

Economics



Selections

经济活页文选

理论版

农村基本医疗保障考察

中国财政经济出版社

2006.10
总第14

《新理财》公司理财版 2006 年第 10 期(总第 46 期)要目

- 封面专题 业新科公司内控评价体系的构建 于增彪 麻蔚冰 王竞达/文
- 特别策划 期待长大——回眸 MPAcc 郑宁军/文
培养：应用型会计人才全面发展之路 尉敏/文
学员：适应社会竞争需要 张春光/文
企业：支持员工学习 MPAcc 张春光/文
- 经济观察 全球性加息风潮的影响 梅新育/文
会计的税务烦恼 王大力/文
从各方意见研判企业所得税合并(续) 蔡巧萍/文
为出口退税政策的调整叫声好 李炜光/文
- 小舟讲坛 企业风险管理中的事件确认 杨小舟/文
- MA 观点 制止暴君 Cindy Mahoney/文 刘艳/译
- 国际会计 公允价值计量属性与国际“农业”会计准则的选择——兼论我国生物
资产准则的计量属性特色 郑莉/文
- 业 界 谈推广使用“新三种”贸易术语 龚玉和/文
- 会计政策 股权投资差额会计处理的回顾与展望 胡少先/文
- 深 呼 吸 得益诚信 翁礼华/文

《新理财》2006 年全年定价 120 元，2007 年全年定价 240 元。订阅热线：
010-88190601、88190606；传真：010-88190947。

中国财政经济出版社 出版

URL: <http://www.cfeph.com>

(版权所有 翻印必究)

社址：北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮政编码：100036

涿州市新华印刷有限公司印刷 各地新华书店经销

880×1230 毫米 32 开 1 印张 26900 字

2006 年 10 月第 1 版 2006 年 10 月涿州第 1 次印刷

定价：5.00 元

45005·0273

(图书出现印装问题,本社负责调换)

《经济活页文选(理论版)》

2006 年第 10 期 (总第 144 期)

经济分析

合作医疗、医疗救助与五保户照料……朱 玲 (3)

包括合作医疗制度在内的基本健康保障制度的推行,有赖于功能各异的保障政策之间的互补、不同政府部门之间的协调、政府机构与村庄自治组织之间的合作,以及农民群众的广泛参与。

新型农村合作医疗和特困人口医疗救助

相结合制度建设评介…………… 蒋中一 (14)

无论是新合医,还是医疗救助,运行的时间都不长,采取什么样的结合方式更好,应该继续鼓励各地试验和创新,现在还不宜确定统一模式来推广。

社会保障资金理财模式的比较与借鉴

…………… 谢 萍 (24)

目前已将部分社保基金投向证券市场,由专业人员具体营运,以求获得较高的收益,但应注意规避风险,应保证社保基金的大部分投向风险较小收益稳定的领域,从而为社保基金的增值开拓新的渠道。

重要启事

本刊办公地址已迁至新知大厦602室,从2006年7月1日起,本刊订约热线变更为:010-88190601、88190606;杂志社电话变更为:010-88190678;编辑部电话变更为:010-88190671。传真电话不变,仍为010-88190947。杂志社通信地址及邮政编码不变。敬请周知。

新理财杂志社

特邀顾问(按姓氏笔画排列):

王一鸣	王传纶	厉以宁	刘 怡
刘世锦	刘鸿儒	米建国	余永定
吴敬琏	陈宝森	张维迎	张曙光
盛 洪	林毅夫	胡代光	贾 康
高培勇	茅于軾	袁元伦	蔡 昉
樊 纲			

主 编:贾 杰

副主编:郭兆旭 郑宁军

编辑部成员:郑宁军 洪 钢 王芝文 褚爱军

编 辑:《经济活页文选》编辑部

出 版:中国财政经济出版社

总发行:新理财杂志社

编辑部地址:北京市海淀区阜成路甲28号新知大厦602室

邮 编:100036

电 话:(010)88190601 88190678

传 真:(010)88190947

E-mail: xlc @ xinlicai . com . cn

合作医疗、医疗救助与五保户照料

——朱 玲

1982年，中央政府开始投资于“三西建设工程”，目的是援助宁夏、甘肃两省最贫困的人口。从那时算起，中国的扶贫计划大约已经实施了1/4世纪。然而极端贫困的现象依然存在。根据国务院扶贫办发布的统计，2005年底，全国尚未解决温饱的农村人口还有2365万人，扶贫办系统建档立卡的工作对象有1亿多人。回顾以往的扶贫项目，主要借助投资手段，促进贫困人口就业和推动贫困地区的经济增长。能够直接受益于这类项目的贫困人口，显然是具有劳动能力的人。那些不具备工作能力的贫困群体，则难以参与投资项目。因而可以说，现有的扶贫开发项目对于缓解这一群体的困境是无效的。救济，才是避免他们陷入难以生存境地的有效政策工具。值得注意的是，难以预料的天灾人祸不仅会使原本贫穷的人更加贫困，而且还可能使非贫困人口陷入暂时贫困。如果没有相应的保护措施来应对这些风险，暂时贫困就有可能转化为长期贫困，相对轻微的贫困也有可能转变为深重的贫困。保险，正是预防 and 缓解此类贫困的一项经济安全设置。由此看来，仅仅凭借包括扶贫计划在内的任何一种单项社会保障措施，难以实现消除绝对贫困的目标。针对状况不同的贫困个人，采取不同的复合政策措施，才有可能帮助他们摆脱当前的困境。出于这一理解，我们经济所的农村基本医疗保险课题组近年来一直对合作医疗与医疗救助制度试验进行追踪研究，以下案例讨论，即来自笔者近两年的农村调查。

新型合作医疗制度：农村基本医疗保险

农村新型合作医疗制度是从2003年开始试点的。与以往的农村合

新型合作医疗制度已经深受参保农民群众的赞扬

作医疗相比,新制度实质上接近于一种地区性的社会医疗保险。第一,各级政府以前所未有的资助力度,向合作医疗基金输入财政资源。例如,中西部试点县启动合作医疗制度时的最低筹资额平均每人 30 元,其中农户筹资至少每人 10 元,中央和地方财政分别配套 10 元,财政补贴和个人缴费的比例为 2:1。发达地区的合作医疗筹资虽然没有得到中央政府的财政支持,但是地方政府拨付的财政补贴更高。例如,张家港市参加农村合作医疗的人口平均每人每年交 40 元,政府的配套资金则高达 71 元(参见表 1)。第二,把资金统筹单位从村级或乡级提高到县级层次,从而以更大的人口规模分散疾病风险。第三,合作医疗基金虽然部分用于报销门诊费用或设立家庭账户,但主要还是用来应对大病风险,即补偿患者的住院费用。第四,为了在试点过程中随时发现问题,解决问题和取得经验,卫生部设立专家组,系统培训试点县合作医疗管理人员,定期组织巡视和信息交流,为试点县提供了强大的技术支持。三年来,新型合作医疗制度的覆盖面迅速扩大^④。截至 2005 年底,全国的试点县(市、区)达 678 个,共有 1.79 亿人参加了合作医疗,占试点地区农村人口的 75.7%。尽管从整个试点地区来看,参保率还没有达到分散健康风险所需要的理想程度,但新型合作医疗制度已经深受参保农民群众的赞扬,这在案例 1 和 2 中或多或少地得到反映,两个案例均来自于笔者 2005 年 11 月 25 日在江苏省沐阳县的访谈。

表 1 2004 年苏州农村合作医疗人均资金统计表

	全市	常熟市	张家港市	吴江市
总数(元)	106	101	111	101
其中财政:				
市	1	1	1	1
市(区)	20—70	20	35	30
镇	0—65	20	35	30
集体(元)	0—388	10	0	0
个人(元)	30—90	50	40	40

资料来源:苏州市卫生局,2004,《新型农村合作医疗保障模式运行效果研究(研究报告)》,苏州市卫生局印制。

案例 1. “每人交 10 元，众人挑 1 人”

沭阳县地处江苏省北部，是这个发达省份的贫困县。胡集镇丁河村是该县一个交通很方便的地方，

老仇和在场的村民都认为，合作医疗保险帮了仇家的大忙

村庄距县城 20 多公里，京沪高速公路从村后 300 米处穿过。村里有 580 来户人家，共 2700 余人，其中将近 1000 人外出打工。村里的常住人口绝大多数是老人，学龄前儿童和中小學生。笔者在村口遇到几位打台球的老年村民，问起合作医疗的事儿都说知道，他们的家庭 2003 年就参加了，认为这是件好事情，农民得实惠了。其中一位仇姓村民告诉笔者，他去年报销了上万元。

老仇（57 岁）家有 5 口人，老伴 56 岁，访谈那日出门走亲戚去了。老两口育有两子一女，长子（23 岁）高中毕业，次子（22 岁）和女儿（18 岁）均已初中毕业，三人都在无锡打工。老仇夫妇耕种家里的 5 亩承包田，每年收获稻麦两季，除了自家食用外，卖粮所得 5000 元。农业税已经免除，每亩水稻每年还可得到国家粮食补贴 20 元。一般情况下，家里的日常开销并不大。田边地头种的菜能够满足吃菜需求，其他副食支出每人每年在 200 元左右。冬季室内不取暖，烧饭用的是作物秸秆。每月电费 20—30 元，自来水的费用一年不超过 24 元。至于服装和其他杂费支出，老仇都不大清楚，因为家庭财务，重要票据和证件例如合作医疗证等等都由老伴管理。不过他可以肯定，只要不发生天灾人祸，家里的日子还是不错的。

问题是，2004 年老仇食物中毒差点丧命。他解释道，全家都吃一样的饭菜，唯独他出现中毒症状。先是在村卫生室花了 20 元输液，不见症状缓解就去了县人民医院。住院花费 2 万多元，还是未解除危险。在县医院开了转院证明去淮阴市医院，花费 15000 多元，依然不见好。于是全家送他去南京，在南京住院花掉 3 万多元。与老仇前后住院相关的交通费和家人陪护支付的食宿费大约为 15000 元，跟医疗费加算在一起，总共支出大约 8 万元左右。在符合合作医疗基金报销条例的住院费用当中，老仇报销了 27000 多元，相当于他全部医疗支出的 42%。老仇

和在场的村民都认为，合作医疗保险帮了仇家的大忙。到目前为止，这几位与老仇年龄相仿的村民还没有报销过。笔者问他们是否还愿意继续交钱，几个人连连点头，言道：“这是每人交10元，众人挑1人的事情。要是没有合作医疗，老仇家现在不是更困难么？”

老仇生病之前家里未能积累现金，主要是因为供养3个孩子上中学。他说小孩上小学不贵，上初中的费用翻了几番，一个孩子一年花费2700—2800元，上高中更是贵得不得了，大儿子上学时一年支出大约17000多元。现在3个孩子打工带回来的钱主要用来还债。到目前，老仇还欠债3万元左右，涉及10多个亲戚。他说，亲戚当中没人催债，也不要利息，欠下的债务啥时候有钱啥时候还。

案例2. 在外打工的人住院也能报销

每个交钱的人都能 得到政府20元补助

胡集镇丁河村的村民老刘是一个头脑非常清楚的人，问起当地合作医疗制度的兴衰史，他几句话就能说得明明白白。1974年，丁河村曾经建立过合作医疗制度。最初每人缴纳1元，在村卫生室或者公社卫生院看病只需交纳5分钱挂号费，打针吃药实报实销，结果全村收缴的钱数不够报销。1976年的缴费标准提高到每人2元，依然收不抵支。这下子村民就再也不肯交钱，合作医疗总共只存在两年就垮台了。从那时起，一直到2003年县政府推行合作医疗保险，村里人看病都是自掏腰包，沐阳县所有农村也都是这个样。

老刘家有5口人，儿子和儿媳（30岁）在常州打工，只有过年才回来。平时家里只剩他夫妇俩（56岁）和7岁的小孙子一起过活。村里的小学被撤并，小孩子必须去镇上的中心小学寄宿。现在孙子上小学二年级，周末才能接回家，一年花费2000多元（每学期学杂费和书本费300多元，寄宿费110元，每月生活费160元）。儿子一年给老刘2000元现金，全花在小孙子身上也不够，他还得用卖粮钱贴补一些。不过，他们家现在住的二层小楼，主要是用儿子和儿媳前些年打工存下的钱盖的。儿子儿媳虽然不在村里常住，三年来老刘依然按时为全家5口缴纳合作医疗保险费。这—是因为县里规定，若要参加合作医疗就必须以户为单位按人头交钱；二是每个交钱的人都能得到政府20元补助；三是外出

打工的人如果在打工地点生病住院，回来也能报销部分费用。老刘对报销的程序更是一清二楚：无论在何处住院，都要保管好就诊和住院记录，发票和用药清单，拿回村里到村委会开证明，然后带上合作医疗证，去乡里的防保所报销。报销比例是根据花费多少分段确定的，花费越多，报销比例越高。笔者问他是否报错过，否则为什么对这些信息了解得如此详细。老刘答道，家里还没有人报错过，也不希望生病，因为即便是住院的花费全都符合报销规定，算下来其实还是自己担大头。他之所以了解这么多情况，是因为乡防保所的人和村干部开会讲解过，另外广播、电视里也常宣传。对此，周围的村民纷纷补充说，公社的时候他在生产队当过会计，头脑自然比一般人好使。

医疗救助：应对残余的健康风险

社会救济的意义在于，应对那些被正规和非正规保险制度所遗漏的风险，或曰“残余”的不安全现象，以

医疗救济制度实质上是一种
面向脆弱群体的特惠制度

防止遭受灾难打击的社群、家庭和个人边缘化乃至难以生存。在社会救济方面，中国已积累了上千年的经验。农村医疗救助却是2003年才开始建立的一项新制度。它产生的背景一方面在于经济转型时期社会成员面临的经济风险加大，而原有的正规和非正规保险制度难以应对新增的风险，由此也就产生了诸多新增的社会保护措施，医疗救助制度正是其中的一项。另一方面，近年来药品和医疗服务价格飞涨，农村贫困人口看不起病的现象日益严重，以至于贫病交加恶性循环。针对贫困群体实施医疗救助，有助于他们缓解乃至打破这一恶性循环。此外，这一规定了资源使用方向的专项救济，也反映出政府引导贫困人口投资于健康的意愿。根据中央政府的规定，目前医疗救助的对象主要是农村五保户和贫困农民家庭。救助形式一是资助他们参加合作医疗；二是对其中的大病患者给予一定的医疗费用补助^①。

如果把财政支持下的合作医疗制度视为一种区域性普惠制度的话，那么医疗救济制度实质上就是一种面向脆弱群体的特惠制度。实施救济

的前提是甄别目标人群，如果仅仅按照既定的贫困标准限定救助对象，那些处于贫困线边缘的群体就很有可能在重大疾病负担造成的支出危机打击下，成为新增的长期贫困人口。因此，对低收入群体实行医疗救济，既有缓解暂时性贫困之效，又有防止长期性贫困扩大的作用。这里之所以对贫困使用“缓解”而非“消除”之类的术语，是因为目前能够进入救助名单的病人所罹患的疾病都太沉重、太复杂、太持久了，在现有的经济发展程度、合作医疗筹资水平，以及政府财政能力下，不能指望合作医疗基金对患者医疗费用的补偿比例大幅度提高，也不能预期医疗救济的力度能够强大到解决因病致贫的问题。依笔者观察，当前医疗救助的作用既在于减轻灾难对救助对象的打击，也在于给予他们道义支持，从而增强社会凝聚力。案例3即可显示这一点。

案例3和4均来自笔者2006年3月24日在浙江省淳安县的调查。1959年，国家在此兴建新安江水电站，淹没大片良田沃土和交通要道，以至于这个鱼米之乡成为贫困县。幸好浙江省和杭州市政府财力雄厚，除了对淳安县实行定额财政转移外，还针对贫困人口面临的特殊困难拨付专项救助资金。因此，与我国西部欠发达地区的贫困县相比，淳安县的社会保障网要细密得多，例如，这里已经建立农村人口最低生活保障制度。案例4涉及的就是一个低保户的情况。经调查发现，这个家庭从未享受过报销医药费的好处。原因主要在于，他们不可能像非贫困家庭那样支付住院报销必须自付的门槛费和共付比所规定的医疗费。可见，若要避免贫困人口在使用合作医疗基金方面的边缘化，还需要给予他们特殊优惠，例如对低保家庭降低门槛、提高报销比例和给予门诊报销，等等。

案例3. 大病如山倒

窘迫的居住状况， 皆起因于小胡生病

小胡今年15岁，是初中一年级学生。家里有爷爷、奶奶、爸爸和妈妈，一家三代住在浙江省淳安县梓桐镇杜井村。他家仅有8分水田，7分旱地，打下的粮食全部自食。妈妈很能干，里里外外一把手。爸爸没有手艺，在外打工一天能挣25—30元。小胡家本非贫困户，一家人经过多年积蓄，2005年花了3万元拆掉旧房盖新楼。不想楼房尚未完工，

就不得不停建了。笔者走访他家时，看到他们住的是毛坯房。室内的一切似乎都呈现出未完成状态，窗框上没安玻璃，用塑料薄膜替代。一眼看去，狭窄的水泥楼梯上未装栏杆。只要想到这家人平日里正是沿着此等楼梯上上下下，就禁不住胆战心惊。如此窘迫的居住状况，皆起因于小胡生病。半年前，他发现自己浮肿了，当时既没有感冒也没有发烧，看了好几次大夫，诊断结果是肾病综合症。从那时起到现在，父母多次带小胡去杭州住院治疗。然而，他至今尚未痊愈，只好休学在家。

家里为小胡看病总共花费了4万多元，从合作医疗基金中报销了13000多元，从县慈善总会领到3500元大病救助金（该会对医药费在3万元以上的大病患者提供医疗救助），从县民政局获得1000元生活困难补助。其余的花费，几乎都是从亲朋好友那里借来的。问题是小胡患的是慢性病，极有可能转为尿毒症。眼下的债务已经如同大山一样压在小胡的父母身上，今后的医药费对于这个已经陷入贫困的家庭更是接近于天文数字。提起这些，小胡的母亲顿时泪如雨下。

案例4. 未享受过医药费报销的低保户

杜井村有200多户人家，700多口人，80%左右的农户参加了合作医疗保险。胡慧娥家只有母子二人，住在一所上百年的房子里，那是她已故丈夫和兄弟共有的。在修新安江水电站的时候，兄弟家由政府安排迁移到江西，胡慧娥家就一直住了下来。她家现有6.6分水田，9分旱地，母子俩主要靠种地养蚕过活。由于贫困，儿子年近30仍未娶亲；由于贫困，村里人推举母子俩接受低保待遇。自从县里建立合作医疗制度，民政部门每年为他们代缴每人20元的保费，可是两人并未报销过医药费。根据淳安县合作医疗制度的规定，报销起付线为500元，在此之上的医药花销（从501元起）才可以按照20%的比率报销。母子俩支付不起自付部分的医药费，因此很少看病。胡慧娥的眼睛因患严重的白内障几近双目失明，社区责任医生洪大夫介绍说，她还患有心脏病和高血压，做手术风险较大，所以就这么维持着过日子。

支付不起自付部分的医药费，因此很少看病

五保户健康照料：政府出钱、村里人出力

用医疗救济资金对贫困人口 的住院费实行二次补偿

五保户制度，可以说是最具中国特色的农村社会保障政策之一。它瞄准没有劳动能力的鳏寡孤独人口，将政府的财力和村庄自治机构的组织能力相结合，以最贴近救助对象的方式，提供资助和照料服务，尽可能地使他们融合于乡土社会生活之中。安徽省岳西县属于纯山区贫困县，又是红军时代的革命根据地，解放后一直得到上级政府的财政支持。在合作医疗试点过程中，财政局、卫生局和民政局紧密合作，用医疗救济资金对贫困人口的住院费用实行二次补偿（第一次补偿指的是从合作医疗基金中获得部分报销）。同时，完全免去五保户住院费用报销的门槛费和共付费用，有效地避免了五保人口在医疗服务利用方面的边缘化。案例5展示的正是当地政府和村委会照料五保户的经验，其内容是根据笔者2006年4月15日的访谈记录整理的。

案例5. 为五保户做善事

王保国是安徽省岳西县来榜镇来榜村中屋村民小组的组长，现年53岁，上过两年学，人民公社时代曾担任中屋生产队的队长，算起来在村里当干部的历史已有31年了。笔者走访中屋村民小组的时候，正巧碰到他去关照村民修路。同行的镇党委书记请他带路探望五保户，我们就一同去了吴金兰老人家。当时吴婆婆在屋后的小菜园边上晒太阳，虽说已经过了清明，她还穿着冬装，身下的凳子像个小木桶，里面装着木炭火。老人今年81岁，双目失明，听力衰弱。据王保国介绍，她和丈夫无儿无女，十五六年前就成了五保户，10年前丈夫去世，她独自生活至今。根据县里的规定，每个五保户都由村里指定1名领养人，负责照看五保户，例如送米、买柴、看病、等等。一般情况下，享受五保待遇的老人去世前，留下遗嘱把房屋和家具赠给领养人。上世纪80年代中期分田到户的时候，中屋村民小组没有给五保户分地。其余的农户平均每人分到0.6亩土地。当时立下规矩，所有分到田地的农户，按照每人

每年给每个五保人口 3.5 斤稻谷的标准提交粮食，至少保证五保户每人每年的口粮不低于 200 斤。

王保国是吴婆婆的领养人，很清楚她的财务状况。他解释道，五保户的现金收入靠民政部门救助，2005 年县里给五保户每人 500 元现金，其中 100 元用作五保户医疗统筹基金，所以拨付给吴婆婆储蓄卡的生活费是 400 元。历西县每个农户都有一本“涉农储蓄卡”，五保户也不例外。除了生活费以外，去年吴婆婆还得到 300 元医疗救助款、75 元洪灾救济金和 50 元年终补助。此外，国家给种粮户下发的粮种补贴（15 元/亩）和粮食价格补贴合算下来每人能得十多元，吴婆婆得了 16 元。老人现在的身体状况是“百病齐发”，每年都去镇卫生院住院，不用交现金，卫生院给记账，由合作医疗办公室和民政局分担费用（笔者后来去镇财政所察看公示的合作医疗与救济基金报销表，证实了王保国的说法）。

吴婆婆的房子里没有一样电器，虽然光线较弱，但地面干干净净，床帐、桌椅、箱柜一尘不染。过堂处是她的灶房，有自来水管接入，灶具摆放得有条不紊。

连储物室里的柴草都堆放得整整齐齐，一问方知都是老人自己整理的，她很要强，尽量生活自理。听到笔者称赞，还要给我们做饭。王保国说，老人吃得很简单，春节前村里每家“杀年猪”都要送肉给她，她还要买点儿东西还礼。老人的储蓄卡由王保国保管，买东西也由他跑腿。笔者特意到王保国家察看储蓄卡，他指着吴婆婆的合作医疗卡和储蓄卡上的数字一笔笔说明账目往来。笔者看到，吴婆婆近 3 年的合作医疗保险费（10 元/年）都是民政部门代缴的，她的储蓄卡上现有存款 849.14 元。

五保户领养人除了热心公益外，家庭经济状况一般在村里属于中上水平。也许这正是政府和村委会选择领养人时的考虑：既富有爱心又有一定经济实力的人，能够更好地履行领养人的义务。王保国家有 6 口人，女儿（24 岁）、儿子（31 岁）、儿媳（34 岁）带了小孙子（9 岁）在宁波打工，家里就剩下他老两口。儿子出外打工已有 10 年，现在还带了外甥女去，在宁波租了 4 间房，供那边 5 个人吃住。他们每年春节回来，带了钱给老王，他从来不要，因为自己能挣。他家有 3 亩田，每年

五保户领养人除了热心公益外，家庭经济状况一般在村里属于中上水平

收 3000 斤稻谷，市场价每斤在 0.7—0.75 元之间，毛收入最多为 2250 元，不算自家劳力，工本费为 1170 元，纯收入至多为 1180 元。老两口还种桑养蚕，毛收入约 2240 元、扣除将近 500 元的肥料和蚕药费用，能得 1700 多元。他们在山坡上种有茶树，正常情况下每年毛收入 500 元。此外，老王还利用农闲出外打工，例如前年去上海打石头 45 天，挣得工资 2000 元。这样零零碎碎算下来，老两口平均每年每人纯收入达 2600 多元。山里人过日子节约，平日没有多少花销，怕的是伤病住院。为此，三年前他听从一个当保险推销员的亲戚劝说，为老伴和孙子买了某保险公司的大病保险。2005 年元月 9 日老伴在山坡上摔伤，住院一周花费 1100 元，保险公司没给报销一分钱。他看不懂保险合同，只好认倒霉。把发票交到合作医疗管理办公室（乡财政所），才报销了不到 40 元。看了他家的医疗证和储蓄卡后，笔者向他解释，当地的合作医疗制度对可报销病种、药品目录、起付线和报销比率都有规定，他不妨去财政所问问。此后，笔者和柯书记在财政所窗口公示的账目上查到了王保国老伴儿吴桂荣的名字。账目表明，她的住院费用为 696 元，进入补偿的费用总计 581 元，扣除 200 元的起付线，按照 10% 的报销比例，报销 38.19 元。看来，王保国计算的住院费用或许有误，或许还包括医药费之外的其他花费。

老王性格爽快，对医药费报销的事情发了几句牢骚就过去了。他一面送笔者出村，一面介绍说，中屋村民小组原有 7 个五保户，现在只剩吴婆婆一家了。所有五保人口去世的时候，领养人都把逝者的存款用来办丧事，村里每家都来人送葬。大家认为，都在一个村里过日子，做这样的善事是应该的。

小 结

合作医疗制度的管理程度之复杂和涉及的利益群之多，在当今农村还没有哪一种制度可以企及

合作医疗、医疗救助与五保户健康照料制度的设计、筹资和实施，既牵涉到众多政府职能部门，又与药品生产流通和医疗服务供需

双方有关。这其中，合作医疗制度的管理程度之复杂和涉及的利益群体之多，在当今农村还没有哪一种制度可以企及，因而也是推行难度最高的制度。本文的案例表明，包括合作医疗制度在内的基本健康保障制度的推行，有赖于功能各异的保障政策之间的互补、不同政府部门之间的协调、政府机构与村庄自治组织之间的合作，以及农民群众的广泛参与。不过，鉴于这些案例只是来自对试点地区的观察，上述结论的适用性还尚待制度推广后的实践检验。

注释：

①参见新华社消息：国务院扶贫办主任刘坚：“扶贫开发不能边缘化”，2006年5月22日下载于新华网，http://news.xinhuanet.com/politics/2006-05/22/content_4580827.htm。

②参见卫生部统计信息中心：2005年中国卫生事业发展情况统计公报，2006年4月25日发布，5月1日下载于卫生部网页，<http://www.moh.gov.cn/uploadfile/2006/42584823110.doc>。

③中共中央、国务院：《关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发[2002]13号）。

（作者单位：中国社会科学院经济研究所）

新型农村合作医疗和特困人口医疗救助相结合制度建设评介

第一批开展新型合作医疗制度（以下简称新合医）试点的县已历时三年，而开展农村特困人口医疗救助制度（以下简称医疗救助）一般要晚于新合医开始运作的时间，两个制度结合到一起运作约为1—2年的时间。这一将来要覆盖全国农村的健康保障制度还处在创建期，各地探索并创造了很多经验，中央对扩大农村新合医的覆盖面已经制定了一个明确的时间表，因此对两个制度结合运作的状况做一个总结和评介就非常必要。在此基础上提出一些政策建议，以助于今后全面推动农村健康保障体制的建设。

新合医和医疗救助的运作

我们的研究重点在这两个制度的结合方式上

我们从四个角度来观察制度的运作状态：（1）听取县、乡二级主管干部的汇报和参阅相关的政府文件；（2）在乡镇的合管办、卫生院、村医处走访，考察制度的运作情况；（3）入户访问受益的农民和未受益的农民，听取他们的评论；（4）利用农户和农村卫生机构的抽样数据资料。我们的研究重点在这两个制度的结合方式上，即在什么样的条件下，哪一种结合方式相对来说比较简单，制度的运作成本比较低，能够稳定运作的前景比较明确。

我们做了典型调查的8个县，都在按照文件规定的模式建设新合

医,按照对新合医性质和要实现的政策目标的认识,建立组织机构和决策程序,规定机构之间的职责关系,制定运作的规章制度,设置信息管理系统,根据运行的结果调整管理方式等,努力争取达到制度化的要求。在对新合医各个管理层次人员的走访调查中,我们看到,曾经得到省和部里专家技术指导的县,制度安排和工作水平明显要好,他们会对制度环节上相互关系的处理提出问题,重视制度环节中细节的作用,认知能力明显提高,具有根据具体情况作制度局部修正的能力;而主要依据对文件的理解来建立制度的县,在认知的深度上就有较大差距,相对来说制度建设就较为粗放。两者之间的差距,可以用新合医运作过程中对两个具体问题的评判来说明:

(1) 关于给农民做体检的作用。新合医运作状况较好县的干部,对体检能够增加农民信任度的判断会提出质疑,给自己出一些自考题来思考;而一般县的干部往往把它作为成功的经验来表述。

(2) 有关参合率和知晓率问题,工作扎实的县会把这两个问题分别提出,而且认为提高知晓率更为重要,当地出台的很多措施就是针对提高农民的知晓程度的;而有些县为了表现新合医工作的成绩,干部比较强调每年参合率的增长,不会主动提出有关提高知晓率方面的问题。安徽岳西县、湖北钟祥县和浙江湖州的吴兴区,在上述两个问题上都提出了具有深度的探讨性看法,当地新合医运作的效率也较高。岳西县^①采取了倾力打好“第一仗”的工作策略,同时解决农民参合率和知晓率问题,开始筹资前用一个月的时间,集中人力和财力,一次性把信息的普及率和透明度做到位;钟祥县^②采取了针对特定对象解决医患信息的不对称性难题,合作医疗管理办公室专门出版了一份如同报纸的宣传材料《新型农村合作医疗政策资讯》,入院患者人手一份,内容包括新合医的规章制度、农村典型案例、讲解新年度的新措施,同时对上季度的基金运行情况和上年度的二次大病补助情况进行了公示,既有宣传意义,也有监督作用。虽然三个县的经济发展水平差距很大,但新合医的管理水平可以划归到同一档次内。

民政局方面的工作程序和卫生局有很大不同,这是工作的性质不同所决定的。在确定农村特困人口和五保户的过程中,从个人提出,经村