

我国基本公共服务均等化的 财政投入与需求分析

项继权 袁方成*

【摘要】向国民均等地提供公共产品和公共服务是政府的基本职责。政府对基本公共服务的财政投入在相当程度上决定了基本公共服务的数量和质量,公共财政资源的分配及投入方式直接影响甚至决定基本公共服务均等化的程度。本文在实证调查的基础上,从公共财政投入与分配的角度对我国基本公共服务均等化问题进行研究。文章指出,当前我国基本公共服务不仅面临财政投入总量不足,还存在分配不均、城乡之间及地区之间公共服务有明显的非均衡性问题。文章对2010-2020年我国逐步实现基本公共服务均等化的财政需求及其可行性进行分析,并就如何深化我国财政体制改革、促进我国公共服务均等化提出若干建议。

【关键词】基本公共服务 均等化 财政投入 可行性

基本公共服务实现均等化,让全体人民分享改革和发展的成果,是我国改革和发展的重要目标,也是当前政府工作的重点和难点之一。虽然一个国家和地区的公共服务发展水平受到经济、政治、社

* 项继权,华中师范大学中国农村问题研究中心,教授;袁方成,华中师范大学中国农村问题研究中心,讲师。

本文是国家哲学社会科学研究重大课题攻关项目“促进社会公平正义的服务型政府建设和公共服务体系完善研究”(项目批准号 07&ZD030)和教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“新农村建设中的社区建设研究”(项目批准号 07JZD0024)的成果。全国性调查研究得到国家财政部农村综合改革办公室、教科文司的支持,华中师范大学中国农村问题研究中心先后有25位教师和博士生参与了分省调查,近百位大学生参与了问卷调查。论文中部分数据图表直接源于课题组相关专题报告。匿名评审人对本文提出了宝贵的修改意见。在此一并致谢!

会、文化及历史等多重因素的影响,但是,由于基本公共服务主要是由政府提供的,政府对基本公共服务的财政投入状况在相当程度上决定了基本公共服务的数量和质量,公共财政资源的分配及投入方式也将影响甚至决定基本公共服务均等化的程度。因此,基本公共服务均等化问题的实质是公共财政问题,其核心和关键是如何实现公共财政资源的公平分配。正因如此,党的十六届六中全会提出“以发展社会事业和解决民生问题为重点,优化公共资源配置,注重向农村、基层、欠发达地区倾斜,逐步形成惠及全民的基本公共服务体系”;加大对欠发达地区和困难地区的扶持。中央财政转移支付资金重点用于中西部地区,尽快使中西部地区基础设施和教育、卫生、文化等公共服务设施得到改善,逐步缩小地区间基本公共服务差距”。党的十七大进一步强调“围绕推进基本公共服务均等化……完善公共财政体系”。据此,本文从公共财政投入与分配的角度对我国基本公共服务均等化问题进行研究,重点是讨论我国基本公共服务实现均等化的财政需求及其可行性。

此项研究的相关数据源于2007年度华中师范大学中国农村问题研究中心进行的全国性大规模调查。2007年5-9月,在国家财政部农村综合改革办公室、教科文司的支持下,华中师范大学中国农村问题研究中心组织5个课题组25位教师和博士生先后对浙江、山东、广东、安徽、湖北、河南、四川、陕西、云南、新疆及北京等11个省市和自治区的公共服务问题进行专项调查。这些省市自治区分别地处我国东部、中部和西部不同地区,其社会经济发展水平呈现出非均衡性,有一定代表性。在各省、市和自治区的调查过程中,各调查组分别选择发达、中等和欠发达3个县市及若干乡镇进行调查,以了解省市内部城乡之间及县市之间基本公共服务及其均等状况。为进一步了解公共服务的社会需求及其满足程度,我们还组织华中师范大学近百位大学生进村入户,进行全国性“公共服务需求状况问卷调查”,发放问卷2.6万份,回收有效问卷2.3773万份,涉及20多个省市和自治区。在对我国基本公共服务进行调查的同时,我们对北欧

国家、美国、德国、日本、韩国、印度、匈牙利等经济发展水平和管理体制各不相同的国家公共服务进行比较分析。最后,结合全国统计资料,对我国义务教育、医疗卫生、社会保障及公共文化等基本公共服务的均等状况及中长期发展作出评估,对均等化的财政需求及其可行性进行分析,就如何深化我国财政体制改革、促进我国公共服务均等化提出政策建议。

一、基本公共服务均等化及其检测标准

提供公共产品和公共服务是政府的基本职责。然而,对于什么是公共产品和公共服务、哪些是政府应提供的基本公共产品和公共服务,人们并没有一致的看法。从理论和实践来看,人们对于公共产品及公共服务的认定及政府责任的确定有两种不同的思路。

一是从产品属性的角度来划分,即凡是满足人们的公共需求、具有“公共品”性质的产品和服务就是公共产品和公共服务。按照经济学的分析,人们需求的产品分为三大类型:“公共产品”、“私人产品”及介于公共与私人之间的“混合产品”。公共产品与私人产品的根本区别在于是否具有“竞争性”和“排他性”。公共产品是那些具有非竞争性和非排他性的产品,因为其“无利可图”难以由市场和社会提供和保障,只能由政府来承担。私人产品则是个人消费的物品,人们可以通过市场来获得,无需政府负责。除上述私人产品和公共产品之外,还有大量的介于两者之间的混合物品。这些物品具有一定的竞争性和排他性,既具有私人性,又具有社会性。对于这些混合物品的生产和供给,应由政府、社会及市场共同提供。据此,政府的责任只是提供那些具有非排他性和非竞争性的公共产品和公共服务。然而,问题是,“公共产品”和“公共服务”是否一定要政府来承担?是不是只要是“私人产品”,政府就可以完全免责呢?在现实生活中,一些没有竞争性和排他性的社会服务工作可能并不完全由政府来承担,而纯属私人需求问题也要求政府解决,如个人因病、因灾

而无力生存时政府也不能“见死不救”。

正因如此,人们提出另一条解决的思路,这就是根据需求及供给状况来确定政府的责任:凡是人们迫切需要而社会和市场做不了、做不好和不愿意提供的产品,均是政府的责任。其潜在的逻辑是:不论是否是公共产品,只要是人们必需的而其他方式不能有效供给的产品,即使是私人产品,也应由政府来承担。反之,即使是具有非竞争性和非排他性的产品,只要社会和市场愿意并能够提供,政府也可放手让社会和市场来承担。如有些产品虽然是私人产品,但由于信息不对称、自然垄断及道德底线等原因难以由市场和社会充分供给,必须由政府出面解决(张春霖,2006)。由此可以解释为什么政府必须对无助的人们提供救助,必须对医药价格进行干预,以及对一些偏远而贫困乡村的村内道路和设施提供支持——即使这仅仅服务于个人或个别乡村,或者本质上属于市场交易行为。

显然,两条思路有着不同的出发点和重点:前者强调“只有公共产品才是政府的责任”,而后者则强调“不能有效供给的必需品都应由政府来供给”。如果说根据产品的性质来判定政府责任是一种“消极标准”的话,根据需求供给状况来确定政府的职责则可视为一种“积极标准”。在此,政府责任的范围也显著扩大,不仅包括提供传统的公共产品和公共服务,也包括一些难以有效供给的私人产品和服务。

无论是何种标准和思路,公共产品的范围及政府公共服务的责任都是满足人们的现实需求。政府的职责是向社会提供人们生存和发展所必需的、且无法通过其他方式有效供给和保障的产品和服务。然而,在现实生活中,由于人们的需求具有多样性和无限性,而政府能力始终是有限的。面对众多的需求,任何政府都无力完全满足。必须根据产品和服务的性质、需求的紧迫和重要程度以及政府能力来确定政府公共服务的优先顺序。事实上,并不是所有的公共需求都需要由政府或公共权力机关和组织来提供,有的需求可以由社会组织或市场来提供。根据人们需求的公益性程度及其需求满足中对政府的依赖程度的不同,我们可以将公共服务分为“基本公共服务”

和“非基本公共服务”两类。前者是政府必须承担和满足的公共产品和服务,后者则可以通过政府以外的社会组织或市场来提供。有相当多的需求和产品具有混合的特征,在市场和社会提供的同时需要政府的支持和参与,这可以称为一种“准基本公共服务”。一般来说,政府是基本社会公共服务的提供者,是非基本社会公共服务的倡导者和参与者,同时又是整个社会公共服务的规划者和管理者。(杜戈鹏,2006)

不过,基本公共服务应包括哪些内容,人们对此也存在不同的看法。有学者认为,根据政府提供服务的性质和类型来看,基本公共服务应包括四大领域:一是底线生存服务,包括就业服务、社会保障、社会福利和社会救助,主要目标是保障公民的生存权;二是公众发展服务,包括义务教育、公共卫生和基本医疗、公共文化体育,主要目标是保障公民的发展权;三是基本环境服务,包括居住服务、公共交通、公共通信、公用设施和环境保护,主要目标是保障公民起码的日常生活和自由;四是基本安全服务,包括公共安全、消费安全和国防安全等领域,主要目标是保障公民的生命财产安全(陈海威,2007:98)。有学者认为,根据我国现阶段的实际、国际经验和我国宪法以及党的十六届六中全会《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》,应当把我国现阶段的基本公共服务界定在医疗卫生或者叫公共卫生和基本医疗、义务教育、社会救济、就业服务和养老保险上。而且义务教育、公共卫生和基本医疗、最低生活保障,应当是我们基本公共服务中的“基本”(丁元竹,2007:64)。有学者认为,“基本公共服务”是指建立在一定社会共识基础上,根据一国经济社会发展阶段和总体水平,为维持本国经济社会的稳定、基本的社会正义和凝聚力,保护个人最基本的生存权和发展权,所必须提供的公共服务,其规定的是一定阶段内公共服务应该覆盖的最小范围和边界。也就是说,基本公共服务回答的是特定阶段应该提供什么公共服务的问题(陈昌盛,2007:68)。正因如此,不少学者都强调“基本公共服务”的内容不是绝对的,它会因时间、地点的变化而变化(刘尚希,

2007 :24)。在我们看来,基本公共服务是一个社会中人们生存和发展必需的基本条件,是一个社会非由政府提供不能有效满足和充分保障的基本福利水准。不同的国家及不同地区,政府确定和提供的基本公共服务的内容不尽相同。按联合国“政府职能分类(the Classification of the Functions of Government,COFOG)”体系,政府基本公共服务一般包括4个方面:普通公共服务与公共安全、社会服务(包括教育事务和服务、健康事务和服务、社会保障和福利、住房、供水、文化等方面)、经济服务(包括燃油和电力、农林渔业、交通运输与通信等方面),以及未按大类划分的支出(如政府间转移支付)等(斯基亚沃-坎波、托马西,2001:77-78)。按国际货币基金组织(International Monetary Fund,IMF)的分类,政府基本公共服务包括十大类,每一大类下又有若干小类(IMF,2006)。但是,无论是从世界各国还是从我国实践来看,义务教育、基本医疗、公共卫生、社会保障、公共文化、公共安全等等都被视为最基本的公共服务。

表1 公共服务分类

基本公共服务		政府依照法律法规,为保障社会全体成员基本社会权利、基础性的社会福利水平,必须向全体居民均等地提供的社会公共服务
非基本公共服务	准基本公共服务	为保障社会整体福利水平所必需的,同时又可以引入市场机制提供或运营的,但由于政府定价等原因而没有营利空间或营利空间较小,需政府采取多种措施给予支持的社会公共服务
	经营性社会公共服务	完全可以通过市场配置资源,满足居民多样化需求的社会公共服务

基本公共服务均等化是国家保证全体居民均等地享有上述基本公共服务。不过,如何判断公共服务是否均等并不容易。有学者认为,“均等化”的“均等”的内容包含两个方面:一是居民享受公共服务的机会均等;二是居民享受公共服务的结果均等,在数量和质量上都应大体相等。相比之下,结果均等更重要。基本公共服务均等化的终极目标是应当使人与人之间享受到基本公共服务的均等化(安体富,2007:48)。有的学者强调“基本公共服务均等化”的内涵包括

3个方面:第一、全体公民享有基本公共服务的机会应该均等;“有着保障生存权和发展权”的意义;第二、全体公民享有基本公共服务的结果应该大体均等或者说相对均等;第三、社会在提供大体均等的基本公共服务成果的过程中,尊重某些社会成员的自由选择权(常修泽,2007)。有的则认为“公共服务均等化”是一个过程,初级阶段的目标可能更侧重于区域公共服务均等化,主要表现为区域内、区域间的公共服务水平的差距明显缩小;中级阶段的目标会更多地侧重于城乡公共服务均等化,主要表现为不仅在区域内,而且在各区域城乡之间的公共服务水平接近;高级阶段的目标则为实现全民公共服务均等化,主要表现为区域之间、城乡之间、居民个人之间的公共服务基本形成均等状态(贾康,2007:5)。还有的学者强调不要把基本公共服务均等化误解为公共服务的平均化,其本质内涵是指在基本公共服务方面有全国统一的制度安排(夏锋,2007)。

基本公共服务均等化的目标和内容涉及人们的平等和公正观念及其要求。对于平等、公平或正义,人们向来存在分歧和争论。从理论上来看,人们对于平等或均等的理解和解释有四种倾向:一是结果平等,强调人们的处境、条件或结果相等;二是起点或机会平等,关注赋予人们具有同等的条件、权利和机会,而非实际的结果;三是能力平等,允许根据能力的不同而获得不同待遇,如“按劳分配”;四是需求平等,强调对于不同的需求给予同样的满足才是平等,如“按需分配”(罗尔斯,1988:97;哈耶克,1998:128-129;金里卡,2004:110、172-175)。从公共服务均等化的角度看,上述不同的理解有不同的政策指向和要求,也会有不同的政策后果。“结果平等”要求我们确保人们享有相同水准的公共服务和社会福利。但是,在现实生活中,由于各地社会经济发展水平不同,各地的需求结构和要求不同,以及人们先天与后天条件的差别,完全或绝对均等是不可能的。况且,结果平等也可能因人们的需求偏好和要求不同而不平等,因为有的人可能有特别的或更大的需要。“起点平等”或“机会平等”要求为人们享受公共服务提供基本的发展基础、条件、权利和机会,它不

仅强调法律及权利的平等,也要求对贫穷落后及利益受损者给予适当的补偿。但是这也隐含着实际结果的不均等。“能力平等”反对绝对的平等或均等,强调不同发展水平和条件的人们和地区可以享受不尽相同的公共服务水平。但是,它也将鼓励和扩大现实中不同地区和不同群众之间公共服务的不平等;“需求平等”则要求针对不同的需求提供不同的公共服务,其困难不仅在于如何确定并满足不同偏好和不同强度的需求,也可能因此推进截然相反的政策,如可能因贫困落后地区的需求大而加大公共服务的投入,也可能因其需求简单而减少投入;对于发达地区甚至可能因其需求多、要求高而增加公共服务的投入,从而进一步拉大公共服务水平的差距。

表2 平等理论的政策指向与政策后果

平等理论	政策指向	不良后果
结果平等	向人们提供并保证人们实际享受相同内容和标准的公共服务	平均主义,一律化,与多样化和多层次的需求矛盾
起点平等	向人们提供基本的公共服务,对弱势群体和地区提供特别支持,以消除现存差距	出现实际结果的不平等
机会平等	赋予并保障人们平等享有公共服务的权利,并提供共享条件和机会	可能出现实际结果的不平等
能力平等	不同发展水平和条件的人们和地区可以享受不尽相同的公共服务水平	承认并将扩大现实生活中公共服务的平等
需求平等	根据不同的需求提供相应的公共服务;“各取所需”、“因人而异”	需求具有无限性、多样性、变动性,难以操作和满足,有扩大差距的风险

显然,从一般意义上说,公共服务的结果完全平等是不现实的,而单纯的能力平等的结果将是进一步拉大公共服务水平的差距;需求平等及起点和机会平等存在操作上的困难,也存在扩大差距的危险。这些与我们强调的公共服务均等化的目标也不尽一致。因此,基本上任何一种标准的政策都不尽如人意。

不过,从理论、实践及可操作性的角度来看,根据人们的需求、社

会发展和政府能力综合运用上述不同标准是一种可行的选择。任何社会中,我们不可能做到完全的结果平等或均等,但是,我们可以要求并实现基本公共服务的均等化,即人们生存和发展最基本的条件的均等。这不仅是一种生存底线的平等,也是符合起点和机会平等的要求,同时还满足最基本的需求的平等。基本公共服务均等化内含并要求基本公共服务的内容和水平的均等化(消费均等和结果平等)、服务设施和条件及资源占有的均等化(条件均等和起点平等),以及赋予人们相同的权利和机会(权利平等及制度平等),不因其身份的不同享有不同的待遇,其目标是保证生存和发展的起点公平,基础性的服务均等,以及人们基本权利的平等。这不仅要求国家公共服务的分配对全体公民同等关照,人们享有同等的机会,同时也要求全体公民享有大体相同的基本公共服务水平,不能有太大的差距(项继权 2008)。

由于基本公共服务均等化涉及服务的设施条件和服务效果的主观判断,我们可以从客观和主观两个方面进行判断和监测:一是对基本公共服务的设施和条件测量,如对基本公共服务供给的类型和内容、基本设施的数量和质量、服务的便利性和可及性等客观条件进行测量和评价;二是对基本公共服务公平性的满意度的主观测量,主要是人们对于基本公共服务的可及性、满意度及公平度进行调查和测评。不过,除上述检测方式之外,由于基本公共服务是由政府提供,财政投入的状况在相当程度上也决定了基本公共服务的数量和质量。由此,基本公共服务的均等状况也可由财政投入及均衡程度来测量。由于各个地区的居民所享受的公共产品主要由两部分构成:一部分是由中央政府提供的全国性公共产品;另一部分是各个地方政府提供的地方性公共产品。由于中央政府直接提供的全国性公共产品在理论上各地大体相同,而中央通过地方及由地方直接提供的公共产品的差别均反映在地方公共服务的财政投入上,由此,公共服务均等化的水平在相当程度上也转变为地方政府公共服务的财政能力及财政投入。

表 3 基本公共服务均等化的检测方式

测评方式	方法与途径	偏差与不足
基本公共服务的设施与条件的均等化测评	对不同类型基本公共服务的供给数量、设施、条件的调查评估	忽视主观评价
基本公共服务满意度与公平度的主观测评	通过问卷、访谈对人们关于基本公共服务的可及性、便利性、经济性及满意度进行调查评估	存在多样性、多变性和模糊性
基本公共服务财政能力与投入均衡性测评	对基本公共服务财政投入的状况尤其是地方公共服务财政能力及均衡性进行调查评估	忽视服务成本、效率、效益等因素对公共服务的质量和数量的影响

由于基本公共服务的内容较多,我们选择义务教育、医疗卫生、公共文化及社会保障等基本公共服务进行调查,并以此对我国基本公共服务均等化的水平进行评估。由于不同类型的基本公共服务有不同条件和设施,人们对此有不同的需求及不尽相同的满意度,我们对不同类型的服务的均等性分别选择不同的指标并进行分析。如对公共文化的分析就通过人均文化消费水平(或人均文化支出)、人均文化事业经费支出、地区性文化经费的财政拨款、文化经费占财政支出的比重(或占GDP的比重),及文化经费与教育、行政经费的比较等来检测。对于基本公共服务的总体性分析则主要通过公共服务的财政投入及其均衡性来检测,从而将客观与主观、宏观与微观结合起来。

对于均等化状况的评估,一般是通过测量不均等来描述的。在社会统计学上,测量不均等的技术和方法很多,例如,用于比较两者之间差异的绝对离差法、相对比率法、极差法等,以及用于衡量总体差异的标准差法、差异系数法、基尼系数法、舒尔兹系数和泰尔系数法等。比较常用的是基尼系数法和差异系数法。在此项研究中,我们运用“平均值”、“标准差”、“极差”、“差异系数”、“基尼系数”等测量指标对不同地区公共服务的非均等性进行测量。东部地区包括北京、上海、天津、辽宁、江苏、浙江、山东、广东、海南、福建等10个省市,中部地区包括黑龙江、河北、山西、安徽、江西、湖北、湖南、河南、吉林等9省,西部地区包括四川、陕西、内蒙古、宁夏、云南、广西、贵

州、新疆、青海、甘肃、西藏等 12 个省(自治区)。对省市之间公共服务差距的分析是基于对东、中、西部地区经过分层随机抽样产生北京、浙江、安徽、山东、河南、湖北、广东、四川、云南、陕西等 10 省市情况的分析,对于省市内部公共服务的差距的分析是随机选择 1 个省市作为样本,进行省市内部地区差异比较分析。

二、当前我国基本公共服务的供给及非均衡性

建国以后特别是改革开放以来,我国基本公共服务的范围不断扩大、服务质量不断提高。但是,总的来看,我国基本公共服务存在“供给不足”和“分配不均”的问题,非均衡或非均等性问题比较突出,地区之间及城乡之间某些基本公共服务的差距仍在扩大。

从公共服务的财政投入来看,近些年来我国政府不断加大公共服务的财政投入,大大改善了基本公共服务的条件,提升了服务的品质。不过,与其他国家相比,基本公共服务的投入仍有相当大的差距。从公共教育来看,目前世界公共教育投入占各国 GDP 的平均水平约为 7%左右,其中发达国家达到了 9%左右,经济欠发达的国家也达到了 4.1%。2003 年我国公共财政对公共教育的支出占 GDP 为 3.41%,2004 年为 2.79%,2005 年为 3.12%,2006 年由于调整了 GDP 统计数,增加了 2 万多亿的 GDP,比重降到 2.86%。这不仅远远低于 20 世纪末世界的平均水平,也没有达到国家规定的 2000 年达到 4%的目标,甚至还不断下降(财政部 2005,2006;世界银行 2004,2005)。

从卫生保健来看,根据世界银行的测算,2002 年,世界低收入国家卫生保健支出占 GDP 的平均百分比为 5.5%,中等收入国家为 6%,高收入国家为 11.1%。德国、法国、日本、印度及俄罗斯等国卫生保健支出分别占 GDP 的 10.9%、9.7%、7.9%、6.1%和 6.2%,而中国仅为 5.8%,仅比低收入国家略高,接近中等收入国家平均水平。从卫生保障的公共支出占 GDP 的百分比来看,全世界低收入国家平均为 1.5%,中等收入国家为 3%,高收入国家为 6.6%。在

中等收入国家中,下中等收入国家平均为 2.7%,上中等收入国家为 3.4%,而中国仅为 2%,只是中等收入国家平均水平的三分之二。发达国家是中国的 3.3 倍。如果与上中等收入国家相比,相差近一半。从绝对数来看,世界低收入国家人均卫生保障支出为 29 美元,中等收入国家平均为 109 美元,其中上中等收入国家为 310 美元;高收入国家平均为 3039 美元,而我国人均卫生保障支出仅为 63 美元。上中等收入国家人均卫生保障支出约是我国的 5 倍,高收入国家则是我国的 48 倍多(世界银行,2005:80-82)。显然,我国的卫生保健支出尤其是公共支出总规模偏小,投入不足。

作为一个发展中国家,我国卫生总费用的支出并不低,但是,在卫生费用支出方面,国家公共财政承担的费用比较低,且分配不均,财政投入主要集中在大城市、大医院,农村公共卫生投入不足。1990-2002 年这 13 年间,我国卫生总费用各部分绝对值都有所增长,但卫生总费用中各部分比重的变化却不一致。其中,政府预算卫生支出从 1990 年的 25.1% 下降到 2002 年的 15.2%,下降了 9.9%;公共卫生支出占财政支出的平均比例呈不断下降趋势。1997-1998 年低收入国家(人均年收入在 1000-2200 美元之间)的公共卫生支出占其财政支出的平均比例为 1.26%,中等收入国家(人均年收入在 2200-7000 美元之间)的平均比例为 2.25%,而我国政府用于公共卫生服务的经费总额在国家财政支出中的比例从 1996 年的 2.36% 下降到 2000 年的 1.71%。特别是 20 世纪 90 年代以后,我国财政公共卫生支出占 GDP 的比重也在逐年下降(刘明慧,2005:64-65)。2005 年,医疗卫生支出仅占全国财政总支出的 0.03%。2006 年,新型农村合作医疗制度改革试点范围扩大到全国 40% 的县(市、区),中央财政对中西部地区参加新型农村合作医疗农民的补助资金达到 47.3 亿元,全国农民人均不足 5 元钱(卫生部,2007)。

从社会保障来看,我国财政用于社会保障的支出主要包括三类:行政事业单位离退休支出、抚恤和社会福利救济支出,以及社会保障补助支出。1998 年以来,我国财政用于社会保障支出的总量不断增

加,财政社会保障支出占财政支出的比重基本保持在 11% 左右。1998 - 2005 年,财政社会保障支出总量从 1998 年的约 600 亿增加到 2005 年的约 3700 亿,年均增长率为 25.6%。8 年间增长了 5 倍多,但是,与其他国家相比,仍有较大差距。2002 年,美国的财政社会保障支出占财政支出的比重为 17%,英国为 19.4%,德国为 31.3%,法国为 19.8%,瑞典为 13.6%,日本为 24.4%,同期我国为 12.3%。2002 年,美国社会保障总支出(包括财政社会保障支出和社会保险支出)占国民生产总值比重为 12%,英国为 13.3%,德国为 27.1%,日本为 16.8%,捷克为 19.6%,俄罗斯为 19.6%,我国 2005 年仅为 4.5%(王东进,2006:25、27)。不过,根据我们测算,2005 年我国 GDP 为 18.30848 万亿元,社会保障总支出为 3698.86 亿元,据此,社会保障支出仅占 GDP 的 2.02%,占财政总支出的比重为 10.9%。

同时,在现有的财政社会保障投入预算规模较小的情况下,就业、再就业资金和社会保险基金补助资金基本上采取年年协商的方式来确定,没有完全纳入预算管理,经常性的财政投入机制尚未建立起来。据 2006 年《中国财政年鉴》,2005 年我国 GDP 为 18.30848 万亿元,社会保障总支出为 3698.86 亿元,仅占 GDP 的 2.02%,占财政总支出的比重为 10.9%,远远没有实现《劳动和社会保障事业发展第十个五年计划纲要》中提出的“逐步将社会保障支出占财政支出的比重提高到 15 - 20%”这一目标。

从公共文化来看,虽然国家强调文化事业投入的“增加幅度不低于财政收入的增长幅度”,但是,1980 - 2006 年间全国文化事业费占国家财政支出的比重处于 0.35 - 0.50% 之间,2003 年降到最低水平,仅为 0.35%;文化事业经费投入占国家 GDP 比重处于 0.06 - 0.08% 之间,都处于较低的水平(吴理财、朱春雷,2007:30)。

仅从基础教育、医疗卫生、社会保障和公共文化来看,我国基本公共服务的投入不够,不仅与其他发达国家乃至中等发达国家有较大的差距,也没有达到政府既定的投入目标。在基本公共服务投入不足的同时,公共服务的财政投入也呈现出明显的非均等性。

从义务教育来看,义务教育的非均衡性突出地表现为义务教育投入的非均衡性。2005年全国预算内经费4665.7亿元,东部地区约2269.1亿元,中部地区约1307.0亿元,西部地区约1089.6亿元,东部超出中部和西部的1倍多。从生均经费来看,小学生均预算内公用经费支出方面,1993年三大地区的极差率为3.02,2005年极差率扩大至3.33;在普通初中生均预算内公用经费支出方面,1993年三大地区极差率为2.55,而2005年,极差率高达3.49,差距更加明显。从具体的省市来看,对各省市1993年全国农村小学生均预算内公用经费指标的测算,上海最高,达143.90元,安徽最低,仅3.31元;极差率高达43.47。2005年上海在全国最高,达1865.70元,广西最低,仅59.22元,极差率更是高达31.50。

表4 1993、2005年生均预算内公用经费差距统计(单位:元)

地区	小 学		初 中	
	1993年	2005年	1993年	2005年
全国	17.09	166.52	49.62	232.88
东部地区	41.53	499.84	96.53	653.46
中部地区	13.76	150.11	37.79	187.06
西部地区(不含西藏)	20.92	176.94	58.52	268.23
极差(单位)	27.77	349.73	58.74	466.4
极差率(单位)	3.02	3.33	2.55	3.49

资料来源:教育部财务司、国家统计局社会和科技统计司,1995:44、56,2006:46、57

从生均预算内教育事业支出来看,在小学生均预算内教育事业费支出指标方面,1993年三大地区极差率为1.76,而2005年极差率达到2.11,差距在拉大。在普通初中生均预算内教育事业费支出指标方面,1993年三大地区极差率为1.63,2005年极差率达到2.41,差距并未缩小。从全国具体各省份来看,1993年上海市最高,达1804.11元,安徽省最低,仅205.7元,极差率为8.77。2005年上海市最高,达8222.59元,河南省最低,仅865.28元,极差率更是高达9.50,仅高于河南的贵州为901.55元,极差率也达到9.12。可以看出,生均预算内教育事业费支出差距是在逐渐拉大。

表5 1993、2005年农村初中、小学生均预算内教育事业支出统计(单位:元)

	小 学		初 中	
	1993年	2005年	1993年	2005年
地区				
全国	162.80	2110.36	316.42	2304.66
东部地区	265.54	3251.23	462.03	3697.09
中部地区	150.64	1539.78	283.81	1532.89
西部地区(西藏未列入)	180.73	1540.04	344.02	1670.31
极差	114.9	1711.45	178.61	2164.20
极差率	1.76	2.11	1.63	2.41

资料来源:教育部财务司、国家统计局社会 and 科技统计司,1995:340、376;2006:374、380

从省际及省内差距来看,2005年全国农村义务教育生均经费支出中,小学和初中阶段生均支出差异程度非常高。分布不均最主要的表征是省内差异,而非省际差异。省内差异对总体不平等的贡献都超过了50%。其中,小学生均事业性经费支出和初中生均事业性经费支出的该百分比分别为70%和67%。

表6 全国农村义务教育发展差异统计

指 标	Theil 指数			省内差异的 比重	
	总体差异	省内差异	省际差异		
小学生均教育事业性经费支出	0.27	0.19	0.08	0.70	
小学生均预算内教育事业性 经费支出	0.28	0.18	0.10	0.64	
小学预算外教育事业性 经费支出	0.41	0.27	0.14	0.66	
初中生均教育事业性经费支出	0.24	0.16	0.08	0.67	
初中生均预算内教育事业性 经费支出	0.23	0.16	0.07	0.70	
初中预算外教育事业性 经费支出	0.41	0.28	0.13	0.68	
地方财 力指标	人均财政收入	0.27	0.14	0.13	0.52
	人均地方财政收入	0.37	0.24	0.13	0.65
	人均财政支出	0.23	0.12	0.11	0.52

资料来源:教育部财务司、国家统计局社会 and 科技统计司,2006:46-51、200-216;中国财政杂志社,2006:159-241、278-383

从医疗卫生的财政投入看,1990年代以来,农村卫生的财政投入所占比重呈下降趋势,由1991年的12.54%下降到2002年的6.23%;社会卫生支出比重也由6.73%下降到4.44%;而农村居民个人卫生支出比重由1991年的80.73%上升到2002年的89.11%,12年间上涨了8.38个百分点,年均上涨0.7个百分点;而同期农村卫生费用占卫生总费用支出的比重一直远远低于40%(王敬尧、邵青,2007:261)。这表明政府财政在农村领域的财政投入规模较小,且呈下降趋势。

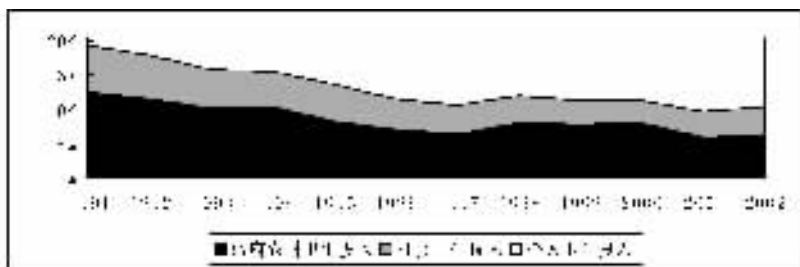


图1 农村卫生费用构成

资料来源:王敬尧、邵青,2006:261

从各级政府财政投入来看,纵向上,中央政府和地方政府间卫生支出非均衡性异常突出,横向上,各省级政府之间卫生投入差异性明显。从1998年至2005年中央政府和地方政府财政卫生经费支出情况看,97%以上由各级地方政府负责筹集,中央政府的卫生支出不足3%,数量极其有限。各省市在卫生领域财政投入水平差异明显。如2003年北京预算内人均卫生投入为433.43元,湖南和安徽仅为27元多,相差16倍。从发展趋势来看,1998年到2005年,地区间的人均政府卫生投入差异呈一种不断扩大的趋势。

从城乡卫生支出来看,2004年58.2%的农村人口卫生支出只占卫生总费用的34.9%,而41.8%的城镇人口卫生支出却占卫生总费用的65.1%。79%的农村居民人口为自费医疗群体,而城市为44.8%,高出34个百分点。农村医疗服务经费中17%来自于政府

拨款,另外 83% 来自农民缴费,包括合作医疗缴费。2005 年城市居民人均卫生费 1122.8 元,农村为 318.5 元,城市是农村的 3.52 倍;2005 年城镇居民人均医疗保健支出为 600 元,而农村居民仅为 168 元,相差 3.5 倍。北京以占全国 1.2% 的人口占全国 6.46% 的卫生费,上海以占全国 1.39% 的人口占了全国 5.13% 的卫生经费,这两个城市共占了近 12% 的卫生费用(高新才 2006:68-69)。

表 7 中央政府和地方政府卫生经费支出(单位:亿元)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
中央政府	8.62	7.19	7.32	11.76	17.25	22.07	22.39	21.26
地方各级政府	406.23	438.49	482.39	557.54	617.79	755.98	832.25	1015.55
国家财政卫生总支出	414.85	445.68	489.71	569.30	635.04	778.05	854.64	1036.81

卫生经费支出不包括计划生育费

资料来源:中国财政杂志社 2005:278-383;国家统计局 2006:292、308

表 8 2000-2005 年我国卫生总费用及其分布

	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	
卫生总费用(亿元)	4586.6	5025.9	5790.0	6584.1	7590.3	8659.9	
城乡卫生费用(亿元)	城市	2621.7	2793.0	3448.2	4150.3	4939.2	6287.1
	农村	1964.9	2233.0	2341.8	2433.8	2651.1	2372.8
城乡卫生费用比例(%)	城市	57.2	55.6	59.6	63.0	65.1	72.6%
	农村	42.8	44.4	40.4	37.0	34.9	27.4%
人均卫生费用(元)		361.9	393.8	450.7	509.5	583.9	662.3
	城市	812.9	841.2	987.1	1108.9	1261.9	1122.8
	农村	214.9	244.8	259.3	274.7	301.6	318.5
城市/农村(倍)	3.8	3.4	3.8	4.0	4.2	3.5	

资料来源:卫生部 2005、2006

从全国范围内的问卷调查来看,广大农民对当前农村医疗卫生状况的整体评价程度不高。在 2.1688 万位作出回应的被访者中,有 45.6% 的农民对当前农村医疗卫生状况表示一般,有 24.9% 的人表示不满意,对当前农村医疗卫生状况表示比较满意的人有 16.6%,非常满意和非常不满意的人仅占 7.1% 和 5.9%。

表9 当前农村医疗卫生状况的满意程度

	频数	百分数(%)
非常满意	1541	7.1
比较满意	3595	16.6
一般	9885	45.6
不满意	5392	24.9
非常不满意	1275	5.9
合计	21688	100.0

就地区差异而言,东部地区和中部地区的农民对农村医疗卫生状况的满意程度优于西部地区,其中,中部地区14.6%的人对当前农村医疗卫生状况表示非常满意,而西部地区27.2%和7.4%的人对当前的卫生状况表示不满意和非常不满意。

从社会保障人均财政支出来看,从全国来看,2001-2005年,西藏人均社会保障财政支出历年最高;历年支出最低的分别为河南(2001年,80元)、江苏(2002年,102元)、江苏(2003年,131元)、河南(2004年,151元)、河南(2005年,179元)。从历年省际差距(最大值与最小值之差)来看,2001年为85元,2005年为166元,2005年较2001年差距扩大95%。2001-2005年,各省(自治区)年人均财政支出(即各省5年人均财政支出之和 \div 5)的排序以西藏最高,其次是陕西、广东、湖南、江苏、河南,5年人均支出金额分别为224.2元、185.1元、150.1元、144.6元、113.9元、108.7元。

从社会保障面来看,国家统计局根据2020年全面建设小康社会的目标测算,2006年社会保障的实现率为50.24%(国家统计局,2007)。城乡之间及地区之间社会保障水平和质量存在较大的差距。2003年城镇居民最低生活保障人数每万人中有2247人,农村居民最低生活保障人数每万人中只有367人。按享受社会保障的从业人员计算,农村的社会保障覆盖率只有3%,城乡社会保障率的比例为22:1,城乡人均社会保障费的比例为24:1。在扶贫救助方面,按民政部统计,2002年农村仅有404万人得到最低生活保障,占应

保人数的 25% ,而城镇享有最低生活保障人数达到 2054 万人 ,基本实现了应保尽保(郭建军 2007 81)。直到 2007 年 8 月 ,国家民政部统计 ,现在农村的低保人数仅为 2311 万 ,低保的平均补差标准是 28 元。从城乡低保金发放相对指数来看 ,六省(市、自治区)城市低保金指数均高于农村低保金指数 ,差距最大的是西藏 ,为 1036 元 ;差距最小的是河南 ,为 501 元。从城乡低保人数的比较来看 ,江苏、广东农村低保人数大大高于城市低保人数。江苏由于城市低保人数少 ,农村低保人数是城市低保人数的 20 倍 ,广东农村低保人数是城市低保人数的 3 倍。陕西农村低保人数略高于城市低保人数 ,湖南、河南、西藏城市低保人数均大大高于农村低保人数 ,三省(市、自治区)城市低保人数分别是城市低保人数的 4 倍、3 倍和 27 倍(陈伟东、刘志昌 2007 323)。

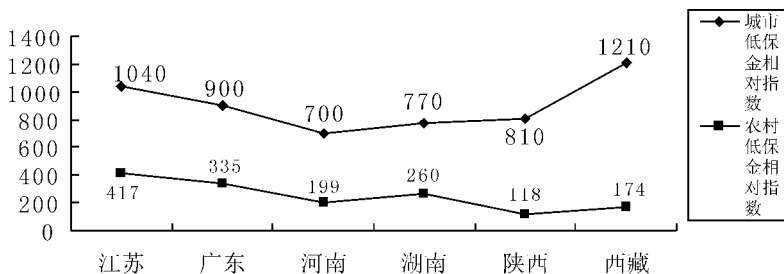


图 2 城乡低保金、救济金发放相对指数(单位:元/人)

在农村文化服务方面 ,我国省市及自治区之间人均文化事业费的极差从 1980 年的 3.99 元扩大到 2006 年的 44.29 元。

虽然地区间人均文化事业费的基尼系数总体而言比较小 ,但还是能够看出从 1985 年开始地区间的人均文化事业费呈上升趋势 ,2005 年达到最高值 0.1247。再从地区间的人均文化事业费的差异系数来看 ,可以明显地发现地区间存在比较严重的非均等情况 ,该差异系数在 60.39 - 96.09% 这一较大的区间内起伏不定 :1980 年地区间的人均文化事业费的差异系数高达 91.15% ,随后逐年下降 ,1990

年降至最低水平(60.39%) ;在整个 90 年代 ,这一差异系数再次逐年加大 ,2000 年达到最高水平(96.09%) ;进入 21 世纪以后 ,这一差异系数又有所下降 ,2006 年降到 71.93%。

表 10 全国各地区人均文化事业经费(1980 - 2006)

年份	1980	1985	1990	1995	2000	2004	2005	2006
最大值	4.31 (西藏)	6.43 (西藏)	4.55 (上海)	13.10 (上海)	32.24 (上海)	35.62 (上海)	44.54 (上海)	48.56 (上海)
最小值	0.32 (贵州)	0.51 (河南)	0.70 (河南)	1.34 (河南)	2.20 (河南)	3.30 (河南)	4.02 (河南)	4.27 (河南)
极差/全距 R	3.99	5.92	3.85	11.76	30.04	32.32	40.52	44.29
平均值 μ	0.8828	1.3734	1.7750	3.5897	6.6045	10.6187	12.6458	14.2706
标准差 S	0.8047	1.2111	1.0719	2.5034	6.3465	8.4764	10.4122	10.2649
差异系数 CV	91.15%	88.18%	60.39%	69.74%	96.09%	79.83%	82.34%	71.93%
基尼系数 G	0.0579	0.0375	0.0507	0.0785	0.1083	0.1070	0.1247	0.0966

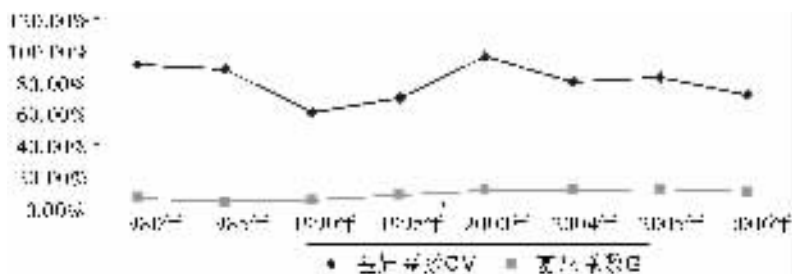


图 3 1980 - 2006 年间各地区之间差异系数和基尼系数的变化

城乡差距突出地反映在城市和农村的公共文化生活方面。全国性的问卷调查结果表明 ,在 2.2040 万名作出回应的被调查者中 ,人们普遍认为城乡文化生活存在巨大的差距 ,其中 ,认为城市和农村的文化水平差别较大 ,需很长时间才能赶上的有 58.5% ,而认为较小 ,很快能赶上的只有 12.2% ,还有 29.3% 的被调查者则认为差别非常大 ,无法赶上。从地区差别来看 ,三个地区的农民普遍认为城乡文化的差别较大 ,需很长时间才能赶上 ,东中西部的比例分别为 65.1%、56.8% 和 54.7% ,西部地区还有 34.4% 的农民认为城乡文化差别非

常大,无法赶上,中部和东部也有 28.7% 和 23.4% 的人们认为无法赶上城市生活水平。

表 11 城乡文化差别的农民认知

	频数	百分数(%)
较小,很快能赶上	2700	12.2
较大,需很长时间才能赶上	12908	58.5
非常大,无法赶上	6432	29.3
合计	22040	100

仅从上述指标不难看出,迄今为止,我国基本公共服务的财政供给不足,分配不均。在此我们也注意到,这种非均等性最突出地表现为省际差距和城乡差距,其中教育的省际极差率达到 9.47;卫生的极差率达到 11.1;文化和低保的极差率分别达到 11.07 和 2359.50。另一方面,公共财政投入及公共服务的优质资源集中在城市尤其是大中城市,广大的农村地区尤其是中西部资源严重匮乏,城乡之间公共服务的质量和水平存在明显的差距。

表 12 2005 年全国农村地区公共服务差异程度测量统计

	全国		地区间		省际		省内	
	极差	极差率	极差	极差率	极差	极差率	极差	极差率
教育	1312.24	2.35	1847.828	2.17	8246.7	9.47	438.345	1.94
卫生	20.02	2.1	98.1	6.39	183.82	11.1	19.11	2.05
文化	34.31	4.35	2.11	2.20	40.50	11.07	22	1.98
低保	43.42	12.52	11.00	15.31	47.19	2359.50	19.93	2.18

财政指标为全国农村居民人均财政支出,教育指标为全国农村中小學生均教育经费,卫生指标为全国农村居民人均医疗卫生经费支出,文化指标为全国农村居民人均文化支出,社会保障指标为全国农村居民人均最低生活保障支出。

资料来源:项继权,2007:38

三、基本公共服务均等化的财政需求及可行性

2020 年全面建设小康社会是我国的发展目标。基本公共服务

均等化也是全面建设小康社会的基本内容和要求。为了实现基本公共服务均等化的目标,不仅要求我们进一步加大公共财政的投入,也要求实现公共财政资源的公平和公正的分配。根据当前我国的发展水平、小康社会的目标及国际经验,我们对义务教育、医疗卫生、社会保障和公共文化等基本公共服务的财政需求进行测算。

(一) 义务教育均等化的财政需求

义务教育均等化的基本要求是实现全国适龄儿童少年不分地域平等地享受义务教育,不同城乡之间及不同地区之间义务教育的基本条件大体均衡。2006年,我国教育经费占GDP的比重为2.86%,远远低于20世纪末世界的平均水平,也没有达到国家规定的2000年达到4%的目标。目前世界公共教育投入占各国GDP的平均水平约为7%左右,其中发达国家达到了9%左右,经济欠发达的国家也达到了4.1%。根据国际欠发达国家的平均水平,我们对2010-2020年教育支出占GDP的比重进行预算。2010年、2015年和2020年教育总支出分别为8944亿、1.4563万亿和2.37312万亿。

表 13 中长期教育支出预测

	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年
学生数(亿人)	3.6904	4.401751	4.636339	4.83495
GDP(万亿)	18.30	27.95	40.12	57.60
财政总收入(万亿元)	3.164929(支出3.393028)	5.56205	8.46532	13.0176
教育投入占GDP比重(%)	2.82	3.2	3.63	4.12
教育投入总量(万亿元)	0.516108	0.894400	1.456356	2.37312
教育投入占财政收支比重(%)	15.21(支出比)	16.08	17.20	18.23
生均支出(元/生)	1398.52	2031.92	3141.18	4908.26

在预测方法方面,有的研究是根据中国人口预测系统(China Population Prediction System, CPPS)来进行预测,在适龄儿童增长总量方面的计算结果大体一致,但未考虑到随着城市化进程的加速,乡村义务教育适龄儿童会随着乡村人口的减少而逐渐减少,因此其计算结果偏高。全国学生总数的预测根据1950-2005年历年学生数的曲线拟合方程计算,同时参照1950-2005年全国人口及乡村人口的曲线拟合方程对未来各年份全国人口及乡村人口的预测数。政府教育投入占GDP比重按照根据1950-2005年教育投入占GDP比重的曲线拟合方程计算,取最高阈值。

如果根据 2010 - 2020 年我国教育财政投入的规模及同期农村义务教育阶段学生规模状况(袁桂林等 2006 :16 - 18) ,2010、2015、2020 年我国义务教育财政投入分别为 :8944 亿、1.456356 万亿和 2.37312 万亿 ,生均教育经费也从 2031.92 元增长到 4908.26 元。

(二) 社会保障均等化的财政需求

从世界范围看 ,虽然各国社会保障支出有很大的差异 ,但社会保障和福利支出通常占总支出的 10 - 20%(世界银行 2004 :32) 。为了在 2020 年全面建设小康社会时达到世界中等收入国家的水平 ;“十一五”期间应达到上述投入目标 ,并在 2020 年进一步提高水平。我们根据最低要求 ,2010 年实现社会保障支出占财政支出的 15% ,2020 年达到 20% 的水平。对社会保障财政投入进行测算 ,2010 年、2015 年和 2020 年 ,社会保障财政投入规模大约为 8343.08 亿、1.44757 万亿和 2.60352 万亿元 ,占同期 GDP 的比重分别为 2.99%、3.61% 和 4.52%。

表 14 社会保障指出的中长期预测

	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年
人口(亿人)	13.0628	14.2631	14.4052	15.0640
GDP(万亿)	18.30	27.95	40.12	57.60
财政总收入(万亿元)	3.164929(支出 3.393028)	5.56205	8.46532	13.0176
社会保障投入占 GDP 比重 (%)	1.88	2.99	3.61	4.52
社会保障投入总量(万亿元)	0.344977	0.834308	1.44757	2.60352
社会保障投入占财政收支比重 (%)	10.9(支出比)	15	17.1	20
人均支出(元)	264.09	584.94	1004.89	1728.31

(三) 基本医疗及公共卫生的财政需求

从长远来看 ,医疗卫生服务均等化要求构建城乡一体的全民基本医疗卫生保障体系 ,让人们平等享有基本医疗和卫生服务。如果根据我国国内现行的统计及标准 ,2005 年全国医疗卫生投入总支出

为 1036.81 亿元,占 GDP 的比重仅为 0.57%,占财政收入和支出的比重分别为 3.28% 和 0.03%。全国人均财政医疗卫生投入为 79.37 元。这远远低于世界银行对我国及其他国家 2002 年的测算水平。如果据此测算,我国医疗卫生总支出占 GDP 的比重仅相当于低收入国家 2002 年平均水平的三分之一。这意味着在“十一五”期间我国需要大幅度地增加医疗卫生的投入。

为了保障基本医疗和卫生,2010 年我国公共卫生的投入应达到世界银行规定的下中等收入国家的平均水平,2015 年达到中等收入国家的平均水平,2020 年全面建设小康社会时应达到上中等国家平均水平。如果以 2002 年标准测算,2010 年、2015 年和 2020 年我国公共卫生保健的支出应分别占 GDP 的 2.7%、3% 和 3.4%。据此,2010 年、2015 年和 2020 年度公共卫生保健的公共支出规模大体为:5858.69 亿元、8906.27 亿元和 1.308931 万亿元。人均卫生保健支出分别为 529.09 元、835.53 元和 1300 元。虽然相对于目前投入状况有较大幅度的增长,但是,相对于世界平均水平及发达国家,仍是处在较低的水平。

表 15 医疗卫生的中长期预测

	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年
人口(亿人)	13.0628	14.2631	14.4052	15.0640
GDP(万亿)	18.30	27.95	40.12	57.60
财政总收入 (万亿元)	3.164929	5.56205	8.46532	13.0176
医疗卫生投入 占 GDP 比重 (%)	0.57 (世界银行测算 中国 2002 年度 为 2%)	2.7 (下中等收入国 家平均水平)	3 (中等收入国 家平均水平)	3.4 (上中等收入国 家平均水平)
医疗卫生投入 总量(万亿元)	0.103681	0.75465	1.2036	1.9584
医疗卫生投入占财 政收支比重(%)	3.28(收入比) 3.06(支出比)	13.57	14.22	15.04
人均支出(元)	79.37	529.09	835.53	1300

2005 年为我国实数,2010、2015 和 2020 年医疗卫生投入占财政支出比重按财政收入测算

资料来源:中国财政杂志社,2006:278、369、412

(四) 公共文化均等化的财政需求

大幅度增加公共文化的投入,加快建立覆盖全社会的公共文化服务体系,全国文化事业费占国家财政支出的比重至少要达到0.5%,占国内生产总值的比重至少达到0.1%以上;其中,群众文化事业费支出至少占全国文化事业费总支出的20%,并最终稳定在25%的水平上。2010年人均文化事业经费从2005年的10.21元提高到近20元,2020年进一步达到人均40元乃至50元。

表 16 中长期文化事业费支出预测

	2005年	2010年	2015年	2020年
人口(亿人)	13.0628	14.2631	14.4052	15.0640
GDP(万亿元)	18.3	27.95	40.12	57.60
财政总收入(万亿元)	3.164929	5.56205	8.46532	13.0176
文化事业费占GDP比重(%)	0.07	0.1	0.11	0.12
文化事业费总量(亿元)	133.77	279.5	441.32	691.2
人均文化事业经费(元)	10.21	19.59	30.64	45.88
人均农村文化服务经费(元)	-	1.00	-	5.00

《国家“十一五”时期文化发展规划纲要》明确规定：“中央和地方财政对文化的投入增幅不低于同级财政经常性收入的增长幅度”。在2006-2020年间,全国文化事业费占国家财政支出的比重至少达到0.5%,占国内生产总值(GDP)的比重至少达到0.1%;其中,群众文化事业费支出至少占全国文化事业费总支出的20%,并最终稳定在25%的水平上。

简言之,上述对于2010-2020年我国公共教育、医疗卫生、公共文化及社会保障等的测算表明,2010年、2015年和2020年公共教育、医疗卫生、公共文化及社会保障三项支出年度规模分别为2.511308万亿、4.151658万亿和7.00416万亿;占GDP的比重分别为8.90%、10.35%和12.16%;占财政总支出的比重分别为45.15%、49.04%和53.80%。

显然,基本公共服务均等化需要大量的财政投入。不过,我们必须看到,上述均等化及财政投入目标是基于我国现实的有限目标,同世界其他国家比较来看,无论是财政投入总量还是所占比重,与一些

发达国家仍有相当距离。从公共教育、医疗卫生及社会保障等公共投入占 GDP 的比重来看,根据世界银行的统计,1997 年,美国公共养老金支出、公共卫生保障支出及公共教育支出占 GDP 的比重达到 19.8%,法国为 26.5%,日本为 17%,英国为 21.4%,俄罗斯(1996 年)为 12.3%(世界银行 2005:80-82)。这表明即使到 2020 年,我国公共教育、医疗卫生及社会保障的投入在 GDP 中的比重仅为 12.16%,不及某些发达国家的一半。

表 17 2010-2020 年公共教育、医疗卫生、社会保障及公共文化的投入标准及财政需求

年份	类别	教育	医疗卫生	文化	社会保障	合计
2005	标准(元/人)	1398.52	79.37	10.21	264.09	—
	总量(亿)	5161.08	1036.81	133.77	3449.77	9781.43
	占 GDP 比重(%)	2.82	0.57	0.07	1.88	5.34
	占财政支出比重(%)	15.21	3.06	0.42	10.9	29.59
2010	标准(元/人)	2031.92	529.09	19.60	584.94	—
	总量(万亿)	0.8944	0.75465	0.02795	0.834308	2.511308
	占 GDP 比重(%)	3.2	2.7	0.01	2.99	8.90
	占财政收入比重(%)	16.08	13.57	0.50	15	45.15
2015	标准(元/人)	3141.18	835.53	30.64	1004.89	—
	总量(万亿元)	1.456356	1.2036	0.044132	1.44757	4.151658
	占 GDP 比重(%)	3.63	3	0.11	3.61	10.35
	占财政收入比重(%)	17.20	14.22	0.52	17.1	49.04
2020	标准(元/人)	4908.26	1300.05	45.88	1728.31	—
	总量(万亿)	2.37312	1.9584	0.06912	2.60352	7.00416
	占 GDP 比重(%)	4.12	3.4	0.12	4.52	12.16
	占财政收入比重(%)	18.23	15.04	0.53	20	53.80

从公共教育、医疗卫生及社会保障等公共服务在公共投入中的比重来看,据有关材料统计,教育卫生和社会福利开支占政府开支比重在发达国家平均高达 53%;发展中国家平均为 34%,转轨经济国家平均为 44%(宋立、刘树杰 2005:13-14)。1995 年挪威通过转移支付形式来支付的劳动者福利、养老金及其家庭的经济扶持占政府支出的 65%;美国从 1960 年以来,联邦政府在社会保障、贫困、卫生

等方面的投入占政府总支出的 60% (赵白鸽, 2006 :21 ;方栓喜, 2006 :116 - 117)。2003 年美国社会保障、教育、医疗卫生等支出占公共支出的 75%。根据我们的测算, 2020 年我国教育、医疗卫生、社会保障及公共文化占财政总支出为 53.8%, 与发达国家平均水平相当, 但是, 与一些发达国家仍有相当的距离。

当然, 对于我们这样一个发展中国家, 实现基本公共服务的均等化的财政投入的总量仍是巨大的。不过, 从我国未来经济发展及财政收入规模来看, 是可以实现的。根据 2020 年小康社会及国民生产总值翻两番的目标, 我们可以确定 2020 年 GDP 约为 57.60 万亿元。建国以来, 我国财政收入占 GDP 的比重波动较大。改革以前及改革初期通常在 25% 左右, 最高年份即 1960 年达 39.3%。改革以后财政占 GDP 的比重一度不断下降, 1995 年曾达到 10.3%, 此后缓慢提高, 2002 年达到 17.3%。总的来看, 建国后平均为 22.6%。从近些年经济效益的不断提高及财政收入占 GDP 的比重的增长来看, 未来, 大约到 2020 年, 我国财政收入占 GDP 的比重可望达到 22.6% 这一平均水平。由此, 我们可以预测出我国不同年份的财政收入规模。根据财政收入平均增长率的测算, 2010 年我国 GDP 约 27.95 万亿, 财政收入约为 5.56205 万亿, 然而, 从实践来看, 事实上 2007 年国内生产总值达 24.66 万亿元, 全国财政收入已经达到 5.13 万亿元, 接近 2010 年的预测。这不仅显示我国财政收入增长强劲, 也表明我们对未来财政收入增长目标的预测是保守的和可行的, 公共服务的财政支付能力也是有保障的。

表 18 2005 - 2020 年我国人口、GDP 及财政收入预测

年份	人口(亿人)	GDP(万亿)	财政收入(万亿元)	财政收入占 GDP 比重(%)
2005	13.0628	18.30	3.164929	17.3
2006	13.1448	20.94	3.93732	18.8
2010	14.2631	27.95	5.56205	19.9
2015	14.4052	40.12	8.46532	21.1
2020	15.0640	57.60	13.0176	22.6(预测平均值)

我们使用 SPSS 统计软件对 1978 - 2005 年以来的 GDP 及财政收入进行回归分析,曲线拟合后点估计的实际值要高于表格中计算值。这表明对于我国未来财政收入增长目标的预测是较为保守的,可以说政府已经具备了提供基本公共服务的财政支付能力。

四、基本公共服务均等化的政策调整及制度保障

(一) 进一步加大基本公共服务的财政投入

由于基本公共服务主要是政府提供的,政府对基本公共服务的财政投入状况在相当程度上也决定了基本公共服务的数量和质量。虽然近些年来我国政府不断加大公共服务的财政投入,大大改善了基本公共服务的条件,提升了服务的品质。但是,与其他国家相比,我国基本公共服务的投入仍有相当大差距。基本公共服务的财政投入不足直接导致公共服务供给不足。为此,必须建立基本公共服务财政投入稳定增长的机制,进一步加大公共财政对于基本公共服务的投入,确保基本公共服务财政投入的增长速度不低于国家财政总支出的增长速度。为了在 2020 年全面建设小康社会时达到世界中等收入国家水平,从教育、卫生、社保和文化方面来看,按照国际经验及我国的实际,在“十一五”期间,公共教育的财政投入至少应达到所规定的占 GDP 的比重 4% 这一标准,逐步提高政府卫生支出在财政支出和卫生总费用中的比重,2010 年我国公共卫生投入应达到世界银行规定的下中等收入国家的平均水平,2015 年达到中等收入国家的平均水平,2020 年全面建设小康社会时应达到上中等国家平均水平;应大幅度增加社会保障的财政投入。按最低要求,2010 - 2020 年社会保障支出应达到“十五规划”所确定的支出占财政支出的 15 - 20% 的水平。国家财政对文化事业的经费投入有待较大幅度提高。到 2010 年、2015 年、2020 年,国家对文化事业经费的投入应分别达到财政总支出的 0.5%、1%、1.5% 的水平;文化事业经费占国

内生产总值(GDP)的比重 2010 年至少达到 0.1% 的水平,到 2015 年至少达到 0.15% 的水平,最终在 2020 年以后稳定在 GDP 比重 2.0% 的水平。其中,群众文化事业费支出至少占全国文化事业费总支出的 20%,并最终稳定在 25% 的水平上(吴理财、朱春雷 2007)。

(二) 大力调整公共财政的支出结构

在任何社会中,一定时期的财政存量和财政能力始终具有局限性。在有限的财政能力约束下,必须合理安排财政支出。从目前我国政府支出来看,在经济建设支出、社会文教支出和行政管理支出中,行政管理费及经济建设支出比重过大,社会文教及公共服务支出比重过小。1978 - 2005 年,我国财政收入从 1132.26 亿元增加到 3.164929 万亿,增加了 27.95 倍,财政支出总额增加了 28.2 倍,但行政管理费支出却由 52.9 亿元增加到 6512.34 亿元,增加了 123.1 倍,行政管理费支出占财政支出比例不断增大,由 1978 年的 4.7% 增加到 2005 年的 19.19%;仅从 2003 年来看,美国行政性支出仅为 12.5%,我国已经达到 19%;我国的社会保障、教育、医疗卫生等公共服务支出占 25%,而美国达到 75%。虽然我国经济建设费在财政中的比重有所减少,但仍占相当的比重。2005 年我国的经济建设费支出占 27.45%,而 2003 年美国仅占 5%(汪玉凯 2006:40)。因此,我们必须进一步调整公共财政的支出结构,加大公共教育、医疗卫生、社会保障及公共文化等基本公共服务的财政投入,进一步深化行政体制改革,着力压缩行政管理费开支,同时进一步减少直接的经济建设投入。这无疑对我们的深化改革提出了更高也是更迫切的要求。

(三) 合理分摊基本公共服务的责任与成本

基本公共服务是面向全社会的共同的需求,也是各级政府共同的责任。为了保障基本公共服务财政投入的稳定性及服务的均等性,可以根据财权与事权一致的原则,建立由中央和地方各级政府分

类别、按比例合理负担基本公共服务投入的财政分担机制,使基本公共服务投入规范化、制度化、法律化。由于我国当前基本公共服务的资金需求量大,一些县市地方政府财政困难,难以充分满足公共服务的财政需求,基本公共服务的财政投入可明确规定由中央及省市政府共同承担。方案之一是“按比例分担”:根据基本公共服务的财政需求按照中央与地方实际财政收入的比例,由中央和省市按财政收入比例承担相应的基本公共服务的财政支出比例;方案之二是“按类型分摊”:由中央政府承担基本公共服务的人均服务经费,如义务教育、医疗卫生、社会保障及公共文化,按服务标准由中央承担人均服务费(生均教育经费、生均公用经费、人均养老金、最低生活保障金等),省市承担基本公共服务的运营、管理及发展经费。如果按照财政收支及事权与财政对等的原则,中央财政与地方财政按现行收入55:45的比例分摊,2010年、2015年和2020年中央财政承担公共教育、医疗卫生及社会保障和文化的投入规模约为1.381219万亿、2.283412万亿和3.852288万亿。这是完全有可能的。

表 19 2010 - 2020 年中央财政投入预测

年份	类别	教育	医疗卫生	文化	社会保障	合计	中央支出 (55%)
2005总量(万亿元)		0.8944	0.75465	0.02795	0.834308	2.511308	1.381219
2010总量(万亿元)		1.456356	1.2036	0.044132	1.44757	4.151658	2.283412
2015总量(万亿元)		2.37312	1.9584	0.06912	2.60352	7.00416	3.852288

(四) 建立区域均衡导向的财政投入机制

虽然中央可以均等化提供基本公共服务的保障经费,但是,如前所述,由于历史形成的各地方基本公共服务的资源占有及服务条件严重不均,造成城乡之间及不同地区之间公共服务实际水平存在明显差异。基本公共服务均等化不仅要求新增经费和资源的均等化分配,也要求缩小乃至消除历史形成的既有差距。然而,由于各地社会经济发展水平及财力的非均衡性,一些基本公共服务严重短缺的地

区也是经济落后、财政困难的地区,不可能依靠自身的财力来消除既有的差距,甚至可能不断拉大地区间的差距。因此,要实现基本公共服务的均等化就要求构建以基本公共服务均衡导向的财政投入及保障机制,改变重城轻乡的投入体制,加大对于农村及困难地区基本公共服务的财政投入。为此,应进一步完善转移支付制度。应将这些基本公共服务的财政投入纳入一般性转移支付,根据不同地区的标准需求及财政缺口,按照公平、公正、规范、透明和稳定的方式拨款,以均衡各地财力,保障基本公共服务的财政投入。为了提高公共服务的使用效率和效益,保障公共财政投入的安全,对基本公共服务的投入应实行“直达、封闭、专户”的转移支付制度。各服务主体及受益人根据国家财政统一要求,在银行设立专户,各级政府的财政转移支付资金全部足额直接下拨进入专户,避免和杜绝财政资金的挪用、贪污及浪费。在将基本公共服务纳入一般转移支付的同时,也应调整、清理和规范专项转移支付,加大对中西部地区公共服务的投入力度和政策倾斜,按照党的十六届六中全会要求,中央财政转移支付资金要重点用于中西部地区,尽快使中西部地区的基础设施和教育、卫生、文化等公共服务设施得到改善,逐步缩小地区间基本公共服务的差距。

(五) 完善公共服务的生产和供给体制

提供基本公共服务是政府的基本职责,但是,如何提高基本公共服务投入及服务的效率和效益,是必须予以高度关注和切实解决的问题。长期以来,我们将公共服务的政府供给理解为政府不仅承担公共服务的投入和付费,也包揽了公共服务的生产、分配全过程,并同时承担着监管的责任。事实上,从国际范围来看,即使在发达国家,由政府提供的公共产品和公共服务也不一定由政府独立生产和供给。有的可以由政府建立和管理的机构来提供;有的与私人生产者签合同,与其他政府签合同,与其他政府合作建立生产;有的通过特许经营以及向市民提供票证等等方式来提供;政府公共财政的投

入也有向生产者付费或向消费者付费等不同的方式。这些不同的方式有不同的后果、影响和要求。比如向生产者付费简单方便,可以保证经费由生产者集中使用,但存在生产者虚高成本及降低质量的风险,需要加大对生产者的监管;向消费者付费可以增强消费者的选择权并加强对生产者的约束,但管理成本相对较高。因此,在公共服务的生产和供给中,政府必须审慎地选择最经济、最有效的生产和供给方式,以提高公共服务的效率和质量。在公共产品和公共服务的方式上,采取何种方式应根据相关产品和服务的性质、特点及成本和效益来选择。在政府公共财政投入及公共服务的生产和供给方式改革的同时,应进一步深化公共服务机构及事业单位的内部改革。尤其是目前我国基本公共服务以由事业单位生产和供给为主,事业单位自身的效率和效益直接影响到国家财政投入的效率和效益。客观地说,在当前教育、医疗、卫生及社会保障等国家财政也给予了相当大的投入,与此同时,社会及个人的支出也不断增加,但是,服务的水平和质量并不令人满意。如从医疗卫生服务来看,国外卫生总费用通常主要用于医疗服务(诊断、检查、治疗、手术、住院、护理等)和支付医务人员工资,用于医院基建、医疗设备、药品方面的支出很少,而我国医疗卫生的开支花销最大的却是药品、仪器检查费用和医疗耗材等。药品价格虚高及形形色色的回扣和腐败浪费了大量的财政资源,也增加了消费者的负担。这就要求改革公立医疗机构的运行机制,规范医院的收支管理,逐步取消以药补医政策,推进药品生产流通体制的改革。

(六) 大力推进城乡服务体制的一体化

显然,基本公共服务均等化问题并不是单纯的经济问题或财政问题,它涉及中央与地方、城乡之间及地方之间的责任及权力分配,要求对现行的财政、行政以及政治体制加以改革。尤其必须指出的是,公共服务的城乡失衡虽然表现为经济发展水平及财政投入水平的失衡,但是,这也是重城轻乡的发展战略及城乡二元化体制的结

果。在传统的发展战略及体制下,整个国家公共服务体制也是一种城市优先发展的体制,农村社会建设及公共服务的发展实际上服务并服从于城市优先发展战略。城市教育、医疗、卫生、社保以及公共基础设施等基本的公共服务主要由国家保障,而农村则是以农民自我保障为主。这不仅造成城乡之间基本公共服务的资源占有,服务能力及供给水平存在较大的差距,也导致城乡居民民生权益及公共服务享有的权益严重失衡。虽然近些年党和政府立足城乡统筹,致力于消除城乡之间及不同地区之间人们公共服务的差距,基本公共服务逐步覆盖农村,但是,我们也注意到,迄今为止,我国的公共服务体制的制度设计仍是坚持城乡分离的思路,按照人们的身份和地域来设计,而不是城乡一体的体制。城乡公共服务均等化最终要求打破和消除城乡公共服务体制的二元化,实现一体化。这也表明,基本公共服务的均等化不仅要求增加公共财政投入,也要求公共财政的公平分配,而这一切最终取决于能否成功地实现不同部门及不同群体的利益调整,以及相应的体制和制度的改革。

参考文献

- 安体富(2007). 公共服务均等化:理论、问题与对策. 财贸经济, 8.
- 常修泽(2007). 逐步实现基本公共服务均等化. 人民日报, 1月31日.
- 常修泽(2007). 中国现阶段基本公共服务均等化研究. 中共天津市委党校学报, 2.
- 陈昌盛(2007). 中国政府公共服务:体制变迁与地区综合评估. 北京:中国社会科学出版社.
- 陈海威(2007). 中国基本公共服务体系研究. 科学社会主义, 3.
- 陈伟东、刘志昌(2007). 基本公共服务的比较与均等化——以社会保障为例. 载财政部科教文司、国务院农村综合改革工作小组办公室、中国农村问题研究中心编《让人人平等享受基本公共服务——我国基本公共服务均等化的目标与对策研究》(未刊稿).
- 丁元竹(2007). 基本公共服务如何均等化. 望新闻周刊, 22.
- 杜弋鹏(2006). 北京市发布“十一五”时期社会公共服务发展规划——让发展成果惠及首都市民. 光明日报, 10月31日.
- 方栓喜(2006). 以建立和完善公共服务体制为重点的政府转型. 载中国(海

- 南)改革发展研究院编《聚焦中国公共服务体制》.北京:中国经济出版社.
- 高新才(2006).我国公共医疗卫生服务的区域非均等化分析.载中国(海南)改革发展研究院编《中国公共服务体制:中央与地方》.北京:中国经济出版社.
- 郭建军(2007).我国城乡统筹发展的现状、问题和政策建议.载中国(海南)改革发展研究院编《基本公共服务均等化:新农村建设之重》.北京:中国经济出版社.
- 国家统计局(2007).2020年中国实现全面建设小康社会目标.搜狐网:<http://news.sohu.com/>.
- 哈耶克(1998).自由宪章.北京:中国社会科学出版社.
- 贾康(2007).公共服务的均等化应积极推进,但不能急于求成.审计与理财 8.
- 金里卡(2004).当代政治哲学(上).上海:上海三联书店.
- 李学举(2007).目前全国农村低保人数达2311万温饱为基本标准.知识人网 <http://www.zsr.cc/zsrAttention/SocialSecurity/200708/139437.html>.
- 林兆木(2007).展望实现二二二一年奋斗目标后的中国.载十七大报告辅导读本编写组编《十七大报告辅导读本》.北京:人民出版社.
- 刘明慧(2005).公共财政医疗卫生投入问题分析.大连海事大学学报 2.
- 刘尚希(2007).基本公共服务均等化:现实要求和政策路径.浙江经济 13.
- 罗尔斯(1988).正义论.北京:中国社会科学出版社.
- 宋立、刘树杰(2005).各级政府公共服务事权财权配置.北京:中国计划出版社.
- 世界银行(2004).2004年世界发展报告:让服务惠及穷人.北京:中国财政经济出版社.
- 世界银行(2005).05世界发展指标.北京:中国财政经济出版社.
- 托马斯(2006).政治哲学导论.北京:中国人民大学出版社.
- 托雷斯比亚沃-坎波、托马西(2001[1999]).公共支出管理.北京:中国财政经济出版社.
- 王东进(2006).明确政府责任,加大财政投入,促进劳动保障事业持续快速健康发展.载中国(海南)改革发展研究院编《中国公共服务体制:中央与地方》.北京:中国经济出版社.
- 王敬尧、邵青(2007).政府间农村卫生服务财政投入:现状、问题、成因与对策.载财政部科教文司、国务院农村综合改革工作小组办公室、中国农村问题研究中心编《让人人平等享受基本公共服务——我国基本公共服务均等化的目标与对策研究》(未刊稿).

汪玉凯(2006).以行政为中心的改革战略与建设服务型政府.载中国(海南)改革发展研究院编《聚焦中国公共服务体制》.北京:中国经济出版社.

卫生部(2006).卫生事业发展统计公报.迅达商务资料网:http://www.2238.cn/zl/132/138/zl_list_144906.html.

吴理财、朱春雷(2007).农村文化服务均等化及其对策研究.研究与咨询,9月30日.

吴理财、朱春雷(2007).财政部重大公关项目“我国基本公共服务均等化研究”专题报告之十《农村文化服务均等化及其对策研究》(未刊稿).

夏锋(2007).为和谐社会夯实基本公共服务均等化基础.上海证券报,10月22日.

项继权(2008).基本公共服务均等化:政策目标和制度保障.华中师范大学学报,1.

袁桂林、宗晓华、陈静漪(2006).中国分城乡学龄人口变动趋势分析.教育科学,1.

张春霖(2006).公共服务提供的制度基础:一个分析框架.载中国(海南)改革发展研究院编《聚焦中国公共服务体制》.北京:中国经济出版社.

赵白鸽(2006).以人的全面发展为中心加快建立公共服务体制.载中国(海南)改革发展研究院编《中国公共服务体制:中央与地方》.北京:中国经济出版社.

中华人民共和国财政部、中国财政杂志社(2006).中国财政年鉴.北京:中国财政杂志社.

International Monetary Fund (2002). *Government Finance Statistics Manual*. 31st, Oct. From <http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/pdf/all.pdf>.

(责任编辑:陈那波)