

新型农村合作医疗制度建设研究述评¹

李燕凌² 李立清³

(北京·中国社会科学院农发所·100732, 长沙·湖南农业大学·410128)

摘要: 新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)建设是关系到农村医疗卫生保障可持续发展的重大问题,本文简要回顾了试点以来新农合制度建设理论研究及实践的进展,归纳了理论界在新农合制度建设的必要性研究、新农合制度的现状及存的问题、农民参与意愿影响因素研究、新农合制度建设的途径研究和农村合作医疗制度建设的国际经验研究等五个方面的研究进展,并对这些研究做了简要的评述,指出农民参与意愿是新农合制度可持续发展的关键,也是新农合制度效率的最好反映。

关键词: 新型农村合作医疗, 制度建设, 研究

A Review of the construction of rural cooperative medical system

Li YanLing Li LiQing

(Hunan agricultural university ,Hunan, Changsha410128)

Abstract: The new rural cooperative medical care system is related to the building of the new rural cooperative medical care can sustainable development, this paper has been reviewed by the pilot of a new system of agricultural research and theory on the building of the practice of progress, summed up the theory of agricultural sector in the new system the necessity of building research, the new rural cooperative medical system and the status quo maintained, the peasants of the Senate will affect factors, the new rural cooperative medical system building on the path of rural cooperative medical care system and the building of international experience, such as five aspects of the research study progress, and these studies do a brief review, pointed out that farmers will of the Senate is a new type of rural cooperative medical system with the key to sustainable development is the new type of rural cooperative medical system reflects the best efficiency.

Key words: New type of rural cooperative medical care, system building, research

1998年全国第二次卫生服务调查时,我国87.4%的农民已完全依靠自费医疗。2002年,党中央作出在全国建立新型农村合作医疗制度、到2010年基本覆盖农村居民的重大决策后,全国各省(市、区)逐渐开始建立以大病统筹为主的新农合制度试点工作。截止2007年底,全国已有20个省(市、区)实现了新农合制度全覆盖,开展新农合的县(市、区)达到2451个,占全国总县(市、区)的86%,参加新农合人口7.3亿人。通过多年新农合试点,从总

¹ 基金项目:2007年湖南省哲学社会科学基金项目07YBB186的部分研究成果。

² 作者简介:李燕凌(1964-),男,中国社会科学院农村发展研究所博士后,研究方向:公共管理学、农村社会保障、医疗卫生事业管理等。电话13187070868或0731-4635275,电子信箱:liyanling1964@163.com

³ 作者简介:李立清(1965-)女,湖南农业大学经济学院,教授,博士,研究方向:医疗卫生事业管理、农业经济管理。

体上讲, 参合农民就医经济负担有所减轻, 就诊率和住院率明显提高, 新农合制度一定程度上缓解了农民“因病致贫、因病返贫”状况。但是, 试点实践同时也暴露出这一制度自身存在的制度供给缺陷及一系列实际问题。党的十七大把“人人享有基本医疗卫生服务”确立为全面建设小康社会的重要目标之一, 提出建立基本医疗卫生制度和努力使全体人民“病有所医”的重大任务, 为全面推进新农合提出了新要求。近年来, 围绕新农合制度建设的研究越来越成为热门话题, 研究重点集中在以下五个方面。

一、新农合制度建设的必要性研究

世界上多数国家存在着有利于富人的健康不公平现象。一个国家的卫生政策虽然不可能完全消除居民间的健康不公平现象, 但国家有义务与责任减少这种健康的社会经济不公平现象的扩大趋势 (Hossain, S.I, 1997; Bogg, L, 2002; 平新乔, 2003; 朱玲, 2006; 林闽钢, 2006; 侯剑平、邱长溶, 2006)^{①②③④⑤⑥}。大量实证研究表明, 当前我国农村医疗费用增长速度远比农民收入增长速度快, 医疗费用增幅大大超过农民的经济承受能力。农民看不起病的情况普遍存在, 尤其是贫困地区的农民大多无力负担医疗费用 (韩俊、罗丹, 2007; 刘华、何军, 2006)^{⑦⑧}。在现有的收入约束下, 广大农民依靠自身的能力根本无法化解大病、重病风险, 由此导致众多的因病致贫、因病返贫现象 (胡鞍钢、胡琳琳, 2003)^⑨。随着收入差距的扩大, 就政府的角色而言, 现阶段建立和完善新农合制度显得尤其重要。对于那些特别贫困地区或者贫困户而言, 政府甚至有必要进行医疗救助 (魏众, B.古斯塔夫森, 2005)^⑩。正是以减少健康不公平为目标, 促进政府医疗卫生支出向农民弱势一方转移以减轻城乡医疗卫生差距, 特别是减轻富裕人口与贫困农民的医疗卫生服务差距 (王瑶平、李信, 2004; 谭克俭、丁润萍、颢慧琳, 2007)^{11, 12}, 建立由政府组织、引导、支持, 农民自愿参加, 个人、集体和政府多方筹资, 以大病统筹为主的新农合制度是完全必要的 (王兰芳、孟令杰、徐芳, 2007; 杨文选、杨艳, 2007)^{13, 14}, 这也是我国逐渐实施比较完整系统的公共财政覆盖农村的政策之一, 更是根据中国国情对农村医疗卫生体制的一个创新 (丁学东、张岩松, 2007)¹⁵。

二、我国新农合制度建设现状及其困难研究

通过多年新农合制度试点, 全国已有 86% 的县 (市、区) 实现了新农合全面覆盖, 一定程度上缓解了农民“因病致贫、因病返贫”状况, 缩小了城乡居民健康保障上的差距 (农业部农业经济研究中心课题组, 2007)¹⁶。但是, 新农合制度实施效果与制度设计初衷仍有较大差距。如果不能理性客观看待其实际效用, 就会过高估计新农合制度的优越性 (林闽钢, 2006; 王兰芳、孟令杰、徐芳, 2007)^{⑤, 13}。当前, 新农合制度主要面临五大难题: 其一, 制度目标设计缺陷。政府目标设计与社会目标及农民期望目标存在冲突, 国家、农民存在“保大病”与“保小病”的目标差异 (刘凤彦、李玉勤, 2004)¹⁷。新农合对农村不同收入群体提供的保障功能并不是均质的, 对特困人口存在着功能的弱化现象, 这一结果不符合新农合保障卫生公平的初衷, 加剧了农民就医的不公平性 (农业部课题组, 2007)¹⁶。其二, 保障水平低。有限的政府投入以及较低的农民收入和迅速增长的医疗需求之间存在较大的差距,

少量的农民缴费和昂贵的医疗费用以及较高的发病率使“保大病”的目标在很多地方实际上难以实现（张建平、王国军，2006）¹⁸。其三，农民参合意愿不强。新农合基金当年结余过多、医疗供给方诱导需求及药品价格虚高成为相当普遍和严重的问题，试点之后农民医疗服务的可及性和可得性都较低（周其仁，2007）¹⁹，贫困地区十分有限的资金使得新农合面临可持续发展的困难，富裕地区的新农合又不能满足富裕人群多层次、多方面的医疗保健需要（林晨，2007；杨文选、杨艳，2007）²⁰，¹⁴。其四，管理成本偏高。新农合基金筹集机制不够合理，没有严格规范地方政府在新农合中的责任（朱玲，2006；邵德兴，2007）⁴，²¹。新农合管理费用一般要占总经费的 10% 以上，有限的资源成为管理者的人头费，没有充分发挥其应有的作用（张建平、王国军，2006）¹⁸。其五，管理体制不顺。政府既是新农合政策的制定者和监督者，同时又是执行主体之一；农民不仅是缴费主体和受益主体，也是监督和执行主体之一。在新农合中，政府不仅管规划、管融资还直接管操作、做监督，农民的作用逐渐演变成为整个合作医疗制度的交费者，这是与中央新型农村合作医疗“公民合办”的治理结构初衷相违背的（林闽钢，2006）⁵。

三、农民参合意愿影响因素研究

近年来，国外有关农民健康保险的研究文献日益增多。Ali Asgary, Ken Willis, Ali Akbar, Taghvaei and Mojtaba Rafeian（2004）²²等采用重复投标博弈法（iterative bidding game technique）问卷格式，使用伊朗全国 2139 个农户数据，进行了农民医疗保险参加意愿的影响因素实证研究。国内许多学者从构建农村医疗保险制度视角，展开了居民医疗支出不公平性以及健康风险冲击对农户收入的影响研究（张车伟，2003；魏众，B.古斯塔夫森，2005；高梦滔，姚洋，2005；王曲、刘民权，2006）²³，²⁴，²⁵。封进、余央央（2007）²⁶利用中国健康营养调查（CHNS）1997 和 2000 年农村的面板数据，研究了收入差距对中国农村居民健康的影响以及影响健康的方式，他们提出，收入差距影响健康的渠道之一是对公共医疗提供的影响。不过，赵忠（2006）²⁷运用中国健康营养调查（CHNS）数据，采用自评健康状况作为度量健康的指标，研究了我国农村人口的健康状况及影响因素，他认为，虽然不平等与相对收入水平对健康有显著的影响，但是是否有医疗保险对健康的影响并不显著。近年来，针对农民收入水平与农民新农合参合率关系的研究十分引人注目，甚至成为新农合中是否存在农民逆向选择行为争议的焦点（叶宜德、汪时东等，2003）²⁸。高梦滔等（2005）²⁹调查了云南省三个处于不同经济发展水平的试点县（市）新农合实施情况后指出，三地参合率和当地农民收入水平关系不大。王兰芳、孟令杰、徐芳（2007）¹³采取分层抽样方法，在江苏省抽取 9 个县 316 个农户的数据，进行了农民参合率实证研究，也得出几乎相近的结论：家中有老人、平时医疗支出较大、健康状况不良的农户更愿意参加新农合，说明新农合的逆向选择问题突出。但赵晓强、张雪梅（2006）³⁰在贵州省 X 县进行调查，实证分析表明，低收入农户在短期内难以支付应缴费的部分而放弃参加新农合，导致农户收入和参合率呈现出正比例关系，参合水平并没有体现出保险意义上的逆向选择。林晨（2007）²⁰对山西省寿

阳县的实证研究，分析了影响中部地区农户参与合作医疗的主要因素，其结论是：收入水平对农民尤其是低收入农户参合具有较大影响。此外，医院床位紧张不能安排农民住院、乡级卫生院及村级卫生所条件较差、定点医疗单位的药品价格偏高等原因也影响了农民参合意愿。还有学者认为，农民的参合意愿不强主要不是经济原因，而是非经济原因。新农合报销水平低、报销比例与封顶线偏低、报销的病种设置不合理等制度设计方面的因素，是影响农民参合意愿的最主要原因（杨文选、杨艳，2007）¹⁴。

四、新农合制度建设的路径研究

推进新农合制度建设，首先，必须进一步完善制度目标。许多学者主张，新农合要在大病统筹为主的基础上更多地“兼顾小病”，把更多的农民纳入到保障范围之内（杨文选、杨艳，2007）¹⁴，要以解决大多数农民的基本医疗需求为主要目标，设计统筹补偿方案，重点提高补偿水平，适当增加门诊补偿，扩大参合农民受益面，使广大农民更多地享受到政府增加补助带来的实惠，提高新农合的制度效率（丁学东、张岩松，2007）¹⁵。其次，要科学合理的调整制度实施方案。任何一种医疗制度是否有效，都要看能否化解供方诱导需求、逆向选择和道德风险这三大难题，新农合制度还要解决农村医疗服务的可及性和可得性问题（高梦滔、王健，2004；李玲，2006）^{31, 32}。有学者主张强化新农合治理结构转型，建议实施强制合作医疗保险制度，以控制逆向选择，保障新农合基金的筹集（林闽钢，2006）^⑤。但也有学者指出，农民以户为单位参加新农合可以避免参合人群的逆向选择（赵晓强、张雪梅，2006）³⁰。在新农合中，由于制度框架内引入了共付机制，要求病人自付一定比例的医疗费用，医疗需求方农民的道德风险问题基本上已经解决。再将控制重点放在对农民医疗费用的报销比例及报销行为上，会降低合作医疗保障的实际水平、挫伤农民参合积极性（王兰芳、孟令杰、徐芳，2007）¹³。再次，提高新农合筹资水平。大量研究成果认为，政府应当加大对新农合的财政投入，地方政府更应严格履行公共财政责任（李玲，2006；刘华、何军，2006；侯剑平、邱长溶，2006；丁学东、张岩松，2007）^{32, ⑧, ⑨, 15}。一些学者强调从医疗服务供给方入手，考虑供给方（医院和医生）的专业性和垄断性，重点控制供方诱导需求和合作医疗费用不合理上涨，加强新农合基金管理、提高管理绩效（邵德兴，2007）²¹。也有学者以经济发达的江苏省为例，提出通过增加新农合收费来提高农民医疗保障水平（王兰芳、孟令杰、徐芳，2007）¹³。第四，提高农村医疗服务的可及性和可得性。许多学者提出，必须加强乡镇卫生院建设，培养农村需要的医务人员，提高农村的医疗服务质量（张建平、王国军，2006；林闽钢，2006；杨文选、杨艳，2007）^{18, ⑤, 14}。韩俊、罗丹（2007）^⑦主张，在现有的筹资水平下，要最大程度地减轻患病农民的经济负担。他们认为，目前，按病种付费被公认为在控制费用方面效果较好的方法之一。第五，完善补偿机制。早在上世纪八、九十年代，我国学者与美国兰德公司合作，开展了大量农村健康保险和农村合作医疗方面的研究。项目研究组1988年在四川简阳、眉山的26个村实行了20%的补偿比和30%补偿比的试验研究，认为20%是补偿比的有效起点，并提出设计获取保险因子和增加系数的方法（Li，

H.and Zhu , Y, 2004)³³。结合新农合实践,李玲(2006)³²等人分析了门诊统筹与家庭账户模式的优缺点,有学者提出,要建立适宜的基金分割机制和补偿比例(Li, H.and Zhu , Y, 2004)³³,新农合的医疗费补偿应对收入较低的人群倾斜(周其仁,2007)¹⁹。朱玲(2006)^④等人应用住院费用的频数分布表了解住院费用和分布特征,确定补偿的范围、各费用段的补偿比例、起付线、止付线和封顶线。最后,新农合最佳运行模式选择。平新乔(2003)^⑤根据我国西部与东部地区农民对医疗服务价格和药品价格的需求弹性定量分析结果,主张西部和东部在采取补助药还是补助医上应采取不同方式。一些学者主张,应根据当地经济发展水平因地制宜选择医疗保障模式。在经济发达地区既可建立农村合作医疗,也可引进商业医疗保险;在经济欠发达地区仍可发展合作医疗,但应加大政府投资力度,制定合理的筹资水平,加强基金的监管(刘华、何军,2006)^⑥。农业部课题组的研究成果显示,将新农合与农村医疗救助这两个性质不同的制度结合起来运作,才能取得较好的社会效果(蒋中一,2007)¹⁶。顾海、唐艳(2006)¹⁸³⁴认为,新农合关键要通过市场把农村现有的优势卫生资源整合到合作医疗体系之中。朱玲(2006)^{④35}认为,目前县乡层次的医疗服务供给欠缺改善质量的激励却不乏提高价格的动机,患者在医患关系中陷入绝对劣势。扭转这种局面的关键,在于引入竞争、打破垄断,构建竞争性县乡医疗服务供给机制。

五、农村合作医疗制度建设的国际经验研究

从世界范围实践看,医疗保健已成为生存权的一部分,各国因其国情或国力对国民的医疗保健担负着或多或少的责任,由公共财政支持医疗保健制度运作,医疗保健服务显然应归入公共物品的范围(Liu, X.and Mills, A, 2002)^{36, 37}。日本从20世纪60年代起,建立了覆盖全体国民的医疗保险制度,在农村主要实行强制性的“国民健康保险”制度。政府对国民健康保险的投入约占医疗保险费用总支出的32%~52%(余央央、封进,2006)³⁸。泰国政府在农村实行医疗保险健康卡制度,一户一卡,政府投入达到50%,政府还出资发给贫困农民免费健康卡(World Health Organisation, 2000)³⁹。韩国政府1998年开始在全国农村强制实施医疗保险制度,对于生活贫困线以下者,由政府提供其他形式的医疗费用救济。韩国农村医疗保险的管理与城市一样,采用社会团体管理形式,叫做保险社团(World Bank , 2004)⁴⁰。巴西1994年建立“家庭健康计划”,这是一种关注家庭和社区的农村初级卫生保健制度。“家庭健康计划”所需资金来自联邦和各州的专项资金支持。截止到2002年底,该项计划已覆盖巴西50%以上的农村人口。“家庭健康计划”实施后,巴西农民在医疗服务方面的可及性明显提高,几乎达到90%以上(Wagstaff , A., van Doorslaer E, van der Burg H., Calonge S., Christiansen T., Citoni G., Gerdtham U.G., Gerfin M., Gross L., Hakinnen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachand C., Lauritsen J., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Rodriguez M., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O., 2003)⁴¹。随着新公共管理运动发展,西方国家社会政策改革中福利多元主义(Welfare Pluralism)思潮兴起。福利多元主义一方面要求对政府角色重新定位,另一方面也要求政府与集体经济组织、地方性社区组织以及医疗服务组织等加强合作,共同生产、输送医疗服务,

从而提升医疗服务的效益 (Salmon, L.M., 1990)⁴²。

六、简要的评述

上述研究成果,为进一步探讨新农合制度建设拓宽了研究视野,一些研究成果正在逐渐进入国家卫生行政主管部门的政策程序,对改进新农合工作具有重要指导意义。同时,有必要指出研究工作本身仍有较大拓展空间。一些研究成果重视农民参合率对新农合制度效果的评价作用,但对客观反映农民受益水平的基金平均补偿比、农民参合的实际可补偿比例等,缺乏深入的定量分析。虽然也有文献注意到农民参合意愿研究对推进新农合制度建设的重要性,但就农民参合意愿进行实际调查、深入进行参合意愿影响因素实证研究的成果并不多,从管理效率视角对新农合制度进行定量与定性综合评价的研究成果则更为鲜见。进一步深入研究推进新农合制度建设,分析现实中存在的突出问题、针对我国国情提出操作性强的相关对策建议,对于建立和完善农村基本医疗卫生制度、保证广大农民“病有所医”,全面落实科学发展观和构建社会主义和谐社会、建设社会主义新农村,都将具有十分重要的理论价值和深远的现实意义。

参考文献:

- ^① Hossain, S.I, 1997, “Tackling Health Transition in China”, The World Bank.
- ^② Bogg, L, 2002, Health Care Financing in China: Equity in Transition ,Stockholm : Karolinska University Press, Division of International Health, Department of Public Health Sciences.
- ^③ 平新乔:《从中国农民医疗保健支出行业看农村医疗保健机制的选择》,《管理世界》2003年第11期
- ^④ 朱玲:农村医疗救助项目的效果,《经济学动态》2006.8
- ^⑤ 林闽钢:我国农村合作医疗制度治理结构的转型,《农业经济问题》2006.5
- ^⑥ 侯剑平、邱长溶:健康公平理论研究综述,《经济学动态》2006.7
- ^⑦ 韩俊、罗丹:《中国农村卫生调查》,上海远东出版,2007.1
- ^⑧ 刘华、何军:中国农村医疗保障体系的经济学分析,《农业经济问题》2006.4
- ^⑨ 胡鞍钢、胡琳琳:中国宏观经济与卫生健康,《改革》2003.2
- ^⑩ 魏众, B.古斯塔夫森:中国居民医疗支出不公平性分析,《经济研究》2005.12
- ¹¹ 王瑶平、李信:中国农村医疗保险的经济学视点——医疗服务理想与现实的碰撞,《农业经济问题》2004.3
- ¹² 谭克俭、丁润萍、颢慧琳:《新型农村合作医疗理论与实践》,中国社会科学出版社,2007.6
- ¹³ 王兰芳、孟令杰、徐芳:新型农村合作医疗对农民影响的实证研究——以江苏的调查为例,《农业经济问题》2007.7
- ¹⁴ 杨文选、杨艳:新型农村合作医疗应重视农民的参与意愿——以陕西省旬阳县为例,《农业经济问题》2007.8
- ¹⁵ 丁学东、张岩松:公共财政覆盖农村的理论和实践,《管理世界》2007.10
- ¹⁶ 农业部农业经济研究中心课题组:新型农村合作医疗和特困人口医疗救助相结合的制度建设,《中国人口科学》2007.2
- ¹⁷ 刘凤彦、李玉勤:农村公共医疗卫生体系建设的积极探索——农村公共医疗卫生体系建设研讨会综述,《农业经济问题》2004.5
- ¹⁸ 张建平、王国军:新型农村合作医疗:模式创新与谨防踏入的误区,《农业经济问题》2006.4
- ¹⁹ 周其仁:农民缺医少药的原因,《经济观察报》2007.5.21
- ²⁰ 林晨:中部地区农民参加农村新型合作医疗的影响因素分析,《农业经济问题》2007.1
- ²¹ 邵德兴:《新型农村合作医疗供给模式研究》,中共中央党校出版社,2007.8
- ²² Ali Asgary, Ken Willis, Ali Akbar, Taghvaei and Mojtaba Rafeian: Estimating rural households'

willingness to pay for health insurance, *The European Journal of Health Economics*, Volume 5, 2004.9

²³张车伟: 营养、健康与效率, *经济研究* 2003.1

²⁴高梦滔, 姚洋: 健康风险冲击对农户收入的影响, *经济研究* 2005.12

²⁵王曲, 刘民权: 健康的价值及若干决定因素, *经济学(季刊)* 2005.1

²⁶封进、余央央: 中国农村的收入差距与健康, *经济研究* 2007.1

²⁷赵忠: 我国农村人口的健康状况及影响因素, *管理世界* 2006.3

²⁸叶宜德、汪时东等: 不同农户参加新型合作医疗意愿的研究, *中国卫生经济* 2003.9

²⁹高梦滔、高广颖、刘可: 从需求角度分析新型农村合作医疗制度运行的效果, *中国卫生经济* 2005.5

³⁰赵晓强、张雪梅: 贫困地区农村新型合作医疗参合率和利用率研究——贵州省X县农村新型合作医疗的调查, *农业经济问题* 2006.6

³¹高梦滔、王健: 从供给角度对农村新型合作医疗可持续性的思考, *卫生经济研究* 2004.9

³²李玲: 新农村建设中的农村医疗卫生发展, *人民网·理论专题* 2006.6.21

³³Li, H. and Zhu, Y., 2004, "Income, Income Inequality, and Health: Evidence from China", Paper, Department of Economics, The Chinese University of Hong Kong presented at the Conference "Inequality and Poverty in China" organised by World Institute for Development Economic Research and Institute of Population and Labor Economics, CASS, Beijing: 23—24 April.

³⁴顾海、唐艳: 强制性制度变迁与农户理性不及的反应——对新型农村合作医疗的两点思考, *农业经济问题* 2006.11

³⁵朱玲: 构建竞争性县乡医疗服务供给机制, *管理世界* 2006.6

³⁶Liu, X. and Mills, A., 2002, "Financing Reforms of Public Health Services in China: Lessons for other Nations", *Social Science and Medicine*, 54, 1691—1698.

³⁷Bloom, G., Gy Xingyuan, 1997, "Health Sector Reform: Lessons from China", *Social Science and Medicine*, 45, 351—360.

³⁸余央央、封进: 收入差距与健康关系的研究综述, *经济学动态* 2006.7

³⁹World Health Organisation, 2000, *World Health Report 2000*, Geneva.

⁴⁰World Bank, 2004, *World Development Index*, World bank.

⁴¹Wagstaff, A., van Doorslaer E., van der Burg H., Calonge S., Christiansen T., Citoni G., Gerdtham U.G., Gerfin M., Gross L., Hakinen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachand C., Lauritsen J., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Rodriguez M., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O., 2003, "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", *Journal of Health Economics*, 18 (3) 263—290.

⁴²Salmon, L.M., "The Nonprofit Sector and Government: The American Experience in Theory and Practice", in Anheier, H.K. and Seibel W. *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations*. N.Y.: Walter de Gruyter, 1990, p.220