

我国的新型农村 合作医疗制度研究

叶金国 等著

中国社会科学出版社

我国的新型农村 合作医疗制度研究

叶金国 等著

图书在版编目(CIP)数据

我国的新型农村合作医疗制度研究/叶金国等著. —北京:
中国社会科学出版社, 2011. 12
ISBN 978-7-5161-0339-5

I. ①我… II. ①叶… 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 243542 号

责任编辑 周晓慧
责任校对 林福国
封面设计 毛国宣
技术编辑 李 建

出版发行	中国社会科学出版社	出版人	赵剑英
社 址	北京鼓楼西大街甲 158 号	邮 编	100720
电 话	010-64073831(编辑) 64058741(宣传) 64070619(网站)		
	010-64030272(批发) 64046282(团购) 84029450(零售)		
网 址	http://www.csspw.cn (中文域名:中国社科网)		
经 销	新华书店		
印 刷	北京市大兴区新魏印刷厂	装 订	廊坊市广阳区广增装订厂
版 次	2011 年 12 月第 1 版	印 次	2011 年 12 月第 1 次印刷
开 本	880×1230 1/32		
印 张	9.75	插 页	2
字 数	242 千字		
定 价	30.00 元		

凡购买中国社会科学出版社图书,如有质量问题请与本社发行部联系调换
版权所有 侵权必究

前 言

医疗保险问题是一个世界性的难题。世界各国为解决本国民众的医疗保险问题进行了长期探索，呈现出多样化的医疗保险制度模式。我国的新型农村合作医疗（以下简称“新农合”），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。新农合试点工作始于 2003 年，在短短的八年多时间里，这项新的制度取得了显著成效。2008 年新农合制度基本实现了我国农村地区的全面覆盖，到 2010 年底，参合人口数达 8.36 亿人，参合率为 96%，筹资水平从人均 30 元起步，在经过多次较大幅度的提高后，2010 年达到了人均筹资 156.6 元。在新农合制度的实施过程中，政策逐步完善，农民切实受益，有效遏制了我国农村“因病致贫、因病返贫”现象的产生和发展。

新农合制度已经成为解决中国农民医疗保障问题的基本制度，使我国农村社会向着“人人享有基本医疗卫生服务”的目标迈出坚实的一步。建立和完善新农合制度，是党中央、国务院为增强农民抵御大病风险的能力、保护农民身体健康、促进农村经济发展和社会稳定作出的重大决策。因此，站在新的发展起点上，对新农合制度开展深入研究不仅具有理论价值而且具有现实

2 我国的新型农村合作医疗制度研究

意义。

本书关注的问题包括三个方面：第一，新农合制度是一种什么样的医疗保险制度？目前，国际上实行的医疗保险制度形式多种多样，典型的有全民医疗保障制度模式、社会医疗保险制度模式、商业医疗保险制度模式、储蓄医疗保险制度模式。我国的新农合制度能够取得巨大成就，关键在于它符合中国农村、农民的实际情况，在制度内容和运行机制设计等方面具有非凡的创意和创造，有别于国际上现行的其他各种医疗保险制度模式。换言之，我国的新农合是一种新的制度模式，本书借助于理论分析，探讨了这一制度及其特色。

第二，在未来的实践和发展中需要解决的主要问题是什么？应该在哪些方面进一步完善和发展？新农合的问题来自两个层面：一是现行制度框架和制度本身需要巩固、调整和改进的问题；二是为适应新的发展形势，制度的扩展问题。新农合的资金筹集制度、医疗费用补偿制度、基金运行和管理制度是新农合制度的核心内容，随着筹资水平和补偿水平的提高，筹资风险、医疗费用控制和基金安全成为不容忽视的问题。目前，各地新农合基本上是以县为统筹单位，伴随着我国经济社会的快速发展和社会保障制度体系的完善，提高新农合的统筹层次和统筹城乡居民医疗保险制度将成为新农合制度的发展趋势；而农民收入水平的提高，将进一步增强农民对多层次医疗保险制度的需求；此外，农村人员流动性的增大，使参合农民的异地就医问题更加突出。本书重点探讨了新农合筹资的可持续性问题，医疗费用支付方式改革问题，新农合制度向提高统筹层次、实现城乡统筹、满足农民多层次需求和方便异地就医逐步扩展问题。

第三，制度运行的支撑体系和支撑能力怎样？新农合制度的

支撑体系，是指保证新型农村合作医疗能够有序运行和可持续发展的因素所构成的系统，主要由政府、参保农户、合作医疗管理机构和医疗服务机构四方构成。新农合所具有的支撑体系是其区别于其他制度模式的一个重要特征。新农合支撑体系的支撑能力，则是指保证新型农村合作医疗运行和发展所必备的条件、动力和维持力。新农合的支撑体系和支撑能力是与新农合制度的运行和效果有直接关联的问题，本书探讨了新农合支撑体系构成和支撑能力提升问题，对合作医疗管理机构的经办能力、医患博弈、新农合的保障水平、乡村医疗卫生机构的服务能力进行了重点分析与研究。

本书采用理论分析与实证研究相结合的研究方法，力求使用数学模型、社会调查和统计分析的方法分析和研究问题，并注重应用对策的研究。全书共有八章。

第一章“医疗保险的基本理论”。作为本书研究的理论基础，该章对医疗保险的基本概念、特性，医疗保险制度模式和运行机制等有关理论进行了简要介绍和评述。

第二章“新农合的制度设计与实践”。通过对新农合产生的历史背景，以及制度的实践和发展过程的分析、讨论，对该制度的内容、模式进行了研究，认为我国的新型农村合作医疗是在政府主导下具有国家福利和社会保险属性的合作医疗制度，新农合的发展趋势是完善制度、扩展制度和加强支撑体系建设。

第三章“新农合筹资的可持续性和费用合理分摊机制”。合作医疗资金的筹集问题是新农合制度可持续发展的核心问题，在新农合制度中，中央政府、地方政府以及农民个人之间医疗费用的分摊是这一制度的重要特征。通过对新农合筹资机制及影响筹资机制可持续的风险因素分析，提出建立可持续筹资制度的建议；通过对新农合医疗服务供给条件的分析，研究

4 我国的新型农村合作医疗制度研究

提出实现新农合医疗服务有效供给和合理分摊医疗费用比例的机制。

第四章“新农合的医疗费用支付方式改革”。医疗费用支付方式是新农合制度运行的一个重要环节，科学合理的支付方式能够引导供方合理地提供医疗服务，需方合理地利用医疗服务，从而控制医疗费用的迅速上涨。该章通过对医疗保险费用支付方式的概念、种类及其特征的分析和支付制度改革国际经验与发展趋势的分析，对我国新农合支付方式改革的现状、问题及对策进行了研究。

第五章“新农合制度的扩展”。我国农村地区已全面建立起新农合制度，进入向纵深发展的阶段，制度的扩展将成为新农合工作的重要内容。该章对新农合的市级统筹问题、城乡统筹问题、建立农村多层次医疗保障制度体系问题以及改进和完善异地就医管理问题进行了讨论和研究。

第六章“新农合制度的支撑体系和支撑能力”。该章阐述了新农合制度的支撑体系，并对其支撑能力进行分析评价。合作医疗管理机构是支撑体系的支撑点之一，为增强其支撑能力，该章对合作医疗管理体制改革的经办能力提升问题进行了研究，建立了信息不对称条件下的医患博弈模型。

第七章“新农合的保障水平”。提高保障水平是推进新农合制度发展的关键因素，也是提升新农合制度支撑能力的重要因素。该章利用有关学者的模型方法测算了新农合保障的适度性，运用社会调查的方法，从制度供给和农民实际需求的角度研究了新农合保障能力，给出定量描述。新农合的保障水平低于适度水平的下限，必须进一步提高保障水平，调整和改进制度设计。

第八章“乡村医疗卫生机构服务能力评价”。医疗服务机构

是构成新农合支撑体系的重要组成部分,其服务能力对于制度的有效运行产生着重要的影响作用,乡村社区医疗机构即乡(镇)卫生院和村卫生室,作为医疗卫生服务体系的基层组织,其服务能力的影响作用最直接、最关键。该章以河北省为例,运用社会调查和统计分析的方法,对乡(镇)卫生院和村卫生室的服务能力进行评价和研究,并给出政策建议。

本书是在多项立项课题研究成果的基础上写成的。这些课题包括:叶金国主持的河北省科技厅软科学基金 2007 年计划研究项目:“河北省新型农村合作医疗制度研究”(编号:07457201D-7);河北省科技厅软科学基金 2009 年计划研究项目:“河北省农村社区卫生服务能力评价研究”(编号:09457254D);河北省社科联 2008 年民生调研课题:“提高新农合保障能力研究”(编号:200810011);本书第二作者桂莉主持的河北省社会科学基金 2010 年计划研究项目:“河北省新型农村合作医疗制度支付方式研究”(编号:HB10XGL006)。本书的出版得到河北经贸大学学术著作出版基金的资助和河北省重点发展学科行政管理学科建设经费的支持。在此,对课题立项单位和专著出版资助单位表示衷心的感谢!在本书的研究和写作过程中得到了许多领导、专家的帮助,或提供研究资料,或提出研究建议,或讨论研究问题;本书的写作还参阅了许多同行的研究文献,在此,一并向他们致以最诚挚的谢意!

本书由叶金国、桂莉、吕洁、王晓洁、梁建英、温立洲 6 人合作完成。叶金国拟订全书的写作提纲,组织开展专题研究,撰写了第六章的第 1—3 节、第七章和第八章,并对全书进行修改和统稿。桂莉撰写了第一章和第四章。吕洁撰写了第二章、第三章的第 1 节、第五章的第 3 节。王晓洁撰写了第五章的第 1、2 节。梁建英撰写了第三章的第 2 节和第六章的第 4 节。温立洲撰

6 我国的新型农村合作医疗制度研究

写了第五章的第4节。

尽管作者为完成本书付出了艰苦的劳动，经过了数年时间的研究，然而书中错误之处在所难免，敬请读者批评指正。

作 者

2011 年 10 月

目 录

前言	(1)
第一章 医疗保险的基本理论	(1)
第一节 医疗保险及其特性	(1)
第二节 医疗保险制度模式	(12)
第三节 国际农村医疗保险制度的发展与启示	(21)
第四节 医疗保险的运行机制	(32)
第二章 新农合的制度设计与实践	(44)
第一节 新农合制度产生的背景和意义	(44)
第二节 新农合制度的基本框架	(48)
第三节 新农合制度的实践与发展	(52)
第四节 新农合的制度模式	(58)
第五节 新农合制度发展的问题与趋势	(63)
第三章 新农合筹资的可持续性和费用合理分摊机制	(69)
第一节 构建可持续的筹资机制	(69)
第二节 新农合医疗服务费用合理分摊机制设计	(88)
第四章 新农合的医疗费用支付方式改革	(105)
第一节 医疗保险支付方式	(106)
第二节 医疗保险费用支付方式分类与比较	(109)
第三节 国际医疗支付方式改革与发展趋势	(116)

2 我国的新型农村合作医疗制度研究

第四节	新农合支付方式的改革及其面临的问题	…	(125)
第五节	完善新农合支付方式的思路与政策建议	…	(135)
第五章	新农合制度的扩展	…	(146)
第一节	新农合的市级统筹	…	(146)
第二节	统筹城乡居民医疗保险制度	…	(159)
第三节	建立多层次的农村医疗保障制度体系	…	(173)
第四节	完善新农合异地就医管理	…	(183)
第六章	新农合制度的支撑体系和支撑能力	…	(188)
第一节	新农合制度的支撑体系	…	(188)
第二节	新农合支撑体系的支撑能力分析	…	(195)
第三节	合作医疗管理体制改革与支撑能力提升	…	(201)
第四节	非对称信息条件下的医患博弈模型	…	(210)
第七章	新农合的保障水平	…	(224)
第一节	新农合的保障水平及其适度性	…	(224)
第二节	测算方法简述	…	(226)
第三节	新农合保障水平的适度性分析	…	(228)
第四节	制度供给与需求视角下保障水平的调查 研究	…	(231)
第五节	结论及政策含义	…	(240)
第八章	乡村医疗卫生机构服务能力评价	…	(245)
第一节	基本概念与评价思路	…	(245)
第二节	乡村医疗卫生服务能力评价指标体系 构建	…	(247)
第三节	乡村医疗卫生机构服务能力实证分析	…	(251)
第四节	乡村医疗卫生机构服务满意度评价	…	(270)
第五节	结论与对策建议	…	(288)
参考文献		…	(292)

第一章 医疗保险的基本理论

医疗保险问题是一个世界性的难题。2003 年我国开始新型农村合作医疗（简称“新农合”）试点工作，并逐步在全国各地全面实行，2010 年参加新农合的农民达 8.36 亿，参合率达到 96%，人均筹资水平达 156.6 元，有效遏制了我国农村“因病致贫、因病返贫”现象的产生和发展。在短短的 8 年时间里，新农合制度在解决中国农民的医疗保障问题方面取得了显著成效，中国智慧又一次创造了世界奇迹，令世人瞩目。因此，研究新农合制度不仅对指导新农合实践而且对丰富医疗保险理论都具有十分重要的意义。

关于新农合制度，人们最为关注的问题是：这个在实际中取得巨大成就的制度是什么样的制度？在未来的实践和发展中需要解决的主要问题是什么？应该在哪些方面进一步完善和发展？制度运行的支撑体系和支撑能力怎样？本书旨在于以上这些问题中选择若干方面开展研究。作为本书的理论基础，本章将对医疗保险的若干基本概念、制度模式和运行机制等有关理论进行简要介绍和评述。

第一节 医疗保险及其特性

一 医疗保险的概念

医疗保险（medical insurance）是指以保险合同约定的医疗

2 我国的新型农村合作医疗制度研究

行为的发生为给付保险金条件，为被保险人接受诊疗期间的医疗费用支出提供补偿的保险行为。简而言之，医疗保险是一种为补偿疾病所带来的医疗费用的保险。

同其他类型的保险相类似，医疗保险是以合同的方式预先向受疾病威胁的人收取医疗保险费，建立医疗保险基金；当被保险人患病并去医疗机构就诊而发生医疗费用后，由医疗保险机构给予一定的经济补偿。因此，医疗保险具有保险的两大职能：风险转移和补偿转移。即把个体身上由疾病风险所致的经济损失分摊给所有受同样风险威胁的成员，用集中起来的医疗保险基金来补偿由疾病所带来的经济损失。

医疗保险起源于西欧，可追溯到中世纪。随着资产阶级革命的成功，家庭作坊被大工业所取代，出现了近代产业队伍。由于工作环境的恶劣，流行疾病、工伤事故的发生使工人要求相应的医疗照顾。可是他们的工资较低，个人难以支付医疗费用。于是许多地方的工人便自发地组织起来，筹集一部分资金，用于生病时的开支。但这种形式并不很稳定，而且是小范围的，抵御风险的能力很低。18 世纪末 19 世纪初，民间保险在西欧发展起来，并成为国家筹集医疗经费的重要途径。

医疗保险有多种分类。从补偿的范围看，可以分为疾病保险和健康保险。疾病保险只对被保险人的疾病诊治费用进行补偿；健康保险不仅补偿被保险人的疾病诊治费用，还对被保险人相关的疾病预防费用进行补偿。从经营性质来看，可以分为社会医疗保险和商业医疗保险。社会医疗保险由政府举办；商业医疗保险由商业保险公司举办。从举办的形式看，可以分为强制性医疗保险和自愿性医疗保险。社会医疗保险多为强制性医疗保险；商业医疗保险多为自愿性医疗保险。

二 医疗保险的特性

这里所说的“特性”，是指医疗保险作为一种社会产物或产品，在公共选择、信息经济学和卫生经济学等理论分析和医疗保险实践所揭示的性质、特点等。

（一）公共选择理论对医疗保险产品属性的分析

公共选择理论的基石是对公共产品概念的界定和分类。公共产品（public goods）一般是和“私人物品”（private goods）相对而言的。所谓公共产品，就是那些在消费上同时具有非排他性和非竞争性的产品。非排他性是指一种物品可以同时供一个以上的个人联合消费，无论个人对这种物品是否支付了价格，要排除他人消费这种物品是不可能的。非竞争性是指一个人对某种物品的消费不减少或不影响其他人对这种物品的消费，换句话说，增加一个人消费公共物品的边际社会成本或机会成本为零。同时具有非排他性和非竞争性的物品称做“纯公共物品”，如国防、经过污染治理的空气、医疗领域中的计划免疫、传染病控制、妇幼保健、职业卫生、环境卫生和健康教育等。供给公共物品需要成本，这些成本应该由公共物品的受益者共同负担，而公共物品一旦被提供出来以后，又无法排除那些没有负担成本的消费者对它进行消费，这就存在“逃票乘车”的可能性，其直接结果就是：公共物品通常不能由市场生产和供给，必须由公共部门或政府来承担公共物品供给的责任。政府通过税收使每一个社会成员都为公共物品的供给负担成本^①。

同时具有排他性和竞争性的物品是私人物品。只具有非排他

^① 梁忠福、林枫：《对现代医疗体制的反思：“公共选择理论”的视角》，《中国卫生经济》2005年第12期。

性和非竞争性这两种属性中的一种的物品是准公共产品；如具有非排他性但它达到某一使用水平以后又具有竞争性，这种公共物品称做“拥挤性准公共物品”。达到某一使用水平的这一点称做拥挤点，在拥挤点，容纳或供应一个追加的消费者的边际成本将大于零。准公共物品拥挤性的特点为市场提供此类物品创造了条件。当公共物品的实际使用者超过公共物品的拥挤点时，公共物品就具有了部分私人物品的性质。如公路在超过一定的行人和车辆最大容量时就会拥挤，医疗领域中除以上列举的纯公共物品外大部分都是准公共物品。通过上述分析可以看出，医疗保障同绝大多数医疗服务一样也属于准公共产品范畴，既具有公共产品性质，又具有私人产品性质。这类产品的消费既由个人付费，又需要由政府支付部分成本，以保证这类产品的有效供给。

（二）信息经济学理论对医疗保险特点的分析

信息经济学是研究在非对称信息情况下，当事人之间如何制订合同（契约）及对当事人行为的规范问题，又称“契约理论”。信息经济学将不对称信息条件下市场参与者的经济关系称为“委托—代理关系”。委托—代理关系事实上就是居于信息优势与处于信息劣势的市场参与者之间的相互关系。委托—代理关系可以理解作为一种社会契约关系。简单地说，只要在建立或签订某种契约或合同前后，市场参与者双方所掌握的信息不对称，这种经济关系都可以被认为属于委托—代理关系。掌握信息多（或具有相对的信息优势）的市场参与者称为“代理人”，掌握信息少（处于信息劣势）的市场参与者称为委托人。以信息不对称发生的时间为标准，将事（发生委托—代理关系）前的信息不对称称为“逆向选择”，而事后发生的不对称称为“道德风险”。

医疗保险是一种特殊的社会产品，医疗保险市场上存在信息

不对称，因而存在道德风险等问题。

医疗保险市场所存在的信息不对称和特殊性主要表现为：（1）患者对有关医疗的信息缺乏，不具备专业知识；（2）患者要想了解这些信息就只有向医生咨询，而医生恰恰是出售商品的人，很可能隐瞒真实信息；（3）承保人（保险机构）对投保人的健康状况信息了解不详细，与投保人存在信息的不对称问题；（4）由于“健康”的标准和治疗的效果与其他“产品”相比很难界定和度量，医疗行为和过程难以标准化、程序化和规范化，医疗消费的监管既受技术制约还受成本的制约。

医疗保险的道德风险表现分为两类：

一是被保险人的过度消费，即患者在投保之后由于实际承担的医疗费用下降导致其对医疗服务的需求上升的现象。由于医疗保险减免了个人所需支付的全部或部分医疗费用，患者的医疗服务需求量就会比个人自付全部医疗费用时的消费量大。现代医疗保险制度的引入，使被保险人可以获得免费或低费用的医疗服务，这时的需求和消费特征就发生了改变。需求的价格敏感性进一步降低，被保险人的医疗需求欲望不断扩大，将会寻求多余的或不必要的医疗服务甚至替他人来获取医疗服务。在极端的情况即当患者完全不用承担医疗费用时，其需求的价格弹性为零。被保险人（患者）之所以能够进行过度消费，是因为在保险机构和被保险人之间存在信息不对称。被保险人对自身的健康状况和就医行为掌握着更多信息，而保险机构所能观测到的只是就医行为的结果——医疗费用单，而不能观测到整个就医过程，因而对医疗服务的合理性很难作出判断，结果只能承担医疗费用过度增长所带来的风险。

二是医生的诱导需求问题。与患者过度消费不同，在诱导需求中，患者处于被动地位，其不合理的医疗需求并不是出于自

愿,而是被医疗服务提供者激发出来的。这是因为医疗机构(或医生)的收入与医疗费的高低成正相关关系,因此从效用最大化角度出发它们有动力促使费用上升。同时,医生又具有诱导需求的能力,这是因为医疗服务中存在着严重的信息不对称。

为了避免出现道德风险,现代信息经济学认为,最好的方法是采用激励机制。激励机制就是委托人使代理人从自身效用最大化出发,自愿或者不得不选择与委托人目标和标准相一致的行动的机制。这种激励机制需要通过一系列合理的制度来实现。为此,信息经济学的委托—代理理论普遍发展了以合作和分担风险概念为中心的信息激励机制理论,使非对称信息条件下的市场产生次优经济效率,并最终接近对称信息的最优状态。通过运用信息经济学对医疗保险市场的分析发现,医疗保险制度管理比建立一个制度更加困难。尽管信息经济学不能提供一个有针对性的立竿见影的管理医疗保险的对策,但是该理论对医疗保险运行中的漏洞和弊端的分析是深刻的,一针见血的,因此该理论是对医疗保险制度设计、政策制定和管理运行进行分析和评价的有力工具。

(三) 卫生经济学关于医疗保险过程中医疗供给与需求的分析

卫生经济学,又叫健康经济学,是分析与评价卫生服务投入与产出、制定卫生政策和决策的主要工具。第一,它是作为研究健康行为医疗保险的经济学;第二,它是作为医疗政策,研究医疗保健市场投入要素的经济学。

1. 医疗服务供给。以库里斯·阿罗为代表的健康经济学家曾经较为一致地认为,医疗供给决策的责任不仅属于行政管理人员,而且也取决于其他四个集团:医生(护士)、理事、工会以及政治家。特别是医生在选择用于最终产品的生产投入方面有着