

國民健康

「因病致貧」和「因病返貧」
是中國農村普遍存在的現象，疾病
成為中國農民提高生活水平和素質的
最大障礙之一。在發展程度較落後的基礎
上，中國農民創造合作醫療制度。合作醫療
制度是農民通過互助共濟的醫療以獲得基本衛生
服務的一種保障制度。這種制度有何特徵？政府
和農民如何受惠？下文將作探討。

■作者：岳經綸 中山大學教授

■統籌：教育社企



「教育社企」是全港首間
非牟利的教育社會企業，透
過出版教育書籍、組織講座
及提供支援網站，協助前線
教師及基層學生。

公共衛生＋現代中國

合作醫療制度 減農民因病致貧？



■2003年，自寧夏啟動新型農村合作
醫療制度試點活動後，農民看病難、
看病貴的問題得到改善。 資料圖片

表一：新型農村合作醫療制度與城鎮職工基本醫療保險比較		
比較項目	新型農村合作醫療制度	城鎮職工基本醫療保險
法律依據	《關於建立新型農村合作醫療制度的意見》 在2003年獲得國務院同意並頒布	國務院在1998年頒布《關於建立城 鎮職工基本醫療保險制度的決定》
籌資來源	各級政府承擔2/3(20元)；農民一般承擔 1/3(10元)	國家財政或企業承擔3/4(工資的 6%)；職工個人承擔1/4(工資的2%)
統籌範圍	以縣為單位(平均在20萬人以上)；	屬地化(統籌人數的變異大)
管理與經辦機構	衛生行政部門負責，各級設置管理機構， 縣設專門經辦機構	勞動和社會保障部負責，各級設管理 和經辦機構
補償範圍	以補「大病」為主	補住院(門診建立個人帳戶)
是否強制	否：由政府引導或組織	是

參考來源：毛正中、蔣家林，《新型農村合作醫療制度的特徵及目前面臨的挑戰》，中國衛生經濟，2005



■在新型農村合作醫療制度下，參與的農民在任何一
級定點醫療機構就醫，均可即時刷卡、即時報銷，簡
化轉診、報銷手續。 資料圖片

農村合作醫療制度發展

事實上，中國農村的合作醫療已擁有約50多年的發展歷程：20世紀40年代，合作醫療在農村已有一些探索和萌芽；到50年代，中國農村開始在試點創立合作醫療制度；60至70年代的合作醫療制度在中國農村迅速發展，制度體系開始成形；80年代，隨著中國改革開放和經濟社會轉型，農村合作醫療制度逐漸解體；到90年代，國家先後兩次嘗試恢復和重建農村合作醫療制度，均以失敗告終。

中央明確指示 地方積極組織

2002年10月，中共中央、國務院聯合發布，明確提出「逐步建立新型農村合作醫療制度」、「各級政府要積極組織引導農民建立以大病統籌為主的新型農村合作醫療制度」、「各地要先行試點，取得經驗，逐步推廣。到2010年，新型農村合作醫療制度要基本覆蓋農村居民」、「政府對農村合作醫療和醫療救助給予支持」。

2003年起，中央財政對中西部地區除市區外的參加新型合作醫療的農民，每年按人均10元安排合作醫療補助資金，地方財政對參加新型合作醫療的農民補助每年不低於人均10元。同年，《關於建立新型農村合作醫療制度的意見》(下簡稱《意見》)獲得國務院同意並頒布，《意見》對新型農村合作醫療制度的組織管理、籌資標準等方面都有明確規定。這標誌中國政府在新世紀又開始新一輪建立農村合作醫療制度的嘗試。

新型農村合作醫療制度特點

新型農村合作醫療制度的特點可被簡單概述如下：

1. 政府明確的政治承諾和政治意願。《關於進一步加強農村衛生工作的決定》明確提出「政府衛生投入要重點向農村傾斜」，通過財政支持提供醫療保障；「重點解決農村居民因傳染病、地方病等大病而出現的因病致貧、返貧問題」。
2. 政府轉移支付(在中西部地區)，事實上成為籌資的主要來源。
3. 由政府成立完全由地方財政負擔經費的專門機構，實行對新型農村合作醫療的全面管理，令其形成衛生服務提供者、參與農村居民、合作醫療基金以及政府行政機構之間相互作用和制約的一種穩定結構。
4. 農村居民以家庭為單位自願參加新型農村合作醫療，從而承擔部分農村居民自己的醫療保障責任。
5. 建立相互補充的醫療救助制度。
6. 以補償「大病」為主，並以縣為單位分擔這種風險。

資料來源：毛正中、蔣家林，《新型農村合作醫療制度的特徵及目前面臨的挑戰》，中國衛生經濟，2005



1. 你認為「新型農村合作醫療制度」對農民的公民權有何影響？
2. 「新型農村合作醫療制度」有哪些地方需要改善？試舉3點並加以說明。
3. 「新型農村合作醫療制度」是利多於弊或弊多於利？試抒己見。
4. 有人說：「『新型農村合作醫療制度』難以達到減少農民『因病致貧』的目標。」你對此說有何看法？
5. 你認為「新型農村合作醫療制度」對香港有沒有參考價值？為甚麼？



何謂新型農村合作醫療？

簡稱「新農合」，是由政府組織、引導、支援，農民自願參加，個人、集體和政府多方籌資，以大病統籌為主的農民醫療互助共濟制度。制度採取個人繳費、集體扶持和政府資助的方式籌集資金。



1. 《衛生部新型農村合作醫療研究中心課題研究報告匯編》
2. 《新型農村合作醫療信息統計手冊》
3. 趙曼、張廣科，《新型農村合作醫療保障能力研究》，(北京：中國勞動社會保障出版社，2009年)
4. 柳清端、宋麗娟，《中國新型農村合作醫療制度的利弊分析》，人民網
http://theory.people.com.cn/GB/49154/49156/5676113.html
5. 《在迅速變革的中國實施新型農村合作醫療制度：問題與選擇》，世界衛生組織

請即登上「文匯通識專欄」
http://ese.org.hk/wenwei
瀏覽更多參考資料。

持份者利弊分析及執行困難

農民

農民是理性的，他們參加合作醫療與否取決於參加的預期效用與預期成本的對比；如果前者小於後者，他們的選擇肯定是不參加。效用的大小取決於以下因素：一是個人疾病風險的大小；二是個人的風險態度；三是個人對合作醫療的信任程度；四是醫療服務可及性。農民參加合作醫療的成本大小主要取決於合作醫療價格(即保費)的高低。政府或集體經濟補助越多，相應地需要農民個人支付的數額越少，農民越傾向參加。

政府

政府作為制度的保險方，在新型農村合作醫療制度中的作用涉及出資、管理、監督等。要保證這些政府職能的實現，必須有相應的法律、法規作依據。《關於進一步加強農村衛生工作的決定》已為此提供政策的依據，接下來的關鍵是政策能否得到有效執行。

在新型農村合作醫療制度建設問題上，中央和地方分別作為政策制定和政策執行的主體，表現出不同的態度。由於新型農村合作醫療制度關乎農村經濟長遠發展和社會全面穩定的大局，中央政府對其給予高度重視，並制定相關的支持政策。對這一政策，地方各級政府可能從自身利益最大化角度出發去執行。分稅制改革以來，財力向中央集中，地方政府尤其是基層政府的財力被削弱。相當數量的基層政府根本無力顧及新型農村合作醫療。在資源有限的情况下，省、市政府主觀上傾向將更多的資金和人力用於城市經濟發展等更重要的問題，而不是新型農村合作醫療。基層幹部的理性選擇自然是不支持醫療合作制度。

總之，由於合作醫療政策與政策執行主體利益的不一致，這一政策執行容易出現偏差。因此，如何協調地方各級政府的利益，調整其執行政策的積極性也是新型農村合作醫療建設必須解決的一大問題。

醫療機構和醫務人員

新型農村合作醫療制度還有重要的第三方主體——醫療供方。醫務人員對新型農村合作醫療的態度是很複雜的。總括而言，他們支持建立新型農村合作醫療制度，但各個層次醫療供方的態度是不同的。

1. 鄉村醫生：許多鄉村醫生是獨立的經濟主體，難免有逐利的傾向。參加新型農村合作醫療制度後，其醫療行為受到諸多限制，收入未必增加，而工作品質必須提高，工作量比以前加大，他們被迫加入政策，但難免有不滿的情緒。
2. 鄉鎮衛生院：鄉鎮衛生院是新型農村合作醫療建設的大贏家。新型農村合作醫療制度將給他們帶來大量業務和巨大收入。因此，他們非常擁護新型農村合作醫療制度。
3. 縣級醫療衛生機構：縣級醫療衛生機構在支持新型農村合作醫療建設的同時，可能對當中嚴格的轉診審查、嚴格的醫務審查和嚴格的報銷程式等方面心存不滿。

因此，如何協調各級醫療機構和醫務人員的行為，使之為新型農村合作醫療制度提供優質、高效、低廉的服務，對新型農村合作醫療制度順利運行至關重要。

參考來源：鄧大松、楊紅燕，《新型農村合作醫療利益相關主體行為分析》，中國衛生經濟，2004



■城鎮職工基本醫療保險的補償
範圍包括住院。 資料圖片



中央期望通過新型農村合作醫療制度以解決農民「因病致貧」的問題。 資料圖片