

# 墨西哥和巴西的农村医疗保险制度 及其对中国建立农村新型合作 医疗制度的几点启示\*

杨惠芳 陈才庚

**主要观点** 建立新型农村合作医疗制度是新时期农村卫生工作的重要内容。墨西哥和巴西具有比较完善的农村医疗保险制度,值得其他发展中国家借鉴。根据两国农村医疗保险制度的特点,本文对中国的农村新型合作医疗制度提出了四点建议:一是政府要大力支持,二是在巩固新型合作医疗制度的基础上逐步实行城乡一体化的医疗保障制度,三是扩大合作区域从而提高保障水平,四是建立贫困农民医疗救助制度。

**关键词** 墨西哥 巴西 农村医疗保险 中国 新型合作医疗 医疗救助

**作者** 杨惠芳:浙江省嘉兴市嘉兴学院经济学院讲师;陈才庚:浙江省嘉兴市嘉兴学院经济学院教授。(浙江 314001)

长期以来,中国的农民一直被排斥在社会保障范围之外,无论是医疗还是养老,主要依赖于自己或家庭的力量。尤其是20世纪80年代以后,随着医疗卫生体制的市场化改革和农村合作医疗的解体,农民失去了最基本的医疗保健,绝大多数农民成为毫无保障的自费医疗群体,相当数量农民的健康状况出现了恶化的趋势。大量农民因病致贫,因病返贫,不仅直接危及这些农民的健康,而且影响农村经济的发展。中国农村医疗保障体系的缺失已成为中国现代化进程中的隐忧。在当前农村社会经济组织结构发生巨大变化的情况下,如何建立一种适应于这种变化的农村医疗保障体系,是一个亟待解决的问题。令人欣慰的是,农民的医疗保障问题已日益引起国家和社会的重视。2002年10月,中共中央和国务院联合发布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,文件强调,到2010年,要在全国建立起以大病统筹为主的新型合作医疗制度和医疗救助制度,使农民人人享有初级卫生保健,主要健康指标达到发展中国家

的先进水平。沿海经济发达地区要率先实现上述目标。<sup>①</sup>2003年1月,卫生部、财政部、农业部联合下发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,对新型合作医疗的组建原则、组织管理、资金筹集及管理作出了较具体的规定。农村合作医疗制度几起几落的发展经验表明,在中国农村建立保障制度,是一项复杂的社会系统工程,既需要理论的探讨,又需要社会的实践;既要依据中国国情,又应借鉴国外经验。墨西哥和巴西虽属发展中国家,但其在社会保障制度的建设上具有一定的先进性,研究并借鉴其在农村医疗保障领域的成功经验,无疑具有十分重要的意义。

## 一 墨西哥和巴西的农村医疗保险制度<sup>②</sup>

### (1) 墨西哥的农村医疗保险制度

\* 本文系2003年度浙江省哲学社会科学规划课题《浙北地区构建农村新型合作医疗模式研究》的部分成果。

① 中共中央和国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,载《浙江日报》2002年10月30日。

② 储振华:《国外农村医疗保险制度实施政策》,载《国外医学》1994年第3期第97~104页。

墨西哥医疗保险制度的特点是各级政府参与,医疗保险组织开办医院,医疗保险的覆盖人数约占总人口的65%,在城市达90%以上,全国共有两大医疗保险系统:一个名为“全国职工社会保险协会”;主要对象是企业工人和农业工人,会员约为4600万;另一个名为“国家职工社会保险协会”,主要对象是政府工作人员和文教科研人员,会员约为800万。另外,还有一种对穷人的免费医疗救济,对象是城市和偏僻地区的贫困居民,受益对象大多数为农民,约有1400万。

#### 1. 农村医疗保险制度的实施

农业工人及其家属参加全国职工社会保险协会。该协会成立于1944年,最初只为城市企业工人提供医疗保险,1954年扩大到农业工人。对得到免费医疗救济的农民,其医疗服务也由全国职工社会保险协会管理。该协会的管理机构是理事会,它由政府、雇主(含农场主)和雇员代表组成。协会主任由总统任命,协会代表大会是最高权力机构,由三方各派10名代表参加,每年1月和10月召开代表大会。1月份的会议主要通过经费预算和项目计划,10月份的会议主要审核执行情况。全国职工社会保险协会还设有10名副主任和1名秘书长,分管各项具体业务,并向全国各州、地区派驻代表,负责协调工作。全国职工社会保险协会在全国31个州和联邦区设相应的组织,具体执行协会制定的各项政策。

#### 2. 农业工人医疗保险资金的筹集和支付

因为农业工人和产业工人都属雇员,经济收入有保障,所以两者在医疗保险基金的筹集及支付方式上都一样。保险基金来自雇主和雇员交纳的资金和政府的少量补贴。具体办法是,雇员每月交纳工资的2.25%,雇主按雇员工资的6.3%交纳,政府补贴部分相当于雇员工资的0.45%。全国职工社会保险协会医疗保险基金的主要支出项目是:医疗保险机构的管理费用,所属医疗机构的建设和设备更新,所属医疗机构医务人员的工资及投保者的医药费用。

#### 3. 贫困农民医疗费用的筹集和支付

农村贫困居民的医疗服务由全国职工社会保险协会的农村事务部总协调员负责管理,由政府

和协会签订协议,利用协会的人才和物力为没有能力支付医疗费用的贫困农民提供免费医疗救

#### 济,费用全部由政府负担。

#### 4. 医疗服务的提供

农业工人的医疗保健服务由保险协会下属的医院提供,全国各级社会保险协会下设医疗机构1500多所,为保险协会的参加者提供免费医疗。这些医疗机构分一级、二级和三级。一级为诊所,只看门诊,设少量床位;二级为综合医院;三级为医疗中心,是最高水平的医疗机构。对协会成员的医疗实行划区逐级转诊的办法,约85%的病人都能在门诊得到医疗。贫困农民则到由政府开办的医院就医,也可到政府与协会签订合同的诊所和医院医治。

#### (2) 巴西农村的医疗保险制度

巴西的医疗保险制度建立于20世纪20年代,并逐渐发展到对全国城乡居民实行全民医疗保险。巴西医疗保险制度的特点是,不论贫富都享有医疗保障的权力,医疗保险覆盖面广,发展速度快,待遇水平较高,处于发展中国家的前列。

#### 1. 保险制度的管理和医疗服务的提供

巴西的医疗保险事业由社会福利部管理,下设国家医疗保险协会,由该协会自办保险医疗机构。保险医院分为高、中、初三个层次,除自办保险医疗机构外,还有一些合同私人医院和医生。

居民患病后,必须首先在当地初级医疗机构就诊,经初级医疗医生同意,才能转到中级或高级医疗机构诊治。患者随意找医院或医生就医时,一切费用自理。

#### 2. 医疗保险经费的筹集和支付

巴西农民医疗保险费用是以税收附加的形式交纳保险金,再加国家财政适当补贴。企业雇员的医疗保险费由本人交纳工资的8.5%~10%,雇主交纳相当于雇员工资的17.5%。国家税收和财政补助约占保险基金总数的22%。

医疗保险基金采用集中收缴、分散包干使用的办法,即中央社会福利部通过银行和财政筹集,根据各州和地区按接诊人次上报的实际需要,经社会福利部审查和综合平衡,将经费下拨到州,各州再根据预算,经州长批准,下拨经费。

二 墨西哥和巴西农村医疗保险制度对中国的启示

1. 开展农村新型合作医疗离不开政府的支持。墨西哥和巴西农村医疗保险的一个共同特点

是政府参与,既参与管理,又给予适当的财政补贴,这种参与保证了两国医疗保险制度的正常运作。从本质上看,中国的新型农村合作医疗制度是一种基于当前中国国情的初级的农村医疗保障制度,属社会保障范畴,是社会福利的一部分。医疗保障是一种典型的公共产品,具有其自身的公益性,这就要求政府给予适当的投入和支持。同时,它作为一种社会福利,农民同样具有享受的权利。从福利的角度看,医疗保健更是一种机会,高质量的医疗保健应当作为一种全体国民可以获得的权利,而不管他们的生活状况或经济地位如何。<sup>③</sup>尤其在中国,农民为财富的积累作出了巨大的贡献,而受多种因素的制约,当前农村经济发展相对落后,农村社会保障制度建设近乎空白。从公平角度出发,政府理应利用转移支付手段,实现工业反哺农业,这也是发达国家和一些发展中国家的普遍做法。政府对农村卫生事业的支持,既是一个社会问题,也是一个经济问题。从经济学上来说,国家对农村新型合作医疗的支持是一种投资,其回报主要是借助于农民疾病损失的减少来间接计算的。发展中国家经济增长的源泉是人力资本,健康的有进取精神的农民是中国经济发展的促进因素,而大量因病丧失或减弱劳动力的农民会成为中国发展道路上的沉重包袱。劳动力质的差异性与层次性在经济活动中日益显现,没有现代化的人,就开创不出现代化的经济;没有大量健康的劳动力,就无法有健康发展的经济。西·舒尔茨指出,传统的经济理论认为,经济增长必须依赖于资本和劳动力的增加已不再符合今天的事实,对于现代经济来说,人的知识、能力、健康等人力资本的提高,对经济增长的贡献远比物质资本和劳动力数量的增加重要。<sup>④</sup>身体可谓承载知识之舟。在以知识经济为特征的21世纪,国家竞争实质上取决于知识的创新、应用和普及。人人享有基本医疗保健,显然有助于保护人力资源,改善劳动力整体素质,进而提高国家竞争力。<sup>⑤</sup>笔者认为,政府对新型合作医疗的支持主要应从以下三方面入手。一是财政投入,各级政府应当把对农村合作医疗的补贴作为一项预算内财政支出,列入国民经济和社会发展计划,以保证资金的稳定性,并要根据财政状况不断地增加投入。同时,政府还应积极引导社会各界对农村合作医疗的支持,广泛吸纳各

种社会慈善捐赠,以进一步提高农民的医疗保障水平。二是政策支持。国家或省级政府要出台相关的法律法规,使农村新型合作医疗能得到法律的保障和监督,从而解决认识上的不同,保障和促进这一制度的规范、稳定运行和持续发展。各地还要制订具体的适合本地特点的实施办法。三是管理监督。对合作医疗具体承办单位和医疗单位进行严格管理,特别是加强对基金筹集和支付情况的审查,防止腐败事件的发生。

2. 加快建立农村医疗保障制度,逐步缩小城乡差别。由于历史原因,中国城乡之间的差别明显,在医疗保障制度上同样如此。对大多数城市居民而言,在改革前,国家实行低收入、高福利政策,政府包揽职工的全部福利,职工无需任何医疗支出,即使是无职业的直系家属也可报销部分医疗费。在公费医疗制度改革后,城市基本上建立起了社会医疗保险体系,依赖于企业和国家的巨大投入,大多数城市居民都能以自己较小的投入获取相当高的保障水平。而对农民而言,虽然为国家的原始积累作出过巨大贡献,但事实上从未获得过任何医疗保障。曾经在农村非常普及的合作医疗,也是以农民自身和集体的经济力量建立起来的,除了政策上的扶持以及一些公共卫生干预项目(如流行病和传染病的防治,计划免疫等)以外,国家未给予任何大的经济投入。由于政府悬殊的经济支持力度,造成了城乡之间的卫生服务水平以及居民保障水平的巨大差别,农村和农民几乎被排除在现代文明之外。新华社2002年2月25日公布的数据表明,目前约占中国总人口15%的城市人口享受2/3的卫生保障服务,而约占85%的农村人口却只能享受1/3以下的医疗卫生保障服务。根据世界卫生组织2001年公布的《2000年世界卫生报告》,中国在卫生费用负担的公平性方面,排在191个成员中的第188位;中国卫生系统的总体绩效评估在成员中也只后居第144位。<sup>⑥</sup>制度的不公平性已影响农村经济的可持续发展。

<sup>③</sup> 林闽钢:《中国农村合作医疗制度的公共政策分析》,载《江海学刊》2002年第3期第91~96页。

<sup>④</sup> 张文兵:《中国农村卫生医疗保障制度建设路径》,载《中国农村经济》2003年第3期第40~47页。

<sup>⑤</sup> 朱玲:《政府与农村基本医疗保健制度选择》,载《中国社会科学》2000年第4期第89~99页。

<sup>⑥</sup> 朱俊生、齐瑞宗等:《论建立多层次农村医疗保障体系》,载《人口与经济》2002年第2期第66~70页。

如果说在国家工业化初期财力极度紧缺、城市普遍实行低工资的条件下,实行城乡分离政策,把农民排斥在国家社会保障体系之外具有一定的合理性的话,那么,当前在城乡收入差距不断加大,城乡医疗资源分配严重不公,而国家财力明显增长的情况下,政府和社会应该把卫生和保障工作的重点放到农村去。

墨西哥和巴西的医疗保险制度并无城乡差别,农民和城市居民参加同一个保险组织,且都是在20世纪中叶在企业工人医疗保险制度的基础上逐步建立和完善起来的,当时的国民经济状况和社会发展情况还不如中国目前的发展水平。两国的发展经验表明,就经济水平而言,中国大多数地区、特别是沿海经济发达地区,已到了建立城乡一体化医疗保障制度的时期。考虑到中国农村人口过多、实行土地承包经营、农民组织性不强等情况,建议采用分步走的策略。首先应建立并不断完善新型合作医疗制度,要将此制度作为一项长期性的农民基本保障制度加以巩固,在具体的制度设计中要考虑新型合作医疗发展的可持续性,防止急功近利。在此基础上,待条件成熟时,逐步将农民纳入城市居民医疗保障体系中,并最终实现城乡一体化的医疗保障制度。

3. 扩大合作区域,增强基金调剂能力,提高保障水平。墨西哥和巴西的农村医疗保险均在全国范围内实行,具有覆盖面广和参保人数多的特点,这符合保险学的基本原理——基金盘子越大,调剂能力越强。中国农村的新型合作医疗与传统的合作医疗有着明显的差别。传统的合作医疗一般以村或乡镇为单位,旨在改变当初农村的缺医少药局面,虽然其保障能力不强,但具有全民参与的特点。在特定的社会和经济条件下,合作医疗为迅速改善农村的就医条件、提高农民的健康水平作出了很大的贡献。新型合作医疗制度强调以“大病统筹”为主,旨在解决当前不少农民“因病致贫、因病返贫”或“有病不治”等突出问题,是一种适应新形势的制度安排。大病统筹就是在一定时间内,多数人帮助少数人,多数人集少量款,集中给少数人花,用于解决大病带给个人的灾难,然后受益人不断交换,在一个历史时期内,参加集资的每个人都有受益的机会。新型合作医疗其实是一种保障能

力相对较低的社会医疗保险,只不过是称谓带有中国农村的传统特色罢了。更确切的称呼应该是农村新型合作医疗保险制度。考虑到中国地域辽阔、经济发展极不平衡的现实,笔者认为,要在全中国范围内组织新型合作医疗尚有很大的难度,但可在地区(市)范围内进行组织,有条件的地方还可以以省为组织单位。电脑计费系统在医疗领域的应用和电子网络的普及为扩大新型合作医疗组织区域提供了很好的条件。课题组对浙江嘉兴市的农村新型合作医疗状况作了调查。嘉兴素有“鱼米之乡”的美誉,农民生活普遍比较殷实,经济收入增长较快。2002年,该市农民人均纯收入已达到5532元,而且所辖嘉善、平湖、海宁、海盐、桐乡5县都是全国百强县,社会经济发展相当均衡。良好的社会经济条件为开展农村合作医疗奠定了基础。几年来,全市合作医疗参加率长期稳定在60%以上,2002年该市共有177万农民参加了合作医疗,约占农民总数的70%。该市的合作医疗以县(或区)为一个组织和管理单位,基金由镇、县两级管理,对于农民额度较小的医疗费由镇基金负责补偿,而由县级管理的基金属于统筹基金,只对超过一定额度的医疗费进行补偿。合作医疗的开展虽在一定程度上缓解了部分农民因病致贫、因病返贫的问题,但其保障能力仍然十分有限,报销比重较低,比重最高的一级也均在50%以下,且还受报销封顶额(从1万至2.5万元不等)的控制。这与墨西哥和巴西近乎免费的医疗保障还有巨大的差距。之所以出现这样的情况,除了基金的筹集渠道单一、农民缴费额少、财政补贴少之外,合作医疗组织地域过小从而导致参保人群分散也是一个重要因素,基金的集中效应无法得到充分发挥。类似嘉兴这样经济发达且区域内发展均衡的地区,应该在新型合作医疗的推广中不断创新,尝试以地区(市)为单位设立合作医疗大病统筹基金,建立更高保障能力的合作医疗制度,以实现经济和社会的同步协调发展。

4. 建立贫困农民医疗救助制度。墨西哥对贫困农民提供免费医疗,费用全部由政府负担,这项制度对维持社会公平、促进社会稳定具有重要的作用。

(下转第58页)

的发展已经构成巨大的威胁。对于拉美化产生的原因,他同意郑秉文所长的观点,认为既有腐败的原因,又有制度方面的原因。他指出,中国政府应从拉美吸取经验教训,随着经济的发展,尽可能地避免犯罪、经济不平等诸多问题成为中国发展的负重,因为社会的不平等也是一种形式的腐败。

普罗科比奥认为,拉美陷入了衰退—发展的轮回。19世纪末阿根廷比法国还富有,修建地铁的时间比英国伦敦还早。当时,西班牙人、葡萄牙人和意大利人遇到饥饿、贫困问题就往拉美移民,并从此变得富有。巴西曾是葡萄牙人的天堂,是意大利人的第4大移民地,是除尼日利亚之外拥有黑人人口最多的国家,是接受日本海外移民最多的国家,巴西拥有约700万黎巴嫩人,比黎巴嫩的黎巴嫩人口数还要多。然而,拉美国家现在陷入了衰退,并反过来开始向海外移民。在美洲,美国对拉美的影响很大,但拉美对美国的影响也在逐渐

加强。西班牙语是世界上讲得最多的3种语言之一,美国的人口正在发生变化。美军的下级士兵主要由拉美人后裔和黑人后裔组成,被殖民化的人成了“主人”。

在谈到巴西目前的政治经济形势时,普罗科比奥教授认为,巴西目前支付的外债利息是最高的,而政府在还债方面非常守信用(教授本人主张不偿还外债)。卢拉的左派政府是非常保守的,这对将来的发展也构成了问题。

会谈结束后,普罗科比奥教授向拉美所赠送了4本他本人撰写的书:《单边主义与国际关系》《巴西——战略伙伴》《巴西——新的挑战》《判断力:宇宙诗歌》。郑秉文所长与普罗科比奥教授还就拉美所与巴西利亚大学之间的合作和学术交流进行了探讨,并且达成了一定的合作意向。

(贺双荣、周志伟 供稿)

(上接第53页)

在当前中国各级政府还无力包揽贫困农民医疗事务的情况下,建立医疗救助制度,不失为一项替代性的措施。医疗救助是指政府和社会对贫困人口中因病而无经济能力进行治疗的人实施专项帮助和支持的行为。它是社会救助体系的重要组成部分。众所周知,建立农村医疗保障制度的根本目的是提高中国农民的健康水平和防止各种医疗风险。为了达到这一目的,笔者认为,完整的农村新型合作医疗体系应包含以下三方面的内容。一是基础性公共卫生工作,可把重建农村公共卫生室作为突破点,以提高乡村医疗水平、平抑药价、恢复公共卫生预防保健体系等,从而在整体上改善农村的卫生医疗状况,防止地方病、流行病、传染病等疾病的发生,减小农民患重病和大病的几率。二是建立合作医疗保险制度,以最大限度地减轻

患病农民的医疗支出。三是建立贫困农民医疗救助制度,以帮助贫困农民参加合作医疗并为医疗费用支出特别巨大的贫困农民提供适当补偿。从课题组对浙北地区的调查来看,或许是出于满足上级要求及新闻宣传的缘故,各地有关部门片面地追求合作医疗的农民参加率,而对提高农村卫生医疗水平的基础性工作及医疗救助工作积极性明显不高,这是一个很值得引起重视的问题。其实,构建一个完整的预防、医疗和救助体系并建立一整套严格的制度远比多么高的参加率重要,否则,再高的农民参加率也是表面的。医疗救助的方式有很多,按照当前农村的情况,主要可采取减免贫困农民医疗费和合作医疗缴费、给予超过一定数额医疗费的重病农民适当的一次性补偿、组织城市医生下乡服务等。

(责任编辑 沙 萨)

# COMO HA PODIDO LA EDUCACION CUBANA SITUARSE EN EL PRIMER LUGAR DEL MUNDO —LA FORMACION DEL MODELO EDUCACIONAL CUBANO Y SUS CARACTERISTICAS

El nivel de la educación de Cuba ha superado el nivel de todos los países desarrollados, creando una maravilla en la historia de la educación del mundo. En Cuba se ha formado un modelo de desarrollo educacional eficaz, peculiar y adecuado a la realidad del país. Después del triunfo de la revolución, el desarrollo de la educación de Cuba ha pasado por las cuatro etapas: la primera ( 1959– 1969), etapa del establecimiento del nuevo sistema educacional y la popularización de la educación primaria; la segunda ( 1970– 1979), la popularización de la educación secundaria básica y el desarrollo de la educación para adultos; la tercera ( 1980– 1989 ), etapa para la elevación ulterior de la calidad educacional y el perfeccionamiento del sistema educacional; la cuarta ( 1990– ), etapa del desarrollo educacional del período especial. Las características principales y las experiencias básicas de la educación de Cuba son: la alta atención de las autoridades, las enormes inversiones, la gratuidad de la educación; la educación llevada a cabo por toda la sociedad; la posesión de las filas de profesores y maestros de alto nivel académico; la combinación de la enseñanza con el trabajo; plantear una meta de largo alcance; atreverse a la creación; poner énfasis en la educación política e ideológica, formar nuevos hombres del socialismo.

(Mao Xianglin)

## El sistema del seguro de la asistencia médica rural de México y Brasil y sus sugerencias para el establecimiento del sistema de la asistencia médica cooperada rural del nuevo tipo en China

Establecer el sistema de la asistencia médica cooperada constituye uno de los importantes trabajos de la salud en el campo de China. México y Brasil poseen un sistema relativamente completo del seguro de la asistencia médica rural, las experiencias mexicanas y brasileñas merecen ser consultadas por los otros países en desarrollo. Este artículo plantea cuatro propuestas: el gobierno debe prestar fuerte apoyo; aplicar paulatinamente el sistema del seguro de la asistencia médica de la integración urbana y rural sobre la base de la consolidación del nuevo tipo del sistema de la asistencia médica cooperada; ampliar las esferas de la cooperación para elevar el nivel de la seguridad; establecer un sistema de la asistencia médica para los campesinos pobres.

(Yang Huifang y Chen Caigeng)