

中国·洛阳篇

中国·洛阳篇 目录

1 中国公民看病流程	2
2 中国的急救医疗	3
3 医师、护士等	4
4 医院分级管理体制	5
5 医疗保险制度	8

* 《中国·洛阳篇》通篇有关注释:

《中国·洛阳篇》的撰写、编辑过程如下:

- 1 原稿由日本国冈山县精神科医疗中心医院医师主要参考日语文献资料,用日语撰写、编辑。
参考文献列举在下面第7项。
(因本原稿参考日语文献资料撰写,难以保证内容绝对准确,也不一定是最新数据资料。)
- 2 本原稿的中文由日方的日中双语使用者译出。
- 3 中文译文由河南科技大学第五附属医院医师修改、校阅。修改内容是由于前第1项所述原因,即对没有正确反映最近中国状况的内容、最新数据资料,在最小范围内进行的修改、更新。
- 4 修改后的中文亦由日方的日中双语使用者译出。
- 5 上述日文译文由日方编辑负责人审阅、校正。
- 6 由于本文经上述程序撰写、编辑,存在许多不足之处,今后,还将继续充实改善。
- 7 日文版部分在第6章(资料)掲載有日译《中华人民共和国精神卫生法》,但因该法中文全文可在中华人民共和国政府网站阅览,故在此省略。
- 8 参考文献

原稿撰写阶段的参考文献列举如下:

- ①日本外务省在外公馆医务官消息(2013年1月资料)。
- ②「中国医疗相关数据集【2011年版】」(2011年度医疗经济研究机构自由研究报告——关于中国医疗保障制度研究会编。发行:日本一般财团法人医疗经济研究·社会保险福利协会。2011年8月)(以下略称为:文献2)。
※ 上述「文献2」为医疗经济研究机构主办的「有关中国医疗保障制度研究会」(会长:林谦治 国立保健医疗科学院长(当时的职称))的研究报告之一。本便览引用部分的主要内容由茨城大学人文学部非专任讲师(当时的职称)吉田次郎兵卫(2014年1月的现在,任帝京大学经济学部准教授)执笔。
- ③日本(一般财团法人)海外国民医疗基金(JOMF)刊行的《海外消息报》:2007年11月至2010年11月期间田中健一氏(北京天卫诊所牙医、具有中国牙科医资格)的连载「在北京街角所看——中国医疗现场的报告——」(以下略称为:文献3)。
- ④中华人民共和国政府网站所载《中华人民共和国精神卫生法》中文版。

※ 关于②③的参考文献的引用(本文著者在尊重参考文献的原意之上,做了一些调整修改,非原文引用。)皆通过文献的出版部征得了作者的同意。

※ 本便览中参考文献2、3所述内容,禁止私自转载引用。

1 中国公民看病流程

在中国医院看病时，要先到挂号处分诊、挂号。如<第3章医师、护士等>一章所述，医师有职称等级划分（从高到低排列为：主任医师、副主任医师、主治医师、医师等），就诊者可自由挂哪个等级的、哪个医师的号。挂号费按医师等级费用不同，比如：主任医师 XX 元、主治医师 YY 元等等。

急诊就诊时，要挂急诊号。住院、接受检查时，要在住院或门诊收费处交押金或缴费。根据预定的检查内容或预计住院天数，押金金额不同；医院不同金额亦不同。预计检查费或住院时间长时，押金也高。

目前全国大部分地区改善了上述旧方式，实行“先诊疗，后付费”的就医流程，大幅提高了对患者的医疗服务水准。

若按旧方式的流程，在挂号处挂号后，拿着挂号单据到就诊科看门诊，接受自己选定的医师诊查。诊查顺序在挂号处已按先到顺序排好。

医师诊看后，认为需要（血检、影像检查等）检查或开药时，把检验单和处方等交给患者。患者拿着这些单子去收费处按单子所列检验项目和药剂等内容缴费。检验费、药费里包括有治疗费。在收费处缴款后，要领收据。此后需要在门诊接受检查时，出示收据接受检查；药剂一般都是在院内开方，但取药时亦出示该收据在院内药房取药处取药。

最近洛阳市实施全市医疗机构信息化建设，采用计算机系统管理，医生在门诊室把诊查内容输入进计算机后，信息自动传到收费处和取药处（河南科技大学第五附属医院、洛阳市第一中医院已经采用这种计算机系统）。这样，患者在门诊室拿到印有自己的 ID 号、姓名、诊查医生姓名的就诊卡，在收费处出示即可。

2 中国的急救医疗

(参考文献 3 撰写)

(1) 急救运送

在洛阳叫急救车要拨“120”电话。急救车为医院所有。洛阳市以洛阳市急救中心为中心建设有全市急救网络，涵盖洛阳市所有管辖的行政区域，加入全市急救网络的、具备急诊急救能力的二、三级医院，负责急救医疗。

用电话呼叫急救车时，“120”将通知离患者最近医院派出急救车辆，将患者送至距离最近的医疗机构或根据病情缓急，应其家属要求的医疗机构。按照国家规定，急救车内配备有急救设备、药品，并且急救医生和护师随乘。

(2) 急救门诊

急救门诊原则是：先治疗，后付费。

下示一例洛阳市的治疗费明细：

细菌性食物中毒患者急诊治疗费用（1天的费用、单位为元 / 人民币）

- 挂号费：4.5 元
 - 留观费：15 元（注释）
 - 治疗费：大致 142 元
 - 注射费： -
 - 手术费： -
 - (彩色)B 超检查：80 元
 - (DR) X 光检查：70 元
 - 常规血检：17 元（注释）
 - 检验费：309 元（注释）
 - 西药费：311.02 元
 - 中成费： -
 - 中草药： -
- （合计：948.5 元）

（注释）“留观费”是指接受急救治疗时的护理费或病床使用费等。“常规血检”指一般的血液检验，不包括特殊检验。检验费包括：乙肝五项、肝功能、肾功能、血生化、尿十项、大便常规及潜血。

3 医师、护士等

(※ 此章包括列表在内参考文献 2。)

在中国根据出诊医师的职称等级，挂号费有所不同。医师的职称等级从高到低排列有：主任医师、副主任医师、主治医师、医师；护士有：主任护师、副主任护师、主管护师、护师、护士。

这个职称等级是依据 1986 年开始实行的专业技术职称聘任制度设置的。不仅在医疗方面，其他许多方面的专业技术职务、每个职业都规定有职称等级。

在医疗、卫生方面，1986 年 3 月 15 日中央职称改革工作领导小组发表了《卫生技术人员职务施行条例》，规定医疗技术者的职称等级如下表。

医疗专业工作者的等级职称一览表(卫生部资料)

职务	高级	副高级	中级	初级	助理
医疗、预防、保健	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	助理医师
中药、西药	主任药师	副主任药师	主管药师	药师	药士
看护	主任护师	副主任护师	主管护师	护师	护士
其他卫生技术	主任技师	副主任技师	主管技师	技师	技士

医师和护师即使取得了执业许可证，也希望继续掌握更高层次执业能力，因此，医务工作人员不惜花费时间和金钱，参加各种学会的学术会议和研修，钻研技术。并且为了升级，要通过英语及专业技能考试。

每家医院的挂号处都贴有医师的照片，标有姓名、专科、职称和挂号费。挂号费额副主任医师 4.5 元，主任医师为 5.5 元（截至 2013 年 12 月 31 日现行洛阳市某医院例）。

4 医院分级管理体制

(※ 此章包括列表在内参考文献 2。)

在中国医院也分级别，这被称为医院的“分级管理”。其概要如下表。

医院的级别和评审机关一览表(卫生部资料)

医院级别	评审主管机关
3级特等	国家卫生与计划生育委员会
3级甲、乙等	省、自治区、直辖市卫生厅(局)
2级甲、乙等	省辖市卫生行政部门
1级甲、乙等	省辖市卫生行政部门

这个医院分级管理是依据1989年11月29日国家卫生部发出的《关于实施“医院分级管理方法(试行)”的通知》制定的。该通知概括如下。

- 医院分级管理的目的是通过医院评审，促进构建目标明确、布局合理、规模适当、结构优化、层次分明、功能完善、富有效率的医疗服务体系，对医院实行科学化、规范化、标准化分级管理。调整与健全三级医疗预防体系，以增强其整体功能，充分合理地利用卫生资源，提高医院管理水平和医疗质量，更好地为人民健康服务。

- 中国的医院，由于以往按行政区划、隶属关系、部门所有设置与管理，造成了布局不合理和资源浪费。实行分级管理，进行正确导向，有利于克服上述问题。随着近几年的医药卫生改革的不断探索与推进，各级卫生行政部门对医院级别的规划与社会的整体发展规划相吻合，更加满足社会对医疗的需求的最大化。

- 非营利性医疗机构的收费是在政府指导价基础上，制定有各等级的基准价及各省、市、县的三级基准价。各级医疗机构在不突破相应级别浮动上限的前提下，可根据实际情况自行调整，确定本单位的实际医疗服务价格(以上为《通知》内容的概要介绍)。

所有医院评审的具体实施机构被称为“医疗机构评审委员会”。其评审方法是依据2011年卫生部公布的《医疗机构评审暂行办法》所示纲要而定，概括如下：

- 国家卫生部把医疗机构划为1级至3级。
- 医疗机构评审委员会把各级医院评为甲、乙等，相应级别的评审委员会的评审工作报告，将呈报相应级别的政府行政卫生部门或上一级的政府行政卫生部门审批。级别最高的3级特等由卫生部评审。

关于医院级别标准已在2010年11月，日本的日中医学协会中国医疗状况视察团进行了调查。在下页引用了其报告中的一览表。

医院级别管理标准一览表

医院级别		1 级	2 级	3 级
定义		为社区提供预防、医疗、保健、康复服务的市辖区级诊所、卫生院等。	为几个社区综合提供医疗卫生服务的、可以担当某种规模的教育、科学研究任务的市（地级）地方医院	可提供高度专业性高级医疗卫生服务、并可实施高等教育、科学研究任务的省级医院
設備	床位数	22~99床	100~499床	500床以上
	临床方面	急诊科、内科、外科、妇产科、预防保健科	急诊科、内科、外科、妇产科、预防保健科、小儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、传染病学科	急诊科、内科、外科、妇产科、预防保健科、小儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、传染病学科、中医科、康复科
	技术方面	药房、化检室、X光检查室、消毒室	药房、化检室、放射线科、理疗科、消毒室、手术室、病理室、血液保管室、病历室	药房、化检室、放射线科、理疗科、消毒室、手术室、病理科、核医学科、输血科、病历室、营养部、其它所需机能检查室
人員	医务技术人员	每床平均0.7名	每床平均0.88名	每床平均1.03名
	医师	3名以上（讲师一名以上）	准教授以上医师最少3名（各科讲师1名以上）	各专科必配置准教授以上医师
	护士	5名以上	每床平均0.4名	每床平均0.4名
	其他	相应人数的药剂师、检查技师、放射線技师	相应人数的药剂师、检查技师、放射線技师	相应人数的药剂师、检查技师、放射線技师和至少2名以上的临床营养师

（出处）公益财团法人日中医学协会中国医疗状况视察团、「中国的医疗现状」、『笹川医学奖学金进修生同学会学术交流会《资料集》』13~14页。

在经营和税收上，医疗机构大分为非营利性医疗机构和营利性医疗机构。

非营利性医疗机构是指以为社会、公众提供服务为目的而建立、运营的医疗机构，医院所收的医疗费非为盈利目的，而是为了用于填补医疗服务费用。非营利性医疗机构的绝大部分为公立医院，即各级政府的卫生部门及省、市、区县、村镇所属的医疗机构；再有一部分是事业单位和国有企业的附属医疗机构。计划经济体制时期，铁路、运输、通信部门、大型国营企业建立了专属医疗机构，现在也大多在运营中。另外，还有中国人民解放军后勤部所属医疗机构。这些医疗机构在计划经济体制时期时只许所属内部职工和军人就诊，但改革开放后，也对一般市民开放。

营利性医疗机构是指可以用医疗服务中所得收入反馈给投资者利润的医疗机构。国家禁止政府部门直接运营营利性医疗机构。近年来，政府鼓励社会资本举办、经营医疗机构，鼓励社会资本进入公立医院共同办医。有各种组织和个人成立了营利性医疗机构，现在非营利性医疗机构和营利性医疗机构同存并立，同时享有各种医疗保险的待遇。

5 医疗保险制度

(※ 此章参考文献2)

(1) 医疗保障制度的改革历程和现行的医疗保险制度

中国的医疗保障制度从设立当初就划分为城镇和农村，经过政治、经济状况不同的各个阶段的调整、修改演变至今。特别是1978年第11届中央委员会第3次全体会议（3中全会）以后，中国的政治、经济体制迎来了重大的改革时期。其间，政府努力摸索建立与城镇、农村相适应的医疗保障制度。如何使以往的城镇所属单位承担的职工医疗保险制度及农村人民公社承担的合作医疗制度变革到逐渐适应市场经济体制成为重大社会问题。以下分成 A. 城镇制度、B. 农村制度两部，对其发展历程及现行制度内容做一简要说明。

A 城镇制度

▶公费医疗制度

1952年、国务院发出《国家工作人员公费医疗预防实施方法》，定下了公费医疗制度的基本运行方法。公费医疗制度最初是对国家所属单位、医疗卫生事业单位的工作人员及大学生施行的医疗公费保障，以后逐渐制度化。这个制度作为党政人员和公务员的待遇之一，由各级政府支出公费医疗费用，保障了医疗财政运营。从设立以后的相当长时期不征收保险费，治疗费、药品费、住院费、手术费等全部免费。

该制度主要内容的参保条件、医疗财源、指定医院规定等在改革开放以后也被维持下来。符合参保条件的有全国各级人民政府、党派、团体的工作人员及由国家开支工资的各级政府的教育·文化、医疗卫生等事业单位的工作人员、革命残废军人和工会工作人员。工会工作人员包括以中华全国总工会为领导的各级基层工会工作人员。

该制度随着各个阶段政治形式的变化情势参保条件有所改变，可享受医疗待遇的人数不断增大。因此，国务院发出通知，要求严格限制参保条件，但没有太大效果。其可就诊医院大多被指定为1~2所医疗机构，在指定医院治疗困难时，可介绍到其他医疗机构。医疗收入被纳入财政预算，由卫生部门管理，运营稳定，医疗费几乎全部由所属单位报销。这种运营体制导致公费医疗费不断大幅增长。

改革开放后，由于支出负担过大问题愈发严重，1978年国家开始实行限制医疗费政策。具体为，强化医疗费支出状况的检查和资金管理；严格审查参保人员资格；明确批准疗养申请标准等等。但是，即使如此，80年代以后医疗费依然不断膨胀。

通过这些历程，公费医疗制度逐渐被统一改革为下述的城镇工作人员基本医疗保险制度。

▶劳保医疗制度

建国后设立的劳保医疗制度最初适用于职工人员“一百人以上的国营、公私合营、私营及合作社经营的工厂、矿场及其附属单位；铁路、运输、邮电的各企业单位及附属单位。”在1953年，规定各单位的工资总额的5%~7%作为劳工医疗保险制度经费加算入生产成本，作为制度运营财源。限制实施对象单位的理由如下：

- 国家财政收入有限；
- 由于社会保障制度经验不足，“重点实行，逐步普及”；
- 一百人以上职工的单位经营比较稳定，具有支付保险费用的能力，基金的管理组织、工会组织扎实，单位具有保证政策实施的组织能力。

这个劳保医疗制度一直延续到改革开放以后，但是，单位的经营状态影响报销比例，经营恶化的单位对本应报销的职工医疗费收据推延不报，造成所谓的医疗费“白条化”问题发生。另外，还有一个问题是一百人以下单位的在职职工、非正式职工没参保资格，并且其抚养家属也不能加入。

参保职工的就诊医院，在计划经济体制下，各单位只允许在几个指定医疗机构就诊。但改革开放后，随着市场经济化的发展渐渐没有了限定。

包括国有医疗机构在内，各医疗机构开始追求利润的增加，在医疗水平和医药费标准审查体系尚未健全的情况下，医疗卫生方面已经被卷入到市场经济的潮流之中。

1984年第12期中央委员会第3次全体会议做出《关于经济体制改革的决定》，企业的经营管理体系发生了很大变化，国家允许企业内部保留一部分利润。当时，这部分企业内部保留利润被允许充填为职工福利基金的财源，其中，就包括劳保医疗制度基金，职工工资总额的5.5%被扣除。

但是，由于劳保医疗制度基金归各单位分别建立，所属单位经营状况不同可支付内容就大不相同。其中关系到劳保医疗制度存亡的重要问题是退休职工医疗费的增长和治疗大病时所需的高额医疗费。

出于这种情况，各单位独自运营医疗制度时，支付比例从0%到100%相差极大，社会不满高涨，“没有社保，还算是什么社会主义国家？”民众呼声四起，医疗保障制度必须再建。

►城镇职工基本医疗保险制度

1989年国务院发表了《国家体制改革委员会1989年经济体制改革重点》，决定先在辽宁省丹东市、吉林省四平市等实行医疗保险制度改革实验；在广东省深圳市、河南省实行社会保险综合改革实验。改革的主要内容是把退休职工的医疗费和高额医疗费也纳入医疗保险对象，通过这个实验，职工医疗制度迎来了新局面。

90年代后期，市场经济在经济的各个领域不断深化中，职工医疗制度出现了以下的问题：以药费为中心的医疗费高涨，无法有效控制，压迫了医疗财政；所属单位的经营状况不同，医疗保障范围、报销比例相异，其中甚至有完全不能报销的单位等等，社会极端不平等现象显著。

其中具有施政、财政能力的城市，比如北京市，摸索实践中，建立了大病医疗保险制度，试缩小医疗保障的社会差距。1995年该制度在全市展开，此后，制定了指定医院制度；向所属单位提前申请预支高额治疗费规定；失业人员保险制度；报销职工范围的扩大等等，不断努力改善。

1998年12月14日，国务院决定以城镇职工为对象在全国展开了新的医疗保险制度，发布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定（国发1998年第44号）》，据此，各地分别按本地的实际情况制定了相应的制度。另一方面，还存在有审查能力低的医药费审查机关的教育研修、占支付医疗费7成以上药费控制政策的完善等问题。

城镇职工基本医疗保险制度的特点试概括为以下4点。

①加入单位

加入是义务性的，加入单位包括企业（国有企业、集体企业、外资企业、私营企业等）、机关、事业单位（公立的学校、医院）、各种社会团体、民办企业单位及其职工。

②缴费率和统筹机构

用人单位缴费率控制在职工工资总额的6%左右，职工缴费率一般为本人工资收入的2%，随着经济发展，缴费率可作相应调整。基本医疗保险原则上以地级以上行政区（包括地区、市/州/盟）为统筹单位。

③基金

基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部记入个人帐户。用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人帐户。划入个人帐户的比例一般为用人单位缴费的30%左右，具体比例由统筹地区根据个人帐户的支付范围和职工年龄等因素确定。

④统筹基金的起付标准和最高支付限额

起付标准以下的医疗费用，从个人帐户中支付或由个人自负。起付标准以上最高支付限额以下的医疗费用，主要从统筹基金中支付，个人也要负担一定比例。统筹基金的具体起付标准，最高支付限额由统筹地区根据以收定支、收支平衡的原则确定。

►城镇居民基本医疗制度

国务院于2007年发出了《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见（国发2007年20号）》。下面就该制度的社会背景做一说明。

“党中央、国务院高度重视解决人民群众的医疗保障问题，不断完善医疗保障制度。1998年我国开始建立城镇职工基本医疗保险制度，之后又启动了新型农村合作医疗制度试点，建立了城乡医疗救助制度。目前没有医疗保障制度安排的主要是城镇非从业居民。为实现基本建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标，国务院决定，从今年起开展城镇居民基本医疗保险试点。”

该制度计划从2007年启动，争取2009年试点城市达到80%以上，2010年在全国全面推开。这样，在底层支撑着改革开放的农民工虽然不能加入城镇职工基本医疗，但如果加入这个城镇居民基本医疗就可以摆脱无保险状况。同时，签定合同的企业经营状况的影响、农民工迁居流动时的接续等问题仍然存在。为此，人力资源和社会保障部、卫生部、财政部于2009年12月31日发布了《流动就业人员基本医疗保障关系转移接续暂行办法》。该规定实现了全民医保，特别是农民工，在城镇就业时，如果加入城镇居民基本医疗保险，能够连续参保其他保险，回农村后可转移接续参保新型农村合作医疗保险，这样打破了城镇和农村户籍制度的界线，是一个划时代的政策。

但2011年时，该制度的运用上，在实施符合当地实际情况的筹资、合理统筹、规范方面还处于摸索、改善阶段。下面以2007年国务院发出的《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见（国发2007年20号）》内容为重点对该制度的特点做一概括。

①参保范围

不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段的学生(包括职业高中、中专、技校学生)、少年儿童和其他非从业城镇居民不受户籍限制都可自愿参加城镇居民基本医疗保险。

②筹资水平

根据当地的经济水平以及成年人和未成年人的基本医疗消费需求，并考虑家庭和财政的负担能力，恰当确定筹资水平。

③缴费和补助

以家庭缴费为主，政府给予适当补助。有条件的用人单位可以对职工家属参保缴费给予补助。政府每年按不低于人均40元给予补助。其中，中央财政对丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人等困难居民参保所需家庭缴费部分，政府每年再按不低于人均60元给予补助。对中西部地区按人均20元给予补助。中央财政对东部地区参照新型农村合作医疗的补助办法给予适当补助。

④费用支付

城镇居民基本医疗保险只建立统筹基金，不建立个人账户，基金主要用于支付住院医疗和部分门诊大病费用。基金支付比例原则上低于职工基本医疗保险而高于新型农村合作医疗，一般可以在50%至60%。关于具体的支付结算制度，没有全国性的统一规定。

B 农村制度

►合作医疗制度

文化大革命末期，在全国大多数的生产大队成立了合作医疗制度（1979年达到90%以上）。

1981年以后，农村经济体制改革进行中，指出人民公社不符合改革开放经济路线，随着家庭生产承包责任制的导入，人民公社逐渐解体，合作医疗制度失去了其原有集体经济基础。参保人数连年低下，1989年降至4.8%。

这样，拥有众多人口的农村医疗保障成为社会政策上的大问题。1985年在世界银行的指导下，四川省简阳县、眉山县实施“中国农村健康保险实验研究”，这个实验的最大目的是引入自费医疗制度，该实验成为改革开放后合作医疗制度的基础。改革开放后的合作医疗制度如上述，不论是参保率达到90%以上由生产大队举办的1979年前后，参保率下降到4.8%的1989年前后，还是制度积极再建的90年代，都大为不同。另外经济发展地区与未发展地区也大不相同。以下就该制度的特点、概要和存在问题做一简要说明。

①政治体制的影响

文化大革命期间，强硬的政治领导使农村合作医疗制度在全国展开。到了改革开放后的80年代，农村干部对组织参加合作医疗制度动机薄弱，参保率明显降低。进入90年代，“因病致贫”成为社会问题，农民的不满增大，国家开始摸索试行重建各种制度。

②财政

改革开放前靠人民公社的公有资金运营，但是随着人民公社解体失去了财政基础。另外合作医疗制度急速普及的文化大革命时期几乎是免费制度，一旦改为从农民征收保险费变得极为困难。重新建立制度时，如何保证收入成为重要待决问题，其解决方法各地区、组织各不相同。政府、集体组织、农民的负担比率也没有统一、明确的规定。

③农村的基础保健卫生工作的展开

合作医疗制度的组织功能是雇用乡村医生、开设村卫生室、负责基本医疗和保健卫生工作。在地方病、结核、新型病毒流感、爱滋病等的预防工作上，是实施中央政府预防政策的基础组织。

④享受医疗服务的场所

合作医疗制度支付的医疗费主要运用于村卫生室、乡镇卫生院的医疗。即使勉强报销县医院医药费，水平比较高的城市3级甲等医院的医药费也无法负担。

90年代合作医疗制度存在的问题有，财源的多样化；自费负担比率的提升；保险制度的增强；医疗卫生资源的有效活用；基金管理制度改革和管理能力的提高；介绍向上级医疗机构就诊制度的健全化等。

为此，农村的医疗保障被改革为下述新型农村合作医疗制度。

►新型农村合作医疗制度

在市场经济化发展中，农村之间经济发展的地区差距产生，并且农民之间的贫富差距扩大，贫困农民陷入即使想参保亦无缴费能力的状况。在农村内部，建国当初农民之间的互助观念已经淡漠，其结果，贫困农民中陷入“因病致贫”状况的、或者放弃在医疗机构治疗的很多。为此，卫生部、财政部、农业部于2003年1月10日制定了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见（国发2003年3号）》，国务院办公厅同月公布、施行。

该制度是由政府组织，农民自愿参加，农民个人、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。从2003年起，各省、自治区、直辖市至少要选2—3个县（市）先行试点，取得经验后逐步推开。到2010年，实现在全国建立基本覆盖农村居民的制度的目标。

该制度有以下3个特点。

①组织管理

一般采取以县（区）为单位进行统筹。县（区）级人民政府成立由有关部门和参加合作医疗的农民代表组成的农村合作医疗管理委员会，负责有关组织、协调、管理和指导工作。委员会下设经办机构，负责具体业务工作，人员由县（区）级人民政府调剂解决。经办机构的人员和工作经费列入同级财政预算，不得从农村合作医疗基金中提取。

②筹资标准

新型农村合作医疗制度由以下两方筹资组成。

(a) 个人缴费

农民个人每年的缴费标准不应低于60元。

(b) 政府财政资助

根据国家、省统一部署和要求，2013年筹资标准为每人340元，其中中央、省、县三级财政补助280元，参合农民个人缴纳60元。县民政部门为农村五保户、重点优抚对象全额代缴参合金60元，为农村低保对象代缴参合金20元；对农村其他困难群体，各乡镇可通过其他途径进行资助。

③保险费支付内容

住院医疗费和大病医疗费为保险支付的主要对象。由各省、自治区、直辖市制定支付基本医药品目录。