



关于铜山县实行农民合作医疗保险的调查

中国广大农村人口的医疗保健事业,是一项重大而艰巨的事业。六七十年代曾推行过的“赤脚医生”、“合作医疗”制度,在近年一系列农村经济、社会生活变化中,已基本解体。如何顺应改革开放后的新形势,在“两个转变”过程中解决好农村医疗保健问题,非常值得探讨和实验。近闻江苏省的人口大县铜山县在实行农民合作医疗保险方面取得了重要进展,特去作了调查,现将其基本做法和经验概括如下。

一、背景概况

铜山县地处苏北、环抱徐州,目前总人口 134 万,其中农业人口 117 万人。1996 年,农民人均纯收入为 2 760 元。80 年代之后,随农村实行家庭联产承包责任制,原依托于集体经济的合作医疗失去了经济后盾,加之管理不善,相继归于解体。1994 年底,全县 530 多个行政村中举办合作医疗的仅剩 7 家,“医疗预防保健网”基本破损,农民因病致贫和因病返贫现象十分突出,在全县全部贫困户中占 70%。

进入 90 年代以来,铜山县政府曾在

全面调查基础上,先后作过“合医不合药”等集资医疗试点,并对县、乡、村三级医疗卫生机构加大投入,使三级医疗机构硬件达到“初级卫生保健”规划的标准。但由于缺乏有效的医疗保障,农民仍不积极看病就医,小病往往拖成大病,不得已时则盲目进入大中城市看病,造成极大的经济负担。而本县乡镇卫生机构业务清淡,医护人员报酬低,队伍不稳。针对这种情况,县政府于 1995 年选择 5 个乡镇试行农民合作医疗保险制度,取得初步经验后,于 1996 年 7 月 1 日将此制度在全县推开,很快产生了可喜的效果。

二、基本做法

(一)四级出资形成三级管理的医疗保险基金。根据 1994 年度铜山县农民年人均纯收入的 1.5% 和农民人均医药费支出等有关数据测算,医疗保险基金的总体筹集标准暂定为每人每年 20 元。四级出资,其中农民个人出 15 元,村集体经济出 3 元,乡财政、县财政各出 1 元。在使用方面规定,年人均 6 元由村掌握,用于农民在村卫生室就诊药费的报销;年人均 10 元由乡镇掌握,用于农民在乡镇卫生院及乡以上医疗单位门诊药费和住院医药费 5 000 元以内的报销;年人均 1 元由县掌握,用于农民住院医药费超过 5 000 元以上部分的报销。此外,乡还分别掌握年人均 1 元,用于专职人员工资补贴和农民就诊卡(表、簿)及办公费用支出;年人均 2 元,用于乡村医生的工资补贴。这样,以“个人为主,集体扶助,财政引导支持”的形式,形成了四级出资、三级管理的农民合作医疗保险基金。

(二)入保农民定向就医,实行医疗机构责任制。对参加医疗保险的农民,实行“凭卡就诊,划区医疗,逐级转诊,分级管理”的办法,就近在村卫生室看病就诊,必要时,向乡、县或更高级次的医疗单位逐级转诊,实行医疗机构责任制。

(三)农民医疗费分段按超额累进比例报销。具体规定是:1. 门诊药费报销比例:在村卫生室、乡镇卫生院、县及其以上医院门诊就诊均只报销药费的

○ 贾康

30%。2.住院医药费报销比例:(1)在乡(镇)及其以上医院住院医药费,全年累计在5000元以内的,由乡(镇)医疗保险基金分段报销。其比例:500元以内报销20%;501—1000元的部分报销30%;1001—2000元的部分报销40%;2001—3000元的部分报销50%;3001—5000元的部分报销60%。(2)在乡(镇)及其以上医院住院医药费,全年累计超过5000元时,其超出部分可享受县级风险基金的分段报销。其比例:5001—10000元的部分报销65%;10001—15000元的部分报销70%;15001—20000元的部分报销75%。这样住院医药费每人每年在县乡两级可能报销的最高额度为12750元。另外,对镶牙、美容、自购药品等不予报销的范围也作了具体规定。

三、主要成效

铜山县农民合作医疗保险制度实行之后,迄今已有100%的乡、93%的村和85%的农户参保,成效十分显著。主要表现在:

(一)提高了农民治病保健意识和农村医疗保健水平,使广大农民群众“有病早治,大病敢治”,明显减少了因病致贫、因病返贫的现象。现在农民患病后,能及时到医疗单位诊治,仅村级卫生室门诊就增加36.5%,表明农民自我保健意识显著增强,农村医疗设施利用水平提高。特别是农民即使得了大病重病,现在也能治得起,至1996年底,住院受益总人数为6082人。铜山的同志总结了八个字:“有病早治,大病敢治”。有病早治,可以争取及时解除病人痛苦,并防止小病拖成大病引起更大的医药费支出等经济负担;大病敢治,更是解除病人痛苦,并防止因病致贫、因病返贫的发生,促进了民心安定、社会稳定。如1996年7月—11月,全县参保农民发生医药费在5000元以上的共123人,报销总额为68万元,其中实报金额在5000—10000元之间的有36人,万元以上的有16人。一些农民过去从未治疗或因经济困难间断、放弃治疗的重病和先天性疾病,得到了治疗。

(二)促进了卫生资源的有效配置和合理使用,促进了医疗服务质量的提高和医风医德的改进。由于实行了划区医疗,定点定向转诊,使病人流向趋于合理,农民就诊基本形成了“小病不出村、大病不出乡、一般疑难病不出县”的格局。由于目前医疗市场实际消费水平是上级医院高于下级医院,同一种疾病(如阑尾炎、正常住院分娩等)在乡卫生院和县、市级医院相比,其收费水平和交通、陪住等费用是逐级呈几何级数递增的。农民合作医疗保险实施后,一方面避免了农民过去因盲目择院就诊所造成的高额医疗消费和医疗以外的其他费用支出,从而保护了病人利益,农户得到实惠;另一方面由于划区医疗,使县、乡、村三级医疗机构的人员、房屋、设备等综合功能得以充分发挥,使全县有限的卫生资源得到合理、有效利用,有利于推动农村卫生事业的发展。同时,由于合作医疗保险制度和各级医疗机构责任制挂钩,形成必要的制约措施,各级基金超支自负,增强了医疗机构和医务人员的责任感,调动了他们做好医疗保险的积极性,也有效地遏制了大处方、乱检查、乱收费等不规范医疗行为,做到合理检查,合理用药,减少和避免浪费,改进了医风医德,维护了群众利益。

(三)稳定了农村医疗队伍,加强了机构建设和管理。实施合作医疗保险制

度后,解决了多年来难以解决的乡村医护人员报酬问题,稳定了乡村医疗队伍,增强了医护人员的荣誉感、责任心,各级都积极引进人才,加快培养骨干,增加医疗设备,改善医疗条件,加强综合管理。

(四)密切了干群关系。实施合作医疗保险,县、乡、村均给予一定的经费投入,各级干部直接参与筹款和审核报销,参与管理监督,体现了一种积极的政府行为,使广大农民感到党和政府是在为他们办实事、办好事。他们赞扬说这是共产党的一项“德政”,是“民心工程”。由此更密切了干群关系,增强了群众对党和干部的信任感,有利于促进农村经济发展与社会稳定。

总体来看,铜山县的农民合作医疗保险制度,较好地处理了新时期与农村医疗保健和农民负担等有关的一系列矛盾关系,在政府的积极引导和财政支持下,主要依靠广大农民群众的集资合作,形成了农村医疗保健及抗疾病风险的良性机制,明显地增进了社会总福利。目前,村、乡两级基金都能正常运转并有所结余,县级基金在进入1997年后稍有紧张。但该基金以财政为后盾,完全可以相机调控。今后随经济发展,资金筹集的具体标准还可酌情调整,管理方法还可进一步细化完善。相信铜山的经验,对其他许多地区也具有借鉴意义。

