

社会保障研究

# 对我国农村合作医疗变迁的制度经济学解释 ——制度的均衡、非均衡、变革与制度供给

朱俊生

(首都经济贸易大学 劳动经济学院, 北京 100070)

**摘要:** 本文运用新制度经济学的制度变迁理论, 对农村健康保障制度(主要是合作医疗)的繁荣、衰落、恢复和发展的内在演进结构进行了较为系统的分析, 提出了新的解释框架。基于制度经济学视角对合作医疗变迁过程的诠释表明, 新时期农村健康保障制度的重塑应该顺应市场环境, 构建与市场经济改革大环境兼容的基本健康保障制度。同时, 政府应承担更多的融资责任, 是重塑农村健康保障制度的关键。

**关键词:** 制度均衡; 非均衡; 制度供给; 合作医疗

**中图分类号:** F061.4    **文献标识码:** A    **文章编号:** 1000-4149(2009)05-0077-07

## Interpreting Transition of Rural Cooperative Medical Service in China from the Perspective of Institutional Economics: Systematic proportion, disproportion, change and system supply

ZHU Jun-sheng

(School of Labor Economics, Capital University of Economics and Business, Beijing 100026, China)

**Abstract:** Using the theory of institutional change in new institutional economics, the paper makes a systematic analysis on the internal evolution structure of the boom, wane, restoration and development of China's rural healthcare system, primarily the cooperative medical service. The interpretation shows that, remolding of rural healthcare system under new conditions should conform to the market environment, and basically compatible to the macro environment of market economy reform. At the same time, government should take more financing responsibility, which is of great importance to rural healthcare system.

**Keywords:** system proportion; unproportion; system supply; cooperative medical service

一、对合作医疗变迁过程理论解释的困惑  
目前大多数研究都认为农村合作医疗制度的建立是中国农村社会保障制度第一次变迁的

最大成就。在 20 世纪 60~70 年代, 合作医疗曾惠及多数农村居民, 世界卫生组织和世界银行誉之为“以最少投入获得了最大健康收益”

收稿日期: 2009-01-17; 修订日期: 2009-07-15

基金项目: 国家社会科学基金重点项目(07ASH008); 北京市社科规划项目(07BajG14); 北京市教委重点项目(SZ200710038016); 北京市教委社科规划项目(SM200910038012)。

作者简介: 朱俊生(1976-), 安徽庐江人, 首都经济贸易大学劳动经济学院副教授, 经济学博士, 北京大学应用经济学博士后, 主要研究方向: 农村社会保障。

的“中国模式”<sup>[1]</sup>。然而，改革开放之后，合作医疗制度迅速衰落，仅在少数地区得以残存。长期以来，政府把重建合作医疗作为建立农村医疗保障的主要政策手段。但是，这一努力却没有取得什么效果，合作医疗的覆盖面始终较低。到1998年，全国仅有6.6%的农村居民为合作医疗所覆盖<sup>[2]</sup>。2002年，中共中央、国务院提出要逐步建立新型农村合作医疗制度。2003年，新型农村合作医疗制度开始试点。截至2007年9月底，全国开展新型农村合作医疗的县（市、区）达2729个。参加新农合人口8.14亿，参合率为91.5%<sup>[3]</sup>。

研究合作医疗，乃至中国农村健康保障制度的逻辑起点是如何理解合作医疗兴衰的变迁过程。20世纪60~70年代我国农村合作医疗为什么如此辉煌？为什么80年代初合作医疗又迅速解体？为什么90年代试图恢复合作医疗的努力均告失败，同时也没有能够产生其他替代的健康保障制度？为什么国家要推行新型农村合作医疗？

很多研究已经从不同角度对合作医疗的解体原因作了解释。有的强调政治因素是合作医疗制度的基础；有的强调经济方面的原因，认为集体经济体制改革之后，合作医疗在经济上、财务上出现了明显的筹资难题；有的强调合作医疗的管理存在诸多漏洞，干部和社员在享受医疗保健服务中的不平等，使这一制度失去了群众信任；有的认为影响合作医疗制度的因素日益复杂，恢复合作医疗在实践中有许多难以克服的难题。农民参与合作医疗的意愿较低，民办的资金断流，公助的结构软化，导致制度安排不当。还有的认为，影响农村合作医疗的主要因素是低收入农户没有支付能力，有支付能力的农户可能存在逆选择，组织能力缺乏以及政府支持弱化等。

但上述解释存在以下不足：一是如果假定合作医疗制度非常成功，那么如何解释其在20世纪60~70年代发展的黄金时期也同样经历很多反复呢？二是研究指出的有些缺陷是合作医疗制度本身所固有的，如果以此作为其解体的原因，那又如何解释它曾经的“辉煌”呢？换句话说，作为一种医疗保障制度，合作

医疗本身是否具有可持续性发展的制度基础？如果其有自身独特的优势，那么20世纪80年代经济体制改革后这些优势又是如何丧失的？如果没有，那么如何解释其成功？抑或这种成功本身就要打折扣？本文将结合已有研究，运用新制度经济学的制度变迁理论对合作医疗曾经的辉煌及其解体给出经济学解释。

## 二、制度均衡：为什么传统的合作医疗能够实现较高的覆盖率

### 1. 制度均衡

诺斯认为，制度均衡是指“这样一种状态，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的收入。如果安排的调整已经获得了各种资源所产生的所有潜在收入的全部增量；或者这样的潜在利润存在，但是改变现存安排的成本超过了这些潜在利润；或者如不对制度环境作某些改变，就没有可能实现收入的重新分配，那么，这一状态就存在。”<sup>[4]</sup>

由于制度均衡时，制度变迁的供给完全适应制度变迁需求，即制度变迁需求者的意愿得到充分满足，因此，有学者也将制度均衡定义为人们对既定制度安排和制度结构的一种满足状态或满意状态<sup>[5]</sup>。从人们的主观评价角度理解制度均衡与诺斯对制度均衡的解释在本质上是一致的。

### 2 合作医疗蓬勃发展的制度经济学解释

1978年农村经济体制改革前，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，合作医疗也应该从这个更为宏观的视角来理解。当时，集体经济破坏了农村传统的家庭经济保障功能。农村人民公社制度是为国家工业化进行原始积累服务的政社合一组织。集体利用其生产资料的所有权和经营活动的支配权，首先保障国家对农产品的征购，其次是集体提留的扣除，然后才对工分赋值，从分配机制上使农民个人仅能应付消费，难以形成储蓄，从而剥夺了农民家庭的经济保障功能。农民作为“制度接受者”，被剥夺了家庭保障这一制度选择。

国家政权通过全面中央计划经济体制侵入

乡村，在征收农业剩余的同时，向农村地区提供基本的公共物品成为实施国家赶超战略以及取得合法性的必要支撑。因此，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，国家作为“制度提供者”，将自愿性的社区医疗转变成为强制性的集体福利。此时的农村合作医疗是作为受到高度集中的计划经济体制结构性侵害的传统家庭保障的替代性制度安排。这其实是一种计划经济时代典型的家长制的保障。雅诺什·科尔奈和翁笙和认为，经典社会主义的哲学是：“我们将照顾你们，你们将获得免费的医疗保障。因而，我们将决定你们可以获得何种以及多少医疗保障”<sup>[9]</sup>。所以，经典社会主义的主要特征之一就是普遍可获得的免费医疗保健服务。

计划经济时代高度集权的、革命性的、全能主义的政治经济体制为实现这种家长式的保障提供了体制和组织基础。换句话说，中国的合作医疗在市场化改革开始之前取得奇迹般的绩效，并不是其本身有任何优越和创新之处，而是由于当时的外部环境，即国家政权全面侵入乡村、强大的政治动员机制、全面控制农村经济社会的人民公社组织和计划经济体制下低成本的医疗服务递送体系，基本上解决了逆向选择和医疗成本的攀升问题<sup>[7]</sup>。

在计划经济时代，一方面，国家实行城乡分割的社会福利政策，没有向广大农村居民提供类似于城镇居民的国家福利。另一方面，人民公社制度也剥夺了家庭的经济保障功能。因此，国家作为“制度提供者”提供的制度选择集合非常有限——只有合作医疗这种集体福利可供选择。同时，当时的外部环境确实很好地抑制了需求方逆选择问题和卫生服务提供者的诱导需求等健康保险领域的经典难题，客观上提高了农村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。即合作医疗制度实现了供求均衡，从而获得快速发展。

### 三、制度非均衡与制度变革：合作医疗为什么会解体

#### 1. 制度非均衡

制度非均衡是人们对现存制度的一种不满

意或不满足，想要改变而又尚未改变的状态。之所以出现了不满意或不满足，是由于现行制度安排和制度结构的净效益小于另一种可供选择的制度安排和制度结构，也就是出现了一个新的赢利机会，这时就会产生新的潜在的制度需求和潜在的制度供给，并造成潜在的制度需求大于实际制度需求，潜在的制度供给大于实际制度供给。人们为了捕捉这种新的赢利机会，就会力图改变原来的制度安排和制度结构，选择和建立一种新的更有效的制度。只是由于外部效果和“搭便车”等原因，归根到底是由于变革成本的关系，制度变革的动机和力量还不够强和不够大，或者是只有变革的动机而无变革的力量，潜在的制度需求虽然能够变成现实的制度需求，但潜在的制度供给却不能变成现实的制度供给，因而出现“想要改变而尚未改变”的制度状态。这就是制度非均衡。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，是包括内在矛盾和外部影响在内的多种因素共同作用的结果<sup>[8]</sup>。

#### 2 合作医疗制度非均衡及制度变革

合作医疗也经历了从制度均衡到制度非均衡的过程。在整体高速发展的同时，同样蕴含着许多制度障碍和摩擦。由于种种先天性的缺陷，加上政治动员具有非制度化的特征，常常随着领导人政治热情的高低而起伏，合作医疗在不少地方都是春建秋散，难以持久<sup>[9]</sup>。

合作医疗从制度非均衡进而发生变革、解体，同样是多种因素共同作用的结果。

从内在矛盾来看，合作医疗作为服务于汲取农业生产价值剩余、促进工业化积累、内生于垄断和中央集权官僚体制的自上而下的制度变迁不仅存在内在的不稳定性，而且还存在以下制度缺陷：

第一，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<sup>[10]</sup>。

第二，病人没有选择的自由。合作医疗制度建立了严格的转诊制度，主要是赤脚医生充当着“看门人”的角色，决定是否进行诊断和治疗，以及是否将病人送往上一级医院做进一步的检查和治疗。如果这个医生将该病人转出，会有另一个医生负责进一步的程序。在这

样的制度下，病人没有选择的自由。

第三，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出现了长期短缺。由于受到“左倾”意识形态的影响，不少地方片面追求看病吃药全免费，病人没有任何控制其需求的机理，因而导致了病人过度消费的道德风险问题。在山西省闻喜县东鲁村，存在着村民小伤小病多开药、开好药，给外村亲戚开药的现象，极端者甚至给自己养的猪、鸡开药<sup>[11]</sup>。短缺经济的典型症状尤其明显：拥挤的诊所，等候病床，检查、治疗和不断被推后的手术。另外，短缺的情况下出现了广泛的强制性替代，即真正需要的专业医生短缺，只好使用赤脚医生进行替代；西药短缺，使用大量的中草药来进行替代。

第四，这种家长制的保障和平等获得医疗服务也被腐败和特权严重地扭曲了。许多地方合作医疗制度不全，财务混乱，尤其是在制度实施方面还存在差别待遇的问题，即社队干部及其家属往往多拿药、拿好药、带头欠费等，以致社员认为合作医疗就是“群众交钱，干部吃药”，“群众吃草药，干部吃好药”，丧失了对制度公平的信心<sup>[12]</sup>。

以上分析表明，计划经济时代的合作医疗在安全性、一致性和平等（虽然是在一个非常低的水平上）方面作出了巨大贡献，保证了农民普遍获得相对综合性和有效的基本医疗服务。但在天平的另一端却有太多的负面因素，即垄断和中央集权官僚体制造成的短缺、强制性替代、病人没有自主权、服务质量低下等。从而不断发生制度障碍和制度摩擦，使得制度的主要接受者——农民的不满逐渐积累起来，降低了合作医疗制度的运行效率，增加了制度成本，降低了制度效益。这也同样启示我们，在我们对农村健康保障现状不满的同时，不能简单地重温计划经济的旧梦。

从外在因素来看，改革开放以来，合作医疗所依附的政治动员式的集权体制、人民公社制度和计划经济下的医疗服务递送体系等制度环境均已消失，原本作为社会控制手段的合作医疗制度也就难以运行了<sup>[13]</sup>。可见，外部环境的变化使合作医疗制度变得不再是净效益最

大的制度，从而产生了制度变革的动机和需求。

同时，由于实行家庭承包责任制，客观上家庭具有一定的经济保障能力，这也增加了制度接受者（农民）可供选择的制度集合和选择范围，从而增加了健康保障制度服务的有效供给。

综上所述，在内在矛盾的演化和外部环境的变化共同作用下，合作医疗制度从均衡走向非均衡，从而走向解体。

#### 四、制度供给不足：新时期为什么农村没有建立起相应的健康保障制度

以上分析了合作医疗在 20 世纪 60~70 年代的辉煌以及 80 年代以后迅速解体的原因。接下来的问题是，为什么在 20 世纪 80 年代后期以及整个 90 年代合作医疗都没有得到恢复呢？或者在合作医疗恢复的努力失败后，其他的健康融资方式也没有得到相应的发展，农村一直没有建立起相应的健康保障制度呢？

为了分析农村缺乏健康保险保障的主要原因，我们遵循刘（Liu）的分析框架，即农村健康保险的发展是需求和供给相互作用的结果，需求和供给的水平与当地社区的经济和社会条件相关。同时，政府政策通过融资和监管也会影响结果<sup>[14]</sup>。

##### 1. 制度供给不足

制度供给不足，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。对于制度长期供给不足，新制度经济学家认为主要有以下几个原因：第一，由个人或自愿团体在潜在利润的诱致下推动的制度变迁常常会导致外部效果和“搭便车”问题，这会导致制度长期供给不足。这一点主要体现在拉坦提出的诱致性制度变迁理论中。第二，政府的强制性制度变迁确实在一定程度上能够弥补有潜在利润诱致的制度变迁导致的制度供给不足，但是在政府控制失灵的情况下，制度的长期供给不足同样不可避免。由国家提供制度的制度市场带有明显的完全垄断性<sup>[15~16]</sup>。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。由于政治市场

中的统治者像一个歧视的垄断者一样行事，它为不同的集团设定不同的产权和提供不同的制度供给，因此，有效的政治市场在现实中几乎不存在，这就解释了低效制度会持续存在的原因。

根据上述理论，一方面中央政府和省县政府在提供基本公共品职责上推卸责任；另一方面作为正式制度安排的乡政府和村委会、党支部本身的合法性问题没有解决，由他们提供完善的公共品不太可能；特别是农民自治和自组织没有得到发展，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。这导致农村健康保障制度的诱致性制度变迁和强制性制度变迁都没有发生。

## 2. 诱致性制度变迁不足：需求和供给的双重约束

下面的分析将表明，需求和供给两方面存在的诸多约束都使得农村健康保障制度诱致性变迁的动力不足。

从需求层面看，由于合作医疗制度不是强制性的，人们的支付意愿和支付能力就是制度可持续发展的关键因素。研究结果表明，农村地区的整体收入水平偏低，中国低收入农户的支付能力存在问题，同时各方面的原因造成支付意愿水平较低<sup>[17]</sup>。需求方面面临的主要挑战还包括逆选择和道德风险问题<sup>[18]</sup>。合作医疗恢复时期一些干预性试验的结果表明，这两方面的问题都比较严重。逆选择和道德风险使得推动制度变迁的获利机会减少。同时，农民的组织化程度受到抑制，这一切都使眼前的获利机会也得不到利用。

从供给层面看，农村健康保险发展中经常发生需求和供给的不匹配。社区健康融资计划为整个社区只提供一个受益组合，不能满足人们多样化的需求。由于资金筹集的能力有限，大多数合作医疗计划只提供初级卫生保健。这样，对大病的保险需求就得不到满足。同时，大多数合作医疗计划在村庄层面运作，风险集合非常小。

发动和管理农村医疗保险制度是一项非常复杂的工作，涉及受益组合的设计、资金筹集、和卫生服务提供者签订合同、基金管理、

质量和成本检测以及支付方式选择等。许多农村地区，特别是低收入地区，没有必要的组织能力。这样，新的可能的健康保障制度安排超过了制度环境所允许的范围，新的制度安排从而也就难以实现。而且，要进行诱致性制度变迁，就必须要使一套新的行为规则被接受和采用，个人之间就需要经过讨价还价的谈判并达成一致意见。在农村健康保障制度变迁中，“初级行动团体”（无论是社区还是个人）面对呈现“原子”状态的农民（而这种原子化状态也似乎更加有助于实施稳定的农村控制），显然谈判成本过高，这往往使一些诱致性制度变迁无法产生。因此，农村健康保障制度的建立需要政府的财务支持和组织支持，即有赖于政府强制性制度变迁，以弥补制度供给的不足。

## 3. 政府强制性制度变迁不足：发展观及财政体制改革的偏差

作为强制性制度变迁主体的国家在供给制度时也必须遵循经济原则，即只有统治者的预期收益高于其强制推行制度变迁的预期成本时，将采取行动来消除制度非均衡，从而发生强制性制度变迁。国家的成本—收益计算比较复杂，因为国家的预期效用函数中除了经济因素以外，还有非经济因素。

1978年以来，直至整个20世纪90年代，农村公共物品提供出现的制度性短缺。政府对于推动农村健康保障的强制性制度变迁同样动力不足，换句话说，直到2002年，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。

为什么中国农村健康保障制度缺乏政府支持呢？主要原因在于发展观的偏差和财政体制改革的负面影响使得政府强制性制度变迁动力不足，仍维持着无效率的制度非均衡，农村健康保障制度供给不足的问题也就没有消除。

从发展观的偏差来看，从最初的经济改革开始，公共政策的主导观念已经从毛泽东时代的平均主义转变为以平等为代价的邓小平的经济发展和效率优先。因此，政府一直优先发展经济，包括卫生保健在内的社会发展一直在公共政策中处于次要的地位。换句话说，在政府的预期效用函数中，农村健康保障方面的支出

成本较大，而收益较小。另外，政府对农村地区实行家庭联产承包责任制。其核心原则是家庭首先对社会保护承担责任，只有当家庭不能照顾自己时政府才介入。结果，政府只对传染病、免疫和健康教育等公共产品承担责任（事实上，即便在这些领域政府也没有很好地履行自己的职责）。地方政府也只是对一些农村卫生院的工作人员的基本工资提供补助，而把支付卫生服务的责任主要留给农民家庭。

从财政体制改革来看，经济体制改革后随着我国财政体制的强制性制度变迁，卫生机构的财政补助政策受到不利的影响。从1980年到1994年之间，我国实行“划分收支，分级包干”的财政体制，这对县、乡卫生机构产生了不良的影响。1994年以后，我国实行“分税制”的财政管理体制。分税制改革提高了中央政府的财政汲取能力，扩大了中央政府的税收。理论上，中央政府能够集中一定的资金对农村卫生实施项目专项转移支付，可以有针对性地解决农村的一些重大卫生问题。但是，在实践中，由于中央政府和地方各级政府在事权和财权的划分上并不平衡，公共财政体制还没有到位，因此，对农村基层卫生机构的发展带来一些不利影响。由于本级财政只负责对本级卫生机构的投入，县、乡财政税源有限，加上90年代以来乡镇政府普遍负债，尤其是中、西部地区县、乡政府难以保证对农村卫生的投入。但是农村公共卫生服务和基本医疗服务基本都是由县、乡卫生机构提供的，在农村没有医疗保险制度覆盖的情况下，政府对农村卫生投入不足，就使农民更加缺乏获得基本卫生服务的公平性。一方面，政府对需求方没有任何补贴措施，另一方面，政府对供给方补助也由于财政体制的强制性制度变迁而受到不利的影响。总之，中央政府和省政府都在理顺各自在税收和支出上的职责，对农民的健康保障问题没有明确的分工也就是情理之中的事了。

因此，在一部分学者的强烈呼吁下，在中央政府汲取能力获得空前扩张，而同时相应的事权没有得到履行，中央和省级政府给予“转移支付”的时候，当一项基本公共品的持续有保障提供和生产主要由乡村政府甚至家庭负责

的时候，这项公共物品已经改变性质，再加上居民自治组织实施“自救”的途径受到限制，甚至被阻断的情况下，此项公共品的持续短缺就十分自然地出现了。

综上所述，由于需求和供给的相互作用，特别是由于政府没有能够提供足够的支持，造成农村健康保障制度诱致性制度变迁和强制性制度变迁动力都不足，从而造成整个90年代试图恢复合作医疗的努力并没有取得实质性的效果，也没有能够建立起其他形式的健康融资制度。

## 五、强制性制度变迁：新型农村合作医疗

上述分析表明，主要由于强制性制度变迁的动力不足，自合作医疗解体以后，农村健康保障制度供给一直不足。合乎逻辑的结论是，要想促进政府对农村健康保障制度的强制性制度变迁，就要对国家或执政者的强制性制度变迁的诱因进行修正：即按税收净收入、政治支持以及其他进入执政者效用函数的商品来衡量强制推行一种新制度安排的预计边际收益等于执政者预计的边际效益。

改革开放在全面激发农户个体积极性的同时，忽视了对于公共品的提供，由此导致的问题也逐渐显现。随着城市居民生活的改善，二元差距逐渐拉大。广大农村的绝大多数人口是执政稳固性，乃至合法性的重要来源，稳定和使农民共享改革成果成为政府在改革进展到这个时期的新任务。

具体到健康保障领域，基本健康保障作为一项基本物品而实施自由的“可行能力”，必须得到最低水平的公共供给。首先，它是经济增长的源泉，作为人力资本投入，基本健康保障是值得投入的，它有助于实现统治者的税收最大化。事实上，由于农村健康保障制度长期缺失，因病致贫现象严重，人力资本损害严重，对农村居民的消费和生产产生负面影响，从而不利于提高效率。因此，从效率原则出发，农村健康保障制度应该重新安排。

其次，从执政者本身的稳固性乃至合法性而言，实施广泛的基本同质的覆盖农村人口的基本健康保障制度有助于政府获得政治支持，

有助于减少潜在竞争者的竞争压力。

最后，由于我国长期的二元治理架构至今没有得到缓解，现在在农村地区实施广泛的健康保障制度有助于阻止二元分治的恶化态势，减少未来执政合法性可能遭遇的风险。特别是自20世纪90年代中期以来，“三农问题”越来越突出，社会矛盾越来越尖锐，这在某种程度上已经危及执政党执政的合法性，执政者为了维持农民阶层的政治支持，必须进行相应的制度变迁。

新型农村合作医疗作为农村健康保障制度的强制性制度变迁正是在这种背景下发生的。

## 六、讨论

以上基于制度经济学的视角对合作医疗变迁过程作了重新诠释，这至少可以为农村健康保障制度的重塑提供以下两点启示。

第一，新时期农村健康保障制度的重塑不能简单地重温计划经济的旧梦。合作医疗在市场化改革开始之前取得奇迹般的绩效，很大程度上取决于当时的外部环境。改革开放后，外部环境的变化使得传统的合作医疗制度变得不再是净效益最大的制度，出现了制度的非均衡，从而产生了制度变革的动机和需求。同时，即便在合作医疗制度处于基本均衡时期，其内部也不断发生制度障碍和制度摩擦。计划经济时代的合作医疗在安全性、一致性和平等（虽然是在一个非常低的水平上）方面作出了巨大贡献，保证了农民普遍获得相对综合和有效的基本医疗服务。但在天平的另一端却有太多的负面因素。因此，新时期农村健康保障制度的重塑不能简单地恢复当初的合作医疗，应该顺应已经变化的市场环境，构建与当前的市场经济改革大环境兼容的基本健康保障制度。

第二，政府承担更多的融资责任是重塑农村健康保障制度的关键。上述分析表明，需求和供给两方面存在的诸多约束都使得农村健康保障制度诱致性变迁的动力不足。而由于发展观的偏差以及财政体制改革的负面影响，使得政府强制性制度变迁的动力不足，整个90年代仍然维持了无效率的制度非均衡，农村健康

保障制度出现制度性供给不足。新型农村合作医疗作为农村健康保障制度的强制性制度变迁体现了政府责任的回归。笔者此前的研究表明，目前财政对农村健康保障的实际支持水平与合意水平缺口差距非常大。从根本上缩小缺口，有赖于政府从“经济建设型政府”向“公共服务发展型政府”转型<sup>[19]</sup>。

## 参考文献：

- [1] 世界银行. 投资于健康 [M]. 北京: 中国财政经济出版社, 1993.
- [2] 卫生部. 第二次国家卫生服务总调查分析报告 [EB/OL]. 卫生部网站, 2008-12-10. www. moh. gov. cn
- [3] 卫生部. 2008年第三季度全国新型农村合作医疗运行情况 [EB/OL]. 卫生部网站, 2008-12-10. www. moh. gov. cn
- [4] 戴维斯, 诺斯. 制度创新的理论 [A]. 陈昕. 财产权利与制度变迁 [C]. 上海: 上海三联书店, 1994.
- [5] 张曙光. 论制度均衡和制度变革. 盛洪. 现代制度经济学 (下卷) [M]. 北京: 北京大学出版社, 2003.
- [6] 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 [M]. 北京: 中信出版社, 2003.
- [7] 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 [J]. 社会学研究, 2004, (5).
- [8] 同 [5].
- [9] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障制度选择 [J]. 中国社会科学, 2000, (4).
- [10] 同 [6].
- [11] 李卫平. 中国农村健康保障制度的选择 [M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2002.
- [12] 同 [9].
- [13] 同 [7].
- [14] Yuan Li Liu. Development of the Rural Health Insurance System in China. Health Policy and Planning, 2004, 19 (3).
- [15] 诺斯. 制度, 制度变迁和经济绩效 [M]. 上海: 上海三联书店, 1994.
- [16] 拉坦. 诱致性制度变迁理论 [A]. 陈昕. 财产权利与制度变迁 [C]. 上海: 上海三联书店, 1994.
- [17] 朱俊生. 从社区融资到全民健康保障——农村健康保障制度中的主体行为研究 [M]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2008.
- [18] 同 [7].
- [19] 朱俊生. 政府对农村健康保障支持的合意水平分析 [J]. 经济与管理研究, 2006, (3).

[责任编辑 王树新]