

社会保障研究

# 中国农村医疗保障路在何方

王兰芳

(南京理工大学人文学院, 江苏 南京 210094)

**摘要:** 在中国农村合作医疗日趋衰退, 自费医疗再次在我国农村占主导地位的情况下, 针对农村的实际情况及其医疗状况呈现的矛盾特殊性, 提出整改乡村医疗机构, 高效利用有限的农村医疗福利资源, 平抑药价, 以此解决农民的预防保健及小病、小伤问题; 开展社会医疗互助, 增强农民, 共同抵御大病风险的能力; 鼓励商业医疗保险在农村的发展, 满足农民多层次的医疗需求, 共建农村医疗保障体系。

**关键词:** 农村医疗保险; 农村合作医疗; 乡村社区医疗; 社会医疗互助

中图分类号: C913.7 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2001)05-0073-04

## Directions of the Rural Medical Security in China

WANG Lan-fang

(School of Humanities, Nanjing University of Science and Technology, Nanjing, Jiangsu Province, 210094)

**Abstract:** As the rural cooperative medical care in China goes downhill, medical services at one's own expense becomes dominated. To counter the actual situation and the medical particularity in rural area, the author argues for reform in the rural medical organizations to effectively utilize the limited health resources and to keep down the medical price, to develop social medical assistance and to strengthen the commercial medical insurance.

**Keywords:** the rural medical security; the rural cooperative medical; the rural community medical; social medical helping

### 一、中国农村合作医疗的衰退

目前, 中国医疗保障改革仅限于城镇职工, 当人们在探讨基本医疗保险制度能否满足城镇职工的医疗需求时, 占全国人口绝大多数, 总数将近 9 亿农民的社会基本医疗保险还是一片盲区。更让人担忧的是, 50 年代

开始按自愿原则农民集资建立的农村合作医疗日趋衰退。据统计, 这一组织形式发展最炽热时, 其覆盖面曾达农村人口的 90% 以上; 而到 1989 年, 实行农村合作医疗的行政村仅占全国行政村的 4.8%<sup>[1]</sup>; 目前已基本名存实亡, 自费医疗制度再次成为在我国农

收稿日期: 2001-04-16

作者简介: 王兰芳(1968-), 女, 安徽涡阳人, 南京理工大学人文学院讲师, 经济社会学硕士, 主要从事社会保障研究。

村占主导地位的医疗制度。其衰退的主要原因是：

1. 农村合作医疗赖以生存的“经济基础”——村集体经济随着农村联产承包责任制的实施基本解体。农村实行所有生产资料集体化时，农村种地记工分，年终依据产量，先扣除该缴的公粮后，再扣合作医疗等集体提留项目，然后算清每一个工分合多少粮和钱，发给农民个人。而包产到户后，村集体经济徒有虚名，合作医疗的运作基金成为无源之水。

2. 原来的合作医疗基金管理混乱，村干部搞特殊化吃好药、村民吃差药甚至没有药，导致合作医疗失信于民<sup>[2]</sup>。

3. 农村合作医疗不但在解决小病、小伤时缺乏公平和效率，而且在合作医疗统筹水平较低的情况下，靠合作医疗基金又不能解决重病、大病的医疗费用问题，农民自然对其失去兴趣。这也是农村集体经济解体后，其日趋衰退的主要原因。

国家和集体对农村卫生事业的投入本来就不足，如今更明显减少了。在多数农村地区，不仅农民收入微薄，而且缺医少药状况严重。但是，疾病并不因为你无钱就不发生，也并不因为你无钱就只得小病。疾病风险的发生往往与社会地位呈反向关系，即社会地位越

低，疾病发生以及疾病的费用风险越大<sup>[3]</sup>。农村合作医疗因缺乏公平与效率，不能满足农民的基本医疗需求；又不能解决大病、重病问题，修修补补使其“复兴”不是解决办法，我们需要新的探索，中国农村医疗保障路在何方？

## 二、中国农村医疗保障特殊性的分析

中国作为发展中国家，城乡呈现典型的两元结构。这决定了城镇职工目前所实行的社会基本医疗保险制度不适合广大的农民。

1. 农村缺乏实施基本医疗保险所必需的经济基础。由于农村落后的生产力发展状况，使城乡居民家庭人均收入相差甚大（见表）。不同经济收入的群体其各种生活需求自然不一样。据《2000年中国统计年鉴》显示，城镇居民家庭1999年平均每人全年消费性支出及构成中，平均医疗保健支出为245.59元，是总消费性支出的5.34%，而农村居民为70.02元，所占比例是4.4%。基本社会医疗保险是建立在一定的经济发展水平基础之上，对于众多刚解决温饱及部分尚未解决温饱的农民而言，基本医疗保险费的交纳会成为一种生存负担。

2. 现阶段，政府难以投入相应的人、财、物来负责经办农村基本医疗保险。众所周知，如建立基本医疗保险政府必须承担相应的职责，因为基本医疗保险的经办部门和机

城乡居民家庭人均收入及指数

元

年份	农村居民家庭人均纯收入		城镇居民人均可支配收入	
	绝对数	指数(1978=100)	绝对数	指数(1978=100)
1978	133.6	100.0	343.4	100.0
1985	397.6	268.9	739.1	160.4
1987	462.6	292.0	1002.2	186.9
1989	601.5	305.7	1375.7	182.8
1991	708.6	317.4	1700.6	212.4
1993	921.6	346.9	2577.4	255.1
1995	1577.7	383.7	4283.0	290.3
1996	1926.1	418.2	4838.9	301.6
1997	2090.1	437.4	5160.3	311.9
1998	2162.0	456.2	5425.1	329.9
1999	2210.3	473.5	5854.0	360.6

资料来源：《2000年中国统计年鉴》

构不允许从基本医疗保险费中提取管理费,包括人员工资等在内的所有业务开支均由财政部门负责,列入财政预算,出财政拨款解决,这是为了保证参保单位和职工缴纳的基本医疗保险费能百分之百地用于患病职工的医疗保健消费上。这样一笔庞大的开支,就国家目前的财政状况而言,还难以承担。

3. 目前,我国在基本医疗保险的管理操作上存在的问题较多,这也是制约其在农村实施的“瓶颈”。社会基本医疗保险基金的收缴、管理、支付等一系列复杂手续,需要一套科学高效的管理体制,而我们在这方面还缺乏经验,办法不健全。城镇基本医疗保险所暴露出的问题尚未解决,更不宜在广大农村贸然实行。

由于以上主、客观因素的制约,农民将在相当长一段时期,无法享受真正意义上的社会基本医疗保险。但农村的医疗预防保障不应成为被“遗忘的角落”,从某种意义上讲,农民的整体身体素质的提高,是国民素质提高的重要表现。我们可以针对农村医疗所表现出的矛盾特殊性,具体问题具体分析对待,在国家及农民现有的财力状况下,建立一套适合中国农村特殊情况的医疗保障体系,尽可能地解决其看病难、先天发病率高、因病致贫等突出的社会现象。

### 三、中国农村医疗保障体系的设想

(一) 整改乡村医疗机构, 高效利用有限的农村医疗福利资源, 平抑药价, 以此解决农民的预防保健及小病、小伤问题。对国家来说, 发展医疗保健事业, 改善卫生条件, 增加医疗设施, 提高人民的健康水平不仅是发展生产、繁荣经济、不断改善人民生活状况的一项主要措施, 而且是一种社会责任。从长远看, 还关系到民族的未来、国家的昌盛<sup>[4]</sup>。医疗福利在我国主要有两种形式, 其一是针对全民的公共卫生服务, 由国家财政拨款, 卫生部门向需要者以免费或低收费的方式提供; 例如, 计划免疫和一些低收费的基本医疗服

务。近年来, 政府公共卫生支出的增长速度低于财政支出的增长速度, 其原因主要由于公费医疗费用过快增长而挤占的结果, 从社会的角度和远期效果看, 在卫生资源有限的情况下, 这种做法缺乏社会公平, 因为这意味着可用于农民身上的公共卫生资源减少了, 从某种意义上也可以讲是一种变相的“杀贫济富”行为; 而且缺乏效率。在现阶段可通过以下措施来解决农民的基本医疗需求:

1. 有限的农村医疗福利资源主要用于传染病、地方病的防治, 尤其是新生代儿童的预防保健, 减少先天发病率。在我国的一些农村地区致死性传染病、严重的地方病及肺炎仍在威胁着农民的健康, 据《2000 年中国统计年鉴》显示, 1999 年新生儿病、肺结核病仍位于农村前十位疾病死亡原因之列, 而城市前十位疾病死亡原因中已没有这两种疾病。显而易见, 这是医疗保障服务水平的差异造成的。新生儿病大多是遗传因素造成, 这多半是有遗传病男女婚配和近亲婚配的恶果。国家可用于农村的有限的医疗福利资金应该主要用于预防功能很强的医疗保健服务, 以减少乃至清除遗传病症, 一方面降低新生儿死亡率。另一方面, 有助于减少先天性智能发育不全者及先天性畸形占总人口的比例, 提高全民的健康水平。

2. 整改乡村医疗机构, 平抑药价, 使农民小病、小伤可去放心、实惠的乡村社区医疗机构和药房。前面已经分析指出: 农村目前尚无条件开展基本医疗保险, 国家在现阶段应着重解决农村缺医少药、看病难的突出问题。据统计, 城镇医疗网点已比较密集, 而农村尚有 12% 的村连最简单的医疗站都没有; 全国医疗队伍在扩大, 而现有乡村医生比 1978 年减少 51%, 卫生员减少 85%, 农村接生员减少 40%; 在全国 514 万多名的卫生人员中, 乡村卫生人员仅 170 多万人, 相反, 农村人员却占全国人口 70% 以上<sup>[5]</sup>。整改乡村医疗机构, 大力发展农村社区卫生服务, 为

农民提供及时方便、质优价廉的综合性医疗保健服务,改变目前不讲成本效益、社会效益而盲目以大医院为中心的卫生服务模式。笔者认为,农村社区医疗服务点原则上以乡为单位,其性质是政府补助型医疗机构,即政府对医疗机构基本建设给予投入和经费补助,主要提供预防保健和基本医疗服务,服务价格应较低,在医疗机构改革中应属于“保一块”的内容。在此,降低药品价格不仅事关城镇医疗改革,更关系到9亿农民的健康问题。农民看不起病,在一定程度上是因为一些药品价格不合理。国家要制止医药腐败,降低普通药品的价格,同时规范一系列非处方药,使农民有一个科学的就医习惯——小病、小伤去放心、实惠的药房和社区卫生机构,大病进医院。提高农民每一分钱的医疗购买力。如果在政府的监管和参与下,在农村建立起收费合理、规范的农村社区医疗机构和药房,小病、小伤的费用农民能够自己承担得起。

(二)开展社会医疗互助,增强农民共同抵御大病风险的能力社会医疗互助与社会医疗救助不同。社会医疗救助是一种政府行为,主要针对没有能力参加社会医疗保险的老龄者、失业者、残废者以及在最低生活保障线以下的贫困者,对其实施的医疗费用减免,保障其最低医疗需求。由于落后的生产力发展水平的制约,医疗救助在我国尚未建立起来。而社会医疗互助是在遵循“加入自愿、资金自筹、办法自订、管理自主”的原则基础上,在系统、行业、单位内建立职工医疗互助,也可在社区范围内建立居民医疗互助,通过基金援助,达到互助互济、救急救难之目的,主要用于患重大疾病者<sup>[9]</sup>。

在农民小病、小伤自我保障的基础上,可以乡为单位,开展社会医疗互助。道理很简单,“天有不测风云,人有旦夕祸福”,而“一根筷子容易折,一把筷子不易断”。

在农村开展社会医疗互助可以缓解极小部分人因患大病无力支付医疗费而坐等死亡

或因病倾家荡产的情况;同时具有可行性。

1. 从心理上讲,农民应该能接受这种互济方式。农村作为传统社区,人与人之间的情感联系比较强,虽然现在较以往有所淡化,但只要这种取之于民、用之于民的事情能够办得好、办得明,深知大病风险之苦的农民还是乐于接受的。

2. 从经济上讲,每个乡可根据自己的经济实力确定筹集水平,比如以家庭为单位,每户每年交5元、10元、15元……以农民能承受为原则。

3. 从管理上讲,在当前农民要减负、“费改税”的大背景下,首先要澄清这与增加农民负担是两码事。既要得到政府的支持,又要被农民认同。而具体的管理也应由村民组成的基金自治委员会自我管理,资金的使用、结余要定期公布,清楚明了。这也是培养农民自我管理和社会参与的有效途径。

(三)鼓励商业医疗保险在农村的发展,满足多层次的医疗需求。商业医疗保险是补充性医疗保险中较为规范的一种,并普遍被其他国家所采用。由于医疗保险较之其他险种有更高的风险性,加上我国商业保险的发展还处于起步阶段,因此险种主要集中在财产保险和人寿保险方面,近几年,逐步开展了部分商业医疗保险险种,重点投向风险相对稳定的人群,如学龄前和学龄儿童,以及比较容易测算的险种。

中国农村经济的发展本身具有不平衡性,在“让一部分人先富起来”的指导思想下,经济收入差异日趋加大,医疗需求趋向多层次、多元化。一部分收入较高的农民自己花钱买商业医疗保险,同城里人一样享受医疗待遇,已不是什么新鲜事了。商业医疗保险应抓住这一潜在市场,推出适合这部分先富起来的农民的医疗险种<sup>[7]</sup>。

由上述三个部分构成农村医疗保障体系,为农民提供一个可靠的社会健康安全网络。

(参考文献见第22页)

统一的外来人口管理法规,导致各地方法规纷纷出台。但是各地法规之间存在一定的差异,对形成全国统一的人口管理体制不利。在外来人口这一问题上,由于各地区的情况有相当大的差别,因此目前要制定全国统一的法规还有困难,但是应当开始研究如何制定全国统一的外来人口管理法规,以便在合适的时机推出。同时,应当尽早在全国范围内,规范外来人口、流动人口、暂住人口等称呼与范围界定。

第二,在目前情况下,全国统一的外来人口管理法规不太可能短期内出台,因此各地应该尽快在省一级的行政区内统一外来人口管理法规,杜绝在一个省内人口管理法规之间有不协调的现象。

第三,在管理法规中,明确外来人口的合法权利。目前各地在推进城镇化,纷纷出台了让外来人口在一定条件下落户的政策。可以考虑这方面的政策应该被写入外来人口管理法规当中。目前户口管理体制的改革正在进行当中,在制定和修改外来人口管理法规时,要充分注意到与户口改革的配套协调。

第四,减少外来人口管理法规的种类,最好能够在一个外来人口管理法规中包含户口、治安、计划生育、劳动就业等内容。让一个外来人口只要了解一个法规,就可以明白自己要遵守的规定和享有的权利。

第五,法规要与社会变迁相适应,要有比较强的可行性。在目前,居住3天就要办理暂住登记手续的规定是不可行的,许多旅游、开会的人往往在一个地方停留的时间就三天左右,要这些人办登记显然不合适。另外在人口流动越来越多的情况下,人口管理部门也没有足够的人力与经费去管理大量的短期流动人口。从实际出发,可以放宽到在一个地方短期居住一个月以上,需要办理暂住登记,居住半年以上,需要办理暂住证件。

第六,法规的制定要广泛征求意见。外来人口管理是一个非常复杂的问题,涉及到的管理部门多,利益群体多<sup>[2]</sup>,因此这种法规如果不广泛听取意见,平衡各利益群体的利益的话,法规可能只代表部分管理部门的利益,或者部分利益群体的利益,其可行性就要打折扣。今后在制定与修订外来人口管理法规时,必须广泛听取不同阶层意见,特别是外来人口群体的意见。

总之,外来人口管理是一个涉及到几乎整个社会的复杂问题,只有通过深入研究外来人口的情况,通过政府行政管理的协调与广大民众的参与才可能制定出好的外来人口管理法规。

参考文献:

- [1] 李若建. 城市之间居民收入差距的空间特征及其成因. 经济科学, 1997 (2).
- [2] 李若建. 利益群体、组织、制度和产权对城市人口管理的影响. 南方人口, 2000 (1).

[责任编辑 周 皓]

(上接第76页)

参考文献:

- [1] 林义. 社会保险. 北京: 中国金融出版社, 1998: 202、206.
- [2] 尹力, 任明辉. 医疗保障体制改革. 广州: 广东经济出版社, 1999.
- [3] 尹力, 任明辉. 医疗保障体制改革. 广州: 广东经济出版社, 1999.
- [4] 侯文若. 现代社会保障学. 北京: 首都师范大学出版社, 1996.
- [5] 林义. 社会保险. 北京: 中国金融出版社, 1998: 202、206.
- [6] 潘英. 社会保险概念. 上海: 华东师范大学出版社, 1999.
- [7] 尹力, 任明辉. 医疗保障体制改革. 广州: 广东经济出版社, 1999.

[责任编辑 王树新]