

我国新型农村合作医疗制度运行状况评估

——基于公平和效率的视角

吴联灿, 申曙光

(中山大学 岭南学院, 广东 广州 510275)

摘要:作为中国农村地区医疗保障的一项主导制度,当前我国新农合制度已进入全面推进阶段,正处于发展的关键时期,因此对各地新农合制度运行状况实施全面评估显得尤为必要。本文在充分收集我国历年新农合运行数据的基础上,基于公平与效率的视角,从参合、筹资、基金使用、补偿等四个方面,对我国新农合运行状况进行全面评估,并提出相应的政策建议。

关键词:新型农村合作医疗;运行状况;公平;效率;评估

中图分类号:C913/R197 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-9841(2011)02-0096-05

无论从覆盖范围,还是从受益人数来看,新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)已经成为我国农村地区医疗保障的一项主导制度。从2007年起新农合制度由试点探索转入全面推进阶段。从2006年试点结束到目前全面推进,新农合制度运行状况到底如何,是人们所普遍关心的问题。对全国各地新农合制度的运行状况实施全面评估,以便及时地总结经验和发现问题显得非常必要。为此,我们通过收集新农合历年运行数据,并基于公平与效率的视角,从参合、筹资、基金使用、补偿等四个方面,对我国新农合制度的运行状况进行全面评估。

一、我国新农合运行状况评估

(一)参合情况

1. 新农合制度已基本覆盖我国农村居民。我国从2003年开始试点推行新农合。制度实施以来,得到了广大农民的积极响应,参合比例逐年提高,新农合覆盖面不断扩大。经过了试点和全面推进阶段,到2008年已经实现了我国农村地区的全面覆盖。截至2008年底,全国2729个应开展(有农业人口)县(市、区)已全部建立新农合制度,占全国总县(市、区)数的95.32%,参加新农合人口8.15亿,参合率为91.54%,提前两年实现了中央确定的“至2010年新农合制度要基本覆盖农村居民”的目标。

新农合制度覆盖全部农村地区,使我国8亿多农村居民得以享受基本的医疗保障,对于健全我国农村社会保障制度,实现社会保障制度的社会公平具有重大意义。长期以来,我国农村社会保障一直处于社会保障体系的边缘,占我国人口70%的农村居民大多游离于社会保障之外,为此社会保障制度的公平性受到了人们的普遍质疑。从社会公平角度看,新农合制度的全面覆盖,有助于打破这种不合理的城乡“二元社会保障”格局,缩小城乡差别,保障医疗卫生公平。

2. 落后地区、部分县(市、区)贫困人口参合水平偏低。在“自愿参合”情况下,农民的参合水平会受

* 收稿日期:2010-04-17

作者简介:吴联灿(1979-),男,福建三明人,中山大学岭南学院,博士研究生,主要研究社会保障。

基金项目:国家自然科学基金项目“新型农村合作医疗的筹资机制、保障水平与可持续发展:基于保险精算的研究”(70773123),项目负责人:申曙光;中山大学优秀研究生导师逸仙创新人才培养计划(10000-3126201),项目负责人:吴联灿。

经济发展水平影响,一般来说收入水平越高,农民的参合水平越高。新农合研究中心曾对我国 525 个国家扶贫开发工作重点县(以下简称“国贫县”)2007 年的新农合运行情况进行研究考察,结果显示国贫县的参合率、贫困人口和低收入人口参合率低于非国贫县^①。而全国数据亦印证了这一观点。根据表 1 数据,2008 年,我国东部地区参合率高达 95.7%,而中西部地区参合率则为 89.9%,相比低 6 个百分点。

表 1 2008 年我国各地区新农合开展情况

	参合县(市、区)(个)	参合人口(亿)	参合率(%)
全国	2 729	8.15	91.5%
中西部	2 104	5.77	89.9%
东部	625	2.38	95.7%

资料来源:《甘肃省新型农村合作医疗工作信息》2009 年第 1 期

由于新农合制度的政策意图是避免农民“因病致贫、因病返贫”,贫困人口、特别贫困人口和五保户人口等弱势群体是否真正享受到新农合制度的医疗保障,是新农合制度是否公平的重要体现,因此贫困地区、贫困人口的参合情况引人关注。近两年来,我国各省(市)新农合的农民参合率普遍很高,特困人口、五保户人口等特殊人群已几乎全部纳入新农合体系之内,但部分省份贫困人口参合率仍然偏低。例如,2008 年,黑龙江省和四川省参合率分别高达 95.7%和 97.75%,但贫困人口参合率相比却低了很多,分别为 87.13%和 82.09%。

(二)筹资情况

1. 新农合筹资机制多元化,筹资规模不断扩大。我国新农合实行以各地县(市、区)为统筹单位,农民个人、地方财政和中央财政共同分担的筹资机制。基金筹资渠道包括农民个人缴费、农村医疗救助资助、集体扶持、各级政府财政补助、利息及其他收入。根据统计数据,我国新农合筹资情况良好,筹资规模不断扩大,筹资水平不断提高。2004 年,我国筹集新农合基金只有 37.24 亿元,人均筹资 46.55 元(参合人数为 0.8 亿)。到 2008 年,新农合筹资总额增至 784.58 亿元,人均筹资达到 96.27 元(参合人数 8.15 亿)。东部一些省份,如广东省 2008 年人均筹资额达 113.77 元,远远超过全国平均水平^②。

2. 政府财政投入是合作医疗基金的主要来源。与传统合作医疗制度不同,在新农合中,除宣传发动和组织管理工作之外,中央财政和地方财政还对参合农民给予经费上的补助,这是中国政府首次为农民的医疗保障问题承担出资责任。据统计,无论在新农合试点初期(以 2004 年 10 月为例),还是在试点结束(以 2006 年为例)以及新农合全面推进阶段(以 2008 年为例),在新农合筹资机制中均体现了“政府主导”的特点。2004 年、2006 年和 2008 年,中央财政补助和地方财政补助之和在总筹资中的比重分别为 53.37%、70.45%和 83.57%,而农民个人缴费在总筹资中的比例则由 41.33%降至 15.38%。政府给予资金支持,是合作医疗筹资政策的一项重要突破,也是政府对农村医疗保障承担财政责任的明确体现,它改变了传统合作医疗的困境,为我国确保卫生公平、在全国范围内建立新农合制度奠定了坚实的基础。

3. 政府不断加大对新农合特别是中西部新农合的扶持力度。近年来,我国政府不断加大对新农合的扶持力度,同时中央财政转移向中西部重点倾斜。从 2006 年起,中央财政对中西部地区除市区以外的参加新农合的农民由每人每年补助 10 元提高到 20 元,地方财政也相应增加了 10 元,同时还将中西部地区中农业人口占总人口比例高于 70%的市辖区和辽宁、江苏、浙江、福建、山东和广东六省的试点县(市、区)纳入中央财政补助范围,按中西部地区补助标准的一定比例安排补助资金;从 2007 年开始,将农业人口占总人口比例高于 50%的市辖区纳入中央财政补助范围;从 2008 年起,中央财政对中西部地区参合农民的补助增加到人均 40 元,并将计划单列市和农业人口低于 50%的市辖区全部纳入补助范围,地方财政的补助标准也相应提高到了 40 元。

① 有关数据源自卫生部《农村卫生工作简讯》2009 年第 4 期。

② 有关数据源自广东新型农村合作医疗网(www.gdxnh.cn)。

截至 2008 年 9 月 30 日,新农合人均筹资结构中,对于中西部地区,中央财政补助是最重要的资金来源,人均补助 38.67 元,其次为地方财政补助,人均补助 34.33 元,而农民个人缴费仅 11.38 元。相比而言,东部地区中央财政人均补助仅 9.65 元,约为中西部地区的 1/4,其资金来源主要靠地方财政支持,而农民个人缴费亦占较大比重,在绝对值是中西部地区的 2 倍。

(三)资金使用情况

新农合制度的政策意图是避免农民“因病致贫、因病返贫”,且新农合基金亦有部分资金来自农民个人缴费。因此,理所当然地,新农合基金应尽可能用于参合农民的医疗费用补偿。与此同时,为确保新农合制度的可持续性,医疗基金使用应留有少量结余,作为风险储备金,以应对偶发性传染病流行、大规模自然灾害等超常风险,或用于医疗费用补偿基金出现赤字时的调节。根据 2008 年财政部、卫生部《关于印发新农合基金财务制度的通知》的规定,统筹基金累计结余一般应不超过当年筹集的统筹基金总额的 25%,其中当年统筹基金结余一般应不超过当年筹集的统筹基金总额的 15%(含风险基金)。因此,一般而言新农合基金每年的资金使用率以 85%~95%为宜。

1. 新农合基金大部分用于医疗补偿,但结余率偏高。根据 2004~2008 年五年的统计数据看,我国新农合基金大部分用于参合农民的医疗补偿支出。2008 年,新农合医疗基金用于各类医疗费用补偿的支出达 784.58 亿元,占当年筹资总额的 84.42%。但总体来看,基金结余率偏高。2004~2008 年,我国新农合基金连续五年结余,结余率分别为 70.82%、81.95%、72.95%、81.00%和 84.42%,五年累计结余达 285.85 亿元,占 2008 年筹资总额的 36.43%。以资金使用率 85%~95%的标准来看,新农合资金使用显然过于保守。

2. 在“补大病为主”的框架下兼顾“补小病”。从医疗基金的支出结构看,根据历年的统计数据,总体上看我国新农合医疗补偿体现了“以大病统筹为主”的宗旨。2008 年,我国合作医疗基金支出总额 662.31 亿元,其中 82.28%用于住院补偿,12.04%用于门诊补偿,1.32%用于住院正常分娩,1.16%用于特种病大额门诊补偿,0.63%用于体检,2.56%用于二次补偿及其他补偿。

同时,在“自愿”参合的情况下,为扩大参合农民的受益面和积极性,各地新农合亦在坚持以大病统筹为主的基础上,不断推行普通门诊、住院分娩、特殊病种大额门诊及体检等补偿。例如,甘肃省 2008 年新农合基金支出 147 804.94 万元,其中,住院补偿 126 653.05 万元,占基金支出总额的 85.69%;门诊补偿 11 857.58 万元,占比 8.02%;住院正常分娩补偿 2 503.7 万元,占比 1.69%;特殊病种大额门诊补偿 1 275.02 万元,占比 0.86%;体检补偿 1 017.98 万元,占比 0.69%。另外,还有住院二次补偿 4 497.61 万元,占比 3.04%^①。

(四)受益情况

1. 新农合补偿人次不断增加,保障程度不断提高。总体来看,我国参合农民获得补偿的人次不断增加,新农合正使越来越多的农民受益。从 2003 年到 2008 年,全国累计有 15 亿人次享受到新农合补偿,共补偿资金 1 253 亿元。其中,住院补偿 1.1 亿人次,有 11.9 亿人次享受到门诊医疗补偿,对 2 亿人进行了健康体检。

表 2 显示了近 5 年我国新农合住院和门诊补偿的变化情况:一方面,我国新农合住院和门诊补偿人次逐年增加,分别由 2004 年的 0.03 亿人次、0.65 亿人次大幅增加至 2008 年的 0.51 亿人次和 4.86 亿人次,另一方面,人均住院和门诊补偿金额亦不断增长,人均住院补偿由 2004 年的 695.2 元增长至 2008 年 1 068.53 元。

另外一个反映保障水平的重要指标是住院补偿比,该指标的增长反映了住院补偿的增长超过住院医疗费用的增长幅度。图 1 专门列示了 2004~2007 年我国新农合在乡、县两级医疗机构的住院补偿比变化情况。从中可以看出,无论在乡级还是在县级医疗机构,住院补偿比均呈上升趋势。到 2007 年末,

^① 有关数据源自《甘肃省新型农村合作医疗工作信息》2009 年第 1 期。

乡级和县级医疗机构的住院补偿比分别达到 45.7% 和 33.2%，意味着参合农民在乡级医院约有一半、在县级医疗约有 1/3 的住院费用可以通过新农合制度获得补偿。

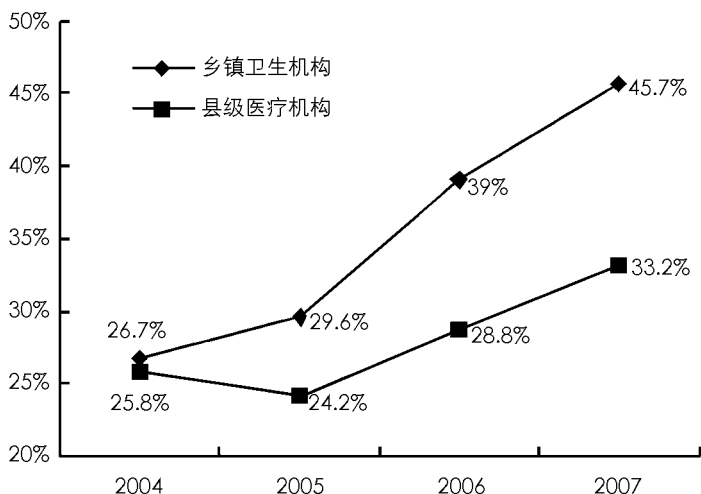


图 1 2004 年~2007 年新农合住院补偿比

资料来源:根据新型农村合作医疗网(www.cncms.org.cn)公布数据整理

2. 新农合住院受益率偏低,仍属低水平补偿。我们用住院或门诊人次占参合人数的比值表示受益率(或受益面),对我国新农合历年的受益情况加以考察。由表 2 可以看到,2004~2008 年虽然我国新农合整体受益面比较高,约 2/3 以上的参合农民可以从中获益,住院补偿的受益率亦在逐年提高,但反映解决大病问题的住院补偿受益率都还不到 7% 的水平,意味着还不到 7% 的参合农民从新农合住院补偿中受益。

表 2 全国新农合补偿受益面情况(单位:%)

	总受益面	住院补偿	门诊补偿	其他补偿
2004 年	95.00%	3.20%	81.30%	10.50%
2005 年	68.16%	3.30%	53.40%	11.46%
2006 年	66.38%	3.89%	47.01%	15.48%
2008 年	71.78%	6.26%	59.63%	5.89%

资料来源:根据卫生部历年公布的新农合制度运行情况整理

为扩大受益面,近年来各地新农合亦不断推行普通门诊、住院分娩、特殊病种大额门诊及体检等补偿,以期让更多的参合农民享受到新农合医疗补偿带来的实惠。根据表 2,过往几年,包括住院、门诊和其他补偿在内,新农合已使约 70% 的农民受惠。但同时也应该看到,获得住院补偿的参合农民比例还很小,受益面仍较窄。由于住院补偿费用在合作医疗基金中占 3/4 的比例,门诊及其他项目补偿费用占比很小,所以从金额上看,多数参合农民所享受的只是门诊补偿所带来的实惠,仍只是一种低水平的受益。

二、问题与政策建议

综合分析,可以看出我国新农合制度自实施以来总体运行平稳。参合率迅速提高,筹资水平和保障水平逐年上升,是我国新农合发展的一个明显特点。但是,从制度覆盖、筹资机制、基金平衡、受益公平等方面来看,我国新农合制度仍存在一些缺陷,需要逐步加以改进。

(一)从制度公平性角度看,部分贫困人口并未真正纳入保障体系,落后地区亦需要更多关注

近几年来,经过各地大力推广,新农合制度已经基本覆盖全国,但部分省份的贫困人口参合率偏低,影响制度公平性。由于新农合制度的政策意图是避免农民“因病致贫、因病返贫”,因此在推广过程中更应关注贫困人口,尽快、尽可能将贫困农民全部纳入到新农合制度内,确保农村贫困人口真正从合作医疗中得到实惠。

同时,由于各地社会经济状况的不同,新农合制度在全国各地亦存在较大差别,在参合情况、筹资水

平、筹资结构、补偿项目、基金控制、保障水平等各方面均有所不同。近几年来,虽然中央财政不断加大中西部地区新农合的扶持力度,但与东部地区相比,人均筹资水平仍存在较大差距,相对应的,也只能获得较低的保障水平。对于落后地区和贫困人口,建议政府在增加财政补助的同时,应加大农村医疗救助力度,利用救助基金为贫困农民代缴参合费用或负担部分医疗费用。

(二)从筹资角度看,新农合稳定的筹资增长机制尚未建立

新农合工作能否取得成效,制度能否持续发展,关键在于筹资。新农合的最主要的资金来源为中央政府拨付、地方政府补助以及农民自己缴费,如果三块资金中任何一块短缺,都可能直接影响合作医疗制度的顺利实施。

从历年筹资的统计数据看,我国新农合筹资规模、筹资水平迅速增长,在5年之中翻了两番,这种增长势头令人兴奋。但我们可以看出,这种增加带有明显的人治痕迹,稳定的筹资增长机制尚未建立起来,主要体现在:(1)在多元化的筹资结构中,农民缴费是重要来源,而政府筹资占据主导地位;(2)采取了低起点的筹资策略;(3)筹资增长采用定额方式;(4)筹资增长幅度主要依赖政府特别决策,对今后筹资增长尚缺乏明确的目标及筹资规划。因此,根据医疗费用、政府财政收入、农民收入的增长等因素,建立起新型农村合作医疗筹资增长的模式是未来亟待完成的一项重要工作。

(三)从基金平衡角度看,补偿方案不尽合理,影响新农合基金的可持续性

合作医疗基金的收支数据显示,近5年来我国新农合整体结余过多,但亦有部分省份或地区严重超支或连续超支问题较为突出。新农合资金严重超支或连续超支,势必使合作医疗基金入不敷出,影响新农合制度的可持续发展;而新农合资金大量结余或连续结余,则使参合农民不能充分受益,降低了合作医疗对农民的吸引力。

造成基金超支或结余过多的原因是多方面的,其中主要原因之一是新农合补偿方案不尽合理^[2]。目前,我国许多地区新农合保障水平的确存在较大的随意性,不同地区在相同筹资水平下保障程度差别很大,且同一地区的补偿比例也不断调整和波动,因此新农合基金大都不能达到收支平衡,要么大量结余,要么大量亏空。新农合的基金规模与保障水平之间存在着内在的数量平衡关系,必须通过健康保险的精算体系,科学地确定新农合的保障程度,从而制定科学、合理的补偿方案。

(四)从受益公平角度看,新农合受益面很窄,更多农民仅享受低水平的受益

从历年统计数据看,新农合的受益人数逐年上升,保障水平同步上升,整体受益率亦达到2/3,新农合“以大病统筹为主”得到明显体现。这种补偿模式虽然有利于克服得大病的农户的医疗风险,但受益面偏窄,特别是住院受益率还不到7%。为提高农民参合积极性,同时促进农民对医疗服务的利用,许多县(市、区)在坚持以大病统筹为主的基础上,不断推行普通门诊、住院分娩、特殊病种大额门诊及体检等补偿,但许多地方仍未补偿门诊医疗费用,而且即使在实施门诊补偿的县(市、区),从金额上看,许多参合农民仍只享受到低水平的受益。

当然,在资金有限情况下,提高保障水平和扩大受益面是一种“两难”处境。以大病补偿为主的制度,有利于提高农民抗风险能力,却在一定程度上限制了受益面的扩大;扩大到门诊补偿可以扩大参合农民的受益面和积极性,却导致相当比例的资金分散,可能降低住院费用的补偿水平。然而,大病补偿和全部补偿并非完全对立,它们的焦点只是如何更有效地使用合作医疗基金的问题^[3]。当前而言,尤其在当前自愿“参合”前提下,为巩固新农合制度,应在逐步提高保障水平的同时,兼顾扩大受益面,以确保新农合制度长期可持续发展。

参考文献:

- [1] 谢小平,刘国祥,李斌,等. 卫生服务利用公平性方法学研究[J]. 中国卫生经济,2007(5):24-27.
- [2] 陈佳贵,王延中. 中国社会保障发展报告(2007)No. 3:转型中的卫生服务与医疗保障[R]. 北京:社会科学文献出版社,2007:64-124
- [3] 王卉晓. 安徽省新型农村合作医疗费用补偿方案分析评价[J]. 中国卫生资源. 2006(1):36-38