

社会参与、 农村合作医疗与 反贫困

王曙光 等著

社会参与、 农村合作医疗与反贫困

王曙光 等著

人民出版社

策划编辑:郑海燕

封面设计:曹 春

图书在版编目(CIP)数据

社会参与、农村合作医疗与反贫困/王曙光等著. -北京:人民出版社,2008.12

ISBN 978-7-01-007517-4

I. 社… II. 王… III. ①农村-合作医疗-研究-中国②贫困-问题-研究-中国 IV. R197.1 F124.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 180446 号

社会参与、农村合作医疗与反贫困

SHEHUI CANYU NONGCUN HEZUO YILIAO YU FANPINKUN

王曙光 等著

人民出版社 出版发行

(100706 北京朝阳门内大街 166 号)

北京集惠印刷有限责任公司印刷 新华书店经销

2008 年 12 月第 1 版 2008 年 12 月北京第 1 次印刷

开本:880 毫米×1230 毫米 1/32 印张:8.875

字数:200 千字 印数:0,001-4,500 册

ISBN 978-7-01-007517-4 定价:22.00 元

邮购地址 100706 北京朝阳门内大街 166 号

人民东方图书销售中心 电话 (010)65250042 65289539

序 言

研究农村医疗卫生,造福农村,造福世界

人民的健康既是发展的手段,也是发展的目的。中国是一个农业大国,大部分人口还生活在农村。改善农村的医疗卫生条件,提高农民健康水平是可持续发展的保障,也是民族复兴的基础。

我国的农村卫生工作曾经取得过世人瞩目的成绩。建国以后初步形成了农村初级保健网,尤其是 20 世纪 60 年代,在“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针下,直到 70 年代末,农村合作医疗的创立使农村卫生保健得到了很大的发展,农村居民健康状况得到了很大改善。但是 80 年代的农村经济体制改革直接冲击了农村医疗卫生体系,农村卫生的人、财、物等外部条件发生了很大的变化。期间,一是合作医疗纷纷解体,二是城乡卫生资源的配置差距逐渐扩大。

改革开放以来,从政策上,20 世纪 90 年代开始,政府针对农村医疗机构的效率低下、医疗机构不合理的补偿机制以及医疗市场结构等出台了一些卫生政策。例如,开展农村初级卫生保健、实施农村卫生“三项建设”、促进和恢复合作医疗、实施乡村卫生组织一体化管理等。

但是,农村医疗卫生、农民健康面临着很大的挑战,政府对农



村医疗卫生投入不足,医疗费用不断上升,农村卫生人才缺乏,基础设施落后,某些地方传染病、地方病有所抬头,“因病致贫”和“因病返贫”现象普遍存在,“看病贵、看病难”问题在农村尤为突出,“因病致贫、因病返贫”现象也更多发生在农村,这些情况在 20 世纪 90 年代末至 21 世纪初体现得最为明显。近几年,尤其是 2003 年“非典”之后,随着政府对农村发展以及对医疗卫生建设的重视,情况有所好转。“十一五”规划纲要结合社会主义新农村建设,用单独的一节来阐述农村卫生工作,内容更为全面,其中新型农村合作医疗被定为农村医改的突破口,也是近期农村卫生工作的重点。胡锦涛同志在党的十七大报告中提出健康是人全面发展的基础,关系千家万户幸福,尤其是强调了要坚持公共医疗卫生的公益性质,坚持预防为主、以农村为重点等改革原则,明确了建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务的改革目标。卫生部部长陈竺在代表国务院所做的《关于城乡医疗卫生体制改革和加强食品药品安全监管情况的报告》中提出加强医疗保障体系建设,建立以基本医疗保险、合作医疗、医疗救助制度为主体,其他形式医疗保险和商业健康保险为补充,覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系,并提出了将新型农村合作医疗扩大到全体农村人口以及逐渐提高筹资水平的发展目标。

新型农村合作医疗的推行在一定程度上缓解了农民的就医用药问题,促使农民无病早防、有病早医,得到了广大农民群众的拥护。回顾合作医疗的历史,分析新农合试点以及其他国家相关医疗保障制度的经验教训可以发现,新农合作为一种社区医疗风险分担机制,其发展的可持续性面临一定的挑战。当前新农合的定

位是“低水平、广覆盖”，从持续发展来看，新农合的目标是在扩大覆盖面的基础上逐步扩大保障水平，从而真正解决农民的健康保障问题，因此在“开源”——扩大参与率和筹资水平和“节流”——控制农村医疗费用方面必须有相应的制度保障和创新。

如何实现这个目标，是政策制定者所面临的迫切需要解决的问题，也是学术界应该和正在努力探索与讨论的重要问题。经过了30年的改革开放，中国人无论在理论上，还是在实践上都有了丰富的积累，并在理论的指导下进行制度创新，也在实践中不断深化对理论的认识和反思，并在此基础上创新理论和实践。我们有理由相信，随着中国学者对农村卫生的发展进行更系统和深入的研究，能够为农村的健康发展，为农村经济和社会建设做出更大的贡献，并将创新中国特色的农村医疗卫生模式和理论，为世界贫困人口的发展做出应有的贡献。本书作者的这项研究就是一个很好的探索，希望能够看到更多的相关研究，一起来探讨这个重要的问题，一起来见证中国农村医疗事业的发展。

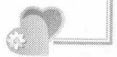
李 玲

于北京大学中国经济研究中心

2008年6月3日

序

言



目 录

序言	(1)
导论	(1)
一、背景与意义	(1)
二、旨趣与方法论	(7)
三、田野调查实施	(11)
四、框架与结论	(14)
第一章 新农合与农户的调查与分析	(25)
一、基于农户的调查:数据统计及结果描述	(25)
二、深度分析和思考:农民、新农合和其他社会主体 ...	(42)
三、对策建议	(56)
第二章 新型农村合作医疗制度下乡镇卫生院的运作	
绩效与改革建议	(65)
一、课题组所调研乡镇卫生院区域结构与问卷情况 ...	(65)
二、课题组所调研的乡镇卫生院基本情况的描述性	
统计	(66)



三、新型农村合作医疗对乡镇卫生院的影响	(75)
四、基于乡镇卫生院考察而产生的若干思考	(85)
五、主要结论和政策建议	(103)
第三章 新型农村合作医疗中的政府与社会	(106)
一、公平原则是新型农村合作医疗的核心价值观和 内在要求	(107)
二、新型农村医疗体系的三大组成部分	(119)
三、新型农村合作医疗体系中的五大关系	(127)
四、结论以及政策建议	(139)
第四章 商业保险机构与农村医疗体系建设	(143)
一、保险公司参与新农合基金管理	(144)
二、商业补充险参与农村医疗保障体系	(156)
三、商业保险机构通过其他制度安排参与农村医疗 保障体系	(163)
四、商业保险机构参与新农合的主要结论和政策 建议	(164)
第五章 社会公益组织与农村合作医疗	(169)
一、引言:社会组织、中观行为主体与社会参与	(169)
二、社会公益组织与政府互动关系框架:以农村 医疗为例	(171)
三、社会公益组织参与新型农村合作医疗的机制 设计和运作模式	(178)

四、社会公益组织与农村合作医疗：以红十字基金 会为核心的案例研究	(184)
五、若干结论与政策建议	(194)
 第六章 新型合作医疗制度与医疗救助体系	(199)
一、医疗救助的经济性质分析	(200)
二、医疗救助制度的结构框架	(203)
三、医疗救助的国际模式	(213)
四、我国新型农村合作医疗制度下医疗救助体系的 构建	(221)
 第七章 国外农村社区医疗体系建设与我国新型农村 合作医疗制度比较研究	(231)
一、发达国家农村医疗体系构建的基本模式比较	(231)
二、发展中国家和新兴工业化国家农村医疗体系 构建模式	(239)
三、国外农村医疗体系建设的经验对我国农村医疗 保障制度发展的启示	(249)
 附录	(256)
参考文献	(260)
后记	(265)



表 图 索 引

表 索 引

表 0—1	北京大学课题组调研区域结构	(12)
表 0—2	北京大学课题组收回问卷的乡镇卫生院	(13)
表 1—1	农户家庭生活总体状况	(26)
表 1—2	农户家庭收入状况	(27)
表 1—3	农户家庭人口及具体财务状况	(27)
表 1—4	参合农户的参合动机	(28)
表 1—5	农户对新型合作医疗缴费水平的评价	(29)
表 1—6	参合农户对保住院、保门诊的看法	(29)
表 1—7	你是否知道新型农村合作医疗	(30)
表 1—8	农户未参加新型农村合作医疗的原因	(30)
表 1—9	农户对参合后财务状况的评价	(31)
表 1—10	农户对合作医疗支付标准的评价	(31)
表 1—11	农户对合作医疗服务的评价	(32)
表 1—12	农户对合作医疗服务的评价(续)	(33)



表 1—13	未参加合作医疗对农户医疗状况的影响	(34)
表 1—14	未参加农户的意愿缴费额度	(35)
表 1—15	未参加农户对新型合作医疗的评价	(35)
表 1—16	过去两周,家人是否有不舒服或小毛病	(36)
表 1—17	过去一年中,家人是否生大病(住院)	(36)
表 1—18	患小病时治疗状况	(37)
表 1—19	患小病而未采取治疗的原因	(37)
表 1—20	罹患大病时治疗状况	(38)
表 1—21	罹患大病而未采取治疗的原因	(38)
表 1—22	村民医疗支出情况	(39)
表 1—23	现有医疗费用能否承担	(40)
表 1—24	对红十字会及医疗救助是否了解	(40)
表 1—25	近几年是否得到过医疗救助?	(41)
表 1—26	对红十字会及医疗救助的评价	(41)
表 2—1	课题组考察乡镇卫生院编号、名称与区域经济发展水平	(66)
表 2—2	乡镇卫生院医疗设备情况统计表	(67)
表 2—3	乡镇卫生院床位情况汇总表(2006 年)	(69)
表 2—4	乡镇卫生院人员基本情况统计表	(70)
表 2—5	乡镇卫生院手术能力和检查能力情况汇总表	(72)
表 2—6	乡镇卫生院医疗服务提供情况调查表	(74)
表 2—7	乡镇卫生院合作医疗服务提供情况汇总表 (2006 年)	(75)
表 2—8	乡镇卫生院收入情况汇总表	(76)
表 3—1	卫生总费用在城市与农村之间的分配	(110)

表 3—2	每千农业人口乡镇卫生院床位和乡村医生及 卫生员数	(111)
表 3—3	中国东、中、西部地区卫生机构数量(2005 年)	(113)
表 3—4	新型农村合作医疗和农村医疗救助的区别	(122)
表 3—5	各国医疗救助制度比较	(123)
表 3—6	中国提供社会服务的组织形式	(125)
表 3—7	社会服务的供给方与出资方的混合模式	(131)
表 3—8	政府对医疗机构的监督	(134)
表 4—1	对商业保险的消费状况	(158)
表 4—2	对商业保险的认知	(159)
表 4—3	合作医疗对商业保险的影响	(160)
表 4—4	中国人寿在探索可持续的农村保险业务发展 模式方面所采取的措施	(162)
表 5—1	三次社会财富分配的原则、社会效果和主导 力量	(181)
表 6—1	新型农村合作医疗制度和农村医疗救助制度 的比较	(223)

图 索 引

图 0—1	2007 年 7 ~ 8 月北京大学课题组调研区域结构 示意图	(13)
图 1—1	中国城市农村高血压患病率的变化 (1980 ~ 1990 年)	(54)





图 1—2	不同收入水平国家人均卫生支出比较 (2001 年)	(59)
图 1—3	中国与世界不同发展水平国家政府及个人 卫生支出比例比较(2003 年)	(60)
图 2—1	5 个典型地区乡镇卫生院年开放床位数比较	(69)
图 2—2	江西省婺源县浙源乡、山西省平遥县东泉乡、 贵州省榕江县寨蒿镇卫生院床位利用率比较	(73)
图 2—3	样本乡镇卫生院年总收入变化比较(2004 年 和 2006 年)	(77)
图 2—4	样本乡镇卫生院年营业收入变化比较(2004 年和 2006 年)	(77)
图 2—5	乡镇卫生院学历比例示意图	(95)
图 3—1	2004 年各地区人均住院和门诊费用占全国 平均水平的比例	(114)
图 3—2	政府财政卫生支出占 GDP 和财政支出的比重 ...	(115)
图 3—3	政府与个人卫生支出在卫生总费用中的比重 ...	(116)
图 3—4	县市一级新农合管理体系	(120)
图 4—1	新乡人寿公司新农合机构设置图	(148)
图 4—2	河南新乡新农合资金流向图	(149)
图 4—3	新乡市新型农村合作医疗补助支付程序图	(150)
图 4—4	农户家庭收入状况分布图	(157)
图 4—5	罹患大病而未采取治疗原因分布图	(158)
图 4—6	对商业保险认知情况的分布图	(159)
图 5—1	地方政府农村合作医疗制度联席会议组织 架构	(179)

图 5—2	地方政府农村合作医疗联席会议制度框架示意图	(180)
图 6—1	我国农村健康保障体系构建示意图	(225)



导 论

一、背景与意义

(一) 课题背景

1. 新农村建设与反哺机制

在我国中央政府提出的全面建设小康社会的战略目标中,农业现代化、农民反贫困和农村经济增长占据着非常突出的地位。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十一个五年规划纲要》中饶有新意地提出了“建设社会主义新农村”的一系列战略构想与改革举措,这无疑将对我国农村经济发展和农业现代化转型起到重要的促进作用。这也同时表明,我国经济转轨与经济发展已经进入了这样一个崭新的阶段:即依靠农业部门贡献大量农业剩余来为经济转轨支付大规模制度变迁成本的时期已经基本结束,同时近 30 年经济转轨的顺利进行和国民经济的持续增长也使得我国积聚起足够的国民财富,从而有能力对发展相对滞后的农业部门进行某种程度的“反哺”。这种“反哺”机制是制度变迁中必要的补偿机制,它对于我国国民经济的长期稳定增长、区域经济的全面协调发展以及对于缩小贫富差距、促进城乡一体化进程,具有



极为重要的战略意义。

2. 民生视角、赋权与社会和谐

胡锦涛同志在党的十七大所做的《高举中国特色社会主义伟大旗帜、为夺取全面建设小康社会新胜利而奋斗》报告中，“民生主题”首次作为独立章节被写入报告，强调提出“加快推进以改善民生为重点的社会建设”。报告中提出加快建立覆盖城乡居民的社会保障体系，保障人民基本生活，建立基本医疗卫生制度，提高全民健康水平，要努力使全体人民“学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居”。

2008年10月召开的党的十七届三中全会，对我国30年改革开放的光辉历程和宝贵经验进行了科学的总结与提炼，党中央进一步明确了“加强民生保障、统筹城乡发展”的战略目标，把加强社会主义新农村建设提高到和谐社会与科学发展观的高度来认识，为未来的农村改革明确了方向。党的十七届三中全会在十七大报告的基础上，把完善农民基本生活保障和基本医疗卫生制度，作为破除城乡二元结构和促进城乡协调发展的核心要务之一，并且在农村卫生制度建设中明确了加大公共财政覆盖面和支持力度的未来政策框架。

民生建设是党中央从中华民族伟大复兴的战略高度，审时度势提出的带有前瞻性的核心政纲。党中央对民生问题的重视，表明民生问题已经成为我国构建和谐社会与可持续发展的最重要的影响因素，必须加以解决。民生视角意味着必须对国民中的弱势群体给予特别的关注，着重提升他们的福利水平，提高社会公平度，改善贫富严重不均和社会结构严重失衡的局面。建设和谐社会，根本之道在于构建不同利益集团、不同社会群体之间的和谐关

系,对于制度变迁中受到忽略的群体,给予制度性的补偿,从而使所有社会成员在社会主义市场经济发展过程中,都能够得到福利的帕累托改进。

从党的十七大民生视角出发,我们还要从“赋权”的高度去认识农村发展问题。阿马蒂亚·森在其名著《贫困与饥荒》中深刻解析了贫困的根源,认为贫困本质来源于“可行能力的剥夺”,即贫困者之所以贫困,根源在于穷人应该享有的基本权利往往被系统性地剥夺,从而使他们陷入贫困的恶性循环。比如受教育的权利、获得基本医疗的权利、自由迁徙的权利、自我组织的权利、获得信贷的权利等,这些权利在我国原有的体制框架中往往被忽视,从而直接导致农民的贫困化。近年来,中央政府一直很重视农村问题,出台了一系列的重大决策,其中农民免费义务教育、新型农村合作医疗制度、农民专业合作社法的通过、农村金融体系的改革等举措,对农民反贫困都极为重要。从本质上来说,这些积极的行动,都是向农民重新“赋权”,重新尊重农民应该享有的基本权利。

3. 农村新型合作医疗:制度框架和进展

2003年,中央政府启动了以政府筹资为主,个人少量缴费,农民自愿参加,重点提供大病保障的新型农村合作医疗制度试点。到2007年6月底,全国开展新型农村合作医疗的县(市、区)已达到2429个,占全国总县数的84.9%;参加新型农村合作医疗的农民达到7.2亿人,占全国农村居民的82.8%,参合率达到85.9%。4年来,享受医疗补助的农民累计达到6.37亿人(次),补助费用累计达到377.31亿元。新型农村合作医疗制度的实施,在某种程度上减轻了农民医疗费用负担,初步缓解了农民因病致贫、因病返

