern region and the other three regions, but the gap between the other three regions is small. (3) The overall Gini coefficient showed a steady downward trend from 2007 to 2020. Although the contribution degree of inter-regional disparities shows a weakening trend, it is still the main source of the difference in the equalization level of basic medical care and health services between urban and rural areas, and it is much higher than the contribution of intra-regional disparities and supervariable density disparities. (4) Financial self-sufficiency rate, per capita transfer payment, urbanization rate, economic development level and dependency ratio have significant promoting effects on the equalization level of basic medical care and health services in urban and rural areas; However, government expenditure preference, local government competition, degree of marketization, degree of opening to the

outside world, and population density have no significant positive effect on the equalization level of basic medical care and health services in urban and rural areas.

Based on the above research conclusions, this paper puts forward the following suggestions: first, improving the inter-governmental fiscal decentralization system, improve the local government financial self-sufficiency rate; second, a balanced transfer payment system should be established to balance the allocation of financial resources between regions. Third, adhere to the idea of overall urban and rural development, and actively promote urbanization with county towns as an important carrier; fourth, adhere to the strategy of coordinated regional development and narrow the development gap between region

Keywords:Urban and rural; Basic medical care and health services; Equalization; Influencing factors

目 录

1 绪 论	1
1.1 问题的提出与研究意义	1
1.1.1 问题的提出	1
1.1.2 研究意义	2
1.2 文献综述	3
1.2.1 基本医疗卫生服务概念界定研究	3
1.2.2 基本公共服务均等化内涵研究	4
1.2.3 基本医疗卫生服务均等化水平研究	5
1.2.4 基本医疗卫生服务均等化影响因素研究	7
1.2.5 基本医疗卫生服务均等化实现路径研究	7
1.3 研究内容	9
1.4 研究方法与技术路线	11
1.4.1 研究方法	11
1.4.2 研究技术路线	12
1.5 研究可能创新与不足	12
1.5.1 研究可能创新	12
1.5.2 研究的不足之处	13
2 概念界定与理论基础	14
2.1 相关概念界定	14
2.1.1 城市与农村	14
2.1.2 基本医疗卫生服务	14
2.1.3 城乡基本医疗卫生服务均等化	15
2.2 相关理论基础	16
2.2.1 二元经济理论	16
2.2.2 公共产品理论	17
2.2.3 福利经济理论	18

2.2.4 公平正义理论	19
3 我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁分析	20
3.1 低水平的城乡二元供给阶段（1949-1978年）	20
3.2 城乡失衡、差异进一步扩大阶段（1979-2002年）	22
3.3 回归公益性、城乡统筹发展阶段（2003年至今）	25
4 我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平测度	29
4.1 指标体系的构建	29
4.2 测度方法选择	30
4.2.1 城乡基本医疗卫生服务水平评价方法选择	30
4.2.2 城乡基本医疗卫生服务均等化水平评价方法选择	31
4.2.3 区域差距分解方法选择	32
4.3 测度结果分析	33
4.3.1 数据来源	33
4.3.2 基本医疗卫生服务均等化测度结果	34
4.4 城乡基本医疗卫生服务均等化水平分析	37
4.4.1 横向比较	37
4.4.2 纵向比较	39
4.5 区域差距分解分析	40
4.5.1 总体差异和区域内差异	40
4.5.2 区域间差距	42
4.5.3 区域差异来源及贡献	44
5 城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素分析	46
5.1 城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素选择	46
5.1.1 影响因素分析	46
5.1.2 变量选择	48
5.1.3 数据来源与描述性统计	49
5.2 城乡基本医疗卫生服务均等化水平空间自相关分析	50
5.2.1 空间权重矩阵的构建	50

5.2.2 全局空间自相关分析	51
5.2.3 局部空间自相关分析	52
5.3 实证分析	54
5.3.1 空间面板计量模型构建	54
5.3.2 空间面板计量模型选择	56
5.3.3 实证结果分析	56
6 结论和政策含义	60
6.1 结论	60
6.2 政策启示	61
6.2.1 完善政府间财政分权体系，提高地方政府财政自给率	61
6.2.2 建立体现均衡性的转移支付制度，保证地区间财力分配的平衡性 ..	62
6.2.3 坚持城乡统筹发展思想，积极推动以县域为重要载体的城镇化 ...	62
6.2.4 坚持区域协调发展战略，缩小地区间发展差距	63
参考文献	64
致 谢	69

1 绪论

1.1 问题的提出与研究意义

1.1.1 问题的提出

新中国成立后计划经济时期，为了快速实现国家的工业化，我国实施了非均衡发展战略，将发展重点放在城市和工业，并且我国政府围绕这一发展战略实施了户籍制度、财政制度和土地制度等一系列配套制度，由此形成了城乡二元社会结构。在城乡二元结构中，我国政府在城乡地区实行不同的经济管理体制，形成了城乡有别的公共服务供给体系。在城市中，公共服务供给主要由财政来负担，公共服务体系较为完善，供给水平较高，而对于农村公共服务的投资支持明显不足，政府在公共服务提供方面存在明显的缺位现象，城乡公共服务供给水平存在极大的差别。

党的十九大之后，中国特色社会主义发展进入了新时代，我国社会主要矛盾已发生转变，由人民日益增长的物质文化需要同落后的社会生产之间的矛盾转变为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。城乡之间发展不平衡不充分问题尤为突出，城乡在经济发展、社会治理、基本公共服务供给、福利保障方面仍存在巨大差距。

作为基本公共服务体系的重要方面，基本医疗卫生服务事业自改革开放以来伴随着我国经济社会快速发展各方面已取得了一定成就。1978年，我国拥有医疗卫生机构16.97万个，医疗卫生机构床位204.17万张，卫生技术人员246.4万人，执业（助理）医师97.8万人；到了2021年，我国拥有医疗卫生机构103.1万个，医疗卫生机构床位957万张，卫生技术人员1123万人，执业（助理）医师427万人（中华人民共和国统计局，2021）。但农村仍然十分缺乏医疗卫生资源和卫生服务人才，在基本医疗卫生领域城乡发展差距较大等问题依然十分突出，这既偏离了城乡统筹融合发展理念的指导，同时也限制了医疗卫生事业健康均衡发展。为此，国家将医疗卫生事业城乡均衡发展提高到国家战略的高度，旨在推进城乡居民健康平等的实现。2016年国务院印发《“健康

中国 2030”规划纲要》，提出了继续丰富和扩大基本医疗卫生服务内容、提高服务质量、从根本上实现医疗卫生服务均等化的新要求。2017 年，十九大报告正式提出健康中国发展战略，要求深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度，医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，健全现代医院管理制度，加强基层医疗卫生服务体系和全科队伍建设（习近平，2017）。在“十四五”规划中，“健康中国”战略被着重提及，并指出继续推进健康中国建设应重点关注城乡基本医疗卫生服务水平的提升。在国家一系列政策的引导和支持下，我国城乡基本医疗卫生服务均等化发展已经取得了明显的进步，但从现实层面来看，我国医疗卫生事业均衡发展仍面临众多困难与挑战，其中人民健康需求的日益增长与不均等的城乡基本医疗卫生服务供给之间的矛盾表现尤为突出。因此，在此背景下对我国城乡基本医疗卫生服务均等化历史进程、发展现状、实现机制进行研究，对于促进我国医疗卫生事业均衡发展具有重要意义。

1.1.2 研究意义

（1）理论意义

在健康中国战略背景下，深入考察城乡基本医疗卫生服务均等化发展现状，思考如何减小城乡之间在基本医疗卫生服务领域的差距十分紧迫和必要。本文在从省级层面考察我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平的基础上，实证分析了影响城乡基本医疗卫生服务均等化的各种因素，有助于为制定实现城乡基本医疗卫生服务均等化的政策提供理论依据，以及为其他类别的基本公共服务均等化的实现提供理论指导和对策借鉴。

（2）实践意义

当前，立足于全面建设社会主义现代化这一新的历史方位，在健康中国战略背景下对城乡基本医疗卫生服务均等化进行研究具有重要的现实意义。城乡基本医疗卫生服务均等化是解决我国社会主要矛盾的现实要求，同时也是统筹城乡发展、缩小城乡差距、加快我国社会主义现代化建设的必要举措。通过对城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行实证测度以及分类考察不同的影响因素对城乡基本医疗卫生服务均等化的现实影响，能有效地考察我国推进实现城乡

基本医疗卫生服务均等化事业发展程度，有利于精准施策促进基本医疗卫生服务供给在城乡间的均衡发展，缩小城乡发展差距，助力经济社会健康稳定发展。

1.2 文献综述

1.2.1 基本医疗卫生服务概念界定研究

国外在基本卫生服务的研究领域已取得了较为丰硕的成果，但尚未对“基本医疗卫生服务”作出明确的界定。“基本医疗卫生”这一概念最早可以追溯至 Winslow (1920)，他将公共卫生定义为防治疾病、延长寿命以及改善身体健康和机理的科学和艺术；并提出了保障社会成员身体健康的具体措施：通过有组织的社会努力改善卫生环境；控制地区性的疾病；对人们进行健康教育；疾病的早期诊断和预防治疗；建立保障居民健康的社会体制。1978年9月，在由联合国儿童基金会和世界卫生组织联合通过的《阿拉木图宣言》中，“初级卫生保健”这一术语被正式提出，即初级卫生保健是指具有如下特征的卫生保健服务：1.为公众所接受与熟知；2.人人都有能力支付；3.能够切实保证居民基本健康。此后，世界银行在1993年的《世界发展报告》中首次提出了“基本医疗卫生”的概念，该报告指出，发展中国家应重视基本医疗卫生，并努力增加投资。随着研究的逐渐深入，国外学者在基本医疗卫生服务的属性问题上产生了争论。如 Alexander (2006) 等学者认为，基本卫生保健服务是一种具有排他性的私人品，而非一种公共品。而一部分学者则认为，基本卫生保健服务涉及社会中的所有公民，其的目的是保障人们的健康，因而可以将其划分为公共产品或准公共产品 (Hillman,2006; Frieden,2010; Pollach,2014)。Colombo et al (2006) 也认为基本卫生保健服务是一种保障全体人民健康的基础性服务，并且提出应该更加关注医疗

卫生资源分配不均等和服务水平不均等的问题。Daniels（2001）则认为每位公民均享有平等获得基本医疗卫生服务的权利。

1.2.2 基本公共服务均等化内涵研究

对于基本公共服务均等化内涵的理解，关键在于对于“均等化”含义的理解。基本公共服务均等化这一社会发展目标自党的十六届五中全会首次提出以来，不同的学者基于不同的角度和不同的研究目的对“均等化”内涵作了不同的阐释，总体来看，可以分为财力均等、结果均等、权力均等、机会均等和效用均等。

财力均等是从地方政府基本公共服务供给职责的角度对均等化进行的研究。持有这种观点的学者们认为，作为基本公共服务的首要供给主体，地方政府需要有充足的财力为其履行供给职责提供保障，财力均等的要求是实现人均财政收入或人均财政支出均等，从而实现政府在不同地区间和不同人群间公平分配财政资金。马国贤（2007）根据发达国家的实践经验，总结了公共服务均等化的三种模式——人均财力均等化、公共服务标准化、基本公共服务最低水平。人均财力均等化是这样一种模式，即中央政府根据各地区人口和每万人口支出标准通过转移支付平衡各地方政府财力的模式。

结果均等是从基本公共服务供给端对“均等化”的内涵进行的考量。结果均等的基本内涵是政府作为基本公共服务的供给主体，应该保证全体居民不受其地域、民族、性别、身份、社会地位等因素的限制，都能获得大体均等的基本公共服务供给（胡祖才，2010）。陶春海和陈婧钰（2015）认为基本医疗卫生服务均等化是指不同经济发展水平的地区，不同阶层的人们都能享有的服务水平。这里的大体均等并非意味着绝对平均，强调的是底线平均，即最低标准之上的平均（陈昌盛、蔡跃洲，2007；陈海威、田侃，2007；阳鹤立，2012）。贾康（2007）认为基本公共服务均等化是一个动态过程，其理想状态是区域、城乡、居民之间享有基本一致的服务水平。曹东雪（2020）同样认可均等化是一个动态变化、逐步实现的过程，认为均等化的内容会随着经济发展水平、人们收入水平、健康需求变化和医疗技术发展不断调整。

权力均等关注的是居民对于基本公共服务是否具有同等的权力，是从居民消费端对均等化内涵的考察。楼继伟（2006）认为一个国家中所有领土上的公民，都有权利享受最低限度的基本公共服务，而不受其所居住区域的限制。唐钧（2006）认为，基本公共服务均等化意味着全国人民应尽可能享有基本公共服务的权利，或者政府应该满足全国人民的基本物质需求。基本公共服务领域或称社会领域中，有六项公民权利是国家必须予以保障或满足的。这就是生存权、健康权、居住权、受教育权、工作权和资产形成权，政府与社会要给予制度性保证和有效社会支持，确保社会领域基本公民权利的实现。

机会均等同样是消费视角进行的考察，关注的是居民在享有基本公共服务时是否具有均等的机会。常修泽（2007）认为均等化包含机会均等、结果大体相等、尊重居民个人的自由选择权这三层含义。刘尚希（2007）认为均等化是通过某一个层面的结果来实现的，公民的待遇不会受到性别、年龄、民族、地域、户籍的限制，它的本质是一种机会均等。

效用均等聚焦于具有不同个体特征的居民间的从享有基本公共服务获得的效用，也即满意度均等。吕炜、王伟同（2008）认为基本公共服务均等化的涵义为具有相同公共需求的公民，可以获得大致相同基本公共服务。

1.2.3 基本医疗卫生服务均等化水平研究

国外学者主要是从公平正义的角度对基本医疗卫生服务进行研究。Hadorn（1991）认为当人们处于危险状态，其生命健康受到威胁时，不能优先考虑进行救治的成本而必须尽全力进行救治。Van Doorlaer（1997）考察了不同国家居民的健康情况，最后得出，尽管不同国家内部居民的身体状况存在异质性，但也存在着一个共同点，即从整体上来看，富人阶层的健康水平高于穷人阶层。Christopher J. Smith（1998）认为，农村地区居民的医疗卫生服务需求无法得以满足的主要原因是农村地区普遍缺乏保障性的医疗政策，并且医疗服务利用较低，而这也使得城乡之间医疗卫生服务不公平程度进一步恶化。Hurley（2000）认为，想要实现医疗保健服务提供上兼顾公平与效率的目标，重点要满足最迫切需要群体的医疗卫生需求，促进其效用最大化。Wagstaff（2000）认为可以从垂直公平和水平公平这两个维度来考察筹资公平。一方面，对于具有不同支付能力的群体，

医疗卫生服务费用不同；另一方面，对于具有相同支付能力的群体，医疗卫生服务费用应该相同。Liu（2007）研究得出，中国偏远少数民族地区城乡医疗服务利用差距较大，主要原因在于当地的自然环境条件、发展基础等因素导致当地医疗资源及服务利用低。Lairson（2012）认为当医疗卫生服务供给无法满足广大人民的需求时，相较于穷人阶层，富人阶层更有可能优先获得相关服务，从而造成医疗卫生服务利用的不平等。

解垚（2009）运用不平等分解法对我国健康不平等进行了实证测度，研究得出我国不同收入阶层人群之间的健康水平存在巨大差异，表现出明显的亲富人倾向。葛凌霄，张亚斌（2010）基于我国医疗卫生资源配置、健康消费两个指标 1998-2008 年数据利用泰尔指数对我国城乡基本医疗卫生服务均等化情况进行了实证测度，研究得出在样本考察期内，我国城乡之间基本医疗卫生服务差距明显，并且城乡之间差距是总体差距的首要来源。刘一欧（2018）基于全国层面数据，同样运用泰尔指数法对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行评估和差异分解，也得出了类似结论。甘行琼等（2014）选取了江苏省、河南省、四川省作为研究对象，运用泰尔指数法分别从起点均等、过程均等和结果均等三个方面评估了三省份 2004-2014 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平。研究得出在 2004-2014 年间，三省份中除了城乡医疗卫生人员配置差距呈现扩大趋势之外，其他衡量指标之间的差距都呈现逐年下降趋势，并且城乡之间的差距是总体差距最主要来源。鄢洪涛（2011）运用泰尔指数分析法进行实证分析，同样发现在 2002-2009 年间，我国城乡基本医疗卫生服务差距是总体差距的主要来源。但城乡差距有了明显的缩小，并且不同的医疗卫生资源之间差距情况和变化趋势存在异质性。曹阳，蒋亚丽（2016）通过构建综合评价指标体系，采用熵权法和 TOPSIS 法，对我国 2003-2013 年城乡基本医疗服务均等化水平和发展趋势进行实证测度，研究得出在 2003-2013 年，我国城乡基本医疗服务水平差距缩小趋势明显，但仍处于较低水平，未来应着重医疗卫生资源特别是医疗技术人员在城乡之间的均衡配置。刘浩然，汤少梁（2016）从单个省份视角切入，运用 TOPSIS 法和秩和比（RSR）法，测算了 2010-2014 年江苏省两类基层医疗机构基本医疗服务均等化水平。分析得出 2010-2014 年间，乡镇卫生院基本医疗服务均等化水平要高于社区卫生服务中心。

1.2.4 基本医疗卫生服务均等化影响因素研究

俞卫（2009）从医疗保障水平、资源配置、健康水平三个方面分析了经济发展水平与城乡基本医疗卫生服务均等化水平之间的关系，得出地区经济发展水平是促进城乡基本医疗卫生服务均等化发展的重要因素，但是考虑到各地经济发展水平存在着差异，应该采取中央统筹大病与地方改善基本医疗卫生服务两条腿走路的策略。黄恒学、管仲军（2010）梳理了造成我国基本卫生服务不均等的表现和形成原因，并总结出地区经济发展水平差距、卫生投入差异、城乡二元结构、中央转移支付是基本公共卫生服务均等化的主要影响因素。周安（2013）以青岛市整个基本公共服务体系为考察对象，分析得出了制约城乡基本公共服务均等化的主要因素为经济发展水平和质量、政府对基本公共服务的重视和财力保障程度、供给模式单一等。卫平，薛冰（2017）基于 2000-2014 年面板数据，实证分析了转移支付、地区经济发展情况、政府卫生投入情况对医疗卫生服务均等化的影响。冯文洁（2019）认为影响农村基层医疗资源配置的主要有经济、制度、人才和观念四方面因素。刘一欧（2019）。从城乡二元经济结构角度分析了其对城乡基本医疗卫生服务均等化的影响，认为提高城乡之间协调发展能够有效促进城乡基本医疗卫生服务均等化水平的提高。

1.2.5 基本医疗卫生服务均等化实现路径研究

Hurley（2000）研究发现，相比较于将医疗卫生资源在居民之间进行平均分配，按照医疗卫生资源需求的不同在居民之间进行差异性分配，这样在促进相对公平的同时也兼顾了效率。Goddard et al（2006）将医疗公平划分为人们应该得到的公平以及能够获得的公平两种类型，并针对性地提出政府应该积极地履行其在公共服务供给方面的职责，以公平为导向，促使医疗卫生资源向社会

弱势群体倾斜。Babiarz, Miller et al (2010) 认为, 推进城乡基本医疗卫生服务均等化重点应放在提高农村地区就医便利性和可及性, 提高农村医疗卫生服务效率方面。Giedion U et al (2013) 认为应借助最新的信息技术来促进全民覆盖战略的实现。Meng Q, Xu L et al (2013) 认为为保障全体人民的健康, 应着力提高基层医疗卫生机构的服务水平。

彭健(2009)从健全公共财政体系角度提出了旨在提高城乡基本公共服务均等化水平的几条措施建议: 一、按照不同基本公共服务的性质和特点, 合理地划分中央和各级地方政府在提供基本公共服务供给上的职责范围; 二、基本公共服务财政投入应具有农村偏向性, 提高投入水平; 三、完善转移支付制度; 四、以提高基本公共服务供给能力为导向改革县乡财政管理体制; 五、在政府履行基本公共服务供给主体职责的条件下, 积极引入其他各方面力量, 共同促进提高城乡基本公共服务均等化水平。鄢洪涛(2011)在对我国 2002-2009 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平测度和发展趋势分析的基础上, 提出应着力从明确发展战略、健全经费保障机制、建立多元参与机制、完善良性互动机制四个方面推进城乡基本医疗卫生服务均等化进程。和立道(2012)在对我国 2000-2008 年城乡基本医疗卫生基本公共服务均等化水平进行测度和差异分解的基础上, 提出促进城乡基本公共服务均等化应在三方面着力: (1) 财政卫生支出向农村倾斜; (2) 整合城乡医疗卫生保险制度; (3) 深化医疗卫生体制改革。孙德超(2013)认为, 因地制宜, 制定农村偏向性的转移支付制度, 提高对农村的转移支付水平是推进城乡基本医疗卫生服务均等化的有效措施。裴育等(2019)就如何进一步促进城乡基本医疗卫生服务均等化这一问题提出可以从以下几点展开: 完善财政体制, 提高财政资金对医疗卫生事业的支持力度; 进行户籍制度改革, 逐渐打破城乡二元社会结构, 推进城乡统筹发展, 深化医疗卫生体制改革; 完善基本医疗卫生服务监督评价体系。高星等(2019)在分析 2010-2016 年我国基层卫生资源配置现状的基础上, 得出为推进城乡医疗卫生服务均等化进程, 需从以下几方面着手: 通过对落后地区的转移支付提高当地政府对医疗卫生服务的投入; 加大对基层医疗卫生机构基础设施的投入, 并通过医联体等模式促进优质医疗卫生资源流向基层地区; 制定科学合理的基本医疗卫生的价格体系; 通过各方面条件的改善以吸引优秀医疗人才向基

层地区流动；建立以政府为主导的多元化供给机制。

通过对国内外相关研究进行梳理可以发现，国内外学者对于城乡基本公共服务均等化涉及面广泛并不断深入，这其中包括概念的提出、定义的确立、均等化水平实证测度、影响因素分析与实现路径探析，并且所用方法多样，视角独特，紧扣经济社会发展所面临的突出问题。由于西方发达国家现代化水平较高，城乡融合发展程度较高等现实情况的存在，西方学者关于基本医疗卫生服务城乡差异及均等化的研究成果有限，但是它们基于公平性视角对其进行的研究已经十分成熟，在这一过程中形成的研究思路和研究方法对我们而言具有重要的借鉴意义。目前，我国基本医疗卫生服务均等化研究体系已基本形成，但研究重点主要在于对城乡、区域间基本医疗卫生服务均等化水平评估的实证研究，从多角度对城乡基本医疗卫生服务均等化的影响因素进行的研究较少，而且在现有研究中，多数研究是基于财政学和行政学视角进行的理论分析，较少研究从时空角度对城乡基本医疗卫生服务均等化动态变化趋势进行考察。因此，本文根据“演程—发展水平—影响因素”三位一体的框架对我国城乡基本医疗卫生服务均等化展开研究，为践行公平正义理念，保障全体人民身体健康，维护和谐社会，促进经济发展提供具有重要意义。

1.3 研究内容

首先，通过研读相关文献，梳理总结我国自新中国成立以来城乡基本医疗卫生服务均等化发展演进历程；其次，通过查阅《中国统计年鉴》、《中国卫生健康统计年鉴》、《中国城市统计年鉴》等资料，获得统计数据，在省际层面运用熵值法分别测算城乡的基本医疗卫生服务水平，并运用信息熵原理测度城乡之间基本医疗卫生服务均等化水平；再次，构建包括财政分权、转移支付等因素的空间计量模型实证检验不同的影响因素对城乡基本医疗卫生服务均等化水平的影响；最后得出相关结论与启示。

本文研究内容分为以下六个部分：绪论、概念界定与理论基础、我国城乡基

本医疗卫生服务均等化水平测度、城乡基本医疗卫生服务均等化的影响因素分析、研究结论与政策启示。

第一部分：绪论。首先阐述了文章研究选题的现实背景与研究意义；其次，对国内外有关文献资料进行了综合叙述与评价；再次，说明了文章的研究方法、目的、内容和思路；最后，明确了本文可能创新与不足之处。

第二部分：理论基础与概念界定。首先，对与本文研究主题有关的二元经济理论、公共产品理论、福利经济理论、公平正义理论已有研究进行了梳理。其次，对城市与农村、基本医疗卫生服务、基本医疗卫生服务均等化相关内涵进行了界定。

第三部分：城乡基本医疗卫生服务制度变迁历程。对我国城乡基本医疗卫生服务供给制度变迁历程进行梳理，深入阐述我国经济社会发展不同阶段的城乡基本医疗卫生服务供给情况。

第四部分：我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平测度。构建城乡基本医疗卫生服务均等化水平的综合评价指标体系；介绍本研究所运用的测度我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平的评价方法。说明数据来源，从全国层面以及分地区层面分析我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平及其变化趋势，并分析我国不同地区间的城乡基本医疗卫生服务均等化区域间以及区域内差异。

第五部分：城乡基本医疗卫生服务均等化的影响因素。通过构建包含制度因素、经济因素、社会因素在内的空间面板计量模型，实证分析各因素对城乡基本医疗卫生服务均等化的影响。

第六部分：研究结论与政策启示。这一部分根据前文的相关研究结果进行一个总结，并有针对性地提出一些切实可行的对策建议。

1.4 研究方法与技术路线

1.4.1 研究方法

本文在对城乡基本医疗卫生服务均等化及其影响因素的研究过程中，通过参考已有研究成果和根据具体研究内容的需要，具体所使用的有以下几种研究方法：

（1）文献研究法：通过知网（CNKI）和图书馆进行相关文献查阅，并梳理总结这些文献的重要发现、研究方法和主要结论。

（2）熵值法：首先利用熵值法分别测度城乡基本医疗卫生服务水平，接着利用信息熵原理测度城乡基本医疗卫生服务均等化水平。

（3）计量分析法：通过构建包含财政分权、转移支付、地方特征在内的影响因素的空间面板计量模型，实证分析各因素对城乡基本医疗卫生服务均等化的影响。

1.4.2 研究技术路线

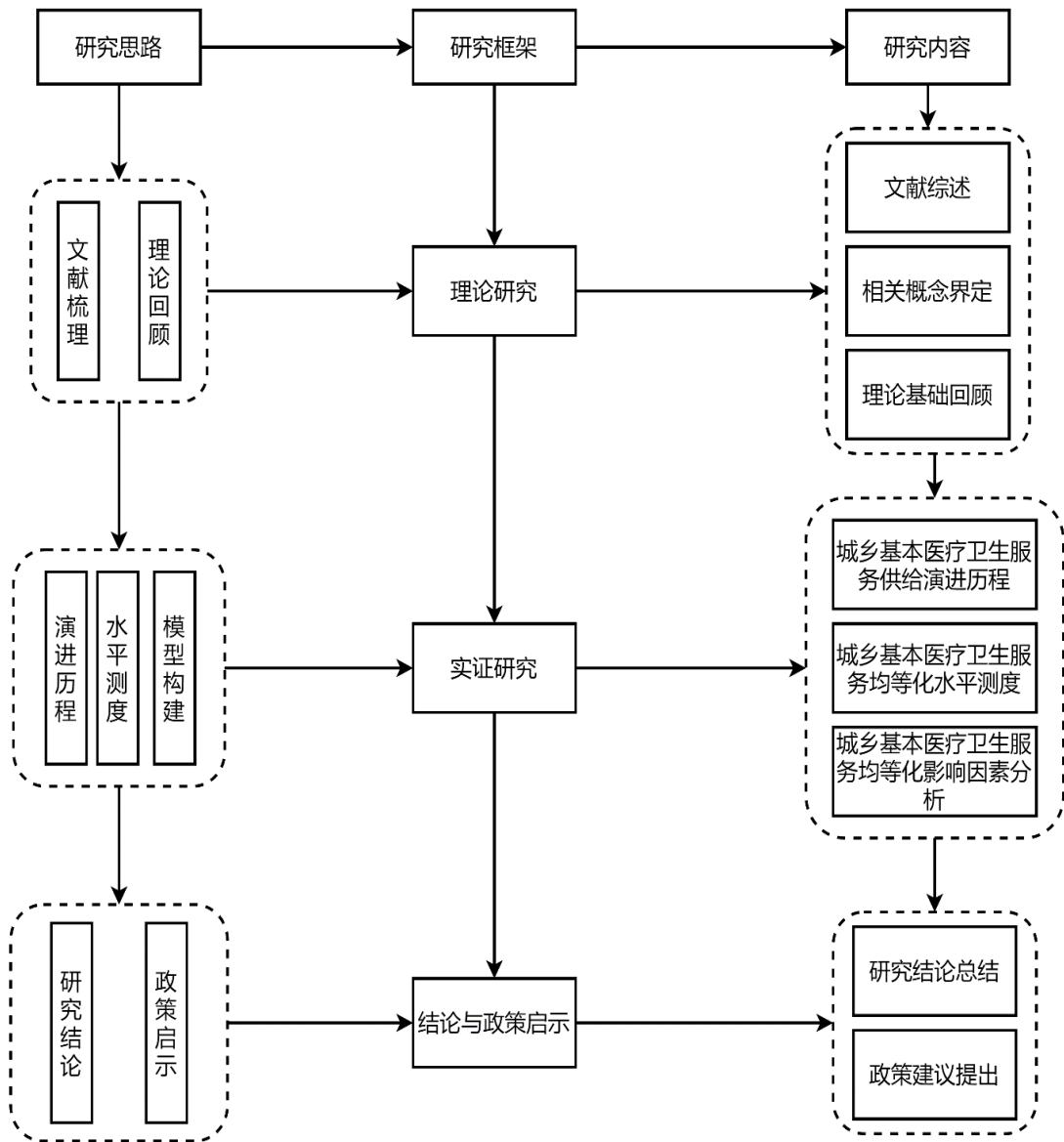


图 1.1 本研究技术路线

1.5 研究可能创新与不足

1.5.1 研究可能创新

第一，研究视角的创新。以往研究较多地关注基本公共服务整体发展情况，并通过构建包含基础教育、医疗卫生、社会保障等在内综合指标体系来分

析我国城乡基本公共服务均等化发展水平。但较缺乏针对对某一单个基本公共服务城乡均等化发展水平的研究。而且过往研究较多涉及运用现代数理统计方法对均等化水平进行评估，但较少从制度层面分析我国基本医疗卫生服务城乡发展失衡的原因。基于此，本研究通过对新中国成立以来基本医疗卫生服务发展历程进行回顾，从制度层面分析了城乡基本医疗卫生服务不均等的原因。

第二，研究内容的创新。通过文献梳理可以发现，以往研究较少涉及从时空视角对城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素进行分析。本研究在以全国视角通过省级层面数据对城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行测度的基础上，运用空间计量经济方法对其多种影响影响因素进行了定量分析。

1.5.2 研究的不足之处

第一，指标体系有待完善。基于可得性标准，本文在进行基本医疗卫生服务指标体系构建时由于农村数据无法得到，于是忽略了卫生总费用、人均基本公共卫生服务经费等有关筹资方面的指标，从而使得指标体系在全面反映城乡基本医疗卫生服务发展水平方面还有待进一步增强。

第二，数据层次有待细化。根据我国农村三级医疗卫生服务体系划分来看，使用市、县级数据能使研究更具说服力，但由于数据获得性的限制，本文在进行城乡基本医疗卫生服务均等化水平评估时使用了省际层面的数据。

2 概念界定与理论基础

2.1 相关概念界定

2.1.1 城市与农村

关于城市和农村区域的划分，各国依据人口密度、区域地理结构、经济社会发展水平和政治体系等角度形成了多样的划分类型，至今仍未形成统一的划分标准。我国统计局在 2008 年颁布了《关于统计上划分城乡的规定》，在该文件中，城乡被界定为“城镇”和“乡村”两个部分，其中城镇包括主城区、城乡结合区、镇中心区、特殊区域，乡村则包括乡中心区和村庄。而在涉及城乡的学术研究中，学者往往根据不同的需要对城乡进行不同的划分，因而并未形成一个统一的划分范式，例如杨晓军和陈浩（2020）将市辖区视为城市，而农村包括市辖区以外地所有区域。

本文在《关于统计上划分城乡的规定》的基础上基于数据的可得性，将城乡范围界定为：参考《中国卫生统计年鉴》上对市、县的划分标准，以地级市代替城市，以县级代替农村。

2.1.2 基本医疗卫生服务

当前学术界对于基本医疗卫生服务的概念界定尚未形成统一明确的标准。如前所述，基本医疗卫生服务的概念最早可追溯至 Winslow（1952）提出的旨在提高居民健康水平的五项公共卫生措施。而基本医疗卫生服务这一概念是在 1994 年世界银行发布的《世界发展报告》中被首次提出的，并且在该报告中明确了基本医疗卫生服务包的内容。在我国，其概念界定也经历了一个不断发展的历程。我国学者胡善联（1996）指出基本医疗卫生服务内涵的确定应充分考虑以下几方面因素：（1）居民健康水平发展情况；（2）医疗卫生资源配置是否与居民收入水平相匹配；（3）可能会对居民健康造成影响的疾病和有害因素。之后，在 2010 年的全国卫生工作会议上时任卫生部部长陈竺明确指出基本医疗

卫生服务由基本医疗服务和公共卫生服务组成，应该科学统筹这两大体系，坚持正确的改革方向，明确划分各自的功能定位，制定相应的政策，促使二者融合发展。在国家层面，公共卫生服务和基本医疗服务又有各自的组成内容。公共卫生服务是指以预防为主，提供健康管理的服务。基本医疗服务是指为全体居民平等提供的初步诊断和治疗以及用药指导和康复建议等所必需的医疗服务。

根据以上分析，本文对基本医疗卫生服务的界定为：在一定的经济社会发展条件下，政府作为供给主体向全体居民平等提供的、居民可负担的、旨在保障全体居民健康权的基本医疗服务、公共卫生服务等一系列服务。

2.1.3 城乡基本医疗卫生服务均等化

理解城乡基本医疗卫生服务均等化的关键在于对均等化含义的理解。当前，学者们一般从状态或过程的角度对均等化的内涵进行阐释。前者认为均等化表征了一种均等的结果，而后者则从动态的角度将均等化解释为实现均等的过程。本文倾向于认同后者对于均等化内涵的理解。而这里所说的均等也并不意味着完全相等，而是在机会均等的基础上实现的结果虽有差异但大体均等。

《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》就出：“基本公共服务均等化是指全体居民都能够获得差不多均等的基本公共服务，核心是机会均等，目的是保障全体居民基本生存权和发展权。”由于个体差异以及医疗卫生服务需求多样性的存在，盲目地追求平均化会导致医疗卫生资源的浪费和低效率，在当前中国经济社会发展存在明显的区域和城乡差异情况下，基本医疗卫生均等化更多的是指底线均等，即保证全体居民都能获得一定标准的基本医疗卫生服务。

根据以上对均等化内涵的理解，城乡基本医疗卫生服务均等化是一个动态的、渐进实现的过程。一方面，在不同的历史发展阶段应提供不同标准、大体均衡的基本医疗卫生服务。另一方面，促进城乡基本医疗卫生服务均等化应注重短期目标和长期目标相结合。在短期，应在基本医疗卫生服务供给方面更偏向于农村地区，努力缩小城乡之间的差距；在长期，应结合国家乡村振兴和城乡融合发展战略，促进基本医疗卫生服务城乡一体化发展。

城乡基本医疗卫生服务均等化的价值追求是实现基于正义的公平。公平是

指权利的公平和实际可获得性的公平。权利的公平要求城乡居民健康权实现最大化，而其中的关键在于保证弱势群体健康权的实现。

综上，本文将城乡基本医疗卫生服务均等化定义为由政府为主导，多元供给主体共同参与，以实现全体城乡居民都能公平可及地获得大致均等的无差异的基本医疗服务和公共卫生的过程，其目标是实现全体城乡居民健康权益的最大化。

2.2 相关理论基础

2.2.1 二元经济理论

我国基本医疗卫生服务城乡发展不均衡很大程度上由我国城乡二元经济结构所导致。因此，对二元经济理论进行回顾与梳理，有助于我们深入认识城乡基本医疗卫生服务发展失衡的原因以及为推进城乡基本医疗卫生服务均等化的政策实践提供理论依据。

二元经济理论继承于“二元结构”思想，后者是 Booke（1933）在观察当时印度尼西亚飞地经济和当地传统农业并存的现象时提出的。而二元经济理论最早由美国经济学家刘易斯（1954）年在其《劳动力的无限供给》一书中提出，在该书中，刘易斯分析了发展中国家普遍存在的劳动力由传统农业部门向工业部门转移的经济现象，由此构建了二元经济结构下的人口流动模型。在刘易斯的分析中，假定发展中国家中只存在现代工业部门和传统农业部门这两类部门，人力资源丰富且集聚于传统农业部门，而资本相对匮乏。在工业化发展初期，可以认为城市工业部门有能力容纳农村劳动力无限转移。随着工业化的发展，农村劳动力进行了充分转移，城市工业资本逐渐积累，农业部门劳动生产率逐渐提高，诱发了产业结构变迁，城乡劳动力双向流动，城乡二元结构逐渐转向一元化结构。

针对刘易斯模型的缺陷，拉尼斯和费景汉（Ranis, Fei, 1964）对其进行了修正，提出了自己的二元经济理论。他们的模型的特点是将农业部门纳入到分析框架中，强调了农业部门对工业部门增长和劳动力流动的决定性影响。在拉尼斯-费景汉模型中，农业部门剩余劳动力的流动可以分为三个阶段。第一阶段是农业边际生产率为零的农村剩余劳动力流入城市工业部门。在这一阶段，农业部门剩余劳动力的流出不会对农业剩余产生影响，有利于促进工业部门进一

步扩张和发展。第二阶段是边际生产率不为零但农业边际产品价值低于工业固定制度工资时农村剩余劳动力流入城市工业部门。在这一阶段，虽然农村剩余劳动力的流出会对农业产出产生不利影响，但会提高农业边际生产率。第三阶段是农业边际产品价值大于工业固定制度工资时两部门劳动力的双向流动。在这一阶段，农业部门和工业部门之间报酬具有竞争性特征，使得劳动力在两部门之间呈现双向流动趋势。

此后，许多学者在“刘易斯-拉尼斯-费景汉”模型的基础上提出了质疑并进行了相应的修正，形成了“乔根森”模型和“哈里斯-托达罗”模型，进一步丰富了二元经济理论。

2.2.2 公共产品理论

现代公共产品理论最早可追溯至俄国经济学家 A. K. Shtoh（1815）在其著作中提出的对于公共产品概念的界定。其后，诸多经济学家都对公共产品理论进行了卓有成效的研究，公共产品概念也逐渐成为公共经济理论中的核心概念。

1954年，萨缪尔森在其《公共支出纯理论》一文中首次以数学形式给出了公共品的定义，按照萨缪尔森的说法，公共品是指这样一种物品，即任何人对该物品的消费并不会导致其他人对该物品消费的减少。与私人物品相比，公共品具有三个显著的特征。一是消费的非竞争性。消费的非竞争性是指任何人对该物品的消费并不会减少其他人对该物品的消费，增加一个消费者的边际成本为零。二是受益的非排他性。公共品一旦提供，任何人都能从中受益，排除他人，在经济上和技术上都不可能。三是效用的不可分割性。效用的不可分割性是指公共品一旦提供，全体居民消费的是公共品提供总量，从总量消费中获得效用，不可分割。公共品具有的这些特征隐喻了均等化的要求。但在《公共支出理论图解》一文中，萨缪尔森也指出完全具有上述特征的公共品应该被称之为纯公共品，在现实生活中很少存在。

1956年，蒂布特在《地方公共支出的纯理论》一文中提出了一个有别于萨缪尔森的关于公共品的新定义。蒂布特将公共产品定义为能够被提供，但无法对其有效收费的产品，并将公共品划分为联邦公共产品和地方公共产品。在概

念界定的基础上，蒂布特根据一些假设，提出了公共产品有效配置的“用脚投票”模型。在该模型中，蒂布特假设不同地方的居民可以自由流动、对地方政府收入一支出模式具有完全信息、不同社区提供的公共产品不存在外部性、有充分居住地。相互竞争的社会会提供不同公共品供给模式，居民可以根据能够最大化满足自身偏好的标准选择提供相应公共品模式的社区居住，各地在居民“用脚投票”的迁移约束条件下，能够实现公共品的供给均衡。

2.2.3 福利经济理论

福利经济学是研究社会资源和收入的合理分配及其对社会福利的影响的一门经济学学科分支。福利经济学在形成与发展的过程中，逐渐形成了以旧福利经济理论和新福利经济理论为主要内容的理论体系。

福利经济学产生的标志是英国经济学家 A.C.庇古于 1920 年发表了《福利经济学》一书。以边沁的功利主义为其哲学基础，庇古将福利定义为个体获得的效用或满足，并将福利分为社会福利和经济福利，社会福利中只有能够用货币衡量的部分才能称之为经济福利。庇古所使用的分析工具为基数效用论，认为个人效用可以衡量并且不同个体逐渐的效用水平可以比较。在此基础上，庇古提出了两个基本论点：1.国民总收入越大，社会经济福利也就越大；2.国民收入分配越平均，社会经济福利越大。庇古的旧福利经济理论为各国社会保障制度建立和发展、社会保障政策的制定与实施奠定了理论基础。在基本医疗卫生服务领域，通过政府增加基本医疗卫生服务投入总量以及在城乡合理公平分配医疗卫生资源，可提高社会福利整体水平。

20 世纪 30、40 年代，庇古的旧福利经济理论受到一些经济学家的批判，并在此基础上创立了新福利经济理论。新福利经济理论回避了收入分配问题，将经济效率问题作为研究重点。新福利经济学中的补偿原则论派以序数效用论作为分析工具，以帕累托最优标准代替了总和效用最大化的标准，认为只要改变使得福利增加的那部分人的福利增加部分超过福利减少的那部分人的福利减少部分，则社会的总福利增加。

此后，伯格森和萨缪尔森等人在批判补偿学派理论的基础上创立了社会函数理论，因此也被称为新福利经济学的社会函数论派。该论派指出帕累托最优

状态有很多，但帕累托并未指出哪种情况会实现社会福利最大化。想要实现这一目标，也即社会福利函数最大化求解，不仅应满足交换和生产的最优条件，而且应实现福利在个人之间合理分配。经济效率是福利最大化的必要条件，而公平分配则是必要条件。虽然之后，阿罗不可能定理证明了不存在将社会所有成员的偏好整合成社会总体偏好的社会福利函数。但是社会福利函数理论仍可作为城乡基本医疗卫生服务均等化的理论基础。

2.2.4 公平正义理论

公平与正义是人类社会永恒的追求目标。在基本医疗卫生服务领域，美国哲学家罗尔斯对于社会结构正义的阐释，为城乡基本医疗卫生服务均等化的理论和实践提供了最为直接的法理依据。以社会契约论为基础，罗尔斯在其 1971 出版的著作《正义论》对功利主义提出了批判，提出了自己对公平正义的看法。罗尔斯提出了正义的两个原则：自由平等原则、机会平等和差异原则。自由平等原则是指任何人享有最广泛的自由的权利。第一个原则要求分配时要保障弱势群体的最大权益，第二个原则要求在社会经济不平等中运用机会平等的原则，即拥有相同能力和志向的两人都应具有获得相同教育背景和收入前景的机会。

罗尔斯有关正义的两个原则其实涉及基本社会机构的两个部分：一是公民的政治权利；二是公民的社会经济利益。罗尔斯进一步指出，这两个原则之间存在着绝对的先后顺序，则自由平等原则优先于机会平等和差异原则，而机会平等原则又优先于差异原则。罗尔斯公平正义理论为我国推进城乡基本医疗卫生服务均等化提供了价值引领与道德评价标准。

3 我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁分析

新中国建立后，我国医疗卫生政策经历了曲折反复的发展过程，并逐渐建立了与社会主义市场经济体制相适应的政策体系。经过 70 多年的发展，我国城乡基本医疗卫生服务在体制改革完善、供给范围、供给水平和质量方面取得了显著的成就。但农村地区居民基本公共服务的需求不能得到有效地满足的问题仍然存在，并且城乡之间的差距仍然明显。为了进一步推进我国城乡基本医疗卫生服务均等化发展，本章将梳理新中国成立以来基本医疗卫生服务制度变迁历程，以期从历史发展视角为后文提供研究基础。

3.1 低水平的城乡二元供给阶段（1949-1978 年）

新中国成立后，我国在开展恢复经济和社会主义三大改造行动后，逐步建立起中央集权的计划经济体制，中央政府通过指令性计划配置国家经济资源，管理国家经济活动，我国的医疗卫生事业也被纳入到高度集中的管理体制中。在新中国成立初期，我们党面临着流行疾病肆虐、诊疗技术手段落后、人民健康状况极差的现实医疗卫生困境。同时，面对着国内外复杂严峻形势，国家将经济发展重心放在了重工业，并有意识地制定了农业支持工业发展的一系列政策。随着城乡户籍差别化管理、工农业产品不等价交换、农业合作化、统购统销等一系列有关城乡关系政策的颁布实施，我国城乡二元社会经济体制逐渐确立下来。这样的城乡分割也导致了基本医疗卫生服务体系和保障制度的城乡差别设计，由此形成了基本医疗卫生服务城乡二元分割体制。这一阶段医疗卫生政策演变历程如表 3-1 所示。

表 3-1 1949-1978 年城乡基本医疗卫生服务代表性政策及主要内容

时间	代表性政策	主要内容
1950 年	第一届全国卫生会议	三大方针：1. 以工农兵为重点 2. 预防为主 3. 协调中西医
1951 年	《农村卫生基层组织工作具	会议明确了卫生保健服务的基本内容，

	体实施办法（草案）》	并提出建立和发展基层卫生组织，大力培养基层卫生人员
1952年	第二届全国卫生会议	会议提出“卫生工作和群众运动相结合”的方针
1952年	《关于全国各级人民政府、党派、团体及其所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防措施》	公费医疗保险制度开始在全国实行
1957年	《关于加强基层卫生组织领导的指示》	对基层卫生组织进行了界定
1959年	全国农村卫生工作会议	正是肯定农村合作医疗制度
1965年	毛泽东“626指示”	提出应该把医疗卫生工作的重点放在农村去，培养赤脚医生，建立“旧农保”

通过表 3-1 可以看出，新中国建立初期，通过 1950 年和 1952 年两届全国卫生工作会议，我国确立了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作和群众运动相结合”四大工作方针，这四大方针分别说明了医疗卫生工作的服务对象、重点内容、统一战线和工作方法等方面的内容。在四大方针以及共产主义意识形态中平均主义主义追求的指导下，新中国建立初期的城乡医疗卫生都得到了长足发展。例如，免费的三级医疗预防保健网络得以在短时期内在城乡建立；得益于当时统收统支的财政管理体制，使得城乡居民都能免费接受最低限度的基本公共卫生服务。但医疗卫生政策还是表现出明显的城乡差异性。在城镇中，由于实施了优先发展城市和重工业战略，基本医疗卫生服务主要由国家财政出资建设并委派相关政府人员进行规划与管理。在政策方面，《中华人民共和国劳动保险条例》于 1951 年颁布实施，经过 1953 年和 1956 年两次修订，以城镇职工为保障对象的劳保医疗制度得以确立；1952 年颁布的《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗的指示》，标志着城镇公费医疗保险制度在全国确立，并随后在 1953 年颁布了《关于公费医疗的几项规定》，将公费医疗覆盖范围进一步扩大到大学和专科学

校的在校学生和乡干部。但在广大农村地区，绝大多数农民被排除在这一福利体系之外。在农村中，居民主要通过自费和合作互助这两种形式来解决就医问题，但就后一种形式来看，规模较小，1958年时，农村合作医疗制度的全国覆盖率仅为10%。但随着医疗卫生发展差距在城乡之间愈发明显，医疗卫生城乡发展不平衡问题受到了党中央的重视，毛泽东主席在1965年6月26日就医疗卫生问题发表了以“要把医疗卫生工作的重点放到农村去”为核心的谈话。在党中央的高度重视以及政策驱动下，农村合作医疗制度和“赤脚医生”制度逐步确立并迎来了蓬勃的发展。

这一时期我国医疗卫生体系的基本框架为：（1）四大卫生工作方针；（2）城市和农村的三级医疗卫生保健网；（3）劳保医疗、公费医疗、旧农合三保共存。这一时期制度体系表现出的特征主要有：（1）城市医疗卫生服务体系在计划经济体制下由中央政府筹资去商品化；（2）城市医疗卫生服务由政府统筹，作为公共品向全体城市居民提供；（3）城市卫生管理高度计划化；（4）农村居民游离于国家社会福利体系之外。

3.2 城乡失衡、差异进一步扩大阶段（1979-2002年）

改革开放以来，我国高度集中的计划经济体制逐渐向社会主义市场经济体制转变。1978年召开的十一届三中全会拉开了我国改革开放的序幕，此后，人民公社逐渐解体，逐渐确立家庭联产承包责任制；1984年10月，以城市为重心的经济体制改革在《中共中央关于经济体制改革的决定》颁布后在全国范围内全面展开。1992年，以社会主义市场经济体制的经济体制转型目标正式在党的十四大确立下来。在以“经济建设为中心”的发展战略的指导下，我国医疗卫生事业也随着国家发展目标转向社会主义现代化建设迈入了新时期。表3-2显示了这一阶段医疗卫生政策演进历程。

表 3-2 1979-2002 年城乡基本医疗卫生服务代表性政策和主要内容

时间	代表性政策	主要内容
1978年	《关于整顿和加强公费医疗	整顿和加强公费医疗管理工

	管理工作的通知》	作
1979 年	《关于加强医院经济管理试点工作的意见》	国家对医院经费补助由“差额补助”变为“定额补助，留用结余”
1979 年	《关于农村合作医疗章程（实行草案）的通知》	这一文件总结了农村合作医疗 20 年来发展的经验与成就
1980 年	《关于允许个体开业行医问题的请示报告》	允许个体开业行医
1983 年	卫生部发布《关于组织城市医疗卫生机构支援农村卫生事业建设若干问题的意见》	提出组织城市医疗卫生机构职员农村卫生事业的建设
1986 年	《关于业余医疗卫生服务收入提成的暂行规定》	用于医生绩效的个人奖励部分可按业余医疗卫生服务收入的 5%-10%提取，业余医疗卫生服务的个人每月额外收入不超过 60 元
1989 年	《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》	积极推行承保责任制，允许开展有偿服务，拉开医疗卫生服务收费档次，实行“以副补主”
1991 年	卫生部等部门《关于改革和加强农村医疗卫生工作请示》	启动新一轮农村合作医疗改革
1992 年	国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》	标志着“医疗市场化”全面开展
1997 年	国务院批转卫生部等部门《关于发展和完善农村合作医疗若干意见的通知》	提出发展和完善农村合作医疗若干意见

1998 年	《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》	作出了建立城镇职工基本医疗保险的决定
2002 年	召开了全国卫生工作会议	会后颁布了《中国农村初级卫生保健发展纲要（2001-2010 年）》
2002 年	《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》	关于进一步加强农村工作会议

这一时期，在医疗卫生机构管理体制改革方面，主导思想是市场化导向以及放权让利。1979 年，卫生部联合三部委颁布了《关于加强医院经济管理试点工作的通知》；1981 年，卫生部下发《医院经济管理暂行办法》、《关于加强卫生机构经济管理的意见》。这些政策文件提出了“定额补贴、经济账单、预算、奖惩”等措施，以提高医院的经济效益。1980 年，卫生部发文《关于允许个体开业行医问题的请示报告》，鼓励个体开业行医，丰富了医疗服务供给主体。1985 年，国务院批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，该报告指出：“为了加快发展医疗卫生事业，中央和地方应该增加卫生经费的投入；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，把卫生工作搞活”，这一文件开启了以放权让利，扩大医院自主权为核心的医疗机构改革进程。1989 年，国务院批转了卫生部《关于扩大医疗卫生服务有关问题的建议》，该文件以医疗服务提供市场化转向为基本思想，提出了围绕有偿收费、“以工助医、以副补主”等内容的五条建议，从而进一步激发了医疗卫生机构提高自身经济效益的活力。1992 年，《卫生部关于深化医疗卫生体制改革的几点意见》明确了“建设靠国家，吃饭靠自己”的医疗卫生机构管理方针。

通过引入经济领域市场化导向的改革方式，“放权让利、自负盈亏”式的医疗卫生机构管理体制改革丰富了我国医疗卫生服务供给主体，提高了医疗卫生服务的生产力，促进了医疗卫生技术人员的积极性，推动了我国医疗卫生事业的发展。但城乡之间基本医疗卫生服务发展差距也因为过分强调效率优先而快

速拉大。在城镇中，医疗保障制度也在医疗卫生机构服务水平不断提高的过程中迎来重大变革。1984年，由卫生部和财政部联合发出的《关于进一步加强公费医疗管理的通知》提出要积极慎重地改革公费医疗制度。在提出《职工医疗保险制度设想（草案）》的基础上，并经过著名的“两江试点”和全国范围扩大试点，1998年12月，国务院发布《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，标志着城镇职工基本医疗保险制度在我国全面建立。而在广大的农村地区，随着经济体制转型的不断推进，合作医疗制度也经历了一段曲折反复的变迁过程。曾经作为主要经费来源的农村集体经济也随着农村经济体制在20世纪80年代进行改革而逐渐瓦解，因而农村合作医疗出现了大面积瘫痪和崩溃，到80年代末，覆盖面已由70年代时的90%降为了4.8%。为了实现对世界卫生组织的“到2000年全面落实农村初级卫生保健工作”的承诺，在90年代，中央政府开始重新关注农村医疗卫生工作。1997年，国务院批转卫生部等部门《关于发展和完善农村合作医疗的若干意见》，但在1994年开启的“分税制”改革的背景下，受限于事权与财权的不匹配，在农村合作医疗恢复和发展的过程中，地方政府对于中央政府的政策往往持消极应对态度，财政投入大大缩减，从而导致了农村合作总体上仍处在较低发展水平。

3.3 回归公益性、城乡统筹发展阶段（2003年至今）

2003年以来，我国社会主义市场经济体制不断改革完善，“基本公共服务均等化”也由理论层面的探讨转化为现实实践，我国城乡基本医疗卫生服务迈入了回归公益性、城乡统筹发展的新阶段。这一阶段医疗卫生政策演进历程如表3-3所示。

表 3-3 2003-2020 年城乡基本医疗卫生服务代表性政策和主要内容

时间	代表性政策	主要内容
2003 年	《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》	开启了我国新型农村合作医疗制度的试点工作
2004 年	《关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作的指导意见》	提出必须坚持农民自愿参加的原则

	见》	
2006 年	《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》	要求加快推进新型农村合作医疗试点工作
2006 年	《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》	发展城市社区卫生服务
2007 年	《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》	开展城镇居民基本医疗保险试点
2009 年	《关于深化医疗卫生体制改革的意见》	深化医药卫生体制改革
2009 年	《关于全面开展城镇居民基本医疗保险工作的通知》	全面开展城镇居民基本医疗保险工作
2009 年	《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》	提出要促进基本公共服务逐步均等化
2010 年	《关于建立健全基层医疗卫生机构补偿机制的意见》	建立健全基层医疗卫生机构补偿机制
2014 年	《关于加快社会办医的若干意见》	提出建立以非营利性医疗机构为主体，营利性医疗机构为补充的社会办医体系
2015 年	《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》和《关于公立医院综合改革试点的指导意见》	推进公立医院改革
2016 年	《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》	整合城乡居民基本医疗保险制度
2016 年	《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》	提出在“十三五”期间，要在分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管等 5 项制度建设上取得

		新突破，同时统筹推进相关领域改革。
2017年	《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》	建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度
2018年	《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》	对医疗卫生领域中央和地方财政事权和支出责任划分进行改革
2019年	《国务院关于实施健康中国行动的意见》	对实施健康中国行动提出意见

在这一时期，诸多因素共同促使政府重新在医疗卫生领域担负起主要责任，使得基本医疗卫生服务重新呈现公益性特征。随着改革开放进入深水区，诸如城乡发展失衡、收入差距过大、社会保障城乡存在较大差异等社会矛盾集中显现出来。而在以市场化为导向进行的医疗卫生体制改革时期，城乡居民“看病难，看病贵”问题由于医疗机构以药养医等行为而日益严重。2003年突如其来的“非典”疫情将我国公共卫生的薄弱暴露在世人面前，迫使政府反思经济社会发展不平衡问题，推动政府治理变革。2004年，在统筹城乡发展的思想指导下，党的十六届四中全会要求坚持“以人为本”的原则，重视改善农村基本医疗卫生、公共文化、公共教育等基本公共卫生事业，并将更多地公共服务支出向农村地区倾斜。2007年10月，“建设服务型政府”的政府职能转型目标在党的十七大被提出，主要任务中包含“通过强化政府责任和投入”，“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系”。2009年3月，《中古中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出要把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，加大政府投入，维护公共医疗卫生的公益性，并将“建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度”作为医改的总体目标。2012年11月，党的十八大提出统筹社会保障体系建设目标，并强调社会建设应重点关注保障和改善民生。2017年10月，党的十九大报告提出了“健康中国”发展战略，要求要“全面建立中国特色基本医疗卫生制度”“健全基本医疗制度”，城乡基本医疗卫生服务均等化逐渐成为国家治理的重要目标。

自“基本公共服务均等化”在第十六届五中全会首次提出以来，作为基本公共服务重要组成部分的基本医疗卫生服务发展水平有了明显提高，城乡之间差距显著缩小，农村居民的健康权益持续得到维护和保障。但是，应该认识到城乡基本医疗卫生服务均等化是一项长期而艰巨的系统性工程，目前我国城乡差距仍然较大，需要各级政府统一目标并进行政策协调。

4 我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平测度

4.1 指标体系的构建

如第 2 章所述, 均等化包含两个层面的含义: 一是动态意义上的均等, 即通过各种调整和干预手段以缩小差距的过程; 二是结果意义上的均等, 即达到相对均等的结果。因而推进我国城乡基本医疗卫生服务均等化过程的前提为衡量其均等化水平。而在衡量均等化水平时, 构建科学合理的指标体系尤为重要。

(1) 指标体系构建的原则

系统性和科学性原则。系统性原则是指所构建的指标体系能够完整、准确、全面反映基本医疗卫生服务均等化的内涵与特征。本文借鉴了常用于卫生管理中进行质量评价的结构—过程—结果 (SPO 原理) 研究方法, 按照资源投入—服务利用—健康结果的基本医疗卫生提供全过程逻辑构建了城乡基本医疗卫生服务均等化衡量指标体系。所谓科学性原则是指指标体系中的每一个指标都应准确地反映出基本医疗卫生服务发展现状, 各指标间既相互独立, 也存在着内在的逻辑关系。

可比性原则。这里所说的可比包含横向可比和纵向可比两个方面。横向可比是指对城乡间、区域间、国别间在基本医疗卫生服务领域进行比较与排序。纵向可比是指从动态角度对城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行考察和比较, 从而更好地把握城乡基本医疗卫生服务均等化发展趋势。

可获得性原则。这一原则主要是指在进行指标体系设置时要充分考虑到数据的可获得性。

(2) 指标体系的构成内容

在以上指标设定原则的指导下, 本文构建了如下城乡基本医疗卫生服务均等化衡量指标体系。见表 4-1:

表 4-1 城乡基本医疗卫生服务均等化综合评价指标体系

一级指标	二级指标	具体指标	指标单位	属性
城乡基本 医疗卫生 服务均等 化综合指 数	资源配置均等 化指标 (B1)	每千人口卫生机构床位数 (C1)	张/千人	正向
		每千人口卫生技术人员数 (C2)	人/千人	正向
		每千人口执业 (助理) 医师数 (C3)	人/千人	正向
		每千人口注册护士数 (C4)	人/千人	正向
		人均医疗保健支出 (C5)	元/人	正向
	服务利用均等 化指标 (B2)	医疗机构人均诊疗次数 (C6)	次/人	正向
		医院病床使用率 (C7)	%	正向
		医师日均担负诊疗人次 (C8)	人次/日	正向
		孕产妇住院分娩率 (C9)	%	正向
	健康均等化指 标 (B3)	孕产妇死亡率 (C10)	1/10 万	负向

4.2 测度方法选择

4.2.1 城乡基本医疗卫生服务水平评价方法选择

当前学术界在基于综合指标体系评价基本医疗卫生服务水平方面可运用定性和定量两种方法。在对综合指标体系进行定量评估中，至关重要的是对每一项指标赋予权重，一般而言，对于权重有两种确定方式：主观赋权和客观赋权。熵值法，作为客观赋权法的其中一种，指标权重的确定依赖于指标数据自身的信息，从而避免了人为主观赋权的随意性和非科学性。因而本文将运用熵值法分别对城市与农村基本医疗卫生服务水平进行测度。

本文借鉴了杨丽、孙之淳（2015）的做法，将时间变量引入熵值法中。具体步骤如下：

步骤一：对指标体系中各指标进行标准化处理。

$$\text{正向指标: } X_{ijt} = \frac{x_{ijt} - \min\{x_{ijt}, \dots, x_{njt}\}}{\max\{x_{ijt}, \dots, x_{njt}\} - \min\{x_{ijt}, \dots, x_{njt}\}} \quad (4-1)$$

$$\text{负向指标: } X_{ijt} = \frac{\max\{x_{ijt}, \dots, x_{njt}\} - x_{ijt}}{\max\{x_{ijt}, \dots, x_{njt}\} - \min\{x_{ijt}, \dots, x_{njt}\}} \quad (4-2)$$

其中, i 代表第 i 个省市 (自治区), 最大值为 n ; j 代表第 j 个指标, 最大值为 m ; t 代表年份, 最大值为 r 。 X_{ijt} 代表第 i 个省市 (自治区) 第 j 个指标在第 t 年的数值, 经过标准化处理后的数值取值范围为 $[0,1]$ 。值得注意的是, 为避免处理后的数值出现 0, 本文在处理后的数值后统一加上 0.0001 以保证整个计算过程流畅。

步骤二: 计算第 j 项指标下第 i 个省市 (自治区) 占该指标的比重。

$$P_{ijt} = \frac{X_{ijt}}{\sum_{i=1}^n \sum_{t=1}^r X_{ijt}} \quad (4-3)$$

步骤三: 计算第 j 项指标的熵值。

$$e_j = -k \sum_{i=1}^n \sum_{t=1}^r P_{ijt} \ln P_{ijt} \quad (4-4)$$

其中, $k = 1/\ln(n) > 0$, 满足 $e_j > 0$ 。

步骤四: 计算信息熵冗余度。

$$d_j = 1 - e_j \quad (4-5)$$

步骤五: 计算各项指标的权重值。

$$\omega_j = \frac{d_j}{\sum_{j=1}^m d_j} \quad (4-6)$$

步骤六: 分别计算城市和农村基本公共服务水平综合评价指数

$$BS_i = \sum_{j=1}^m \omega_j X_{ijt} \quad (4-7)$$

4.2.2 城乡基本医疗卫生服务均等化水平评价方法选择

在求解得到城市和农村基本公共服务水平的基础上, 本文参照杨晓军等 (2020) 的做法, 选择信息熵原理对城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行评价。信息熵是香农 (1948) 提出的概念, 它可以被用来测度系统的无序程度, 消除不确定性, 从而保证评价结果的客观真实性。信息熵指数越大, 说明该系

统越无序。基于此，本文构建的测度城乡基本医疗卫生服务均等化水平的信息熵函数如下所示：

$$E_s = -\left(\frac{BM_C}{\sum BM_C} \ln \frac{BM_C}{\sum BM_C} + \frac{BM_R}{\sum BM_R} \ln \frac{BM_R}{\sum BM_R}\right) \quad (4-8)$$

其中， BS_C 和 BS_R 分别表示城市和农村基本医疗卫生服务水平综合评价指数。信息熵指数越大，信息越分散，表明城乡基本公共服务均等化水平越高；当 BS_C 和 BS_R 相等时，此时城乡基本公共服务水平完全相等，信息熵指数达到最大值（ $E_{\max}=\ln 2$ ）。因此，在这里，借鉴杨晓军等（2020）的做法，将 E_s 和 E_{\max} 的比值作为城乡基本公共服务均等化指数，计算公式为：

$$E = \frac{E_s}{E_{\max}} \quad (4-9)$$

在计算过程中，为保持城市和农村相一致，首先根据全省口径数据计算指标体系中各指标的权重系数，然后分别计算城市和农村基本医疗卫生服务水平综合评价指数，最后根据信息熵函数计算城乡基本医疗卫生服务均等化水平。

4.2.3 区域差距分解方法选择

本文在城乡基本医疗卫生服务均等化测算结果的基础上，进一步采用 Dagum（1997）基尼系数分解方法对我国城乡基本医疗卫生服务均等化进行区域分解，进而深入分析我国城乡基本医疗卫生服务均等化在不同区域内和不同区域间的差异。为此，将衡量城乡基本医疗卫生服务均等化的基尼系数公式设定为：

$$G = \frac{1}{2n^2 \bar{E}} \sum_{j=1}^k \sum_{h=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} \sum_{r=1}^{n_h} |E_{ji} - E_{hr}| \quad (4-10)$$

其中， G 代表基尼系数， j 、 h 代表区域， i 、 r 代表区域内省（市、自治区）， k 代表区域总数， n 代表省（市、自治区）总数， n_j （ n_h ）代表第 j （ h ）区域内省（市、自治区） i （ r ）的城乡基本医疗卫生服务均等化水平， \bar{E} 代表着城乡基本医疗卫生服务均等化的算术平均值。

在进行总体基尼系数区域分解之前，首先需要针对不同区域的城乡基本医疗

卫生服务均等化水平进行排序, 即 $\overline{E}_1 \leq \dots \leq \overline{E}_j \leq \dots \leq \overline{E}_k$, 然后讲总体基尼系数 G 分解为区域内差异贡献 (G_w), 区域间差异贡献 (G_{nb}) 以及超变密度贡献 (G_t), 且三者之间满足 $G = G_w + G_{nb} + G_t$ 。具体计算公式为:

$$G_{jj} = \frac{1}{2\overline{E}_j n_j^2} \sum_{i=1}^{n_j} \sum_{r=1}^{n_h} |E_{ji} - E_{hr}| \quad (4-11)$$

$$G_w = \sum_{j=1}^k G_{jj} p_j s_j = \sum_{j=1}^k G_{jj} \frac{n_j}{n} \frac{n_j \overline{E}_j}{n \overline{E}} \quad (4-12)$$

$$G_{jh} = \sum_{i=1}^{n_j} \sum_{r=1}^{n_h} \frac{|E_{ji} - E_{hr}|}{n_j n_h (\overline{E}_j + \overline{E}_h)} \quad (4-13)$$

$$G_{nb} = \sum_{j=2}^k \sum_{h=1}^{j-1} G_{jh} (p_j s_h + p_h s_j) D_{jh} \quad (4-14)$$

$$G_t = \sum_{j=2}^k \sum_{h=1}^{j-1} G_{jh} (p_j s_h + p_h s_j) (1 - D_{jh}) \quad (4-15)$$

$$D_{jh} = \frac{d_{jh} - p_{jh}}{d_{jh} + p_{jh}} \quad (4-16)$$

$$d_{jh} = \int_0^\infty dF_h(E) \int_0^E F_j(E-x) dF_h(x) \quad (4-17)$$

$$p_{jh} = \int_0^\infty dF_h(E) \int_0^E F_j(E-x) dF_j(x) \quad (4-18)$$

其中, G_{jj} 代表区域的基尼系数, G_{jh} 代表区域 j 和 h 间的基尼系数, D_{jh} 代表区域 j 和 h 间城乡基本医疗卫生服务均等化水平的相对影响, d_{jh} 代表区域间城乡基本医疗卫生服务均等化水平的差值, 表示区域 j 和 h 中所有 $E_{ji} - E_{hr} > 0$ 的样本值加总的数学期望, $F_j(F_h)$ 表示区域 J (h) 城乡基本医疗卫生服务均等化水平的累计分布函数。

4.3 测度结果分析

4.3.1 数据来源

本文根据前文所构建的指标体系, 选取了 2007-2020 年的 29 个省 (市、自

治区)的数据对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行测度。由于北京和上海两市许多指标有关城乡的数据缺失严重,基于数据可得性的原则,故本文并未将其列入考察对象范围内。由于我国基本公共服务均等化目标于2005年于十六届五中全会在全国层面正式提出,而一般而言,目标推进与政策效果显现都具有滞后性,故而本文选择了2007年作为考察样本期的起始年份。

本章所用数据主要来自于《中国卫生健康统计年鉴》以及各省(市、自治区)历年卫生健康事业发展统计公报,少量缺失值用线性插值法予以补齐。另外,进行区域分解时将我国划分为东、中、西、东北这四大区域。

4.3.2 基本医疗卫生服务均等化测度结果

本文首先在省际层面对指标体系中的各指标进行了测度,所得结果如下表4-2。

表 4-2 省际层面基本医疗卫生服务指标权重

一级指标	二级指标	三级指标	单位	性质	权重 (%)
城乡基本 医疗卫生 服务均等 化综合指 数	资源配置均等 化指标 (B1)	每千人口卫生机构床位数 (C1)	张/千人	正向	9.60
		每千人口卫生技术人员数 (C2)	人/千人	正向	7.39
		每千人口执业(助理)医师数 (C3)	人/千人	正向	7.63
		每千人口注册护士数 (C4)	人/千人	正向	9.21
		人均医疗保健支出 (C5)	元/人	正向	13.65
	服务利用均等 化指标 (B2)	医疗机构人均诊疗次数 (C6)	次/人	正向	36.68
		医院病床使用率 (C7)	%	正向	3.40
		医师日均担负诊疗人次 (C8)	人次/日	正向	10.97
		孕产妇住院分娩率 (C9)	%	正向	0.81
	健康均等化指 标 (B3)	孕产妇死亡率 (C10)	1/10 万	负向	0.66

熵值法所得权重包含着有关数据变异程度的信息,权重与差异程度之间具有正向变动关系。根据测算结果可以看出孕产妇住院分娩率和孕产妇死亡率这两项指标的权重较小,均未超过1%,这主要是因为孕产妇住院分娩率和孕产妇

死亡率在各省市之间差异较小；权重最大的是医疗机构人均诊疗次数这一指标，达到了 36.68%，这反映了各省市居民在就诊服务利用方面存在着较大的差异。在此基础上，分别测度各省市在样本考察期内城乡基本医疗卫生基本公共服务综合发展水平，并运用信息熵原理测度了各省市城乡基本医疗卫生服务均等化水平，结果如表 4-3 和表 4-4 所示：

表 4-3 2007-2013 年我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平

年份	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
天津	0.040	0.040	0.040	0.041	0.046	0.059	0.061
河北	0.023	0.029	0.030	0.032	0.037	0.038	0.042
山西	0.018	0.019	0.024	0.028	0.026	0.033	0.034
内蒙古	0.022	0.020	0.031	0.031	0.033	0.038	0.041
辽宁	0.021	0.022	0.023	0.028	0.028	0.034	0.036
吉林	0.021	0.022	0.026	0.029	0.030	0.036	0.042
黑龙江	0.016	0.016	0.021	0.025	0.025	0.030	0.033
江苏	0.028	0.029	0.033	0.037	0.039	0.046	0.049
浙江	0.044	0.043	0.052	0.057	0.055	0.070	0.071
安徽	0.014	0.017	0.019	0.021	0.023	0.027	0.029
福建	0.025	0.021	0.031	0.036	0.032	0.044	0.048
江西	0.019	0.019	0.023	0.026	0.026	0.032	0.033
山东	0.021	0.021	0.026	0.031	0.032	0.039	0.042
河南	0.021	0.022	0.026	0.029	0.028	0.036	0.040
湖北	0.012	0.019	0.026	0.031	0.031	0.041	0.043
湖南	0.017	0.017	0.024	0.028	0.030	0.034	0.037
广东	0.031	0.034	0.039	0.042	0.044	0.049	0.049
广西	0.023	0.022	0.026	0.029	0.029	0.035	0.037
海南省	0.020	0.021	0.025	0.035	0.035	0.037	0.039
重庆	0.018	0.023	0.023	0.026	0.026	0.029	0.031
四川	0.022	0.023	0.027	0.030	0.032	0.038	0.041

贵州	0.012	0.011	0.027	0.027	0.027	0.031	0.035
云南	0.013	0.024	0.041	0.041	0.043	0.045	0.046
西藏	0.029	0.036	0.037	0.038	0.043	0.034	0.043
陕西	0.020	0.021	0.026	0.028	0.029	0.034	0.038
甘肃	0.018	0.020	0.022	0.024	0.027	0.033	0.034
青海	0.024	0.025	0.035	0.040	0.044	0.046	0.046
宁夏	0.024	0.027	0.029	0.032	0.034	0.038	0.041
新疆	0.028	0.028	0.029	0.036	0.037	0.044	0.046

表 4-4 2014-2020 年我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平

年份	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	复合增长率
天津	0.065	0.067	0.069	0.069	0.069	0.070	0.077	5.26%
河北	0.042	0.044	0.048	0.048	0.050	0.052	0.054	6.93
山西	0.037	0.039	0.040	0.040	0.040	0.042	0.044	7.21
内蒙古	0.044	0.045	0.046	0.046	0.046	0.049	0.049	6.42
辽宁	0.038	0.039	0.041	0.043	0.046	0.047	0.044	6.03
吉林	0.042	0.042	0.044	0.044	0.044	0.046	0.047	6.49
黑龙江	0.035	0.037	0.037	0.039	0.040	0.043	0.042	7.75
江苏	0.052	0.053	0.054	0.057	0.061	0.064	0.064	6.55
浙江	0.075	0.078	0.077	0.080	0.080	0.084	0.088	5.51
安徽	0.032	0.034	0.034	0.037	0.040	0.045	0.048	9.67
福建	0.050	0.049	0.043	0.045	0.046	0.049	0.050	5.28
江西	0.035	0.035	0.034	0.035	0.035	0.039	0.041	6.16
山东	0.043	0.044	0.044	0.046	0.047	0.050	0.055	7.80
河南	0.044	0.048	0.048	0.050	0.050	0.053	0.053	7.27
湖北	0.048	0.045	0.048	0.050	0.051	0.054	0.053	12.01
湖南	0.040	0.042	0.044	0.044	0.044	0.048	0.050	8.68
广东	0.050	0.049	0.046	0.047	0.049	0.052	0.055	4.49
广西	0.039	0.041	0.041	0.042	0.043	0.046	0.046	5.47

海南省	0.042	0.048	0.049	0.049	0.050	0.052	0.055	7.99
重庆	0.032	0.035	0.038	0.041	0.043	0.045	0.046	7.55
四川	0.044	0.046	0.046	0.049	0.052	0.057	0.056	7.64
贵州	0.040	0.042	0.044	0.044	0.045	0.046	0.046	10.97
云南	0.046	0.047	0.050	0.053	0.054	0.057	0.058	11.90
西藏	0.047	0.042	0.041	0.041	0.041	0.044	0.044	3.20
陕西	0.041	0.043	0.043	0.046	0.048	0.051	0.055	8.24
甘肃	0.035	0.037	0.037	0.040	0.043	0.045	0.045	7.37
青海	0.043	0.046	0.048	0.051	0.047	0.048	0.048	5.62
宁夏	0.045	0.047	0.049	0.052	0.053	0.055	0.054	6.24
新疆	0.051	0.054	0.055	0.056	0.056	0.059	0.058	5.79

4.4 城乡基本医疗卫生服务均等化水平分析

4.4.1 横向比较

表 4-5 呈现了 2020 年我国不同区域层面基本医疗卫生服务城乡均等化发展情况。从横向上看，截至 2020 年，我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平排名前五的省市分别为浙江、天津、江苏、新疆、云南，其城乡基本医疗卫生服务均等化水平分别为 0.088、0.077、0.064、0.058、0.058；而辽宁、山西、西藏、黑龙江、江西这五个省的城乡基本医疗卫生服务均等化水平位于最后五位，分别为 0.044、0.044、0.044、0.042、0.041。

此外，本文还测算了我国全国层面以及东、中、西、东北各地区层面 2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平的平均值以进行比较分析。所用方法为加权平均法，全国层面所用权重为各省人口占全国人口的比重，而地区层面所用权重为区域内各省人口占该区域总人口的比重。2020 年全国城乡基本医疗卫生服务均等化水平平均值为 0.054，东部地区为 0.061，中部地区为 0.049，西部地区为 0.051，东北地区为 0.044。从横向对比来看，我国呈现东部地区最高，西部地区次之，中部地区更低，东北地区最低的格局，并且东部地区城乡基本医

疗卫生服务均等化水平与其他地区差距较大。主要原因在于东部地区经济发展水平和城镇化程度高，当地政府具有缩小城乡基本医疗卫生服务差距的医院以及实现其目标的扎实的财力。

表 4-5 2020 年不同层面基本医疗卫生服务均等化发展情况

地区	省（市、自治区）	均等化水平	排序	平均值
东部	天津	0.077	2	0.061
	河北	0.054	11	
	江苏	0.064	3	
	浙江	0.088	1	
	福建	0.050	16	
	山东	0.055	8	
	广东	0.055	10	
	海南	0.055	9	
中部	山西	0.044	26	0.049
	安徽	0.048	18	
	江西	0.041	29	
	河南	0.053	13	
	湖北	0.053	14	
	湖南	0.050	15	
西部	内蒙古	0.049	17	0.051
	广西	0.046	23	
	重庆	0.046	22	
	四川	0.056	6	
	贵州	0.046	21	
	云南	0.058	5	
	西藏	0.044	27	
	陕西	0.055	7	
	甘肃	0.045	24	

	青海	0.048	19	
	宁夏	0.054	12	
	新疆	0.058	4	
东北	辽宁	0.044	25	0.044
	吉林	0.047	20	
	黑龙江	0.042	28	

4.4.2 纵向比较

纵向上看，在样本考察期内，全国范围内各省市城乡基本医疗卫生服务均等化水平都取得了明显的提高，而其中湖北、云南、贵州、安徽、湖南这五个省均等化水平提升最快，城乡基本医疗卫生服务均等化水平分别由 0.012、0.013、0.012、0.014、0.017 上涨为 0.053、0.058、0.046、0.048、0.050，复合增长率分别为 12.01%、11.91%、10.97%、9.67%、8.69%；而广西、福建、天津、广东、西藏这五个省提升速度处于最后五位，分别由 0.023、0.025、0.040、0.031、0.029 上涨为 0.046、0.050、0.077、0.055、0.044，复合增长率分别为 5.47%、5.28%、5.25%、4.49%、3.21%。总体来看，在期初具有不同的城乡基本医疗卫生服务均等化水平的省市的发展速度存在着异质性，期初均等化水平较低的省市相对而言能够取得较快的增长。由此可知，城乡基本医疗卫生服务均等化发展过程也存在阶段性差异，即存在着高速增长阶段和低速增长阶段。

图 4-1 反映了我国各地区城乡基本医疗卫生服务均等化水平发展演变趋势。第一，在样本考察期内，在全国和地方这两个层面上，城乡基本医疗卫生服务均等化水平都呈现出稳定上升的趋势，这反映了在乡村振兴战略的指引下，城乡统筹发展水平得到了明显提高。第二，从区域对比角度来看，不同区域之间存在着较大的异质性，东部地区均等化水平高于全国水平，而且高于其他三个区域的均等化水平；西部地区均等化水平略低于全国水平，略高于中部地区和东北地区均等化水平；中部地区均等化水平略高于东北地区均等化水平，但二者之间的差距不明显。综合来看，东部地区均等化水平与全国其他三个区域均等化水平存在较大的差距，但其他三个区域均等化水平之间的差距较

小。

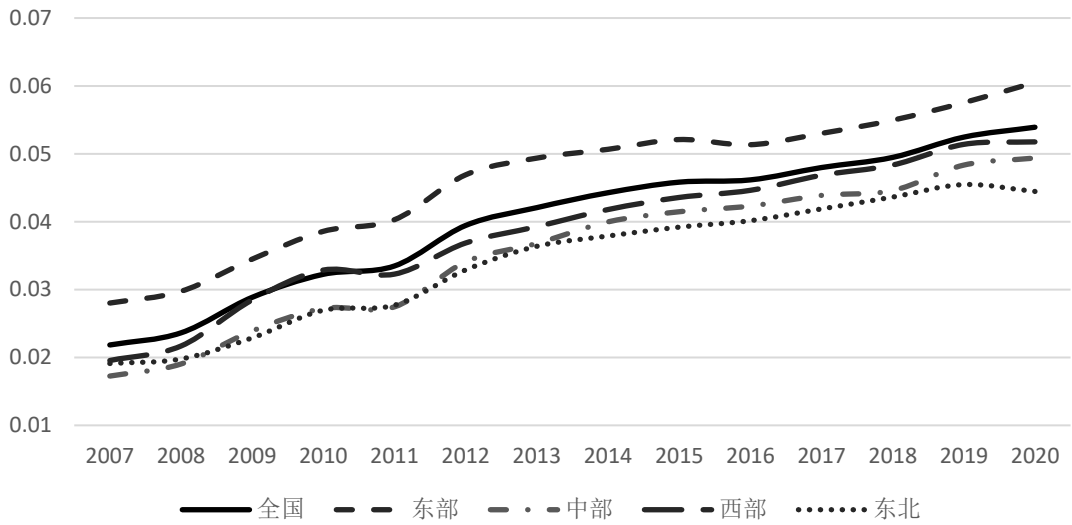


图 4-1 2007-2020 年各地区城乡基本医疗卫生服务均等化水平发展演变趋势

4.5 区域差距分解分析

4.5.1 总体差异和区域内差异

基于 Dagum 基尼系数，本文将我国划分为东部、中部、西部和东北地区四大区域，并计算了我国城乡医疗卫生服务均等化水平区域间差异和区域内差异。其中，总体差异和区域内差异计算结果如下表 4-6 所示：

表 4-6 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化总体和区域内基尼系数

年份	总体基尼系数	地区内基尼系数			
		东部	中部	西部	东北
2007	0.1688	0.1548	0.1009	0.1336	0.0575
2008	0.1536	0.1405	0.0500	0.1213	0.0686
2009	0.1282	0.1321	0.0508	0.1011	0.0487
2010	0.1173	0.1022	0.0585	0.0966	0.0384
2011	0.1217	0.0923	0.0567	0.1003	0.0353
2012	0.1156	0.1187	0.0674	0.0817	0.0368

2013	0.1057	0.1061	0.0731	0.0685	0.0541
2014	0.1006	0.1144	0.0753	0.0652	0.0431
2015	0.0973	0.1061	0.0708	0.0594	0.0294
2016	0.0958	0.1112	0.0814	0.0606	0.0402
2017	0.0959	0.1118	0.0776	0.0644	0.0286
2018	0.0913	0.1058	0.0740	0.0550	0.0279
2019	0.0873	0.1011	0.0661	0.0586	0.0220
2020	0.0910	0.1030	0.0509	0.0572	0.0263

图 4-2 描绘了在样本考察期内我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平的总体差异和区域内差异的演变趋势。从全国层面来看，总体基尼系数呈现平稳下降趋势，总体基尼系数从 2007 年的 0.1688 下降至 2020 年的 0.0910，降幅达 46.09%，年均下降率为 4.6%。总体基尼系数在 2007 至 2010 年经历了较快下滑，2010-2011 年出现小幅回升，在其余时间内处于缓慢下降阶段。综合来看，我国城乡基本医疗卫生服务均等化存在空间非均衡性特征，但其程度得到了明显的改善，原因可能在于随着基本公共服务均等化发展目标的提出，各地区将基础医疗资源投向农村地区的意愿在逐渐增强，初始均等化水平低下的地区其后会有较快速度的提高，从而缩小了其初始均等化水平较高地区的差距。

从地区层面来看。从发展趋势来看，四大区域城乡基本医疗卫生服务均等化水平地区内差距均呈现波动下降趋势。东部地区基尼系数由 2007 年的 0.1548 降至 2020 年 0.1030，降幅达 33.46%，年均下降率为 3.09%。东部地区基尼系数在 2007-2011 年处于快速下降阶段，2012 年出现回升并在之后时间段内在 0.10-0.12 区间内波动变化。中部地区基尼系数由 0.1009 下降至 0.0509，降幅达 49.55%，年均下降率为 5.12%。中部地区基尼系数在 2007-2008 年出现大幅下降，2008-2016 年在波动中缓慢上升，在 2016-2020 年间重新恢复至下降阶段。西部地区基尼系数由 0.1336 下降至 0.0572，降幅达 57.18%，年均下降率为 6.32%。西部地区基尼系数 2007-2010 年处于下降阶段，在 2011 年小幅上涨之后又于 2012-2015 年处于下降阶段，之后 2016-2020 年期间处于小范围波动阶

段。东北地区基尼系数由 0.0575 下降至 0.0263，降幅达 54.26%，年均下降率为 5.84%。东北地区基尼系数在 2007-2008 年出现小幅上涨，在 2008-2013 年的演变轨迹呈现倒 U 型特征，在 2013-2015 复归下降阶段，并于 2015-2020 年波动下降。从差异值来看，样本考察期内东部地区区域内差距最大，均值为 0.1143；其次为西部地区和中部地区，均值分别为 0.0802 和 0.0681；最后为东北地区，均值为 0.0398。这表明东部地区城乡基本医疗卫生服务均等化水平的空间非均衡性特征尤为突出，而东北地区的空间非均衡性最小。原因可能在于东部地区内部各省市之间经济发展差距较大，位于京津冀、长三角区域的天津、浙江、江苏具有较高的城乡基本医疗卫生服务均等化水平，而福建、海南等省相较上述省市来说差距较大。

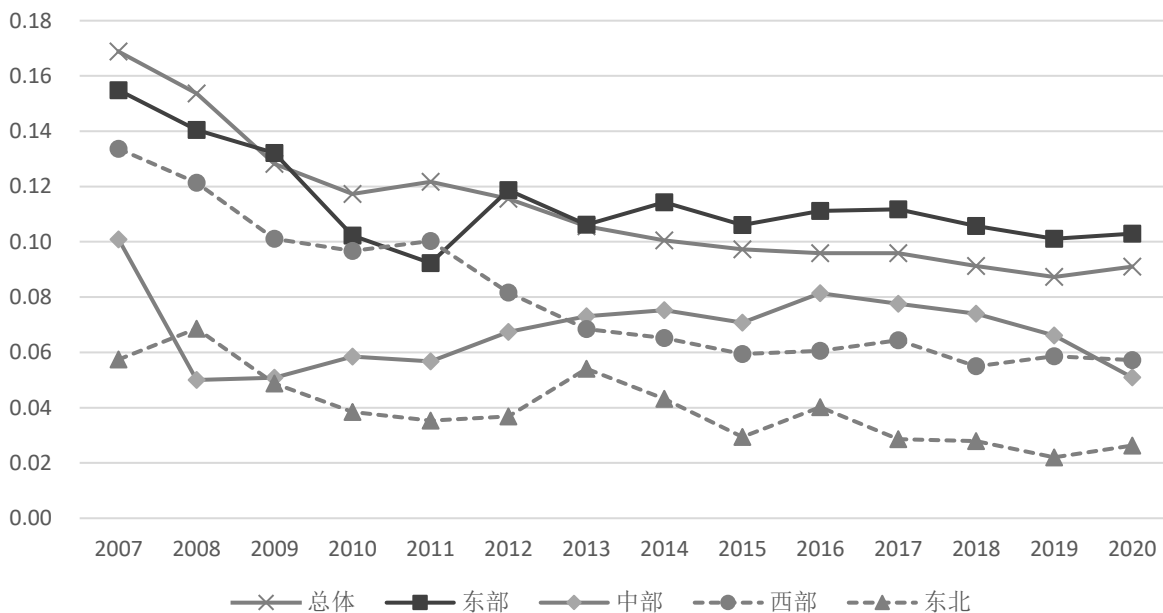


图 4-2 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平的总体和区域内差异

4.5.2 区域间差距

图 4-3 呈现了我国 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平区域间差距及其演变趋势。从演变趋势来看，各区域间差距都呈现出总体下降趋势。具体来看，东部和中部的基尼系数由 2007 年的 0.2623 下降至 2020 年的 0.1285，降幅达 51.01%，年均下降率为 5.34%。东部和中部的区域间差异主要表现为“快速下降—小幅回升—稳步下降”的发展趋势，具体表现为 2007-

2009 呈现快速下降态势，2009-2011 年呈现小幅上扬，之后稳步下降。东部和西部的基尼系数由 2007 年的 0.1908 下降至 2020 年的 0.1166，降幅达 38.87%，年均下降率为 3.72%。东部和西部的区域间差异主要表现为“快速下降—微弱回升—缓步下降”的发展趋势，具体表现为 2007-2009 年呈现快速下降态势，2009-2012 年呈现微弱回升，2012 年后呈现缓步下降。东部和东北的基尼系数由 2007 年的 0.2039 下降至 2020 年的 0.1631，降幅达 20.01%，年均下降率为 1.70%。东部和东北的区域间差异呈现“波动下降—缓步下降—小幅回升”的发展趋势，具体表现为 2007-2015 年呈现波动下降态势，2015-2019 年呈现缓步下降，2020 年呈现小幅回升。中部和西部的基尼系数由 2007 年的 0.1536 下降至 2020 年的 0.0597，降幅达 61.11%，年均下降率为 7.00%。中部和西部的区域间差异呈现“波动下降—缓步下降”发展趋势，具体表现为 2007-2011 年呈现波动下降态势，之后呈现缓步下降。中部和东北的基尼系数由 2007 年的 0.1014 下降至 2020 年 0.0549，降幅达 45.87%，年均下降率为 4.61%。中部和东北的区域间差异呈现“快速下降—小幅回升—波动下降”的发展趋势，具体表现为 2007-2009 呈现快速下降态势，2009-2013 呈现小幅回升，之后呈现波动下降。西部和东北的基尼系数由 2007 年的 0.1185 下降至 2020 年的 0.0665，降幅达 43.88%，年均下降率为 4.35%。西部和东北的区域间差异呈现“波动下降—微弱波动”的发展趋势，具体表现为 2007-2013 呈现波动下降态势，之后呈现微弱波动态势。

从差异值来看，样本考察期内东部与中部、东部与东北的区域间差异较大，其基尼系数均值分别为 0.1699、0.1660；东部与西部、中部与西部、西部与东北、中部与东北的区域间差异依次减小，其基尼系数均值分别为 0.1283、0.0952、0.0851、0.0641。由此可见，东部与其他地区区域间差异较大，中部和东北区域间差异最小。综合来看，中国城乡基本医疗卫生服务均等化水平区域间差异不断缩小，但东部与其他区域之间的差异仍然明显。

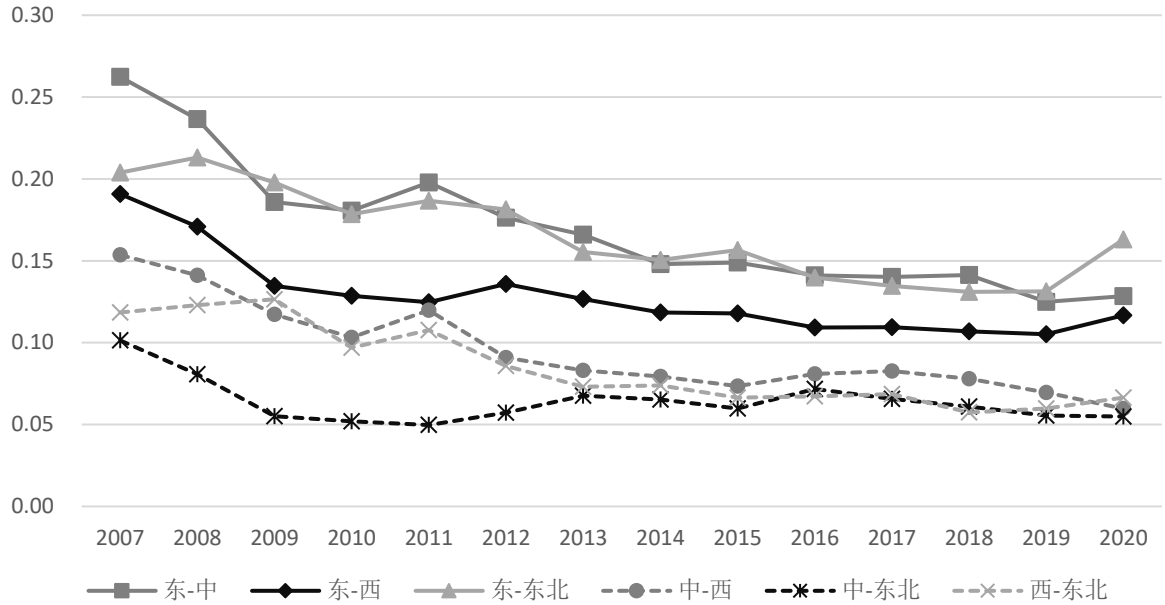


图 4-3 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平区域间差距

4.5.3 区域差异来源及贡献

表 4-7 反映了城乡基本医疗卫生服务均等化水平的差异来源及贡献。从发展趋势来看，区域间差异贡献率总体上呈现波动中微弱下降趋势，其贡献率由 2007 年的 24.23% 下降至 2020 年的 22.94%，降幅达 5.31%，年均下降率仅为 0.41%。区域内差异贡献率总体上呈现波动中微弱上升趋势，其贡献率由 2007 年的 62.26% 上升至 2020 年的 65.42%，涨幅达 5.06%，年均上涨率仅为 0.38%。超变密度差异贡献率总体上呈现波动上升后下降的趋势，其贡献率由 2007 年的 13.51% 下降至 2020 年的 11.64%，降幅达 13.82%，年均下降率为 1.14%。具体来看，其贡献率在 2007-2017 年呈上升趋势，并在 2017 年上升最高点 18.49% 后下降到 2020 年的 11.64%。从差异贡献程度来看，样本考察期内区域间差异贡献率最高，并且远超于其他差异的贡献率，区域间差异贡献率保持在 56.63%-66.88% 区间内，区域内差异和超变密度差异贡献率较为接近，浮动范围分别位于 22.91%-24.88% 和 10.14%-18.49%，三者的年均贡献率分别为 62.16%、23.83%、14.01%。这表明城乡基本医疗卫生服务均等化水平差异来源从高到低依次为区域间差异、区域内差异、超变密度差异。

综合来看，虽然区域间差异贡献程度呈减弱态势，但其仍然是城乡基本医

疗卫生服务均等化水平差异的主要来源，并远高于区域内差异和超变密度的贡献。

表 4-7 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化的差异来源及贡献

年份	区域内差异		区域间差异		超变密度	
	差异	贡献率 (%)	差异	贡献率 (%)	差异	贡献率 (%)
2007	0.0409	24.23	0.1051	62.26	0.0228	13.51
2008	0.0361	23.47	0.0964	62.77	0.0211	13.75
2009	0.0317	24.72	0.0785	61.21	0.0180	14.07
2010	0.0281	23.98	0.0756	64.43	0.0136	11.58
2011	0.0280	22.98	0.0814	66.88	0.0123	10.14
2012	0.0273	23.62	0.0743	64.31	0.0140	12.07
2013	0.0242	22.91	0.0677	64.08	0.0137	13.01
2014	0.0243	24.19	0.0602	59.81	0.0160	15.93
2015	0.0224	22.98	0.0632	65.00	0.0117	12.03
2016	0.0234	24.46	0.0563	58.70	0.0161	16.84
2017	0.0239	24.88	0.0543	56.63	0.0177	18.49
2018	0.0216	23.68	0.0554	60.67	0.0143	15.65
2019	0.0214	24.51	0.0506	58.02	0.0152	17.47
2020	0.0209	22.94	0.0595	65.42	0.0106	11.64

5 城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素分析

5.1 城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素选择

5.1.1 影响因素分析

从第一章文献梳理来看，国内学者从多个角度对我国城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素进行了分析，并得出了不同的结论。经整理可以发现，以往的学者所提出的影响因素主要包含：

（1）制度因素

财政体制影响着地方财力分配水平，从而直接影响地方政府在医疗卫生服务领域财政支出能力。财政自给率反映了各地政府满足自身财政支出需求的能力，能够较好地衡量地方政府的财政支出压力。一般来说，财政自给率越高的地方政府越倾向于将更多的财政资源投入基本医疗卫生服务领域，从而该地区城乡基本医疗卫生服务均等化水平往往也就越高。此外，转移支付是平衡地区间财力的重要手段，受地区自身经济社会发展水平的影响财政自给率较低时，中央对地方的转移支付（特别是一般性转移支付）能够发挥支撑地方政府财力，调节财政支出结构的作用，能够有效促进地方政府更加重视地区内城乡居民对基本医疗卫生服务的需求，从而有助于缩小医疗卫生资源配置的城乡差距，促进基本医疗卫生服务城乡均等化。分税制改革后，在具有“经济分权”和“政治集权”特征的财政分权体制下，在以GDP增长为核心的官员政绩考核评价体制下，地方政府作为理性的“经济人”以实现自身利益最大化为目标，因而在财政资金投向上会产生强烈的城市偏好以吸引外商投资，促进本地经济发展，各地区会展开激烈的竞争，从而忽略对农村地区的基本公共服务的投入，不利于城乡基本公共服务均等化发展。另外，地方政府支出偏好是财政制度和政策选择的直接表现，也是医疗卫生资源城乡配置的重要影响因素。

（2）经济因素

基本公共服务发展水平区域间、城乡间、群体间差距会受到地区间经济发展水平的影响目前已成为学术界的一个共识。进一步来看，经济发展水平较高

的地区往往也倾向于将更多的财政资源投向农村地区，支持并改善农村地区医疗卫生体系，缩小城乡间基本医疗卫生服务发展差距；另外，城乡基本医疗卫生服务均等化水平提升有助于促进城乡之间融合发展，吸引人才、资本、技术等经济发展要素向该地集聚并在城乡之间合理配置，这会进一步促进该地区的经济发展。反之，经济发展水平较低的地区可能会对该地城乡基本医疗卫生服务均等化发展起到抑制作用。由分析可见，经济发展与城乡基本医疗卫生服务均等化发展存在良性互动循环互动的关系。此外，市场化水平对经济发展水平有重要影响，市场化发展能够弥补政府提供基本医疗卫生服务的不足，培育多元化的基本医疗卫生服务市场供给主体，形成多元供给结构，提高供给质量、降低供给成本、提高供给效率。另外，一个地区的对外开放程度对该地区财政资金在城乡之间的投入配置具有重要影响，为了维持对外开放水平，吸引国外投资，地区政府可能会将更多医疗卫生资源向城市地区倾斜，从而有碍于均等化的实现。

（3）社会环境因素

基本医疗卫生服务作为一种地方性公共物品满足的是当地居民基本健康需求，当地的社会发展情况和人口特征也会对当地基本医疗卫生服务资源在城乡之间的配置产生重要影响。本部分主要选取了城镇化水平、人口规模和抚养比作为社会环境指标的代表。一些学者论证城镇化水平的提高与城乡基本医疗卫生服务均等化之间存在着相互促进的关系，城镇化水平的提高有利于发挥经济集聚效应从而农村居民能够获得更多的基本医疗卫生服务供给，而城乡基本医疗卫生服务均等化水平的提高也有助于促进城镇化进程。一般而言，地区人口规模越大，居民对于基本医疗卫生服务的需求也就越大，因而地方政府相应地更加重视基本医疗卫生服务体系的建设以及将财政资源在城乡之间科学合理地进行配置。地区抚养比越高意味着本地区老年人口和幼儿人口所占比重越大，对于基本医疗卫生服务的需求相应地也就越大，对于各地基本医疗卫生服务供给造成了压力，倒逼地方在城乡之间提供更多的基本医疗卫生服务，促进城乡基本医疗卫生服务均等化水平的提高。

5.1.2 变量选择

第4章对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平的测度和差异分析表明,我国各地区间城乡基本医疗卫生服务均等化水平仍然存在差异。为探究差异造成的原因,本章构建了空间计量模型对我国城乡基本医疗卫生服务均等化的影响因素进行分析,并分析影响的差异性。以下对本文涉及到的相关变量进行说明:

(1) 被解释变量

这一部分研究所要开展的工作为对影响我国城乡基本医疗卫生服务均等化发展的多方面影响因素进行实证分析。被解释变量为城乡基本医疗卫生服务均等化水平(EOBM),这里采用前文已测算出的各省(市、自治区)2007-2020年城乡基本医疗卫生服务均等化水平。

(2) 解释变量。

这一部分依据上文对影响因素进行的理论分析,选取了一些代表性指标。本文初步选取了10个指标,划分为制度因素、经济因素和社会环境因素三大类,制度因素中包含了财政自给率、人均转移支付、地方政府竞争、政府支出偏好四个指标,其中,用各省(市、自治区)人均外商直接投资额来作为衡量地方政府竞争的代理变量;经济因素中包含了经济发展水平、市场化水平、对外开放度三个指标,其中用各省(市、自治区)人均地方生产总值作为衡量地方经济发展水平的代理变量;社会环境因素中包含了城镇化水平、抚养比、人口密度三个指标。指标详细情况和计算公式如下表所示。

表 5-1 解释变量具体内容

影响类别	变量名	符号	具体内容
制度因素	财政自给率	FSR	地方财政一般预算收入/地方财政一般预算支出
	人均转移支付	lnPTP	(中央补助收入—上解中央收入)/常住人口
	政府支出偏好	GSP	医疗卫生经费支出/地方财政一般预算支出
	地方政府竞争	lnCOMP	外商投资总额/常住人口

经济因素	经济发展水平	lnPGDP	地区生产总值/常住人口
	市场化水平	Market	1—（地方财政一般预算支出/地区生产总值）
	对外开放度	Open	进出口总额/地区生产总值
社会环境因素	城镇化水平	Urban	城镇人口/常住人口
	抚养比	DR	非劳动年龄人口（0-14岁，65岁及以上人口数）/劳动年龄人口数（15-64岁人口数）
	人口密度	lnPD	年末常住人口/土地面积

5.1.3 数据来源与描述性统计

本文研究范畴为 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平，相关数据主要来源于 2008-2021 年《中国卫生健康统计年鉴》。关于解释变量，为与被解释变量保持一致，本文选取了 2007-2020 年相应省份（市、自治区）14 年省际面板数据。以上解释变量各指标相关数据均来自于《中国统计年鉴》、《中国财政年鉴》、《中国人口和就业统计年鉴》、《中国贸易统计年鉴》。

所选指标均为平均值或相对数的形式，反映人均占有量的指标均以年末常住人口为统一计算口径；此外，为避免异方差性，本文将其中一些变量进行了对数化处理，具体包括人均转移支付（lnPTP）、地方政府竞争（lnCOMP）、经济发展水平（lnPGDP）、人口密度（lnPD），相干变量描述性统计如表 5-2 所示

表 5-2 变量描述性统计

变量名	符号	样本数	均值	标准差	最小值	最大值
城乡基本医疗卫生服务均等化	EOBM	406	0.0398	0.0128	0.0113	0.0877
财政自给率	FSR	406	40.5013	15.9895	5.1844	83.5728
人均转移支付	lnPTP	406	8.2708	0.8089	6.2387	10.9033
政府支出偏好	GSP	406	7.0147	1.5645	3.5052	11.4952

地方政府竞争	lnCOMP	406	6.2781	1.9550	0.7779	10.5396
经济发展水平	lnPGDP	406	10.5516	0.5285	8.9797	11.8204
市场化程度	Market	406	0.7042	0.2304	-0.5078	0.9013
对外开放度	Open	406	0.2897	0.3277	0.0075	1.6700
城镇化水平	Urban	406	53.2255	11.7928	21.5	84.7
抚养比	DR	406	37.1743	6.0595	22.42	55.09
人口密度	lnPD	406	5.1480	1.3969	0.8558	7.1522

5.2 城乡基本医疗卫生服务均等化水平空间自相关分析

作为空间效应的重要内容，空间相关性是描述经济变量相关性的一种形式，这种相关性不是普通的相关性，而是在空间结构上的相关性。这种相关性并不局限于地理位置上的远近，也可以是人口结构之间的联系，或者经济发展的关联性等。空间相关性分析旨在测量某一经济变量在空间结构上是否存在相关性，是进行空间经济分析的重要前提。

5.2.1 空间权重矩阵的构建

空间权重矩阵的构建是进行空间计量分析的前提与基础，同时也是进行空间相关性检验的关键环节。就已有发展类型来看，空间权重矩阵主要包括空间邻接、空间反距离、经济距离以及多种形式的嵌套距离矩阵等多种形式。

(1) 空间邻接矩阵

空间邻接矩阵是目前学者较常用的空间矩阵构建类型，它的构建依赖于空间区域单元在地理位置上的接壤情况，通常以空间区域单元有无共同的边界为标准（地区 i 与地区 j 相邻取值为 1，不相邻取值为 0），反映的局域性相关，即一个地区只对与其接壤的其他地区产生影响，具体表达形式如 5-1 所示：

$$W_{ij} = \begin{cases} 1, & \text{地区}i\text{与地区}j\text{相邻} \\ 0, & \text{地区}i\text{与地区}j\text{不相邻} \end{cases} \quad (4-19)$$

(2) 空间反距离矩阵

空间邻接矩阵仅反映着在地理上相邻接的地区之间的空间效应，认为不相邻

的两个地区之间不存在空间效应。但现实情况是两个地区之间的空间效应会随着地区距离的扩大而减弱，并非完全不存在。因此，相关学者在空间邻接矩阵的基础上进行了一定的改进，提出了空间反距离矩阵。与空间邻接矩阵反映的是局域性相关不同，空间反距离矩阵反映的是空间中处于不同地理距离的地区之间的相关性。空间反距离矩阵的具体表达形式如 5-2 所示：

$$W_{ij} = \begin{cases} 1/d_{ij}, i \neq j \\ 0, i = j \end{cases} \quad (4-20)$$

其中， d_{ij} 表示地区 i 和地区 j 几何中心之间的距离，反距离矩阵通常取两地区地表距离的倒数，目前有关空间区域研究的文献中多采用地区的经纬度数据来构建反距离矩阵。

(3) 基于空间相对位置构建的空间权重矩阵

相比于绝对空间位置矩阵，基于空间相对位置构建的空间权重矩阵考虑了由于非地理因素引起的空间效应，例如经济发展水平、科技创新水平、居民收入水平等因素，因而空间效应不受限于各个地区在空间上所处的绝对地理位置。为此，相关学者以地区间的某些经济因素的绝对或相对差异作为标准，构建了经济距离空间权重矩阵，具体表达形式如 5-3 所示：

$$W_{ij} = \begin{cases} \frac{1}{|e_i - e_j|}, i \neq j \\ 0, i = j \end{cases} \quad (4-21)$$

其中， $e_{i(j)} = f(y_{i(j)})$ ， $y_{i(j)}$ 为某地区 i (j) 某项经济变量值。考虑到城乡基本医疗卫生服务均等化水平的空间效应更多与财政能力、经济发展水平等经济性因素相关，故本文最终选择经济地理空间权重矩阵。

5.2.2 全局空间自相关分析

全局空间自相关检验常用的方法为 Moran's I (莫兰指数) 检验，Moran's I 统计量能够反映相邻近空间属性值的相似程度，其计算方法如下：

$$\text{Moran's } I = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij} (Y_i - \bar{Y})(Y_j - \bar{Y})}{S^2 \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij}} \quad (4-22)$$

其中, $S^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2$; $\bar{Y} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n Y_i$, Y_i 表示第 i 地区城乡基本医疗卫生

服务均等化水平, n 为地区总数; w_{ij} 为空间权重矩阵。

莫兰指数统计量取值范围为[-1,1], 若莫兰指数值小于 0, 则表示地区间存在负相关性; 若莫兰指数值等于 0, 则表示地区间不在相关性; 若莫兰指数大于 0, 则表示地区间存在正相关性。莫兰指数值越接近-1 表示地区间差异越大或分布越不集中, 莫兰指数越接近于 1 表示地区间分布越集中, 关系越密切; 莫兰指数值接近于 0, 表示地区间不具有相关性。

表 5-1 显示了城乡基本医疗卫生服务均等化全局空间自相关分析结果, 检验结果显示在样本考察期内莫兰指数都大于 0, 且在 9 个年份中, 莫兰指数都在 5%显著性水平下通过了检验, 说明我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平总体上呈现出空间正相关关系。

表 5-1 2007-2020 年我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平全局莫兰指数

年份	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MORAN' S I	0.148**	0.087*	0.112*	0.085*	0.058	0.123**	0.144**
Z 统计值	2.008	1.314	1.608	1.350	0.989	1.785	2.028
年份	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
MORAN' S I	0.140**	0.142**	0.122**	0.126**	0.135**	0.117**	0.104*
Z 统计值	2.021	2.068	1.805	1.848	1.949	1.757	1.622

注: **、*、*分别表示在 1%、5%、10%水平下显著。

5.2.3 局部空间自相关分析

在进行全局空间自相关分析的基础上, 本文还进行了局部空间自相关分

析，以考察邻近地区城乡基本医疗卫生服务均等化发展的集聚情况。因而，本文运用局部 Moran's I 指数和局部 Moran 散点图来考察区域内的空间异质性。

其计算公式如下：

$$I_i = \frac{(x_i - \bar{x}) \sum_{j=1}^n W_{ij} (x_j - \bar{x})}{\frac{1}{n} \sum_{j=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \quad (4-23)$$

Moran 散点图中一、三象限分别对应着高-高相似和低-低相似类型区域，二、二、四象限则分别对应着低-高相异和高-低相异区域。

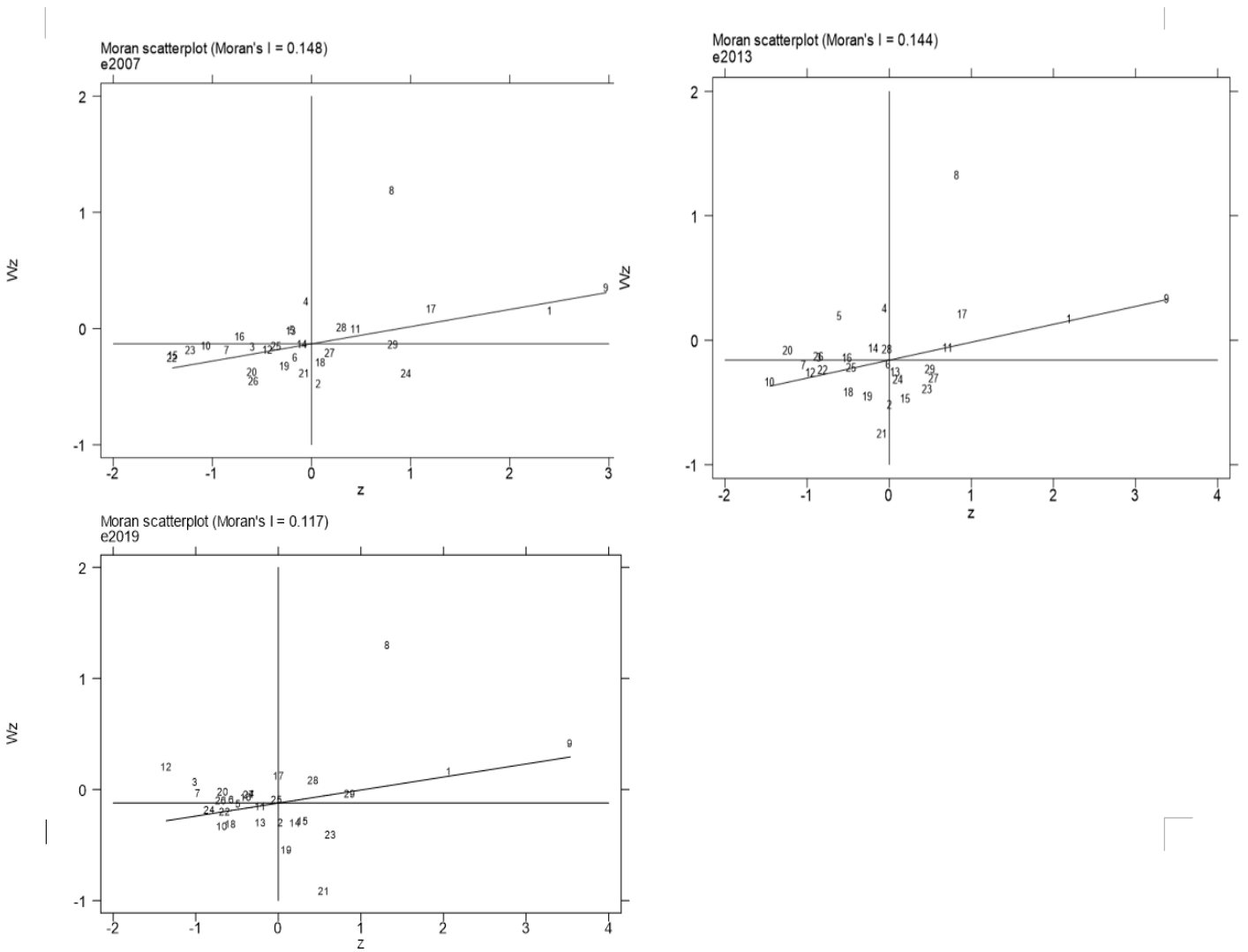


图 5-1 Moran 散点图

本文选取了 2007 年、2013 年和 2019 年这三年绘制 Moran 散点图（见图 5-1），如图所示，我国各省市大部分位于第一、三象限，少部分位于二、四象限。由此可见，我国各省市城乡基本医疗卫生服务均等化水平在空间上具有明显的集聚特征。

表 5-2 是由图 5-1 中各数字对应的地区整理而成。由此可见，我国 2007 年、2013 年和 2019 年呈现出高-高聚集的地区个数分别为 6、5、7 个，并主要集中在浙江、江苏、天津等我国东部沿海省市；我国 2007 年、2013 年和 2019 年呈现出低-高聚集的地区个数分别为 4、8、9 个，且呈现出上升的趋势；我国 2007 年、2013 年和 2019 年呈现出低-低聚集的地区个数分别为 14、10、8 个，呈现出下降的趋势；我国 2007 年、2013 年和 2019 年呈现出高-低聚集的地区个数分别为 5、6、5 个，主要聚集在我国西部地区。

表 5-2 我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平空间相关类型

类型	2007 年	2013 年	2019 年
“高-高”类型	浙江、天津、江苏、广东、宁夏、福建	浙江、天津、江苏、广东、福建	浙江、天津、江苏、宁夏、新疆、广东、陕西
“低-高”类型	内蒙、辽宁、山东、湖南	内蒙、宁夏、河南、辽宁、湖南、甘肃、山西、重庆	江西、山西、黑龙江、甘肃、内蒙、吉林、湖南、重庆、青海
“低-低”类型	河南、吉林、四川、海南、陕西、江西、山西、黑龙江、安徽、云南、湖北、贵州、重庆、甘肃	吉林、河北、四川、海南、陕西、广西、贵州、黑龙江、江西、安徽	西藏、贵州、辽宁、福建、广西、安徽、山东、河北
“高-低”类型	新疆、西藏、青海、广西、河北	新疆、西藏、青海、云南、湖北、山东	湖北、河南、云南、海南、四川

5.3 实证分析

5.3.1 空间面板计量模型构建

目前被广泛使用的主要有空间滞后模型（SLM）、空间误差模型（SEM）、空间杜宾模型（SDM）这三种空间计量模型。

（1）空间滞后模型（SLM）

空间滞后模型 (SLM), 用以说明发生在某区域空间单元的研究对象与本地区的解释变量以及其他区域相应观测值之间的影响关系, 它又被称为空间自相关模型 (SAR)。空间滞后模型表达形式如下:

$$y = \rho W y + X \beta + \varepsilon \quad (4-24)$$

其中, y 为被解释变量, X 为解释变量, W 为空间权重矩阵, $W y$ 为空间滞后项, ρ 为空间滞后系数。

(2) 空间误差模型 (SEM)

空间误差模型用于判断解释变量干扰项中的空间效应, 表示解释变量的误差项是否存在空间溢出。空间误差模型表达形式如下:

$$y = X \beta + \mu, \quad \mu = \lambda W \mu + \varepsilon \quad (4-25)$$

其中, $W \mu$ 是随机干扰项之间的相互作用, λ 为空间误差自相关系数。

(3) 空间杜宾模型 (SDM)

空间杜宾模型一般化了空间误差模型和空间滞后模型, 其表达形式如下:

$$y = \rho W y + X \beta + W X \theta + \varepsilon \quad (4-26)$$

其中, θ 表示解释变量的滞后系数, $W X$ 为解释变量的空间滞后项。

以上所介绍的三种空间计量模型也可以推广到面板数据分析中, 本文研究对象为我国 29 个省市 2007-2020 年间城乡间基本医疗卫生服务均等化水平, 涉及时间和空间因素, 因此在此处构建以下三种空间面板模型:

(1) 空间面板滞后模型

$$EOBM_{it} = \rho W_{ij} EOBM_{ij} + \beta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (4-27)$$

其中, $EOBM$ 为被解释变量, W_{it} 为空间权重矩阵中元素值, X 为以上所选择的解释变量向量, i 表示地区, t 表示年份, 下同。

(2) 空间面板误差模型

$$EOBM_{it} = \beta X_{it} + \varepsilon_{it}, \quad \varepsilon_{it} = \lambda W_{ij} \varepsilon_{it} + \mu_{it} \quad (4-28)$$

(3) 空间杜宾模型

$$EOBM_{it} = \rho W_{ij} EOBM_{it} + \beta X_{it} + \alpha W_{ij} X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (4-29)$$

5.3.2 空间面板计量模型选择

本部分根据 Anselin 判别准则在空间面板滞后模型和空间面板误差模型之间进行选择。即对 OLS 模型的残差进行 LM 检验，LM 检验主要通过考察 LM 统计量的显著性来对模型选择作出判断，若 LM-LAG 统计量显著，则选择 SLM 模型，若 LM-ERR 统计显著则选择 SEM 模型，若二者同时显著，则需进一步考察稳健 LM 统计量，通过对比 Robust LM-LAG 统计量和 Robust LM-ERR 统计量的显著性来决定最后选用哪种模型进行空间计量分析。检验结果如下表 5-2 所示：

表 5-2 空间计量模型的相关检验

检验方法	统计量	P 值
LM-LAG	11.906 ^{***}	0.001
LM-ERR	2.132	0.144
Robust LM-LAG	15.641 ^{***}	0.000
Robust LM-ERR	5.867 ^{**}	0.015
Hausman	274.11 ^{***}	0.000

注：***、**、*表示在 1%、5%、10%水平上显著。

根据表 5-2 可以得出，LM-LAG 检验在 1%水平上通过显著性检验，而 LM-ERR 却并未通过 10%水平上的显著性检验，采用稳健 LM 统计量进行检验时，Robust LM-LAG 检验在 1%水平上通过了显著性检验，Robust LM-ERR 检验在 5%水平上通过了显著性检验。相比较之下，空间滞后模型（SLM）是更为合适的模型选择。同时，表 5-2 还列出了 hausman 检验结果，结果显示通过了 1%显著性水平检验，因而选择固定效应模型进行模型构建。

5.3.3 实证结果分析

在选定固定效应空间滞后面板回归模型进行实证分析的基础上，在进行实证分析的过程中分别对无固定效应模型（NF）、空间固定效应模型（SF）、时间

固定效应模型 (TF)、空间和时间双固定效应模型 (STF) 进行了回归分析。回归结果如表 5-3 所示。

在模型回归结果中, ρ 与 σ^2 这两项指标代表了空间模型的显著性, 体现了其有效性, 从实证结果来看, 四个模型的 σ^2 都在 1% 的显著性水平上显著, 但是在时间固定空间滞后模型中, ρ 值即便在 10% 的显著性水平都不显著。R-sq 显示了模型的拟合程度, 数值越大说明模型拟合效果越好; Log-L 为对数似然值, 表示了估计的准确性。可以看到, 在所有固定效应模型中, 空间固定效应模型的 R-sq 和 Log-L 数值最高, 因此, 本文主要基于空间固定效应模型回归结果进行讨论。

表 5-3 城乡基本医疗卫生服务均等化影响因素模型估计结果

	模型 1 (NF) EBOM	模型 2 (SF) EBOM	模型 3 (TF) EBOM	模型 4 (STF) EBOM
FSR	0.01219** (2.26)	0.01324** (2.49)	-0.00165 (-0.20)	0.00241 (0.43)
lnPTP	0.00270 (1.47)	0.00513** (2.44)	-0.00620*** (-3.40)	-0.00542** (-2.41)
GSP	0.00024 (0.99)	0.00012 (0.50)	0.00015 (0.34)	-0.00079*** (-2.93)
lnCOMP	0.00005 (0.36)	0.00004 (0.32)	0.00075** (2.25)	-0.00009 (-0.57)
lnGDP	0.00532** (2.40)	0.01292*** (4.28)	0.01322*** (5.41)	-0.00218 (-0.97)
Market	-0.00665 (-1.14)	0.00119 (0.17)	-0.01819** (-5.81)	0.01425** (2.20)
Open	0.00050	0.00055	-0.00174	0.00130*

	(0.82)	(0.94)	(-1.14)	(1.92)
Urban	0.02686 ^{***} (2.86)	0.02773 ^{**} (2.47)	-0.00109 (-0.12)	0.03696 ^{***} (2.99)
DR	0.00023 ^{***} (3.77)	0.00023 ^{***} (3.82)	0.00005 (0.59)	0.00021 ^{***} (3.38)
LnPD	0.00005 (0.05)	0.00754 (1.51)	-0.00231 ^{***} (-4.05)	-0.00374 (-0.79)
ρ	0.44133 ^{***} (7.39)	0.45205 ^{***} (7.52)	-0.01958 (-0.21)	-0.21703 ^{**} (-2.24)
σ^2	0.00001 ^{***} (13.51)	0.00001 ^{***} (14.06)	0.00004 ^{***} (14.25)	8.07e ⁻⁰⁶ ^{***} (14.19)
R-sq	0.6798	0.6327	0.4578	0.0001
Log-L	1675.4394	1748.8335	1460.6366	1803.0464

注：***、**、*表示在 1%、5%、10%水平上显著。

根据回归结果，在空间固定效应回归模型中，有三个变量在 5%的水平下显著，有两个变量在 1%的水平下显著。其中，财政自给率（FSR）、人均转移支付（lnPTP）和城镇化率（Urban）在 5%的水平下显著为正；经济发展水平（lnPGDP）、抚养比（DR）在 1%的水平上显著为正。

财政自给率（FSR）的系数显著为正，说明财政自给率是影响我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平的一个关键因素，财政自给率高的地区能够拥有充分的财力投入该地区基本医疗卫生服务并在城乡之间合理分配基本医疗卫生资源，而财政压力较大的地区往往会缩减相应的基本医疗卫生服务支出。人均转移支付（lnPTP）的系数显著为正，说明转移支付能够发挥平衡地方财力的作用，并对地方政府将更多的财政资金投入到基本公共服务领域，促进城乡基本公共服务均等化发展产生激励。经济发展水平（lnPGDP）与城乡基本医疗卫生服务均等化水平呈现显著正相关关系，表明如前文所述，经济发展水平的提升确实能有助于促进城乡基本医疗卫生服务均等化。按马斯洛的需求层次理论，

居民在满足了基本生存需求后就会追求更高层次的尊重需求和自我实现需求，故人均 GDP 增加后，城乡居民对基本医疗卫生服务的数量和质量也会有更高的要求。此外，人们的民主意识、参政意识也会随着生活条件的改善而提升，因而对政府提供的基本医疗卫生服务会有更多的反馈和监督。城镇化水平

（Urban）的系数显著为正，符合预期，表明随着以县城为重点的城镇化水平的提升，地方政府也会更加重视当地居民对于基本医疗卫生服务的需求，将更多资源投入到基本医疗卫生服务建设中。抚养比（DR）的系数显著为正，说明当地人口结构的变化会促使地方政府更加重视与人口结构相对应的基本医疗卫生服务需求的变化，从而相应调整资源投入以适应其变化。

6 结论和政策含义

6.1 结论

本文梳理了自新中国建国以来我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁历程，基于 2007-2020 年 29 个省（市、自治区）的面板数据，通过构建综合评价指标体系运用熵值法和信息熵原理对 29 个省（市、自治区）城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行了系统评估和比较分析，并采用 Dagum 基尼系数法对差异来源进行分解；在此基础上，对我国城乡基本医疗卫生均等化发展水平的影响因素进行了实证分析，得出的主要结论有：

第一，我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁经历了曲折往复的发展过程。总体来看，我国城乡基本医疗卫生服务制度变迁经历了低水平的城乡二元供给阶段（1949-1978）、城乡失衡、差异进一步扩大阶段（1979-2002）、回归公益性、城乡统筹发展阶段（2003-至今）这样三个阶段。

第二，通过对我国各省市在 2007-2020 年城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行测度，可以发现在样本考察期内，各省市城乡基本医疗卫生服务均等化水平都有不同程度的提升，而且在期初均等化水平较低的省市往往会取得较高的增长速度。从区域对比角度来看，在样本考察期内，不同区域之间存在着较大的区域异质性，东部地区均等化水平高于全国水平，而且高于其他三个区域的均等化水平；西部地区均等化水平略低于全国水平，略高于中部地区和东北地区均等化水平；中部地区均等化水平略高于东北地区均等化水平，但二者之间的差距不明显。综合来看，东部地区均等化水平与全国其他三个区域均等化水平存在较大的差距，但其他三个区域均等化水平之间的差距较小。

第三，通过运用 Dagum 基尼系数法对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平进行差异分解，可以发现在样本考察期内，总体基尼系数呈现平稳下降趋势。从地区层面来看，在样本考察期内，东部、中部、西部、东北部这四大区域城乡基本医疗卫生服务均等化水平地区内差距都呈现波动下降趋势；东部地区空间非均衡特征尤为突出，东北地区空间非均衡性最小。在样本考察期内，地区间差距也呈现出总体下降趋势，且东部与东北地区、东部与中部地区的区

域差异较大，东部与西部、中部与西部、西部与东北、中部与东北的区域间差异较小。此外，通过对差异来源贡献进行分解可以发现，虽然区域间差异贡献程度呈减弱态势，但其仍然是我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平差异的最主要来源，并远高于区域内差异和超变密度的贡献。

第四，分析了包含制度、经济和社会环境在内的影响因素体系对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平的影响，研究结果表明我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平存在显著的空间正相关性。财政自给率、人均转移支付、城镇化率、经济发展水平、抚养比对城乡基本医疗卫生服务均等化水平有显著的促进作用；而政府支出偏好、地方政府竞争、市场化程度、对外开放程度、人口密度对城乡基本医疗卫生服务均等化水平正向作用不显著。

6.2 政策启示

6.2.1 完善政府间财政分权体系，提高地方政府财政自给率

首先，应进行中央政府和地方政府间财权划分改革。为保证财政分权体制对城乡基本医疗卫生服务均等化发展起到积极促进作用，必须要合理、科学地划分中央政府和地方政府的财权和事权。其次，适度扩大地方政府税权，完善地方税收体系。地方政府财力充足是实现城乡基本医疗卫生服务均等化的重要保障，而在现行税收制度下，中央政府具有绝对的权威，从而不利于地方政府税收收入的提高。因此，一方面，可以适当扩大地方政府的税权，对于影响范围较广且关系到全国经济发展的税种由中央政府进行管理，而税源分布较零散、征收成本较高的地方税，则由地方政府立法进行管理；另一方面，可以调整共享税中央与地方的分成比例，对于经济发展水平较落后的中、西部地区，可以根据当地的财力水平、人口特征、产业发展状况等因素进行分成比例调整，以提高当地政府的财政自给率。此外，应该着重培育地方政府的主体税种，稳步推进房地产税等财产税成为地方政府的主体税种，合理增加地方政府的财政收入

6.2.2 建立体现均衡性的转移支付制度，保证地区间财力分配的平衡性

由第5章分析可知，人均转移支付对我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平具有显著正向促进作用，因而转移支付制度在其中具有重要意义。

首先，探索区域间横向转移支付运行机制，建立以纵向转移支付为主，横向转移支付为重要补充的转移支付体系。对于经济社会发展较落后的中部、西部和东北地区，纵向转移支付的力度应该有所加强，引导转移支付资金着重投向基本医疗卫生服务等民生性领域，完善省以下转移支付制度，提高县、乡财力水平。同时，在中央政府对地方政府实施纵向转移支付的基础上，积极探索区域间横向转移支付运行机制，以劳动力流入量为根据，由发达地区向欠发达地区进行转移支付。从而实现均衡地方财力，促进公共资源向欠发达地区倾斜，各地城乡基本医疗卫生服务均等化发展的目标。

其次，优化转移支付结构，构建以一般性转移支付为支撑与重点，专项转移支付为补充的转移支付体系。一般转移支付是指上级政府未对用途作出明确规定的转移支付，而专项转移支付则是指资金使用范围、方向和条件都有明确规定的转移支付。当前，我国转移支付项目中一般转移支付比例较低，而专项转移支付比例较高。因此，为推进城乡基本医疗卫生服务均等化发展，应进一步提高一般性转移支付比例，使得地方政府具有充足的财力对基本医疗卫生服务进行供给。

6.2.3 坚持城乡统筹发展思想，积极推动以县城为重要载体的城镇化

通过对新中国建立以来城乡基本医疗服务制度变迁的梳理发现，目前我国城乡基本医疗卫生服务发展已经迈入回归公益性、城乡统筹发展阶段；而且城镇化发展能够显著地促进城乡基本医疗卫生服务均等化水平的提高。因此，必须坚持城乡统筹发展思想，在基本医疗卫生领域将资源在城乡之间合理分配，使农村居民能够更加公平可及地享受到与经济发展水平相适应的基本医疗卫生服务。而县城作为农村三级医疗服务体系中的重要一环，积极推动以县城为重要载体的城镇

化能够促进县域经济发展，赋能乡村振兴，提高县级政府财政能力，从而有能力将更多的公共财政资源投入到农村医疗服务体系建设中，缩小城乡基本医疗卫生服务发展差距。

6.2.4 坚持区域协调发展战略，缩小地区间发展差距

由第 5 章实证分析得出经济发展水平是城乡基本医疗卫生服务均等化水平的重要影响因素，目前，我国城乡基本医疗卫生服务均等化水平发展呈现出东部地区和中西部、东北地区仍然存在着较大差距这一现状。基于此，应坚持区域协调发展战略，努力缩小地区间发展差距。首先，坚持并深化西部大开发、东北老工业基地振兴、中部崛起等区域协调发展战略，努力推动这些地区实现高质量发展，缩小与东部地区之间的发展差距。其次，通过建立健全经济发达地区对经济欠发达地区的定点帮扶机制，加强区域间合作互助力度，探索建立区域协调发展新机制。

参考文献

- [1] Babiarz KS, Miller G, Yi H, Zhang L, Rozelle S. New evidence on the impact of China's New Rural Cooperative Medical Scheme and its implications for rural primary healthcare: multivariate difference-in-difference analysis. *BMJ*. 2010 Oct 21;341:c5617.
- [2] Cappelen A, Norheim O F. Responsibility, Fairness and Rationing in Health Care [J].*Health Policy*,2006,76.
- [3] Charles B, Phuc L, David L, et al. Health Reform and Primary Care Capacity: Evidence from Houston/Harris County, Texas [J].*Journal of health care for the poor and underserved*,2012,23(1).
- [4] Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD Countries[J]. *OECD*, 2006, 28(1):131-153.
- [5] Daniels, Norman. Justice, Health, and Healthcare [J].*American Journal of Bioethics*,2001,1(2): 2-16.
- [6] Doorslaer E v, Wagstaff A, Bleichrodt H, et al. Income-Related Inequalities in Health: Some International Comparisons [J].*Journal of Health Economics*,1997,16(1).
- [7] Frieden, Thomas R.A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid [J].*American Journal of Public Health*,2010,100(4): 590-5.
- [8] Giedion U, Alfonso E A, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence[M]. Washington, DC: World Bank,2013:121-132.Goddard M, Hauck K, Smith P C. Priority Setting in Health—a Political Economy Perspective [J].*Health Economics Policy and Law*,2006,1(Pt 1): 79-90.
- [9] Goddard M, Hauck K, Smith P C. Priority Setting in Health—a Political Economy Perspective [J].*Health Economics Policy and Law*,2006,1(Pt 1): 79-90.
- [10] Hadorn D C. Setting Health Care Priorities in Oregon: Cost-Effectiveness Meets the Rule of Rescue [J].*Jama*,1991,265(17): 2218.

- [11] Hurley J. An Overview of the Normative Economics of the Health Sector [J].Elsevier BV,2000.
- [12] Meina L, Qiuju Z, Mingshan L, et al. Rural and Urban Disparity in Health Services Utilization in China [J].Medical care,2007,45(8).
- [13] Meng Q, Xu L, Zhang Y, et al. Trends in Access to Health Services and Financial Protection in China between 2003 and 2011: A Cross-Sectional Study [J].The Lancet,2012,379(9818): 805-14.
- [14] Pollach, Gregor. Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health [J].New England Journal of Medicine,2014.
- [15] Smith C J. Modernization and Health Care in Contemporary China [J].Health & Place,1998,4(2): 125-39.
- [16] Ursula, Alfonso A, Eduardo, et al.The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World : A Review of the Existing Evidence [J].World Bank Washington Dc,2013.
- [17] Wagstaff A, van Doorslaer E. Chapter 34 Equity in Health Care Finance and Delivery [M]. Handbook of Health Economics. Elsevier. 2000: 1803-62.
- [18]阿耶·L. 希尔曼. 公共财政与公共政策[M]. 北京: 社会科学出版社, 2006.
- [19]白永秀. 城乡二元结构的中國视角: 形成、拓展、路径 [J]. 学术月刊, 2012, 44 (05) : 67-76.
- [20]陈昌盛, 蔡跃洲. 中国政府公共服务: 基本价值取向与综合绩效评估 [J]. 财政研究, 2007, (06) : 20-4.
- [21]曹东雪. 内蒙古基本医疗卫生服务均等化问题的研究 [D]. 内蒙古师范大学, 2020.
- [22]陈海威, 田侃. 我国基本公共服务均等化问题探讨 [J]. 中州学刊, 2007, (03) : 31-4.
- [23]常修泽. 中国现阶段基本公共服务均等化研究 [J]. 中共天津市委党校学报, 2007, 9 (2) : 6.
- [24]曹阳, 蒋亚丽. 我国城乡基本医疗服务均等化综合评价 [J]. 医学与社会, 2016, 29 (06) : 35-8.

- [25]冯文洁. 健康中国战略背景下我国基层医疗资源配置问题研究[D]. 吉林大学, 2019.
- [26]葛凌霄, 张亚斌. 城乡基本医疗卫生服务均等化的实证分析——基于泰尔指数的测算 [J]. 生产力研究, 2010, (07): 113-5.
- [27]管仲军, 黄恒学. 公共卫生服务均等化: 问题与原因分析 [J]. 中国行政管理, 2010, (06): 56-60.
- [28]高星, 胡红濮, 何瑶, 徐晓敏. 新医改以来我国基本医疗服务均等化分析[J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(02): 1-4.
- [29]甘行琼, 赵继莹, 甘娜. 我国城乡基本医疗卫生服务均等化的实证研究——以东中西三省区为例[J]. 财政监督, 2014(01): 64-69.
- [30]和立道. 城乡基本公共服务均等化: 政策固化与突破 [J]. 云南财经大学学报, 2012, 28(06): 59-66.
- [31]胡祖才. 关于促进基本公共服务均等化的若干思考[J]. 宏观经济管理, 2010, 320(08): 16-19.
- [32]贾康. 公共服务的均等化应积极推进, 但不能急于求成 [J]. 审计与理财, 2007(08): 5-6.
- [33]刘浩然, 汤少梁. 基于 topsis 法与秩和比法的江苏省基本医疗服务均等化水平研究 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(07): 819-23.
- [34]楼继伟. 完善转移支付制度推进基本公共服务均等化 [J]. 中国财政, 2006, (3): 3.
- [35]刘尚希. 基本公共服务均等化: 现实要求和政策路径 [J]. 浙江经济, 2007, (13): 24-7.
- [36]吕炜, 王伟同. 我国基本公共服务提供均等化问题研究——基于公共需求与政府能力视角的分析[J]. 财政研究, 2008(05): 10-8.
- [37]刘一欧. 城乡基本医疗卫生服务均等化水平评估——基于泰尔指数的分析 [J]. 农村经济与科技, 2018, 29(17): 252-254.
- [38]刘一欧. 二元经济结构对城乡基本医疗卫生服务均等化影响的分析[J]. 产业与科技论坛, 2019, 18(20): 89-91.
- [39]马国贤. 基本公共服务均等化的公共财政政策研究[J]. 财政研究, 2007, (10):

- 74-7.
- [40]彭健. 促进城乡基本公共服务均等化的财政对策[J]. 财政研究, 2009, (03): 46-8.
- [41]裴育, 孙育钱, 贾邵猛. 医疗卫生基本公共服务的城乡均等化分析[J]. 经济研究参考, 2019, (21): 30-46+58.
- [42]世界卫生组织. 阿拉木图宣言 [EB/OL] 1978, <http://www.who.int/zh/>.
- [43]世界银行. 1993年世界发展报告 [M]. 1993年世界发展报告.
- [44]孙德超. 地区医疗卫生服务均等化评价指标体系的构建 [J]. 中国行政管理, 2013, (09): 47-50.
- [45]陶春海, 陈婧钰. 江西省医疗服务水平均等化的实证分析[J]. 统计与决策, 2015(13):123-125.
- [46]唐钧. “公共服务均等化”保障6种基本权利[J]. 时事报告, 2006, (6): 2.
- [47]卫平, 薛冰. 转移支付对医疗卫生服务均等化的影响研究[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(03): 12-5.
- [48]解垚. 与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J]. 经济研究, 2009, 44(02): 92-105.
- [49]习近平. 决胜全面建成小康社会 夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利——在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告[M]. 北京:人民出版社, 2017
- [50]阳鹤立. 我国地区间基本医疗卫生服务均等化研究[D]. 湖南大学, 2012.
- [51]鄢洪涛. 城乡基本医疗卫生服务差距测度与均等化发展对策研究[J]. 湘潭大学学报(哲学社会科学版), 2011, 35(05): 16-21.
- [52]杨丽, 孙之淳. 基于熵值法的西部新型城镇化发展水平测评[J]. 经济问题, 2015(03):115-119.
- [53]俞卫. 医疗卫生服务均等化与地区经济发展[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(06): 1-7.
- [54]周安. 关于加快健全城乡基本公共服务体系的研究——以青岛市为例[J]. 财政研究, 2013, (03): 64-8
- [55]杨晓军, 陈浩. 中国城乡基本公共服务均等化的区域差异及收敛性[J]. 数量

经济技术经济研究, 2020, 37(12):127-145.

致 谢

三载岁月，匆匆而过。时至今日，我仍记得研一进校时的喜悦与憧憬。这三年里，我不仅学习了更多的专业知识，而且还初探了学术世界的大致样貌，体会到了进行学术研究的困难与艰辛。我相信，这宝贵的三年会对我将来的人生之路产生诸多助益。这一路走来，我受到了太多人的帮助与教导。我想，在这一人生重要时刻，我应该也必须向他们表达我的感谢。

首先，我要感谢我的导师管老师。管老师在我论文选题、写作和修改过程中十分尊重我个人看法并提出了许多宝贵的意见。同时，在生活上，老师平易近人，十分关心我们的生活和心理状态，在平时的日常交流中，我也从老师那里学到了许多有价值的对待人生以及处事为人的见解和看法。真的十分庆幸能够与管老师相遇，希望老师在以后的生活工作中身体健康，一切顺利。

其次，我想感谢我的父母。感谢他们这二十多年来对我学业上的支持以及无论何时都站在我的身后成为支撑我不断向前的力量。

最后，我要感谢经济学院的老师们。感谢他们在教学上给予我的无私的指导。同时，我也要感谢我的室友以及西方经济学专业的各位伙伴们，感谢他们一路以来的陪伴与照顾，希望他们每个人都有光明的未来。