

北京市重点建设学科（农业经济管理）系列学术著作

北京新型农村 合作医疗保险制度研究



Beijing Xinxing Nongcun Hezuo
Yiliao Baoxian Zhidu Yanjiu

何忠伟 王有年 陈艳芬 著

 中国农业出版社

教育部人文社会科学研究基金规划项目(06JA790008)资助
北京市特色专业农林经济管理专项资助
北京市重点建设学科(农业经济管理)系列学术著作

北京新型农村合作医疗 保险制度研究

□□□□□□□□□□□□□□□□

何忠伟 王有年 陈艳芬 著

图书在版编目 (CIP) 数据

北京新型农村合作医疗保险制度研究/何忠伟, 王有年, 陈艳芬著. —北京: 中国农业出版社, 2009. 9
ISBN 978-7-109-13508-6

I. 北… II. ①何…②王…③陈… III. 农村—合作医疗—
医疗保健制度—研究—北京市 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 152533 号

中国农业出版社出版
(北京市朝阳区农展馆北路 2 号)
(邮政编码 100125)
责任编辑 李文宾

中国农业出版社印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行
2009 年 9 月第 1 版 2009 年 9 月北京第 1 次印刷

开本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 8.25

字数: 200 千字 印数: 1~2 000 册

定价: 19.80 元

(凡本版图书出现印刷、装订错误, 请向出版社发行部调换)

前言



合作医疗是由我国农民自己创造的互助共济的医疗保障制度，在保障农民获得基本卫生服务、缓解农民因病致贫和因病返贫方面发挥了重要的作用。它为世界各国，特别是发展中国家所普遍存在的问题提供了一个范本，不仅在国内受到农民群众的欢迎，而且在国际上得到好评。在 1974 年 5 月的第 27 届世界卫生大会上，第三世界国家普遍表示热情关注和极大兴趣。联合国妇女儿童基金会在 1980—1981 年年报中指出，中国的“赤脚医生”制度在落后的农村地区提供了初级护理，为不发达国家提高医疗卫生水平提供了样本。世界银行和世界卫生组织把我国农村的合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

合作医疗在将近 50 年的发展历程中，先后经历了 20 世纪 40 年代的萌芽阶段、50 年代的初创阶段、60~70 年代的发展与鼎盛阶段、80 年代的解体阶段和 90 年代以来的恢复和发展阶段。面对传统合作医疗中遇到的问题，大量的理论研究和实践经验也已表明，在农村建立新型合作医疗制度势在必行。2002 年 10 月，《中共中央、国务院关于进一步加强农



村卫生工作的决定》明确指出：要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”，“到 2010 年，新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民”，“从 2003 年起，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均 10 元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均 10 元”，“农民为参加合作医疗、抵御疾病风险而履行缴费义务不能视为增加农民负担”。这是我国政府历史上第一次为解决农民的基本医疗卫生问题进行大规模的投入。

2002 年，北京市开始新型农村合作医疗保险制度试点工作，2003 年全面推行。为进一步了解北京市广大农村居民对新型农村合作医疗保险的认知程度，了解新型农村合作医疗保险制度实施过程中存在的问题，以便总结经验，使新型农村合作医疗保险制度更加完善，从而更好地维护农民健康权益，为相关部门决策提供参考。自 2006 年以来，我们对北京 11 个郊区县 1 072 个农户进行了入户调查和访谈，从京郊农民对新型农村合作医疗制度的需求大小、认知程度、参加意愿以及他们从新型合作医疗中获益情况及运行过程中存在的问题等几个方面对新型农村合作医疗的运行情况和效果进行评估。结果显示，北京市新型农村合作医疗保险制度自全面推行以来进展顺利，农民的“参合率”稳步提高，筹资水平稳步增长，在缓解农民“因病致贫、因病返贫”方面发挥了重要作用。存在的主要问题有：医疗费报销比例偏低，有些地区报销手续繁琐复杂；村卫生所（室）设备简陋，医疗水



平低，且超过二成的村没有卫生所（室）；部分地区定点医院少，路途远，交通不便造成农民看病不方便；一部分农民对定点医疗机构的医疗质量不太满意。

在调研过程中，得到了北京 11 个郊区县相关部门和北京农学院的大力支持，在研究中，参考和借鉴了许多学者的著作和论文，从中获益匪浅，在此我们深表谢意。由于我们水平有限，难免存在不足之处，敬请各位专家和读者批评指正。

本书是 2006 年教育部人文社会科学研究基金规划项目“政府补贴条件下农户对合作医疗保险需求的评估研究——以北京为例（06JA790008）”的主要成果，在编写和出版的过程中还得到了“北京市特色专业农林经济管理专项资助”、“北京市新农村建设研究基地资助项目”和“北京市重点建设学科农业经济管理专项”的资助，得到了中国农业出版社的大力支持，在此一并感谢。

作 者

2009 年 8 月

目录

第一章 导 论	1
1 选题背景	1
2 选题目的及意义	6
3 国内外研究动态	9
4 研究思路与方法	23
5 可能创新之处	25
第二章 国外医疗保障理论与实践	26
1 国外开展医疗保障的理论依据	26
2 国外实行医疗保障的实践	39
第三章 中国农村合作医疗制度的演变历程	57
1 农村合作医疗的产生（1959 年之前）	57
2 农村合作医疗的大发展（1960—1980 年）	61
3 农村合作医疗的衰退（1981—1992 年）	67
4 农村合作医疗的恢复（1993—2002 年）	71
5 新型农村合作医疗制度试点（2003 年以后）	74
第四章 北京新型农村合作医疗保险制度的基本情况	86
1 北京新型农村合作医疗保险制度的运行整体良好	86



2	北京新型农村合作医疗保险制度运行中存在的问题	89
3	北京新型农村合作医疗保险制度的主要经验	91
4	农户对农村合作医疗保险的需求分析	92
5	农户对农村合作医疗保险制度的认知分析	105
第五章 北京新型农村合作医疗保险制度实证分析		117
1	调查数据	117
2	北京新型农村合作医疗的基本情况分析	118
3	京郊农民参与新型农村合作医疗的程度分析	119
4	政策建议	125
5	新型农村合作医疗保险制度的案例分析： 以通州区为例	126
第六章 新型农村合作医疗保险筹资制度		139
1	新型农村合作医疗保险制度保障水平的界定	139
2	新型农村合作医疗保障水平确定的精算模型	145
3	新型农村合作医疗保障水平精算型的应用及分析	157
4	补偿比的确定与补偿目标、基金分割机制的关系	169
5	新型农村合作医疗保险制度筹资制度的可持续性 分析与制度改进	175
第七章 国外农村医疗保险制度的比较		191
1	免费医疗保障模式	191
2	社会医疗保险模式	194
3	市场主导的商业医疗保险模式	197
4	社区合作医疗保障模式	200
5	国外农村医疗保障模式对中国的启示	201

第八章 保障新型农村合作医疗可持续运行的基本制度	205
1 法律制度	205
2 组织制度	213
3 管理制度	219
第九章 加快北京新型农村合作医疗保险制度发展的对策	227
1 提高认识，加强领导	227
2 探索建立稳定的筹资机制	227
3 形成科学规范的统筹补偿方案	228
4 加强医疗服务和医药费用的监管	228
5 加强基金运行管理和经办能力建设	228
6 整合资源，协同推进	229
7 要加快新型农村合作医疗制度的立法进程	229
附录 1 北京市建立新型农村合作医疗制度的实施意见	231
附录 2 北京市新型农村合作医疗基金财务管理办法	239
参考文献	249

第一章 导 论

由于农民卫生费用的不断攀升,服务质量低下的农村卫生机构,因病致贫返贫现象的不断增加。因此,面对全面建设社会主义新农村、和谐社会、小康社会的巨大压力,如何建立起一个人人可及而又有效的农村医疗卫生体制,解决农民就医难、就医贵的问题,已成为当务之急。

1 选题背景

1.1 建立公共卫生体系的紧迫性

中国经济持续快速发展,使卫生事业发展的经济环境、体制环境、社会环境都发生了深刻变化,也对卫生工作提出了新的更高的要求。尤其是2003年抗击“非典”的斗争使我们深刻认识到:第一,卫生事业已经不只是单纯的医疗和健康问题,也是影响社会和国民经济发展的的重要因素。第二,发展卫生事业、建立健全公共卫生体系是政府的重要职责,对于保护人民群众的身体健康和生命安全具有重要意义。第三,全面建设小康社会必须实现经济与社会之间、城乡之间、区域之间、人与自然之间、国内发展与对外开放之间的协调发展。

卫生改革与发展相对滞后带来了极不适应的“症状”:卫生医疗服务现状与人民群众日益增长的服务需求不相适应;疾病流行模式日趋复杂,现行卫生服务体系与疾病预防控制要求不相适应;现行卫生管理体制与经济体制不相适应。

中国急需建立公共卫生体系。首先,建立健全公共卫生



体制，加强公共卫生建设，就是坚持全面的发展观，也是全面建设小康社会的重要内容。其次，身体健康和生命安全是人民群众的最基本需求，保护人民群众身体健康和生命安全是中国共产党和政府第一位的责任。健全公共卫生体制，加强公共卫生建设，是保障广大人民群众共享改革发展成果和公共利益的最基本措施，也是实践“三个代表”重要思想的具体体现。

加强公共卫生建设是政府履行公共服务职能的一项重要内容，是转变政府职能的现实需要。加快卫生事业的改革与发展，健全公共卫生体制，加强公共卫生建设，把政府职能由过去的“办医院”为主，转变到加强疾病预防控制，加强公共卫生应急机制建设，加强卫生执法监督和为广大人民群众提供基本医疗保健服务上来。维护广大人民群众的医疗和健康权益，这是建立与社会主义市场经济体制相适应的社会管理体制的内在要求和现实需要。

今后的目标是要在市场化的基础上，强化公共支持，提高其有效性。即最终在农村建立起以农民基本医疗保险为核心的医疗保险体系，并不断完善这个体系，与城镇医疗保险体系并驾齐驱。

1.2 中国面临事实上的“人文贫困”

随着对贫困根源的探索和研究的深入，人们开始认识到贫困并不仅仅是一个经济问题，它也不可能是由经济统计所能说明清楚的。实际上，贫困本身是一个模糊概念，它不具备确定性。同时，它又是一个过程，它随时间、空间以及人们的思想观念的变化而变化。越来越多的学者尝试从社会、政治、文化或历史等经济以外的角度来研究贫困问题。

贫困有狭义和广义之分。狭义贫困是经济意义上的贫困，指难以将生活维持在经济上最低水准的状况。广义贫困除包括经济意义上的贫困之外，还包括社会、发展、变化、环境等方



面的因素，如人口寿命、营养、教育、医疗、生存环境及失业等方面的状况。随着科学技术的发展、人类社会总体经济水平和生活质量的提高，贫困的概念逐步由狭义的纯经济层面向广义的影响生存质量的多层面过渡。贫困概念界定的本身是一个动态的过程，这一点在世界银行和国际权威组织的定义中明显地体现出来。

世界银行《1980年世界发展报告》指出：“当某些人、某些家庭或某些群体没有足够的资源去获取他们在那个社会公认的、一般都能享受的饮食、生活条件、舒适和参加某些活动的机会，就是处于贫困状态。”显然，这里强调的是以消费水平为基础的物质条件。《1990年世界发展报告》指出：“贫困，即缺少达到生活水准的能力”，并认为考虑贫困问题还要考虑人口寿命、营养状况、健康状况、儿童入学率、医疗卫生、识字能力、受教育机会等社会福利文化的内容。1995年3月，联合国社会发展问题世界首脑会议通过的宣言和行动纲领对“贫困”作了新的界定：认为贫困是一种状态，它不仅取决于收入，还取决于能否获得基本的社会服务。

目前，国际社会更加关注从“人文发展”角度来衡量一个国家的贫困程度。联合国开发计划署在《1997年人类发展报告》中提出了“人文贫困”的概念，它不仅包括人均国民收入的因素，也包括人均寿命、卫生、教育和生活环境质量等因素。具体指标有：40岁以前可能死亡的人口比例，文盲率，获得基础性卫生保健服务的条件，可饮用水和合适的食物状况等。按照这些新标准，排在世界上前五名的国家分别是：加拿大、法国、挪威、美国和爱尔兰，中国被排在全球175个国家和地区中的108位。这种“人文贫困”的界定方法，能够较全面地反映一国的经济水准和生存状况，反映人类文明的发展程度。以这个标准衡量，贫困是经济、社会、文化落后的总体表现。



1.3 农民的医疗费用过高与农村卫生机构服务质量不高的矛盾

目前,受疾病模式变化、人口老龄化和医疗服务机构提供“诱导性”保健消费的影响,农民的医疗保健费用急剧上涨。1991—2001年,农村卫生费用年均增长12.8%,而农民的收入增长率仅为77%。农民(尤其是贫困农民)的医疗负担相当重。1990—1999年,农民每人平均门诊费用和住院费用,分别由10.9元和473.3元增加到79元和2819元,增长了6.2倍和51倍。北京大学研究人员于2001年、2002年在安徽、湖南、北京、四川进行了调查,发现农民家庭两周患病率达48.65%,应就诊而未就诊的比率为81.25%,其中未就诊原因中属于经济原因的占了一半以上。有研究表明,贫困人口的住院费为家庭收入的25倍。疾病风险成为导致农民贫困的重要原因,据调查,在贫困农村地区,40%~50%应住院而未住院病例是由于经济困难造成的;39%的病例因经济困难自己要求出院,即使是在富裕的农村地区该比例也达到20%~25%。目前,农民看不起病、因病致残、因病返贫的问题在贫困地区十分突出。

很多地区乡村卫生服务机构设施条件差,公共卫生和预防保健工作薄弱,经济效益较差,难以吸引高素质的卫生人员。目前,在大部分农村地区乡镇卫生院的卫生技术人员中,中专学历和未接受过专业培训的高中及以下学历者分别占53%和36%,在贫困地区比例更大,大专学历者比例很低,大学毕业生就更是凤毛麟角。人员素质问题严重影响着农村卫生服务能力和质量的提高,导致农民不愿意去农村医疗机构看病。由于农村公共卫生服务资金严重不足,许多公共卫生服务项目必须通过收费弥补服务的成本,影响了计划免疫、妇幼保健等公共项目的开展,导致近年来部分地区儿童计划免疫任务不能完成等问题。农村中某些已经得到控制的地方病、传染病的发病率出现了反弹甚至死灰复



燃。一些农村地区职业病和环境污染所致疾病明显上升，对农民健康造成新的威胁。

1.4 构建北京和谐社会，建设京郊社会主义新农村的需要

社会学认为，社会是由人群组成的一种特殊形态，是相当数量的人按照一定的规范发生相互联系的生活共同体，它的特征之一是具有结构性。社会结构是指社会系统的各组成部分或社会体系中诸要素之间比较持久、稳定的相互联系模式。社会经济、政治、文化、生活的各个领域紧密联系，相互协调，整个社会才能始终保持有序和谐的状态。所以，和谐社会就是说社会系统中的各个部分、各种要素处于一种相互协调的状态。构建“和谐社会”要求我们把工作视野拓展到政治、经济、社会、文化等各个方面，运用政策、法律、经济、行政等多种手段，统筹各种社会资源，综合解决社会协调发展问题。

和谐社会一个重要标准就是，不同利益群体的基本需要能得到满足。当一个社会在经济上能够保障绝大多数社会成员生存和发展的需要，在政治上能够满足部分社会成员参政议政的需要，在社会生活中能够保证社会成员的安全生活，这个社会的运行基本上是有秩序的，具有较稳固的基础。在这一社会阶层结构体系中，主要的利益群体均能够通过制度化的手段、正当途径满足自己的需要，无须通过越轨来满足，这个社会阶层结构便是合理的、稳定的，不会发生重大的社会冲突。

建设社会主义新农村，是十六大以来党中央全面落实科学发展观，解决“三农”问题的基本思想和思路的集中体现，是解决“三农”问题的新理念。北京农村、山区面积大，农民比重和整体素质与全市经济社会发展的要求不相适应，“三农”工作仍然是最薄弱的环节，而推进农村合作医疗是解决“三农”问题、构建和谐社会的重要一环。



2 选题目的及意义

2.1 选题目的

合作医疗是中国农村医疗保障的基本形式，是对农民实行医疗保障与卫生服务的一项基本制度。它是“在各级政府支持下，按照参加者互助共济的原则组织起来，为农村社区人群提供基本医疗卫生保健服务的医疗保健制度”。这一制度在政府财政投入很少的情况下，依靠集体资助，农民自己互助共济，给农民提供了最初级的医疗卫生保健，大大改善了农民的医疗条件，使中国农民的身体素质和健康水平得到了很大的提高，走出了一条适合中国国情的农村医疗保障道路，并被一些外国专家称之为“开创了发展中国家人口大国较好地解决农村卫生问题”的“中国模式”。

传统合作医疗制度在计划经济体制下依靠集体经济的力量和农民的互助共济，在缺医少药的年代，为广大的农民提供了最基本的医疗保障。但随着改革的不断推进，农村社会政治、经济、环境等发生了很大变化，农村集体经济的解体，使传统农村合作医疗制度面临许多新的挑战。具体表现为：合作医疗在筹资上面临新的挑战——农村合作医疗失去了赖以存在的经济条件，绝大多数农民成为毫无保障的自费医疗群体，农民因经济原因不能治疗疾病，以及因病致贫、返贫问题逐渐显现出来。合作医疗在费用补偿上面临新的挑战——农民最担心那种突发、大额、致贫返贫的疾病风险，为数不多的合作医疗基金无法为大多数参加者的看病支出提供很高的补偿，合作医疗给予的实惠并不大，其吸引力大不如从前。合作医疗在费用控制上面临新的挑战——追求利润最大化。费用控制成为医疗服务提供方的行为目标，农民最常利用的村卫生室也由过去的村办福利事业变为经营实体，无疑加重了农民的经济负担，使已经捉襟见肘的合作医疗基金更如雪上加霜。国务院办公厅于2003年1月转发了卫生部、财政部和



农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，明确提出建立新型农村合作医疗制度是新时期农村卫生工作的主要内容，对提高农民健康水平，促进农村经济发展和维护社会稳定具有重要意义。然而，新型农村合作医疗制度仍然存在一些缺陷：财政补贴与自愿参与挂钩，易形成逆向转移支付；保大不保小，增加了逆向选择风险和推广难度；定点卫生机构可能成为最大的赢家，农民并未能切实得到实惠。

如何正确认识北京农村医疗市场，如何进行北京农村合作医疗模式的选择，如何建立其健康有效的运行机制，如何从路径选择、制度供给、体系建设等层面，从政府机构、医疗机构、农民角度找到改革的突破口，如何整合农村卫生资源，提高农村医疗服务质量等，这些问题如何解决，正是本书所要探索和回答的问题。

2.2 选题意义

2.2.1 农村合作医疗制度是保证和促进北京农村经济发展的必要条件

邓小平同志指出：“中国社会是不是安定，中国经济能不能发展，首先要看农村能不能发展，农民生活是不是好起来。”而农村的发展、农民生活的改善离不开农民的身体健康。没有合适的医疗保健制度，发展农村经济、改善农民生活是不可能的。北京农村生活水平还比较低，城乡医疗条件差距尤为突出，严重影响农村经济的发展。

2.2.2 发展农村合作医疗事业是北京社会保障制度的重要内容

人民的健康保障是社会保障系统的重要组成部分，各国政府为了发展经济无不高度关注。按照社会主义市场经济新体制



的要求，建立社会保障制度必须解决好农民群众的医疗保障问题。目前，北京大多数农民基本是自我医疗保障，得点小病，常常无钱就医或不能就近治疗；得了大病，就得变卖口粮牲畜，或者大量借债。只有在政府的支持下，支持农民互助共济办合作医疗，才是唯一可行的办法。合作医疗曾被许多国家视为有中国特色的农村健康保障制度，只要适应农村变革的新形势，克服过去筹资和管理上的一些弊端，为合作医疗注入新的活力，增加新的内涵，就一定能解决好北京农民的医疗保障问题，走出一条符合中国国情的、农民享有初级卫生保健的社会保障新路。

2.2.3 合作医疗制度实施有利于北京农村卫生事业的良性发展

改革开放三十多年来，北京农村的医疗卫生事业有了很大的发展，尤其是初级卫生保健有了长足的进步，农村缺医少药的现象明显减少。这对保障农村居民的身体健康提供了物质和技术的保证。虽然农村不少地区试办了包括医疗保险、合作保险、合作办医和风险医疗保险在内的多种形式的医疗保障制度，但医疗保障的总体水平较低。

在社会主义市场经济条件下，市场的作用日益明显。相应地，农村医疗服务机构的市场化经营行为特征也越来越明显。由于医疗服务补偿机制的不合理性等因素致使医疗服务机构的经营行为出现偏差，表现为医疗服务机构的诱导性和强制性供给服务、不合理用药等现象，不仅损害了医疗服务消费者的利益，而且从长远角度而言，也损害了医疗服务供给者的利益。其直接后果使得医疗的总价格过高，抑制了农村居民的医疗服务的有效需求，从而导致了医疗服务有效供给过剩和居民医疗服务利用不足的怪圈。合作医疗制度的实施，将大大降低利用者的相对服务价格，从而极大地刺激农村居民医疗服务的有效需求，扩大医疗服