

宜宾新型农村合作医疗的现状、问题及对策研究

龚文君¹, 周健宇²

(1. 宜宾学院, 四川宜宾 64400; 2. 宜宾市翠屏区人民法院, 四川宜宾 644000)

摘要:经过几年的改革试点和实践,新型农村合作医疗制度建设取得了一定成效。与此同时,这项制度在推广过程中碰到许多制约因素,面临许多突出的问题。如何有效解决这些问题,已经成为制度进一步发展并顺利发挥其积极作用的关键。该文以宜宾市新型农村合作医疗试点工作的开展为例,通过对试点区县现状、问题的介绍,旨在为解决问题、实现制度的良性运行和可持续发展提出相应的对策建议。

关键词:新型农村合作医疗;宜宾市;现状;问题;对策

中图分类号:F197.1 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-2404(2009)30-0054-05

1 宜宾新型农村合作医疗的现状

截止到2007年6月,四川省宜宾市新型农村合作医疗试点区县有宜宾县、南溪县、珙县、翠屏区、江安县、长宁县、高县、兴文县8个区县,总共覆盖人口370.11万,参合农民315.08万人,参合率达85.13%。2007年1-5月,有243418人次享受了补偿,累计报销费用2826.87万元。其中门诊196316人次,报销费用439.07万元,人均补偿22.37元;住院47102人次,报销费用2137.35万元,人均补偿453.77元。经过几年的试点,在管理和运行机制方面积累了一定的经验,试点地区农民就医状况有所改善,农民的医疗费用压力有所缓解,医疗服务质量有所提高。

2008年,国家和省、市对参加新型农村合作医疗试点的农民提高了补助标准,宜宾新型农村合作医疗补偿方案也于4月正式出台,参合农民的报销比例将大幅提高。首先,住院补偿设立起付线和封顶线,原则上发生医疗费用越多补偿数额应越多。定点医疗机构层次越高补偿比例相应递减,拉开县(区)外、县(区)、乡镇各级医疗机构之间的差距,正确引导农民就医的需求,确保农民真正受益。乡镇卫生院起付线50-60元,报销比例不低于65-

70%;县(区)级医疗机构起付线150-200元,报销比例不低于50-55%;县(区)级以上医疗机构起付线400-500元,报销比例不低于25-30%;第二,负担较重者大病可享特补,对个人医疗费用负担较重的参合农民实行二次补偿;第三,孕妇住院分娩可获得补助。为保证孕产妇分娩安全,鼓励孕产妇住院分娩,参合农民在定点医疗机构住院分娩的可获得100-200元补助,病理产科按比例报销;第四,规范适当补偿行为。参合农民在定点医疗机构住院治疗期间,需要转其它定点医疗机构治疗的,其起付线按最高级别医院标准只收一次。在宜宾市参加新型农村合作医疗的农民,凡在市内新农村合作医疗定点的县级医疗机构、乡镇卫生住院,原则上起付线和报销比例按照在本县内定点县级医疗机构、乡镇卫生院住院报销。全市新型农村合作医疗的补偿模式采取“统筹基金和家庭账户相结合的模式”,各级财政补助资金只能用于建立统筹基金,不得划入家庭账户。对五保户、特困户、优抚对象等参合农民住院医疗费用,各区县根据具体情况,适当降低起付线,提高报销比例。

2 试点区县面临的突出问题

2.1 农民参合积极性不高,不合作表现比较严重

建立新型农村合作医疗制度,在很大程度上是各级政府花钱为农民买基本医疗保障。在合作医疗基金的构成中,中央、省、市、县财政补助资金占到三分之二,农民个人出资只占三分之一。并且,合作医疗组织、管理、运行的行政成本,医疗机构软硬件改

收稿日期:2008-12-22

作者简介:龚文君(1982-),讲师,主要从事社会保障理论与实务等方面的研究;周健宇(1981-),宜宾市翠屏区人民法院民事审判二庭法官。E-mail:gongwenjun@gmail.com

善等建设费用全额由各级财政承担,不挤占合作医疗基金以最大程度保证参合农民利益。但在实际实施过程中,试点区县也遭遇到全国许多农村合作医疗试点地区同样的尴尬——“叫好不叫座”,农民参合积极性没有预期那么高,不合作表现比较严重。

2.2 定点医院收费高,报销手续复杂,农民受益度不高

作为向参合农民提供医疗卫生服务的定点医疗机构,其行为不仅关系到参合农民的医疗负担,同时还会影响到参合农民对新型农村合作医疗制度的态度。尽管各级政府卫生行政部门采取了各种手段,但由于对定点医疗机构存在监管困难,导致某些定点医疗机构不能严格按照有关规定要求执行、擅自在医疗行为中增加目录外药品,加剧参合农民负担的现象屡禁不止,令新农合管理部门非常头痛。目前,农民由于受经济条件的制约,生病一般都就近到村级卫生院或个体诊所就诊,既方便又收费低。而定点医院收费普遍较高,报销又比较麻烦,与参加新型农村合作医疗所能获得的补偿相比微不足道。同时,农民为了能报销,得病就必须往定点医院跑,路费、餐宿费、误工费加上虚高收费等,花了许多钱,就算得到了补偿,仔细算下来反而不划算,农民自然会感到受益度不高。

2.3 保障的低水平与农民高期望值之间矛盾突出

新型农村合作医疗制度是建立在农村卫生事业整体发展低水平阶段的低水平保障,但农民的期望值却较高。农民主要从个人利益、短期利益出发,除了希望将本人缴纳的20元钱赚回来外,还要足额享受各级政府的补助资金,否则就有“吃亏”的感觉,甚至对该项制度产生怀疑甚至抵触情绪。新型农村合作医疗作为一项互助共济的医疗保障制度,在同一时段,参合农民不可能达到有无诊疗费用产生均进行百分之百的补贴。但农民则认为本人交了钱、政府又有补助,作为参合者就应该利益均沾,否则就有自己交钱替别人治病的感觉,特别是健康状况较好或健康预期较高的农民可能由于长期得不到住院医疗补偿而积极性受挫。

2.4 报销范围有限影响农民参合积极性

一些已经参合的农民,在现实中受到方方面面的困扰,对新型农村合作医疗信心不足,其中,报销范围有限是制约参合的重要因素。根据调查,一些医疗机构的处方药和检查项目超出基本药物目录和

规定检查的项目过多,不少费用不在报销之列。农民患大病报销,患小病则很少受到关注,这使新型农村合作医疗的可及性受到一定程度的影响。报销范围有限导致农民认为付出多、回报少、不划算,这在很大程度上影响了农民的参合积极性。

2.5 制度的管理成本过高

新型农村合作医疗制度确定以县为单位进行统筹,实施统一的保费征收以及费用发生后的审核、补贴发放等。表面看来,统筹层次很低,但在现实中,绝大部分县都有数十万人口,且农村居民居住分散,能否有足够的管理能力都不确定。政府作为组织者、引导者和支持者,在试点工作中发挥主要作用,不仅试点县市各级政府都要成立一套相应的管理机构,选派工作人员、寻找工作场所、购置必要办公设施,导致财政状况本已捉襟见肘的县市政府大多存在支付压力、人员和办公经费紧张问题,给新型农村合作医疗工作的开展带来很大难度。除上述开支外,为提高农村居民对新型农村合作医疗的了解,县级财政还要承担数额相当大的宣传组织费用,导致政府部门在组织管理能力上凸显窘迫,管理成本之高难以负荷。

3 完善新型农村合作医疗制度的对策建议

从宜宾新型农村合作医疗试点现状来看,制度的建设受到多方面因素的影响和制约,包括经济发展水平、政府的支持引导、文化心理因素、农民认识程度以及医疗卫生服务系统作用的发挥等。建立和完善新型农村合作医疗制度是新时期发展农村卫生工作、深化农村卫生体制改革的一项重要而紧迫的任务。随着试点工作的探索、实践、总结,这一制度逐渐显露出了种种不足之处,亟待调整和完善,以顺利实现其可持续发展,达到预定目标。笔者认为,完善新型农村合作医疗制度,可以从以下几个方面努力:

3.1 强化政府责任

政府必须在新型农村合作医疗的运行中起主导作用,这是新型农村合作医疗制度本身性质的必然要求,是农村居民享有国民基本权利和待遇的具体体现,是增加合作医疗的吸引力和实现合作医疗可持续发展的必要条件。

3.1.1 法律责任

新型农村合作医疗是中国整个社会保障制度的

重要组织部分,应该具有一定的强制性,而这种强制必须通过国家立法来保证。政府应当尽快制定全国统一的《农村合作医疗法》,并以此为依据制定相应的新型《农村合作医疗章程》及配套的政策原则和实施办法。政府在制定政策时,还要注意结合地方实际情况,使政策具有可操作性。中央制定的政策出发点和精神是好的,可是和地方的实际情况相差太远,导致地方上只能把政策当成是“镜花水月”或者对政策进行随意的扭曲。所以,政策应当密切联系地方的实际情况,具有可操作性。

3.1.2 财政责任

各级政府应该加大对农村合作医疗的投入比例;中央政府对新型农村合作医疗的财政投入真正的全面到位;地方各级政府每年要从财政上设立农村合作医疗基金,用于对新型合作医疗的投入;县级财力已有不同程度的增长,应该按实际参加合作医疗的人数定额注入资金,对农村五保户、特困户给予医疗救助;建立稳定的合作医疗筹资机制,根据当地农村居民的医疗需求量,同时结合社会经济发展水平和个人、集体经济的承受能力,通过确定适宜的补偿比例,测算人均基金筹集标准;合作医疗基金的筹集,要坚持“民办公助”的原则,建立“政府引导支持、集体扶持、个人投入为主”的筹资机制,体现政府的责任意识、集体的参与意识和个人的费用意识。

3.1.3 监督管理责任

县级人民政府应当成立由卫生、财政、农业、民政、审计等部门和参加合作医疗的农民代表组成的管理职能部门,下设经办机构,人员由政府统一调剂,经费列入财政预算,由各级财政部门协调解决,保证新型农村合作医疗试点启动经费和经办机构工作经费,不能动用合作医疗资金;县以上政府成立由相应部门组成的农村合作医疗协调小组,改变过去由卫生部门一家负责的局面。在监督机制上,可在县级人民政府依法成立由相关政府部门和参加合作医疗的农民代表共同组成的监督委员会,定期检查、监督合作医疗基金的使用和管理情况,要保证将农民缴纳的资金用在农民身上。这既能保证基金使用的透明度,也能调动广大农民参与积极性。

3.1.4 舆论宣传责任

各级政府尤其是地方政府应加强引导,提高农民参加合作医疗的自觉意识。农民是参加合作医疗的主体,作为公民,不管经济状况或社会地位如何,

都应有追求享受高质量的医疗保健最大化的权利。当然,参加合作医疗是自愿的个人行为,农民有很大的自主空间。作为政府,主要通过引导,促使农民切身感受到农村合作医疗所带来的好处,转变农民的消费观念。通过建立完善的激励约束机制,激发农民参加合作医疗的积极性、自觉性,增强农民自我保障的意识,推动合作医疗的发展。

3.2 逐步实行强制参加原则

在自愿参加的原则下,合作医疗所面临的最大问题就是逆向选择问题。生病的风险对于健康状况差的人群相对更大,因此,这部分人群总是乐于参保。自由选择的结果必然是大量健康者不愿意参加,而参加者多为体弱多病者。这种状况必然增大合作医疗基金的使用,对合作医疗的运行造成威胁。

现阶段,新型合作医疗也强调“农民自愿参加”原则,这使广大农民群众有充分的选择空间。但在现实中,由于农民对政府管理合作医疗的不信任、农民的健康意识和收入水平等因素导致了许多农民家庭把成员人为分为健康者和老弱病残者,选择老弱病残者参加医疗保障而健康者不愿意参加,而许多贫困人口由于缺乏缴费能力也被排斥在外。这就导致覆盖面较低,不利于农村医疗保障可持续发展,也减弱了农民抗风险的能力。合作医疗要实现持续发展,就必须维持一个较高的覆盖率,要维持较高的覆盖率,就有必要施加一定的强制性。如果用强制的方式最终能使农民真正得到实惠,就会真正赢得民心,这一制度也才会真正得到可持续发展。

当然,强制参加的原则并不排斥灵活处理的方式。除了前面提到的中央政府应当尽快制定全国统一的《农村合作医疗法》,并以此为依据制定相应的新型《农村合作医疗章程》及配套的政策原则和实施办法之外,各地方政府还应当根据各地区经济发展情况,探索建立不同层次和水平的农村医疗保障制度,制定新型农村合作医疗的强制参加标准。在具体操作过程中,筹资的标准可以设计出多套方案,相应的待遇也不一样,供农民选择。在保障对象上,可以是一户,或者是一个自然村等等。对经济发达、农民参与率高的地区先按照法律条文逐步强制全体农民参保,其他地区采取部分强制原则,做到村不漏户、户不漏人的原则,既兼顾了制度的强制性与灵活性,又扩大了农民参与率。

3.3 合理确定筹资水平、补偿目标及补偿的比例

要积极利用国内外经验,加强新型农村合作医疗的精算工作,保证制度长期的“收支平衡”。筹资水平的高低不仅决定参保农民享受医疗待遇的高低,而且关系到合作医疗基金的收支平衡,影响农民对新型农村合作医疗制度的信任。地方财政的补助应根据各地农民生活水平和财政富足程度来确定,真正体现可持续发展理论的“公平性”原则。此外,还必须考虑当地农民的医药消费水平和医药费用的补偿比例,主要通过患病率、病种构成、疾病危害程度、各级各类卫生机构卫生服务的利用频率及补偿比例、次均门诊或住院医药费用、年人均费用、大病的界定等指标测算出年人均医疗保健基金数,以此作为筹资的基础性数据。筹资水平应该做到因地制宜,与地方社会经济发展水平相协调。

新型农村合作医疗制度的重点是为了解决农民因病致贫、返贫问题,保障农民全面实现小康,主要是对大病住院进行补偿。但是,无论是考虑到经济能力问题,还是考虑到卫生投入的绩效以及农民的实际需求,只保大病的思路都是不可取的。作为政府推动的医疗保障体制,必须以保基本健康为出发点,重点解决常见病、多发病的预防和治疗。只有这样,才能让更多的人受益,并且可以全面提高卫生投入的绩效。在低投入水平下,如果能够合理选择保障及干预重点,事实上也可以获得良好的健康结果。计划经济时期中国农村医疗卫生事业所取得的成就就是充分证明。大病问题,可以更多发挥商业保险的功能。

无论采取何种医疗保障制度,只要医疗费用全部减免,就一定会出现所谓“需方(病人)过度消费”的道德风险问题。引入“共付机制”,让病人自付一定比例的医药费,有利于克服道德风险问题。共付的实现形式主要有三种:起付点、封顶线和报销比例。合理的自付比例可以有效遏制需方过度消费的道德风险问题,但是自付比例过高而封顶线过低的给付结构,一来可能丧失吸引力,二来可能导致医疗服务利用率的下降,造成贫困家庭即使参加了合作医疗,也不敢住院(哪怕住院治疗是必要的)。如此结果,还导致了另一问题,即富裕家庭在合作医疗上的花费比贫困家庭要多许多,形成了穷人补贴富人的现象。所以,补偿水平的高低也即补偿比例的确定也需科学测算。

3.4 加强农村医疗卫生机构建设管理

3.4.1 建立并维护积极有效的双向逐级转诊机制

建立逐级转诊制度,能有效降低医疗费用。根据相关资料分析表明,在农村卫生院就诊的门诊费用,是县级医院的二分之一,是省级医院的三分之一;城市医院的平均住院费用要高出县级以下医院一倍多。如果不建立逐级转诊制度,势必会造成医疗费用大幅上升,合作医疗基金难以支付的局面。但乡镇一级的医院医疗水平毕竟有限,不可能包治百病,建立合理的转诊机制是很有必要的,不能为了追求经济效益而不顾病人的死活,延误病人治疗。如果不建立逐级转诊制度,只允许在乡级卫生院治疗而不允许到上一级医院治疗,虽然有利于发挥乡级医疗机构的作用,但不利于县级医院资源得到充分利用,也对确实需要转诊的病人不利。所以,可以考虑通过经济手段来调节病人的流向,提高乡镇卫生院的报销比例,促进病人向乡镇卫生院流动,而不是通过截留病人来达到目的。

3.4.2 加强农村医疗卫生基础设施和服务机构建设

必须坚持以政府为主导,双管齐下。一方面要加强改善房屋设备等外在物质条件,特别是乡、村两级农民主要利用的公共医疗卫生服务机构;另一方面要加强其技术水平的提高。合作医疗能不能真正的吸引农民参加,基层医院的服务是基础。医疗技术是医院的生命,服务水平是医院文明形象的直接体现,这些都关系到合作医疗在群众心中的形象问题。形成一整套的规范医疗和服务行为的制度,通过制定基本用药目录、控制常见病单病种费用、诊治过程规范化建设,加大对农村医务人员的培训,特别是加强农村全科医生的教育培养,以提高基层医疗质量,增强服务意识,扭转一直以来农民的认识,使大部分疾病能在基层医院得到医治,从根本上减少医药负担,缓解农民看病难和看病贵的问题。必须同步推进医疗服务体系的改革。要形成合理的服务体系布局,重点突出基层服务体系,确保服务的可及性;要支持与约束并举,确保医疗卫生服务的公益目标。另外,必须统筹、协调基本医疗服务和公共卫生服务发展。

3.4.3 加强对农村医疗卫生管理和监督

卫生部门的指导思想和行业利益、单个卫生机构利益与当地政府的管理目标和利益并不一定总是

一致的。既听命于地方政府,又要接受上级卫生行政部门的指导,常常使农村卫生机构无所适从。由于地方政府法规的能级和卫生部门行政法规的能级难以确定,加上具体的卫生机构有可能存在消极执法的行为,由此产生三方博弈,出现有令不行或者有令争行的现象,难以整合现有的卫生资源。同时,在各家政令循环往复的过程中也浪费了大量的行政资源,造成行政效率低下。只有切实加强对农村医疗卫生的管理和监督,才能提高医疗机构的运作效率,优化资源配置,为合作医疗制度的全面落实创造良好的运行平台。

综上所述,要真正把新型农村合作医疗制度这项利国利民的政策落到实处,还有很长的路要走。制度的完善和推广需要各级政府、农民和医疗机构的共同努力,需要全社会的热切关注。同时,必须从历史的角度去获取经验教训,从实践的探索中总结

经验,深入地分析和思考新型农村合作医疗制度的现实制约因素,这样才能探索出一条有利于新型农村合作医疗制度良性运行和可持续发展的道路。

参考文献

- [1] 四川宜宾基本实现农村医疗保险全覆盖,2007-03-20,中国广播网 <http://www.cnr.cn/>.
- [2] 宜宾新农合补偿方案出台,2008-04-20,宜宾晚报.
- [3] 周宇. 新型农村合作医疗试点要处理好四个方面的关系——兼论南溪县新型农村合作医疗试点的实践与启示,中国区域经济网, <http://www.itechina.org.cn/>.
- [4] 孙淑运,柴志凯. 新型合作医疗立法初探. 中国农村卫生事业管理. 2004 (4).
- [5] 林闽钢. 我国农村合作医疗制度演变及其治理结构的转型. 医院领导决策参考. 2006(1).
- [6] 王向东,于润吉. 办好新型农村合作医疗要解决的几个问题. 卫生经济研究. 2004(1).

Status quo, Issues and Countermeasures on New-style Rural Cooperative Medical Care System in Yibin City, Sichuan Province

Gong Wenjun, Zhou Jianyu

(Yibin University, Court of Cuiqing district in Yibin, Yibin Sichuan Province 644000, China)

Abstract: Through years of reform trial and practice, the construction of New-style Rural Cooperative Medical Care System has reached several achievements in China, while as a complex social systematic project this system may inevitably meet with many restricting factors and face lots of projecting issues when being promoted. How to tackle those problems effectively is pivotal for the system to be further developed and given a full play. Taking the preliminary work on the promotion of New-style Rural Cooperative Medical Care System in Yibin as an example, based on the analysis of status quo and issues being faced in the pilot districts and counties, this article has raised several corresponding countermeasures to solve such issues, realize the sound operation and sustainable development of the system.

Key words: New-style Rural Cooperative Medical Care System; Yibin City; status quo; issues; countermeasures