



基于多元福利视角的 新型农村合作医疗 效益研究

刘 畅◎著

本书在国内外相关文献研究的基础上，通过历史与现实的比较，发现新型农村合作医疗制度存在的根本问题，并从这些问题产生的根源及其发展方向入手，提出以预防保健为主体的多元健康福利概念，拓展了健康保障的内涵，具有很强的科学性与实用性，将对我国新型农村合作医疗问题的深入研究起到积极的推动作用。



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

基于多元福利视角的
新型农村合作医疗
效益研究

刘 畅◎著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

基于多元福利视角的新型农村合作医疗效益研究 /
刘畅著. —杭州:浙江大学出版社, 2015. 12
ISBN 978-7-308-15417-8

I. ①基… II. ①刘… III. ①农村—合作医疗—
研究—中国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 296792 号

基于多元福利视角的新型农村合作医疗效益研究

刘 畅 著

责任编辑 曾 熙

责任校对 赵黎丽

封面设计 续设计

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 浙江时代出版服务有限公司

印 刷 杭州日报报业集团盛元印务有限公司

开 本 710mm×1000mm 1/16

印 张 14.25

字 数 260 千

版 印 次 2015 年 12 月第 1 版 2015 年 12 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-15417-8

定 价 39.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行中心联系方式 (0571)88925591; <http://zjdxcbbs.tmall.com>

前言

改革开放以来,尤其是进入 21 世纪以来,我国农村经济、社会取得了举世瞩目的成就,农民整体生活水平有了很大提高。大部分地区农民的物质需求基本上得到了满足,家庭日常食品的种类和数量不断丰富,营养不良带来的健康恶化情况有明显好转。在和平环境下,利好的医疗保健政策和良好的生活方式,有助于农民的营养状况、医疗条件和文化教育等得到保障,而且对农村人均预期寿命增加起到积极作用。根据世界银行统计数据,改革开放后的 1986 年到 2011 年,我国人均预期寿命从 68 岁增至 73.5 岁。然而,相对于当前滞后的保健意识和农村文化,物质条件改善不但难以为农民提供完全的健康支持,反而在一定程度上导致发病率上升。近十多年来,虽然农村人口预期寿命也在小幅增加,可是,各种慢性病、新流行性疾病、恶性肿瘤等不断威胁着农民健康,生命质量难以随着农村社会经济发展而同步提高。疾病带来的痛苦与损失不断困扰着农村劳动力的改良和农民对品质的生活追求。如何有效地增加农民健康福利,让他们共享改革成果,必将成为以新农合为主体的农村卫生体制创新与发展的重要课题。

本书重点以农村人口人均寿命、发病率以及健康效益等作为衡量新农合运行效率的指标,并以制度的有效性、卫生政策的可行性、环境和生活方式的合理性等作为影响农民健康状况的相关因素,考察新农合效益。而农村人口人均寿命通常是衡量一个时期内农民的生活质量和健康状况主要指标,也是农民幸福指数的重要参考数据。它与农民的生活方式、区域经济发展水平、生活环境等因素密切相关。由于长期以来我国地区发展不平衡、医疗市场化、环境污染等造成的各种慢性病与恶性肿瘤疾病日益加重,农村死亡率有所增加,最近 20 年农村人均预期寿命增长缓慢。从整个人类发展历史看,人均寿命变化趋势随着社会经济发展和生活水平提高而增长,主要体现在医疗保障和生活方式的改良上。根据美国中情局 2012 年数据,人均预期寿命靠前的国家和地区,大多数分布在欧洲;在前 20 名中,欧洲占了 12 席;美洲预期寿命最高的是加拿大,为 81.48 岁;在世界经合组织(OECD)34 个成员中,人均收入最低的墨西哥(全球

基于多元福利视角的新型农村合作医疗效益研究

排第 72 位), 其人均寿命也处于相对应的较低的位置。就总体而言, 发达国家人均预期寿命高于发展中国家。然而, 人均 GDP 排名在全球靠前位置的南非, 其人均预期寿命则在全球排倒数第三, 只有 50 岁左右; 卡塔尔人均收入排世界第一, 其人均寿命在各国和地区中仅列第 83 位。美国作为当今唯一超级大国, 经济实力和医疗技术都是世界第一, 其人均 GDP 排在世界第 8 位, 但美国人均预期寿命却只排到世界第 50 位。人均收入高不一定人均寿命就长, 经济水平有时候不一定对预期寿命产生积极影响, 甚至产生负面效应, 这在其他健康指标中存在类似情况。人口健康状况是所有因素共同的作用, 并非单一的医疗支出或者类似的健康消费。合理吸取自然界赋予的有益的物质和能量, 对健康促进同样不可或缺, 并且大多数不需要个人支付成本。工业化时代之前, 虽然物质供给匮乏, 但是农村自然条件较好, 大多数疾病都是农民基本卫生条件恶化引发的。一个地区的气候、纬度、天然放射性、微量元素等, 都可能与特定地区的人均寿命等健康指标相关。但随着人类干预自然程度的提高, 更多的人主要生活在与人类生存不相适应的人造环境中, 那些人与自然融合对健康产生积极影响的成分逐步减少。工业化使一个地区的空气、水、土壤等重要的生存因素遭到破坏, 环境污染严重, 特别是产生致癌物质的污染源, 导致农村人均预期寿命及其相关疾病的发病率上升。

鉴于对上述这些事实的分析, 结合作者多年的农村考察和新农合问题研究, 本书从农民医疗保障方式、环境变化、生活方式变迁、政策变动、人群差异等因素对农民健康状况影响进行多角度阐述。研究结果显示, 虽然农民收入普遍增加, 我国农村人口恶性肿瘤发病率与死亡率较 10 年前明显上升, 其他疾病的发病率也有大幅上升趋势。这主要是土壤污染导致农产品品质下降, 人工养殖使得食物中有害物质增加, 空气和饮用水被严重污染等情况普遍存在并导致农民健康状况恶化。因此, 通过合理调整农村人口与工业发展布局, 采用先进的防治污染技术保护农村环境, 能够有效提高人均预期寿命和生命质量。然而空气等自然环境只是影响农民健康的主要因素之一。一些国家经历严重的去工业化之后, 它们的城市和工矿企业区空气质量虽然得到明显改善, 如俄罗斯、乌克兰, 但是其人均预期寿命却急剧下降。这主要是人口的生活水平下降、治安恶化和医疗保障体系衰退等经济和社会制度不力共同产生的负面效应, 并远远超出了空气质量好转带来的好处。一个国家或者地区如果实行均衡的财富分配(一般是基尼系数较低), 政府和社会组织更多地投资于医疗卫生事业, 通过建立高效的健康保障服务体系消除人口的健康不平等, 这些国家的人口健康指标显著高于人均收入相近的国家或地区。比如我国农村合作医疗时期, 以及古巴和印度客拉拉邦的典型例子。印度客拉拉邦位于印度西南沿海, 缺乏自然资

源,人口密度很高,而且绝大部分都是农民,人均国民生产总值低于全国平均值。但1957年由于该邦政府推行分配政策和最低工资政策,赤贫人口相对较少,识字率在全印度最高,超过了90%,这为普及医疗卫生知识创造了有利条件。该邦人均寿命达到72岁,远高于印度当时62岁的人口平均水平。因此,医疗保障制度和公共卫生状况与人均寿命密切相关,其中最明显的是艾滋病等死亡率较高的疾病发病率对寿命的影响。

根据对国内外人口健康状况影响因素的研究,本书以新农合为核心对可能影响农民健康的因素重点展开讨论。新农合作为目前农村医疗保障的主体,不仅经历了长期的历史发展过程,而且受到环境等因素的广泛影响。我国农村传统保健方式以医疗为主,得了病再治疗成为一种保健习惯。从早期的农村合作医疗到目前的新农合制度,我们都在通过医疗保险减轻农民由于疾病带来的经济负担。而预防保健只涉及很少范围的利益主体,比如,政府主管部门或者保险公司为了减轻参保农民因疾病给它们造成的补偿风险或者管理风险而设法通过预防保健减轻成本。当然,利益主体的利己行为也增加了农民的健康福利。长期以来,政府和社会力量对开展的广泛的以促进农民健康福利为宗旨的保障事业没有足够重视,也很难促使农民展开有益的预防保健活动。本书从多元健康福利视角,从医疗服务及其他健康影响两个维度对新农合效益进行研究,并通过新农合的效益比较研究提出,从增加农民健康福利的长远角度进行投入对减轻疾病带来的负担将产生积极而深远的影响。然而在新农合实施过程中,我国往往以新农合的医疗服务为主体实施农民健康保障或进行相关研究,这不仅带有很大的片面性,而且可能造成医疗卫生资源的巨大浪费。因此,本书将从以下五部分进行研究,从农村医疗保险历史发展出发,分析新农合制度如何影响农民健康水平、农业产业形态及其制约因素,并通过多角度研究加深人们对新农合制度的认识以及对多元健康福利实际意义的理解,并对其经济社会影响加以科学阐述。

第一部分,包含第1章和第2章,主要通过对“看病难、看病贵”原因进行政策分析和数据分析,并实地考察台州等地农村农民健康的状况,寻求决定农民健康状况的多重因素。接着,对我国农村医疗保险模式变迁进行历史评述、典型案例分析和历史数据比较,并根据1949—2003年间医疗保障模式的效益,阐述新农合产生的历史根源与发展历程。最后,对当前新农合存在的问题提出解决路径。

第二部分,从第3章到第5章,主要阐述农民医疗保障的属性、结构和功能。这部分从生命科学和经济学相关理论出发,分析医疗服务的效用及其社会功能,并提出以医疗保健向预防保健的主体转变有利于农民健康福利的增长,

基于多元福利视角的新型农村合作医疗效益研究

在此基础上构建农民多元健康福利的理论体系。接着以美国、德国、日本农村医疗保障体系现状进行探讨,并比较研究发展中国家的医疗保障状况,得出人口健康的定义、价值、测度标准及其技术手段。

第三部分,由第6章和第7章组成,从经济学角度分析新农合筹资的机构、功能、管理成本及其历史演变。利用系统理论解析多元健康福利对新农合运行效益的影响,并从哲学视角研究农民健康保障体系存在与发展的根源,分析新农合的历史意义及其不断完善的必要性,进一步阐述政府在新农合实施过程中的职能,以及社会救助中道德力量如何对新农合效益产生积极效应。

第四部分,涉及第8章和第9章内容,也是全书核心部分。该部分在理论与案例分析的基础上,对农民的生活方式、疾病与健康状况以及区域经济水平进行调查,研究新农合在改善农民健康,促进健康福利增长方面的功能,并借鉴各国类似的发展经验,构建新农合下的多元健康福利体系理论与保障模式。根据生命周期理论和Grossman模型,采用抽样调查和权威部门统计数据,研究新农合制度下建立农民多元健康保障体系的合理性和可行性,验证多元健康保障是否有利于促进新农合可持续发展和农民健康福利增长,并结合典型案例将国内外医疗保障模式进行比较,考察农民的健康状况和新农合实施效益,提出政府的农民健康计划及其相关政策建议。

第五部分,涉及第10、11、12章,采用调查数据和权威机构最新统计资料,验证新农合的健康福利效益,研究发现多元健康保障模式对促进医疗服务效率和农民健康福利增长具有显著影响。主题思路及阐述主线:以新农合为核心进行多元健康保障模式的效益研究,然后通过农民健康保障方式的合理选择促进新农合可持续发展。最后,总结多元健康福利对新农合效益和农民健康产生的积极影响,并提出相应的政策建议以及对尚未解决的问题提出研究设想。

作者深信,无论农村医疗卫生改革继续朝着新农合方向发展创新,还是未来实行城乡一体化的农民健康保障规划,进行多元健康福利体系的研究对增加农民健康福利,促进农村劳动力改造,都是十分有利的。当前,农民健康问题长期存在,直接影响农民生活水平的改善和生命质量的提高,很多改革成果无法在农村共享。这些问题本质是,影响农民健康改良的不利因素仍然长期存在,“看病难、看病贵”问题一直困扰着农村社会事业发展。农民作为改革开放主要参与者,为城市发展和我国社会进步提供了重要的人力资源,农业生产为我国经济发展提供了重要基础资源。然而,经济发展给农村环境带来巨大的破坏,环境污染日益严重,农民生存质量受到了严重破坏,这种格局导致农民健康水平下降,并且可能在短期内难以消除。为了解决这些问题,社会各界一直在不断地努力,作者相信在不久的将来,农民健康保障制度会不断完善。由于作者

水平有限,书中可能存在一些不当之处,敬请广大读者和专家批评指正。本书研究涉及领域广泛且内容众多,有些问题还有待进一步探索,作者将会不断深化这一主题研究。

最后值得一提的是,本书得到了教育部人文社会科学基金的资助,在材料的收集整理、数据采集以及学术研究与写作过程中,我的杭州师范大学同事们和学生们给予我大力支持与帮助;在本书的编辑和出版过程中,得到了浙江大学出版社王长刚主任和曾熙编辑的支持与帮助,尤其是曾熙编辑对本书出版付出了大量的时间与精力。他们的敬业精神和认真负责的态度深深地感动着我。同时,我要感谢我的家人,尤其是我的先生给予的大力支持,使得我顺利地完成任务的研究与写作。在此,对他们的辛勤付出表示衷心的感谢!

刘 畅

2015年9月于杭州

目 录

1 导 言	(1)
1.1 看病难、看病贵的原因	(1)
1.2 农民健康状况调查引发的思考	(6)
1.3 文献综述、研究方法及数据来源	(9)
2 “新农合”产生背景及存在问题	(13)
2.1 农村合作医疗发展历史的评述与意义	(13)
2.2 历史转折时期的新农合发展状况	(16)
2.3 新农合的制度分析	(19)
2.4 新农合制度存在的问题及发展研究	(23)
2.5 解决问题的路径	(26)
3 农民医疗保障的职能	(33)
3.1 医疗保障的属性	(33)
3.2 医疗保障的社会结构与功能	(36)
3.3 农民健康效应获得的理性分析	(37)
3.4 健康消费的社会契约	(38)
4 国内外农村医疗体系分析	(41)
4.1 福利国家农村医疗保障	(41)
4.2 美国、德国、日本农村医疗保障体系现状初探	(45)
4.3 发展中国家农村医疗保险模式	(48)
4.4 农村医疗体系要素分析	(51)
4.5 我国农村医疗保障的区域性差异	(52)

5 健康测度技术研究	(55)
5.1 健康的定义与价值	(55)
5.2 健康测度及文化差异	(56)
5.3 科技进步对健康测度标准化的意义及作用	(63)
5.4 新农合制度下健康测度的技术手段	(65)
6 新农合筹资渠道和筹资模式	(67)
6.1 筹资渠道的历史演变	(67)
6.2 筹资模式效率与管理成本	(69)
6.3 新农合筹资模式的经济学分析	(74)
6.4 多元健康福利需求降低新农合筹资难度	(80)
6.5 基于经济学分析视角下的政策建议	(82)
7 多元福利体系构建	(83)
7.1 新农合产生与发展的多因素决定	(83)
7.2 农民健康体系多元福利框架的形成和发展机制研究	(88)
7.3 利用系统理论解释新农合的组成、结构和功能	(99)
7.4 政府在新农合中的引导作用	(111)
7.5 新农合考察指标研究	(115)
7.6 农村社会救助与道德思考	(118)
8 多元健康福利效应指标体系及其模型研究	(121)
8.1 新农合多元福利指标体系的构建	(121)
8.2 多元健康福利体系的成本效益研究	(123)
8.3 多元福利体系的健康效应理论与模型分析	(130)
8.4 基于多元福利的新农合运行效益的实证研究	(134)
8.5 新农合的医疗卫生资源控制	(139)
9 不同健康保障模式的区域比较	(149)
9.1 医疗保健的文化适从力与区域人口健康测度	(149)
9.2 新农合多要素的区域比较	(150)
9.3 考察多元福利对农村经济社会发展的贡献	(160)

10 新农合建设的相关配套	(169)
10.1 新农合建设中基础设施建设	(169)
10.2 健康消费支出的收入递增理论研究	(170)
10.3 饮食、环境和公共卫生	(174)
10.4 推进健康教育	(176)
10.5 医疗救助的道德力量	(178)
11 多元福利机制促进“新农合”可持续发展	(185)
11.1 多元福利机制的环境研究	(185)
11.2 健康产业推动新农合多元福利机制的形成	(190)
11.3 建立我国农村医疗保障可持续发展机制	(191)
12 结论与政策建议	(205)
12.1 主要发现	(205)
12.2 理论总结和政策启迪	(206)
参考文献	(209)
索 引	(215)

1 导 言

1.1 看病难、看病贵的原因

20 世纪 80 年代以来,世界各国一直面临着流行病、传染病、慢性病、人口老龄化,以及健康不平等与医疗费用高涨等一系列的社会问题,给各自国家的医疗保障带来了严峻的挑战。这一时期,我国也面临着同样困境,其中关系到农村社会经济发 展的农民医疗保险制度也历经艰难曲折的探索。值得庆幸的是,经过近几十年努力,我国的公共卫生管理、生命科学和医学总体发展较快,2003 年开始实施新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)试点,并逐步向全国各地农村推广,取得了一定的成效。可是长期形成的落后的健康保障方式没有得到彻底改变,大多数农民保健意识薄弱,过度依赖医疗服务现象普遍,农村健康产业需求疲软。并且从 20 世纪 80 年代初到 90 年代末,政府的农村医疗卫生改革进展缓慢,社会缺乏改善农民生命质量所需的激励机制,没有为改良生活方式提供有效的健康路径,也没有积极引导农民参与各种保健活动。目前,由于农村卫生资源配置不合理、医疗市场体系不完善以及政府投入不足等原因,导致农民基本医疗保障得不到根本解决,“看病难、看病贵”仍成为重要的农村社会现实问题。这种情况使得农民逐步形成了不良的生活习惯以及对待疾病的消极态度,造成农村人口健康水平普遍低下。

虽然以新农合为主体的医疗保障方式在很大程度上改善着农民的健康状况,但是非医疗保健可以减少或消除疾病发生,对提高农民整体健康水平具有积极而深远的影响。随着我国经济社会发展和产业结构调整,城乡差距逐步缩小,相关政策修订、制度变迁和环境改良等,正在逐步改变农民的健康行为与保健方式,增加他们的健康福利。可是,一些影响农民健康的不利因素也同时存在。工业化产生的环境污染、农业生产中大量施用化肥、农药和化学激素以及有毒食品添加剂,使得食品安全事件频频发生;空气污染所造成的直接的健康危害越来越严重;而不良的生活方式导致患高血压、心脑血管疾病、恶性肿瘤、

基于多元福利视角的新型农村合作医疗效益研究

呼吸道疾病等慢性病的农民群体日趋庞大,发病率攀升。21 世纪初,健康产业进步虽然使人们找到了减少或消除疾病的有效手段与方法,但由于缺乏必要的宣传教育与引导,农民很少意识到侵蚀他们健康的潜在危害更加严重,更难以采取相应的对策促进健康福利的增加。而低收入限制了农民对预防保健的有效需求,健康产业福利效应不显著。特别是,在基础设施比较落后的地区,农民健康产品消费不足,医疗成本加大,而医疗费用占农民开支比例并未同步增加。以政府主导的社会医疗保险是世界各国普遍采用的通过收入再分配缩小贫富差距和健康不平等的手段。我国农村人口基数大,农民收入增长与物价上涨幅度偏低,而且医疗服务价格上涨速度比较普通消费品更快。当前,政府对农民医疗费用的缺口补助难以为继,医疗体系市场化改革使这种局面变得更加严峻,农民长期处在看病难、看病贵和发病率高而带来的恶性循环之中。并且大部分农村严重缺少医疗机构和合格的医生,健康教育落后,公共卫生投入不足,一些常见的疾病也需要到县级以上三甲医院治疗,造成农民医疗服务可及性差和医疗成本攀升。低收入与医疗高支出的巨大反差给患病农民及其家庭带来巨大的压力。产生这种状况的根源主要在于健康消费比例严重失衡,城乡医疗资源配置不合理,医疗服务公益性不合理定位。

1.1.1 健康消费比例严重失衡

健康非医疗保健支出在农民日常消费开支中的比例相对偏低,收入主要用于食品、住房、衣着、家电等基本生活消费支出。根据国家统计局 2013 国民经济和社会发展统计公告,农村消费价格比上年上涨 2.8%;其中,食品上涨 4.9%,住房上涨 2.3%,衣着上涨 2.5%,家电上涨 1.3%,医疗保健与个人用品上涨 1.8%,而预防保健的单项消费所占比例最低。这种情况可能不利于农民健康福利增长,导致疾病发病率上升,在某种程度上会增加医疗服务需求。这表明,农村消费结构存在着巨大区域差异,在经济落后地区,农民预防保健意识不足且缺乏必要的卫生知识,健康消费项目主要来自单一的医疗保健渠道。这种消费结构不仅有悖于健康消费在生命周期理论中所遵循的系统性和多元性的客观要求,也不利于建立合理的消费体系,并可能进一步加大预防保健消费缺口。

当前农民非医疗保健的主动性消费不足,疾病治疗成为主要保健消费支出,传统产品的选择性消费仍占据主体地位。农村消费结构从生存需求的实用型产品向健康、娱乐和享受型等服务消费转型缓慢,用于各种预防保健的消费开支远远低于食品等生活类的消费项目。大多数有利于促进健康的产品或服务基本上局限于被动性消费支出,需要组织机构的专业人士引导,农村潜在的

非医疗保健消费市场十分庞大。代表先进科技水平的非医疗保健消费项目及其产品则难以通过这一市场转化为农民的健康福利。实际上,科技含量高的健康产品以及相关服务消费是减少疾病以及节约卫生资源的有效路径,颇具广阔的市场前景和良好的健康福利效应。马斯洛消费层次发展理论认为,“发展意识和消费意识的增强能够带动消费层次提高,随之引起消费结构的改变”,并增强人口总体素质。目前农民很少通过多种途径主动获取健康福利及其相关知识,这种情况无法使农民提升自己在社会中的健康等级;在接受医疗服务过程中,农民对医生所做的疾病检查、诊断和用药及康复计划大多数是盲从的,医生成为他们医疗消费的代理人。农民几乎没有通过增强预防保健意识,减轻对医疗服务的过度依赖以及接受疾病治疗过程中所产生的卫生资源浪费;他们很少在疾病发生之前寻找有效的健康路径和合理的保健消费渠道。一旦得病,参保农民主要依赖新农合提供的基本医疗服务,只能在高成本低效益的医疗保险框架下进行疾病治疗。由于医生和患者之间信息不对称产生的道德危机将可能导致卫生资源过度利用以及由此可能造成更大的健康损害,极大地降低医疗服务效益。杭州某医院曾经给一个6岁的农村女孩割除阑尾,该女孩花费了6867.63元,检查项目中还包括艾滋病检测等。这些不必要的检查是医生为了谋求私利或者是由于技术水平与经验不足而导致的。滥用资源不但让患者花费了大量的冤枉钱,而且对公共卫生资源也是一种巨大浪费,有时对疾病治疗也可能不利。一些大医院没有秉承医疗服务的社会公德和职业道德,利用医疗服务特殊性从新农合的制度漏洞中获取非法所得,堂而皇之地伤害国家和农民个人利益。无独有偶,同样是阑尾炎的例子,北京一家大医院手术费用远超过杭州某医院的数字;2006年平均每个病例治疗费用高达7932元,部分病人缴费超过9000元。更有甚者,高额的医药费不但对患者疾病的治疗与康复起不到积极作用,还造成沉重的家庭负担和公共卫生资源浪费,步入疾病治疗成本加大和健康水平下降的恶性循环之中,并带来更严重的健康不平等。这种情况在我国大部分地区普遍存在,尤其是不发达地区农村。

同时,农民不良的生活方式引发了高血压、糖尿病和肥胖症等慢性病频发,而非医疗保健消费不足将导致各种发病率上升,进一步加重新农合的医疗负担。在经济发达地区,农民消费的巨大失衡和环境恶化所引起的各种疾病日益严重,而且由于预防保健缺失,疾病正在逐步大量消耗农民的健康存量 and 劳动力资本,从而降低家庭相对收入,农民承担的压力不断增大。医疗费用增长远超出现阶段农民收入水平,而基层医疗机构随着国家投入政策的变化,医疗服务市场化功能加强,社会公益特征退化。近年来,包括公共卫生和体育设施在内的预防保健的政府投入部分不断加大,这种措施将会减少各种疾病的发生,

提高农村人口素质。预防保健比任何治疗疾病更有效,政府投入公共卫生促进社会公正,可以保证社会责任、社会负担和社会福利平等地在不同人群中分配(董维真,2009)。但是由于农民的公共消费能力不足,卫生资源未被充分利用并转化为健康福利,导致疾病引发的医疗支出仍然居高不下,从而可能降低农村公共卫生资源的成本效益。农民消费失衡不仅有家庭预算不合理和个人不科学的消费偏好等方面的原因,更有政府的农村健康计划和公共卫生投资不周密的原因。

1.1.2 城乡医疗资源配置不合理

过去,我国城市优先发展的政策曾经加重了城乡差距,其中医疗基础设施建设不平衡就是典型的例证。比较城乡居民的卫生服务可及性和人均享有的医疗资源比例,不难发现城市居民所具有的优势极大地超过了农民,致使条件较好的患病农民大多数往城市大医院看病,较贫困的患病农民设法往城市大医院拥挤,由此带来了巨大的医疗成本。为了实现卫生资源的有效利用,我国政府对各级医院业务范围有明确定位,农民得了小病应该在就近的乡镇与社区医疗机构就诊与治疗;三级医院主要诊治大病和疑难杂症。但是对农民疾病等级的鉴定和管理带来了很大困难;而且市场化的医疗机构很难通过行政手段进行监管,医生对农民选择医疗服务机构只能提出参考建议。据统计,目前三级医院诊治了50%~80%本来应该在二级医院甚至一级乡镇卫生院与社区卫生所治疗的一般疾病,诸如普通伤风感冒、白内障、阑尾之类的常见疾病。城乡卫生资源的合理分配并非在短期内能实现,这主要是因为城市优先发展战略在医疗卫生领域带有明显的历史痕迹,先进的医疗设备和合格的高水平医务人员大多数集中在城市三级及以上医院;农村则严重缺乏,城乡卫生资源配置极不合理。大多数乡镇卫生院和村卫生室(所),不论是医务人员技术还是医疗设备都难以满足农民的基本医疗服务需求,甚至一些普通疾病也不能得到有效治疗。这种城乡卫生资源配置格局导致农民患病不敢上乡村医疗机构,宁愿长途奔波到城市大医院就诊。一些合格的基层医疗机构,由于偏见,很多农民放弃了给他们真正带来便捷的就医选择。很多类似的农村卫生室(所)不但得不到有效利用,反而因闲置而被白白地浪费掉。在很多农村,一些不合格的基层医疗机构得不到提升改造或者撤销。城乡医疗卫生资源不平衡分配加大了农民看病难和大病住院更难的境况,增加了城市三级医院压力,给农民增加了很多额外支出,并且无形中提高看病的诊疗费用以及药品与各项设备检查费用,从而进一步加重农民医疗负担。

就医务人员而言,当前农村基础设施较差,生活条件简陋,优秀的医疗人才

难以向农村流动并形成稳定合格的医疗服务队伍。市场化医疗改革,使得医疗机构投资者不愿意将资金投入人口分布广而分散的农村地区。而政府医疗投资从面上难以形成一定规模满足大多数农民对医疗服务需求,况且单一医疗保障制度在改善农民健康方面存在高成本低效率现象。因此,城乡医疗资源不合理配置既有客观原因,更有历史遗留下来的体制机制原因。

1.1.3 医疗服务公益性不合理定位

20世纪70年代初,我国大部分农民可以得到不同程度的医疗保障,政府提供少而广的公共卫生资源让农民共享基本医疗服务,不存在“看病难、看病贵”的问题。可是随着市场化的介入以及农村医疗服务的不合理定位,医疗公益性被扭曲,使得县、乡、村三级医疗保健体系几乎土崩瓦解,农民失去就医的基本保障。根据我国国情,消除城乡二元机构应该着手改革卫生体制,通过优化新农合制度逐步向城乡一体化保障机制转变,实现医疗服务的公平与效率统一。

改革开放之初,由于国民经济相对困难,许多地方的县级财政取消了对医院等事业单位的补助。医疗服务机构的管理绩效直接决定着它们及其职工的利益,逐步依靠自身医疗服务创收弥补医疗制度改革带来的收入缩减,并形成“以药养医”的市场化运行模式。医院同等服务的收费标准比医疗改革之前高出了几倍;同一种药品,医院价格比网络销售、实体诊所甚至药店要高出很多。不少医疗机构在追求经济利益过程中脱离了道德约束。一些医生利用医疗信息不对称给农民患者乱开药方,通过病情误导、重复检查与诊疗等获利,脱离医生的职业道德规范,使得医疗服务的公益性几乎丧失殆尽。而农民的健康保障方式几乎没有多大变化,对医疗服务的依赖性仍然没有减轻。虽然2003年推行的新农合制度为完善农民医疗保障体系开了好头,但该制度只对小病起到一定基础保险作用,抵御重大疾病风险能力很低。截至2005年,仍然有79.1%的农民没有任何医疗保障,随后政府通过加大财政投入,逐步扩大社会医疗保险覆盖率。至今农民参保率有很大提高,但保障范围和保障幅度非常狭窄。这种基本医疗制度还无法完全有效地解决农民健康问题。而市场引入给医疗服务带来了各种道德风险,很大程度上对“看病难、看病贵”起到推波助澜作用。根据生命周期理论,医疗服务具有非选择性消费和公益性特征,需要政府和社会共同努力创建有序的健康保障体系,并通过增加政府与社会的投入、引导农民合理的个人保健支出以及社会救助途径减少市场对医疗服务公益性的破坏,设法使农民在医疗服务公平与效率之间找到平衡点。据卫生部统计数据显示,目前国家对卫生事业投入比例占卫生总费用的15%,集体占25%,个人占60%,而新农合实施之前,政府投入比例逐年减少。近年来医疗机构运行成本增加,

而政府补助有限,社会资本渠道狭窄,许多公立医院也为了维持正常业务运转和日常开支,虚抬服务价格或者采取不正当行为获取高额利润,造成医疗服务和药品价格高涨。鉴于这种情形,政府在引导监督和规范医疗服务市场方面还不够成熟,致使医务人员没有形成严格的职业道德;对应的药品器械流通渠道混乱,市场管理混乱导致患者怨声载道,甚至频发医患冲突。政府在各级医疗机构建设与各项农村社会公益事业中承担的费用比例也不合理。只有适当加大政府对新农合相关责任主体中的投入比重,才有可能降低患病农民负担。

同时,收入和分配不公也对医疗服务定位产生重要影响。高收入群体倾向于市场化医疗改革,以获得高品质的医疗服务。而大部分低收入农民则更愿意接受公益性的社会医疗保障。促进全体居民同享有高品质的公平医疗服务,其先决条件是改良社会环境,完善农民收入增长机制。当前我国不但存在城乡差别,分配不公和贫富差距加重了农民看病难、看病贵的问题。对少数高收入家庭来说,盲目寻求高水平医生、昂贵药物和先进医疗设备,为一些小病可能消耗巨大的卫生资源,并愿意付巨额医疗费用去抢救类似于毫无希望的晚期癌症患者,根本不存在看病难、看病贵的问题。而对于多数普通农民,做一个阑尾切除这样的小手术也十分困难,本来可以通过少量的医疗投入而获得更大的健康福利,但这些愿望对大部分农民来说却难以实现。我国贫富差距越来越大,农民看病难、看病贵的矛盾仍然突出。经济不平等一定程度上转化为农民医疗服务不平等和健康消费的艰难选择。随着新农合制度的推进,农民看病住院的压力有所降低,而医疗服务供给不足,又导致了新的看病难问题。如果政府负担大部分医疗卫生费用,适当控制卫生资源浪费,多数农民能够享受更多的医疗保健福利,并带来难以想象的经济社会效益的增长。

随着我国经济实力不断增强,农村医疗改革成为当务之急,政府和社会应该积极探索,认真研究医疗机构作为社会公益事业的特殊性,正确对待目前医院和社会医疗保障体系发展过程中的制度缺失,使“看病难、看病贵”问题得到有效解决,确保绝大多数农民享有新农合及其医疗服务公益性带来的便利。

1.2 农民健康状况调查引发的思考

1.2.1 农民健康状况的调查研究

进入 21 世纪以来,由于我国农民长期形成的不良生活方式和消费行为对自身健康的负面影响,以及环境恶化对农民健康的损害,农村人口健康改善缓慢,在局部地区甚至有农民健康水平下降的趋势。当前解决农民基本健康问题