

中国合作医疗治理六十年变迁

孙淑云 郎杰燕

(山西大学 政治与公共管理学院,太原 030006)

提 要: 合作医疗是中国特色的农民医疗保障制度,作为一项公共事业,其六十年的制度变迁是政府治理变革的反映,而政府治理变革主要体现在不断变化的政府与农民的社会治理关系上。从合作医疗的治理结构、治理机制、治理手段、治理绩效等多维视角审视,合作医疗治理历经五个特色发展阶段:合作化初期的农民医疗互助自治、人民公社时期的农民集体福利治理、改革开放初期政府放任治理与重建政策引导下的多元主体探索治理、城乡二元解冻时期政府主导的新型农村合作医疗的初级社会保险治理、城乡一体化加速推进时期整合城乡医保的过渡型社会保险法治。展望未来,合作医疗善治需要构建政府与农民以及其他社会主体相互协作、良性互动的社会保险治理关系,真正实现合作医疗治理的社会化、法治化。

关 键 词: 合作医疗治理;合作医疗制度;六十年变迁;社会保险法治

中图分类号: C913.4 文献标识码: A 文章编号: 1003-3637(2017)01-0081-07

DOI:10.15891/j.cnki.cn62-1093/c.2017.01.014

合作医疗是中国特色的农民医疗保障制度,产生于20世纪50年代中期,历经合作社集体化体制、计划经济体制和社会主义市场经济体制之六十年变迁的跌宕起伏。近年来,在城乡一体化推进的背景下,新型农村合作医疗制度正在与城镇居民基本医疗保险制度加速整合为“城乡居民基本医疗保险制度”(以下简称“城乡医保整合”)。然而,城乡医保整合的进程缓慢,由“十二五”社会保障规划的重点任务延展成为“十三五”社会保障规划的重点,农民“看病贵、看病难”的问题还未能很好解决。如何更好地完善和发展合作医疗制度,已为学界关注和热议。但是,相关研究大多围绕合作医疗制度本身,探讨合作医疗制度的历史变迁、制度结构和制度内容的完善等方面^[1-6]。极少有学者着眼于宏观社会治理视角探讨合作医疗的发展和完善,更乏见将合作医疗制度变迁置于政府与农民社会治理关系中进行考察。事实上,合作医疗作为一项公共事业,其制度建设是公共治理的内容和灵魂,紧密嵌入特定历史条件下的社会治理环境之中,深刻反映政府治理的变革。本文以中国不同经济体制下政府与农民的社会治理关系为根据,以合作医疗制度变迁为依托,以社会治理理论为指导,将合作医疗治理变迁划分为五个阶段,并从治理结构、治理机制、治理手段、治理绩效四方面述说合

作医疗治理六十年变迁,说明政府和农民的社会治理关系与合作医疗制度创新之间的关系,以此突出政府与农民的社会治理关系在合作医疗制度变革与转圜中的作用,并展望未来合作医疗治理之中国特色及其社会化、法治化发展。

一、合作化初期的农民医疗互助自治(1955—1957年)

新中国成立初期,“农村社区内农户之间基于私人产权的合作关系,已是国家控制农村经济权利的一种形式”^{[7]6}。依循这种合作化的互助共济逻辑,在缺医少药以及政府卫生部门还没有力量顾及农村的大背景下,1955年山西高平米山乡建立了首个由农村社员、医务人员和农业生产合作社共同集资的保健站,开创了合作医疗的先河。之后,在山西、河南、河北、湖南、贵州、山东、上海等地农村出现了一批由农业合作社举办的保健站和医疗站^[8]。1956年,河南省正阳县王店乡团结农庄创造性地提出“社办合作医疗制度”一词^①。“从1955年中国农民自发创建合作医疗制度开始,直到1957年,才有国家有关部门的零星关注、认可与原则性规定。”^{[9]42}考虑到合作医疗“合医”又“合药”的特性,国家卫生部将之归入卫生事业治理的大框架中“兼顾”,1957年8月《卫生部关于加强基层卫生组织领导的指示》指出“农业合作

社举办的保健站,是农业生产合作社的卫生福利事业机构,也是农村基层卫生组织之一。”政府并未直接介入合作医疗的具体治理之中,合作医疗的治理主要以合作社组织为基础,以集体互助共济为原则,实行农民医疗互助自治。

(一) 构建了微型社区的合作社自治结构

合作化初期,集体化程度较低,农民以初级农业合作社之核算单元为依托,在合作社组织基础上建立了“合作医药社”“卫生保健站”“医疗卫生保健站”等多种形式的农村基层医疗卫生组织。这些医疗组织都以合作社“微型社区”为单元,由社区内部的医务人员、社员和合作社集体自愿集资形成合作医疗资金,并在社区成员的参与和监督下管理合作医疗基金及其医疗保障待遇支付,形成微型社区的农民合作医疗互助自治结构。

(二) 形成了“俱乐部”式的民主自治机制

合作医疗的治理机制嵌于微型社区合作社的治理结构中,形成“俱乐部”式的民主自治机制。一是成立由医务人员、农村基层干部、农民代表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,并定期召开合作医疗代表会,对合作医疗运行中的问题积极反馈改进;二是合作医疗管理委员会主动征求贫下中农的意见,完善合作医疗的治理规则和运行程序;三是定期主动公开合作医疗账目,如有异议及时解决,并积极向参保社员报告工作,接受农民社员的监督,形成双向互动的“俱乐部”式民主自治机制。

(三) 以“超级民俗”^②为主要治理手段

这一时期,卫生部将合作医疗当作卫生事业“兼顾”,并没有具体介入合作医疗的治理。因此,合作化初期的合作医疗主要以“超级民俗”为治理手段,乡土熟人社会的文化网络的“信任”“人情”等“超级民俗”成为合作医疗治理的基本手段。并在医务人员、社员和合作社组织的相互信任中,形成互通有无的信息网络,增加了合作社社员的社会资本,降低了合作医疗的管理成本,使合作医疗取得了较为良好的运行效果。

(四) 实现了为农民提供“一把草药一根针”的低水平的初级医疗保健绩效

到1958年,合作医疗制度的村覆盖率达到10%^[10]。虽然合作医疗制度覆盖面很小,但是,农民自治的合作医疗制度创新打破了传统“谁看病谁付钱”医患双方民事服务的协议关系,建立了第三方医

疗保健组织加入的医疗保障关系,并在微型社区自治结构中,通过“超级民俗”治理手段增强了医、患、保三方之间的信任。同时,合作医疗采取“合医合药合防”的运营模式,提倡“三土”“四自”^③,通过开发本土药品满足了当时农民的用药需求,并且治疗过程鼓励采用“土方”“土法”,预防为主、群防群治,使农民获得了一“把草药一根针”的低水平的初级医疗保健,实现了“无病早防、有病早治、省工省钱、方便可靠”的医疗目标。

二、人民公社时期的农民集体福利治理(1958—1978年)

1955年7月,农业合作社掀起高度集体化高潮,从初级社走向高级社,并于1958年建立了“一大二公”“政社合一”的人民公社体制。人民公社具有政治统治、组织生产、社会服务、宣传教育等全部功能。“传统农村合作医疗制度也就嵌入于高度集权的、全能主义的‘政社合一’的人民公社体制之中”^[10],政府权力通过人民公社体制全面介入并改革了合作医疗制度。1959年,卫生部将合作医疗作为与人民公社相匹配的重要制度加以充实和推广,提出“根据公社的生产发展水平和群众的觉悟程度,逐步改变为集体保健医疗制度”^[8],由此,合作医疗治理呈现出显著的集体福利性。

(一) 合作医疗被置于“政社合一”与“医社合一”相结合的治理结构中

这一时期,人民公社实行“政社合一”的管理体制,并全面介入合作医疗治理,组建由卫生部门主管的公社卫生院,国家财政以补助公社卫生院为手段,支持公社卫生院管理合作医疗基金;卫生院不仅负责提供基本医疗服务,还负责合作医疗筹资、基金运行,形成了“医社合一”管理体制。“政社合一”与“医社合一”的结合,使得“政府计划性的、行政统管的职能也在合作医疗制度的建设发展中凸显出来,乡、村基层政府既是传统合作医疗的筹资者,也是组织管理者、监督者,同时,还是合作医疗服务提供者的供养者”^{[9]59}。在这样的治理结构下,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。

(二) 构筑了官僚化的集体福利治理机制

在“政社合一”与“医社合一”相结合的合作医疗治理结构中,合作医疗资金由举办地的人民公社或生产大队强制从农民的分红中直接扣除,实行强制性筹

资。卫生院管理合作医疗资金,其人员任免由人民公社联合农业生产合作社和卫生保健委员会推荐,并上报县委决定。由卫生院和赤脚医生负责为农民提供集体福利型的医疗保障服务,国家对卫生院实行一定程度的财政补贴并下放国家干部、医疗专家为农民提供医疗卫生服务;赤脚医生实行集体工分制。同时,合作医疗所需药品由国家统一提供。在这样的治理机制之下,农民失去了合作医疗初建时期的退保权利,也失去了参与、监督合作医疗治理的权利,合作化初期的合作医疗民主自治机制演变成了“医社合一”体制下的官僚化集体福利治理机制。

(三) 采用意识形态和政治运动的治理手段

这一时期,国家政权不断渗透到合作医疗治理之中,意识形态和政治运动治理手段不断加强。1956年,全国人大通过的《高级农业生产合作社示范章程》指出,农民的医疗保障不仅是个人之事,更是集体之事。特别是毛泽东发表的一系列指示提升了意识形态手段在合作医疗治理中的作用,1965年“六·二六”指示要求医疗资源向农村倾斜;1968年发表的“合作医疗好”指示,认为办不办合作医疗,如何办,如何经营管理已不是合作医疗治理关注的主要问题,而是成为是否拥护社会主义制度的政治问题。这一阶段,合作医疗发展以政治运动方式推进,通过塑造典型、多样化宣传、多渠道造势,使合作医疗进入鼎盛时期,覆盖率直线上升到1976年的90%^[11]。

(四) 合作医疗的全面覆盖提升了农民的医疗保健水平

这一时期,“政社合一”与“医社合一”相结合的治理结构、官僚化的集体福利治理机制与政治性运动相结合,以及政府积极的社会政策供给等都给予合作医疗重大支持,“政治上的高度重视和强大的政治动员力使合作医疗获得了无以伦比、举世无双的外部支持”^[10]。即便“文革”期间,过度强制性的农民集体福利的合作医疗也取得了不可估量的社会效果,被世界卫生组织称赞为合作医疗的“中国模式”。同时,还形成了三级医疗卫生预防保健网,基本上实现了“小病不出村,大病不出乡”“哪里有人,哪里就有医有药”的目标。并且,政治动员下的一些“国家医生”服务于农村乡镇卫生院,对赤脚医生的培训和指导,提高了农村医疗技术和水平,进而提升了农民的医疗保健水平。当时农民称赞,农业合作化挖了穷根,合作医疗挖了病根。

三、改革开放初期政府放任治理与多元主体探索

治理(1979—2002年)

合作医疗从产生之日起就对当时的经济社会组织存在依附性。然而,自1978年开始,中国实行市场化导向的改革开放政策,农村改革统一经营、统一分配的集体经济组织,实行家庭联产承包责任制,农民重返家庭经营的分散状态;合作医疗资金筹集所依附的集体经济组织式微;合作医疗所依托的“医社合一”的卫生组织在集体财力支持不断减弱下衰落等,导致集体福利性质的合作医疗衰败。传统农村合作医疗制度的覆盖率从1976年的90%急剧下降至1989年的4.5%^{[9]56},尽管1978年合作医疗被纳入宪法^④,1979年12月卫生部发布《农村合作医疗章程(实行草案)》,也未能阻止合作医疗衰退之势,农民又陷入自费医疗的境地。不过,在少数集体经济发达的农村和国际组织进行试验项目的地方,合作医疗一息尚存。至此,合作医疗进入政府放任治理与多元主体探索治理的曲折发展阶段。

(一) 政府放任治理与重建合作医疗政策引导下的多元主体探索治理

改革开放初期,人民公社解体,乡镇卫生院和农村卫生室随着“以经济建设为中心”的政策指引走向市场,“医社合一”的治理结构分化。“从1979—1989年,政府对合作医疗采取了放任自流的做法,中央政府几乎没有出台任何关于合作医疗的专门文件。”^[10]进入20世纪90年代,农民“因病返贫”问题凸显,政府开始探索重建合作医疗。1994—1998年,国务院研究室、卫生部、农业部与世界卫生组织合作,在全国经济发展程度不同的7个省14个县(市)开展“中国农村合作医疗制度改革”项目试验与跟踪研究工作^{[9]57}。与此同时,苏南、上海一带集体企业实力雄厚的地区,在地方政府支持和引导下,加强基层卫生组织建设,实行集体办医,解决乡医报酬,实现了合作医疗的区域性发展。

(二) 探索中国特色的合作医疗社会化治理机制

苏南、上海一带的合作医疗自治与世界卫生组织合作的项目在创新治理实践中,探索中国特色合作医疗的社会化治理机制。一是政府承担筹资责任,引导和扶持合作医疗筹集资金,形成地方财政、个人和集体共同负担的合作医疗筹资机制;二是设立专业机构和人员负责合作医疗的组织、协调、管理和监督。苏州等试验地方还下发文件,要求每个乡镇配备2~3名专门人员,工资由财政负担,负责合作医疗运营相关事宜等,合作医疗的社会化治理初见端倪。

(三) 矛盾反复的政策治理造成合作医疗重建艰难曲折

为了加强合作医疗制度建设,1978年的宪法明确规定,“国家逐步发展社会保险、社会福利、公费医疗和合作医疗等事业,以保证劳动者享受这种权利”,首次将农民的合作医疗保障权赋予宪法保护。次年,卫生等部门联合下发的《农村合作医疗章程(试行草案)》指出“农村合作医疗是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。”^[12]随后,卫生部相继出台配套政策,积极支持农村合作医疗制度的发展。但是,农业部认为合作医疗费用是加重农民负担的重要因素之一,为了减轻农民负担,农业等部委于1999年出台《减轻农民负担条例》,明确规定禁止征收合作医疗费用。2000年《中共中央关于国民经济与社会发展“十五”计划建议》取消了合作医疗制度。相关合作医疗的支持性政策和抵制性政策相互矛盾,使得合作医疗重建无所适从,徘徊不前。

(四) 缺乏统一治理的合作医疗衰落导致农民重返自费医疗

改革开放后,一些地方合作医疗自治以及世界银行等国际组织的合作医疗创新项目治理虽然取得了一定成效,但是覆盖范围极其有限。据统计,到1997年农村合作医疗的覆盖率仅占全国行政村的17%,农村居民参加合作医疗的仅为9.6%^[13]。加之各级政府唯GDP是图,政策矛盾反复,农村合作医疗治理整体走向衰落无法避免,农民重返自费医疗。据北京大学研究人员2001年调查,农民家庭两周患病率在48.65%,应就诊而未能就诊的比率达81.25%,其中属于经济原因的占一半以上^[14]²⁴¹,形成“小病拖,大病扛,重病等着见阎王”的态势。从农民朴素的话语中^⑤也可以看出农民医疗保障的困境和无奈。当疾病缠绕于身时,广大农民处在“拖”“等”的恐慌、无奈至绝望中,事实上已深陷一个十分不确定的“风险社会”之中^[15]¹⁸⁶⁻¹⁸⁷。

四、城乡二元解冻时期政府主导新农合的初级社会保险治理(2003—2009年)

新世纪之初,中国经济、政治、社会体制纵深改革,城乡二元结构开始解冻,特别是经历2003年SARS危机的磨砺,政府深刻体会到中国脆弱的农村医疗保障体系的重大社会风险。面对农村医疗保障长期的“短板”状态,政府开始通过持续性社会政策

供给,着力提升农村医疗保障的治理水平。2002年10月,中共中央、国务院出台《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(以下简称《决定》),明确规定改革传统农村合作医疗制度,“建立新型农村合作医疗制度”(以下简称“新农合”)。此后,从2002年到2010年的《社会保险法》颁布,卫生部、财政部、民政部等部门或单独,或联合,或由国务院办公厅转发,相继颁发了六十余项相关新农合制度的政策文件,助推合作医疗进入政府主导的初级社会保险治理阶段。

(一) 建立政府主导下“公民合办”的治理结构

2002年《决定》规定“新型农村合作医疗是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资的农民医疗互助共济制度。”2003年《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(以下简称《意见》)中明确建设新农合的治理结构,成立由卫生、财政、民政等七部门组成的合作医疗协调小组,要求在各级卫生部门内部设立新农合管理机构,新农合统筹区域政府组织成立由相关部门和农民代表参加的新农合管理委员会,并在新农合管理委员会下设新农合经办机构,其运行经费由财政负担。同时,要求设立新农合监督委员会对合作医疗运行过程进行监督。合作医疗管理委员会、经办机构、监督委员会等治理组织的建立和社会化筹资机制的确立,强化了政府的主导职责^[16],形成了政府主导下“公民合办”的新农合治理结构。

(二) 形成了初级社会保险治理机制

“公民合办”的新农合治理结构基本建立,并初步形成了不同于传统农村合作医疗的社会保险治理机制。一是提高了合作医疗的社会统筹层次,基本实现了县级统筹,建立了新农合的社会性统筹基金单位。二是由卫生行政部门设立合作医疗管理委员会组织协调、管理合作医疗事宜,并建立合作医疗经办机构,按照“以收定支、收支平衡、专款专用、专户储存”的原则运营与管理新农合基金。三是建立由政府正式监督和农民等社会力量参与的非正式监督相结合的合作医疗监督机制,对合作医疗基金运营进行监督。但是,毋庸讳言,新农合治理机制建设之初,基层新农合临时搭建“草台班子”负责管理与经办,加之卫生行政主管部门与新农合经办机构、新农合的定点医疗服务机构之间的“管办不分”“政事不分”之体制困局,以及农民信息不对称、参与新农合管理与监督的渠道有限等因素制约,新农合未能实现真正意义上的社会保险治理,却形成了政府占绝对优势,农民及

其社团组织有限参与的初级社会保险治理机制。

(三) 政策治理作为主要治理手段

从2002年初建立新农合制度,到2010年《社会保险法》颁布,中共中央、国务院及其各部委密集出台新农合政策,以政策主导新农合的治理,彰显了巨大的政策治理效应,不仅推动了新农合试点前期开创性工作的展开,还保证了新农合较为平稳的运行。但是,政策作为弹性、指导性、方向性的规则体系,缺乏权威性和稳定性,无法避免“人治”趋势,特别是新农合基金以县为统筹单元,在长期的试点中,以政策创新为旗号,导致“一县一策”的“碎片化”治理格局,未能建立起节省制度资源、普遍适用的新农合社会保险法治机制,无以全面胜任保障新农合健康稳定运行的重任。

(四) 新农合为农民提供了初级医疗保障

据李华对全国30个省1451个行政村14510户农民的实地调查发现,全国有87.1%的农民对新农合报销比例还表示满意,87%的农民认为能够满足一般医疗服务,81.8%的农民对药品和诊疗项目感到满足^[17]。在群众对“看病难、看病贵”怨声载道之时,农民能够获得初级医疗保障并提高了对新农合的满意度实属难得。然而,在农村经济社会及其医疗服务有限约束条件下,由于新农合较低的筹资水平,“保大”或“保小”往往顾此失彼,农民只能获得初级的医疗保障,离农民所需的基本医疗保障还有一定距离。据统计,2006年农民住院费平均补偿水平仅有25.7%^[18],直到2010年,新农合“政策范围”内住院补偿水平才提高到60%^[19]。

五、城乡一体化加速推进时期整合城乡医保的过渡型社会保险法治(2010年至今)

2008年,十七届三中全会《关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》提出了“加快形成城乡经济社会发展一体化新格局”的社会政策,其中,建立促进城乡社会保障制度一体化体制机制是一项关键任务。2009年,国家出台《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,明确指出“探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度。”2010年10月《中华人民共和国社会保险法》颁布实施,新农合被纳入基本医疗保险范围统一调整。2016年1月3日,国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,要求整合新农合与城乡居民基本医疗保险为统一的“城乡居民医疗保险制度”。这一阶段,建立公平、一体化的城乡基本医保是主题,依法治理成为包含新农

合制度在内的基本医疗保险治理的主要手段。在推进城乡医保制度整合的过程中,新农合治理正向基本医疗保险治理升级,呈现明显的过渡型社会保险法治特性。

(一) 形成过渡型基本医疗保险的社会化治理结构

《社会保险法》明确规定我国实行的是社会基本医疗保险制度,通过整合城乡医保,建立社会化治理结构以优化新农合治理已成为政府和社会共识。截至2016年6月,已有广东、青海等12个省份将“分割”于卫生部门和人社部门的城乡医保管理体制予以整合,统一由人社部门主管^[20],改变了新农合由卫生部门“一手托两家”的治理结构。同时,福建三明市等一些地方积极探索“大部制”管理,将管理协调成本内部化,促进医保基础性作用的充分发挥。另外,城乡医保整合中各地将分割设于卫生部门下属的新农合经办机构与人社部门下设的城镇医保经办机构进行整合,既提高了医保经办运行效率,又节约了经办资源,提供统一的经办服务。与此同时,佛山、东莞等少数地方积极弘扬社会医疗保险的社会团结互助原则,鼓励社会办医,积极培育农民医保社会团体,并倡导农民和专家团体参与医保的管理与监督,从而使新农合从政府强力主导的集权型治理格局走向由政府、农民、社会等多元主体共同参与的社会化治理格局。然而,囿于我国社会组织尚欠发达,未能从根本上改变政府主导社会保险事务处理的集权型治理结构。

(二) 逐步构建多元主体合作基础上的社会保险法治机制

城乡医保整合进程中,先行整合的地方开始从如下方面积极探索社会保险法治机制。一是在城乡医保管理和经办机构整合的基础上,拆解行政主管部门对医保经办机构的利益,将行政主管部门履行的行政管理职能和医保经办公共服务的职能分开,使行政主管部门从医疗保险的“举办者”转变成为医、患、保三方利益的规划者、监管者、调控者,使未完成“政事分离”的“半成品”的城乡医保经办机构朝独立社会保险人的方向发展^[21]。二是成立由政府、农民、专家共同参与的社会保险委员会来管理社会保险事务,使其既独立于政府,又能兼顾各方利益。三是鼓励农民积极参与医保政策制定、基金管理监督过程,通过信息化平台的充分利用拓宽农民参与渠道,增强医保基金的安全性和制度的可持续性。

(三) 法律渐成主要治理手段

2010年10月28日《中华人民共和国社会保险法》颁布,将新农合纳入调整范围,并对新农合的管理监督体制、经办服务做出方向性、原则性规定,为新农合依法治理提供了法律依据,结束了新农合“脱法”的历史,法律渐成新农合治理的主要手段。但是,《社会保险法》过于迁就城乡医保“分割”的国情,是一部原则性、粗糙性、方向性和迟滞性^[22]的立法,仍对城乡三项医保制度分别进行规范,如第24条明确规定,“新型农村合作医疗的管理办法,由国务院制定”,为整合城乡医保预设了障碍,与推进城乡医保一体化背道而驰。为此,尽快制定整合型的“基本医疗保险条例”,完善《社会保险法》,引导和规范包括新农合在内的城乡基本医疗保险实现典型社会保险之法治治理成为基本医保发展的必然。

(四) 初级保障水平的新农合逐步向基本医疗保险水平提升

各地在推进整合城乡医保过程中,均积极贯彻以城带乡、统筹城乡的基本原则,围绕整合城乡医保筹资和待遇这两个关键环节制度,在统一城乡医保管理体制前提下制定统一的城乡医保政策,按照“就宽不就窄”的原则统一城乡医保目录,并通过提升城乡医保统筹层级,增强基金的互助共济功能,依据“就高不就低”的原则逐步提升城乡居民基本医疗保险待遇水平。截至2016年6月,已有天津、山东、广东等12个省份实现了城乡居民基本医保的整合。从先行医保整合地区的实践看,农民的医疗保障水平明显提高。例如,山东省东营市城乡居民医保整合后,农民普通门诊报销水平提高了10.6%,住院报销水平提高了9.3%,门诊慢性病报销水平提高了22.1%^[23]。天津市农民住院报销水平从2009年新农合的30%提高到2014年的66%,其中在社区医疗机构就医的报销比例高达76%^[24]。

六、结论与未来展望

合作医疗六十年变迁不仅仅是制度变迁的平面过程,而且是由政府、农民共同参与的合作医疗治理的动态多维嬗变过程,虽历经曲折,但目前发展态势良好。在这一过程中,政府的治理变革意义重大且不可替代,政府为谋求农民获得更好的医疗保障,介入合作医疗的程度逐步加深,从引导农民实行集体互助合作的医疗保障到政府承担主导责任的初级医疗保险,其治理结构、治理机制、治理手段不断进步,治理绩效日益增强。但是,当前正处于整合城乡基本医保

进程中的新农合制度以及城乡居民基本医疗保险制度还未定型,随着政府介入的加深,城乡居民医保治理却出现了明显的以官设、官办、官督为特色的政府集权型管理特征^[21],排斥了城乡居民参与基本医疗保险的管理监督权。为此,基于典型的基本医疗保险的社会化、法治化治理要求,新农合善治需要建立政府与农民以及其他社会主体相互协作、良性互动的社会保险治理关系。然而,这一关系的建立还必须创造两个基本前提条件:第一,根据责任共担原则明确各方责任,分解政府集权型的社会保险治理职能。包括政府、农民的基本医疗保险费供款责任、农民和社会专家参与管理和监督的责任等,都需要厘清边界。目前,政府对包括新农合在内的城乡居民基本医疗保险费的供款责任非制度化、过度福利化倾向亟待改良,政府集权管理和经办城乡医保的管理体制亟待改革。第二,推进政府赋权社会,实现真正的基本医疗保险社会化治理。基本医疗保险治理需要有成熟的政府,也需要成熟的保险经办组织、被保险人组织和专业社会组织。首先,政府应当增强理性,承担自己的基本医保公共管理监督职责。其次,确立城乡居民基本医疗保险经办机构的独立法人地位,并在社会团结原则基础上,形成网络化的城乡基本医疗保险实施系统。

注 释:

①“社办合作医疗制度”这个提法,从现在所能查到的资料看,最早始于河南。据河南省卫生厅1960年的一篇报告介绍,“社办合作医疗制度是1956年9月原王店团结农庄创始的”。1959年春,张自宽和陈仲武等同志曾去河南农村做调查,根据调查所见,农业合作化时期,河南农村的“合作医疗制度”,也是采取收“保健费”的办法,并由农业社从公益金中适当给予补助,合作的范围也是“合医合防不合药”。因此,它同山西省高平县米山乡的内容和做法并无差别,只是名称提法不同而已。参见张自宽,《对合作医疗早期历史情况的回顾》,发表于《中国卫生经济》,1992年第6期,第21-23页。

②美国社会学家萨姆纳将制度分为“长成的制度”和“法定的制度”,前者是一种比较永久的“超级民俗”,即一组定型化的民德,而民德是经由民俗到风俗而长成的。参见(英)邓肯·米切尔,《社会学词典》蔡振扬等译,上海译文出版社,1987年版,第176-177页。

③“三土”是指“土医、土药、土药房”;“四自”是指“自采、自种、自制、自用”。

④1978年宪法第50条规定“劳动者在年老、生病或者丧失劳动能力的时候,有获得物质帮助的权利。国家逐步发展社会保险、社会救济、公费医疗和合作医疗等事业,以保证劳动者享受这种权利。”

⑤农民的朴素话语,“一人生病,全家受累,卖了猪鸭,付不起医疗费”;“累死累活几担粮,几声喷嚏就花光”;“耕一春,收一秋,病一次,汗白流”;“救护车一响,一头猪白养”;“脱贫三五年,一病回从前”;等等。

参考文献:

- [1]夏杏珍.农村合作医疗制度的历史考察[J].当代中国史研究,2003(5):110-118.
- [2]朱玲.政府与农村基本医疗保障制度选择[J].中国社会科学,2000(4):89-99.
- [3]唐旭辉.农村医疗保障制度研究[M].成都:西南财经大学出版社,2006.
- [4]张琪.中国医疗保障理论、制度和运行[M].北京:中国劳动社会保障出版社,2003.
- [5]刘雅静,张荣林.我国农村合作医疗制度60年的变革及启示[J].山东大学学报:哲学社会科学版,2010(3):144-151.
- [6]杨春治.政府主导下的新型农村合作医疗制度综合路径探讨[J].农村经济,2015(8):65-70.
- [7]周其仁.产权与制度变迁:中国改革的经验研究[M].北京:北京大学出版社,2004.
- [8]张自宽.对合作医疗早期历史情况的回顾[J].中国卫生经济,1992(6):21-23.
- [9]孙淑云,柴志凯.新型农村合作医疗制度的规范化与立法研究[M].北京:法律出版社,2009.
- [10]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.
- [11]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[J].中国社会科学,2008(6):111-133.
- [12]徐杰.农村合作医疗应由互助共济向社会统筹转变[J].卫生经济研究,2004(3):26-27.
- [13]孙爱琳.中国农村医疗保险:现状分析与对策构想[J].江西财经大学学报,2003(2):36-39.
- [14]国家计委社会司.区域卫生规划论文集[M].北京:中国计划出版社,1999.
- [15]胡宜.送医下乡:现代中国的疾病政治[M].北京:社会科学文献出版社,2011.
- [16]孙淑云.新型农村合作医疗制度的自愿性与强制性[J].甘肃社会科学,2013(2):131-135.
- [17]李华.新型农村合作医疗制度的效果分析——基于全国30省1451行政村14510户的实地调查[J].政治学研究,2011(2):115-123.
- [18]陈燕南.关于如何相对提高“新农合”保障能力问题的研究[EB/OL].(2012-12-23)[2013-05-20].http://www.docin.com/p-561070440.html.
- [19]辛毅,邓丽颖.我国新型农村合作医疗制度实施效果、原因及建议[J].价格理论与实践,2011(4):75-76.
- [20]李唐宁.12省明确整合城乡医保制度划归人社部门管理[EB/OL].(2016-06-17)[2016-06-20].http://news.xinhuanet.com/fortune/2016-06/17/c_129069962.htm.
- [21]孙淑云.整合城乡基本医保立法及其变迁趋势[J].甘肃社会科学,2014(5):10-14.
- [22]孙淑云,郎杰燕.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[J].理论探索,2016(2):110-115.
- [23]王东进.山东整合城乡居民医保实践的启示[EB/OL].(2015-08-06)[2015-08-20].http://www.zgylbx.com/tbmvpok-pnew92386_1/.
- [24]刘允海.城乡居民医保整合的底气和效应——以天津市为例[J].中国医疗保险,2015(9):34-36.
- [25]郑功成.从政府集权管理到多元自治管理——中国社会保险组织管理模式的未来发展[J].中国人民大学学报,2004(5):40-45.

基金项目:本文系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”(13AFX027)、山西省高等学校中青年拔尖创新人才项目“衔接多层次医疗保障的法律制度研究”(2014052002)的阶段成果。

作者简介:孙淑云(1966—),女,山西永济人,山西大学政治与公共管理学院教授,博士生导师;郎杰燕(1991—),女,山西陵川人,山西大学政治与公共管理学院2014级博士研究生。

责任编辑:胡政平;校对:鲁雪峰