

# 公共财政视角下的农村新型合作医疗制度\*

## ——以安徽为例

邹蓉

(安徽财经大学财政与公共管理学院, 233030)

**摘要:** 财政转移性支出是世界各国普遍采用的平衡地方财政与重点扶持一些地区的重要手段, 也是我国实行分税制之后地方财政收入和公共服务领域存在明显差距现状的必然选择。随着新型农村合作医疗试点工作全面展开, 新型合作医疗筹资的资金来源和资金来源的可持续性成为新型农村合作医疗主要制约因素。本文通过对安徽省存在的筹资问题和影响因素分析, 指出中央转移性支出对于落后地区新型合作医疗筹资的必要性。

**关键词:** 新型合作医疗; 收入水平; 财政支出; 公共财政

## New Rural Cooperative Medical System and Public Finance

——A case in Anhui Province

**Abstract** Ad hoc grants are important ways to balance budgetary revenue to local government. It is the necessary selection in our country to serve local government and the public after revenue reform. With the rapid development of New Rural Cooperative Medical System (NRCMS), the problem of budgetary revenue in local government restricts its gathering and sustainability. This paper points out the factors of influence to the New Rural Cooperative Medical System in Anhui province and the important of ad hoc grants from the central government.

**Key words:** NRCMS, Level of Income, Budgetary Expenditure, Public Finance

**Author's Address:** Zou Rong School of Finance and Public Management, Anhui University of Finance and Economics, 233030, Bengbu Anhui PRC.

随着我国社会经济的全面发展, 许多长期被掩盖的政府公共服务职能缺位问题呈现在人们面前, 并受到广泛关注。“和谐社会”与“新农村建设”成为顺应社会发展的必然选择, 新型农村合作医疗就是国家为了满足农村居民医疗卫生需求的重要举措。尽管中央和地方实行的分税制, 客观上对于地方政府增加地方财政收入方面具有一定的促进作用, 但是相对落后地区的地方财政收入不能满足社会发展的需要, 反而阻碍了公共服务事业的发展。由于地方财政是地方公共服务支出的主要负担者, 加上地区发展的不平衡, 使一些财政收入水平较低的地区进一步拉大了与其他地区的差距, 其公共开支不足所导致的公共服务不平等将是未来和谐社会发展的最大障碍。同时, 中央财政收入水平近年来大幅度提高, 而且增长速度快于经济增长的速度, 这也为扩大对地方的转移支付力度提供了财力保障。中央政府转移性支出是世界各国普遍采用的平衡地方财政与国家重点支持相关领域发展的重要手段。政府如何优化政府资源配置、强化公共服务职能并跟上社会不断提高的需求是一个现实问题, 也是一个严峻的挑战。安徽省作为中部地区, 其经济发展水平甚至于落后西部一些省份, 在新型农村合作医疗筹资方面存在的问题, 中央政府如何使转移支付在合理配置公共卫生资源并发挥最大效用, 进而为新型合作医疗服务是本文所要研究的内容。

---

\*课题项目: 安徽省社科规划项目(AHJK05-06D44)阶段性成果之一

## 一、安徽省实施新型农村合作医疗的基本状况和医疗环境

建立新型农村医疗服务体系不仅关系到“三农问题”的解决，对促进农村经济社会的发展和维持农村社会的稳定的大局，对全民族素质的提高都起到决定性作用，也是新形势下统筹城乡、区域、经济社会协调发展的重大举措，对于提高农民健康保障水平，减轻医疗负担，解决因病致贫、因病返贫问题具有重要作用。但是从全国范围来看建立新型医疗服务体系是一项十分复杂、艰巨的工作，有些问题具有一定的普遍性，而有些问题由于各地区经济发展水平和经济结构的差异，也体现出自身的特点。安徽省作为中部欠发达的省份具有自身的特殊性，如何应对新型农村医疗服务体系所面临的筹资问题将是最大的挑战。

**（一）安徽新型农村合作医疗的基本状况。**安徽与其他省份一样从2003年起进行新型农村合作医疗试点，第一批选择10个县（市、区）；2005年第二批增加了6个；2006年加快了推进新型农村合作医疗试点工作，又增加了14个，前三批合计30个县（市、区）覆盖农业人口1651.56万人，参加合作医疗的人数为1384.82万人，参加新型农村合作医疗率达到83.85%。2007年开始安徽省又新增26个新型农村合作医疗试点县，新型农村合作医疗试点县（市、区）共达56个，覆盖农业人口3017.56万人，占全省农业人口的64%。按照国家要求，其他剩余的县将逐步在近年内纳入新型农村合作医疗制度覆盖的目标。为提高农民的受益水平和提高参与率，从2006年起，中央财政对中西部地区参加新型农村合作医疗的农民增加补助10元的同时，要求地方财政也要相应增加10元。安徽省作为财政困难的省，按照国家许可的时间2006年对参加新型农村合作医疗的农民补助增加到15元、2007年将增加到20元。

**（二）安徽医疗资源缺乏。**医疗卫生资源是人民健康保障的前提和基础，而对于经济社会相对落后的安徽省来说，农村新型合作医疗工作首先要面对的现实问题就是卫生资源总量缺乏和人均卫生资源的严重不足。

首先，医疗资源低于全国水平。安徽省医疗资源的缺乏是全方位的，不仅在人才资源上缺乏，而且医疗设备和公共设施上也是存在很大的不足。从表1可以看出，安徽省无论从全省范围来看，还是以县为对比对象，在全国31个省中倒数第二位。我国每千人所拥有的医疗专业技术人员平均为3.49人，安徽省每千人医疗专业技术人员为2.49人，相当于全国平均水平的70%；我国县每千人所拥有的医疗专业技术人员平均为2.15人，安徽省县每千人医疗专业技术人员为1.61人，不足全国平均水平的75%。安徽省县每千人医疗专业技术人员与发达国家的差距更大，WHO报告中数据显示美国和俄罗斯每千人医疗专业技术人员为12.5人和12.8人，德国则为13.4人，法国、意大利为10.7人，相当于美国和俄罗斯的1/8，法国和意大利的15%的水平<sup>1</sup>。

其次，乡镇医疗资源短缺严重。乡镇医疗卫生资源是农村新型合作医疗最基本的依托，对于农村居民的健康起到基本保障作用，但是安徽省的乡镇医疗卫生资源严重缺乏，难以满足农村新型合作医疗的需要。首先，医疗服务不能够满足社会需求，人才结构不合理。安徽乡镇卫生院人才结构在总体上本科占2.6%、大专占20%，中级职称占12%，其中在中心卫生院本科占2.9%、大专占19%，中级职称占14.1%；一般卫生院本科占2.4%、大专占21.8%，中级职称占10.6%，充分说明人才非常缺乏。其次，设备不足。中心卫生院中5%无心电图机、23%无半自动生化分析仪、43%无洗胃机。总体上乡镇卫生院中10%无心电图机、35%无半自动生化分析仪、48%无洗胃机。在一般卫生院中12%无心电图机、41%无半自动生化分析仪、50%无洗胃机、10%无B超、8%无X光机。这些必备设备的缺乏必然会影响到病人

的有效救治。第三，业务用房不足。近几年国债项目的投入，业务用房比以前有了好转，但仍然有 19%无独立的门诊，24%无独立的住院部。上述问题的存在，导致卫生院的服务能力和服务水平满足不了农民的需要，全省卫生院面临的形势非常严峻<sup>2</sup>。

## 二、安徽新型农村合作医疗筹资存在问题

对于在农村人口总量和所占比例居于全国前列、人均 GDP 和人均财政收入落后、人均财政支出全国倒数第一的安徽省来说，无论对于农村居民，还是地方政府都是很大的压力。

表 1 2005 年全国各地区基本医疗卫生与财政状况

地区	人均 GDP (元)	农村居民 人均纯 收入(元)	农村居民 人均医疗 支出(元)	农业各税 占财政收 入比重(%)*	人均财政状况 (元)		农村人口 (万人, %)		每千人卫生 技术人员(人)	
					收入	支出	总量	比重	县	全省
北京	45,443.7	7346.3	504.2	3.8	5976.7	6881.1	252	16.4	5.58	10.13
天津	35,783.2	5579.9	179.2	4.8	3181.7	4238.9	259	24.9	4.05	6.48
河北	14,782.3	3481.6	134.8	10.0	752.7	1429.2	4264	62.3	2.23	3.35
山西	12,495.0	2890.7	102.9	3.3	1097.9	1993.3	1940	57.9	2.91	4.45
内蒙	16,330.8	2988.9	176.4	9.8	1162.9	2857.8	1260	52.8	2.80	4.36
辽宁	18,983.2	3690.2	233.5	6.2	1599.8	2853.3	1743	41.3	2.64	5.00
吉林	13,348.0	3264.0	193.6	12.4	762.7	2323.7	1289	47.5	3.55	4.71
黑龙江	14,434.1	3221.3	253.5	9.9	833.0	2062.3	1791	46.9	2.71	4.00
上海	51,474.0	8247.8	561.7	7.5	7971.9	9259.0	194	10.9	4.34	7.61
江苏	24,560.0	5276.3	198.6	10.2	1769.5	2238.7	3726	49.9	1.89	3.55
浙江	27,702.7	6660.0	415.6	10.4	2177.6	2583.8	2152	44.0	3.02	4.31
安徽	8,675.1	2641.0	133.7	17.1	545.8	1165.1	3944	64.5	1.61	2.45
福建	18,645.8	4450.4	154.0	6.1	1223.8	1677.7	1861	52.7	2.25	2.98
江西	9,440.0	3128.9	154.7	13.8	586.7	1308.2	2713	63.0	1.95	2.65
山东	20,096.5	3930.6	188.5	11.0	1160.4	1585.5	5081	55.0	2.28	3.51
河南	11,346.5	2870.6	123.4	14.2	573.2	1189.8	6499	69.4	1.98	2.89
湖北	11,431.0	3099.2	135.4	12.8	657.7	1363.8	3242	56.8	2.60	3.59
湖南	10,426.0	3117.7	168.2	13.3	624.8	1380.7	3982	63.0	2.37	3.18
广东	24,435.0	4690.5	203.9	4.9	1965.6	2489.7	3612	39.3	1.97	3.76
广西	8,787.7	2494.7	123.4	11.7	607.4	1312.2	3090	66.4	1.78	2.64
海南	10,871.0	3004.0	93.0	10.7	829.5	1826.6	453	54.8	2.78	3.67
重庆	10,982.0	2809.3	142.7	8.3	917.8	1741.8	1533	54.8	1.70	2.49
四川	9,060.0	2802.8	144.5	10.9	584.1	1317.8	5499	67.0	1.96	2.73
贵州	5,052.0	1877.0	71.8	10.4	489.3	1396.0	2724	73.1	1.25	2.11
云南	7,835.0	2041.8	122.3	13.6	702.6	1722.0	3132	70.5	1.82	2.77
西藏	9,114.0	2077.9	44.4	0.0	434.3	6695.0	202	73.4	2.52	3.33
陕西	9,899.0	2052.6	165.8	8.3	740.1	1717.6	2334	62.8	2.43	3.69
甘肃	7,476.5	1979.9	114.0	9.1	476.1	1655.2	1814	70.0	2.15	3.19
青海	10,044.7	2151.5	152.3	7.4	622.8	3126.2	330	60.8	2.46	3.87
宁夏	10,239.0	2508.9	198.8	5.4	800.7	2688.8	343	57.7	1.88	3.88
新疆	13,108.0	2482.2	169.3	5.8	897.1	2582.2	1262	62.9	2.91	4.91
合计	14,040.0	3254.9	168.1	8.9	1138.3	1923.8	74471	57.0	2.15	3.49

资料来源：2006 中国统计年鉴，2005 年中国人口统计年鉴。\*注：该数据为 2003 年数据

(一) 农村居民收入水平低。部分贫困的农村居民受到收入水平低的影响而没有参与

新型合作医疗，也影响到新型合作医疗的资金筹集，最终影响到新型合作医疗的参与率。通过对安徽省的广德、桐城和凤阳三个县的调查发现，没有参与新型合作医疗的农民在收入水平较低以及贫困家庭比较集中的乡镇最为普遍。从表 4 也可以看出上世纪 90 年代中期安徽省人均 GDP 不足全国平均水平的 50%，即使到 2005 年安徽省人均 GDP 也仅仅相当于全国人均 GDP 平均水平的 61.8%。从表 1 可以看出安徽省农村居民人均收入并没有处于东部和西部中间区域水平，甚至低于西部的一些省区。2003 年和 2002 年相比，安徽农村居民的人均收入几乎没有增长；2004 年，在吉林、黑龙江两省先行免征农业税改革试点，在安徽、四川等 11 个粮食主产省农业税税率降低 3 个百分点，其余省（区、市）农业税税率总体上降低 1 个百分点，2004 年安徽农村居民的收入水平才有了较大的增长，但是与全国平均水平相比仍然有较大的差距，2005 年安徽省农村居民的人均收入相当于全国平均水平的 81.14%。

**（二）人口状况加重地方财政负担。**首先，安徽省农村人口数量庞大。从表 1 可以发现，安徽省人口总数位居全国第 8，但是农村人口总数却上升为全国第 6 位，可见，在新型医疗制度的建设方面，随着农民的大量参与，安徽省的地方财政负担相对要重于其他省份。其次，农村人口比例高。安徽农村人口占全省总人口的比重为 64.5%，高于全国平均水平的 7.5 个百分点（全国平均水平为 57%）。第三，安徽省贫困人口多。由于安徽的城市化水平低，农村人口比例高于全国平均水平，加上人均收入水平低，农村贫困人口和接近于贫困线的人口多。在实行新型合作医疗的过程中，要保证把低收入家庭纳入进来，必然要帮助他们解决筹资问题，同时还要相应加大医疗救助的力度。

表 2 不同年份安徽省人均 GDP、农业税与总税收状况

年份	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
人均 GDP(元)	2521.0	4707.2	4867.4	5220.8	5817.0	6455.0	7768.0	8675.1
农民人均纯收入(元)	1302.8	1900.3	1934.6	2020.0	2117.6	2127.5	2499.3	2641.0
地方人均财政收入(元)	141.5	279.4	293.3	303.7	315.9	358.2	425.1	545.8
地方人均财政支出(元)	229.4	462.7	530.9	638.1	720.8	823.4	931.0	1165.1
农业各税占财政收入比重(%)	16.57	12.85	18.18	16.65	17.38	17.12	12.93	6.67
农业各税占税收收入比重(%)	19.05	16.40	22.48	19.50	21.48	21.38	17.33	9.11

资料来源：安徽统计年鉴 2006

**（三）地方财政收入和支出水平低。**安徽省作为农业大省，地方财政收入一直处于较低水平，从表 2 和表 4 可以看出 1995 年和 2000 年不到全国地方人均财政收入的 60%，2000 年以后却一直不足全国平均水平的 50%，2005 年人均财政收入水平为全国平均水平的 47.95%，排在全国 31 个省的倒数第四位。安徽省地方财政收入水平决定了安徽省公共服务领域的投资状况，从表 4 可以看出 1995 年和 2005 年安徽省的财政支出一直维持在全国地方人均财政支出的 60%左右。从表 1 可以看出 2005 年在全国的 31 个省(市、区)中安徽人均财政支出倒数第一。合作医疗管理部门运转经费严重短缺，而这些地区的政府财力又非常有限，很难自行解决。在市、县级越是经济落后的地区必然影响到合作医疗管理工作的开展。即使按照现有的标准，由于合作医疗覆盖面的扩大和参合农民人数的不断增加，安徽省级财政的补助资金总数将大幅度增加，将对地方财政构成较大压力<sup>3</sup>。

表3 不同年份全国人均GDP、农业税与总税收状况

年份	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
人均GDP(元)	5045.7	7158.5	7857.7	8621.7	9398.1	10542	12335.6	14040
农民人均纯收入(元)	1577.7	2210.3	2253.4	2366.4	2475.6	2622.2	2936.4	3254.9
地方人均财政收入(元)	246.5	444.8	505.4	611.4	662.9	762.2	915.0	1138.3
地方人均财政支出(元)	398.6	714.8	824.8	1029.1	1189.7	1333.3	1584.2	1923.8
农业各税占地方财政比重(%)	9.31	7.57	7.26	6.17	8.43	8.85	7.59	6.29

资料来源：中国统计年鉴2006

表4 安徽省与全国平均水平相关指标比较 (%)

年份	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
人均GDP	49.96	65.76	61.94	60.55	61.90	61.23	62.97	61.79
农村居民人均纯收入	82.58	85.97	85.85	85.36	85.54	81.13	85.11	81.14
地方人均财政收入	57.40	62.81	58.03	49.67	47.65	47.00	46.46	47.95
地方人均财政支出	57.55	64.73	64.37	62.01	60.59	61.76	58.77	60.56
农业各税占地方财政比重	177.98	169.75	250.41	269.85	206.17	193.45	170.36	106.04

(四) 财税改革进一步弱化了安徽省财政收入能力。从表1可以看出, 由于安徽省财政收入对于农业税的依存度远远高于其他所有的省份, 2003年(由于全国2004年开始实行减免农业税的政策, 因此选择2003年数据才能够真正体现实际情况)安徽省财政收入对于农业税的依存度不仅居全国最高, 而且高出全国平均水平92.1%, 取消农业税对于安徽省的财政收入造成了极大的影响, 同时, 农民的收入水平只是全国平均水平的81.1%。从表2和表3也可以看出, 在减少和取消农业税以前, 安徽省农业税占整个地方财政收入的比重在17%左右, 全国农业税占地方财政收入的平均水平在7%左右; 从表4可以看出, 安徽省地方财政收入对于农业税的依存度高出全国平均水平70%到170%。取消农业税在减轻农民负担的同时也必然使本来落后的安徽省财政收入难以得到有效的提高, 甚至于进一步拉大与其他地区的差距, 最终也势必影响到地方财政的支出能力, 难以为公共领域的投资提供资金保证。

### 三、安徽省新型合作医疗根本出路

安徽新型合作医疗的最大问题是筹资问题即如何合理筹集资金并使之具有可持续性。资金筹集的合理性是新型农村合作医疗制度首先要考虑的问题, 同时, 可持续性是不可缺少的重要组成部分。没有资金筹集的可持续性, 也就没有新型合作医疗制度的持久性。解决安徽省新型合作医疗资金问题的根本出路在于:

#### (一) 加大对新型农村合作医疗财政转移性支出

新型农村合作医疗的发展要求基层医疗机构有较好的服务能力和服务水平, 要求当地的医疗资源能够满足农民的基本医疗需求, 解决农民医疗的可及性问题。从农民的自然地理位置分布、医疗服务价格、合作医疗的监督范围、基金的安全运行等方面考虑, 在一般情况下, 引导农民就地接受医疗服务是最理想的方式, 但是安徽省现有的较低层级的医疗服务机构存在着服务能力有限的问题, 特别是乡镇卫生院、村卫生室建设不足或者服务能力低下, 农民的医疗需求得不到基本的保证, 制约了新型农村合作医疗制度的实施。因此, 中央政府要切实承担起保护和增进人民健康的责任, 确保对卫生事业的投入适应社会发展和人民的需求, 充分考虑资金投入的合理分配, 充分体现公平, 国家加大对于新型农村合作医疗以及医疗资源的转移性支出是新型合作医疗, 尤其是经济落后地区农村居民参与新型合作医疗并享有健

康平等权利的根本出路。

## （二）建立农村新型合作医疗专项转移支付方式

要确保安徽农村新型合作医疗筹集资金的可持续性，必须建立农村新型合作医疗专项转移支付方式。在过去的二十几年里，我国的地方政府在改革和发展过程中，分权制促使地方之间的竞争对中国改革发展起到一定的促进作用。地方政府在卫生领域承担着很大的筹资责任，这意味着数目不寻常的大笔开支。地方政府投入卫生事业的能力与当地的人均收入水平直接相关。由于受安徽经济发展水平的限制和税制改革的影响，安徽的财政收入和财政支出必将影响到安徽省公共领域的投入水平，加上国家财政转移性支出对于西部地区的倾斜，导致了处于仅仅好于西部最不发达几个省份的安徽人均财政支出倒数第一。按照目前安徽省的财政支出水平，安徽农村新型合作医疗筹集资金可持续性将受到严重影响。因此，国家应当建立农村新型合作医疗专项转移支付方式，定期、足额拨付用于安徽农村新型合作医疗的专项资金，确保财政困难省份农村新型合作医疗资金的可持续性。

总之，加大对农村新型合作医疗财政转移性支出及建立农村新型合作医疗专项转移支付方式可以使资金投向公共服务领域，进而完善农村新型合作医疗筹资机制，确保新型合作医疗筹资的资金来源和资金来源的可持续性，从而使财政收支水平低的安徽省广大农村居民的健康得到基本保证。面对全社会公共卫生需求全面快速增长的现实，转移性支出应以满足全社会成员的基本公共卫生需求为目标，加快建立社会主义公共服务体制，尽快形成惠及全民的公共服务体系，逐步实现基本公共服务均等化，建设和谐社会。以基本公共服务均等化为重点，进一步改革和规范中央与地方的财政收支关系，不仅可以逐步缩小地区间基本公共卫生服务差距，而且对于协调重大利益关系、维护社会公平，都将产生重大而积极的影响。

### 参考文献：

1. WHO, World health statistics 2005.
2. 徐恒秋, 乡镇卫生院的功能定位, 2006年10月全省乡镇卫生院院长培训班上的讲话
3. 迟福林. 以基本公共服务均等化为重点的中央地方关系. 中国公共服务体制: 中央与地方关系国际研讨会发言. 2006-10-28
4. 调整转移支付结构促进基本公共服务均等化[N], 南方报业传媒集团-21世纪经济报道, 2006-12-26
5. 彭现美. 健康投资绩效研究[M]. 合肥工业大学出版社, 2006 P<sub>1-3</sub>
6. 彭现美, 周静静. 农村新型合作医疗与医疗服务体系的构建[J]. 医学与社会 2007(2):P<sub>28-30</sub>