

省政府办公厅转发省卫生厅关于进一步 完善农村合作医疗制度的意见的通知

苏政办发[1998]54号 1998年6月1日

各市、县人民政府，省各委、办、厅、局，省各直属单位：

的意见》已经省政府同意，现转发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

省卫生厅《关于进一步完善农村合作医疗制度

关于进一步完善农村合作医疗制度的意见

(省卫生厅 一九九七年十一月)

近年来，我省各地认真贯彻新时期卫生工作方针，加强组织领导，广泛宣传发动，积极引导农民走合作共济之路，努力推进农村合作医疗制度建设，取得了良好成效。但从总体上看，农村合作医疗制度建设与社会主义市场经济的发展和人民群众的医疗保健需求相比仍不适应，发展也不平衡，合作医疗工作面临不少困难和问题。为进一步完善合作医疗制度，加快建立适应农村经济社会发展的社会保障体系，现提出如下意见：

一、充分认识进一步完善农村合作医疗制度的重要意义

农村合作医疗制度是适应我国国情的农民医疗保障制度，是实现农村广大群众人人享有卫生保健的有效途径，直接关系到全省全面实现小康和现代化的进程。传统合作医疗目标定位低，统筹能力弱，管理层次低，难以抗御大病风险，不能适应农村经济社会发展 and 人民群众的医疗保健需求，必须进一步发展和完善，努力提高社会保障水平。实践证明，建立完善的农村医疗保障制度，有利于保障农村居民的基本医疗，减少因病致贫、因病返贫现象的发生；有利于农村三级医疗预防保健网的建设和农村基层卫生队伍的稳定；有利于建立健全社会保障体系，促

进农村经济和社会发展。各地、各部门必须充分认识这项工作的重要意义，把农村合作医疗制度建设真正摆上经济社会发展的重要位置，采取切实有效措施，建立健全农村医疗保障体系。

二、明确进一步完善农村合作医疗制度的工作思路和目标

进一步完善农村合作医疗制度的工作思路是：坚持民办公助和自愿参加的原则，以解决农村居民因病致贫、因病返贫为重点，根据当地经济发展水平和各方面的承受能力，因地制宜地确定合作方式，不断发展和完善合作医疗制度，逐步提高保障水平。在经济欠发达地区可以先实行大病医疗保险，逐步向合作医疗保险过渡；经济较发达和有条件的地区要全面推行合作医疗保险，并积极探索家庭帐户与社会统筹相结合的新型模式。大病医疗保险和合作医疗保险都应以县为单位，县、乡、村、个人共同筹资，建立县、乡两级资金，实行县、乡两级管理。具体目标是：到2000年，有条件的地区都要实行农村合作医疗保险，并逐步向社会医疗保险过渡；到2010年，逐步建立起适应社会主义市场经济体制、能使农村居民获得基本医疗保障的社会医疗保障体系。

三、建立健全农村合作医疗的管理机构

县(市、区)政府建立由分管领导和卫生、财政、计划、民政和农工部等部门参加的合作医疗管理委员会(以下简称“合管会”),负责制定合作医疗章程,组织筹集合作医疗资金,审核财务收支并进行年度结算。县(市、区)合管会下设办公室(以下简称“合管办”),办公室设在县级卫生行政部门,负责合管会的日常工作。

乡(镇)政府建立由分管领导和财政、民政、卫生和农经站等部门参加的合管会,负责制定合作医疗管理制度,筹集合作医疗资金,审核财务收支并进行年度结算。乡合管会下设办公室,配备专门人员,负责乡合管会的日常工作。

行政村建立由村委会主任、乡村保健医生、农村居民代表参加的合作医疗小组,负责合作医疗的宣传工作,组织农村居民参加合作医疗,协助乡镇做好所在村合作医疗资金筹集等工作。

四、切实做好农村合作医疗资金的筹集

农村合作医疗筹资应坚持自愿参加、量力而行的原则,以个人投入为主,集体扶持,政府适当支持。资金筹集标准根据本地农村居民的医疗服务需求量,结合适度的门诊及住院费用补偿比例确定,一般不低于当地农村居民前三年平均实际支出医药费用的30%。

个人承担的合作医疗费用属于个人消费性支出,不计入乡统筹、村提留。个人承担的金额由村民委员会组织收缴,也可由乡(镇)经管站代办;农村优抚对象和特困户缴纳的资金由农村集体经济组织提供适当资助。集体扶持资金可在公益金中列支一部分,乡村集体经济组织也要尽力给予支持。县、乡政府视财力情况,对合作医疗安排适当的资金。合作医疗资金筹集每年一到两次。参加合作医疗的农村居民,应以户为单位参保,以家庭人口计算金额,不得选择性参加。外来人口在本地居住1年以上者,可按照当地有关规定申请参加。合作医疗参加者应先缴款,后补偿。

参加合作医疗的农村居民交纳的合作医疗费用和集体扶持资金组成乡级资金,县、乡两级政府拨付的合作医疗资金组成县级资金。

五、合理规范医疗费用结算支付办法

合作医疗对象发生的医疗费用结算支付采取分段累计按比例的方法,根据“以收定支,量入为出,收支平衡”的原则,确定适当的补偿比例。乡级资金分为乡、村两级包干使用,村级经费在使用时不设“费用起补点”,只设“费用限额点”;乡级经费和县级资金既要有“费用起补点”,又要有“费用限额点”。参保者按照逐级转诊的程序,门诊、急诊及住院所发生的

医药费用,按规定比例分别由县、乡两级资金补偿。乡(镇)参保人数如低于全乡常住人口总数的70%,不得享受县级资金的补偿。参保者在村级卫生机构就诊,只需交付自己负担部分的医药费用,补偿部分的医药费用由村卫生室凭收费凭据定期到乡合管办结算。参保者在乡及乡以上医疗卫生机构就诊可先自付医药费,凭转诊证明和收费凭据定期到乡或县合管办结算。村卫生室应对参加合作医疗的村民建立医疗费用档案,经村合作医疗小组审核后后方可至乡合管办办理补偿结算。

六、强化对农村合作医疗资金的管理和监督

县、乡级合作医疗资金应分别由县、乡合管办专户帐户,专户储存,专款专用,严禁挪作它用;资金使用必须帐目公开,按章补偿、按时兑现,集体会审、民主监督,年度结余结转下年,实行滚存积累。各级合管会要管好用好合作医疗基金,并接受财政、审计、监察等部门的审核和群众监督。积极探索对供方实行平均诊疗人次定额付费或常见疾病定额付费的制度,逐步建立对医患双方的有效制约机制。参加合作医疗的农村居民有义务及时足额交纳保险费用,遵守各项管理制度,享受制度规定范围内的医药费用的补偿,同时有权对合作医疗资金的使用情况进行监督,对医疗机构的服务态度、服务质量提出意见和建议。县、乡、村三级医疗卫生机构要为农村居民提供优质的医疗卫生服务,遵守合作医疗的有关规章制度,严格掌握诊疗原则,合理检查,合理治疗,合理用药,降低成本,努力控制医疗费用的不合理增长。

七、加强对农村合作医疗工作的领导

各级政府要把农村合作医疗制度建设作为全面实现小康和现代化的重要内容,层层建立责任制,实现目标管理,确保落到实处。各级农工、财政、计划、民政、卫生、教育、计生、金融等有关部门要通力协作,各负其责,认真落实有关政策,共同推进农村合作医疗制度建设。要加强农村医疗预防保健网和农村卫生队伍建设,合理调整乡镇卫生院的布局、功能和规模,重点加强中心卫生院建设;采取村办乡管、联办乡管等管理形式,切实办好村卫生室;通过各种形式搞好培训,不断提高基层卫生人员素质,并合理解决农村卫生人员的待遇问题。要进一步抓好宣传教育工作,充分利用各种舆论工具,广泛深入地宣传农村合作医疗的目的意义、政策规定和具体内容,引导广大群众确立互助共济观念,理解、拥护和支持合作医疗,推动农村合作医疗制度建设不断深入发展。

以上意见如无不当,请批转各地、各有关部门执行。