

江西农村医疗保障公共财政对策探讨

叶金生

【内容提要】：农村医疗保障是我国农村社会保障体系的重要内容，江西农村的医疗保障主要是新型农村合作医疗和农村困难群众大病医疗救助。作为中部的欠发达省份，江西的经济发展相对滞后，政府财力、医疗力量相对薄弱，农村医疗保障还处于相对低下水平。本文通过阐述江西农村医疗保障的现状及存在问题，进而从公共财政角度研究提出了完善江西农村医疗保障的对策建议。

【关键词】：农村医疗保障，公共财政，对策

农村医疗保障是我国农村社会保障体系的重要内容，也一直是社会保障、医疗、财政问题专家学者关注的热点问题。社会保障制度是市场经济发展的必然产物，一个地区的农村医疗保障水平也取决于当地经济的发展水平。江西作为中部的欠发达省份，因经济的发展相对滞后，政府财力、医疗力量相对薄弱，其农村医疗保障还处于相对低下水平。作为一个农村人口占总人口近 77% 的农业大省，薄弱的农村医疗保障必然导致农民健康水平低下，农业生产发展的滞后。为此，如何在有限的医疗卫生投入下合理配置城乡医疗卫生资源，完善农村医疗保障的相关制度，加大公共财政对农村医疗保障的支持，是江西农村医疗保障建设中亟待解决的问题。

一、江西农村医疗保障的现状

目前，江西省农村社会的医疗保障主要是新型农村合作医疗和农村困难群众大病医疗救助。新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，大病统筹为主的农民医疗互助供给制度。农村医疗救助制度是政府拨款和社会各界自愿捐助等多渠道筹资，对患大病的农村五保户、特困户实行医疗救助的制度。

1. 新型农村合作医疗。江西省是全国首批新型农村合作医疗试点的省份之一，2003 年 7 月-2004 年 12 月，江西在南昌、崇义、婺源、樟树、吉安、分宜、贵溪等 7 个县（市）开展新型农村合作医疗试点工作。覆盖 131 个乡镇、1469 个行政村、农业人口 248.71 万，参合农民 218.99 万，参合率为 88.03%。共筹集资金 9074.19 万元，其中，中央财政补助 3242.01 万元，地方财政补助 3267.10 万元，农民自筹 2565.04 万元。2005 年，全省新增修水、乐平、芦溪、南丰等 4 个县（市）扩大试点，覆盖 209 个乡镇、2461 个行政村、农业人口 394.81 万，参合农民 318.43 万，参合率为 80.65%。共筹集资金 10238.51 万元，其中，中央财政补助 3184.3 万元，地方财政补助 3184.3 万元，农民自筹 3869.91 万元。2006 年，全省新农合试点县（市、区）由 2005 年的 11 个扩大到 40 个，覆盖 716 个乡镇、8080 个行政村、1437.4 万农业人口，覆盖全省农业人口的 45.43%。参合农民 1221 万，参合率为 84.95%。共筹集资金 57549.45 万元，其中，中央财政补助 18926 万元，省级财政补助经费 18076.3 万元，市级财政补助 2684.41 万元，县级财政补助 3663.01 万元，参合农民个人自缴资金 14199.73 万元。

2. 农村困难群众大病医疗救助。江西的农村困难群众大病医疗救助始试行于 2003 年，保障对象为农村五保户和农村低保户。通过对患大病困难群众的救助解决农村特困家庭患大病后无力就医、因病致贫的问题。自试行以来，覆盖面不断扩大，筹资规模不断增加，保障水平也逐步提高。2005 年，中央、省、市、县各级财政共组织安排资金 8000 万元，用于建立农村特困群众大病医疗救助制度。其中，省财政筹措资金占 75%，全省共有 51 万农村特困群众得到救助。2006 年江西省财政筹集 1.95 亿元资金，用于全省 22 万农村五保户和 100 万农村低保户的医疗救助。全省 99 个县（市、区）普遍实行了农村大病医疗救助，近 63 万救助对象得到了 5672 万元的医疗救助款。

二、江西农村医疗保障存在的主要问题

自 2003 年试点以来，江西省全面推行新型农村合作医疗制度和农村困难群众大病医疗救助制度，努力实现新农合制度全面覆盖，取得了农民得实惠、政府得民心、卫生得发展的初步成效，有效解决了农民因病致贫、返贫的问题。目前，已经形成了符合农村实际的合作医疗制度框架和运行机制，合作医疗制度与医疗救助制度进行了紧密衔接，合作医疗工作的扎实推进也极大地促进了农村卫生事业的进步和发展。但作为中部的欠发达省份，江西农村社会的医疗保障还存在很多问题。

1. 农村基本医疗卫生条件差，医疗服务水平低。随着经济社会的发展，江西农村的医疗水平有所提高，但由于政府财力、医疗力量比较薄弱，江西的农村医疗卫生条件还相对较差。在农村卫生建设方面，江西每千农业人口的乡村医生和卫生员数低于全国平均水平。而农村卫生室的服务水平相对较低，很难满足农民医疗需要。据祝子萍、刘玉凤、袁昆华（2005）调查，江西某县的农村地区近 60%的门诊服务是由村卫生室或私人诊所提供的，仅有四分之一是由乡卫生院提供的。同时，该县有乡村从医人员 235 人，绝大部分是个体医生，有一大部分是从过去的乡村“赤脚医生”转变过来的。农村卫生基础设施发展滞后、医疗资源匮乏、医务工作者短缺，难以满足广大农村地区的农民对基本医疗保障的需求。

2. 城乡差异较大，农村医疗保障水平不高。在城乡二元制约下，医疗卫生资源在城乡之间的分配极不平衡，农村的医疗卫生状况严重滞后于城市地区。目前，医疗卫生支出主要用于城市居民的医疗卫生保健，现行的医疗保障制度也主要面向城镇人口，占总人口 70%的农村居民仅获得 20%的医疗卫生服务。1998 年、2003 年国家卫生服务调查的数据显示，农村居民的医疗保障主要靠自费（1998 年农民医疗支出的 87.3%是自费负担，2003 年 79.0%的医疗支出是自费），政府提供的基本医疗、公费医疗、劳保医疗支持率不到 5%，远远低于城市的保障水平。（见表 1）。这种情况在欠发达的江西尤为突出，在贫困和偏远地区，农民多是靠自己的力量来筹集医疗预防保健资金，即使是解决最低保障仍有相当的困难。在试行新型农村合作医疗的农村地区，补偿水平也较低，特别是较高医疗费用的费用补偿比例普遍较低，抗大病能力有限，农民的医疗保障水平还不高。

表 1 居民医疗保障方式表

单位:亿元

指标	合计		城市		农村	
	2003 年	1998 年	2003 年	1998 年	2003 年	1998 年
基本医保	8.9	—	30.4	—	1.5	—
公费医疗	1.2	4.9	4.0	16.0	0.2	1.2
劳保医疗	1.3	6.2	4.6	22.9	0.1	0.5
合作医疗	8.8	5.6	6.6	2.7	9.5	6.6
其他社保	1.4	5.0	2.2	10.9	1.2	3.0
纯商保	7.6	1.9	5.6	3.3	8.3	1.4
自费	70.3	76.4	44.8	44.1	79.0	87.3

数据来源:1998 年和 2003 年国家卫生服务调查。

3. 农村医疗保障覆盖面还不广，保障还不普遍。2003 年-2006 年，江西省的新型农村合作医疗试点由 7 个县（市）扩大到 40 个县（市），参合农民也由 218.99 万增加到 1221 万，但至 2006 年，新型农村合作医疗的覆盖的农业人口仅有 1437.4 万，覆盖率只达到 45.43%，江西农村医疗保障的覆盖面还不广。另外，江西的新型农村合作医疗以大病统筹为主，保障不普遍。而农村的另一重要医疗保障——农村困难群众大病医疗救助，其保障对象主要是农村五保户、农村低保人员，保障范围极为有限，保障还不普遍。同时，由于新型农村合作医疗基金有限，农民获得的保障还受到诸如病种、目录用药、最低起付线和最高封顶线等限制，导致了农民参合的逆向选择——农村青壮年劳动力不愿意参保，参保人员多集中在年老体弱者。这对新型农村合作医疗的可持续发展是一个很大的挑战。

三、完善江西农村医疗保障的公共财政对策

政府公共财政的支持对完善农村社会的医疗保障起着至关重要的作用。政府公共财政介入农村医疗保障领域，能提高农民的医疗福利水平，避免农民因病致贫、因病返贫现象的产生，实现社会的公平正义。笔者认为，完善江西农村医疗保障可以在财政投入机制、财政层级分工、财政支持模式、农村医疗保障的筹资模式等方面采取措施，构建符合江西省情、促进江西农村医疗保障发展的公共财政保障机制。

1. 加大财政对农村基本医疗卫生的投入。农村的基本医疗卫生是农村医疗保障有效发挥作用的前提。而农村的医疗卫生服务主要由农村的三级卫生部门提供，要提高农村医疗保障水平就必须先提高农村三级卫生部门的服务水平。由于长期得不到政府财政的有效支持，江西省农村三级卫生部门的医疗卫生条件较差，医疗卫生设施简陋、落后，医疗服务水平较低。而新型农村合作医疗的医疗卫生大部分是由农村三级卫生部门提供的，这对农村合作医疗的有效开展是很大的障碍，农民参保的积极性容易因此受挫，导致农民参保的逆向选择。因此，财政应加大对农村三级卫生部门的卫生投入，改善农村基层医疗机构的医疗条件，提高其服务能力。其中，重点要改善农村基层医疗机构，特别是乡村两级医疗组织的医疗实施，加强对乡村医护人员的技术培训，建设一支能满足农村居民基本医疗服务需求的医疗卫生队伍。

2. 调整各级财政在农村医疗保障中的分工。农村社会的医疗保障主要由中央财政和各级地方财政共同负担。各级财政支持是保证合作医疗制度正常运转的关键。这就需要合理划分政府间的卫生事权，明确各级政府间的卫生财权，实现各级政府在农村医疗保障上的有效合作，不同层级政府之间的合作主要体现在财政补助的及时拨付和责任分担方面：中央政府承担新型农村合作医疗的大部分筹资责任，地方政府（省、市、县）分担责任。江西经济发展相对落后，地方政府特别是县乡财政相对困难。因此，需要适当调整中央和省级政府在农村医疗保障中的支出比例，加大中央财政对欠发达地区农村医疗保障的财政支持。而地方财政也要合理配置医疗卫生资源，强调省、市财政对农村医疗保障的支持。在当前财政收入占 GDP 比重和中央财政收入占全国财政收入比重得到大幅提高的情况下，各级财政特别是中央和省级财政承担更多的卫生支出责任是可行的，这样可以大大减轻基层财政的卫生支出负担，基层政府则结合当地实际情况，负责管理和协调好本地区的卫生服务，承担本地·区范围内的疾病控制、社区卫生服务、初级卫生保健的职责，从而保证农民享有最基本的初级医疗卫生保障，并使尽可能多的农民受益。

3. 优化农村医疗保障中的财政支持模式。农村医疗保障投入不足的重要原因之一就是地方财政困难，尤其是县乡财政困难。这种情况在江西是非常突出的。所以，要推行农村社会的医疗保障就需要中央财政的大力支持——加大中央政府向农村基层政府转移支付的力度，尤其是要建立对农村医疗保障的专项转移支付制度，以确保农村医疗保障资金的有效管理和使用效率。但是，中央的专项转移支付往往要求地方有相应的配套资金。这给欠发达地区的地方财政带来了更大的压力。一方面，地方农村的医疗保障需要上级财政的支持；另一方面，地方财力薄弱，无法提供配套资金以获得上级财政的专项拨款。针对这种情况，中央财政应该根据政策目标和某些特殊的原因，给江西这样的欠发达地区提供非对称性的专项转移支付。另外，政府的财政支持应由补贴医疗机构逐渐向补贴患者转变。目前，江西大部分农村地区缺医少药的现象逐渐减少，农村的三级医疗卫生网络也逐渐恢复。因此，政府财政除了加强一些贫困地区的医疗机构建设外，还要逐步支持服务需求方——农民，补贴他们的医疗卫生支出，逐步提高他们的医疗保障水平。

4. 完善农村医疗保障的筹资模式。由于农村医疗保障水平的相对不足，农民的医疗风险意识不强，农村合作医疗中存在逆向选择的问题，这给新型农村医疗合作的可持续发展带来很大的压力，严重影响农村居民的长期健康。为了解决这个问题，要努力提高合作医疗的统筹层次和范围以及保障水平。新型农村合作医疗作为一种社会保障制度，具有强制性特点。可以根据社会保障的强制性原则，对农民参与合作医疗实行“隐性强制”原则。实践中，可规定参加农村合作医疗农民只能以户为单位参保，这样使一家年轻者和年老、年幼者全部参保，能有效地防止合作医疗中的逆向选择和道德风险，保证医疗合作的可持续发展。同时，可以结合江西作为粮食主产区的特点，把农村医疗合作的个人筹资部分和国家对种粮农民的直补挂钩，从国家的种粮直补资金中划扣相应的医疗合作个人筹资资金，从而有效提高合作医疗的参合率，确保农民从农村医疗保障中受益。

参考文献:

- [1] 财政部财政研究所. 热点与对策: 2004—2005 年度财政研究报告中国财政经济出版社, 2005 年。
- [2] 陈锡文. 中国农村公共财政制度: 理论·政策·实证研究. 中国发展出版社, 2005 年。
- [3] 韩宏华. 我国农村医疗卫生服务的财政支持分析. “三农”问题研究, 2006 年第 8 期。
- [4] 寇铁军, 李冬梅, 汪洋. 完善转移支付制度的若干思考. 辽宁师范大学学报(自然科学版), 2004 年第 2 期。
- [5] 卢艺. 中国农村医疗卫生保障制度研究. 东北财经大学, 2007 年。
- [6] 彭高旺, 李里. 我国农村医疗保障建设的财政思考. 地方财政研究, 2006 年第 7 期。
- [7] 张亿钧, 储德银. 我国农村医疗卫生存在的问题分析及财政对策构想. 医学与哲学(人文社会医学版), 2007 年第 9 期。
- [8] 祝子萍, 刘玉凤, 袁昆华. 欠发达地区农村基本医疗保障的现状与对策. 江西教育学院学报, 2005 年第 6 期。