

新型农村合作医疗试点存在的问题及改进建议

○ 胡柏枝 李冬云 雷建辉

2003年7月,湖北省政府按照国务院的统一部署,在合作医疗基础较好的武穴、长阳、谷城、老河口、公安、云梦、丹江口和大冶8个县(市)开展了新型农村合作医疗试点。至2003年底,8个试点县(市)参加新型农村合作医疗人口197.71万人,占应参加合作医疗人口的比例(下称“参合率”)为50.81%。按中央财政、省级财政、市县(市)财政安排补助(年人均标准分别为10元、5元、5元),集体经济扶持和社会捐赠,农民个人每年缴费10元或15元等3条筹资渠道,共筹集新型农村合作医疗基金2111.13万元。农村合作医疗试点工作开展以来,已为107.57万人次支付医药费2791.55万元,其中享受住院补助的有3.98万人次,支付住院费用1955.8万元;享受门诊补偿103.59万人次,支付费用835.75万元。

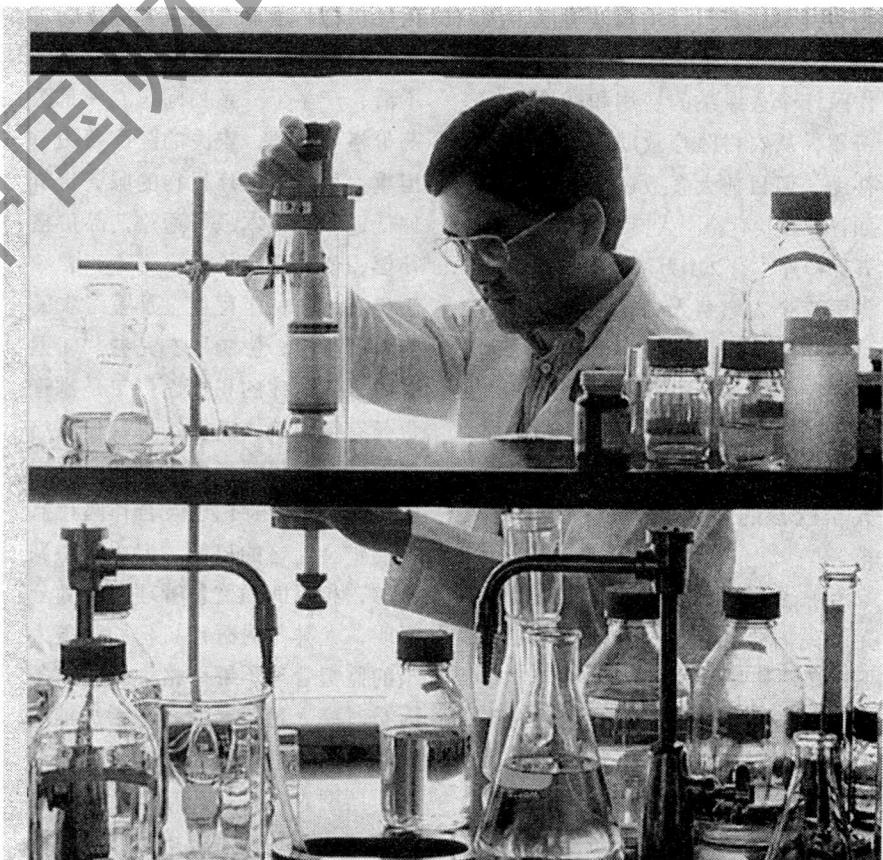
与传统的合作医疗相比,新型农村合作医疗制度不但兼顾了农民的受益面,也突出了对特、大、重病病人的补偿,“小病拖、大病抗”的情况有所改观。但从8个试点县(市)情况看,还存在一些影响新型农村合作医疗顺利推进的因素,主要是:

1. 农民意愿直接影响着参合率。8个试点县(市)2003年整体参合率不高,平均为50.81%,且发展不平衡,其中大冶为32.19%,公安为

39.31%,云梦为39.86%,丹江口为57.35%,武穴为60.91%,老河口为64.7%,长阳为66.7%,谷城为67.33%。尽管2004年参合率有所上升,但仍不理想。主要原因:一是有的农民缺乏互助共济的观念和意识,认为现在身体很好,不会生病,交钱给别人用不划算,更有甚者,2003年享受了新型合作医疗住院补偿,病愈后又退出合作医疗;二是外出打工农民参加合作医疗的很少,而外出打工人员占农业人口

的比重越来越大,武穴为25%左右,云梦为22.27%,谷城为18.6%,丹江口为15.38%,老河口为11.89%,这势必影响基金的稳定增长;三是目前大多数试点县(市)补偿率在总费用的25%左右,最高不过40%,与农民参加合作医疗的心理预期相差甚远。

2. 管理机构不够规范,经费有待落实。8个县(市)大多数乡镇合作医疗管理机构设在乡镇卫生院,管理人员也多是临时抽调乡镇卫生院



职工,还有部分乡镇卫生院院长兼任合作医疗管理机构负责人。这种既负责提供医疗服务又负责审核支付农民医疗费用的体制,导致管理中存在重医院自身效益而损害参加合作医疗农民利益的问题。同时,临时抽调的工作人员因身份未定,工作积极性不高。县乡两级管理机构工作经费偏紧的问题也十分突出。据调查,一个县的县乡两级管理机构办公经费支出除了前期网络设施、宣传、办证等投入约90万元外,日常支出每年大体需要70万元左右,尤其是农民缴费征收的成本过高,各级“合作医疗管理办公室”工作人员挨家挨户收费,交通不便的县(市)往往一户要去几次,更加大了工作的难度,高成本的运作方式使得业务经费更为紧张,致使有的试点县(市)大量的新型农村合作医疗管理支出挂账或分摊到卫生医疗单位。

3. 特殊困难群体参加合作医疗缴费及治病自负费用难以负担。按规定,农村五保户和贫困户参加合作医疗个人缴纳的费用和就诊自负费用,从农村医疗救助资金中给予补助,但目前大多数还没有落实。如谷城县共有特困人口2.7万人,除五保户外,有2.1万困难人员参加合作医疗个人缴费无力承担。个别县(市)是动员干部职工捐款解决的,如武穴市向全市干部职工募捐48.88万元,解决了2003年困难人员参加合作医疗的个人缴费,但这些特困人员就诊的自费部分至今没有着落。

4. 乡村医疗和管理水平难以满足农民需要。乡、村合作医疗卫生服务条件和管理水平自2003年“非典”以来,虽有所改善,但仍很落后。主要表现在:一是管理手段落后。面对众多的参加合作医疗的农民群体,人工登记农民医疗收支账

目、汇总数据,不能保证资料的准确、完整。湖北省有关部门已开发相关软件,并要求各试点县(市)实施县、乡合作医疗管理机构联网,实行个人缴费、患者就诊、报销审核、资金运行等基本信息网络动态管理,但一些基层管理人员仍存在操作不熟练、信息录入不准确、数据分析不充分等问题。二是定点医疗机构基础条件较差。很多乡镇卫生院医疗设备陈旧,药品周转金短缺,村级卫生室医疗设施更是简陋。三是乡、村医务人员技术水平偏低,对病情难以及时做出诊断,使得“小病不出村,大病不出乡”的良好愿望难以实现。

5. 对合作医疗的目标定位和责任划分有待进一步明确。新型农村合作医疗存在“全保”、“保大(病)保小(病)”的认识分歧,政府鼓励和倡导的是要解决农民因病致贫、返贫问题,农民出钱参加合作医疗,期望看病能享受城镇居民同样待遇,医疗机构和医务人员主要考虑的是各自利益。由于认识不到位,责任不清,产生了一系列问题。一是医药价格不合理,农民的医疗费用负担重。目前,医疗机构的服务定价偏低,服务成本只好通过药品价格补偿,使药品定价居高不下,转嫁于患者,在一定程度上加重了农民的费用负担,影响了农民参加新型农村合作医疗的积极性。二是监管责任有待明确。新型农村合作医疗管理制度,虽然形成了合作医疗管理机构、卫生部门以及合作医疗监督委员会监督的机制,但由于协调不够,相互间的监督管理职责划分不明,尤其是对医疗机构和医务人员的监督管理不够严格,一些医务人员对病人超目录用药,增加辅助检查项目,甚至重复检查。

新型农村合作医疗制度是切实解决“三农”问题,统筹城乡发展

的重大举措,为促进其健康和顺利发展,我们认为,应从以下方面进一步加强和改进工作:

——充分试点,稳步推进新型农村合作医疗。农村合作医疗不应急于求成,要适时总结,积累经验,提供更加科学合理的操作方案,让农民真正体会到合作医疗的好处,进一步培育新型农村合作医疗的群众基础。在此基础上,实现国务院确定的到2010年新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民的目标。

——理顺合作医疗管理体制,落实机构工作经费。从长期目标来看,应建立“管办分离”的合作医疗管理体制,保证基金使用的公平、公开和公正。在试点阶段,合作医疗经办机构可以采用“下分上不分”的过渡体制,即县(市)合作医疗管理办公室在县(市)卫生局内设,人员从县(市)卫生局内抽调;乡镇合作医疗管理站与乡镇卫生院分开,人员由县(市)统筹解决,以有效防止乡村医疗机构的违规操作问题。尽快落实经办机构工作经费,建议合作医疗管理办(站)人员工资和工作经费由省、县(市)两级财政预算解决,保证合作医疗管理机构的正常运转。同时,对困难地方合作医疗试点工作的前期启动经费,建议通过中央财政转移支付支持解决。

——落实特殊困难群体参加合作医疗及治病自负费用。对于农村特困户、伤残人员等困难群体参加合作医疗时个人应缴纳的费用,包括这些特困人员就诊的自负费用部分应有相关的救助政策,这实质上是农村合作医疗制度的补充。这些困难人群在各县(市)分布比例一般在千分之一左右,建议明确政策,使各试点县(市)在设计新型农村合作医疗方案时,可以从农村医疗救

助资金或扶贫资金中提取这部分人员的费用,做到政策有依据,资金有保障。

——加大农村公共医疗卫生投入,建立农民卫生健康服务体系。农村公共卫生是农村基本的公共产品。为完善农村医疗卫生服务体系,提高农村医疗卫生机构的综合服务能力,建议通过转移支付或专项投入,加大农村公共卫生的投入力度。试点县(市)应按照农村医疗卫生体系建设规划,加快农村医疗卫生服务机构基础设施建设。将试点工作同农村卫生改革与发展有机结合起来,大力推进县(市)乡村医疗卫生网络的建设,改善服务条件,提高医疗服务水平。调整乡村卫生院(所)的布局 and 数量,改善医疗设施条件。加强乡村医生的职业管理和技术培训,努力提高医疗技术水平和人员素质。

——明确“保大为主,兼顾保小”的目标,完善药品目录和医疗服务收费标准。目前,大多数农民温饱问题基本解决,支付小病门诊费用问题不大,但大病住院费用较高,农民一般无力支付,对生产、生活影响较大,许多农民因病返贫、致贫。因此,建议农村合作医疗以“大病”住院统筹为主,适当兼顾小病门诊。操作中,在经济发展水平较低的县(市)可以同时设立统筹基金和家庭账户,并根据各县

(市)情况,确立合理的统筹基金和家庭账户比例,在经济发展水平较高的县(市)也可以只设立统筹基金,而不设立家庭账户。目标定位明确之后,还应在规范医疗行为和 控制医药价格上采取切实有效措施。一是要适当调整合作医疗基本用药目录,区别对待治疗性药品和非治疗性药品,凡治疗性药品应放宽限制,非治疗性药品应从紧控制。二是制定合理的药品价格,全国统一发布,增强信息透明度,降低医疗成本费用。三是适当提高医疗服务价格,体现医务人员知识技术的价值,提高医疗机构的服务积极性,改变以药养医、转嫁负担的现状。四是规范“医、患、管”三方行为,尤其要加强对定点合作医疗机构的医务人员医德、医风教育,提高其思想认识和诚信意识。

——专员办应完善监管,履行好职责。为了保证农村合作医疗机构的中央财政补助资金安全、规范和有效使用,财政部授权驻各地财政监察专员办事处就地进行监管(财社[2003]112号),要求建立新型农村合作医疗制度的省(市)财政厅、卫生厅在联合向财政部、卫生部提交材料,申请新型农村合作医疗中央财政补助资金之前,首先由财政部驻各省的财政监察专员办事处对申请材料进行初审。为了充分发挥就地监管优势,专员办可以从三个

方面着手开展工作,履行职责。一是核准有关基础数据。建议有关专员办对试点县(市)基础数据进行核实,为确立中央财政补助资金数额提供依据。核查内容主要包括:申请报告材料的真实、完整性,检查重点是建立农村新型合作医疗的制度设计和资金安排情况;有关报表数据的真实准确性,重点包括当地农业人口数、参加合作医疗农民人数、个人缴费、地方筹集资金数额等指标。在检查的基础上,向财政部提出中央财政补助资金的初审数据。二是制定审核操作规程,规范日常程序性审核工作。要制定统一的审核操作规程,明确专员办的审核责任和具体审核事项,规避审核风险,做到依法审核。要尽快建立农村新型合作医疗的网络信息系统,督促各试点地区将相关的基础数据信息和动态变化数据纳入微机管理,为专员办的日常审核提供基础。另外,专员办要比照国库集中支付审核办法,依据网络信息进行程序性审核,这样,既可以为财政部按季预拨、年终清算提供准确数据,也提高监管效率。三是开展重点检查和调研,充分发挥“耳目”作用。专员办应积极履行监督职责,定期或不定期对基金的征收、管理、使用以及结余等情况进行重点检查,防止出现挤占挪用、虚假冒领、贪污浪费等问题,对查出的问题要及时报告,严肃处理。同时,新型农村合作医疗制度正在试点完善过程中,专员办要深入实地调研,尤其要对中央政策落实、资金使用管理、地方合作医疗制度设计缺陷、合作医疗管理及农民关注的疑难问题开展专题调研,即时发现情况,反馈信息,完善制度,为部门和领导决策提供依据。

(作者单位:财政部驻湖北财政监察专员办)

