

中国农村基本医疗保障制度变迁

□ 翁凝¹ 孙梦洁²

(1. 中国农业大学 经济管理学院, 北京 100083; 2. 北京大学 经济学院, 北京 100871)

[摘要] 系统梳理了中国农村基本医疗保障制度的发展历程, 剖析了不同时期医疗保障制度确立的原因和政策实施效果。为缩小城乡居民医疗保障差距, 须加快城乡基本医疗保险的整合步伐。

[关键词] 农村合作医疗; 新农合; 城乡居民医保; 制度变迁

[中图分类号] F840.684 [文献标识码] A [文章编号] 1003-1154(2020)01-0053-03

在农村地区, 疾病是居民面临的重要风险之一。自新中国成立以来, 中国政府一直致力于预防和解决农村居民的各項医疗服务问题, 根据不同时期的现实条件与客观需求, 建立了相应的基本医疗保障制度。完善的医疗保障制度能够有效地减轻居民的医疗支出负担, 防止居民“因病致贫返贫”。因此, 系统地梳理中国农村基本医疗保障制度的历史变迁, 有助于深入理解不同时期的农村居民对医疗保障的现实需求, 探讨制度的优势以及存在的不足, 为未来的政策改进提供一些参考。基于此, 本文以时间为纽带, 根据不同时期的政策导向, 将中国农村的基本医疗保障制度分为三个阶段, 探析每个阶段医疗保障制度建立的原因, 对比新旧制度之间的不同, 分析新制度的改进之处, 并详细论述政策的实施效果, 从而对新时期的医疗保障制度进行初步思考。

一、农村合作医疗制度

(一) 集体经济控制下的农村合作医疗: 1949—1979年

新中国成立之时, 农村人口达到48 402万人, 占全国总人口的89.4%¹。在绝大多数人口居住的农村地区, 居民面对疾病, 不仅“无药无医”, 而且医疗费用几乎完全自付。为使广大农村居民享有最基本的医疗卫生条件, 中共中央于1960年转发了卫生部党组《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》, 以及附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》, 促使农村合作医疗制度在全国农村地区得到广泛的推广^[1]。1958年, 实行合作医疗制度的行政村覆

盖率为10%, 1962年迅速上升至46%, 1969年之后, 合作医疗制度迅速发展并普及, 1976—1979年, 实行合作医疗制度的村庄比例基本稳定在90%, 这为广大农村居民提供了初级医疗卫生保障^[2]。农村合作医疗基金由集体(生产大队)和个人共同筹集, 其中集体筹集的部分称作“公益金”, 直接从生产大队中提留, 从而保证医疗基金的畅通。因此, 集体经济制度是合作医疗制度赖以生存的经济基础。

(二) 市场经济主导下的农村合作医疗: 1978—2002年

改革开放后, 随着家庭联产承包责任制的实行, 家庭取代了生产大队成为农村基本的生产单位, 这使农村合作医疗制度失去了政策的支持。1982年, 村庄合作医疗覆盖率迅速下降至53%; 1983年, 人民公社制正式取消, 农村合作医疗制度的经济基础进一步削弱, 当年年底其覆盖率就狂跌至11%, 1989年降至4.8%的历史最低水平, 仅剩上海郊区和集体经济较发达的苏南地区仍然实行合作医疗制度^[3]。农村合作医疗制度基本崩溃, 农村居民再次陷入没有医疗保障的境地。

上世纪80年代末至90年代初, 政府试图重振农村合作医疗制度, 1986年, 中国政府在世界卫生大会上, 承诺“2000年人人享有卫生保健”。然而, 失去集体经济支撑的合作医疗制度, 如果没有政府财政的大力支持, 仅靠村民个人的微薄力量是根本发展不起来的^[4]。遗憾的是, 纵观整个90年代, 政府对整个国家的医疗卫生事业都没有给予足够的财力支持。卫生总费用占GDP的比重始终低于WHO规定的下限(5%), 农村居民参加合作医疗的积极性始终无法被

[基金项目] 国家社会科学基金青年项目“基本公共服务均等化与农村公立医院医生激励研究”(14CJL044); 教育部人文社会科学研究青年基金项目“中国农村居民的健康需求和寻医行为研究”(13YJC790125)。

¹ 数据来源于2018年《中国统计年鉴》。

调动起来,参保比例始终没有超过 10%²。因此,农村合作医疗制度基本以失败告终。

二、新型农村合作医疗制度

(一)新农合制度的产生

21 世纪初期,“因病致贫返贫”已成为农村突出的社会问题。为挽救悬崖边缘的农村医疗卫生事业,2002 年 10 月,党中央和国务院颁布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,提出要“建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,重点解决因大病而出现的因病致贫、返贫问题,到 2010 年,新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民”。2003 年,政府根据各地区经济社会发展水平差异,在不同地区先后开展了新型农村合作医疗(简称“新农合”)制度试点工作,这意味着新农合成为中国农村地区的基本医疗保障制度。

(二)新农合制度与农村合作医疗制度的对比

与农村合作医疗制度相比,新农合制度的特征包括:(1)自愿参加、家庭参保。与过去强制参加的形式不同,农村居民可以自愿选择是否加入新农合,但必须以家庭为单位参保。(2)政府资助、集体扶持和个人缴费相结合的筹资方式。农村合作医疗基金主要由村集体和村民筹资,而新农合基金多数由地方政府出资,中央政府根据地区经济水平进行不同程度的补贴,参保居民按人头适当缴费。(3)地方政府负责基金的使用、管理与监督。农村合作医疗基金的运作主要由村集体负责,而新农合在符合中央政策方针的基础上,具体的操作方案由县级政府根据本地的实际情况自行决定。同时,地方(县级及以上)政府建立相关机构对新农合基金进行管理和监督。(4)以县级为单位共担疾病风险。新农合共担层次由过去的乡镇或村提高到县,有效加强了抵御疾病风险的能力。(5)以大病统筹为主。农村合作医疗主要针对疾病预防及门诊医疗服务,新农合主要针对重大疾病医疗服务。

(三)新农合制度的实施效果

1. 基本实现全覆盖

在新农合制度实施之初,村民参与新农合的积极性很低,这主要是由于过去参与合作医疗的失败经历,导致村民对政府的信任度较低³。为此,地方政府投入大量的启动成本,挨家挨户进行动员,重建村民对政府的信任。根据 2011 年《中国卫生和计划生育统计年鉴》数据,到 2010 年,参加新农合的人数从

2004 年的 0.8 亿人增加至 8.4 亿人,参保率达到 96%,顺利实现新农合制度“基本覆盖农村居民”的政策目标。

2. 基金筹集力度不断加大

新农合基金的筹集遵循“自下而上”的原则,首先从地方开始筹集,只有地方政府和村民个人的资金到位后,才能向中央政府申请资助。新农合实施初期,政府资助参保村民每人 20 元,村民每人缴费 10 元。对于中西部地区,政府资助部分由中央和地方政府平均分担,而对于东部地区,地方政府承担所有资助。2006 年,中央政府开始资助东部地区,人均资助增加到 40 元,由中央和地方政府平均分担。此后政府资助力度逐步加大,到 2017 年,人均政府资助增加至 450 元。参保居民缴费额也从 2009 年开始逐年增长,当年人均缴费额为 20 元⁴,到 2017 年增加至 180 元左右³。

3. 补偿水平不断提高,但低于城镇补偿水平

新农合以住院补偿为主,且补偿力度不断加大。根据 2013 年《第五次国家卫生服务调查分析报告》数据,2003—2013 年,参保住院病人中获得报销的人数比例从 8.1% 大幅增加至 91.1%,次均报销费用占住院费用的比例从 6.9% 增加至 50.1%。随着新农合补偿标准的增加,家庭医疗支出负担不断减少。2003 年,住院病人次均自付费用占家庭人均年收入的比重高达 129.1%,到 2013 年迅速下降至 33.0%。然而,新农合补偿水平与城镇基本医疗保险补偿水平仍存在一定差距。2013 年,城镇职工基本医疗保险(简称“城职保”)和城镇居民基本医疗保险(简称“城居保”)的次均报销费用占住院费用的比重分别为 68.8% 和 53.6%,均高于新农合的比重。

三、城乡居民基本医疗保险制度

(一)城乡居民医保制度整合的必要性

农村居民的收入水平明显低于城镇居民,而新农合的医疗支出报销比例也明显低于城镇基本医疗保险,这说明农村居民的医疗支出负担明显高于城镇居民。因此,政府应该提高农村居民的医疗费用补偿水平,缩小城乡居民之间的医疗支出差距。其次,大量农民工无法享受新农合的福利保障。中国农民工总量在逐年递增,2016 年已突破 2.8 亿人,其中有 60% 的农民工长期在本县以外的地区流动⁴。而新农合主要以县域为范围进行医疗支出补偿,使大部分农民工不得不选择就近医治,并承担所有医疗费用。此外,

² 数据来源于 2017 年《中国统计年鉴》和 2003 年《第三次国家卫生服务调查分析报告》。

³ 2010 年以前的数据来自参考文献[6],2017 年的数据来自《关于做好 2017 年新型农村合作医疗工作的通知》。

⁴ 数据来源于 2019 年《中国住户调查主要数据》。

分割的城乡医疗保险导致的重复参保、重复补贴和重复建设问题日益严重,建立统一的城乡医疗保险有利于优化医疗资源高效利用、规范基金管理服务和增强基金抗风险能力。基于此,2016年,国务院出台了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(简称“《意见》”),将新农合与城居保进行整合,逐渐取消城乡分割的基本医疗保障制度,从政策层面上推动了城乡居民基本医疗保险(简称“城乡居民医保”)制度在全国范围内的实施。

(二)城乡居民医保制度与新农合制度的对比

与新农合制度相比,城乡居民医保制度将显著改善农村居民医疗保障权益。第一,保障力度显著提高。按照“待遇就高不就低”的原则,城乡居民医保将显著提高农村居民医疗费用补偿标准。第二,保障范围明显扩大。根据“目录就宽不就窄”的原则,城乡居民医保的药物保障目录和医疗服务项目目录将进一步扩大;同时,在保证住院补偿的基础上注重提高门诊补偿标准。第三,建立更加合理的基金筹资机制。城乡居民医保将逐步建立个人缴费标准与居民人均可支配收入相匹配的机制,这有利于减轻中低收入群体的缴费负担。第四,基金的管理及使用更加规范高效。城乡居民医保采用统一的基金财务管理制度,基金实行“收支两条线”管理,独立核算,专户管理。同时,建立健全基金运行风险预警机制以提高基金的安全性和使用效率。

(三)城乡居民医保制度的实施情况及不足

1. 实施情况

江苏、浙江、广东等部分经济发达地区早在2007年城居保试点之初,便积极探索城乡居民医保统筹。2016年,随着中央政策的大力推动,城乡居民医保整合行动在全国迅速展开,当年年底,城乡居民医保的参保人数达到4.5亿人。2017年,参保人数翻了近一番,2018年达到近9亿人,除了吉林、辽宁、安徽、陕西、贵州、海南6个省份和西藏自治区,全国大部分地区已经完成了城乡居民医保整合工作。

城乡居民医保的基金筹集方式与新农合相似,但二者的补偿范围有所不同。新农合以住院补偿为主,而城乡居民医保增加了对门诊医疗费用的补偿。整体而言,城乡居民医保的补偿力度在逐年加大,且明显高于新农合的补偿水平。2012—2018年,参保病人每人次均获得的医疗费用补偿金额从293.5元增加至387.5元,年均补偿金额是新农合的1.6倍⁵。

2. 不足之处

尽管城乡居民医保的补偿水平高于新农合,但与政策目标仍有一定差距。首先,城乡居民医保对居民

住院费用的补偿水平变化甚微。根据2018年《全国基本医疗保障事业发展统计公报》数据,城乡居民医保对实际住院费用的平均补偿比例为55.3%,仅比2013年城居保和新农合的补偿比例分别高出1.7%和5.2%。其次,《意见》提出,在政策范围内,城乡居民医保对住院费用的支付比例应保持在75%左右,但2018年政策范围内的基金平均补偿比例为65.6%,与政策目标存在近10个百分点的差距,且居民实际获得的补偿比例与政策范围内的补偿比例也存在约10个百分点的差距,可见真正落到实处的补偿比例与政策目标的差距可达到20个百分点左右。

四、总结与展望

新中国成立以来农村基本医疗保障制度的发展历程表明,一个成功的医疗保障制度不仅要满足居民的医疗保障需求,还要与现实的经济基础相适应。在城乡经济发展水平存在明显差距的现状下,缩小城乡医疗保障差距,提高农村居民的医疗保障水平是必然选择。因此,要进一步加快城乡基本医疗保险整合,同时从整体上提升城乡医疗保险的保障水平。一是提高中低收入居民的住院费用补偿水平,实行与居民可支配收入相匹配的分级补偿标准,从根本上解决“因病致贫、返贫”问题。二是缩小政策范围内与实际支付的医疗支出补偿差距,在“以收定支,收支平衡”的原则下,提高医保基金的使用率。三是进一步探索城职保、城居保和新农合“三保合一”,在全面落实城乡居民医保整合的基础上,最终实现基本医疗保险对所有居民的统一。□

[参考文献]

- [1] 张自宽,朱子会,王书城,张朝阳. 关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究[J]. 中国农村卫生事业管理,1994(06).
- [2] 周寿祺,顾杏元,朱敖荣. 中国农村健康保障制度的研究进展[J]. 中国农村卫生事业管理,1994(09).
- [3] 王绍光. 学习机制与适应能力:中国农村合作医疗体制变迁的启示[J]. 中国社会科学,2008(06).
- [4] 仇雨临. 中国医疗保障70年:回顾与解析[J]. 社会保障评论,2019(01).
- [5] 张立承. 新型农村合作医疗制度的公共政策分析[J]. 中国农村经济,2006(05).
- [6] Li X, Zhang W. The Impacts of Health Insurance on Health Care Utilization among the Older People in China [J]. Social Science & Medicine, 2013,85(02):59-65.

⁵ 实施情况的相关数据来源于2018年《全国基本医疗保障事业发展统计公报》。

通信作者:孙梦洁, E-mail: smj_1983_smj@163.com.