

土地医疗保障能力及其对农户参加合作医疗意愿的影响

樊 桦

【提要】 土地一向被视为农民的天然保障,然而在农民非农收入渠道增多、土地收益的重要性下降的情况下,土地能否有效地承担起家庭医疗风险负荷就成为值得关注的问题。本文在抽样调查数据的基础上,通过对比样本农户的土地收益和医疗支出,认为土地对于相当一部分农户已不具备足够的医疗保障能力,并进一步通过逻辑回归证实了土地保障能力在不同地区和农户间存在着明显的差异。由于家庭和合作医疗在防范疾病风险方面存在着一定的替代性,土地医疗保障能力对农户参加合作医疗的决策将产生一定的影响。因此,在推进以重建合作医疗为方向的农村医疗保障制度改革时,必须充分考虑不同地区和农户在土地保障能力和合作医疗需求(参加意愿)上的差异。

【作者】 樊 桦 中国社会科学院研究生院,博士研究生。

一、引 言

中国农村经济体制改革以来,建立在集体经济基础上的合作医疗制度迅速瓦解,中国农村卫生体制基本上演变为自费医疗制度,家庭成为农村居民获取医疗、养老等生活保障的基本单位,集体经济条件下一度被削弱的家庭保障重新得到强化。家庭提供保障的来源通常为土地、其他经营收入、储蓄和家庭积累的财富(包括各种生产性和非生产性固定资产)。对于大多数农村家庭来说,土地是最基本、最重要的生产资料,土地提供的产出是家庭日常开支和应付生活风险的重要(甚至是唯一)来源,因此,土地保障又构成了农村家庭保障的核心(梁鸿,2000)。然而,随着农村产业结构的调整,非农收入在农村家庭收入中的比重不断提高,农民放弃或轻视土地的现象逐渐增多,土地保障的重要性比过去有了明显的下降。与此同时,由于农村医疗卫生体制缺乏有效治理,医疗保健价格迅速攀升,导致农村居民的医疗保健支出持续上升,由1990年的人均19.02元上涨至1999年的人均70.02元,年均增长幅度为17.22%,增幅居各项支出的第二位,在农民生活消费总支出中的比重也由3.3%上升至4.4%(国家统计局农村社会经济调查总队,1991~2000)。相对于不断增长的疾病风险,土地的实际保障能力正在逐步下降。这样就产生了一系列问题:传统的农村家庭保障究竟能够在多大程度上满足农村居民的医疗需求,特别是处于核心地位的土地保障能否足以应对家庭面临的疾病风险;哪些农户可以依靠土地获得较为充分的医疗保障而哪些不能,即土地的医疗保障能力在不同地区和农户之间存在怎样的差异;土地保障是否会影响农户对外部保障(主要是合作医疗)的需求,如果会,二者之间又有何关系。

本文的目的就是利用抽样调查所获数据,对土地的医疗保障能力及其满足家庭成员医疗保障需求的有效性进行考察,并进一步分析土地保障对于农民是否愿意参加合作医疗所产生的影响。本文使用的数据主要来源于两个渠道,一是中央政策研究室和农业部农村固定观察点2000年度农户

调查数据,该调查涵盖了农户的人口、土地、固定资产、农作物播种面积和主要农作物产量、出售农产品情况、家庭经营情况、家庭收支情况等方面的内容,本文对农户土地收益及医疗开支的计算即以此为基础。二是中国社会科学院经济研究所农村医疗保障制度课题组农户问卷调查数据,该调查选取了部分农村固定观察点,随同农业部的农户调查一起进行,主要针对农户家庭成员的健康状况、获得医疗服务的情况及对合作医疗的态度、参加意愿等进行了调查。样本采取分层抽样方式,首先按照经济发展水平分别抽取了江苏、广东、吉林、河北、四川、甘肃 6 省,然后各省又随机抽取不同经济发展水平的若干县,再在各县有代表性的村庄中随机抽取一定的农户作为调查对象。本次调查共抽取 6 省、36 县、36 乡、36 村,农户总数为 2 505 户。由于个别村的数据没有反馈回来,实际回收样本数为 2 455 户,基本上涵盖了东、中、西部不同经济发展水平的地区,各地区选取的抽样县也具有较好的代表性,因此,根据以此次抽样调查数据所做的分析具有一定的普遍意义。

二、土地的医疗保障能力

(一)样本土地收益水平测算

中国对农村土地实行的是集体所有、家庭使用的制度,农民只拥有使用土地和获取收益的权利,而无权进行土地买卖,因此,土地对于农民的意义主要在于提供一定数量的收成,通过出售获得的收益用于家庭日常消费和风险储备。土地收益可以近似地用农民家庭经营种植业、林业等直接与土地相关的项目所得收入减去购买种子、化肥、农药等生产资料所花费的费用来表示。之所以在计算生产成本时没有考虑农民的劳动力成本,是因为农民基本属于自我雇佣,因此,经营土地所投入的劳动力成本没有一个可靠的标准加以衡量。根据 2000 年 6 省农户调查数据,农户拥有土地及经营种植业和林业的收益情况见表 1。

表 1 各省土地收益估算

省份	户均土地面积 (亩)	户均土地经营收入 (元)	户均土地经营费用 (元)	户均土地收益 (元)	户均每亩收益(元)		
					均值	最低	最高
河北	7.7	5 667	2 126	3 541	470	-583	7 375
吉林	14.2	6 551	1 907	4 643	475	-390	10 120
江苏	5.3	4 275	1 525	2 750	564	38	7 600
广东	2.6	2 803	1 247	1 873	777	-300	13 271
四川	5.7	2 957	716	2 241	658	-76	5 545
甘肃	11.9	5 182	1 619	3 563	340	38	1 160
平均值	7.4	4 589	1 578	3 077	557	—	—

注:土地面积包括耕地、园地和林地。

从表 1 可见,被调查农户平均拥有土地 7.4 亩,其中广东省户均拥有土地面积最少,这与该省城镇化程度高造成耕地面积下降、放弃土地的农户比例高有关。由于各地在自然条件、农民家庭经营种类、拥有土地规模及对土地的投入能力等方面存在着很大差异,因此,各省间的土地总收益和每亩收益差异也较大。广东省虽然户均土地面积最少,但平均每亩土地的收益却居首位,这主要归因于该省良好的自然条件、经济作物种植比重高、农民对土地的投入能力较强等因素。相反,甘肃省则由于自然条件较差、农民以种植粮食为主、生产方式较为粗放等原因单位土地的收益最低。值得注意的是,各省内部在每亩收益上也表现出很大反差,既有单位收益为负的家庭,也有单位收益逾万元的农户,从每亩收益最高值与最低值之间的绝对差异值来说,甘肃省最小,而广东省最大。被调查农户的土地收益平均为 3 077 元,其中有 252 户土地收益为负值,剔除 210 户没有土地的农户,剩余的 42 户由于种种原因土地经营费用超过了收入,对于这些农户来说,土地已基本不具备保障

作用,甚至还形成了新的负担。

随着农户兼业类型从纯农业户向纯非农业户过渡,家庭拥有的土地数量、土地收益都明显降低,同时土地收入占家庭全年总收入的比重也由 45.0% 迅速下降为 2.1% (见表 2),这说明土地收益在相当一部分农村家庭的收入结构中已不再占有举足轻重的地位,同时也反映了农户收入来源多元化的趋势。

表 2 按兼业类型分组的土地收益估算

组别	分组标志	户数	户均土地面积 (亩)	户均土地收益 (元)	土地收入占 总收入的比重(%)
1	纯农业	881	10.51	4 580	45.0
2	以农业为主、兼营他业	829	8.02	2 861	27.8
3	以非农业为主、兼营农业	484	4.15	1 983	8.6
4	纯非农业	185	0.75	553	2.1
5	其他	74	0.91	1 117	12.5
总计		2 453	7.4	3 077	22.0

注:不含分类标志错误的 2 户。

(二)土地医疗保障能力测算

在分析土地的医疗保障能力之前先来看被调查农户的医疗费分布特点。在全部 2 455 户中,有 524 户调查年度没有发生医疗费用,占总户数的 21.3%。医疗费用在 1~1 000 元之间的共 1 782 户,占 72.6%,这一部分家庭发生的医疗费用总额占全部医疗费用的比重为 45.4%。医疗费用在 1 000 元以上的有 149 户(其中医疗费用在 10 000 元以上的有 8 户),占 6.1%,而这 149 户家庭的医疗费用总额占全部医疗费用的 54.6%。这种分布特点基本上符合医疗费用的非正态分布规律,即少数人发生的医疗费用占医疗费用总额的一个较高的比重(见表 3 和图)。

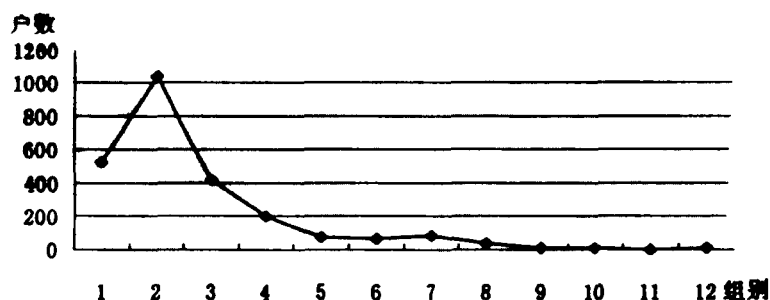


图 医疗费用在农户间的分布

表 3 医疗费用分布

组别	分组标志	户数	比重 (%)	户均医疗费 (元)	本组在全部医疗 费用中所占的 比重(%)	比重累计 (%)
1	无医疗费	524	21.3	0	0	—
2	1~200 元	1 034	42.1	108	11.1	11.1
3	201~400 元	415	16.9	307	12.7	23.8
4	401~600 元	196	8.0	507	9.9	33.7
5	601~800 元	72	2.9	730	5.3	39.0
6	801~1000 元	65	2.6	974	6.3	45.3
7	1001~2000 元	86	3.5	1 469	12.6	57.9
8	2001~4000 元	34	1.4	2 944	10.0	67.9
9	4001~6000 元	12	0.5	4 759	5.7	73.6
10	6001~8000 元	5	0.2	7 300	3.6	77.2
11	8001~10000 元	4	0.2	9 707	3.9	81.1
12	10000 元以上	8	0.3	23 423	18.7	99.8*
总计		2 455	100.0	408	100.0	—

* 由于四舍五入产生的计算误差为 0.2%。

土地的医疗保障能力可以通过下面的方法加以衡量:将农户的土地收益与其年医疗费支出相比较,若差额小于 0,则认为土地收益不足以弥补医疗支出,土地无医疗保障能力,大于或等于 0 则视为有保障能力。土地收益与医疗支出的比可视为土地的医疗保障强度,比值大于 1,说明土地收益能够满足医疗费用的需求,比值越大,土地的医疗保障能力越强,这样可以消除医疗支出、土地收益等指标值之间的绝对差别,便于进行横向比较(见表 4)。

表 4 土地医疗保障能力评估

	土地医疗保障能力之一				土地医疗保障能力之二			
	户数	比重 (%)	户均土地收益 (元)	户均医疗费 (元)	户数	比重 (%)	户均土地收益 (元)	户均医疗费 (元)
小于 0(无保障能力)	195	8.7	405	2 098	1 102	49.2	1 532	586
大于或等于 0(有保障能力)	2 044	91.3	3 589	250	1 137	50.8	5 064	239
总 计	2 239	100.0	3 312	408	2 239	100.0	3 312	408

注:(1) 土地医疗保障能力之一是将土地收益与家庭年医疗费支出之差为正的视为土地具有医疗保障能力,它反映的是在不考虑其他支出(税收、生产性支出、其他消费用途)的情况下,土地收益能否足以弥补家庭本年度的医疗开支。土地保障能力之二考察的是土地收益在扣除税收(指必须上缴国家的税金和乡、村集体提留、统筹及各项摊派)与食品现金支出后的保障能力。(2) 不包含没有土地的农户(210 户)和统计值异常户(6 户)。

表 4 中,绝大多数农户的土地收益都大于调查年度家庭的医疗费用,只有 8.7%的家庭这一差额为负,其医疗费占全部家庭医疗费总额的 44.5%,土地收益少而医疗费用高是土地失去保障能力的主要原因。对于有非农收入来源的家庭来说,其他渠道的收入可以弥补土地保障作用的不足,但对于那些以农业经营为主、较为贫困地区的农民来说,一旦发生大病,即使不考虑其他消费和生产用途,土地收益也是远远不能满足医疗需求的。在扣除税收和食品现金支出后,土地无保障能力的家庭比重就迅速上升为 49.2%,如果再加上没有土地的 210 户,则土地无保障能力的家庭在总样本中的比重就达到 53.6%,说明在考虑税收和其他与医疗具有竞争性的消费需求之后,有一半左右的家庭无法通过土地获得足够的医疗保障(若无特别说明,以下的土地医疗保障能力均指在扣除税收和食品现金支出后的保障能力),在发生疾病时,如果没有其他收入来源,就必须通过缩减家庭其他消费开支、降低家庭成员的普遍生活水平来应对疾病风险。若按土地收益减去税收、食品现金支出和医疗费用后的剩余金额进一步将土地的医疗保障能力划分等级,将剩余金额在 1 000 元以下的视为弱保障,在 1 000~3 000 元之间的为中等保障,在 3 000 元以上的为强保障,则土地分别对 15.3%、17.0%和 14.1%的农户具有弱保障、中等保障和强保障(见表 5)。

由于不同兼业类型的农户在拥有的土地数量、土地收益水平等方面存在较大的差异,因此,土地对于不同类型的农户具有不同的重要性,医疗保障能力也有一定的差异。表 6 用医疗保障强度这一指标反映了土地医疗保障能力在不同类型农户之间的差异。随着家庭兼业类型从纯农业向纯非

农业过渡,家庭拥有的土地面积和土地收益呈下降趋势,而医疗支出基本上是相反的趋势,这样在扣除税收和食品开支后,只有纯农业户和以农业为主的农户平均医疗保障强度为正,而其他 3 组的医疗保障强度为负数,说明土地对这部分农户的医疗保障能力非常有限,甚至已失去了基本的保障能力。

需要说明的是,上述对于土地保障能力的

表 5 土地医疗保障能力分类

土地保障能力等级	户 数	比重 (%)
无保障能力	1 312*	53.6
弱保障能力	375	15.3
中等保障能力	417	17.0
强保障能力	345	14.1
总 计	2 449**	100.0

* 包含 210 户无土地家庭;** 不含统计值异常的 6 户。

表 6 土地对不同类型农户医疗保障能力的比较

组别	分组标志	户数	户均土地 面积 (亩)	户均土地 收益 (元)	户均土地 净收益 (元)	户均医疗 支出 (元)	土地的医疗 保障强度
1	纯农业	868	10.6	4 626	2 370	371	6.39
2	以农业为主、兼营他业	824	8.1	2 869	514	284	1.81
3	以非农业为主、兼营农业	464	4.3	2 020	-3 042	530	-5.74
4	纯非农业	62	2.2	1 123	-5 230	1 605	-3.26
5	其他	21	3.2	1 364	-1 846	867	-2.13

注：户均土地净收益指土地收益减去税收和食品现金支出后的部分。

判断有高估的可能。因为在自费医疗形式下，农村居民难以产生过度利用医疗服务的动机^①，相反还普遍存在着医疗服务利用率低的现象。比如我们通过问卷调查得知有一定数量的农户因为经济困难等原因在患病时没有去就诊，两周应就诊而未就诊率约为 2%，可以认为一大部分农户的医疗开支并没有完全反映其真实的医疗服务需要水平。另外，目前还没有迹象显示农村地区医疗保健价格增长的势头能在近期内得到有效地遏制，这样相对于没有太多增长潜力的土地收益而言，农户医疗开支将以更快的速度增长，土地的医疗保障能力还有继续下降的可能。

三、土地医疗保障能力的差异

笔者试图通过逻辑回归对造成土地医疗保障能力差异的主要因素进行分析，以明确土地尚具有保障能力的农户具有何种特征。在前文分析的基础上假设土地收入对家庭的重要程度是决定土地是否具有医疗保障能力的主要因素，并且二者具有一定的正相关关系，即土地收入对家庭的重要性越高，土地具有医疗保障能力的可能性越大。在模型中使用土地保障能力之二作为被解释变量，回归结果基本证实了我们的假设（见表 7）。农户拥有的土地数量越多、土地收益越高、土地收入在家庭全年总收入中所占的比重越大，土地具有医疗保障能力的可能性就越大，其中土地收入在总收入中的比重对土地保障能力的影响程度最大。家庭经营外生产投工可以间接反映出土地对于家庭收入来源的贡献程度，家庭经营外生产投工越多的家庭，其收入中来源于土地经营的比重就越少，土地医疗保障的可靠性就小。另外，以农业为主的家庭相对于纯非农业户来说，土地收益可以更好地满足家庭成员的医疗保障需求。农户所处省份的回归系数中，广东省和甘肃省的系数是显著的，这两个省恰好分别代表了两种截然不同的农村发展模式，前者具有较高的城镇化和工业化水平，土地收益在家庭收入中的重要性远远低于后者，因而土地提供的保障能力非常有限，而在经济发展水平落后的甘肃省，农民的非农就业机会少，耕种土地所得收益几乎构成了家庭收入的唯一来源，再加上该省较低的医疗支出水平（不到广东省户均医疗支出的 50%），土地保障的重要性就显得格外突出。医疗开支也对土地是否具有保障能力具有影响，医疗开支越多的农户，土地不具备保障能力的可能性就越大，但其较低的系数估计值反映了医疗开支的影响程度并不强。

四、土地医疗保障能力对农户合作医疗需求的影响

就防范风险而言，家庭保障和以合作医疗为代表的外部保障形式都是通过在一定范围内分散

① 自费医疗制度或许可以最大限度地降低患者过度利用医疗服务（道德风险）的可能性，然而却无助于避免医务人员诱导患者过度消费医疗服务的现象，若没有有效的机制对此加以制约，收入增加、获得健康保险等因素就会导致农户医疗需求和医疗开支的更快增长。

表 7 土地是否具有医疗保障能力的可能性估算 Logistic 模型

被解释变量 土地具有医疗保障能力的可能性 (是=1,否=0)		方程 观测量=2 440	
解释变量	均 值	系数估计值	标准误差
家庭拥有的土地面积(亩)	7.38	0.0595**	0.0140
家庭经营土地的收益(元)	3 076.79	0.0007**	0.0000
土地收入占家庭总收入的比重	0.22	3.0934**	0.3972
家庭经营外投工(日)	177.4	-0.0029**	0.0004
家庭兼业类型(虚拟变量)			
纯农业	0.36	—	—
以农业为主、兼营他业	0.34	0.4093*	0.1481
以非农业为主、兼营农业	0.20	-0.1845	0.2049
纯非农业	0.08	-1.9941**	0.6027
其他	0.03	-3.4416**	0.9174
农户所处省份(虚拟变量)			
河北	0.23	—	—
吉林	0.18	0.0782	0.2412
江苏	0.19	0.1227	0.1781
广东	0.21	-1.5298**	0.2688
四川	0.12	-0.1861	0.1978
甘肃	0.08	1.1129**	0.2768
家庭本年度医疗费开支(元)	407.58	-0.0006**	0.0001
常数		-2.5424**	0.2247

预测准确率 = 85.16%; -2Log Likelihood 1 590.212; Goodness of Fit 2 484.846; Chi-Square = 1 778.458

注:“—”表示参照组(省略变量); * 表示显著性水平小于 0.01; ** 表示显著性水平小于 0.001。

风险的方式来降低个体遭受的损失,只是前者是在家庭成员之间,而后者是在社区或更大范围的人群中实现。既然家庭保障与合作医疗在功能上具有一定的替代性,那么农户对外部保障的需求是否会受到现有土地保障能力的影响?有研究认为,家庭保障一方面在社会保障缺失的情况下为农村居民提供了一定程度的生活保障,另一方面也对在农村地区建立横向团体互助的保障形式(如合作医疗,尤其是风险型合作医疗)构成了阻力和障碍(吴明、张振忠,2000)。这里还需要进一步解释的是,土地保障能力与家庭保障能力并非是一个概念,因为家庭保障能力还取决于收入、储蓄和家庭财富等其他家庭资源,在农民收入趋于多元化的情况下,土地收益的重要性正在不断下降,土地收益在家庭收入中占有较高比重的家庭往往是非农就业机会较少、家庭收入水平相对较低的家庭,因此,从某种程度上讲土地保障能力与家庭保障能力甚至是一种相反的关系。

基于这种理解,我们假设土地的医疗保障能力与农户合作医疗的参加意愿之间存在着正相关关系,即土地医疗保障能力强的农户更倾向于参加合作医疗,而土地医疗保障能力弱的农户反而倾向于选择家庭自我保障的形式。

为了使农户在同样的环境下作出选择,我们剔除了实际参加合作医疗的农户,只保留尚未参加合作医疗的农户作为分析对象,这样可以排除因为已参加合作医疗对农户决策产生的影响(见表 8)。

表 8 的回归结果显示,土地收入在家庭收入中占有较高比重的家庭以及纯农业家庭,选择参加

表 8 土地医疗保障能力对农户合作医疗参加意愿的影响 Logistic 模型

被解释变量 农户是否愿意参加合作医疗(愿意=1,不愿意=0)		方程 观测量=1 712	
解释变量	均值	系数估计值	标准误差
土地收入占家庭总收入的比重	0.34	0.6892**	0.2334
农户是否是纯农业户(是=1,不是=0)	0.35	0.3474**	0.1198
农户所处省份(虚拟变量)			
河北	0.22	0.4695**	0.1662
吉林	0.19	1.1466***	0.2200
江苏	0.14	-0.3861*	0.2009
广东	0.23	—	—
四川	0.14	0.0125	0.1759
甘肃	0.08	0.6151**	0.2175
常数		-0.9183***	0.1132

预测准确率 = 64.66%; -2Log Likelihood 2 177.467; Goodness of Fit 1 713.747; Chi-Square = 171.022

注:“—”表示参照组(省略变量); * 表示显著性水平小于 0.05; ** 表示显著性水平小于 0.01; *** 表示显著性水平小于 0.001。

合作医疗的可能性越大。在河北、吉林、甘肃等以农业为主的省份,农户更倾向于选择合作医疗,而在非农产业发达的江苏省,农户则明显表现出不愿意参加的意向。至于与甘肃省同属欠发达地区的四川省农户,土地保障能力对合作医疗参加意愿的影响在统计上并不显著,这需要对其他影响农户参加意愿的因素做进一步的研究才能解释其中的原由。上述分析结果证实,土地收益重要性高、土地保障能力强的家庭更倾向于选择参加合作医疗,土地保障能力与农户的合作医疗参加意愿有一定的正相关关系。表 9 的描述统计可以对这一结论做进一步的补充。

表 9 按土地收入重要性分组的合作医疗参加意愿及家庭资源统计

组别	分组标志	户数	户数*	比重(%)	户均土地面积(亩)	户均土地收益(元)	户均资产(元)	户均年纯收入(元)	户均年末存款余额(元)
1	小于或等于 0.2	844	216	25.6	2.9	976	51 300	20 323	15 756
2	0.201~0.4	625	196	31.4	6.9	2 355	19 952	8 796	4 718
3	0.401~0.6	287	111	38.7	11.1	3 543	16 391	8 111	3 847
4	0.601~0.8	228	111	48.7	12.9	5 400	14 925	7 532	2 526
5	大于 0.8	221	119	53.8	15.0	9 566	16 054	10 438	4 754

注:(1) 分组标志是指土地收入占家庭总收入的比重;(2) 户数*指各组中愿意参加合作医疗的农户数;(3) 户均资产指农户年末拥有的生产性和非生产性固定资产原值。

表 9 的统计显示,随着土地收入比重占家庭总收入比重的提高,各组愿意参加合作医疗的农户比重也明显提高。通过比较各项家庭财产可以发现,第一组农户在户均资产、纯收入和年末存款余额 3 个反映家庭经济实力的指标上都明显高于其他 4 组,而土地收益最低,说明这组家庭主要从土地以外的渠道获得经济来源,土地收益几乎无关紧要,同时较强的家庭经济实力也使得家庭内部消

化疾病风险的能力大大增强,除非合作医疗在保障程度等方面具有足够的吸引力,否则在外部保障力度不强、而交易费用较高^①的情况下,这部分家庭就缺乏参加合作医疗的动力。第五组农户的家庭经济实力与其余4组并无太大差距,甚至还略强于第三组和第四组,但是,愿意参加合作医疗的家庭比例却最高。对此的解释是从事农业生产面临着较高的自然风险和市场风险,土地收益易产生较大的波动,虽然家庭能够从经营土地中获得一定程度的保障,但仍有相当比例的农户对这种保障的可靠性持怀疑态度,因此,表现出较强的从其他渠道获得补充保障的愿望。

五、结 论

尽管土地保障在家庭保障中的基础地位没有发生根本性变化,但是,随着市场经济对农村社区影响程度的加深、农民非农收入来源的扩大以及农村医疗费用的攀升,土地医疗保障能力的有效性较以往已大大降低,并出现了明显的分化趋势。在农村城镇化和工业化程度较高的地区,农民拥有的土地数量在逐渐下降,家庭总收入中来源于土地的部分越来越少,这使得土地已不足以具备抵御疾病风险尤其是大病风险的功能,但是,这一地区的农户通常可以从其他渠道获得较多的收入,以弥补土地保障能力的不足,这可以从他们并不强烈的参加合作医疗的意愿上反映出来。在非农产业发展滞后的地区,土地依然在提供经济来源和疾病等生活风险保障方面发挥着重要作用,然而对于这部分代表着中国大多数农村家庭状况的农户来说,以土地收益这种具有高度不确定性的收入来应付同样不确定的疾病风险,保障的程度和可靠性都是有限的。正是因为土地在医疗保障方面具有局限性,这部分家庭更希望获得外部保障以弥补土地保障能力的不足,从而表现出对合作医疗较强的参加意愿。

综上所述,不同经济发展水平的地区、不同类型的农户对医疗保障的需求及需求的紧迫性都是不同的,因此,在推进以重建合作医疗为方向的农村医疗保障制度改革时,必须意识到农村居民在医疗保障需求方面的差异,因地制宜采取不同的模式。

参考文献:

1. [美]保罗·J·费尔德斯坦:《卫生保健经济学》(中译本),经济科学出版社,1998年。
2. 国家统计局农村社会经济调查总队:《中国农村统计年鉴》(1991~2000年),中国统计出版社,相应各年。
3. 国家统计局农村社会经济调查总队:《中国农村住户调查年鉴(2000)》,中国统计出版社,2000年。
4. 梁鸿:《中国农村现阶段社区保障的经济学分析》,百家出版社,2000年。
5. 吴明、张振忠:《中国农村合作医疗可持续发展与模式选择的制度分析》,“中国卫生发展论坛——中国农村卫生改革与发展国际研讨会”论文,2000年。

(本文责任编辑: 朱 萍)

^① 这里的交易费用指参加合作医疗需在指定的医疗点就医,报销的手续较为繁琐等问题,这些都可能增加农民获得医疗保障的成本(主要是时间成本),抵消医疗保障带来的收益,使农民的参加意愿下降。