

国家自然科学基金项目《政府补贴条件下西部地区对农村合作
医疗保险的需求及其扩大的对策》(项目号70473061)

国家社会科学基金西部项目《“新医改”背景下新型农村合作
医疗保险制度研究》(项目号10XGL014)

农村

合作医疗保险需求 与制度创新

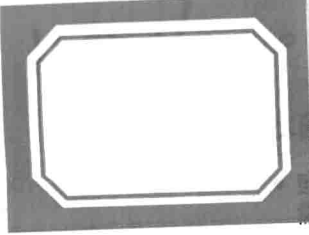
——以贵州省为例

Nongcun Hezuo Yiliao Baoxian Xuqiu
Yu Zhidu Chuangxin
Yi Guizhousheng Weili

肖诗顺 著



电子科技大学出版社



研究得到以下项目的资助:

国家自然科学基金项目《政府补贴条件下西部地区对农村合作医疗保险的需求及其扩大的对策》(项目号70473061)

- 国家社会科学基金西部项目《“新医改”背景下新型农村合作医疗保险制度研究》(项目号10XGL014)

农村合作医疗保险需求 与制度创新

——以贵州省为例

Nongcun Hezuo Yiliao Baoxian Xuqiu
Yu Zhidu Chuangxin
Yi Guizhousheng Weili

肖诗顺 著



电子科技大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

农村合作医疗保险需求与制度创新:以贵州省为例

/肖诗顺著. —成都:电子科技大学出版社, 2013.1

ISBN 978-7-5647-1352-2

I. ①农… II. ①肖… 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(2012)第296663号

农村合作医疗保险需求与制度创新——以贵州省为例

肖诗顺 著

出版: 电子科技大学出版社(成都市一环路东一段159号电子信息产业大厦 邮编: 610051)

策划编辑: 傅北华

责任编辑: 罗丹

主页: www.uestcp.com.cn

电子邮箱: uestcp@uestcp.com.cn

发行: 新华书店经销

印刷: 郫县犀浦印刷厂

成品尺寸: 170mm×240mm 印张 9.75 字数 220 千字

版次: 2013年1月第一版

印次: 2013年1月第一次印刷

书号: ISBN 978-7-5647-1352-2

定价: 38.00 元

■ 版权所有 侵权必究 ■

◆ 本社发行部电话: 028-83202463; 本社邮购电话: 028-83201495。

◆ 本书如有缺页、破损、装订错误, 请寄回印刷厂调换。

前 言

推进新型农村合作医疗制度建设是党和国家近年来农村工作的重点之一。当前新型农村合作医疗保险制度仍处在试点阶段，中央提出 2010 年新型农村合作医疗保险制度基本覆盖全部农村居民的目标，这一目标实现的关键在于贫困地区。贫困地区农村居民的低收入水平、特殊的人文地理环境等决定了贫困地区新型农村合作医疗保险制度的特殊运行规律。本书以 Von Neumann（冯·纽曼）和 Morgenstern（摩根）期望效用理论、制度经济学等为理论基础，在分析新型农村合作医疗保险制度的运行过程、运作机制的基础上，通过建立农户健康需求、医疗服务需求与医疗保险需求的理论与计量框架，以贵州省 2003 年第一批试点县新型农村合作医疗管理机构问卷调查和 241 户 1121 人的农户入户调查作为主要数据来源，以或有估价法（CVM）和多元线性回归等为主要研究方法，研究了贫困地区试点县新型农村合作医疗保险制度的运行和农户对新型农村合作医疗的实际需求、参与与支付意愿及其决定性因素。在此基础上，本研究还对贫困地区农村合作医疗保险制度的创新，特别是运作模式创新进行了研究。

一、本研究的基本结论

1. 对照新制度经济学对非营利性组织的特征分析，新型农村合作医疗保险具有非营利性组织的特征，同时具有非营利性组织的治理缺陷。利用过程—结果评价法开发的评价指标体系的调查和评价结果表明，贫困地区试点县新型农村合作医疗保险制度运行过程中基金筹集特别是资金到位率非常理想，但是基金运行过程中报销比例过低和起付线设置不合理，制度运行结果方面制度覆盖面和农民的受益程度都不高。

2. 通过分析农户对健康、医疗服务和医疗保险三者需求的关系和基于 Von Neumann 和 Morgenstern 期望效用理论建立的农户决策模型分析，认为医疗保险需求是一种衍生需求，影响作为理性决策者的农户参与或购买医疗保险决策的影响因素应包括农户生病的概率、农户风险态度、医疗服务成本、农户就医概率、保费水平、农户就医获得保险赔付额、农户的收入水平等。农户人口统计学特征和农村社区特征对医疗保险需求也存在影响。

3. 对医疗保险需求的实证研究证实了贫困地区农户对农村合作医疗保险和商业医疗保险的需求存在共同规律。农户保险需求的描述性分析表明, 农户个体水平上的特征、家庭水平上的特征、户主的风险偏好和农村社区特征均对商业医疗保险的购买存在一定影响。计量分析的结果表明, 在 95%置信水平上道路状况、是否购买打工保险、风险态度对农户购买商业保险存在正面影响, 人均土地存在负面影响。描述分析表明影响农户参与新型农村合作医疗的因素与影响农户对商业医疗保险的购买的因素相似, 但影响的规律存在变化。主要是农户个体水平上的特征、家庭水平上的特征、户主的风险偏好和农村社区特征对农村合作医疗保险的购买存在影响, 计量结果表明影响农户参与新型农村合作医疗保险的因素在 99%置信水平下存在负面影响的因素是户主教育年限、人均土地、与乡镇卫生院距离的对数值。亲友规模在 90%置信水平上存在挤出效果, 是否汉族在 90%水平上存在正面影响。调查样本农户三大收入来源依次为打工收入、生意利润、种植业, 主要的支出项目为食品、子女教育、医疗保健支出, 贫困地区农户的支付能力并不构成对新型农村合作医疗保险的需求的约束。

4. 通过科学的问卷设计和精心的调查管理对新型农村合作医疗保险制度非试点县农户进行的参与意愿和支付意愿的调查结果可信。样本农户对即将实施的共付比例 (copayment rate) 为 50%的合作医疗保险, 开放式提问诱导 (open ended) 的参与意愿 (WTJ) 在 3 种补贴条件下 (0 元, 20 元, 40 元) 分别为 84.44%、87.22% 和 93.33%, 政府补贴条件改变对提高农户 WTJ 有明显的作用, 在补贴 40 元条件下 WTJ 达到最大数值。几种补贴条件 (0 元, 20 元, 40 元) 下农户支付意愿 (WTP) 的中位数和众数都是 10 元每人每年, WTP 平均值分别为 13.35、13.74、15.68 元每人每年, 不同补贴条件对农户 WTP 的影响不大。仅有 2.79%的农户对共付比例在 50%以下可以接受。

5. 农户参与意愿和支付意愿的 logitics 和 OLS 计量分析表明, 不同补贴条件下影响 WTJ 和 WTP 的因素存在一定差异。在无补贴条件下, 影响农户 WTJ 的主要因素是户主的民族和道路状况, 且影响方向均为负面影响, 在补贴 20 元条件下除了户主民族与道路状况外, 人均土地量也表现出对 WTJ 的挤出效应。在补贴 40 元条件下没有统计意义上的显著因素影响 WTJ。对 WTP 的 OLS 分析表明, 在无补贴条件下, 户主的年龄、户主受教育程度、家庭医疗费用支出的对数值对农户 WTP 存在正向影响, 而户主民族表现为负向影响。在补贴 20 元条件下, 家庭规模、家庭与卫生院距离的对数值、是否购买过商业保险对农户 WTP 有显著性正向影响。在补贴 40 元条件下, 户主的年龄、民族、家庭规模、与卫生院距离的对数值、农户风险态度、是否购买过商业保险对 WTP 有显著性影响。年龄越大的户主 WTP 越低, 而汉

族的 WTP 比非汉族高; 家庭规模越大, 农户的支付意愿越高; 距离卫生院越远的农户 WTP 越高, 购买过商业医疗保险的 WTP 高于未购买过商业医疗保险的 WTP。吸烟数量 (作为风险态度的代理变量) 越多的农户其 WTP 越低。

6. 结合实证研究的结果, 通过对农村合作医疗保险制度变迁的路径依赖的分析, 笔者认为农村合作医疗制度必须创新。制度创新应坚持国家主导、协调发展、创新和可持续发展相结合, 以家庭为保障单位, 设立家庭账户、自愿与激励等原则。还应当结合贫困地区的特点, 因地制宜选择农村合作医疗制度的模式。

二、政策应用

1. 补贴条件能够明显改进农户参与率, 政府理想的补贴条件每人 40 元, 建议中央政府加大对贵州省新型农村合作医疗的补贴力度。同时为了吸引农户参加, 建议中央财政和省级财政资金先行到位, 提高农民的真实参加意愿, 降低保费收缴难度。

2. 在制度设计上, 要提高报销比例, 扩大可保的疾病范围, 提高农民报销医疗费用的及时性。建议政府为贫困地区新型农村合作医疗保险制度运行制定指导性规定, 把乡镇卫生院的报销比例提高到 50% 以上, 使新型农村合作医疗保险制度能真正促进农民就医并减少因病致贫的情况发生。

3. 收入并不构成贵州省农户对新型农村合作医疗的参与和支付的约束, 但是道路状况、是否有村卫生室等明显构成了制约贵州农户参与新型农村合作医疗保险的因素, 要在短期内提高农户参合率, 政府的一个政策选择是加大对基层卫生资源的投入力度。从制度创新的角度看, 应当考虑建立“三位一体”的社区合作医疗保险模式作为贫困地区的基本医疗保障方式。

4. 进行商业保险公司设计、管理新型农村合作医疗保险的试点。实证研究表明农户对商业医疗保险和农村合作医疗保险的需求具有一定的共同规律, 贫困地区农村合作医疗保险制度创新中借助于商业保险机制是一条重要路径, 建议贫困地区进行商业保险公司设计、管理新型农村合作医疗保险试点, 在合作医疗制度中引入保险运行机制, 充分发挥保险公司的专业化经营优势。

5. 考虑到贵州为全国第三大民族地区, 民族特点在一定程度上决定了农户对新型农村合作医疗的参合率, 贵州省可以建议中央在贵州省推行强制参与的新型农村合作医疗保险的试点。

三、本研究的主要创新

1. 分析了农户健康需求、医疗服务需求和医疗保险需求之间的关系, 建立了基于 Von Newmann 和 Morgenstern 期望效用的农户医疗保险需求分析框架。本书在对

效用理论进行梳理的基础上,借鉴 Becker 健康消费和 Grossman 健康生产和投资的思想,进一步考虑医疗服务市场的特殊性后分析了农户健康需求、医疗服务需求和医疗保险需求之间的关系,建立了农户参与农村合作医疗保险决策的理论模型和计量框架。

2. 采用不同政府补贴水平作为保险价格的代理变量,并采用或有估价法(CVM)中的开放式诱导技术研究农户新型农村合作医疗的参与与支付意愿来研究农村合作医疗保险需求。由于农户的疾病风险具有不确定性,相应地,针对农户疾病风险的医疗保险的补偿也有巨大的不确定性,造成对医疗保险的需求规律与一般商品和服务的需求规律有很大的不同。由于保险价格并非保费水平,而是保险补偿扣除保费后的净收益,而合作医疗保险补偿的确定具有较强的复杂性和技术性,加上个人疾病概率的不确定,因此消费者对保险价格难以判断。本研究采用不同补贴水平作为保险价格的代理变量,并采用开放式提问法来诱导支付意愿,具有研究方法上的改进,其结果为合作医疗保险的特殊需求理论提供新的证据。

3. 利用过程—结果方法开发了一个简明适用的新型农村合作医疗的评价指标体系。本研究将新型农村合作医疗保险的管理机构视为一种非营利性组织(NGO),根据目的性、可操作和简明实用原则,采用了非营利组织评价的过程—结果方法和改进的德尔菲法,构建了一个新型农村合作医疗的评价指标体系并进行了实际评价。

目 录

文献综述	1
第 1 章 导论	6
1.1 研究问题与背景展示	6
1.2 研究的目标与假设	12
1.3 研究的思路与方法	13
1.4 研究的依据和内容	15
第 2 章 理论基础与相关理论借鉴	16
2.1 期望效用理论	16
2.2 制度经济学理论	20
2.3 农村社会保障理论	23
2.4 需求层次理论	27
2.5 区域贫困与反贫困理论	28
第 3 章 农村合作医疗保险的理论分析框架	31
3.1 农村合作医疗制度的发展历程	31
3.2 农村合作医疗制度相关概念的界定	33
3.3 新型农村合作医疗保险的运行过程	34
3.4 新型农村合作医疗保险的运行机制	38
3.5 国外农村合作医疗保险经验借鉴	41
第 4 章 贫困地区新型农村合作医疗保险制度运行评价	44
4.1 贵州省农村人口健康与三级医疗卫生服务体系概况	44
4.2 新型农村合作医疗保险的组织特征及其缺陷	49
4.3 新型农村合作医疗保险制度运行评价体系的构建	52
4.4 数据与方法	54

4.5 调查与评价结果	54
4.6 本章小结	60
第5章 农户对农村医疗保险的需求研究.....	61
5.1 农户健康、医疗服务和医疗保险需求关系的理论分析.....	61
5.2 农户对医疗保险的需求的理论模型与计量模型.....	67
5.3 数据来源与采样	71
5.4 实证分析的结果与讨论	74
第6章 农户对新型农村合作医疗保险的参与和支付意愿研究.....	92
6.1 意愿调查法简介	92
6.2 农户对新型农村合作医疗保险支付意愿的分析框架.....	94
6.3 问卷设计与采样	95
6.4 实证分析的结果与讨论	97
第7章 贫困地区农村合作医疗保险的制度创新.....	115
7.1 贫困地区农村合作医疗保险制度创新的必要性.....	115
7.2 农村合作医疗保险制度创新的原则.....	121
7.3 农村合作医疗保险模式比较分析.....	124
7.4 贫困地区农村合作医疗保险制度运行模式的创新.....	126
第8章 研究结论与政策应用	132
8.1 研究结论	132
8.2 政策应用	135
8.3 需要进一步研究的问题	135
参考文献	137
致谢	146

文献综述

一般认为,合作医疗制度起源于20世纪40年代的陕甘宁边区医疗合作社,属于社区医疗保险的性质。农民以合作形式来分担部分医药费用的创举,发生在20世纪50年代中期山西、河南两省的个别农业生产合作社。这种组织方式,也正是后来人民公社时代推广普及的合作医疗制度(朱玲,2000)。1956年6月30日,第一届人大三次会议通过的《高级农业生产合作社示范章程》中规定:“合作社对于因公负伤或因公致病的社员要负责医治,并且酌量给以劳动日作为补助。”(史敬棠,张凇,周清和,毕中杰,1957),从而第一次从制度上赋予了集体介入农民疾病医疗的职责。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。1958年公社化以后,合作医疗发展较快,资金筹集进一步转化为以集体经济为主出大头的形式,并且看病不要钱。1965年9月,中共中央批转卫生部《关于卫生工作重点放到农村的报告》,强调加强农村基层卫生保健工作,极大地推动了农村合作医疗保障事业的发展。1978年第五届全国人大通过的《中华人民共和国宪法》,把合作医疗写入了宪法,到农村生产责任制改革之前的1978年,全国农村合作医疗覆盖率达到80%~90%。到1980年,我国农村有90%的行政村(生产大队)实行了合作医疗。“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,被世界银行卫生组织誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一范例”。

进入20世纪80年代,随着家庭联产承包责任制及统分结合的双层经营模式在全国农村的实行,农村集体经济迅速萎缩,对合作医疗的巩固造成了极大影响,合作医疗制度快速地走向解体,绝大部分村卫生室(合作医疗站)变成了乡村医生的私人诊所,农民缺医少药的现象死灰复燃。朱玲(2000)认为“合作医疗制度的内在运行机制存在缺陷”,“即使没有集体经济组织解体的冲击,这一制度迟早会破产”。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”(王延中,2002),农村医疗保障制度在90%以上的农村地区成为空白。

1991年党中央和国务院再次肯定了农村合作医疗保险制度,提出“稳定推行合作医疗保健制度”后,情况又有所好转;1993年中共中央在《关于建立社会主义市

场经济体制若干问题的决定》中提出，要“发展和完善农村合作医疗制度”；1994年，国务院研究室、卫生部、农业部与世界卫生组织合作，在全国27个省14个县（市）开展“中国农村合作医疗制度改革”试点及跟踪研究工作。经过几年试点、恢复与重建，到1997年农村合作医疗有了一定程度的恢复，但覆盖率仅占全国行政村的17%，参加合作医疗的比例仅为9.6%。

2002年10月，中共中央、国务院下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，重新开启了农村合作医疗制度的建设工作。新型农村合作医疗保险制度实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制，其中，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民按人均10元安排补助资金，地方财政每年对参加新型农村合作医疗的农民资助不低于人均10元，农民个人每年的缴费标准不应低于10元。

有关新型农村合作医疗的研究众多，周晓媛、王禄生、毛正中等（2003）从补偿标准方面进行了研究，对广西合浦县按病种付费试点效果进行了分析；王靖元（2004）对新型农合的基金分割机制与补偿比例进行了研究等；韩留富（2004）从农村医疗保障制度变迁的分析提出了新型农村合作医疗保险的改革路径；顾海、唐艳（2005）从强制性制度变迁角度分析了农户对新型农村合作医疗保险理性不及的反应；夏莉艳（2004）提出商业保险公司应当参与新型农村合作医疗保险制度的观点；董竹敏、杨引根（2006）对商业保险公司参与新型农村合作医疗的利弊进行了进一步的分析；蒋正忠、陈程（2005）对江苏保险业参与新型农村合作医疗情况进行了研究，提出了商业保险公司实践社会管理功能创新新型农村合作医疗运作机制的观点。

邹珺（2003）从社会学的角度对20世纪90年代以来江苏农村居民医疗保障机制进行制度分析；许梦博、许罕多（2007）主要从新型农村合作医疗保险的资金筹集模式进行研究，认为建立中国农村新型合作医疗制度，必须要多方筹集资金，通过建立政策性医保制度、发挥合作经济组织作用等方式，提供多层次的医疗卫生产品。还有一些学者是从新型农村合作医疗保险制度的法律、参与主体等方面进行研究的。在研究新型农村合作医疗保险制度的参与主体时，许多学者从不同参与主体间的博弈角度进行分析，例如李华（2007）从政府和农民间的博弈分析新型农村合作医疗保险制度的进入机制；汤少梁、肖增敏（2007）用监管博弈模型分析了新型农村合作医疗中政府与医疗机构的监管博弈、农户与医疗机构之间的动态博弈以及存在社会监督情况下的监督博弈，并提出构建完整的新型农村合作医疗保险制度政府监管体系的策略。

新型农村合作医疗保险作为为农民提供的一种医疗保障机制，在西部贫困地区尤为重要。有许多学者对西部地区、贫困地区进行了专门研究。肖湘雄（2007）对

西部地区新型农村合作医疗保险的筹资方式进行了探讨,他认为西部农村货币收入缺乏,自然资源与社会资源丰富,有利于构建以农村医疗卫生事业为平台,促进西部农村地区的医疗、经济、社会、生态等协同发展的资源型筹资方式。还有很多的学者是从实际调查中分析目前新型农村合作医疗保险制度存在的问题,以及各试点的运行情况。

关于合作医疗中农民参与意愿的影响因素的探讨,不同的研究者从不同方面进行了分析思考,并据此提出相应的建议措施。陈秋霖(2003)认为政府促成的“自愿参加、个人支付为主”的合作医疗实质上是政府(确切地说是地方政府)提供的垄断医疗保险,这种方式必然无法实现人人参与,因为不完全信息垄断医疗市场,由于需求方人群的疾病风险、风险态度、医疗习惯、就医可能的不同而不存在混同均衡。即同一保险合约不可能在所有人中都能产生吸引力,因此医疗保险市场的逆向选择问题将导致医疗保险过低的覆盖率,使得卫生消费不足以保护居民健康。夏冕(2004)从合作医疗中的各个相关主体入手,分析了由于目前农民收入水平不高、内部结构分化、政府投入不足、乡村医疗机构功能弱化,以及这项制度本身所存在的设计缺陷,均给农民参与合作医疗带来了一系列负面影响,从而导致其积极性不高,因此,他提出完善合作医疗的制度设计是提高农民参与意愿的当务之急。顾昕、方黎明(2004)认为导致合作医疗参与率低的一个重要因素是合作医疗从强制性向自愿性的回归及其所带来的逆向选择问题,即老、弱、病、残者自然都愿意参加合作医疗,因为他们受益的概率更高。但是,他们收入通常较低,缴费能力有限。而年轻健康者收入较高,支付能力较强,但是其受益可能性较低,因而参与意愿较低。

此外,还有许多学者从调查分析的角度来分析影响农村合作医疗保险参与意愿的因素。彭现美、周静静(2007)以安徽省的调查结果为例,分析农村合作医疗保险参与意愿的影响因素,认为造成农户未参与农村合作医疗的原因既有医疗机构的问题,也有新型农村合作医疗服务部门的问题;既有主观原因,也有客观原因;既有对新型农村合作医疗宣传不足的问题,也有农民对新型农村合作医疗认可的问题。王琼(2007)对湖北省新型农村合作医疗进行调查,认为影响农村合作医疗参与意愿的影响因素有家庭因素、户主因素和家庭成员因素。

哈佛大学萧庆伦与北京大学张里程等人(2004)则利用logistic多元回归模型分析社会资本对农民在不同筹资比例下参与意愿的影响,得出除了经济因素以外对农民参加合作医疗支付意愿最重要影响因素之一便是社会资本的结论。唐立健、沈其君(2007)认为对农民意愿支付水平具有显著性影响的因素有劳动力文化程度、家庭收入、非生产性固定资产以及是否参加过合作医疗。

关于贵州农村合作医疗的研究。1993年,由美国和加拿大资助实施的“中国贫困地区农村医疗保健制度研究”课题(1993—1997)项目在贵州施秉县实施,调查

的资料显示,有 1/3 患病农民未得到基本医疗服务,在贫困县因经济困难而未就诊比例则为 24%,41%因经济原因患病后未能就诊,需要住院治疗者中 59%因无法支付医药费用而未能入院。“中国贫困地区农村医疗保健制度研究”课题组(1997)通过对贵州省施秉等三县的研究得出的主要结论是:合作医疗是适合我国国情的农民医疗保障制度,而要在贫困地区开展合作医疗,一要加强领导,二要教育农民,三要设计好方案,四要加强管理与监督。杨土保等(1999)对贵州省独山县农村居民对建立合作医疗制度的意愿进行了分析。意愿调查结果表明,有 73.03%的农户认为有必要开展合作医疗,而且愿意筹资达到 10 元以上的农户达 80%;有 70%以上的农户认为合作医疗在经济上是划算的,在就医时会带来方便;多数农户希望在就诊时同时减免药费和服务费,并且期望报销比例达到 50%;对合作医疗的组织者也表示信任;多数农户认为合作医疗应由乡村联合管理,并吸收群众代表参加,期望定期张榜公布报销账目。赖力(2001)对晴隆县的农村合作医疗进行了调查,认为晴隆县利用世界银行贷款,在发展农村卫生事业,实行农村卫生综合开发,以加速乡村卫生基础设施建设,建立健全初级卫生保健网,推进妇幼卫生保健等方面取得了一定成效;在建立农村合作医疗保障制度,解决贫困农民的基本医疗以及逐步控制和消除传染病、地方病对农民的危害方面,也取得了一定的成效,但同时也存在一些问题。中国世界银行西南扶贫项目贵州项目区机构建设科研课题组(2001)详细分析了该项目区合作医疗的持续性问题,认为合作医疗的筹资机制、合作医疗的相关制度执行问题、医疗机构的技术水平和服务质量三方面是制约贫困地区合作医疗可持续发展的主要原因,并分析了贵州贫困地区开展合作医疗的直接障碍:领导认识不到位、农户无合作意识、经济落后、缺乏对基层合作医疗的管理和技术指导、报销药品的单一和价格偏高、特困人口的费用补贴、医疗市场的无序竞争等,并提出了相应的对策措施。刘庆和(2001)通过参加中国世界银行西南扶贫贵州项目的资料建立了一个简单的消费者行为模型和一个博弈模型,从分析农户的愿望和行动的矛盾入手,讨论在现有的自愿加入机制下贫困地区农户的理性选择为什么导致了低参合率以及资金供给不足,提出了实行强制性加入、政府进行补贴等政策建议。王飞跃(2003)通过对贵州三穗县款场乡农村合作医疗保险的调查,认为贫困地区建立、健全完善的合作医疗保险制度,不仅可以遏制农民因病返贫,还有利于农村公共医疗卫生事业快速反应机制的建立,但是从新型合作医疗的试点情况看,贫困地区建立农村合作医疗保险制度在资金匹配、医疗资源整合以及管理方面还有待于进一步健全和完善。Wang H, Yip W, Zhang L, et al. (2005) 利用贵州省开阳县冯三镇 6 个村农户调查数据进行了实证研究,发现收入是决定农户参加合作医疗的主要决定因素,收入和健康状况会影响已经参合农户对卫生医疗服务的利用情况。收入高、健康状况差的参合农户从参合中获得了较高的净收益,这意味着贫穷、健康农户对他

们进行了补贴。

国外关于基于社区的健康保险的研究较多。Liu Y, Hu S, Fu W, et al. (1996) 对中国恢复合作医疗进行社区健康融资是否必要和可行进行了分析。Khan MM, Zhu N, Ling JC (1996) 对中国合作医疗的情况进行了介绍。在众多的关于发展中国家的研究中, Arrin G, Waelkens MP, Criel B (2005) 研究了发展中国家基于社区的健康保险对医疗筹资体系的作用。De Allegri M, Sanon M, Bridges J, et al. (2005) 以西非为案例分析了消费者偏好与社区医疗保险决策的关系。Asfaw A, Von Braun J (2005) 分析了非洲国家埃塞俄比亚的社区健康保险的改革方案。Kent Ranson M, Sinha T, Chatterjee M, et al. (2006) 对印度在国际著名的 Self-Employed Women's Association's (SEWA) 的经验进行了介绍。Dong H, Kouyate B, Cairns J, et al. (2005) 分析了基于社区的健康保险计划中支付意愿的不公平现象 (inequality)。比较值得一提的是和本研究有关的对于低参合率的原因的研究, 例如 Basaza R, Criel B, Van der Stuyft P (2007) 分析了乌干达社区健康保险计划的低参与率的原因, 并提出了政策建议。De Allegri M, Kouyate B, Becher H (2006) 对撒哈拉非洲地区的基于社区的健康保险的低参与率进行了研究。Poletti T, et al. (2007) 分析了低收入条件下社区医疗保险的可能性与可行性。Preker, AS, Carrin, G, Dror, D, et al. (2002) 分析了基于社区的健康融资计划能否满足成员的疾病成本。Zhang L, Wang H, Wang L (2005) 对中国农户参与新型农村合作医疗保险的意愿与社会资本间的关系进行了研究。Amundson B (2005) 比较了商业保险与社区医疗保险之间的关系, 对发展中国家的政策选择 (policy option) 提供了有益的分析。

CVM 已经被广泛用于包括对疾病治疗和管理、新技术的支付意愿, 以及对医疗服务和医疗项目的功效评价等健康经济学领域的研究, 但很少有用于对农村 (社区) 医疗保险计划需求问题的研究。由于发达国家的农村人口很少并且大多数有全民社会保险 (universal social insurance), 所以现有对农村医疗保险的需求研究文献多见于发展中国家。例如 Juetting, J (2003) 对塞内加尔的农村社区医疗保险计划 (CBHIS) 的需求做了一个样本为 346 户的抽样调查, 通过估计一个二分标准正态分布单位 (binary probit) 模型来识别影响参加 CBHIS 的决定性因素。Osei-Akoto (2004) 在两个设有住院医疗保险的社区做了一个样本为 485 户的抽样调查, 然后利用 bivariate probit 模型估计决定因素。Jiang, Y (2004) 对中国四川省 300 户农户进行了多阶段抽样调查, 并采用 direct bidding method 得出农户对完全依靠自筹保费的农村合作医疗保险计划的参与意愿为 69%, 支付意愿 (对共付比率为 50% 的综合医疗保险) 为 3.9 美元每人每年。理论和经验证据都表明在发展中国家 (包括中国) 的研究可以获得有效的和可信的有关健康保险方面的支付意愿结果。

第1章 导论

1.1 研究问题与背景展示

1.1.1 研究的背景

本书是关于贫困地区新型农村合作医疗保险需求与制度创新的研究。研究的基本定位是，将新型农村合作医疗保险作为一种正式的农村医疗保障制度安排，在梳理现有理论基础和文献研究的基础上建立理论研究的框架，利用过程—结果评价法开发的评价体系对贵州省 2003 年确定的第一批新农村合作医疗保险试点县的新型农村合作医疗保险制度运行进行评价，以识别贵州试点地区新型农村合作医疗保险制度的模式特征，应用包括 CVM 方法在内的各种农户问卷设计方法设计农户问卷后对选定地区农户的医疗保险的可观察的实际需求和不可观察的潜在需求等详细状况进行调研。根据设计的理论框架和计量方法利用调查数据探寻影响农户医疗保险需求的因素以及新型合作医疗应有的技术特征，并结合实证研究结果从制度变迁的路径依赖和制度嵌入的制度环境的角度分析农村合作医疗保险制度创新的必要性和原则，提出贫困地区农村合作医疗保险制度创新的具体模式和政策建议。本书选择和研究的内容基于以下几个方面：

(1) 经济转型时期中国农村医疗保障制度缺失，城乡健康不公平现象突出。20 世纪 70 年代末以来中国逐步从传统的计划经济体制转变为社会主义市场经济体制，经济体制的转型极大地解放和发展了中国的生产力。经过 30 多年的快速增长，中国无论是 GDP 总量还是人均 GDP 在全球的排名明显提前。尽管中国经济体制的深层改革任务例如金融体制改革等还很艰巨，但可以说中国的经济体制改革已经取得了举世瞩目的重大成果。2003 年中国 GDP 总量为 116 694 亿元（人均 7543 元），按可比价格计算增长率为 9.1%。经济的快速增长促进了农村卫生事业的迅速发展，中国农村卫生事业取得的成就主要反映在以下三个方面：第一，农民医疗服务可获得性

得到了保障。^①政府建立了以县级医疗卫生机构为龙头、乡镇卫生院为主体、村级卫生室为基础的农村三级卫生服务体系,这一体系承担了农村预防保健、基本医疗、卫生监督、健康教育、计划生育技术指导等功能,为农民获得基本医疗服务提供了保障。第二,有效控制了重大传染病和地方病等危害严重的疾病,农村公共卫生环境得到了极大程度的改善。例如我国已经消灭了天花和脊髓灰质炎,有效控制了霍乱病、麻风病、疟疾病等传染病,大多数的地方病和寄生虫病得到了基本控制。第三,农村居民总体健康水平有了较大提高。农村居民期望寿命从新中国成立初期的35岁提高到2003年年底的70岁,高出世界平均水平。^②农村人口死亡率、婴儿死亡率、五岁以下婴儿死亡率等主要健康水平测度指标明显优于世界平均水平,孕产妇死亡率也明显低于发展中国家平均水平。^③但是,经过艰苦的改革尝试取得的初步成就从整体上看还是赶不上经济体制改革的辉煌成就。以国际标准和中国的标准衡量,我国的医疗卫生体系包括农村医疗卫生体系仍然任重道远。世界卫生组织报告(WHO, 2000)认为,卫生系统有3个目标:即提高健康水平和配置、增强符合人民正当愿望的体制的责任以及确保公平的资金投入。^④2000年世界卫生组织报告根据这个标准对各国的卫生系统业绩的测量和排序表明,在191个国家中,中国健康水平排名第81位,人均卫生费用排名139位,卫生筹资公平性排名188位。卫生筹资公平性已经成为我国健康保障制度尚不完善的决定性因素,它反映出我国城乡卫生费用投入的不公平和农村健康保障制度缺失的事实。从中国卫生费用、城乡卫生费用和人均城乡卫生费用投入的变化看,1990~2002年中国卫生总费用在GDP中的比重从4.03%增长至5.42%,但是政府预算卫生支出占比从25.1%降低到15.2%,

① 除极个别人口稀少和交通不便等贫困地区外基本上解决了医疗服务的可及性问题即“缺医少药”问题,参见:卫生部统计信息中心编:《卫生改革专题调查研究——第三次国家卫生服务调查社会学评估报告》,中国协和医科大学出版社2004年12月,第2页。

② 据《2002年世界发展指标》公布的资料,1997年世界平均寿命为67岁,高收入国家为77岁,中等收入国家为69岁,低收入国家为60岁。

③ 2003年我国农村人口死亡率、婴儿死亡率、五岁以下婴儿死亡率以及孕产妇死亡率分别为7%、34%、40%(世界1997年五岁以下婴儿死亡率79%)、76/10万(发达国家76/10万、发展中国家为45076/10万)。转引于卫生部统计信息中心编:《卫生改革专题调查研究——第三次国家卫生服务调查社会学评估报告》,中国协和医科大学出版社2004年12月,第36页。

④ 首次于1995年发表的《世界卫生报告》是世界卫生组织(WHO)的主要出版物。报告对全球卫生提供专家评估,包括涉及所有国家的统计数字,以一个特定主题为重点,2000年报告的主题是:卫生系统——改进业绩。

个人支付比例从 35.7% 增加到 58.3%。也就是说中国卫生总费用的上升主要来源于个人支付 (out of pocket) 比例的增加。从城乡差异来看, 城乡卫生费用投入总额的差异不显著, 但是由于农村人口基数大, 人均城乡卫生费用差异也进一步拉大。随着农村经济体制改革的进行, 农村家庭承包经营使得农户成为经营主体, 计划经济条件下建立起来的农村基层医疗卫生组织和合作医疗逐渐失去集体经济体制的支撑, 农民在计划经济条件下得到的基本福利和实惠 (如合作医疗、低成本收费、低廉的药品价格等) 逐渐消失。医疗卫生体系改革的市场化取向在政府投入不足的情况下使得医疗机构以药养医, 大多数乡镇卫生院生存和发展困难、村级卫生站大部分由个人承包经营或私人开业。20 世纪 90 年代中后期以来, 中国农村地区卫生领域面临的问题具体表现在六个方面: 第一, 伴随着城乡收入差距扩大, 居民健康不公平状况严重, 农村卫生健康指标恶化。^①第二, 一些传染病、地方病和营养不良肆虐于部分农村地区。^②第三, 农村家庭的支付能力与日益上升的医疗费用成为农村社会突出矛盾^③, 农民看病贵与看病难问题突出, 农村因病致贫和因病返贫现象严重。^④第四, 农村合作医疗制度几经努力仍然难以恢复, 绝大部分农村缺乏基本医疗保障制度覆盖。第五, 农民工基本医疗服务需求得不到满足。^⑤第六, 在农村卫生投入与卫生管理体制方面, 政府投入严重不足, 责任不到位。中国共产党第十六次全国代表大会确立新的科学发展观, 提出实现城乡之间、地区之间、经济社会之间、人和自

① 2000 年, 我国人口平均期望寿命为 71 岁, 其中城镇居民为 75.21 岁, 农村为 69.55 岁, 两者相差 5.66 岁。孕产妇死亡率与婴儿死亡率是影响人均期望寿命的重要因素, 1994 年农村孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别是城市的 1.9 倍和 2.9 倍, 到 2002 年为 2.6 倍和 2.7 倍。资料来源: 2003 年中国卫生统计年鉴。

② 例如贵州全省有近一半人口氟中毒, 砷中毒在贵州省同样属于常见病。参见: 丰鸿平, 贵州全省一半人口氟中毒防治地方病考验政府, 南方都市报, 2005 年 3 月 2 日。

③ 据卫生部统计, 2003 年中国农民人均纯收入是 2622 元, 而农民住院平均费用达 2236 元。也就是说一个农民住院, 他全年的收入可能都要花在医疗费用上。在贫困山区由于无力支付医疗费, 农民患病未就诊的比例达 72%, 应住院未住院的有 89%。资料来源: 狄多华, 西部农村合作医疗现状, 重庆日报, 2005 年 1 月 28 日第 9 版。

④ 2003 年卫生服务调查显示, 中国农村人均卫生费用从 1990 年的 38.8 元增加到 2003 年的 274.7 元, 31.4% 的农民有病采取“自我医疗”方式, 33.4% 的贫困农民是因疾病和损伤造成。2004 年 11 月 5 日卫生部原副部长朱庆生在国务院新闻办召开的新闻发布会上透露: “有 40%~60% 甚至更高比例的农民因病致贫、因病返贫。”

⑤ 农民工是指具有农村户口身份却在城镇或非农领域务工的劳动者。这个群体出现于 20 世纪 80 年代末, 其规模不断扩大并一直延续至今。农民工现象既是我国传统户籍制度与现代化进程相矛盾的具体体现, 也是我国经济体制改革和城乡统筹发展的显著标志。农民工群体在务工过程中, 社会保护明显不足, 疾病医疗更是影响农民工生存与发展的重大制约因素。