

# 农户疾病风险处理策略研究述评

陈玉萍<sup>1\*</sup> 李 哲<sup>2</sup>

1. 中南财经政法大学工商管理学院 湖北武汉 430074
2. 浙江工商大学经济学院 浙江杭州 310018

**【摘要】**疾病影响农户生计。本文从疾病风险测度、疾病对农户生计影响、农户疾病风险处理策略等方面对现有研究进行述评。疾病对农户生计短期影响表现为减少劳动时间和降低正常消费水平等;大病可能导致10年或更长的严重负面影响,特别是影响农户人力资本发展。面对疾病风险,农户采取诸如计划免疫、安全饮水及参加医保项目等“事前”预防措施;他们还积极采取收入和消费平滑的“事后”风险处理策略来度过难关,例如减少家庭消费、借贷、变卖消费性和生产性资产、向外地移居等策略。不同经济状况的农户会采取适合于自身经济能力的疾病风险处理策略。未来的研究需要在疾病对农户收入的持续影响以及对贫困农户生计的影响,不同特征农户疾病风险处理策略比较等方面进行深入分析。

**【关键词】**农户; 疾病风险; 经济影响; 处理策略

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.11.009

## A review of studies on households strategies in dealing with risks of disease

CHEN Yu-ping<sup>1</sup>, LI Zhe<sup>2</sup>

1. School of Business Administration, Zhongnan University of Economics and Law, Hubei Wuhan 430074, China
2. School of Economics, Zhejiang Gongshang University, Zhejiang Hangzhou 310018, China

**【Abstract】** Disease seriously affects households' livelihoods. This paper is to review the current research on measuring illness risks, impact on households' livelihoods and households' risk coping strategies. The short time impacts of illness include reducing working time and normal consumption; the long-run impacts can last for 10 years or longer, and it is especially true for households human capital development. In coping with the adverse shock, households may participate programs such as immunization, safe-water and medical insurance; they may also actively adopt income-and consumption-smoothing strategies, such as reducing family consumption, borrowing, selling consumables or productive assets, as well as migrating. Households with different economic situation may adopt different strategies in coping with illness risks. Future studies should focus on long run impacts on households income generating and poor households' s livelihoods. Households characteristics should be more taken into account in analyzing risks coping strategies.

**【Key words】** Households; Risk of disease; Economic impact; Coping strategies

国家卫生服务调查对中国农村农户致贫原因的统计显示,“因病致贫”的比例明显增加。1998年农村地区该比例仅为21.6%,2003年增至33.4%。<sup>[1]</sup>疾病与贫困往往相伴而生。贫困人口由于长期营养

不良,卫生环境恶劣,缺乏医学知识,心理压抑和超负荷体力劳动等原因,非常容易生病。而一旦患病,劳动能力丧失,收入减少或中断,家庭经济开支增加,贫困人口常常是有病不看,使得疾病得不到及时

\* 基金项目:欧盟第六轮框架计划资助(编号:INCO-CT-2005-517657),教育部新世纪优秀人才支持计划项目(编号:NCET-06-0635)和国家自然科学基金项目(编号:70773120)。

作者简介:陈玉萍,女(1964年-),博士,副教授,主要研究方向为农村发展和农村社会保障。E-mail: chenyping08@yahoo.com.cn

治疗,小病拖成大病,造成生活更加贫困的局面,形成“因病致贫,因贫致病”的恶性循环。<sup>[2]</sup>鉴于此,为了探析中国农户“因病致贫”的过程,本文主要从疾病风险如何冲击农户家庭生计和农户如何应对疾病风险两个方面进行综述。

## 1 疾病经济风险测度

疾病经济风险指标反映家庭因疾病导致的直接经济损失所带来的致贫风险度。研究人员通常采用“总计疾病经济风险指标(FR)”和“特定人群相对疾病经济风险指标(RR)”来衡量农户疾病的经济风险。<sup>[3-6]</sup>

总计疾病经济风险指标衡量不同家庭患病的经济风险,计算公式为:

$$FR = \text{疾病年医疗费用支出} / \text{疾病家庭年经济纯收入}$$

特定人群疾病相对疾病风险指标衡量不同人群的疾病经济风险,用公式表示为:

$$RR = (\text{特定人群医疗费用} / \text{该人群人数}) / (\text{观察人群医疗费用} / \text{观察总人数})$$

依据 FR 的数值可将疾病家庭分为四类:当  $FR \leq 0.5$  时,说明因疾病带来的直接经济损失小于家庭年纯收入,判断此类家庭为低风险疾病家庭;当  $0.5 < FR \leq 1$  时,说明疾病带来的经济损失接近家庭年纯收入,为中等风险疾病家庭;当  $1 < FR \leq 1.2$  时,说明此类家庭因疾病的直接经济损失已经超过了当年的家庭年纯收入,但是通过动用存款等手段还不至于立即陷入贫困,属于高风险疾病家庭;当  $FR > 1.2$  时,说明因疾病经济损失已经严重超过了家庭的承受能力,将会使家庭陷入贫困,此类家庭属于极度风险疾病家庭。彭芳等运用湖北 8 个新型农村合作医疗试点县的 2 880 户农户调查数据计算 FR,发现大部分疾病家庭的经济风险处于较低水平,少数疾病家庭有高度致贫风险。<sup>[3]</sup>

研究人员多运用 RR 指标比较不同经济收入人群的疾病相对经济风险,分析不同经济收入人群的疾病经济风险时 RR 不准确,需要引入收入因素矫正结果。<sup>[3-5]</sup>矫正 RR 的计算公式为:

$$\text{矫正 RR} = RR \times \frac{\text{观察人群人均收入}}{\text{特定人群人均收入}}$$

对 RR 的测度是:  $RR > 1$ 、 $RR < 1$  和  $RR = 1$ ,说明某一特定人群的疾病经济风险水平高于、小于或者等于平均水平。孙焱和彭芳等按人均收入和医疗机构分类,用 RR 指标分析不同收入人群和不同医疗机构的疾病经济风险,认为贫困家庭的住院经济风险最高;县级以上医院住院家庭经济风险最高。<sup>[3-4]</sup>其他学者也得出同样的结论:低收入家庭疾病经济风险大。<sup>[5]</sup>

## 2 疾病对农户生计的影响

疾病会对农户家庭造成多方面的影响。高梦滔等认为,家庭成员遭受大病冲击对家庭收入能力的影响主要表现为:患者一段时间内丧失劳动能力或者看护的家庭成员丧失劳动时间;康复的大笔费用挤出购置家庭生产设备的费用,甚至影响子女的教育投资。<sup>[7]</sup>针对中国农村,目前研究人员主要从收入角度研究了健康或疾病对农户的影响,也有部分文献反映疾病发生后农户家庭消费、投资和人力资本的变化。

### 2.1 疾病对农户家庭收入的影响

按收入来源可分为疾病对农户家庭经营性收入和对非农收入的影响来考察疾病的影响。张车伟使用 1997 年 6 个国家贫困县 460 户调查数据,建立包括健康变量的生产函数模型考察健康对农户种植业收入的影响,结果表明因病损失的工作时间显著影响收入,家庭劳动力因病损失的工作时间每增加一个月将导致种植业收入减少 2 300 元。<sup>[8]</sup>魏众建立综合的健康“生理因子”和“心理因子”指标,采用 Heckman 和 Mincer 模型的分析结果证实健康的人相对容易获得非农就业的机会,但健康对非农劳动工资的影响不显著。<sup>[9]</sup>

疾病的收入影响又分为短期和长期收入影响。高梦滔等运用半参数方法对广东、浙江、湖南等 8 省 1987—2002 年大病患病和治疗情况调查数据的分析发现,大病冲击平均使得农户人均纯收入下降 5%~13%,并且大病削弱了农户长期的收入能力,负面影响大约会持续 15~25 年。<sup>[7,10]</sup>海闻等利用与高梦滔等相同的数据分析发现,大病影响即期农户储蓄和消费,影响人力资本投资从而影响农户的长

期收入与消费。大病发生对农户当年收入无显著的影响,这个影响在随后的两年显现出来。<sup>[11]</sup>

## 2.2 疾病对农户家庭消费、生产投资的影响

疾病不仅冲击农户收入,对农户消费和投资也会带来持续的影响。海闻等认为家庭消费支出在患病当年和第二年有所下降,贫困农户要花8年的时间才能恢复到大病前的消费水平。疾病持续影响农户生产投资,农户成员患病后的第五年家庭生产才恢复到患病前的水平,而对于贫困户则需要近10年的时间。<sup>[11]</sup>

## 2.3 疾病对农户人力资本的影响

有研究表明疾病从两个方面影响农户的人力资本:其一,影响劳动能力和劳动时间。于浩等发现高费用组的住院病人有几个月、甚至一年不能正常劳动,在其住院期间需要亲属陪伴。<sup>[12]</sup>海闻等认为大病影响患者本人的劳动时间平均为17.9个月。<sup>[11]</sup>2003年中国卫生服务调查显示,农村地区居民两周患病卧床率为37.6%,误工率为37.5%。<sup>[1]</sup>其二,影响家庭人力资本投资。孙昂等认为子女处于小学阶段的农户劳动力患大病对其子女教育水平有显著的负向影响。<sup>[13]</sup>

## 2.4 特殊疾病对家庭生计的影响

某些疾病,诸如艾滋病等传染病具有特殊性,发生这类疾病的家庭极易陷入贫困,家庭成员患有这类疾病对农户生计的影响可能与前文有所不同,国内学者对此方面也作了一些研究。李小云等通过对中部、西南地区20户艾滋病病毒感染者的访谈发现,艾滋病对贫困家庭的影响主要表现在:其一,对家庭生产的影响。劳动能力下降致使粮食作物单产下降,妇女的劳动负担增加,技术和市场信息缺失导致家庭收入减少,艾滋病人家家庭非农就业机会和非农收入减少;其二,对家庭收入和支出的影响。收入来源从非农收入转变为农业收入,家庭内成年未婚子女成为家庭收入的主要贡献者,医疗支出排挤教育支出成为家庭的主要开支;其三,对生活质量的影 响,口粮保障能力减弱,买菜次数和花费减少,减少衣物开支;其四,对生活环境的影 响,患病家庭的社会交往减少和社会歧视程度

增加。<sup>[14]</sup>

## 3 农户的疾病风险处理策略

借鉴世界银行提出的风险管理分析框架对风险处理策略的划分,农户处理疾病风险的策略可以分为防范风险策略、缓解风险策略和处理风险策略;也可以按风险损失是否发生分为“事前”处理策略和“事后”处理策略。<sup>[15]</sup>本文将按照“事前”和“事后”策略的框架来综述研究人员对中国农户疾病风险处理策略研究的贡献。

### 3.1 农户疾病风险的处理策略

#### 3.1.1 “事前”处理策略

现有文献分析了疾病风险损失发生前农户一系列防范和缓解风险损失的策略。

蒋远胜等对四川5个县18个农户案例调查发现,采用风险预防、损失减少和非保险转移三种事前策略的访谈者在18个访谈者中的比例分别为16/18、16/18、10/18。<sup>[16]</sup>

农户对健康知识的认知及安全饮用水等措施属于预防疾病策略。朱玲对我国江苏、广东、吉林、河北、四川、甘肃6省2008户农户调查发现,儿童免疫项目、安全饮水设施使用率较高,均超过80%,卫生设施改造和健康教育的农户覆盖率约为40%。<sup>[17]</sup>2003年中国卫生服务调查显示,农村87.3%的儿童有计划免疫接种卡。<sup>[1]</sup>目前我国农村居民面临最多的是慢性病,但是政府的预防工作重点仍然是防治传染病,并未延伸到非传染病预防领域。<sup>[17]</sup>

农户参与新型农村合作医疗等医疗保障项目可视为一项预防风险策略。颜媛媛等调查发现,已实施新型农村合作医疗村中有80%的农民参加合作医疗。<sup>[18]</sup>然而,分析农户对新型农村合作医疗分散疾病风险的认知发现,农户的疾病风险意识仍然比较淡薄。毛正中认为贫困地区大多数农民对新型农村合作医疗的互助共济、分担疾病风险的作用并不清楚。<sup>[19]</sup>农村中有许多人认为合作医疗的预付保障金是“多交”甚至“白交”。<sup>[20]</sup>李卫平等发现农民观念上怕吃亏,“钱给别人看病用了,心里不平衡”。<sup>[21]</sup>

就医治病是农户采用较多的缓解疾病风险的策略。刘仲翔认为农民采取“小病不看,大病上医院”

策略。<sup>[22]</sup> 卫生部统计信息中心的资料显示,农村居民两周患病者到医院就诊比例达 54.2%,采取自我治疗的达 31.4%,未采取治疗的占 14.4%。<sup>[1]</sup>

### 3.1.2 “事后”处理策略

蒋远胜等对四川 18 个农户的案例分析发现,农户遭遇疾病损失后多选择自己处理,5 户有风险分担团体帮忙,分别有 3 户利用到社区和政府的政策和保险。由亲友组成一个风险分担团体能较好地分担风险。<sup>[16]</sup> 蒋远胜等对四川 300 户样本调查发现,农户使用了以下 10 种策略处理疾病风险:使用现金和储蓄、出售畜禽、出售其他财产、亲友的贷款、放债者的贷款、亲友的赠予、赊欠医疗费用、免除医疗费用、其他策略(如父母从子女处得到赡养费或者从保险人、新型农村合作医疗处得到报账款)。<sup>[23]</sup> 于浩等总结了 7 种农户应对高额医药费用的短期策略,除与蒋远胜等有相同的策略之外,还有社会救济和转换生产方式两种策略;农户应对劳动力损失有两种策略,患病期间调整家庭内部劳动力和获得家庭以外帮助。<sup>[12]</sup> 除此之外,农户的求神行为在一定程度上存在。刘仲翔对河北省定州市农村分析认为,农民遇到疑难杂症,患者尤其是患者的家属就会产生求神行为。<sup>[22]</sup>

研究人员还对“事后”策略总结了一种大致的优先顺序。于浩等统计农户使用 10 种筹资策略的频数,发现多数农户选择了向亲朋借款。<sup>[12]</sup> 海闻等发现因大病借款的样本户占 41.8%,借款主要来源是亲戚,其次是信用社和朋友;并认为医疗保障制度对于患大病者的保障功能非常弱,患大病者有医疗保障的仅占 6%。<sup>[11]</sup> 蒋远胜等认为农户先用现金或活期存款,卖非生产性牲畜是第二选择,有时也卖一些多余的生产性资产,然后是亲友的帮助,最后是本村本组其他成员的帮助,并认为农户不可能用耕畜抵押取得正式金融机构的贷款,只有最穷农户才能获得当地政府的援助。<sup>[16]</sup> 颜媛媛等也发现参加新型农村合作医疗农民首先用家里积蓄支付医疗费用,合作医疗的补偿款平均每人仅能得到 10 元。<sup>[18]</sup> 陈传波等认为,随着风险损失发生,农户可能会先后采取减少消费、动用消费、向亲朋借贷、借高利贷、过度劳动投入、卖消费性资产、卖生产性资产、打工、乞讨甚至犯

罪等作为处理策略。<sup>[24]</sup> 蒋远胜等认为农户应对疾病成本策略的顺序是由低成本策略到高成本策略。<sup>[23]</sup>

### 3.2 不同经济状况农户疾病处理策略比较

研究人员在公共卫生服务的可获得性和利用,农户的就医行为、筹资行为等方面针对不同经济状况农户进行了分析,这些内容充实了不同经济状况农户疾病风险策略的差异研究。

朱玲发现贫困户公共卫生服务的获得率均低于非贫困组;贫困户的产妇住院分娩率(48.7%)低于总体平均水平(68.6%);贫困户的健康知识获得率比非贫困户低。<sup>[17]</sup> 卫生部统计信息中心资料显示越贫困的地区,不安全饮用水住户的比例越高。<sup>[1]</sup>

于浩等发现贫困户既不能从亲朋处借到钱,也不能获得信用社贷款;特困户中许多人长期患病,无钱医治,病人发作时只能卧床休息,也有些人在药摊买些便宜的药或向私人医生赊账治疗。<sup>[12]</sup> 胡苏云总结温饱层的医疗风险应对策略是遇到小病自己支付治疗费用,若得了大病就需要亲朋好友的帮助,有些因无力医治的人就只能“顺其自然”;贫困层的策略是“小病靠挺,大病靠命”。<sup>[25]</sup> 梁鸿等对上海市贫困人口医疗服务调查显示,18.5%的贫困家庭在患病后既不看病,也没吃药。贫困家庭就医表现为“有病不看或者不及时看”,“大病小看”,“大人不看病”,“老人不看病和自己买药治”,或者“没钱看不起病,治疗一半不治了”。<sup>[26]</sup> 海闻等认为抵抗大病风险的借款策略对于低收入组人群要比中、高收入组人群重要。<sup>[11]</sup>

叶宜德等调查发现参加新型农村合作医疗人口中特困人口占 5.4%,低收入家庭认为参加合作医疗好的比率最低。<sup>[27]</sup> 家庭经济状况越好越愿意出钱较多地参加合作医疗。<sup>[28]</sup> 顾杏元等发现贫困县农民人均门诊人次数高于富裕县,未就诊比例也高于富裕县,需要住院而未住院比例远高于富裕县。<sup>[29]</sup> 赵洪杰等发现特困户中因病致贫率为 64.8%,特困户就诊率低于卫生部Ⅷ项目的基线调查贫困户就诊率。<sup>[30]</sup> 颜健英调查发现贫困户合作医疗参保率过低,贫困和受教育程度低的人群不愿意承认疾病的存在,不把疾病看得很严重,很少利用预防服务。<sup>[31]</sup> 汪和平等通过对中西部地区 4 县 807 户农户数据的分析,认为经济状况差异不一定是农户是否参加合作

医疗的决定因素。<sup>[28]</sup>

除此之外,研究人员对不同特征人群就医行为、参合意愿的研究可以反映其疾病风险处理策略的差异。农户家庭对主要劳动力和小孩患病比老年人较为重视<sup>[21]</sup>,主要劳动力和儿童在县和县以上医院就诊的比例要高于老人,老人采取自我治疗的比例高<sup>[11]</sup>,但成年人首次就诊拖延时间较长。<sup>[32]</sup>国家卫生服务调查也显示农村地区65岁及以上两周患者未就诊比例最高,且男性和女性的两周未就诊比例基本相同。<sup>[1]</sup>较高教育水平的农户更倾向于不参加新型农村合作医疗<sup>[19]</sup>,初中及以上文化程度组农户参合比例较小,小学及以下组农户因病借钱、未住院比例较高。<sup>[33]</sup>

虽然现有文献没有疾病别的风险处理策略分析,但农户面对不同严重程度的疾病其就诊选择、参合意愿和外部支持资源还是略有差别。健康状况差的家庭明显更愿意参加合作医疗,疾病越严重,参加意愿越高。<sup>[28]</sup>刘璐平等认为病人患病越是急性、严重或处于压抑紧张状况则求医较主动,轻症、慢性病、持续时间短的病则就医率偏低。<sup>[32]</sup>自感疾病严重的患者通常看病治疗,不严重的或不知道是否严重的患者倾向于自我治疗。<sup>[34]</sup>与非传染性疾病相比,患有艾滋病农户比其他患病家庭应对疾病风险可利用的社会网络资源少,而且外出打工创收渠道减少,表现为亲戚朋友断绝来往,即便是非常困难的时候也不能获得亲戚的帮助,外出打工被用人单位拒绝。<sup>[14]</sup>

## 4 简要评述

综上所述,研究人员在疾病对中国农户生计的影响、农户应对医疗费用的处理策略方面进行了较为深入的研究,取得了许多成果。但是,关于农户疾病风险处理策略及其政策含义的研究还需要从以下几个方面进行深入研究。

### 4.1 疾病对农户收入的持续影响

现有研究运用表示健康变量的指标与农户收入建立模型,结果表明健康对农户家庭收入的影响显著,但是农户收入受影响的持续时间有待进一步证实。由于疾病对收入长期影响用相当年份的时间序列数据分析较好,但数据难求,加之分析方法仍不十分成熟,所以疾病对我国农户收入的持续影响还有待进一步探讨。

### 4.2 贫困农户生计受疾病的影响

从我国减少贫困人口的目标考虑,研究疾病如何影响贫困农户的可用资源以及农户的行为,对开展扶贫工作、特困救助等方面均有重要意义。现有研究很少针对贫困农户这个群体研究其受到疾病的影响,虽然有些文献提到是来自中国贫困县的调查数据,然而这种分析依然是针对一个总体人群的研究,即使分收入组将低收入农户或者贫困线下的农户分离出来,比较不同收入组疾病影响及其程度的差异,这些研究也较少。

### 4.3 农户疾病风险的“事前”处理策略

农户如何防范和缓解疾病风险损失的发生,这方面仍然需要从风险处理策略框架下进行较为全面和深入的研究。农户参加新型农村合作医疗、利用现有医疗服务可视为两种策略,这方面的研究已经很多,研究者可以从预防性储蓄、收入多样化、改变卫生环境、农户对健康的态度等方面来分析农户的策略选择及其限制原因。由于这些策略常常隐身于农户的日常生活中,因此从农户和社区层面对“事前”处理策略进行补充也很重要。

### 4.4 不同特征农户疾病风险处理策略比较

将农户分成“因病致贫户”和“因病不贫户”,可以从两类农户处理疾病风险的策略差异来寻找贫困与不贫困的原因。户内不同年龄层成员生病,户内资源如何分配,处理策略的差异也可以研究;农户遭受特殊疾病,如慢性病、传染病的农户资源变化,处理策略比较也需要进一步研究。

## 参 考 文 献

- [1] 卫生部统计信息中心. 中国卫生服务调查研究第三次国家卫生服务调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.
- [2] 仇雨临. 关注弱势群体的医疗保障问题[J]. 社会保障制度, 2003(3): 3-7.
- [3] 彭芳, 陈迎春, 徐锡武, 等. 湖北省新型农村合作医疗试点县农民疾病经济风险分析[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(7): 34-36.
- [4] 孙焱. 山西省新型农村合作医疗试点县农民疾病经济风险分析[D]. 山西: 山西医科大学硕士研究生论文, 2005.
- [5] 万崇华, 周尚成, 董留华, 等. 会泽县参加新型农村合作医疗农民的疾病经济风险分析[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(3): 46-47.

- [6] 张亮, 憨魁. 疾病家庭相对经济风险分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 1998, 18(2): 8-9.
- [7] 高梦滔, 姚洋. 健康风险冲击对农户收入的影响[J]. 复印报刊资料: 农业经济导刊, 2006(4): 156-157.
- [8] 张车伟. 营养、健康与效率——来自中国贫困农村的证据[J]. 经济研究, 2003(1): 3-12.
- [9] 魏众. 健康对非农就业及其工资决定的影响[J]. 经济研究, 2004(2): 64-74.
- [10] 高梦滔, 甘立, 徐立新, 等. 健康风险冲击下的农户收入能力与村级民主[J]. 中国人口科学, 2006(1): 21-32.
- [11] 海闻, 高梦滔, 姚洋. “大病”风险对农户影响深远[J]. 社会保障制度, 2004(4): 43-46.
- [12] 于浩, 安迪. 农村贫困地区居民高额医药费用的应对策略[J]. 中国卫生经济, 1998, 17(10): 42-45.
- [13] 孙昂, 姚洋. 劳动力的大病对家庭教育投资行为的影响——中国农村的研究[J]. 世界经济文汇, 2006(1): 26-36.
- [14] 李小云, 唐丽霞. 艾滋病与贫困的关系研究[J]. 中国农村观察, 2005(3): 63-71.
- [15] Pandey S, Behura D D, Villano R, et al. Economic Cost of Drought and Rice Farmers' Coping Mechanisms: A Study of Rainfed Rice System in Eastern India[R]. Philippine: International Rice Research Institute, 2009.
- [15] 蒋远胜, 肖诗顺, 宋青锋. 家庭风险分担机制对农村医疗保险需求的影响——对四川省的初步调查报告[J]. 社会保障制度, 2003(5): 41-46.
- [17] 朱玲. 农村健康教育和疾病预防[J]. 中国人口科学, 2002(5): 26-31.
- [18] 颜媛媛, 张林秀, 罗斯高, 等. 新型农村合作医疗的实施效果分析——来自中国 5 省 101 个村的实证研究[J]. 中国农村经济, 2006(5): 64-71.
- [19] 毛正中. 农民对合作医疗的支付意愿[J]. 卫生经济研究, 2001(4): 7-11.
- [20] 王德斌, 左文远. 农民对合作医疗保健制度的认知缺陷与对策[J]. 中国卫生经济, 1999, 18(6): 45-47.
- [21] 李卫平, 张里程. 山西省闻喜县农民健康保险意愿分析[J]. 卫生经济研究, 2002(5): 3-6.
- [22] 刘仲翔. 农民求医行为的特点及启示[J]. 卫生经济研究, 2005(3): 36.
- [23] 蒋远胜, Joachim von Braun. 中国西部农民的疾病成本及其应对策略分析[J]. 中国农村经济, 2005(11): 33-46.
- [24] 陈传波, 丁士军. 中国小农户的风险及风险管理研究[M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2005.
- [25] 胡苏云. 中国农村人口医疗保障: 穷人医疗干预视角的分析[J]. 中国人口科学, 2006(3): 30-37.
- [26] 梁鸿, 徐惠平. 上海市贫困人口医疗服务可及性研究[J]. 中国卫生经济, 2001, 20(12): 10-13.
- [27] 叶宜德, 汪和平. 合作医疗对农村居民基本卫生服务需求的影响[J]. 卫生经济研究, 2000(7): 33-36.
- [28] 汪和平, 叶宜德, 汪时东, 等. 不同经济状况农户对新型合作医疗意愿的研究[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(7): 17-18.
- [29] 顾杏元, 汤胜蓝, 冯学山, 等. 中国农村医疗服务[J]. 卫生经济研究, 1994(5): 15-23.
- [30] 赵洪杰, 王保勤, 刘凤翔. 宁陵县特困人口患病就诊情况调查分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2000, 20(9): 27-29.
- [31] 颜健英. 大丰市农村贫困户医疗状况调查报告[J]. 中国农村卫生事业管理, 2001, 21(11): 25-26, 36.
- [32] 刘璐平, 栗庆林, 杨怀玉. 农民患者求医行为和影响因素分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2002, 22(5): 23-24.
- [33] 岳青, 叶宜德, 汪时东, 等. 不同文化程度农户对实施新型合作医疗的影响[J]. 中国卫生经济, 2003, 22(7): 15-16.
- [34] 邢海燕, 沈毅, 赵华娟, 等. 农村居民就医行为及其影响因素的对应分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2002, 22(5): 12-15.

[收稿日期:2010-08-19 修回日期:2010-09-30]

(编辑 刘 博)