华南农业大学学报(社会科学版)
2009年第3期 JOURNAL OF SOUTH CHINA AGRICULTURAL UNIVERSITY No. 3 2009
(第8卷) (SOCIAL SCIENCE EDITION) (Vol. 8)

新农合:实施绩效、发展制约与制度改进路径

于卉兰[1], 张乐柱[2]

(1. 山东农业大学 经济管理学院,山东 泰安,271018;2. 华南农业大学 经济管理学院,广东 广州,510642)

摘 要: 2003年以来,新型农村合作医疗取得了阶段性绩效:农村医保体制基本建立且保障水平逐渐上升,农村居民参合率与覆盖面逐年增加,受益面逐渐扩大,基层医疗卫生资源得以有效利用。存在的发展障碍:合作医疗模式制约可持续性,长期稳定的筹资机制尚未建立,管理人员与费用严重不足,对定点医疗机构缺乏制度性约束,农村特殊群体的医疗保障有待加强,乡镇卫生院服务能力薄弱,制度实施缺乏法律保障等。进而提出了制度改进路径:构建住院统筹与门诊统筹结合的医疗模式,完善新农合运行机制,构建多层次医疗保障体系,以倾斜政策加快农村医疗基础设施建设,建立健全相关法律法规。

关键词: 新型农村合作医疗;绩效;制约因素;改进路径

中图分类号: F323.89 **文献标识码**: A **文章编号**:1672-0202(2009)03-0054-08

新型农村合作医疗制度(简称"新农合"),是指2003年以来由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,政府、集体与个人多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度,具有准公共产品与社会福利特征。自实施以来,一个覆盖农村人口的医疗保障体系基本建立,制度框架和运行机制初步形成,各项管理措施渐趋完善,成效初步显现。然而,尚存在诸多制约,需要进行制度改进。

一、我国新型农村合作医疗的实施绩效

自2002年10月《关于进一步加强农村卫生工作的决定》下发,新型农村合作医疗在2003—2005年试点基础上,2006年加大普及力度,2007年全国范围内推开,取得了一定绩效①。

(一)农村医保体制机制基本建立,保障水平逐渐上升

建立了较完善的组织体系,形成了政府领导、卫生部门主管、相关部门协调配合、经办机构运作日常业务、医疗机构服务、多方监督评估的组织体系;以家庭为单位自愿参加,个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的以县(市、区)为单位的筹资机制逐步形成;实施封闭运行的基金管理机制和多元公开的监督管理机制;并根据医药费用补偿方式的差别探讨了多种运行模式。随着财政补助力度加大,保障水平渐趋提高。自2006年起,中央和地方财政的补助金额由原来的20元增至40元。广东省自2007年一般县市区人均筹资额提高至60元,其中个人出资额不低于10元,市县镇财政15元,省财政35元;从2008年,省财政对粤东西北补助标准达到每人61元,2009年参合农民个人缴费标准提高至20元,筹资标准达到每人110元以上。从而补偿标准也得以提高,2008年广东省参合人员在乡镇卫生院、县医院、县外医院住院费用报销比例达到60%、50%、30%以上,补

收稿日期:2009-02-22

作者简介:于卉兰(1965—),女,山东莱芜人,山东农业大学经济管理学院硕士研究生,华南农业大学图书馆馆员,主要研究方向为农村经济与政策、图书情报.

① 有关全国新农合的部分数据主要参考高广颖、韩优莉,《中国医疗卫生发展报告之四:我国新型农村合作医疗制度的发展》,社会科学出版社,2007年8月;有关广东省新农合的部分数据主要参考广东省政府发展研究中心课题报告《促进广东省城乡基本公共服务均等化研究》,2008。

偿封顶线达 3 万元；从 2009 年起，将报销比例分别提高至 70%、60%、40% 以上，补偿封顶线达 5 万元以上。2007 年广东省新型农村合作医疗基金累计支出总额是 27.4 亿元，其中 93.3% 的基金用于住院补偿，资金结余 4.5 亿元。同时，资金使用的比例也在逐年增高（见表 1），体现出农村合作医疗基金在解决农民群众看病难方面的作用在加大。

表 1　广东省不同地区、不同年份资金使用比例　　单位：%

地区分类	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
珠三角	90.8	72.7	87.3	86.1	93.6
粤东西北	12.3	33.8	73.6	86.5	68.8
合计	55.8	55.9	83.5	86.2	80.8

数据来源：广东省卫生厅农村合作医疗办公室。

（二）农村居民参合率逐年提高，覆盖面大幅增加

至 2006 年底，全国已有 1451 个县（市、区）开展了新农合，参合人口 4.1 亿，占全国农业人口的 47.15%；试点地区平均参合率从 2003 年的 75.2% 升至 80.66%。截至 2007 年底，广东省新农合医保制度已覆盖全省 123 个县市区、1414 个乡镇和全部 20988 个行政村，参合农村人口增至 4135.7 万人，比 2002 年的 1445 万人增加了 186.2%。农村人口参合率达 83.8%，但珠三角和粤东西北地区存在差异，分别为 95.2%、81.3%（参见表 2，图 1）。

表 2　2007 年广东不同地区参加合作医疗情况

地区分类	农业人口数（万人）	参合人数（万人）	参合率（%）
珠三角	894.1	850.9	95.2
粤东西北	4042.2	3284.8	81.3
合计	4936.3	4135.7	83.8

数据来源：广东省卫生厅农村合作医疗办公室。

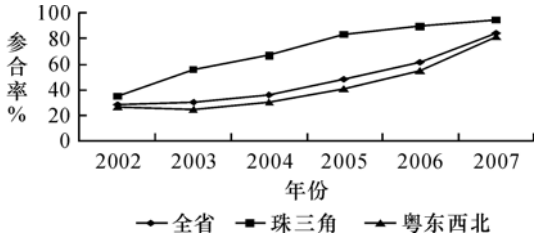


图 1　广东不同地区、不同年份参合率变化

（三）农村居民受益面不断扩大，部分缓解了因病致贫问题。

实施新农合以来，受益人数不断增加，受益率逐年提高，增强了抵御大病风险的能力。新农合实施至 2006 年，全国基金总支出 243.93 亿元，共有 4.71 亿人次的农民从中受益。2005 年住院补偿 584.96 万人次，补偿额为 47.85 亿元，占当年基金支出总额的 77.49%；2006 年住院补偿 1539.91 万人次，补偿额为 122.94 亿元，占当年基金支出总额的 78.9%。门诊统筹、家庭账户、体检等形式也扩大了受益面。参合农民的两周就诊率和住院率均高于未参合农民和未开展合作医疗地区的农民，而应就诊未就诊率和应住院未住院比例低于对照县未参合农民。由于与医疗救助制度结合，农村贫困户及低收入户等特殊人群利用医疗服务比例也得以提高。2007 年，广东省共有 154.8 万人次农民得到了住院补偿，比 2006 年的 112.4 万人次增加了 37.7%，受益率为 3.7%。全省农村合作医疗补偿资金达到 25.6 亿元，比 2006 年的 15.8 亿元增加了 62%，占实际住院费用

的31.5%;其中珠三角、粤东西北所占比例分别为39.6%、30.3%。全省住院农民得到的平均补偿费用为1653元(参见表3)。在门诊补偿方面,2007年广东省门诊费用补偿合计为3224.1万元,比2006年的956.9万元增加了2.4倍,门诊补偿人次为267万人。

表3 2007年广东省不同医疗机构住院补偿情况

地区分类	住院补偿人次数(万人)	受益率(%)	补偿总费用(亿元)	补偿费用占住院总费用的比例(%)	住院平均补偿费用(元)
珠三角	52.2	6.1	11.9	39.6	2267
粤东西北	102.6	3.1	13.7	30.3	1340
合计	154.6	3.7	25.6	34.0	1653

数据来源:广东省卫生厅农村合作医疗办公室。

(四)促进了农村医疗卫生资源的有效利用

随着新农合制度的实施,基层医疗机构的就诊和住院人次明显增加。2004—2006年,平均46.68%的参合农民就诊乡镇卫生机构,37.24%的参合农民就诊县医疗机构,到县级及以下医疗机构就诊人次已占总人次的83.92%。2006年参合农民门诊就诊流向主要集中在村卫生室,合作医疗基金支出中门诊补偿主要流向了乡村两级医疗机构。广东省实施起付线和补偿比例差异的制度设计,2009年乡镇卫生院住院报销比例一般定为70%,县级医院定为60%,县外医院定为40%,导向农民到县乡医疗机构就医,促进了基层医疗服务设施的有效利用。2006年,广东有2/3的农民到县乡医疗机构就医,多于3/4(77.2%)的住院费用补偿流向这些机构。当然,较差的乡镇卫生院设施条件影响病人的选择意愿,使这一导向政策大打折扣。2007年广东珠三角地区2/3的费用流向于县内卫生机构,县级医院住院费用补偿达到40.7%;而粤东西北有53.4%的费用补偿流向县以上医疗机构,主要是这些地区乡镇卫生院相对落后(见表4)。但总体上看,新农合有效带动了县乡村医疗卫生机构的发展和对基层医疗资源的利用。

表4 2007年广东省住院补偿费用在不同医疗机构的分流情况 **单位:%**

地区分类	县以上医疗机构	县级医疗机构	乡镇卫生机构
珠三角	31.0	40.7	28.3
粤东西北	53.4	30.5	16.1
合计	43.0	35.2	21.8

数据来源:广东省卫生厅农村合作医疗办公室。

二、新农合发展中的制约因素分析

(一)新型农村合作医疗模式设计的缺陷

我国新农合是以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度,制度设计的初衷是为减少农民因大病、重病所导致的因病致(返)贫现象,是与国家消除贫困人口的目标相联系的。然而该模式有违医疗规律性,难以实现基本医疗保障目标。首先,以保大病为主,事实上放弃了对大多数农民基本医疗需求的保障责任,因为真正影响农民健康的是常见病和多发病,这必将导致受益面偏窄。以广东为例,尽管广东省各地探讨了对门诊一定程度的补偿,但仍遵循大病补偿原则。2007年广东省住院补偿154.8万人次,门诊补偿人次为267万人,如果不考虑重复补偿,二者合计421.8万人,占4135.7万参合农民的10.2%。另一方面,也导致部分地方资金沉淀较多,浪费了有限的医疗资

源,降低了农民实际获益水平。广东省 2002 年的资金使用率为 55.8%,结余 44.2%;2006 年资金使用率为 80.8%,结余 19.2%。其次,容易导致定点医疗卫生机构利用国家政策创收,可能引发新一轮重治轻防,片面追求治大病的收益,使参合农民利益受损。医疗卫生机构倾向以医疗为中心,极易导致不顾实际需求盲目增加医疗设备、提高治疗标准的竞争,而忽视预防保健功能的发挥,忽视医疗服务水平的改善。第三,对门诊费用的忽视使制度效用打折。广东省 2007 年门诊补偿人次不到 267 万,门诊受益面仅为 6.5%,人均门诊补偿费用 12 元。以住院费用补贴为主,不利于农民有病及时医治,影响新农合政策的受惠面。

(二)尚未建立起长期稳定的筹资机制

稳定的资金筹集机制是新农合可持续发展的先决条件,而目前的制度设计难以保证。首先,自愿原则的制约。农民自愿参加合作医疗的规定,可能诱发逆向选择[2],低风险人群因重大疾病和住院机率较小,参保预期收益较低,从而参保率低;参保者多是高风险人群。其次,村集体的垫资行为不利于稳定筹资,因为当村集体不具备垫付能力时,将影响新农合的运作,削弱其保障功能。同时也不利于培养农民的风险意识和应对风险能力的提高,反而助长了机会主义行为。第三,筹资的高成本影响可持续性。依靠乡村干部入户收缴为主的个人资金筹集方式,加大了筹资成本,尤其在新农合补偿水平不高、制度缺乏长期预期的情况下。第四,财政资金拨付机制不规范。目前随着财政补助资金的递增,中央和省财政资金已成为新农合资金的主要来源。两级财政补助资金应在上半年拨付到位,但补助资金往往下半年甚至年底才到位,导致上半年空账运行,年底可能出现资金变更等问题,严重影响新农合的正常运作。第五,现有医疗保障水平尚低。受资金总量限制,各地实施方案均设有起付线、封顶线、补偿比例,且按照“量入为出”保大病原则,客观上导致部分地区补助率低、农民受益面窄,远不能解决农村居民因病致(返)贫问题。2006 年,广东省住院补偿人数为 112.4 万人,全省受益率只达 3.7%;全省住院平均补偿费用为 1410 元,占住院总费用的 31.5%。

(三)管理执行力与费用严重不足

经办机构的管理能力和办公经费不足将成为制约新农合发展的瓶颈。其一,组织机构有待完善,人员素质和管理能力有待提高。一方面经办机构人员不足。以广东省为例,县级及以上才有新农合人员编制,乡镇没有专职人员,然而新农合的具体实施正是在贴近农民的乡镇基层。即使县级管理人员配备也远远不足,粤东西北地区参合农民 2248.4 万,编制人员只有 194 人,实际有 263 人,平均每人服务约 8.55 万人。另一方面人员素质亟待提高。现有经办人员是从医疗内部调剂过来的,人员结构和工作配备不尽合理。其二,管理费用不足严重制约新农合的开展。一方面,经办机构的改善与管理能力的提升需要财力支撑;另一方面,合作医疗经办机构所面对的是居住分散的千家万户,管理成本高昂。由于地方政府尤其是贫困市县财政拮据,难以按有关规定承担新农合运作费用。据有关数据,全国管理费用超支率为 12.4%,东部为 10.4%,中部为 17.2%,西部为 17.6%。且随覆盖面的扩大,参合人数的增加,经费还在膨胀之中。同时,将大幅增加的补助资金也对地方财政构成较大压力。许多县级政府将部分费用转嫁给基层医疗机构而最终转嫁给患者,降低了新农合制度所带来的福利水平。

(四)对定点医疗机构缺乏制度性约束

目前尚缺乏对定点合作医疗机构行为的有效制度约束,尤其是被动报销保户医疗账单模式导致医疗费用控制的自律性机制缺失,容易引发医疗机构的道德风险与过度服务。调查发现,一些定点医疗机构不合理用药与治疗检查问题突出,次均住院费用和门诊费用上涨较快;处方药物和

检查项目超出基本药物目录和规定检查项目过多,不少费用不在报销之列,既增加了农民费用负担,也加大了合作医疗基金支出。而部分医疗机构抬高医疗价格的行为,使参合农民享受的政策性补助被上涨的医疗价格抵消,致使效率损失;更有甚者,供需双方合谋,通过虚开报销单据等手段骗取合作医疗补偿基金,对此尚缺乏制度性规范措施。

(五)农村特殊群体的医疗保障有待加强

一是贫困人口,在卫生与民政部门联合为其支付人均10元"门槛费"后,得以参加合作医疗。然而,受保障水平和保大病补偿住院费用的限制,使该人群实际受益小,因为他们拿不出补偿之外的钱看病从而也较少住院,何况补偿具有滞后性。二是潜在贫困人口,他们支付能力低,也不享受政府给贫困人口的参合优惠,这是在新型农村合作医疗中除贫困人口以外受益最小的群体,也是因病致贫和因病返贫的主体。三是1.2—1.4亿进城务工人口,受城乡分割和区域分割体制影响,被医保体制边缘化:由于常年在外打工,新农合体系无法有效覆盖;又因无城镇户口,没有资格参加城市医疗保险。目前部分地区已着手将农民工纳入体系,但仍采取了差别性政策,按照各地新农合的相关规定,异地看病要自我承担部分医疗费用;返回原住地去看病,也要承担往返路费。因此,看病地点随人员流动且享受同等报销比例的制度创新显得尤为迫切。

(六)乡镇卫生院的服务能力薄弱

乡镇卫生院市场化改革与下放乡镇政府管理的直接后果:一是经费短缺,卫生院被定为差额补助事业单位,经费定额包干,在乡镇财政拮据状况下,补助额度有限且难以及时到位,导致乡镇卫生院建设严重滞后,有的连基本设备和仪器都没有。2004年,中国万元以上设备中,县级仅占19.81%,且大多在50万元以下;乡镇卫生院仅占10.74%。二是双重领导体制造成大量冗员而人才短缺。2002年乡镇卫生院中有本科学历者仅占1.6%,大专占16.9%,中专和高中为71.4%,初中及以下占10.1%[3]。形成急需的人才进不来且现有人才流失、技术培训与进修缺失、医疗水平进一步下降的恶性循环。

(七)制度实施缺乏有效的法律保障

目前我国农村合作医疗的实施是按照中央及有关部门的决定、通知、指导意见等开展的,这些文件只具有宏观指导意义,不具有法律效应;至今尚未有专门法规对有关利益方的具体行为、权利、义务及职责进行规范。法律制度的缺失,使农村合作医疗实践处于无法可依状态,带来诸如资金来源不稳定、保障标准不一致、保障管理随意性等系列问题,进而导致约束力不强,降低了合作医疗制度的信誉,加大了制度运行成本。目前在一些起步较早的地区已制定了一些地方性法规,对指导当地新农合实践发挥了积极作用,并为立法探索了经验,但其局限性明显。因而应尽快制定合作医疗的相关法律法规。

三、新型农村合作医疗的制度改进路径

(一)构建住院统筹与门诊统筹相结合的医疗新模式

享受大病住院报销的毕竟是少数,仅实行住院补偿使参合农民受益面过窄,影响其参合积极性;另一方面,许多大病正是由不治小病而养成的,治小病可防大病。所以,新农合不应出于"防贫"而"治病",更应"防病"而"治贫",着力于标本兼治,强化对小病的治疗与预防,还原新农合的本义——对生命的尊重。因此,应构建住院统筹与门诊统筹相结合的医疗新模式。通过住院统筹基金,主要补偿参合农民的大病住院费用,实现保大病减少因病致贫的政策目标;通过门诊统筹,给予参合农民常见病和多发病就医费用补偿。住院统筹与门诊统筹结合的医疗模式具有双重效

应,既实现参合农民治病与防病的结合,又促进新农合发展与保障水平提高的统一,最终达到制度的设计初衷——为全体农村居民提供医疗保障,如图 2 所示。

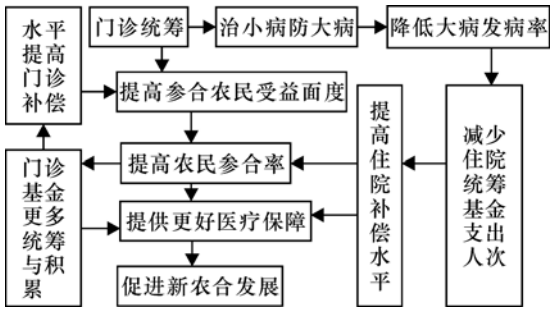


图 2　住院统筹与门诊统筹相结合医疗模式

目前部分地区初步尝试了门诊统筹,据 2006 年底的调查,我国东部地区 1/3 的县市和贫困地区约 5% 的县市实行了门诊统筹。然而,实践中部分门诊统筹实行以乡镇为核算单位的总额支付制度,基金总额过小,容易引致运行风险。普通门诊统筹是实行以县为单位统筹管理为宜,可采取按比例、以参合个人为单位计算封顶线、以户为单位核算的方式进行补助。湖北省公安县的门诊统筹做法可资借鉴。门诊统筹基金实行县统一管理,按参合人数每人每年 15 元以乡镇核算。门诊统筹基金分为门诊医疗补偿金和风险金,其中门诊医疗补偿金占 95%,用于参合农民门诊医疗费用的补偿;风险金占 5%,用于门诊医疗费补偿出现透支后的补充。风险金累计达到当年门诊统筹基金 10% 时,不再提取。门诊医疗费按比例补偿,参合农民因病在村卫生室、乡镇卫生院门诊就医,可分别得到 25%、30% 的费用补偿,每人每日累计补偿最高限额 7—12 元[5]。

(二)进一步完善新农合运行机制

其一,建立长期稳定的筹资机制。首先,政府应承担起主要责任。新农合资金的三个来源:个人缴纳、集体补助和政府补贴,在个人每年缴费不低于 10 元、乡村集体适当扶持的同时,2006 年之前中央与地方财政对参合农民年人均补助不低于 10 元,2006 年起增至 20 元,2008 年达到 40 元,政府财政逐渐成为新农合资金的主要来源。关键要保证新农合补助基金纳入正常财政预算,建立新农合补助基金随财政收入增加而增长的机制,及时、足额到位的保证机制,地方政府承担管理经费的保证制度。其次,随经济发展和农民承受能力的提高,应适当提高个人缴费标准,并积极探索降低筹资成本的方式,在时机成熟时与社会保险并轨。此外,筹资方式应多元化,可通过社会募捐、福利彩票资助、企业赞助、基金利息等形式引导社会资金注入。其二,建立随参合年限累积而补偿比例相应增加的激励相容的补偿机制。对于连续参加新农合达到一定年限的,适当提高补偿比例,诱导参合农民遵守游戏规则,减少机会主义行为。并逐步提高保障水平,各地可根据发达程度和财政状况,筹资、补偿与保障水平可存在差异。其三,建立公开透明并由参合农民参与背书的监督管理机制。一方面强化对新农合基金使用的监督管理,健全基金管理规章制度,按照封闭运行原则,确保钱账分离,确保合作医疗基金只在财政部门、经办机构、定点医疗机构和报销医药费的参合农民之间运转,并按照规定合理筹集、及时审核支付。实施组织、民主、制度、审计等相结合的多方位监督,定期向社会公布基金的具体收支情况,保证参合农民的知情权。另一方面,强化对定点医疗机构的监管,建立定点合作医疗机构的准入、退出和监督机制,择优选择并动态管理定点合作医疗机构。除对其设备设施条件、医护技能素质、服务质量进行考核外,可通过群众举报、定期公布定点机构药品价格、建立医护污点档案等方式构建监管机制,并结合报销目录、转诊制度、

按病种付费等管理措施,对其医疗服务进行评价,关键要让参合农民——服务产品的使用者背书才行。

(三)构建多层次的医疗保障体系

因发展程度和收入水平存在差距,医疗保障需求具有层次性,因而,应构建差异化、多层次的医疗保险体系。其一,基本卫生医疗保健制度,政府组织,人人享有,公共服务免费,基本医疗服务按成本收费。新农合是新时期我国农村医疗保障的主要形式,而目前作为基本卫生医疗保健制度组成部分的公共卫生与卫生服务网络是薄弱环节,应予以加强建设。其二,引入商业保险满足富裕阶层的较高层次的医疗需求。建立由政府引导组织,保险公司提供风险共保、客户管理、理赔服务和风险管控的医疗保障制度。由卫生部门制定保险公司进入农村合作医疗保险市场的基本要求、运营模式和监管办法;制定统一的涉农保险标准,包括医疗服务标准、基本药物目录、诊疗目录和服务设施目录等;通过招标机制选择具有相应资质的保险公司承担,并提供相应政策支持。其三,健全医疗救助制度满足特殊群体的基本医疗需求。不仅将农村低保对象和农村五保户纳入救助范围,并逐步把贫困农户纳入医疗救助范围。当部分贫困农户因重大病住院且获得医疗补偿后仍难以自负费用的,可通过该制度医疗救助。财政是医疗救助资金的投入主体,同时还可拓展多元途径筹集。建立医疗救助与慈善事业的衔接机制,引导和协助慈善机构参与医疗救助行动。

(四)以财政倾斜性投入加快农村医疗卫生基础设施建设

多年来卫生资源投入结构不合理,80%的卫生资源集中于城市,而占全国人口70%的农村仅占不到20%,2009年1月,国务院医改方案拟投入8500亿元,促进基本公共卫生服务均等化进程。重点有二:其一,改善农村卫生医疗机构基础设施。把乡镇卫生院建设成集疾病预防控制、基本医疗服务、妇幼保健和健康教育为一体的基层卫生服务机构,强化其枢纽地位。对乡镇卫生院的危房、业务用房彻底改造,配置基本仪器设备;并建议改革乡镇卫生院的管理体制,行政与业务管理统一由县卫生局负责,不再由乡镇政府管理;确保其公益性,落实相应财政补助政策。另一方面,将村卫生室纳入医疗基础设施建设范围,采取直接投资或财政补助方法,改造村卫生室业务用房,添置必需的医疗器械,使其有能力承担起预防保健和常见伤病的初级诊治责任。其二,切实提高农村医护技术人员的业务素质。一是优化存量,设立专项资金,有计划分期分批对乡村两级卫生人员进行全科医学、疾病预防、中医中药、健康教育及农村公共卫生管理等方面的培训或在岗学历教育,逐步实现乡村医生执业医师化。另一方面,市县级医疗机构医护人员的巡回指导与乡村医护人员到市县医院进修制度,对于提高素质和技能具有重要作用,是实践证明了的有效制度安排,应继续实施。二是加大增量,通过优惠政策引导医护人员到农村工作,对于有志于到农村服务的医护大学生,应提供优惠待遇政策,并为其工作生活提供方便。

(五)建立健全新型农村合作医疗的有关法律法规

通过立法,赋予新型农村合作医疗制度应有的法律地位;确保合作医疗基金的筹集、管理、监督有法可依,化解合作医疗基金风险;界定并规范政府、医疗机构、参合农民以及相关利益主体的权利、义务及行为,尤其要强化政府的管理责任、经济责任。通过建立健全法制机制,使政策法规与新农合制度的实际需要相配套、相衔接,为新型农村合作医疗的可持续发展提供必要的法律保障。

参考文献:

[1] 高广颖,韩优莉.中国医疗卫生发展报告之四:我国新型农村合作医疗制度的发展[M],社会科学出版社,

2007 年 8 月.
[2] 刘军民. 新型农村合作医疗的制度缺陷与挑战[J]. 医院领导决策参考,2006,(1).
[3] 韩　俊,罗　丹. 中国农村卫生调查[M]. 上海远东出版社,2007:78 - 90.
[4] 公安县新合办. 实行门诊统筹　完善新型农村合作医疗制度[EB/OL]. (2008 - 03 - 10). http://www. tmhzyl. com.

New Rural Cooperative Medical Treatment System: the Achievement Evidences, Development Constraints and System Improvement Paths

YU Hui-lan[1], ZHANG Le-zhu[2]
(1. *College of Economics & Management*, *Shan Dong Agricultural Univevsity*, *Taian* 271018, *China*;
2. *College of Economics & Management*, *South-China Agricultural University*, *Guangzhou* 510642, *China*)

Abstract: The new rural cooperative medical treatment system starting in 2003 has achieved periodical achievements: the rural medical insurance system has been basically completed and its guarantee level has been accelerated progressively; the rate of peasants' participation and the coverage of the new system has both been increased year by year; the coverage of cooperative medical treatment beneficiaries has been expanded; and the basic level medical and sanitary resources are utilized efficiently. Nevertheless, there are many factors hampering the development of the new system, such as: the models of cooperative medical treatment have restricted the sustainable development of the new system, the long-term stable capital raising mechanism are not yet established, the management expertise and fees are severely shorted, the lack of institutional constraints for the medical treatment institutions; the medical guarantee for special groups is yet to be strengthened, the weak service ability of the small hospitals of villages and towns, and the lack of legal guarantee for the implementation of the system, etc. Accordingly, this article puts forward the paths for the system improvement: constructing the medical treatment models combined of planned hospitalization and planned outpatient service, completing the operating mechanism of the new system, building up multi-level medical treatment guarantee system, speeding up the fundamental facility construction of the new system with the preferential policies, and completing relative laws and regulations.

Key Words: new rural cooperative medical treatment; achievements; constraining factors; improvement path