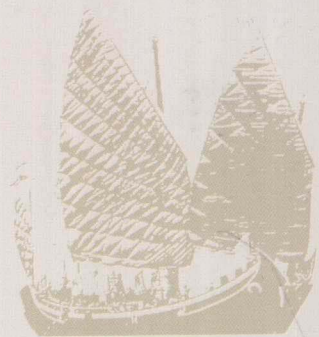


三农问题研究丛书



新型农村医疗保障制度研究

以沿海地区为视角

林淑周 著



**XINXING NONGCUN YILIAO
BAOZHANG ZHIDU YANJIU**
YI YANHAI DIQU WEI SHIJIAO



知识产权出版社
INTELLECTUAL PROPERTY PUBLISHING HOUSE

中国书画函授大学肇庆分校



肇庆市书画函授大学肇庆分校

肇庆市书画函授大学肇庆分校

肇庆市书画函授大学肇庆分校

肇庆市书画函授大学肇庆分校
肇庆市书画函授大学肇庆分校
肇庆市书画函授大学肇庆分校



本书为国家社会科学基金项目最终成果

新型农村医疗保障制度研究

——以沿海地区为视角

林淑周 著

知识产权出版社

内容提要

建立健全新型农村医疗保障制度对于我国转变经济增长方式,社会主义新农村建设和实现城乡社会统筹发展具有重要意义。本书以东部沿海地区为主要视角,首先论述了中国农村医疗保障制度的发展历程,其次对沿海地区新型农村医疗保障制度建设的成效、经验与存在的问题及农民参与新型农村合作医疗行为进行了较全面的分析,接着介绍了沿海地区新型农村医疗保障典型模式,并从公平性、效率性和可及性三个方面对新模式进行评价,然后对沿海地区与内陆地区在农村医疗保障制度建设的共性和差异性方面进行了比较,最后介绍了国外农村医疗保障制度模式及我国农民的就医行为,并针对农民的需求较系统地提出了建立健全新型农村医疗保障制度的政策建议。

责任编辑:贺小霞

图书在版编目(CIP)数据

新型农村医疗保障制度研究:以沿海地区为视角/
林淑周著. —北京:知识产权出版社, 2010. 9

ISBN 978-7-5130-0152-6

I. ①新… II. ①林… III. ①农村—医疗保障制度—
研究—中国 IV. ①R199. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 165730 号

新型农村医疗保障制度研究——以沿海地区为视角

林淑周 著

出版发行: 知识产权出版社

社 址: 北京市海淀区马甸南村 1 号

网 址: <http://www.ipph.cn>

发行电话: 010-82000860 转 8101/8102

责编电话: 010-82000860 转 8129

印 刷: 北京富生印刷厂

开 本: 787mm×1092mm 1/16

版 次: 2011 年 1 月第 1 版

字 数: 272 千字

ISBN 978-7-5130-0152-6/R·031 (3089)

邮 编: 100088

邮 箱: bjb@cnipr.com

传 真: 010-82005070/82000893

责编邮箱: 2006HeXiaoXia@sina.com

经 销: 新华书店及相关销售网点

印 张: 16.75

印 次: 2011 年 1 月第 1 次印刷

定 价: 38.00 元

出版权专有 侵权必究

如有印装质量问题,本社负责调换。

目 录

导 论	(1)
一、研究背景及意义	(1)
二、国内外相关研究述评	(8)
三、主要概念界定	(31)
四、研究方法	(36)
五、资料来源	(37)
六、本研究可能创新之处	(42)
第一章 理论基础	(44)
第一节 国外学者关于社会保障的理论及影响	(44)
第二节 我国学者对社会保障有关理论的阐述	(56)
第三节 社会保障的主要内容及影响因素	(62)
第二章 沿海地区农村医疗保障发展历程及影响因素分析	(69)
第一节 沿海地区农村医疗保障制度发展历程	(69)
第二节 影响我国农村医疗保障制度变迁的因素分析	(77)
第三章 沿海地区新型农村医疗保障制度运行成效及存在问题	
——以调研样本县(市)为例	(86)
第一节 福建省新型农村合作医疗运行成效及存在问题	(87)
第二节 浙江省新型农村合作医疗运行成效及存在问题	(93)
第三节 山东省新型农村合作医疗运行成效及存在问题	(100)
第四章 沿海地区农民的医疗需求及参与新型农村合作医疗的	
现状分析	(105)
第一节 农民健康、医疗服务和医疗保障需求关系的理论分析	(105)
第二节 沿海地区农民医疗需求现状	(108)
第三节 沿海地区农民参与新型农村合作医疗的现状	(116)



第四节 影响农民参与新型农村合作医疗的因素分析·····	(123)
第五章 沿海地区新型农村医疗保障典型模式分析与评价·····	(149)
第一节 沿海地区新型农村医疗保障典型模式介绍·····	(149)
第二节 沿海地区新型农村医疗保障五种典型模式简单评价·····	(165)
第六章 新型农村医疗保障制度：沿海地区与内陆地区的比较分析·····	(169)
第一节 内陆地区新型农村医疗保障制度的现状·····	(169)
第二节 东部沿海地区与中西部内陆地区在农村医疗保障制度建设中的 共性与差异分析·····	(172)
第三节 沿海地区与内陆地区医疗保障制度建设差异的成因分析·····	(180)
第四节 完善内陆地区新型农村医疗保障制度的政策建议·····	(186)
第七章 沿海地区农民就医行为特点及影响因素分析·····	(189)
第一节 沿海地区农村居民就医行为·····	(189)
第二节 沿海地区农民就医行为影响因素分析——以就医路线的选择 为例·····	(198)
第三节 沿海地区农民就医行为特点及影响因素的简要总结·····	(202)
第八章 国外主要农村医疗保障模式比较及启示·····	(205)
第一节 发达国家主要农村医疗保障模式·····	(205)
第二节 发展中国家农村医疗保障模式·····	(216)
第三节 国外农村医疗保障制度建设的经验启示·····	(223)
第九章 建立健全沿海地区农村医疗保障制度的政策建议·····	(228)
第一节 建立健全沿海地区农村医疗保障制度的原则·····	(228)
第二节 建立健全沿海地区新型农村医疗保障制度的政策建议·····	(231)
参考文献·····	(248)
后 记·····	(260)

导 论

一、研究背景及意义

(一) 转变经济发展方式为构建完善的农村医疗保障制度带来了新机遇，提出了新要求

改革开放 30 年来，我国开始由生存型社会步入发展型社会。广大社会成员在解决了温饱问题以后，全社会的需求结构发生了明显变化。突出地表现为从私人产品的短缺转变为公共产品的短缺，人们从对物质的追求到对人自身全面发展的追求。这些需求结构的战略性变化对经济发展方式转型提出了新要求。这就是只有加快推动我国经济增长由主要依靠投资、出口拉动向主要依靠消费、投资、出口协调拉动转变，由主要依靠增加物质资源消耗向主要依靠科技进步、劳动者素质提高、管理创新转变，才能更好地应对可以预见和难以预见的国际风险，不断提高我国经济的国际竞争力，才能更好地发展社会生产力；不断满足人民群众日益增长的物质文化需要，才能加快解决经济发展中不平衡、不协调、不可持续的问题，切实推动科学发展，保持社会和谐稳定。这就要求我们必须加快发展社会事业和改善民生，始终坚持把发展社会事业和改善民生作为贯彻落实科学发展观的重要任务，作为全面建设小康社会的迫切要求，作为转变经济发展方式、扩大国内需求的重要途径。在此背景下更突显了社会保障在改善民生、转变发展方式中的重要作用。完善的社会保障体系不仅应当成为国家发展的基本民生目标，而且应当成为国家协调经济社会发展、调控收入分配格局、促进经济发展战略转型和转变经济增长方式的重要工具与手段。

1. 完善的医疗保障制度是扩大内需、转变经济发展方式的制度保证

扩大内需，意味着扩大消费。居民消费行为受其永久收入支配，因此改变居民收入预期的一项重要举措就是完善社会保障制度。人们的储蓄与消费行为和社会保障制度有着不可分割的密切联系，社会保障越是相对完善，人们的消费就越



大；相反，社会保障越是相对欠缺，人们就越是追求储蓄，借此来抵御可能产生的风险。只有完善社会保障制度，才能减少居民收入的不确定性，从而增加居民的收入预期，进而促进居民消费增加，最终拉动经济增长；而经济增长又能创造更多的产出，从根本上增加居民的永久收入，两者形成良性循环。社会保障不仅是经济危机条件下消除民众恐惧、安定人心、维护社会长治久安的重要举措，而且对于拉动消费、遏制衰退、刺激经济复苏具有特殊重要的作用。19世纪70年代德国的经济危机和20世纪30年代美国的经济大萧条，分别促成两国建立起比较完善的社会保障体系，并最终帮助两国战胜萧条，走出经济泥淖。日本在20世纪80年代长达10多年的经济停滞期间，国民仍能保持很高的生活水准，社会保障体系功不可没。^①

只有进一步完善养老保障、医疗保障、教育保障、住房保障、就业援助、低保等制度，大幅度提高社会保障水平，把解决全民社保问题作为有利于启动消费的基本着力点，才能通过社会保险流向中低收入群体对拉动内需带来的乘数效应，形成完善的社会保障制度促进消费、消费促进经济增长的良性循环，它不仅是构建和谐社会的项重要举措，也是拉动内需和促进经济发展方式转变的一项制度保证。（肖严华，2009）

农村消费潜力巨大，是扩大内需的主要方向。农村社会保障体系的完善有助于增加农民对未来的稳定预期，减少农民的预防性储蓄，促进消费，扩大内需，增加消费对经济增长的贡献份额，实现经济增长由主要依靠投资、出口拉动向依靠消费、投资、出口协调拉动的转变。

在农村社会保障中，医疗保障制度是最为迫切需要建立的。广大农民对医疗保障制度的需求和关心超过了其他任何一项保障制度。据有关研究表明，养老保障和医疗保障是农民最迫切希望得到的社会保障。“与养老保障相比，医疗保障显得更为重要，医疗保障已成为农村居民的第一保障需求，医疗风险较养老风险更大。”（梁鸿，1998）

2. 完善的医疗保障制度是人的全面发展的根本保证

从生存型向发展型社会转变的一个显著特点是人们开始将从关注生产力的解

① 刘文海。“十二五”期间我国社会发展面临的挑战。<http://www.leaders-re.com/news.aspx?id=8123&2010-01-12>.

放逐步转向更加关注人的解放，从关注经济发展逐步转向更加关注人的全面发展，实现以人力资本的积聚和软实力的增强推动经济社会的全面协调可持续发展。在未来中国发展战略中，人力资本将会被摆上更为突出的位置。人口不再仅被看成控制和管理的对象，而将成为服务、投资和发展的目标。通过人力资本的开发和积聚，通过统筹应对和解决人口数量、素质、结构、分布和安全等问题，促进人口与经济、社会、资源、环境的协调和可持续发展。

未来几十年，随着城镇化加速，农村人口将成为中国持续发展的重要人力资本来源。无论现在还是未来，农村和农民都是需要我们特别关注的重点和难点。实现我国农村由生存型向发展型社会的转变，实现7亿农民的真正现代化，对中国的长远发展和真正复兴具有十分重要的意义。而其中的核心，在于农民人力资本的开发、提升和积累。健康是人力资本的重要基础，而农民的健康又离不开健全的医疗保障的实施。樊明（2005）研究发现，当劳动者面临健康不良时，劳动供求双方均需要作出回应和调整；在供给方面，工人将主动对劳动力参与和工作时间进行调整，还可能调换工作来适应其下降了的健康状况；在需求方面，由于健康状况下降导致边际生产率下降，对该工人的劳动服务的需求将下降，导致对其劳动市场表现带来负面的影响。实证研究的结果发现，健康不良和所选的大部分疾病对劳动参与率、就业和工资有显著的负面影响。因此，加快建立健全农村医疗保障制度、提高农民的健康水平、促进人力资本积累、提高劳动生产率是实现经济增长由主要依靠增加物质资源消耗向主要依靠科技进步、劳动者素质提高和管理创新转变的动力。

（二）农村公共卫生和医疗保障发展仍面临着严峻形势和压力

新中国成立50多年来，尤其是20世纪80年代经济体制改革以来，农村改革取得了举世瞩目的成就，农民收入水平、生活和教育水平都得到了不同程度的提高，农村卫生工作成绩显著，农民的健康得到了一定改善。但农村卫生工作目前仍存在许多令人担忧的问题，尤其是农村医药费用上涨迅速，超过了农民经济收入增长，医疗保健覆盖率低、疾病经济负担重等严重影响农民对卫生服务的利用，农民因病致贫、因病返贫的问题远没有得到有效解决。

1. 农村医疗服务能力落后

从总体上看，我国农村基层医疗卫生机构的设施条件普遍比较落后，公共卫



生和预防保健服务得不到有效保证。突出表现为人员素质不高，技术水平有限；卫生服务机构的设备短缺，必备物品老化；三级网络功能不强（县、乡、村彼此分散）。许多中西部地区乡镇卫生院缺乏基本设施，部分贫困地区卫生院还停留在血压计、听诊器和体温计“老三样”的水平。从农村卫生人力资源方面来看，农村乡镇卫生院卫生技术人员中具有本科以上学历的只占 1.4%，中专学历的占 53%，高中及以下学历的占 36.4%。技术较高的医护人员多数集中在县城和县以上的大医院。农村多数人口居住在村庄，他们经常利用的卫生资源是村卫生室和个体乡村医生。然而，村里的卫生人员多数是只受过短期培训的“赤脚医生”，虽然他们也都或多或少地参加过一些培训，但终究由于缺少专门训练而难以满足农民的基本医疗保健需求。由于农村有限的医疗条件，农村居民被迫长途跋涉到大城市、大医院就医，更加重了患者的经济负担。（李小云、左停，2005）近年来，随着经济社会的快速发展，医疗卫生事业特别是农村医疗卫生机构的建设，在基础设施、医疗设备、人才培养、技术提升等方面有了大幅度提高，但农村仍面临着“看病难”的问题。

2. 农民医药卫生支出负担沉重，“看病难、看病贵”的现象仍未有明显改变

卫生部“第三次国家卫生服务调查”显示，“因病致贫、因病返贫”成为农民最大的经济负担和心理负担，医疗服务费用增长速度超过了农民人均收入的增长，医药卫生消费支出已经成为家庭食物、教育支出后的第三大消费。1998 年全国卫生服务调查显示：农村居民就诊者两周平均每次门诊就诊费用为 44.7 元，住院者平均每次住院费用为 1532 元，与 1993 年相比，平均每次就诊费用增加了 2.5 倍，住院费用增加了 1.5 倍。1993 年农村人均纯收入为 921.62 元，医药费支出为 27.17 元；到 1999 年农民人均纯收入为 2210.34 元，医药费支出为 70.2 元，农民人均纯收入增长了 139.7%，而医疗费用增长了 157.7%。农村有 1.16% 的人享有公费医疗，0.56% 的人享有劳保医疗，0.20% 的人享有半劳保，1.14% 的人享有医疗保险。到 1998 年，各种医疗保障制度之和的覆盖人口还不足 5%，自费医疗的比例高达 90% 以上。调查表明，由于经济困难，无力支付医药费，37% 的患病农民应就诊而未就诊，65% 的患病农民应住院而未住院，均比 1993 年有所增加。（汤质如，2002）从以上数据可见，医疗费用的大幅度上涨高于同期农民人均收入的增长，给农民看病问题造成了沉重的经济负担。在解决了



农民缺医少药的矛盾之后，中国农民出现了新的“看病贵、住院贵”问题。无钱看病买药、无钱住院治疗的病人增多。越来越多的农民无力承受日益增长的医疗费用，成为当前农村医疗卫生保障的突出问题。农民的健康问题不仅仅是一个公平或道义的问题，更是一个需要重视的经济、社会问题。

虽然近几年，国家加强了农村公共卫生体系建设，改善农村医疗卫生条件，稳步推进新型农村合作医疗制度试点工作，初步建立了农村医疗救助工作的政策框架，并强调要切实把医疗卫生工作的重点放在农村，加强农村医疗卫生基础设施和农村卫生队伍建设。这些对提高我国农村疾病预防控制和突发公共卫生事件应急处置能力、改善农村公共卫生环境、保障农村居民身体素质提供了制度建设的法律依据。但对于人口众多的农民群体来说，仍然是杯水车薪，农村公共卫生和医疗保障发展仍面临着严峻形势和压力。

3. 目前的医疗卫生服务体系难以满足农民多元化的健康需求

随着农村居民生活水平的不断提高，广大居民群众隐性医疗需求不断释放，显性医疗需求逐年大幅度提升。尤其是沿海等经济发展较好的地区，老百姓的求医需求逐步增大，医疗消费弹性逐步增大，求医倾向已经从“看上病”转而要求“看好病”，人们看病往往依赖大医院，著名专家，希望用好药，用贵重仪器检查，而不在乎花钱多少。因此，居民收入的增加、消费档次的提升，必然会促进医疗费用的增加，但是这种增加是理性消费者理性选择下合理的要求，是一个必然的趋势。医疗消费弹性系数大于1将是我们不得不长期面对的客观现实。因此，如何打破职业界限、城乡分隔、身份界限，建立全民医疗保障制度，提高统筹层次，增强共济能力，同时大力发展商业健康保险，满足群众的多元化需求，形成多层次的医疗保障体系，是我们面临的一项重大而迫切的课题，需要我们尽快予以解决。

（三）沿海地区新型农村医疗保障制度实践为广大农村地区医疗保障制度建设提供经验和借鉴

由于我国幅员辽阔，各地区的地理环境、经济、文化发展很不平衡。对于中国农村内部而言，哈佛大学公共卫生学院经济学教授萧庆伦把中国农村划分为三个世界：沿海地区发达的、高收入的农村是第一世界；中等收入的中部农村地区是第二世界；低收入贫困地区的第三世界。他认为，三个地区卫生的供方和需



方的条件不一样。第一世界的供方条件应该说和城市非常接近了，需方收入高，支付能力和需求也很强；第二世界供方的情况是缺医而不少药，缺医是缺少较高质量、较高水平的医疗服务能力，而需方主要是对医疗保险的要求比较高；第三世界贫困地区供方是缺医又少药，需方也有一句话，叫“小病养，大病扛，重病等着见阎王”。（萧庆伦，2001）可见，不同地区的农民由于所处的地理位置、经济条件和文化背景不同，他们对同一事物的态度和行为有着截然不同的看法和行为选择。现阶段，我国农村新型合作医疗只能根据不同地区经济、社会和人文特点，根据不同医疗保障模式发展应具备的制度基础和条件选择多元化的发展模式。但毋庸置疑，随着我国经济社会的发展，建立统一的覆盖全民的医疗保障制度是我们最终的发展方向。

沿海发达地区一直是中国经济发展较为先进的地区，也是农村卫生保障体系变化发展的先导区。在这一地区的部分经济发达地区，如上海市嘉定区、江苏省常州市等农村工业化、城市化程度较高的地区，农村与城市的经济发展水平、社会结构及人文观念等都很接近，正逐步实现城乡医疗保障制度的对接和统筹发展。而广州顺德市、福建省厦门市已经实现了城乡融合一体的医疗保障体系，较好地满足了农民的需求，提高了农民的生活质量，促进了经济的发展。它们的实践将为广大农村地区建立健全医疗保障体系提供未来发展的模式。

2002年10月，中共中央、国务院颁发的《关于进一步加强农村卫生工作的决定》中提出，沿海经济发达地区要率先建立以大病统筹为主的农村新型合作医疗制度。开展新型农村合作医疗试点工作后，2003年12月4日吴仪副总理在全国新型农村合作医疗试点工作会议上讲道：“各地的试点方案都要立足于积极探索建立新型农村合作医疗制度的多种形式，经济条件较好的东部地区，可探索逐步向农村社会医疗保险过渡的可行性；中西部地区可探索以大额医疗费用统筹补助为主、兼顾小额费用补助的模式。”以后在每年的全国新型农村合作医疗会议上，卫生部相关负责人都指出，东部发达地区在新型农村合作医疗的发展方面应该走在全国的前列，总结出好的经验，指导全国新型农村合作医疗制度的发展。2004年，时任卫生部部长的朱庆生在“ISSA第28届全球大会”上发表的题为《积极稳妥地推进中国新型农村合作医疗制度建设》中指出：一些经济比较发达的地区（北京、上海、江苏、浙江、山东等），合作医疗的建立都取得了可喜的

成效，并且在管理、运营等方面也积累了宝贵的经验，这些都为全国范围内多层次医疗保障制度的建立和推广打下了坚实的基础。（朱庆生，2004）同时，东部沿海地区在探索医疗保障制度建设方面暴露出的问题也较其他地区要早，所以，这方面的理论探索、创新就显得尤为重要。

（四）研究意义

本书研究的重要意义，首先就在于建立健全农村医疗保障制度，使占全国绝大多数人口的广大农民病有所医，维护和促进农民的健康权益，实现我国城乡经济和社会统筹发展，建设社会主义新农村，促进社会公平。世界卫生组织在《2000 年世界卫生报告》中规定，卫生服务追求的目标有三项：一是改善人类的卫生健康水平，降低和减少在卫生保健方面的不公平性；二是提高人群对卫生服务合理需求的满意度；三是保证在资金、资源分配上的公平性；或者说，就是保障基本人权的实现，使每个人都享有生存权和健康权。健康权同人类的生存权与发展权一样具有同等重要性，保障人们健康是一个社会应尽的责任和义务。因此，医疗保障制度有利于消除经济性障碍，使所有患病个人都能得到及时、平等、公正的医疗，从而成为当前世界各国社会保障政策的首选。在 2006 年的中央政治局第三十五次集体学习会上，胡锦涛总书记指出：“人人享有基本卫生保健服务，人民健康水平不断提高，是人民生活质量改善的重要标志，是全面建设小康社会、推进社会主义现代化建设的重要目标。在经济发展的基础上，保证人民群众公平享有公共卫生和基本医疗服务，是实现人民共享改革发展成果的重要体现。”可以说，构建一个立足国情、政府角色定位明确的农村社会医疗保障体系，逐步形成以基本医疗需求为核心的农村医疗保障体系，是社会主义新农村建设的必然要求，是在现有城乡二元结构下实现城乡统筹、协调发展和解决“三农”问题的必然选择。因此，建立和完善农村医疗保障制度不仅仅是理论上的一个热点问题，而且是目前“三农”问题中必须首先要解决的问题，是实践中首要的问题。

其次，本书的研究将为党和政府建立和完善农村医疗保障制度提供决策参考。随着我国社会经济的发展、农民保险意识的增强和卫生需求的提高，农民的医疗需求必将呈现多元化、多层次的需求。现行的新型农村合作医疗制度只是一种初级的保障形式，保障程度较低，同时，一种制度也不可能覆盖全体农村居民



和彻底解决农民医疗费用负担问题,在这种情况下,农民超越合作医疗范围以外的医疗服务需求,将刺激其他一些医疗保障形式得到一定程度的发展,如商业医疗保险、社会医疗救助等。这些医疗保障形式与合作医疗共同构成一个多层次的社会医疗保障体系。因此,农村未来的医疗保障制度必然是多层次的医疗保障体系的建立。我国东部沿海农村地区,生产力水平和农民生活水平提高得较快,基本具备了全面推进农村医疗保障建设的条件。在这种背景下,笔者提出了对沿海地区农村医疗保障制度的研究不仅有利于沿海地区农村医疗保障体系的完善和发展,对中等发达地区及不发达地区农村医疗保障制度的发展具有借鉴意义,同时也为各级政府建立健全农村医疗保障制度及城乡统一的医疗保障制度的构建提供了有价值的决策参考。

最后,不管建立何种形式的农村医疗保障制度,都必须以最大限度满足农民的医疗需求为目标以及适应农民的就医模式。立足于满足农民的医疗需求而构建医疗保障制度的论证将有利于进一步充实现有医疗保障的理论,为农村社会保障事业的发展提供一些可资参考的建议,借以弥补社会保障研究体系中存在的不足。

二、国内外相关研究述评

本书认为,农村居民医疗保障制度应该由农村公共卫生服务、新型农村合作医疗制度、农村医疗救助制度和商业医疗保险四大部分组成。由于商业医疗保险在农村处于起步阶段,对此研究几乎空白。因此,国内学者对于农村医疗保障制度的研究主要集中在农村公共卫生服务提供状况、新型农村合作医疗、医疗救助和农村医疗保障体系构建等几个方面。下面就这几个方面的相关研究分别进行综述。

(一) 农村合作医疗制度研究

中国农村合作医疗制度萌芽于20世纪40年代,形成于50年代,繁荣于六七十年代,衰退于80年代,重建于90年代,新生于21世纪。在合作医疗制度的研究中,一般把20世纪90年代前的合作医疗制度称为“初级合作医疗制度”,20世纪90年代恢复与重建时期的制度称为“第二次合作医疗制度”或“二次合作医疗改革”。2002年10月,《中共中央、国务院关于进一步加强的农村卫生工作的决定》提出要“建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”。区别于新型

农村合作医疗制度，可以把在此之前的制度统称为“传统农村合作医疗制度”。

1. 传统合作医疗的研究

在这方面的研究主要探寻合作医疗繁荣、衰退、重建失败的原因以及传统合作医疗发挥的作用。

学者们一致认为，在 20 世纪 80 年代以前，合作医疗在解决我国农村居民医疗问题上取得的成就是有目共睹的。这一制度为农村居民提供了基本医疗、预防和保健服务，减轻了农村居民因疾病所造成的经济负担，在农村地区经济发展水平较低的情况下，基本解决了农村居民看不上病、看不起病的问题，提高了他们的健康水平，得到世界卫生组织和著名学者的高度评价，为世界上发展中国家发展农村医疗卫生事业提供了较为成功的典范。

20 世纪 80 年代初世界银行和世界卫生组织的专家组通过考察我国农村卫生后强调指出：“中国农村实行的合作医疗制度是发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例。”世界卫生组织还在另一份考察报告中说：“初级卫生工作人员的提出主要来自中国的启发。中国在占 80% 人口的农村地区发展了一个成功的基层卫生保健系统，向人民提供低费用和适宜的医疗保健技术服务，满足大多数人的基本卫生需求，这种模式很适合发展中国家的需要。”（王龙兴，1998）

张自宽和钱信忠等人经过比较全面的分析后认为，合作医疗制度的推行对农民的卫生保健发挥了很大作用。利于贯彻“预防为主”的方针；在较短时间内，建立和普及了农村基层卫生组织，培养了一支数以百万计的农村卫生队伍，形成了低成本、广覆盖的卫生保障机制，大大增强了医疗卫生服务的公平性和可及性；显著改善了我国农村缺医少药的面貌，大大提高了广大人民群众的健康水平。合作医疗使“农民治病有了保障，避免了因病致贫”；“使农村防疫、妇幼保健落到了实处，避免了重治轻防；”“促进了农村基层卫生组织的发展”等。

对于传统合作医疗衰落、解体、重建失败的原因，学者们不仅从经济、社会环境，而且从政策导向和制度本身的缺陷，对农村合作医疗制度衰落进行了有益的探讨。

（1）制度本身的缺陷

张琪（2003）认为农村合作医疗解体的主要原因是，合作医疗失去了集体经济支持，降低了凝聚力；合作医疗的低保障无法满足农民多元化的要求，对农民



没有吸引力；管理不善导致信任危机。而吕美行、顾邦朝（1995）认为，合作医疗的解体是由于：目标定位偏低；资金筹集渠道不畅；管理水平较低；价值取向扭曲；利益机制缺失。朱玲（2000）论及20世纪80年代合作医疗制度的迅速衰落，并不认同将其归因于人民公社的解体的流行说法。她认为合作医疗的衰落是自身缺少制度可持续性的结果。第一是财务制度不可持续，资金来源有限但支出却没有控制。第二是干部和社员在享受医疗保健服务中的不平等。林闽刚（2002）认为，从农村合作医疗运作特点来看，具有两个突出特点：①民办性。民办是农村合作医疗制度的运行机制，民办水平与集体经济强弱和农民的收入多少有直接的关系。②公助性。公助是农村合作医疗制度的结构，公助强度取决于政府对医疗资源垄断的强弱和行政权威治理的认同大小。因此，合作医疗步入困境的原因是：民办的资金断流，公助的结构软化，导致制度安排不当。

（2）经济体制变化导致合作医疗解体

谢圣远（2005）认为：“市场机制的确立则是其崩溃的根本原因。”汪时东、叶宜德（2004）认为，农村开始实行家庭联产承包责任制，集体经济在许多地方削弱甚至解体，合作医疗失去了主要的经济来源。再加上合作医疗在运行过程中也存在着管理不善、监督不力等问题，导致合作医疗大面积解体，濒临崩溃。

顾昕、方黎明（2004）认为，中国的合作医疗在市场化改革开始之前取得奇迹般的绩效，并不是其本身有任何优越和创新之处，而是由于当时的外部环境，即强大的政治动员机制、全面控制农村经济社会的人民公社组织和计划经济体制下低成本的医疗服务递送体系，使逆向选择和医疗成本完全消解。

陈秋霖（2003）也分析了农村两次合作医疗不成功的原因是：集体所有制基础解体，农民观念落后，素质太低，居民健康卫生具有很大的外部性，基本医疗保障具有公共品性质，医疗市场的信息不对称导致严重的市场失灵，必须依靠政府基金和供给。从经济运行的角度看，中国有能力也应该增加对农村卫生投入。政府加大卫生投入尤其是农村卫生投入是解决农村基本医疗保障的必要和必然。

董忠波（2004）认为“缺钱”是农村合作医疗制度曲折的根本症结。合作医疗筹资困难的原因是政府政策不稳，缺乏刚性；基层政府财政相对困难；集体组织经济力量弱化；合作医疗制度负面效应；农民的落后意识。

王延中（2008）指出，传统合作医疗由于政治支持力度下降，相关政策发生

了摆动，合作医疗失去了集体经济的支持，财政补贴没有相应跟上，组织管理体制也处于剧烈变动之中。合作医疗不可避免地陷入了衰落。

（3）农民参加合作医疗的意愿低

“合作医疗能否发展起来，能否维持下去，最重要的是要看群众愿不愿意参加。”（刘远立，1999）在合作医疗重建过程中，农民参加合作医疗的意愿较低，主要原因有：一是医疗服务价格的迅速上涨，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，农民认为参加合作医疗的实惠不大。二是农民对合作医疗的组织者不太信任。许多调查都表明，影响农民是否参加合作医疗的最重要因素之一，是农民对合作医疗的组织和管理者有无信任感。（王延中，2002）事实上，在人民公社时期，在一些地区就存在社队干部及家属多拿药、拿好药、带头欠费的现象，一般村民享受不到同样的待遇，有些农民认为合作医疗就是“群众交钱、干部吃药”，“群众吃草药、干部吃好药”，因而丧失了对制度公平性的信心。（朱玲，2000）20世纪90年代初，有关部门提出恢复与重建合作医疗，但重建工作异常艰难，预定“2000年在农村多数地区建立起各种形式的合作医疗制度”的目标没能实现。陈秋霖（2003）从理论推演的角度对传统合作医疗推行困难作出了解释，认为政府促成的“自愿参加、个人支付为主”的传统合作医疗实质上是政府提供的垄断医疗保险，理论上，这种方式无法实现人人参与的目标，因为不完全信息的垄断医疗保险市场由于需求方人群的疾病风险、风险态度、医疗习惯、就医可能性的不同而不可能存在混同均衡。伴随着合作医疗的衰败，农村医疗保障制度的缺失与滞后已成为构建和谐社会的“短板”。（程岚，2005）

综上所述，理论界对合作医疗制度的兴衰原因、发展过程、存在意义及其解体后对农村医疗卫生事业所造成的负面影响等，都有较深刻的理论分析，对历史经验有较好的总结，对新型合作医疗的建设有很好的理论指导作用。

2. 关于新型农村合作医疗制度的研究

近几年来，在各级政府的大力推动下，新型农村合作医疗的试点在全国各地顺利开展，2008年此项制度已在全国农村全面开展。伴随着新型农村合作医疗试点的展开和推进，学术界对新型农村合作医疗制度的学术研究也随之“兴盛”，并且取得了一系列研究成果。主要有以下几个方面。