



中青年经济学家文库

ZHONGQINGNIAN JINGJIXUEJIA WENKU

城市化扩张中新型农村合作医疗 发展和完善对策研究

秦立建 / 著

CHENGSHIHUA KUOZHANGZHONG XINXING NONGCUN HEZUO YILIAO
FAZHAN HE WANSHAN DUICE YANJIU



经济科学出版社
Economic Science Press

中青年经济学家文库

感谢安徽财经大学出版基金资助

城市化扩张中新型农村 合作医疗发展和 完善对策研究

秦立建 著

经济科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

城市化扩张中新型农村合作医疗发展和完善对策研究/
秦立建著. —北京: 经济科学出版社, 2011. 12

(中青年经济学家文库)

ISBN 978 - 7 - 5141 - 1298 - 6

I. ①城… II. ①秦… 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 240157 号

责任编辑: 李 雪

责任校对: 康晓川

版式设计: 齐 杰

技术编辑: 邱 天

城市化扩张中新型农村合作医疗发展和完善对策研究

秦立建 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址: 北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编: 100142

总编部电话: 88191217 发行部电话: 88191540

网址: [www. esp. com. cn](http://www.esp.com.cn)

电子邮件: [esp@ esp. com. cn](mailto:esp@esp.com.cn)

北京汉德鼎印刷有限公司印刷

德利装订厂装订

880 × 1230 32 开 7.5 印张 200000 字

2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5141 - 1298 - 6 定价: 28.00 元

(图书出现印装问题, 本社负责调换)

(版权所有 翻印必究)

序 言

新型农村合作医疗制度（以下简称新农合）自2004年年初开始试点，经历了一个既有广度又有深度的发展过程，所谓“广度”，就是新农合的覆盖面持续扩大，到2007年年底，新农合在全国农村基本实现了全覆盖，“看病难，看病贵”的问题有所缓解，农村已经构筑起了初级的基本健康保障体系。所谓“深度”，就是新农合的制度建设和管理方式的不断改进和完善，新农合可以用4年的时间完成了全覆盖，但由于新农合是迄今为止我国农村社会建设管理中原理和管理方式最为复杂的制度，加上各地农村在经济、社会和文化发展上的巨大差异，必须用超过4年数倍的时间，因地制宜解决不同地区的制度建设和管理方式改进的问题。本书就是以北京市A区新农合的制度现状作为研究对象，来探讨大城市郊区新农合的制度发展和完善管理的举措。

从农村发展的全局来看，新农合制度的建设正好处于我国城乡一体化的发展时期，也是我国社会制度转型的一个分支。我国农村的城市化发展，迄今为止大致可以分为两种发展路径：第一种，从创办乡镇企业开始，经过农村工业化发展的道路，把农村的经济和社会发展提升到城市水平，实现了城市和乡村的融合，比较典型的是，从20世纪70年代末开始，“长三角”地区和“珠三角”地区就经历了这个城市化过程；第二种，21世纪初由于中心城市建设的快速扩张，大量征用农村土地，把城郊农村划并为城区，把农民转变为居民，以此实现的城市化。这两种不同路径的城市化方式在社会建设上形成了很大的内在差别，由城市扩张而被纳入市区的乡村，因为没有经历完整的工业化过程，新市民和干部的行为方式在

较长时期里仍然保留着某些乡村意识，软件改变滞后于硬件变化，社会和经济管理方式较为粗放。北京市 A 区的乡镇，在 20 世纪后期经历过初期的农村工业化，由于 2000 年以后北京市区的急速扩展而并入市区，因为它的工业化发展程度不够成熟，因此 A 区的社会构成和管理方式只能逐步摆脱原来农村的特点，真正融入城市化还需一个较长的过程。因此研究北京市 A 区新农合的制度建设，对第二种路径实现城市化的地区，具有一定的借鉴意义。

一般来说，新农合的基金是以县为单位统筹，组织规则也是以县为单位统一制定和管理的。A 区的行政配置是地、市级，辖区内农村人口近 13 万人，类似于一个小县的人口规模，但 A 区的新农合制度却有两个不同特点：第一个特点，A 区的新农合制度存在着村办村管、村办乡管和乡办乡管三种方式，原因是 A 区位处北京市的城乡接合部，很多村集体的经济实力较强，他们建立新农合制度要早于全国开展试点的 2004 年，因此不免对新农合运作机制的理解存在着某些偏差，夹杂着村社福利的指导想法来设计合作医疗制度，一旦基金出超愿意用村集体的收入来兜底，以至于在同一区内形成了较多的板块。虽然 A 区新农合的人均筹资水平跻身于全国最高一类，但每一个板块的人口规模都较小，所以都形成不了风险共担的机制。因此，A 区新农合建设的首要之举，就是要把统筹层次提升到区级，增强制度的抗风险能力。但对 A 区而言，这项制度改进面临着两个大难点：（1）因为各个板块的规则存在较大差异，要兼顾各方整合为一体在制度设计上的难度很大；（2）各个板块下的补偿方式已经形成了覆盖人群的就医方式和利益观念，改变制度就要触动某些群体的既得利益，而且首都地区绝不容许引发群体事件，所以必须恰如其分地把握住受损群体的接受程度。

第二个特点是，A 区的城市扩张征地已经持续了多年，因为征地的农转非规则，农户的家庭成员既有农业户籍也有城市户籍（即论文中提出的“混合户”），一户两籍极为普遍；城市户籍的成员参加居民医疗保险或职工医疗保险，而农业户籍的成员到企事业单

位就业,参加职工医保,留下的则参加新农合,这就是一籍两制,也是A区农户参保之后运作过程复杂性之所在。简单来说,A区的农民家庭在“一户两籍”和“一籍两制”之下,不可避免地发生这样的“逆向选择”:其一,农户中参加新农合的家庭成员大多数是弱势人群,而城市户籍的无固定职业成员,他们多数也是弱势人群,会避开加入居民医保较高的缴费额,由于识别非常困难,很难阻止他们加入新农合;其二,参加职工医保的家庭成员,因为门诊补偿的自付线远高于新农合,同样由于识别困难,也很难挡住他们利用新农合的门诊补偿制度来套利。在这种“一户两籍”和“一籍两制”的家庭成员结构下,A区的新农合制度必须应对弱势人群的高风险聚集效应,要求制定严格细致的管理规则,还要具备很强的执行力度。

作者多次访问了村干部和村合管员,走访了乡镇社区卫生服务系统、乡镇新农合经办机构、区合管办和卫生局的分管领导,访问了区社会保障局和财政局,并且对200多个农户进行了随访,在走访调研的基础上,在A区选取不同经济发展水平的3个乡镇9个行政村,随机抽取纯农户268户、“两籍两制”户302户和纯居民户230户进行问卷调查,经过筛选最终获得有效样本556个,扎实地调查工作作为论文的实证分析打下了坚实的基础。

首先,本书对A区Z村的新型农村合作医疗制度运行状况进行了典型分析,确定了A区新型农村合作医疗制度运行中需方、供方和管理方的行为特征,为做数理分析定性。其次,在确定“两籍两制”家庭和纯农户的基础上,运用Probit方法检验两种类型的农户在参合意愿方面的差异;通过拓展的似无关回归方法分析“两籍两制”家庭和纯农户在门诊和住院服务利用上的差异;通过双对数线性方法分析参合病人住院费用和住院天数的影响因素。最后,对合管办主任与区长就提高新型农村合作医疗统筹层次的决策过程进行了博弈分析。本书从明确研究对象和确立研究假设、充分收集第一手资料、建立理论框架和分析路径,引用适宜的数理分析模型,使

用理论分析和数理计算结合的方法，推断出符合实际的研究结论，整个研究过程比较严格地遵循了实证分析的规范和程序。

北京市A区新农合的制度调整和发展，是一个涉及面较广和综合性难度较高的政策问题，并非依靠一个或者几个研究者的努力能够解决了的。经过作者的尽心努力，本书的研究结果已经解决了其中部分问题，同时把其他一些难度更高和实际需要更迫切的问题提了出来。至少可以说，本书在目前新农合的研究领域中，在以城市高速扩张形成的农村城市化地区，面对普遍存在“一户两籍”和“一籍两制”农民家庭的社会状况，如何来调整和发展新农合的制度建设，做了前导性的研究工作。

杨 十 一

2011年12月

前 言

新型农村合作医疗制度是人们共同抵御自然风险的客观需要，也是我国为建立社会主义市场经济制度而进行的基础性制度建设。我国农村合作医疗兴衰成败的历史经验说明，公共财政的支持对合作医疗的持续发展是必要的。而合作医疗能否持续发展，则依赖于合作医疗的自身能力建设。中国于2004年1月1日起正式实施新型农村合作医疗制度，并首次给予新型农村合作医疗公共财政支持。在新型农村合作医疗的总筹资额当中，公共财政占了大部分份额，然而2007年度和2008年度全国各有10%的县，其新型农村合作医疗基金出现赤字。因此，有必要研究影响新型农村合作医疗基金平衡的因素，加强新型农村合作医疗能力建设，为新型农村合作医疗的持续健康发展提出政策建议。北京市A区新型农村合作医疗基金自该项目实施以来也是连年亏损，本书以北京市A区为研究区域，为城市化扩张中新型农村合作医疗的发展和完善提供政策建议。

本书首先对A区一个村的新型农村合作医疗运行状况进行评析，指出了该区新型农村合作医疗制度运行时所面对的具体需方、供方和管理方特征。其次，在首次区分混合户和纯农户的基础上，运用Probit模型检验两种类型的家庭在参合意愿方面的差异；通过拓展的似无关回归模型分析混合户和纯农户这两种类型的家庭在门诊和住院服务利用的差异；通过双对数线性模型分析参合病人住院费用和住院天数的影响因素。最后，对合管办主任与区长就提高新型农村合作医疗统筹层次的问题进行了博弈分析。

本书发现，混合户比纯农户有更强烈的参合意愿，混合户比纯

农户的人均门诊就诊次数、人均门诊就诊费用和人均门诊报销金额都多；两种家庭类型在住院服务的利用方面没有显著差异。在门诊费用的控制方面，乡村公立医疗机构存在严重的“医患合谋”，导致冒名顶替“一证多用”现象的普遍发生。在住院费用方面，医院级别、预交金额、是否手术和西药费用正向显著影响住院费用；预交金额和医院级别正向显著影响患者的住院天数。该区新型农村合作医疗负责人消极的工作态度是导致新型农村合作医疗基金赤字的重要原因。

基于以上研究结果，在借鉴国内先进经验的基础上，根据S区社会经济发展的实际情况，本书建议：把新型农村合作医疗的计算机联网管理系统建立起来。对于当地正式户口的农民，要求以家庭为单位参合，同一家庭内的不同户籍制度下的家庭成员必须同时参加新型农村合作医疗；将有稳定工作的常驻外来人口纳入S区新型农村合作医疗。在基金的统筹层次上，先搞好乡级统筹，逐步解决了乡镇筹资的均等化和提高系统管理能力之后，再向区统筹转变。门诊基金与住院基金放在同一个基金账户上，但是将其二者分开核算，门诊管理可设立家庭门诊账户等形式；住院费用要设置起付线并拉开不同级别医疗机构补偿比例的档次。取消新型农村合作医疗基金赤字时各级政府福利化的兜底等。

秦立建

2011年11月18日

目 录

第1章 引言	1
1.1 研究背景及意义	1
1.2 研究对象说明	3
1.3 研究目标及研究方法	6
1.4 理论基础	7
1.5 文献综述	11
1.6 拟解决的关键问题及创新之处	18
1.7 研究框架及研究内容	18
第2章 中国合作医疗的制度变迁	21
2.1 中国农村合作医疗发展的历程	21
2.2 A区合作医疗现状	34
2.3 A区新型农村合作医疗的发展	45
2.4 北京市房山区合作医疗发展状况	48
2.5 本章小结	54
第3章 Z村新型农村合作医疗运行现状	56
3.1 Z村社会经济状况	57
3.2 Z村村民户籍身份结构的演化及其医疗保障	59
3.3 Z村合作医疗制度历史变迁	62
3.4 Z村合作医疗运行状况	66

3.5	Z村新型农村合作医疗运行状况的探讨	72
3.6	本章小结	85
第4章	合作医疗需方分析	87
4.1	问题的提出	87
4.2	数据来源及变量选取	91
4.3	计量方法	99
4.4	参合影响因素分析	104
4.5	门诊和住院医疗服务利用分析	108
4.6	本章小结	119
第5章	医疗服务供给方分析	121
5.1	问题的提出	121
5.2	数据来源及变量选取	123
5.3	计量模型	128
5.4	住院费用和住院天数的影响因素分析	129
5.5	本章小结	143
第6章	合作医疗管理方分析	145
6.1	对我国政府间博弈主体的反思	146
6.2	A区长与新型农村合作医疗主任的博弈	147
6.3	粗放型管理的后果	156
6.4	本章小结	169
第7章	国内经验借鉴	171
7.1	上海市嘉定区管理方法	171
7.2	山西省潞城市管理方法	177
7.3	经验借鉴	183
7.4	本章小结	186

第8章 结论与建议	188
8.1 结论	188
8.2 建议	192
8.3 进一步研究的方向	198
参考文献	200
后记	221

第 1 章

引 言

1. 1

研究背景及意义

新中国成立后，在中央政府优先发展重工业的赶超发展模式的带动下，国家在福利分配政策上对城乡居民采取了有针对性的并且有较大区别的福利提供原则。在计划经济体制下，政府对城镇公有单位提供公费医疗和劳保医疗，这一福利制度在市场经济体制下不断得到优化和完善，而占我国大多数人口的农民却实质上得不到由公共财政提供的医疗福利（林闽钢，2002）。20 世纪 60 年代开始，缺医少药的农民开始自发的组成保健站来抵御疾病风险，村集体给予保健站一定的资助，后来发展成以生产队为基础，以人民公社为统筹单位的农村合作医疗（朱玲，2000）。改革开放后，随着村集体经济的瓦解，农村合作医疗丧失了存在的经济基础，农村居民再次陷入看病难、看病贵的困境。近几年，我国农民人均收入增长缓慢，而医疗保健的价格却快速持续攀升，又进一步加剧了农民的疾病负担，“小病熬大病扛”（韩俊、罗丹，2005），70% 的农民因为经济困难应住院而未住院（卫生部统计信息中心，2004）。

在我国经济高速发展的背景下，近年来国家投入更多的资源到城镇医疗和公费医疗中，从而造成了城乡医疗差距的进一步扩大。在 2000 年世界卫生组织（WHO）对其 191 个会员国进行的医疗卫

生公平性评价中,中国排在第188位,倒数第4位,排名仅仅位于缅甸、巴西和塞拉利昂之前(WHO, 2000)。为了建设和谐社会,统筹城乡发展,新一届中央政府于2002年10月下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》;2003年1月,卫生部、财政部、农业部联合下发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》。中央要求农民以自愿的形式参加新型农村合作医疗,以大病统筹为主,重点解决农民因患大病而出现的因病返贫和因病致贫问题。北京市A区积极响应中央号召,在原有合作医疗的基础上,于2004年1月1日起正式实施新型农村合作医疗。

财务的可持续性新型农村合作医疗发展的基础。中央要求各地在基金运行年度内,达到收支基本平衡,略有结余。在新型农村合作医疗实施的初期,各地由于担心新型农村合作医疗的基金赤字而制定了较为谨慎的补偿政策,导致医疗基金大量结余。如2007年度全国开展新型农村合作医疗的县有2451个,共筹资428亿元,支出347亿元,结余基金18.93%;2008年度共有2729个县开展新型农村合作医疗,共筹资785亿元,支出662亿元,结余基金15.77%。然而,就单个县的基金运行情况来看,全国2007年度有10%的县新型农村合作医疗基金超支,2008年度共有10.04%的县新型农村合作医疗基金赤字(卫生部新型农村合作医疗专家组, 2009)。北京市A区新型农村合作医疗2007年度的参保率是95.03%,但是自新型农村合作医疗实施以来,其基金连年赤字,且赤字的增长速度越来越大。该区2004~2007年度共筹资15397万元,累计赤字1416万元,赤字占总筹资的9.20%。新型农村合作医疗基金的赤字运行给这项新实施的医疗保障制度带来了巨大的潜在的风险。因此,寻找影响新型农村合作医疗基金平衡的因素,提高新型农村合作医疗自身建设,显得尤为迫切和必要。

本书的研究有较强的实用价值。本书为大城市郊区县的新型农村合作医疗发展和完善建设提出政策建议,解决了大城市郊区县新型农村合作医疗发展面临的持续性发展问题。一方面,本研究为我国其他

大城市郊区县的新型农村合作医疗发展提供政策依据；另一方面，我国经济快速发展，当欠发达地区的经济发展到较高水平时，可能也会遇到A区目前新型农村合作医疗发展所遇到的问题，本书的研究也为我国其他地区以后新型农村合作医疗的发展提供政策建议。

本书的研究也具有较强的理论意义。首先，本书拓展了似无关回归模型（Seemingly Unrelated Regression, SUR），将参合者的就诊次数、就诊费用和报销金额同时进行研究，避免了以往研究单纯从参合人报销金额方面进行研究所带来的局限，为其他研究者提供研究方法的借鉴。其次，按照家庭成员户籍类型的不同，将家庭划分为纯农户和混合户，从家庭类别的角度研究村民利用合作医疗的状况，为需求利用合作医疗服务的研究提供了一个新的方法，开创了研究视野。

1.2

研究对象说明

1.2.1 研究对象的选择原则

研究对象的选择是研究工作的起点，许多研究者对研究对象的选择原则进行了表述。费孝通先生身体力行，经过深入的社会调查研究工作后总结道：“为了对人们的生活进行深入细致的研究，研究人员有必要把自己的调查限定于一个小的社会单位内进行。这是出于实际的考虑。调查者必须容易接近被调查者以便能够亲自进行密切的观察。另一方面，被研究的单位也不宜太小，它应能提供人们社会生活的较完整的切片”（费孝通，1938）。在其代表作《江村经济》一书中，费孝通先生对江苏省吴江市的开弓弦村进行了深入的观察，描述了开弓弦村的经济社会生活的变迁，“在这一有限范围内观察的现象无疑是属于局部性的。但他们具有广泛的意义，因为这个村庄同中国绝大多数的村子一样，具有共同的过程”，费孝通先生将开弓弦村视作中国广大村庄的代表，以一斑而窥全

豹。而朱玲(2002)认为,中国历史上的文人大多有做大题目的传统,大题目往往沦为空谈,而为了将研究工作引向深入,则研究者需要尽可能地缩小选定的主题,定义狭窄的专题比大题目做得更饱满充实。在调查研究工作中,除了搜寻文献以外,更重要的是从事田野调查。田野调查的目的是为了围绕研究专题而了解现实情况,应该尽可能地减少调查误差,应该采取典型调查和抽样调查相结合的方法。本书遵循费孝通(1938)、曹锦清(2000)、朱玲(2002)和彭博(2007)等的研究原则,将研究对象确定于北京市A区,笔者并进驻该区村庄对村级层面农村合作医疗运行的情况进行详细的实地观察。

1.2.2 研究对象的社会经济发展状况

A区位于北京市城区东部,总面积470.8平方公里,是北京市面积最大、人口最多的城区,辖23个街道办事处、19个地区办事处(即通常所说的“乡”)。A区是北京市对外交流的重要窗口,区域内拥有北京市70%的涉外资源、60%以上的外国商社和90%的外国驻京新闻机构;该区内有三大使馆区,除了俄罗斯和卢森堡之外所有的外国驻华使馆均坐落在A区。作为北京商务中心区(CBD)的所在地,A区的商务设施比较齐全,商务氛围非常浓厚,是北京现代服务业最发达的地区,吸引了众多国内外知名企业入驻,世界500强跨国公司的100多家公司在A区开办企业。此外,该区还拥有秀水服装市场、雅宝路服装市场、三里屯酒吧一条街、潘家园旧货市场等中外闻名的特色市场。该区内基础设施健全,干线道路密度是北京市平均密度的2倍以上,干线道路与地铁、城市轻轨和首都国际机场等,共同构造了现代化的立体网。

A区的科教文化、体育资源非常丰富。全区内共有中央和北京市属科研院所159家,民营科技企业1037家。区内共有大学28所,占北京市高校总数的22.8%。另外有260多所成人学校,7所特殊学校。密集的科技资源有力地促进了A区经济发展和科技进步。2008年奥运会和1990年亚运会的主场馆都位于A区内,共建

有16个奥运场馆，占北京市奥运场馆总数的一半，著名的奥林匹克森林公园坐落在该区内。该区大力发展体育、文化和旅游会展产业，强化具有国际影响力的体育、娱乐、会展中心和奥运标志旅游地的功能，弘扬奥运精神。

该区常住人口280.2万人，流动人口100万人，农业户口人数13万多人。该区财政收入总量大且增长较快，2007年度区级财政收入141.5亿元，比上年增长32.8%；全年实现财政支出130.6亿元，比上年增长55.8%。从三次产业构成来看，第一产业产值1.3亿元，第二产业产值236.1亿元，第三产业产值1460.0亿元，三次产业比重分别为0.1%、13.9%和86%。该区的传统农业不断收缩，观光、休闲农业逐步兴起。全区共有农业观光园15个，观光园总收入2.6亿元，比上年增长8.3%，接待旅游人数125.8万人次。2007年，全区城镇居民人均可支配收入为22377元，比上年增长15.2%；农民人均纯收入13284元，比上年增长11.2%。

该区的城乡发展水平较高，虽然城乡居民的人均收入有一定的差距，但是城乡居民在耐用品的消费数量方面已经相当接近。如家用轿车数量，每百户城镇居民拥有17辆，而每百户农村居民拥有14辆；每百户城镇居民拥有洗衣机108台，而每百户农村居民拥有106台；每百户城镇居民拥有电冰箱107台，而每百户农村居民拥有119台；每百户城镇居民拥有空调器173台，而每百户农村居民拥有150台；每百户城镇居民拥有淋浴热水器105台，而每百户农村居民拥有82台；每百户城镇居民拥有家用电脑99台，而每百户农村居民拥有74台。由此可以看出，A区城乡居民的一体化发展程度较高。

A区的医疗卫生服务体系较为发达。截至2007年年末，全区共有卫生机构1127家，其中医院122家（二级以上25家，其中三级医院13家）。区属二级医院共有6家，但是没有区属的三级医院；社区卫生服务中心40个，社区卫生服务站151个。卫生机构共有床位12978张，卫生技术人员2.5万人，其中执业医师9666人，注册护士9481人。遍布在该区的1100多家医疗机构充分保证了城乡居民的医