



## · 在线咨询 ·

- 蘑菇的种植
- 下层民众的切身利益
- 人口普查是为什么
- 该中心与研究生培养有关么
- 中国农村调查·2010年·

## · 中心动态 ·

- 村民自治暨合寨村村民委员..
- 湖北省委常委、纪委书记黄..
- 全国政治学专家团莅临中心..
- 吉林大学周光辉教授莅临中..
- 中国社会科学院陆学艺研究..
- 中心主任徐勇教授赴福建永..

## · 新农学院 ·

## · 调研基地 ·

《农村研究通讯》

《中国农村研究》

《中国农村调查》

## · 新书推荐 ·

[农民家庭内部分工及其专业化演进对农村土地制度变迁的影响研究](#)您现在的位置是: [首页](#)>>[农村新论](#)>>

## 新时期农村合作医疗改革述论

作者: 姚力 来源: 《当代中国史研究》 发布时间: 2010年5月14日

新时期农村合作医疗经历了曲折的发展历程。随着家庭承包经营的推行,农村合作医疗迅速瓦解,覆盖率由20世纪70年代末的90%下降到1985年的5%。90年代初开始,党和政府努力恢复合作医疗,但重建工作一再受挫。农民自费医疗的境况带来了严重的社会问题。2003年初,新型农村合作医疗制度出台,这是又一项富有中国特色的社会主义制度创新。几年来的试点和推广实践证明,新型农村合作医疗制度符合我国的实际,对保障农民身体健康、维护社会和谐和促进经济发展具有重要意义。同时,建立完善的农村医疗保障制度需要各方力量的整合,任重而道远。

农村合作医疗是20世纪50年代中期由我国农村自发创造的一种集体医疗保障制度。它的产生打破了我国农民自我医疗保障的历史。尽管农村合作医疗的筹资水平和保障能力都十分有限,但它投入低廉,符合当时经济水平十分落后的实际,互助共济的性质也与我国乡民社会的传统道德相吻合。因此,农村合作医疗很快得到了中央的认可和推广,为改变我国农村医疗卫生状况发挥了巨大作用。六七十年代它与“赤脚医生”、农村保健站一起被称为我国农村医疗卫生工作的“三大法宝”。中共十一届三中全会后,经济改革的大潮催生了各项社会制度的变革,农村合作医疗也在“摸着石头过河”的探索中经历了一段曲折的发展历程,最终开拓出新型农村合作医疗这条制度创新之路。

## 一、农村合作医疗在改革的激流中沉浮

农村家庭承包经营是我国改革开放的突破口,随之带来的集体经济的削弱也直接影响了农村合作医疗制度的生存与稳固。农村合作医疗覆盖率由20世纪70年代末的90%迅速降低到1985年的5%。90年代初期,全国“仅存的合作医疗主要分布在上海和苏南地区”。合作医疗的实施者“赤脚医生”也多半转变成自负盈亏的“个体户”,1986年经考试首批获得“乡村医生”资格的有64万人,与70年代末150万名“赤脚医生”大军相比削减了一半多。合作医疗的解体使农民退回到自费医疗的境地,一些已经被消灭或控制的地方病、传染病死灰复燃再度发生甚至流行。以血吸虫病的防治为例,新中国成立后根据我国血吸虫病流行广、病人多、危害重的情况,党和政府对防治工作给予了高度重视,从中央到疫区逐级建立了防治机构,投入了大量资金和人力,广泛开展了群众性的消灭血吸虫病运动,血吸虫病被基本控制和消灭。1985年中央血吸虫病防治领导小组和地方病防治领导小组及其办事机构相继被撤销。然而,在20世纪末,血吸虫病再度成为危害农民健康的一大祸患。从国际通用的衡量一个国家或地区人口健康状况的两个指标——人口预期寿命和婴儿死亡率来看,80年代以后,我国的改善速度与世界上其他国家相比是非常缓慢的,主要原因就在于占人口绝大多数的农民的健康状况下滑,尤其是中西部贫困地区农民的健康状况更加不容乐观。相对于医药费用的增长幅度,农民收入的增加过缓。1990~1999年,农民年均纯收入由686.31元增加到2210.34元,增长了2.2倍。同期卫生部门统计,每人次平均门诊费用和住院费用分别由10.9元和473.3元增加到79元和2891元,增长了6.2倍和5.1倍。农民“因病致贫、因病返贫”现象愈发严重,以致出现了“小病拖、大病扛、重病等着见阎王”的辛酸局面,并由此加剧了城乡关系和社会公正的失衡。据90年代初我国对30个省、市、区孕产妇死亡率监测表明,城市是49.9/10万,接近发达国家水平,而农村是114.9/10万,一半的孕产妇死亡是因交通不便和没及时输血造成的。世界卫生组织发表的《2000年世界卫生报告》认为,在全球191个国家中,中国卫生部门的总体绩效处于较低水平,特别是公平性非常差。在卫生负担公平性方面,中国排在第188位,即倒数第4位。农村合作医疗几乎灭种的境地和农民自费医疗带来的诸多社会问题,使农村医疗保障制度建设形势愈发严峻,任务迫在眉睫。

当代中国史研究2009年第2期自20世纪90年代初开始,党和政府再度寄希望于合作医疗,努力探索建立适合我国特点的农村医疗保障制度。为重建农村合作医疗,中央下达了一系列文件,并制定了相应的政策。1991年,国

务院批转了卫生部等部委提出的《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》，要求各地要稳步推行合作医疗保健制度，为兑现《阿拉木图宣言》、实现人人享有卫生保健提供社会保障。1992年，全国很多地方出现了短暂的重建合作医疗的热潮。为此，积极倡导合作医疗的卫生部原部长钱信忠在《人民日报》上撰文《重振合作医疗的雄风》。然而，在合作医疗复办刚刚有所起色时，为减轻农民负担，农业部对包括合作医疗在内的收钱收物政策强令叫停，合作医疗制度的复办工作遭遇挫折。为了维护合作医疗的成果，中央赶紧下令为合作医疗正名。1993年，中共中央在《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中提出，要“发展和完善农村合作医疗制度”。第二年，国务院研究室、卫生部、农业部与世界卫生组织合作，在全国7个省14个县开展了“中国农村合作医疗制度改革”试点及跟踪研究工作。在1996年全国卫生工作会议上，江泽民指出：“现在许多农村发展合作医疗，深得民心，人民把它称为‘民心工程’和‘德政’。看来，加强农村卫生工作，关键是发展和完善农村合作医疗制度。这是长期实践经验的总结，符合中国国情，符合农民愿望。要进一步统一认识，加强领导，积极、稳妥地把这件事办好。”1997年1月，中共中央和国务院在《关于卫生改革与发展的决定》中，更加明确地提出要“积极稳妥发展和完善合作医疗制度”。为了贯彻这一决定，3月，卫生部等部门向国务院提交了《关于发展和完善农村合作医疗若干意见》，国务院很快批转了这一文件。11月7日，卫生部又发出了《关于进一步推动合作医疗的通知》。这一系列努力促成了1997年复办合作医疗的又一次小高潮。全国有24个省、市、自治区先后出台了加强农村合作医疗的政策性文件，有18个省、自治区政府专门召开了农村合作医疗工作会议，制定合作医疗发展规划，12个省举办了医疗培训班，各省在不同类型地区抓了917个县进行合作医疗试点。然而合作医疗的重建工作并不理想。据1998年第二次国家卫生服务调查结果显示，农村享有医疗保障的人口比例总计为12.68%，其中参加合作医疗的仅为6.5%。究其原因，政府对合作医疗投入不足、农民对合作医疗缺乏信任以及制度自身设计不完善等因素制约了它的重建。1998年十五届三中全会通过的《中共中央关于农业和农村工作若干重大问题的指导意见》强调，要完善农村医疗卫生设施，稳步发展合作医疗，提高农民健康水平。国家对复办合作医疗的态度并没有因为遇到困难而改变，而是愈挫愈坚。进入新世纪后，卫生部加大了农村合作医疗的调研工作，党组成员分别带队深入经济发展水平不同的农村地区，发现和分析农村医疗保障中的实际问题，在吸取合作医疗的成功经验和失败教训的基础上，开启了新型农村合作医疗的试点和建设历程。

## 二、新型农村合作医疗的制度创新

进入新世纪，党和国家在总结新中国50年来农村卫生工作的成绩和问题的基础上，对农村卫生工作的重要性有了更加明晰的认识。江泽民指出：“农村卫生工作直接关系到农村的发展、农业的繁荣和农民的健康，关系到我国经济社会发展目标的实现。”中央的高度重视为农村医疗保障制度建设提供了根本保证。同时，理论研究和实际操作部门积极试验、大胆探索，为新制度的出台和科学决策提供了理论依据和实践经验。

2001年5月，国务院转发了由国务院体改办等五部委起草的《关于农村卫生改革与发展的指导意见》，初步确定了农村卫生事业的发展方向和政策原则。同时，《中国农村初级卫生保健发展纲要(2001~2010年)》由卫生部等七部委联合下发。农村卫生工作被放置在了全国卫生工作的首位，成为发展国民经济所要解决的重要问题之一。2002年1月，国务院决定年内以中共中央和国务院的名义召开全国农村卫生工作会议。10月29日，经过10个月的起草和研讨，30多次易稿，中共中央、国务院发布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(以下简称《决定》)。《决定》要求逐步建立新型农村合作医疗制度，“到2010年，新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民”。(p 8)这是中央首次正式提出“新型农村合作医疗”的概念和目标。同一天，第一次由国务院主持召开的全国农村卫生工作会议开幕。会议认真贯彻《决定》精神，对建立新型农村合作医疗制度、深化农村卫生机构改革、落实农村卫生补助政策、加强农村卫生人才培养和队伍建设、开展城市卫生支援农村卫生工作和加强乡村医生管理等问题进行了深入研究。12月28日，九届人大审议通过了《中华人民共和国农业法(修订草稿)》，其中强调要建立农民医疗保障制度，国家鼓励支持发展农村合作医疗和其他形式医疗保险，提高农民健康水平。这样，以国家法律的形式将建设农民合作医疗和医疗保险的目标确定下来，为新型农村合作医疗制度的确立提供了法律依据。

2003年1月16日，国务院办公厅转发了卫生部、财政部、农业部联合制定的《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，对新型农村合作医疗建立过程中的问题做了具体、明确的规定和指导。新型农村合作医疗增加了政府投入的责任，在筹资、报销和管理以及保险水平等方面都与传统合作医疗有着根本的不同。

第一，定义更加科学、准确、具体，“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，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度”。而传统合作医疗制度的内涵，无论是1960年第一次出现在中央文件中的表述，还是在1979年的《农村合作医疗章程(试行草稿)》、1991年的《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》中的概括，都比较简约，仅强调了“依靠集体力量”，是“社员群众的集体福利事业”、“筹集医疗预防保健费用的各种形式的医疗保健制度”。第二，目标十分明确，到2010年基本覆盖农村居民。这个目标对时

间、程度、对象都做了规定。通过各方努力，这一目标已提前两年完成。第三，放宽了参加对象的条件，所有农村居民均可参加。这种规定符合当前人们从业方式多样、身份复杂，城乡中间存在大批流动人口的新形势，也符合“人人参加医疗保健”的理想目标。第四，扩大了筹资范围。它采取以县为单位进行筹资，条件不具备的地方，在起步阶段也可采用以乡（镇）为单位，逐步向县（市）统筹过渡。其好处是，扩大了保险基金额，加大了保险力度，降低了资金管理成本。而传统合作医疗一般以村为筹资单位，资金额度很小，只能维持低水平的医药开销，不适合当下农民流行疾病模式的经费需求。第五，强化了政府的责任。政府是新型农村合作医疗制度实施的主角，负有组织、引导、支持的责任，从而改变了传统合作医疗“民办、公助”的性质，保证了新型农村合作医疗制度的有效落实。最初，中央财政每年拨款给中西部参加新型农村合作医疗的农民每人10元，地方政府每年给参加新型农村合作医疗的农民每人不少于10元的补助。在“三三制”的筹资方式中，政府占2/3的比例。此后中央和地方财政补贴标准连年提升，2007年达到80元。第六，突出了大病统筹的重点。近年来，花费较高的慢性病、恶性疾病成为威胁农民健康和生活的疾病，为解决因病致贫、返贫的主要矛盾，必须把有限的新型农村合作医疗基金用在保“大病”上，所以规定以大病统筹为主。这既符合我国农村的实际，也符合保险学的原理。第七，完善了监督机制。传统合作医疗只是要求“专款专用”、“账目日清月结，定期公布”。新型农村合作医疗制度在监管机制上相当规范和严密，由县级政府的相关部门和参加新型农村合作医疗的农民共同组成监督委员会，监督委员会与同级人民代表大会及审计部门共同参与对新型农村合作医疗的检查和监督工作。此外，合作医疗基金收支、使用情况还要定期向社会张榜公布，接受广大人民群众和社会舆论的监督。第八，与医疗救助和医疗商业保险制度相互衔接，共同发挥作用。医疗救助制度给予贫困户、五保户医疗费用补贴，资助他们参加当地的新型农村合作医疗。对于经济发达地区的生活富裕的农民家庭，新型农村合作医疗制度也鼓励他们同时参加商业医疗保险，以使他们获得更好的医疗保障。

新型农村合作医疗是又一项富有中国特色的社会主义制度创新。从2003年6月起，全国30个省、市、自治区首批确定了304个试点县，覆盖农村人口9300余万人。为了扎实、稳妥地做好试点工作，国务院和卫生部等有关部门连续下达了一系列关于新型农村合作医疗的组织管理、机构改革、资金筹集管理以及国家部分特困地区政策的文件，为新型农村合作医疗的试点工作提供理论指导和政策护航。2003年12月，国务院召开了全国新型农村合作医疗试点工作会议。会前，胡锦涛、温家宝分别就新型农村合作医疗工作作出指示，强调了新型农村合作医疗的重要意义，并对如何做好试点工作提出要求。2004年全国试点县、市增加到333个，2005年做到每个地（市）至少有1个试点县，全国试点县达到641个，覆盖人数达2.25亿人，实际参加农民1.63亿人，参合率达到72.6%，全国共补偿参加合作医疗的农民1.19亿人次，补偿资金支出50.38亿元。到2006年时，全国已有1433个县（市、区）开展了新型农村合作医疗，占全国县（市、区）总数的50.1%，实现了年初确定的工作目标；有4.06亿农民参加了新型农村合作医疗，占全国农业人口的45.8%，参合率达80.5%。2006年1~9月，全国有1.4亿农民从新型农村合作医疗中受益，共得到医疗费用补偿95.8亿元。中央建设新型农村合作医疗的决心和力度，广大农民对医疗保障制度的急切渴望，以及地方政府和工作人员积极稳妥的落实工作，凝聚成一股强大的推动力，确保了新型农村合作医疗试点工作的顺利开展。到2007年，新型农村合作医疗进入了全面推广阶段。当年底，全国2451个县（市、区）已基本建立了新型农村合作医疗制度，覆盖7.3亿农民，参合率达86%，全国农民累计已有9.24亿人次受益，累计补偿资金591亿元。这也为中央决定提前两年，即2008年底实现新型农村合作医疗的全覆盖创造了条件和可能。新型农村合作医疗制度的实施初战告捷。

### 三、历史的启迪与思考

对于我们这样一个处于快速发展的社会主义大国来说，选择何种形式的农村医疗保障制度，没有现成的模式和经验可供学习和借鉴。要建设适宜、有效的农村医疗保障制度，必须全面总结新中国近60年医疗卫生事业发展的历史，特别要总结新时期30年农村医疗保障制度建设成功经验和失败教训。

#### （一）农村医疗保障制度须臾不可或缺

我国是一个农业大国、大部分人口在农村的基本国情，在一个相当长的时期里不会改变。早在改革开放不久，邓小平就曾指出：“中国有百分之八十的人口在农村。中国社会是不是安定，中国经济能不能发展，首先要看农村能不能发展，农民生活是不是好起来。”农村居民的医疗保障问题是解决“三农”问题、进行社会主义新农村建设的决定性因素，是医疗卫生改革和医疗保障制度建设的重点。卫生部原部长高强曾经说，能不能建设小康关键看农民能不能健康。的确，农民医疗保障问题解决与否直接关系到农民的小康和整个社会的和谐。1991年的七届人大四次会议将“把医疗卫生工作的重点放在农村”纳入了新时期的卫生工作方针中，1997年在《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中“以农村为重点”被提到新时期卫生工作方针的第一位。中共十七大报告继续坚持将“以农村为重点”作为建立基本医疗卫生制度中的重要一条，这既符合我国人口分布和医疗卫生发展状况的实际，也符合党的维护最广大人民根本利益和发展的成果为人民共享的宗旨。农民医疗保障问题不仅仅是农民能不能

看得起病、吃得起药的问题，它关系到中华民族的生存和强大，影响着整个中国社会的稳定和发展。因此，建立适合于广大农村居民的医疗保障制度不仅具有经济价值，而且具有重大的社会意义和政治意义。

## （二）农村医疗保障制度建设需要各方力量的整合

农村医疗保障制度建设不是一个孤立的问题，它既需要政府的重视和财政的支持，也需要医疗卫生体系的配套改革，更离不开公共卫生服务总体水平的提升。改革开放前农村合作医疗之所以能够发挥较好的功效，首先在于行政干预使它保持了比较高的覆盖率；其次在于国家在经费上大力扶持，药品价格上严加控制；再次在于群众卫生运动和公共卫生服务创造了有力的辅助条件。而20世纪八九十年代合作医疗的萎缩和复办工作的困难与这些因素的丧失有着直接的关联。1979年时国家对合作医疗的补助费是1亿元，1992年下降到3500万元，仅占卫生事业费的0.36%，农民人均4分钱。投入的下降致使1980~1990年间乡镇卫生院减少了8000多所，病床数减少了24万多张，专业技术人员减少了12.9万人。新型农村合作医疗制度中加强了政府的责任，这是符合合作医疗属于公共产品与公共服务性质要求的。即便在市场经济的条件下，基本医疗保障制度也要把社会效益放在首位。可喜的是，在刚刚公布的新医改方案征求意见稿中，突出了政府主导和社会公平正义，并强调统筹兼顾、综合配套，这些理念和措施都会为新型农村合作医疗制度起到有力的辅助作用。

## （三）完善和巩固新型农村合作医疗制度任重而道远

2005年7月29日，《中国青年报》报道国务院发展研究中心社会发展研究部与世界卫生组织合作组成的“中国医疗卫生体制改革”课题组的研究报告认为中国“医改基本不成功”。此言一出立即引起全社会的广泛关注，一场关于医改成败的大讨论在全社会掀起波澜。研究报告对于新型农村合作医疗制度进行了分析和评估，指出了制度设计存在的五个问题，并对农民医疗保障制度建设提出了六点建议。应该说，研究报告以发现问题、力求改进为目标，它的质疑和批评是相当犀利和准确的，代表了目前很大一部分人对新型农村合作医疗的态度。在新型农村合作医疗的试点和推广过程中也确实发现了诸如筹资难、参保率低、基金和信息化管理存在漏洞等问题。几年来，中央和各地政府不断总结经验，每年定期召开专门会议，对发现的问题不断调整和纠正，增补了一些新办法。我们必须看到，实施新型农村合作医疗是一项涉及九亿多农村居民利益的长期、复杂而艰巨的任务，建立完善的医疗保障制度不但是当今世界各国面临的难题，也是我国改革和发展面对的重要任务和挑战。

2006年6月，国家发改委下发的《医药行业“十一五”发展指导意见》中把实现“人人享有卫生保健”的承诺提上了日程。紧接着，中共十六届六中全会明确提出了建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度的历史任务。当前的由城镇职工基本医疗保险、农村新型合作医疗和城镇居民基本医疗保险构成的基本医疗保障体系中，新型农村合作医疗制度无疑是最重要的支撑。能否实现“人人享有卫生保健”目标的关键在新型农村合作医疗制度的普及、巩固及其效用的发挥。过去中国用世界1%的卫生资源解决了占世界22%人口的医疗卫生问题，未来中国也一定能够实现“人人享有卫生保健”的目标，这是历史研究给予我们的正确认识和坚定信念。30年前，中国的农村合作医疗被世界卫生组织誉为“发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例”；30年后，中国人的智慧，中国医疗保障制度的理论和实践必将再度影响整个世界。

本网站为纯公益性学术网站,无任何商业目的.因部分文章来源于网络,如有侵权请来邮或来电告知,本站将立即改正。

Copyright 华中师范大学中国农村问题研究中心 鄂ICP备05015407号

Tel: 027-67865845 Fax: 027-67865189 Mail: newccrs@yahoo.com.cn