

新型农村合作医疗筹资与补偿均等化

——基于东部 X 省的实证分析

王小合^{1*} 钱宇¹ 黄仙红¹ 张萌¹ 张亮²

1. 杭州师范大学医学院 浙江杭州 310036

2. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】目的:分析东部 X 省不同经济类型区域新农合均等化程度及趋势,为各地推进地方财政体制机制改革、促进新农合均等化发展提供借鉴及参考。方法:选取东部典型 X 省为现场,采集 2005—2011 年该省所有涉农县新农合实际运行的数据资料,运用差异系数、平均系数、泰尔指数法进行综合测评。结果:该省三类区域新农合人均筹资水平尚未达到底线均等。2005—2011 年全省及三类区域间和区域内新农合参合覆盖面、筹资水平及住院实际补偿待遇差异,总体上均呈现逐年下降趋势,欠发达区域均等化程度显著高于其它两类区域。结论:该省及三类区域新农合均等化呈现逐年优化改善并趋稳态势;省管县财政体制机制创新为其均等化发展提供了有利环境和形成条件;建议构建省管县财政分类转移支付促进新农合均等化发展的动态预测模型,进一步优化调整筹资机制;推进新农合省级统筹管理,以促进其均等化发展。

【关键词】省管县财政体制;新农合;筹资;补偿;均等化

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.06.006

The equality of financing and compensation of New Rural Cooperative Medical Scheme: An empirical analysis in an eastern province in China

WANG Xiao-he¹, QIAN Yu¹, HUANG Xian-hong¹, ZHANG Meng¹, ZHANG Liang²

1. School of Medicine, Hang Zhou Normal University, Zhejiang Hangzhou 310036, China

2. School of Medicine and Health Management, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】 Objective: To analyse the degree of equality of New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) in different economic regions. We provide a reference for equal development of the NRCMS and the reform of the political system and mechanism under the provincial-controlled county fiscal system. Methods: A typical province was chosen with provincial-controlled county fiscal system was fully implemented several years. We collected data on coverage, financing and compensation for the NRCMS from 2005 to 2011. We used the variable coefficient, uniformity coefficient, Theil Index for comprehensive evaluation. Results: Per capita financing has not reached the bottom line. From 2005 to 2011, inter-regional and intra-regional variation coefficient, Theil index of service coverage, financing level and hospital actual compensation has declined year by year. The degree of inequality in economically developed regions was greater than in less economically developed regions and economic medium region. Conclusion: The degree of equalization of the NRCMS in the province continuously improved. Innovation of provincial-controlled county fiscal system and mechanism provides a favorable environment and forming conditions for equalizing the development of the NRCMS. The paper suggested exploring and building fiscal classification step transfer payment institution and dynamic prediction model of the NRCMS, further optimizing financing mechanism, promoting the provincial management system of the NRCMS as soon as possible in order to pro-

* 基金项目:浙江省社科规划课题(12JCSH05YB);浙江省医药卫生科技计划项目(2011KYA125);教育部人文社科研究基金(09YJC630054)

作者简介:王小合,男(1971年—),博士,教授,主要研究方向为健康保障制度与卫生政策。E-mail:xhewang@163.com

通讯作者:钱宇。E-mail:hzzsfq@126.com

mote the equalization development.

【Key words】 Province-controlled county finance system; Different economic regions; New Rural Cooperative Medical Scheme; Equality

《中共中央、国务院关于地方政府机构改革的意见》(中发〔2008〕12号)、《关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》(中发〔2008〕16号)明确提出“积极推进省直管县财政体制改革”,并强调其对激活县域经济活力、建立科学规范省级财政转移支付制度、提高地方政府公共服务供给能力均衡发展的促进效用。^[1]当前各级政府公共财政对新农合的补助约占人均筹资的 80%,新农合体现的是政府对农民的一种社会公共福利性质的基本医疗保障制度^[2],在很大程度上符合社会公共产品提供及其均等化的特征。均等化不等同于均等,更有别于平均化,其实质是实现底线均等。均等化是体现社会公平、正义、平等原则的公共社会治理行动或过程,是反映促进实现均等或公平的变化、变迁或行动过程。新农合均等化的目的在于政府要为广大农民提供基本的、在不同阶段具有不同标准的、最终大致均等的公共基本医保服务^[1,3],其均等化程度及发展水平对当前各地统筹推进城乡全民医保均衡发展起着基础性作用。本文选取已持续多年全面实施省管县财政体制的东部沿海 X 省为典型研究现场,采集该省近年来新农合参合、筹资及补偿等运行数据,在该体制政策情景分析的基础上,运用差异系数、平均系数、泰尔指数法综合测评该省管县特有财政体制环境下不同经济类型区域新农合均等化程度及发展趋势,为各地积极推进省管县财政体制机制创新、促进区域新农合均等化发展提供借鉴和依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取建国以来我国唯一已持续多年全面实施省直管县财政体制的东部 X 省为研究现场,收集该省 2005—2011 年所有(2005 年 85 个,2006—2008 年 88 个,2009 年 84 个,2010—2011 年 82 个)涉农县(市、区)(以下统称为县)新农合实际参合、筹资及补偿等运行情况的年报数据,并按区域类型分别计算参合率、人均筹资、人均缴费/人均筹资、人均缴费/人均收入、住院补偿收益率、实际住院补偿比、次均住院补偿费用共 7 项绝对或相对指标的数据资料。为便于纵向和横

向比较分析,本文沿用该省 2003 年新农合启动试点时,实行省管县财政转移支付政策,以县级财政收入决算指标而划定的三种不同经济类型区域,即经济发达县、中等县及欠发达(含贫困县)区域。^[4]

1.2 研究方法

1.2.1 差异系数法

差异系数(CV)是一组数据的标准差与其均值之比,是测算数据离散程度或非均等化程度的相对指标^[5],此系数越大表明均等化程度越小。其计算公式为:

$$CV = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n \bar{X}^2}} \quad (1)$$

1.2.2 平均系数法

平均系数法常用于对公共产品供给底线均等标准的简单测定和衡量^[1,3],即以上述三类区域新农合的参合、筹资及补偿相关指标平均值的 85% 作为均等化底线标准^[6-7],若某类区域某指标值超过了此底线标准,则表示该类区域在该项指标上达到了底线均等的发展水平,否则即尚未达到。

1.2.3 泰尔指数法

泰尔指数最初是西方经济学中用来衡量不同区域或类别人群收入分布差异度的一种方法。泰尔指数数值越小,说明该区域社会资源分配均等化越好。泰尔指数具有可分解性质,即可将总体不均等分解为区域内不均等和区域间的不均等。因此利用泰尔指数测量新农合均等化程度时,不仅可以测量新农合总体均等化程度,还可以测量上述不同经济类型区域间和区域内新农合的均等化程度^[8],计算公式为:

$$T_p = \sum_{i=1}^n P_i \log \frac{P_i}{Y_i} \quad (2)$$

式 2 中 P_i 为各县参合人口数(或住院人次数)占全省参合人口数(或住院人次数)总数的比重, Y_i 为各县新农合筹资(或住院补偿费用)总额占全省筹资(或住院补偿费用)总额的比重。分解公式为:

$$T_p = T_{wr} + T_{br} \quad (3)$$

$$T_{wr} = \sum_{g=1}^k P_g T_g \quad (4)$$

$$T_{br} = \sum_{g=1}^k P_g \log \frac{P_g}{Y_g} \quad (5)$$

式 3 中 T_p 为总体不均等程度, T_{ur} 为经济欠发达、中等、发达三类区域内部新农合的不均等程度, T_{br} 为三类区域之间新农合的不均等程度, P_g 为 g 区域参合人口数(或住院人次数)占全省总数的比重, Y_g 为 g 区域新农合筹资(或住院补偿费用)总额占全省总额的比重, T_g 为 g 区域的泰尔指数。^[7,9]

2 结果

2.1 参合均等化程度及趋势

2011 年该省经济欠发达、中等、发达三类区域新农合参保率均处在 92% 左右。经济欠发达区域参合率从 2005 年的 62.02% 逐年稳步提升到 2011 年的 92.17% ; 中等区域参合率从 2005 年的 81.99% 提高至 2008 年的 95.44% , 2009 年以来有所回落但稳定在 91% 以上; 发达区域基本呈现同中等区域的规律及趋势(表 1)。

表 1 2005—2011 年不同经济类型区域新农合参合率及差异系数

年份	欠发达区域		中等区域		发达区域	
	参合率 (%)	差异系数	参合率 (%)	差异系数	参合率 (%)	差异系数
2005	62.02	0.2969	81.99	0.1859	86.04	0.2112
2006	75.18	0.1567	89.51	0.1948	93.10	0.0829
2007	80.49	0.1451	90.92	0.1881	94.53	0.0907
2008	86.76	0.0907	95.44	0.1031	96.87	0.0704
2009	88.43	0.0837	94.98	0.1583	92.90	0.1518
2010	87.22	0.0960	93.45	0.1558	94.14	0.1613
2011	92.17	0.0641	91.74	0.1845	91.60	0.0978

从其均等化发展的横向比较看, 2011 年三种不同经济类型区域内各县际间新农合参合率的差异系数分别为 0.0641、0.1845 和 0.0978, 欠发达区域参合均等化程度分别是中等和发达区域的 2.88 倍和 1.53 倍。从纵向比较看, 2005—2011 年欠发达区域参合率的差异系数呈现逐年稳步下降态势, 年平均下降率为 22.58% , 反映其均等化程度逐年改善; 中等区域的差异系数保持相对稳定态势; 发达区域差异系数则呈现上下波动状态(表 1)。

2.2 筹资均等化程度及趋势

2.2.1 基于平均系数的新农合筹资均等化程度及趋势

2011 年经济欠发达、中等和发达区域新农合人均筹资分别为 339.34、365.01 和 500.46 元。三类区域人均缴费占人均筹资的比例分别为 25.38%、29.64% 和 26.19% ; 人均缴费占人均纯收入的比例分别为 1.11%、0.89% 和 1.09%。基于平均系数法对筹资相关指标的底线均等实现情况进行衡量, 2007 年以后仅有人均筹资水平的绝对指标尚未达到底线均等。2006—2011 年间, 尽管三种类型区域新农合人均筹资呈现逐年稳步提高趋势, 但仍尚未达到底线均等; 人均缴费占人均筹资的比例逐年下降趋稳至 25% ~ 30% ; 人均缴费占人均纯收入的比例逐年提升至 1% 左右。近五年来人均缴费占人均筹资的比例已达底线均等的结果提示, 以县和省两级政府为主体对新农合人均财政补助水平也达到底线均等(表 2)。

表 2 基于平均系数法的三种不同经济类型区域新农合筹资均等化程度

年份	欠发达区域			中等区域			发达区域			均等化底线标准		
	人均筹资 (元)	人均缴费占人均筹资比例 (%)	人均缴费占人均纯收入比例 (%)	人均筹资 (元)	人均缴费占人均筹资比例 (%)	人均缴费占人均纯收入比例 (%)	人均筹资 (元)	人均缴费占人均筹资比例 (%)	人均缴费占人均纯收入比例 (%)	人均筹资	人均缴费占人均筹资比例	人均缴费占人均纯收入比例
2005	52.52	45.35	0.53	72.62	37.37	0.50	88.95	31.22	0.38	×	×	×
2006	43.53	48.43	0.46	68.80	40.79	0.53	72.44	34.61	0.33	×	×	×
2007	67.21	36.28	0.48	90.94	38.14	0.55	110.70	31.40	0.38	×	√	×
2008	106.32	26.50	0.49	137.87	32.14	0.53	174.22	28.28	0.50	×	√	√
2009	143.13	25.70	0.58	167.25	32.09	0.56	227.92	29.85	0.61	×	√	√
2010	207.12	23.90	0.70	249.34	29.95	0.63	294.20	28.39	0.69	×	√	√
2011	339.34	25.38	1.11	365.01	29.64	0.89	500.46	26.19	1.09	×	√	√

注: 均等化底线标准达到和未达到分别用“√”和“×”表示。

表 3 基于差异系数法的三种不同经济类型区域新农合筹资均等化程度

年份	欠发达区域			中等区域			发达区域		
	人均筹资	人均缴费占人均筹资比例	人均缴费占人均纯收入比例	人均筹资	人均缴费占人均筹资比例	人均缴费占人均纯收入比例	人均筹资	人均缴费占人均筹资比例	人均缴费占人均纯收入比例
2005	0.3163	0.3058	0.4042	0.8142	0.3113	0.6646	0.3490	0.2430	0.3665
2006	0.1495	0.3376	0.2942	0.9829	0.4166	0.4211	0.3466	0.3644	0.4368
2007	0.1555	0.2266	0.2587	0.7042	0.3479	0.6565	0.3533	0.3287	0.2918
2008	0.1505	0.2203	0.2203	0.4407	0.4322	0.5322	0.4857	0.2626	0.2862
2009	0.1529	0.1851	0.2263	0.3783	0.2904	0.4641	0.4427	0.2321	0.3042
2010	0.1127	0.1698	0.2660	0.3049	0.3112	0.3991	0.3096	0.1620	0.2023
2011	0.1277	0.1934	0.3324	0.1370	0.1947	0.2378	0.2933	0.1940	0.1809

2.2.2 基于差异系数的新农合筹资均等化程度及趋势

2011 年经济欠发达、中等和发达三类区域各县际间新农合人均筹资的差异系数分别为 0.1277、0.1370 和 0.2933,欠发达和中等区域人均筹资的均等化程度显著高于发达区域;三类区域人均缴费占人均筹资比例差异度接近;发达和中等区域人均缴费占人均纯收入比例的均等化程度相对较高。2005—2011 年,欠发达和中等区域人均筹资的差异度基本呈现逐年下降趋势,下降幅度分别为 59.63% 和 83.17%;发达区域人均筹资的差异度呈现上下波动的态势;欠发达区域人均缴费占人均筹资比例差异度呈现下降的趋势,下降幅度为 36.76%;中等和发达区域人均缴费占农民人均纯收入比例差异度基本呈现下降趋势,下降幅度分别为 64.22% 和 55.24% (表 3)。

2.2.3 基于泰尔指数的新农合筹资均等化程度及趋势

2011 年三类区域新农合人均筹资水平的总体泰尔指数为 0.0217,区域间和区域内的泰尔指数分别为 0.0067 和 0.0150,区域间对总体非均等的贡献率仅为 30.88%。欠发达、中等区域人均筹资水平的均等化程度显著高于发达区域。2005—2011 年,三类区域人均筹资的总体及区域内的泰尔指数均呈现逐年下降趋势,下降幅度分别为 49.06% 和 56.14%,尽管每一年区域内对人均筹资的总体非均等的贡献率显著高于区域间,但区域内人均筹资的均等化发展趋势却在不断提升和改善。中等区域内各县际间人均筹资的泰尔指数逐年下降幅度最为明显,即反映其均等化程度提升相对最为显著 (表 4)。

表 4 基于泰尔指数法的三种不同经济类型区域新农合人均筹资水平均等化程度

年份	T_p	区域内		区域内县际间的不均等			区域间	
		T_{wr}	贡献率 (%)	欠发达 (T_{g1})	中等 (T_{g2})	发达 (T_{g3})	T_{br}	贡献率 (%)
2005	0.0426	0.0342	80.28	0.0174	0.0627	0.0203	0.0084	19.72
2006	0.0388	0.0298	76.80	0.0043	0.0507	0.0250	0.0090	23.20
2007	0.0306	0.0222	72.55	0.0033	0.0324	0.0240	0.0084	27.45
2008	0.0275	0.0188	68.36	0.0019	0.0211	0.0258	0.0087	31.64
2009	0.0301	0.0215	71.43	0.0036	0.0201	0.0324	0.0086	28.57
2010	0.0224	0.0139	62.05	0.0034	0.0131	0.0219	0.0085	37.95
2011	0.0217	0.0150	69.12	0.0030	0.0037	0.0300	0.0067	30.88

2.3 住院补偿均等化程度及趋势

2.3.1 基于平均系数法的新农合住院补偿均等化程度及趋势

2011 年三类区域新农合住院补偿受益率和实际住院补偿比分别处于 7% 和 44% 左右的水平,均次住院补偿费用分别为 3 535.11、3 756.69 和 4 074.28 元;基于平均系数法对三类区域住院补偿的底线均等实现情况进行衡量,均达到了底线均等水平。从 2005—2011 年三类区域的纵向比较及发展看,住院补偿的三项指标值均呈现逐年提升态势。2008 年之后三类区域新农合上述三项住院补偿相关指标均实现了底线均等 (表 5)。

2.3.2 基于差异系数的新农合住院补偿均等化程度及趋势

2011 年欠发达区域新农合住院补偿水平的均等化程度显著高于中等和发达区域。2005—2011 年,三类区域住院补偿受益率的差异度基本呈现逐年相同幅度的下降趋势,年下降幅度徘徊在 10% 左右;欠发达、中等区域实际住院补偿比例的差异系数年均下降率均徘徊在 15% 左右;与欠发达、发达区域相比较,中等区域均次住院补偿费用的均等化程度改善最为显著 (表 6)。

表5 基于平均系数法的三种不同经济类型区域新农合住院补偿水平均等化程度

年份	欠发达区域			中等区域			发达区域			均等化底线标准		
	住院补偿 受益率 (%)	实际住院 补偿比 (%)	次均住院 补偿 费用 (元)	住院补偿 受益率 (%)	实际住院 补偿比 (%)	次均住院 补偿 费用 (元)	住院补偿 受益率 (%)	实际住院 补偿比 (%)	次均住院 补偿 费用 (元)	住院 补偿 受益率	实际 住院 补偿比	次均住 院补偿 费用
2005	2.47	16.50	1 262.53	3.35	21.02	1 407.57	3.38	22.21	1 602.61	×	×	√
2006	3.00	19.71	1 259.88	3.81	21.86	1 461.86	3.65	24.05	1 695.94	√	√	×
2007	3.71	20.87	1 394.41	4.27	23.54	1 630.43	4.44	26.89	1 947.71	√	√	×
2008	4.33	25.08	1 759.94	4.67	27.36	2 011.04	4.91	31.84	2 579.83	√	√	√
2009	5.11	29.86	2 191.97	5.40	31.81	2 338.21	5.59	36.15	3 001.49	√	√	√
2010	5.71	34.04	2 717.02	6.19	35.65	2 878.27	6.48	39.53	3 443.85	√	√	√
2011	6.72	43.06	3 535.11	7.47	44.52	3 756.69	7.66	44.99	4 074.28	√	√	√

注:均等化底线标准达到和未达到分别用“√”和“×”表示。

表6 基于差异系数法的三种不同经济类型区域新农合住院补偿水平均等化程度

年份	欠发达区域			中等区域			发达区域		
	住院补偿 受益率	实际住院 补偿比	次均住院 补偿费用	住院补偿 受益率	实际住院 补偿比	次均住院 补偿费用	住院补偿 受益率	实际住院 补偿比	次均住院 补偿费用
2005	0.3193	0.2507	0.2152	0.4692	0.3125	0.4234	0.3756	0.1928	0.2666
2006	0.2660	0.1805	0.2581	0.3783	0.3418	0.3819	0.3317	0.1841	0.2511
2007	0.2195	0.2006	0.2376	0.3505	0.2762	0.3562	0.2402	0.2223	0.2467
2008	0.2072	0.1749	0.2180	0.3199	0.2506	0.2729	0.2405	0.2589	0.2912
2009	0.1841	0.1383	0.1583	0.2961	0.2094	0.2482	0.1815	0.2119	0.2709
2010	0.1811	0.1370	0.1690	0.2685	0.1642	0.2040	0.1525	0.2152	0.2540
2011	0.1680	0.0960	0.1506	0.2366	0.1123	0.2062	0.2102	0.1328	0.2303

2.3.3 基于泰尔指数的新农合住院补偿费用均等化程度及趋势

2011年三类区域新农合次均住院补偿费用的总泰尔指数为0.0088,区域间和区域内的泰尔指数分别为0.0008和0.0080,区域间对总体非均等的贡献率仅为9.09%。欠发达区域内各县际间次均住院补偿费用的相对均等化程度最好、发达区域次之、中等区域最低。2005—2011年,三类区域次均住院补偿费用的总泰尔指数及区域间、区域内的均等化程度均呈现波动态势,尽管每年区域内对总体非均等的贡献率显著高于区域间,但区域内的均等化发展趋势却在逐年略微提升和改善(表7)。

表7 基于泰尔指数法的三种不同经济类型区域新农合住院补偿费用均等化程度

年份	T_p	区域内		区域内县际间的不均等			区域间	
		T_{wr}	贡献率 (%)	欠发达 (T_{g1})	中等 (T_{g2})	发达 (T_{g3})	T_{br}	贡献率 (%)
2005	0.0172	0.0154	89.53	0.0088	0.0234	0.0118	0.0018	10.47
2006	0.0175	0.0146	83.43	0.0134	0.0188	0.0122	0.0029	16.57
2007	0.0169	0.0130	76.92	0.0109	0.0162	0.0118	0.0039	23.08
2008	0.0206	0.0149	72.33	0.0108	0.0132	0.0180	0.0057	27.67
2009	0.0156	0.0113	72.44	0.0052	0.0109	0.0152	0.0043	27.56
2010	0.0124	0.0101	81.45	0.0055	0.0082	0.0142	0.0024	18.55
2011	0.0088	0.0080	90.91	0.0057	0.0079	0.0104	0.0008	9.09

和其它省一样普遍建立了市(地)和县两级地方财政管理体系。当时,省级直管地市与县财政,地方政府间在事权和收支划分、转移支付、资金往来与调度、预决算、年终结算等都是省直接分别与地市和县发生对接关系;地市不直接与县发生财政关系,但省与县级尚未进行实质性收支范围及项目的明确划分。^[10]这即是本

3 讨论与建议

3.1 省管县地方财政体制改革背景及动因

我国建国初实行的是各级政府财政全部收归国家统一预算支配的财政管理体制。1953—1957年,调整为中央—省—县(市)三级财政管理体系。X省

文关注的省管县财政体制的雏形。

1982 年起,国家实行“分级包干”地方财政体制改革,推行了地市领导县的行政体制。除 X 省坚持延续 1953 年以来的省管县财政体制外,其他省则逐步调整为地市管县体制。1994 年国家分税制改革,省以下财政体制及制度设计由各省自主选择,这样 X 省该体制得以延续和发展。^[11]在此期间,该省部分政府部门及地市政府曾多次引发质疑,认为该体制导致了省域中心城市经济实力及竞争力不强、且不符合我国行政管理层级体系等问题。但 X 省根据已显现的利于民营经济、城镇化和县域经济快速发展的现实省情及增强市场经济的决意出发,坚持了该体制的初衷。^[11]

X 省从 1995 年开始逐步探索并规范建立形成了被多数地市、县级政府及部门接受的制度化的省管县财政分配机制。即推行了“抓经济发达和欠发达县两头、带中等县”分类指导的财政政策,建立在确保各县级财政完成当年收支平衡和政府职责任务的前提下,省级财政补助与县级财政增长挂钩的激励与约束相结合的财政奖励及转移支付机制,在调动县域发展积极性的同时,将经济强县的财力由省级财政集中起来,转移支付给欠发达县,以调节统筹区域基本公共服务供给的均衡发展。^[11]在近来统筹区域和城乡科学发展的大背景下,此体制及实践效应倍受各地关注和借鉴。^[12]

3.2 省管县财政体制机制创新为新农合均等化渐进发展提供了有利环境和形成条件

从 X 省近十余年来坚持省管县财政体制,率先在全国持续呈现的统筹区域城乡经济发展差距小、县域地方财力发达、全国百强县占比大、新农合快速发展的实践效果及学界评论看,该体制机制及其创新功不可没。该扁平化体制一方面有效避免了传统三级地方财政体制下的“市刮县”问题^[13],提高了公共财政效率,特别是有效促进和激活了连接城乡结合体的县域经济快速发展,从而为增强县级地方政府作为筹资主体(县级财政平均补助占各级财政补助总额的比例接近 60%)对新农合财政投入和引导农民积极参合的保障能力。

另一方面,作为东部发达省份,在仅有少量新农合国家财政补助情况下,省级财政依据县级财政实际能力对所有涉农县划分为经济欠发达、较发达、发达三类区域,探索试行按“三类三档”进行专项转移支付差别补助政策。2003 年新农合试点之初,省级财政对三类区域实际参合农民分别给予每人每年 10

元、5 元和 3 元的专项补助。2007 和 2008 年连续两年补助再翻番。2009 年,在此基础上再次新增的转移支付标准,则根据各县经济发展水平不同又调整按“二类六档”(欠发达一类分三档、中等和发达区域合并为一类分三档)进行差别补助。^[3]2011 年二类六档区域参合农民每人分别获得 135 元、122 元、108 元、81 元、54 元和 30 元的省级公共财政补助。该体制及初步形成的省级财政对不同经济类型区域新农合筹资分类分档的转移支付宏观调节分配机制,在调节力度、范围及广度上均显著优于传统三级地方财政体制,为引导不同区域新农合参合和筹资均等化渐进发展提供了有利环境和形成条件。^[14-15]

3.3 新农合均等化虽逐年优化改善并趋稳,但区域内特别是发达区域内筹资不均等问题依然存在

本文基于三种算法的不同点及优势,对 X 省新农合均等化进程的综合验证研究结果显示,从总体上看,近年来该体制下全省及三种不同经济类型区域间和区域内新农合参合覆盖面、筹资水平及住院实际补偿待遇等方面的均等化程度已实现或趋于底线均等状态,并呈现逐年显著优化改善及趋稳发展倾向,这与国内相关研究文献的结论基本一致。^[2,16]但区域内对新农合人均筹资、人均住院补偿费用绝对水平的差异贡献分别约是区域间的 1.6~4 倍和 2.6~10 倍,相对于经济欠发达区域,中等及发达区域各县际间新农合筹资均等化程度较低。探索其原因,一方面与该体制下省级公共财政转移支付分类差别补助机制,是基于以县级财政收入大小为指标而粗线条划定的区域类型有关;也受到较发达及发达区域内各县县级财政能力及农民人均纯收入实际差距相对较大造成对全省总体筹资均等化贡献的影响;已形成的省级财政转移支付机制仅仅从新农合筹资的角度进行单一设计,尚未考虑到新农合补偿方案及农村医疗卫生服务综合效率对其的影响和作用。这些发现对进一步细化设计及优化调整筹资结构及省级转移支付制度提供了方向和具体观察点。

3.4 构建省管县财政分类转移支付促进新农合均等化发展的动态预测模型,进一步优化调整筹资机制

本研究发现,X 省三类不同经济类型区域新农合参合农民人均缴费占人均筹资的比例和人均缴费占人均纯收入的比例逐渐发展分别趋稳至 25% 和

1%左右,各级政府对新农合的财政补助与农民个人缴费的比例约为3:1,其中县级地方政府财政补助至少占到各级政府补助的50%及以上,已基本符合国际社会全民基本医疗保险有效筹资的结构及法则。^[4,16-17]建议该省在把握此基本规律及特征的基础上,把前期仅以县级财政收入决算指标为区域分类粗略划分依据,逐步调整为定期动态以县级地方政府财政收入指标和新农合投入产出运行效率指标为主、县域人均GDP和农民人均纯收入指标为辅,综合进行不同经济区域分类分档的科学细分^[4];以不同分类区域新农合人均筹资的底线均等为基准线,在基本形成各级政府和农民个人适宜缴费合理比例及分担责任基础上,以渐进追赶、促进城乡全民基本医保实现筹资底线均等为中期目标^[18-19],运用计量经济学理论及相关方法,探索构建省管县财政体制下省级公共财政对促进新农合均等化发展的分类差别转移支付动态预测模型^[20],建立随着经济总量增加和财政能力提高相匹配的新农合均等化发展的筹资标准和基金支出的动态增长机制,筹资结构随着其均等化程度变化而变化的调整机制。

3.5 尽快推进新农合省级统筹管理,以促进其均等化发展

鉴于当前X省不同经济类型区域新农合均处在相对稳定的高参合率,各级政府财政补助与农民缴费分担比例趋于相对稳定和合理,除参合农民人均筹资的绝对水平指标尚存在一定的均等化差异外,其筹资相对水平指标、住院实际受益及补偿待遇已基本实现了大致均等,半数地市已实施了新农合市级统筹,全省已拥有统一的新农合信息管理平台,这些发展基础及省管县财政体制的统筹调控优势,为推进新农合省级统筹提供了条件和保障。建议尽快推进新农合省级统筹管理,这不仅有利于在省域更大范围内统筹提高新农合均等化的发展水平,也是适应农民流动及享受异地就医结报待遇均等的现实需要。考虑到目前X省域内县域经济发展、农民收入和基本医疗服务供给与需求仍存在一定差异的实际,建议遵循“大数法则”以及基本公共服务均等化的内在要求,设计两档筹资标准和补偿待遇(欠发达为一档、中等和发达县为一档),各级政府给予相应的补助标准^[16],全省统一筹资标准和受益补偿政策、统一基本药物目录、统一调剂金管理、统一业务程序和信息管理,以促进其均等化发展。

参 考 文 献

- [1] 古建芹,段国旭,孙健夫. 均等化理论与财政政策[M]. 北京:中国财政经济出版社,2010.
- [2] 代涛,朱坤,张小娟. 我国新型农村合作医疗制度运行效果分析[J]. 中国卫生政策研究,2013,6(6):1-7.
- [3] 王小合,张萌,黄仙红. 统筹城乡居民基本医疗保险均等化理论及实证研究[J]. 中国卫生经济,2012,31(9):19-22.
- [4] 王小合,陈明亮,曾国经,等. 浙江省不同经济类型试点县新型农村合作医疗基金运行状况比较研究[J]. 中国卫生经济,2007,26(12):21-23.
- [5] 方积乾. 医学统计学与电脑实验[M]. 上海:上海科学技术出版社,2012.
- [6] 王欢. 全民医保目标下基本医疗保障制度底线公平研究[D]. 武汉:华中科技大学,2009.
- [7] 朱云飞,赵宁. 我国省际间基本社会保障服务均等化研究[J]. 天津商业大学学报,2012(6):9-13.
- [8] 李继胜. 政府医疗卫生支出的地区差异测度—基于泰尔指数的角度[J]. 中国城市经济,2011(11):77-78.
- [9] 李贞玉,孔祥金,任苒. 辽宁卫生资源配置公平性发展趋势研究基于Gini系数和Theil指数的分析[J]. 中国卫生经济,2013,32(4):12-14.
- [10] 朱柏铭. 省管县财政体制的几点思考[J]. 中国财政,2006(6):15-19.
- [11] 吴云法. 浙江省“省管县”财政体制分析[J]. 经济研究参考,2004(86):2-8.
- [12] 柳文娟. 省管县财政体制与县域经济发展[J]. 改革论坛,2012(10):134-136.
- [13] Carl Riskin, Renwei Zhao, Shi Li. China's Retreat from Equality: Income Distribution and Economic Transition [M]. New York: M. E. Sharpe, 2001.
- [14] 宋英玲. 省管县体制下县级政府公共服务能力研究[D]. 太原:山西大学,2012.
- [15] 何显明. 省管县改革:绩效预期与路径选择[M]. 上海:学林出版社,2009.
- [16] 申曙光,孙健,刘巧,等. 新型农村合作医疗公平性研究——以广东省为例[J]. 人口与经济,2009(5):84-90.
- [17] 顾昕. 走向全民医保:中国新医改的战略与战术[M]. 北京:中国劳动社会保障出版社,2008.
- [18] 雷海潮. 城乡统筹医疗保障制度的内涵与实现策略[J]. 中国卫生政策研究,2011,4(3):1-3.
- [19] 李玲,崔玄,陈秋霖. 基本医疗保障制度受益情况分析 & 政策思考[J]. 中国卫生政策研究,2012,4(3):21-26.
- [20] 王鹏,杜婕,陈思,等. 以基尼系数为视角的财政转移支付均等化效果研究[J]. 财政研究,2012(6):60-62.

[收稿日期:2014-03-10 修回日期:2014-05-19]

(编辑 薛云)