

新型农村合作医疗问题与对策研究

——基于永州市零陵区的调查

段 华

(湖南省农业集团有限公司, 湖南 长沙 410008)

摘 要: 新型农村合作医疗制度(“新农合”)是政府对医疗市场的有效干预措施。与东部发达地区相比,永州市零陵区新农合存在参合率偏低;新农合基金沉淀率偏高,农民群众受益程度不高;定点医疗机构布局集中,医疗服务的可及性弱;定点医疗机构与农民群众医疗信息不对称,导致公平和效率的双重损失等问题。针对上述问题,应加强宣传力度和丰富宣传形式,制定科学的补助计划,加强对农村乡镇卫生医疗机构的资金投入和政策倾斜,加强对定点医疗机构的监管,以提高农民参合的回报率,提高基层医疗机构医疗服务供给能力,防止农民群众合理利益受损,促进新型农村合作医疗事业的持续发展。

关 键 词: 农民;健康需求;农村合作医疗;服务水平;永州市

中图分类号: F323.89

文献标识码: A

文章编号: 1009-2013(2009)05-0059-06

Problems and Countermeasures of New-type Rural Cooperative Medical System

——Based on the Survey in Lingling of Yongzhou City

DUAN Hua

(Agricultural Group Co. Ltd. of Hunan Province, Changsha 410008, China)

Abstract: A new type of rural cooperative medical system ("the new rural cooperative") is an effective governmental intervention in the medical market. Compared with the eastern developed areas, there exist many problems in Lingling district of Yongzhou city. In order to solve these problems, we should conduct various popularized activities, implement scientific subsidy scheme, invest more fund in town hospitals, provide policies protect, strengthen the supervision of designated medical institutions.

Key words: farmers; health needs; rural cooperative medical system; service; Yongzhou City

为切实解决农民群众因病致贫、因病返贫问题,中央人民政府于2002年作出《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,开始在全国部署建立由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度——农村新型合作医疗制度。卫生部、财政部、农业部从2003年安排了一批试点地区。

2003年7月,湖南省选取长沙县、华容县、花垣县、桂阳县、涟源市5个试点县市,正式启动新型农村合作医疗制度。截至2008年1月,湖南全省102个实施县市区2007年度参合人数已达4346.25万人,平均参合率为88.85%,其中长沙县、花垣县参合率已

达到100%,安乡县、攸县、鼎城区等41个县市区的参合率均已超过了90%。根据湖南省新型农村合作医疗协调领导小组2007年《关于确定2007年新农合增补试点县(市、区)的通知》,在原计划新增31个县市的基础上再次新增23个县市,永州市零陵区(原芝山区,2005年经国务院批准正式更名为零陵区)即列其中。经统一部署,2007年4月1日起,永州市零陵区正式启动新型农村合作医疗制度。由于新型农村合作制度是一项系统工程,随着时间的推移和空间的扩散,其面临的一些问题或许已经解决,但同时又出现新的问题。零陵区的新农合制度由于启动时间滞后,但在另一种意义上讲,作为新的地区新农合制度,其又是否具有后发优势?能否克服一些业已出现的一般性问题?是否又出现了一些新的问题?这些是笔者试图解答的问题。

收稿日期: 2009-07-16

作者简介: 段 华(1966-),女,湖南宜章人,人力资源经济师。

一、文献回顾

对于农村合作医疗的制度研究,国内外相关文献已经很多。在现有的国外文献中, Surjit S. Wadhwa 等认为随着医疗需求方受到更好的教育才能够掌握更多的信息,医疗供给方需要注意需求方最在意的一些服务方面,如医疗的使用、医患关系、有意义且易理解的信息、以及医疗和治疗方案的参与。其中医疗服务中,被越来越多人认可的重要的一个方面就是患者的感知。并且他还提出患者感知不仅仅在于医疗的服务,它也与医疗质量的客观制度相关^[1]。Jutting 提出一个合作医疗制度的基本分析框架,在这个框架中,农村合作医疗制度主要涉及到三方利益主体,一是参加合作医疗组织成员;二是农村合作医疗组织;三是医疗服务机构^[2]。而另外一些学者认为,新一代的农村合作医疗发展的关键在于农村医疗网络三方的协调与统一,它们包括制度的特性,成功的条件以及政府对农村合作医疗的政策^[3]。

国内的理论研究中,刘立远等根据健康保险文献研究和社会资本理论,以及中国和其他地区社会卫生筹资的实证研究,认为决定合作医疗制度建立和运行过程有两个充分条件和一个必要条件。必要条件是农村居民对合作医疗的有效需求。两个充分条件分别是:合作医疗的组织和管理;合作医疗的政策和环境的规制。他们特别提到了供方的服务质量和农民对合作医疗的预期是影响合作医疗成功与否的因素。在相关分析中,他们发现村卫生室满意率和期望对合作医疗的影响为正相关,即农民对村卫生室满意率越高,参保率则越高^[4-8]。在实证研究方面,任再等把享受补偿的农民继续参保意愿与未享受补偿的农民比较,提出补偿收益面至关重要^[9-12]。高梦滔等从农民的需求角度分析得出,补偿与筹资、公平问题以及病种付费方式将影响新型农村合作医疗的运行^[13-20]。在现有文献中,笔者发现从理论上研究新农合的文献较多,但是案例研究较少。因此,笔者拟对湖南永州市零陵区的运行情况进行调查分析,并提出相应的对策建议。

二、零陵区新农合运行中的主要问题

1. 参合率不够高

2007年,零陵区农业人口444 821人中参加新农合的有319 245人(其中五保户3 893人,特困户3507人,重度残疾750人),总参合率为71.77%。2008年,全区新增参合人口44 431人,同时农业人口下降1 578

人,参合率提高到82.05%。据统计,截至2007年9月,我国东部地区有653个县(市、区)实施新农合制度,占东部地区县(市、区)总数的93.69%,参加新农合人口2.23亿,参合率约为90%,部分地区达到了95%。两相对比,零陵区的参合率明显低于东部发达地区。尽管零陵区合作医疗制度运行一年以来,在一定程度上减轻了农民负担,加快了农村卫生事业发展步伐,但其工作力度仍有待加强。

毫无疑问,实行新型农村合作医疗制度的目标的就是覆盖所有农业人口,积极解决农民群众“看病贵”,因病致贫、因病返贫的问题。卫生部和财政部《关于做好2008年新型农村合作医疗工作的通知》,要求实现2008年新型农村合作医疗制度的全面覆盖。永州市零陵区仍有79 567名农业人口没有加入,约占该区总农业人口的18%,距离“全面覆盖”的目标有相当的差距。部分群众仍然是徘徊在新农合制度之外,而没有享受到公共财政的福利。

2. 新农合基金沉淀率偏高

永州市零陵区的合作医疗基金共由三部分组成:风险基金、门诊基金和统筹基金。2007年共筹资1 596.22万元(其中个人缴费319.24万元,区财政127.7万元,市财政95.77万元,省财政415.02万元,中央配套资金638.49万元),2008年增至2 909万元(由于参合人数的增加以及筹资水平的提高)。风险基金为总基金的12%左右。该区根据2007新农合基金略有结余的现状,2008年已一次性留足200万。门诊基金约占总基金的10%左右,截至2008年1月,门诊实际补偿32.13万元,余留127.47万元。统筹基金占总基金的78%,由住院补偿、平产分娩补偿、狂犬疫苗接种补偿三部分组成,截至2008年3月,共补偿975.07万,结余270万。

由上述数据发现,零陵区门诊基金的沉淀情况相当严重,结余率为79.87%,统筹基金和总基金的结余率分别为21.69%、36.90%。为防止合作医疗统筹基金过度沉淀,卫生部、财政部曾于2007年发布了一份《关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》,要求当年筹集的合作医疗统筹基金结余应一般不超过15%。可见,零陵区的沉淀水平明显超标,使得广大农民群众的受益程度偏低。

3. 医疗服务可及性低

零陵区定点医疗机构设置的集中性表现在两个方面:一是服务水平高的医院均集中于城区,医疗资源

较少配置于农村乡镇卫生院。二是在农村,由于人口分散,乡镇卫生院往往也集中于利润高的区域,为一部分群众就医带来不便,降低了农村医疗服务的可及性。

新农合管理部门与定点医疗机构的关系是准入与被准入的关系,“卫生行政部门新型农村合作医疗管理机构与乡镇新型农村合作医疗管理机构,负责对定点医疗机构的相关业务实施管理、检查和指导”。但是,定点医疗机构的作为并不以新农合管理部门的行政指令作为根本依据,盈利仍是其行为准则,市场规则对定点医疗机构的行为发生着重要的影响。尽管在定点医疗机构审核认定中,方便就医原则(定点医疗机构应当合理布局,优先考虑方便农民看病就医)是首要原则,但是在农村医疗资源稀缺的现状和新农合政绩冲动的双重压力下,这一原则被“灵活”处理。

同时,定点医疗机构以从原市场中认证准入构成,对农村医疗市场的总供给能力并未产生实际影响。以永州市零陵区富家桥镇何仙观乡为例,目前该乡共有定点医疗机构两家,这两家医疗机构在未实行新农合前就已存在,其业务水平、医疗条件也并未因新农合的实施而改善。受市场规则的作用,两家医疗机构均设置于该乡人口密集、人流量大的区域,远离中心区域的人口从居住地到医院就医需要花费的时间长、成本高。

4. 医患信息不对称导致的问题

信息不对称是医疗服务市场的最大问题,这在零陵区新农合的开展过程中也不可避免的存在。基层农民群众对定点医疗机构中从业的医务人员,尤其是农村乡镇卫生院中的医务工作者表现出一种很无奈的态度。一方面,在面临健康问题,出于对生命的重视,他们一般会听取医生的意见,并积极配合;另一方面,对基层医务工作者的业务水平和职业道德,尤其是业务水平又持怀疑的态度,担心花了钱仍治不好病。而一些基层医务工作者的业务水平低,不能满足农民群众的需求,反而延误农民治疗的时机。

定点医院对部门药品收取的价格也高于市场一般价格。如《湖南省新型农村合作医疗基本药品目录(修订版)》中编号为“01010101”的阿莫西林,零陵区何仙观乡卫生所的销售价格为4.5元/盒,而何仙观乡集贸市场某大药房的销售价格为4.0元/盒。医生享有建立在信息不对称基础上的优势,使得农民群众在接受医疗服务过程中承担着不合理的费用,又面临着延误时机的风险,同时,农民群众对定点医疗机构的不信

任导致其对医疗服务需求的一种无奈减少,市场公平和效率均遭到损失。

三、零陵区新农合运行困境的原因分析

1. 制约参合率的原因

(1) 认识程度。2007年,零陵区参合农民每人每年只需交纳10元,对于持证的五保户、低保户等经济困难群众,其个人出资由民政局承担,重度残疾人由残联承担。根据2006年零陵区国民经济统计数据,2005年该区农民人均纯收入3592元,同比增加305元,增长9.26%。可以看出,参合费相对农民收入是极低的,经济收入对农民参加新农合的积极性没有显著影响。

重要的原因之一是认识问题。零陵区的新农合启动较为滞后,到目前仅运行了一年多,出于保护性心理、经验性心理,农民群众对这一新型制度的完全接受尚需时间的检验。因为,长期以来,部分农村基层干部工作方法简单,导致农民群众产生了一些不良情绪,对定点医疗机构不公开不透明的经营心存芥蒂。加之政府部门对新型农村合作医疗制度的宣传在广度和力度上不够,造成部分农民群众的误解,这些均影响了农民群众的参合积极性。

(2) 回报率。新农合政策的目标就是要解决农民的“看病贵、看病难”问题,尤其是“看病贵”问题。农民参合的目的也是希望能降低在医疗支出方面的纯自费费用,也就是要多获得一些补偿。2008年,零陵区对新农合补偿方案做了一些调整(表1)。可以看出,补偿比例均有所提高,乡镇定点机构补偿比例增幅最大,达20%;起付线也有所下降,其中市级医疗点下降了50%。但乡镇定点医疗机构的补偿起付线仍维持在60元。根据农民择医的方便性原则,乡镇医疗机构是其接受医疗服务的第一站。实际上,大部分农民群众生病时仍然选择了距离较近的乡镇卫生院,只有在病情严重时才会转移至区级、市级、省级或省外医疗。

表1 零陵区新农合2007与2008年补偿起付线及其比例

	2007年		2008年	
	起付线	补偿比例%	起付线	补偿比例%
乡镇定点医疗机构	60	60	60	80
区级定点医疗机构	300	50	200	65
市级定点医疗机构	1000	30	500	50
省级及区外定点医疗机构	1000	25	700	40

注:数据来源于《零陵区2008年度新型农村合作医疗管理实施办法(试行)》

起付线的设置,排除了农民日常小病医疗支出的补偿,降低了农民可获得的补偿收入,影响了农民的参合积极性。

2. 导致基金沉淀的原因

(1) 政绩观。零陵区新农合基金的基金沉淀问题相当严重,总结余率为 36.90%,明显超过 15%。尤为严重的是,2007 年,门诊实际补偿 32.13 万元,余留 127.47 万元,结余率近 80%。“基金睡觉”问题严重影响了参合农民的利益。

这一方面是由于时间问题。零陵区的新农合 2007 年 4 月 1 日正式实施,也就是说,2007 年是其实行的第一年。出于长远的考虑以及政绩的考虑,管理机构对医疗费用的补偿采取了一种审慎的态度。一方面是保证基金不出现赤字,维持新农合的持续发展;另一方面是将资金留在账面上,便于向上级交差。同时,农民群众对这一政策还缺乏了解,不善于使用这一制度提供的便利条件,导致一些本可以报账的医疗支出未能得到补偿。

(2) 不平衡使用。2007 年,零陵区共筹集新农合基金 1 596.22 万元,分为风险基金(191.55 万元)、门诊基金(159.62 万元)和统筹基金(用于住院等补偿,1 245.05 万元),统筹基金占了一大半,说明管理机构有意识地将大量资金准备用于住院补偿。而从报销结构来看(图 1),住院费用报销支付了 970 余万元,占预算额的 78.32%,而门诊基金的报销支付仅占预算额的 20.13%。农民小病医疗支出往往达不到门诊费用的补偿起付线,或略高于起付线,高出部分得到的补偿也不高。并且,门诊费不累计,有些农民一年可能接受多次小病医疗,小病医疗支出总额也相当高,但每一次都得不到补偿或补偿数量不多,其实际的医疗纯自费支出不会显著减少。因此,门诊基金预算额与实际报账支付额的双低,是零陵区新农合基金沉淀严重的主要原因。

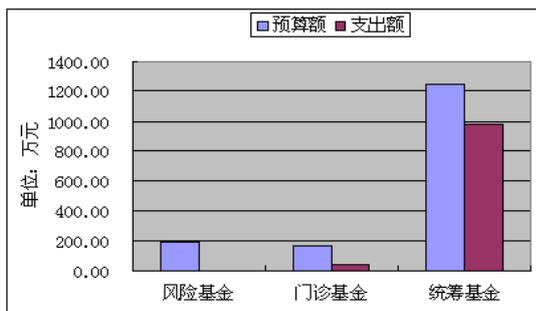


图 1 零陵区 2007 年新农合基金使用情况比较

3. 医疗服务可及性低的原因

(1) 医疗资源布局。零陵零陵区总面积 1 959 平方千米(城区面积 25 平方千米),总人口 58 万(城市人口 18.8 万)。城区的人口密度为 7 520 人每平方千米,农村人口密度仅为 227.5 人每平方千米。人口密度高,人口对医疗服务的需求的规模就越大,从而引导医疗资源向该地区的流动和集聚。

优质的医疗资源在城区和农村做出选择时,往往是前者胜出;在农村医疗布局时,医疗资源往往配置于人口集中性高(如乡、镇政府所在地)或有一定流动性的区域(如集市贸易区),这往往降低了医疗服务对远离中心区农民的可及性。如零陵区珠山镇,近年因锰矿资源价格上涨,该镇吸引了大批投资者的到来,投资和消费的增加使得其经济实力大幅度提高。其对医疗领域的投入也相应增加,提高了医疗队伍的业务水平,增加了医疗机构的数量。目前珠山镇中心医院是零陵区乡镇卫生院中医疗服务能力最强的。而偏僻的富家桥镇等乡镇卫生机构却被限期整改,目前尚未重新认定。

(2) 农村交通。农村交通不便是一个亟待解决的问题,零陵区也面临的同样的问题。而这一问题的不利后果之一就是使农村医疗服务的可及性低于城区。城区有独立的公共交通系统,路网建设投入力度明显大于农村。由于村级公路建设仍不能满足广大农民群众的需要,远离中心区的农民又缺乏有效的交通工具,承担着时间、精力耗损巨大带来的痛苦。农村的医疗服务供给能力本身就处于一个较低的水平,医疗资源有限,落后的交通更降低了医疗服务的可及性。

4. 医患信息不对称问题的原因

(1) 知识差异。信息不对称是医疗服务市场的一条基本规律。医疗保健是一项高度专业化的服务,医生与患者之间存在知识水平差异,而且这种差异非常大。知识的权威性使得医生在评价、定价权力上占优,即使医生的诊断也有出错的可能。同时,患者对药品的识别缺乏科学的知识,对其有效性的预测往往建立在医生的意见之上,也只能建立在医生的意见之上。

(2) 医德水平。在健康问题出现时,患者对医疗服务的需求是极其强烈的,其医疗需求的价格弹性往往小于 1。利用患者的急迫心理,以及建立在信息不对称上的优势,医德层次低的医生往往采用多开药、开假药等手段非法牟利。

(3) 监管力度。对药品的质量识别信息及其价格

信息是患者最缺乏了解又恰恰是最重要的信息。药品市场缺乏一个公开、公平、透明、顺畅的信息传递机制,使得消费者无所适从。公共部门对药品市场的相关信息的披露不足,及消费者之间的信息互动不够为部分医生非法牟利提供了可乘之机^[21]。

四、完善零陵区新农合制度的几点建议

1. 重视农民参合意愿,提高参合率

(1) 加大宣传。要利用广播、报纸、传单、电视等多种新闻媒体渠道进行宣传,尤其要重视电视在传播新农合政策中的作用。针对农村定期赶集的习俗,此时人流量大,人口集中,可以在赶集日举办农民喜闻乐见的民间活动的方式进行宣传,避免忽略边远偏僻地区农户的健康诉求。也可以利用参合农民中已得到补偿的农民进行现身说法,典型引导,提高农民参合积极性。

宣传对象不仅仅局限于农民群众,部分驻村干部对新农合认识模糊也是影响农民积极性的一个重要因素,所以,针对这类人员的宣传与培训也是必要的。内容主要是:新农合与传统合作医疗的区别;新农合在维护农民身体健康、保护生产力、维护社会稳定方面的积极意义;责任追究机制;特色措施的可信性和科学性等。

(2) 提高参合预期回报。探索将小病医疗补偿纳入新农合制度,降低起付线,尤其是门诊起付线,对一年以上没有享受合作医疗补助政策的参合农民以户或人为单位,按年度累计积分的办法,在患病后住院报销时按累计积分提高一定的报销比例,进一步探索完善新农合制度的公平性^[22-25]。

凡是参合患者治病必须的常规药物、检查费用和其他收费都应列为医补范围,让农民充分享受医保的优越性。对必须使用暂时又不能列入医补范围的,要限用,并事先告知患者或取得患者同意。用量超标,将追究院方和医生责任。

2. 制定科学的补偿方案,减少基金沉淀

(1) 重视门诊补偿。零陵区新农合的加入以户为单位,而费用补助确是以个人为准,并且一次医疗只能补助一次,对于未达起付线的金额不予累计,使一些农民的医疗费用并没有显著减低,因为,他(她)们主要是门诊治疗。可以采取对未达起付线标准的单次医疗补助实行累计的政策,一季度或一年进行一次不设起付线的集中补助。切实降低农民的门诊纯自费支

出和门诊基金的结余率。

(2) 实行二次补助。用门诊基金和统筹基金的余额部分(不包括风险基金),根据当年住院费用补助总额与门诊补助总额划分成,按受益人次确定住院补助比例和门诊补助比例,拨付农民家庭帐户,农民可任意支取。门诊基金结余率和统筹基金结余率均可降为0,而总基金的结余率仅为风险基金的比例,使新农合基金发挥最大的效用,最大程度地降低农民的医疗纯自费支出。

3. 提高农村医疗服务水平及其覆盖面

(1) 提高农村医疗机动性。为方便农民群众就医,尤其是为远离医疗点农民群众就医提供方便,可以借鉴城市大医院急救模式,农村医疗点可设专人负责出诊服务,并适量收取一定的出诊费。为此,根据各地交通情况,配备相应的交通工具(如机动性强的摩托)和相应的联系工具,费用可由区财政和定点医疗机构共同承担。条件成熟后,还可推广到非定点医疗机构。让农村医疗服务入户,降低农民群众时间和精力上的耗损。

(2) 增强农村医疗服务供给能力。农村与城市的距离是产生就医交易费用的另一个重要影响因素,严重影响了农村医疗服务的可及性。提高农村医疗服务可及性,最重要的就是提高农村医疗服务的供给能力,大部分农民群众的大部分疾病若在农村卫生所就能医治好,将对农民群众带来极大的方便。

提高乡镇卫生院的医疗服务供给能力,一是要整合好现有的医疗资源,科学合理规划,使其发挥最大的作用,对于规模小的诊所,适度竞争,鼓励合并,创造规模效益。二是加大对乡镇卫生院的基础设施投入,鼓励发展,添置适合发展的设备,改善医疗条件。三是加强人才队伍建设。依托于大专院校,举办培训班,给基层医务工作者提供业务发展的机会,同时,引导应届大学毕业生下基层医院锻炼,加强农村医疗机构与市区医疗机构的交流,开通互派人员渠道,帮助基层医疗机构医务人员提高业务能力。四是加强对医疗工作者职业道德的教育,提高基层医疗机构的服务意识。

4. 降低新农合制度中医患信息的差异

(1) 纳入预防保健。目前,农村居民很少有机会接受身体检查,对自己的健康状况只能凭感觉,而缺乏理性和科学的认识,在患者—医生委托代理关系中较易遭受道德风险的损失。因此,定点医疗机构应当

为参合农民提供体检服务,可以收取一定费用。同时将这项费用纳入新农合基金的补偿范围,不设起付线,按一定比例对农民群众进行补偿。

(2) 加强监管。政府管理部门应当有所作为,加强对定点医疗机构的监督,让农民群众在新农合制度推行过程中得到实实在在的好处,坚持把医疗服务机构行为的公平性与规范管理摆在重要位置。

一是要严格控制合作医疗用药目录以外的药品使用比例和药品价格监督,对使用保外药品较高的定点医疗机构进行通报,并责令其对患者做出解释。二是建立、实施住院费用一日清单制,患者住院时,就诊医院必须将住院病人每一日的用药清单送到床头,接受病人的质询和监督。三是加强实时监督,合作医疗管理机构应经常派人巡视定点医疗机构,查看医院的服务、手术、检验、药品、材料收费水平是否合理。四是开通社会监督参与渠道,利用举报电话、电子邮箱等接受社会各界的监督。

参考文献:

- [1] Surjit S.Wadhwa, FRACP.Customer Satisfaction and Health Care Delivery Systems : Commentary with Australian Bias[J]. The Internet Journal of Nuclear Medicine, 2002(1).
- [2] Jutting J.Do Comm . Unity-Based Health Insurance Schemes Improve Poor Peoples Access to Health Care -- Evidence from Rural Senegal[J]. World Development, 2003(32): 273-288.
- [3] X Feng, S Tang, G Bloom, et al. Cooperative medical schemes in contemporary rural China[J]. Social science & Medicine, 1995, 41(8): 1-8.
- [4] 刘远立, 萧庆伦, 任 苒, 等. 中国农村贫困地区合作医疗运行的主要影响因素分析[J]. 国际医药卫生导报, 2003(Z2): 17-21.
- [5] 陈光良. 中国农民社会保障制度的路径选择[J]. 经济动态, 2007(7): 40-42.
- [6] 吴光成. 新型农村合作医疗制度的完善[J]. 农村经济, 2007(7): 77-79.
- [7] 司林波, 张显峰, 王文刚. 解读新型农村合作医疗制度: 问题、成因与对策[J]. 农村经济, 2007(8): 84-87.
- [8] 毛彩菊. 论我国农村合作医疗制度的完善与发展[J]. 经济研究导刊, 2007(7): 42-46.
- [9] 任 再, 张 琳, 马 静, 等. 中国农村合作医疗成败原因与影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2001(9): 27-32.
- [10] 杨文选, 杨 艳. 新型农村合作医疗应重视农民的参与意愿[J]. 农村经济问题, 2007(8): 26-30.
- [11] 周贤君, 李立清. 以农民满意度为视角的新型农村合作医疗制度研究——基于湖南省中方县的问卷调查[J]. 湖南农业大学学报: 社会科学版, 2009, 10(1): 19-24.
- [12] 王兰芳, 孟令杰, 徐 芳. 新型农村合作医疗对农民影响的实证研究——以江苏的调查为例[J]. 农业经济问题, 2007(7): 53-59.
- [13] 高梦滔, 高广颖, 刘 可. 从需求角度分析新型农村合作医疗制度运行的效果——云南省 3 个试点县的实证研究[J]. 中国卫生经济, 2005(5): 9-12.
- [14] 谢小蓉, 傅 晨. 广州市番禺区新型农村合作医疗的实践探讨[J]. 农业经济问题, 2007(2): 72-75.
- [15] 林 晨. 中部地区农民参加农村新型合作医疗的影响因素分析——山西省寿阳县的调查[J]. 农业经济问题, 2007(1): 47-50.
- [16] 张 潜, 周发明. 中国农村医疗保险存在的问题及解决途径[J]. 农村经济, 2007(1): 85-88.
- [17] 李 洋. 找准完善我国新型农村合作医疗制度的着力点[J]. 农村经济, 2007(2): 72-73.
- [18] 熊灿娟. 关于湖南农民医疗“两难”问题的思考[J]. 湖南农业大学学报: 社会科学版, 2006, 7(4): 17-21.
- [19] 刘雅静. 强化政府职能与新型农村合作医疗的可持续发展[J]. 湖南农业大学学报: 社会科学版, 2008(3): 33-37.
- [20] 尹志芳. 新型农村合作医疗面临的问题和对策思考[J]. 经济问题, 2007(2): 43-44.
- [21] 罗若飞. 关于解决新型农村合作医疗试点工作有关问题的思考[J]. 中国卫生事业管理, 2007(2): 127-128.
- [22] 卢维理. 关于新型农村合作医疗立法问题的调查与思考[J]. 人大研究, 2007(1): 35-37.
- [23] 王碧红, 苏保忠. 新型农村合作医疗制度实施中政府责任履行存在的问题及对策报[J]. 中国农业大学学报: 社会科学版, 2006(4): 35-38.
- [24] 肖云昌, 李新兰. 关于新型农村合作医疗试点工作中垫资问题的分析[J]. 中国卫生资源, 2004(11): 277-279.
- [25] 王靖元, 徐文彦, 邵高泽, 等. 论新型合作医疗的宣传问题[J]. 中国农村卫生事业管理, 2004(10): 17-19.

责任编辑: 陈向科