

# 合作医疗 30 年的经验与教训

王延中\*

中国社会科学院劳动与社会保障研究中心 北京 100732

**【摘要】**本文在回顾中国合作医疗制度发展历史的基础上,分析了改革开放 30 年来合作医疗制度几起几落的过程和原因,归纳了值得重视的几个方面的经验教训,作为对改革开放 30 年的纪念,对正在发展的新型农村合作医疗制度具有一定借鉴价值。

**【关键词】**合作医疗;经验;教训

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)02-0021-06

## Some lessons from 30-year development of rural Cooperative Medical System

WANG Yan-zhong

Research Centre for Labor and Social Security, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China

**【Abstract】**This paper gives a very brief introduction about the history of rural Cooperative Medical System in China. It is worth analysing the reasons and results of the system as its dramatically up and down in the past 30 years. The study illustrates six aspects of experiences and lessons and hopes to provide helpful suggestions for the healthy development of new rural cooperation healthcare system.

**【Key words】**Cooperative Medical System, Experiences, Lessons

### 1 人人享有健康保障的内涵与我国健康保障体系的发展

合作医疗制度是中国农村卫生工作的基本制度之一。它“是在各级政府支持下,按照参加者互助共济的原则组织起来,为农村社区人群提供基本医疗卫生保健服务的医疗保健制度”。合作医疗与“赤脚医生”、农村三级卫生保健网一起,被称为解决中国农村“缺医少药”问题的“三大法宝”。“三大法宝”在保障农民获得基本卫生服务、提高健康水平、促进经济社会发展方面发挥了重要的作用,被世界卫生组织和世界银行誉为“以最小投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。<sup>[1]</sup>

改革以来,农村合作医疗制度经历了 80 年代衰落、90 年代徘徊、21 世纪新生几个时期的曲折发展历程。在人民公社体制下,农村合作医疗作为一项集体福利制度,得到了集体经济的支持,保持了较高的覆盖面。20 世纪 70 年代中期,全国约 90% 的行政村(大队)都实行了合作医疗。进入 80 年代以后,随着经济体制改革的推进和家庭联产承包责任制的实

施,集体经济支持力度下降,政社合一体制解体,全国大多数农村地区的合作医疗制度遭到解体或停办的厄运。80 年代中后期,农村合作医疗制度处于停滞甚至瓦解的状态。进入 90 年代,农村合作医疗制度处于徘徊发展阶段。进入 21 世纪,薄弱的农村公共卫生服务体系和日益高昂的医疗卫生费用,使“看病难”、“看病贵”的问题日益凸显,加强农村卫生工作成为迫在眉睫的重要任务。2002 年,中共中央、国务院发布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,明确提出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新型农村合作医疗制度,从 2003 年起在全国各省、市、自治区各选择 2 个~3 个县(市)先行试点。新型农村合作医疗制度第一批试点工作从 2003 年下半年开始进行,此后又进行了四批试点工作。截止到 2007 年底,全国开展新型合作医疗的县(市、区)达到 2 448 个,占全国总县(市、区)数的 85.64%,参加新农合的人口 7.3 亿,占全国农业人口的 83.54%,参合率为 85.7%<sup>[2]</sup>,2008 年将在剩余的 295 个县(市、区)实施新型农村合作医疗,将新型农

\* 作者简介:王延中,男(1963 年-),博士,中国社会科学院劳动与社会保障研究中心主任,研究员,博士生导师,主要研究方向为社会保障、卫生经济学,E-mail:wangyanzhong01@163.com。

村合作医疗制度全面覆盖全国农村地区。

农村合作医疗制度尤其是新型农村合作医疗制度,作为政府花大力气建设的一项医疗保障和农村卫生事业发展的重要支撑,备受各界关注,并且引发了各种各样的评论。相对而言,社会各界对中国在计划经济时期经济十分困难的情况下,开展大范围的农村合作医疗制度一般持肯定赞赏态度。经济体制改革以后,由于在卫生发展道路认识上、政策上存在很大的分歧,人们对过于趋利化的医疗卫生体制、农村卫生政策,包括这个时期处于滑坡甚至瓦解状态的农村合作医疗状况总体评价不高。对于正在发展中的新型农村合作医疗,目前主流评价是好的。有关调查显示,90%以上的参合农民对新型农村合作医疗是认可的。越来越多的农民表示愿意继续参合,新型农村合作医疗的覆盖面越来越宽。曾主管全国新型农村合作医疗试点工作的原副总理吴仪说,新型农村合作医疗的覆盖面不断扩大、保障能力不断增强、越来越多的农民享受到实实在在的好处、农村卫生改革发展得到全面推进的实践,证明了“新农合制度符合我国国情,符合农村经济发展水平,是利国利民的制度。”<sup>[3]</sup>新型农村合作医疗试点工作评估组调查表明,“从总体上看,新型农村合作医疗制度是符合农民意愿、使多数农民受益、总体运行效果较好的基本医疗保障制度,可以积极推进这项工作。”<sup>[4]</sup>

## 2 农村合作医疗制度发展过程中的经验教训

改革开放 30 年来农村合作医疗的几起几落,是一个很值得思考和总结的问题。分析这一时期合作医疗的曲折发展历程及其影响因素,有不少值得注意的经验教训。

### 2.1 正确认识合作医疗的作用和发展规律

人们对合作医疗的研究很多,但到目前为止,还没有研究成果对合作医疗在促进农民健康中的作用给出定量的评估与分析。定性研究对合作医疗的作用,大体有两种基本判断。一种看法是积极肯定其作用,把合作医疗与赤脚医生、农村三级卫生服务体系作为“三大法宝”相提并论,认为它对保障农民健康发挥了很大作用。这也是一般性的看法。另一种看法则相反,认为人们高估了合作医疗的作用,尤其是在计划经济时期。其主要理由是那个时期合作医疗覆盖面低,农村卫生状况依然保持了高效率、低价格,是“低价格水平和适宜技术的医疗卫生体系”发挥了基础作用或关键作用。<sup>[5]</sup>如果把合作医疗仅仅作为向卫生服务体系提供费用的资金保障机制(像

目前单纯的医疗保险或医疗保障制度)看待,那种每人只缴纳几角钱的合作医疗的确只能发挥有限的作用,但如果把合作医疗的意义从资金保障机制向外适当引申,我们可以看到合作医疗具有卫生资源再分配的作用,具有促进卫生公平的作用,也有提高农民互帮互助意识和集体主义觉悟的作用。这也是人们认可合作医疗的另外一层原因。另外,工业化过程中东亚农村卫生发展的一个共同经验是,政府早期主要通过直接兴办公共卫生服务机构的方式,向农民提供最基本的、价格低廉的卫生服务。<sup>[6]</sup>但是这种方式的低价格、低质量和低激励机制,不适应人们收入逐步提高之后日益多样化的医疗服务需求,这样卫生服务保障体系就要发生变革。在卫生服务提供方面引进竞争机制,允许私人资本进入,建立绩效激励机制,提高卫生服务质量。<sup>[6]</sup>相应地,卫生服务费用也会出现上涨趋势。为了实现患者能够得到卫生服务的目的,必须建立风险共担的医疗保障制度。为了体现大数定律和避免道德风险,政府主办的医疗保障制度一般是强制性的。在医疗保障基金作为第三方支付机制下,为更好地控制医疗费用的过快增长,医疗保障基金管理机构不断强化对医疗服务供需双方进行费用控制的办法和技术。从国际上看,由政府直接控制医疗服务供方体系转为建立医疗保障制度,并通过强化医疗保障基金管理以控制医疗服务供需双方,也是普遍发展趋势。中国计划经济时期的合作医疗,实际上是中国政府在经济发展水平很低的情况下建立初级医疗保障制度的尝试。在当时的经济体制与政治形势下,这种尝试是成功的,因而能比政府单纯建立卫生服务提供体系发挥的效果要更好一些。通过合作医疗,在政府建立卫生服务体系的财政投资之外,增加了卫生服务资金的集体供给,更好地体现了卫生服务的公平性,其作用还是不应当抹煞的。

对比改革之后合作医疗艰难曲折的发展历程,我们可以看到这一时期政府财政弱化了农村卫生服务体系建设的投入,更多地让医药服务市场发挥作用,导致了服务价格的快速上涨。其中有合理因素,也有不合理因素。同时,合作医疗制度的大范围瓦解,又使卫生服务体系减少了来自社区集体的资金。沦落为自费医疗的广大农民一旦生病,只能依靠自己的微薄收入支付日益高涨的医疗费用。这种状况组成了最可怕的一种卫生服务体系组合。卫生服务体系因为公共资金来源不足只能通过扭曲的方式转变为盈利性的机构,没有能力负担高昂医疗费用的广大农民只能选择“逃离”的方式,“小病不治、

大病等死”,使因病致贫、因病返贫的问题更加严重,医疗服务的公平性与效率都严重下降。这从另外一个侧面说明,缺乏医疗保障制度的市场化的卫生服务体制,是公平和效率最差的体制。解决问题的出路,一靠政府加大对卫生服务体系的投入矫正服务体系的过度盈利性行为,二是尽快建立医疗保障制度和尽量扩大医疗保障的覆盖面。受城乡差别巨大和农村收入水平低的限制,目前中国建立城乡一体的医疗保障制度是不现实的。在广大农村地区依然保留对传统合作医疗美好记忆的情况下,继续使用合作医疗这个概念,既体现了继承性,又与城镇医疗保障制度区分开来,是很好的选择。<sup>[7]</sup>由于 80、90 年代传统模式合作医疗不成功的教训,21 世纪继续建立合作医疗只能对原有模式进行适当的改造和调整。这就是 2003 年开始试点的新型农村合作医疗。到目前为止,这种调整还是成功的,其覆盖面不断扩大,保障水平不断提高,越来越具有医疗保障制度的基本特征。尽管这一制度依然坚持自愿性,但如果 90% 的应参保农民都参加其中,从实质上看,它与强制性的医疗保障制度也没有太大的差异。从上述分析可以看出,合作医疗的出现、新型农村合作医疗的日益普及,是符合卫生发展与医疗保障发展的一般规律的,也是值得继续坚持的。

## 2.2 正确认识政府在合作医疗发展中的主导作用

合作医疗是对医疗服务市场的一种干预,不可能完全依靠自发的力量运行,必须得到政府的支持。政府的支持是任何类型的医疗保障制度和社会保障制度能够正常运行的基本条件,也是社会公共产品提供的一个共同特征。企业职工社会保险制度的出现,一般是在政府组织下,由雇主与雇员共同承担缴费责任,实现风险共担的目标。对于广大的分散农户来说,仅仅依靠他们自身筹集合作基金、组织现代社会保障制度是不现实的,因为对参保农民整体来说没有利益诱导机制,而且需要自身承担组织管理成本。作为“理性”的农民,在经济水平很低的情况下,显然不可能自发地组织覆盖面很广的社会保障制度。国际经验表明,农民医疗保障制度均晚于企业职工医疗保险制度,而且一般由政府作为直接出资方之一引导农民参加才形成的。德国农民医疗保险是在第二次世界大战之后建立的,日本农民健康保险的建立也用了 60 多年的时间,韩国直到 20 世纪末期经济起飞之后才建立农民医疗保障制度。这些例证都说明,建立农民健康保障制度离不开政府的支持。

政府在建立农民医疗保障制度中的主导作用主

要表现在:政治动员(支持)、政策引导、经济(财政)补贴、组织管理、制度调整,其中政治动员、财务补贴、组织管理是最根本的。中国传统合作医疗在运行过程中,政治动员发挥了极大的作用,集体经济体制在一定程度上承担了国家对合作医疗财务补贴的职责,社队合一的管理体制承担了组织管理的职责<sup>[8]</sup>。农村经济体制改革启动后,政治支持力度下降,相关政策发生了摆动,合作医疗失去了集体经济的支持,财政补贴并没有相应跟上,组织管理体制也处于剧烈变动之中。上述几个条件均不像计划经济时期那样发挥作用了,合作医疗不可避免地陷入了衰落。

新型农村合作医疗,是在充分总结合作医疗衰落教训的基础上建立的。首先,政府对承担保障农民健康的责任的认识十分明确,并成为社会共识。其次,政府直接承担了新型农村合作医疗基金的筹资责任,在落后地区,各级政府资金甚至成为新型农村合作医疗基金的主体部分,参保农民可以看得到实实在在的利益,使新农合制度具有很大的吸引力。再次,在组织管理方面,政府财政不仅直接承担管理成本,而且对基金使用与监管、农民报销补偿、服务机构结算、基本用药等方面在试点基础上进行严格管理。同时,相关制度还可以在在实践中不断调整与完善。新型农村合作医疗这些方面的进步,充分体现了政府的主导作用,也成为新型农村合作医疗试点不断扩大的直接原因。

在确保政府主导作用的前提下,合作医疗运行过程中的一些看似矛盾的现象可以得到更好的理解。第一,合作医疗与经济发展水平的关系。从理论上说,经济发展水平越高,合作医疗越应当具有发展基础。但是,由于各地政府对发展合作医疗的认识不同、重视程度不同,决定了各地合作医疗的命运不同。由此可见,合作医疗能否成功和坚持下来往往不取决于当地经济水平,或者说与经济发展水平关系不大。在合作医疗普遍兴起的时候,看不出经济发展水平对它的影响,在合作医疗衰落的时候同样如此。1990 年以后,尽管农村合作医疗的发展处于低潮,但各地陆续涌现出了一些合作医疗搞得好的典型,其中有经济较发达的地区,也有经济较差的地区。不同类型地区均有举办农村健康保障制度的成功案例,1990 年人均年收入最高的广东宝安县石岩镇达 2 657 元,而最低的河北尚文县苏记乡仅 130 元。国务院政策研究室、卫生部和世界卫生组织 1994-1998 年在全国 14 个县开展的“中国农村合作医疗改革研究”表明,当地经济发展水平与合作医疗

成败无直接关系,无论在什么样的经济基础上建立合作医疗,其管理监督机制和运行操作技术都具有通用性,经济发达和经济不发达的农村地区的差别可能是由于农民不同层次的服务需要和需求造成的。第三次国家卫生服务调查显示,经济最不发达的四类农村合作医疗覆盖率最高,达 24.3%,甚至比一类农村的 17.6% 高出 7 个百分点,比小城市的 19.6% 也高,更显著地高于二类农村的 6.1% 和三类农村的 0.7%。<sup>[9]</sup>新型农村合作医疗试点的巨大成功再次证明了不同经济水平都能办适应本地经济水平的健康保障模式。那种以经济发展水平低为理由拒绝发展合作医疗的做法是站不住脚的。当然,合作医疗的筹资与保障水平则直接依赖于当地经济发展水平。第二,农民参合率与当地经济发展水平的关系也不直接。道理与前面的分析基本相同。

### 2.3 正确认识合作医疗的“统一模式”问题

不同类型的医疗保障制度,包括合作医疗制度,具有一定的共同性,也具有逐步向一体化方向发展的客观趋势。但是,由于各种因素的制约,中国在不同地区之间要搞模式上的“一刀切”是不可行的,一定要结合各地实际采取分类指导原则,因地制宜地运行具体制度模式。我国幅员辽阔,农村地区差别极大,这就决定了合作医疗的发展,应根据农村居民的经济水平、群众对合作医疗的认识等实际情况采用不同的模式,不能搞“一刀切”。过去我们有这方面的教训,人民公社时期的合作医疗就存在着“一个模式、一个标准、一刀切、大锅饭”等弊端。

经济体制改革后,一些地方在总结历史经验的基础上,根据农村的发展变化,对传统的合作医疗制度因地制宜做了改进,呈现出不同的模式。上世纪 80 年代以来,我国沿海发达地区的农村经济得到了较快发展,农民收入水平不断提高,原来以解决农村缺医少药为目标,提倡“一根针、一把草”的传统合作医疗制度已经不能满足客观需求。一些地区积极探索和发展新形式的健康保障办法,提高了统筹层次和社会化水平,引入了保险因素。有些地方依靠集体经济建立与完善合作医疗,并引入了大病住院保险;有些地方建立了多层次、广覆盖的商业医疗保险,筹资水平和补偿水平都比较高。而同一时期,中等发达农村地区还面临着因病致贫、因病返贫的问题,因而合作医疗的管理形式多为乡办乡管或村办乡管,筹资水平和补偿水平都比较低。而贫困地区农民收入低,地方政府财政能力有限,医疗卫生服务的基础设施差,缺乏合格的医疗卫生人员,因而主要依靠国际或国内试点项目建立了合作医疗。

新型农村合作医疗在基本制度上实现了全国统一,也明确了由各级政府制定新型农村合作医疗的具体方案。各地在实践中结合自身实际进行了大胆创新,比如有些发达地区已经在考虑新型农村合作医疗逐步走向城乡统一,甚至向社会医疗保险制度转轨,大多数地区仍然坚持以大病统筹为主、兼顾门诊的制度模式,一些地区仍然发挥家庭账户的作用。应当承认这种差别,各地在当地条件与认识逐步到位的情况下,自然会进行制度模式的调整。坚持制度基本统一和分类指导相结合,是合作医疗尤其是新型农村合作医疗发展的客观要求。

### 2.4 正确认识农民参加合作医疗的“自愿”与“强制”,关键在于建立利益引导机制

国内外的学者往往从社会保障制度本身的强制性出发质疑合作医疗“自愿”参加的规定,认为这可能导致“逆向选择”和道德风险。<sup>[8]</sup>在实践中当然存在这种情况,但是由于政府财政补贴是合作医疗基金的主体部分,加上农民以家庭而不是以个人为单位参保,实际上已经基本解决了“逆向选择”和道德风险问题。假如实行强制性参加的规定(比如城镇职工基本医疗保险制度),也不一定保证 100% 的参合,而且有可能带来其他方面的后遗症。因此,在自愿的基础上,通过建立和强化利益诱导机制,改善管理工作方式使绝大多数农民参加新农合制度,在一个时期内还是现实有效的。

80 年代以来合作医疗的重建始终坚持自愿性原则,不搞强迫命令和乱摊派,这是值得肯定的地方,其缺陷在于没有在增加制度吸引力上做文章。“合作医疗能否发展起来、能否维持下去,最重要的是要看群众愿不愿意参加。”农民愿不愿意参加合作医疗、愿意支付多少钱参加,主要是考虑能够从合作医疗那里得到多少实惠。在自愿前提下,农民的逆向选择行为不可避免,无论在哪个村庄,都是高危人群拥护建立合作医疗,健康人群却不愿参加。一旦出现慢性重病者,就可能由于集资所得注定主要用在他们身上而使其他人不再愿意缴款。

增加新农合对农民的吸引力,一方面要在供给方面下工夫。传统的合作医疗由于有集体经济的投入从而能够有效的引导农民参与。农村经济改革后,集体经济无力对合作医疗注资,制度的利益引导机制被破坏,合作医疗完全靠农民个人缴费,“合作医疗没有集体资金,和谁合作!”,“集体没有钱,对农民没有吸引力,合作医疗没法搞”。<sup>[10]</sup>新型农村合作医疗明确了各级财政的投入额度,这是其覆盖面迅速扩大的重要原因。另一方面是给付模

式的选择。给付水平定的多高,是保门诊、还是保住院,还是两者都保,都会影响合作医疗发展的可持续性。中国卫生经济培训与研究网络于 1993 年—2000 年在全国 10 个贫困县进行合作医疗的试点,其中四川省的 1 个试点乡开始主要提供住院补偿,结果许多参保者没有直接受益,1 年后,该乡只有 6 人参保。再如,浙江省余杭县的农村合作医疗在 80 年代末就经历了由盛到衰的过程——大多数农民交了几年合作医疗费,均没有患病住院,感觉到吃亏就不参加了。

新型合作医疗以大病统筹为主,主要补助大额医疗费用或住院医疗费用,这种做法往往导致身体健康的农民没有参加合作医疗的积极性。各地在实践中做了变通处理,比较典型的做法是建立了家庭账户,有的地方还为未受益的农民安排了体检,目的还是扩大农民的受益面,吸引更多的农民参加新型农村合作医疗。当然有些措施随着实践的发展,其具体形式还需要改进与完善,以保持合作医疗制度的可持续发展。有效的利益引导机制是合作医疗可持续发展的关键因素。

## 2.5 合作医疗的健康运行需要农村卫生服务与公共预防保健体系的协调发展与相互配合

从狭义的角度看,合作医疗仅仅是参合农民获取医疗卫生服务的一种资金筹集与使用制度,它必须与医疗卫生服务体系尤其是农村卫生服务体系相互配合,才能为农民提供方便、有效、可以承担得起的医疗卫生服务。改革之前合作医疗发挥了一定作用,这与当时重视农村卫生服务体系建设的有关。自 20 世纪 50 年代初,我国就逐步建立由村卫生室、乡镇卫生院和县医院为主体的农村卫生三级网络,这些建设费用均来自国家与集体,运行成本较低,为缺医少药的广大农民提供了最基本的卫生服务。

改革开放之后,不仅合作医疗基本瓦解了,农村卫生服务体系建设也受到了很大影响。由于县级医院还能得到部分财政支持,其数量基本保持稳定。乡镇卫生院的数量和覆盖率一度经历了较大幅度的下降趋势,1985 年—1990 年间,一个乡镇平均不足一个乡镇卫生院。1985-1995 年间,村卫生室的数量尚在 78 万至 80 万之间波动,但自此以后开始大幅度减少。1999 年,原国家计委颁布了区域卫生规划,之后大多数地方在制定区域卫生规划时都要求一个县至少有一所综合医院,一个乡镇有一所卫生院,一个村至少有一个卫生室。县级、乡镇级医疗机构覆盖情况基本达到了区域规划的要求,但在许多地方还

没有村卫生室,村卫生室到 2004 年剧减到 55 万。同时,村卫生室的覆盖率也在 2000 年以后呈现下降之势,到 2004 年有将近 20% 的村没有设立卫生室。村卫生室由于失去了公共财政的支持,大多从公立转向私营,集体所有制下的村医制度演变为私人执业医生制度,往往只能提供简单的门诊服务,并且医疗服务很不规范。尽管县、乡两级卫生机构所有制性质并未改变,但是运营方式几乎都采取了承包制的形式。同时,卫生技术人员尤其是乡村医生在总量和结构上都存在不足,医疗服务水平长时期得不到提高,不能满足农民群众的就医需求。应该说,改革开放之后农民群众看病难、看病贵的问题,固然受到合作医疗制度瓦解的影响,但主要的原因还是农村卫生服务体系不能满足需要造成的。

在建设新型合作医疗制度的过程中,国家不仅从需方角度为农民提供补贴,而且各级政府还加大了对农村卫生服务体系建设的投入,尤其是加强了对乡镇卫生院与部分村卫生室建设的投入,同时加大了对药品市场的监管,对卫生服务价格的过快增长有所控制,防止农民从新型合作医疗制度得到的补偿被过快增长的医疗服务价格抵消。这也是新农合对农民保持吸引力、试点逐步扩大、覆盖面越来越广的重要因素。可以预料,新农合制度的可持续发展,仍然离不开农村卫生服务体系的继续配合。双方应当是相互协调、互相支持、共同发展的共生关系。

在农村卫生服务体系建设中,需要特别加强预防保健工作,这是巩固合作医疗成果、促进人民健康的重要保证。公共预防保健面向全体人民,关系到广大群众的健康,投入低,效益好,成效显著。我国作为一个发展中的大国,必须坚持预防为主的工作方针不动摇。预防保健与合作医疗相结合,为农民提供基本的、综合的卫生保健服务,才能有效的利用极其有限的卫生资源,降低服务成本,发挥最大的效益。预防保健在性质上不同于单纯的医疗卫生服务,其需求是长期的、全面的,不可能是阶段性、局部性的任务。这也决定了公共预防保健工作必须长抓不懈。过去我们创造的三级医疗预防保健网、合作医疗制度和乡村医生队伍为内容的三位一体卫生模式是一个宝贵的经验,这种模式实际上源于一种“大卫生”战略。“大卫生”战略,立足于“预防为主”和“人人健康”的卫生观,卫生系统从封闭变为开放系统,以“人人享有卫生保健”为目标,将预防、保健、医疗、康复结合成一个整体进行系统综合操作。新型农村合作医疗的发展也不

能单兵突进,必须将合作医疗与预防保健工作统筹考虑,切实发挥其在提高农民健康水平上方面的作用。

## 2.6 良好的组织与管理是合作医疗健康发展的重要前提

合作医疗涉及参合农民、医疗服务提供及合作医疗基金筹集、使用、监督管理等多个环节,能否建立和维持高效公平的管理,尽量节约管理成本,是农民能否最大程度受益并使合作医疗可持续发展的关键环节。合作医疗的组织与管理贯穿在政治动员、社会宣传、资金筹集、方案设计和资金管理等环节中。

维护制度的公平十分重要。农民是否愿意参加合作医疗很大程度上取决于农民是否信任合作医疗,而能否维系参加者对合作医疗的信心,很大程度上还要取决于管理是否透明、公平。改革开放以前,许多地方合作医疗制度不健全,财务混乱,尤其是在制度实施方面还存在差别待遇的问题,即社队干部及其家属往往多拿药、拿好药、带头欠费等,以至于社员认为合作医疗就是“群众交钱,干部吃药”,“群众吃草药,干部吃好药”,丧失了对合作医疗的信心。<sup>[11]</sup>经济体制改革后,合作医疗衰败的一个主要原因就是裙带关系和腐败。<sup>[12]</sup>合作医疗中的种种不公平现象,加上以往农村社会事务中损害农民利益的历史记忆,都使农民在选择是否参加合作医疗问题上十分谨慎。<sup>[13]</sup>20 世纪 90 年代以来,农村干群关系紧张,农民对基层干部的不信任感更加强烈,而农民拥有了是否参加合作医疗制度的自主权,不满意、不想参加的农民增多。这些问题的出现,可以进一步归结为有效参与和监督机制的缺失,比如一些地方合作医疗基金被挪用,而挪用者并未受到严厉的惩罚。湖北省某市 1992 年被挪用的合作医疗基金达 112 万元,用于办企业、付水费和干部工资。也有一些地区在合作医疗管理监督上做了些创新,比如湖北省武穴市,建立了农民合作医疗代表大会制度实施监督,经办机构与入保农民、定点医疗服务机构签订合同,引入竞争机制,形成内部市场,门诊以乡镇为区域自由择医,住院以全市为区域自由择医。重庆市石柱县通过农民自发组织的新型农村合作医疗协会宣传、筹资并实施监督,取得了良好效果。湖北省宜都市建立了合作医疗监督机构,定人,定编制,市人大常委会通过不同形式对合作医疗进行专题调研和督查。

提高制度运行效率十分关键,良好的组织管理体现在合作医疗运行成本的降低上。农村经济改革以来,存在着较为普遍的村级组织功能弱化问题,传

统合作医疗制度由于没有找到与家庭承包体制相适应的组织管理方式难以持续。基层干部动员农民参加合作医疗的难度越来越大,导致筹资成本越来越高。同时管理人员开支和管理费用居高不下,导致整个制度的运行成本大到足以使合作医疗难以为继。新型农村合作医疗以县为基本统筹单位,建立了专职管理机构,强化了管理,同时,由于提高了合作医疗基金的统筹及管理层次,降低了人均管理成本。这是新型农村合作医疗试点不断扩大但管理上没有发生大问题的重要原因。

## 参 考 文 献

- [1] 世界银行. 1993 年世界发展报告:投资于健康[M]. 北京:中国财政经济出版社, 1993.
- [2] 国家统计局. 2007 年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. (2008-02-28) [2008-07-02]. [http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20080228\\_402464933.htm](http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20080228_402464933.htm).
- [3] 吴仪. 完善新型农村合作医疗制度[N]. 人民日报, 2008-02-16.
- [4] 新型农村合作医疗试点工作评估组. 发展中的中国新型农村合作医疗——新型农村合作医疗试点工作评估报告[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006.
- [5] 葛延风, 贡森. 中国医改问题、根源、出路[M]. 北京:中国发展出版社, 2007.
- [6] Gertler P J. On the road to social health insurance: the Asian experience[J]. World Development, 1998, 26(4): 717-732.
- [7] 王延中. 试论国家在农村医疗卫生保障中的作用[J]. 战略与管理, 2001, (3): 15-24.
- [8] 顾昕, 方黎明. 自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析[J]. 社会学研究, 2004, (5): 1-18.
- [9] 卫生部. 中国卫生服务调查研究:第三次国家卫生服务调查分析报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2004.
- [10] 宋晓梧. 改革:企业劳动社保[M]. 北京:社会科学文献出版社, 2006.
- [11] 朱玲. 政府与农村基本医疗保健保障制度选择[J]. 中国社会科学, 2000, (4): 89-99.
- [12] 刘远立, 任苒, 陈迎春, 等. 中国农村贫困地区合作医疗运行的主要影响因素分析——10 个县干预试验结果[J]. 中国卫生经济, 2002, 21(2): 11-16.
- [13] 王绍光. 政策导向、汲取能力与卫生公平[J]. 中国社会科学, 2005, (6): 101-120.
- [14] 陈佳贵, 王延中. 中国社会保障发展报告(2001-2004) [M]. 北京:社会科学文献出版社, 2004.

[收稿日期:2008-07-17 修回日期:2008-10-02]

(编辑 何平)