

世界银行 ASEM 信托基金赠款技术援助项目

Technical Assistance Project Financed by the World Bank /ASEM Trust Foundation

中国农村

健康保障的选择

李卫平 编著



OPTIONS FOR RURAL HEALTH SECURITY
IN CHINA'S NEW POLICY
ENVIRONMENT SYNTHESIS REPORT



中国财政经济出版社

世界银行 ASEM 信托基金赠款技术援助项目
Technical Assistance Project Financed by the World Bank /ASEM Trust Foundation

李卫平 编著

中国农村健康保障的选择

OPTIONS FOR RURAL HEALTH SECURITY
IN CHINA'S NEW POLICY
ENVIRONMENT SYNTHESIS REPORT

中国财政经济出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国农村健康保障的选择/李卫平编著. - 北京:
中国财政经济出版社, 2002.8
ISBN 7-5005-5958-5

I. 中… II. 李… III. 农村-医疗保障-研究-
中国 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 056303 号

中国财政经济出版社出版

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

E-mail: cfeph@dre.gov.cn

(版权所有 翻印必究)

社址: 北京海淀区阜成路甲 28 号 邮政编码: 100036

发行处电话: 88190406 财经书店电话: 64033436

中国农业出版社印刷厂印刷 各地新华书店经销

850 × 1168 毫米 32 开本 13.50 印张 320 000 字

2002 年 8 月第 1 版 2002 年 8 月北京第 1 次印刷

印数: 1-2000 定价: 26.00 元

ISBN 7-5005-5958-5/R·0006

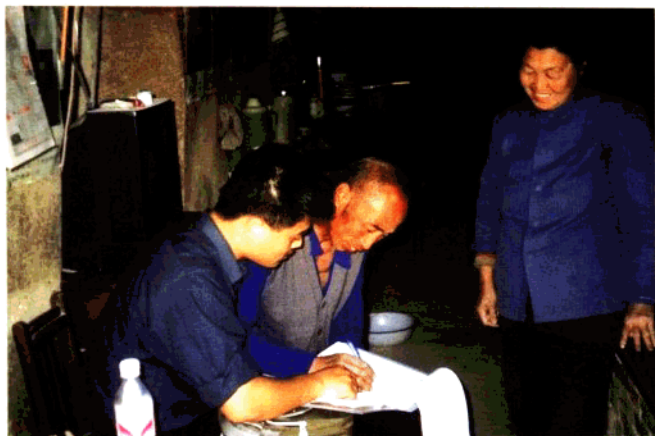
(图书出现印装问题, 本社负责调换)



调查组在山西省闻喜县九五医院调查病历资料



2000年4月，调查组成员在闻喜县保安村卫生室门前，与自1958年起就担任乡村医生的盖来群同志合影，左起：张里程，赵凯，盖来群，练宇立，刘新才，孙秀强，朱春龙，李卫平



调查组成员在蒿峪村一家农户的窑洞里做家庭问卷调查



山西省闻喜县贫困山村蒿峪村一角



2000年5月，调查组成员在闻喜县东鲁村卫生所门前，与乡村医生马长水同志合影留念，前排左起：赵凯，刘新才，马长水，李卫平；后排左起：朱佩慧，朱春龙，练宇立



位于东鲁村村口的东鲁村蔬菜批发市场



东鲁村正在修缮的漏雨的小学校舍



图片近处是东鲁村已经落后的蔬菜弓棚，远处是金属镁厂正在排烟的几根大烟囱

序 言

受国家卫生部规划财务司和卫生部国外贷款办公室的委托，我们于 1999 年 11 月～2001 年 8 月承担了世界银行欧盟援助项目资助课题《新政策环境下中国农村健康保障的选择》的研究工作。按照项目要求，我们把山西省闻喜县作为课题研究的重点地区。在着手课题设计时，我们考虑了这样几个问题：为什么 80 年代以来农村合作医疗大范围解体？为什么广大基层干部辛辛苦苦，十几年来合作医疗在大多数农村地区却屡扶屡倒，至今按行政村覆盖面不足 10%？为什么一谈到办合作医疗，全国大部分地区的省、市、县、乡、村各级干部都摇头？为什么我们这些城里人认为合作医疗是为农民办好事，而农民却不以为然？我们认为要回答这些问题，必须回顾农村健康保障的历史，在历史的轨迹中寻求事物发展的脉络；必须研究农村经济及基层社会组织的现状，在真实世界中寻求答案。也就是必须超越卫生部门的眼界，把目光投向更广泛的整个农村社会，在农村现实生活中把农村健康保障的发展和农村经济社会的发展结合起来，而不是只凭我们的想象、热情、书本知识和他国经验。

确立了这样的出发点，我们决定收集山西省农村卫生工作的有关历史文献资料，并围绕农民健康保障问题，重点对山西省南部的闻喜县进行较为深入的实地调查。此后，又对晋中地区的榆社县和平遥县进行了实地考察。

在项目启动之初，我们收集了一批山西省农村卫生工作的

档案资料。经过整理，我们以改革前 30 年中国农村卫生发展为背景，描述分析了闻喜县农村健康保障的历史沿革，试图从中引申出值得借鉴的历史经验。在此基础上，2000 年 4~7 月期间，调研组在闻喜县的 3 个乡镇的 9 个村，对 480 户 2028 人进行了农民家庭入户问卷调查，调查了农户家庭收支、患病和医疗服务利用情况，分析了农民家庭经济状况与患病及医疗服务利用之间的关联、不同收入水平农户的健康保障筹资能力。在闻喜县卫生局收集了医疗机构的资料，分析了县、乡、村三级医疗卫生服务组织的现状与问题，以及其对发展农民健康保障的影响。就农村健康保障问题，我们还对入户调查的 9 个村中的 8 个村庄的不同年龄、性别的农民、村干部、乡村医生等 60 多人进行了访谈调查，整理出 45 份现场访谈记录。围绕农村健康保障问题，对闻喜县东镇镇东鲁村采用“田野工作方法”，进行了村庄调研。我们调查了村庄的形成与发展，以及伴随村庄经济、社会发展而发展的健康保障的历史和当前村庄医疗保健面临的问题。对调查的三个乡镇居民在县医院、九五医院、五四一医院的住院病历进行普查，收集住院病种、住院费用等有关信息，结合所收集的闻喜县经济情况资料，设计了几个可供选择的农民健康保障方案。

值得一提的是，原本我们对山西省晋中地区的榆社县和平遥县的调研初衷是试图总结合作医疗能够大面积推广、发展的条件和经验。结果，意想不到的是，2001 年 3 月，我们在现场看到的是合作医疗的再次大面积解体。于是我们进行了 90 年代合作医疗兴衰的实地考察，并与山西省卫生厅、晋中地区卫生局及两县的地方官员、乡、村干部以及农民进行了较为广泛的交谈、讨论，对 90 年代农村合作医疗兴衰原因进行了分析。

5月份，我们又与闻喜县财政局、扶贫办公室、农村经济局、卫生局的地方政府官员进行讨论，沟通情况，并再次到东鲁村进行补充调查。

2001年7月，调研组成员在北京与本项目聘请的国外专家英国国家发展研究所的研究人员沙琳博士（Dr. Sarah Cook）讨论课题分报告的主要论点。随后，在山西省太原市与山西省本项目专家组成员及该省16个县的卫生局长就完成的七个研究分报告进行研讨，听取山西省地方卫生行政官员的意见和建议，并征求了被调查地区的地方政府、卫生主管部门及村民委员会对研究报告的意见。

在这些工作的基础上，我们完成了项目研究总报告及七个分报告。本书是在课题研究报告的基础上整理而成，并分为上篇和下篇两部分。上篇由课题的研究主报告的中英文稿和七篇研究分报告组成；下篇由调查地区的背景概况、农民访谈录、村庄研究报告和两个县的调查报告组成。

在书中我们主要阐述了在调研中形成的几个观点，由于课题期限以及我们的理论水平所限，我们在对问题分析时的理论阐述还有欠缺。现在虽然课题结束了，但是许多问题我们还一直在思考，借本书出版之际，我们在说明本书的主要观点的同时，再作一些补充。

1. 由于我国东部、中部和西部地区的经济和社会发展存在较大差异，受经济和社会发展水平约束的农村健康保障的保障形式和保障水平也必然存在差异。尤其是不发达地区受到现有的经济水平、社会的组织化程度和管理水平的制约，现在还不具备在全国范围内构建一个统一的农村健康保障体制的条件。因此，各地应当根据当地实际情况，发展多种形式、不同

保障水平的农民健康保障制度。

2. 在当前西部大开发的热潮中，当人们普遍关注中国西部贫困地区健康保障问题的时候，我们认为更要看到中部农村地区实施健康保障所面临的困境。值得注意的现象是中部地区许多省份的农村在 50 年代和 60 年代，作为中国主要粮食产区为国家工业化原始积累提供了大量的农业剩余，对迅速实现中国的工业化发展战略总目标起到了举足轻重的支持作用。这些地区也曾是中国农村合作医疗的发源地，但是改革以来，这些地区的农村经济主要依靠传统农业支撑，地方工业发展不足，阻碍了当地的经济增长和产业结构的多样化，以致影响到今后社会经济的进一步发展。由于这些地区乡、村集体经济实力不足，缺乏提供卫生保健服务等福利的能力，导致了这些地区的合作医疗总是处于重建与解体的恶性循环之中。

3. 我们认为合作医疗是我国农村的一种社区健康保障形式，它是建立在社区集体经济和组织基础之上的。过去正是由于农村卫生工作者利用了人民公社这一覆盖整个农村地区的经济组织和社会组织形式，使中国农村三级医疗预防保健网能够依靠人民公社的集体经济实力和依附于人民公社体制的组织结构得以建立并迅速延伸。当农村卫生的基层组织建立起来和适应农民基本需求的初级卫生人力迅速培训出来后，合作医疗才得以大范围推行。而最高领导人的支持正是顺应了当时农村社会发展的实际需要，促使农村卫生工作可以以初级的、低廉的卫生人力和低廉的药品价格，从而以低廉的费用，满足当时农民的最基本的医疗卫生需求。尽管人民公社体制自身存在很多问题，并导致了后来的农村经济改革，但是农村卫生组织和保障制度成功地运用了人民公社体制，解决了当时农村的基本卫

生问题，这的确如世界卫生组织专家称道的是一个伟大的创举。农村经济改革以来，一些发达地区依靠乡、村的工业基础发展集体经济，同时继承了集体化时期的社区组织资源，形成了在新的经济体制下的社区再合作，使合作医疗的持续发展具有经济实力和组织保证。然而，现在中部地区许多村庄集体经济的衰落和村级组织功能的弱化，使这些村庄失去了建立与发展合作医疗的经济基础和正式组织的基础。中部地区合作医疗的屡扶屡倒现象，说明卫生部门还只是习惯采用自己熟悉的工作方式和运用自己熟悉的组织形式，而没有找到与家庭承包统分结合的双层经营体制相适应的农村健康保障制度形式和组织方式。因此，如何适应市场经济环境，重建适合中部地区农村实际情况的健康保障制度还有待调整思路，并在实践中探索。

4. 我们认为医疗保险是市场经济发展的产物。为了达到医疗保险运行的有效性，需要具备制度环境和达到相应的管理能力。其中包括保险机构在基金管理上的专业化能力和政府对其有效的规制以及良好的投资环境等。而我国农村地区在这些方面还比较薄弱，尤其是、西部地区农村医疗保险的建立，还要随着地区经济社会的进一步发展以及社会管理能力的提高才能渐渐具备这些条件。此外，一些发达地区的农村实施了农民医疗保险，是由于这些地区的大部分农民已经脱离农业生产，加入到工业等生产组织中，他们已经被现代工业生产方式组织起来，即便实施强制性的社会医疗保险也具备了可强制的条件，即他们已经是职业化的人口，有了较稳定的工作。同时，我们认为在人民公社体制下领工分的农民实际上是被变相地“职业化”了，因此，那时的合作医疗实际上是在人民公社本身就是“强制合作”的前提下实行的农民医疗保健的“强制合

作”。而在今天农村经济体制变革后，再试图强制农民参加合作医疗，不仅违反合作原则，而且对于事实上的分散的一家一户的小农来说，这也是办不到的，因为不具备可强制的条件。因此，合作医疗必须遵从农民自愿的原则。

5. 通过与农民的访谈，我们发现在不发达地区，农民对乡、村组织和保险机构的不信任是发展合作医疗和医疗保险的一个主要制约因素。这虽然与以往合作医疗中的干部特殊化以及合作医疗的反复解体有关，但是更与权力产生的某些腐败和社会生活中的广泛信誉缺失有关。因此，在农村社会事业发展过程中，重建信誉，重建社区的治理结构，是合作医疗制度实施的必要条件。我们认为中部地区农村较长时期作为传统的农业社会是华夏文明的发源地，有着丰富的民间组织资源，在当前虽然存在村级组织功能弱化的现象，但是农村中又广泛存在着农民之间互助互济的非正式组织，这些农民的自组织是政府可以利用的资源。同时，还可以利用政府对农户的扶贫贷款项目和经济开发项目，在农户收入增加的同时，引导受益户自愿组织不同形式的合作医疗，由农民自己参与管理。我们认为在中部地区应当鼓励乡村根据当地的实际情况，创造性地发展多样化的社区健康保障，而不要试图按农民以外的人的意愿推广某一种形式，追求所谓由点到面地扩大覆盖面的一时效果。

6. 我们认为当前农村医疗服务供给体系存在的问题也不利于合作医疗或大病医疗保险在农村的推行。这些问题主要包括：县、乡、村卫生技术人员长期缺乏培训，许多人都达不到应有的技术水平；县、乡卫生机构冗员过多，人浮于事，服务效率低下，村级医疗服务缺乏技术规范和行业管理等。由于政府财政对县、乡医疗卫生机构的投入严重不足，这两级机构不

仅必须依靠业务收入维持生存，而且还要维持冗员的开支。在村一级，绝大多数村卫生室在没有集体经济补贴或补贴严重不足的情况下，事实上都是由私人经营。这种服务体系的实质已经远远脱离了集体办医的内涵。因此，发展农村健康保障，必须在新形势下寻求使社区农民可以参与农村卫生机构管理的组织形式，真正形成能够表达农民意愿的治理结构，以达到控制医疗卫生机构的趋利倾向。在调研中，广大农村基层干部向我们抱怨了在合作医疗问题上国家农村经济工作部门与国家宏观政策相互矛盾，合作医疗在乡、村两级没有合法的筹资渠道，使合作医疗政策在农村基层难以实施，使农村基层干部在推进合作医疗的实施中陷入进退两难的境地。应当说，他们确实道出了当前推行农村合作医疗的艰难，但是另一方面我们又不能不说，农村经济工作部门比卫生部门更务实地看到了在实际运行中，在医疗费用日益高涨的情况下，合作医疗费在一定程度上只是较好地维持了农村基层卫生机构的生存，而没有在医疗费用负担上给农民解决多大实际问题。

从理论上说，资源的初始分配从经济效率考虑，应以市场机制作为配置的主要手段，以期获得最佳配置。资源的二次分配，则应从公平的角度考虑，应以政府配置资源为主，也包括第三部门发挥一定作用。但是二次分配的程度、范围、方式则主要取决于政治体制、文化传统、执政者的意愿及其为自己确定的政治底线。作为二次分配的主要手段之一的社会保障体制的建立，也是如此。因此，解决农村、农业和农民的问题以及解决农村健康保障的问题，都不仅仅是关乎农村经济的可持续发展的经济问题，更是关乎农村社会稳定、保障农民的公民权利的政治问题。

我们在对发展农村健康保障的社会制约因素分析的基础上，提出中国农村健康保障的制度选择。我们认为，政府在农村健康保障问题上负有重大责任，从长远看，政府应当为农民提供社会医疗保险。但是，在现实中政府的作用又是以国情国力为约束条件的。如果按照我国东部、中部、西部地区的粗略划分，三大地区之间的经济社会发展水平存在很大差异；同时，即使在发达的东部地区也存在局部的贫困地区和贫困人口，这就导致了地区之间存在着健康保障的保障形式和保障水平的差异。因此，在现阶段中国农村尚不具备构建统一模式的农村健康保障体系的条件。

具体地说，虽然社会医疗保险是我国农村地区经济社会发展的必然选择，但是在现阶段东部较发达地区，商业医疗保险和政府交由商业保险公司运作的大病医疗保险将成为健康保障的主要形式。东部某些发达地区农村目前正在推行的商业医疗保险是社会医疗保险的先导形式，它可以为今后社会医疗保险的实施积累经验和创造条件。

现阶段在中部农村地区，合作医疗仍不失为一种策略性选择。但是必须转变依靠行政手段强制实施的方式，应当积极发现农村中存在的农民之间互助互济的自组织形式，对其加以扶持和利用，让农民参与管理；也可以通过建立契约关系，形成小型的农户经济开发项目与合作医疗筹资、卫生服务提供之间的联动关系。总之，要在农民信任、自愿参与的基础上发展合作医疗。

贫困地区以及其他地区的贫困人口由于缺乏筹资能力，中央政府应当通过转移支付，对这些地区和人口提供基本公共卫生服务和实施贫困医疗救助，这是农村健康保障最基本的选

择，也是政府在农村健康保障问题上可以退守的最后底线。

应当提到的是，长期以来，我们一直在思考如何使我们的研究能够较客观地反映农村的现实生活和农村卫生发展的实际情况，而不是用我们的观念去套农村的现实。就在我们的课题即将启动的时候，我们看到了中国社会科学院农村发展研究所陈吉元教授主持的《当代中国的村庄经济与村落文化》大型研究项目的成果。受这一研究项目的启发，我们决定在我们的项目县选择一个村庄作为微观视角来研究我国农村医疗保健事业的形成和发展，并试图以此作为我们深入研究中国农村卫生发展的新起点。为此，我们拜访了该项目组的成员——中国社会科学院社会学研究所研究员王晓毅先生和农村发展研究所张元红先生，他们分别为我们介绍了“田野工作方法”以及在农村调查时需要注意的问题。王晓毅先生还建议我们尝试一下访谈法。因此我们第一次尝试使用个别访谈的方法和对一个村庄采用“田野工作方法”，进行调查研究。但是，由于毕竟缺乏训练和缺少工作经验，在以后的资料整理和分析中，我们常常感到有很多缺憾。有时感觉对某人的访谈，如果当时再多追问一句，肯定还会发掘出许多信息；对某个问题，如果当时再收集一下某方面的资料，一定会使我们的分析又多一些证据。然而，这些缺憾将如读者看到的那样都一一在书中保留下来，成为我们第一次尝试的一个记录。

我们愿意借此机会向王晓毅先生和张元红先生表示衷心的感谢。我们要感谢国外专家沙琳博士（Dr. Sarah Cook）在课题的设计和阶段讨论中向我们提出了许多很好的问题和建议，并在修改总报告中付出了辛勤劳动。我们还要感谢曾经在卫生部国外贷款办公室负责项目管理的杨宏伟处长与我们对各种观点

进行的讨论，使我们从他的见解中受益，并要感谢他后来为我们的总报告的英文翻译工作所付出的心血。尤其还要提到的是中国人民大学劳动人事学院 96 级学生朱春龙、刘新才、赵凯、练宇立、孙秀强等同学，他们年轻、热情、朴实、富有朝气，在调研中很快就和农民建立起了友好关系，他们以卓有成效的工作帮助我们按期完成了入户问卷调查、访谈和各种资料的收集、整理工作。在完成调研工作不久，他们就分赴祖国各地，走上了各自的工作岗位，在此，也向他们表示感谢！

我们要感谢世界银行驻华代表处王世勇先生、卫生部规划财务司规划价格处王玉洵处长、于世利副处长、卫生部国外贷款办公室蔡纪明副主任、张峻华处长和项目官员沈燕红女士、秦新建女士、卫生部卫生经济研究所所长蔡仁华教授、副所长王禄生副研究员、办公室副主任刘树平先生、运城市卫生局计划财务科刘玉峰科长、闻喜县卫生局梁仲民副局长等自始至终对我们的研究工作所给予的各方面支持和具体的帮助。

我们还要感谢我们所调查的乡镇和村庄的干部、农民群众、卫生院院长和乡村医生对调查工作所给予的充分理解与合作。在此尤其要感谢东鲁村的父老乡亲们所给予我们的种种帮助，并允许我们公开发表有关他们的研究内容；更要感谢我们的房东李兴文老人一家对我们的接纳和在生活上无微不至的照顾。他们一家人的忠厚、朴实，令我们永远难忘。

最后，尽管我们得到了上述各方面的帮助，但我们的研究工作还有许多不尽如人意的地方，书中会有许多不当之处，这 will 完全由作者本人负责。

李卫平

2002 年 4 月 26 日