

新型农村合作医疗制度缺失研究

林 闽 钢

(南京大学公共管理学院 社会保障系,江苏 南京 210093)

[摘 要]新型农村合作医疗可持续发展的关键是该制度的可得性和可及性。从这两个角度,分别对新型农村合作医疗制度进行评估,发现试点地区参合农民受益率低,补偿率也比较低;参合农民“看病贵”问题没有得到缓解;医疗患病人群和低收入人群不重合问题没有解决;在进一步分析其原因中,我们发现制度缺失表现在:目标的偏差所带来的受益面窄、补偿率比较低等问题,造成诱发逆向选择;路径的偏离所带来的主要从需方约束来控制医疗费用问题,还没有侧重从对供方进行有效的约束,来解决“看病贵”等问题。在机制上,治理结构的转型带来了新型农村合作医疗合作机制、强制机制缺位,为此,提出了改革的对策和建议。

[关键词]新型农村合作医疗;制度缺失;可得性;可及性

[中图分类号] C913.7

[文献标识码] A

[文章编号] 1003-8353(2008)01-0001-05

2003年以来,政府把重建合作医疗作为农村医疗保障的主要政策手段,目前全国许多地方都在推进新型合作医疗制度的试点,以大病统筹为主要内容的新型农村合作医疗的可持续发展已成为人们最为关注的议题。

新型农村合作医疗制度可持续发展的关键是该制度的可得性(accessibility)和可及性(availability),从增权(empowerment)的视角来看,医疗卫生的可得性是个人(群体)为了健康的目的,有权利和能力使用医疗卫生资源的程度。从供方来看,可得性是提供医疗卫生资源让需方能触及的程度;而从需方来看,利用医疗资源则包含着三个方面的内容:经济上可承受性(affordability)、资源的可及性(availability)和可接受性(acceptability)。

本文仅从制度供方的可得性(accessibility)和需方的可及性(availability)两个角度,分别对新型农村合作医疗制度进行评估,从而分析制度的缺失所在,提出可供选择的发展方向。

一、新型农村合作医疗制度可得性分析

(一)从参合率来看,试点地区农民参合水平整体较高

到2006年12月,全国已有1,451个县(市、区)开展了新型农村合作医疗,覆盖人口为5.08亿人,4.10亿农民参加了合作医疗,基金筹集已达213.6亿元,参合率为80.7%,部分地区已达到90%。参合率(参合率=参加农民人数/农业人口)是目前新农合制度可得性评估的主要指标之一,参合率超过80%说明新型农村合作医疗制度在试点地区已覆盖了大多数农民。

2003~2006年新型农村合作医疗试点进展状况

| 时间      | 试点县<br>数(个) | 参保农民<br>数量(亿) | 农民参合<br>率(%) | 基金筹集(亿元) |          |          |          | 基金使用(亿元) |       |      |     |
|---------|-------------|---------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|------|-----|
|         |             |               |              | 总量       | 中央<br>财政 | 地方<br>财政 | 农民<br>缴纳 | 总量       | 住院    | 门诊   | 体检  |
| 2003.9  | 304         | 0.43          | 74.0         |          |          |          |          |          |       |      |     |
| 2004.12 | 333         | 0.80          | 75.2         | 40.1     | 6.5      | 15.6     | 12.3     | 26.3     | 17.6  | 7.0  | 0.5 |
| 2005.12 | 678         | 2.36          | 75.6         | 92.8     | 5.42     | 36.9     | 28.73    | 61.8     | 47.9  | 12.6 | 1.3 |
| 2006.12 | 1,451       | 4.10          | 80.7         | 213.6    | 42.7     | 107.8    | 58.0     | 155.8    | 122.9 | 26.0 | 6.9 |

——资料来源:卫生部农村卫生管理司:《全国新型农村合作医疗基本信息报表》(2006年报、2005年报、2004年报整理)。

[基金项目]国家自然科学基金[项目号:70641031];国家社会科学基金[项目号:07BSH068]。

[作者简介]林闽钢,男,南京大学公共管理学院社会保障系教授。

(二)从两周门诊就诊率和阻贫率来看,新型农村合作医疗制度在试点地区改善了农民对基本医疗服务的利用,减轻了农民的就医负担,抵御大病经济风险能力得到一定加强

2005年的有关调查资料显示,与未开展合作医疗的地区相比,开展合作医疗地区的参合农民两周门诊就诊率提高了 8.3%;实施门诊统筹的地区,两周门诊就诊率提高了 33.2%,住院率提高了 52.7%。在不考虑平均医疗服务价格和利用水平差异的前提条件下,通过合作医疗对住院费用的补偿使可能因为支付住院费用而沦为贫困户的参合农民家庭减少了 12% (卫生部与世界银行, 2006)。这说明以“大病统筹”为主的新型农村合作医疗制度,对缓解农民“因病致贫、因病返贫”起到了一定的作用。

## 二、新型农村合作医疗制度可及性分析

(一)从受益率和补偿率来看,试点地区参合农民受益率低,补偿率也比较低

受益率是受益农民人数占参合农民人数的比率,补偿率是获得报销的费用占所有医疗总费用的比率。受益率和补偿率比例是目前新农合制度评估可及性的主要指标。2005年全国试点地区住院补偿的受益率为 3.3%,门诊补偿的受益率为 53.4%。从住院补偿看,2005年次均住院费用为 3 343.9元,人均补偿费用为 782.9元,补偿比例为 23.4%。2005年次均门诊费用为 41.4元,人均补偿费用为 13.2元,补偿比为 32%。2006年对 5 个调查试点县(市) 1,320 户农户调查表明,43.6% 的农户得到过补偿,还有 56.4% 的农户没有得到过补偿;41.3% 的农户接受过免费体检,还有 58.7% 的农户没有接受过免费体检。包括住院、门诊在内,合作医疗已使 2/5 以上的参合农民得到某种实惠。但多数参合农民所享受到的只是门诊补偿带来的实惠,获得住院补偿的参合农民比例还不到 4%,受益率低(新型农村合作医疗试点工作评估组, 2006)。

2006年 1 月至 6 月,全国参合农民累计受益 8447.24 万人次。其中,住院补偿 639.71 万人次,门诊补偿 7115.66 万人次,其他补偿(慢性病及住院分娩等) 58.63 万人次,体检 633.24 万人次。到 2006 年 1 月—6 月,全国参合农民的受益面约为 13.28%,略低于 2005 年同期水平;住院补偿受益面为 1.61%,与 2005 年同期水平基本持平。

通过合作医疗对住院费用的补偿,在一定程度上增强了农民抵御大病经济风险的能力。但由于住院补偿费用在合作医疗基金中占 3/4 的比例,补偿面和补偿率还不高,多数参合农民的受益还只是一种低水平的受益。

(二)参合农民“看病贵”问题没有得到缓解

自开展新型农村合作医疗以来,无论是县医院和乡镇卫生院其业务收入均有不同程度的增长,2000 年—2005 年乡镇卫生院的次均门诊费用与次均住院费用的年平均增长率分别为 7% 和 8% (新型农村合作医疗试点工作评估组, 2006),明显高于全国年平均增长率约 6% 和 4% (中国卫生统计年鉴, 2006)。通过基线和追踪调查表明:农民人均医疗费用从 2003 年到 2005 年平均增长了 34.6% (袁兆康等, 2006)。

农村合作医疗费用的过快增长主要来自药品价格的上涨。我们在江苏泰州、徐州等地调查时发现,参合农民突出反映“看病不难”,但“看病贵”问题突出。虽然参合农民在住院和门诊费用上获得了补偿,提高了农民的就医能力,但医疗费用逐年上涨,在实施新型农村合作医疗制度后,其主要药品平均价格上涨了 26% 多。同时,经对 12 家乡镇卫生院和村卫生室的主要药品价格调查表明:乡镇卫生院和村卫生室的主要药品的价格平均比该地区药店药品的价格高出 15~23%。因此,新型农村合作医疗只是在农村建立了一个低标准的付费(报销)机制,并没有对医疗服务和药品流通形成有效制约,所以,在高昂的医疗费用的冲击下,这个付费机制没有从根本上解决农民的“看病贵”问题。

(三)医疗患病人群和低收入人群不重合问题没有解决

首先,新制度的设计原则以健康人群和患病人群分担灾难性风险这一保险原理为基础,前提是农村最广泛人口的参与,目标是对参保人提供机制性的经济保护,防御由大病风险造成的支出危机。不可避免的结果是,最贫困的农村居民,事实上也是最需要帮助的人,因为缺乏缴费能力而无法参保。这与社会保障制度需要重点对经济弱势群体保护的一般性原则是明显矛盾的。由于患病人群和低收入人群不重合,一般说来富人会比穷人更多地利用卫生资源,因此可能造成穷人补贴富人的情况。合作医疗制度也只能成为农村中“富

裕群体的互助体制”(王列军、葛延风, 2005), 而非真正意义上的社会保障体制。

2005 年不同收入组参加合作医疗以来住院和门诊补偿情况

| 收入分组  | 报销了住院费 | 报销了门诊费 | 住院和门诊均报销过 | 未报销过任何费用 | 合计    |
|-------|--------|--------|-----------|----------|-------|
| 特困户   | 21     | 199    | 31        | 245      | 496   |
| (%)   | 4.23   | 40.1   | 6.26      | 49.4     | 100   |
| 低收入   | 66     | 414    | 84        | 439      | 1,003 |
| (%)   | 6.58   | 41.28  | 8.37      | 43.77    | 100   |
| 一般收入户 | 76     | 632    | 104       | 548      | 1,360 |
| (%)   | 5.59   | 46.47  | 7.65      | 40.29    | 100   |
| 较高收入户 | 66     | 650    | 105       | 561      | 1,382 |
| (%)   | 4.78   | 47.03  | 7.6       | 40.59    | 100   |

—资料来源: 蒋中一:《新型农村合作医疗和农村医疗救助相结合制度建设的评估报告》,《发展中的中国新型农村合作医疗: 新型农村合作医疗试点工作评估报告》, 北京: 人民卫生出版社, 2006 年版, 第 161 页。

从上表中反映的不同收入组从住院和门诊得到的补偿比例来看, 特困人口能够得到的补偿比例明显比其他收入组低。

由于农村特困户等弱势群体无力缴纳合作医疗基金的自筹部分, 即使通过多种途径参加合作医疗, 但对住院医疗费用个人承担部分仍无法负担, 也就是说无钱看病, 仍不能享受到合作医疗的补助。目前, 我国农村已开展农村医疗救助试点, 通过医疗救助, 这一难点能否得以解决还有待观察。

(四) 自然逆向选择的作用, 也对新农合制度产生较大的影响

在我国农村, 随着农村联产承包责任制的实施, 农村剩余劳动力大量地频繁流动成为农村社会发展的一种现实, 而且在我国这种现象将长期存在。根据已有的基线调查结果显示, 外出超过半年者中以 15~ 30 岁的青壮年为主, 占外出人口的 67%。按照目前各地新型合作医疗的政策, 多数地方都同意长期外出打工的人口可以不参加新农合。因此, 参合农民中, 由于自然选择的原因, 去除了卫生服务利用率最低的青壮年人口(陈迎春、吴妮娜、王莉杨, 2006)。

三、新型农村合作医疗的制度缺失和选择

(一) 在目标上, 以大病为主的新型农村合作医疗易导致受益面窄、补偿率低等问题, 造成诱发逆向选择, 同时, 不利于建立稳定的筹资机制, 因此, 新型农村合作医疗需要全面升级

1 在农村需要优先关注的、与大多数农民健康最为密切的是常见病和多发病, 而定位于保大病与农村初级卫生保健基本目标相悖; 同时, 将保障目标定位为保大病, 不可能获得良好的卫生投入绩效。很多大病都是因小病得不到及时治疗所致。

2 以大病为保障对象, 一般只有住院治疗费用才能纳入补偿范围, 受益面必然很低, 无法激励农民积极参保, 也很容易导致逆向选择。另一方, 较低的筹资水平也保不了大病。按照目前的制度设计, 加上中央和地方政府财政补贴, 每人每年的筹资额度平均为 30 多元。按目前的医疗费用水平, 指望对罹患大病者给予充分经济保障是不可能的, 主要医疗费用还必须由患者自付。这对于提高农民参保积极性, 激励作用都不大。

因此, 以大病为主的新型农村合作医疗容易诱发逆向选择, 不利于建立稳定的筹资机制。由于重大疾病和住院医疗服务发生几率较小, 会降低参保者的预期收益, 健康人常常低估参保的重要性, 而高危人群却非常愿意参加。这种逆向选择, 即“选择性加入”和“选择性退出”可能威胁新型农村合作医疗筹资的可持续性。

为此,建立新型农村合作医疗制度,准确定位应该是为广大参合农民提供广覆盖的、经常性的、最基本的预防保健和基本医疗。在以大病统筹为主要内容的新型农村合作医疗基础上,以预防保健和基本医疗服务为基本内容的新型农村合作医疗制度的实施,能满足目前农民对医疗卫生服务多样化、多层次的需求,增强新型农村合作医疗的吸引力,在某种程度上也能克服逆向选择,从而实现新型农村合作医疗制度的可持续发展。

(二)在路径上,新型农村合作医疗主要从需方约束来控制医疗费用问题,还没有侧重从对供方进行有效的约束,来解决“看病贵”等问题。因此,新型农村合作医疗需要形成对供方约束的需方策略,改变目前供方诱导需求的格局

目前在新型合作医疗管理上,更多的是采取针对需方的约束措施,几乎将国外所有的需方约束方法都用在参合农民身上,设立起付线、共付比例、封顶线和定额补偿等,还有少数试点县采取了定额补偿的方法。从实际效果来看,需方约束方法对约束参合农民过度利用服务行为的作用不大,反而妨碍了农民本应使用的服务。而在新型农村合作医疗制度下,医疗服务提供方的行为将是影响该制度可持续发展的关键因素。

在各地调查中,我们发现合作医疗的管理机构均都制订了各种管理制度(规则),包括建立报销目录、严格的转诊制度、按病种付费的管理措施,以及在运行过程中所采取的检查与监督医院和医生的用药情况,大型诊疗仪器的使用情况,转诊情况及其收费价格,核查合作医疗报销单据和医生处方、出院病人数,对一定时期内的医疗费用情况进行评价,并对出现不良行为的医院和医生给予行政处罚和经济处罚等监管手段。但在这些制度中,仅仅是保留了原有直接行政手段来约束供方,加上监督能力不足和不到位,对供方有效的约束机制还没有建立起来,特别是缺乏来自需方的约束和监督。

因此,推动农村基层医疗合作组织建设,引入社会专业力量介入,帮助以村(或)乡为单位整体购买医疗卫生机构的服务包。在社会专业力量介入下,合作医疗管理机构就可以充分代表参保者的利益与医疗卫生服务机构进行协商,例如:协商乡村医生的工资水平,协商医疗服务单价等。为参加合作医疗者争取最大的利益,实现用需方策略来改变目前农村合作医疗中的供方诱导需求格局,也只有这样才能有助于不同性质的医疗服务机构的竞争,从而提高服务质量,降低服务价格,促进农村医疗卫生事业的发展。

(三)在机制上,治理结构的转型带来了新型农村合作医疗合作机制、强制机制缺位,因此,新型农村合作医疗制度需重构合作机制和强制机制

传统合作医疗制度从“公助”转变为新型合作医疗的“公办”,表现在:第一,与传统合作医疗只强调个人和集体共同筹资相比,新型农村合作医疗最大的特点是明确了政府的责任,通过国家筹资、转移支付以及地方政府的筹集,对中西部地区和欠发达地区的合作医疗给予投资。这标志着新型合作医疗开始具有合作保险的性质。特别是在贫困地区,政府的筹资占据了主要的地位。第二,在管理体制上明确以县(市)为单位进行统筹。同时新型合作医疗还按照统一模式自上而下地建立了协调委员会、县经办机构和监督机构,在卫生行政部门内部设立专门的农村合作医疗管理机构,构成了政府全面参与的格局。

从治理结构上看,从传统合作医疗制度的“民办—公助”治理结构转变为新型合作医疗的“公民合办”治理结构。政府不仅是新型合作医疗政策的制定和监督者,同时还是执行主体之一;农民不仅是缴费主体和受益主体,也是监督和执行主体之一。目前,在新型合作医疗中,出现了以政府大规模的干预替代以往村社内部的自治机制和集体提供卫生服务的制度的现象;出现了政府不仅管规划、管融资,还直接管操作、做监督,身兼数职的倾向,而农民的作用则演变成整个合作医疗制度的交费者,这是与新型合作医疗“公民合办”的治理结构相违背的。

因此,今后中央财政将投入农村预防保健和基本医疗服务的资金,不应选择直接补贴供方,应该选择的模式是通过补贴需方;同时,扶持农村基层医疗合作组织的建立,来购买预防保健和基本医疗服务等内容的服务包,使农村医疗卫生体系由供方为导向体系向需方为导向体系转变,实现新型农村合作医疗合作机制的重构。

新型合作医疗制度在实施过程中,由于要贯彻自愿性原则,它所面临的最大问题就是逆向选择问题:老、

弱、病、残者自然都愿意参加合作医疗,因为他们受益的可能性更高。但是,他们收入通常较低,缴费能力有限。年轻健康者收入较高,支付能力较强,但是其受益可能性较低,因而参加意愿较低。任其自由选择的结果必然是大量健康者不愿意参加,而参加者多为体弱多病者,甚至在实际中还出现“许多家庭只为家庭中的年老体弱者支付参加合作医疗的资金”。而作为理性人,农民最关心的是能否从新型合作医疗中受益,最关心以大病为主的新型合作医疗政策能否给自己带来实惠。新型合作医疗制度意味着缴费农民中的绝大多数得不到任何实惠,对他们来说缺乏吸引力。

目前,各地相当数量的农民还没有达到“自愿参与”,在新型农村合作医疗自愿原则下,特别在筹资上采取了多种行政干预方法:利用广播、电视、宣传车、传单、标语进行宣传的;开村民大会、搭台唱戏;乡镇干部、卫生院人员上门收缴的等等,这些方法筹集资金的成本大约占所筹资资金总额的 20~ 30%,已成为新型合作医疗可持续发展迫切需要解决的实际问题。

为了使新型合作医疗可持续发展,维持较高的覆盖率是必要的。要维持较高的覆盖率,在目前制度吸引力的情况下,在自愿和强制之间,寻找隐性强制是化解逆向选择的最佳方法。

在市场经济条件下,新型农村合作医疗“隐性强制”应定位在社区合作医疗多方主体充分“合作”的基础上,通过制度设计来调动社区合作医疗多元主体的积极性:应坚持强调以户籍为基准,以家庭为单位进行投保,把家庭中不同情况的成员全部纳入到合作医疗的制度中;坚持地方政府的出资是以农民的出资为前提的,以县为统筹范围,以乡镇为单位,乡镇参保达到 90% 以上地方政府才出资;以参加大病统筹项目为门槛条件,进行项目捆绑,只有参加了大病医疗统筹才能有资格参加预防保健和基本医疗项目,同时,加大所购买的服务包的吸引力;坚持国家出资以地方政府为先,即地方政府先出资后国家才能出资的办法;实行滚动式预缴费制度,这一制度是由江苏省赣榆县在试点过程中探索出的一种隐性强制筹资模式,它比较适宜经济欠发达地区等。

综上所述,新型农村合作医疗的制度缺失表现在:目标的偏差所带来的受益面窄、补偿率比较低等问题,诱发逆向选择;路径的偏离所带来的主要从需方约束来控制医疗费用问题,还没有侧重从对供方进行有效的约束,来解决“看病贵”等问题。在机制上,治理结构的转型带来了新型农村合作医疗合作机制、强制机制缺位。

我国要在 2010 年全面实行新型农村合作医疗制度,但以大病统筹为主要内容的新型农村合作医疗的可及性差,为此,提高新型农村合作医疗受益面和补偿率是关键,可供选择的主要途径是:在大病统筹为主要内容的新型农村合作医疗基础上,全面实施以预防保健和基本医疗服务为基本内容的新型农村合作医疗制度,同时建构需方策略来制约供方的诱导,从根本上解决医疗服务和药品价格的虚高,形成中国农村医疗卫生治理方略。

#### [注释]

①杨团,刘远立:《加强农村社区卫生服务体系建设势在必行——以陕西省洛川县的实践为例》,《红旗文稿》2006 年第 2 期。

②新型农村合作医疗试点工作评估组:《发展中的中国新型农村合作医疗——新型农村合作医疗试点工作评估报告》,北京:人民卫生出版社,2006 年第 12 页。

③汪时东,秦其荣,汤质如,叶宜德,江启成:《新型农村合作医疗滚存式个人筹资方式研究》,《中国卫生经济》2007 年第 1 期。

④袁兆康等:《新型农村合作医疗制度对农民医疗费用影响的追踪调查》,《中国卫生事业管理》2006 年第 10 期。

⑤林闽钢:《我国农村合作医疗制度治理结构的转型》,《农业经济问题》2006 年第 5 期。

⑥徐月宾,张秀兰:《体制建设中的医疗卫生体制改革》,《卫生经济研究》2006 年第 7 期。

⑦王列军,葛延风:《农村医疗保障制度建设需全面调整思路》,《中国经济时报》2005 年 6 月 7 日。

⑧陈迎春,吴妮娜,王莉杨:《新型农村合作医疗需方筹资风险分析》,《中国卫生经济》2006 年第 5 期。

[责任编辑:韩小凤]