

中国农村合作医疗制度变迁^{*}

孙淑云(山西大学法学院,太原 030006)

任雪娇(山西大学政治与公共管理学院,太原 030006)

内容提要:中国农村合作医疗制度变迁,历经萌芽与生成—发展与繁荣—衰落与调适—重建与复兴—整合与合并五大发展阶段,跨越了中国社会主义改造时期、计划经济时期、改革开放初期和城乡一体化转型期,嵌入在中国城乡二元分割、固化、解冻和一体化加速转型的体制变迁中,其改革变迁经历诱致性制度变迁—路径依赖下的强制性制度变迁—多元探索与制度变迁失效—强制性制度变迁,改革主体从基层自发探索到顶层政策设计,参保主体从农民社员到全体农村居民,筹资分担从社区互助共济到社会统筹分担,保障内容从初级保健向基本医疗保障升级,建制形式从自治章程到社会政策再到法制,制度结构从残缺到完善,治理方式从基层社区自治到基本医疗保险的法治化、社会化治理。展望未来,作为中华民族伟大复兴的重要标志性制度,中国特色的农村合作医疗制度将与城镇医保全面整合和统一,并加速全民医保法治化进程。

关键词:中国农村合作医疗制度;改革;制度变迁

DOI:10.13246/j.cnki.iae.2018.09.004

一、引言

中国农村合作医疗制度变迁,历经萌芽与生成—发展与繁荣—衰落与调适—重建与复兴—整合与合并五大发展阶段,跨越了新中国建国初的合作化时期、计划经济时期、改革开放的市场经济体制转轨期和新世纪城乡一体化转型期。新世纪之初,伴随着中国城乡二元体制解冻和一体化加速推进,一些地方自发探索整合农村合作医疗制度与职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度(以下简称“合作医疗”、“职工医保”和“城居保”),形成统一的城乡居民基本医疗保险制度。党的十八大报告在总结十余年地方自发探索整合城乡三项基本医保制度经验的基础上,以顶层政策号召“整合城乡居民基本医疗保险制度”。2016年1月国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险

制度的意见》,给出整合城乡居民基本医疗保险制度的“时间表”和“路线图”。党的十九大报告进一步部署“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度”。2018年十三届人大会议决议国务院组建“国家医疗保障局”,统一城乡医保管理体制。截止2018年年初,全国共有23个省份实现了城乡居民基本医保制度的统一,合作医疗制度作为单项医保制度即将结束历史使命。为此,研究历史演进过程中的中国农村合作医疗制度的改革及其变迁,是记录历史、开启新时代的课题。近年来,学术界论述农村合作医疗制度变迁的不在少数,但多集中于合作医疗制度变迁的某一或几个阶段,或探寻影响制度变迁的某一要素,或者仅仅囿于梳理新农合制度变迁,乏见对农村合作医疗建制和改革历程进行宏

* 项目来源:国家社会科学基金重点项目“整合城乡基本医疗保险的法律制度研究”(编号:13AFX027)

观梳理,更鲜见透析合作医疗制度变迁的逻辑。制度变迁是一系列制度的置换、置入、偏移和转化的过程,是由宏观政治经济社会体制的变化所造成的制度非均衡到制度均衡的转变。基于此,在中国经济社会体制改革和变迁的宏观背景下,笔者通过叙述每一发展阶段中国农村合作医疗制度的建制和改革主体、参保对象、筹资机制、治理结构及保障内

容的嬗变和转圜,发现合作医疗制度历经诱致性制度变迁—路径依赖下的强制性制度变迁—多元探索与制度变迁失效—强制性制度变迁,凸显了中国农村合作医疗制度变迁的理路。明晰合作医疗制度变迁的理路,能够为进一步完善统一的城乡居民医保制度提供智识支持。

二、改革开放之前的制度变迁

(一) 新中国建国初期合作社制度下的诱致性制度变迁(1949—1957)

建国初期,为尽快摆脱贫穷落后状态,国家确立了低成本发展工业的目标,以“剪刀差”的形式提取农业剩余支持工业优先发展。在资源总供给极度匮乏及政府财力有限的条件下,政府财政仅为城市职工及其家属承担积极的医疗保障责任,建立了公费医疗和劳保医疗制度,将农民的医疗保障和其他保障项目总括附着于土地保障之上。但是,疾病永远是急迫的,在土地保障水平较低的约束下,农民的医疗保障基本上难以实现。理性的农民基于合作社经济互助共济的理念和经验,自发地将其运用到医疗服务和医疗保障领域,创建了传统合作医疗制度。

1. 农民自发创制合作医疗制度。社会主义改造时期,农村地区医疗资源供需矛盾尖锐,医疗保障制度空缺,农民的疾病社会风险不断凸显和加剧。理性的农民深知医疗保障“靠国家包下来”不切实际,在合作社经济制度外部环境利好的情况下,秉持合作社经济“互助共济”和传统社区“患难相恤”的理念创建了合作医疗制度。以1955年山西省高平县米山乡创建的合作医疗社为标志,以覃祥官为代表的农民领袖及合作社精英分子是创制合作医疗制度的主体,他们以合作社为组织基础,通过自发组织、自愿联合的方式,创制了既合医又合药的合作医疗社,形成合作医疗制度的滥觞。后在卫生部门的指导和倡导下,米山的经验得以推广,在全国许多农村地区广泛建立了多种形式的合作医疗制度。中国特有的农民理性*的扩张造就

了举世公认的“中国奇迹”——中国特色的农民医疗保障制度。

2. 构建合作社社员互助共济的筹资机制。合作社时期,集体化程度较低,依托初级农业生产合作社建立的合作医疗制度的参保主体主要为“微型社区”内的社员。合作医疗筹资来源于三个方面:一是合作社社员共同缴纳“保健费”形成公共集资,二是合作社社区内部的医务人员集资,三是农业生产合作社经济积累中的公益金作为补助。合作医疗筹资范围囿于合作社微型社区之内,呈现筹资地域窄、规模小、水平低、筹资结构稳定性差和可持续性缺乏的特点。同时,由于农民基金管理专业知识的匮乏,合作医疗基金运营常常出现各种问题,有些合作社甚至出现春办秋黄的局面。

3. 形成微型社区自治机制。发端于合作社的合作医疗制度紧密地嵌入在微型合作社自治之中,主要以合作社组织为基础,实行农民医疗互助自治。这一时期的合作医疗治理没有政府的直接介入,鲜见国家政策指导,更没有设立相应的公共服务机构。尽管在合作医疗制度建立过程中,卫生行政部门也出台了一系列倡导性政策,但这些政策多是对农民合作医疗实践的总结和肯定。在国家力量无暇顾及的情况下,农民享有充分的自治权,各地成立了由农民社员代表、农村基层干部、合作社医务人员组成的合作医疗管理委员会,对合作医疗的日常事务进行管理、监督,形成了“俱乐部”式的民主自治机制。

4. 为合作社社员提供初级卫生保健。合作医疗制度打破了传统“谁看病谁付钱”的医患双方协

* 农民理性是农民在长期的农业生产环境中通过自身及其前辈的活动经验形成的意识、态度和看法,它们不是来自于经典文献,而是来自于日复一日的日常生产和生活。“农民在他们的经济活动中一般是精明的、讲究实效和善于盘算的”

议关系,建立了第三方社区医疗保健组织加入的医疗保障关系,暂时结束了农民自费看病的历史。但是,限于合作社生产力的落后状态,合作医疗筹资水平十分低下,只能采用自种、自采、自制土药的方式,依靠乡村土医、乡土疗法来治疗本地病,为农民提供了“一把草药一根针”的低水平的初级卫生保健服务,真正做到了“无病早防,有病早治,省工省钱,方便可靠”,使农村有限的医疗卫生资源配置呈现出“帕累托最优”状态。据统计,截至1957年年底,全国合作医疗覆盖率达10%。

总之,初期的合作医疗制度是发端于农村合作社的一场诱致性制度变迁,是农业优先支持工业发展的宏观经济社会制度、农民社会保障依附于土地保障的中观社会保障制度、互助共济的微观农业合作社制度等交织整合形成的中国特色农民社区互助共济的医疗保障制度。

(二) 人民公社时期路径依赖下的强制性制度变迁(1958—1978)

1958年,在中共中央《关于在农村建立人民公社问题的决议》推动下,农村地区迅速涌现公社化运动的热潮,普遍建立起“一大二公”、“政社合一”的人民公社体制。“在农业全盘集体化基础上发展起来的人民公社化经济,已经不仅仅是农村社区农户之间的权利合作关系,就其实质而言,它是国家控制农村经济权利的一种形式”,国家政权通过“政社合一”的人民公社制度迅速深入农村基层,对农村经济、政治和社会实施全方位控制。作为人民公社的匹配性制度,农村合作医疗制度被改革和调整,在强制性制度变迁中被重塑为集体福利保障制度。

1. 政治动员和国家立法重塑合作医疗制度。伴随着人民公社“政社合一”宏观经济社会政治体制的嬗变,合作医疗的创制主体从农民领袖向政治高层转移,国家依据人民公社“一大二公”的理念,全面介入到合作医疗制度建设中,改革合作医疗的筹资、管理、经办和医疗服务提供,重塑了合作医疗制度。具体表现在:从中央到基层各级政府,不断强调合作医疗制度建设要坚持“政治性”、“革命性”,要坚持“政治挂帅、结合生产,为生产服务”的

方针^①。将合作医疗制度建设和运行成效列入官员政治“绩效考核”,并以政治动员的方式迅速推进合作医疗覆盖全国。1978年,合作医疗制度被载入《中华人民共和国宪法》,随后,由卫生部牵头起草的《全国农村人民公社卫生院暂行条例(草案)》和《农村合作医疗章程(试行草案)》对合作医疗制度进行了较为系统的法律规范。这一时期,合作医疗制度的名称虽然未发生改变,但是,其制度性质已经变迁为强制性的集体福利型医疗保障制度。

2. 建立集体筹资为主的筹资机制。人民公社的高度集体化之下,农民几乎不占有任何生产生活资料,全部交由集体并依靠集体进行分配。与此相适应的合作医疗制度的筹资也按照“集体出大头、个人出小头”的原则在集体和个人之间进行分担,掌握分配控制权的生产队在发放社员年终收益时提前扣除合作医疗费上缴生产大队。《农村人民公社工作条例修正草案》第16条明确规定“公积金和公益金的提取,只能由生产队进行,生产大队与公社不得进行公积金与公益金的提取”。合作医疗筹资的另一部分来源于农民社员每人每年缴纳的保健费。同时,公社中的五保户、贫困户等缴纳保健费存在困难时,由生产大队从公益金中直接予以救济。当然,在保证国家提取积累和社员口粮需求基础上,集体提留用于合作医疗的公益金少之又少,且统筹层次限于大队或者公社,合作医疗的筹资水平依然没有多少提高。

3. 形成“政社合一”与“医社合一”相结合的治理机制。在“政社合一”的管理体制下,国家控制医疗服务供给和药品资源配置,建立了县级公立医院、乡镇卫生院、村卫生所等三级医疗卫生机构的组织网络,负责合作医疗资金筹集、管理、经办、监督以及医疗卫生服务提供,形成“医社合一”的治理机制。在人民公社政府所在地设置乡镇卫生院,由卫生行政部门主管,配备必要的医疗设施和医务人员,负责为公社社员提供重大疾病诊治和医疗保健服务。在各生产大队设大队卫生室,由赤脚医生负责为本大队社员提供简单的医疗保健服务。同时,国家对药品价格进行管制,对三级医疗卫生机构的药品供给、房屋、设备及人员工资给予一定

^① 参见卫生部1959年4月15日发布的《关于加强人民公社卫生工作的几点意见》

补助。“政社合一”与“医社合一”的结合,使得合作医疗组织不仅隶属于人民公社,还隶属于政府卫生行政部门,成为既要完成国家下达的卫生行政任务,又要保证农民社员身体健康的多功能组织。

4. 为公社社员提供集体福利性的卫生保健。截至 20 世纪 70 年代末,合作医疗制度已覆盖 90% 的农村地区。人民公社时期的合作医疗制度嵌入在公社集体经济制度中,在近乎平均主义的分配方式下实现了卫生保健相对均衡的提供。政府通过振兴中医,将中草药和自制药提供给卫生院和村卫生室,并且培养大批赤脚医生,以较小的福利投入有效地满足了农民的卫生保健需求,基本做到了“小病不出队(村),中病不出社(乡),大病不出县”,对保护农村劳动力,支援农业生产具有积极的推动作用,获得农民“天灾靠人民公社,人病靠合作医疗”的高度赞扬和信任。

三、改革开放初期多元主体探索的制度变迁失效(1979—2001)

改革开放初期,以家庭联产承包责任制为核心的农村集体经济体制改革在全国陆续展开,集体经济组织逐渐退出具体的生产、经营、分配和管理环节,由集体经济组织筹资、管理、经办和监督的“医社合一”合作医疗体制式微,县乡村三级医疗卫生保健网络也因缺失集体经济的支持趋于市场化,医疗服务价格随着供方诱导需求的逐利动机而不断增长。然而,国家对农村的医疗保障政策未及时作出调整,合作医疗覆盖面严重萎缩,由鼎盛时期的 92.8% 猛降至 1989 年的 4.5%。

(一) 多元主体重建合作医疗的探索成效不彰

改革开放初期,政府对合作医疗采取放任态度,从 1979—1989 年的十年间,中央政府几乎没有出台任何关于合作医疗的专门文件。1982 年《宪法》也悄然删除了合作医疗的内容。由于缺乏上级的政策支持,地方和基层干部举办合作医疗的积极性大打折扣,“上面不喊了,中间不管了,下面就散了。”更有甚者,有的地方将合作医疗当作文革的产物全盘否定;农业部门则将合作医疗筹资当作滥收费,明确发文取消合作医疗;合作医疗从此一蹶不振。20 世纪 90 年代,农民重返自费医疗,再度陷入因病致贫的恶性循环中。为此,恢复和重建合作医疗的政策构想受到有关部门的重视,卫生部

从合作社时期的社区互助合作医疗,到人民公社时期的集体福利合作医疗制度的改革和变迁,以经济社会政治宏观环境的变革为动因,与人民公社独特的“政社合一”、“医社合一”体制相协调,是特定历史条件下的产物。与合作社时期一样,人民公社时期的经济社会制度安排,仍然以土地的集体所有为基础,以“剪刀差”方式提取农业剩余、优先发展工业为目标。因此,这一时期合作医疗制度的改革与变迁不可避免地存在路径依赖,仍然以集体经济作为合作医疗制度发展的基础。与合作社阶段不同的是,原来的微型社区集体经济已发展至大型公社集体经济,通过“政社合一”、“医社合一”的人民公社体制,强制性地将集体经济中的剩余产品分配用于医疗保障,使得合作医疗制度从农民自发创制的社区医疗保障制度变迁为国家推进的强制性集体福利保障制度。

门对发展和完善合作医疗做出了专门指示,组织召开全国合作医疗经验交流会和全国卫生工作大会,探讨发展合作医疗制度的良策。中央政府还组建一批专家团队以项目制方式探索合作医疗的恢复和重建工作,世界卫生组织以扶贫的名义深入中国农村开展“中国农村合作医疗制度改革”项目试验和跟踪研究。但是,多因合作医疗的管理和经办主体与农村家庭联产承包责任制不匹配而致失败。

(二) 重建合作医疗的筹资机制缺乏体制支撑

这一时期,国家政策规定合作医疗筹资“以个人投入为主,集体扶持,政府适当支持”,并未明确集体和政府的筹资比例分担责任。相反,家庭联产承包责任制的推行,使得取得土地收益权和支配权的农民,在筹资自愿的原则下,受益几率较高但缴费能力有限的体弱多病者愿意缴纳合作医疗资金,健康人群呈现明显的逆向选择态度,导致恢复重建中的合作医疗基金入不敷出。从全国范围看,在家庭联产承包责任制改革下,集体经济组织发展式微,很难再为恢复和重建合作医疗提供资金扶持,各级财政因国家未明确规定公共卫生投资政策和支出项目,对合作医疗的投入也仅仅是象征性的支持,缺乏体制支撑的合作医疗筹资机制存在严重的脆弱性。

(三) 合作医疗恒常治理主体缺失

合作医疗从产生之日起就对集体经济社会组织存在依附性。改革开放初期,人民公社体制解体,“政社合一”、“医社合一”的合作医疗管理和经办体制随之坍塌。以效率为导向的家庭联产承包经营体制迅速确立,适应新的经济体制而建立的村委会自治组织,在法理上理应成为村庄公共事务的治理主体,承接合作医疗的基层管理和经办事务。然而,在众多恢复和重建合作医疗的政策文本中,对于承担合作医疗基层管理与经办的治理主体未进行明确规定,仅仅两次模糊倡导集体经济应承担“支持”和“扶持”的责任。缺乏恒常治理主体,重建和恢复合作医疗制度的努力难以成就。

(四) 农民重返自费医疗

改革开放带来的经济社会政治宏观环境的深刻变革,使得合作医疗制度所依赖的支柱性制度丧失。但是,这一时期的合作医疗制度企图“锁定”在集体经济体制上并进行微调,试图从强制性的集体福利制度回归到自愿性的集体互助医疗保障制度,体制机制不匹配导致合作医疗制度改革与变迁失效。合作医疗重建受挫,农民的医疗风险重新裸露,农村的医疗保障问题凸显。与此同时,适应市场经济体制的农村医疗服务费用快速上涨,农民再度陷入“因病致贫、因病返贫”、“小病拖、大病扛、重病等着见阎王”的困境。

四、21世纪初期政府承担积极责任的强制性制度变迁(2002—2007)

2002年,适逢中国城乡二元经济社会结构解冻、向城乡一体化加速转型发展的分界点,伴随着工业化发展,城市化也缓慢推进,城乡户籍制度改革自下而上加速进展,经历十年探索的城镇职工基本医疗保险制度基本定型并覆盖全国。与农村医疗服务供给体系市场化相对应的是传统合作医疗制度的解体,农民因病致贫社会问题再度浮显。因此,政府着手重建农村医疗保障体系。2002年中共中央、国务院在总结重建合作医疗的经验和教训基础上,出台《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(以下简称《决定》),以顶层政策之力构建了新型农村合作医疗制度。与集体化时期的合作医疗制度只有“新型”一词不同,但是,这是适应市场经济体制、由政府承担积极责任、建立公共经办服务体系、强制实施和治理的医疗保障制度,是对传统合作医疗制度性质的颠覆性改革,实现了合作医疗制度的强制性变迁。

(一) 政府创制并主导实施新农合制度

自《决定》出台以来,卫生部或单独、或与财政部、发改委和人社部等联合、或由国务院办公厅转发的形式颁布近七十项新农合相关政策文件,界定了政府在新农合制度中的组织、筹资、管理、经办和监督等积极责任,并依靠自上而下的行政力量主导政策试点,鼓励地方自主创新,各试点地区也以地

方执行政策的规范性文件形式积极制定试点方案和管理办法。与此同时,成立了由卫生部、财政部等11个部委组成的“国务院新型农村合作医疗部际联席会议”,由卫生行政人员、院校科研机构专家组成的“新型农村合作医疗技术指导组”,对新农合各项工作进行决策、指导和协调,积极总结试点中的问题与经验,不断完善新农合制度,取得了良好的政策实施绩效。

(二) 确立了初级社会化筹资机制

新农合制度的筹资突破了传统合作医疗社区筹资的局限,建立了农民个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的社会保险筹资机制。其中,参合农民以家庭为单位自愿缴费,集体经济组织给予适当支持,央地政府四级财政则按照实际参合人数予以定额资助,对贫困农民的参保费用由地方财政“兜底”资助。从2005—2007年,中央和地方财政对新农合的补助总额分别从5.4亿元和36.9亿元增长到113.5亿元和212.4亿元,增长了21倍和5.8倍;同期中央财政支出和地方财政支出分别增长了1.3倍和1.5倍,远低于各级财政对参合农民补助的增长速度^①,因此,新农合是中国政府有史以来首次大范围、大幅度地采用再分配手段支持农民医保的制度建设。就筹资方式而言,在各地试点和创新的过程中,形成了代收、代扣、代办及滚动式筹资

^① 由历年《中国统计年鉴》及历年新农合统计数据整理而来

和交纳实物等形式多样的筹资方式。为了增强新农合的抗风险能力,筹资以县级为统筹单位,鼓励有条件的地方逐步向省级统筹升级。但是,新农合制度至今并未建立制度化的筹资增长机制,相对职工医保而言,新农合的筹资水平仍然较为低下。

(三) 建立了初级社会保险治理机制

新农合制度初步确立了社会保险治理格局,从中央到地方构建了由政府领导、卫生行政部门主管、相关部门协同的管理体制;构建了财政保障、社会法人组织形式的专门经办机构,按照“以收定支、收支平衡、专款专用、专户储存”的原则筹集、管理和运营新农合资金;建立了合作医疗监督委员会、人大监督、审计监督、民主监督等多元监督机制,对新农合资金的管理和使用进行监督等。决策、执行、监督的现代分工负责、权力制衡的新农合治理机制已基本形成。但是,新农合长期处于探索试点状态,治理机制问题重重,仍存在多头管理、政出多门的体制弊端;经办机构法人地位不独立、治理不完善、职能错位缺位、服务能力脆弱;监督机制流于形式等,真正意义上的社会保险治理机制还未成熟和定型,仅形成了政府占绝对优势,农民及社会组织有限参与的初级社会保险治理机制。

(四) 为农村居民提供初级社会医疗保险待遇 新农合待遇支付制度以大额医疗费用(住院)

五、城乡一体化加速时期与城镇基本医保制度的整合统一(2008—2018)

2008年,新农合实现了“制度覆盖”全国农村的目标,同年,中共中央、国务院出台《关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》,提出“加快形成城乡经济社会发展一体化新格局”,由此进入城乡加速转型期,嵌入在二元经济社会结构中的新农合制度,进入与城镇基本医保制度整合和统一的快速通道。

(一) 新农合与城镇基本医保整合统一的诱致性与强制性变迁

在加速城乡一体化体制机制建设推动下,农民

补偿为主,兼顾小病(门诊)费用补助,试图既提高抵御疾病风险的能力又兼顾农民受益面。但是,受低水平筹资所限,新农合医疗保险待遇长期受困于“保大”与“保小”顾此失彼、补偿标准与农民期望大相径庭的局面。并且,新农合的基本药物目录、基本诊疗服务目录及服务设施目录等容量较城镇医保小,全国大部分地方对新农合的报销范围进行多方面限制,部分诊疗服务及药品未纳入报销目录,参合农民只能利用基本医疗服务中的“最基本服务”,距离真正意义上的基本医疗保险待遇仍存在较大差距,仅为农村居民提供初级社会医疗保险待遇。

总之,与传统合作医疗制度相比,嵌入在社会主义市场经济体制中的新农合制度,因政府承担积极责任,以政策和政府命令的方式推进传统合作医疗制度从社区集体保障向强制性的社会医疗保险变迁,拯救了农村奄奄一息的医疗保障和医疗服务体系。但是,囿于城乡一体化渐进性改革的宏观背景,新农合制度参保主体中农民工群体的流动性、筹资调整的非制度化、管理的粗放性和保障待遇的非基本性,决定了新农合制度自产生之时起就长期处于与城镇基本医保制度的渐进性整合中而未定型、未定局。

工基本医保权益维护的诉求进入各级政府决策议题。21世纪之初,整合新农合、城居保和职工医保制度的探索就在广东、浙江和江苏等地方财政雄厚、城乡均衡发展的地方自发开展,以点带面,渐成不可阻挡之势,推进整合城乡基本医保的顶层政策渐次出台。2007年,城居保建制之初,国务院号召探索整合城乡居民基本医保制度;2012年,整合城乡基本医保制度及其管理经办体制成为十八大报告的决策^{*},也是“十二五”和“十三五”政府的执政主题之一^{**}。此后,整合城乡基本医保制度大步跨

* 党的十八大报告提出“要以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点,全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系”。党的十八大报告和十八届三中全会公报都明确“整合城乡基本医疗保险制度”是“今后一个时期我国社会保障制度改革的重点任务”之一

** 《社会保障“十二五”规划纲要》和《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》要求“探索整合城乡基本医疗保险管理职能和经办资源”;“以促进城乡统筹、更好适应流动性要求为目标,加快社会保障制度整合”。“十三五”规划持续要求“整合城乡基本医疗保险制度”

入全国推进阶段。2016年1月,国务院在总结各地自发整合城乡基本医保经验教训的基础上出台了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》^{*},统一整合城乡医保的规范,自上而下全力推进城乡基本医保制度的整合。2018年3月,第十三届全国人民代表大会第一次会议审议通过了《国务院机构改革方案》,明确组建国家医疗保障局,统一城乡三项基本医保制度的管理体制,为完成整合和统一城乡基本医保制度确立了组织保障。

(二) 社会化筹资机制在整合统一中不断完善

随着城乡三项基本医保制度整合统一步伐的不断推进,新农合逐步进入“定型、稳定与可持续”的制度升级阶段。在参保人制度上,新农合和城居保参保人资格认定从城乡户籍交叉认定标准逐步整合统一为城乡居住证唯一标准。在筹资制度上,统一为城乡居民个人缴费与政府补助相结合的社会化筹资机制,鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予适当扶持或资助。同时,合理划分筹资责任,完善动态调整机制,逐步建立筹资标准与政府财政收入和城乡居民人均可支配收入相挂钩的制度化动态增长机制^①。按照医保基金收支平衡的原则,统一城乡医保筹资标准,逐步建立与经济社会发展水平、城乡居民承受能力相适应的稳定筹资机制,在城乡医保个人缴费差距较大地区,允许采取差别缴费办法逐渐过渡。

(三) 社会保险法治初步形成

2010年10月28日颁布的《社会保险法》将新农合纳入调整范围,该法第24条对新农合制度概括规定“国家建立和完善新型农村合作医疗制度,新型农村合作医疗制度的管理办法,由国务院制定”,表明新农合的社会保险法治初步形成。但

是,《社会保险法》只是一部原则性、综合性、概括性的法律,在城乡三项基本医保制度尚未整合的情况下依据管理权归属分别予以导向性和授权性规定,缺乏具体的制度设计及可操作性。值得庆幸的是,新成立的各级医疗保障局不仅结束了长期以来城乡居民医保整合管理权归属的部门之争,而且,将会细化医保管理和经办服务的行政立法和政策体系,在《社会保险法》的框架和基本原则下起草统一的、整合型基本医疗保险实施性法规,从而全面整合和定型基本医保制度,推动基本医保制度的规范化和法治化发展。

(四) 保障水平向基本医疗保险逐步升级

在推进与城镇基本医保制度整合的过程中,各地区以统筹城乡为基本原则,制定城乡统一的医保政策,按照“就宽不就窄”的原则统一城乡居民基本医保三大目录,保障待遇支付范围由大病统筹为主、家庭门诊账户为辅调整升级为住院统筹加门诊统筹,逐步提高城乡居民医保统筹层级以增加医保基金的互助共济性。同时,在现有的筹资规模条件下,通过“再保险”的方式购买大病医保,以扩大城乡居民基本医保的报销水平。截至2016年,城乡居民基本医保基金“政策范围内”的报销比例由初期的30%~40%已经提高到70%左右。

当下,正处于城乡基本医保制度整合的关键时期,伴随国家医疗保障局的体制建设,如何改进城乡居民基本医保经办体制、真正发挥基本医保支付功能、推进医保“第三方付费机制”对医疗服务机构和患者的“制衡”,以破解改革滞后的医院和药品费用的高速膨胀对医保基金的“虹吸效应”难题,已经成为整合城乡基本医保制度的发展取向。

六、展望

中国农村合作医疗制度六十年变迁史,在形式上可以总结为追求建设中国特色的农民基本医疗保险制度的历史,在实质上可以归结为农民基本医

疗保障的国家治理历史,虽历经曲折,但发展态势良好,逐步形成“参保、筹资、待遇、管理、经办、监督”等核心要素规范化发展的制度格局,并渐次进

* 2016年1月12日国务院印发的《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,仅在政策层面上就整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度,建立统一的城乡居民基本医疗保险制度提出了“六统一”的要求,即要统一覆盖范围、要统一筹资政策、要统一保障待遇、要统一医保目录、要统一定点管理、要统一基金管理

① 参见国务院2016年1月12日发布的《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)

入全民医保的法治化新时代。

新时代、新征程是理论与实践创新的新起点,是推进城乡医保治理现代化的重要契机。党的十九大指出,现阶段中国的主要矛盾是人民日益增长的美好生活需要与不平衡不充分的发展之间的矛盾,这一论断同样适用于医疗保障领域。新时代,与人民日益增长的健康保障需要存在反差的是,城乡居民基本医疗保障制度、管理体制和经办公共服务资源不足、运行效率不高问题叠加。为此,要瞄准全面建成“覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续”的社会保障体系发展目标,在全面整合城乡医保制度体系的基础上,深入融合和改革城乡基本医保制度体系,以国家医疗保障局体制建设为平台,围绕基本医保的行政主管、经办服务、参保筹资和待遇支付等关键要素构建统一的实施机制,全面定型和统一城乡基本医保制度。一是以

统一医保行政管理为突破口,确立城乡统一的医保管理体制。依循“大部制”思维将城乡医保管理和医疗服务管理职能内部化,实现医保基金控费和医疗服务质量的协调管理。二是以社会保险法人定位城乡医保经办机构,建立统一的医保经办机构。加快培育医保、医疗、医药和参保人等各方利益诉求的联合会组织,逐步形成政府部门公正决策监督、经办机构照章办事、(医保)买卖双方(的联合会)平等协商、科学机构中立评价,且以透明化、专业化和信息化手段制衡医保利益各方的“第三方团购”机制。三是以社会团结原则和保险原则相结合,形成统一的城乡居民基本医保筹资和待遇支付机制。依据城乡居民的不同医疗风险维度设计统一的结构化、精细化医保筹资和待遇政策体系,以实现城乡居民医保待遇支付的普惠平等和有机关统一。

参考文献

1. [美]B.盖伊·彼得斯.王向民,段红伟译.政治科学中的制度理论:新制度主义(第三版).上海人民出版社,2016:82~83
2. 徐勇.农民理性的扩张——中国奇迹的创造主体分析.中国社会科学,2010(1):116
3. 孙淑云,郎杰燕.中国合作医疗治理六十年变迁.甘肃社会科学,2017(1)
4. 张自宽.亲历农村卫生六十年.中国协和医科大学出版社,2011:283
5. 王洪漫.大国卫生之难:中国农村医疗卫生现状与制度改革探讨.北京大学出版社,2004:3
6. 许经勇.我国农村的三次历史性变革——人民公社·家庭承包·乡镇企业·城镇化.广西经济管理干部学院学报,2002(1):10~15
7. 中共中央文献研究室编.建国以来重要文献选编(第十五册).中央文献出版社,1997:623~624
8. 张自宽.合作医疗好处多——麻城县乘马区卫生院院长座谈合作医疗情况纪要.卫生部湖北农村卫生工作队简报(4),1966(1)
9. 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.社会学研究,2004(5):1~18
10. 王绍光.学习机制与适应能力:中国农村合作医疗体制变迁的启示.中国社会科学,2008(6):111~113
11. 张自宽.在合作医疗问题上应澄清思想统一认识.中国农村卫生事业管理,1992(6):8~10
12. 程水源,刘汉成.城乡一体化发展理论与实践.中国农业出版社,2010:7
13. 孙淑云.社会保险经办机构法律定位析论——基于社会保险组织法之视角.理论探索,2016(2):112~113
14. 孙淑云,钱文亮.新型农村合作医疗制度的评析与展望.山西大学学报(哲学社会科学版),2007(5):104
15. 王东进.全民医保在健康中国战略中的制度性功能和基础性作用(上).中国医疗保险,2016(11):2
16. 熊先军.药品价格由市场机制确定的几个常识.中国社会保障,2015(7):82

Changes in China's Rural Cooperative Medical System

SUN Shuyun ,REN Xuejiao

Abstract: China's rural cooperative medical system has undergone the five major development stages, such as germination and generation, development and prosperity, decline and adjustment, reconstruction and rejuvenation, integration and merger, which span the period of China's socialist transformation, planned economic period, early reform and opening up, and the transition period of urban and

rural integration ,which are embedded in the institutional changes of the urban-rural division ,solidification ,thawing and integration of transformation in China. The experience of reform and change Include institutional change ,mandatory institutional change under the path dependence ,pluralistic exploration and failure and mandatory institutional change. As for the rural cooperative medical system ,the main body of construction and reform from the grassroots spontaneous exploration to the top of the policy design ,the insurance principal from the peasant members to all rural residents ,sharing of funds from the community mutual aid to social security co-ordination ,the content from primary health care to basic medical insurance upgrade ,the formation of the form from the autonomous constitution ,to the social policy and then to the legal system ,the institutional structure from incomplete to perfect ,and the management model from the grassroots community governance to basic medical insurance rule of law ,social governance. Looking forward to the future ,as an important symbol of the great rejuvenation of the Chinese nation ,the rural cooperative medical system with Chinese characteristics will be integrated and unified with the urban medical insurance ,and will accelerate the process of the legalization of universal medical insurance.

Key words: China's rural cooperative medical system; Institutional reform; Institutional change

责任编辑:方 静