

# 新型农村合作医疗的参合补助

## ——悖论及路径优化

毕红霞, 徐汝峰, 薛兴利

(山东农业大学 经济管理学院, 山东 泰安 271018)

**摘要:** 新农合的财政补助水平与农民需求存在较大缺口, 客观上需要政府提高补助水平。但由于农民有限理性的存在, 在个人缴费在先且与财政补助同比增长的制度安排下, 形成了农民既需要参合补助, 又不愿因增加个人缴费以获得补助的悖论, 且此情况会因制度供给缺陷而激化。因此, 需要对新农合的参合补助路径进行优化。设计灵活的参合缴费模式, 调整农民缴费与政府补助的增长幅度, 提高农民医疗补偿的比例都是可行的选择。

**关键词:** 新型农村合作医疗; 参合补助; 悖论; 路径优化

**中图分类号:** F323.89 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149 (2012) 04-0101-06

### The Fiscal Subsidies in the New Rural Cooperative Medical Care System: A Paradoxical and Path Optimization

BI Hong-xia, XU Ru-feng, XUE Xing-li

(College of Economics and Management, Shandong Agricultural University, Tai'an 271018, China)

**Abstract:** There is a big gap between the amount of fiscal subsidies in the New Rural Cooperative Medical Care System (NRCMCS) and the demand of the farmers, and there is an objective need for the government to raise the subsidies. But as farmers' limited rationality and individual contributions to the earlier and the same proportion of growth and financial assistance, a paradox was formed that farmers need the medical subsidies from the government but at the same time, they do not want to pay more. And the paradox becomes more serious because of the supply deficiency in policy. Thus, an optimized allocation is needed for the fiscal subsidies in the NRCMCS. There are many feasible ways in allocating the subsidies, such as designing flexible ensuring modes, adjusting the increase range between the farmers' payment and government subsidies, raising the proportion of farmers' medical reimbursement, etc.

**Keywords:** the New Rural Cooperative Medical Care system (NRCMCS); fiscal subsidies; paradox; path optimization

收稿日期: 2012-03-23; 修订日期: 2012-05-09

作者简介: 毕红霞 (1978-), 女, 山东文登人, 山东农业大学经济管理学院讲师, 管理学博士。研究方向: 农村公共管理。

## 一、问题的提出

新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）是通过个人缴费、集体扶持和政府资助等多方筹资、共济，以大病统筹为主要内容的农民医疗救助保障制度。2003 年，《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》中明确了财政对参合农民的补助责任。从实际的补助情况看，参合补助数额不断增加，特别是 2007 年以来更是持续快速增长，从 2003 年的人均 10 元，提高到 2011 年的人均 250 元。与此同时，农民的个人缴费也同步大幅增长，从多年的 10 元增长到 2011 年的 50 元。在这种情况下，有两个问题值得思考：财政参合补助与农民个人缴费同步增长有无必要？农民是否愿意不断提高个人缴费水平？本文即对此展开讨论，进而对新农合财政补助资金的优化配置提出建议。

讨论中，本文对相关结论辅以“山东省农民参加新农合意愿”问卷调查数据进行实证研究。问卷调查于 2010 年 8 月份以经过培训的大学生为调研主体采用随机抽样并入户访谈的方法进行。问卷发放 950 份，回收 904 份，有效问卷 843 份，有效率为 88.74%，样本覆盖山东省所有（17 个）地市、92% 的县市区，总体上能够满足研究需要。

## 二、悖论产生：供小于求与农民有限理性

### 1. 增加财政参合补助水平：供小于求的必然选择

（1）筹资公平需要增加财政参合补助。世界卫生组织建议，为保证医疗卫生筹资的公平性，应把使用者付费水平控制在 30% 以下<sup>①</sup>。参照此标准，新农合对农民医疗费用的目标补偿应达到 70% 左右。表 1 数据显示，2003 ~ 2010 年，新农合目标补偿比与世界卫生组织所设定的标准相差较远，2008 年以前长期在 30% 以下徘徊，在 2010 年人均筹资额达到 150 元时，目标补偿比也未超过 50%。如果将农民个人缴费也归属于“使用者付费”，只按照财政补助数额计算目标补偿比的话，2010 年的目标补偿比则仅为 36.81%，只是世界卫生组织所设补偿比的一半，这意味着要实现世界卫生组织所设定的最低标准，财政对新农合的补助额必须翻一番。

### （2）需求上升要

求提高筹资水平。农民医疗需求不同，新农合的筹资水平也必然不同。分别以农民人均医疗保健支出和城镇居民人均医疗保健支出为标准，对新农合的筹资需求进行测算，结果如下：①

| 表 1 新农合目标补偿比（2003 ~ 2010 年） |        |        |        |        |        |        |        |        | 元,% |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|
| 年份                          | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   |     |
| 农民人均医保支出额                   | 115.80 | 130.60 | 168.10 | 191.50 | 210.20 | 246.00 | 299.00 | 326.00 |     |
| 人均筹资额                       | 20.00  | 30.00  | 30.00  | 50.00  | 50.00  | 90.00  | 100.00 | 150.00 |     |
| 目标补偿比 1                     | 25.90  | 22.97  | 17.85  | 26.11  | 23.79  | 36.59  | 34.97  | 46.01  |     |
| 财政补助额                       | 10.00  | 20.00  | 20.00  | 40.00  | 40.00  | 80.00  | 80.00  | 120.00 |     |
| 目标补偿比 2                     | 17.27  | 15.31  | 11.90  | 20.89  | 19.03  | 32.52  | 27.97  | 36.81  |     |

资料来源：1. 农民人均医保支出额中，2003 ~ 2009 年数据来源于《中国卫生统计年鉴》（2010），2010 年数据来源于《中国统计摘要》（2011）；2. 人均筹资额和财政补助额来源于各年度新农合的建设意见整理。

注：目标补偿比 1 是人均筹资额占农民人均医保支出；目标补偿比 2 是个人缴费以外的筹资（此处仅指财政补助）占农民人均医保支出的比例。

以 2010 年农民人均医疗保健支出为标准<sup>②</sup>，考察满足农民基本医疗需求下的筹资需求。2010 年我国农村居民人均医疗保健支出 326 元。若以此为新农合筹资标准，仍按照目前财政和农民个人 4 : 1 的比例进行分摊<sup>③</sup>，财政和个人负担的标准应分别是：财政补助 260 元，个人缴费 66 元。②以 2010 年城镇居民人均医疗保健支出为标准计算，考察实现医疗保障城乡统一目标下的筹资需求。《中国卫生统计年鉴》显示，2010 年我国城镇居民人均医疗保健支出为 872 元，按财政和农民个人 4 : 1 的比例进行分摊，财政应补助 698 元、个人缴费 174 元。若按照目前城市医疗保障制度规定，将单位缴费

① WHO. Strategy on Health Care Financing for the Countries of Western Pacific and Southeast Asia Regions (2006 - 2010) [EB/OL]. <http://www.who.int/en>, 2005.

② 按照现阶段绝大多数农民的消费能力和习惯，医疗保健支出以医疗为主，保健为辅或基本不会产生保健支出，因此，本文认为以人均医疗保健支出为标准进行补助需求的推算具有科学性。

③ 历年新农合财政补助与个人缴费的标准基本遵循了 4 : 1 的比例，因而此处测算仍遵循该比例。

10% 和个人缴费 2% 的部分由农民承担，按照中央、地方和农民个人 44：44：12 的比例进行分摊<sup>[1]</sup>，分摊到每一个人的标准应分别是：财政补助 770 元，个人缴费 102 元。

表 2 显示，2010 年，以农民和城镇人均医疗保健支出为标准计算的新农合的实际筹资水平与筹资需求间的差额分别为 226 元和 772 元，其中财政筹资差额分别为 180 元和 690 元，筹资缺口较大。因此，作为筹资总额的主体构成部分，提高参合补助以提高筹资水平是政府义不容辞的责任。

| 表 2 2010 年不同标准下的参合补助需求与供给水平比较 元 |      |      |      |
|---------------------------------|------|------|------|
| 筹资需求                            | 财政补助 | 个人缴费 | 筹资总额 |
| 以农民人均医疗保健支出为标准计算                | 260  | 66   | 326  |
| 以城镇居民人均医疗保健支出为标准计算              | 770  | 102  | 872  |
| 实际筹资水平                          | 80   | 20   | 100  |

2. 农民放弃补助：有限理性的取舍

新农合的制度框架设计以理性经济人为前提，通过财政补助和农民缴费形式共同筹集新农合所需要的资金。其中，参合补助既是城乡统筹、反哺三农的需要，又充当着撬动农民参合资金投入的杠杆。但农民参合中的有限理性使得制度设计未能如愿。

(1) 缴费在前的有限理性。由于农民文化层次、自身素质、风俗习惯的参差不齐，致使其理性是有限的，并会对新农合表现出“理性不及的无知状态”，如对新农合缺乏基本的认知，只会在家庭发生重大疾病之后才开始关心合作医疗，把因为对制度不了解而导致医药费不可报销的责任也归咎为合作医疗自身的问题<sup>[2]</sup>。尤其是在获得财政补助是以个人先行缴费为前提条件下，农民更表现出有限理性，明显地表现为对参合的成本和收益进行判断时，仅局限于现时的成本与收益对比，部分农民会基于目前健康状况良好、对制度稳定性缺乏预期等原因参合意愿不强。因此，新农合的高参合率并非完全通过农民的自愿而实现的。这从调查中也得以印证。数据显示，农民非常主动参加新农合的比例仅占 26.69%，较为自愿参加的为 46.38%，二者合计为 73% 左右。这说明目前 95% 的参合率中，有 27 个百分点是或多或少地受到了行政影响。

(2) 财政补助参合诱导递减的有限理性。新农合从 2003 年试点到 2010 年 95% 的参合率，在很大程度上归因于财政补助的推动和影响<sup>[3]</sup>，但这种推动和影响能否一贯持续？我们利用单因素方差分析方法（ANOVA）分析了“不同财政补助水平下农民个人缴费意愿”（统计情况如表 3）。

首先对财政补助标准对参合意愿进行总体分析。统计结果中 F 值为 4.53，显著性水平为 0.0044，这表明在要求显著性水平为 5% 概率下，六种财政补助方案中的农民参合意愿程度具有显著性区别，不同财政补助方案对农民参合意愿影响程度不同，且具有诱导作用。

| 表 3 不同财政补助水平下农民个人缴费意愿 |      |      |       |       |       |       |
|-----------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| 农民不同缴费<br>额度意愿程度      | 财政补助 |      |       |       |       |       |
|                       | 0 元  | 80 元 | 100 元 | 120 元 | 150 元 | 200 元 |
| 20 元                  | 1.94 | 2.96 | 3.17  | 4.29  | —     | —     |
| 30 元                  | 1.89 | 2.85 | 3.38  | 3.57  | 4.17  | —     |
| 40 元                  | 1.76 | 1.94 | 3.44  | 3.83  | 4.32  | 4.54  |
| 50 元                  | 1.28 | 1.36 | 3.57  | 3.58  | 3.64  | 4.75  |
| 60 元以上                | 1.14 | 1.24 | 1.68  | 1.75  | 1.81  | 1.92  |
| 70 元以上                | —    | —    | —     | —     | 1.05  | 1.06  |
| 80 元以上                | —    | —    | —     | —     | 1.04  | 1.05  |

资料来源：根据调查问卷数据整理。后面各表同。

注：在调查过程中，我们将六种财政补助方案相对应农户缴费的额度进行了意愿调查，根据赞成意愿的程度将参合意愿分为五级，分别是非常赞同、赞同、基本赞同、不赞同、非常不赞同，对应着赋予相应的数值分别为：5，4，3，2，1。表中的各意愿值是每项调查意愿值的平均数。

为了进一步评价不同财政补助方案对农民参合意愿的诱导程度，又对六组财政补助方案下农民的参合意愿程度进行两两对比统计分析。由表 4 的对比分析结果可看出（每项结果包含均值差和显著性水平，括号内为显著性水平），财政补助 80 元和财政不补助相对比，农民的参合意愿变化并不显著；财政补助 100 元的参合意愿比财政不补助提高了 1.446，并且这个提高的显著性水平为 0.089，财政补助 120 元相比财政不补助参合意愿提高了 1.802，显著性水平为 0.014，这说明财政补助的诱导作用在增强。但是当财政补助提高到 150 元时参合意愿相比财政不补助仅仅提高了 0.226，并且这个提高在统计上并不显著，当财政补助进一步提高到 200 元时，农民参合意愿相比不补贴仅仅提高了 0.551，也不具有统计的显著性。以此方法，进一步去分析其他不同补贴方案对农民参合意愿

的影响，都表现出了与上面分析相同的规律，即：随着财政补助的提高，财政补助对农民参合意愿的诱导作用呈现先递增后递减的趋势（如图1）。由此表明，随着政府财政补助的提高，农民参合意愿虽然也在提高，财政补助对农民参保的诱导作用是有效的。然而，在农民缴费数额与财政补助同比提高的前提下，当缴费额必须提高到一定数额时，农民参合意愿会不升反降。

表4 六种补贴方案下参合意愿的两两对比

| 补贴方案       | 财政补助 0 元      | 财政补助 80 元      | 财政补助 100 元     | 财政补助 120 元     | 财政补助 150 元    |
|------------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 财政补助 80 元  | 0.468 (1.000) |                |                |                |               |
| 财政补助 100 元 | 1.446 (0.089) | 0.978 (0.788)  |                |                |               |
| 财政补助 120 元 | 1.802 (0.014) | 1.334 (0.154)  | 0.356 (1.000)  |                |               |
| 财政补助 150 元 | 0.226 (1.000) | -0.241 (1.000) | -1.219 (0.206) | -1.575 (0.032) |               |
| 财政补助 200 元 | 0.510 (1.000) | 0.042 (1.000)  | -0.936 (0.941) | -1.292 (0.189) | 0.283 (1.000) |

（3）收入限制的有限理性。赵晓强、林晨等多位学者的研究表明，收入水平对农民尤其是低收入农户参合具有较大影响。赵晓强在贵州调查发现，低收入农户在短期内难以支付应缴费的部分而放弃参加新农合，导致农户收入和参合率呈现正比例关系<sup>[4]</sup>。林晨利用 ANOVA 模型和 Probit 模型，对山西省寿阳县实证研究认为，收入水平对参加合作医疗的影响是显著的<sup>[5]</sup>。通过山东省的问卷，得到不同收入水平农民的参合意愿，可以从另一个角度反映收入是影响农户参加合作医疗的重要因素（见表5）。

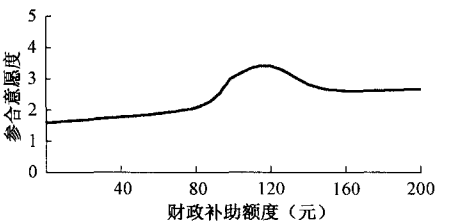


图1 财政补助与农民参合意愿的关系

表5 不同收入区间的农户参合意愿比较

| 年人均收入区间 | 1000 元及以下 | 1001 ~ 2 000 元 | 2001 ~ 3000 元 | 3001 ~ 4000 元 | 4001 ~ 5000 元 | 5001 ~ 6000 元 | 6000 元及以上 |
|---------|-----------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| 参合意愿    | 41.2      | 82.0           | 90.3          | 92.2          | 97.1          | 98.5          | 98.8      |

注：此处参合意愿的考察是以山东省 2010 年筹资数额为标准，即农民个人缴费 40 元。同时对 1000 元以下群体参合意愿的考察是基于财政不代缴的假设。

实际上，从 2003 年至今，随着财政参合补助的增长，个人缴费额从绝对数上看虽然是增加较少，2007 年以来年均增长不过 10 元，但增长比率与补助延续着 1：4 的同比增长，且远高于农民人均纯收入增长比例。因此，随着财政补助的增长，当个人缴费额增至一定水平，放弃参合就会成为部分农户尤其是低收入户的合理选择。

由此证明，由于农民有限理性的多方面存在，在财政补助与个人缴费同步增长的情况下，即使参合财政补助大幅增长，当个人缴费达到一定数额，以财政补助来刺激农民的参合意愿作用会降低，农民可能会放弃参合。

3. 悖论的形成

综合以上分析可以看出，一方面，新农合的筹资水平与需求间存在较大缺口，需要增加参合补助以刺激农民参合意愿并提高筹资水平；另一方面，有限理性使农民在面临个人缴费需与财政补助同比增长的情况下，农民会在选择或放弃参合中“摇摆”，甚至放弃参合，由此而形成选择悖论。

三、悖论激化：制度缺陷

如上所述，新农合的财政补助增加与农民缴费参合意愿之间存在着选择悖论，而且悖论的形成合乎其理。同时，制度供给中存在的一些缺陷，又不可避免的对悖论的形成和发展起到了推动作用。

1. 制度可受益程度不明显

新农合制度实行初期，其基本定位是“以大病统筹为主”的农民医疗互助共济制度。这表明，新农合制度主要是救助农民的大病住院医疗的，而门诊、跌打损伤等小病不在该保险范围内，因此，

政府目标设计与农民期望目标存在冲突，国家、农民存在“保大病”与“保小病”的目标差异<sup>[6]</sup>，农民对制度受益感不强。目前新农合统筹模式已发展为大病统筹加门诊家庭账户、住院统筹加门诊统筹和大病统筹等多种模式，但这些模式也存在弊端。在大病统筹为主的模式下，由于住院率极低，按山东省农民年平均住院率不足5%计算<sup>①</sup>，至少有九成农民享受不到新农合的好处，因此，单纯指望农民在连续几年看不到实惠的情况下依靠思想觉悟去实现“共济”是不现实的。由于家庭账户存在资金过度沉淀，“互助共济”效能发挥较差，多地（如山东、河南等省）在实践中已取消而实行门诊统筹。统筹的形式又使农民对财政补助及缴费的直接受益感降低，尤其是健康状况良好的农民缴费的机会成本增加，加之门诊统筹中基金的免责范围较宽，又会进一步降低农民的受益程度与参合热情。

2. 供方诱导需求使农民医疗费用上升

虽然新农合的基本用药有用药目录作为参考，但是作为以盈利为目的的法人实体，医院具有增加医疗服务供给以增加收入的动机，通过提供开贵药、开大方、“合理地”延长住院期等过量医疗服务，不但未使医疗价格下降，反而会使价格和医疗服务数量上升，增加农民的医疗负担，即供方诱导需求，降低了新农合对农民医疗支出的救济作用。

问卷调查结果同样也能够印证该问题。在对“参合有无减轻医疗负担”调查中，占调查样本数6.17%的农民认为参合不但“不能减轻经济负担”，反而由于缴费增加了家庭支出；认为“减负但不明显”的占52.14%，仅有15.66%的农民认为“能明显减负”（见表6）。

3. 逆向选择加剧了选择性退出

新农合具有逆向选择的特点，即选择性加入和选择性退出。老弱病残等疾病敏感人群，生病概率高，医疗费支出金额大。他们会选择参加保险制度，即选择性加入。而对健康人来说，生病支出医疗费的概率小，金额少，而参加保险后即使不生病也要支付一定的保险费，而且数额很可能大于假如生病后支出的医疗费，两者相比较，不参加保险当然是最佳选择，即选择性退出。而新农合是以共济性为特征的，实际是以健康人的缴费救助疾病人群。公平理论认为，人们的激励程度来源于对自己和参照对象的收益和投入的比例的主观比较感觉。显然，按照该理论，保险所具有的逆向选择特性，使农民参合缴费具有一定的不公平性，而这种不公平性会进一步加剧健康人群的选择性退出<sup>[7]</sup>。

4. 单一缴费选择难以满足需求的层次性

马斯洛的需求层次理论认为人的需要具有多样性和层次性，只有尚未满足需要才能影响人们的行为，因此，只有为人们提供符合其需求层次的激励，才能实现激励效用最大化。如果把财政参合补助看作对农民参合的激励，则单一缴费标准下的选择性进入或退出，既缺乏选择的多样性，又缺乏层次性，显然很难满足不同收入和医疗需求群体的选择需要，由此既导致了低收入群体因相对高的参合缴费的选择性退出，又使得较高收入群体因低缴费低补偿而退出，无法实现补助激励效用的最大化。

四、悖论化解：补助资金配置优化路径

新农合参合补助中存在着悖论说明，现行新农合的财政补助属于强制性制度变迁下的供给诱导，未按照农民的需求路径投入。而悖论的化解应考虑因医疗价格上涨使农民对医疗补偿比例提高的需求，因生活水平提高对健康生活的追求，因收入水平不同对参合标准选择的差异等医疗需求的变化等因素，进而通过财政补助资金进行进一步的优化配置，以实现农民医疗需求诱导财政投入。几种可行的财政补助资金配置路径及设计如下。

1. 设计灵活的参合缴费及补助选择

① 杨国帅. 山东省八市农村新农合财政补助未足额到位 [EB/OL]. <http://yy.jiaodong.net/xinwenqu/hangyezixun/137101.html>, 2010-10-20.

设计中,可使不同缴费选择对应不同的财政补助数额、起付线、封顶线、报销比例和保障范围,以供农民自由选择。参合缴费标准档次的设计,一是应降低门槛,满足那些不能享受财政代缴但收入水平又未达到当地平均水平的农民的参合需求。同时,对于这部分农民中的健康状况较差者,可由政府、个人共同承担高标准的参合缴费,以备生病时获得较高水平的基金补偿。二是可实行模式多样化,在适当缴费层次上探索“保大病+预防保健服务”、“保大病+每年一次健康体检”等模式。

此路径设计的目的在于:通过保障标准与模式的多样化,使制度更具灵活性,并使财政补助资金的使用能够实现需求诱导;为农民提供符合收入和健康实际的多种模式,为自愿参合提供多种选择;将低收入群体广泛纳入保障体系中,有效减轻其家庭负担和社会负担。

## 2. 调整农民缴费与政府补助的增长比例

在政府财政投入能力许可的情况下,可考虑稳定或缓慢增长农民缴费额度而提高政府补助数额,以显著扩大农民缴费后的受益程度。一是稳定农民缴费额度而提高财政补助数额。如未来年度可将个人缴费稳定在50元,若政府财力允许,补助与缴费比例提高至5:1或6:1;若政府尚不具备大幅增长补助的能力,可放缓政府补助的绝对数额,微幅递增政府补助与个人缴费的比值,未来年度二者可分别按4.5:1、5:1或5.5:1的比例递增。二是缓慢增长农民缴费额度,同时提高政府补助数额与缴费的比值。未来年度可分别按5:1(275元和55元)和6:1(360元和60元)的比例增长。

此路径设计的目的在于通过稳定个人缴费和变动财政补助与个人缴费的比值,减缓财政补助参合诱导作用的递减,使财政补助对农民参合的激励和带动作用能够相对持续;同时也可大幅增加医疗筹资额,使制度能更好地满足农民较高层次的医疗需求。

## 3. 提高农民医疗补偿的受益程度

提高农民医疗补偿受益程度的方法有:①拓宽诊疗报销项目范围,如全额补偿或部分补偿预防接种、健康体检等保健性的诊疗项目,增加适宜的中医诊疗项目和中药品种。②提高补偿比例。门诊看病是农民首选且常用的方式,其补偿比例高低是新农合覆盖面能否稳定的重要因素,建议提高门诊报销比例至70%,对于特殊病种的大额门诊治疗费用,报销比例可更高;住院补偿比应进一步提高至住院总费用的70%,疑难杂症转外就医的,也应适当提高补偿比例。③降低起付线,提高封顶线。住院费用起付线和封顶线应按照就医医院级别的不同而设置,其中,起付线可设为乡级100元,县级300元,市级600元,省级800元;封顶线按国家规定,至少应提高到当地农民年人均纯收入的6倍以上,且不低于5万元。门诊治疗费用的报销则不应设置起付线,封顶线可设置为当地上年度农民人均医疗保健支出数额。

此路径设计的目的在于通过增加农民患病后的医疗补偿,扩大农民缴费的收益—成本比值,增强农民制度的受益感,使其相信参合可以缓解“看病贵”,并提高参合的自主性。

## 参考文献:

- [1] “支持农村医疗卫生体系建设的财政政策研究”课题组. 支持农村医疗卫生体系建设的财政政策研究[J]. 财政研究, 2008, (8).
- [2] 顾海, 唐艳. 强制性制度变迁与农户理性不及的反应——对新型农村合作医疗的两点思考[J]. 农业经济问题, 2006, (11).
- [3] 毕红霞, 薛兴利. 新型农村合作医疗财政补助问题研究——政策评价、补助需求与政策优化[J]. 农业经济问题, 2011, (1).
- [4] 赵晓强, 张雪梅. 贫困地区农村新型合作医疗参合率和利用率研究[J]. 农业经济问题, 2006, (6).
- [5] 林晨. 中部地区农民参加农村新型农村合作医疗的影响因素分析[J]. 农业经济问题, 2007, (1).
- [6] 刘凤彦, 李玉勤. 农村公共医疗卫生体系建设的积极探索——农村公共医疗卫生体系建设研讨会综述[J]. 农业经济问题, 2004, (5).
- [7] 农业部农业经济研究中心课题组. 新型农村合作医疗和特困人口医疗救助相结合的制度建设[J]. 中国人口科学, 2007, (2).

[责任编辑 方志]