

农户的健康风险分担与 新型农村合作医疗研究述评^{*}

刘祚祥

摘要：农户的健康风险是我国农村社会农户所面临的¹最大风险，“因贫致病”与“因病致贫”已成为和谐农村的最大威胁。而新型农村合作医疗因为在筹资模式、组织绩效乃至基本定位上都存在问题，导致绩效低下，在农户中缺乏吸引力。因此，必须放弃通过政治动员之类的传统手段，充分运用市场机制与农村社会传统的社会资本，发展我国农村合作医疗。

关键词：农户 健康风险 新型农村合作医疗

健康是人类的基本权利，健康状况的改善是一个国家、社会发展进步的直接体现。Arthur Mokun 在《公平与效率：重大的交易》中提出“市场无权决定生死”的理念已深得人心，相当多的人不希望收入不公影响到医疗资源的配置。1949 年新中国成立以后，政府在农村地区建立了合作医疗制度，这一制度尽管耗费了巨大的组织成本，但是在提高劳动力素质、延长农村人口平均寿命等方面却起到了非常重要的作用。它不但为我国改革开放以来的经济发展提供了高质量的人力资本，同时还加强了党在人民群众，特别是在农民中的凝聚力。然而，随着 20 世纪 80 年代农村经济体制改革的推进，农村集体经济逐步弱化，农村合作医疗制度趋向瓦解。农民失去了制度与组织层面上的医疗保障，他们的疾病风险分担途径减少，医疗保险资源日益稀缺，农户承受大病风险冲击的能力下降，“因病致贫”与“因贫致病”已成为我国农村社会中一个重大的经济社会问题。因此，如何提高农户抵抗疾病风险的能力，为农民寻找有效的风险分担途径，成为建设社会主义和谐社会的一个非常重要的理论与实践课题。

一、农户的健康风险及其风险分担选择

风险是指未来结果的变化性。当我们处于这么一种状态中，即事件的结果可能不同于我们的预期，那么风险就存在了。这种低于预期结果的可能性也就是平时所说的“损失”，因此，农户的健康风险即由于疾病等原因导致农户的损失。由于我国农户拥有的资产非常有限，面临的自然风险与市场风险很大，再加上农村的风险分担途径狭窄，可供选择的风险交易工具稀缺，所以农户购买风险资产的交易费用高昂，从而导致我国农户的抗风险能力很低。在农户所面临的风险集中，由健康风险冲击导致农户家庭主要劳动力的劳动能力丧失，构成了我国当今农户所面临的最主要的风险。这种风险对农户的影响主要体现在两个方面：（1）直接影响。这种影响主要体现在患病者一段时间内劳动能力的丧失以及其他家庭成员因看护而导致的劳动时间的损失，导致家庭收入下降。同时，治疗费用会引起家庭储蓄的减少，使农户甚至廉价出售资产以应对风险冲击。（2）间接影响。这种影响主要体现在，家庭用于健康方面的大笔费用会挤出其在生产设备、良种引进、产业结构调整等方面的支出，从而影响了农户的技术进步。从更长的时间来看，甚至会影响子女的教育投资，使学龄儿童辍学，从而损害家庭在未来的创收能力（高梦滔、姚洋，2005）。这两种影响交织在一起的可能

^{*} 刘祚祥，长沙理工大学经济管理学院（邮政编码：410076）、华南农业大学经济管理学院（邮政编码：510642），电子信箱：lzx821@126.com。

结果就是农户“因病致贫”,在中国农村的贫困户中,“因病致贫”占了很大的比例,该比例 1998 年和 2003 年分别为 21.61 %和 33.4 % (卫生部统计信息中心,2004);河南、陕西、四川等省这一比例甚至高达 40 %~50 % (李剑阁,2003)。在农村,应就诊而未就诊的病人约占病人总数的 33 %,其中 36 %是因经济困难。在农村住院病人中,病未愈自己要求出院者占 45 %,其中 60.5 %是因经济困难(李剑阁,2003)。由此可见,提高农户应对健康风险冲击的能力,是提高我国农户福利水平的重要手段,也是我国社会主义新农村建设的一个重要内容。

社会主义新农村建设的关键是改变农户选择的约束条件,使农户具有自生能力(刘祚祥,2006),而在土地等其他资源一定的条件下,包括农民健康水平在内的人力资本在农户经济增长过程中具有非常重要的作用(史清华,2004)。一方面,健康的农业劳动力是农业生产不可或缺的生产要素,营养和健康状况不能得到有效的解决可能是贫困地区的农户无法摆脱贫困的根本原因(张车伟,2003);另一方面,提高健康资本存量对于农民获得非农就业机会具有重要的作用,是提高农民经济生活水平、缩小城乡二元经济差距不可或缺的条件(魏众,2004)。因此,有效地分担农户的健康风险,提供与农民的购买力水平相适应的健康商品,增加农户的健康投资效率,从而提高农民的人力资本积累,在我国社会主义新农村建设中具有重大的意义。现代的风险分担理论是由冯·诺伊曼和摩根斯特恩于 1944 年在《博弈理论与经济行为》中创立的,在这部著名的著作中,他们运用面对风险的当事人最大化其财富的期望效用值的思想,成功地创立了期望效用理论。20 世纪 60 年代以后,阿罗发表了一篇基于医疗保健的经典文献(阿罗,1963),认为风险承担的不可销售性和信息的无法完全市场化导致了对最优状态的偏离,而医疗保健市场特殊的结构特征很大程度上是为了克服这种偏离。

由于正规风险分担资源短缺,面对生活中存在的不确定性,农民常常会发展出一系列的非正式制度与策略,以解决他们生活中所面临的风险。这些非正规保障安全系统中的一些解决策略,基本上由消除权利丧失风险构成,通过家庭层面某种形式的个体预防措施来实现。毫无风险分担而仅靠个体采取广泛的预防,将是一项艰难而且昂贵的事情。在长期的生产、生活交往中,人们逐步认识到互助是一种分担风险的机制,因此,家庭与社区的“互助保险”成为农户的一种主要的风险分担机制,一个生活在特定社区中的居民在面临风险冲击的时候,会受到社区其他成员的帮助,并因此而降低自己所面临的风险程度。但是以互助保险为主要内容的非正规风险分担机制在解决集体风险时就会显得无能为力(让·德雷兹、阿玛蒂亚·森,2006)。由此可见,对弱势群体的有效保护需要一种重新分配的机制,这种机制可以是市场,也可以是社会保障体系,它们的正常运转比个体预防或互助保险等传统制度所能做的救助工作更为有效。由于社会保障体系的建设依赖于国家的行为能力,所以一个有效的农户健康风险分担机制可以看作社区、市场、国家等要素的效用函数。但是,现有的文献对此并没有系统的论述。

我国研究农户健康风险分担的文献大部分是基于我国现实的实证研究,是期望效用理论在我国的应用,其主要贡献表现在非正规风险分担机制的经济分析中。我国现有研究农户的健康风险分担的文献主要体现在以下四个方面:(1)在传统社会里,人们依赖非正式的风险分担机制可以部分地分担农户所遇到的健康风险(特别是大病风险),这是我国贫困农户几千年来应对风险所积累的制度知识,这种家庭风险分担机制对农村的医疗保险具有一定的替代作用(蒋远胜等,2003;陈传波、丁士军,2005),赵忠利用中国健康和营养调查(CHNS)数据在 Grossman 模型的框架下,分析影响我国农村人口的健康状况及其决定因素时发现,在我国农村家庭越大,家庭成员的健康状况就越好。这个结论在一定程度上反映了农村家庭中大家庭能共享更多资源、分担更多风险的情况(赵忠,2006)。(2)乐章在研究我国农户面临的各种风险以后指出,在大多数农民已经解决温饱的今天,疾病风险是农民面临的最大的风险,而农民在应对疾病风险的策略上除了自我保障、土地保障、家庭保障以外,主要依靠家庭网络和社区内人际网络提供的保障,农村合作医疗并不被农民(特别是年轻一代)所认同(乐章,2005)。(3)随着市场经济的进一步发展,传统的家庭分担机制受到了严峻挑战,商业保险作为一种风险分摊的保障模式已引起农民的高度重视,农户开始选择运用商业保险来分担家庭积聚的各种风险,从农民购买的保险种类看,主要为医疗保障险种(史清华等,2004)。另外,与我国农村经济相结合的医疗保险还可以较好地分担农户的健康风险(李扬、陈文辉,2005)。(4)考虑到我国农户购买力低的现实状况,我国农村医疗保健服务中介,其实并不适宜采用市场化的医疗保险,而在于政府加大对农村医疗的投资力度,加强农村的合作医疗建设(王遥平、李信,2003)。

“因贫致病”是指由于贫困导致预防和治疗短缺,农户的健康受到了极大的损害。在现有的国外文献中,

有关风险的程度与应对方式一直是发展经济学的主题,发展经济学家研究了农户采用私人手段来跨期分担风险(Besley,1995),即农户风险的自我分担。面临风险冲击时农户可以储蓄、变卖资产或增加劳动供给以分担风险。与富人家庭相比较,贫困农户抵御风险的能力和动机都不一样:一方面,贫困农户可能在风险冲击中受损害更大,这意味着他们有更强烈的动机进行保险;另一方面,穷人进行跨期保险的能力较小,表现为两个方面:一是他们的资产持有量少、储蓄少,二是穷人的身体状况通常较差,不能像富人与健康者那样自如地调节劳动供给(Besley,1995)。除了运用私人手段来跨期分担风险以外,获得正规与非正规的融资能力对农户取得消费保险也是很重要的(Morduch,1999;Gertler,Levine and Moretti,2001),因此,正规与非正规融资是农户分担其面临的健康风险的一个途径。但是商业银行通常不能够充分地农户服务,因为交通不便、要求抵押、储蓄的成本很高,使农户难以获得资金以应对风险(Morduch,1999;Gertler,Levine and Moretti,2001)。此外,银行对信贷的价值和风险方面的信息比非正规融资的贷款者(如朋友、亲人、本地非正规贷款者)了解得少;相比较而言,非正规融资和微观金融倾向于同时服务穷人和富人,抵押的要求不高,而且储蓄收费很低(Morduch,1999)。因此,在农户面临健康风险冲击时,农户所在的社区信用在分担农户的风险中具有非常重要的地位。

“因病致贫”是指由于疾病导致了农户的人力资本水平的下降与农户收入的减少。从健康作为人力资本的角度考察,福斯特在讨论健康、投资、发展三个主要关系的同时,认为现有文献对于营养的关注远远胜过对于疾病冲击的关注(Foster,1995)。其原因是技术上的困难导致的,估计疾病对于收入的困难主要在于:(1)疾病冲击的影响持续时间可能较长,这就需要对家庭跟踪的数据集。(2)由于疾病与健康的相互影响,又使得单纯的横截面数据面临不可能克服的非观测异质性问题,使得研究疾病与收入关系需要的数据比较复杂(Lee,1982;Bartel and Taubman,1986;Mitchell and Butler,1986;Thomas and Strauss,1996)。已有的对疾病与收入关系的研究主要集中在两个方面:(1)治疗花费与劳动时间的损失,米德估计坦桑尼亚的每例HIV,平均治疗花费2462~5316美元(1985年价格),大约降低人均收入的8.5%~18.3%(Mead,1992);舒尔茨和坦瑟考虑工人在患病期间对于劳动习惯的改变可能使得收入函数改变到一个次优状态,从而对收入造成损失(Schultz and Tansel,1996)。(3)宏观角度对于疾病与收入关系的测算,盖洛普和萨克斯等使用25年的国别数据,发现疟疾对于各国经济增长有显著的负面影响(Gallup and Thomas,1998)。由此可见,健康风险冲击使农户的收入、人力资本都受到了严重的损失。

这些文献尽管在农户如何应对风险的选择上存在差异,但他们几乎都认为农户难以应对健康风险冲击是由于缺乏财富,即所谓的“因贫致病”;认为若要提高农户应对健康风险的能力,政府必须加大对农村健康服务的投资力度,市场机制在配置健康资源中存在严重的缺陷,由此得出一个显而易见的结论就是政府应该介入农户的健康风险分担体系,政府应该对农户的健康风险分担提供补贴。由于这些文献在理论上没有认识到农户的风险分担与农户面临的风险特征、农户的购买力以及政府的行为能力之间有着内在的联系,在实践上组织农村新型合作医疗时没有有效地运用农户传统的风险分担等社区资源,从而导致新型农村合作医疗组织绩效低下。事实上,一个有效的农户风险分担机制是农户、社区、市场与国家的函数。医疗是一种权利,农民无钱医治在本质上是交换权利的函数,研究农户“因病致贫”与“因贫致病”这种恶性循环,并找到走出这个怪圈的途径,必须分析农户拥有哪些健康风险分担的权利与途径,以及这些权利的构成与特征,但是在我国现有的相关文献中,却鲜有这方面的研究。现有文献基本上是从需求与供给的层面来观察与研究农村医疗及其保障市场,还没有进一步涉及隐藏在它们后面的权力结构及各方面的利益博弈。由于农户的风险分担与农户所面临的风险特征、购买力以及政府的行为能力之间有着内在的联系,因此,如何求解农民的健康风险分担问题,是一个事关中央政府与普通百姓的大事。

以政府投资为主的新型农村合作医疗制度是中央政府为实现贫困农户拥有医疗享有权而实行的一项重要举措,是利益各方在我国农村现有约束条件下的理性选择。国内有相当多的文献从不同的角度对此做了详细的研究(梁鸿,1999;仇雨临,2003;余金照,2003;景天魁,2003)。但是农村新型合作医疗的救助能力不只与政府的财政补贴有关,同时还受农民的组织程度影响,而农户的组织却是一个利益的博弈过程。由此可见,农村合作医疗的行为边界是政府的行为能力与农民的组织程度理性权衡的结果。

二、新型农村合作医疗:农民实现医疗享有权的有效途径

由于商业医疗保险尚不能进入农村,而农户抵御疾病风险的能力又差,因此,通过组织来分担农户的健

康风险就成了利益各方的当然选择。我国农村是否存在合作医疗的客观需求呢?不同的文献对此做了截然不同的回答。我国农村社区具有一种互济传统,这种经千百年积淀下来的传统,没有因集体经济体制向家庭经济体制的转变而削弱,相反,还有所增强,这为实施农村合作医疗提供了社会基础(梁鸿,1999);另外,在我国20世纪60~70年代,合作医疗曾惠及多数农村居民,被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”,虽然一度解体,但是在“看病难、看不起病”的压力下,农民们对恢复合作医疗制度又有了较强的愿望。据研究,在2003年,农民一次大病的平均花费约为7051元,而当年农民人均纯收入为2622元,一个三口之家的家庭纯收入为7886元。由此可见,一场大病的花费相当于一般家庭年纯收入的90%(方黎明、顾昕,2006)。面临着大病风险冲击与昂贵的治疗费用,农户非常需要疾病风险分担机制,由此可见,我国社会中确实存在对于合作医疗的需求。一份关于江苏兴化市农户对合作医疗的了解、参与意愿、筹资标准的选择以及满意程度等方面进行的问卷调查分析报告认为,只要能处理好相应的问题,农村合作医疗是可行的(许东曙、葛强,1999),其他一些针对试点县市所做的调查也基本上反映了农民这方面的需求(高梦滔、高广颖、刘可,2005;杨立雄、刘湘玲,2006;颜媛媛等,2006;赵志高、高启杰,2006)。但是,也有一些研究认为中国农村合作医疗不具备可能性,或者在现实中陷入误区,难以实行。国务院发展研究中心的一份报告指出:“由于制度赖以生存的体制基础已经不复存在,各级政府乃至社会各界试图恢复合作医疗制度的努力一直未见明显成效”(课题组,2005)。刘启栋通过调查分析,发现正在试点实施的新型农村合作医疗存在一系列制度缺陷:新型农村合作医疗虽然有“新”的一面,但仍然给人以“修旧如旧”的感觉,完全自愿参与的原则使得“富裕者看不上,贫困者参不起”,同时以“低水平”筹资换取“广覆盖”与巨大的管理成本将是其得以持续发展的巨大威胁(刘启栋,2005)。

对现在正在试点的新型农村合作医疗,理论界基本上处于一种比较理性与冷静的态度,对其成功与失误进行了一系列的探索。其基本结论是:农民不愿意参加新型农村合作医疗既有其自身的原因,也有新型农村合作医疗制度设计的原因,然而,新型农村合作医疗制度本身不完善则构成了制约农民参加的主要原因(高梦滔等,2005;刘启栋,2005;顾昕、方黎明,2004;方黎明、顾昕,2006;杨立雄、刘湘玲,2006;张立承,2006)。上海市农村合作医疗发展的成功经验为这种争论提供了一个重要的判断依据,上海案例证明只要正确地处理好各种关系,提高组织效率,合作医疗是可以成功的。上海合作医疗成功的经验集中体现在四个方面:有效地抑制了农民与村卫生室等医疗机构的寻租行为;建立了合作医疗管理机构与农民之间有效的“承诺-信念”机制;镇村卫生一体化或基层医疗服务网络为合作医疗保险创造了坚实的组织基础;组织制度的多样性和灵活性成功地将合作医疗基金风险分解并化解在各区县或乡镇,乃至村一级层面上,阻止了基金风险从镇村一级向区县甚至市一级扩散(赵德余、梁鸿、王云竹,2006)。上海合作医疗这种组织结构不仅为其他地区正在进行的新型农村合作医疗试验提供了经验借鉴,同时给我国城镇职工基本医疗保险制度改革提供了若干经验启示。

在如何看待目前我国农村正在进行的合作医疗建设的时候,理论界存在一些不同的意见,甚至对于同一个地方的合作医疗的成功与否,不同的研究竟然得出完全不同的结论,主要原因是合作医疗的理念与评价的标准不统一。评价合作医疗保险的标准有两个:一个是正义标准,另一个是效率标准。关于社会正义的学术标准,最值得借鉴的是 Rawls 的最大化社会处境、最不利者的福利正义原则(1998),以及 Amartya Sen(2001)关于改善贫困或疾病者的可行能力正义论。两者都主张社会群体中遭受疾病困扰的人有权利获得一定限度的社会保障措施,以恢复或提高自身的行为能力与福利水平。而 Arthur Mokun 在《公平与效率:重大的交易》中提出“市场无权决定生死”则是这些理论的高度概括和哲学升华。我国农村合作医疗保险的实践正是为帮助农民抵御疾病风险或保护农民免受因贫致病的打击,这一组织制度不仅有效地提高了患者的福利水平,而且也增加了患者参与社会生产与竞争的行为能力(赵德余、梁鸿、王云竹,2006)。按照国务院办公厅转发卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》的解释:新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度(国办发[2003]3号文件)。国家财政第一次从幕后走到了台前,这也标志着农村合作医疗从过去简单的合作上升为国家财政的公共支出政策的范畴。在合作医疗的筹资比例中,虽然每一个试验点不完全相同,但是政府财政占其资金构成的主要方面却是一致的,这部分财政资源的供给意味着未参加合作医疗保险的人与参加了合作医疗保险却未生病或很少生病的人为患者补偿支付一定的资源。这种社会保障正是社会正义论对社会再分配的转移支付所容许或强调的。Amartya Sen 指出,“社会保障系统会影响到每一个人可以控制的商品组

合,它们是一个交换权利的组成部分”,“是对于市场交换和生产过程的补充,这两种类型的机会结合起来决定了一个人的交换权利”(阿玛蒂亚·森,2001)。社会保障体系对于加强市场社会中个人的交换权利意义非凡。但是,那些没有参加农村合作医疗的农民如果没有为其他社会保障机制所覆盖的话,那么这样的群众在遭受疾病尤其是大病风险时将难以获得补偿。因此,从社会正义论的角度看,应当强调所有的社会成员都有平等的机会享受社会保障的权利,由此可见,提高农民的参保率正是社会正义论的应有之义。

效率标准是微观经济学的基本风险工具,主要是指资源配置的帕累托最优状态。为了使这个概念具有可操作性,有些研究从费用节约和风险分担与控制程度这两个方面加以度量(赵德余、梁鸿、王云竹,2006)。新型农村合作医疗从本质上而言是一个经济组织问题,如何提高经济组织的效率是现代制度经济学的一个极富成果的研究领域(科斯,1937;威廉姆森,1996;罗必良,2000,2005),这为新型农村合作医疗的研究奠定了坚实的理论基础,行为主体如何在组织成本与交易费用中进行权衡,并最终做出抉择,这是典型的微观经济学分析工具。而风险分担问题也是农户在既有的约束条件下所做的最优选择,由于组织成本高昂,农民在其生活的社区中很难形成正规的健康风险分担机制,其分担风险的办法基本上是非正式的(让·德雷兹、阿玛蒂亚·森,2006;陈传波、丁士军,2005)。就新型农村合作医疗而言,风险的分担是从农民医疗补偿的角度看问题,风险控制则是从各级合作医疗保险基金的收支平衡状况的角度来分析。在新型农村合作医疗这种健康风险分担合约中,农民的风险分散程度可以通过合作医疗保险对农民的补偿范围与补偿程度来间接度量。影响对农民补偿与补偿程度的因素主要有农民的缴费水平、政府的财政补贴以及其他筹资渠道的资金收缴情况。此外,药品和医疗服务成本的高低也会影响农村合作医疗对农民疾病风险分担的能力。自2003年以来,我国所实行的新型农村合作医疗的效率令人担忧。颜媛媛等人对来自中国5省101个实施新型农村合作医疗的村所做的实证研究发现:参加新型农村合作医疗的农民人均的医疗总支出为417元,其中绝大部分是靠自家收入或积蓄来支付的,占88%,靠借钱或贷款来支付的部分占6%;而从新型农村合作医疗报销的医药费平均只有约14元,仅占人均医疗总支出的3%。如果将报销费用额度高得出奇的一个样本去掉后再平均,参加新型农村合作医疗的农民平均每人仅能得到10元的补偿,这个水平与农民缴纳的新型农村合作医疗费基本相当(颜媛媛、张林秀、罗斯高、王红,2006)。在政府支付70%的财政补贴以后,农民仅获得与其所缴纳费用相当的医疗补偿,这确实是一个令人沮丧的结论。那么,是什么原因导致了我国新型农村合作医疗如此低的绩效的呢?

三、新型农村合作医疗的资金筹资、组织成本与行为绩效

典型的合作医疗实践可以说是一种医疗筹资计划,即由社区组织筹资、社区成员参与的疾病费用保险计划,属于“小额保险”的一种,小额保险(microinsurance)同小额贷款(microcredit)、小额储蓄(microsavings)等制度安排又同属小额金融(microfinance)的范畴。相比较而言,小额保险尤其是小额医疗保险的发展,还是比较晚近的事情(顾昕、方黎明,2004)。合作医疗中“合作”的含义是指参与者之间的互助共济,从本质而言是一个社区组织问题,其组织效率源于各参与方效用的满足。与其他基于社区的小额保险计划一样,这种社区医疗筹资计划也有一个天生的弱点,即规模太小,不符合一般保险的“大数原理”,因此不足以有效地分散风险。而新型农村合作医疗与传统合作医疗的区别在于其主要是政府的一项福利政策,政府在财力有限的条件下,意图扩大筹资范围,并以此在县一级的范围内分担农民的健康风险,赋予农民的医疗享有权,维护社会的和谐与稳定。由此可见,新型农村合作医疗制度的成功与否不像传统的社区合作医疗组织,只取决于社区中人们所累积的社会资本和相互之间的信任程度,而且还取决于政府、农民和医疗机构的三方合作。然而,在不同政府层级、不同医疗机构、不同农户之间都存在利益博弈的情况下,三者之间如何达到利益均衡,是一个非常艰难的过程。因此,必须对各利益主体的资金筹集、合作医疗组织运作及其行为绩效进行分析与研究。

作为一种自愿性的公立医疗保险计划,“新农合”面临的重大挑战之一就是如何应对逆向选择问题(方黎明、顾昕,2006)。这里所谓的“逆向选择”,是指医疗保险的投保者向健康风险高的人群集中的现象(科而奈、翁笙和,2003)。卫生政策理论与人类历史上的实践经验都证明,逆向选择会对自愿性医疗保险的财务可持续性造成不利影响。同时,逆向选择还会使自愿性医疗保险的普遍覆盖难于上青天(顾昕、高梦滔、姚洋,2006)。新型农村合作医疗虽然具有政府福利的性质,但是在目前仍然采取社区合作的方式,这就要求参保率要达到一定的边界,如何在自愿的基础上尽可能实现广泛的参与率,避免因健康人群不参与而导致高风险参与者集中,这是社区医疗筹资能否成功的主要条件(顾昕、方黎明,2004)。卫生部曾对2960户农民做过调

查,结果显示,有 1/3(897 户)不愿意参加合作医疗。由于目前农村新型合作医疗实行自愿原则,出现“逆向选择”现象就不可避免,最终导致基金支付风险。如何解决逆向选择问题?一般有两种办法:一种是引入强制性,要求所有人一律参保,不论健康状况好坏,从而使自愿性医疗保险转型为强制性医疗保险,亦即社会保险;另一种是采用所谓“社区费率”,即某个区域之内的全部投保者参保费一样,而不考虑他们的健康状况。由于我国农村社会对于强制性收费存在政治上的困难,所以我国的合作医疗筹资采取了自愿性原则下的社区费率的方法。如果要利用这种方法提高参合率,降低逆向选择,就必须提高保障水平,增加对农民的吸引力;另外就是采用“株连”政策,如以村为单位,参加人数超过一定比例财政才给予相应补助(杨立雄、刘湘玲,2006)。根据卫生经济所专家的计算,如果能做到广覆盖,那么大体而言,平均每人每年 50 元的筹资水平足以使合作医疗维持财务的可持续性(顾昕、方黎明,2004)。按照这个标准,中央调整了筹资比例,即中央每年补给每人 20 元,地方各级政府出 20 元,农户筹资 10 元,以提高对农民的吸引力。但是,就是这 10 元钱,也遇到了各种各样的不了解与抵触,从而使地方政府进退两难,为了达到国家规定的参保率,大多数有一定集体经济实力的村都由集体代交,而集体经济薄弱的地方,参保率一直很低(刘启栋,2005),从而降低了新型农村合作医疗在分担农户健康风险中的绩效。

许多有关合作医疗的文献把缺钱视为所有问题的根源,这种议论过于笼统。事实上,没有哪个国家不缺钱,问题在于筹资基础与筹资水平的比较。许多人把农民支付能力不足列为合作医疗难以建立维持的重要原因之一,是值得探究的。在我国,支付能力的问题在农村贫困人群中是存在的。据国家统计局的调查,2001 年,人均纯收入 630 元的农村贫困者为 2 927 万,占农村人口的 3.2%,而人均 872 元的农村低收入者为 6 102 万,占农村人口的 6.6%,他们基本上集中在中西部地区(国家统计局农村社会经济调查总队,2002)。这些贫困人群的主要消费支出用于食品,其恩格尔系数维持在 65%以上的高位,用于医疗健康的支出非常低。这个社会群体在支付医疗保险时是有困难的。但是在我国绝大多数地区的农村合作医疗筹资水平过低,并不是人们的支付能力问题,而是支付意愿的问题。农民是理性的,他们会在既有的约束条件下算计(舒尔茨,1964,1987),会在支付与收益中权衡。农民参合的积极性与补偿水平及合作医疗的管理绩效直接相关。有调查显示,在两个村,合作医疗户和非合作医疗户的烟酒支出分别为 266.15 元和 255.71 元,但是在这两个村仍有许多人因补偿率低而不愿意参加(赖力,2001)。与此相反,在一些地方,合作医疗为农民提供了较高的补偿水平,管理制度较为健全,农民的参合率较高(吴凤娟,2003;赵德余等,2006)。

总之,我国农村合作医疗绩效低下,这是不争的事实。根据制度经济学的研究逻辑,绩效是组织的函数,说明我国现有的新型农村合作医疗在组织上存在缺陷。其根本原因在于现有的农村合作医疗组织缺少了一个非常重要的环节,这是一个能使传统的风险分担机制与现代医疗服务相结合的制度安排,这个环节就是内生于农村的社区医院。由于这些医生生长在这块土地上,在与农户长年的交往中,建立了一个与社区成员非常紧密的人际网络,积累了大量的社会资本;同时,这些社区医生作为社区的专业人员还具有与现代医疗体系以及现代医疗保险机构建立联系的能力;不但如此,这些乡村诊所甚至可以给贫困的农户低价看病、赊销药品,从而提高农户抗疾病风险的能力。但是,我国现有的医疗监管体系越来越严格,农村社区医疗点的进入门槛变得越来越高,农村社区医院的产权难以获得相应的保护,导致这些医生在行医过程中的道德风险难以消除,从而增加了医疗风险,并最终转嫁到农民身上。新型农村合作医疗将农村社区的民营诊所排除在外,看病定点在乡镇卫生院,减少了农户看病时的选择机会,同时也使农村医疗供给的垄断行为增加,降低了农村医疗合作的效率。因此,提高农民的抗疾病风险能力,关键是要在社区信用体系中内生出农村医疗的救助机制。

四、农村合作医疗的历史反思与现实审视

在 20 世纪 60 - 70 年代,合作医疗与当时的“赤脚医生”制度曾惠及多数农村居民,被世界银行和世界卫生组织誉为“以最少投入获得最大健康收益”的“中国模式”。这项制度是否能在新的历史条件下重新焕发出活力,分担我国农户所面临的健康风险,一直是理论界在探讨的一个话题。那么,当时的农村合作医疗的成功是不是因为合作医疗这一制度本身具有某种优越性呢?当代中国是否还具有恢复合作医疗的可能性?曾经在我国盛极一时的合作医疗之所以会成功,主要是以下一些条件的存在:首先是由于当时政治上的高度重视和当时党与政府具有强势的政治动员能力,使合作医疗获得了无与伦比的外部支持;其次是实施全民控制的农村基层组织消解了逆向选择问题;再次是当时的计划经济下的低成本医疗供给体系可以有效地与合作

医疗整合,当时中国的合作医疗没有碰到社区医疗筹资计划这一经典难题,是因为计划经济体制本身就是一种能够把人们生活的基本必需品,都维持在低价供给水平上的制度。而在我国向市场经济转型以后,合作医疗制度赖以生存的条件基本丧失殆尽:第一,合作医疗赖以形成与发展的政治条件与政策环境发生了变化,基层政府与基层党组织在农村的动员能力现在已降低到一个非常低的水平,以至于在政府拨付 70 % 的财政补贴以后,农民们还是认为基层组织在变相收费。因此,依赖政治动员的发生来发展我国农村合作医疗的组织成本将变得高昂。第二,农村基层组织的变迁使合作医疗缺乏组织者。改革开放到 2002 年,包括合作医疗在内的社区性社会公益事业等公共产品的资金来源于“乡统筹”与“村提留”,因为现有的农村产权没有得到明确的界定,导致农村基层政治组织与社区组织职能不分,在提供公共产品的幌子下,巧立名目,从而造成严重的“农民负担”问题。第三,农村经济及其发展趋势也对目前正在进行的新型农村合作医疗带来极大的冲击。在我国现有的经济制度的约束条件下,农村劳动力流动呈现出逆向淘汰的趋势,即有能力的农民纷纷外出打工,而留在农村社会的基本上是老、弱、病、残,农村的这种情况对现有的新型农村合作医疗组织带来了更大的困难:一方面进一步强化了合作医疗中的逆向选择;另一方面合作医疗定点制,使外出打工的农民回家治病的成本增加。第四,现有的自愿性参加合作医疗根本不可能降低逆向选择与道德风险,市场化的医疗服务市场加大了农民治病的支付难度,使农村合作医疗的基金的可持续性危机四伏。因此,提高我国农村农户的抗风险能力,关键是加大政府在农村医疗保障中的转移支付,提高政府对农户的健康保障支出,改变运用政治动员的组织方式,充分运用市场资源配置手段,提高医疗资源的配置效率;同时充分发掘农村社区中所蕴涵的社会资本,发展社区诊所与社区金融,架起连通传统社会资本与现代商业资本的桥梁,从而构建起分担农户健康风险的社会网络,并最终赋予农民的健康权利。

参考文献:

1. 高梦滔、姚洋:《健康风险冲击对农户收入的影响》,载《经济研究》,2005(12)。
2. 李剑阁:《农民就业、农村金融和医疗卫生事业》,载《比较》,2003(7)。
3. 刘祚祥:《新农村建设与农村经济组织自生能力研究》,载《农村经济》,2006(11)。
4. 史清华:《农户消费行为与家庭医疗保障》,载《华南农业大学学报》,2004(3)。
5. 张车伟:《营养、健康与效率——来自中国贫困农村的证据》,载《经济研究》,2003(1)。
6. 魏众:《健康对非农就业及其工资决定的影响》,载《经济研究》,2004(2)。
7. 肯尼思·阿罗:《不确定性和医疗保健的福利经济学》,载《比较》,2006(24)。
8. 让·德雷兹、阿玛蒂亚·森:《饥饿与公共行为》,中文版,北京,社会科学文献出版社,2006。
9. 蒋远胜、肖师顺、宋青锋:《家庭风险分担机制对农村医疗保险需求的影响》,载《人口与经济》,2003(1)。
10. 陈传波、丁士军:《中国小农户的风险及风险管理研究》,北京,中国财政经济出版社,2005。
11. 赵忠:《我国农村人口的健康状况及影响因素》,载《管理世界》,2006(3)。
12. 乐章:《农民的疾病风险与医疗保障》,载《经济社会体制比较》,2005(1)。
13. 史清华、顾海英、张跃华:《农民家庭风险保障:从传统模式到商业保险》,载《管理世界》,2004(11)。
14. 李扬、陈文辉:《中国农村人身保险市场研究》,北京,经济管理出版社,2005。
15. 王遥平、李信:《中国农村医疗保险的经济学视点》,载《农业经济问题》,2004(3)。
16. 梁鸿:《改革视野中的农村社会保障》,载《市场与人口分析》,1999(9)。
17. 仇雨临:《关注弱势群体的医疗保障问题》,载《社会保障制度》,2003(4)。
18. 余金照:《乡镇卫生院改革势在必行》,载《社会保障制度》,2003(4)。
19. 景天魁:《中国社会保障的理念基础》,载《吉林大学社会科学学报》,2003(3)。
20. 方黎明、顾昕:《突破自愿性的困局:新型农村合作医疗中参合的激励机制与可持续性发展》,载《中国农村观察》,2006(4)。
21. 许东曙、葛强:《兴化市农村合作医疗的做法与体会》,载《中国卫生事业管理》,1999(11)。
22. 高梦滔、高广颖、刘可:《对云南省三个新型农村合作医疗试点县(市)的调查报告》,载《卫生经济研究》,2005(9,10)。
23. 杨立雄、刘湘玲:《对新型农村合作医疗基金几个问题的思考》,载《湖南师范大学社会科学学报》,2006(2)。
24. 颜媛媛、张林秀、罗斯高、王红:《新型农村合作医疗的实施效果分析——来自中国 5 省 101 个村的实证研究》,载《中国农村经济》,2006(5)。
25. 赵志刚、高启圣:《农户医疗需求的约束因素分析——以京郊农村为例》,载《中国农村观察》,2006(3)。
26. 国务院发展研究中心课题组:《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》,载《中国发展评论》,2005(3)。
27. 刘启栋:《认同尴尬折射制度缺陷》,载《卫生经济研究》,2005(5)。
28. 顾昕、方黎明:《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析》,载《社会学研究》,2004(5)。
29. 张立承:《新型农村合作医疗制度的公共政策分析》,载《中国农村经济》,2006(5)。
30. 赵德余、梁鸿、王云竹:《寻租控制、信念与制衡——上海农村合作医疗的制度结构、效率特征及其经验价值》,载《中国农村观察》,2006(4)。

(下转第 158 页)

态和信念体系的作用,但是这个框架显然没有揭示前苏联由盛而衰的全部真相和复杂性。

三、“道德科学”的复兴与未决的问题

作为经济学家,诺思更倾向于从经济史的角度处理长时段的历史变迁过程,这种以经济为中心的世界观是否简化了复杂的人类历史呢?单纯从制度效率和经济的适应性效率的角度考虑问题可能只看到了历史复杂性的一个方面,西方世界的成功故事不仅仅是一个建立有效的激励体系的故事,从马克思、卡尔·波兰尼、法国年鉴学派和世界体系理论那里,我们也许可以看到一个频繁地运用政治力量、权力和控制来取得成功的故事:资本主义的扩张过程伴随着经济增长,但资本主义体系本身从来就不是一个经济化的体系。诺思的许多理论尚处于假说阶段,还有待于历史和实践的检验。尽管如此,我们不得不承认诺思在本书中所做出的重大贡献。他对新古典机械的均衡思维方式和自由放任哲学的反思和拒斥使我们必须直面新古典经济学的局限性。黑格尔说过一句恶毒的名言:你走吧,你走不出你的皮肤。对于深受新古典经济学熏陶而且没有意识到新古典经济学存在重大问题的经济学家来说,也许没有更换一套“皮肤”的必要,他们也的确从未走出过他们的“皮肤”,但是世界经济的现实需要以及经济学本身的发展都要求确立新的范式。《理解经济变迁过程》开启了新的前沿,对新古典理论框架有所突破,但并没有最终解决问题,真实世界的贫困和经济发展问题在理论上仍然没有得到很好的处理。诺思的框架过于一般化,而且很明显是以西方为参照物,因此对于我们理解经济变迁的具体机制并不能提供太多的帮助。本书可以看作对斯密和休谟所提倡的“道德科学”的一种回归式的复兴,无论我们对诺思的跨学科研究持何种看法,诺思的尝试都值得我们认真对待。

(责任编辑:刘成奎)

(上接第 148 页)

31. 约翰·罗尔斯:《正义论》,中文版,北京,中国社会科学出版社,1998。
32. 阿玛蒂亚·森:《贫困与饥荒——论权利与剥夺》,中文版,北京,商务印书馆,2001。
33. 科斯:《企业的性质》,见盛洪主编:《现代制度经济学》,北京,北京大学出版社,2003。
34. 威廉姆森:《资本主义经济制度》,中文版,北京,商务印书馆,2002。
35. 罗必良:《经济组织的制度逻辑》,太原,山西经济出版社,2000。
36. 罗必良:《制度经济学》,太原,山西经济出版社,2005。
37. 顾昕、高梦滔、姚洋:《诊断与处方:直面中国医疗体制改革》,北京,社会科学文献出版社,2006。
38. 科而奈、翁笙和:《转轨中的福利、选择与一致性》,北京,中兴出版社,2003。
39. 杨立雄、刘湘玲:《农村新型合作医疗试点中需要解决的几个问题》,载《社会科学研究》,2006(2)。
40. 国家统计局农村社会经济调查总队:《2002 中国农村贫困监测报告》,北京,中国统计出版社,2002。
41. 舒尔茨:《改造传统农业》,中文版,北京,商务印书馆,1987。
42. 赖力:《贵州省晴隆县农村合作医疗运行与发展研究》,载《中国农村经济观察》,2001(1)。
43. 吴凤娟:《从沪郊三区县实践谈新型农村合作医疗制度建设》,载《管理世界》,2003(5)。
44. Besley, T., 1995. "Savings, Credit and Insurance." Behrman, J. and Srinivasan, T. N., eds, Handbook of Development Economics, North Holland, Amsterdam, Vol. 3B, pp. 2 125 - 2 147.
45. Morduch, J., 1999. "Between the Market and State: Can Informal Insurance Patch the Safety Net." The World Bank Research Observer, Vol. 14, pp. 187 - 207.
46. Gertler, Levine and Moretti, 2001. "Do Microfinance Programs Help Families Insure Consumption Against Illness." Working Paper, Haas School of Business, UC Berkeley.
47. Foster, Andrew D., 1995. "Nutrition and Health Investment." The American Economic Review, Vol. 85, pp. 148 - 152.
48. Lee, J. F. 1982. "Health and Wages." International Economic Review, 23(1), pp. 199 - 221.
49. Bartel, A., and Taubman, P., 1986. "Some Economic and Demographic Consequences of Mental Illness." Journal of Labor Economics, Vol. 4, pp. 243 - 256.
50. Mitchell, J. M. and Butler, J. S., 1986. "Arthritis and the Earnings of Men: An Analysis Incorporating Selection Bias." Health Economics, Vol. 5(1), pp. 81 - 98.
51. Thomas, D. and Strauss, J., 1996. "Health and Wages: Evidence on Men and Women in Urban Brazil." Journal of Econometrics, Forthcoming.
52. Mead, Over, 1992. "The Macroeconomics Impacts of AIDS in Sub-Saharan Africa, Population and Human Resources Department." World Bank, Mimeo, Washington D. C. .
53. Schultz, T. and Tansel, A., 1996. "Wage and Labor Supply Effects in Cote D'Ivoire and Ghana: Instrument Variables Estimating for Day Disabled." Journal of Development Economics, Vol. 53, No. 2, pp. 251 - 286.
54. Gallup, J. and Sachs, J., 1998. "Geography and Economic Development." Paper Presented in World Bank Annual Conference on Development Economics, Washington D. C., U. S. A. .

(责任编辑:刘成奎)