

西部民族地区新型农村合作医疗委托筹资方式实践探索

——以湘西土家族苗族自治州为例

李琼 李湘玲

(吉首大学 商学院 湖南 吉首 416000)

提 要: 及时足额地筹集到新农合资金,是新型农村合作医疗制度正常运行的前提与基础,传统的筹资方式在试点初期发挥了应有的作用。但随着新农合制度的进一步推进,这一方式越来越多地暴露出缺陷。协议委托筹资方式能降低筹资成本,有利于西部地区新型农村合作医疗制度的可持续发展。

关键词: 西部民族;新型农村合作医疗;湘西

中图分类号: C912.82 文献标识码: A 文章编号: 1003-3637(2011)04-0248-04

一、西部民族地区新型农村合作医疗制度的运行情况

西部民族地区农村是指甘肃、青海、宁夏、新疆、内蒙古、西藏、陕西、广西、云南、贵州、四川和重庆等省(市、自治区)除城市和城郊以外的偏远农村以及湖南的湘西土家族苗族自治州农村地区和湖北的鄂西土家族苗族自治州农村地区。从新农合在西部地区的运行情况来看,西部各试点县(市)新农合的框架和运行机制已基本形成,农民从中获得了实实在在的好处。根据2007—2009年的卫生统计年鉴的数据(表1)显示:西部地区开展新农合试点的县分别为975个、1053个、1052个,分别占西部地区县的90.5%、97.9%、97.2%。其中广西的试点县数增加得最快,由2007年的88个增加到2008年、2009年的109个,增加了21个。新疆增加了10个,西藏、贵州等地区没有变化。参加新农合数由2007年的22466.05万人上升到2009年

的25893.58万人,增加3427.53万人,增长率为15.3%。2007年西部地区新农合补偿受益人次为14005.71万人次,2008年为18884.41万人次,2009年为23182.8万人次,三年共增加了9177.09万人次,增长了65.5%。2007年西部地区新农合筹资总额为1513262.81万元,2008年为1874786.14万元,2009年为2722666.09万元,增加了847879.95万元,增长了45.25%。截至2008年12月,西部新型农村合作医疗的参合率已达到93.9%^[1]。另外,根据卫生部统计信息中心的调查表明,西部10省城市地区无社会医疗保障者比例从2003年的63.6%降到了2008年的31.1%,社会医疗保障覆盖面与全国水平接近,高于中部地区;农村居民几乎从无任何社会医疗保障到医疗保障接近全覆盖,无社会医疗保障比例由2003年的91.2%左右降到7%^[2]。

表1 2007—2009年西部地区新型农村合作医疗运行情况

地 区	开展新农合县(市、区)(个)			参加新农合人数(万人)			补偿受益人次(万人次)			本年度筹资总额(万元)		
	2007年	2008年	2009年	2007年	2008年	2009年	2007年	2008年	2009年	2007年	2008年	2009年
甘肃	78	87	86	1739.84	1869.12	1906	846.83	1050.45	1296.7	91555.56	168444.45	196022.53
广西	88	109	109	2801.84	3542	3747.38	1013.03	1575.25	1772.25	127749.97	274960.61	392476.54
云南	129	129	127	3100.65	3222.06	3293.49	4057.00	5934.66	7582.62	336523.08	288614.18	336523.08
四川	145	176	175	5140.56	6141.26	6167.75	2664.97	2714.54	2387.57	260715.64	177896.87	646113.44
贵州	88	88	88	2608.93	2831.87	2912.39	1314.90	1874.61	3573.96	301253.91	251546.62	301253.91
内蒙古	95	95	98	1126.78	1180.47	1201.80	472.95	489.14	489.14	61706.17	108429.17	129019.81
重庆	39	39	39	1807.17	2008.02	2179.20	1737.29	2687.25	2919.41	90366.83	177896.87	227561.16
青海	39	43	43	317.96	331.28	334.30	207.64	247.56	256.62	17265.29	34696.21	35220.72
新疆	79	89	89	829.39	950.27	993.58	731.45	846.49	859.40	60874.90	97591.61	114721.59
宁夏	18	21	21	319.44	358.46	364.58	113.37	264.53	264.53	16893.13	33077.98	38022.17
陕西	104	104	104	2434.95	2526	2566.11	357.94	814.69	1395.44	121450.85	227254.75	268587.78
西藏	73	73	73	238.54	220.42	227.40	488.34	385.24	385.24	26907.48	34376.82	37143.36
总计	975	1053	1052	22466.05	25181.23	25893.58	14005.71	18884.41	23182.8	1513262.81	1874786.14	2722666.09

注:2007年的数据来源于2008年中国卫生统计年鉴,中国协和医科大学出版社,2008;2008年的数据来源于2009年中国卫生统计年鉴,中国协和医科大学出版社,2009;2009年的数据来源于2010年中国卫生统计年鉴,中国协和医科大学出版社,2010。

二、西部民族地区新农合政府主导型筹资模式的现状和存在的问题

通过表1不难发现,西部地区新型农村合作医疗自试点以来取得了很好的社会和经济效应。但是,随着西部地区新农合的进一步推进,理论界及当地政府围绕如何完善该制度作了许多研究,这包括如何扩大覆盖面、按时足额地筹集资金等。由于资金始终是新农合制度存在与发展的前提,高效的筹资方式又是筹集到足额资金的保障。因此,探索一条适应西部民族地区实际的、高效的筹资方式就成了办好新农合制度重中之重的任务。

(一) 西部民族地区筹资方式现状——政府主导

西部民族地区筹资方式主要包括了政府的财政转移支付及农民个人上交方式。政府的筹资部分根据参合人数进行划转,个人交纳部分则主要采取政府主导,即政府承担筹资责任,并组织与收缴农民个人参合金。为了区别后来的滚动筹资方式、委托筹资方式以及协议筹资方式,理论界更倾向于将这种政府主导的筹资方式称为传统的筹资方式。这种筹资方式包括宣传动员、上门收取和资金上缴几个步骤。

第一,成立组织,宣传动员。在正式筹资之前,各乡镇采取悬挂横幅,书写标语,发放宣传单、宣传手册,进村入户,使农民了解新型农村合作医疗政策。

第二,收取农民个人参保金。各乡镇均明确有专人负责,采取领导分片,政府机关干部包村,村干部包组的形式将参合任务分解到村到组,明确了完成任务的时限和具体责任人,挨家逐户上门收取农民个人参保金,并向农民开具收款凭证,发放合作医疗就诊证。

第三,上缴个人参保金。在规定的期限内将农民参合金逐级上缴至县合作医疗专用基金账户,同时,民政医疗救助参合金必须及时存入财政新型农村合作医疗专户^[3]。

以上是从一般意义上来考察西部民族地区新农合政府主导筹资方式。具体以西部的湘西自治州古丈县为例,该县在新农合工作方面一直走在前面,领导重视,群众参合热情很高,这与每年一度的筹资工作是离不开的。古丈县在每年度的10月份开始准备收缴下一年度的参合金。10月17日—31日为修改制定方案阶段,在本年度方案实施的基础上制定下一年度合作医疗管理办法及实施细则。11月1日—10日为宣传动员阶段,乡镇层层召开宣传筹资动员大会,下达筹资任务。11月11日—12月20日为集中筹资阶段,以村为基本筹资单位,将参合金上缴到位。乡镇财政12月25日前将各乡镇收缴的参合金上缴到县合作医疗基金专户。同时,民政部门资助五保户、特困户参合金的医疗救助资金也及时转到县合作医疗基金账户,资金开始封闭运行。12月21日—31日为信息录入阶段,由乡镇提供筹资登记表,乡镇审核员负责录入信息,建立电子家庭台账。从筹资从准备到最后上解县合作医疗基金专户,

历时三个月。

(二) 政府主导型筹资方式的弊端

政府主导的筹资方式在试点之初,发挥了积极作用。这主要体现在以下三个方面。首先,逐一登记注册,逐户上门收缴,可以直观地收集群众对新型农村合作医疗运行中的意见和建议;其次,上门收缴时和农民面对面交流,在轻松和谐的交流气氛中宣传新农合政策,有助于进一步强化农民的参合意识;最后,可有效地改善干群关系。正是由于政府主导方式存在的这些优点,使得西部民族地区新型农村合作医疗制度的筹资工作进展顺利,每年的筹资规模不断得以壮大(表1)。根据郑蕾的统计,从2004年到2008年5年内,西部新农合基金总额为492.65亿元,其中中央财政补助资金164.42亿元,地方各级政府补助163.3亿元,农民个人缴费为67.84亿元,利息等其他收入97.08亿元。各级政府共筹资327.72亿元,占基金总额的66.52%。加上各级政府新农合管理机构的工作经费,总额达到了70%以上,农民筹资占筹资总额的13.77%^[4]。可见,政府主导的筹资方式,为西部地区新农合的顺利推行立下了不小的功劳。但是,随着新型农村合作医疗制度进一步推进,政府主导的筹资方式越来越暴露出其局限性,这一筹资方式在操作上遇到三大困难:

一是筹资工作量大。西部民族地区经济水平属于不发达地区,农民经济较为困难,互助共济意识和预期治病投入意识不强,为提高参率,每年都需要工作人员挨家挨户筹资,乡镇、村干部普遍反映任务重、压力大,形象地称之为“跑断了腿,磨破了嘴,要生了人,看熟了狗”。

二是筹资成本高。县乡村三级都有负责筹资的人员,完成各自承担的筹资任务的时间少则数月,多则半年,耗费了大量的人力、物力和财力。根据笔者对湘西自治州古丈县的调查,2010年以前,古丈县对农民进行个人筹资时实行村干部上门收取的筹资方式,县政府投入了大量的人力、物力和财力,筹资直接成本占个人筹资总额的19%。古丈县在湘西是出了名的穷县,农民人均收入低(图1),县财政收入极其有限,如此高的筹资成本势必影响新农合制度的可持续发展。

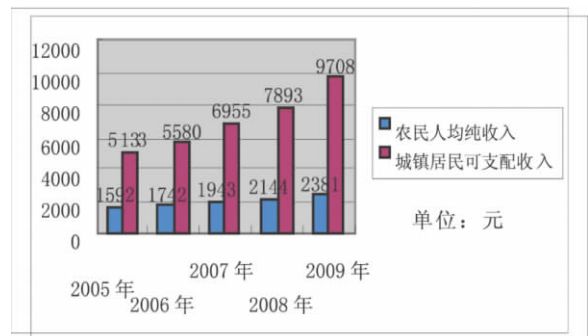


图1 2005—2009年古丈县农民纯收入及城镇居民可支配收入

资料来源:古丈县人民政府网;县发改局;古丈县国民经济与社会发展第十二规划纲要(草案)(征求意见稿)2010—10—12。

三是资金收缴环节不安全。由于各种原因,个别村干部违规操作,搞捆绑搭车收费和各种垫资,有的甚至截留、挪用农民参合资金,致使个人筹资不能及时足额上缴县合管办,直接影响到各级财政补助资金的及时到位^[5]。

可见,政府主导的筹资方式在试点之初有它存在的合理性。随着农民对合作医疗制度认可度的提高,以及越来越高昂的成本支出,使得西部地区新农合对农民个人筹资方式进行改革,探索高效的农民个人资金筹集方式已刻不容缓。

三、西部民族地区新型农村合作医疗委托筹资方式的探索及实践

(一) 湘西土家族苗族自治州新农合筹资进展分析

湘西土家族苗族自治州位于湖南省西北部、云贵高原东侧的武陵山区,与湖北省、贵州省、重庆市接壤;境内居住着土家、苗、汉、回、瑶、侗、白等30个民族,总人口273.93万人,世居主体民族土家族占41.5%、苗族占33.1%。辖吉首市和泸溪、凤凰、花垣、保靖、古丈、永顺、龙山七县,总面积15462平方公里,是湖南省进入国家“西部大开发”的唯一地区。2003年湘西自治州新型农村合作医疗制度从花垣县先行试点,2007年全州8县市全面覆盖,目前参合率已达到了93%左右。根据国家对于西部新农合筹资的规定,2003年湘西自治州参合农民人均筹资总额为30元,其中国家财政人均补助20元,农民每人出资10元。2006年、2007年中央财政给参合农民每人补助20元,省财政补助14元,州县财政各补助3元,农民每人出资10元,农民每人每年基金总量为50元;2008年中央财政给参与合作医疗的农民每人补助40元,省财政补助28元,州县财政各补助6元,农民每人出资10元,农民每人每年基金总量为50元;2010年开始,农民个人筹资总额为130元,其中,中央财政给参合农民每人补助50元,省财政补助38元,州县财政各补助6元,农民个人交纳30元^[6]。在新农合筹资中,国家财政的资助占了相当大的比例,农民个人筹资为30%,乡村集体经济没有出资,反映湘西自治州新型农村合作医疗筹资中仅依靠政府资助,而未将村集体经济单独作为一个出资主体的实际情况。

(二) 湘西自治州新农合筹资委托代缴的基本流程

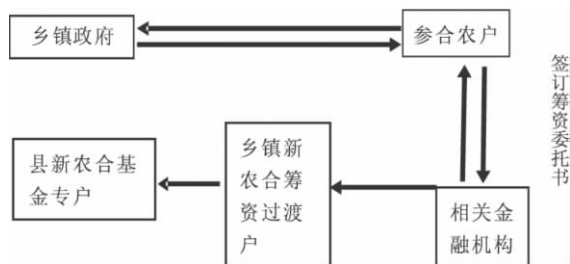


图2 湘西自治州新农合协议委托式筹资方式具体流程

鉴于政府主导筹资方式的缺陷,湘西自治州2010年开始执行委托代缴方式筹集新农合农民应交纳的资金。具体做法是:农户与政府自愿签订参加新农合协议书;农户与农村信用

联社自愿签订委托代缴参合资金的委托书;农村信用联社在得到农户代缴参合资金的委托书和相关资料后,从代理农户储蓄或结算账户中划转参合资金到县新农合基金专户。这一流程可以用图2表示。

(三) 湘西自治州新农合筹资委托代缴的原则

湘西自治州新农合筹资委托代缴坚持农民自愿参合原则,积极引导农民自愿参合并与乡镇人民政府、金融服务机构签订代缴委托书,确保手续齐全、资金安全、责任清楚。严禁未经农民同意,弄虚作假、强行代扣代缴等违规行为。相对于新农合的“自愿原则”,筹资委托中的“自愿原则”包含了两层意思:一是必须保证农民是自愿参加新型农村合作医疗制度的,没有任何强迫因素;另一方面,自愿参加合作医疗后,农民必须是自愿地签订两份协议。在农民没有接受这一筹资方式之前,依然按照传统的方式交纳新农合资金。

(四) 湘西自治州新农合筹资委托代缴具体实践

1. 明确各成员单位的职责

为了更好地实践新农合筹资委托代缴方式,湘西自治州各县明确了各成员单位的职责。具体分工如下:第一,乡(镇)人民政府负责基层宣传、参合信息的摸底造册、筹资协议和委托书的签订、补缴资金的催缴等工作;第二,卫生局负责整个工作协调统筹、安排和业务指导及无偿献血人员花名册及参合资金(2011年起,湘西地区每年自愿无偿献血达300毫升以上的农民,其本人参加新农合个人应缴纳的资金由无偿献血专项资金资助);第三,财政局负责提供农户涉农补助相关信息;第四,民政局负责提供各乡镇准确的五保户、低保户人员花名册及参合资金;第五,残联负责提供各乡镇准确的重度二级以上残疾人员名单及参合资金;第六,计生部门负责提供独生子女户和两女结扎户、计生手术后遗症持证人员花名册和参合资金;第七,金融部门负责对与委托农户的代缴信息进行准确代缴,并导出完整的代缴结果。

2. 收集涉农资金和2012年参合人员信息

涉农资金主要指种粮补贴和综合补贴两项,乡镇财政所提供本乡镇所有涉农资金人员花名册,将种粮补贴花名册导出到电子表格,按每亩94.10元的标准计算出这两项资金全年补贴总额,对表格内容进行删减,然后按村组导出电子表格。

2011年采集的2012年参合信息仅指参加筹资委托代缴人员的参合信息,其主要来源为2011年参合注册登记表和筹资协议书中的家庭成员信息表。

第一,签订《新型农村合作医疗筹资协议书》。该协议主要是说明参合人员为自愿参加新农合,并同意代扣参合资金,签订协议后,根据户口簿或注册登记表采集家庭成员信息表。签订此协议时需注意几点:首先参合人员应自愿签订,不能代签;其次必须由18周岁以上的家庭成员签订;再次,所有内容必须填写完整、准确;最后,协议书户主姓名必须与涉农资金账户的

户主姓名相一致。

第二,签订《新型农村合作医疗筹资代缴委托书》。此委托书为参合人员与信用联社签订的,由政府组织签订。主要是说明参合人员同意并委托信用联社从其涉农资金账户中代扣代缴参合资金。参合人员签字后,根据涉农补助资金账户信息填写,签订委托书时需注意以下几点:首先,必须是参合人员自愿签订,不能代签;其次,必须由18周岁以上的家庭成员签订;再次,户主姓名必须与家庭成员信息表、涉农资金补助表户主姓名一致;最后,代扣金额必须与涉农补助资金信息表中的金额进行比对,检查涉农补助资金是否够扣,如果资金不够则要求参合人员在规定的时间内存入现金。

3. 汇总比对参合代缴信息,生成代缴信息表,信用社录入、代扣

乡镇政府将2011年参合注册登记表、新增参合登记表的参合人数、特殊人群参合情况按组、村、乡进行汇总,然后一并交乡镇合管办审核人员进行参合信息录入。所有参合信息录入汇总数必须与乡镇政府的汇总表数据相一致。乡合管办审核人员将2011年参合注册登记表有关数据导出为电子表格报乡镇政府。乡镇政府通过比对表比对参合代缴信息无误后,提取有关数据生成《新农合筹资代缴数据表》。

(五) 西部民族地区新农合委托筹资方式的评价与思考

1. 方式的可操作性

西部新农合的协议筹资方式是在东中部地区新农合采用这一方式成功的前提下推行的。在操作过程中,由于不是摸着石头过河,可以很好地借鉴东部地区的经验。同时,西部地区的涉农资金补助为委托代缴提供了稳定的资金来源,从而减轻了协议委托筹资方式推行的阻力。

2. 农民的充分自愿性

政府上门筹资模式的自愿性主要表现为农民自愿地交纳参合资金,体现的是政府与农民之间的关系。而协议委托方式中农民自愿交纳参合资金主要指以下两种情况:一是指农民自觉自愿参加新型农村合作医疗,二是指农民自愿委托信用社从涉农资金中向政府代缴参合资金,这就很好地解决了农民缴纳参合资金的义务与政府的筹资责任^[7]。

3. 方式的低成本性

湘西自治州通过实行委托代缴方式筹集新农合资金的做法,有利于解决政府—信用社—农民三者之间的关系。即:政府与农民的协议关系,农民与信用社的委托代交关系,以及政府与信用社的委托关系。湘西自治州各县(市)规定,一旦这三种委托关系成立后维持五年不变,从而改变了传统的筹资方式靠年年宣传发动、上门收取的低效率,降低了筹资成本,有利于西部新农合制度的可持续发展。

4. 风险及防范

西部民族地区新农合协议委托筹资方式的风险来源于两方面:一是来自农民方面的风险。有些农户长期外出打工或其他原因没有在居住地生活,对当地政府的利民政策不了解,对新的筹资方式持排斥态度,不愿意从涉农补助中扣除。二是来自政府相关部门的风险。新农合协议委托筹资方式涉及信用社、财政、卫生等多个部门,如有一个部门操作不当或部门之间衔接失误,协议委托筹资方式就难以生效。

防范西部民族地区新农合协议委托筹资方式的风险,一是让农民认识到新的筹资方式是为了便民利民,是为农民的切身利益着想的。为此,政府应通过多种多样的方式进行宣传教育,千方百计引导农民自愿签订委托协议。对愿意参合的外务工人员,各乡镇应具体介绍讲解新的筹资方式实施的目的及优点,在征得同意后,可以委托他人代签协议书。二是政府相关部门必须认真履行职责,从切实维护农民的利益出发,部门及部门之间既要分工又要合作,以服务好农民为终极目的。三是完善农合制度设计,形成对欠发达农民参与新农合的制度支撑^[8]。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部编. 2009 中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2009.
- [2] 卫生部统计信息中心编. 2008 中国西部地区卫生服务调查研究第四次国家卫生服务调查专题研究报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2009.
- [3] 吴晓红, 叶宜德. 新型农村合作医疗上门收取个人筹资方式研究[J]. 中国卫生经济. 2007 (7): 34.
- [4] 郝蕾. 西部新型农村合作医疗可持续发展研究[D]. 2010: 45.
- [5] 汪时东, 秦其荣等. 新型农村合作医疗滚存式个人筹资方式研究[J]. 中国卫生经济. 2007 (1): 39.
- [6] 落实科学发展观 努力提高参合农民受益水平. 红网. <http://zt.rednet.cn/c/2009/07/23/1796645.htm>.
- [7] 秦其荣, 江启成. 新型农村合作医疗农民协议委托筹资方式研究[J]. 中国卫生经济. 2007 (1): 32.
- [8] 孙建娥, 殷智. 欠发达地区新型农村合作医疗制度设计与农民的参与意愿研究——以湖南省安化县为例[J]. 湖南师范大学社会科学学报. 2011 (1).

基金项目: 国家社科基金资助项目“西部贫困地区新型农村合作医疗筹资机制创新研究”(编号: 09XJY018); 湖南省中国少数民族经济省级重点学科、湖南西部经济发展研究省级重点基地资助项目; 湖南省差异与和谐研究中心开放基金课题; 湖南省哲学社会科学基金项目: 09YBB334。

作者简介: 李琼(1972—), 女, 白族, 湖南省张家界市人, 硕士, 湖南吉首大学商学院副教授, 研究方向为社会保障与财政。李湘玲(1974—), 女, 湖南湘潭人, 在读博士, 吉首大学商学院讲师, 研究方向为企业管理。

责任编辑: 胡政平; 校对: 文雨