

新型农村合作医疗制度支撑能力及其评价^{*}

张广科

【摘要】 文章基于中国 9 个省份的实地调查,从地方政府、医疗机构、合作医疗管理部门和农户等制度利益相关者行为与意愿的视角,对中国新型农村合作医疗制度的支撑能力进行了评价。结果显示,新型农村合作医疗制度在制度模式、筹资机制、工作网络等模块的支撑能力有限。而能否成功借鉴城镇居民医疗保险制度,提高合作医疗制度保障能力;增强县市政府推行合作医疗的政治意愿,提高合作医疗制度平台的运行水平;并建立基于医疗供方道德风险控制的医疗费用降低机制,将决定农户从中的受益程度及合作医疗制度的未来走向。

【关键词】 合作医疗制度模式 财务机制 工作网络 支撑能力

【作者】 张广科 中南财经政法大学公共管理学院,讲师。

一、逻辑起点与研究框架

新型农村合作医疗制度是在中央政府推动下建立的,其实施是一个自上而下的政府主导过程。就资金筹措及统筹范围而言,合作医疗主要是政府和农民之间的合作,而非农民与农民之间的合作。地方政府、医疗机构、医保机构和农户构成了合作医疗制度运行的主体。四者在合作医疗的制度模式、筹资机制、工作网络等三大模块中相互合作又彼此制约,决定了合作医疗制度支撑能力的高低与制度的走向。

实践中,地方部门为了获得中央政府按参保农民人头数拨付的医疗补助,比较注重合作医疗制度覆盖面、受益面等指标形式数字,往往忽视农户对该制度实际效用的评价(王兰芳等,2007)。实质上,农户能否从制度中真正受益,受益程度高低,相关利益主体(如县级政府)的能力与政治意愿如何,将是新型农村合作医疗制度能否存续的关键。在合作医疗制度完成时间表被提前到 2008 年的背景下,迫切需要对制度运行状况进行客观评价,对利益相关者的行为和意愿进行检验,并从中发现问题和制度供求缺口,避免消极地等待一个检验政策的周期及其消极后果。

本文拟通过 9 个省份的实地调查和相关利益主体的行为分析,尝试对新型农村合作医疗的制度模式、筹资机制、工作网络等模块的支撑能力进行评价。本文数据来自 2007 年 1~10 月间由中南财经政法大学社会保障研究所组织,在江苏、山东、黑龙江、湖北、河南、安徽、云南、新

^{*} 本文是赵曼教授主持的 2006 年教育部哲学社会科学招标课题“农村社会保障制度研究”(批准号:06JZD00026);2007 年教育部人文社科研究青年项目“农户疾病风险识别与新型农村合作医疗制度支撑能力研究”(批准号:07JC840007)的阶段性成果。感谢江苏、山东、黑龙江、湖北、河南、安徽、云南、新疆、陕西 9 个省份合作医疗部门对此次调研的大力支持。

疆和陕西等地开展的“农村社会保障制度研究”的一线调查。该调查从 4 个角度来观察新型农村合作医疗制度的运作状况:(1)听取县卫生部门的介绍,并收集相关政策文件;(2)与县合作医疗管理办公室、乡镇卫生院、村卫生所医生座谈,了解制度运作状况;(3)入户深度访谈受益的农民和未受益的农民,了解其对制度的评价与需求;(4)每个行政村随机抽取 30 户农民进行问卷调查,共抽取 93 个行政村,发放问卷 2800 份,其中有效问卷 2708 份,有效率 96.7%。

二、新型农村合作医疗制度模式的支撑能力及其评价

新型农村合作医疗“制度模式”的支撑能力主要是指制度本身的可持续性与保障水平。合作医疗本身就像一个设计非常精妙的仪器,自愿参保、个人账户、起付线、共付线、封顶线等制度“装置”是其自动运行的基础。其中任何环节的变动,都可能引致执行效果的重大差异。实践中,相关利益主体对上述制度“装置”的理解和执行存在差异,而且对制度的需求也不尽相同。这些差异显著影响了合作医疗制度的支撑能力。

(一) 自愿参保机制与农户“选择性退出”风险

“农民以家庭为单位自愿参保”是新型农村合作医疗制度实施的基本原则。一般理论研究认为,“自愿参保”原则与“保大病”制度模式下受益面小的因素叠加,合作医疗制度会出现“逆向选择”问题。即由于健康人往往低估参保的重要性而拒绝参保,高危人群却非常愿意参加所引致的“选择性加入”风险。

但问卷调查显示,调查样本中 13.8% 的农户选择家庭成员全部不参保,81.8% 的农户选择家庭成员全部参保,只有 4.4% 的农户选择家庭成员部分参保,即新型农村合作医疗制度运行中农户的“选择性加入”问题并不严重。原因在于地方政府获得中央政府合作医疗财政补贴的前提之一就是参保率不低于地区农民总数的 80%,再加上农村医疗救助制度对贫困线以下农户实施的代缴费,农民“选择性加入”的空间并不大。值得注意的倒是身体并不健康的农户参保后的“选择性退出”行为。调研结果显示,住院报销过的农民中有 7.7% 的人选择“不参加下一年的合作医疗”,即由于预期自己不可能连续得大病,前一年参加合作医疗制度并获得大病报销补助的农民,开始选择不再加入。

“选择性退出”极大损害了合作医疗制度的支撑能力及地方政府的利益。地方政府不但无法获得中央政府按参保人头数拨付的医疗补贴,还要为年度内合作医疗资金可能出现的收支缺口埋单。对此,不同县区政府就对“自愿参保”原则的理解出现了差异。现实中,地方政府对“以家庭为单位自愿参保”原则的理解有两种:一种是以家庭为单位,个体自愿参保;另一种是以家庭为单位,家庭自愿参保,即要么全家参保,要么全家都不得参保。其中,河南、山东、江苏、黑龙江等大多数省份采用了基于第一种理解的制度设计。部分地区在基于第一种理解的基础上,对“选择性退出”行为设置了惩罚措施。例如,湖北石首市规定,个体可以自愿参保,但家庭成员中如果有不按规定参加合作医疗制度的患者,住院时按比正常标准低 10% 的水平进行报销。而陕西黄陵县采用了第二种理解,设计了“整户参与、户不漏人”的家庭自由参保模式。上述制度创新的思路值得相关部门借鉴。

(二) 个人账户与制度受益面

新型农村合作医疗制度设有个人账户,农民个人年度缴费存入个人账户,并可在家庭范围内统筹使用,支付村卫生所和乡镇卫生院的门诊费用,用完为止。个人账户设置的目的在于通过“自己缴费 10 元、自己(门诊)可报销 10 元、住院还可报销更多”的机理,激发农民参加合作

医疗制度的积极性。对此,不同的利益主体有着不同的看法和意愿。

样本中 38 % 的农户(包括参保农户和不参保农户)认为参保“不合算”。原因在于其往往从缴费周期的角度出发,认为家中没有老人,本人身体健康的情况下,缴费 1 年和缴费 10 年没有区别就不合算;并提出了“缴费年限越多,花费越少,住院报销比例应越高”的制度需求。这种需求与城镇居民医疗保险中个人账户运行机理相暗合。

合作医疗管理办公室从报销与管理的角度出发,认为“个人账户对农民而言,不但不能受益,反而是一种利益侵害”,并提出了取消个人账户的政策意愿。就制度实际运行情况而言,目前个人账户的制度存在以下一些问题。

其一,门诊费用金额较小,带来的风险很小,而发生概率很高,农民参加保险的风险溢价很低,不符合保险原理。更重要的是,随着农村收入水平的提高,一般农户都负担得起门诊费用。这一点可以从样本中个人账户仅有 30 % 左右的年均使用率中得到验证。

其二,个人账户并没有使参保农户受益。个人账户不具备分散风险的功能,而且在门诊报销过程中,各级政府并没有为个人账户投入一分钱,仅仅是农民自己的钱“缴上去,又报回来”,徒增个人账户管理成本、农户完成报销手续的时间与人力成本。

其三,个人账户反而使农民的利益受到侵害。合作医疗制度规定,个人账户仅限于村卫生室和乡镇卫生院的门诊报销。而上述定点医疗机构按国家规定,西药有 15 % 的加价,中药有 30 % 的加价。当部分常见病可以通过去药店购药解决时,由于个人账户资金使用范围的限定,农户就不得不去卫生室或卫生院购药而负担额外的加价费用。

其四,个人账户还可能形成合作医疗制度资金损耗的“漏斗”。部分县区规定,个人账户可以在村卫生所报销,而村卫生所的医生用的都是手工台账。村卫生所医生造假账或错记、漏记账目,引致资金流失的情况较多。

为了防止上述问题的发生,湖北石首市、陕西黄陵县采用类似“城镇居民医疗保险”制度的运行模式,取消了个人账户,增加报销范围和住院报销比例,进一步强化了新型合作医疗制度“保大病”的制度初衷。制度运行 1 年后的结果显示,石首市农户住院报销比例在 40 % 以上,远远高于湖北全省 30 % 的平均受益率,而且参保率不降反升,基本稳定在 90 % 以上。

反对取消个人账户的观点认为,这种做法会降低制度的受益面。但笔者认为,在政府没有额外注入资金的情况下,个人账户和门诊并没有使农户真正受益,个人账户带来的“受益面”实质上是一种虚假受益。

实践中,新型农村合作医疗的支出分为门诊补偿基金、住院医疗补偿基金、慢性病门诊医疗费用限额补偿基金、大病救助基金、健康体检基金和风险 6 种。而地方政府每年公布的合作医疗制度受益面指标中,往往是前 5 种受益面指标的综合。实质上,真正住院报销的受益面仅为参加合作医疗总人数的 4 % 左右,门诊引致的受益面则在 40 % 左右。显然,各地政府公布的合作医疗制度的“受益面”要大打折扣,而真正提高合作医疗制度的受益面,应从降低起付线、放宽病种范围等个人账户之外的制度要素入手。

(三) 起付线、共付比例、封顶线与医疗供方道德风险

起付线、共付比例和封顶线是合作医疗制度“住院费用分担机制”的载体。在实践中各地

城镇居民基本医疗保险规定:参保人员连续缴费满 5 年的,其住院报销比例每年可提高 2 %,但提高比例最多不超过 10 %。

往往根据医院级别设置相应的起付线和共付比例。乡镇卫生院起付线在 50 ~ 100 元之间,报销比例为 60 %;县级医院起付线为 300 元左右,报销比例为 50 %;市级医院起付线一般为 800 元左右,报销比例为 40 %。封顶线则在 1.5 万 ~ 2 万元之间浮动。

就制度设置初衷而言,起付线主要是为了减少合作医疗管理部门的管理成本,共付比例和封顶线主要是为了控制患者道德风险。个人共付比例越低,封顶线越高,价格需求弹性越小,患者道德风险越高。

起付线、共付比例和封顶线等制度装置在运行中存在两大问题,值得相关部门关注。

第一,引致“逆向补贴”,降低了农民在新型农村合作医疗制度中的受益程度。调研结果显示,47.2 % 的农户认为合作医疗存在的主要问题是“报销医药比例低或起付线过高”。实质上,起付线是影响农民住院受益程度的第一个“门槛”。起付线本身比较高,而各地又往往规定不同病种进住同一医疗机构或同一病种进住不同医疗机构,起付线要重复交付。共付部分中由个人支付的比例过高(多数地区达到 40 % ~ 60 %)和封顶线水平过低是影响农民住院受益程度的第二个“门槛”。在上述约束条件下,经济条件差的农民可能因为无力支付共付费用而选择门诊或院外治疗;即使住院也由于无力支付较高的费用提早出院。经济条件越好的富裕农户,患病治疗越舍得花费,得到的补贴越多。合作医疗制度的“逆向补贴”问题由此形成。这一点与农业部农业经济研究中心课题组(2007)得出的“合作医疗提供的保障能力并不是匀质的,对贫困人口存在功能弱化现象”的结论相一致。“逆向补贴”现象显然背离了合作医疗制度的初衷,起付线、共付比例、封顶线等相关制度“装置”也有待进一步的修正与组合。

第二,共付比例、封顶线等制度装置并没有也不能真正控制医疗道德风险。现行的制度设计将医疗费用控制的重点放在了患者道德风险方面,期望通过共付线和封顶线等制度“装置”来降低医疗资源耗费。笔者认为,这是一个方向性的错误。医生道德风险是原生道德风险,而患者道德风险只是派生道德风险;患者的道德风险只有通过医生才能实现,医生才是医疗费用虚高的策源地。因此,在提高共付部分中的报销比例与封顶线水平的基础上,控制医生的道德风险才是提高农民从合作医疗中受益水平的核心和关键。这一点与目前合作医疗制度设计的出发点是相悖的,值得进一步的分析和验证。

(四) 住院、报销范围与实际补偿率

新型农村合作医疗制度规定,必须是住院,而且越过起付线的医疗费用才能纳入报销范畴。但该项规定在实践中遭遇了诸多困境,具体情况如下。

第一,现实中住院不等于大病,大病也不一定要住院。例如,肺结核、重症糖尿病、肝硬化、艾滋病等慢性病也是大病,不住院同样也要花去高额医疗费用,同样可能让农户倾家荡产。如果严格执行“住院才能报销”的规定,不但会降低制度的受益面,而且可能会导致部分患者为了报销而住院,进而引发更多的基金支出项目,比如病房费、护理费等。比较而言,江苏省“城市居民医疗保险制度”的相关做法值得借鉴。该制度规定,部分统筹资金直接划到社区,规定的常见病和慢性病种到社区就可就诊和报销,形成了参保人员大病“救治进医院、康复在社区”的就医新格局。因此,将哪些无需住院的大病和特殊病种纳入报销范畴,将是合作医疗制度逐步完善的领域之一。

第二,农民从合作医疗制度中得到的实际补偿率偏低。实际补偿率是合作医疗保障能力的重要评价指标。虽然制度规定,“起付线以上,乡镇卫生院报销 60 %,县级医院报销 50 %,市级医院报销 40 %”。事实上,患者很难得到上述高比例的补偿。在本次调查的 9 个省 27 个县

区中,平均住院补偿比例基本都在 30 % 左右。导致这种情况的因素有三:(1)在制定合作医疗实施方案时,中央财政补助资金能否到位尚为不确定因素,故基金测算相对保守;(2)药品目录中药品品种较少,范围较窄,住院自费药品所占比例较高;(3)农民住院过程中遇到的特殊情况,如用药超出基本药物目录、费用(如专家会诊费)超出报销范围、(特殊病种引致)就诊医院非医保定点医院、报销手续不全等。上述情况直接导致调研县区合作医疗资金节余过多,农民自付比例过高。

三、新型农村合作医疗制度的财务支撑能力及其评价

新型农村合作医疗制度财务支撑能力主要是指筹资水平、筹资成本、筹资意愿,以及支付水平的高低等因素。

(一) 基于农户的角度分析

新型合作医疗制度采取了类似“人头税”的缴费形式。调研样本中除新疆的人均 30 元/年的缴费方式外,其他 8 个省份都是人均 10 元/年的缴费标准。

这种缴费方式的优势在于降低了管理成本,缺陷在于没有考虑到农民个人收入与支付能力的差异,实际上成了“累退式”缴费,即收入越低的农民,为保障支付的费用占其总收入的比重越高(中国人民大学农业与农村发展学院课题组,2005)。本次调研发现,东部富裕地区同一个村子中也存在相当比例的贫困人口,中西部欠发达地区同一个村子中也存在一定比例的富裕人口。即同一个村子中可能同时存在“高、中、低”三种不同层次的缴费和保障水平需求。本课题组在安徽芜湖市进行了针对性调查,在缴费越高报销比例越高的制度前提下,同一村子中的个人合作医疗缴费的意愿与能力差异较大。后续的政策设计应适当考虑这一因素。

此外,随着人口流动的普遍性和长期性增加,农村出现了大量“户在人空”的现象。但迫于地方政府对合作医疗制度“扩面”的压力,村干部只好自己垫付或由村办经费代为缴纳。而这类人口可能已经参加了城镇居民医疗保险,出现了重复参保现象。这从一个侧面反映了新型合作医疗制度配套体系(如户籍管理、农村合作医疗与城镇居民医疗保险衔接)的薄弱。

表 1 合作医疗中个人缴费额度及比例

缴费额度 (元/年·人)	比例 (%)	缴费额度 (元/年·人)	比例 (%)
10	41.0	41~50	4.9
20~30	32.8	60元以上	3.4
31~40	7.7	其他	1.1

(二) 基于管理部门角度的分析

调查结果显示,37.2 % 的农户认为“合作医疗定点医院收费比其他医院高”。笔者认为,合作医疗定点医院收费高与合作医疗制度运行成本的分担机制不合理相关联。

合作医疗制度运行成本可分为初始注资成本、筹资成本和管理成本三部分。初始注资成本主要由省、市、县三级政府按比例分担,一般县区政府要负担 1/3 的初始注资成本。但筹资成本和管理成本则全部由县乡政府负担。筹资成本包括了宣传资料印刷费、宣传与征收的劳务费等。管理成本主要是指合作医疗管理部门的工资与办公经费等。在制度启动后,制度筹资成本和管理成本较高。这对于取消农业税后十分困难的县乡财政来说,确实难以承担。县乡政府只能通过种种方式将其转嫁给所属卫生机构。例如,部分县区在缴费时,往往动用乡镇卫生院的所有医生到农村反复动员,再由乡财政所工作人员进村收费。上述成本一般都由医院支付,并通过住院报销转嫁给患者,削弱了合作医疗制度的公平性和有效性。

(三) 基于中央政府和医疗供方角度的分析

从中央政府角度分析,新型农村合作医疗制度筹资包括两个方面:一是中央财政的转移支付力度;二是中央转移支付资金的补偿对象,是补医疗的供方,还是补医疗的需方。

第一个问题的实质是政府在合作医疗制度中的作用如何定位。笔者认为,新型农村合作医疗制度本质上就是政府为农村居民基本医疗保险埋单。因此,在社会医疗资源的 56 %都由个人购买、政府补偿仅有 17 %左右,以及中央财政总额快速增长的背景下,中央加大对新型农村合作医疗制度的转移支付力度是必然趋势。

第二个问题的实质是政府转移支付补偿给谁的问题。一是政府投钱给供方,公众享受免费基本医疗;二是政府投钱给需方,通过医保购买医疗服务。新型农村合作医疗制度在运行中采用了“补需方”的方式。但农村医疗体系与城镇医疗体系运行平台不同,农村合作医疗在“补需方”的过程中,必须注意以下两个问题:(1)“补需方”可能加剧供求矛盾。实践中,农村医疗服务供给水平不仅滞后于城市,而且严重滞后于农村本身的需要。显然,在农村医疗供方市场竞争不充分、供给紧缺的情况下,期望通过竞争来改进“购买服务”的质量和价格并不现实。因此,政府必须通过公立医院改革,降低民间资本进入医疗市场的“门槛”等配套政策,提高农村医疗服务供给的数量。否则,同样是“补需方”,但合作医疗的政策合意性与城市医疗保险相比必然有天壤之别。(2)“补需方”对医疗机构的监管工作提出了更高要求。“补需方”要求政府通过社会保障机构,向各类医疗服务提供者购买医疗服务,需要政府和农户一起对医疗服务提供者进行监督。然而,医疗问题的专业性及由此产生的信息不对称,必然导致“防御性医疗”(降低诉讼风险)、“过度医疗”(增加医生收入)等道德风险的发生,进而对合作医疗资金支出产生重要的影响。因此,建立医生与医院行为的识别与监管机制,已经成为“补需方”模式下提高新型农村合作医疗财务支撑能力的关键。

四、新型农村合作医疗制度的工作网络支撑能力及其评价

调研发现,样本中对“合作医疗提供的医疗服务比较满意”的比例仅为 15.6 %。而关于“对合作医疗服务体系哪些方面不满意”的调查(多选)结果显示,排在前六位的不满意因素依次是“医疗设备”、“医生技术”、“报销比例”、“药品质量”、“定点医院收费水平”、“合作医疗管理水平”(见表 2)。

其中,农民对医疗设备、医生技术、药品质量、定点医院收费水平、合作医疗办公室管理水平的不满意实质上反映了合作医疗制度工作网络支撑能力的薄弱,涉及地方卫生部门、合作医

表 2 您对合作医疗服务体系哪些方面不满意(多选)

评价因子	选择项	比例(%)	评价因子	选择项	比例(%)
医疗设备	满意	50.2	合作医疗办公室管理水平	满意	71.5
	不满意	49.8		不满意	28.5
医生技术	满意	51.4	医生服务态度	满意	75.8
	不满意	48.6		不满意	24.2
报销比例或起付线水平	满意	52.6	定点医院数量,看病是否方便	满意	80.3
	不满意	47.2		不满意	19.7
药品质量	满意	60.8	其他方面(如缴费管理等)	满意	97.5
	不满意	39.2		不满意	2.5
定点医院收费水平	满意	62.7	没有参加或没有报销过,不了解		32.2
	不满意	37.2			

疗办公室、医院、村卫生所等多个环节。

(一) 地方卫生部门监控能力

在现行新型农村合作医疗管理模式下,卫生部门既承担了农村合作医疗产品购买者的角色,又履行着合作医疗制度管理者的角色,同时还是合作医疗定点机构的监管者。多重角色的目标并不一致,甚至是冲突,一定程度上影响了地方卫生部门的监控能力,以及合作医疗制度的运行效率。调查中农民对“药品质量”的严重不满,就是上述问题表现的形式之一。

(二) 合作医疗办公室管理能力

首先,“管制俘获”弱化了合作医疗办公室的管理能力,影响了医疗资源配置的公平性。按照国务院办公厅文件规定,县区合作医疗管理办公室的性质是属于县新农合管理委员会。实践中其却是卫生局的二级机构,隶属于县卫生局管理。其工作人员一般从县乡卫生院中选调,部分县区的“合管办”没有正规编制,由卫生院医生兼任,甚至合作医疗办公室本身就设在卫生院内部,日常费用开支(包括办公经费)都是由卫生院支付。由于合作医疗办公室监管的对象——医院,也是卫生局的下属,这种管理体制上的“兄弟关系”,则为“管制俘获”的形成提供了天然的条件。“管制俘获”即监管者被监管对象收买,二者形成“合谋”。“管制俘获”的结果之一就是“定点医院收费水平”虚高。

其次,合作医疗办公室管理平台滞后也在一定程度上影响了制度的运行效率。城镇医疗保险往往是在信息化管理平台的基础上由10个岗位管理1万人,而合作医疗往往是几个人手工操作管理几十万农民。人员明显不足;如果增加人手,经费又没有保证。

(三) 医院业务能力

医疗机构与医生的业务能力是合作医疗制度的“脚”,也是农民能否从中真正受益的最关键环节。医生可以通过处方操纵、药品选择、辅助检查、价格歧视等手段,既影响上游的药品市场、医疗器械市场,又能影响下游的医疗保险市场;不仅决定上游厂商的生存命运,也决定了农民的受益程度和健康水平。

实践中,中国的卫生部门与国有医院之间沿用了计划经济模式下的“父子关系”。医院是卫生部门的附属物,医院院长由行政部门任命。医院的业务能力(包括医院的级别、市场声誉和合作医疗定点医疗资格等)也由卫生部门评定。现实中,医生往往是依靠医院声誉而非个人声誉赢得客户,对医生而言,医院声誉属于公共资源,每个个体都有过度利用(开大处方)的动机和空间。其行为背后的逻辑就是医生滥用医院声誉,医院滥用政府声誉。因此,医院越大、声誉越高,医生的道德风险越严重(赵曼、吕国营,2007)。在这种情况下,合作医疗定点医疗机构和医生成为了最大的赢家,虽然可以报销部分医疗费用,但农民并未能切实得到实惠。

(四) 村卫生所业务能力

在设置个人账户的县区,村卫生室承担着农村合作医疗门诊服务的主体任务,但目前村卫生所的医疗服务能力存在较大缺陷。

首先,从调研结果中可以看出,与城市医院系统的大处方和防御性检查相反,村卫生所医疗服务的最大问题在于“医疗设备”、“医术水平”的严重滞后。村卫生所医生一般都是全科医生,医疗检查设备有限,但什么病都要医治,服务的专业化水平亟待提高。

其次,实行合作医疗以后,乡镇卫生院对村卫生所的财务实行统一管理,药品统一采购、统一定价。卫生所每月定期向乡镇卫生院上缴医药费、管理费,并承担比其他私人诊所更多的责任,如合作医疗的宣传、疾病的预防等等。在合作医疗制度没有提供任何补偿的情况下,这些

规定和责任使村卫生所在与村中其他私人诊所的价格竞争、成本竞争中处于不利地位,调研地区村卫生室医生的数量和规模呈现出萎缩趋势。

五、结论及相关建议

当前农村公共卫生服务的缺位使合作医疗几乎成为农户在疾病风险面前最后的“救命稻草”。因此,新型农村合作医疗的一个重要隐性政策目标就是通过合作医疗制度的建立来影响和引导农民的就医行为,增强农民有病早发现、早治疗,没病早预防的健康意识。显然,中国新型农村合作医疗制度在上述方面发挥了积极的作用,但农户从中真正受益的程度并不高。新型农村合作医疗体系尚需在以下方面进行探索和完善:

(一) 借鉴城镇居民医疗保险制度,提高合作医疗保障能力

保障能力是衡量新型合作医疗制度成败的一个重要指标。保障能力大小主要有两个衡量指标:补偿率和受益面。提高上述指标政策合意性的建议如下:

第一,由个体自愿参保,调整为“整户参与,户不漏人”的自愿参保。农户的“选择性加入”和“选择性退出”行为会迅速破坏并最终导致一个建立在完全自愿基础上的保险计划的解体。陕西黄陵、湖北石首等县市的制度设计显然符合合作医疗制度中医疗风险分担的逻辑。患病就医本来就不是个人的事情,而是家庭的事情;既然家庭内都不愿进行风险互济,得到合作医疗的风险互济也不合理。

第二,取消个人账户,逐步提高实际补偿率。在国家和地方政府没有额外注入资金,信息化平台滞后的情况下,新型农村合作医疗制度并不具备类似于城镇职工医疗保险制度个人账户的筹资与运行机制(IC卡)。农村合作医疗的个人账户不但不能防止患者的道德风险,反而还大量增加了不必要的资金筹集和支付成本。在现有筹资水平不变的情况下,将个人账户纳入社会统筹,采取类似于城镇居民医疗保险的运行机制,也是提高农村合作医疗制度实际补偿率和农户受益水平的现实选择。

第三,降低起付线,提高补偿比例和封顶线,增大农户受益面。由于乡镇卫生院在医疗水平和医疗设备方面比乡村卫生所有绝对优势,而医药费用方面又比县市级医院有比较优势。因此,新型农村合作医疗制度提高农民有病早治疗、无病早预防的隐含目标主要借助乡镇卫生院来完成。这就需要卫生院在降低住院报销起付线的同时,尽量提高补偿比例和封顶线,使更多的人得到更大的帮助,使农民逐步由“按钱看病”调整为“按病看病”,并最大限度地弥补个人账户取消对制度受益面指标的冲击。但在减低或取消起付线后,合作医疗管理部门应注意“门诊转住院”以获得报销资格的道德风险,通过类似于“住院3天内花费在300元以下的人数不得超过月住院人数10%”的制度设计,规避医患“合谋”风险。

第四,增置“保底补偿”比例,确保患病农户受益。为了解决药品目录中药品品种较少,住院自费药品所占比例较高,引致农民实际受益程度较低的问题,各县区可根据合作医疗资金年度使用和沉淀情况,增设“保底补偿”的制度装置。例如,在乡镇卫生院住院按照65%补偿,若补偿比例达不到起付线以上医疗费用的60%时,按照60%保底补偿;在县医院住院按照55%补偿,若补偿比例达不到起付线以上医疗费用的50%时,按照50%保底补偿。

(二) 提高县市政府推行合作医疗的政治意愿,提高制度平台运行水平

新型农村合作医疗体系是以县为单位进行资金统筹和管理的,县级政府是否具有更强的

政治意愿,将是能否提高农民受益水平的关键。

现实中,县级政府在合作医疗制度中承担了大量的公共事务。首先,在取消农业税等税种使县级政府收入大幅度减少,合作医疗制度又要求省、市、县必须配套资金的情况下,还要负责合作医疗办公经费(中央规定不得从合作医疗基金中开支)的筹措。其次,县级政府的政治意愿和重视程度决定了县、乡(镇)、村一体化的医疗服务网络的建设水平。包括各级定点医疗服务体系的建立与监督,报销范围大小,报销手续繁简,财政部门、卫生部门和民政部门(医疗救助)之间有关资金“收、支、管、余”的衔接,以及合作医疗管理办公室的人员编制、人员配备与信息平台建设水平等。因此,提高县级政府参与的政治意愿将是合作医疗制度下一步调整的关键。

第一,调整合作医疗制度目前注重“受益面”和“基金剩余率”的考核模式,形成“补偿率”与“受益面”兼顾的指标体系。其中,“受益面”指标要结构化,区分住院医疗补偿受益、慢性病门诊医疗费用限额补偿受益、大病救助受益及健康体检受益等,规避虚假受益。

第二,合理确定“补偿率”与“受益面”等指标的考核标准,可选择的参照系包括本县区合作医疗上一年度的绩效、全省合作医疗的平均绩效、全国合作医疗的平均绩效等。同时将考核结果作为县级干部晋升,以及中央、省、市合作医疗资金下年度拨付额度增减的考核指标之一,形成“奖优罚劣”的长效机制。

第三,在上述激励约束措施的基础上,中央政府应对县级政府进行合作医疗的专项经费拨付。例如,合作医疗宣传专项、信息系统建设专项、村卫生所医疗设备配备专项、医生培训专项等。以分担县级政府在合作医疗制度中的主体责任,提高合作医疗工作网络支撑能力。

(三) 建立基于医疗供方道德风险控制的医疗费用降低机制

新型农村合作医疗制度采用的是政府投钱给需方,通过医保机构购买医疗服务的“补需方”模式。在该模式下,医疗供方的竞争程度与医生道德风险的控制就成为农民能否真正受益的关键。

第一,进行医疗卫生体制改革,实行“管办分离”。可以考虑将国有医院划归国资委管理,由国资委对国有医院进行存量改革(赵曼、吕国营,2007)。在理论上,农村合作医疗是农村社会保障的一部分,应纳入社会保障范畴,由劳动保障部门统一管理。但考虑到医疗监管的专业性以及卫生部门的利益,需解除卫生行政部门和国有医院之间的“父子关系”,使卫生行政部门(如合作医疗管理办公室)专职于监管职能。

第二,打破国有医院的垄断格局,鼓励社会资本进入,实施增量改革。为形成供方市场竞争机制,国家应通过行业政策引导社会资本通过并购、参股国有医院,投资建立新医院等方式,进入合作医疗供方市场,在不增加财政负担的情况下增加合作医疗服务供给数量。

第三,取消国有医院行政级别,恢复被扭曲的医疗供方市场声誉机制。现实中,医院的级别和声誉并非来自于市场或患者评价,而是来自于政府。因此,医院不重视患者与市场的口碑,只重视与上级行政部门的关系,扭曲了医院声誉的形成机制。因此,可以考虑逐步取消国有医院的行政级别,采取各种措施引导市场决定医院的声誉。迫使医院自身重视声誉的建设,进而对医生个体危害医院整体声誉的道德风险进行识别和监管。这可能是解决医疗领域信息

中央要求各级卫生部门设立专门的农村合作医疗管理机构,原则上不增机编制。因此人员配备的数量与质量就取决于当地政府的意愿。

严重不对称,外部监管不可及的可行思路之一。

第四,提高合作医疗管理部门搜集价格信息和讨价还价的动力,发挥其谈判大户的优势。卫生行政部门与医院“父子关系”的解除,有利于使合作医疗管理部门转变为独立的实体。上级部门应通过明确的部门职责定位调整及严格的激励约束措施,促使其积极搜集有关医疗供方的信息,通过谈判获取成本更低、质量更高的合作医疗供方。同时,重视农民合法利益的维护,使医院与医生面对的不再是势单力孤的患者,而是力量强大的合作医疗管理部门,以有力约束医疗供方的行为,完善医疗市场的声誉机制。

第五,由合作医疗办公室引导在部分地区进行试点,变“后付制”为“预付制”。国际经验表明,预付制是控制医疗费用的另一个有效手段,按人头付费、按项目付费等模式能够激励医疗供方降低医疗服务成本。

参考文献:

1. 王兰芳等(2007):《新型农村合作医疗对农民影响的实证分析》,《农业经济问题》,第7期。
2. 农业部农业经济研究中心课题组(2007):《新型农村合作医疗和特困人口医疗救助相结合的制度建设》,《中国人口科学》,第2期。
3. 中国人民大学农业与农村发展学院课题组(2005):《论“能力密集型”合作医疗制度的“自动运行”机制》,《管理世界》,第11期。
4. 赵曼、吕国营(2007):《关于中国医疗保障制度改革的基本建议》,《中国行政管理》,第7期。

(责任编辑:朱犁)

《中国人口科学》理事会名单 (排名不分先后)

华南师范大学经济与管理学院
武汉大学社会保障研究中心
北京师范大学社会发展与公共政策研究所
辽宁大学人口研究所
浙江大学人口与发展研究所
广东金融学院劳动经济与人力资源管理系
南京财经大学法学院社会工作系
嘉兴学院管理学院人力资源管理系
南京财经大学教务处
浙江大学社会保障与风险管理系
河北省社会科学院社会发展研究所
吉林大学商学院人力资源管理系

福建师范大学公共管理学院劳动与社会保障系
北京市人口研究所
北京市丰台区人口和计划生育委员会
山东社会科学院人口学研究所
贵州大学人口研究中心
宁波市人口和计划生育委员会
武汉大学人口资源环境经济研究中心
重庆市人口和计划生育研究院
北京物资学院劳动人事系
聊城大学管理学院
安徽大学人口研究所

two dimensions of age distribution of one-child and his or her mother ,and estimated the quantity and age structure of the disabled or dead one-child mothers.

Spatial Analysis on the Level of Mortality in China

Liu Huimin Niu Shuwen Yang Zhen ·44 ·

In this paper ,population death data coming from three recent censuses were corrected based on model-life table. GIS and ESDA were used to study spatial distribution of the corrected death level so as to explore its spatial and evolvement characteristics. The research showed that : (1) there existed spatial autocorrelation about death level in all provinces from 1981 to 2000 ,but its degree reduced over time ,(2) provinces with higher or lower death level were tend to cluster but not to be stochastically distributed. These results provided some scientific reasons to guide the limited sanitation resources to flow to the regions mostly in need.

Demonstrating the Environmental Law of the Minimum Limitation for Population Distribution :A Case Study for Jilin Province

Du Guoming and others ·53 ·

To demonstrate the applicability of environmental law of the minimum for population distribution ,four factors (heat ,water resource ,terrain and soil) were chosen to evaluate environmental quality of Jilin Province in 1 km² scale. Then ,correlation coefficients between environmental quality and several population densities in county scale were calculated. The main results are : (1) environmental quality has larger influence on distribution of rural population and agricultural population than urban population and non-agricultural population ,(2) environmental law of the minimum limitation is more applicable for examining the distribution of rural population and agricultural population.

Human Capital and Regional Disparities of Urbanization in China

Zheng Qinhuai Lai Desheng ·59 ·

The research uses the Coefficient of Variation to show the inter-regional disparities based on the panel data of 30 provinces in China. The author calculated the indicators of investment in higher education ,secondary education and fertility to see how those variants impact the regional disparities. The research found that the investment in human capital plays a very important role during the process of urban development ,though the inter-regional disparities in human capital have not yet narrowed. Investing in higher education might impact urbanization far greater than investment on secondary education ,with a clear distinction of the significance.

The Effects of Absolute Years and Relative Rankings of Schooling on Earnings in China :The Test for Productive Function and Informational Function of Education

Li Fengliang W. John Morgan Chen Xiaoyu ·67 ·

Using data sources from nation-wide city and town household surveys in 2000 by National Bureau of Statistics of China ,this paper investigates the effects of absolute years and relative rankings of schooling on earnings in the Chinese labor market so that we can distinguish both the productivity and screening functions of economic values of schooling. The empirical results show that schooling has significant both productivity-augmenting and productivity-signaling roles. The results suggest that schooling in Chinese labor markets on the one hand has productive function in promoting laborers ' productivity ,and on the other hand has significant information function of indicating laborers ' productivity.

The Governance of Skill Shortage in US and its Implications for China

Yang Weiguo Dai Mao Wang Jing ·74 ·

Skill shortage has become evident and been a great constraint to the economic growth in the USA since the 1990s ,and therefore has drawn attention of the academic and policy circles. The United States has already accumulated extensive literature and practical experiences on the issue ,which have important implications for China. This paper describes the recent situation of the skill shortage in the USA ,summarizes relevant literature ,discusses the causes of skill shortage ,introduces the measures that were particularly taken for solving this problem by the government ,the Labor Union and the employers ,and then provides suggestions for China in dealing with this problem in the light of USA 's practice.

On the Support Ability of the New Rural Cooperative Medical Treatment System

Zhang Guangke ·83 ·

This essay ,based on investigation in nine provinces ,appraised the support ability of new rural cooperative medical treatment system with perspectives on local governments ,medical organizations ,peasant households and administrative departments concerned. The results reveal that the support ability of the new rural cooperative medical treatment system in system 's operation ,mechanism of raising funds ,network ,is limited. Whether it could succeed in drawing lessons from medical insurance systems of urban residents ,strengthening the political will of municipal governments ,setting up the hospitalization cost control mechanism based on medical supplier 's morals risk ,will determine the benefit level of peasant households and future trends of this system.