

欠发达地区 新型农村合作医疗制度： 困境、诱因与机制设计

◎ 吴雯雯 蒋翠珍 / 著

QIANFADA DIQU

XINXING NONGCUN HEZUO YILIAO ZHIDU:

KUNJING、YOUYIN YU JIZHI SHEJI



经济科学出版社
Economic Science Press

本学术著作获江西理工大学优秀学术著作出版基金资助

欠发达地区新型农村合作医疗制度： 困境、诱因与机制设计

吴雯雯 蒋翠珍 著

经济科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

欠发达地区新型农村合作医疗制度：困境、诱因与机制设计 / 吴雯雯，蒋翠珍著. —北京：经济科学出版社，2015. 12

ISBN 978 - 7 - 5141 - 6343 - 8

I. ①欠… II. ①吴… ②蒋… III. ①不发达地区 - 农村 - 合作医疗 - 医疗保健制度 - 研究 - 中国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 292996 号

责任编辑：侯晓霞

责任校对：徐领柱

责任印制：李 鹏

欠发达地区新型农村合作医疗制度：困境、诱因与机制设计

吴雯雯 蒋翠珍 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址：北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编：100142

教材分社电话：010 - 88191345 发行部电话：010 - 88191522

网址：www. esp. com. cn

电子邮件：houxiaoxia@ esp. com. cn

天猫网店：经济科学出版社旗舰店

网址：http://jjkxcbs. tmall. com

北京季蜂印刷有限公司印装

710 × 1000 16 开 11.5 印张 200000 字

2015 年 12 月第 1 版 2015 年 12 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5141 - 6343 - 8 定价：35.00 元

(图书出现印装问题，本社负责调换。电话：010 - 88191502)

(版权所有 侵权必究 举报电话：010 - 88191586)

电子邮箱：dbts@ esp. com. cn)

前 言

本书受到江西理工大学优秀学术著作出版基金及 2015 年江西省社科规划课题“基于 SDA 分解技术的欠发达地区新农合医疗制度费用控制机制研究”（编号 15YD024）的资助。

新型农村合作医疗制度推广以来，农民“因病致贫”、“因病返贫”现象得到有效缓解，医疗负担得以减轻，新农合在农民抵御重大疾病风险，减轻农民医疗负担方面扮演着越来越重要的角色。然而，欠发达地区由于经济发展水平较低、财政支持能力有限，新农合制度实施中面临着更多的挑战。本书旨在探讨欠发达地区新农合制度存在的问题及解决措施，以期完善我国新农合制度。

我国新型农村合作医疗制度发展迅猛，参合率大幅度提升。2004~2013 年，我国参合人数从 0.80 亿人增加到 8.02 亿人，参合率从 75.2% 提高到 98.7%，补偿受益人次增长超过 20 倍，达 19.42 亿人次。与此同时，这期间我国新农合人均筹资水平增长 7 倍，基金支出规模增长超过 100 倍。

我国欠发达地区新农合制度不仅面临着人均筹资水平较低，参合农民缴费比例偏高、基金使用率低、受益水平低，农民参合意识薄弱，医疗服务设施落后，组织管理功能不强等一系列问题，还存在着诸如自愿原则导致欠发达地区更容易出现逆向选择、逆向转移支付问题，以大病统筹为主更容易影响欠发达地区参合农民的积极性、高管理成本更容易挫伤欠发达地区基层政府积极性，补偿机制、农民健康意识更容易导致参合者受益程度不高等困境，我们应对欠发达地区新农合制度进行深入分析，完善机制，使其能更好地为参合农民的医疗健康保驾护航。

针对江西省展开的个案调研发现，欠发达地区新农合存在参保费用增长过快、基金使用难以把握、监督体系仍不完善、信息化管理滞后、费用控制机制存在问题等问题，应加大政府的投入力度、降低农民的缴纳金额，制定合理的补偿机制、提高基金的有效利用，构建有效的监督机制、保证农民的监督权力，建立科学的信息系统、提升基层的管理水平。

新农合医疗费用的快速增长引起了学术界的广泛关注。利用江西省 87 个县 2008 ~ 2010 年数据，基于 SDA 结构分解方法将新农合费用增长分解为规模效应、流动效应以及费用膨胀效应，对新农合医疗费用增长的动因及其一般规律进行分析。研究发现，2009 年江西省新农合费用增长主要是因为新增住院次数的增加，反映出医疗需求的释放；2010 年住院费用大幅上涨则更多体现在流动效应和费用膨胀效应的增加，反映出参合农民医疗需求层次的提高；收入水平、次均住院费用大小及其偏离度是影响新农合费用增长结构的主要因素。本书结论表明，现阶段新农合医疗费用控制制度应体现差异化，县级医疗重在费用控制，乡级医疗重在提升服务水平和医疗质量。

在此基础上，基于新农合运行机制的定性分析和面板数据模型的实证研究，本书讨论了新农合费用快速增长的原因。研究发现，新农合医疗费用快速增长的根源在于费用控制机制在重心定位、支付方式选择、监管主体能力等方面存在先天不足；重塑新农合费用控制机制应实现控制重心由新农合经办机构向医疗服务提供方转移，支付方式由后付制向预付制、混合制转变，监管手段由依附式被动手动审核向独立化主动信息预警系统过渡，医疗机构管理模式由僵化的行政式管理向重差异重竞争的市場化管理方式演变。

新农合信息系统能够优化服务网络，简化报销程序；实现“无纸化”办公，降低工作成本；利用信息管理系统网上监控，保障新农合资金安全。当前欠发达地区应该加强网络建设，保证软、硬件平台，建立统一信息平台 and 数据库，加强领导，统筹规划，建设一

支务实、高效的新农合信息管理人员队伍。

本书从新农合基金的筹资机制、基金的使用、基金监管及运行过程中存在潜在风险等方面分析了现阶段我国新型农村合作医疗基金运行中存在的问题。并结合实际情况，从完善多元化的筹资渠道；规范基金使用范围；全方位加强新农合基金监管；规避基金运行风险等方面给出了相应解决对策。只有不断总结新农合基金运行中的经验、教训，才能保证国家这项惠农工程真正落到实处。

解决欠发达地区新农合制度实施过程中存在的问题，要从政府投入、机制建设以及管理手段入手，聚焦在减少参合农民的参合成本，提高筹资水平和报销比例，并以信息化程度的提高实现医疗过程透明化，增强资金使用效率。具体来说，降低农民缴纳金额，适当提高政府补助标准；合理调整统筹补偿方案，提高基金的使用效益；全面实施大病保险制度；完善支付方式改革；推动建立分级诊疗制度；构建有效的监督机制，保证农民的监督权；建立科学的信息系统，提升基层的管理水平力。

吴雯雯 蒋翠珍

2015年12月

目 录

第1章 导论	(1)
1.1 研究背景及意义	(1)
1.2 相关概念界定	(2)
1.3 文献回顾与述评	(4)
1.4 研究方法与内容安排	(17)
第2章 我国新农合制度现状与影响	(20)
2.1 新农合制度剖析	(20)
2.2 我国新农合制度运行现状	(29)
2.3 新农合对农村居民的影响	(45)
第3章 困境与挑战：欠发达地区新农合制度面临的问题	(56)
3.1 自愿原则导致欠发达地区更容易出现逆向选择问题	(56)
3.2 自愿原则造成欠发达地区出现逆向转移支付	(58)
3.3 大病统筹为主更容易影响欠发达地区参合农民的积极性	(59)
3.4 高管理成本更容易挫伤欠发达地区基层政府积极性	(62)
3.5 补偿机制不合理、农民健康意识淡薄更容易导致 参合者受益程度不高	(62)
3.6 基层卫生机构软硬件条件有限，医疗支出增加	(63)
第4章 江西省新农合运行情况剖析	(64)
4.1 江西省新农合运行情况	(64)
4.2 江西省新农合调研情况分析	(80)
4.3 欠发达地区新农合制度实施存在的问题分析	(86)

4.4	完善江西省新型农村合作医疗的对策建议	(89)
第5章	需求释放抑或供给方诱导：新农合费用控制机制分析	(92)
5.1	新农合费用控制机制的定性分析	(92)
5.2	新农合医疗费用增长的结构与动因：基于江西省数据的分析	(96)
5.3	新农合费用控制机制的实证分析：基于面板数据	(111)
5.4	新农合费用控制机制应考虑的因素	(117)
5.5	完善欠发达地区新农合费用控制机制的建议	(119)
第6章	欠发达地区新农合基金运行问题与对策	(123)
6.1	新农合基金运行中存在的主要问题及原因分析	(123)
6.2	完善新农合基金运行机制的相关对策	(128)
第7章	欠发达地区新农合信息系统的现状与完善	(132)
7.1	建设新农合信息系统的必要性	(132)
7.2	新农合信息系统的主要作用	(133)
7.3	目前新农合信息系统存在的问题	(135)
7.4	建设和完善新农合信息系统的几点建议	(136)
第8章	经验与启示：国内外新农合制度	(139)
8.1	国外农村医疗保险制度的经验借鉴	(139)
8.2	国内农村医疗保险制度的经验借鉴	(144)
第9章	激励相容：欠发达地区新农合制度改革路径与对策	(150)
9.1	欠发达地区新农合制度改革需要思考的问题	(150)
9.2	欠发达地区新农合制度改革的路径选择与对策建议	(153)
附录		(158)
参考文献		(169)

第1章 导 论

1.1 研究背景及意义

改革开放以来,我国广大农民生活水平有了较大的改善和提高,但与城市相比,农村地区,尤其是欠发达农村地区“因病致贫”、“因病返贫”的现象时有发生。2000年世界卫生组织在对191个会员国进行的医疗卫生公平性评价中,中国排在倒数第4位,绝大多数农村人口失去医疗保障是重要原因^①。以江西省为例,2002年江西省农村卫生投入1857.29万元,占全省卫生总投入的24%,也就是说,农村人口占总人口的70%以上,农村卫生投入占卫生总投入的比重却不足1/4,农民基本医疗卫生服务得不到保障。健康是农民从事其他一切活动的根本,不解决农民的健康问题,就不可能从根本上解决农村、农业和农民问题,就不可能有国家的稳定和全面进步。

在此背景下,为了促进社会公平、构建和谐社会和实现五个统筹发展的目标,2002年全国农村卫生工作会议上通过的《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》中提出建立新型农村合作医疗制度,2003年10月中国政府在全国农村因地制宜地开展了新型农村合作医疗制度试点工作。

新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)制度是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的互助共济的农民医疗保障制度。制度推广以来,农民“因病致贫”、“因病返贫”现象得到有效缓解,医疗负担得以减轻。2014年,新农合参合率继续维持在95%以上,各级财政对新农合人均补助达320元。参合农民的报销比例政策范围内门诊达50%,住院达75%。在基本医保的基础上又开始推进大病保险,共有97亿元报销金额,115万人次受益。新农合在农民抵御重大疾病风险,减轻农

^① 卫生部统计信息中心.中国卫生服务调查研究:第三次国家卫生服务调查分析报告[M].中国协和医科大学出版社,2004.

民医疗负担方面扮演着越来越重要的角色。

由于新农合制度起步较晚，尚处于探索阶段，因此，在制度实施过程中还存在一些问题。尤其是欠发达地区，经济发展水平较低、财政支持能力有限，新农合制度实施困难更大。然而新农合制度的初衷正是为了保障广大农民，特别是低收入农民的医疗需求权益，因此，探讨欠发达地区新农合制度存在的问题及解决措施，对于完善我国新农合制度具有十分重要的意义。

1.2 相关概念界定

1.2.1 欠发达地区

发达与欠发达是一对相对的、动态的概念，尚没有绝对的判断标准，对地区发达程度的界定随着时代的变动，其内容和方法也在不断更新。一般来说，欠发达地区通常是指人均国内生产总值、人均财政收入、农民人均纯收入三项主要经济指标均低于全国平均水平、发达程度低或发展不充分的地区（吴照云，2001）。目前我国划分区域发展水平的方法主要有：一是地理划分法，即按“七五”计划对全国经济地带所做出的划分；二是经济划分法，即根据人均国民收入、各地区域城镇居民家庭平均每人可支配收入和各地区农民家庭平均每人纯收入这三项重要经济指标来划分我国地区的发展程度；三是根据地区经济发展评价指标对地区发达程度进行界定。

王雷（2006）在此基础上，采用经济发展、收入状况、工业化、城市化、市场化、开放程度、教育、健康、投资、财政、通信、基础设施以及可持续发展等 21 个指标，并选取三年（2001~2003 年）的数据对我国地区的发达程度进行聚类分析，具体划分见表 1-1。

表 1-1 我国地区发达程度划分	
划分	具体省份
发达地区	上海、北京、天津
较发达地区	广东、江苏、浙江、福建、山东
欠发达地区	河北、山西、辽宁、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、广西、海南、重庆、四川
落后地区	内蒙古、贵州、云南、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆、西藏

鉴于该划分过程中指标选取的全面性，聚类结果的解释性较强，本书在欠发达地区的界定上采用王雷的划分。

1.2.2 新型农村合作医疗制度

2002年10月，中共中央、国务院下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》（简称《决定》）。《决定》提出，在今后的8年时间内，要建立以“大病统筹”为主的“新型”农村合作医疗制度和医疗救助制度。2003年1月，国务院办公厅转发卫生部等部门的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》中进一步指出：“新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农村自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。”也就是说，新型农村合作医疗是一种政府组织扶持、农民互助共济的大病统筹基金制度，其政策目标是减少农村居民因病致贫和因病返贫现象。

与我国传统农村合作医疗相比，新型农村合作医疗制度在目的、目标、管理体制等方面存在明显差异，如表1-2所示。

表1-2 新型农村合作医疗与传统合作医疗的异同点比较

项目		传统合作医疗	新型农村合作医疗
目的		重点解决农民小病小伤	重点解决农民的“因病致贫”、“因病返贫”问题
管理体制		对县及县以上管理组织的设置没有明确要求 乡级管理者与服务提供者多位一体	省、地级人民政府成立相关部门组成的新型农村合作医疗协调小组 县级人民政府成立有关部门和农民代表参加的新型农村合作医疗管理委员会，下设经办机构（一般设于卫生行政部门内），其人员和工作经费列入同级财政预算 乡（镇）可设派出机构（人员）或委托有关机构管理
筹资	原则	以个人投入为主，集体扶持，政府适当支持	个人缴费、集体扶持和政府资助相结合
	数额	以农民个人筹资为主，集体经济适当扶持，政府财政很少支持	农民个人交纳数额年人均不低于10元；地方各级财政资助总额年人均不少于10元；中央财政（对中西部地区）支持年人均10元
	管理制度	以收定支、收支平衡，略有节余，专款专用	按照以收定支，收支平衡和公开、公平、公正原则进行管理，在银行专户存储，封闭运行
举办层次		多为村办村管、村办乡管或乡办乡管	以县（市）为单位进行统筹

续表

项目	传统合作医疗	新型农村合作医疗
补偿模式	没有硬性规定	主要补助小额医疗费用或住院医疗费用有条件的地方，可实行大额医疗费 用补助与小额医疗费用补助相结合的办法对年内没有享受补偿者安排一次常规性体检
监督体制	要加强合作医疗的科学管理和民主监督，使农民真正受益	强调农民的参与权、知情权和监督权 县级成立由有关部门和农民代表参加的监督委员 县级新型农村合作医疗委员会定期向监督委员会和同级报告工作 审计部门定期对基金收支和管理进审计

资料来源：吴敏娟. 欠发达地区新型农村合作医疗制度研究——以松阳县为例 [D]. 浙江师范大学硕士学位论文, 2008.

1.3 文献回顾与述评

新型农村合作医疗制度自 2003 年起在全国各试点展开之后，国内外学者纷纷对不同试点的农民参合率、筹资水平、资金使用情况以及受益率等指标进行调查与分析。本节将从欠发达地区新农合制度运行状况、存在的问题以及对策建议三个方面进行梳理。

1.3.1 欠发达地区新型农村合作医疗制度运行状况

欠发达地区存在着诸如经济发展程度落后、农民收入水平偏低、农民健康意识不强，财政收入偏低等问题，新农合制度的运行也呈现与发达地区不同的特征。主要表现在以下几个方面。

1.3.1.1 农民参合率普遍偏低

新农合制度开展初期，欠发达地区农民参合率普遍较低，大多在 90% 以下，部分地区还不及 80%。潘丽萍（2008）研究甘肃省新型农村合作医疗制度的运行情况时，发现甘肃省 2006 年开展新农合试点的县（市、区）达 40 个，覆盖农业人口近 988 万，实际参合人口 853 万，参合率为 86.41%，而全国中西部的平均参合率只有 79.50%。唐琳波（2008）通过调研发现湖南省 2007 年新型农村合作医疗实施县（市、区）新增至 99 个，参合农民 3935.04 万人，农民参合率为 81.94%。同年上半年，广西壮族自治区共有 2500 多万

农民参加新型农村合作医疗保障制度,但参合率仅有76.95% (张萍,2007)。江西省2005年的农民参合率为80.65%,2006年参合率为84.95%,2007年升至87.47% (张玉娟,2008)。虽然欠发达地区参合率有所提高,但与发达地区的农民参合率相比,依然存在一定的差距。例如,大连市旅顺口区是从2005年才开始实施新农合制度的,当年农民参合率已达94.63%,2007年升至98.19% (吕娜,2009)。山东省在新农合制度实施的第一年,农民参合率为82.07%,而2008年参合率就提高到98.19% (孙建伟,2009)。作为我国的经济中心城市——上海,参合率一直维持在较高水平,2007年就已高达99.72% (刘红梅,2008)。

1.3.1.2 人均筹资水平较低,参合农民缴费比例偏高

受制于农民收入水平和地方财政承受力,欠发达地区新农合人均筹资水平较低。例如山西省从2006年开始中央财政为每个参加新型农村合作医疗的农民每年每人补助提高到20元,山西省、市、县三级财政补助也提高到20元,农民个人缴费为10元,筹资水平由原来的31元提高到50元 (尹婷婷,2007),广西邕宁区2007年等集基金只有1059.98万元,其中各级财政补助847.984万元,农民个人缴纳209.9445万元 (张萍,2007)。湖南省岳阳市可筹集基金总额14452.28万元,其中农民个人缴费2862.80万元,各级财政补助资金为11802.62万元 (唐琳波,2008)。从上述三地区的情况来看,虽然各级财政补助资金有所提高,但与发达地区相比,人均筹资水平仍偏低,参合农民个人出资比例较高,都接近20%。例如,大连市旅顺口区2007年人均筹资标准130元,各级财政筹资分别为50元、40元、30元、20元、10元,农民个人缴纳比例为7.69% (吕娜,2009)。山东省的人均筹资标准为87.67元/人,人均筹资100元以上的县(市、区)有26个,最高的青岛市崂山区和黄岛区高达150元 (孙建伟,2009)。而上海市金山区人均筹资从2001年的98.42元增长到2007年的384元 (刘红梅,2008)。

1.3.1.3 基金使用率低

新农合基金实行的是剩余滚动累积,超出财政兜底的政策,因此在基金使用方面,欠发达地区相对来说比较保守。以江西为例,2004~2008年全省新农合基金使用率平均为74.83%,少部分县统筹基金结余率达40% (王思民、叶青、朱宏,2009)。而南京市浦口区永宁镇2006年筹集合作医疗基金总额达

265.9 万元，基金的使用率达 90%（陈江，2007）。刘红梅（2008）则通过测算年增长率来说明上海市金山区合作医疗资金支出逐年增大，其中门诊补偿费用年增长率 11.70%，住院补偿费用年增长率 12.53%，参合农民住院费用人均补助为 703.6 元（唐琳波，2008）。

1.3.1.4 受益水平低

新型农村合作医疗制度参合农民的受益水平主要取决于受益率和费用补偿比这两项指标。在这方面的研究上，吕娜（2009）则发现大连市旅顺口区 2007 年新型农村合作医疗的总受益率为 32.49%，使得近 1/3 的参合农民受益。孙建伟（2009）指出山东省农民受益逐年提高，2008 年，全省共有 8888.91 万人次参合农民得到补偿，受益率为 139.81%。住院补偿万元以上的共 24266 人次，比上年增长 108.72%。这充分说明了发达地区参合农民的受益情况较好，新型农村合作医疗制度运行稳定。相反，欠发达地区参合农民的受益情况不容乐观，整体补助受益水平偏低。唐琳波（2008）指出湖南省岳阳县自 2003 年开始实施新型农村合作医疗制度以来，到 2006 年的 3 个试点县，参合农民平均受益率仅为 28.5%。2007 年又增加了 6 个县，其中原来已经试点的 3 个地区，其参合农民的受益率有了一定程度的上升，但新增的试点县（市、区）平均收益率也才为 23.26%，均低于全市和原有实施县的平均水平。而马红（2009）指出辽宁省 2008 年上半年度新农合累计受益 38423 万人次，受益率仅有 20.41%。

1.3.2 欠发达地区新型农村合作医疗制度存在问题研究

新型农村合作医疗制度无论是对经济发达地区还是欠发达地区，都大大促进了当地农村居民的生活保障水平。但是，这项惠及亿万农村人口的“民生工程”仍然存在一些缺陷，特别是在欠发达地区实施后，许多问题凸显出来，将面临更多的挑战。

1.3.2.1 农民参合意识薄弱

评价新型农村合作医疗制度的实施效果最重要的一项指标就是参合率，大部分学者都认为我国欠发达地区农民参合率偏低，而致使参合率指标低下的直接原因无疑就是农民的参合意识薄弱，不同学者又对农民参合意识薄弱进行研究，给出了不同的解释。

唐秋伟(2007)在其对我国欠发达地区新型农村合作医疗制度的研究中,指出经济发展水平低下是我国欠发达地区农民参合意识薄弱的社会根源。落后的经济状况使农民只能应付温饱,解决吃住问题才是生活的最主要目标。他们把全部积蓄用于自己家庭的伙食开支,根本没有心思去考虑自己的身体健康问题。如果有了一点积蓄,他们也会把钱当命根,舍不得花钱在疾病治疗和预防保健上,从而影响了新农合制度的顺利运行。相反,在经济较发达地区,经济发展状况良好决定了经济因素已不是影响农民参合意愿的主要因素,新型农村合作医疗补偿方式的设计是否能满足参合农民多元化的医疗卫生服务需求,渐渐地成为影响农民参加新型农村合作医疗的因素之一(吕娜,2009)。潘丽萍、唐琳波、刘春娇、马红等大部分学者认为农民参合意识薄弱的主要原因是自身保健及风险意识不强,对身体状况存在侥幸的心理,缺乏忧患意识,认为短期内预期受益水平较低甚至几乎为零,因此选择不参与新型农村合作医疗制度。

1.3.2.2 “逆向选择”问题突出

康小明(2006)在以安徽省岳西县、陕西省镇安县为个案研究贫困地区新型农村合作医疗筹资运行机制时指出,当新型农村合作医疗选择“自愿”参与的时候,由于农民缺乏风险意识、互助共济思想、保险理念等,他们不得不面临“自愿原则”与“逆向选择”的矛盾。在新型合作医疗的服务内容主要是大病的现实下,老、弱、病、残者愿意参与合作医疗,由于他们受益的概率较大,而年轻健康者参与的积极性不高,因为他们受益的概率较小,如果把年轻健康者和老、弱、病、残者捆绑在一起,可以在一定程度上避开“逆向选择”问题。而马红(2009)也提出自己的观点,认为以大病为主的保障政策容易导致农民的“逆向选择”。自我危机意识不强的人不参保,而高危人群更愿意参保,这种逆向选择,即“选择性加入”和“选择性退出”可能会威胁新型农村合作医疗筹资的可持续性。此外,也容易导致农民为了得到补偿,选择小病大治,就医流向更倾向于高级别医疗机构,造成医疗资源一定程度上的浪费,致使“逆向选择”问题日益突出。唐秋伟(2007)从公平角度分析了政府补贴与自愿参加相结合,造成逆向转移支付,加剧了不平等性。能够参合的主要是农村相对富裕的群体,政府对其用一般性税收收入进行补贴,必然形成逆向转移支付问题,进一步加剧不平等,影响社会公平,违背了社会保障制度设计需要突出的对贫困者进行转移支付以缓解不平等的原则,农村合

作医疗的性质也因此变得模糊不清。

1.3.2.3 医疗服务设施落后

农村医疗服务体系不健全，医疗服务能力差，设施落后，将直接导致新型农村合作医疗制度的保障水平有限。目前，我国医疗费用分配存在较为严重的城乡差距，农村医疗基础现状不容乐观。张萍（2007）提出自从实行医改之后，城区在医疗卫生投放方面几乎没有资金投放到农村进行医疗卫生设施的改善，这使得农村医疗卫生设施落后，条件差，引起参合农民的不满。孙建伟（2009）也表示，财政对基层卫生投入严重不足，基层卫生院自我补偿能力又较差，个别卫生院已陷入了困境。主要表现在：卫生院医疗用房奇缺，严重影响了业务开展；少数县级医疗机构医疗用房陈旧，已满足不了基本公共医疗服务要求。也正是医疗设备的简陋落后，难以满足群众的医疗服务需求，基层医疗卫生机构服务功能也渐渐弱化。而吕娜（2009）从资金流向的角度分析，资金流向街道卫生院的比例逐渐下降，显示出参合农民有向高级别医疗机构转移的趋势，参合农民在街道卫生院就诊的比例逐渐减少，表明新型农村合作医疗制度在引导参合农民合理就医方面，特别是在对基层卫生服务的利用方面，还存在一定问题。

简陋的农村医疗设施和落后的经济发展水平必然吸引不到高素质的医务人才，造成医疗卫生人员学历层次较低，从而又反过来影响了农村基层卫生机构服务功能。陈江（2007）发现，农村卫生从业人员在技术和业务能力水平上不尽如人意，在村级卫生人员中，大多数只有中学文化，基本未接受过正规的医学院或医疗机构的培训，好多是以前的“赤脚医生”的子女，只从父母那里得到一点陈旧的疾病知识和诊治方法。

所以说，我国公共卫生系统的建设依旧薄弱，在专业技术方面存在着数量不足、质量不高、结构不合理、分布不均匀的问题。再加之随着经济水平的不断提高，广大农民对医疗保健的要求越来越高，更加关心自己的健康，那么就目前的医疗服务设施已远远不能满足当地农民的需求，有待进一步加强。

1.3.2.4 组织管理功能不强

由于新型农村合作医疗的开展时间不长，而本身农村医疗保障制度又存在设计上的缺陷。在组织管理上，不少仍沿袭旧的农村合作医疗的管理模式，即粗放式管理。组织上分散、管理方法多种多样。陈江（2007）指出，南京市

浦口区永宁镇的医疗卫生服务,由区医疗卫生行政部门和镇政府两方管理,这种混合交叉管理的模式不仅增加了政府的行政成本,而且大量浪费了医疗卫生资源,造成新的浪费。而唐秋伟(2007)从政府部门角色出发,分析了卫生部门职能和社会保障部门职能。他强调,卫生部门既代表农村居民购买卫生服务,又在管理或一定程度上代表了卫生服务提供者,事实上,卫生服务的提供者和医疗保障部门之间存在着一定的利益冲突,这样很容易造成卫生部门的“职能越位”;新型合作医疗制度规定卫生部门为主管部门,并把劳动与社会保障部门完全排斥在外,这就与劳动与社会保障部门的职能发生了冲突,容易造成劳动与社会保障部门在新型农村合作医疗制度的运行中“职能缺位”。如果不明确这两大部门的职能划分,提高各自的组织管理能力,那么势必会影响新型农村合作医疗当前的顺利推广和长久的健康运行。其他学者诸如张萍、康小明、张明、马红等也同样表示,合作医疗管理机构设置不合理,地方政府的权责不清楚,对定点医疗服务机构监督又不足,没有形成一套完整的管理体系,一旦出现问题容易互相推诿,致使农民出现未得到满意的服务和费用报销手续复杂等一系列问题,严重影响了农民的参合意愿,造成农民对政府管理的“信任危机”。

1.3.2.5 其他方面缺陷渐显

刘红梅(2008)在研究上海新型农村合作医疗制度时,又发现了两个问题:一是缺乏有效激励机制,二是多种医疗保障形式冲击较大。在医疗费用支付和控制上,合作医疗虽吸取了城镇医保的经验,但由于缺乏对医生和病人的激励机制,合作医疗管理机构按项目付费的后付制度容易产生诱导需求和道德风险问题,尤其对广大农民来说,卫生和健康领域的信息不对称更加严重,再加上普遍抱着“求医”的心态,习惯于被动地接受医生提供的各种医疗保健服务。于是,供方(医疗机构和医生)偏好于过度提供医疗服务,以实现个人利益最大化的“经济人”目标,造成合作医疗资金的浪费和损失。此外,镇保、居保、少儿学生医疗保障等形式的医疗保障给人们带来了更好的社会保障,是社会进步和经济发展的见证。但也因为如此,参加合作医疗的人数逐年减少,对于保险来说,最重要的原则就是“大数法则”,参保的人越多,抵抗疾病风险的能力越强。相反,镇保人员可以参加合作医疗门急诊保险对合作医疗资金运行和人员管理带来了较多不确定的制约因素。

康小明(2006)以安徽省岳西县、陕西省镇安县为个案,通过发放问卷、