

# 山东省基本医疗卫生资源配置均等化之财政政策研究

孟庆平 牛菁馨

(山东财经大学财政税务学院,山东 济南 250014)

**【摘要】** 鉴于医疗服务市场的不确定性和不完全性,完全依赖市场机制配置医疗卫生资源势必会导致不公平的结果,特定人群的利益得不到保障。对山东省基本医疗卫生资源配置的水平分析和泰尔指数分析,及典型城市的问卷调查分析表明,山东省基本医疗卫生资源在地区间的配置还存在很大差异,这种差异主要体现在省内城乡之间。实现基本医疗卫生资源配置均等化应合理界定政府在实现基本医疗卫生服务均等化中的作用;改革和完善政府财政支出结构,加大财政对农村基本医疗卫生服务的支持力度;发挥社会医疗保险制度在促进城乡医疗服务均等化方面的作用。

**【关键词】** 山东省;基本医疗卫生资源;均等化;现状分析;财政政策

**【DOI 编码】** 10.13962/j.cnki.37-1486/f.2016.02.020

**【中图分类号】**F812      **【文献标识码】**A      **【文章编号】**2095-3410(2016)02-0154-07

**一、相关研究综述**

基本医疗卫生服务是指为保障居民基本生命健康权利而开展的疾病诊疗服务。有的学者认为,基本医疗卫生服务属于私人产品,如阿特金森和斯蒂格里茨 (1992)<sup>[1]</sup>、Feldstein (2001)<sup>[2]</sup>、顾昕 (2014)<sup>[3]</sup>等;有的学者,如阿耶·L·希尔曼 (2006)<sup>[4]</sup>、高培勇 (2012)<sup>[5]</sup>、葛延风 (2012)<sup>[6]</sup>等则认为基本医疗卫生服务更多具有公共品或准公共品的性质。

即使基本医疗卫生服务属于私人产品,以下原因决定任由市场调节医疗服务市场会导致非常不均等的现象。首先,医疗服务市场不完全信息、道德风险等市场失效的存在,很容易导致低收入群体因医疗服务产品价格偏高而无法获得最基本的医疗保障,导致生命或健康受到威胁。其次,从社会公平的角度讲,居民应有权利获得同等的生命和健康机会,而市场机制导致的医疗资源配置会处于极度不平均

状况,加之医疗服务本身需求弹性比较大,收入高的人可能过量消费医疗服务,收入低的人可能会长期处于消费不足,影响到身体健康状况。再次,从人力资本积累的角度看,许多经济学家的理论和实证研究中健康被看作是人力资本的一个组成部分,是经济发展的一个推动因素,健康状况对经济增长具有促进作用。如果一个国家卫生部门的绩效非常差,那么一个国家的经济增长也将逐渐消失。国内也有学者研究发现人口预期寿命等健康指标与GDP增长有明显的相关关系(张琼,2012)<sup>[7]</sup>。

医疗服务均等化是指社会成员能无差别地享有同等质量的公共卫生服务、基本医疗卫生服务以及医疗保障服务,其实质是公平,并且是与效率相统一的公平。

鉴于医疗服务市场的不确定性和不完全性,以及医疗资源的有限性,完全依赖市场机制分配医疗资源势必会导致不公平的结果,特定人群的利益得

**【基金项目】** 本文是山东省软科学研究项目“老龄化对山东省的财政影响及对策研究”(项目编号:2015RKB01005)的阶段成果。

**【作者简介】** 孟庆平(1971-),女,山东青州人,山东财经大学财政税务学院教授,经济学博士,博士后。主要研究方向:公共经济学、财政学。

不到保障。因此,实现基本医疗卫生服务均等化成为政府公共政策的目标之一,必须由政府介入,通过合理的制度设计和政策导向达到基本医疗卫生服务的均等化。正如斯蒂格里茨所说“政府在医疗保健中起作用的一个主要原因与效率无关,即使市场完美有效,仍有人担心非常穷的人得不到充分的医疗保健”。基本医疗保健是人的生存权和健康权,保证人人享有基本的医疗服务是社会公平的重要体现。2013年,世界卫生组织发布的世界卫生报告指出医疗卫生服务的改革目标将特别放在改善国家之间和国家内部的卫生服务覆盖面方面。

基本医疗卫生服务消费是一种私人消费,这一消费的内容和范围主要由消费者个人自己选择。但尊重个人选择不意味着私人医疗消费完全由个人付费,因为医疗服务的价格对个人医疗消费的影响是很大的。一些学者的研究表明,低收入人群对医疗服务的需求价格弹性比高收入人群的高,也就是说低收入人群对医疗卫生服务的需求更容易受到价格的影响(谭涛等 2014<sup>[8]</sup>,徐光毅等 2011<sup>[9]</sup>)。一些学者对农村卫生服务状况的研究表明,农村居民缺乏医疗卫生服务可及性的情况仍然相当程度的存在,有很多农民看不起病,而医疗卫生服务费用的增长和农民直接支付费用是其主要原因(卢洪友 2012<sup>[10]</sup>,孟庆跃 2012<sup>[11]</sup>,王莹 2013<sup>[12]</sup>)。

影响基本医疗卫生服务均等化的因素有很多方面,诸如医疗服务的价格、个人收入状况、政府公共卫生设施状况及政府基本医疗卫生支出水平等。本文试图以山东省为对象,对基本医疗卫生资源在不同地区间的配置状况进行分析,从而发现医疗卫生资源配置在地区间以及城乡间的不均衡是导致医疗卫生服务不均等的重要原因。

## 二、山东省基本医疗卫生资源配置现状分析

山东省现辖 17 个地级市,是中国东部沿海的重要省份,改革开放以来,全省经济持续快速发展,但由于多方面的原因,省内经济社会发展存在明显差异,在基本医疗卫生服务方面也存在比较大的差异。本文从《山东省卫生统计年鉴》与《山东省统计年鉴》(2006 年 - 2015 年)中选取 2005 年至 2014 年的卫生资源状况作为分析差异的指标,对山东省基本医疗卫生服务均等化的现状做了比较深入细致的

分析,最终发现基本医疗卫生服务的差异和不均衡性主要体现在城乡之间的差异上。

### (一)山东省基本医疗卫生资源配置的水平分析

城乡卫生费用的差距直接造成了城乡居民在享受基本医疗卫生服务方面的不平等。城乡卫生总费用不平等必然表现为城乡占有卫生医疗资源的不平等。考虑到城乡之间人口的差异,我们从医疗卫生费用的人均比较来看,2014 年山东省城镇人均医疗卫生总费用为 2695 元,而农村人均医疗总费用仅为 871 元,城镇是农村的 3.09 倍。均等化现状从卫生费用的城乡分配看,存在着严重的城市偏向,而这种偏向必然导致城乡占有医疗卫生资源的不平等,每千人拥有的卫生机构床位数和卫生技术人员数都会不同程度地存在着较严重的城乡差异。以千人拥有的卫生机构床位数为例,2005 年,城市每千人拥有卫生机构床位数 2.62 张,乡镇每千人拥有的卫生机构床位数仅为 0.78 个;到 2014 年,城市每千人拥有卫生机构床位数 3.81 张,乡镇每千人拥有卫生机构床位数仅为 1.16 张,乡镇与城市每千人拥有的卫生机构床位数差距始终较大,城乡差异突出。但这些差异还只是数量上的差异,如果考虑城乡之间卫生医疗人员的技术水平和医疗设施质量的差距,则城乡间占有卫生医疗资源的不平等程度就会更大。

医疗机构数、卫生技术人员数及医疗机构床位数等是较具有代表性的医疗卫生资源,经常用于衡量一个国家或地区间的基本医疗卫生资源配置是否公平。为了更具体地考察同一地区城乡间的医疗卫生资源配置状况,我们从山东省现辖 17 个地市中选取了青岛、日照、济南、滨州四个市作为代表,以四个市 2014 年城乡拥有的医疗机构数、千人拥有医疗机构床位数、卫生技术人员数、千人拥有卫生技术人员数四个指标进行卫生资源配置公平性的比较。选取这四个城市主要是源于数据的可获得性。根据历年《卫生统计年鉴》上公布的市、县标准划分来替代城市与农村的基本医疗卫生资源数,用市区与县的数据进行卫生资源配置的比较。因为我国实行农村三级医疗卫生服务网络是以县医院为龙头、乡镇卫生院为骨干、村卫生室为基础的,因此以县级所拥有的

资源来替代农村,具有一定科学合理性。

表 1        济南市基本医疗卫生资源配置情况				
	医疗机 构数(个)	千人拥有医疗 机构床位数(张)	卫生技术 人员数(人)	千人拥有卫生 技术人员数
市区	2891	1.28	30178	8.61
平阴县	240	0.65	806	2.17
济阳县	694	0.82	1256	2.31
商河县	504	0.82	789	1.28
章丘市	763	0.76	3138	3.11

表 2        青岛市基本医疗卫生资源配置情况				
	医疗机 构数(个)	千人拥有医疗 机构床位数(张)	卫生技术 人员数(人)	千人拥有卫生 技术人员数
市区	1367	0.56	23253	7.63
胶州	143	0.19	2879	3.84
即墨	81	0.08	4133	3.86
平度	171	0.13	4026	3.03
胶南	167	0.20	3020	3.60
莱西	88	0.12	2906	4.04

表 3        滨州市基本医疗卫生资源配置情况				
	医疗机 构数(个)	千人拥有医疗 机构床位数(张)	卫生技术 人员数(人)	千人拥有卫生 技术人员数
滨城区	83	0.13	3637	5.76
惠民县	22	0.03	1750	2.6
阳信县	38	0.09	1014	2.27
无棣县	31	0.07	996	2.23
沾化县	54	0.10	739	1.90
博兴县	30	0.06	1275	2.64
邹平县	41	0.06	1853	2.55

表 4        日照市基本医疗卫生资源配置情况				
	医疗机 构数(个)	千人拥有医疗 机构床位数(张)	卫生技术 人员数(人)	千人拥有卫生 技术人员数
东港区	226	0.33	4717	6.80
岚山区	14	0.03	607	1.44
莒县	80	0.16	1887	2.65
五莲县	73	0.07	1815	1.62

数据来源:表 1-表 4 数据来自各市人力资源与社会保障  
部门网站。

从上述四市的医疗卫生资源配置总体情况来  
看,不论是卫生技术人员数还是医疗机构数,医疗资  
源大多集中在市区,而县区资源的密度则存在差距。  
此外,省内不同城市之间医疗卫生资源的配置也有  
差异。作为省会的济南拥有的医疗机构数明显多于  
其他城市,主要原因应是省会城市的优势所致。而  
经济较发达的济南和青岛拥有的医疗卫生资源又比  
发展程度相对落后些的滨州和日照要多。因此,数  
据水平分析的结果表明,山东省基本医疗卫生资源  
配置不均等既存在于城乡之间,也存在于地区之间。

(二)山东省基本医疗卫生资源配置的泰尔指

数分析

泰尔指数又被称为泰尔熵标准,最早是由泰尔  
利用信息理论中的熵概念作为衡量个人之间或者地  
区间收入差距或不平等度的指标。泰尔指数越大,  
差距越大。目前,泰尔指数被广泛用于衡量地区间  
卫生资源配置的公平性。

1. 泰尔指数的计算。泰尔指数的算法有两种,  
Theil - T 和 Theil - L,泰尔指数 T 是以 GDP 比重加  
权,而泰尔指数 L 的加权是人口比重。本文认为,  
政府在医疗卫生资源这种公共资源配置方面,应以  
人口数为权数,居民不应因为自身经济状况、年龄、  
户籍、民族、学历等差异而受到不同的待遇,因此  
在这里采用以人口比重为加权的泰尔指数即 Theil - L  
指数,其计算公式如下:

$$T = \sum_{i=1}^n Y_i \log(Y_i/P_i) \tag{1}$$

在公示(1)中,n 为区域个数,T 为泰尔指数,Y<sub>i</sub>  
为人口数占总人口数的比重,P<sub>i</sub> 为卫生资源数占总  
数的比重(在本文中测算的卫生资源是指千人医疗  
机构数和千人医疗技术人员数)。

2. 泰尔指数的分解。泰尔指数可以就它所代表  
的公平性进行分解,衡量组内差距和组间差距对总  
差距的贡献,从而求出不同组别、不同层次的公平  
性,这是泰尔指数的最大优点。一般分解为两部分  
:一部分用来测度区域之间的资源配置差距,另一部  
分用来测度区域之内的资源配置差距。

$$T = T_{\text{组内}} + T_{\text{组间}} \tag{2}$$

$$T_{\text{组内}} = \sum_{i=1}^n Y_i T_i \tag{3}$$

$$T_{\text{组间}} = \sum_{i=1}^n Y_i \log(Y_i/P_i) \tag{4}$$

泰尔指数可以分解为组内差距和组间差距的特  
点使我们能够测度不同分组之间的差别状况。本文  
就用泰尔指数的这个特性来分析山东省卫生资源配  
置的差别状况。

3. 实证分析。根据前面的理论方法,对山东省  
的基本医疗卫生资源进行泰尔指数的测算,数据来  
自《山东卫生统计年鉴》(2014)及省内各市统计局  
网站。

在计算城乡卫生资源差距总体泰尔指数时,首

先把城乡医疗卫生资源差距分成两部分:城镇医疗卫生资源差距和农村医疗卫生资源差距。将山东省 17 个地市的相关数据带入公式(1)中,求和得到城镇内部泰尔指数和农村内部泰尔指数。因此公式(3)被分解为  $T_{\text{组内}} = Y_{\text{城市}} T_{\text{城市}} + Y_{\text{农村}} T_{\text{农村}}$ ,将城镇和农村的泰尔指数分别乘以相应的人口权重,计算出组内差距。最后用公式(4)计算医疗卫生资源的城乡差距,其中: $T_{\text{组间城市}} = \text{山东省 17 个城市各地人口}$

数/山东省总人口数  $\cdot \log[(\text{山东省 17 个城市各地人口数}/\text{山东省总人口数})/(\text{17 个城市各医疗卫生资源数}/\text{山东省城市总医疗卫生资源数})]$ ,  $T_{\text{组间农村}}$ 计算方法同理,求和得到城乡间医疗卫生资源差距。泰尔指数的取值范围在 0 - 1 之间,泰尔指数越大即越接近于 1,表明该分组的差距越大,泰尔指数越靠近于 0,表明差距越小,具体计算结果如表 5 所示。

	城镇内	农村内	组内差距	城乡间	总体	贡献率(%)		
						城镇内	农村内	城乡间
医院与卫生院床位数	0.015831	0.056196	0.031514	0.43953	0.47104	3.09	10.99	85.92
卫生技术人员数	0.04489	0.08676	0.036455	0.48490	0.52135	7.28	14.07	78.65

从表 5 可知,山东省城乡医疗卫生资源配置呈现不公平,城乡间具有较大的差距,这种差距主要来源于城乡间的组间差距,且卫生技术人员泰尔指数要大于医院与卫生院床位数的泰尔指数,这表明山东省医疗卫生资源的城乡差距更加明显地表现在医护人员的配置方面。

从各因素对城乡卫生医疗资源差距的贡献率来看,城镇内部差距和农村内部差距对城乡整体差距

的贡献率都不高,城镇贡献率在 10% 以内,农村贡献率在 10% - 20% 之间,但是城乡之间的贡献率较大,都在 80% 左右,因而可以更直观地表明:卫生医疗资源的差距主要体现在城乡间的不均等。

利用山东省 13 个地市 2009 - 2013 年间城市和农村的人口及医疗保健费用支出的数据,对山东省城乡居民医疗保健费用支出进行泰尔指数的计算,并按相同的方法对泰尔指数进行分解,结果如表 6 所示。

年份	泰尔指数				对总体差距的贡献率(%)		
	城镇间	农村间	城乡间	总体	城镇间	农村间	城乡间
2009	0.018829	0.03425	0.39551	0.44859	4.1975	7.6355	88.1669
2010	0.010008	0.06265	0.44810	0.52076	1.9219	12.0305	86.0475
2011	0.021420	0.08001	0.44677	0.54821	3.9073	14.5957	81.4969
2012	0.008097	0.09664	0.45652	0.56126	1.4427	17.2192	81.3381
2013	0.012187	0.05701	0.48631	0.55552	2.1938	10.264	87.5422

从表 6 可知,城乡医疗保健费用支出呈逐年波动上升的趋势,虽然上升趋势并不明显,但总体医疗保健支出的增多主要是“城乡间居民医疗保健费用支出”的部分扩大带来的。城乡之间的支出差距都远远大于城镇内部和农村内部的支出差距。从分析的结果来看,城镇内部与农村内部的支出差距比较接近,农村内部支出差距稍高于城镇内部支出差距。而城乡之间的支出差距在每个时间段都大于城镇内部和农村内部的支出差距,因此城乡之间的医疗卫生支出差距一直是最主要的影响因素。

从泰尔指数对总体贡献率来看,城乡间的组间差距最高,历年来都在 80% 以上,城镇内对总体的贡献率都在 10% 以下,农村内的贡献率都在 20% 以下,由此可进一步得知城乡间组间差距是导致总体差距的主要原因。这表明,山东省医疗保健消费差

距明显的主要原因在于城乡之间的医疗消费差距过大。

通过上述分析可得出,山东省医疗卫生资源不均等和健康消费不均等的主要原因均为城乡间的不均等,其中城乡间的健康消费差距对总体差距的贡献度一直较高。这表明今后山东省医疗卫生服务工作的重中之重就是切实缩小城乡之间的基本医疗卫生服务差距。

(三) 山东省基本医疗卫生资源配置调研分析  
为了更好地把握山东省城乡基本医疗卫生资源配置的均等化程度,笔者从城乡居民的医疗费用、医疗资源的可及度、基本医疗卫生服务的满意度等角度进行了问卷设计,希望能够从收回的有效问卷中分析山东省基本医疗卫生资源配置的均等化程度。通过自制调查表在山东省青岛市以及莱芜市进行了

居民问卷调查,通过非概率方便抽样的方式进行了问卷发放,共发放问卷 500 份,收回 472 份,其中有效问卷 451 份。在所有被调查者中,城镇居民占 56%,农村居民占 44%。

1. 针对城乡居民的医疗费用进行的调查结果分析

在所有被调查者中,针对城乡居民的年医疗消费情况,40%的城镇居民的医疗消费为 1000 元以下,32%的城镇居民年医疗消费为 1000-3000 元,11%的城镇居民为 3000-5000 元,8%的城镇居民为 5000-1 万元,9%的城镇居民为 1 万元以上。农村居民的年医疗消费水平相比来说较低,55%的农村居民年医疗消费为 1000 元以下,30%的为 1000-3000 元,7%的为 3000-5000 元,6%的为 5000-1 万元,仅 2%的农村居民医疗消费为 1 万元以上。城镇居民与农村居民的医疗消费水平有一定的差距,如图 1 和图 2 所示。

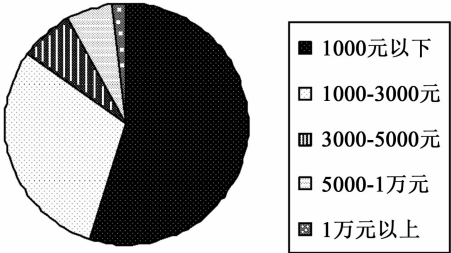


图1 城镇居民年医疗消费情况

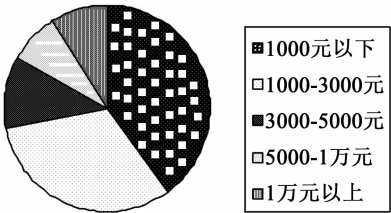


图2 农村居民年医疗消费情况

2. 针对城乡居民获得医疗资源的可及度进行的调查结果分析

针对基本医疗卫生资源的可及度问题,调查主要涉及就医渠道、就医原则、交通距离、参保情况等。其中,被调查者患病时的主要就医渠道,县市级或者省级大医院,占被调查城镇居民人数的 21%;区级医院或乡镇医院,占被调查城镇居民人数的 60%;私人诊所社区卫生中心或药店,占被调查城镇居民人数的 19%。而农村居民中,只有 4%的选择到县市级或者省级大医院就医;45%的选择到乡镇医院

或者区级医院就医;51%的选择去村卫生室或者药店就医。在就医原则的调查中,15%的城镇居民选择不论大小病都去最好的医院,而选择此原则的农村居民仅占 1%;选择视病情而定觉得一般疾病中小医院即可医治的,城镇居民为 36%,农村居民为 23%;选择就近就医的城镇居民为 23%,农村居民为 56%;选择视交通状况、方便程度、价格等因素综合考虑原则的,城镇居民为 24%,农村居民为 20% (如图 3 所示)。被调查者家庭所在地到距离最近的设备最完善的大医院的时间,城镇居民与农村居民差别较大,30 分钟内可到达的城镇居民为 32%,农村居民为 10%;30 分钟到 1 小时内可到达的城镇居民为 38%,农村居民为 26%;1-2 小时内,城镇居民为 21%,农村居民为 43%;2 小时以上,城镇居民 9%,农村居民占 21% (如图 4 所示)。在回收的调查问卷中,只有 1 名被调查的农村居民没有参加新型农村合作医疗制度,参保率达 99%。

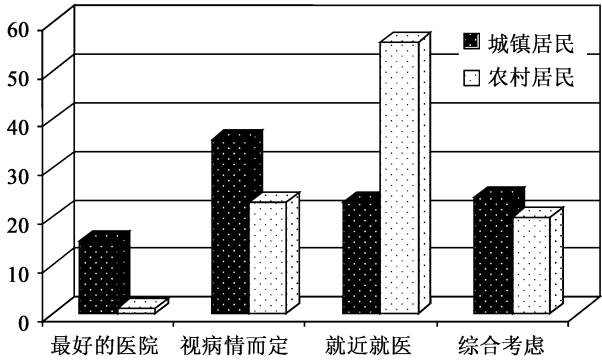


图3 被调查者患病时就医渠道选择原则

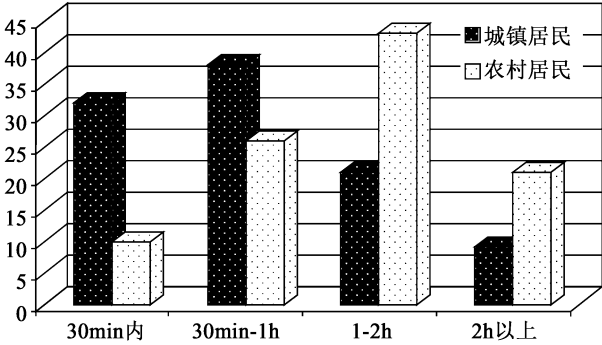


图4 被调查者家庭所在地到距离最近的设备最完善的大医院的时间调查

3. 针对城乡居民对基本医疗卫生服务的满意度情况进行的调查结果分析

对基本医疗卫生服务满意度情况调查,主要涉

及医疗机构环境设施、医疗设备、医疗质量、服务效率满意度等情况。以医疗质量为例,城镇居民对医疗质量的满意度明显高于农村居民(如图5所示)。针对被调查者中的农村居民,19%的人对农村新型农村合作医疗感到满意,71%的人基本满意,8%的人不满意,2%的人选择说不清楚。不满意的地方主要有定点医院收费高,定点医院看病手续繁琐,报销医药费少,报销手续繁琐,定点医院少,就医不方便,定点医院医疗水平低等。

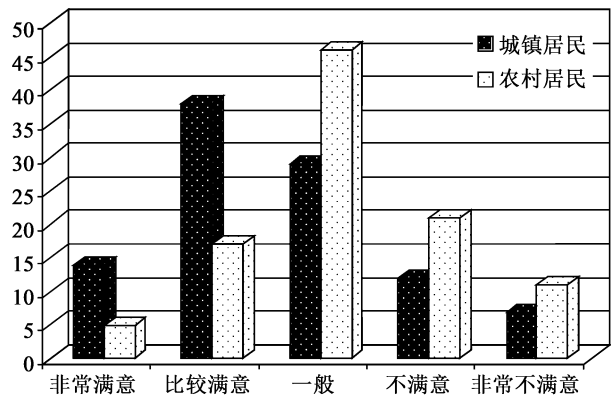


图5 被调查者对所处地区的医疗质量满意度的调查

三、实现山东省城乡基本医疗卫生资源配置均等化的财政政策

(一)合理界定政府为实现基本医疗卫生服务均等化中的作用

美国经济学家杰弗里·萨克斯认为政府应该保证贫困人群对基本医疗卫生服务,尤其是公共卫生服务的可及性,所有人都应该可以同等地获得基本医疗卫生服务,要考虑怎样防止人们因为一些疾病和突发事件而变得贫困,怎样控制和调查一些流行病等。具体而言,政府的作用可以体现在对城乡居民基本健康权的维护,在医疗服务需求方的政府责任及在医疗服务供给方的政府责任等。从维护健康机会均等的角度看,政府应在安全饮用水供应、卫生设施和其他基础设施投资以及保证全面的医疗保险覆盖率等方面发挥作用。从医疗服务需求方看,政府应采取适当的对策保证城乡居民获得基本医疗卫生服务,比如适当的资金投入、第三方支付机制等。从医疗卫生服务的供给方看,政府应承担一定的基本医疗卫生服务成本,对医疗服务提供者加强监督管理等。

(二)改革和完善政府财政支出结构,加大财政

对农村基本医疗卫生服务的支持力度

20世纪50年代以来,很多国家数据表明弱势群体通向医疗服务的渠道已经有所改善。大规模的公共财政项目,如Medicare和Medicaid,针对低收入群体的项目,如社区医疗中心、儿童和青年项目、母亲和婴儿护理等对这些改善起了很大的作用。70年代中期以来,经济和政治环境发生了很大变化,相应的公平方面的改善步伐有所放缓。最近几年,伴随经济发展及政府财政收支的变化,医疗服务市场的成本、质量及服务提供有了很大变化,对医疗服务在不同收入、地区人群间的分配状况的研究依然是经济学领域的热点问题之一。

从山东省的情况看,要促进城乡基本医疗卫生服务均等化,关键问题是要保证医疗资源在城乡之间的合理配置,为了达到这一目的,政府财政支出应发挥应有的作用。在城镇医疗服务水平和医疗资源拥有程度都远远高出农村的现实背景下,应适当扩大个人、企业、非政府机构等市场主体在城镇医疗服务提供中的地位和作用,将有限的政府财政资金更多地转移到农村,为广大农村居民建立和完善基本医疗卫生服务机构,塑造能吸引更多专业技术人员到农村来的激励机制,建立倾向于弱势群体的医疗救助项目等。

(三)发挥社会医疗保险制度在促进城乡医疗服务均等化方面的作用

医疗服务中的第三方支付制度除了体现在政府对特困群体的支付外,多数医疗服务的第三方支付来自医疗保险机构。我国自20世纪80年代以来,已经初步建立起了比较完善的社会医疗保险制度。但从覆盖面和支付水平看,农村多数人口还未被全民医疗保险制度覆盖,新型农村合作医疗制度与城镇居民基本医疗保险制度相比,支付水平依然偏低。因此,应建立全民医疗保障制度,实现城乡基本医疗保险一体化,对所有居民,不论城乡,实现强制性保险,有效保证社会医疗保险的规模,防止由不保险所造成的保费筹集不足和逆向选择问题,保证城乡所有社会成员能够平等地享受医疗保障。这对于促进城乡居民基本医疗卫生服务的均等能起到一定的保障作用。

参考文献:

[1][英]安东尼·B·阿特金森,[美]约瑟夫·E·斯蒂格里茨.公共经济学[M].蔡江南,许斌,邹华明.上海:上海人民出版社,1994.

[2]Martin Feldstein, Jeffrey B. Liebman. Social Security [N]. NBER working paper 8451, 2001.

[3]顾昕,白晨.中国医疗救助筹资水平的横向公平性研究[J].财政研究,2014,(12).

[4]阿耶·L·希尔曼.公共财政与公共政策(政府的责任与局限)[M].北京:中国社会科学出版社,2006.

[5]高培勇,张斌,王宁.中国公共财政建设报告 2012 [M].北京:社会科学文献出版社,2012.

[6]葛延风.“十二五”力争医药卫生重点领域改革有所突破[N].人民日报.2012-03-31.

[7]张琼.健康与经济增长的跨国研究[J].中国人口·资源与环境,2012,(04).

[8]谭涛,张燕媛,何军.中国农村居民家庭医疗消费支出的影响因素及弹性分析[J].上海财经大学学报,2014,(03).

[9]徐光毅,邱小丹.深港门诊医疗服务的需求弹性比较研究[Z].统筹优选与经济转型——第十三届中国管理科学学术年会会议论文,2011.

[10]卢洪友.中国基本公共服务均等化进程报告[M].北京:人民出版社,2012.

[11]孟庆跃.改善卫生服务绩效:政策和行动[M].北

京:人民卫生出版社,2012.

[12]王莹.城乡基本公共服务均等化与财政制度安排研究[M].北京:中国财政经济出版社,2013.

[13]丁德斌.医疗服务公益性的政府责任机制[J].公共管理与政策评论,2013,(02).

[14]孟庆平,汪崇金.我国医疗资源配置的均等化之财政对策研究[J].现代财经,2011,(05).

[15]王志峰,张天.中国医疗卫生服务均等化的地区比较及体制改革研究[J].经济社会体制比较(双月刊),2009,(06).

[16]张永梅,李放.城乡基本医疗卫生服务均等化的综合评价——基于两次国家卫生服务调查数据[J].贵州社会科学,2010,(05).

[17]朱莉华,曹乾,王健.居民健康与卫生保健及医疗服务的可及性关系——基于 CHNS 2006 年数据的实证研究[J].经济研究导刊,2009,(13).

[18]杰弗里·萨克斯.共同财富:可持续发展将如何改变人类命运[M].北京:中信出版社,2010.

[19]Den Exter, Andre. Health System Reforms in The Netherlands: From Public to Private and its Effects on Equal Access to Health Care[J]. European Journal of Health Law, 2010, 17 (3), 223 - 233.

(责任编辑:周杰)

On the Fiscal Policies of Equalization to Basic  
Medical Service in Shandong Province

MENG Qingping NIU Jingxin

(School of Public Finance and Taxation, Shandong University of Finance and Economics, Jinan 250014, China)

**Abstract:** Because of uncertainty and incompleteness in medical service market, the medical resources would be unequally allocated through market mechanism, and the benefit of some groups could not be guaranteed. By making some empirical analyses such as Horizontal and Theil index, the paper states that the differences of medical resources among different regions in Shandong province are significant, and among which the main one is the difference between cities and rural areas. Based on this, some fiscal countermeasures which aimed to fulfill equalization of basic medical services are proposed.

**Key Words:** Shandong Province; Basic medical resources; Equalization; Present situation; Fiscal policies