

农村贫困人口医疗保障问题研究

——以新农合和医疗救助制度的衔接为视角

蒲川游 岚 张维斌

[摘要] 本文认为,解决我国农村贫困人口的医疗保障问题,必须在政策设计和管理制度上实现新农合和医疗保障制度的无缝衔接,推动政府救助和社会互助联动,才能够使农村贫困人口卫生服务的可及性得到较大幅度的提高。

[关键词] 乡镇公共卫生体系 财政支出 乡镇卫生院

[中图分类号] F323.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003—7470(2010)—03—0062(05)

[作者] 蒲川 研究员 重庆医科大学管理学院医学与社会发展研究中心 重庆市 400016

游岚 硕士研究生 重庆医科大学管理学院医学与社会发展研究中心 重庆市 400016

张维斌 重庆市卫生局 重庆市 401147

我国农村经济发展落后,因而存在不少困难群众。虽然已有一些救助措施,但看病贵、看病难问题仍非常突出。近年来,医疗收费猛涨,远远超出了同期农民收入的增长幅度,农民因病致贫、因病返贫的现象急剧上升,尤以贫困农民最为突出。2002年,国务院提出了建立农村新型合作医疗制度(以下简称新农合医疗制度),要求在2010年建立基本覆盖全体农村居民的新型合作医疗制度,并自2003年开始在全国部分县市进行了试点。随着经济和社会的发展,医疗救助也成为我国农村医疗保障体系的重要组成部分。党的十六届三中全会则进一步要求建立健全社会医疗救助制度和多层次的医疗保障体系。2003年,国家民政部、卫生部、财政部三部委又联合发布了《关于实施农村医疗救助的意见》(下称《意见》),开始在全国农村建立医疗救助制度,帮助保障农村贫困人口的基本医疗,改善贫困人群的健康状况。

新农合医疗制度属于社会保障制度的范畴,奉行的原则是“风险分担,互助共济”。农村贫困人口的医疗救助制度是农村的福利制度,属于“公共财

政”的范畴。这两者属于不同性质的制度。但就我国农村的实际情况而言,两种制度必须相辅相成,密切配合,才能够使包括五保户和贫困户在内的全体农民家庭的卫生服务的可及性得到较大幅度的提高。

一、新农合医疗制度在保障农村贫困人口方面的缺陷

1. 新农合交费和起付线阻止了贫困人口受益

新农合医疗作为一种社会保险形式,受益者首先必须是交费者。虽然每人每年10~30元的交费标准对于一般家庭来说数额并不大,但对广大低收入农民特别是西部贫困地区的农民来说,还是有一定的困难。即使贫困人口能缴费参合,但目前我国绝大多数地区都制定了新农合医疗报销的起付线,过高的起付线则又将其排斥在受益人群之外。以重庆市某县为例,2009年的政策是:普通门诊报销,年累计最高限额25元/人,用完为止。假如参合人员住院,乡镇(社区)卫生院起付线为30元,报销比例为65%;中心卫生院起付线为100元,报销比例

为60%；县级医院起付线为200元，报销比例为45%；县级以上医院起付线为1000元，报销比例为30%，单就起付线来说，就足以使贫困人口对新农合医疗望而却步。

2. 容易导致逆向转移支付

在改革前的农村合作医疗制度中，虽然规定农民可以自愿参加，但由于当时强大的行政动员力量，事实上具有一定的强制性，因此，大多数农民都得到了保障。而新农合医疗的制度设计是农民可以自愿参加，在当前我国农村行政动员力弱化的条件下，农民有了较大的选择权，特别是收入状况低下就阻止了大量贫困农民加入合作医疗。这种状况不仅导致了这部分人口无法受益，而且还会导致逆向转移支付。因为富人相对更有能力交费，也就更有可能享受政府提供的补贴以及相应的医疗保障。这样客观上形成了富人越有支付能力则越有保障，穷人越穷越没有保障，这样的结果很可能导致“穷人补贴富人”的逆向转移支付，这显然与社会保障济贫、防贫的目的相悖。

3. 保障模式无法达到防贫目的

首先，新农合医疗制度并非针对贫困人口设计，其补偿实行“以大病统筹为主、兼顾门诊统筹”的补偿模式是否能解决农村贫困人口的医疗保障问题呢？不论是从2003年以来新农合医疗制度试点以来的效果来看，还是从当前部分地区新农合医疗的实施方案来看，答案都是否定的。笔者研究了重庆市几个区县的新农合医疗方案，按其中某县的补助办法，即使对于花费10000元的大病，按在县级医院治疗算，实际报销的也只有2700元。而且对于特殊的检查、治疗和用药以及在县外医院治疗时个人还需先付一定比例的费用后才能进档报销，可见，这样的方案对保大病、防贫的作用十分有限，而且保大病的取向会使得保险中的逆向选择问题更加突出。对贫困人口来说，首要的还是解决基本医疗保障问题，但由于新农合医疗制度设计的缺陷，在其基本医疗得不到保障的情况下，保大病更是无从谈起。

二、医疗救助制度在保障农村贫困人口方面的缺陷

正因为新农合医疗的制度设计不是针对贫困人群的，国家民政部、卫生部、财政部三部委才于2003

年发布了《意见》，开始在全国农村建立医疗救助制度，帮助保障农村贫困人口的基本医疗，改善贫困人口的健康状况。那么，医疗救助制度是否解决了农村贫困人口的医疗保障问题呢？

1. 医疗救助制度的可及性不高

以重庆市为例，截止2005年6月，重庆市就已经全面建立了农村医疗救助制度。但最初的设计是针对救助对象（五保户、低保户、特困人口家庭和农村重点优抚对象，不含医疗费实报实销的二等乙级以上伤残军人）的大病医疗救助，并且设有门槛，要求自付医疗费用超过一定比例后才能以报帐的方式给予事后救助，这就使得普通困难群众在发生医疗行为时，享受不到医疗救助。

2. 公平性不强

目前，国内在医疗救助上普遍设置了起付线，造成越是困难的群众越难以享受医疗救助。而按一定比例给予救助，使贫困人口因自付费用少而得到的救助费用也就更少。起付线门槛过高而封顶线过低，医疗救助主要依据财政状况而不是救助对象的医疗需求作为标准，客观上造成不同地区间因为经济社会发展水平不同而使医疗救助水平出现差异，且与救助程度的客观要求存在差异，表现出明显的不公平性。^[1]

3. 效果不明显

之所以说医疗救助制度效果不明显，主要是基于以下几方面的因素：

(1) 救助额度小。在调查中，贫困人口普遍反映的问题就是医疗救助的额度过小，其主要原因是医疗救助的酬资水平和资金的使用效率偏低造成的。由于我国没有规定医疗救助资金支出应占财政支出的比例，以至于造成我国各地政府在医疗救助资金的安排上非常混乱。在我国经济发达地区，地方政府虽然承诺安排一定的资金用于医疗救助，但大都没有明确拨款的比例；在经济欠发达地区，政府则没有安排专门的医疗救助资金，而由民政、卫生、财政、扶贫等部门临时性给予救助资金，致使医疗救助资金在来源和数量上都不稳定。^[2]如2005年全国需要医疗救助人群的人均救助预算资金只有35.83元，2006年也只有70.15元。^[3]政府投入的救助资金不足，使得医疗救助只能对贫困人口的就医困难稍有缓解，不能从根本上解决问题。

(2) 大病病种的限定使救助范围大为缩小。目

前,在医疗救助制度中,不少地方都划有病种的范围,病种的限制排除了划定病种范围之外的贫困人口医疗救助。而绝大多数多发病、常见病、慢性病都没有被划入救助病种的范围,使得多数患病贫困人口事实上得不到救助。^[4]

(3) 制度设计较为保守。由于担心救助资金被滥用或者不够用等诸多因素,大多数地区的医疗救助制度设计往往偏向保守,救助范围窄,方式单一,程序烦琐,造成救助水平普遍偏低。2005年,全国筹集的医疗救助资金为129900万元,而资金结余45995.4万元,结余率为35.6%,而实际救助率只有30.9%;2006年,在筹集资金大幅提高的情况下,结余率达到了45.5%,实际救助率只有34.72%。^[5]

三、解决农村贫困人口医疗保障问题的对策——基于重庆实践的考察

1. 在制度设计上实现新农合与医疗救助的“无缝衔接”

(1) 资助参合。正因为新农合和医疗救助制度都不同程度地存在着制度设计的缺陷,都不能有效地解决农村贫困人口的医疗保障问题。因此,从新农合试点推行以来,管理者开始探索两种制度的衔接。以重庆市为例,2004年2月,在重庆市新农合领导小组的统一组织协调下,经市新农合医疗领导小组成员共同研究,出台了《重庆市新型农村合作医疗暂行管理办法》。该《办法》中明确,对参加新农合医疗的五保户、特困户和农村享受抚恤补助的优抚对象(不含医疗费实报实销的二等乙级以上伤残军人)的个人缴纳部分,由区县(自治县、市)政府按照当地个人筹资标准采取医疗救助方式予以解决。那么,仅仅靠资助参合能否解决贫困农民的基本医疗保障问题呢?从近几年的实践来看,用医疗救助资金帮助农村贫困人口参合并非是一个有效的办法,因为贫困人口虽然名义上参合了,但由于其不能支付新农合的起付线,更无能力支付高达50%或者以上的自付部分,所以,事实上根本无法享受新农合带来的保障。不仅如此,由于相当一部分宝贵的医疗救助资金被用于给贫困人口缴纳参合费,反过来也限制了医疗救助本身的支付水平。

(2) 二次补偿。正因为资助参合并不能解决实际问题,所以,有必要对二者的衔接加以改进,在

实践中,重庆市探索了一个“三明治”的创新模式,有效地解决了这一问题。这一模式的核心是一个“三明治”式的政策组合板块:制度中间是“新农合”,外面两边的辅助制度是医疗救助。医疗救助资助贫困人口参合,并且通过填平“新农合”制度的起付线,使患病的贫困救助对象可以毫无障碍的进医院看病。发生医疗费用由“新农合”负责按规定补偿,“新农合”补偿完毕之后,再进入医疗救助,对自付部分再进行救助。新农合的报销是第一次补偿,而对自付部分的救助即所谓“二次补偿”,这种制度设计使医疗救助与新农合的主体制度有效地结合在一起,明显地缓解了贫困人口看病难的问题。

(3) 日常医疗救助。目前,我国很多地方的医疗救助制度集中于大病医疗救助,而缺失基本医疗救助部分,致使农村困难群众由于无钱去看门诊,将小病拖成大病重病,使得农村贫困人口的基本医疗需求得不到保障。针对此问题,重庆市民政局对医疗救助对象中的“三无”人员、需长期维持院外治疗的重残重病人员和80岁以上老人,每年核发一定限额(一般为150元~300元/年)的医疗救助证(卡),主要用于其门诊就医和购药。限额内产生的费用由新农合定点医疗机构垫付,民政部门定期与其结算,确保他们日常小病和维持治疗有一定的基本保障。

(4) 大病医疗救助。取消农村贫困人口住院起付线,让需住院治疗的救助对象能得到及时救助。新农合实施以来,重庆市各区县相继取消了农村贫困人员在新农合定点医疗机构住院治疗的起付线。民政部门打破病种限制,简化救助程序,采取事前或事中救助、定点医疗机构垫付医疗费用的办法对贫困参合农民给予及时救助。救助对象持有效的新农合医疗证、低保证、五保证在新农合定点医疗机构就诊,一经诊断需住院治疗,在规定的年救助标准内(一般为2000元~5000元/年),实行分段救助。农村救助对象医疗费用在一定限额内的(一般为1000元~2000元),按新农合医疗规定的报销比例报销后,自付部分(包括起付线,即所谓“门槛费”)给予全额救助;医疗费用超过限额后,超过部分除按新农合医疗规定报销外,再对救助对象按一定比例(50%~60%)给予救助,使救助对象能及时住院治疗,公平享受合作医疗待遇。^[6]

(5) 建立临时医疗救助。在采取上述措施后,如

果救助对象所患救助病种以外的疾病确需住院治疗的,或救助对象以外的低收入家庭成员因患大病救助病种无钱治疗造成社会影响较大的,在不超过大病救助标准的前提下给予适当的临时救助。重庆市民政部门还在医疗救助基金总量中划定20%的比例,对农村五保对象、重点优抚对象以外的其它低收入家庭成员,因大病医疗费用过高造成家庭生活特别困难的,视情况给予一定数额的医疗救助,从而起到了拾遗补缺的作用。

2. 在管理上实现新农合与医疗救助的“无缝衔接”

由于新农合与医疗救助的性质不同,在实践中分属于不同的政府部门管理,而管理上的不协调、不对接将大大减弱制度设计带来的优势。为切实缓解农村贫困群众医疗难的问题,除应注重政策设计的衔接外,还应注意整合各类资源,从管理层面和监督层面加强统筹,以形成农村医疗救助与新农合医疗互联互通的运行机制,从而有效地解决医疗救助在简化程序、控制费用、经费结算、监督管理等方面的难题。

(1) 资源共用,完善服务网络。要解决农村困难群众的医疗保障问题,就需要加强农村卫生服务体系的建设,不断加大农村卫生服务的投入,健全和巩固农村三级卫生服务网络,为农村困难群众搭建便捷的医疗服务网络。以重庆市为例,近几年来就充分整合利用了新农合医疗服务机构的资源优势,将新农合定点医疗服务的区级医疗机构、镇街(中心)医院和村卫生室,全部纳入了农村医疗救助服务单位,为农村困难群众搭建了便民利民的医疗服务网络。

(2) 信息共享,提升管理水平。新农合信息化建设是我国农村居民医疗保障的基础性工程,也是我国政府对医疗保障进行社会化管理的必然趋势。目前,重庆市已经完成了省级新农合信息管理平台的建设,绝大多数区县也建成了新农合信息管理系统。由于新农合信息网络已经延伸到了乡镇,因而为医疗救助信息系统的衔接奠定了物质基础。目前,重庆市各区县民政局依托新农合医疗信息平台,集成建立了医疗救助管理系统,实现了新农合信息与救助信息的无缝对接,从而使民政部门可以适时掌握救助对象就医情况,监控医疗机构实施的治疗情况,分析和监测医疗救助资金的使用情况。该

系统将医疗费用自动生成新农合医疗报销金额、民政救助金额、救助对象自付金额三个部分,实行同步结算,同时兑现,保证了参合困难群众在定点医疗机构就医能即用即补,并有效地解决了农村贫困人口在就医管理上的障碍。

(3) 监管统一,规范救助行为。在我国现阶段,基本医疗卫生服务机构的财政保障水平还很低,县级医院、乡镇卫生院以及村卫生室还普遍存在着逐利的现象,加之我国新农合的筹资水平总体上还很低,医疗救助资金更是有限,所以,必须对新农合和医疗救助服务的提供者进行监管,以确保资金的使用效率。由于新农合与医疗救助分属于不同的政府部门管理,所以,有必要建立统一的监管体系。在监管上,重庆市的做法主要包括三方面:一是各区县合管办和民政部门通过新农合信息网络,适时掌握救助对象就医情况,监控医疗机构的服务行为,分析和监测医疗救助资金使用。二是依托新农合技术专家组成立由卫生、民政专家组成的审核小组,对各定点医疗机构的补偿资金申请进行统一审核。三是全面检查与抽查相结合。每年对定点医疗机构开展1~2次重点抽查,对违反规定、弄虚作假的按新农合有关规定给予处理,情节严重的取消其新农合和医疗救助定点服务机构的资格。

3. 建立慈善援助,推动政府救助和社会互助相联动

当前,农村贫困人口医疗保障的最大制约因素还是筹资,在政府财政支持有限的情况下,医疗救助对农村贫困人口的保障仅停留在“能看病”上。由于救助对象的范围是预先划定的,推进新农合和医疗救助制度的衔接后也只能在一定程度上解决救助对象的“看好病”的问题,而怎么解决资金不足和不属于救助对象但确实需要救助的困难群众的医疗保障就成为亟待探索和解决的问题。笔者认为,在有限的政府救助基础上,需要积极拓宽救助渠道,广泛动员社会力量参与农村贫困人口的医疗保障,逐步形成“政府主导、社会参与”的农村医疗救助格局。

(1) 建立慈善援助网络体系。目前,重庆市慈善总会和各区县慈善会均设立了医疗救助专项基金,每年从慈善募集资金中安排一定数额用于医疗救助。以2007年为例,医疗救助专项基金就对4600名困难群众实施了742万元的医疗援助。^[7]同时,重

庆市在各乡镇(街道)中还推行了建立“稻草援助中心”,对辖区困难群众实施安老、扶孤、助学、助医等方面的应急性救助,初步弥补了慈善组织网络在基层乡镇慈善援助的空白。农村贫困人口当年经大病医疗救助后,如通过再援助一定资金即可治愈的,可申请一次性慈善医疗援助。这样,医疗救助专项基金和“稻草援助中心”的建立就实现了医疗救助与慈善援助的衔接。

(2) 发展医疗救助基金会。对政府医疗救助难以有效覆盖或覆盖后难以有力保障的特殊困难对象,应积极引导社会力量建立医疗救助基金会,有针对性地实施医疗援助。重庆市于2006年就成立了紧急医疗救助基金会,对在重庆市范围内(含外地来渝人员)因突发意外事件(事故)受到伤害或病危及生命需紧急抢救,无经济支付能力又无其它渠道解决急救期间的医疗费用的伤病者提供救助,主要救助对象为城乡低保、农村特困户、五保户、三无人员、优抚对象等。

(3) 医疗机构提供优惠服务。应当指出,仅依靠新农合、医疗救助和慈善援助并不能解决贫困人口的“看病难、看病贵”的问题,高额医疗费用是农村贫困人群和医疗保障制度面临的共同难题。由于我国基本医疗卫生制度的建设才刚刚开始,离《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出的2020年基本建成的目标还有相当长的时间,因此,在此期间,解决贫困人口面临的医疗费用过高的问题只能采用行政推进的办法,要求医疗服务的提供者对贫困人群实施优惠。

四、结语

《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出,要建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系,在我国的基本医疗保障体系的构建中,农村贫困人口的医疗保障问题主要依靠医疗救助制度来解决,医疗救助的筹资主体应当是政府财政。就是说,今后农村贫困人口的医疗保障责任应该为各级政府,这也印证了卫生事业管理的理论基础,即政府应当保障居民获得医疗服务的公平性。

由于我国经济社会发展的不平衡,农村还存在着绝对数量很大的贫困人群,在目前财政条件下,要完全满足这一部分人群的基本医疗保障需求(治好病)是难以做到的。因此,医疗公平的底线是及

性,即“病有所医”,就是看得上病的问题。因此,医疗救助的重要目标就是解决贫困人群医疗的公平性和可及性问题,达到初步避免因病致贫和因病返贫的目的。这也就决定了我国对农村贫困人口的医疗保障必须坚持“广覆盖、保基本、可持续”的原则,并随着财政实力的增长不断提高保障水平。

笔者认为,医疗救助和新农合的衔接固然是解决农村贫困人口医疗保障的政策出路,但其基础却取决于资金是否到位以及到位的资金的使用效率。因此,解决医疗救助制度的筹资和资金使用效率问题就成为解决我国农村贫困人口医疗保障问题的关键。为此,笔者建议:建立稳定和制度化的农村医疗救助筹资机制,明确中央政府和地方政府各自的责任,同时,中央和省级财政应当通过转移支付等方式,对欠发达地区的医疗救助资金给予支持和保证。各省市也应当划定省级政府和县级政府的筹资责任,并拓宽筹资渠道,加大将福彩公益金、残疾人保障金投入医疗救助资金的比例。在资金的使用上,各省级政府还应当改进资金补助办法,在保障贫困人口参合所需资金的前提下,划定日常医疗救助、大病医疗救助和临时医疗救助的资金使用比例,并根据这一比例核算下拨补助资金。与此同时,还应对医疗救助资金结余量进行控制,对资金结余超过一定比例的,将超过的部分计入下一年度的补助中,以提高资金的使用效率。

参考文献:

- [1] 李 华, 张志元, 郭 威. 完善我国农村医疗救助制度的思考 [J]. 人口学刊, 2009, (01).
- [2] 黎 明, 贾宁生. 中国农村医疗救助制度: 现实考察与理论分析 [J]. 中共青岛市委党校青岛市行政学院学报, 2008, (05).
- [3] [5] 顾雪菲, 张振忠. 医疗救助与新型农村合作医疗衔接的必要性研究 [J]. 医学与社会, 2008, (08).
- [4] 刘蔚韦, 唐 均. 重庆市医疗救助制度调查报告 [J]. 学习与实践, 2007, (05).
- [6] [7] 改革完善城乡医疗救助制度 [R]. 重庆市民政局, 2007.

责任编辑: 壬 林
校 对: