



新型农村合作医疗可持续发展的管理体制与运行模式探讨

孙洁 2009-06-26 12:09:48

[内容提要] 我国从1994年开始试点的农村新型合作医疗制度使农民的医疗经济负担得到减轻，因病致贫和因病返贫的现象有所缓解。但是目前新农合管理体制尚未明确，缺乏稳定高效的筹资渠道，基层医疗卫生机构的人力资源匮乏、管理方法落后和医疗设备条件简陋等问题已经成为制约基层卫生服务发展和合作医疗可持续性的现实瓶颈。文章从农村新型合作医疗制度可持续发展的角度出发，提出完善新农合管理体制，探索符合实际的运行方式，以保证新型农村合作医疗制度的可持续发展。

[关键词] 新型农村合作医疗；可持续发展；管理体制；运行模式

新型农村合作医疗制度，就是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资的以大病为主的农村医疗互助共济制度。不断完善我国新型农村合作医疗制度对于解决“三农”问题，统筹城乡经济协调发展，全面建设小康社会具有极其重要的战略意义。我国新型农村合作医疗试点工作从2003年开展以来，取得了比较明显的成效。从总体上看，试点地区的农民得到了实实在在的好处，农民的医疗经济负担得到减轻，因病致贫和因病返贫的现象有所缓解，2006年“两会”期间我国政府强调了2008年在全国农村基本普及新型农村合作医疗的目标，确定了2006年中央财政对参加新型农村合作医疗的农民由10元的补助提高到每人每年20元的政策。在这样的背景下，农民参加新型农村合作医疗的热情受到极大的鼓舞，参加新型农村合作医疗的积极性也有所提高。统计数据表明，截至2007年底，全国开展新型农村合作医疗的县(市、区)达到2448个，占全国县(市、区)总数的85.5%，参加农民达到7.26亿人，参合率达到86%，提前一年实现了国务院确定的年度发展目标，全国已有20个省份实现了农村新型合作医疗全覆盖。这对农民长久以来面对的“看病难，看病贵”问题起到了一定的缓解作用。但必须指出的是，这项惠及七亿六千万农村人口的政策在制度设计上仍存在着一些缺陷。

一、我国新型农村合作医疗制度存在问题分析

(一) 管理体制尚未理顺，组织保障水平和经办能力不足

目前，农村新型合作医疗管理体制尚未明确，基层医疗卫生机构特别是乡级卫生院的人力资源匮乏、管理方法落后和医疗设备条件简陋已经成为制约基层卫生服务发展和合作医疗可持续性的现实瓶颈。

首先，管理机构组织责权不明。根据国务院办公厅《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》和《关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见的通知》，各级人民政府成立了由政府、卫生、发展改革、财政、民政、农业、教育、人事、审计、人口计生、食品药品监管、扶贫、残联等部门领导组成的农村新型合作医疗协调领导小组，但各有关管理机构组织责权不是十分明确，多为临时性、不稳定的协调机构，虽然中央已明确各级卫生行政部门是农村新型合作医疗的主管部门，而卫生部门作为一个政府组成部门，在新农合工作中难以随时协调小组各部门工作，影响工作的时效性。目前

中央只对县级新农合经办机构的设立和人员配置做出了明确规定，而省、区、市没有建立独立的新农合经办机构的地区，人员编制从同级卫生行政部门调剂，无法完成新农合监督、审核、检查等工作，造成监督管理职能的不到位。

其次，乡镇卫生院社会功能弱化、经济效益负产出、社会效益不明显的现状离政府和农民寄予的期望相距甚远。同时，由于长期按政府办院的基本模式，乡镇卫生院在“公益”、“福利”、“营利”属性上含混不清，职责、权利、义务没有明确的准则。

第三，医疗资源短缺，服务机构和人员建设滞后。一是乡镇卫生院基础设施建设落后，业务运行不足，医疗设备缺乏，难以满足农民的需求。一些卫生院连基本的诊疗设备，如急救箱、尿分析仪、监护仪，都不能满足农民基本诊疗需求。二是乡镇卫生院人才队伍素质不高已成为制约农村卫生发展的瓶颈。乡镇卫生院中大部分为中专学历，高素质卫生技术人才匮乏，而且许多卫生院由于编制和人事关系的制约，一些大中专毕业生工作后无法入编，不愿留在卫生院工作。三是乡镇卫生院基本的工作经费得不到保障，人员工资待遇不高，职工生活条件差，许多卫生院的技术人才都不愿留下，基层卫生院人才流失现象比较严重。2005年10月26日，在北京举行的“市场经济下我国农村卫生保障制度战略研究阶段性成果”研讨会上公布的一项调查结果显示，在我国农村三级医疗网中居重要地位的乡镇卫生院多数门可罗雀，面临“大病看不了，小病看着”的“抽空”窘境。

（二）筹资成本大，管理成本高

首先，缺乏稳定高效的筹资渠道，筹资成本大。由于新农合筹资坚持自愿原则，每年筹资一次，受领导重视程度和农民认识水平的影响，组织宣传和经费交纳工作面广、难度大、成本高。每年一度农民筹资的任务，虽然每年每人仅交纳10元钱，但主要通过基层干部挨门逐户收缴，耗费了大量的人力、物力和财力，特别是乡镇一级干部和村医生，基本上都是在义务做工作，部分行政村还存在用村集体资金先期垫付或甚至有用村干部工资垫付的情况，增加了村集体经济负担，这将对该项制度的持久与长期性发展带来挑战。其次，管理成本也是一笔不小的费用。新农合的推广必须提高管理水平，也必将增加管理费用。按照《国务院关于建立新型合作医疗制度的意见》原则上不增加编制，但实际上基本都配备长设机构。在县里设立农村合作医疗管理局，乡里设立农村合作医疗办公室，其人员和办公费用都列入财政预算——这些对于财政状况比较困难的基层政府来说本身就是一笔不小的支出。县政府无法承担这些配套支出时，必然会转嫁到卫生机构，甚至是以医疗费用的形式转嫁给患者。

（三）新农合资金管理制度尚待进一步完善

首先，目前中央和省级地方政府对参合农民补助资金是采用转移支付方法划拨，转移支付资金到县级后，还需县财政统筹筹集，中央和省级地方补助资金才能达到县农合基金账户对于一些经济欠发达地区，地方财政比较紧张，尤其是一些财政困难县经费吃紧，各级财政对参合农民的补助基金难以按时筹集到位，甚至出现拖欠新农合补助资金由医疗机构垫付农民补助的现象。这不但影响了农民对农村新型合作医疗制度的信心，也加重了医疗机构的负担，不利于医疗机构的发展，更不利于农村新型合作医疗制度的可持续发展。

其次，新农合基金专用账户未能独立设立。目前新农合基金储存在县级财政社保专户内，县财政再将资金从社保专户拨到县经办机构以及乡经办机构。由于县财政社保专户包括了教育、卫生、计生等经费，这样的资金管理容易模式容易导致社保资金的流失。

第三，累退性的地区补助问题。由于新型合作医疗制度采取个人缴费、集体扶持与

政府资助相结合的筹资原则，因此决定了投保者越多，则国家财政补贴就越多，合作医疗基金就越雄厚。一些地方政府为了套取中央补助资金，拿当地经济发展较好、财政实力较强的县作为试点地区，使得这些地区先一步得到上级政府的资助，产生了明显的补助累退效应。

(四) 农村新型合作医疗与农村贫困医疗救助制度缺乏有效衔接

自农村新型合作医疗制度进行试点以来，由于不少地方新农合筹资标准较低，报销比例也不高，政策本身不够完善，导致参合对象实际受益面窄、受益率低，一定程度上影响了农民的参保积极性。贫困医疗救助制度作为大病统筹的补充，是解决因病致贫、因病返贫的有效途径。它通过为贫困农民交纳合作医疗费，并补偿部分自付的医疗费用来提高贫困农民家庭抗风险的能力。试点地区的经验表明，建立医疗救助制度的地区农民的参合率较高。目前在实际运行中相当部分县(市、区)都控制在5万元以上才能按比例救助，救助最多限额2万元，而困难对象往往无法承受高额的医疗费用，无法享受这一政策，需要对医疗救助的对象和救助的低线作出新界定。农村贫困医疗救助与新农合两种制度上的衔接不够紧密，使得贫困医疗救助的本来作用发挥不够明显。

(五) 新农合的信息化管理水平较低，与新农合推进的速度不相符合

由于财政困难，目前各地尚未建立起地区统一的新农合制度的信息化管理系统，大部分地方多为手工操作。部分县(市、区)虽已建立了本地的新农合制度的信息化管理系统、数据库平台和网络平台，新农合相关数据不能共享和互连、互通，难以实现新农合数字化、自动化、规范化管理，不利于全国、省、市、县合作医疗管理机构的宏观决策分析、基金运行监管、政策落实监督等各项工作的运行。

随着新型农村合作医疗制度的全面普及，管理任务越来越繁重，新农合管理体制的不完善、经办机构的经办能力低下不仅不能完全满足参合农民迅速增长就医需求，而且直接影响着合作医疗的工作质量，影响新农合制度的正常运行和健康发展。

二、探索新型农村合作医疗可持续发展的管理方式

(一) 建立健全新型农村合作医疗管理制度，以保证这项制度的可持续性

首先，要建立健全新型农村合作医疗的专职工作机构。新农合工作量大面广，需要处理的关系较为复杂。为了提高新型农村合作医疗的组织、协调、管理水平，各级政府应整合现有经办机构，组建农村合作医疗委员会，委员会下设办事机构负责具体业务工作。各机构在农村合作医疗委员会的统一协调下，明确相关部门的管理职责，加强联系沟通，互相配合，并使其协调有效的运行，共同促进新型农村合作医疗制度的健康发展。

其次，实行钱账分离的资金管理制度。在新农合资金管理上，采取卫生部门经办、财政部门审核、在指定银行建立专户储存支付的办法，经办机构管账不管钱，代理银行管钱不管账，建立起钱账分离的封闭运行机制。个别单位和个人如果出现套取新农合资金的违法现象，必要的要追究法律责任。

第三，加强对农村合作医疗基金的监管。一是农村合作医疗办事机构要定期向农村合作医疗委员会汇报农村合作医疗基金的收支情况，并保证专款专用，每一笔钱的使用都透明合法；二是各级政府成立督查小组，不定期检查抽查，杜绝基金挪用的现象。

(二) 加强新农合人力资源建设

重视乡镇卫生院人才培养。要不断加大农村卫生人才培养的力度，有计划地分批对

乡镇卫生院的卫技人员进行技能培训，充分利用专业院校和条件好的医院的培训资源，实行集中培训和进修相结合，培养符合农村需要的医护人员；鼓励开展县、乡、村卫生机构的纵向业务合作，提高乡村卫生机构的服务能力和服务水平。坚持城市医院对口支援农村卫生单位的制度，严格执行城市医务人员在晋级前必须到农村服务一年的规定。各级政府要制定吸引卫生人才到农村工作的优惠政策，如辽宁省本溪县政府规定凡到农村乡镇卫生院工作的专科以上的医学毕业生，县财政每人每月补贴500—800元，人事关系留在县里。现已吸收50多名医学大专毕业生，政策实施效果比较好，值得在全国推广。

（三）加大农村医疗救助力度

对于农村没有钱交纳参与新农合医疗费用的贫困家庭，当地政府应加大救助的力度，把新农合的补助和民政部门的医疗救助结合起来，首先设法使他们参与到新型农村合作医疗里面来，使重病的农民得到有效的治疗，使贫困家庭真正享受合作医疗制度的好处，体现党和政府的温暖。

（四）推动新型农村合作医疗制度的法制建设，为制度的健康发展提供强有力的法律保障

目前，我国新型农村合作医疗制度的实施，主要是依据2002年10月中共中央、国务院下发的《关于进一步加强农村卫生工作的决定》和2003年1月国务院办公厅转发卫生部、财政部、农业部《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》进行的，到目前为止尚没有立法。然而，法律制度的欠缺，却给新型农村合作医疗工作带来了一系列的问题，如合作医疗的对象不明确、合作医疗的资金来源不稳定、管理方面的随意性和盲目性等。建设新型农村合作医疗应走法制化道路。

三、探索符合实际的农村新型合作医疗运行模式

在农村新型合作医疗试点中，各地坚持原则、因地制宜、不拘形式、大胆实践探索，创造性地发展了多种基金管理模式，目前至少有三种基金管理模式在实践中运行：第一种模式是卫生部门运作型，这种形式目前占主导，建立区域定点逐渐转诊，控制医疗费用，与农村社区卫生服务相结合，积极为参保农民进行健康体检，建立健康档案，实行门诊优惠减免，支持新农合。其弊端是卫生行政部门同时承担着新农合的行政管理和日常事务性工作，容易产生“管办不分”的情况，发生管理与服务分界不清的现象；第二种模式是社会保障部门运作型，由劳动社会保障部门统一城乡医疗保险管理运行体制，利用城镇医保的经办机构、人员网络和软件系统实施新农合制度。第三种模式是政府委托商业保险公司运作型，由人寿保险公司进行运作，政府部门加强管理。这种模式一是有利于形成政府主导，卫生、财政等部门监督，保险公司经办的有效运作机制；二是保险公司将商业保险的风险管控技术运用到新农合中，有利于加强风险管控；三是对保险公司现有的专业技术、服务网络和人力资源的有效利用，可以节省社会资源，降低政府成本；四是保险业承担了政府所不宜经办的技术性事务，可以实现监督管理与具体经办的分离，有利于转变政府职能。但在试点过程依然有不少问题存在，如商业化运作缺乏政策法规的基础保证；政府合作医疗基金不能保证及时足额到位和必要的管理费用得不到补偿；保险公司缺乏参与试点的激励。目前保险公司对医疗行为的制约较多地依赖于政府主管部门，保险公司和医疗机构的合作尚未跨入实质性阶段，保险公司与医疗机构的合作处于弱势。

新型农村合作医疗制度经过几年来的实践，筹资机制、运行模式和管理体制都已取

得了基本的经验，从2008年起将逐步在全国范围内普及。温家宝总理在2008年的政府工作报告中提出，要在全国农村全面推行新型农村合作医疗制度，用两年时间将筹资标准由每人每年50元提高到100元，其中中央和地方财政对参合农民的补助标准由40元提高到80元。这样报销比例、封顶线都会提高，使农民看病更加受益，将有力地提高农村新型合作医疗制度的保障水平。

笔者认为，为进一步规范农村新型合作医疗的运作，促进农村新型合作医疗的可持续发展，可以从建立健全国家社会保障体系角度考虑，逐步将新农合制度管理体系纳入社会保障体系管理，将新农合制度建设成与现行的城镇医疗职工保险制度体系并行的保障层次和水平不同的一套管理系统，并利用现有的管理体系建立健全由中央到地方的管理体系，使新农合管理工作层层落实到位，促进新农合的长效运行发展。城镇医疗保险制度已建立和运作了十多年，管理体制与管理机制已相当完善，利用现行的城镇职工医疗保险来管理新农合，首先可以从根本上解决当前新农合管理和监督机构尚未建立，卫生部门同时担任管理者和服务者的角色冲突，避免卫生服务的提供者和医疗保障部门之间的利益冲突，确保公平、公正。其次，城镇职工医疗保险信息化系统在各地都已建立和运行，利用现有的系统平台进行功能的拓展，开展不同保障层面、保障水平系统，利用城镇职工医疗保险系统现行的一套比较成熟的管理体系，适当增加必要的人员和设备，就可以承担起新农合工作的管理与指导，从而可以减少组织管理机构的重复建设，节约行政管理成本，提高行政管理效率。再次，当前城市职工医疗保险系统在筹资模式、管理机制和运行机制上已经比较成熟，通过与现有新农合制度的整合将使新农合的各项工作逐步纳入法制的管理轨道。最后，我国已在一些地方启动城镇居民基本医疗保险试点工作，新农合管理系统与现行的城镇职工医疗保险系统相结合，客观上将使我国现行的三大医疗保障体系，城镇职工医疗保险制度、新农合制度和城镇居民医疗保险制度同时运行，构成覆盖全民的基本医疗保障体系，为促进和谐社会的构建发挥积极的推动作用。

参考文献

- [1] 李玲. 新农村建设中的农村医疗卫生发展[J]. 中国党政干部论坛, 2006, (6)
- [2] 胡金伟, 冯振翼, 李钧, 郭振友. 合作医疗的历史与现状[J]. 华北煤炭医学院学报, 2006, (2).
- [3] 胡善联. 全国新型农村合作医疗制度的筹资运行状况[J]. 中国卫生经济, 2004, (23).

文档附件:

编辑: 文章来源:

版权所有: 中国社会科学院社会学研究所

E-mail: ios@cass.org.cn

欢迎转载, 敬请注明: 转载自《中国社会学网》[<http://www.sociology.cass.cn>]