

关于农村医疗保障的历史思考与政策建议

张奇林

(武汉大学社会保障研究中心 430072)

摘要: 医疗保障形式是与生产力水平、生产组织形式和分配制度相适应的。我国农村的医疗保障曾创造过举世瞩目的成就,它的重构面临严峻挑战。这一问题的解决不能脱离农村的实际情况。政府应本着成本效益原则,从设施、人员、资金等基本要素抓起,构建多元化、多层次的农村医疗保障体系。

关键词: 农村; 医疗保障; 重构

我国是一个农业大国。尽管近年来工业化和城镇化的发展速度很快,农业人口的非农化率不断上升,1998年,农业人口占全国总人口的比重比1980年下降了6个多百分点,但仍占总人口的68.05%,比世界平均水平(43.47%)高出近25个百分点^①。农业人口理应成为社会保障改革关注的主要对象,但由于农业生产的特殊性,农业问题的复杂性,以及政府的政策取向等因素的影响,在社会经济发生深刻变化的背景下,农村的社会保障建设没有得到相应的重视,特别是农村人口的医疗保障几乎成了农村社会保障的盲点。这一问题的解决不能脱离我国农村的实际。本文从考察农村医疗保障的历史和现状入手,探讨建立农村医疗保障安全网的对策。

一、农村医疗保障的历史考察

在传统的农业社会中,土地是最基本,也是最重要生产资料,家庭是基本的生产单位。与这种生产方式和生产力水平相适应的社会保障形式是家庭保障。农民的社会保障风险主要来自三个方面:一是土地的收成;二是政府的政策,主要是税收政策;三是子孙的道德风险,主要是养老的风险。从社会保障和社会稳定的角度来看,传统社会有自己的维系机制和安全网政策。首先是推行休养生息政策,以安民养民;其次是倡导伦理道德和宗法制度,以巩固家庭保障功能;最后是建立以仓储制度和漕运制度为基础的救荒体系。在封建社会,所谓“贤君”、“仁政”无外乎是上述三项工作做得比较好。

从传统社会中农民的社会保障风险及其解决办法可以看出,医疗保障并不是特别重要。究其原因,主要有三点:一是相对于“生存”和“养老”而言,医疗保障问题并不是最紧迫的;二是就疾病风险本身而言,传统社会中农民的疾病风险并不是太大。主要是因为相对封闭和独立的社会背景下疾病的外部效应并不突出,农民患病,特别是患恶性疾病的风险不太大。当然,在当时公共卫生条件和医疗条件相对较差的情况下,一旦有疫情发生,后果也是相当严重的;三是一般家庭能够承受医疗保障的负担。

除家庭保障外,政府和社会也承担了部分的医疗保障责任,主要是解决穷人的医疗问题。早在南北朝时期,封建王朝就设立了“六疾馆”,以救济贫病之人,这是我国最早的官办慈善救济机构。宋代是官办慈善事业的鼎盛时期,所谓“宋之为治,一本仁厚,振贫恤患之意,视前代尤为切至”。蔡京为相时,曾在全国普遍设立“安济坊”,专门救治贫病老人,它取意于苏轼早年在杭州以私人捐款设置的义诊“安乐坊”。此外,政府还设有惠民药局以提供义诊处方,此处方后改名为“太平惠民和剂局方”。元代在医疗保障方面有了进一步发展,医疗救济被提升为官医提举司与广济提举司,前者是医师,后者管医疗救济事务。另外,在各地普设“医学”为医疗总管。

^①朱之鑫主编:《国际统计年鉴》(2000),第66页,中国统计出版社2000年。

惠民药局继续提供医疗救济工作^①。明清时期，随着工商业的发展和资本主义经济关系的萌芽，民间慈善事业空前活跃，其中不乏慈善医疗机构，如乾隆三年（1738），苏州士绅吴三复在吴县境内盘门外设置普济院，专门收养病妇^②。

此外，值得一提的是，家族内部对贫病成员的救济也是一种重要的医疗保障形式。宋仁宗皇佑二年（1050）范仲淹知杭州府时，将官俸所入买田收租协济族众，是为族田义庄之滥觞。后代官僚富商纷纷效仿，建置族田义庄，到明清时期盛极一时。族田义庄的一大功能就是赡给“疾病痼癘”。虽然族田义庄最终仍为少数地主所支配控制，没有改变封建地主土地所有制，但客观上它是一个族姓的公产，具有经济共同体的形式，而且就社会效益而言，是贫穷族众得到了实惠。明清时期族田义庄的发展不是偶然的，它有深刻的历史背景，族田义庄的协济办法是与当时半自给半商品经济的个体农民经济想适应的，而且对农民的经济生活乃至个体农户的农业生产都产生了一定影响。由于族田义庄对社会秩序和农业生产起了一定的稳定作用，国家对这种制度采取了保护措施，一方面维护其存在，另一方面优免其差徭^③。

新中国成立后，随着社会性质和社会制度的改变，农村的生产组织形式和分配方式发生了根本变化。同时，随着党和政府对社会主义本质和发展社会主义生产力认识的不断深入，农村工作战略经历了重大调整，农村的生产力水平、生产组织形式和分配方式也随之发生变化。与之相适应，农村的医疗保障模式可分为两个发展阶段，一是 20 世纪 50 年代至 70 年代的合作医疗时期；二是 80 年代至今农村医疗保障的调整和重构时期。

合作医疗是农业集体化和平均分配制度的产物，而归根结蒂是行政干预的结果。在各级政府的直接干预下，伴随着农业合作化和人民公社的兴起，从 1955 年起，合作医疗在广大的农村地区迅速建立，“到 70 年代末期，医疗保险几乎覆盖了所有的城市人口和 85% 的农村人口，这是低收入发展中国家举世无双的成就”^④。合作医疗是一种成本效益很高的医疗保障制度。据世界银行测算，中国人口的预期寿命比基于一国收入和教育所预测的数值要高十多岁，而医疗卫生开支占 GDP 的比例比预测的数值低近一个百分点，因而被世界银行列入“更好的结果，更低的开支”这一类国家^⑤。由于农村人口占我国总人口的绝大多数，因此，农村人口在一些可以进行国际比较的医疗卫生指标中的权重很大，世界银行的评估在一定程度上是对农村合作医疗制度的肯定。事实上也是如此。农民的人均预期寿命从 20 世纪 30 年代的 34 岁提高到了 70 年代末的 68 岁，增长了一倍^⑥。合作医疗连同村级保健站、“赤脚医生”被国际社会誉为中国农村医疗卫生的“三件法宝”，对于解决农村地区缺医少药的问题，有效保障农村人口的身体健康起到了重要作用。

但是，进入 80 年代后，随着家庭联产承包责任制的实行和集体经济成分的减少，合作医疗出现了严重滑坡。卫生部 1998 年进行的“第二次国家卫生服务调查”结果显示，全国农村居民参加合作医疗的比重仅为 6.5%^⑦。那么，这样一种高成本效益的医疗保障制度为什么会在短短二三十年内大起大落呢？笔者以为，合作医疗的消退有一定的必然性。合作医疗毕竟是特定历史条件下的产物，其经济基础过于脆弱，缺乏可持续发展的能力。没有可持续发展的经济支撑，合作医疗制度的滑坡在所难免。

合作医疗在农村地区消失殆尽以后，农民的医疗保障又回到了自费式的家庭保障模式。据调查，1998 年农村的自费医疗占农村医疗保障的 87.44%^⑧，也就是说，绝大多数的农村人口没有

^① 参见郑功成、张奇林、许飞琼：《中华慈善事业》，第 35-36 页，广东经济出版社 1999 年。

^② 参见王卫平：《明清时期江南城市史研究：以苏州为中心》，第 278 页，人民出版社 1999 年。

^③ 参见李文治、江太新：《中国宗法宗族制和族田义庄》，第 81-84 页，社会科学文献出版社 2000 年。

^④ 世界银行：《1993 年世界发展报告：投资于健康》，第 111 页，中国财政经济出版社 1993 年。

^⑤ 同上，第 54 页，图 3.1。

^⑥ 王延中：《试论国家在农村医疗卫生保障中的作用》，《战略与管理》2001 年第 3 期，第 15 页。

^⑦ 转引自王延中：《建立农村基本医疗保障制度》，《经济与管理研究》2001 年第 3 期，第 16 页。

^⑧ 同上。

任何形式的医疗保险，这在农民的市场风险和疾病风险日益增大的情况下是很危险的，也是很不公平的。如何构建新的农村医疗保障安全网，以填补合作医疗退出后的“真空”，切实保障广大农村人口的身体健康，是农村医疗保障急需解决的问题，也是本文将要探讨的内容。

通过对农村医疗保障历史的考察，我们可以得出以下几点结论：

第一，一定的社会保障形式是与一定的生产力水平、生产组织形式和分配制度相适应的。在自给自足的小农经济时代主要是家庭保障和自费医疗。在农业集体经济时代以合作医疗为主。后集体经济时代最大的特点就是各地的生产力水平，主要体现为收入水平，参差不齐；生产组织形式和分配制度强调效率。这些基本特性决定了新的农村医疗保障模式应是一个多元化的、充分考虑成本效益的制度。

第二，新的农村医疗保障模式应建立在继承和发展旧模式的基础上。从前面的分析我们可以看出，尽管合作医疗和传统的家族协济所反映的生产关系有本质的不同，但两者的形式有相似的地方，那就是财产公有，风险分担，只是分散风险的程度不同，前者以地缘为基础，而后者以血缘为基础。因此，合作医疗比家族协济的效果好得多。但不管怎样，两者有一定的承继关系。这也告诉我们一个道理，旧的医疗保障模式有许多合理的地方。在农村地区由传统转向现代的过程中，任何单一的医疗保障模式都是独木难支的。以优良的传统美德为基础的家庭保障和社会互助是可资利用的社会资源；而合作医疗是一种有中国特色的农村医疗保障模式，曾发挥过重要的历史作用，尽管现在恢复起来有很大难度，但合作医疗形式不能放弃。同时我们也应该看到，旧的医疗保障模式有许多需要改造和发展的地方。以家庭保障为主的保障模式显然难以承受现代社会的风险；合作医疗也有一定的缺陷，首先，它的经济基础比较脆弱，需要寻找可持续性的经济支撑；其次，它具有高度的强制性；最后，它也是一种平均分配制度。因此，现阶段对合作医疗的改造主要是要消除它的时代痕迹，使之更适合农村的现状，从而充分发挥其低投入、高效益的特点。但是，合作医疗毕竟只是一种低水平、小范围的医疗保障形式，尽管它现在很符合我国的国情，但从医疗保障社会化的发展方向来看，它最终会被其他的保障形式（如社会保险、商业保险等）所取代。

第三，政府的适当干预必不可少。在小农经济时代，自然灾害对农业生产的影响很大，但历史学家研究发现，自然灾害并不是农民最害怕的，他们担心的是，灾变发生以后，政府能不能及时予以救济。如果政府的救济不能及时到位，势必引发社会动荡。因此，历代的封建政府都有自己的救荒救济政策。我国目前正处在社会经济的转型时期，社会成员面临着前所未有的各种风险和不确定性，政府采取干预措施，保障社会成员的安全和权益至关重要。当然，象六、七十年代强制推行合作医疗那样的绝对干预措施也是不可取的，同时也是不可能的。

二、农村医疗保障的现实问题

如上所述，目前，我国农村医疗保障制度正处在调整和重构时期，它所面临的形势非常严峻，具体来说，存在以下一些主要问题：

第一，费用增长过快，超过了农民的承受能力。尽管改革开放以来农民的收入有了显著提高，但收入的增长速度赶不上医疗费用的增长速度。1990至1999年间，农民人均纯收入增长了2.2倍，而同期的门诊费用和住院费用分别增长了6.2倍和5.1倍，特别是1999年，平均每一出院者的住院医疗费超过了农民的人均收入（见表1）。医疗费用的增幅大大超过了农民的承受能力。

表1 农民人均收入与医疗费用比较 单位：元

	1990	1995	1999	1990-1999年平均增幅(%)
农民人均纯收入	686.31	1577.74	2210.34	13.80
平均每一人次门诊医疗费	10.9	29.6	79.0	24.53
平均每一出院者住院医疗费	473.3	1273.0	2891.1	22.25

资料来源：陈佳贵主编：《中国社会保障发展报告》（1997-2001），第 291 页，社会科学文献出版社 2001 年。

第二，绝大多数的农村人口没有任何形式的医疗保险。据调查，有医疗保险（包括合作医疗、商业医疗保险、公费医疗、半公费医疗、统筹医疗等形式）的农村居民仅占农村总人口的 12% 左右，其余均为无保险人士。中国“农村人口日益依赖政府提供卫生保健的系统，这一系统的费用一部分来自财政收入，但相当大一部分通过向患者收费来收回成本，而这一点与其他低收入国家占主导地位的制度不同”。中国在卫生保健领域曾创造过“举世无双的成就”，但 80 年代以后，农村人口又面临着前所未有的风险，因此，世界银行评价中国的医疗保障制度“一直是低收入国家的一个例外”^①

第三，医疗服务质量低下。虽然就医疗水平而言，农村和城市不可同日而语，但农村地区医疗服务质量之低足实让人吃惊。主要表现在农村医护人员专业素质低、医疗设施简陋、医疗条件差、医疗事故频发等方面。同时，农村地区还是伪劣药品的主要市场。据卫生部门对安徽省肥西县的调查，截至 1999 年 6 月，全县村级医疗点中约 40% 无执业许可证；从业人员中约 45% 没有专业学历。该县董岗乡 13 家村卫生室均没有高压灭菌设备，没有紫外线灯管；抽检 14 份消毒标本，竟有 12 份有致病菌生长；抽检 24 种药品，不合格的有 6 个批次，此外还有一些来路不明的药品。同年，该县农村孕妇死亡率高达万分之六^②。应该看到，肥西县只是全国农村的一个缩影。农村人口的生命健康面临严峻挑战，一些健康指标开始恶化。

第四，医疗卫生资源配置不合理，农村人口的医疗可及性差。首先表现在医疗卫生资源在城乡之间配置不合理，农村人口占有的卫生资源大大低于全国平均水平。通过表 2 的数据可以清楚地看到这种差别。其次，就农村现有的医疗卫生资源来说，其配置也是不合理的。主要表现在乡镇卫生院人员臃肿而技术力量薄弱；村级医疗点的分布不尽合理，出现了医疗服务的死角和盲点。据国家统计局提供的数据，1999 年全国没有设置医疗点的行政村有 73600 个，占行政村总数的一成多^③，而有些村却有两个或两个以上的诊所。

表 2 农村的医疗卫生资源占有情况：1999 年

	农村地区	全国	农村地区占全国的比例④（%）
医疗卫生机构①（个）	49694	310996	16.0
医务人员②（万人）	116.0	557.0	20.8
床位数（万张）	73.4	315.9	23.2
平均每千人口医生和护士数（人）	1.27	3.66③	34.7
平均每千人口床位数（张）	0.80	1.67	48.0

注：① 医疗卫生机构主要包括医院、卫生院、诊所、卫生防疫站、妇幼保健所（站）等。不包括村医疗点。

② 医务人员主要包括医生和护士（师）。不包括乡村医生和卫生员。

③ 根据有关数据计算得出。

④ 根据第二栏和第三栏计算得出。

资料来源：国家统计局人口和社会科技统计司编：《中国社会统计资料》（2000），中国统计出版社 2000 年。农村地区的数据见第 177 页；全国的数据见第 17、171、175 页。

第五，医疗卫生费用的使用和负担在城乡之间不公平。一方面，绝大多数的农村人口没有医疗保险，需要自费医疗；另一方面，政府的卫生经费投入严重偏向城市。1998 年政府投入 587 亿元，其中只有 92.5 亿元投向农村，仅占政府投入的 16%。同年，全国卫生总费用为 3776 亿元，

^① 世界银行：《1993 年世界发展报告：投资于健康》，第 111 页，中国财政经济出版社 1993 年。

^② 蔡小伟：《为了农民看病不再愁：透视安徽肥西县农村医疗改革》，《人民日报》，2001-9-24。

^③ 国家统计局人口和社会科技统计司编：《中国社会统计资料》（2000），第 177 页，中国统计出版社 2000 年。

占总人口 70% 的农村人口使用的份额不到 25%，而且绝大部分由农户家庭支出。在 2000 年世界卫生组织对 191 个成员国的医疗制度所作的分指标评价中，中国在医疗费用负担的公平性方面（fairness of financial contribution of the financing of health system）排在倒数第 4 位^①。这说明城乡医疗费用负担不公平的程度已相当严重了。

以上问题并不是孤立存在的，它们之间有一定的内在联系。有保险会刺激需求，而没有保险则会抑制需求。但医疗卫生服务是一种特殊商品，它直接与健康挂钩。小病不治容易拖成大病，从而会花更多的钱，占用更多的卫生资源。因此，大量无保险人士的存在，特别是贫困的无保险者，他们对医疗需求的抑制，将对医疗卫生费用构成潜在压力。这种情况在没有实行全民健康保险的美国也是存在的^②。由于政府在卫生经费的投入方面带有严重的倾向性，导致农村地区的卫生资源短缺，医疗服务质量下降，促使大量的农村患者转向城镇中心医院就医，从而增加了他们的负担，提高了医疗费用。同时，对城镇卫生资源的过度使用，必然导致城镇医疗机构进一步膨胀以及农村医疗机构的闲置和萎缩，这种恶性循环不利于卫生资源的优化配置。

此外，随着社会经济的发展，还会有一些因素将影响农村的医疗形势和农村医疗保障体系的重构。首先，随着社会主义市场经济的逐步建立和经济全球化程度的加深，农民所面临的市场风险和收入风险更大；其次，现代社会是一个开放的社会，疾病的外部性（externalities）比传统社会更强，卫生保健作为“公共产品”的特性更明显。再次，人口老龄化所带来的就医和长期护理压力日益严重。第四，农民对合作医疗缺乏认同和信任，这是新形势下恢复农村的合作医疗制度必须面临的问题，也是合作医疗成败的关键^③。最后，医疗服务过程供给诱导需求、保险市场中的“逆选择”（adverse choice）以及道德风险导致卫生资源过度使用等问题也不容忽视。

三、农村医疗保障的政策取向和制度安排

解决农村的医疗保障问题，仅靠农民自己或某些集体的力量不能成功的，它需要政府的适当干预。政府在制定相关政策时，应确立以下的指导思想：

第一，农村的医疗保障问题事关社会经济协调发展的大局，政府应予以高度重视。从人道主义角度来看，保障社会成员，特别是贫困人口的身心健康，减轻他们的疾病痛苦是政府义不容辞的责任。从经济发展战略的角度来看，2000 年以后，我国的农村扶贫工作进入了一个新阶段，重点是巩固已取得的扶贫成果。但是农村人口因病致贫、因病返贫的情况非常严重，对 20 多年来的扶贫成果构成了极大威胁。“投资以减少穷人的健康风险，并对灾难性的医疗费用提供保险，是减轻贫困战略的重要组成部分”，因为卫生开支也是一种“增加收入的生产性投资”，“良好的卫生条件就意味着一个较快的经济增长”^④。反过来讲，政府长期忽视农村的医疗保障问题，或人为地造成城乡差异或城乡壁垒，是不利于农村的稳定和发展的。

第二，立足国情，因地制宜，建立多元化、多层次的农村医疗保障体系，切忌“一刀切”。如前所述，医疗保障形式是与经济发展水相适应的。在我国农村地区实行全民医疗保险或全面恢复合作医疗制度都是不合理的，也是不现实的，这样做在公平和效率之间难免有失偏颇。而政府的医疗卫生政策应该是在公平和效率之间寻找平衡点。因此，明智之举是建立符合各地实际情况的混合型的医疗保障体系。当然，这会增加政府的管理成本，而且，在确定各地的医疗保障形式时，要有科学的依据和切实可行的卫生计划。

第三，注意政策的一致性和连续性。农村工作，政出多门，难免有冲突的地方，这种冲突会给农村医疗卫生政策的制定和实施造成一定困难。90 年代以来，中央有关部门提出，按“民办

^① 转引自左学金、胡苏云：《城镇医疗保险制度改革：政府与市场的作用》，《中国社会科学》2001 年第 5 期，第 103 页。

^② Karen Davies, et al., *Health Care Cost Containment*, 2, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1990.

^③ 刘远立、马进、张硕：《论新形势下合作医疗成败的关键点》，《中国卫生经济》1999 年第 4 期，第 43 页。

^④ 世界银行：《1993 年世界发展报告：投资于健康》，第 21 页，中国财政经济出版社 1993 年。

公助和自愿参加原则”，发展和完善合作医疗，但农业部等五部委颁布的《减轻农民负担条例》却把“合作医疗”项目视为“交费”项目，认为它增加了农民负担，不允许征收。两种政策的冲突导致了一些试点地区放弃恢复合作医疗制度^①。另外，集体经济和基层组织的弱化对合作医疗的恢复和稳定发展有一定影响，政府在决策时应予以充分考虑。

第四，坚持成本效益原则，提高卫生经费的使用效率。增加投入与提高效率是一个问题的两个方面，投入是基础，效率是关键。在农村的卫生投入增长缓慢的情况下，如何提高卫生经费的使用效率，将有限的卫生资源用来解决最迫切的问题，就显得尤为重要了。这就需要对农村地区的医疗卫生服务进行成本效益分析。在这方面世界银行等国际组织已经做了一些工作，他们认为投资于公共卫生和基本临床服务是花钱最少、效益最好的项目。这对解决我国现阶段农村的医疗保障问题有一定的参考价值。

第五，在政策工具的选择方面，要充分发挥政府的调控和监管作用。政府的医疗卫生政策之所以难以取得预期成果，难以让消费者满意，很大程度是因为政策工具的选择错误，而不是目标选择不当。长期以来，政府“过分依赖直接提供医疗服务，过分集中控制医疗设施，而对由政府支配的金融、信息和规章制度工具，则利用得太少”^②。其实，政府的主要职能不是办医院，而是保护消费者和社会弱势群体。在调配卫生资源向农村流动、规范医疗服务行业、监督医疗服务质量、防范医疗市场和保险市场的“失灵”、以及救助贫病人士等方面，政府有大量的工作要做。

从本质上讲，农村医疗保障体系的重构体现在五个要素的优化配置上：设施、人员、资金、制度和计划。其中，设施、人员、资金是基本要素，制度是纽带和保证，计划是必要的补充。政府应以制度为基础，将各个要素按成本效益原则，有机地结合起来，并使之符合中国农村的实际情况，这就是制度创新。在这方面。政府可供选择的制度安排是：

1.设施：它包括农村的卫生基础设施，如基本的诊疗设备、消毒设备等，和医疗服务网络，主要是村乡两级医疗机构以及必要的运输工具，旨在改善农村的卫生环境，向农村人口提供基本的医疗卫生服务。基础设施的改善和网络的建设，一方面要靠政府资助，另一方面要整合农村已有的卫生资源。政府增加在这方面的投资是值得的，这样做，既可解决农村人口医疗服务的可及性问题，又可改善城乡之间医疗卫生服务使用不公的状况，具有良好的社会效益。在资源整合方面，我国农村有些地区已经开始了这项工作。如乡村卫生服务一体化管理的试点工作已在安徽省肥西县启动，从目前的效果来看，村级卫生服务正在向安全性、有效性、综合性、可及性、持续性和非营利性的方向发展，尽管仍有待完善，但资源整合的优势已显露出来，乡村卫生机构的综合服务能力正逐渐加强。

2.人员：前文我们分析过，农村地区医护人员素质低下是导致医疗服务质量低下的重要原因。农村医疗机构提供的是基本的卫生保健服务，因此，无论是收入还是事业上的成就都赶不上城市中的大医院，这样造成了农村卫生技术人员恶性循环，一方面，高素质的人才不愿到农村工作；另一方面，农村现有的高素质人才不断流失，留下来的工作热情也不高。政府应从激励机制方面进行干预，在工资、福利、职称、进修等方面向农村倾斜，稳定农村医疗队伍，鼓励医学院校的毕业生到农村发展。同时，在医学院校的培养方案中，增加农村医疗卫生服务的内容，加大农村医务人员培养力度。此外，值得注意的是，目前活跃在农村医疗服务第一线的是大量的个体医生，他们开设的医疗点占村级医疗点的 35.4%^③。尽管他们大多学历不高，而且几乎都以营利为目的，但他们对于缓解农村地区医疗人员的紧缺状况，保障农村人口的身体健康，起到了一定作用，也是农村重要的卫生资源，政府应该加以保护和利用，经过筛选和培训后，让其持证上岗，将其纳入公共网络中来。

3.资金：就全球而言，对医疗卫生服务的补偿来自四个渠道，即自费、自愿性医疗保险、强

^① 王延中：《试论国家在农村医疗卫生保障中的作用》，《战略与管理》2001年第3期，第20页。

^② 世界银行：《1993年世界发展报告：投资于健康》，第71页，中国财政经济出版社1993年。

^③ 根据《中国社会统计资料》（2000），第177页，表10-15中的有关资料计算得出。

制性医疗保险和政府的财政收入。前两个渠道来自私人，后两个渠道来自政府。资金来源渠道不同，体现的权利、义务和经济关系也不一样，它们分别对应不同的医疗保障形式。其中自费对应的是自费医疗，但它并不是纯粹的由患者或家庭出资，还应包括某些个人或组织的捐助；自愿性医疗保险主要包括商业医疗保险和我国的合作医疗两种形式；强制性医疗保险指的是社会医疗保险；而由政府的财政收入支付的医疗保障形式则是全民医疗保险和社会医疗救助。当前，自费医疗是我国农村地区主要的医疗保障形式。在发展中国家，通过适当收费来补充基本医疗资金是比较可行的，但在低收入人群中普遍采取收费的方式是不可取的。我们说，农村医疗保障改革的方向是要建立多元化的、多层次的医疗保障体系，从资金筹集的角度来看，就是要实现资金来源渠道的多样化，从而维护农村医疗保障体系的财政稳定和健康发展。当然，上述各种医疗保障形并不都适合我国国情。在资金筹措方面，政府要做的工作是开源节流。所谓开源，就是扩大资金来源，提高资金总量。要利用一切可以利用的资源。如前文讲的要充分发挥传统的家庭保障功能，家庭护理可以节省医疗护理机构大量的人力和物力；对基本医疗服务以外的项目可以扩大收费的范围和额度。此外，非营利组织和非政府组织也是重要的社会资源，希望引起政府的高度重视。所谓节流，就是提高存量资金和增量资金的使用效率。一般来讲，政府在医疗保障体系中的地位是起兜底的作用，是最后的安全网，从此意义上说，政府主要是资助公共卫生和最基本的医疗服务，这也是成本效益较高的两个项目。这就要求政府调整和改善自己的投资方向和投资结构，讲资金集中用于贫困人口需求量大的服务上，减少对富裕地区和富裕人口的补贴，这样做，既满足了贫困人口的医疗需求，又将富裕人口挤出了基本医疗服务领域，因为政府资助的基本医疗服务是不能满足他们的需求的，从而实现医疗卫生资金在地区和人口之间的再分配，提高资金的使用效率。另一方面，还要提高基本医疗服务的效率，以控制费用、提高质量。在成本总量控制的前提下，可以引入市场竞争，让质优价廉的私营医疗机构进入基本医疗服务领域。同时，对公共网络的药品实行统一招标采购，以控制费用，保证质量。

4.制度和计划：制度的含义比较宽泛，它是政府干预的工具，通过它可以看到政府的政策取向。在农村医疗保障体系重构的过程中，制度建设至关重要。农村医疗保障方面的制度大致可分为两部分，一是与医疗保障形式有关的制度；二是规范和监督方面的制度。两者不是分割开来的，而是紧密联系的。国际上流行的医疗保障模式很多，即使同为发展中国家，其医疗保障模式也各不相同。制度创新的核心就是要建立适合中国国情的医疗保障制度。农村的医疗保障体系应是多种保障形式的结合，它包括家庭保障、合作医疗、社会医疗保险、商业医疗保险和社会医疗救助等。采取什么样的组合须依各地的实际情况而定。为了减少医疗保障形式选择中的盲目性和随意性，政府应制定标准，作出相应的制度安排。当然，这并不是说在医疗保障的选择方面完全是政府说了算，消费者的选择也是很重要的，特别是一些富裕地区和富裕起来的农民，他们并不满足于政府的制度安排，希望从市场上购买他们所需要的医疗保险，这就要求政府建立相应的信息披露制度，以满足农村消费者的需求，并保护他们的权益。也就是说，政府的制度安排要有一定的弹性，并有相应的配套措施。制度的另一个重要方面就是规范和监管医、患、保各方的行为，保证医疗卫生事业的健康发展。

所谓计划是指有预定目标和特定的服务对象，并有专项资金注入的重大的医疗卫生服务项目。医疗计划既可是政府组织的，也可非政府组织的，但不论是哪一种，它们都有一个共同的特点，那就是经过反复论证，并有专项资金支撑，能取得良好的社会效益。特别是一些非政府组织，他们对社会需求的反应比政府组织更灵敏，计划的制定更及时，目标更集中，工作更有效率，因此，政府可以通过补贴的方式支持和利用非政府组织来开展工作。当然，适当的规范是必要的。

Reflection and Suggestions on Health Care Policy in Chinese Rural Areas

Qilin Zhang

(Center for Social Security Studies of Wuhan University, 430072)

Abstract: Health insurance is suited to the levels of the productive forces, the forms of the productive organizations and the distribution systems. Health insurance in Chinese rural areas once created great achievements, the reconstruction of which is facing severe challenge. The solution of this issue should not be divorced from the rural realities. The government should be based on the cost efficiency rule, begin with medical infrastructure, human resource, capital and other basic factors, and establish a great diversity and multi-layers of health insurance system.

Key words: rural areas; health care; reconstruction