

摘要：新型农村合作医疗自愿性原则，导致家庭（个人）账户制度、保门诊、捆绑外出务工人员参保等制度设计引起诸多问题。文章认为，以各级政府出资为主，农民个人出资为辅，按县市统筹的新型农村合作医疗制度已具备了社会保险的本质特征。基于公平原则、制度保障目标和实际运行效果以及可持续发展的考虑，新型农村合作医疗按照强制性的社会医疗保险制度发展的时机已经成熟。文章提出了完善农村社会医疗保险制度的相关建议。

关键词 新型农村合作医疗制度； 社会医疗保险； 自愿原则； 强制原则。

2003年，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》中要求建立新型农村合作医疗制度，并规定这一制度是由政府组织、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。一般以县（市）为单位进行统筹，资金筹集和使用采取以收定支、适度保障的原则。在政府的强力支持和财政投入下，新型农村合作医疗制度迅速发展，成效显著。同时我们观察到新型农村合作医疗仍然存在一些问题，其中一些问题是将对制度的本质认识不充分和“自愿参加”原则引起的。本文通过社会保险学学理的分析，认为新型合作医疗保险已经具备了社会保险的本质特征，新型农村合作医疗制度的发展方向是强制性的社会保险制度。

一、研究的背景及意义。

2003年建立的建立新型农村合作医疗制度明确了制度的性质是“农民医疗互助共济制度”，“必须坚持农民自愿参加的原则”。

从历史唯物主义的角度看，中国农村医疗保险制度重建时利用“合作医疗”的名称并以“自愿原则”为号召是有其合理性的。从理论上讲，“合作医疗”的概念已不能反应该制度的实质，同时“自愿原则”在实践中的负面影响较大，影响了制度的公平与效率以及制度的可持续发展。

关于“自愿原则”向“强制原则”的过渡以及“合作医疗”向“医疗保险”的过渡的问题，近些年来学术界有不少讨论。洪光初、周传章（2003）从必要性的角度出发，提出“医疗保险是新型农村合作医疗的发展方向”；基于自愿原则将带来逆向选择、无法达到应有覆盖率、筹资机制不稳定等问题。龙桂珍、骆友科（2005）、李珍、刘志英（2006）、董四平、王保真等（2007）主张新型农村合作医疗应改“自愿原则”为强制原则。李珍（2008）年在第三届中国社会保障论坛明确指出“社会医疗保险是新型农村合作医疗制度的发展方向”。在实践中，新型合作医疗制度发展中的一些实际问题源于对制度性质的定位不准确及“自愿参与的原则”，而在理论上我们需要深入细致的社会保险学的学理分析，且需要将制度的性质与未来的公共管理体制的发展联系起来考虑。

“自愿原则”不仅产生逆向选择问题，还会由此引致制度技术层面设计的一些缺陷，并且进而影响制度的公平与效率。本文通过学理分析来说明新型农村合作医疗制度本质上已经是社会保险制度，而不是“合作医疗”。“合作医疗”向社会保险的发展，不只是一个概念的变化，它是保险制度的实至名归。社会保险的“强制性原则”不仅有利于克服目前“自愿原则”带来的问题，并且从发展的眼光看，“合作医疗”向社会保险的发展有利于制度与法律规范相一致，与未来的预算管理制度相一致，从而有利于制度的可持续发展。《社会保险法》立法（草案）已进入第三审，用《社会保险法》来调整“合作”性质的组织显然不妥；社会保障预算制度建立在即①“合作”组织性质与社会保障预算的对象明显不协调。

二、新型农村合作医疗制度的现状评估。

在传统的农村合作医疗制度消失后,农村医疗资源缺乏、农民看病贵看病难在 20 世纪末成为最严重的社会问题。2003 年底开始试点的新型农村合作医疗制度,由于政府的财力支持和社会的广泛认同,各地创造了适应本地情况的不同的筹资模式和补偿模式,制度的覆盖面迅速扩大,参合率迅速提高。与此同时,卫生资源配置城乡不公平、农民对医疗服务的可及性堪忧的问题都有改善。

(一) 新型农村合作医疗制度在各地的实践。

1. 迅速提高的覆盖面与参合率。

制度覆盖面是指制度对区域的覆盖,参合率则是覆盖区域内参加人口占农业人口的比率。2003 年 9 月有 304 个县参加试点,参合率为 74%^②。

2009 年 6 月,覆盖面扩大到 2716 个县,即制度已经覆盖了整个农村,参合率稳定在 90%以上^③。一项社会制度在短短几年中就覆盖了近 9 亿农民,这在中国所有相关的社会制度中是非常罕见的。

2. 迅速提高的人均筹资水平。

2003 年参保农民人均筹资水平为 30 元保费,试点两年后提高到 50 元,2008 年增长为 100 元。

2010 年,全国新农合筹资标准要提高到每人每年 150 元^④。新农合筹资水平虽然起点低,但发展速度非常快。

3. 多样化的筹资模式。

各地筹资模式在遵循“三方出资”的原则下,组合出适应当地经济发展的筹资模式,大体包括三种:(1)中西部和东北地区。地方财政和农民负担能力较弱,中央财政通过转移支付给予补贴,人均筹资水平较低。

(2) 东部较高水平的制度。中央财政给予较少或不给予转移支付,资金来源包括中央到村集体多级政府、个人缴费,地方政府出资占较大比例。(3) 人均收入水平较高、城镇化率高的地区。资金来源于地方政府和个人缴费,政府和个人出资相当,人均筹资水平较高。总体来说,到目前为止,政府、集体出资占多半,个人出资是小部分。

4. 多样化的补偿方式。

与筹资水平多样化一致的是各地的补偿方式也不同。根据保障范围和补偿对象,实践中主要做法有两种:(1)保大(病)为主,兼顾保小(病),主要对住院费用和大额门诊费用给予补偿,兼顾补偿小额门诊。中西部地区实施这种做法较为普遍。(2)保大(病)不保小(病),只补住院或住院和大额门诊费用,不补门诊。在江苏、福建、天津等经济较发达地区较多。

(二) 新型农村合作医疗制度成效的初步评估。

新型合作医疗制度实施才 6 年,全面评价其成效还为时过早,尽管如此,仍然不妨我们对现有成果进行一次总结。



1. 农村医疗保险制度机制初步建立。

短短几年，农村已建立起“广覆盖、低水平”、与经济发展水平相适应的医疗保险制度，并建立了组织体系，制订了实施方案和规章制度，农村医疗保险机制初步形成。具体表现为：组织体系初步形成，各级政府负责建立新型农村合作医疗管理体制；相对完善的筹资机制形成，明确多方筹资机制和政府补助机制和标准，并建立了国库集中支付制度；包括资金管理、监督管理、医疗服务管理在内的管理体系形成。

2. 农民对医疗服务的可及性提高。

中国卫生领域的突出问题之一是农民受限于经济支付能力，对医疗服务的可及性差。新型农村合作医疗制度的实施，使这一问题有明显缓解。

2006年试点评估显示，与未开展合作医疗的地区相比，农民两周门诊就诊率提高了813%，住院率提高了5217%。^⑤2004年乡镇卫生院病床使用率为3712%，2008年增长为5518%^⑥。此外，制度的开展带动农村医疗卫生机构的发展，为农民获得及时有效的医疗卫生服务创造了条件。虽然保障水平仍然很低，但由于政府财政支持力度较大，保障水平提高的速度还是很快的。2004年人均补偿金额为35元，2006年为57元，2008年已经增长为113元。从补偿程度看，从2009年下半年起，新农合报销最高限额达到当地农民人均纯收入的6倍以上，50%的地区住院费用报销比例提高5个百分点。

3. 医疗服务供给卫生资源向农村流动。

新型合作医疗制度的发展，促使卫生资源向农村流动，改善了卫生资源配置高度不公平的问题。

各地新型农村合作医疗补偿制度都有鼓励农民在本地、在基层医疗服务机构就医的倾向，带动了县级及县以下医疗卫生机构的发展。全国参合农民住院就诊流向基层医疗机构的人次明显增加，增加了这些医疗机构的服务费用收入，为其发展提供了经济条件，这对改善农民“看病难”的问题起了一定的作用。2004年，每千农业人口乡镇卫生院床位数0177张，每千农业人口乡村医生和卫生员1102人，2008年分别增加到0196张、1122人^⑦。

（三）“自愿原则”引起的问题新型农村合作医疗制度取得成就有目共睹，但其制度本身以及发展的过程仍然存在一些问题，本文只讨论与自愿原则相关的一些问题。

1.“自愿原则”的由来。

新型农村合作医疗制度实行“自愿原则”，是试点之初公共政策实施之初可利用的有限公共资源、面临的压力等多重因素的结果，有其合理性。

90年代重建合作医疗的失败降低了政府公信力。政府政策形象是公共政策需要的公共资源，90年代政府曾经尝试“重建”和“试点”合作医疗，但均遭失败；制度覆盖率较低，一旦生病，风险完全由农民个人承担。农民对政府的不信任感加强，强制实施会引起农民的不满。

税费改革背景下，强制参与和收费可能面临政治压力。21世纪初，三农问题的核心是农民税费过重。国务院决定在2003年全面推进减轻农民税费的改革。在这种政策环境下，强制农民参加合作医疗可能引起农民的误解，而自愿参加则较容易被接受。虽然政策制定者明白“农民为参加合作医疗、抵御疾病风险而履行缴费义务不能视为增加农民负担”，但这一思想并没有体现在制度设计中。



2.“自愿原则”的学理分析。

自愿原则下，部分农民将从保障的网络上漏掉。一类是“逆向选择”的人，一类是无力支付保险费的人。由于对疾病风险的短视，部分农民的逆向选择不可避免。新型农村合作医疗制度的特征之一是以大额医疗费用为保险标的，通常是“保住院”

费用。住院医疗费用发生的几率较小，健康状况良好的人倾向不参加农村合作医疗制度，健康状况不好的人参保积极性高。前一种情况会导致部分人没有保障，而后一种情况则会导致制度运行的收支状况恶化。而无力支付保费的人，不只是保障制度的漏网之鱼，还会产生新的不公平：即因为无力支付保费而得不到各级政府的补贴。

3. 自愿原则导致的问题。

(1) 公共政策目标定位模糊，在社会公平与个人效率之间摇摆。新农合“以大病统筹为主”，设计之初定位于解决农村“因病致贫、因病返贫”的公共问题，增强农民抵抗大病风险的能力。解决“三农问题”、改善城乡不均衡发展问题、促进社会整合等需求，更要求作为农村医疗保障制度支柱的新型农村合作医疗制度的主要目标应该是使更多农民获得医疗保障，并通过再分配的制度设计强调参保成员之间风险分散功能，实现社会公平。然而地方政府在政策执行过程中，普遍规定了最低限度的参合率，以参合率作为考察政绩的指标，提高参合率也能够得到更多上级财政补贴。所以政府行为以提高参合率为主要目标，倾向于强调个人效率。

(2) 自愿原则导致制度设计缺陷，降低了制度的效率和公平性。为减少逆向选择，提高参合率，各地在制度设计之初，强调以家庭为单位参合，将外出务工精壮劳动力“捆绑”进新农合；建立家庭账户，将农民个人缴费计入该账户；在补偿模式上，“保大病又保小病”，以提高农民参合的积极性。经济越不发达的地区，家庭医疗账户制度和“保大病又保小病”的模式越普遍。

“家庭账户”制度会引起两个问题，一是减少了统筹基金的规模，弱化了制度共济功能，降低了“保大病”的能力；二是家庭账户提高了资金管理成本，部分测定资金降低了保费的使用效率。

“保小病”和“人人受益”使制度陷入混乱。“以大病统筹为主”本身是利用大数法则，在众多人口中分散某些人所发生的风险。“保小病”包含的预防保健和常见病治疗大多属于公共卫生服务的领域，与“保大病”是不同层次的需求，在保险机制下倡导“保小病”和“人人受益”使制度运行出现无序、缺乏针对性的状态。

外出务工人员“捆绑”在制度内给被保险人带来不便，增加了制度管理难度和成本。一些劳务输出大省为解决农民工看病难问题在外地设立定点医院，又进而产生农民工之间的不公平、实际操作困难、代价昂贵的行政成本问题，陷入了制度投入与产出严重不成比例的怪圈。2010年初，相关部门颁布的关于流动就业人员医保关系转移接续暂行办法对一问题应该可以起改善的作用^⑨。

自愿原则下，对农民征收保费的高昂成本，也降低了制度的效率。

这一系列强调个人效率的措施的结果是，大量行政成本与合作医疗基金有限性约束并存，弱化制度保障作用，进而影响农民参合积极性，政府又面临制度目标、社会公平与个人效率之间的选择。这些问题形成一个恶性循环的链条。

三、新型农村合作医疗制度的社会保险学思考。



人们认为，新型农村合作医疗制度继承了传统合作医疗制度的名称，因为有了政府的投入而冠以“新型”二字。事实上，新型合作医疗制度从本质上来说，它已经完全不同传统的合作医疗组织，它既不是“合作”性质的组织，也不是“医疗”制度，它已经是具有“社会”性质的“保险”制度，不是我们在“合作医疗”前面加上“新型”两个字就能准确表达与传统合作医疗的区别的。

（一） 新型农村合作医疗制度本质上已经是社会医疗保险制度。

社会医疗保险是政府强制征收医疗保险费用形成医疗保险基金，当被保险人相关保险标的发生保险事故并引起经济损失时给以补偿的风险分担机制。新型合作医疗制度除了“自愿原则”外，它本质上已经是社会保险制度，而不是成员间互助的“合作医疗”组织。

1. 新农合基于大数法则提供保险机制。

新型农村合作医疗虽然沿袭了传统农村合作医疗的名称，但是基本功能已经发生变化，它是医疗费用损失的风险分散机制，是保险制度，与“合作医疗”的内涵不再相符。

传统农村合作医疗是以生产大队为基础的小规模的成员间的共济组织，这一组织的性质是合作社性质的，它的资金来源于农民和农民所在的集体组织，它以低收费向农民提供低水平医疗服务和（或）药品，基本功能包括：主要提供以“赤脚医生”。

和“低成本、低费用”为特征的医疗服务；承担部分公共卫生领域的职责；后补偿机制功能，当个体遭受较大风险时通过集体出资予以救济。传统农村合作医疗真正体现了互助组织的特征，是农民之间互助互惠的，提供医疗服务的组织。

新型农村合作医疗则以县市为统筹单位（风险分散单位），以大数法则为基础，融入了风险管理技术，以“大病统筹”为主，对农民因疾病风险产生的医疗费用损失进行补偿，是典型的医疗费风险分散机制，是保险机制。在传统农村合作医疗中占主导的“提供医疗服务”的功能弱化，新农合的功能是分散风险、提供医疗保险而不是医疗服务，它是使农民通过保险机制获得医疗服务。

2. 新农合具有再分配性质。

社会保险的本质特征不是它的强制性而是它的再分配性质，新型农村合作医疗制度已经具有社会保险的再分配性质。体现在如下方面：一是各级政府财政资金是新型农村合作医疗基金的主要来源，地方财政是办公经费的唯一来源，一般财政支出最具再分配性质。目前，在低收入地区，各级财政的补贴是农民个人缴费的三分之二以上，高收入地区各级政府的补贴更高，如北京市新农合资金来源中各级政府的补贴占总收入的近90%。二是中央财政转移支付明显地向中西部的倾斜，具有明显的地区间的再分配作用。三是在统筹单位内部实行统一的费率和同等的保障水平，实现了在“社会范围内”不同质风险的人口分散风险。

早期中国农村传统合作医疗制度则不同，它是集体和个人出资建立的成员间互惠的“经济合作组织”，不涉及政府的责任，也不是在社会的范围内分散风险。新农合与商业保险也不同，商业保险实行差别费率，不同人群适用不同的费率，在同质风险的人群中分散风险，风险的分配与贫富无关。

3. 政府在社会保险中的责任主体地位体现。



政府在新型农村合作医疗制度中的责任主体地位表明新制度已经不是传统的合作组织。首先，政府通过制定行政规章提供了新农合制度的框架，其次，政府在统一框架下规划、组织和实施制度，基金的筹集、支出和管理由政府统一进行，部分物质保障责任也由政府承担。而 1979 年《农村合作医疗章程（试行草案）》中规定传统农村合作医疗为“集体福利事业”，举办形式、管理机构、基金筹集和使用管理制度，都在集体讨论基础上决定，国家仅起到积极支持、给予经济困难的社队支持、必要时进行领导和检查的作用。

2010 年初正在讨论中的《新型农村合作医疗条例》将明确规定“新型农村合作医疗是国家基本医疗保险制度”，这就将 2003 年规定的政府引导、支持的责任提高到政府是责任主体的地位，相信该条例会进一步规定政府的支出纳入预算管理。政府的出资人地位将进一步加强。

（二）建成社会医疗保险的必要性。

由于政府的强力推动，无论从覆盖的人群还是从保障水平和管理水平看，新农合的发展非常迅速，我们现在要讨论的是如何使农民有这项“国家基本保障制度”健康发展，是继续沿用“新型农村合作医疗”还是转变为社会保险。本文认为社会医疗保险制度更为有利。

1. 人人有保障的目标要求将新农合建成社会医疗保险。

2007 年中共十七大进一步明确“实现建设小康社会奋斗目标的新要求：人人享有基本医疗卫生服务”，同时到 2020 年实现人人有社会保障。要实现这一目标，使已经具备社会医疗保险性质的新型合作医疗制度发展为农村社会医疗保险，是社会发展的要求。

从目前的情况看，由于政府在财力上的大力支持，提前“实现新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民”是没有问题的。但是只要新型农村合作医疗制度是自愿原则就会有一部分不会参加，其中就会有人因为经济困难而无法接受基本的医疗服务，正如前面我们已经讨论过的。新型农村合作医疗制度的自愿原则不能支持“人人享有基本医疗服务”和“人人有社会保障”的目标，必须改自愿参加原则为强制参加原则，变“合作医疗”性质为社会保险制度。

2. 社会医疗保险制度有利于提高医疗保障制度的公平性和效率。

从制度设计看，在“自愿原则”下，为吸引农民参加而设计了家庭账户制度；为控制逆向选择，在筹资非常有限的情况下，设计“保大又保小”的制度，所有这些既损害了公平又降低了制度提供“大病统筹”保障的效率。如果是强制性社会保险制度，则可有效防止逆向选择从而不必设计那些降低公平和效率的制度，在资源有限的情况下，增进公平和效率。从制度运行和管理看，在自愿原则下，政府耗费大量的人力物力宣传，对农民缴费的征收成本很高，是典型的行政效率损失。在强制性社会保险的情况下，这一问题可有明显改善。这一观点学界已有不少论述，本文不多论述。

3. 社会保险定位能够解决社会保险立法与政策的冲突。

1994 年初《社会保险法》就被全国人大列入当届人大必须制定的 115 部法律规划中，列位第 39 号，却一直处于千呼万唤出不来的局面。历经 13 年酝酿，2007 年 12 月 13 日《社会保险法》（草案）终于提请全国人大常委会会议首次审议，时隔一年后又提交全国人大常委会二审，前后两个草案都在第三章“基本医疗保险”中提出“城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗实行家庭缴费和政府补助相结合”，将新型农村合作医疗制度纳入适用范围。新型农村合作医疗产生的法律关系成为法律的调整对象，与“农民互济共济制度”的定位产生严重冲突。如果依照政策定位，新农合应该依据关于农民互助组织的法律法规实施。



将新型农村合作医疗制度定位于社会保险，能够解决这一冲突，也利于规范制度管理与运行，增强制度的约束力，对制度运行中存在的骗保欺诈等违法行为更具有法律威慑力。

4. 社会医疗保险有利于制度的财务可持续性。

从政府出资的角度看，社会保险有利于将政府的责任通过预算管理制度化，以保证制度的财务可持续性。建成农村社会医疗保险制度有利于将该制度纳入我国社会保障预算管理，并随着中国复式预算改革走向规范化运行。从个人缴费角度看，目前的筹资方式以村干部入户征收为主，也不是长效的筹资机制。在强制性社会保险制度下，则农民个人负有缴费义务，在此条件下能更好地探索合理、简便的农民个人缴费机制。

（三）新农合向社会医疗保障转变的条件已经成熟。

1. 社会价值取向和政府政策目标。

近些年，政府在医疗保险中的责任已经达成广泛的共识。社会的价值取向和政府的政策目标高度吻合，那就是人人有保障、人人享受基本的医疗服务；“促进社会公平，建立和谐社会”。这是建成强调政府责任、强调公平性的社会保险的良好政治土壤。

2. 农民对该制度的支持。

传统合作医疗制度消失后，上世纪90年代一些地区试图恢复合作医疗制度，但效果不理想，所以，新农合试点之初，政府多少抱有试试看的心态。

实践的结果证明，由于政府承担了大分部的资金责任，该制度深受欢迎。制度向前发展，改自愿原则为强制原则水到渠成。

3. 农民社会医疗保险缴费能力增强。

农民缴纳个人出资部分的能力增强，表现在：

（1）农村税费改革和政府对于农民教育的投入增长，使农民的负担大大减轻。并且社会保险费用具有返还性质，与行政性收费存在区别，体现农民对于自身健康的责任和社会互助，并不是增加的不合理负担。

（2）随着经济的增长，农民人均纯收入逐年增长，增长速度加快。

4. 制度准备比较充分。

从制度运行机制看，新农合已经是一项社会保险制度了。制度确立了多方筹资原则，各地依据实际制定了筹资标准和比例；确立了以大病统筹为主的保障重点；各地在以收定支，收支平衡，量入为出，保障适度的原则下，制定了补助标准，并探索了报销方式；基金管理和监督制度形成，实现收支分离，管账分开，封闭运行，定期监督、公开基金收支、使用情况。这些为新农合向社会保险转变提供了很好的制度基础。

四、完善农村社会医疗保险制度的进一步思考。



改变自愿参加原则为强制性社会医疗保险制度后，在短期内有必要调整一些相关政策，进一步完善保险制度，提高制度的公平性和效率。

1. 变“自愿”为“强制”，取消家庭账户。

归根结底“， 逆向选择”是医疗保险市场失灵的表现，需要政府的干预，政府不能害怕承担乱干预的指责。政府在这一领域最有效的干预手段是建立具有强制性的社会保险制度，在社会范围内分散风险。新型农村合作医疗制度已经具备了社会保险制度本质特征，解除制度设计缺陷的根本在于将参与原则由“自愿”改为“强制”，明确政府的管理、财政投入责任。

家庭账户的设计主要是防止逆向选择的，在强制原则下不存在逆向选择问题。应该取消家庭账户，充实大病统筹基金，从而提高大病的保障水平，提高资金的利用效率。

2. 统一“大病统筹”的保障目标。

保险的作用是防止较大的医疗支出降低了居民对医疗服务的可及性以及医疗费用引起家庭的返贫、致贫。2003 年制度定位“以大病统筹为主”

是比较准确的，符合保险制度原理，在筹资水平有限的情况下，制度完成“大病统筹”的目标是合理的。实践中，一些地区期望人均 50 到 100 元的保费，建统筹基金又建家庭账户，保大病又保小病，保住院又保门诊，补偿医疗费用还要预防疾病的发生，这种期望是不切合实际的，资金的分散使用达不到分散风险的效果。即便保费在 2010 年上涨到人均 150 元也是做不到包治百病的。我们不能指望一项制度解决所有人的所有的问题，一项制度只能解决绝大多数人的一般问题，特殊的人群、特殊的问题只能靠其他的制度来解决。

3. 建立社会医疗保险与医疗救助制度对接的机制。

现阶段，不同的制度应该有不同的定位。我们可以考虑农村医疗救助制度帮助贫困人口看“小病”；社会保险“保大病”（大病的定义有待进一步的研究）；农村公共卫生完成疾病预防。

全国已普遍建立了农村医疗救助制度，一些地区探索了医疗救助制度与新农合对接的方法，值得借鉴、发展和推广。农村医疗救助资金用于为贫困人口缴纳保费、支付起负线下和共同保险部分的自负额等等，确保贫困人口能参保，并有能力消费医疗保险，比较好的改善了早期贫困人口因无力参保而不能享受政府补贴的反再分配问题，或参保后因无力支付自负额而无法享受制度的补偿的问题。

4. 建立筹资水平增长机制，逐步提高制度保障水平。

在发展农村社会医疗保险的前提下，建立稳定的、与社会经济发展及医疗费用自然增长水平相适应的筹资机制，增强制度防范疾病风险的能力。

第一，提高政府财政补助，加大对贫困县以及贫困地市的财政转移支付力度，以缓解贫困市、县的财政压力。在经济发达地区，加大地方政府的筹资额度。2010 年初正在酝酿中的《新型农村合作医疗条例》拟将政府的出资比例写成条款，成为明确的、硬性的制度，一旦该条例通过，制度的财力将获得保障。



第二，建立农民个人缴费增长机制，按照农民上年度人均收入的一定百分比缴费，有些高收入地区早些年已经这样做了，效果显著。2009年，新型农村合作医疗已将住院报销的最高限额提高到当地收入的6倍。保障水平的提高，仅靠政府的投入增加是不够的。农民的保费负担也应相应增加。

否则，提高保障水平的政策会成为空谈。

第三，中央和地方重新分配财权和事权是紧急的议程。分税制改革后农村社会救助、新农合等新发生的权事加重了地方财政的负担，尤其是对于贫困地区。财权与事权不匹配严重制约了地方财政供给公共品的能力，重新分配财权和事权已提上议事日程。

注释：

①按政府工作计划，2009年3月本应讨论建立社会保障预算制度，因政府全力应对金融危机而推迟。

②吴仪：《扎扎实实做好新型农村合作医疗试点工作》，2004年2月20日。

③资料来源：根据新型农村合作医疗部际联席会议办公室《新型农村合作医疗工作信息》（2009年第8期，总第52期）整理。

④卫生部《：关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的意见》卫农卫发[2009]68号。

⑤杜乐勋、张文鸣主编：《中国医疗卫生发展报告》，北京：社会科学文献出版社，2007年。

⑥⑦卫生部《：中国卫生事业发展情况统计公报》，2004年年报，2008年年报。

⑧农民工参加城镇职工医疗保险是一个进步，但可能引起的问题是身体健康水平较高的人群（好风险，goodrisk）流出，而新型农村合作医疗制度的参保对象相对来说风险较高（bad risk），这是主管新型农村合作医疗制度的机构担心的问题。

