

人口结构对中国卫生费用影响的再测算

——基于改进因素分解法的研究

李时宇¹

中国人民大学中国财政金融政策研究中心、中国人民大学财政金融学院

冯俊新²

中国人民大学经济学院、中国人民大学国家发展与战略研究院

摘要：人口结构转变对卫生费用变化有重要影响。基于中国卫生支出的城乡二元结构特征，本文改进了卫生费用的影响因素分解法，该改进模型有助于更加全面和准确地分析人口结构对卫生费用的影响，一方面把人口城乡结构转变的影响从其他因素中分解出来，另一方面区分了城镇和农村年龄结构的各自影响，最终把影响卫生费用的人口结构因素细分为人口城乡结构、城镇年龄结构和农村年龄结构三项。使用改进后的因素分解法，本文测算了 1990-2020 年间人口结构因素对中国卫生总费用占 GDP 比重变化的贡献。测算结果显示，人口结构因素对该比重提高的合计贡献率达到 77.8%，其中人口城乡结构、城镇年龄结构和农村年龄结构的贡献率分别为 58.3%、14.8%和 4.7%。进一步分析发现，不同人口结构因素的影响存在不同特点。首先，城镇化是过去 30 年卫生费用占 GDP 比重提高的主导因素，且其作用在不同时期保持稳定。其次，年龄结构的影响存在显著的城乡差异和阶段性差异：分区域来看，尽管农村老龄化程度和速度都远比城镇严重，但农村年龄结构对卫生费用的影响远低于城镇地区；分时期来看，2010 年以前，老龄化主要发生在农村，年龄结构的整体影响并不突出，但 2010 年以来，随着城镇老龄化开始加速，年龄结构的整体影响显著增大，且随着中国人口老龄化的主战场从农村转向城镇，预计未来人口老龄化的影响将快速增大。最后，测算结果还表明，扣除年龄结构影响后，城乡卫生支出的城乡二元结构现象最近 10 年来有所改善。

关键词：卫生费用；城镇化；年龄结构；城乡差异；因素分解

基金项目：中国人民大学科学研究基金（中央高校基本科研业务费专项资金资助）项目（16XNI003）。

作者简介：李时宇，经济学博士，中国人民大学中国财政金融政策研究中心、中国人民大学财政金融学院，副教授；冯俊新（通讯作者），经济学博士，中国人民大学经济学院、中国人民大学国家发展与战略研究院，副教授。

一、引言

经济中卫生支出比重的变化是人口结构转变带来的重要经济后果之一。用于衡量整体经济中卫生支出水平的常用指标是卫生总费用占 GDP 比重（以下简称为“卫生费用占比”）^①。近年来，中国的卫生费用占比不断波动上升，其中 1995 到 2020 年，该比值从 3.5% 提高到 7.1%，提高了超过 1 倍（见图 1）。

导致卫生费用占比提高的因素可以总结为人口因素和非人口因素两大类。在人口因素方面，主要包括人口年龄结构和城乡结构等（相关文献综述详见第 2 部分）。在非人口因素方面，已有研究中提及较多的因素包括医疗保障制度的覆盖率^[1-2]、医药管理政策^[3]、环境质量^[4]以及医疗技术进步^[5]等。此外，还有学者利用定性比较分析方法研究了人口因素和非人口因素的不同组合如何推动卫生费用增长^[6]。

在卫生费用占比波动提高的同时，中国的人口结构也同步发生着巨大转变，尤其体现在年龄结构和城乡结构两大方面。从年龄结构来看，老年（65 岁及以上）人口比重从 1978 年的 4.4%，缓慢上升到 1995 年的 6.2%，此后开始加速上升，到 2020 年达到 13.5%；从城乡结构来看，城镇人口比重从 1978 年的 17.9%，先以相对较慢的速度增加到 1995 年的 29.0%，此后开始加速上升，到 2020 年已达到 63.9%（见图 1）。

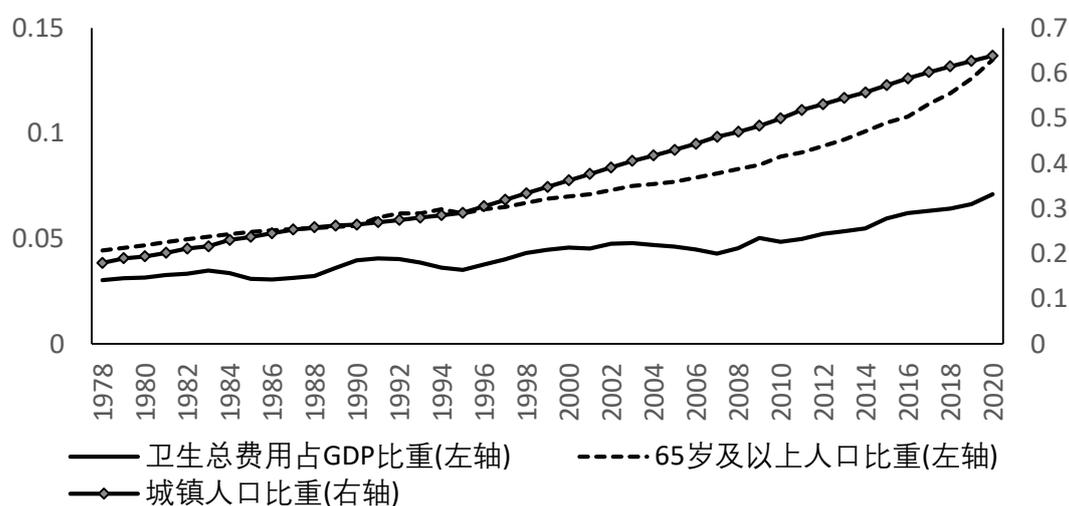


图 1 中国卫生总费用占 GDP 比重变化和人口结构转变情况 (1978-2020)

数据来源：国家统计局《中国统计年鉴 2021》，中国统计出版社，2021 年。

^① 其中卫生总费用包括政府卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出。为了让表述更加紧凑，正文剩余部分将使用“卫生费用占比”来指代“卫生总费用占 GDP 比重”。

如前所述,中国经济的人口结构和卫生费用占比自1990年代以来都出现了巨大变化。虽然从长期来看这两者均呈同向变化,但在整体人口结构呈现线性变化的同时,卫生费用占比的上升则呈现更大的波动性。进一步探讨人口结构转变对中国卫生费用占比提高的影响规律,并对这两者之间的关系进行定量测算,是一个重要问题。本文拟在已有研究的基础上,基于中国国情对因素分解方法进行改进,使其更适用于对社会经济转轨时期的分析。在改进的分解模型下,本文将重新测算人口结构因素对中国卫生费用占比的影响。总体上,本文尝试回答以下问题:对于中国这样一个处于社会经济转型进程中的国家,在研究其人口结构转变对卫生费用占比的影响时,需要关注哪些区别于成熟经济体的特征?在构建因素分解模型时,如何体现这些特征的影响?考虑到这些特征因素后,人口结构因素对中国卫生费用占比的影响到底有多大,不同的人口结构因素各自扮演了什么角色?对于上述问题的回答将有助于我们加深对中国人人口结构转变和卫生费用占比变化之间关系的认识。

二、文献评述

本文目的是定量测算人口结构因素对中国卫生费用的影响。与本研究相关程度最高的有两类文献:第一类文献分析了导致中国卫生费用上涨的人口结构因素,第二类文献对不同人口结构因素的影响大小进行了量化和比较。分别对这两类文献进行总结后,本部分还对现有研究的改进方向进行了讨论。

1.影响卫生费用的人口结构因素的相关分析

一般认为,对一国卫生费用产生最大影响的人口结构因素是年龄结构;在中国,不少研究还发现人口的城乡结构也对卫生费用有重要影响,且年龄结构和城乡结构两者之间还存在交互作用。

首先是年龄结构的影响。虽然对老龄化引起卫生费用增长的具体作用机制还存在一定争议,但国内外研究均普遍认可老龄化促进了卫生费用的上涨。国外研究在对各种导致卫生费用增长的作用机制进行总结后认为,老龄化可以通过不同变量间接影响卫生费用,因此老龄化依然是卫生费用上升的主导因素^[7]。国内研究中得到类似结论,一些研究认为人口老龄化程度的加深会显著促进人均卫生费用的增长^[8];还有研究发现近年来中国老年人在高额医疗支出群体中的占比逐年增加^[9];微观样本的研究还发现老龄化会大幅提升家庭医疗卫生支出^[10],或者发现年龄增长对卫生服务需求和卫生费用有显著影响^[11]。

其次是城乡结构的影响。研究发现,中国卫生支出存在着比较明显的城乡二元结构,如

微观数据分析显示, 城乡居民的医疗服务利用情况存在严重不平等现象, 其中农村居民处于不利地位^[12-13]。因此, 人口的城乡结构转变, 即城镇化, 将使卫生费用面临上升的压力。上述观点也得到了宏观层面实证分析结果的支持^[14]。

最后, 年龄结构和城乡结构这两个因素对卫生费用还存在着不可忽视的交叉影响。在对中国卫生支出微观结构的研究中, 一个常被提及的典型事实是城镇和农村居民的人均卫生费用随年龄增长的趋势并不一致, 这意味着城乡结构和年龄结构之间存在交互作用。如在对农村地区的研究中发现, 农村老年居民反而占用了较少的医疗资源, 这个特征和城镇地区存在显著差异^[15]; 此外, 还有学者分别使用宏观和微观数据也发现, 老龄化对医疗费用的影响存在明显的城乡差异^[16-17]。

2. 不同因素定量影响的相关分析

在确定了可能影响卫生费用的人口结构因素后, 不少学者尝试对不同因素的影响大小进行定量分析和比较。相关研究中最常用的方法有两类: 因素分解法和回归分析法。

在使用因素分解法进行的研究中, 一般先利用人口结构数据和细分人群的卫生支出数据来构建卫生费用的表达式, 然后通过对该表达式进行因素分解而得到不同因素的定量影响大小。这一类研究主要关注年龄结构对卫生费用的影响。较早的此类研究使用美国分年龄卫生费用数据, 测算了人口年龄结构转变对美国卫生费用增长的影响^[5]。此外, 其他学者也使用这种方法对发展中国家卫生费用占 GDP 比重受年龄结构的影响进行了分析^[18]。国内较早的研究中, 学者通过因素分解法总结出人口年龄结构和分布结构等因素是导致卫生费用上涨的主要影响因素^[19]。随后, 还使用该方法分析了老龄化对中国卫生费用的影响, 计算出 1978-2000 年间老龄化对卫生费用增长的贡献率不到 5%, 但同时该研究也指出老龄化对卫生费用增长的贡献率存在很强的阶段性差异, 其影响到 2020 年以后将大幅提高^[20]。较近期的研究中, 有学者使用因素分解法测算了 1982-2011 年间人口因素对中国卫生费用增长的贡献率, 结果显示老龄化和人口增长对卫生费用增长的贡献率一共不到 3%^[21]。另一些学者利用人口普查数据对 1982-2010 年的研究则显示, 年龄结构因素对于卫生费用占比增长的贡献率正在逐步提高^[22]。总体来看, 上述研究的主要结论是, 人口年龄结构对卫生费用增长具有一定影响, 但在中国, 这种影响到目前为止并不大。值得注意的是, 已有的因素分解法研究一般都以整体人口的年龄结构作为分解对象, 意味着这些研究中都假定了一国全部人口的卫生支出随年龄的变化都服从同一个规律, 但这一假定显然并不适用于中国这样的存在明显城乡二元结构的发展中经济体。

在使用回归分析法进行的研究中, 一般使用省级数据, 对包括人口结构因素在内的不同

宏观变量进行计量回归分析。这一类研究不少都引入了年龄结构以外的其他人口结构因素。如利用 2003-2008 年省级面板数据进行回归分析的结果显示,老龄化的影响不到 4%^[16];而使用北京市 2008-2014 年时间序列数据进行的回归分析结果发现,老龄化对人均医疗费用增长的贡献率为 5%左右^[23];还有研究使用 2003-2013 年的省级数据,比较了不同因素对于医疗费用增长的影响,认为城镇化的影响最大,经济发展水平次之,老龄化则最小^[14];更近期的研究中,研究者对 2011—2018 年间的省级面板数据进行分析后发现,老龄化对卫生支出的影响受到城镇化水平的影响,老龄化的正向影响在城镇化水平较高的省份更为显著,这个结果实际上也说明了城镇化和老龄化的影响之间存在交互作用^[24]。整体来看,使用回归分析法的研究显示,年龄结构和城乡结构等人口结构因素都对卫生费用存在影响,但因为在模型设定、变量选取和样本时间段选择上的不同,不同研究的结果存在较大差异,难以得到全面和稳健的结论。

3. 已有研究的启示

对引起中国卫生费用增长的人口结构因素进行的相关研究发现,一方面跟其他国家类似,人口老龄化对中国卫生费用增长具有重要影响;但另一方面,中国人口结构和卫生费用之间的关系存在一些不同于成熟经济体的特点:(1)跟发达国家已完成城镇化且城乡高度一体化不同,中国在过去几十年中经历了快速城镇化,且一直存在较为明显的城乡二元结构,包括城乡之间存在的医疗服务不平等现象;(2)虽然无论在城镇还是农村地区,人均卫生费用都随老龄化而有所提高,但年龄结构对卫生费用的影响存在显著的城乡差异,在很长一段时间里农村老年居民卫生支出随年龄而提高的程度远低于城镇老年居民。上述两个特点意味着在研究人口结构对中国卫生费用的影响时,必须对已有的成熟模型作相应改进以使其适应中国的实际情况。

为了反映这两个特点的影响,已有研究中主要使用回归分析法。虽然回归分析法对于数据的要求相对较低,但该方法的结论易受到模型设定、变量选取和样本选择等问题的影响。模型设定方面,因为不同人口结构因素对卫生费用的影响存在不可忽视的交互作用,这可能导致常见的回归分析出现参数估计偏误。在变量选取方面,一些人口结构因素如年龄结构,其内部特征比较复杂(比如卫生支出随年龄的变化并非线性关系),只使用如老年人口比重等少数指标并不能涵盖年龄结构的全部影响。在样本选择方面,回归分析法测算的是样本期间的平均效应,而中国正处于较为剧烈的人口和社会转型进程之中,使用不同时间段样本进行分析得到的结果会出现较大差别。综上,使用回归分析法对该问题进行全面研究会遇到较多障碍。

相比之下,因素分解法有可能克服回归分析法所面临的上述问题,但常规的因素分解法因为没有考虑中国的特殊情况,其结果也同样可能存在偏差。跟回归分析法相比,因素分解法更有利于全面测算不同因素的影响,包括能纳入各种影响因素的交互作用,也便于对任意年份之间的变化进行分解而不受样本区间选择的影响。但是,因素分解法也存在如下困难:

(1) 该方法对基础数据要求较高;如为了能分解出年龄结构因素的影响,不仅需要分年龄人口数据,还需要有分年龄人口的微观卫生费用结构。(2) 使用因素分解法时,如果某些因素被忽略,则这些因素在分解过程中会因其不能识别而被归为“剩余项”,即归因为其他因素,同时该因素跟已有解释因素之间的交互作用也会被忽略掉。如对中国卫生费用进行因素分解的不少研究中,往往只识别了年龄结构的影响而没有对城乡结构的影响进行识别,这就导致一方面把年龄结构以外的其他人口结构因素如城乡结构等都归为其他因素,从而大大高估了非人口因素的影响;另一方面,因为无法识别出年龄结构和城乡结构之间的交互作用,也会导致其错误估计了年龄结构的影响程度。

根据本部分的分析可以看出,与回归分析法相比,因素分解法更适用分析人口结构因素对卫生费用的影响;但是,常规的因素分解法在分析中国这样一个正处于快速城市化且存在显著的城乡二元差异的国家时,也暴露出其短板。因此,为了更全面地分析人口结构因素对中国卫生费用的影响,我们需要对因素分解法进行改进,以引入城乡二元结构特征和快速城市化这两个重要特征。

三、改进的因素分解法模型

本部分将构建一个改进的因素分解法模型,以使其适用于在中国的特殊场景下,分析人口结构因素对卫生费用占比的影响。该模型构建的整体思路如下:首先要体现卫生费用的城乡二元结构特征,就必须分别构建起城镇和农村卫生费用的分解方程;同时,由于城乡差异的存在,城镇化必然会对卫生总费用产生影响,此时在把城镇和农村卫生费用加总的过程中引入城镇人口比重这一参数,就可以引入城市化这一影响因素。下面是模型的具体构建过程,整个过程共分为五步。

第一步,确定模型的分解对象。本文要研究的是人口结构因素的影响,因此其分解对象也应该是一个结构性变量,衡量一个经济整体卫生支出强度的最常用结构性变量是卫生总费用占 GDP 的比重(卫生费用占比),因此本文也以该变量作为分解对象。为了方便后面引入城乡卫生支出的二元结构特征,把该比重进一步分解为城镇和农村卫生费用占 GDP 比重两个部分,如式(1)所示。同时,城镇和农村卫生费用也分别可进一步表示为分年龄

组群体的卫生费用之和，如式（2）和（3）所示。具体如下：

$$H_t/Y_t = H_{u,t}/Y_t + H_{r,t}/Y_t \quad (1)$$

$$H_{u,t} = \sum_{a=1}^M \bar{h}_{a,u,t} \cdot N_{a,u,t} \quad (2)$$

$$H_{r,t} = \sum_{a=1}^M \bar{h}_{a,r,t} \cdot N_{a,r,t} \quad (3)$$

其中 H_t ， $H_{u,t}$ ， $H_{r,t}$ 分别表示 t 年全国卫生总费用、城镇卫生费用和农村卫生费用， Y_t 表示 t 年全国 GDP。 $\bar{h}_{a,i,t}$ 表示 t 年 i 区域第 a 年龄组的人均卫生费用， $N_{a,i,t}$ 表示相应群体的总人数，下标 t 代表年份，下标 i 代表区域（ $i = u$ 为城镇， $i = r$ 为农村，以下同），下标 a 代表年龄段（一共分成 M 个年龄段）。

第二步，将不同群体的人均卫生费用标准化。在城镇和农村，我们分别选取该区域第 α 年龄组群体（ $a = \alpha$ ）作为基准年龄组，把各年龄组的人均卫生费用除以基准年龄组的人均卫生费用，即得到各年龄组的人均相对卫生费用，我们假定该数值不随时间而变化，即有：

$$\bar{R}_{a,i} = \bar{h}_{a,i,t} / \bar{h}_{\alpha,i,t} \quad (4)$$

其中， $\bar{R}_{a,i}$ 是 i 区域第 a 年龄组相对于区域基准年龄组的人均相对卫生费用，反映该区域卫生费用随年龄变化的趋势。接下来，我们要衡量基准年龄组人均卫生费用的变化。我们把城镇和农村基准年龄组的人均卫生费用都分别表示为起始年人均卫生费用和历年增长因子的乘积，即：

$$\bar{h}_{\alpha,u,t} = \bar{h}_{\alpha,u,0} \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{u,\tau}) \quad (5)$$

$$\bar{h}_{\alpha,r,t} = \bar{h}_{\alpha,r,0} \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{r,\tau}) \quad (6)$$

其中， $\bar{h}_{\alpha,u,t}$ 和 $\bar{h}_{\alpha,r,t}$ 分别表示 t 年城镇和农村基准年龄组的人均卫生费用， $\bar{h}_{\alpha,u,0}$ 和 $\bar{h}_{\alpha,r,0}$ 表示起始年的人均卫生费用， $g_{u,\tau}$ 和 $g_{r,\tau}$ 则表示该基准年龄组人均卫生费用在第 τ 年的增长率。由式（5）和（6）可知，模型中城镇和农村基准年龄组的人均卫生费用可以有不同的增长速度，从而可以刻画城乡卫生费用变化的差异。下面要加总得到城镇和农村的卫生费用。把式（4）代入式（5）和式（6）后，再分别代入式（2）和式（3）后，城镇和农村卫生费用可分别表示如下：

$$H_{u,t} = \bar{h}_{\alpha,u,0} \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{u,\tau}) \sum_{a=1}^M \bar{R}_{a,u} \cdot N_{a,u,t} \quad (7)$$

$$H_{r,t} = \bar{h}_{\alpha,r,0} \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{r,\tau}) \sum_{a=1}^M \bar{R}_{a,r} \cdot N_{a,r,t} \quad (8)$$

第三步，分别对城镇和农村卫生费用占全国 GDP 的比重进行因素分解。首先对城镇卫生费用占全国 GDP 的比重进行分解，把（7）式两边同时除以 t 年 GDP，并代入人口结构和细分人群的人均相对卫生费用等变量，我们可以分解出 t 年城镇卫生费用占全国

GDP 比重的因素分解方程:

$$\begin{aligned}
 H_{u,t}/Y_t &= \left[\bar{h}_{\alpha,u,0} \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{u,\tau}) \sum_{a=1}^M \bar{R}_{a,u} \cdot N_{a,u,t} \right] / (\bar{y}_t N_t) \\
 &= \left[\bar{h}_{\alpha,u,0} \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{u,\tau}) \sum_{a=1}^M \bar{R}_{a,u} \cdot N_{a,u,t} \right] / \left(\bar{y}_0 \cdot \prod_{\tau=1}^t (1 + g_{y,\tau}) \cdot N_t \right) \\
 &= (\bar{h}_{\alpha,u,0}/\bar{y}_0) \cdot \prod_{\tau=1}^t \left(\frac{1 + g_{u,\tau}}{1 + g_{y,\tau}} \right) \cdot \mu_t \cdot \sum_{a=1}^M \left(\bar{R}_{a,u} \frac{N_{a,u,t}}{\mu_t \cdot N_t} \right) \\
 &= (\bar{h}_{\alpha,u,0}/\bar{y}_0) \cdot \mu_t \cdot \sum_{a=1}^M (\bar{R}_{a,u} n_{a,u,t}) \cdot \prod_{\tau=1}^t \left(\frac{1 + g_{u,\tau}}{1 + g_{y,\tau}} \right) \quad (9)
 \end{aligned}$$

其中, \bar{y}_t 为 t 年的人均 GDP, \bar{y}_0 为起始年的人均 GDP, $g_{y,\tau}$ 是第 τ 年的人均 GDP 增长率; N_t 为 t 年全国总人口, μ_t 为 t 年城镇人口比重, $\mu_t \cdot N_t$ 表示 t 年城镇总人口, $n_{a,u,t} = \frac{N_{a,u,t}}{\mu_t \cdot N_t}$ 则表示 t 年城镇居民中第 a 年龄组人群的比重。

为了方便后面的分析, 我们进一步把 (9) 式的不同部分进行整理得到其简化表达式:

$$H_{u,t}/Y_t = \bar{A}_u \cdot \mu_t \cdot D_{u,t} \cdot (1 + g_{uy,t}) \quad (10)$$

其中, $\bar{A}_u \equiv \bar{h}_{\alpha,u,0}/\bar{y}_0$ 是起始年城镇基准年龄组人均卫生费用与当年全国人均 GDP 之比, 为常数; μ_t 是城镇人口比重, 代表了人口城乡结构变化即城镇化的影响; $D_{u,t} = \sum_{a=1}^M (\bar{R}_{a,u} n_{a,u,t})$ 是城镇全体人口相对于城镇基准年龄组的加权人均卫生费用倍数, 代表了城镇年龄结构的影响; $g_{uy,t} \equiv \prod_{\tau=1}^t \left(\frac{1 + g_{u,\tau}}{1 + g_{y,\tau}} \right) - 1$, 是城镇基准年龄组的人均卫生费用相对于全国人均 GDP 的累积增速差额, 代表了城镇除年龄结构以外其他因素的影响。

经过同样的过程, 我们可以得到农村卫生费用占全国 GDP 比重的因素分解方程及其简化表达式:

$$H_{r,t}/Y_t = (\bar{h}_{\alpha,r,0}/\bar{y}_0) \cdot (1 - \mu_t) \cdot \sum_{a=1}^M (\bar{R}_{a,r} n_{a,r,t}) \cdot \prod_{\tau=1}^t \left(\frac{1 + g_{r,\tau}}{1 + g_{y,\tau}} \right) \quad (11)$$

$$H_{r,t}/Y_t = \bar{A}_r \cdot (1 - \mu_t) \cdot D_{r,t} \cdot (1 + g_{ry,t}) \quad (12)$$

式 (11) 和 (12) 中变量的含义与城镇部门的对应表达式类似, 其中, $n_{a,r,t} = \frac{N_{a,r,t}}{(1 - \mu_t) \cdot N_t}$ 表示农村居民中第 a 年龄组人群的比重; $\bar{A}_r \equiv \bar{h}_{\alpha,r,0}/\bar{y}_0$ 是起始年农村基准年龄组的人均卫生费用占全国人均 GDP 的比重, 为常数; $(1 - \mu_t)$ 为农村人口占总人口比重, 代表城镇化的影响; $D_{r,t} = \sum_{a=1}^M (\bar{R}_{a,r} n_{a,r,t})$ 是农村全体人口相对于农村基准年龄组的加权人均卫生费用倍数, 代表农村年龄结构的影响; 最后, $g_{ry,t} \equiv \prod_{\tau=1}^t \left(\frac{1 + g_{r,\tau}}{1 + g_{y,\tau}} \right) - 1$, 是农村基准年龄组的人均卫生费用相对于全国人均 GDP 的累积增速差额, 代表农村除年龄结构以外其

他因素的影响。

第四步，计算得到卫生费用占比的完整因素分解式。把公式（10）和（12）代入公式（1）中，得到：

$$\begin{aligned} H_t/Y_t &= H_{u,t}/Y_t + H_{r,t}/Y_t = \bar{A}_u \cdot \mu_t \cdot D_{u,t} \cdot (1 + g_{uy,t}) + \bar{A}_r \cdot (1 - \mu_t) \cdot D_{r,t} \cdot (1 + g_{ry,t}) \\ &\equiv f(\mu_t, D_{u,t}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t}) \end{aligned} \quad (13)$$

从（13）式可以发现，卫生总费用占 GDP 比重的变化受到三个人口结构因素的影响，分别是人口城乡结构（ μ_t ），城镇年龄结构（ $D_{u,t}$ ）和农村年龄结构（ $D_{r,t}$ ）。此外，城镇和农村卫生费用变化中不能被上述因素包含的其他因素分别被归入城镇其他因素（ $g_{uy,t}$ ）和农村其他因素（ $g_{ry,t}$ ）。

第五步，对任意两个年份间卫生费用占比的变化进行分解。利用（13）式，我们可以把任意两个年份间卫生费用占比的变化分解成五个部分，分别代表前述五种因素的影响，具体表达式如下：

$$\begin{aligned} \Delta(H_t/Y_t) &= (H_t/Y_t) - (H_{t-1}/Y_{t-1}) \\ &= f(\mu_t, D_{u,t}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t}) - f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t-1}, g_{uy,t-1}, g_{ry,t-1}) \\ &= [f(\mu_t, D_{u,t}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t}) - f(\mu_{t-1}, D_{u,t}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t})] \\ &\quad + [f(\mu_{t-1}, D_{u,t}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t}) - f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t})] \\ &\quad + [f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t}, g_{uy,t}, g_{ry,t}) - f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t-1}, g_{uy,t}, g_{ry,t})] \\ &\quad + [f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t-1}, g_{uy,t}, g_{ry,t}) - f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t-1}, g_{uy,t-1}, g_{ry,t})] \\ &\quad + [f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t-1}, g_{uy,t-1}, g_{ry,t}) - f(\mu_{t-1}, D_{u,t-1}, D_{r,t-1}, g_{uy,t-1}, g_{ry,t-1})] \end{aligned} \quad (14)$$

在（14）式中，最后分解出来的五个部分分别代表任意相邻年份之间的人口城乡结构、城镇年龄结构、农村年龄结构、城镇其他因素和农村其他因素这五个因素的影响。其中，前三项为人口结构因素，后两项则为非人口结构因素。^①至此，我们完成了对卫生费用占比变化的因素分解模型构建。该模型的主要特点在于引入卫生费用的城乡二元结构特征，使其能把人口城乡结构转变的影响从其他因素中分解出来，并且把城镇年龄结构和农村年龄结构的不同影响也进行了区分。对于中国这样一个正处于社会经济快速转型且存在

^① 除城乡结构和年龄结构外，性别结构也是人口结构的重要构成要素。在下文分析的样本区间（1990-2020）内，中国人口的性别结构随时间的变化幅度较小，而年龄结构和城乡结构的变化要剧烈得多，因此性别结构对卫生费用动态变化的影响远小于年龄结构和城乡结构，基于上述考虑，本文并没有进一步考虑性别结构的影响。

明显城乡二元结构的发展中国家来说，该模型有助于加深我们对人口结构因素和卫生费用占比变化之间关系的认识。但是，该模型在应用中也存在一些困难，主要表现为计算复杂度较高，尤其是最后的分解方程并不能表现为常见的指数相乘形式，使得因素分解方法变得比较累赘，同时该分解方法对于微观基础数据的要求也较高，工作量较大。

四、数据处理过程和对数据基本特征的说明

接下来将应用该模型，使用中国数据进行影响因素分解。本部分将阐述因素分解所使用的变量的数据来源和处理过程。根据式（9）和式（11）可知，因素分解过程中需要使用的变量包括：（1）历年城镇和农村的人口年龄结构；（2）历年城镇人口比重和人均 GDP 增速；（3）历年城镇卫生费用和农村卫生费用各自占 GDP 的比重；（4）城镇和农村分年龄段的人均相对卫生费用。下面我们对所涉及数据的来源和处理过程进行说明，并对其中涉及的中国人口结构和卫生支出结构的特征进行简单说明。

城镇和农村的人口年龄结构。由于普通年份的分年龄人口统计数据与普查或抽查年份存在较大差异，本文仅使用人口普查和 1%抽查年份的人口数据进行分析，因此后文分析中将以每 5 年作为间隔进行分解。各年城镇和农村的分年龄人口数据分别来自历年《中国人口统计年鉴》、《中国人口和就业统计年鉴》和《中国 2000 年人口普查资料》。因为老龄化对卫生费用的影响最大，我们对城乡间不同年份的老龄化程度进行对比（见图 2）。可以发现，不管使用 60 岁还是 65 岁作为老年人的年龄门槛，城镇和农村的老年人口比重和老龄化速度都在 1995 年以后发生明显分化：农村居民的老龄化程度在 1995 年后即高于城镇居民，且两者间差距不断拉大。在 2010 年以前，在乡-城移民的影响下，受益于移入城镇的年轻人口，城镇老龄化问题得到很大缓解，但同期农村老龄化进程则大大高于城镇^[25]。2010 年以来，无论是城镇还是农村，老年人口比重都持续上升，但同期农村老龄化速度依然快于城镇，城乡老龄化程度的差距迅速扩大。如城乡间 65 岁及以上人口比重的差距已从 2010 年的 2.3% 扩大到 2020 年的 6.6%。可见，城镇和农村地区的人口年龄结构差异从 1990 年代中期以来一直在扩大。城镇老龄化进度在 2010 年以来有所加速，但其老龄化的程度和速度都依然远低于农村。

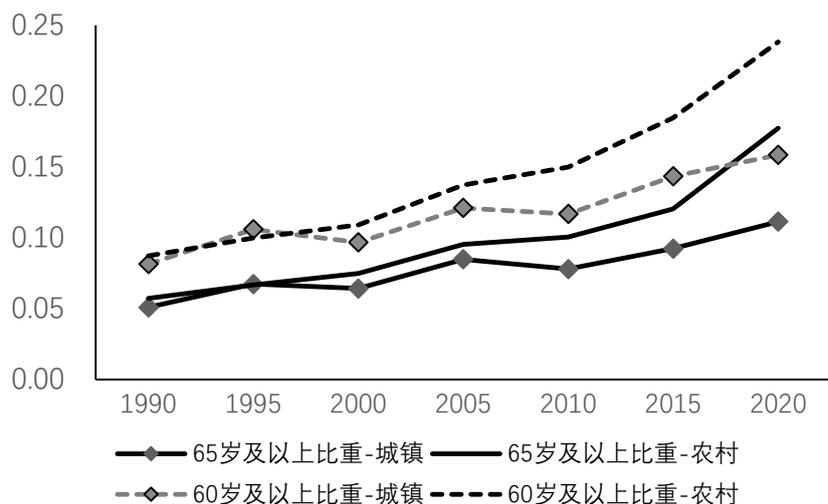


图 2 城镇和农村老龄人口占比变化趋势

资料来源：人口年龄结构的原始数据来自《中国人口统计年鉴》、《中国人口和就业统计年鉴》和《中国 2000 年人口普查资料》。

城镇人口占比和人均 GDP 增速。各年城镇人口占比^①和人均 GDP 原始数据来自《中国统计年鉴 2021》，并计算出相邻年份间的人均 GDP 增速。

城镇卫生费用和农村卫生费用各自占 GDP 比重。从 1990 年开始，卫生总费用数据开始分成城镇和农村两部门分别统计。基于这一数据约束，后文只对 1990 年以来的卫生费用占比变化进行分解。历年的城镇卫生费用和农村卫生费用原始数据来自《中国卫生健康统计年鉴 2021》，并根据统计口径进行了调整^②；历年 GDP 数据来自《中国统计年鉴 2022》，使用这两部分数据可以分别算出城镇卫生费用和农村卫生费用各自占 GDP 的比重。这两个指标的变化见图 3。2000 年以前，两个指标的变化趋势较为一致；2000 年以后，农村卫生费用占 GDP 比重经历了先下降再缓慢上升的过程；城镇卫生费用占 GDP 比重虽然一直保持上升趋势，但在不同阶段的增长速度存在明显差异。需要注意的是，由于从 2017 年开始，城镇和农村卫生费用不再分别统计，因此 2020 年的数据为估算数据，估算过程将在本节的最后部分加以说明。

^①在城乡人口频繁流动的情况下，一个区域的常住人口和户籍人口并不对应。由于本文所使用的人口统计的城乡划分以常住人口为准，而不少医疗服务和卫生费用统计的城乡划分往往跟户籍人口有着紧密关系，前述常住人口和户籍人口之间的差异可能会导致本文计算结果存在偏差，比如会高估农村居民的人均卫生费用，从而可能高估农村年龄结构对卫生费用占比的影响。

^②“卫生总费用”统计数据随年份有一定的口径调整，具体来说，卫生总费用从 2001 年起不含高等医学教育经费，而从 2006 年起包括城乡医疗救助经费。为了让前后统计口径保持一致，本文对城乡卫生费用和总卫生费用数据进行如下调整：考虑到高等医学教育经费主要用在城镇部门，本文从 1990、1995 和 2000 年的卫生总费用和城镇卫生费用中扣除了对应年份的高等医学教育经费；而由于城乡医疗救助制度从 2004 年开始实施，且头两年主要用在农村部门，在 2005 年的卫生总费用和农村卫生费用中增加了 2005 年的城乡医疗救助经费。其中，2005 年城乡医疗救助金额来自《中国民政统计年鉴 2021》，1990、1995 和 2000 年的高等医学教育经费金额来自《中国卫生统计年鉴 2003》。

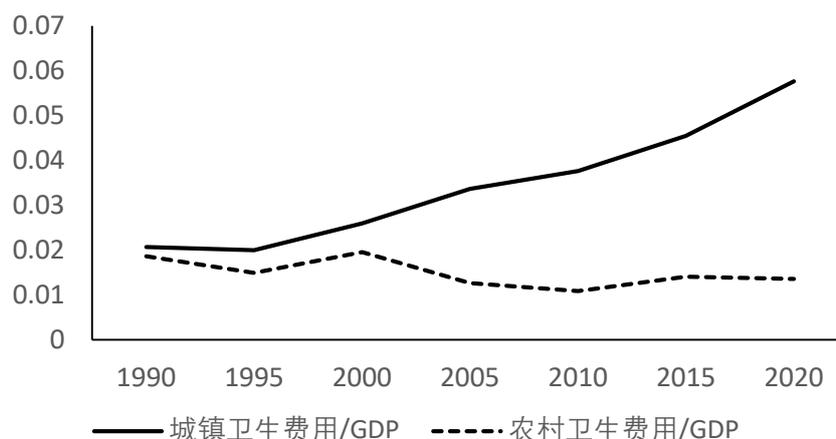


图 3 城镇和农村卫生费用占 GDP 比重变化

资料来源：2020 年的数据为估算数，估算过程在本节的最后部分加以说明。其他年份的城镇和农村卫生费用原始数据来自《中国卫生健康统计年鉴（2021）》，GDP 数据来自《中国统计年鉴 2022》。

城镇和农村的分年龄人均相对卫生费用。这里需要用大样本微观调查数据分别构建城镇和农村居民的人均卫生费用随年龄变化的曲线。本文使用 2013 年中国家庭收入调查（CHIP2013）数据来构造该曲线。在常用微观调查数据中，该数据相比来说具有样本规模大（样本数达到 6 万多个）、覆盖面广（涵盖所有年龄段和不同区域）等优点，且样本的城乡-年龄分布与中国实际人口结构非常接近。首先，我们得到调查对象的个人医疗支出金额。接着，剔除极端值后分别把城镇和农村样本分成不同年龄段，计算出城镇和农村不同年龄段群体的人均医疗支出。最后，分别从城镇和农村居民里选取其中一个年龄段人群作为基准组，根据式（4）对不同群体的人均医疗支出进行标准化。在实际计算中，我们把城镇和农村人口分别分成 17 个年龄段（即取 $M=17$ ），其中 0-79 岁人口按照每 5 岁一组分成 16 组，80 岁及以上的超高龄人口单独合并为一组；在基准群体的选定中，我们以城镇和农村中的 40-44 岁群体分别作为两个区域的基准年龄组，以该群体的医疗支出为 1，计算得到两个部门其他年龄群体的相对医疗支出，我们以该指标作为人均相对卫生费用的代理变量。至此，我们分别计算得到城镇和农村的分年龄人均卫生费用结构。我们在后面的计算中假设该结构不随时间发生变化。城镇和农村人均相对卫生费用随年龄变化的曲线如图 4 所示。可以看出，中国的分年龄人均卫生费用结构有如下特征：（1）不管是城镇还是农村，人均相对卫生费用随年龄的变化趋势都呈现为略有波动的 J 型，并存在三个峰值，依次为 0-4 岁（婴儿期），25-34 岁（女性生育期）和 60 岁以上（老年期）。这个特征跟历

年“中国卫生服务调查研究”^①中年龄别住院率的变化趋势相一致，也跟利用其他微观数据得到的变化趋势相一致^[26-27]。（2）在老年人中，超高龄老人的人均相对卫生费用会出现不同程度的下降，上述发现也跟已有的关于老年人医疗支出趋势的研究相吻合^[27]。（3）分年龄人均卫生费用结构存在非常显著的城乡差异，且这种差异主要反映在老年人部分。在城镇地区，70-79 岁老年人的人均卫生费用大约是 40-44 岁人群的 3 倍多，而在农村地区，这个数字只是 1.5 到 1.7 倍。也就是说，农村老年人的人均相对卫生费用低得多，这也跟已有研究对中国卫生支出现状的描述相符^[15,17]，城镇和农村在分年龄人均卫生费用结构上的这一区别再次说明把城乡差异纳入分析的重要性。

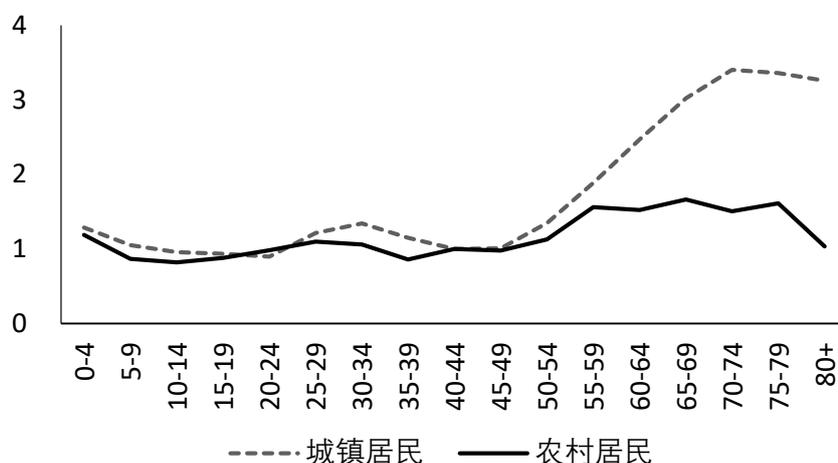


图 4: 城镇和农村的分年龄人均卫生费用结构

说明：根据中国家庭收入调查数据（CHIP）2013 计算而得，计算方法见式（4），分别以城镇和农村 40-44 岁群体为 1 而得到其他群体的相对支出。

通过上面的数据收集和处理过程，我们分别获得了如下变量的取值：历年农村卫生费用和城镇卫生费用分别占 GDP 的比重、历年城镇和农村分年龄人口比重、城镇和农村分年龄人均相对卫生费用、历年城镇人口比重、历年人均 GDP 增长率。把上述数据分别代入（9）和（11）式就可以分别计算得到城镇和农村基准年龄组人群历年的人均卫生费用。另外，由于在 2016 年后，城镇和农村卫生费用不再分别统计，这里假设 2015-2020 年间城镇和农村基准年龄组的人均卫生费用增长速度相同，从而根据（13）式中城乡合计卫生费用

^① “中国卫生服务调查研究”由卫生部（其中 2013 年更改为“国家卫生计生委”，2018 年更改为“国家卫生健康委”）统计信息中心每 5 年公布一次，目前已经公布六次，分别为 1993 年、1998 年、2003 年、2008 年、2013 年和 2018 年。最新的数据见：国家卫生健康委统计信息中心：《2018 年全国第六次卫生服务统计调查报告》，人民卫生出版社，2021 年。

占比的计算公式，计算出 2015-2020 年间两个区域基准年龄组的人均卫生费用增长率，并推算出 2020 年两个区域基准年龄组的人均卫生费用。至此，利用（14）式进行因素分解所需要的各变量都已计算得到。把上述变量代入（14）式中，我们就可以把相邻年份间卫生费用占比的变化分解为人口城乡结构、城镇年龄结构、农村年龄结构、城镇其他因素和农村其他因素等五个因素的影响。下一部分将对分解结果进行分析。

五、人口结构因素对卫生费用占比影响的分解结果

根据第四部分可知，受限于数据的统计口径和可得性问题，我们只能对 1990-2020 年间每 5 年的变化进行因素分解。本部分对分解结果进行整理和分析。表 1 展示了五个影响因素在不同时期的影响及在整个长时期内的累计影响。表 1 中的前五列数据分别代表了五个因素在不同时期导致卫生费用占比变化的幅度，根据（14）式可知，五个因素的影响加总正好等于该期间卫生费用占比的变化，即表 1 中的第六列数据。从表 1 可知，从 1990 到 2020 年，除了 1990-1995 年间外，卫生费用占比在其余时段都呈上升趋势；1990-2020 年间，卫生费用占比一共提高了约 3.19 个百分点。下面对不同因素的影响分别进行说明。

表 1 各因素对卫生费用占比影响的分解结果

时期	人口城乡结构	城镇年龄结构	农村年龄结构	城镇其他因素	农村其他因素	卫生费用占比合计变化
1990-1995	0.126	0.070	0.008	-0.317	-0.322	-0.435
1995-2000	0.294	-0.038	0.003	0.119	0.682	1.060
2000-2005	0.380	0.136	0.033	0.104	-0.579	0.075
2005-2010	0.373	-0.040	0.022	-0.087	-0.047	0.221
2010-2015	0.342	0.171	0.029	0.024	0.534	1.100
2015-2020	0.346	0.173	0.056	0.457	0.141	1.173
1990-2020 累计影响	1.862	0.472	0.150	0.300	0.409	3.193
（累计贡献率，%）	(58.3)	(14.8)	(4.7)	(9.4)	(12.8)	(100)

说明：1.此表中的“卫生费用占比”指的是卫生总费用占 GDP 比重。2.五个影响因素分别对应（14）式中的五个分解项，详见第三部分说明。3.各因素影响大小的单位为百分点，如表格中最左上角的数字 0.126 的含义是人口城乡结构因素在 1990-1995 年间使卫生费用占比提高了 0.126 个百分点。4.各因素的累计影响为前面六个阶段的影响加总得到。5.各因素的累计贡献率为其“累计影响”占“卫生费用占比合计变化”的比重，如人口城乡结构因素的累计贡献率为 $1.862/3.193=58.3\%$ 。

1.城镇化对卫生费用占比的影响

通过比较五个因素的累计影响可知，人口城乡结构的转变即城镇化是过去 30 年推动卫生费用占比提高的最主要因素。从 1990-2020 年整个时期来看，城镇化对卫生费用占比提

高的累计贡献率达到 58.3%，是最大的单一影响因素，而且和其他四个因素相比，其作用的稳定性也最强。1990 到 1995 年，城镇化使卫生费用占比一共上升了 0.126 个百分点；此后，城镇化的影响不断提高，在 1995-2000 年间让卫生费用占比提高 0.294 个百分点，2000 年以后更是每 5 年让卫生费用占比提高超过或接近 0.35 个百分点。值得注意的是，2010 年以来，虽然城镇化的速度并没有减慢，但随着近年来卫生支出城乡差异的缩小，城镇化对卫生费用的影响开始有所降低。

2. 年龄结构对卫生费用占比的影响

首先，分析城镇年龄结构的影响。从整个时期来看，城镇年龄结构是第二大影响因素，对卫生费用占比提高的累计贡献率达到 14.8%。但是，该因素的影响呈现出很强的阶段性差异，其对卫生费用增长的贡献主要集中在 2010 年以后。2010 年以前，城镇年龄结构的影响并不大，甚至在某些时段呈现出负向影响，这主要是因为乡城人口转移大大减缓甚至在某些阶段逆转了城镇的人口老龄化趋势；但 2010 年以后，随着城镇人口老龄化水平的持续提高，该因素已逐步成为推动卫生费用占比上升的主导因素之一，其对卫生费用占比提升的促进作用大约为城镇化的一半。

其次，分析农村年龄结构的影响。从整个时期来看，农村年龄结构只导致卫生费用占比提高了 0.15 个百分点，对卫生费用占比变化的整体贡献率只有 4.7%，不到城镇年龄结构影响的三分之一。但是，受到农村人口持续老年化的推动，该因素在不同时期的表现相对平稳。2000 年以后，随着农村老龄化速度提高，其影响有所上升；2015-2020 年，农村年龄结构的影响几乎翻番，主要反映了 2015 年以后农村人口的加速老龄化。尽管农村老龄化程度和速度都远比城镇严重，农村年龄结构影响的绝对值却大大低于城镇，这突出反映了城乡之间在卫生支出水平和结构上的差异。

最后，我们对人口年龄结构的整体影响进行分析和展望。人口年龄结构对中国卫生费用占比的影响由城镇部门主导。虽然中国的整体人口老龄化速度从 1990 年代中期以来就不断提高，但由于 2010 年以前老龄化现象主要发生在农村地区，因此人口年龄结构对整体卫生费用占比的影响尚不明显，甚至在某些阶段因为城镇地区的老龄化减弱而呈现出降低卫生费用占比的效果。直到 2010 年以后，随着城镇地区老龄化程度的稳定提高，年龄结构对卫生费用的影响才大大加强。值得注意的是，虽然 2010 年以后中国整体人口老龄化已开始加速，但由于这种加速截止目前还主要发生在农村地区，因此老龄化加速对卫生费用占比提高的影响尚未变得突出。可以预计，今后随着城镇老龄化的加速，以及后续乡城人口转移对城镇年龄结构的优化作用不断减退，年龄结构转变对提高卫生费用占比的促进作用将

会不断增大。

3.其他因素对卫生费用占比的影响

在本文构建的模型中，以基准年龄组的人均卫生费用相对于人均 GDP 的增速来代表人口结构以外的其他因素的影响。当该相对增速为正时，即表示其他因素促进了卫生费用占比的提高。其他因素的影响存在明显的阶段性差异和城乡差异。在阶段性差异方面，从 1990 到 2010 年，不管是城镇还是农村地区，其他因素的累计影响均为负值，这也使卫生费用占比的上升趋势在这一阶段相对平缓。直到 2010 年后，其他因素开始成为卫生费用占比上升的主要推动者，这主要体现了医疗卫生体系一系列改革的影响，包括 2007 年以来全民医保制度的建立和完善，以及 2009 年开始推动的新医改的影响。在城乡差异方面，从整个时期来看，城镇和农村其他因素对卫生费用占比提高的累计贡献率分别为 9.4% 和 12.8%，这说明该时期农村居民基准年龄组的卫生费用增长速度要高于城镇居民，该结果显示城乡卫生支出的二元结构有所改善。

4.人口结构因素和其他因素的影响程度对比

从表 1 的分解结果，对比人口结构因素和其他因素的影响可以发现，虽然短期内非人口结构因素可能会对卫生费用占比变化起到很大的作用，但长期来看人口结构因素依然占据主导地位。比如在 1995-2000、2000-2005 和 2010-2015 年这三个时期，农村其他因素都是对卫生费用影响最大的单一因素，这说明医疗卫生政策调整等非人口结构因素在短期内可以带来很大的影响，但是这些因素的影响往往作用时间较短，同时波动性较大，因此累计影响效应较小；相比之下，城乡结构和年龄结构等人口结构的作用往往是持久且方向明确的，因此其累计效应要远大于其他因素。从长期来看，从 1990 到 2020 年，城乡结构、城镇年龄结构和农村年龄结构等三个人口结构因素分别贡献了卫生费用占比总上上涨额的 58.3%、14.8% 和 4.7%，合计达到 77.8%，远远高于其他因素的作用。

六、主要贡献

本文关于人口结构因素对卫生费用占比影响的分解结果，跟已有相关研究的结果存在差异，本部分将对造成结果差异的原因进行分析，并就本文对已有研究的补充意义进行讨论。

1.更全面地测算了人口结构对中国卫生费用的整体影响

本文利用改进后的因素分解法得到的人口结构因素对中国卫生费用的影响远高于其他已有研究的测算结果，主要原因是本文模型把城镇化这一人口结构因素的影响从因素分解

的剩余项（即“其他因素”）中分离出来。（详见第三部分的说明）如表 1 的分解结果所示，在中国这样一个存在比较严重的城乡二元结构且处于高速城镇化进程中的经济体里，城镇化对卫生费用占比的影响非常重要。已有因素分解研究中分解出来的人口结构因素主要指年龄结构，且研究所分析的时间段也跟本文有所不同。为了更好地跟已有研究的结论进行对比，我们需要对表 1 结果做进一步梳理。首先，我们把前述的五个影响因素合并为人口城乡结构、人口年龄结构和其他因素三大类；然后，分别按照 1990 年代、2000 年代和 2010 年代来汇总其影响（汇总结果见表 2）。可以发现，如果只考虑年龄结构，其对卫生费用占比的影响在 2000 年以前并不大，对卫生费用占比上涨的贡献率为 6.8%，这个数字跟只对年龄结构进行分解的其他因素分解法研究的结论相仿；虽然到了 2000-2010 年间其影响有所提升，但绝对值依然较小，直到 2010 年以后其影响才有所增大，上述结果也跟其他相似研究中的结果比较接近。

表 2 分时期三大类因素对卫生费用占比影响的分解结果

年代	城乡结构	年龄结构	其他因素	合计
1990-2000	0.420	0.043	0.162	0.625
(贡献率, %)	(67.2)	(6.8)	(25.9)	(100)
2000-2010	0.754	0.151	-0.609	0.296
(贡献率, %)	(255.1)	(51.1)	(-206.2)	(100)
2010-2020	0.688	0.428	1.157	2.273
(贡献率, %)	(30.3)	(18.8)	(50.9)	(100)
1990-2020 累计	1.862	0.622	0.709	3.193
(贡献率, %)	(58.3)	(19.5)	(22.2)	(100)

说明：1.“年龄结构”即表 1 中的城镇年龄结构和农村年龄结构两个因素影响之和；“其他因素”即表 1 中的城镇其他因素和农村其他因素两个因素影响之和。2. 某一时期的影响是其涵盖的各子时期影响之和，如城乡结构对卫生费用占比在 1990-2000 时期的总影响是两个子时期（1990-1995 和 1995-2000）影响之和，即 $0.420=0.126+0.294$ （其中 0.126 和 0.294 两个数字来自表 1）。3. 各因素影响大小的单位为百分点。

2. 深化了年龄结构对中国卫生费用影响的认识

本文通过分别测算城镇和农村两个区域年龄结构转变所带来的影响，有助于加深我们对整体年龄结构转变和卫生费用占比变化之间关系的认识。年龄结构对卫生费用的影响是相关研究的核心关注点，且已有研究主要以整体人口年龄结构的影响作为分析对象。但是，中国城乡之间在卫生支出结构和人口结构演变上存在两个重要差异：（1）农村地区老年人相对年轻人的卫生支出倍数低于城镇地区；（2）农村地区的老齡化水平和速度都高于城镇地区。因为存在上述差异，从全国层面来看，老齡化速度对卫生费用的影响存在显著

的阶段性和差异性。表 3 比较了不同时期全国老年人口比重变化对卫生费用占比的影响。可以发现，在整体人口老龄化的初期（1990-2000 年间），由于老龄化主要发生在农村地区，城镇地区基本没有出现老龄化现象，使得从全国层面来看，人口老龄化对整体卫生费用增长的影响较小；该时期全国老年人口（65 岁及以上人口）比重每提高 1 个百分点，城镇和农村年龄结构转变合计只会导致卫生费用占比提高 0.031 个百分点。在整体人口老龄化开始加速的时期（2010-2020 年间），伴随着城镇人口也开始稳步老龄化，人口老龄化对卫生费用占比的影响开始显著变大；该时期全国老年人口比重每提高 1 个百分点，城镇和农村年龄结构转变合计将可引起卫生费用占比提高 0.093 个百分点，是 1990 年代的 3 倍。展望未来，随着城镇人口开始步入加速老龄化时期，全国层面来看，人口老龄化对卫生费用占比的影响将持续增大，未来进一步老龄化带来卫生费用占比的提高速度将远高于过去。

表 3 不同时期全国老龄化速度和年龄结构对卫生费用占比的影响对比

时期	年龄结构对卫生费用占	全国 65 岁及以上人口比重	(1)/(2)
	比的影响	(%)变化	
	(1)	(2)	
1990-2000	0.043	1.39	0.031
2000-2010	0.151	1.91	0.079
2010-2020	0.428	4.63	0.093

说明：1.“年龄结构对卫生费用占比的影响”来自表 2，单位为百分点；2.“全国 65 岁及以上人口比重”数据来自历年人口普查数据，单位为百分点；3.第 3 列计算结果表示全国 65 岁及以上人口比重每提高一个百分点，城镇和农村年龄结构转变合计带来的卫生费用占比的变化。

3.更准确地测算城乡卫生费用的真实差距变化

因为城镇和农村人口在年龄结构上的巨大差异，直接对比两者的人均卫生费用并不能完全体现城乡卫生差距的真实水平。更好的衡量方法是对城乡同一个可比群体的人均卫生费用进行对比。利用第四节中收集的数据代入到（9）式和（11）式中，可计算得到历年城镇和农村基准年龄组（40-44 岁群体）的人均卫生费用。图 5 展示了这两个群体的人均卫生费用之比随时间的演变。该结果显示，在剔除年龄结构影响后，当前城乡之间的卫生支出差距处于 1990 年以来的最低水平，而 1995-2000 年以及 2010-2015 年这两个时期则是城乡卫生差距缩小的主要时期。对于 40-44 岁群体来说，城乡之间的人均卫生费用之比已经从 2.5 倍以上降低为不到 2 倍。当然，需要注意的是，由于城乡之间人均卫生费用随年龄变化的趋势存在显著差异（见图 4），城乡老年人的人均卫生费用之比要远大于该数字。

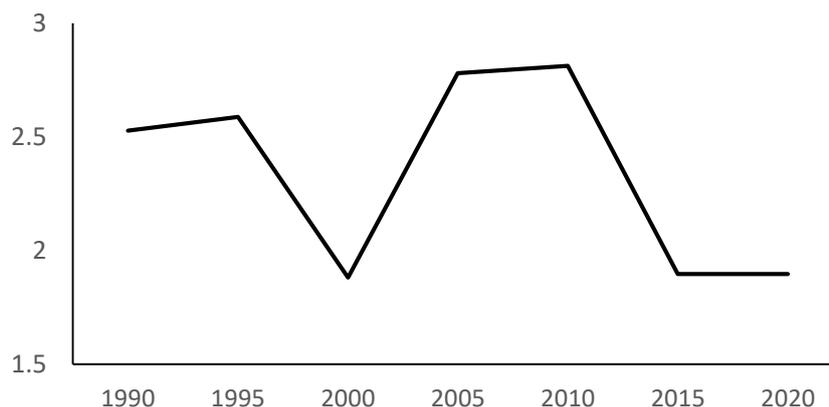


图 5 城镇和农村基准年龄组（40-44 岁群体）的人均卫生费用之比

说明：城镇和农村基准年龄组的人均卫生费用分别根据（9）式和（11）式计算得到。

七、结论

本文根据中国的社会经济情况，对卫生费用的影响因素分解方法进行改进，并重新测算了 1990-2020 年间人口结构因素对中国卫生总费用占 GDP 比重变化的影响。

首先，基于中国卫生支出存在的城乡二元结构特征，本文对卫生费用的影响因素分解方法进行改进。该改进模型既能把人口城乡结构转变的影响单独分离出来，又能区分城镇和农村年龄结构的各自影响，并最终把全国卫生总费用占 GDP 比重（以下简称“卫生费用占比”）的变化分解为人口城乡结构、城镇年龄结构、农村年龄结构、城镇其他因素和农村其他因素等五个因素的影响，其中前三个为人口结构因素。

其次，利用改进后的因素分解方法，本文重新测算了 1990-2020 年间不同因素对中国卫生费用占比的影响。测算结果显示，1990-2020 年间，三个人口结构因素合计对卫生费用占比变化的贡献率达到 77.8%。其中，人口城乡结构的转变即城镇化在整个时期对卫生费用占比的累计贡献率达到 58.3%，是最大单一影响因素，且其作用在不同时期都非常稳定。年龄结构对卫生费用占比的影响呈现出很强的城乡差异和阶段性差异。城镇年龄结构转变虽然在 1990-2020 年整个时期的累计贡献率只有 14.8%，远低于城镇化，但在 2010 年以后其作用显著提高，已逐步成为推动卫生费用占比上升的主导因素之一。相比之下，尽管农村地区的老龄化程度和速度都远比城镇严重，但农村年龄结构转变的累计贡献率却只有 4.7%，不足城镇的 1/3。

最后，本研究还在如下方面深化了对人口结构和中国卫生费用之间关系的认识，包括：（1）本文测算的人口结构因素对卫生费用的影响大大高于其他类似研究的测算结果，主要原因是本文使用的改进模型可以把城镇化这一重要的人口结构因素从因素分解的剩余

项（即“其他因素”）中分离出来，这对正在经历快速城镇化的中国经济的分析非常重要。

（2）本研究深化了年龄结构对中国卫生费用影响的认识，揭示了人口老龄化对卫生费用影响的非线性特征。由于过去老龄化加速现象主要发生在农村地区，而农村老年人口的卫生支出较低，因此整体来看，老龄化对整体卫生费用占比的影响尚不突出；未来，随着中国人口老龄化的主战场从农村转向城镇，人口老龄化对卫生费用的影响将大大增强。（3）本研究测算了剔除年龄结构影响后城乡卫生支出差距的变化，结果显示，城乡卫生支出的二元结构从2010年以来有了一定改善。

参考文献：

- [1]刘国恩,蔡春光,李林.中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析[J].经济研究,2011(3):95-107+118.
- [2]薛伟玲,陆杰华.基于医疗保险视角的老年人医疗费用研究[J].人口学刊,2012(1):61-67.
- [3]王文娟,曹向阳.药交所试点背景下人均医疗费用的影响因素研究[J].经济理论与经济管理,2016(11):78-87.
- [4]徐冬林,陈永伟.环境质量对中国城镇居民健康支出的影响[J].中国人口·资源与环境,2010(4):159-164.
- [5] NEWHOUSE J. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? [J] Journal of Economic Perspectives, 1992, 6(3): 3-21.
- [6]刘庆顺,李利利.人口结构影响医疗费用增长的定性比较分析[J].人口与经济,2020(5):103-117.
- [7] MEIHER C, WOUTERSE B, POLDER J, KOOPMANSCHAP M. The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review. [J] European Journal of Aging, 2013, 10(4): 353-361.
- [8]彭浩然,郑倩昀,岳经纶,梁玮佳.中国卫生筹资转型的决定因素与健康绩效[J].管理世界,2016(6):90-97+106.
- [9]彭晓博,杜创.医疗支出集中性与持续性研究:来自中国的微观经验证据[J].世界经济,2019(12):51-76.
- [10]石明明,江舟,邱旭容.老龄化如何影响我国家庭消费支出——来自中国综合社会调查的证据[J].经济理论与经济管理,2019(4):62-79.

- [11] 王晓峰,冯园园.人口老龄化对医疗卫生服务利用及医疗卫生费用的影响——基于 CHARLS 面板数据的研究[J].人口与发展,2022(2):34-47.
- [12] 林相森,艾春荣.对中国医疗服务利用不平等问题的实证检验[J].中国人口科学,2009(3):86-95+112.
- [13] 熊跃根,黄静.我国城乡医疗服务利用的不平等研究——一项于 CHARLS 数据的实证分析[J].人口学刊,2016(6):62-76.
- [14] 徐长生,张泽栋.城镇化、老龄化及经济发展对我国医疗费用影响回归分析[J].中国卫生经济,2015(6):54-55.
- [15] 阎竣,陈玉萍.农村老年人多占用医疗资源了吗?——农村医疗费用年龄分布的政策含义[J].管理世界,2010(5):91-95.
- [16] 余央央.老龄化对中国医疗费用的影响——城乡差异的视角[J].世界经济文汇,2011(5):64-79.
- [17] 封进,余央央,楼平易.医疗需求与中国医疗费用增长——基于城乡老年医疗支出差异的视角[J].中国社会科学,2015(3):85-103+207.
- [18] MAYHEW L. Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World.[R] IIASA Working Paper RR-00-21, 2000. Austria: International Institute for Applied Systems.
- [19] 黄成礼.人口因素与卫生费用的关系[J].人口研究,2004(3):24-30.
- [20] 黄成礼.人口老龄化对卫生费用增长的影响[J].中国人口科学,2004(4):38-45+81-82.
- [21] 王超群.中国人均卫生费用增长的影响因素分解[J].保险研究,2013(8):118-127.
- [22] 任强,张洁羽,吕智浩.人口转变、经济发展与卫生支出增长——以人口普查为基础的因素分解[J].人口与发展,2014(1):22-32.
- [23] 李乐乐,杨燕绥.人口老龄化对医疗费用的影响研究——基于北京市的实证分析[J].社会保障研究,2017(3):27-39.
- [24] 柏星驰,满晓玮,程薇.中国人口老龄化对居民医疗卫生支出的影响研究[J].中国卫生政策研究,2021(5):50-58.
- [25] 朱勤.城镇化对中国城乡人口老龄化影响的量化分析[J].中国人口科学,2014(5):24-35+126.
- [26] 王超群,邓翔.人口老龄化对住院费用增长的贡献——基于 CFPS 数据的分析[J].社会保障研究,2016(5):44-54.
- [27] 杨昕,左学金,王美凤.前瞻年龄视角下的人口老龄化及其对我国医疗费用的影响[J].人口研究,2018(2):84-98.

Re-Measuring the Impact of Demographics Structure on Health Costs in China: An Estimate Based on an Improved Factor Decomposition Method

LI Shiyu¹, FENG Junxin²

- (1. School of Finance, Renmin University of China, Beijing 100872, China;
2. School of Economics, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

Abstract: Demographic shifts have an important impact on health cost changes. Based on China's urban-rural dual track health care system, this paper improves the decomposition method on the influencing factors of health cost, which helps us to analyze the influence of demographic structure on health costs more comprehensively and accurately. In this model, we first separate the shift in the urban-rural structure of population from other factors, and then divided the age structures effect into urban age structure and rural age structure effects. Finally, we refined demographic structure into three components: urban-rural structure of the population, urban age structure and rural age structure. Using the improved factor decomposition method above, this paper measures the contribution of demographic factors to the change in the ratio of total health cost to GDP in China over the period of 1990-2020. More specifically, demographic structure factors combined contributed 77.8% of the ratio's increase. Of which, urban-rural composition changes (urbanization) contributed 58.3%, urban and rural age composition changes contributed 14.8% and 4.7% respectively. Further analysis showed that there are different characteristics on the effects of different demographic factors. Firstly, urbanization was the major driver of health cost boost in the past 30 years, and its effect had been smooth. Secondly, there are significant urban-rural and stage-specific differences in the effects of age structure. Concerning different sectors, though rural sector had a higher and faster population ageing, its age structure effect had been much lower than that of the urban sector. Concerning different periods, the overall effect of age structure was relatively low before 2010, because population ageing mainly happened in the rural sector. However, since 2010,

the overall effect of age structure had increased dramatically as urban aging begins to accelerate, and is expected to increase rapidly in the future as the main battlefield of China's population aging shifts from rural to urban areas. Finally, the results also show that the urban-rural gap on health cost has been improved in the last 10 years, after deducting the effect of age structure.

Keywords: health cost; urbanization; age structure; urban-rural difference; factor decomposition method

实现共同富裕的理论逻辑、关键问题与实践路径

代志新

中国人民大学财政金融学院副教授，中国人民大学法国与法语国家研究院

魏天骐

中国人民大学财政金融学院

马睿文^①

中国人民大学财政金融学院

摘要：共同富裕是中国式现代化的重要特征。党的二十大报告提出，中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化。从马克思主义政治经济学视角来看，实现共同富裕，关键点在“富裕”与“共同”两方面。一方面“富裕”要求我国经济必须保持可持续的增长，体现了生产力的发展要求。另一方面“共同”要求我国不断完善发展收入分配，减少收入分配不公，这又界定了社会主义的生产关系性质。要在认识和把握好生产力、收入分配与经济可持续发展的规律基础上，更好地理解 and 推进共同富裕。具体来说，要在经济结构变迁中发挥我国基本制度优势，在财力可持续的前提下健全社会保障体系，在平衡协调发展中提升社会生产力质量，在收入差距缩小中促进经济可持续增长。

关键词：共同富裕；收入分配；政治经济学；中国式现代化；社会主义本质

习近平总书记在党的二十大报告中对中国式现代化的中国特色和本质要求做了系统阐述，强调共同富裕是社会主义的本质要求，是中国式现代化的重要特征，要分阶段促进共同富裕，实现全体人民群众物质生活和精神生活都富裕。虽然绝对贫困问题当下已经得到解决，

^① 基金项目：国家自然科学基金面上项目“基于非威慑因素的助推机制设计：来自随机自然实地实验的证据”（72273145）。

作者简介：代志新，中国人民大学财政金融学院副教授，中国人民大学法国与法语国家研究院副院长，博士生导师；魏天骐，中国人民大学财政金融学院博士研究生，马睿文（通讯作者），中国人民大学财政金融学院博士研究生。

但由于我国长期的区域间发展不平衡,以及在实现缩小贫富差距方面的制度安排并未充分发挥效能,导致各部门的收入不平等依然突出。本文拟在中国式现代化中实现共同富裕的背景下出发,依托政治经济学视角,从理论逻辑、关键问题、实施路径三个方面,对实现共同富裕作进一步探讨。

一、共同富裕是中国式现代化的重要特征

党的十八大以来,中国共产党成功推进和拓展了中国式现代化,中国式现代化是中国共产党领导的社会主义现代化,除具备各国现代化的共同特征外,更有基于中国国情的中国特色。西方国家的现代化随着资本主义的发展而发展,现代化是建立在对外殖民掠夺、对内剥削人民的原始积累基础上。而中国式现代化克服了西方资本主义现代化固有的先天性弊端。对外,走和平发展道路,不搞殖民侵略和战争,摒弃“零和博弈”的思维方式,是推动构建人类命运共同体的现代化。对内,中国式现代化是全体人民共同富裕的现代化,是坚持把实现人民对美好生活的向往作为现代化建设的出发点和落脚点、坚决防止两极分化、着力维护和促进社会公平正义的现代化。中国式现代化既切合中国实际,体现了社会主义建设规律,也体现了人类社会发展规律。

当前,中国特色社会主义已经进入新时代,实现共同富裕要追求发展与共享的双重目标,平衡好增长与分配、效率与公平之间的关系。一方面,发展是解决问题的基础和关键,发展的质量决定了共同富裕的成色。当前我国发展不平衡不充分问题仍然突出,发展的内外环境和条件发生了重大变化,社会主要矛盾已经转变为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾,因此,推动高质量发展、解决发展不平衡不充分的问题是解决经济发展结构性矛盾、突破资源环境瓶颈的最优选择,同时也是促进共同富裕的内在要求。另一方面,共同富裕也会促进高质量发展。高质量发展需要高素质劳动者,只有促进共同富裕,提高城乡居民收入、提升人力资本,才能提高全要素生产率,夯实高质量发展的动力基础^[1]。最后也要注意,我国共同富裕目标下收入分配与经济发展之间的格局与发达国家状况不同,共同富裕的最终目标是实现相对高的经济增长水平和相对低的收入差距水平并存,因此,衡量好收入差距和经济增长间的关系,也是实现中国式现代化下的共同富裕所要关注的重大命题。

二、实现共同富裕的政治经济学理论逻辑

从政治经济学视角来看,“共同富裕”目标对经济增长与收入分配的相互关系提出了更高

要求，最终落脚于生产力与生产关系之间的辩证统一关系。“富裕”要求经济增长，体现生产力的发展要求；“共同”要求收入分配改善，体现社会主义的生产关系性质。

经济增长与收入分配是相互依存的。一方面，经济增长是收入分配改善的基础。在社会生产力没有达到一定水平，经济增长没有到一定体量的情况下，空谈收入分配只会是走整齐划一的低收入水平的平均主义。在当前发展阶段下，要统筹需要和可能，把保障和改善民生建立在经济发展和财力可持续的基础之上，不要好高骛远，吊高胃口，作兑现不了的承诺^[1]。要坚持以经济建设为中心，不断解放发展生产力，把“蛋糕”做大，从而为分好“蛋糕”提供坚实基础。另一方面，收入分配是经济高质量增长的内在要求。科学合理的收入分配制度保证了社会中每个人公平地享有社会财富，从而有利于激发经济活力和促进生产率提高。悬殊的贫富差距不仅可能会破坏正常的生产秩序、影响社会稳定，还可能会制约需求的进一步扩大。保证收入分配格局处于合理区间，是经济持续健康稳定发展的前提。

经济增长目标决定了收入分配改善是动态向前的。在当前阶段的生产力水平下，“多种所有制并存”仍有必要。生产资料私有制下的价值规律和分配规则决定了劳动生产率虽得以提高，但劳动报酬无法与劳动生产率实现同步增长^[2]，这使得收入差距伴随着经济增长而有所扩大。但是，由生产资料私有制而导致的收入差距扩大并没有违背共同富裕目标，这是在生产力发展一定阶段中的暂时性现象，是符合我国社会主义经济发展规律的。但同时也要意识到，只有坚持以公有制经济为主体，才能在长期中更好地发展解放社会生产力，促进经济增长。历史实践已经证明，资本主义制度只是生产力发展中的一个历史阶段，而社会主义公有制则从根本上克服了生产资料私有制与生产社会性的对抗性矛盾^[3]，可以极大促进社会生产扩大，最大限度地调动人民的劳动积极性，使人民在劳动中获取应得的财富，从而有利于实现共同富裕。

收入分配目标决定了经济增长是平衡协调包容的。马克思认为，分配公平包括禀赋公平、规则公平和结果公平三种，分配公平是客观的，是由生产力的发展水平所决定的。在我国改革开放后的很长时间内，受制于生产力水平，经济社会发展以增长优先，相应的要素配置逻辑引发了一系列的分配不均问题^[4]，例如区域不均衡、城乡二元化等。现发展阶段，收入分配改善的重要性进一步提升，要求建立更加公平正义的权利结构与分配制度。这意味着，要促使与规范不同行业的成员通过正当合法的途径获取收入与财产，平等地保护各类产权主体，平衡协调各地区发展，有效约束政府以及产权主体行为，破除行业垄断和市场分割，减小区域发展差距。通过制定公平的分配规则，形成一个使社会中绝大多数成员满意，激励他们进行创造的制度环境，实现经济的平衡协调发展。

“共同”与“富裕”辩证统一于经济社会的发展现实。“富裕”体现经济增长，激发市场活力，不断创造新的社会财富，这是收入分配的物质基础，同时“富裕”的实现也决定了收入分配的渐进特点。“共同”体现收入分配，公平合理地进行财富的分配，使劳有所得、产有所获，这既为经济发展提供动力和保障，也对经济增长提出了平衡协调的要求。

三、我国现阶段实现共同富裕中的关键问题

（一）初次分配改善中我国制度优势潜力仍存

从发达国家经验来看，在经济发展的一定阶段内，市场力量主导下初次分配差距随着市场力量壮大而有所扩大，这是市场机制下经济社会发展的自然规律。我国目前正处于经济结构调整升级快速推进，三次产业结构由“二三一”向“三二一”转变的阶段。这一过程提高了对高技能劳动和资本的相对需求，恶化了要素分配格局和扩大了收入差距^[5]。有测算表明，我国市场收入的基尼系数这一初次分配结果略高于发达国家但相差不大^[6]。然而，影响初次分配结果的关键制度因素是经济制度与分配制度，我国在这两方面上与发达国家均有明显差异。这表明，在初次分配中，仍有进一步发挥我国制度优势的空间。

对于基本分配制度，从劳动与资本间关系来看，相较于发达国家，我国当前发展阶段中劳动要素收入占比不高，“按劳分配为主体、多种分配方式并存”的基本分配制度仍有发力空间。我国1980-2020年间平均劳动要素收入份额为68.10%，较G7国家均值74.56%低6.46个百分点^[7]。分配关系不过是表示生产关系的一个方面^{[8]998-999}，一定的生产关系决定一定的分配关系^{[9]17}。从生产关系看，生产对劳动的依赖程度越大，劳动在收入分配中地位越重要，反之亦然。相较于发达国家，当前我国生产中资本的重要性有所提升，这在于我国目前的经济结构变迁使得生产对高技能劳动和资本的相对需求有所提高^[5]，而在发达的经济结构中这种变化已较为平缓。在这一经济结构转变中，基本分配制度发力空间主要有两点，一是对生产力变动所带来就业冲击的缓冲能力不足，以及新业态新模式的就业吸纳能力有待进一步提升；二是对要素收入分配的引导调节力度不足，部分行业中劳动者报酬被资本收入挤压^[10]。

对于基本经济制度，从公有制与非公有制间关系来看，我国“公有制为主体、多种所有制经济共同发展”这一基本经济制度在收入分配改善中仍有潜力。生产资料所有制在整个经济关系的体系中起决定性作用^{[11]42}，所有制差异对收入分配格局的影响有两个方面。一是分配方式不同，在生产资料共同所有下，劳动产品自然也归共同所有，因此相较于非公有制经济，公有制更加兼顾效率与公平目标，其在分配方式上更有利于劳动要素。二是分配关系不同，公有制经济生产的收入最终归集体所有，从这种意义上来说，公有制经济和非公有制经

济中资本收入的最终用途不同。然而，当前阶段我国社会经济结构中公有制经济在 GDP 总量、资产总量、企业数量、就业人数总量等指标中的比重都在 50% 以下^[12]，其发展中也出现了结构不完善、制度不健全、运行效率低下等一系列矛盾和问题，公有制经济仍需进一步巩固和发展。

（二）社会保障体系健全受到财力水平的制约

社会保障是保障和改善民生、维护社会公平、增进人民福祉的基本制度保障^[13]。然而，目前我国社会保障支出在总量和结构上较发达国家均有较大差距。考虑到把保障和改善民生建立在经济发展和财力可持续的基础之上，社会保障支出水平的提高对其收入提出了更高的要求，与当前阶段社会保障低支出水平相对应的是，我国相较于发达国家，直接税和社会保险缴费占 GDP 比重也较低。与社会保障最为相关的直接税中，最为重要的是个人所得税，2019 年，我国个人所得税占 GDP 比重为 1.05%，较 OECD 国家平均水平低 6.99 个百分点，较 G7 国家平均水平低 8.69 个百分点；我国社会保险缴费占 GDP 比重为 5.84%，较 OECD 国家平均水平低 3.09 个百分点，较 G7 国家平均水平低 4.57 个百分点（图 1）。

直接税和社会保险缴费作为社会保障的重要资金来源，其增加受制于经济发展现实，历史上，拉美国家的“福利赶超”导致了财政危机、经济波动和增长停滞等一系列的后遗症。与此同时，我国社会保障在层次上以第一层次即政府供给为主，市场与社会力量较发达国家严重不足，这严重制约了社会保障覆盖面的扩大。要想在经济发展和财力可持续的前提下进一步提高社会保障整体水平，适当提升市场和社会力量在提供社会保障中的作用、发展多层次社会保障势在必行。虽然二、三层次即市场和社会供给的社会保障不会对可支配收入基尼系数的下降产生直接影响，但在政府引导下其科学有序的发展能够切实改善民生，可作为政府再分配政策的补充。

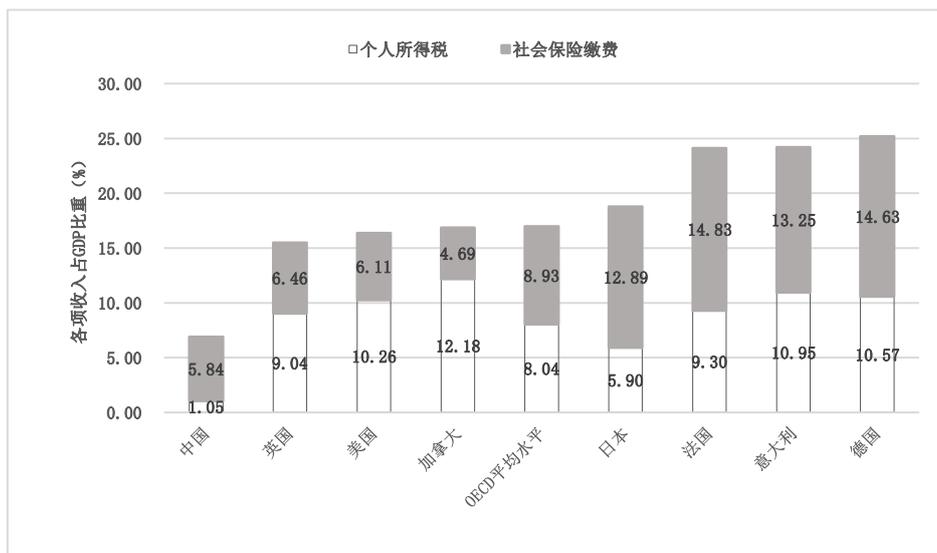


图 1：2019 年各国再分配政策相关收入占 GDP 份额比较

数据来源：根据 2019 年国家统计局核算数、财政部核算数和 OECD 核算数整理。

（三）经济发展不平衡的历史性问题尚未解决

“富裕”体现生产力发展的要求，“共同”界定社会主义的生产关系性质。共同富裕的实现则是建立在生产力发展的基础上，是实现可持续发展、高质量发展共同富裕的前置任务。当下我国经济生产力发展的阶段，城乡发展不平衡、区域发展不平衡等一系列问题依然突出。同时，生产力水平高低又决定分配关系，生产力发展为分配提供物质基础，如果不继续把蛋糕做大做好，只是依据现在的规模把蛋糕分来分去，那么蛋糕就会越分越小，最后不会实现共同富裕，只会共同贫穷^[14]。正如邓小平所说“社会主义的本质，是解放生产力，发展生产力，消灭剥削，消除两极分化，最终达到共同富裕”^[15]。同时，生产力的发展又是一个渐进的过程，这就决定了实现共同富裕的道路也是需要分阶段推进的。协调推进乡村振兴战略和新型城镇化战略的提出，不仅为推进中国现代化建设，解决当下社会主要矛盾提供了重要途径，而且也为进一步提高社会生产力水平，解放剩余劳动力提供了方法依据。

改革开放以来，我国城镇化发展水平快速增长，但 2011 年城镇化率到达 50% 后出现增速拐点（见图 2），城镇化水平由高速发展进入转型期，并伴随着发展质量减缓、发展结构性失衡等一系列问题，究其原因因为城市在推进城镇化过程中并未能与工业化水平发展实现协调促进，城镇化水平长期滞后于工业化发展水平。根据黄群慧等（2021）对国际投入产出数据和世界银行国际发展指标的研究，2000-2014 年，G7 国家的工业化率稳定在 25% 左右，而城镇化率却已达到 75%，城镇化率大约为工业化率的 3 倍，具有显著的高城镇化率的特征^[16]。而 2021 年，我国通过测算的工业化率为 39.4%，城镇化率却依然仅有 64.7%（见图 2），

城镇化率仅为工业化率的 1.64 倍。工业化是城镇化的内容，而城镇化是工业化的载体，中国长期的先工业化、后城镇化的发展失衡现状抑制了经济结构的优化，同时也限制了工业化进一步深化及生产力水平的进一步提高。此外，在长期的城市化进程中，由于配套的户籍改革制度不完善，“半城镇人口”数量不断增加，许多在城市工作的农民工因诸多原因没有城镇户口，虽被统计在城镇人口范围中，却无法享受和城镇居民等同的就业、医疗、教育等兜底性公共服务。在消费需求上，半城镇化地区由于资源的分散很难形成集聚优势，抑制了城市化对消费的提升，造成消费拉动生产力增长并刺激经济发展效果弱。2021 年末，全国常住人口城镇化率为 64.72%，而户籍人口城镇化却只有 46.7%^[17]，我国常住人口城镇化率和户籍人口城镇化率之间还存在着不小的差距，“半城镇化”现象不容忽视。

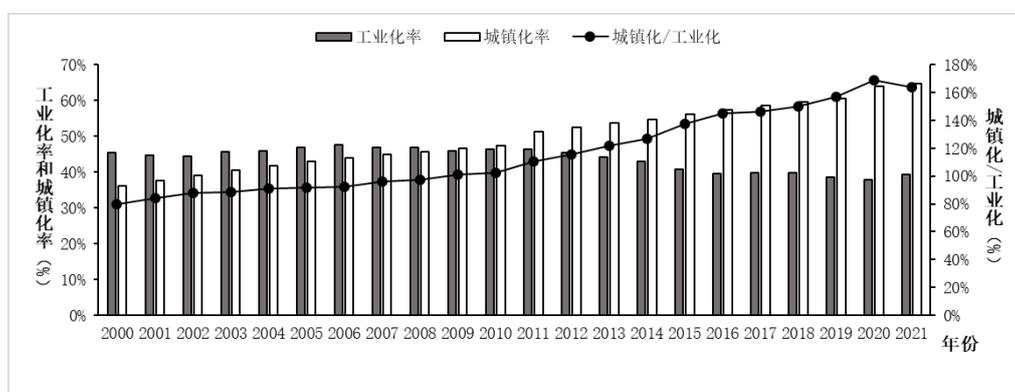


图 2：中国工业化、城镇化发展水平

数据来源：根据 2000-2021 年《中国统计年鉴》和国家统计局数据整理。

除城镇化发展程度受限外，农村地区发展吸引力弱，农业现代化进程慢也是阻碍生产力水平进一步提升的原因之一。大城市具有较强的人口虹吸效应，大量的农村人口转至城市进而导致农村“三留守”问题突出，这无疑给农村发展带来严重的冲击。调查显示，我国农村留守儿童共有 643.6 万^[18]，留守妇女约为 4700 万，留守老人约为 1600 万^[19]。农村抚养比也从 2005 年的 45.99% 上升到了 2020 年的 58.71%^①，高于全国平均水平且差距不断扩大。巨大的劳动力缺口，和人口整体素质偏低又进一步造就了农村发展在人力、资本、技术方面的劣势，城乡发展差距进一步加大，使得农村现代化发展和农业生产力水平不能更好的提高。

（四）当前较大收入差距制约经济进一步发展

实现共同富裕既是一个远景目标，也是一个长期发展的过程。如何处理好由于收入分配不合理引发的贫富差距问题一直被认为是实现共同富裕目标的首要内涵^[20]。

^① 数据来源：根据《2021 年中国人口和就业统计年鉴》整理

一方面，效率优先论无法继续满足新时代社会主义发展要求。坚持“效率优先，兼顾公平”在改革开放初期为我国经济发展起到了重大历史性作用，原因在于长期的计划经济体制导致指令性计划和分配已难以满足日益增长的市场供需关系，同时经济增长的目的应是尽快摆脱当时社会贫穷的现状，把效率放在第一位，符合人民群众的根本利益。但随着经济社会的发展，效率优先逐渐演变成能力优先，经济发展好的地区则就享受更多的资源倾斜，“先富后富”慢慢变成“先富再富”。因此，推进共同富裕要辩证地看待效率优先论，避免因资源禀赋的不同进一步拉大社会的贫富差距。

另一方面，收入分配制度的不完善导致贫富差距的结构性问题很难发生改变。从收入分配结构上看，我国城乡之间收入差距、城镇内部收入差距和农村内部收入差距是构成全国收入差距的三个主要组成部分^[21]。从城乡之间收入差距上来看，中国居民的人均可支配收入从 2000 年的不足 4000 元上升到 2021 年的 3.51 万元^①，无论是城镇还是农村都呈现出一路攀升的态势（见图 3），整体收入的提高也在一定程度上起到了缩小了城乡收入差距的作用，然而到 2015 年以后，这种整体的收入增加对于缩小收入差距的影响趋于减弱。从城镇、农村内部收入差距来看，依据收入来源的不同，近二十年来，城镇居民的转移性收入和财产性收入都要远远高于农村居民（见图 4）。根据招商银行和贝恩公司联合发布的《2021 年中国私人财富报告》，中国的高净值人群数量和收入规模近年来都在迅速增加，如果转移性支付这种分配调节政策力度不够，将进一步扩大收入差距问题。同时，作为财产性收入的主要来源，收入分配差距的扩大又将带来财产积累差距的扩大，从而影响居民的长期财富水平。

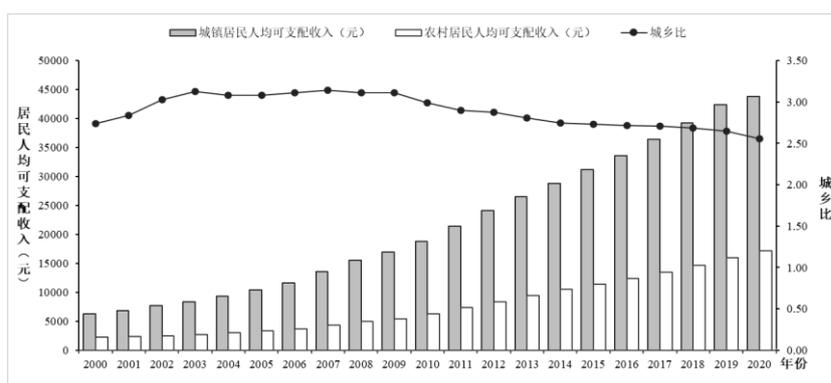


图 3：2000-2020 年居民人均可支配收入和城乡收入比

数据来源：根据 2000-2020 年《中国住户调查年鉴》整理。

^① 数据来源：根据国家统计局《中华人民共和国 2021 年国民经济和社会发展统计公报》整理

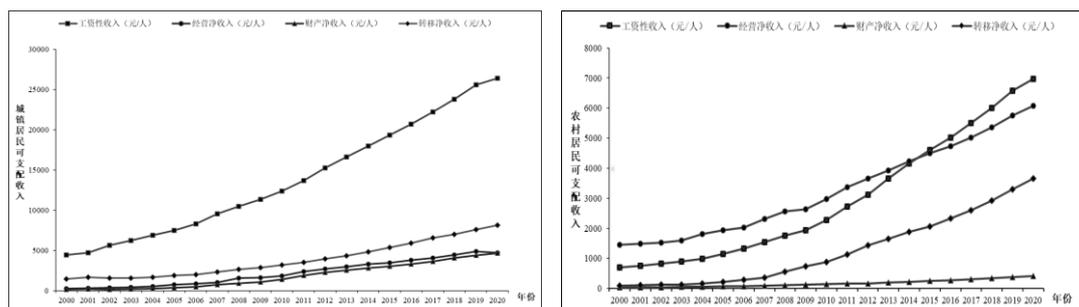


图 4：2000-2020 年城乡、农村居民可支配收入变化

数据来源：根据 2000-2020 年《中国住户调查年鉴》整理。

此外，收入分配不公不仅是“公平”问题，还会严重拖累一国的经济增长。我国的基尼系数近年来维持在 0.46 的水平，超过了 0.4 的国际警戒线，同时高低收入比也处于较高水平，长期维持在 10.64 水平^[22]。Perotti（1993）在大约 30 年前就指出收入分配不公和经济增长之间存在倒 U 型的关系，在经济发展初期将更多的资源倾向于少数群体会带来较高的经济增长速度，但当经济发展到一定水平，继续采用不公平的分配方式会抑制经济的进一步增长，严重的收入不平等还会使国家陷入中等收入陷阱^[23]。陆铭等（2005）在一项针对收入差距、投资、教育和经济增长的相互影响的研究中发现，控制收入差距有利于经济增长，并反过来有利于缩小收入差距，从而可能实现平等和增长的良性循环^[24]。因此，如何合理的通过调节收入分配格局，并站在提高社会全要素生产力率的目的下，权衡好效率和公平之间的关系，不断完善收入分配机制，缩小收入差距来促进经济进一步发展将成为当下实现共同富裕目标的有效途径。

四、推动实现共同富裕的实践路径

（一）在经济结构变迁中发挥我国基本制度优势

在我国基本制度优势的更高水平发挥下，经济结构变迁对初次分配格局的负面影响可在更大程度上被缓解。

1、发挥基本分配制度优势，拓宽收入增长渠道

健全薪酬管理制度。一是健全工资决定、合理增长和支付保障机制。改革完善行政事业单位工资制度，完善绩效考核体系，在劳动努力水平可观测度较高的领域，适当提高岗位绩效在工资决定因素中占比；引导企业科学确定工资增长率，实现工资水平与企业经济效益和劳动生产率同步提升；健全欠薪问题的长效治理机制，加强对市场主体的监督管理，完善对欠薪单位的惩戒措施。二是完善最低工资标准和工资指导线的形成机制。根据地区平均工资

水平、物价水平等经济社会形势变化，动态调整最低工资和工资指导价；积极推行工资集体协商制度，发挥工会在最低工资标准与工资指导价谈判中的作用。

完善要素分配制度。一是健全要素由市场评价贡献、按贡献决定收益的机制，这一机制运行以完善的市场体系为前提。在市场发展的一定阶段中，需运用财政金融等政策工具支持市场发展成熟；完善市场监管机制，保障市场有序规范运行。二是探索通过土地、资本等要素使用权、收益权增加中低收入群体要素收入的渠道。深化农村土地产权制度改革，畅通自然资源产权合理流通渠道，为农民获得土地收入奠定基础；根据土地出让收入来源，相应确定和适当提高其用于农村农业的比例；创新符合家庭财富管理需求的金融产品，促进家庭资本要素增收。

2、发挥基本经济制度优势，扩大中等收入群体

充分发挥公有制经济在经济社会发展中的“压舱石”和“稳定器”作用。一是巩固和发展公有制经济，为按劳分配提供更加坚实的所有制基础。坚持党对国有企业的领导，深化国资国企改革使国有企业活力进一步释放、竞争力进一步提高；发展壮大新型农村集体经济，完善管理运行机制并探索发展模式，使农民能够更好从乡村振兴中受益。二要加快公有制经济的布局优化与结构调整。促进国有资本向关系国家安全、国民经济命脉、国计民生的重要行业集中，促进国有资本向前瞻性战略性新兴产业集中；防止对中低技能、中低收入劳动力更有利的产业在经济中占比过快过早下降，从而实现经济结构变迁中经济社会的平稳过渡。三是完善国有资本收益上缴公共财政制度，进一步发挥国有经济对民生的保障功能，尤其是困难群体兜底帮扶和就业公共服务，缓解结构性就业矛盾。

促进非公有制经济健康发展，鼓励人民群众勤劳致富。一是支持创新创业，优化营商环境，完善小微创业者扶持政策，拓宽勤劳致富渠道。二是促进非公有制经济人士健康成长，培养其“先富带后富、帮后富”的社会责任意识，更好发挥非公有制经济在就业稳定和民生改善中的作用，实现经济增长与收入分配的良性互动。

（二）在财力可持续的前提下健全社会保障体系

以拉美国家“福利追赶”所导致的财政赤字规模扩张、经济增长停滞为诫，社会保障体系的健全要坚持以经济增长和财力可持续为前提。

1、拓宽提升社会保障收入，健全社会保障制度

针对人民群众重点需求，优先完善关键领域社会保障制度，稳步提高社会保障支出水平。一是加强重点领域社会保障建设。积极推进护理保险试点，探索将养老保险与护理保险相结合的体制机制；处理好养老、医疗、失业和工伤保险基金存量和增量的关系，探索各类保险

由地方自管转向更高层面统筹的过渡性政策，推进社会保险更加公平发展；积极探索新业态下新就业形式中的社会保险体系建设，尤其是新业态从业人员的劳动和伤害风险保障，更好保障这些人员的劳动权益，为新业态发展提供支持。二是加大对重点人群的社会救助力度。完善动态识别机制，根据补助和潜在补助对象的实际情况变化，健全社会补助的进入和退出机制；完善分级分类补助办法，对于不同层次不同类别的补助对象，有针对性地设计补助规模和办法；建立健全社会补助人群信息库，拓宽动态识别低收入人群的数据来源和技术方法。

完善社会保障基金的筹资模式和征管办法，使社会保障更能可持续发展。随着人均收入水平的提高，适当提高养老金个人缴费比例，应对老龄化对养老金带来的冲击；协调企业、政府和个人在医保缴费中的责任，拓宽社会保障收入来源，增加社会保障收入；根据各领域社会保障的具体特点，优化基金征收管理，例如加快医保支付方式改革，更好实现科学控费。

2、引导市场和社会力量参与，发展多层次体系

多措并举，鼓励市场和社会力量的参与。在供给侧，对人民亟需的商业保险领域和发展潜力大的商业保险主体、公益慈善组织予以支持，更好满足人民对社会保障的差异化、个性化需求；通过遗产税、赠与税的征收，引导高收入群体兴办慈善事业；通过税收优惠，引导企业投资慈善事业；通过明确准入领域和适当放宽准入门槛，增强保险市场发展前景的确定性，激发保险市场主体的内在活力；发展慈善志愿服务，实现个体间互帮互助的良性循环。在需求侧，适当降低企业社会保障缴费负担，使社会保障缴费对企业而言更可承受；考虑对个人在商业保险方面支出提供财政补贴或税收扣除；科学使用宣传工具，增强个人在养老、医疗等的自我责任意识，鼓励个人购买商业保险和参加志愿服务。

配套以相应的管理制度，规范保险市场和慈善事业发展。健全保险精算体系，确保市场所提供的保险和服务价格在公平合理范围内；优化营商环境，通过竞争机制促进社会保障质量提升和费用下降；完善保险及相关服务市场的监管体系，防范保险产品无法兑付所造成的金融风险与社会风险；规范慈善机构运作体系，提高慈善基金使用的规范性和透明度。

（三）在平衡协调发展中提升社会生产力质量

马克思主义理论指出高度发达的社会劳动生产力是实现人类共同富裕的物质基础。未来一段时间，我们应当将新型城镇化与乡村振兴发展战略理解为全国人民享有均等发展权的重要体现，本着以促进人的发展为第一要务，解决好当下区域间发展不充分、不协调问题。

1、加强新型城镇化水平，提升劳动生产力质量

当前社会劳动力市场已从供给过剩转变到供给总量不足，供给结构与需求不匹配问题日益严重的新局面，因此，新型城镇化发展应重点关注人力资源市场的建设，进而实现社会整

体生产力水平的提升。其一，着重加强劳动力市场完善，优化劳动力资源配置，努力实现劳动力市场的公平公正，减少因歧视、腐败、性别等因素而造成的额外用工成本；其二，深化教育体制改革，加大人力资本公共投资，应充分发挥教育的正外部性作用，结合人力资本投资收益递减逻辑，推进教育均等化，通过财政支持适当将教育资源由顶尖院校向地方普通院校倾斜，促进教育资源扁平化发展，使城市在城镇化发展过程中留住人才，增加城市的人力资本积累，提升高素质劳动力供给；其三，降低劳动力流动成本，激发城镇化发展潜力。逐步取消户籍制度所赋予居民身份的差别，使得非户籍常住人口拥有与户籍人口在享有基本公共服务、教育、社保、医疗及养老等方面平等的权力，提高城镇化过程中转移人口的归属感，消除他们的“后顾之忧”，降低户籍对劳动力转移的限制，激发转移人群的发展潜能和消费潜力。

2、加大资源向农村倾斜，助力农村现代化建设

“撇开社会生产的不同发展程度不说，劳动生产率是同自然条件相联系的”^{[25]560}，马克思认为自然条件是社会生产力发展的前提，自然条件作为农村生产和生活的物质基础，其利用效率反过来又受农村的发展水平制约，人作为农村发展的载体和组成部分，其整体素质又决定了农村发展水平的高低，因此，坚持以人的发展是乡村振兴政策政治经济学根本立场。第一，应创新乡村振兴的人才聚集机制，强化乡村发展的人才吸引能力。长期的城镇化虽然对农村剩余劳动力有着强大的要素聚集作用，但伴随着近年来乡村振兴政策的大力推进，以及城市自身发展所带来的竞争压力，城市的要素集中也有朝着周边区域逐步分流趋势。乡村人才聚集机制的建立有利于将这种要素分流转变为其自身发展的内生动力，例如可以通过设立专项基金用于培养农业专业技术人才，振兴乡土产业；通过农村创业税收优惠、农业产业创业孵化平台打造并结合国家相关人才发展政策，吸引具有专业知识的在外务工人员 and 毕业生回乡创业，提升农村发展的人才粘性。第二，应加强资源向农村地区倾斜，为农村发展提供兜底性保障。在持续提高农村地区的社会基本保障范围前提下，将生育保障、工伤保险、事业救助等其他保障类项目拓展至农村地区，落实农民的全方位基本权益；此外，还可以积极推动农业农村投融资体系完善，加大金融支持农产品体系创新力度，为农村人口致富提供源动力。

（四）在收入差距缩小中促进经济可持续增长

正确协调好“效率”和“公平”的关系，着力推动收入和财富的公平分配，以提高全要素生产率为目标，建立健全三次分配机制以促进经济更好更快发展成为实现共同富裕的重要途径。

1、夯实物质基础，优化初次分配

在当前所处的社会主义初级阶段国情下，分配制度要以按劳分配为主体，允许存在由个体劳动能力差异带来的分配差距。根据 2020 年的城乡居民收入结构，以工资性收入和经营性收入为主的劳动报酬在城镇居民人均可支配收入和农村居民人均可支配收入的比重分别高达 67.81%和 76.18%^①。因此，要想提高居民可支配收入，就必须着力提高劳动报酬在初次分配中的比重；为抵抗新冠疫情对就业带来的负面冲击，要强化就业优先政策，鼓励勤劳创新致富，使人人都有通过勤奋劳动实现自身发展的机会；此外，要探索增加城乡居民财产性收入的路径，长期以来我国中低收入群体的财产性收入占其可支配收入的比重甚低，财产性收入不均衡带来的“马太效应”是初次分配不平等的重要来源。因此要多渠道增加城乡居民的财产性收入，维持房地产市场平稳健康发展，增加城乡居民住房；进一步健全城乡金融服务体系，增加城乡居民金融资产收入；深化农村土地制度改革，保障农村居民的财产权益。

2、完善再分配体系，规范财富积累机制

共同富裕要坚决防止两极分化，充分发挥再分配政策在平抑收入分配差距中的作用，加大税收、社会保障、转移支付等的调节力度，通过合理的再分配制度安排健全社会保障体系，缩小城乡区域间基本公共服务供给差距，破除妨碍劳动力自由流动的体制和政策弊端，促进社会纵向流动。党的二十大报告创新性地提出要“规范财富积累机制”。一方面，要坚决保护合法致富，给中低收入群体创造致富机会，杜绝阶级固化，畅通向上流通渠道。另一方面，还应加大清理规范不合理收入的力度，整顿收入分配秩序，加大对垄断企业和国有企业的收入分配管理，坚决取缔非法收入，严厉打击内幕交易、操纵股市、财务造假、偷税漏税等获取非法收入行为。此外，还要统筹发展与安全，防范金融风险，加强金融监管力度，遏制资本的无序扩张。

3、引导支持第三次分配，健全相关体制机制

第三次分配作为我国收入分配制度的重要组成部分，是对市场分配和政府分配的有效补充。首先，应完善激励社会成员自愿参与第三次分配的政策机制，在财税激励政策方面，加大企业所得税和个人所得税公益慈善捐赠支出的税前扣除力度，延长相应的结转扣除年限；在表彰激励政策方面，应探索更为全面的荣誉奖励体制，除对积极参与公益慈善事业的社会成员授予荣誉称号外，还应探索将公益慈善捐赠行为同信用记录相结合的路径，给予参与成员更优惠的金融服务、更优先的社会救助等激励措施。其次，应健全公益慈善事业的监

^① 数据来源：根据 2021 年《中国住户调查年鉴》整理。

管体系，我国慈善组织的快速增长给相应的监管体系带来新的挑战，慈善组织经营团体与捐赠者之间、捐赠者和社会成员之间的信息不对称很容易引发道德风险问题，“公益腐败”、“诈捐”、“骗捐”等问题不仅会降低慈善资金的使用效率，还会损害慈善机构的公信力，降低社会成员参与公益慈善事业的意愿。因此要加大慈善机构的监管力度，提高慈善机构捐赠收支明细的信息公开透明度，增加对“诈捐”、“骗捐”等行为的处罚力度，防范出现公益慈善事业黑天鹅和灰犀牛事件。最后，应加强社会精神文明建设，强化社会成员的利他偏好，一方面，要多渠道宣传公益慈善文化，不断提高互联网和公益慈善事业的融合度；另一方面，要积极开展公益慈善教育活动，培育社会成员的亲社会偏好，促进人们的亲社会性行为。

Theoretical Logic, Key Issues, and Practical Approaches to Achieving Common Prosperity

DAI Zhi-xin, WEI Tian-qi, MA Rui-wen

(The School of Finance, Renmin University of China, Beijing, 100872, China)

Abstract: Common prosperity is an essential characteristic of Chinese modernization. As the report to the 20th National Congress of the Communist Party of China proposed, Chinese modernization is the modernization of common prosperity for all. From the perspective of Marxist political economy, the key points to achieve common prosperity lie in two aspects: "wealth" and "community". On the one hand, "wealth" requires the economy must maintain sustainable growth, which reflects the development requirements of productivity. On the other hand, "community" requires the country to continuously improve and develop income distribution and reduce unfairness, which defines the nature of socialist production relations. We should better understand common prosperity on the basis of understanding the laws of productivity, income distribution and sustainable economic development, and promote common prosperity. Specifically, it is necessary to give full play to the advantages of our country's basic system in the context of economic structural changes, improve the social security system on the premise of sustainable financial resources, improve the quality of social productivity in the process of balanced and coordinated development, and promote sustainable economic growth in the process of narrowing the income gap.

Keywords: common prosperity; distribution of income; Political Economy; Chinese modernization; the Essence of Socialism

参考文献:

- [1] 习近平.扎实推动共同富裕[J/OL].求是,2021(20),(2021-10-16)[2022-12-04].http://www.qstheory.cn/dukan/qs/2014/2021-10/16/c_1127960465.htm
- [2] 周建锋,杨继国.劳动生产率与劳动报酬能否同步提高——基于马克思经济学的分析[J].经济学家,2019,No.250(10):36-45.
- [3] 邱海平.社会主义基本经济制度中的所有制问题研究[J].马克思主义理论学科研究,2022,8(02):53-65.
- [4] 王怡颖.新中国成立以来区域平衡发展的逻辑进路——基于马克思主义要素配置理论的分析[J].经济学家,2023,No.289(01):15-24.
- [5] 林淑君,郭凯明,龚六堂.产业结构调整、要素收入分配与共同富裕[J].经济研究,2022,57(07):84-100.
- [6] 蔡萌,岳希明.我国居民收入不平等的主要原因:市场还是政府政策?[J].社会科学文摘,2016(06):54-55.
- [7] 刘长庚,柏园杰.中国劳动收入居于主体地位吗——劳动收入份额再测算与国际比较[J].经济动态,2022,No.737(07):31-50
- [8] 马克思.资本论(第一版):第3卷[M].北京:人民出版社,1975.
- [9] 马克思,恩格斯.马克思恩格斯选集(第2版):第2卷[M].北京:人民出版社,1995.
- [10] 郭春丽,陆江源.从供需视角优化初次分配结构研究[J].经济学家,2023,No.291(03):89-97.
- [11] 张宇,孟捷,卢荻.高级政治经济学(第三版)[M].北京:中国人民大学出版社,2012.
- [12] 邱海平.社会主义分配理论的创新与发展[J].马克思主义与现实,2022(04):75-86+204.
- [13] 习近平.促进我国社会保障事业高质量发展、可持续发展[J/OL].2022(08),(2022-04-15)[2022-12-04].http://www.qstheory.cn/dukan/qs/2022-04/15/c_1128558491.htm
- [14] 厉以宁,黄奇帆,刘世锦,蔡昉.共同富裕:科学内涵与实现路径[M].北京:中信出版社,2022.
- [15] 邓小平文选(第三卷)[M].北京:人民出版社,1993.
- [16] 黄群惠,贺俊,倪红福.新征程两个阶段的这个新型工业化目标及战略研究[J].南京社会科学,2021(1),1-14.
- [17] 中国政府网.国家发改委印发 2022 年新型城镇化和城乡融合发展重点任务-提高新型城镇化建设质量[N/OL](2022-03-02)[2022-11-30].http://www.gov.cn/xinwen/2022-03/22/content_5680376.htm.
- [18] 光明网.让爱不再“留守”-全国农村留守儿童关爱保护“百场宣讲进工地”活动为亲情“架桥”[N/OL].(2021-04-19)[2022-11-30].<https://m.gmw.cn/baijia/2021-04/19/1302241106.html>.
- [19] 叶敬忠,王维.改革开放四十年的劳动力乡城流动与农村留守人口[J].农业经济问题,2018(7):14-22

-
- [20] 李莹.共同富裕目标下缩小收入差距的路径探索、现实挑战与对策建议[J].经济学家,2022(10): 54-63.
- [21] 李实,朱梦冰.推进收入分配制度改革 促进共同富裕实现[J].管理世界,2022,38(01):52-61.
- [22] 钞小静,沈坤荣.城乡收入差距、劳动力质量与中国经济增长[J].经济研究,2014(6): 30-43。
- [23] PEROTTI R. Political Equilibrium, Income Distribution, and Growth[J]. The Review of Economic Studies,1993,60(4):755-776.
- [24] 陆铭,陈钊,万广华.因患寡,而患不均-中国的收入差距、投资、教育和增长的相互影响[J].经济研究,2005(12): 4-14
- [25] 马克思恩格斯全集.第 23 卷[M].北京: 人民出版社, 1972.