

地方分权与教育医疗的大规模普及： 基于中国计划经济时期的实证研究¹

白惠天² 周黎安³

摘要 中国在计划经济时期农村教育和医疗的大规模普及一直受到国内外学者和国际组织的关注。本文利用个体和地区层面的数据实证考察了计划经济时期地方分权对教育医疗扩张的影响。我们发现,1965年之后中央宣布教育医疗资源向农村倾斜是一个重要的转折点,但其对农村教育和医疗状况的改善作用借助了地方分权的传导和放大机制。估计结果显示,1965年之后,如果一个地区的公共支出分权从低分位组提高到高分位组,其影响可以解释这两组1965—1976年所对应的农村初中教育提升的23%。但在1965年之前,地方分权对于农村教育医疗普及性的影响总体上却是负面的。我们进一步区分了公共支出分权与经济分权的不同效应。经济分权对地方公共支出既有“挤出效应”,体现在经济分权程度越高,地方公共支出在总预算的比例就越低;也有“溢出效应”,即经济分权通过促进地方工业的兴起和财源增加改善了地方政府的预算状况,从而提高了地方人均公共支出水平。本文的实证分析对于理解改革开放前30年和后30年之间的内在关联具有重要的启发意义。

关键词 地方分权;教育;医疗卫生;计划经济体制

DOI:10.16513/j.cnki.cje.20200326.001

0 引言

新中国成立之初,中国的经济发展水平非常落后。即便是到了经济恢复工作已经基本完成的1952年,中国仍然比1930年的苏联和日本更贫穷,工业化程度也低于后者,甚至还比不上印度。当时印度的人均国民生产总值是中国的

1 作者感谢数量经济与数理金融教育部重点实验室(北京大学)的资助。

2 白惠天,北京大学光华管理学院博士研究生,E-mail: baihuitian@126.com。

3 周黎安(通讯作者),北京大学光华管理学院教授,E-mail: zhoulia@gsm.pku.edu.cn。

1.2倍,钢铁、化肥、水泥、电力等主要工业产出也远超中国^①。然而经过30年的时间,与包括印度在内的发展中国家相比,中国在工业产量、基础设施、公共卫生、文化教育等领域均取得惊人的发展^②。特别是,中国在基础教育和基本医疗的普及性方面令世人瞩目,为改革开放后的经济腾飞奠定了重要的人力资本基础。印度经济学家阿玛蒂亚·森曾这样评价:“改革开放前中国在教育、保健、土地改革和社会变化方面的成就,对改革开放后的成绩作出了巨大的积极贡献”,认为中国高预期寿命和其他相关成就为基于市场改革的经济扩展提供了有力支持^③。Heckman等人也发现中国改革开放时期的高增长得益于改革开放之前就已经形成的庞大的具备小学或初中学历的中等技能人口(Heckman and Yi, 2014; Heckman and Feng, 2018)。Bramall(2007)的数据分析发现,1982年在控制了最初人均GDP、FDI等变量的前提下,识字率高的县在20世纪90年代获得了更高的经济增长率。

在计划经济时期,中国超过80%的人口居住在农村地区,中国在普及基础教育和基本医疗方面取得的世人公认的奇迹主要发生在农村地区,特别是1965年以后,婴儿死亡率、预期寿命、文盲率、小学和初中入学率在城乡之间均呈现显著的收敛趋势。在医疗卫生方面,中国的平均预期寿命由1949年的32岁提升至1980年的67岁,这一数字比其他低收入国家高7岁,甚至超过了许多中等收入国家(Hipgrave, 2011)。这可谓全球有史以来最快且最持续的增长(Banister and Preston, 1981),即便在“文革”时期中国的人均预期寿命也保持了年均1岁的增长速度(World Bank, 2009),死亡率也持续下降(Banister and Hill, 2004),特别是婴儿死亡率改革开放之初已降至新中国成立时的五分之一(Jamison et al., 1984)。倘若区分城乡来看,如图1和图2所示,新中国成立后农村婴儿死亡率的下降速度最快,且进入20世纪60年代城乡差距迅速缩小,农村婴儿死亡率与城市婴儿死亡率之比由巅峰时期的2.5下降到1979年的1.4。

计划经济时期基础教育的普及发展也展现了类似的惊人变化。新中国成立之初,全国5.5亿人里成人文盲率高达80%,而占全国人口绝大多数的广大农村地区文盲率更是超过95%;同时,全国学龄儿童入学率仅20%,初中入学率更是只有6%。而从1949年到1969年,短短20年的时间里,中国成功“扫”掉1亿文盲,成人文盲率于1983年降至30%左右^④;而到2000年,中国的文盲率已

① 财政部外事财务司组织译校,《中国:社会主义经济的发展——世界银行经济考察团对中国经济的考察报告》(主报告),1982年版,中国财政经济出版社,第50页。

② 以基本教育为例,据世界银行统计,20世纪70年代中国小学入学率净率、中学入学率总率、成人识字率分别为93%、51%、66%,而印度的数字为64%、28%、36%。更多数据可参考《1980年世界发展报告》。

③ 阿玛蒂亚·森,让·德雷兹著,《印度:经济发展与社会机会》,黄飞君译,社会科学文献出版社2006年版,第70页。

④ 数据引自国家教育委员会计划建设司编《中国教育成就》,1991年版,人民教育出版社,第1页。

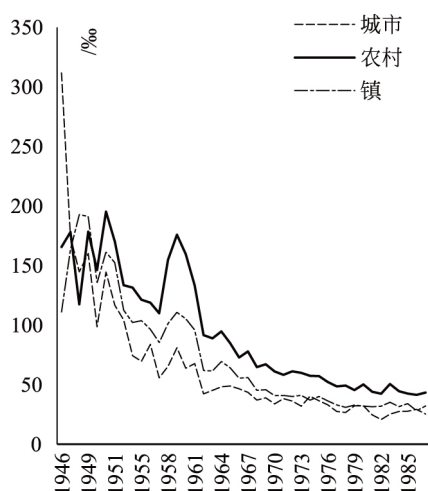


图1 城乡婴儿死亡率(1946—1987)①

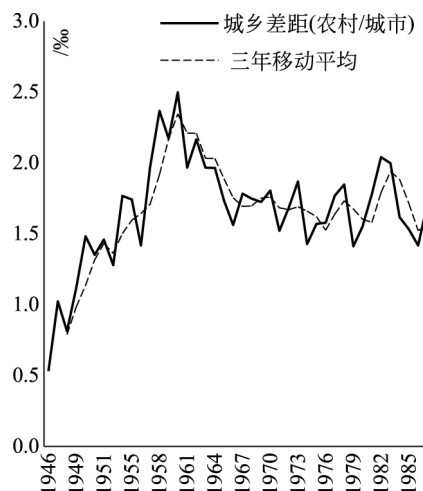


图2 城乡婴儿死亡率差距(1946—1987)

经降至 6.72%。各个阶段的入学率也有巨大提高:在小学这一级,20 世纪 80 年代初期学龄儿童实际入学率是 93%,比其他 92 个发展中国家的平均入学率高 30 个百分点;在中学这一级,总的入学率是 46%,而其他发展中国家的这个比率只有 26%^②。教育的普及使得国民受教育年限显著提高,1950 年全体国民平均受教育年限为 1.61 年,仅为世界平均水平的 54%,1980 年则上升为 5.31 年,达到了世界平均水平的 98%(Barro and Lee, 2013)。

在图 3~图 6 中,我们进一步区分了城市和农村的情况。与医疗领域的发展趋势类似,新中国早期城乡文盲率显著下降,基础教育入学率显著提高。不过,进入 20 世纪 60 年代中期,城市的发展速度明显放缓,整体增长主要由农村地区驱动,城乡差距迅速缩小。而且这一趋势仅存在于基础教育领域(图 3~图 5),在图 6 中农村高中入学率始终远低于城市,城乡间并不存在收敛趋势。

如何解释改革开放前 30 年中国在人力资本(包括健康资本)积累上所取得的惊人成就?世界银行的报告指出,初等和中等教育在数量上增长最迅猛的时期恰好是中国“激进”政策占主导的时期,即“大跃进”时期和之后的“文化大革命”时期。这似乎与我们的直观印象相违背,因为这段时间的政治运动给中国

① 数据来源:中国社会科学院人口研究所中国人口年鉴编辑部编《中国人口年鉴 1991》,经济管理出版社 1992 年版,第 537 页。图 2 同。

② 数据引自《中国:社会主义经济发展》(世界银行在 1979 年为中国做的第一个国家情况报告),第 3 页、第 147 页、第 152-153 页、第 211 页;转引自费正清、麦克法夸尔主编《剑桥中国史》,上海人民出版社 1996 年版,第 672 页。

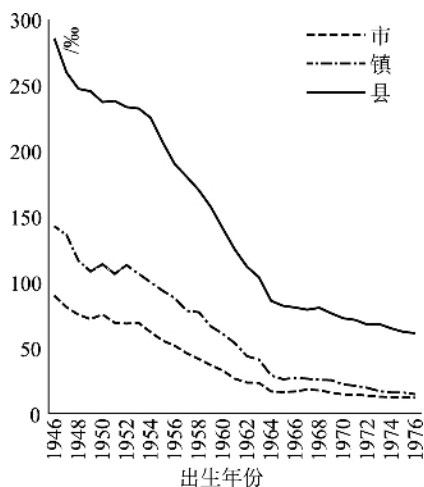
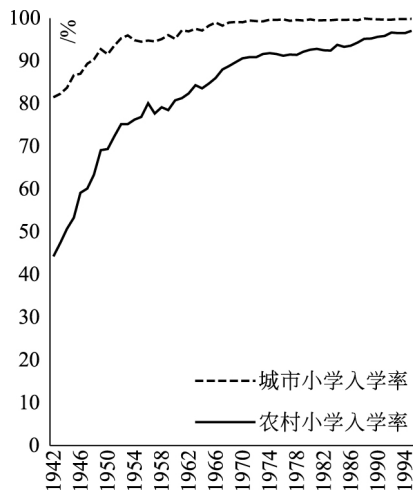
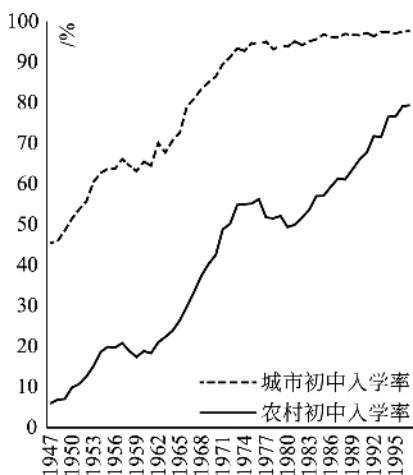
图3 十五岁及以上文盲半文盲人口率^①图4 历年城乡适龄人口小学入学率^②

图5 历年城乡适龄人口初中入学率

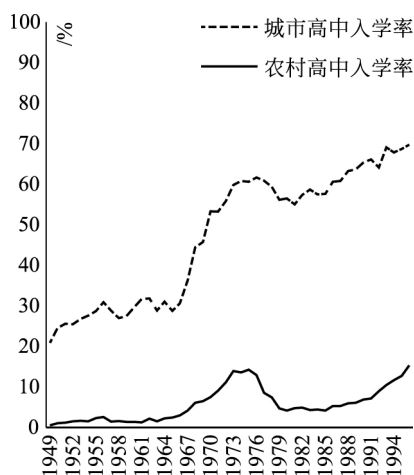


图6 历年城乡适龄人口高中入学率

经济社会造成了严重的混乱和破坏^③。但是，我们上面呈现的数据清楚地表明，正是在“大跃进”和“文革”时期，基础教育和基本医疗深入社会底层和广大农

① 数据来源：全国市、镇、县15岁及15岁以上分年龄的文盲半文盲人口数和全国总人口数来自国家统计局人口统计局编《中国人口统计年鉴1991》第63-66页、第44-47页，市镇县人口分布来自《中国人口统计年鉴1995》第6-11页。

② 在图4~图6中，我们的基准假设是一个人7岁开始上学，小学、初中、高中的学制分别为5年、2年和2年。据此基于2000年人口普查微观数据逆推出历年适龄人口的小学、初中、高中入学率。

③ 例如参见蔡昉、都阳《“文化大革命”对物质资本和人力资本的破坏》，《经济学（季刊）》2003年第3期，第795-806页。

农村地区,城乡差距趋于缩小。Chen et al. (2018) 基于微观数据的实证分析提出了一个可能的解释: 历时十年、规模高达两千万的下乡知青对接受地的农村小孩的基础教育普及作出了重要贡献, 知青不仅提高了农村小孩的教育年限, 还改变了农村小孩的认知态度, 增加了他们上高中的概率, 甚至还增加了农村受影响人群成为老师的概率。时磊和杨德(2018) 的研究指出, “大跃进”时期教育体制分权后学校建立数量和教师招募数量的扩张将会推动在校学生数量的扩张。时和杨二人的研究虽然提及分权, 但没有在实证上建立政府间分权与学生数量扩张的关系。

至于中国医疗卫生方面的“奇迹”, 也有许多研究者围绕婴儿死亡率下降、预期寿命提高的影响因素展开讨论, 他们依托制度描述、统计描述或者数据分析提出了各种各样的假说。最主流的一种解释是初级医疗卫生服务的普及, 特别是20世纪60年代中期以后流行的“赤脚医生”制度(Sidel, 1972; Hipgrave, 2011)。其他常见的解释包括覆盖面广泛的群众卫生运动, 水质条件、卫生条件和营养条件的改善以及受教育程度提高的情况下获得的收益(Banister and Preston, 1981; Ashton et al., 1984; Coale, 1984; Jamison et al., 1984; Banister and Hill, 2004; Babiarz et al., 2015; Alvarez-Klee, 2019)。

上述这些研究文献从各自的视角出发试图解释在计划经济时期中国教育医疗的扩张, 除了极少数例外(如Chen et al.(2018)), 绝大多数都是以描述性分析为主, 缺乏系统性的实证证据, 而且主要侧重于国家层面的宏观政策或政治运动的影响。本文的视角与这些现有文献不同, 我们利用个体和地区层面的数据, 实证考察计划经济时期地方分权(包括经济分权和公共支出分权)对教育医疗的大规模普及的影响, 尤其是对农村地区的影响。中国20世纪60年代以来出现的一系列教育医疗政策的变化, 如上山下乡运动、教育资源向农村倾斜政策、民办教育的扩张、爱国卫生运动、“赤脚医生”制度等等, 与地方分权是紧密交织在一起的。关于地方分权有两个重要事实值得注意。首先是20世纪60年代公共服务领域深化了地方分权, 基础教育和基础医疗开始由省、市向县乃至乡镇、村拓展。1960年中央在体制大放权的背景下进一步提出“条块结合, 以块为主”的方针, 地方教育、卫生事业费先由省厅提出各地区(市)的分配基数, 再由当地人民政府统筹安排和具体管理。经过1961—1963年的短暂调整, 自1965年起地方管理的教育、卫生领域的基建投资也交由地方统筹, 这一分权架构延续至今。其次, 1960年之后至1976年有三轮经济分权浪潮相继推出, 对地方政府分配资源的能力、地方工业的兴起和M型结构的形成产生了深远的影响(白惠天和周黎安, 2018)。由此, 我们试图提出的研究问题是, 在20世纪60年代中期中央提出的教育医疗向农村倾斜的政策背景下, 地方分权对各地教育医疗机构的大规模扩张究竟带来什么影响? 这种影响在农村和城市之间有何不

同? 回答这些问题不仅有助于我们理解地方分权与计划经济时期教育医疗大规模的关系,还有助于理解计划经济时期的地方分权浪潮为改革开放打下了怎样的人力资本和健康资本的基础。结合白惠天和周黎安(2018)关于地方经济分权对地方工业兴起和M型结构的影响,本文研究可以从实证分析的视角进一步揭示中国改革开放前30年和后30年之间的内在关系。

本文利用白惠天和周黎安(2018)构造的地方分权指标,结合人口普查等微观数据以及地区层面的经济社会数据,实证考察了计划经济时期地方分权对城乡教育和医疗可及性的影响。我们区分了两类地方分权——公共支出分权和经济分权不同的影响渠道,尤其区分了地方分权对农村和城市带来的不同影响。我们的回归分析发现,省内地方分权在1965年之后显著促进了农村初中入学率的提升,但是对农村小学和高中升学率的提升不产生显著影响。地方分权对城市的小学 and 中学入学率的影响总体上不明显,尤其是1965年之后,即使有影响在系数上也显著低于对农村的影响。这些结论对于公共支出分权和经济分权均成立。正如我们后面将详细解释的那样,20世纪60年代中期之后,即使农村的小学升学率也已经达到了较高的水平,地方分权对此影响不大,而高中教育对于那个时期的农村地区来说尚是“奢侈品”,因此初中教育恰好是那个时代农村教育扩张运动的主要目标。我们的回归结果证实了这一点,更重要的是强调了地方分权作为初中教育普及放大器的作用。有趣的是,我们的分析结果也发现,在1965年之前,地方分权的影响其实有利于城市教育,而不利于农村教育的改善。这说明地方分权对于城乡教育不平衡的影响不是统一不变的,事实上,如果没有中央面向农村政策的干预,公共支出的分权反而导致教育资源向城市倾斜和集中,加剧了城乡教育的不平等。只有当中央层面发出教育医疗向农村倾斜的倡导之后,地方分权所带来的地方自由裁量权和经济资源的增加才惠及了广大农村地区,缩小了城乡教育差距。

我们的分析也显示,1965年之后地方分权促进了每万人新建医疗机构数量的显著增加,同时降低了农村五岁以下儿童死亡率。我们回归分析的数据无法精确识别新建医疗机构数量在城乡的分布,但根据全国和一些省份城乡医疗机构数量在样本期间的变化(参见后面的介绍),可以推断这些医疗机构数量的变化绝大多数出现在农村地区。公共支出分权与经济分权的不同效应体现在1965年之前:经济分权反而导致了新增医疗机构数量的减少,也就是经济建设的冲动挤出了地方医疗的投入,而公共支出分权不存在这个负面影响,但也没有显著增加。所以地方分权对医疗可及性的正面影响主要体现在1965年之后。

我们还特别分析了经济分权对地方公共(教科文卫)支出的影响,发现经济分权对地方公共支出在总预算支出的比例有一定的挤出效应,这一挤出效应在

1965年之后进一步加剧。与此同时,经济分权也促进了地方工业的兴起,使得地方有更多的可支配财力,虽然公共支出比例下降,但人均公共支出金额反而有可能增加。回归结果显示,人均教科文卫支出在经济分权程度越高的地区也是显著增加的,1965年之后增加的幅度也越高。所以,地方经济分权对教育医疗等公共服务既有体现在支出比例上的挤出效应,也有体现在人均支出水平的溢出效应,但总体上促进了农村地区教育医疗的改善。

这些分析结果表明,20世纪60年代中后期国家层面强调的教育医疗资源向农村倾斜的政策是农村教育医疗可及性迅速扩张的前提性条件,与此同时,这一全国性政策所产生的积极作用也是借助了地方分权的强力推动,特别是各级地方政府将新增的经济资源和社会管理权限用于了教育医疗的扩张,尤其向农村地区的大规模普及,两者之间的正向交互作用是计划经济时代农村教育医疗扩张的重要驱动力,这为改革开放之后中国经济腾飞储备了庞大的人力资本和健康资本^①。

本文余下部分的结构安排如下:第1部分是计划经济时期中国的地方分权过程和教育、卫生管理体制的演变;第2部分是地方分权的度量及其基本演化特征;第3部分是变量构造方法、数据来源和计量模型;第4部分是实证检验结果,重点分析公共分权的直接影响以及经济分权对公共支出的挤出效应和溢出效应,并区分了地方分权对乡村教育医疗普及性的不同影响;最后一部分是简要的结论。

1 计划经济时期教育卫生管理体制的演变

中华人民共和国成立后,我国的计划管理体制和财政管理体制几经改革,教育、卫生管理体制与经费管理体制也随之发生多次变化。在不同历史时期,中央政府和地方政府之间,以及地方各级政府之间,在教育、卫生领域的事权和财权的划分呈现出不同的特点,但总的趋势是走向地方分权,尤其是在基础教育和基本医疗方面,预算、审批和管理权逐步基本下放给了地方政府。

新中国初期,财政体制实行高度集中的统收统支办法,财权集中在中央。1950—1952年全国实行中央、大行政区和省三级财政。在国家实行财政统收统支的情况下,省教育经费、卫生经费均由大区核定,按照隶属关系和业务范围进

^① 本文关注的是教育医疗在农村地区的可及性及其变化,因为数据局限,并不涉及教育医疗的质量水平。随着农村的教育和医疗的普及性不断提高,鉴于当时农村的经济条件和大规模动员方式,其对应的质量标准有可能会打折扣。然而,对于这些农村地区来说,现代教育和医疗设施的普及代表从无到有的飞跃,仍然具有极为重要的价值和意义。

行划分。教育方面,高等学校一般为中央或大行政区直属,统由国家拨款^①;中等学校(主要为省属中学,另外也包括县属省立中学)教育经费列入省预算;初等教育(如一般小学、简师)则由地方附加开支。卫生方面,各地方政府消化整合了原有医疗事业资源,组建了隶属于各级医疗行政机构的公立医院,包括省属医院、县医院或卫生院,作为公立医疗事业的骨干组成部门。与此同时,各地开始设立乡镇级医疗机构,初步开展农村基层和厂矿基层卫生工作。这一阶段基层医疗机构覆盖率很低,设施也不完善。医疗资源偏重于城市。经费预算上强调“条条”部门的垂直管理,各省卫生事业费由大行政区卫生部垂直拨给省卫生厅再转拨给省属及各地市卫生机构^②。

1953年我国进入第一个五年计划时期。伴随着大行政区机构的撤销,财政体制的集中程度有所降低,中央、省(自治区、直辖市)和县(市)三级财政的框架得以确立,1954年起我国正式实行“划分收支,分级管理”的预算管理体制。省教育/卫生事业费由国家教育/卫生部核定指标,省财政厅拨给,即“条条分配,块块执行”,省内教育/卫生事业费同样改由全省各级地方财政支出。同期基础教育特别是中等教育的管辖权开始出现下移趋势,部分高中、完中归地区(市)管辖,初中则逐步下沉到县(市)一级。中等专业学校和中等师范学校则实行“谁举办谁负责”的财政管理原则,中央业务部门举办的中等专业学校的经费纳入中央财政预算,省级政府举办的中等专业学校和中等师范学校的经费纳入省级财政预算。卫生方面,除各级公立医疗机构继续发展外,以第三届全国卫生行政会议决议提出“开展工业卫生工作”为起点,企事业单位举办的各类医疗机构开始建立。此外,本阶段各地方在农村基层和城市街道着手建立基层卫生机构(如卫生所、保健站、保健所、医务所等),培养不脱产的卫生员和接生员,并将原有乡村医务人员吸纳进集体所有制医疗机构。虽然与新中国成立初期相比,这一时期中央的管控力度有所减弱,但地方政府的事权和财权仍非常有限,企事业单位和城乡基层组织举办的中小学校和医疗机构数量很少,农村地

^① 1953年政务院第180次会议通过的《关于修订高等学校领导关系的决定》规定,中央人民政府高等教育部根据国家的教育方针、政策与学制,遵照中央人民政府政务院关于全国高等教育的各项决定与指示,对全国高等学校(军事学校除外)实施统一领导。凡中央高教部颁布的有关全国高等教育建设计划,包括高等学校的设立、停办、院系专业设置、招生任务、基本建设任务、财务计划、财务制度(包括预决算制度、经费开支标准、教师学生待遇)、人事制度(包括人员任免、师资调配)、教学计划、教学大纲、生产实习规程,以及其他重要法规、指示或命令,全国高等学校均应执行。这一规定从下达到1966年(除1958年“大跃进”时期外)都一直被执行。高等教育的财权在计划经济时期,一直为中央财政所负责,各高等学校包括省属地方高校的财政预算均列入中央财政预算,戴帽下达。

^② 除直接提供医疗服务的各级各类型医疗机构外,隶属于卫生部门管理的医疗机构还包括省到县级的防疫站、妇幼保健站、药检所、消毒所等提供防疫等免费医疗服务的公立机构,卫生院校和科研院所等不直接从事医疗工作的机构。上述机构在20世纪50年代就逐渐在各省建立起来,属于公立机构性质,地方医疗财政负责全额拨款管理。

区教育、卫生等公共服务的覆盖率也很低。这一情况一直持续到1957年。

1958年,为了更好地发挥地方积极性,我国试行了“以收定支,五年不变”财政体制。在体制大放权的背景下,中央将教育、卫生等领域的管理权限下放给地方政府。1957年国家首先对教育经费实行“总额控制、分级负责、归口包干”,以增强地方政府对教育经费管理的决策权和责任感。1960年中央进一步提出“统一领导、分级管理、条块结合、以块为主”的方针,省教育/卫生厅对各地区(市)教育/卫生事业费提出基数分配指标,由当地人民政府统筹安排和管理。相较于此前省核定基数,地区(市)财政拨款的管理体制,省以下地方政府的权限大大提高了。

1958—1960年,各级各类学校的领导管理权力、建校审批权力均下放调整到下一级甚至是下两级政府^①。1958年9月,中央正式提出在教育发展中,必须坚持贯彻“两条腿走路”的办学方针^②,“既要有中央的积极性,又要有地方的积极性和厂矿、企业、农业合作社、学校和广大群众的积极性,为此必须采取统一性与多样性相结合,普及与提高相结合,全面规划与地方分权相结合的原则”^③。同期经济领域的分权化改革有力地推动了地方工业的发展,增强了地方政府、企业和社队的财力。在这些因素的共同作用下,“大跃进”时期的教育事业在学校数量、招生规模和在校生人数等方面全面扩张。除原有学校扩招、各级政府/教育主管部门新建学校外,这一时期的“增量”主要源自于城乡基层自办学校,如厂矿企业举办的子弟学校,城市街道举办的民办中学,农村社队举办、社队和县共同管辖的农村初中(民办、公办兼有),社队办的和联队合办的农业中学以及由城乡社队举办并管辖的公办全日制小学和民办小学。这些学校建于城乡基层,几乎不占用预算内财政资源。“两条腿走路”的教育方针是基于中国国情提出的普及中小学教育的重要思想,其影响甚至延续到改革开放后。国家鼓励地方多渠道筹集教育经费,倡导国家办学与厂矿、企业、农业合作社办

^① 在高校方面,除一些高校数量极少的省份,多数省份的部属高校统一下放到省政府管辖。在中等学校方面,多数省份形成省教育管理部门只管重点高中完中,其他高中完中和初中下放调整到地区、市县一级管辖。在小学方面,除重点学校外,城乡公办小学一般均下放至人民公社,在市县教育管理部门指导下进行管辖。随后在1959年7月,中共中央宣传部转发中共广东省委、省人民委员会《关于加强人民公社对教育工作的领导和管理的几项规定》,更进一步明确,公办全日制中等学校和县的重点小学由县直接管理;公办的一般全日制小学、公社办的和联队合办的农业中学、民办中学由公社直接管理;民办小学、大队办的农业中学、农村各种业余学校、扫盲和推广普通话工作,由生产大队直接管理(援引自中央教育科学研究所编《中华人民共和国教育大事记(1949—1982)》,教育科学出版社1983年版,第137页)。

^② 类似的提法在1958年之前也有,但没有成为文教工作的指导方针。例如,1956年时任国务院文教办主任林枫在全国文教工作会议上提出的建议:地区上合理部署,公私文教事业统筹安排。再如,1957年,全国人大常委会委员长刘少奇到河北视察,提出“群众办学”的方针,促进民办中学进一步发展。

^③ 1958年9月19日中共中央、国务院下发的《关于教育工作的指示》,援引自中共中央政策研究室《建国以来重要文献选编》(第11册),中央文献出版社1995年版,第493页。

学并举^①,并在经费上给予一定的补助和支持,由此形成的城乡基层自办学校作为教育事业发展的重要“增量”在此后的放权行动(如20世纪60年代中期和70年代初期)中又以不同的形式重新出现。

卫生方面,“大跃进”期间一方面继续强调对县级公立医院的扶助发展,另一方面与教育领域的下放行动类似,部分省属医院下放到地区(市)一级,并且出现了公社、厂矿企业、街道举办医疗机构的高潮。各省在公社一级普遍建立了公办全民所有制或集体所有制性质的卫生院所或其他相应机构,厂矿企业举办的企事业单位医院、疗养院、医务所、保健所等也大量出现,同时开始在农村更基层的生产大队一级大量培养不脱产卫生员^②。

总之,1958—1960年的权力下放有利于促进教育、医疗事业的发展普及。然而受冒进思想的影响,各地均出现了权限下放过快、机构过度扩张、经费管理混乱等问题。例如下放到社队的普通中学、乡镇小学及幼儿园挪用教育经费的现象十分严重。再如公社和厂矿企业、事业单位的卫生所快速升级为医院(集体所有制或全民所有制),导致医疗服务质量下降、误诊误用药物等问题。与“大跃进”运动后经济全面调整的步调基本一致,教育、卫生事业从1961年起便开始进行适度调整,恢复“统一领导,分级管理”的体制。根据中央“调整、巩固、充实、提高”的八字方针,教育方面,此前大量下放的学校管理权被重新上收,建立起高等教育国家办,高中、完中一般由省管[也可以委托所在地区(市)或者县(市)],初中、小学由县负责管理的基本格局^③;各级各类学校的办学数量和招生规模也出现大幅度缩减,此外,中央还规定各省(自治区、直辖市)应在农业税地方附加中划出一定的款额,作为农村公办小学的重点修缮和民办教育事业补助之用;卫生方面,国家同样采取了一系列精简调整措施,如撤销了不具备条件的医院、学校和科研机构,执行“鼓励集体办医,允许个体行医”的方针,将农村公社卫生院绝大多数转为集体举办等。

^①“六个并举”即国家与厂矿、企业、农业合作化办学并举,普通与职业教育并举,成人与儿童教育并举,全日制与半工半读教育并举,学校与自学教育并举,免费与收费教育并举。援引自彭小奇编著《毛泽东教育思想研究 卷4 毛泽东早期教育实践与教育思想研究》,湘潭大学出版社2013年版,第230-234页。

^②以福建省为例,省志显示,“大跃进”期间福建省已逐步形成每个县有一所县医院,每个公社有保健院/卫生院(有全民所有制和集体所有制两种性质),生产大队有保健站/室或卫生所(集体所有制性质)的农村基层医疗网络。农村医疗网络以生产大队的医疗站/卫生所为基础,以公社卫生院/医院为枢纽,以县级医院为中心构成。同时期,在城市形成了以街道卫生院所和厂矿学校卫生/医务室为基础,区级综合医院和专科医院(兼有全民所有制和集体所有制)为枢纽,以地市级和省级公立医院为中心的医疗体系。

^③1963年,在中共中央转发各地讨论试行的《全日制中学暂行工作条例(草案)》中明确规定:全日制初级中学一般由县、市教育行政部门管理。全日制高级中学和完全中学一般由省、市、自治区教育厅、局管理,也可以委托所在专区(市)或县(市)教育行政部门管理。初级中学在新中国成立初期由省级政府负责管理,其后管理权逐步下放到县。小学在新中国成立前一般就由县级政府负责管理,新中国成立后仍然沿袭。基础教育经费实行谁管理谁负责的原则,分别纳入各级政府财政预算。自此确立了高等教育基本上由国家办、基础教育由地方分级管理的基本框架。

经过1961—1962年的调整,随着经济形势逐渐好转,中央决定再次放权,实行“条块结合,以块为主”的体制,并将教育、卫生等19个非工业部门的投资计划交由地方安排。于是自1965年起地方管理的教育、卫生事业基建投资和事业费均由地方统筹。受到毛泽东“六二六指示”和“文化大革命”的影响,这一时期教育、卫生资源配置的重点是广大农村地区。其实在1965年以前针对城市和农村资源分布不均的问题,中央高层也曾提出一些重要设想,例如毛泽东提出“依靠农业合作组织发展农村教育”,刘少奇提出“两种教育思想,两种教育体制”,中共中央1958年提出的“两条腿走路”的办学方针,卫生部1958年发出的“加强县级和公社卫生院”的指示。这些重要方针、指示都试图在城市取向和农村取向两种发展路径中保持适当的平衡。然而国家有限的经济实力、工业化建设的艰巨任务和广大农村普遍落后的现实,都决定了五十年代的投入重点主要还是城市^①。

以医疗卫生为例,无论从医疗卫生资源的分布和投入上看,还是从医疗保障制度的覆盖范围上看,农村与城市相差甚远(姚力,2007)。据1964年的统计,在卫生技术人员分布上,高级卫生技术人员69%在城市、31%在农村,其中县以下仅占10%。农村中西医不仅按人口平均的比例大大低于城市,而且多数人的技术水平很低。在经费使用上,全国卫生事业费9亿3千余万元中,用于公费医疗的2亿8千余万元,占30%;用于农村的2亿5千余万元,占27%,其中用于县以下的仅占16%。这就是说,用于830万享受公费医疗的人员的经费,比用于5亿农民的还多^②。事实上,1965年时全国仅有陕西、湖北、江苏、广东、新疆等十余个省区的一部分县实行了农民自发兴办、互助共济性质的合作医疗制度,而且其与城镇医疗保障制度所提供的服务是无法相提并论的。

面对这种情况,毛泽东于1965年6月26日发出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的重要指示,这就是著名的“六二六”指示。自此卫生部将人力、物力和财力的重点放到农村,特别是公社及以下的基层地区。各省在农村地区逐步培养了大批赤脚医生,建立以赤脚医生为骨干的基层各级(公社、大队、小队)合作医疗站。这些农村基层医疗机构采取集体性质集资方式,本社社员就医可以减免或者报销;不仅进一步推动了农村医疗资源的发展和普及,提高了农村的保健医疗水平,还以比较简单的互助医疗形式,首次使得农民享受到就医用药的公费保险减免(前提是农民个人要缴费参加互助医疗)。虽然医保覆盖性和额度不能与干部公费医疗和企事业单位职工医保相比,但仍显著提高了农民

^① 例如《江西教育志》显示,“教育基建投资的支出和使用,各时期侧重点不一。20世纪50年代教育投资主要投向城市,投资大部分用于普教。20世纪60年代尤其“文化大革命”以后,普教投资分配开始面向农村,主要用于农村中小学用房建设”(援引自《江西省教育志》,方志出版社1996年版,第525页)。

^② 《关于把卫生工作重点放到农村的报告》,援引自卫生部基层卫生与妇幼保健司编《农村卫生文件汇编(1951—2000)》,2001年版,第27页。

的医疗覆盖水平(此前的农民基本上只能自费就医就诊)。同一时期,卫生部党组决定将城市医务工作者到农村开展巡回医疗作为一种制度,凡主治医师以上的医药卫生技术人员,除年老体弱多病者外,都要分期分批轮流参加。

在中央和地方、城市和农村医务工作者及人民群众共同努力下,农村医疗卫生工作出现了飞跃发展。以全国医疗卫生机构病床的分布为例,1965年农村只占40%,到1975年这个比重已提高到60%^①。全国卫生经费的65%以上用于农村^②,而指示对农村巡回医疗和合作医疗的有力推动,更为改变农村医疗卫生面貌奠定了基础。到1975年底,全国已有85%的生产大队实行了合作医疗,有赤脚医生155.9万人,生产队的卫生员328.2万人、接生员61.5万人^③。全国城市和解放军医务人员先后有110多万人次下农村巡回医疗,有十几万城市医务人员在农村安家落户。高等医药院校毕业生的70%以上被分配到农村。全国5万多个农村人民公社基本上都建立起了卫生院,巡回医疗制度一直延续至今^④。同样在“文革”时期,各级公立医院(主要分布于城市地区)普遍受到政治运动影响,行政和业务人员许多被下放离职,医院的医疗业务工作和发展建设工作陷于停顿。相关的本级医院的医疗事业支出和基建支出有所减少。在卫生财政经费总额并非明显滑坡的情况下,卫生财政应明显向基层倾斜,由此实现了医疗机构的发展从建设省市级公立医院,向覆盖普及县级医疗机构^⑤,再经由“六二六”指示向农村基层渗透的过程。

和医疗卫生领域面临的情况非常类似,1953—1965年间,经过新中国成立初期的教育整合,学习“苏联模式”并在“大跃进”时期发起新一轮的教育改造及随后的调整,我国基础教育普及取得了空前成就。但是当时受“苏联模式”的影响,国家强调的是以城市为中心的“精英教育”,教育不平等现象尤其显著,特别是在城乡之间。以小学教育为例,“文革”前城市地区基本普及小学教育,但农村儿童在1965年完成小学教育的比例还不到一半。于是自1964年起,在“两种教育制度”政策^⑥的指导下,各省又开始鼓励新建民办小学,如全日制民

① 数据引自《中国统计年鉴2003》,中国统计出版社2003年版,第806页。

② 数据引自《卫生部关于全国赤脚医生工作会议的报告(摘录)》,卫生部基层卫生与妇幼保健司编《农村卫生文件汇编(1951—2000)》,2001年版,第420页。

③ 数据引自《中国卫生年鉴》编辑委员会编《中国卫生年鉴1983》,人民卫生出版社1984年版,第60页。

④ 数据来源同本页注释①。

⑤ 自1953年至1957年,各省在完成对既有省级和地市级医院的公立化和管理体制与资源配置的整合建构后,在省和地(专)市两级开设了一批新的综合性医院和专科医院,继续加强县医院/卫生院的普及建立。1958年卫生部发出加强县级和公社卫生院的指示。

⑥ “两种教育制度”即全日制学校和半工(农)半读学校同时存在的学校教育制度。全日制学校,由国家主办,学生在校期间整日进行学习;半工(农)半读学校多由厂矿、企业、公社主办,或在中等技术学校、大专院校附设半工半读班,学生一部分时间学习,一部分时间劳动。该制度1958年由刘少奇倡议实行。1964年5月,刘少奇在中央工作会议上进一步提出该建议,教育部随后总结经验,并做出相关部署。据教育部统计,1958年半工半读在校学生200万人,到1965年,已达443.3万人,增长了一倍多。

办小学、简易小学和耕读小学,以提高农村地区学龄儿童入学率。与此同时,中等学校方面,大体以县教育管理部门审批并补贴,以公社为主体兴办的农村民办初中和农业中学、半工半读中学再次大量出现。从1965年和1966年的中学办学数量和在校人数看,这种复归的增量对于普及初中教育做出了不小贡献,且其带来的财政负担远小于公立校,经费来源多采用三家分模式,即财政补贴、学校自收学杂费和生产经营收入以及社队公益金。“文革”开始后,各级教育行政机关不同程度地受到冲击,正常的教育秩序被打乱,教育管辖权普遍下放。在“文革”最初三年,各级学校停课,此前在“两种教育制度”政策下新建的大批学校也在停课风潮和政治压下大量取消,高校工作则完全陷于停滞。

自1969—1970年“文革”进入新阶段后,与前文所述的医疗卫生工作类似,教育工作的重点同样放到了农村教育的普及上。1971年国务院科教组刚刚成立便在全国教育工作会议上确立了实行在中央统一计划下,以“块块”为主的学校管理体制。《会议纪要》提出,争取在第四个五年计划期间,在农村普及小学五年教育,在有条件的地区普及七年教育,要大力提倡群众集体办学^①。为改善教育事业费的紧张情况,国家逐渐加大对民办教育事业的补贴力度^②。1975年教育部在计划草案中进一步提出“逐步在大中城市普及十年教育,农村有条件的地区普及七年教育……争取全国适龄儿童(小学)入学率达到95%以上”。

为应对普及教育的目标和婴儿潮一代^③的学龄青少年的入学升学需求,各地大力开展农村教育革命,提出“读高中不出公社,读初中不出大队,把小学办到家门口”等口号,公社办学再度进入高潮。同时期厂矿企业及事业单位举办的子弟学校也迅速增加。以湖南省为例,至1976年,全省已达1526所,在校学生为41.66万人,占全省城镇中小学生数的37.6%。株洲、衡阳、湘潭、长沙4城市分别为52%、50%、46%、18%^④。“文化大革命”时期,由于资金、师资、校舍、教具设备等资源没有配备到位,普通中小学教育规模的迅速扩充存在诸多问题。例如,为追求大发展,原有的资源不足的初中被突击扩建为高中,小学则附设或开设初中班;原有各类初高中扩班扩招,缩短学制,以满足升学需求;城市高中被拆分为若干部分迁移至农村以扩充学校数量;使用大量的临时校舍,在公立学校任用大量临时性的民办教师;等等。这些举措不可避免地造成教育质

① 中国教育年鉴编辑部编《中国教育年鉴(1949—1981)》,中国大百科全书出版社1984年版,第94页。

② 例如,1973年制定的《关于中小学财务管理若干问题的意见》提出,要适当安排民办公助经费,城镇街道和农村社队集体办学经费,应由国家补助、集体负担、杂费收入和勤工俭学收入等几方面解决,逐步做到国家补助是主要的。

③ 我国第二次婴儿潮自1962年三年自然灾害结束后开始,以1965年为高峰,持续至1973年。

④ 数据引自湖南省地方志编纂委员会编《湖南省志 第17卷 教育志 下》,湖南教育出版社1995年版,第1301页。

量下滑,但是另一方面也极大地促进了基础教育的普及。小学毕业生数量从20世纪60年代早期的500万飙升到1977年的2500万,且增长的部分主要发生在农村,入学率20世纪70年代中期达到90%。“文革”末期,(在山东)每一个农村孩子都能接受免费小学教育(Han,2001)。初中入学率在20世纪60年代中期仅接近50%,到20世纪70年代晚期接近90%,并且其中70%的孩子会进入高中。从城乡差距方面看,1962年小升初率在城市为84%,农村为21%,城乡之间存在60%左右的差距;到了70年代差距则降为15%。

2 地方分权的度量及其基本特征

前文的制度描述表明,在计划经济时期,一方面,教育、卫生领域事权和财权的划分,作为地方分权的一个组成部分,其变化方向与整体的权力收放基本一致;另一方面,相较于经济管理权的收放更迭,公共分权显得更为稳定。为定量地刻画地方分权的演化特征,基于此前的工作(白惠天和周黎安,2018),我们利用地方志中的财政支出数据构造了从中央到省、地及县多层级的财政分权指标。与以往的研究相比,我们特别聚焦省内的分权指标,并且通过细化支出类别进一步区分了地方政府承担的两种相互联系却又迥然有别的职能:组织经济建设的职能和提供辖区内的教育、医疗卫生等公共服务的职能。结合当时的财政支出分类标准,省内分权指标的具体构造方法如下:

$$\text{省内分权}_{\text{经济建设支出指标}} = \frac{\sum_i \text{省内各地市经济建设支出}}{\text{省当年经济建设支出}} \quad (1)$$

$$\text{省内分权}_{\text{教科文卫支出指标}} = \frac{\sum_i \text{省内各地市教科文卫支出}}{\text{省当年教科文卫支出}} \quad (2)$$

从图7可以看出,两类分权指标显示了相同的趋势,虽然计划经济时期中央—地方关系频繁调整,然而自1958年体制大放权以来,省以下地方政府的管理权限总体而言仍呈现扩张趋势。而且相较于经济建设职能,以教科文卫为代表的公共服务职能下沉的程度更深。在1955—1985年,省内分权教科文卫支出指标(简记为“公共分权指标”)比相应的经济建设支出指标(简记为“经济分权指标”)平均高30个百分点;我们还观察到在1964年9月提出将公共服务事权主要交给地方政府之后,公共分权指标基本保持在一个较高的水平。在1965年至1978年,除了“文化大革命”初期文教卫生事业因政治环境影响陷入短暂混乱外,公共服务方面的权力划分在其他年份跨年之间的波动很小。省内公共支出分权的变异系数仅为3.2%,低于同期省内经济分权的变异系数(11.9%)。这说明在计划经济时期,从预算内财政支出的角度看,省级、地级和县级之间公

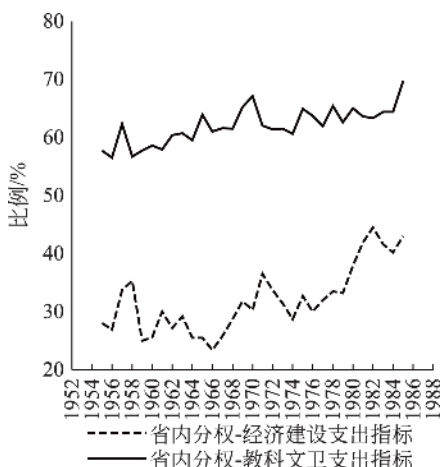


图 7 省内分权

共服务事权的分配从 1965 年起就基本保持稳定,地方分权更多地转向了经济建设方面。

在图 8 和图 9 中,我们描绘了中央、省本级、地市本级和区县四级政府教科文卫支出的分担比例,考察的时间尺度为 1955—1985 年以及 1996—2006 年,这样做的目的是检验计划经济时期确立的公共服务事权划分格局在改革开放后是否具有延续性。我们发现就中央—地方关系而言,1958 年地方政府承担

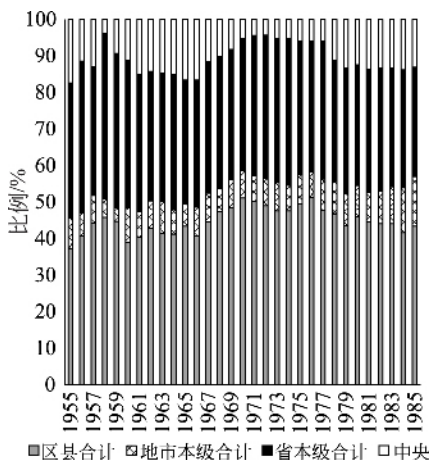


图 8 四级政府教科文卫支出
分担比例: 1955—1985 年

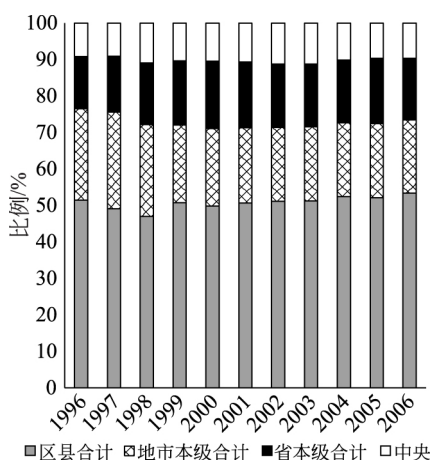


图 9 四级政府教科文卫支出
分担比例: 1996—2006 年^①

① 数据来源: 中央支出数据来自历年《中国统计年鉴》或《中国财政统计年鉴》,省级、地级、县级支出数据来自《地方财政统计资料》“各自治区直辖市财政支出分级表”。

的教科文卫支出达到了历史峰值,此后地方占比逐年压缩,1965年出现扩张迹象,并于1970—1977年再度升至94%—96%的历史高点。改革开放至20世纪80年代中期,中央支出占比提高到13%左右,这与中央的政策调整是紧密相关的。结合图9,我们发现在1996至2006年,中央支出占比略有收缩,但始终保持在百分之十左右,而区县一级的支出占比则大体稳定在百分之五十几的水平。对比图8和图9,我们发现公共服务事权划分架构在计划经济末期就已基本形成。

具体而言,中央和区县的占比相对稳定,改革开放后变化主要发生在省本级和地本级之间,这主要是受20世纪80年代地级行政区划改革的影响。换言之,尽管改革开放后的一系列财政改革,如始于20世纪80年代初的财政包干体制改革和始于1994年的分税制改革,改变了地方政府的收入留成模式和税收划分模式,地方的支出责任的划分却依然承袭了计划经济体制下的特点,并没有随着收入模式的改变而做出相应的变化。地方政府仍然需要承担提供基本公共品的责任,比如教育、卫生和医疗、社会保险体系、基本建设和城市维护、支援农业建设等。

新中国成立初期,为改变落后面貌,国家选择了重工业优先发展、城市优先发展的战略,以经济建设和国防为主,公共服务事业的发展次序相对靠后。以教育、科学、文化、卫生为代表的公共服务职能很早就分包给了地方政府,并且相较于经济职能,公共服务职能下沉的层级更低,跨年之间的波动更小。查阅省地方志显示,在教育、医疗事业的发展过程中,地方本着“先吃饭,后建设”的原则,人头费始终是大头,预算内建设支出比较有限。在此背景下,中央多次提出要在不影响其他支出的前提下,发动社会各方面的力量,坚持国家办学与厂矿、企业和社队办学并举的方针。由此公办、民办并举,并以民办部分为重要增量,构成我国教育医疗事业发展的第一个突出特征。

为增加理解,我们在图10和图11中刻画了“企业办社会”的规模。根据此前的研究,不同于许多国家实行大规模生产和布局的集中,我国的地方工业在地理分布和产业分布上均呈现极为分散的特点。加之我国幅员辽阔,地区发展差异大,公共服务供给严重不足,企业等社会基层组织承担了很大一部分提供辖区内公共服务的职能。按中央有关规定,厂矿企业及事业单位举办子弟小学、中学,一般由企业单位营业外项目及事业单位的福利费中列支。企业营业外用于教育的支出占教育总支出的比重越高说明“企业办社会”的规模越大。

图10显示自1958年起至1985年,除了“文化大革命”初期短暂收缩外,工矿企业的办学规模始终保持扩张态势,特别是“六五”时期达到了9%的历史峰值。类似的趋势也出现在图11中,1957年全国工业及其他部门举办的卫生事业占比约为12%~16%,但到了1975年非卫生系统的医院数、床位数、卫生技术人员数占比分别增长至47%、33%和29%,而且这一趋势一直延续到了改革

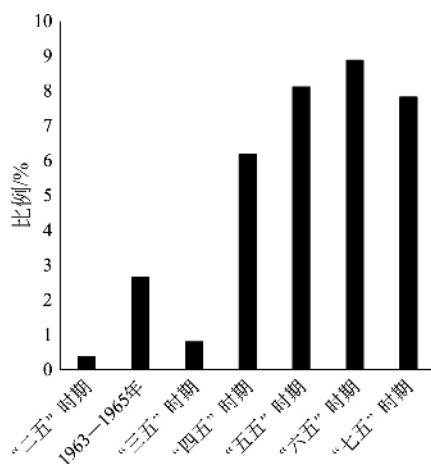


图10 全国企业营业外用于教育的支出占教育总支出的比重^①

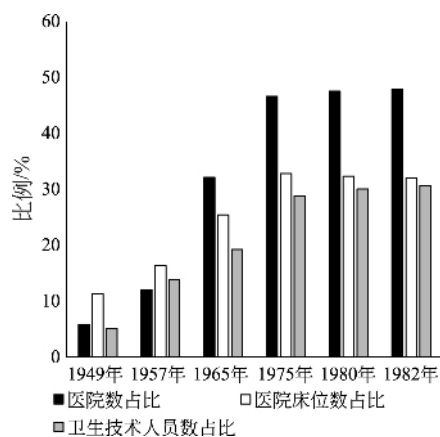


图11 全国工业及其他部门举办的卫生事业占全国县级及以上医院的比重^②

开放后。这些变化一方面与“两条腿走路”的方针直接相关,另一方面也和地方工业的发展进程高度吻合。在后面的分析中我们会进一步探究这些因素之间是否存在内在关联。

除了教育、医疗等公共品的资金来源及提供主体日益多元化,改革开放前30年我国公共事业发展的第二个突出特征是工作重心由城市向农村的转移。1965年毛泽东发出“六二六”指示后,医疗卫生机构的城乡分布格局发生巨大变化。图12以江苏省为例,展示了城乡医院的逐年变化情况。我们观察到江苏省医院数在1949—1987年出现两次爆炸式增长,一次是在“大跃进”时期,尽管1962年随即压缩调整,但整体水平仍高于1957年;另一次是在1965年以后,这次的增长是持续性的,且主要集中于农村地区,具体体现为农村卫生院的迅速普及。同期城市地区的医院增长速度远远落后于农村地区,除1970—1971年出现过短暂的高峰外,其他年份增速都比较平稳。直至1984年,城市医院才开始加速发展。我们也观察了其他省份的数据,演化特征与江苏省高度相似。

为进一步考察农村地区医疗卫生机构发展情况,我们基于卫生年鉴中的全国数据绘制了图13和图14。图13显示在1965年以前医疗卫生机构以县及县以上医院为主。“六二六”指示发出后,县以下医院(绝大部分是农村卫生院)迅

^① 数据来源:中国财政年鉴编辑委员会编《中国财政年鉴1992》,中国财政杂志社1992年版,第908—909页。

^② 数据来源:中国卫生年鉴编辑委员会编《中国卫生年鉴1983》,人民卫生出版社1984年版,第53、58页。

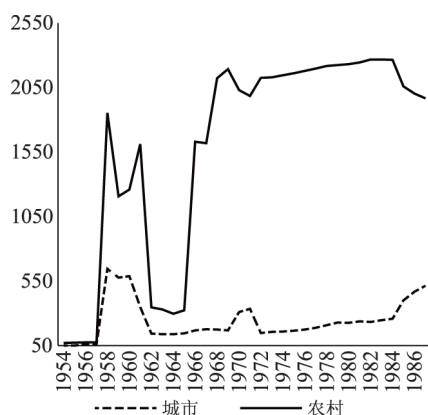


图 12 江苏省城乡医院发展情况①

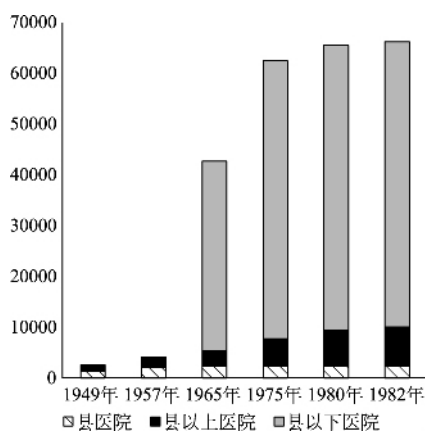


图 13 全国各级医院数

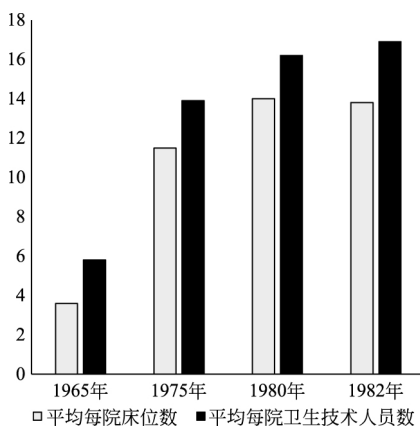


图 14 全国农村公社卫生院发展情况②

速增长。而且如图 14 所示 这些农村医疗机构在数目扩张的同时 医疗服务质量也在逐年改善。1975 年农村卫生院平均每院卫生技术人员数是 1965 年的 3.5 倍 每院床位数增长更快 1975 年是 1965 年的 4.7 倍。这些证据表明在“六二六”指示发出后 农村卫生事业确实出现了数量和质量两个维度的大发展。进入 20 世纪 80 年代后 中央又通过重点抓好 1/3 的县等举措 进一步推动农村医疗工作。

综合上述资料 我们发现计划经济时期财政分级管理以后 文教卫生事业的发展存在几个关键节点 分别是 1958 年、1965 年、1970 年和 1975 年。这些时间点上出现的变化与中央的核心政策密切相关 例如“两条腿走路”和“工作重

① 数据来源: 江苏省地方志编纂委员会编《江苏省志 卫生志 下》江苏古籍出版社 1999 年版 第 28-30 页。

② 数据来源: 中国卫生年鉴编辑委员会编《中国卫生年鉴》, 人民卫生出版社 1983 年版 第 53 页、56 页和第 57 页。

点放到农村去”等。在民办和公办共同作用下,学校、医院等公共服务设施实现了由省级、地级、县级再到社队基层,由城市到农村的拓展。值得指出的是,1958年是我国地方工业大规模兴起的历史元年,1965年、1970年和1975年也是计划经济时期经济分权和地方工业发展壮大的关键节点(白惠天和周黎安,2018)。地方分权在时间上的变化,与学校、医院的普及非常一致,然而到目前为止,我们并不知道地方分权是否真正导致了教育、卫生事业的发展,以及经济分权和公共分权是否存在异质性影响。

3 变量、数据与模型设定

3.1 数据来源及变量处理

本节我们将利用地区层面(省级和专区层面)的面板数据来检验地方分权对教育、卫生事业的影响。这里教育方面的被解释变量为城乡小学、初中和高中入学率。由于1955—1976年的地区层面逐年的适龄人口和入学人口的数据均不可获,我们只能寻找间接的度量指标。我们的做法是利用1982年人口普查微观数据,以县为单位,依据每个微观个体(年龄限制在6岁到50岁之间)的文化程度和年龄,逆推该县历年的适龄人口入学率。然后再以人口为权重,将各县的入学率加权平均到省级层面。除了总体入学率,我们还基于该微观个体是否为农村户口,分别计算了城市地区和农村地区的平均入学率。我们的基准假设是一个人7岁开始上学,小学、初中、高中的学制分别为5年、2年和2年^①。这种估算方法存在三个缺陷:第一,人口普查微观数据只记载了住址信息,没有记录被调查对象的迁移信息;第二,计划经济时期学制混乱,不仅跨年之间变化较大,同一个省内也存在差异;第三,我们只能观察到1982年仍然健在的个体,有一定的样本选择误差,而且在死亡率变化非常明显的年份,推迟入学的现象非常普遍(Meng and Zhao, 2016)。

尽管这种估算方式存在难以避免的测量误差,基于如下原因,我们认为这种算法仍是一种可靠的估计。首先,我们的考察对象不是微观个体,而是地区层面的入学率变动,即便对个人层面的估算存在偏误,分县汇总后按人口加权平均到省的统计量,仍可以在一定意义上反映地区平均入学率水平。其次,计划经济时期中国实行非常严格的户籍制度,除非国家统一调动(如城市知识青年“上山下乡”)或通过正常渠道(考学、参军、招工),人员跨区域流动受到严格控制。中国健康与养老追踪调查(CHARLS)显示,2011—2012年中国45岁及

^①例如,1982年普查时一名35岁的农民拥有初中学历,这意味着他在1954年小学入学,1959年初中入学。

以上的人口中90%仍然居住在出生县(Smith et al., 2013)。给定人口迁移率很低的基本事实,以住址信息作地址码,汇总到省级层面后可以准确反映地区的教育水平。再次,即便我们只能估计出幸存者的受教育情况,假设教育与健康正向相关,1982年离世的人受教育水平可能更低,由此可能导致低估入学率提升趋势的偏误。

最后,针对计划经济时期的学制问题,结合当时的制度背景^①,我们认为设置“7岁入学、小学5年、初中2年、高中2年”的学制标准是一种合理的近似,理由如下:第一,从微观层面上讲,计划经济时期学制普遍比较混乱,不仅各省不同、各时期不同,甚至于在一个省内的各个县、各所学校也存在差异;而且即便省里出台了明确的学制改革规定,基层的落地情况也是参差不齐的。因此,完全精准的识别几乎是不可能实现的。第二,与其他学制改革相比(如发生于20世纪70年代末至80年代初的中学三年制改革)，“文革”期间的学制调整带有明显的“运动式”特征,中学方面超过90%的县在1970年前后就已完成初中、高中由三年制缩短为两年制的改革,小学方面各地方同样纷纷缩短学制年限,到1973年全国绝大多数小学试行五年一贯制^②,绝大多数初中、高中试行两年制(Chen et al., 2020)。我们的假设符合学制改革的基本特征,特别是在1965年以后全国上下以惊人的速度完成了学制调整的背景下,“5—2—2”制适用于绝大部分地区。第三,从计量的角度讲,学制问题影响的是被解释变量入学率,在回归方程中体现为因变量的测量误差(measurement errors)。这与解释变量的测量误差不同,因变量的测量误差与核心解释变量—经济分权、公共分权—不相关,对回归估计的影响不大。追根溯源,地方分权与地方工业相互作用,经济分权的M型结构其形成基础是在历次分权中孕育并且发展壮大的地方工业(白惠天和周黎安,2018)。由此出发,“文革”期间影响政治运动形势的因素可能影响学制,但是不太可能影响经济分权和公共分权。因而我们有理由相信造成入学率有度量偏差的因素不会动摇基本的回归结果。第四,我们也通过改变学制定义进行了稳健性检验,如采用“6岁入学、小学5年、初中3年、高中2年”的设定,并不影响结果。稳健性检验可以部分消除测量误差的影响^③。综合考

^① 1966年前,中国学习苏联,小学—初中—高中的学制一般采取“6—3—3”制。其间虽有1958年的学制改革,但与“文革”期间的改革相比,1958年的改革持续时间较短、覆盖范围较为有限。1964年起政府正式开始缩短学制以减轻学生负担、提高教育质量。“文化大革命”开始后,毛泽东于1968年7月下达“学制要缩短,教育要革命”的指示。自此,每级教育的年限都缩短了,由“6—3—3”变为“5—2—2”(Hannum, 1999)。

^② 中国教育年鉴编辑部编《中国教育年鉴(1949—1981)》,中国大百科全书出版社1984年版,第130页。

^③ 结合当时的制度背景,我们还尝试了另一种稳健性检验,即1965年以前用“6岁入学、小学6年、初中3年、高中3年”的学制设定,而1965年以后用“7岁入学、小学5年、初中2年、高中2年”的学制设定,回归结果依然保持稳健。

虑上述因素,我们在后文的论述中将采用“7岁入学、小学5年、初中2年、高中2年”的基本设定计算各级入学率水平作为被解释变量。

除了入学率,我们还关心医疗卫生方面的变动。被解释变量包括每百万人口新建医院数、新建防疫站数及五岁以下儿童死亡率。医院数的基础数据来自1986年的《全国县级及以上医院统计年鉴》^①,该年鉴统计了1950—1985年各县医院数、防疫站数。与教育方面的变量构造方法类似,我们以各县人口为权重将人均医院数加权平均到省级层面。该数据的局限在于:第一,它只统计了卫生系统的医院数,工业及其他部门举办的医院没有计算在内;第二,它只覆盖了县级及以上医院,县以下集体(社队、生产大队)办的基层卫生院没有计算在内,也没有统计其他医疗机构数,例如门诊部/所、专科防治站/所、妇幼保健站等。这可能导致低估的情形,也就是说,分权对医疗事业的影响比回归系数所显示的还要大。

最后,儿童死亡率的基础数据来源于1988年千分之二人口生育率抽样调查,调查工作由国家计划生育委员会在1988年7月以户为单位进行,重点调查了45万余名15~57周岁已婚妇女的怀孕、生育状况。由于全国95%的县(市、市辖区)都有样本点,调查结果不仅对全国有很好的代表性,对各省也有很好的代表性。国内外的研究者普遍认可1988年调查的数据质量(Liang and White, 1996; Zhang and Zhao, 2006)。我们利用该调查数据计算了每一个出生队列各个年龄组别的死亡情况(即“cohort life table”),又依据被调查对象所在区(县)来划分城乡^②,并汇总到省级层面,由此得到了一个五岁以下儿童死亡率的省级面板数据。该数据只覆盖到了1988年依然存活的妇女样本,会存在一定的选择性偏差,但这是目前可得唯一具有代表性的儿童死亡率的数据。

3.2 模型设定

结合制度背景和描述性分析的结果,基于此前的工作(白惠天和周黎安, 2018),我们构造了省内分权经济建设支出指标(简记为“经济分权指标”)和教科文卫支出指标(简记为“公共分权指标”)。从概念上讲,经济分权和公共分权涉及的是多层级政府之间经济建设和公共支出之间的分配比例,但在同一级地方政府,经济建设支出和以教育、卫生等为代表的公共服务支出可能存在一定的替代关系,即地方政府有可能减少一定的经济建设支出支持地方公共服务的改善,或者反过来,通过挤出公共服务支出来增加经济建设支出。但是也可

^① 数据可以从 University of Washington 的 CITAS(China in Time and Space) 项目网站上下载。

^② 1988年千分之二人口生育率抽样调查数据中没有户口信息,所以我们直接根据区(县)来划分城乡,将“市辖区”视为“城市”,将“县”视为“农村”。

能存在一定的互补关系,比如当地方工业发展起来以后,地方政府的预算规模扩大又可能导致公共服务支出的增加。因此,经济分权与公共服务分权之间既存在负向的“挤出效应”,又存在正向的“溢出效应”。我们有必要从概念上区分这两种分权指标,并在考察经济分权的时候控制公共支出的影响。基于上述考虑,本文的基准回归模型如下:

$$Y_{i,t} = \alpha \text{PubDecen}_{i,t} + \text{rural}_{i,t} \beta + \ln \text{GDPpc}_{i,t-1} \delta + \gamma_i + \lambda_i + \varepsilon_{i,t} \quad (3)$$

$$Y_{i,t} = \alpha \text{EconDecen}_{i,t} + \text{rural}_{i,t} \beta + \ln \text{GDPpc}_{i,t-1} \delta + \ln \text{Pubpc}_{i,t} \eta + \gamma_i + \lambda_i + \varepsilon_{i,t} \quad (4)$$

其中, $Y_{i,t}$ 是被解释变量,包括省级层面的各县平均入学率、人均新建医院数、儿童死亡率等。 $\text{PubDecen}_{i,t}$ 和 $\text{EconDecen}_{i,t}$ 是核心解释变量,分别表示省内公共分权水平和省内经济分权水平。主要的控制变量包括农村人口比例 $\text{rural}_{i,t}$ 和人均国民收入对数 $\ln \text{GDPpc}_{i,t-1}$ 。为了减轻联立性和逆向因果可能导致的内生性问题,人均国民收入取滞后一期。受户籍制度影响,农村人口比例基本保持稳定,不存在逆向因果关系。值得注意的是,在研究经济分权的回归方程中,我们控制了人均教科文卫支出对数 $\ln \text{Pubpc}_{i,t}$ 。在式(4)中 α 估计的是经济分权经由预算内公共支出以外的途径对 $Y_{i,t}$ 的影响,由此实现析分经济建设与公共服务这两项性质不同的支出。

上述变量中,用于构造分权指标的财政数据来自省、地、县地方志;分县人口数据主要来自各省公安和统计部门编纂于20世纪80年代的内部统计资料^①;省级层面的农村人口比例和人均国民收入主要来自《新中国60年统计资料汇编》^②。由于县一级的财政在1953年以后才开始建立,同时基于1982年人口普查逆推的入学率数据最多只能覆盖到1976年上小学的年龄组,加之1976年是文化革命结束的重要节点,综合数据的可获性和合理性,大部分的数据年限都是1955—1976年。考虑到北京、天津、上海和西藏的特殊性,我们在后面的回归中删除了这些样本。在随后的估计中,我们采用固定效应面板模型,式(3)和式(4)中 γ_i 表示时间固定效应, λ_i 表示省固定效应, $\varepsilon_{i,t}$ 表示误差项。为解决误差项的序列自相关问题,我们将估计系数的标准误聚类到省级层面。表1汇报了主要回归变量的描述性统计结果。

① 这些数据覆盖的省级行政区划包括河北省、山西省、辽宁省、吉林省、黑龙江省、江苏省、浙江省、福建省、江西省、山东省、河南省、湖北省、湖南省、广东省(包括现在的海南省)、广西壮族自治区、四川省(包括现在的重庆市)、贵州省、云南省、甘肃省和宁夏回族自治区。未覆盖的省级行政区划我们从县志等资料中搜集了人口数据作为补充。

② 《新中国60年统计资料汇编》省级人口数据不全,其中河北省、江苏省、陕西省、四川省、福建省、浙江省和广东省缺失部分年度的总人口或城乡人口分项数据,我们利用其他资料(如省人口志)进行了补充。

表1 各变量的基本统计特征

变量名		样本量	平均值	标准差	最小值	最大值
省内分权指标	经济分权	550	0.291	0.143	0.072	0.596
	公共分权	549	0.614	0.175	0.267	0.925
入学率水平	小学	546	0.782	0.146	0.354	0.990
	初中	546	0.386	0.176	0.078	0.769
	高中	546	0.115	0.091	0.014	0.374
农村入学率	小学	546	0.722	0.148	0.334	0.990
	初中	546	0.345	0.167	0.074	0.738
	高中	546	0.099	0.081	0.011	0.363
城市入学率	小学	546	0.942	0.052	0.711	1.000
	初中	546	0.669	0.172	0.307	0.961
	高中	546	0.260	0.152	0.040	0.708
每百万人口新建 医疗机构数	医院数	546	0.073	0.179	0.000	2.082
	防疫站数	546	0.260	0.556	0.000	4.527
五岁以下儿童死 亡率 ^① (%)	总体	550	117.33	71.31	27.60	377.43
	农村	550	124.82	76.21	28.25	410.43
	城市	550	73.35	51.13	0.00	326.92
控制变量	农业人口比例	550	0.832	0.080	0.514	0.930
	ln 人均 GDP/(元/人)	550	5.251	0.390	4.190	6.438
	ln 人均教科文卫支出/(元/人)	549	1.723	0.436	0.308	2.920
	ln 人均粮食产量/(吨/人)	550	0.285	0.064	0.139	0.621

4 实证结果与分析

4.1 公共服务分权的直接影响

本节我们试图检验以教育医疗为代表的省内公共服务分权是否会增加公共服务的供给,并试图结合时代背景解释其内在机制。表2和表3分别报告了公共支出分权对各级入学率以及人均医疗机构和儿童死亡率的影响。所有回归均控制了省份和年份固定效应、农村人口比例及人均GDP(对数),并将误差聚类于省级水平。我们发现预算内教科文卫支出下移,适龄人口的中学入学率以及人均医院数、防疫站数和五岁以下儿童死亡率都有了不同程度的提高。这是因为地县两级政府承担了很大一部分提供辖区内公共服务的职能,面对非常紧张的预算和非常紧迫的普及任务,一旦本级政府可用于发展公共事业的资金增加,它们就会多举办一些力所能及的学校和医疗机构。根据传统的公共品供

^① 儿童死亡率的峰值出现在20世纪50年代中叶至60年代初,三年自然灾害期间安徽、湖南、四川、贵州、云南几省的农村五岁以下儿童死亡率突破300%,婴儿死亡率也普遍高于150%。

给理论 地方政府拥有当地居民偏好和公共品提供成本的信息优势 (Tiebout , 1956; Musgrave , 1959; Oates , 1972; Bardhan , 2002) 。因为它们更贴近本地居民 ,既了解当地的需求 ,又能够动员群众的积极性 ,所以理论预测省内公共分权水平提高能够促使下级政府因地制宜提供更匹配的公共品。由于公共分权呈现阶段性和区域性特征 ,在 1965 年以后分权程度进一步加深 ,基建项目交由地方统筹 ,同时教育医疗工作的重点由城市转移到农村。这种区域性和阶段性特征使得简单估计掩盖了分权背后的其他信息 ,因而在接下来的回归中进行分城乡的计算 ,并且在回归中引入分权与“1965 年之后时期” (Post1965) 这一虚拟变量的交互项。

表 2 省内公共分权对教育事业的影响

A. 小学入学率			
解释变量	(1)	(2)	(3)
	全样本	农村	城市
省内分权(教科文卫支出指标)	0.0655 (0.0407)	0.0344 (0.0411)	0.0374 (0.0241)
省内分权×Post1965	0.0515 (0.0572)	0.0744 (0.0523)	0.00626 (0.0510)
Within R ²	0.864	0.840	0.668
B. 初中入学率			
解释变量	(1)	(2)	(3)
	全样本	农村	城市
省内分权(教科文卫支出指标)	-0.0889 (0.0527)	-0.113 ** (0.0469)	-0.0241 (0.0389)
省内分权×Post1965	0.0980 ** (0.0466)	0.136 *** (0.0484)	0.0700 (0.0457)
Within R ²	0.941	0.931	0.931
C. 高中入学率			
解释变量	(1)	(2)	(3)
	全样本	农村	城市
省内分权(教科文卫支出指标)	-0.0537 (0.0397)	-0.0657 ** (0.0314)	-0.0612 (0.0595)
省内分权×Post1965	-0.0157 (0.0438)	-0.000944 (0.0419)	0.00344 (0.0585)
Within R ²	0.890	0.881	0.875
省份固定效应	Y	Y	Y
年份固定效应	Y	Y	Y
观测数	545	545	545
省份数	25	25	25

注: 括号内的标准误聚集在省级水平。所有的回归均控制了省份固定效应和年份固定效应。其他控制变量包括农村人口比例和 ln 人均 GDP。***、**、* 分别表示 1%、5%、10% 的显著性水平。

表3 省内公共分权对医疗卫生事业的影响

A. 每百万人口新建医疗机构数			
解释变量	(1)	(2)	(3)
	医院	防疫站	医院和防疫站
省内分权(教科文卫支出指标)	-0.0905 (0.102)	0.216 (0.297)	0.125 (0.314)
省内分权×Post1965	0.191 ^{***} (0.0606)	0.573 ^{**} (0.251)	0.764 ^{***} (0.273)
Within R^2	0.176	0.379	0.444
观测数	545	545	545
省份数	25	25	25
B. 五岁以下儿童死亡率			
解释变量	(1)	(2)	(3)
	全样本	城市	农村
省内分权(教科文卫支出指标)	-17.53 (28.76)	21.57 (22.36)	-23.92 (33.17)
省内分权(滞后1期)	-1.694 (22.03)	20.87 (18.03)	-10.90 (23.56)
省内分权(滞后2期)	20.79 (19.11)	45.48 ^{**} (18.91)	13.09 (21.12)
省内分权×Post1965	-17.27 (19.92)	-28.14 (21.88)	-19.35 (24.11)
省内分权×Post1965(滞后1期)	-15.68 (14.67)	-19.66 (23.40)	-11.77 (15.05)
省内分权×Post1965(滞后2期)	-24.66 [*] (12.67)	-27.30 [*] (14.71)	-23.87 [*] (13.74)
人均粮食产量	控制	控制	控制
接生员培训 ^①	控制	控制	控制
爱国卫生运动	控制	控制	控制
Within R^2	0.817	0.627	0.820
观测数	525	525	525
省份数	24	24	24

注: 括号内的标准误聚集在省级水平。所有的回归均控制了省份固定效应和年份固定效应。其他控制变量包括农村人口比例、ln 人均 GDP。***、**、* 分别表示 1%、5%、10% 的显著性水平。

表2和表3的结果基本符合我们的预期。首先看入学率方面的结果。

① 如果省卫生志的记载中某一年度提到了接生员培训则赋值为1, 否则赋值为0。爱国卫生运动的赋值方式相同。数据详情请参考 Babiarz K S, Eggleston K, Miller G, et al. An exploration of China's mortality decline under Mao: A provincial analysis, 1950—80[J]. Population Studies, 2015, 69(1): 39-56.

第一,公共分权对小学入学率基本不存在统计上显著的影响。需要指出的是,这里我们依据最终学历和出生年份推算的适龄人口入学率同时也是每一个年龄序列的毕业率。既没有考虑辍学,也没有考虑超龄入学。据统计,1952—1959年在校学生中超龄儿童占比高达百分之二三十^①,这主要是因为这一时期的小学除了为适龄孩童提供教育外,还承担了成人教育。另外,尽管合作化运动完成后农村社队开始统筹资源以便逐步普及小学教育,基层主导的群众集体办学运动在1958年的放权改革过程中达到高潮,小学数量在农村确实大幅增加了,但是随后的农业产量下降和大饥荒导致大量学生被迫辍学。这种情况在农村地区非常普遍。无论是超龄入学还是中途辍学,都有可能导致我们无法识别分权对农村小学의显著影响^②。

第二,公共服务分权对农村初中入学率的影响在1965年之前显著为负,1965年之后才转成显著的正向影响。如前所述,无论是农村还是城市,1965年以后省将更多的公共事权和相应的资金下放给下级政府。从总体上看,1965年以后随着省内公共服务分权程度的提高,初中教育问题得到明显改善;此外,不同于1965年以前,在这一阶段公共分权对农村地区教育影响的系数不仅是正向的,而且显著性和数值均明显大于对城市地区的影响系数。这是因为面对六十年代初期的经济困难,农村公社不愿意将资源用于中学教育,1958年的尝试很大程度上被放弃了。经济好转后,公共服务领域再次向地方分权,在政策方面一是正式确立了县(市)一级对初级中学的管辖权,二是正式将教育资源向农村倾斜。省以下地方政府通过扩大现有学校的招生规模或者兴建新的校舍等途径,提高了农村初中教育的可及性。表2B栏的分析结果表明,单纯的公共分权不一定导致初中入学率的提高,事实上,1965年之前公共分权产生了对农村初中入学率的挤出效应,而只有公共分权与国家教育资源向农村倾斜的政策结合在一起才能让农村地区的教育受益。取1965—1976年的样本,假设公共分权水平由最低四分位组的均值(0.421)提升到最高四分位组的均值(0.859),农村初中入学率将提高1.01个百分点(0.023×0.438)。这可以解释从最低分位组到最高分位组对应的农村初中入学率提升幅度(4.33个百分点)的23.25%^③。

第三,高中入学情况基本不受公共服务分权的影响。这是因为公立高中主要由省一级政府直接管辖,而且初中教育的薄弱客观上限制了高级中学的人才

① 数据引自中国教育年鉴编辑部编《中国教育年鉴 1949—1981》,中国大百科全书出版社,1984年版,第1024页。

② 如果改变学制定义进行稳健性检验,如采用“6岁入学、小学5年、初中3年、高中2年”的设定,那么农村子样本的系数仍旧均不显著,全样本以及城市子样本公共分权自身的系数在10%的水平上显著为正,而公共分权与Post1965的交互项系数则不显著。这是因为在1965年以前财政资金的投入重点主要是城市地区。

③ 如果取全样本,类似的公共分权变化对农村初中入学率的解释力为18.27%。

输送,故而省下放给地级、县级政府的经费对高级中学几乎没有显著影响。这个结果从一个侧面进一步验证了我们的解释:公共服务分权主要作用于基础教育,且对农村地区影响最大。唯一的例外是农村地区在1965年前公共分权的系数为负。如前所述,农业歉收和大饥荒导致中学“大跃进”实验走向终结,表2C栏中第(2)列公共分权的系数反映的正是这一现象。

接下来,我们将视角转向地方分权对医疗卫生领域的影响。表3A栏的结果显示:1965年以后省内公共分权显著提高了医疗卫生服务的可及性,人均新建医院数、人均新建防疫站数均显著上升。由于我们没有农村卫生院的数据,表3A栏中公共分权的系数是被低估的。如果考虑其他基层卫生机构,公共服务分权的效果应该比估计值更大。为准确把握公共分权对健康资本的影响,在表3B栏中,我们以五岁以下儿童死亡率作为被解释变量(该数据比一般的婴儿死亡率数据更齐备),并在模型中加入了分权的滞后项。结果显示1965年以后的倾斜性分权可以显著降低农村地区的儿童死亡率。这说明伴随着资源向农村倾斜,对于医疗卫生机构由省到市县、再到农村基层的渗透,地方分权发挥了一个放大器的作用,分权程度越高的地区,医疗卫生的普及程度越高。

4.2 经济分权的影响:挤出效应还是溢出效应?

前面我们提到,在预算有限的前提下,经济分权导致地方经济建设投资比重上升,可能挤出公共支出;另一方面在经济分权的过程中,地方工业迅速发展直接导致上缴利润增加,地方政府的总预算资源增加,地方可用于公共服务的支出也可能随之增长。换言之,省内经济分权同时存在“挤出”和“溢出”(或者“反哺”)两种效应。在表4中,我们考察了省内经济分权对地市支出结构和人均教科文卫支出的影响,以检验经济分权是否存在对公共支出的挤出效应;在表5和表6中,我们以城乡各级入学率、医疗机构数和儿童死亡率作为被解释变量,检验经济分权对教育医疗的可及性造成何种净影响。

表4 省内经济分权对教科文卫支出的影响

解释变量	A. 教科文卫支出在总支出中所占比例					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
省内经济分权	-0.224 *** (0.0243)	-0.201 *** (0.0299)	-0.225 *** (0.0274)	-0.219 *** (0.0249)	-0.197 *** (0.0302)	-0.219 *** (0.0281)
省内分权×Post1965		-0.0466* (0.0272)			-0.0443 (0.0274)	
省内分权×WV58~60			0.0194 (0.0296)			0.00775 (0.0303)

续表

解释变量	A. 教科文卫支出在总支出中所占比例					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
省内分权×WV64~66			-0.000961 (0.0391)			0.00225 (0.0394)
省内分权×WV70~73			-0.00840 (0.0248)			-0.00916 (0.0254)
各级入学人数	/	/	/	控制	控制	控制
Within R^2	0.393	0.393	0.393	0.393	0.393	0.393
观测数	3504	3504	3504	3401	3401	3401
地(市)数	185	185	185	180	180	180
解释变量	B. 人均教科文卫支出					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
省内经济分权	0.200** (0.0834)	0.0976 (0.104)	0.230** (0.0919)	0.196** (0.0863)	0.0894 (0.106)	0.226** (0.0953)
省内分权×Post1965		0.209* (0.116)			0.215* (0.116)	
省内分权×WV58~60			-0.214* (0.110)			-0.231** (0.113)
省内分权×WV64~66			-0.0118 (0.162)			0.00904 (0.166)
省内分权×WV70~73			0.0571 (0.0972)			0.0638 (0.0983)
各级入学人数	/	/	/	控制	控制	控制
Within R^2	0.611	0.611	0.611	0.611	0.611	0.611
观测数	3504	3504	3504	3401	3401	3401
地(市)数	185	185	185	180	180	180

注: 括号内的标准误差聚集在地区(市)级水平。所有的回归均控制了省份固定效应和年份固定效应。其他控制变量包括省级农村人口比例和 \ln 人均 GDP。***、**、* 分别表示 1%、5%、10% 的显著性水平。

表 4A 栏显示了在控制年份和省份固定效应及相关省级控制变量的基础上, 省内经济分权对地(市)层面教科文卫支出在总支出中所占比例的影响。为应对序列自相关问题, 我们在模型中把标准误聚类到地(市)层面。由于基础教育以普及乃至全覆盖为目标, 各地区受众规模不同, 支出结构可能不同。为此, 在第(4)~(6)列中我们还控制了小学、初中、高中入学人数。另外, 为检验 1955—1976 年不同放权时期(参见白惠天和周黎安, 2018) 省内经济分权的异质性影响, 我们在表 4 的第(3)列和第(6)列中加入了经济分权和三次分权浪潮的虚拟变量 WV1958、WV1965、WV1970 的交互项^①。

^① WV1958、WV1965 和 WV1970 分别对应于发生在 1958—1960 年、1964—1966 年和 1970—1973 年的三轮权力下放。

表4A栏的结果表明,在其他条件不变的情况下,省内经济分权确实存在对公共支出的挤出效应。地(市)一级教科文卫支出在总支出中所占比例与经济分权水平负相关。如果进一步区分经济分权在1965年前后的不同影响,我们发现1965年以后经济分权对公共支出比例的“挤出效应”大于1965年以前。第(2)列的省内经济分权 \times Post1965的系数在10%的统计水平上显著,第(5)列的系数的 P 值略大于10%,可视为边际上显著。如果进一步区分权力下放的不同时期,经济分权与三轮权力下放(WV1958、WV1965和WV1970)的交互项的系数则不显著。这说明每次特定的权力下放时期本身不影响经济分权对公共支出的“挤出效应”大小。上述结论在我们控制公共服务的受众数量后仍然成立。

表4A栏的结果所反映的情况是,在计划经济时期,地方政府所面临的主要责任是发展经济,地方官员投资建厂的动力要高于兴办学校或者修建医院。省内经济分权程度提高会激发地方政府增加经济建设投资的比重,而挤压公共服务支出的比重。1965年之后,一方面中央发出明确指令教育医疗资源向农村倾斜之后,这主要改变的是地区内部城市和农村之间财政资源的分配,而不是通过增加教育医疗在预算支出的比重(事实上我们的分析结果显示,1965年之后教育医疗的支出比重在经济分权程度高的地区下降了)。

表4A栏的分析只是聚焦于省内经济分权对地区公共服务支出比重的影响。表4B栏则讨论了省内经济分权对人均公共支出金额的影响。结果显示,虽然经济分权的增加导致公共支出比例下降,但因为经济建设,尤其是地方工业的兴起创造了更多地方可支配的财政资源,可用于一个地区教育和医疗的投资仍然是增加的。这种效应在1965年以后尤其显著。如果进一步区分三轮权力下放的异质性影响,我们发现除了1958—1960年经济陷入混乱,经济分权的系数显著为负外,其他放权时期的系数均不显著。表4B栏的结果为经济分权如何通过预算内途径影响人均公共支出提供了一定的证据。

除了预算内的公共支出,在计划经济时期,预算外的教育和医疗投资同样尤为重要。经济分权所导致的地方工业(包括社队企业)的发展,也为企业和其他社会力量(如公社、大队)兴办学校和卫生机构提供了资金来源,这一部分资源的溢出有相当的比例不在国家预算之内,属于“预算外”投入。如果是这种情况,我们可以说经济分权对公共支出的影响既有在支出比例的“挤出效应”,又有在人均支出水平的“溢出效应”或“反哺效应”。表5~表6的回归结果为这一理论预期提供了有力的证据。

表5A栏~表5C栏报告的是经济分权对小学、初中、高中入学率的影响。为了更清晰地识别经济分权通过国家预算之外的渠道所带来的“溢出效应”,我们在后三列的回归当中控制了人均教科文卫支出。回归结果显示:经济分权在农村地区的溢出效应仅存在于初中入学率,而且效果集中体现在1965年以后的经济放权浪潮之中。事实上,表5B栏的估计系数表明,经济分权在1965年

之前的溢出效应体现为降低农村的初中入学率。相较于小学在农村的普及,农村初中发展得更晚,主要是在1965年之后初中教育的可及性和公平性才得到根本改善。除了小学和初中存在天然的发展先后顺序这个显而易见的原因外,农村地区的短板一是经费,二是师资。前者通过经济分权刺激地方工业发展,进而增加社队统筹的资源得以解决,后者则很大程度上依赖“文革”期间“上山下乡”给农村带来的大批知识青年。1965年以后的权力下放运动同时提供了这两项至关重要的资源,因而能够显著改善农村地区的初中教育状况。值得特别强调的是,表5B栏的分析结果清楚地表明,农村初中入学率的提高不仅仅是1965年前后国家关于教育资源向农村倾斜以及“两条腿走路”的政策所致,经济分权与1965年之后的国家政策产生了正向交互作用。也就是说,经济分权虽然对公共支出比例有“挤出效应”,但与此同时,它的溢出效应为国家农村教育的倾斜政策提供了重要的助推器。表5B栏的估计系数也表明,经济分权对农村初中入学率的影响也是比较可观的。取1965—1976年的样本^①,假设公共分权水平由最低四分位组的均值(0.138)提升到最高四分位组的均值(0.499),农村初中入学率将提高2.56个百分点(0.071×0.361),这可以解释从最低分位组到最高分位组对应的农村初中入学率提升幅度(9.5个百分点)的26.96%。

表5 省内经济分权对教育事业的影响

A. 小学入学率						
解释变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	全样本	农村	城市	全样本	农村	城市
省内分权(经济建设支出指标)	0.00164 (0.0511)	-0.00468 (0.0563)	0.0225 (0.0284)	0.00744 (0.0506)	-0.00272 (0.0554)	0.0276 (0.0299)
省内分权×Post1965	0.0472 (0.0712)	0.0627 (0.0697)	-0.0379 (0.0505)	0.0446 (0.0710)	0.0614 (0.0695)	-0.0393 (0.0489)
ln 人均教科文卫支出	/	/	/	控制	控制	控制
Within R ²	0.858	0.834	0.668	0.860	0.835	0.675
B. 初中入学率						
解释变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	全样本	农村	城市	全样本	农村	城市
省内分权(经济建设支出指标)	-0.114 ** (0.0525)	-0.117 ** (0.0543)	-0.0290 (0.0491)	-0.115 ** (0.0524)	-0.119 ** (0.0545)	-0.0298 (0.0490)
省内分权×Post1965	0.172 ** (0.0765)	0.190 ** (0.0774)	0.108 * (0.0618)	0.171 ** (0.0767)	0.190 ** (0.0775)	0.111 * (0.0617)
ln 人均教科文卫支出	/	/	/	控制	控制	控制
Within R ²	0.943	0.932	0.931	0.943	0.932	0.932

① 如果取全样本,类似的经济分权变化对农村初中入学率的解释力为35.03%。

续表

C. 高中入学率						
解释变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	全样本	农村	城市	全样本	农村	城市
省内分权(经济建设支出指标)	-0.0541 [*] (0.0306)	-0.0619 ^{***} (0.0255)	-0.0573 (0.0582)	-0.0585 [*] (0.0298)	-0.0660 ^{***} (0.0250)	-0.0659 (0.0555)
省内分权×Post1965	0.0405 (0.0524)	0.0383 (0.0503)	0.0558 (0.0732)	0.0424 (0.0499)	0.0399 (0.0479)	0.0587 (0.0677)
ln 人均教科文卫支出	/	/	/	控制	控制	控制
Within R ²	0.889	0.880	0.875	0.890	0.882	0.876
省份固定效应	Y	Y	Y	Y	Y	Y
年份固定效应	Y	Y	Y	Y	Y	Y
观测数	546	546	546	545	545	545
省份数	25	25	25	25	25	25

注: 括号内的标准误聚集在省级水平。所有的回归均控制了省份固定效应和年份固定效应。其他控制变量包括农村人口比例和 ln 人均 GDP。***、**、* 分别表示 1%、5%、10% 的显著性水平。

至于高中教育, 经济分权对高中入学率几乎不存在显著的正向影响。这是因为农村地区还没有到普及高中的发展阶段, 而城市地区的高中则受到政治运动的冲击更大。这些因素使得我们只能在基础教育领域识别经济分权的显著影响。表 2 和表 5 中的高中入学率子表 C 作为一种稳健性检验, 从另一个角度论证了我们在前文提出的猜想。

表 6A 栏考察经济分权对新建医疗机构数量的影响。在以人均医疗机构数为被解释变量的回归中, 经济分权在 1965 年之前对新建医院的数量的影响显著为负, 对防疫站数量的影响也为负, 统计上不显著, 如果合并医院和防疫站两者, 经济分权的影响是显著为负的。这说明在 1965 年之前经济分权对医疗的可及性存在一定的挤出效应。但在 1965 年中央强调医疗资源向农村倾斜之后, 经济分权的影响就显著为正, 经济分权越高的省份, 人均医疗卫生资源的可及性也就越高。这个影响对于医院和防疫站都存在, 考虑到防疫站的在农村的布点数量远高于城市, 这说明 1965 年之后经济分权显著促进了农村的医疗可及性。当然医疗机构数只是医疗卫生资源的一个组成部分, 除此之外, 在分权过程中兴起并蔚然成风的赤脚医生制度和农村合作医疗制度以及各类爱国卫生运动都深刻改变了农村地区的医疗卫生条件, 这些未统计到我们的因变量之中, 因此这里的回归系数还低估了地方分权对医疗资源在农村的普及效应。

为全面把握经济分权对医疗卫生服务的影响, 基于与表 3B 栏相似的逻辑, 我们在表 6B 栏中考察了经济分权对五岁以下儿童死亡率的影响。结果显示省内经济分权可以显著降低农村地区的儿童死亡率, 而对城市地区的儿童健康状

况不存在统计显著的影响。这说明在权力下放以前,农村地区缺医少药的现象非常严重,尽管经济分权的影响带有一定的滞后性,还是可以显著改善农村地区的健康状况;而且这种影响在我们控制了接生员培训和爱国卫生运动强度后依然存在。

表6 省内经济分权对医疗卫生事业的影响

A. 每百万人口新建医疗机构数						
解释变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	医院	防疫站	医院和防疫站	医院	防疫站	医院和防疫站
省内分权(经济建设支出指标)	-0.259 (0.155)	-0.334 (0.376)	-0.593* (0.317)	-0.276* (0.146)	-0.352 (0.388)	-0.628* (0.335)
省内分权×Post1965	0.196* (0.114)	0.980*** (0.321)	1.177*** (0.343)	0.199* (0.114)	0.978*** (0.317)	1.177*** (0.330)
ln 人均教科文卫支出	/	/	/	控制	控制	控制
Within R ²	0.180	0.384	0.449	0.183	0.383	0.449
观测数	546	546	546	545	545	545
省份数	25	25	25	25	25	25
B. 五岁以下儿童死亡率						
解释变量	(1)	(3)	(2)	(4)	(5)	
	全样本	城市	农村	农村	农村	
省内分权(经济建设支出指标)	-30.34 (35.54)	-22.78 (19.85)	-28.92 (39.70)	-23.99 (40.08)	-20.02 (39.30)	
省内分权(滞后1期)	29.59 (19.49)	20.48 (22.18)	33.42 (20.59)	37.20* (20.92)	36.78* (20.39)	
省内分权(滞后2期)	-29.25 (17.18)	-2.794 (20.70)	-38.36** (17.86)	-31.46* (15.25)	-30.17* (15.11)	
省内分权×Post1965	-1.611 (35.34)	-0.857 (23.48)	-9.758 (40.41)	-25.06 (39.36)	-26.01 (38.35)	
省内分权×Post1965(滞后1期)	-40.09** (16.78)	-33.63 (20.37)	-44.51** (18.01)	-40.85** (18.37)	-42.98** (17.54)	
省内分权×Post1965(滞后2期)	10.85 (20.31)	-0.0934 (24.04)	15.86 (18.38)	7.759 (16.33)	11.61 (16.67)	
人均粮食产量	控制	控制	控制	控制	控制	
接生员培训	/	/	/	控制	控制	
爱国卫生运动	/	/	/	/	控制	
Within R ²	0.807	0.617	0.812	0.824	0.827	
观测数	549	549	549	527	527	
省份数	25	25	25	24	24	

注: 括号内的标准误聚集在省级水平。所有的回归均控制了省份固定效应和年份固定效应。其他控制变量包括农村人口比例和 ln 人均 GDP。***、**、* 分别表示 1%、5%、10% 的显著性水平。

5 结论

著名经济学家阿玛蒂亚·森很早就注意到中国在计划经济时期在教育和医疗方面的巨大成就,尤其是农村人口的教育和健康状况在发展中国家当中令人印象深刻。Heckman 的相关研究也指出,中国劳动力的中等技能比例远超出中国人均 GDP 所代表的水平。为了理解这一重要现象,国内外有许多文献从不同的视角进行了探索。与现有文献不同,本文从地方分权的视角对计划经济时期教育医疗的大规模普及给出了系统的实证分析。

本文的基本发现是,虽然 1965 年之后中央宣布教育医疗资源向农村倾斜是一个重要的转折点,但其对农村教育和医疗状况的改善作用借助了地方分权的传导和放大机制。比如我们发现,1965 年之后,如果一个地区公共支出的分权水平从最低四分位组的均值提升到最高四分位组的均值,其影响可以解释这两个分位组农村初中教育提升的 23%;经济分权对农村初中入学率的解释力大约在 27%。而在 1965 年之前,地方分权对于农村教育医疗普及性的影响总体上却是负面的。因此,我们的研究强调了国家层面政策导向和地方分权的交互影响对于计划经济时期教育医疗大规模扩张的重要推动作用。我们还发现,经济分权对地方公共支出既有“挤出效应”,体现在经济分权程度越高,地方公共支出在总预算的比例就越低;也有“溢出效应”,即经济分权通过促进地方工业的兴起和财源的增加使得地方政府有更大的人均公共支出规模,体现在经济分权程度越高,地方人均公共支出金额也越高。

本文的研究对于理解改革开放前 30 年和后 30 年之间的内在关联具有重要的启发意义。1980 年之后中国开启了新一轮的地方分权,包括行政分权和财政分权,当然这是在改革计划体制、推动市场化和融入全球化的崭新的历史背景下进行的。但是,就地方分权而言,中国的经济改革延续了计划经济时期多次地方分权浪潮的许多重要实践。与此同时,当中国的工业化、城市化和国际化需要庞大的具备一定技能和健康资本的劳动力(尤其是从农村转移出来的劳动力)支撑之时,计划经济时期由国家政策转型和地方分权共同促成的教育和医疗大规模普及为此奠定了极为关键的基础。

参考文献

- 白惠天,周黎安. 2018. M 型结构的形成: 1955—1978 年地方分权与地方工业的兴起[J]. 经济学报, 5(2): 1-42.

- Bai H T , Zhou L A. 2018. The formation of the M-form structure: Regional decentralization and the rise of local industry in 1955—1978 [J]. *China Journal of Economics* ,5(2) : 1-42. (in Chinese)
- 当代中国卫生事业大事记编写组. 1993. 当代中国卫生事业大事记: 1949—1990年 [M]. 北京: 人民卫生出版社.
- 费正清, 麦克法夸尔. 1990. 剑桥中华人民共和国史 1949—1965 [M]. 王建朗等, 译. 上海: 上海人民出版社.
- 国家教育委员会计划建设司. 1991. 中国教育成就 [M]. 北京: 人民教育出版社.
- 国家统计局国民经济综合统计司. 2010. 新中国六十年统计资料汇编 [M]. 北京: 中国统计出版社.
- 森·A, 德雷兹 J. 2006. 印度: 经济发展与社会机会 [M]. 黄飞君, 译. 北京: 社会科学文献出版社.
- 世界银行经济考察团, 财政部外事财务司组织译校. 1982. 中国: 社会主义经济的发展 (世界银行经济考察团对中国经济的考察报告 (主报告), 报告号: 3391—CHA) [M]. 北京: 中国财政经济出版社.
- 卫生部基层卫生与妇幼保健司. 2001. 农村卫生文件汇编 (1951—2000) [M].
- 中国财政年鉴编辑委员会. 1992. 中国财政年鉴 (1992) [M]. 北京: 中国财政杂志社.
- 中国教育年鉴编辑部. 1984. 中国教育年鉴 (1949—1981) [M]. 北京: 中国大百科全书出版社.
- 中国卫生年鉴编辑委员会. 1984. 中国卫生年鉴 (1983) [M]. 北京: 人民卫生出版社.
- 中共中央文献研究室. 1995. 建国以来重要文献选编 (第11册) [M]. 北京: 中央文献出版社.
- 中华人民共和国国家统计局. 2003. 中国统计年鉴 (2003) [M]. 北京: 中国统计出版社.
- 中央教育科学研究所. 1984. 中华人民共和国教育大事记 (1949—1982) [M]. 北京: 教育科学出版社.
- Alvarez-Klee R. 2019. China: The development of the health system during the maoist period (1949—76) [J]. *Business History* ,61(3) : 518-537.
- Ashton B , Hill K , Piazza A , et al. 1984. Famine in China , 1958—61 [J]. *Population and Development Review* , 10(4) : 613-645.
- Babiarz K S , Eggleston K , Miller G , et al. 2015. An exploration of China's mortality decline under Mao: A provincial analysis , 1950—80 [J]. *Population Studies* , 69(1) : 39-56.

- Banister J , Preston S H. 1981. Mortality in China [J]. *Population and Development Review* ,7(1) : 98-110.
- Banister J , Hill K. 2004. Mortality in China 1964—2000 [J]. *Population Studies* , 58(1) : 55-75.
- Bardhan P. 2002. Decentralization of governance and development [J]. *Journal of Economic Perspectives* ,16(4) : 185-205.
- Bramall C. 2007. The industrialization of rural China [M]. Oxford: Oxford University Press.
- Barro R J , Lee J W. 2013. A new data set of educational attainment in the world ,1950—2010 [J]. *Journal of Development Economics* ,104: 184-198.
- Chen Y , Fan Z Y , Gu X M , et al. 2018. Arrival of young talents: The send-down movement and rural education in China [Z]. Social Science Electronic Publishing. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3102716> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3102716>.
- Chen Y , Jiang S , Zhou L A. 2020. Estimating returns to education in Urban China: Evidence from a natural experiment in schooling reform [J]. *Journal of Comparative Economics* ,48(1) : 218-233.
- Coale A J. 1984. Rapid population change in China ,1952—1982 [M]. Washington ,DC: National Academy of Sciences.
- Dong Z ,Phillips M R. 2008. Evolution of China's health-care system [J]. *The Lancet* , 372(9651) : 1715-1716.
- Hannum E. 1999. Political change and the urban-rural gap in basic education in China , 1949—1990 [J]. *Comparative Education Review* ,43(2) : 193-211.
- Han D P. 2001. Impact of the cultural revolution on rural education and economic development: The case of Jimo County [J]. *Modern China* ,27(1) : 59-90.
- Hipgrave D. 2011. Communicable disease control in China: From Mao to now [J]. *Journal of Global Health* ,1(2) : 224-238.
- Heckman J J , Yi J J. 2014. Human capital ,economic growth ,and inequality in China [M]// Fan S G , Kanbur R , Wei S J , et al. *The Oxford Companion to the Economics of China on Human Capital*. Oxford ,UK: Oxford University Press ,459-464.
- Heckman J J ,Feng S Z. 2018. China's investments in skills [J]. *Frontier of Economics in China* ,13(4) : 531-558.
- Jamison D T , Evans J R , King T , et al. 1984. China: The health sector [M]. Washington ,DC: World Bank.
- Maru R M. 1977. Health manpower strategies for rural health services in India and China:

- 1949—1975 [J]. *Social Science & Medicine* (1967), 11(10): 535-547.
- Meng X, Zhao G C. 2016. The long shadow of the Chinese cultural revolution: The intergenerational transmission of education [Z]. IZA Discussion Paper No. 10460.
- Musgrave R M. 1959. The theory of public finance [M]. New York: McGraw-Hill.
- Oates W E. 1972. Fiscal federalism [M]. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Pepper S. 1996. Radicalism and education reform in 20th-Century China: The search for an ideal development model [M]. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith J P, Tian M, Zhao Y H. 2013. Community effects on elderly health: Evidence from CHARLS national baseline [J]. *The Journal of the Economics of Ageing*, 1-2: 50-59.
- Tiebout C M. 1956. A pure theory of local expenditures [J]. *Journal of Political Economy*, 64(5): 416-424.
- World Bank. 2009. World development indicators [EB/OL]. https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2017&name_desc=false&start=1960&view=chart

Regional Decentralization and Universalization of Education and Health Care: An Empirical Study on China's Planned Economy

Huitian Bai Li-an Zhou

(Guanghua School of Management, Peking University)

Abstract The remarkable universalization of secondary education and healthcare in rural areas during China's planned economy has attracted a lot of attention among scholars and international organizations. This paper empirically examines the role of regional decentralization in promoting the access of secondary education and healthcare facilities in rural areas. We find that while the central-level policy shifts favoring rural areas in 1965 is a critical turnaround, the positive effects of these rurally-favored policies on educational and healthcare expansion in rural areas are significantly amplified by regional decentralization. Our estimates show that after 1965, if a region moves up in decentralization of public services from the lowest quartile to the highest quartile, its effect can explain about 23% of the improvement in junior high school enrollment between these two quartile groups during 1965—1976. Interestingly, the effects of regional decentralization in public services on rural school enrollment and health facility access were largely negative prior to 1965. We distinguish the effects of regional decentralization in public services and economic development. We find that regional economic decentralization tends to crowd out

public services in terms of reducing the proportions of public service expenditures in the total regional budget , but also contributes to enhancing educational and healthcare access in rural areas by boosting local industries and increasing the size of fiscal resources. Our study sheds new light on the linkage between previous-30 years during the planned economy and later-30 years during the reform era.

JEL Classification H75 , I1 , I2 , P25