

内容摘要：现阶段我国正处于新型农村合作医疗制度的试点推广阶段，其效果与我国社会文明建设息息相关。文章首先通过对社会效益、民众意愿和历史因素三个方面的分析，指出了在我国农村实行合作医疗的合理性，以及现行农保制度在制度设计方面的不足，并在数理分析和逻辑推理的基础上提出了改进建议，最后从历史观的视角分析了以实行财政补贴和政府反哺为主的筹资模式的可行性。

关键词：新型农村医疗保障制度，制度设计，筹资模式

一、中国农村医疗卫生状况现状分析

我国目前进入了老龄化时期，65岁以上老年人在人口中的比例已超过7%，60岁以上的老年人口已达1.43亿，占总人口的11%，21世纪中国老龄化有加剧的趋势。我国是典型的未富先老型国家，中国农村的医疗卫生状况令人堪忧，三级医疗网络濒临解体，乡镇卫生院1/3基本瘫痪，1/3仅能维持生计，1/3能够发展（国务院发展研究中心，2005），农民抵御重大疾病灾害的能力十分脆弱。

严格的城乡户籍制度造成了我国分明的城乡二元社会结构，城乡居民收入差距甚大，国家对城乡间医疗保障制度的安排也不合理，而城乡居民面对的是统一的药品定价和医疗服务费用，造成了在中国农村普遍存在的因病致贫、因病返贫现象。有研究表明，医疗消费在中国农村有着奢侈品的性质，农民对医疗存在着潜在需求，但是受到目前收入水平的制约，医疗需求的满足尚处于从属的地位（卫龙宝，2005）。有以问卷形式对中国内地六省310个村庄进行了直接入户方式的调查访问，结果显示，有79.7%的调查对象反映，他们所在村庄存在农民因病致贫、因病返贫的现象（岳书铭，2005）。国家卫生服务调查的结果显示，在中国农村的贫困户中，因病致贫的户数占了很大的比例，该比例在1998年和2003年分别为21.61%和33.4%（卫生部统计信息中心，2004）。更有学者认为，在中国的不同地区，疾病导致了20%~70%的贫困（Jiang，2004）。

二、新型农村合作医疗制度的合理性分析

合作医疗制度能够提高整个社会医疗卫生服务的利用率和公平性，这一点已经得到研究证实。合作医疗能为大多数农村居民提供基本医疗卫生服务，与自费看病相比，参与农村合作医疗的农民在花费相同成本的前提下能享受更多的医疗卫生服务。根据联合国儿童基金会对中国10个贫困县进行的调查，合作医疗覆盖的低收入人群比没有参加合作医疗的同等收入人群有更高的医疗卫生服务利用率，他们的经济负担（个人在医疗方面的支出占其总收入的比重）也相对低。这表明合作医疗提高了农村医疗卫生服务的利用率和资金筹集方面的公平性，以及整个社会的福利水平。另外，以历史的观点考察我国农村医疗保障制度的演进，发现合作医疗符合我国的实际情况，并且执行层有历史经验可循，在制度探索方面可以总结经验，少走弯路。根据国办发[2003]3号文件《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的规定，农村合作医疗基金主要补助参加新型农村合作医疗农民的大额医疗费用或住院医疗费用。保大病即在农民患大病的时候给予医疗费用保障，防止农民因看不起病而陷入贫困，有利于实现卫生资源在不同收入水平农户之间的合理分配。这种观点认为，农村民众更加关注医疗合作制度对大病的保障程度。补助参加新型农村合作医疗农民的大额医疗费用或住院医疗费用的制度更能提高社会的综合绩效和社会整体福利，同时也是农民当前所需要的。关于保大病还是保小病这一问题，长期以来一直有所争议，笔者认为这一问题还有待进一步研究。

三、新型农村合作医疗制度存在的缺陷及建议



下面分析实行保大病不保小病的医疗保障模式有悖于提高社会总体福利效益。构建简单评价社会总体福利效益的模型：建立三维坐标体系，分别以 X 轴表示参合的居民人数，Y 轴表示社会平均单位参合人员医疗费用，Z 轴表示社会平均单位参合人员福利效益。在 X（参合的居民人数）轴与 Y（社会平均单位参合人员医疗费用）轴所构成的二维平面的曲线积分表示社会用于医疗保障的全部资金；在 X（参合的居民人数）轴与 Z（社会平均单位参合人员福利效益）轴所构成的二维平面的曲线积分表示 Q（社会总体福利效益）；Y（社会平均单位参合人员医疗费用）轴与 Z（社会平均单位参合人员福利效益）轴所构成的二维平面中，把从消费社会平均单位参合人员医疗费用的一个额外的数量中所获得的额外的社会平均单位参合人员福利效益定义为边际效用，假设 Y（社会平均单位参合人员医疗费用）=0 时，Z（社会平均单位参合人员福利效益）=0；根据边际效用递减的原则，确定 Y（社会平均单位参合人员医疗费用）与 Z（社会平均单位参合人员福利效益）之间的函数关系 $Z=Yb$ ，其中 $0 < b < 1$ ，Z（社会平均单位参合人员福利效益）= $(A/B)b$ ，社会总体福利效益为 Z（社会平均单位参合人员福利效益）在 X（参合的居民人数）轴上的积分， $Q1$ （社会总体福利效益）= $AbB1-b$ 。实行保大病不保小病的模式，医疗保障的覆盖面为患大病或住院的参合居民 $a \times B$ ，其中 a 为患大病或住院的参合居民人数与全体参合居民人数的比值（ $0 < a < 1$ ）。结论为实行保大病不保小病的医疗保障模式比实行保大病不保小病的医疗保障模式更能够提高社会总体福利效益。

定位于保大病的机制，造成高成本、低效益、收益面过小、制度缺乏可持续性。农村新型合作医疗设立了严格的起付线，只有大额医疗费用或住院治疗费用才能纳入补偿范围。而 1993 年和 1998 年两次全国卫生服务调查显示，中国农村人口住院率只有 3% 左右（刘军民，2005）。这么低的受益面显然无法激励农民积极参加，而且这种设置在很大程度上阻止了人们获取以预防、初级保健为重点的公共卫生和基本医疗服务，在自愿参加的前提下，即使参加以后也会有人不断退出，最后造成制度无法持续。而保大病有利于刺激农民参加合作医疗的积极性，同时真正影响居民整体健康水平的是常见病和多发病，保大病可以有效防止许多农村居民因无钱医治小病而拖延成了大病。

所以，要根据我国实际国情和生产发展水平，充分考虑我国不同地区农民收入水平的差异，采取不同的医疗制度安排，在经济发达地区实行保大病不保小病的模式，在经济欠发达的地区实行既保大病又保小病的模式，确保把农村居民中无力支付合作医疗费用的低收入者纳入到农村医疗保障体系当中。

四、筹资措施

从 2006 年开始，国家提高了中央和地方财政对“参合”农民的补助标准，中央财政的补助标准由目前每人每年从 10 元提高到 20 元，地方财政也相应增加 10 元，这样政府给每位农民补助提高到 40 元，而农民缴费标准不变。然而，即使政府给每位农民补助提高到 40 元，仍然不能满足农村居民医疗保健的费用支出，全国农村居民家庭平均每人每年医疗保健支出 96.61 元，其中发达地区 120~270 元，经济欠发达地区 100~119 元，经济贫困地区 60~99 元（王向东，2004）。农村医疗费用仍然存在较大缺口，如何解决这一问题成为目前民众关注的一个焦点，农村医疗保障费用的筹措成为推进农村新型合作医疗制度发展的瓶颈。

从历史上看，中国农业对工业贡献的主要受益者是全民所有制企业和城市，表现为劳动积累和资本积累，以及城市扩张的用地。全民所有制企业和城市理应成为反哺成本的首要承担者。自从全民所有制企业更名为国有企业后，农民对原有的全民所有制企业的积累贡献被淡化，在国有企业改制的过程中呼吁保护工人权益的同时也淡化了全民中所包含的农民成分。由于国家具有强制力和财政资源的支配权力，所以以各级政府及其职能部门为行为主体的工业反哺农业行为的政府反哺，应当是工业反哺农业中最基本也是最重要的反哺。有学者研究了政府反哺实现机制和社会化反哺实现机制，认为工业反哺农业应当视为农业对工业的早期投资所形成的历史投资的一种“期权收益”和工商业为获取对农业生态产出的消费而支付给农业的生态建设基金（朱四海，2005）。农业应当获得对工业的历史投资所形成的期权收益以及农民应当参与



国有企业（改制后的全民所有制企业）利润分红，同时农业应当为提供生态产出而获得工商业提供的生态投入及生态建设的基金。

农业为工商业提供生态产出，工商业为农业提供生态投入，生态消费者支付生态生产成本，这就是工业化背景下分摊生态责任的基本逻辑、基本思路。当今社会，随着经济的发展，生态环境有不断恶化的趋势。中国经济持续发展的生态环境成本不断提高，生态环境的恶化主要是由于工业化的进程造成的。工业对农业有负的外在性。工业发展过程中伴随着自然资源耗费、生态破坏、环境污染等种种后果。农业在承受工业发展带来的生态恶化恶果的同时却没有得到应该得到的补偿。单纯对生态环境的作用而言，农业对工业具有正的外在性，农民在进行农业生产的同时，不仅在从事生产实际的农业产品的工作，而且改善了农村和城镇居民共同生活的自然生态环境。生态环境具有明显的非排他性，农村居民在享受自己创造的良好生态环境的同时并不能阻止城镇居民享受，因而农民无法向城镇居民收取应该得到的生态建设资金，城镇居民无偿地享受了由农村居民生产的良好生态环境。所以应该由国家强制执行这一操作，以实现工商业为获取对农业生态产出的消费而支付的生态建设基金。这样不仅可以为农村保障制度进程的推进筹集到所缺乏的资金，更重要的是可以降低中国经济发展的社会总成本，有效解决外在性导致的无效率。当工业对农业存在负的外在性时，工业的边际社会成本大于行业边际生产成本，差额就是边际外部成本。工业为了实现行业利润最大化需要行业平均价格等于行业边际生产成本，而有效的生产应该是行业平均价格等于边际社会成本，外在性造成了社会生产的无效率，增加了社会总成本。同样道理，农业对工业的正的外在性也会造成社会生产的无效率，增加社会总成本。所以发展农业必须从过去单纯注重其经济意义向经济意义和生态意义并重的方向转变，工商业必须为获取对农业生态产出的消费而支付生态建设基金。

社会化反哺机制是对政府反哺机制的补充。社会化反哺就是发挥政府以外制度力量的作用，培育多元化的非政府反哺主体，提供多元化的非政府反哺供给，以满足不同层次的反哺需求，实现反哺目标，并对政府反哺进行补充和完善。

五、总结

在中国公共卫生投入与世界不同发展水平的国家相比总体不足的背景下，相对匮乏的公共卫生投入在中国城乡之间分配又严重缺乏公平性。数据分析显示，中国公共卫生投入严重偏向于城镇，中国农村的医疗卫生状况恶劣，疾病不仅成为制约农村居民生活水平提高的重要因素，而且是农村居民致贫返贫的重要原因，在我国农村建立医疗保障制度形势紧迫。本文从社会医疗卫生服务的利用率和公平性、农村居民的意愿和中国农村医保制度的演进这三个方面证实了在中国农村实行合作医疗制度的合理性；同时分析了我国现行新型农村合作医疗制度目前存在的缺陷，提出要根据我国实际国情和生产力发展水平，充分考虑我国不同地区农民收入水平的差异，采取不同的医疗保障制度安排，在经济发达地区实行保大病不保小病的模式，在经济欠发达的地区实行既保大病又保小病的农村医疗保障模式；在资金筹措方面，结合社会反哺和国际资本等辅助筹资方式，以财政补贴和由农业对工业的早期投资所形成的历史投资的一种“期权收益”和工商业为获取对农业生态产出的消费而支付给农业的生态建设基金而组成的政府反哺为主；在制度选择方面，通过能够代表农民利益、维护农民权益的非政府机构采取直接补贴的方式管理资金。

