

「新型農村合作醫療」的結構性挑戰

The Structural Challenge of New Cooperative Medical Scheme

中文摘要

「新型農村合作醫療」是目前中國政府為農民所設立的醫療保險制度。雖然在許多官方的統計數據上，中國當前推動的農村「新型合作醫療」似乎都取得相當的成功，但是在許多調查中，「看病難、看病貴」卻一直都是民眾認為最急需解決的嚴重問題。本文論證，過去合作醫療之所以成功的理由主要是立基在毛澤東的集體經濟路線，而今天新農合所植根的政治經濟結構則是「具有中國特色的市場經濟」。市場經濟一方面推進了醫療商品化，使得農民對醫療服務的取得必須從市場上獲得，但是另一方面，市場經濟在卻同時推進了所得差距的分化，削弱了農民從市場上獲得醫療服務的經濟能力。由於相同的市場邏輯貫穿在新農合保險制度中，過高的起付線實際上讓一般收入的農民無法得到醫療給付，以致於新農合無法發揮社會保險風險分攤的功能。農村醫療保險要能成功，必須逆轉改革開放以來市場化所快速造成的所得差距擴大趨勢，一個良好的社會醫療保險是無法單單藉由「市場機制」就可以完成的。

關鍵字：合作醫療、社會保障、市場化、中國發展策略

The Structural Challenge of New Cooperative Medical Scheme

Abstract

New Cooperative Medical Scheme (NCMS) is currently the main medical insurance for Chinese peasants. Although NCMS appears to acquire great progress in terms of official statistics, difficult accessibility for medical service is still the most urgent problem for general people in many surveys. In this article, I argue that previous cooperative medical scheme in Mao period succeeded because it based on collective economy. However, this base is replaced by marketization since market reform in 1979. The structural challenge for rural medical system is while market economy pushes peasants to purchase medical service, it however weakens their purchasing power by creating wider urban-rural income gap. This market logic also embodies in NCMS and makes deductibles so high and benefits so low that NCMS is not accessible in practice for peasants with moderate income. Therefore, a crucial condition for a successful rural medical insurance is to develop a group of middle class strong enough to support an insurance system with relatively better benefits. However, this means the tendency of widening income gap since economic reform has to be reversed. In other words, a successful rural medical insurance system can not be achieved simply through market economy.

Key words: New Cooperative Medical Scheme, Social Protection, Marketization, Chinese Developmental Strategy

「新型農村合作醫療」的結構性挑戰

一、前言：新型農業合作醫療的虛與實

2003年1月10日中國國務院辦公廳發佈了〈關於建立新型農村合作醫療制度的意見〉，在這份文件中，中國中央政府表明實施新型農村合作醫療制度是「實踐“三個代表”重要思想的具體體現，對提高農民健康水準，促進農村經濟發展，維護社會穩定具有重大意義」。至於具體的實施方式則是，「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」，因此，它的基本原則有三個：（一）自願參加，多方籌資。農民以家庭為單位，採自願參加原則。鄉（鎮）、村集體必須給予資金扶持外，中央和地方各級財政每年要安排一定專項資金予以支持；（二）以收定支，保障適度。因此，新型農村合作醫療保障是在財務均衡的原則下，提供農民最基本的醫療服務；（三）先行試點，逐步推廣。新型農村合作醫療制度的建立是隨著農村社會經濟的發展和農民收入的增加，逐步提高新型農村合作醫療制度的社會化程度和抗風險能力。¹2009年4月6日更發佈《中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見》，隔天又發佈《醫藥衛生體制改革近期重點實施方案（2009-2011）》，計劃在2009-2011這三年內投入8500億人民幣來改進中國的醫療保障體系。

在許多統計數據上，中國當前推動的農村「新型農村合作醫療」（底下簡稱新農合）似乎都取得相當的成功。首先是農民加入新農合的比例逐年升高，從2003年國務院辦公廳發佈這份文件之後，全中國的新農合試點縣（市、區）與農民自願參加的比率（參合率）就不斷增加（表一）。2006年初，衛生部、國家發改委、民政部、財政部、農業部、國家食品藥物監管局、國家中醫藥局更聯合發佈《關於加快新型農村合作醫療試點工作的通知》（衛農發「2006」13號），決定更進一步擴大實施範圍，因此2006年的試點比2005年增加一倍，而且規劃2007年的試點要達到全國的60%，2010年則要實現新農合醫療保障基本覆蓋農村居民的目標。

第二，除了參合率的逐年上升外，中央與地方政府也漸次地增加了對新農合的資金投入。原先對參加新農合的農民，中央與地方政府總共補助每年每人20元。2006年起，中央與地方政府將補助提高一倍，政府總共補助每人每年40元，

¹ 〈國務院辦公廳轉發衛生部等部門關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知〉，中華人民共和國政府網站，http://www.gov.cn/zwggk/2005-08/12/content_21850.htm，擷取時間：2008年11月15日。

其中，中央政府的補助達 42.7 億元，地方政府達 107.77 億元，農民個人繳費 58.01 億元。平均分攤下來全國人均籌資水平達 51.88 元，其中東部較富庶地區人均籌資水平達為 61.77 元，中西部則為 44.44 元（表一）。2008 年衛生部與財政部在《關於做好 2008 年新型農村合作醫療工作的通知》（衛農衛發〔2008〕17 號）中則明訂：「各級財政對參合農民的補助標準提高到每人每年 80 元」。²

第三，受益人數隨試點規模擴大而增加，基金支出也隨之擴大。在醫療補償費用上主要是以住院補償為主，2005 年住院補償 584.96 萬人次，補償金額為 47.85 億元，占當年基金支出總額的 77.49%，2006 年的住院補償則達到 1539.91 萬人次，補償金額為 122.94 億元，占基金支出總額的 78.90%。在一項針對分佈在 27 個試點縣的 16198 個農戶調查中，14.1% 的家庭獲得住院補償，51% 的家庭獲得門診補償，住院補償平均每次為 783.6 元，為每次住院總費用的 23.2%。這些數據被認為是達到了新農合「大病統籌」（保大病，不保小病），防止農民因病返貧的目的（《中國醫療衛生發展報告 No.3》，頁 103）。

表一、新型農村合作醫療進展情形

日期	試點縣、市、區（個）	參加的農民（億人）	參合率（%）	基金籌集（億元）	受益人次（萬人）	基金支出總額（億元）
2003/09	304	0.43	74.0	—		
2004/06	310	0.69	72.6	30.2		
2004/12	333	0.80	75.2	40.1	7600.63	26.37
2005/06	641	1.63	72.6	—		
2005/12	678	1.79	75.7	92.8	12236.59	61.75
2006/03	1369	3.74	79.1	—		
2006/09	1433	4.06	80.5	—		
2006/12	1451	4.10	80.66	213.59	27215.80	155.81

資料來源：《中國社會保障發展報告（2007）No.3》，頁 68；2006 年 12 月的統計資料，以及受益人數、基金支出等數字來自《中國醫療衛生發展報告 No.3》，頁 86、87。

² http://www.cncms.org.cn/Content.asp?ID=6123&LClass_ID=4，2008 年 11 月 03 日擷取。

但是，另一方面，對上述新農合取得的成就也存在著許多批評的討論。在參合率方面，由於新農合宣稱是以自願參加為原則，理論上農民的參加率主要應該是受到收入多寡的影響。但是在一項對 252 個試點所做的調查中，參合率與農民純收入之間的相關係數只有 0.03。純收入一年在 2000 元左右的農民與 12000 元的農民參合率大概都在 77%-83% 左右（《中國社會保障發展報告（2007）No.3》，頁 73）。全國參合率這麼「整齊畫一」，暗示著新農合的高參合率可能主要是來自於行政動員的強行攤派，甚至於是衛生事業單位替農民墊付參合資金，套取上級補助資金的現象（《中國醫療衛生發展報告 No.3》，頁 104）。

第二、新農合的投入資金雖然逐年上升，但卻遠遠不及醫療費用的上升。即使在 2006 年中央與地方提高補助一倍，將全國人均籌資水平提升到 51.88 元，但是當年人均門診醫療費卻達到 128.7 元（藥費 65 元，檢查治療費 39.9 元），人均住院醫療費則達到 4668.9 元（藥費 1992 元，檢查治療費 1691.3 元）（2007 年中國衛生統計年鑑，頁 104、105）。換言之，即使將新農合的所有籌資都拿來補助農民看病之用，它也還達不到門診醫藥費的一半，農民還是只能「小病拖，大病扛」。

第三、由於新農合是以「大病統籌」為原則，所以總支出以住院補償為主，門診費用則必須由個人帳戶中支付，這其實是在強迫個人儲蓄以應付自身的醫療風險，無法達到風險分攤的效果。即使是在住院補償方面，「以收定支」表明了醫療支出必須視財務收入而定，保守的財務運作直接表現為醫療給付的高起付線與低封頂線，這使得低收入的農民因為付不起自付額而無能力利用到新農合的醫療保險，根據 2007 年的衛生統計年鑑，1998 年合作醫療的兩週就診率比起 2003 年來說，無論城市居民或是農村居民都是呈現下降的。³這也就是說，政府的財政支持與低收入農民所繳的參合費其實是在補助中上階級的農村居民。

這篇論文的主要是論證，過去合作醫療之所以成功的理由主要是立基在毛澤東的集體經濟路線，而今天新農合所植根的政治經濟結構則是「具有中國特色的市場經濟」。毛式的集體經濟雖然高強度地汲取農業剩餘來進行重工業化，但同時也通過「統購統銷」維持低水準的物價（包括醫療與藥品價格），這使得當時的農民一方面處於僅夠維生的物質條件，但另一方面卻存在實質的醫療社會保險。改革開放後，各種「包產」模式成為國家發展新路線，「包產」所直接含蘊

³ 居民兩週就診率是指，調查前兩週內居民因病或身體不適到醫療機構就診的人次數與調查人口數之比。1998 年城市居民的合作醫療兩週就診率為 237.3%，農村居民則是 154.4%，這兩個數字在 2003 年分別下降到 213.6% 和 131.6%。

的「超額利潤」、「自負盈虧」促成生產、管理與技術上的效率，表現為 GDP 以平均 9% 的速度成長了 30 年之久。然而，快速的經濟成長與放開價格管制一方面導致了醫藥費用更快速的成長，另一方面農民在經濟上的弱勢地位卻從戰後一直持續至今，導致農民純收入的增長速度低於 GDP 速度，農民因此在醫療服務的取得上，處於一個比集體經濟更困難的階段。新型農村合作醫療所謂的「自願參加」、「大病統籌」、「以收定支」等原則其實都是繼續在體現著「自負盈虧」的「包產」原則，這些原則如果不改變，那麼新農合是不太可能達到它所想要達到的「農民醫療互助共濟制度」之目的。

二、合作醫療崛起的歷史條件

二次世界大戰之後，作為一個大型但發展落後的農業國家，中國所採取的發展策略是進口替代的重工業化路線，這其實也是戰後拉丁美洲、非洲、印度及部分東南亞國家的主流思想。事實上，進口替代策略也的確獲得某種程度的成功。著名的例子包括：巴西的製造業 GDP 從 1950 年到 1978 年擴大了 10 倍 (Gwynne and Key 1999: 72)；墨西哥在 1970 年之前的經濟成長率平均達到 6.5%；印度的 GDP 在 1951-1956 間成長了 18%，在前三個五年計畫中，鋼鐵產量則增長了六倍 (Rapley 1996: 33)。就中國而言，其成就則更為突出。在人口年增率為 2.4% 的情況下，國民所得在第一個五年計畫 (1952-1957) 中依然達到 8.9% 的年平均成長率，亦即每 11 年國民所得達到倍增，其中農業產出與工業產出分別以 3.8% 與 18.7% 的速度增長，農民與城市工人實際收入分別提高了 20% 與 30% (Lardy 1987: 155-156)。

這種重工業化的進口替代策略在毛澤東草根性的語言中被稱為「兩條腿走路」。它的最高目標是在不依賴外力的情況下建立起民族工業體系，做為國家進一步發展的基礎。它的「第一條腿」首先是盡可能地提高農業剩餘的積累率，然後將此農業剩餘轉移至工業部門，形成一個後進農業國家工業資本的原始積累。當國家工業能力建立起來之後，工業部門則轉而提供農業機械化所需之工業動力，從而進一步提高農業生產力，形成國家發展的「第二條腿」。因此，這種發展邏輯的首要關鍵在於農業資源的高度汲取，一方面對農業部門的投資被壓縮，另一方面農業產出又必須擔負著工業資本形成的重擔。

不幸的是，農業部門高度積累的問題在一五年計畫的後半期逐漸浮現，1953 年糧食產量計畫增長率為 9%，實際增長僅為 2.5%，1954 年計畫增長率為 9% 以上，糧食增長率持續下降為 1.6% (Lardy 1987: 161-162)。為了貫徹高速的重工

業化策略，以毛澤東為首的中共領導階層相信，透過進一步的經濟集體化可以加速農業的積累，維持計畫中「兩條腿走路」的速度。因此，「統購統銷」政策首先在 1953 年被實施用來加強國家對農業部門的汲取，國家以低於市場價格強制收購農民的糧食，並且對私人糧食交易進行管制。顯而易見地，統購統銷要能夠真正有效地實行，私有的市場交易必須被取消，而傳統的個別農家生產系統也必須被拆解，以便依照集體化原則來重新構作，使之配置於國家機器的調控之下。逐漸地，從互助組到生產合作社，從高級生產合作社到最終的人民公社，傳統中國農業以家戶為生產及核算單位的組織模式被快速轉化，個別家庭之土地、耕畜等生產工具被併入集體單位之中，勞動報酬之支付也是以集體產出為基礎。

正是在這樣的農業合作化運動中，1950 年代下半葉才有合作醫療的大規模實施。在 1955 年，山西、河南、河北、湖南、貴州、山東、上海等地的農村就出現了一些農業合作社所辦理的保健站和醫療站。1956 年全國人大第一屆第三次會議通過的《高級農業生產合作社示範章程》明確規定，合作社對於因公負傷或因公致病的社員要負責醫療，並且酌量補助勞動工分與現金。這清楚顯示合作醫療之所以被設立來發揮醫療保障的功能，主要是作為農業集體化運動的一環在推動。

1959 年 11 月，衛生部在山西省稷山縣召開全國農村衛生工作會議。會後，衛生部向中共中央上報了《關於全國農村衛生工作山西稷山現場會議情況的報告》及附件《關於人民公社衛生工作幾個問題的意見》，肯定了人民公社社員集體保健醫療制度，並提出了具體建議：

關於人民公社的醫療制度，目前主要有兩種形式，一種是誰看病誰出錢；一種是實行人民公社社員集體保健醫療制度。與會代表一致認為，根據目前的生產發展水準和群眾覺悟程度等實際情況，以實行人民公社社員集體保健醫療制度為宜。其主要點是：1、社員每年交納一定的保健費；2、看病時只交藥費或掛號費；3、另由公社、大隊的公益金中補助一部分。具體作法各地可根據當地條件制定。實行這種制度，對於開展衛生預防，保證社員有病能及時治療，和鞏固公社的醫療衛生組織，都較為有利。（《關於全國農村衛生工作山西稷山現場會議情況的報告》，http://cms.xxty.cn/article/2008/0423/article_64566.html，截取時間：2008-5-26）

1960 年 2 月 2 日，中共中央以中發（60）70 號文件表達同意此報告的觀點，並要求各地參照執行。因此在 1960 年代初，合作醫療的覆蓋率就達到 20~30%。1965 年 6 月，毛澤東做出「把醫療衛生工作的重點放到農村去」的指示（626 指示）。同年 9 月 21 日，中共中央就以中發（65）586 號文件（《關於把衛生工

作重點放到農村的報告》)批轉衛生部黨委，強調加強農村基層衛生保健工作。1968年，毛澤東親自肯定了湖北省長陽縣樂園人民公社舉辦合作醫療的經驗，稱讚「合作醫療好」。合作醫療在毛主席的加持之下「全國一片紅」，農村合作醫療的覆蓋率在1975年曾達到國全國行政村（生產大隊）的84.6%（World Bank 1984:155），1970年代末甚至達到過90%以上（蔡仁華 1998：344）。

由於「統收統支」的經濟體制，藥品價格由國家嚴格控制，甚至通過補貼藥廠使藥品價格維持在一個較低的水準。1950年代中期之前還存在的個體醫生都被組織起來，成立了集體性質的衛生所和保健站。集體性質的醫生，其報酬由所屬的生產隊給予工分和少量現金，若屬於國家公有醫療機構的專職醫務人員，則由國家供應口糧，工資由其所在機構負責。公社衛生院的全部基本建設、設備經費以及人員工資由國家負責，並給予醫院全部開支20~35%的補助。對於集體辦的衛生院，國家也給予一定比例的補助（葛延風、貢森等 2007：119）。在這種集體經濟體制下，農民即使是自費醫療，實際上也因為國家補貼醫療機構，以及嚴格控制醫療服務和藥品價格，存在著價格低廉的的集體醫療保險。

因此，當時的重工業化發展路線雖然把農民的生活水平維持在一個勉強餬口的低水準，但是這一集體經濟卻也同時提供了價格低廉的的集體醫療保險，從而達成了集體經濟時期公共衛生上的顯著成就。1978年世界衛生組織（WHO）在著名的阿拉木圖（Alma Ata）會議中推崇當時中國醫療體系為全世界基層健康照護的楷模（Chen 2001: 465）。但是，往後的歷史證明，合作醫療在這個時候卻是即將走入瓦解的階段，主要的因素正是國家發展策略進行了180度的轉彎，先前被廢除的市場被重新引入，集體經濟逐漸被拆解，與這一發展路線配合的合作醫療自然難以倖免。

三、從合作醫療到「新型」合作醫療：結構性矛盾

從1980年代開始實行家庭聯產承包責任制（俗稱包產到戶、包乾）其實並不是一項制度上的創新。正如同農民們簡潔的說明，包產就是「交足國家的，留足集體的，剩下的全是自己的」，它的基本形式是發包者與承包者雙方的契約關係，但是承包的具體內容則視雙方的協議而定，因此充滿著討價還價的彈性空間。今天人們通常使用鄧小平的「摸著石頭過河」來形容中國經改過程的漸進與彈性，其中一個重要的因素就是生產剩餘在分配上各種形形色色的（正式與非正式）包產關係。就生產關係而言，它其實就是中國傳統的土地租佃關係，只不過

以前是佃農向地主租地耕種，現在政府則成為唯一的地主。包產因此是中國農業社會長期的「制度記憶」，⁴每次在激進的集體化運動遭受挫折之際，它都曾經作為改革的處方，並受到某些高層幹部的支持。

然而，包產一方面放鬆了集體經濟中政府對生產指標與生產組織的控制，妨礙了重工業化所需的農業剩餘之高積累率，另一方面，包產還將會計單位從公社下放到家庭的「自負盈虧」，並且重新復活了統購統銷時期懸為厲禁的市場交易。因此，包產是在逆轉毛式重工業化集體經濟的邏輯，也不可避免地受到毛澤東的壓制。包產的第一次興起是在 1956 年 4 月，鄧子恢在全國農村工作部長會議上明確提出了「包工包產」實行生產責任制的問題。1956 年 4 月 29 日《人民日報》相應地發表《生產組和社員都應該「包工包產」》的文章，肯定四川省江津地區「包工包產」的作法（嶽朝娟 2002）。但隨著 1957 年反右派鬥爭的擴大化，包產到戶被解讀為「離開社會主義道路的原則性路線錯誤」加以批判，包產到戶被迫中止（張海榮，2004）。

包產的第二次興起則是針對 1958 年急速推進的大躍進所產生的問題而展開的「糾左」。1959 年 1 月召開的全國農村工作部長會議提出，農業社的分層包乾責任制，應當繼續廣泛推行、提高、完善。2 月 17 日，《人民日報》發表社論，要求各地建立集體和個人責任制（嶽朝娟 2002）。不過 1959 年 8 月召開的廬山會議，發動了反右傾運動，將包產到戶定性為「右傾機會主義的主張和活動」，再一次對其進行批判，包產再度被壓制（張海榮，2004）。

第三次包產產生於三年困難時期，被作為「單幹風」而遭批判，成為毛澤東重提階級鬥爭的重要導火線之一（羅軍生，2005）。這次包產到戶的出現主要在安徽，「責任田」的推行也結出了豐碩成果，中央，地方都有人支持和推薦包產到戶的責任制形式。1961 年 10 月 23 日，中共中央指示實行大包乾，但這時，毛澤東的態度發生變化。1962 年初的「七千人大會」後責任田被當作「單幹風」看待，開始在各地糾正。1962 年 8 月的北戴河中央工作會議及隨後召開的八屆十中全會後，包產到戶被加速糾正。（嶽朝娟，2002）

毛澤東過世之後，「兩個凡是」的華國鋒繼續執行重工業化路線，提出一個更加龐大的十年計畫，計畫建設包含 120 項鋼鐵、石油與天然氣、煤礦、肥料相關的化學工業等，其投資總額超過過去 28 年的總和（Perkins 1991: 495-496）。為了進行這項計畫，進口設備與技術所需的資金達到 124 億美元，但是 1978 年

⁴ 有關制度記憶對中國經改產生的「漸進式革命」，請見 Wang 1994。

中國所有出口金額只有 97.5 億美元，由於當時農業產出已經難以擠壓更多剩餘，華國鋒這個十年計畫因此訴諸「開發十個大慶油田」，以便出口石油來彌補缺口。但問題是，「油田開發的計畫者連油田在哪兒都不知道」（Naughton, 1995, 71-73）。這個不切實際的重工業化策略被稱為「洋躍進」，它直接導致了 1978 年的經濟危機，也因此受到以鄧小平為首的改革路線的攻擊。重工業化的集體經濟與包產的角力再次上演，但是這次的路線鬥爭由鄧小平獲勝，包產到戶因此獲得成長的土壤。

如果說「市場經濟」在 1980 年代還必須在「社會主義經濟體制的有益補充」下遮遮掩掩地進行，那麼在 1992 年國外直接投資（FDI）大量湧入之後，市場經濟的效率就因為令人炫目的經濟成就把「姓社姓資」的問題徹底粉碎。2006 年的 GDP 規模已經成長至 1978 年的 57.85 倍，平均每五年多增長一倍。國外直接投資加上貿易盈餘的加速成長使得外匯存底在 2006 年突破一兆美元，2008 年 9 月更高達 1.9 兆美元。⁵時至今日，舉國上下熱切討論的是如何在經改所創造出來的財富基礎上，更上一層樓地提高「全要素生產力（total factor productivity）」，將中國的「比較利益（comparative advantage）」從勞力密集提高到資本密集產業，「減員增效」高唱入雲，毛式的重工業化集體經濟則成為不堪回首的昨日黃花。

然而，弔詭的是，正是創造亮麗經濟成長的包產快速地摧毀了毛時代所建立起來的合作醫療以及基層公共衛生體系。首先是集體經濟體制在種種包產中迅速解體，合作醫療失去資金籌集的制度基礎。更重要的是，在改革開放的過程中，中央與地方政府也實施財政包乾，「分灶吃飯」。中央因此得以把過去支援鄉鎮衛生院的財政負擔一起下放到地方政府。省、縣政府則依樣畫葫蘆，把鄉鎮衛生院的管理下放鄉鎮政府管理，最後財政有困難的衛生院則被包產到個別醫生手中，進行自負盈虧的「創收」經營。到 1988 年為止，集體辦的村醫療點只剩 35.7%，個體辦的村醫療點已經達到 55.6%，1989 年，實行合作醫療的行政村占全國行政村總數從全盛時期的 90% 下降到只 4.8%（蔡仁華 1998：328）。

⁵ <http://news.pchome.com.tw/internation/bcc/20081014/index-12239811172589021011.html>.

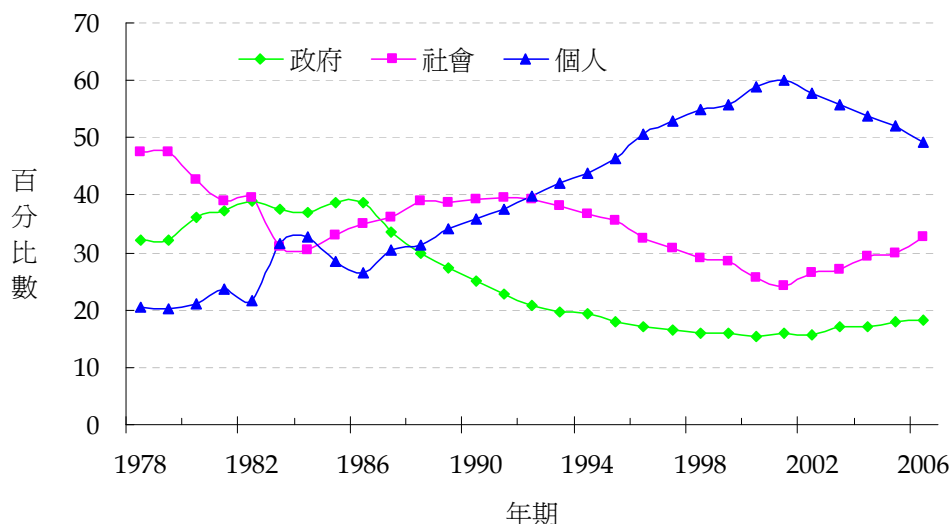
表二、中國經濟成長指標，1978-2006

年期	國外直接投資 (億美元)	貿易/GDP (%)	貿易收支/GDP (%)	外匯存底 (億美元)	GDP (億人民幣)
1978	-	0.0980	-0.0055	1.67	3645.2
1979	-	-	-	8.40	4062.6
1980	-	0.1262	-0.0061	-12.96	4545.6
1981	-	-	-	27.08	4891.6
1982	-	-	-	69.86	5323.4
1983	-	-	-	89.01	5962.7
1984	-	-	-	82.20	7208.1
1985	16.58	0.2305	-0.0501	26.44	9016.0
1986	-	-	-	20.72	10275.2
1987	-	-	-	29.23	12058.6
1988	-	-	-	33.72	15042.8
1989	33.92	0.2458	-0.0144	55.50	16992.3
1990	34.87	0.2998	0.0222	110.93	18667.8
1991	43.66	0.3343	0.0198	217.12	21781.5
1992	110.07	0.3424	0.0087	194.43	26923.5
1993	275.15	0.3254	-0.0203	211.99	35333.9
1994	337.67	0.4359	0.0099	516.20	48197.9
1995	375.21	0.4019	0.0240	735.97	60793.7
1996	417.25	0.3555	0.0150	1050.49	71176.6
1997	452.57	0.3622	0.0450	1398.90	78973.0
1998	454.63	0.3427	0.0459	1449.60	84402.3
1999	403.19	0.3643	0.0295	1546.75	89677.1
2000	407.15	0.4390	0.0223	1655.74	99214.6
2001	468.78	0.4335	0.0192	2121.65	109655.2
2002	527.43	0.4903	0.0240	2864.07	120332.7
2003	535.05	0.6004	0.0178	4032.51	135822.8
2004	606.30	0.6980	0.0195	6099.32	159878.3
2005	603.20	0.6359	0.0455	8188.70	183867.9
2006	694.60	0.6685	0.0674	10663.40	210871.0

資料來源：中國統計年鑑，1984-2007。

醫療商品化的結果是，政府在衛生支出的比重隨著經改而節節下降，個人支出的部分則反向上升。政府衛生支出占衛生總費用的比重，從改革開放初期的37-38%，在1980年代中期後快速下滑，一度下降到2000年的15.5%，然後才略微回升到2006年的18.1%，而個人支出部分則從1979年的20.3%一路上升到

2001 年的 60%，然後下降到 2005 年的 52.2%（圖一），2001 年之後個人支出的下降、社會衛生支出的增加，主要是城鎮職工的勞保醫療與公費醫療的增加。因此對農民而言，改革開放之後，政府與社會在他們的健康保險上也是逐漸「放權讓利」給市場，改變為個人在市場上購買「醫療商品」。



圖一、衛生費用構成（中國衛生統計年鑑，2007 年）

市場經濟推進了醫療商品化，使得農民對醫療服務的取得必須從市場上獲得。然而，市場經濟在另一方面卻同時推進了所得差距的分化，削弱了農民從市場上獲得醫療服務的經濟能力。表三顯示，改革開放以來，平均而言，農村居民每人純收入的成長率是低於 GDP 的成長率，而 GDP 的成長率又低於衛生費用的成長率。其結果是，農村居民醫療保健支出佔人均生活消費支出與純收入的比重雙雙上揚，而且前者比後者上升的幅度還更快。它造成的結果是，經改之後衛生費用的快速上升，但是幾乎在每個健康指標上，城鄉之間的差距都是日益加大，農村中某些健康狀況（如嬰兒死亡率）甚至於是倒退的（Chen 2001: 472）。

這也就是說，當 1992-1993 年之後，外資大量湧入中國，中國農民工在「經濟全球化」下，憑藉其廉價勞動力的「比較優勢」，推動中國成為世界工廠時，中國農民增加的所得中，醫療支出的比例也不斷上升，而且為了支付這不斷上升的醫療費用，農民只有更大幅度地削減生活消費支出（圖二）。在 2000 年中國衛生總費用的 4763.97 億人民幣中，佔全國人口 63.8% 的農村居民只使用了 22.5% 的費用，城鄉居民的差距約為三倍。⁶「救護車一響，一頭豬白養」，「因病返貧」

⁶ 王紹光對此現象的評語是：「這種不公平不要說是與社會主義的理念絕然對立，就是與最起碼

成為農村發展上的嚴重問題。如同包產作為一種救濟的制度記憶，「合作醫療」也再一次成為政府解決農村醫療問題的制度記憶。

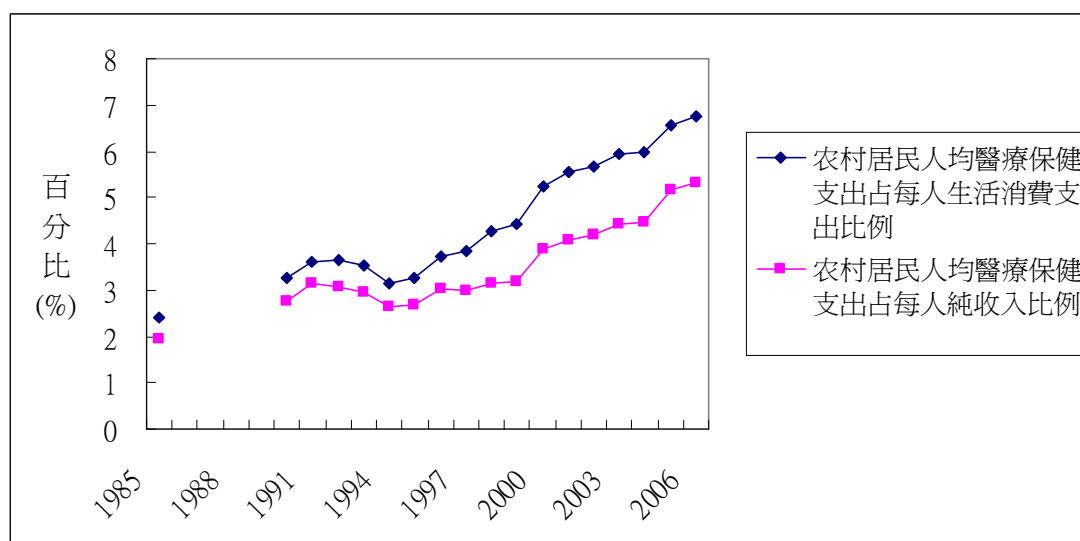
表三、農民收入、GDP、衛生費用成長率（前年=1）

年份	農村居民家庭平均 每人純收入成長率	人均GDP成長率	人均衛生費用 成長率
1979		0.100	0.122
1980		0.105	0.124
1981	0.168	0.062	0.103
1982	0.209	0.072	0.094
1983	0.147	0.104	0.149
1984	0.147	0.193	0.154
1985	0.119	0.234	0.138
1986	0.066	0.123	0.114
1987	0.092	0.155	0.180
1988	0.178	0.228	0.268
1989	0.104	0.112	0.241
1990	0.141	0.082	0.198
1991	0.032	0.151	0.179
1992	0.106	0.221	0.214
1993	0.176	0.297	0.243
1994	0.325	0.349	0.263
1995	0.292	0.248	0.211
1996	0.221	0.159	0.245
1997	0.085	0.098	0.168
1998	0.034	0.059	0.140
1999	0.022	0.053	0.091
2000	0.019	0.098	0.125
2001	0.050	0.097	0.088
2002	0.046	0.090	0.144
2003	0.059	0.122	0.130
2004	0.120	0.170	0.146
2005	0.108	0.143	0.134
2006	0.102	0.140	0.131
2007	0.122	0.145	0.162

的平等概念也互相矛盾」（王紹光 2003）。

資料來源：中國統計年鑑，1984-2008。

圖二：農村居民醫療保健支出



資料來源：歷年《中國統計年鑑》，《中國衛生統計年鑑》。

在跟多邊組織的合作下，從 1985 年到 2003 年，中國政府對農村醫療問題的解決一直鎖定在合作醫療的重建上（表六）。但是在這段期間中，復興合作醫療的行動大多以失敗告終。1998 年衛生部進行的「第二次國家衛生服務調查」結果顯示，全國農村居民中得到某種程度醫療保障的人口只有 12.6%，其中合作醫療的比重僅為 6.5%（葛延風、貢森等 2007：129）。主要的原因就是在農民獲得醫療服務的經濟能力日漸薄弱時，新型農村合作醫療根本上還是依據「自負盈虧」的包產精神在運作。在醫療商品化的過程中，不要說醫療服務的價格超過一般農民的負擔，即使是在新農合的醫療保險中，醫療服務的價格也不是一般農民能夠輕易消費得起的。

表六、1985-2003 年合作醫療的復興行動

時間	執行單位	調研計畫或政府文件
1985	世界銀行貸款，衛生部與美國蘭德公司合作	在四川簡陽、眉山兩縣進行了《中國農村健康保險制度系列研究》(衛生 II 專案)。
1987	安徽醫科大學與衛生部醫政司	《農村合作醫療保健制度系列研究》
1993	國務院政策研究室和	《加快農村合作醫療保健制度的改革與建

	衛生部	設》
1994	國務院研究室、衛生部、農業部與世界衛生組織合作	在全國7個省14個縣(市)開展《中國農村合作醫療制度改革》試點及跟蹤研究工作。
1996	全國衛生工作會議上，江澤民提出	「加強農村衛生工作，關鍵是發展和完善農村合作醫療制度」。
1997	中共中央、國務院在《關於衛生改革與發展的決定》中提出	「積極穩妥發展和完善合作醫療制度」。
1998	十五屆三中全會通過《中共中央關於農業和農村工作若干重大問題的決定》	「完善農村醫療衛生設施，穩步發展合作醫療，提高農民健康水準」。
2001	國務院辦公廳轉發國務院體改辦等部門	《關於農村衛生改革與發展的指導意見》中強調「繼續完善與發展合作醫療制度」。
2002	中央政府制定了《中國農村初級衛生保健發展綱要(2001—2010年)》	提出「完善和發展農村合作醫療，探索實行區域性大病統籌，逐步建立貧困家庭醫療救助制度，積極實行多種形式的農民醫療保障制度」。
2003	國務院辦公廳轉發衛生部等部門	《建立新型農村合作醫療制度意見》的通知，正式提出新農合的具體措施。

資料來源：葛延風、貢森等 2007：128-129；《農村合作醫療制度的回顧與發展研究》，http://cms.xxy.cn/article/2008/0423/article_64566.html，截取時間：2008年5月26日。

首先，對比於合作醫療實質上的強制性參加，新農合宣稱採取的是自願參加原則，自願參加的原則據稱是為了避免新農合又成為「三亂」的來源。但是自願原則卻會造成財務問題，因為自願參加原則會使得農村中身體強健者與農民工（這二者經常是重疊的）拒絕加入，並吸引醫療風險性高的弱勢者，這將導致新農合因為風險過於集中，財務收支無法維持可持續發展。因此，提高參合率以維持這項保險的財務可持續性就成為新農合成功運作的關鍵前提之一。但是提高參

合率還是必須依賴基層政府的「強力」宣傳動員，⁷這又使得新農合在農村居民眼中成為另一項集資攤派的行動，成為不自願的自願加入。因此，新農合的參合率表面上是籌資的問題，但其根源則是改革開放過程中，中央與地方政府在財政包產以及更大的分權關係上的糾結。

除了基層政府動員參加以增加籌資大餅外，新農合還用「以收定支」來維持財務可持續運作。收入既然是依賴於在有限的參合費與政府財政支持，那麼量入為出的醫療支出就被訂在一個更為嚴格的界限內。這是與醫療社會保險「量出為入」的特性相衝突的，因為醫療社會保險是為了滿足社會大眾的醫療需求，所以醫療社會保險是要先決定社會大眾所需要的醫療水準，然後才據此決定保費水準。新農合以收定支的財務安排事實上是更接近於商業保險，先訂出「自負盈虧」的保本水準之後，然後才決定能夠提供的醫療給付水準，再一次地，這是以包產的精神來規劃社會醫療保險，它反應了中國醫療改革依然是在配合經濟增長的優先性。

以收定支的政策精神直接表現在補償住院的「保大病」原則、高起付線與低封頂線上。新農合的門診部分是以個人帳戶支出，也就是門診還是完全取決於病人自身的經濟儲蓄，收入較差的農民還是只能「小病扛」，直到拖成大病住院才能申請統籌帳戶的給付。但是以 2002 年河北省縣級市為例，⁸鄉級住院的起付線為 500 元，封頂 3000 元，給付水準為 30%，換言之，農民自己要負擔至少 350 元才可以住院。至於縣級起付線為 1000 元以上，封頂 5000 元，給付水準為 40%，也就是說，農民到縣城裡大一點的醫院住院，自己至少要準備 600 元。但是 2002 年河北省農村居民人均醫療保健支出為 134.8 元，能夠住得起醫院的農村居民顯然經濟能力必須在中上階層。1993 年和 1998 年兩次全國衛生服務調查也顯示，農村人口住院率只有 3% 左右（葛延風、貢森等 2007：135），其結果是新農合是以政府的補助以及所有農村居民的參合費補助少數收入較高農民的醫療支出。這不但不能解決公共保健的問題，它實際上還加重了「因病返貧」與財富不均的嚴重性，這是以「自負盈虧」邏輯來處理社會保險所造成的後果。

⁷ 關於基層如何動員收費，王紅漫提供了一個頗為生動有趣的田野描述。社長（村長底下的幹部）必須到茶館或麻將館「堵」他責任區內的社員，還要對社員「做一番思想建設，說明錢的用途，反覆強調不是『亂收費』（有時都很难說服自己），待社員不耐煩聽下去而交錢時，社長的責任也就盡到了」（王紅漫 2004：137）。

⁸ 王紅漫 2004：268-277。

四、城鄉統籌：新農合的未來？

關於如何進一步改善新農合的問題，目前中國政府的策略是在城鄉統籌發展下，計畫實施全民醫保。所謂的城鄉統籌，是在 2003 年 10 月的十六屆三中全會《中共中央關於完善社會主義市場經濟體制若干問題的決定》中，提出建成完善社會主義市場經濟要按照五個統籌的要求，其中第一個就是統籌城鄉發展，希望能夠經由城鄉發展一體化，把「農民」變成「市民」，全面實現小康，從根本上解決「三農」問題（李曉西，2003）。

在這樣的統籌發展策略下，2007 年 6 月 7 日，國家發展和改革委員會下發《國家發展改革委關於批准重慶市和成都市設立全國統籌城鄉綜合配套改革試驗區的通知》，同意中國西部重慶市和四川省成都市，正式成為全國統籌城鄉綜合配套改革試驗區，這是中國首次設立統籌城鄉綜合配套改革試驗區。2009 年 1 月 26 日《國務院關於推進重慶市統籌城鄉改革和發展的若干意見》更具體地強調，要「完善城鄉醫療衛生體系」，要求重慶深化醫藥衛生體制改革，加快建立覆蓋城鄉居民的基本醫療衛生制度，在西部地區率先實現人人享有基本醫療衛生服務的目標，逐步實現基本醫療保險市級統籌（http://www.lawtw.com/article.php?template=article_content&area=free_browse&job_id=146455&parent_path=,1,2169,1614,&article_category_id=2147&article_id=76552，截取時間：2009-4-13）。

在這樣的城鄉醫療統籌規劃下，重慶市在 2007 年推出「城鄉居民合作醫療保險」，凡是具有本市城鄉戶籍的農村居民和不屬於城鎮職工醫療保險覆蓋範圍的城鎮居民（主要是城鎮非就業人口），包括學生（除大學生外）和兒童，以及其他非從業城鎮居民均可在戶籍所在地自願參加這個保險。2009 年更擴大到 21 個城鄉居民合作醫療保險試點區縣，⁹儘管各地區方案具體內容有些差異，但程度不大，最主要的特徵是城鄉合作醫保將籌資標準分為兩個檔次，第一檔籌資水準在 2007 年為每人每年 50 元，2008 年則提高到 100 元；第二檔籌資水準 2007 年為每人每年 160 元／人／年，2008 年為 200 元，以家庭為單位參保，家庭中符合參保條件的所有成員必須選擇同一檔次參保，選擇檔次一經確定後，兩年之內不得變更。（侯明喜，2008；中國經濟網，http://big5.ce.cn/cysc/newmain/s/zyy/200904/08/t20090408_18744434.shtml，截取時間：2009-4-22）。

對應著不同的繳費標準，報銷比例也因此分為兩個檔次。以重慶市江北區城

⁹ 21 試點區分別為渝中、沙坪壩、大渡口、渝北、萬州、黔江、涪陵、北碚、萬盛、巴南、長壽、江津、合川、璧山、綦江、潼南、奉節、武隆、城口、榮昌和大足（<http://www.mysteel.com/gc/gnscfx/gdrd/2008/07/08/085537,1829445.html> 截取時間：2009-4-21）。

鄉合作醫療補償標準為例，城鄉居民合作醫療報銷的起付線一檔和二檔一樣，一級醫療機構（社區衛生機構）200元，二級醫療機構600元，三級醫療機構（市級）1000元。但是，城鄉居民合作醫療報銷封頂線不同，住院費報銷的一檔封頂線12000元；二檔封頂線50000元；特病門診費報銷一檔報800元/人/年，二檔1800元/人/年。不同的醫療機構住院費用報銷比例也不同，一級醫療機構一檔45%，二檔60%；二級醫療機構，一檔報25%，二檔40%；三級醫療機構住院報銷一檔15%，二檔25%（中國經濟網，http://big5.ce.cn/cysc/newmain/s/zyy/200904/08/t20090408_18744434.shtml，截取時間：2009-4-22）。

從長遠的規劃理想來說，這種統籌設計是希望打破過去城鄉二元的格局，將城鄉人口全部納入單一的醫療保險制度裡面。一個理想的狀況是，給付水準比較好的第二檔醫療保險可以持續吸引所得較高的農村居民與城鎮非就業人口，從而擴大涵蓋人口，最終與城鎮職工保險整合，達到社會保險層級的風險分攤效果。在第二檔醫療保險實施穩固下來之後，第一檔保險的給付水準就可以逐步上調到與第二檔相同。當然，一檔的保險費率也必須相對應地上調，如果因為參保一檔的人都是所得較低的農民，那就通過社會救助的方式，由政府直接補貼保費差額。

但是這個理想遠景的實現卻必須有賴於一個關鍵性的條件，也就是「中產階級」的人口比例會日益擴大。只有在這種情形下，一個給付水準不錯的醫療保險才能夠吸引足夠的保費來運作下去。但是，中間階級在人口比例的上升意味著，中國未來的發展必須逆轉改革開放以來市場化所快速造成的所得差距擴大趨勢，很明顯的，一個良好的社會醫療保險是無法藉由「市場機制」來完成的。

農村合作醫療之所以為「合作」乃是因為它是集體經濟直接的結果，在集體經濟中，個人所得既然不是由市場分配而來，而是由國家與集體統籌分配，那麼醫療服務的取得自然是通過國家與集體的統籌分配。在集體化的年代，中國農民雖然因為支持城市工業部門的發展被汲取大量生產剩餘，以至於物質生活處在維生邊緣的水準，然而由於集體經濟的力量，醫療服務的取得也同時獲得集體比較穩定的保障。改革開放誠然帶來驚人的經濟成長，在許多方面顯著提升中國人民的物質消費能力，然而，改革開放所引進的包產分配模式一方面將醫療服務市場化，另一方面卻削弱了農民在醫療市場消費的能力，這造成了1990年代中期之後農村居民普遍的就醫困難。

新型農村合作醫療沿用「合作醫療」之名，但卻把集體經濟的社會保險建立在「自願參加」、「以收定支」的包產（自負盈虧）原則上，「新型」所代表的市場傾向與「合作醫療」的集體傾向剛好是互相矛盾的。如果中國不會回到集體經

濟之路，那麼新農合的成功唯有寄望於中國農民的收入增長速度可以追上醫療費用，或至少是人均 GDP，的增長速度。然而，這種期待頗令人質疑，不僅是市場機制下資本的集中必然拉大低所得的農民與高所得者的差距，而且整個戰後中國的發展就是建立在犧牲農民的基調上。

因此，通過城鄉統籌來推動全民醫保，關鍵性的一步是國家機器如何調節市場機制所造成的所得分化。如果所得差距持續不變、甚至於進一步擴大，那麼一個較壞的情形就會發生，城鄉統籌的醫療保險改革會造成好幾種不同的制度，其中窮人只能靠國家補貼維持的低度醫療服務，中間階層才能負擔得起像樣的醫療保險，而富有的階層則轉向商業保險取得豪華版的醫療保障。果真如此，那麼過往城鄉二元的身份差距將在社會中進一步制度化成更多種的身份差序格局（貧農、富農與城鎮職工、城市中產階級、資本家等等），每一種身份對應著一種不同的保險繳費水準與給付標準，也就是說，中國社會保險的建立其實是在延續市場階層化的力量，產生制度化的社會階層身份。不過不管哪一種可能性，新型農村合作醫療未來是往既不「農村」，也非「合作」的醫療保險前進，這就意味著新農合歷史性任務的完結。

參考書目：

- 中國國家統計局，歷年，《中國統計年鑑》。北京：中國統計出版社。
- 中華人民共和國衛生部編，歷年，《中國衛生統計年鑑》。北京：中國協和醫科大學出版社。
- 王紅漫，2004，《大國衛生之難：中國農村醫療衛生現狀與制度改革探討》。北京：北京大學出版社。
- 王紹光，2003，〈中國公共衛生的危機與轉機〉。
<http://www.tecn.cn/data/detail.php?id=11998>，擷取時間：2008年5月16日。
- 李曉西，2003，五個統籌是一種新的發展觀，<http://www.china.com.cn/chinese/zhuanti/sljszqh/428336.htm>，截取時間：2009-4-12。
- 杜樂勛、張文鳴主編，2007，《中國醫療衛生發展報告 No.3》。北京：社會科學文獻出版社。
- 侯明喜，2008，〈統籌城鄉醫療保險體制：重慶市的初步實踐及發展路徑〉。《經濟體制改革》，01期。
- 陳佳貴、王延中主編，2007，《中國社會保障發展報告（2007）No.3》。北京：社會科學文獻出版社。
- 張海榮，2004，〈包產到戶責任制的歷史變遷〉。《河北師範大學學報(哲學社會科學版)》。27(2):134-139。
- 葛延風、貢森等，2007，《中國醫改：問題·根源·出路》。北京：中國發展出版社。
- 蔡仁華主編，1998，《中國醫療保障改革實用全書》。北京：中國人事出版社。
- 嶽朝娟，2002，〈對包產到戶的歷史思考〉。《南都學壇(人文科學學學學報)》。22(5):19-22。
- 羅軍生，2005，〈建國後“包產到戶”一波三折的坎坷命運〉。《黨史博采》。11:39-44。
- Chen, Meei-shia, 2001, “The Great Reversal: Transformation of Health Care in the People’s Republic of China.” Pp.456-482, in *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, edited by William C. Cockerham. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gwynne, Robert N. and Cristobal Kay. 1999. *Latin America Transformed: Globalization and Modernity*. London: Arnold.
- Lardy 1987 Economic Recovery and the 1st Five-Year Plan. In Dennis Twitchett and John K. Fairbank (eds.) *The Cambridge History of China. Volume. 14: The People’s Republic, Part 2*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rapley, John. 1996. *Understanding Development: Theory and Practice in the Third World*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Wang, Hui. 1994. *The Gradual Revolution: China’s Economic Reform Movement*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- World Bank, 1984, *China: The Health Sector*. Washington, D.C.