

中国新型农村合作医疗 公平性与效率性研究

——以辽宁为例

*A Research on the Equity and Efficiency of
the New Rural Cooperative Medical System in China*

—A Case of Liaoning

刘 波 著

中国社会科学出版社

中国新型农村合作医疗 公平性与效率性研究

——以H省为例

王 健 著

北京
中国社会科学出版社

（北京）

ISBN 7-5097-0000-0

（京）新出证字01号

大连市人民政府资助出版

中国新型农村合作医疗 公平性与效率性研究

——以辽宁为例

*A Research on the Equity and Efficiency of
the New Rural Cooperative Medical System in China*

—A Case of Liaoning

刘 波 著

中国社会科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国新型农村合作医疗公平性与效率性研究：以辽宁为例/刘波著. —北京：中国社会科学出版社，2011.6
ISBN 978 - 7 - 5004 - 9901 - 5

I. ①中… II. ①刘… III. ①农村—合作医疗—研究—中国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 119557 号

策划编辑 卢小生 (E-mail: georgelu@vip.sina.com)
责任编辑 卢小生
责任校对 周 昊
封面设计 杨 蕾
技术编辑 李 建

出版发行 中国社会科学出版社

社 址 北京鼓楼西大街甲 158 号 邮 编 100720

电 话 010 - 84029450 (邮购)

网 址 <http://www.csspw.cn>

经 销 新华书店

印 刷 北京新魏印刷厂

装 订 广增装订厂

版 次 2011 年 6 月第 1 版

印 次 2011 年 6 月第 1 次印刷

开 本 710 × 1000 1/16

插 页 2

印 张 13.25

印 数 1—6000 册

字 数 216 千字

定 价 30.00 元

凡购买中国社会科学出版社图书，如有质量问题请与本社发行部联系调换
版权所有 侵权必究

序

我国的新型农村合作医疗制度（简称“新农合”）自其诞生以来就受到国际、国内众多专家学者的普遍关注。新农合的研究为其改革与可持续发展提供了重要的理论基础和实务支持。以往的研究要么着眼于新农合的公平性，要么着眼于新农合的效率性。公平性与效率性属于不同学科的研究范畴，前者在政治哲学视野中颇为常见，而后者则在资源配置领域出现较多，将二者并列起来进行研究是一种跨学科的理论尝试。

《中国新型农村合作医疗公平性与效率性研究——以辽宁为例》一书是作者在其所承担的相关课题研究成果及其博士论文的基础上修改而成的。这是一部国内关于新农合制度的同类研究中不多见的、很有见地、很有特色和新意的学术专著。本书不仅扩展了社会保险理论研究的领域，也为我国新型农村合作医疗制度的发展战略提供了一定的理论与实证基础。

本书采用规范研究和实证分析的方法。前者从理论上阐述新型农村合作医疗的“应然”问题，后者通过实证研究阐述新农合的“实然”问题。作者所取得的主要研究成果是：在理论上，借助其扎实的经济学理论功底和社会保险专业知识，将公平性和效率性理论应用于研究，阐述了新农合的特征，揭示了全国东、中、西部三个经济区域以及辽宁各城市新农合的特点和发展规律。在实践上，作者通过全国各经济区域、东部各省和辽宁经济区域及各市新农合的实证研究，从三个层面剖析了新农合公平性缺失和效率性不足问题的原因，系统地提出了提升新农合公平性和效率性的对策建议。

本书的主要学术价值和应用价值是：系统地阐述了新农合的基本经济学理论基础和众多学者在现阶段的研究成果。将新农合的公平性与效率性同时纳入研究视野，借助当代先进的实证方法，利用权威数据，对反映辽宁、东部乃至全国新农合公平性与效率性的指标进行了较为全面、系统的

分析与比较，从而得出较为完整的结论；从区域划分的角度，揭示全国、辽宁各经济区域新农合公平性缺乏和效率性不足的原因；提出按医疗服务资源状况（特别是基层医疗服务资源状况）划分中国新农合制度发展区域的构想；基于实证分析结论，为新农合制度设计、政策支持等方面的改革与创新提供了方向。

本书的写作和出版，反映出作者具有创新精神和研究能力优势，我为本书欣然作序并希望作者在学术领域有更多的研究成果问世。

艾洪德

2011年6月于东北财经大学

前 言

新型农村合作医疗是我国社会基本医疗保障制度的一个重要组成部分，与城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险共同构成我国社会基本医疗保险体系。

在我国，合作医疗制度走过了一段艰难的历程，先后经历了 20 世纪 40 年代的萌芽阶段、50 年代的初创阶段、六七十年代的发展与鼎盛阶段、80 年代的解体阶段和 90 年代以来的恢复与发展阶段。2002 年 10 月，中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》提出，要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗保险制度，建立与社会主义市场经济体制要求和农村社会经济发展状况相适应的、具有预防保健和基本医疗功能的农村卫生服务体系。2003 年 1 月，卫生部、财政部和农业部联合发布了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，由此揭开我国实施新农合的序幕。

自 2003 年试点阶段至 2009 年年末，我国新农合呈现良好的发展态势，其中参合率已经接近 95%，距离“全覆盖”的新农合目标很近；人均筹资额增加了 1 倍以上；补偿受益人次的年均增长率达到 58.4%。在农民人口如此众多的泱泱大国，仅用 5 年时间就能达到如此显著的成就，堪称受全世界瞩目的奇迹。

然而，在成就面前，还必须清醒地看到，新农合还存在诸多问题，主要表现在：筹资水平和补偿程度仍然很低，地区之间差异显著，农民“因病致贫、因病返贫”的风险依然非常严峻；门诊统筹覆盖面较低；基层医疗服务机构资源状况堪忧，农民依然面临“看病难”问题；基层医疗服务机构“过度用药、过度诊疗”依然严重，农民依然面临“看病贵”问题；新农合管理经办体系不健全，管理效率偏低。这些问题已经引起政府和众多学者的普遍关注。

辽宁的新农合发展状况是全国新农合发展状况的一个缩影，它的成就和存在的问题，既具有其个性，也必然具有共性。

本书将研究的焦点集中于新农合的公平性与效率性，从全国、东部区域和辽宁三个层面深入剖析影响新农合健康、可持续发展的潜在原因，并为今后的改革提供建议。

在调研过程中，作者得到了辽宁省财政厅和卫生厅、大连市财政局、卫生局和劳动与社会保障局相关部门的大力支持，也参考和借鉴了许多学者的著作和论文，在此深表谢意。由于作者的水平有限，难免存在不足之处，敬请各位专家、学者和读者批评指正。

本书是作者的研究课题——辽宁省教育厅高等学校科研项目“辽宁省新型农村合作医疗保险研究”（编号：2009JD23）和“辽宁省医疗保险统计分析与精算系统”（编号：2009T026）的主要成果之一。在课题研究过程中，作者得到了课题组成员董普教授、刘晓梅教授、艾广青博士的大力支持，他们深厚的研究功底和积极的合作态度给作者留下了深刻的印象；承蒙日本国立滋贺大学研究生院教授、风险研究中心所长久保英也先生的不吝赐教；东北财经大学金融学院院长邢天才教授对本课题的研究给予了重要支持；作者的学生任旭、王靓、李炳富、张云霞、罗雯、马明煜、权娜、谷雨婷、王哲、王美等人承担了资料收集、数据整理与分析、阶段性成果整合等基础性工作。在此一并深表谢意。

本书是在作者博士论文的基础上修改而成，因而离不开作者的导师孙刚教授的悉心指导。在此，作者对孙先生深厚的学术造诣、严谨的治学态度、求实的研究作风致以崇高敬意！

本书的出版还得到了中国社会科学出版社的大力支持，在此致谢。

作 者

2011年4月于东北财经大学

目 录

| | |
|--------------------------|----|
| 序 | 1 |
| 前言 | 1 |
| 第一章 导论 | 1 |
| 第一节 选题背景与研究目的 | 1 |
| 第二节 国内外研究文献综述 | 3 |
| 第三节 研究思路与研究方法 | 9 |
| 第二章 公平与效率理论综述 | 11 |
| 第一节 公平与效率的经济学理论 | 11 |
| 第二节 新农合公平与效率的经济学理论 | 23 |
| 第三章 新农合公平性与效率性分析方法 | 29 |
| 第一节 评价指标与分析方法的选择 | 29 |
| 第二节 新农合公平性分析方法 | 32 |
| 第三节 新农合效率性分析方法 | 36 |
| 第四章 新农合的历史进程与现状 | 52 |
| 第一节 我国新农合的历史进程与现状 | 52 |
| 第二节 辽宁新农合的基本状况 | 58 |
| 第五章 全国新农合公平性与效率性研究 | 60 |
| 第一节 全国经济区域的划分及其 GDP 差异分析 | 61 |

| | | |
|-------------|-------------------------------|------------|
| 第二节 | 全国参合状况分析 | 64 |
| 第三节 | 全国新农合筹资差异性分析 | 66 |
| 第四节 | 全国新农合基金补偿差异性分析 | 74 |
| 第五节 | 全国医疗服务状况差异性分析 | 82 |
| 第六节 | 全国新农合基金运行效率性分析 | 87 |
| 第七节 | 本章结论 | 106 |
| 第六章 | 东部区域新农合公平性与效率性研究 | 110 |
| 第一节 | 东部参合状况分析 | 110 |
| 第二节 | 东部新农合筹资差异性分析 | 111 |
| 第三节 | 东部新农合补偿差异性分析 | 120 |
| 第四节 | 东部医疗服务状况差异性分析 | 129 |
| 第五节 | 东部新农合基金运行效率性分析 | 137 |
| 第六节 | 本章结论 | 145 |
| 第七章 | 辽宁新农合公平性与效率性研究 | 147 |
| 第一节 | 辽宁农村经济区域的划分 | 147 |
| 第二节 | 辽宁参合状况分析 | 150 |
| 第三节 | 辽宁新农合筹资差异性分析 | 152 |
| 第四节 | 辽宁新农合补偿差异性分析 | 161 |
| 第五节 | 辽宁医疗服务状况差异性分析 | 166 |
| 第六节 | 辽宁新农合基金运行效率性分析 | 178 |
| 第七节 | 本章结论 | 189 |
| 第八章 | 结论与建议 | 191 |
| 第一节 | 结论 | 191 |
| 第二节 | 建议 | 193 |
| 参考文献 | | 198 |

第一章 导论

第一节 选题背景与研究目的

2002年10月29日，中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》提出，要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗保险制度（简称“新农合”），建立与社会主义市场经济体制要求和农村社会经济发展状况相适应的、具有预防保健和基本医疗功能的农村卫生服务体系。2003年1月16日，卫生部、财政部和农业部联合发布了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，由此揭开了我国实施新农合的序幕。

新农合的特点是：（1）强调政府引导、农民自愿的原则。（2）实现中央财政补助、地方财政补助和农民个人缴纳的三方共同筹资。2003—2008年，中央财政及地方财政资金的政府投入总额占新农合筹资总额的近80%。（3）以大病统筹为主要形式，逐步提高门诊费用报销比例，着重缓解农民“因病致贫、因病返贫”的突出问题。（4）以县为单位进行筹资和管理。（5）建立有效的管理机制和监督机制。（6）因地制宜，根据各地实际实行不同形式、不同水平的新农合制度。

与过去传统合作医疗（即新中国成立初期至20世纪末的农村合作医疗）相比，新农合的“新”主要体现在：（1）更加强调政府引导和农民自愿原则，政府补助力度空前加大；（2）重点解决农民大病医疗费用补偿，抵抗大病风险的能力得到明显加强；（3）实行县级管理，而不是原来的乡镇级管理，扩大了统筹范围和社会共济范围。

新农合有四项最基本原则：一是多方筹资，实行个人缴费、集体扶持

和政府资助；二是低水平、广覆盖；三是治疗与预防相结合；四是对供方、需方和资金三个方面实行科学管理。

新农合是中央政府在综合调研的基础上提出的针对农民健康问题的一项长期政策，是农村医疗保障制度的主要形式，它与城镇职工基本医疗保险（始于1998年）、城镇居民基本医疗保险（始于2007年）共同构成全民医疗保险体系。随着社会主义市场经济体制的不断完善，新农合的建立对于构建和谐农村、建立社会主义新农村、有效地解决“三农”问题具有重大的现实意义和深远的历史意义。困扰合作医疗多年的筹资难题的解决、保障水平的明显提高、“政府牵头、部门配合、农民代表参与”管理格局的形成都充分体现了政府对农民这个弱势群体的人文关怀和执政为民的思想。几年来，新农合的覆盖率达到95%，人均筹资额超过155元（其中政府补助达到人均126元），60%以上的统筹地区实行了门诊统筹，统筹地区政策范围内住院费用的最高支付限额提高到全国农民人均纯收入的6倍左右^①。这些数据都表明新农合取得了巨大的成就。

然而，在成就面前，还必须清醒地看到，新农合还存在诸多问题，主要表现在：（1）筹资水平和补偿程度仍然很低，地区之间差异显著，农民“因病致贫、因病返贫”的风险依然非常严峻。（2）门诊统筹覆盖面较低。（3）基层医疗服务机构资源状况堪忧，农民依然面临“看病难”问题。（4）基层医疗服务机构“过度用药、过度诊疗”依然严重，农民依然面临“看病贵”问题。（5）新农合管理经办体系不健全，管理效率偏低。

作为我国社会医疗保障体系的一个重要组成部分，新农合存在的问题体现为公平性和效率性的缺乏。在这样的背景下，本书利用可获得的数据，运用计量分析方法，从全国东中西部、东部各省、辽宁各市三个层面，逐层次分析2003—2009年新农合筹资、补偿的公平性和效率性，试图从新农合所存在问题的角度深入挖掘公平性和效率性缺乏的主要原因，从而为改善新农合公平性和效率性提供政策建议。

^① 2011年1月6日，卫生部部长陈竺在2011年全国卫生工作会议上的讲话。摘自新华网（http://news.xinhuanet.com/2011-01/06/c_13679047.htm）。

第二节 国内外研究文献综述

一 国外学者对新农合的研究文献综述

自 20 世纪 90 年代开始,有一些国外学者对我国的医疗服务状况和合作医疗状况进行了研究。哈佛大学肖庆伦(1998)^①与中国学者合作,建立了两周门诊就诊 Logistic 概率模型、门诊就诊费用 Loglinear 模型、自我医疗条件概率模型和两周疾病痊愈概率模型,并对 1993 年国家卫生服务家庭健康询问调查资料,利用就诊概率模型和就诊费用对数线性模型进行分析。他们的研究发现,经济收入和卫生服务可得性是影响农村居民就诊的最主要因素。农村居民门诊服务需求及利用差距,主要反映在不同人群就诊过程的资源消耗,不同人群自我医疗能力存在差异。

1997 年,通过中国卫生经济培训与研究网络的资助,成立了哈佛大学领导的项目小组,通过对我国西部贫困地区卫生资源状况的分析,肖庆伦、耶鲁大学的汪宏等人与中国学者^②合作开展研究(1997),发现在贫困地区发展合作医疗制度是中国农村卫生工作的关键和难点,主要原因是贫困地区的农民连最基本的温饱问题都没有解决,根本谈不上享有基本的医疗卫生服务。贫困地区要发展合作医疗,难度很大。地方财政出现赤字,财政支出大于收入。卫生支出占财政支出的比例不高(一般为 3%—4%),又缺乏乡镇集体经济的支持,要以农民个人投入为主来筹措合作医疗经费确实有很大困难。不少地区没有集体办医的条件,大部分乡村医生从事个体开业,缺乏一整套管理和监督机制。历史经验和现实发展证明,要在贫困地区解决农民的疾苦,只有走集体互助的道路,建立风险共担的多种形式的合作医疗制度,发展卫生扶贫计划,才能缓解贫困地区缺医少药和因病致贫的现象。这个小组在对中国西部农村问题进行了深入的

^① 饶克勤、刘远立等:《农村居民门诊服务利用影响因素及其政策研究》,《中华医院管理杂志》1998 年第 2 期。

^② 胡善联、魏颖等:《中国农村贫困地区卫生筹资与组织研究——合作医疗干预试验选点工作报告》,《中国卫生经济》1997 年第 5 期。

诊断分析和原因分析之后，提出了通过建立农村互助医疗制度来解决中国西部农村基本卫生和因病致贫问题的初步设想。

张里程、汪宏等人（2005、2006）^{①②}从农民健康质量的影响因素角度，利用《中国农村互助医疗社会实验研究》项目的资料，采用欧洲五维度健康量表对西部农村居民的健康相关生命质量进行测量，分析农村居民健康相关生命质量的分布特征，探索农村居民健康相关生命质量的潜在影响因素，发现西部农村居民健康相关生命质量相对较低，疼痛或不舒服和焦虑或沮丧是西部农村居民健康相关生命质量方面存在的主要问题；年龄、文化程度和社会资本是影响农村居民健康相关生命质量的主要潜在因素。

为了研究农民的参合意愿，张里程、汪宏等人（2004）^③对中国农村居民参与新型农村合作医疗的支付意愿问题进行了定量研究，他们认为，在目前新型农村合作医疗政策所规定的政府和农民的筹资标准下，农民的收入水平和受教育程度显著地影响其参保率。这说明对政策的理解程度、对自身利益的认知程度和实际支付能力是农民参加新农合最重要的影响因素。

在新农合筹资模式的研究上，汪宏、Winnie Yip 等人（2005）^④认为，在中国的大多数地区建立的合作医疗制度都属于“低保费、高共付率”的形式，虽然低保费更有利于贫困农民参加合作医疗，但高共付率会阻碍其对医疗服务的实际利用。他们还发现，合作医疗存在不公平性。

新农合的实施效果在很大程度上受制于基层医疗服务资源的质量。Tim Martineau 等人（2003）^⑤分析了我国一些县级医院和乡镇卫生院的劳

① 张里程、汪宏等：《中国西部农村居民健康相关生命质量研究》，《中国卫生经济》2005年第3期。

② 汪宏、David A. Kindig：《由欧洲五维健康量表衡量的健康相关生活质量的决定：来自中国北京的数据》，《世界经济文汇》2006年第1期。

③ 张里程、汪宏等：《社会资本对农村居民参与新型农村合作医疗支付意愿的影响》，《中国卫生经济》2004年第10期。

④ 汪宏、Winnie Yip：《中国农村合作医疗的受益公平性》，《中国卫生经济》2005年第2期。

⑤ 刘晓云、Tim Martineau 等：《权力下放对乡镇卫生院卫生人力资源管理的影响研究》，《中国卫生资源》2003年第3期。

动效率变化及其原因,发现1986—1997年间,门诊患者和住院患者人数大幅度下降;合作医疗制度覆盖面的严重缩小、高速增长的医疗费用导致农民对县医院和乡镇卫生院的利用率大幅度降低。

二 国内学者对新农合的研究文献综述

在基本医疗保险的国际比较方面,张侃、慕继丰、冯宗宪(2003)^①对发达国家医疗保障制度的比较及启示进行研究,认为我国应该实施切实可行的医疗费用控制策略,完善医疗保险制度,改革预防保健体系,加快卫生体制改革,理顺药品生产流通渠道,加大对卫生行业的适度投入,合理分配卫生资源。代志明、何洋(2005)^②对国外农村医疗保障制度进行解读与借鉴,认为政府财政支持是建立农村医疗保障制度的前提,支付制度的内在激励机制是农村医疗保障制度可持续发展的关键,适时的制度变迁与制度创新是农村医疗保障制度成功的保证。

在农民的医疗保险需求方面,瞿栋、王劲松(2010)^③借助二维PROBIT模型,利用《中国健康和营养调查(CHNS)》的结果,研究了中国农业居民医疗保险需求及其影响因素,指出新农合制度的设计比较合理,定位比较准确,不仅已经负担起对乡村农业居民提供基本医疗保险的重担,而且对于乡村居民提高保险意识、正确认识保险的功能和意义、保障家庭的财务安全都有重要意义。新农合没有排挤乡村地区的商业保险,相反,还对商业医疗保险需求起到了一定的刺激作用。

在基本医疗保险的制度设计方面,刘启栋(2005)^④对2005年之前的新农合制度实施状况进行了分析,认为新农合虽然有“新”的一面,但仍然给人以“修旧如新”的感觉;完全自愿参与的原则使得“富裕者看不上,贫困者看不起”;新农合还走入了以“低水平”筹资换取“广覆盖”的误区;巨大的管理成本也将是其持续发展的很大威胁。申曙光、

① 张侃、慕继丰、冯宗宪:《发达国家医疗保障制度的比较研究及启示》,《中国卫生资源》2003年第6期。

② 代志明、何洋:《国外农村医疗保障制度的解读与借鉴》,《经济纵横》2005年第2期。

③ 瞿栋、王劲松:《中国农业居民医疗保险需求及其影响因素分析》,《保险研究》2010年第4期。

④ 刘启栋:《认同尴尬折射制度缺陷》,《卫生经济研究》2005年5月。

周坚 (2008)^① 从制度经济学和社会保障等理论层面分析了新型农村合作医疗制度在制度目标、制度机制、制度内容、制度环境等方面的缺陷, 并从实际层面对这些制度性缺陷所造成的主要问题进行了分析, 提出了改进我国新型农村合作医疗制度的方向和总体思路。张颖和王东辉 (2008)^② 对辽西地区 (锦州、阜新、朝阳、盘锦、葫芦岛) 的新农合进行了调查, 发现农民认为新农合报销制度太烦琐, 报销比例较低, 没有从根本上减轻农民的医疗费用负担, 基层医疗机构基础较差, 他们提出的对策是加大对基层医疗机构的投入, 提高基层医务人员水平, 积极探索新型农村合作医疗筹资机制, 建立多元化的筹资渠道, 建立城乡医疗互助机制。柳清瑞、宋丽娟 (2007)^③ 基于对辽宁省辽阳市新农合状况的调查, 发现新农合制度推进与宣传不到位, 影响了农民的参保积极性, 受益面狭窄导致可信度不足, 农民缴费少难以保障日常医疗费支出, 政府的投入少导致保障水平低, 管理和服不到位导致效率低下。

在新农合综合评价指标体系方面, 刘丹、兰庆高 (2006)^④ 对新农合综合评价指标体系进行了探讨。首先按照新农合运行管理性质和运行结果将总指标向下分解出第一层 5 个主干指标 (组织管理、基金管理、医疗服务管理、监督管理、结果), 然后按照管理形式、内容和结果标志将主干指标向下分解出第二层 15 个支干指标, 最后按照最能反映基础工作特点完成程度和基础结果标志将支干指标向下分解出第三层 45 个初始指标。

在新农合制度的公平性方面, 申曙光、孙健等 (2006)^⑤ 采用基尼系数、集中指数、卡瓦尼指数测算, 分析了广东省新农合制度的筹资与受益的公平性。结果显示, 参合农民的个人筹资存在较大的不公平性, 门诊补

① 申曙光、周坚:《新型农村合作医疗的制度性缺陷与改进》,《中山大学学报》2008年第3期。

② 张颖、王东辉:《辽西地区新型农村合作医疗调查与对策》,《法制与社会》2008年10月(上)。

③ 柳清瑞、宋丽娟:《中国新型农村合作医疗制度的利弊分析——基于辽宁省辽阳市的调查》,《中国发展观察》2007年5月。

④ 刘丹、兰庆高:《新型农村合作医疗综合评价指标体系初探》,《农业经济》2006年1月。

⑤ 申曙光、孙健等:《新型农村合作医疗制度公平性研究》,《人口与经济》2006年第5期。

偿的公平性优于住院补偿，政府的筹资有利于增进新农合的筹资和收益公平。他们认为，调整筹资结构、重设补偿标准和改善财政补贴模式都将显著地改善新农合的制度公平性。朱信凯、彭廷军（2009）^①利用2006年12月31日第二次全国农业普查的基础数据，对新农合的逆选择问题进行理论和实证研究，认为目前我国农村新型合作医疗确实存在“逆向选择”问题，年龄越大的人越愿意参加合作医疗，低收入、学历较低的农民以及没有外出务工的农民更愿意参加合作医疗。这虽然照顾了一部分农村弱势群体，但影响了一些在外务工、收入较高、受教育程度较高的农民的参与意愿，不利于社会公平。陈嫣、张飞等人（2007）^②利用洛伦兹曲线和基尼系数分析了河南省新农合试点县农民收入公平性的变化，评价新农合筹资、补偿以及医疗费用负担对农民收入公平性的影响，发现新农合筹资后农民收入公平性有所下降，但下降幅度较小。合作医疗补偿对在乡级医疗机构就诊的人群影响最大，由于在乡级医疗机构就诊的人群比例最大、补偿比例最高，这也正体现了合作医疗“广覆盖”的特点。医疗费用对农民收入公平性有较大的负面影响，尤其是住院费用。新农合对住院人群的收入公平性改善较小，说明补偿金额不足或者补偿方式不当。张永新、王梅（2008）^③随机抽取了2007年1月1日至6月30日西部地区64家医疗机构的参合农民住院医疗费用数据，分析了西部地区新型农村合作医疗参合农民的住院费用，发现农民基本医疗保障需求可能仅限于应急治疗，从一定程度上反映出新农合的基本医疗保障水平仍很低。李晓燕（2009）^④利用黑龙江省两个县2007年的调查数据，借助差别指数、集中指数和卫生筹资公平性指数对新农合公平性进行研究，发现：（1）在健康公平性和卫生服务利用公平性方面，参合组居民优于未参合组；（2）在筹资公

① 朱信凯、彭廷军：《新型农村合作医疗中的“逆向选择”问题：理论研究与实证分析》，《管理世界》2009年第1期。

② 陈嫣、张飞等：《“新农合”对农民收入公平性的影响研究》，《医学与哲学》（人文社会科学版）2007年第28卷第9期。

③ 张永新、王梅：《西部地区新兴农村合作医疗参合农民住院费用分析》，《卫生经济研究》2008年7月。

④ 李晓燕：《从健康水平、服务利用和筹资视角看新农合制度公平性——基于黑龙江省的实证分析》，《中国人口科学》2009年第3期。