

完善新型农村合作医疗 财政保障机制的调查

■ 朱锦屏

将新农合纳入财政重点保障范畴

湖南省娄底市于2003年7月确定涟源市(省级贫困县)为新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)试点市,2006年将新化县(国家级重点扶贫县)和双峰县(省级财政困难县)纳入试点,2007年将财政经济状况较好的工业市——冷水江市纳入试点。经过四年试点,取得了较快进展。截至2007年底,共覆盖农村人口299万,占全市农村人口总数的91.53%;参合农民249万人,参合率为83.28%。2007年,全市共有52.44万人享受合作医疗基金补助,受益面达17.54%,农民住院补助金额占累计住院费用的比例为28.73%,农民在省、市、县、乡四级医院住院的实际报付比例分别为19.27%、23.04%、23.42%、45.19%。除住院补助外,还将家庭门诊、住院分娩、计划免疫、女扎手术等纳入基金补助范围,在一定程度上兼顾了大病与小病治疗补助。据对涟源市的一次问卷调查,有65%的参合农民认可现在生病都能及时就诊并得到治疗,住院分娩率从30%提高到90%,适龄儿童计划免疫率达到了93%。

为促进试点工作平稳较快推进,娄底市把新农合纳入了财政重点保障范畴。一是补助资金及时足额到位。2003—2007年,全市共筹集到位新农

合资金2.94亿元,其中,中央财政补助1.11亿元,省财政补助6851万元,市财政补助2499.8万元,县、乡财政补助2107.3万元,农民自筹6780万元。二是适当安排了工作经费。对试点县市,市、县财政分别安排了相应的工作经费,基本保证了正常运转需要。三是健全监管机制。推行住院病人逐日登记、单病种定额付费、自费药品总额控制和住院费用病人签字认可制,严控医疗费用的不合理增长,并成立县、乡两级监督委员会,建立定期回访调查和医疗补助公示制度,确保补助资金“取之于民,用之于民”。同时,切实加强对新农合基金的安全监管,完善基金封闭运行机制,严格实行“专款专用、专户储存”和“以收定支、收支平衡”,确保了基金平稳运行。四是积极探索筹资机制。鼓励有条件的乡村集体经济组织对本地新农合给予支持,全市约有10%的村组由集体经济组织统一缴费。五保户和低保户参合经费由民政部门统一扣缴,计划生育户参合经费由乡镇财政所代缴。全市基本建立了以家庭为单位自愿参加,以县市为单位统筹,个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。

新农合财政保障机制存在的不足

1. 制度设计欠合理,保障水平不

高。一是总体投入不足,城乡差别悬殊。2006年虽然中央提高了补助标准,但娄底市新农合年人均补助标准仅40元,而当年城镇职工平均医疗补助标准为897元,城镇职工与农民补助标准比为22.4:1。二是定位于“大病统筹”,农民受益水平低。目前,影响农村居民整体健康水平的大都是常见病和多发病,而新农合制度设计定位于“大病统筹”,各种工伤、意外伤害、慢性病及一些常见易发病症等并未纳入补助范围,实际结果往往是“大病保不住,小病顾不上”。而且,为保障基金收支平衡,各试点县市在“起付线”、“封顶线”上实行从严从紧,并做出“分段按比例报销”、“单病种定额补助”等限制性规定,其运行结果是,患者的医疗费大部分还得由自己承担,患病贫困农民依然无力就医,不能充分享受医疗费用补偿。三是农民参合费用筹集机制不完善,成本高,负面影响大。筹资方式以行政方式为主导,由县、乡政府采取运动式、突击式一家一户上门收取,投入的人力多,时间长,效率低,成本高。为确保参合率,试点县市都不同程度地存在采取行政手段收取参合费用和乡村干部垫付的现象,间接增加了基层干部工作压力和负担,个别地方群众甚至把收取参合费用看做乱收费。

2. 配套资金刚性增长,地方财政支出压力巨大。各级政府新农合补助

呈刚性化增长趋势,随着配套标准的不断提高,参合规模的不断扩大,政府补助总额持续大幅度增加。从现行补助标准和范围看,娄底市参合人数由最初的66万人,增加到了249万人;市本级配套资金也由过去的200多万元,增加到了近1000万元,占新增财力的近1/3。即使维持现有补助标准不变,仅扩大参合群众数量,达到“全面覆盖”目标,市本级配套资金将达1136万元,县市区将达到852万元,财政普遍难堪重负。

3. 基层公共卫生事业发展滞后,医疗机构服务不规范。新农合把服务主体定位于乡、村医疗机构,面对新农合制度下农民看病就医的巨大需求,乡村医疗机构的基础条件和技术能力普遍“先天不足”,难以全面承担为农民群众提供公共卫生与预防保健服务的重担。另一方面,有的医疗卫生机构为追求经济目标,存在“无病乱查,小病大医”等违规行为,“过度医疗”、“药价虚高”现象较为突出。

4. 财政监管难度大,基金安全存在隐患。一是新农合管理机构“管办一体”,财政监督难以及时有效介入。各级新农合医疗机构一般设在卫生部门,既是基金监管的职能部门,又是费用报销的办事机构,这种“管办一体”的机构设置客观上弱化了监管职能。受经费和编制所限,乡镇新农合管理站一般设在当地卫生院,工作人员大都从卫生院抽调,人员经费、工作经费、福利待遇都从原单位和渠道解决,管理部门、定点医院之间存在着千丝万缕的利益联系,难以从制度上消除弄虚作假、违规套取基金的行为。二是信息网络建设滞后,监管难度较大。全市试点县市新农合服务对象达200多万人,仅涟源市依托邵阳证券网络建设了新农合管理网络。面对如此庞大的服务对象,没有建立与之相适应的信息网络和

管理机制,不仅很难完成好繁重的审核、报付任务,而且不利于监管。

完善新农合财政保障机制的建议

1. 科学确定政策目标。以推进“城乡一体化”为着眼点,逐步提高农民医疗保障补助标准,使之与正在试点的城镇居民医疗保障体系全面“接轨”,适时消除城乡医疗保障“二元化”格局。在具体的保障对象和范围上,一是将以“保大病”为主调整为以“预防保健”为主,把常见易发病纳入保障范围,建立能够让绝大多数农民群众参与和受益的预防保健与常见易发病补助保障体制。二是将“大病统筹”调整为“大病救助”,配套推进农村医疗救助体系建设。对于尿毒症、癌症、糖尿病并发症、器官移植治疗排斥反应、癫痫等重特大病症,建议由中央、省级财政建立重特大疾病保障基金,并通过定点救治、限额收费和社会捐赠等方式给予支持。三是逐步做实农民个人账户,扩充农民参保金额,逐步提高补偿标准和水平,实现“一旦参保、终生受益”,提高农民的参与与自觉性,扩大参合面。

2. 加大财政保障力度,实行分地区差别化补助。鉴于中西部地区财政困难、市县新增财力完全无法满足配套需要的实际,建议中央重点支持,坚持以中央和省财政补助为主,市、县、乡财政配套和农民自筹为辅。随着市以下财力的发展壮大、新农村建设的深入推进、农民收入的不断提高,逐步过渡到以市以下财政为主和农民自筹为主的保障体制。

3. 建立利益导向型个人缴费机制,提高农民自觉参与度。一是根据缴费金额、年限和参保连续性等设立不同层次的补偿标准。提高自愿并长期坚持参保农民的补偿标准;鼓励经济条

件较好的农户自愿增加参保金额,并根据参保额度,确定相应的补偿标准作为回报;对中途退出重新进入的,适当收取基本补偿金,并从较低补偿标准进入,再视参保情况逐步提高。二是健全社会救助体系。积极倡导“爱心助医”行动,大力发动社会捐赠,逐步壮大基金规模,对重特大疾病在年度节余基金内实行“二次补偿”。建立以利益为导向、以法规政策为保证、以宣传教育为促进的自动筹资机制,既有利于扩大基金总量,也可以降低行政筹资成本。

4. 健全监管机制,提高政策执行效应和资金使用效益。一是完善新农合监管机构设置。按照“管办分离”的原则,将各级新农合管理机构从卫生部门中独立出来,或与城镇职工医保机构合并,或成立新的机构。同时,考虑将乡镇新农合管理站收编,其人、财、物均由县直接管理。通过理顺管理体制,提高监管的社会公信力。二是完善医疗机构监管体系,规范服务行为。加强对定点医疗机构的监管,完善准入和退出机制,强化动态管理;严格基本诊疗、药品目录和收费项目及价格监管,规范医疗机构服务行为;采取单病种定额付费、按人头预付、医药费用清单制、加强结算审核和补偿报销情况公示等措施,规范医疗收费行为,严防医疗费用不合理增长。三是完善药品监管机制,遏制“药价虚高”。推行新农合药品统一招标、统一价格、统一配送“三统一”管理,开辟产、供、销“特殊通道”。四是完善基金监管机制,确保基金安全。科学研究、合理确定基金的结余比例,建立与基金规模相适应的补偿方案,逐步降低起付线,既不能超出基金的承受能力,也不能因为担心基金透支,未经科学测算,人为地缩小受益面,降低受益水平;完善医药费报付程序,减少现金

发展中的美国市政债券

■ 财政部预算司

美国市政债券是美国州及州以下地方政府及其授权代理机构发行的债券。经过近两个世纪的发展,市政债券市场已成为美国州及州以下地方政府及其下属机构筹集公共事业资金的重要市场,与股票、国债和企业债市场并列成为美国四大资本市场。目前,美国市政债券余额为2.7万亿美元(同期国债余额为9.5万亿美元),市政债券资金在美国经济发展中发挥着越来越重要的作用。

一、美国市政债券基本情况

(一) 市政债券分类

市政债券根据担保来源不同分为税收支持债券和收益债券。税收支持债券,由州、县、特区、市、镇和学区发行,由部分税收收入提供担保,这类债券担保来源稳定,安全性较高,

包括一般责任债券、拨款担保债券和由公开信用增强计划担保的债券,其中主体为一般责任债券。收益债券,由为进行某项基础设施建设依法成立的特定企业或机构发行,发行人用融资项目的经营收益作为债券担保。收益债券往往比一般责任债券风险大,利率高。此外,还有一些市政债券兼具税收支持债券和收益债券的特点,主要有银行担保市政债券、再融资债券等。

一般责任债券分为无限担保一般责任债券和有限担保一般责任债券。前者以发行人的无限征税能力担保,税收收入来源包括公司和个人收入所得税、销售税和财产税;后者以有限税收收入担保,发行人为此种债券提供担保的税收税率受法律严格限制。某些一般责任债券不仅以发行人一般征税能力为担保,还可以其他某些专

项收费、转移支付资金和特殊收入为担保,并免征所得税,这种债券被称为双重收入来源债券。

收益债券主要有以下几种类型:机场收入债券,通常用交通费收入(如降落费、场地使用费和航空加油费)提供担保。医院收入债券,担保来源为联邦和州的补助计划(如公共医疗补助制度和医疗保险制度)、第三方商业支付(如蓝十字、蓝盾组织、健康医疗组织和私人保险)和个人医疗付款。单户住宅抵押贷款收入债券,通常以不动产抵押品和单户住宅贷款的偿还额担保。多户住宅收入债券,通常为服务于老年人或低收入家庭的多户住宅项目发行,由联邦保险的不动产抵押品、联邦政府营运补贴或利息费用补贴、减征地方财产税补贴担保。学院、大学收入债券,通常以宿舍租金、学费或学院和大学的固定资

报付比例,探索通过农民补贴网络兑付医疗补助,真正实现新农合管理机构“管账不管钱”;进一步加强财政财务监管,规范新农合管理机构和医疗服务机构的会计基础工作。五是加快乡镇医疗信息化网络建设,提高监管质量和效率。

5. 加大农村卫生事业投入,提升基层医疗机构服务能力。一是科学界定乡、村医疗卫生机构的职能职责,加快乡、村公立医疗卫生机构建设,将为当地农民提供公共卫生和医疗保健服

务作为其主要职责,工作经费主要由县级财政保障。同时,引导社会力量参与和加强村级卫生室建设,增强农村医疗卫生机构的发展活力,实现“小病不出村,常见病不出乡,大病不出县”。二是推进乡村卫生服务一体化建设。按照“统筹城乡发展”的方针,加大农村卫生事业投入,逐步提高农村卫生资源所占比重。推进医疗机构科学布局 and 医疗资源整合利用,推行医疗集团化管理。鼓励发展中医事业,充分挖掘民间的有效医疗技术,提高农村卫

生资源的利用率。三是加强乡镇卫生队伍建设。将乡镇卫生院业务骨干和乡村医生专业培训作为各级医疗培训的重要内容,建立中青年医师定期下乡镇医院、知名专家不定期受聘乡镇医院等制度,激励和引导城镇医技人员下乡挂职指导、定点帮扶,带动医疗卫生资源逐步向农村医疗机构“下沉”,稳步提高农村卫生服务水平。^[1]

(作者单位:湖南省娄底市财政局)

责任编辑 李艳芝