

建立农村新型合作医疗制度的必要性和可行性探讨

李 琼

(吉首大学 商学院, 湖南 吉首 416000)

摘 要: 新型农村合作医疗制度是化解农民因病返贫、因病致贫的一项重要举措。从全面实现小康社会需要、保障农民的两权需要和改变农村医疗现状需要的角度分析了加快建立我国新型农村合作医疗制度的必要性, 从政治保证、客观需求和现实供给三个方面对加快建立农村新型合作医疗制度的可行性做了较为详细的分析。

关键词: 合作医疗; 制度; 农村

中图分类号: C912.82

文献标识码: A

文章编号: 1007-4074(2006)06-0114-05

基金项目: 湖南省教育厅 2006 年立项资助课题 湘西土家族苗族自治州农民医疗保障存在的问题及对策分析。

作者简介: 李 琼(1972-), 女(白族), 湖南张家界人, 吉首大学商学院讲师。

2005 年 10 月, 国务院召开了 加快建立新型农村合作医疗制度 的常务会议, 会议决定将新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民的时间表从 2010 年提前到 2008 年。这表明国家高度重视加快新型农村合作医疗制度建设。

一、加快建立农村新型合作医疗制度的必要性

自 20 世纪 80 年代合作医疗制度解体以来, 农村合作医疗制度恢复与重建工作的速度非常缓慢, 农民的健康、生命安全以及我国的扶贫战略的实施受到了严重挑战。建立农村新型合作医疗制度非常紧迫地摆在我们面前。

(一) 加快建立农村新型合作医疗制度是全面实现小康社会的需要

党的十六大提出了全面建设小康社会的奋斗目标, 这是一个全面发展的综合性的目标, 不仅有政治、经济、文化的发展目标, 还要有健康的目标。人的健康是全面建设小康社会的本质内容, 是人的全面发展的重要目标。保障人的健康与全面建设小康社会是相互作用、彼此促进的辩证关系, 占绝大多数的农民的健康是全面建设小康社会的前提条件。目前我国农村人口健康水平不高, 许多农民处于亚健康状态。我国公共卫生资源和基本医疗服务存在明显的城乡差距。卫生资源约 80% 集中在城市, 而农村基层卫生服务和资源却严重不足。农村医疗保障人口由 1978 年的 85% 下降到 10%, 即有近 90% (约 7 亿多) 的农民必须自己为所有医疗服务付费。越来越多的农民无力承担日益增长

收稿日期: 2006-05-12

的医疗费用,他们没有医疗保险,小病拖大,有病不治,因病致贫。据统计,我国西部地区因病致贫者达到 300 500 人,农村贫困者中有 70% 是因为疾病造成的。^[1]全面建设小康社会,为农民营造安居乐业、幸福安康的生存环境,就必须建立农村新型合作医疗制度,解决农民因病而来的风险。

(二) 加快建立农村新型合作医疗制度是农民享有两权的实际需要

物质帮助权是公民的社会经济文化权利的重要组成部分,我国现行宪法第 45 条规定: 中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。这项权利,使得广大劳动者在生、老、病、死、伤、残和遭受其他天灾人祸而不能获得必要的物质资料时,能够得到基本的生活保障,同时通过治病、防病等措施以保护劳动者的身体健康。这对于劳动者本人及其家庭都具有重大意义。

我国现行宪法第 33 条规定: 中华人民共和国公民在法律面前一律平等。平等权是公民的基本权利。但由于我国长期实行城乡二元分立的政策,农民平等权受到割裂,僵硬的户籍制度将中国公民人为地分成了两个部分。从市民和农民在基本权利受保障的程度上看其差别是很大的,其中就包括物质帮助权的保障。大部分市民在生病时都可以享受到国家的帮助和集体的福利,而非市民人口仅仅因为他们是农民就无法实现有这一基本权利。可见,受中国历史传统影响,以片面追求社会稳定为初衷的户籍制度侵害了农民的平等权和物质帮助权。建立新型农村合作医疗制度,让农民也能切实地像市民那样享有物质帮助权,是国家对农民基本权利的重视的表现。公民基本权利要从法律意义上的应然的权利转变为现实层次上的实然的权利,是宪法实施的重要内容,而国家对宪法实施的重视又是宪法发挥作用的前提条件。可以说,建立农村新型合作医疗制度是保障农民基本权利的有益探索。

(三) 加快建立农村新型合作医疗制度是改变农村医疗状况现状的需要

建立农村新型合作医疗制度,既要符合社会大环境的需要,又要能满足农民健康的需求;既要考虑政府财政资金补助对象转移,又要兼顾适合农民的合作医疗形式。

(1) 体现医疗筹资公平性的需要

2001 年世界卫生组织卫生工作报告对卫生筹资的公平性进行排名,在全世界 191 个国家和地区中,我国排在第 188 位。尽管我们对卫生筹资公平性系数计算方法持有异议,但我国农村医药消费水平远远低于城市,是不可争议的事实。2001 年全国城镇居民人均医疗保健支出 343.28 元,而农村居民人均医疗保健支出仅为 96.61 元,相差 3.5 倍还多。^[2]这反映了我国原有的社会保障制度公平性较差,挣钱多的享受政府补助,挣钱少或不挣钱的反而没有补助。农民的医疗保障问题已成为关系到党和政府威信和形象的重要内容。筹资公平性是卫生系统绩效评价的主要目标,政府对农村合作医疗实施资助是实践以人为本科学发展观的具体体现,是扭转卫生筹资不公平性的有力措施。

(2) 满足农民提高健康水平的需要

我国农民卫生健康水平的提升速度减缓,与经济和收入增长形成反差。20 世纪 80 年代以来,尽管经济和收入水平提高较快,但有关生命指标的进一步改善,却没有取得相得益彰的进步,一些健康指标基本处于平台阶段。无论生命指标还是健康指标,农村均低于全国平均水平。2001 年,全国人口平均期望寿命为 71.8 岁,农村人口平均期望寿命为 69.55 岁,全国婴儿死亡率和孕产妇死亡率分别为 33.2 和 53.10 万,而农村分别为 33.8 和 60.10 万。此外,由于经济原因,农民的医疗需求并没有得到应有的满足。据调查,两周末就诊率为 36.4%,需住院未住院率为 35.9%,这是全国平均数,^[3]农村未就诊率、未住院率比例会更大一些。农民卫生健康水平提升速度减缓,与农村卫生投入不足有直接关系。农民患病后不能得到及时治疗,在某种程度上影响了农村生产力的提高和经济社会的发展。

(3) 解决因病致贫、返贫问题的需要

实行家庭联产承包责任制以后,农民的生活条件有所改善,但仅能维持一般消费支出的可支配收入,无力承担疾病医药费的风险,因此,达到温饱型的农民一旦遇到家庭成员患大病、重病,就会因病重新变成困难户。新型合作医疗制度通过互助互济形式能有效解决因大病发生的大额医药费问题,从制度上防止农民因病致贫。

(4) 符合农村卫生投入对象和方式转移的需要

建国以来,我国对农村卫生投入一直投向供方乡镇卫生院。近几年来,由于乡镇卫生院人浮

于事,管理不善,政府卫生投入几乎全用在超编人员的费用上,农民在医疗方面并没有得到实惠。新型合作医疗制度实行后将卫生投入直接投给需方农民,将会提高资金使用效益,切实把资金用在农民健康保健方面。同时,也会促使乡镇卫生院精简人员,加强管理,提高服务质量。

二、加快建立农村新型合作医疗制度的可行性分析

(一) 政治保证:党和国家的高度重视

传统的合作医疗制度解体后,国家一直在为合作医疗的恢复与重建进行了艰苦的努力。1996年底,中共中央、国务院在北京召开全国卫生工作会议,会议要求发展和完善农村合作医疗制度。1997年1月下发的中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定[中发(1997)3号]中辟专条讲到合作医疗:积极稳妥地发展和完善农村合作医疗制度。合作医疗对于保证农民获得基本卫生服务、落实预防保健任务、防止因病致贫具有重要作用。举办合作医疗,要在政府的组织和领导下,坚持民办公助和自愿参加的原则。筹资以个人投入为主,集体扶持,政府适当支持。要通过宣传教育,提高农民自我保健和互助共济意识,动员农民积极参加。要因因地制宜地确定合作方式、筹资标准、报销比例,逐步提高保健水平。预防保健补偿制度作为一种合作形式应继续实行。要加强合作医疗的科学管理和民主监督,使农民真正受益。力争到2000年在农村多数地区建立起各种形式的合作医疗制度,并逐步提高社会化程度;有条件的地方可以逐步向社会医疗保险过渡。^[4]同年5月,国务院批转了卫生部、国家计委、财政部、农业部、民政部关于发展和完善农村合作医疗的若干意见。意见肯定了农村合作医疗制度是适合我国国情的农民医疗保障制度,确定举办合作医疗的基本原则是民办公助、自愿量力、因地制宜,指出合作医疗在实施过程中要注重科学管理,实行民主监督,使农民真正受益,要求各地要加强领导,积极稳妥地推动农村合作医疗的健康发展。

2002年10月,第一次以中共中央和国务院的名义颁布的中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定明确指出:要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,规定了全国基本建立起农村新型合作医疗的时限:到2010

年,新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民。

农民为参加合作医疗、抵御疾病风险而履行缴费义务不能视为增加农民负担。2003年1月,国务院批转了卫生部、农业、财政等部门的关于建立新型农村合作医疗制度意见。意见中认为,建立新型农村合作医疗制度是新时期农村卫生工作的重要内容,是实践三个代表重要思想的具体体现,对提高农民健康水平,促进农村经济发展,维护社会稳定具有重大意义。确定了举办新型合作医疗坚持农民自愿的原则,强调政府的组织、主导、引导的作用。并提出了大病统筹的保障模式。同年3月,卫生部办公厅颁发关于做好新型农村合作医疗试点工作的通知,要求各地要结合当地实际,探索建立新型合作医疗的筹资、组织、管理和监督机制,通过典型示范,为扩大新型农村合作医疗的覆盖面奠定基础。

2004年1月,国务院办转发卫生部等部门的关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见,指出了试点工作的主要目标任务是,研究和探索适应经济发展水平、农民经济承受能力、医疗服务供需状况的新型农村合作医疗政策措施、运行机制和监管方式,为全面建立新型农村合作医疗制度提供经验。同年4月,国务院颁发了关于做好2004年下半年新型农村合作医疗试点工作的通知(国办函[2004]56号),对做好2004年下半年的有关工作提出了四个方面的要求,组织开展检查评估;适时慎重调整试点补偿方案;积极稳妥确定2005年新增试点县(市),做好2005年扩大试点的准备工作;进一步做好基金筹集和管理工作加强经办机构能力建设。

2005年8月,卫生部、财政部颁发关于做好新型农村合作医疗试点有关工作的通知(农卫发[2005]319号),就进一步做好农村新型合作医疗试点工作发出通知,要求各试点地区,认真总结经验,规范试点方案;深入开展对现有试点的检查评估工作;坚持试点标准,确定试点范围。做好2006年扩大试点的各项准备工作。同年10月,国务院总理温家宝主持国务院常务会议专门研究加快建立新型农村合作医疗制度问题。会议指出,新型农村合作医疗制度直接关系中国几亿农民的健康和利益,是医疗体制改革的重要组成部分,对于统筹城乡发展、全面建设小康社会具有重要意义。会议明确规定,到2008年在全国农村基本建立新型农村合作医疗制度。

上述政策,充分说明了国家对建立农村新型合作医疗制度的高度重视,表达了中央决策层推动新型合作医疗制度的决心。这也使新型合作医疗制度有章可循,有法可依。

(二) 客观需求:广大农民有强烈愿望

农村居民对疾病的风险有了更深切的认识。根据统计分析,从1990年到1999年,农民平均纯收入增长了3.2倍;但同期卫生部门统计的每人年平均门诊费用和住院费用,则分别增长了7.3倍和6.1倍。医疗费用的大幅度上升,给农民看病问题造成了沉重的经济负担。据有关调查,农民生病无钱就诊的比例1985年是4%,1993年则上升到7%,需住院而无钱未住院的比例由1985年的13.4%上升到1993年的24.5%(见表1)。越来越多的农民无力承受日益增长的医疗费用,农民无钱看病以及因病致贫、因病返贫现象较为严重。据20世

表1 我国医疗费用增加与农民人均年纯收入比较(现价)

年份	1990	1995	1999	1990~1999 平均增幅 %
农民人均纯收入 元	686.31	1 577.74	2 210.94	13.8
平均每个人次门诊医疗费 元	10.9	29.6	79.0	24.53
平均每个出院者住院医疗费 元	473.3	1 273.0	2 891.1	22.25

资料来源:中国统计摘要2000第89页

(三) 现实供给:已具备建立条件

理论或制度总是建立在一定的现实基础之上的,目前我国已具备了建立农村新型合作医疗的现实条件。

(1) 从经济发展水平方面来看

我国已经实现了人民生活总体上达到小康水平的战略目标,人均GDP已达1 000美元以上,农村经济的发展使农民的收入有了显著的提高。(见表2)在收入水平很低的计划经济时期,农民群众尚可以承受得起合作医疗保障支出,按目前的收入水平,建立农村新型合作医疗制度是可行的。

表2 农村居民家庭人均收入及指数

年份	农村居民家庭人均收入	
	金额 元	指数(78=100)
1988	544.9	310.7
1989	601.5	305.7
1990	686.31	311.2
1991	708.6	317.4
1992	784	336.2
1993	921.6	346.9

纪90年代末期的调查,在一些贫困山区,由于无力支付医疗费用,农民患病未就诊的比例达72%,应住院未住院的达到89%。越来越多的农民无力承担日益增长的医疗费用,他们没有医疗保险,小病拖大,有病不治,因病致贫。据调查,农村贫困者中有70%是因为疾病造成的。^[5]根据有关调查,从1995-2000年卫生部门综合医院每一诊疗人次的费用从39.9元上升到85.8元(按当年价计),净增1.15倍,每一出院者费用从1 668元增至3 084元,净增85%;而同期农民的净收入从1 578元增至2 210元,净增长只有40%。一个农民一年的净收入在1995年差不多可以支付一次住院费用,但到2000年则只够支付住院费的72%。^[6]医疗费用的上涨使农民的相对疾病经济负担更加沉重。看病贵使农民更加渴望获得医疗保障,从而提高了对合作医疗的支付意愿。

1994	1 221	364.4
1995	1 577.74	383.7
1996	1 926.1	418.2
1997	2 090.1	437.4
1998	2 162	456.2
1999	2 210.3	473.5
2000	2 253.42	483.5
2001	2 366.4	503.8
2002	2 475.63	528
2003	2 622.24	550.7
1987	462.6	292

注:本表指数按可比价格计算;资料来源于国家计委、国家统计局、国家信息中心

(2) 从政府财力方面来看

近年来,国家财政收入增长很快(见表3),政府适当增加对农民医疗保障的投入,应该说也是可以承受得起的。当然,由于基层集体经济的下降与分税制的实行,全国大多数地区县级以下财政尤其是乡镇财政还比较困难,这也是客观情况。但是,这只是财政结构的问题,从经济实力上看,目前我国

应该比 20 年前更有财力建立新型农村合作医疗制度。

表 3 我国财政收入比上年增长

%

年份	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
财政收入比上年增长比例	22	5.8	3.6	7.2	13.1	10.2	7.2	10.6	24.8	20.0	19.6	18.7	16.8	14.2	15.9	17.0	22.3	15.4

资料来源: 国家计委、国家统计局、国家信息中心

(3) 从医疗从业人员方面来看

大量的乡村医生、在农村服务的国家医务人员和大量医学高等院校的毕业生, 将是农村合作医疗从业人员的主力军。乡村医生是过去合作医疗的生力军, 他们大多来自本乡本土, 他们中的许多人是在 20 世纪 60 年代、70 年代培养和受教育下成长起来的医疗骨干, 有的曾经接受过医学高等教育, 他们在长期的行医过程中树立了很高的威信, 对农村开展预防保健工作和治疗农村常见病发挥着重要的作用, 是新型农村合作医疗依靠的基本力量。近几年来随着我国高等教育规模的扩大, 医学高等教育事业得到了长足的发展, 为新型农村合作医疗提供了巨大的人力资源。与此同时, 医学毕业生的就业也将面临巨大的压力, 这将成为发展农村新型合作医疗事业的机遇和契机, 而新型农村合作医疗制度的建立, 必将为医学高等教育的大学生开辟出一条崭新而广阔就业之路, 他们也必将成为农村医疗队伍中的主力军。

(4) 从组织机构方面来看

首先, 从组织机构上看, 随着基层政府服务职能的强化, 为农民服务的观念大大增强, 农村基层党组织和村民委员会制度的进一步完善, 村民对所

选人员信任度的提高, 党组织和村民委员会的组织功能将得到进一步加强, 这些都为新型农村合作医疗制度的建立打下了良好的组织基础。其次, 从农村医疗卫生机构上看, 原有的农村三级卫生保健网大多还存在, 再加上近几年发展起来的大量民营和个体医疗机构, 这些都为新型农村合作医疗制度的正常运作提供了组织保证。

参考文献:

- [1] 田玉亚, 许宁. 农村人口安全与全面建设小康社会[J]. 江苏省社会主义学院学报, 2005, (1): 30.
- [2] 于润吉, 玉宏, 安然. 新型合作医疗制度新在哪里[J]. 中国卫生经济, 2004, (4): 10.
- [3] 于润吉, 玉宏, 安然. 新型合作医疗制度新在哪里[J]. 中国卫生经济, 2004, (4): 10.
- [4] 关于发展和完善农村合作医疗的若干意见[J]. 中国农村卫生事业管理, 1997, (6): 17.
- [5] 田玉亚, 许宁. 农村人口安全与全面建设小康社会[J]. 江苏省社会主义学院学报, 2005, (1): 30.
- [6] 姚岚, 等. 中国农村卫生的现状与展望[J]. 公共卫生与预防医学, 2004, (5): 45.

(责任编辑: 彭介忠)

An Exploration into the Necessity and Probability to Establish a New Rural Cooperative Medical System

LI Qiong

(College of Business, Jishou University, Jishou Hunan 416000, China)

Abstract: The establishment of a new rural cooperative medical system is an important measure to overcome the peasants' poverty caused by illness. It is necessary to establish such a system so as to realize a wealthy society, guarantee the peasants' rights, and change the present medical situation in rural areas. A relatively detailed analysis on the probabilities is given from the perspectives of political insurance, subjective demand, and realistic provision to establish the system.

Key words: cooperative medical; system; rural