

健康保障

中国农村合作医疗制度 50 年历史回顾和思考

罗力, 刘芳, 孔辉

(复旦大学公共卫生学院, 上海 200032)

【摘要】以 1958-2007 年合作医疗覆盖人群的历史变化为主线, 描述了中国农村合作医疗制度的发展历程, 总结了合作医疗制度兴衰的缘由, 提出了进一步巩固合作医疗制度应当注意的问题和政策建议。

【关键词】合作医疗制度; 农村; 中国

【中图分类号】R197.1

【文献标识码】C

【文章编号】1007-953X(2009)05-0207-04

The fifty years history review on rural cooperative medical scheme in China LUO Li, LIU Fang, KONG Hui (School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China)

【Abstract】The development of fifty years history on rural cooperative medical scheme in China has been reviewed. The key causes that scheme their flourish and decline had been described. The problems which should be pay attention to in future and some policy suggestions for improving rural cooperative medical scheme had been analyzed.

【Key words】Cooperative medical scheme; Rural areas; China

以史为鉴, 可以知兴衰。回顾中国农村合作医疗制度更替和发展的历程(图 1), 其中的历史背景和缘由, 从中吸取经验教训, 有助于更好地建设农村医疗保障制度, 缓解农村居民对“因病致贫、因病返贫”的担忧, 维护社会稳定, 并有效推动农村劳动力的战略转移。

1 改革开放之前的合作医疗

合作医疗的历史可以追溯到 1938 年陕甘宁边区创立的保健药社和 1939 年创立的卫生合作社。直至 1955 年, 山东招远县还保留有 158 个类似的组织。我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗制度是在 1955 年农业合作化高潮时期。那时, 随着农业合作社的发展, 山西高平县等地先后办起了集体医疗保健制度, 1956 年河南正阳县王庄乡团结社依靠集体经济的力量首先办起了合作医疗制度。此后, 合作医疗制度开始在全国推广, 1958 年全国农业生产大队办合作医疗比重达到了 10%, 1960 年上升到 32%, 1962 年更是上升到了 46%^[1]。这段时期内, 我国实现了农业合作化, 集体经济开始在农村占统治地位。集体经济不论富裕程度如何, 每年的纯收入都要提取一定数量的公益金, 其中的一部分就是用于解决农村居民的医疗福利问题, 由此形成了社会主义的集体医疗福利制度。

农业合作化带动了集体经济发展, 也从另外一个层面削弱了农民自觉生产的动力, 大锅饭、出工不出力等现象随之出现, 并日渐普遍。结果是整个农村生产缺乏活力, 集体经济发展缓慢。随着农业合作化热度的减退, 合

作医疗随之降温, 很多农村地区又取消了合作医疗制度。合作医疗覆盖率出现直线下滑的趋势。至 1968 年, 全国农业生产大队办合作医疗的比重下降到了 20%。农村居民的医疗保障水平随之下降, 对疾病的担忧也日趋严重。当时的党中央和政府对此高度关注, 并一直在寻求合适的解决办法。多方考虑的结果, 仍然认为应当继续在农村地区推广合作医疗制度。于是, 1968 年毛泽东主席批示推广湖北长阳乐园公社合作医疗经验, 同年, 卫生部、农业部 and 财政部联合下发了《农村合作医疗章程试行草案》, 再加上文化大革命的推动, 合作医疗制度再次普及, 全国农业生产大队办合作医疗的比例曾达到了 90%。这一高覆盖率一直保持到 1979 年。

这段历史时期的合作医疗实行自愿互利、互助共济的原则, 形式则多种多样, 其共同特点^[2]是: (1) 合作医疗机构的财产是集体财产; (2) 生产队(村)医务人员的劳动报酬由集体经济支付; (3) 治疗费用由个人与集体公益金共同负担, 集体经济比较发达的地方, 公益金负担多一些, 否则, 公益金负担就少一些。这段历史时期合作医疗的发展, 与党和国家的重视、集体经济的有力支持以及群众的需要有着密切的关系, 对促进农村居民的健康、初步解决其医疗问题起到了巨大历史作用, 曾被国际社会誉为发展我国农村卫生事业的“三大法宝”和“三大支柱”之一。

2 改革开放初期合作医疗的解体及其原因

改革开放之前的合作医疗发展, 依赖于农业合作化带来的集体经济基础和文化大统研究革命带来的政治动力。一旦基础削弱, 动力消除, 自然容易衰落^[3]。改革开放之前的合作医疗缺乏政府的保障性投入, 保障水平主要取决于集体经济的负担能力。经过 10 年文革, 我国农村的集体经济单位实际上已经是非常虚弱, 经济状况极

* 国家自然科学基金资助项目, 项目编号: 70603010; 复旦大学公共管理与公共政策研究国家哲学社会科学创新基地基金资助项目

【收稿日期】2009-02-04

【作者简介】罗力(1971-), 男, 重庆武隆人, 副教授, 博士, 主要从事卫生事业管理研究。

差,本来就没有很大力量。在这种情况下,各农业生产大队等集体经济单位却因为政治上的要求强行支撑着合作医疗,解决农村居民的看病吃药问题,最终导致部分地区的合作医疗只能包“一根银针,一包草药”^[4]。其结果不是显示合作医疗的优越性,反而降低了合作医疗在农村居民心目中的地位。改革开放之后,尤其是1982年之后,我国农村普遍推行了联产承包责任制度,农村经济体制发生了重大变革,导致全国范围内农村集体经济的滑坡,进一步削弱了合作医疗的经济基础。

十一届三中全会之后,政治气候大幅转向,合作医疗赖以发展的高层政治环境不复存在。同时,在合作医疗基金的使用上,由于缺乏基层民主,不能充分贯彻民主原则,存在着少数人以权谋私、滥用挪用基金,真正有需要老百姓却难以获得补偿的现象,合作医疗赖以发展的基层政治环境也在恶化当中。

政治环境和经济基础的变化,导致了上世纪80年代初期合作医疗制度的剧变。在1980-1983年间,除了上海、浙江、江苏、山东部分乡镇企业比较发达,集体经济比较巩固的农村地区以外,大部分农村地区合作医疗纷纷解体。1980年全国医药费减免村的比例还在68.8%,1983年急剧下降到了11.0%。例如江苏省靖江县太和乡,1969年全乡17个村兴办了合作医疗,1983年起各村合作医疗相继解体,全乡只有1个村坚持了下来^[5]。当然,合作医疗的迅速解体,还与合作医疗制度本身的水分有着直接关系。改革开放之前,虽然号称90%以上的行政村都有合作医疗覆盖,但这种覆盖很大程度上是利用运动促成的,有水分。一些公社和大队在文革期间没有经济实力,也没有真正实行“合作医疗”,只是应付,挂了个虚名。一旦运动结束,自然就恢复到本来面目。

值得关注的是,在1980-1983年期间,只有两个地方的合作医疗没有受到太大的冲击,继续保持着接近100%的覆盖率,并在随后的30年间保持着较高的覆盖水平,那就是上海和西藏,一个是全国最富裕的城市之一,另一个是全国最穷的地区之一。两个经济状况相差如此悬殊的地方,在合作医疗上却表现出惊人的一致性,确实值得去思考其背后的原因。原因可能很多,但一个共同特点是都有政府财政或集体经济的支持。只不过上海依靠乡镇财政和村集体经济,西藏则更多地依靠中央财政的转移支付和我国的民族政策。

3 改革开放之后的探索

上世纪80年代初合作医疗解体之后,绝大部分农村居民失去医疗保障,进入自费医疗状态,“小病不医拖成大病”、“因病致贫”等种种社会问题日益严重。尽管当时农村经济改革和我国经济社会整体发展富有成效,经济和农村居民收入迅速增加,但这些成果没有最大程度惠及到广大农村居民,农村居民依然抱怨看不起病,担心因病致贫、因病返贫,这促使有关学者、和官员思考这样一个命题,究竟应该对农村居民提供怎样的医疗保障制度。在上世纪整个80、90年代,基本是一个旋律,在农村建立社会医疗保险制度。

1985年,哈尔滨医科大学的杜乐勋教授即撰文指

出^[2],传统的合作医疗,实质是一种集体医疗福利,首先不是对风险提供保障,而是对非风险提供福利,比如说,医生的劳务费,每诊次一角钱,一根银针、一包草药、少许土霉素、几针青霉素、处方费、打针、小手术,这些劳务与商品,每次耗费几元钱,对于病人来说,还不致于构成威胁。这类常见病、多发病对于每个农民家庭来说,并不是无法预测的,一个家庭只要有孩子、妇女、老人,总要看病吃药。如果集体经济力量雄厚,能够提供上述福利,自然很好。但这不是农村居民家庭迫切需要的。他认为,危急重病和住院医疗服务才是农村医疗保障制度的主要覆盖范围,首先由病人负担,在负担有困难时,再由集体医疗保险予以保障。

1986年12月11日,《文汇报》刊登文章《农民的愿望参加医疗保险》,文中提到,“合作医疗制度曾起过积极作用,但它以村为单位,集资能力不强,农村居民还感到不太保险”。1987年3月4日,《中国卫生信息报》刊登“天玺”文章《农村实行医疗保险制度可行性的探讨》,提出,“有些合作医疗也可以根据情况,不断增加一些保险成分,既要提倡互助互利,又要使个人得益与经济挂钩,享受减免的程度有所区别,逐步向医疗保险过渡。”

然而,在农村地区实施社会医疗保险制度,有着先天不足,主要是缺乏农村医疗保险制度所需的财力和可依托的组织机构。之所以能够比较顺利地在城市地区实施了城镇职工基本医疗保险,一个原因是城镇职工收入相对较高,所在单位承担了75%左右的医疗保险费,个人只需负担25%,从而减少了城镇职工参保的费用担忧;另一个重要原因是城镇职工基本医疗保险在收缴保费时的管理对象是单位或组织,而不是单个的职工,从而减少了缴费难度。约束一个组织或单位,比约束一个职工要容易得多。在农村地区实施社会医疗保险制度,首先面临的问题就是医疗保险费的额度,以及医疗保险费上参保农村居民要承担多大的比例。医疗保险费低,则保障水平低,农村居民参保积极性低。医疗保险费高,或者是参保农村居民保费承担比例高,势必让农村居民直接感受到费用压力,参保积极性也不会高,降低农村居民参保率。解决的办法要么是集体经济扶持,要么是乡镇企业支持,要么是地方政府财政补助。但是三种办法都取决于当地的经济水平。对于广大中西部地区来说,无论是集体经济,还是乡镇企业或地方政府财政,情况都不容乐观,很难指望三方能够出资资助实施社会医疗保险制度。实施农村社会医疗保险制度面临的第二个问题就是农村地区的广袤、农村居民居住分散和农村居民管理上的散漫带来的过高的管理成本,主要表现在收缴管理费的成本高,实施费用补偿的成本高。在经济上,农村居民是典型的个体户,这就使得收缴保费时必须专人挨家挨户上门。农村居民散居在乡间,80年代和90年代,互联网技术还不普及,难以实现在医院就医时就完成费用结算和补偿,只能采取设立费用补偿点的方式。如果将费用补偿点设在村,则每村至少配办公室和专人,成本自然很高;如果设在乡镇或县城,则农村居民报销上会感觉不方便,而且报销成本(交通费)也相对较高。

鉴于上述原因,在 1983 - 2003 年期间,我国合作医疗制度面临的情况是:各个地区都认为合作医疗非常重要,是提高农村居民医疗保障水平的重要手段,也愿意发展合作医疗制度,并试图恢复和重建合作医疗,但往往是春办秋黄,起起落落。农村居民出钱看着合作医疗办起来,但等到自己生病需要报销时却被告知合作医疗没有了,此类事例,使农村居民更加担心参加合作医疗光出钱不获益,加入意愿越发低下。合作医疗成了叫好不叫座的制度安排。

4 新型农村合作医疗制度的实施

合作医疗起起落落的状态,直到进入 21 世纪,党和政府提出科学发展观、建设和谐社会、着力解决三农问题的指导思想之后,才有所改观。主要背景如下。

其一,从西方国家社会保障制度建立的经验来看,社会保障制度的建立具有阶段性,最初只覆盖城市的雇员和公务员,随后在社会、政治、经济、人口条件成熟后,才逐步扩展到农村地区。1998 年,我国正式启动了城镇职工基本医疗保险,城市就业职工获得了基本医疗保障制度的覆盖。在此前提下,农村居民和城市非就业居民的医疗保障开始进入政府的议事日程。

其二,农村合作医疗虽然起起落落,但在起落之间,积累了大量实践经验和教训,尤其是上海、苏南等地区长期坚持的合作医疗制度,为在全国范围内恢复和重建合作医疗制度提供了鲜明的榜样,并且促使政府高层认识到:合作医疗要持续发展,一是要政府财政的支持,增强合作医疗对费用的补偿能力,提升农村居民参合信心;二是要扩大筹资范围,从乡村扩大到县市,增强合作医疗的抗风险能力。

其三,快速发展的经济悄然奠定了建立合作医疗的经济基础。改革开放以来,我国农村地区经济得到长足发展,提高了农村集体经济和农民对医疗保险费用的承担能力,也提高了各地尤其是发达地区政府财政对农村

医疗保险制度建立与实施的支持能力,从而能够部分解决医疗保险费用筹资来源问题。同时由于农民医疗负担能力提高,在合理确定农村医疗保险的保障水平的条件下,发达地区农民群众也能够承担得起相应的费用。

基于以上背景,2003 年 1 月 10 日,卫生部、财政部、农业部联合发布《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,标志着我国开始启动了农村居民医疗保障制度的建设进程。新型农村合作医疗制度(新农合)是由政府组织、引导、支持,农村居民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农村居民医疗互助共济制度。主要特点是:(1)县统筹——新农合一般采取以县(市)为单位进行统筹;(2)多部门协调——县级人民政府成立由有关部门和参合农民代表组成的农村合作医疗管理委员会,负责有关组织、协调、管理和指导工作,下设经办机构,负责具体业务工作;(3)财政投入——实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制,中央财政每年对中西部地区按参合人群数量安排补助资金,部分地区,乡村集体经济组织出资投入新农合;(4)保大病——主要补助大额医疗费用或住院医疗费用,部分地区,主要是中西部地区,实行大额医疗费用补助与小额医疗费用补助结合的办法。

新农合的实施,标志着我国农村居民医疗保障制度的建设进入高速公路通道。2005 年,有 1.8 亿人参加新农合,2006 年上升到 4.1 亿人,2007 年上升到 8.5 亿人,参合率达到 86.2%。

5 新农合制度的展望和思考

国际劳工组织提出,“没有社会的安定,就没有社会的发展,而没有社会的保障,就没有社会的安定”。社会的安定需要完善的社会保障制度,医疗保障是其中的重要组成部分之一。随着经济的发展、农村城镇化进程的加快和二元经济结构的改变,城乡差别将逐步消除,建立具有社会保障性质、城乡统一的基本医疗保险体系将是我国社会医疗保障的发展趋势。基本思路在各方热烈的讨论之中已经有所明确^[6]。

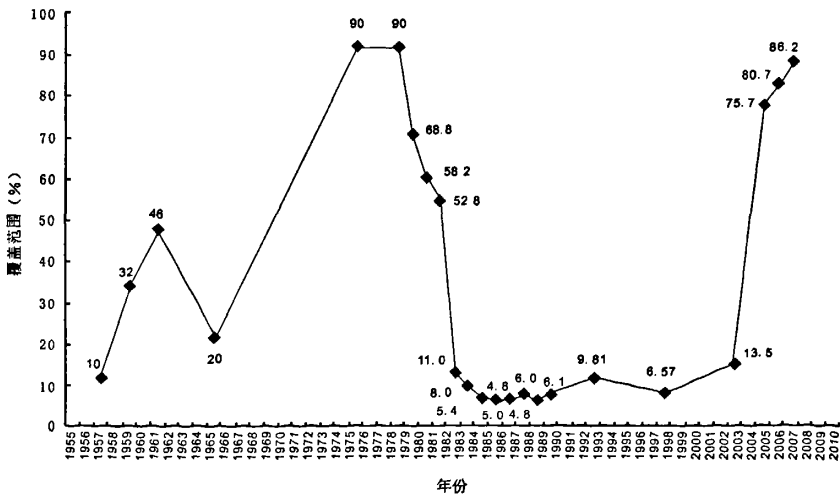


图 1 1958 - 2007 年中国农村合作医疗制度覆盖人群变化示意

社会医疗保险法规制定的若干问题思考

周 宇

(上海市公务员局,上海 200003)

【摘要】 从促进和谐医保的角度出发,就未来医疗保险法规制定中的有关问题进行初步探讨,并提出建议以供参考。

【关键词】 社会医疗保险; 法规

【中图分类号】 F840.684 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-953X(2009)05-0210-03

Some considerations on social medical insurance regulation establishment ZHOU Yu, The Bureau of Shanghai Municipal Administration of Civil Service, Shanghai 200003, China)

【Abstract】 From the view of establishment a harmony medical insurance system, it had been explored in the process of set up medical insurance regulation in the future and put forward some suggestions for the decision making.

【Key words】 Social medical insurance; Regulation

2007年12月23日《社会保险法》草案提请全国人大常委会第一次审议。草案在起草中,已将调整社会保险法律关系的主要内容、设定社会保险领域的法律责任等问题纳入法律规范中,但仍需要制定一部关于规

范社会医疗保险法律关系的专门法规,解决社会医疗保险领域中的各类具体问题^[1]。由于在法规制定中,涉及如何确定国家和地方的立法权限问题,涉及如何兼顾公平和效率的问题,涉及如何合理设定对定点医疗机构的法律责任等诸多问题的处理,立法难度大,需考虑的环节多,本文仅从促进和谐医保的角度就有关问题进行探讨。

【收稿日期】 2008-12-10

【作者简介】 周 宇(1973-),女,浙江奉化人,工程师,法律硕士,主要从事医疗保险管理研究。

在满怀期望和憧憬的同时,也要以史为鉴,妥善处理合作医疗发展过程中面临的或者可能面临的问题和障碍。回顾合作医疗制度起伏兴衰,究其根本原因,一是政府态度,二是经济基础。政府积极主动,则合作医疗兴,政府逃避责任,则合作医疗衰;集体经济支持,则合作医疗兴,集体经济瓦解,则合作医疗衰。目前我国已经迎来了“合作医疗”的第二次高峰。站在高峰之上,如何不重蹈覆辙,避免“历史轮回”,让广大农村居民再次失望,是需要认真研究和解决的问题。

答案的关键,首先是政府的信心、决心和恒心,以及配套的制度和立法安排。合作医疗的历史已经充分说明,在惠及全体农村居民医疗保障制度建设中,政府的责任不可或缺^[7]。明确政府责任的最好方法,是立法。其次是要协调好经济波动性和福利刚性之间的矛盾。目前新农合的补偿水平较低,住院费用只有大约30%能够得到补偿^[8],不足以化解人民群众对因病致贫、因病返贫的担忧,社会由此普遍呼吁马上加大投入、提高筹资、增加补偿。这一愿望是良好的,但不见得是适宜的。综观世界各国医疗保障制度的发展和变革历史,大体是在经济高速发展阶段给予过多的福利,然后在经济平稳和衰退阶段不得不咽下高福利高负担的苦果。英国、加拿大、日本和美国都如此。经过30年经济高速增长,我国政府财政目前确实有实力赋予合作医疗制度高福利特性,但这一特性的维持,很大程度上取决于未来的经济发展。

未来经济能否持续高速增长,则谁也不敢断言。有鉴于此,目前不宜过快整体提高新农合的筹资水平和保障水平,应当遵循渐进、因地制宜与经济发展相协调的原则,避免搞运动式发展。中国应当准备好用一个较长的时期,可以是10年、20年甚至更长的时间来巩固和加强合作医疗制度。这不是忽视农村居民的福祉,而是出于长远维护农村居民福祉的考虑,是基于科学发展观提出的建议。

【参考文献】

- [1] 朱放荣. 中国卫生管理学[M]. 吉林:吉林科学技术出版社,1997:137.
- [2] 杜乐勋. 我国农村医疗福利与保险制度的回顾与展望[J]. 中国卫生事业管理,1985(2):23-26.
- [3] 张自宽. 关于我国农村合作医疗保障制度的回顾性研究[J]. 中国农村卫生事业管理,1994,14(6):4-9.
- [4] 周开岳. 农村合作医疗辨析[J]. 中国农村卫生事业管理,1991(5):16-18.
- [5] 陆庭仁,邓云,张一飞. 太和乡是如何恢复和发展合作医疗保障制度的[J]. 中国农村卫生事业管理,1991(4):39-41.
- [6] 李朝峰,胡兵,赵海强. 我国农村健康保障制度的回顾与发展[J]. 中国初级卫生保健,2006,20(1):26-28.
- [7] 王禄生. 我国农村合作医疗制度发展历史及其经验教训[J]. 中国卫生经济,1996,15(8):14-15.
- [8] 胡善联. 我国新型农村合作医疗制度的运行状况与评价分析[J]. 中国卫生经济,2008,27(2):26-27.