

社会保障研究

新型农村合作医疗制度可持续性因素分析基本框架

胡苏云

(上海社会科学院 人口与发展研究所, 上海 200020)

摘要: 新型农村合作医疗制度是提供农民医疗保障、构建农村卫生体系的重要载体, 对于其可持续性从以下三方面来分析; 以筹资为中心的医疗制度系统构成角度理论性分析; 保险制度设计方案分析和不同地区的制度可持续性要点分析结合医疗制度的其他评价指标进行拓展型分析, 如制度的公平和效率等。

关键词: 新型农村合作医疗; 可持续性; 保险

中图分类号: F323.89; F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2006)05-0071-04

New Cooperative Medical System (NCMS): Basic Analysis on Factors of Sustainability

HU Su_yun

(Institute of Population & Development, Shanghai Academy of Social Science, Shanghai 200020)

Abstract: New Cooperative Medical System (NCMS) in China is the main carrier to provide health insurance for farmers and to construct rural health system. It can be studied its sustainability from three aspects, firstly is the theoretical analysis around health financing system, second is from insurance arrangement plan, and third is from regional difference perspective. Finally we can develop the analysis from related systematic evaluation indicators such as equity and efficiency.

Keywords: New Cooperative Medical System (NCMS); sustainability; insurance

2003年中国在中央政府的大力推进下开始试点的新型农村合作医疗制度, 目标是到2010年在全国范围内建立广覆盖的农村合作医疗制度。对中国政府来说, 新型农村合作医疗制度是提供农民医疗保障、构建农村卫生体系的重要载体, 也是建设社会主义新农村内容之一, 因此制度的可持续性, 尤其是经费开支支撑制度延续意义重大。世界银行等国际机构

介入中国农村医疗卫生制度研究, 对公共卫生、医疗保险和卫生服务达成了认识^[1], 对新型农村合作医疗制度的研究也形成了一些初步结果, 认为制度建立后的延续问题是难点^[2]。

一、从医疗制度系统构成角度, 围绕筹资的可持续性进行理论性分析

根据卫生经济学理论, 整个医疗卫生制度

收稿日期: 2006-04-13

基金项目: 本文为国家社会科学基金(04BRK011)研究成果之一。

作者简介: 胡苏云(1964-), 女, 上海人, 上海社会科学院人口与发展研究所研究员, 主要从事社会保障、医疗保险、农村医疗研究。

系统包括卫生经费筹集、医疗保险和医疗服务的组织、政府的调控、行政及市场的激励机制, 医疗卫生制度的可持续性涉及所有这几个环节的可持续性和相互协调一致。由于新型农村合作医疗制度是种政府、集体和个人共同筹资、县级范围农民互助保险制度, 因此筹资体系可持续性是关键。而筹资体系本身又有三个部分构成: 动员社会资源的机制 (目前体现为中央和地方政府资金、企业和乡镇集体、家庭个人资金)、各种收入来源的统筹机制 (县统筹基金, 以及具体管理方法, 即是否委托保险公司第三方管理), 以及向医疗服务供给者分配资源的机制 (对医疗机构支付方法)。

筹资系统的可持续性离不开医疗服务体系的配合, 因为医疗保险管理部门和医疗服务提供部门的组织结构、地域分布合理性、运营维持与筹资系统中的统筹资源安排和资源分配密切相关。目前医疗机构组织和地域分布不合理, 集中在城市, 而且运营机制也不健康, 严重影响资金的有效使用, 但是这不能独立于农村卫生系统和社会经济系统本身, 而是整个医疗机构组织、补偿机制和运行机制的问题。

政府调控是指各级政府在上述两个系统中的监督、管理、协调职能 (权力、责任和能力), 尤其是要维持医疗制度的公平性; 其中更包括政府行政能力和发挥市场机制作用来使筹资、组织管理和调控更有效率。

根据我们已有的可持续性要素分析显示: (1) 政策设计的合理性和政策施行的有效程度越高, 农村合作医疗越能够持续发展下去; 合作医疗获得的筹资额度越高, 这项政策越能够持续发展下去; (2) 筹资额越高, 农村合作医疗可持续发展的可能性更大, 但并不代表个人负担合作医疗筹资额的比例越高, 农村合作医疗可持续发展的可能性越大; 相反, 当政府和集体承担更多的责任时, 农村合作医疗可持续发展的可能性会上升; (3) 如果目标人群拥有的其他保障越多, 合作医疗的发展就有可能受到影响。

二、从新型农村合作医疗制度保险设计方案角度进行实证性分析

国务院发展研究中心报告在内的许多研究

指出了新型农村合作医疗制度的缺陷会影响到制度的可持续性^[3], 学者从目前制度具体设计来分析, 提出模式选择 (自愿还是强制)、医疗费用补偿水平 (保大病造成低受益面, 补偿水平低, 难以抵御风险) 及医疗费用控制问题、组织管理成本、政府信用影响可持续性。新政策依然没有解决地方政府筹资困难、给付结构不合理、治理不良、逆向选择等问题。世界银行对于中国的新型农村合作医疗的研究也认为, 中国农村医疗普遍存在覆盖率低, 医疗费用自付比例持续攀升, 药品和医疗服务过度提供, 但公共卫生提供不足, 卫生服务可及性缺乏公平等问题^[4]。已有的研究列出的具体问题如下:

1. 各级政府、各个部门、各个地区之间的筹资责任关系不明。政府 (中央和地方) 财政拨款, 各个管理机构的职责、权限不明, 出现相互推诿等现象; 农业税取消的影响在乡村工业不发达的中西部地区更大^[5]; 存在累退性的地区补助问题^[6]。

2. 农民的支付能力、支付意愿影响个人筹资水平。补偿水平低不足以防止农民因病致贫^[7]; 贫困地区农民实际支付能力影响筹资^[8]; 但支付意愿也起作用^[9]。

3. 非强制性自愿缴费造成逆选择等问题。调查显示自愿缴费确实导致逆选择, 影响制度的可持续性; 自愿参加, 难以有效避免体制外人员对体制内资源的侵蚀问题^[10]; 农村人口流动加剧人户分离, 影响参合率和管理^[11]; 要从自愿变为全民, 基层乡镇政府的作用信用和能力提高是关键。

4. 疾病风险控制、道德风险控制造成公平性问题。个人账户对道德风险控制有作用, 但不利于疾病风险分担; 降低了资金使用效率。

5. 保大病、保门诊、还是同时保, 会产生不同的难题。目前只保大病造成补偿面小、水平低和资金节余同时存在问题。根据对2004年新型合作医疗试点县调查结果显示, 被补偿的农民仅占总参保人数的3.1%, 迄今为止仅有3.1%的参保者获得住院支出25.35%的补偿^[12]。全国合作医疗基金普遍有很大的剩余。只保门诊, 无法解决大病户实际

医疗困境。两者都保，会增加管理难度，进而提高费用。如果只保住院，又会产生负面效应，反过来影响合作医疗的财务平衡。

6. 保险制度管理和监督不规范，立法滞后管理成本过高。新型农村合作医疗的管理是由当地政府的财政预算负责，目前问题是管理人员和费用短缺，这种情况在中国西部和中部地区尤其明显^[13,14]。

7. 医疗服务机构现状可能吞蚀有限的资金。由于医药服务价格太高，农民得到的实惠将很有限；地方卫生行政部门和当地医疗服务提供者（主要是乡卫生院）的利益纠葛，影响农民切实得到实惠^[15]。

8. 农民对各类机构信任度不高。在农民那里，信誉是关键^[16]，农户的支付能力有限，但要形成支付意愿成为有效的保险需求取决于他们对制度信任，具体包括对资金筹集和管理机构，以及对服务提供机构的信任，在合作医疗制度中，这三者分别是基层组织、保险管理机构 and 医院/医生^[17]。而现实中农民表现了对乡、村干部的极大不信任，对保险公司商业信誉的不满意和对政府政策多变的担心。

9. 非农村合作医疗发展和渗透的影响。由于农村人外流，特别是年轻人口流向城市，农村合作医疗覆盖人口中可能参与其他保险（如农民工的医疗保险），根据我们的研究，这些其他保险的参与率影响合作医疗的参与及其可持续性；特别是如果进一步加剧农村人口年龄结构老化，对医疗经费会造成压力。

三、分地区类别的合作医疗制度的可持续性分析

1. 西部欠发达地区。新型农村合作医疗制度初步解决了筹资体系中资源动员（国家、地方和个人共同出资）问题，但是资金总额和统筹池有限，加上对资源有效配置到服务机构能力的缺乏，成为威胁西部落后地区合作医疗制度可持续性的首要原因。因此贫困地区面临的首要问题是在现有的有限资源（资金）情况下，如何集中资源、扩大统筹池和加强资源配置。另外，对于一些存在严重的、普遍性的地方病、传染病的地区，靠新型合作医疗筹资到的有限资金来解决是不现实的，那是公共卫生

领域的问题，不是靠医疗保险所能解决的，这些地区的研究重点是如何扩大风险池和增加转移支付力度，这要在整个城乡经济、地区经济协调的宏观背景下进行分析研究。

2. 有一定经济基础的中部地区。由于中央补贴有限，当地政府的重视程度和组织管理能力起着重要作用，当然还涉及农民对制度本身和管理者的信任程度。这些地区重点是探讨加强宣传、提高政府管理能力、水平和威信，以全面发展促进卫生发展。

3. 经济发达地区。在动员资源和当地政府的投入基本不是问题的前提下，制度是否可持续性就更大程度上取决于制度本身设计的合理性和对医疗服务机构的组织、管理和协调，以及原有制度可能受到其他改革影响后的应变（如上海小城镇综合保险对于农村合作医疗制度的影响），因此重点是农村医疗卫生制度的改善、农民健康质量的提高和城乡健康医疗服务的公平性问题。而这一地区制度所面临的问题是所有地区和所有医疗制度面临的共性问题，也是影响到制度可持续性的共同要素。

4. 针对三类不同地区制度可持续性的政策建议。（1）农村的公共卫生制度要区别于现有的各种医疗保险制度来建立，前者更多地要强调城乡间和区域间的转移支付，尤其是对于地方病、传染病严重的地区要加大中央政府和省级政府的投入、鼓励和设计地区间的转移支付来解决。

（2）贫困落后地区、中部地区和发达地区卫生制度可持续性要素有共性，但有各自重点：贫困地区主要解决资金统筹问题；中部地区解决政府公信力和管理、调控能力问题；发达地区是最有条件在卫生制度设计本身加以完善，尤其是在实现城乡医疗卫生公平性、建立促进医疗基金可持续性的医疗服务体系和机构的方面能有所进展。

（3）医疗服务提供机构（诊所、卫生院和医院）的组织、协调和管理是所有地区面临的共同问题，这是涉及卫生制度可持续性的最重要的要素。卫生机构的改革立足点不是为财政甩包袱，而是增进人民的健康，否则改革会像一些东欧国家那样走弯路，付出昂贵代价^[18]。对卫生服务机构的改革涉及服务机构多元化、

四、从医疗制度其他评价指标如公平、效率、制度结果（反应性、满意度等）、健康结果与可持续性目标关系角度进行拓展性分析

在医疗卫生制度中虽然涉及到病人/投保人、医疗保险机构、医疗服务提供机构和人员、药品和器械生产和供应机构、政府监管机构等各方利益，但是患者/群众的健康利益是中心，任何医疗卫生制度的最终目标都是人民健康、制度公平性和效率度，因此健康、公平和效率就构成了这个制度经济学分析框架中的绩效。胡善联罗列的系统绩效指标是服务可及性、公平性、质量和效率，制度系统的可持续性^[19]。《2000年世界卫生报告》提出了卫生系统绩效评估的框架，提出的五个目标是健康的水平和分布，反应性的水平与分布和筹资的公正性^[20]。

世界卫生组织的成员结合卫生系统评估指标和中国农村医疗卫生情况研究了农村合作医疗筹资系统，中国的学者也对新型农村合作医疗设计综合评价指标体系，分为结构、过程和结果三大部分，结构评价指标由政府支持、规章制度、医疗服务提供能力和需方评价组成；过程评价指标包括资金筹集和运行、管理监督和医疗服务评价指标组成；结果评价指标由受益程度、满意度、卫生服务利用和疾病经济风险组成。结果指标包括受益程度（参合者门诊和住院受益率及其补偿率），满意度（医疗服务、补偿程序和补偿效率满意率指标），卫生服务利用（参合者年人均门诊人次，年均百人住院人次指标），疾病风险负担（年人均自付医疗费用占年人均纯收入比例，因病致贫和因病返贫率指标）^[21]。

新型农村合作医疗的可持续性不仅取决于自愿原则下农民的参与与支付能力，不仅和保险制度的设计有关，而且更离不开效率、公平和健康的改进这些长远的目标。新型农村合作医疗的可持续性和制度不断完善是相联系的，其最远的前景目标是提高农民保障水平、走向城乡一体化的医疗保障制度。

参考文献：

- [1] 世界银行. 中国农村卫生3A（分析和咨询活动）分析. 审视中国农村卫生工作（中国农村卫生简报系列），2004.
- [2] Mao Zhengzhong. Pilot Program of NCMS in China: System design and progress; Final draft, October, 2005, (Sichuan University as a background paper for the World Bank China Rural Health Study.; Worldbank \ Health, Nutrition and Population China Rural. (毛正中《中国新型合作医疗试点项目：制度设计和发展》2005年10月).
- [3] 国务院发展研究中心. 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议. 中国发展评论（增刊），2005，（1）.
- [4] 同[1].
- [5] 顾昕，方黎明. 自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析. 社会学研究，2004，（5）.
- [6] 陈顺辉. 新型农村合作医疗审计调查后的思考和建议. 审计署网站，2005.
- [7] 陈健生. 新型农村合作医疗筹资制度的设计与改进. 中国改革论坛. 2005- 4- 22. 7: 21: 15.
- [8] 同[6].
- [9] 同[5].
- [10] 刘军民. 新型农村合作医疗的制度缺陷及挑战. 中国经济时报，2005- 11- 01，2005- 11- 18.
- [11] 汪早立. 建立新型农村合作医疗制度在构建社会主义和谐社会中的地位和作用. 中国卫生经济，2005，（11）.
- [12] 同[2].
- [13] 刘鑫. 中国农村社会保障缺失的政治学分析. 民主与科学，2004，（6）.
- [14] 同[10].
- [15] 同[6].
- [16] 曾祥炎. 政府信誉缺失对推行农村合作医疗的影响及对策. 中国卫生经济，2005，（1）.
- [17] 林闽钢. 我国农村合作医疗制度治理结构的转型. 中国农村研究网，（<http://www.ccrs.org.cn>）2005- 8- 21.
- [18] Mossialos, Elias, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, 2002, *Funding Health Care: Options for Europe* (European Observatory on Health Care System Series), Open University Press.
- [19] 胡善联. 卫生领域中政府管制作用的探讨. 中国卫生经济，2006，（2）.
- [20] WHO. World Health Report, 2000. 2002.
- [21] 李颖琰. 新型农村合作医疗综合评价指标体系研究阶段报告. 中国卫生经济，2005，（5）.

[责任编辑 王树新]