

卫生部政策与管理研究专家委员会



中国

农村医疗保健制度 研究

中国农村医疗保健制度研究课题组编

上海科学技术出版社

卫生部政策与管理研究专家委员会

中国农村医疗保健制度研究

中国农村医疗保健制度研究课题组编

上海科学技术出版社

责任编辑 吴德才

卫生部政策与管理研究专家委员会

中国农村医疗保障制度研究

中国农村医疗保障制度研究课题组

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路450号)

常熟第四印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 8 字数 17,300

1991年5月第1版 1991年5月第1次印刷

印数1—4000

ISBN7—3235—2554—7/R·773 定价：4.55元

卫生部政策与管理研究专家委员会 《中国农村医疗保健制度研究》课题组成员

顾杏元	上海医科大学卫生政策与管理 研究室主任	教 授
罗益勤	卫生部原政策研究室副主任	研究员
周寿祺	江苏省苏州市卫生系统学会联 合办公室主任	副教授
黎碧莹	中国医学科学院医学情报研究 所国际保健研究室主任	研究员
朱敬荣	安徽医科大学农村卫生管理研 究室主任	教 授
杜乐勋	哈尔滨医科大学卫生经济学教 研室主任	副教授
梁浩材	中山医科大学卫生培训中心	教 授
付大为	河北省卫生厅原厅长	主任医师

《中国农村医疗保健制度研究》

课题参加单位与人员

卫生部政策法规司	罗益勤	蔡仁华	张 斌
	任明辉	王立基	
上海医科大学公共卫生学院	顾杏元	汤胜蓝	严 非
	董恒进	陈兴宝	林之华
	朱颖亚	李雪生	
安徽医科大学卫生管理学院	朱敖荣	詹春柳	王亚东
哈尔滨医科大学公共卫生学院	杜乐勋	赵郁馨	马 燕
中国医学科学院情报研究所	黎碧莹	韩德辉	
同济医科大学公共卫生学院	梁浩材	许少斌	
江苏省苏州市卫生管理学会	周寿祺		
河北省卫生厅	付大为		
中国人民大学劳动人事学院	孙光德		
大连医学院卫生管理系	任 苒		
首都医学院人文科学部	李卫平		
河北省曲周县	温银山	王青山	
山西省翼城县	郭长荣	蒋东岳	李文龙
	周英杰		
黑龙江省穆陵县	邢 锋	关世云	王海燕
	付跃陆		
辽宁省金县	林国英	卢声远	
山东省曲阜市	陶宪法	孔繁民	孔庆军

浙江省余杭县	张承模	李象贤	张建祖
江苏省常熟市	李松青		
	钟志成	陶仁新	温树华
江苏省吴县	朱石龄		
	陈 钟	张伟明	殷金男
江苏省无锡县	杨 化		
	虞连福	唐尧根	许毛大
江苏省金坛县	浦祖元	贺志炎	俞荣庆
	蒋午振	张文生	郑田春
上海市金山县	胡金坤		
	包吉庭	查 峥	王桂秋
江西省新建县	潘才良		
	汤恩章	金慕陶	于香菁
江西省瑞昌县	邓华辉		
安徽省金寨县	杨锡礼	蔡仲民	刘寒芝
河南省太康县	段国珍		
湖北省监利县	吴成功	陈治席	
	黄仁达	秦少华	杨辉美
湖南省华容县	夏昌富		
	刘 可	吴长云	彭瑞福
四川省蓬安县	蔡敬勇	冷德润	
	全长福	叶代吉	姚树生
广西省隆安县	周家义	唐宇兴	
甘肃省徽县	温光然	潘江龙	
	马锡清	赵之琮	

目 录

因地制宜地推广农村集资医疗保健制度(代序)……陈敏章 (1)

中国农村医疗保健制度基础研究

中国农村居民的医疗服务研究……顾杏元等 (7)

附: 中国农村医疗服务调查设计及调查表…… (26)

中国农村医疗保健制度的发展……周寿祺 张 斌 (40)

中国农村医疗保健制度试点方案设计……顾杏元 (47)

附: 中国农村集资医疗保健方案…… (51)

中国农村现行医疗保健制度的比较评价……顾杏元等 (54)

附: 农村医疗保健制度评价方法…… (67)

集资医疗对乡、村卫生组织作用的研究

……林子华 顾杏元 (72)

中国农村医疗保健制度个案研究

余杭县风险型合作医疗保健制度……张承模 程云飞 (83)

金坛县福利型与福利风险型合作医疗

保健制度对比研究……蒋午振等 (91)

金山县亭新乡合作医疗健康保险……包吉庭等 (99)

华容县潘家乡农村卫生保险制度……刘 可等 (107)

附1: 华容县潘家乡农村卫生保险条款(试行)…… (120)

附2: 华容县潘家乡农村卫生保险管理条例(试行)…… (124)

翼城县健康保险制度研究……郭长荣等 (126)

蓬安县医疗保健合同制效果

评价……全长福 严建光 (134)

附：蓬安县河舒镇医疗卫生保健合同·····	(143)
监利县南禅寺住院医疗保险·····	黄仁达等 (145)
附1：监利县南禅寺农民住院医疗保险条款(试行)···	(153)
附2：监利县南禅寺农民住院医疗保险附则·····	(155)
无锡县长安乡乡办企业职工	
健康保险·····	贺志炎 唐尧根 (157)
附：无锡县长安乡乡办企事业单位职工健康保险管理	
办法(草案)·····	(164)
新泾县生米镇初级医疗保健保险·····	于香菁等 (169)
吴县农村集资医疗的两种办法·····	张伟明等 (174)

中国农村医疗保健制度的政策与管理研究

常熟市合作医疗的发展、问题及对策·····	朱石龄等 (183)
附：常熟市合作医疗风险基金会章程(讨论稿)·····	(191)
无锡县合作医疗的巩固与发展·····	虞连福等 (197)
余杭县合作医疗保健制度的管理·····	张承模 (205)
附：余杭县农村合作医疗管理办法(试行)·····	(213)
从台湾农民健康保险看农村的	
集资医疗制度·····	黎璧莹 (217)
我国农村实行健康保险问题的探讨·····	罗益勤 (222)
关于发展我国农村集资医疗	
保健制度的建议·····	周寿祺 顾杏元 (234)
进一步改革与完善我国农村医疗保健制度·····	蔡仁华 (241)

本课题研究已公开发表的论文目录

因地制宜地推广农村集资 医疗保健制度(代序)

卫生部 陈敏章

70年代末、80年代初，由于农村经济体制的急剧变革，加之我们的工作未能适应客观条件的变化，我国农村的医疗保健制度在全国范围内发生了很大的曲折。广大农村又恢复到自费医疗的老路，旧时的弊病再度暴露，引起人民和社会的不满。农村究竟应该建立什么样的医疗保健制度一直是人们关注的热点。这涉及近九亿人口的医疗保健问题，也是医疗卫生工作能否为大多数人服务的问题。近年来，全国各省、市的卫生行政部门和卫生管理研究人员都在进行各方面的试验与探索，力求走出一条适合我国国情、省情、县情的行之有效的农村医疗保健制度路子，并逐步建立比较完善的农村健康保障体系。卫生部政策与管理研究专家委员会在有关单位的协作下，所开展的农村医疗保健制度比较研究就是一个很有价值的课题。这项工作做好了，对世界也是贡献，对发展中国家，对农业人口占多数、经济不发达的国家，更有意义。

就全国而言，现有的农村医疗保健制度大体上可以概括为二类：

一类是合作医疗保健制度。这是起源于50年代，以互助互济为基础，依靠集体经济和群众筹资举办的一种粗放型的集资医疗

保健制度，曾对我国农村保健事业、对保护农民健康发挥过积极作用，受到广大农民的欢迎。由于农村社会经济条件的变化、经济体制改革、公共积累下降和管理制度不健全，卫生行政部门未及时加强引导等原因，全国大多数地区的合作医疗体制都解体了。象山东招远县，湖北武穴，江苏吴县、无锡、常熟等坚持合作医疗30年的地区为数不多。这些坚持下来的地区，由于加强了经费核算，改善了管理制度，合作医疗制度的筹资办法、管理体制、合作内容、报销比例等方面都有了新的发展，已不同于初创时期的合作医疗制度。近年来，许多省市正在积极恢复和重新组建合作医疗制度。无论恢复或重组，都不是简单地恢复过去的做法，而是在总结历史经验的基础上，适应新情况、新形势，发扬互助共济精神，克服管理不善等缺点，在实践中不断探索、完善和发展。

另一类是农村健康保险制度。1987年美国兰德公司同我部联合在四川省眉山、简阳两县进行中国农村健康保险研究试点，取得了一定的进展。上海金山县及湖北监利县等地在当地政府和群众的支持下，也开展了这一方面的试点，取得了一些有益的经验，正在向周围地区推广实施。这种新型的医疗保健形式，测算比较科学、有风险共担、管理制度较严格等特点，也比较适应国际上健康保障制度的发展趋势。从初步实践效果来看也是适合我国农村的一种医疗保障模式。

当然，还有名称各异、形式多样的医疗保健制度，但大多是以上两大类型的局部改善和发展。各地无论推行何种形式，都应当坚持以下几个原则：

一要适应本地区社会经济发展水平和人民群众的意愿，因地制宜，从实际出发，量力而行，不过早强调统一标准或盲目追求高标准、高福利。

二要经过试点，再分步骤有计划地推广，不能“一哄而起”，要留有余地，这样更有利推广。

三要严格管理。要建立健全科学管理制度，包括经济管理和医疗技术管理两方面。要管好医疗保健基金，同时要管好医疗保健机构，合理用药、合理检查、合理收费。

能否推行农村集资医疗保健制度，各级政府是否给予足够重视是重要的环节。农村医疗保健制度的建立和完善，是关系到党群、政群关系的重要内容。合理的集资医疗保健制度有利于解决和改善农民“看病难”及因病致贫等问题，有利于加强农村基层卫生组织，改善农村卫技人员的工作条件和生活待遇，有利于稳定农村卫生队伍，有利于贯彻实施“2000年人人享有卫生保健”的战略目标，有利于提高生产力，促进农业生产持续稳定地发展。卫生部门要注意同有关部门配合，加强对广大农民的宣传教育和政策引导。引导农民的消费结构向合理化、健康化发展，教育和动员农民从劳动收入中合理分流一部分用于自身健康投资并发扬互助互济的精神。要讲明筹集农民医疗保健基金，不同于社会上“乱摊派”和“滥收费”。这点我已同农业部领导谈过，并得到认可。农村医疗保健制度要解决好防和治的关系，贯彻预防为主方针。乡村医生的经济利益和完成防治业务不一致的情况要研究解决。防治结合的健康保健制度是我们的发展方向。江苏省无锡县长安乡卫生院实行的乡镇企业职工医疗保险，上海市南汇县坦直乡的医疗保健制度等都体现了这种方向。

近几年来，我们在改革和完善农村医疗保健制度，发展农村卫生事业方面做了不少工作。这里，要感谢从事和参加农村医疗保健制度研究课题组的专家、学者和各地有关人员。他们辛勤研究的成果，为各地加快建立和完善农村医疗保健制度提供了科学依据和政策咨询。

实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标只有10年时间了。殷切希望全国农村卫生战线上的广大干部和群众，在各级党和政府的领导下，为深化农村卫生改革，振兴农村卫生事业，满足农民日益增长的医疗保健需求，为农业的持续稳定协调发展，作出更大贡献。

**中国农村医疗保健制度
基础研究**

THE
JOURNAL
OF
THE
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

中国农村居民的医疗服务研究

卫生部政策与管理研究专家委员会

顾杏元 周寿祺 罗益勤

新中国成立以来,我国农村卫生事业有了很大发展,农民健康水平显著提高。我国人口(80%在农村)的粗死亡率由1949年的20%降为1988年的6.6%,婴儿死亡率由1954年的139‰降为1988年的23.6‰,平均期望寿命由解放前的35岁提高到1985年的68.9岁(男性67岁,女性71岁)。传染病发病率及死亡率显著下降。我国经济发展水平不高,卫生投资很少,能取得如此成就的基本原因是过去几十年中我国农村卫生政策是基本正确的。在发展农村卫生事业,保护农民健康方面,我们强调加强基层卫生保健,重视预防保健工作,注意发挥社会及群众参与的作用。从农民中选拔并培养了数百万乡村医生(保健员)成为我们农村基层卫生队伍的主力军;多方集资建立了遍布全国农村的村、乡、县三级医疗保健网;以集体经济为主,筹集医疗保健基金,建立合作医疗站及合作医疗制度,这是我国农村卫生建设方面的成功经验。

80年代以来,出现了一些新情况新问题。我国农村的经济体制改革,促进了农村社会经济的发展,提高了农民的收入水平,对农村卫生事业发展也产生了重要影响。以集体农业经济为基础的合作医疗制度大部分已停办,大部分乡村医生不再从村集体取得劳动报酬,而是靠个人医疗业务收入,大部分村卫生室(合作医疗站)成了乡村医生的私人诊所。据1985年全国9省45县调查,农村居民中仍参加合作医疗者仅9.6%,而自费医疗者已占81.0%。

近年来，我国医药费用逐年上升，上升速度远超过农民收入的增长速度。过快上升的医药费用，不仅限制了农民的基本医疗服务，而且成了患病农民的重要经济负担。“因病致贫”是农民贫困的主要原因之一。

基本问题是医疗保健制度。一个与社会经济发展相适应，受群众欢迎与支持的医疗保健制度，对于开发卫生资源，发展卫生事业，为人民提供基本医疗保健服务，保护人民健康，促进社会经济发展等方面均有重要意义。近年来，我国的社会医学、卫生经济学及卫生管理学专业人员对我国城乡医疗保健制度进行了不少调查研究，各级卫生管理干部也从当地实际情况出发，吸取我国办合作医疗及国外办健康保险的经验，在我国农村医疗保健制度改革方面作了不少有益的探索。

卫生部政策与管理专家委员会组织本课题研究的主要目的是：①研究我国不同经济发展地区农村居民的医疗服务需求量、利用率、医药费用及其影响因素，为研究设计我国农村医疗保健制度提供依据；②对我国农村现行的几种医疗保健制度的可行性与有效性进行比较研究，为卫生行政部门进行卫生决策及制订政策提供依据。在三年(1988—1990)中，主要研究了下列内容：

1.我国农村医疗保健制度的基础研究，即我国不同经济发展地区农村居民的医疗服务需求、利用、费用及其影响因素的调查研究；

2.我国农村现行医疗保健制度及其可行性和有效性的比较研究；

3.几个县(乡)农村医疗保健制度的个案研究；

4.对我国农村医疗保健制度的政策性建议。

本文就中国农村居民的医疗服务需求量、利用率、医疗费用及医疗保健制度报告如下。

一、资料及方法

1. 农村居民医疗服务需求及利用资料。我国农村居民医疗服务需求及利用资料来自家庭卫生调查。1988年5—6月间,我们在全国16个省的20个县(市)中,对50多个乡镇的6万多农村居民进行了家庭卫生抽样调查。自愿参加此项调查的有黑龙江穆稜县,辽宁金县,河北曲周县,山西翼城县,河南太康县,山东曲阜市,安徽金寨县,江西新建县及瑞昌县,浙江余杭县,江苏吴县、无锡县、金坛县及常熟市,上海金山县,湖北监利县,湖南华容县,甘肃徽县,四川蓬安县及广西隆安县。这20个县(市)按其社会经济发展水平可分为三组:Ⅰ组7个县主要在我国东部沿海各省(市),经济水平较高,卫生资源较多,是我国卫生经济比较发达的地区;Ⅱ组7个县主要在我国西部,经济发展水平较低,卫生资源比较少,是我国的发展中地区;Ⅲ组6县,主要在华中地区,经济水平及卫生资源居Ⅰ、Ⅱ组水平之间(表1)。

表1 20个县的社会经济特征

	Ⅰ组	Ⅱ组	Ⅲ组	合计
调查县数	7	6	7	20
每县人口数(千人)	770	640	490	630
农业人口(%)	85	88	94	88
1987年全县人均收入(元)	1754	775	375	1085
1987年农民人均收入(元)	999	524	319	671
卫技人员数/千人口	1.96	1.90	1.87	1.92
医院床位数/千人	2.07	1.78	1.44	1.81
人均卫生事业费(元)	5.12	2.50	1.73	3.41

每个县抽取2—3个有代表性的乡(镇),每个乡抽取有代表性的2—3个村,随机抽查若干农民户,按统一设计的问卷调查了每