

新型农村合作医疗中参合农民的权益保护及建设

孟宏斌¹, 陈娥英²

(1.西北农林科技大学 人文学院, 陕西杨凌 712100; 2.中国人民大学 国际关系学院, 北京 100082)

摘要: 农民的参与意愿、参与能力及参与程度是新型农村合作医疗制度持久运行的基础。鉴于新型农村合作医疗制度在保障参合农民权益方面存在的缺陷,提出必须以参合农民的实际医疗需求为中心,进行筹资管理、补偿监督等制度性建设,构建适宜的农民参与机制,强化政府公共服务职能,优化医疗机构服务,让农民真正融入合作医疗制度中并从中受益。

关键词: 新型农村合作医疗制度; 参合农民; 权益保护; 权益建设

中图分类号: C914

文献标识码: A

文章编号: 1009-3370(2008)01-0059-05

有关贫困的动态研究表明, 贫困与疾病具有相伴共生关系。迈克·格罗斯曼(Michael Grossman)指出, 健康水平低下使人们丧失了人力资本投资的能力和改善自身境遇的机会, 造成了收入的减少和贫困的发生, 后者又进一步制约着人们健康水平的提高, 最终形成了健康水平低下, 人力资本投资不足、贫困、健康水平再度恶化的陷阱^[1]。

在西部农村, 由于医疗卫生资源严重短缺及医药费虚高膨胀, 出现农民“看病难、看病贵”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, 农村致贫原因构成中, 首要原因是因疾病或损伤导致贫困的占 33%; 有 1/2 左右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 300~500 万人, 农村贫困者中有 70%是因为疾病造成的^[2]。

通过建立新型农村合作医疗制度缓解“因病致贫、因病返贫”问题, 是建设新农村、构建和谐社会的重大战略举措。自 2003 年新型农村合作医疗制度试点启动至截至 2007 年 6 月 30 日, 全国开展新农合的县(市、区)达到 2429 个, 占全国总县(市、区)的 84.87%; 参加合作医疗人口 7.2 亿, 占全国农业人口的 82.83%^[3]。然而, 从试点情况看, 新型农村合作医疗制度对参合农民健康权益的保障仍存在缺陷。

一、新型农村合作医疗制度保障参合农民权益的薄弱点

农民权益是指农民作为国家公民应享有的权利和应得到的利益, 一般可概括为三个层面的权益: 一

是经济权益, 主要包括财产权益和市场主体权益; 二是政治权益, 主要包括(被)选举权、结社(组织)权; 三是社会权益, 主要包括平等的受教育、医疗、劳动就业和社会保障等权利。谈到农民权益, 人们自然会想到生存权、(被)选举权、自主经营权等经济、政治权益, 而农民平等享受公共物品消费的社会权益常常被忽视。其实, 这些权益关系到广大农民的根本利益, 也与社会公平密切相关, 尤应得到保护和建设。从试点情况看, 新型农村合作医疗制度在保障农民医疗健康权益方面仍存在薄弱点, 最终影响到其持续的良性运行。

1. 目标定位偏差

根据制度设计, 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的因病致贫、返贫问题。然而, 在常见病和多发病为农村主导病种的现实下, 提供以大病统筹为主而忽视基本医疗保健的农村基本医疗保障模式, 必然使有医疗服务需求的贫困农民因缺乏缴费能力而被排斥。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了一种典型的逆向转移支付, 客观上加剧了农村医疗卫生领域的不平等, 与医疗保障制度对困难弱势群体贫困者转移支付和缓解社会不平等的功能定位明显背离^[4]。

2. 筹资自愿原则

自愿参加合作医疗的保险方式看似公平, 实则可能会引发逆向选择。现行的合作医疗缴费水平与参加者的收入水平、健康状况不挂钩, 采取统一的合作医疗费率。这容易使高危人群特别是妇女、儿童及老年

收稿日期: 2007-10-23

基金项目: 国家社会科学基金资助项目(06CSH017)

作者简介: 孟宏斌(1973—), 男, 陕西省社会科学院助理研究员, 博士研究生, 研究方向为农村社会发展。E-mail: mhb_1009@163.com

人构成参合的主力军,从而出现合作医疗参合人群越大、化解风险能力越小的逆向选择难题,削弱了风险集合的抗风险能力。

3. 筹资公平性欠缺

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。在中央政府方面,随着分税制的施行,中央政府对包括卫生服务在内的公共服务财政转移支付和投资严重减弱。2004年全国卫生事业费(包括中医事业费)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,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“补贴”财政的县、乡镇政权长期负债运转,加之省市级政府财政配套资金到位滞后,县级财政压力过大,合作医疗的公共筹资缺乏可持续性^[9]。

4. 补偿报销制度不合理

从补偿来看,目前的合作医疗实行的是以大病统筹为主的农村基本医疗保障,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家庭被排除在合作医疗保障之外,背上了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部分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(返)贫现象。从报销来看,农村合作医疗要求参加合作医疗农民定点就医、持证就诊、大病转诊,但在报销时,除医疗费发票外,还必须出示合作医疗证,患者身份证明等相关证明。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,使得参加新型农村合作医疗的农民无法便捷地享受到高质量的医疗服务,未能起到医疗保障应有的作用。

5. 管理控制难

按照制度设计,各级医院兼有医疗服务方和合作医疗保险方的双重身份,作为经办机构的农医办只是一个附设于卫生部门的临时机构,编制、人员、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。而且,在“裁判与运动员集于一身”的医疗管理体制下,为维系自身生存和牟取暴利的驱动下,效率低、服务差的定点公立医疗机构利用其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,旨在造福农民的新型农村合作医疗使医院成了大赢家。

6. 法律保障弱化

立法是政府的主要职能之一,在法制社会中,如果一项制度没有相应的法律加以规范,其运行不可能得到健康发展。世界各国建立社会保障制度的共同经验是先立法后实施,而我国的合作医疗是先自发的试验后总结推广再行政规范,至今还没有形成法律体系。因此,合作医疗制度的发展只能靠下级政府对上级政府的“惯性服从”和某些领导的重视程度来维系。即使有法规,也都是些地方性行政法规,缺乏法律约束力,尤其是对危及医疗保险基金安全的行为,相关法规条款针对性不强,处罚力度较弱,难以有效地发挥法律处分的强制作用。比如在国外,政府通常通过税收优惠来鼓励企业、社会团体和个人积极参加慈善捐助。在我国,虽然《公益事业捐助法》中规定公益捐助可享受所得税优惠,但至今仍没有具体的税收优惠办法,这在相当大程度上抑制了社会各界参加社会捐助的积极性。

7. 信任危机加剧

理性选择理论认为,信任意味着要将自己所拥有的资源主动交到他人手里。由于传统的合作医疗经过短暂迅猛的辉煌之后,呈现“网破、线断、人散”的沉寂局面。对农民来说,新型农村合作医疗又有“十年井绳”的感觉。在缺乏有效约束机制的情况下,具有公共产品资源共享特点的农村合作医疗,可能会出现“群众交钱,干部吃药”的现象。因此,农民对新型农村合作医疗基金的筹集、补偿、监督管理等环节心存疑虑,最终不愿参加。卫生部2003年对陕西省旬邑县原底乡301户的调查表明,只有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%的农户不愿意参加^[10]。

8. 与医疗救助制度的衔接缺陷

农村医疗救助制度是对因家庭困难无力就医的农村五保户和农村特困家庭或因患病影响家庭基本生活的贫困农民家庭实行的一项社会救助制度。自2003年开始在全国农村建立医疗救助制度以来,一方面,医疗救助出现缺乏法律政策保障、归属管理部门不明确、救助资金筹集与补偿未形成制度化、医疗救助对象有限且救助力度偏低等问题。另一方面,如何把惠及农民的合作医疗与医疗救助两大制度相互衔接配合,更好解决因病致贫、因病返贫问题,也是目前制度的缺陷之一。

作为农村合作医疗制度的三方主体,参合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”,既无法维护参合农民的利益,更无法调动参合的积极性,从而制约着西部农村合作医疗的长效运行。

二、新型农村合作医疗制度保障参合农民权益的支撑点

农业兴,百业兴;农民富,国家富;农村稳,天下稳。保护农民权益不仅是实现全面建设小康社会宏伟目标的关键所在,更是维护社会稳定和国家长治久安的重要保证。农民权益保障不能仅仅局限于消极的防御性保护(对农民显性权益侵害的保护),更应致力于长期的主动性制度建设,为参合农民权益保护主动创设条件,争取其隐性权益的实现。

1. 增强农民积极主动的参与意愿

作为新型合作医疗制度的参与主体,农民对相关医疗政策的了解和接受是建立新型农村合作医疗制度的前提条件。因此,必须对农民进行细致的宣传发动。政府职能部门要在深入了解和农民认识、疑虑和意见的基础上,广泛深入地开展宣传教育活动,使广大群众明白“要小康,先健康”,促进健康是消灭和减少贫困的重要手段。可以通过把各种健康培训课程办进农村,开展心理咨询服务,促进人们的生理、心理健康,提高农民的自我保健意识、互助共济意识和健康风险意识,逐步培养农民科学的健康消费观念,并鼓励其积极进行健康投资。

在宣传内容上,要帮助农民最大限度地了解新型合作医疗的意义、目的、举办方式、操作方法等基本知识,特别是基金的筹集与使用、资金的补偿原则、基金的分配与使用、住院费用报销起付标准与年度最高封顶线、管理服务程序等具体内容。宣传要实事求是,讲究诚信,消除农民的疑虑和担心。在宣传方式上,要结合农村和农民的实际,深入基层农户,把口头宣传和书面宣传作为主要宣传方式,利用墙体广告印制宣传口号,散发宣传单,辅之以电视、广播、宣传窗和报刊杂志等载体的宣传,形成全方位、多角度的宣传模式。还可以通过对参合者受益实例的介绍,用事实说话,提高吸引力,在自愿原则下最大化地提高农民的参合积极性和自觉性。

2. 构建适宜的农民参与机制

农民参与机制是新型农村合作医疗运行制度中极为重要的微观机制。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(参合农民真正得到好处)。一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,听取由合管办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、疾病种类等的意见,并上报合管办,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^[1]。二要建立自上而下的反馈机制。为便于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,激发农民参加合作医疗的热情和动力。

3. 明确参合农民的参与重点

农民的参与主要是针对合作医疗基金的管理、使用和定点医疗机构服务质量两方面。对合作医疗基金的管理要按照“封闭运行、双层稽核、双向公示、多层监督”的原则,建立健全基金存储制度、补偿审批、财务结算、审计监督、报销公示等制度。参与监督的主要内容有:执行合作医疗政策有无偏差,医疗费用偿付是否合理、准确、及时,是否切实保障了合作医疗参加者的基本医疗需求,充分保障农民参与、知情和监督的权利。为遏制医疗机构的供方诱导性需求行为,必须严格执行“双鉴”制、“四公开一公示”制度,从源头上加大督查、审核力度,定期对县乡、村合作医疗定点医疗卫生机构的服务行为进行检查监督、考核评价,包括处方、病历、合理检查、合理用药、药品价格、医疗收费等。

4. 强化政府公共服务职能

为确保合作医疗持续发展,作为社会管理者及合作医疗出资者的政府,必须树立以人为本的公共服务理念,积极合理引导并保护参合农民的合法权益。就法律保障看,国家应在总结各地试点经验的基础上制定统一的新农村合作医疗法律法规,规定筹资主体和筹集办法,明确中央和地方政府、社会、集体组织、农民等筹资主体的义务、运作方式及管理监督机制,以保证筹资的公平性。就财政支持看,中央政府要考虑调整西部省、市、县的财政出资比例,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。就组织管理看,政府要建立市场准入制度,完善政策法规,加大对公立医疗机构的结构调整和资源整合,引入竞争机制,切实保障民营医院与公立医院的同等待遇,促进民营医疗机构的健康发展,使医疗机构降低经营成本,提高服务质量。

5. 优化医疗机构服务

要实现农民对医疗服务的可及性与可得性,必须从体系、人员、服务质量等环节入手解决。在硬件

建设上,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,大力推进县(市)、乡(镇)、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买,使其尽快达到开展基本医疗和公共卫生服务的条件^[9]。鼓励县、乡、村卫生机构间的纵向合作,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。

在软件建设上,政府应利用地方教育资源定向为农村贫困地区培养短缺适用的卫生人才,鼓励引导医学院校大学毕业生到西部农村工作,加大城市卫生支农工作力度。同时强化继续教育制度,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^[9];探索适合我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,提高医疗卫生服务水平。

6. 促进农村医疗救助与新农合两种制度的衔接

作为我国政府解决“看病贵、看病难”问题实施的两大重要制度,农村医疗救助与新农合应在保障水平、补偿模式、组织管理等方面进行有机结合,相互补充、相互促进。根据两种基金的属性和特征,确定不同的衔接点。具体说,在实行新型农村合作医疗试点地区,医疗救助统一由民政部门负责政策的制定、救助基金的设立和社会捐款的募集、救助对象的资格审核,主要采取由民政部门利用救助金为贫困

人口缴纳参合费的形式帮助其参加新型农村合作医疗,兼顾对救助对象的二次救助补偿。新型农村合作医疗应优先考虑所有参合人群的整体权益,努力扩大覆盖面,尽量体现公平性。

7. 建立大病医疗保险制度

以基本医疗为农村医疗保障的重点不可能完全防止由大病带来的因病致贫、因病返贫现象的发生。对那些无力通过参加保险抵御大病风险的贫困人口,由政府设立大病风险基金加以扶助。基金补偿采取“保大不保小”的方式,重点补助生大病、重病的高额医疗费用的群体,体现大病保险的特色。2007年青海省西宁市出台《西宁市农村医疗救助实施意见》,取消了大病医疗救助起付线,提高新型合作医疗报账后剩余部分分段报销比例,并将封顶线由原来的1500元提高到6000元,其中五保户全额报销;按10%的比例提取大病医疗风险储备金,主要用于医疗风险资金和不可预见的特殊情况的临时救助资金;简化了大病医疗救助资金的申报审批程序,实行了“一站式”服务。

参合农民权益的保护与实现状况直接决定着新型农村合作医疗的持续发展。如何通过合理的激励约束机制,既引导政府部门与医疗机构适宜介入、规范操作实施,最大化满足参合农民的实际医疗需求,又调动农民参与合作医疗的积极主动性,形成供需管三方主体协同联动完善合作医疗制度,成为西部合作医疗制度今后理论研究和实践探索有待解决的问题。

参考文献:

- [1] Michael Grossman. On the concept of health capital and the demand for health [J]. *Journal of Political Economy*, March-April, 1972: 55-58.
- [2] 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: 16-18.
- [3] 陈竺部长在国务院新闻办公室新闻发布会上介绍新型农村合作医疗制度运行情况[EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/newshtml/20100.htm>, 2007-09-07.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 西部农村合作医疗服务体系研究课题组. 加强西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.
- [7] 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, 24(2): 25-26.
- [8] 兰莉芸. 我国新型农村合作医疗制度的缺陷及对策分析[J]. *重庆文理学院学报(自然科学版)*, 2007, 26(1): 67-69.
- [9] 郭艳芳, 陈少贤. 广东省乡镇卫生院医生人力资源现状及政策建议[J]. *中国农村卫生事业管理*, 2006, 26(12): 15-18.