

# 论建立中国农村健康保障制度之必要性 及相关的政策问题

刘远立  
饶克勤  
胡善联

2001年6月

鸣谢：

本研究得到了亚洲开发银行和国家计委社会发展司的大力支持。北京大学的孙祺和哈佛大学的 Dr. Manoj Mohanan 在数据分析、报告编辑等方面提供了大量的帮助。苏州市卫生局以及昆山市卫生局等单位在现场考察过程中给予了热情的配合，在此表示感谢。报告内容由作者独立完成。

## 摘 要

在过去的 20 年里，中国经济实现了显著增长，人民的健康水平得到了持续的全面的改善。尽管如此，中国卫生系统仍然面临着许多问题和挑战，尤其在卫生筹资方面。而且农村人口的健康筹资问题特别突出。1993 年，农村居民的保险覆盖率已经很低了，只有 12.8%。到 1998 年，则只有 9.5% 的农村居民参加了保险。自从一度辉煌的合作医疗制度在 80 年代早期衰败以来，许多农村的社区，尤其是贫困农村，面临着许多重大问题。而 80 年代早期正是中国由集体农业生产向家庭承包责任制转变的时期。目前有 90% 的农村人口没有保障，完全靠自费来支付医疗服务。利用费的收取和昂贵的直接成本足以使许多没有能力支付他们所需的基本医疗保健的农民放弃治疗。贫困农村地区因病休工和卧床天数是全国农村平均值的两倍。而且医疗费用可以带来经济困难。我们利用 1998 年国家卫生服务总调查的数据测算了不同农村地区的医疗费用对贫困人口比例的影响。整个农村样本的贫困人口比例为 7.22%。通过自费支付医疗保健使得贫困人口比例增长了 3 个百分点还要多。换句话说，医疗费用使得生活在贫困线以下的农村居民数增加了 44.3%。同样的，医疗费用对贫困缺口的影响也是相当大的。从整个农村平均来讲，如果把因病致贫也算在内的话，贫困缺口几乎增加了 146.6%。

如果说对建立农村健康保障制度的需要是切实而且迫切的话，那中国在这方面为什么迟迟没有实质性的进展呢？中国目前采取的政策是在合作医疗的基础上，逐步扩大对农村人口的覆盖率。但合作医疗作为一种以社区为基础的风险共担机制要受到各社区社会经济发展状况的影响。自 80 年代早期经济体制改革以来，合作医疗还未取得过显著的进展。通过对与合作医疗有关的外部社会经济因素和内部组织因素进行研究，我们发现要建立和维护农村健康保障体系就必须具备以下四个主要条件：经济发展水平、人民投保的意愿、适当的组织和管理方式以及政府的支持。中国自身的经验表明，要建立和维持广泛覆盖的农村卫生保障体制，就必须要有强大的政府支持。一些政策制定者，特别是那些主张居民“自愿的”加入以社区为基础的农村卫生保障体制的人，寄希望于经济发展能够带动人们对卫生保障的需求增加，从而社区自然会考虑启动健康保障的问题。但事实并非如此。尽管 80 年代以来经济稳步增长，并于 1996 年明确了农村健康保障的政策导向，现如今大部分农村人口仍没有保障。目前成功的合作医疗机制都是因为有着强大的政府支持。迄今为止，我们尚未发现完全由政府组织发起并能持续运做而不需要政府支持的合作医疗机制。

多方面原因说明了政府支持的必要性。首先，由经济体制改革所带来的地区间经济社会发展的不平衡，意味着如果完全依靠当地社区来建立农村卫生保障体制，则必然会有一些社区被落在后面。常有一些地区，因资金太少和社会资本太低以至于根本无法建立有意义的健康保障制度。政府有责任来帮助那些地区。第二，在中国由于医疗保险市场尚有待开发，因此建立农村健康保障制度需要农民信任主管机构，且这些机构应有足够的筹资和风险转移的权威和能力。除沿海地区或那些乡村企业发展较好的地区外，许多农村地区不得不依赖政府组织处理下列复杂问题：补偿方案设计、社会宣传、资金筹集、进药和管理等。在贫困农村尤其如此。但到目前为止，政府特别是中央政府在发展农村健康保障制度方面的作用还很小。1998 年建立的负责社会保障工作的社会劳动保障部仅负责城镇职工的医疗保健筹资与保险计划。8 亿农民，尤其是贫困地区的农民的卫生服务筹资该由谁管理和负责还没有明确。

不同的社会经济条件和卫生保健需要将中国广大农村地区划分为“三个世界”：沿海高收入地区属于“第一世界”，中部中等收入地区是“第二世界”，西部低收入地区可看成是“第三世界”。基于对需要、政府职责和可行性的评价，表 18 归纳了适于“三个世界”的三种农村健康保障制度的模式——针对低收入地区的医疗救助制度，针对中等收入地区的合作医疗强化制度和针对高收入地区的住院保险制度。

生活在贫困地区的人（例如国家级“贫困县”）难以享受到基本的初级卫生保健服务，并且由于收入低，相对较小数额的医疗花费就能够带来经济困难甚至加深贫穷的程度。因此，低收入地区的健康保障制度至少应当保证一系列成本效果好的基本卫生服务如专业人员接生（在家或在医院）等服务的可及性。此外，该制度还应当对因病致贫的家庭提供一定水平的经济援助。在中等收入地区，初级卫生保健服务可及性问题较少。但是这类地区（目前大多数中国农村社区属于此类）农村居民的收入和医疗费用承担能力的变异最大。因此，人们

常常需要和要求综合的卫生服务保障，包括门诊服务、药品和住院服务。相对而言，高收入地区不存在严重的初级卫生保健可及性问题。大多数家庭可以靠自己的能力购买所需要的初级卫生保健服务。他们最需要的是农村健康保障制度能够提供一种机制，以减轻那些常常需要住院治疗的疾病带来的经济负担。因此，我们提议这类地区农村健康保障制度的重点应放在住院保险。

在三种模式均需要多方筹资的前提下，我们基于对不同资金的需要和融资能力的考虑提出了每种模式的主要资金来源。社会主义市场经济的公平性原则表明，政府尤其是中央政府，应当承担为社会最贫困人口健康保障制度筹资的主要责任。目前，中央政府出资人均 30 元为西藏居民提供“免费服务”，同时家庭提供几乎同等数量的配套资金。因此，我们建议中央政府为国家级贫困县建立健康保障制度提供人均 12 元的补助（这个数额还不到西藏的一半）。在中等收入地区，启动和鼓励私人投入都需要政府的资金支持。但是，所需资金的大部分将来自家庭，因为当地政府收入有限，集体企业数量也很少。高收入地区由于其雄厚的乡镇或者村集体企业而有别于其他地区。因此，以社区为基础的集体资金可用于为农村健康保障制度筹资，主要覆盖发病概率低但经济风险大的项目。依靠个人自愿投入建立这种保险会面临有效需求低（因此资金筹集困难）和逆向选择的问题。尽管政府的投入并非必需，但政府能否在组织这种制度方面发挥积极作用还是非常重要的，因为在中国市场经济条件下风险分担的社会意识还不够强。

为了成功地执行上面提到的“三个世界与三种模式”的基本策略，我们认为在以下六个方面做出明智的政策决定是非常重要的：

#### （1） 稳定而有法律依据的筹资来源

中国农村健康保障制度稳定筹资的两个主要问题是：政府支持的制度化和家庭投入的法制化。政府支持制度化意味着必须做出两个决策：a. 明确各级政府财力支持的来源和水平，b. 明确政府资金的配置与使用。政府财政支持可来自多种渠道，包括专项税（如香烟附加税）和总税收。政府资金的一部分可以用于为贫困人口购买基本的预防和治疗服务，部分资金可用做地方政府和家庭投入的配套资金。或者，部分资金可用做因病致贫的救助基金，在县、省、或国家级水平上进行管理。健康保障制度是否应当具有法律效力，即家庭投入是自愿还是强制，是一个政治性非常强的问题。持不同观点的人各有各的道理。由于认识到农民的税额较高和地方政府官员常常滥用征税权力，许多中央政府官员将减税（不再征收任何新的税项）放在首要位置。另一方面，参与农村健康保障制度研究的部分政策制定者和学者观察到，除非政府制定法规明确家庭投入的必要性与合法性，全国性健康保障制度将由于缺乏稳定的筹资支持而无法发展。因此，至少应当允许村级以上机构征收用于健康保障制度的保费，当然征收过程必须符合一定标准如资金征收人员的资格并规定征收的最高额度，比如说社区中人均年收入的 3%。在这种情况下，中央政府采取了一种过渡方式，虽然没有使其成为强制性制度，却对家庭投入和地方政府组织该计划提供了一种激励机制。否则，宣布在全国范围内建立类似合作医疗之类的农村健康保障体制的政府政策仅仅是一句空话。

#### （2） 提高风险分担能力

由于认识到了小规模风险分担的弊病，许多经过改革的合作医疗已经将传统的村级水平风险分担扩大为乡级水平的风险分担。然而，现行的税收政策使得风险分担水平难以超越村级水平。乡镇政府没有合法权利收集风险分担计划的资金。这项权利交由村委会负责，并接受全体村民的监督。在这种情况下，没有所有村民的同意是不可能建立乡级风险分担机制的。在当今市场经济体制和村民民主的形势下，很难在村与村之间取得一致的意见。为了满足对较大风险分担机制的需要，一种方法就是给予乡镇政府一定的权力收集资金并为了健康保障的目的将风险和资源集中起来。另一个办法是由上级政府为乡级及其以上的风险集中提供配套资金，从而激励各村将其村级基金的部分或全部与外部配套资金集中起来以扩大其受益程度。

#### （3） 加强健康保障制度的“购买”功能

因为风险分担机制不仅仅是一个筹资机制，而且是组织卫生服务提供的有效方法，所以应当加强中国健康保障制度的购买功能。由于大多数合作医疗由乡镇卫生院管理，如果有任何购买功能也是由卫生院完成的。乡镇卫生院有动力也有能力完成有关村卫生室服务的购买功能。这也部分地解释了我们所观察到的合作医疗对村卫生服务供给的影响在统计学上有显著性的原因。但是当乡镇卫生院涉及到购买其本身提供的服务时就另当别论了。更多的选

择可以尝试，如县卫生局、各种农业合作组织、乡村企业、村民协会等等作为购买者。购买涉及的另一重要的问题是支付方式。合作医疗制度下的主要支付方式是按项目付费。享受者首先自己付费，然后在合作医疗办公室持医疗费用帐单报销。有些地方如在新疆自治区喀什地区采取不同的方式支付村医(工资加每处方人次的固定收费)和乡镇卫生服务提供者(按项目付费)。主要挑战是设计一种不刺激服务提供者过多提供服务，同时又能维持一定服务质量标准的支付方式。

#### (4) 加强社区参与和控制

由于农村缺乏完善的社会保障机构以及腐败现象的存在，人们不相信任何一种没有得到证实的或者管理不善的新制度。人们是否相信这种制度不仅与人们是否愿意开始并继续交纳费用有关，而且与消费者满意度有关。为了取得人民的信任，一个选择是使制度运行更加透明，另一个选择是在制度发展整个过程中鼓励并使得人们的参与制度化。因此，加强社区参与和控制有助于：稳定筹资，降低制度被滥用的可能性，提高消费者满意度。

#### (5) 加强政府在政策引导、技术援助和组织监督方面的作用

##### a. 建立明确的农村健康保障制度政策导向

一个明确可行的政策应当是由关于农村健康保障制度主要参与方的作用和职责构成的公开声明，主要参与方包括家庭、社区、不同层次的政府部门、保险机构和卫生服务提供者。这将有助于避免相关政策中常常存在的困惑、矛盾和不协调。这种指导原则不必包罗万象，但要明确且具有一定的灵活性，允许地方在一定程度上有所创新。

##### b. 为贫困地区提供技术支持

在中国建立全国性农村健康保障制度所面临的挑战不亚于城市医保改革。许多乡村缺乏解决农村健康保障制度组织过程中所遇到如病历记录、核算、合同、受益内容设计、支付提供者等日常问题的基本能力。因此，政府在对有需要的社区提供启动和后续技术培训中应发挥重要作用。技术支持的一部分内容可以是找出并推广现有的具榜样作用的合作医疗经验。

##### c. 提供组织监督

由于技术不完善和腐败等许多原因，由地方管理的保障制度有时会出现这样那样的问题。这时，政府就必须介入以纠正这些体制上的缺陷。更重要的是，在建立诸如通过诉讼和法律程序解决责任和义务问题的机制及配套计划方面，政府应当发挥非常积极的作用。所有上述指导、发展和监督中国农村健康保障制度的职能应当由谁来承担，也是一个非常重要的政策问题。目前，还没有指定的国家级机构负责监督中国农村健康保障制度的发展。

#### (6) 采取循序渐进、协调一致的方式

由于中国农村地域广大，政府肩负着在有代表性的农村地区组织试点以便为制定农村健康保障制度的国家政策提供信息的重要责任。值得进一步研究的主要问题包括：健康保障制度的筹资与地方税收的关系、转移支付(方式及其效果)、多层次受益内容设计、资金管理、社区参与及控制机制、服务提供者支付机制。任何一种新的农村健康保障制度都必须适应中国的经济和卫生大环境。目前面临的挑战是如何协调相关政策并将子系统有机结合，使其实现最大效率和作用。一个与当前农村税收制度改革有关的例子就是，重点放在了减轻税收负担上，而对于农村健康保障制度的筹资需要却只给予了极少的关注。

# 目 录

- 1、 前言
  - 1.1 背景和有关问题
  - 1.2 中国卫生体制发展的历史过程
    - 1.2.1 计划经济时期的中国卫生体制
    - 1.2.2 经济改革时期的中国卫生体制
  
- 2、 建立中国农村健康保障制度的必要性
  - 2.1. 卫生系统和健康保障系统
  - 2.2. 医疗费用所造成的经济负担
    - 2.2.1. 卫生费用激增所产生的影响
    - 2.2.2. 医疗费用对于贫困的影响
  - 2.3 健康保障系统与医疗保健的利用情况
  - 2.4 健康保障系统与初级医疗保健服务的提供
    - 2.4.1 合作医疗与乡镇卫生院的工作效率
    - 2.4.2 合作医疗与村级卫生保健服务的提供
  
3. 影响中国农村健康保障制度发展的主要问题
  - 3.1 现有的农村健康保障机制
    - 3.1.1 实行预付的预防计划
    - 3.1.2 合作医疗体制的延续
  - 3.2 建立农村健康保障体制的社会经济背景
    - 3.2.1 高收入地区的农村健康保障系统
    - 3.2.2 中等收入地区的农村健康保障系统
    - 3.2.3 低收入地区的农村健康保障系统
      - 3.2.3.1 10 个贫困县的干预性研究
      - 3.2.3.2 西藏的合作医疗体系
  - 3.3 人们参与农村健康保障体系的意愿
  - 3.4 组织与管理
  - 3.5 政府的支持与农村健康保障制度
  
4. 结论与政策建议
  - 4.1 “三个世界”与三种模式
  - 4.2 发展农村健康保障系统的主要政策问题
    - 4.2.1. 稳定且合法的筹资来源
    - 4.2.2. 提高风险共担的能力
    - 4.2.3 加强健康保障系统的购买力
    - 4.2.4 加强社区参与和控制
    - 4.2.5 加强政府在政策引导、技术援助和组织监督等方面的作用
    - 4.2.6. 采取循序渐进、协调一致的方式
  
5. 附录
  - 5.1 关于与合作医疗有关的卫生服务供方因素的改善情况的分析
  - 5.2 中国社区筹资计划的主要特征
  - 5.3 对社区预付制的需求的经济学模型

## 1、前言

### 1.1 背景和有关问题

在改革开放的 20 年里，中国的工农业发展取得了长足的进步。1978 年以来，国民生产总值（GDP）年均增长率达 10%，农业 GDP 年均增长率达 5.2%；农村工业年产出增长率达 31%（世界银行，2000）。中国同时还显著的减少了贫困，绝对贫困人口减少了 2.1 亿，目前贫困人口仅占农村人口的 6%。城乡居民人均收入分别由 1978 年的 343 元和 133 元增加到 1999 后 5854 元和 2210 元，在过去的 20 年里分别实现了 360%和 473%的增长（国家统计局 2000）。快速的经济增长同时也促进了中国卫生事业的发展 and 现代医疗技术的广泛应用（见表 1）。医院床位数从 1985 年的 250 万张增加到 2000 年的 320 万张，卫生专业人员数从 1985 年的 430 万增加到 2000 年的 560 万（卫生部，2000）。2000 年每千人口病床数为 2.4 张，医生数为 1.7 名。这一比例高于世界上其它的低收入国家（世界发展指标 1999）。随着生活水平的提高和卫生服务提供的改善，人口的总体健康状况很自然的得到了相应的改善，婴儿死亡率（IMR）从 1981 年的 34.7‰降至 2000 年的 22.8‰。孕产妇死亡率从 1989 年的 94.7/10 万降到 2000 年的 53.0/10 万（卫生部 1991；卫生部，2000）。

表 1. 中国的经济和卫生发展情况

	1980	1985	1990	1995	1999
人均收入* (元)					
城市	477	739	1510	4283	5854
农村	191	397	686	1577	2210
每千人口医生数**					
城市	3.22	3.35	2.95	2.39	2.34
农村	0.76	0.85	0.98	1.07	1.11
每千人口医院病床数**					
城市	4.70	4.54	4.18	3.50	3.49
农村	1.48	1.53	1.55	1.59	1.57
婴儿死亡率(1/1000)**					
城市			17.3	14.0	11.9
农村			58.0	41.6	38.2
孕产妇死亡率 (1/100000)**					
城市			45.9	39.2	26.2
农村			112.5	76.0	79.7

资料来源：\* 国家统计局，2001

\*\* 卫生部卫生统计年报 2000

中国在经济增长和卫生事业发展方面所取得的显著成就显示出其为 12 亿人口，尤其是农村人口，发展综合的卫生服务体制的巨大潜能。然而，以国际以及中国自己的标准来看，这种潜能没有得以完全的实现。从全球范围来看，卫生系统的责任不仅在于改善人民的健康，而且还要帮助他们应对疾病所导致的高额花费，同时也要保证病人的基本尊严和权利受到保护。因此，正如世界卫生组织建议的那样（世界卫生组织，2000），任何一个卫生体制都有三个基本目标：（1）改善其服务人口的健康；（2）满足人民的期望；（3）提供健康保障，防止因病致贫。2000 年世界卫生组织报告根据这三个标准，对各国的卫生系统业绩进行了测量并排序。中国的卫生体制在 191 个国家里情况如何呢？以下是得分情况：从卫生成就、水平和分布来衡量，中国总体卫生成就排 81 位。健康分布（儿童生存的平等性）排 101 位。从制度对服务对象需求的反应性来衡量，中国处于 88 和 89 位之间，反应性的分布排 105 和 106 之间。从卫生筹资的公平性看，中国排 188 位！仅稍好于巴西、缅甸和塞拉利昂。这一国际比较并非没有其方法学上的问题（William, 2001），但它仍清楚的指明了中国卫生体制主要问题所在。就卫生筹资体制的公平性而言，中国为什么会一下子成了世界上最糟糕的

体制之一呢？让我们分析一下经验性研究所得的数据。

表 2：中国卫生总费用（1980 - 1998）

	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
卫生费用占 GDP%	3.17	4.01	4.11	4.09	3.96	3.78	3.86	4.2	4.55	4.82
卫生总费用(10 亿元)	45.1	138.4	155.1	176.5	193.6	208.5	235.2	280.9	330.3	377.6
政府占卫生总费用的%	36.4	25.0	22.8	20.8	19.7	19.2	17	16.1	15.4	15.5
个人占卫生总费用的%	23.2	37.1	38.8	41.1	43.4	45.6	50.3	54.4	56.8	57.8
公共卫生占政府卫生费用 的%		76.1	75.1	74.3	71.6	72.8	70.6	70.5	69.4	69.9

资料来源：卫生经济研究所 I，1990 - 1998 全国卫生总费用

表 2 总结了我国卫生总费用的来源和水平。尽管卫生总费用占 GDP 的比例从 1980 年的 3.17% 增至 1998 年的 4.82%，其中政府在总费用中所占份额却从 1980 年的 36.4% 降至 1998 年 15.5%，与国际趋势相反。同期的个人支付占总费用的比例由 23.2% 增至 57.8%。一项关于经济增长与直接支付卫生费用占卫生总费用的比例之间的关系的国际研究显示，与大多数同类国家相比，中国还相对落后（见表 3）。从表中我们可以看出，随着一个国家的发展和经济增长，政府占卫生支出的份额不断加大，从而直接付费所占的比例不断降低。在所列举的国家中，许多国家的经济规模较小、人均收入较少，而中国的个人支出占卫生总费用的比例最大，为 75.1%。

表 3. 人均 GDP 和直接自费支出的卫生费用的国家间比较

	人均 GDP (PPP US\$) <sup>2</sup>	卫生总支出占 GDP 的比例 <sup>1</sup>	卫生总费用中直接自费支出的比例 <sup>1</sup>
美国	30041.07	13.7	16.6
日本	25372.77	7.1	19.9
德国	22678.15	10.5	11.3
瑞典	21209.77	9.2	22.0
英国	20998.15	5.8	3.1
韩国	15306.59	6.7	43.0
马来西亚	8556.40	2.4	42.4
俄罗斯联邦	7190.76	5.4	23.2
泰国	6575.07	5.7	65.4
菲律宾	3869.93	3.4	49.1
印度尼西亚	3217.83	1.7	47.4
中国	3152.87	2.7	75.1
斯里兰卡	3035.29	3.0	51.8
津巴布韦	2812.20	6.2	38.2
孟加拉	1381.50	4.9	54.0

资料来源：1-世界卫生组织 2000 2-SIMA (世界银行)

尽管医疗费用大幅度增加，中国的保险覆盖却大为减少。中国卫生部的两次全国卫生服务调查显示，有医疗保险的人口由 1993 年的 30.2% 降至 1998 年的 23.6%（卫生部，1994，卫生部，1999）。这个问题在农村人口中尤为突出。1993 年的农村居民医疗保险覆盖率已经够低了（12.8%）。而到 1998 年，则降到了 9.5%（见表 4）。这就是说，当前绝大多数农村居民要自费支付其所需要的卫生服务。医疗费用激增使许多人无力购买其所需的服务。

80 年代以来，中国年均卫生费用的增长速度一直都比经济的增长速度快。可能由于人

口老龄化，生活方式的改变，医疗服务价格增长和环境污染等因素，中国卫生总费用占 GDP 的比例由 1999 年 4.8% 攀升至 2020 年的 10% (Rao et al. 2000)。尽管卫生服务设施增加，但由于上述原因，再加上保险覆盖面低的问题，中国卫生服务利用下降了。巨大的医疗花费同时还会带来经济困难。许多社区调查显示，医疗花费成为导致贫困的首要原因 (Yuan 和 Wang 1998, 国务院研究室, 1994)。中国缺乏适当的“健康保障制度”(卫生筹资风险分担机制) 的问题，特别是对农村人口而言，再也不被能忽视了。

表 4: 卫生部门县及县以上医院医疗费用和医疗保险覆盖面

	1990	1995	1999	改变%(1990-1999)
<b>医院医疗费 *</b>				
每次门诊 (元)	10.9	39.9	79	625%
每次住院 (元)	473.3	1668	2891.1	511%
<b>各种医疗保险覆盖**</b>				
		1993	1998	(1993-1998)
城市 (%)		53.73	42.09	-22%
农村 (%)		12.83	9.58	-25%

资料来源:

\* 卫生部卫生统计年报 2000

\*\* 卫生部, 1993、1998 全国卫生服务调查

如果说中国的决策者从未注意到上述问题，那显然是有失公允的。实际上，中国政府越来越强烈的意识到健康保障制度的重要性。除了政府极力推动城市医疗保险体制改革外<sup>1</sup>，不同级别和不同部门的政策制定者也在过去的不同时期里曾试图解决农村健康保障问题。1993 年，国务院研究办公室对农村合作医疗所面临挑战进行了回顾性的研究，并提出政府应支持中国农村合作医疗的恢复以帮助解决初级卫生保健的可及性问题并防止因病致贫(国务院研究室, 1994)。同年，在联合国儿基会的资助及哈佛大学的技术协助下，卫生部对中国农村贫困地区卫生筹资与提供进行了为期 7 年的政策应用性研究，其中包括 114 个贫困县的调查和 10 个贫困县的干预试点 (Hu 等, 2000)。在这次研究以及其他研究的基础上，中共中央和国务院在 1996 年 12 月召开的全国卫生大会上宣布，作为中国卫生部门改革与发展的决策的一部分，农村地区将在政府的支持下建立起以社区为基础的自愿参加的健康保障制度 (卫生部, 1997)。但是，随后的实质性进展却很小，中央关于进一步发展农村合作医疗的政策并未化为切实的具体行动。而且，有迹象表明，发展农村健康保障制度在党和政府的议事日程中的受重视程度较低，因此这方面所需要的政府支持在近期内也不会到位。例如，农村税费改革试点中，并未注意到对于调动资金以建立社区为基础的健康保障制度的需要 (Han, 2000)。最近的农村卫生改革与发展的政策文件对农村健康保障制度的问题也仅仅是一笔带过 (国务院, 2001)。这使我们不禁要问，中央政府为什么不愿对此负起责任并采取强有力的措施呢？

这种不情愿可能有几方面的原因。首先，担心加重政府的财政负担。由于农村人口太多，许多政府官员，对政府支持新的农村健康保障制度的实际财政能力提出质疑，认为资助农村健康保障制度就象要填补一个“无底洞”。第二，担心农民税费负担加重。新的体制需要资金支持，总得有人出钱，如果政府不出钱，只有当地老百姓出钱。由于现在的农民税费负担就已经过重，所以官员们担心如果为了健康保障再向农民收钱会造成社会不稳定。第三，许多负责政府资源分配的人仍然认为，政府支持农村卫生事业发展的最佳办法是给医疗服务供方提供帮助，进行医疗设备更新、人员培训等。这些观点，虽不无可取之处，但反映了当前对于发展新的农村健康保障制度的真正需要和最佳解决办法缺乏全面的理解和共识。

本报告在由亚洲开发银行和国家发展计划委员会社会发展司的支持下进行的的研究的基础之上，着眼于系统的讨论以下几个问题：是否真的需要在中国农村建立健康保障制度？如

<sup>1</sup> 2000 年，亚洲开发银行支持了一项对中国城市医疗保险改革的全面总结性研究，研究结果参见刘 (2000)

果需要，这种需要为什么还没得到满足？如果要满足这一需要，中国应采取那些可行的方法来建立这个体制？本报告的结构层次如下：我们接下来将首先简要的回顾一下中国卫生体制发展的历史，为更详细的讨论健康保障制度提供一个适当的背景。在第二部分里，我们将从两方面来分析建立健康保障制度的潜在需要：没有健康保障制度所产生的问题以及有了此制度后所带来的积极影响的经验性事实。第三部分将就中国农村现状做出中肯的评价，并对过去主要的经验教训加以总结，以利于新体制的建立。最后，我们将讨论一些关键的需要适当解决的政策问题，以利于中国建立一个可行的农村健康保障制度。

## 1.2 中国卫生体制的历史沿革

20 世纪后半期，中国经历了两个不同的发展阶段：社会均等化阶段（1950~1970 年代）和经济自由化阶段（1980~1990 年代）。第一阶段的特点是尽管人民收入不高，人民卫生事业还是取得了显著的成效，而第二阶段实现了世界上最快的经济增长速度，但在此阶段，中国的卫生发展落后于其经济发展（世界银行，1997），因此，对于中国的卫生体制发展的描述也相应的分为以上两个阶段。

### 1.2.1 计划经济时期的中国卫生体制

从 1949 年新中国成立到 1976 年毛泽东去世，中国处于重要的政治社会转型时期，卫生体制发生了深刻变化。1949 年共产党政府统治全国（除台湾）后，所提出的卫生制度明显有别于旧政权。在 1950 年 8 月中华人民共和国第一次全国卫生大会上，确立了新中国卫生体制的 4 大工作方针：（1）医疗卫生服务于工农兵；（2）预防为主；（3）中西医结合；（4）卫生工作与群众运动相结合。因此，接下来的发展反映了三个主要趋势：大多数人口的卫生服务可及性得到迅速改善；强调公共卫生和群众运动；卫生服务的组织与筹资社会化。由于当时卫生资源，特别是人力资源严重匮乏，培训医务人员成为当务之急。经过努力，中国培养出了一大批医务工作者。除了这种通过增加卫生工作者和卫生机构来迅速提高人民卫生服务可及性之外，还通过开展群众运动，发动群众在其社区开展卫生相关活动。

在此阶段，中国能发动大规模卫生运动的一个主要原因在于其新的政治和社会结构。随着土地改革和集体化在农村和城市的推行，全民和集体所有制以及中央和地方政府集中控制，成为产业和政治的主要组织形式。在 50 年代和 60 年代早期，农村逐渐形成了卫生服务提供的三级医疗网络。在农村，三级医疗网包括村医务室、乡卫生院以及县医院；在城市，这个三级网包括企业诊所，街道医院和市医院。村卫生室由初中毕业经过一年培训的村医负责（Sidel, 1972）。乡卫生院通常有 10~20 张床位，由高中毕业后经过三年医学教育的医生负责，同时由助产士，妇儿护士和村医协助。县医院通常有 200~300 张病床，医务人员由高中毕业后经过 4~5 年医学学习的合格医生以及护士、医技人员组成。在 1949 年以后的几十年里，该系统一直是由上级机构对下级机构实行技术监督，并且能有效的解决病人的健康问题（Hinman 等，1982）。

医疗服务一直实行有偿服务，其价格由国家价格部门制定和控制，低到使大多数人都能支付得起。公立医院的 50%~60% 的资金来源于这些收费，其它部分来自政府补助，卫生人员的基本工资由政府支付。同时政府也进行投资搞基本建设。当公立医院面临赤字时，医院可向政府申请补助，1949~1976 年间中国卫生服务的社会化在卫生服务筹资方面表现得尤为明显。在 50 年代初中国建立了城镇职工医疗保险。它主要包括两部分：公费医疗和劳保医疗。各级政府负责的公费医疗人员包括其雇员，退休职工，伤残军人、教师和大专院校学生（不包括家属）。劳保医疗包括国有企业雇员、退休职工及其家属。只要求职工超过 100 名的国有企业参加劳保医疗，小的企业和集体所有制单位可自愿参加。劳保医疗是一种自我保险计划——每个单位负责自己职工的保险筹资。每年，国有企业要拨出相当于工资的 11%~14% 的福利基金用于劳保医疗。另外，许多企业拥有并经营自己的诊所和医院。

中国是世界上第一个在全国范围内推行社区筹资计划的大国——60 年代的“农村合作医疗”。表 5 总结了合作医疗在中国的发展历史。合作医疗模式的雏形来自 40 年代共产党统治的陕甘宁边区（Zhang, 1992）。合作医疗当时叫做“医疗互助”，采取预付制建立互助基金以帮助支付医疗和药品花费。最早是由农民自愿出钱，共产党政府提供基本药物。1950 年，随着新的社会主义经济和政治体制的建立，中国的农业部门发生了深刻的转变，私有农业大面积的被集体所有制农业和合作社取代。农民被组织进了“生产队”和“大队”，在此

基础上建立起集体福利基金并用于公社的社会花费，这就形成了合作医疗的财务基础。

合作医疗是整个集体所有制的农业生产和社会服务的一部分。合作医疗靠的是预付制，多数村子通过三个渠道筹集合作医疗的经费：(1)保费——根据合作医疗计划的受益结构及当地的经济状况来定，每户农民约 0.5%~2%的年收入（4~8 元）用于基金；(2)集体福利基金——每个村从集体农业生产或农村企业中拿出一部分收入用于福利基金；(3)上级政府补助。大多数情况下，这一部分用于补偿卫生人员和购买医疗设备。

表 5：农村人口合作医疗覆盖率（1979-1998）

	1979 <sup>a</sup>	1985 <sup>b</sup>	1993 <sup>c</sup>	1998 <sup>d</sup>
主要发展	？ 开始分 产到户	？ 私立部 门发展	？ “ 三项基 本建设 ”	？ 1996 年郑州 合作医疗会议 ？ 1996 年全国 卫生大会
农村合作医疗覆盖率	90%	9.60%	9.81%	6.57%

资料来源：a. 卫生部估计；b. 1985 卫生部全国卫生服务调查；c. 1993 卫生部全国卫生服务调查；d. 1998 卫生部全国卫生服务调查

从 1966 年到 70 年代早期（文革时期），是政治大动荡时期。是一个对共产党政府官员、行政机构和各领域的专家进行重新评定的时期。文革的主要发动者毛泽东提出了下面这些主要问题：城乡资源的差别，知识分子和体力劳动者的差别，党政官员与人民的脱离等。1965 年 6 月 26 日，在一个实际上成为文革开场白的指示中，毛主席批评卫生部是“城市老爷卫生部”，忽视了农村人口的需要。结果，许多城市医务人员要么永久地，要么以流动医疗队的形式转移到农村。毛主席还鼓励整个农村地区推行合作医疗这种卫生服务筹资和组织形式。1960 年后期，大约 90% 的中国村庄（当时叫“大队”）建立了合作医疗。很多人认为这种社区卫生筹资的组织形式对于中国成功完成其“第一次卫生革命”起到了相当大的作用，让绝大多数中国人享受到了预防和初级卫生保健，婴儿死亡率从 1949 年的大约 200‰ 降到了 1973 年的 47‰，而预期寿命从 35 岁增加到大约 65 岁（卫生部，1999；胡，1995；刘等，1996）。

### 1.2.2 经济改革时期的中国卫生体制（80~90 年代）

70 年代后期以来，中国在邓小平的领导下进行了从中央统一制定计划到市场经济的改革。经济体制改革从取消集体农业，由市场自由定价与调节农产品的产量开始。从 80 年代中期开始，中国的经济改革扩展到城市地区，市场调节取代了政府控制。生产力的大发展大大提高了实际收入、减少了贫困、改善了营养和住房（世界银行，1992）。

虽然取得了以上积极成就，但人民的健康状况在经济改革后却停滞不前（联合国开发计划署 1998，世界银行，1997）。这表明由于预防与卫生保健的有效性显著下降，抵消了生活水平提高带来的健康状况的改善。中国没有预计到，因而也就没有准备好如何应对经济改革给卫生部门带来的负面效应（Hu, 1995; Hartland-Thunberg, 1989; Hisao, 1984; Sicel 等，1982）。

随着中国从中央统一计划向市场经济的转变，其卫生体系有市场化的趋势（Jamison, 1984, Chen, 1984）。在经济改革早期，中国做出了两项关于卫生服务的政策性改变。首先，由于国企改革带来大量资产流失使得预算紧缩，政府不得不严格控制用于卫生服务的公共资金，政府无力筹资的地方就为私营市场开了绿灯。第二，作为中国财政体制权力下放的一部分，中央政府改变了对卫生保健的筹资方式，给地方政府以权限，而地方政府又给了卫生机构更大的财政独立性。这些改变对中国新的卫生体制在市场经济环境中的形成有着重要的影响。

同经济部门中发生的打破“铁饭碗”，政府不再严格命令和控制企业一样，卫生服务的可及性越来越多的取决于支付能力，卫生服务的提供者越来越以营利为导向。随着经济从国有转为民营，许多工人及其家庭失去了社会保障，与此同时，政府鼓励公立医院和诊所依靠

使用者付费来维持运转，但又在很大程度上控制其人事和价格。为了生存，公立医院开始抬高其收费，结果使得大多数人无力支付卫生服务。在农村，集体农业向家庭联产承包责任制的转变，削弱了合作医疗的经济基础。合作医疗的衰败使得付薪水的村医（以前叫赤脚医生）转为无规范的自由个体开业医生。现在他们中的大多数靠卖药、注射及其他无监督的治疗为生。

为了解决以上问题，80年代后期以来中国采取了一系列的卫生体制改革。有意思的是，尽管经济改革是从农村开始，然后扩展到城市，主要的卫生制度改革却是从城市开始。1996年12月，中国召开第一次全国卫生大会，制定以后十年的主要卫生政策。江泽民主席、李鹏总理和其他国家领导人号召全国的政策制定者把改善健康保障制度放到政策制定的首要日程上来。1997年1月15日具有里程碑意义的“中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定”向世人公布。在其中40项主要决定中，以下几条与发展新型健康保障制度的原则密切相关：

- “建立卫生服务供给和需求的控制机制；积极寻求科学合理的支付方式以控制卫生费用过快增长；逐渐将保障覆盖面扩大到所有城市职工”；
- “建立和完善合作医疗；通过宣传教育，鼓励更多的农民参加合作医疗；逐渐扩大覆盖面，强调科学管理和民主监督。”

这份文件的政策导向对随后的一系列改革措施起着指导作用，包括1998年国务院建立城市职工基本医疗保险的决定，2000年国务院医药体制改革的决定和2001年国务院农村卫生改革和发展的决定。

**城市健康保障制度的发展：**自从经济改革以来，许多政府单位和企业面临着越来越严重的公费医疗、劳保医疗超支问题。卫生费用增长率大大超过平均工资的增长。另一个主要问题是企业和地方政府缺乏风险分担机制。原来的公费医疗和劳保医疗都是机构自我保险。大量的劳保医疗费经常给单位造成严重的财政负担，大大影响了其在市场经济中的竞争力。而且，如果企业经营出现赤字，它就无法补偿其职工的医疗花费，使得这些人实际上根本没有保障。城镇及其郊区的人口中，个体户，小企业雇员，合资企业和非国有企业职工越来越多，而他们不再属于传统的公费医疗和劳保医疗保障范围，因此就没有任何社会保障。政策制定者们意识到除非这些问题得到解决，否则过快的医疗费用增长将持续超出中国的支付能力，阻碍城市居民健康状况的改善，影响社会稳定。

以1994年开始的城市试点经验为依据，中国政府在1998年12月宣布了一项为城市职工建立社会保障制度的决定（国务院，1998，Chen，2000；Du等1999，Zhang，1999）。这一新制度将取代城市现有的公费医疗和劳保医疗，计划为所有城市职工，包括政府雇员、公立和私有企业职工提供基本健康保障。与旧的公费医疗和劳保医疗相比，新制度增加了私企和小型国营企业。个体户和乡镇企业职工也可以参加，但不强制参加（至少中央政府不强制）。职工家属不包括在内。这一社会保险将通过雇主（6%的雇员工资）和雇员（自己2%的工资）共同筹集保险金。退休职工免除缴纳保险金；他们的份额由其最后的雇主承担。社会保险通过三个层次补偿卫生服务：个人医疗储蓄账户；自付起付线；社会统筹。所有的保险金分为两个帐户：3.8%的雇员工资进入个人医疗储蓄帐户，只能用于卫生支出；4.2%进入社会统筹，用于大额医疗花费。各城市自行决定社会统筹是否仅包含住院费还是同时包括大病花费，其中大病有一定的减免标准和限度。政府为其雇员提供补充保险；其他雇主也可为其雇员购买补充保险。相关的保费缴纳可免税直至4%的雇员工资收入。雇员或雇主还可购买商业补充保险。

各地方政府（市以上）设立社会保险局。社保局负责收缴保费（地方政府自行决定是否由税务征管部门代为执行），签订合同并支付服务。社保局与卫生主管部门一起，与包括门诊诊所，药房和医院在内的卫生服务提供者讨论和制定服务合同。参保职工如果需要通过保险来支付其卫生服务就必须到合同机构就医。中央政府并不特别指定社保局对卫生服务提供者的支付方式（项目付费、人头付费、单元付费），并鼓励社保局试用不同的支付方式以控制费用、保障质量。中央政府要求至少要在市级实现风险共担。地方政府负责填补社保局的赤字。全国各城市正在努力建立这种新的城市健康保障制度。

**农村健康保障制度的发展：**与城市相比，中国农村建立健康保障制度的工作还有很大

差距。80年代早期农业改革以后,社区筹资体制已让位于完全的私人付费制度(Gu等,1997,Liu等1995)。近90%的农村家庭现在得为其卫生服务自掏腰包。许多乡村医生要么彻底务农,要么成了个体开业者。乡镇卫生院和县医院也通过自费服务筹资(Chen 1989)。中国合作医疗制度的衰败有以下几方面的原因:

首先,当中国从集体农业转向家庭承包制以后(从70年代后期开始),雇用赤脚医生的公社管理组织和集体福利金(这同时也是药品和其它服务的主要筹资来源)都不复存在了。政府不是用新的筹资组织取代合作医疗,而是采取了一种放任自流的政策。结果,许多乡村自行建立了新的筹资机制,也有许多回到了自费医疗的老路上。那些无力支付服务的最贫困的农民可以向村福利基金求助,这项福利基金是通过提留该村农产品净产出的5%,作为专项税费而建立起来的。农业税的五分之一用于福利救助,为那些贫困人口支付卫生服务费用。

第二,中国经济体制及其社会服务的意识形态在后毛泽东时代迅速发生转变。为促进国家经济发展,一度占统治地位的“为人民服务”的口号被“让一部分人先富起来”所取代。效率优先取代了公平优先。随着人民公社的解体,1983年仅40%~45%的农村还保留有合作医疗。在那时,意识形态的转变使一些高级政府官员宣称剩下的合作医疗也应取消。这样,到80年代中期大多数保留合作医疗的地方也放弃了合作医疗,这使得当地群众很沮丧(国务院体改委,1996)。

同时,裙带关系、腐败现象以及管理不善也导致了合作医疗的垮台。尽管合作医疗以乡村为基础,却由对群众不负责任的地方官员控制和管理,他们中有些人以权谋私。结果,群众对政府办的合作医疗失去信任,并在80年代早期以后拒绝入保,因为当时已不是强行参加。这一经验说明在任何一个新的社区筹资计划中,都应有有效的组织管理以及适当的财务基础。

后来,尽管政府重新强调了要因地制宜建立可行的合作医疗,靠自己重整合作医疗的乡村并不多。1996年,国务院在郑州的会议上提出推进合作医疗。在其1997年卫生改革与发展的决定中,党中央国务院也呼吁各级官员把建立农村健康保障制度提到首要日程上来。尽管方向已经明确,中国仍缺少一份全国性的关于如何实现这个目标的蓝图。国际组织如联合国儿童基金会,世界卫生组织,世界银行为中国提供了大量的支持,进行了切实的研究和干预,以获得足够的可操作性经验来发展一个适合于不同农村地区,特别是贫困农村地区的健康保障制度。但与城市健康保障制度的改革不同,城市的强制性社会保险中政府角色和职责以及操作规范都很明确,而发展农村健康保障制度的过程中,政策不确定且缺少必要的政府支持,特别是对农村贫困人口的支持。结果,一些生活在富裕地区的人能得到当地合作医疗的服务或购买商业保险,大多数生活在中等收入和低收入地区的人们没有任何保险。目前,据最乐观的估计,农村人口中享有风险分担保护机制的比例只有不到20%。

## 2. 建立中国农村健康保障制度之必要性

### 2.1 卫生系统和健康保障系统

由于卫生系统是一个象“蜘蛛网”一样的复杂网络,它由组织者、卫生服务提供者、中介机构、服务的最终使用者等要素构成,而且这些构成要素之间互相影响,所以,给它下一个确切的定义是相当困难的。2000年的世界卫生报告将卫生系统定义为所有为了促进、恢复或维持健康而采取的行动的总和。它不仅包括了由卫生保健专业人员、家庭护理人员所提供的服务,而且还包括了卫生系统外的能间接促进健康的行为,比如以学校为基础的健康卫生教育。WHO认为卫生系统应有三个最基本的目标:提高人口的健康水平;满足人们的期望;在疾病防治方面提供财政保障。要实现这些目标,就必须花费大量的成本。2000年的WHO调查表明,卫生保健支出在1948年占世界GDP的3%,而1997年已经增长到了7.9%。医疗费用的快速增长和如何为人们提供可及的卫生服务这两方面的问题促使各国都在寻找更好的卫生筹资方案。

卫生筹资系统是卫生服务提供者和卫生服务利用者之间的中介服务系统,联结着服务输送的计划和预算。卫生筹资的目的是要为卫生系统提供资金方面的支持,使得每个人都能充分享有接受公共卫生服务和个人卫生保健服务的权利;卫生筹资的另一个目的是激励卫生服务提供者向消费者提供价格低廉且高质量的卫生服务。因此卫生保健筹资主要有三个功能,“卫生资金的筹集”,“风险分摊”,“卫生服务提供者的补偿支付”。

“资金的筹集”是指卫生系统从家庭、个人或其他组织那里得到资金的过程。这种筹

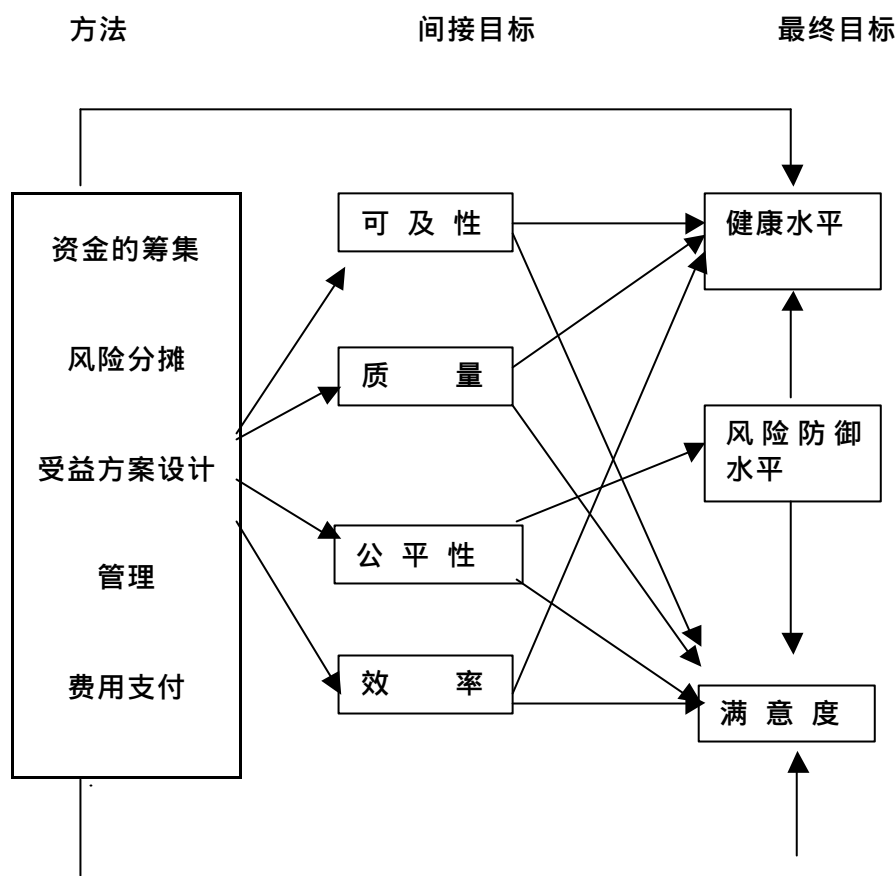
集资的方式包括税收、强制性社会保险、自愿商业保险、社区集资和个人付费。目前，中国农村大多实行个人付费和社区集资（比如合作医疗）的筹资方式。

·“风险分摊”是指把筹集上来的资金集中管理供大家共同使用，这样就创造了一个风险分摊的机制，比如当一个成员生病了需要支付医疗费用，这时他可通过动用大家共有的医疗保险基金来减轻他个人的费用负担。这通常被称做卫生系统的“保险功能”，最主要的目的就是大家一起来分摊由疾病带来的费用方面的风险。很显然，一个系统的风险分摊能力主要取决于这个系统的规模大小（比如，筹资成员的数量和受益成员的数量），另外它还取决于这个系统拥有保险基金的数量。例如，乡镇一级统筹的合作医疗就比村一级统筹的合作医疗有更大的风险分担能力。

·“卫生服务提供者的补偿支付”是指向卫生保健服务的提供者支付医疗保险基金的过程。卫生系统的组织结构不同，对医院和医务人员采取的费用支付方式也可能不一样。对卫生服务提供者的支付方式在各个国家也是多种多样的，比如，按预算/工资付费、按服务项目付费、按病种付费、按服务单元付费、按住院日付费、按人头付费等等（Meanard, 2000; Ron 等人, 1991）。不同的付费方式有不同的激励作用。比如，对于卫生服务提供者来说，采用按人头付费的方式比按工资付费的方式会更注意节省卫生资源。

卫生筹资系统是卫生系统一个很重要的“控制枢纽”，它通过间接目标来影响卫生系统的三个目标（Hsiao 等人, 2001）。下面这个图表明了卫生筹资和卫生系统目标之间的关系。卫生筹资政策直接地影响卫生系统的间接目标：可及性、质量、筹资公平性和效率，实现了这几个间接目标才有助于实现前边提到的卫生系统的三个最终目标。

图 1. 筹资的方法和目标



资料来源: 节自 Hsiao 等人, 2000

首先，卫生筹资系统为每个成员提供了接受卫生服务的资金。这有助于提高卫生服务的使用率，从而提高人群的健康水平。第二，服务的质量作为一个间接的判断标准，它在提高人群的健康水平和提高人群的满意度上都起到了重要作用。各种筹资方案的医疗费用报销的范围和费用报销的比例是不一样的（比如通过设计不同的、详细的保险报销方案），而且不同的费用支付方式有不同的激励作用，所以筹资方案影响着卫生保健服务的质量。最重要的是，

患者对所接受的卫生保健的质量所做出的反应,这种反应既可影响到患者对卫生保健服务的需求也可影响到其对健康保障制度的需求。第三,筹资的公平性提出了关于谁享受卫生服务和谁承担卫生服务费用的问题。关于卫生筹资方面最主要两个问题就是资金的风险防御能力和卫生服务的公平分配。因此,筹资的公平通常定义为“根据支付能力来支付医疗费用”(Wagstaff 和 Van Doorslaer,1993)。卫生保健服务利用的公平定义为“根据需要来利用医疗服务”。假如经济比较富裕的家庭在卫生保健方面的支出占家庭总收入的比例较高的话,那么我们可以说这个卫生筹资系统是累进的,反之,这个系统是累退的。比如,在中国的农村,就医时富人和穷人支付相同的医疗费用,这就导致了穷人比富人有更高的支付比例(相对各自的收入而言),所以农村这种个人付费的卫生筹资模式就是不公平的。

因此,从公平性的角度来考虑,卫生筹资系统的最重要的功能是建立费用的风险防御体系。这个体系的主要目标是保护那些因支付不起巨额医疗费而导致家庭生活陷入极度贫困的人群。举个例子来说明这个问题,一个贫穷的农民家庭可能会因为支付高额的医疗费而变卖自己的家产,这更加重了他们的贫困。而对于一个比较富裕的工人家庭来说,他们只不过因支付医疗费而使自己的财产减少了一部分而已。实际上,人群中医疗费用的花费总是存在着不均的现象,一小部分人口花费了大部分的医疗费用,这就是我们要建立风险防御系统的原因。通过这个费用分担系统,健康人筹集的资金转移支付到了患者的身上,富人筹集的资金转移支付到了穷人的身上。风险分担机制的建立减少了患者对于卫生服务的支付能力的不确定性,同时,医疗基金的建立也减少了卫生服务提供者面临的卫生服务需求的不确定性。因此,卫生筹资系统可以稳定和增加卫生保健需求和促进资金的流动。这使得卫生服务提供者为了刺激医疗需求的增加而加大卫生投资和提高医疗服务的质量。

在这个报告中,“健康保障制度”的概念与前边讨论的“卫生筹资系统”的定义是一致的,它同样有着三大功能:资金的筹集;风险的分摊;为卫生服务提供者付费。我们在这里之所以用“健康保障”这个名词,而不用“卫生筹资”,是基于以下两个原因。第一,健康保障更能体现出卫生筹资系统的最主要的功能——经济风险的预防和保障最脆弱人群享受医疗服务的权利。第二,“健康保障”或“医疗保障”在中国通常指预先支付医疗费用的筹资系统。我们在前边已经讨论过卫生系统的目标和有助于实现这些目标的健康保障系统的作用,这为我们下边研究中国农村建立健康保障系统的必要性指明了方向。讨论建立中国农村健康保障系统的必要性就是要确定现有保障系统的间接和终期目标的实现情况与期望值之间的差距。中国农村目前还缺乏具有风险分担功能的健康保障系统,农民享受卫生保健服务的公平性较差、卫生保健的质量和效率也较低。下面,我们结合中国的这种情况来说明为什么会出现这些现象。通过研究,我们也要搞清楚健康保障系统对农村解决现有问题会起到哪些积极的作用。

## 2.2 医疗费用造成的经济负担

### A. 医疗费用迅速增长所带来的影响

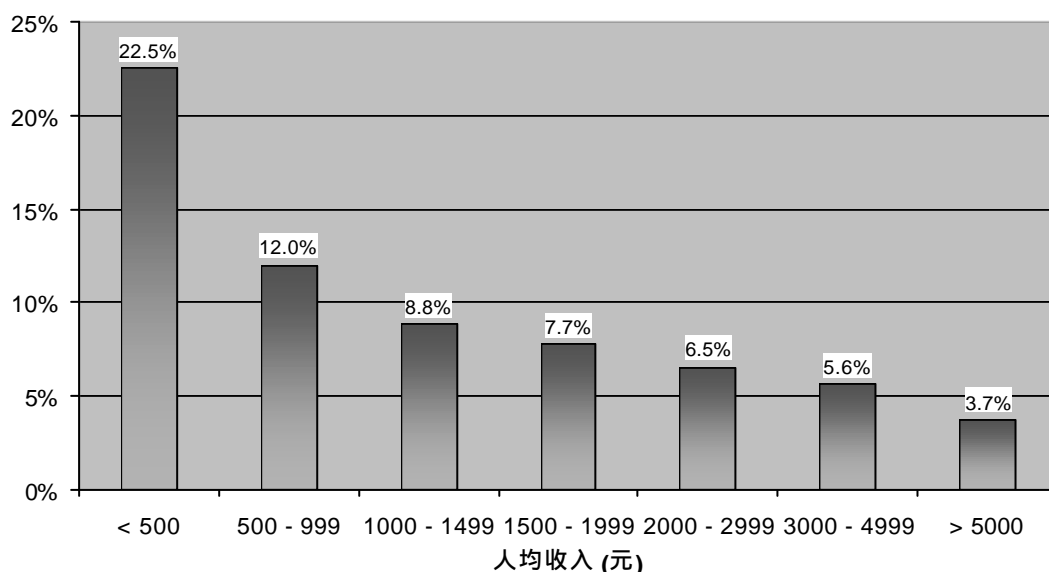
随着高科技医疗服务的引入，医疗费用在逐渐增长，再加上缺乏一个对患者和卫生服务提供者都有效的制约机制，中国正面临着一个卫生费用过快膨胀的严峻形势。卫生保健费用的增长速度已经远远地超过了个人收入的增长速度。与 1990 年相比，城市和农村 1999 年的人均收入分别增长了 288%和 222%。然而，在同一时期，人均门诊费用却增加了 625%，住院费用增加了 511%（详见表 4）。

卫生部 1999 年的调查表明，城市和农村分别平均有 20%和 23%的人口因支付不起医疗费用导致应住院而未住院。过快的医疗费用增长迫使许多家庭在医疗方面的投入增加。国家统计局 2000 年的资料显示，1985 年平均每个农村家庭在卫生保健方面的投入占家庭总收入的 1.92%，到了 1999 年，则增长到了 3.16%。当然，这种费用迅速增长的影响还与家庭的收入水平有关，对于那些特别贫穷的家庭来说，他们受费用过快增长的影响是最深的。从图 2 可以看出，中国农村的卫生保健筹资体系是多么的不公平。人均收入最高的家庭，他们的人均医疗费用仅占总收入的 3.16%，而对于最贫穷的家庭来说，医疗费用却占到了家庭总收入的 22.5%。导致不公平程度加大的深层次原因是政府对卫生方面的投入所占卫生总费用的比例减少。从表 2 可以看出，政府在卫生方面的投入从 1990 年的 25%减少到了 1998 年的 15.5%。然而，政府在公费医疗方面的投入占总投入的比重却增加了。这样，政府在公共卫生服务机构方面的投入就相对减少了。1990 年，政府在公费医疗方面的投入占卫生费用总预算的 24.9%，1998 年为 31.1%。中国政府的资源配置模式加重了其卫生筹资体制的不公平。

### B. 医疗费用对贫困的影响

我们在前边已经谈到过，不同经济收入的家庭在医疗方面的投入比例是不一样的，这一现象反映了再分配的效应：也就是说，自费支付医疗费用对于收入不公平的影响。但这种比例的不同并不能直接反映因病致贫的程度。80 年代以来，随着中国农村由集体经营向家庭承包经营转变，曾经起到过积极作用的合作医疗也纷纷开始解体。从现在的情况看，中国的许多农村，特别是比较贫穷的地方正面临着十分严峻的问题。目前，农村有 90%的人口没有参加任何形式的保险，他们完全靠个人直接付费来支付医疗费用。这种直接付费的方式再加上医疗费用过高就使得许多家庭因贫困支付不起而享受不到必需的医疗服务。贫困农村地区的因病误工日和卧床日是全国农村平均水平的两倍。同时，高额的医疗费用常常导致家庭经济危机。中国农村贫困地区的一项调查（Liu 和 Hu 等人，1997）显示，大约 18%的家庭在医疗方面的投入已经超过了他们的家庭总收入。在接受调查的 11,353 个农村家庭中，有 24.3%

图2  
卫生费用占收入的构成比(中国)



资料来源：卫生部1998国家卫生服务调查

靠借钱或欠债来支付医疗费用。另外，有 5.5%的家庭为了看病而变卖了自己本来就很有有限的家产。因病欠债的家庭中有 47%存在温饱问题。当一个家庭有大量债务的时候，那么他们在生产和生活方面的投资就会减少，生活质量下降，这也影响了其家庭成员的健康水平。收入和健康的这种关系造成了因贫致病，因病致贫的恶性循环。

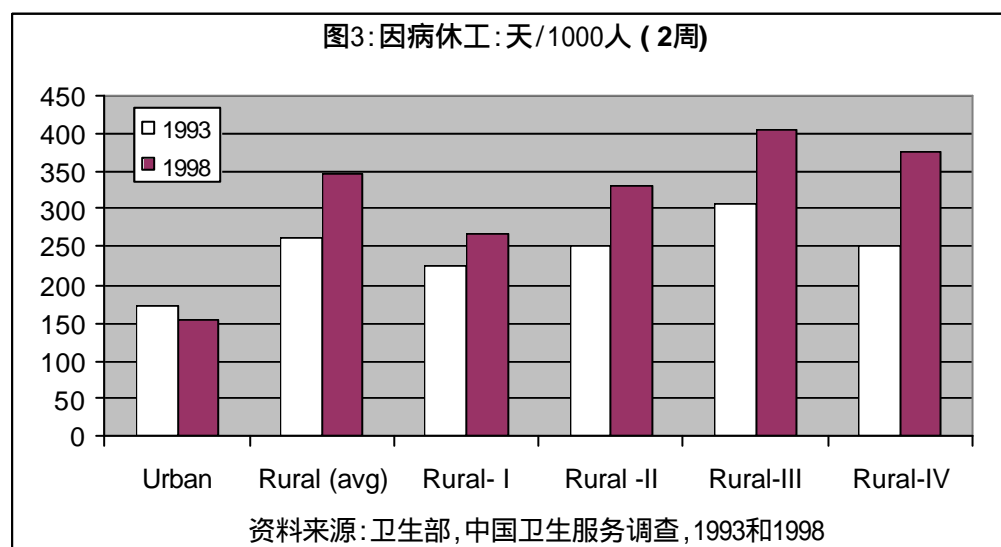
为了弄清楚中国到底有多少家庭因病致贫，全国各地都有一些旨在测量因病致贫程度的调查，比如，Yuan 和 Wang 在 1998 年的调查，国务院政策研究办公室在 1994 的调查等。大多数地方性的调查已经表明疾病是造成他们家庭贫困的首要原因。但这些调查不是在中国具有代表性的地区开展的，所以我们不能用这些调查结果来概括全国的情况。据卫生部 1998 年进行的第一次“国家卫生服务调查”，在 40210 个接受调查的农村家庭中，有 1036 个（占总样本的 5.06%）家庭被当地政府确认为生活在贫困线以下。当询问其贫困的原因时，调查人员给出了五个备选答案：缺乏劳动力；自然环境恶劣；自然灾害（比如干旱等）；社会问题；疾病或意外伤害。表 6 列出了最主要的三条影响因素的选择构成情况（缺乏劳动力、自然环境恶劣和疾病或意外伤害）。

表 6：造成贫困最重要的三种原因(问答人数比例)

贫困原因	全国水平 <sup>a</sup>	第一类 <sup>a</sup>	第二类 <sup>a</sup>	第三类 <sup>a</sup>	第四类 <sup>a</sup>
1. 缺乏劳动力	23.18%	27.75	20.19	19.82	27.8
2. 疾病或意外伤害	21.66%	23.82	22.74	24.32	13.9
3. 恶劣的自然环境	17.13%	7.33	9.05	18.53	30.04

资料来源：1998 年国家卫生服务调查

从整体来看，人力资本因素是导致中国农村贫困的主要因素。23.13%的家庭认为是由于缺乏劳动力而导致了他们的贫困，21.61%的家庭认为疾病和意外伤害是最主要的致贫因素。只有 16.94%的家庭把贫困的原因归结为当地恶劣的自然环境条件。尽管我们不能从 1998 年的调查结果中归纳出导致贫困的最主要因素是疾病或意外伤害，但是有两条强有力的理由使我们必须关注疾病对贫穷所产生的影响。第一，根据调查结果，农民认为导致贫穷最常见



的原因是缺乏劳力，假如家庭的主要挣钱糊口的人生病了（特别是在播种或是收获的季节）或是这个挣钱糊口的人因病去世了，那么这个家庭的经济状况的恶化是可想而知的。

图 3 描述了 1993 和 1998 年间所有农村地区的每千人因病休工日增加的趋势。这警示

<sup>a</sup> 依据收入水平，把接受调查的农村分成四大类。其中，第一类表示最富裕地区，第四类是最贫困地区。

我们，疾病正通过损害农村劳动力的健康来增加其经济负担。第二，对于整个农村人口来说，疾病或意外伤害是第二位的致贫因素，但对于中等收入地区（第二类和第三类）来说，它是第一位的致贫因素。而中国大部分人口居住在第二类和第三类地区。

虽然这次调查得到的结论有助于说明疾病对贫困的影响，但是仅靠这个调查结果我们还没有办法分清是因为家庭的主要劳力丧失劳动能力还是因为家庭所支付的突如其来的巨额医疗费而导致了家庭的贫困。由于资料方面的限制，我们无法研究因对劳动力的影响所导致的因病致贫的情况。然而，我们可以通过对 1998 年国家卫生服务调查所得到的家庭资料做进一步的研究和分析，从中发现医疗花费对贫困的影响。图 4（节自 Wagstaff, 2000）反映了个人支付医疗费用对两个贫困指标的影响。这两个指标分别是“贫困人口比例”和“贫困缺口”，它们是反映贫困程度的基本指标。“贫困人口比例”相对应的数值是生活在贫困线以下的家庭数（或人口数）占总家庭数（总人口数）的百分比。“贫困缺口”是指要把贫困线以下的家庭移到贫困线以上所需要增加的收入总量。这张图是 pen 氏队列（为纪念它的发明者荷兰经济学家 Pen 而命名的）的变异。在图上，Y 轴的数值表示各类家庭在医疗费用支付前和支付后的收入，我们按照医疗费用支付前的家庭收入的从低到高的顺序把各个家庭排列在 X 轴上（单位：%）。图中，“队列线”（曲线）和“贫困线”（直线）相交点代表的数值为生活在贫困线以下的家庭的百分比也即“贫困人口比例”。“贫困线”以下而“队列线”以上的区域（即贫困线到曲线的封闭区域）代表“贫困缺口”。从图中我们可以看出，在医疗费用支付以前的“贫困人口比例”是  $H_0$ ，“贫困缺口”对应的是区域 A。假定贫困线是不变的，那么支付医疗费用后，“贫困人口比例”是  $H_1$ ，“贫困缺口”则相当于 A+B+C 的区域。面积 B 表示原本就处于贫困线以下的家庭在支付医疗费用后导致它贫困程度进一步加深的程度。面积 C 表示支付医疗费用以前生活在贫困线以上而支付了医疗费用以后处在贫困线以下的那部分家庭所带来的新的“贫困缺口”。

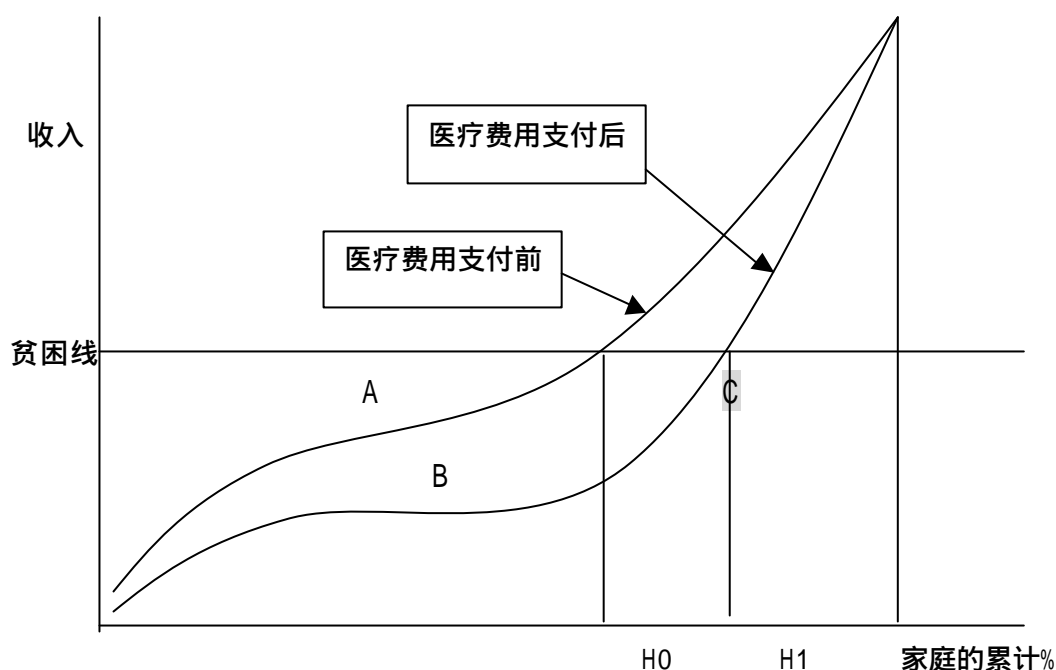
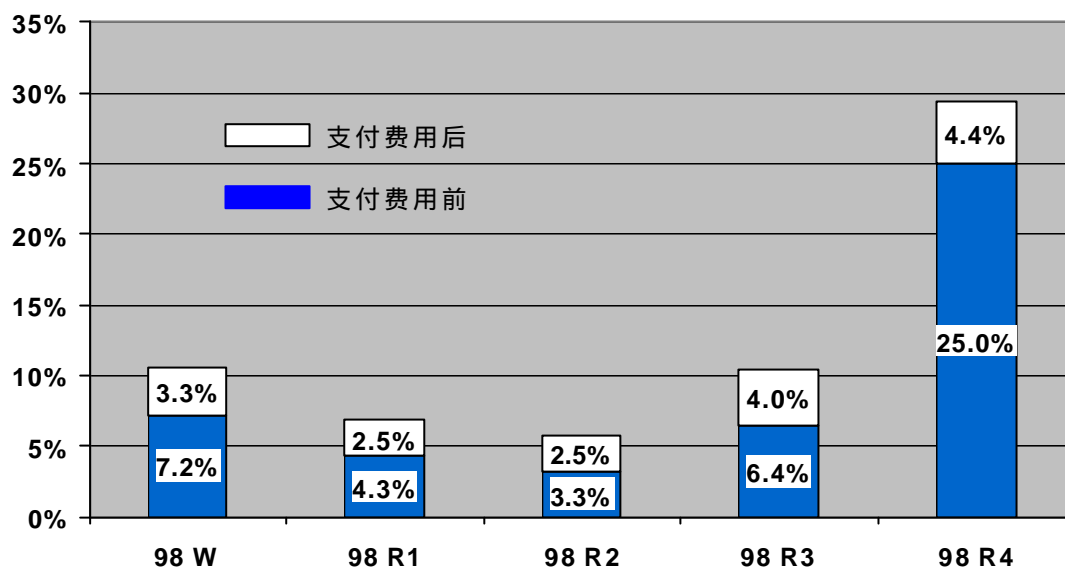


图 4 Pen 队列显示个人支付医疗费用对“贫困人口比例”和“贫困缺口”的影响

图 5 中反映出了医疗费用的支付对不同农村地区的贫困家庭比例的影响。医疗费用支付以前, 全国农村的“贫困人口比例”的平均水平是 7.22%, 支付医疗费用后使贫困人口比例提高了 3 个百分点还多。换句话说, 支付医疗费用以后使生活在贫困线以下的家庭数增加了 44.3%。自然, 在第四类农村, 支付医疗费用后所增加的百分点是最多的, 增幅达到了 4.21%,

图 5. 支付医疗费用前后的“贫困人口比例”(1998)



附: W-全国; R-农村, R1,2,3,4是按收入分类的家庭组

使总的贫困人口比例增加到了 30%。同样, 医疗费用的支付对贫困缺口的影响也是很大的。从全国平均水平来看, 因为疾病所导致的贫困使得贫困缺口增长了大约 146.6%。如表 7 所示, 一类地区、二类地区和三类地区医疗费用导致贫困缺口在 1998 年增加了 200%以上。1993—1999 年, 由于家庭的收入增加导致家庭的贫困率和贫困人口比例下降, 但是医疗费用对贫困的相对影响程度却增加了。比如, 1993 年, 因支付医疗费用而生活在贫困线以下的家庭数占总生活在贫困线以下的家庭数的 26.4%, 但是到 1998 年, 这个数字已经增加到了 45.1%。

表 7 医疗费用对贫困的影响

	农村平均		农村 I		农村 II		农村 III		农村 IV	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
贫困率	23.26	7.22	14.01	4.28	17.59	3.26	26.26	6.40	49.01	24.99
由于支付医疗费用导致的“贫困人口比例”增加	6.14	3.26	4.92	2.53	6.14	2.45	7.66	4.04	4.53	4.42
因病致贫家庭占全部贫困家庭的百分比	26.40	45.15	35.12	59.11	34.91	75.15	29.17	63.13	9.24	17.69
支付医疗费用导致的“贫困缺口”增加(元)	3620487	3381577	729871	670245	1162863	745181	120916	1238654	427392	460176
支付医疗费用导致的“贫困缺口”增长率	83.83	146.61	117.24	244.25	118.41	236.97	87.83	224.68	30.86	36.94

资料来源: 国家卫生服务调查, 1993, 1998

### 2.3 医疗保障制度和卫生保健的利用情况

根据理论和经验得知, 卫生保健服务的需求主要取决于需要、卫生保健的可得性和对

卫生保健服务的支付能力 ( Jacobs, 1996 )。假如没有一个有效的健康保障系统来减少人们在医疗方面的经济负担, 从而提高他们的支付能力的话, 就算是医疗卫生服务可得, 他们也会因为支付不起高额的医疗费而被迫放弃就医。1993 年和 1998 年的调查资料揭示出两个十分令人担忧的趋势: 第一, 尽管有证据表明农村人口的卫生保健需要增加了, 但是因为经济原因而放弃利用卫生保健服务的现象也增加了。第二, 低收入人群的卫生保健需要总的来说是比较高的, 但他们的卫生保健服务利用率却比较低。

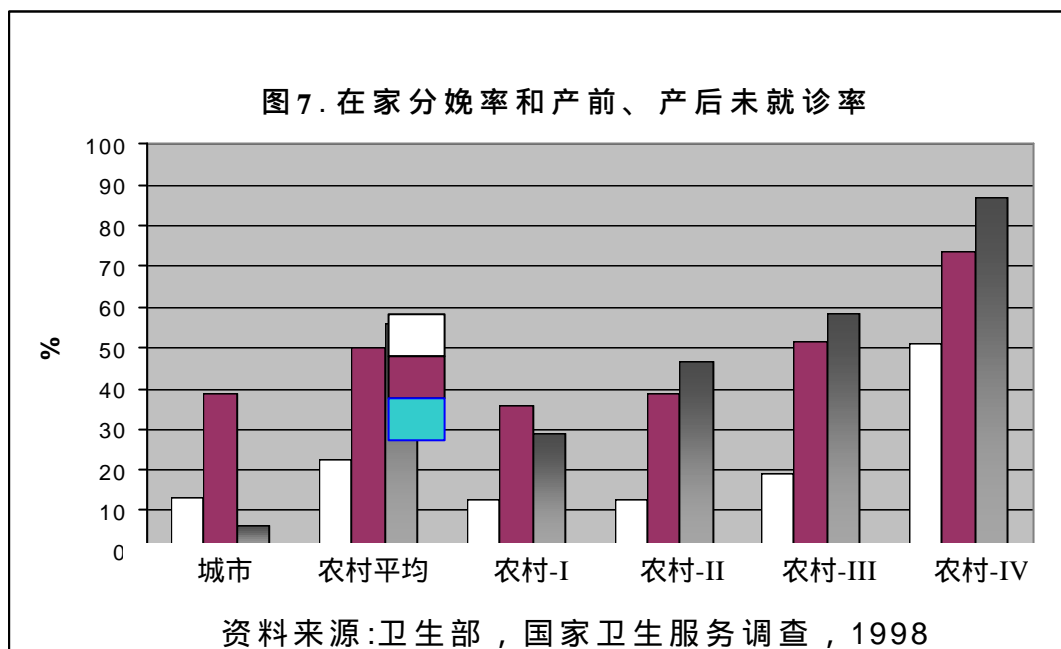


图 7 表明, 低收入地区的产妇围产期患病率和分娩后大出血的患病率都较高, 这也说明了她们有较高的医疗需要。但是, 与较富裕地区的那些产妇相比, 她们产前访视、到卫生机构的就医率和产后访视都要低的多。

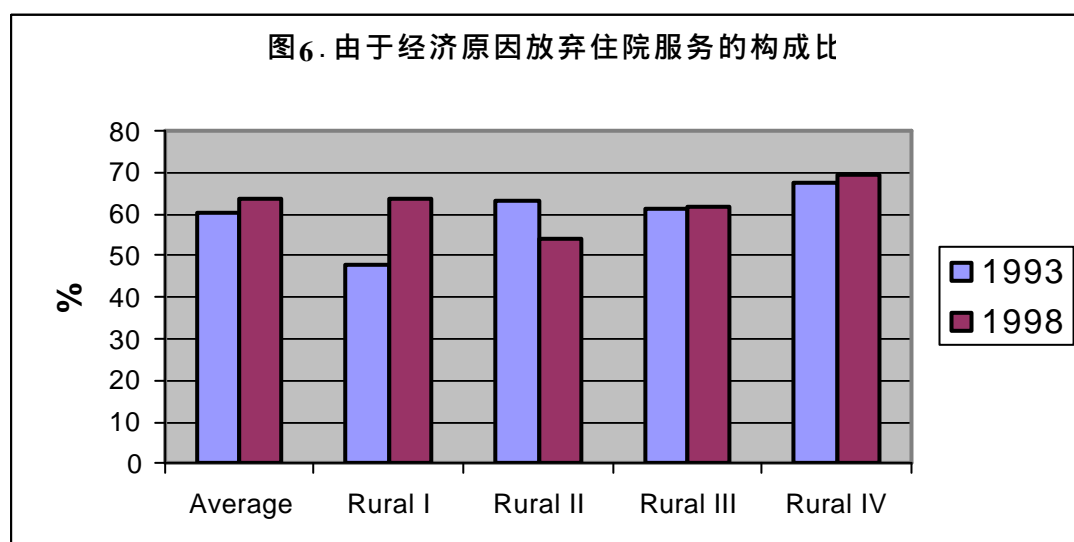


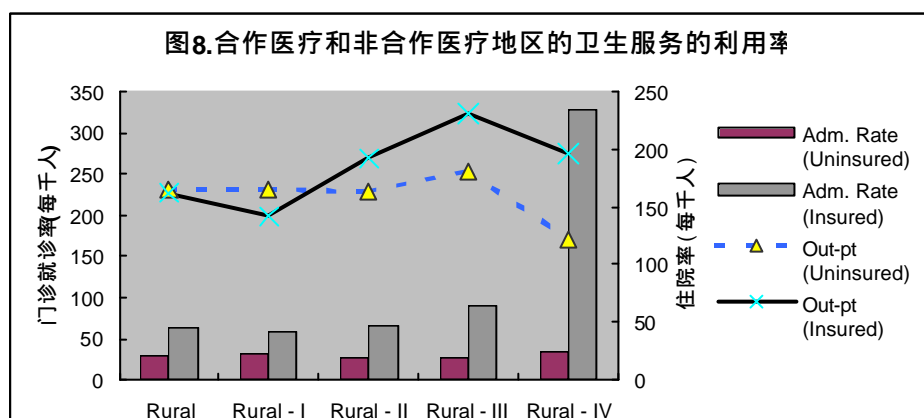
图 8 表明, 门诊服务利用率和住院服务利用率随人群的收入水平的不同而有较大的差异。另外, 对于所有地区来说, 参加保险和未参加保险的人群对门诊和住院服务的利用率也是不一样的。例如, 在贫困地区, 未参保人群的住院服务利用率 (每千人口 35 人) 比参保人群的住院服务利用率 (每千人口 251 人) 要低的多。此外, 即使在积极利用卫生保健服务

的情况下，较贫困的家庭所利用的卫生资源也相对较少（卫生部，1999）。

表 8 按照不同地区列出了出院者自己要求出院的比例，以及因经济原因而要求提前出院的比例。在中国农村，平均有 45% 的出院者是自己要求出院的，在最贫困地区，这个比例高达 48%。那些主动放弃住院治疗的患者中有 60% 是因为经济方面的原因。贫困地区，有近 80% 的患者因支付不起住院费用而不得不出院。这样违反医嘱而主动要求出院有可能对健康产生负面影响。

表 8 各地区出院者中自己要求出院的比例

城市	农村	农村-I	农村-II	农村-III	农村-IV
应治疗而放弃治疗的百分比 (DAMA) (患者主动提出)					
36.47	45.01	37.08	48.41	46.39	48.21
由于经济原因放弃治疗占总 DAMA 的百分比					
45.72	60.5	56.3	54.1	59.3	79.94



资料来源：卫生部，国家卫生服务调查，1998

虽然合作医疗作为以社区为基础的健康保障系统的覆盖面很有限，但是它在卫生保健服务利用率方面的影响却是不容忽视的。根据联合国儿童基金会对 10 个贫困县进行的调查（Hu 等人，2000）结果，从表 9 中可以看出不单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着更高的卫生服务利用率，而且他们的经济负担（即指个人在医疗方面的支出占其总收入的比例）也相对要低一些。这表明合作医疗提高了农村卫生保健服务利用和资金风险分担方面的公平性。

表 9 贫困地区的家庭经济负担和卫生服务利用率（1999）

人均收入 (元)	村卫生室的就诊率 (每千人)		乡镇卫生院的住 院率 (每千人)		每年人均 医疗费		家庭卫生支出占 总收入的百分比	
	合作医疗	自付	合作医疗	自付	合作医疗	自付	合作医疗	自付
< 720	117.7	96.6	23.6	19.7	173.0	161.0	70.9	90.3
720 - 1199	农村 (平均)	农村-I	农村-II	农村-III	农村-IV	农村-IV	23.1	56.1
1200 - 1799	125.1	128.8	24.8	18.7	119.0	147.0	10.9	18.3
> 1800	145.9	147.3	21.4	29.1	192.0	304.0	6.2	14.0
平均	143.3	123.0	23.5	20.2	148.0	192.0	10.0	20.0

资料来源：10 个县的调查研究，2000

也许有人会问这样一个问题：“不同的卫生保健服务利用率对健康真的有影响吗？”诚然，影响人群健康的因素是很多的，卫生保健只是众多因素中的一个，所以我们不能说每个患者放弃了治疗都会对他的健康带来特别不利的影响。但是，不可否认，一般情况下卫生保健对于治愈疾病和挽救人们的生命起着很关键的作用。比如，一个母亲在分娩前后是否进行孕产妇保健对于她和婴儿的健康有着显著的影响（Maine 和 Rosenfeld,1999;WHO,1980）。让我们来看一看健康保障系统在这方面的作用。表 10 中的结果是根据对 30 个贫困农村的调查研究得出来的。对于合作医疗覆盖的妇女而言，在产前就诊率、产后就诊率和到专门卫生机构分娩率分别为 83%，48%和 86%。相比之下，同一地区没有参加合作医疗的妇女在卫生保健服务方面的利用率要低得多，分别是 39%，21%和 56%，大约有一半的产妇产前没有得到任何卫生专业人员（包括接生婆）的助产服务。

表 10 参加合作医疗和未参加合作医疗的妇女的母婴保健利用率

	合作医疗	非合作医疗
产前保健(%)	82.2	39.4
产后保健(%)	48.6	21.7
助产服务(%)	86.5	56.5

资料来源：30 个贫困县的调查研究

1998 年的国家卫生服务调查也表明大约有 55%的农村妇女是在自己的家中分娩的，其中有 87%为贫困地区的妇女。被合作医疗覆盖和未被覆盖的产妇住院分娩率和婴儿存活率是不一样的（见表 11）。通过简单的计算，我们可以得出，假如现在未实行合作医疗地区建立类似合作医疗的健康保障系统的话，那么住院分娩的人数将增加，从而也会使婴儿存活率增加 3.8 个百分点。换句话说，如果未参保妇女被类似合作医疗的健康保障系统覆盖的话，未成活婴儿中将有 21.7%的婴儿免遭死亡的厄运。

表 11 卫生服务利用率和母婴的健康水平

	助产		产后服务	
	是	否	是	否
顺产率	94.60%	83.89%	97.87%	90.20%
活产率	98.02%	88.22%	97.87%	90.20%
婴儿存活率	95.14%	82.38%	95.12%	84.91%

#### 2.4 健康保障系统和初级卫生保健服务的提供

虽然在中国和其他国家或地区都进行过许多关于健康保障系统对农村人口需求的影响的研究，比如，对风险分担和提高卫生保健服务的利用率方面有什么影响等。但是，很少有人较为系统地研究健康保障系统对卫生服务供方的影响（Lu 和 Gu,1991）。在市场经济体制下，供给和需求是紧密联系在一起并互相影响的。首先，卫生服务提供者在考虑卫生机构的选址和在卫生方面的资金投入时，在很大程度上是以预期的需求或利润为基础的。城市的卫生资源之所以比较密集，主要是因为相对于农村而言，城市的卫生服务需求更大，所以卫生服务提供者从中所获得的利润也就更大。其次，为了使卫生机构在资金支持上有保障并且服务水平能够不断升级，适当的有效需求水平是必不可少的。除非政府或其他团体（例如，农村产业组织等）为卫生机构提供稳定的财政支持，否则的话，他们只能靠有偿服务的收入来弥补自己的服务成本。另一个方面，医学既是一门科学又是一门以实践经验为基础的艺术，为了提高卫生保健服务的水平，医务人员必须进行大量的实践（即提供卫生服务），只有这样才能提高自身的专业技能，这对于农村地区的医疗服务质量具有重要意义。第三，由于医生和患者的信息不对称，并且实行的是按服务付费，所以以追求利润为中心的卫生服务提供者有可能会诱导需求，这样的话，卫生服务的效率就会很低，有些服务甚至是有害的。因此，为了能更好地保护自身的利益，需求方应有自己的代言人。这时，健康保障系统就应运

而生了，它不但可以使卫生服务提供方保证服务质量并且还能提高服务的效率。健康保障系统可以通过不同的途径来影响卫生服务的提供方：

A、作为一个医疗资金的预先支付方案，健康保障系统可以在消费者产生需求以前筹集到卫生保健资金，这就有助于稳定和增强卫生提供者的服务能力。在中国的合作医疗体制下，一般情况下先从合作医疗基金中划拨出一部分资金。这部分资金主要用来供村卫生室购买必要的药品，另外，也用来补偿农村医生所提供的预防服务。

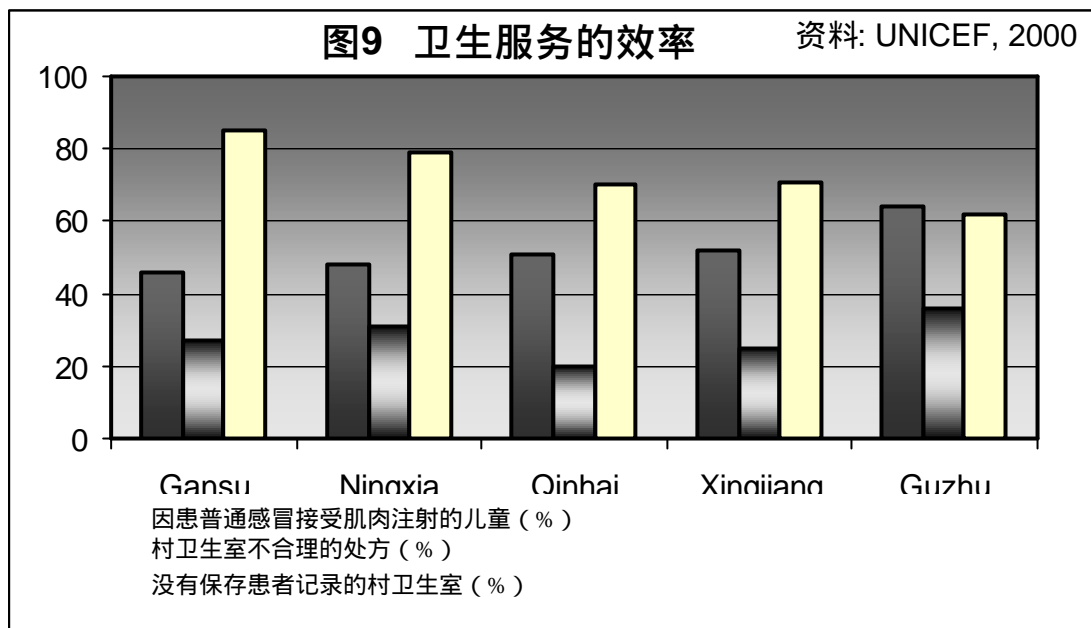
B、作为需求方的“经纪人”，健康保障机构可以凭借其强大的支付能力与卫生服务提供者就服务的价格和服务的质量进行商议。来自许多方面的报道已经显示，合作医疗确实能提高初级卫生保健服务的效率（Ma 和 Wang, 2000）。接下来，我们先来讨论一下目前中国农村的卫生服务系统所面临的挑战和其他一些主要的问题。然后，我们来论证健康保障系统如何有助于解决这些问题。

经济体制改革以前，农村三级医疗保健网（村卫生室、乡镇卫生院、县医院）是一个十分完备的卫生服务体系，由上级医疗机构负责对下级医疗机构进行技术指导和监控。在改革的二十年来，伴随着农村健康保障系统（合作医疗）的解体，中国农村的卫生服务系统变得复杂起来，在经济利益的驱动下，农村出现了不同层次的医疗机构各自为政、争夺病人的局面。80年代中期，中国进行了财政体制改革，将社会事业（卫生事业包括在内）预算开支的责任下放到了地方政府的头上。这样，县政府负责县一级医院的财政拨款和医院的管理。乡镇政府全面负责乡卫生院，而村卫生室大部分已经私有化了。这样就随之产生了以下几个问题：

第一，卫生服务效率的低下：从表 1 可以看出，1985—2000 年间，农村卫生保健服务的提供能力是稳步增长的。但是，各地卫生机构在提供卫生服务的能力方面存在明显的差距。为了降低和消除这种地区差异，政府向那些不能靠自身来提高卫生服务能力的地区提供援助。“三项建设”就是这方面一个范例，即在贫困农村，由中央、省和地方三级政府提供资金来支援当地县医院、卫生防疫站和乡卫生院的建设。这样一来，可以说卫生机构提供服务的能力是大大加强了，但是同期的卫生服务利用率却下降了。比如，1985 年，乡镇卫生院和县及县以上医院的床位利用率分别是 46%和 82.7%，但到了 2000 年，分别降到只有 33.1%和 60.8%。医疗服务成本的急剧上涨和缺乏一个必要的健康保障系统是导致这种现象的主要原因。卫生保健服务的效率低下还同卫生保健服务的资金筹集方式和费用的支付方式紧密相关。在不规范的价格体制下，卫生服务提供者受经济利益的驱动，向患者开大处方，并为患者提供不必要的新检查项目（见附录 1）。与此同时，政府还对县医院和乡镇卫生院继续提供补助，但由于政府的补助并没有同实际提供的卫生服务挂钩，所以这就使得卫生机构的效率更加低下。

第二，卫生服务的质量和安全性问题。在三级医疗保健网中，与安全质量问题相关最密切的就属村一级卫生机构了。中国卫生部最近刚推出了行医许可证制度，农村行医人员必须通过有关部门的考核才能成为“乡村医生”，但是目前对农村行医人员行医行为的监控力度仍然不够且缺乏正规的业务培训体系。从 1998 年的调查中不难发现，只有很少一部分村卫生室（5%）由乡镇卫生院管理。换句话说，不管是私人所有（占 25%）还是村集体所有（45%）的村卫生室，他们大部分都是独立运作的。这是一个不容忽视的问题，因为对于大多数农村人口来说，村卫生室是他们就医时的所接触的第一个医疗机构，在很多情况下也可能是唯一的一个。1998 年国家卫生服务调查的资料显示，农村 53%的门诊服务是由村卫生室提供的。但是这些村医没有经过多少正规的业务培训就开始工作，且没有进一步的培训，也缺乏有关部门的有效监控，所以村民可能会面临医疗质量和医疗安全的问题。UNICEF/北京（2000）的研究表明，无安全保障的和不必要的诊断和治疗在中国农村是普遍存在的。从图 9 可以看出，村卫生室所开具的处方中有 20%-36%是不合理的。有 46%-64%的儿童因患普通感冒而被迫接受肌肉注射。大部分卫生室（62%-85%）没有保留患者的病历。

以上问题与健康保障系统有什么关系呢？下面我将利用两项分析的结果来论述健康保障系统可能对乡镇卫生院和村卫生室产生显著的积极的影响。



### 合作医疗和乡镇卫生院的工作效率

刘远立等人(1997)根据对中国贫困地区的调查资料测算了128个乡镇卫生院在初级卫生保健服务方面的资金“不当消耗”的情况。结果显示,由低效率造成的资金浪费竟然达到了总支出的48%,换句话说,每年每个卫生院的无效消耗竟达到了30000元(RMB)。这意味着,假如贫困地区的卫生机构能提高效率的话,那么将可以节省大量的原本就很有有限的卫生资源。研究还发现,在扣除需求和其他因素的影响以后,机构的效率低下与其不负责任的管理模式密切相关,比如用于机构工作人员和管理方面的费用过高等。非营利机构的寻求租金(rent-seeking)模式与上述现象类似,此外,由于政府不是根据卫生院的实际提供服务情况而是采用定额补助的方式对卫生院进行补贴,从而导致的卫生院缺乏激励机制也与此有关。通过研究我们也提出了一些政策性建议。比如,要想提高卫生院的工作效率,我们必须采取下列措施:要么乡镇卫生院必须改变自己的行医行为,减少卫生资源的浪费,从而提高效率。要么政府改革对卫生院的财政补助政策。对于一个缺乏效率的机构来说,我们当然可以通过减员或通过对工作人员的重组来加强对机构的管理,从而减少不必要的开支。然而,只要政府继续对医疗机构进行定额补助的话(即根据卫生院的工作人员数和床位数来拨款),就不会激励效率低下的卫生院提高他们的工作效率,最好的办法是依据他们的卫生服务提供能力和实际工作绩效进行补助。

针对这些十分严重的效率低下问题,政府应该如何改革其卫生资金筹集和支付政策呢?假如我们只是简单地削减对卫生院的财政补贴或约束卫生院的行为,使它不再提供毫无必要的服务,那样只能会使许多卫生院无法生存下去而被迫解体,因为他们仅依靠提供那些有限的卫生服务是不能筹集到足够资金的。显然这种政策是不可行的。另外一种方法就是提高患者的需求。在贫困的农村地区,一个很突出的问题就是虽然农民有卫生服务的需要,但是有效的需求水平却很低。假如这种有效的需求水平提高了,那么卫生院的收入和效益也就相应的增加了。因此,政府可以考虑这样一个对策,从供方的财政补助中拿出一部分资金用来提高需方的有效需求。通过这种方式,需方有效的需求增加以后就可激励卫生院努力提高自己的服务能力,因为他们只有通过这种方式才能挣得原来直接支付给它们现在却补给需方的那部分财政补贴。

我们用一个简单的模型就可以说明这种资源的重新分配政策对卫生服务提供者和患者都是有利的。假如,目前这种浪费水平降低50%(比如可以通过减少政府对卫生院财政补助的方式),那么每个乡镇卫生院可以平均节省15000元(相当于每个居民1元)。如果把这部分节省下来的钱用来建立某种健康保障基金,健康保障系统可以根据实际情况制定适度的基金使用计划(比如,基金覆盖60%的乡镇卫生院的服务),这样一来,目前没有参加保险的

人群的卫生服务需求就会大大的提高了。据估计，乡镇卫生院的卫生服务利用率可能将提高30%，那么一个乡镇卫生院的净收入平均可增加16000元。把这个增加的业务收入（16000元）与建立健康保障基金前减少的政府财政补贴（15000）作一个比较，你会发现乡镇卫生院的总收入其实已经增加了，而不是减少。与此同时，假如健康保障基金覆盖了贫困地区的大部分未参加保险的那些穷人，那么他们接触卫生保健服务的机会、费用支付能力和医疗服务的利用率都将明显提高。对于穷人来说，这种做法有助于打破他们因贫致病、因病返贫的恶性循环。由此看来，政府应改变过去那种以供方为中心的财政补助政策，而建立一个能为乡镇卫生院提高有效卫生服务需求的新的筹资政策。

### 合作医疗与村级卫生保健服务的提供

1998年的国家卫生服务调查范围包括632个村及其卫生室。在这632个接受调查的村中，有77个村实行了合作医疗，555个村没有实行。为了说明合作医疗与村卫生室的卫生服务提供之间的关系，我们以调查资料为基础进行了回归分析。我们在前边已经讨论过，合作医疗可以从多个方面影响卫生保健服务的提供。因此，我们提出了许多假设。第一，合作医疗是一种预先支付医疗费用的方式，它可以减少医疗服务需求的不确定性。因此，同未参加合作医疗的村卫生室相比，参加合作医疗的卫生室更乐意也有能力提高他们的药品供应和设备装备水平。其次，合作医疗是一个有组织的卫生筹资系统。作为一个相对强大的卫生服务购买机构（我们将在本次报告的第三部分对合作医疗的结构及功能进行详细的介绍），通常由乡镇卫生院负责，合作医疗还可影响和控制村卫生室提供的卫生服务的质量和安全性。下面我们利用回归模型来分析合作医疗对反映供方服务质量和安全性的四个特定指标的影响：（1）村卫生室西药的数量（2）消毒锅的数量（3）各项设备的总价值（4）村卫生人员接受业务培训的平均时间。由于其他的因素也可能对我们的研究产生影响，所以在表达式中，我们引入了另外几个控制变量：村级工农业人均产值；人均收入；人均公益资金；村民的数量。

附录1中给出了所有变量的描述性统计数值，还标明了回归分析的结果。尽管我们所建模型的预示能力很有限（比如矫正的 $R^2$ 数值很小），但四个回归模型都具有显著的统计学意义。不难看出，在四个模型中，合作医疗系数的统计学意义的显著性尤为突出。从统计分析结果来看，实行合作医疗的农村的西药数量要高的多（ $P=0.05$ ）。如果其他的因素不变，实行合作医疗使得村卫生室的西药平均增加了24种。实行合作医疗的卫生室平均拥有西药160种，而未实行合作医疗的地方的西药数量是136种。从消毒锅回归模型的分析结果可知，虽然合作医疗对它的影响不是特别的大，但是也有显著的统计学意义。合作医疗地区的村卫生室的各种设备的总价值要比没有合作医疗的村卫生室平均高出2900元。实行合作医疗的村卫生室的医生比未实行合作医疗的村卫生室的医生培训时间大约长了3天（0.1个月）。很有趣的是，在我们的模型中，工农业人均产值和人均收入并不是影响卫生服务提供方面的决定因素。这些证据表明，合作医疗对卫生服务的提供产生了积极的作用。这个建立在全国性调查资料分析之上的有关合作医疗对供方的影响的研究结果，尚属首例。

### 3. 影响中国农村健康保障制度发展的主要问题

如果中国农村确实需要建立健康保障制度的话,为什么这种制度在中国没有得到良好的发展?由于农村人口数量庞大和权利高度分散的经济和财政体系,要让中国在不久的将来为所有的农村人口建立一种统一模式的农村健康保障制度显然是天方夜谭。中国目前的政策是逐步扩大合作医疗对农村人口的覆盖水平。但合作医疗作为一种以社区为基础的风险分担机制受到各社区社会经济发展状况的影响。自80年代初期经济体制改革以来,合作医疗就没有取得过显著的进展。因此,全面认识中国农村合作医疗发展的影响因素可以帮助我们认识中国农村健康保障制度发展过程中存在的主要问题。在研究影响农村合作医疗几起几落的较为重要的外部和内部环境因素后,我们确定了要建立和维持中国农村健康保障制度的四个主要条件。这些条件包括经济发展水平、农民的投保意愿、适宜的组织和管理方式和政府支持。

经济的发展水平不仅影响个人和社区动员健康保障制度所需资源的能力,也影响到运营合作医疗的组织能力。尽管经济条件是必需的,但并不是充分条件。由于农村健康保障制度不是强制性的,农民的筹资意愿对维持健康保障制度就很重要了。因此,决策者应该准确把握什么是真正促使农民想参加一个特定的健康保障制度的原因。这也有助于理解这些自愿性加入的风险共担制度的局限性,例如负向选择。农村健康保障制度组织和管理的方式也非常重要。中国已有大量的经验资料提示建立农村健康保障制度不容易,但也不是不可能,即使是在贫困地区也未尝不能搞合作医疗。但维持已建立的健康保障制度则困难重重,其中一个关键因素就是组织和管理。同时政府还可以帮助填补健康保障的供需之间的空缺。但由于预算和政策上的限制,由政府独家承担农村健康保障制度的资金筹集和组织工作是不现实的。所以应该分清那些工作政府能做而且应该做,那些工作不能做也不应该做。在以下的部分中,我们将对以上四个方面作详细的论述。但首先要对中国现有的合作医疗机制依次予以简单的介绍。

#### 3.1 现有的农村卫生保障机制

如同前言部分所讨论的那样,在八十年代早期农村实施改革以后,中国政府没有以一个新的有组织的筹资结构来替代合作医疗,相反采取了放任自流的政策。相应地,一些社区设计出其自身的新的筹资机制,但许多村都退回到自费医疗体制上去了。现存的社区筹资机制包括新型的预付性预防项目(PPP)和合作医疗制度的延续。

##### 3.1.1 预付性的预防项目(PPP)

主要有两种预付性的预防项目:预付性的妇婴医疗计划(PMCH)和预付性的计划免疫计划(PIP)。这些项目覆盖了约40%的目标人群。

一个典型的PIP合同要为DPT、麻疹、脊髓灰质炎等提供4年的预防接种。PMCH合同常包括接生、妇婴的产前和产后保健,也可以包括营养、生长监测和必要的转诊。PIP项目的受益面较为统一,但PMCH项目的受益面在不同村和地区间的差异较大。对这两个项目来说,如果投保者患了本应在项目中预防的疾病,投保者可以为因此而花费的医疗费用得到少量补偿。

PMCH和PIP项目由当地的卫生保健提供者来管理。PMCH筹集的费用主要根据以下的比例来分配:劳动力投入55.7%,补偿投保者因患项目本应预防的疾病6.2%,其他作为余款或偶发事件的经费。对PIP来说,提供方的报酬由投保者预付的经费来支出(平均62.3%),18.7%用于补偿投保者因患项目本应预防的疾病所花的费用。

##### 3.1.2 合作医疗制度的延续

###### (a) 补偿结构

在30个贫困县的调查中,合作医疗的补偿结构可分为二类:综合性的和仅含基本医疗的。综合性的补偿指合作医疗补偿乡和县医院住院费用的30%-100%及门诊费用的50%-100%。仅含基本医疗的项目指对村层面的服务几乎覆盖了村级服务的所有项目的费用(或打折),但在乡或县层面花费的费用则完全自费。如同在表12中指出的那样,绝大部分中国农村贫困地区现存的合作医疗制度仅覆盖门诊服务。

表 12 30 个贫困县合作医疗的现状和补偿结构

补偿类型	覆盖的村	覆盖村的百分比(%)	人口覆盖百分比(%)
综合性	29	5.1	4.4
仅保基本医疗	59	11.4	7.2
合计	88	16.5	11.6

资料来源：30 个县研究 备注：调查的村数为 534,总人口数为 673797

(b)资金来源

绝大部分的合作医疗制度的资金来源于个人筹资和村福利基金。在特别穷的地方，单独从个人筹资得到足够的资金通常是不可能的。与其他地区的合作医疗相比(如 1992 年 5 省调查)，贫困地区合作医疗制度接受政府补助的比例相对较高，而接受村一级社会福利基金补助的比例相对较低(表 13)。

表 13 合作医疗的资金来源构成

资金来源	政府	社会福利基金	个人	其他
30 个县调查的合作医疗	16.1%	20.3%	48.1%	15.5%
5 省调查的合作医疗	8.0%	30.3%	58.7%	3.0%

资料来源：30 个县研究和世界银行贷款 IV 项目预备期

(c)管理

许多农村合作医疗制度由村集体(43.2%)或村医(23.4%)来管理。由乡来管理的极少：有 13.6%的合作医疗是村乡共同管理，11.4%由乡卫生院管理，8%由乡政府管理。尽管单一渠道筹资的合作医疗制度很大程度上由乡一级管理，但上述状况在不同筹资类型中都可见到。与仅保初级保健的合作医疗相比，有综合性补偿项目的合作医疗由乡管理的比例更高。这表明住院费用的风险共担和综合卫生服务包管理上的复杂性都要求比当地社区更高一级的管理。根据一项关于管理结构的优先度的调查，大部分的农民(不管其参加合作医疗与否)都选择村一级的管理，显示出对当地社区控制有很强的偏好。(Fu et al, 1998)

3.2 建立农村卫生保障体制的社会经济背景

国际经验显示，个人和集体在健康上的花费随经济的发展而增加，从而对健康保障的需求也增加(World Bank 1993; WHO 2000)。当经济改善时，对于健康保障制度的组织能力也随之增强。因此，社会保险、商业保险或合作医疗覆盖的中国农村人口的比例在不同经济发展水平的地区间有所差异也就毫不奇怪了(表 14)。例如，1998 年高收入地区有 26%的居民被健康保险覆盖，而贫困地区农村居民只有 18%被保险覆盖。保险覆盖率的差别与地区间以下因素的差距有关：个人支付能力(如人均收入)、组织筹资的潜力(如村集体基金和乡财政)以及卫生保健供方条件(如村卫生室的药品供应)(表 14)

我们发现不仅保险覆盖率有差异，各地区的健康保障制度的类型也不同。健康保障制度可用不同的方法进行描述(Bennett and Crease, 1998; Hsiao et al, 2001)。附录 2 根据其五个方面的特征总结了五种典型的农村健康保障制度的经验，这五个方面分别是：资金(来源、渠道和水平)、风险共担、受益包、资金管理和供方支付方式。在以下部分，我们分别讨论中国高收入地区、中等收入地区和低收入地区的农村健康保障制度。

表 14 农村健康保障制度及不同地区间的关系

因素	农村平均		一类农村		二类农村		三类农村		四类农村	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
各种保险覆盖百分比(%)	15.8	12.6	35.8	26.6	11.9	7.6	4.6	5.2	16.9	18.5
合作医疗覆盖比例(%)	9.8	6.5	28.7	20.8	9.1	3.7	0.7	1.6	1.0	1.8
村企业产出(万元)	163	524	396	1161	91	621	54	116	4	7
人均纯收入(元)	684	1759	920	2591	667	2085	488	1257	361	884
乡财政(万元)	247	465	325	1050	246	318	244	262	87	136
村卫生室药品种数	119	139	136	150	120	138	117	149	65	92

资料来源：国家卫生服务调查，1993，1998

### 3.2.1 中国高收入农村地区的健康保障制度

中国的收入分布与三个大的地理区域相吻合：东部沿海地区（特别是长江三角洲地区）、中部地区和西部地区，这是在第七个五年计划（1986-1990）中采用的地区概念，并从此被研究中国区域发展的学者广泛应用。中国高收入地区的农村健康保障制度的特征是强有力的集体和政府支持，报销比例高，尤其注重医院保险，模仿城市健康保障制度改革模式。

与中等收入和低收入地区相比，高收入地区的健康保障制度的个人筹资水平是比较高的，同时当地企业和政府也给予大力的支持。苏州市的农村健康保障制度可算是最成功的例子之一<sup>1</sup>。自农业改革农村合作医疗受到冲击以后，苏州市、县和乡各级政府意识到缺乏农村健康保障制度问题的严重性，将新建和加强农村合作医疗制度作为其政策议程的重点。政府领导动员个人和当地企业进行筹资，农民家庭每人年筹资 15-20 元给乡管理的合作医疗基金。乡企业和乡政府投入了几乎相等的资金，除此之外，县和市政府为每个合作医疗投保人员投入了 2-10 元，主要用于合作医疗投保者的大病医疗保险。50%的资金作为住院保险资金用于大病医疗费用。小额费用（如门诊费用）在乡镇一级进行风险共担，而大额医疗费用（如超过特定起付线的住院费用）的风险共担在县（市）一级。在过去 5 年中，苏州农村人口对农村健康保障制度的投保率一直维持在 70%以上。在 1999 年，投保人数高达 31.3 万。作为苏州筹资模式的一个例子，表 15 描述了昆山市在 1997-1999 年间农村合作医疗制度的发展情况。

表 15 江苏省昆山市农村合作医疗制度

	人均收入	农村人口	投保率	资金来源(%)			
				县	乡	村集体	家庭
1997	4786	420367	72%	4.9	4.2	18.5	73.2
1998	5031	409685	75%	4.5	3.9	19.7	71.9
1999	5175	397361	73%	5.3	5	21.2	68.5

高收入地区的另外一个趋势是城市和农村健康保障制度的逐步并轨。尽管我们还没有发现一个完全整合的健康保障制度，但是城市和农村健康保障制度的运行正在逐步统一。首先，这两个制度的组织或机构的运行不再完全分离。例如，曾经向城市居民出售住院保险的如中国人民保险公司等商业保险公司，已开始向农村市场渗透。结果，如同在 1993 年和 1998 年调查中看到的那样，尽管农村居民被私人保险覆盖的人数占总人口的比例仍然很小，但这几年来已有所增长。1996 年以来，广东省的顺德市政府一直在运行住院保险方案，企业工人强制性参加，而农民则自愿参加。根据个人筹资水平（而不是根据投保者的城乡户籍情况），投保者得到的受益项目不同。第二，有些方案实施了交叉补助的政策（如昆山，工人对农民承担一定的转移支付）。第三，城市社会医疗保险中采用的将个人医疗储蓄账户（IMSA）和社会统筹相结合的模式在农村健康保障制度中也得到应用。在苏州（如昆山）和上海（如南汇县）的一些社区，建立了修正的医疗储蓄账户----家庭医疗储蓄账户（FMSA）作为农村健康保障制度改革的一部分，其目的是进一步促进多层次农村健康保障制度，目标针对那些能预付但不愿与大社区内非家庭成员共担经济风险的家庭。

### 3.2.2 中等收入地区的农村健康保障制度

中等收入地区（人均收入约为\$713）覆盖了中国的大部分地区，包括中部地区各省份和东北三省，这些地区在工农业发展及个人和集体经济的筹资能力上都存在很大差异。收入上的差异越大，说明在不同人群中发展费用风险共担的需求和潜力越大。这些地区的文化差异也最大，如多种族聚集。这些文化上的差异，如能有效地视作社会资源，则对发展农村健康保障制度会产生积极的影响。后面将在这方面展开更详细的讨论。不象高收入地区有雄厚的产业基础，而且低收入地区承担着大量的上级政府的转移支付，所以这些地区的政府财政（包括社会支出的预算）极其有限。因此，中等收入地区农村健康保障制度的筹资和管理模式在地区间差别较大，但大部分资金都来自于家庭筹资。与高收入地区的健康保障制度相比，中等收入地区的风险分担能力要小的多，而且常由村一级来运作。四川省简阳和眉山县的合作医疗制度是改革后试图恢复农村合作医疗制度的早期努力的代表之一。在兰德公司和中国卫生部的技术支持下，简阳和眉山项目的目的是为在市场经济条件下组织农村健康筹资和根据

医疗费用预测从而在较为合理的精算基础上设计补偿方案等方面，提供可操作的经验。最初的经验表明合作医疗制度得到了农村居民的广泛支持(Jiang et al, 2000)，但在 1993 年和 1998 年却两度中断，原因是国务院强制性执行农民的减负政策，致使当地的合作医疗制度停办。河南省的合作医疗制度也很脆弱。在 1996 年，全国农村合作医疗工作会议在开封和林县召开，那里合作医疗的村覆盖率曾经高达 90%。但在 1997 年，农业部出台了一项政策规定哪些费用是地方可以征收的而哪些是不能征收的，其中合作医疗经费筹资属于“乱摊派”之列。这促使许多合作医疗制度的解体，而这在一年前还被看作是所有其他农村地区应学习的榜样。

### 3.2.3 低收入地区的农村医疗保障制度

尽管中国低收入地区农村的需求最大，他们却面临着发展农村医疗保障制度中最为困难的境地。一方面，因为资金和组织资源有限，低收入地区的居民其自身（在中国的三种地区中）发起和维持医疗保障制度的能力最差。另一方面，同样数量的政府支持在这些地区能产生比其他地区都大的边际效应。这主要有两方面的原因，即对农村医疗保障制度的初始期望值相对较低；低收入地区的人口流动性比其他地区低，从而有较高的社会凝聚力。如果有外来的支持，加上个人筹资定在可接受的水平上，这些地区的人群参保率是很有弹性的。下面两个例子有助于说明这两点。

#### 10 个贫困县研究(Hu et al, 2000)

自 1993 年起，联合国儿基会资助了一个关于中国贫困农村卫生保健筹资和提供的应用性研究。在卫生部的领导下，在数百个地方政府官员和卫生人员的支持下，中国卫生经济培训和研究网络与哈佛大学公共卫生学院(技术队伍)合作开展了该项目。项目分为两个阶段：第一阶段(1993 年-1996 年)对 114 个贫困县进行了调查研究，目的是对主要问题和机会做出综合性诊断；第二阶段(1997 年-2000 年)针对 8 省的 10 个贫困县进行农村合作医疗的干预。总体的干预措施中包括一系列交互式的活动，如在 1996 年选择干预地点(在 10 个县中，每县都选择 2-3 个干预乡和一个对照乡)，在 1997 年对 3103 户居民进行了基线调查，合作医

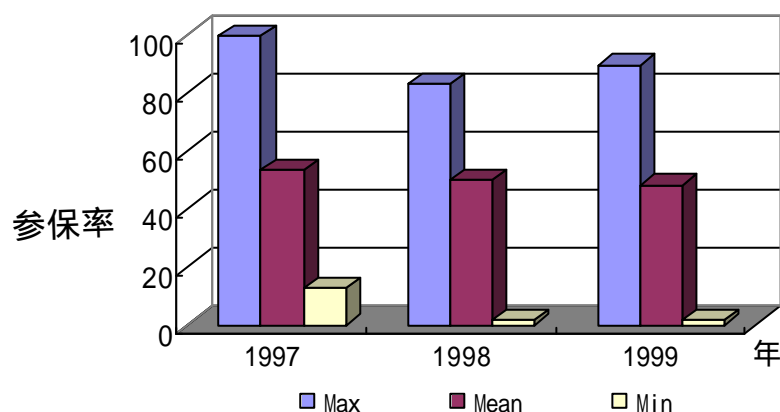


图10 参保率

疗补偿和管理结构的设计，社会宣传动员和资金筹集，技术队伍定期的现场访问(每年 2-3 次)以监测和提供技术援助，以及 2000 年 7 月的评价性调查。

图 10 总结了 1997 年、1998 年和 1999 年总参保率的平均水平和范围的变化情况。在干预期间，总体参保率和筹资标准水平都下降了。尽管所有项目县都试图在干预乡建立合作医疗制度，但在过去三年中，合作医疗的运行还是很不稳定。除二个乡(甘肃省古浪县的黄羊川乡和山西省镇安县的黄家湾乡)的合作医疗投保率稳步增高外，一半以上的干预乡的投保率都有所下降。有些乡(云南省龙陵县的龙江乡)的投保率在干预试验期间下降幅度甚至超过 50%。云南省和贵州省的乡农户的投保率从来都没能超过 40%。导致这一现象的主要原因是什么呢？重要影响因素如下：人们的支付能力和支付意愿，组织和管理问题，政府支持和政策限制。干预地区的许多农民(20%)都非常穷。我们调查样本中的家庭 1999 年人均收入为 1651 元，这比 1998 年的农村人均收入低 20%。约有 12%的家庭称他们收不抵支。收入低下

明显地限制了人们为合作医疗基金筹资的能力。所有遭遇了自然灾害(洪水和干旱)的乡的投保率都毫无例外地出现了下降。因此,在没有外来资金资助的情况下,农村贫困地区的合作医疗有以下两个特征:很难在补偿率非常有限或筹资能力低的情况下建立合作医疗制度。

#### 西藏的合作医疗(Cheng and Fan, 2000)

在 1997 年前,在中央政府的直接支持和补助下,西藏自治区(TAR)的居民可享受公立医疗机构的免费卫生保健服务。免费医疗遇到了资金不足、供给不足和效率低下等问题,为了纠正这些体制上的缺陷,西藏自治区政府自 1997 年开始进行卫生筹资改革。自治区政府利用以前直接拨给卫生服务提供者的中央政府补助,建立了乡镇合作医疗基金,政府对这些基金平均投入为人均 15-30 元。家庭也要求投入合作医疗基金,他们人均支付 10-20 元(约为其年人均收入的 1.5-3%)。对那些无力支付合作医疗基金的贫困家庭,县、乡政府和村组织根据一个特定的比例来共同承担其合作医疗基金(县、乡政府和村集体经济分别支付 50%、30%和 20%)。到 1999 年,在 66 个县和 455 个乡镇建立了合作医疗制度,覆盖了西藏自治区 54.8%的人口。最初的评价性研究显示,建立合作医疗制度改善了人们对初级和三级卫生服务的可及性,增强了自治区卫生保健提供的资金保障和服务质量(Cheng and Fan, 2000)。西藏的经验明确地提示在政府强有力的支持下,由个人和当地社区共同筹资,在农村贫困地区就可以建立农村健康保障制度。

### 3.3 农民参加农村健康保障制度的意愿

由于农村健康保障制度不是强制性的,了解为什么有些人愿意参加而其他人不愿意就变得十分重要。在附录 3 中,我们建立了一个社区预付方案需求的经济模型,并利用 10 个县的研究数据对该模型进行了验证。在经济学理论和经验性分析的基础上,我们发现以下因素能很好地解释人们的需求行为:

- 卫生保健需求。我们进行了多变量回归分析以解释为什么有些人参加合作医疗而另外一些人没参加。在有显著性统计学意义的解释变量中,反映卫生保健需求和自然可及性的变量较为突出。发现两周患病天数、居民到乡卫生院的距离、以前的高医疗费用与参加合作医疗的概率有关。
- 医疗服务质量的主观判定和合作医疗的预期效应。在同一个回归分析中,我们发现预期的合作医疗对卫生保健可及性的正面影响以及服务质量与参加合作医疗的概率呈正相关。这些结果同时也在焦点访谈中得到了证实。当询问其决定参加合作医疗优先考虑的方面时,很明显,合作医疗的补偿政策特别是提供的卫生服务的可及性和服务质量是人们最关注的。许多人提到当合作医疗补偿很有限且合作医疗指定的服务提供方质量较差时,为合作医疗基金预付就没有什么意义了。
- 社会资本和风险共担。近年来“社会资本”的概念引起了社会科学各领域研究者的关注,从社会学到政治学 and 经济学,到国际发展和公共政策。社会资本主要衡量社区成员间的社会凝聚力、相互信任、行为准则、互惠和团结程度(Helliwell and Putnam, 2000)。社会资本的多寡与以下一些因素紧密相关:使共同受益的集体项目易于进行(如斯里兰卡农村合作建立和维持了非常需要的灌溉系统)(Krishna, 2000)、经济发展(Putnam 1993)、社区驱动的发展项目(Buckland 1998, Brown and Ashman 1996)、和正面的健康产出成就(Kawachi et al 1997)。Haiso(1995)。我们试图在 10 个试点县中,测量社会资本对人们参加合作医疗意愿的影响。

研究的基线调查数据分析提示,人们对合作医疗的组织者信任与否明显地影响到其参加合作医疗的意愿。根据 2000 年进行的评价调查,我们还发现了在家庭层面衡量社会资本的其他一些显著性变量:参加社会组织的数量、参加村民会议的频率、与邻居的良好关系等因素与参加合作医疗的可能性呈正相关。人们对合作医疗不信任有其历史原因,并且与总的社会价值取向的变化有关。合作医疗在经济体制改革后衰落的主要原因之一是“干部吃好药,群众吃草药”。目前的合作医疗制度在很大程度上仍由政府或政府办的乡卫生院运行,缺乏运行透明度和组织责任感。我们的干预项目试图在这方面取得突出的进展,但是失败了。在一些合作医疗管理委员会定期公布合作医疗收支的乡,人们对合作医疗的满意程度远远高于其他乡。另一方面,中国农村社会结构从以社区为基础的体系转向以家庭生产为基础的体系,由此带来人们对社区意识的淡化,从而也对人们共担风险的意愿产生了负面影响。定量数据的分析和现场的操作经验都揭示出逆向选择的问题。许多家庭都仅为其老年或有伤病的家庭

成员投保合作医疗。这就是为什么有一些乡要求合作医疗以户为单位进行投保。

### 3.4 组织和管理

农村健康保障制度组织和管理明显影响到该体制的最初启动和可持续运行。首先,在农村地区启动健康保障制度是一个相当复杂和困难的过程,包括政治动员、社会宣传、资金筹资、补偿方案设计和资金管理。许多事情都可能出错,由于老百姓的支付能力有限,支付意愿也不高,所以筹集资金可能会遇到很多困难。因为组织和管理能力低下,筹集到的资金也可能得不到很好地管理。在这部分,我们重点利用 10 个县的研究(中国卫生经济研究和培训网络, 1998)及其研究结果。我们首先描述了该研究中采用的干预方法,并讨论在干预过程中碰到的主要问题。讨论目的是指出将来建立一个合理的农村健康保障制度应在哪些主要领域采取行动。

#### ● 资金筹集

资金筹集是整个过程的最关键的部分。究竟能筹集多少资金和能在什么时间内筹集上来将直接影响到合作医疗的运行和生命力。在 10 个项目县中,无一例外的,都是通过技术队伍和当地政府官员的合作来进行社会宣传工作。这些工作的目的是为了帮助人们了解什么是合作医疗以及风险共担的重要性。这些工作采取了多种形式,从召开乡村大会、到张贴宣传标语,从当地电台到电视新闻。资金筹集人员包括乡和村干部和卫生人员。通过技术队伍与当地人员的反复咨询过程来决定筹资标准。基线调查中反映出的以前的医疗费用、人们的支付能力和支付意愿,是设定筹资标准的两个主要依据。如果一个家庭确实很穷不能支付,当地民政部门根据其实际状况代为投保。资金筹集常在新年或收获后进行,那时人们手中都有一定量的现金,不允许以实物支付。为了避免“逆选择”和降低管理成本,有的试点乡只允许以户为单位参保,并要求村民的参保比例达到一定水平(如 60%),才可真正启动合作医疗,农民才可从合作医疗获得补偿。大多数乡都有一个入保期限,逾期不再接受投保者。在特殊的情况下(比如农民卖粮食未能获得现金而只收到政府的白条),合作医疗管理者允许农民先入保,参保费缓期再交,此时的参保费由乡政府垫付。除了挨家挨户上门收缴之外,最普遍的资金筹集方法是采取代扣方式,从参保农民卖粮食或其他经济作物获得的现金中直接扣留参保费,或者将合作医疗参保费作为当地税收的一部分来征收。这些做法虽然“不合法”,但更有效。从粮食收入中扣留通常在农经站的合作下完成。

尽管进行了广泛的社会宣传和当地政府官员在资金筹集过程中空前的积极参与,我们在资金筹集工作中的收获还是很有限的。干预的第一年(1997年),在试点的 21 个乡建立了合作医疗,共有 153,519 人参保。但此后,参保人数持续下降,到 1999 年,参保总人数仅为约 50,000 人。同时,筹资水平在所有的试点乡也相应的持续下降。1999 年,试点乡的筹资水平从每人 3 元至每人 22 元不等。同年,人均收入和人均实际医疗支出分别为 1820 元和 215 元。这说明,即使在最好的情况下,我们能够筹集到的资金,也仅仅是平均收入水平的 1.2%,或者说是平均医疗支出的 10.2%。合作医疗资金筹集的主要困难是什么呢?

从同当地官员与农户的大量访谈中我们了解到以下问题:第一,农民的经济收入不稳定,尤其是那些居住在易受自然灾害侵袭地区的农民。能够被当地民政部门代缴入保费的农民的数量很少,而且,即使是在贫困地区,我们也发现了很大程度的收入不公平。下十分位数的农户的收入仅占总收入的 5%,而上十分位数的农民收入则占到了 52%(见表 16)。同时,除了被减免的农民外,不管收入状况怎样,每个入保者所缴纳的入保费都相同。从理论上讲,合作医疗的入保费应该随着收入的不同而不同,这可使合作医疗筹资更加公平,经济状况较好的农民交纳更多的入保费也可使合作医疗筹集到更多的资金。然而,出于可行性和管理成本的考虑,我们没有在试点乡进行累进性更强的筹资机制的实验。第二,合作医疗筹资缺乏立法保证和适当的激励。国务院关于减轻农民负担的政策明确规定,当地干部只有在得到农民同意的情况下,才能收取合作医疗参保费。在整个干预的过程中,这一问题经常被当地干部提出来。有的时候,减税政策的执行严重干扰了我们的合作医疗干预实验(比如在四川省)。另外,由于健康预付投资的意愿低且感觉到在筹资过程中管理费用高,许多当地干部和卫生工作者对合作医疗筹资工作表现出越来越多的不满。

筹资工作不利还有一个原因。我们的干预项目的初始设计中本来想利用联合国儿基会香港委员会所筹资金的一部分匹配到合作医疗中去,使其补偿的范围比单由合作医疗保费所提供的受益包大,从而也就更吸引人。我们的设想是,如果这部分匹配资金不但可以起到资助

的作用，而且还可以提高人们投保意愿的话，那么我们就更加肯定应该给予贫困地区的合作医疗外部资金援助，特别是来自政府的援助。不幸的是，这部分补充资金直到最近才到达项目乡。所以我们目前还无法判断这部分资金的作用如何。

表 16 收入分配

等级	份额 (%)	人均收入
1	5.31	448.81
2	9.68	737.08
3	13.76	1087.05
4	19.51	1695.85
5	51.74	3464.82

资料来源：10 个县研究

### ● 补偿方案

我们是通过咨询来设计补偿方案的。1997 年的基线调查搜集到了以下信息：各地的主要卫生问题、医疗费用以及人们的支付能力与支付意愿。这给技术小组设计出能被大多数农民支付得起的适当的筹资标准提供了重要的基础信息。利用基线调查数据，技术小组设计出不同的补偿方案以供项目组选择。补偿方案一旦确定下来就要运行一年，一年后可根据情况适当调整。由于筹集到的资金有限，整体补偿水平很低。合作医疗方案的设计者们面临这样一个选择：要么补偿基本医疗，要么补偿大病（住院）医疗费用。大多数合作医疗方案提供了比住院补偿更常见的一般门诊服务和药费补偿。这种设计的主要目的是提高基本医疗保健的资金支持，而不是提供大额医疗费用的保险补偿，后者可能只有少数参保者受益。1999 年，合作医疗参保者在乡卫生院的住院率只有 4%。四川的一个试点乡开始主要提供住院补偿，结果许多参保者没有直接受益，一年后，该乡只剩 6 人参保。所以，绝大多数试点乡都主要对门诊医疗保健服务与药费提供补偿。因此，得到下面的结果也就不足为奇了：在调查的 1503 个参保农户当中，一半以上（57%）从合作医疗当中直接受益（得到补偿），84%的人认为合作医疗提高了医疗服务的可及性。

然而，21 个试点乡的补偿方案在扣除、共付以及对服务供方的选择限制方面有较大的不同。大多数合作医疗都是在补偿的基础上运行的-人们不得不先自掏腰包，然后再向合作医疗申请报销医疗总费用的一部份（见附录 2-表 4）。报销手续的烦琐以及对定点医疗单位的限制是人们不愿参保的主要原因之一。人们不满合作医疗的另外一个主要原因就是对获得的净收益不满。因为合作医疗是对医疗总费用的一部分给予补偿，那么参保者究竟能够获得多少净收益则取决于医疗费用的水平。合作医疗只对人们在公立医疗机构的就诊费用给予补偿，在私人诊所花费的医疗费用以及在药店购药所花费用，合作医疗是不予补偿的。然而，私人诊所间的竞争以及在公立医疗机构就诊的相对低效率，导致在公立医疗机构所花费用一般来说高于私人诊所。就药品价格来说，尤其如此，有时候药品价格会相差 2-3 倍。尽管私人诊所提供的服务与药品质量可能不可靠，但是一些人对私人诊所就医的便捷与低价格的体验，促使他们相信：参加合作医疗未必就好。这正有助于解释为什么调查的受益者中，只有 41%的人认为合作医疗减轻了他们就医时的经济负担。

### ● 资金管理

按照项目的设计，每个试点县应该建立三个组织：县合作医疗领导小组——负责本县合作医疗试点方案的调整和乡（执行）方案的监督，乡合作医疗管理委员会以及乡合作医疗监督委员会。大部分试点地区建立了前两个组织，少数地区建立了有效的监督机制。因此，管理的重任落在乡合作医疗管理委员会的身上，后者通常由乡政府或党委的领导。委员会其他成员包括乡卫生院院长和村民的代表（通常为村干部）。合作医疗管理委员会定期开会决定合作医疗的重大问题，例如资金的筹集和补偿方法等。合作医疗委员会为合作医疗在当地银行开设专用帐户。与农村的养老基金不同，合作医疗资金不能被用于投资，只能存在银行，享受一般利息。合作医疗管理办公室在合作医疗管理委员会的领导下处理所有财务问题。由于资金缺乏，合作医疗管理办公室通常设在乡卫生院内。合作医疗资金管理活动通常由乡卫

生院承担。大多数地区乡卫生院院长同时也是合作医疗办公室主任，由乡卫生院会计处理合作医疗补偿事务。当地农民对这种管理结构的看法不一。支持者认为这是一个减少管理费用的好办法，反对者则怀疑乡卫生院存在利益冲突。无论如何，合作医疗管理方还没有充分发挥其卫生服务“购买方”的作用。天镇的项目组曾试图采用不同的供方支付方案，以使服务供方分担一定的筹资风险。这一方案设计得很好但执行很差，因为合作医疗管理者不希望卫生服务供方（他们自己）承担筹资责任。干预过程中暴露出来的最致命的问题是资金管理缺乏透明度和责任感。技术小组经常发现当地的合作医疗管理者没有按照规定的指导原则进行操作，没有按财务手续办理。农民抱怨补偿没有兑现，且没有明确的解释。在少数地区，合作医疗基金被大量滥用。基线调查显示，近一半的被调查者不信任合作医疗管理者。所以合作医疗要想得到当地群众的支持，提高其运作的透明度和责任感是至关重要的。

### 3.5 政府支持与农村健康保障制度

中国自身的经验表明，建立和维持农村健康保障制度的广泛覆盖必需要有强有力的政府支持。一些政策制定者，特别是那些支持“自愿的”加入以社区为基础的农村健康保障制度的人，寄希望于随着经济的发展，人们对健康保障的需求随之增长，从而社区对健康保障问题也会更加关注。但事实并非如此。尽管80年代以来经济持续增长、1996年提出了关于农村健康保障的明确政策导向，至今大部分农村人口仍没有保险(表4)。上面的讨论提示，目前所有成功的合作医疗制度都有强有力的政府支持。我们至今还未发现农村合作医疗制度完全由非政府组织(NGO)发起并实现持续性运行的情况。以下几方面的理由可以说明为什么农村合作医疗需要政府支持。第一，因经济体制改革所致的地区间经济和社会发展的不平衡，假如完全由各地来负责建立健康保障制度，那就意味着部分地区将被明显地甩在后面。常有一些地区，因资金太少和社会资本太低以至于根本无法建立有意义的健康保障制度。政府有责任来帮助那些地区。第二，在中国由于医疗保险市场尚有待开发，因此建立农村健康保障制度需要农民信任主管机构，且这些机构应有足够的筹资和风险转移的权威和能力。除沿海地区或那些乡村企业发展较好的地区外，许多农村地区不得不依赖政府组织处理下列复杂问题：补偿方案设计、社会宣传、资金筹集、进药和管理等。在贫困农村尤其如此。

由于贫困率较高，中国农村贫困地区没有足够的资金来源和人力资源。许多农民需要健康保险的保障，但又因为收入低而交不起入保费。政府必须给予财政支持以帮助那些贫困农民能够参加合作医疗。同时，地方政府（县政府和乡政府）也经常面临预算短缺，甚至一些贫困地区的政府官员连工资都不能按时发放。因此，单纯依靠当地的资源是无法实现综合性的合作医疗补偿的。而且，许多受过教育的年轻人外出打工或在政府部门工作，贫困地区现有的社会组织也非常少。很多地方在没有其他组织可以代替的情况下，则必须由当地政府组织开展合作医疗。自八十年代中期财政下放政策改革以来，当地政府（县和乡政府）越来越多的承担了发展地方经济和社会组织的责任。因此，当地政府有权来决定是建立和发展合作医疗，还是废除合作医疗。中国合作医疗的研究者们有一个共识：县党委或乡政府是否真正支持合作医疗起着至关重要的作用。10个县研究中的有些试点乡合作医疗被中断，往往就是因为乡政府领导换了届。由于当地居民没有参与控制合作医疗的运行，加上中国现今的政治体系仍是由上到下的垂直管理，事实上是由县政府来代表人民干预乡政府的计划。总之，在可预见的将来，政府在合作医疗的发展中将扮演非常重要的组织者和监督者的角色。

但到目前为止，政府特别是中央政府在发展农村健康保障制度方面的作用还很小。如表3所示，当一个国家发展了，其政府在健康保障方面的作用也逐步加强，表现为政府卫生支出占卫生总费用的比例增加。相反，在中国，政府经费在卫生总费用中的比例却不断下降。一些象斯里兰卡这样的穷国，卫生保健筹资的很大一部分责任都是由政府承担的。最近几年，社会保障问题引起了越来越多的政策关注，因为缺乏有效的社会保障体系，中国的经济改革就无法向纵深发展。然而，包括医疗保险改革在内的社会保障制度改革仅限于城市。1998年建立的负责社会保障工作的社会劳动保障部仅负责城镇职工的医疗保健筹资与保险计划。8亿农民，尤其是贫困地区的农民的卫生服务筹资该由谁来管理和负责还没有明确。

为什么中国农村健康保障制度缺乏政府支持？这可能是几个方面的原因造成的，如观念转变、体制限制以及对一些重要问题的误解等。

如同前言中所说的那样，从经济体制改革开始以来，公共政策的主要指导原则就逐步从毛泽东时代对公平社会的偏执转变为邓小平的经济发展才是硬道理，但同时也牺牲了公平。

因此，政府的优先重点始终是发展经济。例如，投资教育是为了发展人力资本——从而带动经济发展。因此，加强教育在西部大开发战略中占有重要地位。但是，由于对健康在经济发展中的作用缺乏正确的认识，新的发展策略中并未考虑到健康投资。本报告试图利用中国自身的一些经验性资料来反映健康对经济的影响(如对贫困的影响)，对该领域做进一步的研究有助于更加全面的制定政策。

中国经济体制改革以来，政府在完全不同的背景下来完成其在社会领域的职责。1978年开始改革，其主要目的可以看作是纠正高度中央集权体制下形成的不合理和低效率。投资和支出的决定权下放到各省和各企事业单位。各省又将农村人口的包括卫生支出在内的社会支出的权利下放到县和乡政府。从80年代早期一直到1994年，实行财政包干制时期，各省与中央政府签订协议，规定每年必须向中央政府交纳一定量的资金。超过该数量的资金，可部分或全部留归省里支配。在这一体制下，省可根据其意向而拥有更多的资源。但到了八十年代后期，这种体制的缺陷逐渐暴露出来，特别是中央重新配置资源的能力明显地被削弱了。中央政府为改变这一局面而引入了一系列的改革。在1994年，分税制替代了包干制，其目的主要是强化中央的财政地位，并切断地方政府和各自辖区内企业间收入上的直接联系。既然中央和省府都是正在理顺各自在税收和支出上的职责，那么对8亿农民的健康保障问题没有明确的分工就毫不奇怪了。但是，既然现在中央政府在税收方面地位已经明显提高，党和政府接连不断地提出来帮助农村发展农业，解决农村地区和农民所面临的问题(所谓的“三农问题”)，那么中央政府在发展中国农村健康保障制度上就应该发挥比现状更为积极的作用。是什么阻碍了他们呢？

在农村健康保障制度的发展方面，对于政府特别是中央政府来说，主要有三方面的考虑：财政负担能力、现有资源配置机制改革的效率和农民无法承受的费用负担。首先，政府由于在发展城市社会保险制度方面已经历了许多困难和挑战，因此在迎接为8亿农村人口建立健康保障制度这个看起来似乎更大的挑战面前，表现得有些犹豫。城市健康保障制度的经验，尽管在某些方面有启发和借鉴意义，但并不能完全套用到农村问题上。

首先，农民不会期望政府给农村健康保障制度的经费支持和城市的一样多。其他有全民福利制度的前社会主义国家(如俄罗斯)，所有居民都可免费利用公立卫生保健。而中国的城市和农村人口的卫生保健体制是分离的。这两个制度不仅在受益方面不同，在资金来源上也有差异。在老的计划体制下，城市工人工资低，但享受各种形式的福利，包括住房和健康保险。这也就是政府为什么会在国企改革阶段把城市人口的养老金和国企下岗职工的安置义不容辞的纳为己任的原因。相当数量的企业职工拿不到工资或医疗费用的补偿的话，通常会导致社会不稳定。与此相反，大部分的农村居民从来没有得到过政府任何健康保障的承诺。合作医疗是一个以社区为基础的风险共担制度，其资金大部分来自于农民的集资。因此，农民和政府之间从来没有就一定的健康保障受益签定过任何正式或非正式的社会契约。这就是为什么当合作医疗垮台，六亿农民没有任何保险时，我们没有看到任何形式的社会骚动的原因。另外，在农村不同地区间社会经济条件不同，因而对政府支持的需要也不同。富裕农村地区对于政府的政策和法规支持的需要大于对资金支持的需要，而中等收入和低收入农村地区则更需要资金的支持。因此，政府不需要也不应该为所有农村人口的卫生保健筹资。相反，政府需要而且也应该帮助那些最贫困人群和脆弱人群。

一些政府官员，包括那些负责支持农村卫生事业的人，都满足于现行的以供方为中心的资源配置方式。在他们看来，农村卫生系统的主要问题不是需方的健康保障，而是供给不足。因此，政府资金应用来改善农村，特别是贫困地区农村的医疗机构。这一政策只反映了卫生系统中的一个问题，但不是最关键的问题。的确有许多农村地区的供给严重不足，但更多的地区存在的问题是由于有效需求太低而导致长期的利用不足。大量调查发现许多农村医疗机构，包括那些更新了医疗设备的机构仍无事可做(Liu et al. 1998)。如同本报告第二部分讨论中所指出的，现在是政府重新严肃地审视其支持或补助供方政策的时候了。利用现有的本来会直接投给供方的经费，来支持一个适当的农村健康保障制度，供方和需方将同时获益。

由于中国农村人口基数和需求量大而政府财力有限<sup>2</sup>，农村健康保障制度的相当一部分资金仍将来自于农民集资。但中央政府认为因农村健康保障制度而向农民集资将会进一步加

<sup>2</sup> 在中国已经有针对为农村健康保障制度筹资而增加香烟税的可行性和潜力进行的研究(Mao et al, 1997; Liu et al., 1997)

重农民负担。中国的税收体制仍是较为集权化的体制，所有税收的法律都由中央政府颁布实施。地方税种亦由中央政府来定，地方政府事实上没有财政自主权和税收权，但同时，地方政府又需要支付各种费用。为了保证收支平衡，就出现了各种名目的“费”，从而增加了农民的经济负担。自 2000 年开始的农村税收改革目前正在安徽省进行试点，其主要目的之一是减少农民的税收负担。在新的体制下，只有村才有权对农村健康保障制度进行集资，并且集资是完全自愿的，只有在村民认可之后才可建立风险共担机制。一旦实施这一新的税收政策，将给建立中国农村健康保障制度设置极大的障碍。因为地方政府(如乡政府)无权来为农村健康保障制度集资。即使在村一级建立了农村健康保障制度，其有限的风险分担能力也无法维持合作医疗的稳定。

为了说明中国政府在农村健康保障问题上现行政策的被动，表 17 政府对城市和农村的健康保障制度所采取的不同政策进行了比较。尤其令人费解的政府在处理关于建立健康保障制度的一些知名问题时采用了“双重标准”。例如，为了避免逃税和逆向选择<sup>3</sup>，城市健康保障制度是一个强制性社会保障制度。相反，现行政策要求农村健康保障制度只能是以自愿为基础。一方面，认识到“大数法规”在稳定保险基金方面的作用，政府要求城市健康保障制度规模不得小于地区级城市。而另一方面，唯一可以合法的为农村健康保障制度筹资的是村，这是一个在所有农村组织中除家庭以外的最小单位。

---

3 逆选择是在保险中用于描述需方行为的一个术语：有高费用危险性的人群更易于购买保险，因此由于大量高危险个人的存在而使风险共担无法起作用。

表 17 中国在医疗保障制度上的政府政策

项目	城市地区	农村地区
制度类型	社会保险	社区筹资
入保要求	强制性	自愿性
保费中不同来源所占比例	25%	80%
风险共担范围	城市范围	没有特定规定
组织要求	综合性、基于有组织的试点	没有特定规定
中央一级的管理	劳动和社会保障部	不明确

1998 年建立的社会劳动保障部仅负责城镇职工的医疗保健筹资与保险计划，8 亿农民，尤其是贫困地区的农民的卫生筹资由谁管理和负责并没有明确。为了填补这项空白，许多地方卫生局启动了合作医疗，由医疗服务提供者负责管理。不论是卫生行政部门，还是卫生服务供方，对于组织和发展合作医疗都没有法定权利和强烈的动力。地方政府由于已经背负着沉重的税收负担（不包括社会支出），并觉察到人们参加合作医疗的意愿及支付能力都较低，因此把办合作医疗常常看成是吃力不讨好的事。合作医疗缺乏法律地位成为各级政府官员考虑的首要因素(Liu et al, 2000)。减免税收政策的提倡者——减税党委办公室和农业部——时常要求解除现有的合作医疗制度。

#### 4. 结论与政策建议

本研究试图对建立中国农村医疗保障制度的需要及其发展过程中存在的主要问题进行了系统研究。我们发现：尽管医疗费用不断增长，自 80 年代经济体制改革以来，已经相当低的农村人口医疗保险覆盖面，近年来又进一步的降低了。由于缺乏医疗保障制度，许多农村居民无力支付基本医疗服务。当他们不得不去看病时，高额医疗费用常常导致家庭经济危机。在许多农村地区，医疗费用已经成为导致贫困的首要原因。不论是从“保”健康还是从“保”小康的角度看，建立中国农村医疗保障制度的需要已是不争的事实。而且，我们还列举了农村医疗保障制度能够促进卫生服务供给质量及效率的经验性证据。因此，建立农村医疗保障制度不仅有助于提高亿万农民的卫生服务可及性、降低经济负担，而且可以成为推动卫生改革、改善供方服务的有力工具。1997 年，中国政府明确了在中国农村建立以合作医疗为基础的健康保障制度的政策导向。

然而，实践证明，没有政府的资金支持和明确的法规保证，难以切实实施这项工作。一方面，由于中国农村地域广阔，社会经济状况及卫生保健需要有很大差异，这就意味着不同地区需要不同种类、不同程度的政府支持。在贫困农村人口的某些基本医疗保健尚未满足的同时，沿海地区对医院保险的需求不断增加。因此，显而易见，建立中国农村医疗保障制度不应该，也不可能搞“一刀切”。另一方面，包括从资金筹集到对卫生服务提供者支付的健康保障制度的建立是一个非常复杂的过程。这涉及到地方的能力和政府部门的责任和法规。幸运的是，中国并不需要一切从头开始。70 年代后期中国曾经通过合作医疗制度为 90% 的农村人口提供了一个基本的农村医疗保障制度。尽管在 80 年代初期，这一基本制度在大多数农村地区解体了，但在中国农村建立和扩大合作医疗的努力却一直没有停止。我们可以从地方自发的合作医疗制度(例如新疆维吾尔自治区喀什地区)和有组织的社会实验(例如 10 个县的试点研究)中得到丰富的经验教训。建立城市社会保障体系的政策和过程也提供了大量值得借鉴的信息。为了使中国在本国经历和社会经济及政治环境的基础上解决现存问题，我们提出一些政策建议以使中国在建立农村保障制度方面做得更好。首先，我们提出在中国不同类型地区建立农村医疗保障制度的基本策略。然后，我们讨论有关制定恰当的政府政策并确保其持续的切实可行所必须解决的主要问题。

##### 4.1 “三个世界”与三种模式

正如本报告第三部分中所讨论的，不同的社会经济条件和卫生保健需要将中国广大农村地区划分为“三个世界”：沿海高收入地区属于“第一世界”，中部中等收入地区是“第二世界”，西部低收入地区可看成是“第三世界”。基于对需要、政府职责和可行性的评价，表 18 归纳了适于“三个世界”的三种农村健康保障制度的模式——针对低收入地区的医疗救助制度，针对中等收入地区的合作医疗强化制度和针对高收入地区的住院保险制度。

表 18. 中国农村健康保障制度

特征	三种模式		
	医疗救助	强化合作医疗	保险
主要受益方面	初保&救助	综合	住院
主要筹资来源	政府	家庭	社区
组织与管理	政府&社区	社区	政府

**需要与受益方案。**我们制定的不同地区的受益方案是在对不同地区对于医疗保健可及性和筹资风险保护的需要与满足这些需要的可利用的资源之间的现存差距进行判定以后建立起来的。生活在贫困地区的人(例如国家级“贫困县”)难以享受到基本的初级卫生保健服务，并且由于收入低，相对较小数额的医疗花费就能够带来经济困难甚至加深贫穷的程度。因此，低收入地区的健康保障制度至少应当保证一系列成本效果好的基本卫生服务如专业人员接生(在家或在医院)等服务的可及性。此外，该制度还应当对因病致贫的家庭提供一定水平的经济援助。在中等收入地区，初级卫生保健服务可及性问题较少。但是这类地区(目前大多数中国农村社区属于此类)农村居民的收入和医疗费用承担能力的变异最大。因此，人们常常需要和要求综合的卫生服务保障，包括门诊服务、药品和住院服务。相对而言，高收入地区不存在严重的初级卫生保健可及性问题。大多数家庭可以靠自己的能力购买所需要的初级卫生保健服务。他们最需要的是农村健康保障制度能够提供一种机制，以减轻那些常常需要住院治疗的疾病带来的经济负担。因此，我们提议这类地区农村健康保障制度的重点应放在住院保险。

表 19. 政府税收与开支

年份	税收占 GDP 的比例	中央政府占全部税收的百分比	用于经济部门开支的百分比	用于社会部门开支的百分比	用于社会救助的开支(亿)	用于救灾的开支(亿)
1980	25.7	24.5	58.22	16.20	5.36	7.03
1985	22.4	38.4	56.26	20.38	7.71	10.25
1990	15.8	33.8	44.36	23.92	12.07	13.33
1995	10.7	52.2	41.85	25.74	24.19	27.27
1999	14.0	51.1	38.38	27.59	48.52	34.05

资料来源：国家统计局，2000

**筹资来源。**在三种模式均需要多方筹资的前提下，我们基于对不同资金的需要和融资能力的考虑提出了每种模式的主要资金来源。社会主义市场经济的公平性原则表明，政府尤其是中央政府，应当承担为社会最贫困人口健康保障制度筹资的主要责任。表 19 显示随着经济发展和财政体制改革的深入，中央政府的筹资力度已经得到加强。同时相对于经济部门而言，各级政府也在不断增加对社会部门预算的份额，标志着公共投资政策的逐步转移。1999 年，政府用于社会援助的支出为 48 亿(4.8 billion)元，比 1990 年增加了 4 倍。因此，我们有理由相信，政府应当而且也能够为针对贫困人口的健康保障制度提供必要的财力支持。

目前，中央政府出资人均 30 元为西藏居民提供“免费服务”，同时家庭提供几乎同等数量的配套资金。因此，我们建议中央政府为国家级贫困县建立医疗保障制度提供人均 12 元的补助（这个数额还不到西藏的一半）。在中等收入地区，启动和鼓励私人投入都需要政府的资金支持。但是，所需资金的大部分将来自家庭，因为当地政府收入有限，集体企业数量也很少。高收入地区由于其雄厚的乡镇或者村集体企业而有别于其他地区。因此，以社区为基础的集体资金可用于为农村医疗保障制度筹资，主要覆盖发病概率低但经济风险大的项目。依靠个人自愿投入建立这种保险会面临有效需求低（因此资金筹集困难）和逆向选择的问题。尽管政府的投入并非必需，但政府能否在组织这种制度方面积极发挥作用还是非常重要的，因为在中国市场经济条件下风险分担的社会意识还不够强。

表 20 描述了中国三类农村地区的三种原始模型通过多渠道筹资都可能提供近似的补偿受益（共保率都是 70%）。由于各地区的医疗价格和平均支出不同，要实现相同的补偿受益所需要的资金数额也不同。假设三个有着不同筹资来源的模式对医疗总费用的报销比例都是 30%，那么高收入地区人均需筹集至少 56 元，而低收入地区人均只需 28 元就够了。这个报销比例看起来似乎太低，但在减少因病致贫方面的作用还是很显著的，减少了 21%到 26%。

表 20. 三种模式的筹资、收益和对贫困的影响

	医疗救助	合作医疗强化	住院保险
<b>1. 筹资来源</b>			
中央政府	12	0	0
省政府	2	2	0
地区/县	1	1	1
乡镇	2	2	5
村	1	2	10
家庭	10	38	40
总计（人均）	28 元	48 元	56 元
<b>2. 占总支出的比例</b>			
	30%	30%	30%
<b>3. 所减少的因病致贫的比例</b>			
	21.7%	26.0%	23.7%

#### 4.2 发展农村医疗保障制度的主要政策问题

为了成功地执行上面提到的“三个世界与三种模式”的基本策略，我们认为在以下六个方面做出明智的政策决定是非常重要的：

##### 4.2.1. 稳定而有法律依据的筹资来源

任何医疗保障制度的最重要影响因素之一就是是否有稳定的筹资来源。中国农村医疗保障制度稳定筹资的两个主要问题是：政府支持的制度化和家庭投入的法制化。表 20 中提出了上述三种模式的各种筹资来源水平的建议值。与低收入和中等收入地区非常需要政府财力支持的情况相比，政府在高收入地区筹资方面发挥的作用则更具有象征意义。政府对医疗保障制度的财力支持一直很少（例如民政系统仅有一小部分社会救助资金用于因病致贫的家庭）。政府支持制度化意味着必须做出两个决策：a. 明确各级政府财力支持的来源和水平，b. 明确政府资金的配置与使用。政府财政支持可来自多种渠道，包括专项税（如香烟附加税）和总税收。政府资金的一部分可以用于为贫困人口购买基本的预防和治疗服务。例如，作为医疗救助项目的一部分，中央政府资金可用于向特困家庭发放“医疗救助卡”，使得他们能够享受一定的服务项目如免费住院分娩和一定数量的免费处方药物。部分资金可用做地方政府和家庭投入的配套资金。或者，部分资金可用做因病致贫的救助基金，在县、省、或国家级水平上进行管理。

医疗保障制度是否应当具有法律效力，即家庭投入是自愿还是强制，是一个政治性非常强的问题。持不同观点的人各有各的道理。由于认识到农民的税额较高和地方政府官员常常滥用征税权力，许多中央政府官员将减税（不再征收任何新的税项）放在首要位置。另一方面，参与农村医疗保障制度研究的部分政策制定者和学者观察到，除非政府制定法规明确家庭投入的必要性与合法性，全国性医疗保障制度将由于缺乏稳定的筹资支持而无法发展。虽然在一部分具有必要的资金条件和充分的社会资本的农村可能依靠自己的力量建立合作

医疗，但许多其他地区将会继续在自费医疗的路上走下去，因为在以自愿为原则的情况下，需方存在“逆向选择”，供方缺乏组织保障制度的积极性。尤其是当合作医疗资金筹集被作为减税政策的一部分而被禁止、同时又不存在任何可替代的筹资机制的情况下，许多地方官员不愿意做这些吃力不讨好的事情。因此，至少应当允许村级以上机构征收用于健康保障制度的保费，当然征收过程必须符合一定标准如资金征收人员的资格并规定征收的最高额度，比如说社区中人均年收入的3%。在这种情况下，中央政府采取了一种过渡方式，虽然没有使其成为强制性制度，却对家庭投入和地方政府组织该计划提供了一种激励机制。否则，宣布在全国范围内建立类似合作医疗之类的农村健康保障体制的政府政策仅仅是一句空话。

#### 4.2.2. 提高风险分担能力

在人的一生中，每个人都可能由于某种疾病需要寻求医疗服务并导致许多人陷入仅仅依靠自己或者家庭资源不能解决的经济困难。然而，当有不同概率的保健需要的人群将风险和资源集中起来之后，每个人的安全性就增强了。人群越大，集中起来的资金足以支付每个人所需服务的可能性就越大。由于认识到了小规模风险分担的弊病，许多经过改革的合作医疗已经将传统的村级水平风险分担扩大为乡级水平的风险分担。然而，现行的税收政策使得风险分担水平难以超越村级水平。乡镇政府没有合法权利收集风险分担计划的资金。这项权利交由村委会负责，并接受全体村民的监督。在这种情况下，没有所有村民的同意是不可能建立乡级风险分担机制的。在当今市场经济体制和村民民主的形势下，很难在村与村之间取得一致的意见。为了满足对较大风险分担机制的需要，一种方法就是给予乡镇政府一定的权力收集资金并为了健康保障的目的将风险和资源集中起来。另一个办法是由上级政府为乡级及其以上的风险集中提供配套资金，从而激励各村将其村级基金的部分或全部与外部配套资金集中起来以扩大其受益程度。

#### 4.2.3 加强健康保障制度的“购买”功能

近来，发达国家和发展中国家卫生部门改革的经验都强调有效的购买者在卫生领域中的重要性(Salzman, 1995)。然而，大多数合作医疗计划由卫生服务提供者如乡镇卫生院管理，不存在购买者--提供者分离。大多数这类计划仅仅是资金中介机构，对卫生服务提供机构的影响非常有限。因为风险分担机制不仅仅是一个筹资机制，而且是组织卫生服务提供的有效方法，所以应当加强中国健康保障制度的购买功能。为了成为有效的购买者，一个健康保障制度应当：a. 定义受益内容以保证提供成本效果好的服务；b. 与服务提供者协商价格；c. 监督服务的质量及其合理性；d. 利用适当的支付机制鼓励有效的高质量服务。如果不能履行这些购买功能，那么健康保障制度将被很多农民看成不过是一个卫生服务提供者增加收入的方式。

购买过程中涉及两个主要问题：谁是购买者和购买什么、如何购买。由于大多数合作医疗由乡镇卫生院管理，如果有任何购买功能也是由卫生院完成的。乡镇卫生院有动力也有能力完成有关村卫生室服务的购买功能。这也部分地解释了我们所观察到的合作医疗对村卫生服务供给的影响在统计学上有显著性的原因(见讨论的第二部分)。但是当乡镇卫生院涉及到购买其本身提供的服务时就另当别论了。更多的选择可以尝试，如县卫生局、各种农业合作组织、乡村企业、村民协会等等作为购买者。购买涉及的另一个重要的问题是支付方式。合作医疗制度下的主要支付方式是按项目付费。享受者首先自己付费，然后在合作医疗办公室持医疗费用帐单报销。有些地方如在新疆自治区喀什地区采取不同的方式支付村医(工资加每处方人次的固定收费)和乡镇卫生服务提供者(按项目付费)。主要挑战是设计一种不刺激服务提供者过多提供服务，同时又能维持一定服务质量标准的支付方式。

#### 4.2.4 加强社区参与和控制

由于农村缺乏完善的社会保障机构以及腐败现象的存在，人们不相信任何一种没有得到证实的或者管理不善的新制度。人们是否相信这种制度不仅与人们是否愿意开始并继续交纳费用有关，而且与消费者满意度有关。为了取得人民的信任，一个选择是使制度运行更加透明，另一个选择是在制度发展整个过程中鼓励并使得人们的参与制度化。因此，加强社区参与和控制有助于：稳定筹资，降低制度被滥用的可能性，提高消费者满意度。人们能够参与影响其福利的整个决策过程，包括界定需要并因此决定受益内容、保险金的确定、资金管理

和从消费者角度评价提供者的行为。提高社区参与水平的方法有：提高管理成员的代表性，通过政治程序进行审议和平衡(例如通过乡人民代表大会)，委托县卫生局、农村合作组织、其他非政府组织管理资金和购买服务。正如一系列设计周密的组织和运行指导原则推动了农村基层民主制度的建立一样，政府对健康保障制度参与过程也应当建立相应的条例。

#### 4.2.5 加强政府在政策引导、技术援助和组织监督方面的作用

在从计划经济向市场经济过渡过程中，市场化的取向在卫生领域十分明显。政府在卫生保健筹资中的作用不断降低(表 3)即表明了这一点。但是经济理论和国际经验已经清楚地表明卫生领域存在严重的市场失灵，因而需要政府干预(Rice, 1998)。尽管在市场经济条件下政府仅仅是卫生事业众多参与者之一，但是政府负有确定国家卫生政策总目标和确定各参与者任务的责任。除了直接筹资之外，政府还有三个不同方面的作用。

##### a. 建立明确的农村健康保障制度政策导向

明确可行的政策导向是支持农村健康保障制度发展的有力工具，从而带动全国卫生政策目标的实现。已经成功扩大了农村健康保障制度人口覆盖面的泰国、韩国和印尼都建立了相对清晰的政策框架，并常常受益于某项具有操作性的指导原则。在菲律宾，已经进行了一些试点项目以利于建立有关农村医疗保险的国家政策和法律(Bennet 和 Crease, 1998)。一个明确可行的政策应当是由关于农村健康保障制度主要参与方的作用和职责构成的公开声明，主要参与方包括家庭、社区、不同层次的政府部门、保险机构和卫生服务提供者。这将有助于避免相关政策中常常存在的困惑、矛盾和不协调。这种指导原则不必包罗万象，但要明确且具有一定的灵活性，允许地方在一定程度上有所创新。

##### b. 为贫困地区提供技术支持

在中国建立全国性农村健康保障制度所面临的挑战不亚于城市医保改革。许多乡村缺乏解决农村健康保障制度组织过程中所遇到如病历记录、核算、合同、受益内容设计、支付提供者等日常问题的基本能力。因此，政府在对有需要的社区提供启动和后续技术培训中应发挥重要作用。技术支持的一部分内容可以是找出并推广现有的具榜样作用的合作医疗经验。

##### c. 提供组织监督

由于技术不完善和腐败等许多原因，由地方管理的保障制度有时会出现这样那样的问题。这时，政府就必须介入以纠正这些体制上的缺陷。更重要的是，在建立诸如通过诉讼和法律程序解决责任和义务问题的机制及配套计划方面，政府应当发挥非常积极的作用。所有上述指导、发展和监督中国农村健康保障制度的职能应当由谁来承担，也是一个非常重要的政策问题。各地大多数合作医疗计划都是由农村卫生服务提供者或者当地政府启动并管理。在省级水平，也有其他机构负责农村健康保障制度的实施。例如，广东是第一个立法规定省农业厅负责设计、组织和为农村健康保障制度筹集部分资金的省份。目前，还没有指定的国家级机构负责监督中国农村健康保障制度的发展。劳动和社会保障部似乎已经将全部精力放在城市社会保障问题上。而且类似机构(社会保险局)也已在省、市、地区级水平上建立起来。但对农村健康保障制度的关注却很少。如果政府真是关心农村健康保障制度的话，那么，在中央政府机构中连一个“归口单位”都找不到，实在说不过去。

#### 4.2.6. 采取循序渐进、协调一致的方式

为 8 亿农民建立农村健康保障制度不可能在一夜之间完成。实践证明，循序渐进是中国经济与社会领域发展的明智之举。例如，国务院在选定的试点城市组织了试点项目，几年之后试点经验被用于制定城市健康保障制度的政策。由于中国农村地域广大，政府肩负着在有代表性的农村地区组织试点以便为制定农村健康保障制度的国家政策提供信息的重要责任。值得进一步研究的主要问题包括：健康保障制度的筹资与地方税收的关系、转移支付(方式及其效果)、多层次受益内容设计、资金管理、社区参与及控制机制、服务提供者支付机制。

任何一种新的农村健康保障制度都必须适应中国的经济和卫生大环境。正如我们在本报告第二部分所述，卫生体制改革和经济体制改革已经对健康保障制度产生了影响。反过来，农村健康保障制度的发展也会对卫生系统甚至整个经济系统的功能和运行状况产生影响。目前面临的挑战是如何协调相关政策并将子系统有机结合，使其实现最大效率和作用。例如：卫生保健服务的筹资和供给。前面讨论中指出，对当地卫生服务机构服务质量的认知是参加合作医疗的一个重要决定因素。无疑，加强初保组织、提高服务质量将增强合作医疗参加者

对合作医疗的支持。另一方面，许多研究发现仅仅采取改善供方服务的策略不能有效地提高卫生服务利用。实际上，当谈及对农村尤其是贫困农村卫生事业的支持时，政府官员通常都会引用对供方提供的资助，如各级政府出资帮助贫困地区改善县防疫站、县妇幼保健站和乡卫生院建设的“三建设”计划。由于缺乏健康保险，这些机构的利用率非常低，使得农村卫生组织，尤其是乡镇卫生院产出低、效率差。因此，有组织的筹资，例如合作医疗，有助于为农村卫生机构提供一个稳定的筹资机制。此外，由于不同的提供者补偿和支付机制对农村卫生服务人员产生不同的激励作用，合作医疗还可以作为影响提供者行为的一种方法。

另一个重要问题是如何协调相关政策，这些政策的制定者常常有不同的目标和着重点。政府的政策和调节机制一直存在严重的不一致，并影响了合作医疗的运行与稳定性。经济体制改革以来的很长一段时间里，政府忽略了农村卫生保健筹资问题。在分配给农村卫生系统的公共资源相对减少的同时，政府对农村卫生系统的干预也仅限于供方部分资金投入、医学教育和培训等。卫生筹资基本上来自个人且无组织。这就是我们发现没有保险的农村家庭无力支付所需服务和因病致贫的原因。当然，1997年中央卫生改革与发展决定已经认识到了合作医疗的潜力，明确了合作医疗的自愿性并要求政府组织对合作医疗提供财力支持。但是没有明确政府的作用和职责。更糟的是各部委政策的不协调限制了合作医疗的发展。例如，按照国务院减轻农民税收负担的政策，征收合作医疗费用是不合法的。当前农村税费改革的取向对中国农村健康保障制度的生存与发展有非常重要的意义。鉴于农村医疗保障体制的重要性，在讨论和制定农村税收体制改革的时候是不能将其完全忽略的。既然是试点，农村税费改革的过程应当是开放的、民主的。只有把政策制定者、社会风险分担机制的具体执行者以及遭受没有保障所带来的不良后果的群众的认知和喜好都考虑在内，由此制定出的政策框架才能够最好的反映当前对该问题的认知状态和人民的真正需要，从而才能引导未来的改革走向成功。

### 附录 1a、与合作医疗有关的卫生服务供方因素改进分析

1998 年卫生部在 632 个随机选择的村进行了一项调查。当时,77 个村有合作医疗,555 个村没有合作医疗。本分析中使用了这次调查的资料,用于分析合作医疗对供方因素的影响。附录 1b 中的表格列出了样本的描述性统计指标。被选择的 4 个供方因素是:(1)西药的数量,(2)消毒锅的数量,(3)设备总值,(4)乡村医生培训月数。这些变量作为服务质量的指标,包括设备的质量和服务质量。样本中西药平均数为 139,而设备均值仅为 3.43 千元。我们分析了四种模型以研究合作医疗对所选择的供方变量的影响。由于这些变量受到许多其他变量的影响,我们控制了人均工农业生产总值、人均收入、人均公积金、和居民的数量。Logit 模型显示在控制上述变量的条件下,西药数量的增加与合作医疗相关( $p=0.05$ ),平均增加 24 种药。在有合作医疗的地区,可以得到的西药的数量为 160 种,而在没有合作医疗的地区为 136 种。这表明与合作医疗有关的质量明显提高,即可以得到的西药平均数量增加。同样,消毒锅数量增加指标也有统计学意义( $p=0.01$ )。设备总值与合作医疗也存在正相关,有合作医疗的地区平均高出 2.9 元。控制其他因素后,发现有合作医疗地区的村医培训时间比其他地区约多出 3 天(0.1 月)。在此模型中,人均工农业生产总值和人均收入不是改善供方因素的预测值。上述模型证明合作医疗对包括设备在内的供方因素有积极作用,比如药品种类、设备值和服务因素,即人员培训。

附录 1b. 描述性指标分析

	均数	标准差
<b>因变量</b>		
西药	138.799	100.732
消毒锅	0.74164	0.55446
设备总值	3.43295	26.7304
乡村医生培训月数	7.31046	26.8396
<b>自变量</b>		
人均工农业生产总值	0.575795	2.691543
人均收入	1758.75	1037.35
人均公积金	0.019589	0.132624
居民数	403.28	326.41
合作医疗	有	没有
	77	555

附录 1c. 合作医疗对供方因素 Logistic 回归结果

协同系数	西药 (种数)	消毒锅	设备总值	乡村医生培训 (月 数)
人均工农业生产总值	-0.5398	-0.0001	0.1635	-0.0008
人均收入(元)	0.0063	0.00001***	0.00006	0.00002
人均公积金 (元)	-12.1782	0.0036	-1.1762	0.1253
村民数	0.04214*	0.00002***	0.0055***	0.00005
合作医疗	24.02739**	0.01848***	2.9211**	0.08675**
F 值	0.0042	0.0001	0.0051	0.0167
R-square 值	0.0407	0.0931	0.0411	0.0336
调整 R-square 值	0.0290	0.0815	0.0290	0.0216

\*  $p < 0.1$ , \*\*  $p < 0.05$  \*\*\*  $p < 0.01$

附录 2. 中国社区筹资计划的主要特征 (表 1)

作者(年) 计划名称	蒋家林, 徐凌中, 李士雪 (2000) 四川省简阳县和梅山县合作医疗计划
筹资	来源 (数量): 农户 (5-10 元), 乡镇 (1 元), 县 (0.5 元) 资金收缴 :最初由农业生产所得中扣除, 后来由于减税政策改为收缴现金
风险分担范围	乡级
受益内容	覆盖门诊费用: 20-40%; 覆盖住院费用: 30-70%; 4%的合作医疗基金用于预防服务; 没有人每两年得到一次免费体检.
资金管理	主要是乡级合作医疗管理委员会, 保存记录, 核算, 基本药物清单, 利用率回顾, 转院决定, 每季度公布合作医疗经费使用情况; 管理成本低于基金的 80%.
支付方式	使用者报销和按项目付费.
成功/ 失败	由于执行农业部减税政策, 合作医疗被迫停办, 1993, 1998 恢复.

附录 2. 中国社区筹资计划的主要特征 (表 2)

作者(年) 计划名称	马进, 王禄生 (2000) 新疆自治区喀什地区合作医疗计划
筹资	来源 (数量): 农户 (15 元), 村 (2 元), 乡镇 (1 元); 困难户免收保费; 根据县合作医疗筹资指导原则, 保费不低于上年人均收入的 1.5% 资金筹集:由农业生产所得中扣除
风险分担范围	乡级
受益内容	免费的村卫生室服务, 每诊次药品费用封顶 4 元; 报销 50-70% 乡镇卫生院住院服务, 报销 20-60%县医院住院服务; 合作医疗管理机构审查, 贫困家庭享受优惠报销比例.
资金管理	乡镇卫生院按照乡镇政府规定的指导原则
支付方式	使用者报销和按项目支付乡镇及其以上机构服务提供者, 村医由县政府支付工资(每月 40-50 元)
成功/ 失败	由于村医有固定工资而且药品供应来自乡镇卫生院, 不存在农村许多其他地区那种多开药增加收入的情况. 有合作医疗地区服务利用率较高.

附录 2. 中国社区筹资计划的主要特征 (表 3)

作者(年) 计划名称	程晓明, 范文胜 (2000) 西藏自治区合作医疗计划
筹资	来源 (数量): 家庭 (20 元), 地区政府/中央政府 (20-30 元), 资金收缴: 村委会从各户收取现金, 贫困户免收
风险分担范围	乡级
受益内容	重点覆盖住院服务费用 (70%); 覆盖门诊费用的 50-60%; 免费预防服务, 免费住院接生.
资金管理	乡镇卫生院院长领导的乡合作医疗委员会; 70%-80%的资金用于报销, 10-15% 用于预防, 5-10% 用于大病, 2% 用于管理费用.
支付方式	使用者报销和除基本工资外的按项目付费; 鼓励西藏孕妇住院分娩 (而不是在家分娩), 对转诊医生给予现金奖励.
成功/ 失败	政府配套基金成功地提高了人们参加合作医疗的愿望, 并在短时间内将合作医疗人口覆盖率提高至超过 50%.

附录 2. 中国社区筹资计划的主要特征 (表 4)

作者(年) 计划名称	刘远立, 任冉, 陈迎春, 胡善联, 萧庆伦(2000) 10 个贫困县干预研究(1996-2000)
筹资	来源 (数量): 家庭 (5-20 元), 乡镇 (0.5-1 元) 资金收缴: 大多数是由官员、卫生工作人员上门收缴现金, 有些乡镇从农业生产所得中扣除; 联合国儿童基金会、世界银行对此项目给予技术援助
风险分担范围	除了两个乡镇为村级外, 主要(18 乡镇) 在乡级
受益内容	覆盖 153000 人的 21 个乡镇采取不同干预方案; 覆盖门诊服务(服务层次越高报销比例越底) 10-50%; 覆盖住院服务(封顶范围 1000 - 3000 元) 15-70%.
资金管理	乡镇政府官员或者卫生院院长领导的乡合作医疗委员会, 办公室设在卫生院;大多数合作医疗委员会与卫生院的会计为同一人.
支付方式	使用者报销和按项目支付范围提供者. 例外: 天镇县, <i>packaged payment</i> 和按人头支付用于支付乡镇卫生院.
成功/ 失败	该项目表明在贫困地区建立健康保障制度是可行的, 即使家庭仅投入少量资金. 项目实施过程中学到了丰富的经验和教训. 但是却并没有评价政府配套资金的影响.

附录 2. 中国社区筹资计划的主要特征 (表 5)

作者(年) 计划名称	刘远立, 饶克勤(2001) 江苏省昆山市合作医疗计划
筹资	来源 (数量): 家庭 (40 元), 村 (15 元), 乡镇 (2 元), 市 (2 元)
风险分担范围	乡级; 市级-大病费用
受益内容	37%的资金用于住院保险, 共付率为 20-40%; 4%的资金用于覆盖大病费用(超过 5000- 20000 的封顶线); 9%的资金用于预防服务; 其余 (50%) 资金用于建立“家庭医疗帐户”。
资金管理	乡级合作医疗机构管理家庭帐户和住院保险基金; 市级合作医疗机构管理覆盖大病费用的医疗救助资金. 合作医疗机构工作人员的工资由政府支付.
支付方式	合作医疗参加者首先使用家庭医疗帐户支付医疗费用; 超过 1500 元的住院费用由住院保险金支付; 乡镇卫生院负责利用预防服务基金提供一系列预防和社区卫生服务.
成功/ 失败	该项目表明在贫困地区建立健康保障制度是可行的, 即使家庭仅投入少量资金。项目实施过程中学到了丰富的经验和教训。但是却没有评价政府配套资金的影响。

### 附录 3 社区预付制需求的经济学模型

我们将通过效用最大化的理论模型来推导一个对社区预付制具有离散型选择需求的表达式。我们定义一个所有的 CF 政策中最简单的形式：某人的消费共同保险比率为  $C$ ，即支付消费者医疗支出的  $1-C$  的比率，消费者支付的部分为  $C$ 。假设有在该年度中消费者有  $N$  种不同数量的医疗，其中每一个发生的概率为  $f_i$  ( $i = 1, 2, \dots, N$ )。消费者从该计划者的预期收益为

$$E(B) = \sum_{i=1}^N f_i (1 - C) p_m m_i$$

或者更简单地说， $(1 - C) p_m m^*$ ， $m^*$  是医疗的预期（平均）数量。

在我们的分析框架中，效用取决于健康以及其他非医疗性消费。如果患病或有病状，那么从医疗中获得的收益体现于可预计的健康改善，但在这同时，医疗的成本减少了对其他物品和服务的消费。

严格地说，假设预期效用取决于从医疗提供者那里获得的服务，

$$(1) \quad U_m = U(H_m, C_m),$$

这里， $H_m$  从医疗服务者那里获得治疗后的预期健康状态， $C_m$  是消费减去获得服务所需要的成本。

从医疗提供者那里获得的医疗服务用于健康投资。医疗服务的质量可以定义为健康状况的改善，即如果某人得到了治疗将会有效用。令  $H_0$  为未得到专业治疗时的健康状况（可以有自我治疗）。那么，医疗服务的质量即为  $Q_m = H_m - H_0$ ，这样预期的健康生产函数的形式为

$$(2) \quad H_m = Q_m + H_0.$$

健康生产函数对自我治疗假设了一个简单的形式。既然  $H_m = H_0$ ，我们有  $Q_0 = 0$ 。这也隐含地使健康生产函数标准化，这样医疗服务的质量可以通过其相对于自我治疗的效果加以衡量。

消费支出（用于医疗的净支出）可以通过预算约束推导出来。医疗的总价格包括医疗服务的直接支出和获得医疗的间接支出（例如，旅途时间的机会成本）。

令  $P_m m^*$  为医疗服务的总成本， $Y$  为收入，这样预算约束可以表达为

$$(3) \quad C_m + P_m m^* = Y,$$

$C_m > 0$  以保证提供医疗是可行的。将 (3) 代入 (1) 式中得到一个间接的效用函数

$$(4) \quad U_m = U(H_m, Y - P_m m^*)$$

类似地，通过自我治疗推导的效用函数可以定义如下：

$$(5) \quad U_s = U(H_0, Y).$$

如果消费者参与了社区预付制这种健康保障制度，那么其效用函数可以定义为：

$$(6) \quad U_1 = U[H_m, Y - P_c + (1-C)P_m m^* - D]$$

这里， $P_c$  为  $s$   $t$  支付给项目的费用， $D$  为由于管理不善或经营不正常所导致的预期损失。在我们的模型中， $D$  是一个非常重要的项，因为它可以使模型包含这样的假设，即人们并不一定要对所述的政策和社区预付制满意。人们或通过以往的经验，亦或通过对新风险的预期，对计划名义利益（公布的利益）和实际利益之间形成一个他们自己感受到结果。只要人们对计划心存疑虑， $D$  就会取一个正值，代表计划所提供的利益受到扭曲的货币项。如果人们对项目的组织与管理完全信任， $D$  为零。

如果消费者并未参与社区预付制，他也可以决定自己付费获得医疗或者在生病时不看病。假定在生病时看病的概率为  $p$ ，那么他未参与计划的效用函数为：

$$(7) \quad U_0 = pU(H_m, Y - P_m m^*) + (1-p) U(H_0, Y)$$

个人所需要做出的最基本的决策是决定是否对社区的融资项目提前支付款项。假定个人有两个选择（参与计划和仍然处于未保险的状态）。无条件的效用最大化问题是

$$(8) \quad U^* = \max (U_1, U_0),$$

这里， $U^*$  是最大化了的效用。(8) 式的解给出了选择的结果，以及在模型中存在随机项的时候每种选择的概率。每种选择结果的概率可以解释为离散选择模型中的需求函数。

总之，个人面临着是否参与社区预付制的选择，这一计划会提供预期的支付收益，但这一收益必须以一定的价格（保费）获取，因而会减少人们用于非医疗物品消费的收入。个人选择的结果将会产生最大的效用，效用来自于健康和对所有其他非医疗性商品和服务的消费。

### 需求方程的经验表达式

一个特定选择结果的概率等于在两个可能的选择中取其一产生最大效用的概率。需求函数的函数形式取决于条件效用函数的函数形式和随机变量的分布

#### 条件效用函数

假设个人可以在参与和不参与社区预付制之间进行选择，此外，条件效用函数是一个线形函数加上一个随机项。那么，向项目进行支付的预期效用为

$$U_1 = a_0 H_m + a_1 [Y - P_c + (1-C)P_m m^* - D] + e_1$$

类似地，从自我保险中得到的预期效用为

$$U_0 = a_0 [pH_m + (1-p) H_0] + a_1 (Y - pP_m m^*) + e_0.$$

如果

$$(9) \quad U_1 - U_0 = a_0 [(H_m - H_0) - p(H_m - H_0)] + a_1 [(1 + p - C) P_m m^* - P_c - D] + (e_1 - e_0) > 0$$

那么个人会选择参与社区预付制。

如果给定个人参与社区预付制的选择，或个人在生病时会寻求医疗，那么他的健康状况会改善， $(H_m - H_0) - p(H_m - H_0)$ ，而且会得到预期的支付收益  $(1+p-C)P_m m^*$ 。将  $p$  包括其中是为了表明没有参与保险的个人在生病时将会面临是否寻求医疗的不确定性。如果个人对医疗的需求缺乏价格弹性，那么(9)式中的第一项将会变成 0。在这种情况下，个人只会比较保费、费用支出和计划的预期支付收益。另一方面，如果某人加入计划，他也会面临减少其非医疗性的消费， $P_c$ ，以及可能的预期收益的减少  $D$ 。这样，个人从健康改善的过程中增加的效用为  $a_0 [(H_m - H_0) - p(H_m - H_0)]$ ，而且还会有  $a_1 [(1 + p - C) P_m m^*]$  的效用增加，但也因消费减少而致的效用减少  $a_1 P_c$ ，以及因预期收益减少而降低效用  $a_1 D$ 。(9) 式的决策规律说明，如果效用的净变化为正那么个人将会选择加入社区预付制。

鉴于(9)式产生的可能影响为正，我们可以推导出与以下一些决策变量有关的几个重要预测：从医疗服务  $(H_m - H_0)$  中得到的健康改善越明显，个人就越有可能加入计划；在其他条件不变的情况下，医疗价格  $P_m$  更高，预期的医疗利用数量  $m^*$  更大，也会使选择加入计划的概率增加。另一方面，在其他条件不变的情况下，共同保险率越高（意味着从计划中得到的收益越小），支付的费用越高，而且预期的收益损失（减少）越大，个人参与项目的可能性就越小。

$$(10) \quad e^* = e^* (Q_m, P_m, m^*, C, P_c, D)$$

+ , + , + , - , - , -

条件效用函数的表达式中接下来的问题是度量式(10)中的变量。我们通过将它们作为可以观察到的个人特征的特征函数来解决这一问题。这样，条件效用函数的简化式为

$$(11) \quad U_1 - U_0 = B_0 + B_1 X + E$$

这里， $X$  是上面提到的一组衡量个人参与项目决定因素的向量。

令  $y_i$  为一个随机变量，在个人决定寻求专业治疗时取值为 1，若自我治疗则取值为 0。则

概率函数为，

$$f(y_i) = P_i y_i (1 - P_i)^{1 - y_i}, \quad y_i = 0, 1$$

存在一个观察不到的（潜在的）随机变量  $Y_i^* = U_i - U_0$ ，结果，观察到的随机变量  $y_i$  的值可以定义为

$$y_i = 1, \text{ if } Y_i^* > 0; \quad y_i = 0, \text{ if } Y_i^* \leq 0$$

因此，寻求医疗的倾向可以定义为

$$Y_i^* = U_i - U_0 = B_0 + B_1 X + E$$

$X$ ,  $B_0$  和  $E$  分别为的线性统计模型  $Y_i^*$  中解释变量，未知的截距参数以及随机的残差项。个人从医疗服务提供者那里获得医疗的概率取决于  $y_i = 1$  的概率：

$$P_i = \Pr [y_i = 1] = \Pr [Y_i^* > 0] = \Pr [E > -(B_0 + B_1 X)] = \Pr [E < (B_0 + B_1 X)].$$

根据 McFadden (1981)，如果  $E$  的选择遵循 logistic 分布，那么 logit 模型将适用。

利用 10 个贫困县的数据，我们对这一模型进行了估计。2000 年，我们调查了贫困地区的 2903 个农户以评估 10 个贫困县的 CMS 干预政策。在我们的研究样本中，提供 CMS 计划的地区有 2730 户是我们的研究对象。这 2730 户中有 1546 户（56%）参加了 CMS，1184 户（44%）未参与。由于户主是家庭的主要决策者，我们对户主参与 CMS 的概率进行了 logistic 回归分析。表 1 给出了方程中解释变量的统计特征，表 2 列出了回归结果。我们的回归结果基本上证实了前面经济理论模型的预测力。具有统计显著性的变量包括，社会经济状态，医疗需要的指标，从 CMS 中得到的预期收益，社会资本变量等。我们的回归结果显示：家庭年收入和拥有电视机与加入 CMS 的概率有正向联系；上年度发生的债务越高，户主愿意加入 CMS 的可能性就越小；过去两周生病的天数越多、先前的医疗支出越高（二者均为潜在医疗需要的指标），户主会更愿意加入 CMS。有意思的是，缺乏获得医疗的机会似乎会增加家庭加入 CMS 的可能性，因为度量距最近的医疗设施距离的变量被认为与参与 CMS 的概率有正向的联系。这一结果表明那些获得医疗机会较少的人对 CMS 改善医疗状况有更高的预期，因此也更愿意参与。直接度量人们对 CMS 改善获得性、更新医疗质量预期的变量显著为正，进一步证实了这一观察。正如社区预付制需求的经济模型所预测的，保费成本与加入 CMS 概率有着负向联系，而医院支出的报销比率与参与 CMS 有正向联系。最有趣的是社会资本变量。三个在农户水平上度量社会资本的变量：户主参与社会组织的数量，出席村会议的频率，与邻里的关系良好程度都与参与 CMS 有正向联系。