

文章编号:1671-6523(2011)02-0036-07

# 农民主体作用的发挥 与新型农村合作医疗制度的可持续发展

刘雅静

(山东大学马克思主义学院,山东济南250100)

**摘要:**农民不仅是新型农村合作医疗制度的重要认知主体,也是重要的参与主体,同时还是该制度的重要监督主体和受益主体。但实践中,由于受各种因素影响,农民的主体作用尚未充分发挥出来:一是部分农民对新型农村合作医疗制度能否实现可持续发展仍抱有怀疑态度,投资参与意愿并不强烈;二是部分参合农民在医疗服务利用方面存在“道德风险”,侵蚀了广大参合农民的权益;三是参合农民普遍存在“搭便车”心理,影响了参合农民监督职能的发挥。因此,要实现新型农村合作医疗制度的可持续发展,必须充分重视和发挥农民在新型农村合作医疗制度中的主体地位和主体作用,千方百计调动广大农民群众参与的积极性,并想方设法减少或避免参合农民的“道德风险”。

**关键词:**农民主体;新型农村合作医疗制度;可持续发展

中图分类号:F323.89 文献标志码:A

## Farmers as the Main Body of the New Rural Cooperative Medical System and Its Sustainable Development

LIU Ya-jing

(College of Marxism, Shandong University, Ji'nan 250100, China)

**Abstract:** Farmers are the important players of the new rural cooperative medical system. They are an important cognizant and participative body as well as an important monitor and beneficiary of the system. However, in reality, there is room for farmers as participants to improve in playing their due role. On the one hand, either skepticism about the system's sustainability or lack of health investment awareness has affected the enthusiasm or involvement of some yet to become beneficiaries. On the other hand, problems of beneficiary's interest erosion from 'moral hazards' in medical services, or beneficiary's widespread belief in free rider have constrained their monitoring performance. Therefore, for the sustainable development of the new rural cooperative medical care system, it is imperative to fully recognize and bring into play the main status and function of farmers, and try every possible means to mobilize and enhance the active participation by farmers and reduce or keep the above-mentioned 'moral hazard' from eroding its beneficiary's interest.

**Key words:** farmers as the main body; new rural cooperative medical care system; sustainable development

收稿日期:2011-03-24 修回日期:2011-04-21

基金项目:教育部人文社会科学研究规划项目(06JA790059)和山东大学自主创新基金项目(IFW09158)

作者简介:刘雅静(1965—),女,教授,博士,主要从事农村经济政策研究。

## 一、农民主体作用的发挥是实现新型农村合作医疗制度可持续发展的基础

历史唯物主义认为,人民群众是社会历史的主体,是社会历史发展的动力和源泉,是历史的创造者。中国改革开放的总设计师邓小平曾多次论述农民在现代化建设事业中的重要地位和作用,强调农民是社会主义农村建设的重要主体。江泽民也曾指出“尊重实践,尊重群众,是推进农村改革、做好农村工作必须遵循的原则。”<sup>[1]</sup>胡锦涛则多次强调,充分发挥广大人民群众的主体作用,是建设社会主义新农村成败的关键。新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导和支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。其目的是为了解决农民的看病就医问题,减轻农民因疾病带来的经济负担,提高农民的健康水平。作为一种农民互助共济的医疗保障形式,新型农村合作医疗制度的生命力和可持续发展的基础,在于广大农民对于这一制度的认同和积极参与。农民对制度的赞同并缴费参与是新型农村合作医疗制度运行的第一步<sup>[2]</sup>,也是整个制度健康可持续运行的基础和前提。只有充分重视并充分发挥农民在新型合作医疗制度中的主体地位和作用,千方百计调动广大农民群众参与的积极性,想方设法减少或避免参合农民的“道德风险”,新型农村合作医疗制度可持续发展才会有一个健康的微观基础。

## 二、农民主体在新型农村合作医疗制度中的角色定位

在新型农村合作医疗制度的建立和完善过程中,农民不仅是此项制度的重要认知主体,也是重要的参与主体,同时还是重要的监督主体和受益主体。

首先,农民是新型农村合作医疗制度的重要认知主体。认识是行动的先导,一项社会制度得以推行的前提条件是参与各方对制度本身的认识和了解。对于新型农村合作医疗制度来说,农民的认知程度是制度能否得以贯彻和推行的关键之一,这在很大程度上影响农民的参与意愿。如果农民认识不到新型农村合作医疗制度对他们自身的益处,或对新型农村合作医疗制度不认同,新型农村合作医疗制度也就失去了建立的基础。特别是在“自愿性”原则规定之下,农民对参保的态度更是至关重要。只有广大农民群众充分认识到了合作医疗的好处,才会积极主动地参与其中,才能

推动新型农村合作医疗制度的发展。

其次,农民是新型农村合作医疗制度的重要参与主体。作为新型农村合作医疗制度的重要参与主体,农民的主体地位和主体作用主要体现在:其一,参与制度的设计和制定。新型农村合作医疗制度是为解决广大人民群众的看病就医问题而制定和实施的一项社会制度。作为这样一项以惠农为主要目的的社会制度,政府在制度设计过程中,必须广泛深入地进行“基线调查”,广泛深入地听取广大农民群众对合作医疗的意见和要求。只有广大农民群众积极配合政府的调查,真实向政府反映自己的想法和心声,才能为政府决策部门提供真实、准确、可靠的信息,政府相关部门才能依此作出科学的、合理的决策。只有在制度执行过程中,不断地跟踪调查,并及时吸收和采纳广大农民群众的合理化意见和建议,才能使制度不断完善。从这个角度说,广大农民群众虽不是新型农村合作医疗制度的直接设计者和制定者,但其通过向政府有关部门反映自己的意见和要求的形式,通过向政府有关部门提出合理化建议的方式,间接地参与了制度的设计和制定。其二,参与制度的执行。新型农村合作医疗制度在执行过程中会涉及三个主体:政府部门、定点医疗机构和广大的农民群众,新型农村合作医疗制度的运行和实施实质上是三者之间行为互动的过程。合作医疗制度要落到实处,归根到底需要广大农民群众的积极参与。农民的参与程度直接影响到新型农村合作医疗制度推行的速度和广度,农民的参与积极性越高,制度的推行速度就越快,推行的范围就越广,制度的实施效果也就能越快地体现出来。

再次,农民是新型农村合作医疗制度的重要监督主体。监督是任何一项制度不可缺少的重要内容。任何好的制度,如缺乏监督这个环节,就不能保证其得到切实的贯彻和执行。新型农村合作医疗制度是一项事关广大农民群众身体健康的民心工程,其整个过程都与广大农民群众的利益直接相关。农民作为新型农村合作医疗制度的重要监督主体,其监督职责主要体现在两个方面:其一,对合作医疗基金的监督。新型农村合作医疗基金是新型农村合作医疗制度得以建立和运行的基本条件。参合农民不仅是新型农村合作医疗基金的所有者主体,而且是这笔基金的最终使用者和受益者。出于维护自身利益的考虑,参合农民

表 1 从全国来看参合农民受益人次情况

Tab.1 Results of the sensitivity tests for ELISA and agar gel precipitation

年份	受益人次 /万人	参合农民 受益率/%	住院补偿		门诊补偿		体检	
			人次/万人	比例/%	人次/万人	比例/%	人次/万人	比例/%
2004	7 600.63	95.01	254.69	3.35	6 535.89	85.99	810.05	10.66
2005	12 236.59	67.98	584.96	4.78	9 530.09	77.88	2 121.54	17.34
2006	27 215.80	66.39	1 593.91	5.86	19 275.50	70.82	5 785.25	21.26
2007	45 371.21	62.47	3 508.95	7.73	35 366.90	77.95	5 717.30	12.60
合计	92 424.23	81.36	5 942.51	6.43	70 708.38	76.50	14 434.14	15.62

表 2 从全国来看参合农民受益补偿情况

Tab.2 Results of the sensitivity tests for ELISA and agar gel precipitation

年份	补偿总金额 /亿元	住院补偿		门诊补偿		体检	
		住院补偿 /亿元	住院补偿占 基金支出/%	住院补偿 /亿元	门诊补偿占 基金支出/%	体检费用 /亿元	体检费用占 基金支出/%
2004	26.37	17.57	24.48	6.99	29.22		
2005	61.75	47.85	77.49	12.60	20.42	1.3	2.11
2006	155.81	122.94	72.95	26.01	16.69	6.86	4.40
2007	346.63	281.13	81.10	51.86	14.96	13.64	3.94
合计	590.56	469.49	79.50	97.46	16.50		

不仅有必要对新型农村合作医疗基金的安全和有效使用进行监督,而且有权利要求相关管理和经办机构定期向社会公布农村合作医疗基金的具体收支和使用情况。只有把新型农村合作医疗基金的使用情况置于广大农民群众的监督之下,才能确保基金的安全和有效使用。其二,对定点医疗机构的监督。定点医疗机构在整个新型农村合作医疗制度的运行过程中具有举足轻重的地位。不仅农民医疗消费的质和量取决于定点医疗机构,而且医疗服务费用控制的关键也在于定点医疗机构。因此定点医疗机构的行为是否规范、收费是否合理、价格是否低廉、服务是否优质是新型农村合作医疗制度能否实现可持续发展的重要因素。在社会主义市场经济条件下,出于追求自身利益最大化的考虑,定点医疗机构在向农民提供医疗服务时很容易产生“诱导需求”行为,影响甚至损害参合农民的利益。要对定点医疗机构这种“逐利行为”进行有效约束和限制,仅仅依靠卫生行政主管部门的行政监督和卫生服务机构的“内部监督”是远远不够的,还必须依靠广大参合农民对其进行监督。广大参合农民不仅可以利用对定点医疗机构的评价、意见或者是有效投诉等外围形式,来行使对定点医疗机构的监督权利,而且可

以通过合作医疗监督委员会和农民的自治组织,定期对定点医疗机构的门诊、住院费用进行审核,对其基本药物目录使用情况进行检查,以防范和避免定点医疗机构的不合理检查、不合理用药行为,切实保障参合农民的合法权益。

第四,农民是新型农村合作医疗制度的重要受益主体。新型农村合作医疗制度的最终目的是为了解决广大农民群众的“因病致贫、因病返贫”问题,是为了提高广大农民群众的健康水平。因此,广大农民群众是该制度的直接受益对象。在新型农村合作医疗制度试点过程中,各级政府不断加大对新型农村合作医疗的财政支持力度,从2003—2008年,参合农民人均筹资标准由30元提高到了100元。其中,各级政府对参合农民的人均补助由20元提高到80元,参合农民个人缴费由10元提高到20元;全国新型农村合作医疗基金规模从2003年的40亿元提高到了2008年的700多亿元。伴随着新型农村合作医疗基金规模的不断扩大,新型农村合作医疗补偿农民医疗费用的能力不断提高,补偿人次不断增多,补偿金额不断扩大,参合农民的受益程度不断增加(表1、表2)。

表 3 2003—2008 年全国新型农村合作医疗发展情况

年份	试点县/个	参合农民/亿人	覆盖农业人口/亿人	参合率/%
2003	304	0.64	0.93	69.0
2004	333	0.80	1.07	75.2
2005	678	1.80	2.36	75.7
2006	1451	4.10	5.08	80.7
2007	2451	7.26	8.69	86.2
2008	2729	8.15	8.96	91.5

### 三、农民主体作用缺失对新型农村合作医疗制度可持续发展的影响

农民在新型农村合作医疗制度中的主体地位无可置疑,但实践中由于受各种因素的影响。

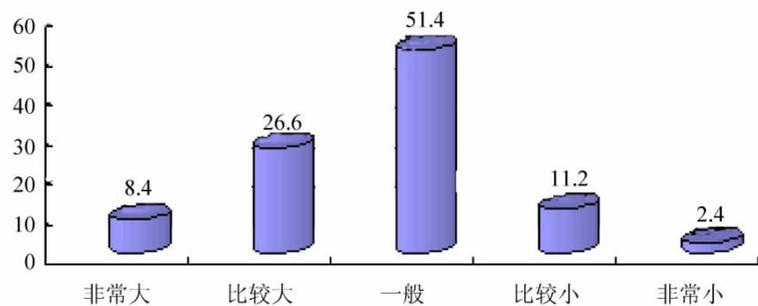
(一) 农民对新型农村合作医疗制度的认识局限制约了新型农村合作医疗制度的可持续发展

新型农村合作医疗制度是造福亿万农民群众的一项好制度,农民群众的参与程度不仅直接关系到新型农村合作医疗资金的筹集,更是判断广大农民对合作医疗试点工作认可程度的一个很重要的指标。自 2003 年开始试行新型农村合作医疗制度以来,我国新型农村合作医疗的覆盖面不断扩大,广大农民群众参与新型农村合作医疗制度的热情不断提高,一个覆盖全体农业人口的医疗保障制度基本建立起来(表 3)。

但实践中,由于受各种因素的影响,部分农民对新型农村合作医疗制度能否实现可持续发展仍抱有怀疑态度,致使农民参与新型农村合作医疗制度的意愿并不强烈,其主要有以下几个原因。

原因之一: 农民对新型农村合作医疗制度的实施效果尚存在疑虑。近年来,随着新型农村合作医疗制度的不断推广,各地新型农村合作医疗的筹资额不断提高,从试点初期的人均 30 元,到 2008 年的人均 100 元。但相对于不断上涨的医疗费用和日益提高的农民医疗保障需求而言,仍显得不足。据卫生部门统计,2008 年中国内地门诊病人人均医疗费为 146.5 元;住院病人人均医疗费用为 5 446.5 元<sup>[3]</sup>。显然,新型农村合作医疗现行筹资水平与农民的现实需要之间还

存在较大的缺口。而且,现行的新型农村合作医疗制度以“大病统筹”为主,重点是解决农民因患传染病、地方病等大病而出现的“因病致贫、因病返贫”问题。这种以“保大病”为主的医疗保障模式必然导致合作医疗受益的覆盖率低,受益面窄。农民是理性的,农民参与新型农村合作医疗制度意愿的大小主要取决于参加后是否能够得到回报以及所得回报和参加所花费成本的对比,取决于参加后是否能够获得实惠以及获得实惠的多少。由于现行新型农村合作医疗补偿受益面窄,而且报销额度与农民的期望值有很大差距,很多农民觉得参加合作医疗对减轻医疗负担作用不大。据山东省民意调查中心在济南市历城区的调查发现,虽然人人都知道新型农村合作医疗好,也有超过六成的参合农民生病后曾报销过医药费,通过参保得到实惠,但多数农民对新型农村合作医疗的实践效果评价并不高。有 75% 的受访者对新

图 1 农民对新型农村合作医疗的满意度<sup>[4]</sup>

型农村合作医疗制度表示认同,但仅有三成半的受访者对新型农村合作医疗的实践效果表示满意。调查显示,只有 8.4% 的农民认为参合对自己及家人看病就医帮助非常大,有 26.6% 的农民认为新型农村合作医疗的实践效果比较好,两者合计,只有 35% 的农民对新型农村合作医疗的实践效果表示满意(图 1)。

原因之二: 农民对基层政府的信任不足。现

代经济学的观点认为,一个理性的经济人在进行经济决策时,不仅要考虑潜在的利益最大化,而且还必须要考虑与之相联系的合作人的行为可能带来的影响。在农户参加新型农村合作医疗的过程中,农民不仅需要认识到这是一种理想的风险共担方式,而且还要考虑与其合作的政府部门是否值得信赖。按照博弈论的观点,农民只有在他确信与之合作的政府部门值得信赖的时候,才会愿意与之合作。现实中,农民对中央政府普遍是信任的,但对一些基层政府却普遍存在着信任危机。一些农民认为“政策是好政策,凡是替我们百姓着想的都是好政策,可谁知道能不能按政策办呢?”“经都是好经,但怕被歪嘴和尚给念歪了。”<sup>[5]</sup>由于新型农村合作医疗的具体发动者和组织者是基层政府,毫无疑问农民对基层政府的这种不信任感将极大地影响农民参加合作医疗的意愿,使他们对该制度的可持续性没有足够的信心,因而对参与新型农村合作医疗缺乏足够的热情。

原因之三:农民对定点医疗机构的服务能力和服务质量缺乏必要的信任。作为以帮助农民解决“因病致贫、因病返贫”问题为目的的新型农村合作医疗制度,其成败与否在很大程度上取决于定点医疗机构的服务质量、服务能力和服务价格等。一定程度上说,定点医疗机构的服务行为决定着新型农村合作医疗制度的生死存亡<sup>[6]</sup>。现阶段,我国新型农村合作医疗的定点机构主要在农村,农村定点医疗机构特别是乡镇卫生院和村卫生室担负着为参合农民看病就医的主要任务。但是,许多农村基层医疗机构,特别是乡镇卫生院和村卫生室,存在着服务水平低、医疗设备条件差、医务人员素质不高等问题。面对这样的基层医疗条件,一些农民认为,即使参加了新型农村合作医疗,也不能从根本上解决农民看病就医的问题。而且,由于医疗信息和知识的不对称,患者很难对医生的诊治行为进行监督和完全知情。在这种情况下,由于一些不良医疗行为现象的存在,使得农民很难对医院和医生的各种行为做到完全信任。他们担心参加了合作医疗,但定点医疗机构的医疗收费标准和药品价格也会提高,不该做的检查和化验会比以前做得更多。农民是理性的,如果农民参保后不能感到“物有所值”,他们就不愿意继续缴纳参保费用,新型农村合作医疗制度的可持续发展就会面临危机。

(二)农民的健康投资意识缺乏制约了新型农村合作医疗制度的可持续发展

心理学家马斯洛认为,人的需求是有层次的,

他把人类多种多样的需求归纳为五种:生理需求、安全需求、归属和爱的需求、尊重的需求、自我实现的需求。马斯洛强调,上述五种需求是按次序逐级上升的,人类只有在满足了生理需求以后才能谈及安全需求、社会交往需求、尊重需求以及自我实现需求。长期以来,中国农民一直以农业生产为主,人多地少以及由此产生的普遍性社会贫困问题始终困扰着他们,通过辛勤劳动以解决温饱问题始终是中国农民最大的愿望。在这样的情况下,农民们不可能把健康保障需求看得非常重要,不可能把生病就医看成是一种必需的行为。即使到了现在,农民的收入有所提高,总体达到了小康水平,但是农民世代代所形成的这种心态以及农业收入的不稳定性使得农民不可能考虑更多的因素,只能尽可能多地积累财富<sup>[7]</sup>。“小病拖,大病扛”有时并不是因为农民完全看不起病,而是农民不愿意为此投入太多的费用<sup>[8]</sup>。如有些农民给家里的牛、羊看病花个几十元钱他不嫌贵,认为这是生产性投资,但给自己看病花几十元钱他就嫌贵了,认为这是浪费,这显然是农民自身保健意识缺乏的一个重要表现。

而且,部分农民小农意识较强,追求回报心理较强。现实中,很多农民参加合作医疗倾向于“吹糠见米”,能立即收到回报。如果家里有病人,则参与积极性很高;如果家里没有病人,则要犹豫很久。特别是中西部地区的农民,由于经济条件相对落后,农民的回报意识更是大于风险意识。他们普遍对参加新型农村合作医疗缴纳的10元或者20元钱抱有较高的期望值,希望交钱参加合作医疗后什么都能报销,而且希望能马上得到回报。然而,健康投资具有不确定性,并不会产生立竿见影的效果。而且新型农村合作医疗的目标是“大病统筹”为主,农民受益面较窄,这就使得一些农民特别是目前身体健康的农民缺少了投资参合的积极性。

(三)参合农民在医疗服务利用方面的“道德风险”制约了新型农村合作医疗制度的可持续发展

“道德风险”是医疗保险机构所面临的一个重要风险。在医疗保险领域,“道德风险”可定义为:当投保人投保后,认为风险费用已经转移保险人,遂增加对卫生服务的利用,如会比以前选择更多、更好的医疗消费,甚至做一些不必要的检查,开一些与疾病无关的药物或者选择更长的住院时间、更加昂贵的药物及采用更先进的设备进行诊疗等,甚至某些投保人为了获取赔款故意制造医

疗事件,从而增加保险人赔偿的机会。在新型农村合作医疗制度的运行过程中,参合农民的“道德风险”主要表现在:其一,投保农民小病大养、无病拿药;其二,在没有发生疾病的情况下伪造票据向保险机构谎报杜撰赔案;其三,借证就医、冒名就诊;其四,投保农民门诊费用按照住院费用报销,自费用药按医保用药报销,骗取额外利益;其五,在购买保险后产生麻痹大意思想,放松安全意识和疾病预防意识,加大了生病和医疗费用支出的可能<sup>[9]</sup>。参合农民“道德风险”的发生,不仅会导致医疗卫生服务的过度利用,造成农村有限医疗卫生资源的浪费,进而导致新型农村合作医疗基金的透支,而且会打击没有利用或正常利用新型农村合作医疗卫生服务的广大参合农民的积极性,影响新型农村合作医疗制度的健康可持续发展。

(四)参合农民的“搭便车”心理影响和制约了新型农村合作医疗制度的可持续发展

从理论上讲,新型农村合作医疗的管理和资金使用等涉及到每个参合农民的切身利益,他们应该有足够的热情积极参与新型农村合作医疗的管理和监督,以确保该项制度良好的实施效果。但实践中,参合农民却普遍存在着“搭便车”心理。每个参合农民都希望其他参合农民能够更多地参与监督管理,而自己则不愿为此花费时间和精力,更不愿因此去得罪人,结果导致参合农民的监督职能难以发挥。例如,一些地方出现了要报销就必须给经办人员送钱送物的现象,虽然这实际上侵害了参合农民的权益,但是在“搭便车”的心理期待下,很少有参合农民主动对这种不正当现象提出异议,而是希望其他参合农民能够出面争取正义。

四、强化农民的主体意识和主体行为是推进新型农村合作医疗制度可持续发展的重要保证

(一)强化宣传力度,增强农民对新型农村合作医疗制度的认知度

农民对新型农村合作医疗制度的认知程度和认知水平直接决定该制度的落实和效果。只有当广大农民群众真正认识到了新型农村合作医疗制度对促进自身健康的重要意义,只有当广大的农民群众真正树立起了正确的健康保健意识时,农民才会积极地参与新型农村合作医疗制度,才能真正实现新型农村合作医疗制度的可持续发展。因此,各级政府、相关职能部门必须充分利用其掌

握和控制的宣传工具和宣传渠道,向广大农民群众广泛、深入地宣传新型农村合作医疗制度的意义,提高广大农民群众的健康意识和风险共担意识,为新型农村合作医疗制度的全面推行营造良好的舆论氛围。

首先,通过政府的宣传发动,引导广大农民群众树立对新型农村合作医疗制度的信心。由于传统农村合作医疗的几起几落,农民仍记忆犹新,对新型农村合作医疗制度存在某种程度的疑虑和担心,这是可以理解的。而也正是因为如此,才迫切需要通过政府的宣传发动,引导、帮助农民群众树立对新型农村合作医疗制度的信心,增强广大农民群众参与新型农村合作医疗的积极性。

其次,通过政府的宣传发动,引导农民改变多年形成的固有观念,提高广大农民群众的健康保障和互助共济意识,增强他们参加新型农村合作医疗的自觉性和主动性。同时,要通过宣传教育,转变农民单纯“受益”的急功近利的观念,帮助农民树立长期的健康投资意识。还要大力推行科普教育,积极引导农民认识健康和生命的规律,养成健康的生活方式。

为使宣传更有效果,政府在宣传过程中必须注意以下几点:首先,宣传内容应力求全面。不能仅仅在“生病后可以报销”和“某某出院后报销了多少钱”上进行宣传,而要把新型农村合作医疗的性质、目的、生病时如何就诊、如何报销、起付线和补偿比例、用药范围、转诊手续等,向群众宣讲清楚,让农民群众全面了解和熟悉新型农村合作医疗的制度和规定,使他们消除疑虑和担心。其次,要不断创新宣传方式:一是依托信息平台,发挥网络优势。各地应根据本地实际,建立新型农村合作医疗网页,加强信息化交流,为百姓提供了解信息的途径,使合作医疗工作更公开、更透明、更利于群众监督;二是可利用公益广告和专题报道的形式,深入浅出地对新型农村合作医疗制度进行定期滚动宣传,营造出浓厚的参合氛围;三是以“参合”人员的受惠实例为题材制作电视专题片进行宣传,从百姓切身利益的角度切入,宣传这一“民心工程”的现实意义,提高农民的健康保障意识和互助共济意识,提高广大农民参加合作医疗的积极性和主动性;四是可通过举办以县(或乡或村)为单位的各种新型农村合作医疗知识竞赛,加深农民对新型农村合作医疗制度的认识和了解。最后,政府的宣传要具有可持续性。要取得农民对合作医疗的重新信任不是一朝一夕的事

情,改变农民多年形成的固有观念,树立互助共济、风险共担的意识也绝非短时期可以做到,并且伴随着实践的发展,新型农村合作医疗实施方案也需要不断调整和完善。因此,对新型农村合作医疗的宣传一定要具有可持续性,要让合作医疗制度的实施与宣传如影随形,长期进行。

### (二) 不断提高农民主体的参与能力

参与主体仅有强烈的参与热情和参与愿望还是远远不够的,还必须具备一定的参与能力,是提高参与行动效果和质量的重要前提。当前,我国农村居民分散性较大,组织化程度较低。大多数农民还是以个人的名义参与制度运行,他们反映的大都是个人问题,提出的大都是个人意见,表达的大都是个人心声。面对势单力薄、缺乏组织化的个体农民,医疗卫生机构和卫生行政管理部门往往对他们的意见和要求不甚重视,甚至置之不理,致使农民的利益表达难以取得理想的效果。而如果农民组织起来,以集体行动的方式维护农民在新型农村合作医疗制度中的利益,就不仅可以增强农民的利益表达能力,而且可以增强农民的利益表达效果。因此,要提高农民的参与能力和参与水平,必须提升农民的组织化程度,建立权利和义务明确的自治组织如农民协会等,在法律允许的范围内,代表农民参与公共政策的制定和执行,维护农民的合法权益。

### (三) 不断探索多种形式的农民参与方式和途径

其一,举办农民听证会。就是利用新型农村合作医疗在各地的经办机构,定期或者不定期地邀请一些农民参加听证会或者讨论会,向农民征询意见,听取农民对于新型农村合作医疗制度的评价和意见,疏通农民对合作医疗实施状况的意见反映渠道等。通过举办农民听证会这种形式,不仅可以让农民广泛参与到合作医疗的具体实践中,增强他们对这一制度的深入了解,而且可以让农民充分表达对合作医疗的意见和建议,从而实现与合作医疗相关事务的参与。

其二,问卷调查。制度的完善是一个过程,在新型农村合作医疗制度的执行过程中,政府必须不断收集和听取广大农民群众的反馈意见和建议,以不断完善新型农村合作医疗制度。如通过问卷调查这种形式,可以使政府部门及时了解和掌握广大农民群众对合作医疗的意见和要求,及时吸收和采纳广大农民群众提出的合理化建议,从而使制度的制定和调整更加符合民意。

其三,举报和投诉。举报和投诉是参加新型

农村合作医疗的农民维护自身利益的一种有效手段,也是农民参与新型农村合作医疗的一种重要方式。当农民在新型农村合作医疗制度中的合法权益受到侵犯或损害时,当发现卫生行政主管部门和定点医疗机构在政策执行过程中存在严重偏差和问题时,农民可以通过举报与投诉的方式维护自己的权益以及维护制度的权威性。卫生行政主管部门和定点医疗机构应该设立举报电话和举报箱,方便农民群众的举报与投诉,农民也可以向新闻媒体举报和投诉,充分依靠和借助新闻媒体的影响与力量维护自己的合法利益<sup>[10]</sup>。

### (四) 利用费用分担机制,规避参合农民的“道德风险”

历史的经验证明,无论是何种医疗保障制度,如果实行医疗费用全部减免的政策,就一定会出现需求方(参保方)过度消费的“道德风险”问题,并最终会导致社会不堪负重,导致医疗保障制度的破产。而解决这一问题的有效措施是引入“共付机制”,即让参保者与医疗保险机构按一定的比例共同支付医疗费用,也就是让病人自付一定比例的医疗费用。合理的自付比例可以有效遏制需求方过度消费的“道德风险”。为了抑制参合农民在医疗消费上可能会出现“道德风险”,新型农村合作医疗制度的设计方案中也引入了“共付机制”,设置了起付线、封顶线、补偿比的规定。但新型农村合作医疗制度试点之初,由于基金规模有限,出于谨慎的考虑,各地往往把起付线定得比较高,封顶线定得比较低,致使农民从新型农村合作医疗中获得的补偿比例较低。甚至在一些地区,农民的自付比例高达 40%~70%。较高的自付比例,一方面丧失了新型农村合作医疗制度对农民的吸引力,影响了农民参加新型农村合作医疗的积极性;另一方面,造成贫困家庭即使参加了合作医疗,也因支付不起“起付线”而放弃治疗,从而失去合作医疗对这一群体的保障。如此结果,还会导致另一问题,即富裕家庭在合作医疗上享有的补偿比贫困家庭要多许多,形成了“穷人补贴富人”的现象。但如果大幅度降低起付线,提高封顶线,则又可能出现参合农民“小病大养、过度医疗”的现象,导致资金超支。显然,补偿比例的设定直接关系到新型农村合作医疗制度的稳定与发展。要充分调动广大农民参合的积极性,要确保新型农村合作医疗制度健康、可持续发展,就必须从我国农村的实际出发,建立新型农村合作医疗的精算体系,科学测算和合理确定参合农民医疗费用的补偿比。

(下转第 52 页)

- [6]刘传江,周玲.社会资本与农民工的城市融合[J].人口研究 2004(5):12-18.
- [7]范红忠.我国农村劳动力转移过程的成本分析[J].农村经济 2006(3):16-21.
- [8]毛丹,王燕锋. J市农民为什么不愿做市民——城郊农民的安全经济学[J].社会学研究 2006(6):45-75.
- [9]毛丹.赋权、互动与认同:角色视角中的城郊农民市民化问题[J].社会学研究 2009(4):28-60.
- [10]张文明.市民社会及其“农民市民化”的逻辑困境[J].上海城市管理 2010(6):38-42.
- [11]辜胜阻.中国特色城镇化道路研究[J].中国人口·资源与环境 2009(19):47-52.
- [12]郭富收.洛阳鼓励农民进城定居“双放弃最高补偿1万”[N].河南商报 2009-07-19.
- [13]朱信凯.农民市民化的国际经验对我国农民工问题的启示[J].中国软科学 2005(1):28-34.
- [14]王德文,蔡昉.宏观经济政策调整与农民增收[J].中国农村观察 2003(4):2-12,80.
- [15]汪晖.关于土地发展权转移的误区和方向的思考[N].第一财经日报 2010-12-28.
- [16]斯科特.农民的道义经济学——东南亚的反叛与生存[M].南京:南京译林出版社 2001.
- [17]何宇鹏.小城镇财政和行政体制改革刻不容缓[N].中国经济时报 2010-06-09.

(责任编辑:康兰媛,英摘校译:吴伟萍)

(上接第42页)

#### 参考文献:

- [1]江泽民.江泽民文选:第二卷[M].北京:人民出版社 2006:216-217.
- [2]邓大松,杨红燕.新型农村合作医疗利益相关主体行为分析[J].中国卫生经济 2004(8):14-16.
- [3]卫生部.全国门诊病人人均医疗费六年增长40%[N/OL].新京报(网络版) 2007-05-09.
- [4]孙珂.新农合仅让三成半农民满意[N].山东商报 2008-11-06.
- [5]韩俊,罗丹.中国农村卫生调查[M].上海:上海远东出版社 2007:124.
- [6]陈建宁,李宁滨,卜亚丽.应加强对定点医疗机构的管理和监督[J].中国劳动 2002(1):47-49.
- [7]高和荣.风险社会下农村合作医疗制度的构建[M].北京:社会科学文献出版社 2008:106.
- [8]谭克俭.新型农村合作医疗理论与实践研究[M].中国社会出版社 2007:106.
- [9]林闽钢.中国农村合作医疗制度的公共政策分析[J].北京:江海学刊 2002(3):91-96,206.
- [10]毕天云.论新型农村合作医疗制度中农民参与机制的基本框架——社会政策的视角[C].公共高层管理论坛:第5辑 2007.

(责任编辑:康兰媛,英摘校译:吴伟萍)