

● 公共政策与公共管理

从增量改革到存量优化： 托底性农村医疗福利政策建构

徐向文

(中国人民大学 社会与人口学院暨社会学理论与方法研究中心 北京 100872)

[摘要]中国正处于全面建成小康社会的决胜期,彻底解决农民因病致贫、因病返贫的问题,已成为当下农村脱贫必须攻克的重大难题。经济新常态的到来,一方面使农村困难群体的生命健康与生存安全遭遇风险危机的几率大幅提升;另一方面也对农村医疗福利政策的托底能力提出了更高要求。历经十多年的渐进增量型改革,农村医疗福利政策在实际运行中仍然存在诸多问题、面临诸多考验,政策托底能力尚显不足。在经济增速放缓和政策边际效益递减的背景下,必须将政策建设重心由增量改革适时调整为存量优化,更加重视福利供给的结构、效能与质量。从存量优化的思路出发,以精准性和协同性建设为导向,优化农村医疗福利政策的内在结构和功能定位,提升政策的托底质量和效能,无疑是当下最为首要的任务。

[关键词]新常态 社会政策 精准扶贫 医疗福利

[基金项目]本文为中国人民大学2015年度拔尖创新人才培育资助计划成果。

[作者简介]徐向文,男,中国人民大学社会与人口学院暨社会学理论与方法研究中心博士生,研究方向为社会政策与社会工作。

[中图分类号]C913.7 [文献标识码]A [文章编号]1008-7672(2016)03-0124-09

农村医疗福利政策是现代国家职能的重要体现,也是维护农民生命健康权利,促进社会公平,增进社会福祉的根本保证。自2002年中共中央、国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》以来,以解决农民“看病难、看病贵”为基本定位的农村医疗福利政策建设已经取得显著成效。在经历了漫长而艰辛的渐进增量型改革之后,我国已经初步建立起以新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)为主,农村医疗救助、大病医疗保险为辅,农村

五保(保医)和各类辅助性医疗服务政策为补充的“多元一体”农村医疗福利政策体系。政策福利惠及农村健康医疗需求的多个方面,基本实现医疗福利的“制度全覆盖”。当前,中国正处于全面建成小康社会的决胜期,彻底解决农民因病致贫、因病

顾昕:《走向全民健康保险:论中国医疗保障制度的转型》,《中国行政管理》2012年第8期,第64-69页。

返贫的问题,已成为当下农村脱贫必须攻克的重大难题。在此背景下,重新认识和定位农村医疗福利政策的功能,推进完善农村医疗福利体系建设,充分发挥农村医疗福利政策在农村脱贫攻坚中的积极作用,无疑有着非常重要的意义。

一、农村医疗福利政策的托底性职能定位

(一) 从经济新常态看农村健康安全挑战

近年来,中国经济逐渐进入以“中高速、优结构、新动力、多挑战”为基本特征的发展新常态。以经济调整为动因,中国社会各大领域也将迎来一次深入的结构性调整。从国家整体层面看,经济新常态是一个机遇与挑战并存的发展过程,如果应对合理,亦将有助于推进中国特色社会主义事业的长远发展。但是回归到微观具体层面,经济新常态是机遇还是挑战,与特定群体或个人的能力及其所处社会地位、结构分工密切相关。对于农民群体中的很大一部分而言,经济增速放缓和结构优化升级,不仅挤压着他们的生存发展空间,更进一步危及到他们的生命健康安全。

第一,社会风险加速下移,农民的生命健康安全遭受更为常态化的威胁。

经济新常态下,产业结构加快调整升级,一些落后产能、高污染企业由城市向农村、由东部向中西部加速转移,由此而引致的各种风险也将在农村社会快速集聚、漫延,风险转化为危机和灾难的可能性进一步增大,危及农民群体(特别是底层群体)的生命健康安全。理论上,社会风险代价应由全社会共同分担,但是事实上,当前社会中风险绝大部分却由弱势群体承担或主要由他们承担,这是风险承担上的不公平。同样,社会进步的成果应由全社会来共享,但是实际上弱势群体很难分享,这又是共享中的不公平。正因为如此,“社会风险最容易在承受力最低的社会群体身上爆发,从而构成危及社会稳定、影响社会和谐与发展的一个巨大社会隐患”。

第二,外出务工更加困难,农村困难家庭抵御疾病风险的能力进一步减弱。

经济增速放缓和产业结构调整在一定时期内会带来就业岗位的减少和就业结构的调整。从宏

观市场角度看,产业结构加速优化升级将使得很大一部分低端产业、高能耗产业更快遭到市场淘汰,因产业结构调整而产生的结构性失业群体、技术性失业群体将会逐渐增大。目前,这些产业的从业人员绝大部分是来自于农村的农民工群体,可以预见,农村家庭失业、半失业的现象将会逐渐增加。在农村医疗保障体系尚未健全的背景下,劳动力失业、家庭经济收入的减少,将直接削弱农村家庭特别是农村困难家庭抵御疾病风险的能力。

第三,困难群体数量激增,农村健康安全防护的财政投入压力随之增大。

经济新常态下,遭受负面影响最深的农民群体主要包括以下三类:一是农村传统的困难群体,如失依老人、孤儿、低保户、五保户等;二是因经济增速放缓使其收入不足而难以支付基本生活费用者;三是因为产业结构调整而产生的结构性失业、技术性失业群体。针对这些人群,政府必须投入更多的财力、物力,以保障其生命健康和生存安全。然而,经济增速放缓也使得政府的财政收支逐渐收紧,特别是自2012年以来,我国公共财政收入、支出增长速度连续3年大幅放缓,2014年我国公共财政收入、支出增长速度分别为8.6%和8.2%,自上世纪90年代初以来,增速首次低于10%。在经济增速与公共财政收支增速同时放缓的背景下,若要进一步提升农村健康医疗领域的财政投入水平,其压力不言而喻。

(二) 农村脱贫攻坚中的社会政策托底

中国经济体制改革的历史表明,任何经济问题都不只是单纯的经济问题,它同时也是政治问

高建昆、程恩富:《论对中国经济新常态的认识、适应与引领》,《当代经济研究》2015年第9期,第51-60页。

郑杭生:《改革开放30年:快速转型中的中国社会——从社会学视角看中国社会的几个显著特点》,《社会科学研究》2008年第4期,第1-9页。

郑杭生:《新型现代性及其在中国的前景》,《学术月刊》2006年第2期,第21-24页。

王思斌:《新常态下积极托底社会政策的建构》,《探索与争鸣》2015年第4期,第50-54页。

国家统计局网站:《中国统计年鉴2015》,http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexch.htm.

题和社会问题。解决经济方面的问题,不但需要科学的经济政策,也需要与之相适应的、科学的社会政策。或许正是基于这一认识,2013年4月25日,习近平在主持中央政治局常务委员会会议时强调,新常态下“宏观政策要稳,微观政策要活,社会政策要托底”。在之后的多次中央会议中,习近平反复强调了这一总体要求。社会政策托底,并不是要实施最低水平的保障和救助,社会政策托底中的底线思维也不是指社会保障和救助的最低线,而是指社会安全上的底线。所以,托底性的社会政策应该是能够有效帮助困难群体走出生存困境的政策。就人群而言,社会政策托底的对象主要是弱势群体,特别是农村弱势群体;就内容而言,社会政策托底主要是保障公民基本权利,特别是生命健康权利。

当前,全国各地正在深入推进精准扶贫、精准脱贫工程,在精准扶贫的“五个一批”工程中,特别强调要通过“社会保障兜底一批”,这对农村医疗福利政策的发展定位可谓意义重大。作为社会政策的重要组成部分,农村医疗福利政策面对的是因社会转型、特别是经济增速放缓和结构调整并行而陷入生存困境的农村居民。他们既包括基本的社会救助对象,也包括在经济下行、结构调整中被边缘化和在转型之网中坠漏下去的人群。建构托底性农村医疗福利政策就是要有效瞄准这一群体,确保其生命健康安全。可以说,中央提出“社会政策托底”和“社会保障兜底”,实际上也为农村医疗福利政策的推进与完善设定了任务、指明了方向。

二、履行托底职能:农村医疗福利政策建设面临的困境

托底性职能定位体现了农村医疗福利政策在维护农民生命健康权利中的基础性作用,也是积极适应经济新常态、助力农村脱贫攻坚的内在要求。长期以来,我国农村医疗福利政策建设遵循渐进增量型改革的路径思路,并取得显著成效。但由于增量改革模式本身的固有局限,有必要以问题为导向,对农村医疗福利政策体系当前的托底能力作出系统评估。这里以民政部“中国城乡困难家庭社会政策支持系统建设”2014年度全国

抽样调查数据和国家医疗卫生发展相关统计数据为分析依据,简要呈现我国农村医疗福利政策在实际运行中面临的几方面困境或问题。

其一,农村“因病致贫、因病返贫”现象仍然普遍存在,对当前农村精准扶贫、精准脱贫工作造成极大压力。

根据民政部课题组的调查,2013年农村困难家庭平均每户医疗支出5552.05元,全年医疗保险报销平均每户2521.16元,报销比例约为45.4%;治疗慢性病平均每户支出6353.62元,医疗保险平均每户报销2631.99元,报销比例约为41.4%;治疗大病平均每户支出26398.55元,医疗保险报销11828.58元,报销比例约为44.8%。单从报销比例看,在政策的实际运作中,农村困难家庭(特别是对有慢性病患者和大病患者)自身仍要承担数额不小的医疗费用。就主观体验而言,受访的农村困难家庭中,超过一半的家庭(54.5%)认为当前的医疗负担重,其中认为负担非常重的家庭占到受访家庭总数的23.4%。可见,解决农村困难家庭的“看病贵”问题仍然是一项非常艰巨的任务。党的

王思斌:《试论经济发展新常态下积极的社会政策托底》,《东岳论丛》2015年第3期,第5-9页。

王思斌:《新常态下积极托底社会政策的建构》,《探索与争鸣》2015年第4期,第50-54页。

金世斌:《社会政策托底的基本内涵与路径选择》,《群众》2013年第12期,第58-59页。

2015年11月,在中央扶贫开发工作会议上,习近平提出开展精准扶贫要实施“五个一批”工程,即发展生产脱贫一批、易地扶贫搬迁脱贫一批、生态补偿脱贫一批、发展教育脱贫一批、社会保障兜底一批。

民政部政策研究中心国家重大课题“中国城乡困难家庭社会政策支持系统建设”,旨在对我国城乡困难家庭进行全面、真实、系统地跟踪调查和统计分析,了解城乡困难家庭的经济收入状况和社会政策需求,分析评估国家反贫困社会政策及其绩效,为完善社会政策提供决策咨询和政策支持。自2008年以来已连续开展7年,建立“中国城乡困难家庭社会政策支持系统建设数据库”。2014年6-8月,课题组抽样调查了辽宁、山东、山西、湖北、湖南、陕西、甘肃、贵州、重庆、广西10个省(区、市)社会政策建设与实施情况(所选样本均为经济困难家庭,城乡样本总数21527户,其中农村8432户,流动人口4247户)。农村医疗福利政策是其中的重要组成部分。文中所引数据如未作特别说明,均为民政部课题组的调查数据。

十八届五中全会已经做出“实施脱贫攻坚工程,实施精准扶贫、精准脱贫”的明确部署,在此背景下,加快完善农村医疗福利制度建设,助力脱贫攻坚工程,无疑有着非常重要的意义。

其二,农村医疗福利政策大多与户籍制度相挂钩,对跨城乡、跨地域流动的农民工群体造成极大不便,使得医疗福利政策在实际运行中出现选择性排斥。

国家统计局近些年发布的《全国农民工监测调查报告》显示,外出农民工参加医疗保险的比例始终维持在极低的水平,2009年全国外出农民工总数1.45亿人,只有13.1%参加了医疗保险。到了2014年底,全国外出农民工增长到1.68亿人,但医疗保险参加率也仅为18.2%,并未出现较大提升。在医疗救助方面,农民工群体也并未得到应有的政策关怀。民政部课题组对流动人口困难家庭(主要为外出农民工家庭)的抽样调查发现,在户籍地,只有14.6%的困难家庭曾经享受过医疗救助,在工作地,获得医疗救助的困难家庭比例仅占9.6%。

可以说,绝大部分农民工既未享受到户籍地的医疗救助福利,也未享受到工作地的医疗救助福利,事实上被现有的医疗福利政策体系所排斥。这种制度性排斥既是城乡二元户籍制度的延伸,也与农民工的收入水平、生活观念和家庭经济状况密切相关。党的十八届三中全会提出要“完善社会保险关系转移接续政策”,近些年,北京、上海、广州等国内多个地方已经开始尝试医疗保险的异地统筹和对接,但是整体进度仍然十分有限,全国一盘棋的格局尚未形成。在经济新常态下,无论是从公民权利、社会公平角度,还是从社会稳定角度,打破制度性排斥,保障农民工的医疗福利已经成为一项刻不容缓的工作。

其三,“新农合”制度虽以广覆盖为基本定位,但在实际运行中对困难家庭的政策“滴漏”现象仍然不容忽视。

从全国层面看,近些年“新农合”的参合率一直呈上升趋势并已接近100%。但是,如果考虑人口流动、中途弃保、人群结构等因素,实际的参合率应当会有所降低。从家庭结构及其参合人数来分析,农村困难家庭参加“新农合”的情况事实上

并不是那么乐观。根据民政部课题组的调查,2013年我国农村困难家庭户均人口数为2.7人,最少的家庭有1人,最多的家庭有12人。但是当年参加“新农合”的户均人数仅为1.85人,最少的家庭甚至无1人参合。从比例来看,在被调查的农村困难家庭中,有高达29.5%的农村困难家庭并未参加“新农合”,而有1人参合的家庭占到18%,有2人参合的家庭占到21.2%,3人及以上参合的家庭占到31.3%。总体上,参合的农村困难家庭仅占70.5%,远低于全国同期“新农合”参合水平(98.7%)。显然,仍有相当部分的农村困难家庭被“新农合”制度所遗漏,也即政策“滴漏”。

事实上,这一情况已经被当前的一些研究者所发现,并做了初步解释。例如周新发、王国军等人在对湖南湘西的调查中就发现,定点医院的医疗服务水平、“新农合”报销比例和报销便利性、家庭中拥有老人和小孩的数量、农民文化水平、身体健康状况和家庭收入水平等因素都对农民参保和续保意愿有着显著影响。林闽钢、郭燕等人通过研究也发现,在“新农合”自愿参与的原则下,农民基于理性考量或者侥幸心理,也会以逆向选择的形式放弃参合。因此,他们认为在自愿和强制之间寻找隐性强制是化解逆向选择,稳定和提高参合率的可行之策。

其四,农村医疗救助制度的作用已经初步显现,但在制度设置与实际运行中尚缺乏应有的灵活性与科学性,限制了“兜底线”的实际效能。

在制度设计层面,农村医疗救助制度是“新农合”的有效补充,可以说是专项针对农村困难家庭而设置。经过十多年的发展完善,一方面,农村医疗救助制度的作用已经在很大程度上获得受助家庭的肯定。在民政部课题组的调查中,曾经享受过政府医疗救助的农村困难家庭绝大多数(84%)明确肯定了医疗救助的积极作用,其中更有超过一半(52.5%)的受助家庭认为作用很大。

数据来源于国家统计局历年发布的《全国农民工监测调查报告》。
周新发、王国军:《新型农村合作医疗制度续保意愿实证研究》,《财经研究》2014年第12期,第102-113页。
林闽钢、郭燕:《新型农村合作医疗制度的隐性强制研究》,《华东经济管理》2010年第5期,第40-43页。

然而另一方面,能够享受到医疗救助的农村困难家庭仍然只是少数(30.4%),由于资源的有限性,在政策实践当中一些规定和做法实际上限制了医疗救助制度的功能发挥。

例如,在2014年国务院公布的《社会救助暂行办法》中明确规定:能够申请医疗救助的家庭仅包括低保家庭成员、特困供养人员以及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员三类。在实践中,能够享受到医疗救助的家庭一般只有前两类,这就将绝大部分经济困难家庭排除在了医疗救助的范围之外。根据民政部课题组的调查,在2013年享受到医疗救助的农村困难家庭中,高达71.4%是农村低保户。可见,农村医疗救助制度与农村最低生活保障制度之间有着直接的衔接关系,是否享受低保与能否获得医疗救助有着紧密的联系。

这种衔接关系总的来说是必要的、合理的,但问题在于,当前的农村最低生活保障制度本身并不完善,在实际运行中也存在很多问题。特别是由于低保核查机制不科学、不健全,错保、漏保、关系保、人情保等现象在实际工作中仍然很普遍,这不仅削弱了农村最低生活保障的政策效能,而且也影响到了与之相关的其它救助政策的有效性,农村医疗救助更是如此。事实上,农村医疗救助不仅应与低保政策相衔接,更应当注重与“新农合”、大病保险等制度衔接配合,而这恰恰正是当前农村医疗福利政策建设当中所亟待解决的方面。

其五,从政策发展的历史性角度来讲,农村大病保险尚处于起步阶段,与其它相关政策制度间的衔接配合关系也并未完全理顺,政策运行的可持续性尚待论证。

2012年3月国务院印发的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中,首次提出“探索建立重特大疾病保障机制”,以“切实解决重特大疾病患者的因病致贫问题”。国务院先后于2012年8月和2015年7月发布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》、《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》,已成为我国大病保险制度的指导性纲领。党的十八届五中全会进一步强调要“全面实施城乡居民大病保险制度”。目前,大病保险制度已经在全国范围内正式推行,所有“新

农合”的参加人都被纳入大病保险的保障范围。

可以说,农村大病保险国家层面的制度框架已经基本确立,但是在地方层面、实践层面仍然面临着不少的困难和问题,研究者围绕制度的公平性和可持续性也产生了一定的争议。这些争议涉及大病保险的政策目标、筹资标准、资金来源、基金的分配与运作、保障对象、保障病种、补偿水平以及与其它医疗政策的关系等。实际上,农村大病保险制度尚处于初建阶段,能否有效满足经济新常态下农民的健康医疗需求,仍待进一步观察。

三、农村医疗福利政策建设的路径调整

通过上述几方面问题的呈现和分析可知,我国农村医疗福利政策的托底能力仍然有限,还难以有效回应新常态下的多方面挑战,更难以满足当前农村脱贫攻坚的目标要求。传统的渐进增量型改革模式,最主要的特点就是在政府主导下,通过不断增加财政投入和资源供给,扩大农村医疗福利供给的规模和总量,从而实现保障健康和福利建设的目的。在农村医疗福利制度建设初期,这种方法能够兼顾到各个方面群体的利益需求,避免社会震荡,减小改革阻力,因而是可行的、合宜的。但是,在历经十多年的渐进增量型改革之后,这种改革模式所能发挥的边际效益逐渐递减,同时,在福利总量扩大的背后也面临着公平与效率的双重问题。一方面,城乡医疗福利资源的配置结构和供给效率差异明显;另一方面,对农村底层困难群体的健康医疗权利缺乏足够的关怀。这已成为重新认识和反思传统渐进增量型改革模式的重要动因。

(一) 农村医疗福利政策建设的两种逻辑

与经济体制改革的逻辑类似,福利体制的改

李迎生、李泉然:《农村低保申请家庭经济状况核查制度运行现状与完善之策——以H省Y县为例》,《社会科学研究》2015年第3期,第106-114页。

孙晓锦:《农村医疗救助与新型农村合作医疗制度有效衔接研究》,《西北农林科技大学学报(社会科学版)》2011年第6期,第14-19页。

王琬:《大病保险筹资机制与保障政策探讨——基于全国25省(大病保险实施方案)的比较》,《华中师范大学学报(人文社会科学版)》2014年第3期,第16-22页。

革也存在增量改革和存量优化(存量改革)两种路径模式。在不同的历史时期和社会背景下,福利体制改革的两种逻辑因各自不同的特点,而催生不同的改革绩效。

1. 增量改革逻辑

在传统渐进增量型改革模式下,农村医疗福利制度建设以增加财政投入和资源供给为基本特征。在当前及今后一段时期内,财政投入和资源供给仍然是影响农村医疗福利政策托底效能的重要因素。近些年,国家在农村医疗卫生领域的财政投入水平稳定增加,但是相对于农村庞大的医疗卫生需求而言仍显不足。2014年,我国医疗卫生总费用占GDP的比例达到5.55%的历史最高点,然而,这一比例与西方发达国家相比还存在不小的差距。以2011年为例,当年美国卫生总费用占GDP比例为17.9%,加拿大为11.2%,德国为11.1%,新西兰为10.1%,而同时期的中国仅为5.2%。不过随着国家对医疗卫生事业的不断重视,“十三五”期间这一情况将会有所好转,按照卫生部《“健康中国2020”战略研究报告》的规划,到2020年,我国卫生总费用占GDP的比重将达到6.5%~7%,与发达国家之间的差距将会进一步缩小。届时,农村医疗福利体系建设的经费问题也将得到极大改善。

2. 存量优化逻辑

存量优化是相对增量改革而言的另一种发展路径,与增量改革强调供给规模、供给总量不同,存量优化模式更看重供给结构和供给效率。就当前而言,限制农村医疗福利政策托底效能的因素并不完全是财政投入和资源供给的规模与总量问题,而更多是与政策设置与运行中存在的诸多缺陷密切相关。

一方面,农村医疗福利的各项政策制度仍处于发展完善之中,尚缺乏应有的针对性、精准性和灵活性,特别是对于农村底层社会、困难群体的健康医疗需求还难以有效满足,而这一群体恰恰是新常态下政策托底的重点对象。这主要体现在政策设置过程当中,充分暴露出当前农村医疗福利政策所存在的精准性问题。另一方面,各项政策制度之间缺乏有效的协同和衔接机制,削弱了农村医疗福利政策体系的整体效能,并直接影

响到农村医疗福利供给的效率和可及性。这更多体现在政策执行的过程当中,充分暴露出当前农村医疗福利政策所面临的协同性问题。

事实上,精准性与协同性的问题,也正是十多年来增量型改革过度强调供给总量、供给规模而忽视供给结构、供给效率的直接后果。在当前全面建成小康社会的决胜期,有必要重新审视传统增量型改革的模式绩效,探索进一步深化改革的有效路径,切实提升农村医疗福利政策的托底能力。存量优化的思路,无疑提供了这样一种可能性。

(二) 从增量改革到存量优化

从增量改革维度出发,无论在何种情况下,稳定、持续且适度增长的经费投入是确保农村医疗福利政策有序运行的基本条件,这对维护农民群体的医疗福利和公平权利而言显得尤为重要。然而,经费投入的增长是一个逐步的、相对缓慢的过程,也与国民经济的增长情况密切相关。现阶段,在保证经费投入的同时,推动医疗福利政策自身的优化调整则显得更为重要和迫切,从现实来看也更容易取得成果。如前所述,近些年农村医疗福利政策面临的绝大多数问题、困境,实际上都与政策设置与运行中的缺陷密切相关。一些研究者在分析上世纪后半叶西方福利国家危机时也发现,福利政策偏差和政策运行低效是加重福利国家危机的重要原因。因此,在全面深化改革的背景下,建构托底性农村医疗福利政策体系,应将工作重心适时从增量改革过渡到存量优化上来。这里的“存量优化”,特指对现有的农村医疗福利政策和资源配置进行结构性调整,以最大限度释放出政策的福利绩效和托底效能。结合上述分析,提升政策设置与政策运行的精准性和协同性,无疑是当前农村医疗福利体系存量优化的重要突破点。

总之,如果说农村医疗福利政策建设的传统

国家统计局网站:《中国统计年鉴2015》,http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexch.htm.

数据来源于《中国卫生和计划生育统计年鉴2013》。

兔平清:《福利制度是西方国家危机的根源吗?——兼论中国社会福利研究的理论自觉》,《教学与研究》2014年第2期,第91-98页。

模式为“增量改革”,那么在经济新常态下,农村医疗福利政策的效能提升应当更加注重“存量优化”。这一重心转变是对农村医疗福利政策发展导向、目标定位、内在结构的深度调整,是在社会风险进一步加剧的背景下,为了有效满足农村困难群体的需求而做出的主动性变革。习近平在提出新常态时,曾强调要“适应新常态,保持战略上的平常心态,在战术上要高度重视和防范各种风险,早作谋划,未雨绸缪,及时采取应对措施,尽可能减少其负面影响”。从农村底层社会、弱势群体的生命健康和生存发展需求出发,明确农村医疗福利政策在保障农民生命健康安全方面的托底性职能定位,是积极适应经济新常态的首要前提;分析评估农村医疗福利政策当前的托底实效,明晰问题困境,是防范社会风险、未雨绸缪的必要工作;而适时调整农村医疗福利体系的改革思路,厘清工作重心,则是适应新常态、助力农村脱贫攻坚的必然要求。

四、整体性存量优化:精准和协同导向

从增量改革到存量优化,不仅是发展理念、目标定位的转变,更是工作重心、核心任务、政策结构的深层次、系统性调整,因此必须秉持整体性布局的视野理念。经过十多年的渐进增量改革,农村医疗福利体系已经积累起较为庞大的政策、资源存量,这为存量优化奠定了前提基础和客观保障。新常态下,存量优化的基本逻辑是优结构、降成本、提效能,基本原则是保基本、固网底、守底线、扫盲区。在具体实践层面,应以精准性和协同性建设为导向,改良相关政策制度的发展方向和目标定位,优化各大主体间的结构功能关系,切实提升政策的托底质量和托底效能。

(一)从“广覆盖、保基本”到“可持续”,加快推进“新农合”制度重心转移

在整个农村医疗福利政策体系中,“新农合”制度可谓覆盖最广、影响最大。如果以2002年国家发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》为开端,那么该项制度发展至今已有十多年的历史。但是总体来看,“新农合”的人均筹资水平、起付线、封顶线、报销比例、报销范围等尚未稳定,地区差异仍然明显;中央、地方、集体、农户等各大主体间的权责

关系尚未理顺;其未来的发展取向和定位仍不明确。这已经成为限制“新农合”制度进一步推进完善的重要瓶颈,也影响到农民群体(特别是底层群体)的持续参保意愿以及对“新农合”的满意度。

2009年3月,中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中对包括城乡基本医疗保险提出了“广覆盖、保基本、可持续”的发展原则。结合当前“新农合”的实施情况看,99%的参保率说明“广覆盖”已经初步实现;说明“保基本”的能力尚显不足;逆向选择频现、基金维持困难等问题,说明制度的“可持续”任重道远。可见,“保基本”和“可持续”无疑是“新农合”制度亟待着力突破的方向。经济新常态下,需要将农村医疗福利政策网的网底进一步下沉,更加充分地保障底层群体的健康医疗需求,确保“新农合”制度的“保基本”功能和“可持续”运行。在此基础上,合理规划其它各项医疗政策的职能与定位。

(二)以精准扶贫为契机,进一步提升农村医疗福利政策的瞄准性与可及性

截至2014年底,我国农村仍有7017万农村贫困人口,贫困发生率7.2%,在新常态下,这些贫困人口无疑是农村医疗福利政策的重点托底对象。当前,国家正在大力推进“精准扶贫”工程,这对农村医疗福利政策托底的精准性提出了更高要求,农村医疗救助和大病保险两项制度更是首当其冲。在整个农村医疗福利政策体系中,大病保险制度与医疗救助制度扮演着“新农合”的延伸、补充性角色,二者同处于农村医疗福利政策网的网底。区别在于,医疗救助更加聚焦于受助者的家庭经济困难属性,而大病保险则集中针对重特大疾病患者,避免发生家庭灾难性医疗支出,它对保障病种、药品都有着严格限制。

在农村医疗救助制度方面,依照《社会救助暂

详见《战略上保持平常心态 战术上要高度重视和防范各种风险》,《中国青年报》2014年5月11日。

林闯钢、梁誉:《新型农村合作医疗制度发展的取向和定位》,《山东社会科学》2014年第4期,第71-76页。

国家统计局网站:《中国统计年鉴2015》,http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexch.htm.

行条例》,当前我国农村医疗救助的对象,主要还是针对低保户和特困供养户,客观上将不在上述之列但突发重大疾病的困难家庭排除在外,这些困难家庭若要申请到医疗救助还有一定的难度。可见,“在农村医疗救助工作中,最为重要和最具难度的环节之一,是按照何种标准确定救助对象,如何使有限的医疗救助资源流向最需要的贫困人群,同时避免非贫困群体对医疗救助资源的侵蚀”。当前我国主要还是单纯依照家庭人均收入情况确定救助对象,而这一方法事实上早已被证明具有很大的片面性和不合理性。而国外一些国家采用的以资产和收入为主的家计调查法、按照贫困人群分布的区域定位法、类别定位法、社区提名法等极具参考借鉴价值。

在农村大病保险制度方面,时至今日,大病保险尚处于初步建立阶段,保障病种已经达到20余种,实际补偿比例超过50%。然而这与整个社会的需求之间还存在差距。当前,加快推进速度、提升保障水平,无疑是大病保险制度建设的首要任务。具体应当做好如下几项工作:一是逐步增加大病保险的保障病种,并适度提高补偿比例,可根据实际情况将一些地方性大病、新型大病纳入大病保险的保障序列;二是进一步明确政府、市场、集体、家庭等各大主体之间的权责关系,提升保险基金的筹资水平和使用效率;三是加快理顺大病保险与“新农合”、农村医疗救助等制度之间的界限和衔接关系,提升农村医疗福利政策的整体质量。

(三) 推进政策协同、主体协同、地区协同,构建多元有效的医疗福利体系

协同,意指各大主体之间协调合作,以发挥整体性的优势与效能。当前农村医疗福利政策托底性的不足,很大程度上源于政府一方承担了过多责任和压力,而相关社会主体的积极性并未得到有效激发和调动。从根本上看,各大主体之间尚未形成有效的协同体系,没有发挥出整体性的工作效能。根据近些年的实践情况,协同关系的缺失主要体现在三个方面:

一是政策间的协同关系不够紧密,表现为“新农合”、农村医疗救助、农村疾病应急救助和大病保险等相互之间的协调、配合与衔接关系尚未完全建立起来;二是主体间的协同机制尚未理顺,

农村医疗福利政策的实施涉及到民政部门、社保部门、卫生部门、医院、保险公司和社区等多个职能主体。在政策实践中,各大主体之间的权责关系尚未厘清,医疗报销的手续繁杂、效率低下、周期冗长等现象普遍存在;三是地区间的协同进度明显滞后,主要表现在跨省份、跨地区医疗报销仍然十分困难,转移接续存在障碍,这也正是农民工参保率低下根本原因。

协同关系的缺失也是影响农村医疗福利政策托底效能,削弱农村医疗福利供给可及性的重要原因,构建多元协同体系正是为了有效应对这一问题。新常态下,加快推进各项医疗政策之间、各大主体之间、各个地区之间在经费、人力、制度和资源等各个方面的协同合作,是提高农村医疗福利政策整体效能,实现有效托底的重要保证。

在政策协同方面,北京、上海、广州、厦门、成都等地正在探索从制度的定位、层次、管理等方面进行衔接和配合,以完善多层次医疗福利政策体系;在主体协同方面,目前已经有一些地方建立了“一站式”服务平台机制,以提高工作效率,实现农民医疗花费即报即支;在地区协同方面,上海、广州、山东等地已经在尝试医疗保险的异地统筹与结算制度,保障流动人口的医疗福利。这些努力无疑为构建多元、有序的协同关系做出了积极尝试,但是大多仍停留在地方性层面,全国性的协同体系、协同格局至今尚未形成,这也正是当前阶段需要着重推进的方向。

(四) 发挥市场与社会在医疗福利供给中的协同作用,创新完善补充性医疗福利制度

在政府主导推行的农村医疗福利制度之外,应以农村社区医疗服务、农村公益慈善医疗、农村商业健康保险等项目为重心,加快建立各类辅助性、补充性医疗福利制度,逐步消除农村健康安全防护的制度盲区。在新常态下,农村医疗福利政策体系面临着更为严峻的挑战和托底压力,政

董黎明、王利君:《我国农村医疗救助制度的困境与发展趋势》,《价格理论与实践》2011年第2期,第46-47页。

段迎春、李林:《我国多层次医疗保障体系及其衔接——基于5个典型城市的分析》,《中国卫生事业管理》2013年第1期,第29-31页。

府应积极创造政策条件,动员市场与社会力量共同参与农村医疗福利制度建设,鼓励市场与社会力量发挥各自优势承接部分健康医疗服务职能。

近些年,各类市场力量与社会力量参与农村健康医疗服务的现象已经并不鲜见,但是服务的形式和所能发挥的作用极其有限,尚未形成补位政府医疗福利制度缺陷与制度盲区的整体效果。在市场力量方面,一些商业性机构所提供的医疗保险、医疗服务等大多为有偿服务,主要面向农村有一定经济基础的人群,农村底层群体、困难家庭还难以享受到相关服务。在社会力量方面,社会组织或个人所提供的健康医疗服务无论是内容、形式,还是质量、范围大都非常有限,难以有效满足农村底层困难群体的健康医疗需求。基于此,新常态下,应重点聚焦农村底层困难群体的健康医疗需求,进一步发挥市场与社会力量在农村医疗福利供给中的协同作用,探索、完善和创新各类辅助性医疗福利项目制度,推进优质医疗福利资源向农村流动、向底层倾斜。

五、结语

经过十多年的渐进增量型改革,一方面我国农村医疗福利政策已经初具体系、颇有成效,但是另一方面,农村“因病致贫、因病返贫”现象仍然十分突出,“看病难、看病贵”并未从根本上得到解

决,各项具体政策制度在实际运行中也面临着诸多困境。从农村底层困难群体的需求满足来看,农村医疗福利政策的托底效能总体上并不突出,还难以有效回应新常态下的新挑战、新需求。在经济增速放缓的背景下,传统增量型改革所能发挥的边际效益越来越有限,推进政策的存量优化成为提升农村医疗福利政策托底效能的必然选择。

从存量优化的逻辑思路出发,必须以精准性和协同性建设为主体导向,对农村医疗福利政策的发展作出整体性布局。其中,“新农合”制度因其覆盖面最广而处于最为基础性的地位,体现着一种普惠性福利;在“新农合”基础上,医疗救助制度因其精准性最佳而扮演着托底线的角色,体现为一种底线性福利;相对前两者而言,大病保险制度因其针对性最强而发挥着固网底的功能,体现为一种特惠性福利;此外,托底性农村医疗福利政策还涉及社区医疗、公益医疗、农村五保(保医)等相关政策,它们在满足农村健康医疗需求中承担着扫盲区的职责,也是现代托底性农村医疗福利政策体系的重要组成部分。总之,在新常态下,作为农民生命健康安全的最后一道防线,农村医疗福利政策应当扮演起更加积极的托底角色,发挥更具建设性的作用,为实现农村脱贫攻坚目标作出应有贡献。

(责任编辑:肖舟)

From Incremental Reform to Storage Optimization : Construct an Underpinning Rural Medical Welfare Policy

XU Xiangwen

(School of Sociology and Population Studies, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

Abstract: The arrival of the new economic norm, on the one hand, increases the occurrence odds of risk and crisis in rural disadvantaged groups. On the other hand, it also put forward higher requirements for underpinning ability of the rural medical welfare policy. After 10 years of progressive incremental reform, there still exist many problems in rural medical welfare policy. And its underpinning ability is obviously insufficient. In the context of economic slowdown and diminishing marginal benefit of policy, the focus of policy construction should be adjusted from the incremental reform to the storage optimization, and pay more attention to the structure, efficiency and quality of the welfare supply. From the storage optimization method, oriented by precision and synergy construction, optimizing internal structure and function optimization of rural medical welfare policy, improving quality and efficiency of the policy underpinning is undoubtedly the primary task at present.

Key words: new normal; social policy; precision pro-poor; medical welfare