

中國農業保險與農民社會保障制度

周慶生編撰

一、前言

中國自 1979 年起在農村實施家庭承包制之後，農民從單純的勞動者變為農業經營者，因而直接面對農業生產過程中經常發生的自然災害，並須承擔全部後果。為降低農家此種經營風險，通常依賴政府的直接干預，或提供災害救助，或建構保險機制，以免農家正常生活受到嚴重打擊。中國為農業大國，幅員亦甚為遼闊，自然災害發生機率極高，對此一課題，中國政府如何安排，頗值探究。再者，除生產面外，在生活層面，受到農業改革、工業化、都市化等影響，中國農民面對的風險也較以往大為增加，舉凡遭遇重大疾病、老年退出勞動力市場、嚴重意外，甚至貧困等風險時，中國政府所建構的社會安全(social security)機制是否能夠滿足農民的基本需要，而不致造成社會的動盪不安，亦值予關注。從另一角度看，若中國農業保險及農民社會保障的機制能夠有效運作，將可大幅緩和中國農家所得相對偏低問題的嚴重性及緊迫性，而可以利用較長的時間與經濟的手段去逐步解決。基此，本文特就中國農業生產的保險制度、農民疾病的醫療保障制度、農民老年的社會保障制度，以及農民貧困的救濟制度等現況與問題做一說明。

二、中國農業保險制度

中國是自然災害頻繁發生且較為嚴重的國家，農業幾乎每年都要遭受洪澇、乾旱、冰雹、流行性疾病等自然災害，對農業經濟及農民生活造成巨大的經濟損失。據統計，1990 年以來，中國農業平均每年受災面積 4,500 萬公頃、成災面積 2,000 萬公頃、受災人口 3.5 億人、直接經濟損失 2,000 億元（人民幣，以下同）。面對此種極端脆弱的農業生產環境，目前已屬於家庭經營的小農經濟型態之中國，即使農民並不擁有土地所有權而是以承包方式取得經營權，亦必須利用保險機制來分散此種風險（註一），尤其是農村中的「專業戶」，十分需要農業保險。因此，從 1982 年開始，中國人民保險公司即開辦屬於試驗性質的農業保險，設在江蘇、上海、山東、山西、遼寧、黑龍江、貴州、雲南、廣西、四川、湖南、江西、福建等地的該公司分支機構，在部分鄉村陸續開辦了耕牛保險、奶牛保險、養豬保險、大牲畜保險及農作物保險。到 1986 年，該公司試辦的農業保險險種達到 100 多種，保險標的包括小麥、水稻、玉米等糧食作物，菸葉、棉花、甘蔗、甜菜、西瓜、亞麻等經濟作物，以及牲畜、水產等養殖物，惟由於採取自願投保原則，產生逆向選擇及道德危險等問題，以致該公司試行的農業保險業務均處於虧損狀態。為免該項業務過於萎縮，並為減輕虧損，該

公司於 1987 年之後，開始轉變經營方式，採取委託地方政府代辦，或與地方及其他經濟組織合辦等。前者如中國人民保險公司北京分公司委託農村合作經營管理站系統代辦農業保險，代辦方只負責展業與收取手續費，不承擔風險，風險仍由中國人民保險公司承擔。後者則是共擔風險、保費及賠款按比例分成，例如中國人民保險公司廣東省分公司與地方政府實行「五五共保、四六賠付，結餘留地方」。

此外，新疆生產建設兵團農業保險公司（即目前的聯合財產保險公司）亦於 1980 年成立，業務對象是新疆農墾系統的農場，以種植業、養殖業為主，並採強制保險原則，國家財政也給予支持，惟其業務範圍為國營農場，難以擴展到一般農村。

於 2004 年，中國保險監督管理委員會又分別批准在江西、吉林、黑龍江各設立安信農業保險公司、安華農業保險公司及陽光農業相互保險公司三家不同經營模式的專業性農業保險公司，另在江蘇、四川、遼寧、新疆等地，則由地方政府支持，開展保險公司與政府聯辦、為政府代辦，以及保險公司自營等多種形式的農業保險試點工作，在寧夏、內蒙古、湖北、雲南、北京等地，也相繼開展及深化了農業保險試點。

綜合而言，自 1982 年至 2004 年，中國農業保險總計承擔保險金額 9,479 億元，保費收入 106 億元，累計賠款支出 91 億元，總共為 19 億畝糧食作物、5,800 萬頭牲畜提供了保險保障，惟由於未建立巨災分散機制，亦缺少國家財政支持及政策扶持，兼以經營成本高，以致農業保險持續虧損，1985-2004 年，累計虧損 19 億元，平均綜合賠付率超過 120%，從 1994 年起，農業保險保費收入逐年下降，險種不斷減少，規模逐漸萎縮。2005 年明顯好轉，農業保險保費收入為 7.5 億元，賠款支出 5.8 億元，農業保險覆蓋了 4,000 萬畝糧食作物及 1.1 億頭家禽與牲畜。

在試點地區中，吉林省有 14 萬戶農民投保；在江蘇淮安，小麥保險覆蓋面達 83%，水稻保險覆蓋面達 78%；在黑龍江墾區，投保面超過 80%，達 2,230 萬畝；在新疆，國家戰略物資棉花的投保面達 67%。上海市則是中國農業保險試點頗為成功的地區，該市於 1982 年由中國人民保險公司上海分公司開展了奶牛、養豬保險，經過一段摸索時期，於 1991 年，上海成立由市、區（縣）兩級政府組成的農業保險基金管理委員會，並實行以區（縣）為單位，農業保險單獨列帳、獨立核算，由人保公司代理，結餘留作地方農業保險風險基金的經營體制，業務主要包括種植業、養殖業及農村建房三類保險。營運原則有四：一是誰投保誰受益原則；二是社會共濟原則，即農保基金每年除用於正常賠付、防災防損外，多餘部分逐年積累，以防大災之年；三是公共選擇原則，即原則上自願投保，但對政府獎勵或政策引導或符合農業產業政策調整的農業保險項目，由地方政府推動或安排統一投保；四是政府扶持原則，即鑑於農業保險的高風險、高成本、高賠付，虧損機率遠高於其他險種，因此上海各級政府均給予大力支持。在這種情況下，上海農業保險的險種從 1991 年的 11 種擴大到 2003 年的 22 種。同期間，保費收入由 1,618 萬元增加到 7,922 萬元，理賠金額由 811

萬元提高到 3,241 萬元，風險基金也由 350 萬元積累到 19,400 萬元。

由上述可知，中國農業保險尚未在全國範圍內普遍建立，目前仍處於嘗試摸索的階段，但覆蓋面在逐漸擴大。鑑於農業保險對投保農民的基本生活及投保地區的農業再生產能力具有正面效果，是一種可以兼顧社會公平與經濟效率的農業制度，因此未來改進的途徑，首在確認農業保險不同於一般的商業保險，基本上，應定位於政策性保險，並據以制訂農業保險法，俾採取強制投保、政策補貼及租稅優惠，尤應建立巨災風險分散機制（例如以再保險方式分保到國外），至於經營模式則可因地制宜，做彈性的設計，惟均須納入整體的農業保險框架之下。

三、中國農民社會保障制度

中國雖然是社會主義國家，但是社會保障制度較已開發國家仍相當落後，此由其社保支出佔 GNP 比率即可看出，2004 年僅為 5%。同時，在城鄉之間尚採取差別對待之制度設計，極其有限的社會保障資源主要用於城鎮居民，此乃意味中國農民遭遇到疾病、老年、意外或貧困時，主要由家庭來解決，而非如城市家庭，可以依賴政府提供的各種社會保險及社會救助機制。再者，即使在農村，社會保障資源的分配亦不平均，主要集中於經濟較為發達的東部沿海地區，中西部農村極端缺乏社會保障，相關統計數據經整理如附表一所示。

中國農村社會保障制度的內涵主要分為農村醫療保障制度、農村養老保障制度、農村貧困救濟制度三類，另外還有比較特殊的優撫安置制度（主要對針對現役軍人、退伍軍人及其家屬），本文則就前三項制度加以說明。

（一）農村醫療保障制度

在 1979 年改革開放前的計畫經濟體制下，中國農村的醫療衛生服務體制主要由縣、鄉、村三級醫療衛生網、鄉村醫生隊伍（過去稱作「赤腳醫生」）及合作醫療制度構成。資料顯示，在 1975 年，全中國有「赤腳醫生」130 萬人，衛生員、接生員 360 多萬人，農村中有 70% 以上的大隊（現為行政村）實行了合作醫療制度，而到 1980 年該比率已提高到 90%。所謂合作醫療制度，即是由村級集體經濟組織（例如農業生產合作社）與農民自發性共同籌資建立衛生保健站，集體經濟組織從公益金撥出 15~20%，每個農民每年再繳少量的保健費，形成合作醫療基金，農民即可免費就醫，保健醫生（即上述「赤腳醫生」）的報酬則採取記工分（領取實物）及支付一定現金的形式。此一農村衛生服務模式主要是滿足農民的基本衛生需求，並無法處理重大疾病，但對中國當時嬰兒死亡率、產婦死亡率、人口死亡率的大幅下降，以及人均期望壽命的大幅提高貢獻至鉅，甚至受到世界衛生組織的高度肯定。

惟自改革開放之後，由於在農村實施家庭承包制，村級集體經濟組織近乎解體，

依托它的農村合作醫療制度亦難以運作，到 1985 年實行合作醫療的行政村下降到僅有 5%，主要分佈在上海及蘇南地區，而據中國衛生部於 1998 年進行的「第二次國家衛生服務調查」，農村居民享受合作醫療的僅佔 6.57%，亦即絕大多數中國農民必須自費就醫（註二）。再者，70%的鄉鎮衛生院陷入困境，50%的村衛生室變成私人診所，走向市場化、商業化，其後果則一方面反映在農村公共衛生及預防保健工作明顯削弱，各種傳染病及地方病死灰復燃；另一方面，農村醫藥費用卻不斷上漲，農民不堪負擔。一項 2003 年的調查顯示，由於醫療費用過高，農民有病時，45%應就診而不去就診，30%該住院而不住院，而因病致貧、因病返貧的農家更明顯增多。相關資料顯示，中國農村居民的死亡率幾乎是城市居民的兩倍，中國現有活動性肺結核病人 450 萬人，80%在農村，而感染愛滋病患者為 84 萬人（2003 年估計），將近 80%為農民。根據世界衛生組織（WHO）公布的「2000 年世界衛生報告」，在全世界 191 個國家及地區中，中國的衛生費用公正性指數為 0.638，居倒數第四位。

有鑑於此，中國政府於 2002 年正式決定建立農村新型合作醫療制度，其與過去的制度有許多不同點，主要如下：

1. 由政府主導而非如過去由鄉村社區自行組織。
2. 資金來源主要依靠政府財政支持，合作醫療基金籌資比例為：中央、地方財政各占三分之一，農民個人繳納三分之一，過去則是依靠農民個人繳納及村級集體經濟補貼。
3. 以「大病統籌」方式，解決農民因大病而出現的因病致貧、因病返貧問題，過去則主要解決小傷、小病。
4. 以縣（通常大縣人口有 100 多萬人，小縣有 20~30 萬人）為單位進行統籌和管理，互助共濟的作用較大，分擔風險的能力較高。過去則主要以村（2000 人左右）為單位統籌。
5. 配套建立農村醫療救助制度，設立由政府出資的專項基金，對農村貧困家庭及『五保』戶（詳見下述）直接提供醫療補貼。
6. 經濟發達地區鼓勵農民參加商業醫療保險（註三）。

該新型農村合作醫療制度係採取試點方式，逐步推行。截至 2004 年 6 月底，全中國有 310 個縣（市）開展新型合作醫療的試點工作，覆蓋 9,504 萬農業人口，實際參加人數 6,899 萬人，共籌集資金 30.2 億元，其中地方各級財政補助 11.1 億元，中央財政對中西部地區補助 3.9 億元。該制度預定到 2008 年將基本覆蓋全中國農村，亦即在全中國的農村建立合作醫療制度。同時，政府的補助也將增加（例如中央財政補助標準在原有每人每年 10 元的基礎上再增加 10 元），農民的繳費標準則不予提高。另外，2006 年也要完成縣級疾病預防控制中心的建設，重點加強鄉鎮衛生院建設，原則上，每一個鄉鎮要保留一個公立衛生院，每一個村至少要有一個衛生室。

就中國新型農村合作醫療制度的內涵來看，主要如下：

1. 合作醫療補償的類型有兩種：一為單純大病統籌補助（住院大額費用），一為大病、

小病兼顧（既補助院又補門診費用），在目前的試點地區中，前者佔 28%，後者佔 72%（註四），至於門診費用的補償模式又分為設立家庭帳戶及設立門診統籌基金兩種。

2. 合作醫療的管理模式按照經辦合作醫療基金支付業務的部門來分，有以下三種類型：
 - (1) 由衛生部門所屬合作醫療管理中心經辦，在目前試點中，佔 94%。
 - (2) 由社保部門所屬社保結算中心經辦，佔 2%，主要分佈在東部農業人口較少的地區。
 - (3) 由商業保險公司代理結算業務，佔 4%，主要分佈在東部一些經濟發達地區。
3. 合作醫療的運行機制，在資金籌集方面，原則上，農民個人每人每年繳費不低於 10 元。經濟發達地區可在農民自願基礎上，依據農民收入水準及實際需要相應提高繳費標準。中央財政對中、西部參加合作醫療的農民每人每年補助 10 元，中西部地區各級財政補助不得少於 10 元，東部地區各級財政補助以 20 元為原則。在醫療補償方面，基本上，對大額或住院醫療費用的補助有起付標準、農民共付比例及最高支付限額（亦稱『封頂線』）等設計，實際情況則根據各試點地區的籌資水平來決定。
4. 合作醫療的監督機制，在省、自治區、直轄市及試點地區人民政府成立新型農村合作醫療協調領導小組，負責政策協調、業務指導及督察，並在同級衛生部門設辦公室，負責具體工作。至於試點縣（市）尚成立縣（市）級新型農村合作醫療管理委員會，建立經辦機構，負責新型農村合作醫療的業務管理，在鄉（鎮）亦可設立派出機構（人員）或委託有關機關辦理。而縣級衛生行政部門則要確定新型農村合作醫療定點醫療服務機構、制訂和完善診療規範、實行雙向轉診制度、嚴格控制醫療收費標準等。

此外，為了加強農村藥品質量和購銷的監管，中國各省、自治區、直轄市的衛生行政部門要制訂新型農村合作醫療基本藥物目錄，並推行集中採購。而食品藥品監管局亦制定加強藥品質量及購銷監管的具體辦法，據以執行。在提高農村衛生技術人員的素質方面，除獎勵民辦醫療機構的發展外，並鼓勵鄉村醫生接受醫學學歷教育，預定到 2010 年全中國鄉村醫生至少要達到助理醫師執業資格。另外，自 2006 年 6 月起，由衛生部推動的「萬名醫師支援農村衛生工作」計畫已經開始執行，主要安排萬名城市醫生到農村醫院工作一年，並定期輪換，形成制度。

綜言之，中國新型農村合作醫療制度目前尚處於試辦階段，且具有因地制宜的特性。但整體的管理框架基本建立，也初步發揮減輕農民負擔的效果（一項調查顯示，農民住院費用相當於他的純收入的 86%，合作醫療補償則可降低 21 個百分點，亦即農民實際負擔住院費用為其純收入的 65%），農民健康獲得一定程度的社會保障（註五）。不過，從以上的說明中，我們也可看出該制度也存在許多問題，舉凡農村合作醫療的性質定位、農村合作醫療法的制訂、衛生與社保部門的整合與分工、實施範圍的擴大、與城市醫療保險制度的接軌、醫療基金籌資水平與補償比例的提高、道德危

險的防止、基層醫療基金的有效管理、醫療費用的合理管制、基層醫療機構質量的提升、民間醫療機構的擴大參與等等，均待解決。

（二）農村養老保險制度

中國在 1979 年改革開放前的計畫經濟體制實施期間，農村並未建立社會性的養老保險制度，家庭在老年的贍養上扮演重要角色，而人民公社等集體也為老年農民提供一定的生活保障，例如保障基本的食物供給。在改革開放之後，由於推行家庭承包制，老年農民則是依賴家庭保障及土地保障，惟由於農村計畫生育政策的執行，以及工業化、都市化的影響，農村家庭結構發生變化，平均每戶人數由 1978 年 4.55 人下降到 2004 年 3.08 人，兼以農村人口高齡化現象日益明顯（註六），致使傳統的家庭養老方式面臨挑戰，而承包的土地是否可視為對老年農民的保障亦遭到質疑。因此在 1980 年代，由中國民政部門主導進行了多種農民養老保險制度的嘗試，直到 1992 年方正式出台『縣級農村社會養老保險基本方案（試行）』，主要內容如下：

- (1) 以保障農民的基本生活為目的，效益優先兼顧公平。
- (2) 農民養老保險採取政府引導、推動，農民自願參加的方式，資金籌集採取「個人繳費為主、集體補助為輔、國家予以政策扶持」的原則。政策扶持主要表現在鄉鎮企業職工參加養老保險可以稅前列支，保險基金運營中免征增值稅等。
- (3) 建立個人帳戶，將個人繳費和集體補助都記在個人名下，未來領取養老金的數額主要取決於個人帳戶資金積累的多少，個人保險金可以繼承。
- (4) 養老保險基金籌措、管理、運營，以縣為單位。
- (5) 農村各類從業人員適用統一的社會養老保險制度，實行務工、務農、經商等各類人員養老保險一致化，對參保人員進行統一保險編號，對個人帳戶進行統一管理。
- (6) 保險對象一般從 60 歲開始領取養老金，保證期為 10 年，未領夠 10 年身故者，由其法定繼承人或指定受益人繼續領取到 10 年期滿為止，或一次性繼承。領取超過 10 年者，則一直領到身故為止。月領取標準計算公式為：月領取標準（年滿 60 周歲的次月）=0.008631526* 積累總額。

到 1995 年底，全中國有 1,500 多個縣開展上述養老制度，近 5 千萬農業人口（含鄉鎮企業職工）參加農村社會養老保險，佔農村總人口 5.8%，積累保險基金 50 多億元。嗣於 1998 年，由於中國國務院機構改革，農村社會養老保險劃歸新成立的社會保障部負責管理，並進行清理整頓，直到 2002 年，該部正式提出農村社會保障工作宜在有條件的地區逐步實施，同時研究探索適合農民工、失地農民、小城鎮農轉非人員特點的養老保險辦法。到 2003 年底，全中國有 1,870 多個縣（市、區），65% 的鄉鎮開展了農村養老保險，參加農村養老保險的農民為 5,428 萬人，養老保險基金積累總額為 259.3 億元，共有 198 萬參保農民領取了養老金，當年支付保險金 15 億元。

就實際操作面來看，東部沿海地區試行成果顯著優於中、西部地區，上海、江蘇、山東已達到較高的覆蓋率，茲簡略說明主要的三種模式如下：

1. 蘇南模式

蘇南農村目前的老年保障模式是一種多形式並存的局面，基本特徵是「以家庭保障為基礎，社區保障為核心，商業性保險為補充」，上海市農村也屬於這種類型。這種社區保障是社區範圍內統籌的制度，社區成員一般都享有類似的保障福利而不受其就業的那個企業的經營狀況的直接影響。在資金上，主要依賴社區公共資金的投入，而社區公共資金又主要來源於鄉鎮企業的盈利。蘇南是中國鄉鎮企業較為發達的地區，因此集體有能力對社區成員的養老提供一定程度的保障。民政部門推動的農村社會養老保險在這一地區也有較高的覆蓋面，但在資金籌集上，蘇南模式有其獨特之處：一是集體補助所佔比例較高；二是基金籌集標準不是按照『基本方案』中的 10 個等級，而被大大提高，以適應當地的生活水準，確實保障老年農民的基本生活。例如上海嘉定區的實際操作中，個人年繳費標準分為三檔：240 元、180 元和 120 元。企業繳費則按企業不同性質區分不同的繳費標準：農村「三資」企業，按上月農方職工工資總額的 25.5% 繳費；農村私營企業按上年度計稅工資標準的 25.5% 繳費；農村個體工商戶，戶主按上年度計稅工資標準的 10%，為本人和農民幫工繳費。

2. 山東模式

整個山東省的農村養老保障仍以家庭保障為主，但它是農村社會養老保險幾個試點地區之一，也是投保絕對人數最多的省份。在資金籌集方面，是按照『基本方案』的規定來實行，以個人繳納為主，集體補助的比例很小，只佔已繳納保險基金的 15%。而且其中的絕大部分是補助給村幹部、鄉鎮企業職工等特殊職業的人口。山東省農民的投保標準普遍很低，一般都是 2~4 元/月的水平，因此，未來的養老保障能力也很低。

3. 廣東模式

確切的說，廣東模式也是一種社區保障模式，通過股份合作制鄉鎮企業中的年齡股和集體股來實現對農村老年人口的經濟保障。所謂年齡股就是個人所擁有的股份數額隨年齡的增長而增加，因此，老人總能擁有較多的股份。集體股是屬集體經濟組織或企業所有者所有，集體股的主要用途之一是作為公益金，老年福利支出是公益金十分重要的一個組成部分。

由上述說明可知，中國農村養老保險制度尚在初步建立階段，由於採取「個人繳納為主，集體補助為輔，國家政策扶持」的原則，不具強制性，而政策扶持主要表現在鄉鎮企業職工參加養老保險，集體補助部分可稅前列支，大部的農村務農人口享受不到此一租稅優惠，以致該養老保險制度的覆蓋面及保障程度均低，自是意料中事。考諸已開發國家建立養老保險制度的經驗，農村部門通常落後城市部門相當長的時間，例如美國是 55 年、日本 30 年、德國 68 年等，兼以中國目前經濟發展水準落後已開發國家甚多，因此，中國農村社會養老保險制度要全面建立，尚需假以相當時日，惟現階段對養老保險的籌資方式、管理機構的設置、基金的管理、城鄉養老保險的銜接等問題，仍須積極進行深入探討。

(三) 農村社會救濟制度

社會救濟制度或救助制度主要針對一國的貧困人口，由國家提供實物及現金救濟，以及各種服務，以使其生活得到基本保障。它與社會福利、社會保險構成社會保障的三大支柱。根據 2004 年中國農村貧困狀況監測公報，農村絕對貧困人口的標準為人均收入 668 元。基此，中國農村於 2004 年底尚有絕對貧困人口 2,610 萬人，佔農村人口 2.8%，主要分佈於中、西部地區，分別佔 35.7% 及 50.0%。一般而言，這些貧困人口中，五分之一為『五保』戶，三分之一為殘障者，四分之一為居住在不適宜人類生存、條件惡劣的地區。針對這些貧困人口，中國實施的社會救濟方式主要有最低生活保障、『五保』供養、扶貧開發、民政扶貧、災害救助、社會幫扶、社會捐增等，以下就較重要的最低生活保障制度、『五保』供養制度及扶貧開發計畫做一說明。

1. 最低生活保障制度

1995 年之前，在中國農村，政府只對『五保』戶和困難人口提供救濟，由於覆蓋面狹窄，保障度過低，因此於 1995 年開始建立農村最低生活保障制度。根據中國國務院「關於在全國建立最低生活保障制度的通知」，各地制定的本地區農村最低保障生活制度，將救助對象的標準分為四類：一是家庭成員均無勞動能力或基本喪失勞動能力的無勞動能力戶；二是家庭勞動力嚴重殘疾生活確有困難者；三是家庭勞動力因常年疾病確有困難者；四是家庭主要成員因病、災死亡而子女均不到勞動年齡生活特別困難者。實施最低生活保障所需資金由各級財政分級負擔，用於保障救助對象最低層次的生活需要和基本需求。從 1997 年開始，有條件的地區逐步建立起農村居民最低生活保障制度。據統計，到 2004 年，共有 1,206 個縣（市）建立了農村最低生活保障制度，有 238.6 萬戶家庭（共 496.4 萬村民）得到最低生活保障，其中，『五保』戶 32 萬戶，佔享受低保戶的 60%，其他人員 63.6 萬戶，佔享受低保戶的 26.7%。至於農村低保資金一般由地方財政和鄉村集體共同承擔，最低保障金額一般在每人每年收入 600~1200 元之間，最高的廣東省達到 3000 元，全中國平均年補助水平為人均 312 元。由於缺少中央財政支持，而農村稅費改革使鄉鎮經費大幅減少，以致農村低保資金嚴重不足，進而導致保障待遇標準較低、覆蓋範圍較窄之現象。

2. 『五保』供養制度

中國農村『五保』制度係於 1960 年正式建立，政府規定集體經濟必須保障農村農民中無法定扶養義務人、無勞動能力、無生活來源者（一般稱為『三無』）的吃、穿、住、醫、葬（孤兒保教），且『五保』供養標準不低於當地農民一般的生活水準。改革開放之後，集體經濟組織紛紛解體或變質，『五保』供養的資金來源發生問題，從 1985 年起，實施改由『鄉統籌，村提留』解決經費的辦法，以期保證該制度得以繼續存在。到 1994 年，中國國務院頒佈『農村五保供養工作條例』，對『五保』對象的評定登記、供養標準、『五保』內容、供養形式、經費來源等均加以規定，初步走向制度化、規範化。惟 1999 年實施農村稅費改革之後，由於經費短絀，嚴重影響『五

保』供養制度的推行，例如 2002 年底，全中國農村分散供養『五保』對象 212 萬人，佔 78.3%，集中供養只佔 21.7%，供養標準亦大幅下降，有些縣甚至不及當年的貧困線（年人均 625 元）。迄 2006 年 3 月，中國國務院修訂通過『農村五保供養工作條例』，明確規定『五保』供養資金在地方人民政府預算中安排，中央對財政困難地區的農村『五保』供養給予財政補助，正式將該制度納入公共財政範疇。其他修訂內容尚包括改進審批管理程序、建立供養標準自然增長機制、加強『五保』供養服務機構建設與管理、保障『五保』供養對象的合法財產權利等。

據統計，截至 2005 年底，全中國納入『五保』供養的有 328.5 萬人，年人均供養水平為 989.7 元。全國建有敬老院 32,572 所，集中供養『五保』對象 63.2 萬人。由上可知，該制度雖已實施近五十年，但受限於經費，無論覆蓋面及保障度均過於狹窄，是否足以保障『五保』對象的基本生活不無疑問。

3. 扶貧開發計畫

中國具有真正意義的扶貧始於改革開放之後，而開發性扶貧係由中國國務院貧困地區經濟開發領導小組來實施，重點置於中西部貧困地區整體的區域性開發，透過國家的財政撥款、金融支持、地方協作、社會力量、國際援助等方式，重點支持貧困地區（指 1992 年農民人均純收入低於 400 元的縣，共 592 個被選定為固定貧困縣）的整體性經濟發展，此即 1994 年中國國務院制定的「國家八七扶貧攻堅計畫」（「八七」指用七年時間解決貧困地區 8,000 萬貧困人口的溫飽問題），於 2001 年並頒佈『中國農村扶貧開發綱要（2001~2010 年）』，以繼續推動。截至 2003 年底，中國政府在該 592 個固定貧困縣累計修建基本農田 400.8 萬公頃、新增公路 32 萬公里、解決 5,351 萬人和 4,836 萬頭牲畜的飲水困難，通電、通路、通郵、通話的行政村分別達到 95.5%、89%、69%、67.7%。貧困縣平均人均收入占全國平均農民平均收入的比率由 1994 年 53% 提高到 1998~2000 年間的 60%，惟其後則呈下降趨勢，2004 年該比率為 46%。此一開發性扶貧工作實尚待加強，應考慮與『西部大開發計畫』相結合。

四、小結

根據中國 2000 年第五次全國人口普查資料顯示，中國城鎮人口為 4.56 億人，佔總人口 36.1%，農村人口為 8.27 億人，佔總人口 63.9%，而近年來農村社會保障支出佔全中國社會保障支出的比率卻不到 2%，該比率雖可能有低估之嫌（例如未考慮上述開發性扶貧），但中國社會保障支出在城鎮與農村之間的分配與人口分配明顯失衡，殆無疑義。其差異則具體表現在城鎮與農村社會保障制度的完全不同，這也是中國城鄉二元結構的主要表徵。在中國城市，社會保障制度項目主要有養老保險、醫療保險、工傷保險、失業保險、生育保險、最低生活保障制度，以及各種福利（包括住屋、教育、糧油副食補貼等），但在農村，上述各種保險或在試點或尚未建立，社會救濟及福利也相當有限，此種社會保障制度的城鄉差別待遇（詳見附表二）將使中

國城鄉所得分配不均的問題更行惡化，如何早日在社會保障制度方面做到城鄉一致，甚至做到農村優於城鎮，實是中國政府急須優先處理的重大課題。

附表一 近年來中國社會保障主要指標之變化

| 年份 | 社保支出總額 | 農村社保支出比重 | 建立農村社保的鄉鎮數 | 農村社保覆蓋率 | 社保支出總額佔 GDP 比重 |
|------|--------|----------|------------|---------|----------------|
| 1991 | 1,736 | 2.53 | 13,322 | 24.2 | 8.0 |
| 1992 | 2,090 | 1.91 | 14,490 | 29.9 | 7.8 |
| 1993 | 2,681 | 1.57 | 14,841 | 30.8 | 7.7 |
| 1994 | 3,294 | 1.49 | 14,854 | 30.8 | 7.0 |
| 1995 | 4,043 | 1.58 | 15,377 | 32.7 | 6.9 |
| 1996 | 4,715 | 1.74 | 15,751 | 34.8 | 6.9 |
| 1997 | 5,300 | 1.60 | 17,795 | 39.6 | 7.1 |
| 1998 | 5,645 | 1.72 | 18,749 | 41.7 | 7.2 |
| 1999 | 5,689 | 1.71 | 19,096 | 42.9 | 6.9 |
| 2000 | 5,962 | 1.71 | 18,855 | 43.3 | 6.7 |
| 2001 | 6,101 | 1.84 | 19,868 | 50.0 | 6.3 |
| 2002 | 6,132 | 1.92 | 19,899 | 50.7 | 5.8 |
| 2003 | 6,235 | 1.94 | 19,905 | 52.4 | 5.3 |
| 2004 | 6,387 | 1.84 | 19,917 | 53.3 | 5.0 |

資料來源：整理自王越『中國農村社會保障制度建設研究』第167~170頁。

說明：農村社保覆蓋率指建立農村社保鄉鎮數佔總鄉鎮數的比率。

附表二 中國城鄉社會保障制度的現狀對比

| 社會保障類型 | | 城市社會保障模式 | 農村社會保障模式 |
|--------|------|----------|------------------------|
| 社會保險 | 養老保險 | 保障方式 | 社會統籌和個人帳戶相結合 |
| | | 保障對象 | 城鎮所有勞動者 |
| | | 資金來源 | 國家、集體、個人共同承擔 |
| | | 統籌範圍 | 全省市 |
| | | 保障性質 | 強制性 |
| | | 資金運行 | 現收現付向半積累半現收現付制 |
| | | 醫療保險 | 社會統籌和個人帳戶相結合的醫療保險 |
| | | | 有條件地區實行養老保險 |
| | | | 個人繳納為主、集體補助為輔，國家予以政策支持 |
| | | | 全縣 |
| | | | 自願性 |
| | | | 完全積累制 |
| | | | 合作健康保險或合作醫療 |

| | | | |
|--------|--|---|--------|
| | 失業保險 | 保險費由企業按職工工資總額一定比例籌交 | 尚未建立 |
| | 工傷保險 | 普遍建立 | 尚未建立 |
| | 生育保險 | 普遍建立 | 一些地區試點 |
| 社會福利 | 職工福利、福利設施、福利補貼、休假與補貼 公辦福利：社區服務、福利院、敬老院、幹修所等 教育福利：九年制義務教育 | 公辦福利：五保戶供養、養老院、農村社區服務等； 教育福利：九年制義務教育 | |
| 社會救助 | 最低生活保障制度和城市扶貧 | 農村救濟、救災和扶貧 最低生活保障試點 | |
| 優撫安置 | 優待、撫恤、安置 | 優待、撫恤、安置 | |
| 自願補充保障 | 企業保障、商業保障 | 少量商業保險 | |

資料來源：摘自度國柱、王國軍『中國農業保險與農村社會保障制度研究』第 323 頁。

註一、中國政府每年亦直接投入資金，從事農村自然災害救濟，2003 年達到 53 億元。

而當年農業自然災害肇致的直接經濟損失為 1,884 億元，差距頗大。

註二、根據高夢滔等『中國 8 省農戶的醫療保障制度與健康風險管理分析』一文，2003 年對中國 8 個省的 49 個行政村（共計 1428 戶，8414 人）所做調查，受調查農民參加醫療保障的比率為 6.5%，自費比率為 93.5%。上述醫療保障中，合作醫療與商業保險分別佔 37.2%及 38.7%，另外則是其他型式的集資醫療、公費醫療等。

註三、根據高夢滔等『中國 8 省農戶的醫療保障制度與健康風險管理分析』一文所做調查，低收入組農民主要的醫療保障形式是合作醫療（佔 56.%），每年的醫療保障費僅為 17 元，高收入組農民的商業醫療保險比例最高（佔 49.1%），每年繳納的保費則為 621 元。

註四、根據高夢滔等『中國 8 省農戶的醫療保障制度與健康風險管理分析』一文所做調查，有合作醫療的 10 個村，其醫療補償方式如下：賠付大病和小病的部分醫療藥品費用佔 33.3%，只賠付大病佔 25%，只賠付部分住院費佔 16.7%，減免掛號費及一般處理費佔 25%。

註五、除新型農村合作醫療制度外，其他具社會保障性質的醫療保健制度尚有農村醫療救助制度，2005 年的村級覆蓋率達到 88%。至於兒童計畫免疫制度（指 0-1 歲兒童接種卡介苗等四種疫苗）及孕產婦保健制度（指孕產婦產前、產時、產後的檢查）的村級覆蓋率則分別為 80%及 40%。

註六、依據 2003 年中國第五次全國人口普查，65 歲以上人口為 8,811 萬人（其中農村老齡人口為 5,978 萬人，佔 67.4%），佔總人口 6.69%。另據預測，到 2015 年及 2030 年，中國 65 歲以上老人將達到 2.04 億及 3.73 億人，占總人口比重分別為 9.24%及 15.19%，而其中農村老年人口佔到 75%。依國際標準，自 2015 年開始，中國將進入典型的老齡化社會，主要將發生在農村。

參考文獻

1. 庹國柱、王國軍，中國農業保險與農村社會保障制度研究，首都經濟貿易大學出版社，2003年。
2. 王越，中國農村社會保障制度建設研究，中國農業出版社，2005年。
3. 劉翠霄，中國農民社會保障制度研究，法律出版社，2006年。
4. 許文興，農村社會保障，中國農業出版社，2006年。
5. 高夢滔、海聞、姚洋，中國8省農戶的醫療保障制度與健康風險管理分析，北京大學衛生政策與管理研究中心，2003年。
6. 毛正中，探索構建完善的中國農村醫療保障制度，人民網理論頻道，2006年。
7. 中國國務院新聞辦公室，中國的社會保障狀況和政策，2004年。
8. 中國國務院新聞辦公室，中國的農村扶貧開發，2002年。