

□ 经济问题研究:三农问题

制度变迁视角下的农村合作医疗

伍凤兰

(深圳大学 经济学院,广东 深圳 518060)

摘要:农村合作医疗经历了传统时期的辉煌、转轨时期的低效与新世纪的快速发展。制度安排和其嵌入的制度环境是否耦合、制度的供给与需求是否均衡、是否存在路径依赖等因素是导致农村合作医疗制度变迁的主要原因。为提高新型农村合作医疗制度绩效,建议适度借鉴国际成功经验的蓝本,改善外部制度环境,强化政府的制度供给责任,将强制性制度变迁与诱致性制度变迁有机结合,走出路径依赖,走向城乡统一的医疗保障制度。

关键词:农村合作医疗;制度变迁;制度环境;制度均衡

作者简介:伍凤兰,女,经济学博士,深圳大学经济学院副教授,从事公共经济学、制度经济学研究。

基金项目:国家社科基金重点项目“经济特区与中国道路”,项目编号:10AJL001;国家社科基金青年项目“基于医院行为分析的中国医疗管制困境与对策研究”,项目编号:13CGL138

中图分类号:F306 **文献标识码:**A **文章编号:**1000-7504(2015)01-0049-09

20世纪60—70年代,自下而上的诱致性制度变迁曾经造就了我国农村合作医疗的辉煌,农村合作医疗受到第三世界国家的普遍关注,并被世界银行和世界卫生组织誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”,“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”,截至2012年末,全国2566个县(市、区)开展了新型农村合作医疗工作。

一、农村合作医疗的制度变迁

本文将我国农村合作医疗分为三个阶段,第一阶段是1980年之前的,称为传统农村合作医疗;第二阶段是1981年至2000年,称为转型时期的农村合作医疗;第三阶段是2001年之后,即新型农村合作医疗。

(一)传统农村合作医疗的产生和发展

1. 1944—1958年:传统农村合作医疗的发轫与初创

合作医疗发轫于20世纪40年代,陕甘宁边区出现了医药合作社。新中国成立初期,以户籍制度为代表的城市壁垒将绝大多数农民排除在国家社会福利体系之外,农村医疗保障制度供给匮乏。在此期间,东北各省曾积极倡导运用合作制和群众集资的方式举办基层卫生组织。

随着农业合作化的发展,农村地区正式出现了合作医疗保障制度。1955年初,山西省高平县米山乡联合保健站建立了历史上有名的“合医、合防、不合药”的集体医疗保健制度,农民群众自愿缴纳保健费,生产合作社补足公益金,这标志

着我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗制度。同年11月,由卫生部牵头组成的联合调查组在其报告中认为这一创举“为农村的预防保健工作建立了可靠的社会主义的组织基础”^[1],值得在全国广大农村地区推广。1956年6月,一届全国人大二次会议通过了《高级农业生产——合作社示范章程》,首次在法律层面赋予了集体介入农村社会成员医疗保障的职责,并促使农民在农业生产合作化运动中创造和开展互助合作医疗,解决农民“病有所医”的问题。

2. 1959—1980年:传统农村合作医疗的发展与辉煌

1958年8月,党中央通过了《关于在农村建立人民公社问题的决议》。随后,在全国掀起了人民公社化运动,借助这场运动的外力牵引,我国农村合作医疗保健制度发展迅速加快。1959年11月,卫生部在山西省稷山县召开全国农村卫生工作会议,肯定了人民公社社员集体保健医疗制度,提出了具体建议,并最早使用了“合作医疗”一词。1960年2月2日,中共中央以中发(60)70号文件对《关于全国农村工作山西稷山现场会议情况的报告》进行了转发,并要求各地参照执行。从此,合作医疗开始向全国推广,1962年覆盖率达到46%。^[2]

合作医疗的真正普及是在“文化大革命”期间。1965年6月26日,毛泽东同志做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示,同年9月,中共中央批转卫生部《关于把卫生工作重点放到农村的报告》,强调着力推进农村合作医疗的发展。1968年,毛泽东同志亲笔批示了湖北省长阳县乐园人民公社举办合作医疗的经验,称赞“合作医疗好”。在当时的政治氛围下,最高领袖的倡导使农村合作医疗和“赤脚医生”在全国蓬勃发展起来,“支不支持合作医疗,关系到是不是团结贫下中农,是不是支持社会主义新生事物,是不是执行毛泽东无产阶级卫生路线的大问题”^{[3](P344)}。各级人民政府为了贯彻领袖的最高指示,将推行合作医疗列入重要日程,采取群众动员的方式加以推广,迅速强化了农村合作医疗事业的发展,1975年,农村合作医疗的覆盖率达到全国行政村的84.6%。^{[4](P155)}1978年,合作医疗被写进了宪法。1979年12月23日,卫生部、农业部、财政部等五

部委颁布了《农村合作医疗章程(试行草案)》,对合作医疗制度进行了规范,当时农村合作医疗被定义为“人民公社依靠集体力量,在自愿互助基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度,是社员群众的集体福利事业”。

传统农村合作医疗制度具有典型的“集体性”和“福利性”,以及农村基层社区意义上的“政府性”、“社会性”,可以说,传统农村合作医疗制度是比较适宜于农村的集体公有产权和高度集权计划经济体制的内在要求,总体效果也比较好。据世界银行1996年的报道,当时我国的合作医疗费用大约只占全国卫生总费用的20%,却初步解决了占当时总人口80%的农民的医疗保障问题。合作医疗制度与农村三级医疗预防保健网以及数量巨大的“赤脚医生”队伍一起,成为当时解决我国广大农村缺医少药的三件“法宝”,有效地保障了农村居民的基本医疗服务需求和健康状况的提高。

(二)转轨时期农村合作医疗的衰退与重建

1. 1981—1989年:转轨时期农村合作医疗的衰退

党的十一届三中全会以后,中国开始了经济体制改革和对外开放的历程,随着家庭联产承包责任制的实行,农业生产出现了明显的分散化和去集体化,农村集体经济体制的急速变化严重冲击着以人民公社集体经济为依托的合作医疗制度。从整个社会制度变迁的角度来看,这一阶段的多项改革都具有探索性与试错性,政府对于合作医疗的政策由大力支持转变成了放任自流,整个舆论导向存在失误与偏差。农村开始实行以家庭联产承包责任制为主的经济体制改革,原来由集体经济支撑的合作医疗丧失了经济基础,其筹资来源已“断层”;国家财政体制的改革,并未真正做到“财权”与“事权”的统一与均衡,基层政府因为财政困难已无法为农村医疗保障制度提供有效供给,使农村医疗机构难以为继;赤脚医生不能再靠挣工分取得收入,大多转变成了收取服务费和赚取药费的乡村医生;农村劳动力流动加剧,传统农村合作医疗也无法有效满足这部分流动性群体的医疗需求。再加上合作医疗在运行过程中也存在着管理不善、监督不力等问题,导致合作医疗大面积解体,濒临崩溃。根据卫生

部的调查,全国实行合作医疗的行政村,由1980年的90%剧降到1985年的5%,到1989年,农村实行合作医疗的行政村仅占全国行政村总数的4.8%,全国90%的农民被沦为了自费医疗群体。^[5]

2. 1990—2000年:转轨时期农村合作医疗的重建与恢复

进入20世纪90年代以后,党和政府陆续出台了一系列的政策和措施,进行了艰难的探索,试图恢复和重建农村合作医疗制度。1991年1月,国务院明确提出要“稳步推行合作医疗保健制度”,实现“人人享有卫生保健”,为农村医疗卫生工作的发展指明了方向。1993年11月,党的十四届三中全会提出要“发展和完善农村合作医疗制度”。同年,国务院政策研究室和卫生部在全国进行了广泛调查研究,提出《加快农村合作医疗保健制度的改革与建设》的研究报告。^[6]1994年,国务院研究室、卫生部、农业部与世界卫生组织合作,在全国7省14个县开展了“中国农村合作医疗制度改革”试点和跟踪研究。1996年,《关于国民经济和社会发展“九五”计划和2010年远景目标纲要》中提出,“重视农村医疗卫生工作,发展合作医疗,完善县、乡、村三级医疗保健网”。1997年1月,中共中央、国务院颁发了《关于卫生改革与发展的决定》。同年5月,国务院又批转了卫生部等部门的《关于发展和完善农村合作医疗的若干意见》,肯定了农村合作医疗制度是适合我国国情的农民医疗保障制度,对恢复和重建农村合作医疗做出了具体部署,并要求“各地要把发展和完善农村合作医疗当成农村工作的一件大事来抓,力争到2000年在农村多数地区建立起各种形式的农村合作医疗制度”。此时,重建农村合作医疗制度的努力达到了高潮,经过各级政府一系列的改革尝试,长期处于萎缩状态的农村合作医疗出现了转机。但是,1997年以后,减轻农民负担、提高农民收入成了农村的“中心工作”。农业部等五部委颁布的《减轻农民负担条例》中,把合作医疗项目列为农民负担的收费项目,不允许征收,结果导致一些恢复合作医疗的试点地区又放弃了合作医疗制度,农村合作医疗再次陷入了困境,最终没能实现“2000年在农村多数地区建立起各种形式的农村合作医疗制度”的计划,有学者认为此时“农村合作医疗制

度已经名存实亡”^{[7](P62)}。

从总体上看,重建与恢复时期的这些政策在一定程度上促进了农村合作医疗的恢复发展,但是成效并不显著。据统计^[8],全国农村合作医疗制度的覆盖率,由1989年的4.8%上升到1997年的10%,但是地区之间极不平衡,主要集中在经济比较发达的东部沿海省份,覆盖率达到20%,而中西部地区特别是贫困地区多数在3%以下。

从20世纪80年代开始到2000年长达20年的期间里,农村合作医疗经历了解体—反复—恢复和探索的曲折发展过程。农村合作医疗衰退带来最严重的后果便是绝大部分的农民沦为了自费医疗群体,在医疗供给系统被推上市场化的同时,医疗费用飞速上涨,农民的有效医疗需求不足,农村医疗服务供给短缺、低效,农民看病难、因病致贫、因病返贫等问题凸现。农村合作医疗陷入困境,制度亟待创新与变迁。

(三)新型农村合作医疗制度的实施

在我国改革开放和市场经济建设取得举世瞩目成绩的同时,农民健康问题日益显示出其重要性与制约性。2001年5月,国务院转发了体改办、国家计委、财政部、农业部、卫生部《关于农村卫生改革与发展的指导意见》,要求以县(市)为单位实行大病医疗统筹。2002年秋,中共中央、国务院出台《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,要求各级政府积极组织引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,医疗保障费用由国家、集体和个人三方面承担,政府负有主导责任。

2003年1月,国务院办公厅转发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,对新型农村合作医疗的目标、基本原则、筹资渠道、统筹层次等作出了明确的规定,新型农村合作医疗制度的试点与实施拉开了序幕。2005年10月,党的十六届五中全会明确地提出了基本建立新型农村合作医疗制度的具体任务。2006年1月,卫生部等七部委联合下发《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》,明确提出“2010年实现新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民的目标”。与此同时,中央和地方财政对参加合作医疗农民的补助标准由20元提高到40元。2007年,党的“十七大”提出了“建设覆盖城乡居民的

公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的目标。2009年1月,国务院常务会议通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》,新一轮医改方案正式出台。

从2003年开始试点以来,新型农村合作医疗的推进速度很快,截止到2012年末,全国新型农村合作医疗参合率达到98.1%,各级财政对新型农村合作医疗的补助标准也从2003年每人每年的20元提高到了2013年的240元。

二、农村合作医疗制度变迁的原因

(一)制度安排与制度环境是否耦合

制度安排嵌入在制度环境的框架里运行,制度环境决定着制度安排的性质、范围与进程等。一种制度安排,如果在制度设计上不合理,不为制度环境所许可,那么就会付出很高的交易成本,其激励和约束机制失灵,制度的生存就成问题。因此,制度安排必须与现存的制度环境耦合。

1. 传统农村合作医疗制度与其特定的制度环境

传统农村合作医疗是在特定历史时期下形成的特殊制度安排。从某种意义上说,传统农村合作医疗的成功,在很大程度上是因为有一个与之合适的制度环境,是其所嵌入其中的高度集权的、革命性的、全能主义的政治经济体制,使得逆向选择、道德风险和控制医疗服务成本等难题得以消解,从而使“国家农村医疗制度社区办”的形式得以成功,并使当时中国成为世界发展中国家解决农村医疗保障较好的国家之一。

第一,传统农村合作医疗有着良好的政治氛围,各级政府把推行合作医疗列入政府重要日程,基层政府——社队直接承担了合作医疗制度的管理和监督职能,采取群众运动的办法加以推广,制度间、部门间的摩擦小,农民参与的热情高,这种政治上的高度重视和强大的政治动员力使农村合作医疗获得了无与伦比的外部支持。第二,农村集体经济组织是农村合作医疗产生并生存的经济基础,这种集生产、分配甚至政治一体的人民公社还提供了稳定可靠的组织资源,集体组织在进行剩余分配之前就从账户中直接扣

除农村合作医疗的相关费用,这种带有强制色彩的资金筹集方式能够有效筹集农民个人应缴纳的合作医疗基金,避开了挨门挨户收费的难题,从而有效解决了逆向选择问题。第三,在计划经济体制下,政府控制了医疗服务和药品资源配置的权力,并实施低价供给策略,这就为合作医疗提供了低成本的医疗服务供给体系;所有医务人员收入由集体或国家规定,不存在提供过多服务的激励机制,基本上消除了医疗服务提供者诱导消费的现象。第四,政府培养了大量的赤脚医生,而且强调使用中医草药技术来降低医疗费用和成本,从而使农村医疗服务的可及性和可得性问题得到了很好的解决。第五,人民公社制度、户籍制度等都使农村的医疗服务供给与需求很少受到城市的影响,地域的封闭性使合作医疗的运行具有较强的稳定性。

2. 转轨时期农村合作医疗制度的改革滞后于制度环境的变迁

20世纪80—90年代,中国的制度环境发生了根本性的变化,即从传统的高度集中的计划经济体制向社会主义市场经济体制转轨。农村合作医疗原来所嵌入的政治动员式的集权体制、人民公社制度和计划经济条件下的低廉医疗服务供给体系等制度环境,均发生了重大的变化,有些甚至消失殆尽。

第一,政府在相当长的一段时期没有把农村合作医疗列入议事日程,特别是有一段时间合作医疗曾被认为是“左”的产物,甚至被当作“文化大革命”的产物而被否定。当原先以政治动员为核心的全能主义式体制发生根本改变之后,过渡时期的合作医疗便很自然地强制性集体福利回归到了自愿性的社区医疗筹资,随着国家外部支持力度的下降,合作医疗也自然随之衰落。第二,随着家庭联产承包责任制的逐步推广,土地使用制度的改变使农业经营体制发生变化,原先能实施全能性社会经济控制的“政社合一”的人民公社逐步瓦解,不能再承担诸多公共产品供给责任,合作医疗便逐渐丧失了可以实施其强制性的组织载体。第三,随着农村商品经济和市场经济的发展,以及国家财政体制的改革,医疗服务供给体系也走向市场化,加之缺乏政府投入,医疗资源的分配呈现倒三角形的非均衡状态。医

疗供给系统的主要收入来源不是政府财政投入和非政府机构的捐赠,而是依赖于其业务收入,即使是公共卫生机构也不例外。2002年,全国医院业务收入为6281亿元,占全国医院总收入的90%,其中农村医院业务收入为2916亿元,高达全国农村医院总收入的92.7%。^[9]

3. 新型农村合作医疗制度有较为适宜的制度环境

新型农村合作医疗制度是在新的制度环境中试行的,与20世纪90年代相比,新制度的推行有着较为优越的制度环境。第一,我国经济连年呈现高速增长的态势,2003年,人均GDP首次突破1000美元,2012年,农村居民人均收入达到了7917元,人民生活总体上达到了小康水平,这为新型农村合作医疗提供了良好的经济基础。第二,均衡发展战略已经体现在发展的各个方面,城乡统筹发展、“三农”问题等日益得到重视,倾农、惠农措施不断出台。第三,政府是新型农村合作医疗的筹资和管理主体,农民对政府的信任度在增强。

在计划经济体制时期,当时特定的社会政治经济制度环境是传统农村合作医疗的合适土壤,合作医疗取得了很大的成功。当社会经济体制转型时,农村合作医疗所镶嵌的制度环境发生了急剧的变迁,改革滞后的合作医疗制度与已变迁的外部制度环境难以融合,因而难以为继。新型农村合作医疗制度是一项复杂的社会系统工程,优化制度环境是新型农村合作医疗提高绩效和可持续发展的保障。

(二)制度是否均衡

制度均衡是指在给定的一般条件下,现存制度安排的任何改变都不能给经济中任何个人或任何团体带来额外收入的一种状态。制度非均衡就是人们对现存制度的一种不满意或不满足,意欲改变而又尚未改变的状态。一种制度安排和制度结构从制度均衡到制度非均衡,进而发生变革,是多种因素共同作用的结果,制度创新与变迁实际上是对制度非均衡的一种反应。

1. 传统农村合作医疗的蓬勃发展与制度均衡

1978年农村经济体制改革以前,我国农村社会保障整体上处于服从工业化积累资金需要的

集权化保障阶段,城乡分割的二元社会经济福利政策使广大农村居民并不能享受类似于城镇居民的国家福利,人民公社制度的集体经济也剥夺了传统家庭的经济保障功能。因此,国家作为“制度提供者”,它可提供的制度选择集合非常有限,为了维持农村劳动力的再生产,同时也是作为社会控制的一种手段,国家将自愿性的社区医疗转变成了强制性的集体福利,国家能提供的只有合作医疗这种集体福利制度。另一方面,外部环境很好地抑制了需求方逆向选择问题和医疗卫生服务提供者的诱导需求等医疗保障领域的经典难题,客观地提高了农村医疗卫生服务的可及性和可得性,从而使“制度接受者”得到了实惠,收获了“原有制度安排不可能得到的潜在收益”,处于较为满意的状态;再者,在人民公社时期,平均主义分配体制下的广大农民及其家庭的经济收入微薄,对医疗保障的需求层次基本一致,被寄予厚望的农村合作医疗制度得到了有效发挥。因此,合作医疗制度走向了供求均衡,从而获得快速发展。^[10]

然而,天平的另一端却是如同计划经济时代的其他部门一样,农村医疗保健服务部门也出现短缺;短缺的情况部分由强制性替代,即由赤脚医生和中草药替代专业医生和西药;在有些地方,这种家长制的保障和平等获得医疗服务也被腐败和特权扭曲;病人没有选择的自由,“该制度的思想和做法严重地同福利改革的个人自主权原则相冲突”^[11]。传统农村合作医疗制度缺陷的存在、不断发生的制度障碍与制度摩擦,使得制度的主要接受者——农民的不满逐渐积累,制度成本随之增加,降低着制度的净收益。

2. 转轨时期农村合作医疗制度供给的短缺

制度的供给取决于政治秩序提供新的制度安排的能力和意愿,一个社会的各既得利益集团的权力结构或力量的对比往往决定制度供给的内容和速度。制度供给短缺是指制度供给不能满足社会对新制度的需求,从而导致制度真空的存在或低效制度不能被替代。

在中国改革开放的头20年,农村合作医疗制度并没有随着社会经济制度的变迁而同步发生改变,它显得与转型社会的制度环境非常不相适应。一方面,就像商品供给中会出现商品供给短

缺的低效率情形一样,带有垄断性的政治制度市场同样会导致制度供给的低效率。在“发展是硬道理”的思想指导下,各级政府把主要的精力和资源投入到经济建设上,在提供农村合作医疗等公共产品或准公共产品职责上推卸责任。在政府的预期效用函数中,合作医疗的支出成本较大而收益较小,导致政府在农村合作医疗的资金投入、信息供给、卫生资源的分配、医药市场的监控等方面都处于缺位状态,农村合作医疗呈现出严重的制度供给不足状态,强制性的制度变迁没有发生。另一方面,由于合作医疗制度本身具有外部性和部分公共产品等属性,当时农民自治组织没有得到较好发展,农民作为“理性”的经济人很难有热情通过讨价还价的谈判达成一致意见,农村合作医疗对抗风险的潜在制度利润得不到通过诱致性制度变迁获取的机会,从而未能促进新制度的供给。农民作为诱致性制度变迁的主体,其变迁意愿的缺乏加剧了制度供给的不均衡。因此,农村合作医疗制度在相当长时期走进了由“无政府”导致的低制度覆盖率,甚至制度空白的状态,维持着无效率的制度非均衡。

3. 新型农村合作医疗与强制性制度变迁

如果诱致性制度变迁成为制度安排的唯一源泉,那么整个社会的制度供给就可能少于社会最优规模。政府也在试错性质的实践过程中学习和成熟,经过转轨时期长久的制度无效和低效状态,当逐渐拉大的二元差距、越来越突出的“三农问题”等负面影响超出了政府的承受限度,当政府预期改革的政治、社会乃至经济等收益将大于所支付的成本,并能够收获在原体制内收获不到的好处之时,新型农村合作医疗制度便作为一种强制性的制度安排得以出现。通过这种强制性的制度变迁,制度出台时间短,实施时的推动力度大,政府利用它的政治权威能够顺利地保证制度安排较好运行。^[12]

由政府主导的这种自上而下的强制性制度变迁可以显著地减少制度供给的障碍,降低制度供给的成本。政府作为新型农村合作医疗这一制度的供给主体,将统筹层次、管理体制、筹资机制、补偿机制与标准、基金管理、监督机制以及医疗服务管理机制等都进行了相应的规范,以期达到建设社会主义和谐社会等社会经济目标。

(三)是否存在路径依赖

任何制度创新都离不开一定的历史社会环境,路径依赖意味着人们过去的选择决定了他们现在可能的选择,既可能进入良性循环,从而使制度不断优化;也可能顺着原来的错误路径往前走,甚至被“锁定”在无效或低效的状态,并陷入恶性循环状态。同时,路径依赖还常常将制度创新牵引到旧的轨道上,使新的制度安排掺杂着许多旧的因素,甚至有可能成为旧制度的变种。

第一,农村合作医疗仍沿着传统的在城乡分割基础上的“二元保障”路径,城乡虽然实施不同的医疗保障制度,面对的却是统一的医疗市场,结果导致城乡居民在医疗卫生服务方面的差距过于悬殊。在这种断裂的社会与统一的医疗市场并存的格局中,任何想在农村建立社会医疗保障的措施都有可能失效,这种城乡医疗保障制度分割的发展战略一直延续至今,农村合作医疗制度创新要冲破原有制度框架将遭遇巨大障碍。第二,农村合作医疗的兴衰成败依赖于政府支持力度的强弱,从其发展的轨迹来看,其覆盖率的每次骤然上升,都是政府行政手段或经济手段干预的结果,农民和政府之间并没有建立起稳定而持久的契约关系,这种自上而下的政府强制性制度变迁方式已形成了严格的路径依赖。^[13]第三,农村合作医疗始终定位于“互助共济”,强调“自愿参加”,在不同时期不同的制度与条例中的关于合作医疗的实行基础和原则,都在“互助共济”的框架之内。新型农村合作医疗制度仍被界定为“由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,集体和政府多方筹资为主要内容的农村医疗互助共济制度”。这种互助共济所带来的松散格局,也成了历次合作医疗遭遇波澜起伏的约束之一。^[14]

三、提高新型农村合作医疗制度绩效的建议

(一)制度的借鉴与移植

日本农村医疗保险主要由强制性的国民健康保险和自愿参加的农协医疗互助保险组成,加上针对70岁以上老年人的老年保健制度(不分农村与城市),三者几乎覆盖了所有的农村人口。国民健康保险是政府强制推行的最基础的社会

保障政策,也是日本农民医疗保障的底线政策,与城市的社会保障制度保持统一水准。对于农民参加者而言,国民健康保险的资金来源主要是中央和地方各级政府的补助,同时个人也缴纳部分保费。政府除了从公助的角度建立国民健康保险,还根据农业的特殊性,引导农民组成团体,互帮互助,共同面对医疗问题,日本农协互助保险就应运而生。日本农村医疗保险的绩效主要体现在覆盖面广、保障全面、保险机构管理科学、反映了农民的自我意愿等方面。

日本的经验证明,在一定的政策框架和社会条件下,农村医疗保险制度是可以蓬勃发展的。我国目前面临的农村医疗保险问题与日本20世纪50年代的情况类似,即国家在工业化发展过程中必须面临的医疗保障问题。因而,日本较为健全的农村医疗保险制度对我国正在进行的新型农村合作医疗制度有借鉴之处。

但是,“现在世界上没有一个国家的医疗保障体制是完美和可以直接作为榜样效仿的”^[15],“真正的议题是选择一种最少效率损失并且最公平的组织形式”^{[16](p335)},“每一个国家都可以建立起符合自身实际的乡村医疗保障制度”^[17]。制度环境的不同,决定了即使是成功的国外经验,也不一定成功移植到他乡异土。因此,本国社会经济发展的实际情况是其建立医疗保险制度的理论前提,而不仅仅是照搬其他国家的经验,如果将发达国家昂贵的社会保险和收入保障制度视为世界上所有国家普遍使用的模式,那将是一个错误的前提。只有真正立足于本国国情,与本国的政治、历史、文化、风俗习惯,以及国家经济发展水平和经济发展战略相适应的模式和路径才是正确的选择。因此,新型农村合作医疗制度的建设不仅仅是要借鉴他国成功的理论和实践,更重要的则是进行制度创新,让它适应于我国相对集权的政治架构,适应于我国还不太发达的二元经济结构,适应于我国带有浓厚家长制国家福利色彩的传统文。

(二)优化外部制度环境,加强配套制度的改革

一项制度安排只有嵌入在适宜的制度环境框架里才能顺利运行。新型农村合作医疗是一项复杂的社会系统工程,配套制度的完善与配合

是新型农村合作医疗制度可持续发展的保障。首先,深化农村医疗卫生体制改革,建立药品供应与监管的保障体系;完善县乡村三级医疗服务体系,实现农村卫生资源的合理配置。其次,有步骤地实现农业剩余劳动力的转移,推进城镇户籍、就业、社会保障制度的配套改革,推动农村社会保障事业的发展;深化农村内部改革,通过提高农村集体经济的实力与农民收入来增强农民参与现代医疗保障制度的物质保障能力。最后,发挥社会救助的基础性作用,构筑社会弱者的最后一道生存防线,形成对新型农村合作医疗制度的重要的基础性补充作用。

(三)强化政府的制度供给责任,实现新的制度均衡

政府要提高对医疗卫生事业的特殊性的认识,加强在制度供给方面的主导责任,如加强在医疗服务市场、医疗保险市场的信息供给责任,缓解信息不对称,从而在一定程度上实现制度提供者、生产者和受益者等各方信息供给与获得的平等。特别是要加强政府可持续的财政性投入,以防可能出现的筹资“断层”状态,将合作医疗由原来的社区医疗筹资与农民医疗互助制度,转变成真正意义上的新型农村医疗保障制度,以此来增强对农民的吸引力与认知度。新型农村合作医疗制度筹资来源于中央政府的拨付、地方政府的补助以及农民自己的缴费,三方基金中任何一方的短缺都会形成“短板效应”,直接影响新型农村合作医疗制度的顺利实施。尤其是全国地方财政每年用于合作医疗的支出,对部分贫困地区的财政来说是一个挑战。因此,要建立规范的筹资机制,使中央政府与地方财政的筹资成为常规性制度。此外,新型农村合作医疗制度的改革与完善还必须充分重视农民的主动性和实际需求,赢得农民对制度的赞成与拥护,来避免政府动员效果的时效性,使新型农村合作医疗制度逐步走向均衡,实现良好绩效。

(四)强制性制度变迁与诱致性制度变迁的有机结合

新型农村合作医疗的组建与发展过程证明它是以政府为主导、自上而下进行的强制性制度变迁,但是在这种变迁方式中,合作医疗随着政府政治意愿的起伏稳定性不强。

强制性制度变迁可以减少制度创新的组织成本和实施成本,但也会遇到难以克服的效率问题。政府的制度供给可能和微观经济主体的制度需求不完全一致,制度的潜在效能便无法完全发挥;政府主导的新制度安排和既定的制度环境、各种非正式制度之间可能存在着冲突,也会产生新的效率损失。如新型农村合作医疗制度遵从农民自愿参加的原则,在信息不对称条件下,逆向选择问题不可避免存在,这种制度安排要可持续地保持高参保率,甚至是理想的全覆盖率,政府则需付出不菲的成本。新型农村合作医疗制度的医疗补偿模式是以小概率的大病统筹为主,健康群体的预期收益则会降低,这实际上就意味着放弃对大多数人的基本医疗保障责任。新型农村合作医疗制度对医疗机构主要实行按服务付费的支付方式,导致医疗供方诱导需求行为出现,政府很难控制医疗费用。因此,依靠政府权威设计的新型农村合作医疗制度,即使能在较短时间内完成强制性制度变迁,也可能留下“无穷后患”。

要想从根本上解决强制性制度变迁的不足,使新型农村合作医疗制度持续健康发展,必须实现强制性制度变迁与诱致性制度变迁的有机结合。当潜在收益大于潜在成本时,微观经济主体就会产生制度需求与推动制度变迁的动力,诱致性制度变迁才可能发生。农民作为微观经济主体,对新型农村合作医疗制度的需求会受其收入水平、疾病风险、对制度的信任度、收益水平与受益面、定点医疗机构服务水平与能力等影响,因此,需要采取一系列措施来提升农民对新型农村合作医疗制度的需求。如增强农民对新型农村合作医疗制度的信任感,使其变成普遍接受的“成功的意识形态”,就可以降低交易成本,减少执行过程中的费用。多元化、科学合理、高效的筹资机制不仅会增加高收入群体对制度的需求,也会扩大低收入群体的需求。因地制宜、灵活多样的补偿机制可以增加农民的受益程度,从而提高农民对制度需求的积极性。农村医疗卫生资源的合理配置与规范化管理则可以消减供给诱导需求和医患合谋的道德风险。只有当农民对新型农村合作医疗制度产生了足够强大的需求,作为微观经济主体的他们才会自发、自觉地根据

自身的利益进行制度创新,从而使需求诱致性制度变迁发生。

(五)走出路径依赖,建立城乡统一的医疗保障制度

城乡一体化的医疗保障制度是长期政策目标。目前新型农村合作医疗制度、医疗救助制度、城镇职工基本医疗保障制度和城镇居民基本医疗保障制度并存,分属卫生部、民政部和社会保障部三个不同的管理部门,这些制度本身和城乡之间、地区之间、不同人员之间又表现出明显差异。因此,在新型农村合作医疗制度的设计与完善上必须考虑到如何实现与其他三种制度的衔接,预留出妥善的对接机制,形成开放式的医疗保障体系,最终实现城乡一体化的医疗保障制度的目标。

农村合作医疗制度是一项以社区为基础的医疗融资方式,旨在满足低收入群体抵御疾病风险的需求。新型农村合作医疗制度是在总结五十多年合作医疗实践基础上推出的综合工程,其医疗融资制度的创新应走出原有无效或错误路径的依赖。首先,以地域封闭性为特征的强社区稳定性因大批农民工的流动而备受冲击,集权时代的政治氛围也一去不复返,新型农村合作医疗应走出传统农村合作医疗的路径依赖,面对现实的制度环境,避免陷入制度的“锁定”状态,构建适应农村社会发展需要的、与现实环境相耦合的医疗保障制度。其次,新型农村合作医疗定位于自愿参加原则、大病统筹原则以及“以收定支”原则等,主要是通过风险分散机制来解决大病医疗费用的补偿,与商业医疗保险有异曲同工之处。但是,商业医疗保险公司通过费率精算,对不同程度的风险收取高低不同的保险费,有效避免了逆向选择和道德风险行为的发生;而新型农村合作医疗实行统一费率,低风险者的逆向选择不仅使合作医疗中的大病风险难以有效分散,而且会降低基金规模与保障水平,将合作医疗的经营风险转嫁给投保农民。因此,新型农村合作医疗应走出商业医疗保险的路径依赖,其制度的设计必须有别于商业医疗保险,政府不仅要投入稳定的筹资基金,还要进行适度强制来抑制逆向选择,使新型农村合作医疗制度与未来的城乡一体化的医疗保障制度能够有效衔接。

参考文献

- [1] 张自宽:《对合作医疗早期历史情况的回顾》,载《中国卫生经济》1992年第6期.
- [2] 周寿祺等:《中国农村健康保障制度的研究进展》,载《中国农村卫生事业管理》1994年第9期.
- [3] 蔡仁华:《中国医疗保障制度改革实用全书》,北京:中国人事出版社,1997.
- [4] World Bank. *China: The Health Sector*, 1984.
- [5] 全国卫生工作会议(1996年12月9—12日)[DB/OL]. [1996-12-13]. <http://dangshi.people.com.cn/GB/151935/176588/176597/10556551.html>.
- [6] 袁木:《袁木调查报告集》,北京:红旗出版社,1996.
- [7] 谷义:《我国新型农村合作医疗制度中的政府行为研究》,北京:中国经济出版社,2009.
- [8] 宋斌文等:《我国农民医疗保障的现状与对策选择》,载《调研世界》2003年第11期.
- [9] 卫生部统计信息中心:《中国卫生服务调查研究——第三次国家卫生服务调查分析报告》,北京:中国协和医科大学出版社,2004.
- [10] 朱俊生:《对我国农村合作医疗变迁的制度经济学解释》,载《人口与经济》2009年第5期.
- [11] 雅诺什·科尔奈,翁笙和:《转轨中的福利、选择和一致性——东欧国家卫生部门改革》,北京:中信出版社,2003.
- [12] 王贵民:《强制型制度变迁到诱致型制度变迁》,载《经济体制改革》2009年第2期.
- [13] 胡耘通、冯子轩:《农村合作医疗:政府职能的变迁及完善》,载《商业研究》2013年第4期.
- [14] 白重恩、李宏彬、吴斌珍:《医疗保险与消费:来自新型农村合作医疗的证据》,载《经济研究》2012年第2期.
- [15] 费尔德斯坦:《卫生保健经济学》,北京:经济科学出版社,1998.
- [16] 尼古拉斯·巴尔:《福利国家经济学》,北京:中国劳动社会保障出版社,2003.
- [17] 朱玲:《社会医疗保险:非洲和印度的启示》,载《读书》2003年第8期.

[责任编辑 国胜铁]

Rural Cooperative Medical Treatment in the Perspective of Systematic Transformation

WU Feng-lan

(School of Economy, Shenzhen University, Shenzhen, Guangdong 518060, China)

Abstract: Rural Cooperative Medical Treatment experiences splendor of traditional period, low-efficiency of transformational period and rapid development of the new century. The coupling odd systematic arrangement and embedded systematic environment, the balance of systematic supply and demand, the reliability on way of realization it leads to the transformation of this system mainly. In order to improve the performance of the system, it is suggested borrowing from the successful examples from abroad, improving external systematic environment, and strengthening governmental system-supplying responsibility. The combination of compulsory systematic transformation and inducing systematic transformation can lead the system out of reliability on way to realize it and to a unification of urban and rural medical ensuring system.

Key words: Rural Cooperative Medical Treatment; systematic transformation; systematic environment; systematic balance