

□□ 农民日报·中国农村网记者 唐旭 蒋欣然

“术前检查、术后消炎、血项监测、基础用药，再算上手术费用，都在这了……”近日，山东省潍坊市安丘市石埠子镇张靳社区的李明柱收拾完老伴的生活用品，将住院一周多的单据整理好，然后去办出院手续。

他的老伴是在安丘市人民医院住院并做的手术。“28716.57元，这是住院治疗的全部费用，刚好够用。”看到单据上最后的数字，李明柱原本紧捏着银行卡的手松了下来，更让他“惊喜”的是：只有4134元从卡里划走。

“医保覆盖了24582.08元。”李明柱的嘴角露出微笑，“十年前我住院都是先付款，回头才能返钱，现在新农合(报销)不仅报得多，而且报得快。”

老李说不清“新农合”的历史，但“报得多”和“报得快”，成为这场漫长变革中最具体、生动的注脚。所谓新农合，就是“新型农村合作医疗”的简称，2016年与“城镇居民基本医疗保险”合并成“城乡居民基本医疗保险”。从2003年“新农合”在全国试点推动，到“城乡居民基本医疗保险”让农村与城镇居民享有统一报销政策，“新农合”一直试图解决农村居民“看病贵”的难题；而随着二十年间缴费数额的不断上涨，农村居民“是否入保”的抉择也时不时成为舆论焦点。

近日，记者深入山东省潍坊市多地，了解村民们与“新农合”的喜悦和忧。

「新农合」走过二十年

从无到有的“新农合”

和李明柱不同，张靳社区59岁的村医张青凤从初中起就跟着父亲学看病，一晃30多年的村医生涯，她见证了农村合作医疗制度的变迁过程。

“‘新农合’的‘新’是相对原来的农村合作医疗说的，以前药品都是公社出钱，乡亲们看病只需交几分钱的挂号费。”张青凤回忆，那时候父亲主要通过“记工分”来获得酬劳。

这也是最初的“农村合作医疗制度”。上个世纪60年代末，一些地区为改变缺乏药的状况，便以公社为基础探索出一种互助性质的医疗形式，即由社员群众和集体筹集一定资金，社员看病的药费由生产大队统一支付或给予一定比例的报销，基层医疗人员的报酬采取由生产大队记工分的方式解决。

在张青凤跟着父亲学医的70年代末，农村合作医疗制度已逐步发展成熟。有数据显示，1971—1977年，农村合作医疗行政覆盖率从20%增加到了90%，像张青凤父亲具备一定医疗水平的“赤脚医生”全国达到150多万名。

也正是这种合作医疗制度成功搭建起了我国的基层医疗网络。据世界银行统计，中国用20%的合作医疗费用支出，将80%的人口纳入了医疗保障范围，世界卫生组织也将我国的农村合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的典范”。

然而在1983年前后，当张青凤从父亲手里接过村医的接力棒时，合作医疗制度已逐渐衰落。“村民不断退出合作医疗制度，诊所里的可用资金越来越少。”张青凤回忆说。数据显示，到1986年，农村合作医疗覆盖率降至5.5%，农民就医自费比例高达87.44%。在医疗服务逐渐市场化的背景下，农民就医费用显著提高。

为破解农村村民“因病致贫”“因病返贫”“看不起病”的问题，上个世纪90年代，各地各部门开始了“在农村地区建立各种形式的合作医疗制度”的种种探索。

直到2002年，中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确指出，要逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。自此，由个人缴费、集体扶持和政府资助的方式筹集资金的“新农合”，第一次出现在农民视野中。

“刚开始时只交10块钱，大家都抢着交。”张青凤回忆，2003年前后，安丘市开展新农合试点工作，村民缴纳10元后会领到存折大小的绿色“医疗证”，并以此作为报销凭证。“出院缴费后，拿着‘医疗证’和票据去医院医保办报销。”张青凤说，当时的报销流程比现在麻烦，但是村民都说“农民也有公费医疗了，缴纳热情很高”。

统计数据也体现出民意。从2003年开展“新农合”试点到2015年，“新农合”参保率达到95%，政策范围内住院医疗费用报销比例达75%左右。可以说，一种从制度上帮助农民提升抵御大病风险能力的探索取得了成功。

“随着参保率不断提高，与城镇居民享有一样的报销范围和比例成了农村居民的愿望。”安丘市卫健局医政科科长杨明涛介绍，“‘新农合’时期医保资金由县级统筹，报销的范围和比例与城镇居民享有的政策不同。”

为进一步实现城乡居民公平地享有基本医疗保险权益。2016年1月，城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗(即新农合)实行整合，统一的城乡居民医疗保险制度(以下简称“城乡居民医保”)建立起来。

“‘新农合’带来的好处太多，影响太大，现在还有农民把每年缴医保称为‘新农合’，但现在城乡居民医疗保险制度已经建立，农村和城镇居民的医保报销范围和比例已经完全一样。”杨明涛说。在他看来，医保资金从县级统筹变成市级统筹，农村居民医保药品和就医定点医院数量、医保报销比例获得更大幅度提升，城乡居民就医差距显著缩小。

国家医保局的数据显示，截至2022年底，城乡居民医保参保人数98349万人，参保率稳定在95%左右，农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在99%以上。2022年，参加城乡居民医保人员享受待遇21.57亿人次，比上年增长3.7%。

大病小病都要保

“34万！要不是‘新农合’，从哪弄这么多钱！”家



寿光综合医院慢性病门诊部，备案后的慢性病患者可享受较高的报销比例。

受访者供图

从2003年“新农合”在全国试点推动，到“城乡居民基本医疗保险”让农村与城镇居民享有统一报销政策，“新农合”一直试图解决农村居民“看病贵”的难题；而随着二十年间缴费数额和财政补贴适度调整以适应医疗成本上涨，“新农合”也出现了一些新变化……



在寿光综合医院结算窗口，城乡居民可享受实时报销服务。

受访者供图

住寿光的马玉玲跟记者说起2022年的遭遇，仍满是感慨。据了解，寿光市2022年农村居民人均可支配收入达到28293元。但对于一个普通农村家庭来说，“34万”的治疗费用仍是个“天文数字”。

“前年开春，老伴出车祸被拉去市里的医院。”飞来的横祸也让马玉玲一时懵了神，“抢救了好几轮，住了1个多月院才算稳定。”

“最后报销了18万，大病(医保)还给补充报销8万多，我们最后只出了7万元。”马玉玲说，“7万块钱家里凑凑还拿得出，但34万真是不敢想。”

马玉玲所享受的“大病保险报销”，是城乡居民医疗保险的一部分，是指年度内发生的医疗费用超出基本医疗保险支付限额后，个人累计负担达到一定标准的，由大病保险基金支付，同样在就诊结算时实时报销，即我们平时所说的“二次报销”。

“按照今年的医保政策，参保人员一个年度内住院发生的高额医疗费用，经基本医疗保险按规定支付后，政策范围内个人累计负担费用超过1万的，由大病保险进行补偿(报销)。”寿光市医保事业中心副主任曹庆山介绍。

在曹庆山提供的“寿光市医疗保障政策明白纸”中，记者看到，寿光市城乡居民在一年内个人累计负担费用在1万元—10万元之间的，大病保险报销60%；个人支出超过10万元的，再分段增加报销比例，最高赔付40万元。“特困、低保和防返贫致贫人口保险起付线降为5000元，报销比例比普通居民各提高5个百分点，并且取消最高封顶线。”曹庆山补充道。

记者查阅了多地城乡居民医保报销政策。尽管各地的报销政策略有不同，比如昆明市城乡居民大病医保的起付线为1.2万元、广州市则为1.8万元，但是各地对于普通住院报销后自付部分仍然超过一定额度的，都有大病保险补充报销的政策。

在寿光综合医院医保办“2023年重大抢救”清单中的30余位患者，每个人的诊断都触目惊心。“这个表里，差不多每个患者都经过多学科联合救治才脱离危险，住院费用都超过20万。”寿光综合医院医保办主任赵志宇介绍：“如果没有城乡居民医保兜底保障，30多个家庭都有返贫的风险。”

除了医保部门的报销政策，农业农村部门、民政部门还会对“因病致贫”的患者给予更多救济和支持。

“医保局会统计自付医疗费每个月超过1.5万元的患者，把名单分享给卫健、民政、农业农村等部门。”寿光市农业农村局干部董文倩介绍，收到名单后，他们会进行核实，最后确定患者是否被列为防返贫监测对象。“一旦确定为监测对象，患者会在次年享受到医疗救助待遇，并享受一系列帮扶政策。”董文倩说。

保障农村居民大病医疗费用，防止“因病致贫、因病返贫”正是“新农合”建立的初衷。事实上，这

年不断调整保障水平和范围，主要也是针对大病、重病。同时，随着保障范围的拓展，城乡居民医保现在又向“普通门诊”延伸。

家住安丘市石埠子镇后村的臧德元，就在去年享受到了慢病门诊报销的好处。臧德元今年66岁，患冠心病已经有几年了。“去年备案成功，门诊按照60%报销。”臧德元说。

所谓“备案”，就是指成为“门诊慢特病备案”的参保人员。“患者凭病例和检查化验报告就能进行申请。”安丘市人民医院医共体庵上分院院长付清宝介绍，慢性病的诊断通常是二级(县级)以上医院出具，县医保局备案后就可以在门诊进行报销。

“慢性门诊报销制度一直存在，只是这几年的报销门槛不断在降低。”安丘市人民医院副院长李际涛告诉记者，以冠心病为例，2023年最新备案标准中除了“心功能Ⅲ级”这一必备条件，让更多冠心病患者可以被纳入到门诊慢病报销案中。

“针对一些很耗钱的病症，门诊的报销政策也在不断优化。”赵志宇告诉记者，如恶性肿瘤化疗、尿毒症透析治疗等，门诊报销比例都提高到65%，并且取消了支付上限。“门诊报销政策的不断优化，减轻了居民看病的负担。”赵志宇说。

记者在调研中发现，除了提供慢性病管理等服务，虽然各地“新农合”政策落地的速度有快有慢，但积极推动“新农合”门诊报销政策的探索成为趋势。比如昆明市取消了慢性肾功能衰竭的门诊起付线，把报销比例提高到90%；成都市糖尿病、高血压在定点医院发生门诊报销比例为70%；沈阳市将糖尿病门诊报销年限提高到400元。

目前，随着逐渐增加的报销比例，不断拓展的医药目录、越来越多的慢病门诊报销……参加城乡居民医保的农村居民抵抗风险的能力不断提高。“国家政策导向已经很清晰了，既要保大病，也要保小病。”国家医保局相关负责人表示。

“保费”上涨为哪般

今年春节期间，村医张青凤格外忙碌，她要趁村民在家过年的时候，给大家解答医保政策。

和往年不同，由于医保缴费上涨了，村里人的问题也变多了起来。“一人一年要380元，一家4口就要1500多块。”张青凤说，“元旦前社区内医保缴纳已经达到了90%以上，但仍有几个村民还在犹豫。”

37岁的王源就是其中之一。王源算了一笔账：家里两位老人年纪大了，住院的概率较大，两个娃还在上学，磕磕碰碰免不了，他们都得缴；就是自己和爱人的保费交不交，他们夫妻二人一直没达成共识。“我和爱人身体都不错，不看病380块就打了水漂。但我爱人觉得不交的话，万一生了病又不托

底。”王源说出了自己的犹豫。

不仅是山东，记者发现，这种“不交怕得大病，交了怕用不上”，成了不少村民“犹豫”的主因；而“保费”是否上涨？涨多少？则在村民的决策中起到关键作用。

“收入没怎么涨，保费却一直涨。”华南某地的刘洋告诉记者，2012年他外出务工的月工资是4000多元，新农合需要缴纳100元；2023年他的工资涨到了7000多元，医保也已经涨到了380元。“我家有3个老人，两个小孩，就我们两口子打工，一年2000多元的缴费确实有点高了。”刘洋表示，从去年开始，他家里只为老人和小孩缴纳城乡居民医保。

从2003年的10元到2024年的380元，医保的个人缴费确实在增长。但个人缴费上涨的背后，也伴随着不断上涨的财政补助。2003年，新农合个人缴费标准为10元，财政补贴每年每人不少于20元。2024年度城乡居民医保个人缴费标准为380元，人均财政补助则是每年不低于640元。

尽管财政补助占年度筹资的64%左右，且在城乡居民医保基金筹资中一直占大头，但在采访中，不少参与城乡居民医保的居民，甚至不知道财政对医保有补助。

对于这种情况，山西医科大学管理学院副院长李建涛教授认为，“农村居民对于个人缴费上涨的不满情绪，某种程度上来自于他们只知道费用上涨了，但不知道费用为什么上涨。”李建涛说，在“新农合”时代，不少学者对“参保”居民满意度的研究印证了这一点。研究表明，“个人缴费、对报销情况的了解程度”是最影响“参保”满意度的两个指标。

简而言之，要想提高农村居民的“参保”满意度，就必须要说清楚“上涨的个人缴费用在了哪里”。据《中国卫生健康统计年鉴》提供的数据，近年来，医药费用年均增幅在8%左右，2021年与2011年相比，全国年均住院费用从6632元上涨到11003元，十年间涨幅约66%。

与此同时，城乡居民医保的报销政策也在不断升级。国家医保局提供的数据显示，2003年“新农合”建立初期，能报销的药品只有300余种，治疗癌症、罕见病等的用药几乎不能报销，罹患大病的患者治疗手段非常有限。而目前，我国医保药品目录内包含药品已达3088种，覆盖了公立医疗机构用药金额90%以上的品种，其中包含74种肿瘤靶向药、80余种罕见病用药。同时，政策范围内住院费用报销比例由2003年的30%—40%，提高到现在的70%，一些地区的一级医院(乡镇卫生院)报销比例高达85%。

赵志宇提供的“医保政策”对照表里，具象化了报销范围扩大、报销比例提高的情况。“举例来说，住院花5000块，2010年个人需要支付1710元，2023年个人仅需要支付920元。”赵志宇表示，当年寿光市农民人均纯收入8700元，而2022年底，寿光市农民人

均纯收入为17775元，个人支付占纯收入的比重在降低。“即使算上当年个人缴费30元与现在380元的差价，报销的额度仍然在增高。”赵志宇说。

一边是为了覆盖新医药、新技术带来的医疗成本上涨，一边是为了更好地满足城乡居民对医疗保障的需求，这就需要适度上调“个人缴费”和政府补助来保证医保基金的收支平衡。

但是，即便保费不断上涨，也只能维持医保基金“脆弱的平衡”。统计数据显示，2021年城乡居民医保基金结余率仅为4.4%，有个别省份甚至出现基金赤字的情况。

还是保上踏实

在刚刚结束的全国两会上，全国人大代表、重庆市巫山县竹贤乡下庄村党支部书记毛相林也关注到了城乡居民医保个人缴费上涨的问题。在平时的工作和调研中，毛相林发现，随着城乡居民医保个人缴费标准逐年提高、门诊定额报销制度取消，有的居民参保意愿下降。

他在《关于减轻城乡居民医保缴费负担的建议》中提出：暂停上调个人参保缴费标准，增设零缴费或低缴费参保档次，建立连续缴费的激励机制，普通门诊统筹报销限额可结转下年使用。

实际上，这不是人大代表第一次关注城乡居民医保个人缴费问题。2022年和2023年全国两会上，都有代表建议，“合理控制城乡居民基本医疗报销个人缴费标准增幅，3—5年提高一次标准。”国家医保局在公开回复时表示，将推动城乡居民医保缴费调整与社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。

记者通过国家医保局相关司局了解到，尽管“缴费与收入挂钩”的相关政策还未明确落地，但国家医保局已经会同财政部开展相关研究。可以明确的是：城乡居民医保的财政补贴力度将持续加大。

一些专家也注意到了个人缴费上涨对参保意愿的影响，并参与到基本医疗保险参保机制改革方向的探讨中。

“让农民愿意缴费，背后需要合理的制度设计。”武汉大学公共经济与社会保障系教授王增文认为，目前筹资机制没有实现与居民收入挂钩，而是采取定额缴费的形式。他建议：采取以个人年收入或家庭年收入的一定比例来筹资。“但这种筹资方式需要对农民收入进行详细调查，加强医保筹资与收入的协同联动性。”

而包括刘洋在内的一些农村村民还表示，缴费意愿的降低，不只是因为连年上涨的保费，还因为就算缴纳了城乡居民医保，生病时要花的钱还是不少。

寿光市洛城街道村民冯翔就遇到过这样的情况。他的母亲在2010年因心脏病入院，转诊到潍坊市人民医院(三级医院)后花费了约3万元，实际报销1万出头，需要支付2万余元。“报销后，我们拿的还是大头。”冯翔认为，小病在乡镇解决，花不了太多钱，但生大病花大钱，却只能去大医院，去大医院就意味着报销比例也在减少，老百姓要支付很多。

“参保居民住院发生的政策范围内医疗费用，不同级别的医院起付线和报销比例不同。”赵志宇解释，就以冯翔母亲手术的2010年为例，寿光综合医院(二级医院)住院起付线为500元，起付线以上按照55%报销；冯翔母亲做手术的潍坊市人民医院为三级医院，报销起付线为1000元，起付线以上最高按照40%报销。“如果在寿光做手术，可以省下7000元左右。但当时这个手术我们做不了。”赵志宇说。

“尽管现在各级医院的医保起付线都在降低、报销比例都在升高，但是按照现有医疗服务定价机制和报销方式，一般情况下，越到基层治疗费用越低，而医保的报销比例越高，患者如果可以在基层医院得到高质量的治疗，确实可以省下一大笔费用。”李建涛解释，但这需要提高基层医院的医疗水平。

“如今我们医院可以做支架手术了。”赵志宇又给记者算了一笔账，按照现在的治疗费用推算，心脏支架手术费用在3.5万元左右，刨除600元起付线，剩余部分按照70%的比例报销，患者只需要缴纳1万元左右的费用。

提高医疗水平的不只是县级医院。记者在采访中发现，安丘市通过紧密型县域医共体建设试点，提高了乡(镇)卫生院的治疗水平。比如，在安丘市人民医院医共体庵上分院，已经可以开展包括骨科手术、疝气修补术等难度较大的三四级手术。“患者住院在200元起付线以上，都可以按照85%的比例报销。”庵上分院院长付清宝表示，乡(镇)卫生院治疗质量的提升，为附近村民看病节省了一大笔开支。

如安丘市一样，自2019年国家卫生健康委启动“紧密型县域医共体建设试点”以来，已有800多个县(市、区)开展“医共体”建设试点。

令人欣慰的是，记者在查阅各地今年最新城乡居民医保政策时发现，一些地区已经在开展毛相林代表建议的“连续缴费的激励机制”探索。比如甘肃省兰州市日前宣布，自今年1月1日起，城乡居民医保参保人员连续缴费的，自第二年起连续缴费年限每增加一年，其住院报销比例提高1%，累计比例不超过5%；中断缴费后再次参加的参保人员，则按照初次参保报销比例执行。福建省厦门市自今年起，对连续参保时间不满12个月的，按大病保险正常待遇的50%执行；连续参保时间满24个月的，按大病保险正常待遇的100%执行(未成年人、在校学生、医疗救助对象除外)。天津市对于连续参加居民医保的参保人员，门诊(急)诊就医最高支付限额提高1000元，调整为5000元。

就在潍坊市城乡居民医保补缴期快结束时，记者再次询问了王源的情况，得知他已为全家缴纳了住院费用。“还是保上踏实。”他在微信回复家，“期待医保政策能有调整，以后入保就不必犹豫了。”

(为保护隐私，本文受访患者及家属均为化名，病情等信息亦作模糊处理。)