

广东省普通高校
人文社会科学
“十一五”规划
重点研究项目

新型农村合作医疗制度研究

*Research on New Rural
Cooperative
Medical System*

王碧华 著

 广东人民出版社
Guangdong People's Publishing House

广东省普通高校
人文社会科学
“十一五”规划
重点研究项目

新型农村合作医疗制度研究

*Research on New Rural
Cooperative
Medical System*

王碧华 著

广东人民出版社
· 广州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

新型农村合作医疗制度研究 / 王碧华著. —广州: 广东人民出版社, 2008. 8
ISBN 978-7-218-05895-5

I. 新… II. 王… III. 农村—合作医疗—医疗保健制度—研究—中国
IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 123375 号

责任编辑	谢海宁
封面设计	林小玲
责任技编	周 杰
出版发行	广东人民出版社
印 刷	广州伟龙印刷制版有限公司
开 本	880 毫米×1230 毫米 1/32
印 张	7.75
插 页	2
字 数	230 千
版 次	2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-218-05895-5
定 价	25.00 元

如果发现印装质量问题,影响阅读,请与出版社(020-83795749)联系调换。

【出版社网址: <http://www.gdpph.com> 电子邮箱: sales@gdpph.com】

图书营销中心: 020-37579604

前 言

改革开放 30 年，我国经济与社会发生了翻天覆地的变化。30 年前的改革始于农村，但 30 年后的今天，“三农”问题仍是中国经济社会发展的瓶颈。其中，农民因病致贫、因病返贫仍是一个突出问题。没有农村的小康，就没有全国的小康。实施新型农村合作医疗制度，是党中央、国务院着眼于建设和谐社会、实现全面小康社会目标，统筹城乡和经济社会协调发展，为切实解决“三农”问题，提高农民健康水平而做出的重大决策。2004 年以来，我参加了广州市人大教科文卫委员会卫生专业小组，对广州实行新型农村合作医疗制度的情况进行了一系列专题调研和跟踪调查，特别是到从化、增城农村的视察和调研，使我对农民看病贵、看病难问题有了更深刻的认识 and 了解，先后执笔撰写了多份调查报告，得到广州市人大和广州市政府主要领导及相关部门的重视和采纳。在此基础上，我将对农村合作医疗制度的关注与自己的课题研究相结合，从理论与实践结合的角度，对如何进一步完善这一惠及广大农民的医疗保障制度进行了思考和探讨，近 5 年来在专业期刊上发表了多篇探讨新型农村合作医疗制度的文章。本书是广东省普通高校人文社会科学“十一五”规划重点项目“新农村建设中的医疗保障制度研究”的最终研究成果。全书共分七章：

第一章，新型农村合作医疗制度的理论基础。本章分析了建立新型农村合作医疗制度的理论依据及其现实意义；概述了我国

党和国家主要领导人关于农村医疗卫生的一系列思想和观点。提出这些理论、思想和观点一并构成了中国农村医疗保障制度的重要理论框架。

第二章，农村合作医疗制度的历史变迁。本章考察了农村合作医疗制度历经萌芽与产生、普及与发展、衰退与解体、恢复与重建等阶段的变迁；分析了农村合作医疗的地位作用和历史贡献；总结了农村合作医疗发展的经验和衰退的教训。

第三章，新型农村合作医疗制度的特征与创新。本章阐述了我国建立新型农村合作医疗制度的必要性和重要性；分析了新型农村合作医疗制度与传统农村合作医疗制度、商业医疗保险制度的区别；探讨了新型农村合作医疗制度的性质和特征及创新之处。

第四章，新型农村合作医疗制度的运行机制。本章阐述了建立筹资机制、补偿机制和管理监督机制的原则、内容以及三者之间的关系，分析了筹资机制、补偿机制和管理监督机制的不同模式及其存在的问题和不足，探讨了完善筹资机制、补偿机制和管理监督机制的对策建议。

第五章，新型农村合作医疗制度的评价机制。本章首先阐述了新型农村合作医疗评价分类、评价方法、评价实施步骤等基本理论；其次分析了当前关于新型农村合作医疗评价研究的现状及薄弱环节；最后对广东省实施新型农村合作医疗制度的情况进行了总体评价。

第六章，新型农村合作医疗制度的可持续发展。本章分析了影响新型农村合作医疗制度可持续发展的主要因素，揭示了新型农村合作医疗制度实施中面临的一系列矛盾和挑战，提出从政府组织方、农民参保方、医疗服务方加以改进化解矛盾、应对挑战，并探讨了新型农村合作医疗制度可持续发展的主要路径。

第七章，国外农村医疗保障制度的借鉴与启示。本章对四种主要的国际医疗保障模式进行了比较分析，探讨了国外发达国家和部分发展中国家农村医疗保障制度的特点、筹资方式、管理体制、运行机制等，并对发展和完善我国新型农村合作医疗制度的有益经验进行了总结。

本书在构思和写作过程中，得到了广州医学院王小丽教授、刘俊荣教授、冯珊珊老师的大力支持和帮助；广东省卫生厅新农合办公室、广州市人大常委会教科文卫委员会、广州市卫生局新农合办公室为课题调研提供了便利条件，在此深表感谢！

王碧华

2008年7月18日

目 录

第一章 新型农村合作医疗制度的理论基础	1
一、农村合作医疗制度的相关理论分析	1
二、我国主要领导人关于农村医疗保障的思想及其评价	19
第二章 农村合作医疗制度的历史变迁	28
一、农村合作医疗制度的演变历程	28
二、农村合作医疗制度的地位、作用和经验	38
三、农村合作医疗制度兴衰的原因	41
第三章 新型农村合作医疗制度的特征与创新	54
一、新型农村合作医疗制度建立的必要性和重要性	54
二、新型农村合作医疗制度的性质与特征	59
三、新型农村合作医疗的模式创新	74
第四章 新型农村合作医疗制度的运行机制	85
一、新型农村合作医疗的筹资机制	85
二、新型农村合作医疗的补偿机制	100
三、新型农村合作医疗的管理监督机制	106
第五章 新型农村合作医疗制度的评价机制	117
一、新型农村合作医疗评价的基本理论	117
二、新型农村合作医疗评价的研究现状	126
三、新型农村合作医疗评价的薄弱环节	135
四、广东省实施新型农村合作医疗制度的总体评价	138

第六章 新型农村合作医疗制度的可持续发展	146
一、影响新型农村合作医疗制度可持续发展的主要因素	146
二、新型农村合作医疗制度运行中的矛盾和挑战	154
三、应对新型农村合作医疗运行矛盾和挑战的主要途径	158
四、新型农村合作医疗制度可持续发展的政策建议	163
第七章 国外农村医疗保障制度的借鉴与启示	173
一、国际医疗保障的主要模式	173
二、典型发达国家农村医疗保障制度及其启示	180
三、发展中国家农村医疗保障制度及其启示	197
附 录	212
中共中央 国务院关于加强农村卫生工作的决定	212
关于建立新型农村合作医疗制度的意见	221
关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知	226
关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见	232
主要参考文献	237

第一章 新型农村合作医疗制度的理论基础

理论来源于实践并指导实践。疾病风险理论、有效需求理论、市场失灵与国家干预理论、效用理论以及人力资本投资理论等为建立新型农村合作医疗制度作了理论铺垫，对新型农村合作医疗制度的建立和发展具有现实指导意义。我国党和国家四代领导人历来十分重视农民的健康和农村的医疗卫生问题，对农村医疗卫生的一系列客观理性的阐述构成了中国农村医疗保障制度的重要理论框架。

一、农村合作医疗制度的相关理论分析

（一）疾病风险理论

1. 疾病风险理论概述

疾病风险理论认为，风险是指损失的不确定性。疾病的发生是不确定的，具有风险的基本特性。第一，疾病风险具有纯粹风险性质。美国保险学家马伯来最先使用纯粹风险这一概念，指只有损失机会而无获利机会的风险。疾病发生不是人为行为所造成，又是难以避免的，其结果只有危机而无收益的可能。第二，疾病风险的发生具有客观性和永恒性。人们常说“好人一生平安”，这只是一种良好的愿望。现实生活中，人的一生无法避免疾病的侵袭和困扰。人们在与疾病的抗争中战胜了一种疾病，又可能发现新的疾病。正是大量疾病发生的这种客观性和永恒性的存在，才使人们有可能利用概率理论和数理统计方法计算其发生概率和损失幅度。第三，疾病风险发生的随机性。疾病风险虽然是客观存在的，但具体疾病风险的发生又是随机的，人们无法确定自己何时

患病，在什么地点患何种病，甚至疾病对人造成的伤害也是无法预测的。第四，疾病风险的外部性。由于传染性和遗传性疾病的存在，疾病本身具有很强的负外部特性，涉及的不仅仅是患者本人，还会对他人和人类群体造成健康伤害和生命威胁。此外，疾病风险还具有灾难性，疾患带来肉体上和精神上的伤痛和折磨，降低人们的生命质量，严重的经济负担会给家庭和社会带来很大的影响。

2. 疾病风险理论的现实意义

疾病风险理论揭示了疾病发生具有风险的基本特征，对我国推行新型农村合作医疗制度提供了理论基础，对于有效提高农民抗疾病风险能力具有现实意义。

(1) 我国农民风险反应不强烈，缺乏购买保险的意向。

疾病风险发生的不确定性和客观性，使得人的一生无法避免疾病的侵袭和困扰。风险是保险产生和发展的基础，保险是人类社会处理风险的一种手段。

但对于同一风险而言，不同的人或同一个人不同的环境中所做出的反应是不同的，这就是风险反应。风险反应是指人在不确定环境中的行为方式，是人们对风险的主观认识。一般而言，个人主观认定的结果与某一实际发生结果之间的差异越大，其风险反应就越大。在现实生活中，大的财团或收入可观的人们对未来抱更大的希望，个人认定的结果与实际发生的结果之间的差异较大，他们的风险反应较为强烈。人们买不买保险，往往不是取决于有没有风险存在，而是取决于人们的风险反应程度。人们的风险反应越强烈，买保险的意向越强烈。我国农民的经济状况并不乐观，他们对预期收入并不抱太大的希望，一般满足于清茶淡饭。因此，他们主观认定的结果与实际发生的结果差异不大。这种风险反应不强烈的趋势，使我国农民缺乏购买保险的意向。而且，对个人而言，疾病的发生具有随机性，农民普遍认为，与其花钱买保险，保障未来不知何时才发生的事情，还不如花钱解决现实生活中的问题。

(2) 我国农民经济收入普遍不高，抗疾病风险能力不强。

抗风险能力也可以理解为承担灾难的能力。一般而言，人们承担灾难的能力与经济实力成正比。我国农民经济收入不高，承担灾难发生的能力有限，一旦患病，在无力支付医疗费用的同时，又因不能参加劳动而失去经济收入。这就是长期困扰中国经济发展与社会公平的因病致贫、因病返贫的问题。

风险是普遍存在的，要对付风险就要付出成本。以最小的成本达到最大的安全保障就需要保险。人们购买保险并不能使风险事故所造成的总体损失降低，但是，对于被保险方来讲，购买了保险就会得到一种保障，从而提高人们的抗风险能力。有关资料显示，2005年广州市城市居民医疗保健占消费性支出比例是5.78%，农村居民医疗保健占消费性支出比例是6.24%^①。显然，农民医疗保健占消费性支出的比例高于城市居民，即农民的医疗消费倾向高于城市居民。

保险学的理论认为，抵抗疾病风险的能力与人们的经济收入、医疗消费倾向密切相关。医疗消费倾向与人们的收入成反方向，人们收入越高，医疗消费倾向越低；人们收入越低，医疗消费倾向越高。医疗消费倾向又直接影响人们抗疾病风险的能力，医疗消费倾向越低，显示人们抵抗疾病风险的能力越强；医疗消费倾向越高，显示人们抵抗疾病风险的能力越低。实际上，过高的医疗消费倾向说明医疗消费挤占了病患者正常的生活消费，引起生活水平的下降。因病致贫、因病返贫由此而来。我国农民医疗消费倾向高于城市居民的现实，说明了我国农民的经济收入不高，抗风险的能力极其有限。缺乏购买保险意愿，抗风险能力低下的社会群体，当然是防病治病的弱势群体，理应得到政府的关注。

(3) 新型农村合作医疗制度以经济利益为导向，调动农民购买保险的积极性，提高农民抗风险的能力。

由于中国农村幅员广大，人口众多，收入水平参差不齐，还难以推行规范统一的社会医疗保险制度。新型农村合作医疗制度由中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民安排补助资金，并要求地方财政对参加新型合作医疗的农民给予补助。这是以经济利益为导向，鼓励农民购买医疗保险，调动农民购买保险的积极性。或许，由于

政府投资力度有限,对农民参保的推动力还不尽如人意,但通过政府补助,调动农民购买医疗保险的理念是科学的,体现了我国政府愿意为缓解疾病风险承担重要责任。建立新型农村合作医疗制度,就是通过政府力量来推动农民增强抗风险能力的重要举措。

(二) 凯恩斯有效需求理论

1. 凯恩斯有效需求理论概述

凯恩斯是西方宏观经济学的开创者,他认为有效需求不足是资本主义经济危机的原因所在,市场机制对之无法解决。因此,国家必须采取强有力的财政政策手段对自由市场经济进行干预,通过政府有目的、有意识的财政支出与收入分配来影响消费需求。增加社会福利开支是扩大政府支出的主要手段之一,通过个人间的财政转移支付,给失业者、贫困者以救济,从而刺激消费需求。凯恩斯的反危机理论对普遍福利政策产生了直接的影响,为资本主义扩大政府干预范围,建立和健全社会保障制度,给社会撒下安全网提供了理论基础。其理论为依靠政府的力量,缓解经济危机,制定相应的经济政策和社会保障制度提供了理论基础。

健康经济学的医疗需求政策理论与凯恩斯有效需求理论有异曲同工之处。健康经济学的基本问题是风险厌恶和道德风险,医疗消费总是高度集中在一部分人身上,而对于个人来说,它又是不确定的。因此,为了避免巨额医疗账单,大部分人持风险规避态度,宁愿支付一定数额的保险费,投保后总是倾向于消费比不投保更多的医疗服务。这就是道德风险引发对医疗资源的过度需求。有效需求理论就是为从需求的角度控制成本提供强有力的理论基础,即医疗服务的使用对价格的变化产生反应,使政策决定者认识到部分负担制度可减少医疗服务使用。受上述研究结果的影响,全球多数国家的健康保险皆已实行各种不同形式的需求成本分担制度。应当看到,部分负担的方式,虽可达到抑制医疗服务需求进而降低医疗支出的目标,但它并非控制医疗费用增长的完美选择。

2. 凯恩斯有效需求理论的现实意义

(1) 有效需求不足造成农村卫生服务供过于求的假象。

在一般市场上,商品的需求、供给和价格互相联系,互相制约,供不应求和供过于求由价格的涨落反映出来的。在其它条件不变的情况下,价格上升,意味着供给不足而需求过度;价格下降则表明需求不足而供给过度。但在国家定价的情况下,确切地判断卫生服务是否存在供不应求或供过于求则比较困难。然而,待诊时间过长、诊疗时间过短、平均日诊疗数增加、排队住院,社会成员普遍会感到看病难、住院难等都是供不应求的表现;平均日诊疗数减少、病床空置率高、医疗设备大量闲置则是卫生服务供过于求的症状。由于卫生服务需求与供给都具有自身的特点,也由于国家在卫生服务中所采取免费或减费等福利措施,使得卫生服务的需求、供给与价格之间的关系相当复杂,不能一概而论。

首先,在价格扭曲的条件下,供过于求的事实被供不应求的现象所掩盖。经济体制改革以前及改革的初期,我国不少地方出现卫生服务供不应求的现象,其根本原因不在于资源不足而在于资源利用的效率低下。从20世纪60年代开始,我国对卫生机构实行“全额管理,定项补助,预算包干”的管理方式。国家包工资的范围涵盖医院工作人员的基本工资和3%的附加费(福利费1%,工会经费2%),其它仍由医院收费解决,医院经费结余可以用于充实设备,进行自身发展^②。这种定项补助是按人头拨款实施的。各医院为争取更多的财政拨款,拼命进人,助长了人浮于事的风气,降低了卫生机构的工作效率。同时,当时的收费标准过低,甚至低于可变成本,边际收入低于边际支出。卫生机构缺乏扩大卫生服务供给能力的积极性。由此,一方面是过多的资源不断地积聚,却不能发挥效用;一方面是看病难、手术难、住院难,一幅供不应求的景象。

1979年以后,国家逐步调整了收费标准,虽然仍低于平均成本,但已经高于可变成本,边际收入大于边际支出。这一调整,卫生服务供

不应求的状况有了很大的转变。问题在于，比价不合理的问题一直没有解决，向药品、检查项目倾斜的价格构成把卫生服务供方的行为引向开大处方和滥用检查。目前，我国的药品开支已成为世界之最，不少大城市大型的新医疗设备的装备水平和拥有量已经可以直追发达国家的水准。价格构成不合理造成的虚假需求，也在一定程度上掩盖了供过于求的实质。最近几年，各企业、事业单位受卫生费用上升的困扰，各自出台了一些尚不规范的费用开支限制制度，不少城市大医院的业务量马上呈急剧下降的趋势，床位使用率下降、设备闲置已威胁到规模过大的卫生机构的生存问题。然而，这一切才刚刚开始，一旦理顺卫生服务价格、健全医疗保障制度，我国绝大部分城市大医院的卫生服务供过于求的事实就会暴露无遗。

其次，在经济、教育落后地区，供不应求的事实却被供过于求的现象所掩盖。卫生服务需求既受价格水平、消费者收入等经济因素的影响，又受教育程度、生活方式等社会因素的影响。在我国农村，主要是经济落后的农村，因经济困难不能求医的状况还很严重。

我国农村与城市相比较，农村卫生资源不足是不争的事实。但我国不少贫困地区的卫生院却因门诊量不足而难以维持。实际上，贫困人群支付卫生服务费用能力低、自我保健意识差所引起的门诊量不足是造成我国农村卫生服务供过于求假象的根本原因。2006年《中国卫生统计年鉴》所提供的乡镇卫生院床位数的变动与病床使用数据显示（见表1-1），从1990年到2000年，乡镇卫生院每千农业人口床位数变化不大，但病床使用率下降却超过10%，说明了我国农村卫生资源未能充分利用，病床闲置率高。从2002年到2005年，病床使用率有所上升，这说明新型农村合作医疗实施后，农村卫生资源的利用率有所上升。但是，2005年的病床使用率还不到1990年的水平，又显示了我国农村卫生资源的拥有率及利用率都不容乐观。但是，在卫生服务需求（病床利用率）没有得到根本转变的情况下，单纯增加卫生服务供给（如国家投资增设卫生院，增设住院床位），并不能有效地改善这些地区的健康状况。因为所增加的资源并不能转化为现实的供给能力，只能是资源

的空耗。如果所增加的资源主要用于先进设备的投资，还会推动卫生费用上涨，导致卫生服务需求进一步下降，其后果将是资源消耗更多而健康状况更差。

表 1-1 乡镇卫生院床位数及病床使用率情况

年份	床位数 (万张)	每千农业人口床位数 (张)	病床使用率 (%)
1990	72.29	0.81	43.4
2000	73.48	0.80	33.2
2002	67.13	0.74	34.7
2004	66.89	0.76	37.1
2005	67.8	20.78	37.7

资料来源：2006 年《中国卫生统计年鉴》

(2) 新型农村合作医疗制度具有投资向需方转移的特点，能促进卫生资源的合理配置。

卫生事业的公益性决定了政府必须扶持卫生服务的供给，但卫生服务的供给具有即时性，卫生服务供给与需求在时空上不能分离决定了其供给受需求的制约。需求不足会引起供过于求造成生产要素闲置。卫生服务生产要素闲置实质是卫生资源的浪费。因此，单纯扶持卫生服务供给并不是改善健康状况的最佳选择。

有关资料显示，我国农村卫生院的资源利用普遍低下。2006 年《中国卫生统计年鉴》提供的资料显示（见表 1-2），从 1990 年到 2005 年，乡镇卫生院的诊疗人次呈下降趋势，1990 年诊疗人次为 10.65 亿，到 2005 年，诊疗人次仅为 6.79 亿，与此同时，2006 年《中国卫生统计年鉴》资料显示，农村居民两周的患病率从 1993 年的 128.2‰，上升到 1998 年的 137.1‰，到 2003 年继续上升，达 139.5‰。所以诊疗人数的减少并不是因为患病率的下降，而是农村居民卫生服务的有效需求不足。

表 1-2 乡镇卫生院诊疗人数表

年份	诊疗人次 (亿)
1990	10.65
1998	8.74
2000	8.24
2002	7.10
2003	6.91
2004	6.81
2005	6.79

资料来源：2006 年《中国卫生统计年鉴》

我们可以设想，国家对农村卫生保健的投资总量没有增加，但政府的部分投资用于直接资助贫困人群的医疗费用，直接扶持健康教育和强化初级保健，就使落后地区的基本卫生服务需要有条件转化为需求，需求的增加又会改变卫生机构资源闲置状况，农村卫生机构的生存环境就会有所改善。这也是提高卫生服务的经济效益的有效途径。

因经济或教育水平引起需求不足而造成供过于求的情况并没有绝对性，我国农村幅员广大，各地情况千差万别，在经济条件较好、卫生服务设备落后而使患者外流而引起卫生服务供过于求的地区，增加卫生预算投资，改善农村卫生站的供给条件，诚然是提高健康状况的最佳选择。

建国以来，国家对卫生投资不能说不重视，但以往政府的投资多数是拨给了作为医疗服务供方的各级医疗机构。在我国城市，公费医疗和劳保医疗制度的实施，使人们还能感受到政府对卫生需方进行了投资。但在幅员辽阔的农村，政府只是按卫生机构编制的人员进行一定的财政拨款，广大农民基本是依靠自己的力量应付疾病风险，医疗消费长期处于疲软状态。医疗消费的疲软状态又使政府为卫生服务供方所提供的极其有限的财政拨款不能发挥最大的效用。在我国农村，卫生站甚至卫生

院的极其有限的卫生资源常处于闲置状态,造成了卫生资源的浪费。与此同时,农民有病自己扛着,这又不断地拉大了城乡间医疗水平的差距,这种差距的拉大,最终会牵制我国公民整体健康水平的提高。在实施新型合作医疗的方案中,我国政府的卫生投资第一次由农村卫生供方向农村卫生需方转移。这显示我国政府从扩大有效需求着手,改变农村卫生资源的配置状况。这将有利于促使农村卫生资源充分发挥作用,并促使农村卫生机构重焕生机。

卫生服务的供给与需求是互相促进的,在投资农村卫生需求时,国家也应对卫生服务的供给给予必要的扶持,比如,对基层卫生医疗机构的基础设施投资不能减少。否则,农村卫生服务因需求不足而引起资源浪费状况就会向另一极端转化,卫生服务的需求因供给不足而流向城市,即农民利用合作医疗的经费资助涌到城市求医治病。这种状况一旦出现,就会加大合作医疗经费的压力,合作医疗就难以维持,从根本上违背了让农民就近求医的合作医疗的初衷。

(三) 市场失灵与国家干预理论

1. 市场失灵与国家干预理论概述

市场失灵,是指市场不能有效地发挥作用。垄断行业、公共物品的生产、能产生外部负效应的行业容易产生市场失灵。市场调节机制的缺陷和失灵,为政府干预经济活动提供了空间,完全摒弃政府干预的市场调节会使其缺陷大于优势,导致“市场失灵”,因而必须借助凌驾于市场之上的力量——政府这只“看得见的手”来纠正市场失灵。也正因为如此,政府对经济的宏观调控,已经成为现代市场经济体制的有机组成部分。社会保障制度是国家干预经济的“均衡器”和“稳定器”,对促进社会经济均衡发展和实现社会公平有积极的意义。

由于穷人的边际消费倾向高于富人,应通过向富人增加税收,然后转移支付给低收入者以减少储蓄,增加消费支出,从而实现宏观经济的均衡。在经济繁荣时期,社会保障税收会随着企业与个人收入的增加而