

我国城市化征地对农民健康的影响

中国农村发展论坛

我国城市化征地对农民健康的影响^{*}

秦立建 陈 波 蒋中一

摘要 :本文利用农业部农村固定观测点 16 省份的调查数据 ,研究了我国城市化征地对农民健康风险的影响。基于 Grossman 健康需求理论 ,本文实证分析的结果发现 ,我国城市化征地降低了农村居民的健康水平 ,被征地农民的健康状况显著低于有地农民的健康状况。造成这种现象的主要原因 ,在于我国政府征用农业用地时补偿标准较低 ,农民实际得到的补偿款较少 ,无力进行必要的健康投资 ,降低了被征地农民的健康水平。因此 ,应该完善现行征地补偿政策 ,提高被征地农民的健康水平 ,增强被征地农民的收入获取能力 ,促进我国城市化的发展。

关键词 :城市化征地 无地农民 健康风险

一、引言

当前和今后相当长的时期 ,我国将处于快速城市化的阶段。城市化的一个显著特点是将农业用地征用作为城市发展用地 ,由此产生大量的失地农民。据统计 ,目前我国失地农民的数量已达 5100 万人(沈关宝等 ,2008)。由于失去了土地这个传统的天然保障 ,而征地时给予农民的补偿水平较低 ,大约 60% 被征地农民的生活状况有不同程度的下降 ,由此引发了大量的社会矛盾。在农民的上访案件中 ,与征地相关的案例达到总上访数量的 40%(中央农村工作领导小组 ,2011)。健康是人力资本的重要组成部分(Grossman ,1972) ,健康不仅能够提高农村居民的劳动生产率 ,而且可以减少生病的天数 ,增加 工作时间 ,提高农村居民的收入 ,从而维护社会稳定。由此可见 ,研究城市化征地对农民健康的影响 ,对于建设和谐社会以及制定中国转型时期的经济社会发展政策有重要意义。

国际上关于城市化征地对农民健康问题影响的研究比较丰富。Berry(2001)、Jacobs(2004)和 Sharron(2006)的研究发现 ,非洲国家城市化征地的行为降低了农民的健康水平。非洲国家的土地征用价格仅是市场价格的 10%~20% ,导致大量的社会财富从穷人向富人转移。政府征用农业用地时给予农民较低的补偿 ,不仅扭曲了社会经济运行秩序 ,而且产生了新的城市贫民 ,导致被征地农民的健康状况恶化。Luerssen(1994)、Fearnside(2001)和 Campbell 等(2010)通过对巴西等拉丁美洲国家的研究发现 ,政府滥用征地权征用耕地的行为 ,不仅降低了被征地农民的健康水平 ,而且导致社会不稳定 ,如巴西于 2005 年爆发了大规模的失地农民运动。Zhu(2006)、Chen 和 Summerfield(2007)及 Friedman 和 Thomas(2008)认为 ,应该约束征地过程中的政府行为 ,提高被征地农民的医疗和养老等待遇 ,改善被征地农民的健康状况 ,保持社会稳定发展。

然而 ,由于长期以来我国农村居民医疗保障的缺失(Yip and Hsiao ,2009) ,国内学者对被

^{*}本文是国家社科基金“农民工市民化的障碍和途径研究”(11CJL032)、教育部“新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险两制衔接研究”(12YJC790152)和中国博士后科学基金“新医改背景下城乡医疗保障一体化研究”(2012M510316)的阶段性成果。

征地农民问题的研究多集中于养老领域,而较少关注城市化征地对农民健康问题的影响。鲍海君等(2002)、刘菁(2007)、代宝珍等(2010)、史清华等(2011)和刘祥琪等(2012)认为被征地农民是土地价格博弈的弱势群体,只能被动地接受征地补偿费。现行的征地补偿标准较低,导致部分被征地农民沦为生活贫困,增加了被征地农民的健康风险。袁杰等(2008)和中国财政学会课题组(2011)发现,如果按照我国农村居民的消费水平计算,则征地补偿款只能维持7年左右的基本生活,而按照城镇居民的消费水平计算,则征地补偿款仅能维持2年多的基本生活。被征地农民的生活压力较大,无力进行必要的健康投资,加速了健康折旧,因此降低了健康水平。杜伟(2004)和秦立建等(2011)认为,加强被征地农民的健康投资,可以减少因病致贫、因病返贫现象的发生,由于政府是征地行为的最大受益者,因此应该强化政府在被征地农民健康投资中的责任,促进被征地农民的健康。

以上关于我国城市化征地对农民健康影响的文献,以定性分析为主,严重缺乏实证分析。本文基于农业部农村固定观测点的全国性调查样本,实证研究城市化征地对我国农村居民健康的影响。本文其余部分的结构安排如下:第二部分是数据来源和说明,第三部分是理论框架和计量模型,第四部分是实证结果及讨论,第五部分是结论与政策建议。

二、数据来源及说明

本文研究的数据来源于农业部农村固定观测点2007年度的调查数据。该调查在全国16个省份展开,其中东、中和西部地区分别有5、6和5个省份。按照经济发展水平的不同,在各省份内将各县分为高、中和低发展水平县,随后将各村分为高、中和低收入村,最后按照随机抽样的方式选择调查家庭,每个样本村随机抽取50个家庭,共选取190个村子的9500个农户,约40000个农村居民。根据本文的

表1 被征地农民与有地农民健康状况的差异比较(%)

健康状况	被征地农民			有地农民		
	全部	男性	女性	全部	男性	女性
较好	54.45	58.13	50.25	61.01	64.51	56.77
较差	45.55	41.87	49.75	38.99	35.49	43.23

研究目的,遵循赵忠(2006)和Glauben等(2008)的思路,本文选取18~65岁处于劳动力年龄阶段的非在校学生作为研究样本。经过数据清理,共有20455个农村居民作为研究样本,其中被征地农村居民的数量为3367个,占总样本的16.46%。被征地农民样本的地区分布差异较大,东部地区占67.75%,而中、西部地区分别占18.18%和14.08%。东部地区所占被征地农民样本的比重较大,这与我们东部地区城市化进程更快的特点相一致。如表1所示,被征地农村居民的健康状况低于有地农民的健康状况,自评健康状况较好者的比例,被征地农民低于有地农民7%左右。被征地农民和有地农民的健康都存在性别差异,男性的健康状况普遍好于女性。

表2是本文有关变量的定义和描述性统计。由表2可知,受访者健康状况较好者的比例为59.84%,略高于健康状况较差者的比例。样本中男性的比例为54.51%,略高于女性的比例,这与我国男性多于女性的人口结构特征相一致(国家统计局,2011)。受访者的平均年龄为42.94岁,最小者为18岁,最大值为65岁。平均受教育程度达到7.19年,最少的受教育年限为0年,最高者达到16年。仅有9.20%的受访者接受了职业培训,可见,大多数农村居民没有接受过职业培训。党员户家庭占15.64%,信教户家庭的比例为5.35%。

三、理论框架与计量模型

本文研究的理论基础是Grossman创立的健康需求理论。根据健康的特点,Grossman(1972)开创

表2 本文有关变量的定义和描述性统计

变量名	定义	观测值	均值	标准差
健康状况	健康状况较好者为1,较差者为0。	20455	0.5984	0.4902
是否土地被征用	家庭全部土地被征用为1,否为0。	20455	0.1646	0.3708
性别	男性为1,女性为0。	20455	0.5451	0.4980
年龄	受访者年龄连续变量(年)。	20455	42.9398	12.2916
教育程度	受访者接受学校正规教育年限(年)。	20455	7.1868	2.7259
是否受职业培训	受访者曾经接受职业培训为1,否为0。	20455	0.0919	0.2889
外出务工或经商时间	个人一年中外出务工或经商时间(天)。	7158	222.6144	95.0037
外出务工或经商收入	个人一年中外出务工或经商收入(元)。	7110	9521.1900	18965.2300
家庭人数	家庭总人数。	20455	4.3364	1.4882
家庭劳动力数量	处于劳动力年龄阶段的家庭成员数量。	20455	3.5235	1.1600
家庭总收入	家庭当年总收入(元)。	20455	41398.1700	138360.4000
家庭医疗支出	家庭全年医疗支出总额(元)。	10874	1208.7800	3512.6870
是否党员户	家庭成员有党员为1,否为0。	20369	0.1564	0.3632
是否军烈属户	受访者是军烈属家庭为1,否为0。	20372	0.0211	0.1436
是否信教户	受访者家庭信仰宗教为1,否为0。	20318	0.0535	0.2250
西部地区	受访者位于西部地区。	20455	0.2389	0.4264
中部地区	受访者位于中部地区。	20455	0.3982	0.4895
东部地区	受访者位于东部地区。	20455	0.3630	0.4809

性地构建了健康需求理论,奠定了健康经济学研究的理论基础。Grossman认为,教育和健康都是重要的人力资本,两者都可以提高劳动生产率,但是,健康与教育最大的不同点在于,健康不仅能够提高劳动生产效率,而且可以生产劳动时间,从而提高劳动者的收入获取能力。因此,投资于健康的重要意义即在于此。按照Grossman的健康需求理论,个人健康状况受性别、年龄、教育等特征以及家庭和社会特征的影响,根据我们的研究目的,本文采用Logistic模型估计我国城市化征地对农村居民健康的影响,具体的计量模型如下。

$$\begin{aligned} Health_i^* &= \log[p_i / (1 - p_i)] \\ &= \alpha_0 + \alpha_1 M_i + \alpha_2 F_i + \alpha_3 L_i + \alpha_4 R_i + \mu_i \end{aligned} \quad (1)$$

式(1)中方程左边的 $Health_i^*$ 表示第*i*个农村居民的健康状况,它是受一系列因素影响的隐函数,我们无法观察其实际值。但是,Logistic模型的重要优点是,其因变量是受访者个人自评健康状况较好或者较差的机会比(Odd Ratio, OR),它把(0,1)区间上预测概率的问题转化为在实数轴上预测身体健康状况较好或较差发生的机会比的问题,而这一机会比是我们能够观察到的受访者的自评健康状况。本文遵循赵忠(2006)、Chiswick等(2008)和Fletcher等(2011)等的思路,采用受访者自评健康的方式测度健康状况。健康状况较好者赋值为1,健康状况较差者赋值为0。自评健康的缺点是结果往往受到被访者个人的主观影响,个体之间的自评结果有一定的差异,不同地区和不同阶层居民的健康自评标准不完全相同。但是其优点是能够系统地评价受访者个人的健康状况,甚至大量的研究表明,在控制了医生评价、疾病测量等因素后,自评健康状况与专业技术测量的结果非常接近,因此受到研究者的普遍采用(Chiswick et al., 2008)。

解释变量 M_i 表示个人特征向量,包括农村居民的性别、年龄、教育程度、是否接受过职业培训、外出务工或经商时间,以及外出务工或经商收入等。健康状况存在性别差异,由于生理方面的原因,女性更容易受到疾病的侵袭,女性的健康水平低于男性(朱玲,2009)。随着年龄的增长健康投资的折旧率增加,健康状况会越来越差(赵忠,2006)。教育和职业培训将增强农村居民的健康知识获取能力,提高他们运用医疗卫生保健知识维护自身健康的

能力,从而促进健康水平的提升(苑会娜,2009)。外出务工或经商时间越长,则自身健康的危害越大(Fletcher et al., 2011)。收入与个人健康状况呈正相关关系,高收入则增强了个人投资于健康的能力,一旦生病能够及时治疗。

F_i 表示家庭特征向量,包括家庭人口经济特征,如家庭人数、家庭劳动力数量、家庭总收入和家庭医疗支出变量;还包括家庭社会属性特征,如是否党员户、是否军烈属户和是否信教户等变量。家庭规模对家庭成员健康的影响还存在争议,规模较大的家庭,家庭成员之间可以互相照顾,从而促进家庭成员的健康水平(乐章,2005)。但是,家庭规模较大的家庭,每个家庭成员获得的健康投资较少,降低了家庭成员的健康(赵忠,2006)。家庭劳动力数量越多,将增加家庭的收入能力,从而提高投资于健康的能力,有助于提升家庭成员的健康水平。家庭医疗支出越高,则家庭成员的健康状况较差,主要原因在于我国农村居民的收入水平普遍较低,重视疾病治疗而忽视日常保健预防的情况比较严重,所以医疗支出与家庭成员的健康状况呈负相关关系(孙颖,2009)。党员户家庭是农村居民的精英,接受新知识较快,接受健康知识的途径较多,有更高的健康意识。军烈属家庭由于缺少劳动力,所以家庭成员的健康状况较差。在我国社会经济转型时期,各项社会保障制度还不健全,保障水平还比较低,健康状况较差的农村居民倾向通过信仰宗教的方式获得心理安慰,表现为信教户家庭成员的健康状况较差的特征(郑凤田等,2010)。

L_i 表示是否全部土地被征用特征变量向量,该变量是本文关注的主要变量。我国目前处于快速城市化的发展阶段,大量的农业用地被征用作为城市发展用地。土地是我国农村居民传统的基本保障,土地被征收后,农村居民丧失了可靠的生活来源,而征地补偿款较少,不足以维护正常的生活,无力进行必要的健康投资,将增大农村居民的健康风险,降低农村居民的健康水平。

R_i 则表示地区特征变量向量,由于我国东、中和西部地区医疗卫生条件的差异,农村居民医疗服务的可及性有较大差别,医疗卫生资源的地区差异将对农村居民的健康产生不同的影响。 α_0 是常数项,向量 α_1 至 α_4 是各向量的待估系数, μ_i 是随机误差

项。为了减少数据的非正态性,计量模型中将外出务工或经商收入、家庭总收入和家庭医疗支出等变量均取对数进行平滑处理。

四、结果及讨论

表3是城市化征地对农村居民健康风险影响的计量估计结果。模型一是本文的基本模型,考察了在控制性别、年龄和教育程度等个人基本特征的情况下,城市化征地对农民健康的影响。结果显示,失去土地农民的健康水平显著低于有地农民的健康水平。模型二控制了家庭人口经济特征、家庭社会属性特征,以及地区差异对健康状况的影响,结果表明,城市化征地降低了农村居民的健康水平,并且这一结果在1%的水平上显著。总体而言,基本模型和拓展模型的估计结果均表明,我国城市化过程中将农业用地征用为城市发展用地,增加了被征地农民的健康风险,损害了农村居民的健康水平。

根据课题组在各地的调查我们发现,多数地方政府征用农业用地作为城市发展用地时,将被征地农民纳入了不同形式的医疗保障体系。一是将被征地农民纳入城镇职工医疗保险,采取这种医疗保障方式的地区,往往为被征地农民单独建立医疗保险,被征地农民医疗保险基金单独核算,管理部门是当地的劳动和社会保障部门,但是保障待遇低于当地的城镇职工医疗保险。二是将其纳入新型农村合作医疗保险,保障待遇与有地农民相同。另外,近年来国家为城镇灵活就业人员建立城镇居民基本医疗保险,有些地区将被征地农民纳入到城镇

居民基本医疗保险。新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险的个人缴费、保障待遇等基本趋同,虽然个人缴费负担相对较小,但是保障待遇比较低,无法有效保障被征地农民的健康风险。

城镇职工医疗保险的个人缴费负担较重,被征地农民的缴费可持续性较差,加重了被征地农民的经济负担。如陕西省西安市将被征地农民纳入到城镇职工医疗保险,由西安市劳动和社会保障局负责管理。实际上,该市为被征地农民单独建立了医疗保险,但是不保障门诊疾病,不建立个人账户,不参加大额医疗保险(西安市城镇职工医疗保险设有个人账户以及大额医疗保险),被征地农民只享受住院医疗补偿。在个人缴费方面,被征地农民参加医疗保险,将全市上一年度职工平均工资作为缴费基数,按照4.9%的比例一次性缴纳相应年限的医疗保险费。被征地农民参加医疗保险的最低缴费年限为:男30年、女25年。而到达领取养老金年龄时(男60岁、女55岁),累计缴费年限没有达到最低缴纳年限的被征地农民,则按照当年缴费基数一次性补缴差额年限的费用,否则不能享受基本医疗保险住院待遇。

这种将被征地农民纳入城镇职工医疗保险的方式,农民个人缴费负担较重。例如某男性农民,被征地时为50岁,自被征地时起至60岁退休年龄的10年时间,按月缴纳医疗保险费用,由于需要缴纳不少于30年的医疗保险费用,则其还需一次性补缴20年的医疗保险费用。每年补缴金额为773元,补缴20年的医疗保险费为15460元。养老保险则根据年龄段一次性分别缴纳5~15年的养老保险费,

最低缴纳10186元,最高缴纳54600元。对于只失去耕地的农民,扣除医疗和养老等社会保障缴费后,还能得到少许的征地补偿款,而一旦住房也被征收的农民,失地即意味着负债。西安市大三桥街东凹里村有101户共331人,村里216亩土地被政府征用时每亩地的补贴款是3万多元,扣除各种款项,分到个人手里,实际每人仅得到1万多元。宅基地按每平方米400元补贴,则每户补贴款为20万元左右。政府为失地农民建造的安置房,每户的价格在50万~60万元,除去政府补助的20万

表3 城市化征地对农村居民健康影响的Logistic模型回归结果

变量名	模型一				模型二			
	系数	标准差	P值	OR值	系数	标准差	P值	OR值
性别	0.2396	0.0613	0.0000	1.2710	0.2260	0.0845	0.0070	1.2540
年龄	-0.0416	0.0027	0.0000	0.9590	-0.0434	0.0039	0.0000	0.9580
教育程度	0.0137	0.0118	0.2480	1.0140	0.0294	0.0157	0.0610	1.0300
是否受职业培训	0.5585	0.0952	0.0000	1.7480	0.4948	0.1266	0.0000	1.6400
外出务工或经商时间	-0.0004	0.0004	0.2470	1.0000	-0.0002	0.0005	0.6610	1.0000
外出务工或经商收入对数	0.0824	0.0183	0.0000	1.0860	0.0911	0.0230	0.0000	1.0950
家庭人数					-0.1175	0.0396	0.0030	0.8890
家庭劳动力数量					0.0179	0.0493	0.7170	1.0180
家庭总收入对数					0.3169	0.0673	0.0000	1.3730
家庭医疗支出对数					-0.0800	0.0203	0.0000	0.9230
是否党员户					0.0841	0.1071	0.4330	1.0880
是否军烈属户					-0.2222	0.2606	0.3940	0.8010
是否信教户					-0.1176	0.1832	0.5210	0.8890
是否土地被征用	-0.1662	0.0674	0.0140	0.8470	-0.5994	0.0997	0.0000	0.5490
中部地区					0.1295	0.0982	0.1880	1.1380
东部地区					0.0452	0.0981	0.6450	1.0460
常数项	1.5077	0.1994	0.0000	4.5160	-0.8858	0.6733	0.1880	0.4120
伪R平方		0.0593				0.0835		

元,则各户需要承担30万~40万元。本调研中有地农民的人均住房支出为28413元,而被征地农民的人均住房支出高达103660元,被征地农民人均住房的支出是有地农民的3.65倍。被征地农民的收入获取能力较低,由于政府征地而背上沉重的债务,而医疗保险缴费负担相对较重,无力进行必要的健康投资,损害了个人健康。表3模型二中的是否土地被征用变量显示,被征地农民与有地农民健康状况较好者的机会比是0.5490,被征地农民的健康状况显著低于有地农民的健康状况。

第二种医疗保障类型,如福建省晋江市(县级市)将被征地农民纳入新型农村合作医疗保险,由于新农合的补偿待遇较低,无法有效保障被征地农民的健康风险。晋江市的经济较为发达,是福建省首强县,位居全国百强县第8位。2010年度,该市的农村居民人均纯收入是10542元,是全国农民人均纯收入5919元的1.78倍。晋江市2010年度新型农村合作医疗人均筹资为180元,其中个人缴费为30元,其余费用则由各级财政补贴。当年全国新型农村合作医疗人均筹资为113元,晋江市新型农村合作医疗人均筹资是全国人均筹资的1.59倍。该市新型农村合作医疗保险,补偿住院治疗 and 特殊病门诊,不补偿普通门诊。2010年度,晋江市新型农村合作医疗基金的使用率是92.85%,住院补偿率仅达到33.87%,医疗基金使用效率较高但是保障水平较低。而实际上,我国城市化过程中所征收的农业用地基本位于城镇郊区,这类地区环境污染比较严重,医疗价格相对于农村地区较高,生活成本比较高(赵忠,2006)。因此,失去土地的农村居民,他们面临的健康风险通常高于有地农民的健康风险。本调研中有地农民当年的家庭医疗支出是1122元,而被征地农民的家庭医疗支出为1770元,被征地农民的家庭医疗支出高于有地农民,但是其健康水平却低于有地农民,由此可以看出补偿水平较低的新型农村合作医疗,无法有效保障被征地农民的健康风险。

我国城市化征地降低了被征地农民的健康水平,根本原因在于我国政府征收农业用地时,补偿政策不合理、补偿水平较低而引起的。现行的征地补偿政策,是根据《中华人民共和国土地管理法》的有关规定执行。征收耕地的补偿费用包括三部分,

即:土地补偿费、安置补助费,以及地上附着物和青苗补偿费,补偿金额的计算方法是产值倍数法。土地补偿费的补偿金额为该耕地被征用前3年平均年产值的6至10倍;安置补助费的补偿金额,是该耕地被征用前3年平均年产值的4至6倍。征地补偿的总金额,不能超过土地被征收前3年平均年农业产值的30倍。这笔征地补偿款,如果按照农村居民消费水平计算,勉强可以生活7年,而按照城镇居民消费水平计算则只能生活2年,无力进行必要的健康投资。现行征地补偿费用计算采用的产值倍数法,没有考虑到被征收的农业用地已经不是传统意义上的耕地,由于用途的转变,土地被征用后其价值大幅度的上升,被征地农民却无法分享土地增值带来的收益。由于征地补偿款较少,被征地农民的生活比较拮据,健康投资不足,导致健康状况恶化。

除了是否土地被征用变量是本文主要关注的变量,其他一些变量也值得关注。表3模型二的性别变量的OR值表明,男性健康状况较好者是女性健康状况较好者的1.25倍,说明健康风险存在性别差异,男性的健康水平好于女性。由于生理方面的原因,女性更容易受到疾病的侵袭,因此,加强女性的健康维护尤为必要。教育变量的结果表明,教育程度越高,健康状况越好,说明教育对健康有积极的促进作用。教育程度较高的农村居民,不仅能够获得较多的健康知识,而且有能力将健康知识运用到维护自身健康的行动中,提高健康水平。有无接受职业培训变量表明,受到职业培训的农村居民,其健康状况好于没有受过职业培训的农民,并且这一结果在1%的水平上显著。而OR值则表明,受过职业培训的农民,健康状况较好者是没有受过职业培训农民的1.64倍。农村居民接受职业培训后,增加了就业渠道,扩大了人际交往范围,获取更多的医疗保健知识,提升了健康水平。这一发现具有重要意义,加强农村居民尤其被征地农民的职业培训,是提高其健康水平的有效途径。

外出务工和经商时间变量的结果表明,外出务工和经商的时间越长个人的健康水平越低。尽管这一结果在统计上并不显著,但是外出工作时间对身体造成不利影响的原因值得关注。有两方面的原因导致这种结果,一方面,我国农村居民一般到

城市或发达地区务工或经商,他们进入城镇地区后,所从事的职业层次低,工作环境恶劣,这些都不利于其健康。另一方面,囿于城乡分割的二元体制,外出务工和经商的农村居民无法真正融入打工所在城市,游离于城镇公共卫生服务和社会保护网络之外,而现行覆盖农村居民的新型农村合作医疗,由于该医疗保障项目以县为单位进行管理,异地就诊时医疗保险无法转接,外出工作的农村居民一旦遇到健康风险,则缺乏有效的保障。外出务工和经商的时间越长,则不利的工作环境和城乡制度壁垒对身体造成的负面影响越大,降低了外出农村居民的健康水平。

表3模型二的家庭人数变量表明,家庭规模越大,则家庭成员的健康水平越低。人数较多的家庭,则家庭成员人均得到的健康投资较少,降低了健康水平。家庭收入变量表明,家庭收入与个人健康状况呈正相关关系,并且在1%的水平上显著。收入较高的家庭,分配给家庭成员进行健康投资的经济能力较强,提升了家庭成员的健康水平。是否党员户变量的OR值表明,党员户的家庭成员,其健康较好者是非党员户的1.09倍,说明党员户家庭成员的健康状况较好。党员是农村居民中的精英,接受健康知识的能力较强,有较高的健康意识,有助于提升健康水平。是否信教户变量的OR值是0.89,说明信教户家庭成员的健康状况较差。当前我国正处于经济社会发展的转型时期,包括医疗保障在内的社会保障体系还不完善,部分农村居民试图通过信仰宗教的方式进行自我调节,这也凸显了建立健全包括医疗保障在内的各项社会保障制度的必要性和紧迫性。

五、结论与建议

本文利用农业部农村固定观测点的调查数据,研究发现我国城市化征地降低了农村居民的健康水平,被征地农民的健康状况显著低于有地农民的健康状况。造成这种结果的主要原因,在于我国政府征用农业用地时给予农民补偿政策的不合理,补偿标准较低,农民实际得到的补偿款较少,无力进行必要的健康投资,导致被征地农民的健康状况较差。被征地农民和有地农民一样,从事的主要是工作强度较大、就业环境较差和流动性较高的体力劳

动,职业岗位对身体健康的要求较高。健康状况较差降低了被征地农民在劳动市场的竞争力,降低了被征地农民的收入获取能力,不利于我国城市化的发展。

城市化是我国全面建设小康社会,实现城乡统筹发展和城乡一体化发展的必由之路。城市的发展离不开农村的支持,而农村的发展也离不开城市的辐射和带动,必须充分发挥城市对农村的带动作用才能够促进农村地区的发展,而城市化正是城市带动农村发展的有机组成部分。城市化发展的目的,归根结底是人类自身福利的发展。推进城市化建设的关键,就是要打破城乡固有的二元经济社会结构,割除城乡分割的体制障碍,统筹城镇居民和被征地农村居民的医疗、养老、教育和劳动就业等,实现基本公共服务均等化,使被征地农村居民与原有城镇居民平等的享有公共服务,分享经济发展的成果。

为了改善被征地农民的健康状况,促进我国城市化的发展,在现有财政能力及分权体制下,本文建议采取以下措施改善被征地农村居民的健康水平。第一,完善征地补偿政策。政策制定者应该采取有效措施,将征地补偿款与土地被征用后的增值部分相联系,让被征地农民合理享受经济发展的成果,有能力进行必要的健康投资,促进健康水平。第二,加强农村居民尤其被征地农民的职业培训。职业培训能够提高农村居民的收入获取能力,从而促进健康投资。对被征地农民的职业培训,要在征地之前有计划有步骤的进行。第三,提高被征地农民的社会保障待遇。被征地农民已经成为新市民,应当享受与原城市居民同等的医疗、养老和就业等社会保障待遇。第四,深化医疗卫生体制改革。应抛弃目前实行的按服务项目付费的方式,而采取按总额付费和单病种付费等新型医疗服务费用支付方式,切实降低医疗费用。

本文使用2007年度的调查数据,研究了我国城市化征地对农民健康的影响。十一五期间,我国新农合的发展速度较为迅猛。新型农村合作医疗制度于2003年开始试点,在政府的大力支持下迅速推广,于2008年基本覆盖全国。2007年度,我国实施新农合的县(区)数量达到2451个,占全国2862个县(区)的85.63%;参合人员为7.26亿人,参合率

我国城市化征地对农民健康的影响

中国农村发展论坛

达到86.20%。本调查样本16个省份中,开展新农合的县(区)达到85.50%,东部地区则高达92.94%。新农合人均筹资较低,2007年度仅为58.90元,虽然2011年度人均筹资提高到246.20元,但医院门诊病人次均医药费用达到180.20元,住院病人次均医药费用高达6909.90元。由此可见,新农合的保障能力仍然偏低,本文使用2007年度的数据并不影响研究结论在现阶段的适用性和对政策制定的参考价值。另外,可以从两个维度对本文的主题进行研究。其一,比较被征地农民和有地农民健康的差异;其二,研究土地被征用前后农民健康状况的变化。基于调查数据的局限性,本文主要从第一个维度展开了研究。而以第二个维度作为研究视角,则是下一步的重点研究工作之一。

(作者单位:秦立建,安徽财经大学财政与公共管理学院;陈波,国务院发展研究中心;蒋中一,农业部农村经济研究中心;责任编辑:程漱兰)

参考文献

- (1) 鲍海君、吴次:《论失地农民社会保障体系建设》,《管理世界》,2002年第10期。
- (2) 代宝珍、毛宗福:《农民工、失地农民基本医疗保险权益研究》,《中国卫生事业管理》,2010年第9期。
- (3) 杜伟:《失地农民基本生活保障制度的完善》,《财经科学》,2004年第2期。
- (4) 国家统计局:《2010年第六次全国人口普查主要数据公报(第1号)》, http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/t20110428_402722232.htm, 2011年4月28日。
- (5) 乐章:《农民的疾病风险与医疗保障:一个实证分析》,《经济社会体制比较》,2005年第1期。
- (6) 刘菁:《论失地农民的社会保障体系建设》,《党政干部论坛》,2007年第3期。
- (7) 刘祥瑞、陈钊、赵阳:《程序公平先于货币补偿:农民征地满意度的决定》,《管理世界》,2012年第2期。
- (8) 秦立建、蒋中一:《新型农村合作医疗遇到城市化扩张中一户两制问题》,《经济学动态》,2011年第3期。
- (9) 沈关宝、王慧博:《解读失地农民问题》,《江西社会科学》,2008年第1期。
- (10) 史清华、晋洪涛、卓建伟:《征地一定降低农民收入吗:上海7村调查》,《管理世界》,2011年第3期。
- (11) 孙颖:《中国农民轻保健、重医疗行为的现状及对策分析——基于山东省的调查研究》,《卫生软科学》,2009年第6期。
- (12) 袁杰、吴广明:《我国失地农民医疗保险问题分析》,《卫生经济研究》,2008年第3期。
- (13) 苑会娜:《进城农民工的健康与收入——来自北京市农民工调查的证据》,《管理世界》,2009年第5期。
- (14) 赵忠:《我国农村人口的健康状况及影响因素》,《管理世界》,2006年第3期。
- (15) 郑风田、阮荣平、刘力:《风险、社会保障与农村宗教信仰》,《经济学季刊》,2010年第3期。
- (16) 中国财政学会课题组:《城市化进程中失地农民补偿存在的问题及政策建议》(2011年调研报告)。
- (17) 中央农村工作领导小组:《失地农民四成上访》,《新京报》,2011年3月25日。
- (18) 朱玲:《农村迁移工人的劳动时间和职业健康》,《中国社会科学》,2009年第1期。
- (19) Berry, A., 2001, When do Agricultural Export-help the Rural Poor? A Political-economy Approach, *Oxford Development Studies*, Vol.29, No.2, pp.125~144.
- (20) Campbell, C., Cornish, F., Gibbs, A. and Scott, K., 2010, How do Social Movements Persuade the Rich to Listen to the Poor, *Journal of Health Psychology*, Vol.15, No.7, pp.962~971.
- (21) Chen, J. J. and Summerfield, G., 2007, Gender and Rural Reforms in China: A Case Study of Population Control and Land Rights Policies in Northern Liaoning, *Feminist Economics*, Vol.13, No. 3, pp.63~92.
- (22) Chiswick, B., Lee, Y. and Miller, P., 2008, Immigrant Selection System and Immigrant Health, *Contemporary Economic Policy*, Vol.26, No.4, pp.555~578.
- (23) Fearnside, P. M., 2001, Land-tenure Issues as Factors in Environmental Destruction in Brazilian Amazonia: the Case of Southern Para, *World Development*, Vol.29, No.8, pp.1361~1372.
- (24) Fletcher, J. M., Sindelar, J. L. and Yamaguchi, S., 2011, Cumulative Effects of Job Characteristics on Health, *Health Economics*, Vol.20, No.5, pp.553~570.
- (25) Friedman, J. and Thomas, D., 2008, Psychological Health Before, During and After an Economic Crisis: Results from Indonesia, *The World Bank Economic Review*, Vol.23, No.1, pp.57~76.
- (26) Glauben, T., Herzfeld, T. and Wang, X. B., 2008, Labor Market Participation of Chinese Agricultural Households: Empirical Evidence from Zhejiang Province, *Food Policy*, Vol.33, No.4, pp.329~340.
- (27) Grossman, M., 1972, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*, Vol.80, No.2, pp.223~255.
- (28) Jacobs, S., 2004, Livelihoods, Security and Needs: Gender Relations and Land Reform in South Africa, *Journal of International Women's Studies*, Vol.6, No.1, pp.1~19.
- (29) Luerssen, J. S., 1994, Landless, Health, and the Failures of Reform in the Peruvian Highlands, *Human Organization*, Vol.53, No.4, pp.380~387.
- (30) Sharron, M. T., 2006, Land Rights in South Africa: A Mechanism against Poverty, *Development*, Vol.49, No.3, pp.133~137.
- (31) Yip, W. and Hsiao, W., 2009, China's Health Care Reform: A Tentative Assessment, *China Economic Review*, Vol. 20, No.4, pp.613~619.
- (32) Zhu, L., 2006, Old Age Security: A Case from Rural Suzhou, *China & World Economy*, Vol.14, No.1, pp.68~78.