

中国的城镇服务和治理

白海娜 (Hana Brixi)

2009年6月

简介¹

该报告研究中国在治理公共服务提供方面所面临的挑战。报告基于2006年在全国五个城市展开的民意调查，评估了群众对公共服务的意见，肯定了群众反馈在政策制定和实施中可以发挥的作用。

调查显示群众对城镇公共服务基本满意，但是对相关费用表示担忧。与正式城镇居民相比，城市中的贫困人口和农民工在享受服务方面面临更多约束，遇到问题更不愿意投诉、付费能力不足，而且公共服务费用占其收入的比例要明显高出其他人群。本文反映的群众对公共服务的认知有时与事实有出入，信息不对称的现象比较显著。

报告解释了调查的结果，揭示了公共服务领域存在公共资源投入不足与分配不公平，同时资源分配中的激励机制不理顺。该报告还提供了几个成功案例，说明在基础教育和基本医疗方面如何减少服务提供机构对使用者付费的依赖。报告肯定了中国正在采取的全面改革来提高公共服务提供的质量和均等性，包括加强监管、监测和政策执行，以及强化问责制。

在改革的背景下，该报告强调：1、建立省级政府对公共服务提供质量负责的问责制；2、制定有效的机制，使各级政府层面的公共资源和激励机制符合贯彻实施国家重点工作的需要；3、采取合理的方法赋予群众权力。该报告认为，中国政府当前将政府间行政体制和公共财政体制改革提到议程之上的做法是非常值得称道的。

¹该报告是在由世界银行资助、世界银行与中国政府合作组织开展的民意调查记分卡的调查及相关数据分析的基础上完成的。报告的分析得益于清华大学国情研究中心、国务院发展研究中心，以及国家统计局等机构共同完成的背景调查，联合国儿基会在研究的最终分析阶段进行了支持和参与。以下专家在研究过程提供了很好的建议：教育部的杨健、卫生部的饶克勤，建设部的徐宗威，以及世界银行的David Dollar、Vikram Nehru、Ardo Hansson、Bert Hofman、Louis Kuijs and Barbara Nunberg、联合国儿童基金的魏英瑛（Yin Yin Nwe）、清华大学的胡鞍钢等。各领域背景研究由刘国恩和王未（负责卫生）、王蓉和郭健冰（负责教育）、Michael Whitebread 和 Colin Xu（负责水和环境卫生）、杨永恒（负责问卷和取样设计和数据分析）等研究人员完成。还有很多国际与国内同事为报告提供了素材与建议：朴之水（Albert Park）、Hubert Jenny、Phillip Keefer、沈明明、Jack Langenbrunner、Magnus Lindelow、David Hipgrave、高军、吴要武、袁岳、袁伟亮、朱晓萌、董晓燕，郭冲源。王梅是本研究报告的项目前期负责人。牟岩、史威琳和白晓静为研究提供支持。刘健完成了报告翻译。

E-mail: hbrix@unicef.org, hanabrix@hotmail.com

目录

报告摘要.....	3
第一章 民意调查计分卡.....	9
第一节 背景.....	9
国家政策环境.....	9
民意调查计分卡的基本原理和国际经验.....	10
第二节 五城市民意调查计分卡的调查发现.....	11
满意的方面.....	12
不满意的方面.....	16
经济负担不平等.....	20
服务利用水平和质量的不平等.....	25
投诉意愿.....	27
信息不对称.....	28
第二章 治理城镇服务提供所面临的挑战.....	31
第一节 公共服务的融资.....	31
公共财政对服务提供的支持.....	31
对服务提供机构的支付制度.....	33
第二节 服务提供的问责制关系.....	36
政府内部关系.....	36
政府和服务提供机构之间的关系.....	38
群众的作用.....	39
第三章 更好地治理公共服务.....	41
第一节 就公共服务对省政府实行问责.....	41
第二节 资源和激励措施配置应与国家重点政策方针相一致.....	42
第三节 赋予群众权利.....	44

报告摘要

公共服务的提供日渐受到国家重视。中国有致力于给国民提供基本公共服务的优良传统，考虑其经济发展水平，中国所达到的人类发展水平也令人称道。在过去 30 年里，中国取得了举世瞩目的经济成就，成千上万的国民摆脱了贫困，人均收入达到了中等发达国家水平。但是，分析显示，中国在 30 年中取得的人口发展成就比前 30 年的总体成就要低，而且考虑到中国的经济发展速度如此之快，人类发展方面的进步似乎应该更大一些。此外，中国在人类发展和收入方面的不均等现象也越来越显著。人类发展进程减缓和日益明显的不均等部分反映了转型时期的挑战，包括经济的快速转型、城市化和公共服务提供体制的变化。近年来，中国政府进一步强调公共服务的重要性，采取政策来提高公共服务使用时的覆盖面、质量和均等性。中国已经制定了建设和谐社会的大目标，将以人为本放到发展首位。

中国政府已经意识到要想实现创建和谐社会的目标，必须使所有国民享受到基本公共服务。政府已经加快了创建“服务型政府”的步伐。高层决策者也强调了公共服务提供过程中更好的透明度、公共参与度和政府问责制的重要性。

该研究关注城镇服务，从一个创新性的角度汲取群众意见和感受，研究公共服务提供过程中的治理问题。为收集群众反馈，研究团队制定了民意调查计分卡，为 2006 年进行的大规模调查提供了科学的基础。该调查在五个城市对五千个家庭进行了调查（成都、大连、上海浦东、深圳和西安）。除调查外，还补充了几个案例研究，专门探讨相关的治理问题，强调公共服务提供时的筹资机制和问责制关系。

研究主要说明群众反馈在政策制定和实施中发挥的作用。该研究发现民意调查计分卡调查（使用专门设计的问卷调查群众对公共服务的满意度进行调查）可以帮助决策者发现公共服务提供时的弱点，监测进度。当前中国政府（中央与地方层面）开展的一些致力于提高公共服务提供的制度和政策框架的努力，与该研究报告中的许多问题是相吻合的。

调查表明城镇居民基本满意公共服务，但是担心相关费用。群众基本满意孩子的上学问题、医疗保健的质量、以及公共服务提供的一些行政问题，如缴水费的便利情况等。另一方面，大部分受调查的群众对需要自付的费用额度表示不满意。实际上，开展调查时政府已经在推动一些致力于减贫、促进流动人口使用基本服务方面的相关政策，因此家庭自付基本公共服务的费用水平仍是如此高是让人感到惊讶的。

教育和医疗方面的费用和自付费用水平是人们最关注的问题。五个城市的调查显示每个家庭平均将年收入的 10% 用于每个孩子每学年的基础教育。五个城市中家庭用于每个孩子小学教育的费用所占年收入的比例是相近的，从上海浦东的 8% 到深圳的 10%。五个城市中家庭用于每个孩子的初中教育的费用所占年收入的比例的差别比较大，从上海浦东的 9% 到大连的 15%。

医疗卫生方面，被采访者平均自付医疗费用占全部发生费用的 57%，即个人需自付 70% 的门诊费和 55% 的住院费。医疗方面自付额度占人均年收入的 10%。具体而

言，单次住院自付额占人均平均年收入的 27%。单次门诊费用自付额占人均平均月收入的 22%。门诊和住院费用自付额占人均收入比例最低的是深圳和上海浦东；最高的是成都，占人均年收入的 37%。门诊费用自付额最高的城市是大连，占人均月收入的 39%。与国际标准相比，这个数字是非常高的。

日常水电煤气等开销也是群众关心的一个问题（虽然家用水费远低于供水成本）。水费的花销占家庭年收入的 1%（对贫困人口而言该数字为 2%），与国际相比，该数字还不算太高。

城镇贫困人口和农民工用于公共服务的家庭预算高，但是受益却相对小。 调查显示有较高收入的正式城镇居民可以获得质量更好的服务（包括“重点学校”和重点医院），他们更愿意支付非正式费用（如给医务人员红包，这被认为是医院中普遍存在的现象）；而且在得不到预期的服务时会理直气壮的投诉。而另一方面，贫困的正式城镇居民和农民工用于公共服务的费用占其预算的一大部分，但是得到的服务却比较少（例如，不舍得花钱预防，生病时就硬扛着）。他们反映在试图获得更优质的服务时会面临经济上和行政上的困难（包括选择学校和医疗机构方面），而且投诉意愿低。相比而言，收入最低的人群在公共服务上的花费占家庭收入的比例却最高。流动人口在享受服务时面临的限制最多（其孩子更多的需要依靠私立学校，这些学校收费高，质量相对低）。

有关家庭收入，在最富裕的两个调查城市中，每学年每个孩子的小学和初中花费分别占家庭年收入的 5%和 7%。在最贫困的两个调查城市中，该数字分别为 14%和 19%。在五个城市中，用于每个孩子每学年小学教育的费用占家庭年收入的 比例不同，如富裕人群中该数字为从上海浦东的 2%到成都的 7%， 贫困人群中该数字为从上海浦东的 11%到深圳的 19%。用于每个孩子每学年初中教育的费用占家庭年收入的 比例不同，如富裕人群中该数字为从上海浦东的 6%到成都的 13%， 贫困人群中该数字为从上海浦东的 11%到大连的 28%。

医疗方面，调查发现住院自付费用一般是造成贫困家庭因病制贫、因病举债的普遍原因。调查城市中最贫困人群单次住院需自付费用超过了人均年收入的 140%，而对于富裕人群而言，该数字仅为 10%。就单次住院而言，在深圳的贫困人口需支出人均年收入的 60%，在成都该数字为 170%。平均门诊自付医疗费占五城市贫困人口人均月收入的 84%，在最富裕人口中，该数字为 11%。就单次门诊而言，上海浦东的贫困人口此方面的支付费用占其人均月收入的 20%，而大连和成都的数字为 135%。

调查显示群众的认知有时与事实不符，表明服务提供方面的信息不对称，以及其它信息障碍。如同其它国家一样，群众对服务质量的认知可能与政府的调查结果相左。例如，尽管政府调查结果显示大部分中国城市都遭受严重的地下水污染和配水系统的二次污染，但是调查显示群众对其所在地此方面的调查结果不了解，基本满意自来水的质 量。医疗保健方面，群众对服务质量基本满意，这于一些研究发现（指出医院过度开昂贵的药品，而非便宜有效的药物）相左。

这种信息不对称的情况在全球普遍存在。主要原因在于公共服务一般需要专业人员和专业知识来评估其质量、是否合适或安全。自来水是否安全，人的器官是感觉不出来的。外行人也不了解医疗诊断是否合适，是否成本效率高。没有任何科学的评估，我们也难以评价学校的好坏。

被调查的城市采取了一些措施来取消服务提供时的信息障碍但是很有限。 案例研究表明，政府开展的像自来水质量等调查结果一般都保密，未通过公共渠道发布。当前监测服务提供机构绩效的系统也不完善，没有给群众提供所需信息，不能使他们在知情的情况下做出决定，无法对服务提供机构进行问责。而且，在一些地区，政府的政策、行政程序（如学校入学程序）、标准和费用（如医疗服务费用）等方面的信息也无法公开获得。调查表明获得相关的信息对于贫困的正式城镇居民而言是最困难的。

分析强调了政府为提高公共服务的质量和均等性所做出的努力是正确合理的。 研究说明，城镇公共服务方面，不同人群在服务的获得、使用、费用和质量方面存在巨大的差异。考虑到中国的巨大进步，城市经济的巨大变化和社会方面的变化，这些问题的存在不足为奇。改革服务提供系统使其可以满足弱势人群的需求，可以满足日益增多的流动劳动力的需求在任何国家都并不是一件容易的事情。在快速的经济、社会转型和权利下放的背景下，让人人获得公共服务尤其是一件艰巨的任务。中国政府适时意识到了公共服务体系建设在可持续经济和社会发展中的重要性，从而调整了国家政策，鼓励地方政府去提高公共服务提供的平等和质量。

本报告讨论了两个迫切的服务提供方面的问题，政府也意识到这两个问题的重要性。 一个是服务筹资的问题，即由于资金不足与分配不当而导致民众无法获得优质服务。第二个问题是关于公共部门治理，即问责制和监管服务提供机构的体系不完善。如果只关注其中一个问题而忽视另外一个，那么服务提供的问题是很难改善的。实际上，政府已经在增加服务提供资源预算方面作出了巨大的进步，与此同时，也开始加强对服务提供机构的监督。该报告强调了继续这样做的重要性。

首先，公共服务提供面临的筹资挑战主要与财政体制投入不足和分配不均有关系，而且与对服务提供机构的付费机制有关系。 中国政府已经致力于解决国家层面基本公共服务提供时公共资源分配不足和不均等的问题。自 20 世纪 90 年代后期，大规模的公共投资项目促进了全国范围内基础设施的发展，尤其是在交通领域。最近几年，政府将注意力和资金转向社会部门，增加了对九年义务教育的投入。一些新的医疗卫生项目得以实施，政府在医疗卫生方面增加投入（虽然起点比较低）支持了这些新项目，以保证所有人口可以受惠于公共基本卫生医疗服务。为减少公共资源分配和公共服务提供方面的城乡差别，中央政府拨款在促进教育和卫生新增投入的均等性方面也做了努力。

城市公共服务方面，公共资源分配不均等的问题日渐得到重视，但是不均等现象比农村地区要少一些。 研究发现许多小学和初中、基本医疗中心和城镇水系统的公共投入无法满足城市的需求。被调查城市中，投入不足影响了一些公共服务的可靠性和质量。例如，配水网络投资不足频繁地造成配水系统出问题，以及水管的污染。

同样，城市不同人口之间也出现了公共资源的分配不均等现象，但是这种情况比城乡差别要小。 分析显示城市中的公共资源分配公平性在倒退。虽然这并非政府的政策规定，但是实际上公共资源都倾向于投入“重点学校”或重点医院，而这些学校和医院一般在更大程度上为富裕的城镇居民所利用。低收入的城镇居民和流动人口负担不起享受这些条件好的设施与服务，或享受服务时面临各种障碍。

一些城市已成功地改革了公共投入项目，以满足弱势群体的需求。调查和案例研究表明，一些城市进行了成功的转变，保证公共服务获得合理的资源。大连实施的资源公平分配和学校平行发展的政策帮助改善了整个城市教育服务的质量和均等性。所以，在被调查的城市中，大连在贫困和流动人口子女无障碍入学方面做得最好。江苏和浙江在贫困学生助学金方面也树立了榜样。卫生医疗方面，被调查城市中，上海浦东和深圳支持培训社区医疗中心人员，鼓励大家去利用社区医疗中心。这些措施使得更多的低收入群众可以获得物美价廉的服务。

现有的服务者付费制度安排扭曲了医疗机构为群众利益着想的动机。在中国，无论城乡，公共部门担任着提供服务的重要职能，包括监测和监督，但是在现行体制下这些部门不得不靠创收来弥补薪水和其它运营成本的支出。国际经验和国内事实表明，在信息不对称和监测不足的情况下，创收的压力可能导致服务提供机构一味追求利润最大化，而忽视群众需求和公共利益。政府进行价格控制的出发点很好，目的是想使得人人可以获得基本服务，但是这样做有可能使情况恶化。在城乡地区，医疗服务提供机构通过开展昂贵诊断，开昂贵的药品来迂回避开政府对价格的严格控制。价格控制也扭曲了消费者的行为。例如，调查显示富裕的城镇家庭的水资源利用效率很低。

虽然国家层面出台一系列指导方针，但是要想在公共资源分配、费用与价格控制，以及针对贫困家庭进行补偿找到一个平衡点，还是要看地方政府的具体实施设计。市级政府也需要参与制定对服务提供机构的付费制度，来改善服务提供的绩效。

研究发现各城市正逐步改革对地方服务提供机构的付费方式。所调查的城市出现了一些积极的变化，如基础教育和基本医疗卫生领域从依靠使用者付费到更优的公共资源配置。某些城市已开始创新对服务提供机构的付费方式。例如，上海浦东已开始预先支付从业者培训以提高基本医疗的成本效率。各城市也逐渐引入更现实和更公平的服务定价模式。针对贫困城镇家庭的现金救助项目也得到了加强。

其次，公共部门治理方面涉及的主要问题包括建立健全保障群众利益的制度机制、赋予群众权力、保证动机与政策目标一致这三方面。研究表明，服务提供机构和地方政府的动机有时与中央政府所设定的战略重点相左。案例研究表明，现有的制度和行政体制并不总能使地方政府和服务提供机构产生合理的动机，来实施中央政府制定的政策，保证人人公平地获得合格的基本服务。例如，中央要求对流动人口给予“平等待遇”，但现实中这在不同城市间的实施情况是差异很大的。

中国正努力改善监管、监测和执行体系，以及公共服务提供时的问责机制。公共服务的本质，包括一些外部性和信息不对称，使得治理改革谈何容易。在中国，中央和地方层面数量众多的政府机构的部门利益使得改革愈加复杂。中央层面，2008年3月启动新一轮政府机构重组，期望能在理顺机构、推进治理改革方面取得突破。

地方层面，研究表明，省政府通常认为在其管辖权内贯彻中央政策、监测公共服务很有挑战性。服务提供机构一般都是政府机构的代理（例如水，地方垄断行业），所受监管限制不严，绩效评估开展有限。

目前，保障群众参与决策的制度机制还不够健全。当前有些地方在探索改革地方高级别官员的绩效考核指标体系，包括增加反映公共服务提供的公平性和质量的指标——这些做法为加强地方层面基本服务提供的问责机制奠定了良好的基础。

该文提出了一系列治理改革的建议，以改善中国基本公共服务的提供状况。本文不涉及各具体部门，而是一个跨部门的改革框架。在制度建设方面，公共服务的提供情况密切反映公共部门的治理水平。当前中国政府已在适时地将政府机构间、行政和财政体制改革列入其宏观改革议程。

该研究报告提出的政策建议包括：

- 1) 就整个省内的公共服务提供绩效对省级政府实行问责。
- 2) 制定有效机制使各级政府获得的财力足以满足其支出责任、建立激励机制使地方政府有动力执行国家的方针政策。
- 3) 寻找适当方式，赋予群众权力。

1. 就整个省内的公共服务提供绩效对省政府实行问责。中国各地情况差异巨大，中央政府需从根本上保证人们能够平等地获得质量合格的基本公共服务。在中央层面，中国近年来在跨部门制定合适的制度和政策框架方面取得了很大进展，在为促进均等化而加强富裕省向贫困省支付转移方面也取得了很大的成绩。实际上，各省的责任就是保证国家政策的贯彻与实施，在省级层面保证政府政策的实施绩效。

地方层面缺少问责制机制，中央政府需要对省政府实行问责，确保国家政策的贯彻实施，改善省内公共服务的提供绩效（保证服务提供达到国家标准、民众能平等获得途径、并对服务成本进行控制、保障服务安全和质量）。至于城市中的流动人口，在中央政府的支持和监督下，省级政府应履行责任确保省内人人无论收入几何、原住地何在，都可以平等地获得质量合格的基本服务。在此背景下，省政府应在问责制下确保国家重点政策的贯彻实施，如确保流动人口的子女平等获得教育的权利。公立学校应成为流动人口儿童基础教育服务提供的主体。

因此，在省政府有效的指导下，市政府应保证公共服务提供时资源的合理分配，监测和执行标准，推广良好做法；监测服务提供机构的表现，对服务提供机构实行问责制；改善透明度和公共服务获得者、服务提供机构和相关政策程序方面的信息共享；对群众反馈负责。

2. 制定有效机制使各级政府获得足够的公共资源、合理的激励机制，以贯彻实施国家的重点战略与政策。既然资源分配和公共服务提供的权力都下放到地方机构，将财力、责任、以及相应激励机制有机结合起来是有效实施公共服务的国家政策和标准的必要条件。

促进各因素结合的机制涉及政策协调、资金分配、对服务机构付费、绩效评估和各级政府、服务提供机构以及群众之间的问责关系。中央政府一直以来致力于促进部门间政策协调。各部委之间和部委内协调的明确职能划分有助于进一步明确界定各级政府间和机构间的职责和资源，便于协调工作。各级政府之间职责的明确界定和收入分配有利于建立健全良好的问责机制。

与地方层面正在开展的加强政府绩效评估活动相关的是，该研究报告中所定义和使用的民意调查计分卡是一个收集群众对其获得服务、服务成本和费用以及质量方面信息反馈的有效工具，有助于评估地方政府和服务提供机构的绩效。如此全面的绩效评估能为强化各个政府和机构以及服务提供机构之间的问责制奠定坚实的基础，便于处理群众反馈。为将利益冲突降至最低，应将绩效评估体系独立于参与政策实施的机构之外。

地方政府间的问责制和明确划分各级职责的框架下，各级政府间资源的分配应有利于各级政府和机构按照国家政策促进基本公共服务均等化，改善公共资源分配时的均等性和效率。地方政府层面的良好问责制也有利于地方政府更好地监测服务提供机构的绩效，不断改革对服务提供机构的付费机制，从而提高服务提供时的均等性、成本控制和质量。

在此背景下，值得提倡推广施行一些地方已经在开展的一些创新做法。在监测服务提供机构方面，重要的是要保证公共服务和公共安全各个方面的监测都是有效的，而且要公开所有监测结果，以便群众反馈，这样做反过来可以强化对服务提供机构的问责。

3. 寻找适当方式，赋予群众更大权力。群众可以在改善公共服务提供上发挥重大作用，有效加强对服务提供者的问责，并有助于在公共服务领域促进平等、控制成本、提高服务质量。群众参与还能监督地方政府贯彻执行国家政策和标准。为了实现此目标，理应赋予群众相关信息和话语权。

中国政府在提高公众意识方面经验丰富。例如，过去几十年，中国中央和地方政府机构通过有效协调和组织宣传工作，成功贯彻实行了计划生育政策。2008年汶川大地震后，中国政府成功征得广大民众对灾后医疗卫生体制改革、税收改革等一系列改革和决策进行献计献策。各相关政府部门都应积极向民众宣传和分享相关信息，提高政府政策、公共资金分配、标准执行、程序操作、收费和公共服务质量等方面工作的透明性。此外，地方政府还可以进一步扩大加强群众参与决策的试点。

政府还应积极组织搜集民众的反馈意见，并确保采取回应措施。可以考虑利用民意调查计分卡、地方专题入户调查、公共服务投诉热线和其他一些创新性信息渠道实现这一目标。随后可以将群众的反馈信息输入上面提到过的绩效评估系统，协助评估服务机构或地方政府的绩效。反过来，一个运作良好的绩效评估系统也可以从某种程度上对民众的意见作出快速回应。

研究发现，中国很多城市在改善公共服务方面开展了大量的创新，可谓经验丰富。研究结果是令人鼓舞的——中国能够合理利用其日益积累的公共资源，推进政府改革，使公共服务业更好地服务于所有群众。

第一章 民意调查计分卡

第一节 背景

该研究报告力图增进群众对公共服务体验方面的了解，揭示公共服务提供所面临的制度挑战，并为提高中国公共服务治理提出建议。报告关注城镇地区公共服务的提供，使用创新的方式了解群众对公共服务的亲身体会。第一章主要介绍了公共服务领域的国家政策，解释了使用民意调查计分卡调查的原理，并列明五个城市的调查结果。在民意调查计分卡结果统计和案例研究的基础上，第二章探讨中国城镇地区公共服务提供时面临的制度挑战。最后，第三章给出了改善公共服务提供治理的建议。

国家政策环境

中国制定了创建和谐社会的发展目标，目标强调可持续性、均等性和群众满意度。政府已经意识到如果不能给国民提供公共服务，创建和谐社会的目标就无从谈起。政府已经加快了向“服务型”政府转变的步伐。决策层认识到了增加透明度、扩大群众参与、加强对相关政府机构和公共服务机构进行问责的重要性。最近几年，国内也陆续颁布实施了一系列新的法律法规，包括行政许可法、公务员法、政府信息公开条例²等。

中央政府意识到国内公共服务提供的战略重点是一个涵盖公共服务提供、融资和监管、涉及所有地方政府和实体的一个强有力的制度框架。中国政府启动了政府机构改革，并展开全面的制度改革以提高政策协调和公共部门治理。公共部门治理已经逐渐由行政控制向新型治理模式转变，以更好适应中国开放的社会主义市场经济和快速发展的社会。在这种情况下，政府继续加强透明度、强调民众参与和问责制，这些都是非常重要的，是实现良好治理的基石。大方向明确后，政府仍需在具体内容和实施战略方面充分设计治理改革的步骤。

政府意识到建设“服务型”政府是一项涉及方方面面的工作。该工作涉及观念转变；以及法律法规、公共资源分配和管理、问责机制、制度安排和行政体制等各方面的根本转变。要实现这些转变，需要确立明确目标和具体任务，运用可行的方法和符合实际的措施。

为实现创建和谐社会和建设服务型政府的战略目标，特此撰写该报告，为中国政府改善公共服务提供治理献计献策。该报告重点关注教育、医疗卫生和用水等城镇服务。报告采取创新的方法，运用民意调查计分卡来调查群众对公共服务的满意度，并展开了案例研究，探讨相关的治理问题，强调建立健全公共服务提供的融资机制和问责机制。

²政府信息公开条例（2007年4月公布，2008年实施）要求中央和所有地方政府公开与群众、法人和其它机构的利益紧密相关的信息，信息透明度要高。群众有权利对官方通告中未包含的信息进行书面询问。

民意调查计分卡的基本原理和国际经验

民意调查计分卡是一份精心设计的问卷，来调查收集群众的反馈³。几个国内和国际专家利用科学严谨的方法、依据各相关部门专业知识联合设计了该调查的问卷和采样方法。

民意调查计分卡调查群众对特定地区、特定部门社会服务的提供的良莠状况的反映，揭示政策实施方面的问题，找出促进社会和谐的因素或可能造成社会紧张的根源。调查同样帮助提高群众对公共服务的意识和对相关政策的了解，是群众与决策者交流的有效渠道。国际经验表明，当政府或公民社会使用民意调查计分卡时，计分卡可以帮助评估公共服务提供情况、改善公共服务治理（参见框1）。

下一节介绍2006年在成都、大连、上海浦东、深圳和西安进行民意调查的主要发现。在这五个城市中，调查了大约五万个家庭，收集了他们对公共服务的意见和感受。国家统计局与几个学术研究结构带头开展此次调查。

框1 使用民意调查卡的国际经验

民意调查卡在很多国家被用来评估公共部门的绩效，例如加拿大、丹麦、加纳、印度、瑞典、乌克兰、英国和美国。调查卡的准备工作和实际使用可以由公民社会、政府服务提供机构或政府协调机构（最好和一个独立的公民社会组织合作）来负责。

在一些国家，调查卡的使用由公民社会组织（一般是政策研究机构）提出。最典型的一个例子就是印度卡纳塔克邦班加罗尔的公共事务中心。该机构的特点就是独立于政府之外，调查结果的可靠性高。另一方面，该中心与服务提供机构和政府协调机构的联系是若即若离的。服务提供机构可能抵制研究结果和/或破坏研究结果。此外，开展调查在中长期内有可能具有不可持续性，因为没有固定的资金支持，调查所需要的一些技术支持有可能成为公民社会组织的负担。

在其它国家，政府服务提供机构带头进行民意调查活动。这些机构雇佣私营部门单位或公民社会组织筹备调查，调查卡草稿由这些机构审查、定稿、有时也会对外公开。调查可能仅限于某个项目或服务，或仅是某项目的某个方面。使用该模式的国家包括加拿大和英国。该模式的一个优点是公共服务提供机构拥有调查的所有权，但雇佣外部单位来制定调查计划又具有一些独立性在内。但是，基于同样的原因，公众也许会质疑调查结果的客观性。

在另外一些国家，政府协调机构让某个独立组织来设计和准备调查卡。这项工作由该组织和公共服务机构协商进行，但是独立于公共服务机构之外。美国在这方面的经验很值得借鉴。1993年的《政府绩效和成果法》规定行政部门必须向国会报告政府机构的绩效，总务管理局（一个政府协调机构）负责评估联邦政府机构的绩效。

以上讨论的三种模式中，第三种在产出和程序方面是最全面的。法律规定了责任，保证了资金，成立了独立和可靠的机构团体来准备调查工作，且使用科学的方法来评估联邦政府机构的绩效。

³本质上，民意调查计分卡调查与投资环境调查类似。投资环境调查收集企业反馈，民意调查计分卡调查收集民意。

第二节 五城市民意调查计分卡的调查发现

*该节分析五城市受调查群众的反馈意见，研究群众满意和不满意的方面，考量公共服务的均等性和质量问题。*在均等性方面，该调查发现与其它类似调查相似，证实了中国的教育体制和医疗卫生体制的资金分配和结构加剧了不同群体之间的不平等，而不是缩小了不同群体之间的不平等性。早期的研究指出了在获得优质公共服务方面城乡之间存在很大差别。本次研究发现，公共服务还未在各个城市之间起到一个均等化的作用。至于服务的质量，调查显示，实际上群众几乎没有什么可靠的信息去评估他们获得服务的质量。而且，群众一般会通过非正式渠道抱怨，不情愿正式投诉，或积极要求公共服务的改善。

*表 1 是基于民意调查计分卡调查和分析，对各城市公共服务的提供绩效进行比较的发现。*2006 年在成都、大连、上海浦东、深圳和西安进行的民意调查计分卡调查使我们可以根据群众的反馈来分析公共服务的成就与不足。作为背景要交待的是，五个城市中人均平均年收入水平如下一—西安 11,110 元、大连 11,470 元、成都 12,700 元、上海浦东 18,600 元和深圳 31,560 元。调查显示收入分配在上海的不平等指数最高（基尼系数为 0.44），深圳和成都的基尼系数均为 0.41，大连和西安最低，分别为 0.36 和 0.34。更多细节请参见下表。

表 1、五城市公共服务提供的调查结果（2006 年数据）¹

	成都	大连	上海浦东	深圳	西安
人均年收入	12,700	11,500	18,600	31,560	11,100
收入差距—基尼系数	0.41	0.36	0.44	0.41	0.34
医疗					
生病时就医	5	3	1	2	4
总体满意度	1	3	4	5	2
贫困人口门诊承担能力	5	4	1	2	3
贫困人口住院承担能力	5	4	2	1	3
流动人口生病就医	5	2	3	1	4
教育					
总体满意度	2	1	3	5	4
贫困人口上小学的承担能力	4	3	1	5	2
贫困人口上初中的承担能力	4	5	1	3	2
流动人口的满意度	2	1	4	5	3
信息的透明度和获得信息的渠道	2	3	1	4	5
水					
水的味道和纯度	3	2	5	4	1
不同住所的公平获得程度	2	4	1	3	5
信息的透明度和获得信息的渠道	1	5	2	4	3

¹ 1 表示最佳绩效， 5 表示最差绩效。

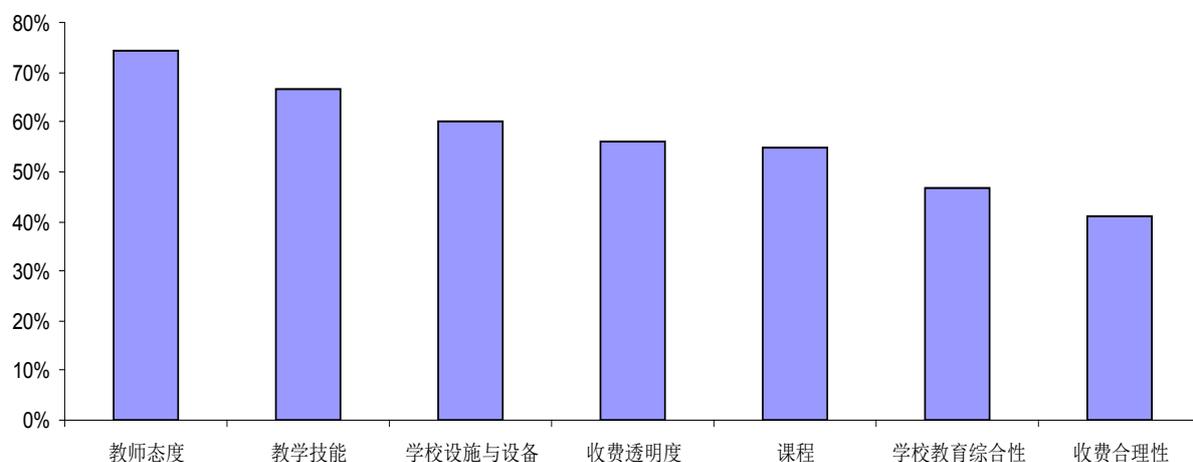
² 五城市中最贫困的人口需自付的费用。

满意的方面

调查发现，城镇居民对公共服务总体表示满意。大多数居民对子女的基本教育、医疗服务水平、公共服务提供的行政安排（例如：缴水费的便利）等表示满意。

60%的被访父母对子女的基本教育情况表示基本满意⁴。如图 1 所示，父母对学校的教育情况一般都给予了较高评价，包括教导学生友好相处、教学质量、老师教学态度、教学设施等。

图 1 父母对学校不同指标的满意程度，2006 年



此外，还有很多受访者表示基础教育有所改进，很大程度上是中央和地方政府近年来实施教育改革的成果。共有 46% 的父母认为，近年来的教育质量有所提高。有意思的是，最贫困的五分之一人群比最富裕的五分之一人群更坚持这样的观点。调查表明，认为教育质量整体有所改进的父母比例最高的城市是成都，高达 54%。

对调查结果的分析表明，对教育质量的满意程度与家庭收入和公立学校的就读情况正相关。尤其是“重点学校”，即由相应级别的政府支持的省重点、市重点和区重点学校，教学质量更高（关于重点学校的详细信息，见第二章）。

在五个调查的城市中，父母对教育总体满意程度最高的城市是大连市（见图 2-图 4）。同样值得注意的是，子女在公立学校，尤其是父母认可学校的就学率最高的城市是大连市，子女就学机会平等程度最高的城市也是大连市，不论他们的户籍地⁵或家庭背景如何。

⁴ 调查关注的是九年义务教育。

⁵ 中国的户籍制度（称为“户口”）规定，新生儿的户口主要是根据出生地确定，随母亲。公民享受公共服务的权利一般与户口所在地挂钩。虽然近年来该项政策发生很大变化，但农村户口的公民相对难以享受城镇地区的公共服务的局面没有太大改观（详情见框 2）。

图 2 对教育服务的总体满意度（2006 年）

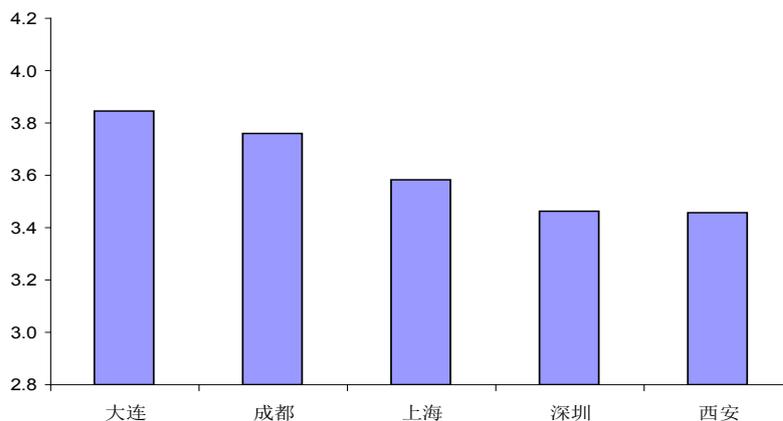


图 3 对教育服务满意的方面（2006 年）

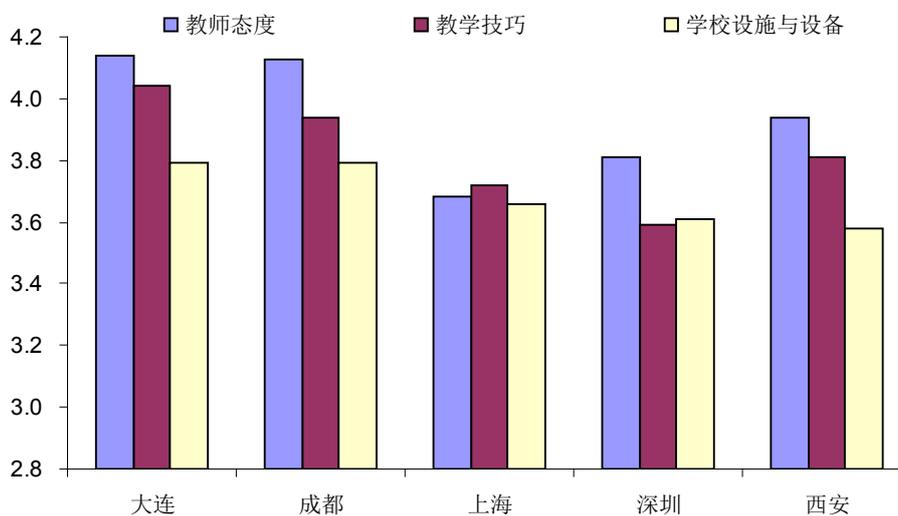


图 4 对教育服务不满意的方面（2006 年）

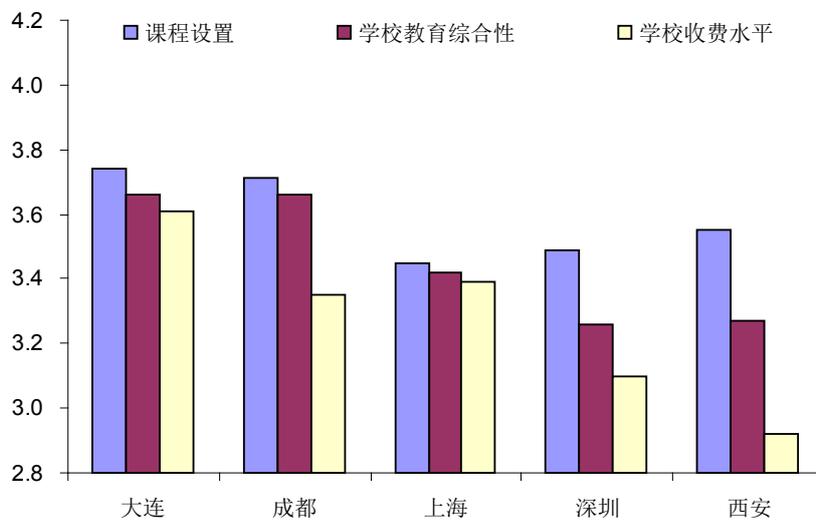
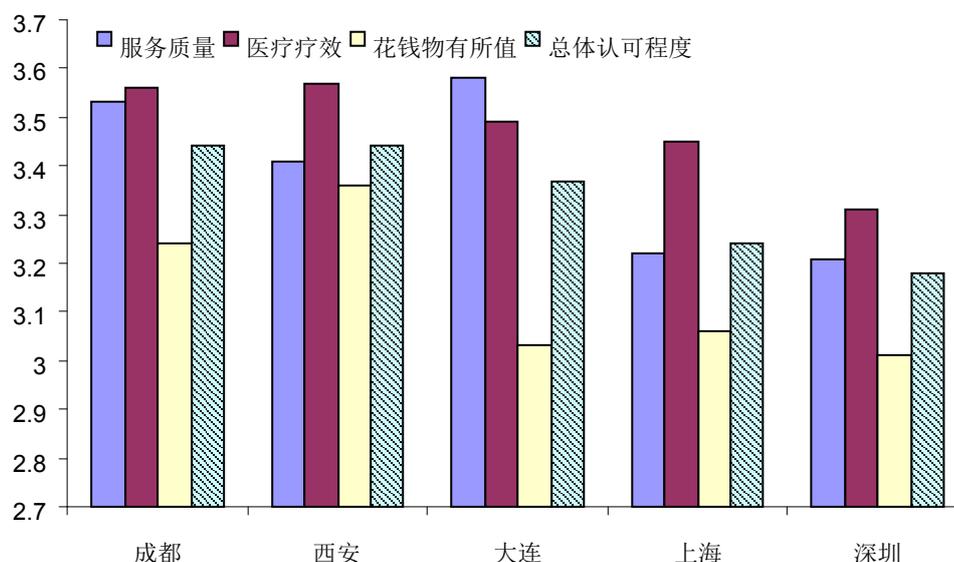


图 5 医疗——满意的方面 2006 年



*受访者对医疗卫生体系的某些方面表示了一定程度的满意。*群众认为医疗效果普遍良好，比较认可省立医院的技术水平和设施质量、私人诊所和地区医院的使用方便、以及私人诊所和社区卫生中心的服务态度。

*调查结果表明，五个调查城市中，医疗体系表现最佳的是上海浦东，其次是深圳。*这五个城市受访人员对康复情况（比如：出院时的健康状况）的满意率较高，由于经济困难拒绝收治病人的情况较少。与其他城市相比，上海浦东和深圳两地生病时不就医的比例较低（分别为 57%和 60%，成都的比例为 81%，见图 7）。对医护人员信任程度最高的地区是上海浦东。

*关于水的问题，群众对水费缴纳的便利和水供应的稳定表示满意。*上海浦东的自来水普及率接近 100%，居民对水费缴纳便利程度的满意度最高。对水的味道和纯度满意程度最高的城市是成都和西安。

*尽管调查显示民众对服务满意水平较高，但考虑服务提供这个问题要有一个更广的思路。*比如，下文即将讨论的非正式投诉（比如亲友之间的诉说）和正式投诉（通过官方渠道）比例就是一个很有意思的讨论视角。群众的总体满意程度可能反映了很多因素，包括他们的年龄、收入、本地文化、潮流和期望。比如，在调查的五个城市，成都对教育和医疗的总体满意程度很高，正式投诉的比例较低。但实际上，成都的教育水平和医疗水平最差，非正式渠道的投诉比例比其他调查的城市都要高。反过来也一样，图 5 显示，上海和深圳的总体满意水平较低，但实际调查发现，这两个城市的医疗水平在五个调查的城市中是最好的。这种反差在表 1 中有几处印证。

不满意的方面

大部分受访居民对城镇服务收费水平表示不满。教育和医疗方面，整体费用和自费水平是他们最关心的问题。这两种费用水平一般都高于国际标准。居民关注的另一个问题是水电的价格。其实中国对家庭征收的水费标准是低于成本价的，而且家庭水费开支仅占家庭年收入的 1%（最贫困的五分之一人群这项开支占其年收入的 2%），水电价格按照国际标准来说是可以接受的。

调查发现，九年义务教育的学费相对较高，偏离了政府政策。中国政府十几年来一直强调全民平等获得九年义务教育。政府三令五申，禁止实施基础教育的学校乱收学杂费。但是，由于资源短缺，这些学校总是想方设法提高收入。

调查发现，每学年每个孩子的基础教育开支约占家庭年收入的 10%。在调查的五个城市中（见下节的图 12），平均每学年每个孩子的小学教育开支占各家庭年收入的比例类似，上海浦东为 8%，成都、大连和西安为 9%，深圳为 10%。初中教育开支占家庭年收入的比例差别较大，上海浦东为 9%，深圳和西安为 11%，成都为 14%，大连为 15%。西安 70%的家长对教育服务的最主要不满是针对教育收费，大连、深圳和成都这一比例为 50%。

家庭的教育开支包括支付给学校的费用（主要是杂费和课本费，以及择校费⁶）**和校外的费用**（约一半小学生都有家教辅导或参加补习班、以及用于交通、购买校服和学习用品的费用）。

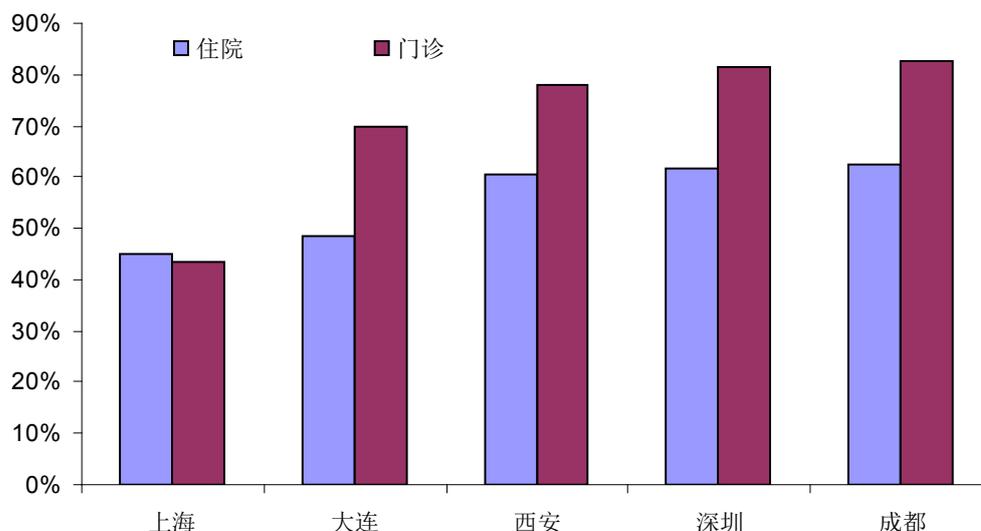
在各项教育费用中，择校费相对突出。深圳的择校费最高，平均为 5070 元人民币，西安的择校费最低，平均为 2610 元人民币。不同城市的费用类型也不同。比如，成都的家长表示图书馆年费的负担最为突出，普通小学每年的图书馆年费为 800 元人民币，重点小学为 1600 元人民币，普通初中为 2000 元人民币，市重点初中为 2800 元人民币，省重点高中为 3600 元人民币。

除了教育费用之外，受访家庭对学校的招生政策也表示不满。深圳、西安和上海浦东 30%以上的家长都对子女的入学选择表示不满。深圳的家长对学校的教学设计，特别是素质教育设计的不满最为普遍。对于学校素质教育的改进，深圳和西安的家长给予的评价最低。另一方面，如前文提过的，下面图 20 中也显示出，各收入群体的非正式投诉比例最高的城市是成都，正式投诉比例最高的是最富裕的五分之一人群。

在医疗方面，居民认为医疗开支取得的价值最低。受访人群中医疗费中个人支付的比例平均为 57%，具体来说，门诊自费比例为 70%，住院自费比例为 55%。如图 6 所示，成都和深圳两地的医疗自费比例最高——门诊自费比例超过 80%，住院自费比例超过 60%。

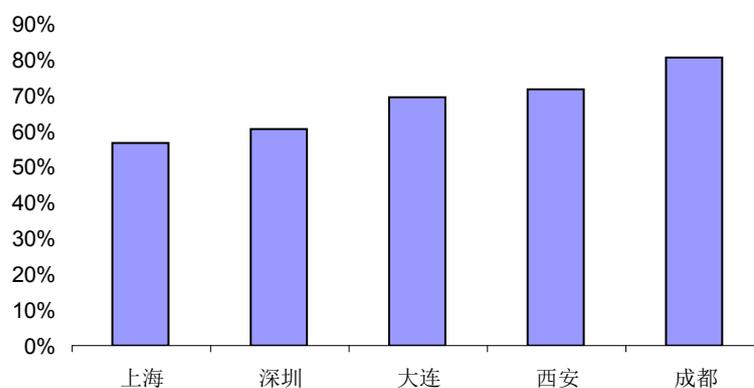
⁶ 家长放弃子女户口所在地的学校，不让孩子“就近”入学，而是根据自己的偏好给子女选择学校，就读学校收取的费用就是择校费。

图 6 医疗费中的自费比例，2006 年



调查结果分析表明，医疗自费比例高与生病不就医（图 7）、提前出院（病人在康复之前，违背医生的意见要求出院）以及总体医疗效果较差具有一定关系。在这五个城市中，上海的医疗自费比例最低，同样，上海生病不就医的比例最低、违背医生的意见提前出院的比例最低（住院病人要求提前出院的比例低于 12%）、康复比例最高（住院病人的康复率超过 68%）。

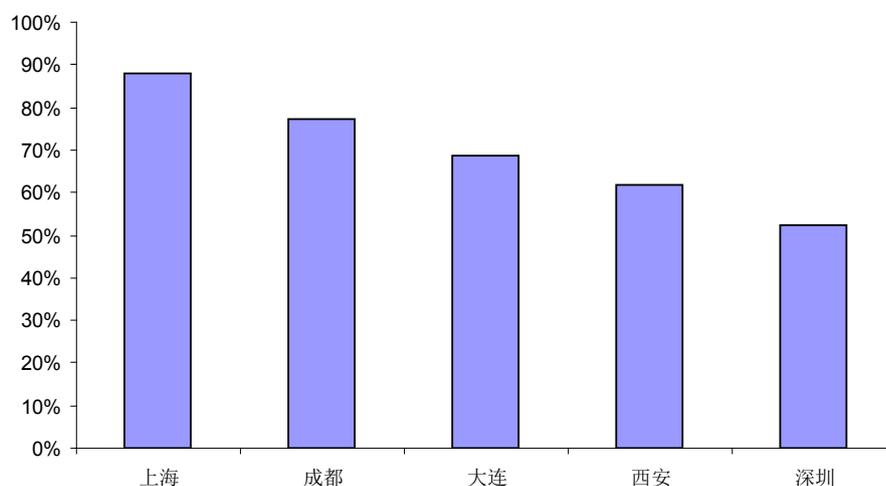
图 7 生病不就医的比例，2006 年



与医疗开支不能物有所值相关，居民对医疗保险制度也表示不满。2006 年开展调查之际，这几个城市平均 68%的调查人群都有医疗保险。在这几个城市中，调查人口中医疗保险覆盖面最广的是上海，达到 88%，而深圳只有 53%（见图 8）。在分析这些调查结果的时候要注意，随着新政策的出台，如城镇居民基本医疗保险的引入，以前

不在保险范围内的人群（如儿童、失业人员和劳动力以外的人员）也被纳入医保，中国城市（以及农村地区）医疗保险的人口覆盖面自 2006 年已在开始不断扩大。⁷

图 8 医疗保险的人口覆盖率，2006 年



三种城市医疗保险体制的福利和共付比例差别很大。到 2006 年为止，商业保险的福利最差，只有 13%的门诊和 56%的住院治疗患者上的是商业保险，门诊和住院报销比例只有 10%和 39%。社会医疗保险覆盖 58%的门诊患者和 91%的住院治疗患者，门诊和住院的报销比例分别为 45%和 57%。在现有的医疗体制中，政府医疗保险的福利最好，但只针对公务员。

除了报销比例之外，被访人对医疗保险的政策和管理也有微词。特别是在社保和商业保险体制下，找医疗保险公司报销医疗费用时耗时耗力，被访人对此意见颇大。

在被访人群中，人均自费医疗开支占人均年收入的 10%左右（见图 9）。对于需要医疗特别是住院治疗的人和不需要医疗的人来说，人均医疗开支的差别十分显著。具体来说，住院一次的自费额占人均年收入的 27%。门诊一次的自费额占人均月收入的 22%。与人均收入相对，门诊和住院一次的平均自费开支最低的城市是深圳和上海浦东。住院一次的自费开支占人均年收入比例最高的城市是成都，为 37%。门诊一次的自费开支占人均月收入比例最高的城市是大连，为 39%（见图 10）。

⁷ 社会 医保在农村地区的扩展尤为迅速。根据卫生部《全国新型农村合作医疗制度工作报告》（2008年），截至 2008年6月份，新型农村合作医疗制度覆盖了8.15亿（92%）农村居民。同样可以预计，在引入城镇居民基本医疗保险制度之后，城市地区的医保的覆盖范围也会快速扩展。

图 9 各城市人均医疗开支中的自费比例，2006 年（人民币，占人均年收入的百分比）

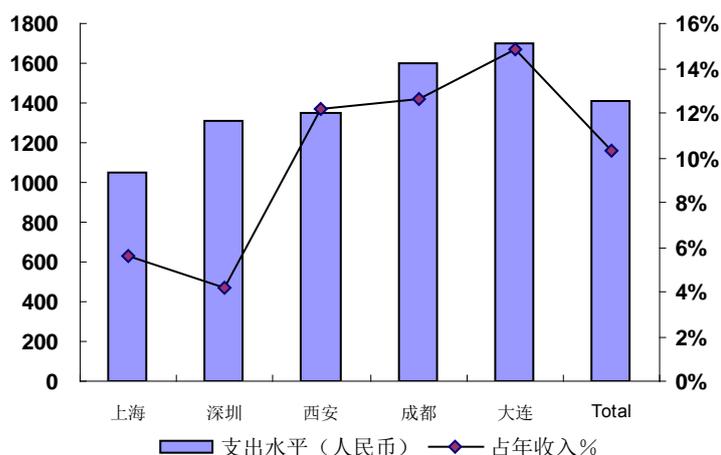
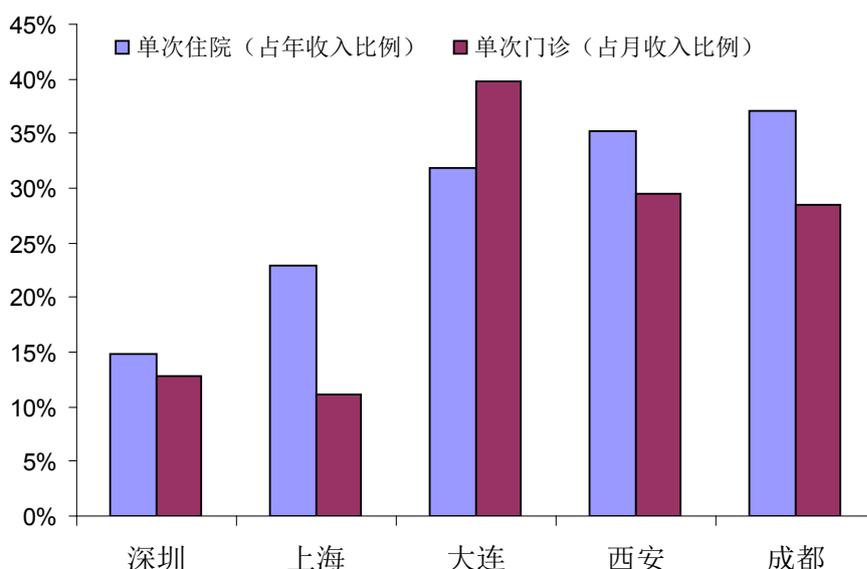
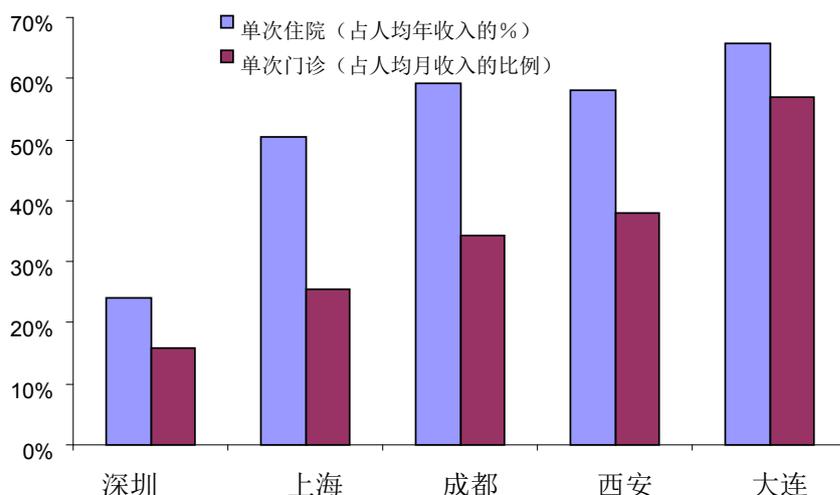


图 10 各城市医疗自费支出占人均收入的比例，2006 年



不论是从绝对值的角度还是从占人均收入比例的角度，医疗成本（包括自费部分和后来通过医疗保险报销的部分）在各城市的差别很大。调查显示，一次典型的住院治疗大概需要 16 天，花费超过 7600 元人民币。门诊治疗一次平均花费 410 元人民币。从绝对值的角度来看，在这五个城市中，住院一次的平均成本最高的城市是上海，为 9000 元人民币，门诊一次的平均成本最高的城市是大连，为 540 元人民币。从占人均收入比例的角度来看，住院和门诊成本最高的城市都是大连，住院一次的花费占人均年收入的 66%，门诊一次的花费占人均月收入的 57%（见图 11）。

图 11 各城市平均医疗成本占人均收入的比例，2006 年



此外，调查还显示，群众普遍认为，医疗机构和学校还有一些非正式的花费和送礼花销。约一半的被访人认为，给医疗人员的非正式花费（红包）有助于治疗；41%的被访人认为，给教师送礼确实有用。值得提到的是，64%的人认为，做手术给医生送红包是必需的。但只有4%的被访人承认自己给医疗人员送过红包。在这些送过红包的人中，门诊送红包的平均金额为750元人民币，住院送红包的平均金额为1055元人民币。在教育方面，4%的被访人承认给教师送过礼，1%的被访人承认请教师吃过饭，只有0.3%的被访人承认给教师送过红包。医疗机构送红包比例最高的城市是大连和深圳，给教师送礼比例最高的城市是深圳。给医疗机构和学校送红包和送礼比例最低的城市是成都。

在水的问题上，对水费的不满并不是水费的总体水平，而是水费价格的上涨幅度过大，自1998年开始大城市的水费涨价已经超过70%。实际上，从国际范围看，中国的水费标准现在仍然相对较低，从经济分析角度来看，还不足以收回成本。分析显示，如果把水费价格上调，完全收回成本，最贫困的五分之一家庭还需要拿出家庭收入的3%以上，来支付上涨的水费。

除了水费以外，群众还对供水系统维护的可靠性和自来水公司的服务热线效率表示相对不满。西安的自来水普及率最低，平均为89%。上海浦东的群众对水的味道和纯度不满程度最高。

经济负担不平等

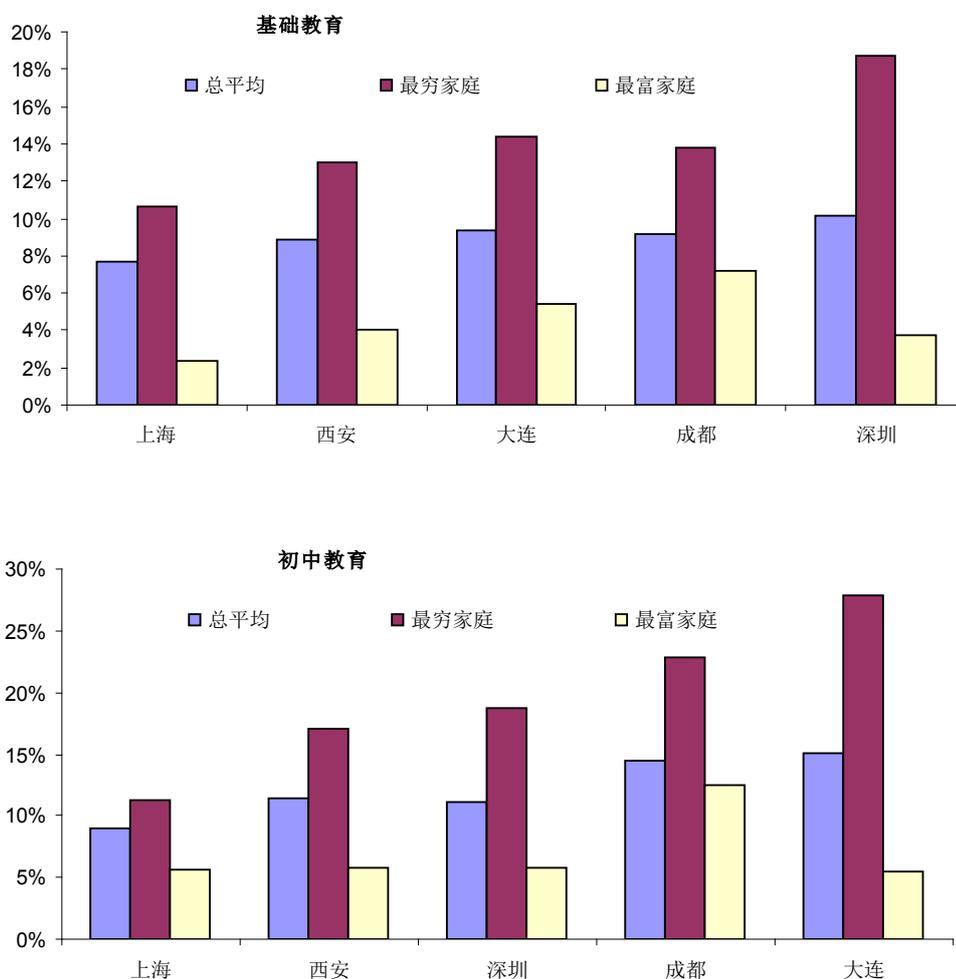
对于城镇贫困人口和农民工来说，服务费用的问题尤为突出⁸。更多信息见框 2。城镇居民和农民工当中的最低收入群体为公共服务费用支出占家庭收入比例最高，自费开支占家庭收入的比例也最高。

⁸ 根据中国的情况，“农民工”指那些在正式的家庭注册地（户口所在地）以外的地方生活的公民。大部分农民工都是农村户口，但通常情况下，长期合法地在城市生活。

教育方面，城市调查显示，从绝对值的角度来看，富裕家庭比贫穷家庭的教育开支要大。最富裕的五分之一家庭每学年在每个孩子身上的教育花费为 5800 元人民币，而最贫困的五分之一家庭每学年在每个孩子身上的教育花费为 3500 元人民币。

但是，从占家庭收入比例的角度来看，每学年每个孩子的小学 and 初中教育开支占最富裕的五分之一家庭的年收入比例分别为 5% 和 7%，占最贫困的五分之一家庭的年收入比例分别为 14% 和 19%。在这五个城市中，对于最富裕的五分之一家庭来说，每学年每个孩子的小学教育开支占家庭年收入的比，从上海浦东的 2% 到成都的 7% 不等；对于最贫困的五分之一家庭来说，这个开支占家庭年收入的比从上海浦东的 11% 到深圳的 19% 不等。对于最富裕的五分之一家庭来说，每学年每个孩子的初中教育开支占家庭年收入的比，从上海浦东的 6% 到成都的 13% 不等；对于最贫困的五分之一家庭来说，这个开支占家庭年收入的比从上海浦东的 11% 到大连的 28% 不等（图 12）。

图 12 不同收入群体的教育开支占家庭年收入的比



框 2 农民工和公共服务：调查结果

在过去十年，中国的农民工不断从农村向城市迁移，在城市工作但是没有正式的城镇居民身份（户口），农民工的规模不断扩大，随着一些政策的出台，农民工的基本权利也日益改善，对农民工的歧视也日益减少。本报告在五个城市的调查结果也体现了这种进步，同时也从农民工及其子女的角度，揭示了城镇公共服务治理方面还存在的若干挑战。

不是所有的农民工都贫困。调查显示，在 2006 年调查的五个城市里，最贫困的五分之一人口中，50%是农民工，50%是城镇居民。最富裕的五分之一人口中，25%是农民工，75%是城镇居民。

教育。调查反映了农民工子女的就学问题。2001 年颁布的《国务院关于基础教育改革与发展的决定》禁止城市公办学校对农民工子女的歧视，教育部随后又出台了一些通告和规定，要求城市公办学校对农民工子女一视同仁。但是，学生信息管理系统还没有完全建立，资金也没有跟上。因此，地方还是通过各种手段限制或不鼓励农民工子女到公办学校就读，比如：数量限额、提出不同的费用要求。2006 年调查的城市中，公办学校向城镇居民收取的择校费平均为 1100 元人民币，对农民工收取的择校费平均为 3650 元人民币。子女在公办学校就读的农民工中，30%以上都表示子女入学面临障碍，比如：歧视、拒收和费用要求。子女未能在公办学校入学的农民工中，70%以上都表示，不能入学的原因是学校拒收（其中 98%的拒收都没有正当理由），12%是因为费用过高。结果，10%的农民工子女只好去私立“农民工学校”就读。“农民工学校”饱受诟病，有时因达不到基本的教学标准和要求而被政府关闭。譬如，在北京，2004 年共有 500 所农民工学校，但只有 46 所学校达到政府标准（教育研究中心，2006 年）。民工学校与公办学校不同，政府不给予任何资金补助。因此，民工学校虽然教学质量普遍低下，但 2006 年五个城市的调查发现，民工学校的收费（平均每年 2400 元人民币）比公办学校对城市学生的收费（平均每年 900 元人民币）要高，颇具讽刺意味。调查显示，农民工家庭平均每年在子女就学方面要花费 13%的家庭收入，而城镇户口的家庭在这方面的开支仅占家庭收入的 9%。根据调查，农民工子女和城镇居民子女在就学方面最平等的城市是大连，几乎所有农民工子女都在公办学校就读，而深圳的比例只有 60%。大连市农民工对教育服务的满意程度最高，深圳最低。

卫生和医疗。调查显示，与城镇居民相比，农民工一般比较年轻（平均年龄为 28 岁，而城镇居民的平均年龄为 40 岁），对自身的健康认同程度较高，参加医疗保险的比例较低。《劳动法》要求地方政府推进基本医疗保险，使所有劳动者都参加用人单位和个人共同缴费的基本医保，但根据 2006 年五城市调查的结果，只有 21%的农民工参保（城镇职工参保率为 80%）。此外，还有 4%的农民工购买了补充医疗保险。由于参保率低等原因，农民工看病的自费比例很高（门诊和住院治疗的自费比例分别为 91%和 71%，而城镇居民门诊和住院治疗的自费比例分别为 58%和 44%）。农民工门诊一次的自费开支占农民工人均月收入的 90%，住院一次的自费开支占农民工人均年收入的 90%，是城镇居民自费占收比的两倍。五城市中，虽然深圳的城镇居民和农民工收入差距最大，但在医疗方面的开支差距却最小。医疗方面差别最大的城市是大连和西安。

水。上面提到的农民工医疗和教育问题是由于中央政策和规章的执行力度不够导致的，农民工自来水供应的问题却多源自他们通常的住期都很短暂。在调查的城市中，10%的农民工（0.6%的城镇居民）没有使用自来水。条件最差的是西安和大连，分别有 29%和 14%的农民工没有自来水，而上海、成都和深圳的这一比例为 2-4%。

总体来看，农民工为了提高收入自愿到城市找工作。农民工是中国很多行业发展的重大驱动力，促进了建筑和服务业的快速发展，推动了城市化进程，促进了减贫和经济发展。虽然政府有必要对人口迁移进行谨慎管理，但农民工获取基本公共服务面临诸多障碍，这已经成为一个非常突出的问题。如果农民工子女对机会错失、不平等和歧视形成一种强烈的意识，在这样的环境下长大，可能会影响社会安定团结与和谐。

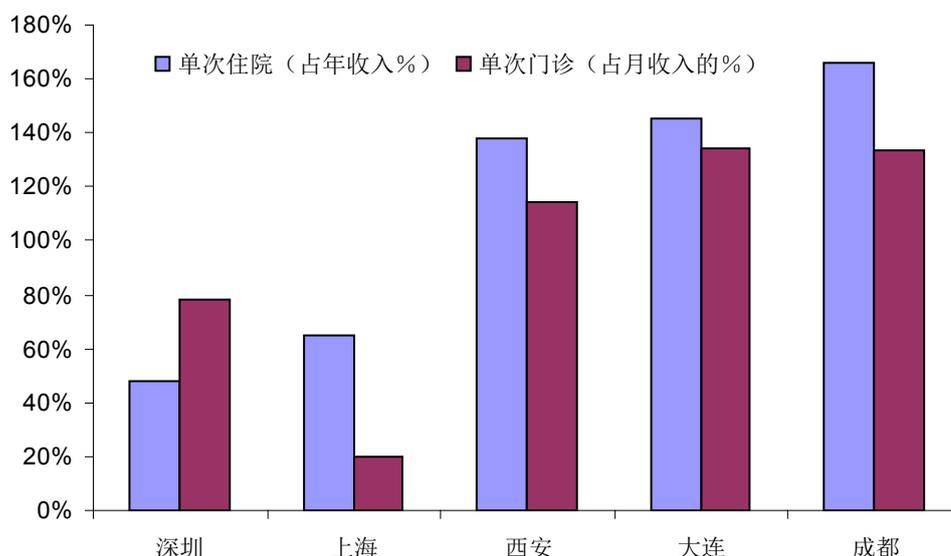
住院自费额过高，是穷人举债和致贫的一个常见原因。2006年五城市的调查显示，对于最贫困的五分之一人群，平均每次住院的自费额超过其人均年收入的140%，而对于最富裕的五分之一的人，自费比例大约为其年收入的10%。图13显示，成都最贫困的五分之一人群平均每次住院的自费额接近人均年收入的170%，深圳的这个比例是60%。

对于最贫困的五分之一人群，每次门诊自费开支是人均月收入的84%，对于最富裕的五分之一人群，这个比例大约是11%。如图13所示，上海浦东最贫困的五分之一人群每次门诊的自费开支占其人均月收入的20%，大连和成都的这个比例则高达135%。有意思的是，调查显示，最贫困的五分之一人口的门诊药费开支较高（占其门诊总成本的14%，而最富裕五分之一人群的门诊药费只占门诊总成本的7%），原因可能是后者生小病时自行买药替代看医生。

穷人的医疗负担过重，部分原因是现有医疗保险的覆盖面低。如图14和图15所示，现有的医疗保险覆盖的穷人数量远远少于不贫困的人。

调查有个惊人的发现，平均住院成本和相关的自费开支对于穷人来说，不仅是相对比例更高，而且绝对值也更高。对于最贫困的五分之一人群，平均住院成本超过8000元人民币（其中61%是自费），最富裕的五分之一人群约为7200元人民币（其中45%是自费）。这种差别可能是因为贫困人口（上保险的几率更低）会等到病情严重了再去找医生，所以医疗成本更高⁹。五城市中，最贫困的五分之一人群住院的自费比例从大连的54%到深圳的69%不等，门诊自费比例从上海的50%到大连的87%不等（见图16）。

图13 最贫困的五分之一人群的医疗自费额平均占收入的比例, 2006年



⁹关于住院和门诊治疗成本的信息是家庭调查时采集的，可能不够精确，因为有保险的人对治疗成本的了解不如未参加保险的人。

图 14 不同收入群体的医保参保率，2006 年

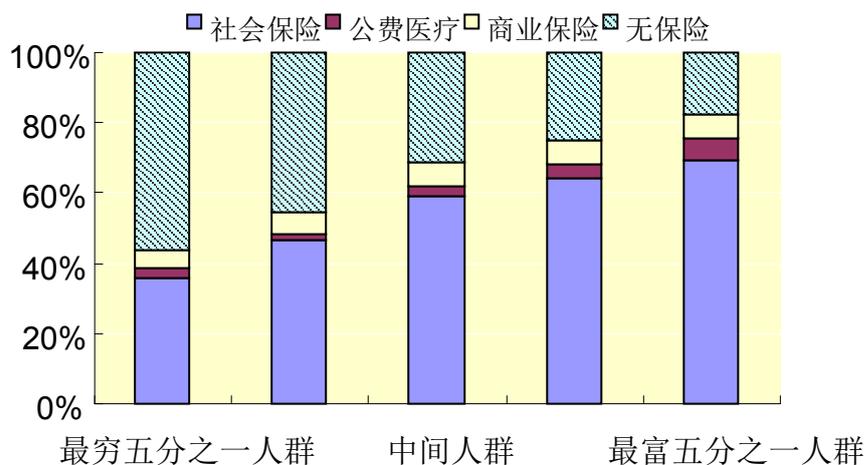


图 15 最贫困和最富裕的五分之一人群的医保参保率，2006 年

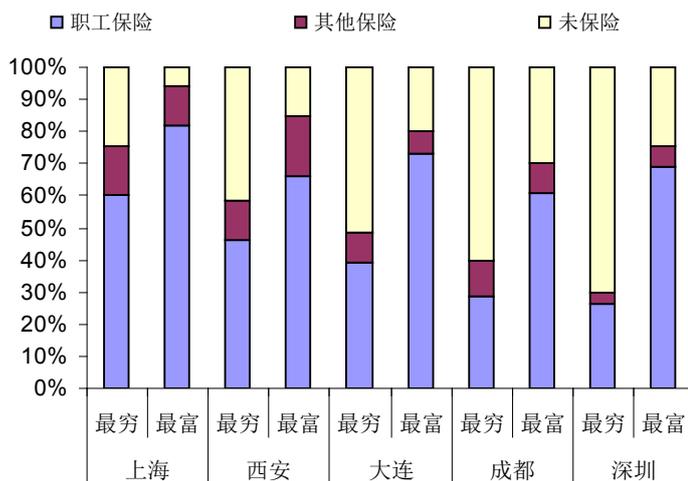
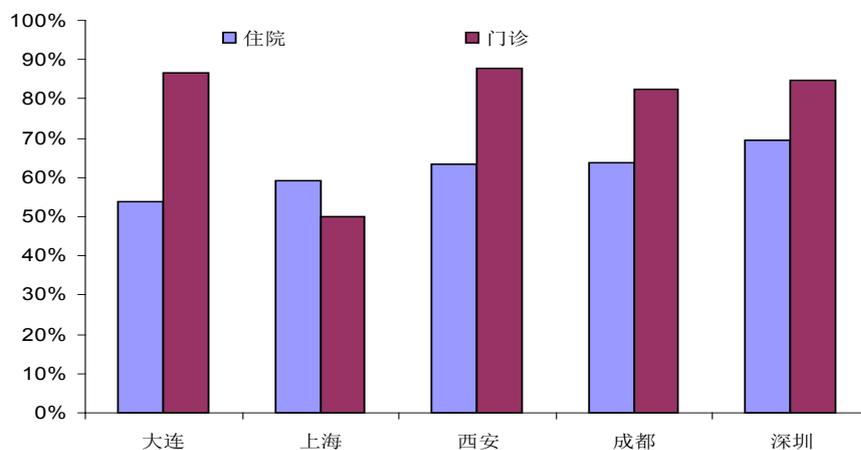


图 16 不同城市最贫困的五分之一人群的医疗自费比例，2006 年



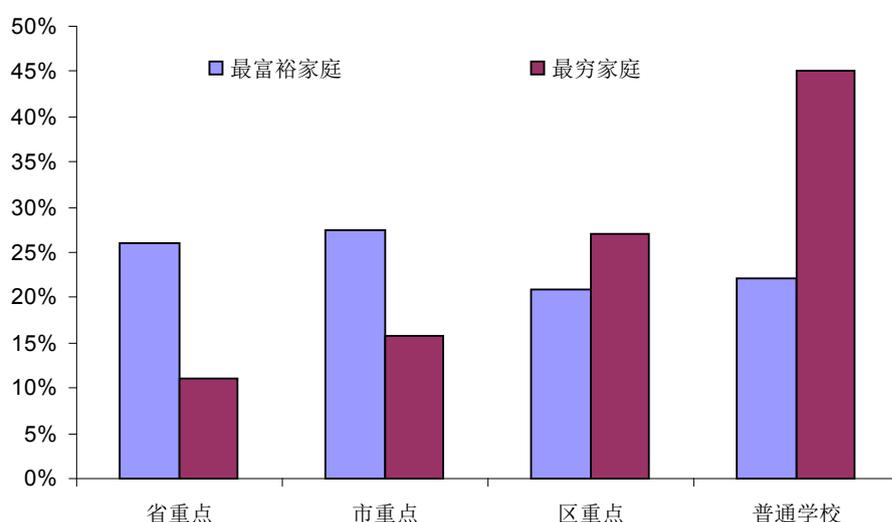
调查显示，与类似发展程度的国家相比，中国的住院成本非常高，穷人住院的经济负担确实过重。其他研究也指出了农村地区医疗负担过重的问题¹⁰。本调查结果显示，医疗自费比例过高，对城镇贫困人口也是个沉重的负担。

服务利用水平和质量的不平等

调查显示，与较富裕人口相比，城镇贫困人口和农民工为公共服务支出的家庭收入比例更高，而且在公共服务利用和服务质量方面得到的收益更少。服务质量的等级差异很大，在城市不同地区也存在很大差异。在教育和医疗体系中，服务机构的服务等级非常明显。省重点学校和省医院的服务质量等级最高，拥有最优秀的专业人员和设施。市重点学校和市医院其次，区重点学校和区医院排在第三。再往后是普通学校和社区卫生中心。质量最低的是私立民工学校和私人小诊所。

教育方面，城镇居民，特别是高收入城镇居民的子女上重点学校的比例较高。如图 17 所示，2006 年五城市调查结果显示，最富裕的五分之一家庭的子女在省重点学校就读的比例为 28%，但最贫困的五分之一家庭的子女只有 11% 在省重点学校就读，农民工子女只有 8% 在省重点学校就读（城镇居民的子女在省重点学校就读的比例为 16%）。另一方面，最富裕的五分之一家庭的子女在普通学校就读的比例为 22%，最贫困的五分之一家庭为 45%，农民工家庭为 55%（城镇家庭的子女在普通学校就读的比例为 37%）。

图 17 不同收入群体就读的学校类型
(在特定类型的学校就读的子女比例)，2006 年



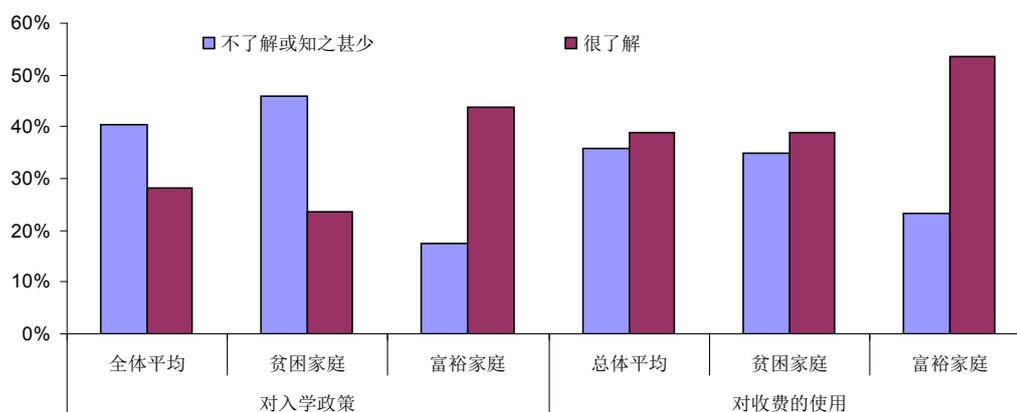
从另一个角度看，调查显示，最富裕的五分之一家庭的子女择校（而不是就近）就读的比例为 39%，而最贫困的五分之一家庭的子女择校就读的比例仅为 16%。五城市中，深圳的择校率比例差异最小，最富裕家庭的择校率为 28%，最贫困家庭的择校率为 23%。择校率差异最大的是上海浦东（52%和 6%）和成都（63%和 27%）。

¹⁰ 见辛英等人和 Herry Lucas (2007 年)《中国卫生经济》[2007 年第九卷]“中国农村医疗支付能力”一文。具体数据见中国卫生服务调查研究结果，卫生部每五年发布一次。

择校的父母表示，他们择校的主要原因是追求更高的教学质量、或者图方便，追求特别才能的培养，择校入学要参加特别考试并缴纳择校费。未能进入自选学校就读的学生父母中，51%表示原因是没有本地户口，30%是因为费用过高，10%是因为没有通过入学考试。

调查分析还发现，选择重点学校和自择学校的就读率水平与父母的教育水平有关，不同收入群体的受教育水平通常也不同。同样，父母对入学政策和程序的了解程度差别也非常大（见图 18），最贫困的五分之一家庭中，46%对此一无所知，而最富裕的五分之一家庭，只有 18%一无所知。

图18 对入学政策和学费使用的了解程度，2006年



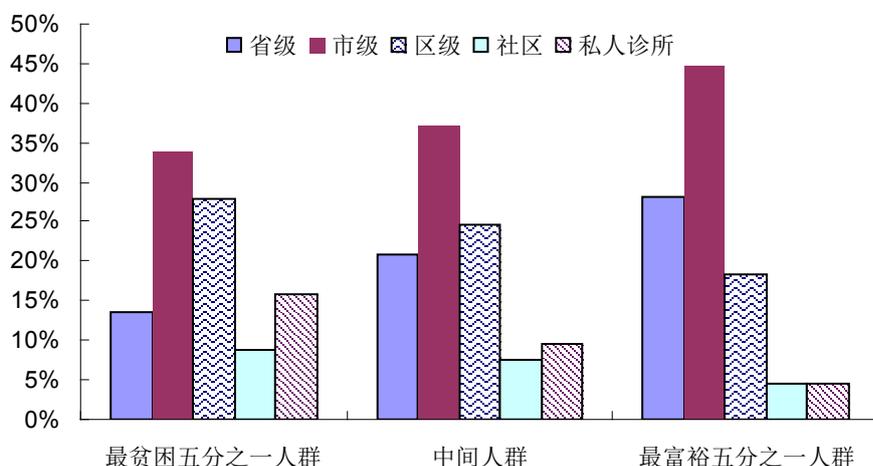
关于医疗，本调查发现与中国已有的很多研究¹¹相吻合，揭示了民众对医疗资源的利用与其支付能力紧密相关。很多文献揭示了医疗服务利用在农村和城市间的诸多差异，本调查发现城市间也存在类似但更细微的差别。调查结果显示，穷人往往忽视疾病的预防，生病了也一直拖到病情严重了才去治疗，这可能也是影响疗效以及住院时间和成本的一个因素（上文已有涉及）。在调查的最贫困五分之一人群和农民工中，最近一次去医疗机构时没有人是去做体检。实际上，社区卫生中心具有非常重要的疾病预防功能，但民众对其利用率偏低。在最贫困的五分之一人群中，71%生病时不就医（最富裕的五分之一人群中，这个比例是67%）。在生病时不就医的受访者中，61%最贫困的五分之一人群（22%最富裕的五分之一人群）表示主要原因是费用高。在住院方面，35%最贫困的五分之一病人（9%最富裕的五分之一病人）要求提前出院，即完全康复之前出院或违背医生的意见出院。在提前出院的病人中，72%表示主要原因是无力再支付医疗费。穷人提前出院的比例高，与他们的疗效较差以及单次住院治疗成本偏高具有一定关系，前文已有论述。在五城市最贫困的五分之一人口中，出院时康复程度最好的城市是上海浦东，最差的是西安，西安最贫困的病人请求提前出院的比例最高。

同样，对医疗机构层次的选择也和支付能力相关。最贫困的五分之一家庭中，25%的家庭到基层医疗机构（如社区卫生中心和私人小诊所）就诊，在最富裕的五分之一家庭中，这个比例是9%。最贫困的五分之一家庭中，只有14%的家庭到高级医疗机构

¹¹例如：2008年10月《柳月刀》“中国卫生体制改革”一文；《中国卫生经济》（2007年）孟庆跃“中国卫生保健体制改革与健康公平”一文；王绍光（香港大学）“政策导向、汲取能力与卫生公平”（2005年）一文，见<http://www.tecn.cn/academic/paper/wangshaoguang1.pdf>。

（如省专科医院）就诊，在最富裕的五分之一家庭中，这个比例是 28%（见图 19）。从居民体验的角度来看，在所有类型的医疗机构中，居民对社区卫生中心和私人小诊所的满意度最低。

图 19 不同收入群体对医疗机构的选择，2006 年



如果享受到的医疗水平还要受一些“灰色”开支的影响（如前文所述给医护人员的红包），那么这对穷人无疑是雪上加霜。受访者中最贫困的五分之一人群中只有 1%（最富裕的五分之一人群中则有 5%）表示为了得到更好的医疗质量，曾向医疗人员支付过非正式费用。同样，最贫困的五分之一人群只有 2%（最富裕的五分之一人群中则有 13%）的父母承认给老师送过礼。调查显示，送礼现象最普遍的城市是深圳，连最贫困的五分之一家庭中都有 4%的家长给教师送过礼，最富裕的五分之一家庭中，这个比例是 17%。

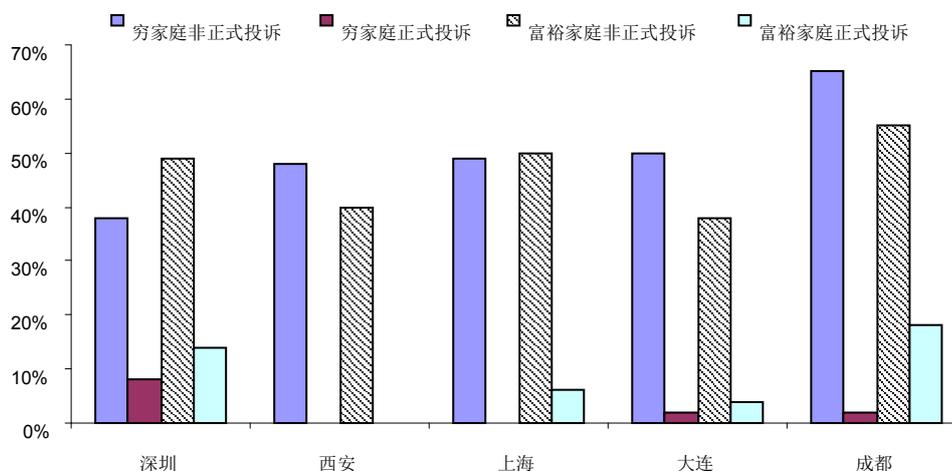
投诉意愿

本调查提供了一个有用的视角来考察群众投诉意愿。调查了解到群众对公共服务的满意程度，揭示了居民对服务的信任度、其享受服务的平等性和话语权等。

在调查的城市中，一般群众，特别是贫困人口和农民工似乎不愿意诉诸正式投诉来纠正问题。总体来说，最富裕的五分之一人群、拥有城市户口的居民提出正式投诉，即通过官方渠道反映问题的意愿最强。深圳被访人的正式投诉比例最高（超过 3%，其他城市不到 1%）。分析认为，正式投诉比例高，可能与深圳居民的平均年龄相对较小有一定关系。

在教育方面，约一半被访人都表示曾通过非正式渠道进行过投诉，但进行过正式投诉的比例，在最富裕的五分之一人群中也只有 8%，最贫困的五分之一人群中更是仅为 2%。成都的父母进行过非正式投诉的比率最高，达到了 68%，最富裕的五分之一人群的正式投诉率也最高，为 18%（图 20）。这一发现可能会引发疑问：成都居民在民意调查计分卡上就服务满意度打分时是否很开放？与其他城市相比，成都居民给出的满意度最高，但同时也承认，他们的投诉也最频繁（尤其是通过非正式渠道）。

图20 对教育服务的投诉情况，2006年（占人口比例）



只有38%进行过投诉的家长收到过有关方面的反馈，21%对反馈表示满意。未投诉的家长中，近30%的家长认为投诉无用（其中41%来自最贫困的五分之一家庭）；近20%的家长担心投诉后会给予子女上学带来负面影响。

在医疗方面，58%的被访人表示曾就服务问题跟家人或朋友表达过不满，但只有1%的人提出过正式投诉。正式投诉的人群中，不到三分之一的人从有关方面收到过答复，30%收到答复的人表示对答复表示满意。未提出正式投诉的人中，三分之一认为投诉无用，四分之一认为这种问题普遍存在。

在城市用水服务方面，近50%的被访人表示，曾就城市水服务的某些问题对亲友表达过不满，但只有3%的人提出过正式投诉。未投诉的人中，60%认为投诉没用，15%的人怕耗时耗财，3%担心报复。

信息不对称

调查显示，群众的看法有时和实际情况并不相符。有时群众对服务质量的想法与政府调研的结果不吻合，比如在城市用水方面。尽管水利部的监测结果一再显示，中国城市地下水的污染率高达97%（64%的城市污染严重），即使是地下水达标的城市，配水系统也存在次级污染的问题，影响了自来水的水质，但群众对这些官方检测结果无从了解，普遍对自来水的质量表示满意。在医疗方面，群众对服务质量的满意度也偏离了许多研究的结果，这些研究发现，中国同时存在高价医疗服务过度而低价有效的医疗服务不足。¹²

在公共服务领域的信息不对称问题，是个普遍存在的国际问题，需要政府采取措施进行纠正，让群众知情，保护群众。造成信息不对称的主要原因在于，要分析公共服务的质量、适度甚至安全性通常都需要专业知识。自来水的安全性是不能靠人的感官能够断定的。医学诊疗的适度和成本效益对于非专业人士来说也是无从判定的。同样，如果没有专业的评估，也很难断定学校在教学质量方面的表现。国际上比较好的

¹² 2008年10月《柳月刀》“中国卫生体制改革”一文。

做法是保证群众及时获取公共服务方面的可靠信息，通过把群众利益放在首位的知情机构代为群众购买服务。

调查的城市在消除信息不对称方面还做得很不够，有时由于保密限制进一步加剧了这种信息不对称。服务质量的监督机制要进一步完善，向群众提供必要的信息，使之做出知情选择，并实施服务问责制。政府监测发现了公共服务提供方面存在的问题，但这些信息通常是保密的，群众了解不到，不能据此调整他们利用服务的方式。

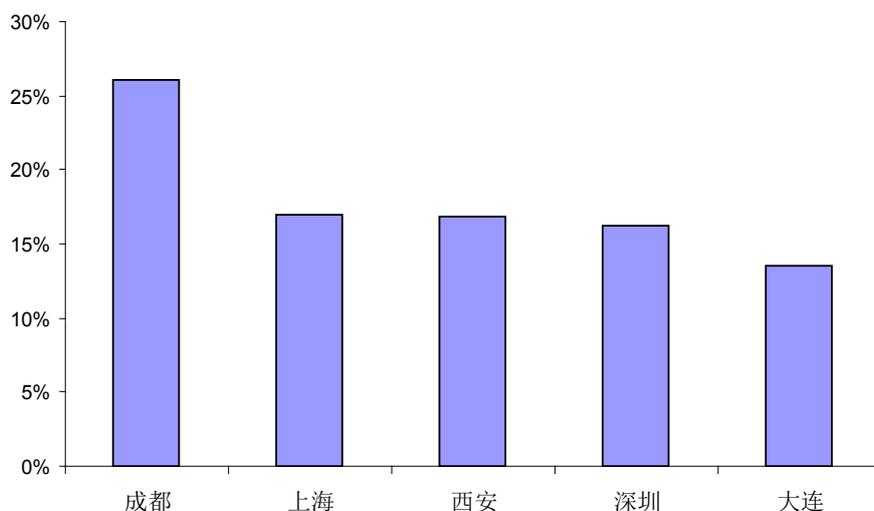
被访人对政府政策、行政程序、标准和费用的认知也有限。不同城市的认知度有差别，但在调查公共服务提供的几个领域，普遍存在认知不足的问题。调查显示，城镇贫困居民和农民工获取相关信息的难度最高。

在教育方面，群众的信息缺乏主要体现在对学校招生政策、招生流程和费用的不了解。在调查的五城市中，家长对学校招生和费用问题了解程度最高的是上海浦东，了解程度最低的是深圳和西安。在与学校沟通方面，成都和大连 72%以上的家长表示与学校进行了及时沟通，但深圳的这个比例只有 47%。

同样，群众对医疗保险的政府政策、医保报销和医疗干预的价格认知有限。比如，大部分被访人表示事前不了解医疗服务的价格（只有 5%的人在治疗之前就知道价格，79%是在付款前不久或付款时才知道价格）。

群众对自来水的水质，以及水安全的信息很有限。只有 18%的被访人听说过水质检测报告。成都 26%的群众听说过水质检测，是五城市中了解程度最高的城市（见图 21）。调查显示，有关部门进行的自来水水质检测结果一般都是保密的，不对外公开。群众对自来水成本信息的认识也很不足，比如，现在的水费标准仍然不足以完全收回成本，很多人对此并不知晓。调查显示，群众希望以低价获得更好的服务，这显然是不现实的。关于水供应的可靠性，五城市中上海在停水提前通知方面做得最好。

图 21 是否听说过水质监测，2006 年（人口比例）



因此，调查显示，群众获取本地公共服务相关信息的渠道很有限，有关部门需要进一步完善这方面的机制，保护群众利益（如上文论述的，各领域解决群众投诉的力度不够）。这就对治理公共服务提供提出巨大挑战，下一章将具体论述这个问题。

第二章 治理城镇服务提供所面临的挑战

调查结果和研究分析证实了政府有必要加强普遍服务提供的均等性，改善服务质量。调查发现，公共服务的可及性、利用率、收费和质量在不同的人群、不同的服务提供机构、市内不同区县之间都存在很大差异。中国的发展迅速，城镇经济和社会面貌发生巨大变化，这些问题的存在不足为奇。转变服务提供体制，满足弱势群体的需求，并随着劳动力的迁移对服务政策进行灵活调整，对任何国家都并非易事。在中国经济社会快速转型、权力下放的背景下，要使公共服务满足所有人的需求，尤为不易。中国政府已经意识到公共服务对于经济社会持续发展的重要意义，并对国家政策进行了相应调整，鼓励地方政府推进公共服务提供的均等性和质量。

在调查分析和案例研究的基础上，本章探讨了治理中国城镇服务提供的制度挑战。本章重点讨论了基础公共服务的融资安排和问责制关系，这是目前影响服务均等性和质量的核心问题。

第一节 公共服务的融资

公共服务的效果在很大程度上是由融资体制和地方政府与服务提供机构的相关激励结构决定的。本节阐释了五城市在公共服务提供方面面临的挑战反映了中国财政体制的分税制特点。此外，服务的供方支付机制，特别是在卫生领域，对医疗的均等性、效率和质量具有重大的影响。

公共财政对服务提供的支持

中央政府已经着手解决基本公共服务资源的资金不足、分配不均和效率低下的问题，很多研究都指出了这些问题¹³。在过去十年，中央政府已经采取了一系列政策，着手解决基本公共服务资源的不足、分配不均和效率低下等问题，通过实施“西部大开发”战略，重点解决区域发展不平衡的问题；通过实施国家扶贫战略满足贫困人口的基本需求，并通过各领域的特殊政策措施努力消除城乡发展不平衡的问题。从上世纪九十年代末开始，中国开始实施大规模的公共投资计划，推进基础设施建设，尤其是在交通部门，国家政策向十二个欠发达省份倾斜。国家扶贫计划的资金投入也重点用于扶持基础设施建设，包括全国贫困县和乡村的饮用水安全、道路建设等。虽然到2007年政府的教育投入还只占GDP的2.9%，卫生投入仅占GDP的0.9%¹⁴，在这两个重要的社会发展部门，政府也已陆续出台了一系列重要的政策措施。九年义务教育的公共开支持续增加，尤其强调要在西北省份和各省农村地区完成九年普遍义务教育的目标。同样，在卫生领域也推出了一些新的举措，包括加大公共卫生基础设施建设方面的投入、推进新型农村合作医疗、针对城镇非从业居民（包括其子女）推进城镇居民

¹³ 例如：世界卫生组织/联合国儿童基金会/联合国人口基金（2006年）等共同完成的《中国孕产妇与儿童生存策略研究》；王小林、梅鸿（2006年）完成的《中国预算体制与儿童教育卫生服务筹资》，（联合国儿童基金会和国务院妇女儿童工作委员会办公室）。有关数据还可以参考中国卫生经济研究所的《中国卫生总费用测算》年度报告。

¹⁴ 依据《中国卫生总费用报告》（2008），2007年中国卫生总费用中政府卫生投入占GDP的0.9%、社会性卫生支出占GDP的1.6%，居民自付卫生开支占GDP的2.0%。

基本医疗保险等等，政府投入这些项目的公共支出越来越高，其宗旨是让所有中国公民都能够从公共卫生项目和基本医疗中受益。按照“十一五规划”，为建设社会主义新农村也开展一些新的投入项目，旨在缩小公共服务领域的巨大城乡差距。

本调查显示，基本公共服务领域存在的公共资源不足、分配不均、效率低下问题在城市内也同样存在，只不过相对农村地区而言程度较轻。在调查的城市中，资金不足影响了有些公共服务的可靠性和质量，也影响了其他公共服务的公平使用。案例研究表明，在有些城市，很多“普通”小学和中学、社区医疗中心和城镇水系统的资金都无法满足居民的基本需求。

城市不同辖区、位置和社会经济背景的人群在享受公共服务中也存在差别，但这种差别比城乡间差距要小。从地理位置上来说，城市内部服务质量的差别反映了市内不同区县的财政实力差距。市内（省内）财政的平均分配资金的机制效力薄弱，削弱了公共服务为儿童和总体人口提供平等机会的作用。同样，案例研究表明，公共服务的结果（如高中入学率等），也因服务提供方的辖区不同以及同一个市内的区县不同而存在差别。

此外，调查和研究还表明，公共资源的分配不均间接地使城市的富裕人口受益。虽然公共资源更多流向“重点学校”和专科医院并不是政府的政策，但实际上这对富裕的城镇居民更有利。低收入城镇居民和农民工要么负担不起这些条件好的设施，要么在使用服务时面临行政上的障碍。另外，由于排名靠前的重点学校和重点医院面临的服务需求量大，这些学校和医院通过择校费、医院注册和服务费中获取了额外收入，进一步加剧了公共资源的分配不均。再加上学校（尤其是所谓的“普通”学校）的资金有限，这进一步造成农民工子女就学困难、城镇贫困家庭和农民工子女获得的教育质量欠佳。

卫生筹资问题更为严峻，也是政府卫生体制改革方案（2008年宣布）中的一个内容。公共资源的投入不足、分配不均、效率低下（再加不当的供方支付系统——详见下文论述）导致公共卫生的基本职能履行和服务提供不足，城市的基本医疗服务提供不足，面向城镇贫困人口的社区医疗中心功能低下。卫生公共资源不足，影响了基本公共卫生职能、公共卫生服务和基本医疗服务对城市贫困人口发挥应有的作用。

配水网络的公共投入不足导致供水问题和陈旧管道导致水污染问题频繁发生。在调查的城市中，供水管网平均每年每公里就发生两次爆管事故，这个几率是欧洲城市的10倍左右。实际上，这些供水管网所需的人均投资和维护费用相对较低，因为中国城市的人口密度较高，人均管道工作量低于一般欧洲城市或美国城市。

公共资源分配不均和公共服务结果差异在很大程度上体现了分权的深度，中国的服务融资责任已经下放到市内的区县一级。与国际做法相比，省政府和中央政府承担的基本公共服务融资责任相对较小。

基本公共服务公共资源的配置不公问题，在城市地区没有在农村地区和全国范围那么迫切。但调查分析和案例研究表明，这些问题在城市也是实实在在的问题，加剧了收入差距，导致社会不公，群众不满。

有些城市在成功调整其公共支出项目，尽量满足弱势群体的需求。成功的试点有助于保证在市一级提供适当的公共服务资源。

大连市的政策是以每名学生等额补贴的方式向市内各区所有学校提供资金支持，并为学校教育能力的标准化提供资金支持，这些政策改善了学校教育的均等性和质量，至少在大连市的四个区实现了这个目标。此外，大连还实现了从市政府财政向三个（农村）县镇政府的实质性转移，目的是保证大连市所有学校的基本教育都达到省级标准。大连的基础教育举措改善了小学教育的机会均等性和义务教育的质量。省政府的财政均等承诺使得大连市在五个城市中基础教育方面为贫困人口和农民工服务方面表现最佳的一个重要原因。当然，除了调查的这五个城市以外，其他城市以及省级政府也有很多改善公共教育资源配置的有用经验。比如，江苏和浙江省的一些举措就值得关注，省政府在全省范围内以“教育券”的方式向贫困学生发放奖学金。

卫生方面，调查的五城市中，上海浦东和深圳支持对社区卫生中心工作人员进行培训，并提供经济上的奖励，鼓励社区卫生中心服务的利用（见框 3）。这些措施使更多的低收入群众能够利用到高质量的医疗服务。

框 3 上海浦东和深圳的社区卫生中心发展战略

上海浦东和深圳市政府采取措施，积极支持社区卫生中心的发展。社区卫生中心是实施卫生预防、卫生促进、基本医疗服务和计划生育服务的基层机构。其宗旨是向更多人提供及时、负担得起的初级保健服务，减少群众对专科医院的初级保健需求。

根据民意计分卡调查，在上海浦东，四分之一以上的门诊和百分之三的住院治疗是由社区卫生中心承担的，这个比例是五城市中最高的。在深圳，社区卫生中心的非医疗用途使用率也很高。

这两个城市都增加了对社区卫生中心的公共投入，采取措施加强了能力，提高了服务利用水平，如建立培训中心，为社区卫生中心的全科医生提供培训，并要求专科医院和疾病预防控制中心派遣员工轮流到社区卫生中心工作，对社区卫生的工作人员进行培训；并积极参加社区的健康促进活动。在社区卫生中心的工作经历是卫生专业人员升迁的一个必要条件。此外，设定两市的城镇基本医疗保险和其他保险计划对民众在社区卫生中心治疗的报销比例高于医院治疗的报销比例。

除了这些发展社区卫生中心的措施之外，上海浦东还对本地卫生资源进行纵向整合，引入社区卫生中心和医院之间的双向转诊体制，各级卫生机构之间进行信息和资源共享，完善了内部财务管理流程。自 2007 年开始，上海浦东开展了对社区卫生中心实施绩效监测、职工工资与治疗成本脱钩、根据明确的总体绩效调整工资等试点工作。

在深圳，社区卫生中心由医院支持和管理，主要职能是卫生促进和预防（特别是在接种方面）、计划生育、母婴健康、慢性病管理、康复、以及老年人护理等。为提高社区卫生中心的服务质量，深圳也实施了综合绩效监测和评估体制。

资料来源：背景文件和市政府网站

对服务提供机构的支付制度

研究发现，现有的供方支付制度使服务提供机构缺乏保障群众利益的动力¹⁵。不论是在城市还和农村地区，中国的公共部门担任着提供公共服务和重要的政府职能，包括监督和监测，但是却不得不依靠自我创收。很大程度上，公共部门通过收取服务费的形式获得收入，创收属于预算外收入，用于支付员工工资和其他运营成本。服务费和其他预算外收入大部分是在中央以下各级收取的，未能纳入政府的预算管理体

¹⁵ 例如：2008 年 10 月《柳月刀》“中国卫生体制改革”一文。

系。官方数据估算，预算外总收入的规模数据是GDP的 3-5%，但是实际上这个规模可能达到GDP的 7%。¹⁶

公共服务提供对服务者付费的依赖程度在不同部门的差别很大。在教育领域，尽管九年义务教育阶段服务者付费的比例在持续下降，服务者付费仍占总教育开支的 10%。在卫生领域，卫生总费用报告表明，近年来服务者付费的水平下降了，从 2001 年占卫生总开支的 60% 降到 2007 年的 45%，但按照国际标准来看，这个比例仍然过高，并会造成若干负面后果，包括民众因病致贫、避免就医。而且，在服务提供的付费安排中，靠使用者付费所得的收入依然占到服务提供机构收入的 70%。造成这种现象的原因主要在于目前社会健康保险支出还大多采用保险机构如基本医疗保险机构对患者就医的服务付费进行事后报销的形式。

国际经验和中国的研究表明，对服务收费的依赖，加上服务提供机构自主创收的压力，会产生诸多负面影响，尤其是在信息不对称和监测不力的情况下。可能导致服务提供方一味追求利益最大化，而忽视群众需求和公共利益。具体来说，卫生领域对服务收费的过度依赖会导致以下后果：

- 国家政策的实施面临重大挑战（创收与实施国家政策和标准有矛盾）
- 排斥性（一方面，贫困地区和贫困弱势群体在获取预防服务和高成本效益医疗服务时面临经济障碍，对母婴死亡率产生巨大的负面影响，另一方面，穷人使用医疗服务时不得不支付“灾难性”的费用，从而因病致贫）；
- 分配不均（城乡之间和城市内部都不均等，各省之间的差别尤其明显）；
- 效率低下（服务收费和其他预算外收入在正式预算管理框架之外，主要用于支付员工工资和运营以及行政开支，平均占公共部门和政府机构总收入的 37%）
- 服务质量和安全问题（由于上文论述的信息不对称，群众很难成为知情的服务使用者，难以监督公共服务的适当性、质量和安全）
- 群众不满（上一章已有论述）

通过价格控制普及基础服务的初衷很好，但设计不当可能导致这些负面影响进一步恶化。在卫生领域，信息不对称最明显，国内以及国际经验都表明，医疗服务提供机构往往通过过度治疗（如开大处方），用昂贵的诊断方法、服务和药物替代价格低、疗效好的治疗方法，从而规避开价格上限，使收入最大化¹⁷。这不仅加重了家庭的医疗负担，加剧了上述的所有负面影响。此外，价格限制也可能会扭曲家庭的行为。例如，调查发现，越富裕的城镇家庭，对水的使用效率越低。如果不论用水量多少都给予水费补贴，那么，用水量最大的家庭，也就是富裕的家庭所获得的补贴收益最多。研究发现，价格限制对服务提供机构和用户的行为影响都是负面的，是不符合穷人利益的¹⁸。

¹⁶ 2008 年 3 月，美国布鲁金斯学会-清华-世界银行中国公共政策论坛。

¹⁷ OECD（2002），《卫生保健体制：改革的经验教训》。

¹⁸ 孟庆跃等（2005 年）《牛津学报》“中国药品零售价控制政策对医院开支的影响”一文，或访问 <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/3/185>；K Eggleston 等人（2006 年），世界银行工作论文“中国的卫生

虽然中国有各种国家层面的指导方针和标准，但要平衡公共资源配置、监控服务收费、进行价格控制，对贫困家庭进行补偿性现金补助，这些任务主要还都是由地方政府承担的。同样，对供方的支付体制也是由市政府设计的，以改进服务提供的效果。

报告发现，调查的城市也已在逐步改革本地的对服务提供机构的支付体制。调查的城市正在转变服务收费，逐步提高基础教育和基本医疗的公共资源配置。有些城市正在尝试一些创新的方法给服务提供者付费。例如：有些城市已开始创新服务提供方支付方式。例如，上海浦东已开始向社区卫生中心的全科医生预先支付费用，以提高初级保健服务的利用率和成本效率。各城市也逐渐引入更现实（反映实际成本）和公平（反映使用量）定价模式。针对城镇贫困居民的现金补助项目也得到了加强，可以部分补偿公共服务的价格上涨。

持续改进对服务提供机构的支付体制至关重要。中国自身的经验和国际经验都表明，要改善服务效率、成本控制和服务质量，实施一个适当的对提供机构的支付体制和问责机制比所有制结构更为重要¹⁹。

服务提供：文献综述”。

¹⁹ K Eggleston等人（2006年），世界银行工作论文“中国的卫生服务提供：文献综述”。

第二节 服务提供的问责制关系

问责制关系是公共服务提供的核心问题²⁰（框4简要解释了问责的含义）。调查显示，服务提供方和地方政府的目标有时会偏离中央政府制定的战略重点。研究表明，现有的制度安排和行政体制不足以激发地方政府机构和服务提供机构贯彻实施中央政策，保证公民平等享有基本服，并保证一定的服务质量。上一章已经论述过，虽然中央三令五申，针对农民工的“平等待遇”政策在各市的实施情况存在很大差异。

框4 治理的问责制

问责制可以监督公务员行为和决策，确保政府项目达到预期目标，根据社区目标群体的需求做出回应。问责制和回应性、公平与责任，是公共部门治理的一个重要组成方面。

个人或机构及其履行任务或职责的绩效在其他人或机构的监督、指导或请求之下，前者要就其行为向后者进行说明并提供合理解释，这样的关系下就构成*问责制关系*。因此，问责制的概念涉及两个阶段：*回答质询*和*执行*。

回答质询指政府、政府机构和公务员就其决定和行为向公众和负有监督责任的机构进行说明并提供合理解释的义务。执行指公众或监督机构可予以支持或责令整改。不同的监督机构既可能负责其中一个阶段，也可能对这两个阶段都负责。

资料来源：世界银行

<http://siteresources.worldbank.org/PUBLICSECTORANDGOVERNANCE/Resources/AccountabilityGovernance.pdf>

中国政府正致力于改善监管、监测和执行体系，以及改善公共服务提供时的问责制关系。国际经验说明，公共服务的本质，包括公共服务在经济社会发展中的作用、存在的外部性和信息不对称，使得治理改革并非易事。在中国的中央和地方各级，任一部门都牵扯到众多机构的政策利益，而且这些机构之间的协调机制不完善，使得改革愈加复杂。由于资金配给不足以及利益冲突，这些机构与服务提供机构之间的关系也很复杂。群众在公共服务方面的监督作用、发言权还远未发挥出来。

政府内部关系

在政府内部，基本公共服务纵向（各级政府之间）和横向（同级政府不同机构之间）的问责制关系尚不明晰。如下文所述，这个问题已经得到普遍认识，2008年中国对各部委和政府机构进行了机构改革，旨在理顺政府行政结构，提高效率。

在每个部门，多个部委和政府机构都有政策制定权。在中央一级，卫生（包括公共卫生安全）领域有近20个决策部门，教育和水领域分别也有近10个决策部门。其中每个部委和中央机构都负有部分责任，但究竟是哪个部委或机构负责主导或协调并不明确。再往下看，城镇地区有四级政府（农村地区有五级，包括乡政府），这些问题便以乘数扩展。横向看，各级政府各部门之间都存在政策协调不顺问题，纵向看，地方各级政府之间的责任不明，问题更加突出。

²⁰ 《世界发展报告：让服务惠及穷人》（2004年）。

政策协调机制普遍薄弱，同时存在权责不明、重叠以及利益冲突等问题。上级政府的各负责机构发布意见、通知、通告和其他形式的政策指导，而下级机构却不能明确自己的目标和任务。很多研究表明，政府内部结构责任不明给国家政策的实施带来难度²¹。目前的政府结构侧重行政控制，即投入控制，比如：人事和工资水平，对改善绩效重视不足。地方各省政府在实施中央政策、执行规章和监督公共服务方面有时也不一致。

近年来，中央政府意识到政府内部权责不明、混乱和利益冲突的问题，并推出了一系列改革举措，并展开相关政策辩论，旨在纠正这种局面。为明确各级政府的责任并加强问责制，中央政府积极完善绩效评估体系。为有效评估地方各级政府的绩效，并协调地方政府的激励措施，新系统将引入一套更平衡的绩效指标，包括反映公共服务均等性和质量的指标。从横向来看，中央政府实施了机构重组，加强各部委和政府机关的责任分配。决策高层已经意识到政府内部运作的问题，表达了政府机构改革和扩大治理改革的承诺，关于治理的政策辩论也因此兴起（见框 5）。

框 5 中国政府机构改革、治理改革和政策辩论

国务院中央机构编制委员会办公室主导了政府机构改革的工作。机构改革主要有四个目标：a) 精简政府机构、降低条块分割程度、加强机构间政策协调；b) 提高地方政府的政策实施效率；c) 精简议事协调机构和临时机构；d) 加快事业单位分类改革。机构改革特别要加强决策权、执行权和监督权，并且这三权要相互分离。

2008 年 3 月，第十一届全国人民代表大会批准了中央政府机构改革方案，包括设立几个“大部”。这几个大部中，国家发展与改革委员会（NDRC）协同财政部和中国人民银行，主抓宏观调控。NDRC 的微观经济和具体项目管理职能划给新组建的工业和信息化部。国家环境保护总局升级为环境保护部，旨在进一步加强政府的环保力度。新组建的人力资源和社会保障部整合了原人事部和劳动社会保障部的职能，旨在加强中国的社会保障项目。国家食品药品监督总局并入卫生部管理，加强食品药品安全。这些机构改革模式在适当时间会扩展到地方政府。实际上，2008 年中央机构的某些改革举措之前已经在有些地方进行试点，如深圳和苏州等地。

政府机构改革方案和进程已经成为政策辩论的一个话题。比如，2008 年 3 月，清华大学，美国布鲁金斯学会和世界银行联合主办了中国公共政策论坛，就中国的宏观经济挑战、结构失衡、社会发展和治理问题展开了开诚布公的政策辩论和探讨，取得了很好的成果。关于治理问题，辩论提到，政府机构改革是中国治理改革大背景下的一个环节，将促进未来转变为切实的政策和结果。专家讨论了如何将中国的公共治理体系与国家的经济发展目标结合，并将政府的战略目标和政治方向转为切实的治理行动。有些参会人员认为，中国还可以进一步激活制度安排、规则和流程，使个人和利益群体在决策过程中发挥影响力。有些参会人员呼吁加强执法，完善激励机制，提高执法能力，特别是在地方政府层面。有些专家认为，目前的行政体制过于复杂，要改进政策实施，就要理清各级政府之间的关系，消除职能交叉，加强各部委机构之间的统筹协调。很多人都认为，目前公共服务资金投入不足，政府机构和事业单位在预算外征收各种费用，是不当的做法。专家也知道这些预算外收入主要用于支付员工工资和其他行政开支，他们表示，把所有收入和开支都纳入预算，有助于改善政府的运作，也可以降低行政成本。

有些专家认为，如果中国实施立法、行政和司法三权分立，重新定位某些政府职能，进一步完善行政体制，可以更好地实现其战略目标。专家就强化全国人民代表大会的职能展开讨论。有些人认为，随着更多群众和弱势群体成为人大代表，全国人大也要培养代表的研究能力和法律起草能力。专家认为行政体制要与政府职能统一，要支持科学决策、科学实施。关于政策实施，专家强调要增加基本政府职能和对公共服务的投入，消除预算外收费的行为。论坛指出，中国在法制道路上已经迈出了重要的步伐，有几位专家强调，中国亟需加强执法和问责机制。与会人员还强调要在政策制定和实施过程中，协调激励机制，消除利益冲突，提高透明度，让群众参与到决策过程和问责机制中来。

²¹ 例如：刘志（音译）（2004 年）“中国基础设施建设规划和政策协调”；Kenneth Lieberthal（1997 年）《治理中国：从革命到改革》；还有大量的中文文献，如：王军（音译）（2006 年），党报（第 1 卷），“加强中国行政体制政策制定和政策协调若干问题”一文。

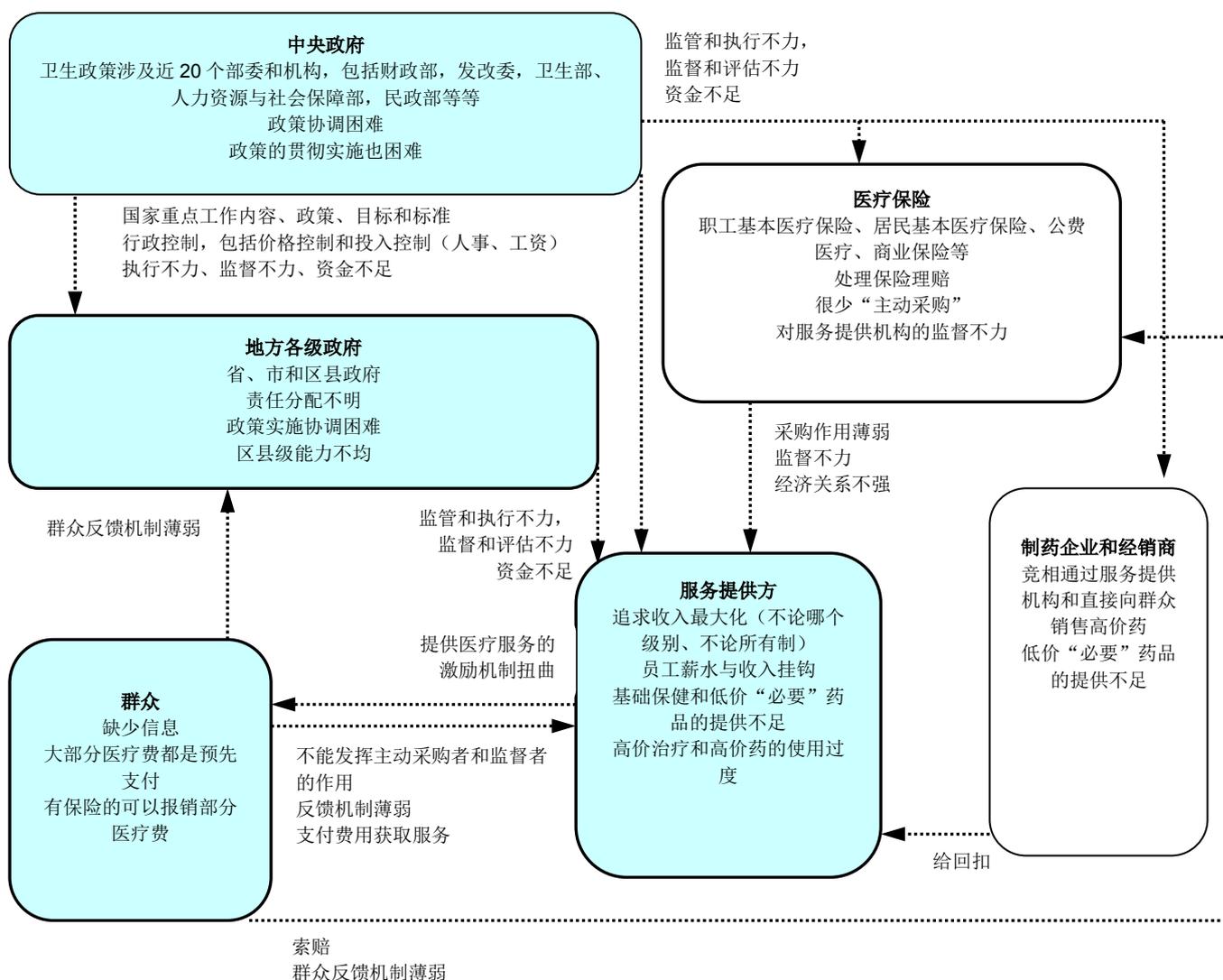
政府和服务提供机构之间的关系

政府和服务提供机构之间的关系一直失衡，要持续改革。一方面，政府鼓励事业单位在各个领域承担起关键政府职能和公共服务提供的职责，并从中获得收入（义务教育除外）。但另一方面，政府对服务提供机构的资金支持、政策实施、监督和评估力度有限，而且政府还对事业单位实施行政控制，如人事管理、工资和某些服务收费的管理。正如上文讨论的，政府内部职能存在横向和纵向的复杂关系，政府对公共服务的监督同样不能回避这种职责混乱、利益冲突的弊端。服务提供机构一般是相应政府机构的代理，有些情况下享有地方垄断权，如供水领域。负责服务监督和报告的机构，实际上与负责提供服务的机构是同一家机构。政府和服务提供机构之间的关系存在问题，关键是缺乏一个有效的监督机制。

政府对服务提供机构的监管和监督不力，在卫生领域尤为突出。该问题已成为2008年卫生体制改革方案的一个改革点。医院和其他医疗机构、制药企业和分销商、以及众多私营企业在卫生领域大张旗鼓地开展商业活动。控制费用的努力没有贯穿始终，卫生服务的收费超过规定的水平²²。大部分医疗机构都缺乏临床监督。监管框架和具体执行之间存在很大差距。比如，对医院的评级并没有同医院对价格规定的遵守情况及其总体安全记录情况挂钩，对医生和医疗机构参与商业（特别是制药）促销活动缺乏有效的限制，此类商业活动有时候对病人并不是最佳的选择。医保公司本来可以作为医疗的主动采购者，代表群众与服务提供机构交涉，但现状是医保公司发挥的主要作用就是处理医保报销。流程图1演示了城市医疗服务提供涉及到的各种关系，说明了资金不足和监督不力对地方政府和服务提供机构的影响。

²² Liu XZ、Liu YL、Chen NS，“中国医院价格的调控经验”，《卫生政策和计划》，2003年；15:157-163。

流程图 1 城市卫生保健的问责制关系



群众的作用

调查还显示，群众可以获得信息过于有限，也没有什么渠道要求服务提供机构或地方政府承担责任。目前在公共服务提供方面还没有一个可以保护群众利益的成熟机制，同样也没有一个可以赋予群众权利、支持群众话语权的成熟机制。民意调查计分卡调查表明，虽然很多居民都通过非正式渠道表达了对公共服务的不满，但很少有人认为自己有权通过正式渠道投诉来解决问题。近年来，这种情况有所好转，在几起公共服务诉讼案例中，法院支持了群众的主张²³。但调查显示，虽然群众对通过监管体制和司法体制保护自身利益有一定信心，但大都对自己与服务提供机构抗衡的权力底气不足。

²³ 在北京、上海和广州等大城市，法院有时会受理群众对医疗质量、教育费用、教师行为等类似问题的诉讼案件。在省一级和省级以下，法院受理的是性质严重的案件，投诉热线和其他地方机制一般都受理群众投诉。

虽然现在国内的问责机制可能没有在第一时间回应群众的要求，但如果仔细分析过去十年政府的政策举措和政策调整，就可以发现，中国在城乡公共服务治理努力中的一个主要特征实际上就是增强对民意的回应性。历史资料表明，不论是通过正式渠道（如中央、省级或市级人民代表大会、中国共产党或相关政府机构）或非正式渠道（例如媒体报道和学术研究），群众的意见已在间接地进入了决策流程。

相对于服务提供机构来说，群众的“客户权”十分有限。在调查的公共服务领域，群众都表示，他们在面对服务提供机构时几乎无能为力。在有些情况下，群众对自身权力的认识不足，部分原因是因为他们对政府政策和行政程序不够了解。但调查显示，在其他情况下，群众通常也无法获得关于服务质量的信息，没有办法克服固有的信息不对称。在城市，城镇贫困人口和农民工的“客户权”最弱，这在一定程度上是因为他们对政府政策和行政程序的了解程度最低，获取相关信息的途径最少。

第三章 更好地治理公共服务

基于上述分析，本章对中国的公共服务治理提出一套改革建议。具体的部门政策框架不属于本报告的讨论范围，从跨部门角度来看，公共服务的提供能充分反映公共部门的治理情况。从这个角度说，当前中国政府把政府机构改革、行政体制改革和公共财政体制改革作为工作重点是非常合理的。

具体来说，本章将重点阐述三个建议：

- 1) 建立省政府对全省公共服务的提供情况负责的问责制
- 2) 在各级政府建立公共资源和激励与国家重点工作内容相统一的有效机制
- 3) 通过适当方式赋予群众权利。

第一节 就公共服务对省政府实行问责

在中国这样的国家，公共服务多样化、分散化，中央政府和省政府应该也能够发挥关键作用。省政府要对全省公共服务的提供情况负责，中央政府要保证基本公共服务的均等性和满足一定的质量要求，并为此兜底（并提供均等化的财政支持）。应由各省来负责实施国家政策，按照适当、均等的原则分配省内资源，并监督省级以下政府的服务提供工作。

近年来，中国中央一级在构建各部门制度框架和政策框架、加强资源从富裕省向贫困省的均等化转移方面已经取得了很大进展。在公共服务方面，中央政府可进一步明确国家标准、明确各级政府机构、服务提供机构和群众的权利义务，并加强实施力度。中央政府还需要进一步加强指导，在全面改革（如改善公共服务的均等性、质量和成本控制）过程中保持民族凝聚力。此外，中央政府还要加强分析能力和制度能力，对地方政府和服务提供机构实施独立监督和绩效评估，理清各级政府、服务提供机构和群众之间的问责制关系，赋予群众权力和话语权。

在中国现行的治理体系下，中央政府可以对省政府实行问责，确保国家政策的实施，按照国家政策分配公共资源，保证良好的省内公共服务的提供（包括但不应局限于执行国家标准、服务均等化、成本控制、确保安全和质量等）。关于城市中流动人口的问题，省政府要负责促进安定团结，向省内所有居民提供质量一致的基本服务，不论其收入和户籍所在。各省要负责保证主要国家政策的实施，如：农民工子女获得费用合理、体面的教育服务的权利，公办学校应成为农民工子女教育的主要服务提供机构。

在省政府的高效指导和监督下，市政府也会更积极地改善其在公共服务提供方面的表现。要强化市政府在合理分配公共服务资源、监督推进标准的施行和良好实践的

推广、监督服务提供机构、对服务提供机构实行问责、提高公共服务、服务提供机构和相关政策程序的透明度和信息共享、处理群众反馈等方面的作用。

第二节 资源和激励措施配置应与国家重点政策方针相一致

改善公共服务，要把各级政府的资源、激励措施和责任配置与国家重点政策方针统一起来。这种统一在中国具有至关重要的意义，因为服务的筹资责任和提供公共服务的责任下放到区县级政府，分散到五级政府的众多机构。也就是说，要在全国实施政府政策和战略重点，就必须把各级政府机构和服务提供机构的资源分配、激励措施与国家重点工作内容统一起来。

要在各级政府实现这样的统一，需要建立强有力的机制。通过这些机制在各级政府、服务提供方和群众之间，进行政策协调、资源配置、对服务提供机构支付、绩效评估、问责安排。中央政府近期已经推出一系列重要举措，加强政策协调。明确各部委职能，理顺部委之间的关系，为理清地方各级政府之间以及同级政府各部门之间的职能关系，合理配置资源、协调工作铺平道路。进一步明确各级政府的职能，提高资源配置的效率，有助于构建更高效的问责制框架。

关于资源配置，调研发现，政府要向各地以及城市内所有群体提供更多、更均等的基础公共服务。如上所述，在中央政府对均等配置资源的提供兜底保障下，省政府要发挥带头作用，确保省内所有地区和所有人口都能享受到高质量的基础公共服务，满足他们的需求。

在卫生领域，要加快发展基础卫生服务、改良对供方的支付制度和合同制。为改进服务提供机构的业绩，使信息不对称最小化，市政府可进一步探索在卫生体制引入主动采购。高效的主动采购又会带动对供方支付制度与合同制的发展（合同制指公有、私营和其他服务提供机构就合同展开竞争，而不是争夺单个病人，另外，医疗服务的购买方也积极参与监督服务提供机构的表现），并产生适当的卫生服务包²⁴。此外，近期出台的一些政策扩大了城镇医疗保险的覆盖面（以及农村地区新型农村医疗保险的覆盖面），需要继续加大公共资源的投入，满足贫困人口和弱势群体对基本公共卫生职能、公共卫生服务和基本医疗服务的需求。通过医保提供一部分资源是适当的，但医保计划必须明确把基础门诊和住院服务纳入到服务包中，就像基本妇幼保健服务包涵盖的那些服务一样²⁵，还要随着更多资金的注入，逐渐降低自费比例。向公益性的项目适当倾斜，如公共卫生安全和公共卫生项目，直接从政府预算拨款给合同提供方，并遵守相应的国家服务标准和省级服务标准。令人深受鼓舞的是，2008年政府卫生体制改革规划正是为了改进医疗卫生体制筹资和制度安排而出台的。

²⁴ 地方相关典范包括辽宁铁岭、山东济南和青岛。铁岭政府在社区一级按人头分配资源（每人 10 元人民币），经过合同竞标，从合格的服务提供方（不论公立私立）采购 18 种公共卫生服务。山东济南和青岛政府按人头分配资源，采购三种服务包，即基础公共服务包、扩展服务包、特定地点服务包。基础服务包是省内的最低标准服务包，各市区可根据当地情况在三种服务包中任选，由合同服务提供机构实施。铁岭、济南和青岛都加强了服务提供方的绩效评估体系。青岛市还积极征求群众对服务提供机构的反馈意见。

²⁵ 世界卫生组织/联合国儿童基金会/联合国人口基金（2006 年）等《中国孕产妇与儿童生存策略研究》勾勒了基本妇幼保健服务的主要内容。

在教育方面，政府可以扩大九年义务教育，在儿童早期开发和高中教育方面投入更多资源。分析表明，高中教育和儿童早期开发对于提高劳动者素质、保持中国经济持续快速发展具有重要意义²⁶。

关于城市供水问题，民意调查计分卡调查表明，水费还有上调空间，特别是用水量比较大的家庭，这样可以减少对政府新增投入的需求。省政府可能要加强公用事业的监管和执法力度，在完全回收成本和公平性、保护穷人利益的总体原则指导下，继续调整水费标准和结构。

在目前地方政府的绩效评估项目基础上，民意调查计分卡可以作为收集群众反馈意见的有效工具，了解群众对公共服务的享有情况、成本/费用和质量的看法，有助于评估地方政府和服务提供机构的业绩。比如，可以利用民意调查计分卡调查，协助政府评估服务提供方的业绩，特别是通过行政渠道难以监督的一些方面，包括基础服务的均等性和公平性。

反过来，综合性绩效评估有助于强化各级政府、机构和服务提供机构之间的问责制关系，消除群众的顾虑。绩效问责制可以加强对地方政府和服务提供机构的管理自治权。要在现有改革方案的基础上，设计合适的绩效指标和目标、以及高效的监督和评估机制。为降低利益冲突，要保持绩效评估体制的相对独立性，避免受政策实施机构的影响。

强化地方政府问责制，同时明确各级政府的职责和财力配给，可以鼓励并促进相应级别的政府和机构根据国家政策，充分、均等、高效地分配基础公共服务的公共资源。

强化地方政府问责制，还可以促进地方政府加强对服务提供机构的监督，不断改革对提供机构的支付制度，改善公共服务的均等性、成本控制和质量。在这样的背景下，推广各地的成功创新经验可以起到很好的效果²⁷。对服务提供机构的监督和监测必须深入公共服务和公共安全的方方面面，并公布监测结果，才能保证群众权利的实现，反过来也有助于加强对服务提供机构的问责制。

框 6 美国的流动学生档案

美国政府从1966年开始实施联邦流动教育计划，为流动学生提供补充教育服务和支持服务。到1969年建立了流动学生档案转移系统（MSRTS）。这是一个全国联网的信息网络，对流动学生的教育和健康数据进行维护和共享。该计划由联邦政府提供资金支持，是美国教育部和阿肯色州教育局之间签订的合同项目。从总部设在阿肯色州的小石城，MSRTS实现了全美75万流动学生的档案记录、维护和快速转移。学生流动时，MSRTS收到通知之后就会把学生的档案转移到就读学校。学校就可以根据学生的需求提供相应服务，而不需要从头开始了解学生的需求。MSRTS还在地方和国家的流动计划、医疗机构和其他为流动人口服务的实体之间进行协调，保证其他服务的连贯性。

资料来源：流动学生学籍随动制（MSRTS）：更新版，ERIC 教育数据库，1993

²⁶ Ebbeck 等人（1996 年）“中国学前教育的重要性”，《国际早期教育杂志》[1996 年第四卷]；Li 等人（2008 年）“中国学前教育的价值”，《现代教育论坛杂志》（中文）[2008 年第一卷]；Zhang（2006 年）“高中教育和劳动力开发”，《上海教育报》（中文）[2007 年第六卷]。

²⁷ 中国很多地方都有很多这样的创新实践。如教育方面，上海徐汇区教育局定期对学生素质、教师道德和学校的成本效益进行评估，对教师的不当行为和校园犯罪实施零容忍原则。北京通州区教育局对学校的绩效进行监督，要求学校根据教学成果评估教师的业绩，包括学生素质、教师的科研创新能力。评估业绩好的会得到物质奖励，反之则会面临处罚。

第三节 赋予群众权利

群众可以有效协助对服务提供机构进行问责，促进公共服务的均等性、成本控制和质量。群众监督还可以协助地方政府贯彻实施国家政策和标准。但首先，群众需要信息（比如，使用公共服务的政策和程序、服务水平的适当性和质量等）。群众还需要话语权，包括参与评估服务提供机构和地方政府绩效的途径、参与政策开发和评估的途径、对服务提供机构进行投诉并要求纠正的途径。

中国可以利用政府施政的丰富经验，提高公众意识。过去几十年，中国中央和地方政府开展的信息宣传工作成效突出，如在计划生育方面。关于公共服务，各级各类政府机构都要积极宣传政府关于公共资源配置、国家和地方服务标准、行政程序、收费和公共服务质量等方面的政策，促进信息共享，提高透明度。所有服务提供机构如学校、卫生机构、水电等公共事业机构等都要遵守有关透明度和信息共享的具体规章。省政府要带头开创有效的渠道，提高群众意识，确保公共服务信息的可靠性。此外，为满足流动人口的需求（并促进国内劳动力流动），中央政府要支持档案转移体系的创建，如农民工子女的流动注册系统和学生档案转移系统（框 6 介绍了美国的流动学生档案转移系统的情况）。

政府还应积极征集群众的反馈意见，并根据群众的反馈意见采取相应措施。政府或专业机构可以考虑使用民意调查计分卡、地方入户专题调查、公共服务投诉热线和其他一些创新的信息渠道。群众的反馈意见可能会揭示服务提供机构或地方政府机构的某些弊端，因此，将群众的反馈信息输入上述独立的绩效评估系统值得提倡。对地方政府和服务机构进行绩效评估，也有助于落实群众的反馈意见。此外，群众反馈也有助于政策评估和决策。地方政府应继续朝这一方向努力，推广相关成功经验。

本研究显示，中国的城市在改善公共服务方面采用了大量的创新方法，可谓经验丰富。本次研究结果从整体上看是令人鼓舞的：中国能够合理利用其日益积累起来的公共资源，推进公共部门治理改革，使公共服务能更好地服务于所有公民。