



新型农村合作医疗制度的困境与出路

周毕芬

2009-06-26 12:09:48

[内容提要] 新型农村合作医疗制度是当前中国农村最主要的医疗保障形式。本文阐述了新型农村合作医疗制度的实施现状,分析了其实施过程中遇到的困境,并针对这些问题,提出了走出困境的路径,即加强宣传、让农民真正了解并接受新型农村合作医疗制度,增强政府责任、加大财政投入力度,提高报销比例、实行三方购买制度,以及尽快把农民工真正纳入城镇医疗保险范围等。

[关键词] 新型农村合作医疗制度; 资金; 政府责任

新型农村合作医疗制度是当前中国农村最主要的医疗保障形式,其政策设计要求政府为农村提供基本医疗卫生服务,为农民提供公平的医疗保障。实践表明,新型农村合作医疗制度对于改善农村地区的医疗状况,提高农民的健康水平,减轻农民求医问药的经济负担,确实发挥了重要作用。但是,新型农村合作医疗制度在实施过程中也遇到了一些问题,妨碍了新制度的进一步推广和发展,必须认真研究并很好地加以解决。

一、新型农村合作医疗制度的实施现状

我国的农村合作医疗最早于20世纪50年代由河南农民首创,真正普及是在60年代,70年代达到顶峰。20世纪70年代末80年代初的农村家庭承包经营的实行、人民公社的解体,使得以集体经济为基础的农村合作医疗制度失去了赖以存在和发展的经济基础,合作医疗迅速走向衰退。在1997年恢复与重建合作医疗制度后,全国行政村的覆盖率也只有17%,农民参加合作医疗者仅为9.6%,这与20世纪70年代90%以上的合作医疗覆盖率相比,相去甚远^[1]。到2002年10月,中共中央、国务院提出,要在我国农村地区逐步建立起由政府组织、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。这一新型农村合作医疗制度,重点解决农民因患传染病、地方病等大病而出现的致贫与返贫问题。从2003年起,新型农村合作医疗试点工作全面展开,我国农村合作医疗迎来新的局面。

2002年,《中共中央国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》中规定“实行农民个人缴费、集体扶持和国家补助相结合的筹资机制”。并明确指出,从2003年起中央财政对中西部地区除市区以外参加新型农村合作医疗的农民每人每年给予10元的补助资金,地方财政补助每人每年不低于10元,农民自己出资10元。从2006年起,中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民由每人每年补助10元提高到20元,地方财政也相应增加10元。财政确实有困难的省(区、市)2006年、2007年分别增加5元,在2年内落实到位^[2]。

新型合作医疗与旧的合作医疗制度的主要不同点有以下几个方面:(1)新型合作医疗制度的资金筹集由政府主导,即由政府负责和指导建立组织协调机构、经办机构和监督管理机构,加强领导、管理与监督;(2)新型合作医疗是以保“大病(住院)”为主,即新型农村合作医疗将重点放在迫切需要解决农民因患大病而导致贫困的问题上;(3)参加

新型农村合作医疗以户为单位,从而有利于克服“一人参保,全家吃药”情况的发生,也增强了基金筹集的力度;(4)资金支付实行分级、分段、分项的原则。分级支付,即辖区内政府所办的公立医院(包括乡镇卫生院)住院与经转诊到辖区外指定的三级医院住院或外出因急诊到就近公立医院就医所发生的医药费用,其起付线、报销比例和最高封顶线都有区别,辖区内报销比例高于辖区外报销比例;分段支付,指将发生的住院费用根据不同的数额分段,每段的报销比例不同,住院费用越多,报销的比例越高;分项支付,指门诊发生的费用,除规定不予报销的项目外,药费和医疗费用均按规定比例报销。

新型农村合作医疗试点工作4年来,新型农村合作医疗覆盖面逐年扩大,截至2006年底,已达全国县(市、区)总数的51%;参合农民逐年增加,已达4.1亿人;受益面逐步扩大,补偿农民4.2亿人次;补偿金额逐年增长,累计补偿242亿元^[3]。与此同时,广大农民群众的卫生保健意识和健康风险意识明显增强,互助共济意识和民主参与监督意识得到了培育。新型农村合作医疗已受到广大农民群众的普遍欢迎,得到了社会各界的广泛认可。中央决定,2008年新型农村合作医疗制度要在全国基本推行,2010年实现新型农村合作医疗制度基本覆盖全国农村居民的目标。

二、新型农村合作医疗制度实施过程中遇到的困境

尽管新型农村合作医疗制度在试点及推广过程中取得了不少经验,在一定程度上缓解了广大农村地区特别是西部地区贫困农民因疾病而导致的贫困状况。但是,新型农村合作医疗在实施过程中也遇到了困境,对新制度的进一步扩大和普及带来一定的负面影响。具体来说,困境主要体现在以下几个方面。

(一)农民参加的积极性不高

虽然,从全国来看,已实施新型农村合作医疗制度的县(市、区)已达到一定数量,但就具体某个县(市、区)来说,农民参合率不一定高。究其原因,主要有3种情况:(1)农民收入水平不高。虽然每年10元的费用并不算高,但对于一些贫困农村家庭而言,这10元可以维持一个家庭一定时期油盐酱醋的开支,特别是家庭成员都较年轻且身体都还比较健康的情况下,更不愿意交这10元的参合费。(2)农民对新制度本身和对干部均不信任。之所以会出现这种情况,主要是一些乡、村干部工作方法比较简单,只向农户收钱,不向农户做宣传教育工作,有些干部本身对新型农村合作医疗制度也不甚了解,无法向群众完整准确地宣传新制度,直接影响农民参保的积极性。再加上个别乡、村干部平时给群众留下吃喝玩乐的不良印象,以及一些地方存在“干部病了吃好药,群众病了熬草药”的现象,农民担心自己辛辛苦苦挣的钱交上去,会被干部挥霍掉^[4]。(3)报销手续繁琐,报销比例偏低。农民在政府指定的医疗机构看病时,自己要先垫付医疗费用,然后再拿发票及相关清单到管理机构去报销,因农民事先并不知道哪些检查项目可以报销,哪些不能报销,也不知道哪些药是可以报销的,哪些药需要新型合作医疗管理机构审核,对在可以报销范围内的检查费及药费又只能按一定比例报销,而且报销比例也偏低。西南财经大学的胡务^[5]对全国部分地方的调查发现,各省报销的平均比例不超过30%,由于外地市级以上医院级别都较高,外出人员报销的比例还低于该水平,不少地区只有10%多一点,即便是在经济发达的广东,2005年许多地方新型农村合作医疗报销的封顶线也仅为3000元。多种原因综合而成,导致农民实际对新型农村合作医疗制度参与热情不高。

(二)资金筹集困难,套资现象存在

新型农村合作医疗在试点及推广过程中还遇到资金筹集困难问题。主要表现在有些地方财政拿不出足够的钱作为配套资金,农民由于贫困或者对合作医疗及乡村干部的不信任,无力出资或不肯出资,而中央给予参合农民每人每年10元(2006年起增加至20元)补助金必须在地方已经筹集了相应的资金后才下拨,但许多农民的选择是“只有政府先出钱,我才能出钱”的态度。旧的农村合作医疗之所以能够蓬勃开展,是由于集体经济强有力的支

撑,在人民公社时期,土地没有实行承包经营,而由集体经营,集体经济相对较雄厚,当时的合作医疗主要靠集体出资。而农村的市场化改革,土地实行家庭承包经营制,内地一些落后农村集体经济名存实亡,无力承担合作医疗的出资责任,“实行农民个人缴费、集体扶持和国家补助相结合的筹资机制”有时便难以落到实处。一些地方政府本身财力__有限,仅仅是“吃饭”财政或“工资”财政,有些地方工资发放尚存问题,要筹集配套资金更是困难。有些地方政府为了套取中央资金,采取了弄虚作假的方式,或借款或从银行贷款,造成“地方已筹集到配套资金”的假象,骗取中央下拨资金,当中央资金到位后,马上把借款或贷款抽走,这种不合法行为,影响了不同层级政府之间的信任关系^[6]。

(三) 医疗机构垄断经营,医疗费用居高

新型农村合作医疗实行指定医疗机构的制度,也就是说,农民必须到指定的医疗机构就医才能报销医疗费用。而那些被指定的医疗机构多为公立的医院,在实行差额拨款的情况下,一些公立医院只能靠以药养医,再加上部分医生与医药经销商之间的非法交易,使得一些医院开大检查项目与大处方成为人所皆知的“正常”现象。对于本身贫穷的参加新型农村合作医疗的农民来说,根本无力支付高昂的医疗费用。而且,许多农民发现医院开出的药价格比街上药铺购买的药更贵,这不仅侵害了广大参合农民的利益,挫伤了广大农民参合的积极性,而且使新型农村合作医疗基金流失严重,使得医院成为合作医疗的赢家,却妨碍了新制度的可持续发展。

(四) 与城镇职工医疗保障制度脱节,使一些农民工医疗得不到保障

新型农村合作医疗制度是目前农村地区能够在一定程度上缓解农民因病致贫、因病返贫状况的正式制度安排。它的覆盖对象是本地区所在农民,一般实行属地管理原则,即户口在本统筹地区内的农民。对于长期在外打工的本地农民,许多地方的做法是并不把他们排除在外,即允许他们参加老家的新型农村合作医疗,但在地打工的农民生病之后一般就近选择在就业所在城市医院看病,由于路途遥远、报销比例低、报销手续麻烦,回老家报销医疗、医药费所花费的交通费、住宿费及其他相关费用,可能比能够报销到的金额还要低,因此,年轻力壮的在外打工者往往放弃了参加老家的新型农村合作医疗的权利。况且,有些地方还不允许长期在外打工的本地农民参加本地的新型农村合作医疗,他们认为,这些在外打工的人可能已参加打工所在地的城镇职工医疗保险,因此不能重新享受医疗福利。如浙江省将长期在外务工人员排除在农村合作医疗制度之外^[5]。目前,尽管城镇职工医疗保险制度的覆盖面不断扩大,似乎正要把农民工包括进去,但多数城市的农民工仍游离于城镇职工基本医疗保险之外。农民工处境相当尴尬,老家的新型合作医疗或者无资格参加或者参加不划算,而城市的医疗保险制度还没有完全吸纳他们,使得他们的医疗状况得不到保障。

三、走出困境的路径

(一) 加强宣传,让农民真正了解并接受新型农村合作医疗制度

尽管中央决定,2008年新型农村合作医疗制度要在全国基本推行,2010年实现新型农村合作医疗制度基本覆盖全国农村居民的目标。但是,要真正推行新型农村合作医疗制度,首先要让农民从心里接受该制度,这就必须让农民了解并全面认识新型合作医疗制度。要做到这一点,宣传工作不可忽视。作为地方政府要探索多种宣传方式,深入讲解新型农村合作医疗制度。可以采取广播、有线电视、墙报、宣传手册等方式介绍新型农村合作医疗制度,特别是对其意义、缴费标准、中央及地方财政补贴办法、起付标准及最高补偿限额等全面介绍。另外,乡镇政府应该组织各村干部集中学习培训,让村干部自己先全面了解并掌握新型农村合作医疗制度的实施办法,以便回到农村更准确地向村民宣传,避免在收款时自己都无法向村民解释。让农民真正了解新型农村合作医疗制度,认识参加的意

义,不仅有助于提高农民的参合率,而且消除不必要的误解,从而避免干群之间的矛盾。

(二) 增强政府责任,加大财政投入力度

新型农村合作医疗制度是一种特殊的社会保障制度,从资金筹集方式、管理部门等来看,它既不像社会保险,也不像社会福利,更不像社会救助。如果是社会保险,则应该具有强制性,而不是允许农民“自愿参加”,并且应该归劳动与社会保障部门管理;如果是社会福利,则应该由政府或其一社会组织承担出资的责任,农民不必出资。但新型农村合作医疗制度却让农民自愿参加,并由卫生部门进行管理。不管是属于什么性质,作为国家改善民生的一项重要举措,城市反哺农村的一项重要制度,国家都应该承担更大的责任。政府应该加大对新型农村合作医疗的投入力度,通过免除农民缴费的方式“强制”农民参加,我国政府完全有足够的财力为新型农村合作医疗制度原本农民缴费的部分全额买单,中央财政与地方财政按一定的出资比例分担。若地方政府目前还无力为农民缴费全额买单,还必须由农民承担一定的缴费责任,那么,在出资顺序上,也应该改变“农民先缴费,然后地方政府再配套,最后中央政府根据地方筹措的资金数量进行补助”的方式,改为“地方政府先出资,然后是农民出资,最后是中央财政予以补助”的办法。总之,要让农民感受到参加新型农村合作医疗制度是政府给予其真真切切的关怀。此外,还应当把农民的参合率作为考核当地官员政绩的一项重要指标,以促使地方政府官员加大对农村医疗保障的财政投入力度。

(三) 提高报销比例,实行三方购买制度

新型农村合作医疗制度要实现可持续发展,必须提高患病农民报销医疗医药费的比例,也就是提高补偿率。如果把起付标准设得过高,则农民的常见病、多发病,诊治费用不能得到报销,让农民觉得交了钱享受不到好处;而若住院费用报销比例过低,相对于大几万元甚至十几万元的大病医疗费用,千把块钱的补偿如同杯水车薪,无济于事。这种补偿标准,无助于缓解农民因病致贫、因病返贫的状况。另外,政府指定医疗机构的做法,难免产生患病农民被强迫接受大检查、大处方的现象,导致参合农民放弃到指定医院就诊,宁可自掏腰包到一些私人诊所看病,最终可能导致退出原本参加的新型农村合作医疗制度。如果能够减少报销程序,提高报销比例,农民还是很乐意参加新制度的。最好的办法就是,医院本身先垫付参合农民的医疗费,农民自己只出很少的一部分,最终由医院与新型农村合作医疗管理机构结算医疗费。这样的做法,相当于有三方“购买人”,即农民、医院(或其他医疗机构)和新型农村合作医疗基金管理部门,让具有政府部门性质的合作医疗基金管理部门制约医疗机构的大检查、大处方的行为^[7]。同时,政府加大对医疗机构从业人员与医药推销商相互勾结、共同坑害患者的不法行为的查处力度,以降低医疗、医药费用。

(四) 尽快把农民工真正纳入城镇职工医疗保险制度的覆盖范围

对于长期在城市务工、工作相对稳定、流动性较小的进城农民,政府应该尽快把他们纳入城镇职工基本医疗保险制度之中,与城镇职工享受同等的医疗保障待遇。因为,这些农民工几乎不可能因为生病而回到原籍看病,从合作医疗基金管理部门报销医疗费用,对于他们而言成本太大,得不偿失。在目前住房保障还不能与城市户口居民享受同等待遇的情况下,至少医疗保障可以与城镇职工共享,农民工按城镇职工标准缴纳医疗保险费,用人单位也按城镇职工标准为农民工缴纳医疗保险费,使农民工患病时能够得到与城镇职工相同的补偿金额。当农民工已融入城镇职工基本医疗保险体制之中,就填补了他们未能参加新型农村合作医疗制度的空白。

[参考文献]

[1] 侯敏,林宝辉. 中国新型农村合作医疗制度探析[J]. 中国集体经济, 2007(4): 178

19) [2007 - 11 - 13]. ht2

tp: / /www. moh. gov. cn /newshtml/11283. htm.

[3] 吴仪. 全面推进新型农村合作医疗发展[J]. 求是, 2007(6) : 18 - 22.

[4] 张艳. 新型农村医疗保障制度的构建与政府责任[J]. 中共乐山市委党校学报, 2006 (4) : 22 - 23.

[5] 胡务. 农民工城镇医疗保险与新型农村合作医疗的衔接[J]. 财经科学, 2006 (5) : 93 - 99.

[6] 李莉. 农村医疗保障财政责任的制度变迁[J]. 社会学, 2006 (4) : 12 - 16.

[7] 顾昕, 方黎明. 费用控制与新型农村合作医疗的可持续性发展[J]. 学习与探索, 2007 (1) : 137 - 141.

[作者简介] 周毕芬(1971 -), 男, 副教授, 博士研究生。研究方向:农村社会保
障。

文档附件:

编辑: 文章来源:

版权所有: 中国社会科学院社会学研究所

E-mail:ios@cass.org.cn

欢迎转载, 敬请注明: 转载自《中国社会学网》[<http://www.sociology.cass.cn>]