

# 新型农村合作医疗的发展前景、管理体制及社会效果

蔡洪滨\* 陈玉宇 周黎安

北京大学光华管理学院 北京 100871

**【摘要】**探讨了中国经济不断发展、快速工业化背景下的新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)制度的变化、新农合管理体制的选择及其社会成效评估三个问题。通过理论和经验分析,提出新农合制度改革应适应并促进未来经济社会发展,卫生部门负责新农合管理具备优势,以及新农合对于促进人民健康水平和教育水平提高有重要的作用等结论。

**【关键词】**新型农村合作医疗;工业化;管理体制;社会效果

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.04.006

## Development trend, management system and social effects of New Rural Cooperative Medical Scheme

CAI Hong-bin, CHEN Yu-yu, ZHOU Li-an

Guanghua School of Management, Peking University, Beijing 100871, China

**【Abstract】** This article mainly discussed three issues: the development of New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) under the background of China's rapid industrialization, the choice of NRCMS's management system as well as the evaluation of NRCMS's social effects. Through theoretical and empirical analysis, this paper suggested that NRCMS should adapt to and contribute to the development and changes of society and economy in the future. The author also holds that the Ministry of Health has advantages in management of NRCMS. Experimental results indicate that NRCMS has made significantly positive effect on health and education.

**【Key words】** New Rural Cooperative Medical Scheme; Industrialization; Management system; Social effects

改革开放以来,我国经济快速增长,人民生活水平普遍提高,健康状况大幅改善。为了促进城乡医疗卫生服务均等化,中央和各级政府做了大量工作,并取得了许多成效。但从总体上看,目前我国农村医疗卫生条件仍然比较落后,医疗服务质量仍然较低。

新型农村合作医疗的实施,使广大农民第一次享受到了以政府补贴为主的医疗保障,极大改进了我国农村居民的健康状况。同时,新农合的实施还产生了积极的社会影响。目前,新型农村合作医疗体系的建立和推广已经成为了现阶段医疗体制改革

的最重要环节之一,继续深化农村医疗卫生体制改革、改善农村医疗卫生服务、加快农村医疗卫生保障体系的建设,仍然是今后政府工作的重点。

本文主要分析快速工业化和城市化背景下的新型农村合作医疗制度的发展趋势、管理体制的选择以及评估结果。

### 1 快速工业化和城市化背景下的新农合

新农合的开展是适应当前社会经济发展要求的一项制度建设,其制度的完善和深入,应与目前和长

\* 基金项目:默沙东制药(中国)公司资助项目“建设以均等化为核心的新型农村医疗卫生体制”。

作者简介:蔡洪滨,男(1967年-),博士,教授,北京大学光华管理学院副院长,主要研究方向为中国经济,产业组织,博弈论。E-mail:hbcai@gsm.pku.edu.cn

通讯作者:陈玉宇。E-mail:chenyuyu@gsm.pku.edu.cn

远的社会经济结构相互适应、相互促进。新农合的制度建设和短期问题的解决,需要放在一个更大的结构变化图景中讨论。为此,本文初步探讨了在未来20年中国将会发生的经济和社会变化。

### 1.1 经济快速增长

据统计,过去30年来,中国的名义GDP从1978年的3645亿元上升到2007年的249530亿元,实际GDP水平(按照2007年价格计算)也从1978年的16491亿元上升至249530亿元,即增加近15倍,人均GDP则增长约10倍左右。<sup>[1]</sup>

根据购买力平价计算,中国2007年人均GDP约为6000美元,若未来35年保持8%的增长率,则2043年人均GDP可达90000美元左右;保持7%的增长率则可达65000美元;保持6%的增长率则可达45000美元;保持5%的增长率则可达33000美元;保持4%的增长率则可达23000美元;保持3%的增长率则可达10000美元。而美国目前的人均GDP为40000美元,在过去200年的年增长率保持在2%左右,由此估计在未来35年,美国人均GDP也为90000余美元,这与中国在8%的增长率下所可能达到的水平相差不多。

### 1.2 深刻的结构变化——经济活动集聚,城市化广泛而深入

除了快速增长以外,中国的经济活动也会出现集聚特点,城市化进程将会不断推进。

耶鲁大学对各国GDP地理分布的研究数据表明,中国每平方公里GDP以上海、北京、天津等地最为突出。中国在长三角、珠三角、环渤海地区呈现出经济活动的集聚特点。不过,目前我国不仅仅是GDP在地理上存在不均衡,人均GDP也存在不均衡的状况。相比之下,美国的GDP只是地理上的不均衡,非人均不均衡(GDP低的地区每平方公里上的人数相对较少)。

经济发展和工业化的过程,同时也是人和经济活动在空间上的集聚过程。中国未来也将经历持续的人口迁移和经济活动的集聚过程,最后达到人均GDP的均衡发展。因此,新农合的制度创新,必须有助于经济资源,包括劳动力资源在空间上的转移。

与此同时,作为一个国家工业化和现代化的重

要标志,城市化成为中国社会发展的必然趋势,是发展中国家实现经济增长、促进社会进步、改善民生的战略选择。我国人口产业结构在战后前30年进展一直较缓慢。改革开放之后,中国人口产业结构发生了深刻的变化。1952年,我国第一产业就业人口达到80%以上,1980年代以后,我国人口产业结构转换的进程迅速加快,到2007年,我国第一产业就业人口比例迅速下降至40%左右,第三产业就业人口比例也增加至30%左右。<sup>[2]</sup>不难预料,在未来,中国的城市化进程将会进一步的推进和深入。同时,随着社会经济的发展,人们对健康的需求随着收入和生活方式的变化也进一步加强。<sup>[3]</sup>

在这样的经济发展背景下,新型农村合作医疗制度的建设和完善应该致力于适应社会变化和解决其产生的问题,并加强制度的灵活性。<sup>[4]</sup>

首先,新农合应力求在一定程度上解决收入分配问题。中国城乡收入分配不均衡,为了避免压制市场活力,政府应该通过提供更均等化的公共服务来缓解矛盾,卫生服务则是其中重要的一部分内容。使低收入和高收入人群能够享受较为均等的医疗服务,是有利于社会和谐与健康发展的一个重要措施。

其次,新农合制度的建设应该与社会变化相适应而因此对灵活性有更大的要求。由于未来中国的经济增长特征和结构均会发生巨大改变,城市化和地理集聚带来的人口迁移变化对新农合的制度建设提出了新的挑战,如何逐步提升新农合的投入规模以适应人民的需求、如何解决部分地区外来人口参与问题是需要在实践中探索的。由于新农合覆盖面广,从实施以来对解决因病致贫问题十分有效,备受人民欢迎,这项制度未来应成为不断解决城市化问题和促进中国工业化的制度保证。

为将新农合建设与社会经济发展和变化相结合,在未来,政府应该重视提高新型农村合作医疗的筹资水平和保障力度,在全国范围内加强政府投入,加大用于农村医疗的政府财政支出比例,努力建设更加均等化的医疗卫生体系,针对各地区不同经济水平增加新农合筹资水平,在未来建立起满足农村人口更大医疗服务需求的医疗保险体制。

## 2 新农合管理体制的思考

由于历史形成的城乡二元结构,我国的城乡医

保分属不同体系。农村地区由卫生部门同时负责管理作为医疗保障提供方的新型农村合作医疗和作为医疗服务提供者的县、乡、村三级医疗机构；而城市地区则由社保系统牵头，统一管理城镇居民基本医保和城镇职工医保。城市化是中国经济发展过程中的一个重要现象，城乡医保之间的接轨也是一个不容回避的话题。在这个接轨过程中，农村医疗保障体系究竟应该归由卫生系统还是社保系统管理，各界争论颇多。

医保制度中，保险方关注基金平衡，服务方考虑服务成本和收益，而患者要求服务质量和数量。保险、服务方和患者三者的平衡存在难点，容易产生种种问题，例如医疗服务供需双方信息不对称，医疗服务价格被扭曲，医院和患者有可能合谋产生道德风险问题等等。保险和服务方在实践中常常存在利益冲突，不利于提高医保系统的运作效率。

一般而言，卫生部门管理医疗保险，可以较为有效地解决信息不对称所引发的道德风险等问题，而社保管理医疗保险，在短期可能对于医院成本控制和激励机制改革有促进作用。二者如何取舍，常常难下定论。

传统经济学观点认为，若两个部门在利益上存在冲突，可以通过明晰产权、清楚责任，双方博弈便可以很好的解决冲突。不过这一思路起效的一个重要前提是双方不存在信息不对称，但社保部门和医院之间明显地存在信息不对称的情况，因此对于医疗服务这样特殊的领域，这种措施难以发挥其效用。

本文认为，分析此问题可以借鉴美国经济学家 Elinor Ostrom 所阐述的选择性干预理论 (selective intervention)。该理论表明，从世界范围内的大量历史实践来看，不同的社会和地区在解决利益冲突时，并不一定采取明确划分冲突双方产权的私有化方式，而是发展出一个更高层级的，具有解决利益冲突效力的机制或管理机构，使资源得到有效管理，双方矛盾得以协调。由于卫生部门不仅管理医院的发展和致力于提高医疗机构的服务提供能力，同时也重视新农合基金的有效使用和可持续发展，如果由其管理，能够较好的协调医疗服务供给方和医疗保险机构的关系。<sup>[5]</sup>同时从实践结果来看，目前卫生部门“一手托两家”的状态也是符合现阶段的客观现实，

其运转效率值得肯定。

因此，维持卫生系统既管医疗机构，又管医疗保险资金偿付的现状更有利于医疗服务成本控制和监管内部化，有利于满足医疗服务需求和控制医疗费用的平衡，并且有利于发挥卫生部门自身优势协调各方，从国民健康全局出发推动农村卫生医疗体制改革的发展。当然，理论离不开实践的检验，各地应当结合自身条件，积极试点探索，进一步探求管理体制的优化。

### 3 新农合的相关社会效果初步评估

我国目前正在推进的新型农村合作医疗制度是为了缓解农村居民因病致贫、因病返贫问题而设计的。在实践中，新农合不仅仅对于降低疾病风险、提升人口健康水平产生了积极的影响，同时也对社会发展的其他方面起到了强有力的推动作用。因此，在更广泛的层面上探讨新农合所带来的社会效果影响能更加全面和深入地评估该制度效果。本文主要针对新农合对弱势人群的健康水平和儿童教育水平的影响进行分析和讨论。

#### 3.1 新农合对农村婴幼儿、孕妇死亡率的影响

随着经济的快速发展，人口健康状况逐渐成为一个国家发展中倍受关注的因素，其中的一个重要衡量标准是孕产妇和婴幼儿的死亡率。随着新农合试点地区的不断扩大，其覆盖率也大幅度提升，在一定程度上增加了农民的就诊率、减轻了医疗费用负担，并不断促进基层医疗服务水平的提高，孕产妇和婴幼儿死亡率指标会有所改善。<sup>[6]</sup>

本文采用 2006 年全国农业普查数据中西南某省 8 个县、250 个乡、3 975 个村的 590 余万人的样本，通过普通最小二乘和工具变量法进行经验分析。在衡量标准上，主要考察 0~5 岁婴幼儿死亡率和孕产妇死亡率。

##### (1) 0~5 岁婴幼儿死亡率

从表 1 可以看出，在未实施新农合的村庄中，婴幼儿死亡数为零的村庄为 1 062 个，约占所有未实施新农合村庄的 52.65%，而实施了新农合的村中，这一比例则约为 61.75%，这表明实行新农合村的婴幼儿死亡人数低于未实施新农合的村。此外，根据样本数据统计，所有样本村 0~5 岁婴幼儿平均死亡率约为

10‰<sup>①</sup>,在未实施新农合的村,婴幼儿死亡率大于10‰的村约有745个,约占未实施新农合村数量的37%;而在实施新农合的村中,婴幼儿死亡率大于10‰的村只有582个,约占实施新农合村数量的30%;经统计学检验,其差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 实施与未实施新农合村的0~5岁婴幼儿死亡人数比较

死亡人数 (人)	未实施新农合的村		实施新农合的村	
	村庄数量 (个)	占村庄总数的 比例(%)	村庄数量 (个)	占村庄总数的 比例(%)
0	1 062	52.65	1 209	61.75
1	377	18.69	353	18.03
2	264	13.09	212	10.83
3	167	8.28	106	5.41
4	52	2.58	29	1.48
5	46	2.28	29	1.48
6	19	0.94	7	0.36
7	5	0.25	3	0.15
8	14	0.69	4	0.20
9	2	0.10	3	0.15
10	9	0.45	3	0.15
合计	2 017	100.00	1 958	100.00

注:对于未实施新农合的村,“村庄数量”指有1 062个村庄死亡人数为0,377个村庄死亡人数为1,其余以此类推。  
数据来源:2006年全国农业普查数据。

### (2) 孕产妇死亡率

本文考察的另一个指标是孕产妇死亡率。从表2可以看出,在未实施新农合的村,95.14%的村孕产妇死亡人数为0,而在实施新农合的村,97.29%的村孕产妇死亡人数为0,并且在未实施新农合的村,孕产妇死亡人数最多为5人,而实施新农合的村,孕产妇死亡人数最多为2人。同样,对于孕产妇死亡率可以计算得出,样本村孕产妇死亡率的平均值为50/10万,在未实施新农合的村庄中,孕产妇死亡率大于50/10万的占4.9%,在实施新农合的村中,这一比例仅为2.7%。因此,统计数据上可以直观的看出,无论是孕产妇死亡人数还是死亡率,实施新农合的地区均低于未实施新农合的地区。

表2 实施与未实施新农合村的孕产妇死亡人数比较

死亡人数 (人)	未实施新农合的村		实施新农合的村	
	村庄数量 (个)	占村庄总数的 比例(%)	村庄数量 (个)	占村庄总数的 比例(%)
0	1 919	95.14	1 905	97.29
1	87	4.31	52	2.66
2	5	0.25	1	0.05
3	4	0.20	0	0.00
4	1	0.05	0	0.00
5	1	0.05	0	0.00
合计	2 017	100.00	1 958	100.00

注:对于未实施新农合的村,“村庄数量”指有1919个村庄死亡人数为0个,87个村庄死亡人数为1个,其余以此类推。  
数据来源:2006年全国农业普查数据。

进一步,本文利用最小二乘和工具变量的回归方法得到参合率对以上两个指标影响的量化结果。两种回归结果均表明,家庭是否参加新农合对于降低婴幼儿与孕产妇死亡率的确存在积极影响。而工具变量回归中的结果显示,参合率每增加10%,可以降低约2.6‰婴幼儿死亡率和约10/10万的孕产妇死亡率。新农合参合率的参加对降低婴幼儿死亡率和孕产妇死亡率有重要作用,其可能的途径包括对基层医疗机构卫生服务条件的改善等。

### 3.2 新农合对农村儿童教育水平的影响

新农合的实施不仅可以帮助参合农民抵御疾病风险,而且对于提高参合农民教育水平有积极作用。教育作为人力资本的作用,在中国特别是在农村发展中尤为重要。

在中国农村,尤其是欠发达地区,农村居民因生病而导致家庭主要劳动力的身体状况恶化,造成较重的医疗费用负担和家庭收入减少,从而导致儿童推迟上学或被迫辍学,使得儿童的教育水平下降,难以摆脱“贫困陷阱”。本文采用西南某地区2006年全国农业普查数据进行实证分析,选取6~16岁人口是否在校上学作为衡量上学状态的指标。

#### 3.2.1 总体影响

根据数据分析,参加新农合的县在上学的儿童

① 利用每个村庄的0~5岁死亡儿童数除以0~5岁总人数得到0~5岁死亡率,加总各村0~5岁儿童死亡率并除以村庄数得出此平均值。

数量占其学龄人口比例为 95%，未实施新农合的县在上学的儿童数量占其学龄人口比例为 92%，参加新农合的县的适龄儿童上学比例较高。进一步，本文利用普通最小二乘和工具变量方法对于是否参加新农合对小孩上学状况做回归分析，得出参与新农合对于小孩上学的确有着显著的影响，工具变量法的回归结果表明，家庭参加新农合可以使小孩上学概率提高约 1.8%。

### 3.2.2 性别差异

尽管对于总体影响不大，但不应忽略农村男孩和女孩的影响差异。本文将男孩和女孩分别进行回归结果表明，新农合对于男孩的上学可能性增加约为 2%，在 5% 的统计水平上显著，而对于女孩的上学概率增加约为 3%，在 1% 的统计水平上显著。说明新农合对于提高女孩的上学可能性的影响高于对男孩的影响。

### 3.2.3 对不同年龄段的影响

将样本划分为不同年龄层进行实证分析可得，相对于其他年龄层，新农合对于 6~7 岁和 15~16 岁年龄段的孩子影响显著，对于 6~7 岁的孩子新农合能够增加其上学概率约为 5.5%，对于 15~16 岁的孩子新农合能够增加其上学概率约达 8.2%。这也在一定程度上表明，新农合的实施对于减少适龄儿童延迟入学和提前辍学的可能性有着明显的作用。<sup>[7]</sup>

因此，新农合的推广和实施提升了农村适龄儿童的在校上学概率。其可能的原因包括：新农合减少了家庭的疾病负担，使得因病致贫情况减少，孩子退学情况也相应减少；同时，新农合促进成年人健康水平提高，增进了成年人的收入能力，降低了孩子因贫辍学的几率；并且新农合增进了儿童的健康水平，使得儿童因病辍学的概率降低等。

## 4 主要结论

新农合制度离不开中国经济快速发展的工业化和城市化的大背景，其制度的完善、深入和演进，要与正在发生的和将要发生的社会经济结构相互适应和相互促进。结合中国和世界其他一些国家的经济发展数据来预测，未来 20~30 年中国经济将有较快增长，人均 GDP 有望与世界领先国家接近，城市化将广泛而深入的推进，经济活动可能在长三角、珠三角等地集聚，人们对健康的需求也会随着收入和生活

方式的变化进一步加强。新农合制度的完善应反映并促进这些变化。

随着经济水平的不断增长，城乡医保衔接是各界谈论较多和正在实践的重要议题。在这个过程中，农村医疗保障的管理问题引发了很多争论。根据“选择性干预”理论，可以为利益冲突双方找到一个更高且具备协调能力的机构进行管理，目前看来，由于卫生部门的自身优势，新农合体制的管理任务由卫生系统担当是相对合适的，也是符合现阶段客观现实的。

同时，随着新农合的开展和改革，全面客观的评估其社会成效是一项重要的工作。本文通过实证分析进行了初步估算，得到结论：新农合对人口健康和教育等均起到了积极的促进作用。新农合参保率增加 10% 可以降低 2.6‰ 的婴幼儿死亡率和 10/10 万的孕产妇死亡率；并且参加新农合对适龄儿童和青少年就学概率，减少延误入学和提前辍学，尤其是女孩的在校概率有着显著的作用。

## 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家统计局. 2009 年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. (2010-02-25) [2010-03-02]. [http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20100225\\_402622945.htm](http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20100225_402622945.htm).
- [2] 中华人民共和国国家统计局. 2009 年中国统计年鉴 [M]. 北京: 中国统计出版社, 2010.
- [3] Liu X Z, Cao H J. China's Cooperative Medical System: Its Historical Transformation and the Trend of Development [J]. *Journal of Public Health Policy*, 1992, 13(4): 501-551.
- [4] Brown H, Brauw A, Du Y. Understanding Variation in the Design of China's New Cooperative Medical Scheme [R]. CES Annual Conference, 2008.
- [5] Cutler D, Fung W, Kremer M, et al. Mosquitoes: The Long-term effects of Malaria Eradication in India [R]. 2007.
- [6] Sasso A L, Buchmueller T. The effect of the state children's health insurance program on health coverage [J]. *Journal of Health Economics*, 2004, 23(5): 1059-1082.
- [7] 雷晓燕, 林尧娟. 新型农村合作医疗对医疗服务与健康的影响——来自中国健康与营养调查的证据 [R]. 2008.

[收稿日期:2010-03-04 修回日期:2010-03-18]

(编辑 薛云)