

第十三章

中国社会主义社会 保险的内容（7）

农村合作医疗制度

- 一、合作医疗制度兴衰的经验教训与启示
- 二、新型农村合作医疗制度若干问题分析
- 三、完善新型合作医疗制度的设想



合作医疗是农村健康保健制度的有效形式。

在农村经济状况十分困难的20世纪60-70年代，它对于保障农民的基本医疗需求，提高农民的健康水平发挥了至关重要的作用。合作医疗与农村三级医疗预防保健网和赤脚医生一起，并称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”。

一、合作医疗制度兴衰的经验教训与启示

- ❖ 改革前的合作医疗制度
- ❖ 改革后的合作医疗制度
- ❖ 对建立新型合作医疗制度的启示



(一) 改革前的合作医疗制度

改革前的合作医疗制度是“人民公社员依靠集体力量，在自愿互助基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度，是社员群众的集体福利事业”。

- 我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗制度是在1955年农业合作化高潮时期。
- 1959年11月，卫生部在山西稷山召开的全国农村卫生工作会议上正式肯定了农村合作医疗制度。
- 1978年合作医疗被载入宪法。1979年卫生部颁布了《农村合作医疗章程（试行草案）》，对合作医疗制度进行了规范。

改革前的中国通过在农村建立三级医疗预防保健网和积极开展合作医疗制度，有效地保障了农民的基本医疗服务需求，促进了农村卫生条件的改善和居民健康状况的提高。统计数据表明，中国的婴儿死亡率由建国前的200‰下降到了1980年34.7‰，人口预期寿命由建国前的35岁增长到了1982年的67.9岁，成为该时期世界上人均寿命增长最快的国家之一。这些成就与在总人口中占据80%比例的农村人口健康状况的改善不无关系。

纵观这一时期的合作医疗制度，可以看出其成功与以下几个条件的具备不无关系。

- 农民愿望与政府支持的有力结合使合作医疗的产生具备了广泛的群众基础和建立的政治、组织基础。
- 集体经济组织的有力支持为合作医疗制度提供了可靠的经济基础。
- 农村三级医疗预防保健网的发展和赤脚医生的培养有力的保证了医疗供给，向合作医疗提供了医疗供方基础。

卫生经济学理论表明，消费者医疗服务行为追求效用最大化规律。消费者只有在消费医疗服务的边际成本等于其获得的边际收益的情况下才会停止对医疗服务的消费。在实行免费医疗的情况下，消费者消费医疗服务的边际成本近似于零，而获得的边际效用则大于零，这将导致消费者过度消费医疗服务，而此时整个社会（合作医疗）承担的成本则远远大于获得的收益（消费者健康状况的提高）。

不考虑筹资能力与支出大小，盲目实行高福利免费医疗的做法直接导致制度缺乏财务可持续性，出现“一紧二松三垮台四重来”的后果。这可能是农村合作医疗制度在短期内迅速普及又大起大落的重要原因之一。

(二) 改革后的合作医疗制度

进入20世纪90年代以来，政府认识到了农民健康与农村医疗保健制度的重要性，提出了恢复与重建合作医疗的任务。

- 1993年中共中央《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》
- 1997年1月，中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》

大型合作项目

- 1985年卫生部与美国兰德公司在四川简阳、眉山两县进行的“中国农村健康保险实验项目”（世行卫 项目）；1987年安徽医科大学与卫生部医政司联合进行的两省一市“农村合作医疗保健制度系列研究”；
- 1994年卫生部医政司与北京医科大学等联合进行的中国农村合作医疗改革研究；

- 1993——2000年卫生部卫生经济培训与研究网络与美国哈佛大学公共卫生学院承担的“中国农村贫困地区卫生保健筹资与组织”（联合国儿童基金会项目）；
- 世界银行贷款，卫生部实施的“中国基本卫生服务项目”（世行卫 项目）。



这一时期的合作医疗探索主要有以下一些成功经验：

- 中央部委和国际组织提供支持和援助，制度自上而下建立。
- 采用先进技术，注重科学管理。

这一时期的合作医疗制度也暴露出了一些缺陷。
突出问题就是合作医疗的实验性、短期性。

- 政府政策不统一。
- 缺乏群众基础。
- 缺乏经济和组织基础。
- 完全自愿参加导致了“逆选择”。

另外，农村医疗卫生外部环境的变化也影响了合作医疗的顺利进行。

(三) 对建立新型合作医疗制度的启示

- 党中央始终如一的政策支持和资金帮助
- 因地制宜，适度强制原则
- 创造健康良好的医疗卫生外部环境
- 加强合作医疗技术测算、科学管理与民主监督，
增加农民对合作医疗的“期望值”

二、新型农村合作医疗制度若干问题分析

- ❖ 新型合作医疗制度的建立
- ❖ 建立新型合作医疗制度若干制约因素分析

(一) 新型合作医疗制度的建立

- 全面建设小康社会要求建立新型合作医疗制度
- 新型合作医疗制度框架
- 新型合作医疗“新”在何处
- 建立新型合作医疗制度的积极因素

1、全面建设小康社会要求建立新型合作医疗制度

全面建设小康社会要达到“全民族的思想道德素质、科学文化素质和健康素质明显提高”和“促进人的全面发展”的目标，使人民的政治、经济和文化等各项权利得到切实尊重和保障。这实际上是对我国的人权建设提出了新的要求，因而客观上要求建立农村社会保障制度，包括医疗保障。

2、新型合作医疗制度框架

- 性质
- 目标
- 原则
- ✓ 自愿参加，多方筹资。
- ✓ 以收定支，保障适度。
- ✓ 先行试点，逐步推广。
- 组织管理
- 资金筹集及管理

3、新型合作医疗“新”在何处

- 政府经济责任新
- 管理与监督机制新
- 农民筹资政策新
- 保障机制新
- 保障层次新
- 资金管理使用新



4、建立新型合作医疗制度的积极因素

- 农村经济发展水平的提高
- 党中央的高度重视
- 中央加强农村卫生工作的契机
- 有效的筹资和管理制度

(二) 建立新型合作医疗制度若干制约因素分析

- 相关研究回顾
- 制约新型合作医疗发展的客观因素
- 制约新型合作医疗发展的主观因素

1、相关研究回顾

- 80年代以前的研究主要集中于传统合作医疗制度，到80年代这些研究随着传统合作医疗的衰落而趋于减少。
- 80—90年代的研究则重点关注新形势下合作医疗制度的重建。
- 2003年以来的研究则定位于探讨新型合作医疗制度建立问题。



2、制约新型合作医疗发展的客观因素

- 经济条件
- 医疗供方条件
- 组织、管理因素
- 技术因素

3、制约新型合作医疗发展的主观因素

- 政策因素
- 各主体主观意愿
- ✓ 农民
- ✓ 各级政府
- ✓ 各级医疗机构及医务人员

三、完善新型合作医疗制度的设想

- ❖ 重新界定新型合作医疗制度的性质
- ❖ 实行“适度强制”原则
- ❖ 积极探索不同的保障形式
- ❖ 采用多样运行方式

- ❖ 加强制度的技术测算
- ❖ 以群众参与促制度监管
- ❖ 加强医疗供方建设
- ❖ 大力发展农村公共卫生服务
- ❖ 加强法律、法规制度建设
- ❖ 制订新型合作医疗评价指标体系



（一）重新界定新型合作医疗制度的性质

➤ 1979年卫生部、农业部、财政部等颁布的《农村合作医疗章程》中将传统合作医疗定位于“人民公社社员依靠集体力量，在自愿互助的基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度，是社员群众的集体福利事业”。

➤ 重建合作医疗时期的1997年，中共中央、国务院《决定》中提出“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”。按照这一原则，在《关于发展和完善农村合作医疗的若干意见》中，合作医疗的属性被表述为“农民通过互助共济，共同抵御疾病风险的制度”。

➤ 2003年《意见》中将新型合作医疗制度“政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度”。它明确了政府组织、引导、支持和出资的责任，比以前是一个巨大的进步。然而，在最关键的制度性质问题上，它并没有走出过去的窠臼，依然将制度定位于“互助共济制度”而非“社会保险制度”。

(二) 实行“适度强制”原则

只有实行“适度强制”原则，才能从根本上杜绝“逆选择”行为，消除各级政府与农民之间的“博弈”困境，满足“大数法则”的要求，达到市场均衡和合作医疗的全面覆盖。然而合作医疗是一项庞大的系统工程，涉及方方面面的利益，受到多种因素的制约，很难一蹴而就，全面贯彻强制原则。尤其在—些农民对旧合作医疗失去信心、对政府缺乏足够信任的情况下，强制原则只能策略性、渐进性实施。

(三) 积极探索不同的保障形式

- 第一，家庭整体入保、家庭账户的形式可以有效避免“逆选择”现象的发生；
- 第二，它利用了家庭作为基本经济单位的作用，与“家庭承包经营为基础，统分结合的双层经营体制”相适应；

- 第三，它利用了中国农村的家庭观念，采用家庭间互助共济的形式容易受到农民的拥护；
- 第四，与农民消费观念和心理承受能力相适应。家庭账户的形式能够提高医疗卫生服务的利用水平，户户都能够受益，农民不感到吃亏。而大病统筹又能够利用风险分担机制切实减轻农民的大病医疗风险，减少因病致贫等现象的发生。

➤ 第五，与农村地区之间、农户之间不同的经济发展水平相适应。统账间不同的结合比例、统筹的起付线、封顶线、及不同补偿比例，可以满足不同地区不同保障水平的需要；

➤ 第六，以县级为单位统筹，有利于打破城乡二元结构，为将来城乡建立统一的医疗保险制度打下基础。统账结合的具体形式，可以在实践中逐步探索确定。根据试点地区的经验，农民个人缴费的大部分应该进入家庭账户，供家庭门诊或小病费用支付；而农民剩余的缴费和各级政府、其他组织补贴部分全部进入社会统筹，用于应对农民的大病医疗风险。家庭账户资金归农户所有，可以继承，但不可提前支取。通过这种方式既兼顾了制度的受益面，又保障了农户的大病医疗需求。



不过，对于经济发展水平有限、资金筹集能力低的地区，家庭账户可能会分解统筹资金，降低统筹资金抗大病风险的能力。因此，大病统筹之外是否设家庭账户应该根据各地区具体情况而定，原则上要首先保证大病统筹的实现。

（四）采用多样运行方式

发达农村地区对农村医疗保险采取的灵活的运行形式值得新型合作医疗制度学习和借鉴。他们将医疗保险基金的筹集与管理分离，交由专业的保险机构来运营。如江苏江阴、厦门由商业保险公司来负责运作，而广东顺德则成立专业的保险公司统一对城镇企业与农业人口医疗保险基金进行运作。这些运作方式体现了专业分工思想，可以充分利用政府的筹资优势和保险公司的管理优势，有利于设计科学的筹资与补偿标准，并提高制度的运行效率，降低制度的管理成本。

(五) 加强制度的技术测算

➤ 第一，各省、自治区、直辖市要组织有关专家，制订统一的基线调查方案，对试点县（市）的经济发展水平、医疗卫生机构服务现状、农民疾病发生状况、就医用药及费用情况、农民对参加新型农村合作医疗的意愿等进行摸底调查。掌握各疾病发病率、平均就诊费用、平均住院费用等基础数据。



➤ 第二，各试点县（市）要坚持以收定支、量入为出、保障适度等原则，根据基线调查数据和筹资总额，合理确定补偿标准。要对合作医疗可能对农民医疗服务需求产生的刺激作用加以充分考虑，科学合理确定大额或住院医药费用补助的起付线、封顶线和补助比例，并根据实际及时调整，既要防止补助比例过高而透支，又不能因支付比例太低使基金沉淀过多，影响农民受益。在基本条件相似、筹资水平相同的条件下，同一省（自治区、直辖市）内试点县（市）的起付线、封顶线和补助比例差距不宜过大。

➤ 第三，设计级差型报销比例制度，对县、乡、村不同等级医疗机构实行不同的报销比例。原则上医疗机构等级越高，报销比例越低。以促进病人在县、乡、村不同等级医疗机构之间分流，实现“小病不出村，大病不出乡”的目标。

（六）以群众参与促制度监管

1、筹资监管。

必须借助于农民的参与加强制度的监管：

➤ 第一，要通过深入、细致的宣传工作，使农民认识到加入制度遵循个人自愿原则，而加入制度后享受中央和地方政府的补贴是党和国家赋予的权利，是任何人无法剥夺的。侵害制度就是侵害其自身权利，要坚决反对。



其次，在各县（市）政府组织建立的合作医疗监督委员会中要吸纳农民代表，使农民得以对制度的管理、运行状况和相关问题有充分的了解，对制度建设和问题的解决有发言权。给农民保护自己权利的工具。

再次，将经办机构对合作医疗账务的公开作为农村政务公开的一部分，定期将合作医疗资金收缴、中央及地方政府补贴状况、报销、基金结余等情况向广大群众公布，接受其监督。农民对制度的相关意见和建议可以通过农民代表迅速传递到合作医疗监督委员会。情况严重的，农民还可以通过专门的举报电话直接向省级合作医疗协调领导小组反映，使不正之风处于人民群众的严密监督之下。

➤ 最后，对合作医疗报销实行严格审核。加强对报销工作管理人员的培训，提高他们的业务能力，增强他们识别假医疗费用单据的能力，并实行定期比例抽查和不定期抽查制度，对漏审的不合格单据除追回报销资金外还要追究报销管理人员的责任，使套资行为难以得逞。

2、道德风险控制。

要重点对县医院进行控制，由合作医疗管理机构派遣专门的管理人员对发生在县级医疗机构的医疗费用进行审核，遏制“医患合谋”、“诱导需求”等道德风险行为的发生，使“大处方”、“人情方”无法蒙混过关。由于县医院数量不多，只需派遣很少的管理人员即可达到事半功倍的审核效果。

(七) 加强医疗供方建设

- 国家2002年《决定》中明确指出，乡（镇）卫生院以公共卫生服务为主，综合提供预防、保健和基本医疗等服务，受县级卫生行政部门委托承担公共卫生管理职能，一般不得向医院模式发展。在乡（镇）行政区划调整后，原则上每个乡（镇）应有一所卫生院，调整后的卫生院由政府举办。其余的乡镇卫生院可以进行资源重组或改制。

➤ 然而，有些地区的农村卫生改革却走向了另一个极端，出现了市场化过度问题，将乡镇卫生院大量实施“企业化转制改革”，有的甚至一卖了之。这些卫生院在实行企业化改制以后，自然将盈利视为主要目标，其本身具有的公益目标则大都被放弃。出现这一矛盾一方面地方卫生部门对乡镇卫生院的事业性质、职能以及政府和市场各自功能特点认识不清，尤其是对市场的缺陷认识不足，认为市场可以解决一切。

理论和实践早已表明，医疗卫生服务是一个市场严重失灵的领域，放弃必要的政府职能、过度市场化将会危及医疗卫生服务的公平性，影响人群健康状况的提高，并反过来影响卫生服务的效率。

(八) 大力发展农村公共卫生服务

➤ 鉴于其公共产品的性质，农村公共卫生服务应该由公办医疗机构来提供或由政府购买。政府可以将公共卫生服务的提供与合作医疗制度建设结合起来，在开展合作医疗的地区实行参保农民免费享受公共卫生服务，非参保农民适当付费的方式，推动合作医疗的开展和公共卫生服务的享受。

➤ 可以从合作医疗基金中拨付专款，用于开展公共卫生服务。医疗机构承担公共卫生服务就可以得到此专门补贴。从而提高医疗机构开展预防保健、健康教育等公共卫生服务的积极性，促进合作医疗预防为主方针的贯彻执行。

(九) 加强法律、法规制度建设

- 第一，要建立《农村合作医疗制度条例》，对新型合医的基本用药目录、基本医疗服务范围、定点医疗机构管理办法、住院及转诊办法等内容加以规定，做到有法可依。

➤ 其次，要完善农村卫生事业的相关法律法规。

如出台《农村初级卫生保健法》，修订《乡镇卫生院基本标准》、《村卫生室基本标准》，制订《农村公共卫生管理条例》、《农村卫生事业补助管理办法》、《农村卫生监督管理办法》、《农村中医药管理办法》等卫生法律、法规、规章，结合已出台的《乡村医生从业管理条例》，共同对农村卫生事业的发展加以规范，促进与新型合医配套的合格的农村卫生服务体系的建立。

(十) 制订新型合作医疗评价指标体系

- 合作医疗评价指标体系首先必须满足综合性的要求，能够对制度筹资、运行、支付等各个环节，政府、农民、医疗机构、合医管理机构等各个主体，经济效益、社会效益等各个方面进行作出评价。

- 其次，它还应该满足实用性原则，在定性分析分析的同时，采用一定的定量指标。这些指标要力求简明，易于收集、整理，便于在实践中具体应用。
- 最后，遵循国际惯例原则。指标体系必须符合国际规则，与国际接轨，以便与国外相关制度进行比较。

