

常德市新型农村合作医疗试点情况调查

胡邦栋 陈绪华 赵建平

常德市位于湖南省西北部，辖七县二区，现有人口610万，其中农村人口470万。2005年，该市选择农业人口较多的澧县进行新型农村合作医疗试点，取得了一定的经验后，2006年又在鼎城区、临澧县和石门县扩大试点。截至2006年12月，四个县区参加合作医疗人数为173.8万人，占四个县区农业人口的73.4%。

一、试点县区试行现状

常德市试点县区规定，凡在本县（区）范围内居住的所有农业人口和无固定收入的城市非农业人口，均可参加合作医疗，按规定履行缴费义务。合作医疗每年元月一日启动，一年为一个周期，中途不办理参与手续。农村由本村负责合作医疗的人员协助办理参与手续，并建立农户合作医疗花名册，县里为参加合作医疗的农户发放《合作医疗证》，对农民缴纳的合作医疗资金及费用补贴情况进行逐项登记。乡镇人民政府是组织和动员群众广泛参与、代收农民基金的责任单位，农民按规定缴纳的个人合作医疗基金由乡镇政府纳入财政统筹，村委会按农业人口以户为单位统一收取，乡镇财政所在每年11月底前一次性转入县合作医疗基金专用账户。具体筹资标准是：中央财政通过专项转移支付对参加合作医疗的农民每年每人补助20元，省地县三级财政补助20元，农民个人缴纳10元；自愿参加合作医疗的城镇非农业人口无固定收入的家庭，不享受政

府补贴，每人每年缴纳标准为50元。按这些规定，2006年度试点四县区实际筹集入账基金为7949.82万元，其中，各级财政专项转移6193.62万元，农民个人缴纳1737.44万元，其他资金18.76万元。2006年，四县区参加合作医疗农民住院82327人次，当年实际住院费用17978.90万元，减除自费部分后，可报销费用为14728.65万元，实际补助5929.18万元（占实际住院费用的33%，占可报销费用的40.2%）；其他补助支出（含定额住院分娩、大病特殊门诊及其他）12603人次，补助金额194.85万元；家庭门诊账户基金补助705.15万元；年度筹集基金结余为1120.55万元。从资金运行结果看，监管基本到位，补偿基本合理，资金基本安全。参合农民真正得到了实惠。

二、目前存在的问题

这种由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、政府和社会多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度的建立，使众多农村家庭就医难、治病难和因病致贫、因病返贫的问题得以缓解，开始显示出它的强大生命力。但是，试点中也出现了一些值得注意的问题。

（一）少数农民把推行新型合作医疗制度与过去乱收费等同起来，参与积极性不高，资金缴纳不到位。调查表明，目前仍有少数农民心存疑虑，参保积极性不高。如常德四个试点县区还有1/4的农民对这项制度缺乏认识，

即使在先期试点的澧县，目前参合率仍仅达到68%的水平。在自愿参加合作医疗的农民中还有部分人资金缴纳不到位，统计资料反映，2006年可筹资金与实际筹集的资金相差737万元之多。

（二）有些环节缺乏监督，挤占、挪用现象有所抬头。据了解，目前合作医疗管理体制尚未理顺，基金管理中最突出的问题是有些环节缺乏监督，基金收支尚未列入专项审计，也未开展专项检查；管理机构没有定员定额标准，缺乏严格的制度制约，工资、费用直接从医疗基金中列支；有的动用专款购置办公设备，甚至请客送礼；还有个别地方领导以“暂借”的方式，将医疗专款挪用到其他支出项目上。这种拆东墙补西壁的做法，极有可能形成有借无还、有去无回的呆账。

（三）农民受益面小，受益程度较低。资料表明，四个试点县区参加合作医疗的173万农民中，得到合作医疗统筹基金补偿的只有4.17万人，仅占2.4%（不含门诊），得到住院补偿的只有3.85万人，仅占2.2%，人均补助金额675元，仅占住院费的29.9%。如某县2005年合作医疗基金总额2000万元，其中农民自筹部分为500多万元，而当年农民从医疗基金中得到的补偿仅400万元。就是说，财政拨给的专项资金分文未动，农民自己缴纳的部分还有100万元“余额”。是这个县的农民没有大病、重病者，真正“节余”了这么多钱吗？显然不是。究其原因，主要

是补偿比例偏低、自费检查费用和药品自费部分偏高所致。这种情况违背了国家建立此项制度的初衷,不利于提高农民参加合作医疗的积极性,必须对医疗费补贴规定作相应的调整。另外,由于参加合作医疗的非农业人口不享受国家补助,基金出现严重透支。

(四)有些定点医疗机构和参加合作医疗人员存在违规行为。定点医疗机构的违规行为主要有:不严格执行基本医疗诊疗目录和药品目录,超标收费,超范围检查,违反合作医疗用药规定,开大处方,开人情方,医务人员提留药品回扣;多收手术费、护理费、治疗费;将应当由个人自付的医疗费用纳入合作医疗补助范围;不执行诊疗常规,不坚持入院标准,任意延长病人住院时间,采取挂名住院、做假病历、分段记账等手段增加合作医疗支出;甚至还有医院巧立名目向患者收取健康咨询费等。参加合作医疗人员违规行为主要有:开虚假医疗费收据、处方,冒名顶替,套取合作医疗基金;将本人医疗证转借他人就诊;擅自涂改医药费收据、病历、处方、检查报告单,钻现行报销制度的空子等。

(五)专门机构服务不到位。主要表现为医疗行为不规范,医疗成本偏高,药品价格紊乱,补贴信息不对称、不透明。有的经办人员缺乏诚信,办事不公,有的向患者索取报酬,人为设障,为难农民等。这些问题如不及时解决,会使新农合这个好制度难以发挥应有的效力,甚至失信于民。

三、对策与建议

(一)建立适应农民心理特点的筹资机制,激发农民参与热情。首先,要调整筹资次序,政府对农民要实行“先予后取”,即地方财政按上年度农村人口,先将20元钱划转到位,再向中央财政申请补助金,最后向农民收取个人负担的部分。只要政府拿钱在先,农民缴费在后,政府多拿、农民少出,好

处全给农民,就会使农民的疑虑得以消除。其次,可采取“坐除变通”的办法,将农民直接交钱改为财政从各种惠农补贴(如种粮补贴、退耕还林、还草补贴)中抵扣,让农民感到政府想得周到,承诺可靠。三要防止乡镇基层单位以此为由,向农民搞乱摊派。

(二)放宽医疗费补助条件,使患病农民真正享受阳光政策的实惠。政府和专门机构要根据基金沉淀过大的实际情况,放宽报销(补助)条件,规范报销范围,简化报销程序。本着收支平衡、不多支、不漏支、不透支的原则,适度扩大医药费补偿范围,适当提高医疗费用补助标准或取消部分自费项目,防止资金沉淀。当年筹集的基金原则上全部用在农民身上,不留或少留结余,尽可能使患病农民得到较多的补偿。

(三)坚持公开、公平、公正,实行优质服务。要规范医院、患者和管理者三方行为,尤其要加强对专门机构工作人员和定点合作医疗单位医务人员的职业道德教育。通过“管、办分离”,解决一些地方医疗机构既负责提供医疗服务又负责审核农民医疗费用报销的体制不顺问题,以及由此带来的侵蚀农民利益的问题;通过改善医疗服务态度,规范医疗服务收费标准,控制医药价格,放宽治疗性药品限制,制定统一的报销审核章程,解决农民看病难、报销难和药费负担过重的问题,以及农村医疗机构以药养医、向患者转嫁负担问题。农村合作医疗机构要定期向社会公布新型农村合作医疗基金的具体收支、使用情况,保证农民知情、参与和监督的权利。定点医院要严格执行“即付即补”和按月稽查制度,通过加强县(市)乡村医疗卫生网络建设,实行财务公开,解决医、患、管之间信息不对称和不透明的问题。

(四)建立医疗基金专项审计制度,严格实行监督管理。按目前政策规定,一个中等县(市)的合作医疗基金如果足额到位可达3000万元以上,如

此巨额资金,若没有严格的管理制度,势必导致严重的后果。因此,合作医疗基金应统一由县合作医疗管理委员会按照“专款专用、专户存储、以收定支、收支平衡”的原则进行管理,并在合作医疗管理委员会认定的国有商业银行设立专用账户,严格进行收支核算。要建立健全合作医疗基金管理的内控制度,实行筹、管、用分离,规范管理办法、办事制度、收费标准、报销药品目录和实施细则。经办人员的工资和工作经费由财政安排,不得从医疗基金中列支,确保专款专用。要通过专项审计、定期审计和内部审计,对基金筹集、管理、使用进行全程监督。对挤占挪用、虚报冒领、贪污浪费等问题要严肃处理,并追缴回收款项,以维护合作医疗基金的安全性和完整性。定点医疗机构要接受群众监督,改善服务态度,主动做好有关管理工作,对违规经办人员和医务人员,视情节给予相应处分。享受合作医疗补助人员违规的,除追回补贴资金外,暂停合作医疗待遇,情节严重构成犯罪的要诉诸法律。

(五)不断提高财政专项转移支付额度。从常德市试点县区情况看,实行新型农村合作医疗制度,确实让农民感到了阳光政策的温暖,分享了改革的成果,农民群众发自内心地感谢党中央和国务院的爱民亲民之举。但是,与广大农民看病治病的实际支出和实际需要相比,目前实行的医疗费用补贴仍然是杯水车薪。因此我们建议,在财政状况不断好转、财政收入规模不断扩大的基础上,国家要在预算安排上对农村合作医疗的投入作适当倾斜,加大财政专项转移支付力度。与此同时,要研究制定有利于城镇居民防病、治病的财政补助政策,让城镇贫困人口也享受到相应的医疗保障待遇。●

(作者单位:中国注册会计师协会
湖南省常德市财政局)
责任编辑 方震海