



建设社会主义新农村书系



卫生保健篇

新型农村 合作医疗制度 建设

XINXING NONGCUN
HEZUO YILIAO ZHIDU JIANSHE

何忠伟 蒋林树 主编



中国农业出版社
农村读物出版社



新农村合作医疗 (CIP) 目录

建设社会主义新农村书系

卫生保健篇

新型农村合作医疗 制度建设

何忠伟 蒋林树 主编

袁文平 排版设计

中国农业出版社
农村读物出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新型农村合作医疗制度建设 / 何忠伟, 蒋林树主编.
北京: 中国农业出版社, 2007. 12
(建设社会主义新农村书系)
ISBN 978-7-109-12150-8

I. 新… II. ①何…②蒋… III. 农村-合作医疗-医疗保健制度-基本知识-中国 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 168405 号

中国农业出版社
农村读物出版社 出版

(北京市朝阳区农展馆北路 2 号)

(邮政编码 100026)

责任编辑 李文宾

北京中兴印刷有限公司印刷 新华书店北京发行所发行

2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月北京第 1 次印刷

开本: 787mm×1092mm 1/32 印张: 5.75

字数: 150 千字

定价: 8.00 元

(凡本版图书出现印刷、装订错误, 请向出版社发行部调换)

主 编 何忠伟 蒋林树

副 主 编 桂 琳 陈艳芬 周 云

编写人员 何忠伟 蒋林树 桂 琳

陈艳芬 周 云 何美丽

李玉红

前言

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、集体和政府多方集资，以大病住院统筹为主、医疗救助为辅的农民医疗互助共济制度。新型农村合作医疗较之传统合作医疗，其根本区别就在于新制度的基点是政府的财政投入，而不是集体经济的公益金。正是由于政府财政的投入支撑起了新型农村合作医疗的大厦，从根本上解决农民“看病难、买药难”和“因病致贫、因病返贫”的难题，使亿万农民受益。这对提高人民生活质量和促进社会发展起到了积极作用。

然而，广大农民朋友对新型农村合作医疗制度了解的还不全面，为了让他们真正掌握这些知识，学好用好国家政策，看病就医时少走弯路，我们编写了此书。本书围绕中国农村医疗卫生事业发展历程、新型农村合作医疗制度的产生与评价、新型农村合作医疗方案设计、新型农村合作医疗制度的受益范围和补偿、新型农村合作医疗费用预算与测算、新型农村合作医疗资金管理制度、新型农村合作医疗卫生服务机构管理、新型农村合作医疗管理与监督、新型农村合作医疗的典型经验、新

型农村合作医疗体制下的卫生保健制度等主题进行分析。内容丰富，浅显易懂，突出政策性、地域性和可操作性，适合于基层工作者和农民朋友阅读。希望本书能够帮助农民朋友提高对新型农村合作医疗制度的认识，增强健康意识，积极参与到新型农村合作医疗中，提高劳动生产水平，为建设社会主义新农村贡献力量。

在本书撰写过程中，得到了北京农学院、中国农业出版社等单位及领导的大力支持，得到了教育部 2006 年人文社科基金项目（编号为 06JA790008）、北京市属市管高校人才强教计划项目的资助。在此，向他们表达最诚挚的谢意。

作者

2007 年 10 月

目 录

前言

一、我国农村医疗卫生事业发展历程	1
(一) 第一阶段 (1949—1965 年)	1
(二) 第二阶段 (1965—1979 年)	1
(三) 第三阶段 (1979—2001 年)	2
(四) 第四阶段 (2002 年—至今)	4
二、我国新型农村合作医疗制度的产生与评价	6
(一) 新型农村合作医疗制度产生的背景	6
(二) 新型农村合作医疗与传统 合作医疗的主要区别	8
(三) 党和政府高度重视新型农村 合作医疗试点工作	10
(四) 认真贯彻执行《指导意见》精神	12
(五) 新型农村合作医疗试点工作的 初步成效和经验	15
(六) 新型农村合作医疗试点工作中的主要问题	17
(七) 抓住关键环节, 稳步推进试点工作	17
三、新型农村合作医疗方案设计	20

(一) 新型农村合作医疗方案设计的指导思想	20
(二) 新型农村合作医疗方案的基本原则	22
(三) 新型农村合作医疗方案设计的目标	25
(四) 新型农村合作医疗方案设计中需 考虑的因素	26
(五) 新型农村合作医疗方案设计的內容	27
(六) 新型农村合作医疗方案的管理	31
 四、新型农村合作医疗制度的受益范围和补偿	34
(一) 受益范围	34
(二) 现金受益与补偿	36
(三) 卫生服务受益	44
 五、新型农村合作医疗费用预算与测算	46
(一) 新型农村合作医疗费用预算与测算的意义	46
(二) 新型农村合作医疗费用预算与测算的要素	47
(三) 新型农村合作医疗费用预算与 测算资料的收集	48
(四) 新型农村合作医疗费用预算与测算 数据资料的分析	54
(五) 新型农村合作医疗费用测算统计	56
(六) 新型农村合作医疗费用预算与测算 需要注意的问题	58
 六、新型农村合作医疗资金管理制度	59
(一) 新型农村合作医疗资金管理制度概述	59
(二) 新型农村合作医疗资金筹集管理	61

(三) 新型农村合作医疗资金补偿制度	67
(四) 新型农村合作医疗资金报销制度	72
(五) 新型农村合作医疗资金的监督制度	74
七、新型农村合作医疗卫生服务机构管理	77
(一) 新型农村合作医疗卫生服务机构管理概述	77
(二) 卫生服务质量管理	79
(三) 卫生法制管理	81
(四) 卫生经济管理	84
(五) 卫生计划管理	86
(六) 定点医疗机构的服务行为管理	88
八、新型农村合作医疗管理与监督	91
(一) 新型农村合作医疗管理概述	91
(二) 新型农村合作医疗管理机构	94
(三) 新型农村合作医疗参加者的管理	98
(四) 新型农村合作医疗管理方法	101
(五) 新型农村合作医疗监督的内容、 方式和制度	105
九、新型农村合作医疗的典型经验	113
(一) 北京市发展新型农村合作医疗制度的 典型经验	113
(二) 山东省开展新型农村合作医疗制度的 典型经验	118
(三) 江苏省开展新型农村合作医疗制度的 典型经验	122

(四) 福建省开展新型农村合作医疗制度的 典型经验	124
(五) 广东省开展新型农村合作医疗制度的 典型经验	127
十、新型农村合作医疗体制下的卫生保健制度	132
(一) 人人享有卫生保健	132
(二) 人人享有卫生保健的含义与内容	132
(三) 人人享有卫生保健的基本策略	133
(四) 人人享有卫生保健的制度	135

附录

中共中央 国务院关于加强农村卫生 工作的决定	139
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	150
卫生部 国家发展和改革委员会 民政部 财政部 农业部 国家食品药品监督管理局 国家中医药管理局关于加快推进新型农村 合作医疗试点工作的通知	156
卫生部 财政部关于做好 2007 年新型 农村合作医疗工作的通知	163
卫生部 财政部 国家中医药管理局关于完善 新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见	167

主要参考文献	172
--------------	-----

一、我国农村医疗卫生事业发展历程

回顾历史，我国农村卫生事业的发展大致可分为1949—1965年、1965—1979年、1979—2001、2002年—至今四个阶段。

（一）第一阶段（1949—1965年）

中华人民共和国成立初期，我国政府即致力于农村卫生保健网的建立和完善，到1965年已初步形成了以集体经济为依托的农村初级医疗卫生保健网，县设医院，公社设卫生院，大队（村）设卫生室。公社卫生院兼有提供基本医疗服务和初级卫生保健技术指导及乡村卫生行政管理的功能，成为三级预防保健网的枢纽，许多流行病控制都由公共部门管理，其筹资、治疗、人员培训等都是由公共部门来完成，有效地控制了许多当时肆虐的传染病。

（二）第二阶段（1965—1979年）

1965—1979年，农村卫生事业得到空前发展。1965年6月26日，毛泽东同志发表了著名的“六·二六”讲话，“告诉卫生部，卫生部的工作只给全国人口的百分之十五服务，而且这百分之十五中主要还是老爷。广大的农民得不到医疗，一无医，二无药。卫生部不是人民的卫生部，改成城

市卫生部或老爷卫生部或城市老爷卫生部好了。……把医疗卫生的重点放到农村去嘛”。此后，全国农村短期速成培训了一大批“赤脚医生”，向农民提供初级卫生保健服务。1969年后，合作医疗（类似于医疗保险制度）进入大发展阶段。到1978年，全国有“赤脚医生”4 777 469人，卫生员1 666 107人，合作医疗覆盖率达到90%以上，农村居民健康状况得到很大改善（傅卫，1999）。当时政府提出的目标是，期望做到“哪里有人，哪里就有医有药”、“小病不出村、大病不出乡”。在医疗卫生资源分配问题上，政府在改变“重城轻乡”倾向方面做出了不懈努力。当时，全国医疗卫生机构有病床159.82万张，其中，市级床位数63.74万张，占39.9%；县级床位数96.08万张，占60.1%；农村的基层医疗机构是卫生投入的主要方向。新中国成立初，我国人民的健康指标属于世界上最低水平的国别组，到20世纪70年代末，中国已成为拥有最全面医疗保障体系的国家之一，80%~85%的人口享有基本医疗保健，每逢国际组织对各国进行排序，按人均GDP，中国的排名虽然不高，但按健康水平，中国的排名则高得多，在世界上赢得广泛的赞誉。世界卫生组织对中国农村卫生事业所取得的不凡成就给予极高评价，世界卫生组织前任总干事马勒博士，曾积极向其他发展中国家推荐中国农村卫生工作经验。

（三）第三阶段（1979—2001年）

1979年以后，随着“家庭联产承包责任制”在我国农村全面铺开，家庭成为农村的基本生产单位，绝大多数行政村变成“空壳村”——集体经济解体，农村合作医疗失去了依托，曾经轰轰烈烈的农村合作医疗制度在大多数农村地区

迅速崩溃；到 1985 年，农村合作医疗覆盖率陡降至 5%。20 世纪 90 年代初期，全国“仅存的合作医疗主要分布在上海和苏南地区”，农村医疗保障制度在 90% 以上的农村地区成为空白。90 年代初曾经有过一个转机，当时，李鹏总理代表中国政府向世界卫生组织承诺，到 2000 年中国将全面落实农村初级卫生保健工作。为兑现这一承诺，政府曾力图恢复农村合作医疗制度，这使农村的合作医疗体系一度有了复苏的希望。可惜的是，这项工作恢复不久，便与农业部为减轻农民负担而开展的取消各种达标活动的“大扫荡”狭路相逢，包括合作医疗在内的收钱收物被强行停止。结果农村合作医疗的复苏、重建永远变成了“希望”，就连经济发达的浙江省，1993 年农村合作医疗覆盖率也只艰难地爬升到 18%。1997 年 1 月，中共中央、国务院发布《关于卫生改革与发展的决定》，要求各地“积极稳妥地发展和完善合作医疗制度”，重建合作医疗制度再度形成“高潮”，但过程虽然热闹，结果却并不理想。到 1997 年底，合作医疗的覆盖率也仅占全国行政村的 17%，农村居民参加合作医疗的比例仅为 9.6%。卫生部 1998 年进行的“第二次国家卫生服务调查”结果也显示，全国农村居民中得到某种程度医疗保障的人口只有 12.56%，其中，合作医疗的比重仅为 6.5%。

1997 年以后，减轻农民负担、提高农民收入成为农村“中心工作”，合作医疗再没有人提起了，多灾多难的农村合作医疗从此一蹶不振。2000 年 6 月，世界卫生组织在对全球 191 个成员国国家卫生系统的业绩做出量化评估后，对这些国家的卫生绩效进行了排名，该组织得出的一个令人极为震惊的结论是，中国在“财务负担”公平性方面，位居尼泊

尔、越南之后，排名 188 位，倒数第四，与巴西、缅甸和塞拉利昂等国一起排在最后，被列为卫生系统“财务负担”最不公平的国家！

（四）第四阶段（2002 年—至今）

面对农村卫生事业的严峻现实，党中央、国务院意识到，农村医疗卫生保健事业发展滞后是“三农”问题的重要方面，中央政府把解决“三农”问题作为重中之重，把逐步解决农民“看病难”问题作为解决“三农”问题重要一环来抓。2002 年 10 月 29 日，中华人民共和国成立以来第一次由国务院主持的全国农村卫生工作会议在北京召开，并在会后第一次以中共中央、国务院的名义下发了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》。《决定》明确规定：各级人民政府要逐年增加卫生投入，增长幅度要不低于同期财政经常性支出的增长幅度；从 2003 年到 2010 年，中央及省、市、县级人民政府每年新增加的卫生事业经费要主要用于发展农村卫生事业，包括卫生监督、疾病控制、妇幼保健、健康教育、农村卫生服务网络建设等。紧接着，2002 年 12 月 28 日，《中华人民共和国农业法（修订草案）》经九届全国人大常委会第 31 次会议审议通过，并定于 2003 年 3 月 1 日起正式施行。新修订的《农业法》明文规定：“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”。至此，发展农村卫生保健事业既有了党中央的高度重视，又有了法律依据！

2003 年 1 月 16 日，国务院办公厅转发了卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》，对进一步加强和发展农村卫生事业提出了具体措施。《意见》

二、我国新型农村合作医疗制度的产生与评价

(一) 新型农村合作医疗制度产生的背景

1. 合作医疗制度的历史演进 我国农村合作医疗形成于 20 世纪 50 年代。1955 年，山西省高平县在农业社保健站中，采取社员群众出“保健费”与生产合作社公益金补助相结合的办法建起了合作医疗。随后，河南、湖北、山东、贵州等省也办起了合作医疗。到 1962 年，合作医疗在全国的覆盖率已接近 50%。1968 年，毛泽东主席批示推广湖北省长阳县乐园公社办合作医疗的经验，掀起了兴办农村合作医疗的高潮。1979 年，有关部门联合出台了试行的农村合作医疗章程，全国 90% 的行政村（生产大队）实行了合作医疗。在当时环境和条件下，农村合作医疗制度在很大程度上解决了农民的基本医疗卫生问题，同农村三级卫生网、赤脚医生队伍一起被称为农村卫生的“三大支柱”，受到世界卫生组织和很多发展中国家的推崇。进入 20 世纪 80 年代以后，农村的经济体制和社会状况发生了显著变化，农村合作医疗开始出现大面积滑坡，农村人口覆盖率锐减到 5% 左右。尽管 90 年代国家再次提出要发展和完善农村合作医疗，但这项工作在大部分地区进展缓慢，农村人口覆盖率在 10% 左右徘徊。

2. 合作医疗制度处于困境的原因 农村合作医疗处于困境的原因，首先是原有的筹资机制不适应农村新的经济体制变革。农村实行家庭承包经营后，作为合作医疗主要筹资来源的集体经济失去了继续支持的能力。政府虽有号召和引导，但缺少财政投入等具体支持。只靠农民个人出资，对农民显然没有吸引力。第二，农村合作医疗自身存在缺陷。一方面是统筹规模小，筹资水平低，保障程度不高，无法抵御农民的大病风险；另一方面是管理层次低，基本上是村办村管或乡办乡管，管理不规范、不透明。第三，在农村新形势下，对怎么办合作医疗的问题，相关部门认识不一致，制约了农村合作医疗的恢复和重建。

3. 新型农村合作医疗提出的背景

(1) 通过改革与发展，广大农民温饱问题已经基本解决。但由于缺乏有效的健康保障制度，农民因病致贫、因病返贫成为突出的社会问题。2003 年卫生服务调查显示，农民两周未就诊率达 46%，两周未住院率超过 30%，31.4% 的农民有病采取“自我医疗”的方式，33.4% 的贫困农民是因疾病和损伤造成。广大农民呼吁建立社会保障。

(2) 从全面建设小康社会的目标出发，在我国农村应该推进与社会经济相适应的互助共济式的初级医疗保障。如果不从制度上解决农民的健康保障问题，既没有体现卫生服务的公平性和可及性，也影响“三农”问题的根本解决，很大程度上也将影响和制约农民脱贫致富奔小康的进程。因此，必须以人的健康发展为出发点，积极探索，建立适应我国农村地区的互助共济式的初级医疗保障形式。

(3) 以人为本的执政理念，要求必须把缩小城乡居民健康差距作为缩小城乡差别的着力点。我国第一产业产值低，