



新型农村合作医疗的九个两难选择

潘林 2009-06-26 12:09:48

[内容提要] 随着新型农村合作医疗的快速发展，其制度本身的深层次问题逐渐显露出来，一些原则、规定和管理办法表面看似很明确，但当具体操作时方知事情不像已有答案那么简单，那么可操作，由此造成新型农村合作医疗在发展中的诸多两难选择。

[关键词] 考验 合作医疗 两难选择

暑假期间我们采用召开座谈会、入户访谈和发放问卷的方式，选择肥西（第一批试点县）、金寨（第二批试点县）、濉溪（第三批试点县）三个县对安徽省新型农村合作医疗（以下简称新农合）的试点情况进行了一次调研。总体感觉，一方面，新农合呈现快速发展：制度框架及运行机制基本形成，参合率稳步提高，覆盖面和受益面逐年扩大，补偿金额逐步增加，新农合正逐渐得到农民和社会各界的认可。另一方面，随着新农合的快速发展，新农合制度本身的深层次问题逐渐显露出来，一些原则、规定和管理办法表面看似很明确，然而细究一下不免有些模棱两可或似是而非。由此造成新农合在发展中的诸多两难选择：一切看起来似乎都有了答案，但当具体操作时方知事情不像已有答案那么简单，那么可操作。试点中的新农合正考验着管理者的智慧。

两难之一：自愿参加还是强制推行

中央为新农合确定的基本原则是：坚持自愿原则，反对强迫命令[1]。而要坚持“自愿”，就需要做大量的宣传和动员工作，付出的成本也是巨大的。如今基层政府在农民心中的威信不高，使得说服工作难度加大。农民有很多顾虑，担心交了钱花不到自己的头上白做贡献，担心生了病得不到补助，担心资金被挪用，担心手续复杂报销难，担心医院变相涨价得不到实惠等等，这都会降低参合率。合作医疗作为一种互助救济制度，适用保险上的“大数原则”，即参合的人越多，保障水平越高；参合率越高，农民受益的面越大。没有一定的参合率，违反在人群中分散风险的原理，必然要导致合作医疗的不可持续。有估计称，如果完全靠农民自愿，参合率可能不会超过50%。另外，在自愿模式下，还会出现“逆向选择”，即愿意参加的都是有医疗需求的，而健康的、年轻的人就可能不愿意参加。这样会导致基金支付风险。

如果强制参合，受制于当前体制和基层干部素质，决策者担心会背离保障农民健康的初衷。然而，强制可以用制度建设来约束利益各方，农民参合率会比较高，可以做大“基金”蛋糕，扩大覆盖范围，提高报销比例，农民也可以得到更多的实惠。强制参合还有相对稳定的筹资途径，比如通过财税部门收取，可以提高筹资效率，降低筹资成本等。

一些试点县认为，一项社会保障事业，光靠“自愿”是不够、也是行不通的。推行

新农合，既要强调农民自愿、又要有一定的措施来保障推行。因此，在实际执行中采取了一些变通措施，例如：规定凡未达60%~70%农户参加的村（或乡），村干部要负责宣传发动群众，使参合率达到一定的比例，否则乡政府（或县政府）不接受该村、该乡参加合作医疗；按预先确定的参合率和应交的资金，由村或乡甚至县先垫资，足额打到专用账户，验收通过后再想办法向农民收取等等。

两难之二：直接收缴还是代扣代缴

这次调查印象较深的就是试点县普遍反映直接从农民手上筹集资金的成本太高。尽管筹资难度有逐年下降的趋势，但筹资仍是工作中难度最大的环节。按国家政策规定，合作医疗基金来源于各级财政投入和农民自筹资金。各级财政投入是按农民筹资配套的，农民需每年缴纳，且以自愿为原则。由于农民在认识上的局限性，筹资难度大，成本很高。金寨县新农合管理中心介绍，粗略估算2005年（试点的第一年）全县筹资成本大约在150—200万元之间，共筹集资金400多万元；2006年的筹资成本大约在100—150万元之间。

据试点县反映筹资难、成本高的原因并非是农民负担不起。主要是受农村经济体制、社会文化特点、缴费方式、基层干部素质以及历史上曾出现的以“合作”为名义的种种不合理收费等因素的影响。据他们的预测在相当长的时期内，采用农民自愿缴费方式筹资仍然会有相当大的难度。我们的调查数据也印证了这个观点，在我们收回的294份有效问卷中仅有4%的农民认为目前筹资水平过高。

为解决这个问题，各试点县也想了不少办法，提出了一些建议。如考虑到筹资成本太高，金寨县2007年没有从直接从农民手上收缴，县里利用库区移民等补助资金直接支付了这笔钱。因这种方式不符合现行政策，县政府已决定从2008年起恢复直接收缴。还有的试点县，将大量的登记、收费工作交给乡（镇）卫生院去做，给老百姓造成了合作医疗最大的受益者是乡（镇）卫生院，医疗费用肯定会变相涨价（筹资费用最终会在经营中转嫁给患者）的不良印象，直接影响到农民对新农合的看法，并进一步影响到新农合的可持续发展。有的试点县建议，考虑到各地的经济承受能力和工作难度压力，国家是否可以放宽政策，允许从国家对农民的各种直接补贴款中代扣代缴。

吴仪副总理2007年1月22日在全国新型农村合作医疗工作会议上的讲话中指出：“近年来，各地大多采取乡村干部和医务人员上门办理的做法。同时，还积极探索了许多新的筹资方式，有的采取委托信用社、定点医疗机构和乡镇财税所等机构代收的办法；也有的采取一事一议经村民代表大会通过后由村民委员会集中收取的办法；还有的采取农民定时、定点、定额主动缴纳的办法。”[2]这也从一个侧面反映出筹资成本高、难度大并非个案，而是一个具有普遍性的全国性问题。

如果仅仅从经济的角度考虑，代扣代缴比直接收缴更经济，效率也更高。但如果综合政治、经济和农村社会的方方面面考虑，代扣代缴也具有一定的风险，如可能产生搭车收费的问题，因为从农民手上直接收取的费用不仅仅是新农合一项。决策者有理由担心，开了口子，一旦失控，有可能会影响中央的惠农政策，引起新一轮农民负担的反弹。

两难之三：保大放小还是保小放大

以大病统筹为主的新农合制度是国家根据近几年农村居民因患重、大病，治疗费用负担沉重而导致“因病致贫、因病返贫”现象十分突出这一实际情况推出的。其基本思路是，合作医疗筹资水平十分有限，只能集中财力解决主要矛盾。制度设计以大病统筹为主，符合农民的利益和需求，也符合重点保障风险发生概率小、经济损失大的保险原理。

一般的界定，住院就是大病，门诊就是小病。实际推行过程中出现了一些问题：一是大多数的农民有病并不一定选择住院，看门诊的更多，但只看门诊不住院，即使其花费超过最低起付标准，甚至上千元，也不能报销，影响参合积极性；二是重大疾病和住院医疗服务发生几率较小(1998年和2003年两次全国卫生服务调查显示，每年仅有3%~4%的农村人口住院治疗)，只保大病会降低参合者的预期收益，威胁新农合的可持续性；三是保大病事实上放弃了对大多数人基本医疗需求的保障责任，难以获得良好的投入绩效，甚至出现小病拖成大病现象；四是出现逆向选择，农民参加合作医疗一段时期后，会有一部分健康者认为没有得到实惠而退合（各地退合现象时有发生），而参合者往往又是经常患病的人，逆向选择由此产生。逆向选择一旦产生，推广新农合的难度就会加大。这不但影响参合率，还会使医疗经费出险，当医疗经费入不敷出时，新农合就难以持续发展。

可见，在制度设计上，到底以“大病统筹为主”还是以保小病为主，不同的路径选择将导致农民不同的参与度，直接关系到新农合的可持续性。

如果以保大病为主，那么受益面就会比较小，而且补助额比较高，相对而言可以缓解因病致贫的问题。但是由于受益的人少，没有生大病的人觉得自己交钱没有受益，可能降低其继续参合的积极性。

如果以保小病为主，受益面就会比较大，可以刺激农民参合的积极性。但对于因大病住院的参合者而言，得到的补助则是杯水车薪，不能有效地起到保障作用。

两难之四：设立家庭账户还是取消家庭账户

这个问题其实是上一个问题的延续。家庭账户是借鉴城市医保的做法而设立的，其设计的初衷是为了照顾受益面，提高参合率，是作为吸引农民参加新农合的重要措施而提出来的。我们调查的三个县，其中有两个县设立了家庭账户，另一个县开始设立了，后来又取消了。

关于家庭账户，总的来看，有“应设”与“不应设”两类相反的观点，即有主设派和取消派之分。

主设派的理由：一是农民最讲实际，不愿意别人花他的钱，家庭账户全部用于家庭成员的门诊费用，用完为止，节余归己，所以，农民对家庭账户普遍持欢迎态度；二是家庭账户是用于门诊就诊时使用的，其大大提高了新农合的受益面，符合新农合互助共济

的基本属性；三是为保障广大农民的健康水平，应该更多地考虑对常见病、多发病的治疗保障，而这些病更多的是在门诊就诊，另外，增加门诊就诊也可以防止小病拖大，轻病拖重，从而减少新农合基金的压力；四是有利于解决逆向选择问题，家庭账户收益独享性的特点更有利于吸引健康人群和中青年农民的积极参与，提高参合率等。

取消派的理由：一是设立个人账户这种在我国城市都没有成功先例的模式被搬到农村去，对新农合起何种作用，本身还是一个问题；二是家庭账户每人每年几元钱存入账户中，对农民看病起不到实质性的帮助，而且报销手续繁琐，行政成本很高，也增加农民负担（每人一张卡就需要成本），农民不知道如何运用账户中的钱，即使知道，也因为怕麻烦而不去用[3]。三是设立家庭账户无非是希望能够消除农民怕“吃亏”的心理以提高参合率，但对本来就已经很少的10元钱进行分解，即使是一时提高了农民的参合率，即使是不考虑其运作的成本，谁会对这种模式产生一个良好的长远预期呢？建议在以后推进新农合时考虑取消设立家庭账户。

两难之五：定点就医还是自主选择

访谈中，农民反映比较多的就是觉得看病不自由，没有选择权。这是因为，实施新农合的试点县都规定了定点医疗机构。而且定点医疗机构基本上都是本乡（镇）卫生院和本县（市）及以上医院。同时，在报销比例上对在当地定点医疗机构就医的都有所倾斜，即在乡（镇）卫生院就医的报销比例高于县级定点医院，县级定点医院高于县级以上定点医院。

这样的制度设计，一方面，是从方便管理和有利于监督的角度考虑的，如果不设定点医疗机构，就会遇到管理混乱和难以监控的问题；另一方面，是对乡（镇）卫生院的发展有很大的促进作用。调研中，有点试点县就明确地说，新农合不仅给农民带来了实惠，同时还救活了一大批乡（镇）卫生院。有人形容这是一举两得。

定点就医会产生一些问题。一是定点医院一般都是由政府或主管部门单方面确定的，并没有听取农民的意见。按理说选择定点医院不应由某一方来决定，管理方应主持召开村民代表大会，根据村民的意愿来确定。二是这样做的结果有可能在农村医疗服务市场形成垄断。试点县一般都把个体医疗机构和非医疗系统的医疗单位拒于定点医院之外，因只有在定点医院就医才能报销一定比例的医疗费，故形成不平等竞争，农村的其它非定点医院有可能被挤垮，最终形成独家经营。医疗卫生服务如果以垄断形式运作，则可能导致医疗服务价格的不断上涨，使越来越多的人由于高额医疗费用而不能及时就医。特别是在经济水平相对落后的农村地区，日益上涨的医药价格已经成为他们获得哪怕是基本医疗服务的巨大障碍，最终将导致卫生服务利用公平性的下降，造成对农民利益的侵犯。有调查显示，很多医院被新农合选为定点医疗单位后，次均住院费和门诊费用上涨较快，不合理用药、不合理检查问题比较突出，农民从报销中得到的实惠被不断上升的医疗费用抵销了，在一些地区，甚至出现了医患双方共同欺骗新农合组织，骗取医疗补助的现象。[4]从理论上讲，生产者之间的竞争，可以使消费者获得物美价廉的商品或服务。在医疗市场存在着同样的效应。三是农民参合的最大愿望就是花最少的钱，获得更多更好的医疗服务。目前，农民就医主要在乡（镇）卫生院，报销比例最高的也是乡（镇）卫生院，而乡（镇）卫生院不同程度存在基础设施陈旧、医疗设备老化、人才匮乏、技术力量薄弱等问题，难以满足农民的需求和愿望[5]。

一种好的制度安排，应赋予农民自主选择权，至少是允许参合人员在定点医疗机构之间（不仅仅是本县范围内）的自由选择。但这是以完善的制度和较高管理水平作前提的，现实与之仍有较大差距。

两难之六：重速度还是重质量

国际和国内的实践都表明，医疗保险制度是社会保障制度中最为复杂的制度。一个完善的医疗保险制度的建立，需要较长的实践和摸索，不可能凭良好的愿望一蹴而就。

2003年，国务院建立了部际联席会议，将浙江、湖北、云南和吉林四个省作为重点，新农合试点工作在全国陆续展开。经过四年多的试点，中央决定从2007年开始新农合制度建设由试点阶段转入全面推进阶段，2007年新农合覆盖的县(市、区)要达到全国县(市、区)总数的80%，2008年基本覆盖全国所有县(市、区)。据统计，截至2007年6月30日，全国开展新农合的县(市、区)达到2429个，占全国总县(市、区)的84.87%，参加合作医疗人口7.2亿，占全国农业人口的82.83%。[6]

从进展情况看，比党中央、国务院原定到2010年，新农合制度要基本覆盖农村居民的目标有所提前。新农合的高速推进，也出现了一些如互相攀比、垫付资金、违规操作和弄虚作假等令人担忧的情况，有人甚至质疑参合率的真实性。2006年半月谈记者分赴豫皖浙川等地走访时了解到，少数地区出现了不尊重群众意愿，盲目追求参合率，一拥而上搞试点的急功近利苗头，值得警惕。[7]四川省都江堰市新型农村合作医疗办公室主任肖定松说：“我国的农村合作医疗制度几经反复，不仅农民对新型农村合作医疗尚存疑惑，就是基层干部也有不少持等待观望的心态。急于求成，仓促扩面，一味强求参合率，其结果必然是再次失信于民。”[8]在我们这次的调查问卷中，对新农合的评价，回答很满意的占22%，较满意占36%，一般的占29%，不太满意的占9%，很不满意的占4%，满意者刚刚过半。而且，试点时间长的县的满意度要低于刚开始试点的县，如肥西县（2003年开始试点）回答很满意和较满意的两项合计为54%，濉溪县（2006年开始试点）回答很满意和较满意的两项合计为77%。这说明随着时间的推移，一些深层次的矛盾会逐步显现出来，新农合制度还存在许多问题，也面临着风险和挑战，需要一定的时间进行探索和完善，急于求成有可能好心办坏事。吴仪副总理今年初在全国新农合工作会议上的讲话中特别指出：“2007年新农合覆盖80%以上的县（市、区）是对全国而言的，各省（区、市）还是要从实际出发，量力而行。条件不具备的，一定不要盲目推进。工作要尽最大努力，但千万不能弄虚作假。”[9]问题是在中央有非常明确的时间表和“只能成功，不能失败”的要求下，各级地方政府的选择是不言自明的。

两难之七：裁判员还是运动员

在国务院办公厅转发的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》中明确规定，省、地级人民政府成立由卫生、财政、农业、民政、审计、扶贫等部门组成的农村合作医疗协调小组。各级卫生行政部门内部应设立专门的农村合作医疗管理机构。因而，新农合管理机构实质上是卫生行政部门的内设机构，服从并服务于卫生行政部门，这就产生了管理主体对被管理者缺乏公正约束力，也就是既当裁判员又当运动员的问题。

卫生行政部门对新农合行使行政管理职能，便于从行业和专业的角度来制定新农合的相关政策，规范新农合的运行，这是有利于新农合发展的。但是在这种管理体制下，卫生部门一方面要建立有效的农村合作医疗管理制度，另一方面又要规范医疗服务行为，提高服务质量，控制医药费用过快增长，减轻农民医药费用负担，维护广大农民的利益。换句话说，就是卫生部门既代表农村居民购买卫生服务，维护需方利益，又在管理或一定程度上代表了卫生服务提供者。事实上，卫生服务的提供者和医疗保障部门之间存在着一定的利益冲突。因此，卫生部门一身二任的角色很容易引起角色冲突。[10]值得提及的是卫生部门曾有作为城镇医保管理者的历史，但并没有得到社会各界的认同，可以说管理的效果不明显，甚至可以说是失败的，其中很重要的一个原因就是角色定位的问题。

从县（市、区）级看，县合管办作为县（市、区）卫生局的一个下属二级单位，单位类别一般定性为事业单位，这种管理体制削弱或牵制了县级经办机构监管职责。因为县合管办是政策的执行者，直接监督定点医疗机构，而合管办和定点医疗机构又同属卫生局领导，这样的制度设计造成在实际工作中可能会出现监督不到位和监督不力的问题。作为卫生主管部门，一方面要维持全县卫生事业的正常运转，保医务工作者的吃饭问题；另一方面又要保证全县新农合的健康发展，手心手背都是肉，使之处于两难的境地。

两难之八：政府主导还是市场运作

试点中的新农合，是政府主导型的。政府对新农合的主导体现在以下几个方面。首先，中央政府对合作医疗的原则、组织管理、筹资、资金管理、服务管理和组织实施等都作出了明确的规定，省级人民政府还制定了具体的管理办法，从而规范了新农合的基本框架；其次，中央政府和各级地方政府对合作医疗提供补助资金。目前各级政府提供的补助的额度在中西部农村已占到合作医疗基金的五分之四（每个参保农民补助40元，农民个人每年缴纳10元）；第三，省、市（地）、县政府成立管理机构，县级成立了专门的经办机构，具体操作合作医疗的运行。同时，政府既对医疗服务提供方给予财政支持，又对合作医疗（即需求方）进行补助，从而使政府能对合作医疗施以足够的影响。政府主导新农合，一方面，体现了党和政府对“三农”问题的高度重视，体现了政府解决农民医疗保障的责任和义务，体现了政府对亿万农民健康问题的关怀以及解决问题的决心；另一方面，以政府的信誉和财政资助作保证，可以提高农民对新农合的信任度和参与度，节省制度建设的时间和加快推进的速度。

然而，不少学者认为，商业医疗保险是适应市场经济的医疗保障形式，是一种现代化的必然选择。提出合作医疗可以借鉴商业保险的一些成功做法。比如在完成筹资后，其管理和运行由保险公司代理，保险公司有专门的人员和专业知识，可以精确地降低成本，加强对合作医疗机构的监督，减少医疗机构的牟利机会。同时，每年可以根据其管理业绩从合作医疗基金中给予一定比例的管理费。但是也有学者反对商业保险公司参与合作医疗，认为一方面商业保险公司以利益最大化为目标，不可能管理好农民的合作医疗基金；另一方面，中国保险市场自身还存在很多尚未解决的问题，专业化的保险管理在很多地区还不具备。

更为关键的问题是，当新农合制度基本覆盖农村居民并持续运转时，如果继续采用政府主导的模式，一方面，是中央和地方政府是否有这样的经济承受能力，即使中央政府能承担的起，各级地方政府特别是贫困地区的地方政府是否能承担起；另一方面，这种模式是否有效率？对此，必须有一个充分的估计。这是因为：首先，我国是一个发展中国家，政府财政能力有限；其次，我国农村人口众多，是一个庞大的群体；再次，医疗费用是不断上涨的，而且上涨幅度还要高于居民收入增长的幅度，那么，政府的补助资金能否随着医疗费用的上涨同步增加？农民个人每年的缴费标准能否逐步提高？这些必将影响到新农合的可持续性；最后，从效率的角度看，在提供公共服务上，政府的效率显然比市场组织要低。新农合筹集的资金本来就不多，要使有限的资金发挥更大效益，让农民得到更多实惠，选择更为有效的市场运作方式也不失为一种明智之举。

两难之九：合作医疗制度还是社会医疗保险

新农合制度发展到今天，合作医疗基金已经由农民个人交纳为主发展为以政府补助为主，在中西部地区各级政府补助的资金已经占到80%（如果扣除家庭账户的金额，在统筹资金中实际已占到90%左右），新农合制度互助共济的合作性质正逐渐消退，已存在名不副实问题。有学者指出新型合作医疗已是一种保障能力相对较低的社会医疗保险，只不过是称谓中带有中国农村的传统特色罢了。[11]

从长期看，新农合会向完全的社会医疗保险发展。社会医疗保险，是指由国家出面以社会保险的形式组织的、向农民提供因生病、受伤或生育所必需的医疗服务及经济补偿的制度，它具有社会保险的强制性、互济性、福利性和社会性等特征。社会医疗保险的基金来源于国家、集体与个人3方面，通常个人只需要承担小部分的费用。如韩国在上世纪70年代后期实施强制性医疗保险，1988年扩展到全国农村，覆盖了农村人口的90%，其余10%贫困线以下的农民由政府提供医疗救济。[12]

从理论上分析，新农合已具备了社会医疗保险的某些基本特征，有些虽不完全符合，但也有了一些成分。如强制性，虽然新农合的原则是自愿参加，但同时又规定必须以家庭为单位参加，这实质上有一定的强制性成分。那么为什么不定性为社会医疗保险而称之为“合作医疗”并冠之以“新型”区别于传统合作医疗。笔者认为，理由有四：

一是合作医疗制度是中国农民的一个创举，在新中国医疗卫生史上曾写下过光辉的一页。它为解决世界各国特别是发展中国家所普遍存在的问题提供了一个范本，不仅在国内受到农民群众的欢迎，而且它的功效和成就也为世界所公认。既然是一个成功的模式，又有经验可以借鉴（也有失败的教训），推广起来风险会比较小，成功的把握就更大。

二是合作医疗制度有广泛的社会基础，农民容易理解，便于接受。农村合作医疗从上世纪50年代开始兴办到1980年代的衰落以及1990年代的尝试恢复与重建，走过了近半个世纪的历程，在广大农民群众中留下了深深的烙印，有着广泛的社会认同，这就为新农合制度的推行奠定了良好的基础。

三是政府基于财政负担能力的担心。如果重打锣鼓另开张，实行社会医疗保险，一

且作出承诺，财政是否能够负担的起？如果不能兑现，必将失信于民，形成被动。然而，推行新农合回旋的余地就比较大。

四是新农合制度与传统农村合作医疗制度相比，具有政府主导、县为单位、大病统筹等几个方面的显著区别，所以，冠之以“新型”。

问题是新农合用了“合作”之名，但“合作”之实不足；虽然未用社会医疗保险之名，但却具有许多之实。如何定性，处于两难。

参考文献

- 1、中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定，中发[2002]13号
- 2、卫生部、财政部、农业部．关于建立新型农村合作医疗制度的意见，国办发〔2003〕3号
- 3、民盟安徽省委会．关于农村新型合作医疗的问题和建议，<http://www.ahmm.gov.cn>，2006-1-16
- 4、吴仪．全面推进新型农村合作医疗发展，<http://www.snzg.cn/article/show.php?itemid-5044/page-1.html>
- 5、陈竺．2008年新型农村合作医疗制度基本覆盖全国，新华网，2007-09-06
- 6、代群，瞿红旗，杨三军．农村合作医疗“一口吃不成个胖子”，半月谈2006年第6期
- 7、张晓燕，阳义南，尹莉娟．农村合作医疗四种模式的管理体制研究，中国农村卫生事业管理，2005年第12期
- 8、杨惠芳．农村新型合作医疗可持续发展的几个关键，浙江金融，2004年第(1、2)期
- 9、农民日报．国外农民医保模式与启示，www.snzg.net，2006-7-12

作者简介：潘林，男，安徽大学经济学院副教授。主要研究方向：三农问题、经济统计。

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>]