

中國大陸「新型農村合作醫療制度」 的實施與困境

李嬌瑩

敵情系

助教

摘 要

中國大陸改革開放以後，強力推展社會保障的工作。其中醫療改革方面，於 1998 年底頒佈《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》，將中國大陸的醫療保險制度帶向新紀元、新政策與新觀念，但對於城鎮職工以外及佔全中國人口 70% 農村人口的醫療保障，則是中國大陸政府面臨最大的問題。雖然傳統的農村合作醫療制度曾在農村地區非常普及，然因經濟制度的逐漸改變而趨於式微。基於提升國家整體與世界接軌的能力及社會穩定之需求，中共政府於 2003 年頒布實施《關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知》，企圖重振農村合作醫療的規模，提升農村居民的醫療品質。然面對龐大的農村地區與人口，要實施新的制度必然面對許多困難與障礙。如何突破重重障礙，提高農民的參保率與醫療品質，是中共政府亟思努力的重點，本文即就此方向做初步的探討。

關鍵詞：合作醫療、社會保障

壹、前言

由於社會環境的結構複雜，充滿了變數，在任何社會、任何國家都存在社會運行的有序狀態與無序狀態因素。因此要維持社會穩定，建立完善的管理組織及調節機制體系有其存在之必要性。所謂社會穩定，一般係指相對於動態發展而言，如經濟發展即屬於動態性的發展。正常的社會發展在動態性之外，必須相對具有一些控制與調節的機制以維持穩定與平衡，¹例如社會的監督機制、預警機制及社會的保障機制等，²以之維持社會運作的穩定，作全面有效的管理。而法律政策、資金、人員與社會團體則為社會保障中維持穩定機制的要件。³

社會保障就範圍上來講，可分為社會救濟、社會保險與社會福利三個層面。社會救濟屬最基本面，主要目的是要維護社會中最無力的弱者能夠得到基本的生存保障；社會保險則是由國家通過立法，針對勞動者因年老、患病、傷殘、生育、死亡或失業等原因，失去工作能力或影響家庭收入時，能從國家或社會獲得各種補助、服務或者其他實質的幫助，一般來講，包括養老、醫療、工傷、生育及失業等幾個方向的社會保險制度。至於社會福利則為社會保障的最高理想層級，範圍擴及生活上的各個層面，特別是婦女、兒童、老年、殘疾等弱勢人群，是衡量一個國家或地區社會文明進步的指標，雖因各個國家的發展水準與經濟體制而在施行上有不同程度的差異，然其終極目標則是一致的。⁴

中國大陸的社會保障在其建政五十餘年中，有許多變化。初始於計劃經濟體制，由於城鄉的差異，農村地區基本上不易享受到完善的社會保障，而城市的社會保障則以各自就業的單位為依歸，視單位水準高低以決定其享受的福利政策。改革開放以後，中國大陸在社會保障的工作上強力推展，1997年「中國共產黨第十五次全國代表大會」在社會保障方面提出了「糧食流通」、「投資融資」、「住房改革」、「醫療改革」、「財政稅收」等五項改革方針。⁵其中醫療改革方面，於1998年底頒佈《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》，

¹ 韓明謨，《社會發展與穩定》（天津：天津人民出版社，2001年8月），頁223。

² 社會的監督機制如國家的行政、司法監督，新聞輿論、群眾的監督、不同政黨及群眾團體的監督等；社會的預警機制一般由社會預警指標體系與社會心態研究組合而成。參考丁水木，《社會穩定的理論與實踐—當代中國社會穩定機制研究》（杭州：浙江人民出版社，1997年8月），頁8。

³ 韓明謨，前揭書，頁229。

⁴ 仇雨臨、孫樹菡主編，《醫療保險》（北京：中國人民大學出版社，2001年3月），序頁1-2。

⁵ 江偉，《五大改革捆綁上市》（北京：金城出版社，1999年1月），前言頁3。

將中國大陸的醫療保險制度帶向新紀元、新政策與新觀念，其實方式則有許多係參考台灣的「全民健保」與新加坡的「個人帳戶」管理方式。⁶但醫療改革的對像僅限於「城鎮職工」，對於城鎮職工以外及農村人口的醫療保障，則是中國大陸政府面臨最大的問題，⁷因此，對絕大多數的農民來講，基本醫療保險仍是一個擺在眼前遙遠的幻象。

中國大陸擁有 13 億龐大的人口量，其中農民佔了將近 70%，但中國的農民、農業與農村無論是在改革前的計畫經濟體制下或改革後的市場經濟體制下，一直都是社會保障或風險管理上被遺漏的一環。當中國大陸在為進入 WTO 而歡欣鼓舞之際，農村問題事實上陷入了更大的風險與壓力中，雖然理論上農村應享有社會保障上權利的平等，但事實上卻缺乏了機會的平等，更遑論結果的平等。⁸平心而論，一個國家 70% 的居民不能享受社會保障的機會與結果，實在難以稱之為公平公正，更何況「中華人民共和國」是靠著廣大農民的支持及參與才得以建立的。如今在部分地區享受經濟繁榮與工業現代化的同時，農村卻仍然艱苦如昔，衛生及健康堪虞。隨著市場經濟的發展與經濟體制的轉軌，農村的一些深層問題仍不斷顯現出來，切身的醫療問題，從農村常流行的順口溜「小病養，大病抗，重病等著見閻王」中可體會到多少的無奈。根據中共衛生部的相關調查，在農村中有 37% 應看病的農民沒有就醫，65% 應住院的病患並未住院，其中最大的原因即為經濟困難。⁹在中共政府大力推動城鎮職工醫療制度改革的同時，廣大農村居民接受的卻是推行制度的負極方式。當然中國大陸地區廣闊，在人、財、物力管理的投入上，短期間確有困難，但在城市醫療體制逐漸步入軌道的同時，對於農村醫療落後而造成城鄉差距拉大的情況，實不宜掉以輕心。改革開放以來，中國大陸人民收入差距急遽拉大。九 0 年代中期以後，城鎮家庭最高 20% 收入戶與最低 20% 收入戶年人均收入差距，從 1990 年的 4.2 倍增加為 1993 年的 6.9 倍，到 1998 年更增加為 9.6 倍，且呈持續擴充現象。¹⁰在城鎮地區尚且如此，更遑論農村地區的落差。事實上，在由計畫經濟轉向市場經濟的過程中，隨著市

⁶ 李嬌瑩，《中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革》（台北，國立政治大學碩士論文，2002 年 7 月），頁 25、46。

⁷ 陳再華，「我國人口醫療保障分析」，〈人口與經濟〉（北京），2004 年 4 月 200005 期，頁 44-48。

⁸ 庾國柱、王國軍，《中國農業保險與農村社會保障制度研究》（北京：首都經濟貿易大學出版，2003 年 1 月），頁 2。

⁹ 浦任，「衛生部—讓 9 億農民享有衛生保健」，〈瞭望新聞週刊〉（北京），2001 年第 43 期，頁 19-20。

¹⁰ 李培林，「中國貧富差距的心態影響和治理對策」，<http://www.cass.net.cn> 中國社會科學院網站

場機制配置資源作用的增強與調節收入分配範圍的擴大，貧富差距漸趨明顯是必然的趨勢。

農村合作醫療是中國農村傳統的醫療保健互助組織，起始於 50 年代中期山西、河南二省的個別農業生產合作社。農村合作醫療體制在中國大陸改革開放前的社會保障體系中佔有一席之地，且因保障對象僅限於農民，具有其特殊鮮明的色彩。其本身為集體集資的公益活動，具有公益性與福利性，農民均自願主動積極的參與，所能提供的醫療層次雖然較低，設備也簡陋，卻能發揮守望相助的精神。其存在的形式一般依集資的多少、資金運用分配的方式可分為「福利型」、「風險型」、「福利—風險型」及「合作醫療保健」等形式，¹¹各自有不同的功能，適合不同地區的需求，然許多地區在推廣上難以持久，長期以來常有起起落落的現象。猶如前述，由於中國大陸的幅員廣大，「城鎮職工醫療保險制度」僅及於「城鎮職工」，難以擴及農村地區。廣大農村的醫療制度究竟如何建立、實施，進而突破困境、鞏固，是一個值得研究探討的問題。

貳、農村合作醫療制度的沿革

一、中國大陸農村對醫療保障的需求

根據大陸學者 1998 年對 10 個國家級貧困縣 2972 戶農民的調查分析，貧困地區農民的生活基本需求為人民幣 733 元，其中食品基本需求為人民幣 488 元，但經統計分析後發現其中約有 1/4 人群之收入低於人民幣 488 元，尚不足以支付基本食品需求，更無力顧及醫療支出。¹²因此，眾多農民基本醫療需求成為中國大陸亟需顧及的區塊與負擔。誠然，農村的貧困是自始以來存在的情形，對醫療

¹¹ **福利型合作醫療**：醫療資金的分配重點針對小額醫療費用支出，對重大疾病或慢性病則補償甚少，屬於「保小不保大」型的方式，風險承受力不高；**風險型合作醫療**：在部份地區係集中有限資金，在農民遭遇重大疾病損害時給予支援，小病則不予補助。集資與分配方式是以收定支、「保大不保小」；**福利—風險型合作醫療**：在福利型合作醫療的基礎上附加風險型的機制，既可照顧小病亦能補償大病，但相對的在資金籌集上勢必付出較多，因此只在經濟條件富裕、民眾交費能力強的農村實行；**合作醫療保健**：提供全方位的服務，包括醫療、預防、保健、環境衛生。這種組織通常需有較大的集資範圍與較健全的管理機構，是農村合作醫療最理想的型式。衛興華主編，《中國社會保障制度研究》（北京：中國人民大學出版社，1994 年 3 月），頁 145-148。

¹² 龍向光，「貧困地區農民合作醫療支付能力研究」，〈中國衛生經濟〉（北京），1998 年第 10 期，頁 5-7。

之需求也是必然的狀況，因此，農民為求些許健康保障，自 50 年代起即有醫療保健互助組織，期間歷經數十年之起伏發展。早期的農村醫療合作制度是為了解決醫藥缺少的問題，而後漸漸發展出的農村醫療保險制度則是為了應付農村居民因病致貧的風險問題。雖然農村醫療保險如前述存在資金籌集困難、保障功能脆弱等問題，然其對醫療保障的需求是絲毫未減的。

二、農村合作醫療制度的沿革

中國大陸農村合作醫療制度之發展可概分為數個階段：

(一) 1940-1956 年

中國大陸最早之農村合作醫療係源於抗日戰爭時期，解放區響應毛澤東鼓吹「自己動手，豐衣足食」的號召，組織各種形式的合作社，其中就包括了醫藥合作社。這些具有互助共濟性質的醫藥合作社可說是合作醫療的雛形，1955 年時達到農業醫療合作社的高潮時期，陝、甘、寧邊區以集股方式解決醫藥需求辦理合作社；山西、河南、河北、湖南、貴州、山東、上海等地農村出現了由農業合作社組織的保健站和醫療站，由村民集資「保健費」，並對在保健站看病之會員予以部份價格優惠。¹³

(二) 1956-1960 年

根據 1956 年中共一屆全國「人大」三次會議通過《高級農業生產合作社示範章程》，規定合作社應對因公受傷或致病之社員負醫療之責任，並應給予適量之勞動日補助。當時，由山西省高平縣米山聯合保健站首先推行「醫社結合」的方式，由社員出保健費，生產合作社出公益金補助，建立集體醫療保健制度，從而將合作醫療制度逐步擴及更多的農村地區。其基本做法是：

1. 在鄉政府領導下，由農業生產合作社、農民群眾和醫生共同籌資設立保健站。

2. 在自願的原則下，每個農民繳納少量保健費，免費享受預防保健服務及免收掛號、出診費、注射費（免三費）。

3. 保健站掛牌治病、巡迴醫療，醫生分別負責所屬村民的衛生預防和醫療工作。

4. 保健站經費來源主要是農民繳納保健費、農業社公益金提取和業務收入，其中以藥品利潤為主。

¹³ 劉豪興主編，《農村社會學》（北京：中國人民大學出版社，2004 年 2 月），頁 402-403。

5.採取記工分與發現金結合的辦法支付保健站醫生報酬。¹⁴

(三) 1961-1977年

合作醫療制度在1960年時曾因經濟發展停滯而出現低潮，直至1965年中國大陸政府再度推展農村合作醫療制度，至1968年已逐漸在各農村普及化，到1976年時，全中國大陸已約有90%的農村地區施行合作醫療體制。當時的農村，生產資源歸集體所有，因而村醫務室有的是村集體所建，有的是公社所建，亦或由鄉鎮衛生院建立，合作醫療的費用在集體提留中預留。實行合作醫療的農村在村衛生室看病有的減免診療費（合醫），有的減免藥費（合藥），有的兩種費用均予減免（合醫合藥）。部分經濟較好之地區，在公社或鄉里看病也都可以減免部分費用。此時期姑不論就醫品質如何，至少在需求面上已多有精進。¹⁵

(四) 1978-1988年

此時期，合作醫療體制又開始下坡走向低潮。由於聯產承包責任制的推行，使得集體經濟結構發生變化，加上原有農村合作醫療體制自身產生的問題，大多數以集體經濟為基礎的合作醫療制度因此而停辦，鄉村衛生室多轉為私人診所，農民又回到自費看病的時代，僅餘少數地區仍維持合作醫療體制。

(五) 1989-1992年

此時期農民再度陷入看病難與因病致貧的現象，中共政府為解決困難，曾推行一項革新「合作醫療保險」體制，即由政府支持，農民與農村經濟組織共同出資，實施醫療互濟互助的合作或相互性的醫療保險制度，但似乎成效不彰。至1989年，農村合作醫療實施點已降至全國行政村的4.8%，¹⁶至1992年覆蓋範圍更滑落至制度實施後的新低點。¹⁷

(六) 1993年至今

1993年起，中共政府力圖振興農村合作醫療制度，國務院政策研究室和衛生部在全國進行了廣泛調查研究，提出《加快農村合作醫療保健制度的改革與建設》的研究報告。而後，衛生部與世界衛生組織在7省14個縣開始施行合作醫療試點。1996年7月，衛生部在河南召開全國農村合作醫療經驗交流會，會議中明訂發展與完善合作醫療的目標與原則，並提出發展與完善合作醫療的具體措施。會後，全國有19個省、市、自治區共計183個縣（市、區）開始實施省級

¹⁴ 汪時東、葉宜德，「農村合作醫療制度的回顧與發展研究」，〈中國初級衛生保健〉，2004年4期。

¹⁵ 汪時東、葉宜德，前揭文。

¹⁶ 王蘭芳，「中國農村醫療保障路在何方」，〈人口與經濟〉2001年第5期，頁73-76。

¹⁷ William C. Hsiao, *A Background on China's Health System and Health Policy*, 中央健保局專題演講資料，2000年6月22~24日於北京舉辦之研討會中發表。

合作醫療試點，其餘地、市也選定了部份試點縣，合作醫療體制自此開始逐漸復甦，到 1996 年底，合作醫療行政村的覆蓋率已上升至 17.59%，至 1998 年末已有 712 個縣建立了合作醫療保險制度。此後陸續擴展，2003 年中共國務院在轉發衛生部、財政部的《關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知》中，明確訂立出有關農村合作醫療制度的目標原則、組織管理、籌資標準、資金管理與醫療服務管理等各項相關基本政策，同時將目標訂在 2010 年能全面擴及全中國大陸農村居民「以大病統籌」為主的「新型農村合作醫療制度」施行。¹⁸

參、農村合作醫療制度的實施

農村合作醫療制度是由政府支持，農民羣眾在自願的情況下與農村經濟組織共同籌資，在醫療上實施互濟互助的一種農村醫療保障制度。因此可知，「自願」、「互益」、「適度」是農村合作醫療制度的原則，至於實施方式則依中國大陸不同地區特質所需與經濟發展情況而略有不同。

一、農村合作醫療制度的類型

中國大陸各地農村由於經濟、社會與文化各方面存在的差異，因此農村合作醫療制度也依各地情況約略形成幾種不同的實施類型如后。¹⁹

(一) 村辦村管合作醫療

此種類型是合作醫療最初始發展的型態，由村民與村集體經濟組織自行籌措經費成立醫療站，並由村委會管理，實施對象限於各該村民，至於享有之醫療範圍亦由各該村自行制定。

(二) 村辦鄉管合作醫療

此種合作醫療型態仍由村委會籌辦醫療站，經費亦由個人與集體共同籌措，但醫療範圍由村與鄉協商制定，經費管理則由鄉級管委會統一管理並按村核算，如有經費超支情況須由各村自行負責。

(三) 鄉村聯辦聯管合作醫療

醫療站由鄉與村共建，經費來源除村集體與個人經費外，鄉政府亦有部分補

¹⁸ 孫光德、董克用主編，《社會保障概述》（北京：中國人民大學出版社，2004 年 7 月 2 版），頁 227-228。

¹⁹ 中國社會科學院農村發展研究所、國家統計局農村社會經濟調查總隊著，《2003-2004 年中國農村經濟形勢分析與預測》（北京：社會科學文獻出版社，2004 年 6 月 1 版），頁 239-245。劉豪興主編，前揭書，頁 404-405。

助。經費管理由鄉統一管理，鄉與村分成核算，報銷比例由鄉、村協商，醫療服務的範圍與標準則由鄉級政府統一制定。

(四) 鄉辦鄉管合作醫療

顧名思義，此種醫療模式係由鄉統一負責醫療站之建立、經費之管理與核算、醫療範圍與標準之制定等，惟經費來源則係分由鄉、村與個人三方籌集。

(五) 縣鄉村聯辦聯管合作醫療(目前實施型式)

由縣級統籌是現在實行新型合作醫療制度主要型式，²⁰經管機關的範圍擴充至縣級單位，如縣衛生局與縣人民保險支公司等均參與合作醫療站之建立並統籌一部分基金，同時亦對大額醫療費給予補助。²¹

二、農村合作醫療制度的特徵

農村合作醫療制度實施至今，不論是早期的農村合作醫療或現在正推行之新型農村合作醫療，在制度上有幾點特徵值得注意²²

(一) 以農村居民為保障對象

農村合作醫療制度是在農民長期與疾病纏鬥下逐漸發展出來的體制，是為農民醫療與保健之需要而由農民創造出來的，其存在的目的全然係因農村社會保障體系之需求，因此保障的對象自然也僅限於農民。

(二) 以群眾自願為原則

既名之為合作，即指群眾的互濟互助。因此合作醫療制度自始即強調以自願參加為原則，久而久之其形成之效果自會吸引更多群眾參與。

(三) 以集體經濟為基礎

合作醫療制度資金來自各參加成員以及公家補助，以集資方式解決個別需求，經費以統籌管理為主，是典型的集體經濟型態。自 2003 年起，中共中央政府決定中央財政每年對中西部地區參加合作醫療的農民每人補助人民幣 10 元，加上農民個人集資，由醫療管理委員會按照以收定支、收支平衡和公開、公平、公正以及專款專用的原則進行管理。²³

(四) 以大病統籌為主力

²⁰ 條件不具備的地方，在起步階段亦可採取以鄉(鎮)為單位進行統籌，逐步向縣(市)統籌過渡。參考石希，「新型農村合作醫療主要解決農民看大病問題」，2004 年 11 月 5 日，<http://www.people.com.cn> 人民網。

²¹ 這種醫療類型最早施行於江蘇省蘇州市的吳縣，而後其他地區亦有此種合作醫療類型出現。

²² 劉豪興主編，前揭書，頁 403-404。

²³ 孫光德、董克用主編，前揭書，頁 228。

農民因病致貧、因病反貧，最大的問題在於大病無力解決，²⁴因此農村合作醫療制度資金的主力著重於大病的治療。至於經濟條件較好的農村，則可實行大額醫療補助與小額醫療補助併行，或為一定期間內未動用醫療基金的農民做常規體檢。²⁵

(五) 為農村醫療作全方位服務

農村人力缺乏、資源有限，因此合作醫療制度一旦成立，不僅須照顧門診或住院等大小病症，同時須顧及兒童免疫、婦女產期保健、計劃生育、疫情監測，甚至飲食環境衛生等工作均需涵蓋在內。但限於經費，部份項目需農民自費。

(六) 醫療救濟制度輔助實行

中國大陸自 2003 年起，開辦實施「農村醫療救助制度」，對於農村地區無力繳納醫療資金的農村五保戶²⁶、貧困戶，資助其繳納全部或一部分資金，使其能同樣享有農村合作醫療待遇。²⁷

三、新型農村合作醫療制度資金的籌措與管理

(一) 資金的籌措

2003 年中國大陸開始推動「新型農村合作醫療制度」以來，在資金的籌措管理與運用上，多比照 1998 年開始推動之「城鎮職工基本醫療保險制度」之方式，採用社會統籌與個人帳戶相結合的籌措方式，希望能兼顧醫療費用橫向與縱向的功能。²⁸原則上由自願參加的農民，每人每年繳納人民幣以不低於 10 元為基金，另同級政府每年每人補助人民幣以不低於 10 元為標準，經濟較發達的東部地區，地方各級財政可適當增加投入，共同形成農村合作醫療基金。中央財政

²⁴ 大小病的分野，通常將門診與急診解讀為小病，所謂大病通常指需住院治療的疾病與較高額治療費用的疾病。

²⁵ 孫光德、董克用主編，前揭書，頁 228。

²⁶ 中國大陸農村集體組織的「五保戶」係指對特困農民「保吃、保住、保穿、保生病治療、保死後安葬」，五保戶與政府訂有扶養協定，雙方按照協定處理。參考「五保戶去世時其遺產如何處理」，檢察日報，2004 年 3 月 24 日 8 版。

²⁷ 餘瑞冬，「中國欲爭取到 2005 年基本建立農村醫療救助制度」，2003 年 11 月 24 日，<http://www.chinanews.com>中國新聞網。

²⁸ 「城鎮職工基本醫療保險改革」經費由單位與個人共同出資，其中個人出資之一部分劃入「個人帳戶」內，供個人門診等醫療費用，如有剩餘可留做個人儲蓄並可傳給子孫。個人出資之另一部份則與單位出資共同構成「社會統籌」，係共同照顧所有加保者的須求。因此醫療費用橫向的功能係指社會統籌部分，可照顧到各種不同醫療需求的農民；至於縱向功能則指個人帳戶部分，可作縱向的資金積累，防患未然。

每年通過專項轉移，支付對中西部地區除市區以外的參加新型農村合作醫療的農民按人均 10 元安排補助資金。²⁹ 農民於就診時憑合作醫療證便可按比例報銷醫療費用，遇到較高額或重大疾病時，便可動用到社會統籌部分。³⁰

(二) 資金的管理與運用

資金的管理與運用在任何國家的社會保障體制中，都是極其重要的一環。中國大陸「新型農村合作醫療制度」在個人與統籌資金收入後，將個人繳納之 10 元中，8 元存入農民個人帳戶中，作為門診醫療費用，每人門診醫療費用報銷額累計不超過當年帳戶總額，對參加新型農村合作醫療的農民，當年內沒有動用農村合作醫療基金的，要安排進行一次常規性體檢。剩餘 2 元與政府出資之部份合併作為社會統籌資金，以支援大病為主。³¹ 至於統籌資金籌集後，則儲存於國家商業銀行的合作醫療專用儲戶裏，專款專用、專戶儲存。資金與帳目分別處理，並規定合作醫療基金須以「收支分離、管用分開、封閉運行」為主要管理原則，同時建立各相關監督審計制度，監督醫療資金的使用範圍及規範管理醫療機構能確實提供適度的醫療服務。³²

四、新型農村合作醫療制度實施的現狀

根據中共衛生部副部長朱慶生在 2004 年 11 月 5 日「中國新型農村合作醫療試點工作進展情況」新聞發布會上宣布，自 2003 年 7 月以來，全中國大陸已有 30 個省、自治區、直轄市在 310 個縣（市）實施新型農業合作醫療制度，可覆蓋之農業人口為 9504 萬人，實際參加人數為 6899 萬人，依當時之參加率為 72.6%，至 2004 年 6 月底止，農村醫療救助人數有 492 萬人。籌集資金全中國大陸共計 30.21 億元，其中各級財政補助 15.01 億元，農民個人繳費 10.88 億元，另有其他社會團體贊助 4.32 億元。根據統計，截至 2004 年 6 月底止，已有 4194 萬人次報銷醫療費用，金額為 13.94 億元，佔籌資總額之 46.14%。³³ 但值得注意的是全中國大陸共有 1470 個縣，已實施的 310 個縣，僅只是全中國大陸的 21%

²⁹ 個人繳納資金部分可能中部與東部地區會稍高；政府補助部份則對西部地區可能稍高。

³⁰ 朱慶生，「我國新型農村合作醫療試點覆蓋農業人口 9504 萬」，2004 年 11 月 5 日，<http://www.people.com.cn> 人民網。

³¹ 因中國大陸農村合作醫療制度係以大病統籌為主，因此其社會統籌資金亦置重點於大病統籌部分。

³² 朱慶生，「新型農村合作醫療資金封閉運行確保安全」，2004 年 11 月 5 日，<http://www.people.com.cn> 人民網。

³³ 朱慶生，「新型農村合作醫療試點覆蓋農業人口 9504 萬」，2004 年 11 月 5 日，<http://www.people.com.cn> 人民網。

而已。³⁴因此從 2004 年 12 月完成的另一項調查《中國居民評價政府及政府公共服務研究報告》中，顯示城市高達 65.7% 的居民沒有任何醫療保險，而農村則有高達 79.4% 的居民沒有任何醫療保險，他們一旦患病，所有醫療費用均需自己承擔。同時，有 25.1% 的受訪者反映，過去的兩年中，自己或家人因醫療費而不去就醫；有 9.9% 的受訪者反映，自己或家人因醫療費在需要住院治療時放棄治療。

35

中國大陸由於幅員廣大，事實上各地農民經濟能力差異甚大。在經濟發展好的地區，農民不僅自我保障能力強，其市場化的風險分擔機制亦較易推動，因此參加農村合作醫療的比例亦較大，使得這類地區相對的保障程度也較高。反之在中西部地區之農村存在的「特困戶」則較多，中共民政部也依「特困戶救助制度」實施定期定量救濟，並將實施重點置於三類人等，即鰥寡孤獨、喪失勞動能力之重殘以及患重大疾病者。至 2003 年底，約有 792.5 萬人，410 萬戶農村人口接受中共政府農村定期救濟。³⁶

肆、新型農村合作醫療制度實施的困境

一、城鄉二元化的影響

二元結構是發展中國家國民經濟體系共有的特徵，中國大陸國民經濟二元結構的特徵尤其突出，依據美國著名數理統計專家庫茨聶茨（Simon S.Kuznets）統計研究，除中國外，世界發展中國家工農二元結構強度最大為 4.09 倍，而中國在改革前遠大於此數值，1970 年曾高達 7.73 倍，為世界之冠，改革後雖有降低，但數值仍高於 4.09 倍，2001 年達改革後最高值 5.57 倍。³⁷從二元結構強度高居世界之冠的直接涵義上看，便是農業的比較生產率與比較收益率是世界最低的，間接含義便是「農業發展速度太慢、農業剩餘勞動力轉移相對較慢或農業產品價格嚴重低於價值」。所表現出來的結果便是「農民收入增長速度不高或農民收入

³⁴ 中國大陸共有 2861 個縣級行政區，其中有 845 個市轄區、374 個縣級市、1470 個縣、117 個自治縣、49 個旗、3 個自治旗、2 個特區、1 個林區。參考 <http://www.xzgh.org.cn/yange/index.htm> 中華人民共和國行政區劃網。

³⁵ 周壽祺，「百姓期待醫療保障還要多久」，2005 年 3 月 20 日，<http://www.cncms.org.cn> 中國新型農村合作醫療網。

³⁶ 李小云、左停、葉敬忠主編，《中國農村情況報告》（北京：社會科學文獻出版社，2004 年 12 月），頁 73。

³⁷ Kuznets, *Economic Growth and Income Inequality*, *American Economic Review* 1955.

相對於城鎮居民過低」。³⁸

雖然發展中國家在工業化過程中都存在二元結構的特徵，中國大陸由於工業發展過程中跨越了以輕工業為主的階段，使得農業成為重工業發展資本來源，³⁹也就是所謂「趕超型的計畫經濟」，⁴⁰因而城鄉經濟分割的情形更為嚴重，更導致城鄉關係的封閉。依據中國大陸統計，城鄉封閉的情形包括了十四種隔離制度，即戶籍制度、糧食供給制度、副食品制度、燃料供給制度、住宅制度、生產資料供給制度、教育制度、醫療制度、養老保險制度、勞動保護制度、人才制度、兵役制度、婚姻制度、生育制度等。⁴¹其中對戶籍的限制是城鄉分割的關鍵，⁴²醫療制度包括在分割項目中，自然也被隔離在城市醫療體制之外，城市的社會保障受到政府高度重視，農村的社會保障則由農村基層生產組織自行解決。早年農民合作醫療制度純為自我救濟，近年實施的新型農村合作醫療制度，在農民本身經濟基礎薄弱，中央政府支援不足的情況下，⁴³雖想按照中共政府既定計畫實施，但在二元社會結構未破除的情形下，除了農村本身仍有許多條件難以配合外，大批在城市的農村人口因不具合法的身分地位，淪為所謂的「農民工」，戶籍的限制更隔絕了他們就醫的權利，成為城市與農村兩不管的醫療遺孤。

二、籌資的困境

要完善社會保障制度，經費的籌集是首要重點，但中國大陸「新型農村合作醫療制度」，自法規上看雖有完善的籌資方式，但實際上卻潛存著不易解決的困境。

³⁸ 陳南岳，《中國過剩二元經濟研究-來自國內消費需求和供給的分析》（北京：中國經濟出版社，2004年12月），頁20。

³⁹ 郭劍雄，《二元經濟與中國農業發展》（北京：經濟管理出版社，1999年1月），頁16。

⁴⁰ 林毅夫，《中國的奇蹟：發展戰略與經濟改革》（上海：上海人民出版社，1994年5月），頁29。

⁴¹ 劉純彬，「二元社會結構：分析中國農村工業化和城市化的一條思路」，〈經濟研究參考資料〉，1989年第171/172期，頁14-36。

⁴² 1957年，中共中央、國務院聯合發出《關於制止農村人口盲目外流的指示》，要求城鄉戶口管理部門相互配合，制止農村人口盲目外流。1958年又頒布《中華人民共和國戶口登記條例》，更明確劃分城鄉居民為農業戶口與非農業戶口兩種不同戶籍，並嚴格規定沒有城市管理當局之許可，農村人口不得流入城市，農業戶口不得轉為非農業戶口。參考陳南岳，前揭書，頁26。

⁴³ 中央財政的支援須以地方和農民資金到位為前提，因此地方籌資落後會影響到中央財政的支援。陳佳貴、王延中主編，《中國社會保障發展報告2001-2004》（北京：社會科學文獻出版社，2004年12月），頁62。

(一) 新型農村合作醫療的參保原則依規定為「自願參加」，但根據 2003 年在內蒙、山東、寧夏等地所作農村醫療保障需求調查顯示，約有 1/3 以上的農村戶對參保新型農村合作醫療並不熱心，而參加意願較強烈者多為無力繳費的貧困戶、亟需醫療保障的長期疾病戶及婦女等。同時許多農民對新型農村合作醫療制度的持續力持懷疑態度，且認為「十年八年都不生病，幹麼交這麼多錢」，對看病的規定也嫌「規矩太多、太麻煩」而拒絕參保，⁴⁴使得最基礎的個人集資部份就已產生困難。

(二) 除了個人集資的困難外，「新型農村合作醫療制度」雖規定地方財政負擔每人每年不低於 10 元補助，看似能提高農民參保的積極性，但實際上許多農村集體已經瓦解，無力為農民提供醫療補助，有些地區甚至連「五保戶」都難以供養。許多縣市級政府，尤其是中西部地區常屬負債財政，使得部份地區「政府資助」的層面亦遭遇困難。⁴⁵沒有穩定的資金來源、沒有強制性加保、農民感覺受益與付費存有不一致性，自然更增加了籌資的困難性。

(三) 農民本身的貧困與負擔，是籌資困難的根本問題，而醫療費用不足，以致疾病的產生，又成為導致貧困的重要因素。中國大陸農民負擔過重的原因除了收入遲緩，甚至出現負增長的情況外，農村教育費用的負擔以及地方政府為維持機構運轉所需而巧立名目的收費，均構成農民極大的負擔。⁴⁶此外，農民負擔過重與社會保障制度不健全絕對相關，醫療的內部負擔不能透過社會保障轉嫁風險的體制而分散，農村的大量剩餘勞動力不能轉移至城市，使得農村有限的資源必須支撐著龐大的人口，⁴⁷處於社會最低層的農村毫無競爭的能力，嚴重影響到醫療籌資問題。

三、大病統籌的迷思

新型農村合作醫療制度將小病與大病分開思考，認為大病才是導致農村貧困的主因，而將重點至於大病統籌，⁴⁸實則應為某種思考上的謬誤。蓋日常生活中小病屢見不鮮，而農村醫療輕視小病的作法，常使農民「遇小病則忍」，焉知大

⁴⁴ 李小云、左停、葉敬忠主編，前揭書，頁 144-145。

⁴⁵ 陳佳貴、王延中主編，前揭書，頁 56。

⁴⁶ 農民所需負擔的行政費用繁多，如各種罰款、集資攤派、社會負擔等。參考「當前中國農民負擔的現狀分析」，2004 年 9 月 20 日，<http://www.people.com.cn> 人民網。

⁴⁷ 庾國柱、王國軍，《中國農業保險與農村社會保障制度研究》（北京：首都經濟貿易大學出版，2003 年 1 月），頁 21。

⁴⁸ 個人帳戶用於門診，但每人每年僅有 8 元額度。

病常因小病而起，如此將會使農民健康素質更形降低。而自經費開銷的角度觀之，小病時間短、消耗少，加以治療後能維持農村整體的健康素質。如僅置重點於大病治療，不僅時間久且經費開銷大，治癒率亦必定低於小病，如此無形中亦削弱了農村基層的競爭力，使農村醫療的困境陷入惡性循環中。

四、醫療系統本身的困境

中國大陸農村醫療體制除了制度、資金的障礙之外，在醫療體系本身尚有部分問題。

(一) 醫療人員不足的現象

中共衛生部常務副部長高強公開宣稱，他參觀過的許多縣級疾病控制中心，大約 90% 的醫療工作者不是專業人士。真正醫科畢業的學生，都不願留在條件粗劣、不受政府注意與社會重視的疾病控制中心，更遑論農村醫院。⁴⁹ 至於早年中共為解決農村醫療而培育的「赤腳醫生」，⁵⁰ 標榜的是「從貧下中農來，到貧下中農去；從農村實踐中來，到農村實踐中去」，堪稱中共農村醫療的先鋒與模範，但在部分過於窮苦地區，許多赤腳醫生都難以維持。一位記者訪問甘肅省蘭州西南方大茨灘村時發現，由於太過窮苦，就連赤腳醫生也無法繼續為農民做醫療服務。主要原因在於沒有能力開診所看診，一是沒本錢開，二是鄉親看病沒錢也得看，最大的問題是當所持有的「醫療機構執業許可證」到期後，換證還需再繳交 200 元，因而再也無力繼續為村民服務。⁵¹ 似此，農村缺乏醫療人員的情況已成為嚴重影響農民健康的危機。

(二) 醫療資源的不足與浪費

根據中共官方統計，中共衛生部預算內的公共衛生經費撥款中，佔中國人口 70% 的農村人口所獲得的比例是 30%。而在這 30% 的有限資源中，又包含了許多資源的浪費，也就是人員、設施的低使用率，如門診數以及病床的使用率都低於城鎮的使用率，當然這些資源的低使用率與前述之醫療人員缺乏有絕對的關

⁴⁹ 「中國面臨醫療工作者的嚴重短缺」，人民報，2004 年 4 月 13 日，<http://www.renminbao.com>

⁵⁰ 所謂赤腳醫生的起源，是在毛澤東號召下，發動知識青年下鄉接受人民公社衛生院短期醫療保健培訓，講究「學用結合、複訓提高」、「以師帶徒、現場教學」，組織出數十萬個半農半醫衛生員，發展基層農村醫療、預防、宣導工作，以改善農村醫療狀況。「赤腳醫生」是貧下中農對他們親切的稱呼。參考范天新，「結核病、西藥房和赤腳醫生」，台灣立報，2003 年 12 月 20 日，<http://www.cyberbees.org/blog/archives/002294.html>

⁵¹ 「醫療，農民最大的負擔」，中國經濟時報，2004 年 11 月 23 日，<http://www.39.net/in/39net/ttxw/74410.html>

係。此外，藥品的浪費更是資源不足的致命傷。根據統計，中國大陸農村醫院的成本中，工資支出不到 40%，物質消耗卻高於 60%，其中主要為藥品支出。然而觀諸英國國民衛生服務成本中，工資佔 70%，包含藥品的物質消耗僅佔 30%；香港醫院的薪津支出佔總成本的 80.5%，而藥品等物質消耗還不到 20%。依此觀之可見中國大陸農村醫療成本中藥品浪費的嚴重程度。⁵²

（三）醫療保障與公共衛生保健政策分離

根據世界衛生組織對於健康的定義為「健康不僅是沒有疾病和病痛，而且是個體在身體上、精神上、社會上完美的狀態」。因此維持人類健康應依一定的保障程序，也就是「預防保健」為先，而後是「基本醫療服務」，最後才是「住院及大病服務」。而國際上在評估一個國家醫療制度水準時，亦同時以公共衛生服務與健康程度的關係作為評量指標，例如以「平均壽命」、「嬰兒死亡率」與「醫療服務投入」的相互關係作為評量因素即是。⁵³

然而觀諸中國大陸自改革開放以來所實施的的醫療保險制度，無論是城鎮職工醫療保險或是農村合作醫療制度，其內容均未包含預防保健在內。當然其中最大的原因在於經費的不足，因此無論在城鎮或農村，這種需求已成為個人付費項目。⁵⁴在經濟較發達的城鎮，要做自費的健康預防保健或許不成問題，但在廣大窮苦的農村，基本醫療尚且難以顧及，遑論自費的預防保健。但是脫離了公共衛生保健的醫療保障，事實上已失去了健康保障的前提與目標，僅僅成為解決病痛的手段，對國家整體衛生保健與健康指標而言，是一個開倒車的現象。

五、實際參保率過低

雖如前述，看到中共官方政府宣佈「新型農村合作醫療制度」的覆蓋與參保人數，但不可忽視的是中國大陸有 9 億的農村居民，有近 1 億進城的農民工，因此也同時看到農村實際上有高達 79.4% 的居民沒有任何醫療保險，有 25.1% 的受訪者反映，過去的兩年中，自己或家人因醫療費而不去就醫，有 9.9% 的受訪者反映，自己或家人因醫療費在需要住院治療時放棄治療。

農村居民的合作醫療保險率過低，在醫療保險的享受途徑方面，部分經濟環境較好的地區，農民反倒較有意願購買商業保險而非合作醫療的社會統籌保險，

⁵² 陳佳貴、王延中主編，前揭書，頁 115。

⁵³ 陳佳貴、王延中主編，前揭書，頁 117。

⁵⁴ 陳佳貴、王延中主編，前揭書，頁 118。

⁵⁵社會保險本身是社會公平的產物，它通過社會大多數人的收入轉移和資金積累，對低收入或無收入者，以及因疾病等原因需要使用大量資金者，提供必要幫助，減少社會成員的財務風險。因此在某種意義上，社會保險是社會的穩定器和安全網。但過低的參保率反而會成為社會保險推行的障礙。對於 70% 人口生活在農村的中國大陸而言，如何儘快建立農村醫療保障和其他社會保障體系，保障農村居民的正常生活，應是急於改善的問題。

六、農村職業病不易控制

中國大陸農村由於醫療資源不足與衛生環境欠佳，加上農民缺乏醫療知識以及迫於生活所需等因素，農民們常罹患嚴重的職業病。2005 年 4 月 19 日，中共衛生部、國際勞工組織（ILO）、中共勞動和社會保障部在北京召開「第十屆職業性呼吸系統疾病國際會議」。中共衛生部於會中指出：「中國有毒有害企業超過 1600 萬家，受到職業危害的人數超過 2 億」。⁵⁶最常見職業病包括六類，罹患最多的是塵肺病，達到全球塵肺病患者的半數以上。中共衛生部表示，大陸自從上個世紀 50 年代建立職業病報告制度以來，塵肺病患累積的案例達 58 萬之多，死亡案例有 14 萬多個，而現有塵肺病患者有 44 萬多個，每年新增的則有 1 萬多例；第二類是大棚病。主要是指長期在溫度高、濕度大、空氣流通性差、悶熱難耐的塑膠棚內工作而出現的頭痛、噁心等症狀；第三類是中毒傷害病，主要是指因長期從事噴灑農藥引起的職業病；第四類是蟲類病，包括鉤蟲等寄生蟲類；第五類是類丹毒病，主要指飼養豬、牛的農民感染動物身上的丹毒桿菌引起的急性傳染病；最後是藥類白血病，多與使用劇毒農藥有關，主要病因是由於農藥、除草劑中苯類衍生物導致染色體突變，破壞造血系統而引起的白血病。⁵⁷

在高達 2 億的職業病患者中，約有九成是農民工。由於許多農民工為了生活所需，必須在高溫、粉塵、毒物的場所上班，因其環境中充滿有害於身體的物質，工作者的身體容易受到毒害。此外中國大陸近年來隨著經濟發展，大量農村剩餘勞動力轉移到城市，由於這些農民工、短期工未享有醫療保險，也不懂相關的防範知識，於是也成為職業病的高危險群。

誠如前述，由於中國大陸農村衛生醫療體系薄弱，使得農民職業病難以控

⁵⁵ 「我國農村醫療保險享有率僅為 12%」，中國青年報，2004 年 2 月 29 日，<http://www.chinesenewsnet.com>

⁵⁶ 洪哲勝，「中國勞工遭職業病危害超過 2 億人」，〈民主通訊新聞與評論〉，2005 年 5 月。

⁵⁷ 「農民職業病日趨嚴重」，<http://www.bioon.com.cn> 生物谷網

制。縣及鄉鎮基本沒有職業病鑒定、治療的機構，更缺乏醫護人員，農民患了職業病只能到市或省大醫院檢查，而到大醫院就醫費用高，讓部分農民患者望而卻步。加上許多從事種植業、養殖業的農民缺乏行業規範和操作標準，更加深罹患職業病的危險。

伍、新型農村合作醫療制度的改善作法

醫療與健康是人類生存的基本需求，是穩定社會的關鍵因素。國家發展除了政治、經濟、文化等外部因素外，社會根基的穩固關係到各項施政的成敗，因此中國大陸對其 13 億龐大人口的醫療照護重責可見一般。但以中國大陸如此廣大的幅員與龐大的人口，要全盤顧及談何容易，1998 年底頒佈的《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》，是大幅改革的醫療保險制度，但也僅及於「城鎮職工」，且實行至今 7 年，也僅只覆蓋應照護城鎮職工的多半數而已。⁵⁸2003 年針對 9 億農村人口推行至今僅 2 年餘的「新型農村合作醫療制度」，在資源不足、經費難籌、人員缺乏與種種先天條件不佳的情況下，其推行之難度自不在話下。在其政策制定後如何在漸進改善中走向穩定，應是首要之項。基此，僅就最基礎企求政策穩定推行所需，提出數項參考方式如后：

一、突破城鄉二元的隔閡

從整體上看，無論是穩定與發展、公平與效率、積累與消費問題，都體現在中國大陸的城鄉關係上。與其他發展中國家相較，同樣是典型的城鄉二元經濟結構，但中國大陸較特殊者，在其擁有龐大的農村人口。因此之故，農村的穩定才是最大的穩定，農村和城市共同的發展才是真正的發展。長期以來城鄉的不平衡，使得城鄉二元結構成為中國大陸農村發展的阻力。因之，打破二元經濟結構形成新經濟格局，才是發展農村關鍵所在，其中包括了城鄉間的公平、城鄉間大市場的形成、城鄉間聯動互補的積累與消費機制等。⁵⁹

在衛生保障的資源方面，全中國大陸 2/3 的醫療資源集中在大城市醫院中，而佔總人口 70% 的農村基層衛生醫療資源卻嚴重不足，城鄉居民在醫療衛生上擁有的社會資源、享有的社會福利、支付醫療服務的能力存在極明顯的差異。城

⁵⁸ 「我國農村醫療保險享有率僅為 12%」，中國青年報，2004 年 2 月 29 日，<http://www.chinesenewsnet.com>

⁵⁹ 廣國柱、王國軍，前揭書，頁 25。

鄉實施的是兩套不一樣的社會醫療保障制度，⁶⁰但醫療市場卻是統一的，醫藥價格與醫療價格是根據城市的標準制定的，使得實際收入僅及城市居民 1/6 的農民，卻要按照以城市為標準形成的價格支付醫療費用。⁶¹城鄉二元的結果，把醫療的不公都堆積在農村中，因而從農村醫療上去打破城鄉二元的格局，推而及於其他農村社會保障，是突破城鄉壁壘的基礎關鍵，而打破城鄉二元社會保障系統的結構，對中國大陸社會經濟的發展應具重大戰略意義，同時也是大勢所趨。⁶²

至於消除城鄉二元化應有數點值得努力的方向：

(一) 改革中國大陸的戶籍制度

改革戶籍制度是消除城鄉二元的關鍵。長久以來，在計劃經濟體制下，由於中國大陸嚴格的戶籍限制，伴隨而來的是食品供給、就業安置、住房福利分配、子女免費或低收費入學、醫療、養老、退休等社會保障的城鄉區隔。隨著市場化的經濟改革，原先嚴格的戶籍制度雖有部分鬆動，如部份城市開放「藍印戶口」⁶³或商品房和戶口搭配出售等政策，但始終無法去除掉這種與市場經濟不諧調的繫絆。究其原因無非是擔心一旦取消城鄉隔離的戶籍制度，大批擁入城市的農民工除會給城市帶來公共設施、安全及就業的壓力外，這些擁入城市的農民在醫療、住房、養老等社會保障也難以解決。事實上醫療問題在城市中也只有城鎮職工能夠享有，又如何對付大批的農民，更何況農村的新型合作醫療制度也還未邁入常軌運行。基此可見，醫療問題已成為打破中國大陸戶籍制度主要障礙之一，中國大陸應思考在此壁壘分明的戶籍制度下，建立適合的銜接機制，逐步取消不同戶口間在權責關係上的內在差別，如享受社會保障、勞動權利、居住權利等各方面的差別待遇，再配合身份證的動態管理，應有助於勞動力自由流動，逐步攻克戶籍的藩籬，使農村得以逐步城市化，城鄉間隔得以逐級縮短，以保障並促進社會穩定。

(二) 改變城鄉資金互動方向

中國大陸應思考加強城鄉資金的互動持平，亦即國家每年從農村汲取到多少資金，應通過財政支援農業管道返還農村同樣甚或超量的資金，如此經過若干年

⁶⁰ 城市實施的是 1998 年頒布施行的「城鎮職工醫療保險制度」（僅針對城鎮職工）；農村實施的是 2003 年頒布實施的「新型農村合作醫療制度」（自願的、非全面的）。

⁶¹ 畢泗生主編，《中國農業農村農民前沿問題報告》（北京：人民日報出版社，2003 年 12 月），頁 191。

⁶² 廣國柱、王國軍，前揭書，頁 28-29。

⁶³ 當中國大陸進入市場經濟階段，部份城市如上海市等，推行「藍印戶口」制度，即對該城市有貢獻的外地人，可獲長期居留權，在許多方面享受近似城市居民的待遇，有如國外獲有長期居留權發放「綠卡」一般。郝在今，《八千萬流民部落》（中國社會出版社，1997 年），頁 407。

的城鄉資金的平衡運作，或能縮減城鄉間的落差。

(三) 推動農村人口城市化

要減輕農村過量的人口與負擔，鼓勵部份農村人口進入小城鎮，發展成為 50 萬至 100 萬人口的較大城市。如此既可增加就業機會，較大的城市在吸納人口後，整體效率亦能提高，同時尚可減輕對特大城市的壓力。此外，應取消對農民進城謀職的各種限制，所有行業均應開放給謀職農民。有技能、有本領的人一旦離村進城，找到勞動就業或創業機會後，便會定居下來成為農村以外較大城市人口。

(四) 鼓勵土地流轉，擴大農業經營規模

改變以土地束縛農民的政策，也就是長期以來的農民土地承包制。在部分經濟情況較好的農村，如果土地已不是農民賴以生存的主要來源，或農民已實際離鄉進城，應允許改變承包關係，實行企業化和產業化經營。⁶⁴

二、解決籌資的困境

針對新型農村合作醫療籌資的困境，應可配合以下方式加以改善：

(一) 以戶為入保單位，強化加保意願

依據前述，「內蒙、山東、寧夏等地，約有 1/3 以上的農村戶對參保新型農村合作醫療並不熱心，而參加意願較強烈者多為無力繳費的貧困戶、亟需醫療保障的長期疾病戶及婦女等」，以致籌資困難乙節，解決之道宜採取以戶為單位入保的形式，將農村老人、疾病者、婦女等與其它年齡人口一起納入這一制度中。如此既可有效防止對合作醫療「逆選擇」的發生，又可以使具高醫療風險者的負擔在所有年齡人口中得到分散，從而降低出險的概率與合作醫療制度的賠付支出，節約整體制度的成本。且依照 2003 年國務院《關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知》規定，新制度的管理費用由財政負擔，老人加入新制度還可以享有中央及地方政府對制度的補貼，保費負擔可以進一步降至 1/3 左右。依此配合以戶為加保單位之政策，可降低整體醫療成本，對解決籌資問題應有所助益。

(二) 調整政府籌資方式，增加農民籌資意願

新型農村合作醫療制度是以個人籌資為先，地方政府資金以個人籌資為前提，而中央財政則視地方政府資金到位情況再予補助。如此層層節制，農民成為籌集醫療資金的前鋒。然而農民的收入偏低是不爭的事實，加以部份地方政府亦財政困窘，在基礎資金不足，中央支援不到的雙重壓力下，要農村醫療正常運作

⁶⁴ 參考牛若峰，「農民收入問題與二元結構政策」，〈轉軌通訊〉2002 年 7 期。

似乎也是困難重重。因此，中央財政應可預先提供新型農村合作醫療的啟動基金，再配合醫療制度宣導工作，灌輸農民正確的社會保障觀念，強化農民參保的意願。在農民體驗到新型農村合作醫療制度的功能後，籌資的工作方能繼續擴充推展，配合醫療制度穩定運行。

(三) 促進城鄉醫療資源的公平分配

從總體來看，中國大陸政府中央財政對各級縣及縣以下農村醫療衛生機構的撥款和補助嚴重不足。依 1990 年到 2000 年投入量只增加了 48.5%，年均增長速度為 4.49%，遠低於同期全中國大陸衛生總費用年均增長 13.1% 的速度。農村公共衛生機構中，人員經費占政府公共衛生支出比重偏高，由 1991 年的 49.35% 增長為 2000 年的 88.98%。但專業醫療經費所占比重卻由 16.16% 直線下降為 1.63%，公務費和業務費所占比重也從 34.49% 下降為 9.38%。此外，農村衛生人力培養費在政府農村衛生支出中所占比重極低，2000 年只有 1.35%，而且主要用於人事開銷。另一方面，隨著經濟的發展，中國大陸政府在健康保障方面的投入逐步增加，但令人擔憂的是，支付在農村衛生總費用的比例卻不斷下降。1991 年到 2000 年中國大陸農村衛生總費用中政府投入比重由 12.54% 下降到 6.59%，社會衛生投入從 6.73% 下降到 3.26%，然而同期農民個人支出卻從 80.73% 上升到 90.15%。⁶⁵

針對上述醫療資源分配的不公，同時城鄉衛生機構因有部分機能相互重疊，造成資源的低使用率與浪費現象。中國大陸政府在提高其整體經濟競爭力的前提下，必須要研擬周全的城鄉醫療資源公平分配機制，改進農村公共衛生和醫療保障，不應將其僅視為衛生部門的職責，更非僅為地方政府各自為政的問題。應明確要求中央及省、市、地、縣各級政府每年增加的醫療事業經費確實用於發展農村醫療事務，從增量的角度起始，逐漸達成質的改善，平衡長期以來資源分配不公的現象。

三、加強農民自我保健的能力與條件

健康為萬事的根基，醫療的目的也是為了拯救健康。中國大陸農村醫療環境在先天不足的條件下，短時間難臻理想，職業病的危害，對健康又多加一層威脅。中共政府面對這些難題時，在預防勝於治療的前提與農民能力範圍內，加強與推行日常保健的觀念及方法應不失為良策。

⁶⁵ 「構建農村醫療安全網-國務院發展研究中心農村經濟研究部部長訪問稿」，2000 年 12 月，<http://www.people.com.cn> 人民網。

(一) 加強保健觀念改善生活方式

中國大陸人民近年來強身保健觀念蓬勃興起，在經濟發達的大城市中，各處公園、球場、泳池，均可見勤於運動的男女老少，太極拳、氣功、舞蹈等各式健身活動及假日登山活動亦絡繹不絕，部份繁榮的城市紛紛成立健身中心。農村中或許缺乏城市中的運動環境與條件，但改善個人與環境衛生、注意飲食營養的質量、調整工作休息規律的生活方式以及從事基本的健身運動，對於職業病的預防與強身保健促進健康，應有絕對的助益。

(二) 利用「非處方藥」的保健方法

中國大陸的藥品管制分為「處方藥」及「非處方藥」。⁶⁶「處方藥」必須由醫療人員開立，由民眾持往合格藥局領藥；「非處方藥」則可以自行在外購買，通常只限於輕微病痛治療或日常保健藥品，在中國大陸上稱之為「自我藥療」。⁶⁷近年中國大陸農民知識漸開，自我藥療的意識也逐漸增強。事實上，藥品事業在農村是一個極具開發潛力的市場，但是中國大陸農村地廣人稀的特點，使得藥店難以在農村建立較具規模之市場，而部分低價、偽劣藥品大量進入農村市場，更危及農民健康。因此，規範整頓農村醫藥購銷市場，保證用藥安全、降低藥品價格及發展多元化非處方藥銷售終端，使農民在經濟能力許可的情況下，利用保健藥品預防疾病維持健康，也是加強農民自我保健的方法之一。

四、平衡城鄉醫療人員與資源流通

正規醫療人員不願下鄉的問題，嚴重影響到中國大陸農村的醫療品質。如何改善這種情況，維護大多數農村人口的醫療與健康，是中共政府責無旁貸之事。事實上，近年中國大陸在醫學人員培養上頗具成效，⁶⁸如何推動這些專業優秀醫事人員下鄉服務，讓農村也能享受高品質的醫護照料，是中國大陸政府在整合城鄉醫療保障方面有待努力的部分。

(一) 可對開業醫事人員訂立經歷規範，如想在城市醫院升遷，必須至農村

⁶⁶ 中國大陸 1999 年 6 月發布《處方藥與非處方藥分類管理辦法》，2004 年頒訂《國家對藥品實行處方藥與非處方藥分類管理制度》。

⁶⁷ 「我國非處方藥市場現狀與發展前景」，2004 年 12 月 7 日，<http://qhzg.com.cn>清華紫光醫藥網。

⁶⁸ 中國大陸目前含本科及專科較著名的中西醫學院計有「北京中醫藥大學」等 97 所，分設各省各大城市。在若干醫學領域的研究與技術上頗獲好評，如前香港鳳凰衛視台記者劉海若在倫敦車禍已判定為腦死狀態，經中國大陸宣武醫院神經外科醫師凌峰教授以中西醫雙管齊下之方式治療，現已大致恢復。<http://www.114ee.com>，114 國際教育網、<http://zaobao.com>，保健網。

醫療院所服務一定年限。同時可制訂城鄉醫院人員與物資交流體制，以交流成果作為城市醫院考核項目之一，或給予一定的財政獎勵。

(二) 對於醫學院學生或畢業生，如願至農村社會保障醫療單位服務者，給予部份學雜費優惠或相關貸款，工作經歷亦可列入爾後學業及工作績效加分之用。

(三) 可考慮建立城鄉共通的中型疾病預防醫療系統，破除戶口限制，嘉惠城鄉流動人口的醫療照護網路。

五、重新思考大病統籌的限定

大病小病的解讀，通常係將門診、急診列為小病，而將住院與高額醫療費用病症列為大病。但不論如何分別大病或小病，以「大病」為主的醫療保險制度，受益面必然較窄。以農民有限的經濟能力繳交的保險費，卻是只能給少數人享用，農民缺乏積極的參與意願是顯而易見的。因此如欲強化農民參保的積極性，仍以大小病兼顧為宜，或開放一定額度的社會統籌部分供農民支出門、急診的小額醫療費用。如此既可顧及大部分農民權益，又可體現社會保障的涵義。

陸、結論

中國大陸早期的農村合作醫療制度是小規模以村或鄉為基本單位的模式，醫療層次低，設備亦簡陋，但農民之間較能發揮守望相助的精神。這種以村或鄉為基本單位的形式，集資金額雖少，花費的範圍亦小，使用者集中在農民四週的鄉村鄰里與家人，因而參加率曾高達全中國大陸農民的 90%。如今所推廣的「新型農村合作醫療制度」，統籌單位提高到縣級，且實施制度也比照「城鎮職工醫療保險」，將個人繳交保費的一部分存入個人醫療帳戶，剩餘部份則與政府補助共同成為社會統籌大額醫療費用。然細究其推廣困難之原因：

一、除部分經濟較發達的農村外，許多中西部的農民仍舊生活困難，統籌單位擴充到縣級，使用者範圍亦擴大許多，農民們感覺繳出的錢及使用者都距離自己太遠，缺乏參與感。

二、大額醫療的限制，減少了使用的時機。個人帳戶，事實上因出資少，金額極有限，用於門診即已捉襟見肘，真正大病須使用時，社會統籌部份，因參保率過低以及地方政府窮困等問題，間接影響到中央補助的金額，更直接影響到使用者的需求。

如此的惡性循環，是「新型農村合作醫療制度」在農村不易推廣的基本因素。

站在中共政府的立場，70%大多數人民的醫療問題亟待改善，過低的參保率不符大數法則的需求，⁶⁹對政策的推動是極大的阻礙。此外，中共政府在「城鎮職工醫療保險」與「新型農村合作醫療制度」的推動上有不同的作法。在「城鎮職工醫療保險」方面，是全面性的實施，因為城鎮職工是有固定收入的人群，因此不論是個人保費或單位保費的收繳都不成問題；在「新型農村合作醫療制度」的推動上則採自願方式，但由於農民們一無固定收入、二無充裕資金、三無僱傭單位，自願的意願就更形低落。

基此，中共政府除了應如本文第肆項所述，於「消除城鄉隔閡」、「改善籌資方式」、「加強保健觀念」、「平衡城鄉醫療人員與資源流通」及「重新思考大病統籌」等方面努力之外，中央與地方政府尚需積極專注於以下政策之施行，對「新型農村合作醫療制度」或許更有助益。

一、強化宣導工作

中國大陸農村人口由於教育落後、知識不夠普及，新型農村合作醫療保險制度的實施方式不似舊制單純易懂，致有許多農民並不了解社會保險的精義，影響參保意願。相關單位應加強宣導工作，多辦理各項講習活動、散發簡單易懂的文宣資料、編排俏皮伶俐的順口溜、敦請實際受患者做實例見證等。類此「由人群中推向人群」的方式是最基本易行的。

二、繼續完善扶貧任務

中國大陸貧困人口是醫療保健最弱的環節，尤其是農村中，基本資金籌集就已成障礙。要改善醫療條件、提高民眾健康水準，必須將扶貧工作做好。中共近年曾在扶貧工作上實施若干政策，但就實際情況來看，中國大陸西南、西北農村仍集中連片的貧困地區，加上城市中大量的農民工與臨時工居無定所、缺乏正當職業，類此底層社會的群體也是醫療照護最困難的區塊。中共政府無論在城市或農村的醫療政策，基本上是值得肯定與鼓勵的，但在政策實施的基本條件上如何拉近貧富差距的情況仍應加速著力。

⁶⁹ 所謂大數法則的定義：在隨機事件的大量出現中往往呈現幾乎一致的規律，大數法則是概率論的法則之一，保險對任何一個風險損失的概率作比較精確的估算時，都需要根據大數法則，通過大量的觀察和統計，得出損失概率。根據大數法則，承保的風險單位越多，損失概率的偏差越小，反之則越大，而保險費率的大小又是以損失率的大小為依據的，損失概率大的風險，費率就高，損失概率小的風險，費率就低。

三、遵循社會穩定機制原則

誠如本文前言部分述及社會保障為維持社會穩定的機制之一，就其維持穩定的四項要件：法律政策、資金、人員與社會團體來看中國大陸農村醫療的發展，除了在國家法律政策方面，有 2003 年中共國務院在轉發衛生部、財政部的《關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知》，明確訂立出有關農村合作醫療制度的目標原則、組織管理、籌資標準、資金管理與醫療服務管理等各項相關基本政策外，其餘在資金的籌集、醫療人員的流通以及辦理農村合作醫療的管理機構與團體都仍待努力中。

如今是 2005 年下半年，距離 2003 年 1 月 16 日頒布《關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知》以來已二年有餘，而距離其 2010 年全面擴及全中國大陸農村居民的目標，尚近五年。站在中國大陸廣大農民的立場而言，企盼中共政府能突破重重難關，為其 9 億龐大的農村居民構築一幅完善的健康保障系統。當然，除了農村居民外，在其「城鎮職工醫療保險」範圍之外尚有許多「非城鎮職工」，也是醫療保險所遺漏的不可忽視的廣大群眾。

（投稿日期：94 年 6 月 27 日；採用日期：94 年 8 月 9 日）