

新型农村合作医疗制度面临的困境与出路探讨*

王贤斌^{1,2}

(1. 宁波大学马克思主义学院,浙江宁波 315211;2. 复旦大学社会学博士后流动站,上海 200433)

摘要:自新型农村合作医疗制度实施以来,广大农民的医疗保障水平有了很大的提高,对促进中国农村经济发展和农业现代化起到了保驾护航的作用。但这项制度在运行中还存在一些问题,为此该文建议:建立稳定的资金筹集机制,逐步推行强制参合政策,实行“保大兼保小”的模式,加强农村定点医疗机构建设,以实现新型农村医疗保障制度的有效运行。

关键词:农村;社会保障;新农合制度;困境;措施

中图分类号:R197 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-2404(2014)62-0063-04

中国是一个农业大国,农业人口占全国人口的半数以上,能否妥善解决农村居民的医疗保障问题,直接关乎广大农民的身心健康和现实利益,关系到中国农村经济发展和农业现代化进程。新型农村合作医疗制度,简称“新农合制度”,是指“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,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度”。深入探讨新型农村合作医疗制度,对于提高中国农村居民生活水平、促进现代化农业发展和维护社会和谐稳定具有十分重要的意义。

1 新型农村合作医疗制度的创建与实施

本世纪初,为了解决农村缺医少药和“因病致贫、因病返贫”的问题,中国开始探索建立新型农村合作医疗制度。2002年10月,中共中央、国务院下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,首次明确提出要在全中国农村逐步建立起新型农村合作医疗制度。同年12月,九届人大第31次会议审议通过的《中华人民共和国农业法(修订草案)》规定:“国家鼓励支持农民巩固和发展农村合作医疗和其他医疗保障形式,提高农民健康水平”。从此,农村合作医疗制度的发展和完善实现了有法可依。

2003年1月,国务院转发了由卫生部等部门制定的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》对新型农村合作医疗的目标与原则、筹资标准、资金管理、组织实施等事项作了具体规定;要求各省(自治区、直辖市)至少选择2—3个县(市)先行试点,在取得经验后进行推广。由于党中央和国务院的高度重视,地方各级党委和政府的及时推进,新型农村合作医疗制度在全国得以较快发展(见表1)。

表1 全国新型农村合作医疗发展情况

年度	县(市、区) (个)	参合人数 (亿人)	参合率 (%)	收益人次 (亿)	支出 (亿元)
2005	678	1.79	75.66	1.22	61.8
2006	1451	4.10	80.66	2.72	155.8
2007	2451	7.26	86.20	4.53	346.6
2008	2729	8.15	91.53	5.85	662.3
2009	2716	8.33	94.19	7.59	922.9
2010	2678	8.36	96.00	10.87	1187.8
2011	2637	8.32	97.50	13.15	1710.2

注:根据2012中国卫生统计年鉴数据整理

2 新型农村合作医疗制度存在的问题及成因

新型农村合作医疗制度实施以来,在为农村居民提供基本医疗保障方面取得了一定的成效。但这项制度在实际运行过程中也存在一些问题,致使其在防止农民“因病致贫、因病返贫”方面的作用不够明显。

2.1 资金筹集机制不稳定

2002年10月,中共中央、国务院下发的《关于

收稿日期:2014-01-07

作者简介:王贤斌,讲师,复旦大学社会学流动站博士后,主要从事马克思主义理论与当代中国社会发展的研究。

E-mail: wxbin53@126.com

*教育部人文社会科学研究青年基金项目“马克思主义民生思想与当代中国民生建设研究”(11YJC710054);宁波大学人才工程项目“马克思主义民生思想研究”(ZX2013000765)

进一步加强农村卫生工作的决定》提出:新型农村合作医疗的资金来源为政府、集体和个人三方面。但在实际运作中,这三方面都还存在问题。从政府筹资来看,当前在开展新型农村合作医疗试点的地区都执行了规定的投入经费标准,即不低于年人均20元。可是在一些经济发展水平比较落后的地区,还没有执行这个标准。从集体筹资来看,由于中国实行了农村家庭联产承包责任制,农村集体经济组织已经解体,集体筹集部分也就不复存在。从个人筹资来看,为了普遍推广新型农村合作医疗制度,有的地区确定了较低的个人投入标准,即便是在一些经济发达地区,个人投入经费也只有几十元,这与中国农村居民每年人均医疗费用100元相比,还尚有较大的差距。

2.2 自愿参保原则致使制度不能顺利运行

新型农村合作医疗制度坚持农民自愿参保的原则,是考虑到农民接受新的制度存在一个认识和理解的过程,防止产生与传统合作医疗同样的结局。并且有的地方政府形象在农民心目中存在问题,农民担心自己生病不能得到补助、经费被占用,因此,采取强制参保的办法,势必会导致农民的逆反心理,反而会产生不良的社会效果。但是,农民完全自愿参保,就无法保证农民的参保率,制度本身的互助共济作用就难以发挥;况且,在坚持农民自愿参保原则的情况下,要实现一定的参保率,就需要对农民进行充分的宣传和动员,说服农民参保的成本较大,而且也会大大增加乡村干部的工作量。另外,自愿参保还容易产生“逆向选择”,即有医疗需求的农民都积极愿意参保,而健康年轻人参保的意愿较低。于是,片面强调自愿参保原则就不能体现互助共济的初衷,也无法真正发挥制度本身具有的医疗保障作用。

2.3 “保大不保小”模式的固有缺陷

在新型农村合作医疗制度的推行之初,选择“保大病不保小”模式主要是由于考虑新农合的基金问题,况且鉴于当时“因病致贫、因病返贫”现象较为严重,“保大病不保小”模式具有一定的合理性和紧迫性。但随着新农合基金的逐步增长,该模式在实际运行中的成效并不显著,其原因在于两个方面:一是在广大农村地区由于存在着缺医少药的现象,很多大病往往是由小病不能及时得到医治所导致的,即便是能够享有保大病的医疗保障,也只能在住院治疗的情况下报销医疗费用,而且只能按比例

给予报销部分费用,同时还要受到最高报销金额的限制。二是新型农村合作医疗制度过于强调保大病,容易使人们产生保大病就是“住院治疗”的看法,致使过于重视卫生机构的建设,医疗资源的配置也就不够合理,导致资金和人才过分追求向大型医疗机构转移,这在很大程度上影响了农村基本医疗卫生事业的健康发展。

2.4 定点医疗机构行为失范

随着中国社会经济体制的进一步发展和有关政府部门对医疗机构的监管不力,医疗费用上涨过快,一些新农合定点医疗机构也出现了许多不规范的行为,比如不执行新农合限价收费标准,将不属于新农合补偿的费用变通为补偿费用,擅自提高收费标准,增加收费项目或分解收费,开大处方、人情方、分解处方、伪造处方,串换药品或搭车开药套取医疗基金,进行重复检查或不必要的检查,随意放宽入院指标,无故延长住院天数,帮助病人冒名住院或违规挂床住院,拖欠、截留参合病人补偿金等等。新农合定点医疗机构是提供医疗服务的主体,其行为的规范程度和收费的合理性是影响新农合制度可持续发展的关键因素。由于中国的医疗和药品的价格是按照城市的标准确定的,对于农民来说医疗费用本来就较高,如果再加上费用收取的不合理,更会加剧农民“看病难、看病贵”的不良局面;同时医疗机构的不规范行为也会使得国家原来直接用于补助农民的经费间接地转移到医疗机构,从而降低了政府财政资金的使用功效。实行新农合制度的初衷是让贫困的居民也能够看得起病,但不合理的医疗费用有违新农合制度的原本意义,势必会妨碍新农合制度的实施与发展。

3 完善新型农村合作医疗制度的有效措施

通过对新农合制度存在问题的分析,要进一步完善与推广新农合制度,实现制度的有效运行,应积极采取相应的改进措施。

3.1 建立稳定的资金筹集机制

资金是新农合制度正常运行和持续发展的命脉,在稳步加大中央财政投入力度的同时,更加重视地方各级政府及个人的资金筹措能力。针对当前地方政府筹资不力的问题,我们在对地方财政进行预算的时候,可以单独提前列算适当资金作为农村基本医疗固定补贴,投入到新农合制度的运行当中。

也应积极吸纳来自社会各方面的慈善捐助,以增加医疗资金的总量。针对农民个人筹资不力的问题,可以将粮食补贴、种子补贴或其他补贴的一部分,作为农民个人交纳的新农合保障资金。这样既能革除农村传统筹资模式的缺陷,又能稳定新农合资金的来源。同时,还可以通过实行各种优惠政策引导和鼓励农民积极参合,例如实行连续参合的优惠政策,即对于连续参合的农民,当年度住院医疗费用超过封顶线时,将再给予一定比例的优惠,连续参合的年限越长,优惠的幅度愈大。也可以通过开展免费体检服务、简化报销流程等办法吸引广大农民参合。

3.2 逐步推行强制参合政策

新农合制度强调自愿参加原则会产生一些不良后果,进而影响到新农合制度的运行成效。当前广大农民对新农合已经有了基本印象,可以逐步采取适当的强制措施,用合理的制度来约束农民,以进一步提高参合率,扩大资金规模。推行强制参合的具体步骤为:第一步,政府制定优惠政策,在自愿的原则下,吸引更多的农民参合。第二步,适度强制。政府制定政策,规定在参合率达到一定的比例时政府将给予更多的财政补贴。第三步,强制全部参合。规定在实施新农合制度的地区,其范围内的居民必须全部参合,以实现全员覆盖。针对新农合制度运行中存在的筹资不稳定、逆向选择等问题,推行强制参合能够稳定资金来源,扩大资金规模,降低筹资成本,促进新农合制度的良性循环和可持续发展。

3.3 实行“保大兼保小”的模式

由于“保大不保小”模式存在着一些缺陷,新农合制度应该从“大病报销”模式逐步转向门诊报销和大病报销相结合的“保大兼保小”模式。一方面,对资金账户进行合理划分。若新农合筹资标准为年人均100元,则可以分成3个部分:第1部分为30元用作门诊报销,第2部分为50元用作大病报销,第3部分为20元用作预留资金,即当大病报销资金或者门诊报销资金不足时加以补充,如有剩余部分将作为积累资金转入下一年度使用。这样既能使农民门诊医疗的部分费用获得报销补偿,也能满足大病治疗的费用补偿。同时,应尽快规定“小病”医疗的报销项目与类别,确定医疗费用的起付线和封顶线。另一方面,高度重视公共卫生预防保健。在新农合制度的实践中,要从单纯的医疗型转向医疗卫生预防保健型,提供与农民经济状况相适应的卫生

预防保健服务,实现以较小的经济投入获得尽可能大的受益程度。做好预防保健工作,可以降低疾病的发生率,减少农民合作医疗成本,增强新农合制度的生命力。

3.4 加强农村定点医疗机构建设

农村定点医疗机构是农民看病就诊的重要机构,也是新农合医疗服务的主要提供机构,因此,加强农村定点医疗机构建设,进一步规范定点机构行为,是实现新农合制度良性发展的重要保证。一要加强监管。中央和各级地方政府应设立专门的监管部门,对医疗的费用,药品的采购、销售和使用,医疗资金的管理情况和补贴情况,各定点机构的工作运行和发展状况进行精细化监管。同时,要定期将具体情况向其他各部门和群众进行公示,对违规操作的医疗机构给予经济处罚,对情节严重的吊销其运营资格。二要引入竞争机制。在定点医疗机构内部形成竞争局面,突破医疗机构的区域限制,允许农民自由选择定点医疗机构就医,促进合作医疗机构之间的相互竞争;在定点医疗机构外部产生竞争压力,大力发展非合作医疗机构和药品经营零售企业,准许其为农民提供相应的医疗服务,以打破合作医疗机构的垄断地位。三是加强医疗工作队伍建设。定点医疗机构的人员素质和数量决定着农村医疗的服务水平,可以通过加强基层医疗人员的专业知识与技能培训、注重培育医疗人员的高尚职业道德等途径来加强医疗工作队伍建设,努力提高医疗服务质量。

参考文献

- [1] 柴志凯,孙淑云.新旧农村合作医疗制度比较新论[J].中国农村卫生事业管理,2007,(10).
- [2] 刘雅静,张荣林.我国农村合作医疗制度60年的变革及启示[J].山东大学学报(哲学社会科学版),2010,(3).
- [3] 高丽敏.新型农村合作医疗制度:问题与完善[J].中国初级卫生保健,2006,(1).
- [4] 申曙光,彭浩然.全民医保的实现路径——基于公平视角的思考[J].中国人民大学学报,2009,(2).

Dilemmas and Solutions on New-type Rural Cooperative Medical System

Wang Xianbin^{1,2}

(1. School of Marxism, Ningbo University, Ningbo Zhejiang Province 315211, China;

2. Postdoctoral Research Station of Sociology, Fudan University, Shanghai 200433, China)

Abstract: Since the implementation of new-type rural cooperative medical system, the level of medical security of farmers has been greatly improved. In addition, the system has promoted and guaranteed China's rural economic development and agricultural modernization. However, there are also some problems in its implementation, such as its unstable fund raising mechanism, the low attendance caused by the principle of voluntary insurance, the inherent defects in the mode of ensuring serious illness but not minor ones, and the behavior anomie of designated medical institutions. The solutions to perfect this system and realize its effective operation including establishing the stable financing mechanism, gradually adopting the mandatory participation pattern, implementing the mode of ensuring serious illness together with minor ones, and strengthening the construction of rural medical institutions.

Key words: rural area; social security; new-type rural cooperative medical system; dilemmas; solutions