

# 新型农村合作医疗持续运行的对策研究

由建勋<sup>1</sup>,谷有利<sup>2</sup>,孟爱霞<sup>3</sup>

(1. 滨州职业学院,山东滨州 256624;2. 山东科技职业学院,山东潍坊 261053;

3. 滨州市委党校,山东滨州 256612)

**摘要:**新型农村合作医疗经过三年多的运行,推广步伐明显加快,一些省市已经实现无缝覆盖。然而,由于各地在运行过程中,只注重规模和速度的扩张,忽视运行过程中所出现问题的总结和改进,因而伴随运行规模的扩大,新农合制度设计及运行设计上的缺陷也暴露了出来。为此,需要通过制度创新,及时化解运行过程中的问题,为该项惠农政策健康运行消除障碍。

**关键词:**新型农村合作医疗;持续运行;障碍;破解对策

自国务院办公厅2003年1月转发卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,要求到2010年全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度。2006年中央“一号文件”:《中共中央国务院关于推进社会主义新农村建设的若干意见》,又提出了到2008年在全国农村基本普及新型农村合作医疗制度的目标,并从2006年起,大幅度提高了中央和地方的财政补助标准,2006年中央财政对中西部地区市区以外的参合农民补助标准由每人每年10元提高到20元,并将中西部地区中农业人口占人口比例高于70%的市辖区和东部省份纳入中央财政补助范围。全国各地运行规模快速扩大,截至2007年9月30日,全国开展新农合的县(市、区)达到2448个,占全国总县(市、区)的85.53%,参加新农合人口7.26亿,参合率为85.96%。目前,北京、上海、江苏、浙江、广东、青海、海南等地的新型农村合作医疗已经实现无缝隙覆盖。新型农村合作医疗制度已经成为尽快解决农民“因病致贫”和“因病返贫”问题,推进农村卫生工作、缩小城乡社会差距、扭转不平衡的社会结构,促进城乡社会和谐发展的重要举措。然而应该看到,由于新型农村合作医疗制度尚处于探索阶段,在制度设计及运行设计上的政策趋向是以大病保险为主,对几

年内没有发生大病的绝大多数农民而言会形成严重的逆向激励,如果这种逆向激励长期持续将会威胁到这项制度的健康运行,甚至会重蹈前两次农村合作医疗的风险。

## 1 影响新型农村合作医疗持续运行的主要障碍

### 1.1 组织管理设计上忽视农民参与和监督

医疗保障能力差异除取决于客观的经济发展阶段差异和相应的经济实力差异外,还受政府管理能力影响。依据发展经济学的最新理论,处于大体相同发展阶段的国家(地区)的不同发展实绩,由政府不同的“机构能力”所决定。目前的新型合作医疗制度是以县级为统筹单位的政府主导型管理模式,具体落实到农民个人还需经过乡镇和村两个管理层级,在这个传导过程中政府不仅要管规划、融资、使用,还要直接管操作,并同时做监督。受我国经济发展不平衡影响,东西部地区之间,以及同一发展水平地区之间的政府组织管理能力存在巨大差异,将“公共物品”交由不同作为的政府主导所产生的效果是截然不同的。这种组织模式在运行初期可能是必须的,但是当规模发展到一定阶段后,不及时改变组织设计,将农民组织起来并赋予其参与权,让农民参与决策并履行监督职能,则未来的新型合作医疗制度即便设计管理得再好也难以持续,因为管理领域的三个主体——政府、卫生机构、农民之间在缺乏主要一方参与和监督的情况下,只要出现利益失衡,其机制的内在作用就会诱导制度操作偏离预定目

收稿日期:2007-12-05

作者简介:由建勋(1964-),硕士学位,滨州职业学院经济管理学系副教授,山东省职业院校协会企业管理专业委员会秘书长,全国“十五”规划高职高专企业管理专家组成员,主要从事企业组织结构研究等方面研究。E-mail:youjianxun111@163.com

标,而长期偏离目标的操作就会颠覆制度本身。

## 1.2 保障模式上偏重单一的大病

新型农村合作医疗的框架构思,应当既有利于向社会医疗保障过渡,又有利于卫生服务体系建设和合理地利用卫生资源,这是这项制度可持续发展的客观要求。然而这次新型农村合作医疗与前两次合作医疗的根本区别,是突出解决农民“因病致贫”问题,即新农合立足于基于大数概率原理的大病保险,集众人之力防一家风险。在此思想指导下,各地在保障大病和保障小病的关系和报销比例的选择上,即保障模式上偏重单一的大病。过分强调大病保险造成两大问题:一是由于各地对大病的标准划定界线不一,有些地区忽视当地农民的承受能力,“大病”起点定得脱离当地实际,而医药费用的高昂又抑制了农民的看病需求,以致于小病拖成大病现象较多,造成合作医疗基金入不敷出并导致后续运行难以为继。较为典型的案例是肺病的再次肆虐,我国在六七十年代通过几近免费的标准抗生素治疗曾经很好的控制肺病,但随着80年代的合作医疗让位给市场,类似肺病这种公共性极强的传染病,病人早期不去医治,结果使很多肺病病例传播开去,而病毒也在传播过程中不断变种,令原来的药物无效,反过来又大大加剧了病例数量。二是绝大部分身体较好的农民在长期投入得不到回报后,会对统筹保障、互助共济的新型医疗保障制度失去耐心,感觉在自身经济较为困难的情况下,交钱为别人解决因病致贫、因病返贫很吃亏,从而退出新农合<sup>[1]</sup>。

## 1.3 医疗费用报销设计不科学

随着工业化进程的加快,人们的生活方式和饮食结构不断发生改变,环境问题日益突出,威胁人类的疾病已扩展到传染性和慢性非传染性疾病,如呼吸系统疾病、恶性肿瘤和脑血管疾病等。而与此同时,一方面,很多县市为达到量入为出的目的,又设计了较高的起付线、较低的报销比例和封顶线,有些县担心合作医疗基金超额,对住院费用实行分段报销。较低的补偿,较多的手续,使一些得病的参合农民家庭得不到较大实惠,致使新型农村合作医疗队这部分人的吸引力不断下降。另一方面,随着医疗卫生事业的市场化,医疗服务机构由过去的事业单位演变成自负盈亏的经营实体,利润最大化成为医疗单位的行动目标。一些医疗机构为了实现快速高额盈利,往往采取提高药品价格、违规用药、乱收费

(分解收费项目,擅自增加收费标准)、小病大治,甚至将门诊病人伪造成住院病人,或将自费检查项目、药品,伪造成可报销项目、药品;医务人员利用工作之便多开药,虚报医疗费用金额等。这些不良行为使原本积累数量就十分有限的合作医疗基金雪上加霜,给合作医疗制度的可持续发展带来了难度,构成了对新型农村合作医疗制度可持续发展的挑战<sup>[2]</sup>。

## 2 保障新型农村合作医疗持续运行的对策

### 2.1 健全组织管理体制,形成高效的激励制衡机制

在新型农村合作医疗制度中,政府是制度建设和实施的主体,农民是这一制度的受益群体,医疗机构是这一制度的间接获益组织。在这个涉及分散、多元和多中心的利益主体关系中,如果不能将他们的利益协同起来并加以制衡,则不但会形成医疗机构与农民争利与政府争利,而且还会相互争利。因此,健全组织管理体制,形成一个协同作战、相互补充的利益制衡整体,显得尤为迫切与关键。对此建议采取以下措施:一是明确政府的职责。政府管理公共事物具有义不容辞的责任,政府应当按照精简、效能的原则,指导建立科学的组织管理机构、经办机构和监督机构,选择合适的并能得到广大农民群众认同的保障模式,克服管理上的松散、粗放等缺点,控制医疗补偿费用,遏制医疗费用过快上涨。二是强化农民监督。新型农村合作医疗制度建设,离不开农民的支持和信任,而农民群众的支持和信任,又来自农民的参与与监督,因此启动和强化农民主体参与机制来制衡、监督医疗卫生机构;同时对县、乡(镇)两级的财政拨付与农民自交所形成的新型农村合作医疗基金进行严密监管和群众监督,防止任何形式的挪用和贪污滥用。三是针对地区差异实施不同形式的农民健康保障。发达地区农村可以实施大病医疗保险和商业医疗保险;经济欠发达的中、西部地区,推行住院报销的合作医疗;贫困地区则可考虑由中央政府通过转移支付提供医疗救助金,为贫困农民提供免费的简易医疗服务和医疗救助。

### 2.2 突破以大病保险为主要手段的制度误区,恢复与重建农村三级医疗保健网

新型农村合作医疗制度成功的标志,是提升农民健康水平,降低农民医疗负担,维持医疗合作基金可持续运行,而不应是单纯的大病保险。由于大病与小病(预防保健和常见病多发病)性质不同、规律

不同,因而对待大病小病的方式也应不同。从这个意义上说,在制度设计上如何处理好预防保健与疾病治疗的关系,是保障新农合可持续运行的关键。从国内外经验看,大病治疗的最佳资源配置方式公认为保险方式,而小病则以村、乡镇的基层医疗服务与管理资源配置方式更为有效。因此,大病为主的医疗保障最好用政府补助的那部分农民医疗费的资金进行运作,而不要将农民个人所交部分一并纳入总政策的决策。因为既然新型合作医疗是农民互助共济制度,政府实施的只是对这项制度的补贴而不是全面包揽,那么,对于资金的使用,就应当考虑大多数农民的意愿,只有让大多数农民得到实惠和受益,才能得到群众的支持与理解。据此建议在新型合作医疗运行制度中明确规定政府补贴的部分主要用于大病统筹。至于小病,以保险方式解决不仅成本过高,而且容易造成资源浪费,对此最好的方式是将农民自缴的部分建立农户家庭医疗基金账户,为充实账户资金,应将社会、企业捐赠以及大病统筹部分的年终结余拿出一定比例注入个人账户,至于账户资金到哪一级医疗机构消费由农民自行决定,政府可规定账户资金只能用于医疗消费而不能提取现金,以鼓励农民加强疾病预防与早期诊断治疗,防止小病拖成大病。另外,考虑到我国属发展中的人口大国,即使国家财力大幅度增加后,也无法承受为所有农民提供最好的医疗服务负担,所以,应优先考虑建立与农村社会相适应的节约资源的三级医疗保健体系。具体操作上可以政府转移支付方式构建卫生机构纵向合作的一体化卫生服务体系,即通过恢复与发展农村三级医疗保健网,形成同等健康水平下资源相对比较节约的模式<sup>[3]</sup>。

### 2.3 科学设置医疗费报销模式,防范逆向选择和道德风险

市场经济的特点决定了经济人的客观存在,而

经济人的自利性又必然会导致逆向选择和道德风险。道德风险在新农合上可能是一个比逆向选择更严重的问题。其主要表现为:一是不需要住院的投保人通过住院治疗,转为医保支付;二是没有支出或支出较少的投保人与医院串通,通过伪造单据以获取较多的补偿。为此,必须对第三方缴费和医保资金的预付制进行合理安排,科学设置医疗费报销模式,规范医疗机构的诊疗服务行为,发挥医疗机构作为合作医疗费用的第一“守门人”作用。具体建议为:一是推行住院单病种定额结算模式,即通过对某种疾病患者在一段时间内的平均总住院费用的科学测算,结合合理诊治需要,确定出县、乡两级独立病种的固定收费标准。单病种结算有利于医、患、保三方都明确收费金额及所承担份额,有利于建立医、患、保三方都有效制约的运行机制。同时,由于单病种付费额在市、县、乡三级医院存在明显差异,经济杠杆的调节作用能促使患者冷静、科学地选择较低级别的医院作为主要就诊医疗机构,降低医保支出。二是构建“金字塔”式报销模式,即将农民在乡卫生院、县医院及大医院的报销比例按“金字塔”模式确定,越基层医院的报销额越高,以鼓励农民从众多基层医疗机构中选择医疗服务水平高、医疗条件好的医院就诊,鼓励乡镇卫生机构提高医疗质量,实现改善农村医疗条件、提高农民健康水平、降低农民就医负担、减少医保支出的多赢效果。

#### 参考文献

- [1] 由建勋,孟蓓,马兴无.化解新型农村合作医疗基金风险的对策研究[J].农业经济 2006,3.
- [2] 张元红.农村公共卫生服务的供给与筹资中国农村观察[J].2004,5.
- [3] 宋斌文,熊宇虹,张强.当前农民医疗保障的现状分析与对策构想[J].国际医药卫生导报 2005,9.