

黑龙江两县新型农村合作医疗的问题分析

汪德华^{1*} 路瑶²

1. 中国社会科学院财政与贸易研究所 北京 100836

2. 南京大学经济学院 江苏南京 210093

【摘要】本文基于对黑龙江省两县的实地考察,分析了两地新型农村合作医疗在实施过程中存在的两个问题。一是新农合的实施影响了当地的医疗卫生服务体系,不同医疗机构受到了差别对待,而双向转诊的规定在当前农村难以实施;二是很多地方偏爱的个人账户并非如其宣传的目的是保障小病,而是为了降低农民的实际参合费用,并保障新农合的资金周转。这些问题都是未来进一步加强新农合工作所需解决的。

【关键词】新型农村合作医疗;医疗服务体系;个人账户

中图分类号:R197.1 文献标识码:B 文章编号:1674-2982(2009)05-0050-04

Analysis on issues of new Rural Cooperative Medical System in Heilongjiang province

WANG De-hua¹, LU Yao²

1. Institute of Finance & Trade Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100836, China

2. School of Economics, Nanjing University, Jiangsu Nanjing 210093, China

【Abstract】 Based on field study in two counties in Heilongjiang province, this paper analyzed two issues about the implementation of new Rural Cooperative Medical System(RCMS). First, RCMS has adversely affected the local medical service system. The health agencies in charge of RCMS may take advantage of it to protect their subsidiary medical institutions, and the two-way referral provisions in the current difficult to implement in rural areas. Second, the medical savings accounts referenced by many countries is not as propagandized to reimbursement minor ailments medical expenses, but to reduce the actual admission cost and keep cash flow of RCMS. These issues need to be resolved in future for strengthening RCMS.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical System, Medical service system, Medical savings accounts

我国新型农村合作医疗制度(简称新农合)2003年开始试点,2007年进入全面推广阶段,至今已覆盖全国大部分农村地区。新农合的快速推广,使得在较短时间内我国农村居民拥有了初级形态的医疗保障。在我国新农合推广过程中,中央政府明确了几个原则,如以户为单位自愿参加、以保障大病治疗为主、采用政府财政补贴为主辅以个人缴费的筹资形式等,而具体的实施办法一般由县级政府制定。这种实施思路造成新农合制度设计的“百花齐放”局面,使得不同的县在一些重要问题上所采取的政策措施有所不同。这为未来探索最优的制度设计提供了一个实验田。

为了探索新农合最优制度设计,需要在当前对各地所采取的各种具体政策措施进行分析,去芜存菁。本文以2007年黑龙江省两县(以下分别称为A县、B县)实地调研的发现为基础,分析目前新农合实施中的两个突出问题:一是新农合对农村医疗服务提供体系的影响,二是新农合制度中家庭账户的真实功能。

1 调研两县新农合开展的基本情况

调研所在地A县2006年农业人口21万,常住农业人口15万左右,完成财政收入2.1亿,农民人均收入约4000元。B县的经济和社会事业发展水平

* 基金项目:国家社科基金(编号:07CJY038),国家自然科学基金杰出青年基金(编号:70625002),中国社会科学院青年科研启动基金项目。

作者简介:汪德华,男(1974年-),博士,助理研究员,主要研究方向为公共经济学、卫生经济学,E-mail:wangdehua9@126.com。

更高,先后跻身于“全国农村综合实力百强县”、“中国明星县”的行列,其农业人口 8.8 万,常住农业人口 6.8 万。2006 年财政收入 1.58 亿元;城镇人均可支配收入 8 266 元,农民人均纯收入 4 262 元。

A 县新农合从 2006 年开始试点,当年参合人数达到 12.2 万人,参合率为 78%;2007 年上升到 87.5%。A 县在施行新农合之前,考察了一些试点县,进行农民医疗需求调查,制定本县方案征求意见稿,反复征求意见确定暂行办法。2005 年冬季开始启动,第一次筹资采用入户广泛宣传方式,筹资成本大致达到筹资总额的 15%。不过,其 2007 年的筹资过程就相对简单,筹资成本也大幅下降。

在筹资水平上,2006 年中央财政为 A 县每个参合农民补贴 20 元,省、市和县分别补贴 9 元、3 元、3 元,农民个人缴费 10 元,共 45 元。在资金分配上,8 元进入个人门诊账户,其他进入大病统筹基金,当年仅为住院补偿。按照试点方案,乡镇卫生院、县级(指 A 县)、县外住院补偿起付线分别为 300、600、1 000 元,报销比例分别为 50%、30%、20%。最终,2006 年 A 县新农合年度支出总额为 299 万元,其中住院统筹支出为 201 万,家庭账户基金支出 98 万元。住院统筹资金支出流向见表 1,可以看出基本上集中在县、乡两级。且相对于住院总费用而言,新农合的实际报销比例还较低,即使是在乡镇卫生院住院费用的报销也没有超过 30%。由于 2006 年 A 县在补偿上过于保守,新农合资金使用率仅为 61.27%,为此 2007 年在试点方案上有所改进,主要是降低了起付线并增加了 5 种慢性病补偿。

表 1 2006 年 A 县新农合住院补偿人次、费用及比例

	县以上医疗机构	县级医疗机构	乡镇卫生院	合计
大病补偿人次	118	2 561	1 456	4 135
住院总费用(万元)	102	501	210	813
住院补偿费用(万元)	14	126	61	201
实际报销比例(%)	14	25	29	25

B 县的新农合制度自 2005 年开始试点,每年对筹资工作抓得力度很大,参合费收取较为顺利。B 县每人每年新农合筹资额度为 55 元,其中中央财政补贴 20 元,省、市、县分别补贴 9 元、3 元、3 元。参合农民以家庭为单位每人每年交纳 20 元,其中 12 元设立个人门诊账户,8 元纳入大病统筹基金。

B 县参合农民可持合作医疗证、本人身份证、户口簿在市辖区内自由选择定点医疗机构就诊,且享

有免挂号费、诊察费、住院床费减免 50%,辅助检查费减免 10% 的优惠待遇。对于三类慢性病:恶性肿瘤、脑出血及脑血栓后遗症、尿毒症可进行适当比例的报销。门诊慢性病支付标准,起付线为 1 000 元,1 000 元以内不予报销,年个人封顶线为 2 000 元。各级医疗机构的住院就医的起付线均为 300 元(全年只扣一次),封顶线为 10 000 元。乡镇卫生院、县级(指 B 县)、县外住院报销比例分别为 40%、35%、30%。门诊个人账户每人每年 12 元,不受报销比例限制,家庭成员之间的门诊个人账户资金可以共同使用,超支不补,节余转下年。

本次两县调研还进行了 115 户农户的入户访谈。其中 100 户农民参加了合作医疗,15 户农民没有参加。由于部分没有参加的农户是外来居民,不能参加当地的新农合,因此实际参合率更高一些。参合农户中仅有 1 户表示不是自愿参加的,其余 99 户均表示自愿参加。所有参合农户对新农合的整体评价,要么是好,要么是还可以,没有不好的评价。

调研中发现,所有参合农户没有一户知道中央和地方各级政府为新农合补助了多少钱,对于参加新农合大致能享受到什么样的医疗保障,绝大多数农户都不清楚。当问到在 2008 年是否还愿意参加新农合时,有 9 户农民明确表示不愿参加新农合,其余农户多数表示愿意参加。调研中还设计了一些假设性问题,例如将农民的参合费提高一倍,同时报销比例相应提高,是否还愿意参加?对此,100 户农户中只有 12 户明确表示不愿意参加。问到将参合费用提高到 50 元,是否还愿意参加时,只有 23 户农户表示不愿意参加。由此可见,提高农民的参合费用,提高其医疗保障待遇具备了一定的现实基础,这是未来新农合发展的一个重要主题。

2 新农合对农村医疗服务提供体系的影响

新农合采用了补贴需方的财政投入方式,它对于农村医疗服务体系有什么影响?目前新农合的主管机构是卫生局,是否可能导致卫生局差别对待不同属别的医疗机构,扭曲当地的医疗服务市场?这是新农合实施过程中的一个值得关注的问题。

调研中我们非常关心新农合对乡镇卫生院的影响。调研小组所到 6 个乡镇卫生院普遍反映,由于两县的补偿方案均向基层倾斜,因此新农合的确让乡镇卫生院的收入提升,一般在 30% 以上。另外一个发现是,由于补偿方案中主要报销住院费用,两县

的数位乡镇卫生院院长均反映,收入增加主要体现在住院病人大量增加。

目前新农合乃至医改整体方案中的政策取向,都要提倡基层首诊及双向转诊制度。在农村即是提倡农民应先到乡镇卫生院就医,对于超出卫生院诊治范围或治疗有困难的患者,应向上转诊至高一级的综合医院。同样,县级医院对病情得到控制后的患者可视情况转至乡镇卫生院继续治疗。然而在两县的调研中,我们发现双向转诊制度在农村地区难以贯彻执行,无论是患者还是医疗机构都没有实施转诊的动力。卫生院向县医院的向上转诊制度虽在文件中有提倡,但很多患者嫌转诊的手续过于繁琐,且对卫生院的治疗水平不信任,在自感病情严重时往往会直接前往县医院就医。当地新农合办公室也了解这一情况,因此他们制定的政策是不需要转诊手续也可以报销。乡镇卫生院出于业务收入的考虑,一般不愿向上转诊。而县级医院为了争夺病源,一般不希望病人转走,向下转诊则基本上没有出现。

对于卫生主管部门是否会利用新农合差别对待不同属别医疗机构的问题,两县都存在共同的问题。两县中尤其是 A 县的公立医疗机构的布局有一定的特殊性。当地的县级公立医疗机构除了县医院、县中医院之外,还有农垦、林业系统所属的同等级的医院。在新农合实施之前,当地曾经爆发过地方医院和农垦局医院之间激烈的价格战,诊疗费用被压到非常低,如做一个 CT 只要 80 元。患者在这种竞争中获得了收益,不仅当地的患者的医疗费用降低了,低价格还吸引了外地的一些求医者。在价格战结束之后,地方医院由于有卫生局的保护仍然能够顺利地发展,但是农垦局的医院却因此而大伤元气,一些水平高的医生离开了这家医院。

在新农合实施之后,由于新农合办公室挂靠 in 卫生局,且在办公费用方面对其非常依赖,因此制定的补偿方案对当地卫生局所属医疗机构有所倾斜。尤其是 A 县,农垦局、林业局所属的医院虽然就在县城所在地,但其报销比例比地方医院低。这样的政策倾斜是促使当地的农垦局医院损失了 40% 以上住院病人的重要原因。B 县在 2007 年之前采用类似的政策,但在 2007 年之后,由于部分群众反映这种政策对其就医造成了很大的不方便,开始取消了这一规定。

两县新农合实施过程中都不同程度的存在着对私立医疗机构歧视的现象。调研发现, A 县有数家为群众广泛认可,技术水平较高且规模较大的私立

专科医院。如 A 县的妇幼医院由原县医院妇产科主任创办,声誉很好,在新农合之前吸引了很多孕产妇前往就医。A 县新农合实施第一年,这些私立医院获得了定点医疗机构的资格,然而一年后其资格被取消了。调研中,卫生主管部门提出的理由是由于这些机构由私人运营,追求利益最大化,难以管理。相关官员也坦陈这种规定存在差别对待不同属别的医疗机构的问题。这些私立机构也采取了一些对策,如妇幼医院就规定,凡是到其就医的,院方按照新农合的标准给予相应的补偿,如平产给产妇补贴 150 元。然而妇幼医院院长反映,由于政府明令禁止私立机构对外进行宣传,因此它们的这项政策目前还不被农民所熟知。由此在目前看来,新农合的实施导致妇幼医院减少了大量患者,调研时仅仅能够艰难维持现状,失去了进一步发展的能力。

3 新农合中个人账户的实际功能

按照中央文件规定,新农合应以大病保障为主。但在现实中,很多人认为也应当保障小病,增加新农合的受益面与吸引力。为保障小病,很多地方均学习城镇职工基本医疗保险,采用了设立个人账户(或者称家庭账户)的模式,即为每个参合人分配一定金额,用于其家庭成员小病门诊治疗时报销,无须经过严格的审批,当年如果没有用完可以结转下年。

医疗保险中设立个人账户产生于 1980 年代的新加坡,其基本性质是一种医疗方面的强制性储蓄,一般用于小病报销。我国的城镇职工基本医疗保险采用了统账结合的模式,设置了个人账户。刘国恩等的总结表明,医疗保险中的个人账户实际作用在不同环境下有所差异,难有定论^[1]。而在新农合的推广过程中,各个地方的制度设计者对于个人账户模式较为偏爱,如在卫生部 2005 年对新农合试点县的首次全国评估中,发现 189 个县中 58.7% 均实行了住院补偿加个人账户的模式^[2]。然而,如高梦滔等基于对云南的调研发现,实施个人账户实际作用不大,因此对其必要性提出质疑。^[3]

在我们调研的 A 县和 B 县,均实行了个人门诊账户加大病报销模式,其中 B 县个人门诊账户的额度为 12 元, A 县为 8 元。两县均规定门诊药费可以随时报销,参合农民可持合作医疗证、处方和收据到本乡(镇)合管办办理报销手续。合管办的领导介绍说,门诊可以在村医处或者在各大定点药店拿药,并且报销,到年底门诊账户基本可以返还。然而个人

账户是否真正地起到如文件中所指的保障小病的作用呢? 我们的调研发现并非如此。

访谈发现农户的小病医疗费用几乎都没有报销过。实际的操作是, 个人账户里的钱一般都是直接结转下年, 抵冲其下年应缴纳的参合费用。一些村庄的农民每年只需补交“大病统筹”的那小部分参合费用, 不需要续交个人门诊账户的费用, 而且部分村庄用村集体的钱替农民支付参合费用。这样可以保证参合率只增不减。陪同笔者进入农户家中调研的合管办领导非常赞成这种做法, 并且希望可以大力推广。笔者了解到, 具体操作流程是这样的: 比如在 A 县, 第一年每个村民的 8 元门诊账户因各种原因没有使用。村里通过替每个参合农民开具发票, 说明此 8 元门诊账户的钱已经用过, 并且由村会计统一到乡合管办领钱。第二年就只向每个参合农民收取 2 元, 另外 8 元门诊账户就用领回来的钱替交。在 B 县, 村民第一年需缴纳 20 元参合费用, 其中 12 元计入个人账户, 自第二年始只需缴纳 8 元。因此, 门诊账户的使用只是做了些财务上的处理。

由此可见, 两地的个人账户并非发挥其文件中所规定的功能。仔细分析其利弊, 这种做法应当说是现实背景下各方, 尤其是县级新农合执行机构非常合理的自发创造。其实际功能主要有以下两个方面。

(1) 农民在这一过程中得到的好处是参合费用少了。中央的规定是参合农民一般应缴纳 10 元以上的参合费用, 但因为门诊账户的存在, 实际上无需缴纳这么多。比如在 A 县, 第一年每个农民交了 10 元参合费, 第二年或者以后的若干年他们只需要每年补交 2 元即可继续参合, 相应的政府补贴为 35 元, 因此其参合积极性得到保证。在目前新农合推广过程中, 一般上级政府对于下级都有参合指标的要求, 而个人账户的政策, 非常有助于下级政府达到这一目标。

(2) 县市合管办等执行机构通过门诊账户, 也是一举多得。①参合率提高, 参合费用总额增多, 以县为统筹单位的“池子”变大, 可以制定更好更优惠的政策, 为农民服务。②确保资金到位, 周转顺畅。新农合实行政府补助为主, 但是国家一级的补贴到位一般有时间延迟, 省一级补贴中会扣除风险金部分, 因此县一级财政必须先行垫付资金, 造成较大财政压力。A 县和 B 县的新农合管理人员都指出, 个人账户中的资金在上级补助到来之前, 可以保证县市合管办有一定的资金进行报销费用的支付, 缓解了地方财政周转压力。B 县采取收 20 元并将 12 元计

入个人账户, 而非收 10 元将 2 元计入个人账户, 即是出于这种考虑。

当然, 个人账户虽然发挥了以上功能, 但其可能会冲淡培养农民参合意识的效果。B 县的访谈发现目前的运作模式使得未来真正需要提高农民参合费用时工作难度增加了。国家规定农民必须交纳一定数额的参合费的主要目的, 就是培养农民的保险合作意识。实施门诊账户后, 交纳的费用下降了, 使农民容易忽略自己在新农合开展中的重要性和主人翁意识, 一定程度上减轻了新农合的实施效果。另一方面, 在目前新农合筹资能力有限的情况下, 虽然个人账户有助于地方政府完成参合比例上的要求, 但会削弱大病统筹基金的报销能力, 使得患大病的参保人所能得到的报销金额降低。

4 小结

基于对黑龙江省两县的实地调研, 本文主要分析了新农合开展中的两个问题。从总体看, 新农合的推行效果是令人满意的, 受到了农民的广泛欢迎。而对农民参合意愿的假设性问题访谈也表明, 进一步提高筹资强度, 提高农民的医疗保障待遇已经具备了现实基础。值得高兴的是, 我国已经在 2008 年将新农合的筹资水平翻番, 加强对农村医疗保障事业的支持。

虽然在整体上进展良好, 但调研也发现新农合的执行过程中还存在一些值得注意的问题。例如两县的卫生主管部门差别对待不同属别的医疗机构, 有可能会扭曲农村医疗服务市场问题; 双向转诊难以实施问题; 设置个人账户虽然便利当前的工作开展, 但可能为未来扩大新农合的实施强度带来困难等。这些问题的存在表明我国的新农合尚处于发展过程中, 需要决策部门进一步研究加以规范。

参 考 文 献

- [1] 刘国恩, 董朝晖, 孟庆勋, 等. 医疗保险个人账户的功能和影响[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(2): 61-64.
- [2] 卫生部统计信息中心. 中国新型农村合作医疗进展及其效果研究[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [3] 高梦滔, 高广颖, 刘可. 对云南省三个新型农村合作医疗试点县(市)的调查报告(下)[J]. 卫生经济研究, 2005, (10): 8-12.

[收稿日期:2009-01-10 修回日期:2009-02-15]

(编辑 许素友)