

·调查与思考·

家庭结构与农村中老年人就诊行为*

——基于河北省邯郸市的调查

张广科 邹文沈

【摘要】文章基于河北省邯郸市农户调查数据,探讨了经济相对落后、务工经济盛行地区农户的分户行为和家庭结构对农村中老年人就诊行为的影响。结果显示,样本地区农户分户行为日趋深化,农村中老年人可支配的户内医疗资源日趋下降,对新农合制度的依赖度提升;3种居住结构中对农村中老年人最有利的居住结构是“不分户不分居”,最不利的居住结构是“分户不分居”。未来的新农合等政策应提供针对分户农村中老年人的有条件、差异性的政策细分,以降低家庭结构、居住结构小型化对农村中老年人就诊选择和疾病风险的负面冲击。

【关键词】分户行为 家庭结构 新农合 农村中老年人 就诊行为

【作者】张广科 中南财经政法大学公共管理学院,教授;邹文沈 中南财经政法大学公共管理学院,硕士研究生。

一、引言

随着农村“务工经济”的深化,农户家庭离心力日益增强,多数农村留守中老年人要么选择分户后“独居”,要么选择为照顾孙辈“分户后又合居”。这些留守中老年人口是疾病经济风险分布密度较高的群体,也是以缓解农户“因病致贫、因病返贫”为目标的新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)救助和关注的主体对象。

在新农合制度财务支撑能力大幅提升的条件下^①,为了进一步提高新农合制度疾病风险分担效果,提高制度的存续能力,亟待关注经济水平相对落后、务工经济盛行地区农村中老年人的分户、居住结构现状如何?不同的分户行为和居住结构对农村中老年人可支配的

* 本文受社会保障国家级教学团队项目“新型农村合作医疗运行绩效研究”资助。

① 2014年新农合制度的筹资水平已逐步提升到410元/人的水平(各级财政补贴320元,个人筹资90元),《关于提高2014年新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险筹资标准的通知》(<http://www.mof.gov.cn/index.htm>)。

医疗资源、就诊意愿和就诊行为选择有何影响?新农合中规定农民必须以“户”为单位进行整户参保和报销的政策对农村的分户和中老年人的就诊能力有何影响?相关制度设计如何细化才能进一步提高农村中老年人的疾病经济风险应对能力?

目前关于新农合的主流研究聚焦于政策对农民整体就诊风险的影响。代表性观点包括制度中起付线、共付比例与封顶线等相关制度的设计可能使贫困农户看不起病(Jutting, 2003);最低收入和少数最高收入人群在参保后收入水平受损,中高收入人群则从参保中获益(白重恩等,2013);新农合没有显著减轻参合者的医疗支出负担(Lei等,2009),甚至没有降低医疗支出,反而提高了农民非住院医疗服务的支出(Wagstaff等,2009;封进、刘芳,2010;张广科、黄瑞芹,2010)。整体而言,理论界针对分户行为、家庭结构等对农村中老年人就医行为选择和新农合制度设计影响的研究还比较匮乏。鉴于此,本文拟使用河北省邯郸市的调查数据^①,重点考察样本地区农村中老年人的分户、家庭结构和居住状况,对比分析分户与不分户、分居与不分居状态下农村中老年人患病概率、就诊行为(买药、门诊、住院)、就诊费用的差异,探讨新农合制度对不同分户、居住结构下中老年人疾病风险和就诊行为的影响。

二、分户、家庭结构与样本地区农村中老年人就诊资源分布

(一) 样本选择及样本基本情况

为识别近年来农村中老年人的居住结构和就诊行为的变化,课题组于2014年5月在河北邯郸市进行了调研,调研中区域和人群抽样遵循“经济相对落后(人均收入在省人均收入标准线以下)、外出务工较多”的标准。在该标准下,课题组选择了涉县、馆陶县、成安县3个县进行调研,每个县按标准抽取3个乡镇,每个乡镇按标准抽取2~3个村,每个村随机抽取50个农户。调研共发放问卷750份,回收有效问卷550份。样本基本情况如表1所示。

表1 样本农户人口统计学特征(N=550)

变量	百分比	变量	百分比
性别		年龄	
男	38.1	50岁以下	35.1
女	61.9	50岁及以上	64.9
职业		婚姻状况	
务农	71.9	无配偶	10.6
村干部	4.6	有配偶	89.4
非农就业	23.5	受教育程度	
子女数量		未上过学	18.9
1个及以下	11.8	小学	31.0
2~3个	77.2	初中及以上	50.1
4个及以上	11.0		

^① 本文选择邯郸市作为样本区域的原因:一是邯郸市的劳务输出近10年来始终维持在百万人以上的规模,2010年邯郸市农村人口为687.2万人,外出务工人员为126万人,农村人口外出务工比率为18.34%。二是邯郸市是“河北的粮仓”,经济相对落后,农村人口比率(74.9%)较高,其农村人口的收入水平、居住模式、家庭结构等具有中国内陆传统农村的典型特征。三是邯郸市的新农合制度建设走在河北省前列,2014年农户住院费用报销比例达到75%左右,住院最高支付限额达到10万元。

(二) 样本地区农村中老年人口的家庭结构与分户状况

根据“四维度家庭结构”(费孝通,1983)和“两层级家庭结构”(王跃生,2008)等相关理论,结合样本地区农村中老年人(50岁及以上)^①分户居住的实际情况,本文将样本地区农村中老年人分户后的家庭结构划分为4种类型:第一类是单人或核心家庭,由单个中老年人或中老年夫妇构成。第二类是扩大的核心家庭,由中老年夫妇和未婚子女或已婚的儿子儿媳组成。第三类是直系家庭,由中老年夫妇和已婚的儿子儿媳及孙子女构成。第四类是复合家庭,由中老年夫妇和两个以上已婚的儿子儿媳、孙子女构成。

样本农户中单人和核心家庭(空巢家庭)的比例约为36.7%,扩大核心家庭、直系家庭和复合家庭的占比分别约为36.3%、30.2%和5.0%。就分户状况而言,扩大核心家庭、直系家庭和复合家庭等3类家庭中有192个中老年人和子女分户(分户不分居),占35.1%。即样本地区和子女分户的中老年人口比例高达71.8%。

(三) 分户状态下样本地区农村中老年人就诊费用来源的差异

农村中老年人就诊费用的来源主要包括新农合报销,子女给予钱财,自己务农、零工或储蓄,亲朋借钱,村集体与政府救济^②(如医疗救助、低保等)5个方面。家庭结构、分户行为对中老年人就诊资源的影响如表2所示。

1. 样本地区农村中老年人对“新农合报销”依赖度的差异

从表2可以看出,无论分户、合居与否,新农合报销在农村中老年人所有类型的医疗费用来源中都

表2 不同家庭类型中农村中老年人就诊费用的来源分布情况

就诊费用来源	分户又分居家庭		分户不分居家庭		不分户不分居家庭	
	样本量	百分比	样本量	百分比	样本量	百分比
新农合报销	113	66.1	135	70.3	121	79.6
子女给予钱财	92	53.8	91	47.4	71	46.7
务农、零工或储蓄	53	31.0	117	60.9	86	56.2
亲朋借钱	47	27.5	45	23.4	29	19.1
村集体与政府救济	16	11.2	22	12.3	18	12.5

注:就诊费用来源为多选,各项之和不等于100%。“分户不分居”主要是指中老年人在“分户”后出于承担孙子辈成员抚养职责的考虑而选择和子女共同生活,但财务依旧独立。课题组在问卷设计中设置了“是否和子女分户”、“分户后是否和子女合居”、“目前和老人一起生活的成员规模和身份”3个问项来识别样本地区中老年人的分户行为和居住结构。

- ① 本文将50岁及以上人口界定为“农村中老年人口”,并考察分户行为、家庭结构对其就医行为的影响。主要原因有二:一是农村年轻人口普遍存在早婚现象,在25岁以前已完成婚育及婚后与父母(50岁左右)分户、分居(第六次人口普查数据显示2010年全国平均结婚年龄为24.98岁);二是“务工经济”下留守农村种地的人口多数是老人和妇女,高负荷的终日劳作导致农村人口患病高峰期的年龄时点普遍低于城市,农村人口往往在50岁左右就开始患有多种慢性疾病,成为新农合制度疾病风险分担的重点对象。
- ② 鉴于农户就诊资源中“村集体与政府救济”的依赖度差异不大,本文仅重点分析其他4种就诊资源的差异。

排第一位,表明新农合制度已成为中国农村中老年人最可依赖的疾病经济风险分担工具。值得注意的是,分户又分居、分户不分居、不分户不分居的农村中老年人就诊支出对新农合制度的依赖度依次递增(分别为66.1%、70.3%、79.6%),即核心家庭的空巢中老年人口对新农合的依赖程度相对较低。可能的原因是:(1)空巢中老年人口对制度的“理性不及的无知状态”(哈耶克,2003;顾海、唐艳,2006)程度要高于与子女合居的中老年人。即农村空巢中老年人口对于在遵循新农合制度规则前提下所形成的行动结果(报销结果),以及行动所遵循的规则中所蕴含知识(报销范围、报销规则等)的无知或反应不及,降低了空巢中老年人口在新农合制度中的受益程度。(2)各地的新农合制度普遍要求以家庭为单位参加新农合,实践中的政策往往将“家庭”解读为“户”,要么户内成员都参合,要么都不参合,户内的参合资金可以用于户内成员年度的门诊消费。显然,在分户情况下,“户”、“子女”和“家庭”并不是同一范畴。子女分户的中老年人在门诊报销中可支配的资源要低于不分户的中老年人。

2. 样本地区农村中老年人对“务农、零工或储蓄”依赖度的差异

从表2中可以看出,在“分户不分居、不分户不分居”的条件下,农村中老年人的“务农、零工或储蓄”收入都排在其就诊支出的第二位(分别为60.9%、56.2%),但“分户又分居”的空巢中老年人口就诊支出中“务农、零工或储蓄”收入的依赖度仅为31.0%。与此相对应,“分户又分居”的空巢中老年人口就诊支出对“子女给予钱财”的依赖度最大(53.8%)。显然,在农村中老年人的“务农、零工或储蓄”能力比较高的时期,家庭结构往往是“分户不分居”或“不分户不分居”的模式。在“分户不分居”模式下,中老年人和子女分户后再在一起居住或轮换居住,其获得的只是住房和粮食等最基本的物质保障,其他开支还要自己赚取,并承担替子辈照看孙子女、帮助做家务等职责。当中老年人年龄增大,“务农、零工或储蓄”能力弱化时,家庭结构就演化为“分户又分居”的空巢模式,出现中老年人只能自我养老,生活成本等由各子女均摊的局面。

3. 样本地区农村中老年人对“亲朋借钱”依赖度的差异

理论上,农户可以通过借贷机制调节储蓄水平,平滑个体随机疾病风险对家庭的冲击。但是,当借款是以病人自己还款为前提,且年纪较大或病情很严重或还款能力低下时,放贷者就要面临严重的违约风险。从这个层面分析,“不分户不分居、分户不分居、分户分居”家庭结构的还款违约风险依次递增。但样本地区调研数据显示,农村中老年人患病后向“亲朋借钱”的依赖度在“不分户不分居、分户不分居、分户又分居”家庭中同样出现了递增趋势(分别为19.1%、23.4%、27.5%)。其可能的解释在于不分户或不分居家庭的家庭规模更大,户内医疗资源调配和财富代际转移的空间更大,疾病风险调节能力更强;而“分户又分居”的家庭在正式制度(新农合)和子女给予钱财不足的情况下,只能通过户外的医疗资源借贷来平滑疾病风险的冲击。

① 根据当地就诊支出的实际情况,课题组调研时将“不影响正常生活或劳作”的疾病(如感冒发烧)界定为小病,反之则界定为“大病”(如肺结核等慢性疾病等)。

三、分户行为、家庭结构与样本地区农村中老年人就诊方式选择

(一) 样本地区农村中老年人就诊方式选择的差异

农户患病后的治疗方式包括“自我治疗(药店买药或土方治疗)”、“门诊治疗”和“住院治疗”3种。课题组调查结果显示,2013年度有85.8%的农户门诊次数在1次及以上,35.4%的农户住院次数在1次及以上。本研究根据患病的影响^①和农户家庭结构情况对农户患病后的就诊行为方式进行了细分(见表3)。

从表3可以看出,在“小病治疗方式”上,3种家庭“门诊治疗”方式选择差异不大。“自我治疗”(买药)选择比例最低的是“分户又分

表3 不同家庭结构中老年人口选择不同治疗方式的比例

分户与居住情况	小病的治疗方式选择(%)			大病的治疗方式选择(%)		
	自我治疗	门诊治疗	住院治疗	自我治疗	门诊治疗	住院治疗
分户又分居家庭	33.9	42.1	24.0	5.3	23.4	71.3
分户不分居家庭	52.1	44.3	3.6	5.7	21.5	72.8
不分户不分居家庭	49.6	48.4	2.0	5.9	31.4	62.7

注:样本地区小病治疗方式的选择概率与封进、李珍珍(2009)的研究结果类似,其研究显示,2004年参加“新农合”制度的调查样本中,患病后选择“自我治疗”方式的平均概率高达28.86%,门诊治疗的平均选择概率为68.46%,住院治疗的平均选择概率只有2.68%。

居”家庭(33.9%),“住院治疗”方式选择比例最高的也是“分户又分居”家庭(24.0%)。显然,“分户又分居”家庭更依赖于“住院治疗”。可能的原因一方面在于“分户又分居”家庭中的中老年人年龄偏大,因小病拖延治疗导致大病的概率较高,在“自我治疗”与“住院治疗”的选择中往往偏好后者。另一方面的原因可能在于“分户又分居”家庭中和中老年人争夺有限医疗资源的人数较少。而在“不分居”或“不分户”的家庭中,由于家庭成员身体健康状况对家庭整体“持久性收入”能力的影响不均等,所以医疗资源在户内家庭成员之间的分配往往也不均等。在农户家庭医疗资源有限的情况下,“家庭成员看病顺序”的选择次序往往为“孩子、主要劳动力、老人、其他成员”(赵曼、张广科,2008),导致样本中“分户不分居”、“不分户不分居”家庭结构中的中老年人患小病时选择“自我治疗”的比例偏高(分别为52.1%、49.6%)。

从表3可以看出,“大病治疗方式”选择中,“不分户不分居”家庭中的中老年人选择“门诊治疗”的比例较高,但选择“住院治疗”的比例较低。前者可能与“不分户不分居”家庭中的中老年人可用于门诊的家庭账户总额相对丰裕、新农合制度中个人账户门诊报销比例较高(60%~70%)有关;后者可能与中老年人在“不分户不分居”家庭有限医疗资源的配置中处于靠后位置,家庭医疗资源会优先用于“小孩”、“主要劳动力”等有关。

(二) 样本地区农村中老年人就诊方式选择差异的影响因素

1. 自变量、因变量与模型选取

本文将农村中老年人就诊行为方式的影响因素分为“个人特征”“家庭结构”、“就诊能

力”和“健康意识”4个方面,共计11个变量。样本地区农户患病后疾病治疗方式(因变量)有3种,即自我(买药)治疗、门诊治疗、住院治疗。由于这一因变量是多分类变量,因此本文选用 Multi-logit 回归模型。结果如表4所示。

表4 样本地区中老年人人口患病治疗方式选择的 Multi-logit 模型回归结果

	小病治疗方式选择				大病治疗方式选择			
	门诊		住院		门诊		住院	
	回归系数	发生比	回归系数	发生比	回归系数	发生比	回归系数	发生比
女性	0.487*	1.628	0.874*	2.399	-0.320	0.726	-0.659	0.517
50岁及以下	0.119	1.127	-0.320	0.726	-0.780	0.458	-1.477**	0.228
无配偶	0.477	1.612	-0.382	0.583	-1.273*	0.280	-1.385**	0.250
居住情况(不分户不分居)								
分户分居	-0.214	0.807	0.349	1.505	0.424	1.529	-1.468*	0.230
分户不分居	-0.855**	0.425	-2.256***	0.105	0.197	1.218	-1.845**	0.158
1个男孩及以下	1.125***	3.079	1.016*	2.763	0.851	2.341	1.229**	3.419
职业(非农就业)								
务农	-0.821*	0.440	-0.868*	0.420	-0.223	0.800	-0.431	0.650
收入(1万元以上)								
0.5万元及以下	-1.018**	0.361	-1.992***	0.136	0.609	1.838	-0.216	0.806
0.5万元~1万元	-0.532	0.587	-2.121***	0.120	1.746**	5.732	1.081	2.949
住院报销比例(50%以上)								
30%以下	-1.472***	0.229	-3.530***	0.029	-0.422	0.656	-1.220	0.295
30%~50%	-0.400	0.670	-2.047**	0.129	-0.813	0.444	-1.065	0.345
门诊报销比例(50%以上)								
30%以下	-0.672	0.511	-21.914	3.040	-0.938	0.391	-1.182*	0.307
30%~50%	-0.363	0.696	-1.023**	0.359	-0.076	0.926	-0.733	0.480
自评不健康	-0.131	0.877	-0.459	0.632	0.543	1.722	0.806	2.238
体检情况(一年以上体检一次)								
从未体检	-0.747**	0.474	-1.164**	0.312	0.132	1.141	0.435	1.544
半年体检一次	-0.086	0.918	0.073	1.076	0.650	1.916	1.119	3.061
常数项	2.604***		3.962***		1.559		4.470***	
模型参数	-2 LL=706.6, Chi-Square=281.253				-2 LL=681.6, Chi-Square=181.061			

注:括号内为参照组。*、**、*** 分别表示在5%、1%、0.1%的水平上显著。

2. 农村中老年人“小病治疗方式”选择的影响因素分析

从个人特征因素看,相对于自我治疗,患小病情况下女性选择门诊治疗、住院治疗的概率是男性的1.628倍和2.399倍。即与50岁以下人口中农户医疗资源会优先配置于可以带来“持久性收入”男性劳动力不同,50岁以上中老年人人口中农户的医疗资源会更多配置于女性。可能的原因一方面是农村女性往往承担了人口再生产和家务、农活等多重职责,50岁以后身体状况更差,患病的概率更高;另一方面是男性在50岁后带来“持久性收入”的能力和家

庭地位下降。

从家庭结构因素看,相对于自我治疗、患小病情况下“分户不分居”家庭中的中老年人获得“门诊治疗”和“住院治疗”的可能性是“不分户不分居”中老年人的 0.425 倍和 0.105 倍。就农村中老年人获得医疗资源优先度而言,“分户分居”和“不分户不分居”的家庭结构要优于“分户不分居”的家庭结构。可能的原因是“分户分居”的家庭结构虽然医疗资源不丰厚,但分摊医疗资源的人数很少;“不分户不分居”的家庭虽然分摊医疗资源的人数众多,但户内的医疗资源丰厚,并可以互济使用;“分户不分居”的家庭分摊医疗资源的人数较多,中老年人可以支配的户内医疗资源显然有限。此外,由于男孩是家庭中未来潜在的“持久性收入”来源,男孩数量也对中老年人的医疗资源构成竞争。家庭中的男孩数量越少,中老年人获得医疗资源的可能性越高。统计结果显示,相对于“自我治疗”,家庭中的男孩数量为 1 个及以下的中老年人获得“门诊治疗”和“住院治疗”的可能性分别是男孩数量 2 个及以上家庭的中老年人的 3.079 倍和 2.763 倍。

从就诊能力因素看,(1)患小病情况下职业为“务农”的中老年人与获得“门诊治疗”、“住院治疗”的可能性较低,其获得“门诊治疗”、“住院治疗”的可能性是职业为“非农就业”中老年人的 0.44 倍、0.42 倍。可能的原因在于“非农就业”中老年人的收入水平和健康意识、新农合制度“理性反应能力”都要高于“务农”人口。(2)相对于“自我治疗”,患小病情况下农户的年度纯收入水平越低,选择“门诊治疗”和“住院治疗”的比例越低。统计结果显示,相对于“自我治疗”,年度纯收入在 0.5 万元及以下家庭的中老年人,选择门诊治疗的比例是年度纯收入在 1 万元以上家庭中老年人的 0.361 倍。相对于“自我治疗”,年度纯收入在 0.5 万元及以下、0.5 万元~1 万元的家中老年人,选择“住院治疗”的比例是年度纯收入在 1 万元以上家庭中老年人的 0.136 倍、0.120 倍。(3)相对于“自我治疗”,医院住院、门诊的报销比例越低,中老年人患小病情况下选择“门诊治疗”、“住院治疗”的可能性越低。统计结果显示,相对于“自我治疗”,住院报销比例在 30% 以下时,中老年人患小病后进行“门诊治疗”、“住院治疗”的比例分别是住院报销比例在 50% 以上时的 0.229 倍、0.029 倍;住院报销比例在 30%~50% 时,中老年人患小病后进行“住院治疗”的比例是住院报销比例在 50% 以上时的 0.129 倍;门诊报销比例在 30%~50% 时,中老年人患小病后进行“住院治疗”的比例是住院报销比例在 50% 以上时的 0.359 倍。(4)中老年人健康意识越差,患小病后选择“门诊治疗”、“住院治疗”的比例越低。表 4 显示,相对于“自我治疗”,“从未体检”的农村中老年人患小病后选择“门诊治疗”、“住院治疗”的可能性是分别是“一年以上体检一次”中老年人的 0.474 倍、0.312 倍。

3. 农村中老年人“大病治疗方式”选择的影响因素分析

从个人特征因素看,相对于自我治疗,“患大病”情况下“无配偶”(丧偶、离婚、无结婚)的农村中老年人选择“门诊治疗”、“住院治疗”的比例是“有配偶”的 0.28 倍、0.25 倍,即“患大病”情况下“有配偶”的中老年人可以得到更多的照料和医疗资源。此外,相对于自我治疗,“患大病”情况下“50 岁及以下”的农村中老年人选择“住院治疗”的比例是“50 岁以上”

中老年人的0.228倍。即中老年人的年龄越大,患大病后住院治疗的概率越高。

从家庭结构因素看,相对于自我治疗,患大病情况下“分户分居”、“分户不分居”的家庭的中老年人获得“住院治疗”的比例是“不分户不分居”家庭中的中老年人的0.23倍和0.158倍。就农村中老年人患大病后获取的医疗资源而言,“不分户不分居”的家庭结构要优于“分户分居”、“分户不分居”的家庭结构。显然,当中老年人患大病住院时,“不分户不分居”家庭的向心力及其在户内外医疗资源的整合能力要高于“分户分居”、“分户不分居”的家庭。

从就诊能力因素看,相对于自我治疗,患大病情况下“门诊报销30%以下”时中老年人选择“住院治疗”的比例是“门诊报销50%以上”家庭中老年人的0.307倍。即“门诊报销”比例越低,农村中老年人患大病后选择“住院治疗”的比例越低。其根源可能在于农村中老人在报销时往往无法分清楚“住院报销”和“门诊报销”的差别,总体上的“看病贵”的感受影响其对“门诊治疗”和“住院治疗”的方式选择。

四、主要结论及建议

基于以上分析,本文得出以下结论及建议。

第一,样本农户中分户行为日益深化,农村中老年人可支配的户内外非正式医疗资源日趋下降,对新农合等正式医疗制度的依赖度提升。研究显示,样本地区农户中和子女具有分户行为的中老年人口比例高达71.8%,其中中老年夫妇单独居住的空巢家庭占36.7%。日趋微小的家庭规模和居住结构直接降低了中老年人可以互济使用的户内医疗资源,以及外部可平滑周期性疾病风险的亲朋借贷资源,弱化了农村传统观念中“户”的疾病经济风险分担功能,结果大幅提升了农村中老年人对新农合制度等正式医疗资源的依赖度。相对于“虚高”的医药和医疗服务价格,一旦地方的新农合制度财务支撑能力有限,分户行为深化下的农村中老年人的疾病风险会进一步放大,可能伴随产生患病后放弃治疗等非就医行为。此外,中老年人对新农合制度的“理性不及的无知状态”显著影响了其能从新农合制度中获得的疾病风险分担度,“非农就业”家庭中的中老年人就诊频率和报销比率相对较高,新农合在转院审核、制度对接与简化、政策宣传落地等方面仍有改进的压力和空间。

第二,患小病时农村中老年人最不利的居住结构是“分户不分居”(如子孙隔代家庭、和子女轮换居住等),患大病时最有利的居住结构是“不分户不分居”,未来政策应通过利益导向引导农户弱化分户和分居行为。实践中,分户、分居等行为主要是基于子女利益角度的理性行为,在分户过程中,医疗和养老需求程度较高的农村中老年人往往是作为子女的“消极财产”进行适度分割的。从农村中老年人疾病风险分担的角度考虑,建议民政部门未来的丧葬抚恤政策、低保救助政策不仅要优先考虑分户分居(空巢中老年人口),还要兼顾、甚至是提升“不分户不分居”家庭中老年人的抚恤和救助标准^①,规避政策可能诱导子女和中老年

^① 调研中发现,民政部门的救助、低保政策和新农保、新农合政策可以相互支撑。如当地为了规避老人死亡后瞒报或不报,照旧领取养老金、医疗救助或低保的行为,规定老人死亡后及时上报销户的可以一次性提供2000元的丧葬抚恤费,结果使当地老人死亡后瞒报情况基本消失。

人进行“分户、分居”的不良导向。

第三,未来的新农合制度应针对农村中老年人提供有条件、差异性的政策措施,以降低家庭结构、居住结构简化对农村中老年人就诊行为的负面冲击,建立子女与中老年人就诊利益关联机制。针对不同的分户状态,将参加新农合制度的中老年人的关联对象界定为“子女参合”,而非“户”或“家庭”参合。在“子女参合”的范畴下,中老年人可以共享或支配子女家庭账户(可能是几个“户”或“家庭”的集合)的整体资金。再次,为了提高“子女参合”与中老年人参合关联的积极性,建议部分地区取消年终新农合资金结余时的“二次补偿”、免费体检等做法,直接将无子女或子女整体参加医疗保险(包括新农合、居民医疗、职工医疗)的农村中老年人就诊的报销比例在政策规定的报销比例基础上提升一定比例(如2%);或者参考城市职工连续参保的激励模式^①,规定子女连续整体参合或参保5年以上的农村中老年人就诊报销比例可以适度递增,并设置比例增长的上限(如5%)。

参考文献:

1. 白重恩等(2013):《“新型农村合作医疗”的再分配效应:基于中国农村微观调查数据的分析》,《21世纪数量经济学》,第13卷。
2. 封进、李珍珍(2009):《中国农村医疗保障制度的补偿模式研究》,《经济研究》,第4期。
3. 封进、刘芳(2010):《新型农村合作医疗对县村两级医疗价格的影响》,《经济研究》,第11期。
4. 费孝通(1983):《家庭结构变动中的老年赡养问题——再论中国家庭结构的变动》,《北京大学学报》(哲学社会科学版),第3期。
5. 顾海、唐艳(2006):《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》,《农业经济问题》,第11期。
6. 哈耶克(2003):《个人主义与经济秩序》,邓正来译,生活·读书·新知三联书店。
7. 王跃生(2008):《家庭结构转化和变动的理论分析——以中国农村的历史和现实经验为基础》,《社会科学》,第7期。
8. 张广科、黄瑞芹(2010):《新型农村合作医疗制度目标及其实现路径——基于西部五省一线调研数据的实证分析》,《中国人口科学》,第4期。
9. 赵曼、张广科(2009):《新型农村合作医疗保障能力研究》,中国劳动社会保障出版社。
10. Lei, X. and Lin, W. (2009), The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Healthy. *Health Economics*. 18(S2), 25-46.
11. Jutting J. (2003), Do Community-Based Health Insurance Schemes Improve Poor Peoples Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal. *World Development*. 32(2), 273-288.
12. Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu, L. and Qian, J. (2009), Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme. *Journal of Health Economics*. 28(1), 1-19.

(责任编辑:李玉柱)

^① 城镇居民基本医疗保险规定:参保人员连续缴费满5年的,其住院报销比例每年可提高2%,但提高比例最多不超过10%。