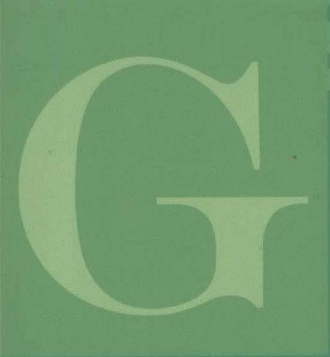




中国卫生发展绿皮书

Green Book on China Health Development

2012年

新型农村合作医疗制度

New Rural Cooperative Medical Scheme



卫生部卫生发展研究中心

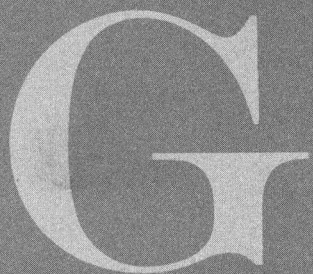
National Health Development Research Center

主 编 于德志

副主编 张振忠 杨洪伟



人民卫生出版社



中国卫生发展绿皮书

Green Book on China Health Development

2012年

新型农村合作医疗制度

New Rural Cooperative Medical Scheme



卫生部卫生发展研究中心

National Health Development Research Center



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新型农村合作医疗制度/于德志主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013

ISBN 978-7-117-17300-1

I. ①新… II. ①于… III. ①农村-合作医疗-医疗保健制度-研究-中国 IV. ①R197.1

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第081997号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

新型农村合作医疗制度

主 编: 于德志

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 10

字 数: 310千字

版 次: 2013 年 4 月第 1 版 2013 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17300-1/R · 17301

定 价: 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编写委员会

主 编 于德志

副 主 编 张振忠 杨洪伟

编委会委员（以姓氏笔画为序）

于德志	王禄生	毛正中	江 芹	汪早立
宋大平	应亚珍	张振忠	杨洪伟	苗艳青
郝晓宁	顾雪非			

序

2002年10月19日,中共中央国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》文件,决定逐步建立新型农村合作医疗制度,实行农民个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。2003年1月16日,国务院办公厅颁发了卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,新型农村合作医疗试点工作在全国陆续展开,受到了广大农民群众的欢迎。

短短十年,中国已构建起世界上规模最大的农村基本医疗保障网——新农合筹资水平从30元提高到340元;政策范围内住院费用报销比例提高到70%左右;保障范围从一般住院扩展到门诊、慢性病、重大疾病;受益人次2011年达13.15亿;推行医药费用即时结算报销,居民就医结算更为便捷。2007年城镇居民基本医疗保险制度建立,完全复制了新农合的经验。新农合制度的探索,不仅是中国农村卫生改革与发展的一项重大制度创新,也是科学发展观“以人为本”的实践。这一制度安排,是以公共产品向全体居民推行基本医疗卫生制度的重要体现,有利于逐步缩小城乡之间、区域之间、人群之间的健康差异,亦是社会主义公平正义理念的体现。

党的十八大报告提出:“健康是促进人的全面发展的必然要求。”我们对健康的认识水平越高,对健康的期望值就越高,对医疗卫生制度的要求就越高。建成一个保证每个居民不分地域、民族、年龄、性别、职业、收入水平,都能公平享受相同的医疗保障待遇的完美制度,是一个长期渐进的过程,因此新农合的发展脚步不会停留,过去、现在和未来都要发挥极其重要的作用。

回想制度建立之初,国内外不乏对新农合的质疑声音,例如自愿参合问题、保大病还是保小病问题等等,似乎此制度“先天不足,没有前途”,但仍有一群富有责任感、实事求是的专家和学者孜孜不倦地对新农合进行跟踪研究,对其发展献谋献策,在十年发展中作出了不可磨灭的贡献;卫生部卫生发展研究中心的研究人员是这些专家和学者的代表,这本绿皮书凝聚了他们十年来对新农合制度研究的主要成果和观点,既有对新农合制度的总结和评价,亦有对筹资、保障范围、管理经办等维度的具体分析,还有对未来发展的前瞻性研究和建议,具有较强的学术价值,值得细细品读。

我们能够见证这个时代,并能贡献自己的绵薄之力,本身就是幸运的。在此书出版之际,寄语卫生发展研究中心的全体研究人员,希望你们继续遵照研究中心“博学 创新 唯实 至善”的训诫,充分发挥自身的专业优势,力争为中国的医疗卫生改革作出更大的贡献。

卫生部 陳甫宏

前言

卫生部卫生发展研究中心(原卫生部卫生经济研究所)作为国家级卫生政策研究机构,自1991年成立以来,承担着大量卫生决策咨询和技术服务的工作。农村医疗保障制度一直是我们的重点内容,特别是2003年以来,我们对新型农村合作医疗制度和医疗救助制度做了大量的研究。本书共十一章,篇幅不大,但包含了我们对新农合制度框架的梳理、对关键问题的探讨以及对制度发展的思考,另外还收录了几篇重要的历史性文献,以供大家学习和工作参考。

卫生部卫生发展研究中心

2013年3月

目录

第一章 农村合作医疗制度变迁	1
第一节 合作医疗制度的兴衰史	1
第二节 新农合制度的探索与构建	7
附 1:《从保证农民基本健康需求入手,启动农村社会保障》	8
第三节 新农合制度的发展与完善	11
第四节 新农合制度的经验总结	12
第五节 新农合制度面临的挑战与选择	15
第二章 新农合长效筹资机制构建	18
第一节 构建新农合长效筹资机制的必要性与可行性	18
第二节 新农合筹资理论与实践经验	22
第三节 构建新农合长效筹资机制的基本思路	24
第四节 新农合筹资需求测算	26
第三章 新农合的保障范围	31
第一节 新农合方案设计概述	31
第二节 方案设计需要的信息	32
第三节 统筹补偿方案设计的内容	32
第四节 统筹补偿方案设计的测算步骤	35
第五节 统筹补偿方案的调整	38
第四章 新农合支付制度改革	41
第一节 新农合主要新农合支付方式改革现状及评价	41
第二节 推行新农合支付制度改革的必要条件	46
第三节 新农合支付方式的选择及制度规范	51
第四节 未来新农合支付制度改革展望	52
第五章 组织与监督管理	68
第一节 组织管理结构	68
第二节 监督管理	70
第六章 新农合实施效果评价	96
第一节 新农合评价研究的现状	96
第二节 新农合实施效果评价指标体系构建	97
第三节 新农合实施后主要成效及存在问题	102
第七章 农村医疗救助制度	108
第一节 农村医疗救助制度的基本框架	108
第二节 医疗救助与新农合制度的衔接	109

第三节	农村医疗救助制度实施效果	111
第四节	医疗救助制度发展面临的挑战	113
第八章	流动人口医疗保障	115
第一节	流动人口的特征	115
第二节	流动人口医疗保障现状	116
第三节	流动人口医疗保障存在的问题	118
第四节	完善流动人口医疗保障的政策建议	119
第九章	新农合与商业医疗保险	121
第一节	商业医保参与新农合经办服务的探索	121
第二节	社会医疗保险国家的经验对我国的启示	123
第三节	对构建大病保险的探讨	127
第十章	国际视角下的新农合	130
第一节	国际社会对新农合的关注点及其变化	130
第二节	国际社会对新农合的评价	130
第三节	国际社会对新农合的建议	132
第十一章	中国农村医疗保障制度展望	134
第一节	小康社会与农村医疗保障制度	134
第二节	未来发展的几个基本走向	134
第三节	改善保障能力	137
第四节	改善管理经办能力	138
附 2:	《新型农村合作医疗制度面临的困难和发展方向》	138
附 3:	《全面推进新型农村合作医疗发展》	142
参考文献		148

第一章

农村合作医疗制度变迁

本章是一个历史性回顾,首先阐述改革前的传统农村合作医疗制度的兴起和发展过程,然后再介绍随着我国经济体制的改革,农村合作医疗制度的衰退和瓦解过程。重点回顾农村合作医疗制度与我国经济体制变革相联系下的设计理念、设计框架、覆盖的人群、参保人群受益水平等方面;接着引出改革开放以来,我国经济体制改革走向市场化的过程中,新农合制度如何兴起,成长和发展,逐渐走向成熟的,最后总结新农合制度的经验总结和面临的挑战。

第一节 合作医疗制度的兴衰史

一、传统合作医疗制度的发展历程

我国农村合作医疗制度基本经过了萌芽期,形成期及发展期三个过程。

(一) 合作医疗的萌芽时期

从20世纪40年代陕甘宁边区举办的医药合作社到1955年以前各地区采用“合作制”和“群众集资”等办法举办的农村基层卫生所,基本属于合作举办医疗保健机构,而未实行具有保险性质的医疗保健制度,但它为后来实行具有一定保险性质的合作医疗制度奠定了卫生服务供给基础,所以,可以说是合作医疗的萌芽时期。

(二) 合作医疗的形成时期

我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗保健制度,是在农业合作化高潮的1955年,山西、河南、河北等省农村出现了一批由农业生产合作举办的保健站。当时的基本做法是:①在乡政府领导下,由农业生产合作社、农民群众和医生共同筹资建保健站;②在自愿的原则下,每个农民缴纳几角钱保健费,免费享受预防保健服务及免挂号费、出诊费、注射费(免“三费”);③保健站挂签治病、巡回医疗,医生分片负责所属村民的卫生预防和医疗工作;④保健站经费来源主要是农民缴纳保健费、农业社公益金提取和业务收入(药品利润);⑤采取记工分与发现金结合的办法解决保健站医生报酬。上述做法实际就是现的所谓的“合医合防不合药”的合作医疗。

(三) 合作医疗发展期

合作医疗制度形成至今已有50年的历史,随着我国政治、经济和社会的变化,它经历了几起几落的起伏发展过程(见图1-1)。

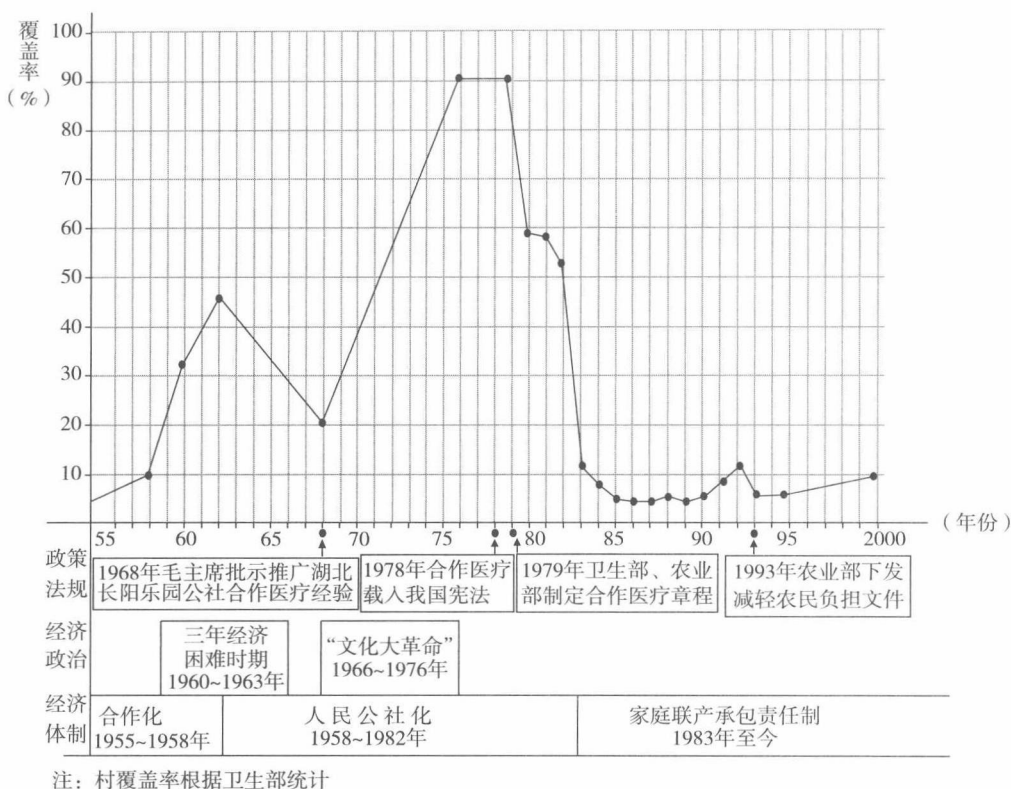


图 1-1 传统合作医疗制度发展情况

二、传统合作医疗制度的模式总结

传统合作医疗制度在几十年的探索发展中,由于各地社会、经济、文化的差异,形成了目前三种模式。首先阐述各种模式,然后对其进行比较,最后总结了其他一些模式的合作医疗制度。

（一）三种合作医疗制度模式

1. 村办村管的合作医疗模式 村办村管的合作医疗是由村民委员会组织举办的一种低层次的合作医疗模式,是合作医疗的雏形,也是 20 世纪 60 ~ 70 年代最普遍的一种模式,这为后来发展为乡村联办模式提供了基础。模式特征如下:

(1) 保障对象:本地居民,包括在本村务工和经商人口,一般每村人口在 2000 ~ 3000 人口。以家庭为单位自愿参保。

(2) 筹资来源与水平:筹资以农民个人出资为主,根据居民意愿和经济承受能力确定保费标准,一般占农民人均纯收入的 1% 以下,经济欠发达地区的筹资水平明显低于经济发达地区和中等水平地区。

村委会对合作医疗的补助各地不完全相同,在经济发达地区多数都有不同程度的补助,个别小康村实行全包全免。在经济中等水平地区有的适当补助,有的没有补助。在经济欠发达地区绝大多数村没有补助。村补助主要来源于村提留,一般占村提留的 3% ~ 16% 不等,部分来源于村办企业上缴。

在乡镇企业较发达的地区,村办企业对合作医疗也有不同程度的投入,一种形式是企业职工参加合作医疗,以高于务农人口的标准缴纳保费,体现以工补农。另一形式是资助合作医疗的直接投入,这种形式在乡镇企业转制后越来越少。政府对村办村管的合作医疗模式一般没有基金投入。

(3) 保费收缴:合作医疗费按财务年度制定,年内一次或分两次收缴,一般在农产品出售季节收缴。保费收缴方式基本上都是由村委会干部到农户家收取。

(4) 减免范围:因筹资水平和管理方式的不同,呈现多种形式。筹资水平较低的一般仅限于在村卫生室就诊减免,有的实行“免三费”(即免挂号费、注射费、出诊费),有的实行减免部分医疗费(合医合药)或

减免部分药费(合药不合医)或减免部分医疗费(合医不合药)。

筹资水平较高的除在村卫生室就诊实行部分减免外,同时实行在乡镇卫生院就诊和住院减免部分医药费或医疗费。由于以村为统筹单位所筹基金有限,所以对县及县以上医疗机构就诊或住院实行医药费减免的较少。另外,部分村办村管的合作医疗模式对计划免疫和妇幼保健服务实行减免。

(5)减免幅度:由于筹资水平不同,减免幅度一般在20%~80%不等,一般是住院减免低于门诊,表现为保小不保大的特点。

(6)减免与支付:在村卫生室就诊多数实行就诊时直接减免,少数实行就诊付现会,然后定期或不定期到村委会报销的方式。在乡级以上卫生机构门诊或住院,事后依据相关凭证到村委会报销。

合作医疗对村卫生室的支付多数实行简单易行的总额预付包干,即将收集的合作医疗基金总付村卫生室,规定补偿内容和比例,超支不补,结余留用。少数实行按实际减免额付费。实行到村委会报销的不存在支付问题。

(7)管理与监督:在村委会的组织领导下,成立村合作医疗领导小组或合作医疗管理委员会,由村委会领导、村民代表和乡村医生组成,决定合作医疗的举办与停办、筹资标准、补偿内容、基金管理和各项规章制度等重要事项。基金财务管理工作一般由村委会会计兼管,少数由乡村医生兼管。

村民委员会和合作医疗委员会对合作医疗实行监督,尤其是基金管理制定有民主理财、账目公开、张榜公布等监督制度。

(8)卫生服务提供:卫生服务主要由村卫生室提供,并对村卫生室的医疗服务制定有各项约束性制度,如基本用药目录和明码标价等。实行在乡级或县级卫生机构就诊或住院减免的,仅限于就诊或住院后回村报销,不存在对乡级或县级卫生机构的制度约束。

2. 乡村联办合管的合作医疗模式 乡村联办联管合作医疗是在村办村管基础上发展起来的一种模式,当时多数地区实行的都是这种模式,一般称为乡办乡管。其特点是以村为基础,由乡(镇)村两级共同参与举办和管理,所以应该称为乡村联办联管。其筹资、补偿、管理等方面的特征表现为:

(1)保障对象:本乡镇的农业人口,包括在本乡镇务工、经商和外出打工人口,少数包括外来打工人员,一般每乡镇1万~3万人口,撤乡并镇后平均约3万~5万人口。以家庭为单位自愿参保。

(2)筹资来源与水平:与村办村管类同,不同之处有以下四点:一是个人筹资水平高于村办村管,一般占农民人均纯收入的1%左右;二是在乡镇企业较发达地区,有乡办企业职工参保和投入;三是乡镇政府有补助的可能,个别地区还有上级政府投入,如北京市和辽宁省规定各级政府按每人一元补助乡办乡管合作医疗。

(3)保费收缴:与村办村管不同之处是有些地区采取了由乡(镇)经管站在收缴乡统筹、村提留或其他收费时代扣的方式。

(4)减免范围:对就诊范围和住院减免比村办村管有所扩大提高,除在村卫生室就诊减免部分医药费或药费或医疗费外,重点是在乡镇卫生院和县级医院的住院减免补偿,筹资水平较高的在县以上医疗机构住院也有不同程度减免,对大病的抗风险能力有所提高。减免补偿范围各不相同,有的部分减免医药费或部分药费或部分医疗费,有的按住院医药费用金额,分段按不同比例减免。

(5)减免幅度:与村办村管不同的是住院费用减免幅度高于门诊,主要体现保住院;住院费用减免多数实行按住院费用额度分段确定不同的减免幅度,费用额度越大减免幅度越高,主要体现保存大病;根据筹资水平设有封顶线,一般为1000~5000元,在经济发达地有万元封顶线;门诊减免幅度是村级高于乡级,乡级高于县级,主要是引导居民在基层就诊。减免比例各地不同,20%~80%不等。

(6)减免与支付:与村办村管的类同,不同的是对乡卫生院的支付方式多样化,多数实行按直接减免项目及其减免比例计算支付;少数实行按服务人次及其支付定额付费;也有少数的实行总额预付包干,超支不补,结余留用。

(7)管理与监督:管理组织与规章制度比村办村管更加健全,成立有乡村两级合作医疗管理委员会;乡镇设有合作医疗办公室,多数挂靠在乡镇卫生院,少数挂靠在乡镇政府;政府制定有合作医疗管理办法,

合管会制定有合作医疗章程和各项规章制度。基金由乡镇合作医疗办公室统一管理使用或分两级管理使用。

监督由乡村两级管理委员会或独立的监督委员会进行,并制定有账目公开,张榜公布等各项监督制度。

(8)卫生服务提供:与村办村管不同的是以村卫生室和乡镇卫生院为重点,并有较严格的制度约束,如两级卫生机构的基本用药目录、诊疗规范、转诊制度、统一购药等制度,有的地区对乡村两级卫生机构实行乡村“一体化”管理。

3、县乡村联办联管合作医疗模式:县、乡、村联办联管合作医疗是在乡村联办联管基础上,由县级政府统筹一部分基金,并对大额医疗费给予补偿的合作医疗模式。这种模式最早出现在江苏省苏州市的吴江市,后来在苏州市内全部实行,然后其他地区也随之出现了这种模式。其筹资、补偿、管理等方面的特征表现为:

(1)参加对象:全县的农业人口,包括在本县务工、经商、外出打工和外来打工人口。一般每县10万~50万人口,最高的百万人口以上。以家庭为单位自愿参加。

(2)筹资来源与水平:筹资来源比乡村联办联管拓宽了县级政府补助的可能性,一般按每人1~3元投入,主要用于县大病基金;农民个人出资水平高于乡村联办联管,一般占农民人均纯收入的1%~3%左右;分县、乡、村三级统筹基金,其他与乡村联办联管类同。

(3)保费收缴:与乡村联办联管基本相同,在合作医疗长期稳定运行,并取得村民信任和拥护的地区,实现了由村民到指定地点缴纳的方式。

(4)减免范围:基本按县保大病,乡保中病,村保小病的原则分三级减免补偿。一般小额医药费用由村级基金减免补偿,超过村级减免额度的中等额度医药费用由乡镇基金减免补偿,超过乡镇级减免补偿限额的部分由县大病基金减免补偿。如苏州吴县最早规定是医疗费在500元以下在村级按比例报销,500~5000元在乡(镇)级按比例报销,5000~10000元在县级报销,1万元封顶。

(5)减免幅度:与乡村联办联管模式不同之处是更加侧重对大额医药费用的减免补偿,多数实行按住院费用额度分段确定的不同的减免幅度,费用额度越大减免幅度越高。根据筹资水平设有封顶线,目前一般的封顶线为1000~5000元不等,在经济发达地有万元以上的封顶线。具体减免比例各地不同,30%~70%不等。

(6)减免与支付:与乡村联办联管基本相同,在县级以上医院就诊或住院定期或不定期到县乡合作医疗办或合医站报销。

(7)管理与监督:在乡村联办联管模式的基础上有进一步的完善,一是成立县合作医疗领导小组或管委会,办公室挂靠在县卫生局;二是在有些地区经政府批准设置了乡镇合作医疗站,事业编制,职责是本镇的合作医疗各项管理工作;三是有的省出台了合作医疗行政法规,如《江苏省农村初级卫生保健条例》中包含了有关合作医疗的条款。四是基金按县、乡、村三级筹集划分管管理使用。

(8)卫生服务提供:卫生服务提供经村卫生室、乡镇卫生院和县级医院为主,并对这三级卫生机构有制度约束。在县级以上医院就诊或住院也予以补偿,但一般不能实施制度约束。在城镇化发展较快的地区,已出现与社区服务结合的模式。

(二) 三种模式比较

根据上述三种模式特征描述,对三种模式的社会化程度、筹资能力、抗风险能力、管理水平和服务水平进行比较(见表1-1),并分析合作医疗的选择和发展趋势。

从表1-1可以看出,村办村管的合作医疗由于社会化程度低,筹资能力有限,抗风险能力很低,但筹资水平低,组织管理简单易行,对卫生服务的要求不高,所以较适应于目前经济水平、管理水平和卫生服务水平尚较低下的地区。乡村联办联管合作医疗的社会化程度,筹资能力和抗风险能力都比村办村管有所提高,但筹资水平也相应提高,对组织管理及卫生服务的要求也有所提高,所以较适应于经济水平中等、组织管理水平和卫生服务水平能够适应的地区。县乡村联办联管合作医疗的社会化程度较高,筹资能力和抗

风险能力较强,但筹资较高,对组织管理和卫生服务水平的要求也较高,所以较适应于经济发达、管理水平和卫生服务水平较好的地区。

表 1-1 农村合作医疗三种模式比较表

特征	村办村管	乡村联办联管	县乡村联办联管
社会化程度	以几千人口的村为统筹单位,社会化程度较低	以几万人口的乡镇为统筹单位,社会化程度有所提高	以几十万人口的县为统筹单位,社会化程度较高
筹资能力	缺少政府引导性投入,影响筹资能力,筹资水平较低,人均收入 1% 以下	有政府投入可能,筹资来源相对多,筹资水平相对较高,人均收入的 1% ~ 2%	有一定的政府投入,筹资来源较多,筹资水平较高,人均收入的 1% 以上
抗风险能力	以保障小病为主,基本没有保障大病的能力	对大病有一定程度的保障,但抗风险能力有限	具有一定的保障大病能力,有一定的抗风险能力
组织管理水平	管理层次低,可能不够规范和完善,但简单易行,容易组织与实施	管理层次有一定的提高,比较规范和完善,但组织与实施有一定的难度	管理层次较高,管理比较规范和完善,但在全县组织与实施维度加大
卫生服务水平	以村为主或乡村两级,服务水平较低,只能满足一般常见病的需求	村乡县三级服务;服务水平有所提高,但满足不了大病的要求	村乡县三级及县以上医院服务;能满足居民的医疗服务的需求

（三）其他形式的农村合作医疗制度

1. 统筹医疗制度 随着农村乡镇企业的兴起与发展壮大,在一些乡镇企业发达地区,出现了不同形式的统筹医疗制度。根据国家卫生服务总调查资料表明,1992 年农村参加统筹医疗人口只占农业人口的 0.1%,但这是一种十分有意义的农村健康保障制度模式。统筹医疗基本形式有以下三种:

(1) 乡镇企业职工统筹医疗:其特点是参加对象只限村办或乡办企业职工,资金在全村或全乡各企业统筹,由村或乡管理。如浙江余杭县五杭镇已实行 7 年的乡、村企业职工统筹医疗,浙江海宁市盐官镇办的镇企业职工统筹医疗等。

(2) 农工统筹医疗:其特点是全乡务农和务工的农村居民共同参加,按不同标准筹资,按不同标准或统一标准补偿,以工补农,如上海市崇明县新民乡的农工统筹医疗。

(3) 农工商社会统筹医疗:其特点是凡户口在本乡或本村的务农、务工、个体工商户以及事业单位的集体人员共同参加,按不同标准筹资,按同一标准或不同标准补偿。如上海六团乡办的统筹医疗。

2. 健康保险制度 在世界银行支持下,1985 年四川省简阳和眉山两县进行了村办村管的“中国农村健康保险试验研究”。基本是以我国的合作医疗为基础,引进国外健康保险的理论、技术和方法设计试验的,尤其加强了管理力度。

少数农村地区试办健康保险制度,根据国家卫生服务总调查,农村地区参加医疗保险的人口占农村人口的 0.33%。农村医疗保险有的是在合作医疗或统筹医疗基础上办的,有的是与保险公司联办,有的办单一的住院保险或大病保险,在组织管理和基金管理方面更加严谨。也有些地区由保险公司开办了商业性住院保险。总之,现有的所谓健康保险基本与合作医疗类同,均不属于强制性的社会保险,而且社会化程度和保障程度也不很高。

3. 计免、母婴保偿制 这是在卫生改革中为弥补预防保健经费不足而开辟的预防保健消费筹资制度。

计划免疫保偿制在全国相当一部分县都已建立,基本做法是以 0~7 岁儿童为对象,按 7 年保偿金标准一次交齐,卫生服务机构在 7 年内免费完成规定的计划免疫接种程序,如保偿儿童患计划免疫六种病,按一定比例赔偿医药费用。

母婴保偿制(或妇幼保健制)的基本做法是:有生育指标的妇女按一定标准一次性交清保偿金,卫生

服务机构按规定的项目提供妊娠诊断、产前检查、产后访视、母婴保健咨询及本胎新生儿的0~7岁的健康检查。如乳产妇在孕产期内患妊娠中毒症或本胎新生儿患破伤风等保偿范围内的疾病,均按一定比例赔偿门诊、住院医药费用。

以上两项保偿制在多数地区由卫生防疫站和妇幼保健所分别负责管理,分别运行。有些是在一个管理组织的管理下呈一体化运行,如宁夏中卫县。也有些是与合作医疗或健康保险制度一体化运行,如湖南华容县。

(四) 农村合作医疗发展趋势

从以上模式描述和比较分析可以看出,农村健康保障制度除原有的合作医疗模式外,出现了一些新的模式;现有的合作医疗已经不完全是过去的传统模式,随着农村社会经济的发展逐步由初级向高级发展,主要表现在以下几个方面:

1. 社会化程度逐步提高 随着农村社会经济的发展,尤其是第二、三产业的发展和城镇化的发展,合作医疗的社会化程度逐步提高,由以几千人口为统筹单位的村办村管模式发展到以几万人口为统筹单位的乡村联办联管模式,进而发展到以几十万人口为统筹单位的县乡村联办联管模式,参加人群逐步扩大到务工和经商人员,大大增强了共济能力。

2. 抗风险能力逐步增强 随着农村居民收入的增加,政府财力的增强和乡镇企业的发展,各方面的经济承受能力逐步增强,医疗保险需求逐步增长,合作医疗筹资来源得到扩展,筹资水平逐步提高,筹资标准由过去的每人每年1元逐步提高到目前的几十元,最高达100多元,加上社会化程度提高产生的共济能力增强,从而明显地提高了合作医疗的抗风险能力,减免补偿封顶线从过去的几十元提高到几千元,最高达2万元,接近城镇医疗保险的水平。

3. 组织管理水平逐步提高 经过几十年的艰难探索,在合作医疗的组织管理、制度管理、基金管理、监督管理和对卫生服务提供的规范与费用控制管理等方面都积累了一定的经验,合作医疗管理水平不断得到提高。

从传统合作医疗的发展历程看,当时的农村合作医疗制度虽然逐步与农村的社会经济变化相适应,也在逐步自我完善和发展,但是进入20世纪80年代,伴随着改革开放的进程,农村集体经济迅速解体,农村合作医疗失去了赖以生存的经济基础,受到了严重冲击。合作医疗覆盖率由1980年68.8%骤降到1983年的20%以下。据1985年的统计调查,全国实行合作医疗的行政村为5%,到1989年进一步降至4.8%(王禄生等,1996)。农村合作医疗逐渐走向衰落。

(五) 合作医疗的历史经验教训

从农村合作医疗的曲折发展过程可以看出:

1. 教训之一是合作医疗制度建立中搞形式主义的浮夸风 20世纪50年代为解决农村严重的缺医少药问题,在各级政府的高度重视下,依靠农民和集体的力量在部分地区试探性地建立了农村合作医疗制度;在全国“文化大革命”的六七十年代时期,靠领袖人物的强大政治影响和政府行政干预在全国普及推行合作医疗,很快实现了全国山河一片红,这其中有很多是搞形式主义的浮夸风,其结果必然是一哄而起,然后一哄而散,失信于群众。

2. 教训之二是合作医疗未能及时适应农村经济体制改革的变化 合作医疗萌发于农村实行合作经济的时期,形成于农业合作化高潮阶段,发展于人民公社化的整个历史时期。80年代农村的经济体制改革,实行家庭联产承包责任制,合作医疗覆盖率急剧降到了最低点。主要原因在于农村经济体制的转变导致筹资的困难。由此说明合作医疗制度与农村的经济体制有内在的依存关系,必须通过不断改革与完善,使之与变革了的农村社会经济体制相适应才能得到发展。

3. 教训之三是缺乏相关部门的理解、配合和支持 从合作医疗的发展历史可以看出,政治、经济及农村经济政策等均可对合作医疗产生正面或负面的影响,如减轻农民负担政策对合作医疗筹资的影响等。一方面说明合作医疗是涉及政治、经济和社会各方面的一项社会制度,受外部诸多因素的影响,需要各方面的理解、配合和支持,另一方面也说明合作医疗尚未达到规范化和法制化的成熟期,需要加强自身建设。

合作医疗制度既要重视与政治、经济、社会的大环境相适应,又要通过部门协调争取各方面的理解、配合和支持,充分发挥正面影响因素,努力克服负面影响因素,同时加强自身规范化、法制化建设。

4. 教训之四是对合作医疗的思想认识不统一 在拨乱反正的80年代初期曾经把合作医疗作为“左”的产物批判,有些干部还错误地认为合作医疗是搞平均主义,大锅饭,是计划经济的产物,不符合市场经济体制;有些干部认为看病是农民个人的事,政府不该管;有些认为合作医疗不是社会保险,政府不应负责;有些认为农民对国家的税收贡献小,政府不应该投入;甚至把合作医疗筹资看作是增加农民负担。认识上的不统一必然导致制定和执行政策的不力,甚至反复多变,部门相互矛盾。

第二节 新农合制度的探索与构建

新中国成立后的30年里,农村合作医疗制度在保障大多数农村居民的卫生服务可及性,农民的疾病预防和健康促进方面作出了巨大贡献。但中国农村在实行联产承包责任制后,农村合作医疗保障制度迅速瓦解^①,到1990年年底,合作医疗制度只覆盖了9.5%的农村居民,90%的农村居民完全自己承担医疗服务费用,自费医疗再次成为中国农村占主导地位的医疗制度(王兰芳等,2007)。在使用者付费制度下,购买服务的直接成本有很高,许多农民因无力支付费用而陷入了因病致贫,因病返贫的境地。严峻的农村卫生问题摆在中国政府面前,使得政府开始越来越关注重新建立农村医疗保障制度方面的探索。

一、制度探索期(1978~2002年)

20世纪80年代初期,农村开展经济体制改革,实行家庭联产承包责任制,家庭成为农业生产的基本经营单位,集体经济逐渐解体;以集体经济为依托的合作医疗失去了主要的筹资渠道。再加上合作医疗在运行过程中存在管理不善、监督不力等问题,导致合作医疗濒临崩溃。

“如何建立新时期农村医疗保障体制”的问题无法回避地摆在了中国政府面前。为此,中国开始了对合作医疗恢复与重建的艰难探索。1993年,中共中央在《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中,提出要“发展和完善农村合作医疗制度”。1993年,国务院政策研究室和卫生部在全国进行了广泛调查研究,提出《加快农村合作医疗保健制度改革与建设》的研究报告。1994年,为了提供合作医疗立法的理论依据,国务院研究室、卫生部、农业部与世界卫生组织合作,在全国7省14县开展了“中国农村合作医疗制度改革”试点和跟踪研究。1996年7月,卫生部在河南召开全国农村合作医疗经验交流会,提出了发展与完善合作医疗的具体措施。1996年12月,中共中央、国务院在北京召开全国卫生工作会议,再次强调了合作医疗对于提高农民健康、发展农村经济的重要性。1997年1月,中共中央、国务院颁发了《关于卫生改革与发展的决定》,要求“积极稳妥地发展和完善农村合作医疗制度,举办合作医疗,要在政府的组织和领导下,坚持民办公助和自愿参加的原则。筹资以个人投入为主,集体扶持,政府适当支持”。同年5月,国务院批转了卫生部、国家计委、财政部、农业部、民政部《关于发展和完善农村合作医疗的若干意见》,进一步强调了农村合作医疗由农民个人缴纳的费用为主,乡、村集体经济的投入在农村合作医疗中起到扶持作用。农民自愿缴纳的农村合作医疗费用,属于农民个人消费性支出,不计入乡统筹、村提留。

虽然这一时期对于农村合作医疗的发展起到了一定的推动作用,但是由于筹资以农民个人为主,而且是自愿原则,加上农村经济发展刚刚进入一个起步阶段,农民参加合作医疗的积极性不高,从而造成大部分地区的农村合作医疗处于春办秋黄、难以持续的局面。

二、制度构建期(2003年)

2002年,中共中央、国务院颁布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,规定各级政府要积极组织

^① 覆盖率从20世纪70年代的92.9%下降到1990年的6.1%(Feng等,1995)

引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,重点解决农民因患传染病、地方病等大病而出现的因病致贫、返贫问题。要求到2010年,新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民,从2003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农村合作医疗的农民补助每年不低于人均10元。2003年,新修订的《中华人民共和国农业法》规定:“国家鼓励支持农民巩固和发展农村合作医疗和其他医疗保障形式,提高农民健康水平”,新农合制度的发展和完善从此有法可依。

2003年1月国务院办公厅转发的卫生部、财政部和农业部《关于建立新型农村合作医疗制度意见》指出,新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度;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,减轻农民因病带来的经济负担,提高农民健康水平。具体的措施主要是以下几个方面:新农合制度一般以县市为单位进行统筹,实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。农民个人每年的缴费标准不低于10元,经济条件好的地区可相应提高缴费标准,社区扶持;地方财政年资助不低于人均10元;中央财政向中西部地区农村参保农民每年补贴10元。基金主要补助参加新农合农民的大额医疗费用或住院医疗费用。有条件的地方,可实行大额医疗费用补助与小额医疗费用补助结合的办法,既提高抗风险能力又兼顾农民受益面。加强对新农合医疗基金的监管。

附1:《从保证农民基本健康需求入手,启动农村社会保障》

陈啸宏^①

(2002年3月发表于中共中央党校主理论刊物)

目前,我国在城镇实行以职工养老保险、职工医疗保险和失业保险为主要内容的社会保障制度。而在农村,与当前社会经济发展相适应的社会保障体系尚未形成。为了体现城乡之间的公平原则,同时区别地实施城乡居民的社会保障,我提议从保证农村基本健康需求出发,建立农村基本医疗保障体系,下面是我提出的具体的政策建议和操作方案。

一、建立农村基本医疗保障体系的必要性

目前,我国城乡居民收入差距在进一步拉大。据测算,1999年我国基尼系数已达到4.0;2000年城市居民人均可支配收入6280元,农村居民人均纯收入2253元,二者相差2.79倍。为了加快推进国有企业改革,国家为城镇职工提供了最基本的社会保障。从“兼顾公平”的角度看,无论如何也应当把农村居民社会保障问题提上日程。从当前农村实际情况看,农村居民的基本生活应当说是有保障的,养老问题可以在家庭和社区内得到基本保障。相比之下,最为迫切的是社会基本医疗保障。

计划经济时代,我国农村曾普遍建立合作医疗制度。这是由国家扶持,以集体经济为基础、以农村居民自愿参加为原则,以集体和农村居民个人为筹资主体,以村(生产大队)为单位,合作共济的基本医疗保障制度。这一制度与农村基层卫生组织、“赤脚医生”一起,曾被称为解决我国广大农村缺医少药问题的三大法宝。合作医疗还曾于1978年被写入宪法,被世界卫生组织誉为发展中国家解决卫生经费的唯一范例。20世纪80年代以来,合作医疗因农村经济体制改革失去了组织和经济的依托,合作医疗大面积解体。目前,仍坚持合作医疗的人口约为村居民的10%,近90%的农村居民完全是自费医疗。据统计,农村居民中有37%应看病而没有就诊,有65%应住院治疗而没有住院。农村居民因病致贫,因病返贫现象也十分严重。据调查,在致贫、返贫原因中,由疾病成因的占23%。农民说,“小康小康,一场病全泡汤”。疾病已

^① 作者时任卫生部规划财务司司长,现为国家卫生和计划生育委员会(原卫生部)副部长

成为影响农村经济发展和农村居民脱贫致富的重要制约因素。因此,从保证农民基本健康入手,启动农村社会保障,对提高农民健康水平,提升农村小康水平都有较强的现实意义。

二、建立健全农村社会保障体系的基本定位

目前比较一致的看法是,在社会主义初级阶段相当长时期内不可能对农民实行社会医疗保险制度,或者说,由于社会发展阶段和国力的制约,政府还不可能在短期内全面建立农村的社会医疗保险制度。但仍有必要从保证农村基本健康需求入手,逐步建立健全农村社会基本医疗保障体系:

1. 这个体系的核心是最低保障,即旨在保证农村居民对最基本的医疗卫生服务和产品的购买能力,而不能由政府把医疗保险全都包下来;

2. 目前阶段的最低保障起点必须与财政能力相适应,而且应当留有充分的余地;

3. 农村社会基本医疗保障体系应从低起点启动,在社会生产力和社会主义市场经济体制的发展过程中逐步提高和完善。即积极作为,量力而行,保证底线,持续发展。

从保证农村基本健康需求入手,既是一个起点,也是目前我国农村社会基本医疗保障体系的基本定位。这样一个定位是与我国当前的财力状况相适应的。另外,随着城镇化水平提高,农村人口转移到城镇的数量增加,农村人口相应减少,农村社会基本医疗保障体系覆盖的人口基数将降低,这也是一个有利条件。

三、政策建议

建立社会主义市场经济体制下的农村社会基本医疗保障体系,要以市场经济为基础,与现行的联产承包经营、统分结合的双层经营体制相适应,而不是以计划经济体制下的集体经济为基础;要解决的是市场经济体制下的社会公平问题,而不是计划经济体制下的集体福利问题;政府在新体制中应起主导作用,并以适当的财政投入为手段,而不是主要以政策鼓励号召为手段。它包括以下四个方面:

1. 全国范围的筹资总规模。根据多年来各地实行合作医疗及其他形式医疗保障办法的经验,以及有关专家对东中西部分别实行住院保险、合作医疗、特困医疗救助不同模式的测算,在当前价格水平下,平均每个农村居民有 50 元左右的医疗保障资金,就能保证底线水平,即保证农村居民的基本健康需求。也就是说,按第五次人口普查统计的数字即约 8 亿农村居民计算,保证全国农村基本健康需求的资金总额约需 400 亿。这笔资金可以从中央、地方和农村居民个人三方面筹集。

(1) 以中央政府每年对每个农村居民投入 6 元计算,约需 50 亿,占 2000 年中央财政收入的 0.66%,中央财政支出的 0.53%。这笔资金不一定完全是预算中新增加的,可以从预算中对医疗卫生服务供方的投入中适当调剂出来。安排这样一笔资金目前应是中央政府有能力承受的。这一投入将产生明显的社会、经济、政治效益。从社会方面看,中国历史上第一次由中央政府直接对全国农村居民健康保障投入。这是中国社会几千年的大进步;从经济方面看,中央政府用这笔资金以配套拨款方式向地方政府转移支付,可以带动地方政府财政投入,而中央和地方的财政资金又可以带动农村居民个人的资金投入,可以基本形成农村居民对基本医疗卫生服务及产品的有效购买力;从政治方面看,由于有中央政府 50 亿资金的启动,及地方政府的配套投入,将大大提升中国在国际上关于卫生筹资公平性方面的地位(2000 年世界卫生组织报告统计分析,在 191 个国家中,中国卫生筹资的公平性排在第 188 位)。以中央财政启动农村社会基本医疗保障体系,将使我国卫生筹资公平性与我国改革开放所取得的巨大成就相协调,同时,也从一个方面把中国共产党坚持“三个代表”的具体作为展现给国际社会。

(2) 地方政府按中央政府配套拨款的要求(不同地区不同比例),总体配套资金约达 110 亿,占 2000 年地方财政收入的 0.99%,地方财政支出的 1.00%。同样,地方配套资金也不一定完全是预算中新增加的,也可以有适当比例是从预算中对医疗卫生服务供给方的投入中调剂出来的。

(3) 个人筹资部分可借鉴原实行合作医疗制度时的经验,并取低限,按 2000 年农村居民人均纯收入 2253 元的 1.5% 计算,理论上可吸收 270 亿资金。这笔资金是农村居民直接用于改善个人生活水平的,与