华南农业大学学报(社会科学版)
2007年第3期 JOURNAL OF SOUTH CHINA AGRICULTURAL UNIVERSITY No. 3 2007
(第6卷) (SOCIAL SCIENCE EDITION) (Vol. 6)

对我国新型农村合作医疗筹资问题的几点探讨

刘雅静

(山东大学 马克思主义学院,山东 济南 250100)

摘 要:建立和完善新型农村合作医疗制度应不断探索和创新多元化的新型农村合作医疗筹资渠道,以稳定合作医疗的资金来源;根据不同地区、不同农民的实际收入水平和医疗消费需求状况,探索多层次的新型农村合作医疗筹资和补偿标准;根据我国农民个人及地方政府的投资心理、消费心理,建立自上而下的筹资顺序;结合我国农村实际,不断探索多种简便的、快捷的、农民愿意接受的筹资方式;将农民自愿筹资原则与适度强制筹资原则结合起来,以确保新型农村合作医疗制度的较高覆盖率。

关键词:农村合作医疗;筹资

中图分类号:F840.684 **文献标识码**:A **文章编号**:1672-0202(2007)03-0010-05

一、引言

2003年以来,在中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》和卫生部、财政部、农业部下发的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的指导下,各地积极开展新型农村合作医疗试点工作。到2006年底,我国新型农村合作医疗试点已覆盖了全国40%的县。从试点情况看,新型农村合作医疗取得了较好的成绩,对缓解农民看病难和因病致贫、因病返贫问题发挥了重要的作用。但试点中存在的问题也是不容忽视的,特别是稳定的、低成本的长效筹资机制尚未建立起来,筹资难仍是制约新型农村合作医疗可持续发展的瓶颈。

二、解决我国新型农村合作医疗筹资问题的具体措施

(一)多元化的筹资渠道

从我国现阶段的实际情况出发,由国家完全负担农民的医疗费用是不可能的,靠集体经济组织负担农民的全部医疗费用也不现实,完全由农民个人自理也是困难的。因此,现阶段我国新型农村合作医疗的资金筹集必须坚持多元化筹集的原则。

首先,新型农村合作医疗筹资要以个人投入为主。作为健康风险的承担者、作为受害人,农民具有防范疾病风险获取健康保障的动力。而且,从农民的收入情况看,农民也具有承担一定的医疗保障费用的能力。2003年全国农民人均收入为2622元,2004年为2936元,2005年为3255元。在这种收入水平下,农民要交纳10元、20元甚至更多一点的合作医疗资金应该是不成问题的。再者,以农民个人投入为主筹集合作医疗资金,也能增强农民群众的费用意识,避免和减少医疗资源的过度消费和浪费。

其次,集体扶持。对于乡镇集体企业而言,他们所拥有的财产属于集体所有,发展当地农村经

收稿日期:2007-04-13

基金项目:教育部人文社会科学研究2006年度规划项目(06JA790059)

作者简介:刘雅静(1965—),女,河北唐山人,山东大学马克思主义学院教授,主要研究方向为农村经济理论与政策.

济，带领农民走上致富道路，为农民谋福利，本来就是乡镇集体企业开办的初衷。而且从乡镇集体企业的资本构成上看，乡镇集体企业大多是劳动密集型的企业，劳动力在企业中占据十分重要的位置。因此，保护劳动者的身体健康，无疑就是保证企业的持续生产力。因此，在一定的政策引导下，乡镇集体企业是愿意为合作医疗筹资的。当然，乡镇集体企业的发展具有很强的地区性，在不同地区，乡镇集体企业的发展程度各不相同，因此他们为发展农村合作医疗所能提供的支持作用也存在差异。如广东、江浙一带乡镇集体企业较发达，对农村合作医疗的支持作用可能较大，而中西部地区尤其是贫困地区，乡镇集体企业的支持作用则十分有限，甚至没有。

再次，政府适当支持。按照我国现行的分税制，财力分布呈现逐级向上集中的态势，因此，新型农村合作医疗的大额资金筹集应主要由中央政府和省级政府承担[1]。特别是在贫困地区，落后的经济发展水平、过低的人均收入状况和过高比例的贫困状况使从个人渠道提高筹资水平的空间很小；工业的缺乏和集体经济的没落又使得依靠集体企业资助这一途径变得不可能；现行制度要求的地方政府配套资金与对经济困难家庭的筹资资助，以及经办机构的管理经费等共同构成了现在贫困地区县（市）级政府的财政压力，依靠贫困县（市）自身财力解决困难较大[2]。因此，要求中央及省级政府加大扶持力度，特别是中央政府应在贫困地区合作医疗筹资中承担更多的责任。

此外，也应积极鼓励社会团体和个人资助新型农村合作医疗制度。随着社会经济的发展，社会各界人士有扶持社会福利事业的愿望，愿意对农村卫生事业提供无偿地捐赠。为了吸引社会资金支持农村合作医疗工作，各地政府应制定相关的税收优惠政策，对捐资支持发展新型农村合作医疗或捐助农村特殊困难户缴纳合作医疗资金的民营企业或村办企业，可视他们捐助的金额抵减部分税款，从而鼓励更多的社会资金支持发展新型农村合作医疗。再者，也可通过发行农村健康彩票、在烟酒销售营业税中附加健康保险费等多种办法筹资资金。

（二）多层次性的筹资标准

筹资标准的确定是政府和广大农村居民双方经过考虑与估计，最终达到合作博弈的均衡。我国地域辽阔，农村人口众多，而不同地区、不同收入、不同年龄的人群对医疗服务是有不同层次的需求的。因为人们对医疗服务的实际需求除了与疾病风险概率和人群结构特征相对应的层次性相关以外，也与人们的收入水平的层次性密切相关。即使是在同一地区，不同的家庭因收入水平、成员的年龄结构以及对医疗保障的认识的不同，对医疗服务的需求也是不一样的。对于收入水平一般或偏下的农户而言，也许参加合作医疗只是为了满足一般疾病治疗的需求，但对于那些富裕的农户来说，他们参加合作医疗可能既有疾病治疗的需求，又有保健享受的需求，既有滋补健体的需求，又有解决疾病风险的期盼。但长期以来我们在进行合作医疗制度的设计时，却往往忽视了农民对医疗需求的这种层次性。合作医疗往往在一个村、乡甚至一个县只有一种形式、一个基金收缴标准、一种补偿比例，这样单一的模式虽然给管理带来了一定的方便，但却难以满足不同农民的不同医疗需求，进而影响了农民参合的积极性。因此，为进一步推进新型农村合作医疗的可持续发展，在确定合作医疗筹资标准和补偿标准时必须从我国各地区、不同收入和消费水平的农民实际出发，吸收和借鉴医疗保险的一些原理和管理方式，因地制宜，创造和设计出适宜不同类型农民的合作医疗模式，使同一个县、同一个乡有多层次、多形式的合作医疗模式并存，让群众自由选择，自愿参加。如在进行新型农村合作医疗制度的筹资标准和补偿标准的设计过程中，可根据人们的实际收入水平和对医疗服务的需求，提供高、中、低等多个等级的合作医疗模式。缴纳合作医疗资金多的农民不仅可以享受更多的医疗服务，而且享受的报销比例也较高；而缴纳合作医疗资金少的农民可以享受到的医疗服务较少，报销比例也较低。这样的制度安排，对每一个农民来讲都是有吸引力的，他们可以根据自身的年龄特点、工作特点、身体特点、个人或家庭收入状况等，自

行选择医疗保障水平的等级,这就可以大大调动农民参合的积极性,提高农民的参合率。而且这样的制度安排也可以在一定程度上避免保险意义上的逆向选择和筹资意义上的逆向选择,使合作医疗真正体现出"公平性"原则和可持续性发展的特点。

(三)自上而下的筹资顺序

在新型农村合作医疗制度的试点过程中,由于中央和地方政府提供补贴,农民在医疗保障方面的投资成本下降到原来的1/3。从理论上讲,应有更多的农民愿意参加合作医疗。但是,由于过去某些政府部门乱收费或违背承诺的记忆使农民对政府的出资承诺缺乏信心,所以农民采取了"只有政府先出钱我才能出钱"的策略。而政府政策规定的筹资程序与农民的想法恰恰相反,地方政府的出资是以农民的出资为前提的,中央政府为了控制地方政府的道德风险行为,又采取了"只有地方政府先出资我才出资"的办法[3]。这种自下而上的筹资顺序,使新型农村合作医疗筹资很容易陷入农民与政府之间以及各级政府内部的重复博弈之中,制度建设进程容易受阻。而且,这种自下而上的筹资顺序还容易引发地方政府弄虚作假,套取国家资金的现象。在新型农村合作医疗试点过程中,一些地方县级财政为套取上级合作医疗资金,就采取了弄虚作假的办法,首先由县财政"垫付"农民的参合资金,然后以此套取省级财政合作医疗的补助资金,省级财政又以此套取中央财政的合作医疗补助资金,使合作医疗成了"钓鱼工程"。虽然中央政府安排了合作医疗补助资金,但农民却没有从中受益。为改变这种状况,就应将这种自下而上的筹资顺序调整为自上而下的筹资顺序,即由国家财政先按农民人头拨付新型农村合作医疗基金,然后由地方财政(主要是省级财政)按照中央拨付的资金额加以配套,最后凭着已经到位的各级财政补助资金收缴个人负担部分。这样做,既可以消除农民心中的疑虑,调动农民缴纳合作医疗基金的积极性,提高农民参合率,又可以避免部分地区弄虚作假,套取国家资金的现象发生。

(四)简便、快捷的筹资方式

筹资方式选择得合理与否关系到筹资效率和筹资成本的大小。农民个人筹资既是新型农村合作医疗建立与可持续发展的关键,同时也是新型农村合作医疗资金筹集中最为困难的环节。在试点中,大多试点县采用的是上门筹资方式,但这种资金收缴方式费用高,成本大,而且潜藏着不利于新型农村合作医疗可持续发展的风险。一方面,这种由工作人员挨家逐户收取的方式,牵扯基层干部精力过多,容易引起他们的懈怠与反感,在上门宣传中可能会出现考虑农民的心理不足,对待农民提出的问题解释不够耐心等现象,从而影响筹资工作的持续开展。另一方面,这种筹资方式在资金逐级上缴的过程中,如果在操作程序上管理不到位,就可能存在农民参保费不能及时进入资金封闭运行轨道以及资金被挪用、截留的风险。所以随着试点范围的不断扩大,各地又探索出了协议委托筹资、滚动筹资等多种高效、快捷的筹资方式。协议委托筹资方式是指在农民自愿的前提下,由乡镇政府、信用社和农户3方签订协议,委托各乡镇信用社定期从农民的个人账户中统一代扣农民参合资金。这种做法的好处是突破了政府逐户上门收取农民参合资金的繁琐工作流程,筹集农民参合资金更为便捷和低成本,而且也更有利于对合作医疗基金的管理。但这种筹资方式只适用于农民存款人数多、金融活动频繁的经济发达地区。所谓滚动式筹资方式是指参加新型农村合作医疗的农民在定点医疗服务机构就诊或住院减免补偿医药费用时,本着自愿的原则,用减免或补偿所得的费用预缴该户次年参加新型农村合作医疗资金的方法。该方法利用农民获得新型农村合作医疗补偿时的喜悦心情,降低了农民对参合缴费的抵触情绪,是一种不违背自愿原则的交费方式。但是,这种交费方式只能解决获得补偿的少数人的缴费问题,对没有获得补偿的大多数人来说是没有激励作用的[4]。可见,每种筹资方式都有其优点,但也存在一些不足。

(五)自愿与强制相结合的筹资原则

2003 年以来，各地在实施新型农村合作医疗试点的过程中，均强调要坚持农民自愿参与的原则。所谓自愿参与原则就是农民可以按照自己的意愿决定是否加入新型农村合作医疗，反对任何形式的强迫命令。但自愿原则在实施过程中所面临的最大问题就是逆向选择[5]，即容易得病的人群愿意参加农村合作医疗，身体健康的人群则不愿意参加农村合作医疗。其结果是：一方面使合作医疗无法达到应有的参合率，共担风险的能力就会减弱；另一方面参加新型农村合作医疗的主体必然是高危人群，有可能导致合作医疗经费入不敷出，整个制度将难以正常运行。另外，农村集体经济解体之后，农民是一个相对松散的群体，经济上更是完全独立，在这种情况之下，合作医疗如果没有强制性，其筹资也很难有保障。为了克服以上不足，保证筹资机制的稳定和新型农村合作医疗制度的可持续发展，新型农村合作医疗在强调农民自愿参与的同时，还必须辅之以一定的强制性参加措施。因为只有通过一定的强制性参加措施，才能保证新型农村合作医疗这一惠民制度的广覆盖，达到在较大的投保人群中实现风险共担的目的，从而增强农民群众抵御疾病风险的能力。而且，强制参加也能有效地避免自愿参加原则下的“逆向选择”，增强基金的收支平衡能力，确保该制度的可持续发展。从世界各个国家和地区的经验看，政府强制性的卫生政策也是任何健康保障制度得以顺利完成的最重要和直接的因素。因此，在新型农村合作医疗试行几年后，在大多数农民对合作医疗的认识程度已经有所提高的基础上，可借鉴社会医疗保险的管理思路，在筹资的某些环节上实施“准强制”措施[6]。比如，可结合中央政府对农村逐年加大的转移支付力度，把对农民进行农业生产的直接补贴的一部分，强制性地转为仍然与农业生产相联系的医疗补贴，成为农民参加合作医疗的资金。这样做，不但可以提高农民参加新型农村合作医疗的覆盖率，而且有利于新型农村合作医疗制度的可持续发展。

三、结语

总之，资金是制约合作医疗发展的瓶颈。稳定的资金来源是确保新型农村合作医疗制度得以持续、健康发展的基础和保证。我国目前尚处于社会主义初级阶段，社会经济不发达，政府财力有限，由国家把农民的医疗保障全包下来是不现实的，因此，要保证新型农村合作医疗持续、健康发展，必须建立稳定、多元的筹资机制。我国地域辽阔，各地区经济社会发展不平衡，因此，不可能全国设计一个模式的筹资方式，而应因地制宜，努力探索多种形式的合作医疗筹资模式和办法。我国农村人口众多，农民的收入水平和医疗消费需求多种多样，因此，即使是同一个地区乃至是同一个乡镇，也应设法设计出多个层次的医疗筹资标准和补偿标准，以满足不同类型的农民的不同的消费需要。我国农民是理性的，他们最讲的是实惠，只有预期到他们的投资能够真正给他们带来实惠时，他们才会把捂得很紧的钱袋松开。由于建国以来几度沉浮的合作医疗留下的阴影，使农民对新型合作医疗制度能否坚持下去半信半疑，对政府承诺的资助额度能否到位信心不足，因此，为调动农民参加新农合的积极性，政府必须要确立诚信的形象，中央财政应先按农民人头拨付新型农村合作医疗基金，然后由上至下逐级配套，以充分体现政府办好新型农村合作医疗的诚意和决心，这样，才能消除农民心中的疑虑，使农民在参加新型农村合作医疗时就有看得见的利益，从而调动农民自愿缴纳合作医疗基金的积极性，提高农民的参合率。为充分尊重农民的自主权，新型农村合作医疗制度强调自愿参加的原则，要求农民自愿缴纳合作医疗资金。然而，过分强调自愿，在当前农村劳动力大量流动、农村人口构成变化明显的形势下，在农民的自我保健意识和互助共济意识还比较缺乏的情况下，又极易产生逆向选择现象，极易造成合作医疗资金亏空，影响合作医疗的持续发展[7]。因此，为确保新型农村合作医疗制度的可持续发展，新型农村合作医疗在强调农民自愿参与的同时，还必须辅之以一定的强制性参加措施。

参考文献:

[1] 陈健生. 新型农村合作医疗筹资制度的设计与改进[J]. 财经科学,2005,(1):124-131.
[2] 车莲鸿,等. 岳西、镇安两贫困县新型农村合作医疗筹资研究[J]. 中国卫生经济,2007,(3):66.
[3] 周海沙,李卫平. 新型农村合作医疗实际运行中的问题探讨[J]. 中国卫生经济,2005,(5):5-8.
[4] 江启成,等. 新型农村合作医疗个人筹资方式现况研究[J]. 中国卫生经济,2006,(12):23.
[5] 高梦滔. 从需求角度对新型农村合作医疗可持续发展的思考[J]. 卫生经济研究,2004,(10):4.
[6] 赵登红,等. 新型农村合作医疗的试点调研及其制度完善研究[J]. 卫生经济研究,2006,(11):29.
[7] 贾小婷,冯雪山. 新型农村合作医疗筹资问题的探讨[J]. 中国卫生资源,2005,8(1):8-9.

Discussions on the Financing of New Rural Cooperatives Medical Service in China

LIU Ya-jing
(*Marxism Institute*, *Shandong University*, *Ji'nan* 250100, *China*)

Abstract: To set up and improve the new rural cooperative medical treatment system, first of all, we should continuously explore and innovate new trails the multi-channel and multi-form fund-raising mechanism of the new rural cooperative medical service to stable fund source of the rural cooperative medical service. Second, we should explore muli-label compensation and accumulating funds standards of the new rural cooperative medical service according to the real income and health consume condition of different area and peasants; Third, we should set up the accumulation funds order from above to below according to the investment mentality and consume mentality of peasant; Fourth, we shoule explore varied, simply, agile and willing accumulation funds fashion according to our country reality. Finaly, we should raise funds voluntarily peasant principle with appropriate to raise funds of the principle is combined, so as to ensure higher coverage rate of the new rural cooperative medical treatment system.

Key Words: rural cooperative medical treatment; financing