

# 西部农村合作医疗的制度缺陷与机制优化

孟宏斌<sup>1,2</sup>

(1. 陕西省社会科学院 经济研究所, 陕西 西安 710061;  
2. 西北农林科技大学 人文学院, 陕西 杨凌 712100)

**摘要:** 为了有效推进西部农村合作医疗制度试点运行, 运用市场调研和对比分析方法, 分析西部农村合作医疗的制度性缺陷, 并界定了政府、农民及医疗机构三方利益主体的职能。分析认为: 应从筹资补偿、监督管理来完善合作医疗制度, 健全农村弱势群体医疗救助制度, 强化政府公共服务职能, 提高农村医疗机构服务质量, 构建相宜的农民参与机制, 从而保障西部农村合作医疗的持续发展。

**关键词:** 农村合作医疗; 制度缺陷; 机制优化; 持续发展

**中图分类号:** R127

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1671-6248(2008)01-0088-04

西部地区作为中国贫困面最大、贫困区域最集中、贫困程度最深的区域, 西部农民的贫困现状十分严峻, 而有关贫困的动态研究表明了贫困与疾病的相伴共生关系。在西部农村, 由于医疗卫生资源严重短缺及医药费用虚高膨胀, 出现农民“看病难、看病贵、看不起病”的现象, 进而导致“因病致贫、因病返贫”问题凸显, 成为破解三农问题的新障碍。据第三次国家卫生服务调查, 在农村致贫原因中首要是疾病或损伤, 因此而导致贫困的占 33%; 有 50% 的患者不去医疗机构就诊, 应住院而未住院的比例在 40% 左右; 西部地区因病致贫者达到 500 万人, 农村贫困中有 70% 是因为疾病造成的<sup>[1]</sup>。

为缓解因病致贫、因病返贫问题, 中国政府于 2003 年正式启动了新型农村合作医疗制度试点工作。从理论研究来看, 西部农村合作医疗制度的现有相关文献多采用社会学方法, 对新旧体制的比较、重建模式及筹资主体行为等方面进行描述性分析。因此, 笔者在对西部农村合作医疗制度缺陷分析的

基础上, 从运行主体与运行机制两个层面提出机制优化的举措。

## 一、合作医疗的制度性缺陷

制度设计的合理性是西部农村合作医疗良性运行的关键所在。从试点的实践情况看, 西部农村合作医疗制度存在管理机制不顺、筹资机制不稳、监督机制缺失及医疗体制改革不配套等体制性缺陷。

### (一) 制度功能定位偏差

建立新型农村合作医疗制度是重点解决农民因患传染病、地方病等大病而出现因病致贫、返贫问题的关键。然而, 在常见病和多发病为农村主导病种的现实情况下, 以大病统筹为主而忽视基本医疗保障的基本医疗保障模式必然使有医疗服务需求的贫困农民因缺乏缴费能力而遭到排斥。同时, 在以富裕人群为农村基本医疗保障主体的情况下, 政府对参保者的财政补贴就变成一种典型的逆向转移支

收稿日期: 2007-12-14

基金项目: 国家社会科学基金项目(06CSH017)

作者简介: 孟宏斌(1973-), 男, 陕西黄陵人, 陕西省社会科学院助理研究员, 西北农林科技大学管理学博士研究生。

付,客观上加剧了农村医疗卫生领域的不平等待遇,这与医疗保障制度对弱势群体转移支付和缓解社会不平等的功能定位明显背离<sup>[2]</sup>。

医疗卫生领域的市场失灵和准公共物品特征要求政府必须积极介入,以维护社会公正。虽然政府首次承诺在新型农村合作医疗制度中承担筹资主要责任,但明显的责任缺陷制约着合作医疗的筹资职能。随着分税制的实施,中央政府对包括医疗卫生服务在内的公共服务财政转移支付和投资严重削减。2004 年全国卫生事业费(包括中医事业费)为 511.71 亿元,占政府财政支出的 1.80%,占 GDP 的 0.37%。在地方政府方面,职能缺失责任下移使得缺乏财力保障的县级政府成为新型农村合作医疗的支出主体,大多数贫困地区的县、乡镇财政长期负债运转,加之省、市级政府财政配套资金滞后,县级财政压力过大,合作医疗的筹资责任全部压到农民头上,主体倒置引发筹资公平性欠缺<sup>[3]</sup>。

## (二) 制度设计实施不科学

由于合作医疗基金数额少,在制定补偿标准时,既要突出大病患者费用限额,又要兼顾受益面,结果出现“两低一高”(起付线高、封顶线低、补偿比低)的门槛制约。对小病患者来说,较高的起付线标准使许多达不到起付线水平的患者被排除在合作医疗保障之外,从而背上难以承受的经济压力;对大病患者来说,较低的封顶线标准对治疗费高达十几万甚至数十万元的农民患者无异于杯水车薪,不能从根本上消除农民的因病致贫现象。

从医疗费报销手续来看,要求参加合作医疗的农民定点就医、持证就诊、大病转诊,但在报销医疗费时,除持有医疗费用发票外,还必须出示合作医疗证、患者身份证明等相关证明材料,而且报销时的具体限制过多,手续比较繁琐,报销环节的时限过长,都使得参加新型农村合作医疗的农民无法方便快捷地享受到高质量的医疗服务,从而未能发挥医疗保障应有的作用。

## (三) 管理控制成本加大

按照制度设计,作为经办机构新型农村合作医疗办公室只是一个附设于卫生部门的临时机构,编制、人员和经费都未落实到位,很难有效发挥医疗服务管理方的监管职责。青海省民和县新型农村合作医疗办公室设在县卫生局,现有的几名工作人员只能应付日常的医药费用报销工作,无法真正有效地履行其应有职能。全县近半数的乡镇农村合作医疗工作人员是兼职的,其行政隶属关系及其工资福

利待遇与合作医疗办公室没有直接关系,造成合作医疗办公室的工作无法有效开展<sup>[4]</sup>。同时,由于缺乏必要的设备技能,无法采用信息网络化管理和规范化医疗补偿费用结算方式,管理力量薄弱。在农村基本医疗保障模式中,各试点地方虽引入起付线、封顶线以及分段按比例报销等措施,但因缺乏专业技术能力,不足以对医疗机构的不合理治疗行为和经办机构的不公正办理行为实行有效监督,以致影响到合作医疗资金的使用效果和效率,而且加大了组织管理的成本。

## (四) 制度运行环境不佳

合作医疗“春办秋黄”的历史教训及宣传工作的不到位,使农民对参加合作医疗的政策、权利及义务不知情,担心医药费用不能合理补偿,担心自己付了钱但未生病会吃亏,或者怕“干部吃好药,自己吃便宜药”,对合作医疗制度不信任。2003 年卫生部对陕西省旬邑县原底乡 301 户村民的调查显示,其中 36% 的农户对合作医疗满意或比较满意,44% 的农户不表态,20% 的农户不满意;有 44% 的农户愿意参加合作医疗,56% 的农户不愿参加<sup>[5]</sup>。

由于相关法律法规不健全,农村合作医疗的发展只能靠领导的主观愿望和下级对上级的惯性服从来维系。有些地方违反农民自愿参加的原则,用贷款、摊派和垫付等手段代替农民选择,强迫农民参保,并虚报参保人数和统筹金额,套取上级财政的资助资金,危及医疗保险基金安全。对此,一些现行地方性法规的条款针对性不强,处罚力度较弱,缺乏法律约束力,难以有效发挥强制性作用。

在“裁判与运动员集于一身”的医疗管理体制下,各级医院具有医疗服务和合作医疗保险的双重身份,为维系自身生存和牟取暴利的利益驱动下,定点公立医疗机构利用行政垄断地位和信息不对称优势,进行乱收费、滥检查、滥开大处方,而供方诱导下的过度消费使普通医疗服务消费者深受其害,导致医院成了新型农村合作医疗体制改革的大赢家。在三方博弈中,参与合作医疗的农民始终处于被动地位,由供方出发制定的合作医疗政策自然成了“剃头挑子”,从而制约其持续健康发展。

# 二、合作医疗运行层面的优化

有效的机制往往取决于主体、组织和制度的优化组合。因此,必须从管理、筹资、补偿及监督等方面对西部农村合作医疗运行机制加以优化。

### (一) 管理机制优化

农村合作医疗制度的管理机制主要是解决领导机构、管理机构及经办机构三个层面的问题。在机构建设与管理上,可以建立“县乡两级、以乡为主”的管理与服务分离的管理体制<sup>[6]</sup>。具体地说,县级经办机构和县级劳动与社会保障局合并为一套机构,负责全县住院或大额统筹费用的补偿管理,乡级经办机构由乡镇医疗机构兼挑,负责以乡为单位的门诊统筹费用的补偿。乡镇卫生院统一划归县级管理,深化卫生院内部运行机制,分流、清退卫生技术岗位上不具备相应职业资格的人员,加强从业人员的准入管理,优化农村卫生机构。

### (二) 筹资机制优化

筹资机制是西部农村合作医疗制度持续发展的根基。筹资涉及到筹资渠道、筹资水平和筹资方式三个方面。在筹资渠道方面,通过实行国家投资倾斜政策,建立激励集体扶持机制,畅通社会捐赠渠道,开征社会保障专项税收,最终形成由政府引导、集体资助、居民自愿参加的多元化筹资制度框架。在筹资水平方面,农民的年人均医药费用与补偿水平决定个人出资额度。据测算,个人缴费应占筹资总额的50%左右,以当地上一年度农民人均纯收入的1%~3%缴费比较合理,村集体资金应占资金总量的20%左右,政府应承担25%~40%的出资责任<sup>[7]</sup>。在筹资模式上,可以调整筹资顺序,按照地方财政、中央财政、农民的顺序筹集资金;同时降低基层政府为增加参保率进行宣传动员的筹资成本,加快受益覆盖面的扩大和“共济”效果的提升。

### (三) 补偿监督机制优化

补偿方案的设计要综合考虑区域经济发展水平及农民的消费心理,既要防止资金沉淀,又要防止资金透支。在具体补偿方式上,一是降低起付线,把因无钱治病而导致贫困的农民纳入到保障范围之内;二是调高封顶线,以农民年人均收入的三倍为补偿的封顶线,并完善相应的特大疾病医疗补助制度;三是扩大医疗报销范围,报销范围扩大至虽未住院但给农民的经济造成沉重负担的疾病门诊费;四是制定门诊减免和二次补助机制,把统筹金分为:一部分按规定补偿;另一部分则按患大病的贫困户的实际困难程度予以二次补助,以重点解决因患大病、重病而导致家庭困难的农户。

对合作医疗基金的监督,要按照“封闭运行、双层稽核、多层监督”的原则,建立健全基金存储、补

偿审批、财务结算、审计监督、报销公示等制度<sup>[8]</sup>。对农村合作医疗定点机构医疗服务行为监督,要严格执行“双鉴”制和“四公开一公示”制度,加大督查、审核力度,定期对县、乡两级合作医疗定点医疗卫生机构的服务行为进行检查监督、考核评估。

### (四) 健全弱势群体医疗救助制度

鉴于新型合作医疗覆盖范围窄的特点,要加快建立农村医疗救助制度。医疗救助是切断“疾病、贫穷、疾病”链条,从而使得这一机制成为农村贫困家庭最终摆脱贫困的有效捷径。由于医疗救助的主要对象是低保人员,应把医疗救助纳入社会保障范围,统一由民政部门负责政策的制定、救助基金的设立、社会捐款的募集、救助对象的资格审核;民政部门建立专门的医疗救助基金管理机构,由基金管理机构通过合同的方式购买医疗机构提供给救助对象的医疗服务,尽可能地为那些无力支付自付费用的参保患者提供救助。根据劳动力情况,对农村弱势群体合理分类,有针对性地采用救济、救助、扶持、援助等方式进行扶持。对丧失劳动力的农户通过完全救济、定期生活补助、纳入养老院、福利院收养等途径救助;对劳动力负担系数较高的农户进行部分救济或生产扶持<sup>[9]</sup>。

## 三、合作医疗主体层面的协调

任何制度的运行最终都要依赖于行为主体的积极参与。西部农村合作医疗的持续发展,除了运行机制的优化外,还必须合理界定供、需、管三方主体的职能,通过三方的合理参与、协同努力,才会确保制度运行的平稳性、持续性。

### (一) 强化政府公共服务职责

合作医疗具有强制性、互济性、公平性的特点,国家应在总结各地试点和实践经验的基础上制定统一的新型农村合作医疗法律法规,规定新型农村合作医疗筹资主体和筹集办法,明确中央和地方政府、社会、集体组织、农民个人等筹资主体的义务,运作方式及管理监督机制,而且规定适度强制的筹资政策,以保证筹资的规范性。

新型农村合作医疗的持续发展有赖于政府财政资助的及时足额到位。中央政府要考虑调整西部省级、市级、县级财政的出资比例,进一步提高省级财政出资比例;对少数民族地区、西部贫困地区给予额外财政补助,把财政支持的重点调整到支持公共预防保健和健全医疗保障体系等方面。

## (二) 提高西部农村医疗服务质量

针对西部农村医疗机构基础设施的薄弱环节,应加大财政投入,合理配置农村医疗卫生资源,推进县、乡、村三级农村医疗卫生服务网络的建设,尤其是乡镇卫生院的危房改造、扩建及基本医疗设备购置,尽快完备开展基本医疗和公共卫生服务的条件;鼓励县、乡、村三级卫生机构之间的纵向合作,建立以县医院为中心、乡卫生院为枢纽、村卫生室为主体的社区医疗卫生服务网络,为新型农村合作医疗制度的实施提供必要的医疗环境。

为提升基层医疗队伍的素质,政府可以利用地方教育资源定向为农村贫困地区培养实用的医疗卫生人才,鼓励和引导医学院校毕业生到西部农村工作,加大城市卫生支农工作力度。政府强化继续教育制度,加强农村卫生技术人员业务知识和技能培训,鼓励乡村医生接受医学学历教育;加强全科医师培训制度研究,探索适合中国农村情况的全科医师准入制度和在职培训制度,努力提高农村卫生技术人员的业务技术素质;注重提高农村医疗卫生技术人员的职业道德素质,使医务人员树立正确的服务观和价值观,增强医务工作者的自律能力,自觉地约束和规范医疗行为,提高医疗卫生服务水平。

## (三) 构建适宜的农民参与机制

农民参与机制是指农民在参与新型农村合作医疗中所形成的各构成要素的结构、功能及其相互影响的作用过程,是农民参与新型农村合作医疗制度过程中形成的带有规律性的模式。在农村合作医疗制度方案设计、运行、管理与监督过程中,要真正做到取信于民(以诚信为本,不失信于民)、还权于民(农民全程参与)及惠及于民(参与合作医疗农民真正受益)。

(1) 充分尊重参与合作医疗农民的权益。一是尊重患者的择医权,实行合作医疗证全县通用。参加合作医疗的患者不受行政区域的限制,可选择县内任何一个定点乡镇卫生院门诊、住院和定点村卫生站门诊、治疗,且享受合作医疗的政策不变;参与合作医疗的农民因急危重症到路途较近的毗邻县级以上公立医疗机构或在外打工工地的县级以上公立医疗机构治疗的,按照规定的审查程序和范围均可报销。二是尊重参与合作医疗农户的就医权,实行合作医疗人性化管理。参加合作医疗的农民均可免费享受一次健康体检,并建立个人健康档案;参与合作医疗农户两年未动用合作医疗基金的可再次享受免费体检。

(2) 拓展参与合作医疗农民的利益表达渠道。在方案设计、运行、管理与监督过程中,要真正做到取信于民(以诚信为本,不失信于民)、还权于民(农民参与方案制定、管理与监督的各个环节)及惠及于民(参与合作医疗农民真正得到好处)。一是要建立自下而上的决策机制。建立乡镇合作医疗农民代表大会制度,听取由新型农村合作医疗办公室提出的重大事项报告,讨论决定工作制度;民主评议县、乡两级合作医疗管理机构和工作人员,以此作为农民群众的一项基本的民主权利;提交农民意见,整合农民对合作医疗的筹资水平、保障程度、疾病种类等意见,并上报新型农村合作医疗办公室,作为决策依据,从而保证农民的知情权、审议权、通过权、决定权和评议监督权<sup>[10]</sup>。二是要建立自上而下的反馈机制。为及时掌握和了解农民群众的要求和建议,合作医疗管理机构要建立咨询、投诉与举报制度,主动采取派员进村入户了解情况、开展问卷调查等多种形式,听取社情民意,形成科学有效的、能反映群众医疗保障需求的合作医疗政策,激发农民参与合作医疗的热情。

## 四、结 语

作为一项旨在解决农民因病致贫、因病返贫的社会系统工程,西部农村合作医疗的制度性缺陷必须予以及时革除和改进。要在明确合作医疗公共产品属性的前提下,树立“政府主导、农民主体”的理念,规范并合理界定政府、医疗机构及参与合作医疗的农民三方利益主体的职能,从管理机制、筹资机制、补偿机制、监督机制等方面优化,才能真正建立起适应医疗服务供需现状的西部农村合作医疗体系,从而确保其长效持续发展。

### 参考文献:

- [1] 卫生部统计信息中心. 第三次国家卫生服务调查数据分析[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2004.
- [2] 邵德兴. 浙江新型农村合作医疗制度实践与政策思考[J]. 浙江社会科学,2005,21(6):151-156.
- [3] 邵海亚. 对新型农村合作医疗属性、目标及评价的思考[J]. 卫生软科学,2006,20(2):99-101.
- [4] 中国人民银行民和县支行课题组. 民和县新型农村合作医疗调查试点分析[J]. 青海金融,2007,16(4):17-19.
- [5] “西部农村合作医疗服务体系研究”课题组. 加强西

(下转第 97 页)

[J]. 开放潮,1996,4(2):38-39.

## Reflection on social insurance system for crime victims

QIAO Zhong-guo, ZHANG Yuan-yuan, LIU Ning

(Institute of Humanities and Social Sciences, Taiyuan University of Science and Technology, Taiyuan 030024, Shanxi, China)

**Abstract:** In order to help crime victims in their economic problems, the authors analyze China's social insurance system and offer their demonstration in establishing social insurance system for crime victims by value analysis and analogy. The authors find that the China's existing social insurance system has little effect on helping crime victims in their economic problems. Nevertheless, it will make a great difference if something can be done for it. To establish the social insurance system for crime victims, the China's existing social insurance system should be made use of first and then everything should be done according to the principle of going with the country's economic development level and being convenient for the crime victims.

**Key words:** criminal law; crime victim; social insurance; difficult position in economy

(上接第 91 页)

部农村合作医疗服务体系建设研究[J]. 经济研究参考,2007,29(4):15-35.

[6] 刘永华,徐杰. 农村基层卫生管理体制研究报告[J]. 中国初级卫生保健,2001,15(8):17-19.

[7] 王成艳,薛兴利. 刍议新型农村合作医疗的筹资机制[J]. 中国卫生资源,2005,8(4):149-151

[8] 詹晓波. 新型农村合作医疗基金管理模式的选择[J]. 卫生经济研究,2005,22(7):21-22.

[9] 孟宏斌. 陕西小城镇社会保障制度创新[J]. 长安大学学报:社会科学版,2006,8(2):19-22.

[10] 刘雅静. 新型农村合作医疗保障制度的政策建议[J]. 卫生经济研究,2005,22(2):25-26.

## Defects for western new rural cooperative medical care system in China's west and its mechanism optimization

MENG Hong-bin<sup>1,2</sup>

(1. Institute of Economic Research, Shaanxi Academy of Social Science, Xi'an 710065, Shaanxi, China;

2. School of Humanities, Northwest A&F University, Yangling 712100, Shaanxi, China)

**Abstract:** In order to push forward the operation of rural cooperative medical care system in China's west, the author in this paper analyzes the defects of rural cooperative medical care system, uses public policy to make clear the functions of farmers, governments and medical institutions, and puts forward ideas to perfect the rural cooperative medical care system, and rural vulnerable group medical assistance system, to strengthen government public service functions, to improve medical service quality in rural areas, and to establish a proper participating mechanism so as to ensure the sustainable development for the cooperative medical care system in China's west.

**Key words:** rural cooperative medical care system; system defect; mechanism optimization; sustainable development