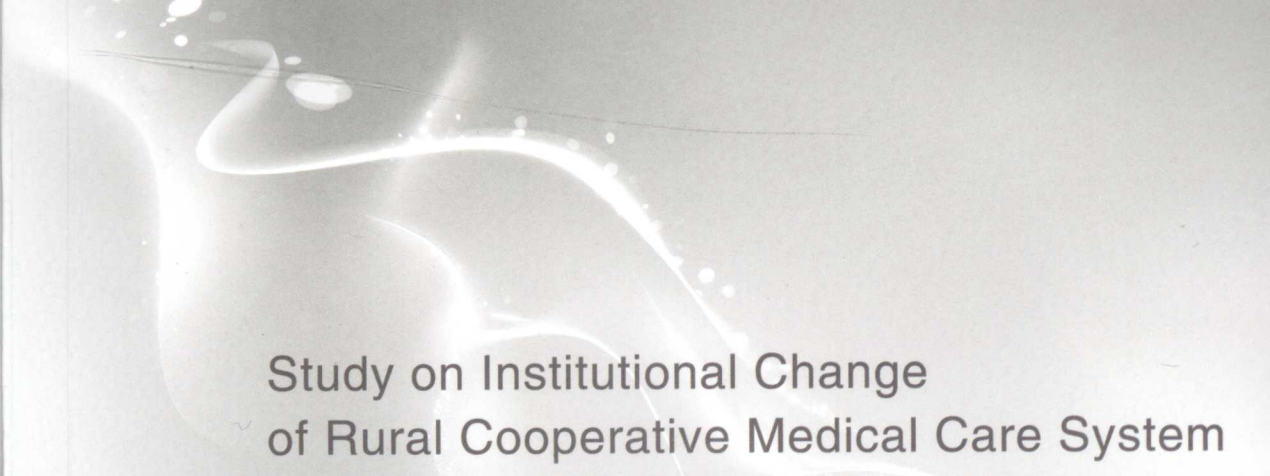




Study on Institutional Change
of Rural Cooperative Medical Care System

农村合作医疗的 制度变迁研究

■ 伍凤兰 著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社



Study on Institutional Change
of Rural Cooperative Medical Care System

农村合作医疗的 制度变迁研究

■ 伍凤兰 著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

农村合作医疗的制度变迁研究 / 伍凤兰著. — 杭州: 浙江大学出版社, 2009. 8
ISBN 978-7-308-06930-4

I. 农… II. 伍… III. 农村—合作医疗—医疗保健制度—研究—中国 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 121864 号

农村合作医疗的制度变迁研究

伍凤兰 著

责任编辑 田 华

封面设计 刘依群

出版发行 浙江大学出版社

(杭州天目山路 148 号 邮政编码 310028)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 杭州中大图文设计有限公司

印 刷 杭州浙大同济教育彩印有限公司

开 本 710mm×1000mm 1/16

印 张 15.75

字 数 290 千

版 印 次 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-06930-4

定 价 35.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部邮购电话 (0571)88925591

序：在“消失”中平等

这是一部具有理论探索价值和现实讨论意义的书，她的出版不仅反映了作者较为扎实的理论功底和独立的研究兴趣，更体现了作者对社会问题的关注和学者的使命感。

我以为，真正高深的经济学不应该是单纯深奥的数据与公式、图形、曲线，而应该是对社会主体——人的深切的关注和对社会问题的切实的解决。关注社会，尤其是关注一个社会相对弱势的阶层与群体，不仅是经济学家的良知，也是经济学本身的道德所在。

作为中国社会自上而下的强制性制度变迁的重要内容与具有标志性的结果，农村合作医疗制度的变迁从它发生那天起，就预示着更加全面而深刻的制度变迁的发生与更加成熟的社会发展目标的确定。那就是，惠及全民的福利社会及其相关制度体系的营建。之所以把农村合作医疗制度视为中国社会自上而下的强制性制度变迁的重要内容与具有标志性的结果是因为：其一，从背景与逻辑上说，尽管农村医疗保障体系的制度变迁相对于其他制度变迁，尤其是经济领域的制度变迁显示出了明显的滞后性。但是，改革开放之初，当支撑传统农村医疗保障制度的基础性制度安排（公有制以及公有制在农村的表现形式——集体所有制）面临失去“一统天下”的主导地位时，传统农村合作医疗制度赖以生存的社会——经济基础和支撑它的意识形态也随之发生了根本性的改变，从而转型社会对传统农村合作医疗保障体系改革的要求，也就在情理之中必然地构成了社会整体制度变迁不可分割的组成部分。其二，从中国社会制度变迁的目标来看，财富增长、物质丰富无疑构成了社会发展的重要目标，但是，人均 GDP 的增长永远不可能

是人类社会的唯一目标。经济总量的提升应该是社会发展和进步的前提与保障,而绝不可能是社会发展的唯一的终极目标。与经济发展相伴随的社会文明的提升,与人均 GDP 增长相适应的福利社会的营建,与经济繁荣同时发生的城乡差别的消失,与改革的制度绩效相呼应的人的自由发展与尊严的实现才是社会发展的整体目标。完善的、充分体现社会福祉和城乡一体化的农村医疗保障制度体系的确立与有效运作,正是对社会发展整体目标的最具有道德力量的检验与证明。铁血宰相卑斯麦曾说:“一个期待养老金的人,一定会本分地接受统治,这就是政治的逻辑。”我们可以换个说法来诠释卑斯麦的话:连基本的生存保障都没有的社会,绝不可能是一个和谐的社会。

对任何社会而言,健康是人获取自由、发展与幸福的最基本前提。健康对于每一个人来说不应该是社会富裕后的恩赐,而应该是一种与生俱有的权利。同时,健康与自由一样,其本身就构成了社会发展的内容,而非仅仅作为发展后的结果而存在。许多发达国家,甚至发展中国家的福利社会的实践已经在不同程度上证明了这一点。德国是世界上最早实现社会保障制度的国家,自 1883 年《劳工疾病保险法》通过以来的 126 年间,德国确立了以社会医疗保险为主、私人医疗保险为辅的相当完备的社会医疗保障体系。德国公民强制性社会疾病保险不仅覆盖产业工人、职员、学生、失业者、退休者和残障者等,而且还包括了个体农民、农民家属、退休农民。1972 年出台的《农民医疗保险法》规定,法定农民医疗保险机构有法律义务为农民及其家庭成员提供医疗保险。德国政府还成立了具有公权性质的农业社会保险联合总会,并在其下设立了联邦农业医疗暨护理保险联合总会(BLK),所有非正式雇员的农业人口都必须参加。值得一提的是,《农民医疗保险法》是一部充满人性的非常具有操作性的法律,它在国家为农民提供保险,农民和政府共同承担医疗保险费用的大原则下,根据各地经济发展水平和农民的承受能力的差别,确定不同的适当医疗保险费用标准。目前全德有 62 万农民在 BLK 投保,35 万家庭成员也一同按制度设定免费加入其中。这个数字意味着德国农民及其家庭几乎都处于政府强制推行的《农民医疗保险法》的有效保护之下。BLK 每年收入的 60% 以上来自政府,德国农民享受着从疾病的早期诊断和预防、门诊、住院和康复治疗到疾病救助、母婴帮助、家庭帮助以及死亡抚恤等非常广泛的健康保障。

日本更是在 1938 年就制定了以农村居民为主要对象的《国民健康保险法》,并于 1941 年正式实施。中央和地方二级政府财政支出,构成了作为政

府强制性制度安排的国民健康保险的资金主要来源。一般中央政府的补贴为50%，都道府县和市町村基层二级政府的补贴分别为25%，农协健康保险组合的管理费用由政府全额承担，而农民则根据个人和家庭的收入水准以及所在地的保险支付状况进行征收，但一般缴纳比例仅在8.5%左右。日本有99.5%的农民以及家庭享受着较高质量的社会医疗保障服务。

作为发展中国家的印度，更是一个奇迹。印度是拥有9亿多人口的仅次于中国的人口大国，而且72%的人口生活在农村；大约有2.7亿贫困人口，他们中的绝大部分也生活在农村。但是印度的医疗保障体系世界有名，它神奇地保证了绝大多数人，尤其是农民，可以享受近乎免费的公共医疗保障。印度自1947年独立后，政府就建立了几乎免费的公共医疗体系。1949年通过的第一部宪法中明确规定：“所有国民都享受免费医疗。”2005年开始，印度政府又着手进行了一项旨在使广大农村人口尽可能公平公正地享用有限的医疗资源的“全国农村健康计划”。在这项计划中有14.5万个乡镇健康中心、2.3万个地区健康中心以及3222个大型健康中心来为广大农村人口提供免费的医生诊疗和基本的常用药品。如果病人生活在规定的贫困线以下地区，则可以使用“全国健康优惠基金”得到免费治疗。为了保障广大农村人口健康安全，印度一些地区的行业联合总会组织和非政府组织也积极介入农村医保，针对发病率较低但医疗费用较高的大病风险，牵头帮助农民投保。2005—2006年度印度政府用于农村公共健康事业的总资金投入达到1028亿卢比，从政府卫生筹资以及医疗资源分配的公平性上来看，印度无疑在发展中国家名列前茅。

一般认为，发展中国家由于普遍贫穷，因而政府和社会支付不起建立社会保障体系的费用，所以社会保障体系，尤其是包括农民在内的全民普惠的社会保障体系的建立似乎只能是衣食之后的行为或富裕后的社会选择。但是上述国家，尤其是印度的实践表明，社会保障制度原本就应该是社会发展的重要内容之一，她的存在本身就是社会发展的标志，人类进步的过程，时代文明的结果。任何社会为社会保障体系的营建所支付的费用，都不能简单地看作一种花费，因为仅从经济学意义上说，这种费用的支出是一种具有长远意义的，能够带来无限社会回报的投资。成熟而完善的社会保障制度都会在提高人们生活福祉或福利感的同时，降低着社会发展的成本和无谓损耗，并使社会的每一个成员在有尊严地生活、工作的同时，增加着社会在人力资本方面的投入与产出的效率。

尽管建立城乡普惠的行之有效的全民医疗保障体系需要社会投入大量

的资源,但是从根本上说,城乡普惠的全民医疗保障体系的缺失既不是资源短缺的问题,更不是政策的问题,而是制度的问题。只要城乡“二元结构”存在,城乡差距就必然存在,农民就自然被制度化地排除在对社会剩余的分享之外,就没有办法与城市居民一同平等地拥有社会公共物品,享受社会公共服务。可以说,传统体制是造成中国社会城乡“二元结构”的制度根源。在传统体制中,我们的社会在消灭城乡差距的美好口号中,以户籍制和所有制形式固化着城乡差别,扩大着城乡差距,并使城乡差别成为一种广大农民不得不接受的社会常态。城乡“二元结构”不仅是传统体制下的中国社会固有的社会结构形式,同时也是中国社会制度变迁无法摆脱又必须面对的大背景,然而在一个拥有近半个世纪的“二元结构”历史的农业大国里消灭城乡差别,是需要深刻的制度变迁的过程的。真正彻底打破城乡“二元结构”,变“二元结构”为城乡一体化的“一元结构”,使农民真正拥有与城市居民相同的公民身份与权利,而非“二等公民”的农民身份,是这场制度变迁的首要任务。没有对“二元结构”的打破,就没有城乡差距的消失,没有城乡差距的消失,就不可能有城乡普惠的社会福祉的存在,农民只有在这种城乡“二元结构”的历史性的“消失”中,才能获得真正的作为公民的尊严、权利与平等。



2009年8月7日

目 录

引 言	(1)
第一章 农村合作医疗制度构建的理论基础	(17)
第一节 制度经济学理论	(17)
第二节 医疗保障制度的特征	(24)
第三节 医疗保障制度的功能	(41)
第二章 农村合作医疗制度变迁的路径分析及其特征	(51)
第一节 农村合作医疗制度变迁的路径分析	(51)
第二节 农村合作医疗制度变迁的特征	(60)
第三章 农村合作医疗制度变迁的原因分析	(65)
第一节 制度环境	(65)
第二节 制度均衡	(72)
第三节 成本—收益与制度变迁	(82)
第四章 农村合作医疗制度的绩效与约束分析	(84)
第一节 传统农村合作医疗制度的绩效分析	(85)
第二节 转轨时期农村合作医疗制度的得失分析	(91)
第三节 转轨时期农村合作医疗制度的约束	(104)
第四节 对新型农村合作医疗制度的评价	(114)

第五章 医疗保障体制的国别借鉴与启示	(137)
第一节 典型医疗保障模式比较分析	(137)
第二节 国外农村医疗保障制度比较分析	(141)
第三节 国别比较对我国新型农村合作医疗制度的启示	(150)
第六章 新型农村合作医疗制度的路径选择	(156)
第一节 制度目标:分享、发展与幸福	(156)
第二节 制度建设原则	(158)
第三节 政策取向	(170)
结 语	(181)
主要参考文献	(184)
附 录	
农村合作医疗章程(试行草案)	(202)
中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定	(206)
国务院办公厅转发卫生部等部门关于建立新型农村合作医疗制度 意见的通知	(213)
国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步做好新型农村合作医 疗试点工作指导意见的通知	(217)
卫生部等7部委局联合下发《关于加快推进新型农村合作医疗试点 工作的通知》	(223)
中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见	(228)
后 记	(242)

引言

一 研究的背景与意义

我国农村合作医疗制度萌芽于抗日战争时期的陕甘宁边区,在随后的几十年间得到了空前的大发展。1958年,全国合作医疗覆盖率达到10%,1962年接近50%,到70年代中期则达到90%,并于1978年载入宪法,曾被国际社会和许多学者视为在低收入水平下通过公共支持实现社会发展的典范。

开始于1978年的农村家庭联产承包制的改革,拉开了我国社会主义市场经济经济体制改革的序幕,解放了长期被压抑的社会生产力,使社会经济取得了巨大发展。但与此同时,这种市场化的制度变革也改变了各利益主体的激励方向,在信息不对称的情况下,道德风险和逆向选择泛滥,许多地方的农村合作医疗制度在此后的几年时间里迅速解体,到1989年,全国的覆盖率降至4.8%^①。加之农村三级卫生保健网络的破坏,农民因病致贫返贫的比例增加。因此,从20世纪90年代初期开始,国家重新重视农民医疗保障,并认为,加强农村卫生工作,关键是完善农村合作医疗制度。1996年,卫生部在全国选定部分地方进行农村合作医疗保险试点,依靠地方政府的行政推动力重新建立合作医疗组织。可以说这是农村合作医疗发展的良好政策机遇,但是这一制度建设的结果却难如人意。到1998年,全国农村合作医疗覆盖率还只有6.5%,即使在情况最好的一类农村地区也只有22.21%^②。据世界卫生组织2000年的报

① 王禄生、张里程:《我国农村合作医疗制度发展历史及其经验教训》,《中国卫生经济》1996年第8期。

② 马晓伟:《调整辽宁农村医疗工作的基本思路》,《中国农村卫生事业管理》2000年第12期。

告,中国卫生系统整体绩效在 191 个国家中排名第 144 位,医疗融资的公平性排名 188 位,位列倒数第四^①。

同时,自 20 世纪 90 年代以来,农村居民的医疗保健支出迅速增长,由 1990 年的人均 19.0 元上涨至 2006 年的人均 191.5 元,在农民生活消费总支出中的比重由 5.1% 上升至 6.8%^②。医疗费用的不断上涨使许多家庭陷入贫困,并影响了居民对卫生服务的利用。卫生部 2003 年全国卫生服务调查结果表明,49% 的病人应就诊而未就诊,其中 38% 表示费用是主要原因;30% 的病人应住院而未住院,其中 70% 是因为经济困难;中国贫困人口中,30% 是由于疾病和伤害造成的^③。

2002 年,党的十六大指出,我国经过 30 年的改革开放和经济发展,已经进入了小康社会,尽管是低水平的小康;并提出了全面建设小康社会的目标。显然,农民医疗保障制度的建设远远滞后于社会经济的发展水平,相关制度的缺失所导致的诸多问题与小康社会目标是极不协调的。因此,十六大报告中提出,要把“全民族的健康素质明显提高,形成比较完善的医疗卫生体系”作为全面建设小康社会的目标之一。同年 10 月,在《中共中央国务院关于加强农村卫生工作的决定》中,提出要在农村实行新型农村合作医疗制度。2003 年 1 月,国务院转发了卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,对新型农村合作制度作出了具体规定和试点安排。2003 年下半年,开始在部分农村地区试行新型农村合作医疗制度。2006 年 2 月,《中共中央国务院关于推进社会主义新农村建设的意见》指出要“积极推进新型农村合作医疗制度试点工作”,再次确立了“从 2006 年起,中央和地方财政较大幅度提高补助标准,到 2008 年在全国农村基本普及新型农村合作医疗制度”的目标。2007 年,党的十七大提出了“建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的目标,并坚持公共医疗卫生的公益性质,以农村为重点,强化政府责任和投入。

医疗保障问题不仅是一个世界性的难题,也是各国政府不容回避的重大问题。一方面,医疗保障体系要有效地保障全体国民的身体健康;另一方面,又要将医疗开支控制在一个可以接受的范围内,因此,它常常使政府处于两难选择

① The World Health Report 2000. Health System: Improving Performance. WHO, 2000: 152, annex table 1.

② 卫生部:《中国卫生统计年鉴 2007》,中国协和医科大学出版社 2008 年版,第 87 页。

③ 卫生部统计信息中心:《中国卫生服务调查研究——第三次国家卫生服务调查分析报告》,中国协和医科大学出版社 2004 年版。

的境地。由于医疗行业中的信息不对称、外部性等特殊问题的存在,而且整个医疗保障系统所涉及的利益关系非常复杂,所以各国政府很难在公平与效率之间找到一个平衡点,从而制定出令各方都满意的医疗保障政策。正如保罗·费尔德斯坦所指出的,现在世界上没有一个国家的医疗保障体制是完美和可以直接作为榜样效仿的^①。我国当前在农村推行新型合作医疗制度,除了政府补贴这一项之外,其基本模式几乎可以说是我国城镇职工基本医疗保障制度模式的翻版。城镇职工基本医疗保障制度经过近10年的运行显示,其基本模式尚应作较大的变革,因此,没有理由认为当前的新型农村合作医疗制度模式已经很完善了。为了未雨绸缪,对农村合作医疗制度发生发展的运动规律进行探讨具有非常深刻的现实意义,而且,在农村合作医疗制度理论研究方面的深入对整个医疗保障制度基本理论体系的完善无疑也具有十分重要的价值。

二 国内外研究动态综述

以下分七个方面来介绍与农村合作医疗有关的若干学术观点。

(一)农村医疗保障制度模式的选择

从文献检索来看,国外对医疗保障(医疗保险)既有的相关研究,主要集中在经济发达国家。阿马蒂亚·森等认为^②,健康与教育是人类资本的两大基石,健康是使人类生活体现价值的基本潜能之一,而且与幸福之间具有紧密的关联性。阿罗指出,由于人们本身的健康状态、疾病发生和医疗市场的供需均衡都存在不确定性,因而采取合适的医疗保险方式是人们在市场经济条件下进行有保证的健康投资的合理选择^③。虽然大多数学者都认为社会医疗保障体系比其他医疗保障体系更有效、更平等,但是,尼古拉斯·巴尔从公平与效率的角度,认为没有一种卫生保健制度是完美无缺的,真正的议题是选择一种最少效率损失并且最公平的组织形式。医疗保障具有明显的外部性,应被视为公共产品,国家最终需要抓住向所有公民提供可获得的基本医疗服务。因此,政策制定者必须寻求一种平衡,面对资源短缺的创新性策略,通过优化资源配置来满足当

① [美]保罗·J·费尔德斯坦:《卫生保健经济学》,经济科学出版社1998年版。

② [美]阿马蒂亚·森:《以自由看待发展》,任颐译,中国人民大学出版社2002年版;[美]阿马蒂亚·森:《贫困与饥荒》,王宇、王文玉译,商务印书馆2001年版;[瑞]布伦诺·S·弗雷、阿洛伊斯·斯塔特勒:《幸福与经济学——经济和制度对人类福祉的影响》,北京大学出版社2006年版;T. Paul Schultz. Health and Schooling Investments in Africa. Working Papers 801, Economic Growth Center, Yale University, 1999.

③ K. J. Arrow. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.

前的需求,不是减少公共供给,而是要扩大医疗保险体系覆盖面^①。

Fiona Ferguson、艾维瓦·罗恩、张奇林、林义等^②对不同国家农村医疗保障发展的背景、发达国家与发展中国家医疗保障程度、发展水平等进行了比较研究,认为发达国家在福利经济学理论、凯恩斯的国家干预理论、新自由主义经济理论等影响下,将社会医疗保障制度由城市逐步普及到了农村,基本实现了全民医疗保障;发展中国家和地区也开始逐步实施和推广农村医疗保障制度。根据他们的研究和总结,农村医疗保障制度的模式主要有国家免费医疗保障型,如英国、越南等实行的福利性的全民医疗保障制度;社会医疗保障型,如日本的“国民健康保险”;社区合作医疗型,如泰国的“30 铢计划”和中国传统的农村合作医疗制度;商业医疗保障制度,美国则是其典型。

印度是亚洲的人口大国和农业大国,泰国的人口结构则与中国非常类似,而且两国都是发展中国家,但它们的医疗保障的覆盖率却非常高。Gumber^③研究了泰国的全民医疗保障以及其农村推行的健康卡制度,他认为泰国的健康卡制度为基层农民提供了较好的基本医疗和预防保健,但存在着资金不足、覆盖人群少、抗御大病风险能力差的问题。Anil Gumber, Dave 和 Patrick Krause 等人^④对印度农民享有的卫生保健水平、农村健康保障体系构成以及缺陷进行了深入的研究,印度国民健康保障体系由政府提供的正式健康保险计划和非正规部门提供的非正式健康保险计划构成,虽然农民被全民的医疗保障体系所覆盖,但农村医疗卫生资源贫乏,医疗费用支出尤其是住院费用还是大大地超过了农民的负担能力,不过大量非政府组织为非正规部门劳动者提供的健康保障起到了很重要的作用。

① [法]卡特琳·米尔丝:《社会保障经济学》,郑秉文译,法律出版社 2003 年版;[美]J·A·奥尔贝奇、B·K·克瑞姆果尔德等:《收入、地位与健康》,叶耀先总编译,中国建筑出版社 2002 年版;[美]艾维瓦·罗恩等:《医疗保障政策创新》,王金龙译,中国劳动社会保障出版社 2004 年版;[英]尼古拉斯·巴尔:《福利国家经济学》,郑秉文译,中国劳动社会保障出版社 2003 年版。

② Fiona Ferguson. Provision of Accessible Health Care in Rural Areas. Countryside Agency, 3rd December, 2002; [美]艾维瓦·罗恩等:《医疗保障政策创新》,王金龙译,中国劳动社会保障出版社 2004 年版;刘岚:《医疗保障制度模式与改革方向》,中国社会出版社 2007 年版;乌日图:《医疗保障制度国际比较》,化学工业出版社 2003 年版;张奇林:《美国医疗保障制度研究》,人民出版社 2005 年版;林义:《农村社会保障的国际比较研究及启示研究》,中国劳动社会保障出版社 2006 年版。

③ A. Gumber. Facets of Thailand Healthcare Market—Some Issues. Saket Industrial Digest, 1998.

④ Anil Gumber. Health Insurance for the Informal Sector; Problems and Prospects. Bulletin of the World Health Organization, 2002(79); Dave Priti. Community and Self-Financing in Voluntary Health Programmes in India. Health Policy and Planning, 1991(6); Patrick Krause. Non-profit Insurance Schemes for the Unorganised Sector in India. Saket Industrial Digest, 2001.

(二)农村合作医疗作为一种社区医疗

合作医疗的筹资方式是一种社区医疗筹资,属于“小额保险”的一种。由世界卫生组织、世界银行、国际劳工组织等机构发起或组织进行的相关研究^①就社区融资的现状、问题和前景,资源筹措和风险统筹是否能满足医疗需要等相关问题进行了探讨。Melitta Jakab^②在其他学者分类研究的基础上,进一步将社区医疗融资计划分为社区成本分担、社区预付和相互健康组织、医疗服务提供者医疗保险、政府和社会保险支持、社区推动的计划等五类。他们还对社区医疗融资的绩效进行了分析,认为通过社区的广泛参与能提高低收入农村居民对卫生服务的可及性,但同时也存在在没有外界的支持下,贫穷的人经常不能参加,风险集合的规模小,农村社区的管理能力普遍缺乏等诸多不足。Alexander S. Preker 等^③通过对穷人与富人在健康融资安排方面的差别进行分析,也发现大多数社区融资计划都是在严重的经济约束、政治不稳定以及缺乏良好治理的情境下发展的,穷人卫生服务存在着融资不足的问题。在这种不利的情况下,政府等外界力量的捐赠与外围支持往往在医疗服务融资和疾病成本的风险管理中发挥着强有力的作用,能降低社会疾病成本,提高穷人对卫生服务的可及性,促进小额医疗保险的可持续发展^④。

许多学者还进行了微观水平上的调查和研究,认为通过社区健康融资的预付和风险分担可以提高贫困人口对基本卫生服务的可及性,在一定程度上保护他们免遭疾病导致的贫困,但是社会排斥往往导致最贫穷的人经常不能全部参加这些计划,而需要设计科学精致的计划方案来加以克服。如 William C. Hsiao 考察了亚洲地区社区健康融资的经验,认为社区健康融资计划的成功主

① Alexander S. Preker, Guy Carrin, Daivi Dror, Melitta Jakab, William C. Hsiao, and Dyna Arhin-Tenkorang. Rich-Poor Differences in Health Care Financing. (in) Alexander S. Preker and Guy Carrin (eds.), Health Financing for Poor People. Washington, D. C. : The World Bank, 2001; William C. Hsiao, Unmet Health Needs of Two Billion: Is Community Financing a Solution Health, Nutrition and Population Discussion Paper, The World Bank, September, 2001.

② Melitta Jakab, Model on Organizational Reform and Management of Public Providers, Focus on Hospital. Geneva: The World Bank, 2000.

③ Alexander S. Preker, C. John Langenbrunner, and Emi Suzuki, Deficit Financing of Health Care for the Poor. (in) Alexander S. Preker and Guy Carrin (eds.), Health Financing for Poor People. Washington, D. C. : The World Bank, 2004.

④ Bernd Balkenhol and Craig Churchill. From Microfinance to Micro-health Insurance. (in) David M. Dror and Alexander S. Preker (eds.), Social Reinsurance. A New Approach to Sustainable Community Health Financing. Washington, D. C. : The World Bank, 2002.

要取决于其制度设计、管理、组织以及制度特征的性质; Dyna Arhin-Tenkorang^① 则研究了非洲地区的社区健康融资, 认为通过直接的使用者付费则需要动员更多的资源, 非洲贫穷国家的非正规部门个人由于缺乏合适的保险安排, 得不到合适的卫生服务; Johannes^②、Pia Schneider 等^③、Ranson 等^④分别对塞内加尔农村地区、乌干达地区、印度的社区医疗融资在财务保障和提高卫生服务可及性方面的作用进行了调查研究。

(三) 国外学者对中国农村合作医疗制度的研究与评价

国际上对中国农村合作医疗问题的研究, 大致可以分为两个部分: 在 20 世纪 80 年代之前, 主要将中国作为向大量的低收入农村人口提供初级卫生保障的成功典型进行介绍。如 David M. Lampton^⑤ 分析了中国 20 世纪 60、70 年代农村合作医疗成功运作的特征和环境支持, 并探讨了其他国家借鉴中国模式的可能性以及制约因素; Victor W. Sidel 等^⑥分析了中国 60、70 年代的卫生保健制度, 着重考察了农村的三级卫生体制以及合作医疗。20 世纪 80 年代初, 世界银行和世界卫生组织都曾派专家组来中国考察农村医疗卫生, 并将中国农村实行的合作医疗制度誉为发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例, 还强调指出, “一个有效的、强有力的和资金充裕的卫生教育基础设施, 对于减少接触慢性病危害因素的任何合理方法来说, 是一个非常关键的因素”^⑦。

但 20 世纪 90 年代以后, 大量的文献主要集中在分析中国经济体制改革给农村合作医疗、农村卫生保健体制带来的不利影响, 以及合作医疗解体的原因

① Dyna Arhin-Tenkorang. Experience of Community Health Financing in the African Region. (in) Alexander S. Preder and Guy Carrin (eds.). Health Financing for Poor People. Washington, D. C.: The World Bank, 2004.

② Johannes Paul Jutting. Financial Protection and Access to Health Care in Rural Areas of Senegal. (in) Alexander S. Preker and Guy Carrin (eds.). Health Financing for Poor People. Washington, D. C.: The World Bank, 2004.

③ Pia Schneider and Francois Diop. Community-based Health Insurance in Rwanda. (in) Alexander S. Preder and Guy Carrin (eds.). Health Financing for Poor People. Washington, D. C.: The World Bank, 2004.

④ M. K. Ranson, and K. R. John. Quality of Hysterectomy Care in Rural Gujarat: The Role of Community-based Health Insurance. Health Policy and Planning, 2001, 16(4): 395-403.

⑤ David M. Lampton. Development and Health Care: Is China's Medical Programme Exportable? World Development, 1978(6): 621-630.

⑥ Victor W. Sidel and Ruth Sedel. The Development of Health Care Services in the People's Republic of China. World Development, 1975(3): 539-549.

⑦ 世界银行:《中国:卫生模式转变中的长远问题与对策》,中国财政经济出版社 1994 年版,第 65 页。

和后果。Gerald Bloom等^①分析了中国农村合作医疗解体的原因,及其对农村卫生服务可能带来的影响,并对90年代农村合作医疗的恢复作了评价。Mwabu等^②从健康保险市场的角度来研究农村合作医疗。他们认为,由于缺乏医疗保险,包括中国在内的发展中国家的医疗价格非常重要,医疗服务价格的上升会降低医疗卫生服务的可及性,尤其会影响贫困人群的健康状况。Christopher J. Smith等^③分析了当时中国的现代化和卫生服务体制,考察了经济改革对卫生体制的影响,分析了中国不同区域,特别是城乡之间卫生保健的不平等现象,揭示了城乡健康越来越大的不平等缺口。

哈佛大学的刘远立等^④将中国农村划分为“三个世界”,并相应提出三种健康保障模式,同时进一步分析了三种模式的筹资、受益及对贫困的影响。他们的研究认为,在市场经济环境下,要理解市场力量的局限性和重新界定政府的角色,而且农村医疗保障要有多元化的基金来源;中国政府在加强农村地区医疗保障制度建设时,应当特别注意相关政策效果之间的协调问题,不同农村政策目标之间的矛盾可能会削弱政府在建立农村合作医疗制度方面的成就。联合国儿童基金会^⑤资助了中国10个贫困县合作医疗试点的干预研究,重点关注中国贫困地区农村合作医疗建立和可持续发展的影响因素,通过调查数据说明了农村的支付能力和支付意愿、合作医疗的组织和管理体制、政府的支持和政策约束等都是影响合作医疗可持续发展的因素。冯学山、G. Bloom等^⑥的研究

① Feng Xueshan, Tang Shenglan, Gerald Bloom and Others. Cooperative Medical Schemes in Contemporary Rural China. *Social Science & Medical*, 1995, 41(8): 1111-1118.

② Mwabu. Health Care Decisions at the Household Level: Result of Health Survey in Kenya. *Social Science and Medicine*, 1986(22): 313-319; Anil B. Deolalikar. The Demand for Health Service in a Developing Country: The Role of Price, Service Quality, and Reporting of Illness. *Handbook of Applied Economics*, 2004.

③ Christopher J. Smith. Modernization and Health Care in Contemporary China. *Health & Place*, 1998, 4(2): 125-139; Bjorn Gustafsson, Li Shi. Expenditures on Education and Health Care and Poverty in Rural China. *China Economic Review*, 2004(15): 292-301; Offra Anson, Shifang Sun. Health Inequalities in Rural China: Evidence from Hebei Province. *Health & Place*, 2004(10): 75-84; Xiaobo Zhang, Ravi Kanbur. Spatial Inequality in Education and Health Care in China. *China Economic Review*, 2005(16): 189-204.

④ Yuanli Liu, Kebin Rao and Shanlian Hu. Towards Establishing Rural Health Protection Systems in China. Paper for Seminar on China's Rural Social Security, 2001(6); 刘远立等:《中国农村的“三个世界”与3种健康保障模式》,《中国卫生经济》2002年第4期;刘远立等:《中国农村健康保障制度的现状分析》,《中国卫生经济》2002年第4期。

⑤ 刘远立等:《中国农村贫困地区合作医疗运行的主要影响因素分析——10个县干预试验结果》,《中国卫生经济》2002年第2期。

⑥ 冯学山、汤胜蓝、顾杏元、G. Bloom、M. Segall:《中国农村医疗保健制度的实践与展望》,《卫生经济研究》1994年第5期。

也认为,中国政府应在农村合作医疗中发挥相应的作用,包括拓宽合作医疗资金来源,制定相应的合作医疗管理的法律框架,为公众提供更多的信息,控制医疗服务的费用水平等。只有将重建中国农村合作医疗看成地方政府财政、管理和职能等多项改革的一部分,其发展才有可能获得成功。汪宏、Winnie Yip 等^①则根据调查数据进行分析,建议政府将补贴投向低收入农民,降低共付率,提高农民的受益公平性。

(四)中国农村合作医疗制度的变迁及理论解释

合作医疗制度出现以后,《健康报》^②刊发、编辑了一系列评论,指出合作医疗是“群众性的新的医疗制度,是具有共产主义性质的公共福利事业,便利群众,促进生产,且能贯彻预防为主方针,加强预防和治疗工作,应当大力推广”。该报介绍了河南省正阳县、桐柏县等地举办合作医疗的方法,论证了合作医疗的优越性,并对实践中出现的问题进行了探讨,“各地要加强领导,热情支持,大作宣传,统一认识,积极推行,认真办好”。1968年毛泽东批发了湖北省长阳县乐园公社举办合作医疗的经验,并称赞“合作医疗好”。从1968年12月8日到1969年12月27日,《人民日报》连续推出了24期有关农村合作医疗制度的大讨论和报道。讨论的内容相当广泛,这一时期的研究是一个对农村合作医疗制度观察与实践同步的过程,但受政治因素影响明显。

对于我国农村医疗保障以及合作医疗制度的变迁及其理论根源,许多学者都进行了探索研究。夏杏珍^③从社会史的角度出发,阐述了农村合作医疗的发展历程,总结了20世纪80年代以前计划经济时期的农村合作医疗实践的主要经验。她认为,政府的主导作用、比较完善的制度和具体操作是比较成功的,而制度实施的环境是最薄弱的。王红漫^④则将中国农村合作医疗的发展分为五个阶段,并分析了合作医疗没有得到发展壮大原因。汪时东等^⑤系统地阐述了农村合作医疗产生、发展、挫折、恢复、重建,以及新型农村合作医疗的提出和建立过程。张自宽等^⑥则以时间的变迁为主线,系统、全面地分析了合作医疗制度,并认为合作医疗制度的推行对农民的卫生保健发挥了很大的作用。李华^⑦

① 汪宏、Winnie Yip、张里程等:《中国农村合作医疗的受益公平性》,《中国卫生经济》2005年第2期。

② 《让合作医疗遍地开花》,《健康报》,1958年9月13日;健康报编辑部编:《介绍民办合作医疗的经验》,人民出版社1958年版;张自宽:《积极推行集体保健医疗制度》,《健康报》1960年5月18日。

③ 夏杏珍:《农村合作医疗制度的历史考察》,《当代中国史研究》2003年第5期。

④ 王红漫:《大国卫生之难——中国农村医疗卫生现状与制度改革探讨》,北京大学出版社2004年版,第3—5页。

⑤ 汪时东、叶宜德:《农村合作医疗制度的回顾与发展研究》,《中国初级卫生保健》2004年第4期。

⑥ 张自宽、赵亮、李枫:《中国农村合作医疗50年之变迁》,中国农村研究网 <http://www.ccrs.org.cn/>

⑦ 李华:《中国农村合作医疗制度研究》,经济科学出版社2007年版,第130页。