

社保财务丛书编委会 主编

2006年第2辑

社保财务理论与实践

SHEBAO CAIWU LILUN YU SHIJIAN



中国财政经济出版社

2006年第2辑

社保财务理论与实践

Financial management theory and
practice of social security

社保财务丛书编委会 主编



中国财政经济出版社

图书在版编目(CIP)数据

社保财务理论与实践. 2006. 第2辑/《社保财务丛书》编委会主编. —北京: 中国财政经济出版社, 2006.7

ISBN 7-5005-9192-6

I. 社... II. 社... III. 社会保障-财务管理-中国-文集 IV. D632.1-53

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第069183号

中国财政经济出版社出版

URL: <http://www.cfeph.cn>

E-mail: cfeph@cfeph.cn

(版权所有 翻印必究)

社址: 北京海淀区阜成路甲28号 邮政编码: 100036

发行处电话: 88190406 财经书店电话: 64033436

湖北日报报业集团楚天印务总公司 各地新华书店经销

787 × 1092 毫米 16开 9.75印张 172千字

2006年7月第1版 2006年7月武汉第1次印刷

印数: 1-31000 定价: 10.00元

ISBN 7-5005-9192-6/F · 7986

(图书出现印装问题, 本社负责调换)

学术顾问（以姓氏笔划为序）：

- 邓大松 （武汉大学）
郑功成 （中国人民大学）
郑秉文 （中国社会科学院）
林毓铭 （暨南大学）
杨燕绥 （清华大学）
岳颂东 （国务院发展研究中心）
赵 曼 （中南财经政法大学）
郭士征 （上海财经大学）
贾 康 （财政部财政科学研究所）
高培勇 （中国社会科学院）
穆怀中 （辽宁大学）

编辑委员会主任：罗 辉

编辑委员会副主任：王华新 赵 曼 邓大松

编辑委员会委员（以姓氏笔划为序）：

方大碧	王华新	王金昌	王建培	王 涛	尹分水
邓大松	汤 澜	安保新	刘本杰	刘红春	师淑英
吕富全	朱 清	向雅如	沈金生	宋义武	宋 平
宋其超	宋新生	杜西南	杨海霞	邹大鹏	陈书华
陈庆和	郑 军	赵 兵	赵宜男	赵 曼	赵银德
罗 辉	施 烜	钟 凯	俞建人	姚志伟	唐新民
徐光荣	徐联中	梁立群	黄贵萍	路 英	廖陆柒
潘永珠					

执行主编：王金昌

编辑部主任：谢文静

策划部主任：龚汉坤

编 辑：黄国庆 周 丽

通讯地址：武汉市武昌区中北路8号（430071）

电话：（027）67818596 67818754

E-mail: hbsbcw@163.com

http://www.ecz.gov.cn

目 录

特别关注·农村合作医疗 7-121

【高端视点】加大投入 强化管理 推进新型农村合作医疗试点 财政部社会保障司卫生处(8)

【理论前沿】新型农村合作医疗制度研究 朱青 郭雪剑(16)

新型农村合作医疗试点模式研究的现实意义 湖北省新型农村合作医疗课题组(27)

【历史回放】长阳乐园 新中国农村合作医疗发展的领潮者 王金昌 谢文静(36)

新中国农村合作医疗发展史话 宋斌文(41)

【精彩展播】积极发挥财政职能 稳步推进合作医疗试点 王华新(50)

全面建立新型农村合作医疗制度 宋义武 陈琪 史卫东(58)

构建多层次农村医疗卫生服务体系 沈磊 张才德(68)

加快边境少数民族地区新型农村牧区合作医疗制度建设 内蒙古自治区财政厅(74)

推进新型农村合作医疗试点工作的经验与做法 云南省财政厅(78)

新型农村合作医疗试点工作中存在的问题及对策 关礼(81)

透视新型农村合作医疗 方强(86)

深化安溪县新型农村合作医疗改革的几点建议 谢彩雯(89)

建立新型农村合作医疗要把好“四关” 黄学书(93)

抓住新型农村合作医疗制度建设的“牛鼻子” 吕雅芸(95)

新型农村合作医疗门诊补偿模式初探 冯秀成 张可平(97)

【经典纪实】川店镇农民自办合作医疗16年 丛书编辑部 荆州区政府联合报道组(102)

来自新型农村合作医疗试点县的报告(上) 汪建国 王建培 朱艾勇(109)

来自新型农村合作医疗试点县的报告(下) 汪建国 王建培 朱艾勇(115)

专家论坛 122-146

农村社会保障制度建设中的政府决策 邓大松 谢圣远(123)

关于我国社会保障制度改革与发展问题的思考 宋新生(134)

思考与建议 147-156

关于社会保险基金会计制度的几点思考 王友华 姜海燕(147)

东亚与拉美社会保障政策比较及启示 陈 龙(150)

Contents

Invest more time and energy, strengthen management, comprehensively further the new rural cooperative pilot medical service	
..... Hygienic Office of Social Security Department of Financial Ministry	8
On research into the new rural cooperative medical system	Zhu Qing Guo Xuejian 16
On research into the new rural cooperative medical pattern	
..... New rural cooperative medical research panel in Hubei Province	27
On Changyang amusement park, forerunner of new Chinese rural cooperative medical development	
..... Wang Jinchang Xie Wenjing	36
On history of new Chinese rural cooperative medical development	Song Binwen 41
Hubei Province: actively give play to financial functions, steadily promote cooperative pilot medical service	Wang Huaxin 50
Jiangsu Province: establish new rural cooperative medical system all round	
..... Song Yiwu Chen Qi Shi Weidong	58
Zhejiang Province: establish multi-level rural medical hygienic service system	
..... Shen Lei Zhang Caide	68
Inner Mongolia: take measures suited to local conditions, quicken the establishment of new rural pastureland cooperative medical system in border minority nationality regions	
..... Financial Department in the Inner Mongolia Autonomous Region	74
Yunnan Province: invest more time and energy, strengthen management, actively and steadily promote the new rural cooperative pilot medical work	Financial Department in Yunnan Province 78
Guangxi Province: On problems existing in the new rural cooperative pilot medical work and corresponding countermeasures	Guang Li 81
On the new rural cooperative medical service	Fang Qiang 86
On suggestions on deepening the new rural cooperative medical reform in Anxi County	
..... Xie Caiwen	89
On four barriers to establishing the new rural cooperative medical service	Huang Xueshu 93
Grasp the key points in establishing the new rural cooperative medical system	lv Yayun 95
On exploration of compensation model of the new rural cooperative medical outpatient service	
..... Feng Xiucheng Zhang Keping	97
On peasants in Chuandian Town having established cooperative medical service for 16 years on their own	
..... Joint report group	102
On reports from new rural cooperative medical pilot counties (the first half)	
..... Wang Jianguo Wang Jianpei Zhu Aiyong	109
On reports from new rural cooperative medical pilot counties (the second half)	
..... Wang Jianguo Wang Jianpei Zhu Aiyong	115
On government decisions in establishment of rural social security system	
..... Deng Dasong Xie Shengyuan	123
On thought of reform and development of Chinese social security system	Song Xinsheng 134
On thought of accountancy system in social insurance fund	Wang Youhua Jiang Haiyan 147
On comparison of social security policies between East Asia and Latin America, and the corresponding enlightenment	Chen Long 150

特别关注·农村合作医疗

健康是生命存续、繁衍的基本条件。新型农村合作医疗制度建设，关系着中国8亿农民的生命健康，历来都是社会广为关注的焦点问题，也是财政社保工作的重中之重。本辑丛书围绕新型农村合作医疗制度建设这一主题，组织部分专家学者和改革一线的广大实践工作者开展广泛深入的研究探讨，以期从各个不同视角与层面，深刻揭示新型农村合作医疗制度建设与“社会主义新农村建设”的内在联系，以及新型农村合作医疗制度的深刻内涵，从而让读者对新型农村合作医疗制度建设有一个更为全面、透彻的了解与认识。

本专题全有高端视点、理论前沿、历史回放、精彩展播、经典纪实五个部分的内容。财政部社保司卫生处为专题撰写了专稿，著名的社保理论专家、中国人民大学的教授应邀发表了他们的理论研究成果，江苏、浙江、广西、内蒙古、安徽、湖北、云南、福建等省（区）财政社保部门分别作为不同区域、不同经济发展水平的地区代表，全面深入总结了各自的改革实践经验，对改革中存在的各种矛盾问题进行了认真研究与思考，提出了宝贵的建议与意见。尽管这些文章只是管中见豹，但都有重要的参考价值，相信对参与这项改革的广大财政社会保障工作者提升认识，开阔视野，借鉴经验，把握规律必有裨益。

下期专题预告：破解“看病难、看病贵”，欢迎惠稿！

加大投入 强化管理 推进新型农村合作医疗试点

财政部社会保障司卫生处

一、新型农村合作医疗的提出

（一）传统的合作医疗制度

传统的合作医疗制度在我国始建于20世纪50年代，60年代迅速发展。1968年，毛泽东同志在听取了湖北省长阳县乐园公社办合作医疗的经验后，称赞“农村合作医疗好”。从此以后，农村合作医疗得以大面积地推广和普及，在70年代达到高峰，全国农村行政村覆盖率达90%。但是，传统的合作医疗是以解决农村缺医少药问题为主的一种制度，只能“保小”不能“保大”，并且统筹范围小，仅限于一个乡村、一个公社范围内的统筹，抗风险能力极低，因此，合作医疗作为一种制度在当时并未得到稳定发展。80年代以后，随着中央计划经济、集体所有制和人民公社制度的解体，合作医疗制度也基本解体。90年代，政府重新要求恢复和重建合作医疗制度，并专门为此下发了文件，到1996年底，全国开展合作医疗的行政村覆盖率上升到17.59%，以后又有所下降，在10%左右徘徊。

（二）新型农村合作医疗制度的提出和主要内容

90年代以后，各级政府重新要求恢复和重建农村合作医疗制度。本届中央政府成立以后，高度重视农村群众的看病就医问题，特别是困难群众因病致贫、因病返贫问题。为了帮助农民提高抗御大病风险能力，切实解决看病难、看病贵问题，中央决定建立新型农村合作医疗制度。2002年10月，中共中央、国务院下发了《关于进一步加强农村卫生工

作的决定》(中发[2002]13号),提出建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。2003年1月,国务院办公厅以“国办发[2003]3号”文件转发了卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,进一步明确了建立新型农村合作医疗制度的目标和原则、组织管理、筹资标准、资金管理等具体政策,并规定从2003年开始在全国范围内开展新型农村合作医疗试点。

1. 目标和原则。新型农村合作医疗制度的目标是到2010年要基本覆盖全国农村居民,减轻农民因疾病带来的经济负担,提高农民健康水平。建立新型农村合作医疗制度要遵循以下原则:一是自愿参加,多方筹资。农民以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗,遵守有关规章制度,按时足额缴费;乡(镇)、村集体要给予资金扶持;中央和地方各级财政每年要安排一定专项资金予以支持。二是以收定支、保障适度。新型农村合作医疗制度要坚持以收定支,收支平衡的原则,既保证制度持续有效运行,又使农民能够享有最基本的医疗服务。三是先行试点,逐步推广。建立新型农村合作医疗制度必须从实际出发,通过试点总结经验,不断完善,稳步发展。要随着农村社会经济的发展 and 农民收入的增加,逐步提高新型农村合作医疗制度的社会化程序和抗风险能力。

2. 组织管理。新型农村合作医疗制度一般采取以县(市)为单位进行统筹,并按照精简、效能的原则,建立新型农村合作医疗制度管理体制。各级卫生行政部门内部应设立专门的农村合作医疗管理机构,原则上不增加编制,县级设立合作医疗经办机构,乡(镇)根据需要可设立派出机构或委托有关机构管理。经办机构的人员和工作经费列入同级财政预算,不得从农村合作医疗基金中提取。

3. 筹资标准。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。农民个人每年的缴费标准不应低于10元,经济条件好的地区可相应提高缴费标准;有条件的乡村集体经济组织应对本地新型农村合作医疗制度给予适当扶持;地方财政每年对参加新型农村合作医疗农民的资助不低于人均10元,经济较发达的东部地区,地方各级财政可适当增加投入。从2003年起,中央财政每年通过专项转移支付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按人均10元安排补助资金。

4. 资金管理。农村合作医疗基金是由农民自愿缴纳、集体扶持、政府资助的民办公助社会性资金,主要用于补助参加新型农村合作医疗农民的大额医疗费用或住院医疗费用,要按照以收定支、收支平衡和公开、公平、公正的原则进行管理,必须专款专用,专户储存,不得挤占挪用。中央和地方各级财政要确保补助资金及时、全额拨付到农村合作

医疗基金专用账户，并通过新型农村合作医疗试点逐步完善补助资金的划拨办法，尽可能简化程序，易于操作。要结合财政国库管理制度改革和完善情况，逐步实现财政直接支付。财政、卫生、审计等有关部门要切实加强对农村合作医疗基金的监管，确保专款专用，充分发挥资金的使用效益。

新型农村合作医疗制度之所以叫“新型”，是因为这项制度有别于传统的合作医疗制度，其特点：一是新型农村合作医疗不只是农民之间的互助共济，而是由个人缴费、集体扶持和政府资助相结合，其中政府资助占了大头；二是新型农村合作医疗不是完全由农民自己管理，而是由政府主导来组织推动，群众参与管理和监督；三是新型农村合作医疗是以大病统筹为主，重点解决农民患大病而出现的因病致贫、因病返贫问题；四是新型农村合作医疗以县为单位管理，统筹范围大，抗风险能力强。

二、试点工作进展情况

（一）试点覆盖范围逐步扩大

新型农村合作医疗制度自2003年下半年试点以来，从总体上看，运行平稳，进展顺利，覆盖范围逐步扩大。据统计，截至2005年底，全国开展新型农村合作医疗试点的县（市、区）达到678个，占全国县（市、区）总数的23.7%；覆盖农业人口2.36亿人，占全国农业人口的26.67%；参合农民1.79亿人，占全国农业人口的20.18%，参合率为75.66%。

（二）初步建立起新型农村合作医疗制度运行机制

在基金筹集上，各试点地区以县（市、区）为统筹单位，按照农民个人、集体、地方财政和中央财政共同负担的原则筹集资金。从2003年试点开始到2005年底，全国累计筹集新型农村合作医疗基金115.48亿元，其中中央财政补助12.3亿元。

在基金管理上，各试点地区普遍采取卫生部门经办，财政部门审核，在商业银行或信用机构建立专户储存支付的办法，做到了钱账分离、封闭运行。部分地方还积极探索基金管理的新模式，如浙江省、河南省新乡市委托保险公司进行基金管理和审核报销，财政、卫生部门负责监管，形成了“管办分离”的新模式。同时，各地还建立了财政监管、审计和社会监督制度，强化了对基金的监督。

（三）越来越多的农民得到了实惠

据统计，从试点启动到2005年底，全国新型农村合作医疗基金累计支出88.12亿元，累计补偿19837.21万人次，其中住院补偿839.65万人次，门诊补偿16065.98万人次，体检2931.58万人次。总的来看，参加合作医疗的农民医疗负担有所减轻，因病致贫、因病返贫问题有所缓解。同时，农民的医疗卫生需求逐步释放出来，农民的健康意识和自我保健意识也开始增强。另外，通过推行新型农村合作医疗制度，加上中央和地方各级财政加大对农村公共卫生和医疗服务体系建设的投入，农村医疗机构服务条件也得到了很大程度的改善。

三、试点工作中存在的主要问题

（一）筹资机制不健全

一是农民参合情况不真实。部分地方违反规定下任务、定指标，再加上个人缴费收缴难度大，致使基层垫付参合资金、虚报参合人数的现象较为普遍。2005年，审计署组织力量对15个省（市）的20个县（市、区）合作医疗基金的筹集、管理和运行情况进行了专项审计。发现其中7个县共垫付参合资金645.6万元，虚报参合人数70.6万人。与这7个县的农业人口相比，虚报参合率为18.6%。如某市采取县领导包乡、乡镇干部包村、村干部包组、组长和党员包户的做法，共垫付18.4万人的参合资金84万元，虚报参合率为29.2%。某县与各乡镇签订责任书，将参合率80%、资金筹集率100%作为考评指标，全县共为16.1万人代垫参合资金161万元，虚报参合率为22.9%。另外，个别试点县还存在乡村干部替农民垫资、基层政府向银行拆借资金、直接抵扣农民粮食直补资金等方式垫付农民个人缴费的情况。这些做法违背了新型农村合作医疗自愿参加的原则，导致农民参合情况不真实。

二是基金收支风险大。为了避免自愿参加原则带来的“逆向选择”问题，提高基金抗风险能力，新型农村合作医疗制度要求农民必须以家庭为单位参合。但是，部分地方并没有按要求实行以家庭为单位参合，而是允许农民个人参合，故而有的家庭只给老弱病残幼参合，青壮年不参合，这大大增加了基金的收支风险。

三是个人账户管理不规范。按照文件规定，“用农民个人缴费的一部分建立家庭账

户，用其余部分和各级财政补助资金建立大病统筹基金”。但在实际操作中，部分地方不仅将农民个人缴纳的10元资金全部记入家庭账户用于门诊支出，而且还从财政补助资金中拿出5元划入家庭账户。甚至有的地方还规定，给未发生门诊费用的参合农民返还5元现金或到卫生院选购价值5元的药品。这些做法严重削弱了新型农村合作医疗基金的互助共济功能。

（二）基金管理不规范

部分试点县没有按规定选择信誉度高、网点覆盖面广的国有商业银行开设基金专户；有的试点县经办机构没有严格执行“钱账分离”的要求，经办机构既管钱又管账；有的试点县农民个人缴费收入未纳入财政专户管理，合作医疗基金管理没有实现真正意义上的封闭运行；有的试点县存在基金多户储存、与其他资金混户储存的问题，有的甚至公款私存。如某试点县取消了各乡的合作医疗基金专户，将基金与乡镇财政其他资金混存，该县某乡挪用参合农民家庭账户资金用于归还贷款。某试点县将合作医疗基金存放在3个银行账户中，县财政两次挪用用于发放工资。

（三）农民参合不连续

中央财政在结算2004年补助资金时，发现部分地区参合人数比2003年出现大幅度减少的情况，7个省合计减少参合农民约165万人，其中最多的一个省参合人数竟然较上年下降了22%。这其中既有个别地区虚报参合人数的情况，也有基础管理工作不到位，宣传动员力度不够，造成当年参保缴费但没有得到补偿的农民在第二年退保的情况。

（四）缺乏有效的监管机制

目前，新型农村合作医疗管理工作由卫生行政部门负责，经办机构一般设在乡镇卫生院，这样卫生部门身兼二职，既是管理者，又是经办者，既代表供方提供医疗服务，又代表需方管理新型农村合作医疗基金，难以形成有效的监督机制。

此外，部分地区合作医疗经办机构的工作经费和人员经费未能得到较好保障；部分地区尚未推行药品集中采购，致使部分药品进价过高；部分地区没有定期向社会公布基金收支和运作等情况，使参合农民无法了解基金运行情况，难以监督。这些问题在一定程度上损害了参合农民的利益，影响了农民的参合积极性，影响了试点工作的顺利开展。

四、推进试点工作的政策建议

（一）进一步提高认识，积极稳妥推进试点工作

建立新型农村合作医疗制度，是新形势下党中央、国务院为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、区域、经济社会协调发展的重大举措，是构建社会主义和谐社会和建设社会主义新农村的需要，也是解决农民“看病难、看病贵”问题的一项重要措施。对于提高农民健康保障水平，减轻农民医疗负担，解决困难农民因病致贫、因病返贫问题，具有重要作用。各地区、各有关部门要充分认识到新型农村合作医疗试点工作的复杂性和艰巨性，认真总结完善试点方案，既要积极又要稳妥地推进试点工作。

（二）认真落实扩大试点有关财政补助政策

1. 稳步扩大试点范围。国务院决定，2006年试点县（市、区）将扩大到全国县（市、区）总数的40%左右；2007年扩大到60%左右；2008年在全国基本推行；2010年实现新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民的目标。各地应认真选择确定新增试点县，新增试点县既要符合中央扩大试点的有关要求，又要兼顾今后省内工作全面推开的需要。要坚持实事求是的原则，避免盲目性，不能刻意追求指标而一味扩大试点，杜绝强迫命令、违背农民意愿等不利于试点工作健康发展事情发生。

2. 进一步提高财政补助标准。国务院决定，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20元，地方财政也要相应增加20元。应结合本地实际，充分考虑试点县的财力状况，合理确定省、地（市）、县（市）级财政的分担比例，其中省级财政要拿大头，要加大省级财政的转移支付力度，不增加财政困难县的负担。

3. 进一步扩大中央财政补助范围。为了加快新型农村合作医疗制度建设，国务院决定从2006年起扩大中央财政补助范围，将中西部地区农业人口占70%以上的市辖区和东部省份纳入中央财政补助范围，并对东部省份按照对中西部地区补助标准的一定比例予以补助。

4. 足额安排财政补助资金。中央财政将按照规定标准及时足额把新型农村合作医疗试点资金列入预算，并根据各地试点实施情况拨付。同时，地方各级财政也要足额安排并

及时拨付新型农村合作医疗补助资金，省级财政要加大转移支付力度，注意向财政困难地区倾斜，保障新型农村合作医疗基金的正常支付。

5. 严格中央财政补助资金申请程序。农民个人缴费资金到位后，地方财政补助资金（乡镇财政→县级财政→市级财政→省级财政）逐级拨付到位，最后申报是中央财政补助资金。中央财政补助资金根据财政部驻地方财政监察专员办事处的审核意见，在认真分析各试点县参合农民缴费情况、各级财政补助资金到位等情况后按规定给予补助。

（三）切实加强合作医疗基金管理

新型农村合作医疗基金规模较大，各地要按照中央要求和试点地区的有关规定，切实加强管理和监督，确保资金的安全完整和专款专用，把老百姓的活命钱管好、用好。

一是基金管理实行封闭运行。各地要按照“银行管钱不管账，经办机构管账不管钱，合作医疗基金封闭运行”的模式，切实加强基金管理。除县外就医等零星开支由经办机构报销外，一般正常费用全部由县（市）级经办机构负责汇总审核，并出具支付证明，由财政部门复核并开具申请支付凭证，最后由财政部门提交代理银行办理资金结算业务，并直接将资金转入医疗机构的银行账户。

二是要完善基金支付管理。县级财政部门应对经办机构提出的基金支付申请进行严格审核，必要时还应组织力量对医疗费用开支情况进行抽查或全面检查，确保有限的资金全部用于减轻农民的医疗费用负担。要加强信息化建设，推进规范化管理，强化群众监督。同时，要加强经办机构能力建设，提高便民服务水平。

三是要加强基金的风险管理。为了加强新型农村合作医疗基金管理，保证合作医疗制度持续稳定运转，按照中央要求，各地必须建立风险基金。风险基金应集中到省级管理，需要支付时再拨回试点县，达到合作医疗基金安全运行、降低风险的目的。各试点县要严格按照规定，在保持基金收支平衡的前提下，按规定使用风险基金。为了保证风险基金的安全，省级代管的风险基金只能存入信誉较好的商业银行，不得进行任何形式的风险投资。

四是进一步完善基金管理制度。国务院文件要求各省、区、市财政等部门要结合当地实际情况，组织制定新型农村合作医疗基金管理办法和基金会计制度。各地要结合工作实际，进一步研究、探索更规范的基金管理财务制度和会计制度。

（四）进一步完善相关管理机制

1. 完善合作医疗管理运行机制，探索建立稳定的筹资机制。要贯彻“自愿、互助、公开、服务”的原则，在尊重农民意愿的基础上，探索合理、多样、简便的个人缴费方式，不搞任何形式的强迫命令和硬性摊派。进一步完善合作医疗基金管理，切实做到专户储存、专款专用、规范运作，确保基金安全完整，并全部（包括基金利息收入）用于对农民的医药补助支出。

2. 完善家庭门诊账户管理。目前，许多试点县都建立了家庭门诊账户，但划入账户的资金数额各不相同。我们认为，建立家庭门诊账户是为了调动农民参合积极性，但是，在目前筹资规模有限的情况下，划入家庭账户的资金过多，必然导致用于大病统筹的资金减少，这与建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度的初衷是相悖的。因此，家庭门诊账户划入资金的比例要适当，且只能用农民个人缴费的资金划入家庭账户。

3. 合理确定并适时调整合作医疗待遇标准。各地应在对本地区疾病流行状况、农民医药费开支水平等调查的基础上，结合筹资水平、当地医疗条件、群众就医习惯及经济发展水平等情况，按照收支平衡的原则，科学、合理地确定起付线、支付比例、封顶线等待遇标准。在确定待遇标准时，还应考虑合作医疗制度建立后，农民医疗需求获得释放甚至刺激医疗需求的问题，以及在增加合作医疗这个第三方付费者的情况下，少数医疗机构和医生可能发生的过度提供医疗服务的问题。

同时，随着中央和地方财政补助标准的提高，各地还应根据制度运行情况合理调整合作医疗待遇标准。既要保证基金收支平衡，又要避免基金结余过多，影响农民医疗待遇水平。应适度放宽报销比例，降低报销门槛，使更多的农民享受到合作医疗带来的好处。

4. 完善合作医疗管理体制。各地要研究如何进一步完善新型农村合作医疗管理体制，切实解决医疗服务提供者和合作医疗管理者角色不分的问题。许多试点地区的乡镇卫生院既提供医疗服务，又为参合农民审核报销医疗费用，集两者职能于一身，不利于合作医疗支付监督机制的建立。各地要根据合作医疗制度运行情况，逐步完善基金支付办法，方便群众及时获得医疗费用补偿。各地应积极探索改进结算方式，通过单病种付费、总额控制等方式，降低不合理的医药费用支出。

有条件的地区，可积极进行建立社会医疗保障制度或商业保险机构经办合作医疗的探索。随着我国经济的发展和农民收入水平的提高，合作医疗逐步向社会医疗保障制度过渡并辅之以商业保险，应该是今后的发展趋势。

新型农村合作医疗制度研究

朱青 郭雪剑

一、农村医疗保障与全面建设小康社会

党的十六大提出了全面建设小康社会的奋斗目标，并强调指出，本世纪的头20年是全面建设小康社会的阶段，在这一阶段，全面建设惠及十几亿人口的更高水平的小康社会，政府将在经济发展的基础上更加注重社会经济的协调发展，注重人民收入的增加、生活质量的改善和健康水平的提高。

没有健康就没有小康。一方面，健康是全面建设小康社会要求实现的重要目标之一。十六大报告明确指出，全面建设小康社会的一大目标是，“全民族的思想道德素质、科学文化素质和健康素质明显提高”。另一方面，居民健康素质的提高可以为经济建设供给充足的人力资源，有利于全面小康社会的顺利实现。对于居民个人来说，健康可以为参加工作获取收入创造身体条件，提高了独立自主的能力。

在漫长的人类历史发展中，疾病始终威胁着人类的健康，有时甚至直接威胁着生命。在社会历史的不同发展阶段，人类抵御疾病风险的方式也在不断地发生变化。在现代社会，通过制度性安排，建立普遍的医疗保障制度来化解疾病风险是各国为了保障国民健康而采取的主要措施。比如，法国和德国的社会医疗保险制度覆盖了全部居民人口的90%以上。然而，我国由于几乎80%的农村居民没有任何形式的医疗保障，且农村人口又在人口比重中占据多数，导致了70.3%的居民享受不到医疗保障（详见表1）。

农村医疗保障制度的缺失，直接挑战我国全面建设小康社会目标能否顺利实现。由于