

我国农村合作医疗制度的变迁分析

——从公共政策系统与过程的视角

□ 周作斌

(暨南大学 公共管理学院,广东 广州 510632)

摘要:我国农村合作医疗经历了近 50 年的发展,曾被世界卫生组织和世界银行称为“以最少的投入获得最大健康收益”的中国模式。文章从公共政策的系统要素和过程两方面来考量其制度变迁的进程,分析其繁荣发展和逐渐衰败的内因以及该制度在实施过程中的问题,以期得到有利于新型农村合作医疗制度的发展与完善的启示。

关键词:农村合作医疗;政策工具;公共政策系统;公共政策过程

Abstract:China's rural cooperative medical service has developed for more than 50 years, which was called as China mode by WHO and World Bank with the minimum investment for maximum health benefits. The article analyzes it from the public policy system elements and process aspects to consider the process of its institutional changes, analyzes its prosperity, and the reason of decline of the rural cooperative medical system in the implementation, so as to gain experience and lessons, which is beneficial to the new rural cooperative medical system development and improvement.

Keywords:Rural cooperative medical;Policy tool;Public policy system;Public policy process

2012 年 8 月,国家发改委、卫生部、财政部、人力资源和社会保障部、民政部等正式公布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》。大病保障以为参与城居医疗保险和新农合的参保人员合理确定大病保险补偿为目标,力争避免城乡居民发生家庭灾难性医疗支出,为农民加了一层保障网;同时,也反映了在构建农村医疗保障体系的问题上,“扩面”取得了较大成效,但新农合的保障水平仍然较低的现实,在现有的合作医疗体制下,农民因病致贫、因病返贫的现象依然严峻,原本定位为以大病统筹为主的新农合制度处于一个尴尬的境地。

回溯过去,1993 年世界银行在《世界发展报告:投资于健康》将中国的农村合作医疗制度誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一范例”,但作为世界第二大经济体的中国却在医疗卫生领域正面一个残酷的现实:在世界卫生组织进行的成员国医疗卫生筹资和分配公平性的排序中,中国位列 191 个成员国中的倒数第四

位。中国的医疗卫生体制整体绩效排名 144 位,比印度(112)、巴基斯坦(122)、苏丹(134)、海地(138)还要低。显而易见,造成与经济发展成就巨大反差的最重要原因就是占中国人口绝大多数的农民失去或者没有得到有效的医疗保障,城乡医疗资源分配严重失衡,这种反差也是我国农村合作医疗制度变迁的真实写照。本文尝试从政府公共政策的视角去考量农村合作医疗制度变迁的沉浮,依循公共政策最基本的系统要素与过程要素两个方面来解析农村合作医疗的经验与教训。

一、中国农村合作医疗制度变迁的阶段划分

对于自建国后中国农村合作医疗的制度变迁的阶段划分,有众多途径和标准,大多数研究将其分为萌芽—兴起—高潮—衰落—重建五个阶段。这里从政府介入即公共政策主体的角度,将其分为传统农村合作医疗制度和新型农村合作医疗制度。

1. 传统农村合作医疗制度(1956 年—2002 年),以自发机制和集体议程为主

农村合作医疗的雏形早在抗日战争时期就已出现,陕甘宁边区出现了医药合作社和卫生合作社。但是直至 1956 年的合作医疗制度与传统农村合作医疗制度是有所区别的:从形式上来所,前者的组织形式不是建立在农业合作化和人民公社的基础上,从本质上来说,中国农村尚未完成土地改革,农村经济仍然是自然经济占主体。但此时它又比家庭保障形式多了一个层次,即土地保障基础上的非正式制度安排。因此,在这种以农民个体经济为基础,以土地保障为主体的医疗保障制度下,社会性需求不高,需要的只是救急性医疗救助。早期的政府介入仅限于对农村中鳏寡孤独者的保障。

1956 年我国在农村完成土地改造,农业合作化也遍地开花。城乡二元体制的根深蒂固也相应产生了公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗的制度分离,由于我国农村土地辽阔,农村人口众多的现实,国家没有足够财力承担起全体农民的医疗费用,农民在被排除在医疗保护网之外,但各种传染病、地方病的肆虐让农民就合作应对疾病威胁达成了心理协同,可见,这样一种倒逼机制是农民自发创立的,在加上政治人物的影响以及当时的共产主义和平均主义的理想化信念,使得传统合作医疗制度如火如荼的盲

目扩张。这种自发机制是在这样一种集体议程下实现的,即个体承认并支持由农村集体生产或行政组织和个人出资购买基本医疗保健服务,实行健康人群和患病人群之间医药费用再分配的保障形式。这一时期,政府的公共政策主体角色没有实质改变,这一时期政府基本没有或只有较少的财政投入。

2.新型农村合作医疗制度(2003以后),强调政府的政策主体地位和责任

20世纪90年代后期,我国的经济持续快速增长,财政收入持续上升,但收入差距以及与之相伴的其它社会资源拥有量在城乡居民之间不断扩大,包括医疗卫生资源在内的社会福利分配严重异化,虽然在理论上社会保障体系应当向全民提供统一免费的卫生保健,但中国的社会健康保险只覆盖了12亿人口中的1.5亿人,所以,政府努力寻求一种公平和有效的方式向农村居民提供卫生服务。此时,工业反哺农业的条件也基本具备,在此背景下,新型农村合作医疗作为一项新的社会保障制度应运而生。

2003年,新型农村合作医疗制度开始在全国部分地区试点,到2009年底,新农合筹资总额达944.35亿元。其中,中央财政补助资金269.62亿元,地方财政补助资金471.98亿元。全国实际人均筹资水平为113.37元,比2008年提高了17.12元;2009年全国参合农民受益7.59亿人次。2010年新农合覆盖面持续稳固扩大,参合率保持在90%以上,人均筹资水平达到155元,其中政府补助达到人均126元。60%以上的统筹地区实行门诊统筹,统筹地区政策范围内住院费用报销比例比上年提高5个百分点,最高支付限额提高到全国农民人均纯收入的6倍左右。“十二五”时期我国争取将新型农村合作医疗的人均筹资水平提高到300元以上,新农合成为具有中国特色的农村基本医疗保障制度,农民因病致贫、因病返贫的情况得到了一定缓解。

二、从公共政策系统各要素分析我国农村合作医疗制度的特点

从公共政策主体、公共政策价值和公共政策的工具选择这三个主要的要素来看,政府在传统农村合作医疗中的主体作用和公共政策价值取向的演变脉络是较明显的,虽然历史上我国农村合作医疗制度体现了很强的民办性,但是经过半个多世纪的变迁,政府最终在农村医疗卫生体系中担当直接或间接的责任人。

1.优先发展工业的公共政策价值取向与政府引导和调控功能的必然缺失

20世纪50年代,作为社会主义阵营中的新生政权,我国受到了来自敌对阵营严重的经济封锁和政治孤立,从公共政策的价值取向来说,在这种不利的国际环境和保卫新生政权的急迫形势下,政府只得采取优先发展重工业,实现工业化基础的战略,而将农业经济剩余转化为发展工业的不竭动力。战后中国满目疮痍、经济凋敝、百废待兴和国家财力有限之间的矛盾又使得政府只能将有限的医疗资源投入到公费医疗制度和劳保医疗制度中,保护

工业劳动力的政策取向导致对广大农民的医疗保障的缺失,政府无暇也无意使用政策工具进行引导和调控;同时,由于户籍制度的严格限制,政府失去了进行调控的空间和条件,只能借助政治动员的政策工具来倡议和支持农民在自愿和互助共济的基础上解决缺医少药的问题。

2.有限政府的政策价值取向

随着改革开放的深入,有限政府的价值取向贯穿在农村医疗卫生的相关政策中,一定程度上增加了医疗资源的供给和竞争,但同时也给原有的合作医疗体系带来毁灭性的打击。家庭联产承包责任制的推行使得传统的队社合作医疗模式失去了赖以生存的集体经济基础,迅速崩溃。医疗市场的市场化虽然使得政府不能全面负责,但同时也弱化了政府在农村医疗保障体系当中的作用,农民单独应对日益增大的医疗风险,政府逃避了所应承担的福利责任。

3.政府责任回归的政策价值取向

进入上世纪90年代后,市场化改革进一步深入,但农民的收入增长却未能跑过医疗费用的增长速度,根据王延中的统计,1990~1999年,农民平均纯收入增长了2.2倍,然而同期卫生部门统计的每人每次平均门诊费用和住院费用,分别增长了6.2倍和5.1倍(见表)。从表中可以看到虽然农村的医疗费用相对低于城镇水平,但医疗费用的增幅仍大大超过了农民的承受能力。此时,经济增长带来的财政扩张效应使得政府有能力并意识到了政府介入农村医疗保障领域的必要性和重要性,2002年开始推行政府主导的新型农村合作医疗,强化政府责任和义务,实质是政府政策价值取向在市场化和政府有限责任比较下发生的偏转。

中国农民人均纯收入与医疗费用变化对比(1990~1999)单位:元

年份	1990	1995	1999	1990~1999 平均增幅(%)
农民人均纯收入	686.3	1577.7	2210.3	13.80
平均每一次门诊医疗费	10.9	29.6	79.0	24.53
平均每一次住院者住院费	473.3	1273.0	2891.1	22.25

资料来源:《中国统计摘要~2000》第89页;《中国卫生年鉴~1996》第408页。

4.政策工具的选择

如前面关于制度变迁的陈述,就相应的政策工具的选择来说,农村合作医疗制度的变迁经历了从选择自愿性政策工具到混合型政策工具和规制(由于新农合为自愿参与,此处定性为半强制型)相结合的过程。即由制度形成初期完全是自愿性组织的工具到政府补贴和大力度的宣传(信息工具),以及与新农合相关的

法律法规。自愿性工具虽然不需要政府太多的支出,但在解决农村医药卫生这种复杂问题就显得很乏力,没有政府的引导和协调,在集体经济基础变化的时候,规模效应也就缺失。

三、从公共政策过程分析我国农村合作医疗制度的问题

从动态的公共政策过程的角度来说,我国农村合作医疗制度变迁中的问题主要体现在政策议程设立的途径、政策周期管理滞后、以及政策评估与监督的缺失等方面。

1. 政策议程设立的典型动员模式下的盲目扩张

毫无疑问,我国农村合作医疗的每一次发展都与领导人的影响密不可分。比如农村合作医疗发展壮大所依赖的组织基础是人民公社,而医疗队伍建设很大程度上也是由领导人推崇的赤脚医生构成。从公共政策议程设立的模式来说,如果不是借助强有力的自上而下的政治动员模式,合作医疗的覆盖率在短短8年内从1968年的20%上升到1976年的90%恐怕是根本不可能的。在毛泽东主席强大的个人权威的影响下,“把医疗工作的重点放到农村去”、“合作医疗好”的指示引起了农村合作医疗的首轮高潮,第二次高潮源于1968年毛泽东对湖北省长阳县乐园公社合作医疗的高度赞誉和推广指示,1976年合作医疗覆盖率迅速攀升至90%,充分显示出领袖人物的政治权威。而在改革开放以后,这种动员模式因为政治体制的变化使用频率大大下降,曾经急速扩张的合作医疗制度失去了原有的动员模式的源动力,因而也迅速崩溃和瓦解。

2. 公共政策周期管理的滞后

政策周期,指的是公共政策的主体与客体以及作为它们之间互动结果的政策过程所经历的一个循环。它以政策过程的完成阶段即政策的调整或终结为标志,往往是一个周而复始、连续不断的循环过程。从农村合作医疗制度的政策周期看,在计划经济时代,合作医疗覆盖率稳步上升,具有很强的稳定性,不存在诸如筹资水平不高、报销比例和范围过小、资金使用效率低、疾病预防不足等问题。进入经济体制改革以后,国家对合作医疗采取了放任自流的态度,合作医疗的主导权由中央下放到地方政府,此时原本新农合的政策周期存在一个调整的契机,然而一个地方合作医疗能否发展,往往受地方政府决策的影响较大,这就不免会带有随意性和功利主义色彩,因此合作医疗的政策周期管理也陷入“滞顿”的摸索期而未能进入到政策转移或废止,缺乏连贯性和回应性。

3. 公共政策评估与监督的缺失

农村合作医疗的公共政策评估缺失主要表现在制度性评估缺失和法律性评估缺失两方面。从农村合作医疗制度的规范性来说,没有形成统一的制度规定,缺乏供给各方的责任、权利和义务间的界定,加之政府对此也是放任自流,所以当时各地的制度千差万别,而且充满随意性和自主性,因此其政策评估也就无从找到标准;从1949年到1980年国家只颁布了一个《农村合作医疗

章程》,尚无其它法律或者国家级规范性文件提供法律依据,整个制度运作缺乏内外部监督机制,由于缺乏国家强制性的规章制度约束,地方政府往往跟着上级政策走,脱离了农民的实际医疗需求。因此,农村合作医疗在运行的前几十年缺乏合法性的评估基础;更进一步来说,由于各项指标和规程的随意性,绩效评估也就更为困难。

另外,政策制定的统筹大病为主的保障制度也容易诱发逆向选择和道德风险,不利于建立稳定的筹资模式。目前,新型农村合作医疗仍以自愿参加为主,客观上存在道德风险和逆向选择,不利于合作医疗制度的长期发展。比如购买假医疗发票及病历,进行合作医疗诈骗等;所谓新型农村合作医疗中的逆向选择,是指由于信息的不对称性,参保农民做出的不利于医疗保险机构的选择。因为发生住院医疗和重大疾病的概率较小,参保者出于短视效应的影响,会依据自身的健康状况作出逆向选择,导致健康人群忽视了参保的必要性,相反高危人群却非常愿意参加。这种逆向选择,对新型农村合作医疗筹资的稳定性和可持续性带来较大风险。在实行自愿投保的前提下,那些年轻且健康的农民可能不愿意参加,而年老体弱者则积极参与,造成参加合作医疗的多是老弱病残者,无疑加大了医保基金的支付风险和国家的财政负担,也降低了新农合的互济性,这可以归纳为对参保者的准入资格的监督缺失。

从目前的缴费水平和保障程度来看,新型农村合作医疗还处在一个弱覆盖的阶段,而在我国社会保障制度的部分合并趋势和社保制度的顶针设计的重构中,未来新型农村合作医疗的改革和变化应考虑从公共政策的各个要素和系统入手注重与医疗保险的续接和制度转型,否则,农民享受不到同等的国民待遇,会加剧社会的不公平程度。 □

参考文献:

- [1] 宋士云.《中国农村社会保障制度结构与变迁》[M].北京:人民出版社,2006:120.
- [2] 杨红燕.《中国农村合作医疗制度可持续性发展研究》[M].北京:中国社会科学出版社,2009:83.
- [3] 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.
- [4] 严强.《公共政策学》[M].社会科学出版社,北京:社会科学文献出版社,2008:134-138.
- [5] 严强.《公共政策学》[M].北京:社会科学出版社,北京:社会科学文献出版社,2008:212-214.

作者简介:周作斌(1989年-),男,暨南大学公共管理学院硕士研究生。研究方向:社会保障管理。