

完善新型农村合作医疗中央财政补贴政策的建议

孙世强, 任佳宝

(河南大学经济学院, 河南 开封 475001)

(厦门大学经济学院, 福建 厦门 361005)

摘要: 我国新型农村合作医疗制度尚存在一些不足, 这些不足限制了财政补贴效应的充分发挥, 抑制了农村居民对新型农村合作医疗的需求满足程度。通过改变中央财政资金逆向补贴结构、建立新型农村合作医疗均衡补助金制度、理顺新型农村合作医疗及相关医疗保障的赔付关系等手段可破解这一问题。

关键词: 新农合; 财政补贴; 对策

中图分类号: F323 89 **文献标识码:** A

文章编号: 1007-7685(2010)05-0062-04

一、中央财政补贴是新型农村合作医疗运行的原动力和基本保障

新型农村合作医疗制度(简称“新农合”)是由政府组织、引导、支持, 农民自愿参加, 个人、集体和政府多方筹资, 以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。目的是帮助农民减轻因患重大疾病而带来的经济负担, 减少农村居民因病致贫和因病返贫现象。为落实该制度, “新农合”制度经历了试点启动阶段(2003~2004年)、扩大试点阶段(2005~2007年)和全面实施阶段(2008年起)。“新农合”筹资标准由试点启动阶段的每人每年不低于30元(各级财政补助标准不低于20元。其中, 中央财政补贴10元, 个人筹资10元), 提高到扩大试点阶段的每人每年不低于50元(各级财政补助标准不低于40元。其中, 中央财政补贴20元, 个人筹资10元), 再到全面实施阶段的每人每年不低于100元(各级财政补助标准不低于80元。其中, 中央财政补贴40元, 个人筹资20元)。^[1] 2010年开始, “新农合”筹资标准进一步提高为每人每年不低于150元(各级财政补

助标准不低于120元。其中, 中央财政补贴60元, 个人筹资30元)。^[2] 截至2009年底, “新农合”制度实施成效显著。(见表1)

表1 新型农村合作医疗制度执行情况

年份	2004	2005	2006	2007	2008
农村居民参合人口数(亿人)	0.8	1.79	4.10	7.26	8.15
参合率(%)	75.2	75.7	80.7	86.2	91.5
当年筹资总额(亿元)	40.3	75.4	213.6	428.0	785.0
当年基金支出(亿元)	26.4	61.8	155.8	346.6	662.0
补偿受益人次(亿人次)	0.76	1.22	2.72	4.53	5.85

资料来源: 根据《2009中国卫生统计年鉴》资料整理而成。

从上表可知, 各项指标都是动态增加, 说明“新农合”制度顺应民意, 符合农村居民的需求。在“新农合”制度中, 筹资总额是关键。只有“新农合”基金的不断增加, 基金支出额才能相应增加, 受益面才能不断扩大。“新农合”基金持续增加的原因, 主要是财政补贴的不断增加。从财政

注: 本文是河南省政府招标项目(2009B204)的成果。

收稿日期: 2010-03-05

作者简介: 孙世强(1965-), 男, 吉林白城人, 河南大学经济学院教授, 中国社会科学院访问学者。研究方向: 中西方财政理论比较研究。

补贴占“新农合”筹措资金比例来看,试点启动阶段各级财政补贴占66.67%,扩大试点阶段和全面实施阶段都是80%。按《新型农村合作医疗基金财务会计制度》的规定,“新农合”基金来源包括农民个人缴费收入、农村医疗救助资助收入、集体扶持收入、地方及中央财政补贴收入、利息收入和其他收入等。从基金结构特点上看,不同区域因经济发展水平不同,基金构成也不相同,所差的就是集体扶持收入数额存在差别,富裕地区的集体扶持收入要比其他地区多。但从全国角度看,“农民+地方财政+中央财政”三方的资金构成仍是主流。并且前部分资金都是后部分资金补贴的前提和依据,即所谓的“倒筹资”。可以说,“新农合”基金绝大部分是由中央财政和地方财政补贴构成。从2005年起,财政补贴比例不断提升,已占整个基金的80%,一些富裕省份,地方财政转移支付比例更高。^[3]若从2005年起,财政补贴比例按80%计算,2005~2008年“新农合”当年筹资总额中,各级财政补贴分别为60.32亿元、170.88亿元、342.4亿元和628亿元,各级财政补贴逐年增加。若再进一步分析“新农合”财政补贴结构,包括中央财政补贴和地方财政补贴两部分,且这两部分补贴都在增加,其中中央财政补贴占一半(自“新农合”制度实施的第一阶段起至

今,中央财政和地方财政各为50%,只是规定地方财政不低于50%)。按这一比例计算,2005~2008年中央财政补贴分别为30.16亿元、85.44亿元、171.2亿元和314亿元。可以说“新农合”制度惠及农村居民成效显著。但从中央财政补贴效应上看,尚有较大提升空间。目前,中央财政补贴结构和补贴额度的不同区域分布弱化了财政补贴功能,直接冲减“新农合”制度的初始目的。

二、“新农合”中央财政补贴政策运行中存在的缺陷

(一)中央财政补贴存在“从富效应”

本文以《2009中国卫生统计年鉴》中的“2008年各地区新型农村合作医疗情况”所列资料进行分类整理,以东部(辽宁省、北京市、天津市、河北省、上海市、江苏省、浙江省、福建省、山东省、广东省、海南省)11个省份、中部(吉林省、黑龙江省、山西省、安徽省、江西省、河南省、湖北省、湖南省)8个省份、西部(内蒙古自治区、广西壮族自治区、重庆市、四川省、贵州省、云南省、西藏自治区、陕西省、甘肃省、青海省、宁夏回族自治区、新疆维吾尔自治区)12个省份(下同)作为样本考察,分别计算2008年度东部、中部和西部的财政补贴额度(包括各级财政补贴额度)和人均财政补贴额度。(见表2)

表2 2008年各地区新型农村合作医疗财政补贴情况

地区	参加新农合人数(万人)	本年度筹资总额(万元)	本年度财政补贴额度(万元) ^①	本年度中央财政补贴额度(万元) ^②	本年度中央财政人均补贴额度(元/人) ^③
东部	28 898.99	3 198 100 23	2 558 480 184	1 279 240 92	44 265
中部	27 436.52	2 442 204 76	1 953 763 808	976 881.904	35.61
西部	25 182.05	2 205 531 54	1 764 425 232	882 212 616	35

资料来源:根据《2009中国卫生统计年鉴》资料整理而成。

“新农合”制度的初始目的是通过政府补贴为农民提供医疗救助。按理说,应是收入越低的区域,补贴越多。但表2数据表明,“新农合”财政补贴存在“从富效应”。从中央财政补贴数额上看,2008年度东部地区>中部地区>西部地区;从人均补贴额来看,2008年度东部地区>中部地区>西部地区。这形成了财政资金流向富裕

区域农民群体的补贴机制。问题是,不仅2008年度的中央财政补贴呈现这种趋势,从各年度动态指标看,无论是各区域的中央财政补贴绝对数额,还是中央财政人均补贴相对额,都呈现这种趋势,产生了富人越富越有保障、穷人越穷越无保障的尴尬局面。中央财政补贴偏离应补助人,变成一种从富补贴,违背财政补贴的公平性原则。

① 本数据是依据本年度筹资总额(万元)×80%而得,因为自2006年始,财政补贴比例不断提升,已占整个基金的80%,实际情况也是如此。

② 本年度中央财政补贴额度=本年度财政补贴额度(万元)×50%。因为中央财政补贴占总财政补贴的50%。

③ 本年度中央财政人均补贴额度=本年度中央财政补贴额度(万元)/本年度参加“新农合”人数(万人)

“新农合”制度中的中央财政补贴结构与我国农村居民自东向西递减的收入结构正相反。以2008年为例,东部、中部、西部农村居民人均收入分别7 238.7元、4 551.04元、3 481.25元,而同期“新农合”中央财政补贴资金人均分别为44.265元、35.61元、35元。可见,中央财政补贴明显违背财政补贴公平性原则和补贴目的。

(二) 中央财政补贴与农村居民医疗保障需

表3 2007和2008年度东、中、西部对中央财政补贴的依存度

指标/区域	2007年度新农合人均财政补贴额度(元/人)	2007年度新农合中央财政人均补贴额度(元/人)	2007年农村居民人均纯收入(元)	对中央财政依存度系数(%)	2008年度新农合人均财政补贴额度(元/人)	2008年度新农合中央财政人均补贴额度(元/人)	2008年农村居民人均纯收入(元)	对中央财政依存度系数(%)
东部	56.25	28.125	6 395.92	0.44	88.53	44.27	7 238.7	0.61
中部	41.97	20.99	3 917.94	0.54	71.21	35.61	4 551.04	0.78
西部	41.55	20.77	3 004.22	0.69	71.06	35	3 481.25	1.02

资料来源:由《2008年中国农村统计年鉴》和《2009中国农村住户调查年鉴》数据整理而成。

在表3中,中央财政人均补贴额度是依据表2中的计算方式计算而成,中央财政依存度系数是中央财政人均补贴额度与农村居民人均纯收入的比值。从结构角度看,对财政补贴,尤其是中央财政补贴的依存度,东部的依存度 < 中部依存度 < 西部依存度,2007和2008年度的依存度系数都体现这一特点。从财政补贴额度上看,急需财政资金补贴的区域,即依存度越高的区域,人均财政补贴的额度越少;而不依靠财政补贴的区域,即依存度低的区域,人均财政补贴的额度越多。可见,中央对“新农合”补贴的结果与农民的真正需求呈现非对称性。

中部和西部地区对财政资金依存度之所以较高,其原因在于东、中、西部的贫富程度不同,与东部相比,中部、西部少有乡镇企业等集体经济支撑,缺少用于追加“新农合”基金的来源。所以,自东向西,区域逐渐趋穷,而趋穷程度与财政补贴依存度是高度正相关的。从理论上讲,财政补贴与公共需求的满足程度呈现正相关。越贫穷的区域,公共需求越多,且自身无力解决,越应得到更多的财政补贴,尤其是中央财政补贴。财政补贴效应应通过最大限度地满足农村居民,尤其是贫穷区域的农村居民公共需求来体现。所以,优化财政补贴结构,改变财政补贴,尤其是中央财政补贴的“从富效应”,充分发挥财政资源优化配置功能是提升财政资源配置效率的关键。

求不对称

本文选用资金依存度系数反映各区域各级财政补贴,尤其是中央财政补贴与农村居民纯收入的关联。一般情况下,农村居民纯收入越高的区域,对财政资金的依存度越小,尤其是对中央财政资金依存度越小。本文选取2007和2008年度各区域相关数据对财政补贴资金依存度系数进行分析。(见表3)

三、完善“新农合”中央财政补贴政策的建议

(一) 改变中央财政资金的补贴结构

有学者结合我国不同地区的经济发展水平,将农村划分为贫困型农村、温饱型农村、富裕型农村三种类型。^[4] 本文认为,这种划分标准可作为中央财政补贴区域分布的依据。因为这三种类型农村的数量与所处的东部、中部、西部的区位是正相关的。从宏观区位角度看,中央在“新农合”中的支出应与不同区位农村居民纯收入逆相关。经济越富裕,中央财政的补贴应越少。在具体执行中,中央财政应实行差额的财政补助。对西部地区,尤其是国家级贫困县及贫困型农村,采取免费参合形式,由中央政府拨出专款资助,代农民个人交纳人头参合费,农民个人免费参合,即采取“中央财政+地方财政+集体组织”筹资模式,从而确保贫困人口能真正享有基本医疗保障,实现全员免费参合,应保尽保。对中部地区,鉴于温饱型农村居民较多,采取“农村居民个人+中央财政+地方财政+集体组织”筹资模式。对东部地区,由于富裕型农村居民较多,应采取“农村居民个人+地方财政+集体组织”筹资模式。东部地区农民收入高,集体经济发达,许多地区早在2006年,农村合作医疗参保率就接近全面普及。^[5] 如,浙江义乌等发达地区早在2000年就实现了城乡相同标准的大病统筹医疗保障制度。^[6] 与中部及西部区域相比,东部地区农村居民富裕,对“新农合”需求具有保障程度高、保障面广等特

点,能满足最基本的医疗保障,加之集体经济发展较快,对中央财政资金依存度较低,中央财政没必要介入。所以,对这一区域,建议取消中央财政补贴。所以,从中央财政补贴角度看,财政在不同区域要体现差异,真正实现不同区域的需求程度与财政补贴资金的高度相关。但任何地域都有特殊性,要对低保家庭、特困群体、五保户、伤残户实施免费参保,确有困难的,也可由中央财政补贴。

(二)建立“新农合”均衡补助金制度

我国东、中、西部人均财政补贴存在重大差异,且自东向西,对财政的依存度依次增强,往往越是贫困地区,农民人口比重大,政府财力越困难,筹资压力越大;越富裕地区,农民人口比重小,政府财力强大,筹资压力小。为解决这一问题,中央政府不应以相同人头救济标准发放补贴,这样的“一刀切”限制了财政补贴的再分配功能。建议建立“新农合”均衡补助金,以保障新农合制度的公平性。“新农合”均衡补助金不同于“新农合”基金中的风险基金。“新农合”基金中的风险基金是各统筹地区从统筹基金中提取的风险基金,主要用于弥补基金非正常超支造成的基金临时周转困难等,并有规模限制,不超过当年统筹基金总额的10%。而“新农合”均衡补助金应由中央财政设立,为保证“新农合”制度均等化而单独设立的一项资金。该项补助金数额取决于东、中、西部的贫富差异、平均人均财政补贴额度及财政资金依存度等因素。具体做法是以东、中、西部“人均财政补贴额度”的平均值为标准,^①低于标准的,中央财政应与补齐。如,以2008年为例,东、中、西部的人均财政补贴的平均值为76.60元/人,以此为标准,中央财政以“新农合”均衡补助金形式补差。那么,中部地区应补 $76.60 - 71.53 = 5.07$ 元/人,西部地区应补 $76.60 - 70.07 = 6.53$ 元/人。建立“新农合”均衡补助金制度是改善公共卫生服务横向不均等的良策,可促进公共服务均等化。

(三)理顺“新农合”制度保障与商业医疗保险制度的关系

“新农合”制度与商业医疗保险制度的多重保障是新时期个人医疗保障的特点,尤其是东部

富裕区域和富裕农民。随着市场经济观念的深入和社会不确定性的增加,居民自保意识不断增强。就农民而言,有条件的,不仅应积极参加“新农合”制度保障,而且应参加市场提供的各种自我保障。现在商业医疗保险险种较多,形成了政府主导和市场主导的多重医疗保障模式。这就存在农民患病后,由政府主导的“新农合”制度保障与商业医疗保障谁先赔付的问题。按照相关规定,多重医疗保障赔付的总额不能超过实际花销的医疗费用。如果先由新农合制度保障,商业医疗保障就只起到补差作用,节省了原来按市场原则承诺的市场赔付。若市场赔付为先,“新农合”制度保障基金就可能产生节约,提高了财政补贴效应。而现在全国通行的做法是,在赔付的顺序上,恰恰是按着先“新农合”保障,后市场赔付,结果财政资金补偿了本该由市场主体赔付的资金。这不是小问题,是“新农合”制度赔付机制问题,这一补偿顺序直接影响了宏观财政补贴效应。因此,要以制度形式规范现行的补偿顺序,实现先由市场补偿,后由新农合保障的补偿顺序。原因在于,中国特色的社会主义市场经济是以市场机制为主体,市场能解决的,应主要由市场解决。按市场先赔付、后“新农合”保障顺序,可满足更高层次或更高标准的农村居民需求,符合“高需求靠市场,基本需求政府主导”的保障理念,可引导农村居民,尤其是富裕地区的农村居民摆脱对“新农合”保障的依赖,节省财政补贴。

参考文献:

- [1] 新型农村合作医疗基金财务会计制度讲解编写组. 新型农村合作医疗基金财务会计制度讲解[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2008: 37.
- [2] 2010年新型农村合作医疗工作的相关要求[EB/OL]. <http://www.jl.gov.cn/zl/jlsszx/zcjl/201001/t20100118-678464.htm>
- [3] 陈竺. 近年中央政府用于卫生的转移支付大幅上升[EB/OL]. <http://news.sohu.com/20070905/n251972229.shtml>
- [4] 吴为. 积极推进新型农村社会养老保险制度[N]. 光明日报, 2009-05-27.
- [5] [6] 中国改革发展研究院课题组. 以统筹城乡发展为重点的公共服务体制建设——江浙发达地区基本公共服务考察报告[M]. 北京: 中国经济出版社, 2008: 340.

(责任编辑: 李琪)

^① 即以表3中2008年东部、中部、西部人均财政补贴额度88.53、71.21、70.07的平均值76.60为标准。