

公共财政体系与农村新型合作 医疗筹资水平研究 ——促进公共服务横向均等化的制度思考

顾 昝¹, 方黎明²

(1. 北京师范大学 社会发展与公共政策研究所, 北京 100875;
2. 天津科技大学 经济与管理学院, 天津 300222)

摘要:新型农村合作医疗(新农合)的筹资主要来自政府补助。对于很多县级政府来说, 其新农合筹资来自上级政府(主要是中央政府和省级政府)的补助金, 这对于新农合的平稳实施至关重要。然而, 由于新农合补助金是一种带有配套要求的专项补助, 而上级政府大多采用一刀切式的固定金额补助法, 这样财力较弱、农业人口比重高的地方政府不得不承担相对较大比重的筹资责任。为了发挥上级政府补助金推进地方政府财力横向均等化的作用, 促使财力不同的地方政府为民众提供大体相同的新农合服务, 有必要在政府间转移支付上探寻更为制度化的方法。

关键词:政府间转移支付; 新型农村合作医疗; 横向均等; 公共服务

中图分类号:F812.8; F840.684 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-9952(2006)11-0037-10

新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)的试点正在全国范围内如火如荼地展开, 其成败与否将对新农村建设运动产生深远影响。正如所有的社会事业一样, 新农合面临的最大挑战之一就是筹资问题。作为一种自愿性的公立医疗保险计划, 新农合个人(和家庭)筹资的水平较低。依照国家政策, 在一定的地域之内, 所有参合者的缴费水平一样, 各地区可以根据当地经济条件自行决定费率水平, 但最低参合费为 10 元。事实上, 在全国大多数地方, 个人缴费标准在 10~20 元之间, 东部发达地区较高一些, 大约在 30~60 元之间。胡善联(2004)根据 2004 年全国合作医疗财务统计资料计算, 发现农民年人均缴费为 14.60 元。这是一个很低的水平。新农合的主要筹资来源是政府预算。2003~2005 年, 政府对所有参合者以最低人均 20 元的标准予以补助。^①自 2006 年起, 最低补助标准增加到人均 40 元。^②政府补助的责任并非由某一级

收稿日期: 2006-08-20

作者简介: 顾 昝(1963—), 男, 北京人, 北京师范大学社会发展与公共政策研究所教授, 博士生导师;
方黎明(1978—), 男, 湖北咸宁人, 天津科技大学经济与管理学院助教。

政府独揽,而是由多级政府分摊。基本上,对中西部地区和少数东部贫困地区来说,政府补助的一半,由中央政府承担,而剩下的一半,则由省、市、县多级地方政府分摊。在这样的情况下,新农合的运行表现在很大程度上与公共财政体系的运作息息相关,尤其是同政府间转移支付的制度安排密切相关。本文就新农合公共筹资责任多级分摊的问题,给出一个理论性的说明。考察中央政府的筹资能力以及对地方政府的补助方式。然后将重心转向转移支付制度对县政府新农合支出行为的影响。这涉及到一个有关公共财政的大问题,即现有的政府间转移支付安排是否能有助于公共服务的均等化(也就是横向均等)的实现,而本文所针对的公共服务就是医疗保障。

一、医疗保障公共筹资责任的多级分摊:一个理论性的思考

新农合是一种医疗保障制度。其首要功能就是为参保者分散医疗费用负担的风险,其次它本身还可以构成医疗服务的第三方购买机制,从而有助于克服医疗服务市场上因医患双方信息不对称而出现的“供方诱导过度消费”的问题(顾昕、高梦滔、姚洋,2005)。无论从理论上还是在现实中,医疗保障可以通过市场化的途径获得,因此原则上不能把医疗保障与公共服务完全划上等号。但是,由于存在所谓“双向逆向选择”的问题,市场化的医疗保险无法实现医疗保障普遍覆盖(即俗称的“全民医保”)的目标。出于社会公平、人道主义等诸多因素的考虑,人人都应该获得基本的医疗保健,已经成为文明社会的一个基本价值观。为了达到这一目标,国家必须出面干预,推进全民医保(顾昕,2005)。因此,作为医保体系中不可或缺的一部分,公立医疗保障是一种公共服务。新农合就是这样一种公立医保制度。

依照公共管理的“分散化原理”,“每一项公共服务应该由它所能覆盖的最小地理面积上的政府来提供”(亚洲开发银行,2001)。由最为贴近受益者的组织来担当公共服务的递送者,是效率最彰显的制度安排,有利于提高公共服务对社会需求的反应性(Gilbert,2002)。因此,地方政府提供地方性公共服务,中央政府提供全国性公共服务,是最具有效率的制度安排,这已经是公共部门经济学的一个基本原理(Stiglitz,2000)。新农合的目的是为当地民众提供医疗服务保障,因此由了解当地民众医疗服务需求的地方政府来承担服务递送的职责,是理所应当的。但是,公共服务递送地方化具有某些优越性并不意味着公共服务的筹资责任也应该地方化。在多级政府存在的情况下,中央(或联邦)政府对地方政府提供公共服务给予补助,也是无所不在的常规。在联邦制下的美国,联邦政府补助已经越来越成为州和地方政府的一个非常重要的收入来源,大约占20%(罗森,2003)。

从理论上说,中央政府对地方政府的公共服务提供进行补助,有如下几种考量:(1)地方公共服务溢出效应;(2)变更优先权;(3)试行新的计划;(4)纵向

均等化; (5)横向均等化。第一种考量, 所谓“溢出效应”, 亦称“空间外部性”, 是指某一地方性公共服务的收益者处在该地方行政管辖边界之外。因此, 某一地区之外的政府出资补助该地区对某一公共服务的提供, 便是对溢出效应的一种补偿。第二, 中央政府的补助可以用来变更施政优先权, 即激励被补助的地方政府提供某种新的服务或扩大特定服务的提供。第三, 通过补助可以推动新的公共服务试验。最后, 政府间补助的一项重要功能是再分配, 其中又可分解为两个子目的, 即推进纵向均等化和横向均等化。纵向均等化是指不同层次的政府拥有大致相同的根据其支出需求筹集收入的能力, 横向均等化是指相同类型的政府具有大体相同的财力以便为当地民众提供基本的公共服务(阿尔布里奇, 2005)。当税收收入低的地方无力实现这一点时, 如果没有来自上级政府的补助, 一般只有两种选择: 一是提高地方税率(或在税收体系之外收费)(Tiebout, 1956), 二是减少服务的提供。这样就会导致地区间公共服务提供的不平等。由于美国的医疗保障体系以市场为主导, 因此很多美国常用的有关公共财政或者公共部门经济学教科书中, 均会以教育补助为例来说明政府间补助应该如何而且能够促进所谓“学区财力均等化”(罗森, 2003)。

本文所讨论的公共服务是基本医疗服务的保障, 在我国农村体现为新农合的发展。新农合由县级政府负责实施, 其中的医疗服务递送, 绝大多数当然会在地方一级的医疗机构中完成, 但是其筹资单靠地方政府的努力是不够的。上级政府对于新农合筹资给予补贴, 也如同上述的讨论, 出于多重考量。首先, 新农合作为地方性公共服务, 存在一定的溢出效应(主要体现在外出打工的“农民工”身上); 其次, 上级政府, 尤其是中央政府希望通过补助推进地方政府更加重视农村医疗保障制度的建设; 再次, 中央政府对地方提供新农合补助金, 也是为了推动试点。最重要的考量便是再分配, 尤其是推进横向均等, 以防止财力不足的地方无法为合乎资格的新农合对象提供起码的基本服务。

从公共财政的角度看, 政府间补助的必要性, 归根结底, 缘自所谓的“财政错配现象”, 即财政收入较多的政府并不是提供公共服务较多的政府(罗森, 2003)。财政错配现象在很多国家都存在, 在中国也不例外。我国中央和省级政府的收入较多, 而大量的公共服务则是由基层政府(包括市、县、乡级政府)来承担。如表1所示, 自1994年分税制改革之后, 中央财政收入占国家财政收入的比重基本保持在50%以上; 但是, 支出结构在分税制改革前后基本没有发生变化。地方政府汲取了不足50%的财政收入, 却要承担大约70%的财政支出任务。虽然地方政府的支出负担在1995~1999年间有所下降, 但是自2002年以来又呈现增加趋势, 到2004年居然达到了前所未有的72.3%的高水平。

很显然, 中央政府在财政收入上移的同时, 支出责任却在下降。收入与支出责任极不匹配的问题, 也就是财政错配现象非常普遍, 而且越在政府体系的底层问题越严重。其中地市以及县级政府负责提供几乎所有重要的公共服

表 1 中央和地方财政收入及比重,1991~2004 年

年份	财政收入				财政支出					
	全国	总量(亿元)		比重(%)		全国	总量(亿元)		比重(%)	
		中央	地方	中央	地方		中央	地方	中央	地方
1991	3 149	938	2 211	29.8	70.2	3 387	1 091	2 296	32.2	67.8
1992	3 483	980	2 504	28.1	71.9	3 742	1 170	2 572	31.3	68.7
1993	4 349	958	3 391	22.0	78.0	4 642	1 312	3 330	28.3	71.7
1994	5 218	2 907	2 312	55.7	44.3	5 793	1 754	4 038	30.3	69.7
1995	6 242	3 257	2 986	52.2	47.8	6 824	1 995	4 828	29.2	70.8
1999	11 444	5 849	5 595	51.1	48.9	13 188	4 152	9 035	31.5	68.5
2000	13 395	6 989	6 406	52.2	47.8	15 887	5 520	10 367	34.7	65.3
2001	16 386	8 583	7 803	52.4	47.6	18 903	5 768	13 135	30.5	69.5
2002	18 904	10 389	8 515	55.0	45.0	22 053	6 772	15 281	30.7	69.3
2003	21 715	11 865	9 850	54.6	45.4	24 650	7 420	17 230	30.1	69.9
2004	26 396	14 503	11 893	54.9	45.1	28 487	7 894	20 593	27.7	72.3

资料来源:《中国统计年鉴》2005 年,第 276 页。

务,包括社会保障、基础教育、公共卫生和基础设施(黄佩华、迪帕克,2003;谭秋成,2002;何成军,2003;刘乐山、何炼成,2005),也包括我们这里研究的新农合。因此,中央和省级政府承担较大份额的公共服务筹资责任,是矫正财政错配现象的有效办法。

二、中央政府的筹资能力与补助方式

一般而言,上级政府比基层政府有更好的条件扮演经费提供者的角色,因为上级政府征税的基础更为广阔,财力也更为雄厚,从而能够有效地分散社会风险(Gilbert 和 Terrell,2002)。现在我们具体考察一下中央政府在新农合建设上的筹资能力。根据 2003 年确定的政策,中央补助的主要对象为中西部地区市区以外的参加新农合的农民。2006 年,中央政府又将中西部地区的农业人口占多数的(70%以上)市辖区,以及辽宁、山东、福建、江苏、浙江六省试点县纳入中央财政补助范围。而且,中央补助标准由原定每人每年 10 元调高到 20 元,其中对于上述东部地区六省,中央不是全额补助,而是按照中西部地区补助标准的一定比例安排补助资金。那么中央财力是否有能力承担起补助的责任呢?

有些研究者认为中央政府财力过弱,对农村医疗保障制度的建立有心无力,致使改革以后农村合作医疗一直在低位徘徊(李卫平、张里程、朱佩慧,2002)。如果就分税制改革以前的情形,这一解释也许站得住脚。但正如上文所述,从 1994 年分税制改革以后,中央财力迅速增强。在此之后,中央财力不足就难以成为农村医疗保障建设缓慢的借口。从收入增长规模来看,从 1999 年开始,中央财政收入每年增收额都在 1 000 亿元以上,并且呈现逐年增加的趋势,其中 2004 年中央财政增收 2 638 亿元(见表 1)。2004 年,中国农村人口总数为 7.6 亿人(国家统计局,2005)。即使按人均 20 元的标准来计算,中央补助金总计最多也只有 152 亿元,相当于 2004 年中央财政收入总量的 1.2% 和增量的 5.8%。而且,随着城镇化的加速,农村人口总量及其占全国人口的比重一直处于下降趋

势中,因此,中央补助金的水平还有提高的空间。只要不是没完没了地提高,中央财政补助农民参加新农合的负担将逐年减轻。因此,对新农合实现覆盖全体农民而言,中央财政的支持能力和可持续性将不是问题。

除了补助水平的高低问题之外,补助方式至关重要,其中尤其是上级政府补助金如何与下级政府财政能力相联系的问题至关重要。从表面上看,现行的中央补助金制度似乎对相对落后的地区更为有利,因为它主要补助中西部地区“参合”农民。但是,在中西部地区实行“一刀切”的补助方式,依然有欠细致。除了中央补助外,地方财政也至少要为每个参保农民配套 10 元的补贴,而这 10 元的补助要由省、市、县三级政府分摊。但是,在中西部省份,基层政府财政支持配套能力存在很大的差异。一般而言,越是富裕的省市,农业人口的比重越小,其基层政府财政实力越强,为新农合提供配套资金的压力就越小;而越是穷的地方,农业人口比重越高,财政收支能力越脆弱,财政配套资金的压力越大。从 2006 年起,中央补贴标准虽然提高了,但仍然没有建立一种与地方财政支持能力相联系的中央补贴制度。省级政府补贴市县级“参合”农民的方式也存在类似的问题,下文将详细分析。

前文已述,政府间补助计划具有再分配的性质,这就要求补助提供者依据再分配的原则确定哪些地区需要钱,需要多少钱。补助金额的确定取决于多种因素,诸如被补助地区的人均收入、人口规模以及当地政府财政收入情况。在发达国家,中央(或联邦)政府在确定对地方政府的补助金金额时,一般会依据立法部门事先制定好的复杂的公式。换言之,补助金额确定的制度化是公共财政体系建设的重要一环。在非制度化的情形下,所谓“跑部钱进”就会成为一种常态,而为了防止过分的游说行为,“一刀切”也就成为无奈的选择。

除了补助金额的确定之外,中央补助的具体形式对地方政府的行为也有重大的影响。补助形式基本有两类:一是无条件补助,也就是未加用途限制的补助;二是有条件补助。有条件补助又称“专项补助”,也就是明确地规定了专门用途的补助。专项补助的具体方式又有三种:(1)配套补助;(2)限额配套补助(也就是带有封顶线的配套补助);(3)非配套补助(一般是一笔数额固定的补助)(罗森,2003)。有关研究显示,在美国,一半以上的联邦专项补助,例如用于义务教育、就业与培训、社会服务、职业教育等专项事业的补助,其目的之一就是为了实现横向均等,即帮助财力不足的地区在不增加当地税收的前提下为民众提供适当的公共服务(Gramlich,1997)。显然,新农合的中央补助金的具体形式是带有配套条件的专项补助。

三、地方政府筹资责任分摊的类型

在政府间的转移支付中,各地省级政府对地方政府的补助金也应该发挥类似中央补助金的作用。本文重点考察省级政府新农合补助金对实现横向均

等的再分配作用。事实上,目前关于新农合的文献众多,但是考察政府间转移支付之横向均等化效应的文章几乎没有。

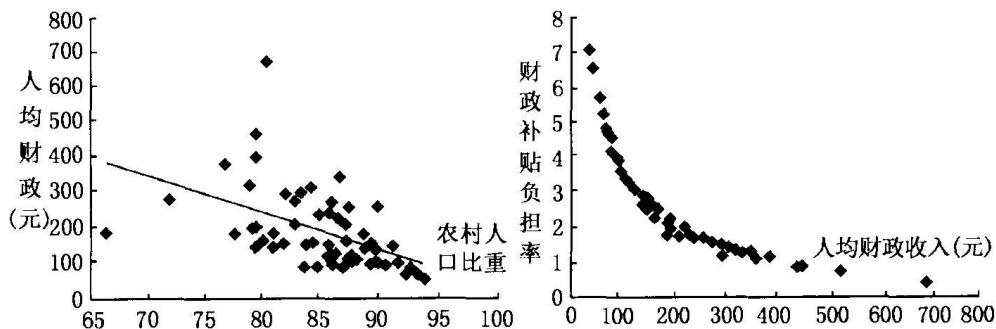
前文已经提及,除了中央对每个“参合”农民补贴10元外,地方政府也要配套10元。无论地方各级财力强弱,至少要达到这个底线。但是,对省、市、县各自如何分摊这10元(从2006年起两年之内要提高到20元),中央并没有加以规定。在这种情形下,省级政府作为本省游戏规则的制定者,就如何分担“参合”农民补助的责任,发展出三种模式:(1)“一视同仁”型,包括吉林、山西、内蒙古、安徽、河南、江西、湖北、甘肃、贵州、广西、青海、陕西、云南以及宁夏等14个省级区域;(2)“有所区别”型,包括北京、上海、天津、山东、江苏、广东、福建、重庆、辽宁、新疆、河北、海南、湖南等13个省级区域;(3)“相机行事”型,包括浙江和四川两个省份。下面逐一进行分析。

第一,“一视同仁”型:即不管试点县贫富差距、财力强弱,上级政府对各试点县“参合”农民承担的补助份额(或金额)都一样。这一点同中央对中西部省份的“一刀切”补贴模式相一致。如安徽省规定:“省、市、县财政每年对参加新型农村合作医疗农民的资助合计不低于人均10元,试点期间,三级财政总体分担比例暂定为3:2:5”。山西省规定:“省、市、县三级财政对各县(含县级市,不含县级区)参加新型农村合作医疗的农民补助资金,每年每人不低于11元,其中,省财政补助6元,市财政补助不低于3元,县财政补助不低于2元”。^③

在这种类型下,财力较弱的县市将承担相对更重的财政负担。经济越落后的县市,农业人口所占的比重越高,人均财政收入越少,显然,对相同的支出任务,经济落后的县市财政补贴负担率更重。以安徽省为例,2004年该省县(市)之间农村人口的比重与人均财政收入负相关,因此农业人口比重越高的县市,其人均财政收入就越低(见图1)。假设新农合实现普遍覆盖,所有县所有农民被新型合作医疗所覆盖,省、市、县财政按照3:2:5的比例分担年人均10元的补助责任,那么对县政府来说,同样是对每个参保农民补贴5元,人均财政收入少的县补贴负担越重,即财政补贴负担相对于人均财政收入具有累退性(见图2)。

第二,“有所区别”型:即省级政府首先把试点县市按照贫富差距、财力强弱分成几个档次;对处于不同档次的县市,各级政府承担补助“参合”农民份额有所不同;在同一档次之内,各级政府承担的份额则一样。比如河北省2003年规定,对试点县“参合”农民,省、市、县三级财政实行分级负担,即对国家和省级贫困县,分担比例为4:3:3;对其他试点县,分担比例为3:3:4”。^④

这种类型在一定程度上考虑到了不同县之间财政支持能力的差异,相对于上一种类型更加精细。但地方苦乐不均的问题依然存在。即使贫困县之间、非贫困县之间财政支持能力差距相对较小,但是仍然存在差距。例如,重庆市规



资料来源:根据《安徽省统计年鉴》,2005年,第117~118页、20~207页上相关数据计算(图1同)。
注:财政补贴负担率=(人均财政补助/人均财政收入)×农村人口比重

图1 2004年安徽省农村人口比重与人均财政收入相关性散点图

图2 2004年安徽省人均财政收入与财政补贴负担率相关性散点图

定,市财政对国家和市级贫困县“参合”农民给予每人每年6元的经费资助,其自身补贴年人均4元;对其他区县(自治县、市)则给予每人每年4元的经费资助,自身给予每人每年6元的经费资助。笔者在重庆贫困县和非贫困县中按照经济发展水平各自分别选择了三个县进行考察,结果发现,同样是贫困县,其财力强弱差距较大,假设所有农民都“参合”,其财政补贴负担率也苦乐不均,最高的达到5.2%,最低的仅仅0.9%,财政补贴负担率与农村人口比重同样呈现正相关关系(见表2)。在非贫困县之间,也存在相似的情形。值得注意的是,在贫困县与非贫困县之间,也存在苦乐不均的问题。万州区虽然定为国家贫困县,但是其财政实力却超过许多非贫困县(例如梁平、铜梁、江津),但是市财政却给前者更高的补贴,使其补贴负担率远低于一些非贫困县(见表2)。

表2 2004年重庆市不同县(市、区)补贴负担对比表

项目 县(市、区)	国家贫困县				非贫困县			
	酉阳	奉节	丰都	万州	梁平	铜梁	江津	涪陵
农村人口(万人)	68.0	90.1	66.8	124	77.6	67.3	108.7	81.1
农村人口比重(%)	90.6	89.9	84.9	73.1	87.9	83.7	74.7	72.7
人均财政收入(元)	70.2	139.0	186.0	375.0	185.7	333.7	343.6	574.4
财政补贴总额(万元)	271.8	360.0	267.0	497.0	465.8	403.6	652.1	486.6
财政补贴负担率(%)	5.2	2.6	1.8	0.9	2.8	1.5	1.3	0.8

资料来源:《重庆市统计年鉴》2005年,第471页、第490页。

第三,“相机行事”型:即各级政府对“参合”农民补助的责任没有明确规定,或规定不清楚,具体补助的分配相机行事。如四川省规定,除了中央补助外,“地方财政对参加新型合作医疗农民的补助每年不低于人均10元”。但是这10元钱,地方各级财政如何分担,却没有明确规定,只是较为模糊地指出,“省级财政承担比例,按现行财政体制规定和省财政占全省可用财力的比重分类测算”,对地级以及县级承担的补助责任则只字不提。^⑤浙江省也类似,相关

文件规定“省财政根据各地经济发展水平的不同,按实际参保农村居民人数,给予适当补助”,“具体补助办法由省财政部门和有关部门另行制定”。^⑥

在这种类型下,县级财政获得上级补助的多少,很大程度上取决于他们与市级、省级政府的讨价还价的能力。显然,那些活动能力强的基层政府可能获得更多的上级补助,自身的补贴的份额相对就较轻;而那些活动能力弱的基层政府获得的补助则相对较少,自身将会承担更大的补助比例。这样一来,基层财政支持能力与其补贴负担增加关系就具有很大的偶然性。

综上所述,在目前阶段,绝大多数省份尚未从政府间转移支付如何推进横向均等化的角度来思考如何使省级政府的新农合补助金制度化,从而造成负责具体实施新农合的地方政府苦乐不均的格局。从 2006 年开始,地方政府要把对农民补贴的标准逐步提高到 20 元。如果继续上述补助责任分担模式,地方财政收支能力与补贴责任的不均衡的矛盾将进一步恶化。

四、结 论

新型农村合作医疗的主要筹资来源是政府,因此其有效运行在很大程度上依赖于公共财政的有效运行。目前,各级政府均为农民参加新农合提供至少人均 40 元补助金,而中央财政对中西部地区以及东部地区少数贫困县承担了一半的补助金(20 元),体现了中央政府对新农村建设,尤其是对农村社会事业发展的高度重视。

就新农合的实施机构县政府而言,来自上级政府的新农合补助金都是带有配套条件的专项补助。然而,农业人口比重高的县,县政府财政需要提供的配套资金就多,而这样的县往往是经济发展水平较低的地区,地方政府的财力也最弱。来自上级政府的补助,尤其是来自中央政府和省级政府的补助金,固然承担着多种功能,但是其重要的功能应该是再分配,尤其是应该起到促进地方财力均等化的作用,从而促使不同的地方均能为民众提供大体平等的公共服务。

但是,我们的分析表明,就新农合专项拨款而言,无论是中央政府对省级政府的补助,还是省级政府对下级政府的补助,大多采用一刀切式的固定金额制。这样一种补助方式根本无法起到拉平地方新农合服务的功能。在公共财政中,比较制度化的补助方式是补助方(上级政府)根据被补助方(下级政府)所管辖区域的一组客观的经济社会指标,例如农业人口数量和人均财政收入,设定一个公式,来确定补助金额。

毫无疑问,由于各级政府的高度重视,新农合已经迈出了制度建设的一大步。尽管如此,如何使新农合的公共筹资体系走向制度化,推进各地区新农合事业的平衡发展,依然是目前公共财政体系所面临的一项挑战。

注释:

- ①参见《国务院办公厅转发卫生部等部门建立新型农村合作医疗制度意见的通知》。
- ②参见《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》。
- ③参见《安徽省政府办公厅转发省卫生厅省财政厅省农业委员会关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》(皖政办[2003]31号)、《山西省新型农村合作医疗制度管理办法》。
- ④具体条款参见《河北省新型农村合作医疗管理办法》(冀政办[2003]19号)。
- ⑤具体条款参见《四川省人民政府办公厅转发省卫生厅等部门关于四川省新型农村合作医疗制度试点工作意见的通知》(川办发[2003]24号)。
- ⑥具体条款参见《浙江省人民政府办公厅关于印发浙江省新型农村合作医疗试点工作方案的通知》(浙政办发[2003]69号)。

参考文献:

- [1][美]荷雷·H.阿尔布里奇.财政学——理论与实践[M].北京:经济科学出版社,2005.
- [2]曹俊文,罗良清.转移支付的财政均等化效果实证分析[J].统计研究,2006,(1):43~45.
- [3]高梦滔,高广颖,刘可.对云南省三个新型农村合作医疗试点县(市)的调查报告(下)[J].卫生经济研究,2005,(10):8~12.
- [4]高梦滔,王健.从需求角度对新型农村合作医疗可持续性的思考——云南省玉龙县新型农村合作医疗试点情况调研报告之二[J].卫生经济研究,2004,(10):3~6.
- [5]顾昕.全球性医疗体制改革的大趋势[J].中国社会科学,2005,(6):121~128.
- [6]顾昕,高梦滔,姚洋.诊断与处方:直面中国医疗体制改革[M].北京:社会科学文献出版社,2006.
- [7]何成军.县、乡财政困难:现状、成因、出路[J].中国农村经济,2003,(2):17~22.
- [8]胡善联.全国新型农村合作医疗制度的筹资运行状况[J].中国卫生经济,2004,(9):24~25.
- [9][美]黄佩华,迪帕克.中国:国家发展与地方财政[M].北京:中信出版社,2003.
- [10]李卫平,张里程,朱佩慧.中国农村健康保障的选择主报告[A].李卫平.中国农村健康保障制度的选择[C].北京:中国财政经济出版社,2002,66~100.
- [11]刘溶沧,焦国华.地区间财政能力差异与转移支付制度创新[J].财贸经济,2002,(6):5~12.
- [12]刘乐山,何炼成.取消农业税后的县乡财政困难问题研究[J].经济体制改革,2005,(3):80~83.
- [13][美]哈维·S.罗森.财政学[M].北京:中国人民大学出版社,2003.
- [14]谭秋成.地方分权与乡镇财政职能[J].中国农村观察,2002,(2):2~14.
- [15]王磊.我国政府间转移支付制度对公共服务均等化的影响[J].经济体制改革,2006,(1):21~26.
- [16]亚洲开发银行.政府支出管理[M].北京:人民出版社,2001.
- [17]国家统计局.中国统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2005.
- [18]曾军平.政府间转移支付制度的财政平衡效应研究[J].经济研究,2000,(6):27~32.

- [19] Gilbert, Neil. Transformation of the welfare state [M]. New York: Oxford University Press, 2002.
- [20] Gilbert, Neil, Paul Terrell. Dimensions of social welfare policy, 5th ed. [M]. Boston : Allyn and Bacon, 2002.
- [21] Stiglitz, Joseph E. Economics of the Public Sector, 3rd ed. [M]. New York: W. W. Norton & Company, 2000.
- [22] Tiebout, Charles. A pure theory of local expenditure [J]. *Journal of Political Economy*, 1956, (64): 416~424.

Public Finance System and Financing of New-type Cooperative Medical Schemes in Rural China ——A Reflection on Horizontal Equalization of Public Services

GU Xin¹, FANG Li-ming²

(1. *Institute of Social Development and Public Policy, Beijing Normal University, Beijing 100875, China; 2. School of Economics and Management, Tianjin University of Science and Technology, Tianjin 300222, China*)

Abstract: New-type cooperative medical schemes (NCMSs) in rural China are financed mainly by government subsidies. For many county governments, the subsidies mainly from the governments at the provincial and central levels are critical to the smooth implementation of the schemes. Since the NCMS subsidies are appropriated as a categorical grant with matching requirement and fixed-rate, local governments with high proportion of agricultural population and weak financial strength have to bear heavier financing responsibility for the schemes. Therefore, the government subsidies from the provincial and central levels must play a role of equalizing local financial capacities so as to provide relatively equal health care security services to local people of different financial situations. To do so, more institutionalized fiscal arrangement for inter-government transfers should be explored.

Key words: inter-government transfers; new-type cooperative medical schemes (NCMSs); horizontal equalization; public services

(责任编辑 许柏)