

新型农村合作医疗供给模式研究

XIN XING NONG CUN HE ZUO YI LIAO GONG JI MO SHI YAN JIU

邵德兴 著



中共中央党校出版社
The Central Party School Publishing House

2006 年度浙江省社会科学规划项目

新型农村合作医疗 供给模式研究

邵德兴/著

 中共中央党校出版社
The Central Party School Publishing House

图书在版编目 (CIP) 数据

新型农村合作医疗供给模式研究 / 邵德兴著. —北京:
中共中央党校出版社, 2007. 8

ISBN 978-7-5035-3721-9

I. 新… II. 邵… III. 农村-合作医疗-研究-中国
IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 088037 号

中共中央党校出版社出版发行

社址: 北京市海淀区大有庄 100 号

电话: (010) 62805800 (办公室) (010) 62805818 (发行部)

邮编: 100091 网址: www.dxcbs.net

新华书店经销

三河市燕华印装有限公司印装

2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 次印刷

开本: 880 毫米×1230 毫米 A5 印张: 9

字数: 258 千字 印数: 1—3000 册

定价: 18.00 元

责任编辑	张克敏
版式设计	李 灵
责任校对	马 晶
责任印制	宋二顺

目 录

1	第一章 绪论
1	第一节 问题缘起和研究意义
7	第二节 研究概述
20	第三节 研究主题与基本假设
23	第四节 研究思路与研究方法
26	第二章 新型农村合作医疗供给的理论基础
26	第一节 公共物品及其供给理论
36	第二节 新型农村合作医疗及其供给模式
45	第三节 小结
47	第三章 新型农村合作医疗供给模式溯源
47	第一节 农村合作医疗集体供给模式
59	第二节 农村合作医疗市场供给模式
68	第三节 农村合作医疗的恢复与重建
76	第四节 小结
78	第四章 新型农村合作医疗行业供给模式探索： 萧山、秀洲、开化的经验
78	第一节 萧山、秀洲、开化三县（区）的社会经济概况
83	第二节 新型农村合作医疗行业供给模式的运行特点
87	第三节 新型农村合作医疗行业供给模式的实施现状

113	第四节	新型农村合作医疗行业供给模式面临的问题与挑战
116	第五节	小结
118	第五章	新型农村合作医疗社会保险供给模式探索： 遂昌、桐庐的经验
118	第一节	遂昌县、桐庐县的社会经济概况
122	第二节	新型农村合作医疗社会保险供给模式的运行特点
125	第三节	新型农村合作医疗社会保险供给模式的实施现状
150	第四节	新型农村合作医疗社会保险供给模式面临的问题与挑战
152	第五节	小结
154	第六章	新型农村合作医疗准市场供给模式探索： 龙游的经验
155	第一节	龙游县的社会经济概况
157	第二节	新型农村合作医疗准市场供给模式的运行特点
162	第三节	新型农村合作医疗准市场供给模式的实施现状
180	第四节	新型农村合作医疗准市场供给模式面临的问题与挑战
182	第五节	小结
184	第七章	新型农村合作医疗供给模式的绩效分析
184	第一节	影响新型农村合作医疗供给绩效的主要因素
196	第二节	评价新型农村合作医疗供给绩效的基本指标
201	第三节	新型农村合作医疗供给绩效的实证分析
212	第四节	小结

目 录

214	第八章 新型农村合作医疗多元整合供给模式的构建
214	第一节 新型农村合作医疗供给模式构建的约束条件
220	第二节 新型农村合作医疗多元整合供给模式创建的基本构想
240	第三节 新型农村合作医疗多元整合供给模式构建面临的主要难题与挑战
245	第四节 小结
247	第九章 结论与创新
247	第一节 基本结论
250	第二节 理论贡献
251	附录 1: 新型农户合作医疗制度供求意愿的问卷调查
258	附录 2: 新型农村合作医疗制度实施现状调研访谈提纲
264	参考文献
281	致 谢

第一章 绪 论

第一节 问题缘起和研究意义

一、问题缘起

改革开放以来，中国在经济建设方面取得了举世瞩目的巨大成就。2003年，中国国内生产总值达到了117252亿元，人均GDP突破1000美元，按现行汇率计算和我国既定的战略部署，预计到2020年将达到人均3000美元。根据国际经验，我国已进入现代化发展的一个关键阶段。然而，在经济快速发展的同时，一些深层次矛盾和社会问题也逐渐显露出来，其中，一个最为突出的问题是，占我国总人口75%的8亿农民绝大多数没有任何医疗保障，“因病致贫、因病返贫”问题非常突出，严重影响到社会稳定和小康社会目标的实现。根据国家卫生部1993、1998、2003年三次全国卫生服务调查，我国农村居民中享有一定程度医疗保障的比例分别为13.65%、9.86%和19.60%，而自费医疗的比例却高达84.11%、87.32%和79.0%（见表1—1）。由于医疗费用大幅度上涨和医疗保障的缺乏，农民治病的经济负担日益沉重，有病看不起、应就医而未就医、或应住院而未住院的人数比例急剧增长，疾病已经成为农民致贫、返贫的重要原因之一。据统计，1993、1998、2003年，农村地区未住院率分别为40.6%、35.54%和29.6%，其中，因经济困难原因的分别占58.8%、65.25%和70.0%。即使在经济比较发达的浙江省，农民“因病致贫、因病返贫”问题同样比较突出。根据2003年浙江省新型农村合作医疗制度基线调查，2002年全省农村居民中由于经济困难应就诊而未就

新型农村合作医疗供给模式研究

诊的比例占 34.62%，应住院而未住院的占 54%，疾病未治愈自己要求出院的农村住院病人占 53%。在全省 34.7 万农村低保对象中，38.58%~43.83% 是因病致贫原因所致，一些山区、海岛这一比例高达 60% 以上^①。因此，如何保障农村居民的基本医疗需求，切实解决其“因病致贫、因病返贫”问题已成为当前我国社会发展中一项重要的战略任务。

表 1—1 农村医疗保障制度的构成

Tab. 1—1 Rural medical security system's constitution

类型 年份	公费医疗	劳保医疗	半劳保 医疗	医疗保险	统筹医疗	合作医疗	自费医疗	其他形式
1993	1.56	1.13	0.72	0.33	0.10	9.81	84.11	2.24
1998	1.16	0.51	0.19	1.39	0.04	6.57	87.32	2.81
2003	0.20	0.10	0	8.30	1.50	9.50	79.0	1.30

资料来源：《1993 年国家卫生服务摘要》、《1998 年第二次国家卫生服务调查分析报告》和《2005 年中国卫生统计提要》。

建国以来，农村合作医疗一直是我国解决农民医疗保健需要的基本制度之一。依靠强大的政治动员和集体经济的支持，这种“民办公助”性质的农村合作医疗曾于 20 世纪 60—70 年代在我国得到了迅速普及，并产生了广泛的国际影响。在 1980 年初，全国农村约有 90% 的行政村（生产大队）实行了合作医疗。“合作医疗”（制度）与合作社的“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问题的三件法宝。然而，改革开放以来，由于我国政治经济体制的急剧变迁，特别是农村集体经济的普遍解体和家庭联产承包责任制的广泛推行，农村合作医疗在我国迅速瓦解。到 1985 年，全国实行合作医疗的行政村仅有 5%，1989 年甚至下降到 4.8%，除了上海、苏南等少

^① 《浙江省新型农村合作医疗制度研究》课题组：《浙江省新型农村合作医疗制度研究》（2003），第 19 页。

数地区外,全国绝大多数地区农村合作医疗基本解体^①。为了响应国际社会关于“2000年人人享有初级卫生保健”的全球卫生战略目标的倡议^②,应对日益严峻的农村医疗保健形势,国家卫生部从20世纪90年代开始着手恢复与重建农村合作医疗制度,但是收效甚微。据卫生部调查,1998年农村合作医疗覆盖率仅为6.50%。其中,农村的一类地区22.21%,二类地区3.24%,三类地区1.62%,四类地区1.83%。其中,愿意参加合作医疗占51.12%,不愿意参加占44.26%,越是经济贫困的地区,不愿参加合作医疗的比例就越高。由于绝大多数农村居民缺少基本医疗保健,尤其是在经济体制改革后,农村公立医疗机构普遍偏离了公益性,而走上了以药养医、重医轻防的营利化与市场化的轨道,导致农村居民疾病医疗负担日益沉重,“因病致贫、因病返贫”问题也日益突出。为了重点解决农民因患传染病、地方病等大病而出现的因病致贫、返贫问题,我国从2003年开始组织引导农民建立新型农村合作医疗制度。这是由政府组织、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。近年来,在各级政府的大力推动下,新型农村合作医疗发展迅速。截止到2006年3月底,全国开展新型农村合作医疗试点的县(市、区)达到1369个,占全国总县(市、区)数的47.83%;覆盖农业人口47354.02万人,占全国农业人口的53.44%;参加合作医疗的人口37435.85万人,占全国农业人口的42.25%,参合率为79.06%^③。然而,新型农村合作医疗制度在推行过程中仍然面临着许多问题。在理论上,人们对农村合作医疗的认识还不一致,比如,什么是合作医疗?它的本质特征是什么?其功能属性如何界定?政府、社会

① 顾涛等:《农村医疗保险制度相关问题分析及政策建议》,《中国卫生经济》,1998年第4期。

② 世界卫生组织、联合国儿童基金会:《阿拉木图宣言》(1978)。

③ 卫生部新闻办公室:《中国新型农村合作医疗工作取得较大的发展》(2006-7-10)。

组织、农民等在合作医疗中是一种怎样的“合作”关系？谁该为合作医疗埋单？中国农村合作医疗的政治经济基础、社会人文基础何在，发展动力何在？合作医疗实施究竟应自愿还是强制？如何发挥政府、市场和社会的积极作用？中国的农村合作医疗与国际上其他合作医疗有何不同特点等等。在实践上，目前新型合作医疗的实施主要依靠政府行政推动，作为合作医疗参与主体和受益主体的农民群众参保积极性不高，社会参与度低；在政府对农村合作医疗财政投入大幅度增长的情况下，参保农民的受益面和补偿率普遍不高，农民疾病治疗的经济负担依然沉重。各地的实践表明，推行新型农村合作医疗仅能部分缓解而不能真正解决农民的因病致贫或返贫问题，现行制度并不能对农民形成有效激励，尤其不能适应社会主义市场经济环境下农村居民医疗服务需求多元化的现状。那么，如何避免新型农村合作医疗制度实施中的“一头热”现象，如何避免重蹈建国以来农村合作医疗大起大落的历史覆辙，实现新型农村合作医疗的可持续发展呢？这就需要深入分析农村合作医疗的性质与功能属性，研究农村合作医疗供给规律，特别是研究政府、农民、农村基层组织以及其他社会机构在农村合作医疗中的角色与作用关系，研究提高农村合作医疗供给绩效的途径与方式，尤其是需要对新型农村合作医疗实施以来各种供给模式的运行绩效进行客观、理性的评判与检讨，以建立适应社会主义市场经济发展和农村居民医疗需求多元化发展需要的新型农村合作医疗供给模式。

二、研究意义

研究市场经济环境下农村合作医疗供给模式具有重要的理论与现实意义。

第一，研究农村合作医疗供给模式是建立新型农村合作医疗制度的迫切需要。我国政府已经决定要在 2010 年前在全国基本建立新型农村合作医疗制度。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。它第一次以法规形式明确规定了各级政府的公共责任，特别是强调了中央政府对中西部经济落后地区实施新型农村合作医疗制度的财政转移支付。但是，新型农村合作医疗制度建设涉及复杂的社会利益关系，涉及政府干预机制、市场运作机制与社会参与机制的有机整合，涉及合作医疗供求双方的利益均衡，是一项复杂的社会系统工程。其中，如何建立一个有效的适应社会主义市场经济发展需要的合作医疗供给模式无疑是决定制度成败的关键。

第二，研究农村合作医疗供给模式是新时期推进政府体制改革的需要。提供公共物品和公共服务是市场经济环境下政府的基本责任，转变政府职能、提高公共服务水平是政府体制改革的中心课题。长期以来，由于城乡二元结构影响，政府在满足农村居民公共服务需求方面一直存在着严重的缺位问题，致使农村的公共卫生和基本医疗保障方面未能得到强有力的公共支持。从历史经验看，导致农村合作医疗发展大起大落的一个重要根源就是缺少一个稳定的制度化的供给模式。那么，在社会主义市场经济环境下，特别是在农村集体经济基本解体，农村利益分化不断加剧的情况下，如何解决农村公共物品供给，如何解决新型农村合作医疗供给中的政府、市场与社会关系，无疑是政府体制改革的一项重要使命。

第三，研究农村合作医疗供给模式是切实解决“三农”问题，创建社会主义和谐社会的需要。改革开放以来，我国经济社会事业发展迅速。但是，由于受城乡二元结构及“一国两策”的影响和制约，“三农”问题越来越突出。特别是占人口总数75%的8亿农民缺少基本医疗保障，成为自费医疗群体，导致相当一部分农村居民“因病致贫、因病返贫”，严重损害了社会公平公正，影响了社会稳定与小康社会目标的实现。而要解决农村居民的基本医疗保障问题，建立新型农村合作医疗制度，则必须解决合作医疗供给问题。改革开放以来的实践表明，对于合作医疗这种具有一定公共性的社会服务产品，完全依靠市场供给是无效的，必须强化政府干预。但

是，在市场经济条件下，政府干预的切入点在哪里？政府与市场、社会的作用边界是什么？则需要进行深入的研究。

第四，研究农村合作医疗供给模式也是现阶段我国社会政策研究的一项新课题。按照社会政策理论，农村合作医疗基本上属于准公共消费品或“公共供应的私人消费品”范畴^①，具有一定的消费上的排他性，但它同时又具有价格弹性系数小、配置的非市场性和较强的外部性，需要通过政府干预以增进社会福利。政府之所以通过公共供应的方式提供准公共产品或部分私益产品，主要是为了促进社会公平和满足社会公益需求。在西方福利国家，二战以来，随着国家干预的不断加强和公民权利意识的觉醒，普遍性的福利供给已经成为许多国家社会政策的基本原则，公民的健康福利受到高度重视，但与此同时，国家的福利负担也日益沉重，严重影响到社会的活力与效率。因此，自20世纪80年代以来，西方各国普遍进行了福利制度改革，如在社会服务领域引入竞争机制，把社会服务的提供、生产与消费分开，通过建立“准市场”或“内部市场”，提高社会服务效率；或者调整社会再生产和福利供给中国家、市场和家庭的关系，使福利服务更多地转向以市场和家庭为基础等等。为此，福利制度改革也成为西方国家治道变革的重要组成部分。但是，就中国来说，情况也许正好相反，不是政府干预过多，而是政府在农村社会服务，在农民医疗保障中公共支持不足，以至于绝大多数农村居民只得依靠自费医疗。这种过度市场化的医疗服务供给模式已经在实践中带来了一系列严重的社会问题。因此，在当前社会主义市场经济环境下，如何正确地认识和把握政府、市场和社会机制在新型农村合作医疗供给中的作用？如何处理和解决新型农村合作医疗供给中提供者、生产者和使用者之间的利益关系，建立一个有效的适应农村经济社会发展和农民需求变化的新型农村合作医疗供给模式，就成为一个亟待深入研究的现实课题。

^① 杨伟民编著：《社会政策导论》，中国人民大学出版社2004年版，第87页。

第二节 研究概述

自 20 世纪 90 年代以来,随着我国社会主义市场经济体制的逐步确立及中央政府恢复与重建农村合作医疗制度的努力,学术界也加强了对农村合作医疗问题的研究。从掌握的文献看,学术界系统研究新型农村合作医疗供给模式的成果还不多见,相关的研究成果大多与两大论题有关:一是对农村合作医疗制度变迁规律的研究,二是对改革开放以来农村公共物品或服务供给问题的研究。总的来看,主要有三种倾向性的观点:

一、政府供给论

所谓政府供给论就是强调政府在农村医疗保障体系建设中的主导作用,主张通过发挥公共财政的主导作用来解决包括合作医疗在内的农村公共物品短缺和失衡问题。他们认为,建国以来,农村合作医疗制度变迁与政府供给缺位有着直接的关系,正是由于集体经济解体后,农村合作医疗主要依靠农民个人投入,缺少政府公共支持,农村医疗服务领域过度市场化,才导致农村居民因病致贫、因病返贫等一系列社会问题的发生。同样,现阶段农村医疗、社会保障、基础教育等公共物品的供给短缺,实质上是基层政府财政危机的反映,要解决这个问题有待于农村基层社会的公共治理。具体地说,主要有以下观点:

1. 政府对农民健康与合作医疗的发展负有不可推卸的责任,但是,由于政府财力严重不足,制约了政府作用的发挥。如李卫平、石光、赵琨等等指出,1991—2000 年 10 年间,中央政府每年的合作医疗经费是 500 万元,各级地方政府的合作医疗经费也是 500 万元,全国合计每年各级政府投入的合作医疗经费是 1000 万元,摊到 8 亿农民头上,平均每个农民每年约 1 分钱。目前乡、村两级政府和组织负债严重几乎成为一个全国性的问题。许多县政府对乡镇卫生组织的防保

经费补助都得不到保证,造成乡、村卫生组织提供的公共卫生服务十分有限,只能维持计划免疫疫苗的接种^①。顾昕、方黎明认为,合作医疗作为一种社区筹资离不开外部支持。外部支持的来源,一是慈善组织(非营利组织),二是政府。尽管在历次有关农村工作的中央文件中,政府对合作医疗支持都作为重要条款而得以强调,但是,这些文件并没有对哪一级政府应该以及如何支持做出明确规定。在现有的政府间财政制度安排中,农村绝大部分公共服务,特别是基础教育和医疗卫生一般是由省级以下政府(市、县、乡镇)负责提供的,然而沉重的支出责任却没有充分的收入来源做支撑,而且收入与支出责任极不匹配的问题越往低层越严重。事实上,在许多地方,相当数量的乡镇政权都长期负债运转,是典型的“吃饭”财政和“补贴”财政,县级政府的财政也存在同样的问题。这种情况自然影响到基层地方政府对包括合作医疗在内的许多公共服务的支持^②。平新乔通过对市场环境农村居民医疗保健需求和农村医疗保健融资机制的考察,认为中国目前农村医疗之所以出现危机,其原因很明显:财政弱、无保险,医疗支出的负担直接落在农民身上。对于一些学者提出的重建 20 世纪 60—70 年代曾在农村普及过的合作医疗保险机制的建议和政府有关部门推动的试点,认为农村合作医疗在当时的出现是有其大环境支撑的,在社会大环境发生根本变化的前提下,一种合作性的医疗保险机构的生存与发展,需要更强的机构组织力。总的来看,中国财政对居民的医疗卫生支出占全部卫生支出的比重太低,农民医疗卫生支出与收入之比,以及该支出占 GDP 的比重都是世界上最低的。所以,政府在农村医疗保障融资中的功能应进一步加强^③。

① 李卫平、石光、赵琨:《我国农村卫生保健的历史、现状与问题》,《管理世界》,2003 年第 4 期。

② 顾昕、方黎明:《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续发展分析》,《社会学研究》,2004 年第 5 期。

③ 平新乔:《从中国农民医疗保健支出行为看农村医疗保健融资机制的选择》,《管理世界》,2003 年第 11 期。

王延中认为,国家重视和支持是建立农民医疗保障的根本前提。在我国,根据城乡差别巨大的现实,短期内不可能使城乡医疗保障制度统一起来,城乡医疗保障的范围、水平的差距将长期存在。但是,这种事实上的差别并不能说明国家可以逃避保障农民健康的责任。从某种程度上说,农民比城镇职工更需要国家在医疗保障方面的支持和保护,因为他们更穷^①。张立承认为,新型农村合作医疗制度成功与否取决于政府(管理者)、农民(需求者)和医疗机构(供给者)三方的合作。然而,在不同政府层级、不同医疗机构、不同农民之间都存在着利益博弈。在基层财政运行困难的背景下,新型农村合作医疗发动困难的深层次原因是基层政府的信用缺失^②。

2. 政府对农村合作医疗的公共投入不足,虽然与财政支持能力有关,但主要还是由于政府缺少支持农村合作医疗的有效激励。黄庆杰、占绍文认为,中央政府在财政紧张的约束条件和没有农民群体政策压力的激励机制下,对重建农村医疗保障制度的政策资源投入不足;中央政府职能部门与地方政府的政策行为同样没有为政策执行提供有效支持,因为实行分税制后,财力向上级政府集中,基层政府财力薄弱,无力解决农民的医疗保障;而作为政策行动者的农民出于其经济理性和以往的经验,也不愿意出资建立合作医疗制度^③。邹珺认为,改革开放以来,随着市场经济的发育、成长,个人利益意识普遍觉醒的同时,文化和意识形态开始世俗化和理性化,过去意识形态所赋予的政治合法性已经逐渐削弱;随着政治导向从“政治挂帅”到“经济挂帅”的转变,政绩考评的主要指标也从“道义政治”转向“利益政治”。在新的政绩导向下,能够挣钱

① 王延中:《基本医疗保障不应忘记农民》,人大复印资料《社会保障制度》,2001年第11期。

② 张立承:《新型农村合作医疗制度的公共政策分析》,《中国农村经济》,2006年第5期。

③ 黄庆杰、占绍文:《我国农村医疗保障政策执行困难的政策分析》,《社会保障制度》,2003年第8期。

的事情好办，要花钱的事情总是难办，而农村公共物品恰恰是后一种事情。虽然地方政府为了招商引资也会修公路、建桥梁这些有非排他性、“外溢性”的基础设施，然而在提高居民生活质量的“软件”方面，针对当地居民的福利性公共物品的供给是动力不足的。因为这些行动不能带来直接或间接的经济利益和政治利益，在官员们看来是无价值的行动。合作医疗就是这样的一项制度，面向的是没有任何效益的老百姓，而且由于本身制度设计、资源的限制，实施成功的难度很大。因此，农村合作医疗这类福利性公益品的供给不足和公害品的治理不力，恰恰是政府对农村公共物品的不作为的表现^①。刘光明认为，乡镇政府虽然承担了向社区提供公共物品的任务，但在决策方面没有多大自主权，其供给动力或压力主要来自上级政府，如教育、卫生、计划生育等。在乡镇政府公共支出能力有限的情况下，乡镇政府只能对公共物品的种类、提供方式等进行有限的选择，其结果是社区公共物品供给不足和所提供的公共物品与社区需求相乖戾，这为民间参与公共物品的供给提供了空间。他主张，尽快将乡镇政府从具有明显外溢效应的农村义务教育和公共卫生服务的负担中解脱出来^②。

3. 农村医疗保障是公共物品，要实现人人享有医疗保健，实现基本社会服务的均等化，必须依靠财政投入。如朱玲认为，基本医疗保健服务领域之所以必须通过政府干预，首先是由于它实乃国民维持正常生存所必须，国家承诺人人享有这种服务如同保障全体国民食品安全一样，反映了特定社会的主流价值观念。基本医疗服务广泛的可及性和政府对群体预防活动的强有力支持曾经是中国农村健康事业取得伟大成就的重要原因。目前乡村人口在医药供给并

① 邹珺：《论基层政府对农村福利性公共产品的不作为——一个政治文化变迁的解释》，<http://www.social-policy.info/949.htm>。

② 刘光明：《乡镇政府公共品供给分析》，参见宋洪远等著：《中国乡村财政与公共管理研究》，中国财政经济出版社，第100—123页。