

如何让“新农合”更好地保障农村贫困群体

张翼

(中国社会科学院 人口与劳动经济研究所, 北京 100732)

摘要:通过对抽样问卷调查数据的分析,研究了“新农合”的参合状况。认为农民在参合过程中不存在“逆淘汰”问题。年纪越轻、家庭人均收入越高、身体越健康的群体,参加“新农合”的发生比也越高。但收入较低的贫困群体,却存在被住院费所屏蔽的风险。如何使“新农合”更好地保障农村贫困群体的健康,是未来政策改进中需要重点加强的问题。为此所提出的政策性建议,可以与学界和政府有关部门共享。

关键词:“新农合”; 贫困群体; 医疗补助; 保障

中图分类号: C912.82

文献标识码: A

文章编号: 1671-0398(2008)04-0001-09

一、研究背景

为解决农民的“看病难、看病贵”问题,适应于市场转型的大环境,2002年10月发布的《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确指出:要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”。这个文件的颁布,标志着原有农村合作医疗制度的正式解体与新合作医疗制度的正式兴建。新合作医疗制度与原合作医疗制度的重大区别,就在于其政策重心放在“保大不保小”上。经多方研究,卫生部、财政部和农业部三部委于2003年1月10日向国务院提交了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》^①。2003年1月13日,国务院办公厅以“通知”的方式向各省市自治区政府转发了这三部委的意见,要求各省市自治区安排好试点县。2003年春季的SARS事件,进一步增

强了地方和中央政府建立农村合作医疗保健体系的决心,也改变了改革开放以来农村基层组织松动的医疗保健观念。正因为如此,地方政府才积极推动,自主申请加入试点县。2007年,“新农合”已覆盖全国2451个县(市、区),覆盖率达86%,参加农民达到7.3亿人。

从表1可以看出,虽然“新农合”要求农民自愿“参合”,但该制度得以建立的源动力却来自于中央政府,所以,截止目前,“扩面”和“扩大试点”的工作进展很顺利。在2003年试点之初,根据国发[2003]3号文件的规定,参合农民自己每年缴纳“参合费”10元,集体经济酌情补助,地方政府财政为每一参合农民补助10元,中央财政为中西部地区除市区以外的每一参合农民补助10元。到2006年,农民个人的“参合费”保持10元不变(有条件的地方,也适当提高了个人的“参合费”标准),但中央财政给中西部地区除市区以外的每一参合农民的补助标

表1 新型农村合作医疗制度与原农村合作医疗制度的区别

新型农村合作医疗制度		原合作医疗制度
统筹层次	县级统筹	人民公社、生产大队、生产队
参合方式	自愿参合、政府宣传动员	生产大队强制参合,集体出资
资费来源	个人交费、集体补助、地方政府和中央政府给予财政支持	生产大队集体扣除、人民公社公积金提取,中草药自行种植、赤脚医生记工分、工伤分配米面补助(医疗费由生产队集体承担)
保障重点	大病统筹为主	广覆盖、低保障、小病治疗、疫情预防
医疗费补助	制定最低起付线和最高封顶线	赤脚医生和生产大队卫生站、人民公社医院免收诊疗费、病人只负担医疗费或部分药费

收稿日期: 2008-05-07

作者简介: 张翼(1964-),男,甘肃人,中国社会科学院人口与劳动经济研究所研究员,社会学博士。

①可查阅“国办发[2003]3号文件”。

准提高到了20元,同时要求地方财政相应提高20元标准。自2008年开始,中央政府给中西部地区参加“新农合”农民的补助标准提高到人均40元。这样,农民的人均参合标准就由2003年的人年均30元上升到2006年的50元,之后又提高到了2008年的80元。但在有条件的东部地区,如果县域经济繁荣,集体企业盈利较足,则该县的人均标准,可能会大大高于中西部地区。故在县统筹之下,每个具体县的“参合标准”存在很大差异。

到目前为止,概括全国的参合模式,主要有这样几类:“大病住院统筹+家庭账户型”、“大病住院统筹+门诊报销型”和“大病统筹型”。东部地方的省级和县级财政实力较强,能为参合农民提供较高的补助金额,这使该地区“新农合”的覆盖率高于中部和西部地区。

从已经发表的文献看,新农合推广中存在的主要问题被概括为4点。

第一,新农合的维持,存在可持续问题。虽然各地反映,参合农民的积极性比较高,“参合率”每年都有大幅度提高。可“参合率”的迅速提高,主要来自于地方基层政府的“上门收缴和动员”——表征着半强制特色。从这个意义上说,农村地区医疗保障的扩面,正如全国城市所展开的养老保障的“扩面”一样,都具有征收“保险基金”的作用。在“新农合”以大病统筹为主的政策设计中,如果将大病发病率视为一个常数,那么,“参合率”的提高或者参合基金底盘的扩大,就能在现收现付的意义上提高住院病人的补助水平,解决农民“看病贵”问题。但政府要一直维持如此强有力的工作力度,那“参合”成本或“参合”的维护成本会很高。一旦政府——尤其是中央财政作为无力,新农合的可持续性就值得怀疑。

第二,有些研究提出:“新农合”的“参合”群体存在明显的“逆向淘汰问题”。他们认为,以大病统筹为主的制度设计会对身体较好的人特别是年轻人失去吸引力(持此观点的人认为:该群体短期内不会患大病的预期较高),故其“参合”积极性不高。但对年长体弱者的吸引力较高(短期患病的预期较强),这会造成基金压力。有人指出:很显然,老、弱、病、残者自然都愿意参加合作医疗,因为他们受益的几率更高。但是,他们收入通常较低,缴费能力有限。年轻健康者收入较高,支付能力较强,但其受益可能性较低,因而参加意愿较低。任其自由选择的结果必然是大量健康者不愿参加,而体弱多

病者则不请自来,甚至还出现“许多家庭只为家庭中的年老体弱者交纳参合资金”^[14]。

第三,有些政府部门的调查报告认为,有些农民比较贫困,无力缴纳每年每人10元的参合费。“为使贫困农民享受到合作医疗的好处”,东部地区的省级财政和县级财政,已经与扶贫部门合作,拨出了专项资金,专门用于为贫困农民缴纳年均一次的参合费。

第四,“新农合”是否可以解决参合农民“看病难”和“看病贵”的问题。按照政府部门的提法,以及国务院“国发[2003]3号文件”的提法,制度设计的初衷是为了解决参合农民“看病难、看病贵”问题。近期发表的很多文章都认为这一制度的实施,会“有效”地解决农民的“看病难、看病贵”问题。然而,仍然有人质疑新农合的这一作用。

二、研究重点、数据采集和研究策略

(一) 研究重点

为对以上问题进行必要的验证,本研究将调查和分析的重点集中在以下4个方面。

第一,在农村社会中,哪些人群的“参合率”较高,哪些人群的“参合率”较低。也就是说,本研究想通过统计推断,分析参合农民的性别、文化程度、身体健康状况、收入水平和职业阶层,并由此检讨“新农合”在试点推广中的经验和教训。

第二,是否存在逆向选择问题?也就是说,在农村推行“新农合”的过程中,是那些易于生病的、或者本身身体存在疾病或健康问题的人更易于参加“新农合”?还是那些年龄较大的、身体抵抗力较差的人群更易于参加新农合?如果是,那未来的政策指向就应该集中动员健康群体参加新型合作医疗,以扩大“参合农民”的覆盖率和基金来源,并进一步制定刺激健康群体参合的制度,以吸引青年人群的参加。

第三,贫困农民是否因为交不起“参合费”而保持观望态度?对“新农合”这样一个新型的制度创新,是否存在贫困群体的门槛阻拦和屏障问题?如果存在这样的问题,那问题的核心在哪里?如何在未来的医疗改革中防止这一问题的发生?本研究力图回答的是:一个被官方认为很好的制度设计,为什么没有吸引贫困农民群众的积极参与呢?是贫困农民认识不到参合医疗的好处?还是实在拿不出每年10元的“参合费”阻止了他们的投保?

第四,新农合是否可以从根本上解决农民“看病难、看病贵”问题?本研究的理论取向很明显,即在对不同人群的参合状况进行分析的基础上,看“新农合”解决了哪些人的问题,尚未解决哪些群体的问题?如何在未来的政策设计中更好地解决现存问题?

(二) 数据采集^①

本研究采用了中国社会科学院人口与劳动经济研究所与台湾省“中央研究院”合作的“华人家庭动态调查”数据。该研究是一个设计为8年进行4次追踪访问的随机抽样问卷调查(每2年1次)。调查区域选择在上海市、浙江省和福建省。本调查于2004年第1次访问时获得了4732份合格问卷,在2006年第2次追踪访问时获得了4370份合格问卷。第1次调查时,被访问对象的年龄介于25~68岁;第2次调查时,被访问对象的年龄介于27~70岁。第2次调查时追踪到了2632份农村户口样本。本文的分析基于这些样本做出。

被调查的浙江省,在2006年底,其参合农村的覆盖率已经达到100%,参合农民总数达到2902万人,占全省农民总数的86%左右。人均筹资水平也远远高于西部地区,达到了63元(其中个人负担大约20元)。其采取的是“大病统筹+门诊补助”制度,这有利于受益面的扩展。浙江省的特点是可报销部分门诊收费。

福建在2004年只将安溪、同安和新罗3个县(区)确定为试点县。2005年新增加了罗源县、长泰县、永安市、武夷山市、柘荣县、荔城区等县(市、区)。到2006年底,已经在36个县(市、区)试点,覆盖乡村人口1201.5万人(覆盖率为45%左右),实际参合农民982.68万人,“参合率”达到81.79%。其试点推行方案为:除中央财政的补助外,个人交费10~15元,2005年有些地方增长到35元。地方政府补助15~20元。最低起付线4500元,最高封顶线2万元。但截止2005年底,人均“参合”筹资标准只有33元,比浙江要低很多。

上海是20世纪末全国唯一几个维持了原有农村合作医疗制度的地区之一。其参合基础、政府补助实力等都是全国最好的。到2006年底,全市郊区10个区县、114个镇(乡)、1917个行政村全部兴办了新型农村合作医疗,其覆盖率达到100%。在户籍农业人口215万人中,“参合率”达到88.7%;参加商业保险、少儿住院基金等其他医疗

保险和享受职工家属劳保者占农民总数的8%。应保尽保率为96.7%。

到2006年12月,进行问卷调查时,上海和浙江“新农合”的农村覆盖率达到100%,而福建的覆盖率稍低,仅为45%左右。我们可以通过研究不同参合状况下被访问对象的实际情况,分析“参合”中的问题。

(三) 研究策略

本研究通过3种途径收集数据资料,即问卷调查、深入访谈和召开座谈会。问卷调查得到的数据是结构性的数据。但为了深入了解参合农民的参合心理和参合状况,还需要选择不同类型的参合人或未参合人进行面访调查。由于面访调查得到的资料属于个人的感受,可能存在个体认识偏差所造成的对“新农合”的误解,我们又通过召开座谈会的方式,邀请基层干部和普通农民一起座谈他们对“新农合”的认识。

在研究中,将是否参加了“新农合”设计为因变量,以被访问农民的文化程度、年龄类别、性别、职业类别、收入多少、自我评价的身体健康程度以及身心健康是否影响到其就业等为自变量,以logistic模型分析其对参合状况的影响。具体分析过程中,又将数据分割为就业群体案例和全部农村人口案例2个部分,借以分析不同特征农民的参合结构问题。

在定量分析的基础上,本研究使用面谈访问调查中得到的数据,补充解释定量分析得到的信息,并结合各个方面得到的数据资料,回答前文提出的问题。

三、研究发现

(一) 对全部样本参合状况的分析

对“新农合”推广中存在的问题,学术研究中绝大多数人认为最严重的是“逆向淘汰问题”,即认为参合农民大多是年老体弱多病者,而年轻健康者比较拒斥。但我们在上海、浙江和福建的调查没有发现这一问题。

从表2中的模型2可以看出,在性别上,男性的“参合率”高于女性:男性参合的发生比是女性参合发生比的1.5倍。从文化程度上说,参加了新农合的发生比,“小学组”是文盲和半文盲组的1.512倍。但初中以上文化程度的受访组缺少统计显著

^①本小节数据源于2006年笔者与当地社会保障部门工作人员的访谈资料。

表2 “新农合”与其他保险的参加状况(全部案例)

	是否参加其他保险 (模型1)		是否参加“新农合” (模型2)	
	B值	发生比	B值	发生比
性别(男=1)	0.387	1.472	0.405***	1.500
受教育程度(对照组:文盲、半文盲)				
小学	0.629	1.876	0.414***	1.512
初中	1.220	3.388	0.185	1.203
高中/技校/中专	2.166***	8.722	0.029	1.029
大专/本科及以上	2.095	8.129	0.352	1.422
自认身体健康程度(对照组:很不健康)				
很健康	16.259	11 514 463	1.653**	5.220
健康	16.603	16 232 597	1.532*	4.627
一般	15.658	6 314 647	1.293*	3.645
不健康	15.402	4 885 218	1.043	2.837
上2周是否因为疾病影响工作(影响=1)	-0.084	0.919	-0.095	0.910
年龄段(对照组:27~40岁)				
41~60岁	-0.633**	0.531	-0.006	0.994
61~70岁	-2.192*	0.112	-0.394**	0.675
家庭去年人均年收入(对照组:4 000元及以下)				
4 001~7 000元	0.469	1.599	0.384***	1.468
7 001~10 000元	1.668**	5.302	0.452***	1.572
10 001~15 000元	1.490**	4.438	0.349**	1.418
15 001及以上	1.954***	7.054	0.505***	1.657
调查省(市)(对照组:福建)				
上海	2.350***	10.484	0.360	1.433
浙江	0.735**	2.086	1.752***	5.765
常数	-22.586	0.000	-3.136***	0.043
自数似然数		540.628		2 713.044
确定系数		0.206		0.257
个案数		2 317		2 317

性。在性别上男性高于女性的一个重要的原因是:在老年人口中,由女性生存优势所决定的女性人口多于男性人口。

从受访者自己对自己身体健康程度的评价中可以看出,与认为自己“很不健康”的组相比较,认为自己越健康,其参加“新农合”的发生比也越高。但自评“不健康”的组则不具统计推断力。当然,对身体健康程度的客观性指标,应该来自于医生或医院的检查。而这里的指标,来自于受访者的主观认知。如果说“健康程度”会影响“参合”或“不参合”的决策,那么,受访者的主观评价对其是否“参合”的影响应该很显著。因为,如果其知道自己不健康,其必然会从最经济的角度去思考就医的成本。但需要注意的是,“新农合”的推广,在个人层面的交费很低,大约占人均交费标准的1/3或1/4。这就

是说,只要交了自己的那1/3或1/4,地方财政和中央财政就会补助剩余的2/3或3/4。以自己人头费套取国家的财政补贴,这是有利可图的事情,农民何乐而不为呢?

但这里的主要问题是:为什么自己认为自己“不健康”或“很不健康”,但却不积极参加“新农合”呢?通过访谈和座谈会了解到:那些身体“不健康”或“很不健康”的人,恰恰正是经济上比较困难的人。对于这些人而言,不是他们交不起“参合费”,而是他们交不起医治后除去补助需要自己负担的那部分费用。

有位福建的受访村民说:

你问我为什么不参加?不划算啊?现在的医院你是知道的,一进去,没有治病就需要检查。即使是感冒或肚子疼,也需要检查。一个感

冒,我自己吃药吃,最多花20多元钱钞票。但为了报销药费,进了医院,你没有一百七八十就走不出来。我们这在乡医院,花不到200元不报销;县医院花不到500元不报销。人家给你报销一半,你自己还得拿一半。药开得多,人家报销得多,你自己掏的也多啊?全给了医院了!像我得个感冒,20多元买点药吃就可以了,但在医院,人家让你花过200让你达到报销标准,你自己就得掏100多元!算下来还是不划算。

这就是问题的症结所在。要办好“新农合”,就得加强管理机制。要防止“新农合”救了乡镇医院,提高了乡镇医生的收入,却屏蔽了贫困人口的现象。

从年龄段上说,与对照组27~40岁组相比较,年龄在61~70岁的老人的“参合”发生比更低。这就是说,年龄越小的人口,其参加新农合的发生比更高一些,由年龄因素引起的逆淘汰问题并不突出。

从家庭人均年收入上说,人均年收入在4000元以上者的“参合”发生比,都大大高于4000元以下的组。为什么收入越高的组,没有表现出递进的更高的发生比呢?也就是说,为什么与最低收入组相比较,人均年收入在“15001元以上的组”仅仅比“4001~7000元”的组高出了一点,而没有与其收入成比例的增长呢?其中的主要原因是该组的人口,有相对较大的比例参加了更为灵活的商业医疗保险。也就是说,在“新农合”试点之前的一段时间,商业医疗保险已经伴随“县域经济”的发展而推销其产品,那些经济实力相对较强的家庭,已经为其家庭成员购买了商业保险,故其参加新农合的积极性也受到了影响。在访谈中,有位浙江的老板娘这样说:

我家已经为每个人都买了大病医疗保险,还是分红型的。最初是为孩子买的,后来为老人也买了,再后来就给我们两口子也买了……我们2004年这里开始试点农村合作医疗保险。我们本来可以不参加的……等于是重复购买嘛!而且报销的金额很低!但是村干部和乡镇干部动员,再说每年每个人也就掏几十块钱,人家国家补的是大多数,我们就同意了。可与我们一样做生意的那些人,就有很多没有交。我丈夫的弟弟是村干部,工作不好搞的。我们交参合费也算支持他的工作嘛!

从这里可以看出,对于富人来说,“新农合”的吸引力不是很大,但只要村干部做工作,其参加“新农合”的比率还是可以提高的^①。但对于困难群体

来说,尽管“参合费”不是很高,但医疗费补助比率却比较低。另外,就是承办医院或者“新农合”就医承接单位,为了提高所谓效益而进行的过当操作——检查费用和较多的药费开支等,使贫困病患望而却步,不愿意参加。所以,即使地方政府财政救助基金为贫困群体购买了“参合”的入场券——“新农合”俱乐部的门票,其在进入后也不敢消费——这才是贫困所带来的问题。

为对“其他保险”与“新农合”参合状况进行比较,在这里,我们也使用模型1分析了被访问对象参加其他保险的状况。总体来说,其他保险的参加情形比较复杂。比如说,从地域上来说,上海市各种险种产品比较齐全、政府对就业于企业的农民工养老补助费采取了强制企业缴纳的方式,故农村户口村民,只要就业于非农单位,只要在上海市行政辖区内,其就可以被这些保险所涵盖。所以,模型1显示,上海市的“被访”者对其他保险的参加发生比,要远远高于福建的“被访”者。

模型1同时也说明,在“其他保险”中,年龄越大的群体,其参加的发生比也会越小。因为在“其他保险”中,与工作有关的医疗保险比较多,比如国家强制执行的医疗保险和工伤保险。所以,年龄越大,其脱离工作在家闲养的比率也就越大,其没有保险的概率也就越大。另外,一个人要是没有工作,其只能由家人为其购买商业保险。但商业保险公司对年龄又有非常严格的限制。所以,老年群体参加商业医疗保险的比例就会越低。是故,与模型2一样的是,家庭人均收入越高,其能享受其他医疗保险的概率也就越大。

(二) 对有工作群体参合状况的分析

被访对象有没有工作?有什么样的工作?不仅决定着他们的收入,还决定着他们倾向于在哪个制度框架中选择自己的保障?目前中国的社会保障体系比较杂乱,主要有:国家单位和事业单位保障体系、城市行政区划内企业保障体系、城市为农民工设计的保障体系和农村社会保障体系。在农村劳动力的流动中,哪个地方经济越发展,流动人口的比率就越高。所以,在上海、福建和浙江3省市,在原制度体系中属于农村户口的那些劳动适龄人口中,现在只有不到1/3的人从事于农业生产。这就是说,有大约2/3的农村户口劳动者从事着非农劳动。

在这种情况下,就很有必要研究不同职业和不同生产部门劳动从业人员的参合状况。从社会转型

^①伴随“新农合”人均水平的提高和住院报销比例的增大,“富裕群体是否会改变初衷”?仍然是需要研究的课题。

和社会发展的趋势上说,中国未来20年,应该处于快速城市化和工业化阶段。如果“新农合”是专门为农业从业人员设计的,那么,在农业从业人员迅速减少的过程中,“新农合”的“参合人口总数”会逐渐减少,尤其是在沿海经济状况较好的省份更应如此。

从表3的模型1和模型2可以看出,对于就业

人员来说,在“性别”对比上,男性比女性的“参合”发生比要低很多。这就是说,只要非农化过程继续,那么,在从农业社会转变为工业社会的过程中,一旦男性脱离了农业,流动进城市,则其更会倾向于在城市体制中寻找医疗保险的制度配置,而留在农村的女性,则会较多地进入“新农合”之中。

表3 “新农合”与其他保险的参加状况(就业案例)

	是否参加新农合 (模型1)		是否参加新农合 (模型2)		是否参加其他保险 (模型3)	
	B值	发生比	B值	发生比	B值	发生比
性别(男=1)	-0.355***	0.701	-0.354***	0.702	-0.153	0.858
文化程度(对照组:文盲半文盲)						
小学	0.341*	1.406	0.391*	1.478	0.420	1.522
初中	0.062	1.064	0.138	1.148	0.901	2.462
高中/技校/中专	-0.312	0.732	-0.062	0.940	1.572	4.819
大专/本科及以上	0.072	1.075	-0.141	0.869	2.178	8.833
自认身体健康程度(对照组:很不健康)						
很健康	0.981	2.667	1.087	2.966	15.921	8 212 807
健康	0.803	2.231	0.922	2.516	16.110	9 921 514
一般	0.802	2.231	0.898	2.456	15.403	4 889 422
不健康	0.698	2.009	0.749	2.116	15.877	7 861 163
上2周是否因病影响工作(影响=1)	0.234	1.264	0.203	1.225	-0.042	1.043
年龄段(对照组:27~40岁)						
41~60岁	0.259*	1.296	0.213	1.238	-0.386	0.680
61~70岁	0.475*	1.607	0.390	1.477	-0.904	0.405
上月工作收入(对照组:300元以下)						
301~500元	-0.096	0.908	-0.046	0.955	-2.890	0.056
501~800元	0.068	1.070	0.230	1.258	-2.434	0.088
801~1 000元	-0.220	0.803	-0.149	0.862	-0.750	0.473
1 000元以上	-0.275	0.759	-0.158	0.854	-0.232	0.793
家庭去年人均年收入(对照组:4 000元以下)						
4 001~7 000元	0.570***	1.768	0.701***	2.015	0.448	1.565
7 001~10 000元	0.482**	1.620	0.669***	1.953	1.191	3.290
10 001~15 000元	0.345	1.412	0.513**	1.671	1.018	2.768
15 001元及以上	0.352	1.421	0.500**	1.649	1.455**	4.285
职业阶层(对照组:种植农/渔民/养殖人员)						
国有企业雇员			-1.301***	0.272	4.219***	67.999
私营企业雇员			-0.506***	0.603	2.104***	8.202
自雇或个体户			-0.082	0.921	0.962	2.616
雇主(雇有1人以上雇员)			-0.313	0.731	1.595***	4.927
调查省(市)(对照组:福建)						
上海	0.818**	2.265	0.912***	2.490	2.397***	10.986
浙江	2.47***	11.15	2.455***	11.63	0.466	1.594
常数	-1.739	0.176	-1.846*	0.158	-22.180	0.000
对数似然数		1 856.568		1 742.377		400.058
确定系数		0.357		0.357		0.376
个案数		1 804		1 699		1 699

从“文化程度”上说,与“文盲半文盲”组相比较,获得了小学文化程度的人口,更倾向于加入“新农合”。这并不是说在就业群体中,文化程度越高,越会拒斥“新农合”。在这里,一方面文化程度较高群体缺少统计显著性;另一方面,文化程度越高的群体,越会转变为非农人口,流动到城市或城镇去工作。

有意思的是:在全部案例中,“自我感知的身体健康程度”具有非常显著的统计推断性(表3的模型2),但在就业群体中,自评的身体健康程度这个变量却失去了统计解释力。一个可资解释的原因是,工作单位的性质影响了就业群体的“参合”结构分布。

从年龄段上说,与表3的模型2不同,表4的模型1和模型2表现的趋势是,年龄越大的群体的参合发生比越高。与27~40岁年龄段就业群体相比较,41~60岁年龄段的参合比高出了1.296倍;61~70岁年龄段高出了1.607倍。这就是说,年龄越大的劳动者,因为自己能获得收入,所以,其“参合”的发生比会高一些。在这里需要注意的是,年龄越大,其脱离劳动的概率也就越大。如果那些年龄较大者仍然在工作,则很可能其工作回报和工作地位会相对较高。因此,这里的统计推断,很难否定表3模型2所得到的推论。也就是说,在全部农村人口中,不存在年龄越大“参合率”越高的问题(即逆淘汰问题)。在就业人口中,因为年龄较大的就业者收入回报和工作自主能力较高,其参合发生比也得以提高了。在家庭日益小型化的过程中,情况更是如此。

在调研之前,我们曾经认为,年龄越大的就业者,可能也是家庭经济状况越差的就业者。正因为家庭收入不能维持其日常生活,其才不得不就业以赚钱度日。但在实际访谈中,尤其是在福建、浙江和上海这样总体经济环境较好的省(市)农村,在61~70岁之间的就业者,绝大多数属于家庭企业的管理人员,而不是农业种植人员。虽然也存在一定比例的农业人口,但所占比例相对要低一些。

有趣的是,“月收入”这个变量,在这里失去了显著性。为什么个人收入不显著,但家庭人均收入却显著呢?这是因为,新农合的推广,在很多试点县市都是以家庭为单位来缴费。在某些县(市),本身就实行大病统筹和家庭账户制度。另外,中国农村的特点,就是村落政治和家庭文化。在新农合个人缴费水平只有10元(有些地方可能比较高)的情

况下,只要家庭经济状况允许,家庭就会为其所有成员缴纳参合费,而较少选择性缴纳。

为检验不同职业劳动者的“参合”状况,我们在表3的模型2中,将职业身份变量带入了方程。从这里可以看出,一旦农村户口的劳动者脱离了农业领域,其参合的发生比会大幅度降低。比如说,国有企业雇员的参合发生比就非常低。即使是私营企业的雇员,在政府加大管理力度的情况下,其也参加了其他医疗保险,或者参加了农民工医疗保险,或者参加了当地城市的医疗保险(表3的模型3),但却很少参加“新农合”。

这说明,虽然某些地区,比如浙江的某些县(市),为解决城镇贫困人口的医疗保险问题,也将学生类和城市贫困人口纳入“新农合”之中,扩大了“新农合”的涵盖范围。但对于农村户口人口来说,一旦其脱离了农业生产劳动,转变为非农劳动者,则其参加“新农合”的概率会大大降低。其中的主要原因在于这些群体感觉住院医疗补助的比例太低。

四、研究结论

(一) 在“新农合”的“参合”过程中,存在着对贫困群体的“屏蔽”现象

虽然本次的调查区域仅限于浙江、上海和福建3省市,但这3省市都是“新农合”村落覆盖率相对较高的省市。从调查得到的数据分析中,我们得不到逆向选择的结论。从全部被访问案例的分析中,反倒是61~70岁组的老年人较少地参加了新农合。从就业群体案例的分析中,虽然年龄较大者参加新农合的比率有所提高,但这部分就业人员恰恰较多地转移出了农业生产部门。另外,从自评的身体健康程度上说,也恰恰是越健康的群体,较多地参加了“新农合”。

所以,在政策考虑上,不用太焦虑“新农合”参合人员的逆向选择问题。

(二) 家庭人均收入越高的群体,其“参合率”越高

这个发现一方面否定了经济纬度的“逆淘汰假设”,另一方面也说明,在政府组织促动“新农合”建设,乡村基层组织代理征收资费的制度格局中,只要家庭的人均年收入达到一定程度,那么,其参加“新农合”的可能性就会大大提高。即使在“现收现付”制度不变的情况下,农村的中上阶层也会对其采取支持立场。另外,很多地方实行的“大病统筹

加家庭账户”制度,也保证了家庭作为“参合单位”的人群基础。

(三)“参合费”较少地回报了贫困人口的医疗保健

贫困人口的医疗问题,不是“参合费”问题,而是住院费问题。为贫困人口救助的参合费,在起付线门槛的作用下,较少地回报了贫困人口的医疗保健。

对于贫困人口而言,有限的资金要用于自我医疗保健方面。“保大不保小”的制度设计,很容易人为提高住院费。病人为达到领取补助费的目的,就必须使自己发生的费用达到起付线^①,比如说达到福建某些县规定的200元。对于家庭经济状况较好的人来说,达到起付线是一种心理预期的健康收益;但对于家庭经济情况较差的群体来说,要达到起付线,就相应增加了他们自己负担的绝对值,这会使这些人感觉“不值”,不如在私人诊所买药方便和节省。所以,某些省市为贫困人口的“参合费”补助,并没有起到鼓励参合的作用,也较少地回报了贫困人口(因为贫困人口的住院概率较低)。在医疗制度和药费继续上涨的大环境中,其也会加强农民“拿穷人的钱给富人看病”的认识。

所以,建议政府在政策设计上,可以让贫困人口自己出参合费。但在发生住院治疗费用后,再依据贫困人口的贫困程度予以费用补助。一般而言,患大病的概率低于3%~4%,所以,从资金使用效率而言,政府应该变“前救助”为“后救助”。对贫困人口“参合费”的补助,增加了“参合率”,扩大了中央政府向地方的财政补助,但在贫困人口住院率较低的情况下,却将基金更多地补助给了非贫困人口的病人。但如果改为后补助,即在贫困人口住院后,将原本应该补助的“参合费”,补助给贫困家庭病患的实际发生费用补助,这部分资金的使用效率——用于扶贫的效率会更高、更直接和更明确。

(四)如果现收现付的参合资金有所剩余,应该提高住院补偿比率

即使如福建的某些经济相对较差的县那样,将乡镇医院住院费的起付线定在200元,将报销的比率定在60%左右,也是比较低的。实际上,在前2年的试点中就发现,有些试点县的资金使用率仅仅在50%左右。很多参合资金都被“积累”下来,没有

花掉。这对于现收现付的制度设计来说,会大大降低农民在以后各年的参合积极性。

(五)在现有药品和医院管理体制下,还不能完全解决“看病难、看病贵”的问题

“新农合”自试点以来,已大大缓解了农民的“看病难”问题,主要缓解了有经济能力住院的人,得到了大多数农民的支持。但仍然没有解决贫困农民的“看病难”和“看病贵”问题。毕竟,在现有制度设计之下,无论如何努力,富人都比穷人更易于享受“新农合”的保障功能。因为个人负担的部分仍然占有非常大的比例^②。因此,为吸引贫困群体的参合积极性,政府部门就需要从降低医疗价格入手去解决这一问题。不改变现有的医疗制度,中国城市的医疗保障体系就不能解决“看病难、看病贵”的问题,何况是平均收入不到城市1/3的农村。

(六)应提高乡镇医院的竞争力,降低就医成本,加强对定点医院的监管

要放开医疗管制的机会约束,允许参合人员自愿选择定点医院,由接诊医院决定是否住院或办理住院手续,取消分级批准转院手续。哪个医院的药费便宜、住院服务质量较高,就将新农合的大门向这些医院打开。在调查中,有些县采取的“一卡通”办法就值得借鉴,即只要使用参合卡,就可以自由在指定医院接受治疗。另外,在对私人诊所或医院评估的基础上,可以适当引进私人卫生院作为参合人员的合同医院,形成竞争机制。不竞争就没有效率,也就会降低服务质量。垄断是任何制度走入死胡同的最根本原因。在这一点上,还应该降低从乡卫生院转移到县卫生院的的价格限制,以参合农民报销的最高限价控制开支,而不是以制度将参合人员限定在村或乡2级,造成“大病治不了,小病无需治”的现象。很多被访问群众的反映是:小病的治愈成本,经报销后与私人药店的治疗成本差不多,但私人服务更方便,不用去医院,就能在家享受服务,比如打吊针等。

另外一个可资考虑的办法是控制定点医院的收费,降低参合农民的个人付费,大幅度限定药价。如果药价上涨、医院服务费用居高不下,穷人就会被价格门槛所阻挡,即使参加了“新农合”,其也无法享受到新农合的“保障”,这会直接影响“新农合”

^①这会刺激“小病大治、挂床住院”的现象。在访谈中,很多群众说为达到报销的目的,病人和医院合作,说是住院治疗,实际在家疗养。医院则鼓励行医人员想方设法开药,使病患的开支达到或超过起付线。医院积极于这一行动的目的,在于增加收入。所以,新农合在很大程度上救活了乡镇医院,也增加了乡镇医生的收入。所以,如何防止“小病大治”问题,如何防止医院的伦理风险,的确是制度设计的要点。不仅在“新农合”中需要注意,在城市医疗保险体系中,也需要注意。

^②有些地方乡镇医院的住院保险额在60元左右,有些在65%左右。但总体趋势是,乡医院报销比例高于县医院,县医院报销比例高于省医院。如果跨省治疗,报销比例会更低。再加上封顶额的限制,“新农合”优势主要体现在常规疾病的治疗上。

的可持续发展,并给2010年基本普及“新农合”带来潜在的负面威胁。无疑,国家对新农合的推广,直接给参合定点医院带来了收益。但我们在调查中发现,群众反映最激烈的问题是药价和住院价格较高,而定点医院的乡村医生的收入却在最近几年有了大幅度的提高。有些抗生素药,在私人诊所只有7~8元,在定点医院却高达20~30元,应当刹住“医生下乡、药品推销商下乡”的歪风。医院的“不合理检查、过度用药、肆意提高治疗费”等,是“医院多挣钱、农民少受益”的主要原因。老百姓追念毛泽东时代合作医疗制度的最大原因,是其便宜的药费和方便的服务。如果药费仍然在上涨,国家为解决“看病难和看病贵”问题给“新农合”的财政支持,就会较多地落入医疗卫生部门和药品中介商的口袋。所以,当前的一个重要任务是建立完善的管理机制,以尽快防止改革过程中医疗卫生行业利用制度缺失乘机发生的腐败和过当受益,保证国家

财政的“救命钱”造福于农民而非其他。

(七) 增加门诊或体检项目,提升新农合的预防能力

为使新型农村合作医疗吸引更多的贫困人口参加,还可以在补助住院费用之外增加“体检”项目,做到预防为主,争取“小病早治”,而不是等到“大病统筹”。社区医院的体检可以有效地控制传染病的发病率,也可以在小病早治中节约医疗费用,降低参合群众的医疗负担。但如何在体检过程中提高定点医院和医务工作人员的服务质量,防止走过场和资源浪费,却是摆在政府面前的一个重大任务。另外,体检的普及性,还可以扩大参合群众的受益面,使身体健康的参合人员也享受到参加“新农合”的保障福利。当然,这一做法还可以防止参合基金的积压,保持“新农合”制度设计之初的“现收现付”特征。

参考文献:

- [1] 刘远立,任苒,陈迎春,等.合作医疗需求的经济学研究[J].中国卫生经济,2002(5):18-20.
- [2] 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[J].社会学研究,2004(5):1-18.
- [3] 景天魁.围绕农民健康问题:政府、市场、社会的互动[J].河北学刊,2006(4):54-62.
- [4] 刘鹏.合作医疗与政治合法性:一项卫生政治学的实证研究[J].华中师范大学学报(人文社科版),2006(2):24-31.

How to Better Protect Impoverished Group in Countryside with NCMS

ZHANG Yi

(Population and Labor Economics Institute, Chinese Academy of Social Science, Beijing 100732, China)

Abstract: This article studies peasants' participation in the New Cooperative Medical Scheme based on the data from the sample survey, and doesn't think there is "inverse elimination" in this process. For the group of people who are younger and healthier with higher family income, there are more possibilities for them to participate in the NCMS. For those impoverished people with lower income, they face the danger of being kept out of the NCMS because of high medical fee. How to better protect impoverished group in countryside with NCMS is the focus of the future policy, the article puts forward suggestions to share with the intellectual circle and relevant governmental sections.

Keywords: NCMS; impoverished group; Medicaid; guarantee

[责任编辑:刘健]