

农村合作医疗的范式转变研究

赵军锋¹, 付艳², 陈凌飞¹ (1. 南京师范大学, 江苏南京 210097; 2. 山东中药技术学院, 山东泰安 271016)

摘要 以范式和范式转变为分析工具, 着重分析影响农村合作医疗范式转变的动因, 介绍不同社会背景下农村合作医疗范式的特征以及划分农村合作医疗不同范式的依据。

关键词 农村合作医疗; 范式; 范式转变

中图分类号 F294 **文献标识码** A **文章编号** 0517-6611(2008)11-04721-03

农村合作医疗历史研究是合作医疗研究领域的重要组成部分。综观农村合作医疗历史研究的文献, 可以看出历史研究一般遵循以下思路: 介绍制度的发展沿革, 总结历史的经验教训。这种研究思路只是对历史事实的简单梳理与分类, 研究角度单一, 主要存在 2 种分析视角: ①“编年体”视角, 即沿着历史时间的推进, 按年代叙述农村合作医疗的发展变化, 在此基础上总结经验教训^[1-4]; ②“类型学”视角, 按年代和特征对农村合作医疗的历史进行简单的分类^[5-10]。第 1 种分析视角, 虽然是一种动态的分析, 但只是简单地梳理了农村合作医疗的变化过程, 对于引起变迁的原因缺乏分析; 第 2 种分析是一种静态分析, 只是对不同类型的农村合作医疗做简单的划分, 对于不同类型农村合作医疗的背景甚至是划分依据和基本特征的概括缺乏深度。为了丰富农村合作医疗历史研究的分析视角, 笔者从“范式”角度分析农村合作医疗的历史。

1 范式和范式转变

“范式”一词来自语言学, 表示语词变化规则。库恩将它引入科学哲学, 表示自然科学中被科学家共同体所享有的共同认识论观点或理论体系。在社会科学领域, “范式”不仅仅描述社会基本要素及其结合方式和由此形成的社会秩序, 更在于展现其行为体可能如何、何时保持或改变它们行为的变革。社会范式是反映一个时代共同感受的具体表达。社会范式转变“或者由于人们的生存条件发生了深刻的变化, 人们才在反常实例日益集聚和正常化的引领下, 逐渐改变他们主观上体会这些变化的方式; 或者他们对生存条件的感知, 因新技术使他们能够从新的背景下感知他们的现存环境而发生迁移”^[11]。由此可知, 社会范式转变的关键要素包括社会范式的基本特征, 社会环境的变化和人们主观认识的变化, 范式转变的方式和过程。

范式和范式转变是社会科学领域一个有用的概念工具。范式转变概念作为描述显著的社会变迁的一种工具, 抓住了社会变迁过程中社会环境的改变及其影响、社会政策问题性质及其解决方式以及支配人们行为的信念、价值和态度的基本的长期的变化。

2 农村合作医疗的范式

2.1 战时管制型

这是在特殊时期建立的具有高度管制性质的合作医疗制度, 其产生和形成体现了战争背景的需要。

新中国成立以前, 经济凋弊, 卫生落后, 人民健康水平低下, 传染病、寄生虫病和地方病流行。全国 80% 的地区都有地方病的发生, 受威胁的人口达 4 亿多。全国人口的死亡率超过 2%, 其中半数以上死于传染病, 婴儿死亡率更高达 20%^[4]。1944 年, 由于长年封锁和战争, 伤寒、回归热等传染病在边区流行。边区政府为了改善缺医少药、卫生状况恶劣的局面, 在农村采取了“积极战时管制”的政策。在这一政策取向的影响下, 边区政府要求大众合作社(当时是商业销售机构)办理合作医疗, 性质是民办公助政府管制, 服务战争需要。

在筹资方面, 合作社遵循民间筹集、政府扶助的多元化方针。政府赠送了一些药品和资金, 还鼓励一些团体以股份形式参加。在补偿和管理方面, 边区政府对合作医疗机构实施管治, 对百姓、军队和政府工作人员减免医药费用, 重要医药物资在政府管制下分配使用, 具有很强的战时集中性。边区政府“战时管制型”合作医疗集中了有限医药资源, 改善了边区缺医少药的局, 满足了边区军民基本医疗需要, 保障了边区军民的健康。但该制度不规范, 随意性较大, 政策不稳定, 往往因战争的需要而发生变动, 加之存在时间短, 并没有形成稳定的范式。随着新中国的建立, 基于集体化的“福利管理型”合作医疗制度产生和兴起, 战时管制型合作医疗退出了历史舞台。

2.2 福利管理型

包括 2 个阶段: ①工业劳动力保护取向阶段, 主要从新中国成立至 20 世纪 50 年代初; ②低水平福利普济取向阶段, 主要是从 20 世纪 60 年代中期至 80 年代初, 主要阶段跨越文革前后^[12]。这两个阶段间存在着一定程度的因果联系。

新中国成立后, 国家的政治、经济、社会、文化、外交等方面发生了根本性的变革, 对“福利管理型”合作医疗制度的产生和发展有着巨大的影响。由于特定历史环境的需要, 受苏联发展模式的影响, 国家优先发展重工业, 并且实行城乡二元社会体制, 表现在卫生医疗领域, 主要是指国家采取了保护工业劳动力的制度取向, 为城市居民提供普济性的国家福利, 为国家机关和企事业单位工作人员提供公费或劳保医疗。这一制度取向把占人口绝大多数的农民排除在国家福利体系之外, 有限的医疗资源集中在城市, 而农村医疗资源匮乏, 医疗水平低下, 农民缺医少药现象严重, 无力满足农民最基本的医疗需求。这迫使广大农民通过自发的共济合作方式来实现医疗保障的有限供给。

1955 年初, 山西省高平县米山乡最早实行“医社结合”, 采取社员群众出“保健费”和生产合作社提供“公益金”补助相结合的办法, 建立了不同于以前的农村合作医疗制

基金项目 江苏省普通高校研究生科研创新计划资助项目(CX07S-047r)。

作者简介 赵军锋(1982-), 男, 山东莱芜人, 硕士研究生, 研究方向: 公共政策、乡村治理。

收稿日期 2007-12-11

度。随后,在河南、河北等省农村也出现了一批由农村生产合作社办的保健站。1958年开展人民公社化运动后,合作医疗得到较快发展。1959年11月,全国农村卫生工作会议在山西省稷山县召开,正式肯定了农村合作医疗制度。1965年1月,毛泽东在农村开展社会主义教育运动时,做出组织城市高级医务人员下农村和为农村培养医生的指示。1965年6月26日,毛泽东又做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示^[4]。这2项重要指示的贯彻落实使农村医疗卫生工作得到加强,合作医疗制度进一步在全国推广。特别是1968年11月,一份反映湖北省长阳土家族自治县乐园公社合作医疗情况的调查报告送到中南海。毛主席阅后当即批示,称赞合作医疗“是医疗战线上的一场大革命”,“解决了农村群众看不起病、买不起药的困难”,“值得在全国推广”。在当时浓重的政治气氛和个人崇拜盛行的大环境下,“搞不搞合作医疗,不仅是重视不重视农民医疗保健问题,而且是执行不执行毛主席革命路线问题”^[4]。合作医疗在强力行政推动下覆盖面迅速扩大。截至1980年,全国农村约90%行政村(生产大队)实行合作医疗,医疗保障覆盖了85%农村人口^[4]。“福利管理型”合作医疗在农村基本普及。

“福利管理型”合作医疗建立在集体经济基础之上,嵌入高度集权的、革命性的、全能主义的政治经济体制和国家与社会关系之中^[4]。从筹资方面来讲,农村主要生产资料——土地等实行集体所有制,集体经济组织可直接从农民收入中扣除合作医疗资金,或直接由集体承办合作医疗。具体措施如下:在乡政府领导下,由农业生产合作社、农民群众和医生共同集资建站;经费来源于农民缴纳的保健费、农业社公益金(一般提取15%~20%)和医疗业务收入(主要是药品利润)。这种有效的筹资机制为农村合作医疗的良性运作提供了坚实的经济基础。从补偿方面来看,在自愿原则下,每个农民每年缴纳0.2元的“保健费”,免费享受预防保健服务,患者治疗免收挂号、出诊费等。保健站坚持预防为主、巡回医疗、送医送药上门,医生分片负责所属村民的卫生预防和医疗工作;采取计工分的办法,合理解决医生的报酬。从管理运作方面来看,由于合作社兼有政治、经济、社会权力,在政治、经济甚至日常生活方面,农民与合作社和生产队之间有着强烈的人身依附关系,缺乏自由选择权和监督权。农村合作医疗的基层管理者陷于监管真空,部分队社干部权力不受约束,弄虚作假,损害农民利益,侵占公共利益,使大多数农民对制度的公平性失去信心,这给合作医疗制度的可持续发展埋下了隐患。

“福利管理型”合作医疗在一定时期内有效解决了我国广大农村缺医少药问题,为广大农民提供了基本的医疗保障服务,极大地提高了我国农村居民的健康水平。但是,“福利管理型”合作医疗制度也存在制度缺陷。首先,它必须建立在强大的集体经济基础之上。其次,合作医疗的广覆盖得益于合作化运动的推动和政治领导人的肯定,具有很强的行政色彩。也就是说,传统的农村合作医疗依附于全能的、高度集权的计划经济体制,存在于国家与社会高度统一的农村。随着计划经济的转轨和农村社会的多元化,农村合作医疗的衰退也是必然的。20世纪80年代初,随着家庭联产承包责任制的实行和市场经济的推广,农村经济结构发生

了巨大的变化。由于失去了集体经济的依托,“福利管理型”合作医疗逐步衰退。据资料统计,1980年,全国约90%行政村(生产大队)实行合作医疗。由于我国逐步由计划经济向市场经济转型,农村废除了“一大二公”、“三级所有,队为基础”的集体经济,开始实行家庭联产承包责任制,农村合作医疗赖以生存的经济基础逐步瓦解了,1989年覆盖率猛降至4.8%^[4]。自费医疗、家庭保障再次成为农村社会主导性的医疗保障机制。

2.3 风险治理型 “风险治理型”合作医疗包括2个阶段:①市场化和政府有限干预取向阶段,主要指20世纪80年代至90年代中后期;②有限市场化和政府回归取向阶段,主要指20世纪后期至今^[4]。第2阶段是对第1阶段的否定和纠正。

20世纪80年代,我国开始进入经济体制改革阶段。在农村逐步实行家庭联产承包责任制,发展商品经济。农村集体经济逐渐弱化,对“福利管理型”合作医疗的支援作用逐渐丧失,建立在集体经济基础上的乡村医生报酬、基金筹集、补偿分配、管理体制等与现实不相适应,合作医疗逐渐流于形式或自行解体。农村医疗领域被动市场化,自费医疗再次成为农村主导地位的医疗形式,农村医疗基层组织逐步私有化。农村医疗基层组织的市场化提高了诊所的运作效率,但私人垄断基层医疗的局面一旦形成,就会出现医疗市场替代率低、医药价格无法得到有效抑制、农村医疗领域有效供给减少等问题。由于农村居民经济承受能力有限,绝大多数农民没有任何形式的医疗保险,无疑加剧了农民的疾病风险,“看病难、看病贵”日益普遍,“因病致贫、因病返贫”日益突出,农民健康状况日益恶化。甚至在今天,广大农村“因病致贫”、有病无钱医治的情况也并不罕见。2007年4月5日,《南方周末》报道,湖北一对农村夫妇因无钱治病而投江自杀。

政府的职能包括政治职能、经济职能和社会职能,其中社会职能中的社会服务和保障职能决定了政府有筹集社会保障基金、制定社会保障制度、建立社会保障体系的责任与义务^[4]。建立农村社会医疗保障体系,为农民提供基本的医疗卫生保障,是政府职能中应有之义。医疗服务市场化、有限政府干预取向减轻了政府责任,降低了政府和集体财政压力,弱化了政府和集体在农村医疗卫生体系中的作用。这不仅是政府社会责任的缺失,也是政府社会职能的缺位。政府需要重新回归,介入农村社会医疗保障体系,推行农村合作医疗制度,限制市场的消极影响,强化政府的责任和义务。

20世纪90年代以来,政府开始重建农村合作医疗制度的尝试。1993年中共中央在《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中提出要“发展和完善农村合作医疗制度”;1997年1月中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》要求各地“积极稳妥地发展和完善合作医疗制度”,试图恢复和重建合作医疗制度。但是,制度的实施效果并没有实现其预期目标。1998年,卫生部进行的“第二次国家卫生调查”显示,全国农村居民中得到某种程度医疗保障的人口只有12.6%,其中合作医疗的比重仅为6.5%。

就经济发展水平而论,与改革开放之前相比较,经济条件有所好转,而目前重建合作医疗的效果却远远差于“福利

管理型”合作医疗。这说明经济水平不是农村合作医疗有效、可持续发展的决定因素。有学者认为,农村合作医疗恢复重构的障碍包括缺乏制度保障、有关部门政策欠缺协调、筹资困难、农民参与意愿低、管理机制不健全^[20]。这主要是由于制度环境发生了根本性的变化。因此,要重建合作医疗制度,必须构建新的制度结构体系,而不是对原来制度框架的简单修补和完善。2002年10月,中共中央、国务院做出了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,具体规定重建农村合作医疗体系的政策措施,并指出“各级政府要逐年增加卫生投入,增长幅度不低于同期财政经常性支出的增长幅度”;2003年开始,政府在全国的一些市县开始新农合的试点。截至2006年底,新型农村合作医疗覆盖面已达全国县(市、区)总数的51%;参加农村合作医疗的农民逐年增加,已达4.1亿人;受益面逐步扩大,补偿农民4.2亿人次;补偿金额逐年增长,累计补偿242亿元^[21]。这是农村医疗卫生领域有限市场化和政府回归取向开始的标志,“风险治理型”合作医疗逐步确立。

就筹资方面而言,筹资渠道包括个人筹资、政府资助、集体扶持和社会捐赠。其中,政府(主要是中央和省级政府)在筹资中负有主要责任;集体扶持取决于当地集体经济发展的状况;社会捐赠部分几乎可以忽略不计,在调研的地区没有发现社会资金支援,主要是因为社会力量刚刚起步,发展相对薄弱,相关的捐赠制度、捐赠程序等不是很完善;由于筹资中坚持自愿原则,个人筹资的部分是否到位取决于农民的主观意愿。从补偿方面来看,在坚持合作医疗基金收支平衡的基础上,补偿方案要统筹兼顾,差别不宜过大;财政补助资金应主要用于大病统筹基金,适当兼顾小额医疗费用补助。就管理方面来看,合作医疗基金管理、医疗服务机构管理的相关制度比较完善。各地都建立了合作医疗管理机构(包括新型农村合作医疗管理委员会和新型农村合作医疗监督委员会)按照管理、监督两条线原则,定期检查、监督合作医疗基金使用与管理情况。但是在调研中发现,新农村合作医疗管理委员会的成员绝大多数是政府工作人员,主要是各地域的负责领导。比如,菏泽牡丹区新农村合作医疗管理委员会由区长任主任,包括区政府各部门的主要负责人、各乡镇镇长(街道办事处主任)和参加新农村合作医疗的农民代表,共由47人组成,其中农民代表只有3人,占6.4%,没有乡村医生代表。这种人员组成虽然可以方便动用一定的行政资源推行新型农村合作医疗,但是农民代表和乡村医生代表太少甚至没有,不利于反映农民和农村社会真正的医疗需求,影响新农村合作医疗制度的公平性。

新型农村合作医疗制度自实施以来,逐步完善,效果明显,一定程度上缓解了农民“看病难、看病贵”的问题。但是要实现新型农村合作医疗的可持续发展,还需要注意3方面的问题。①政府对农村卫生资源的分配和转移支付力度是推动新型农村合作医疗顺利实施的关键,但目前我国政府转移支付城乡失衡、城乡卫生资源的配置差距大;②乡村基层政权是合作医疗的组织者与管理者,缺乏激励机制导致当前很多地方乡级政府和村集体推动合作医疗积极性不高;③在制度变迁中存在着报酬递增和自我强化的机制。

这种机制使制度变迁一旦走上了某一条路径,它的既定方向会在往后的发展中得到自我强化。历史与习惯影响当前的选择,初始改革的倾向划定了改革的范围。由于社会中各种制度安排之间是彼此联系的,因此在新型农村合作医疗制度的推广过程中既要注意历史制度的影响,又要与现行各种制度相适应。这需要在实践中不断探索,完善新型农村合作医疗的实现形式。

3 结语

农村合作医疗3种范式的制度环境、制度结构及其运行(主要包括筹资、补偿和监管)存在着根本性的不同。“战时管制型”是在战争背景下建立的民办公助政府管制的合作医疗,筹资主体多元化、医疗救助无偿化、医药物资分配化,具有很强的战时集中性;“福利管理型”是在社会主义建设时期以集体经济为基础建立的共济互助式合作医疗,筹资以集体为主、补偿以门诊为主,依附于全能的、高度集权的计划经济体制,存在于国家与社会高度统一的农村,“行政化”、“人治化”色彩浓;“风险治理型”是在农村经济市场化、农村政治民主化、农村社会转型化的背景下政府主导建立的合作医疗,筹资以政府和个人为主、补偿以大病统筹为主,管理逐步“机构化”、“规范化”,体现出“权利化”和“制度化”的趋势。

参考文献

- [1] 夏杏珍.农村合作医疗制度的历史考察[J].当代中国史研究,2003(5):110-118.
- [2] 谢圣远.农村合作医疗制度的历史回顾与发展反思[J].中国卫生经济,2005(4):63-65. [3] 张奇林.关于农村医疗保障的历史思考与政策建议[J].卫生经济研究,2002(11):6-9.
- [4] 李华.我国农村合作医疗变迁的制度环境分析[J].学习与探索,2005(6):219-222.
- [5] 乔益洁.中国农村合作医疗制度的历史变迁[J].青海社会科学,2004(3):65-67.
- [6] 李华.我国农村合作医疗变迁的制度分析[J].长白学刊,2006(3):90-92.
- [7] 胡宏伟,郭席四.农村合作医疗模式历史变迁评析及前瞻[J].中共青岛市委党校学报,2005(5):89-92.
- [8] 唐莉,郭席四.我国合作医疗历史演变评析[J].江西农业大学学报,2005(4):102-104.
- [9] 郭席四,胡宏伟,唐莉.我国农村合作医疗模式的历史演变、评析及启示[J].中共四川省委党校学报,2006(1):96-100.
- [10] 唐莉,安彦彦.建国后我国农村合作医疗公共政策取向分析[J].南方农村,2005(5):9-12.
- [11] 詹姆斯·N·罗西瑙.面向本体论的全球治理[M]//俞可平.全球化:全球治理.北京:社会科学文献出版社,2003.
- [12] 卫生部.中国卫生年鉴[M].北京:中国统计出版社,1984.
- [13] 胡宏伟.中国农村合作医疗政策取向的历史回顾与评析[J].广西经济管理干部学院学报,2006(1):50-54.
- [14] 中央文献出版社.建国以来毛泽东文稿(第十一册)[M].北京:中央文献出版社,1996.
- [15] 蔡仁华.中国医疗保障改革实用全书[M].北京:中国人事出版社,1998.
- [16] 卫生部基层卫生与妇幼保健司.农村卫生文件汇编(1951—2000)[Z].2001.
- [17] 邹谠.二十世纪中国政治:从宏观历史与微观行动角度看[M].香港:牛津大学出版社,1994.
- [18] 顾涛.农村医疗保险制度相关问题分析及政策建议[J].中国卫生经济,1998(4):42-43. [19] 金太军.行政改革与行政发展[M].南京:南京师范大学出版社,2002.
- [20] 石秀和.中国农村社会保障问题研究[M].北京:人民出版社,2006.
- [21] 吴仪.全面推进新型农村合作医疗发展[J].求是,2007(6):18-22.