新型农村合作医疗

造福亿万农民的伟大实践

仅用5年时间，新型农村合作医疗（简称新农合）就实现了基本覆盖全国农村的目标。这是造福亿万农民的伟大实践，为解决农民因病致贫、因病返贫问题闯出了一条新路，也改变了他们多年形成的“小病等，大病挨，实在不行才往医院抬”的习惯。

6月中旬，记者分赴黑龙江、河北、河南，实地感受了新农合给农村、农民带来的新变化。



说说农村合作医疗发展史

原来的农村合作医疗在上世纪70年代达到鼎盛，80年代大面积解体，新世纪新农合实现了质的飞跃

说起农村合作医疗，40岁往上的人都不会陌生。

1966年，湖北长阳县乐园公社创立了一种做法：农民每人每年交1元的合作医疗费，每个生产队按照参加人数，由公益金中再交1角钱，除个别老痼疾需要常年吃药的外，群众每次看病只交5分钱挂号费，吃药就不要钱了。

1968年12月5日，人民日报一版报眼位置刊登毛主席语录“把医疗卫生工作的重点放到农村去”，头条推介乐园公社的经验——《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》。由此，全国掀起兴办农村合作医疗的高潮。上个世纪70年代是农村合作医疗的鼎盛时期，覆盖了全国90%以上的农村人口，对解决农民的基本医疗保障、改善农民的健康发挥了重要作用。到80年代，由于失去集体经济的支撑，加之存在统筹规模小、筹资水平低、管理不规范等缺陷，农村合作医疗大面积解体。90年代初政府再次倡导，但由于政策上没有大的突破，农村合作医疗的重建困难重重。到2000年末，全国农村合作医疗覆盖率不足10%。

合作医疗解体直接损害到我国农村公共卫生体系和三级卫生服务网络建设。第三次国家卫生服务调查结果显示，每年大约有1000余万的农村人口因病致贫或返贫。

针对当时农村医疗卫生事业令人担忧的状况，党中央、国务院于2002年10月下发《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，确定2003年开展新农合试点，计划到2010年实现基本覆盖农村居民。经过有关部门通力合作，尤其是广大农民积极参与，新农合快速推进，已提前到今年实现基本覆盖全国农村。2003年至2007年，全国农民累计有9.2亿人次享受到新农合补偿。

讲讲新农合“新”在哪儿

政府出大钱，农民出小钱，以家庭为单位自愿参加，以县为单位统筹和组织实施

新农合是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资形成新农合基金，农民看病就医时得到费用报销补偿的医疗保障制度。与过去的农村合作医疗相比，它“新”在——

过去政府不出钱，现在以政府出资为主（试点初期，新农合人均筹资30元，其中中央财政和地方财政各补助10元，农民个人缴纳10元。2006年，人均筹资提高到50元，中央和地方财政的人均补助分别提高到20元。今年开始，国务院决定用一到两年的时间，将人均筹资水平提高到100元，其中中央和地方财政分别补助40元，个人缴纳20元）；

农民以家庭为单位自愿参加，体现农民互助共济的合作原则；

以大额医疗费用补助为主，重点减轻农民因患大病造成的经济负担；

以县为单位统筹和组织实施，增加了抗风险和监督能力；

由政府负责指导建立组织协调机构、经办机构和监督管理机构，同时赋予农民知情权和监管权，提高制度的公开、公平和公正性；

同步推进农村医疗救助制度，重点改善贫困人群的基本医疗卫生状况。

黑龙江省卫生厅农卫处副处长梁民琳认为，新农合的成功实践证明，政府对农民的保健投资找对了方向。过去是把钱投给供方即医院，但农民没钱看病，医院就没患者，也不景气。现在投给需方即农民，农民有了钱就敢看病愿看病，乡镇卫生院也就活了。

河北石家庄市卫生局长闻宏海说：“我生在农村、长在农村，亲历了原来合作医疗从产生、普及到衰落的过程，新农合规避了以前的管理落后、透明度差、不公平等缺陷，因而生机无限。”

哈尔滨市阿城区卫生局周立局长的结论是：新农合促进了农民健康需求不断增长。2006年全区新农合医疗总费用支出2000万元，2007年3700多万元，今年1至5月份1940多万元。

看看基层怎么做

新农合基金只能用于看病，收支两条线，报销比例向乡镇卫生院倾斜，为低保、困难户制订更优惠政策

2003年11月20日，胡锦涛总书记作出批示：新农合“是一件为民、便民、利民的大好事。望加强领导，完善试点，因地制宜，循序渐进，改善服务，造福农民。”记者在基层调查，看到各地为搞好新农合做了很多工作。

强化资金管理。各地在实施新农合过程中坚持收支两条线，看病的单位不接触钱，管钱的单位不管看病，由县新型农村合作医疗管理办公室（简称合管办或农管办）监督。阿城区和河南省修武县的合管办都有电脑资料处理中心，这里与各乡镇和县的定点医疗机构联网，只要发生治疗、住院出院、结账等情况，中心马上可以看到。阿城区合管办副主任还具有副主任医师职称，专职在网上对定点医疗机构开出的药方等详细核实，对不合理支出一律不批准支付。2007年1至9月，累计拒付不合理支出6.1万元（由相关定点医疗机构赔付），对4家定点医疗机构和5名相关人员进行了处罚。目前黑龙江省已有21个县（市、区）采取了这种监管方式。尚未达到网络化管理的县则采取到定点医疗机构巡视、向定点医疗机构派驻专管员等监管方式，效果也不错。

合理制订报销比例。看病报销比例高低是参合农民获益多少的关键，既不能比例太低，影响农民受益，又不能无限制提高，使新农合基金出现赤字。从各地执行情况看，在乡镇卫生院住院报销比例为75%—60%，县级医院为60%—45%，省市级医院为45%—30%，每年可调整，以鼓励农民尽量在本地就医，少花钱，治好病。

以实行新农合为契机，盘活农村医疗卫生资源，完善农村卫生服务网络。为了方便农民就医，修武县投资450多万元建成了4个乡镇中心卫生院和6个一般卫生院，投资320万元建成了110个高标准村卫生所，配备诊疗设备及相关物品7500余台。在郇封镇郇封村和裕国庄村卫生所记者看到，所里都有诊疗室、观察室等4室。修武县卫生局长徐廷成告诉记者：“新农合就像一条红线，把农村医疗卫生网络连了起来，为农民进行医疗服务的整体能力和水平得到提高，农村医疗卫生事业也重现生机和活力。”

今年5月，黑龙江省肇东市公开为每个乡镇卫生院招聘一名医科大学毕业生、一名护士，他们的工资由市财政出，目前考试已结束。黑龙江省杜尔伯特蒙古族自治县由财政出资，为每个乡镇卫生院配3名医科大学毕业生，现已报到。

不丢掉农村低保户、困难户。6月10日，记者在修武县合管办看到：《修武县新型农村合作医疗实施方案》中规定“农村低保户、困难户参合由政府资助”。2006年、2007年、2008年分别资助811人、6040人、8590人。去年阿城区合管办协调区民政局，从医疗救助款中拿出13万多元，为1万多名农村低保困难农民参合。

不忘外出打工人员。河南省固始县常年外出人员有50多万。县里在固始籍农民工5万人以上的北京市和江苏省吴江市，确定了首批“固始籍新农合外建定点医疗机构”，在农民工自愿的基础上，就地向务工农民收取参合资金并开具收据。参合农民只要与外建定点医疗机构取得了联系，就可以像在家里一样享受到新农合带来的好处。

听听农民怎么说

农民看病能报销是亘古未有的新鲜事，现在农民看病便宜了、方便了，有了大病也敢看了，开始走出农民看病难看病贵、因病返贫、得病必贫的恶性循环

能像城里人那样看病报销，曾是几亿农民的梦想，是亘古未有的新鲜事，如今实行新农合，这个梦想实现了。农民的喜悦是用言语难以表达的。开始时有的农民将信将疑，甚至有人断言：这10元钱会打水漂。当村里第一个人报销回来后，消息就像长了翅膀，很快全村知道了。结果第二年筹资时，农民排起了长队。因为参加了新农合，他们：

——“大病敢看了”。杜尔伯特自治县一心乡卫生院去年门诊病人近万人，参合农民占70%左右。张庆国院长很有感触：以前不可能有癌症患者来我们这住院，现在已有3例了。因为县农合办规定对实施恶性肿瘤晚期支持治疗的患者，一年可报销2000元，可在额度内多次住院。如果到市里医院，这点钱转一圈就没了。我们对患者采取保守疗法，吃增强免疫力的药，有效地延长了他们的生存时间。还有冠心病、脑梗，患者过去就在村卫生所输几天液，现在因为费用低，都到我们这来治。

——“看病便宜了”。阿城区农民付君正在亚沟镇卫生院割阑尾，连手术带住院共花七八百元，新农合可报五六百元。院长王志东告诉记者，这样的小手术在县里要花1000多，在市里就得两三千，越往上级医院走，报销比例越小。全国的乡镇卫生院基本都能做这类手术，为农民省了多少钱！河北平山县西柏坡乡唐家沟村的唐俊巧，今年才32岁。去年底突患脑梗塞，到乡卫生院住了40多天才治好，花了近5000元，报销了60%，自己只掏了2000元。记者问她新农合政策好不好？她说：“咋不好哩，省下2000多，够买一窝猪了。”

乡卫生院院长陈铜锁说：“过去农民生孩子，都是在自己家里，产妇和婴儿的死亡率较高。我们配合新农合政策，规定参合产妇生产住院费用不超过250元。因为我们这儿是国家重点扶持县，按照有关政策，孕妇生产可免150元，再加上新农合补的100元，农民产妇生孩子正好一分钱不花。”

——“看病也方便了”。农村医疗卫生机构在新农合刺激和带动下，服务能力和服务质量快速提高，这样使农民看病更加方便、实惠了。

张子民1991年到杜尔伯特县克尔台乡卫生院工作，1993年当院长至今。说起新农合前后的巨大反差，感叹不已。那时全县的乡镇卫生院全是平房，冬天特别冷，病人不来,也没住院的，做阑尾手术，开刀一天就回家，肺炎也是回家打点滴。而去年仅他们卫生院住院患者将近400例，门诊每天平均20—30人次。

根据新农合的设计，各地农民持合作医疗证可以到全县任何一家定点医疗机构门诊看病，看病费用在《合作医疗证》上直接减免；住院自由选择定点医疗机构，出院时当场在所住医院领取补助，简便的程序让农民非常方便。据统计，石家庄市100%的乡镇以上定点医疗机构均实现了出院即报。

——“感谢党和政府”。河南新郑市城关乡吴王村王迎喜今年60岁，做心脏病手术花了13万多元，两个正在上大学的孩子连学费也交不上了。他家2005年参加新农合，按照有关规定，县农管办2007年8月给他补助1万元，今年4月又给他二次补助2万元。“我们用后补的两万给孩儿补交了学费，要不然俩孩儿就上不成学了，真得感谢党和政府呀。”

肇东市主管文教卫工作已10年的副市长林玉萍说：“农民发自内心地拥护新农合，因为它基本上解决了农民看病难看病贵、因病返贫、得病必贫的恶性循环。”2007年阿城区人大、政协在全区农民中进行民意调查，农民最满意的就是新农合制度。

问问还有啥困难

管理人员缺乏，经费来源不太稳定，乡村医生难考执业医师证，一些农民的小农意识亟须克服

记者调查时，听到反映较多的几个问题是：

管理人员缺乏。修武县参合农民有22万多，而合管办管理人员只有14人，为了给农民提供满意的服务，他们只能靠增加工作时间来弥补人力资源的缺乏。到目前，黑龙江省级、市级的管理人员太少：全省仅在省卫生厅农卫处有一人管，各地市仅在卫生局农卫科有一人管，有的还是兼职，忙得不可开交。

经费来源不太稳定。新农合资金包括利息只能作为参合农民的看病补助。现在新农合管理经费，都是由各级政府拨付的，领导重视就多一些，不太重视就少一些。有的基层合管办干部担心，现行这种一年筹款一次的机制，时间长了行不通。因此，无论是管理人员和经费都应考虑由国家纳入编制和预算。

人才匮乏。据新郑市有关人员介绍，目前，村卫生室以个人投资建设为主，乡村医生普遍技术水平偏低；乡镇卫生院人才匮乏，缺少大中型设备，“小病不出村，一般病不出乡”的目标还没有完全实现。

乡村医生考证难。目前，黑龙江省乡镇卫生院只有50%的医生拿到了执业医师证。村医多数只持有通过省里考试获得的“乡村医生证”，因此，他们遇上医疗官司，100%都要输掉。林玉萍副市长认为，解决这个问题已迫在眉睫。乡村医生注重实践，经验丰富，但学习条件差，工作忙，信息不灵通，考证时与城市医生比明显处于劣势。有关部门是否可对乡村医生适当降低考证的准入门槛。

还需改变观念，克服小农意识。据了解，修武县参合农民住院率2006年是3%，2007年是4%，今年预计将达到7%。个别农民“以前小病不看，现在小病大养”。

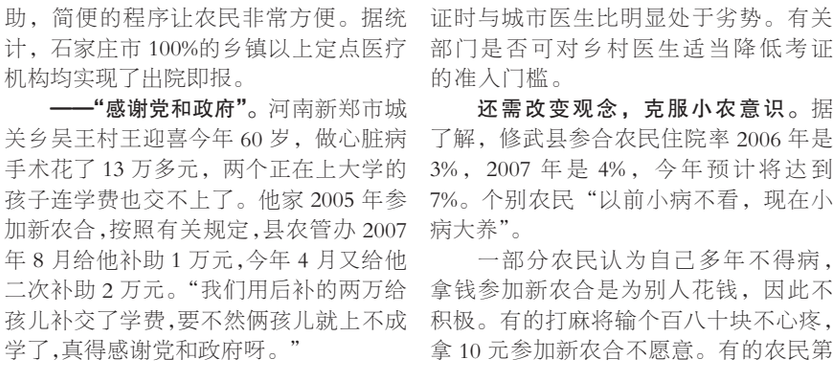
一部分农民认为自己多年不得病，拿钱参加新农合是为别人花钱，因此不积极。有的打麻将输个百八十块不心疼，拿10元参加新农合不愿意。有的农民第一年参加了，把老病治好了，第二年再动员时他说我的病治完了，今年就算了。

造假病历，套取合作医疗资金，虽是个别现象，也要引起警惕。某乡镇卫生院长在今年3月至5月造了10个假病历，套取1.2万元，已被处理。还有一个年轻的乡镇卫生院长，利用管理漏洞和领导不懂行，高价买设备，然后用它超标准收费，居然通过卫生局长、合管办主任的审核。

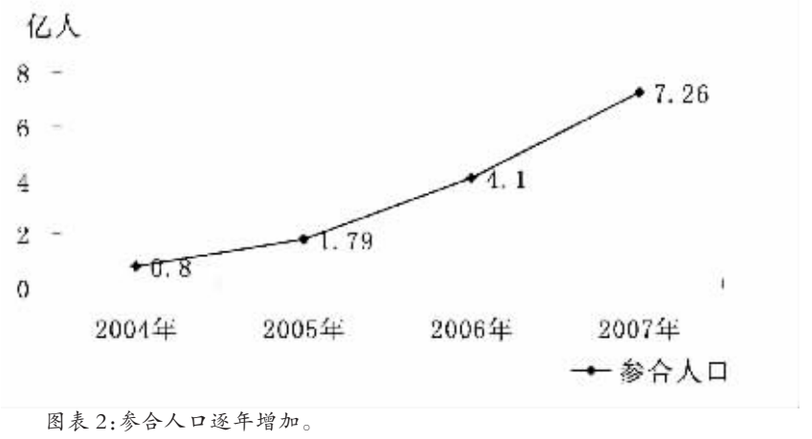
本报记者 **周 朗 李晓清 任胜利 丁志军**

上图：为解决基层缺少高级医疗技术人才的问题，一些乡镇卫生院定期请专家下乡讲课、看病。图为湖北孝感市中心医院骨科专家王兴强正在卧龙乡卫生院给农民看病。

湖北孝感市委 **邹国浩**摄



图表1：截至2007年底，全国开展新农合的县（市、区）达到2451个，占全国总县（市、区）数的85.6%。



图表2：参合人口逐年增加。

专家观点

巩固 ● 规范 ● 完善

四川大学华西公共卫生学院教授 毛正中

新型农村合作医疗自2003年开始试点以来，快速推进，今年将实现基本覆盖的目标，令人欣喜，但又不免让人担心：太快可能会隐藏某些风险因素（包括这个制度自身的以及外部条件），从而使其稳固性不够。清醒地认识和分析这些因素，采取适当防范措施是当前的一项重要任务。我认为，至少在以下3个方面需要特别关注。

第一，要恰当地把握新型农村合作医疗的性质。传统的农村合作医疗是农民的自治组织，而新型农村合作医疗的政府筹资额度占80%，是政府直接管理的农村社会保障制度的重要组成部分。它对于保障农村的稳定及和谐是不可或缺的。同时，在城乡二元化的基本格局没有实质性改变的条件下，新型农村合作医疗与城镇居民的医疗保险在筹资水平、医疗消费习惯与水平、面对的服务系统等方面都有巨大的差异。因而，不能把新型农村合作医疗办成一种由政府资助的团体商业医疗保险（据我调查，有少数地方的做法实质上就是如此）；也不宜匆忙地把城乡医疗保障制度整合在一起而挤占支付能力较低的农村居民的利益。

第二，新型农村合作医疗制度自身的规范与完善。这个方面涉及4个议题。

1.管理体制的确立和管理能力的建设。管理体制上目前各地大致有3种形式：一是由卫生行政部门主管；二是人力资源及社会保障局主管，或新组建的一个独立机构（直接隶属于地方政府）来管理；三是商业保险公司参与管理。后两者目前的比例很小。这里主要涉及是由第三方（如社保部门）来管理，还是卫生部门“一手托两家”（医疗服务和医疗保障）的争论。新型农村合作医疗还是刚刚建立起来的一种制度，许多事情看得不那么清楚。我认为，短期内不要匆忙改变各自的管理体制现状，可以通过观察、对比和总结，在适当的时候再出台政策，明确新型农村合作医疗的性质和管理体制等问题，从而免去许多不必要的摩擦。

现在，新型农村合作医疗管理人员数量严重不足，素质也有待提高。从长远看，需要建立专门的培养项目，源源不断地为新型农村合作医疗输送管理人才。管理能力的建设也包括管理手段的建设，新型农村合作医疗的计算机管理信息系统的开发和完善，是保证其高效日常运行的重要工具。

2.建立稳定的筹资增长机制。新型农村合作医疗的筹资水平5年之中翻两番，这种增长势头令人兴奋。但是，这种增加还带有明显的人治痕迹，稳定的筹资增长机制尚未建立起来。缺少了这一点，作为一种保障制度的保障功能就无法稳定地得以发挥。因此，根据医疗费用、政府财政收入、农民收入的增长等因素，建立起新型农村合作医疗筹资增长的模式是一项亟待完成的工作。

3.科学有效地使用不断增加的新型农村合作医疗基金，使农民尽可能多地受益。目前农民总体上的受益水平还不算高（2007年才近31%），这一方面是受筹资水平的制约，另一方面也与科学地制定补偿方案有关。由于未能准确地测量农民疾病的风险，或不懂得如何科学地制定补偿方案，使新型农村合作医疗基金结余过多或超支的现象在不少地方存在。在筹资水平很低的时候，主要分担农民较大的疾病风险，特别强调以“补大（住院）为主”是适当的。但随着筹资水平不断提高，就需要适当强调“补小（门诊）”的问题，即要不断增加对门诊补偿的基金数量，以扩大参合农民的受益面。

4.继续加强督导与评估。新型农村合作医疗几年来能够快速地顺利推进，也得益于有组织地、严密地督导和评估。新型农村合作医疗尚未进入稳定的常态运行阶段，这类督导和评估活动不应减弱。

第三，不断改善新型农村合作医疗与外部的关系，形成良好的互动局面。新型农村合作医疗与医疗卫生服务机构（医院/卫生院）是两个相对独立的利益群体。可以说，新型农村合作医疗对医疗服务供给者行为的规范状况及医疗费用合理控制的状况，基本决定了新型农村合作医疗的运行状况和农民的受益状况。对医院行为的规范和控制是一个比较复杂的问题，如果解决得不好，将直接影响新型农村合作医疗的巩固和发展。

新型农村合作医疗需要同医疗救助制度相衔接。若两种制度不能实现紧密衔接，贫困农民肯定会较少地利用卫生服务。事实上，至今还有不少地方存在这一问题。研究并提出有效的衔接方式，保证贫困农民公平地享受基本医疗服务，也是完善新型农村合作医疗的任务。

责任编辑：王维香 刘建华
电话：(010)65368725
传真：(010)65368744
电子信箱：caibian3@pd.people.com.cn