

# 农村医疗保障制度的昨天·今天·明天

[作者] 张德元

[单位] 安徽大学经济学院

[摘要] 农村合作医疗制度在全国绝大多数农村地区已经崩溃,医疗保障制度缺失已成为农村不稳定因素之一。政府应承担建立和完善新型农村合作医疗保险制度的责任,目前宜采用改变农业税使用方向和发行彩票的办法为农村合作医疗保险筹集资金,待时机成熟后,再相机开征社会保障税,以作长久之计。

[关键词] 农村,合作医疗,医疗保障制度,合作医疗保险,社会保障

2002年10月29日发布的《中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》要求,到2010年,要使中国农民人人都能享受初级卫生保健;今后8年的时间内,在全国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村合作医疗制度。中央的“决心”似乎暗示农村医疗保障问题已经是不成问题的问题了,但“决心”不等于“决策”,激情代替不了理性,在我们为农民兄弟的幸福明天欢欣鼓舞的同时,是否该冷静地考虑一下,我国农村医疗保障制度建设的昨天究竟可曾成功?今天可该重建?明天如何努力?

## 昨日黄花凋谢

应该肯定,建国以来,我国农村医疗卫生保健事业取得了长足的进步,“广大农民的健康水平显著提高,从1949年到2001年,全国农村婴儿死亡率从20%下降到3.38%,农村孕产妇死亡率从1.5%下降到0.06%,传染病发病率从20%下降到0.19%。农村的环境卫生面貌发生了很大变化。农村人口平均期望寿命从1949年的35岁上升到2000年的69.55岁。”[注1]但是,我们应该看到,如此辉煌的成绩主要得益于50年来经济发展水平的提高、计划经济体制下“一大二公”的社会主义制度优越性以及中央集权制下卫生资源的动员力量,农村医疗保障制度的贡献率是极其有限的,并且是趋减的。

事实上,我国农村医疗保障制度主要是曾经在“文革”中被当作“新生事物”大力推广的、现在仍极其有限地“残存”着的农村合作医疗制度,它也和“联产承包责任制”一样,是广大农民的“自发创造”和党的“群众路线”相结合的产物。新中国成立后,一些地方在土地改革后的农业互助合作运动的启发下,由群众自发集资创办了具有公益性质的保健站和医疗站;1956年,全国人大一届三次会议通过《高级农业生产合作社示范章程》,规定合作社对于因公负伤或因公致病的社员要负责医疗,并且要酌量给以劳动日作为补助,从而首次赋予集体承担农村社会成员疾病医疗的职责。随后,许多地方开始出现以集体经济为基础,以集体与个人相结合、互助互济的集体保健医疗站、合作医疗站或统筹医疗站。1959年11月,卫生部在山西省稷山县召开全国农村卫生工作会议,正式肯定了农村合作医疗制度。此后,这一制度遂在广大农村逐步推广。1965年9月,中共中央批转卫生部党委《关于把卫生工作重点放到农村的报告》,强调加强农村基层卫生保健工作,极大地推动了农村合作医疗保障事业的发展。到1965年底,全国已有山西、湖北、江西、江苏、福建、广东、新疆等10多个省、自治区、直辖市的一部分农村建立起农村合作医疗制度。1969年,随着毛主席在“文革”中被“万寿无疆”,“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的“伟大号召”发挥了前所未有的影响力,“赤脚医生”一下子被当作“春苗”遍栽祖国的山山水水。20世纪70

年代，农村合作医疗的覆盖率达到全国行政村（生产大队）的 90%；“合作医疗”（制度）与农村“保健站”（机构）及数量巨大的“赤脚医生”队伍（人员）一起，成为解决我国广大农村缺医少药的三件法宝，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唯一范例”[注 2]。

不可否认，农村合作医疗制度的建立，确实对农村医疗卫生事业起到了巨大推动作用，但当时的农村合作医疗主要采用的是“土法上马”，带有浓厚的政治色彩，在反对“崇洋媚外”的旗帜下，以“一把草药、一根银针”为农民治病，只能解决农民的小灾小病。农民健康水平的提高主要得益于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的“伟大号召”在“文革”中被当作“政治任务”全面落实，合作医疗只是落实“伟大号召”的一部分内容，更重要的是，“伟大号召”形成了一股史无前例的卫生资源动员力量，席卷全国的“卫生下乡”运动的声势和力度不亚于任何一场“防止资本主义复辟”的政治运动，“文革”中大规模全国“疟防”、“血防”、医生“下放”是任何市场经济力量都难做到的。所以，不客气地说，今天农民健康水平的高指标很大程度上是继承当年“运动”的遗产。改革开放后，医院“市场化”了，医生“回城”了，合作医疗风光不再，20 世纪 80 年代以后，农村医疗保障就成了另一番“景观”了。

进入 20 世纪 80 年代，随着“家庭联产承包责任制”在我国农村全面铺开，家庭成为农村的基本生产单位，绝大多数行政村变成“空壳村”——集体经济解体，农村合作医疗失去了依托，曾经轰轰烈烈的农村合作医疗制度在大多数农村地区迅速崩溃；到 1985 年，农村合作医疗覆盖率陡降至 5%，90 年代初期全国“仅存的合作医疗主要分布在上海和苏南地区”[注 3]，农村医疗保障制度在 90%以上的农村地区成为空白。90 年代初曾经有过一个转机，当时的李鹏总理代表中国政府向世界卫生组织承诺，到 2000 年中国将全面落实农村初级卫生保健工作；为兑现这一承诺，政府曾力图恢复农村合作医疗制度，这使农村的合作医疗体系一度有了复苏的希望；可惜的是，这项工作恢复不久，便与农业部为减轻农民负担而开展的取消各种达标活动的“大扫荡”狭路相逢；包括合作医疗在内的收钱收物被强行停止。结果农村合作医疗的复苏、重建永远变成了“希望”，就连经济发达的浙江省 1993 年农村合作医疗覆盖率也只艰难地爬升到 18%，其他地区可以想见。1997 年 1 月，中共中央、国务院发布《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”，重建合作医疗制度再度形成“高潮”，但过程虽然热闹结果却并不理想，到 1997 年底，合作医疗的覆盖率也仅占全国行政村的 17%，农村居民参加合作医疗的比例仅为 9.6%。1997 年以后，减轻农民负担、提高农民收入成为农村“中心工作”，合作医疗再没有人提起了，多灾多难的农村合作医疗从此一蹶不振。目前，大约只有 10%的行政村还“残存”着合作医疗保健制度，医疗保障在中国绝大多数农村地区已成昨日黄花！

## 今朝霜凝遍地

按理说，黄花谢后梅花香；然而“农民革命军”们未到“悬崖百丈冰”已不“在丛中笑”了，不曾“傲雪”已难“经霜”！虽然不可否认，当今的农民医疗保障问题也和其他农民问题一样正在学者们的逻辑思维中由“生存问题”演绎为“发展问题”，“既不缺医也不少药”的市场在辉煌着政府的“自信”的同时也正鼓舞着学者们的乐观，但市场的“高效”和政府的“低效”也正使“发展问题”越来越成为问题！

市场化改革后，政府在“不经意”间把农村的医疗保障“托付”给了“不负责任”的市场。市场先把合作医疗培养起来的“赤脚医生”按“市场化原则”改造为自食其力、自负盈亏的“乡村医生”，再按“效率原则”配置卫生资源——卫生资源“返城”了，然后它又教导医院们要毫不犹豫地转变成“理性人”；于是，无助的农民们在“自愿”放弃了合作医疗

了以后也就再也未悟出“救死扶伤”和“人道主义”的艰涩内涵，只能“愚昧”地把“白衣圣坛”误解为“钱、命交易市场”了。遗憾的是，理性的考察往往能够圆满地诠释农民们的“愚昧”，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[注4]。即使是财大气粗的“市民”们对这组数据恐怕也不免咋舌，命薄福小的农民们还怎敢生病？困难的是，灾病降临正如市场大潮滚滚向前一样不以农民的意志为转移，于是有病不治——“小病抗、大病拖”就成了农民的“理性选择”。医疗费用的大幅度上升和医疗保障制度的缺失，已经给农民看病造成了沉重的经济负担；农村无钱看病买药、无钱住院治疗的病人数正“与时俱进”地增多，据调查，农民生病无钱就诊的比例由1985年的4%上升到1993年的7%，需要住院因无钱而未住院的比例由1985年的13.4%上升到1993年的24.5%[注5]。而上海复旦大学医学院的郝模先生通过对8个省份、49个县市、192个乡镇、1000余村、10000余户农户历时十多年的调查研究结果恐怕会使那些一贯坚持“发展中问题自能在发展中解决”的人们也有些坐卧不安，郝模先生的研究显示：“担忧看不起病”已经成为农村居民“第二担忧”的社会问题，位列“摊派集资等负担过重”之后，成为影响农村社会稳定的第二大主因；与此同时，15年内全国农村的医疗需求（当然是经济学家们所说有效需求）相对萎缩了50~70%，20%的人明确表示已看不起病，同样就诊一次，农村居民的经济风险约17~30倍于城镇居民。

农村医疗保障制度缺失的直接后果是，导致近年来农民健康水平改善不大甚至下降；政府公布的高指标往往都是以1949年或建国前为基期对比得到的“相对辉煌”，如果你仔细研究改革开放后这一时段农民健康水平的变化，你就会发现，我国农民健康水平已经出现了下降的趋势。1993年与1985年相比，我国农民的两周患病率从69.0‰提高到128.2‰、慢性患病率从86.0‰提高到130.7‰、因病误工天数从5.4天提高到6.8天、因病卧床天数从2.4天提高到3.2天；这几项反映农民健康水平的基本指标都有了明显增加[注6]。人力资源是我国参与国际市场竞争的“本钱”之一，这些人力又绝大多数集中在农村；农村劳动力在文化、技术方面的低素质已经使许多经济学家忧心忡忡，如果再让这些劳动力失去健康，那我们的人力资源“优势”还能剩下些什么？

如果说农民健康水平指标还是“软”指标，太“人权”、太“文化”了一些的话，那么，“贫病交加”这句成语不难使我们领悟到，“贫”与“病”有着一种“硬性”的联系。事实上，由于农村医疗保障制度的缺失，农村因病致贫、因病返贫的人数与日俱增，它正顽强地抵消着政府扶贫、减贫的努力。根据上海复旦大学医学院郝模先生所做的抽样调查，高经济水平农村地区贫困户中有49.3%是因病致贫或因病返贫的，中等经济水平和低经济水平地区的贫困户中，这个比例分别为20.7%和21.2%；我国现有农村贫困户比例为3.86%，2000年我国农村实有农户24149万户，国家统计局抽样调查得到的农户户均人口数是4.20人，农业部农村研究中心固定观察点得到的数据是户均4.11人，那么可以肯定我国农户户均人口数在4人左右；郝模先生的调查表明三种不同经济水平农村地区因病致贫或因病返贫农户占农村贫困户的比例是20.7~49.3%，有关部门对湖北、江苏、广东三省农户典型调查的结果是，“因病致贫”占贫困户的比例达30%，二者相权，我们可以估计出全国农村因病致贫和因病返贫农户占农村贫困户的比例大约是35%左右，按照这种方法推算（ $24149 \times 3.86\% \times 35\% \times 4 = 1305.01196$ ），就意味着每年大约有1305万的农村人口面临因生病而倾家荡产的危险。“八七”扶贫攻坚计划也只能每年使农村贫困人口减少1000多万人啊！这个数据还不足以使我们震惊吗？

## 来日寻芳何处

《中华人民共和国农业法(修订草案)》于2002年12月28日经九届全国人大常委会第31次会议审议通过,并定于2003年3月1日起正式施行,新修订的《农业法》明文规定:“国家鼓励、支持农民巩固和发展农村合作医疗和其他医疗保障形式,提高农民健康水平”。人们终于欣喜地看到,发展和完善农村医疗保障制度已经“有法可依”了,剩下的问题就是,怎样发展?如何完善?

关于发展和完善农村医疗保障体系的思路大体上可以有三种考虑,一是借鉴旧的农村合作医疗制度已有经验,并对其进行改造,建立新型的农村合作医疗保险制度,由参保农民交纳一点,农村集体经济组织补助一点,政府再支持一点,“三个一点”共同形成农村合作医疗保险基金,农民就医时可按一定比例报销医疗费用。二是参照城镇职工基本医疗保险制度,建立相应保障水平的农村居民基本医疗保险制度;三是将农村居民纳入城镇职工基本医疗保险体系,建立城乡统一的基本医疗保险制度。但在我国城镇社会保障尚且举步维艰的今天,后两种考虑只能是我们的“理想”,建立新型的农村合作医疗保险制度就顺理成章成了我们的唯一选择!

对于是否应该在当前作出这一选择,有些学者持反对意见;其主要理由有二,一是他们认为,农村实行家庭联产承包责任制以后,农村合作医疗保险制度失去了其赖以依托的组织资源;二是他们强调国家没有财力切实支持农村合作医疗保险制度,即国家拿不出“钱”,农村合作医疗保险制度事实上建不起来。笔者对此种观点颇不以为然,农村实行家庭联产承包责任制后,虽然有些农村集体经济组织名存实亡,但党在农村的基层组织依然存在,村委会的组织功能并未丧失,1921年以来,动员和组织一直是我党的强项,党能在物质资源极其贫乏、农村基层干部职数不及现在一半的“文革”年代把合作医疗组织起来,难道还会在“三个代表”下基层的今天畏缩不前吗?问题是要拿出当年“可上九天揽月、可下五洋捉鳖”的“革命精神”!“钱”的问题倒确实是个问题,也是问题的焦点所在,农村实行家庭联产承包责任制后,许多农村地区的集体经济组织成了“空壳”,“三个一点”中的集体补助一点就有可能演绎为“一点点”甚至“零点”,农民的收入水平不高决定农民交纳的那一点也只能是“一点点”,如果政府不拿出那“一点”的话,农村合作医疗保险制度还真的建不起来!1997年恢复旧合作医疗的失败和正在安徽肥西、望江、宁国等县市试点的“大病统筹”的艰难就是最好的诠释。那么,政府应该为农村合作医疗保险拿“钱”吗?拿得出吗?怎么拿?

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,把中国排在倒数第4位,其原因就是占人口绝大多数的农民失去了医疗保障,“中华人民共和国劳动和社会保障部”实际上只保障了占人口绝对少数的“城镇贵族”。2002年中央财政共安排社会保障支出860亿元,其中用于城市居民低保的46亿元,企业养老保险和国有企业下岗职工补贴支出512亿元,企业关闭破产补助110亿元,上述三项与农民无缘的支出共668亿元,占支出总额的77.7%,其中可能惠及农民的96亿元抚恤和社会福利救济费还得城市和农村共享[注7],剩下的96亿元其他支出中农民们恐怕也沾光不多,所以可以估计出,占总人口70%的农民们大约只享受了中央政府社保支出的10%。难道人民政府的“人民”二字中不包括农民吗?看了这组数据,你还能认为政府不该为农民的社会保障拿“钱”吗?可是,根据劳动和社会保障部提供的数据,我国当年社会保障基金收支缺口已由1998年的100多亿元扩大到2000年的近400亿元。为人民服务的政府不是不想为农民服务,实在是没有办法啊!毕竟城镇社会保障是眼前的急务。政府也正是没有办法的情况下,想出了“发展和完善农村合作医疗保险制度”的办法,悄悄地把农民“社会保障”偷换成农民“社区保障”,如果政府连为农民提供“社区保障”的责任都不能尽到,还能说得过去吗?但是,“钱”从何

来呢？

政府搞“钱”的办法不外乎有这几种途径，发行债券、变现国有资产、动动税的脑筋或发行彩票。我国目前的国债规模已经很大，积极的财政政策也积极了将近 10 年，到了该考虑逐步收敛的时候了，所以，发行国债来搞合作医疗是不可取的。变现国有资产可以救一时之急，但非长久之计，卖少了解决不了问题，大量出售国有股必然导致股市狂泻，后果更是可怕。因此，只有在税收和彩票上想想办法。

从长远看，必须开征社会保障税才能给我国社会保障体系以稳定的支撑，这也是国际经验所证明了的，早在 1990 年，全世界 118 个国家中就有 80 个国家开征了社会保障税，占 68%。但从宏观上看，保持高速的经济增长率乃是我国今后相当长时期内的第一要务，加税可能会产生“挤出效应”，抑制经济增长，那就得不偿失了，何况我国地区间经济发展极不平衡，社会保障税的实际操作也不容易，目前酝酿酝酿倒未尝不可，但何时实施却要“相机行事”，短期内恐难有指望。早有学者指出，征收农业税是对农民的不公正待遇，应当取消。农业税主要用于维持乡镇一级的机构运转，现在农村义务教育的负担已经由乡镇转移到县，乡镇机构改革也已完成，乡镇财政的人员负担已经减轻了，因此，可否考虑暂不取消农业税，而从农业税中划出一部分用于农村合作医疗，这样既还了农民一个公平，也比较可行，而且也不会产生什么副作用。发行彩票的办法也值得一试，它见效快，也不会对国民经济发展产生大的冲击，而且，据专家们分析，我国彩票市场前景广阔，大有潜力可挖！

基于上面的分析，笔者认为，政府当前可通过调整农业税使用方向和发行彩票的办法为农村合作医疗保险筹集资金，先把农村合作医疗保险的制度框架建立起来，待时机成熟后再开征社会保障税，逐步加大对农村合作医疗和农村养老保险的支持力度，走渐进式的发展道路，最终把农民的“社区保障”演绎为真正意义上的“社会保障”！

## 参考文献

1. 张德元，《农村的人文贫困与农村的制度贫困》，《人文杂志》2002 年第 1 期。
2. 李岚清，《大力加强农村卫生工作 全面提高农民健康水平》，《人民日报》2002 年 11 月 1 日。
3. 鼎鸣，《关注农民健康》，《人民日报》2001 年 10 月 30 日。
4. 骆勤，《我国医疗保险制度改革的政策选择》，《财经论丛》1999 年第 6 期。
5. 杜金向，《关于重建我国农村合作医疗保障体系的构想》，《现代财经》1999 年第 4 期。
6. 薛小和，《逐步建立农民基本医疗保障制度——访中国社会科学院科研局副局长王延中》，<http://www.cnxx.org>
7. 王云帆，《浙江“赤脚医生”消失之后》，《21 世纪经济报道》2002 年 7 月 8 日。
8. 张德元，《农村社会养老保险的昨天……今天！明天？》，《民政导刊》2002 年第 3 期。
9. 国家统计局，《中国统计摘要 2001》，中国统计出版社。

## 附注

注 1：李岚清在 2002 年全国农村卫生工作会议上的讲话。

注 2：北京青年报社、中国社会科学院青年人文社会科学研究中心，《中国百姓蓝皮书》，解放军文艺出版社，第 110 页。

注 3：北京青年报社、中国社会科学院青年人文社会科学研究中心，《中国百姓蓝皮书》，解放军文艺出版社，第 110 页。

注 4：王延中答记者问，2002 年

注 5：王延中答记者问，2002 年

注 6：王延中答记者问，2002 年

注 7：项怀诚，《关于 2001 年中央和地方预算执行情况及 2002 年中央和地方预算草案的报告》，《人民日报》2002 年 3 月 18 日。

<http://www.pssw.net/essays.asp?id=129>