

新型农村合作医疗资金筹集 机制研究

肖云,孙晓锦

(重庆大学 贸易与行政学院,重庆 400044)

摘要:新型农村合作医疗制度是农村医疗卫生体系的重要组成部分,是建设社会主义新农村、统筹城乡发展和构建社会主义和谐社会的重要内容。资金的筹集与保障是建立和完善新型农村合作医疗制度的核心问题。通过深入分析中国新型农村合作医疗资金运行现状及原因,提出建立和完善新型农村合作医疗资金筹集机制的政策建议。

关键词:新型农村合作医疗;资金供给;资金筹集机制

中图分类号:F840.684

文献标志码:A

文章编号:1008-5831(2010)05-0008-05

一、问题的提出

2003年中国开始实施新型农村合作医疗试点(以下简称“新农合”),截至2009年3月5日温家宝政府工作报告,全国参加新农合人口有8.14亿,参合率91.5%。根据《中国卫生统计年鉴(2007)》的资料,2006年中国县属医疗机构人均门诊支出总额为84.7元,相对于2003年增长了19%;人均住院支出2241.3元,相对于2003年增长了15%^[1]。但目前农村人口医疗支出的费用主要还是靠个人承担,而从需求弹性的研究视角可知,中国西部(11省、区)的农民医疗卫生负担与东、中部农民相比呈累退趋势:越穷负担越重。这些研究揭示了一个问题:在医疗费用不断上涨的同时,合作医疗体系还不具备相应的补偿能力,医疗费用主要还需农民自己买单。

新农合作为一项惠民政策,其基本目标是解决当前农村居民由于医疗费用自付比例过高而导致的因病致贫、因病返贫等问题。为此,逐步提高农村居民参合率和农村医疗费用补偿水平就成为当前新农合建设的控制性目标之一。从新农合试点运行几年来的实际情况看,由于筹资机制不完善、筹资总额不足等导致对参合农民的医疗费用补偿水平不够理想。从2008年开始,中央财政对中西部地区参合农民的补助提高到40元,但因筹资水平低和保重点、保大病的方法,只能缓解部分农民就医的突出问题,受益面有限,不利于新农合的长期稳定发展。笔者拟对中国现行新农合筹资机制存在的问题进行剖析,同时提出完善新农合筹资机制的具体改进建议,以期促进新农合筹资机制的规范化和制度化。

收稿日期:2009-10-26

基金项目:重庆市社会科学规划办公室基金项目“重庆市农村最低生活保障制度的实施与拓宽筹资渠道研究”(2007-SH04)

作者简介:肖云(1955-),女,重庆人,重庆大学人口资源环境经济与管理研究中心教授,硕士生导师,主要从事人口与社会保障问题的研究。

二、新农合资金筹集与运行现状

(一) 新农合筹资情况

新农合不仅为财政资金的有效投放提供了制度平台,同时建立了以家庭为单位自愿参加,以县(市、区)为单位集中统筹,个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。2006年,全国共筹集新农合基金近110亿元,其中中央财政涉及新农合方面的资金投入达42.7亿元,地方财政相应配套资金40多亿元,集体扶持资金近5亿元,农民自筹资金近20亿元;2007年,全国共筹集新农合基金241.47亿元,比上年增加1.2倍。从各地区的筹资标准看,2003-2005年,试点县的筹资标准一般为每人每年30元,其中:中央财政补助10元,省、市、县财政按3:2:5或4:3:3的比例共补助10元,农民个人缴费10元;2006年,中央财政补助标准提高到20元,农村合作医疗的筹资水平增加到人均40元。2006年之后,地方财政也相应加大了新农合资金的投入,将筹资标准提高为每人每年50元,其中,中央财政补助20元,地方财政补助20元,农民个人缴费10元^[2]。地方财政补助部分,由省市根据各县区的财力和农村人口,具体制定分摊比例,从而保证财政资金及时到位,财政投入逐年增加。2009年4月6日中共中央国务院《关于深化医疗卫生体制改革的意见》(下称《意见》)中明确提出2010年各级财政对新型农村合作医疗的补助标准提高到每人每年120元。

(二) 资金运行中的矛盾

尽管各地采取多项措施确保新农合有可靠的资金来源,中央政府也相应列支了专项资金予以补助,但是通过实际调查来看,中国新农合资金缺口仍然较大,现有保障效果有限,主要体现在两个方面。

1. 政府的有限财力无法满足农民实际需求

改革开放以来,中国经济持续了30年的高速发展,人民生活水平显著提高,但农村尤其是中西部农村因病致贫、因病返贫现象依然存在,农村医疗卫生缺乏和落后仍然是目前较为突出的社会问题之一。根据课题组^①的调查显示,44.3%的农村居民曾经有过无法维持基本生活的情况,主要原因是残疾、家中有人患重大疾病等,88.7%的农村居民认为目前实施新农合十分必要,37.2%的农村家庭非常需要新农合。在对政府部门工作人员调查时显示,69.1%的被调查者认为所在辖区内农村亟需实施新农合,说明农村居民对享受新农合的愿望较为强烈,这就构成了对资金的巨大现实和潜在需求。但国家因财

力所限,目前对农村医疗卫生的投入不可能太高,更不可能把农民的医疗问题包下来,尤其是在目前县乡财政普遍困难的情况下,农村医疗卫生体系短期内难以做出太大的改观。如2006年安徽用于新农合的补助额为3.1亿元,仅占当年财政支出的0.3%,但对于安徽来说这已经是个不小的数字了。如果再缺少集体经济支持,对于农村医疗的实际需求来说显然是杯水车薪。

2. 现有覆盖范围窄与实现“病有所医”目标形成强烈反差

2008年全国新农合工作总结会议指出,全国已有20个省(自治区、直辖市)全面建立了新农合,7.3亿农民享受了新农合。但从整体上看,新农合覆盖范围较窄,还未实现“病有所医”的目标。调查显示,60.9%的农民和59.7%的政府工作人员认为目前新农合的范围太窄,只有12.6%的农民和33.9%的政府工作人员认为保障范围合适(图1)。在回答“您认为现在实施的新农合能否解决农村群体的看病问题?”时,只有5.0%的农民和8.3%的政府工作人员认为完全能解决,67.9%的农民和63.2%的政府工作人员认为只能部分解决,19.4%的农民和26.6%的政府工作人员认为不能解决农村群体的看病问题(图2)。

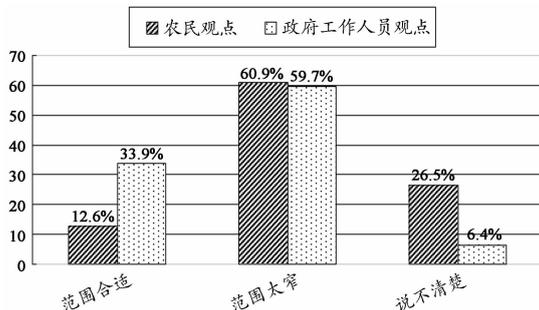


图1 调查对象对新农合覆盖范围的评价

从农村居民对新农合的潜在需求和现有参合范围及保障效果来看,农民对新农合的巨大需求需要可靠而充足的资金来源作支撑,而现实的保障又显得十分不足,因此,资金短缺就成了制约新农合顺利实施的一道“瓶颈”。我们在个案访谈中也了解到,中西部农村新农合实施过程中,资金短缺是长期制约其顺利实施的最大障碍。由于资金有限,新农合还不能满足扩大覆盖面的要求,有的地区实际参合人员占总人口的比例还不到一半,相当一部分贫困人口未被列入新农合范围。到2007年底,全国尚有292个县(市、区)没有开展这项工作,远未实现“病有所医”的目标,另外对于实现新医改中到2011年建立覆盖城乡居民的医疗保障制度的目标也有很大

^①本研究主要是课题组成员与重庆大学学生利用假期对全国各省市的983名乡镇以及政府相关部门工作人员和2577名农民进行调查的基础上进行的,调查以匿名填写问卷与访谈相结合的方式进行。

差距。

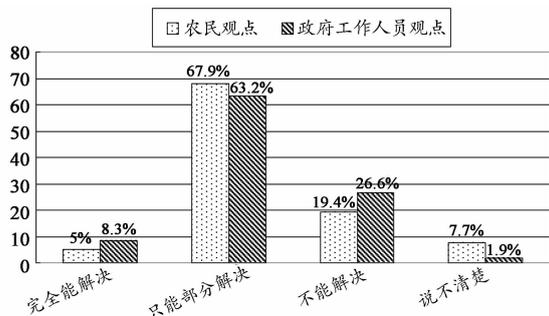


图2 调查对象对新农合保障效果的评价

三、新农合资金短缺的原因分析

当前新农合资金短缺的关键症结在于资金来源与供给过程尚未制度化和系统化,尚未建立完善的资金筹集机制。所谓机制,是指机体的构造、功能和相互关系,泛指一个工作系统的组织或部分之间相互作用的过程和方式。因此,新农合资金筹集机制可以认为是新农合资金筹集制度、措施及其相互作用的过程和方式,是有关资金筹集过程中制度化、系统化了的方法体系。这些制度及方法主要包括新农合资金筹集的制度保障、资金来源渠道及相关配套措施等。新农合资金短缺的原因主要有以下几个。

(一) 资金来源缺乏完善的制度保障

由于新农合政策试点“摸着石头过河”的特征,要求我们在制度运行初期必须采取低水平起步的谨慎态度,但这也导致现行新农合筹资机制对各方出资额的确定缺少实证基础。同时,现行新农合筹资机制也缺乏相应的制度规范和保障,特别是对于政府出资额的分配、调整及具体的出资程序等缺乏相应的法律规范,政策执行者和受益者无法形成正确的预期,影响了制度运行的效果。

农村医疗保障制度是整个社会保障制度的重要组成部分,农村人口占总人口的80%以上,从卫生与健康的角度讲,如果农民健康没有保障,政府要实现人人享有基本卫生保健的目标就无法实现^[3]。长期以来,中国医疗保障存在明显的“城乡分离”状态,政府对医疗保障的投入表现为重城市轻农村,城市各项医疗保障的实施及资金来源都通过制度加以落实。早在1998年,国务院就出台了《关于建立城镇职工基本医疗保险的决定》,明确指出基本医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳。2007年国务院《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》中也详细指出应根据当地的经济水平以及成年人和未成年人等不同人群的基本医疗消费需求,并考虑当地居民家庭和财政的负担能力,恰当确定筹资水平;探索建立筹资水平、缴费年限和待遇水平相挂钩的机制。与之相比,新农合的筹资虽存在一定的地区差异,但是在一个地区内不同年龄段的人群却采取相同的补助标准,没有体现人群的差异性需求补助,财政补助政策亟待完善。

(二) 出资额度与出资能力不匹配

在新农合筹资机制的运行过程中,对不同统筹范围内的参合农民执行的基本上是统一的定额筹资标准。由于不同地区农民收入不同,这就存在着农民的出资额与其出资能力不匹配的现象。特别是对于中西部非城区的参合农民而言,“一刀切”的筹资标准显然不符合费用负担的纵向公平原则。类似的现象也存在于政府出资行为中,目前比较一致的看法是:中央政府与地方政府相比,中央政府承担的出资责任较小;省级政府承担的出资责任小于部分县级政府承担的出资责任,这就超出了基层地方的财政承受能力(图3)。

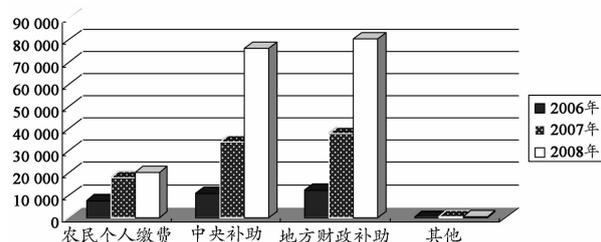


图3 重庆市新农合资金来源构成

目前由较低级别的财政承担医保资金,不能保障新农合的真正贯彻落实,尤其是取消农业税后基层财政资金渠道变窄,筹资更加困难。减免相关农村税费,中央对农村的投入没有相应增加,在减轻农民负担的同时基层财政来源也有较多的减少,农村的社会救助、基础教育及公共服务投入也相应减少了。尤其是中西部经济不发达地区,基层财政在新农合的资金供给上更显得捉襟见肘。越是贫困地区,由基层财政负担新农合资金越是困难,因而越是需要上级机关和中央财政支持。所以,这种过多依靠地方财政和基层财政来负担新农合资金的模式,会使新农合资金严重不足,不利于新农合的顺利实施,尤其是贫困地区更是如此。

(三) 资金来源渠道单一

新农合资金缺乏的一个重要原因是来源渠道单一。对于新农合资金的来源,中国各地已普遍将其列入财政预算,由各级财政分担。但由于各地经济发展水平极不平衡,财政收入存在较大差距,新农合需求较大的地区往往是经济不发达和贫困人口较多的地区,财政收入更有限。因此,在当前中央财政调节力度过小的状况下,单纯依靠各级财政支出和农民自愿缴纳,新农合难免会出现“僧多粥少”的局面。随着新农合覆盖面的逐步扩大,各级政府必然面临筹集保障资金的困境,新农合资金面临更大的压力。通过对政府工作人员调查发现,92.3%的新农合资金来源于县级以上拨款,其他来源显得微不足道。国家鼓励多渠道筹集新农合资金,但实施效果不理想,资金来源仍然过分依赖各级财政,尚未建立起多元化的新农合资金筹集模式。现阶段,由于中国慈善事业发展比较滞后,新农合除了财政负担外缺乏其他资金来源,没能充分利用社会资源来实现新农

合的广覆盖。

例如目前绍兴市区新农合基金的来源主要是区镇(街道)财政出资和个人缴费,其中个人缴费部分有34%是村级集体经济资助,其他收入主要是省级财政补助,以及少量的利息收入,至今尚未收到任何社会捐赠(表1)。筹资渠道单一,影响了基金的壮大和持续发展,一方面,在行政措施的干预下,村级

集体资金扶持部分占个人缴费的比例过高,令人担忧。因为目前不少村的集体经济来源主要是靠出卖集体土地得到的补偿款,非通过发展集体产业或是经营村集体资产来集聚财力,缺少发展后劲,不利于新农合基金的持续发展。另一方面,相对于绍兴市区民营企业十分发达、其他各类福利基金繁荣的现状,新农合在争取社会资金方面做得还十分不够。

表1 绍兴市区近2年筹资额及构成比

时间 (年)	筹资总额 (万元)	市政(街道) 财政出资		个人自缴		集体扶持		省补助及其 收入比率(%)
		金额(万元)	比率(%)	金额(万元)	比率(%)	金额(万元)	比率(%)	
2005	2 238.88	1 086.09	48.5	690.5	30.8	371.7	16.6	4.1
2006	2 717.70	1 438.80	52.9	749.8	27.6	369.3	13.6	5.9
合计	4 956.58	2 524.89	50.9	1 440.3	29.1	741.0	14.9	5.1

四、建立和完善农村新农合资金筹集机制的对策

(一) 确立新农合资金来源的制度保障

强化政府职能。2009年新医改《意见》勾勒了中国到2020年的改革方向和框架,其最大的亮点是把“基本医疗卫生制度”看作是一种公共产品,这种制度所提供的使最低收入阶层也能获得的基本医疗保障是一种惠及全民、人人受益的公共产品,标志着政府职能向服务者的进一步转变。政府职能的转变必然带来政府投入的增加。《意见》确立了政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位,并提出新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、农村卫生、城市社区卫生和基本医疗保障,这正是政府通过增加投入弥补“市场失灵”、优化资源配置的表现。因此,为广大农民提供新农合是政府的应尽之责,建立和完善新农合制度是政府行为,在资金来源的制度建设过程中,应强化政府责任,改变长期以来医疗保障制度建设中重城市轻农村的局面。

提高筹资标准,完善财政补助政策。从2008年开始,各级财政对参合农民的补助标准提高到每人每年80元,其中中央财政对中西部地区参合农民按40元给予补助,并对东部省份按照一定比例给予补助,计划单列市和农业人口低于50%的市辖区也全部纳入中央财政补助范围;地方财政也要相应提高补助标准,确有困难的地区可分两年到位。地方增加的资金应以省级财政承担为主,尽量减少困难县(市、区)的负担。农民个人缴费由每人每年10元提高到20元,困难地区可分两年到位。要切实规范财政补助资金拨付管理办法,保证资金及时足额到位。

(二) 实现出资额与出资能力相匹配

调整政府内部的财政支出结构,确保出资额与出资能力相匹配。关键是确定各级财政间如何分配比例,由较高级别的政府财政承担新农合资金,保障新农合制度的真正贯彻落实,可以参照广东省实行由省、市、县三级财政负担的模式,取消原来实行的乡级财政负担一部分资金的做法,实现有病可医的

目标。按照中国现行的分税制,财力分布呈逐级向上集中的态势,新型农村合作医疗的大额资金筹集应主要由中央政府和省级政府承担^[4],改变过分依靠基层财政负担新农合的局面,中央财政应该对农村特别是欠发达地区农村的新农合实行更大投入。新医改《意见》中也明确指出要按照分级负担的原则合理划分中央和地方各级政府卫生投入责任,加大中央,省级财政对困难地区的专项转移支付力度。在新农合资金供给中,中央财政应发挥更大的作用,完善纵向转移支付模式,确保资金来源的稳定性。

还要兼顾地区的差异化,根据各地经济发展状况,在财政转移规模和方式上,发达地区与欠发达地区应进行区别对待。对于中西部地区,由于取消农业税后地区乡镇财政财力薄弱,中央要对这类地区加大财政转移支付力度,甚至负担其全部新农合资金,并加强监督以保证资金的足额到位。对于东部乡镇经济比较发达的地区,按照县乡两级政府财力的强弱,从建立公共财政的要求出发,地方财政可承担当地新农合的全部责任,并通过省级财政的转移支付实现省内新农合的均衡发展。例如在2008年全国新农合医疗工作会议上,江西、陕西、贵州等省表示地方增加的人均20元补助资金将全部由省级财政承担,不增加困难县的负担。

(三) 建立多渠道资金筹集模式

2009年4月6日中共中央关于深化医疗改革意见中明确指出:建立国家、单位、家庭和个人责任明确、分担合理的多渠道筹资机制,实现社会互助共济。基于当前国家财政资金还不能完全解决新农合资金的困难现状,为满足农村贫困人口“病有所医”的要求,应建立以政府财政资金来源为主要渠道、社会参与救助的多渠道资金筹集模式,从而解决新农合资金不足这个“瓶颈”,多管齐下提高救助水平。

在强调政府保障义务的同时,要充分挖掘民间力量,鼓励和提倡社会公众参与救助,形成政府救助为主、多渠道参与的资金筹集模式。

一是大力发展慈善事业,争取更多的民间资源。

慈善事业被喻为调节收入差距、实现社会公平的“第三次分配”,它所发挥的财富分配作用,是市场调节和政府调控无法比拟的。要大力发展慈善事业,通过鼓励社会各界捐助等方式,依靠民间力量建立互助基金、扶贫基金,形成对新农合的有益补充。由于慈善奉行“道德原则”和“非强制原则”,这就要求政府制订相关的法律规范和优惠政策,进一步规范慈善事业,积极鼓励、提倡和引导慈善行为,利用政策杠杆引导社会力量自愿参与社会救助活动。如在税收政策上,政府利用税收杠杆,对参与慈善公益捐赠的个人和企业减免税收,实现对慈善事业参与者的税收照顾和优惠,鼓励人们积极参与慈善事业。

二是改革税制,筹集新农合资金。开征社会保障税,实现新农合资金在全社会范围内统筹,可从根本上保证新农合资金来源的稳定可靠^[5]。当今几乎所有发达国家都把社会保障税作为主要税种之一,美国的社会保障税收收入更是占全部税收收入的1/3,成为仅次于个人所得税的第二大税种。因此,中国应仿效发达国家的经验,改革税制,适时开征社会保障税,将其一部分列入新农合资金,从根本上解决新农合资金短缺问题。另外,根据目前分税制的安排,地方财政可在个人收入所得税里列支新农合资金。

三是努力开辟其他资金来源渠道。可以将一部分福利彩票销售收入纳入新农合资金;通过发行国债、附捐邮票、纪念币等向民间筹集资金;不可以考虑在农村建立群众互助合作性质的经济组织,筹集救济扶贫资金;鼓励各种社会组织,尤其是志愿者服务组织的发展,进行新农合资金筹集的宣传教育等。

(四)完善相关措施

新农合筹资机制的建立离不开农村经济的极大发展和资金的监督管理,因此除了以上措施还应该从以下两个方面努力。

1. 大力发展农村经济

大力发展农村经济是新农合制度建立过程中走出资金短缺困境的关键。只有壮大财源,才能使农民收入稳步增长,减少农村对医疗救助的需求;才能使农民从被动依靠政府“输血式”救助转向大力促进农村经济发展“造血式”救助。政府要通过加大农村基础设施建设,依托当地资源优势,调整优化产业结构,大力开发绿色产品市场,发展龙头型经济,稳步提升当地经济发展水平,增加农民收入,壮大乡镇集体经济实力,实现救助模式的转变,从源头上化解新农合资金短缺问题。

2. 加强资金监管

在资金管理上,宜采取委托县级集中管理的模式。资金管理不必由中央和省级财政负责,将其委托县级财政管理,由县级政府根据本地区实际情况安排使用,克服多级财政带来的机构重复、效率低下的弊端。具体来说,实行“专款管理,专门监察”的运行模式,即财政资金按委托责任制的原则实施,专项管理,专项监察。新农合资金必须建立专用的会计账户和基金存款户,并单独出具会计报表,使新农合资金的使用与管理具有较高的透明度。

参考文献:

- [1]王晶. 中国农村医疗筹资公平性研究—基于全国八个农业县医疗筹资系统的实证研究[J]. 社会学研究,2008(5):160.
- [2]王恩奉,叶翠青. 支持农村医疗卫生体系建设的财政政策研究[J]. 经济研究参考,2008,44:3-4.
- [3]王小章. 中国发达地区社会保障——来自浙江的报告[R]. 杭州:浙江大学出版社,2007:30.
- [4]陈健生. 新型农村合作医疗筹资制度的设计与改进[J]. 财经科学,2005(1):124-131.
- [5]邓大松,吴小武. 完善农村居民最低生活保障制度的若干思考[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版),2006(5):647-648.

Research on the Mechanism of New Rural Cooperative Medical Fund Raising

XIAO Yun, SUN Xiao-jin

(College of Trade and Public Administration, Chongqing University, Chongqing 400044, P. P. China)

Abstract: The new rural cooperative medical is an important part in rural health care system and is very important to build a new socialist countryside and a harmonious socialist society. The raising and security of the funds is the most important content to establish and perfect the new rural cooperative medical system. Through in-depth analyzing the reason about the stage of China's new rural cooperative medical care funds, this paper puts forward the policy recommendations for establishment and improvement of new rural cooperative medical fund raising mechanism.

Key words: new rural cooperative medical; fund-raising; mechanism for the supply of funds

(责任编辑 傅旭东)