

论建立多层次农村医疗保障体系

朱俊生, 齐瑞宗, 度国柱

(首都经济贸易大学 财政金融学院, 北京 100070)

摘要: 随着医疗卫生体制的市场化改革和农村合作医疗的解体, 农民失去了最基本的医疗保健, 农民健康问题日益突出。合作医疗并不具有普遍适用性, 不可能再成为新时期农村医疗保障制度的主要形式。应因地制宜, 根据当地的经济水平灵活选择医疗保障模式, 不能拘泥于千篇一律的模式, 徒劳地寻求一劳永逸的模式, 应该建立多层次的农村医疗保障体系。应特别强调国家在解决农民医疗保障问题上的重大责任, 国家需要在农民医疗保障的制度设计和财政投入方面, 采取更加积极的态度和措施。

关键词: 农民健康; 农村医疗保障; 合作医疗; 政府责任

中图分类号: C913.7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2002)02-0066-05

Setting Up Multi-layer Security System in Rural Areas

ZHU Jun-sheng, QI Rui-zong, TUO Guo-zhu

(Finance Department, Capital University of Business and Economy, Beijing 100070)

Abstract: With the market-oriented reform of medical and sanitation system and disintegration of cooperative medical system in rural areas, the farmers have lost the most fundamental medical security. The consequent problem is getting significant. The cooperative medical system is not universal, so it can not be the main mode of rural medical security system any more. We should choose a feasible medical security mode fitting the local economy level. In stead of looking for an identical mode, we should establish a multi-layer medical security system in rural areas. It is worthy to emphasize the main responsibility of government to solve the problems in medical security of the farmers. Government should be more positive and take corresponding measures to design an multi-layer security system and give financial supports.

Keywords: farmers' health; medical security in rural areas; cooperative medical service; government' responsibility

一、农民医疗问题日益突出
80年代以后, 随着医疗卫生体制的市场

化改革和农村合作医疗的解体, 农民失去了最基本的医疗保健, 90%左右的农民成为毫

收稿日期: 2001-11-06

作者简介: 朱俊生(1976-), 男, 安徽庐江人, 首都经济贸易大学财政金融学院金融保险系, 研究生。主要研究方向: 保险理论与实务。

无保障的自费医疗群体。医疗费用的攀升超过了农民实际平均收入的增长幅度。1990年到1999年,农民平均纯收入由686.31元增加到2210.34元,增长了2.2倍;同期卫生部门统计的每人平均门诊费用和住院费用,分别由10.9元和473.3元增加到79元和2891元,增长了6.2倍和5.1倍^[1,2]。医疗费用的增幅大大超过了农民的经济承受能力。1998年全国卫生服务调查资料显示,在患病未就诊中有37.7%、应住院未住院者中有63.7%,是因为经济困难^[3]。越来越多的农民无力承受日益增长的医疗费用,已成为当前农村医疗卫生保障的突出矛盾。

疾病和贫困是一对孪生兄弟。按照国际贫困标准,以年人均收入低于900元作为农村居民的最低贫困线,1999年我国农村的贫困人口仍然高达1.2亿人,其中50%集中在西部。在农村最贫困的农户(约占4%)中,50%左右属于因病致贫或因病返贫^[4]。因而,当前农村医疗保障问题,不仅仅是一个道义、公正问题,更是一个需要重视的经济问题。农村医疗保障体系的缺失,削弱了农村经济的健康发展;由此导致的农民健康水平的下降也在一定程度上影响到我国劳动力的素质下降。建立多层次的农村医疗保障体系显得尤为必要和迫切。

二、现阶段农村合作医疗不具有普遍适用性

合作医疗是在各级政府支持下,按照参加者互助共济的原则组织起来,为农村社区人群提供基本医疗卫生保健服务的医疗保健制度。合作医疗曾作为我国农村医疗保障制度的主要形式,取得了伟大的成就,被世界银行和世界卫生组织誉为“发展中国家解决卫生经费的惟一范例”。但80年代家庭联产承包责任制的实施,使家庭成为农业生产的基本经营单位,以农业合作社为依托的合作医疗制度大面积解体。近20年来,几度沉浮,时起时落,到1999年,合作医疗覆盖面以行

政村为单位,下滑至6.5%^[5]。

由于合作医疗制度,对政府财政没有依赖性,政府部门对合作医疗寄予厚望,希望能够继续让合作医疗发挥更大的作用,提出“完善农村合作医疗模式”,其基本点仍然放在维系传统合作医疗模式的基础上。但政府恢复合作医疗制度的努力屡屡受挫,这引起了人们对合作医疗制度的反思。我们认为,合作医疗并不具有普遍适用性,不可能再成为新时期农村医疗保障制度的主要形式。

首先,合作医疗筹资困难。国家对合作医疗制度没有投入,地方政府对合作医疗的财政支持有限。随着基层社区集体组织经济力量的下降,向农民集资成为建立合作医疗基金的主要经济来源。但农民收入增长缓慢,合作医疗面临资金筹集困难的窘境。据龚向光等人对我国10个国家级贫困县2972户农民的调查分析,贫困地区农民的基本需求为733元,接近调查人群年人均纯收入的中位数750元。其中食品基本需求488元,接近调查人群年人均纯收入的下4分位数473元。即约有1/4的人因村收入低于488元,尚不足以维持其基本的食品消费,对合作医疗无支付能力。农民纯收入在488~733元之间的1/4人群处于相对贫困状态,在满足其基本食品消费的基础上,对合作医疗的支付能力非常有限。收入在733元以上的农民对合作医疗有一定的支付能力,但这部分人仅约占1/2人群^[6]。另外,向一家一户的农民筹集合作医疗资金,不如利用集体公益金来得容易。

其次,农民对合作医疗的意愿较低,合作医疗缺乏群众基础。卫生部等部门1997年对2960户农民的调查,有近1/3的农户不愿意参加合作医疗^[7]。农民支付意愿低的主要原因是:第一,合作医疗提供的保障程度低。农民的支付意愿取决于预期收益与预期成本的比较。如果用不太多的投入确实能够解决看病费用,对农民应该有很大吸引力。但事

实上,随着医疗服务价格的迅速增长,合作医疗无法为大多数参加者的看病支出提供很高的补偿,从而影响了参加合作医疗的积极性。另外,在经济发达的农村地区,随着农民人均GDP和收入水平的增长加快,生活水平的提高,健康和医疗服务水平的要求迅速提高,人们对合作医疗提供的低水平医疗服务已不再满足。第二,农民对合作医疗的组织者不太信任,对合作医疗制度的公平丧失信心。特别是90年代以来,农村由于乱收费、乱集资、乱摊派,干群关系非常紧张,农民对基层干部发生信任危机。

再次,集体组织经济力量的弱化,合作医疗缺乏物质基础。实行联产承包责任制后,农民拥有了自己可以长期使用的承包土地,经营自主权越来越大。乡村组织在农业生产和收益分配上的权利大大弱化。在乡镇企业比较发达的地区,乡村组织还拥有和控制着一定的集体经济,对合作医疗还有一定的吸引力。但90年代以来,随着乡镇企业的改组和改制,乡镇村控制的集体企业越来越少,逐渐失去了以往的经济来源,对合作医疗的支持力度下降,农村合作医疗由于资金短缺而难以维系。

最后,农村医疗卫生环境的变化。合作医疗是在“缺医少药”的背景下逐渐发展起来的。随着经济的发展,发达地区的居民的医疗卫生需求从“同层次、低需求”,转向“多层次、高需求”。这对提供低水平医疗服务的合作医疗提出挑战。另外,发达便捷的交通网络与城市卫生资源向郊区的渗透,在市场机制的作用下使合作医疗陷入困境。随着高速公路与等级公路网建设的日臻完善,城市化进程的加快,农民进城看病难的问题正日益得到缓解。相比之下,农村合作医疗提供的量少质次的医疗服务越来越失去吸引力。

三、建立多层次农村医疗保障体系

计划经济向市场经济体制的转轨,为农村医疗保险制度的变迁提供了动力。一方

面,市场经济体制的改革动摇了农村传统合作医疗制度赖以建立和发展的经济基础;另一方面,制度边际效用递减规律决定了随着市场经济的发展,农村医疗保障制度需要改革和创新。我们认为,应因地制宜,根据当地的经济发展水平灵活选择医疗保障模式,不能拘泥于千篇一律的模式,徒劳地寻求一劳永逸的模式。

1. 在农村的不发达地区,特别是贫困地区推广和完善合作医疗模式

一方面,我们认为现阶段合作医疗并不具有普遍适用性,不可能再成为新时期农村医疗保障制度的主要形式。另一方面,合作医疗制度有其特有的优势,在农村的不发达地区尚具有适用性。广大农村的落后地区在相当长的时期内,人均收入和医疗支付能力还将处于低水平线,维护“低水平、广覆盖”的合作医疗是保障农民初级医疗的合理机制。同时,对合作医疗制度实施过程中已暴露的问题采取以下完善措施:第一,增加政府投入,加大农村社会积累基金,以缓解其资金短缺问题;第二,高校培养大批全科医生,以逐步取代低水平的乡村医生,借以提高合作医疗水平;第三,通过乡村归并的办法,集中办好一批重点医疗诊所。

在联产承包责任制后,农民的集体积累积极性低,积累资金的能力低,靠农民自身的资金积累来支持合作医疗,难以持久,在贫穷落后地区尤其如此。因此,必须要强调政府的投入。

2. 推广农村大病医疗保险

目前我国农村医疗的突出问题是农民“因病致贫”、“因病返贫”,即农民因遭遇大病而倾家荡产、陷入困境。为解决这一问题,可借鉴国际成功经验,实行大病保险制度。以市场机制来解决农村医疗保障机制问题,合理配置卫生医疗资源,既能有效解决问题,又符合市场化改革的方向。

3. 推广农村社区卫生服务体系

随着农村发达地区的城市化和城乡一体化,原属于城市的“社区卫生服务体系”正在向农村推进,并在体系中融入原有农村合作医疗的某些因素,承担其某些功能,从而成长作为一种新的“农村社区卫生服务体系”,这一体系也是一种行之有效的模式。其结构和功能较为完善。从结构上看,它以城市中心医院——乡镇卫生院——农村社区三级派出机构为中轴而构成的一体化结构,在医疗服务运作上具有链式的联动效应。这一链式体系由于社区派出机构以乡镇卫生院为依托,而乡镇卫生院又是城市中心医院集团的子部,形成了一个区域性的医疗集团。从功能上看,它可以为农民提供直通车式的优质服务,特别是对重患者和深度服务上有以往合作医疗所难以具备的优势。同时,社区派出机构又吸纳了社区内村集体卫生保障基金和农民的医疗互助基金,加上国家投入一部分政策资金,仍然是具有某些合作医疗功能的社区卫生服务机构。因此,农村社区卫生服务体系实际上是城市卫生保障体系与农村合作医疗体系合理因素的有机结合。

4. 城市——乡村一体化社区卫生服务体系

从长远看,随着农村地区的日益城市化,城市——农村卫生服务的二元体系必将被打破,农村社区的卫生建制必将纳入到城市卫生体系加以一体化考虑。在我国沿海经济发达地区,城市人口密集,农村人口密集,且大多在城市近郊区,城市——乡村一体化社区卫生服务体系具有相当的可行性。

由于我国农业和农村经济发展不平衡,不同地区的农民医疗保障的发展状况和所处的经济环境差距很大,因此意图通过自上而下统一模式改革,解决不了全国的问题,必然给不适合选定模式的地区带来负的外部经济效应。应当在国家的宏观调控下,把选择权下放给各地方政府和农民自身,由其根据本地区的实际情况,自主选择各种农村医疗保

障模式。不能搞“一刀切”,一个省、一个市可以选择几种方式,最主要看是否有利于农民医疗保障体系的健康发展。

四、政府必须承担支持农村医疗保障的责任

不论农村医疗保障制度采取何种具体形式,都离不开政府的支持。在强调农户个人责任和农村基层社区责任的同时,更应当重视国家的责任。虽然在短期内用解决城镇职工医疗保险的办法解决农民医疗问题缺乏可操作性,与国力不符,但决不可以以此为借口,推卸国家的责任。这是因为:第一,农民收入水平低,更需要国家在医疗保障方面的支持。目前农村家庭结构小型化,农民收入增长缓慢,而各种税赋持续增长,负担过重。1994~1995年间,农民人均收入增长(12.6%)低于负担增长(超过23%)^[8],农民家庭的自我保障能力降低;第二,医疗保健,特别是公共卫生保健,是典型的社会公共产品,政府理应支持和投入;第三,随着卫生体制改革尤其是民营医院的大量涌现,国家对卫生投入的重点应当从扶持卫生服务的供给方,逐步转向医疗服务的需求方。目前的问题不再是缺医少药,而是大部分农村地区的人群缺乏最基本的医疗保障。政府应减少对医疗机构的投资,将资金转向农村地区的医疗保障。使投资效果将更加显著,也更加公平;第四,国家支持建立农村的医疗保障体系,也是维持城镇职工基本医疗保险制度健康运行的需要。随着中国快速的工业化和城市化,农村人口持续不断地向城镇迁移,如果不解决农民的医疗保障问题,势必对城镇医疗保障制度造成巨大的冲击,影响城镇医疗保障制度的平稳运行。

强调国家在解决农民医疗保障问题上的重大责任,意味着国家需要在农民医疗保障的制度设计和财政投入方面,采取更加积极的态度和措施。

首先,政府应稳定对农村医疗保障的政

策,减少相关政策之间的摩擦成本。事实上,我国合作医疗制度的曲折变动,与国家的宏观决策密切相关。“文化大革命”期间到80年代初期,毛泽东对合作医疗的提倡,成为国家的最高决策。经济体制改革后,国家对合作医疗放任自流,合作医疗从国家政策变成了地方政策,使发展合作医疗失去了国家政策的强制性。90年代,在农业部等五部委颁布的《减轻农民负担条例》中,将合作医疗交费视为农民负担不允许征收。这一政策与国家支持发展合作医疗的政策相冲突。今后,政府因长期稳定农村医疗保障方面的政策,协调相关政策之间的关系。

其次,政府要加大对农村卫生保障的投入。目前政府财政对卫生的投资比例较低,卫生总费用约占国民生产总值的5%,而美国则占14%,OECD组织成员国也要占8%~12%^[9]。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,中国排在倒数第四位^[10],绝大多数农民失去医疗保障是重要原因。这表明,医疗卫生状况的不均衡性在加剧,政府对城市医疗的支持度要远大于农村。以商业保险方式运作农村医疗保障,超越了农村社会经济发展阶段,制度成本高昂。政府必须要承担起责任,加大对农村卫生保障的投入。

再次,调整扶贫资金的使用方向。我国农村的开发式、救济式及社会化扶贫曾取得了显著的成效,然而,由于目前农村资源制约的区域性贫困有所扭转,“因病致贫”、“因病返贫”的矛盾逐渐突出,原来的扶贫工作的组织和投资效率也明显降低,国家每年投资巨额扶贫资金而农村贫困人口收益十分微薄。

2000年基本解决温饱问题后,农村扶贫资金使用方向应该进行必要的调整。其中一个思路是,将部分扶贫资金投入农村医疗保障体系的建设中去。这样既可提高新的经济环境下扶贫资金的使用效率,又有利于农村医疗保障体系的建立。

最后,加强管理,提高农村医疗保障机构的组织和制度效率。不论农村医疗保障制度采取何种具体形式,都要求农村医疗保障机构廉洁和高效。政府应建立健全各项管理制度,加强审计和监督,以强化农民对农村医疗保障机构的信任,从而有利于农村医疗保障顺利开展。

参考文献:

- [1] 国家统计局.中国统计摘要(2000).北京:中国统计出版社,2001.
- [2] 国家卫生部.中国卫生年鉴(1996).北京:人民卫生出版社,1997.
- [3] 杜中杰,杨树明.农村医疗保障出路何在[J].人民法院报,2000-12-16.
- [4] 蔡仁华.中国医疗保障制度改革实用全书[M].北京:中国人事出版社,1998.
- [5] 杜中杰,杨树明.农村医疗保障出路何在[J].人民法院报,2000-12-16.
- [6] 龚向光.贫困地区农民合作医疗支付能力研究[J].中国卫生经济,1998,(10).
- [7] 刘远立.论新形势下合作医疗成败的关键点[J].中国卫生经济,1999,(4).
- [8] 王延中.试论国家在农村医疗卫生保健中的作用[J].战略与管理,2001,(3).
- [9] 杜中杰,杨树明.农村医疗保障出路何在[J].人民法院报,2000-12-16.
- [10] 杜中杰,杨树明.农村医疗保障出路何在[J].人民法院报,2000-12-16.

[责任编辑 王树新]