



The New Rural Cooperative Medical Scheme

新型农村 合作医疗制度

「The New Rural
Cooperative Medical Scheme」

李立清 ©著

人民出版社



The New Rural Cooperative Medical Scheme

新型农村 合作医疗制度

「The New Rural
Cooperative Medical Scheme」

李立清 ◎著

人民出版社

责任编辑:洪 琼

图书在版编目(CIP)数据

新型农村合作医疗制度/李立清著. -北京:人民出版社,2009.5

ISBN 978-7-01-007906-6

I. 新… II. 李… 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(2009)第 065840 号

新型农村合作医疗制度

XINXING NONGCUN HEZUO YILIAO ZHIDU

李立清 著

人民出版社 出版发行

(100706 北京朝阳门内大街 166 号)

北京市文林印务有限公司印刷 新华书店经销

2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月北京第 1 次印刷

开本:710 毫米×1000 毫米 1/16 印张:17.75

字数:310 千字 印数:0,001—3,000 册

ISBN 978-7-01-007906-6 定价:40.00 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

本书是李立清教授在其博士论文基础上修改完成的一部农村社会保障研究力作。在这部专著中,作者以我国农村新型合作医疗制度产生的历史背景、制度实施及农村医疗卫生现状、新型农村合作医疗制度实施成效及其困难、产生困难的经济学原因分析、改进新型农村合作医疗制度、提高制度运行效率等为基本研究内容,通过深入的农村社会调查研究,对农户参加新型农村合作医疗的实际情况及参合行为进行描述、对我国新型农村合作医疗制度建设现状进行客观评价,定性与定量地分析新型农村合作医疗制度绩效及其影响因素,并对提高农户参合意愿、改进新型农村合作医疗制度绩效的基本路径进行了深入的探讨。

兴起于 2002 年的中国新型农村合作医疗制度,是“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”。与我国传统农村合作医疗制度具有本质上的不同,新型农村合作医疗制度是在政府政策引导和财政支持下,农民通过合作组织互助共济、提高农民自己医疗卫生服务需求实现能力和医疗卫生服务消费水平的准社会保障制度。新型农村合作医疗制度的政策出台背景、制度结构设计、制度实施过程及效果等问题,是农村发展经济学与卫生经济学交叉领域的新问题,是农村公共经济研究领域的新探索,是医疗卫生经济理论的新发展。开展新型农村合作医疗制度经济学研究,对于解决农民基本医疗和因病致贫返贫的现实困难、加快解决“三农”问题、构建和谐社会及推进社会主义新农村建设,具有十分重要的理论意义与现实价值。

随着我国新型农村合作医疗事业的蓬勃发展,有关新型农村合作医疗的学术研究成果日益丰富。李立清教授的这部专著,在汲取和借鉴前人研究成果的基础上,紧密结合中国国情,从公共经济学视角对中国农村合作医疗保障制度问题进行了创新性研究:一是用多种计量分析方法研究了新型农村合作医疗制度实施效果及其影响因素。近年来,虽然也有部分学者开始运用计量方法分析新型农村合作医疗制度的效果,但是,有关新型农村合作医疗制度农户参合“满意

度”的计量分析研究成果还是很少见的。本书建立了具有部分可观察性的双变量 Logistic 模型,特别是在模型中引进 PSM 分析方法,就新型农村合作医疗试点县与非试点县农户就诊、住院的影响因素进行计量分析,这在现有研究文献中具有开创性。二是作者开展了新型农村合作医疗制度再创新研究,拓宽了“解决问题”的视野。李立清教授在“发现问题、分析问题”之后,没有因循传统的“解决问题”思路和方法,就事论事地提出一些“对策建议”;而是跳出现行新型农村合作医疗制度本身的束缚,在充分肯定新型农村合作医疗四条基本经验的基础上,提出了内涵丰富的农村合作医疗制度再创新“四四十三”模式,并进行了“三扩两自愿,五化一统筹”的制度再创新路径设计,创新性地提出“再降低参合门槛”、“摊保入亩”、“农村卫生券”、“农民社会保障税”、“再提高农村医疗保障统筹层级”等一系列政策建议,这些政策建议都具有原创性。三是本书在研究过程中采用的“校府合作研究”方法具有创新价值。在研究过程中,作者与当地之间以项目合作研究为平台,开展了项目研究成果与新型农村合作医疗实践主体之间的多次信息互馈,从而使研究所提出的估计结果、制度体系、运行机制、管理模式更加完善和切合实际,并提出了既符合农户需求和愿望,又与农村社会经济发展水平相适应、与政府农村公共服务职能及公共财政能力相匹配的农村新型合作医疗制度改革运行机制和管理模式。我认为,这种研究方法,不仅有学术研究方法创新意义,而且作为心系时政、胸怀“三农”的学者,更是改坐而论道为立而行道所应效仿的。

李立清博士严于治学、勤于求知、为人谦和。作为一位女性,她有着女性共有的特殊责任,相夫教子,同时,还要圆满地完成学业,实属不易。在本书的研究过程中,她多次深入农村进行入户调查、收集数据,并数次抱病而归。为了讨论本书中的若干问题,她还数度远赴京、沪等地,向同行学者求教。其刻苦钻研之精神足可称道。天道酬勤,李立清博士在短短数年内取得了令人欣慰的学术成果,作为她的博士生导师,我甚感欣慰。所以,当这部近 30 万字的专著在人民出版社付梓之即,受其所托,我欣然写下这些文字,是为之序。

李明贤

2009 年 3 月 28 日

目 录

序 言	李明贤 (1)
绪 论	(1)
第一章 新型农村合作医疗制度的理论基础	(27)
第一节 新型农村合作医疗制度的基本内涵	(27)
第二节 新型农村合作医疗的社会保障理论基础	(34)
第三节 新型农村合作医疗的信息经济学理论基础	(42)
第四节 新型农村合作医疗的卫生经济学理论基础	(44)
第五节 新型农村合作医疗的农村发展经济学理论基础	(50)
第六节 新型农村合作医疗的公共产品理论基础	(54)
第二章 农村医疗保障制度国际模式比较	(59)
第一节 免费医疗保障模式	(59)
第二节 社会医疗保险模式	(65)
第三节 商业医疗保险模式	(74)
第四节 社区合作医疗保障模式	(80)
第五节 储蓄医疗保障模式	(84)
第六节 国际医疗保障制度的启示与借鉴	(88)
第三章 中国农村合作医疗发展与制度变迁	(94)
第一节 历史上中国农村卫生状况简要评析	(95)
第二节 中国农村合作医疗制度的萌芽与实验	(105)
第三节 传统农村合作医疗的发展及制度变迁	(112)
第四节 中国传统农村合作医疗制度变迁分析	(129)

第四章 新型农村合作医疗制度的理论分析	(135)
第一节 新型农村合作医疗的制度创新	(135)
第二节 新型农村合作医疗制度实施中存在的突出问题	(149)
第三节 新型农村合作医疗改革问题的理论分析	(156)
第五章 新型农村合作医疗制度的实证分析	(173)
第一节 分析方法、调查设计及其实施	(173)
第二节 新型农村合作医疗制度设计合理性分析	(177)
第三节 新型农村合作医疗制度与农村医疗卫生资源利用水平分析	(184)
第四节 农民医疗卫生费用与家庭卫生支出分析	(204)
第五节 农户对新型农村合作医疗制度的满意度分析	(214)
第六章 中国农村合作医疗制度再创新	(227)
第一节 中国农村合作医疗制度再创新目标构造	(227)
第二节 中国农村合作医疗制度再创新的体制模式选择	(244)
第三节 中国农村合作医疗制度再创新的政策建议	(253)
结 语	(259)
参考文献	(264)
后 记	(277)

绪 论

2002年,党中央作出在全国建立新型农村合作医疗制度到2010年基本覆盖农村居民的重大决策后,全国各省(自治区、直辖市)逐渐开始建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度试点工作。通过多年新型农村合作医疗试点,从总体上讲,参合农民就医经济负担有所减轻,就诊率和住院率明显提高,新型农村合作医疗制度一定程度上缓解了农民“因病致贫、因病返贫”状况。但是,试点实践同时也暴露出这一制度自身存在的制度供给缺陷及一系列实际问题。党的十七大把“人人享有基本医疗卫生服务”确立为全面建设小康社会的重要目标之一,提出建立基本医疗卫生制度和努力使全体人民“病有所医”新的重大任务,全面推进新型农村合作医疗制度建设。

一

新型农村合作医疗制度作为事关农村经济社会发展进程的一项重要制度,其改进、完善与制度创新,不仅是广大农村人民群众健康发展的需要,而且对于促进我国医疗卫生事业的发展,促进经济和社会持续、稳定与和谐的发展,都具有十分重要的意义。

新型农村合作医疗制度自2002年试点以来,到目前为止,已基本覆盖全国农村。按照国务院的要求,到2008年年底将全面覆盖农村地区。新型农村合作医疗从试点到逐渐全面推广,其政策出台的历史与现实背景是什么?新型农村合作医疗制度在当前我国城乡经济社会二元结构发展条件下,其制度设计目标的实现程度如何?新型农村合作医疗制度在实施过程中出现了哪些与制度预期目标有差异的问题,以及导致产生这些问题的原因何在?如何在新的形势下,按照科学发展观的要求,对中国农村合作医疗制度做进一步的修改与完善?总之,围绕新型农村合作医疗制度实践,探讨我国农村医疗卫生资源的合理配置、农村

医疗卫生制度的有效供给以及公共卫生资源效率优化等一系列问题,已经成为学术界和社会广泛关注的重要问题。本研究意图通过对我国新型农村合作医疗的现状及存在问题展开理论与实证分析,完善新型农村合作医疗制度,创新农村医疗保障体制,为农民健康状况提高服务。

1. 政策出台的背景

一是城乡居民医疗保障不公平。1998 年全国第二次卫生服务调查时,我国 87.4% 的农民已完全依靠自费医疗。与此同时,我国城镇采取强制性制度安排,普遍地实行了城镇居民社会医疗保险制度。城乡居民医疗保障的制度不公平性,导致了城乡居民医疗卫生资源利用水平及医疗卫生费用的巨大差距。二是恢复传统的农村合作医疗遭遇失败。人民公社时期的农村合作医疗,随着其经济基础即人民公社集体经济组织的解体而退出制度领域。自 1990 年以来,我国多次尝试恢复农村合作医疗,但以农村合作组织形式筹集资金解决农村医疗卫生资源贫乏、解决农村公共医疗卫生服务公共品供给的努力,终因与市场经济体制改革的总体方向相悖而失败。三是科学发展观指导下的社会主义新农村建设兴起。在以人为本的科学发展观指导下,中央提出建设社会主义新农村的总体要求,从提高农民医疗卫生服务需求实现能力和消费水平的角度推进新型农村合作医疗试点,是对我国传统的农村合作医疗制度的根本性变革。

2. 政策实施的效果

首先看新型农村合作医疗制度试点的成效。截至 2007 年年底,全国已有 20 个省(直辖市、自治区)实现了新型农村合作医疗制度全覆盖,开展新型农村合作医疗的县(市、区)达到 2451 个,占全国总县(市、区)的 86%,参加新型农村合作医疗人口 7.3 亿人。农民就医负担有所减轻,一定程度上缓解了农民因病致贫、因病返贫的社会经济压力。再看新型农村合作医疗制度的局限性。从总体上看,新型农村合作医疗试点仅仅针对农民因病住院进行“大病保障”,保障范围十分有限;新型农村合作医疗筹集的资金规模很小,参合人员人均只有 50 多元,约占农民医疗卫生费用的 1/10 左右,对改善农村医疗卫生状况所起的作用非常有限;新型农村合作医疗制度是可供选择的多种农村医疗卫生保障制度之一,且全国范围内模式单一,其他类似制度供给滞后,新型农村合作医疗制度作为一项单一的制度,制度供给明显不足。

3. 新型农村合作医疗制度改进

改进新型农村合作医疗制度是十分必要的,但是,任何制度变迁都有其客观存在的路径依赖,新型农村合作医疗制度改进也不例外。因此,必须客观公正地

总结新型农村合作医疗的制度经验,发现其制度变迁规律,遵循中国国情,探索农村医疗卫生制度变革的方案。并且,制度建设有其内在的逻辑要求,新型农村合作医疗制度创新的目标、特点、原则、路径、方法和措施等,都是不可避免的现实问题。

本书的理论意义:

第一,新型农村合作医疗是农村发展经济学与卫生经济学交叉领域的新问题。笔者在梳理国内外农村医疗卫生保障、农村合作医疗制度研究的理论成果时发现,鲜有专门从经济学视角研究新型农村合作医疗制度的文献。新型农村合作医疗制度作为农村医疗保障主体制度,是一个综合性较强的问题,涉及主体多、内容复杂、技术性强。从理论基础而论,本研究认为,农村发展经济学将农民健康视为农民最基本的可行能力,也是农村发展的首要目的之一。从卫生经济学(亦称为“健康经济学”)视角而言,农民健康水平又是一定量的(当然是稀缺的)健康经济资源配置的结果。前者涉及农村经济发展理论,即农民健康是农村经济发展的动因之一,同时涉及农村经济社会发展的最终目的,即包括健康因素在内的人的全面发展问题。后者涉及农村经济发展对农民健康的影响问题。本研究尝试运用经济学理论和方法深入分析新型农村合作医疗制度,提出一些新的概念和范畴,弥补以往农村合作医疗制度专门、系统的经济理论研究的缺失,深化和丰富农村医疗保障经济理论。

第二,新型农村合作医疗制度是农村公共经济研究领域的新探索。新型农村合作医疗制度属于典型的农村公共服务项目。新型农村合作医疗既是农民自愿参加、自负部分费用的具有合作互济性质的健康保险制度,又是由政府财政补贴、政府部门管理的具有较强公益性质的社会保险管理制度。新型农村合作医疗制度是以政府为主导,农民自愿参合为基础,政府与农民共同筹资建立的医疗保障制度。它既不同于以农民自愿参加为基本特征的市场保险,又不同于完全由政府强制参与的城镇养老保险、失业保险等社会保障制度。而是农村社会保障制度的一种创新,是农村社会保障理论的新探索。目前,学术界对于医疗社会保障的含义理解较为混乱,主要是将医疗社会保障等同于医疗社会保险,有的是将医疗社会保障等同于医疗保障。实际上,这几个概念具有不同的内涵,不能画等号。就其定义外延而言,医疗社会保障小于医疗保障,而大于医疗社会保险;就其内容而言,医疗社会保障应包括医疗社会保险、公共卫生和医疗救助,而医疗保障还包含其他的内容,如家庭保障、商业医疗保险等。需要特别指出的是,就我国农村的实际情况而言,由于传统的合作医疗已经解体,建立医疗社会保险

时机又尚不成熟,因此将新型合作医疗(新型合作医疗与传统合作医疗的区别在于政府在政策及资金支持上应发挥更重要作用)作为向医疗社会保险的过渡形式,从而使中国特色的医疗社会保障体系包括新型合作医疗、公共卫生和医疗救助。就其特征而言,医疗社会保障是一种政府经济行为,或者说政府是医疗社会保障的主体,而医疗保障的主体呈多元化。建立农村医疗保障体系实质上涉及到两个方面的内容,一是提高医疗服务需求方的支付能力,保证其得到基本医疗服务和公共卫生服务,即解决医疗服务的可得性问题;二是增强医疗服务供给方的提供能力,即解决医疗服务的可及性问题。随着国家公共服务职能不断加强,与传统的农村合作医疗制度相比,我国新型农村合作医疗制度的医疗社会保险性质发生了重要改变,实践中的新型合作医疗更加趋近于国家福利性医疗补贴制度。

第三,新型农村合作医疗制度是医疗卫生经济理论的新发展。农村合作医疗制度作为农村医疗社会保障的主体制度,是社会保障制度中涉及主体最多、最为复杂的项目,它既属于理论经济学范畴,也是卫生经济学的内容之一,与医疗卫生服务直接相关。而卫生经济学是20世纪中叶开始发展起来的一门新兴的经济学边缘学科,它是应用经济学理论、概念与方法阐明和解决健康及卫生服务中出现的现象、问题及其规律的经济学分支学科。卫生经济学一开始就将研究的重点放在医(医疗机构)、患(患者)、保(卫生保险机构)三方关系的研究上。国外的卫生经济学将理论分析与实证分析紧密结合,形成了较为成熟的卫生经济学体系。而在我国,从事卫生经济学研究的人员主要是医疗卫生系统的工作人员、医疗卫生研究机构的研究人员和高等医学院校社会医学专业的教师。他们大多长期研究医学,与此相对应,从事经济学的研究人员却很少。^①我国农村合作医疗制度变迁的实践为农村卫生经济学发展提供了实证研究的坚实基础,新型农村合作医疗制度建设,更是对推动农村卫生经济学发展提供了最有力的政策支持。学术界已经认识到这个问题,一些高校经济学院和经济学研究机构正在尝试建设卫生经济学学科点,许多学者近年来也热衷于农村卫生经济领域的研究,特别是与我国农村卫生事业改革政策相呼应,高度重视新型农村合作医疗制度建设的卫生经济学理论研究,但目前这些都还处于起步阶段。本书以新型农村合作医疗制度的经济学研究为切入点,以中国农村现实的医疗卫生资源配置分析为基本路径,对中国农村医疗卫生服务的供求均衡过程进行观察,力求探

^① 参见李华:《中国农村合作医疗制度研究》,经济科学出版社2007年版,第6页。

讨中国农村卫生经济领域的现实规律,提高新型农村合作医疗制度的效率水平,并借此为我国农村卫生经济理论贡献新的“养料”,进一步丰富与发展具有中国特色的农村卫生经济理论。

我国是具有九亿农民的农业大国,新型农村合作医疗制度是在综合调研的基础上提出的针对九亿农民健康问题的一项长期政策,是农村医疗保障制度的主体形式,对于完善农村社会保障体系和具有中国特色的农村健康保障制度,对于保护农村生产力,促进经济发展和社会主义精神文明建设,具有十分重要的意义。

第一,新型农村合作医疗有利于解决农民基本医疗和因病致贫返贫的现实困难。新型合作医疗是党中央、国务院在新世纪为解决农民基本医疗和因病致贫返贫采取的一项重大战略性措施,是各级党委政府深入学习实践“三个代表”重要思想的具体体现。合作医疗是农村卫生工作的关键和突破口,是一项“民心工程”,发展和完善合作医疗,能够保障农民享受基本医疗保健服务,缓解农民因病致贫、因病返贫问题,保证农村改革顺利进行,推动农村经济社会全面协调发展,促进农村繁荣和稳定,有利于农业农村农民问题的顺利解决,是全面建设小康社会的坚实基础和强力保障。新型农村合作医疗制度在运作模式和社会功能方面具有更加丰富的内涵,具有传统合作医疗不可比拟的作用。它利用较少的资金解决数亿农民很大的医疗问题,是一项了不起的创举。随着我国农村经济不断发展,新型农村合作医疗制度在引导农民进行合理的健康投资,提高农民的健康水平,合理利用农村卫生资源,促进农村卫生事业发展方面,起到了重要的现实作用。开展新型农村合作医疗以后,政府加大了对试点地区的卫生经费和设备投入,进一步提高了基层卫生机构的服务提供能力,促进农村卫生事业蓬勃发展。我国还将长期处在社会主义初级阶段,这一基本国情决定了在相当长的时期内合作医疗制度都有存在的必要性,建立新型农村合作医疗制度绝不是权宜之策和短期行为,因此,我们要树立长期观念,不断完善新型农村合作医疗制度。当前,各级政府都加强了对新型农村合作医疗的组织领导,各级财政也加大了对参合农民的补助力度,相信所有参合农民都能长期享受到合作医疗带来的巨大持久的实惠。

第二,新型农村合作医疗是新时期中国特色社会主义农村建设的重大制度突破。新型农村合作医疗制度是我国农村医疗保障制度发展的新阶段,具有承前启后的作用,既是对传统合作医疗制度的肯定与发展,又为农村医疗保险制度的建立奠定了基础。在我国农村全面建设小康社会的进程中,该制度对保障农

民健康具有不可替代的作用。我国合作医疗制度从抗战前的卫生合作雏形,发展到建国后全国大面积的农村合作医疗制度,几经波折,其生命力不减,21 世纪之初,在各级党委和政府的关怀上,又增加了巨大的活力,获得了新生,充分体现了该制度对我国国情的适应性。从长远来看,新型农村合作医疗制度必然向农村医疗保险过渡,并最终与城市医保对接,实现城乡医疗保险一体化。但从短期来看,新型农村合作医疗制度的完善与巩固是非常必要的。我国当前经济与社会发展水平还不够发达,新型农村合作医疗制度适应了我国的农村状况,发挥了巨大的作用。在当今世界上,还有许多不发达国家同样需要建立适宜的医疗保障制度,我国新型农村合作医疗制度的建立和完善也能够为它们提供有效的参考和借鉴,事实上已经有许多国家和国际组织对我国合作医疗制度上给予了高度的评价。

第三,新型农村合作医疗对构建和谐社会及社会主义新农村具有重大现实意义。构建社会主义和谐社会,是我们党从全面建设小康社会、开创中国特色社会主义事业新局面出发提出的一项重大任务,指明了我国社会建设的方向。和谐社会的核心是人与人的和谐、人与社会的和谐,前提是维护 and 实现社会公平与正义、促使经济社会协调发展,让全体人民共享经济社会发展成果,从而形成一个全体人民各尽其能、各得其所而又和谐相处的社会。社会保障是由政府主导的各种具有经济福利性的社会化国民生活保障系统的统称。新型农村合作医疗是农村社会保障制度的重要方面,构建社会主义和谐社会的过程同时也应是建立健全新型农村合作医疗制度的过程。新型农村合作医疗满足了农民的医疗保障需要,维系着市场经济条件下农村社会的公平,致力于实现人的全面发展和促进社会文明进步。新型农村合作医疗为农村卫生工作拓展了新的空间,提高了农民生活素质,增加了农村的稳定因素,增强了党和政府在农村的号召力和凝聚力,对构建和谐社会发挥了重要的作用。社会主义新农村建设强调“工业反哺农业、城市反哺农村”。建设社会主义新农村这一战略决策,集中体现了更加注重社会公平、更加注重政府公共服务职能的重要思想。我国人口占世界的 22%,但医疗卫生资源仅占世界的 2%,这些医疗资源中的 80%都集中在城市。在我国广大的农村,社会保障体系基本上处于“空白地带”,“看病难、看病贵”是目前中国农村比较普遍的现象。农民的医疗卫生问题已经远远超出了问题本身,解决农民的看病难、看病贵,不仅仅是尊重农民起码的生存权的问题,更是建设公平、公正的和谐社会的必然要求。因此,加强农村卫生工作,发展农村合作医疗,是新时期建设新农村题中应有之意,是非常必要的。

第四,新型农村合作医疗是落实科学发展观加快解决“三农”问题的重要举措。坚持科学发展观,就是要以人为本,要以实现人的发展为目标,让发展的成果惠及全体人民。新型农村合作医疗坚持以人为本,就是要以满足农民的医疗保障需求为出发点和归宿,通过完善和健全制度,促进合作医疗的可持续发展,实现农民的现实利益和长远利益的统一。坚持以人为本,才能使参合农民的权利得到深入维护,利益得到切实保障,这也是对农民人权的承认与重视;坚持以人为本,才能使新型农村合作医疗制度具有坚实的群众基础和真正的生命力。建立新型农村合作医疗制度,是医疗体制改革的重要组成部分,是中央为解决“三农”问题作出的一项重要决策,直接关系到我国几亿农民的健康和利益。推进新型农村合作医疗制度,是新形势下解决“三农”问题、统筹城乡经济社会协调发展的重大举措,对落实科学发展观,促进城乡协调发展,全面建设小康社会,具有重要的意义。新型农村合作医疗为农村初级医疗保障制度,能够有效地提供基础的医疗保障,缓解广大农民的因病致贫返贫问题,提高农民的身体和心理的健康水平,增加农民的安全感和对政府、社会的信任度,更好地体现农民作为国家主人的主体地位。新型农村合作医疗制度能够有效地引导农民的医疗卫生消费,保护广大农村劳动力,提高农民生产力水平,为农村的农业生产提供更有力的保障。新型农村合作医疗制度作为新时期农村社会制度体系的重要组成部分,能够有效地协调社会关系、缓解人民内部矛盾,发挥出促进经济建设,维护社会稳定的作用,有利于农村和谐社会的构建。

二

国外从经济学视角专门研究中国新型农村合作医疗制度的文献非常罕见,国外文献对合作医疗模式及制度的研究,主要从医疗卫生市场的特征出发,分析医疗卫生服务的公共产品特性、外部性及由医疗卫生服务的信息不对称引发的市场失灵,提出政府干预医疗卫生服务的必然性。

Arrow K. J(1963)对医疗卫生服务的特殊性进行了开创性研究,其贡献在于界定了医疗服务市场与完全竞争市场的区别,提出医疗市场中医疗需求的不稳定性、医疗市场供给的不确定性以及供需双方之间的“信息不对称(Information Asymmetry)”会导致“道德风险(Moral Hazard)”、“第三方支付”和“逆向选择(Adverse Selection)”。Michael Grossman(1982)将 Becker(1976)提出的家

庭生产函数成功地引入了健康效用函数分析之中,提出医疗保健需求是一种派生需求(Induced Demand),进而确立了消费者行为的人力资本模型。Richard G. Frank(2003)对医疗服务的供方进行分析,认为医疗机构作为患者的“代理人”和“参谋”对服务的种类、数量、方式等作出选择,医患之间存在着“委托—代理关系(Commission—Agent Relation)”和“信息不对称”的市场缺陷,产生医生从自身利益出发的诱导需求,存在着医患双方“激励不相容(Incentive Incompatibility)”的可能性,导致服务提供者为了自身利益而损害患者利益的市场失灵,政府必须干预。^① Liu, X. 和 Mills, A. (2002)从理论角度分析居民基本健康卫生具有很大的外部性,基本医疗保障尤其是公共卫生具有公共品性质^②,医疗市场的信息不对称导致严重的市场失灵,必须依靠政府资金的供给。政府应该通过强化信息披露、建立合理的医疗市场进入退出机制等手段,努力消除医疗市场的信息不对称问题,从而逐步减小医患双方由于信息不对称而造成的不同市场地位,并应建立控制医疗费用上涨的有效机制,切实减轻居民的医疗风险。Fuchs(2000)认为采用公共支持措施可以改变医疗供给机构的激励机制,切断医疗服务提供者的收入与其提供的服务之间的直接联系,避免他们为利润所驱动。

近年来,国外一些学者的研究开始关注农民健康保险问题。Ali Asgary, Ken Willis, Ali Akbar, Taghvaei 和 Mojtaba Rafeian(2004)^③等采用重复投标博弈法(Iterative Bidding Game Technique)问卷格式,使用伊朗全国 2139 个农户数据,进行了农民医疗保险参加意愿的影响因素实证研究。Rothschild 和 Stiglitz(1976)证明在竞争的医疗保险市场,如果保险方和被保险方信息不对称,被保险人方人群存在不同的疾病风险,那么不存在有人订立同一保险合约的混同均衡,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。Sanjay 和 Pradhan(1996)从理论上研究认为营利型医疗保险市场缺陷可能把风险高但迫切需要治疗的病人排除在被保险人群

① See Hossain, S. I., 1997, "Tackling Health Transition in China", The World Bank, Bogg, L., 2002, *Health Care Financing in China: Equity in Transition*, Stockholm: Karolinska University Press, Division of International Health, Department of Public Health Sciences.

② See Liu, X. and Mills, A., 2002, "Financing Reforms of Public Health Services in China: Lessons for other Nations", *Social Science and Medicine*, 54, pp. 1691 - 1698.

③ See Ali Asgary, Ken Willis, Ali Akbar, Taghvaei and Mojtaba Rafeian, 2004, "Estimating Rural Households' Willingness to Pay for Health Insurance", *The European Journal of Health Economics*, Volume 5.

体之外,财政参与提供非营利性医疗卫生保险服务可以纠正保险市场缺陷和帮助低收入者。

发达国家的经验表明,政府对医疗卫生服务的投入与管理是各国通行的做法。科克汉姆(2002)通过对发达国家的医疗保健制度研究表明:无论是社会化的医疗保健体系还是分散化的医疗保障体系,各国政府实际上都对医疗保障实行直接和间接的管理和控制。Adam Wagstaff(1999)等通过对 12 个 OECD 国家的医疗支出分析发现,居民自费部分仅占很小比例,政府税收支出与政府补贴的医疗保险是医疗支出的主要方式。欧洲发达国家在被“福利国家”危机所困扰的年代里,曾提出“福利社会”概念,重构安全网,促进社区、企业和个人的参与,强调政府与非政府组织的合作,并指出提供公平和有效率的卫生服务是一项政治任务(Bloom,1998)。推崇经济自由化、市场化的世界银行(1997)也强调指出,健康服务产业是一个不能听凭市场调节的领域,而需要政府进行干预。世界银行 1993 年在《投资于健康》的年报中明确指出公共卫生和基本医疗服务是公共产品,应该由政府投资和管理。世界银行同时认为,疾病与贫困是密切相关的,基本医疗保健的缺乏使穷人无法提高健康水平,扶贫、公共物品、市场缺陷是政府在医疗卫生领域发挥主要作用的三条基本理由。

一些发展经济学家研究了发展中国家政府投资对农村居民健康的影响及健康对农村经济发展的作用。西奥多·W.舒尔茨(1976)认为,人力资本表现为人的知识、技能、资历和经验等,即人的能力和素质。人力资本是通过对人力的投资而获得的,这种投资表现在货币形态上就是为提高人力的各项开支,包括保健支出、教育支出、劳动力迁移的支出等等。在人力资本投资的各种方式中,通过投资于健康来改善人力资本存量的质量是提高人口素质、增加穷人福利的重要手段,同时也是促进经济增长的主要动力。大量有关健康改善与劳动生产率、健康与经济发展关系的经验研究也支持了这一观点,如拉蒂·拉姆和舒尔茨(1979)在研究印度农业生产增长的原因时发现,由于连续实施了十年(1951~1961 年)公共保健计划,印度的国民健康状况得到了显著改善,从而大大提高了此期间的农业生产率。Sen(1995)通过对印度克拉拉邦的分析发现在适当的政府扶持下,贫困地区的医疗保健水平能得到改善,人们的生活质量会不断提高,对经济的增长具有重大的作用。Jeffery Sachs(2003)也认为,健康和卫生的投入对落后地区经济发展具有非常重要的作用,而政府在健康和卫生方面的投入过低意味着贫困人口不能获得足够的医疗服务,政府在健康和卫生方面的投入应当起到保证贫困人口获得足够的医疗保障、防止城乡居民因为一些疾病导致

贫困。同时 Dreze 和 Sen(1989)还特别强调,发展中国家政府通过收入再分配、投资基础教育和基本医疗服务,不仅能够增强全体劳动者的基本能力从而减少贫困,而且还由于人力资源的普遍发展可以带来经济增长。他们以中国经济改革前的农村卫生制度为例,论证发展中国家完全可以在低收入水平下,借助于政府公共支持实现基本医疗服务的可及性和可得性。中国传统的合作医疗制度是通过建立三级卫生保健网络,以较小的成本支出解决了大多数农民的基本医疗保障问题,促进了“中国卫生状况的显著改善和居民期望寿命的显著增加”,被誉为“成功的卫生革命”(世界银行,1997)。上述发展经济学家对发展中国家政府投资健康的研究,为我国转轨时期政府投资农村医疗卫生保障提供了理论和实证基础。

一些学者还探讨了世界各国农村合作医疗的具体模式。Jutting (2003)提出了一个合作医疗制度的基本分析框架,在这个框架中,农村合作医疗制度主要涉及到三方利益主体:一是参加合作医疗组织的成员;二是农村合作医疗组织;三是医疗服务机构。他认为合作医疗组织需要具有非营利性特征,由于合作医疗存在逆向选择及道德风险,合作医疗组织就需要提高保险费或降低医疗补偿费用,维持资金平衡以保证新型合作医疗的可持续发展。^①而另外一些学者认为,新一代的农村合作医疗发展的关键在于农村医疗网络三方的协调与统一,它们包括制度的特性、成功的条件以及政府对新型农村合作医疗的政策。^②G. 布罗姆等(2002)提出新型农村合作医疗在富裕地区,地方政府完全可以利用当地资源支持合作医疗;但在贫困地区,则需要上级政府通过财政转移支付来支持基本的卫生服务这一论断,体现出政府的支持新型农村合作医疗可持续发展中扮演的角色。^③泰国政府在农村实行医疗保险健康卡制度,一户一卡,政府投入达到 50%,政府还出资发给贫困农民免费健康卡。^④韩国政府 1998 年开始在全国农村强制实施医疗保险制度,对于生活处于贫困线以下者,由政府提供其他形式的医疗费用救济。韩国农村医疗保险的管理与城市一样,采用社会团体管理形

① See Jutting J., 2003, "Do Community-Based Health Insurance Schemes Improve Poor Peoples Access to Health Care - Evidence from Rural Senegal", *World Development* 32, pp. 273 - 288.

② See X. Feng, S. Tang, G. Bloom, M. Segall, Y. Gu, 1995, "Cooperative Medical Schemes in Contemporary Rural China", *Social science & Medicine*, Oct., 41(8), pp. 1111 - 1118.

③ 参见 G. 布罗姆、汤胜蓝:《中国政府在农村合作医疗保健制度中的角色与作用》,载《中国卫生经济》2002 年第 3 期。

④ See World Health Organisation, 2000, *World Health Report 2000*, Geneva.