

新型农村合作医疗:主要挑战和政策建议

张林秀^{1*} 易红梅^{1,2} 罗仁福¹ 罗思高³

1. 中国科学院地理科学与资源研究所农业政策研究中心 北京 100101

2. 中国科学院研究生院 北京 100101

3. 斯坦福大学 Freeman Spogli 研究所 美国斯坦福 CA 94305

【摘要】本文基于面板调查数据,描述了新型农村合作医疗在我国农村地区的实施进展,以及该政策在实施过程中取得的成就和面临的挑战。结果表明,新型农村合作医疗在覆盖面、参合率、政策设计、筹资水平等方面成绩显著,但是,2007 年参合农民对新型农村合作医疗的补偿政策的认知水平还非常低;新型农村合作医疗对参合患者的补偿水平不高,对大病患者的财务风险保护能力非常弱。而同时,医疗服务机构的不当激励可能已经损害了参合农民的利益。基于以上研究结论,本文在最后提出了相关政策建议。

【关键词】新型农村合作医疗;大病;财务风险保护

中图分类号:R197.1 文献标识码:B 文章编号:1674-2982(2008)01-0039-06

Challenges and suggestions: New Cooperative Medical System in China

ZHANG Lin-xiu¹, YI Hong-mei^{1,2}, LUO Ren-fu¹, Scott Rozelle³

1. Center for Chinese Agricultural Policy, Institute of Geographical Sciences and Natural Resources Research, Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China

2. Graduate School of the Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China

3. Freeman Spogli Institute, Stanford University, Stanford CA 94305, USA

【Abstract】Using a panel data from on-the-spot survey in China's rural area, this paper aims to understand the progress of the implementation of New Cooperative Medical System (NCMS) and the challenges it faces at present. The results show that while the NCMS program performed very well in coverage, enrollment, and fund raising, farmers still knows little about the reimbursement policy and the program nature. The paper also finds that the programme could not meet its goal of providing financial risk protection against catastrophic illnesses. In addition, it also indicates that the behaviour of medical service providers may weaken the effect of NCMS because of inappropriate incentives. The policy recommendation is proposed basing on the findings.

【Key words】New Cooperative Medical System, Catastrophic illness, Financial risk protection

中国的改革开放带来了经济前所未有的发展,但同时,卫生系统的表现却迅速由一个“优等生”变为“差等生”^[1-2],居民对医疗服务的利用率急剧下降,尤其是在农村地区^[3-5]。根据卫生部第三次全国卫生服务调查,2003 年,我国农村地区有 30% 的受访者报告说医生曾建议他们住院治疗但他们没有选择住院,他们中有 3/4 来自农村地区。而且,疾病的发生还会减少家庭利用经济增长的机会,导致因病致贫、因病返贫现象严重。

学术界普遍认为造成农民医疗服务利用下降、

看不起病的主要原因之一是农村地区医疗保险的覆盖面下降。1979 年,全国农村约有 90% 的行政村实行了合作医疗,医疗保障覆盖 85% 的农村人口^[6];但到了 2003 年,全国只有 21% 的农村人口拥有某种形式的医疗保障,其中,只有 9.5% 的农村人口参加了合作医疗。与亚洲其他国家相比,中国居民自付的医疗费用比例比大部分亚洲国家都高^[2]。

为了提高农民健康水平,缓解农民因疾病带来的经济压力,实现统筹城乡发展、全面建设小康社会的目标,2003 年 1 月,国务院办公厅转发了卫生部、

* 本研究得到中国科学院“百人计划”项目和重大创新项目(KSCX2-YW-N-039)、英国 IDS“亚洲社会保障项目”部分资助。
作者简介:张林秀,女(1962 年-),中国科学院农业政策研究中心副主任,研究员,主要研究方向为农村发展,Email:lxzhang.ccap@igsrr.ac.cn。

财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，开始在全国 304 个县(市)进行新型农村合作医疗试点，并于 2007 年转入全面推进阶段，2008 年 6 月提前实现了基本覆盖农村地区的目标^[7]。但在新型农村合作医疗快速推进的过程中，从最终受益者层面来评价新型农村合作医疗政策的研究非常少，而且几乎都集中在新型农村合作医疗制度的试点时期，得到的结论也不尽一致。例如，Zhang 等利用一份具有全国代表性的调查数据分析发现，2004 年，新型农村合作医疗覆盖地区的农民参合率很高，但是新型农村合作医疗对参合农民医疗支出的补偿比例非常低^[8]；袁兆康等通过在江西某县的追踪调查发现，新型农村合作医疗增加了农民对住院服务的利用，但是，仍然有很多农民报告说生病后没有去就诊是因为支付不起医疗费用^[9]；而基于对全国 32 个县 15 924 个农户的调查，新型农村合作医疗评估组发布的评估报告指出，2004 年，新型农村合作医疗实施地区的住院率增加了 52.7%，而且，平均住院费用占农民纯收入的比例由补偿前的 89% 下降到了补偿后的 65%^[10]。总的来说，以上研究并没有能真正回答新型农村合作医疗政策是否为农民带来正面影响，以及这项庞大的政策在实施完善过程中有什么样的问题需要关注。

因此，本文将利用一份现场调查的面板数据，深入理解新型农村合作医疗在我国农村地区的实施进展和发展中面临的挑战，为进一步完善新型农村合作医疗制度提供政策建议。

1 资料来源与方法

中国科学院农业政策研究中心分别于 2005 年和 2008 年进行的两轮农村公共投资和公共服务调查形成的面板数据为本文的研究提供了最具特色的实证资料。

2005 年 4 月开展的第一轮调查在全国有代表性地抽取了 5 个省(江苏、四川、陕西、吉林和河北) 25 个县 50 个乡 101 个村。在选定的样本村里，每个村根据农户花名册按照随机数随机抽取 20 个农户，101 个村共随机抽取 2 020 个农户样本。其中，每个村有 8 个农户样本属于深度访谈的样本；12 个农户样本成为参与式评估的参与对象。也就是说，2005 年我们的深度访谈一共包括 808 个农户样本，3 141 个人。

2008 年 4 月，我们的调查员再次访问了这些样本地区，并且对 2005 年抽取的 2 020 户都进行了深度访谈(放弃了参与式农村评估)。如果这些样本户因过世、搬家、或者外出等原因无法跟踪到时，我们的调查员将根据随机原则在该村重新选取同等数量的农户从而保证每个村的深度访谈样本量为 20 户。最后，我们在第二轮追踪调查中一共访问了 2 020 个农户，7 939 个人，其中，2005 年访问的 808 个农户中有 84% 的样本被成功追踪到。

我们通过农户深度访谈收集了很多有关农民参合与其就医行为的信息，具体包括该农户对新型农村合作医疗补偿政策的认知情况、该农户中每个家庭成员在前一年(分别是 2004 年和 2007 年)是否参加了新型农村合作医疗、健康状况、是否生病、得病类型、是否就医、医疗支出及其来源等信息。同时我们的调查员还去各个样本县(市)新型农村合作医疗办公室收集了各地在 2004 年(如果参加试点)和 2007 年执行的新型农村合作医疗政策信息，包括筹资水平、补偿标准、补偿范围等内容。

2 结果与分析

2.1 农民参合水平

从我们的样本来看，新型农村合作医疗不仅迅速覆盖了农村地区，提前实现了为 9 亿农民提供医疗保障的目标，而且得到了广大农民的认可。2004 年，25 个样本县(市)中有 6 个县(市)实施了新型农村合作医疗，覆盖人口占样本总人数的 24.9%。2007 年，所有的县(市)都实行了新型农村合作医疗，农民参合的比例由 2004 年 79.5% 上升到 90.4%。同期，参合者报告说自己是自愿参加新型农村合作医疗的比例也由 91.6% 上升到 97.5%，也就是说，2007 年几乎所有参合者都是自愿参加新型农村合作医疗的。

我们的调查还显示，与前期相比，新型农村合作医疗的制度设计和运行体系也在不断完善。2004 年，在那些没有参加新型农村合作医疗的人中有 46.9% 的人反映说是因为制度设计方面的原因没有参加；而到了 2007 年，只有 18.3% 的未参合者如此反映，也就是说，因为制度设计方面的问题而没有参加新型农村合作医疗的人口不到总人口的 2% ($9.6\% \times 18.3\%$) (表 1)。

表 1 2004 年和 2007 年样本地区农民未参加新型农村合作医疗的原因构成

自我报告的原因	2004		2007	
	频数	占总数的百分比 (%)	频数	占总数的百分比 (%)
未参合者人数	160 ¹	100.0	738	100.0
因为个人原因未参合	73	45.6	511	68.7
已经参加了其他医疗保险	27	16.9	109	14.8
在村里没有户口	18	11.2	255	34.0
家里很少有人生病	14	8.8	76	10.3
刚出生或者刚结婚	3	1.9	43	5.8
参合费用太高	11	6.9	28	3.8
政策设计方面的原因	75	46.9	135	18.3
在外地打工	39	24.4	87	11.8
报销比例太低	10	6.3	10	1.4
报销手续太复杂	9	5.6	17	2.3
对合作医疗管理者不信任	9	5.6	21	2.8
能报销的项目少且定点医院医疗机构价格高	8	5.0	0	0.0
其他原因 ²	12	7.5	96	13.0

资料来源:作者调查。

1. 此处是指在新型农村合作医疗覆盖地区的未参合农民的数量。

2. 其他原因包括:该人病情已经非常严重,觉得没有必要再参加新型农村合作医疗;家庭中有一个人是医生;或者个人太忙,错过了参合的时间。

2.2 样本县(市)新型农村合作医疗的筹资水平与补偿模式

与前期相比,新型农村合作医疗人均筹资水平有所上升,其中,增加的部分主要是来自于中央政府和地方政府。调查结果显示,2004 年,实施了新型农村合作医疗的县(市)对参合者的人均筹资水平平均为 35 元;2007 年,23 个县(市)的人均筹资水平为 50 元,2 个最富裕的样本县(市)的筹资水平为 90 元/人。其中,25 个县(市)中有 21 个县(市)的参合农民每人每年只需要交纳 10 元参合费用。

2007 年,25 个样本县(市)实施的新型农村合作医疗采取的补偿模式大致可以分为四种类型:住院统筹;住院统筹+门诊统筹;住院统筹+家庭账户;住院统筹+门诊统筹+家庭账户。我们的数据显示,样本县中采用第三种模式的最多,其次是第

四种模式。如果进一步根据 2002 年样本县(市)的人均财政收入将其分为三组,可以看到不同财政能力的县(市)之间存在较大的差异。具体而言,贫困收入水平组的县主要采用的是住院统筹+家庭账户的补偿模式;中等收入水平组的县主要采用的是住院统筹+门诊统筹和住院统筹+门诊统筹+家庭账户两种模式;富裕收入水平组的县主要采用的是住院统筹的模式(表 2)。呈现出这一趋势的可能原因在于在富裕地区,农民支付能力较强,能够负担常规性的门诊支出,因此一些县(市)为了节约管理成本,不设立家庭账户和门诊统筹账户,只补偿参合农民的住院费用。而在经济较为贫困的县(市),大部分农民支付能力弱,家庭账户的资金对他们生病后就诊有着重要的影响,甚至会影响到他们是否继续参合的决策。因此,尽管这些县(市)的新型农村合作医疗管理部门也反映家庭账户的管理成本高,但依然保留了这一补偿模式。

表 2 2007 年样本县(市)新型农村合作医疗补偿模式——按人均财政收入分组

	贫困组		中等组		富裕组	
	县个数	百分比 (%)	县个数	百分比 (%)	县个数	百分比 (%)
住院统筹	0	0.0	1	12.5	3	37.5
住院统筹+门诊统筹	1	11.1	3	37.5	1	12.5
住院统筹+家庭账户	6	66.7	1	12.5	2	25.0
住院统筹+门诊统筹+家庭账户	2	22.2	3	37.5	2	25.0
合计	9	100.0	8	100.0	8	100.0

资料来源:作者调查。

2.3 新型农村合作医疗对参合患者的补偿水平

评价一个项目成功与否的一个重要指标就是看他是否为目标对象带来了实际的利益,新型农村合作医疗也不例外。首先,从受益范围来看,农户调查结果显示,有 80% 的农户反映村里曾有参合患者从新型农村合作医疗得到过医疗费用补偿,有 11% 的农户表示对此情况不了解,仅有 9% 的农户认为村里从来没有人从新型农村合作医疗得到过医疗费用补偿。而表示自己家曾经得到过补偿的

农户占总数的 21%，其中，67% 的农户是在交上就诊的票据当天就得到了补偿，17% 的农户是在交上就诊票据的一周内得到了补偿。但是，2007 年当年报销过医疗费用的参合农民占就诊的参合农民总数的百分比为 21.2%，与 2004 年相比，降低了约 1 个百分点。

其次，从受益的绝对金额来看，参合农民从新型农村合作医疗得到的补偿金额远高于其上缴的参合费用。2004 年，新型农村合作医疗覆盖县（市）对参合农民的人均筹资水平为 35 元，当年参合农民从新型农村合作医疗得到的人均补偿金额为 14.2 元。2007 年，23 个县（市）的新型农村合作医疗对每个参合农民的筹资水平为 50 元/人，其中，农民个人上缴的参合费用为 10 元，但是当年参合农民从新型农村合作医疗得到的人均补偿金额高达 46.8 元。这同时也表明，新型农村合作医疗基金用于农民报销的比例也由 2004 年的 40%（14/35）提高到了 2007 年的 94%（47/50）。

3 讨论

3.1 农民对新型农村合作医疗补偿政策的认知水平低

考虑到现阶段新型农村合作医疗是以住院补偿为主，因此我们在问卷中主要了解了农民对新型农村合作医疗住院补偿政策的认知情况，分析时再将其与我们从新型农村合作医疗办公室收集的政策执行标准进行对比。结果发现，当前农民对补偿政策认知非常低，相关政策的宣传普及力度不够。样本中只有 59% 的农户表示他们在 2007 年曾收到县新型农村合作医疗办公室发放的宣传册（单）；知道并能准确回答在乡镇卫生院住院医疗支出的补偿起付线的农户只有 20%；知道并能比较准确（实际报销比例的上下 10% 范围内）回答在乡镇卫生院住院报销的比例的农户只有 36%；而能够正确回答在乡镇卫生院做的一些常规检查（例如黑白 B 超）是否能够从新型农村合作医疗得到补偿的农户只有 13%。值得注意的是，那些认为自己知道在乡镇卫生院住院的报销比例的农户报告的补偿比例平均为 40%，比当年各个县（市）新型农村合作医疗规定的平均水平低 13 个百分点。

考虑到曾从新型农村合作医疗得到补偿的参合患者可能对补偿政策有着更好的理解，因此我们根

据 2007 年该农户是否有家庭成员曾从新型农村合作医疗报销了住院费把农户分为两组，然后考虑不同组对新型农村合作医疗政策的理解。结果表明，尽管那些曾经有家庭成员得到住院补偿的农户报告的补偿政策的正确率大于其他农户，但是比例仍然非常低，最高只有 30% 左右。

3.2 实际补偿水平低

尽管参合农民从新型农村合作医疗得到的回报率比前期显著提高，但是对减轻农民因疾病带来的经济负担的作用仍然有限。统计结果显示，2007 年样本地区参合的门诊病人和住院病人的人均医疗支出分别为 630 元和 5 208 元（2004 年价格 = 100），当年他们从新型农村合作医疗得到的补偿金额分别占其当年医疗总支出的比例为 4.0% 和 14.9%，比 2004 年分别上升了 1.0 个百分点和 8.3 个百分点。但是总体而言，新型农村合作医疗体系对参合者的补偿比例仍然偏低，85% 以上的医疗支出还必须依靠农民自己来解决。

3.3 为大病患者提供的财务风险保护的能力非常弱

新型农村合作医疗是以“大病统筹为主”的农民医疗互助共济制度，其最终目标是减轻农民因大病带来的经济负担，提高农民健康水平。但是，研究结果却显示，2007 年，新型农村合作医疗对住院病人的补偿金额占其医疗总支出的比例却随着支出金额的增加而降低^①。2007 年，我们的样本中一共有 458 人曾接受住院治疗，其中 418 人当年参加了新型农村合作医疗。根据医疗总支出的大小，我们将住院的参合患者分为 5 组：1 - 199 元、200 - 1 999 元、2 000 - 4 999 元、5 000 - 9 999 元、10 000 元及其以上，从图 1 可以看出，医疗支出在 5 000 - 9 999 元的住院患者从新型农村合作医疗得到的补偿金额占其医疗总支出的比例只有 11.3%，对医疗支出在 10 000 元及其以上的住院患者而言，这一比例更低，只有 7.5%。也就是说，新型农村合作医疗对那些大病住院患者（医疗支出在 5 000 元及其以上）的财务风险保障能力非常有限。

3.4 医疗服务体系不恰当的激励可能损害新型农村合作医疗带给患者的利益

为了找出新型农村合作医疗对患者补偿偏低的原因，我们将那些当年只生过一次病，并且住院治疗

① 由于一些样本县（市）只对住院病人实行补偿，因此我们在此的考察考察对象仅限于住院病人。

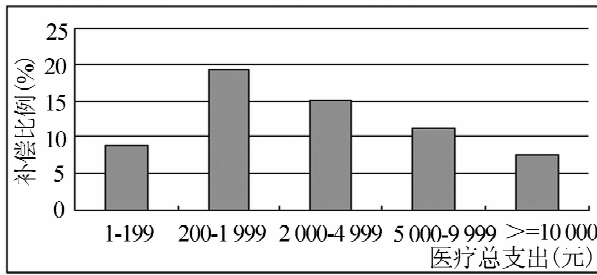


图 1 住院的参合者从新型农村合作医疗得到的补偿金额占其医疗总支出的比例

资料来源:作者调查。

期间没有转诊的参合住院病人分离出来,并根据这些参合者 2007 年的住院医疗支出及其所在县(市) 2007 年执行的新型农村合作医疗政策(补偿起付线和补偿比例)计算出政策承诺的补偿比例,然后与其实际享受到的补偿比例进行比较。结果显示,平均而言他们从政府承诺的新型农村合作医疗得到的实际补偿比例不到政府承诺补偿比例的一半,而且随着医疗支出的增加,这一差异越大。也就是说,参合住院患者医疗支出中至少有 23.4% (42.3% - 18.9%) 的部分是不能从新型农村合作医疗得到补偿的(表 3)。造成这一现象的原因可能有两个,一是新型农村合作医疗涵盖的医疗服务或者药品项目太少;二是患者因为各种原因使用了大量不能得到补偿的服务。

同时,我们不可忽视医疗费用上涨带给新型农村合作医疗的严峻考验。2004 年,医疗支出在 5 000 元及其以上(2004 年价格 = 100)的住院患者占当年住院患者的 19.4%,而 2007 年这一比例上升到了 28.7%。尽管引起医疗费用上涨的原因有很多种,例如人口老龄化、疾病谱的变化。但是,以 2004 年不变价格计算,2004 年和 2007 年未参合住院患者的人均医疗支出分别为 1 850 元和 2 792 元;参合住院患者的人均医疗支出分别为 3 541 元和 5 439 元。比较其差异,我们就会发现(1) 2004 - 2007 年间,两者的人均医疗费用均上涨了 50%,远高于同期农民人均纯收入的增长;(2) 2004 年和 2007 年参合住院患者的人均医疗支出均是非参合住院患者的 1.9 倍,虽然这一差异可能是因为参合患者的病情更严重,但正如其他学者在有关健康保险研究中所发现的,即便是相同的需要,参加健康保险的患者可能比没有参加健康保险的患者因使用了更多的服务或者昂贵的药品而支付了更多的医疗费用^[11]。

表 3 2007 年参合的住院患者从新型农村合作医疗得到的补偿比例¹

医疗支出分组(元)	观察值个数	实际补偿比例 ² (%)	政策承诺的补偿比例 ³ (%)
1 - 199	3	26.6	42.6
200 - 1 999	45	24.9	41.0
2 000 - 4 999	52	18.8	42.6
5 000 - 9 999	14	9.8	45.7
> = 10 000	13	6.9	41.9
平均	127	18.9	42.3

资料来源:根据作者调查计算。

注:1. 该样本只包括那些当年只就诊过一次并住院治疗期间没有转诊的参合患者。

2. 实际补偿比例等于参合者从新型农村合作医疗得到的补偿金额占其医疗总支出的比例。

3. 政策承诺补偿比例为作者首先根据参合者 2007 年的医疗总支出及其所在县(市)当年新型农村合作医疗政策执行的补偿起付线和补偿比例计算出其可能得到的补偿金额,然后计算出这一补偿金额占医疗总支出的比例。

尽管由于数据资料的限制,我们目前还不能将医疗服务提供者的不当激励对新型农村合作医疗的影响分离出来,但是以上分析都表明,这些不当激励可能已经导致了医生鼓励参合病人多用药、多利用昂贵的服务,如果不加以控制,新型农村合作医疗带给参合农民的利益很可能被医疗服务提供者蚕食,转变为他们新的利润。

4 结论与政策建议

本文利用一份现场调查数据描述了新型农村合作医疗在我国农村地区的实施情况,结果表明,新型农村合作医疗被调查区域取得了巨大的进展。新型农村合作医疗迅速覆盖了所有的农村地区,农民的参合率高达 90%,而且几乎都是自愿参加新型农村合作医疗。农民参加新型农村合作医疗的补偿率也不断增加。

但是,本文的研究结果也表明,新型农村合作医疗要实现其缓解农民因疾病带来的经济压力,解决“因病致贫、因病返贫”的目标,还面临着以下 4 个方面的挑战:(1) 农民对新型农村合作医疗补偿政策的认知水平低;(2) 补偿水平低;(3) 对大病患者的财务风险保护能力弱;(4) 医疗服务提供者的不当激励引起的参合患者医疗费用上涨。因此,为了促进新型农村合作医疗持续发展,保障新型农村合作医疗最

终目标的实现,本文建议如下:

4.1 提高新型农村合作医疗的筹资水平

基于参合患者在 2007 年的疾病发生和医疗支出信息,如果将当年样本地区所有的参合者获得的补偿费用都用于补偿参合的大病患者(医疗支出在 5 000 元以上),那么补偿比例也只能达到 20.5%。如果要想实现对其医疗总支出 50% 的补偿,那么新型农村合作医疗的筹资水平应该达到当前水平的 2.5 倍,即人均筹资水平要达到 125 元/人。但是,筹资水平提高,对大病补偿比例的增加可能又带来另外一个问题,即一些以前没有住院的大病参合患者可能选择去住院,一些病情略轻的住院患者可能选择消费更多的住院服务,如果不能对第二种情形进行有效的甄别,那么这些选择将进一步急剧拉动对新型农村合作医疗的筹资需求,因此,对新型农村合作医疗制度的改革和完善并不能只是局限于体系本身,需要从整个卫生服务系统的改革入手。

4.2 推进卫生服务体系的综合改革

卫生服务体系的改革包括很多内容,其中最重要的是改革向医疗服务提供者付费的方式。系统范围的激励机制决定了医疗机构的绩效,最终影响到患者对医疗服务的利用和医疗费用。尽管一些城市已经开始进行医疗机构付费改革的试验,实行按人付费或者预付费制度,但是在农村地区这一改革还非常滞后。调查中我们也发现,尽管一些县(市)在新型农村合作医疗定点医疗机构执行了单病种付费制度,但实际上极少有农民报告说他们是按照这一制度支付的医疗费用。

4.3 量体裁衣,为参合农民提供不同“规格”的医疗保障产品

政府可以将参合费用、补偿项目和补偿比例结合起来,为农民提供不同“规格”的参合和补偿方案。例如,为了保证受益面,必须强调最低保障要求。但可允许参合者选择不同的参合报销方案。如,对于只交 10 元参合费用的参合者(基本方案)按照其医疗支出的 30% 的补偿水平进行补偿,对于交 20 元参合费用的参合患者按照其医疗支出的 40% 的补偿水平进行补偿等。只有在这样的方案设计下,现有的新型农村合作医疗制度才有可能在“以解决农民大额医疗费用负担为主,兼顾受益面”的原则下持续运行。

4.4 保障农民对医疗服务消费的知情权

建议医疗服务的提供者(新型农村合作医疗的定点医疗机构)对参合患者诊治时实行“双处方单”制度或者在处方单上明确标明其开出的那些医疗服务/药品是否是能从新型农村合作医疗得到补偿的项目,并可以在定点医疗机构的就诊处设置新型农村合作医疗的咨询台,以保障农民对医疗服务消费的知情权,同时也提高农民对新型农村合作医疗补偿政策的认知水平。

参 考 文 献

- [1] World Bank. China's Health Sector-Why Reform is Needed? [N]. Rural Health in China; Briefing Notes Series No. 3, 2005.
- [2] Winnie Y, William C H. The Chinese Health System At A Crossroads[J]. Health Affairs, 2008, 27(2): 460-468.
- [3] Bloom G, Gu X. Health sector reform; Lessons from China [J]. Social science & Medicine, 1997, 45(3): 351-360.
- [4] World Bank. Health Service Delivery in China; A Review [N]. Rural Health in China; Briefing Notes Series No. 4, 2005.
- [5] Akin J S, Dow W H, Lance P M, et al. Changes in access to health care in China, 1989-1997 [J]. Health Policy and Planning, 2005, 20(2): 80-89.
- [6] 韩俊, 罗丹. 中国农村卫生调查[M]. 上海: 上海远东出版社, 2007.
- [7] 卫生部: 全国已实现新型农村合作医疗制度全覆盖[EB/OL]. (2008-07-10) [2008-09-11]. <http://www.chinanews.com.cn/jk/kong/news/2008/07-10/1308252.shtml>.
- [8] Zhang L, Yan Y, Rozelle S, et al. An Empirical Analysis of China's New Collective Medical System; From a Policy Perspective[J]. Social sciences in China, 2006, XXVII(3): 107-116.
- [9] 袁兆康, 方丽霖, 周小军, 等. 新型农村合作医疗对农民医疗服务需要与利用影响的追踪调查[J]. 中国农村卫生事业管理, 2006, 26(10): 14-17.
- [10] 新型农村合作医疗试点工作评估组. 发展中的中国新型农村合作医疗——新型农村合作医疗试点工作评估报告[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [11] Hengjin D, Lennart B, Keli W, et al. A description of outpatient drug use in rural China; evidence of differences due to insurance coverage [J]. The International Journal of Health Planning and Management, 1999, 14(1): 41-56.

[收稿日期:2008-09-11 修回日期:2008-10-14]

(编辑 许素友)