



新型农村 合作医疗中的利益 转移问题研究

代志明 著

中国社会科学出版社

新型农村 合作医疗中的利益 转移问题研究

代志明 著

中国社会科学出版社

新型农村 合作医疗中的利益 转移问题研究

代志明 著

中国社会科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新型农村合作医疗中的利益转移问题研究/代志明著. —北京:
中国社会科学出版社, 2011. 7

ISBN 978-7-5004-9616-8

I. ①新… II. ①代… 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 (2011) 第 044628 号

责任编辑 胡 兰

责任校对 郭 娟

封面设计 毛国宣

技术编辑 李 建

出版发行 **中国社会科学出版社**

社 址 北京鼓楼西大街甲 158 号 邮 编 100720

电 话 010—84029450 (邮购)

网 址 <http://www.csspw.cn>

经 销 新华书店

印 刷 北京君升印刷有限公司 装 订 广增装订厂

版 次 2011 年 7 月第 1 版 印 次 2011 年 7 月第 1 次印刷

开 本 880×1230 1/32

印 张 8.25 插 页 2

字 数 207 千字

定 价 27.00 元

凡购买中国社会科学出版社图书, 如有质量问题请与本社发行部联系调换
版权所有 侵权必究

本书获郑州轻工业学院社会发展研究中心学术著作出版资助

本书是作者主持的教育部人文社会科学研究青年基金项目“我国公立医院改革的最优模式选择研究”（项目批准号：10YJC630036）的阶段性研究成果和郑州轻工业学院博士科研基金资助项目“新型农村合作医疗中的利益转移问题研究”的最终研究成果

目 录

第一章 导论	(1)
第一节 选题的背景与意义	(1)
第二节 研究对象的界定	(6)
第三节 国内外研究综述	(8)
第四节 采用的方法与技术路线	(24)
第二章 公共政策过程中的利益转移问题	(26)
第一节 利益视角下的公共政策过程	(26)
第二节 公共政策制定与执行中的利益转移 问题——以公共支出政策为例	(33)
第三章 新型农村合作医疗中的利益转移问题	(52)
第一节 中国农民医疗保障制度及其利益转移 问题的一般理论分析	(52)
第二节 新型农村合作医疗中的利益转移(一): 农民之间的利益转移	(60)
第三节 新型农村合作医疗中的利益转移(二): 农民与医疗机构之间的利益转移	(167)

第四节 新型农村合作医疗中利益转移导致的福利损失	经济学分析	(206)
--------------------------	-------	-------

第四章 新型农村合作医疗利益转移问题的个案分析

——以长葛市新型农村合作医疗为例	(214)
------------------	-------

第一节 长葛市新型农村合作医疗实施概况	(214)
---------------------	-------

第二节 长葛市新型农村合作医疗中利益转移的测量	(216)
-------------------------	-------

第五章 国外化解农村医疗保障利益转移问题的

经验与启示	(232)
-------	-------

第一节 发达国家的农村医疗保障制度	(232)
-------------------	-------

第二节 发展中国家的农村医疗保障制度	(236)
--------------------	-------

第三节 经验与反思	(239)
-----------	-------

结语	(246)
----	-------

参考文献	(249)
------	-------

后记	(260)
----	-------

第一章

导 论

第一节 选题的背景与意义

兴起于中国乡村集体化时期的农村合作医疗制度，在 20 世纪 60—70 年代，由于当时的特殊外部环境具有强制性（表现为强大的政治动员机制、全面控制农村经济社会的人民公社组织和计划经济体制）而保持了较高覆盖率，惠及中国广大农村人口，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得最大健康收益”的“中国模式”。然而，自改革开放以来，广大农民成为相对独立的市场利益主体，传统的农村合作医疗筹资原则也由原来的“集体代扣”转为“个人自愿”原则。随之而来的是农村合作医疗制度覆盖率的连年下降。而与之形成鲜明对比的是，伴随着中国医疗服务费用的快速上涨，农村居民的医疗保健支出迅速增长，由 1990 年的人均 18.98 元上涨到 2005 年的人均 168.09 元，在农民生活消费总支出中的比重由 3.3% 上升到 5.98%。^{〔1〕} 医疗服务费用的增长速度超过了人均收入的增长速度，医疗卫生

〔1〕 国家统计局：《中国统计年鉴（2005）》，中国统计出版社 2006 年版，第 265 页。

消费支出已成为继家庭食品和教育支出之后的第三大支出项目。1998—2003年,农民年均收入增速为2.4%,而年均医疗卫生支出的增速为11.8%。^[1]连年上涨的医疗费用抑制了农民的医疗卫生有效需求,由此导致的广大农民的应住院而未住院的现象十分普遍。2003年所进行的卫生服务调查显示,被调查农村患者的应就诊而未就诊率为45.85%,应住院而未住院率为30.3%,其中,在未就诊的门诊患者中,38.2%是由于经济困难;在应住院而未住院的患者中,70%是由于经济困难。更加值得注意的是,对一些贫困地区的农村人口来说,在随时都可能到来的重大疾病风险面前,他们中的许多人通常“就像一个人长久地站在齐脖深的河水中,只要涌来一阵细浪,就会陷入灭顶之灾”。^[2]以上问题带来的结果必然是广大农民“因病致贫、因病返贫”甚至因病自杀现象十分严重,这一问题已引起中国政府的高度重视。为了统筹城乡经济社会协调发展,提高农民健康保障水平,减轻农民特别是中西部农民的医疗负担,2002年10月19日,中共中央、国务院作出了进一步加强农村卫生工作的决定,在全国探索建立适应经济发展水平、适应农民经济承受能力、适应医疗服务供需状况的新型农村合作医疗制度,同时在全国开展农村医疗救助试点工作。截至2009年底,“我国已有2716个县(市、区)开展了新型农村合作医疗工作,新型农村合作医疗参合率为94.0%。新型农

[1] 卫生部信息中心:《中国卫生服务调查研究》,中国协和医科大学出版社2004年版,第65页。

[2] [美]詹姆斯·C.斯科特:《农民的道义经济学:东南亚的反叛与生存》,程立显等译,译林出版社2001年版,第1页。

村合作医疗基金累计支出总额为 646 亿元, 累积受益 4.9 亿人次”。^{〔1〕} 政府计划到 2010 年, 争取做到将该项制度基本覆盖全体农村居民。但是, 从试点的进展情况来看, 在许多新型农村合作医疗试点地区, 并没有出现农民积极、主动参加的局面, 据统计, 2004—2009 年新型农村合作医疗的年平均总体参合率也仅维持在 83.83% 左右。^{〔2〕} 虽然官方统计数据表明许多地区农民的参保率大多在 80% 以上, 但是这一如此之高的参保率是在政府多方督促下的农民迫于某种压力而消极参保的结果, 也就是说是非完全自愿的结果。每年年底, 地方政府都要发动地方干部到农民家里去做说服工作, 甚至采取其他不该采取的手段, 才有了现在的官方统计的高覆盖率。理论上讲, 新型农村合作医疗是一种由政府出面组织并出巨资补贴的旨在惠及广大农民的公共政策, 对于农民来说, 应有很大的吸引力、应者云集才是, 但为什么当前仍有一些农民不愿参加, 或者参保的积极性不是很高呢? 其根本原因在哪? 对此, 学界认为新型农村合作医疗的制度缺陷制约了该制度的顺利推广, 归纳起来, 他们认为现行制度存在以下缺陷:

(1) 过分强调参与的自愿性。农村集体经济解体后, 农民成为一个相对松散的、经济上更完全独立的群体, 在这种情况下, 新型合作医疗没有强制性, 其覆盖率是很难有保证的, 必然会产生严重的“逆向选择”而表现为参保率不足。

(2) 缺乏有效的筹资机制。传统合作医疗的资金来源主要由集体负担, 个人承担一小部分; 新型合作医疗则采取个人、

〔1〕 国家统计局:《2009 年国民经济和社会发展统计公报》,《人民日报》2010 年 2 月 25 日。

〔2〕 根据国家统计局各年度国民经济和社会发展统计公报计算而得。

集体、国家三方投资，强调三方的责任，但是在实际运作中由于种种原因，筹资难度相当大：一是中央和地方财政对合作医疗投入偏少，二是集体投入难以落实，三是农民个人出资存在问题。

(3) 以低水平筹资换取“广覆盖”。筹资水平太低有可能是制约新型农村合作医疗制度持续健康发展的主要因素。目前，新型农村合作医疗试点工作之所以对农民参保的吸引力很弱，原因之一是与低水平筹资相对应的低医疗保障水平，而这样低水平的保障又根本达不到防止“因病致贫、因病返贫”的目的。

通过仔细分析以上学者提出的存在于新型农村合作医疗制度中的问题，我们发现，实际运作中上述问题的确给合作医疗的推行带来很大困难，但这些问题某种程度上在旧合作医疗中也同样存在，却为何未能阻止旧合作医疗的顺利推行呢？退一步讲，若上述问题解决了，广大农民就能增强参加合作医疗的意愿吗？即使参加了，他们能公平地享受到合理的医疗保健服务吗？若非如此，究竟谁是合作医疗的最大受益者？

“穷人的福祉是使服务运转的要点，公共政策和公共支出的价值很大程度上取决于穷人赋予它们的价值。”^{〔1〕} 在现行的以新型农村合作医疗为主体的中国农民医疗保障体系中，广大农民特别是中低收入参保农民对合作医疗的满意度如何呢？据调查，“45%的人认为新农合无任何帮助；42%的人认为

〔1〕 世界银行：《2004年世界发展报告：让服务惠及穷人》，中国财政经济出版社2004年版，第64页。

有帮助，但作用不大，二者相加高达 87%”。〔1〕可见广大参保农民对新型农村合作医疗的满意率不高，而导致农民不满意的原因是“报销比例偏低，新农合最大的受益者是中等以上经济条件的家庭。贫困家庭除去政府资助外，剩余部分仍无力承担，且花费越大，负担越重”。〔2〕由此可见，中国现行的新型农村合作医疗制度存在受益不均问题，不同收入水平或拥有不同社会资本的农民从该项制度中获得医疗服务的能力出现分化，高收入的农民群体在现行农民医疗保障制度中将获得更多的医疗服务，而低收入农民群体囿于自身资源约束将可能获得很少的医疗服务。这样，由政府资助的新型农村合作医疗制度在实际运行中必然出现利益转移。另据调查发现，在现行的新型农村合作医疗制度下，医疗卫生服务提供机构也可通过涨价及诱导需求获得更多的收益，原本属于广大农民的医疗保险基金可能被医疗卫生服务提供机构所腐蚀，也即出现农民向医疗机构的利益转移。这一问题若不妥善解决，必然会严重影响到中国政府提出的旨在通过新型农村合作医疗制度的推行以实现“减轻农民因疾病带来的经济负担，提高农民健康水平”的目标。为此，开展对此问题的研究，对于中国新型农村合作医疗制度的顺利推广具有重大的现实意义。农民的

鉴于以上分析，本书拟对新型农村合作医疗制度中的各利益主体，特别是农民与农民之间、农民与医疗服务机构之间存在的利益转移问题展开研究，探讨他们之间的利益转移形成机制，以解释当前中国的新型农村合作医疗制度在可持

〔1〕 王海磐：《完善新农合制度》，《人民日报》2008年3月6日。

〔2〕 同上。

续发展方面存在的问题，并进一步探讨在现行的新型农村合作医疗制度下如何有效化解利益转移问题的对策。

第二节 研究对象的界定

一 “农民医疗保障”

在中国的农村地区，正式的农民医疗保障制度主要是指传统的农村合作医疗制度以及2003年开始在广大农村地区开展试点的新型农村合作医疗制度，而新型农村合作医疗则是本书的主要研究对象。但是，“农民医疗保障”制度并不仅仅局限于农村合作医疗这种模式，因为随着中国城镇化步伐的加快，大量的农民进城务工，这部分农民工的医疗保障问题究竟是属于城镇居民医保范畴还是属于农村居民的医保范畴目前还存在争论。本书打算以户籍为依据，试图将农民工的医疗保障问题纳入农民医疗保障体系中来进行研究。

二 “利益转移”

“利益转移”是来源于公共经济学中的一个概念，它是指“政府的一项公共支出政策最初是为了让一部分人受益，但该项政策实行的结果却往往是应该受益的人没有受益或受益很少，而那些不该受益的人却受益了或受益过多”这种存在于公共支出中的利益分配不均匀现象。^{〔1〕}利益转移现象的存在告诉我们，现实中的公共支出的分配效应往往是扭曲的，很多看起来旨在改善穷人状况的公共支出，最终得益者其实并

〔1〕 华民：《公共经济学教程》，复旦大学出版社1996年版，第156页。

不是穷人，而是那些不应该得到这类帮助的有钱人。

作为中国农民医疗保障制度主体的农村合作医疗制度，也存在利益转移这类政府公共支出分配效应扭曲问题，一些学者已注意到这类问题，并用“逆向转移支付”概念来描述之，笔者认为用“逆向转移支付”有不妥之处，因为经典财政学理论关于“转移支付”的定义是指政府为了实现再分配的目的而对特定对象（包括政府与居民个人）进行的无偿资金或实物的划转。也就是说，转移支付是发生在政府与政府之间或政府与居民之间的一种无偿的资金或实物给付现象。依据上述对转移支付定义的描述，“逆向转移支付”则应理解为由居民向政府或不同政府之间的资金（或实物）无偿给付现象。而存在于农民医疗保障中的、对于由政府补贴的医保基金所发生的分割机会不均问题，主要表现为拥有不同资源的农民之间或农民与医疗服务机构之间的利益分割问题，这其中并未将政府包括在内，当然更谈不上由农民向政府的逆向资金转移这类所谓的“逆向转移支付”问题。

另外，有的学者提出用“不公平”概念来描述农村合作医疗制度中的对于政府补贴的医保基金的分割不均问题，虽然有一定的道理，但笔者认为“公平”概念本身是一种价值判断，故不适合用这个概念来描述一种存在于医疗保障中的客观现象，而利益转移这个概念本身不带有价值判断成分，仅仅是对医疗保障支出中的利益最终归宿分布结果的客观描述。与之相反，“利益转移”这个概念则不存在上述问题。综上所述，本书认为若研究农村合作医疗制度中的对于政府补贴的医保基金的分割不均问题，还是用“利益转移”概念较为恰当。

第三节 国内外研究综述

一 国外研究综述

总体来看,国外有关医疗保障中利益转移问题的研究大体可分为两个部分:一是针对许多国家的政府医疗卫生公共支出项目的收益分配不均问题,即不同社会阶层、不同收入水平人群在享受政府医疗卫生服务项目的差异问题,这包括国外许多国家医疗卫生支出利益转移的现状、问题、原因的分析以及应采取的对策等,其中一些学者还对一些国家中的利益转移问题作了典型案例研究;二是专门针对中国农村的医疗卫生体制,特别是对合作医疗中存在的受益不均衡问题作了前瞻性的研究。

(一) 对医疗保障公共支出中利益转移问题的研究

1. 对医疗保障领域中利益转移问题现状的研究

自20世纪70年代以来,随着西方国家公共管理运动的兴起,人们对公共部门的迅速扩张发出的抱怨也越来越多,其实质问题通常是谁真正受益于这一切公共支出的增长。这种对于政府公共支出归宿的过分关注,引起人们对于作为政府公共支出一项重要组成部分的医疗卫生支出收益分布均匀性问题的研究。1970年,美国经济学家斯蒂格勒(Stigler)通过对发达国家各个阶层在医疗保健、教育制度服务、国家养老金等方面享有状况的分析,发表了“领导人法则”。该法则认为,在“谁在使用公共服务”这一问题上,公共支出实际上是不公平的——中高收入集团是公共支出计划的主要受益人。^{〔1〕}

〔1〕 转引自黄恒学《公共经济学》,北京大学出版社2002年版,第183页。

曼瑟尔·奥尔森 (Mancur Olson) 通过对西方发达国家的医疗保险计划及医疗补助计划的实施结果分析后发现, 政府实施上述两个计划的初衷“显然是为了减轻中低收入阶层的医疗费用负担, 但执行与管理这类计划的结果却是大大增加了富裕的医生阶层和提供医疗条件的其他阶层的收入”。〔1〕

1972 年, 哈特 (Hart) 实证分析了健康领域的社会差别问题, 提出了著名的哈特反比保健定律, 即“获得良好医疗护理的可能性与它服务的人群的需要程度呈反比变化”。〔2〕这一定律暗示公共保健系统所起的作用完全不同于它最明确的目标: 以人们的需求分配服务。在哈特的论文中, 他尽力想指出, 现实情况与正式认可的官方政策目标存在着经常性的差别。同时, 哈特指出, 他的“反比保健定律在保健卫生受市场力量影响最为强烈的部分拥有最大限度的有效性, 而它有效性最小的地方则是此类影响已被削弱的部门”。

戈登·图洛克 (Gordon Tullock) 从政治学的角度考察了西方国家特别是美国医疗服务在不同收入阶层人群中的利益分布情况, 他发现, “如果有人对现代民主国家提供的转移支付或其他特殊服务进行研究, 那么, 他马上就会发现, 很多接受这些服务的人无论从哪个角度上来看, 都不能算是贫困阶层”。〔3〕图洛克认为, 贫困阶层所获得的医疗服务是不是低于他们在医疗服务中的人均份额, 这个问题涉及不公平的情况,

〔1〕 [美] 曼瑟尔·奥尔森:《国家兴衰探源——经济增长、滞胀与社会僵化》, 吕应中等译, 商务印书馆 1993 年版, 第 31 页。

〔2〕 转引自 [挪威] 斯坦因·拉尔森《社会科学理论与方法》, 任晓译, 上海人民出版社 2002 年版, 第 203 页。

〔3〕 [美] 戈登·图洛克:《贫富与政治》, 梁海音等译, 长春出版社 2006 年版, 第 127 页。

因为所有有关国家医疗服务的经验研究表明，贫困阶层所获得的医疗服务要低于全社会医疗资源的人均份额，即使在理论上的“统一提供”下也是如此。为了证明上述观点，图洛克以美国的穷人医疗救助计划为例对美国中低收入阶层的医疗服务的获得多少的分布情况进行了规范研究，研究结果证实了他的上述结论。

林赛（Lindsay）和齐切尔（Zycher）对加拿大的医疗卫生体制的分配效应进行了考察，他们发现“加拿大国家医疗保险的成本是由经济上并不富裕的那些人来承担的”。他们的工作虽然是在一个崭新领域进行的开创性研究，尽管存在许多统计方面的问题，需要在其他领域进行重复试验，不过，他们二人的研究是当时在医疗保险的个人投入与收益方面所进行的唯一经验研究，从而开创了经济学界对卫生项目最终利益归宿研究的先河。

斯蒂格利茨（Stiglitz）考察了美国的联邦补助金在代际之间的利益转移问题。他认为，确定谁真正从特定的政府项目受益是不容易的。例如，考虑政府为老年人的大部分医疗照顾提供资金的医疗保险项目，老年人明显从该项目中受益很多，但是一定程度上，联邦补助替代了老年人家庭的相关支出（从而公共支出挤出了私人支出），而且，一定程度上，项目的受益者不是老年人，而是他们的孩子。^{〔1〕}

维克托·R·福克斯（Victor R. Fuchs）从新古典经济学的视角分析了不同收入水平的人群在医疗服务的最优购买量之间的差异问题，并提出了健康经济学的第二个基本问题：公平分

〔1〕〔美〕斯蒂格利茨：《公共部门经济学》，杨志勇等译，中国人民大学出版社2005年版，第217页。