



华南理工大学
South China University of Technology

硕士学位论文

政府公共财政支出与居民健康关系的研究

作者姓名 宗洁

学科专业 社会保障

指导教师 李胜会

所在学院 公共管理学院

论文提交日期 2018年05月

Study on The Relationship Between Government Public Finance Expenditure and Residents' Health

A Dissertation Submitted for the Degree of Master

Candidate: Zong Jie

Supervisor: Prof. Li Shenghui

South China University of Technology

Guangzhou, China

分类号：C93

学校代号：10561

学号：201520125710

华南理工大学硕士学位论文

政府公共财政支出与居民健康的关系研究

作者姓名：宗洁

指导教师姓名、职称：李胜会 教授

申请学位级别：管理学硕士

学科专业名称：社会保障

研究方向：社会保障经济

论文提交日期：2018 年 05 月 25 日

论文答辩日期：2018 年 06 月 01 日

学位授予单位：华南理工大学

学位授予日期： 年 月 日

答辩委员会成员：

主席：张开云教授

委员：黄岩教授 吴克昌教授 李敏教授 钟玉英教授

摘要

健康是人类生存与发展的基础，也是体现一个国家经济发展与社会进步的重要标志之一。随着经济全球化和社会主义市场化进程的加快，我国的经济社会发生了深刻变化。经济保持平稳较快增长的同时，人民的生活水平大幅提高，我国居民对健康的需求也不断增加。目前我国正处于经济转轨时期，政府投入了大量的人力、物力、财力用于维护社会的稳定和发展，而政府干预经济的首要问题就是政府能在多大程度上改进社会福利。随着经济的发展，我国居民健康水平却进展缓慢，如何利用有限的政府公共财政支出，有效的提高居民健康水平是目前学术界研究的热点。

本文在介绍政府公共财政支出与居民健康的基础上，利用 CGSS（2013）的数据对政府公共财政支出对居民健康的影响进行分析。在控制微观个体特征变量的基础上，对政府公共财政支出对于居民健康的影响进行了实证研究。

首先，本文利用居民自评健康对 2005 年-2013 年我国居民的健康水平进行测度。测算结果表明随着经济的发展，我国的居民健康状况正不断得到改善，但改善情况与经济发展的速度并不完全一致，同时东中西的健康差异在不断扩大。

其次，介绍了本文的理论基础，从公共支出理论出发，揭示了其公共产品的属性；从人力资本角度出发，解释了健康的内在价值；最后介绍了健康生产函数，并利用微观健康生产函数研究政府公共财政支出对于居民健康的影响。

再次，在对居民健康和政府公共财政支出测算的基础上，本文从财政支出规模和支出两个方面对 1978 年以来，政府财政支出的情况进行了测算，结果显示地方政府财政支出占财政总支出的比重不断上升，公共财政支出占 GDP 比重从下降到上升最终趋于稳定增长，且公共财政支出的增长率始终超过财政收入的增长率。

最后，利用 oprobit 模型测量政府公共财政支出对居民自评健康、生理健康、心理健康的影响，进一步研究不同项目支出、不同区域之间存在的差异，并就当前财政支出现状提出促进居民健康水平改善的对策建议。

关键词：政府公共财政支出；居民健康；差异

ABSTRACT

Health is the basis of human survival and development, and it is also one of the important symbols of a country's economic development and social progress. With the acceleration of economic globalization and socialist marketization, China's economic society has undergone profound changes. While the economy has maintained steady and rapid growth, the living standards of the people have been greatly improved, and the demand for health of our residents has been increasing. At present, our country is in the period of economic transition, the government has invested a lot of manpower, material resources and financial resources to maintain the stability and harmonious development of society, and the primary problem of government intervention in the economy is to what extent the government can improve social welfare. With the development of economy, the health level of Chinese residents is progressing slowly. Therefore, how to improve the health level of residents effectively by using limited government public finance expenditure is a hot research topic in academia.

Based on the introduction of government public finance expenditure and residents' health, this paper uses CGSS(2013) data to analyze the impact of government public finance expenditure on residents' health. Based on the control of micro-individual characteristic variables, this paper makes an empirical study on the influence of government public finance expenditure on residents' health.

Firstly, this paper uses self-assessment health to measure the health level of residents in China from 2005 to 2013. The results show that with the development of economy, the health status of residents in China is improving, but the improvement is not completely consistent with the speed of economic development, and the health differences between east and west are expanding.

Secondly, based on the estimation of residents' health and government public finance expenditure, this paper introduces the theoretical basis of this paper and reveals the attributes of its public products from the public expenditure theory ; From the angle of human capital, the intrinsic value of health is explained. In addition, the health production function is introduced, and the micro-health production function is used to study the impact of government public finance expenditure on residents' health.

Thirdly, this paper estimates the situation of government finance since 1978 from the two aspects of fiscal expenditure scale and expenditure. The results show that the proportion of local government fiscal expenditure in total fiscal expenditure is rising, the proportion of

public fiscal expenditure in GDP from falling to rising finally tends to steady growth, and the growth rate of public fiscal expenditure always exceeds the growth rate of fiscal revenue.

Finally, the oprobit model is used to the impact of government public expenditure on residents' self - rated health, physical health and mental health, to further study the differences between different project expenditure and different regions, and to put forward countermeasures and suggestions to promote the improvement of residents' health level.

Key words: government public finance expenditure; Health of the population; Difference

目 录

摘要.....	I
ABSTRACT.....	II
目录.....	IV
第一章 绪论.....	1
1.1 研究背景与意义.....	1
1.1.1 研究背景.....	1
1.1.2 研究意义.....	2
1.2 国内外研究现状.....	2
1.2.1 国外研究现状.....	2
1.2.2 国内研究现状.....	4
1.3 研究内容与技术路线.....	6
1.3.1 研究内容.....	6
1.3.2 技术路线.....	8
1.4 研究方法和主要贡献.....	8
1.4.1 研究方法.....	9
1.4.2 主要贡献与不足.....	9
第二章 理论分析框架.....	11
2.1 健康的相关概念.....	11
2.1.1 健康的含义.....	11
2.1.2 影响健康的因素.....	11
2.2 政府公共财政支出的定义与分类.....	13
2.3 政府公共财政支出与健康的理论基础.....	14
2.3.1 财政支出理论.....	14
2.3.2 人力资本理论.....	15
2.3.3 健康生产函数.....	17
2.4 本章小结.....	18
第三章 数据收集与模型设计.....	19
3.1 数据收集.....	19
3.1.1 健康的测度.....	19
3.1.2 我国总体健康水平的描述.....	20
3.1.3 我国公共财政支出规模的测度.....	22
3.1.4 我国公共财政支出结构的测度.....	24
3.2 提出假设与构建模型.....	31
3.2.1 提出假设.....	31
3.2.2 构建模型.....	32
3.3 本章小结.....	33
第四章 政府公共财政支出与居民健康的假设检验.....	35
4.1 变量选择与描述性分析.....	35
4.2 模型回归结果分析.....	36
4.2.1 公共财政支出与居民健康的关系.....	36
4.2.2 分项公共财政支出与居民健康的关系.....	38
4.2.3 分地区测量公共财政支出与居民健康的关系.....	40
4.2.4 分城乡测量公共财政支出与居民健康的关系.....	42
4.3 本章小结.....	43

第五章 检验结果的讨论与政策建议.....	44
5.1 检验结果的讨论.....	44
5.2 政策建议.....	45
参考文献.....	47
攻读硕士学位期间取得的研究成果.....	51
致 谢.....	52

第一章 绪论

1.1 研究背景与意义

1.1.1 研究背景

健康是人类生存与发展的基础，也是体现一个国家经济发展与社会进步的重要标志。随着经济全球化和社会主义市场化进程的加快，我国的经济社会也发生了深刻变化。经济保持平稳较快增长的同时，人民的生活水平大幅提高，我国居民对健康的需求也不断增加。根据有关数据显示，我国的人均 GDP 从 2003 年的 10542 元提高到 2013 年的 41908 元，增长了 2.97 倍；2014 年我国婴儿死亡率 8.1‰，新生儿死亡率 5.4‰，较 2011 年分别降低了 33.06% 和 30.77%；¹与此同时，我国人均预期寿命预计在 2014 年达到 74 岁左右。²此外《“健康中国 2030”规划纲要》还提出到 2030 年我国人均预期寿命将达到 79 岁，基本达到发达国家居民的健康水平。这些数据均表明，随着我国经济的迅速发展，我国的居民健康水平得到了很大的改善。但在居民生活水平不断提高的同时，也出现了一系列的健康问题，对于这一系列健康问题的研究也成为国内外学者研究的重点和热点。

作为人类生存、繁衍和发展的一项最基本的需要，健康是人类从事各项社会活动和创造活动的基本前提，同时也是人类社会的共同发展目标。随着经济的发展和科技的不断进步，健康已经不仅仅与个人息息相关，对家庭甚至对社会整体的发展也具有及其重要的意义。越来越多的学者开始致力于研究健康的相关问题，尤其是研究健康与收入两者之间的关系问题，齐良书认为收入与健康之间有着密切的关系，且收入对健康具有非常重要的影响，即收入的提高有利于促进健康改善。³也有多位学者得到类似的结论，显而易见，收入差距问题需要通过政府来进行调节，那么公共财政支出作为调节收入分配的重要手段就具有重要的意义。根据国家统计局公布的数据，2005 年中国的公共财政支出为 25154.31 亿元，2013 年 119730.34 亿元，全国公共财政支出增加了 3.8 倍；同期人均公共财政支出分别是 1923.76 元和 8799.78 元，人均公共财政支出增加了 3.6 倍。公共财政支出涉及居民生活的方方面面，包括教育、医疗、社会保障、国防建设等等，政府利用税收对资源进行重新配置，减少了居民生活上后顾之忧，也有利于社会福利的提高。根据以上事实，体现的一个基本逻辑是经济发展对居民健康似乎具有促进作用，那么不断扩大的公共财政支出是否真的能够促进居民健康呢？目前我国居民的健康水平的状况如何，表现特点和变化趋势怎样？公共财政支出是否影响居民健康，如果影响，

哪一类支出对居民健康的影响更大？公共财政支出对居民健康的影响是否存在区域差异或城乡差异？本文试图回答以上问题，并试图为这些问题找到经验证据。

1.1.2 研究意义

对人类福利的衡量可以通过多种指标来实现，而与人类自身的状况联系最为密切的指标之一是健康。目前我国对公共财政支出与居民健康两者关系的研究比较少，对于公共财政支出倾向于研究财政支出的规模以及支出结构的差异、财政支出的公平与效率等内容，而对于健康问题的研究倾向于研究不同群体的健康差异、影响健康的因素等内容。总体而言，目前我国对财政支出与健康两者之间关系的研究存在一定的滞后性，深入的实证研究分析不多。其次，在健康经济学领域，学者们更多关注的是卫生支出、医疗保险、教育等单一因素对于健康的影响，这些问题的研究都对健康领域的发展起到了很大的推进作用，但是并没有全面综合的讨论包含卫生、社会保障和教育等方面的政府公共财政支出对健康的影响。本文基于政府公共财政支出的角度利用微观的追踪调查数据，研究我国 2005-2013 年总体健康状况及变化趋势，并对 CGSS（2013）的数据进行深入研究，分析政府公共财政支出是否对健康存在影响，又是主要通过哪一类财政支出来影响居民健康，以及其对健康的影响是否存在城乡之间、不同区域之间的差异，对于目前健康经济学的研究具有重要的理论意义。

此外，研究政府公共财政支出与居民健康之间的关系还具有重要的现实意义。我国人口众多，地域结构复杂，政府庞大的公共财政支出是否能够在区域间进行良好有效的配置，不仅关系到人民健康水平及生活质量的提高，而且对于国家社会长治久安也具有十分重要的作用。在全国卫生与健康大会上，习近平总书记指出“要把人民健康放在优先发展的战略地位”，意味着健康中国的目标正式被提到了国家战略的高度。健康作为人力资本的构成要素，是构成能力的重要部分，提高居民的健康水平是实现社会的发展和全面进步的必然要求。目前我国正处于经济转轨时期，政府投入了大量的人力、物力、财力用于维护社会的稳定和发展，而政府干预经济的首要问题就是政府能在多大程度上改进社会福利。那么检验公共财政支出大幅度上升的同时，社会福利是否真正得到了改善，即研究政府公共财政支出对居民健康的影响就具有深刻的现实意义。

1.2 国内外研究现状

1.2.1 国外研究现状

健康是影响人类生存的重要因素，也是人类生活追求的目标之一，同时对居民生活

水平的提高也具有重要影响；另一方面，健康作为重要的社会资本，不仅影响人类自身的生存状况，同时对家庭财富的创造以及整个社会的资本积累等都会产生重要影响。国外对于健康的研究主要基于人力资本的理论基础，自上世纪 60 年代古典增长模型将物质资本扩大到人力资本以来 (Lucas, 1988)⁴，人力资本对经济发展的贡献已经为越来越多的研究所证实 (Schultz, 1964; Welch, 1970)⁵。不过，现有研究关注的重点主要集中在教育 (Romer, 1986; Lucas, 1988,1993)⁶⁷，而较少有学者能够关注到健康作为人力资本对经济发展的作用。其次，关于健康与收入关系的研究最初大多集中在工业化国家，相对而言，在发展中国家和转型国家对健康与经济增长之间关系的研究还比较少。1972 年，Grossman 在人力资本理论的基础上第一次构建了健康需求模型⁸，被认为是健康经济学中的一个重要的里程碑。Fogel (1991) 把人口健康和营养状况的评估引入到对欧洲经济历史的研究中，研究显示营养和健康水平的提高能够解释英国在 1780 年以来近 200 年的经济增长原因的三分之一。Barro 把健康资本扩展到新古典增长模型之中，并重点分析了经济和健康之间的双向因果关系，被认为是 19 世纪 90 年代关于健康对经济影响的一个比较突出的研究⁹。Jamison (2003) 采用 1965-1990 年间 50 多个国家的数据估计了健康水平的提高对人均 GDP 增长的影响。结果显示，居民健康水平的提高对 GDP 的增长具有明显的促进作用。Mayer (2001a, b) 的研究也得到了类似的结论，他研究发现成年人健康水平与经济增长状况具有强烈的因果关系。还有其他的学者的研究也得出了相同的结论，Knowles 和 Owen (1995, 1997) 在 Solow 经济增长模型的基础上，增加了健康人力资本，结果显示健康对经济增长的作用一直以来都被忽视，其对经济增长的影响实际上大于教育。Weil (2002) 对 127 个国家的研究结果显示，不同国家人均产出差异的一个重要原因来自于居民健康差异 (利用成人死亡率测量)。从前人的关于健康与健康两者的关系研究中，大部分都验证了两者的双向因果关系，并发现经济发展对健康确实存在一定的促进作用。另外，也有部分研究试图研究二者的内在因果机制。如 Kalemli-Ozcan (2002, 2003) 通过研究发现，通过教育和生育这两个途径能够降低死亡率以及疾病发生率，进而促进经济增长。

还有较多的学者倾向于研究公共卫生支出与居民健康水平之间的关系。当选用婴儿死亡率等儿童死亡指标来衡量健康水平时，学者研究的结论比较一致，都认为公共卫生支出在一定程度上有利于健康的改善。Jamison et al. (1996) 使用非均衡过程分析，利用 1960-1990 年的面板数据对 5 岁以下儿童死亡率进行分析，结论表明公共卫生支出降低了拉丁美洲国家的死亡率。由于选取的数据不同，以及衡量健康指标的多样性，也有

部分学者得出相反结论，认为公共卫生支出对健康状况的影响要么很小，要么在统计上是不显著的。Musgrove (1996) 通过对儿童死亡率决定因素分析，认为对健康影响最关键的因素是收入，而不是卫生支出占 GDP 的比重、卫生支出中政府卫生支出的比重以及公共卫生支出占 GDP 的比重。

除了对健康水平的研究之外，还有不少学者开展了对于政府公共支出与健康公平性之间的研究。对于健康公平性的研究，大部分研究是基于某一收入标准对样本进行划分，再进一步研究卫生支出对不同收入群体健康状况的影响。Bidani 等利用 35 个国家截面数据，以日常生活费用为贫困线划分依据建立随机系数模型，利用期望寿命和婴儿死亡率来测量健康水平，结论认为，公共卫生支出对穷人的健康影响更加显著。也有学者得出相反的结论，Van Doorslaer et al. (1997) 通过对 9 个 OECD 国家数据的分析，以健康集中指数作为变量，研究公共卫生支出占 GDP 的比重等公共卫生支出指标对健康公平性的影响，研究结论正好相反，即上述卫生支出指标均对健康公平性没有影响。

回顾以往的文献，发现国外学者对于居民健康的研究主要集中在几个方面，首先是对于二者关系的研究，大部分学者都倾向于研究健康与经济二者之间的关系，并发现二者之间存在相互影响的正相关影响机制；其次是关于健康水平的研究，主要是从公共卫生支出等角度研究其对于居民健康的影响，由于数据的来源不同，还有设置的变量参数不一致等原因，学者们对公共卫生支出是否能够对居民健康产生影响的研究方面并未达成共识；还有部分学者研究健康的公平性问题，大部分研究都证明，在世界范围内，不论是发达国家还是发展中国家，各国都存在着普遍的健康不平等现象。但是关于财政支出对于居民健康影响的研究并不多。绝大部分从财政角度研究居民健康的研究，都是基于传统的生物学理论，即从卫生支出的角度进行探讨，包括卫生支出的规模、医疗服务利用的供给程度等等，忽略了其他财政支出对居民健康的影响，其中教育对居民健康的正向影响也被大多数研究所证实。所以随着社会经济的发展，除了卫生支出以外，其他与健康紧密相关的教育、公共服务、社会保障等财政支出对居民健康的影响也值得我们进一步深入分析。

1.2.2 国内研究现状

国内关于居民健康的很多研究都是在 Grossman 模型及其扩展模型的基础上进行研究的。国内较早引入 Grossman 模型并进行运用的是赵忠、侯振刚 (2005)¹⁰ 两位学者。封进、余央央 (2007)¹¹ 利用中国健康营养调查 1997 年和 2000 年农村的面板数据，发现收入差距对健康的影响存在滞后效应，对健康的影响呈现“倒 U 型”。王甫勤 (2012)

¹²利用“中国综合社会调查(2005)数据”，利用健康生活方式模型作为社会经济地位影响健康水平的中间机制，分析中国健康不平等的形成过程。李华、俞卫（2013）¹³依据全国30省“千村”现场调查数据，运用 Grossman 理论的扩展模型和顺序概率回归方法，分析公共卫生、基本医疗服务可及性和新农合对居民健康的影响。潘杰、雷晓燕（2013）¹⁴利用相关模型估计了城镇居民基本医疗保险对城镇居民健康的影响，研究显示，医疗保险有利于促进参保个人的健康，且对社会经济状态较差的人群影响更大。李建新、李春华（2014）¹⁵利用中国老龄健康长寿影响因素跟踪调查(2011)数据，采用生理健康、心理健康和自评健康三个维度测量健康并对我国城乡老年人健康差异进行分析。

但是关于公共支出对健康影响的文献并不多，大部分文献都是从医疗卫生投入、公共卫生支出的角度来研究它们与健康之间的关系。李华、俞卫（2013）¹⁶采用新农合人均筹资水平、村卫生室诊疗水平、自来水饮水和有完整下水道冲式排污五个指标来衡量公共支出，研究发现政府公共卫生支出可以从改善人的生活环境和改善医疗服务可及性两个方面来影响健康。方敏（2015）¹⁷梳理了计算卫生投入的经济学方法及评价标准，认为关于卫生投入影响健康研究结论不一致的原因可能是由于卫生投入规模的结构突变点的存在。陈天祥、方敏（2016）¹⁸用 189 个国家和地区 1995—2011 年的数据研究了公共卫生支出对健康结果(婴儿死亡率和出生时的平均期望寿命)的影响，研究表明，公共卫生支出占 GDP 的比重对健康结果的影响具有门槛效应。除此之外，也有部分学者研究从教育、退休或者医疗保险的角度对居民健康进行研究。胡安宁（2015）¹⁹基于中国综合社会调查 2010 年的全国数据，对城乡之间教育成就健康回报的差异及其中介因素的分析。结果显示，教育对城乡居民健康都具有正向回报，但农村与城市居民在义务教育与高中教育不同阶段所体现出的健康回报有所不同。还有一部分学者研究财政支出对收入差距的影响，但是并没有将收入差距对健康的影响进行联系²⁰。徐倩、李放（2012）²¹利用 1998-2010 年间我国各省社会保障财政支出的面板数据分析政府的财政社会保障支出与我国城乡居民收入差距之间的关系时发现，社会保障财政支出并没有发挥其应有的收入分配调节作用，反而是扩大了收入差距。张强、张晓光、周伟（2014）²²利用 2004-2011 年省级静态面板数据，通过多元面板模型研究发现财政性社会保障支出在一定程度上推动了城乡居民收入差距的扩大，社会保障支出水平每提高 1% 个单位相应的会拉动城乡居民收入差距扩大 0.07 个百分点。而收入差距对健康的影响已经被很多学者所证实，这也为本文研究政府公共财政对居民健康影响的解释提供了一定的思路。

通过对国内文献的回顾整理，发现我国学者的研究大多数是针对特殊群体的，例如，

针对老年人口或某一地区的居民健康状况，利用面板数据来进行分析，一方面缺乏对全样本系统全面的分析，另一方面，面板数据不能够反映健康变化的动态过程；第二，大部分学者倾向于从某一因素研究对健康的影响，例如教育、医疗保险、医疗服务利用、收入等因素与健康的关系，但其实健康是受到自身条件、外部环境等多方面因素的制约，单独的某一因素对健康的影响或许不够全面，本文将综合多种因素对居民健康的影响进行研究，尝试对此有所贡献；第三，我国关于居民健康的研究起步较晚，研究也存在一定的滞后性，关于健康问题的研究数据也大多来源于 CGSS、CHARLS 等大型数据库，由于调查的样本数量庞大，目前关于 CGSS 最新健康数据调查的研究还不多，且考虑到大型微观数据的可获得性，本文将利用中国综合社会调查 CGSS（2013）年的数据进行具体分析。

1.3 研究内容与技术路线

1.3.1 研究内容

本文在对以往公共财政支出和健康影响因素研究进行文献阅读和资料整理的基础上，采用 Oprobit 回归模型对我国公共财政支出与居民健康的关系进行研究，希望能够丰富目前国内关于财政支出与居民健康二者之间关系的实证研究。本文拟解决的关键问题主要包括三个方面：（1）通过利用自评健康、生理健康、心理健康三个指标对我国居民的健康情况进行测量，研究在 2005-2013 近 10 年间，我国居民的健康总体水平是否提高了？其变化趋势是怎样的？（2）利用政府公共财政支出规模和结构衡量公共财政支出，研究政府公共财政支出对居民健康是否存在影响，如果存在，政府公共财政支出又是如何影响居民健康的？不同政府公共财政支出项目对居民健康的影响是否存在差异？（3）在前文研究的基础上，分析政府公共财政支出对居民健康的影响是否存在地区之间、城乡之间的差异？

本文将以我国政府公共财政支出与居民健康为研究对象，对我国政府公共财政支出和居民健康水平进行评估与测度，并进一步分析政府公共财政支出与居民健康两者之间的关系。本文的研究思路如下：

首先，对关于财政支出与居民健康两者关系的文献进行梳理，发现现有文献中对于两者的关系研究存在的一些问题。

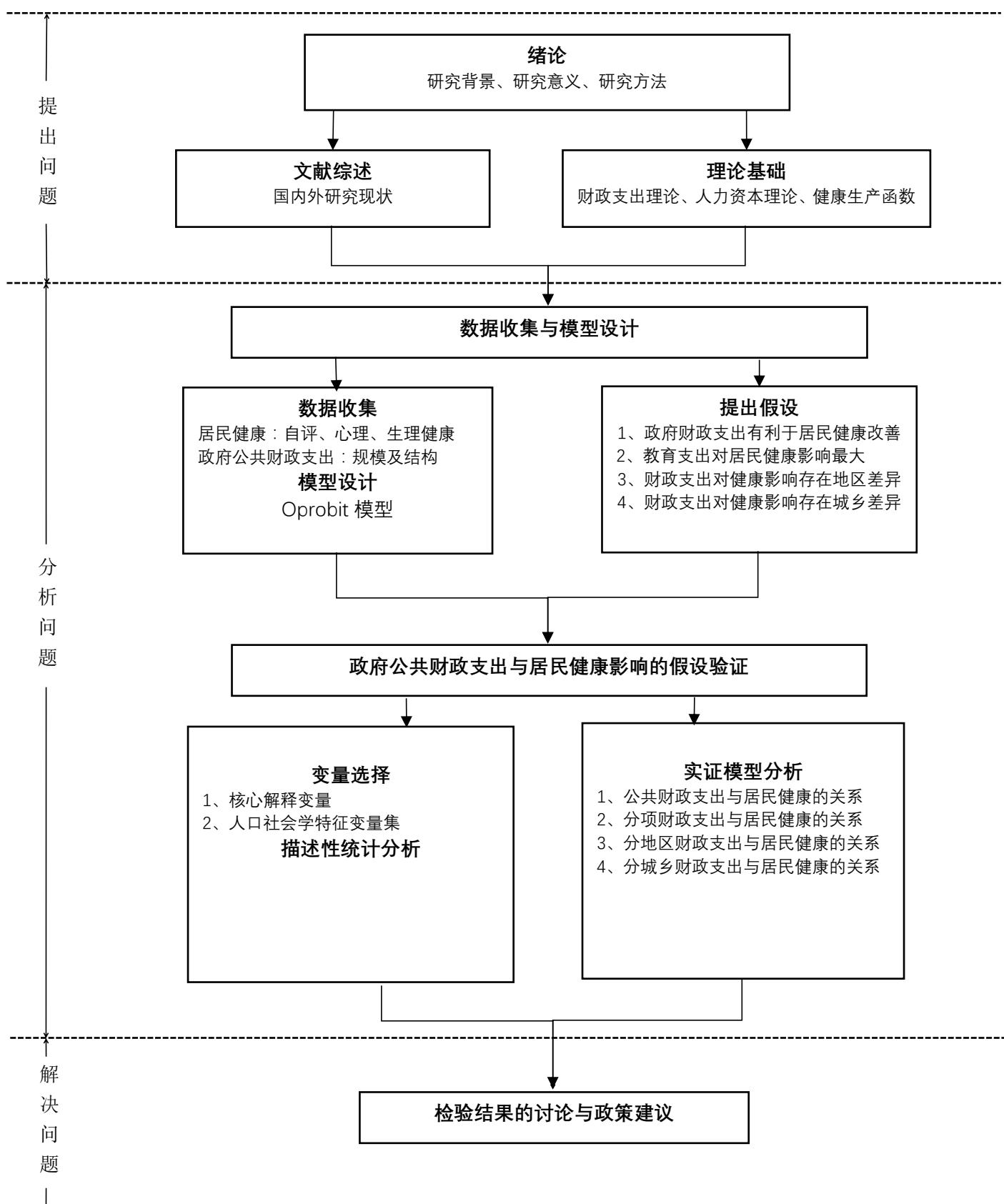
第二，结合公共财政支出理论、人力资本理论和健康生产函数理论，对本文相关的概念进行操作化处理，选取中国综合社会调查 CGSS（2005）- CGSS（2013）年的数据

以及中国统计年鉴等相关数据，对我国的居民健康总体状况做一个总体的回顾。重点分析政府公共财政支出，结合已有的研究，在已有数据库的基础上选择本文进行分析的因变量和自变量并提出四个对应的假设。

第三，设定本文将采用的计量模型，将选好的数据进行整理和分析，分别对四个研究进行验证，即分析政府公共财政支出对居民健康的影响，在此基础上，分析分项财政支出对居民健康的影响，再划分区域和城乡，为进一步分析两者的关系奠定数据基础。

最后，根据模型回归结果，结合我国国情和经济发展现状，为改善居民健康水平提出合理化的对策建议。

1.3.2 技术路线



1.4 研究方法和主要贡献

1.4.1 研究方法

本文主要采用文献研究法和定量分析等方法。具体来说，包括如下方法：

(1) 文献研究法

通过系统回顾国内外现有研究成果，明确政府公共财政支出、健康的概念，梳理研究思路；对前人的研究进行总结，分析现有关于健康问题的研究存在的一些问题；对不同的度量方法进行比较，结合研究目标寻找合适的研究工具。总的来说，文献研究不仅为论文的研究提供了理论基础，也能在一定程度上为研究助益，减少了不必要的困难。

(2) 定量分析法

通过阅读大量文献并综合考虑前人研究，本文采用的定量分析方法包含两类：其一，计量分析，主要采用 Oprobit 回归模型来测量政府公共财政支出对居民自评健康、生理健康和心理健康的影响；其二，描述性分析，利用自评健康对居民的健康水平进行测量，进而对近 10 年间居民健康的变化、区域差异进行描述。

1.4.2 主要贡献与不足

(1) 主要贡献

第一，本文系统研究了政府公共财政支出和居民健康的关系，目前国内关于二者之间关系的研究不多，借鉴其他研究中对于政府卫生支出的分析，利用相对规模和绝对规模对政府公共财政支出进行分析；从主观和客观两个维度来测量居民健康水平，包括自评健康、生理健康和心理健康，利用 Grossman 健康生产函数，构建中国的宏观健康生产函数。根据 CGSS 数据库提供的数据，分析中国 30 个省（由于调查的时间不同，每年调查的省份不完全一致）的健康调查数据，利用面板数据的统计分析方法，将各变量对于健康的影响进行回归分析，比较全面的探究了二者之间的关系，丰富了政府公共财政支出和健康的相关理论研究，有一定的理论价值。

第二，对中国居民健康及区域及城乡差异进行了动态考察，本文利用 CGSS (2005) -CGSS (2013) 年近 10 年的数据，通过时间序列上的变化分析，了解我国居民健康水平和区域健康差异的现状和未来趋势，进一步分析政府公共财政支出对居民健康的影响，再细分不同分项财政支出的影响，以及存在的地域差异和城乡差异。能够较为全面深入的反映客观事实，进一步丰富国内已有的相关研究。

(2) 存在的不足之处

由于个人的精力和能力有限，对公共财政支出与健康两者关系的研究还处于基础层面，也存在一些不足之处。首先，由于缺乏对于国外公共财政支出口径的统计数据，对于我国公共财政支出对居民健康分析的影响也仅限于不同区域之间、城乡之间数据的对比，同时，由于涉及的数据计算量比较大，对于分类公共财政支出的相关数据也不够细化。最后，本文的对策建议是基于前面研究基础上得出的，更多的有建设性且行之有的提议还有待于国内外学者的进一步的探讨。

第二章 理论分析框架

2.1 健康的相关概念

2.1.1 健康的含义

关于健康的定义，不同的学者对其有着不同的界定。其中，最为学者所广泛接受的是来自世界卫生组织的定义，它将健康定义为“一种躯体上、心理上和社会上的完美状态，而不仅仅是没有疾病和虚弱”（WHO, 1948）²³。但是人们对于健康概念的理解并不是一成不变的，随着时代的发展，人们对健康概念的理解也进一步深化。经济学家 Sen 把健康看作是一项有重要意义的“可行能力”²⁴，是能够生存并且尽可能活的长久的能力，是一种具有“特殊价值”的重要自由（Sen, 2002）。健康是人类进行一切活动的基础，健康的好坏能够从根本上摧毁个体获得更好生活的可能性（王曲等, 2005）²⁵。一个健康的人能够获得更多的机会，例如受教育的机会、参与社会活动的能力等，而一个身体有缺陷的人获得这些机会的能力会受到很大的制约。传统的健康观认为一个人的肌体健壮，没有发生疾病，且个体的组织器官均处于良好状况就可以定义为健康，这是一种主要从生物医学视角定义的狭义健康观念。但随着社会经济、教育和医疗科学的发展，关于健康的概念也相应发生了变化，即健康是指人的拥有健康的体格、良好的心理素质同时还能够参与社会活动的一种状态（黄占辉等 2006）²⁶。

再者拥有健康的生活是人类社会发展的主要目标，也是每个人追求美好生活的必要前提。长期以来多数经济学家所关注的重点是经济增长，但是经济增长并不是人类社会发展的最终目的，它只是实现人们目标的工具，通过经济的发展，扩展人们的可行能力，使人们能够过上他们应有的生活才是经济发展的真正目标。这也是健康水平作为衡量一个国家软实力的重要原因。自 1990 年以来，联合国发展署（UNDP）每年都会发行《人类发展报告》，试图把对经济发展的理解重新引回到经济学最初的关注上，经济增长不是目的而是手段，健康和长寿的生活才是人类社会发展的首要目的之一。²⁷长期以来，单纯利用人均收入或者经济增长速度等指标测量人类发展的状态，存在一定的片面性。²⁸相比之下，健康是个人幸福的直接组成要素，将其作为衡量人类发展或福祉的指标，不仅具有更强的客观性，也能体现发展的真正目的（Anand, 2002）。所以，研究居民健康不管是对于个体发展还是经济发展，都具有重要的意义。

2.1.2 影响健康的因素

健康是人类生存和发展的基础，也是体现一个国家经济发展与社会进步的重要标志

之一。影响健康的因素包含着方方面面，这些因素都称为健康的影响因素。这些影响因素不仅包括人体生理上的因素，还包含了社会经济文化、外界环境等各方面的因素，是影响人们身心健康的多种因素的集合。尽管影响健康的因素是多元化的，本文根据 Grossman 健康生产函数以及在对前人健康影响因素进行文献阅读和资料整理的基础上，将影响居民健康状况的因素大致分为生物遗传因素、社会经济因素、行为与生活方式、医疗卫生服务四个方面：

(1) 在生物遗传因素中，主要包括性别、婚姻状况、家庭规模、年龄、受教育程度等。玉芝 (2001)²⁹、熊跃根等人 (2016)³⁰ 研究发现男性老年人的自评健康更好，这一结论也比较符合实际的生活状况。尽管选用的数据以及采用的方法并不相同，但是关于性别对健康的影响得出的结论是一致的。胡宏伟等人 (2011)³¹ 通过 CHNS (2006) 的截面数据，发现年龄对老年人的健康呈现明显的负相关。但是韩广勤 (2010)³² 通过对上海老年人的调查研究发现，年龄对于老年人健康的影响并不是一成不变的，当到达一定的临界值之后，年龄对老年人健康影响的结果会发生变化。其“拐点”在 80 岁左右，在 80 岁之前，老年人的健康随着年龄而下降，当到达拐点时，年龄的增长对老年人健康的影响开始上升，总体呈现出先下降后升高的 U 型变化趋势。Fuhrer 等人 (2002) 的研究发现，婚姻可以抑制老年人健康恶化，有配偶者的健康状况更好。³³ 教育对健康水平的促进作用已经被大部分学者所证实，周律 (2012) 运用 2006 年中国老年人抽样调查数据研究发现，ADL 的丧失率随着教育程度的降低而提高。³⁴

(2) 在社会经济因素中，主要包括社会经济地位、共同居住人情况、与家庭成员关系状况、收入水平、生活满意度、家庭经济状况等。Lowry 等人 (2009) 研究认为社会经济因素通过累计效应对人民的健康产生影响，并且差距随着年龄增大而拉大。³⁵ 位秀平 (2015) 研究发现社会经济地位与老年人健康状况正相关。³⁶ 个人的社会经济地位越高，其自评健康状况越好。还有部分学者研究区域因素对居民健康的影响，解垩 (2011) 利用身体质量指数 (BMI) 测量省际之间的健康差异，研究发现不同区域的健康水平差异较大，其中东西部地区居民的差异最大，且存在逐年上升的趋势。³⁷ 还有部分学者研究收入对居民健康的影响，Ettner (1996) 运用工具变量对多维健康指标进行分析，发现收入增加有利于提高人们心理健康和生理健康。³⁸ 封进等人 (2007) 的研究表明农村居民的收入水平越高，其自评健康越好。³⁹ 在职业方面，杜本峰等人 (2015) 利用“中长寿老年跟踪调查”中的老年人数据，通过多层次线性模型分析出 60 岁以前的职业为非农业的老年人较职业为农业的老年人拥有更好的健康自评发展趋势。⁴⁰

(3) 在行为与生活方式因素中，主要包括体育锻炼情况、社会生活参与情况、休息放松情况和学习充电情况等。关于行为与生活方式因素对健康影响的研究并不多，但是研究得出的结论基本类似，即良好的生活行为方式有利于居民健康水平的提高。Mary (2001) 的研究表明，参加锻炼、不吸烟的老年人的健康状况会更好。⁴¹ 刘涛等人 (2008) 通过研究发现，不健康的生活方式使中老年居民更容易发生慢性病。

(4) 在医疗卫生服务因素中，主要包括医疗卫生服务资源拥有、分布和利用情况等。Weissman 等人 (1994) 通过实证研究发现，医疗保险可以通过负担医疗费用减轻患者的经济负担，从而促进患者健康状况的改善。关于医疗保险能够促进健康改善的机制方面，不同学者们研究的结论也不尽相同，国内学者王新军等人 (2014) 根据老年人健康影响因素跟踪调查 (CLHLS) 2008-2011 年两期面板数据，实证研究发现，医疗保险制度通过给老年人提供更好的医疗服务这一方式对居民健康产生促进作用。⁴² 目前我国医疗保险制度正在不断完善，医疗保险的覆盖率也不断扩大，居民“看病难”的问题确实得到了一定程度的缓解。但也有学者对医疗保险能够改善健康的结论有不同的看法。刘西国等人 (2014) 的研究结果表明医疗保险虽然可以使老年人患慢性病的风险减小，但是参加医疗保险的老年人的自评健康往往更差。⁴³ 这其中涉及到保险行业中所存在的“逆向选择”问题，即自评健康较差的居民更倾向于参加医疗保险，而自评健康较好的居民则倾向于不参加医疗保险，由于本文研究的是政府公共财政支出和居民健康二者之间的关系问题，关于“逆向选择”的问题在此不再过多的进行讨论。

通过整理居民健康状况影响因素的相关文献发现，在研究对象上，由于各国老年化问题日渐严重，国内外学者近年来都在持续关注老年人群的健康状况，大部分研究都会选择老年群体为研究对象，极少有文献关注青少年人群的健康状况。其次，在健康差异的研究中，学者们把城乡属性或者区域属性作为一个控制变量，较少的关注到产生健康差异的因素与模式。关于财政支出对居民健康的影响，主要集中在医疗保险制度及医疗卫生支出等方面，很少有学者关注教育支出及社会保障支出对居民健康的影响。因此，在本次的研究中，尝试关注全体样本的健康变化，并且分区域、分城乡讨论健康差异以及包含医疗卫生支出、教育支出等分项支出对居民健康的影响。

2.2 政府公共财政支出的定义与分类

本文研究的主要对象之一是政府公共财政支出，它是指为了实现国家的各种职能，由财政部门按照预算计划，向国家有关部门和方面支付财政资金的活动，通常按财政年

度计算。⁴⁴从本质来看，财政支出是政府活动的重要组成部分，它反映了政府活动的方向和范围，也反映了政府财政资源配置的方向、结构和规模。为了更加全面科学地把握财政支出的发展变化规律，可以从不同的角度、依照不同的标准对财政支出进行划分和分类。（1）按政府职能分类：一般分为经济建设支出、行政管理支出、社会文教支出、国防支出和其他支出五大类。这一分类方式比较宽泛但是能够表现出财政支出的总体结构。（2）按经济性质分类：一般分为购买性支出和转移性支出。购买性支出包括购买各级政府进行日常行政事务活动所需的产品和劳务的支出以及各级政府用于公共投资的支出。转移性支出是指政府按照一定的方式，把一部分财政资金无偿的、单方面的转移给居民和其他收益者的支出，其主要包括政府部门用于贫困补贴、养老保险、失业救济金等方面的支出。这一种分类方式在研究政府财政支出以及地方政府与中央政府财政分权的研究中被广泛运用。（3）按财政支出的具体用途分类：主要包括以下内容：基本建设支出、农业支出、行政管理费支出、抚恤和社会福利救济支出、行政事业单位离退休支出、社会保障补助支出等。这一类分类方式是统计年鉴所采用的分类方式，能够比较细致准确的反映出政府财政支出的具体支出方式，有利于深入研究某一类财政支出。（4）按公共财政支出的管理权限分类：可以将财政支出分为全国性财政支出和地方性财政支出，其中，地方性财政支出又可以分为省、市、县、乡四级。这一类分类方法的数据获得在一定程度上存在局限性，和全国及分地区的公开数据不同，地方性财政支出的数据的标准并不能完全一致。

通过对上述四种财政支出的分类简单的解释，能够为我们提供详细的财政支出数据信息，能够帮助我们了解财政支出的具体情况，并对政府的财政支出做进一步分析。考虑到数据获得的可行性以及可操作性，本文选用的财政分类是第三种分类方法，即按照政府财政支出的具体用途来进行分类。

2.3 政府公共财政支出与健康的理论基础

2.3.1 财政支出理论

关于政府财政支出的理论起源较早，以古典经济学创始人亚当斯密为代表的经济学家，认为财政支出属于非生产性的支出，不能带来国家财富的增长，要尽可能的缩减政府财政支出，同时强调财政支出的重点应该是军费开支。李嘉图也持有相同的观点，他认为为了增加国家的生产量，必须尽可能的限制政府的非生产性开支。随着经济社会的进一步发展，也有学者对于财政支出的划分提出了不同的看法。以李斯特等为代表的经

济学家对关于政府财政支出的性质的判断提出了不同的看法，他认为维持法律及制度、公共设施的政府支出能使人民得以创造生产力，因而国家财政支出属于生产性的。卡尔迪策耳也支持政府的经济消费是生产性的观点，并在《从人民经济关系观察国家公债法》进行了详细的解释。瓦格纳在国家经费生产性学说基础上，进一步进行了分析：进一步揭示了国家的财政经费是生产性的原因，作为一种强制经济，国家财政能够产生无形财富，包括建立公共设施，提供公共福利等，而这一种通过有形财政转为无形财政的过程所带来的结果，对于国民的经济生活是不可缺少的重要部分。

1978年以来，随着我国改革开放的不断深化，社会资源的配置机制与分配关系也相应转变，相应地引起财政职能、财政支出范围和财政支出结构变化。尤其是1993年分税制改革之后，中央政府与地方政府的财政支出也产生了一些深远的转变。公共财政理论是从纠正市场失灵的角度提出的。在完全竞争条件下，市场能够在自发运行过程中，依靠自身力量的调节，使社会上现有的各种资源得到充分、合理的利用。但是市场经济并非是万能的，自身的固有缺陷会导致一系列市场失灵问题，其中包括公共产品、外部效应、市场垄断等。通过政府干预与财政介入解决市场失灵问题是理论研究的共识。从财政职能的定位可以看出公共财政的作用领域是个人无力供给，市场不愿供给的公共领域。所以公共财政理论研究的核心问题是具有公共性质的产品和制度的组织和供给。在不同经济发展阶段政府的职能有所不同，政府所提供的公共产品的范围不尽相同，下文的数据能够进一步佐证。

2.3.2 人力资本理论

早期的人力资本理论可以追溯到古典经济学家亚当斯密的《国富论》，他指出，一个国家全体居民的所有后天获得的有用能力是资本的重要组成部分。之后，美国经济学家欧文费雪在《资本与收入的性质》一书中进一步专门阐释了人力资本概念，明确提出了完整的资本概念。但是，由于当时工业劳动力的素质比较低、传统伦理观念对经济学家的束缚以及考虑到方便经济学分析的简化经济理论结构，经典的西方经济学家并没有把人力资源看作是一种资本。1960年，西奥多舒尔茨发表《论人力资本投资》，奠定了人力资本的理论基础，被公认为“人力资本之父”。传统的经济理论认为经济增长必须依赖于物质资本的提高和劳动力的增加，但是，事实上，个体的健康等人力资本的提高对经济发展的贡献远远超过物质资本和劳动力数量的增加。1964年，加里贝克尔在《人力资本》一书中系统阐述了形成人力资本的各类投资及其产生的收益，其主要精神是研究微观个体对的经济行为的分析。20世纪50-60年代中期以来，国内外关于人力资本理论

的研究逐渐升温，有关人力资本的论文和撰著的数量急剧增长。随着这一领域研究的深入，一些新兴的经济学分支也迅速发展起来，主要有卫生经济学、健康经济学、教育经济学等。

健康是一种非常重要的人力资本，是其他形式的人力资本得以存在的前提和基础。尽管舒尔茨等人的研究已经阐明健康是人力资本投资的重要内容之一，但是我国目前关于健康经济学的研究依然不太丰富。在人力资本理论的基础上，Grossman (1972) 根据健康的特点，基于 Becker 提出的家庭生产函数基础，第一次构建了用来分析对健康需求的理论模型，提出了健康资本的概念。模型的基本框架如下：

假设某一有代表性的消费者在一生中各个时期的效用函数为：

$$U = U(\phi_t H_t Z_t), \quad t = 0, 1, \dots, n \quad (1)$$

其中 H_t 是第 t 个时期健康资本的存量， ϕ_t 是每一单位的健康资本所产生的收益， $h_t = \phi_t H_t$ 则便是第 t 个时期所消费的健康， Z_t 是第 t 个时期消费的除健康外其他商品的数量。人们初始时健康资本的存量为 H_0 是外生的，以后各个时期的 H_t 是内生的，由消费者自己选择。消费者的寿命 n 也是内生的。健康资本的增量由下式表示：

$$H_{t+1} - H_t = I_t - \delta_t H_t \quad (2)$$

其中 I_t 是第 t 个时期对健康资本的投资， δ_t 是折旧率。折旧率是外生的，但随年龄的变化而不同。 I_t 和 Z_t 由一下函数决定：

$$I_t = I_t(M_t, TH_t; E) \quad (3)$$

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t; E) \quad (4)$$

其中 M_t 可以购买到的一系列商品，例如卫生服务，他们作为投入，可以产出 I_t ， TH_t 是用于提高健康的时间。这两者是内生的。 E 是除健康以外的人力资本组成部分，是外生的。函数 Z_t 中的变量有相似的解释。消费者面临的预算约束是：

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + Q_t X_t}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t TW_t}{(1+r)^t} + A_0 \quad (5)$$

P_t 和 Q_t 是价格， W_t 是工资率， TW_t 是工作时间， A_0 是初始的财富。除了预算约束外，消费者还面临时间的约束。在每个时期的总时间为 Ω ，而且必须当期用完，因而：

$$TW_t + TH_t + T_t + TL_t = \Omega \quad (6)$$

其中 TL_t 是由于健康状况不良造成的时间损失，例如由于生病不能工作的时间。方程 (1) 到 (6) 构成消费者对健康需求模型，消费者目标是在预算约束和时间约束下使

效用最大。

此后，以 Grossman 健康需求函数和健康生产函数为基础，国内外学者们不断从条件假设方面进行拓展，对卫生投入与居民健康之间的关系进行了大量的实证分析，概括起来主要包括两个方面，第一方面是关于公共卫生投入对于健康水平的影响；第二方面是关于公共卫生投入与健康公平之间的关系研究。关于卫生投入与居民健康两者之间关系的研究在上文我们已经进行了详细的介绍，在这里不在过多的阐述。

2.3.3 健康生产函数

健康生产函数是以 Grossman 健康需求模型为基础推导出来的表达健康投入与健康产出之间关系的函数，健康需求模型成功的消除了健康差异分析中的理论与经验之间的隔阂，揭示出个人在健康需求上的差异。

Grossman (1972) 利用这一微观健康需求模型，首次引入健康生产函数的概念，他指出消费者继承了一定的初始健康存量，这一存量随着时间的推移而不断减少；但是还可以通过一些生产健康的方式来补充健康资本的消耗。依据 Grossman 模型，可以通过以下健康生产函数来研究健康的决定因素：

$$H=F(X)$$

其中， H 表示个人健康状况， X 表示影响个人健康状况的向量，其包含的元素有医疗服务、生活方式、收入水平、教育水平、个人特征变量（如年龄、性别、婚姻状况、遗传特征等）、个人环境禀赋（如居住条件、环境污染水平）、用于增加健康的投入时间等。随后，基于这一模型的大量研究都开始构建健康生产函数，用于研究其他因素对健康的影响。大部分学者的研究都证明了健康与个人公共物品消费的质量和数量密切相关。例如，公共卫生就是一种较好的公共物品，能有效排除疾病所带来的外部性。同时，居民的健康状况还与他们对于周边体育锻炼场所和休闲公共设施的使用情况有关。而这些公共物品的提供都属于国家财政应该负担的一部分，因而从一定意义上可以佐证财政支出的规模对个人的健康水平会产生影响。特别是我国还处于经济发展的转型时期，财政所能提供公共物品的质量与规模有可能对个人健康产生更强的作用力。本文正是基于微观的健康生产函数，通过对健康的投入进而影响健康的存量，对健康的投入包含教育、医疗、环境等要素，而所有的投入都需要财政支出的强有力支撑，因此，我们选取包含医疗卫生支出、教育支出、以及社会保障支出等多方面支出的政府公共财政支出来进行分析验证，首先从政府公共财政支出总量分析其对居民健康存在的影响，再进一步测算分项财政支出对居民健康的影响。

2.4 本章小结

本章是整个论文的理论基础,为下文实证研究健康与公共支出的内在联系作了理论铺垫。首先介绍了对于健康的定义,随着社会发展,人们对健康的认识也不断深化,不仅仅满足于身体的健康,而是追求达到一种躯体上、心理上和社会上的完美状态。由此引出影响健康的多个因素,主要包括环境因素、生活方式和行为因素、生物遗传因素和医疗卫生服务因素四类因素,并进一步对每个因素进行相应的解释分析。本文研究的主要对象是政府公共财政支出,因此有必要对政府财政支出的定义和分类进行介绍。关于政府公共支出与健康的理论首先从公共支出理论出发,揭示了其公共产品的属性,说明公共财政支出的最终目的是为了提高社会福利,而拥有健康的生活是人类发展的最终目的。同时,从人力资本角度出发,解释了健康的内在价值,健康作为人力资本的重要组成部分,对经济增长和劳动生产率提高具有明显的作用。最后,介绍了健康生产函数,也是本文构建模型的理论基础,利用微观健康生产函数研究政府公共财政支出对于居民健康的影响。

第三章 数据收集与模型设计

3.1 数据收集

3.1.1 健康的测度

健康是综合复杂的概念，为了尽可能全面准确地把握健康的内涵，我们尝试从主观和客观两个角度分析。主观角度是指个体对自身健康状况的评估，主要是指个体对自身身体状况的认知，其结果具有一定的主观性；客观角度是从实际的身体的生理表现进行评价，其结果相对而言比较客观，但是可能也会过于绝对，因此需要综合考虑主客观两个方面。最为广泛运用的测量健康的客观评价指标是死亡率（死亡率=死亡总人数/同期平均人口数），死亡率属于宏观指标，其数据来源也比较稳定，一般可以从政府发布的统计资料中获得。由于政府管理机构对死亡率数据的统计方法相对比较严格，因此数据的质量和可靠性较高。

自我评估健康指数是一个常用的主观指标，国际通用的居民健康测量标准是 SF-36 测量表，包括生理、心理、机能等若干方面，但是这项测量过于复杂并且对于问题回答的准确性无法控制，因此应用较少。我国部分学者一般采用简化的 SF-8 测量表进行分析，该测量表聚焦在生理功能、社会功能、生理职能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、活力、总体健康等八个方面，但由于这种方法成本较高也没有被广泛采用。当前我国社会科学的研究人员多采用居民自评健康来评价居民健康的总体状况，自评健康问题往往是“搭便车”在其他大型研究的问卷研究中，因为自评健康是被访者自己的主观感受，是否能够完全反应被访者的真实身体健康状况有待商榷，所以自评健康的信度和效度问题也是学术界关注和争论的焦点。齐亚强利用“中国流动与健康调查”（IMHC）数据，发现自评健康具有较好的信度，可以有效反映被访者的健康状态，但是不能很好的反映无法感知的机体变化。⁴⁵ 李坚认为自评健康是一项具有特殊意义的健康指标。⁴⁶ 谷琳等通过研究老年人的自评健康认为，老年人身体的健康和健康自评有很强的相关性。⁴⁷ 上述文献都认为自评健康指标对于测量居民健康有重要的研究价值。

根据 WTO 的健康定义，健康既包括客观状况，也包括主观感受。客观的健康评价指标，如死亡率、患病率等，能够比较好的反映躯体的健康状态，但是个体的主观感受不能得到体现；而自我健康评估指数指标虽然从一定程度上能够反映个人的躯体健康，但它更强调主观性。所以对健康进行度量时，为了全面细致的衡量个体的健康水平，最好综合运用主客观两种指标。

本文将从主观评价和客观评价两个方面来进行测度。从三个方面考察居民健康，一个是客观的生理健康，根据 CGSS (2013) 问卷题目“在过去的四周中，由于健康问题影响到您的工作或其他日常活动的频繁程度是？”，答案选择分别是“总是，经常，有时，很少，从不”；二是主观的心理健康，来自 CGSS (2013) 问卷题目“在过去的四周中，您感到心情抑郁或沮丧的频繁程度是？”，答案选项分别是“总是，经常，有时，很少，从不”；还有一个是既有客观成分又有主观评价的比较综合的健康测量变量，即自评健康，来自 CGSS (2013) 问卷题目“您觉得您目前的身体健康状况是？”，答案分别是“很不健康，比较不健康，一般，比较健康，很健康”。

3.1.2 我国总体健康水平的描述

根据 CGSS 调查数据提供的资料，我们对 2005 年-2013 年全国居民健康的变化进行了统计，并区分不同的区域，其中东部地区包括北京、福建、广东、海南、河北、江苏、辽宁、山东、上海、天津、浙江等 11 个省份，中部地区包括安徽、河南、黑龙江、湖北、湖南、吉林、江西、山西等 8 个省份，西部地区包括四川、重庆、贵州、甘肃、广西、内蒙古、宁夏、青海、陕西、云南、西藏、新疆等 12 个省份。由于不同年份覆盖的省份不完全一致，对于没有被调查的省份为了便于计算分析，我们统一取值为 0，2005-2013 年关于健康的问卷调查题目是“您觉得您的身体健康状况是？五个选项分别为，很不健康，比较不健康，一般，比较健康，很健康”，统计结果如下。

表 1 CGSS2005-2013 年居民自评健康水平的测量

区域	省份	2005	2006	2008	2010	2011	2012	2013
东	北京	3.206806	2.303977	4.166667	3.660274	3.18599	3.773019	4.009259
	天津	2.29602	2.221932	5	3.402985	3.274194	3.423913	4.127219
	河北	2.848039	2.164804	4.142857	4.102564	2.832669	3.781991	3.920962
	辽宁	3.269417	2.309783	3.2	4.068536	2.985507	3.924638	3.808696
	上海	2.823678	2.363636	4.153846	3.449412	3.340426	3.470817	3.5625
	江苏	2.620295	2.207763	3.77551	3.791045	3.155556	3.656098	3.91757
	浙江	3.080808	2.25	4.166667	3.904372	2.712766	3.61167	3.750649
	福建	2.512821	2.44	3.7	3.821918	3.516484	3.354839	3.695279
	山东	2.487256	2.183121	3.84	3.97314	3.065041	3.918669	4.016729
	广东	2.566787	2.313433	4.115385	3.660668	2.956522	4.051282	3.700461
	海南	2.835443	2.507937	0	3.704918	0	0	0
平均值		2.777034	2.296944	4.026093	3.776348	3.102515	3.696694	3.850932

表 1 CGSS2005-2013 年居民自评健康水平的测量 (续)

区域	省份	2005	2006	2008	2010	2011	2012	2013
中	吉林	3.246575	2.406977	3.5	3.573935	3.348703	3.630273	3.634271
	黑龙江	3.521341	2.295977	3.785714	3.618138	3.196507	3.4	3.745921
	山西	2.701987	2.183007	3	4.015	2.902439	3.850679	4.209945
	安徽	2.931641	2.2825	3.75	3.573913	3.313984	3.472067	3.71599
	江西	3.004695	2.240909	3.675	3.47191	2.970085	3.537267	3.721519
	河南	3.197227	2.238532	3.908163	3.679671	3.398844	3.634312	3.761818
	湖北	3.088172	2.517094	3.333333	3.349896	3.095395	3.377425	3.607477
	湖南	3.014706	2.327434	3.8	3.495726	3.310345	3.34957	3.467742
	平均值	3.088293	2.311554	3.594026	3.597274	3.192038	3.531449	3.733085
西	广西	3.035264	2.494253	2.846154	3.568841	3.364641	3.522255	3.566372
	重庆	2.780488	2.285714	3.571429	3.212121	3.618785	3.050691	3.278027
	四川	3.307047	2.237477	3.75	3.389234	3.219512	3.275862	3.981002
	贵州	3.095385	2.530822	3	3.434783	3.358696	3.428	3.565611
	云南	2.957377	2.240132	3.238095	3.579882	3.413174	3.308157	3.14726
	陕西	3.04893	2.451505	3.333333	3.595541	3.200717	3.592715	3.740088
	甘肃	3.070175	2.355191	4.1	3.069149	3.363158	3.04	3.235849
	内蒙古	2.662651	2.196078	4.714286	3.902174	0	3.767677	3.881818
	西藏	0	0	0	3.459016	0	0	0
	青海	0	0	0	3.736842	2.831579	3.56	3.402985
	宁夏	0	0	3.666667	3.486486	0	3.56044	3.71134
	新疆	2.743243	2.109589	4.076923	3.717647	0	3.858586	4.333333
	平均值	2.966729	2.322307	3.629689	3.512643	3.296283	3.451308	3.622153
总计	全国均值	2.927517	2.304941	3.812268	3.618597	3.188822	3.549277	3.737716

数据来源：根据 CGSS (2005) - CGSS (2013) 统计数据计算。

通过对数据的观察，我们可以发现，2008 的健康均值数据总体偏大，这可能是由于 2008 年调查的样本量数量少且分布非常不均匀，考虑到对健康均值动态的观察需要，在这里不做过多的探讨。对数据进行纵向分析发现，2005 年，东部地区居民健康状况最差，其次是西部地区，中部地区居民健康最好，高于全国平均水平；2006 年，尽管东部地区居民健康状况依然低于全国平均水平，但是东中西三个区域的健康均值差异趋于缓和；2008 年，东部地区居民健康大大高于全国健康均值，中部和西部地区的健康差异较小；2010 年，东部地区居民健康均值最高，但是增长率降低，中西部地区依然没有太大

的差异；2011年，西部地区健康均值最高，中部地区其次，东部地区的健康均值最低；2012年，东部地区健康均值最高，中西部的健康均值差距扩大；2013年，东中西地区的健康差异逐渐扩大。纵向分析的结果和我们设想的情况并不完全一致，西部地区的居民健康状况并不是始终处于劣势，总体而言，东部地区的居民健康上升趋势明显，东中西部地区居民健康差异不断扩大。从2005-2013年居民健康的均值来看，总体而言，我国居民健康总体状况确实是不断改善的，但是同时，东中西地区的健康差异也在不断扩大。2005年-2013年的健康均值数据显示尽管居民健康均值总体上始终在改善，但是改善速度明显下降，与此同时，还可以发现，居民健康的改善与我国政府公共财政支出的增长是近似于同步的，即在2005年-2013年这9年中，我国政府的公共财政支出增长趋势与居民健康状况的改善趋势一致，根据以上事实，应当体现的一个基本逻辑是经济发展对居民健康水平提升具有推动作用，同时，经济发展能够增加政府财政收入进而有益于政府公共财政支出的增加，而作为基本公共支出范畴的政府公共财政支出有益于提升居民健康水平，但是其具体的影响机制有待进一步研究。

3.1.3 我国公共财政支出规模的测度

地方政府财政支出规模指的是一个财政年度内地方政府通过预算安排的地方财政支出的总额。地方政府财政支出总额，衡量的是一定时期内地方政府对社会发展和经济发展影响力的强弱。对于政府财政支出规模总量的分析主要从绝对量和相对量两个方面来测量，绝对量是指一国或地区在某一时期内（一般为年度内）的公共财政支出的绝对数总额；而相对量是指政府公共财政支出占GDP的比重。绝对规模指标的优点是比较直观，能够清晰的反映出政府提供公共服务所使用的资源总量。但由于绝对指标一般包含当年价格指数的因素在内，因而缺点也比较明显。在价格波动比较严重的时期，绝对规模的数值可能受到较大程度的扭曲。同时也受计量单位的影响，不利于国别间进行比较。相对规模指标是指公共投入与其他经济变量的相对比例关系，相对规模指标剔除了价格因素及计量单位的影响，有利于更加准确的进行比较分析。同时考虑到我国分税制财政体制改革的影响，还对中央政府和地方政府的财政支出进行了简单的统计。

1978年我国实施改革开放，1978年我国的地方财政支出总额仅为589.97亿元，到1993年实施分税制财政体制改革前，我国的地方财政支出就增长到了3330.24亿元，15年的时间增长率2700亿元。1994年分税制改革后，我国的地方财政支出规模出现了加速增长的趋势，从1994年的4038.19亿元快速增长到了2009年的119740.3亿元，增长了接近29倍。且2009年以来依然呈现出持续增长的趋势。

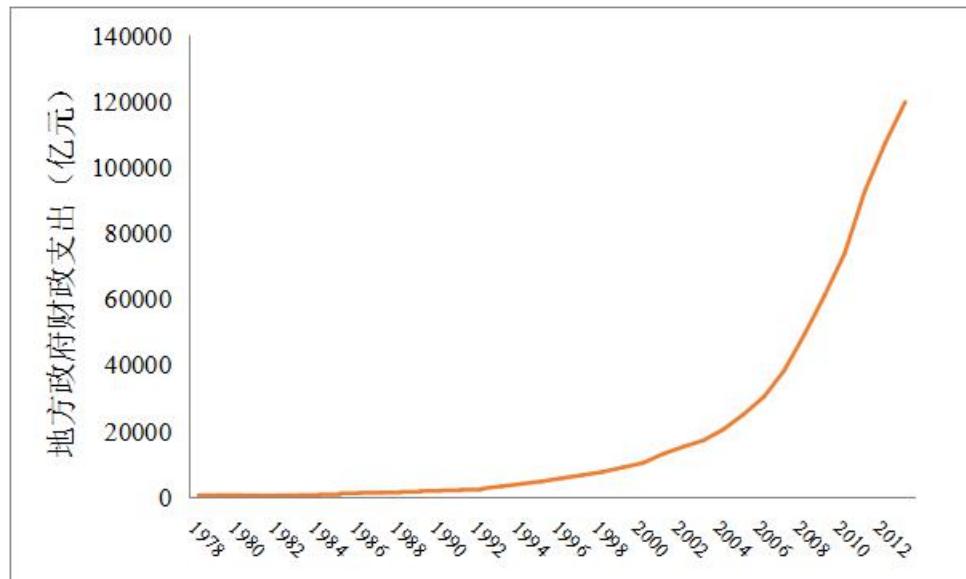


图 1 1978 年-2013 年地方政府财政支出绝对值

从 1978 年到 2013 年的三十余年里，除个别年份以外，从总体上看，我国地方政府财政支出总额在全国财政支出总额的比重呈现了不断上升的趋势。1978 年-1993 年间，我国地方政府财政支出占全国总的财政支出的比重平均为 62.0%，在 1994 年分税制改革后，地方政府占全国财政支出的比重依然不断上升，平均上升到了 74.72%，2013 年达到 85.40%。对照 1978 年-2013 年地方政府财政支出占全国财政支出比重的折线图，我们发现尽管地方政府财政支出比重占比一直不断增加，但是自 2010 年以来，增长的速度明显下降，在 85% 维持一个比较平稳的状态。（图 2）

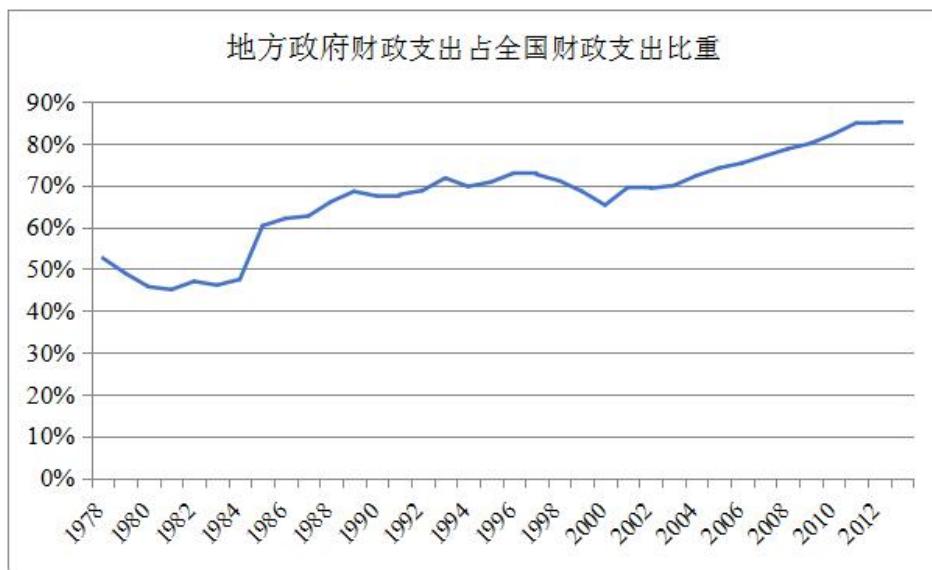


图 2 1978-2013 年地方政府财政支出占全国财政支出比重

我国政府公共财政支出占 GDP 的比重在 1978 年-2013 年呈现了一个比较大的波动，1978 年公共财政支出占 GDP 的比重最大，达到 30.78%，随后呈下降趋势，一直到 1996 年，下降到 11.69%，降幅达到 62%；从时间顺序来看，自 1994 年以来，政府公共财政

支出占 GDP 的比重变动不大，处于一个平稳过渡期，之后开始稳步增长。从 1996 年开始，公共财政支出占 GDP 比重开始逐渐稳定上升，到 2013 年，占比为 24.65%，连续五年财政支出比重占比超过 20%，并且还有进一步增长的趋势。（图 3）

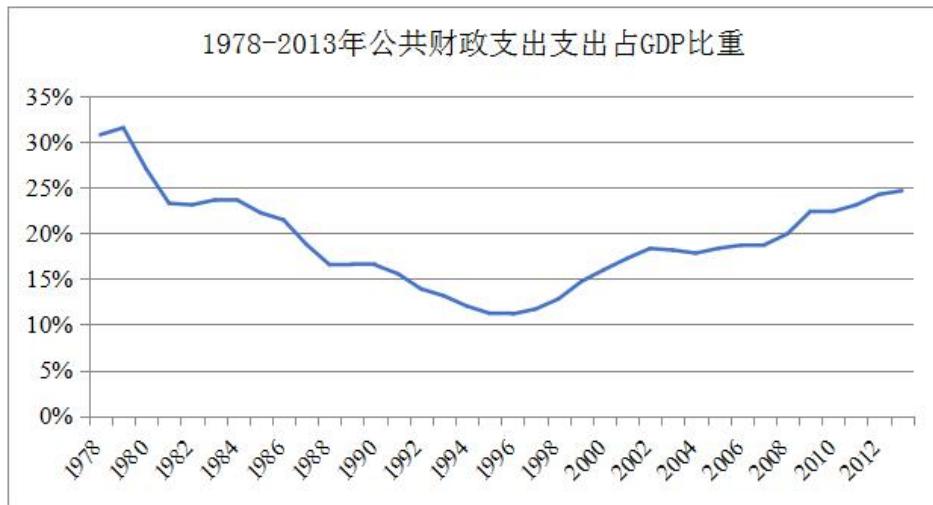


图 3 1978-2013 年全国财政支出占全国财政支出比重

3.1.4 我国公共财政支出结构的测度

本小节将主要从政府职能分类和增长指标两个角度来考察分析地方性公共品的财政支出供给结构。

（1）按政府职能分类的公共支出结构

由于统计年鉴每年财政支出统计的口径有所不同，因此我们把 2003-2013 年按照统计口径的拟合程度分为三个阶段，并依次进行分析，2003-2006 年地方政府在各个项目的支出金额及比重如表 2 所示，各项支出所占比重的趋势图如图 4 所示。

表 2 2003-2006 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重

项目支出名称	2003-2006 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重							
	2003		2004		2005		2006	
	支出金额（亿元）	支出比重（%）	支出金额（亿元）	支出比重（%）	支出金额（亿元）	支出比重（%）	支出金额（亿元）	支出比重（%）
基本建设支出	3429.3	17.87%	3437.5	15.49%	4041.3	15.52%	4390.4	14.24%
增拨企业流动资金	12.0	0.06%	12.4	0.06%	18.2	0.07%	16.6	0.05%
挖潜改造资本和科技三项费用	1093.0	5.70%	1243.9	5.61%	1494.6	5.74%	1744.6	5.66%
地质勘探费	107.0	0.56%	115.5	0.52%	132.7	0.51%	141.8	0.46%
工、交、流通部门事业费	285.2	1.49%	368.2	1.66%	444.2	1.71%	581.3	1.89%

表 2 2003-2006 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重 (续)

项目支出名称	2003-2006 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重							
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
支出金额(亿元)	支出比重(%)	支出金额(亿元)	支出比重(%)	支出金额(亿元)	支出比重(%)	支出金额(亿元)	支出比重(%)	
支农支出	1134.9	5.92%	1693.8	7.63%	1792.4	6.88%	2161.4	7.01%
文教、科学、卫生支出	4505.5	23.48%	5143.7	23.18%	6104.2	23.45%	7426.0	24.09%
社会保障支出	2655.9	13.84%	3116.1	14.04%	3698.9	14.21%	4361.8	14.15%
国防支出	1907.9	9.94%	2200.0	9.92%	2475.0	9.51%	2979.4	9.66%
行政管理费	3437.7	17.92%	4059.9	18.30%	4835.4	18.57%	5639.1	18.29%
政策性补贴支出	617.3	3.22%	795.8	3.59%	998.47	3.84%	1387.5	4.50%

数据来源：根据 2003-2006 年统计年鉴数据计算。

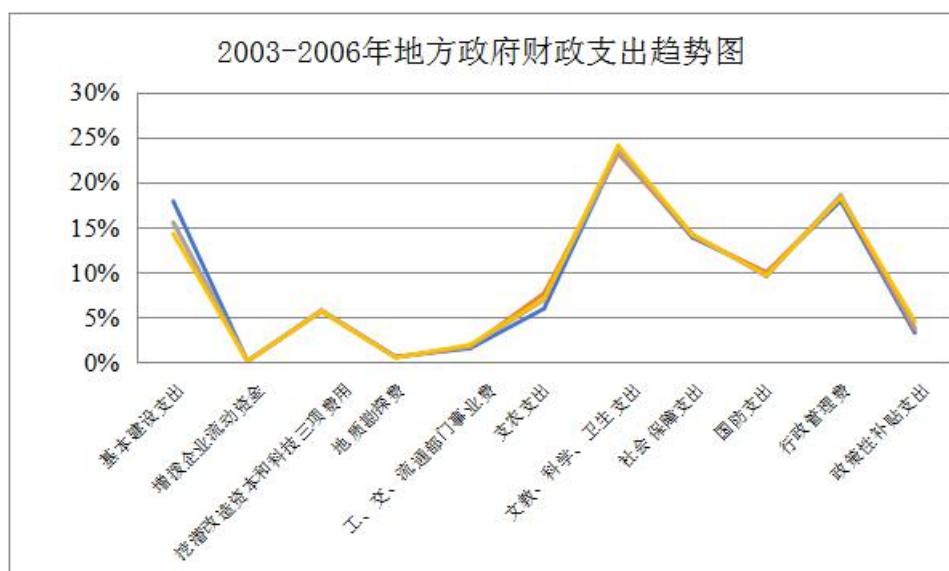


图 3 2003-2006 年地方政府财政支出趋势图

从 2003-2006 年地方财政支出金额及比重可以看出，2003-2006 年地方财政支出的数据基本是高度重合的，并没有太大的变动，地方政府对于文教、科学、卫生的支出始终位于第一位，从观察期间的整体情况看，其占地方财政支出比重的均值达到 23.55%，其次依次是基本建设支出、行政管理费和社会保障支出，这四项财政支出项目比重合计占了地方财政支出总额的 70% 的左右，且均有上升的趋势。

2007-2010 年地方财政支出金额及比重看起来似乎波动较大，其主要原因是这三年的财政支出统计口径有所区别，2007 和 2008 年，并没有采掘电力信息等事务、粮油物资储备等事务、地震灾后恢复重建支出这三项财政支出，而 2009 年并没有工业商业金融等事务这一项目的财政支出，国债付息支出在 2008 年起才纳入财政支出统计口径，将上述财政支出项目的统计口径不同原因排除之后，其实 2007-2009 这三年的地方财政支出的数据基本是高度重合的，从观察期间的整体情况看，各项财政支出占政府财政支

出比重均值前三项支出依次是一般公共服务支出、教育支出和社会保障和就业支出，且一般公共服务支出呈现出明显的下降趋势，三项支出的比重总值约占全部支出的39%。

表3 2007-2009地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重

项目支出名称	2007-2009地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重					
	2007	2008	2009	支出金额(亿元)	支出比重(%)	支出金额(亿元)
一般公共服务	8514.24	17.10%	9795.92	15.65%	9164.21	12.01%
外交	215.28	0.43%	240.72	0.38%	250.94	0.33%
国防	3554.91	7.14%	4178.76	6.68%	4951.1	6.49%
公共安全	3486.16	7.00%	4059.76	6.49%	4744.09	6.22%
教育	7122.32	14.31%	9010.21	14.39%	10437.54	13.68%
科学技术	1783.04	3.58%	2129.21	3.40%	2744.52	3.60%
文化体育与传媒	898.64	1.81%	1095.74	1.75%	1393.07	1.83%
社会保障和就业	5447.16	10.94%	6804.29	10.87%	7606.68	9.97%
保障性住房支出	0.00	0.00%	0.00	0.00%	725.97	0.95%
医疗卫生	1989.96	4.00%	2757.04	4.40%	3994.19	5.23%
环境保护	995.82	2.00%	1451.36	2.32%	1934.04	2.53%
城乡社区事务	3244.69	6.52%	4206.14	6.72%	5107.66	6.69%
农林水事务	3404.70	6.84%	4544.01	7.26%	6720.41	8.81%
交通运输	1915.38	3.85%	2354	3.76%	4647.59	6.09%
工业商业金融等事务	4257.49	8.55%	6226.37	9.95%	0.00	0.00%
采掘电力信息等事务	0.00	0.00%	0.00	0.00%	2879.12	3.77%
粮油物资储备等事务	0.00	0.00%	0.00	0.00%	2218.63	2.91%
金融事务	0.00	0.00%	0.00	0.00%	911.19	1.19%
地震灾后恢复重建支出	0.00	0.00%	0.00	0.00%	1174.45	1.54%
国债付息支出	0.00	0.00%	798.34	1.28%	1491.28	1.95%
其他支出	2951.56	5.93%	2940.79	4.70%	3203.25	4.20%

数据来源：根据2007-2009统计年鉴数据计算。

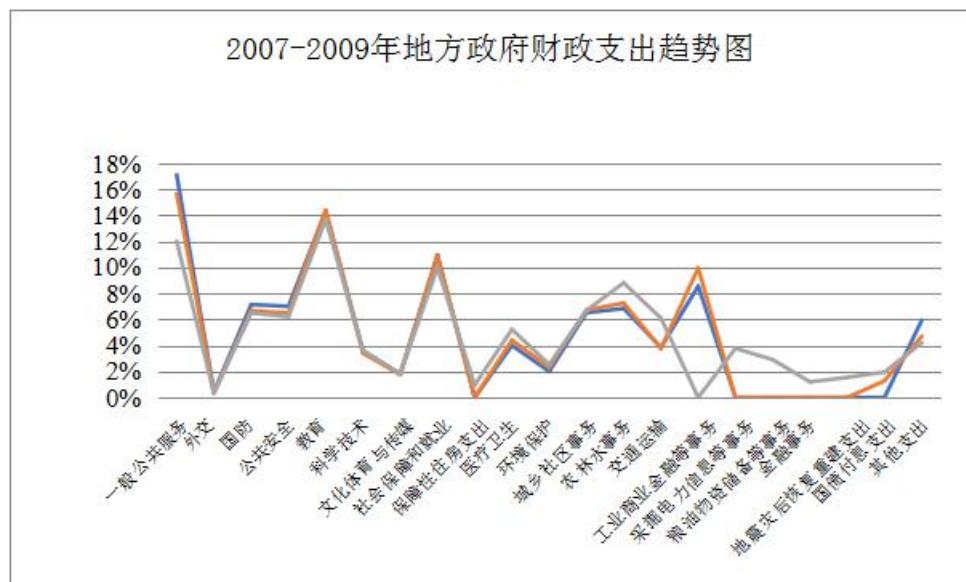


图 4 2007-2009 年地方政府财政支出趋势图

2010 年-2013 年的统计口径差别不大，四年各项支出的财政比重都是比较稳定且相似的，虽然前三项支出依然是一般公共服务、教育支出和社会保障和就业支出，但有所不同的是，教育支出占财政支出的比重变为第一位，社会保障和就业支出其次，一般公共支出第三，三项支出比重的总和为 35% 左右，较 2007-2010 的比重之和有所下降，约下降了 4% 左右。从 2003-2013 年的财政支出统计数据来看，2003-2006 年财政支出统计口径比较笼统，但是其实质和 2007-2013 年的财政支出状况并没有太大的冲突，考虑到 2010-2013 年这四年的统计口径比较一致，我们将按照财政支出项目比重对其进行进一步分析。

表 4 2010-2013 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重

项目支出名称	2010-2013 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重							
	2010		2011		2012		2013	
支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	
一般公共服务	9337.2	10.39%	10987.8	10.06%	12700.5	10.08%	13755.1	9.81%
外交	269.2	0.30%	309.6	0.28%	333.8	0.27%	355.8	0.25%
国防	5333.4	5.93%	6027.9	5.52%	6691.9	5.31%	7410.6	5.29%
公共安全	5517.7	6.14%	6304.3	5.77%	7111.6	5.65%	7786.8	5.55%
教育	12550.0	13.96%	16497.3	15.10%	21242.1	16.87%	22001.8	15.69%
科学技术	3250.2	3.62%	3828.0	3.50%	4452.6	3.54%	5084.3	3.63%
文化体育与传媒	1542.7	1.72%	1893.4	1.73%	2268.4	1.80%	2544.4	1.81%
社会保障和就业	9130.6	10.16%	11109.4	10.17%	12585.5	9.99%	14490.5	10.33%
医疗卫生	4804.2	5.35%	6429.5	5.89%	7245.1	5.75%	8279.9	5.91%

表 4 2010-2013 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重 (续)

项目支出名称	2010-2013 地方政府各项财政支出及其地方政府财政支出的比重							
	2010		2011		2012		2013	
支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	支出金额 (亿元)	支出比重 (%)	
节能环保	2442.0	2.72%	2641.0	2.42%	2963.5	2.35%	3435.2	2.45%
城乡社区事务	5987.4	6.66%	7620.6	6.98%	9079.1	7.21%	11165.6	7.96%
农林水事务	8129.6	9.05%	9937.6	9.10%	11973.9	9.51%	13349.6	9.52%
交通运输	5488.5	6.11%	7497.8	6.86%	8196.2	6.51%	9348.8	6.67%
资源勘探电力信息等事务	3485.0	3.88%	4011.4	3.67%	4407.7	3.50%	4899.1	3.49%
商业服务业等事务	1413.1	1.57%	1421.7	1.30%	1371.8	1.09%	1362.1	0.97%
金融监管等事务支出	637.0	0.71%	649.3	0.59%	459.3	0.36%	377.3	0.27%
地震灾后恢复重建支出	1132.5	1.26%	174.5	0.16%	103.8	0.08%	42.8	0.03%
援助其他地区支出	0	0.00%	0	0.00%	126.6	0.10%	158.5	0.11%
国土资源气象等事务	1330.4	1.48%	1521.4	1.39%	1665.7	1.32%	1906.1	1.36%
住房保障支出	2376.9	2.64%	3820.7	3.50%	4479.6	3.56%	4480.6	3.20%
粮油物资储备事务	1172.0	1.30%	1269.6	1.16%	1376.3	1.09%	1649.4	1.18%
国债还本付息支出	1844.2	2.05%	2384.1	2.18%	2635.7	2.09%	3056.2	2.18%
其他支出	2700.4	3.00%	2911.2	2.66%	2482.4	1.97%	3271.8	2.33%

数据来源：根据统计年鉴数据计算。

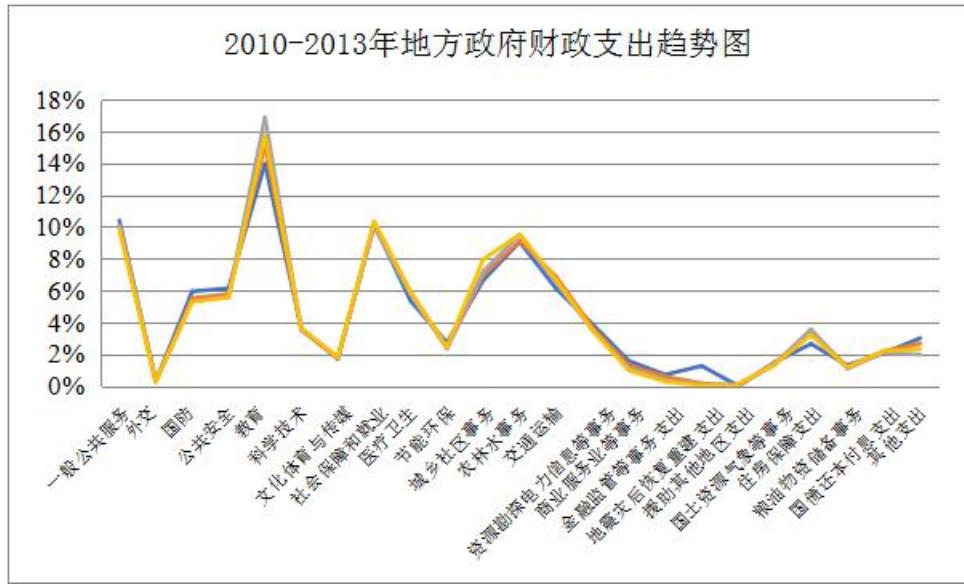


图 5 2010-2013 年地方政府财政支出趋势图

通过对地方政府在一般公共服务、教育、社会保障和农林水事务四项的财政支出，我们可以大致发现：这四项支出比重之和始终在 45%-50% 之间，占了地方政府财政支出的绝大部分比重，除了农林水事务是长期平稳增长之外，另外三项支出比重基本是一种

协调平衡状态，三项支出既不会同时增加，也不会同时减少，一般公共支出所占比重一直呈下降趋势，而社会保障和就业支出所占比重是最为平稳的，其所占比重一直位于10%上下的水平，而教育支出在2012年所占比重达到16.87%，后又稍有回落。而其中，一般公共服务、教育以及社会保障和就业支出，占比处于前三位。考虑到财政支出涉及的范围较广，本文主要选择2014年全国财政支出数据中与居民健康关系较为密切的教育支出、医疗卫生支出、社会保障与就业支出为本文的研究对象，对于这三项支出对居民健康的影响将在下一章节详细讨论。

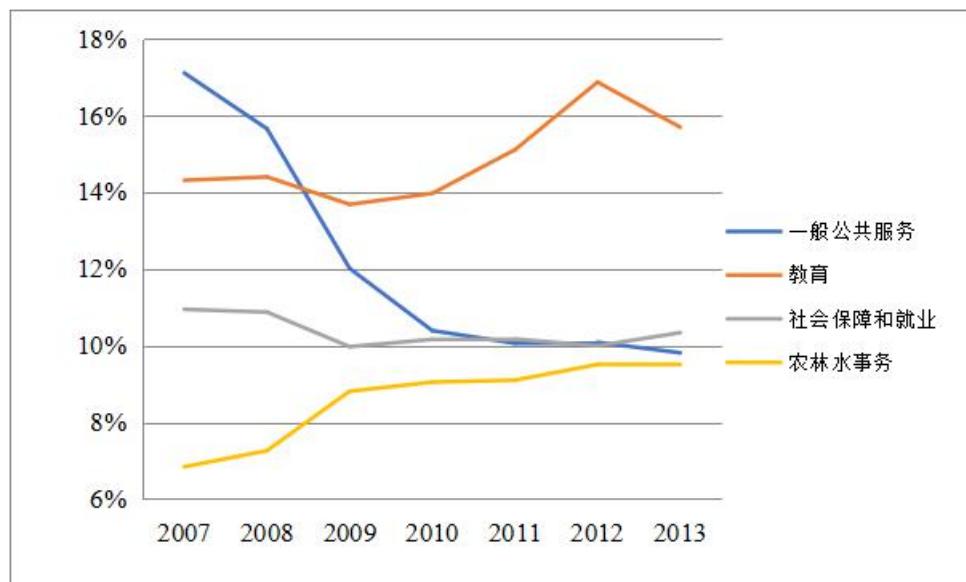


图6 2007-2013年主要财政支出变化趋势

(2) 按增长指标测量公共财政支出结构

在经济学中，“弹性”的概念最早由马歇尔提出，它反映了一个变量的变动对另一个变量的影响程度，其实就是考察了增量与流量之间的比值。本文主要用一定时期的年均增长率和同比上年增长率两个指标来对公共财政支出的结构进行测量，前者反映一定时间内公共财政支出的相对变化速度，后者侧重于反映一定时期内公共财政支出变化和经济因素变化的关系。通过以上两种弹性系数的考察，可以让我们对公共财政支出的增长状况有一个客观的认识，能清楚地看到公共财政支出随着GDP和财政收入增长变化而变化的情况。如果弹性系数大于0，说明公共财政支出随着经济总量和财政收入的增长而增长，小于0则正好相反；如果弹性系数大于0而小于1，说明公共财政支出的增长速度慢于经济总量和财政收入的增长，大于1则说明公共财政支出的增长速度快于经济总量和财政收入的增长；如果弹性系数等于1，说明公共财政支出的增长和经济总量和财政收入保持同比例的增长。下面将对我国1979年-2013年政府公共财政支出的弹性系数进行测算，其中，公共财政支出相对于GDP的弹性系数=公共财政支出的变动量

/GDP 的变动量；公共财政支出相对于财政收入的弹性系数=公共财政支出的变动量/财政收入的变动量。

表 5 公共财政支出对 GDP 的弹性系数、对财政收入的弹性系数的测算

年份	公共财政支出对 GDP 的弹性系数	公共财政支出对财政收入的弹性系数
1979	0.382642	11.3102
1980	-0.10964	-3.90849
1981	-0.26138	-5.70113
1982	0.212071	2.506021
1983	0.280838	1.161169
1984	0.234061	1.056504
1985	0.167717	0.837745
1986	0.159362	1.712262
1987	0.032112	0.740497
1988	0.076747	1.450567
1989	0.170593	1.080966
1990	0.155064	0.954482
1991	0.097322	1.426829
1992	0.069152	1.064962
1993	0.107022	1.039881
1994	0.089422	1.3235
1995	0.08186	1.006835
1996	0.107276	0.955429
1997	0.166231	1.042521
1998	0.288184	1.277439
1999	0.453003	1.523783
2000	0.28297	1.3832
2001	0.288879	1.008449
2002	0.295066	1.251418
2003	0.167643	0.923599
2004	0.159503	0.819645
2005	0.217223	1.03628
2006	0.206917	0.913027
2007	0.189079	0.745019
2008	0.265601	1.280034
2009	0.510372	1.906979
2010	0.22396	0.930812
2011	0.270614	0.932639
2012	0.360289	1.248604
2013	0.288792	1.192622

数据来源：根据统计年鉴数据计算。

表 5 计算了 1979-2013 年公共财政支出对 GDP 的弹性系数以及公共财政支出对财政收入的弹性系数。整体看来，除了个别年份出现了弹性系数大于 1 或者小于 0 的异常状态，但大部分年份的弹性系数都比较稳定，公共财政支出对 GDP 的弹性系数基本位于 0-1 之间，而公共财政支出对财政收入的弹性系数大部分大于 1。测算结果说明公共财

政支出的增长速度慢于经济总量，但是公共财政支出的增长率大于财政收入的增长率。可能的原因是，中国式经济增长一直被认为是经济发展的奇迹，经济速度增长之快，是难以超越的。政府公共财政支出增长率低于经济发展速度，导致的一个明显的结果是，居民对社会公共服务的需求不易得到满足，例如卫生领域的“看病难、看病贵”问题，教育领域的“上学难”问题，民生领域的“买房难”问题等，同时随着经济发展和科技进步，人民对自身的健康也越来越关注。而对于公共财政支出对财政收入的弹性系数则进一步证明，改革开放以来，政府在公共财政支出上下了不少的功夫，其对居民健康生活的影响更加值得关注。

3.2 提出假设与构建模型

3.2.1 提出假设

假设一：政府公共财政支出对居民健康有正向影响，且对居民自评健康影响最大。

国内不少学者在 Grossman 模型及其扩展模型的基础上进行了一定的研究。李华、俞卫（2013）利用 Grossman 扩展模型将政府卫生支出对于居民健康的影响分析与个人健康影响因素相结合，为个人健康的影响因素研究提供了一个政策分析框架。黄君洁（2007）对公共支出与居民进行多元线性回归后发现，公共支出对居民健康能够产生正的影响，但是不同公共支出项目的影响程度不同。张宁等（2006）的研究发现，卫生财政支出占 GDP 的比例与健康生产效率的关系虽然不十分显著，但公共健康支出比例越高的地区往往其健康生产效率越来越低。对于公共支出与健康水平关系的研究，目前并无一致性的结论，因此，本文将政府宏观财政支出作为生产健康的投入品，并将其作为核心解释变量纳入研究框架。

假设二：分项政府公共财政支出中，教育支出对居民健康的影响最大。

在人力资本理论中，教育被视为一个极为重要的影响因素，教育水平的高低能够影响到健康生产过程的效率水平。国内大多数学者的研究也证实了这一结论，资德平（2016）利用路径分析研究教育与健康二者的关系发现，教育对中老年人的健康保护作用持续存在；吴玮（2009）利用 CHNS 的微观数据研究发现，教育对健康的影响更多的是通过间接效应来影响而不是直接对居民的健康产生作用。且考虑到教育支出总量占政府公共支出的比重最高，因此，在分项政府公共财政支出中，我们认为教育支出对于居民健康的影响最为显著。

假设三：政府公共财政支出对居民健康的影响存在地区差异，对西部地区影响最大。

长期以来的经济发展不均衡，导致我国的地区差异显著，尤其是财政支出的效率问题尤为显著。陈仲常（2011）研究发现，目前我国财政支出的效率差异逐渐缩小的原因在于东部地区的效率降低和西部地区的效率提高。考虑到中国区域经济的非均衡发展，东中西的经济发展水平在一定程度上业限制了政府公共财政支出的能力，进而引发公共产品的供给差异。随着政府对西部发展支持力度的不断扩大，西部地区的效率明显提高，因此，在分地区模型测量中，我们认为政府公共财政支出对西部地区的影响最大。

假设四：政府公共财政支出对居民健康的影响存在城乡差异，对农村居民影响更大。

李建新（2014）利用中国老龄健康长寿影响因素跟踪调查(CLHLS)2011年的数据对城乡老年人的差异进行分析，研究发现城乡老年人口在健康方面存在差异，具体表现为农村老人在生理健康上优于城镇老人，而在心理健康上城镇老人优于农村老人，相对综合的自评健康方面不存在统计上的显著性差异。任勤（2015）的研究显示，收入对老年人健康的影响显著，尤其对农村老年人的影响更大。结合国内现有的文献，我们认为，政府公共财政支出对农村居民健康的影响更大。

3.2.2 构建模型

根据假设构建经济发展与社会保障财政支出对居民健康影响的计量模型。在本文的研究中，由于被解释变量居民健康采用的是居民自评健康指标、生理健康指标和心理健康指标，三个指标均为排序变量，因此采用 ordered probit 基础模型对居民健康状况进行分析，并试图找出影响居民自评健康的影响因素及其作用方向。20以自评健康为例，在 ordered probit 模型中，自评健康状况按照某一潜变量进行赋值，有[1,2,3,4,5]五个取值。假定 H_i 表示第 i 个人的健康自评状况， H_i^* 则为相应的健康自评系数， H_i^* 是一影响健康的解释变量 x_i 的观测值，则基本模型为：

$$H_i^* = x_i \beta' + \varepsilon_i$$

其中， $\mu_{j-1} \leq H_i^* \leq \mu_j$ ， $j = 1, 2, 3, 4, 5$ ； $\mu_0 = -\infty$ ， $\mu_j \leq \mu_{j+1}$ ， $\mu_5 = +\infty$ ， μ_j 为一组新的参数。 H_i 取值为 j ($H_i = j$) 的概率为：

$$P_{ij} = P(H_i = j) = \Phi(\mu_j - x_i \beta') - \Phi(\mu_{j-1} - x_i \beta')$$

借鉴李华、俞卫（2013）的研究，本文采用的实证模型（1）如下：

$$Health_{ij} = \beta_0 + \beta_1 GDP + \beta_2 Spending_{ii} + \varphi Macro_{ij} + \varepsilon_{ij} \quad (1)$$

$Health_{ij}$ 表示 i 省第 j 个被调查者的自评身体健康状况。 $Health_{ij}^*$ 低于一定临界值 μ_j

时, 被调查者会感到“很不健康”, 高于临界值 μ_1 但低于临界值 μ_2 时会感到“比较不健康”, 以此类推, 当 $Health_{ij}^*$ 高于临界值 μ_4 时感到“非常健康”。由于 $Health_{ij}^*$ 是潜变量 (latent variable), 我们无法观察和得到这些临界值, 但是我们能够获得被调查者的回答 ($Health_{ij}^*$), 根据 CGSS(2013 年)调查数据, 1-5 的取值分别代表了当被调查者回答“很不健康, 比较不健康, 一般健康, 比较健康, 很健康”五个类别的取值。即:

$$Health_{ij} = 1, \text{ 如果 } \mu_0 \leq Health_{ij}^* \leq \mu_1$$

$$Health_{ij} = 2, \text{ 如果 } \mu_1 \leq Health_{ij}^* \leq \mu_2$$

$$Health_{ij} = 3, \text{ 如果 } \mu_2 \leq Health_{ij}^* \leq \mu_3$$

$$Health_{ij} = 4, \text{ 如果 } \mu_3 \leq Health_{ij}^* \leq \mu_4$$

$$Health_{ij} = 5, \text{ 如果 } \mu_4 \leq Health_{ij}^* \leq \mu_5$$

在实证模型中, 我们假定 ε_{ij} 是服从标准正态分布的, 如果用 $\Phi(\cdot)$ 表示其累计分布函数的话, 那么被解释变量 $Health_{ij}$ 的分布可以表达如下:

$$\Pr(Health_{ij} = 1) = \Phi(\mu_1 - x\beta)$$

$$\Pr(Health_{ij} = 2) = \Phi(\mu_2 - x\beta) - \Phi(\mu_1 - x\beta)$$

$$\Pr(Health_{ij} = 3) = \Phi(\mu_3 - x\beta) - \Phi(\mu_2 - x\beta)$$

$$\Pr(Health_{ij} = 4) = \Phi(\mu_4 - x\beta) - \Phi(\mu_3 - x\beta)$$

$$\Pr(Health_{ij} = 5) = 1 - \Phi(\mu_4 - x\beta)$$

在这个设定里, 只要随机误差项与解释变量之间是相互独立的, 用最大似然法估计出来的参数将是一致估计量, 通过构造每一种健康水平的似然函数, 利用最大似然估计出参数集。生理健康和心理健康的测度原理和自评健康一致。

3.3 本章小结

本章对我国居民健康以及公共财政支出现状进行了测度, 随着我国经济发展水平的不断提高, 财政实力也愈加雄厚, 政府对财政的支出不断加大, 尽管与发达国家相比还有较大的差距, 但是也确实取得了一定的成就。从居民自评健康数据来看, 我国的居民健康水平是不断提高的, 2005 年 CGSS 的健康调查数据显示, 我国的居民健康整体水平较低, 且西部地区的健康水平优于中部地区, 东部地区健康平均水平最低, 但是随着时间推移, 东部地区居民健康均值逐渐上升, 东中西三个区域之间的健康差异也不断扩大。

对政府公共财政支出规模和结构的测算结果显示，自财政改革以来，地方政府财政支出占财政总支出的比重不断上升，公共财政支出占 GDP 比重从下降到上升最终趋于稳定增长，而公共财政支出的增长率始终超过财政收入的增长率，这说明我国政府公共财政支出是不断加大投入的，但是始终低于经济发展水平的增长率，也间接证明为了进一步改善居民生活，促进社会协调稳定发展，政府公共财政支出依然任重道远。对居民健康和政府公共财政支出的简单分析，进一步验证了我们猜想，即政府公共财政的投入有利于提高居民的健康水平，下一章将进行实证分析。

目前对于政府财政支出的研究，主要集中在公共卫生支出方面，主要偏重于政府卫生支出本身的描述性研究，主要集中于对政府卫生支出的依据、水平结构及投资不足的认识上。对于财政支出与居民健康二者之间关系的研究并不多，政府财政支出项目众多，也有很大一部分的支出项目与居民健康联系并不紧密。通过我们对政府公共财政支出的结构分析得出，卫生医疗占政府公共财政支出的比重始终低于 6%，而占比 15%左右的教育支出和占比 10%左右的社会保障与就业支出却被研究所忽视。结合以上两种思路的综合考虑，我们选择教育支出、医疗卫生支出以及社会保障财政支出进行进一步的分析。

第四章 政府公共财政支出与居民健康的假设检验

4.1 变量选择与描述性分析

本文使用的数据来自于 CGSS，是中国人民大学社会学系和香港科技大学社会调查中心合作的中国综合社会调查项目，目前在人文社科领域被广泛使用。该项目的第一次调查时间为 2003 年，只覆盖城镇，且第一年的调查数据没有涉及健康的相关问题。从 2005 和 2006 年开始，增加了农村的样本，并且大量增加了调查的问题，详细考察了受访者个人和家庭情况（包括收入、就业、婚姻、教育、健康等），关于健康的测量一共设计了三个问题，包含自评健康、生理健康和心理健康三个方面。2008 年开始，关于居民健康问题的设计趋于稳定，调查的范围更加广泛。本文使用的是 2005-2013 年调查的自评健康数据，以及 2013 年中国综合社会调查（CGSS）数据，其中 2013 年的数据包含居民健康的样本共计 11783 个，包含居民自评健康、居民心理健康和居民生理健康三个健康测量指标。进一步筛选符合条件的样本即并去除各类缺失值和无效值后，样本量为 8853 个。其中，男性共计 4822 人（54.47%），女性共计 4031 人（45.53%）；城镇居民 3700 人（41.88%），农村居民 5153 人（58.12%）。

根据理论和文献依据我们共设定了 2 个核心解释变量即人均 GDP 和政府公共财政支出，1 个人口社会学特征变量集。本文的实证模型如下：

$$Health_{ij} = \beta_0 + \beta_1 GDP + \beta_2 Spending_{ii} + \varphi Macro_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

GDP_i 和 $Spending_i$ 表示 i 省（样本所在省份）人均 GDP 和公共财政支出。由于本文使用的基础数据来源于 CGSS(2013 年)调查数据，该调查问卷中并未涉及这两项指标，考虑到经济发展的影响存在一定的滞后性，即当年财政支出的影响不一定会在当期体现，因此，我们使用《中国统计年鉴》（2014）和《中国财政年鉴》（2014）中有关人均 GDP 和政府公共财政支出的数据，并将其嵌套入所有的有效问卷中，从而得以为这两个变量赋值。

$Macro_{ij}$ 表示 i 省（样本所在省份）第 j 个被调查者的人口社会学特征变量即控制变量，它包括性别、年龄、教育水平、人均年末收入、身体质量指数、户籍。

根据 Grossman 模型，影响健康的个人因素包括年龄、性别、收入、教育等。在分析教育对健康的影响时，采用了受教育年数，被操作化为未受过教育、小学、初中、高中、大学、研究生及以上 6 个类别。中国的户籍制度背后所隐藏的资源和福利分配的差异，也会对居民健康产生影响，因此户籍因素也被纳入并划分为两类：农村户口和城镇

户口。此外,赵忠、侯振刚(2005)⁴⁹,宋璐、左冬梅(2010)⁵⁰也利用 Grossman 模型,从人口社会学特征方面研究了我国居民健康的影响因素。因此,综合起来本文将性别、年龄、受教育年限、户籍、身体质量指数、收入 6 个变量纳入健康分析的影响模型。这些变量的赋值均来源于 CGSS(2013 年)问卷数据。

表 6 变量的描述性分析

变量	变量描述	均值	标准差	最小值	最大值
被解释变量					
自评健康	1 表示很不健康,5 表示很健康	3.74	1.06	1	5
心理健康	1 表示很不健康,5 表示很健康	4.01	1.02	1	5
生理健康	1 表示很不健康,5 表示很健康	3.96	0.94	1	5
解释变量					
人均 GDP	元	51211.83	22545.85	22922	99607
公共财政支出	亿元	4436.41	1570.72	922.48	8411
控制变量					
年龄	岁	49.46	15.67	17	97
性别	0 表示女, 1 表示男	0.54	0.50	0	1
教育水平	用受教育的年数表示	8.69	4.21	0	19
户籍	0 表示农村, 1 表示城省	0.42	0.49	0	1
身体质量指数	BMI=体重 (Kg) /[身高 (m)] ²	22.68	3.49	10.12	131.84
个人年总收入	元	26747.93	37906.48	80	1000000

从描述性统计的数据我们可以看出,我们居民的总体健康水平较好,其中,心理健康评分(4.01)最高,其次是生理健康(3.96),自评健康(3.74),三个不同维度的健康评价指标差异并不明显,三个健康的评价指标平均值最大的差距为 0.27。对于年龄变量,最小年龄 17 岁,最大年龄 97 岁,平均年龄 49 岁左右,与以往研究忽略青壮年群体相比,比较全面的覆盖了具有本文所要研究的调查对象的年龄范围。同时,男女比例分布也比较均匀,近似于 1:1 的分布比例,而城乡分布近似为 6:4,也符合客观的现实状况。

4.2 模型回归结果分析

4.2.1 公共财政支出与居民健康的关系

表 7 全样本情况下 Ordered Probit 回归结果

被解释变量:	1-1 自评健康	1-2 生理健康	1-3 心理健康
A: 公共支出变量			
人均 GDP	0.326*** (0.0882)	-0.00924 (0.0903)	-0.107 (0.0887)
人均 GDP ²	-3.39e-11** (1.33e-11)	2.54e-11* (1.36e-11)	7.40e-11*** (1.35e-11)
公共财政支出	0.000161*** (0.0000357)	0.000235*** (0.0000365)	0.000343*** (0.0000357)
公共财政支出 ²	-1.11e-08*** (3.58e-09)	-2.15e-08*** (3.66e-09)	-3.21e-08*** (3.58e-09)
B: 个体特征变量			
年龄	-0.0236*** (0.000909)	-0.0192*** (0.000927)	-0.00478*** (0.000902)
性别	0.0646*** (0.0240)	0.0260 (0.0246)	0.0408* (0.0242)
教育程度	0.0107*** (0.00379)	0.0222*** (0.00386)	0.0131*** (0.00382)
户籍	-0.0788*** (0.0293)	0.00256 (0.0300)	0.0291 (0.0294)
身体质量指数	0.00989*** (0.00344)	0.00943*** (0.00357)	0.0124*** (0.00352)
个人年收入	0.155*** (0.0130)	0.157*** (0.0133)	0.0822*** (0.0130)
Obs	8853	8853	8853
chi2	1834.91	707.18	1636.54
Pseudo R ²	0.744	0.0312	0.710

表 7 报告了全体有效样本下的回归结果, 从三个模型对三个被解释变量和解释变量的系数分析, 发现我国政府的公共财政支出和居民健康水平之间存在显著地正相关关系。但是考虑到模型的稳健性, 我们在模型中加入了人均 GDP 的二次方和政府公共财政支出的二次方来进行检验, 两个变量的系数均为负值, 与政府公共财政支出和人均 GDP 的系数相反, 这与我们的结论并不矛盾, 间接证明了经济发展水平和政府公共财政支出对居民健康的影响存在倒“U”型关系, 随着经济发展和政府公共财政支出扩大, 居民健康会得到改善, 但从到达一定的门槛值后, 经济发展水平和政府公共财政支出对居民健康的改善不再显著, 假设 1 得到完全的检验。对具体的模型进行分析, 结果如下:

模型 1-1 是关于城府公共财政支出对居民自评健康的影响, 实证研究结果与我们预想的比较一致。从年龄变量结果来看, 随着年龄的增长, 人体的机能逐渐退化, 健康状况也趋于下降, 和自然生长规律吻合, 所以系数为负值, 并且在技术上通过了显著性检验。从性别变量结果看, 系数为正, 说明男性相比女性而言, 有更高的自评健康水平, 这和国内大部分学者的研究结论一致。从教育程度、身体质量指数和个人年收入结果来看, 这些解释变量的系数均为正, 且统计检验效果优良, 说明较高的受教育程度、个人的身体质量指数和经济收入对居民自评健康水平存在着正向影响。在自评健康模型 1-1

中我们发现户籍变量的回归系数为负值，这表明户籍因素对居民自评健康的影响呈负相关，吴晓瑜在城镇化对于居民健康的研究中也发现了类似的结果。⁵¹这可能是由于近年来，城镇化速度加快，城市居民的生活压力加大和居住环境等因素的综合影响对居民自评健康产生了副作用。

模型 1-2 是对生理健康的回归结果，大部分解释变量的回归结果与模型 1-1 一致，但是人均 GDP、户籍和性别这三个因素并没有通过检验，对于 GDP 未通过检验的原因，我们认为，经济增长对健康的作用，除了依赖于经济发展本身外，还依赖于经济发展对教育、卫生等条件的影响。如果伴随着经济发展水平提高的同时，显著的提高了教育水平、卫生支出水平，对公共卫生状况进行了改善，那么就能有效的提高居民的健康水平。反之，仅仅依靠经济的发展，居民的健康状况不一定能得到改善。特别是，有的时候经济的发展，往往伴随着环境的污染和居民劳动居住条件的恶化，如果不能有效地进行改善，确实可能会带来居民健康水平的下降，因此也能够解释 GDP 在生理健康模型 1-2 中不显著的结果。户籍因素的对居民健康不通过检验的结果和自评健康模型一致，在前文已经做过解释。而关于性别对于居民生理健康的影响，没有通过检验，可以解释为随着现代医学的进步，性别差异在生理健康带来的差距正在逐渐缩小。

模型 1-3 回归结果显示，除了人均 GDP 和户籍因素对居民心理健康的影响不显著以外，其余的所有变量都通过了检验。心理健康本身是一个客观的评价指标，而经济的发展似乎并没有带来居民心理健康的改善，这一现象可以用“幸福悖论”来解释。而户籍因素没有影响可以解释为，城市的生存压力大于农村地区，因而影响并不显著。三个模型中，政府公共财政支出对居民自评健康、生理健康、心理健康三个维度的测量均通过了检验，但是政府公共财政支出的内容涉及的范围非常宽泛，具体是哪些分项财政支出真正对居民健康的影响发挥了积极作用，我们将进一步进行分析。

4.2.2 分项公共财政支出与居民健康的关系

根据前文的综合分析，可以得到一些比较直观的结论，即政府公共财政支出和经济发展水平对居民健康呈现出较强的正向作用，政府公共财政支出的扩大和经济发展水平的提高有利于改善居民健康状况。但是模型 1 是对政府公共财政支出的绝对值总量进行测量的，政府公共财政支出的项目繁多，包含社会经济生活的方方面面，不同类别的政府公共财政支出对居民健康的影响是否相同呢？根据《中国统计年鉴 2014》的数据，我们列举了政府公共财政支出中占比份额比较大的前六项支出，分别是教育支出（15.69%）、社会保障与就业支出（10.33%）、一般公共服务支出（9.81%）、农林水事务

支出（9.52%）、交通运输支出（6.67%）、医疗卫生支出（5.91%）。选择与居民健康关系紧密的教育支出、社会保障支出与就业支出和医疗卫生支出三个政府分项公共财政支出进行进一步分析。

表 8 分项公共财政支出与居民健康

被解释变量:	2-1 自评健康	2-2 生理健康	2-3 心理健康
A: 公共支出变量			
人均 GDP	0.251*** (0.0386)	0.200*** (0.0398)	0.558*** (0.0394)
社会保障财政支出	0.000182* (0.0000982)	0.0000377 (0.000101)	0.000321*** (0.0000991)
教育支出	0.000412*** (0.000127)	0.000219* (0.000129)	0.00113*** (0.000128)
医疗卫生支出	0.00179*** (0.000374)	0.000778** (0.000381)	0.00294*** (0.000377)
B: 个体特征变量			
年龄	-0.0234*** (0.000905)	-0.0187*** (0.000921)	-0.00417*** (0.000897)
性别	0.0646*** (0.0240)	0.0284 (0.0246)	0.0414* (0.0242)
教育程度	0.0114*** (0.00378)	0.0245*** (0.00384)	0.0165*** (0.00380)
户籍	-0.0783*** (0.0292)	0.00470 (0.0299)	0.0438 (0.0293)
身体质量指数	0.00988*** (0.00344)	0.00927*** (0.00356)	0.0115*** (0.00350)
个人年收入	0.157*** (0.0130)	0.152*** (0.0133)	0.0849*** (0.0130)
Obs	8853	8853	8853
chi2	1866.08	1599.07	690.48
Pseudo R ²	0.0757	0.0694	0.0305

表 8 报告了全体有效样本下的回归结果，在居民生理健康中，社会保障与就业财政支出与居民生理健康未能通过显著性检验，在居民自评健康和居民生理健康模型中，教育支出、医疗卫生支出以及社会保障和就业支出三个分项财政支出对居民健康具有显著的正相关影响。从具体的模型分析，我们发现了如下结果：

（1）三个模型结果与表 7 大致相同，通过回归结果我们可以发现，教育支出、医疗卫生支出和社会保障与就业支出对居民健康有显著的正向影响。这三项支出有一个共同点，即都是社会性支出，他们能够有利于居民健康的改善，主要原因在于医疗和社会保障的支出，减轻了居民医疗和养老等个人消费的压力，意味着他们得到了政府的有效支持，减轻了健康治疗的后顾之忧。而教育在 Grossman (1972) 的需求理论中被放在中心位置，Grossman 认为教育能够提高人们改善健康的效率。“一个受过良好教育的人将有效的提高自身的健康状况，受过良好教育的人能理解并有能力保持身体健康，而且他们能更加懂得使用医疗服务与包括时间在内的其他投入来改善自己的健康状况。”⁵²

所以,这三项支出对于居民健康的促进作用是可以被解释的。与我们假设 2 猜想的不同,各项支出对居民健康的影响并不是一成不变的,从各项财政支出来看,社会保障与就业财政支出对居民健康三个指标的影响均为最小;在居民自评健康中,对居民健康影响最大并不是医疗卫生支出,而是教育支出;而在对居民生理健康和心理健康的方面,医疗卫生支出对居民这两项评价指标的影响最大,这也解释实证结果与以往结果并不完全一致的原因,大部分研究都是采用单一的自评健康指标来进行分析,忽视了医疗卫生支出对居民心理健康的生理健康的影响。

(2) 在 2-2 生理健康模型中,社会保障与就业支出对生理健康的影响没有通过检验,这可能是由于,社会保障与就业支出主要包括社会保险及就业两个方面,而生理健康很大程度上依赖于先天性的遗传因素,且社会保险等方式在实施过程中存在信息不对称问题,出现“逆向选择”,导致模型结果并不显著。通过分析表 8 中三个分项财政支出的系数值,我们试图比较不同公共财政支出对居民健康影响的程度大小,我们发现,在 2-1 自评健康模型、2-2 生理健康模型、2-3 心理健康模型中,对居民自评健康影响按大小排序,分别是医疗支出、教育支出、社会保障与就业支出。且在 2-3 心理健康模型中,三项财政支出的效果最为显著,即医疗支出、教育支出、社会保障与就业支出对居民心理健康的的影响最大,主要原因可能是,社会保障与就业支出为居民的医疗与养老提供了强有力保障,而医疗支出有益于减少居民健康问题支出费用,而随着教育支出的不断扩大,我国居民的文化素质水平不断提高,而受过良好教育的居民能够更好理解健康并更好的保持健康。这和以往对于医疗卫生支出对居民健康的影响一致,并进一步补充了教育支出和社会保障和就业支出对居民健康的影响。

4.2.3 分地区测量公共财政支出与居民健康的关系

通过对政府公共财政支出总量以及对分项公共财政支出对居民健康影响的分析,我们发现,政府公共财政支出对居民健康的影响是较为稳定的,但我国地域辽阔,2005-2013 年健康均值的测量数据显示,东中西部区域居民健康存在一定的差异,不少学者也在研究中证明,我国居民健康存在着地区差异,为了进一步验证居民健康差异的存在,我们把全国的 31 个省份根据统计年鉴划分为东中西三个不同的区域,并以东部地区为参照组,回归结果如下:

表 9 分地区公共财政支出与居民健康

被解释变量:	区域差异		
	3-1 自评健康	3-2 生理健康	3-3 心理健康
A: 公共支出变量			

人均 GDP	0.162*** (0.0546)	0.439*** (0.0549)	0.149*** (0.0559)
公共财政支出	0.0000626*** (0.00000836)	0.0000236*** (0.00000836)	0.0000216** (0.00000851)
区域虚拟变量（以东部地区为虚拟变量）			
东部	-	-	-
中部	0.0121*** (0.00468)	-0.00431 (0.00476)	0.0112** (0.00468)
西部	0.000199 (0.0551)	0.0572 (0.0562)	0.122** (0.0551)
B: 个体特征变量			
年龄	-0.0235*** (0.000907)	-0.0185*** (0.000923)	-0.00409*** (0.000899)
性别	0.0669*** (0.0240)	0.0286 (0.0246)	0.0456* (0.0242)
教育程度	0.0111*** (0.00378)	0.0248*** (0.00384)	0.0173*** (0.00380)
户籍	-0.0889*** (0.0292)	0.00599 (0.0299)	0.0405 (0.0292)
身体质量指数	0.00986*** (0.00344)	0.00966*** (0.00357)	0.0121*** (0.00351)
个人年收入	0.152*** (0.0130)	0.149*** (0.0132)	0.0730*** (0.0129)
Obs	8853	8853	8853
Chi2	1840.88	1606.96	593.07
Pseudo R ²	0.0747	0.0697	0.0262

模型 3-1、模型 3-2、模型 3-3 分析的是政府公共财政支出对居民健康的影响，结果显示，在东中西不同的地区，其对健康的影响确实存在差异，假设 3 得到了部分检验。

在居民自评健康模型 3-1 中，与我们的猜想不同，政府公共财政支出对西部地区居民的自评健康影响没有通过检验，但是对中部地区居民的自评健康效果较好，证明了政府公共财政支出在居民自评健康方面存在区域差异；

在居民生理健康模型 3-2 中，政府公共财政支出对区域因素都没有通过检验，这说明，政府公共财政支出对于居民生理健康的影响区域差异并不显著，这主要是因为生理健康指标比较关注躯体的健康状况，而这种健康状态很大程度是先天性的，例如一些遗传或者先天性疾病等，所以统计结果并不显著；

在居民心理健康模型 3-3 中，政府公共财政支出对于区域变量的结果显示是正相关，说明其效果存在显著的区域差异，对西部地区居民的心理健康影响最大。这一结果比较符合我们的假设 3，实际来看，政府财政支出除了受到地方自身的经济发展水平限制外，还比较容易受到政策的指导，长期以来发展不均衡的现实，是的国家层面更关注对西部地区的财政支持，而财政政策也是往往向西部地区倾斜，由此带来西部地区居民心理上的安全感，而东中部地区的影响并不强烈。

模型 3 的结果说明，政府公共财政支出我国居民健康存在区域差异的主要原因是居民心

理健康，而对居民生理健康的区域差异并不显著，假设 3 得到了部分验证。这一结果是比较容易解释的，财政支出只是一个辅助的手段，居民健康的改善并不能完全依赖于政府公共财政支出，且生理健康更需要居民自身的生活习惯、遗传因素等，而政府的财政支出是政策引导下的调节收入的经济手段，会给人一个良好的心理预期，从而有利于居民心理健康的改善。而其他因素对居民健康的影响与模型 1 和模型 2 没有太大的差异，其原因在前文已经进行了解释，在此不再赘述。

4.2.4 分城乡测量公共财政支出与居民健康的关系

通过模型 1 和模型 2 两个模型的实证研究，我们发现政府公共财政支出对居民自评健康、生理健康和心理健康具有促进作用，但是与我们预期不同的是，户籍对居民健康的影响在部分模型中没有通过检验，政府财政支出对居民健康的影响的健康差异主要体现在居民心理健康，考虑到我国独特城乡二元结构，因此我们进一步区分城镇和农村进行定量分析。

表 10 分城乡公共财政支出与居民健康

被解释 变量	4-1 自评健康		4-2 生理健康		4-3 心理健康	
	城市	农村	城市	农村	城市	农村
A: 公共支出变量						
人 均 GDP	0.109** (0.0434)	0.132*** (0.0485)	0.118*** (0.0450)	0.141*** (0.0497)	0.417*** (0.0444)	0.201*** (0.0487)
公共财政 支出	0.0000282** (0.0000114)	0.0000778*** (0.0000104)	-0.00000745 (0.0000117)	0.0000396*** (0.0000106)	-0.00000820 (0.0000115)	0.0000418*** (0.0000104)
B: 个体特征变量						
年 龄	-0.0260*** (0.00135)	-0.0210*** (0.00125)	-0.0168*** (0.00138)	-0.0201*** (0.00127)	-0.00163 (0.00134)	-0.00589*** (0.00123)
性 别	0.0745** (0.0366)	0.0650** (0.0321)	0.0609 (0.0378)	0.0200 (0.0326)	0.0668* (0.0373)	0.0429 (0.0321)
教 育 程 度	0.0102 (0.00638)	0.0115** (0.00474)	0.0326*** (0.00652)	0.0104** (0.00475)	0.0268*** (0.00646)	0.0189*** (0.00480)
身 体 质 量 指 数	-0.00255 (0.00487)	0.0186*** (0.00470)	0.00231 (0.00517)	0.0140*** (0.00481)	0.00489 (0.00514)	0.0168*** (0.00471)
个 人 年 收 入	0.108*** (0.0253)	0.164*** (0.0158)	0.156*** (0.0260)	0.142*** (0.0160)	0.0647** (0.0254)	0.0738*** (0.0157)
Obs	3700	5153	3700	5153	3700	5153
Chi2	664.78	1162.05	213.25	272.00	495.61	1003.49
PseudoR ²	0.0674	0.0792	0.0235	0.0203	0.0553	0.0719

我国是典型的城乡二元结构，长期以来城乡发展不平衡，导致城乡居民生活存在差异，进而导致居民健康之间也存在差异。因此，分城乡进行检验一方面可以研究城镇和农村各系统内部的情况，同时也可以比较城镇与农村在各个解释变量上的差异程度。从分城乡的回归结果看，在农村模型中政府公共财政支出对居民自评健康、心理健康和生

理健康的影响均显著，但是参在城镇模型中，政府公共政支出对于居民生理健康和心理健康的影响并没有通过检验。回归的结果显示假设 4 得到了完全验证。进一步分析，我们还发现几个特别的结果：

一是农村地区政府公共财政支出对居民自评健康的影响系数高于城镇地区，这说明政府公共财政支出在农村地区的效果要好于城镇地区。且政府公共财政支出在农村地区的自评健康、心理健康、生理健康三个模型中均通过了检验，而在城镇地区模型中，只有自评健康模型通过了检验，这一结果也透视了长期以来我国在农村和城镇地区社保财政支出上不平衡，农村地区财政支出不足因此其边际效应更为显著。

二是城镇地区的身体质量指数的回归系数出现统计上不显著。我们认为是身体质量指数本身的缺陷造成的，身体质量指数是由体重与身高平方的比值计算得出，那么在城镇地区由于生活条件总体好于农村地区，肥胖人群（或体重超标人群）的比例也相对更高，肥胖本身就是非健康的表现，同时也可能导致与肥胖直接相关的非健康现象，因此，城镇地区身体质量指数与居民健康的关系得不到验证也属于客观情况。

4.3 本章小结

本章利用 oprobit 模型对政府公共财政支出对居民健康的影响进行分析。在对全体样本的回归结果显示，随着年龄增长，政府公共财政支出总量对居民自评健康、生理健康、心理健康均存在正相关关系，且政府公共财政支出对居民健康的影响存在倒“U”型关系。其次，通过对分项财政支出的研究，我们可以按照不同财政支出对居民心理健康和生理健康的影响大小进行排序，依次是医疗卫生支出、教育支出和社会保障与就业支出；而在对居民自评健康影响方面，依次是教育支出、医疗卫生支出和社会保障与就业支出。为了证实居民健康存在区域差异，我们分别划分东中西区域和城乡地区两个模型，结果显示，政府公共财政支出对于居民生理健康的区域没有通过检验，在自评健康和心理健康两个模型中都通过了检验，即证实了政府公共财政支出对健康的影响虽然存在地域差异，但是由于健康测量指标选择的不同，其对不同健康指标的影响并不是一致的；而划分城乡地区的模型结果显示，政府公共财政支出存在显著的城乡差异，总体而言其对在农村地区的居民自评健康、生理健康和心理健康改善的效果更好。

第五章 检验结果的讨论与政策建议

5.1 检验结果的讨论

政府公共财政支出与居民健康是关乎国计民生的大事，也是本文研究的重点。本文利用 CGSS（2013）的数据对政府公共财政支出对居民健康的影响进行分析。在控制微观个体特征变量的基础上，对政府公共财政支出对于居民健康的影响进行了实证研究。采用 Ordered Probit 回归分析的结果显示，目前我国居民健康状况整体良好，总体而言，政府公共财政支出对居民健康具有正向影响。为了更好的解释结果，在全国样本回归的基础上，进一步划分不同收入层次、划分城乡进行进一步分析，结论如下：

（1）假设 1 得到了完全验证，即政府公共财政支出对居民具有促进作用。通过对模型 1-4 的分析，我们发现政府公共财政支出对居民健康有显著的正面影响，增加政府公共财政支出确实有利于促进居民的健康，但是其对居民健康的影响存在倒“U”型关系，同时政府公共财政支出对三个健康测量指标的影响也不完全相同，根据回归系数显示，政府公共财政支出对心理健康的影响最大。

（2）通过对分项财政支出处理后发现，在自评健康模型 2-1 和心理健康模型 2-3 中，社会保障财政支出对生理健康的影响并没用通过检验，而教育支出和医疗卫生服务支出对三个健康测量指标均有正向的影响。同时我们还发现，在分项财政支出中，医疗卫生支出对自评健康、生理健康以及心理健康的影响最大，其次是教育支出和社会保障财政支出，而不是我们假设 2 中提出的教育支出对居民健康影响最大，因此假设 2 没有完全通过验证。

（3）通过对东中西区域的对比分析发现，政府公共财政支出对居民心理健康的影响存在健康差异，且对西部地区居民的心理健康影响最大，而对于居民生理健康和自评健康的影响存在的差异没有通过显著性的检验，所以关于假设 3 提出的财政支出对居民健康影响存在区域差异的假设得到了部分验证。

（4）分城乡区域的对比分析显示，政府公共财政支出对农村地区的样本居民健康的影响都显示为正相关，即对居民自评健康、心理健康、生理健康都具有改善作用，其效果优于城镇地区的样本。假设 4 关于财政支出对城乡差异的影响得到了完全验证。

（5）通过对 2005 年以来居民自评健康的总体测量，以及对照 2005 年后政府公共财政支出的变化，我们发现居民健康的改善与经济的发展并不是完全一致的，健康改善方面的速度有所下降，改革开放之前，健康改善的成就巨大，而改革开放以后，随着经

济高速增长，人们的生活水平显著提高，尽管政府的公共财政支出急剧上涨，健康改善的速度不但没有加快，反而有所下降。2005-2013年健康均值显示，居民自评健康改善的速度低于经济的增长速度，且政府公共财政支出对居民自评健康、生理健康和心理健康的影响也不是完全一致的。

5.2 政策建议

在前面实证分析的基础上，对于政府公共财政支出有如下建议，希望能够对政府公共财政政策的制定提供有意义的借鉴。根据提出的四个假设以及假设的验证结果，我们提出的建议如下：

(1) 强化政府公共支出，完善公共财政体制。实证研究显示，政府公共财政支出对居民健康具有明显的促进作用，同时通过对政府公共财政支出结构的测算，我们发现政府公共财政支出增长率低于经济发展速度，导致居民对公共服务的需求不能得到满足，在财力有限的情况下，合理高效的财政支出有利于正在进行的公共财政框架假设，有利于优化财政支出结构，进而促进居民健康的改善。

(2) 重视教育、医疗卫生、社会保障财政支出，尤其要提高医疗卫生支出和社会保障支出占政府公共财政支出的比重。实证分析结果显示，医疗卫生支出对于居民健康的影响最大，但是医疗卫生支出在政府公共财政支出中所占的比重较低。近十几年来有关卫生对经济增长的贡献的实证研究表明，一国的卫生投资规模和质量影响着人力资本的形成，从而影响劳动者的质量，进一步会影响劳动生产率和经济增长。所以在保持扩大政府财政支出的同时，需要进一步优化财政支出的结构。

(3) 政府的经济、社会体制和科技教育应该都进行相应的配套改革。我们发现随着经济发展水平的提高，而健康水平的改善却有下降趋势，健康的改善与经济的发展并不是完全一致的，这意味着健康水平的提高不能单纯的通过发展经济来实现。尤其在我国，经济的发展可能在与之俱来的是环境的污染和居民生活条件的恶化。所以，在保持经济平稳增长的同时，其他的配套改革措施也应同步进行。

(4) 明确划分中央和地方政府的财政支出责任。通过对1978-2013年财政支出的总量显示，政府公共财政支出责任在各级政府之间的分配有向下分权的趋势，地方财政压力巨大。在适当增加政府公共财政支出总量的前提下，合理划分中央与地方的支出责任，尤其要加强中央财政的支出责任。

(5) 财政政策应进一步向西部地区倾斜。2005年-2013年我国居民自评健康的总体

数据显示，随着经济的发展，尽管我国居民的健康水平不断提高，但是东中西地区的健康差异却逐渐扩大；另外分地区模型的回归结果显示，对于居民心理健康的影响，存在明显的区域差异，对西部地区的影响最大，因此财政政策应该作出相应的调整。

(6) 加强农村地区的公共服务建设，促进城乡的协调发展。分城乡的实证研究结果显示，政府公共财政支出对居民健康有着显著影响，而对城镇居民的健康影响只有自评健康能够通过检验。由于历史原因，城镇地区一直以来，享受着更多的福利，导致相同数量的财政支出，城镇居民健康改善的边际效益远远低于农村地区，因此，应加大对农村地区的财政支出力度。只有这样才能实现国民福利与经济发展的协调与同步，提高居民健康水平，实现“健康中国”的目标。

参考文献

- [1]数据来源于《我国卫生和计划生育事业发展统计公报》(2015)。
- [2]根据我国“十二五”时期经济社会发展主要指标数据显示，2010年和2015年我国人均预期寿命分别为73.5岁和74.5岁，因此此处推测应为74岁左右。
- [3]齐良书. 收入、收入不均与健康:城乡差异和职业地位的影响[J]. 经济研究, 2006(11):16-26.
- [4] Jr, Robert E. Lucas. "On the mechanics of economic development ☆." *Journal of Monetary Economics* 22.1(1999):3-42.
- [5] Welch, Finis. 1970. "Education in Production." *Journal of Political Economy* 78(1):35-39
- [6]Lucas, Robert E. 1993. "Making a Miracle." *Econometrica* 61(2):251-72
- [7]Romer, Paul M. 1990. "Endogenous Technological Change." *Journal of Political Economy* 98(5)pt.2:S7-102. (2)
- [8]Grossman M. On the Concept of Health Capital and The Demand for Health[J]. *Journal of Political Economy*, 1972, 80(2):223-55.
- [9] Barro ,Roberrt J . Health and Endogenous Growth,Program on Public Policy and Health,Health and Human Development Division,Pan American Health Organization,Washington,DC.1996
- [10]赵忠, 侯振刚. 我国城镇居民的健康需求与 Grossman 模型——来自截面数据的证据[J]. 经济研究, 2005(10):79-90.
- [11]封进, 余央央. 中国农村的收入差距与健康[J]. 经济研究, 2007(1):79-88.
- [12]王甫勤. 社会经济地位、生活方式与健康不平等[J]. 社会, 2012(2):125-143.
- [13]李华, 俞卫. 政府卫生支出对中国农村居民健康的影响[J]. 中国社会科学, 2013(10):41-60.
- [14]潘杰, 雷晓燕, 刘国恩. 医疗保险促进健康吗?——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J]. 经济研究, 2013(4):130-142.
- [15]李建新, 李春华. 城乡老年人口健康差异研究[J]. 人口学刊, 2014, 36(5):37-47.
- [16]李华, 俞卫. 政府卫生支出对中国农村居民健康的影响[J]. 中国社会科学, 2013(10):41-60.
- [17]方敏. 国家应该花多少钱用于健康?——卫生投入与健康结果的文献评估[J]. 公共行政评论, 2015(1):164-187.
- [18]陈天祥, 方敏. 公共卫生支出、健康结果与卫生投入政策——基于 189 个国家和地区

- 的面板门槛分析(1995—2011年)[J]. 浙江大学学报人文社会科学版, 2016, 46(1):91-107.
- [19]胡安宁. 教育能否让我们更健康——基于2010年中国综合社会调查的城乡比较分析[J]. 中国社会科学, 2015(1):116-130.
- [20]王存同, 瞿鹏运. 退休影响健康吗?——一种社会学实证研究的视角[J]. 人口与发展, 2016, 22(1):11-18.
- [21]徐倩, 李放. 财政社会保障支出与中国城乡收入差距——理论分析与计量检验[J]. 上海经济研究, 2012, 11:81-88+111.
- [22]张强, 张晓光, 周伟. 我国财政性社会保障支出的城乡收入再分配效应分析——基于2004~2011年全国省际静态面板数据[J]. 洛阳师范学院学报, 2014, 02:105-109.
- [23] World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization[Z]. Geneva: The World Health Organization, 1946:1268
- [24]“可行能力”是Sen提出的“可行能力视角”(Capability Approach)的一个重要概念, 意为人们可能实现的一组功能性活动(Functionings)。可行能力和功能性活动的区别是: 前者为实际存在的可能性或自由(可行能力), 后者为已经实现了的状况和行为。
- [25]王曲, 刘民权. 健康的价值及若干决定因素: 文献综述[J]. 经济学季刊, 2005(1):1-52.
- [26]黄占辉, 王汉亮. 健康保险学[M]. 北京大学出版社, 2006.
- [27]联合国发展署把人类所要扩展的三大最关键的选择是: 长寿且健康的生活、获得教育以及获得确保体面生活所必须的资源(UNDP, 1990).
- [28]一个人对生活满意度与他所处的环境有很大的关系, 比如在一个贫困的农村, 一个仅能维持一日三餐的人的生活满意度可能比在一个富裕地区对一个只有一日三餐的人的生活满意度要高。
- [29]柳玉芝. 关注中国高龄老人中的性别问题--中国高龄老人健康长寿影响因素研究项目简介[J]. 妇女研究论丛, 2001(4):47-51.
- [30]熊跃根, 杨雪. 我国城市老年人健康水平的性别差异研究——基于CHARLS数据的实证分析[J]. 江苏行政学院学报, 2016(4):56-65.
- [31]胡宏伟, 李玉娇. 我国老年人自评健康状况及其影响因素研究——基于ordered probit模型的估计[J]. 山西财经大学学报, 2011, 33(2):1-8.
- [32]韩广勤. 经济社会地位对老年人健康状况的影响研究[D]. 华东师范大学, 2010.
- [33]Fuhrer R, Stansfeld S A. How gender affects patterns of social relations and their impact

- on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons".[J]. Social Science & Medicine, 2002, 54(5):811.
- [34] 顾大男. 婚姻对中国高龄老人健康长寿影响的性别差异分析[J]. 中国人口科学, 2003(3):32-40.
- [35] Lowry Deborah and Yu Xie, "Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Older Ages?"Population Studies Center Research Report, No. 09-690, University of Michigan, 2009.
- [36] 位秀平. 中国老年人社会参与和健康的关系及影响因子研究[D]. 华东师范大学, 2015.
- [37] 解垩. 中国地区间健康差异的因素分解[J]. 山西财经大学学报, 2011(8):11-24.
- [38] Ettner S L. New evidence on the relationship between income and health[J]. Journal of Health Economics, 1996, 15(1):67-85.
- [39] 封进, 余央央. 中国农村的收入差距与健康[J]. 经济研究, 2007(1):26-35.
- [40] 杜本峰, 郭玉. 中国老年人健康差异时空变化及其影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2015, 31(7):870-877.
- [41] Gallant M P, Dorn G P. Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults[J]. Health Education Research, 2001, 16(1):21-31.
- [42] 王新军, 郑超. 医疗保险对老年人医疗支出与健康的影响[J]. 财经研究, 2014, 40(12).
- [43] 刘西国, 王健. 医疗保险对我国老年人健康的影响:基于有限信息极大似然法的检验[J]. 中国卫生经济, 2014(1):24-25.
- [44] 唐朱昌, 《新编公共财政学》, 2004.5, 第 93 页
- [45] 齐亚强, 自评一般健康的信度和效度分析. 社会, 2014(06): 第 196-215 页.
- [46] 李坚, 自评健康与客观健康的关系. 暨南大学学报(自然科学与医学版), 2001(01): 第 140-142 页.
- [47] 谷琳与乔晓春, 我国老年人健康自评影响因素分析. 人口学刊, 2006(06): 第 25-29 页.
- [48] 于晓薇, 胡宏伟, 吴振华, 等. 我国城市居民健康状况及影响因素研究[J]. 中国人口. 资源与环境, 2010(02):151-156
- [49] 赵忠, 侯振刚. 我国城镇居民的健康需求与 Grossman 模型——来自截面数据的证据[J]. 经济研究, 2005(10):79-90.
- [50] 宋璐, 左冬梅. 农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异:以巢湖地区为

例[J]. 中国农村经济, 2010(05):74-85.

[51]吴晓瑜, 李力行. 城镇化如何影响了居民的健康?[J]. 南开经济研究, 2014(06):58-73.

[52] Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health[J]. Journal of Political Economy, 1972, 80(2):223-255.

攻读硕士学位期间取得的研究成果

一、已发表（包括已接受待发表）的论文，以及已投稿、或已成文打算投稿、或拟成文投稿的论文情况：

序号	作者（全体作者，按顺序排列）	题目	发表或投稿刊物名称、级别	发表的卷期、年月、页码	相当于学位论文的哪一部分（章、节）	被索引收录情况

致 谢

时光荏苒，在华园三年的学习生涯即将进入尾声，回首三年的研究生生活，在这里留下了太多深刻的记忆。记得初入华园的年少欢快，记得课堂上每一次的汇报讨论，也记得操场上的奔跑与呐喊，记得华园整齐宽敞的34号教学楼，记得沐浴着朝阳的学院楼，记得高大威严的中山像……有太多美好的回忆在这里，而如今，也即将和这一切说一声再见了，行将离别之际，想对三年来帮助过我的所有人表示最真挚的感谢。

首先，特别感谢我的父母，感谢他们的辛勤付出，感谢他们在我成长的每个阶段，他们用自己丰富的人生经验引导我明确自己的方向，感谢父母对我始终信任，永远给我最大的支持与动力，任何时候都给我最温暖的怀抱，谢谢父母毫无保留的爱，我会更加努力继续前行。

其次，特别感谢我的导师李胜会老师。李老师博学多才，治学严谨，为人谦和，在学习和生活中都给予了我很大的帮助。在学习上，李老师一直敦促我加强专业学习，不断培养我独立思考、分析、解决问题的能力。在本次毕业论文撰写过程中，从选题到开题报告撰写，再到论文后期的次次修改，都凝聚着李老师的心血。在生活上，老师的关怀无微不至，像一位父亲般时刻关心着我，以自己的言传身教，不断教导我做人的道理，使自己在整个研究生阶段受益良多。在研究生生涯能够成为李老师的学生，实在是我三生有幸。李老师做人谦和做事严谨的风格，值得我一生去认真学习。

最后，还要感谢和我一起生活学习的同学们，是他们在我的学习与生活中给予了莫大的帮助，共同探讨问题，共同督促学习，才使自己在华园的生活更加充实与有意义。感谢我的师妹们，她们在我的毕业论文撰写过程中给予了大量的支持。也感谢我们社保专业的同学们，我们一起度过了很多美好的时光，还要感谢我的舍友们，让我们在同一个屋檐下相亲相爱，感受家的温暖。

相聚未有时，后会终可期。感恩自己能够在求学之路上遇到他们，我会带着他们的祝愿奋力前行。结束也是新的开始，毕业之际，祝福所有人都能乐观、自信、幸福地过好每一天。

宗洁

2018年05月25日

IV - 2 答辩委员会对论文的评定意见

宗洁同学的硕士学位论文结合统计数据、公共财政支出理论和人力资本理论，并通过数据分析技术，系统研究了政府公共财政支出和居民健康的关系，进而结合我国国情和经济发展现状，为改善居民健康水平提出合理化的对策建议。

论文的主要内容和创新点体现在：

(1) 借鉴其他研究对政府卫生支出的分析，利用相对规模和绝对规模的比较，分析公共财政支出的规模及结构；从主观和客观两个维度来测量居民健康水平，利用 Grossman 健康生产函数，构建中国的宏观健康生产函数。基于中国 30 个省的健康调查数据，将各变量对于健康的影响进行回归分析，比较全面探究了二者之间的关系，丰富了政府公共财政支出和健康的相关理论研究。

(2) 对中国居民健康及区域及城乡差异进行动态考察，利用 CGSS(2005)-CGSS(2013) 年近 10 年数据，通过时间序列上的变化分析，了解我国居民健康水平的现状和未来趋势，以及公共财政支出对居民健康影响的变化。能够较为全面深入的反映客观事实，进一步丰富国内相关研究。

论文主题明确，研究方向和论点集中，概念清楚，思路清晰，结构合理，体系比较完整，论据丰富翔实，论证较为严谨，方法运用得当，对策有可行性和可操作性。答辩过程中，逻辑清晰，表述恰当，能够认真、准确地回答专家的提问。

宗洁同学论文在盲审中出现重大争议，答辩过程中，宗洁同学对评审专家提出的问题进行了回复，答辩专家听取后认为学生已经做了相应的修改，并对她的回答基本满意，答辩委员会通过投票决议，一致通过宗洁同学论文答辩，并建议授予其管理学硕士学位。

论文答辩日期：2018 年 6 月 1 日

答辩委员会委员共 5 人，到会委员 5 人

表决票数：优秀 () 票；良好 (5) 票；及格 () 票；不及格 () 票

表决结果（打“√”）：优秀 ()；良好 (√)；及格 ()；不及格 ()

决议：同意授予硕士学位 (√) 不同意授予硕士学位 ()

答辩委员会成员签名

孙海云 (主席)

王海云

宋亮昌