



劳动与社会保障博士文库

CONG SHEQU RONGZI DAO QUANMIN JIANKANG BAOZHANG

从社区融资 到全民健康保障

——农村健康保障制度中的主体行为研究

朱俊生 著



中国劳动社会保障出版社



劳动与社会保障博士文库

CONG SHEQU RONGZI DAO QUANMIN JIANKANG BAOZHANG

从社区融资 到全民健康保障

——农村健康保障制度中的主体行为研究

朱俊生 著



中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

从社区融资到全民健康保障：农村健康保障制度中的主体行为研究/朱俊生著. —北京：中国劳动社会保障出版社，2008

劳动与社会保障博士文库

ISBN 978-7-5045-7310-0

I. 从… II. 朱… III. 农村-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 148708 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码：100029)

出版人：张梦欣

*

北京隆昌伟业印刷有限公司印刷装订 新华书店经销

880 毫米×1230 毫米 32 开本 9 印张 1 插页 239 千字

2008 年 10 月第 1 版 2008 年 10 月第 1 次印刷

定价：25.00 元

读者服务部电话：010-64929211

发行部电话：010-64927085

出版社网址：<http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话：010-64954652

序 言

新型农村合作医疗是我国政府为农民设计的一种初步的农村健康保障制度，之所以称为“新型农村合作医疗”，是因为它有别于 20 世纪 60 年代人民公社制度下产生的“合作医疗”。一般认为“新型”之新，在于它是由中央政府、地方政府和农民共同筹资，同时一定程度上引进保险精算以科学确定其给付责任和保障水平，从而使其具有一定的可持续性。虽然这种制度还算不上是正规社会保障计划，所提供的保障水平还比较低，制度及其运行机制也还都存在很多弊病，但是我国从计划经济向市场经济转轨之后，总算有了这个适应农村经济和社会发展现状的社会保障制度。因此，这种新型农村合作医疗在各级政府的积极推动下得到很快发展，也受到了农民的认可和欢迎。学术界也非常关注这种创新的制度，不少人对其运行机制及其绩效进行了客观评价，同时也在研究其制度缺陷，并寻求改善的路径，朱俊生博士这本著作《从社区融资到全民健康保障——农村健康保障制度中的主体行为研究》就是这种探究的成果之一。本书是作者在 2006 年 4 月完成的博士学位论文基础上修改出版的，作为他的博士生导师，我由衷地感到高兴。

这本著作具有以下几个方面的特点：

第一，对农村健康保障制度相关主体的行为模式及其行为互动进行了较为深刻的研究，较好地把握了农村健康保障机制发展的内在规律。在新型农村合作医疗（农村健康保障制度）中，参合农村居民、

卫生服务提供者、合作医疗基金以及政府行政机构等不同的利益相关者或主体之间，存在着复杂的关系，它们相互依赖、相互作用、相互制约，共同决定着该制度的运行绩效及其发展前景。朱俊生的这本著作针对这种特殊的主体行为及其相互关系，在深入考察国外社区健康融资制度和在我国农村进行调查的基础上，着重探讨了农村健康保障制度中各主体行为模式的形成机制，以期解释当前农村健康保障制度发展中面临的问题和困境，并进一步探讨在现存的约束条件情况下应如何创新激励机制，以矫正各主体行为的偏差。作者通过较为深入的研究，初步回答了如下几个问题：各主体的行为互动如何决定了合作医疗制度的变迁；如何评价合作医疗的绩效；各主体的行为互动对其绩效产生了什么影响；农户或农民对合作医疗的支付能力如何，其支付意愿受哪些因素的影响；农户或农民的逆选择和道德风险程度如何，受哪些因素的影响，如何选择合适的约束机制；卫生服务提供者诱导需求的程度如何，受哪些因素的影响，如何选择合适的约束机制；政府应当在农村健康保障制度建设中发挥什么样的作用，如何选择合适的机制来促进农村健康保障制度的发展；财政支持农村健康保障制度建设的合意水平是什么；各主体的互动如何推动农村健康保障制度的创新。作者的研究成果对于完善新型农村合作医疗与农村健康保障制度具有积极的意义。

第二，较好地追踪了国际理论研究的前沿成果。目前的同类研究、对国际上关于社区健康融资和小额保险的许多研究成果关注相对较少，这样容易对国外的社区健康融资和小额保险缺乏了解，因而往往局限于中国合作医疗的实践，缺乏国外之间的比较，从而不能有效地借鉴相关的理论成果来拓宽我国农村健康保障机制的研究思路，使得研究视野受到一定的约束。这本著作对于中国农村健康保障制度的研究尽可能地与国外的相关研究保持互动：一方面，借助于国外研究中

成熟的理论成果和分析框架，扩展了国内研究的思路；另一方面，中国农村健康保障制度的实践也可以丰富国外的理论研究成果。

第三，研究的视野比较开阔，具有前瞻性，提出了“从社区融资到全民健康保障”的学术构想。在农村，正式的健康保障制度主要是指合作医疗和2002年以后开始试点的新型农村合作医疗，因此（新型）合作医疗就构成了本书主要的研究对象。但作者认为，农村健康保障制度并不仅仅局限于（新型）合作医疗的社区健康融资方式，（新型）合作医疗是农村健康保障制度研究的起点和重要内容，但决不是农村健康保障制度的终点。作者提出要重构农村健康保障制度建设的理念，要综合运用增长引发和扶持导致两种机制，利用较低收入下的相对成本优势，以正义论、实质性自由和可行能力作为改革的规范性目标，解决制度转轨过程中的公平问题，进而提出“从社区融资走向全民健康保障”的理论设想及其可行的实现路径。作者的理论探索对于实现党的十六届六中全会提出的建立覆盖城乡居民的社会保障体系的目标具有积极的意义。

第四，结合多学科的研究成果，全方位地系统探究。建立与完善农村健康保障制度是一个系统工程，涉及的问题非常复杂，需要进行多学科交叉研究。作者综合运用经济学、哲学、伦理学等相关理论，展开了多视角的分析。如作者运用新制度经济学的理论对合作医疗变迁进行了富有新意的阐释；运用健康经济学的经典理论，对合作医疗相关主体的逆选择、道德风险以及供给诱导需求问题作了深入的分析；运用公共财政以及政府间财政关系理论，分析了政府对于农村健康保障制度的适度支持水平；运用罗尔斯的正义论以及阿玛蒂亚·森的实质性自由和可行能力理论，分析了农村健康保障制度改革的规范性目标，等等。作者试图结合多学科的研究成果进行全方位的系统探究，这种有意义的尝试值得鼓励。

朱俊生博士在这本著作中的许多观点和论证，近年来曾陆续在各种学术期刊和中国社会保障论坛、中国劳动学会教育分会年会等研讨会上发表，并获得了好评和奖励，如今在本书中他将其进一步精炼和概括，系统完整地呈献给读者，以期获得更多的关注和讨论，为将我国农村医疗保障制度建设尽快推向新的发展阶段，让农民更平等地、更多地享受到经济和社会发展的成果尽一份自己的力量。当然，新型农村合作医疗制度还需要进一步创新和发展，其中的许多问题也还需要进一步探讨，我相信，在这条道路上朱俊生博士一定会继续努力前行，续写新的篇章。

庾国柱

2008年8月20日于北京

目 录

1. 引言	/1
1.1 研究目的	/1
1.2 研究对象的界定	/4
1.3 国内外研究综述	/6
1.3.1 国外研究综述	/6
1.3.2 国内研究综述	/13
1.4 研究方法和文章结构安排	/21
1.5 可能的创新和进一步研究的方向	/24
 2. 健康融资、健康保险与社区健康融资	 /26
2.1 健康制度目标与健康融资	/26
2.1.1 健康制度的目标	/26
2.1.2 健康融资	/26
2.1.3 健康融资方式与健康制度目标的实现	/27
2.2 健康融资、风险集合、资源集合	/30
2.3 健康保险融资与卫生服务的供求关系	/32
2.4 风险回避与健康保险市场	/34
2.4.1 财富的边际效应、风险厌恶和保险需求	/34
2.4.2 健康保险的需求	/34
2.4.3 健康保障需求的影响因素	/38
2.5 社区健康融资的基础理论	/41

2.5.1	和现存的小额融资组织的联系	/41
2.5.2	和社区层面的社会资本的联系	/43
2.5.3	和公共政策的联系	/44
3.	脆弱性、疾病风险与保障机制缺失	/46
3.1	农村卫生工作的历史发展与近期表现	/46
3.1.1	历史发展	/46
3.1.2	近期表现	/48
3.2	费用障碍与保障机制缺失	/51
3.2.1	费用障碍	/51
3.2.2	保障机制缺失	/52
3.3	疾病风险与脆弱性	/56
3.3.1	脆弱性的一般分析框架	/56
3.3.2	疾病风险与脆弱性的关系	/58
4.	农村合作医疗变迁的制度经济学解释	/66
4.1	合作医疗的变迁	/67
4.1.1	合作医疗的早期繁荣	/67
4.1.2	合作医疗的解体	/68
4.1.3	合作医疗恢复努力的失败	/69
4.2	对合作医疗兴衰的制度经济学分析	/70
4.2.1	制度均衡：为什么传统的合作医疗能够实现较高的覆盖率	/71
4.2.2	制度非均衡与制度变革：合作医疗为什么会解体	/74
4.2.3	制度供给不足：新时期为什么农村没有建立起相应的健康保障制度	/79
4.2.4	强制性制度变迁：新型农村合作医疗	/85
4.3	合作医疗制度变迁的启示	/86

5. 合作医疗的绩效评估：一个分析框架	/88
5.1 分析框架	/88
5.2 对社区健康融资绩效的评估	/89
5.3 社区健康融资绩效的影响因素	/90
5.3.1 技术设计特征	/91
5.3.2 管理特征	/92
5.3.3 组织特征	/93
5.3.4 制度特征	/94
5.4 中国合作医疗的绩效	/94
5.4.1 风险分担与财务保障	/94
5.4.2 社会包容和受益的公平性	/95
 6. 农民对合作医疗的支付能力与支付意愿	 /97
6.1 支付能力	/97
6.1.1 方法和资料	/97
6.1.2 家庭收支状况与农民对合作医疗的支付能力	/99
6.1.3 基本需求支出与农民对合作医疗的支付能力	/101
6.2 借款对穷人支付能力及健康保险需求的影响	/105
6.2.1 借贷约束对保险需求的一般影响	/105
6.2.2 借贷对穷人保险需求的影响	/106
6.3 支付意愿、参与意愿、参与行为、逆选择	/107
6.3.1 参与意愿和参与行为	/107
6.3.2 参与意愿和逆选择	/108
6.4 支付意愿的状况	/109
6.5 影响支付意愿的因素	/110
6.5.1 国家层面：对政府的信任、机构能力与补贴	/112
6.5.2 社区层面：社会资本	/115
6.5.3 家庭层面：成本—收益分析、家庭内部和家庭之间 风险分担机制	 /117

6.5.4 个人层面：农民的个人特征	/124
7. 合作医疗中的逆选择及其约束机制	/126
7.1 健康保险市场逆选择的理论分析	/126
7.2 合作医疗中的逆选择	/128
7.3 理论上应对逆选择的方法	/129
7.4 能通过强制参加来抑制逆选择吗	/130
7.4.1 强制的合法性	/131
7.4.2 强制的效果	/133
7.5 以家庭作为参加单位有助于减少逆选择吗	/135
7.5.1 两种对立的观点	/135
7.5.2 对以家庭为单位参加的效果的理论分析	/137
7.5.3 对以家庭为单位参加的效果的实证分析	/139
7.5.4 以家庭作为参加单位是否有意想不到的负面作用	/141
8. 合作医疗中的道德风险及其约束机制	/145
8.1 健康保险市场道德风险的理论分析	/145
8.2 减少道德风险的一般方法	/148
8.3 合作医疗中的道德风险	/149
8.4 共同支付抑制道德风险的效应	/150
8.5 团体保险合同是否有助于减少事先道德风险	/151
8.5.1 事先道德风险	/151
8.5.2 团体保险合同对事先道德风险的影响	/154
9. 合作医疗中的供给诱导需求及其约束机制	/158
9.1 委托代理与供给诱导需求	/158
9.2 卫生服务提供者支付机制的选择与供给诱导需求的 矫正	/159
9.3 合作医疗中对医疗服务提供者支付方式的选择	/163

9.4 合作医疗中供给诱导需求的体制性原因	/166
10. 政府的支持机制与合意水平	/168
10.1 政府和社区健康融资计划的理论分析框架	/168
10.1.1 政府和社区健康融资计划的关系	/168
10.1.2 政府影响社区健康融资计划的机制	/172
10.2 政府支持农村健康保障与工业反哺农业的路径选择	/178
10.2.1 经济发展次序理论与发达国家工业反哺农业的路径选择	/178
10.2.2 财政支持农村健康保障是工业反哺农业的首选路径	/180
10.3 我国政府财政支持农村健康保障水平分析	/181
10.3.1 财政支持合作医疗的水平	/181
10.3.2 财政对农村卫生的投入水平	/184
10.3.3 财政对农村健康保障合意的支持水平测算	/186
10.4 农村健康保障制度中的政府间财政关系	/190
10.4.1 政府间财政关系理论	/191
10.4.2 农村健康保障中政府间财政关系的制度缺陷	/192
10.4.3 农村健康保障中政府间财政关系的重构	/194
11. 从社区融资到全民健康保障	/198
11.1 城乡健康保障制度公平性的实证分析	/198
11.2 正义论与农村健康保障制度的建构理念	/200
11.2.1 罗尔斯的正义论	/200
11.2.2 公平正义原则与农村健康保障制度的建构理念	/207
11.3 阿玛蒂亚·森“以自由看待发展”与农村健康保障制度的建构理念	/210
11.3.1 阿玛蒂亚·森的自由与可行能力	/210
11.3.2 森的理论与中国农村健康保障制度的建构理念	/213

11.4 人权、健康权、社会保障权与农村健康保障制度的建构理念	/216
11.4.1 人权	/216
11.4.2 健康权	/217
11.4.3 社会保障权	/220
11.5 “扶持导致”机制、相对成本与全民基本健康保障制度	/220
11.5.1 “增长引发”和“扶持导致”的机制	/221
11.5.2 低收入、相对成本与全民基本健康保障	/222
11.6 建立覆盖城乡的医疗保障体系	/223
11.6.1 现有改革方案评述	/224
11.6.2 当前改革的时机和目标	/226
11.6.3 医疗保障制度的“三支柱”框架	/227
11.6.4 医疗保障制度改革的实施路径	/228
11.6.5 未来医疗保障制度的整合	/234
11.7 对全民健康保障制度中政府成本的简单测算	/236
11.7.1 测算思路	/236
11.7.2 测算过程与结果	/237
附录 城乡卫生保健的不平等	/246
参考文献	/251
后记	/275

引言

1.1 研究目的

20 世纪 90 年代以来,我国农村居民的医疗保健支出迅速增长,在农民生活消费总支出中的比重由 1990 年的 3.25% 上升至 2005 年的 6.58% (国家统计局,2006)。医疗服务费用增长速度超过了人均收入的增长,医药卫生消费支出已经成为仅次于家庭食物、教育支出的第三大消费。1998—2003 年,农村居民年均收入水平增长了 2.4%,而年医疗卫生支出却增长了 11.8% (卫生部,2005)。医疗费用的上涨已对农民的医疗需求构成严重的障碍,许多地区的乡镇和村医疗机构普遍存在着利用率不高的状况,农民应就诊未就诊、应住院未住院的现象相当普遍。第三次全国卫生服务调查结果显示:调查地区农村两周就诊率为 139.2‰,与 1998 年调查结果相比下降了 15.4%。农村患者未就诊比例为 45.8%,医生诊断应该住院治疗的患者而没有住院的比例为 30.3%。未采取任何治疗措施的门诊患者中,38.2%是由于经济困难;应该住院而未住院患者中,70.0%是由于经济困难 (卫生部,2005)。更严重的是,由于危重病往往会造成高额的医疗费用支出,以至于超出家庭自身的承受能力,因此,农民不得通过其他途径如借债、变卖家庭财产等方式支付医疗费用,使家庭陷入贫困或贫困的程度进一步加重。

与医疗费用的快速上涨形成鲜明对比的是，曾经有效减轻了农民疾病经济负担的医疗保障制度——合作医疗，却随着农村经济体制改革迅速瓦解，覆盖率不断下降。根据卫生部 1993 年、1998 年和 2003 年三次全国卫生服务调查，农村居民的医疗保险覆盖率由 1993 年的 12.8% 下降到 1998 年的 6.5%，此后由于新型农村合作医疗的大规模试点，2003 年合作医疗的覆盖率也仅为 9.5%（卫生部，2005）。这样，在大多数地区，农民几乎要完全承担疾病带来的一切损失，家庭和人际关系网络则成为抵御疾病风险的最重要屏障。在农民收入水平增长趋缓而医疗费用迅速上涨的情况下，价格已经对农民的医疗需求构成了严重的障碍，农村健康保障制度的空白则进一步降低了医疗保健服务的可得性^①，这是造成农村医疗卫生供给不断增加，而医疗服务利用率却难以同步提高的重要原因。

随着农村健康贫困问题的凸显，决策部门已经认识到建立农村健康保障制度、改善医疗服务可得性的必要性和紧迫性。近年来决策部门的主要政策方向是寄希望于发展合作医疗制度、提高合作医疗覆盖率。2002 年，中共中央、国务院在《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中提出，要逐步建立新型农村合作医疗制度。政府对农村合作医疗给予支持。2003 年，国务院转发了卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，开始新型农村合作医疗制度试点。2006 年，卫生部等 7 部委发布《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》，要求扩大新型农村合作医疗试点。2006 年，使全国试点县（市、区）数量达到全国县（市、区）总数的 40% 左右；2007 年扩大到 60% 左右；2008 年在全国基本推行；2010 年实现新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民的目标。同时，加大中央和地方财政的支持力度。从 2006 年起，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由每人每年补助 10 元提

^① 在本书中，可得性是指消费者尤其是低收入者有能力购买这些服务。与之相联系的概念是可及性，指消费者能够方便地获得质量可靠的服务。

高到 20 元，地方财政也要相应增加 10 元。

截至 2007 年 9 月底，全国开展新型农村合作医疗的县（市、区）达 2 448 个，参合农民 7.3 亿人，参合率达 86.0%。与 2004 年相比，开展新型农村合作医疗的县（市、区）增加 2 115 个，参合农民增长 8 倍，参合率增长 10.8 个百分点。2007 年 1—9 月，全国新农合基金累计支出 220.3 亿元，累计受益 2.6 亿人次。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（卫生部，2008）。

在新型农村合作医疗的制度安排中，卫生服务提供者、参合农村居民、合作医疗基金以及政府行政机构等不同的利益相关者或主体之间相互作用、相互制约，共同决定了制度的绩效及其发展的前景。

第一，农户或农民作为新型农村合作医疗制度的需求者，其支付能力（ability to pay）和支付意愿（willingness to pay）是影响合作医疗筹资及其可持续发展的重要因素。同时，如果缺乏良好的激励约束机制，参合农民的逆选择和道德风险问题也可能会影响合作医疗的可持续发展。

第二，在一些合作医疗试点中，卫生服务提供者有可能成为最大的赢家，如果没有相应的约束机制遏制供给方诱导需求，农户或农民渴望得到的实惠将可能被卫生服务提供者所侵蚀，变得非常有限。同时，这也将威胁合作医疗基金的可持续发展。

第三，很多研究表明，外部强有力的支持是合作医疗这种社区健康融资发展的重要前提。在我国，政府在促进合作医疗发展中发挥着至关重要的作用。

鉴于上述分析，本书的研究目的就是分析新型农村合作医疗中各利益相关者的行为，探讨各主体行为模式的形成机制，以解释当前合作医疗发展中面临的问题和困境，并进一步探讨在现存的约束条件下，应如何创新激励机制，以矫正各主体行为的偏差（见表 1--1）。

本着这一目的，本书主要试图回答这样几个问题：各主体的行为互动如何决定了合作医疗制度的变迁？如何评价合作医疗的绩效，各

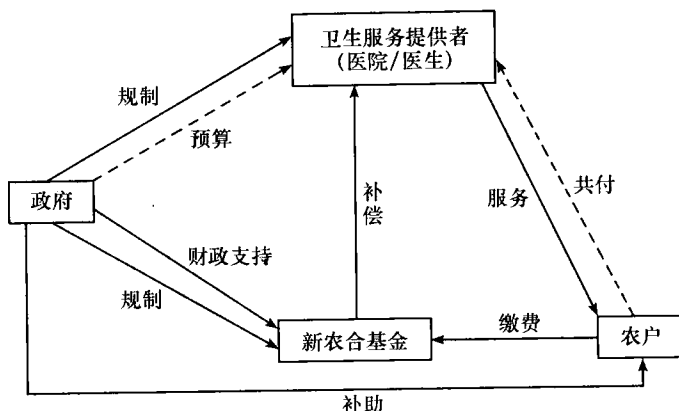


图 1-1 新型农村合作医疗制度中利益相关者的关系

主体的行为互动对其绩效产生了什么影响？农户或农民对合作医疗的支付能力如何，其支付意愿受哪些因素的影响？农户或农民的逆选择和道德风险程度如何，受哪些因素的影响？如何选择合适的约束机制？卫生服务提供者诱导需求的程度如何，受哪些因素的影响？如何选择合适的约束机制？政府应当在农村健康保障制度建设中发挥什么样的作用？如何选择合适的机制来促进农村健康保障制度的发展？财政支持农村健康保障制度建设的合意水平是什么？各主体的互动如何推动农村健康保障制度的创新？

1.2 研究对象的界定

在本书中，“健康保障制度”主要指健康融资系统（health care financing）。健康融资系统是卫生服务提供者和卫生服务利用者之间的中介服务系统，连接着卫生服务递送的计划和预算（刘远立等，2002）。健康融资的目的：一是要为健康制度提供资金方面的支持，使得每个人都能充分享有接受卫生保健服务的权利；二是激励卫生服务提供者向消费者提供价格低廉且高质量的卫生服务。因此，健康融