

新型农村合作医疗政策的分析

——农村合作医疗调研的综合评述

黄晓梅

从 2003 年开始, 全国部分县、市已经因地制宜地开展了新型农村合作医疗的试点工作, 试点地区的运行效果关系到这项制度能否在全国推广开来。为了更好地了解新型农村合作医疗的实施状况和效果, 世界与中国研究所组织了 4 个调查小组分别对内蒙古武川县、江西省铜鼓县、山东省德州市和山东省成武县等乡镇进行了实地调研。本次调查在 2008 年 7 月 1 日—8 月 31 日之间进行, 围绕农民对医疗保障的需求、新农合的推行是否使农民真正获益等一系列问题展开, 对该项制度的运行情况 and 效果进行评估, 旨在为该项制度的完善和全面推广提供参考。所有的调研报告都已经在世界与中国研究所的网站上公开发表, 这里对这些报告做一个综合的评述, 希望能对新型农村合作医疗政策的制定和应用有所助益。

一、农村合作医疗制度的历史变迁

合作医疗是新中国农民在长期与疾病的斗争中摸索出来的一个创举, 与赤脚医生、农村三级卫生保健网一起被称为解决中国农村缺医少药问题的“三大法宝”, 在保障农民获得基本卫生服务、缓解农民“因病致贫、因病返贫”方面发挥了重要作用。合作医疗在半个多世纪的发展历程中, 既有过基本得到普及的辉煌, 也有过大面积解体的挫折, 先后经历了 20 世纪 40~50 年代的兴起阶段、60~70 年代的发展阶段、80 年代的解体阶段、90 年代的恢复阶段和 21 世纪初的重建阶段几个时期。

1. 20 世纪 40~50 年代农村合作医疗逐步产生兴起

我国农村合作医疗最早可以追溯到抗日战争时期, 当时是以“合作社”的形式举办医药卫生事业, 这些具有互助共济性质的保健药社和卫生合作社可以说是合作医疗的雏形。建国初期, 由于资源有限, 采取了城乡有别的福利提供方式, 广大农村基本处于国家的社会福利体系之外, 缺少医疗保健的农民采取自发的互助形式来解决医疗问题。20 世纪 50 年代中期, 随着农村合作化运动的兴起和农村集体经济地位的确立, 合作医疗制度得到了空前的发展。1955 年初, 山西省高平县米山乡建立了我国第一个医疗保健站, 采取由社员出“保健费”和生产合作社出公益基金补助相结合的办法, 由群众集资建立集体医疗保健制度, 较早实行了“医社结合”, 实现了农民“无病早防、有病早治、省工省钱、方便可靠”的愿望。随后, 河

南、河北、湖南、贵州、山东、上海等地农村相继出现了一批由农业合作社举办的保健站和医疗站。1959年11月，卫生部在山西省稷山县召开全国农村卫生工作会议，对这种农村合作医疗的形式予以肯定。之后，米山乡的经验在全国部分地区得到推广，建立起了一批以集体经济为基础，集体与个人相结合、互助互济的集体保健医疗站、合作医疗站或统筹医疗站。

2. 20世纪60~70年代农村合作医疗进一步推广发展

到20世纪60年代中期，县、乡（公社）、村（生产大队）三级医疗卫生机构绝大多数建立起来，基本形成了一个农村医疗卫生网。但是，广大农村长期缺医少药的状况并没有得到根本改变。1965年1月，毛泽东做出“组织城市高级医务人员下农村和为农村培养医生”的指示，同年6月26日，又做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，这两项重要指示激起了全国上下对农村医疗卫生工作的极大重视。到1965年底，全国已有山西、湖北、江西、江苏、福建、广州、新疆等十多个省、市、自治区的部分县、乡实行了合作医疗制度。1968—1969年《人民日报》连续组织了23期“关于农村医疗卫生制度的讨论”，赞扬“农业合作化挖了穷根，合作医疗挖了病根”，在讨论的推动下，全国出现了大办农村合作医疗的热潮。到70年代中期，全国农村约有90%的行政村（生产大队）实行了合作医疗制度。“文化大革命”时期，由于受极“左”错误影响，存在着采用行政命令的办法、形式主义和搞“一刀切”等问题，使这项制度在发展过程中受到一定扭曲。“文化大革命”结束以后，为使农村合作医疗步入正轨，1979年12月15日，卫生部、农业部、财政部、国家医药总局和全国供销合作总社联合发布了《农村合作医疗章程（试行草案）》，对合作医疗制度作了全面、细致的政策性规定，这是对20多年来农村合作医疗经验的总结，标志着合作医疗的制度化。

3. 20世纪80年代农村合作医疗遭受严重挫折

进入20世纪80年代，随着家庭联产承包责任制的实行、人民公社制度的废除，农村经济体制发生了巨大的变化，集体经济在许多地方削弱甚至解体，合作医疗失去了主要的经济来源；而在“文化大革命”中推进与普及合作医疗时，也存在着形式主义、“一刀切”等问题，使得一些人把合作医疗当成“左”的东西而全盘否定；再加上合作医疗在运行过程中也存在着管理不善、监督不力等问题，导致全国大多数农村地区的合作医疗遭到解体或停办的厄运。据统计，到1989年，继续坚持合作医疗的行政村仅占全国行政村总数的4.8%，农村合作医疗处于停滞甚至瓦解的状态。

4. 20世纪90年代农村合作医疗逐步恢复

随着社会主义市场经济体制的建立，农村原有的医疗保健网络迅速解体，广大农村缺少基本的医疗保障，越来越多的农民无力承担日益增长的医疗费用，“因病致贫、因病返贫”的现象增多，传染病和地方病的发病率上升。“如何建立新时期农村医疗保障体制”的问题无法回避地摆在了面前，面对传统合作医疗遇到的问题，卫生部组织开展了一系列全国性的专题

研究。1996年7月，卫生部在河南召开全国农村合作医疗经验交流会，会议提出了发展与完善合作医疗的具体措施，奠定了新时期合作医疗发展的基础。会后，全国有19个省、市、自治区共选择了183个县(市、区)作为省级合作医疗的试点，多数地、市也选定了一批试点县，合作医疗出现良好的发展势头。可以说这是农村合作医疗发展的良好政策机遇，但是这一制度建设的结果却不如人意，到1998年，全国农村合作医疗覆盖率仅为6.5%。正当大的政策环境有利于合作医疗的发展时，有人却错误地把实施合作医疗视为增加农民负担，合作医疗再次遭到阻力与挫折。

5.21 世纪初新型农村合作医疗展开试点

进入21世纪，薄弱的农村公共卫生服务体系和日益高昂的医疗卫生费用，使“看病难、看病贵”的问题日益凸显。经过长时间的探索，一种称为新型农村合作医疗的制度在全国逐步推广开来。新型农村合作医疗是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。2002年10月，中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确指出：要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”，合作医疗迎来了新的发展阶段。从2003年开始启动新型农村合作医疗试点，到2004年底，全国共有310个县参加了试点，参合率达到72.6%；到2007年底，全国试点新型农村合作医疗的县达到2451个，参合率为86.2%；截至2008年6月底，新型农村合作医疗制度已全面覆盖全国农村地区。从总体情况来看，试点工作进展比较顺利，积累了宝贵经验，为新型农村合作医疗打下了很好的基础；从运行情况来看，资金运转安全，制度运行平稳，农村居民医药经济负担明显减轻，农民对合作医疗的信心有所增强。随着新型农村合作医疗规模的不断扩大，农民的基本医疗卫生需求得到了一定程度的保障。

二、新型农村合作医疗实施现状分析

(一)基本现状

“救护车一响，一头猪白养；住上一次院，一年活白干。”这些顺口溜，曾经是农民“因病致贫、因病返贫”的真实写照，新型农村合作医疗的推行在一定程度上缓解了农民“看病难、看病贵”的问题。

1. 制度框架和运行机制基本形成

经过五年的试点，各地新型农村合作医疗的制度框架和运行机制已经基本形成。一是，基本形成了政府领导、卫生主办、部门协作、经办机构运作、医疗机构服务和农民群众参与的管理体制；二是，建立了以家庭为单位自愿参加，以县、区为单位统筹，个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制；三是，形成了符合各地实际情况的统筹补偿方案，建立

了医疗费用的结算报销办法；四是，建立了有关方面和农民参与的，以基金运行和审核报付为核心的监管制度；五是，形成了医疗服务和药品供应等方面的规范，初步建立了与新型农村合作医疗制度相互衔接、互为补充的医疗救助制度。

2. 参合率不断上升，覆盖范围令人满意

新型农村合作医疗在农民中得到广泛传播和基本认可，农民具有较高的积极性和参与性，各地参合率在不断提高。有的乡镇是自愿参加，农民缴费是自愿交到负责人手里；有的乡镇则是半强制性的，农民缴费是通过相关机构直接扣减退耕还林补贴或者粮食补贴，这种扣减方式也是大多数人认可的。在新型农村合作医疗制度试点初期，农民自愿参加原则带来的筹资难问题曾是大部分地区工作难度最大的环节。但是，经过这几年的运行，很多人或是自己受益，或是看到别人受益，逐渐减少甚至消除了原有的疑惑和不信任感，继续持观望态度的农民几乎已经没有，越来越多的农民认识到这种制度的好处。基层干部普遍反映筹资难度有所降低，工作越来越容易开展。

3. 得到大部分农民的支持和肯定

新型农村合作医疗目前已得到大部分人的肯定，在短短的五年时间内使农民对于医疗保障最迫切的要求得到了部分的满足。大部分农民对整个制度持肯定态度，认为新型农村合作医疗对自己或者家人有作用，大病报销后能够在一定程度上减轻患者的医疗负担。但是，对这项制度在具体实施过程中的一些细节问题还有所质疑，大部分人在就医和报销过程中遇到了困难，对乡镇医院的服务质量和服务态度不满意，认为医疗保险报销数目和药费等其他收费项目不合理。

4. 受益人数不断增加，减轻了农民的就医经济负担

试点以来，多数农民从中受益，且受益人次数不断增加。与未开展新型农村合作医疗的地区相比，试点地区参合农民的医疗服务利用率有所提高，特别是住院服务利用率有明显提高。这项制度的实施在一定程度上遏制了“因病致贫、因病返贫”的现象，促进了农村卫生事业的发展，改变了农民的就医观念。农民基本医疗服务利用得到改善，就医经济负担有所减轻。

5. 农民看病就医的条件有所改善

农村医疗机构服务条件有所改善，服务质量和水平有所提高，有力地保障和促进了新型农村合作制度的健康发展。随着国家不断加大对农村基层卫生的投入，逐步实施农村卫生服务体系建设和发展规划，对县、乡、村三级卫生机构进行建设和改造，农村卫生机构的基础设施得到了改善。乡村医生系统培训规划的启动，新型农村合作医疗制度的开展，使农村卫生机构的服务能力得到了进一步提升，改善了农民看病就医的条件，而不断增长的农民医疗消费需求又刺激了医疗机构的发展。

(二)突出矛盾和主要问题

经过几年时间的探索，新型农村合作医疗试点工作基本上取得了“农民得实惠、卫生得发展、政府得民心”的三重效果，对提高农民健康水平、减轻医疗负担起了重要作用。但是，不可否认这只是一重注重广度的保障，由于保障程度低、实施时间短、相关经验匮乏，不可避免地存在一些制度、机制及程序上需要进一步改进和完善的地方。

1. 部分农民参与意愿不强，资金筹集难度大

部分农民参合意愿不强，导致这种现象的原因是多方面的：主观上，农民健康投资观念、共济观念以及风险观念淡薄，同时还存在对政策的不信任和对政策稳定性的怀疑；客观上，农村医疗卫生设施不能满足农民日益增长的卫生需求，新农合保障程度低、补偿手续烦琐；另外，农民的文化素质、家庭经济状况、家庭结构等各方面都对参合意愿有一定影响。在农村经济条件不宽裕的地区，农民对医疗消费存在着侥幸心理，与吃饭、穿衣、孩子上学等刚性支出相比，看病花钱是次要的、随机的，对潜在的医疗风险缺乏足够认识。

新农合虽然强调个人、集体和政府多方筹资，实行农民个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制，但在实际运行中由于种种原因，筹资难度相当大。特别是较贫困地区，农村经济相对落后，农民实际支付能力不高，筹资能力明显不足。另外，一些地方在推行过程中，对参保资金的收取缺乏统一明确的规定，筹资成本由地方卫生部门承担，乡（镇）财税所只负责收费工作，这就导致工作态度缺乏主动性，使得筹资工作不仅成本高，而且难度大。同时，地方政府投入不足，集体经济投入部分也难以及时足额供应，加之农民缴费的积极性不高，导致支出困难，补助经费难以按时发放。

2. 宣传不到位，宣传工作有待改进

现有的宣传多集中在介绍新型农村合作医疗给农民带来的表面好处上，没有树立起农民的风险意识，使得宣传大多停留在形式上。各乡镇虽然制定了宣传措施并由领导亲自抓，指定专人负责，宣传规模很大，宣传形式也多种多样，但每年都是在筹资时才匆匆上阵，筹资开始则宣传开始，筹资结束则宣传结束，没有形成经常性的宣传机制。虽然农民都知道“新农合”这个词，但对其具体内容和相关事宜知之甚少，如何通过宣传使农民能够从思想上意识到参合的重要性便成为一大问题。部分干部素质有限，理解不到位，仅是将统一印发的关于实施新型农村合作医疗的文件下发到各农户，也没有对文件内容进行相应的说明；有的干部甚至为了提高参合率而存在失实宣传，这就造成参合者过高期望和实际报销之间的落差，影响了一部分人对制度的信任。

3. 保障水平低，报销转诊程序繁琐

对目前实行的住院医药费用报销比例，群众普遍反映过低。在农村，很多家庭中主要劳

动力患有慢性病，需要经常服药治疗，开销大。而在医疗费用水平日益上涨的今天，农村抗大病的风险能力明显不足，按现行的较低的起付线和报销比例，患者得到的补偿数额不大，体现不出新型农村合作医疗以“大病救助为主”的精神，也解决不了农民特别是困难家庭农民“因病致贫、因病返贫”的问题。

报销手续比较复杂，有些地方是要农民先垫付，然后凭有关手续到合作医疗报账中心申报，最后又要去信用社领钱。有的村离报账中心和信用社很远，这就增加了农民许多不必要的麻烦。所有报销只限于在户口所在地的乡镇合管办办理，如果不是在本乡镇卫生院看病，必须在看病医院和乡镇合管办来回跑好几趟，报销得到的钱还不够来回的路费。另外，转院治疗困难且报销比例小，没有实际的意义。一些病人希望到条件较好和医疗水平较高的上级医院或外省医院治疗，但转诊手续很难办理。许多农民为了不延误病情，只好自费转诊治疗，加重了患者家庭的经济负担。

4. 定点医疗机构基础条件差，医疗服务水平和质量有待提高

新型农村合作医疗试点工作开展以来，各乡镇的卫生院均在不同程度上得到了发展，但普遍存在业务用房不足、医疗设备落后、人才流失严重、技术力量紧张等问题。不少乡镇卫生院医疗设备投入不足，半数以上卫生院基本诊疗设备空缺，医疗收入水平低，无资金积累，连基本的药品周转资金都无法保证；卫生专业技术人员素质低，高素质的人才大多数流动到相对发展较好的地区，无法保证对病人及时做到正确的诊断和治疗；部分乡卫生院既无病房又无设备，满足不了当地农民合作医疗的基本需求，与“大病不出县、小病不出村”的目标相距甚远。由于乡镇卫生院软硬件的严重不足，很难担当起推行新型农村合作医疗制度的重任。

部分定点医院的有些医生服务意识欠佳，或对新型农村合作医疗制度了解太少，虽然有些病可以用多种不同品名的药治疗，药效基本相同，但他们所开的药很可能就是不能报销的。许多农户反映，同样一个感冒或其它小病，在乡村医生那只花二十多元，而到定点医院却要花费上百元，甚至几百元。一些比较常见的小病，医生却要病人作各种检查，如心电图、B超和各种化验等，小病大看、转院重复检查的现象时有发生。为了能报销，有病往定点医疗跑，路费、餐宿费、误工费再加上虚高收费等，花了许多冤枉钱，就算得到了一定补偿，仔细算算反而不划算。

5. 立法滞后，管理和监督不规范

近年来，国家比较重视农村合作医疗建设，强调要积极发展和完善新型农村合作医疗，也专门转发过卫生部等部门文件，要求进一步深化对新型农村合作医疗重要性的认识。但是，由于国家还没有把新农合纳入强制实施的法律范畴，新农合的法律地位不能得到确认，因而在部门认识上有时难以取得共识。为了统一思想，加大工作力度，许多地方都把这项工

作作为一把手工程，采取签订责任书的形式，与有关人员的工作实绩考核挂钩，以此促使基层干部参与合作医疗的组织、发动和实施。但是，这种行政措施是不可靠的，容易受到宏观政策变化、领导人员变更和地方中心工作调整的影响，随意性较大。甚至在实施过程中让一些不法分子钻了空子，利用国家的钱富了自己的腰包。

目前的合作医疗管理模式多为管理机构挂靠在当地卫生局，各乡镇管理机构多设立在卫生院，管理部门既是裁判员又是运动员，“黑哨”现象难以避免；参合家庭身份核定难度大，如何有效杜绝冒名住院仍待探索；医疗机构过度医疗、过度检查以及保护性医疗的问题突出，致使一些参合患者的医疗费用比不参合患者的费用高，影响到合作医疗资金的使用效率；不同级别的医院使用一个药品目录，不便于急危重病患者的治疗；不同级别的医院之间转诊手续麻烦，参合患者自主选择高一级医院的随意性较大，未形成良好的双向转诊鼓励和制约机制。

三、完善新型农村合作医疗的对策思路

经过三十年的改革开放，中国农村发生了巨大的变化，经济有了很大的发展。然而，经济的发展并没有解决农民“看病难、看病贵”的问题，疾病仍像一把利剑挂在广大农民的头上。农村的医疗卫生问题已经远远超出了问题本身，解决农民的看病问题不仅仅是尊重农民生存权的体现，更是建设和谐社会的必然要求。因此，加强农村卫生工作、发展农村合作医疗是非常必要的。新型农村合作医疗要以农民利益为核心、便民利民为关键、政府投入作保障、各级医疗卫生机构作基础，把这项制度长期、有效地推行下去，走一条法制化、制度化、信息化的道路，做到运行有序、监管有力、农民满意。

（一）完善机制，优化程序

1. 理顺运行体制，实行管办分离

加强新型农村合作医疗管理经办机构建设，理顺运行体制，实行“管办分离”，监管机构和经办机构分开治理。目前各地的经办机构大多数是挂在卫生局，人员由卫生系统内部调剂，同时占用卫生局的办公经费，乡镇卫生院合作办的组成人员通常就是医院的职工内部调剂。这就造成了卫生部门既是农村医疗机构的管理者，又是新农合的管理者和具体执行的监管者，卫生行政部门“一手托三家”。建议合作医疗经办机构应该从卫生系统独立出来，单独成立办公室或挂在社会保障部门下面，成为独立于卫生局和医院的第三方，或者至少有独立的监管权限。若是监管机构和经办机构都由卫生系统管理，难免会出现既是裁判又是运动员的情形。同时，在时机成熟的情况下可以积极探索城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗三家合一组成单独部门，将现行的制度予以连接，同时减少部门间的协调成本。

2. 正确引导宣传，改进工作方式

正确引导农民自愿出资参加新农合，大力宣传合作医疗的重大意义，使新农合制度深入人心，不断为农民群众所理解和接受，形成自觉参加新农合的行为。在实际工作中，既要大力做好宣传工作，又要辅之以必要的行政动员，积极引导群众，转变思想观念，但决不能以行政命令强制推行或搞简单化的一刀切。宣传者在做工作的时候，集中强调保险费很低、保险金额很高，而没有强调它的本质是风险共担。要通过宣传教育，转变单纯受益的观念，参加新农合不应一味地追求眼前利益，而应以长远利益和社会利益为重，使新农合参加者消除思想疑虑，不断强化风险共担意识。尤其需要跟农民表达清楚保险的本质是什么，宣传的时候人文关怀多一些，金钱诱惑少一些，人们会对合作医疗保险的意义有更多正面的理解。比如，使广大农村居民了解发生在周围的因病致贫后参加新农合优越性的典型事例，同时家庭账户的设立也可以在一定程度上解决农民群众中普遍存在的怕吃亏的思想。

3. 完善筹资方式，建立预付制度

目前在新农合资金的筹资方式上存在的问题主要有：一是，个人筹资成本较高，当前个人筹资基本上还是县乡镇开会动员，村级负责收缴，这个过程依托了乡镇和村级自治组织的协调与对成本的分解，付出了较高的时间和人力成本，建议各地在实践中探索更多便捷的个人筹资方式。二是，中央和省级的配套资金到位较晚，往往要在市县的资金配套好以后再足额下拨，虽然这样可以促进市县各级政府将本级政府配套资金足额配套的积极性，但是这种资金下拨模式的缺点对于中央和省级资金占较高比例的市县来讲就显而易见了。中央和省市资金滞后使得这些地区的基金管理透支风险上升，为了避免这种情况，各地在年初调整补偿政策时往往趋于保守，使得新农合的补偿措施不能很好地反映实际情况的变化。建议中央和省级政府探索一套合适的预拨制度，这样既可以减少新农合基金的运行风险，使补偿机制更贴合实际，同时中央和省级资金的一定比例预拨对于农民的参合信心也是一种鼓励。

4. 逐步提高保障水平

正在执行的新农合制度中，一些补偿标准还不尽合理、补偿比率较低、自费药品过多、起付线偏高，使得受益患者得到的补偿金额有限，并没有真正起到减轻农民医疗支出负担的作用。长此以往，会削弱新型农村合作医疗制度对农民的吸引力，影响制度的可持续性。因此，在今后应当做好新型农村合作医疗基金的支付测算工作，在保证新型农村合作医疗基金不出险的情况下，尽量提高补偿比例，让农民真正从新型农村合作医疗制度中受益。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，应以保基本健康为出发点，在保大病的同时，重点解决常见病、多发病的预防和治疗，同时结合各级卫生部门的疾病预防工作，将疾病控制在萌芽阶段。首先，各乡镇应在核清近几年本地区农民住院和门诊大病医疗费用的基础上科学测算出筹资总水平；然后，根据当地经济发展水平、财政收

入、集体经济和农民个人收入情况确定各方出资额；最后，本着“以收定支、保障适度”的原则，在留有一定比例风险准备金的基础上，合理确定新型农村合作医疗的保障水平，同时确定报销起付标准、报销比例和报销最高限额。

5. 优化转诊和报销程序

探索转诊、报销程序的内部规范化和简单化相结合，使农民得到最大的便利、内部程序运作监管得到最大的严密。转诊和报销环节是新农合的重要组成部分，直接关系到新农合资金的有效使用和医疗资源的合理配置。加强规范化运作是应有之义，但是问题的难度在于，在内部强化监管和制约的情况下，对外还要表现为最大程度方便农民。部分地区实行的网上转诊和将合作办的办公地点设在医院交费室旁的做法不失为一项有益的探索。

改善单一的必要报销条件。在实践中，并不是所有住院的人都有较大的医疗负担，而且也不是只有住院的病人才有沉重的医药负担，因此，有必要改进大病患者必须住院才能报销这一条件。规定住院以后可以报销的条件，即什么病情以及多少医疗费用可以报销。同时，制定慢性、重大疾病的报销条件及比例，有些慢性病如糖尿病、高血压等并不需要住院治疗，但也需要大量药费，可以把诸如此类的病种列入可以报销的大病中，解决农民的医疗负担。

(二) 推进配套制度建设，改善外部运行环境

1. 改革医院管理体制，遏制医生趋利行为

加强农村卫生服务体系建设，改善基础设施，改革管理体制。一方面，要建立稳定的农村医疗卫生机构财政保障机制。目前许多地方的财政只负责公办医院的部分人员的经费，这就不可避免的产生了医生和医疗机构的趋利行为，如过多使用新农合药品目录以外的药和超标准用药，或者将药品在制度允许范围内定较高的价格。农民个体相对医院和医生来说具有信息上的不对称性，这就导致现行的药品目录外用药的告知制度实际效用不大，这种行为的长期存在无疑会降低新农合的制度效用。如不明确乡镇卫生院的公益性事业单位性质，建立合理的补偿和工资机制，一些医疗机构损害农民利益的现象就难以从根本上消除。因此，建议中央尽快明确乡镇卫生院的功能定位和机构编制标准，并确定合理的经费收支标准，实现乡镇卫生院人员、业务、经费等上划县级卫生行政部门管理。另一方面，要探索医药分家的体制建设，从根子上杜绝“以药养医”的情况发生。医生趋利行为单靠理顺财政体制和加强保障是远远不够的，目前的“医药合一、以药养医”的模式是医疗费用上涨的根源之一，是医生开高价处方、医院提高药价的制度诱因，规范医疗机构和医生的行为就必须探索一条医药分家的新模式。

2. 加强基层卫生人才队伍建设，提高卫生服务质量

加强医疗人才队伍建设，加快发展医疗卫生教育事业，切实采取措施建立吸引医疗工作者到基层服务的机制。目前乡镇卫生院建设面临的一个瓶颈就是许多医务工作者不愿意到基

层服务，乡镇卫生院和村级卫生室的医疗服务水平也有待进一步提高，一些乡村医生希望得到进一步的培训。当务之急就是加强对现有乡镇医生的培训，完善卫生教育体系，加强卫生人才的培养，同时从制度上推进一部分城镇医务工作者服务基层的意愿，有些地方关于县级医院医生在晋升职称之前必须到乡镇卫生院工作一年就是在这方面的探索。

3. 建立预防保健制度，健全医疗救助机制

加强农村疾病预防控制中心和疾病预防保健制度建设，完善医疗救助机制，建立以新农合制度为核心的农村公共卫生体系。新型农村合作医疗的实施对于缓解农民“因病致贫、因病返贫”确实起到了十分重要的作用，但仅有这些还不够，还必须加强疾病预防保健制度的建立与健全，探索建立与新农合相适应的预防保健制度。医疗救助机制更是对新农合的有益补充，政府应加大医疗救助的投入力度，逐步完善和推行以合作医疗制度为基础、与医疗救助制度相结合的运行模式，协调、配合使用各类资金，最大程度的缓解贫困人口看不起病的问题。建设预防保健、互助救济和医疗救助相结合的农村公共卫生体系才能使农村卫生事业更适合新农村建设的要求。

(三) 强化内部管理和外部监管

1. 提高监管能力，完善监督机制

建立健全监管制度，建立有效的激励与约束机制，强化报销公示制度和回访制度，健全社会监督、审计监督等机制，规范医疗机构服务行为，完善对医疗机构的立体化监督体制。当前的监督主要有审计监督和财务基金管理制度，各级审计部门对新农合经办机构的审计可以说效果还是比较明显的，但是仅仅引入技术监督还是不够的，如何发挥社会力量来进一步强化监督，形成一个立体的监督网，有待进一步探索。医疗报销的公示制度和患者的回访制度无疑十分重要，同时还要引入社会评价机制，如有些地方定期公布县级医院的所用药报销的比例范围，引导患者自己评价同时选择医院就是一个很好探索。同时，发挥农民参与监管的作用，采取多种监管形式，除公示、举报外，还可采用不定期抽查、聘请农民作为监察员和信息员等，加强对医疗服务提供者的监督。

2. 建立信息化平台，实现网络化管理

建立新型农村合作医疗信息化管理平台，实现信息化、网络化管理，这是解决农村合作医疗管理中不规范、不透明等问题的必由之路。实行信息化、网络化管理，既可以增强资金运作的透明度，降低管理成本，提高管理效率，又可以避免人工审核报销的弊端，确保数据准确，方便农民结报。建议有关部门应将实现新型农村合作医疗网络化管理作为重要工作来抓，尤其是要加快县、乡两级信息化建设，实现计算机联网，通过网络来管理农民个人的缴费、就诊、报销等资金运作的各项资料，采取措施避免新农合资金的“走、冒、滴漏”。当前许多乡村卫生室还没有配备电脑，许多医生的处方也就是一些手开的纸质的，容易造假套取

新农合资金，这就使得新农合资金有可能出现挪作他用、冒领等现象。如果说在实行家庭门诊账户时患者和村医之间有可能不易达成共谋，但是实行门诊统筹以后这种情况就不可避免地会出现，而且违规成本不高。要解决这种情况就要首先从技术上强化起来，运用现代信息技术进行监管。

3. 引入第三方管理模式

引入第三方管理模式，即引入商业保险机构负责医疗基金的筹资和运营管理。可以按照“征、管、监”原则，实行政府负责基金征缴管理，保险公司负责业务管理，卫生行政部门负责监督管理的合办形式。合作医疗业务通过委托商业保险公司管理，有利于降低管理成本，提高运作效率，同时，还可以利用商业保险公司管理的透明性和专业性运作，增加农民对合作医疗的信心。定点医疗机构的准入要有就医者或者民间参与，在选取定点医疗机构的时候，除了合作办检验以外，应该加入社会调查来评定入选资格。人们对于自己就医地点的医疗水平很清楚，哪一家诊所的医术比较好，哪一家诊所的医生经过专业训练，一般都很清楚。此外，一般医疗诊所的开设也应该参考社区民众的调查意见，现在有些药店和诊所不分家，造成很多药品代理商也有资格开门诊，影响医疗市场。

(四) 加快法制建设，提供法律保障

纵观我国农村合作医疗的发展历程，一直处于人治而非法治的状态，人治的主观性与随意性导致了合作医疗的办、改、停都是人为说了算。当前对新型农村合作医疗的管理主要是通过不同的部门规章和通知来进行的，由于职能分散，许多规章和通知往往是由不同部委下发的，在新农合成立初期虽然有着一定的合理性，但是随着新农合工作的全面推进已不能适应实践的需要。法律制度的欠缺，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。新农合是我国农村卫生改革和发展的一项重大制度创新，经过五年的探索，其基本的制度框架和运行机制已基本形成，应该通过法律或法规的形式将项制度确立起来。由于新农合是一项新的制度建设，在许多地方还需要进一步探索、深化和完善，因此提请全国人大立法的时机还不成熟。在这种情况下，建议国务院尽快研究制定新农合管理条例，就新型农村合作医疗制度应遵守的原则、主要内容及形式、管理体制、资金来源、报销比例、报销项目、新型农村合作医疗制度的监督及相关部门的责任等做出明确规定。待时机成熟后，再研究制定《农村合作医疗法》或将其纳入《社会保险法》，只有进入法制化轨道，做到有法可依，才能进一步巩固和完善新型农村合作医疗制度。