

· 法学研究 ·

“新型农村合作医疗管理条例”制定的战略取向 ——基于城乡一体化发展的视角

孙淑云

(山西大学 政治与公共管理学院, 山西 太原 030006)

摘要: 2010年颁布的《社会保险法》授权国务院制定新农合管理条例,标志着新农合制度正从实验性阶段走向定型法治化发展的关键时期。检讨嵌入城乡二元结构的新农合制度遭遇城乡一体化加速的挑战及其困境,总结新农合制度与城乡一体化的互动和磨合,评析制度渐进完善中的经验和教训,科学判断和准确把握“新农合管理条例”制定的宏观战略取向,一揽子设计新农合与城镇居民医保统一制度、统一管理体制、城乡医保筹资待遇整合和调整的制度等,才能顺利推进新农合管理条例的微观规范设计。

关键词: 新型农村合作医疗管理条例; 城乡一体化发展; 战略取向

中图分类号: R197 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-5935(2014)01-0098-06

新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)是由“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。”^①2002年《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》提出建立新农合,2003年开始在全国试点,此后,新农合制度操作层面的政策^②由卫生部等各部委、各省、市、统筹县(市)在“试点”中“仿照”中央政策文件予以“细化”和“创新”,形成了由三、四层政府政策文件构筑起来的,制度弹性化、政策地方化、以农民为参保主体的“初级”社会保险制度,^{[1]82}2010年10月颁布的《中华人民共和国社会保险法》授权国务院制定“新农合管理条例”,标志着新农合制度正从实验性阶段走向定型法治化发展时期。任何社会保障制度的立法都必须与经济社会发展水平相适应,“新农合管理条例”的制定也不例外。产生并嵌入城乡二元结构的新农合制度,如何与当下城乡一体化发展加速的经济社会发展水平相适应,是其立法的宏观战

略取向问题。为此,检讨已经在试点中“成长”了11年的新农合制度遭遇城乡一体化加速的挑战与困局,总结新农合制度与城乡一体化加速的互动和磨合,评析制度渐进完善中的经验和教训,科学判断和准确把握“新农合管理条例”制定的宏观战略取向,才能顺利推进“新型农村合作医疗管理条例”的微观规范设计。

一 新农合制度建设遭遇城乡一体化的挑战及其困境

新农合制度产生的2002年,正是“我国城乡二元结构改革的分界点,之前为城乡二元结构加强甚至固化时期,之后进入加速转型时期,减轻城乡二元结构。”^[2]新农合制度不仅是对计划经济时期传统农村合作医疗制度的传承,^{[1]31}也是对“20世纪八九十年代重构农村合作医疗制度实证研究的总结”和创新。^[3]内生于城乡二元经济社会的新农合制度,与城镇医保制度分割建设。但是,2003年新农合制

收稿日期:2013-11-18

基金项目:国家社会科学基金一般项目“新型农村合作医疗管理条例的制定研究”(11BFX073);山西城乡医保整合的制度构建研究(2013041073-01);山西大学政治与公共管理学院优势特色重点学科建设专项研究

作者简介:孙淑云(1966-),女,山西永济人,山西大学政治与公共管理学院教授、硕士生导师,主要从事社会法学研究。

① 参见2003年1月16日国务院办公厅转发卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发[2003]3号)。

② 据笔者统计,从2002年中共中央、国务院提出建立新农合制度以来至2012年12月底,卫生部、财政部、民政部等部门单独或联合、或由国务院办公厅转发,相继颁发了近70项相关新农合制度各个方面的政策文件。

度一开始试点,我国城乡二元结构就开始松动和加速转型,新农合制度的构建、运行、管理都遭遇了严峻挑战,并陷入制度性困境。

(一) 强调社区互助理念,新农合社会保障法律属性^①定位模糊。

新型农村合作医疗制度构建时,虑及二元分割下农村经济社会的落后,以及对8亿多农民提供财政负担责任的现代社会保障的犹疑,强调对传统农村合作医疗社区保障、“社区互助”理念的继承。贯彻这一理念,政策将新农合制度定性为“农民的互助共济制度”,筹资除了“农民参加、财政补助”外,“集体扶持”是筹资的“三支柱”之一。但是,随着农村改革的推进,大多数地方的集体经济几乎没有收入,所谓的“集体扶持”已陷入“无米之炊”。2010年卫生部制定并经过国家统计局批准的《全国新农合调查制度》的相关筹资统计调查表,就无“集体扶持”筹资的统计。可见,新农合筹资制度的设计脱离了经济社会发展实际,反映了新农合制度过度强调“社区互助”理念,淡化社会保险“社会互助”理念之实质,并直接导致了新农合社会保障法律属性定位之纷争^②。尽管新农合已被纳入2010年颁布的《社会保险法》,但是,其是否属于社会保险的争议仍未停歇。^{[4]298}这是新农合法治化进程的最大障碍。

(二) 以农村户籍为标准确定参保农民,参保主体范围确定难。

新农合中央的政策将参保主体称之为“农民”,以户籍作为确定农民身份和参保范围的标准。这种基于城乡二元结构的认定标准,在实践中遭遇了城

乡二元户籍制度的松动改革,特别是城镇职工医保2004年向农民工扩面^③,以及2007年建立的城镇居民医保对农民工、失地农民的覆盖,暴露出新农合参保人制度先天之不足:诸如参保农民身份认定难、参保主体范围确定难,与城镇居民医保、城镇职工医保竞争农民工、失地农民参保所造成的重复参保、财政重复补贴^④;以及参保农民工医保权转移障碍、异地就医医保权实现难等“疑难杂症”。

(三) 沿用旧的管理体制,卫生部门管理职能异化。

在新农合制度框架中,沿袭了计划经济时期传统农村合作医疗的管理机制^⑤,由卫生部门做行政主管。但是,作为社会保险性质的新农合,与社区互助、社区自治的传统农村合作医疗不同,需要由“第三人”经办机构来经办新农合保险事务。基本医疗保险原理和世界经验要求,经办机构是居于第三方并且代表参保人利益的基金财团法人,要求身份独立、独立经办。^{[1]90}在新农合试点快速推进中,庞大的新农合经办业务“倒逼”卫生部门“紧急”设置经办机构,为了“应急”多从卫生部门借调人员抵挡;尤其是不少地方“依托乡镇卫生院——集提供医疗服务与保障经办于一身,自拉自唱,既当会计,又当出纳”,^[5]新农合经办机构在形式上虽然被赋予了独立性,但实践中则处于“准行政”状态,为了“组织的顺利运转”,多直接附属于卫生行政主管部门,人事任免、业务经费和重大问题的决策多由卫生部门决定和管理。经办机构难“独立”、卫生行政部门也难“中立”,导致了“医保”为“医政”服务,弱化和异化

① 社会保障法律属性也称社会保障分类属性。社会保障是个非常宽泛的理论概念,是由多层次、多项目制度构成的总和概念。世界各国在社会保障立法实践中,一般都根据保障项目和范围,将社会保障划分为属性不同的项目,并以此划分为基础制定各种单行立法,组成社会保障法群。参见覃有土、樊启荣《社会保障法》,北京:法律出版社1997年版,第1页、10页、55页。

② 理论界对新农合社会保障法律属性认识的分歧,主要观点有四:一种观点认为新农合具有社会保险的性质;第二种观点认为新农合具有合作保险的性质;第三种观点认为新农合是一种特殊的农村社会保障措施;第四种观点认为新农合是一种农村社会救助等。参见孙淑云《关于新型农村合作医疗制度社会保障属性的分析》,《经济问题》2011年第1期。

③ 劳动与社会保障部2004年发布的《关于推进混合所有制企业和非公有制企业人员参加医疗保险的意见》明确要求,将农民工纳入城镇职工基本医疗保险的范围。2006年《国务院关于解决农民工问题的若干意见》也要求,有条件的地方直接将稳定就业的农民工纳入城镇职工基本医疗保险中,并对各地下达“扩面”指标,通过劳动保障部门行政推广。

④ 媒体报道我国1亿城乡居民重复参保,财政重复补贴120亿元。参见赵鹏《我国1亿城乡居民重复参保财政重复补贴120亿元》,载《京华时报》2010年9月17日。全国重复参保的人数约占城乡居民参保人数的10%,参见郑功成《中国医疗保障改革与发展战略——病有所医及其发展路径》,载《东岳论丛》2010年第10期第13页。

⑤ 计划经济时期,我国城乡二元分割,经济社会不发达,国家只在城镇建立了基本医疗保障制度,农村没有国家承担责任的医疗保障制度。农民在合作社基础上自发创建了社区互助、社区自治性质的传统农村合作医疗,被当作卫生事业的一部分,而不属社会保障事业,因此,不属人社部门主管,归属卫生部门主管。

了卫生部门的监管职能。“这不仅增加了管理成本,也影响资金的使用效果,甚至存在一定的资金风险。”^[6]“一些管理方面的政策与做法,实质与约束定点医疗机构的目标背道而驰。”^{[1]92}

(四) 筹资的初级和低水平,决定了待遇水平的非基本化。

新农合筹资采取了初级性、低水平的筹资策略,农民筹资和政府补助都低水平起步、粗略估算、定额缴纳。2003年人均基本医疗保险缴费30元,历经多次调整,2012年人均基本医疗保险缴费为300元。目前新农合与城镇职工医保人均筹资相差约20倍、与城镇居民医保相差约2倍。^[7]初级性、低水平的筹资,决定了新农合医疗保障水平也低水平起步,并粗略向农民给付医疗保障待遇。虽然,农民的医保待遇随着筹资“水涨船高”,但保障水平仍然很低,农民“看病难、看病贵”现象依然突出,据统计,新农合的报销比率在2008年只有23%,2009年虽然政府加大了投入,报销比率仍然只占农民医疗代价的40%多。^{[4]13}2012年卫生部明确的目标是50%,远没有达到像城镇职工医保那样的“保障基本医疗参保人的基本需求”^[8]。

可见,城乡二元结构产物的新农合制度,已难抵城乡一体化转型加速的时代洪流,无法局限在农村和农民范围内自行其是。

二 新农合制度建设与城乡一体化的互动与矛盾

面对城乡一体化加速,大量农村劳动力向城市转移,试点中的新农合制度不得不顺时择向、随时变化,以各种方式谋求与城镇两项医保制度的整合,即将新农合、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险“三大板块”变为“两大板块”(即城乡居民基本医保、城镇职工医保)。这些制度整合的实现方式,据中国卫生经济学会的调研结果,分为2种:部分整合模式、完全整合模式;完全整合模式又有4种行政管理模式。^[9]地方试验的探索和创新,无疑顺应了时代的要求,但囿于地方政策的分设、管理的分割,矛盾和弊端仍然突出。

(一) 制度整合缺乏全局考虑,丢失制度整合理念。

以农民工为核心的流动人口的医保权利转移接续难、权利实现难,成为新农合与城镇医保整合的“出发点”。但是,城乡医保整合制度设计局限于试点地方,没有站在全国和全局考虑,缺乏顶层制度设计,为此丢失了制度整合的理念,制度整合的“落脚点”退而求其次,集中关注制度管理分割带来的管理效率浪费。在制度整合的管辖区域内,城乡居民医保实现相对公平。但是,对于流入整合地的流动人口来说,流进容易,流出仍然艰难。2010年社保部、卫生部《关于印发流动就业人员基本医疗保险关系转移接续暂行办法的通知》关于城乡医保转移接续的政策只是权宜之计,难以突破城乡不同板块、不同区域碎片化医保制度的封闭和利益争夺困境,没有从根本上解决流动人口医保权实现难的问题。

(二) 整合模式多样,制度建设仍然难逃碎片化命运。

新型农村合作医疗制度与城镇医保的整合是城乡一体化加速发展的客观需求,也是学界的共识。但是,学者们关于新农合与城镇医保整合的路径、方式、内容争议不休,莫衷一是。^[10]试点实践在各种观点之间摇摆不定,“目前全国有6个省级地区、30多个地市以及150多个县已实行了城乡居民基本医疗保险的一体化。”^[11]但是,整合试点的政策各唱各的调,各有各的招,各有各的制度模式,诸如神木“统一制度统一待遇支付”的整合模式、重庆“一制多档”的整合模式、昆山“二加一”的整合模式、青海先行整合医保管理的样本,等等。^①总之,试点的政策仍然是地方的、管理仍是分割的、制度建设仍然难逃碎片化的命运。

(三) 管理体制顶层分割,基层整合提高管理效率走了样。

顺应城乡一体化加速的现实,新农合在卫生部门领导下探索与城镇医保整合衔接;与此同时,城镇医保在社保部门领导下也在探索与新农合的整合。新农合与城镇医保的整合在理论上尽管分歧,但在节约管理资源上并无争议。这一点却在两部门各自发力领导的制度整合试点实践中走了样,变了味。各地试点中,城乡医保制度整合后,仅管理就有4种模式,即卫生部门管理模式、社保部门管理模式、卫生和社保部门合作管理模式、政府直接管理模式。

^① 参见杨燕绥《社会保险法精释》,北京:法律出版社,2011年版,第20页;仇雨临、翟绍果、郝佳《城乡医疗保障的统筹法律研究:理论、实证与对策》,《中国软科学》2011年第4期,第29-30页。

新农合制度下的这种多头管理、多头经办,特别是卫生部门与社保部门建立的网络系统互不兼容,管理各行其是,各吹各的号,各报各的表。从全国范围看,新农合管理可谓“自乱阵脚”。对于新农合与城镇居民医保并轨的市县来说,面临很多来自上面管理不统一带来的工作阻力,他们既要服务块块,又要服从条条,“条块”权责关系更加复杂,增加了协调工作量。因而,所谓的“制度整合”也只是摆设,管理的浪费和低效现象仍然严重。

三 “新农合管理条例”制定的战略取向

十七大提出要加快构建城乡一体化体制机制建设,据预测,到2020年,中国城镇化率将达到60%,从现在起每年至少有一千几百万农村劳动力转移出来。”^[12]农村劳动力的转移已经也从“离土不离乡”进入“离土又离乡”的阶段,^[13]“新型农村合作医疗管理条例”的制定,是新农合制度建设传承转合的战略机遇期。在这一历史关键时期,新农合制度建设既不能推倒重来,又不能故步自封,要总结新农合与城乡一体化加速磨合中艰难前行的经验和教训,要在新农合11年制度成长的基础上凤凰涅槃般的浴火重生。毫无疑问,新农合制度的改革和完善,要适应加快城乡社会经济一体化发展的需要,围绕参保农民流动和职业变更时医疗保险权实现等关键问题完善新农合制度。

(一) 顺应城乡一体化加速发展的现实,将新农合与城镇居民医保并轨为统一制度。

社会保险制度根据不同社会群体,建立不同实施制度,以便于实现制度全覆盖,这是国际经验。但是,社会群体的分层要适度。新农合和城镇居民医保制度将城乡非正规就业者和无业者,以二元户籍分割成“两项”制度,已不符合我国加速转型期城乡居民非正规就业者就业结构变化的实际。实践不断证明,在同一个医保统筹区域内,城乡居民的非正规就业和无业方式、收入水平、所处的基本医疗待遇环境基本相同或相近,^[14]新农合、城镇居民医保“两制”的性质、制度架构、筹资方式、财政资助方式、待遇水平也基本一致或类似。^[15]而且,我国城乡一体

化体制机制建设步伐加快,2010年,国务院转发了国家发改委《关于2010年深化经济体制改革重点工作的意见》,首次在国务院文件中提出在全国范围内实行居住证制度。取消农业、非农业户口划分,城乡统一的户口登记管理制度将要建立。如同有学者所述,“农民”这一被某些宪法学者视为“多余的宪法概念”,在不久的将来,将真正、完全地融入宪法文本中的“公民”范畴。^[16]因此,应尽快跳出原有的二元制度范畴,将新农合和城镇居民医保“两制”并轨实验的政策理性升华为法律规定,以与劳动贡献挂钩的“居住地”为标准确定参保者。

(二) 新农合与城镇医保制度的立法应“顶层设计、整体规划、分类实施”。

当下,新农合和城镇医保制度的完善指向一致,即应对城乡一体化。但是,三大医保制度分割设计,制度的完善也都处于头疼医头、脚疼医脚的阶段。2010年《社会保险法》已将城乡三项医保制度统一纳入,当下,制定配套的“基本医疗保险条例”和包括新农合管理在内的“城乡居民初级医疗保险管理条例”,是《社会保险法》实施的必要环节。在这一战略机遇期,应由中央政府强势介入^①,做到“顶层设计、整体规划、分类实施”。

所谓“顶层设计、整体规划”,是指城乡医保制度应在统一的社会保险法理念下由中央立法部门整体规划。新农合纳入《社会保险法》只是第一步、第一层次的基本立法归位。第二层次的立法,是基于基本医疗保险的特点制定“基本医疗保险条例”,必须在中央层级明确三项医保的关系,三项医保制度建设同步进行,参保人认定应整体规划。三项医保的参保主体包括城乡所有居民,无论正规就业还是非正规就业,无论制度覆盖模式的差异,无论缴费水平、待遇水平差异,基本医疗保障权、基本医疗保险法律关系、参保主体的权责义内容、基本医疗管理体制都应该一致。这意味着全体国民在一个制度平台上彼此平等。

所谓“分类实施”,是指有计划地逐步缩小三大医保缴费和待遇给付的差距。针对城乡居民医疗保险缴费的初级性、保障的非基本性,要设计城乡居民

① 基本医疗保险和养老保险相对于工伤、失业、生育保险项目,是对劳动力市场影响最大的项目。几乎世界各国都将基本医疗和养老保险项目的立法权紧紧掌握在中央政府手里,尽最大可能地在全国范围建立统一制度,而将其他保险项目作为地方政府的责任。参见郑秉文《中国社会保险“碎片化制度”危害与“碎片化冲动”探源》,载《社会保障研究》2009年第1期,第217页。

医保从“初级”的社会医疗保险上升到“基本”^①医疗保险的“过渡”办法,即制定包括新农合管理在内的“城乡居民初级医疗保险管理条例”,要确定初级医疗保险制度升级的方向、原则、财政补贴办法,筹资和待遇调整的制度化办法等。

(三)基本医疗保险项目下,新农合与城镇医保管理体制应统一。

卫生部门和医保部门在城乡医保整合中管理权力“交集”、利益争夺和互不妥协,加剧了城乡三大板块医保制度碎片化的复杂性,成为我国基本医疗保险制度一体化发展的“瓶颈”。而“社会保险管理的意义在于,它能将社会保障法律制度细化并促使其得到贯彻实施。”^[17]社会保险管理体制统一是各国社会保险管理的基本原则,它是英国完成社保制度碎片化整合,建立“三统一”^②的社保制度的首要原则。^{[12]214}这一原则要求,基本医疗保险应统一行政主管部门。世界各国基本医疗行政管理部门归属各有选择,有归社保部门、有归卫生部门管理,有归两部门合作管理的。这几个部门管理各有利弊,各国选择各有国情,但是,不论选择那个部门,集中一个部门管理是基本经验。当下,中央政府应站在加快城乡一体化体制机制的战略高度,采取强有力手段,果断取舍,将城乡三项医保行政管理统一,进而长远筹划和推进城乡统一医保制度的建设。

(四)设立“一制多档”的筹资待遇调整制度,促进城乡居民医保整合制度化。

我国城乡经济社会发展水平不一,决定了目前我国必须实行筹资和保障水平差异化的基本医疗保险制度。要想使新农合与城镇职工医保制度达到同样的筹资和保障水平,在不降低城镇职工医保水平的情况下,唯一的办法就是增加城乡居民医保的缴费和保障水平。但是,我国非正规就业的城乡居民收入水平难以确定,与保险缴费挂钩的具体收入也难以客观认定,为此,笔者赞同成都、重庆等地探索的“一制多档”的整合模式。这是一个多效制度:

一是可以打破城乡医保三元分割的封闭机制,对所有城乡非正规就业的居民开放,居民的认定范围以各地推行的“居住证”为标准,使非户籍人口和

户籍人口享受同等待遇。

二是依据缴费人群的自愿选择来确定不同的收入人群和不同的参保对象,体现了社会保险制度的缴费量能负担和激励原则。这种多档自选缴费模式,不仅体现了社会保险——“保险”的多缴多得,少缴少得,权利和义务对应的关系,“还解决了激励机制问题,加强了个人缴费与未来待遇享受之间的关系,解决了二元结构与社会统筹之间的矛盾和道德风险问题。”^{[12]215}

三是针对城乡居民收入和增长不确定的现实,将筹资调整、筹资增长设定为固定档次,将选择权交给参保者,充分尊重城乡非正规就业居民以收入选择待遇的自主选择权,城乡居民量能自选筹资水平和医保待遇,在渐进过程中,当绝大多数城乡居民选择最高档筹资,即达到城镇职工筹资水平,城乡待遇比例统一的“普遍主义”模式医保制度就会水到渠成。

四 结语

产生并嵌入二元经济社会的新农合制度,在与城乡一体化加速经济社会的磨合中艰难前行,直面其制度渐进成长中的困局、矛盾,是为了“新农合管理条例”制定能够针对性突破和解决。只有科学判断和准确把握经济社会发展的宏观趋势,明晰“新农合管理条例”制定的战略取向,才能顺利推进新农合管理条例的微观规范设计。

参考文献:

- [1]孙淑云,柴志凯.新型农村合作医疗制度的规范化与立法研究[M].北京:法律出版社,2009.
- [2]程水源,刘汉成.城乡一体化发展理论与实践[M].北京:中国农业出版社,2010:7.
- [3]曹普.1987-2002:关于农村合作医疗存废的争议与实证研究的兴起[J].中共云南省委党校学报,2010(1):138.
- [4]孙洁.社会保险法讲座[M].北京:中国法制出版社,2011.
- [5]王东进.关于基本医疗保障制度建设的城乡统筹[J].中

① 基本医疗保险的“基本医疗”的内涵和外延具有阶段性、地域性与动态性,受医学科学发展水平以及受保人群疾病谱变动的较大影响,其实施范围与保障水平明显受到国家、用人单位、参保人的经济承受能力的制约。所以,以诊疗必须安全有效、费用事宜为依据,国家制定《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》、《医疗服务设施范围和支付标准》,以此保障基本医疗参保人的基本需求。参见孙洁主编《社会保险法讲座》北京:中国法制出版社2011年版,第13页。

② 即统一管理机构、统一国民资格、统一待遇比例。

- 国医疗保险 2010(2):7.
- [6]郑功成. 中国医疗保障改革与发展战略——病有所医及其发展路径[J]. 东岳论丛 2010(10):12.
- [7]辜胜阻. 社会保险法不宜过快统一城乡医保[J]. 今日中国论坛 2010(1):36.
- [8]新型农村合作医疗试点评估组. 发展中的新型农村合作医疗——新型农村合作医疗试点评估报告[R]. 北京:人民卫生出版社 2006:9.
- [9]苗艳青,王禄生. 城乡居民基本医疗保险制度案例研究:试点实践和主要发现[J]. 中国卫生政策研究 2010(4):15.
- [10]郑功成. 中国社会保障改革与发展战略:医疗保障卷[M]. 北京:人民出版社 2011:97.
- [11]玉 琴 彭 美. 三大医保收入今年或超万亿元,人社部卫计委争夺[DB]. 南方新闻网 2013-04-20.
- [12]郑秉文. 中国社会保险“碎片化制度”危害与“碎片化冲动”探源[J]. 社会保障研究 2009(1):213.
- [13]袁富华,刘霞辉. 让“第二代民工”尽快融入城市[N]. 中国经济导报 2012-06-16(02).
- [14]王禄生,苗艳青. 城乡居民基本医疗保险制度改革引发的思考[J]. 中国卫生政策研究 2010(4):3-4.
- [15]孙淑云. 略论城市居民基本医疗保险与新农合的并轨衔接[J]. 晋阳学刊 2010(6):36.
- [16]周刚志,陈 艳. 实现社会公平的宪政之道——我国宪法文本中农民概念分析[J]. 福建师范大学学报:哲学社会科学版 2008(2):19.
- [17]郑功成. 社会保障学——理念、制度、实践与思辨[M]. 北京:商务印书馆 2004:416.

On the Strategic Orientation of the Administrative Measures for New Rural Cooperative Medical System:

From Perspective of Urban – rural Development

SUN Shu – yun

(School of Political Science & Public Administration ,Shanxi University ,Taiyuan 030006 ,China)

Abstract: The administrative measures for new rural cooperative medical system(NRCMS) shall be prescribed by the State Council according to *Social Insurance Law* in 2010 ,which marks that NRCMS is entering critical period of transformation from experimental stage to legislation stage. Only by examining the challenge and predicament that the acceleration of urban – rural integration has posed to the new rural cooperative medical system in which the dual structure of rural and urban is embedded ,reviewing the interaction and adaptation between NRCMS and urban – rural integration ,summarizing the experience and lessons in the gradual improvement of the system ,scientifically judging and grasping the strategic orientation of its administrative measures ,and comprehensively designing the unified policies of financing system ,management system ,etc. can the prescription of the concrete norms be smoothly promoted.

Key words: the administrative measures for new rural cooperative medical care; accelerating the development of urban – rural integration; strategic orientation

(责任编辑 魏晓虹)