

# A Study on the Operational Mechanism of New Rural Cooperative Medical Funds in Gansu Province

Xiaohong Chen

School of Management, Lanzhou University, Lanzhou, China

Email: chenxh05@lzu.cn

**Abstract:** On the basis of a field study on eight cities in Gansu province, this study finds the participating rate of new rural cooperative medical system is high, in addition, the fund-raising level, compensation standards, and the utilization efficiency have gradually improved year by year. However, the new rural cooperative medical funds are constrained by various factors. Such as, high cost of financing, low plan level, large operation load, weak supervision, lagged management facilities and information network, and so on. Our paper focuses on the problems in funds running, and proposes corresponding political recommendations.

**Keywords:** Gansu Province; new rural cooperative medical funds; operational mechanism; countermeasure

## 甘肃省新型农村合作医疗基金运行机制研究

陈晓洪

兰州大学管理学院, 甘肃省兰州市, 中国, 730000

Email: chenxh05@lzu.cn

**摘要:**在对甘肃省8个市(州)调研的基础上,研究发现甘肃省新型农村合作医疗参合率高,基金筹资水平、补偿标准与使用效率逐年提高。但由于基金筹资成本高、统筹水平低,运营负荷重、监管乏力、管理设施与信息网络建设滞后等问题使甘肃省新型农村合作医疗基金运行受到种种制约。文章围绕基金运行存在的问题,提出了相应的政策建议。

**关键词:**甘肃省; 新型农村合作医疗; 运行机制; 对策

### 1 问题的提出

甘肃省自2003年开展新型农村合作医疗(以下简称新农合)制度试点工作以来,成效显著。2006年新农合已覆盖到38个县(市、区),覆盖农业人口近1000万人,实际参合农民853万人,平均参合率86.41%。2007年新型农村合作医疗制度在甘肃省全面展开,截止2007年底,甘肃新农合已覆盖农业人口近2017.7万人,实际参合农民1784.3万人,参合率为88.43%,较2006年提高了约2个百分点。新型农村合作医疗制度在甘肃农村试行,对贫困地区农民看病难和农民就医状况有了很大的帮助和改善,有效遏制了农村地区因病致贫、因病返贫现象<sup>[1]</sup>。截止2009年底,全省参合农民达到

1906.92万人,参合率为95.54%。与2008年比较,参合农民增加37.8万人,参合率上升2.34个百分点。2009年度筹资总额达196022.53万元,人均筹资100元。全省新农合基金支出187884.4万元;补偿支出受益1294.44万人次,其中:住院补偿119.94万人次,门诊补偿1090.69万人次,体检及其他73.55万人(不含住院正常分娩及特殊病种大额门诊)<sup>[2]</sup>。甘肃地处西北内陆,经济发展滞后,农村人口众多,在欠发达地区实施新型农村合作医疗制度,不仅是一项惠民利民的民生工程,而且对欠发达地区提高人口素质,积累人力资本,提高农民健康水平,逐步缩小城乡差距有着重要意义。

由于当前甘肃新农合处于不断探索阶段,新农合在实施过程中受到当地经济发展水平及甘肃农村人口众多等多方面因素制约,新农合基金运行过程中存在系列问题。基金筹集、使用、管理中的任何一环出现问题,

本文受2009年甘肃省卫生厅课题《西部欠发达地区新型农村合作医疗制度与政策研究——以甘肃省为例》资助。

都会威胁到新农合整体的运行效果,新农合基金运行的好坏关系到新农合的制度绩效。甘肃省新农合医疗制度实行县级统筹,在基金运行的每一个环节中,其管理和监督机制的健全与否,关系到新农合制度平稳运行。规范基金运行和基金管理,对确保基金完全、防范基金运行风险具有十分重要的作用。

基金运行的质量直接关系到新农合的成败,基金运行健康有序,筹资充分,使用规范合理,管理有效,监督有力能促进新农合的政策绩效切实有效。反之,围绕基金运行的筹资、使用、监督、管理环节只要出现问题都会影响和威胁新农合实施的制度绩效。甘肃省在推行新农合制度的过程中,也出现了系列问题。围绕基金筹集过程,如何拓展筹资渠道,降低筹资成本,提高筹资效率,探寻有效的筹资方式成为考验政府的重要问题。围绕基金使用,如何控制基金使用额度,合理控制起付线、封顶线、补偿比例,结合当地基金状况及报销形势,如何建立动态基金预警机制,在保障基金使用效率的同时,维护基金安全,遵循“以收定支,收支平衡”的原则,实行“量入为出、先付后补、现金结算、略有节余”的补助机制。对于基金的使用,如何进行积极有效的服务,如何防范管理人员的道德风险问题,如何配置人员、技术和相应的制度,使新农合基金管理积极有力。在基金运行过程中,如何强化监督,提高基金使用的效率和完全性,如何设置有效的激励机制和惩罚机制,保障基金使用安全高效。在甘肃新农合运行的过程中,探索出了哪些先进、科学、高效的做法和经验,同时有哪些地方需要改进,将成为本文探讨的问题。本课题收集甘肃省 8 个市(州)、16 个县(区)和 48 个乡镇的新农合相关资料,在 144 个村进行问卷调查,共发放问卷 864 份,回收有效问卷 821 份,通过问卷分析,研究发现筹资成本高、基金运营负荷重、基金监管乏力、管理设施与信息网络建设滞后已成为甘肃省新型农村合作医疗基金有效运行的制约因素。

## 2 甘肃省新型农村合作基金医疗运行的概况与效果

### 2.1 甘肃省新农合基金实施概况

甘肃省新农合实施以来制度运行平稳,参合农民受益面继续扩大,受益水平不断提高。甘肃省新农合制度于 2003 年开始启动试点工作,首批在 5 个县开展,2005 年增加到 14 个试点(县、区),2006 年试点范围扩大到 40 个(县、市、区)。2007 年分三批分别启动了 47 个县(市、区),较国家总体要求提前一年实现了新农合制度全覆

盖的目标。2003 年至 2007 年,全省共筹集新农合基金 14.11 亿元,其中财政补助 10.83 亿元,支出 8.99 亿元,结余 5.12 亿元。累计受益人数达 1482.5 万人,其中住院人数 104.2 万人。2008 年,甘肃省参合农民人数 1869.12 万人,平均参合率为 93.2%。

2009 年全省 1906.92 万农民参加了新农合,参合率达 95.54%。2009 年甘肃省新型农村合作医疗共筹 15.59 亿元,截至目前,累计补偿 529.97 万人次,支出基金 9.22 亿元[2]。参合农民平均住院费用 2510.86 元,补偿比例超过 50%。同时,参合农民门诊统筹试点工作进展良好,目前该省 14 个市(州)已有 11 个市(州)启动了门诊统筹试点工作<sup>1</sup>。

从调研的八个样本市来看,甘肃省面对各级政府财力薄弱,农民的收入水平较低和不太积极的就医习惯,农村地域广阔、交通不便的不利状况,积极提供农村的公共健康服务,对推行农村新型合作医疗制度的重视程度,超过了某些东、中部的省区,取得了良好的业绩。甘肃省新农合参合率较高,受到了广大农民群众的支持和拥护。有效缓解了参合农民看病难、看病贵的问题。通过有效的补偿政策,减轻了患病农民的看病负担。筹资水平不断提高,从最初的个人筹资不低于 10 元提高到个人不低于 20 元,中央投入不低于 40 元,人均筹资水平不低于 100 元的水平。

《甘肃省人民政府关于印发甘肃省深化医药卫生体制改革实施方案(2009—2011 年)的通知》中提出逐步提高基本医疗保障水平。逐步提高城镇职工医保、城镇居民医保和新农合实际报销比例,2011 年平均报销比例分别达到 75%、60%和 60%以上。扩大门诊统筹试点范围,探索将糖尿病、高血压等慢性病纳入门诊报销范围。充分发挥中医药、民族医药“简、便、验、廉”的特点,降低中医药起付标准 20%以上,提高报销比例 10%以上,将中医、民族医疗服务项目列入城镇居民医保和新农合报销范围。2010 年 50%以上的县推行城镇职工医保、城镇居民医保和新农合门诊统筹。逐步扩大和提高门诊费用报销范围和比例。将城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的 6 倍以上,新农合最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的 8 倍以上[3]。

2008 年乡镇卫生院住院补偿比 80%,县级医院 70%,市级医院 60%,省级医院 50%;起付线乡镇卫生院不高于 100 元,县医院不高于 300 元,市级医院不高

<sup>1</sup> 吴晓燕,李夏.甘肃新农合参合农民超九成[N].农民日报,2009-11-27.

于 800 元, 省级医院不高于 1500 元; 封顶线乡镇卫生院为 2000 元; 县级医院为 5000 元; 市级医院为 20000 元; 省级医院为 30000 元; 全年累计最高补偿 50000 元。当年节余不得超出 15%, 累计节余不得超出 25%。风险基金 3%。2009 年实际补偿比例为: 全省乡镇卫生院住院补偿比 72.2%, 县级医院 58.1%, 市级以上医院 38.7%。

## 2.2 甘肃省新型农村合作医疗基金运行取得的成效

### 2.2.1 参合率、筹资水平不断提高

庆阳市的数据显示, 2003-2008 年六年来, 农民参合率从最初的 89% 提高至 92.54%, 筹资额度从最初的 396.33 万元增加至 2008 年的 16537.91 万元。甘南州 2008 年全州共有 50.6 万农牧民参加新农合, 参合率达到 95%, 人均筹资提高到 90 元, 筹资水平不断提高。定西市参合农民从 2005 年的 39.73 万人提高至 2009 年的 233.58 万人, 参合率从 2005 年的 87.06% 提高至 2009 年 91.32%, 筹资总额从 2005 年的 1071.59 万元提高至 2009 年的 23358.21 万元。张掖市 2008 年参合农民总人数为 903826 人, 参合率 93.8%。在调研的样本市, 参合率都在 93% 以上, 甘肃省 2009 年参合率为 95.54%, 高于全国平均水平。筹资水平 2010 年达到人均 150 元, 进一步强化了新农合的保障能力。

### 2.2.2 补偿能力不断提高, 统筹基金使用高效

2008 年, 张掖市参合农民住院率达到 7%, 统筹基金使用率达到 92.5%, 实际补偿比为乡镇 62%, 县级 46%, 市以上 33%, 基本实现补偿标准翻番的目标, 补偿能力随着筹资水平的不断提高而提高, 有力保障了参合农民的利益。陇南市 2008 年基金使用率为 72%, 全市参合农民的住院比例由 2005 年的 1.27% 提高到 2008 年的 4.39%, 住院实际补偿比例由 2005 年的 30.74% 提高到 2008 年的 59.04%, 参合农民大病住院报销、门诊医药费报销已基本覆盖了参合农户。甘南州 2008 年人均住院报销 1097.79 元, 住院补偿比例达到 58.98%。2007 年, 甘南州全州累计有 29.08 万参合农牧民得到 1506.29 万元的合作医疗基金补偿。补偿收益面为 61.7%, 人均住院报销 789.1 元, 住院实际补偿比例为 45.3%。截止 2008 年 10 月底, 共为 21.45 万参合农牧民报销医疗费 2965.26 万元, 住院实际补偿比例达到 58.98%, 补偿水平不断提高, 进一步有效缓解了参合群众看病就医的负担, 新农合制度的良好社会效益将日益凸显, 群众积极性不断提高。

### 2.2.2 各地政府高度重视, 积极探索新农合运行的有效途径

在调研中, 各地政府紧密结合当地的实际情况, 积

极组织人力物力开展新农合工作。如在张掖市调研期间, 甘州区新农合管理人员专门介绍了他们在新农合管理信息化建设方面的实践及取得的经验, 通过信息网络平台的建设, 加强了合管办、医院、财政局之间的联系, 有力的促进了新农合报销与基金管理的动态监控, 有利于节省运营成本, 提高新农合服务效率, 加强基金监管。庆阳市开展了积极有效的二次补偿, 提高了资金使用效率。民勤县基金开展参合农民健康管理试点, 建立个人健康状况评估表, 方便当地农民看病就医。民乐县开展住院费用总额控制和次均住院费用限额控制, 有效遏制了医疗费用不合理增长, 规范医院管理, 力争参合农民最大受益。在各地的积极实践中, 各地探索出了一些积极有效的途径, 进一步提高了新农合的制度绩效。

## 3 甘肃省新型农村合作医疗基金运行中存在的问题及制约因素

甘肃省新农合基金在运行过程中取得了很多实实在在的成绩, 提高了政策效果。同时, 作为一种政策, 在实行过程中也存在系列问题, 需要关注和解决。新农合基金运行存在的问题表现在:

### 3.1 政府配套与农民个人筹资困难不断加大, 筹资成本高

由于甘肃地处欠发达地区, 各级政府财政十分困难, 按照新农合筹资要求, 中央政府、地方政府及个人三方共同筹集的制度要求地方政府筹资方面有相应的配套, 政府配套压力很大, 尤其是新农合工作经费难以保障。随着个人筹资标准从 10 元提高到 30 元, 要求地方政府不低于相应比例的配套, 随着今后个人筹资标准的不断提高, 客观要求地方财政配套增加, 无疑使政府配套存在一定困难。同时, 在甘肃的一些地区, 如调研中的民乐县、肃南县, 由于地广人稀, 使政府征缴参合农户的筹资成本较高。而新农合管理机构的经费由于县级财政财力限制, 很难足额到位, 严重影响了经办能力, 也就严重影响了新农合的管理效能。

### 3.2 补偿方案不够合理, 部分地区存在基金超支现象, 资金运营负荷重

一些县市的经济、区域条件、筹资水平相似, 但起付线、封顶线和报销比例存在较大差异, 参合农民的受益面的收益水平很不一致。一些试点县起伏线高, 封顶线低, 报销比例偏低, 合作医疗基金沉淀较多。一些试点县由于新农合的实施使一定时期内参合农户的就医



需求得到极大释放, 次均住院费用及看病费用大幅提高, 就医人数短期内大幅上升, 使当地新农合基金超支运营, 负荷偏重, 如何保障基金安全, 可持续运营成为亟待解决的一个重要问题。科学的方案是基金安全、医院发展、农民受益的前提, 但是由于缺乏具备掌握一定的经济知识、医学知识和管理知识等的人才, 又没有固定的方案可循, 致使制度调整和方案制定盲目性很大, 基金运营难以科学合理, 超支风险增大, 从而阻碍了新农合健康快速发展。培养新农合专业人才是不容忽视的问题。

### 3.3 基金运营存在漏洞, 对费用控制缺乏有效监管

一些试点县并没有严格执行《指导意见》所要求的“钱账分离”的基金管理结算办法, 仍采用经办机构直接进行审核和现金结算的方法, 没有做到封闭运行。缺乏统一的合作医疗基金管理办法和基金会计制度, 缺少精算和动态监控机制, 不能对资金运营严格控制。对基金的监管缺乏有力的组织、人员和技术支持, 难以实现规范化监督。新农合管理部门缺乏制定科学有效的管理制度, 只是按照实际工作加强行为监管, 也就是事前监督, 源头上管理足, 只是进行事中监督和事后监督, 但是由于管理人员数量少, 工作经费不足, 监管不到位, 严重影响了新农合的规范管理和健康发展。

### 3.4 新农合管理机构管理能力有待提高, 信息网络建设迟缓

在调研中, 普遍反映的一个问题是办公场所狭小、拥挤, 部分地方没有良好的办公设备和交通设备, 影响了新农合的服务能力, 部分工作人员政策水平和管理经验有限, 在审核中对有些医疗费用的合理性难以界定, 多数乡镇合管办工作人员大多为兼职人员, 而且调换频繁, 致使工作落实不到位。合管办工作人员缺乏优秀的会计、金融、保险类人员, 使基金核算, 费用控制等方面存在局限。另一比较迫切的问题即信息网络建设迟缓, 因没有建设专门的网络及配套软件, 新农合基金运行和审核、报销难以实现网络审核及操作, 延缓了新农合报账及资金拨付周期, 无法建立统一的信息网络, 使各个相关单位的信息数据难以及时沟通, 实现动态监控和反馈。

综上所述, 新农合基金在运行的过程中在筹资、补偿、管理、监督方面都存在大量问题, 基金筹集成本高, 政府配套压力依旧在客观上影响着筹资水平的提高。在围绕起付线、封顶线、报销比例及费用控制方面, 各

地仍未形成农民满意、基金支出科学合理的模式, 在围绕服务新农合基金运行的管理方面, 依然在硬件设施、信息网络及人员素质方面存在局限, 需要各地政府不断加强新农合的探索, 克服实施过程中存在的问题, 努力解决新农合基金运行面临的问题及障碍, 进一步提高新农合基金运行的绩效, 做到既满足基金使用的效率原则, 又符合基金使用过程中的安全、可持续原则。

## 4 结论及对策建议

新型农村合作医疗制度作为农村医疗保障制度, 成败关乎农村社会的繁荣与稳定。新农合在施行和推广的过程中, 受到了广大农民的参与, 一定程度上减轻了农民看病难、看病贵的压力, 减轻了农民就医的经济负担。对于提升农村人口质量, 构建农村公共卫生体系, 维护农村稳定起到了重要作用。在社会保障制度还远未完善, 尤其是农村的社会保障制度建设尚未完备的时代背景下, 新农合制度作为一种保障农民看病就医, 减轻农户就医负担的互助共济制度有着深远的意义。作为一种互助共济制度, 新农合对我国广大农村, 尤其是以甘肃为代表的西部欠发达地区农村社会经济发展意义重大, 对于促进农村人力资源素质提升, 改善农户生活质量, 减轻看病负担发挥着重要作用。

从新制度经济学的理论来看, 制度的需求决定了制度的供给, 即制度的供给之所以产生, 是由制度需求引致的结果。而且一定的制度供给必须与制度需求相结合, 在制度均衡的情况下, 制度的功能才能是有效的, 如果制度供给大于制度需求, 则会产生制度缺位[4]。从制度变迁的过程来看, 新型农村合作医疗制度的产生和发展是一定的社会历史发展的结果, 城乡户籍二元制度背景下, 健全有效的社会保障制度难以覆盖广阔的农村, 新型农村合作医疗因此赋予了更多的时代意义和内涵。

新型农村合作医疗基金是新农合制度运行成败的命脉所系, 新型农村合作医疗基金越充分, 资金额度越大, 参合率越高, 则其保障能力也越强, 运行效果就越好。在基金的运行中, 作为理性经济人, 每个参与农户都渴望获取较高的补偿收益, 同时, 在新农合基金运行中的各个主体, 农户、医疗机构及政府的行为都会影响到新农合基金的运行效果。只要不断提高筹资水平, 扩展筹资渠道, 提高补偿水平, 才能更大的发挥新农合制度作为一种农村基层保障制度的作用。围绕新农合基金运行的具体环节, 需要管理机构设置合理的制度安排, 积极引导农民行为, 宣传积极的健康理念, 设置合理的

起付线、封顶线及报销模式,才能更好的发挥新农合基金的效益,实现效率与安全的有机统一。围绕甘肃省新农合基金运行中存在的问题,本研究提出以下政策建议:

#### 4.1 提高筹资水平,扩展筹资渠道,探索积极有效的筹资途径。

随着社会经济发展和农民收入的增长,相应逐步提高筹资水平,不断提高个人筹资的标准,不断加大对新农合基金的财政投入。政府在新农合基金投入方面起着重要作用,要进一步提高财政投入力度,并在参合农户费用交纳上探索新的途径。如湖北省与农民签合同,由乡财税所代扣,浙江开化推行委托信用社代扣缴费制度。江苏赣榆县实施滚动筹资。围绕参合农户筹资,还可探索其他有效的方式。现在政府对农村医疗领域的投入包括对各类医疗机构的补贴。但是除了医院以外,农村还设有计划免疫、疾病控制、妇幼保健等机构,一些机构功能重复,资源配置效率低下。对农民的补贴也通过各种渠道提供,如民政部门、农业部门等,资源分散。可以考虑将这些资源整合起来,作为对合作医疗的投入,然后购买相关服务。这样既可以让合作医疗有了一块稳定的资金来源,又不会过多地增加政府的额外投入,而且还可以提高资源的利用效率。

同时,要发挥其他主体在新农合基金筹集中的积极作用,积极发挥集体经济、企业、慈善组织等非政府组织在新农合基金筹集中的积极作用,扩大筹资主体范畴。要建立全社会关注,积极参与的氛围。

#### 4.2 进一步优化补偿方案,合理控制医疗费用,建立风险预警机制

要围绕当地实际,设置合理的补偿方案,在起付线、封顶线、补偿比例的设立上,要充分考虑基金状况及医疗需求,建立基金预算与控制制度,让参合农民切实受益,在确保目前实际补偿比例达到50%的情况下,逐步提高实际补偿比例,在五年内达到70%,尤其是县级以上医院治疗的“大病”,结合医改要求,不断降低医疗费用,力争实际补偿比例达到80%,从而真正解决农民“看病难、看病贵”的问题。借鉴其他地方基金补偿的先进经验,如陕西镇安实行单病种收费,已确定54种常见住院疾病,占合作医疗报销病种79.4%;云南禄丰实施门诊统筹,实行选择不同档次的缴费(10元、15元、20元),享受不同层次的家庭医疗保健服务及封顶补偿。浙江萧山采取按人头预付包干方式解决参合农民

的门诊问题。合理控制医疗费用,严格控制不合理医疗费用增长,积极引导患者健康的诊疗观念,同时,对“供方诱导需求”这一市场难题要从机制上进行引导和防范。对定点医疗机构加强监管与检查,对不合理上涨费用严格查处。现行的新农合以补偿大病为主,在农民自愿参合的背景下催生了逆向选择和道德风险,一方面影响了新农合制度的可持续性和稳定性,另一方面使新农合的制度绩效大打折扣,极大的浪费了社会资源。在各地的新农合运行模式探索中,出现了风险型,风险福利型和福利型三种模式。应该在充分保障新农合稳定持续的基础上,不断提高新农合的补偿能力和水平,探索大病小病兼顾,运行高效的补偿方式。

部分地区新型农村合作医疗补偿比例较低,导致年度基金过度结余,这种方式有悖农民意愿。应根据地区的经济社会发展水平,在经济欠发达地区,应该把既保大病又保小病的补偿机制作为主导模式。只保大病不保小病,不顾及绝大多数农民的利益,最终的结果是参合率下降。建立新型合作医疗补偿机制,应考虑区域经济发展水平及农民的富裕程度。建立动态的风险预警机制,对基金超支使用或超过风险范围的要及时预警,强化监督控制,以保证基金运行安全有效,健康可持续发展。

#### 4.3 强化基金监管力度,明确新农合各主体责任,加强信息网络建设

基金运行好坏关系到新农合运行的成败,基金运行过程需要进行有力的监管。政府部门要树立公正、透明、廉洁的形象,定期公布基金运行情况,对基金使用、管理进行审计,建立定期审计制度,保证农民的监督权。定期审计制度的目的是把基金收支和管理情况纳入县级审计部门的年度审计计划,定期予以专项审计,公开审计结果,保证农民的知情权。同时,应极强对新农合实施效果的评价,引入非政府组织的评价,并向社会公开评价结果,动员更多的社会力量共同建设新农合,不断提高新农合的保障水平。

要明晰权责,新农合的各相关主体应充分认识到自己在新农合制度运行中的角色和地位,充分履行责任,明晰义务。不断加强信息网络建设,提高新农合基金运行效率,加强网上审核和监督,降低新农合基金运行成本,提高服务能力[5]。

#### 4.4 提高基金管理能力和服务能力,建立新农合基金运行的良性机制

提高新农合管理机构的管理水平,管理人员要不断

提升自身理论水平和专业素养, 加强对政策的理解和认识, 提高自身专业素质, 在自身约束机制上, 坚持参合农户利益至上, 不断提高自身服务能力。不断吸收优秀的人才注入, 强化工作人员义务素质培训, 不断加强信息网络建设, 新农合管理机构作为政府, 应转变自身职能, 加强自身服务型政府建设, 转变行政观念, 提高服务意识与服务能力, 使新农合基金运行遵循高效、平稳、可持续的原则。

## References (参考文献)

- [1] YAN Yin. Study on the Mechanism of Fund Management of New-type Rural Cooperative Medical System in Gan su Province [J], Journal of Lanzhou Jiaotong University, 2007(4)  
闫茵. 甘肃省新型农村合作医疗基金监管机制初探[J]. 兰州交通大学学报, 2009(4).
- [2] Gansu Province Health Department.2008 new rural cooperative medical statistics.  
甘肃省卫生厅.2008年甘肃省新型农村合作医疗统计数据.
- [3] JIANG Zhongyi. The supervision report on construction of New Rural Cooperative Medical in Gan su Province[EB/OL]. Research Center for Rural Economy, Ministry of Agriculture, 2007-10-30.  
蒋中一.甘肃省新农合制度建设情况督导报告[EB/OL]. 农业部农村经济研究中心, 2007-10-30.
- [4] LIN Yifu.An Economic Theory of Institutional Change[A]. Coase, R., Alehian,A.,North,D.Property Rights and Institutional Change[C].Trans.Liu Shouying.Shanghai:The Joint Publishing Company Ltd.,Shanghai People's Publishing House,1994.384.  
林毅夫.关于制度变迁的经济学理论[A].R.科斯,A.阿尔钦,D.诺斯等.财产权利与制度变迁[C].刘守英,译.上海:三联书店,上海人民出版社,1994.384.
- [5] YAO Che. The problems and countermeasures of new rural cooperative medical fund[J].Health Economics Research, 2006(12).  
姚彻.新型农村合作医疗基金管理中存在的问题与对策[J].卫生经济研究, 2006(12).