

# 中国医疗保障制度发展的历史演进 (1949 年~1978 年)\*

## ——兼论医疗保障政策史

邹长青<sup>①②</sup> 田月<sup>①</sup> 郇波<sup>①</sup> 孙昌赫<sup>①</sup> 袁兵怡<sup>①</sup> 赵航<sup>①</sup> 朱京海<sup>①</sup>

**摘要:**1949 年~1978 年这一历史阶段,受计划经济管理的影响,中国医疗保障制度建设始终未能走向现代医疗保障制度发展的道路。但改革开放前中国医疗保障制度却以“低水平、广覆盖”为原则,在经济发展水平较低的历史时期,树立了世界初级卫生保健榜样的形象。从新中国建立到改革开放前,城市医疗保障建立在公费医疗和劳保医疗两大制度之上,在农村则由农民自发创举了农村合作医疗制度。

**关键词:**中国,医疗保障制度,历史演进

**中图分类号:**R-092 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2018)06-0081-06

**DOI:**10.12014/j.issn.1002-0772.2018.06a.21

**Historical Evolution of the Development of Chinese Medical Insurance System (1949~1978): Discussion on the History of Health Care Policy** ZOU Chang-qing, TIAN Yue, HUAN Bo, et al. Institute of Oriental Humanistic Medicine, China Medical University, Shenyang 110122, China

**Abstract:** During the historical stage between 1949~1978, upon the influence of the planned economy, China's medical insurance system has failed to direct the institutional change towards the road of modern health care system. However, before the reform and opening up period, China's medical insurance system has been a role model for the world in primary health care thanks to its "low level, wide coverage" principle during the period of low level of economic development. Between the period of the founding of People's Republic of China to reform and opening up, urban health care was built on two systems including public healthcare and labor insurance, whereas in rural areas, farmers created the "rural cooperative medical care system" by themselves.

**Key Words:** China, medical insurance system, historical evolution

一个国家的发展始终与这个民族的历史传统分不开,一项事业的建设和改革始终与一个国家的基本国情息息相关。新中国医疗保障体系的发展亦是如此,从经济模式来说,经历了从计划经济体制向市场经济体制转变的过程;从新中国历史分期来说,中国医疗保障体系发展可大致分为:创建时期(1949 年~1955 年)、探索时期(1956 年~1966 年)、稳定时期(1966 年~1978 年)和改革时期(1978 年至今)四大历史阶段。从我国城乡二元的社会结构来看,医疗保障又呈现出城市与农村分散发展的特征。

梳理新中国成立以来中国医疗保障政策的历史沿

革,从中描绘出我国医疗保障发展的历史进程,并从保障对象、医保的覆盖面、医保支付方式、医保受益方、医保的筹资水平、统筹层次、医保筹资与使用的公平性等

的变迁来剖析我国医疗保障体系的历史脉络,进而可以对我国医疗保障发展作出综合性的政策评价。这将为新医改提供可资借鉴的历史依据。

1 新中国医疗保障制度的初步建立(1949 年~1955 年)

1.1 发展历程

新中国成立伊始,国家百业待兴。“一穷二白”可以概括当时中国的基本国情。革命年代的卫生保障制度为战争胜利提供了不可或缺的后勤保障,但这种随军流动式或者说边区局部的卫生建设一旦面临整个国家全方位的卫生统筹发展时就显得有些力不从心。1949 年后,我国经济政策受前苏联计划经济体制的影响,我国“医疗保障制度也是在高度集中的经济体制下建立起来的”<sup>[1]</sup>。1952 年 6 月,国家决定在国家工作人员范围内实施公费医疗制度;工矿部门则于 1951 年 2 月就开始了试行劳动保险条例;同年,在陕北老根据地及某些少数民族地区试行了公费医疗预防制;“根据国家卫生人员力量与经济条件……自 1952 年 7 月起,分期推广,使全国各级人民政府、党派、工青妇等团体、各种工作队以

\* 基金项目:2017 国家发展改革委振兴司课题;2012 年辽宁省哲学社会科学规划基金项目(L12CGL017);2015 年辽宁省教育厅科学研究一般项目(W2015400);2016 年辽宁省教育厅人文社会科学研究项目(LR201608)

①中国医科大学东方人文医学研究所 辽宁沈阳 110122

②南京大学马克思主义学院 江苏南京 210046

作者简介:邹长青(1983-),男,中国医科大学副教授,南京大学博士研究生,研究方向:卫生政策发展。

通讯作者:朱京海(1960-),男,教授,博士生导师,研究方向:医养工程。E-mail:allan2003@vip.qq.com

及文化、教育、卫生、经济建设等事业单位的国家工作人员和革命残废军人,享受公费医疗预防的待遇”<sup>[2]</sup>。因此,公费医疗制度是我国“对国家机关和国家事业单位工作人员以及大中专院校学生实行的一种免费医疗保健制度”<sup>[3]64</sup>。而且,公费医疗制度是一种“强制性雇主责任制度”<sup>[4]94</sup>,从统筹层次上来说,该制度实行辖区管理,“一般由区县政府统筹、审核和监督使用各单位的公费医疗经费”<sup>[4]96</sup>。从保障对象上说,公费医疗保障的主要对象是国家机关和事业单位工作人员、离退休人员,二等乙级以上革命残废军人,高校在校学生。从筹资来源上说,公费医疗经费主要是“由国家财政按人头拨付给各级卫生行政部门,实行专款专用、统筹使用的原则,不足部分由地方财政补贴”<sup>[4]996</sup>。

与此同时,根据1949年《中国人民政治协商会议共同纲领》“逐步实行劳动保险制度”的规定,针对城市企业职工,国家颁布了《中华人民共和国劳动保险条例》(以下简称《劳保条例》),确立了劳保医疗制度,以解决工人的医疗保健问题。原劳动部根据政务院的指示还制定并公布了《中华人民共和国劳动保险条例实施细则》。公费医疗和劳保医疗制度的确立是新中国为解决国家工作人员和企业职工医疗保健问题的重要措施。这两个文件规定的医疗保障对象仅是国家工作人员和企业职工<sup>[5]</sup>。

由此说明,当时公费医疗和劳保医疗在国家工作人员当中的覆盖范围较广泛。而且从制度类型上来说,劳保医疗制度也是一种“强制性的雇主责任制度”。但在整个计划经济时期,“我国城镇医疗保障也没有实现全覆盖,享有医保的城镇人口很可能在70%左右”<sup>[4]97</sup>。

在筹资方面,由于受公有制制度的影响,且出于对职工的保护,《劳保条例》规定劳动保险的各项费用,全部由实行劳动保险的企业行政方面或资方负担……交工会组织办理。行政方面代表国营、集体企业的统筹方式,资方缴纳保险金则是对公私合营、私营企业的一种规定。企业职工的劳保资金由企业单位按职工工资总额的3%提取。“1957年改为按4.5%~5.5%提取。1969年11月,财政部又重新规定,将企业奖励基金、福利费、医药卫生费合并为‘企业职工福利基金,按工资总额的5.5%提取’。到20世纪80年代初,扩大企业自主权的企业在利润留成中提取福利基金,医疗卫生费用仍在福利基金中支出。”<sup>[3]63</sup>

公费医疗通过门诊、住院和发给医药费三种方式实现。其中,地方尚无法实行门诊、住院办法之条件时,“发给医疗费用”,经费由“各级人民政府领导的所属卫生机构分配,绝不许平均分配发给本人”。《劳保条例》亦规定:“每月缴纳的劳动保险金,其中30%存于中华全国总工会户内,作为劳动保险总基金;70%存于各企业工会基层委员会户内,作为劳动保险基金。”因此,从管理和支付、统筹层次上来说劳保资金完全是按计划经

济的方式安排,在筹资上个人的责任极小,财政和企业基本包办了职工的医疗保障事务。公费医疗与劳保医疗制度是历史和时代的产物。

## 1.2 初期医疗保障制度呈现的特点

在国家建立初期,卫生资源的缺乏和高度集中的经济管理体制决定了当时我国的医疗保障体制与人民群众健康需求是基本相适应的。初期的医疗保障制度呈现出如下特点。

### 1.2.1 保障程度较高

这既体现在医疗保障的覆盖面上,也体现在具体的医疗服务中。例如,职工因工负伤,在企业医疗机构无法救治的情形下,企业须将工人转送其他医院医治,“其全部诊疗费、药费、住院费、住院时的膳费与就医路费,均由企业行政方面或资方负担。在医疗期间,工资照发”<sup>[5]</sup>。

### 1.2.2 体现新生政权的优越性

在国家经济困难的时候,国家着手医疗保健制度建设,直接体现了“为人民健康服务,为社会主义建设服务”<sup>[6]</sup>的人民卫生观。这种初级水平的医疗保障制度使得劳动者第一次真正享受到基本医疗服务的待遇,是新生政权人民当家作主的反映。

### 1.2.3 适应国情,是时代的产物

经济基础决定上层建筑,在一定意义上经济发展水平决定社会发展水平。新中国百废待举,人的健康发展水平直接影响到生产的发展。唯有解决生产发展的劳动力健康制约因素,才能为我国经济社会建设免除后顾之忧。为此,国家卫生服务也面临着重大变化,即从战争时代的卫生服务制度向和平年代为国家建设服务的卫生制度的转变。尽管当时我们并未确立社会主义制度,但社会主义因素的快速发展要求建立一套以生产资料公有制和计划管理体制为特点的卫生管理体制。公费医疗、劳保医疗制度在保证劳动者健康,促进经济发展中起到了非常重要的作用。

## 1.3 无法回避的缺陷

但这一仅仅满足于人民群众基本、初级卫生保健的制度本身也存在着一些无法回避的缺陷。

第一,缺乏有效的控费机制。公费医疗的经费由国家支付,国家根据职工医药方面的实际需要和国家财力可能,确定每人每年享受公费医疗待遇的预算。实际超支部分,由国家财政补贴;劳保医疗经费也是由企业本身负责管理,超支部分由企业自己承担<sup>[1]</sup>。无论是公费医疗还是企业劳保医疗制度都未能体现个人在自身健康上的花费负担,这在一定程度上导致了医疗费用、药品费用的大量浪费,甚至出现套骗公家药品的行为。

第二,社会化程度低。劳保医疗经费是由企业从福利基金中提取,保障程度视经济效益而定。经济效益好的企业,基本是全免费;效益差的企业,往往基本医疗都

难以得到保障,劳保实际上是企业自我保险<sup>[1]</sup>。

第三,公平性较差。“与城市的高补贴及医疗浪费现象形成巨大反差的是占全国人口80%的农民属于自费医疗,基本的医疗保健服务没有得到保障。”<sup>[1]</sup>各企业职工之间也存在不公平,效益的好坏直接影响到职工医疗保障水平的高低。

第四,增加国家财政和企业经营的负担。由于实施财政供给制的医疗保障,国家工作人员的医疗保障基本由财政负担,直接影响的是控费管理体制的形成;企业职工甚至家属的医疗保障基本由企业自行负担,一定程度上影响到企业的生产效率。

第五,《劳保条例》是一个集医疗、养老、工伤等各方面保障于一体的保障政策,没能做到精细化、专业化的归口管理,增加了保障机构管理的复杂性,从而导致管理效率的低下,甚至出现诸多管理漏洞。

新中国建立初期,农村的合作医疗制度是“在国家总体经济发展水平低、医疗卫生资源供给不足和计划经济体制下,由城乡二元户籍制度决定、城乡二元社会结构衍生的城乡医疗保障制度二元分割的产物”<sup>[7]20</sup>。因此,国家在建立公费医疗和劳保医疗制度的同时,并未在农村建立起相应的医疗保障机制,农村合作医疗体制直到农业合作化高潮时期才进入人们的视野。在这之前,“农民医疗主要依靠的是家庭个体救助、自我保障”<sup>[7]23</sup>。见图1<sup>[8]</sup>。

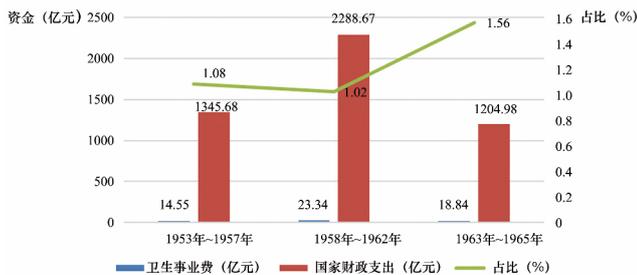


图1 中国医疗保障制度创建初期与稳定时期筹资金额变化

## 2 城市医疗保障制度的巩固与农村合作医疗的兴起 (1956年~1966年)

1956年~1966年,我国开启了全面建设社会主义时期。这一时期也是我国实施全面计划经济的时期。“在城市模仿苏联建立了与计划经济体制相配套的以就业为前提的包括养老、医疗、伤亡抚恤及各项福利补贴为内容的社会保障制度。企业是社会保障负担者,工人离开了企业就离开了社会保障。城市的社会保障制度是计划经济体制的一部分。”<sup>[9]428</sup>“1956年~1966年,农村的社会保障是游离于正规社会保障之外的。这也是计划经济时代社会保障制度的一个严重缺陷。”<sup>[9]431</sup>

### 2.1 城市医疗保障制度的巩固

城市医疗保障制度的建立,为维护群众身体健康和促进生产起了重要作用。但由于在控费机制的缺失,医

药费用存在诸多浪费。中共八大上,中央已经关注到医疗领域存在的弊端,到1957年9月,周恩来在八届三中全会上作了《关于劳动工资和劳保福利问题的报告》(以下简称《报告》)。其中,总结了“一五”期间我国工资和福利事业的成绩,并专门针对公费医疗等福利制度进行了论述。《报告》首先提出:“当资本主义和个体经济的所有制没有基本改变以前,在多种经济成分同时并存的基础上,要按照社会主义的分配原则全面地解决我国劳动工资和劳保福利问题是困难的。”这是针对我国当时的国情对福利问题作出的正确判断。《报告》还肯定了职工劳保福利为职工“办了许多好事”,但是,“某些方面走得快了,项目办得多了,某些规定不切合实际和不够合理”。“全国各地和不同企业的劳保福利费的多少是不平衡的。”劳保福利“与我国人口多、底子穷、广大农民生活水平还比较低的现状不相适应”<sup>[10]</sup>。《报告》提出,为改变医疗保障中存在的不合理状况和克服浪费现象,今后卫生医疗工作的方向是:为六亿人民服务,城乡兼顾。扩大门诊,举办简易病床;扩大预防,以医院为中心指导地方和工矿的卫生预防工作;降低医院和疗养院的设备标准,适当降低药品价格;改革医疗制度,便利人民就医(如实行上午、下午、晚上三班门诊制度);私人诊所,不宜过早、过急地实行联营。

根据八届三中全会周恩来的报告精神及毛泽东1965年6月26日发出的“把医疗卫生的工作重点放到农村去”<sup>[11]</sup>的指示,1965年10月27日,原卫生部、财政部发出了《关于改进公费医疗管理问题的通知》(以下简称《通知》),一是要求“享受公费医疗待遇的人员治病的门诊挂号费和出诊费,改由个人缴纳,不得在公费医疗经费中报销”;二是“实行了营养滋补药品(包括可以药用的食品)自费的办法”。同时,1966年原劳动部和中华全国总工会联合发布《关于改进企业职工劳保医疗制度的几个问题的通知》,对劳保医疗保险制度进行整顿。除了与公费医疗改进相同内容之外,“职工因工负伤或患职业病住院的由本人负担三分之一,行政负担三分之二企业职工供养的直系亲属医疗仍然保持药费、手术费收半费的决定”<sup>[9]430</sup>。

### 2.2 农村合作医疗制度的兴起

与城市实行公费医疗和劳保医疗制度形成对比的是,农民的医疗保障问题没有得到相应的制度安排。“在以二元户籍制度为表征的二元社会结构下,出现了城乡医疗保障的二元分割,在农村社会医疗保障制度缺失。”<sup>[7]23</sup>随着农业合作化高潮的到来,中国初级形态的农村合作医疗制度由山西省农民自发地创造出来。“合作医疗制度,是我国农民依靠集体力量,发扬互助精神,在长期与疾病的斗争中逐步形成和发展起来的一种集体保健医疗制度。”<sup>[3]65</sup>作为农村合作医疗制度的依托,合作化运动“为创设合作医疗提供了经济支撑和政治保

障”<sup>[7]25</sup>。农业生产合作社保健站是当时农村合作医疗的组织形式,这一组织“一是把医疗卫生事业变成了农业生产合作社的福利事业,经济基础比较雄厚;二是把医务人员变成了农业生产合作社的工作人员,改变了医生依靠赚病人的钱维持生活的局面”<sup>[3]8</sup>。

1958年,中国大地刮起了“大跃进”和人民公社化运动之风,在“全民大办”中,“大办合作医疗”亦成为其中的一个方面。“人民公社化以前,中国农村实行的是乡社分立的管理体制,乡是基层政权,合作社是农业经济组织。而实行人民公社化后,农村普遍实行‘政社合一’、分级管理的体制。人民公社分为若干个生产大队,生产大队又划分为若干个生产队,实行三级管理。”<sup>[7]46</sup>由于实行高度集中的计划经济管理,这种“政社合一”的管理体制一方面迅速地推动了农村医疗卫生工作的发展,另一方面也暴露出当时农村合作医疗制度中存在的违反农民意愿、财务制度不可持续、卫生筹资困难等弊端,而这些缺陷更加深层次地影响了农村卫生事业的发展并伴随着人民公社化运动一直延续至改革开放。从严格意义上说,农村出现的“合作医疗”并不是真正意义上的医疗保障制度,这种集体医疗保健制度的办法,可概括为“是社员个人负担和公社补助相结合,统一调剂使用方法。其主要特点是社员每年交纳一定的‘保健费’,社员看病时只交挂号费或药费;另由公社、大队资金补助一部分”<sup>[12]</sup>。

相比于城市公费医疗和劳保医疗制度,农村医疗卫生没有专门制定相应的医疗保障文件,农村“缺医少药”成为常态,卫生资源分配的不公平,城市卫生资源始终难于下沉至农村。当时,在经费使用上,全年卫生事业费中用于公费医疗的占30%,用于农村的占27%,其中用于县以下的仅占16%。“这就是说,用于八百三十万享受公费医疗的人员的经费,比用于五亿多农民的还多。事实完全证明,卫生部领导上确实犯了严重忽视农村卫生工作的错误。”<sup>[13]</sup>由此,可以知道当时农村相比城市的医疗保障水平是极其低下的,且对农村卫生资源的分配也是极不公平的。

### 2.3 这一时期医疗保障政策特点

1956年~1966年是新中国全面建设社会主义时期,也是确立社会主义制度后对如何建设社会主义的探索时期。城市医疗保障制度的进一步巩固和规范,农村合作医疗制度的初见端倪都是在探索社会主义道路上的一种尝试。由于国家大的制度背景是高度计划经济体制为主导,在医疗保障领域无论是城市还是乡村都无法真正摆脱对财政或者说“公家”的依赖。在生产水平发展水平较低,国家经济比较困难的时期,城乡医疗保障能够做到城市的“高保障”和农村的“互助合作”已经十分不易。回顾这一段的医疗保障政策,许多方面已经涉及到医疗保障制度的核心问题。

#### 2.3.1 医疗保障的发展与生产发展的协调问题

城市医疗保障的发展与国家经济建设必须有一个统筹安排,医疗保障经费的增长不能超越经济发展的增速。“工人的劳动生产率提高了,他们的劳动条件和集体福利就需要逐步有所改进。”<sup>[14]</sup>中共八大后国家经济建设强调综合平衡、稳步前进,在职工福利方面也必须受到国家经济建设方针的影响作适当的调整。

#### 2.3.2 城乡医疗保障二元化的问题

受经济发展水平的制约,公费医疗和劳保医疗不可能无限制地扩大适用范围,但随着城市人口的逐步增加,由此带来的城市就业、城市医疗保障问题又十分的突出。一方面是劳动人口的流动困难,另一方面受户籍、就业等方面的影响,城市医疗保障无法承担起新进人员的医疗保障。这种局面也使得社会存在不稳定的风险。

#### 2.3.3 由城乡二元社会结构引起的城乡医疗保障的不公平现象突显

尽管由于农村合作医疗的兴起使农村“缺医少药”现象有所缓解,但医疗保障在农村与城市之间存在巨大差距,受当时经济体制、社会环境的影响,这种差距单纯依靠医疗保障政策的制定是无法得到解决的。并且仅仅依靠公费医疗和劳保医疗制度来支撑城市医疗保障人群是不可持续的,当时国家已经意识到这种全部“包下来”的政策是不合理的,由此造成的不公平现象更是积重难返影响至今。

以上这些有益的探索或多或少地触及到医疗保障制度的核心问题,这种探索是与社会主义建设的探索同步的,但这种改进措施也遭遇到“左”倾思潮的影响,医疗保障社会化的探索没能在这一阶段真正付诸实施,甚至有些有益的改进也因公费医疗制度、劳保医疗制度自身弊端的影响而夭折,见图2<sup>[15]</sup>。

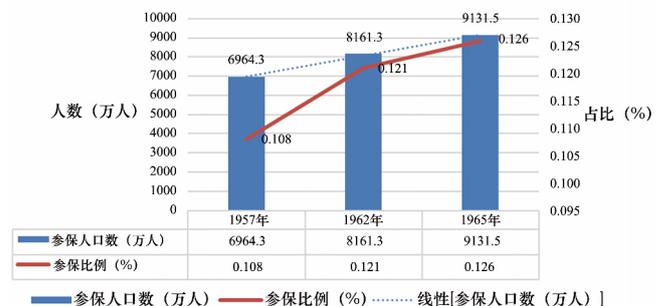


图2 医疗保障探索时期医疗保障覆盖率变化

### 3 “左”倾思潮影响下的医疗保障制度(1966年~1978年)

受“左”的思想的影响,医药卫生事业改革在1966年~1979年没能取得更多的突破,零散的控制医疗费用的措施,并未有效遏制医疗费用的上涨。“凡享受公费医疗的国家工作人员……需转院治疗时,应该尽先转

到当地高一级的医疗机构治疗,一般不应转到外地。”<sup>[16]</sup>为加强公费医疗管理,国家还从公费医疗预算、考核、管理等方面整顿公费医疗管理工作。“适当提高公费医疗预算定额。为了加强管理,扭转超支,将公费医疗预算定额由每人20.5元提高到30元。”“今后凡属公费医疗的开支,都应在公费医疗经费中列报,不要挤占卫生事业费和各部门的经费。”<sup>[17]</sup>城市劳保医疗制度在这一时期有两个明显的转变,一是沿续1965年《通知》精神,挂号费和出诊费改由个人负担;二是在筹资方面,改变了1969年以前“企业医疗保障费用的主要来源是劳保医疗卫生费(也用于支付卫生所/室建设及其人员费用),在企业生产成本项目中列支,按照企业工资总额的一定比例提取;补充性资金渠道有企业自留的劳保保险金和按规定提取的福利费”<sup>[4]95</sup>。在此时期,农村基层医疗机构是卫生投入的主要方向,从这一时期全国病床数可见一斑,这一时期全国病床数159.82万张,其中县级床位就96.08万张,占60.11%<sup>[18]</sup>。

在农村卫生保健制度方面,“文革”期间,受“极左”思潮的影响,“不顾农村的经济条件和农民群众是否自愿,采用行政命令的方法推行合作医疗制度,片面追求减免率,搞了‘一刀切’,使农村合作医疗制度受到很大挫折”<sup>[3]65</sup>。1979年12月,《农村合作医疗章程(试行草案)》,“纠正了合作医疗制度中形式主义的东西和不切实际的做法”<sup>[3]66</sup>。还将农村合作医疗制度定义为“群众的集体福利事业”,不应当将合作医疗站办成企业或事业,合作医疗站不需要上缴利润;统筹层次以“大队办为主”,合作医疗基金由“参加合作医疗的个人和集体(公益金)筹集,各筹多少,应根据需要和可能,经社员群众讨论决定”,并强调扩大集体负担部分,“个人和集体可以用采、种的药材折价交付合作医疗基金”。在合作医疗基金的报销使用上,强调基金主要用于社员的医疗费。“确定参加合作医疗的社员看病医疗费的范围、减免比例,要从实际出发……随着集体经济的发展和农村合作医疗的巩固,再逐步扩大医药费的报销范围和减免比例。”<sup>[19]</sup>

但现实情况是,由于国家医药卫生的重点仍然在城市,广大农村缺医少药的问题仍然非常突出。为了较好地解决农村医疗服务的有效供给问题,“赤脚医生”作为新中国特有的景象随之诞生。赤脚医生这一名称正式出现在1968年第三期的《红旗》杂志上,一篇名为“从‘赤脚医生’的成长看医学教育革命的方向”,介绍了上海川沙县江镇公社培养赤脚医生的情况。这篇文章经过毛泽东的批示后,迅速在中国大地上如火如荼地发展开来<sup>[3]28</sup>。赤脚医生的存在,使得农村合作医疗在筹资额度、补偿比例与落实预防保健任务等方面更加正规,有力地保障了农村合作医疗系统的持续发展,成为了早期农村卫生保健制度运行的基础。1985年,随着人民

公社的解体,原卫生部取消了赤脚医生的名称,赤脚医生也成为了历史。尽管如此,“赤脚医生制度、农村三级医疗保健网和合作医疗制度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>[20]</sup>。

至此,可以对建国初期到改革开放前我国医疗保障制度从享受对象、资金来源和支付报销方面进行分类汇总,见表1<sup>[3]67</sup>。

表1 四种医疗制度的特点

类别	享受对象	资金来源	报销范围
合作医疗(公共资助与互助制)	主要是农民	集体和个人共同筹集	视资金而定减免,报销范围比例不一
劳保医疗(健康保险制)	铁路、邮电、航运及工矿企业单位的工人和职员	企业、事业留成	基本属于免费医疗,直系亲属还享有部分医疗报销待遇
公费医疗(国家保健服务制)	国家机关、事业单位工作人员,革命残废军人,高等学校学生等	国家预算支出	基本属于免费医疗
自费医疗(具有公共资助因素)	不享受公费、劳保和合作医疗的居民	自费	—

#### 4 结语

改革开放30年之际,我们对国家医疗保障制度的评价是:“医疗保障制度的建立与发展,对保障人民群众基本医疗需求,提高人民群众健康水平,促进经济社会发展,维护社会和谐稳定,实现全面小康的目标,有着重大意义。”<sup>[21]</sup>建国初期建立起来的城市公费医疗和劳动医疗制度、农村合作医疗制度与当时我国的经济社会发展水平是相适应的。新中国医疗保障制度的建立和发展为居民获得基本卫生保健奠定了坚实的基础。计划经济时代,国家将卫生事业的性质定义为“福利性事业”,极大地保证了建国初期乃至改革开放前“低水平、广覆盖”式的医疗保障制度的顺利实施。但随着改革开放伟大历史进程的到来,这种依托于计划经济体制下的城乡“福利性”医疗保障事业由于失去了赖以生存的经济土壤(城市搞经济体制改革、农村集体经济瓦解),在改革开放初期迅速突显出其弊端,特别是农村合作医疗制度的坍塌使得广大农村陷入了“因病致贫、因病返贫”的恶性循环。随着社会主义市场经济制度的逐步建立,建立一个具有中国特色的覆盖城乡的医疗保障体系网就成为党和政府在发展民生事业中的重要举措。

#### 参考文献

- [1] 刘丽杭. 中国医疗保障制度发展的历史回顾[J]. 湖南医科大学学报:社会科学版,1999(1):57-61.
- [2] 政务院. 政务院关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示[EB/OL]. [2018-04-

- 23]. [http://www.law-lib.com/law/law\\_view.asp?id=99137](http://www.law-lib.com/law/law_view.asp?id=99137).
- [3] 《当代中国》丛书编辑部. 当代中国的卫生事业: 下[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1986.
- [4] 葛延风, 贡森, 丁宁宁, 等. 中国医改问题·根源·出路[M]. 北京: 中国发展出版社, 2007.
- [5] 国务院. 中华人民共和国劳动保险条例[EB/OL]. [2018-04-23]. <http://www.chinalawedu.com/falvfagui/fg23051/15856.shtml>.
- [6] 孙隆椿. 毛泽东卫生思想研究论丛: 上[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 54.
- [7] 曹普. 新中国农村合作医疗史[M]. 福州: 福建人民出版社, 2014.
- [8] 《中国卫生年鉴》编辑委员会. 中国卫生年鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 85.
- [9] 张静如, 吴汉全. 中国当代社会史: 第二卷[M]. 长沙: 湖南人民出版社, 2011.
- [10] 中共中央. 中共中央转发周恩来同志在八届三中全会上关于劳动工资和劳保福利问题的报告[EB/OL]. (1957-10-24) [2018-04-23]. <http://www.chinalawedu.com/falvfagui/fg22598/10761.shtml>.
- [11] 中央文献研究室. 建国以来毛泽东文稿: 第11册[M]. 北京: 中央文献出版社, 1996: 387.
- [12] 周寿祺. 探寻农民健康保障制度的发展轨迹[J]. 国际医药卫生导报, 2002(6): 18-19.
- [13] 中共中央. 中共中央批转卫生部党委《关于把卫生工作重点放到农村的报告》[EB/OL]. (2012-11-21) [2018-04-23]. <https://wenku.baidu.com/view/f11fd680d0d233d4b14e6996.html>.
- [14] 中共中央文献研究室. 毛泽东文集: 第七卷[M]. 北京: 人民出版社, 1999: 25.
- [15] 国家统计局人口和就业统计司, 人力资源和社会保障部规划财务司. 中国劳动统计年鉴: 2014[M]. 北京: 中国统计出版社, 2015: 349.
- [16] 国务院. 关于享受公费医疗的国家工作人员到外地就医路费问题的报告[EB/OL]. (1964-05-03) [2018-04-23]. [http://www.110.com/fagui/law\\_931.html](http://www.110.com/fagui/law_931.html).
- [17] 财政部, 卫生部. 财政部、卫生部关于整顿和加强公费医疗管理工作的通知[EB/OL]. (1978-08-02) [2018-04-23]. [http://www.110.com/fagui/law\\_351800.html](http://www.110.com/fagui/law_351800.html).
- [18] 卫生部. 中国卫生统计年鉴: 1976[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 1976: 37.
- [19] 卫生部. 农村合作医疗章程: 试行草案[EB/OL]. (1979-12-15) [2018-04-23]. [http://www.110.com/fagui/law\\_111866.html](http://www.110.com/fagui/law_111866.html).
- [20] 张功震. 乡村医生的利益变迁[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2011, 32(8): 45-47.
- [21] 《新中国卫生事业60年》编辑委员会. 新中国卫生事业60年[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 54.
- 收稿日期: 2017-03-17  
修回日期: 2018-04-24 (责任编辑: 邹明明)

(上接第49页)

### 3.2.4 娱乐功能

近年来, 巫医的娱乐功能正不断凸显。随着社会现代化进程的加快, 凤凰县的旅游经济迅速发展, 苗族地区与外界的联系日益增多, 神秘的苗族巫术也吸引了越来越多的世界各地的游客。当地的旅游部门也充分利用这些苗族巫术文化, 开发各种旅游项目, 如踩火犁、赶尸等项目, 可以看出, 苗族巫术慢慢地带有越来越多的娱乐功能。

## 4 结论

通过对凤凰县的调查, 笔者发现了该地区三种医疗模式互动和共存的现象, 进一步印证了医学人类学家的相关理论。当前, 在凤凰县存在着三种不同的医疗模式: 民间医疗模式——巫术、自然医疗模式——苗医、现代医疗模式——西医。由于凤凰县旅游经济的发展, 其现代化的进程不断加快, 现代医疗观念和医疗技术都对当地居民产生了深刻的影响, 并逐渐在三种医疗模式中占据主导地位, 但民间医疗模式和自然医疗模式并未消亡, 它们与现代医疗模式互相补充, 当地民众基于实用的原则和自身需要, 在不同情况下会选择不同的医疗模式, 有时还会同时选择多种医疗模式。巫术治疗方法虽然存在着非科学的一面, 但它能够深入到病人的心理层面, 在一定程度上满足病人的某种需求, 并且费用很低, 这也正是现代医疗所不具备的。一方面, 当前现代医疗

中还缺乏对病人精神层面的关照, 并且治疗费用较高, 使得一些贫困地区的居民难以承受。巫术和苗医因为价格低廉, 可以减少病人的医疗开支。在全球化和现代化不断发展的今天, 或许我们应该去进一步反思各种亚文化医疗方式在未来的发展方向, 不能一味地否定传统的治疗模式, 对这些传统的治疗模式应该抱着一种取其精华、去其糟粕的态度, 不断吸收传统治疗模式中合理和积极的一面, 并将其引入到现代医疗模式中, 来更好地满足当地居民的医疗需求。另一方面, 对宝贵的民族医药文化, 必须要加大保护和传承力度, 发展具有民族特色的医疗模式, 建立多种医疗模式的良性互动机制, 服务当地百姓。

### 参考文献

- [1] 张实, 李红春. 中国少数民族村寨医疗文化研究[C]//云南大学西南边疆少数民族研究中心. 云龙学术会议论文集. 昆明: 云南大学西南边疆少数民族研究中心, 2003: 209-214.
- [2] 赵富伟. 中国民族医药传承危机研究[J]. 中央民族大学学报: 自然科学版, 2008, 17(增刊): 16-21.
- [3] 段忠玉, 李东红. 多元医疗模式共存的医学人类学分析: 以西双版纳傣族村寨为例[J]. 学术探索, 2014(9): 66-71.
- [4] 吴利华. 苗族巫医的文化内涵及其功能: 以凤凰县两头羊苗寨巫医为中心[D]. 武汉: 中南民族大学, 2008.
- 收稿日期: 2017-11-09  
修回日期: 2018-04-20 (责任编辑: 杨阳)