

摘要：从保险学的视角分析新型农村合作医疗制度。由于我国农民风险反应不强烈，缺乏购买保险的意向；我国农民经济收入不高，抗疾病风险能力不强；新型农村合作医疗制度以经济利益为导向，调动农民购买保险的积极性，是提高农民抗风险能力的重要举措。因此，在我国实施新型农村合作医疗制度势在必行。与传统的农村合作医疗制度相比较，新型农村合作医疗制度的统筹范围扩大更符合保险学的大数法则。但是，其保大不保小的做法，增加了逆向选择的风险和推广的难度。

关键词：保险学；新型农村合作医疗；风险

新型农村合作医疗制度是指我国政府组织、引导、支持，农民自愿参与，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。2002年10月，《中共中央、国务院关于进一步强化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，具体补助标准由省级人民政府决定”。从保险学的视角来看，建立新型农村合作医疗制度势在必行。与传统的农村合作医疗制度相比较，新型农村合作医疗有其优势与不足。

1 建立新型农村合作医疗制度势在必行。

从保险学的角度分析新型农村合作医疗制度，其有效提高农民抗疾病风险能力的现实意义决定建立新型农村合作医疗制度势在必行。

1.1 我国农民风险反应不强烈，缺乏购买保险的意向风险即损失的不确定性[1]。疾病的发生是不确定。

的，具有风险的基本特性。风险是客观存在的。人们常说“好人一生平安”，这只是一种良好的愿望。在现实生活中，人的一生无法避免疾病的侵袭和困扰。人们在与疾病的抗争中战胜了一种疾病，又可能发现新的疾病。正是大量疾病发生的这种客观性和永恒性的存在，才使人们有可能利用概率理论和数理统计方法计算其发生概率和损失幅度。

疾病风险发生具有随机性。疾病风险虽然是客观存在的，但具体疾病风险的发生又是随机的，人们无法确定自己何时患病，在什么地点患何种病，甚至疾病对人造成的伤害也是无法预测的，后果常常使个人难以承受。疾病风险除了与一般风险有一样的基本特征外，还具有灾难性和外部性的特征，疾病风险会带来生命的威胁或降低人的生命质量，并会给家庭和社会带来灾难性的影响和外部负效。风险是保险业产生和发展的基础，保险是人类社会处理风险的一种手段。

风险是客观存在的，但对于同一风险而言，不同的人或同一个人不同的环境中所作出的反应是不同的，这就是风险反应。风险反应是指人在不确定环境中的行为方式，是人们对风险的主观认识。一般而言，个人主观认定的结果与某一实际发生结果之间的差异越大，其风险反应就越大。在现实生活中，大的财团或收入可观的人们对未来抱更大的希望，个人认定的结果与实际发生的结果之间的差异较大，他们的风险反应较为强烈。人们买不买保险，往往不是取决于有没有风险存在，而是取决于人们的风险反应程度。人们的风险反应越强烈，买保险的意向越强烈。我国农民的经济状况并不乐观，他们对预期收入并不抱太大的希望，一般满足于清茶淡饭。因此，他们主观认定的结果与实际发生的结果差异不大。这种风险反应不



强烈的趋势，使我国农民缺乏购买保险的意向。而且，对个人而言，疾病的发生具有随机性，农民普遍认为，与其花钱买保险，保障未来不知何时才发生的事情，还不如花钱解决现实生活中的问题。

1.2 我国农民经济收入不高，抗疾病风险能力不强。

抗风险能力也可以理解为承担灾难的能力。一般而言，人们承担灾难的能力与经济实力成正比。我国农民经济收入不高，承担灾难发生的能力有限，一旦患病，在无力支付医疗费用的同时，又因不能参加劳动而失去经济收入。这就是长期困扰中国经济发展与社会公平的因病致贫，因病返贫的问题。

风险是普遍存在的，要对付风险就要付出成本。

以最小的成本达到最大的安全保障就需要保险。人们购买保险并不能使风险事故所造成的总体损失降低，但是，对于被保险方来讲，购买了保险就会得到一种保障，从而提高人们的抗风险能力。有关资料显示，2005年广州市城市居民医疗保健占消费性支出比例是5.78%，农村居民医疗保健占消费性支出比例是6.24%，显然，农民医疗保健占消费性支出的比例高于城市居民，即农民的医疗消费倾向高于城市居民。

保险学的理论认为，抵抗疾病风险的能力与人们的经济收入、医疗消费倾向密切相关。医疗消费倾向与人们的收入成反方向，人们收入越高，医疗消费倾向越低，人们收入越低，医疗消费倾向越高。医疗消费倾向又直接影响着人们抗疾病风险的能力，医疗消费倾向越低，显示人们抵抗疾病风险的能力越强，医疗消费倾向越高，显示人们抵抗疾病风险的能力越低。

实际上，过高的医疗消费倾向说明了医疗消费挤占了病患者正常的生活消费，引起生活水平的下降。因病致贫，因病返贫由此而来。我国农民医疗消费倾向高于城市居民的现实，说明了我国农民的经济收入不高，抗风险的能力极其有限。缺乏购买保险意愿，抗风险能力低下的社会群体，当然是防病治病的弱势群体，理应得到政府的关注。

1.3 新型农村合作医疗制度以经济利益为导向，调动农民购买保险的积极性，是提高农民抗风险能力的重要举措。

我国农民风险反应不强烈，经济收入不高，缺乏购买保险的意向，抗疾病风险能力非常有限。因此，这是社会保险最需要关注的群体。由于中国农村幅员广大，人口众多，收入水平参差不齐，还难以推行规范统一的社会医疗保险制度。新型农村合作医疗制度由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安排补助资金，并要求地方财政对参加新型合作医疗的农民给予补助。这是以经济利益为导向，鼓励农民购买医疗保险，调动农民购买保险的积极性。或许，由于政府投资力度有限，对农民参保的推动力还不尽人意，但通过政府补助，调动农民购买医疗保险的理念是科学的，体现了我国政府愿意为缓解疾病风险承担重要责任。新型农村合作医疗制度的建立，是通过政府力量，提高农民抗风险能力的确良重要举措。

2 新型农村合作医疗制度的优点与缺陷。

与传统的农村合作医疗制度相比较，新型农村合作医疗制度显示其优点与缺陷。主要表现在：

2.1 统筹范围扩大更符合大数法则。



大数法则是概率论的主要法则之一，其主要意义是：参保人数越多，抗风险能力就越强。虽然，新型农村合作医疗还不能等同于现代的医疗保险，但大数法则的原理仍然适用于新型农村合作医疗制度。我国的农村合作医疗起源于 20 世纪 40 年代陕甘宁边区的“医药合作社”。解放后，我国为解决农民缺医少药的问题，曾于上世纪的 70 年代和 90 年代大规模地组织推广过两次农村合作医疗。这两次合作医疗，是村办村管，基金以村为单位核算，或村办乡管，乡管基金，但仍以村核算。这种筹资方式和管理方式与农民的乡土观念相适应，虽然抗风险能力小，补偿金额少，也不具备抵御大病风险的能力，但符合农民“同姓同族一家亲，肥水没流外人田”的心理状态而易于被农民所接受。同时，原有的村集体经济为合作医疗提供了经济依托，乡村的卫生员在为当地农民提供卫生服务的同时，可以按评工计分的原则获得略高于当地农民的收入。随着经济体制改革的发展，我国的社会经济状况发生了很大变化，因小病引起农民家庭困难的可能性有所降低。但是，由于农民活动范围的扩大，社会交往的逐渐频繁，患传染病、地方病的可能性大大提高，农民面临的主要风险是大病致贫或返贫。在家庭联产承包责任制的条件下，合作医疗失去了村集体经济的依托力量，如果仍然以村为单位筹集合作医疗保险基金，合作医疗基金会由于参与人数有限，传染病或地方病突发会引起基金出险。新型农村合作医疗是以县为统筹单位，其覆盖面广，参与人数多，更符合医疗保险大数法则的要求。

2.2 保大不保小，增加了逆向选择的风险和推广的难度。

中国历史上的两次合作医疗，基本上是实施“福利风险型”的补偿机制，即“保大也保小”，参合者无论大病小病均能获得一定的医药费减免补偿。与传统的主要解决缺医少药的合作医疗相比较，新型合作医疗以大病统筹为目标，或许更有针对性地解决我国农民所面临的大病风险问题，但是，这种保大不保小的模式，会增加逆向选择的风险和进一步推广合作医疗的难度。

所谓逆向选择，是指高风险比低风险患者更愿意参加医疗保险的现象。一般而言，人们患大病的机率较低，农民参加新农合的一段时期后，会有一部分健康者认为没有得到实惠而不再参保，而参保者往往又是经常患病的人，逆向选择由此产生。逆向选择一旦产生，推广合作医疗的难度就会增加。这不但影响参保率，还会使医疗费支出增加，当医疗费入不敷出时，新农合就难以持续发展。因此，新农合医疗在实施中必须考虑与农民的基本医疗结合起来，让所有参加合作医疗的农民都能感受到其好处。或许，新农合所筹经费并不足以保证为所有新农合参加者提供患小病、大病时的医疗照顾，但是，对所有合作医疗参加者提供求医治病的方便是可以做到的，比如，对一年不患病的成员，提供免费体检项目，或给合作医疗参加者提供优先就诊等，都能在一定程度上缓解保大不保小所带来的不足，对激励农民积极参与合作医疗起至关重要的作用。

防止逆向选择的另一个办法是全家参保，以户为单位组织农民参与新农合，可有效防止年老体弱者才参加新农合的逆向选择行为。当然，在有条件的地方，应该将基本医疗，即小病保险列入新型合作医疗之中，以缓解逆向选择的风险，并有效提高参合率。

参考文献：

- [1] 许罗丹. 保险学导论（第一版）[M]. 广州：中山大学出版社. 1996：2.

