

西部地区新型农村合作医疗制度持续发展的思考

——基于四川、西藏新型农村合作医疗的调查

邓燕云

(四川大学 经济学院,四川 成都 610064)

摘要:文章根据社会调研材料和档案资料,以四川省、西藏自治区的新型农村合作医疗制度的案例为基础,主要从资金筹集、管理方式等方面对中国传统农村合作医疗制度进行研究分析,阐述影响西部地区新型农村合作医疗制度持续运行的主要因素。文章表明,中国政府在农村合作医疗中所进行的创新,在资金筹集及其管理协调方面的大力支持和参与是西部地区新型农村合作医疗制度在短时间内得以开展并取得显著成效的重要原因,并建议从法律法规和社会公平的角度对新型农村合作医疗制度加以完善,以确保新型农村合作医疗制度政策的连续性和权威性。

关键词:西部;农村合作医疗;持续发展

中图分类号:R127

文献标志码:A

文章编号:1008-5831(2009)04-0017-06

一、引言

四川省、西藏自治区位于中国西部地区,历史上交通不便,地广人稀,自然环境恶劣,属于中国经济欠发达地区和经济落后地区,特别是有“世界物脊”之称的西藏自治区是中央确定的集中连片式贫困地区,现代意义上的卫生工作起步晚、基础差、历史欠账多,卫生事业的发展还很滞后,地方财政收入极少,只能依靠中央财政补助。如2005年,西藏自治区总人口数277万人,其中,市镇人口54.93万人,乡村人口222.07万人,地方财政收入14.33亿元,财政支出189.16亿元,城镇居民人均可支配收入8411元,农牧民人均纯收入2078元,城乡储蓄存款余额123.10亿。新型农村合作医疗试点工作在西部各地已蓬勃开展,并取得了初步成效,但由于涉及面广、政策性强、制约因素多,一些阻碍其持续健康发展的因素也不断出现,因此,本文从新型农村合作医疗制度可持续因素角度,调查分析四川省、西藏自治区新型农村合作医疗制度的现状,对于落实科学发展观,改善农牧区的医疗卫生条件,增强新型农村合作医疗制度对农牧民的吸引力,保障群众身体健康,促进农村经济社会协调发展,确保西部地区长期稳定及社会和谐具有十分重要的意义。

二、新制度经济学关于制度创新基本理论及新型农村合作医疗制度的创新性

新制度经济学认为,行为主体需要在一定的制度条件下获得某种利益和好

收稿日期:2009-01-29

基金项目:教育部人文社会科学重点研究基地项目“西藏农村和谐社会建设与农村公共产品供给研究”(06JJD850008)

作者简介:邓燕云(1966-),女,四川大学经济学院博士研究生,主要从事经济学研究。
欢迎访问重庆大学期刊社 <http://qks.cqu.edu.cn>

处,同时,任何一项制度的建立、运行和维护都需要花费一定的成本和费用。西方新制度经济学关于制度创新的基本理论分析变化了的自然环境、技术水平、人口结构、产权、道德文化、意识形态等如何向人们提供新的获利机会,从而提供变革旧制度、创造新制度的动机,指出为了获得更大的收益或节约某些交易成本,人们必须进行制度创新,当新制度所能提供的边际收益相当于旧制度运行所需付出的边际成本时,制度变迁就会暂时停止,制度结构就会达到某种“均衡”,当环境再改变时,又会发生新制度的需求与供给。21世纪初,伴随着城乡发展不协调矛盾的日益突出,中央为解决“三农”问题,落实科学发展观,促进城乡协调发展,全面建设小康社会、和谐社会,在多方调查、论证的基础上,中共中央、国务院2002年10月下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(以下简称《决定》),重新开启了农村合作医疗制度的建设工作。2003年1月,国务院办公厅转发的卫生部、财政部、农业部《关于建立农村新型合作医疗制度的意见》(以下简称《意见》)中,明确要求各省、自治区、直辖市从2003年起,至少要选择2~3个县(市)先行试点,取得经验后逐步推广。总体规划是:到2006年,试点覆盖面扩大到全国县(市、区)总数的40%,2007年达到60%,2008年覆盖率达到80%,到2010年,实现在全国建立基本覆盖农村居民的新型农村合作医疗制度的目标。从问卷调查的四川省射洪县、蓬溪县6个村镇和西藏自治区的扎囊县、贡嘎县、曲水县的3个村镇及距离西藏日喀则地区较为偏远的迦萨县、南木林县情况看,各地覆盖率已达到100%,射洪县、蓬溪县和西藏自治区的参合率分别为94.95%、95%、97%。日喀则地区的迦萨县、南木林县由于在1999年就实行新型农村合作医疗制度,开始时间较早,参合率已达到100%。可见,新型农村合作医疗制度已取得了较大的成效,实现了制度创新,与传统的合作医疗相比,新型农村合作医疗制度的特征是:政府行为强化,政策支持力度加大。其创新与发展主要表现在五个方面:一是资金筹集上,加大了政府的支持力度;二是统筹层次上,从以乡村为统筹单位提升到以县为统筹单位,提升了两级;三是合作方式上,突出了以大病统筹为主;四是管理方式上,实现了由分散管理向集中管理和监督并重的转变;五是配套改革上,建立了医疗救助制度。显然,新型农村合作医疗制度是在中央政府的统一领导下有计划、有步骤地由试点到推广的农村医疗制度,大大地强化了政府行为,加大了政策的支持力度,保持了政策的稳定性与连续性,提高了保证水平,增强了抗风险能力,初步

具有了社会保险的特征。

三、政府在新型农村合作医疗中的主导作用

农村合作医疗制度在中国已有约60余年的历史,在历史上几起几落。农村合作医疗处于困境的原因,首先是筹资机制不适应农村新的经济体制变革。农村实行家庭联产承包责任制后,作为合作医疗主要筹资来源的集体经济失去了继续支持的能力,只靠农民个人出资,对农民没有吸引力。二是农村合作医疗自身存在缺陷。一方面是统筹规模小,筹资水平低,保障程度不高,无法帮助农民抵御大病风险;另一方面是管理层次低,基本上是村办村管或乡办乡管,管理不规范不透明,使农民不信任。三是在农村新形势下,对要不要办合作医疗、怎么办合作医疗的问题,相关部门认识不一致,政策不协调,制约了农村合作医疗的恢复和重建。中国政府在全面总结以往合作医疗经验教训的基础上,结合当今中国农村经济社会发展的实际,作出了建立与完善新型农村合作医疗制度的决定。新型农村合作医疗制度在全国得以快速开展,覆盖面逐步扩大,改变了农民的就医观念,保障了农民的卫生健康,有效地缓解、遏制了农村居民“因病致贫、因病返贫”的势头,减轻了农民的经济负担,带动、促进了农村卫生事业的整体发展,增强了政府进一步加快解决农村医疗保障的信心,树立和提升了党和政府踏实为民办事的形象,体现了中国政府在新型农村合作医疗中的主导作用。

与传统的农村合作医疗制度相比,在资金筹资方面,筹资机制得以改进,传统的合作医疗名义上政府扶持,但并没有明确规定政府财政投入数量,筹资以个人投入为主,无稳定资金来源,缺乏有效的资金筹集机制,筹资水平较低,如1979年,国家财政卫生事业费中用于农村合作医疗的补助费是1亿元,1992年下降到3500万元,仅占卫生事业费的0.36%,不少地区还存在挪用的现象,尤其在老、少、边、穷地区,集体的投入难以落实,村集体力量薄弱,根本没有可以用于合作医疗的集体基金,由于合作医疗在群众中的威信逐步减弱以及受到农民个人收入因素制约,个人的筹资也遇到不少困难。新型农村合作医疗制度试点在筹资渠道上实行了农民互助和各级政府补助相结合的方式,规定中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民每年按人均10元安排合作医疗补助资金,地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均10元,农民个人每年的缴费应不低于10元。根据2006年1月由财政部、民政部、农业部等各部委颁布的《关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通

知》,从2006年起,中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民由每人每年补助10元提高到了20元,地方财政也相应增加10元。财政确实有困难的省(区、市),2006年、2007年可分别增加5元,在两年内落实到位。这就对各级政府的财政投入做出了明确的数额规定,同时还要求有条件的乡村集体经济组织给予适当扶持,鼓励社会团体和个人资助,从而在某种程度上解决了困扰合作医疗多年的筹资难题。在开展新型农村合作医疗制度试点的地区,还规定省级和市(地)级财政相应的专项资金除了对农村合作医疗给予补助外,还要用于支持贫困农民家庭的医疗救助,采取由各级财政资助医疗救助对象缴纳全部或部分资金的方式,使救助对象享受合作医疗待遇,县级财政根据实际需要和财力情况安排资金,对农村五保户和贫困农民家庭实行医疗救助,可以直接用于贫困农民家庭大病医疗费用的补助,也可以用于资助其参加新型农村合作医疗制度。新型农村合作医疗制度与医疗救助制度相结合,这是过去的合作医疗制度所不具备的,改变了五保户、农村特困人群无资金参保,被排斥在合作医疗之外的局面(见表1、表2)。

表1 射洪县2005-2007年中央、省、市、县财政对参合农民的补助及筹资情况 单位:元

年份	中央	省	市	县	农民个人	人均	应筹资总额	资金到位率
2005	10	4	1	5	10	30	16 500 000	100%
2006	20	8.5	1	55	10	45	27 500 000	100%
2007	20	135	1	55	10	50	340 000	

表2 西藏自治区2004-2007年中央、自治区、地、县财政对参合农民的补助及筹资情况 单位:元

年份	中央、自治区	地区	县	农民个人	人均
2004	64	3	2	10	80
2005	75	3	2	10	90
2006	95	3	2	10	110
2007	95	3	2	10	110

从表1、表2中,中央、省(自治区)、市(地区)、县财政历年对参合农民的财政补助及筹资情况可以看出,政府在新型农村合作医疗中具有主导地位。在管理方面,管理制度发生转变,过去卫生部门唱“独角戏”,基金管理混乱,合作医疗经办机构的人员经费由基金中提取,挤占了农民的医疗费用,新型农村合作医疗制度的经费列入财政预算,经办机构人员与工作经费列入同级财政预算,不再从合作医疗基金中提取,提高了合作医疗资金的产出效率。在监督方面,监督机制加强,财政、审计、人大等部门和参加新型农村合作医疗的农民对合作医疗资金的使用和管理有监督权,赋予了农民知情监管的权利,提高了制度的公开、公平和公正性。

四、参合农(牧)民对新型农村合作医疗制度的认识

2007年,笔者对四川省射洪县、蓬溪县6个村镇进行了实地调查,发出问卷200份,收回199份,参合率为100%,满意度为99.5%,而在西藏自治区拉萨市典水县典水镇茶巴朗村的17户抽样调查中,农牧民对农牧区医疗制度的参合率和满意度都为100%,农牧区医疗制度在当地农牧民中很受欢迎。茶巴朗村总人口2146人,其中农业人口1000余人,有一个村卫生室,一名赤脚医生年龄56岁左右,月工资370元,年终再由村卫生局给其补助2000元现金;该村每年12月至次年1月,由当地村委会代收农民个人筹资的合作医疗基金,每人每年筹资10元,政府各级财政共补助100元,人均筹资110元,收齐后由村委会直接交县卫生局,对没有经济来源的五保户、低保户、特困户由县卫生局按每人每年10元垫付,实行属地原则,凡是户口在本地的农牧民大都参加了农牧区医疗,只有长期外出务工和极个别农牧民没参加;农牧区医疗基金门诊费用报付50%,住院费用报付80%。调查情况表明,不同地区的经济发展水平、新型农村合作医疗开始的时间、政府对新型农村合作医疗的资金筹集补助程度,直接影响到西部不同地区新型农村合作医疗制度的满意度、参合率。在调查过程中,涉及为什么要参加新型农村合作医疗问题时,99%的人回答说:主要是为自己身体健康考虑,人总要生病,有政府补助,看病可以国家报账,自己可以少花钱多办事,减轻家庭经济负担;就医方便,参加新型农村合作医疗后,拿着“家庭医疗帐户本”就可以去村里就医,不象以前生病要走很远的路,耽误了病情,希望继续保持这个好政策。但部分人认为报账的医药费太少,据了解,某县某村有个农妇住院总费用1200余元,只报了110余元的医药费;农牧区医生太少了,想请一个医生,但付不起工资,希望能从学校分来一个医生。

五、新型农村合作医疗制度的制约因素及政策建议

(一)新型农村合作医疗制度政策的连贯性与权威性

在中国农村半个多世纪的农村合作医疗制度的发展历程中,法律法规是确保新型农村合作医疗可持续发展的主要因素。新型农村合作医疗制度在中国西部地区及全国各地在短时期内得以快速发展,与传统农村合作医疗制度不同的是中国政府在新型农村合作医疗制度资金筹集及其管理协调方面的大力支持与参与。但是,中国农村合作医疗在长期的社会实践中,坚持民办公助和自愿参加的原则,其发展大多是依靠相关领导个人的认识和重视程度来维系,没有把农村合作医疗制度作为一项独立的、具有

自身发展逻辑和规律的制度,没有法律法规作保障,缺乏法律的强制性和约束力。而世界各国的医疗保险制度,如德国1884年制定的《疾病保险法》,其建立和发展大多以法律作为保障。中国农村合作医疗制度在政策上所具有的随意性、临时性和非连续性的特点,使得部分搞经济工作的基层领导,对合作医疗产生了错误认识,将其与乱集资、乱摊派混为一谈,影响了农民参加新型农村合作医疗制度的信心,削弱了新型农村合作医疗制度政策的连贯性、稳定性、严肃性和权威性,并制约了其发展进程。

(二) 逆向选择理论及新型农村合作医疗制度的局限性

1. 逆向选择理论及自愿原则的缺陷

逆向选择理论由美国经济学家乔治·阿克洛夫(George Akerlof)首创。在1970年发表的文章《“柠檬”市场:品质不确定性与市场机制》(“柠檬”来源于美国口语,是对“缺陷车”、“二手车”的经验称呼)中,提出了“柠檬”市场原理(lemon market principle):拥有质量高于平均水平的旧车的卖者会退出交易,只有拥有质量低于平均水平的旧车的卖者才会充斥市场,即次品驱逐良品的现象。新型农村合作医疗制度“坚持自愿原则,反对强迫命令”,在自愿原则下,由于合作医疗供需双方之间的信息不对称,易导致逆向选择,即劣质客户驱逐优良客户的现象,即老、弱、病、残等高风险人群积极涌入,而身体健康的低风险人群则滞留在制度之外,没有参加的积极性。在调查中发现,在以户为单位的农民家庭中,人为地将老弱病残者与健康者分离,只将老弱病残者加入合作医疗,而部分青壮年农民自认为身体好不参保,只参保老、弱、病、残人员,而年轻健康者收入较高,支付能力较强,体弱多病者通常收入较低,缴费能力也有限,体弱多病者的集中必然导致医疗开支增长,可能导致新型农村合作医疗入不敷出或一旦出现慢性重病者,就可能由于集资所得主要用在这些人身上,而使其他人不再愿意缴款,给农村合作医疗费用的筹集带来很大的困难,其结果将导致高危人群愿意参加新型农村合作医疗,体弱多病者驱逐年轻健康者的逆向选择现象,降低农民群众互助共济意识,达不到风险共担的目的,影响新型农村合作医疗的参合率。

2. 资金筹资方式缺乏吸引力

在中国农村合作医疗制度的实践活动中,筹资机制是制约西部新型农村合作医疗可持续发展的关键因素。根据中央的有关指示,农民和各级政府的筹资顺序是农民首先向基层政府缴纳每人10元的合作医疗参保费,然后是县级财政、市级财政、省级财政按照参加人数依次配套,最后凭着农民和地方财政的到位资金,申领中央财政的补助资金。中央

财政补助资金到位意味合作医疗筹资过程结束。从西部地区试点情况看,资金筹集主要靠行政力量,基本是乡村干部入户宣传并收缴资金。据了解,这种资金筹资方式让农民把合作医疗资金的筹集同乱收费相联系,对新型农村合作医疗制度产生不理解、不信任、不满意和抵触情绪,从而降低其参合的意愿。

3. 穷人补富人的现象难以排除

目前中央对新型农村合作医疗的补偿范围没有明确统一的规定,具体指标基本上是由各试点县市自行确定,许多地方对疾病涵盖范围的规定缺乏科学性。近几年来,西部农村地区的传染病、慢性病的发展速度较快,大病、慢性病患者门诊医疗费用过高,农民花钱较多,而西部新型农村合作医疗制度试点的大多数地区,还未把这些疾病纳入统筹补偿的范围之内。据调查统计,2005年底西部某县有贫困人口41.59万人,其中绝对贫困人口10.03万人,这部分人经济贫困、就诊能力低下,急需扶助,而资助2006年参合农民中绝对贫困人口仅13443人,占贫困人口3.2%,占绝对贫困人口数13.4%。2006年该县参合农民405216人,其中未住院治疗占96%,筹资总额1824元,基金支出合计1059.8万元,基金结余42%(由于该县试点工作时间仅一年,基金结余较多)。2007年1~5月参合农民539794人,其中未住院治疗占98%。该县能住院治疗的参合农民主要分两部分:一是由当地民政、残联等部门在农村医疗救助及残联专项资金中按10元/人·年标准解决的农村参加新型农村合作医疗的五保户、无力缴费的特困户、贫困户、优抚伤残军人、残疾人;二是农村中参加了新型农村合作医疗的相对富裕的农民,这部分农民如果没参加新型农村合作医疗也可能因健康原因住院治疗,参加新型农村合作医疗后,更能调动其住院治疗的积极性,但事实上,真正应该住院治疗的占参合人数中绝大多数比例的患有大病、慢性病的农村居民因住院统筹起付线高、封顶线和报销比例过低而不能住院治疗,“小病拖,大病扛”的现象仍然存在,农民群众看得起病、看得好病、因病致贫、因病返贫和“看病难”的问题仍未得到较好的解决。由于农村贫困人口较多,资金筹集数量和补偿范围有限,大多数试点县的方案过于保守,报销门槛偏高,报销比例偏低,致使基金积淀偏多,农民受益率(指已得到补偿的人次数占参加新型农村合作医疗人次数比例)相对偏小,资金效益没有得到充分发挥,因此穷人补富人的现象在中国西部农村地区依然存在。正如G·布罗姆和汤胜兰写到:“目前大多数农村合作医疗采取每位参加者缴纳同等金额的投保费。由于要考虑大多数农民支付能力,一般将合作医疗的投保费定得较低。同时,报销比例也定得较低。这样,很可能导致富裕家庭花掉的合作

医疗基金比困难家庭要多许多,形成穷人补贴富人的现象。这种结果在一些非洲国家的研究中已有报道。尚未见有中国的研究人员进行类似研究的报道。”

4. 资金投入不足影响制度的实施

目前西部新型农村合作医疗制度实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。根据笔者对西部新型农村合作医疗资金筹资的调查情况,中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均 10 元安排合作医疗补助资金,2005 年中央财政补助为 5.42 亿元,但若按制度覆盖人口 10 519.69 万人计算,人均补助资金仅为 5.15 元。据了解,2005 年在农村绝对贫困人口中,东部地区为 324 万人,中部地区为 839 万人,西部地区为 1 202 万人,各地区贫困发生率分别为 0.8%、2.5% 和 5.2%;在低收入人口中,东部地区为 577 万人,中部地区为 1 372 万人,西部地区为 2 118 万人,占各地区农村人口的比重分别为 1.5%、4.2% 和 9.2%;西部地区农村绝对贫困人口和低收入人口分别占全国的 50.8% 和 52.1%。由于西部农民贫困面大,收入水平低,虽然西部农民对医疗卫生服务有着大量的需求,而且每年不少于 10 元的参合费并不算高,但它对西部相当部分的农民家庭而言却是一个不小的负担,农民在有限的可支配收入面前,虽然希望有新型农村合作医疗,但对医疗消费又存在着侥幸心理,同生活必需的问题,如吃饭穿衣、子女上学等相比,看病花钱便显出较大的次要性和随机性。中央财政对西部新型农村合作医疗投入尤其是对西部丘陵地区的投入明显不足,地方财力有限,集体投入难以落实,制约着地方政府资金支持职责的履行。目前,西部基层没有实施合作医疗制度的常设办事机构和专职管理人员,兼职人员只把很少的时间用在开展合作医疗上,并且不少人业务能力低、水平差、责任心不强,作为组织实施农村合作医疗主体的乡镇和行政村,由于乡镇干部流动性大,又常受基层领导干部的主观意志影响和其他方面的干扰,工作处于被动地位,遇到问题相互推诿,工作缺乏稳定性和连续性,据调查,某县城镇居民人均可支配收入 7 068 元,农民人均纯收入 3 501 元,是西部丘陵地区经济较发达的省级重点县,该县新型农村合作医疗参合率为 94.95%,但是,2006 年距离该县较偏远的的一个乡镇,由于乡镇干部变动频繁,合作医疗工作缺乏稳定性和连续性,该镇参合率仅达 72%。管理机制和监督机制缺乏,管理手段落后。据了解,2006 年西部某县农民工务工人员达 20.1 万人,占农民人数 30.7%,其中绝大部分是外出打工人员,有的打工人员举家外迁,通讯联络不便,宣传教育不到位,老百姓对地方政府信任度低,对潜在医疗

风险缺乏认识,医疗消费投入意识差,对新型农村合作医疗制度心存疑虑,等待观望,参加合作医疗的意愿较低。

5. 医疗卫生服务体系不完善,质量和效率低

参合农民对新型农村合作医疗的满意度不仅取决于制度本身设计的合理性,还取决于与制度密切相关的对医疗服务机构的组织,如医疗技术服务质量和服务态度及农民看病吃药、医疗报销的方便程度等。长期以来,在农村过少的医疗卫生支出,医疗卫生专业人员缺乏,素质低下,医疗卫生服务网络不健全,医疗设备落后使得西部农村的医疗卫生服务体系极不完善,无法满足农民多层次的医疗需求,农民“小病不出村,大病不出乡,重大疫病不出县”的愿望难以实现。以 2004 年为例,西部地区的总乡镇数占全国总数的 44%,医疗机构数占全国的 42%,而医疗机构拥有的床位数却只有全国的 29%,每千农业人口拥有的床位数也仅有 0.69 张,低于东部 0.94 张和中部 0.71 张的水平;西部乡镇卫生院的人员占全国的 30%,而每千农业人口拥有的医疗专业人员仅为 0.94 人,低于全国平均水平 1.18 人的 0.24 个百分点。根据笔者对西藏自治区的调查,如 2005 年,西藏自治区地方财政收入 14.33 亿元,地方财政支出 189.16 亿元;卫生人员本科以上学历为 8.2%,大专为 15.45%,中专为 53.3%,无学历为 23.05%,全区卫生机构平均缺员率为 23.88%,县卫生机构缺员率为 26.15%,乡(镇)卫生院缺员率达 59.74%;萨市典水县典水镇茶巴朗村总人口 2 146 人,新型农村合作医疗制度在当地很受欢迎,参合率为 100%,在中国西部地区,卫生员总量不足是一个普遍现象,西部农村不仅医疗人员少,而且现有的医疗人员素质也不高,村级更是以游医或个人诊所为主,他们大多数都没有经过正规的职业培训,医疗技术水平低,药品价格、医疗费用上涨过快,医疗质量难以保证。如 2000 年西部农民人均纯收入是 1 661.03 元,县级医院住院病人和门诊病人人均医疗费分别是 1 592.3 元和 54.9 元;到 2002 年,西部农民人均纯收入增长了 9.6%,而县级医院住院病人和门诊病人人均医疗费却分别增长了 11.7% 和 16.4%。在西部的一些试点地区,报销时的具体限制过多,手续比较繁琐,报销环节的时限过长,使得参加新型农村合作医疗的农民无法及时、快速、便捷地享受到高质量的医疗服务。因此,西部农村医疗卫生制度的改善,农民健康质量的提高和城乡健康医疗服务的公平性问题,成为制约西部新型农村合作医疗可持续性的重要因素。

新型农村合作医疗制度适应性强,融资机制灵活,适合人口多、经济基础薄弱的农村的基本情况,适合中国农村的传统文化和互助互济的道德观念,

适合当今世界“人人享有初级卫生保健”(World Health Organization, The World Health Report 2000)的卫生发展目标。为了确保新型农村合作医疗制度持续发展,必须做到新型农村合作医疗制度在公共卫生服务和医疗保障两个方面的公平性,必须加强法制建设,不断完善农村合作医疗管理制度,提高农民保障水平,实行城乡一体化的医疗保障制度,以确保新型农村合作医疗制度筹资机制的正常运转,维持新型农村合作医疗制度政策的连续性和权威性。

参考文献:

- [1]朱玲.政府与基本医疗保障制度选择[J].中国社会科学,2000(4):89-99.
- [2]史敬棠,张凇,周清和,等.中国农业合作化运动史料[M].新知三联书店,2002.
- [3]陈吉元,陈家骥,杨勋.中国农村社会经济变迁[M].太原:山西经济出版,1949—1989.
- [4]王禄生,张里程.我国农村合作医疗制度发展历史及其经验教训[J].中国卫生经济,1996,15(8):14-15.
- [5]谢圣元.农村合作医疗制度的历史回顾与发展反思[J].中国卫生经济,2005(4):44-46.
- [6]马晓伟.调整辽宁农村医疗工作的基本思路[J].中国农村卫生事业管理,2000,20(12):6-11.
- [7]邓燕云.农村合作医疗制度的历史变迁[J].农村经济,2007(10):42-46.
- [8]孙亚范.新型农民专业合作社经济组织发展研究[J].北京:社会科学文献出版社,2006:283-284.
- [9]西藏自治区概况[M].拉萨:西藏人民出版社,1984.

- [10]西藏统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2006:12-14.
- [11]邓燕云.西部地区新型农村合作医疗研究[J].中国藏学,2008(1):78-81.
- [12]国务院发展研究中心.对中国医疗卫生体制改革的评价与建议[J].中国发展评论(增刊),2005(1).
- [13]顾昕,方黎明.自愿性与强制性之间:中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析[J].社会学研究,2004(5):1-18.
- [14]陈顺辉.新型农村合作医疗审计调查后的思考和建议[J].审计署网站,2005,(1).
- [15]陈健生.新型农村合作医疗筹资制度的设计与改进[J].中国改革论坛,2005(4).
- [16]刘军民.新型农村合作医疗的制度缺陷及挑战[J].中国经济时报,2005-11-01.
- [17]汪早立.建立新型农村合作医疗制度在构建社会主义和谐社会中的地位和作用[J].中国卫生经济,2005(11).
- [18]刘鑫.中国农村社会保障缺失的政治学分析[J].民主与科学,2004(6).
- [19]曾祥炎.政府信誉缺失对推行农村合作医疗的影响及对策[J].中国卫生经济,2005(1).
- [20]胡善联.卫生领域中政府管制作用的探讨[J].中国卫生经济,2006,(2).
- [21]中国卫生统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2003.
- [22]邓燕云.新型农村合作医疗实践及对策[J].科技与企业,2007(9):132-133.

New Rural Cooperative Medical System in West Region of Sustainable Development

DENG Yan-yun

(School of Economics, Sichuan University, Chengdu 610064, China)

Abstract: On the basis of research materials and archives community information, and the cases of the new rural cooperative medical system of Sichuan Province and Tibet Autonomous Region, from the capital raising, management style and so on, the author and analyzes China's traditional rural cooperative medical system, expounds the major factors impacting rural cooperative medical care system's continuous running to run of the western region. The researcher shows that the important reasons are the Chinese government's innovation in the rural cooperative medical system and the strong support and participation in financing and management. It suggests that from the laws and regulations and perspective of social equity to improve the new rural cooperative medical care system, to ensure the new rural cooperative medical system and policy's authority and continuity.

Key words: western; rural cooperative medical; sustainable development

(责任编辑 彭建国)