

新型农村合作医疗政策调查报告

——以江西省铜鼓县为例

叶腾芳 徐世春 徐文燕

一、引言

健康是人类的基本权利。人口健康的改善可以提高劳动生产率，增加劳动供给，促进经济增长。因此农民的健康是发展农村经济的基础。

解放后，我国就为农民建立起了医疗保障制度——农村合作医疗制度，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，使农村医疗卫生事业得到了发展，有效地为农民的身心健康提供了医疗保障。但在改革开放之后，随着集体经济的解体，合作医疗制度很快走向消亡，致使中国农民在没有任何医疗保障的情况下生存了近 30 年，医疗费用完全靠个人支付，农民负担较重，因而出现了部分农民看病难的问题。特别是遇到大病，农村较贫困人口很容易陷入因病致贫、因病返贫的现象。由于多数农村地区的经济发展水平比较低，还不具备把农民医疗保障纳入社会医疗保险的条件，政府和集体也没有能力把农民的医疗保障包起来，目前只能通过农民互助共济，加强政府扶持力度，建立新型农村合作医疗制度的方式来解决。所以，政府从 2003 年开始在部分省区进行建立新型农村合作医疗制度试点工作，这一政策的出台为提高农民健康保障水平，减轻医疗负担，解决因病致贫、因病返贫的问题开启了希望之门。从 2006 年起，调整相关政策，加大力度，加快进度，积极推进新型农村合作医疗试点工作。到 2008 年，又根据全国新型农村合作医疗工作会议精神，按照增加补助、全面覆盖、巩固提高的总体要求，切实做好 2008 年新型农村合作医疗工作。

作为农村社会保障体系重要组成部分之一的新型农村合作医疗制度，是一项由政府组织、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。它的实施对于切实提高农民的健康水平，促进农村经济社会发展，消除城乡二元经济结构具有十分重要的现实作用。新型农村合作医疗的启动和发展是一件复杂的系统工程，其运转涉及到参合农民、医疗单位、卫生主管部门及各级政府等多方面的协调。特别是当前保证新农合制度稳定运行的长效机制还没有完全建立起来，实际运作过程中面临的困

难和问题依然不可忽视，政策设计的初衷与实际的运行效果之间还存在很大差距等问题都急需解决。

本调查主要针对经济条件相对落后的革命老区江西省的试点情况进行调查。江西是个农业大省，全省人口 4000 多万，其中农业人口近 3000 万。从 2003 年开始，江西省开始在南昌县等 7 个县（市、区）开展了新农合试点工作，2007 年扩大到 80 个县（市、区），覆盖全省农业人口的 89.64%，参合农民 2493.31 万人，参合率达到 87.47%，2008 年江西省将全面推行新农合制度，实现新农合制度全面覆盖。

新型合作医疗制度设计的初衷是解决农民因病致贫，因病返贫，保障农民身心健康等问题。自 2003 年起，全国部分县（市）已经因地制宜地开展了试点工作。试点地区新型农村合作医疗制度的运行效果关系到这项制度能否继续推行下去。所以农民对医疗保障的需求如何，新农合医疗的推行是否使农民真正获益等一系列问题的研究调查有助于更好地推进新农合的可持续发展和该项制度在全国的推广。

为此，本文利用暑假对江西省铜鼓县农村进行入户调查和访谈，从农民对新农合的需求大小、认知程度、参加意愿以及他们从新型农村合作医疗中获益情况等几个方面对该项制度的运行情况和效果进行评估，旨在为该项制度的完善和全面推广提供决策参考。

二、数据来源

本文的样本数据来源于 2008 年世界与中国研究所组织的关于社会公共政策的农村民生工程的社会调查，本次调查选取了江西省铜鼓县的 4 个乡镇的 12 个村的部分农户做了调查，每个样本都是随机选取的。

根据地理方位和经济发展水平，本次调查随机选取了江西省铜鼓县的 4 个乡镇，本课题组向每个乡（镇）派出一个调查小组，每个调查小组在所调查的乡（镇）用相同的抽样程序进行抽样。调查小组在每个乡（镇）选取 3 个村，选村的方法是首先将江西省铜鼓县的各个乡（镇）人均收入的大小按降序排列，然后随机抽取 3 个村，作为样本村。本课题组在江西省铜鼓县调查了 12 个村，收集有效问卷共有 182 份。

村调查的主要内容包括村的基本社会情况和村诊所情况两部分。村的基本社会情况主要包括了人均收入水平、该村是否建立新型合作医疗制度等内容。村诊所情况主要包括医疗设施配备、医疗人员配备、新农合业务开展情况等内容。户调查则全面涵盖了农户家庭成员的人口特征、家庭成员健康状况、参加新型农村合作医疗情况、医疗设施利用情况和医疗花费等内容。

三、新型农村合作医疗的现状存在问题

铜鼓县 2007 年才被确定为新型农村合作医疗的试点县。这个县属于起步比较晚的地区，本身经济基础较差。实施“新农合”的基本情况如下：

A) 措施

铜鼓县于 2007 年正式启动筹备和实施新农合，在筹备和实施过程中，该县逐步建立健全了各项制度和办法，按时完成了各项预定目标任务。至 2007 年全县参加新农合的农民共 84822 人，占农业人口的 87.8%，2008 年全县农业人口参合率已达 90%以上。

该县自开展新农合以来，积极做好宣传、管理、运作和监督等各项工作，确保这项制度的全面落实。一是加强领导，落实任务。成立了铜鼓县新型农村合作医疗管理委员会，县委书记、县长担任主任，四套班子分管领导担任副主任，成员有卫生、财政、人事、计划、农业、民政等部门的主要领导和各乡镇党委书记、乡镇长；成立了由纪检监察、财政、物价、审计等部门领导组成的监委会，监督新农合制度的实施；管委会下设办公室（设在卫生局），负责日常工作；各乡镇成立了由党政一把手负总责的管委会，在卫生院指定 2 至 3 人负责具体工作；村委也成立了领导小组，负责落实部分任务，并把任务层层分解落实。二是摸清情况，建章立制。组织力量对全县主要医疗卫生单位和所有乡镇的基本情况进行调查，对农民家庭进行入户调查。出台了《铜鼓县新型农村合作医疗实施方案》和《铜鼓县新型农村合作医疗管理办法（试行）》，统一制订了新农合工作职责及就诊、转诊、报销、资金管理等制度，并在实施过程中根据实际不断完善。三是广泛宣传，深入发动。于 2007 年初召开了全县有关单位和乡镇、村近千人参加的动员大会，对实施新农合的工作进行了动员和部署，采取了广播电视、版报专栏、动员会议、发放宣传资料等形式，开展了全方位、多层次的宣传发动工作，把建立新农合制度的目的、意义、要求讲透，把参加新农合的好处讲清，力争让所有的农民都了解、认识。四是严格管理，强化监督。加强了对乡镇新农合办、定点医疗机构管理人员的学习培训，实行卫生系统全员培训和动员；对定点医疗机构进行资格认定，实行动态管理；各定点医疗机构建立质量管理监督小组，具体负责协调和工作质量的监督，努力做到按规定进行检查、治疗和用药；县农合办每季度、乡镇农合办每月公布一次费用开支情况；各定点医疗机构设立由院长掌管的投诉箱，接受群众和社会的监督。

B) 效果

第一，新型农村合作医疗覆盖的范围广度令人满意。在所调查的试点村中，2007 年 80% 以上的农村居民参加了新型农村合作医疗，2008 年有 90% 以上的农村居民参加，并且自愿参加新农合的人达到 97%。这表明农民对新型农村合作医疗制度存在潜在的需求，新型农村合

作医疗在农民中得到广泛传播和基本认可，具有较高的积极性与参与性，显示出了政府解决农民看病问题的决心，极大地肯定了各级政府的付出。

第二，新型农村合作医疗政策目前已得到大部分人的肯定。在对 182 户近千人的调查问卷中我们得到这样的数字，农民对新型农村合作医疗的满意率为 83.65%，在短短的 2 年间农民对于医疗保障从无到有的最迫切的要求得到了部分的满足。

第三，减轻了农民的经济压力。据我们的调查显示有 41.95%的农民认为参加新农合减轻了农民的经济负担，但其效果不是很显著；有 23.29%的农民认为明显减轻了经济负担。新农合制度的实施在一定程度上遏制了因病返贫、因病致贫现象，促进了农村卫生事业的发展，促进了农民就医观念的改变，同时也提升了党和政府为民办事的形象。我们在高桥乡、棋平、永宁、大段镇对部分参合农民分别进行了问卷调查，在收回的 182 张问卷中，对参加新农合出于自愿的达到 97.15%、对新农合制度是否对农民带来了好处、明年是否将继续参加新农合两个问题作了肯定的回答也达到 85%，对乡镇医院的服务质量和服务态度、新农合医疗报销的满意率达到了七成。

C) 存在问题和困难

虽然新型农村合作医疗政策是一项重要的民生工程，较以往是一个由无到有的质的飞跃，但是不可否认这只是一项注重广度的保障，由于保障程度低，实施时间短，相关经验匮乏，其中也存在不少的问题：

第一，对政策知晓度高，但是理解不准确。调查中，几乎所有的被调查对象在提及新型合作医疗这项政策的时候，均表示强烈的关注，但是认为自己清楚合作医疗制度、资金运作情况、报销制度的农民仅有 27.81%；知道报销一说的，但不知道怎么实现的有 31.05%；完全不知道的竟有 14.74%，对哪些医药费可以报销哪些不可以报销并不清楚。由于对新农合报销制度的不了解甚至是误解，从而影响了农民参合的积极性。

调查还显示对该项制度不够理解、对政策不信任的竟占了 42.86%，由此看来各乡镇虽然制定了宣传措施并由领导亲自抓，指定专人负责，实行县、乡（镇）、村干部宣传发动分片包干责任制，开展各种宣传活动，但部分小组长素质有限，理解不到位，甚至有的组长为了提高参合率而存在失实宣传，这就造成参合者过高期望和实际报销之间的落差，影响了一部分人对制度的信任。另外部分农户对新农合政策也存在不求甚解的倾向，对村里发的小册子、传单都没看或没看完就扔了。

当然，正在执行的新农合制度中，一些补偿标准还不尽合理，补偿比率较低，自费药品过多，起付线偏高，使得受益患者得到补偿的金额有限，并没有真正起到减轻农民医疗支出负担的作用，与广大农民的期望相差较大。长此以往，会削弱新型农村合作医疗制度对农民的吸引力，影响新型农村合作医疗的可持续性。因此，在今后应当做好新型农村合作医疗基

金的支付测算工作，在保证新型农村合作医疗基金不出险的情况下，尽量提高补偿比例，让农民真正从新型农村合作医疗制度中受益。

第二，农民健康状况不容乐观，自我保健意识不强，经济困难，“看病贵、看病难”的问题依然存在。问卷显示，近一半的被调查者报告自己的健康状况不佳，慢性病、重病发病率较高。农民患的慢性病主要有：胃病、高血压、风湿病、糖尿病等，有些或许可以成为农民的职业病。这些病种并不会马上剥夺人的生命，但是，它们却让患者长期处于痛苦之中。然而，相当部分农民对慢性病的危害缺乏足够的认识，往往拖着、熬着，直到病情非常严重时才去治疗。在调查中农民有病而未去医院就诊的情况占了 54.01%。其原因有：通过其他途径得到药品的占 6.55%；自己治疗的 27.28%；自认为病轻的，没大碍的占 19.32%；而没有时间去医院的占了 5.18%；况且即使想到医院就诊，由于经济困难，看不起病的占了 41.67%，“看病贵、看病难”的问题仍然存在。有近 45%的农民认为参加了合作医疗后，看门诊或住院的花费比以前高了，有 59.43%的农民认为村卫生室的药价偏高。看病贵的问题在我国十分突出，这个问题不解决我们的医疗改革就永远不会成功。

第三，程序不够简便，转诊制度烦琐。在调查中有 45.71%的农民认为参加了新农合一定要到指定医院看病，转院手续复杂；有 36.19%的农民的认为报销手续比较复杂，而且很难找到负责的部门；有 18.10%的重病患者认为即使到指定的医院的看病也不大放心。而且清楚合作医疗的报销制度的农民仅有 27.81%；知道报销一说的，但不知道怎么实现的有 31.05%；完全不知道的竟有 14.74%。所有报销只限于在户口所在地的乡镇合管办办理，如果不是在本乡镇卫生院看病，必须在看病医院和乡镇合管办来回跑好几趟，报销得到的钱还不够来回的路费。铜鼓县有许多的外出务工人员，外出经商务工农民异地住院治疗，办理报销比较困难。转院治疗困难且报销比例小，没有实际的意义。一些病人希望到条件较好和医疗水平较高的上级医院或外省医院治疗，但转诊手续很难办理。许多农民为了不延误病情，只好自费转诊治疗。然而到县、市甚至外省医院的报销比例由县定点医院的 60%到县外定点的 40%再到非定点的 30%，报销金额减少，加重了患者家庭的经济负担。（见表 1）

表 1

患者	住院天数	诊断	住院费用		可报费用	补偿比例	补偿金额	备注
			总费用	药费				
1	6	急性心肌梗塞	7531	806	4996	40%	156	省
0	3	骨折	2155	157	1705	30%	271	省

2	1		.2	9.2	.7	%	.7	外
0	7	关节炎	439.	366	279.	75	270	清
3			2	.2	0	-85%	.4	口
0	4	骨折	3390	237	2988	30	656	雅
4	0		.7	8.7	.4	%	.5	祥
0	8	冠心病	2796	147	2082	40	592	市
5			.5	8.0	.0	%	.8	

第四，乡、村医院的人员不足，医生水平不高，一人兼多职，农民不放心。有的村甚至没有卫生所，有卫生所的也只不过有一两个人留守。如何吸引人才，留住人才，成为提高医疗服务水平的关键。再者医疗设备陈旧，资金困难，因报销的费用60%在县医院，20%在乡镇，中心医院每年能报的总金额是有限的，每个月只有5万，远远不能满足报销的需求，医院只好把大病患者部分叫到县医院去治疗，而到县医院交通又不便，增加了经济成本。另一方面报销由就诊医院先垫付，上交材料再由农医局结算，导致卫生所和医院资金周转困难。因没有奖励机制，医院和新农合工作人员的积极性不高。（见表2）

表2 村民对村、乡镇的医疗服务存在的问题的回答

问题	比例
医生水平不高	22.91%
看病和报销程序太复杂	15.90%
医疗设备太差	30.04%
服务不好	8.49%
路程太远	10.95%
报销不及时	11.65%

第五，财政负担重，管理运作难度大。铜鼓县为了发动农民参加新农合，保证有足够比例的参合人数，分别组织了县、镇、村三级工作队，分片包干负责，花费了大量的人力、物力和财力。县财政对参保对象要承担补助资金和县、乡镇两级合作医疗工作机构的运转经费，等于县财政多了一项巨额支出，该县财政本来就非常困难，随着新农合的推行和发展，财政的压力将会越来越大。各乡镇的财政资金更是有限，有些乡镇对继续推进和完善新农合也是心有余而力不足。个别村办公条件简陋，没有工作用车，特别是没有网络办公，大大增加了管理工作的难度，降低了工作效率。

第六，特殊的地理条件限制了新农合的进一步发展。据调查，铜鼓县是革命老区，各乡镇分布较散，且交通不便，只有唯一的进出通道。通讯设备，如电话、手机信号也经常出故

障，维修也困难。据了解在棋坪镇幽居村，全村有 1600 人，青壮年劳动力有 600 多人，其中有 400 多人外出打工，劳动力严重不足。村里居民大多没有耕地，全靠买米吃，村民收入主要以林业收入为主，由于比较偏僻，交通不便，这里的许多物产运不出去，只能自产自销。村里只有一个小的卫生所，只有一个人负责，医疗条件相当简陋，医生的素质和水平也有限。若出现紧急情况（如被毒蛇咬伤）到村卫生所就医技术有限，又不能报销，而到乡镇医院又怕时间过长延误治疗时机。

四、结论与建议

第一，在中国农村，特别是低收入地区的农村，农民的健康状况不容乐观，农民患大病、重病的比例较高。然而，由于缺乏相应的支持能力，经济困难已成为制约农民对医疗服务需求的主要因素。因此，中国农村地区特别是贫困地区，存在对旨在减轻农民医疗负担的新型农村合作医疗的需求。鉴于农村贫困地区对新型农村合作医疗制度的需求较强，今后应当将更多的农村贫困地区纳入新型农村合作医疗体系中，在贫困地区农村加强新型农村合作医疗制度的建设。

第二，在农村，由于存在各种各样的需求群体，例如儿童、老年人、进城农民工等，较之其他群体来说，进城农民工的医疗卫生保障问题更加突出。对于进城农民工来说，回乡就诊的成本较高，他们往往放弃参加新型农村合作医疗，而目前城市医疗保障体系又没有将其纳入保障范围内，从而他们被置于了医疗保障的真空地带。因此，今后应更加关注进城农民工的医疗保障问题。如果把他们纳入其户口所在地的新型农村合作医疗，一方面会增加他们看病和报销的经济成本和时间成本，另一方面也增加了新型农村合作医疗基金的管理成本。鉴于目前广大农民工大多数是在城市里常年打工，而且为当地的建设和发展做出了巨大的贡献，因此，应该将他们纳入城镇医疗保障体系，由当地政府、用人单位和农村进城务工人员共同出资。

第三，农民和农村村医对新型农村合作医疗补偿政策的理解都在不同程度上存在偏差，因此，今后要加强对新型农村合作医疗政策的广泛深入宣传和实施，提高宣传的效率。另一方面，应当不断增强新型农村合作医疗补偿信息的透明度，让农民对所享受的医疗服务真正消费了多少、新型农村合作医疗补偿了多少、如何补偿等关键问题心中有数，从而使农民正确理解新型农村合作医疗的补偿机制，以使农民的切身利益真正得到保障。

第四，新型农村合作医疗的补偿比率较低，并没有真正起到减轻农民医疗支出负担的作用，长此以往，会削弱新型农村合作医疗制度对农民的吸引力，影响新型农村合作医疗的可

持续性。因此，在今后应当做好新型农村合作医疗基金的支付测算工作，在保证新型农村合作医疗基金不出险的情况下，尽量提高补偿比例，让农民真正从新型农村合作医疗制度中受益。

第五，医保要构建一个平台，实施一项社会建制，这在制度设计上还需要进一步完善。新农合在全国各地实施发展到今天，各地均出台了各种具体、详细的办法，现在看来，这些具体的办法、方案显得太多，制度需要整合、完善、提高。所谓整合，就是要把这些办法都整合到一个平台上，成为一项社会政策。完善，是说这么多的办法中，归纳了很多目录和不同的报销方式，甚至规定了很多不同的监督办法，这些办法中长短并存，需要把这些办法进行完善，归纳成比较清晰的、群众一看就明白的一个办法。提高，是说医保管理机构要提高管理水平和方法、和医疗机构的沟通水平要提高、对病人的服务水平要提高。有些病人认为报销是好事，但是报销的过程很不方便。在医保的管理过程中，哪些工作应该放到基层去处理，哪些放到高一些层面上去，需要提高设计的水平。

第六，我们的卫生体制、我们的医院里面，在一定阶段有一个瓶颈问题需要突破。医院在经济社会中，要自己创收、谋发展，指标任务落实到科室，然后科室在某种程度上又把它联系到个人，使得医生这种高度专业化的职业报酬，在某种程度上出现了计时工资、计件工资，这是劳动报酬的返祖现象。我们的医改方案改来改去，在这一点上可能要下一些功夫才会有突破。

参考文献:

1. 温家宝：《政府工作报告》，人民出版社，2008年3月版。
2. 陈竺、高强：《走中国特色卫生改革发展道路 使人人享有基本医疗卫生服务》，《求是》，2008年第1期。
3. 颜媛媛、张林秀、罗斯高、王红：《新型农村合作医疗的实施效果分析——来自中国5省101个农村的实证研究》，中国农村经济，2006年5月。
4. 韩俊、罗丹：《中国农村卫生调查》，上海远东出版社，2007年。

原刊于世界与中国研究所《背景与分析》第154期，2008年9月24日