

“三农”决策要参

2013年第25期(总第25期)

清华大学中国农村研究院

2013年11月7日

2004~2013年中央一号文件 新农合“回头看”

内容摘要: 2004~2013年,新型农村合作医疗制度从试点到全面建制,实现了农民健康保障责任从村集体转移到政府,确保新型农村合作医疗能够健康平稳运行。但是,由于缺乏刚性的制度约束和高效的治理体系,新农合仍有脆弱的一面,主要表现为“三低两难”。实现我国“十二五”时期医药卫生体制改革的主要目标,在我国大医改格局下,应进一步完善新农合体制机制,明晰其政策性目标,统筹考虑与城镇医疗保险制度的衔接统一,优化治理结构,加强偏远地区卫生服务供给,逐步启动医疗保障向健康保障的转型,谋划新农合的可持续发展。

关键词: 新农合 卫生体制 改革

城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗,是我国的三大基本医疗保障制度。三项制度共覆盖了约 13 亿人口,被誉为“世界最大的基本医疗保障安全网”。2004~2013 年,中央出台的 10 个一号文件,无一遗漏地就新型农村合作医疗制度的发展提出指导意见,对这项惠及 8 亿人口的民生制度给予了充分关注。

一、从试点到全面建制

传统合作医疗是我国计划经济时期解决农民医疗保障的主要制度安排。20 世纪 50 年代,农业合作社兴办的“合作医疗”及其与之相关的“保健站”、“赤脚医生”,被认为是当时解决中国广大农村地区缺医少药问题的三大法宝。1959 年,“合作医疗”一词在当时卫生部上报中共中央的报告中出现。1960 年 2 月,中共中央转发了卫生部的这一报告,要求各地参照执行。这标志着以集体经济为基础、以互助共济为核心的农村合作医疗正式成为中国农村卫生体系的一项基本制度。20 世纪 60 年代,合作医疗在农村地区快速普及。20 世纪 70 年代,全国 90% 的行政村(生产大队)实行了合作医疗。1978 年,“合作医疗”写入当时的宪法。1979 年,国家有关部门出台了《农村合作医疗章程(试行草案)》。

1978 年底开始,中国逐步启动了市场化改革。重新确立了家庭经营在中国农村经济中的基础地位,改变了农业的经营主体和农村的积累主体,对以集体经济为基础的乡村卫生体系造

成了极大冲击,传统合作医疗失去了赖以生存的经济基础。同时,国家有关部门对是否需要继续开办合作医疗存在严重分歧,相关政策不协调;也由于自身制度设计的缺陷,合作医疗制度走向衰落,到20世纪80年代覆盖率急剧下降到10%以下,低谷时不到5%。

合作医疗制度衰落后,农民的医疗卫生服务得不到基本保障。到20世纪90年代,医疗费用成为农民的最重要负担之一。据统计,自1992年开始,农民家庭人均纯收入就低于住院病人人均医疗费,且差距逐年扩大(图1)。因病致贫成为中国农村贫困的主要原因。

进入21世纪,农村卫生工作得到高度重视。国务院办公厅2001年转发《关于农村卫生改革与发展的指导意见》。2002年,

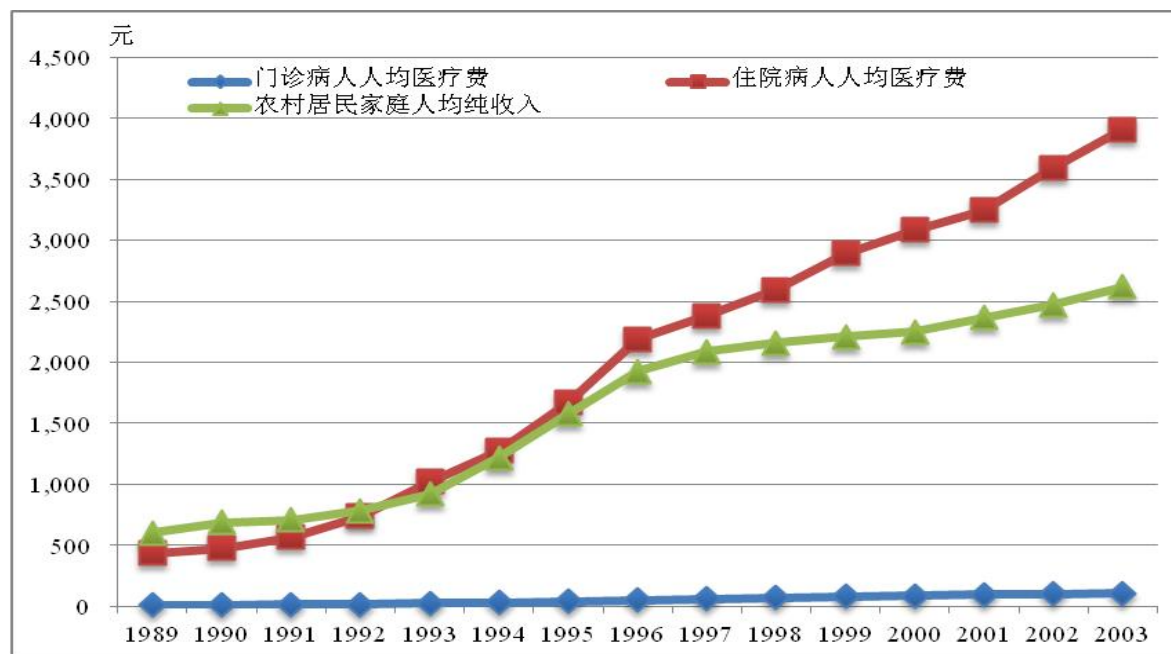


图1 1989~2003年医疗费用与农村居民收入变化情况

时任中共中央政治局常委、国务院副总理李岚清要求，卫生部要把农村卫生工作放在第一位，年内要出台力度更大的中共中央、国务院关于发展农村卫生的决定，并召开全国农村卫生工作会议，促进农村卫生问题的解决。同年，中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生的决定》明确提出，到2010年，新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民。2003年《国务院办公厅转发卫生部等部门关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》进一步确立了新型合作医疗制度的基本原则，如：以家庭为单位自愿参与、中央和地方财政以专项资金支持、以县(市)为统筹单位等。新型农村合作医疗制度从此在中国农村地区逐步建立，其间经历了3个阶段。

(一)2003~2006年的试点阶段

开展新型农村合作医疗试点工作的重点，是探索建立新型合作医疗的筹资、组织、管理和监督机制，通过典型示范，为扩大新型农村合作医疗的覆盖面奠定基础。2003年，全国首批启动的试点县(市、区)有304个。2005年中央一号文件提出，坚持以农村为重点的卫生工作方针，积极稳妥推进新型农村合作医疗试点。截至到2005年底，全国试点县数量翻了一番，达到678个，试点地区农业人口共计2.4亿人，占全国农业总人口的26.7%，参合人口近1.8亿人，参合率达到了75.6%。2006年中央一号文件设定时间表，提出到2008年在全国农村基本普及新型农村合作医疗制度。卫生部等7部委据此对试点扩面进度做出

计划安排：2006年，全国试点县（市、区）数量达到全国县（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，实现基本覆盖农村居民的目标。截至2006年底，新农合试点县（市、区）已达到1451个，超过县（市、区）总数的50%，参合人数为4.1亿，参合率为80.7%。

（二）2007~2008年的全面推进阶段

2007年中央一号文件要求，继续扩大新型农村合作医疗制度试点范围。同年，卫生部联合财政部发文，提出从2007年开始，全国新型农村合作医疗由试点阶段进入全面推进阶段，覆盖全国80%以上的县（市、区）。2007年底，新农合试点县（市、区）迅速增加到2400多个，参合人口7.3亿人，试点县所占比例和试点县农业人口的参合率均超过了85%。到2008年底，全国已有2729个县（区、市）开展了新型农村合作医疗，参合农民8.15亿人，参合率为91.5%，初步实现了2008年中央一号文件提出的当年“在全国普遍建立新型农村合作医疗制度”的目标。

（三）2009年至今的巩固、提高、完善阶段

2009年中央一号文件提出，巩固发展新型农村合作医疗，坚持大病住院保障为主、兼顾门诊医疗保障，开展门诊统筹试点，有条件的地方可提高财政补助标准和水平。2010年中央一号文件要求，逐步提高新型农村合作医疗筹资水平、政府补助标准和保障水平。做好新型农村合作医疗、农村医疗救助、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险制度的政策衔接。2013年

中央一号文件提出,继续提高新型农村合作医疗政府补助标准,积极推进异地结算。自2009年以来,卫生部等部门相继出台了一系列政策文件,重点提高新型农村合作医疗的保障水平和制度普惠性,新农合步入新的发展阶段。

二、坚持制度普惠性与稳步提升保障水平:为农民构筑健康保障网

新型农村合作医疗从试点到全面实施,不断完善制度设计,实现了农民健康保障责任从村集体转移到政府,确保新型农村合作医疗能够健康平稳运行。在资金保障方面,财政投入成为基金的重要来源,人均筹资额和基金规模逐年增加(见表1)。在治理结构方面,新农合建立之初,国务院设立新型农村合作医疗

表1 新型农村合作医疗情况

年份	开展新农合县(市、区)(个)	参合人数(亿人)	参合率(%)	人均筹资(元)	当年基金支出(亿元)	补偿受益人次(亿人次)
2005	676	1.8	75.7	42.1	61.8	1.2
2006	1451	4.1	80.7	52.1	155.8	2.7
2007	2451	7.3	86.2	58.9	346.6	4.5
2008	2729	8.2	91.5	96.3	662.3	5.9
2009	2716	8.3	94.2	113.4	922.9	7.6
2010	2678	8.4	96.0	156.6	1187.8	10.9
2011	2637	8.3	97.5	246.2	1710.2	13.2
2012	2566	8.1	98.3	308.5	2408.0	17.5

数据来源:历年卫生统计年鉴,历年我国卫生事业发展统计公报,2012年我国卫生和计划生育事业发展统计公报。

部际联席会议，统筹全国的新农合管理工作，地方各级政府也成立了有关新农合的监管机构。2008年，国家成立国务院深化医药卫生体制改革领导小组，专门负责组织推动深化医药卫生体制改革工作，统筹协调深化医药卫生体制改革工作中的重大问题。新农合被纳入医改的治理体系。在社会伙伴合作方面，2004年卫生部成立新型农村合作医疗技术督导组，邀请相关院校、科研机构的专家共同参与新农合的试点及建设工作，为各地新农合制度建设及实施提供技术指导。

新农合制度建立之初就明确了政府筹资的重要责任，规定地方财政每年对所有参合人员以人均10元的标准进行资助，中央财政对中西部地区除市区以外的参合人员按人均10元安排补助资金。10年间，中央一号文件5次要求提高财政补助标准，中央和地方财政7次提高补助水平，为提升制度普惠性，提高新农合保障水平提供了根本保障（见表1）。中央财政中西部地区的转移支付力度不断加大，地方财政投入也持续增长。到2012年，各级财政对新农合的补助标准由最开始的每人每年20元提高到240元，人均筹资水平已超过300元。2013年又提出了财政对新农合的补助标准提高到每人每年280元，人均340元的筹资目标。

随着新农合筹资水平的大幅提高，中央一号文件也适时提出了“扩大农民受益面”、“坚持大病住院保障为主、兼顾门诊医疗保障”、“提高保障水平”等要求，在坚持提升制度普惠性的同

时，稳步提高保障水平，努力实现“病有所医”的目标，也有效缓解了农民“看病难”、“看病贵”的问题。

（一）实现制度全覆盖

经过10年的发展，新农合覆盖了农村8.05亿人口，参合率达到98%，农村居民全民医保的目标已经基本实现。

（二）提高卫生服务利用率

第三次和第四次国家卫生服务调查数据显示，2003年农民两周中未就诊率为44.7%，而实施新农合后的2008年降为37.7%，其中，因经济原因未治疗的比例从40.4%下降到28.4%，下降了12个百分点；农村居民应住院未住院的比例从34.7%下降到27.9%，其中因经济困难未住院的比例从76%下降到70.7%。农民的住院率从2003年的33.8‰提高到2008年的67.5‰。

（三）提升保障水平

各地根据新农合基金规模，及时调整完善新农合统筹补偿方案，使参合农民从筹资增长中受益。多数省份通过合理调整起付线，探索实行保底补偿，扩大慢性病门诊补偿种类等措施，提高了基金利用率。各地还陆续开展了大病统筹与门诊统筹相结合的试点，合理划拨一部分新农合基金，用于开展门诊统筹，使更多的农民享受到新农合带来的实际利益，增强了新农合的吸引力。从2010年开始，在总结试点经验的基础上，各地正逐步将新农合大病统筹加门诊家庭账户模式调整为住院统筹加门诊

统筹模式，推进新农合门诊统筹。试水大病保险，提高重特大疾病保障水平。

（四）受益群体规模不断扩大

受益于新农合的农民从2005年的1.22亿人增加到2012年的17.45亿人，增长14.3倍；8年间累计有63亿人次享受到新农合的保障。享受住院补偿的人群从2003年的255万人增加到2011年的7032万人，增长27.6倍。特殊大病门诊受益人群从2008年的336.5万人次增加到2011年的1006.5万人次，增长了3倍。

（五）报销水平显著提高

2012年，在门诊统筹地区，实际门诊补偿比约为49%，比上年提高了约9个百分点。实际住院补偿比从2003年的25%增加到2011年的48.4%，2012年进一步上升到55%，最高支付限额提高到6万元以上。2013年拟将政策范围内住院费用报销比例提高到75%左右。住院自付费用占人均年收入的比重下降到24%。

（六）重大疾病保障机制初步建立

2012年，儿童白血病、先天性心脏病医疗保障工作已在全国范围内以省份为单位全面推开；25个省份在全省份范围内或大部分地区开展了终末期肾病、艾滋病机会性感染等6个病种的试点工作；湖北等23个省份开展了肺癌、血友病等12个新增病种的试点工作。2012年，全国共有99万人次获得重大疾病补偿，实际补偿比为65.4%（其中，先期开展的8个病种实际补偿比为

70%，12个新增病种实际补偿比为60%）。2013年，拟进一步将儿童苯丙酮尿症、尿道下裂等病种纳入试点范围，重大疾病的实际补偿比例也将达到所在省份（自治区、直辖市）限定费用的70%左右。

（七）试水大病保险，提高重特大疾病保障水平

2012年，根据《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》，新农合基金尝试通过向商业保险机构购买大病保险，在参合对象患大病发生高额医疗费用的情况下，对补偿以后需要个人负担的合规医疗费用给予保障，以最大限度地减轻个人医疗费用负担，力争避免发生家庭灾难性医疗支出，迈开了健全农村多层次医疗保障体系的步伐。

三、新农合的基本经验：以筹资带动农村卫生体系发展

近10年来，新型农村合作制度尽管在保障水平、公平性和可持续性等方面仍然面临着很多挑战，但在缓解中国农村卫生危机，促进筹资公平以及提高医疗卫生服务的可及性方面所取得的成就还是得到高度认可的。从新农合的演进过程来看，以筹资带动农村卫生体系发展，是一个基本经验。

在新农合推行前，政府对农村卫生体系投入有限，农村医疗服务机构主要通过医疗服务维持生存，从而造成了医疗费用增长远高于农民收入增长，中国农村卫生体系发展面临着农民缺乏支付医疗服务的能力和医疗机构服务能力不足的双重挑战。新农合通过补需方的方式，不仅注入了财政资金，更激活了农民

自付费的部分,为农村卫生体系发展注入了资金,扩大了对县医院、乡镇卫生院和村卫生室/村医的投入。由于新农合的管理机构主要由卫生行政部门来主导,将提高县乡卫生服务体系的服务能力作为推进新农合考虑的一个重要方面,具体体现为“小病不出乡、大病不出县”。据调查,2005年以来,农民的住院就医流向为:县外基本在20%以下,县级医疗机构维持在30%~40%之间,乡级医疗机构在40%~50%之间。在政策执行过程中,通过报销方案设计,引导农民主要在乡镇卫生院和县医院就医,很多濒临困境的乡镇卫生院随着新农合的推进重新得以恢复和发展,诊疗和住院人次大幅提高,卫生技术人员数量显著增加,人力资源水平明显提升,为新农合和农村卫生体系的持续发展奠定了基础。

四、趋势与展望:大医改格局下谋划新农合的可持续发展

新农合建制仅10年时间,处于我国农村地区医疗保障制度建设的初级阶段。由于缺乏刚性的制度约束和高效的治理体系,新农合仍有脆弱的一面,主要表现为“三低两难”。“三低”包括筹资低,农民自付比例较高,医疗负担有待进一步减轻;统筹层次低,多数地方实行县级统筹,新农合成为区域性的保障制度;流动性低,各地的政策不衔接,流动农民的医疗报销较为困难。“两难”包括医疗费用控制难,医疗机构诱导需求、过度服务等问题没有得到很好的解决;偏远地区居民就医难,偏远地区医疗卫生服务缺乏规模效应,市场力量不愿进入而成为医疗卫生

服务领域的薄弱环节。

我国“十二五”期间深化医药卫生体制改革的主要目标包括：到2015年，基本医疗卫生服务更加公平可及，服务水平和效率明显提高；卫生总费用增长得到合理控制，政府卫生投入增长幅度高于经常性财政支出增长幅度，政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高，群众负担明显减轻，个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到30%以下，看病难、看病贵问题得到有效缓解。实现这一目标，需要从国家医药卫生体制改革整体布局中谋划新农合的可持续发展问题。

一是进一步明晰政策目标定位。新农合不论是维持现有的保障思路还是逐步向医疗保险制度转型，都需要坚持重点解决因病致贫、因病返贫问题，并同时兼顾受益面和农民积极性。因此，新农合需要调整社会性目标，以大病保障为主兼顾门诊，提高筹资水平，更加重视对大病、重病患者的保障力度，减轻农民疾病费用负担，化解疾病费用风险。

二是统筹考虑与城镇医疗保险制度的衔接统一。推进新型城镇化建设乃大势所趋，劳动力流动问题仍将长期存在，外出务工人员在户籍地参加新农合、在务工地看病就医的“窘境”应当得到合理的解决。建议国家统筹考虑新农合、城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险的衔接问题，并强力提高统筹层次，细化政策设计，简化支付办法，规范异地结算，确保本地居民和外出务工人员都能及时、便捷地享受医疗保障服务。

三是加强偏远山区卫生服务供给。偏远山区不能成为农村医疗保障的死角。建议国家机制力量进一步加大对偏远山区的政策倾斜和建设力度,为这些地区配置更多更好的医疗卫生资源。发挥乡镇卫生院的核心作用,在偏远山区设置服务站点,开展经常性医疗服务。县乡村医疗卫生服务机构可建立移动医疗服务队伍,定期或不定期深入偏远地区为农村妇女、儿童、老人和行动不便的患者提供必要的诊疗服务。

四是优化治理结构。目前城乡医疗保障制度分属人社、卫生计生等部门,管理分散,不仅难以提高监管效率,而且也增加了管理成本。此外,卫生计生部门还是作为医疗服务提供方的医院的主管部门,其对降低新农合参保人医疗费用与合理控制医院医疗费用是相互矛盾的,其监管行为缺乏足够的公平正义支撑。建议国家统一由一个部门负责管理城乡医疗保障制度。提升主管部门尤其是基层管理部门的管理能力,优化政策技术设计,提升新农合基金的买方议价能力,有效控制医疗费用,实现规范化管理。

中共十八大报告提出,要坚持为人民健康服务的方向,坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重,按照保基本、强基层、建机制的要求,重点推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革,完善国民健康政策,为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务。为实现这一目标,下一步需要顺应医疗保障发展方向,探索医疗保障基金、公共卫

生服务经费和其他医疗卫生投入在协同改善健康方面的作用，逐步启动医疗保障向健康保障的转型。实现基本公共卫生服务均等化，夯实国民健康底座。以基本医疗保障制度引导医疗卫生资源的合理配置，带动医疗卫生服务体系能力建设。以买方议价推动医疗卫生服务体系的效率提升，有效控制医药费用合理增长。深化支付制度改革。结合门诊统筹推行按人头付费，结合门诊大病和住院推行按病种付费等支付方式改革。积极推动建立医保经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制和购买服务的付费机制。构建以信息化为基础的监管体制。明确新农合制度筹资的个人责任与政府责任，实现制度自身的可持续性。

北京师范大学社会发展与公共政策学院 张秀兰



清华大学中国农村研究院

地址: 北京·清华大学公共管理学院 301 室(邮编 100084)

电话: 86-10-6277 3526

传真: 86-10-6279 6949

电子邮箱: cirs@mail.tsinghua.edu.cn

网址: <http://www.cirs.tsinghua.edu.cn>

刊号: TH-T-1021

(使用本文需征得清华大学中国农村研究院同意)