



# 新中国成立70年来农村医疗保障制度变迁及其经验启示

孟宏斌

**[摘要]** 新中国成立70年来,政府主导建立的农村医疗保障制度在保障农民获得基本医疗卫生服务、缓解“因病致(返)贫”方面发挥了重要作用。从制度变迁的视角,农村医疗保障制度的变迁过程主要分为萌芽兴盛、衰退解体、恢复重构、新农合试点及城乡居民医疗保险五个阶段。为实现农村医疗保障制度的持续规范发展,必须在功能定位层面,始终坚持基本医疗服务的公共产品性质,确保农村居民公平享有健康医疗保障的权利;在体系建设层面,构建多元化、多层次农村医疗服务保障体系,减缓城乡居民医疗保险的制度压力;在运行主体层面,将“政府主导、农户主体”作为制度持续发展的基点,强化参保农民利益保障机制建设;在覆盖范围层面,关注以农民工为主体的流动群体的参保补偿方案,考虑建立贫困农民群体的长效参保机制;在发展趋向层面,按照基本医疗服务均等化的目标,逐步建立全民统一的医疗保障制度。

**[关键词]** 新中国成立70周年;农村医疗保障;制度变迁;启示

## 一、文献回顾与问题提出

农业、农村、农民问题,始终关系党和国家事业发展的全局。党的十八大以来,以习近平同志为核心的党中央始终把解决“三农”问题当作全部工作的重中之重。2019年一号文件更是把“坚持农业农村优先发展”作为主题。从中国农村的发展历程可以看出,在制约农村经济发展的贫困因素中,由于农村医疗保障制度的不健全,农民陷入“因病致贫——因贫致病”恶性循环的风险不断增加。由此,建立医疗保障制度、改进医疗服务水平、改善农民健康状况,就成为消除农村绝对贫困、振兴农村经济的基础环节之一。

自新中国成立以来,政府主导建立的农村医疗保障制度在保障农民获得基本医疗卫生服务、缓解“因病致(返)贫”方面发挥了一定作用,也不可避免地出现一些问题。对此,相关文献分别从政府的职责作用<sup>[1-2]</sup>、农村医疗保障制度的历史变迁<sup>[3-4]</sup>、新农合的运行发展<sup>[5-6]</sup>以及不同制度的并轨整合<sup>[7-8]</sup>等视角进行了理论研究。通过梳理学术界农村医疗保障制度的现有文献发现,研究成果具有重要的学术参考价值,但也存在一定不足:大多文献仅梳理农村医疗保障制度变迁的某一或几个阶段,特别是多集中于对新型农村合作医疗制度的研究,而且对同一时间段内农村医疗保障发展中重要历史节点的表述有诸多差异;而对于在新农合制度与城镇居民基本医疗保险制度整合成城乡居民基本医疗保险制度的新背景下,农村医疗保障的发展路径及趋向的研究比较匮乏。

由此,无法充分解释以下问题:导致农村医疗保障制度几起几落式发展的深层矛盾及内在制约因素是什么?如何确保农村医疗保障制度的持续健康发展,进而实现农村人口公平享有基本医疗服务和基本医疗保障?这也成为本文研究的切入点——通过对新中国成立70年农村医疗保障制度变迁的系统梳理分析,总结出农村医疗保障制度持续健康发展的经验启示,为全民基本医疗保障

**[收稿日期]** 2019-06-28

**[基金项目]** 国家社会科学基金项目“新农村建设进程中西部农村医疗保障的长效运行机制研究”(06CSH017)。

**[作者简介]** 孟宏斌,陕西师范大学副教授、硕士生导师,中国人民大学农业经济管理博士后;邮编:710119。

一体化的实现提供理论支撑。

## 二、农村医疗保障的制度变迁

农村医疗保障是国家提供基本医疗健康服务,以确保农村居民能够获取基本医药及享受基本医疗服务,进而改善健康状况的一种社会保障制度。从服务内容看,主要包括医疗支付需求和医疗服务供给两个层面的保障制度。从服务体系构成看,既包括政府提供的公共卫生、医疗保险制度、医疗救助,也包括患者家庭提供的自我保障及市场提供的商业医疗保险等形式。

按照新经济制度理论,制度是被制定出来的一系列行为规则、守法程序和道德伦理规范的集合<sup>[9]225-226</sup>;制度变迁则是制度的替代与转变过程,大体分为两种方式:诱致性变迁是个人或一群人,在响应获利机会时倡导、组织和实行的变迁过程,强制性变迁是政府命令和法律引入和实行的变迁过程<sup>[10]384</sup>。在传统计划经济体制向市场经济体制转换过程中,农村医疗保障的制度变迁更多表现为政府主导型的制度变迁过程。

### (一) 改革开放前的萌芽兴盛阶段(1938—1980年)

#### 1. 初步萌芽阶段(1938—1954年)

农村医疗保障制度萌芽于20世纪30年代初。1929年9月,晏阳初倡导建立中华平民教育会设立卫生教育部,以河北省定县作为实验点开展农村医疗卫生工作。在1932年设立第一所村级保健所的基础上,建立以县城保健院为主体的三级医疗保健网络,将预防医学与治疗医学并重,为培养的农村保健员配备药箱并发放薪酬<sup>[11]176</sup>。“村、区、县三级医疗保健网模式、统一药品管理、预防接种”的经验,此后一直被继承和采纳,成为合作医疗制度运行的“基本技术模型”。抗日战争期间,针对日趋严重的药品短缺问题,陕甘宁边区政府广泛发动群众于1938年创建了保健药社,并于1939年8月制定《保健药社暂行条例》和《保健药社章程》,依此开展巡回医疗、送医送药、防病治病等医疗保健业务<sup>[12]19</sup>,解除了群众基本的患病疾苦。为应对1944年春伤寒病、回归热等传染病蔓延,边区政府于1944年5月成立大众卫生合作社。采取“中西合作、人兽并治”方针,看病免费、药价低廉。合作社广泛发动群众搜集民间土药方加以研究,教育群众注意防疫保健,预防传染疾病等。在群众广泛参与和政府大力支持下,1946年边区医药合作社的数量达到43个<sup>[13]</sup>。这一时期的保健社基本采用合作制和集资制,是一种民办公助的医疗服务模式,最多只能算作农村医疗保障制度的萌芽。

#### 2. 探索确立阶段(1955—1964年)

新中国成立初期,为解决广大贫穷农民看不起病、吃不起药的问题,1950年8月召开的第一届全国卫生工作会议,确定了医疗卫生工作“面向工农兵”的基本方针,提出要在三五年内健全和发展全国卫生基层组织的目标<sup>[14]</sup>。此后,全国县级卫生机构数量由1949年的1400余所增加到1952年底的2123所,覆盖全国90%以上的地区<sup>[15]</sup>。1956年,由私人开业医师组织起来的联合诊所、乡卫生所已由1950年的803所发展到51000所<sup>[14]</sup>。

1955年后,在湖北麻城县麻溪河、河南登封县城关等地,出现了由群众自发集资互助互济的集体保健医疗站或合作医疗站<sup>[13]</sup>。其中,可以看作合作医疗制度雏形的是1955年5月建立的山西省高平县米山乡联合保健站。保健站采取由农业生产合作社、农民群众和医生共同筹资的办法,坚持预防为主、巡回医疗、分片负责的原则,开展卫生防疫、妇幼保健、改善人居环境等工作,并通过记工分与发现金结合的办法,合理兑现了医生的服务报酬<sup>[16]101</sup>。1955年1月,卫生部与山西省卫生厅组成联合调查组认为,米山保健站具有“多方集资、集体保健,无病早防、有病早治,省工省钱、方便可靠”的优点,经验值得总结推广<sup>[17]17</sup>。

随着“米山乡经验”在全国部分地区的推广,于1956年6月30日召开的全国人大一届三次会

议,通过了《高级农业生产合作社示范章程》,规定对于因公负伤(致病)社员,合作社应负责医治并酌量给予劳动日作为补助,第一次赋予集体承担农村社员疾病医疗的职责<sup>[4]</sup>。1958年9月,《健康报》在介绍河南省医疗卫生情况中首次提出“合作医疗”一词,指出合作医疗是“群众性的新医疗制度,是具有共产主义性质的公共福利事业”<sup>[18]</sup>。1959年11月,在山西省稷山县召开的全国农村卫生工作会议,提交了《关于全国农村卫生工作会议的报告》,促进了国家卫生工作重点转向农村<sup>[19]63</sup>。1962年8月,卫生部发布《关于调整农村基层卫生组织问题的意见(草案)》,强调要面向广大农村、为广大社员服务,在分散、小型、多点的原则下设立农村基层卫生机构,以确保每个普通群众能够看病就医进而得到基本健康保障。在此推动下,农村合作医疗制度得以迅速推广和发展,全国行政村(生产大队)建立合作医疗(站)的比例,从1958年的10%上升到1960年的32%,进而到1962年迅速扩张到46%<sup>[20]</sup>,基本形成县、乡(公社)、村(生产大队)三级农村医疗卫生网络。

### 3. 发展兴盛阶段(1965—1980年)

1965年6月26日,毛泽东同志做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的“六·二六”讲话指示后,卫生部选取了北京市通县、湖北省麻城县、江苏省句容县和湖南省湘阴县四个地方试点,总结了很多切实可行的经验<sup>[21]</sup>。同年9月,中共中央批转卫生部《关于把卫生工作重点放到农村的报告》并强调:“必须把卫生工作的重点放到农村,有计划有步骤解决农村医药卫生问题”。截至1965年底,福建、广东、江苏、山西及新疆等十多个省(自治区)实行合作医疗制度,合作医疗逐步成为农民享受医疗保障的基本形式<sup>[22]</sup>。

1966年8月,湖北省长阳土家族自治县覃祥官创办了“乐园公社杜家村大队卫生室”发展合作医疗,农民每人每年缴纳1元,大队从公益金中提取每人每年0.5元作为合作医疗基金,除个别常年吃药的人以外,社员每次看病只交0.05元的挂号费,药费全免。为减少购药成本,村卫生室采用“三土”(土医、土药、土药房)和“四自”(自种、自采、自制、自用)方法,通过一根针(针灸)、一把草(草药)和发动群众采药献药活动,使群众出钱不多、治疗便利,深受欢迎<sup>[23]</sup>。1968年,毛泽东肯定了乐园公社创办合作医疗的经验,指出合作医疗“是医疗战线上的一场大革命”,称赞“合作医疗好”<sup>[24]604</sup>。1968年12月5日,《人民日报》头版头条发表了《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》的调查报告,认为合作医疗“解决了贫下中农看不起病、买不起药的苦难”、“农业合作化挖了穷根,合作医疗挖了病根”<sup>[25]</sup>。此后,合作医疗在全国农村迅速普及。截至1971年底,全国农村建立48万多个合作医疗站,占到大队总数的74%;截至1976年底,全国农村约有90%的行政村(生产大队)实行合作医疗制度,卫生保健服务覆盖了85%以上的农村人口<sup>[20]</sup>,初步形成了三级预防保健网络,基本解决了农村人口缺医少药的问题。

1978年3月,五届人大通过的《中华人民共和国宪法》提出:“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。”据此,卫生部、农业部、财政部等部委于1979年12月联合下发《农村合作医疗章程(试行草案)》,标志着合作医疗开始走上了制度化运行轨迹。截至1980年底,全国农村已经形成了集预防、医疗、保健功能于一身的三级医疗预防保健网络。其中,除51万名正规医生外,还有146万名“赤脚医生”,236万名卫生员及63万名农村接生员<sup>[26]60</sup>,基本实现了“小病不出村、中病不出社、大病不出县”的目标。合作医疗(制度)、农村保健站(机构)及赤脚医生(队伍),被国际社会称为中国农村医疗卫生的“三件法宝”<sup>[27]29</sup>,被世界银行和世界卫生组织誉为“发展中国家解决农民看病吃药问题的成功范例”<sup>[28]5</sup>。

### (二) 改革开放初期的衰退解体阶段(1981—1992年)

改革开放以后,农村“三级所有、队为基础”的人民公社模式被“统分结合、双层经营”的家庭联产承包责任制模式代替,合作医疗丧失了集体经济支撑的经济基础。同时,国家卫生工作原则也由“重点放到农村”调整为“农村与城市并重”,实际操作更多体现为“以城市为重点”,曾经高涨发展的合作医疗出现下滑甚至跌入谷底:全国实行合作医疗的行政村(生产大队)比例由1976年的

90%猛降到1986年的4.8%<sup>[1]</sup>。由此,农村三级医疗卫生预防保健网破坏,赤脚医生转行、村卫生室关门,合作医疗制度不断衰落并面临解体,农村缺医少药的状况又严重起来,农民医疗保障又回到了自费式的家庭保障模式。

值得庆幸的是,在集体经济比较发达的东部沿海地区,合作医疗制度得以保留而从未间断。截至1988年,农民人均年收入已达960元的苏南地区,人均合作医疗费也达到36元,其中来自乡镇企业“以工补医”的投入占到合作医疗总费用的50%以上<sup>[29]</sup>。与此同时,中国政府仍不遗余力致力于恢复合作医疗制度的进程中。为实现1986年第39届世界卫生大会中国政府做出的“2000年人人享有卫生保健”承诺,越来越多的人清醒地认识到:市场化的自费式医疗模式不仅不适合中国农村的实际情况,还可能产生严重的因病致贫问题,必须恢复并重振合作医疗制度<sup>[30]</sup>。

### (三) 市场经济时期的恢复重构阶段(1993—2002年)

面对农村医疗保障日趋严峻的形势,党和政府开始为恢复重建农村合作医疗积极探索。1993年十四届三中全会《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》和八届人大历次会议均明确提出,要因地制宜地在农村地区发展和完善合作医疗制度。1996年7月,为尽快实现“人人享有卫生保健”的目标,在国务院政策研究室和卫生部撰写《加快农村合作医疗保健制度改革和建设》研究报告的引领下,全国共选择19省(自治区、直辖市)183个县(市、区)开展合作医疗试点。1996年12月,中共中央、国务院在北京召开全国卫生工作会议,肯定了合作医疗的历史作用与现实意义,认为“加强农村卫生工作,关键是发展和完善农村合作医疗制度”。1997年1月,中共中央、国务院出台《关于卫生改革与发展的决定》,再次明确提出要积极稳妥发展和完善合作医疗制度。尽管如此,1998年农村自费医疗比例高达87.44%<sup>[31]</sup>,部分农村家庭出现了因病致(返)贫问题,农民的生存风险进一步加剧。

1999年1月,国务院批准卫生部等部门《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》,提出稳步推行合作医疗保健制度,为实现人人享有卫生保健提供社会保障。2002年10月19日,中共中央和国务院联合发布的《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(中发[2002]13号)提出,2010年在全国范围内建立起以大病统筹为主的新农合制度和医疗救助制度,使农民人人享有初级卫生保健,主要健康指标达到发展中国家的先进水平。

### (四) 21世纪的新农合阶段(2003—2015年)

进入21世纪后,更多人深刻认识到,“三农”问题关系到中国经济社会发展的全局,农民的医疗保障问题关系到全面建成小康社会目标的实现,建立新农合制度势在必行。2003年1月16日,国务院批转卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发[2003]3号),提出从2003年起,各省、自治区、直辖市至少选择2~3个县(市)进行试点再逐步推开,并初步确立了到2010年全国普及新农合的目标<sup>[32]</sup>。按照经济社会发展的差异性,全国选取浙江、吉林、湖北、云南等8省304县(市)进行试点<sup>[33]11-13</sup>。2006年1月,卫生部等七部委下发《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》,提出全国新农合试点县(市、区)数量在2006年、2007年分别达到全国县(市、区)总数的40%和60%左,2008年在全国基本推行,2010年实现制度全覆盖的目标。

2008年3月5日,国务院召开的全国新型农村合作医疗工作会议提出,今后新农合的五项试点方向,即开展新农合以地市级为统筹层次、开展大病统筹与门诊统筹相结合、开展新农合与城镇居民基本医疗保险相衔接、开展新农合与医药卫生体制改革相衔接及组织开展老少边穷地区巡回医疗、远程医疗。2008年12月22日,第十一届全国人大常委会第六次会议决定将新农合首次纳入《社会保障法》(草案),意味着新农合发展将有国家层面的法律保障。2009年2月6日,卫生部办公厅发布《关于印发2009年农村卫生工作要点的通知》,提出推动三项试点工作、加强定点医疗机构监管、加强基金监管、推动新农合立法工作等重要内容。2010年4月,中共中央、国务院

发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号),提出在重点抓好五项改革<sup>①</sup>的基础上,要“全面实施新型农村合作医疗制度,逐步提高政府补助水平,适当增加农民缴费,提高保障能力”。在相关法律政策支持下,新农合制度推广普及得到快速发展。截至2011年底,全国开展新农合试点的县(市、区)达到2637个,占全国总县(市、区)的92.4%;参合农民8.32亿,覆盖农业人口8.53亿,参合率达到97.5%<sup>[6]</sup>。

### (五)城乡居民基本医疗保险建立阶段(2016至今)

在新农合试点运行的初期,国务院于2007年7月25日出台了《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》,标志着城镇居民基本医疗保险制度的正式启动。根据《意见》,城镇居民基本医疗保险的参保范围包括中小学阶段的学生、学龄前儿童和其他城镇非从业居民,适合的对象可自愿参保,保障了城镇非就业人口的医疗服务需求。2009年国务院出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》,提出做好新农合制度、城镇居民医疗保险及城镇职工医疗保险之间的衔接工作。

在两种制度并行运行十年后,国务院于2016年1月发布了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)提出,将新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险两项制度整合建立统一的城乡居民基本医疗保险制度,并提出在覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理方面“六统一”的政策要求,城乡共享统一的缴费标准、待遇水平、就医范围等,标志着从国家层面对两大制度整合必要性的一致认可。

截至2017年11月,30个省(区、市)及新疆生产建设兵团相继出台了整合城乡居民基本医保制度的政策文件和实施细则,总体运行状况平稳<sup>[34]</sup>。根据《2017年国民经济和社会发展统计公报》数据,2017年末全国参加城乡居民基本医疗保险的人数为8.73亿人,比2016年增加了4.25亿人<sup>[35]</sup>。2018年5月,国务院将原来分散在人社部、国家卫计委、国家发改委以及民政部等部委与医疗保险相关的职责和功能加以整合,组建了国家医疗保障局。2018年7月6日,国家医保局、财政部、人力资源社会保障部、卫生健康委员会发布《关于做好2018年城乡居民基本医疗保险工作的通知》(医保发〔2018〕2号),提出提高城乡居民医保筹资标准、推进统一的城乡居民医保制度建立、完善门诊统筹保障机制、做好贫困人口医疗保障工作、改进管理服务和加强组织保障与宣传引导的六项要求,加快了建立全国统一城乡居民医保制度的步伐。截至2018年底,全国各省、直辖市都已经出台了整合文件,但已经出台政策的省份执行和推行进度还比较慢。目前,我国已有24个省份完成城乡居民医保制度整合工作,并建立起统一的、城乡一体的居民基本医疗保险制度,覆盖2亿多人次<sup>[36]</sup>。

## 三、农村医疗保障制度持续发展的经验启示

经过70余年萌芽探索与试点推广,在农村医疗保障制度“几起几落”的运行过程中,对经验教训予以总结,对成功做法模式提炼并推广,即可实现农村医疗保障制度健康持续发展的目标。

### (一)功能定位:始终坚持基本医疗服务的准公共产品性质

计划经济时期的医疗保障制度取得较大成就的主要原因在于坚持了以预防为主、注重公共卫生与基本医疗保健的基本卫生工作方针<sup>[37]</sup>。在很多领域市场化运营的同时,卫生医疗和医疗保险领域仍是需要政府干预的少数领域之一,政府有责任投资于公共医疗卫生和基本医疗服务,积极为社会成员健康改善而不断努力。

国务院于2012年3月印发的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》指出,一定要坚持把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供的核心理念。根据公共产品理论,农村

① 一是加快推进基本医疗保障制度建设,二是初步建立国家基本药物制度,三是健全基层医疗卫生服务体系,四是促进基本公共卫生服务逐步均等化,五是推进公立医院改革试点。

医疗卫生服务可分为三类层次：具有纯公共产品特征的公共卫生服务，主要包括计划免疫、传染病控制、妇幼保健、环境卫生、食品安全及健康教育等；具有准公共产品特征的基本医疗服务，主要包括传染病与地方病的治理、常见病与慢性病的防治等；具有私人产品特征的非基本医疗服务，主要包括私人保健、特种病房、特约特护、美容整形等。

为此，必须毫不动摇坚持公共医疗卫生的公益性质，坚持预防为主，重点建立覆盖城乡的公共卫生服务体系和医疗服务体系。在以县级医院为龙头、乡镇卫生院为依托、村卫生室为延伸的农村三级医疗卫生服务机构建设中，整合现有的村级卫生资源，把村卫生室纳入城乡居民医疗保险定点医疗机构体系，实行医药统一招标、统一配送药品、统一业务培训，不断提高医疗、预防、保健等医疗服务的质量，充分发挥村卫生室在农民疾病防治中的基础性作用，真正做到“小病在社区，大病到医院”，有效抵御疾病风险。

(二) 运行主体：树立政府主导、农户主体的制度理念

实现基本公共服务均等化、保障民生福祉，让全体社会成员共享社会发展成果是政府履行社会责任、保障社会公平的基本出发点和最终归宿。在农民组织程度低、村民自治机制运行不顺畅的情况下，政府依靠拥有公共资源、科层组织和行政权威的强势性主导力量，积极设计、组织、管理农村医疗保障制度，无疑是比较现实的选择。但随着试点的深入及推广普及工作的展开，行政主导型的运行机制暴露出一些缺陷。对农民疾病风险的减弱性与农民受益的私有性，决定了农村医疗保障制度的准公共产品性质，由此应该清晰的界定政府与农民的责任边界<sup>[38]</sup>。

在合理制度设计框架中，政府是医疗保障政策的制定者、执行者和监督者，农民不仅是缴费主体和受益主体，更是执行主体和监督主体。因此，必须重新审视农民与政府两大利益主体在新农合中的角色定位，应把“政府主导、农户主体”（见图1）的理念作为制度持续发展的基点。

农村医疗产品和服务属于公共产品或准公共产品，政府主导职责意味着政府必须加强组织建设，组建权威性的医疗保障管理机构，理顺各方关系。在制度设计层面，根据不同地区的经济社会发展水平差异性，设计差异化的农村医疗保障制度，确保制度的科学性和公平性。在财政支持层面，以政府投资为主、个人出资为辅，建立满足全体国民基本健康需要的财政投资体制，增加投资用于农村防疫防病、健康教育及生活习惯干预等公共卫生预防保健项目。在队伍建设层面，出资设立专项基金并出台详细政策，用于专业卫生技术人才培养，缓解农村医疗人员专业知识结构和医疗水平普遍不高的困境。在医疗服务体系建设层面，要提供启动资金，扩建村公共卫生室或医疗保健站，保障农民获得基本医疗卫生保健服务的有效性。

农民主体是指农村医疗保障的主体是农民。在农村医疗保障政策设计、运行及监管过程中，要体现还权于民（组织农民参与政策设计、运行及监管等环节）、施惠于民（让农民真正享受实实在在的制度收益）及取信于民（以诚信为本，按医疗服务保障合同保障农民利益）三大理念，确保农民在“知”（知情权的获得）、“参”（参与权的确立）、“用”（就医权的优化）、“报”（报销权的保证）及“续”（再参与的鼓励）五个环节的参与行为<sup>[39]</sup>。

政府和农民间既是分工协作关系，更是监督约束关系。在发挥各自职责过程中，双方都有可能出现角色缺位与越位等情况。当政府规划协调出现失当，资金投入呈现低效，政策实施成效不高时，农民可以通过合法合理的方式提出意见和建议。同样，当农民组织参与消极行事，缺少进取，政府也可采取有效的方式给予调整与指导。政府和农民的关系应该是相互依赖，合作共济，形成一种

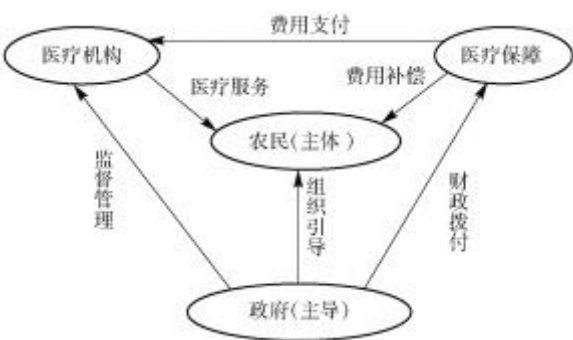


图1 政府主导与农户主体关系

良性互动的分工协作机制,实现利益均衡与农村医疗保障制度的持续规范发展。

### (三) 体系建设:构建多元化、多层次的医疗服务保障体系

城乡医疗资源的不平衡性、经济社会发展的差异性、农民对医疗服务需求的多元性,决定了必须探索构建供给主体多元化、供给服务多样化的农村医疗保障体系。根据医疗保障体系“三横三纵”<sup>①</sup>总体架构,结合中国医疗卫生服务分为公共卫生、基本医疗服务和非基本医疗服务三个层次的特点,多元化农村医疗保障体系应包括三个层次:基本医疗保障体系包括城乡居民医保、社会保险等,主要是通过互助共济,保障参保农民的基本权益;补偿医疗保障体系包括农村医疗救助和大病医疗保险,主要对农村弱势群体医疗需求给予基本帮助;自费医疗保障体系包括家庭保障和商业医疗保险,主要作为基本医疗的补充。

#### 1. 健全对贫困农民的医疗救助

在农村贫困地区,通过中央政府转移支付建立针对贫困农民的医疗救助制度,既是实现人人享有初级卫生保健目标的需要,更是摆脱因病致(返)贫以至彻底根除贫困的有效捷径。农村医疗救助是对因患病无力医治或因患重大疾病而致贫的农村家庭,给予无偿援助和经济支持的惠农救助制度。根据农村医疗救助的目的和原则,农村医疗救助对象可确定为无固定收入、无生活依靠及生活在农村最低生活保障线以下的人群<sup>②</sup>。

农村医疗救助的内容分为常规救助和大病救助两个层次。常规救助主要是基本防治服务,包括传染病、地方病、妇幼保健、常见病等医疗服务,救助方式不限于单一的资金补助,可以是资助贫困户参加城乡居民医保、对大病贫困患者提供医药费用补助,也可以是实行医药费用减免、专家义务巡诊及社会慈善救助。大病救助主要是对巨额医疗费用予以补偿。通过两层次扶持性的医疗救助制度支撑,有效促进医疗保障制度的公平性。

随着 2003 年民政部、卫生部、财政部三部委联合发布《关于实施农村医疗救助的意见》,全国范围内开始建立农村医疗救助制度,帮助改善贫困农民群体的健康状况。2009 年民政部门实施医疗救助达到 4 789 万人次,2010 年达到 6 000 多万人次,较好地解决了贫困人口医疗保障问题。2016 年 6 月 21 日,国家卫生计生委等 15 个中央部门联合发布《关于实施健康扶贫工程指导意见》[2016]26 号),明确提出,进一步核准农村贫困人口中因病致贫、因病返贫家庭数及患病人员情况,对患大病和慢性病的农村贫困人口进行分类救治。能一次性治愈的,组织专家集中力量实施治疗,制订诊疗方案,明确临床路径,控制治疗费用,减轻贫困大病患者费用负担;需要住院维持治疗的,由就近具备能力的医疗机构实施治疗;需要长期治疗和康复的,由基层医疗卫生机构在上级医疗机构指导下实施治疗和康复管理<sup>[40]</sup>。

到 2020 年,贫困地区人人享有基本医疗卫生服务,包括农村贫困人口大病、贫困地区重大传染病和地方病得到有效控制,基本公共卫生指标接近全国平均水平。通过扩大门诊救助范围,逐步取消病种与起付线的限制,真正履行“应救尽救”、“公平救助”的制度初衷,提升门诊救助的补偿比例,制定贫困人群医疗自付费用补充救助的政策安排,进一步发挥医疗救助制度的济贫功能。

#### 2. 建立大病医疗保险制度

确定比较合理的大病标准是建立农村医疗保险制度的基础和前提。在经济发展相对落后的农村,几百元的医疗费用,就可能导致农户家庭整体返贫。因此,大病的标准不可能按照医疗费用的

① 即基本医疗保险体系是医疗保障体系的主体层次,包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新农合三项制度;城乡医疗救助体系是兜底体系,主要帮助贫困人群参加基本医疗保险;补充医疗保障是较高层次的需求体系,包括商业健康保险和其他形式补充医疗保险。

② 主要包括四类人群:处于贫困线以下的农民,生活在最低生活保障线以下的残疾人员,体弱多病、鳏寡孤独等老年弱势群体,身患重大疾病、医疗费用支出超过家庭承受能力的普通农民。

绝对数量来确定,而应以对农民家庭生活的实际影响为参照。2012年8月30日,国家正式出台由商业保险机构承办的大病保险制度。大病统筹基金具体划分为住院统筹基金、特殊重大慢性病大额门诊统筹基金和正常产住院分娩补助基金三部分,分别用于参合农民住院补偿、特殊重大慢性病大额门诊补偿和正常产住院分娩补助。

在城乡医保统筹过程中,各地提出推进大病保险制度的举措,如山东、山西等省份确定了城乡居民大病保险的筹资比例,加大对建档立卡贫困人口的补贴力度,降低或减免农村居民尤其是贫困人口的医保缴费数额,取消或降低贫困人口的住院起付线。使大病患者能住得起院、吃得起药,使生产能力得到有效恢复与保护,从而跳出因病致(返)贫的恶性循环。

### 3. 商业医疗保险的补充保障

对于基本医疗服务以外的非基本医疗服务,可以通过鼓励农民自愿购买商业医疗保险的方式,推动社会成员之间的互保。目前,国内商业保险公司参与农村医疗保障制度建设主要有独立开展商业医疗保险、承办政策性农村医疗保险、商业保险公司参与三种模式。《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》提出,必须制定商业保险机构的基本准入条件,规范大病保险招投标与合同管理,建立起以保障水平和参保人满意度为核心的考核办法,提升大病保险管理服务的能力和水平,引导和鼓励商业医疗保险机构参与农村医疗保险。

在多层次农村医疗保障体系中,政府、市场及社会三种供给主体的覆盖人群不同,实行功能互补衔接,纵向积累与横向互济结合,共同构成一个多元整合型的农村医疗供给体系,有效解决广大农民医疗卫生保障问题。

### (四) 覆盖范围:关注以农民工为主体的流动人群的参保补偿方案

改革开放后,以农民工为主体的流动人群医疗保障问题边缘化倾向明显。截至2018年底,全国农民工总量已达2.88亿,外出农民工达到1.73亿<sup>[35]</sup>。在全国出台的城乡居民医疗保险整合文件中,大多数只将参保人群原则性表述为“包括现有城镇居民医保和新农合所有应参保(合)人员,即覆盖除职工基本医疗保险应参保人员”,仅有广东、广西、甘肃及新疆等12省份做出明确规定。

因此,必须尽快出台以农民工为主体的流动人群的参保补偿方案细则,提供最基本的医疗卫生服务。针对农民工群体的不同特点需求,采取分层分类保障的方法:对于长期在城镇工作居住、事实上已经城镇化的农民工,在变更户籍为市民身份的基础上,通过扩大制度覆盖面,将其逐步纳入城镇基本医疗保险制度。对于城乡“双栖”型的农民工,应在尊重其参合意愿的基础上,将其逐步纳入农村医保制度体系。对于低收入农民工,降低准入门槛,允许其缴纳部分医疗保险费,享受相应比例的统筹基金支付待遇。

筹资参保层面,可通过合理设定筹资时间、建立农民工自助缴费、委托户籍所在地亲朋代缴等方式,建立针对农民工的合理筹资机制,提高参保率。可考虑在全国建立针对农民工的医疗保障网络,凭借居民身份证给参合农民工设立个人账户,同时发放医保卡,用于缴费、报销,可在全国各地通用。补偿报销层面,优化报销流程,方便外出务工农民受益于农村医保制度。可通过返乡农民工自己办理、邮寄或网上申报办理、委托亲友办理报销事宜。对于流动性高、劳动关系不稳定的参合农民工,政府和定点医疗机构应放宽报销的时间限制,简化报销程序,提高异地报销比例<sup>[41]</sup>。由于异地就医费用结算涉及包括患者、医疗机构、输出地新农合经办机构以及输入地经办机构等在内的多个主体,应建立相关的网络技术信息对接及互信委托机制,充分利用网络资源,互通信息、严格审核,加强异地就医管理,为农民工异地就医及报销提供方便。随着经济发展与观念更新,势必打破城乡二元化管理体制,积极探索农民工异地就医费用结算办法,实现异地就医、异地报销一卡通,既解决农民工医疗卫生服务可得性问题,又为全国医疗保障城乡一体化管理奠定基础。

### (五) 发展趋向:逐步实现全民基本医疗一体化的统筹目标

公民的健康保障权是基于社会契约、国家责任和公民基本生活需求的一项基本权利。作为政

府主导建立的基本医疗保险制度,基本医疗保险更加注重向国民提供基本的医疗保障,并体现全面性、公平性和福利性。全民基本医疗一体化保险制度既是碎片化制度革新发展的必然趋势,也是全面建成小康社会的目标要求。根据十九大报告对我国社会主要矛盾转化的新论述,与人民日益增长的健康保障需要不平衡不充分相对应的是,现有的医疗保障制度、管理体制和经办公共服务资源不足、运行效率低下等问题叠加。随着制度实施推进,城乡二元分割的医保格局弊端显现,即居民重复参保、财政重复补贴、各地重复建设机构和网络(“三个重复”),不利于体现公平、不利于人力资源的流动、不利于制度可持续发展(“三个不利于”)。

鉴于城乡二元社会经济结构根深蒂固,城乡、区域间的经济发展水平差距大的现实,迫切需要改革构建城乡统筹、一体化的基本医疗保障制度。基本医疗保险制度一体化是通过医疗资源的有效整合和合理配置,使原来相互独立的医疗制度通过逐渐有机地结合成为一体化医疗保障制度。目前,在全国城乡居民医疗保险制度并轨已基本完成的情况下,城镇职工医保与城乡居民医疗保险制度的整合必将成为新的重点难点。当然,城乡统筹并非意味着“消除差别、完全统一”,而是强调享有医疗保障的机会均等和自由选择,实现公共服务的均等化。理想的实现路径是,在对不同人群分类的基础上,采取“分项目、分人群、分区域、分阶段”的渐进式路径<sup>[8]</sup>。

根据郑功成教授提出的“三步走”医疗保障战略目标<sup>[42]205</sup>,我国农村医疗保障制度的发展路径可以分三个阶段:积极推进城镇居民基本医疗保险同新农合的顺利并轨(2008—2012年);整合城乡基本医保与城镇职工基本医保(2013—2020年);建成公平互惠的全国统一健康保险制度(2021—2049年)。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,在深入融合和改革城乡基本医疗保障制度体系的基础上,在基本医疗保障的经办服务、参保筹资和待遇支付等关键层面,构建统一的城乡基本医疗保障制度实施机制,最终走向一条渐进改革发展的全民一体化医保之路,实现人人公平享有基本医疗及健康服务的目标。

### [参考文献]

- [1] 朱玲. 政府与农村基本医疗保健保障制度选择. 中国社会科学, 2000(4): 89-99
- [2] 顾昕. 公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归. 中国社会科学, 2010(2): 103-120
- [3] 林淑周. 中国农村医疗保障制度变迁原因及其启示. 福建行政学院学报, 2008(5): 68-73
- [4] 刘雅静, 张荣林. 我国农村合作医疗制度 60 年的变革及启示. 山东大学学报, 2010(3): 144-151
- [5] 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
- [6] 孟宏斌. 利益主体视角下的西部新农合制度运行困境分析. 中国人口资源与环境, 2011(8): 9-14
- [7] 孙淑云. 顶层设计城乡医保制度: 自上而下有效实施整合. 中国农村观察, 2015(3): 16-23
- [8] 仇雨临, 王昭茜. 城乡居民基本医疗保险制度整合发展评析. 中国医疗保险, 2018(2): 16-20
- [9] 诺思. 经济史中的结构与变迁. 陈郁, 罗华平, 等译. 上海人民出版社, 1994
- [10] 林毅夫. 关于制度变迁的经济学理论: 诱致性变迁与强制性变迁//科斯, 阿尔钦, 诺思, 等著. 财产权利与制度变迁——产权学派与新制度学派译文集. 上海人民出版社, 1994
- [11] 张大庆. 中国近代疾病社会史(1912—1937). 济南: 山东教育出版社, 2006
- [12] 马冀. 集体化时期农村合作医疗制度研究. 北京: 知识产权出版社, 2017
- [13] 张自宽. 对合作医疗早期历史的回顾. 中国卫生经济, 1992(6): 21-23
- [14] 徐杰. 对我国卫生经济政策的历史回顾和思考. 中国卫生经济, 1997(10): 7-8
- [15] 曹普. 改革开放前中国农村合作医疗制度. 中共党史资料, 2006(3): 134-144
- [16] 山西省地方志编纂委员会. 米山中心卫生院志. 太原: 山西人民出版社, 2005
- [17] 山西省卫生厅. 山西农村卫生工作. 太原: 山西人民出版社, 1960
- [18] 让合作医疗遍地开花. 健康报, 1958-9-13
- [19] 宋晓梧. 中国社会保障制度建设 20 年. 郑州: 中州古籍出版社, 1998
- [20] 周寿祺. 探寻农民健康保障制度的发展轨迹. 国际医药卫生导报, 2002(6): 18-19

- [21] 姚力.把医疗卫生的重点放到农村去:毛泽东“六·二六指示的历史考察.当代中国史研究,2007(3):99-104
- [22] 夏杏珍.农村合作医疗制度的历史考察.当代中国史研究,2003(5):110-118
- [23] 胡振栋.农村合作医疗创始人覃祥官.炎黄春秋,2001(3):62-64
- [24] 中共中央文献研究室.建国以来毛泽东文稿(第12册).北京:中央文献出版社,1998
- [25] 深受贫下中农欢迎的合作医疗制度.人民日报,1968-12-5
- [26] 中国卫生年鉴编委会:中国卫生年鉴(1982).北京:人民卫生出版社,1983
- [27] 孙淑云.新型农村合作医疗制度的规范化与立法研究.北京:法律出版社,2009
- [28] 世界银行.中国:卫生模式转变中的长远问题与对策.北京:中国财政经济出版社,1994
- [29] 王俊华.论21世纪苏南农村医疗保障体系的创新.学海,2000(6):186-190
- [30] 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
- [31] 王延中.建立农村基本医疗保障制度.经济与管理研究,2001(3):15-19
- [32] 国务院办公厅.关于建立新型农村合作医疗制度的意见.中国农村卫生事业管理,2003(2):3-4
- [33] 卫生部农村卫生管理司,卫生部新型农村合作医疗研究中心.新型农村合作医疗文件汇编(2002—2008).2008
- [34] 王琬.城乡医保制度整合研究:基于地方经验的考察.学术研究,2018(1):84-90
- [35] 国家统计局.中华人民共和国2018年国民经济和社会发展统计公报.中国统计,2019(3):8-22
- [36] 张迪.城乡居民基本医疗保险有必要整合吗?.劳动保障世界,2018(24):22-23
- [37] 仇雨临.中国医疗保障70年:回顾与解析.社会保障评论,2019(1):89-101
- [38] 于长永,刘康,何剑.改革前后三十年农村合作医疗的制度变迁.西北人口,2011(4):58-62
- [39] 毕红静.激励、制约与农民参与行为.前沿,2010(10):106-109
- [40] 国务院.关于实施健康扶贫工程的指导意见.中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报,2016(6):243-248
- [41] 龚文海.农民工医疗保险:模式比较与制度创新.人口研究,2009(4):92-98
- [42] 郑功成.中国社会保障改革与发展战略理念、目标与行动方案.北京:人民出版社,2008

## The Evolution and Enlightenment of China's Rural Medical Insurance System in the Past 70 Years

MENG Hongbin

**Abstract** Since the founding of the People's Republic of China, the government established rural medical and health care system which has played an important role in ensuring farmers' access to basic health services and preventing farmers from "poverty due to illness and returning to poverty due to illness". From the perspective of institutional change, the process of rural medical security system can be divided into five stages: germination and prosperity, recession disintegration, recovery and reconstruction, pilot project of new rural cooperative medical system and medical insurance for urban and rural residents. In order to achieve the sustained and standardized development of rural medical security system, we must always adhere to the nature of public goods of basic medical services and ensure the farmers access to the right of health and medical security equitably. We will build a diversified and multi-level rural medical service security system to ease the institutional pressure on medical insurance for urban and rural residents. We will take "the governments leading position and the farmer main body" as the basis for standardizing sustainable development, and strengthen the construction of the protection mechanism for the insured peasants' interests. We will pay attention to the insurance scheme of migrant workers as the main body of floating groups, and consider the establishment of a long-term insurance mechanism for poor farmers, and gradually realize a unified medical security system for the whole people in accordance with the overall goal of the integration of basic medical care.

**Keywords** 70 years; Rural medical insurance system; Institutional change; Enlightenment