

# 我国新型农村合作医疗的制度分析

## ——以湖北省川店镇为例

吴 湘 玲

(武汉大学 政治与公共管理学院, 湖北 武汉 430072)

[作者简介] 吴湘玲(1967-), 女, 湖北通城人, 武汉大学政治与公共管理学院公共管理系副教授, 主要从事农村社会保障、地方政府管理研究。

[摘 要] 湖北省荆州市荆州区川店镇的合作医疗成功运行了 12 年, 它不仅有效保障了当地农民的卫生健康, 而且有着很好的经济社会效益。川店镇合作医疗具有一些独特的运行特点, 对建立我国新型农村合作医疗具有一定借鉴意义。

[关键词] 合作医疗制度; 农民健康保障; 反贫困政策

[中图分类号] D035 [文献标识码] A [文章编号] 1672-7320(2006)04-0560-05

农村医疗保障制度是我国社会保障体系的重要组成部分。合作医疗是 20 世纪 60 年代在我国农村实行过的卫生保健制度, 曾经大面积取得成功且在国际上有较大影响, 但经历了 60 年代到 70 年代的辉煌后, 于 80 年代逐渐走向了衰落, 农民的医疗健康重新陷入无保障状态, 许多地方出现“小病抗、中病拖、大病等死”的悲凉境况, 因病致贫、因病返贫的情况非常普遍。

提高占我国人口 70% 以上的农民的医疗健康水平, 能从根本上改善全国人民的医疗健康状况。切实加强农村卫生工作已被列为卫生部最近若干年的工作重点, 2003 年我国各省、自治区和直辖市都有试点县市在建立新型农村合作医疗制度, 希望取得经验后将逐步向全国推广; 卫生部规划到 2010 年, 将在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度, 以减轻农民因疾病带来的经济负担。目前, 全国各地试点县所设计的合作医疗制度千差万别, 许多地方虽然筹集了一定资金, 但对群众的吸引力不强, 使用效果不理想。合作医疗能否发展起来、坚持下去, 决定于农民参加的承受能力与意愿、管理制度的设计、实施与监管等多种因素。从理论上讲, 中国农村合作医疗在目前是否可以因经济能力不足而不建立实施? 农村合作医疗是否有一些基本的制度规范? 本文以湖北省荆州市荆州区川店镇合作医疗作为分析案例, 剖析了农村合作医疗的一些基本的制度要求, 论证了建立合作医疗在当前中国农村并不是许多人认为的那么困难。只要制度设计合理、管理实施严密规范, 新型合作医疗是可以在农村成功建立的, 农民的健康可以得到更好的保障。

### 一、川店镇合作医疗的运行绩效

川店镇是湖北省荆州市荆州区下辖的一个镇。目前全镇 22 个村, 183 个村民小组, 8180 个农业户, 农业人口 3 万人。

川店镇的合作医疗事业是 1990 年着手恢复的, 1991 年初, 全镇 22 个村全部恢复健全了合作医疗组织。为了提高镇村两级办医的积极性, 川店镇的合作医疗实行镇村联办的管理形式。

2003 年, 全镇 90% 的农民参加了合作医疗, 以户为单位全家人参保, 每人保费 30 元, 共收取合作医疗的经费 80.1 万元。所有合作医疗经费中的 10% 用于以镇为单位统筹报销大病号 (5000 元以上); 20% 用于小病号 (5000 元以下) 报销, 70% 用于村门诊报销, 小病号与门诊以村为单位统筹。全镇大病号统筹报销的项目有: 输血、输氧、手术费、中药、西药, 报销比例为 50%。村卫生室门诊仅收挂号费、注射费, 医生所开药免费。

镇里成立合作医疗管理委员会,负责村卫生室的人事、财务管理,负责指导全镇合作医疗业务工作,如每月抽查一次村卫生室处方,检查划价是否准确,有无人情处方,检查处方与药品消耗和报表是否相符。

财务上,由合作医疗管理委员会集中管理,实行“五个统一”,即合医资金统一管、药品器械统一购、收支标准统一、乡医工资统一发、住院报费统一审。全镇自1991年合作医疗正式运行至2002年底12年,共统筹累积资金688.555万元,除去农民的正常补偿报销,结余资金62.9万元(其中用于给村医生买养老保险30万元、办理村医生行医许可证等三证18万元、添置卫生器材7.7万元)。合作医疗充分发挥了在各项农村业务工作中的龙头保障作用,农村卫生综合指标完成良好。2003年,全镇的肺结核、脊髓灰质炎、百白破、麻疹、乙肝“五苗”基础免疫全部接种,控制和消灭了白喉、百日咳、麻疹、小儿麻痹症、流行性脑膜炎、乙型脑炎、疟疾、破伤风等传染病的发生和流行。学校卫生工作得到了进一步加强,全镇中小学生健康体检率达100%。妇幼保健工作方面,全镇杜绝了产妇死亡、新生儿破伤风的发生,婴幼儿死亡率在12%以下。

“2000年人人享有卫生保健”,是世界卫生组织提出的全球战略目标。对此,我国政府已作了承诺。到1995年底,全国只有50%县市区达到农村初级卫生保健目标的低级标准。川店镇早在1992年就通过了国家级验收;1991年被原荆州地区、江陵县评为卫生合格示范镇;1993年全镇各村卫生室通过了原荆州地区、江陵县的验收。

总之,川店镇合作医疗12年的运行,使该镇农民健康状况在合作医疗恢复前与恢复后呈现出巨大的差别,合作医疗不仅有效保障了当地农民的卫生健康,而且产生了很好的经济社会效益。

## 二、川店镇合作医疗的特点分析

综观川店镇的合作医疗,具有以下特点:

### (一)思想认识统一

合作医疗是我国农民群众的历史性创举,但在川店镇试办合作医疗的90年代初期,许多人还存有许多错误的观点。一是部分人错误地认为合作医疗是极“左”路线的产物,恢复合作医疗是搞大集体、吃大锅饭,与市场经济不合拍,应该予以取缔(目前,也还有部分人持有这种观点)。二是有些人认为恢复合作医疗是加重农民负担。三是少数镇里的工作人员认为,合作医疗是自找苦吃、是多事,主张“多一事不如少一事”,不要办合作医疗。

为了分辨是非、统一认识,镇政府组织力量于1990年6月深入村组与农户进行了为期13天的调查研究。在调查中,一位老农民批评说:“不管老百姓治病,不知共产党到哪里去了!”双店村五组一位姓黄的老人说得更为偏激:“现在人不如牲畜了,连猪、牛都包医,人为什么不能搞合作医疗?”调查结果表明:在1990年全镇80个贫困户中,因病致贫的就有64户,占80%,这说明农民的健康与脱贫需要合作医疗的保障;全镇50%的家庭纠纷是由于老年人医疗困难引起的,这表明解决家庭纠纷、老年人老有所医问题需要合作医疗的支持;全镇30%的非正常死亡缘于治疗费用短缺,这表明缓解生命安全受到的威胁与维护社会稳定更是在呼唤合作医疗制度的建立!

川店镇政府利用多种方式与渠道做好宣传说服工作,将管理者、农民、医生三方的不同认识统一到合作医疗应该办、必须办的认识上来。镇、村领导率先垂范,如果合作医疗与某些工作发生冲突,镇政府都主动协调,坚决地支持合作医疗事业。例如,1997年夏天农忙期间,是钩体病流行高峰期,全镇钩体病预防达1.85万例,从事水田作业预防率达100%。防保人员在川店村注射疫苗时,一个农民不理解,对工作人员无礼,村支部书记向隆章把这个躲在牛栏里的农民劝说出来,注射了疫苗。

### (二)目标定位正确,真正以农民的需求为中心

合作医疗制度曾是中国农村深受欢迎的、行之有效的制度,它是依靠集体力量来化解因不确定性的疾病而引起的身体、心理、经济等损失风险,被世界银行和世界卫生组织称为“发展中国家解决卫生经费的惟一典范”。探讨当前新型农村合作医疗制度是农村卫生工作的重要内容,对解决农民因病致贫、因病返贫问题,对提高农民健康水平,维护社会稳定具有重要的现实意义。

一个制度在建立时的主要目标是否明确、科学,是决定该项制度能否持续长久发展的一个决定性因素,而公平与效率是决定制度目标的两个最关键的标准。根据目前我国合作医疗试点县市的实践,归纳新型农村合作医疗制度的主要目标有如下几种:第一种是保障农民获得基本医疗、预防保健,因此,要引导农民进行健康投资,避免“小病抗、大病拖”现象的发生,从而提高他们的健康水平;第二种是缓解农民因病致贫、因病返贫,所以,以大病统筹为主,以帮助农民抵御重大疾病风险;第三种是保证财务上的收支平衡,为此,遵循“以收定支,保障适度”原则,并设置报销起付线、报销封顶线,限制治疗医院与医疗项目,设置村、乡、县、市、省、跨省医院的不同报销比例,等等。

前两种目标定位以农民的需求作为根本,强调农民的支付承受能力。有人根据农民的经济承受能力,认为第一种目标定位适合于经济落后地区,第二种目标定位适合于经济发达地区,第三种目标定位以合作医疗基金管委会的需求作为根本,强调合作医疗制度本身财务上的可持续性。

其实,在某种程度上说,上述目标定位都有缺陷。合作医疗建立的目标应该是化解农民的医疗风险,让全体农民在一定程度上公平享有医疗卫生服务,让农民在低投入条件下能获得必要的健康保障。

疾病发生的不确定性可能给农民带来巨大风险;我国长期实施的“以农补工、以乡养城”战略,导致农民负荷过重、城乡差异巨大,在工业体系初步建成后的今天,要求给予农民合理补偿,推行“以城补乡”的反哺新战略;我国政府曾向国际社会做出“2000年人人享有卫生保健”的承诺,应该保障农民人人享有卫生保健;离开了9亿农民的卫生健康,就谈不上建设全面小康社会。所有这些,都决定了我国各级政府必须积极干预农村医疗保健市场,积极给予财政扶持,并在资金上为农村合作医疗事业作最后买单。农民的基本医疗预防保健与重大疾病都有可能给贫困农民带来医疗风险,政府有责任帮助所有农民(包括贫困农民)缓和、消除因疾病带来的风险,而不能因为政府或农民的经济承受能力不足而丢弃其中的某一种责任。目前中国的农民,尤其是贫困农民,劳动收入仅够维持基本生存,根本没有经济能力承担基本医疗与大病风险,他们迫切需要有政府经济支持的医疗保障制度,所以,第一种、第二种目标定位都只是单纯缓和了一个方面的风险,这两种目标下的合作医疗制度,很有可能只会使相对富裕的农民获益,成为又一个富人获益的俱乐部,它不能保护贫困农民,不能真正化解贫困农民的风险、减缓贫困农民的贫困。当然,如果某地区经济已非常发达,最贫困的农民也完全有经济承受能力获得基本医疗、预防保健服务,或者说农民自身在获取基本医疗、预防保健方面,已经没有难以承受的风险了,那么,选择第二种目标定位也是可以的。

第三种目标定位是最有缺陷的。也许保证合作医疗财务上的收支平衡,确实是维系合作医疗制度存续的重要工具与步骤,是提高农民健康水平这一终极目标的中间目标,但将它作为建立合作医疗的主要终极目标,显然是不合理的。其原因,一是如上所述,我国政府有责任与义务为农村合作医疗事业作最后买单;二是如果合作医疗制度为了财务平衡而设置许多门槛限制农民保障健康的权利(例如,设置报销封顶线、限制治疗医院与医疗项目),则必然与最终目标相背离;三是为了达到财务平衡目标,管理上必然要有针对医疗供方、需方的各种约束制度,这使管理趋向复杂化,很可能会导致管理成本增大;四是如果合作医疗制度真的想覆盖贫困农民,也为贫困农民提供健康保障,那么它就应该被设计成低边际效益的制度,而不使该制度产生反保险、反贫困的结果,所以如果为了财务平衡而抬高补偿起付线、限制治疗医院与医疗项目,则是在牺牲、限制贫困农民,这样的制度不但没有达到风险共济、平滑贫富差距的目标,反而是在劫贫济富、增加贫困农民的风险;五是如果一个制度过分强调财政收支平衡而设置很高、很多的限制门槛,必然会导致覆盖人群缩小,覆盖率逐渐下降,也必然会最终导致财务收支不平衡甚至可能是制度瘫痪。

川店镇合作医疗的目标定位为服务农民、切实解决农民的看病难问题,因此它没有报销起付线、封顶线、指定治疗医院等限制。这一目标强调满足农民的需求,真正服务于全体农民,所以它的覆盖率必然逐渐扩大,也更有可能朝财务收支平衡的方向发展。事实上,12年来,川店镇合作医疗财务上是平衡的。

### (三) 报销补偿制度合理、简单

如果说,在合作医疗启动时,统一管理、农民与医生三方认识是办好合作医疗的前提,那么,报销补偿制度是否合理、简单,则是决定合作医疗能否获得农民信任、能否扩大覆盖面、能否可持续运行的基础。

川店镇的报销补偿制度合理、简单,主要体现在以下几方面:“财务制度”没有设置报销起付线、报销封顶线,没有限制治疗医院,没有设置复杂的报销比例,更没有设置家庭账户。

设置补偿起付线,最初是商业保险用来控制偿付费用的一种技术,它以“管大不管小”的补偿办法,节约小额补偿的较高交易管理成本,集中力量补偿高风险部分。设置报销封顶线,也是商业保险公司控制费用、保证财务收支平衡的一项措施。设置家庭(或个人)账户,是社会养老等保险领域为了激励人们参保的一种措施。

对个人来讲,由于患病医疗的不确定性极大,加上个人难以通过事前增加储蓄、事后缩减消费开支等方式应对高额医疗费用风险,所以医疗领域更需保险。同时,在医疗领域,社会伦理道德的影响非常深远,生命与健康的价值难以用金钱去衡量,这使得运用经济学的一些基本准则对这一领域进行解释,显得非常困难。因此,医疗保健领域的保险,不能简单借用其他保险领域的技术来控制偿付费用。如果简单借用套用,既与医疗保险的最终设定目标相违背,也与社会伦理道德相违背,是一种不人道的行为。建设新型农村合作医疗,保障农民健康卫生,既是为促进城乡协调发展、补偿反馈农民的一种需要,更是政府维护公民健康的一项基本职责,因此,一般不宜设置报销起付线与报销封顶线,更不宜限制治疗医院。当然,如果确实需要将财务收支失衡状况控制,那么设置按比例报销更好些,并同时需要有贫困救济制度相配套,以保证那些根本无钱看病的贫困农民能获得救济金用以看病治疗,这样,才能既保护贫困农民的利益,又能适当控制医疗费用。

我国一些合作医疗试点地区引入了家庭账户。家庭账户的作用类似社会养老保险领域的“个人账户”，是以参保家庭名义建立的保险账户，属参保人员家庭所有。家庭账户主要用于门诊费用，个人账户资金不足时，由参保家庭支付。家庭账户的本金和利息归参保人员个人所有，可以结转、转移和继承。其实，家庭账户的引入，既使合作医疗管理趋于复杂，也因账户资金少，根本起不到个人基金积累的作用，更起不到分散风险、风险共济的作用。

川店镇的合作医疗没有设置报销起付线、封顶线，没有限制治疗医院，也没有引入家庭账户，这既使整个管理简单易行，又反映了医疗保险的本质特征，符合医疗保险的目标，维护了农民的切实利益。这是它深受农民群众欢迎、覆盖率高、能在没有政府资金投入的情况下安全运行并有结余的根本原因所在。

目前，在许多合作医疗试点的地方，制度设计非常复杂，似乎要解决各个环节可能出现的问题，但从实施的情况看，远不能实现对个人和机构的有效约束，而且致使管理成本居高不下。

#### (四) 对医生激励与监管并存，村医生的权责分明

建立农村合作医疗，要避免两个陷阱，一是贫困农民补助富裕农民，二是农民补助医院。前者由合理、简单的报销补偿制度予以体现，后者则由对医生的激励、监管制度予以保证。

医生、医院属于医疗保健的供给方，为社会提供各种医疗保健服务和医疗保健用品，由于医疗保健市场存在以下特征，即医疗服务资源的稀缺性、医疗服务信息的不对称性（医院拥有更多的信息优势）、医疗保健供给的垄断性、医疗消费效果的不确定性与医疗供给的异质性（难以比较不同的性能价格比），使得医院在一定意义上是医疗保健市场上起决定性作用的一方。而同时，作为医疗保健市场需求方的患者病人，他们的医疗消费需求具有刚性，消费的价格弹性小；与医生相比，他们处于掌握医疗信息的劣势地位，这些加剧了医院在医疗保健市场上的决定性作用。因此，如何激励与约束医生、医院，防止为了医院利益而小病大治、滥开药品等现象出现，是完善医疗保健市场管理的重要内容。

川店镇的合作医疗对医院、医生既有激励，也有监督约束。第一，“五统一”的财务管理原则，即合医资金统一管、药品器械统一购、收支标准统一、乡医工资统一发、住院报费统一审，从制度上有利于控制瞎支乱补、有利于杜绝假药劣药坑害患者。第二，每年年初与村卫生室签订目标管理责任书，较好地体现了管理中的奖罚分明，更有利于强化医生责任。川店镇合作医疗管理委员会每年年初与村卫生室签订目标管理责任书，年终按防疫、保健、合作医疗三项工作百分制认真检查评分，按分计酬、与乡村医生工资挂钩。医生必须据病情开药，丢失或违规开处方，只要查出，则每次罚款 50 元。第三，为激励医生、稳定乡村医生队伍，镇委、镇政府规定，乡村医生享受退休待遇。当然，如果医生违反合作医疗规定，则坚决查处，如宗南村两名医生因责任心不强、管理不善，被免去了行医资格。这些都有效地调动了全体乡村医生为农民服务的积极性。

#### (五) 合作医疗管理委员会的工作公开、公正、规范

作为合作医疗工作的组织者、管理者，合作医疗管理委员会的工作是否公开、公正、规范，是决定能否办好合作医疗的根本。合作医疗管理委员会既掌握着经费收支的财权，也掌握着药品器械的购买、患者医药费的补偿、村医生医院工作的管理等事权，如果缺乏制度约束、缺乏为农民服务的公益心与敬业精神，是很难保证合作医疗基金的安全运行的。

川店镇合作医疗管理委员会的工作公开、公正、规范，体现在以下几个方面：一是合作医疗管理委员会的组成成员 14 人，由镇政府代表、医生代表、农民代表、村支部书记代表等不同利益主体构成，这有利于多方利益主体彼此监督约束，防止管理中的漏洞出现。二是经费管理严密规范。合作医疗有限的资金如何发挥最大的作用？镇领导担心、农民群众关心，只有管好资金、用好资金，才能取信于民。川店镇合作医疗管理委员会严格按财务制度办事，只要大病号情况属实，符合手续，再多也要为患者报销；弄虚作假，想钻空子、贪便宜，一律不开口子。12 年来，合作医疗管理委员会查出虚假冒领金额 20 万多元，较好地防止了合作医疗经费的流失，真正为农民群众当好了家。三是管理公开透明，所有经费收支、报账情况全部通过镇电视台予以公布。

### 三、川店镇合作医疗的评价与启示

从川店镇合作医疗的制度框架与运行情况看，它是一种村镇联办、合药合医（即医疗费、药费均按比例减免）的社区型医疗保险模式，属于全镇农民间、全村农民间共同化解疾病风险的一种方式。其中，5000 元以上的大病医疗是全镇农民间的风险共济，门诊医疗与 5000 元以下的医疗是各村全体农民间的风险共济。它已经不是传统的仅保障基本医疗、低风险承担能力的合作医疗了。它不仅将基本医疗医药费按比例减免，而且还包含了大病医疗保险，是“福利—风险型”的合作医疗，既保大病也保小病（农村合作医疗的运作模式通常有三种类型：第一种是福利—风险型的合作医疗，即保大病也保小病；第二种是风险型的合作医疗，即保大病不保小病；第三种是福利型的合作医疗，即保小病不保大

病)。

评价某地合作医疗建设成功与否的标准,一般常用如下三个标准,即制度目标是否合理、目标人群的覆盖面是否大、管理是否简便易行。制度目标是否合理,能体现建立合作医疗的实质,也能体现是否尊重健康与生命等社会伦理道德的要求;目标人群的覆盖面是否大,能体现社会公平程度,也是保证财务收支长期平衡的需要;管理是否简便易行,不仅决定管理成本的高低,而且决定是否能够最大限度地避免各种违规行为。一个复杂、难以调整的制度,必然难以实施有效管理,制度漏洞很多,如逃避参保、弄虚作假、资金被贪污挪用滥用等等,参加合作医疗的农民、管理者、医院对基金的投机侵蚀行为可能会花样繁多。我国农村人口众多、经济与社会运行的制度化水平较低、管理水平和能力有待完善,这些更要求实行简便易行的管理制度。

按照这三条标准来衡量,首先,川店镇合作医疗的目标定位为服务农民、切实解决农民的看病难问题,因此它没有报销起付线、报销封顶线、指定治疗医院等限制,这一目标较好地体现了化解农民医疗风险、提高农民健康水平的实质,它的覆盖率必然很大,也必然会逐步朝财务长期收支平衡的方向发展。其次,川店镇合作医疗的平均覆盖率达到 90%,其中李场村的覆盖率达到 98%,说明当地农民对合作医疗的信任度很高。再次,川店镇合作医疗的管理简便易行,能较好地控制各种违规投机行为。因此,从总体上看,川店镇的合作医疗制度是较为规范合理的,合作医疗的运作是具有较高的公平性与管理水平的,具有一定的推广价值。

在川店镇合作医疗中,镇政府的作用体现在:承担了整个组织工作,负担了两名管理委员会工作人员的工资。川店镇合作医疗基金是在没有政府注入经费的情况下运行的,它的成功实施,说明建立合作医疗在当前农村并不是许多人想象的那么困难。新型农村合作医疗强调有中央与地方政府的财政投入,农民因低收入难以缴费的困难将得到缓和,我们可以很乐观地推定,只要合作医疗制度设计合理、管理实施严密规范,新型农村合作医疗是可以在农村成功建立的,农民的健康将会得到更好的保障。

### [参 考 文 献]

- [1] 林闽钢. 中国农村合作医疗制度的公共政策分析 [J]. 江海学刊, 2002 (3).
- [2] 乌日图. 医疗保障制度的国际比较 [M]. 北京: 化学工业出版社, 2003.
- [3] 葛延风. 问题与对策: 中国社会保障制度改革 [J]. 中国行政管理, 2003 (9).

(责任编辑 叶娟丽)

## System ic Analysis on New Cooperative Medical Service in Rural Areas

WU Xiangling

(School of Politics & Public Administration, Wuhan University, Wuhan 430072, Hubei, China)

**Biography:** WU Xiangling (1967-), female, Associate Professor, School of Politics & Public Administration, Wuhan University, majoring in the rural social security and local government administration.

**Abstract:** The new cooperative medical service system has operated for 12 years in Chuandian town of the Hubei Province. Not only has it insured farmer's health, but also it has beneficial effects on Chuandian town's economy and society. The paper analysed the feature of the cooperative medical service in Chuandian town with the method of system analysis, clarified some basic rules about cooperative medical service, and maintained that it is not so difficult to set up cooperative medical service in China's rural area.

**Key words:** cooperative medical service, farmer's health insurance, the public policy of the anti-poverty