

文章编号: 1005-0523(2007)06-0045-04

社会公正下的农村合作医疗改革

姜 羔, 杨海芳

(华东交通大学, 江西 南昌 330013)

摘要: 国家自2003年推行新型农村合作医疗制度以来,越来越多的农民被纳入到这项制度中来,并从中受益。但是,由于社会诸多因素的影响,制度的实施过程中出现了一系列现实问题与困难。本文以社会学的视野,凭借社会公正论,力求从社会资源分配的角度,对我国构建新型农村合作医疗制度的困境与出路进行探讨。

关键词: 公正;资源分配;社会再分配;新型农村合作医疗制度

中图分类号: R012

文献标识码: A

中共十六大报告明确指出:“我们要在本世纪头二十年,集中力量,全面建设惠及十几亿人口的更高水平的小康社会,使经济更加发展、民主更加健全、科教更加进步、文化更加繁荣、社会更加和谐、人民生活更加殷实。”此后不久,胡锦涛总书记又提出“以人为本,全面、协调、可持续”的科学发展观。党的十六届四中全会继而进一步把“和谐社会”与国家富强、民族振兴、人民幸福一起确定为加强党的执政能力建设的总体目标。和谐社会实际上就是良性运行和协调发展的社会,这样的社会,其特征之一就是公平正义,即是指社会各方面的利益关系得到妥善协调,人民内部矛盾和其他社会矛盾得到正确处理,社会公平和正义得到切实维护和实现。

我国是一个典型的后工业化国家。自改革开放以来,中国社会经历了前所未有的社会变迁,由高度集中的中央计划经济体制向社会主义市场经济体制的转型过程,对于整个社会生活的方方面面带来一场划时代的结构变革。在社会经济快速发展的今天,层出不穷的社会问题也凸显出来。中央及地方政府和绝大多数的人已经越来越重视社会成员的公正。公正、共享、发展已成为现代健康社会所应奉行的基本理念。

1 社会公正概述

1) 公正

公正(just; fair; impartial)。《辞源》对于公正的解释是:“不偏私,正直”公正带有明显的“价值取向”,它所侧重的是社会的“基本价值取向”,并且强调这种价值取向的正当性。古希腊哲学家亚里斯多德就认为,“所谓公正,它的真实意义,主要在于平等”,如果说“平等的公正,这就得以城邦整个利益及全体公民的共同善业为依据”,“凡是自然而平等的人既然人人具有同等的价值,应当分配给同等权利。”而这样的社会正是所谓“善”的社会,“善”就是要实现多数人的幸福生活。由此可见,公正是人类社会具有永恒价值的基本理念和基本行为准则。

在现代社会中,各种制度的设计和实施必须以公正的基本理念为依据。

公正的社会首先应当是平等的社会。平等是人和人之间的一种关系、人对人的一种态度。是人类的终极理想之一。这种平等,不是指物质上的“相等”或“平均”,而是在人格、尊严上的互相理解,互相尊重。与现代社会的市场经济相吻合的则应当是“机会平等”,应具体地表现在对于每位社会成员基本权利的确认,为社会中的每一位公民的基本生存权和正常发展权提供最基本的保障。机会平等决不是最终物质利益的均等,那种极端的平等将导致一系列消极的后果,比如绝对的平均主义、“大锅饭”政策等,这些都不利于社会健康有序的发展,打击劳动者的积

极性,产生社会堕化现象。“一个社会,当它不仅被设计得旨在推进它的成员的利益,而且也有效地受着一种公开的正义观管理时,它就是组织良好的社会。亦即,它是一个这样的社会,在那里:(1)每个人都接受、也知道别人接受同样的正义原则;(2)基本的社会制度普遍地满足、也普遍为人所知地满足这些原则。”^[1]

2) 公正与效益

在追求经济效益的现在社会中,公平与效率的关系又成为社会上关注的焦点。根据机会平等定义公平,则公平与效率之间不存在矛盾。在平等的机会面前,所有社会成员都有足够的激励去努力工作,因为他们知道,在这样的社会中,有几分努力就有几分回报。机会越公平,经济的效率就越高,关于公平与效率的孰为主、孰为次,或者如何兼顾的讨论其实并不应该引起那么大的社会关注。但是基于个体因素的差异、参与竞争程度以及社会诸多条件的影响限制,社会初次分配中会出现贫富差距,若不加有效控制,会产生贫与富的马太效应,从而偏离社会公正,损害人人共享、普遍受益的原则,“极端的财富不平等……由于减少了大多数人的大量幸福,将减少人类享受的总和。”^[2]

“初次分配侧重效率,二次分配侧重公平。”这一观点的直观表述就是北京大学的厉以宁教授1990年代反复论述过的“效率优先、兼顾公平”。一个良性运行和协调发展的社会就应该是“社会的经济、政治和思想文化三大系统之间以及各系统内不同部分、不同层次之间的相互促进,而社会障碍、失调等因素被控制在最小的限度和最小的范围之内”。^[3]环顾很多发达国家的发展历程,我们可以看到,随着现代化进程速度的加快,社会生产力水平不断提高,作为社会调剂作用的社会再分配的力度不断加大。市场要讲求效率,也要强调公平竞争;政府要强调公平,也要提高效率。一个是有效地更好地创造财富,一个是更好地实现公平,实现互相促进,使公平与效率有机地结合起来,而不是一个简单的效率优先或者公平优先的问题。

3) 公共资源的公正分配

公共资源属于社会群体共有,理应为整个社会群体提供机会与利益而不能为少数人提供特权。对于社会资源的社会再分配,基本原则应当是公平效率并重。要在经济增长的同时,逐步为全体社会成员提供基本而有保障的公共产品和公共服务。另外,社会公共资源的分配特别要注意不能只注重“锦上添花”而忽略了“雪中送炭”,具体地说就是忽略了弱势群体及弱势地区弱势行业部门的需要。对弱势群体

的关照是另一种社会公正,它体现的主要不是公平竞争也主要不是“按劳分配”,而是人权保障。

带有社会调剂性质的社会再分配,则应为社会成员营造公平的社会环境,消除社会上的特权因素,制定相应的、适度合理地倾向社会弱势群体的社会政策等等,从而为社会成员提供一个公平对待的外部条件。社会弱势群体直接面临的问题是怎样才能获得最为基本的生存条件。这是社会调剂所关注的最为直接的事情。

要从生存的意义保证社会成员最为基本的生存底线,要从发展的意义上普遍提升社会成员的生活质量和发展能力,就要建立与经济发展水平相适应的社会保障体系。立足于社会公正和社会安全的角度,“使个人和家庭相信在可能的范围内,他们的生活水平不会因社会经济方面的不测事件而遭到严重破坏。这不仅包括满足不断产生的需求,而且包括预防首次出现的危险,还要帮助个人和家庭在面临始料不及的或无法预防的伤残和损失时,能作出最佳调整。”^[1]社会保障通过社会救助、社会养老保险、医疗社会保险、生育社会保险、工伤社会保险、失业社会保险、社会福利以及社会优抚等多个方面来实现社会公正和社会安全。是指国家依法为所有公民普遍提供旨在保证一定生活水平和尽可能提高生活质量的资金和服务的社会保险制度,被形象地比喻为社会矛盾的调节器。同时,社会福利也是一种职责,是在社会保障的基础上保护和延续有机体生命力的一种社会功能。

在我国目前贫富差距扩大,城乡壁垒现状中,农村的医疗制度也备受社会各界的关注。

2 我国建立新型农村合作医疗制度的背景

1) 城乡二元结构对于我国社会资源在农村公平分配的影响

社会差别及其社会不公的存在是产生目前的社会矛盾导致社会和谐状态受损的一个重要原因。而社会差别、社会不公及其矛盾的产生又主要是社会公共资源的分配不公造成的。因为一般而言,社会公共资源是有限的,如果不能平等而合理、公正地分配,就等于是在给了某些社会群体发展生存的机会与利益的同时,剥夺了某些群体的发展甚至是生存的机会与利益,如此就不能使社会均衡和谐地发展,就必然导致社会矛盾的产生。例如,目前最突出的城乡差别。

建国初期,为了加快实现社会主义工业化、现代化的进行,发展国家单一的公有制经济,建立了中央

集权的计划经济体制,并实施了重工业优先发展战略,国家的投资向城市和重工业倾斜。通过工农业产品“剪刀差”,让农民作出贡献,压低农产品价格为工业化积累资金;确立了城市的高就业、低工资及基本生活用品的低价政策,城市职工享有工资以外的口粮供应、医疗、养老、子女就学就业等福利制度,以及旨在防止农村人口分享城市福利和有限资源、阻断农民在城乡间自由流动就业和迁徙的城乡两种户籍制度。进而形成了从户籍制度、就业制度到教育、卫生、生活福利制度等一整套城乡分割的制度。这种城乡二元结构,反映了城乡之间的对立和社会发展的不和谐。相对于大中城市,广泛农村的基础设施落后,很多社会资源分配明显不均。在城乡壁垒中,农民丧失了和整个社会平等博弈的权利和机会,如平等的就业权、迁徙权、社会保障权等。城乡分割的二元结构,使中国人口中一个数量最大、比重最高的群体被边缘化了。“木桶理论、短板效应”,在这里表现得尤为突出,农民问题成为影响社会和谐的关键。

就城乡差别而言,也主要是几十年来中国的财富权力等社会资源不断地向城市集中,而农村却得不到应有的关注,因此,农村在政治、经济、文化等各个方面就必然远远落后于城市,城乡矛盾自然也就应运而生。

在中国医疗卫生的公共资源的分配上,占总人口80%以上的农民只享受了20%的卫生资源,农村缺医少药问题十分严重。中国农村卫生服务网络包括县、乡、村三级,县是龙头,乡是枢纽,村是网底。而这个网络的现状则是,龙头像钢丝,力量较强;枢纽像尼龙绳,能够承担一定的工作;网底却像草绳,不能负重。“政府对农村医疗的投入不足,是造成‘网底’破烂的重要原因。”

2) 建立农村合作医疗的经历

其实,早在新中国成立初期,许多地方出现了以集体经济为基础,以集体与个人相结合、互助互济的集体保健医疗站、合作医疗站或统筹医疗站。1959年11月,卫生部在山西省稷山县召开全国农村卫生工作会议,正式肯定了农村合作医疗制度。此后,这一制度遂在广大农村逐步推广。到了20世纪70年代,农村合作医疗的覆盖率达到全国行政村(生产大队)的90%;“合作医疗”(制度)与农村“保健站”(机构)及数量巨大的“赤脚医生”队伍(人员)一起,成为解决我国广大农村缺医少药的三件法宝,被世界银行和世界卫生组织誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一范例”。

但进入20世纪80年代,随着“家庭联产承包责任制”在我国农村全面铺开,家庭成为农村的基本生

产单位,绝大多数行政村变成“空壳村”——集体经济解体,农村合作医疗失去了依托;医院“市场化”了,医生“回城”了,合作医疗风光不再,曾经轰轰烈烈的农村合作医疗制度在大多数农村解体;到1985年,农村合作医疗覆盖率陡降至5%,90年代初期全国“仅存的合作医疗主要分布在上海和苏南地区”,农村医疗保障制度在90%以上的农村成为空白。

1997年1月,中共中央、国务院颁布《关于卫生改革与发展的决定》,要求各地“积极稳妥地发展和完善合作医疗制度”,重建合作医疗制度再度形成“高潮”,但结果却并不理想,到1997年底,合作医疗的覆盖率也仅占全国行政村的17%,农村居民参加合作医疗的比例仅为9.6%。1997年以后,减轻农民负担、提高农民收入成为农村“中心工作”,合作医疗很少有人提起,农村合作医疗从此一蹶不振。

总体上,国家80%的卫生投入在城市,农村的医疗保障条件非常差。90%的农民没有医疗保障,自费治病,自费吃药。现在农民怕得病,怕得大病,怕得重病,怕得难病。因病致贫、因病返贫的现象不断发生。在养老、社会救助和扶贫救助等社会保障上,农村也远远低于城市。

所以为了解决困难群体基本的生活保证,就要继续进行社会保障体制改革,面对广大农民日益增长的公共需求,整个公共服务体系都要进行改革。

3 目前我国农村合作医疗制度的现状

为实现“城乡统筹,工业反哺农业,城市支持农村”的政策,2002年10月,中央作出在全国建立新型农村合作医疗制度的决定。新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。中央明确要求各地要在政府统一领导下,本着自愿参加、多方筹资、因地制宜、分类指导、公开透明、真正让群众受益的原则,先行试点、总结经验、逐步推广,到2010年基本覆盖农村居民。

以福建省为例,2003年4月中旬,福建省把安溪、新罗区和同安区确定为建立新型农村合作医疗试点县(区),2004年开始正式实施新型农村合作医疗试点工作,对每位自愿参保的农民给予以财政补贴,全省各级财政部门共拿出专项补助经费1910.7万元,其中省级财政补助1060万元。据统计,截至2004年底,这3个试点县(区)已有近七成的农民加入新型农村合作医疗,参保总数达101.98万人,其中11451名农民已经受益,累计获得补助934.41万元,农民住院补偿人数达7754人次,补偿

费超过 620 万元。2005 年,福建省继续稳步推进新型农村合作医疗试点工作,将试点范围扩大为 9 个县(市、区),比去年新增了 6 个。

新型农村合作医疗基金实行农民个人缴费、集体扶持、政府适当支持和社会多方筹资相结合的筹资机制。试点单位农民个人年缴费 10 元,各级财政对试点县(市、区)参加新型农村合作医疗农民的资助额,每年每人不低于 15 元,争取达到 20 元。年人均筹资总额 30 元至 45 元不等;每人每年住院补偿(封顶线)最高可获 2 万元、最低 4 500 元的补助。^[1]

显而易见,这一政策的出台及实施,受到社会的普遍支持,极大地保障了广大农民的基本利益。根据卫生部统计信息中心提供给 2007 年全国卫生工作会议的参阅材料,到 2006 年底,全国已有 1 451 个县(市、区)开展了新型农村合作医疗,覆盖人口为 5.08 亿人,4.10 亿农民参加了合作医疗,参合率为 80.7%。参合农民就诊率和住院率均明显提高,就医经济负担有所减轻,新型农村合作医疗制度得到农民群众的广泛拥护。2006 年全国共补偿参加新型农村合作医疗的农民 2.72 亿人次,补偿资金支出合计为 155.81 亿元。^[2]

新型农村合作医疗试点工作进展比较顺利,规范管理和运行机制基本形成,资金运转安全,制度运行平稳,农民对合作医疗的信心不断加强。

4 对于在我国构建合作医疗制度的展望

任何一种新生事物在其发展之初都会面临着这样或那样的问题,一段艰巨而又曲折的过程是不可避免的。新型农村合作医疗制度的推行同样也是如此。

在此制度的贯彻中,存在着若干问题。比如基于宣传方式不恰当、宣传力度不强,部分农民在农村合作医疗中比较被动,有些农民处于制度落实的边缘地带,出现“参与率”高而“参与度”低的现象;资金短缺仍然是瓶颈,农村医疗卫生资源严重不足,条件差、设备少、水平低,农村缺医少药的局面还没有根本得以改变,医保的实际覆盖率偏小;相关项目组织管理难度大,管理成本偏高与药品流通秩序混乱等情况。

但就目前所取得的成功以及长远利益来看,全面推行新型农村合作医疗制度是党中央、国务院为切实解决广大农民看病难、难看病及缓解城乡矛盾、城乡差距的重要手段,是实现“三个代表”的重要体现,是全面建设小康社会的重要内容。实践初步检验和证明它是符合广大人民群众切身利益的,有助于不断缩小城乡贫富差距,促进城市与农村的协调发展。我们坚信,在全社会的共同努力下,这一制度将是我国农村医疗保险事业改革中的一个成功典范,将为解决“三农”问题、为建设社会主义新农村的伟大事业添砖加瓦。

参考文献:

- [1] 亚里斯多德. 政治学[M]. 商务印书馆, 1981.
- [2] [美]约翰·罗尔斯著,何怀宏,等译. 正义论[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1988.
- [3] [英]威廉·汤普逊,何慕李译. 最能促进人类幸福的财产分配原理的研究[M]. 北京: 商务印书馆, 1986.
- [4] 郑杭生. 社会学概论[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2003.
- [5] 国际劳动局. 展望二十一世纪: 社会保障的发展[M]. 北京: 劳动人事出版社, 1988.

Reform of Cooperative Medical Service under Social Justice in Countryside

JIANG Gao, YANG Hai-fang

(East China Jiaotong University, Nanchang 330013, China)

Abstract: Since 2003, the new system of cooperative medical service in countryside in China is popularized and therefore vast rural areas are benefited, but the enforcement of the system comes across difficulties and a series of problems. By virtue of social justice, from viewpoint of sociology and distributing social resources, this paper tries to inquire into difficult positions and solutions construction of this new system.

Key words: justice; distributing social resources; social redistribution; cooperative medical service in countryside