

当代中国学术文库

医疗政策研究

福利型新农合

李斌◎著

FULI XINGXIN
NONGHE YILIAO
ZHENGCE YANJIU



经济日报出版社

代
中
国
学
术
文
库

医疗政策

福利型新农合
研究

李
斌◎著

FULI XINGXIN
NONGHE YILIAO
ZHENGCE YANJIU



 经济日报出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

福利型新农合医疗政策研究 / 李斌著. —北京:
经济日报出版社, 2015. 9

ISBN 978 - 7 - 80257 - 869 - 2

I. ①福… II. ①李… III. ①农村—合作医疗—医疗
保健制度—研究—中国 IV. ①R197. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 223047 号

福利型新农合医疗政策研究

作 者	李 斌
责任编辑	张 丹
出版发行	经济日报出版社
地 址	北京市西城区右安门内大街 65 号 (邮政编码: 100054)
电 话	010 - 63567960 (编辑部) 63516959 (发行部)
网 址	www. edpbook. com. cn
E - mail	edpbook@126. com
经 销	全国新华书店
印 刷	北京彩虹伟业印刷有限公司
开 本	1/16
印 张	27. 5
字 数	479 千字
版 次	2016 年 1 月第一版
印 次	2016 年 1 月第一次印刷
书 号	ISBN 978 - 7 - 80257 - 869 - 2
定 价	88. 00 元

版权所有 盗版必究 印装有误 负责调换

作者简介

李 斌 1963年1月生，湖南省武冈市人。中南大学社会学系教授，博士生导师，中国社会学会常务理事，教育部高等学校社会学类专业教学指导委员会委员，教育部新世纪优秀人才，《中国社会科学》《社会》外审专家。先后主持各类课题30余项，其中国家重大招标课题1项，国家社会科学基金重点课题1项，国家社科基金一般课题2项，教育部人文社会科学基金课题1项。出版专著4部。主编社会学教材1部，主编“和谐中国”、“经验中国”、“创新中国”学术书系3套，“普通高等学校社会学创新规划教材”1套，发表学术论文80余篇。

本研究系中国社会科学基金项目“巩固与发展新型农村合作医疗制度研究”（编号：09BSH062）成果，国家社会科学基金重大招标课题“新型城镇化背景下的城乡关系研究”（编号：15ZDA044）阶段成果。

目 录

CONTENTS

导 论	1
一、国外学者的相关研究 2	
(一)对医疗制度的研究 3	
(二)对医疗机构的研究 7	
二、国内相关研究 11	
(一)旧农合制度的历史遗产 11	
(二)新农合制度的发展 13	
三、研究方法与调查地点选择 18	
四、主要观点 19	
第一章 新农合前农村居民的病患观念.....	22
一、病患的概念 22	
二、农村居民的病患观与健康贫困 24	
(一)村民的“健康”与“病患”观的建构 25	
(二)村民的健康意识 28	
(三)村民主观认定的致病原因 29	
(四)K 村农民的病患谱 30	
(五)K 村居民的疾病与其经济状况 32	
(六)职业病与健康—贫困反应链 34	
三、健康公正如何可能 37	

第二章 农民工的医疗保障 39

- 一、农民工医疗问题研究 40
 - (一) 国外相关研究 40
 - (二) 国内对农民工医疗问题的研究 45
- 二、研究思路 49
- 三、研究方法 50
 - (一) 资料收集方法 50
 - (二) 调查地点 51
 - (三) 调查样本 53
- 四、农民工面临的健康问题 54
 - (一) 看病难、看病贵 54
 - (二) 职业病正威胁农民工 54
 - (三) 农民工工作生活条件较恶劣 55
- 五、农民工医疗保障意识、现状及行为 56
 - (一) 农民工的健康意识 56
 - (二) 农民工健康状况与承受的威胁 61
 - (三) 农民工的医疗保障意识 67
 - (四) 农民工参与的城乡医疗保险 70
 - (五) 农民工参与医疗保障的个体差异性 73
 - (六) 农民工的医疗行动 76
- 六、用人单位规避农民工健康问题 79
- 七、医疗保障制度对农民工没有约束力 83
 - (一) 医疗保障制度设计存在问题 83
 - (二) 医疗保障制度运行效果差 84

第三章 参合农民的出资意愿 87

- 一、问题的提出 87
 - (一) 筹资模式 89
 - (二) 合作医疗中的筹资理论及其实践 90
- 二、研究方法与样本选择 94
 - (一) 研究方法 94
 - (二) 样本选择 95

(三) 样本概况	97
三、农民的出资意愿	98
(一) 新农合的筹资标准	98
(二) 参合农民对现行筹资水平的感受	100
(三) 农民的主体特征影响出资行为	101
(四) 民间话语影响农民出资意愿	106
四、就医行为与农民出资意愿	110
五、政府行为与农民出资意愿	111
六、发现与讨论	113
 第四章 新农合制度的报销行为分析	 115
一、问题的提出	115
二、研究对象	120
(一) X 县及新农合简介	120
(二) 问卷样本	121
三、新农合的报销政策	122
四、新农合的报销制度及运行	127
(一) 针对不同就诊机构而设的报销制度	127
(二) 针对疾病而设的报销制度	137
五、报销制度运行结果	142
六、报销补偿政策的关键问题	146
(一) 补偿比的设置	146
(二) 起付线的设定	148
(三) 封顶线的确定	149
 第五章 村医的行动逻辑	 151
一、问题的提出及研究对象的限定	151
二、制度变迁规制村医行为	153
(一) 集体性: 旧农合时期的赤脚医生	153
(二) 个体性: 市场转型期的村医	155
(三) 变通性: 新农合时期的村医	156
三、讨论	160

第六章 乡镇卫生院的行动逻辑 162

- 一、乡镇卫生院的发展 164
 - (一) 乡镇卫生院发展的阶段特征 164
 - (二) 乡镇卫生院面临的困境 169
- 二、理论判断 170
- 三、研究地点的选择 172
- 四、乡镇卫生院职能变迁 174
 - (一) 卫生院基本情况 174
 - (二) 卫生院的发展 175
 - (三) 卫生院职能变迁 179
 - (四) 新农合制度规范乡镇卫生院 181
- 五、乡镇卫生院与各级政府关系的变化 183
 - (一) 卫生院与县以上政府的关系 183
 - (二) 卫生院与县卫生局的关系 184
 - (三) 卫生院和乡镇政府的关系 186
- 六、乡镇卫生院在医疗体系内部的变化 188
 - (一) 乡镇卫生院与县级医院的关系 188
 - (二) 乡镇卫生院与底层个体医生的关系 193
- 七、乡镇卫生院的组织行为 200
 - (一) 追求组织效益 200
 - (二) 追求合法性 206
 - (三) 两种机制及其转换 211
- 八、新农合制度的约束性 212
 - (一) 新农合制度的合法性要求 213
 - (二) 合法性机制分析 214
- 九、发现与讨论 215
 - (一) 发现 215
 - (二) 对策建议 217

第七章 县医院的行动逻辑 219

- 一、问题的提出 219
- 二、研究地点的选择 221

三、新农合制度对县级医院产生的影响	222
四、县级医院对新农合制度的回应	226
(一) 程序住院	227
(二) 过度医疗	228
五、讨论	230
第八章 新农合的分流机制	232
一、问题的提出	232
(一) 国外医疗服务等级体系	234
(二) 国内医疗机构体系的就诊率	236
(三) 影响患者分流的因素	237
二、研究设想与对象设定	239
(一) 研究假设	241
(二) 研究对象设定	243
三、新农合的制度取向	245
(一) 有关分流的制度规定	245
(二) 制度产生的分流结果	249
(三) 对分流结果的分析	253
四、医疗机构的策略	254
(一) 村卫生室吸引患者的策略	256
(二) 乡镇卫生院吸引患者的策略	257
(三) 县医院吸引患者的策略	258
五、参合农民的就医选择	259
六、发现与讨论	260
(一) 发现	260
(二) 讨论	261
第九章 新农合转变农民就医理性	264
一、问题的提出	264
二、分析框架:客体理性与主体理性	265
三、参合农民就医理性转移	267
四、讨论	271

第十章 医患关系变动..... 274

- 一、问题的提出 274
- 二、国内外研究回顾 275
 - (一) 医患关系的三个视角 275
 - (二) 医患关系及其紧张化解 283
- 三、新农合制度变动医患关系 286
 - (一) 新农合制度规范化程度提升 287
 - (二) 新农合制度帮助医患关系回归理性 289
 - (三) 医院服务规范化促使医患关系变化 291
- 四、医患关系的结局 292
 - (一) 医院的组织行为影响医患关系 292
 - (二) 影响医患关系图式结局的要素 294
 - (三) 构建好的关系结局 297
- 五、发现与建议 298
 - (一) 发现 298
 - (二) 政策建议 299

第十一章 新农合利益相关者之间的关系 301

- 一、问题的提出 301
- 二、研究样本的选择 302
 - (一) 研究地点的选择 302
 - (二) 调查方式以及样本构成 302
- 三、参合农民与政府之间的关系 303
 - (一) 新农合前:农民与国家的关系 304
 - (二) 新农合实施:农民与国家之间的关系 305
- 四、农民和医疗机构的关系 307
 - (一) 农民与县医院之间的关系 308
 - (二) 农民与镇医院之间的关系 310
 - (三) 农民与村卫生室之间的关系 312
- 五、农民之间的关系 315
 - (一) 新农合制度有利于维护家庭关系 316
 - (二) 新农合制度有利于维持既有的邻里关系 317

六、参合农民对利益相关者的评价	318
七、发现与讨论	321
(一) 研究发现	321
(二) 讨论	322
第十二章 新农合整合逻辑:文本与实践	324
一、问题的提出	324
二、研究设计	327
(一) 研究判断	327
(二) 研究框架	328
(三) 调查地点选择	329
三、整合或分化:新农合制度文本	331
(一) 国家层面的制度文本	331
(二) 省级层面的制度文本	334
(三) 县级层面的制度文本	337
四、整合与分化:新农合制度实践	340
(一) 筹资环节的实践机制	340
(二) 补偿环节的实践机制	347
(三) 补偿机制整合的可能性	355
五、整合效益:参合农民的评价	356
(一) 参合率反应信任度	356
(二) 农民对新农合制度的评价	358
六、新农合制度整合之可能	359
(一) 新农合制度整合的基础	359
(二) 新农合制度整合之可能选择	360
第十三章 新农合整合逻辑:经验与效果	362
一、社会整合及其途径	362
二、认知整合:农民的认同度	365
(一) 农民对政府的认同	365
(二) 农民对新农合制度的认同	370
(三) 农民对医疗机构的认同度	375

三、行为整合:参合农民的就医行为	376
(一)农村医疗服务体系整合	376
(二)农民就医行为的整合	378
四、关系整合:新农合制度变动农村中群体的关系	379
(一)农民之间的关系	379
(二)农民与干部的关系	380
(三)农民与医疗机构的关系	381
五、讨论与发现	382
(一)基本发现	382
(二)讨论	383
讨论与建议	385
参考文献	388
附 录	403
后 记	427

导 论

健康是人生活与生命内涵的重要部分,也是社会制度与社会活动的重要层面。因此,健康问题内含众多核心价值。它不仅反映国家发展实力、体现发展阶段,也反映了国家对国民的态度,更体现人与人之间人性关怀的程度。一个国家的居民健康与否,直接关系到这个国家的社会经济发展和居民的生活质量。于是,健康问题也就逐步成为现代社会必须面对的核心主题。一般来说,在一定的经济水平下,一个社会中居民的健康状况与其医疗体制以及医疗机构有很大的关系。健康政策是社会选择,处理日益复杂问题的方式往往是忽略既有的对立、矛盾与分裂。^①

中国目前处在社会转型^②过程之中,社会转型过程中出现的诸多问题之一就是我国农村居民“看病难、看病贵”的趋势日益严峻。1996年12月召开的全国卫生工作会议把建立县乡村三级卫生服务网、合作医疗制度和乡村卫生队伍作为三大支柱。1997年着手恢复与重建合作医疗制度。2002年10月,中国政府提出要在我国

① Julio Frank. 2006. Bridging the divide: global lessons from evidence - based health policy in Mexico, *The Lancet*, Sep 9 - Sep 15. 368, 9539; Academic Research Library, p. 954.

② 法国社会学家图海纳将社会转型的特点概括为体制、社会及文化上的断裂。中国社会转型所发生的“断裂”或许在这三个方面都有体现,参见阿兰·图雷纳:《20世纪的社会转型》,载中国社会科学杂志社编:《社会转型:多文化多民族社会》,社会科学文献出版社2000年版。我国的二元社会结构、市场经济、城市化等方面发生的重大变化是影响我国医疗体制的重要因素。

我国进入转型社会,主要有四大标志:第一,政府威信在不断下降;第二,有组织地不负责任现象比较突出;第三,理论的不在状态和现实的不在场;第四,主体意识的崛起。另外还有五大问题:第一,贫富差距持续扩大,我们的财富分配变成了“一九开”;第二,三农问题日益突出;第三,腐败问题趋于恶化;第四,就业问题非常严重;第五,社会信任出现危机,参见竹立家:《中国社会颠覆性问题:贫富差距大,腐败趋于恶化》,京华时报,2013-08-12, <http://politics.people.com.cn/n/2013/0812/c70731-22525003.html>。

农村地区逐步建立起由政府组织、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。这一制度被称为“新型农村合作医疗制度”(以下简称“新农合”或“新农合制度”)。从2003年起中央财政对中西部地区除市区以外参加新型农村合作医疗的农民每人每年给予10元的补助资金,地方财政补助每人每年不低于10元,农民自己出资10元。这标志着新型农村合作医疗试点工作全面展开。2009年1月21号,国务院总理温家宝主持召开国务院常务会议,会议决定,三年内使城镇职工和居民基本医疗保险及新型农村合作医疗参保率提高到90%以上。2010年,对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元,2011年提升到200元,2012年为240元,2013年280元,2014年有些地方达到1000元。与此同时,农民个人的缴费标准、报销比例和支付限额均有较大幅度提升。国家在对待农村医疗保障问题的态度上,逐步从社区医疗筹资模式中走了出来,将合作医疗制度作为国家福利来传达,^①进而提升“福利政治”的合法性程度。^②

然而,如何以最低成本为本国居民提供优质、高效、公平的医疗服务一直是各国医疗卫生事业可持续发展的世界性难题。长期以来,我国城乡医疗资源分配严重不公,医疗卫生资源分配与需求呈“倒金字塔模型”,处于顶端的是数量较少、但占据最优质的卫生医疗资源的大型医院,这些医院医疗设备先进,医务人员的技术水平很高;而处于金字塔底端的是数量众多、但缺乏资金和技术的乡镇医院、社区医院等机构,因为财政困难,设备陈旧,高素质人员缺失,医疗水平很难提高。医疗资源的城乡分配不均严重损害了我国广大农民的健康权益。新农村合作医疗制度的推行力在改变既有的医疗卫生资源的不均衡性,协助或者督促基层医疗卫生事业的发展。那么,新农合从作为试点以来的十多年,是否达到了制度设计目标或者在多大程度上接近目标,其中需要的改进是什么,怎样才能够使新农合制度本身有利于农村居民,一方面抵制“因病致贫,因病返贫”的发生率,同时又能够作为国家反贫困战略的一部分,切实抵御因疾病带来的风险;另一方面,新农合制度作为一个变动地方发展状态的因子,各利益相关者的关系与行为如何变动,也是本研究关注的要点。

一、国外学者的相关研究

林德夫妇在其名著《中镇》中向我们展现了那个正处于现代化转型过程中的小

① 顾昕、方黎明:《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析》,《社会学研究》2004年第5期。

② 刘鹏:《合作医疗与政治合法性——一项卫生政治学的实证研究》,《华中师范大学学报(人文社会科学版)》2006年第2期,第24-31页。

镇,其与传统的现代的医疗卫生行为以及相互争斗的历史画面。小镇上同时存在大量的依靠巫医来治疗疾病的现象,即“非科学医学”,其对象主要是“生产阶级”;而所谓的“经营阶级”的家庭却珍藏或收集了一些家庭医学手册,体现了现代西方医学发展的成果。“在同一街区,有力图按现代方式保护自己及子女健康的母亲,也有主妇断然拒绝上门探视的护士”。^① 林德夫妇指出,“总的说来,米德尔敦人对健康的关心,无论从个人还是集体角度,都比 1890 年时提高了许多”。这说明,在现代化进程中,随着生活水平的提高、科学知识的普及以及人们理性水平的提升,思考能力的提高,人们越来越关心自己的健康状况,并以此来评判与影响政府政策。

(一) 对医疗制度的研究

1. 医疗卫生制度与政治、文化之间的关系研究

(1) 医疗制度折射一个国家的核心价值观念。Jennifer Prah Ruger(2008)^② 指出一个国家的主流价值观念深刻地影响这个国家的医疗健康政策。如:①福利经济与功利主义价值导向(Welfare Economic and Utilitarian Approaches)的健康政策往往会强调社会功利和福利最大化,依赖诸如成本-效益、成本-功利和成本-利益等经济技术,并将成本收益比率(cost-effectiveness or cost-benefit ratio)作为政策的评价标准。②自由共产主义价值导向(Liberal Communitarianism)下的医疗政策会强调全国性的卫生健康预算,以保证病人可以在不同水平的资源条件下做出选择。③平等机会和平等福利导向(Equal Opportunity and Equal Welfare)下的医疗政策就特别强调获取医疗产品的平等机会和手段,而不在乎平均享受医疗服务的结果。④自由主义和市场理论导向(Libertarian and Market-Based Approaches)下的医疗政策强调个人自由、自治是社会的首选价值,因此,政府角色是保障个人的权利,特别是财产权,这一理论不太支持医疗健康保障政策,它崇尚依据个人能力而获得医疗健康服务,因为医疗健康保障政策要求人们缴纳税收而妨碍个人自由、自治。⑤民主协商理论导向(Deliberative Democratic Procedures)指导下的医疗政策强调通过协商来限制保险费用和健康消费。安德南等(Adnan A Hyder etc. 2008)^③ 努力将道德纳

① [美]R. S. 林德、H. M. 林德:《中镇研究(米德尔顿)》,盛学文等译,商务印书馆 1999 年版,第 505 页。

② Jennifer Prah Ruger, Ethics in American Health; Ethical Approaches to Health Policy, *American Journal of Public Health*, October 2008, Vol 98, No. 1.

③ Adnan A Hyder, Maria Merritt, Joseph Ali, Nhan T Tran, Kulanthayan Subramaniamb & Tasleem Akhtar, Integrating ethics, health policy and health systems in low and middle-income countries: case studies from Malaysia and Pakistan, *Bulletin of the World Health Organization* 2008, 86:606-611.

入健康政策和健康体系的建设中。由于不同的核心价值理念往往决定医疗制度的走向,因此,改变人们的价值观念往往是变动医疗制度的前提。

(2) 医疗制度设置往往成为政治规训的工具。这种观点认为,医学有助于“规训”民众。米歇尔·福柯在其《临床医学的诞生》《疯癫与文明》等著作中从空间视角研究疾病与政治之间的关系,认为政府应更多地参与公共卫生,通过公共卫生政策和实践来“规训”百姓“身体”,形构“医学政治国家”。因此,医学因制度化而具有强烈的政治意识,进而与政治建构了共谋关系。

2. 医疗卫生制度建设方面的研究

(1) 全球化过程引导医疗健康政策的选择。David Stuckler、Martin McKee (2008)^①指出一个国家在全球化条件下有五种类型的健康政策可供选择:外交政策、保险政策、福利政策、投资策略和公共卫生政策。不同的政策选择会有不一样目标和优先考虑的疾病防御体系,以及机构设置。如作为外交政策的全球健康政策选择的目标是商贸、联盟、民主、经济增长等,而重点防治的疾病是类似艾滋病性质的全球性传染病。因此,提升疾病的防御能力往往需要拓展国家的防治机构与协调能力的增长;如果将医疗卫生制度作为保险政策对待,化解风险保障收益,医疗基金安全运行则是重要考量;而如果医疗卫生制度被作为福利政策,则医疗卫生资源被公平地分配就是主要议题;投资策略往往注重医疗与经济增长之间的联动;公共卫生政策核心是促进公共资源、基础卫生设施的建设。因此,全球化策略本身也会引发卫生政策不一致的走向,最终导致政策运行结果大相径庭。

(2) 医疗卫生制度建设方面的不同观点。广义上分析,医疗卫生制度涉及全社会所有成员,但是不同的个人以及群体的受益水平则大不相同。如何制定医疗卫生制度,让所有的利益相关者都能够表达其意愿和行动,本身就是民主化制度建设的体现。因此,与医疗健康制度相关联的利益相关者(stakeholders)必须参与制度制定过程,或者至少要参与到政策执行过程的讨论中(Sara Bennett et al. 2008)。^② Sabatier 和他的同事构思出一种复杂的交互式的政策发展模式,这一模式设想有不同的利益相关者(stakeholders)参与,这些利益相关者大致有:医院(服务提供者),病人(服务接受者),政府(服务提供者、补贴提供者,和管理者),第三方支付者(HMOs[Health maintenance organizations]和PPOs),医疗专业人员

① David Stuckler, Martin McKee. Five metaphors about global - health policy, *The Lancet*, Jul 12 - Jul 18, 2008, Vol. 372, 95 - 98.

② Sara Bennett, Taghreed Adam, Christina Zarowsky, Viroj Tangcharoensathien. From Mexico to Mali: progress in health policy and systems research. *The Lancet*. Nov 2008, 372:1571 - 84.