

农村住院医疗保险制度分析

——以江阴市为例

魏 众

【摘 要】 随着中国农村联产承包责任制的实行,农村原有的以集体经济为依托的农村合作医疗制度迅速衰落,直至目前农村社会医疗保险覆盖率仍在较低水平徘徊。江阴市采取由政府筹资和商业保险公司运作的方式为我们提供了一个新的思路,该模式较好地解决了农村社会医疗保险中筹资和公平性的难题,对于商业医疗保险中存在的逆向选择和道德风险也具有一定的防范和规避作用,因此具有一定的借鉴意义,文章同时指出不顾当地实际情况照搬该模式也是有害的。

【关键词】 社会医疗保险 筹资 征管分离 管理成本 公平

【作 者】 魏 众 中国社会科学院经济研究所,副研究员。

一、社会医疗保险及其经济学解释

社会医疗保险在国外基本上可以分为两种模式^①,即以美国为代表的风险模式和以欧洲、日本为代表的福利模式(周弘,2002)。在发展中国家,社会医疗保险模式大多以与就业相关的医疗保险为主,只有智利和新加坡等少数国家例外。但大多数农村人口,由于他们分散在家庭中或就业于非正规部门,往往被排除在社会医疗保险体系之外。从发达工业化国家社会保险体系的经验来看,农民也大多是最后才被纳入整个体系之中的(如德国)。

中国的医疗保险体系尚处于寻找出路的阶段,整体思路还不甚清晰。就模式的选择而言,始终在福利模式和风险模式之间摇摆不定。1978年以前的城镇职工免费医疗制度和农村合作医疗制度基本上沿袭了福利模式^②;1978年以后对上述医疗制度的改革,又或多或少受到美国风险模式思路的影响。但总体而言,中国的社会医疗保险呈现出与其他发展中国家类似的二元结构特征,即以就业相关保险为主,覆盖人群以城镇居民为主,农村地区居民十分缺乏乃至几乎没有任何的社会医疗保险。这种状况的出现更大程度上是由于制度安排导致的,比如卫生资源向城市倾斜、社会保障制度首先在城市建设、农村乡镇村等基层组织的财政状况大多不佳等等。

与一般商品相比医疗具有一些不同的特点,其中最具代表性的就是生病的不确定性、治疗效果的不确定性,以及医生和患者之间严重的信息不对称。生病和治疗的不确定性相对容易理解,而由于这两个不确定性的存在,在医疗和保险领域明显存在着信息不对称,医疗过程中的信息不对称既表现在医患关系上,如医生一般具有对疾病较为完备的了解,而患者通常对此一无所知;又表现在治疗费用

① 或根据社会保障的情况大致分为福利国家型、社会保障型、社会保险型和公办自我保障型四种模型。

② 需要指出的是当时的制度更多受到前苏联等社会主义国家的社会保障制度的影响,从相近或相同的历史根源来看,两者还是有很多相似之处。

等方面,如患者对于治疗所需的时间和金额几乎完全不了解,相反,医生往往有较为清醒的认识。而在医疗保险领域,则又有另外一种信息不对称:医生和病人对疾病的情况了解较多,而保险公司对于疾病的真实情况并不了解,所以当患者出于骗取保费的目的与医生进行合作(或无须与医生合作)时,保险公司就会出现一些预料之外的风险。

医疗保险的最基本假定在于:由于前文提到的两种不确定性的存在,又由于人们通常是风险厌恶的,从而产生了人们对医疗保险的需求。但一个医疗保险能否建立并保持可持续性,仅仅依靠上述的需求动机是不够的,还需要一些其他条件:“为使医疗保险运行正常,有一些需要遵循的基本原则:尽可能降低道德风险,尽可能减少管理成本,建立与风险相适应的保险金标准。这样一个原则,无论对于私人保险和公共保险都是适用的”^①。Sorkin的这番话,正说明了医疗保险中最常遇到的一些问题:逆向选择和道德风险、管理成本以及对筹资水平及规模的合理测算。下面我们将结合中国农村社会医疗保险对上述问题进行简要的分析。

二、江阴市住院医疗保险制度简要介绍

(一)制度背景

江阴是江苏省无锡市下属的县级市,全市人口115万人,2001年国内生产总值365亿元,预算内财政收入36.03亿元,均为全省第一,此外还有多项社会经济指标在全省乃至全国居首位或列在前几位。另外,江阴的城镇人均可支配收入8650元,农村人均可支配收入也达到5599元,城乡差距相对较小。

从整个社会保障体系来看,江阴市的社会保障体系不仅建立较早而且发展得比较齐全。既有面向城镇居民的多项社会保险制度,又有面向农村居民的一些社会保险制度。此外,江阴还实行了城市和农村居民最低生活保障线制度,以及针对特殊老年人群的社会福利制度等。而在医疗方面,除依然保持了集体所有的村级卫生所外,还建立了完善的育龄妇女保健卡制度和儿童计划免疫保健制度。

1995年,江阴市开始进行农民住院保险制度恢复工作,采取了镇办镇管的管理方式。起付线为500元,每年1万元封顶。由于效果不理想,随后由中国人寿保险公司承担征管工作,但覆盖的人群和基金规模始终在萎缩。到2000年全市20个乡镇(以前为28个乡镇)中只有10个乡镇还在坚持进行住院医疗保险。在这种情况下,江阴太平洋人寿保险公司提出承办农村住院保险工作的请求。

原有方案主要存在的问题是:(1)政府投入偏低、起付线太高、封顶线较低,造成群众参与热情不高,而在另一方面对于防止因病致贫现象作用有限;(2)缺乏有效监管,公平性很难得到保证。如不能保证应该报销的医药费得到全部报销,以及与镇村干部关系的亲疏远近不同也会导致不同的实际报销比例等;(3)理赔速度比较慢,造成农民对该方案的不信任。(4)个别镇资金不到位,政府信用不足。

(二)制度设计

尽管原有的模式似乎已经走向没落,但该制度给后来者留下一些启示。太平洋人寿保险公司在深入调查的基础上,提出了新的模式。随着城镇各项社会保障制度及农村社会养老保险体系和农村最低生活保障线制度的建立,出于完善社会保障体系的目的,江阴市政府考虑重新建立农村住院医疗保险体系。但是,以前的镇办镇管方式的失败让政府感到需要一种新的模式来进行。市政府考虑到只有扩大基金的总体规模,即由市里统一执行才有可能最大限度地降低风险,为实现该制度的可持续性,政府将提高补贴数额和比重以吸引更多的群众参加医疗保险。在双方共同利益的动机驱动下,太平洋人寿保险公司与江阴市政府最终达成协议,由太平洋人寿保险公司承办农村住院医疗保险制度的管理和具体运作,订立三年合约,在这三年中,如果基金运作出现盈余则所有盈余转入下一年度基金使用,

^① Sorkin, Alan L. (1983), *Health Economics*, Harper Collins.

如果出现数额不太大的亏损,就由太平洋人寿保险公司总公司包下来,为此,在筹集的医疗保险基金中提取 2% 作为太平洋人寿保险公司的风险基金。但如果亏损额巨大,就要重新考虑政府补贴标准。

(三) 制度内容

根据以往的经验教训,并参考其他县市模式的特点,该项制度尽可能利用政府和商业保险公司各自的优势,实行“征管分离,行政监督”的运行机制,即主要通过政府及相关机构承担征缴的责任,根据征缴的情况将所征缴保险金的 3% 返还给征缴单位;太平洋人寿保险公司负责基金的运作和赔付。

该制度的主要内容是:(1)覆盖人群。为解决应给予保障人员识别方面的困难,此次制度所覆盖的人群由农业户口人口增加为所有未参加城镇职工医疗保险和城镇职工大病医疗保险的农业和非农人口。与一般的农村合作医疗制度相比,主要增加了城镇个体工商业者和城镇不在业人口(包括学生和非劳动力)。(2)征缴方式、缴费标准及补贴情况。征缴方式总体而言是由政府出面进行住院医疗保险金的征缴,具体而言是通过地税部门对企业征收、由乡镇政府对农户征收、由工商部门对个体经营者征收,由教育系统对学生征收(见表)。(3)在起付线(报销起点)和止付线(最高补偿金额)方面,所有人群的起付线均由以前的 500 元降低为 300 元。而止付线,根据是否具有学生身份确定了不同的止付线和补偿标准,但所有人群的最高赔偿金额均比过去的 10 000 元要高。其中非学生人群的止付线为 20 000 元,补偿比例从 45% 到 70%;学生止付线为 60 000 元,补偿比例从 55% 到 95%。另外,对于那些非全家参保的人口采取按应补偿标准的 70% 给予补偿。(4)管理和协调方面,太平洋人寿保险公司建立了驻守在县级医院和镇卫生院的专管员队伍,这是该制度创新的一个重要方面。需要说明的是,由于是住院医疗保险,所以公司只需要向乡镇卫生院以上的医疗机构派出专管员,在公司总部,作为该制度运行的管理机构,设立了农村住院医疗保险管理中心,合计该公司共投入人力不足 50 人。作为运行费用,太平洋人寿保险公司江阴支公司在医疗保险基金中提取 4.5% 作为运行成本可以自行支配。在政府方面,成立了由常务副市长担任组长的农村住院医疗保险制度领导小组,由分管副市长担任副组长,负责协调相关管理机构的协作关系并对于运行过程中出现的重大问题做出最终裁决。另外,在市卫生局设立医疗保险监督管理办公室,负责在太平洋人寿保险公司和医院之间进行协调和监督,从医疗保险基金中提取 0.5% 作为医疗保险监督管理办公室的日常运行和管理费用。

表 江阴市住院医疗保险的征缴对象、标准、方式和补贴

| 参保对象类别 | 征缴标准 | 征缴方式 | 补贴与自负 |
|------------------------------|------------------------------|---|-----------------------|
| 贫困人口(民政局核准的最低生活保障线以下的对象及五保户) | 20 元/人 | 全市统一 | 市镇财政补贴各 10 元 |
| 纯农户及无固定收入的非农人口 | 20 元/人 | 以村和居委会为单位,由镇、村和居委会负责征收 | 市镇财政补贴各 5 元,个人自负 10 元 |
| 各类企业职工 | 50 元/人 | 以企业为单位,由镇政府与地税部门核定在职职工(含临时工及外乡镇在本单位的职工)人数,由地税部门代收 | 企业承担 20 元,个人自负 30 元 |
| 个体工商业主及雇工 | 50 元/人 | 由镇政府与地税部门核定在职职工(含临时工及外乡镇在本单位的职工)的人数,由工商部门代收 | 企业承担 20 元,个人自负 30 元 |
| 镇村其他有固定收入的在职人员 | 50 元/人 | 由镇、村负责征收 | 企业承担 20 元,个人自负 30 元 |
| 在校学生 | 大中小学生 20 元/人 幼儿园学生 30 元/人 | 以镇、教委为单位,由教委委托各学校负责征收 | 个人自负 |

(四) 实施过程

作为承保方的太平洋人寿保险公司通过精心准备,这一新制度在2001年11月1日重新启动。在应参保的90多万人中,实际参保人数达到80.1万人,占应参保人数的86.9%,超过预期覆盖率85%的目标。而在正式运行5个月时(即截止2002年3月底),已有10000多人得到补偿,补偿额最高已经达到20000元上限,总补偿金额516万元。即便考虑到补偿人数和补偿金额有稳步上升趋势,但在制度实施的第一年,医疗保险基金预计会保持略有盈余的局面。

(五) 利益及冲突

市政府通过实行农村住院医疗保险制度,在江苏省乃至全国造成了影响,这种新的模式被更被称之为“江阴模式”。不仅如此,农村住院医疗保险制度的建立使江阴市的农村社会保障体系更趋完整。尽管存在领导者对政绩的考虑,但更为重要的是它对于进一步提升江阴市的地位起到了相当重要的作用,而且从客观上使当地居民从中受益,并达到了提高江阴市整体社会福利的目的。在制度建设和实施过程中,政府扮演了一个积极的组织和协调者角色。特别是在基金征缴方面,政府做出了不遗余力的贡献。在与医疗机构关系方面,政府通过卫生主管机构(市卫生局)对医疗机构进行管理,并设立机构,协调医疗机构和保险机构之间的关系。在与投保人关系方面,政府不仅通过提高补贴标准,财政资金投入到位,赢得了投保人的信任,而且还承担了一些宣传工作。总体来看,政府既没有推卸自身应当承担的责任,也没有“越俎代庖”做职责之外的事情,与各利益主体之间的关系也理得比较顺。

太平洋人寿保险公司通过承担农村住院医疗保险工作,大大提升了知名度,基本达到其承办时所设想的目标。如通过这样一项社会公益工作,扩大了在潜在用户中的地位和知名度,并为今后拓宽商业保险业务积累经验;通过这项工作,可以培养当地居民的保险习惯,进而延伸业务,推广补充保险。由于目前的报销额和补偿额上限还不是很高,这样的止付线标准几乎没有对商业保险公司的业务产生挤出效应,反而与商业保险公司的大病保险有相当的互补性;另外,通过专管员形成延伸到镇卫生院的销售网络,为医疗商业保险推广服务提供了人员和系统的储备。该公司在2002年第一季度的保费收入就与上年全年持平,在全国县级市一级的公司位居第一。预计全年保费收入可以达到中等发达省份分公司的水平。

医疗机构作为治疗方也大多获得了利益。通过实行医疗保险制度,一些慢性病患者也来到医院就诊,镇卫生院的住院人数上升,既提高了卫生院住院率,又相应增加了卫生院的业务收入。但由于在市二级医疗机构只能按额定标准的70%报销,以及保险公司对自费药物和控制药物报销的限制,所以尽管业务收入仍然继续增加,但市二级医疗机构并没有从新制度中获得收入和效益方面的提高。我们也应当看到,保险机构和医疗机构之间存在一定的协作关系,理赔速度提高的功劳一半应归功于医疗机构财务的垫付。

作为投保人的企业和个人基本上接受和认可该制度。尽管此次调查没能对制度的最终用户——企业主、企业职工、纯农户和学生进行调查,但通过侧面了解和相关的研究资料也可以大体了解其想法。政府一方财政投入和保险公司一方理赔速度和服务质量的提高,都有助于增强投保人的信心,投保人满意度也逐步提高。

目前主要矛盾体现在保险公司和医疗机构方面。由于还是“第三方交费”,以业务收入为中心的医院与进行风险管理并负责赔付的太平洋人寿保险公司之间必然存在一定的矛盾,尽管在协调机构的努力下,这一矛盾得到了一定的控制,但保险公司方面也在考虑采取加派专管员、向住院患者宣传药品报销范围和比例等措施以加强监管。

三、对江阴市住院医疗保险制度的经济分析

“江阴模式”最突出的特征是对农村医疗保险制度建立过程中筹资难问题提出了一个较好的解决

方案并具有一定的普遍意义。我们知道,无论在中国还是其他发展中国家,社会医疗保险中的筹资都是一个十分突出的难题。这一难题的破解主要来自筹资方式的选择和筹资水平的确定。这两个方面又分别影响到补偿标准的多少、人群覆盖面的大小和管理成本的高低,进而会影响到对于逆向选择和道德风险问题的防范。

(一)筹资方式的选择是江阴模式最具特色之处

筹资方式的选择充分体现了经济学的专业分工思想。由具有大量下设分支机构的政府负责征缴,由具有专业特长的商业保险公司负责管理,这一“征管分离”方式本身就已经充分说明了这种思想。在征缴机构选择方面,分别由政府对个人、地税对企业、教委对学校学生的这样一种征缴方式将分工思想几乎发挥到了极致,从而也将征缴的难度降到相当低的程度。尽管经历了近几年的企业转制,但由于苏南模式传统的集体经济特征,政府对企业仍然具有一定的控制力和影响力,再加上对企业的征缴基本上是强制进行的,所以大多数企业(尤其是大中型企业)能够根据要求上缴保险金,这部分人群的征缴情况还是比较好的。同样的情况也发生在学校。但对于纯农户而言,征缴的难度相对大一些,因为各乡镇的经济发达程度不尽相同,各村镇的集体收入差异也较大,一些经济相对薄弱的村镇征缴情况相对较差,但总体而言这部分人群的征缴情况也好过预想。

在采取了政府征缴的方式的同时,筹资问题基本得到了解决。但一些与政府关系相对疏远的人员和机构参与的情况相对较差,一些小型私营企业对这样的征缴采取了回避的态度,另外,个体工商业户的征缴情况也不乐观。但将近87%的覆盖率足以证明该筹资方式选择的正确性。

由于采取了最为经济有效的征缴方式,只要政府有关部门继续保持足够的重视,征缴方面就基本可以得到保证。由于对各征缴单位之间的征缴费用分配方式了解不够,它对于未来征缴的影响还不可知。根据以下的数据可以看出,乡镇筹集的金额仅为全部筹资的1/4,但参保人数却占全部的1/2以上,即使有1/3的纯农户由村集体统一包下,1/3由村给予部分补贴,1/3自负部分全额征缴,但这还是征缴比较困难的一个群体。而20元人群(学生)和50元人群(企业职工)分别由教委和地税部门征缴,覆盖人口只占不到1/2,但征缴金额却占全部的3/4,征缴难度相对比较小。如果仅仅按照筹集金额分配征缴费用,则乡镇村政府组织的筹资积极性会受到挫伤。

(二)筹资水平的确定

筹资水平的确定包含了政府和保险公司双方的考虑与估计,最终双方达到了合作博弈的均衡。保险公司方面对保险方案进行了精密的计算,而政府方面则充分考虑了当地财政能力和人民生活水平(支付能力),在此基础上双方共同提出了较为适当的筹资标准。

在政府方面,就农村社会医疗保险问题早已进行过多次讨论,准备重新实施农村住院医疗保险制度。政府方面最初的方案责成卫生局研究提出,在卫生局最初提出的方案中,市里和乡镇的补贴比以前提高1倍,分别达到1元/人和2元/人,但政府在对财政状况进行分析以后提高了补贴标准,分别为市政府每人补贴2元、镇政府每人补贴3元^①。但就总体而言,政府提供的全部补贴只相当于当年财政收入的1.2%。在筹资水平方面,市政府对保险公司提出的方案进行了分析,认为平均每人20元的自付金额只相当于当地人均收入的4%,一般居民能够支付得起。而且这一标准还根据收入状况进行了相应的调整,因而该方案是基本可行的。

作为商业保险公司,太平洋人寿保险公司对可能出现的财务盈亏状况进行了细致的分析。该公司首先在两个镇进行试验,获得了一些第一手的数据资料和保险方案所必须的两个关键指标:住院率和平均住院费用。根据他们的测算,当地的年人均住院率为3.2%~3.8%,每人次平均住院费用为1800~2300元(使用公费标准衡量的可报销费用)。而另一方面,他们又搜集到当地近10年的住院

^① 具体实施时变为政府对纯农民及城镇无业人员每人分别补贴5元,但总体补贴规模与政府的承诺基本一致。

率统计,历史统计显示,当地住院率变化状况表现为3个阶段:20世纪90年代初为第一阶段,住院率稳定在1.1%。90年代中期为第二阶段,该阶段住院率以突飞猛进的速度发展,从1.1%上升到3%,第三阶段为近3~4年,住院率基本稳定在3.3%左右,而且在该阶段,每人次平均住院费用(可报销部分)也基本保持稳定。江阴公司就此提出了包括补偿标准在内的整体方案。

(三) 维持了较低的管理成本

根据前文对“江阴模式”的描述,我们大致可以匡算出该方案的管理成本,管理成本具体分为4项:(1)征缴费用为征缴数额的3%,计48万元^①,分别返还给乡镇政府等征缴单位。(2)运行成本为基金总额的4.5%,计90万元,作为太平洋人寿保险公司医管中心业务和专管人员工资奖金及其他必需开支。(3)监督费用为基金总额的0.5%,计10万元,作为医疗保险监督管理办公室协调和管理费用。(4)风险基金为基金总额的2%,计40万元,交太平洋人寿保险公司总公司,作为一旦出险亏损时的风险费用。全部管理成本还不足基金总额的10%,比较国外商业保险10%~15%的运行成本都要低。

(四) 建立了转移支付功能,体现了公平原则

这种转移支付功能首先表现在政府补贴方面。根据最终的实施情况,在支付能力较低的纯农民和贫困人群中实施了较低的缴费标准,而由政府进行相应的补贴,其中对纯农民提供了相当于其自付保险金的补贴,而对于贫困人群则给予了全额拨付。由于政府的财政收入更多地来自于较高收入人群,所以这里的补贴毫无疑问地体现了收入转移支付的思想。

公平的原则表现在3个方面^②:一是对不同收入状况的人群实行了不同的筹资标准,表现在对收入较高的企业职工征缴的自付保险金较多,而一般无稳定收入的人口则缴费较少,对一些较为贫困的个人(大约占应参保人数1.1%)给予全额拨付等。二是对不同发病可能的人群实行了不同标准。比如对工作危险和紧张程度较低的农民收取了较低的保险金,而对于工作危险和紧张程度较高的企业职工收取了较高的保险金,特别值得一提的是,由于企业职工的高发病率与工作紧密相关,所以其所在企业为此提供了部分补贴,与前一种情况一样,这也体现了垂直公平原则。三是对同样的医疗服务利用给予同样的补偿,在不同的病人得同样疾病并获得同等服务的情况下,将可以得到同样的补偿金额,这体现了水平公平原则。

政府的补贴还起到了引导需求的重要作用,在中国农村医疗保险自愿加入的制度背景下,补贴成为吸引农民参加医疗保险的重要手段。不仅如此,补贴对于补偿医疗保险基金效率损失(或管理成本)方面的作用也是不容忽视的。在多数地区,特别是那些未能持续进行医疗保险试点的地区,政府补贴不能及时到位是改革失败的一项重要原因。在江阴市的改革试验中,政府的补贴,尽管在一些人看来数额不高,即便是制度设计者也同样觉得补贴较低的情况下,比较其他地区农村医疗保险制度设计中政府补贴的额度都要高很多^③。

不同的筹资标准和补贴对于筹资最难的纯农民等群体还会带来一些意想不到的结果。从家庭决策的角度看,由于缴费较高的企业职工和学生分别在企业和学校参加保险,那么,对于家庭中其他成员而言,其加入医疗保险的边际成本明显降低,从而有助于吸引更多的剩余成员参加保险。另外,全家加入与非全家加入所规定的不同补偿标准又进一步推动家庭其他成员参加到住院保险体系中来。

然而,不同的筹资标准和补贴在带来了以上诸多好处的同时又提供了较多的寻租空间,并造成了

① 征缴金额为实际上缴数(含企业补贴),但不包括政府补贴,总数应在1600万元左右(见表3)。

② 学生群体情况比较复杂,此处的讨论不涉及该群体。

③ 在其他地区的调查中,政府补贴从每人0.5元到2元不等,但大多没有超过2元/人的标准,而且即便是如此之低的补贴,资金也还经常不能到位。我们观察到很多地区政府补贴的承诺最终没有兑现。

新的不公平。由于对有收入人群和无收入人群(学生除外)采用了不同的缴费标准,却又享受同样的补偿标准,必然留下一些寻租的空间。一些私企职工以纯农户的形式参加医疗保险,这种方式在得到村镇默认的情况下对于企业主和职工都是有利的;另外难以监控的城镇个体工商业者,在访谈中,很少有人提及他们的征缴情况,估计除较大比例的未参保人员以外,其中相当一部分人也可能以无固定收入的人员形式参加。这两种情况都会导致应缴纳基金总量的减少,从而相对提高了风险程度,同时也导致了不公平性的存在。

另一个与公平问题相关的方面是就诊单位选择、基本药物的使用 and 实际报销比例情况。由于对在市二级医疗机构住院的患者执行正常报销标准的70%,该规定对医疗使用的公平性问题上就存在某种疑问,一方面往往是那些收入水平较高的人选择去这些医疗机构就诊和住院,但另一方面,那些在镇卫生院无法确诊和治疗的患者也会到更高级别的医疗机构(如市级医院)就诊。对于前者,该规定体现了垂直公平原则,但对于后者,该规定则造成了更大的不公平,因为重症患者往往(或即将)对家庭产生严重的冲击,甚至导致家庭的贫困,而这正是江阴市建立住院医疗保险体系的初衷。

在江阴乃至全国的农村社会医疗保险中,报销金额的确定明显受到城镇职工医疗制度的影响。全部药品划分为报销范围以内的基本药物、可以得到部分报销的控制药物和不予报销的自费药物。但一般而言,随着疾病的严重程度增加和治疗效果的提高,使用的自费药比例会相应提高,从而对那些急需补偿的人造成了不公平。当然,这种情况是一种全国性乃至全球性的现象,我们不当对此过分苛求。

但这两种情况却可能对接受补偿者产生消极影响。因为对于一般患者家庭而言,他们只关注在总医疗支出中最终获得补偿的比例。下面我们就将以江阴市的一个实际案例进行说明^①:某居民住院医疗费9000多元,报销范围7608元,获得补偿2285.76元。如果所使用药物全部属于基本药物,而且所有的诊疗都在乡镇一级卫生院,则其所获得的补偿金额将为4110元(以治疗费用9000元计,下同),补偿比例将近60%,补偿金额为目前执行补偿金额的2倍。再假设一种情况,如果该居民在市医院就医,自费药物和基本药物比例各占50%,则该居民可报销范围只有4500元,又由于市医院报销标准为乡镇卫生院的70%,则补偿金额将只有1057元。实际补偿比例仅有11%,补偿金额将不足目前执行补偿金额的1/2。

(五)逆向选择问题基本消除,但道德风险问题尚未彻底解决

在“江阴模式”中,由于社会医疗保险具有覆盖面广的特点,逆向选择发生的可能性已经大大降低了,但在该方案中鼓励全家参加保险而不鼓励个人参保的政策进一步限制了逆向选择发生的可能性。从实施的效果来看,由于参加人口足够多,而且大多以家庭、企业为单位,所以逆向选择问题基本得到解决。但是,道德风险依然存在。根据前文对道德风险的论述,参加住院保险的人群可能更倾向于放纵自己,造成隐藏行为的道德风险,但由于目前执行制度的实际报销比例还不高,所以隐藏行为的道德风险还很小,而且根据当地的消费水平,居民基本上不会故意将小病拖成大病。尽管没能得到有关的数据,但可以预计的是,隐藏信息的道德风险依然存在,而且其影响程度还会比较大,这种道德风险又具体分为两种类型:一是本身不需要住院治疗的投保人也去住院治疗以获得收益;二是没有支出或支出很少的投保人伪造单据以获取较多的补偿。从体制上分析,这些情况的存在与第三方交费和保险金的预付制相关。

四、几点结论

在全国农村缺乏社会医疗保险的情况下,“江阴模式”无疑为人们提供了一个新的思路,其成功的

^① 该案例来自江阴市卫生局汇报材料。

经验对于其他省市农村建立社会医疗保险都具有借鉴意义。但是,“江阴模式”在一些方面有其较为严格的条件限制,从而对于该模式的适用范围需要加以认真考虑。

一方面,“江阴模式”依赖于一个强势的政府及其支持,政府在征缴方面的作用直接关系到该制度实施的状况、效果和持续性问题。从每人20元的缴费标准来看,大体只相当于中等发达地区农民人均纯收入的1%,低于20世纪70年代合作医疗5%的比例。这样的支付水平对于一般的农民是可以接受的,结合其他地区的调查情况可以得到这样的初步结论:政府是否愿意参与并提供补贴是建立农村医疗保险主要因素。比较江阴市与其他地区一些不成功的社会医疗保险,这是“江阴模式”给人最为印象深刻的一点。另一方面,江阴市所具备的一些条件其他地区所不具备的。首先是比较高的人口密度和购买力水平,这意味着当地几乎不存在所谓的“市场失灵”问题,而一般来讲,市场失灵才是政府介入并实施社会保险的原因所在。恰恰由于市场是有效的,才会出现保险公司承办社会医疗保险这一新鲜事物。其次是雄厚的财政能力,为制度提供了足够的启动资金和补贴。另外,当地存在大量具有一定规模的乡镇企业,而这些企业与政府又存在相对紧密的联系,从而降低了征缴的难度。这些条件,在人口密度低、人均收入低、财政能力弱、乡镇企业少的西部地区是不具备的,因而很难模仿该制度。但反过来,在东部一些地区,同样具备或大体具备了这些条件,从而也就产生了借鉴甚至复制“江阴模式”的可能。

尽管国内的一些农村社会医疗保险的研究者投入大量的精力研究农村社会医疗保险的可行性、筹资方式和水平等问题,但对于其可持续性的分析则远远不够。简单看一下国内的合作医疗恢复试验屡屡出现的失败案例就可以给予我们一些粗浅而基本的印象:农村全面实行社会医疗保险的时机似乎还不够成熟,毕竟像江阴市这样的情况还是少之又少,而且即便像江阴模式还存在一系列先决条件,如财政能力、企业与政府关系、保险公司与政府关系等。但是,如果从防范风险的角度出发,建立以脆弱人群为主要保护对象的农村社会医疗救助体系或许是目前多数农业地区的理性选择。

参考文献:

1. 维克多·福克斯(2000):《谁将生存? 健康,经济学和社会选择》,上海人民出版社。
2. 卫生部(1999):《国家卫生服务研究——1998年第二次国家卫生服务调查分析报告(上册)》。
3. 周弘(2001):《福利国家何处去?》,《中国社会科学》,第3期。
4. Kindig, David A. (2001):《为人群购买健康》,人民卫生出版社。
5. Gertler, Paul J., Hammer, Jeffery S. (1997), Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services, World Bank Policy Research Working Paper No. 1762.
6. Jack, Williams(1999), Principles of Health Economics in Developing Countries. The World Bank.
7. Phelps, Charles E. (1992), Health Economics, Harper Collins.
8. Sokin, Alan L. (1983), Health Economics: An Introduction(Second and Revised Edition). Lexington Books.
9. Zhu Ling (2002), Farmer Preferences in Choosing Health Programs with Insurance Components. World Economy & China, No. 1, Beijing.

(责任编辑: 朱 犁)