

# 制度嵌入性分析:农民医疗保险的 东亚经验与中国道路\*

杨红燕,叶小舟

(武汉大学 社会保障研究中心,湖北 武汉 430072)

**摘要** 新型农村合作医疗制度虽基本实现全覆盖,但农民医疗保险今后强制或自愿、保持独立或城乡统一、政府管理或农民自治、医疗服务供给的公或私等发展走向仍亟待确定。选择东亚社会保障模式的典型代表——日本和韩国为研究对象,以新制度主义的嵌入理论为思路,对农民医疗保险的东亚经验进行总结。认为经济、社会、政府投入、制度选择等外部关联性因素影响农民社会医疗保险的建立和全覆盖,组织运行、管理机构、医疗服务供给和费用给付等内部关联性因素决定着农村医疗保险制度的运行绩效。在此基础上,提出了对我国农民医疗保险进行全覆盖、城乡统筹、管导统一、公私结合等建议。

**关键词** 农民医疗保险;嵌入理论;东亚

**中图分类号:**C913.7 **文献标识码:**A **文章编号:**1008-3456(2010)03-0049-07

历经了农民因缺乏医疗保险而看不起病、因病致贫,医疗保险制度公平性国际排名垫底、全社会对医疗保险不满意的痛楚之后,中国终于向全民医疗保险迈进了。据卫生部统计<sup>[1]</sup>,截至 2008 年 9 月,全国开展新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)的县(市、区)数达到 2 729 个,参保率为 91.5%,新农合覆盖全体农民的目标已经基本实现。加上城镇居民医疗保险的快速推进,中国医疗保险终于从不和谐复归和谐。在为这一阶段性目标的实现而欢呼的同时,农民医疗保险制度的未来发展与走向问题随之而来。新农合应该继续自愿参加还是走向强制?财政对新农合的巨额支持是制度建立之初的权宜之计还是要长期坚持?如何降低新农合制度的医疗费支出水平?新农合和城镇医疗保险制度是否要实现城乡统筹?要采取何种统筹模式?对这些问题,学者们提出了新农合实行强制,对收入较低人群进行补偿倾斜,加大财政投入,提高农村医疗服务能力等政策建议<sup>[2-4]</sup>。但迄今为止,对于我国农民医疗保险今后的发展走向尚未形成统一的、规律性的认识,千呼万唤始出来的医改方案也并未对此提出具体的思路和意见。

农民医疗保险制度建设方面,日、韩等东亚国家

有成熟的经验可供借鉴。在 20 世纪 90 年代,对困于低经济增长率和高社会福利支出的西方国家,东亚地区的高经济成长率、低犯罪率、低社会福利开支、低税率和相对平等的“健康发展”模式是一个颇有吸引力的“秘密”。作为东亚社会保障模式的典型代表,日、韩这两个实现全民医保的新兴工业化国家在经济发展轨迹上与我国目前经济高速稳健发展的国情有较高的相似度,又具有共同的东方文化背景,对其农民医疗保险全覆盖发展历程和路径的研究对我国农民医疗保险发展完善有重要的启示作用。目前,学者们对东亚社会保障制度整体进行的研究居多,对农民医疗保险进行比较性研究的少;对各国社会保障的发展历程与现状的描述性分析居多,探讨医疗保险全覆盖与发展路径规律性的研究较少。大部分的研究集中于东亚社会保障制度的研究意义,东亚模式的发展历程、制度设计和实施效果的客观介绍等等<sup>[5-6]</sup>。基于此,本文以新制度主义的嵌入性理论为基础,对东亚社会保障模式的典型代表日、韩两国的农村医疗保险全覆盖的制度环境条件和组织因素、发展路径进行了综合分析,希望能为中国农民医疗保险制度的发展提供可资借鉴的经验与教训。

收稿日期:2010-01-14

\* 国家社会科学基金项目“财政社会保障支出的公平性研究”(09CZZ032)。

作者简介:杨红燕(1976-),女,副教授,博士;研究方向:医疗保障与卫生经济。E-mail:yhyhyang@sina.com.cn

## 一、农民医保的东亚经验

新制度主义揭示,任何社会制度都不可能自足存在,必然嵌于更大的制度环境。嵌入性是由卡尔·波兰尼<sup>[7]</sup>提出的社会学的基本概念,整个现代经济思想的传统都基于这样一个概念——经济是一个由相互连锁的市场组成的体系,这个体系能通过价格机制自动调节供给和需求。其后,“嵌入”的概念由格拉诺维特细致化,从“网络嵌入性”发展到“制度嵌入性”,后者主要探讨经济活动和社会制度如何嵌入在社会关系网络之中。格拉诺维特<sup>[8]</sup>在《旧——新经济社会学:历史与议题》一文中指出:“社会制度不可能以某种必然的形式自动地产生,而只能通过‘社会建构’形式形成。”即社会制度的建立必然嵌入于社会结构,此为“结构嵌入性”。而就社会制度本身来说,最主要的则为“经济嵌入性”。但经济嵌入性仅仅为嵌入性的一种。随后,沙琅·祖金和保罗·迪马乔<sup>[9]</sup>提出,除了结构嵌入性之外的另外三

种嵌入性:文化嵌入性、政治嵌入性和认知嵌入性。根据“制度嵌入性”理论,在探讨制度的建立和运行发展时,要考虑其与经济、政治、文化和认知系统的相互关系。就东亚农民医疗保险制度而言,因其发展所属时代不同,制度环境相异,对其的研究和借鉴也必须重视“制度嵌入性”,从其产生、发展所依凭的经济、政治、文化、认知条件着手,探索其制度发展如何与所嵌入的更大的环境相互磨合。

### 1. 农民医疗保险建立和全覆盖时机选择

社会保障基本理论和世界各国的实践都已表明,医疗保障的发展呈现从城市到农村逐步推进的趋势。作为后发展国家的典型代表,日本、韩国从最初城市医疗保障立法到农民健康保险实现全覆盖分别经历了 34 年和 26 年(见表 1),比其他老牌资本主义国家实现全覆盖的时间要短许多,如德国花费了 89 年,法国经历了 47 年。这一成就与日韩所处的经济、政治、文化、认知等历史背景不无关系。

表 1 日、韩医疗保险全民覆盖时间表<sup>[10]</sup>

国家	最初立法年份	全民覆盖				
		年份	所用时间(年)	当年人均 GDP(美元)	农业产值比重占 GDP 比重(%)	农村劳动力占全国劳动力比重(%)
日本	1927	1961	34	566	8.3(1963)	23.1(1963)
韩国	1963	1989	26	4 830(人均 GNP)	10.1	19.5

(1) 建立农民医疗保险时的经济状况。农村医疗保险之所以出现,除了与工业化到来人们面临的疾病风险空前增大,家庭内部保障形式弱化有关外,还与各国经济的迅速增长与雄厚的经济基础有关。就制度的适应性来说,良好的经济运行状况能够确保从环境中获得系统所需要的资源,并在系统内加以分配。

日、韩在建立农民医疗保险制度时,经济高速发展,财政力量雄厚。如图 1,日本在战后年均 GDP 增速约为 7%,在 1961 年更达到了 9.4%。韩国 1985 年后的经济增速也维持在 8%~9% 之间。从换算为 2004 年同一时点的人均 GDP 值来看,日本和韩国在建立农民医疗保险时人均 GDP 产值分别达到了 8 957.69 美元和 6 478.69 美元。并且,两国在建立农民健康保险时都处于工业化和城市化的中后期,农业产值占整个 GDP 的比重在 11% 以下,农业人口占劳动力总数的比例都在 30% 以下,城市化率超过 50%<sup>[11]</sup>。由此可见,高速、稳健发展的经济,较高的财政收入和国民收入水平是支持农村医疗保险制度建立的重要经济保障。

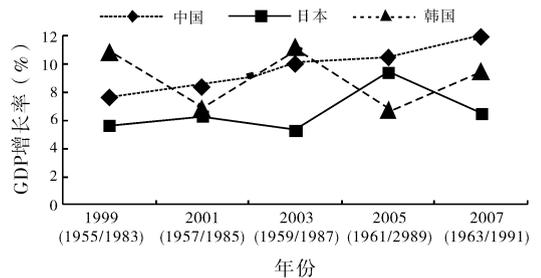


图 1 农民医疗保险建立时期中、日、韩三国 GDP 增长率<sup>[12-13]</sup>

(2) 建立农民医疗保险的政治环境。农民医疗保险离不开政府的重视和人民的支持。与政治系统实现契合能够调动资源并引导社会成员去实现目标。传统儒家思想的长期统治使东亚诸国形成了森严的等级制度和高度的中央集权,政府权威不断加强,民间力量则非常弱小。因此,在东亚诸国,政府的态度和支持对于社会保障制度的建立具有重大的意义。农村人口较弱的经济能力与话语权愈发凸显政府在农村医疗保险的建立过程中的举足轻重的作用。日、韩两国农民医疗保险的构建清晰的验证了这一点。

日本针对农民的健康保障制度原是作为配合战争需要的健民政策而诞生的。上世纪中期,国际思潮的变迁、本国经济增长、产业结构调整 and 安定居民的需要使得农民医疗保险制度重新被政府重视,并成为政治家吸引选票的重要筹码。而当时城市医疗保险引致的巨额财政赤字则成为该制度得以建立的直接原因。石桥湛三内阁政府提出了“充实社会福利政策,重点解决失业、贫困、疾病等社会福利问题”的指导思想。政府对覆盖农民的国民健康保险提供了强有力的财政支持,国家筹资比率达到50%。此举保证了国民健康保险在短短4年的时间里实现全面普及。而韩国医疗保险的迅速覆盖被认为是“收入的快速增长可能弥补了(农民)发言权的缺失”,尽管“韩国在这一时期的大部分时间里有一个独裁政府”<sup>[14]</sup>。一个典型事例是,韩国1988年的总统大选中,所有参选人在竞选中都承诺将医疗保险扩大到全体居民。与日本情况相同,韩国政府对农民医疗保险的补助(包括国家烟草收入的医疗专项补贴)共计达到50%<sup>[15]</sup>。这些保证了韩国医疗保险在短短8年内迅速实现全覆盖。

(3)建立农民医疗保险的文化环境。文化通过对习惯、信仰和意识的影响能够起到整合作用,使系统各部分协调为一个起作用的整体。特定的文化环境、农村的生产生活模式、家庭代际抚养机制等因素都对日、韩农民医疗保险模式产生着深刻影响。在有着以“家国同构”的儒家文化为基础的文化历史的东亚,家庭和族群内部互助的观念深入人心,而强调国家和社会责任的社会帮扶却未曾在人们的记忆里刻画痕迹。长期补救式的社会保障模式高唱主旋律,社会保障制度的发展远远滞后于西方。工业化和城市化进程中西方思想和文化的传入,使得儒家传统思想的正统地位发生了动摇,人们开始意识到政府主导兴办社会保障事业的积极意义。特别是20世纪30年代,世界性经济大萧条使得日本的农村变得极为贫困,医疗问题成为农民的巨大负担。此时,类似于中国农村的合作医疗形式,通过预先支付防范医疗风险的“医疗组”在日本农村蓬勃发展<sup>[16]</sup>。这种原始的保险形式,为日后农民健康保险的建立提供了良好的思路和范本。到了20世纪50、60年代,国际社会保障事业进入繁荣期,以《贝弗里奇报告》为代表的福利思想深入人心。日韩也以此为契机,进入社会保障发展的快车道。

(4)建立农民医疗保险的认知准备。制度的顺

利运行和人们对其主观感受可引致潜在的模式维系。令人称赞的先行制度的运作能够维持价值观的基本模式并使之在系统内保持制度化,对后续制度的建立无论在客观制度准备上还是独立个人的心理预期上都将产生积极效用。农民医疗保险在日韩确立时,两国高水平的城市化和工业化使得农民医疗保险体系成为可能和必然;两国加速到来的老龄化也引起了人们对医疗保障需求的重视;两国先行社会保障制度的良好效果对人民产生了积极影响,使人们对农民医疗保险的运行前景信心满满,具备了充足的认知准备。

综上所述,农民医疗保险的建立和全覆盖必须在经济、政治、文化、认知等关联性因素方面满足如下“制度嵌入性”条件:

强大的经济基础。日、韩实践表明,农民医疗保险建立时间基本处于工业化发展的中期阶段,即工业反哺农业时期,年均GDP增长约为7%~8%,此时农民的经济支付能力有所提高,能适应权利与义务相对统一的医疗保险制度。

积极的政治环境。除了大力支持、强力推动外,日韩两国政府对农民医疗保险的资金投入几乎占到了农民医疗保险资金的一半左右。

福利文化的深入人心与充足的认知准备。政府干预,社会福利思想的广泛传播,人口老龄化的现实,其他社会保障项目的成功实践等是农民医疗保险实现全覆盖的重要推动因素。

## 2. 农村医疗保险的组织运行

实现全覆盖后,农民医疗保险的发展路径与组织运行成为制度面临的新的重大问题。在这方面,日、韩有一些共同的特点。

(1)独立的制度构架。在制度架构方面,日、韩两国最初的选择如出一辙:均是以职业为分类标准,对正式职业和自营业者两个主要群体分别建立医疗保险制度。农民医疗保险作为自营业者保险的一部分,与正式职员区分开来。韩国的健康保险制度大体可分为单位健康保险、地域健康保险和公教健康保险三大部分,其中地域健康保险又分为农村和城市。日本医疗保险制度分为健康保险和国民健康保险两大类。前者覆盖正式职业人群,后者覆盖农民和自营业者。

不过,随着城市化的发展,日、韩农业人口急剧减少。近50年来,日本农业人口下降70%以上。如图2,目前,农业人口占总人口比重不到10%。农

民医疗保险参保人数仅占国民健康保险的 5% 左右。继续维持原有的制度架构与统筹层次遭遇了风险池太小、风险无法得到充分分散的难题。为化解由此导致的财务风险,两国都相应调整了制度架构与统筹层次。日本在保持原有制度架构的基础上强调城乡统一管理,以行政区划为基础进行纵向统筹。2005 年日本医改中提出,要以都道府县为轴心进行健康保险的再编和统合的工作,进行城乡医疗保险的统一管理,逐步将由市町村管理的国民健康保险统筹至都道府县别管理,增强健康保险财政的可持续性。而韩国则从根本上终结了以职业为基础的独立制度架构,将农民医疗保险与其他医疗保险制度进行横向统筹。2002 年,韩国正式实施《〈国民健康保险法〉修改案》和《健康保险财政健全化特别法》,将公教、单位和地域三大健康保险子系统合并成统一的健康保险制度<sup>[17]</sup>。不过,由于三项健康保险的保障水平和财务状况存在差异,在化解医疗保险财务危机的同时,韩国强制性的制度合并也遭遇了不小的阻力和摩擦。

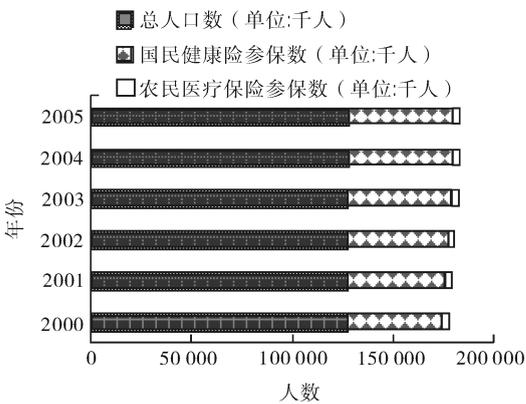


图 2 2000—2005 年度日本国民总人口、国民健康保险参加人数、农民医疗保险参加人数<sup>[18]</sup>

(2) 规范的政府管理。日韩的农民医疗保险管理都由政府主导。日本国民健康保险的管理主体包括市町村政府和同行业自治组织“国民健康保险组合”,其中由后者管理的健康保险在国民健康保险中所占比重还不到 10%。农民医疗保险属于由市町村政府管理的“市町村”(日本现行行政区划层次主要划分为两级,第一级为都、道、府、县,第二级为市、町、村市、町、村是地方基层组织,三者之间无隶属关系)国民健康保险的一部分,农民医疗保险的主管部门为厚生劳动省。而韩国农民医疗保险则经历了最初的自助式组合管理向政府集中管理的转变。韩国农民医疗保险的主管部门为保健福祉家庭部医疗保

险局,早先采用自助式组合管理。即国家设立医疗保险协会(NFMI),地方以市、郡、县(韩国现行行政区划主要划分为四级,第一级为道、特别市、广域市,第二级为市、郡、县,第三级为邑、面,第四级为洞、里)为单位,以 500 个被保险人为最低组合标准建立医疗保险组合。自助分散式管理引发不同制度间保障水平的不公平与抗风险能力的低下。1998 年韩国通过《国民健康保险法》,将 227 个地域健康保险机构和公教健康保险机构合并,取消分散参保对象的组合式管理,建立由政府统一管理的健康保险公团,实行制度的集中管理。

(3) 医疗服务提供。与其他保险形式只有保险人和被保险人两方主体不同,医疗保险中还存在着重要的第三方主体:医生、医院等医疗服务提供方。医疗保险制度的顺利运行必须有优质、高效、低廉的医疗服务供给体系作为配套。在医疗服务供给体系方面,日、韩两国都采取了公私营医疗机构合作的形式。在日本,公立、私立医疗机构处于平分秋色的状态。超过 90% 的医院都为定点医院,农民可以就近选择医院就诊,提高了诊疗效率。在韩国,自医疗保险制度开始实行,一直是以营利为目的的民间部门掌握着医疗共济的绝对主导权。2004 年,民营医疗机构拥有 90% 的病床数,国有医疗机构拥有的病床数不过 10%<sup>[19]</sup>。实践证明,私立医疗机构的发展对韩国医疗资源合理布局、加强医疗服务的效率等方面都起到了一定的促进作用。

(4) 供需兼顾的费用控制方式。医疗费用控制是引发全球各国医疗保险制度改革的一个关键问题。日本农民医疗保险的给付比率为 70%,加之高额疗养费制度的实行,其给付比例可以达到 80%。人口老龄化加剧,国家经济低迷,医疗服务的高价运行等因素使得政府财政压力愈来愈重。2000 年日本的国民健康保险支出达到 13.87 兆円并持续增长,至 2005 年更达到了 16.53 兆円<sup>[20]</sup>。为缓解财政负担,日、韩两国都采用了供需兼顾的费用控制方式,而侧重点由于国情而有所不同。日本 1993 年以来的医疗保险改革中,费用控制措施均以需方为主。通过提高个人自付比例、培养患者的费用控制意识等方式,来缓解医疗保障水平过高引发的财政难题。

韩国的医疗费用控制则以供方为主。因为韩国虽然实现了全民医保,但医疗保险的给付比例很低,就诊的自付比例最高竟达到 90% 以上,如表 2。韩国私营医疗机构主导市场,医疗行业充分保障医生

“诊断的自律性”,并采取按服务项目付费的报酬支付方式。这些措施不可避免地导致了“医药合谋”、“以药养医”、“开大处方”等“诱导需求”行为并进而引发了韩国医疗费用水平的急剧上涨。因此,韩国着重从供方入手,进行医药分离改革,即医院仅提供医疗服务,而药品销售则交由独立的药房进行,医师和售药之间的利益联系相分离。但是,医药分离的改革触犯了医师群体的利益,遭到医师界的强烈抵制。为了补偿医药分离导致的医生收入的减少,政府决定提高门诊费。至2001年初,门诊费已经提高5次,同比上涨48.9%。统计还显示,医药分离后平均每月的治疗费、个人负担的费用,以及医疗保险公司的支出均大幅度增加<sup>[21]</sup>。就该问题,韩国还在不断的探索。

表2 韩国不同医院医疗费用中  
自费支付比例<sup>[22]</sup> %

	教学医院		私立医院		公立医院	
	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院
内科	63.9	51.8	63.1	50.6	49.9	23.6
外科	63.8	58.0	75.7	54.5	61.0	38.3
儿科	70.7	49.6	83.1	54.5	55.7	23.0
妇产科	90.6	59.9	93.5	67.4	87.4	47.0

## 二、东亚经验对我国农民医疗保险的启示

日本和韩国作为中国一衣带水的邻国,是东亚社会保障模式的成功典范。其农民医疗保险的全覆盖及发展路径、组织形式等的经验值得我们借鉴。

### 1. 努力提高农村社会医疗保险的覆盖率

虽然我国新农合已基本覆盖所有农村地区,但是,这并不等同于农村社会医疗保险的全覆盖。目前的新农合制度只是“政府组织、引导、支持,农民自愿参加的农民医疗互助共济制度”,而非社会保险制度。这一制度的自愿参加原则与社会保险的强制性原则正好相反,也由此受到了自愿参加原则下社区合作医疗的通病困扰,出现了“逆选择”(逆选择指受益人群热衷而非受益人群不愿参与的现象。如新农合中健康人群不愿参加、体弱患病人群热衷参加的现象)及由此引发的新农合宣传动员成本太高、“保障大病为主”的原则难以坚持等难题。虽然社会保险的强制性原则是解决逆选择的天然良方,但新农合目前并不具备条件实施。

类似于当时的日本和韩国,我国现阶段的经济增长和工业化都处于高速发展的轨道。但是,庞大

的人口总量与缓慢的城镇化进程却使得我国农民社会医疗保险实现全覆盖面临比日本、韩国当年更大的难度。我国的农村人口从62.4%(1985年)下降到50%左右花费了15年的时间<sup>[23]</sup>,而韩国从61.7%下降至50%仅仅用了6年的时间<sup>[24]</sup>。而我国落后的农业生产方式,巨大的城乡、地域收入差距和超过警戒线的基尼系数,尤其是中西部地区农民较低的可支配收入水平,意味着农村医疗保险对政府的支持力度和财政支付能力提出了更高的要求,也使得要求权利和义务相对统一的社会医疗保险制度在农村地区实现全覆盖面临更大的挑战。在经济条件尚不完全具备的情况下,通过政府的行政力量强制推行将导致拔苗助长、适得其反的结果。或许,完善农村公共卫生和医疗救助制度,同时在经济条件具备的地区逐步推进新农合的强制化才是过渡期我们的最好选择。

### 2. 平衡东中西部的城乡医疗保障水平,择机进行城乡统筹

与中央“统筹城乡发展”的战略相一致,城乡统筹成为下阶段我国医疗保险发展的重要课题。但目前对于城乡统筹还存在一些误解,典型的就是将其等同于城乡统一。事实上,“城乡统筹”并非‘城乡统一’,‘统筹’强调‘统一筹划’,即在社会保障制度的设计过程中,要摒弃‘城乡分治’的观念和做法,树立‘城乡整合’的意识,以发展的眼光看问题,使城乡社会保障制度能够适应工业化、城镇化的发展和社会转型的大趋势”<sup>[25]</sup>。这种城乡整合,意味着一定意义、一定形式、一定程度的统一,但这种“统一”是在承认差别的基础之上的<sup>[26]</sup>。医疗保障城乡统筹是必然趋势,但城乡统一与否就要因地制宜,慎重对待。如日本即便实现了城市化,城乡人口收入差距缩小的情况下仍然将农民与正规职业者的医疗保险制度分设,并未进行城乡统一,而将改革工作的重心放到了提高医疗保险的管理层次。而韩国虽然最近实现了医疗保险的城乡统一,由于各制度之间财政状况的巨大差异,实际运行中遭遇了不小的阻力。而我国目前在巨大的城乡差距、地区差距、医疗保险制度设计差距的情况下,医疗保险城乡统一的时机显然并不成熟。不过,在东南沿海部分城镇化水平较高,农村人口比例小、城乡收入差距小的城市地区,探索多种缴费水平、多种给付水平的多层次阶梯架构的城乡居民医疗保险制度具有一定的可行性。在城乡统筹形式方面,我国可以借鉴日本的经验,首

先将城乡居民医疗保险两项制度统筹起来。农民工医疗保险,则应当顺应城镇化趋势,像日本、韩国那样与其他城镇职工的基本医疗保险制度统筹起来。

### 3. 坚持农村医疗保险的政府主导与管理机构的城乡统一

要借鉴日、韩的经验,坚持新农合社会医疗保险的发展方向,坚持新农合政府主导的原则,坚持新农合个人缴费与政府补助相结合的筹资原则,即便是将来实现了新农合向社会医疗保险的转化后仍旧坚持政府的筹资责任,保障农民的医疗保障权利,保障新农合的可持续性。在组织运营上,实行城乡统一的管理模式。我国城乡居民医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助项目分别由劳动保障部、卫生部、民政部等多部门管理。在城镇化迅速发展、城乡居民身份转换频繁的背景下,多部门管理增大了部门间沟通协调成本。医疗保险和医疗救助管理的人为分割也不利于大病患者尽快得到所有报销款,影响了制度的运行效率,而且部门间分歧还可能导致改革受阻滞。因此,将新农合和城镇居民医疗保险两个设计类似的制度由同一个机构统一管理,不仅有助于提高制度抗风险能力,提高财务稳定性,也有利于降低制度的管理成本,提高制度的运行效率。

### 4. 推行农村医疗服务供给领域的公私结合

卫生经济学创始人阿罗<sup>[27]</sup>(Arrow)早已指出,卫生保健市场必定是失败的,我们能做的只是将市场失灵的结果最小化,我们将永远也无法作到完全根除健康资源配置中内在的低效率。从日、韩以及世界许多国家的实践中我们可以得出结论,医疗保障目标的实现,不是用理想的政府去代替不完善的市场,也不是用理想的市场去替代不完善的政府。而是应当转变观念,将两种机制结合起来,在不完善的政府和不完善的市场之间建立一种有效的衔接与协调机制,使二者的总和效用最大化。在坚持新农合政府主导的同时,为了给新农合提供优质、高效、低廉的医药供应配套系统,我国应该发挥市场机制的作用,将高端医疗、保健等服务交给私营医疗机构,公立医疗机构主要致力于保障普通民众基本的医疗服务需求,实现医疗服务供给的公私结合。

### 5. 加强舆论宣传,培养农民参保意识

文化上面,要注重对农民进行风险意识、保险思想、福利思想的教育,改变农民只注重家庭观念和个体包干的状况,增强其社会帮扶、互助共济观念。同时,针对以往合作医疗“大起大落”,乡村乱收费、乱摊派和个别干部不正之风对农民造成不良影响;以

及目前合作医疗开办时间过短,农民对制度内容和好处不了解的现实,向农民大力宣传制度内容、报销条款和得到报销的案例,传播试点的成功经验,让农民切实了解新农合制度。培育农民的参保意识和信心,为新农合营造坚实的认知基础。

### 6. 探索供需兼顾的费用控制方式

我国“以药养医”导致的医药价格飙升的状况比之韩国有过之而无不及。因此,我国的医疗费用控制应该采取供需兼顾,以供方为主的形式。医药分开是必由之路,但是,在医药分开的改革策略上,一定要吸取韩国的教训,彻底解决医疗机构的补偿来源缺乏和市场导向的激励机制问题,尊重医方和药方的合理利益,防止矛盾转移和医疗费用的此起彼伏,真正实现医疗费用总量控制的效果。同时,针对需方道德风险和逆选择行为,制度原来设计的起付线、共付比例和封顶线制度框架要坚持,不过要随着制度技术测算水平的提高和筹资水平的提高适度降低起付线,提高共付比例和封顶线水平,提高新农合制度的保障实效,切实减轻农民医疗负担,化解看病难、看病贵的难题。

## 三、结 语

中国的新型农村合作医疗制度从建立至今不过短短数年,还需要不断的调整和完善。加强对国外成功经验的借鉴和制度薄弱环节的分析研究,对于扬长避短,建立适合我国国情,切合人民医疗需求的医疗保障体系,解决当前医疗保险制度面临的问题有着深远而重大的意义。就日、韩经验来看,现阶段在我国实行农村社会医疗保险的全覆盖并不现实。在现有的新农合的框架下,通过平衡地域间的保障水平,提高新农合的运营效率,培养农民的健康和社会保障意识,适当引入社会资本进行医疗服务供给等方式,逐步完善农村公共卫生和医疗救助制度、强化新农合的保障力度才是切实改善农村医疗现状的最佳选择。

## 参 考 文 献

- [1] 新华社. 农村改革发展成就: 新农合—农民健康“保护伞”[EB/OL]. (2009-03-17)[2009-07-14]. [http://www.gov.cn/jrzq/2009-03/17/content\\_1261427.html](http://www.gov.cn/jrzq/2009-03/17/content_1261427.html).
- [2] [韩]朴英爱. 新型农村合作医疗制度自愿保险的困境与出路[J]. 人口学刊, 2008(4): 41-45.
- [3] 林闽钢. 我国农村合作医疗制度治理结构的转型[J]. 农业经济问题, 2006(5): 44-46.
- [4] 农业部农业经济研究中心课题组. 新型农村合作医疗和特困人

- 口医疗救助相结合的制度建设[J]. 中国人口科学, 2007(2): 67-71.
- [5] 郑秉文, 方定友, 史寒冰. 当代东亚国家、地区社会保障制度[M]. 北京: 法律出版社, 2002.
- [6] 沈洁. 日本社会保障制度的发展[M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2004.
- [7] [英] 卡尔·波兰尼. 大转型: 我们时代的政治与经济起源[M]. 冯刚, 刘阳, 译. 杭州: 浙江人民出版社, 2007.
- [8] GRANOVETTER M. The Old and the New Economic Sociology: A History and an Agenda[M]. New York: R. Friedland and A. F. Robertson, 1992: 89-113.
- [9] ZUKIN S, DIMAGGIO P. Structures of Capital: The Social Organization of the Economy[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 14-23.
- [10] 世界经济年鉴编辑委员会. 世界经济年鉴[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 1979, 1981, 1988, 1990, 1995.
- [11] 杨红燕. 全民医保的国际经验及启示[J]. 人口与经济, 2008(5): 75-83.
- [12] 国家统计局. 中国统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2007.
- [13] 厚生労働省. 日本の長期統計[EB/OL]. (2008-04-03)[2009-07-14]. <http://www.stat.go.jp/data/chouki/03.htm>.
- [14] [法] 盖伊·卡林. 发展中国家的社会医疗保险: 一个持续的挑战[J]. 刘成礼, 译. 经济社会体制比较, 2005(6): 30.
- [15] 侯圣伟. 韩国的农村医疗保险制度[J]. 国际资料信息, 2007(2): 23.
- [16] [日] 钟家新. 社会保障制度的建构与中日传统文化的走向[M]//郑功成. 社会保障研究: 第2册. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2005: 76-89.
- [17] 王刚. 国外医保制度调查[EB/OL]. (2009-07-19)[2009-07-23]. <http://www.cnsslw.com/list.asp?Unid=5601>.
- [18] 厚生労働省. 厚生労働省統計公表[EB/OL]. (2006-04-15)[2009-07-23]. <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/>.
- [19] [韩] 金溯明. 经济、社会结构的变化与韩国社会保险的未来[M]//郑功成. 社会保障研究: 第2册. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2005: 28-36.
- [20] [日] 坂福昭吉, 中原弘二. 现代日本的社会保障[M]. 杨河清, 译. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2006: 93-94.
- [21] 高浩荣. 韩国医疗保险财政濒临破产[J]. 瞭望, 2001(28): 13.
- [22] 胡善联. 医药如何“分离”——韩国全民医疗保险改革新进展[J]. 卫生经济研究, 2000(9): 41.
- [23] 国家统计局. 中国统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2004: 56.
- [24] [日] 朴光俊. 东亚地区社会保障比较研究的意义和课题: 有关养老保险问题[M]//郑功成. 社会保障研究: 第2册. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2005: 19-27.
- [25] 郭进才. 全面正确地理解“城乡统筹”的科学内涵[C]// 中国社会保障论坛组委会. 第二届中国社会保障论坛论文观点摘编. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2007: 798-803.
- [26] 李迎生. 探索中国社会保障体系的城乡整合之路[J]. 浙江学刊, 2001(5): 72.
- [27] ARROW J K. Uncertainty and the welfare economics of medical care [J]. The American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.

## The Analysis of Institutional Embedability: the East Asian Experience on Medical Insurance for Farmers and the Suggestions for China

YANG Hong-yan, YE Xiao-zhou

(The Centre for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan, Hubei, 430072)

**Abstract** Though a new cooperative medical system has been established in China, there are still uncertainties concerning whether it is obligatory for the peasants to join the system or they may do it on their own will, whether the system will be run independently or together with the urban system, whether it will be managed by the government or peasants themselves, and whether it will be public or private. This paper employs two typical representatives of the East Asian model of social security—Japan and South Korea as the research object. It summarizes the East Asian experience on medical insurance for farmers through the embedded theory of Neo-institutionalism. It is found that economic, social, government expenditure, choice of system and other external relevant factors affect the establishment and the process of overall coverage of medical insurance for farmers. Moreover, organization and operation, regulatory agencies, medical services supplies and other internal factors also affect the performance of the system. On this basis, some suggestions have been offered to the medical insurance system in China.

**Key words** the medical insurance system for farmers; the embedded theory; The East Asia

(责任编辑: 刘少雷)