

新农合定点医疗机构的不端行为及其治理

刘雅静

(山东大学 马克思主义学院, 山东 济南 250100)

摘要: 定点医疗机构的服务行为是决定新农合医疗制度可持续发展的关键。由于医疗行业的高度专业性和技术性以及参合农民医疗服务消费的乏知性、被动性、不确定性, 定点医疗机构出于自身利益的考虑, 往往会诱导农民的医疗需求, 产生不合理化验与检查、开大处方、违规造假、收费不规范等不端行为, 致使参合患者的医疗负担增加, 增大合作医疗基金的风险, 进而严重影响甚至制约新农合医疗制度的可持续发展。因此, 必须通过独立于卫生部门的社会保障部门行使监督职能, 实行指标管理, 改革费用支付方式, 完善内部管理、收入分配及监督制度, 建立农民自治监督组织, 完善农民监督员制度等治理措施, 强化政府部门和参合农民的监管、监督以及定点医疗机构的内部治理, 有效规范和约束定点医疗机构的诊疗、收费行为。

关键词: 新农合; 定点医疗机构; 医疗不端行为; 治理措施; 社会保障; 农民

中图分类号: C913.7

文献标志码: A

文章编号: 1009-2013(2012)01-0039-07

Definition and administration of misconduct of designated medical institutions of new rural cooperative medical system

LIU Ya-jing

(Marxism Institute, Shandong University, Jinan 250100, China)

Abstract: Service behavior of designated medical institutions is a key factor that can determine the sustainable development of new rural cooperative medical care system. The medical industry's high professionalism and technicality suggest a serious information asymmetry between medical institutions as services-providers and farmers as beneficiaries. Out of their own interests, designated medical institutions tend to manipulate their own technical monopoly and induce farmers' medical needs so as to provide excessive medical services. This can not only bring an increased financial burden on participating patients for medical treatment, but also add a risk of cooperative medical care funds, thereby threaten the sustainable development of new rural cooperative medical system. Therefore, it is important to take some measures as following: have social security administrative departments supervise the designated medical institutions; establish farmers' autonomy monitoring organization; strengthen the supervision of government and participants as well as internal governance of medical institutions; regulate fees and charges of designated medical institutions.

Key Words: new rural cooperative medical care system; designated medical institutions; medical misconduct; administration measure; social security; peasants

新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导和支持, 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。^[1]作为一

项以帮助农民解决“因病致贫、因病返贫”问题为主要目的的社会医疗保障制度, 新型农村合作医疗制度成败与否的关键在于定点医疗机构能否为广大参合患者提供服务优质、价格合理的医疗服务。因为, 新型农村合作医疗与定点医疗机构是农村医疗服务市场的需方和供方。作为农村医疗服务市场的供需双方, 两者之间存在着明显的互相依存、互为媒介的关系。新型农村合作医疗可以通过提高需方支付能力促进定点医疗机构的发展; 而定点医疗机

收稿日期: 2011-12-28

基金项目: 山东省社会科学规划研究项目(10BJGJ06); 教育部人文社会科学研究规划项目(06JA790059); 山东省教育厅立项课题(J04T51)

作者简介: 刘雅静(1965—), 女, 河北唐山人, 教授, 法学博士, 研究方向为农村经济与社会发展。

构服务的完善和管理的规范,又可为新型农村合作医疗的推行提供基本保证。只有双方相互促进,才能实现共同发展。因此,在整个新型农村合作医疗制度的运行过程中,定点医疗机构具有举足轻重的地位,它不仅是农村医疗卫生服务的提供者,同时也是新型农村合作医疗基金支出的“守门人”。不仅农民医疗消费的质和量取决于定点医疗机构,而且医疗服务费用控制的关键也在于定点医疗机构。因此,定点医疗机构的服务行为是否规范、收费是否合理便成为影响新型农村合作医疗制度发展的重要因素。^[2]一定程度上说,定点医疗机构的服务行为决定着新型农村合作医疗制度的生死存亡。^[3]2003年以来,伴随着新型农村合作医疗制度的实施,广大农村居民医疗保障缺失的问题基本得到解决,农民的医疗服务状况得到明显改善。但实践中,一些定点医疗机构在为参合农民提供医疗服务时,把新型农村合作医疗资金当成“唐僧肉”,通过种种不规范行为套取新型农村合作医疗资金,出现诱导农民医疗需求、诊疗不规范等行为,不仅严重影响新型农村合作医疗制度的实施效果,而且对新型农村合作医疗制度的可持续发展产生极大的消极影响。

一、新农合定点医疗机构的不端行为及其危害

1. 诱导医疗需求行为

与消费者购买其他产品和服务不同,医疗服务消费具有明显的乏知性、被动性、不确定性的特征。^[4]所谓乏知性是指患者由于自身知识结构的局限,对自己身患何疾、严重到何种程度缺乏明确的认识和判断,欠缺对所供给的卫生服务的质与量是否符合自己病情的判断信息。所谓被动性是指患者在接受医疗服务时不能讨价还价,只能被动地听从医生的安排和处置。虽然从表面上看,病人可以自由地选择医院、医生,但事实上,病人在就诊时往往只能任由医生安排。所谓不确定性是指人们对于医疗服务质量、医疗服务效果的评判很难统一化、标准化。因为疾病的表现是复杂多样的,患者的个体差异也是非常大的,因此,即使是对同一种疾病、同

样的患者,不同的医生可能会采取不同的治疗方案或治疗手段。总之,医疗服务消费的这些特征,决定了在医疗服务市场上,医生处于特殊的垄断地位。这就为医生诱导患者医疗需求提供了极大的便利和可能,并且医患之间信息不对称程度越高,医生就越有可能诱导患者的医疗需求。同时,我国医疗管理体制的市场化改革也使得医疗机构有较强的内在动力去诱导患者的医疗需求。特别是在现阶段,在国家对医疗机构的财政投入占医疗机构支出的比重还较低的情况下,医疗机构还必须靠自己的业务来维持自身的生存和发展。因此,实践中,各定点医疗机构具有较强的内在动力向患者提供过度医疗服务。他们往往并不是根据患者病情的需要选择最必要数量和最适宜的医疗服务,而是出于盈利的考虑,故意向患者推荐或实施过量的医疗服务,违背了“能吃药不打针,能打针不输液”的基本原则。此外,新农合医疗制度实施后,由于参合农民在医疗服务利用方面的支付能力相对改善,定点医疗机构在经济利益刺激下便有更强的动机诱导参合农民的医疗需求或提高医疗收费水平。

2. 不合理化验与检查

出于医院利益和医生个人收入的考虑,一些定点医疗机构利用医患之间信息的不对称,故意对参合农民进行一些不必要的化验、检查,甚至在已明确诊断的前提下,还要进行一次“撒网式”全包围的化验和检查。笔者调查发现,一肠梗阻患者在无头痛、头晕、呕吐等神经系统症状体征的前提下,聊城市国际和平医院却给病人进行了CT检查。聊城市开发区东城卫生院为一患前列腺炎的病人多次重复使用辅助治疗,其中仅微波治疗的辅助治疗费用就高达1360元,占总治疗费用的50%以上。

3. 开大处方行为

关于合理用药,1985年内罗毕国际合理用药专家会议就提出了要求:对症开药,供药适时,价格低廉,配药准确,以及剂量、用药间隔和时间均正确无误,药品必须有效,质量合格,安全无害。但一些定点医疗机构出于自身经济利益的考虑,故意对参合农民开大处方,重复用药,不按规定限量用

药, 选用不必要的贵重药、进口药、特殊药, 使用无明确疗效的药物, 滥用抗生素、激素等。调查发现, 冠心病患者刘某在山东省临清市第四人民医院住院9天, 医院为其使用了鲁南欣康4盒, 西比灵3盒, 速效救心丸5盒, 异舒吉每天3支, 明显存在着多种药物重复超量使用的现象。再如, 聊城市第二人民医院对患右腹股沟斜疝的儿科患者, 在没有感染的情况下, 联合使用先锋霉素、青霉素、氨苄青霉素等三种抗生素, 也存在明显的滥用抗生素现象。不合理用药不仅直接对患者的健康造成危害, 而且造成社会有限药物资源的过度消耗和浪费, 造成医疗费用的上涨和广大人民群众医疗负担的增加, 造成合作医疗基金的过度支出, 降低了合作医疗基金的社会效益。

4. 违规造假行为

一些医务人员利用职务之便, 开搭车药、回扣药, 或者搭车检查或擅自开人情处方, 套取合作医疗资金。如阳谷县人民医院为出院患者刘某开出了1127元带出药品, 占住院总费用的28%, 远远超出了出院带药不超过7天用量的规定。还有部分医生不负责任, 把关不严, 为满足病人要求, 串换药品, 把目录外药品在清单中改成目录内可报销药品; 或者费用清单与医嘱中药品不符; 或者把不属于合作医疗补助的疾病(如打架斗殴、车祸等外伤及镶牙等疾病)通过弄虚作假后报销。如聊城市沙镇卫生院将不符合高血压住院标准和脑出血后遗症等目录外病种纳入住院报销。东阿县人民医院和高集卫生院分别给不属于报销病种的住院患者申某和周某变通病种予以报销。聊城市第四人民医院为腰椎间盘突出症保守治疗患者曹某变通为腰椎间盘突出症手术治疗给予报销。聊城市传染病医院为手足口病患者张某变通为带状疱疹给予报销。还有部分医务人员顺从参合人员不合理要求, 虚挂住院, 做假病历, 空记账套取合作医疗基金。

5. 收费不规范、不合理

为了追求私利, 一些定点医疗机构不严格执行国家物价政策, 将本来服务项目中已经包含的医疗服务, 又通过项目分解的方式重复收费。如换药、

输液、注射时, 其费用事实上已经包括了材料费, 但一些定点医疗机构还是将纱布、胶条、一次性输液器、一次性注射针管等单列出来另收费用。有的定点医疗机构将多次使用的耗材按一次性使用材料收费, 有的将低级别护理按高级别护理收费。^[5]有的定点医疗机构擅自抬高药品价格, 超出规定零售价收取费用。实践中, 很多农民反映, 在合作医疗定点医院开的药要比市场上药店的药贵很多, 虽然可报销一些, 但是自己承担的部分并没有切实减少, 甚至比在药店买药还要贵。如一次普通的感冒输液, 农民在“可一部分报销”的定点医院就诊, 比在其他非定点医院就诊反倒要多花10元左右, 从而在农村出现参加合作医疗后看病也不省钱的现象。山东省淄博市一位先生反映, 原来没有实行新型农村合作医疗的时候, 某种药卖1元钱, 加入新型农村合作医疗后, 这种药(包装、规格、剂型什么都没有变)的价格却涨了好几毛, 或者好几块。^[6]

总之, 定点医疗机构在利益动机驱使下诱导参合患者医疗需求的行为, 不仅严重影响了新型农村合作医疗的医疗服务效率, 而且会产生一系列连锁反应, 形成“多米诺骨牌”效应: 定点医疗机构诱导患者医疗需求——医疗费用上涨——增加基金管理难度——影响补偿方案的制定——降低受益水平——淡化农民互助共济理念——加深农民的信任危机和逆向选择——增加筹资的难度——增加政府管理的难度——影响和制约新型农村合作医疗制度的可持续发展。^[7]因此, 强化对定点医疗机构的治理与监管, 有效地规范和约束其诊疗行为和收费行为, 防范定点医疗机构诱导患者医疗需求的不道德行为发生, 是实现新型农村合作医疗制度可持续发展的内在要求和关键所在。

二、新农合定点医疗机构不端行为的治理

新型农村合作医疗制度作为我国农村医疗保障系统的一部分, 其利益主体主要包括参合农民、定点医疗机构和政府三方。为确保新型农村合作医疗制度健康、可持续运行, 这三方利益主体都应负有对定点医疗机构实施监管的责任和义务。如有关

政府部门应强化其对定点医疗机构的监管职责;定点医疗机构应强化其内部监督和管理职能,以增强其自我约束和自我规范的能力;广大参合农民应强化其对定点医疗机构的监督意识,充分发挥其作为责任主体和利益主体对定点医疗机构的监督作用。

1. 强化政府部门的监管职责

新型农村合作医疗属于准公共物品,具有很强的外部效益。政府介入并成为重要的监管主体,不仅是现代市场经济发展的必然要求,也是建立和完善现代社会保障制度的本质要求。

(1)由独立于卫生部门的社会保障部门行使新型农村合作医疗监管主体职能。我国现行的新型农村合作医疗是由卫生行政部门主管。^①从目前看,其对新农合定点医疗机构实施监管方面还存在着诸多不足,最突出的表现就是管办不分、监督乏力。尽管由政府卫生部门充当新型农村合作医疗卫生服务的提供者、安排者、监管者有其合理性与有效性的一面,如对于整合农村卫生资源、有效地发挥现有农村卫生资源的作用、提高卫生管理的针对性等具有重要的现实意义,但由于卫生行政部门既是公立医疗机构的所有者,也是大部分公立医疗机构的经营者,所以实践中他们很难真正为了消费者的利益而对医疗机构开展有效的监管。调查也发现,大部分新型农村合作医疗管理、经办机构都设在卫生行政部门或县乡医疗机构内,工作人员编制和工资关系一般也保留在原单位,甚至工作场所也一般来自医疗机构,这样就造成了医疗服务提供者和合作医疗具体经办、管理者合二为一的现象。这种管办不分的现象强化了医疗服务提供者的地位,大大削弱了经办机构作为第三方付费者所应发挥的约束医疗机构行为、控制医疗费用的作用,限制了新型农村合作医疗在减轻农民疾病经济负担、维护农民健康等方面所应达到的效果。

为此,有必要将新型农村合作医疗的管理职能从卫生部门独立出来,转由专门的社会保障部门行使。值得注意的是,在新一轮的政府机构改革中,按照国务院机构改革方案,社会保险职能已经划归了人力资源和社会保障部门,即养老、医疗、失业、

工伤和生育保险等的法定机关是新组建的人力资源和社会保障部门。^②而新型农村合作医疗却一直由卫生部门作为行政主管部门,这就与人力资源和社会保障部门的职能发生冲突,使得人力资源和社会保障部门在新型农村合作医疗制度的运行中出现职能缺位。从性质上讲,新型农村合作医疗制度是农村医疗保障制度,是社会医疗保障制度的重要组成部分,而作为社会医疗保障制度的重要组成部分,新型农村合作医疗的政府监管就应该是整个社会医疗保障政府监管的重要组成部分,应该包含在整个社会医疗保障政府监管机构内部。这个政府监管机构应该是独立于卫生系统的,应该是与医疗卫生微观主体既没有行政隶属关系、又没有物质利益关系的,专门行使医疗监管职能的机构。而这个机构现阶段就是人力资源与社会保障部门。而且,伴随着我国城镇化、工业化进程的推进,从统筹城乡发展的角度说,农村医疗保障体系与城镇医疗保障体系必将纳入统一的国家社会保障体系进行统一规划、统一领导。而负责这种统一规划、统一领导的国家机关必将是主管全国社会保障事务的人力资源和社会保障部门。因此,无论是从城乡一体化发展的目的出发,还是从进一步加强对新型农村合作医疗监管力度和监管效率的目的出发,全国人民代表大会都应进一步调整和完善国务院机构改革方案,明确确立人力资源和社会保障部门在新型农村合作医疗运行中的监管主体地位。由人力资源和社会保障部门作为新型农村合作医疗的监管主体,可以形成一个独立于各方利益主体之外并协调多元利益主体的机构,并以第三者的身份来进行监管,这不仅可以大大提高监管的透明度,而且有助于提高监管效率。

(2)强化对定点医疗机构的指标管理,严格对定点医疗机构的奖惩制度。政府相关主管部门应在广泛调查和科学研究的基础上,构建具有可操作性的定点医疗机构医疗质量控制和服务评价体系,围绕服务费用、服务态度、服务质量、服务手续等设立评价指标。政府主管部门应组织相关专家定期对定点医疗机构进行检查,特别是应重点检查定点医疗

机构的诊疗行为是否规范；是否有重复用药、不科学配伍用药、用药过度的现象；是否有滥检查、重复检查、重复收费、分解收费的现象；日均住院床日费用、平均处方额、人均次门诊费用、平均住院天数等参合农民与非参合农民是否有显著不同等。并将检查的结果及时通过县、乡、村三级的固定公示栏和县电视台等多种渠道向社会公布，以引导参合患者合理选择医疗机构和医生，减少医疗机构、医务人员与参合患者之间因信息不对称而带来的市场缺陷。实行参合农民就医“全县一证通”制度，支持参合农民自主选择定点医疗机构就医，以促使各定点医疗机构、相关医务人员自觉规避道德风险、节约医疗费用、提高服务质量，促进各定点医疗机构之间展开良性竞争。同时，为鼓励和激励定点医疗机构有效开展新型农村合作医疗服务工作，正确引导定点医疗机构优化医疗服务，政府相关主管部门应建立科学的奖惩机制。对严格执行新型农村合作医疗政策，医疗费用控制合理、服务操作行为规范、群众满意度高的定点医疗机构及其相关人员应大力给予奖励和表彰。对费用控制不严、违规行为情节严重的定点医疗机构及其相关人员要给予严厉的经济制裁和行政处罚，直至取消其定点医疗机构的资格。

(3)改革费用支付方式，严格控制医疗费用的不合理上涨。严格控制医疗费用的过快增长和不合理支出，不仅是广大参合农民的一项正当的、基本的保障权利，而且也是关系到新型农村合作医疗制度成败的关键因素。而医疗费用的多少与医疗费用的支付方式密切相关。不同的医疗费用支付方式，会对定点医疗机构产生不同的激励和约束，进而会对其医疗行为产生不同的影响，导致不同的经济后果。从国际上看，目前，世界各国医疗保险的支付方式主要包括按项目付费、按人头付费、按病种付费和总额付费等几种方式。按项目付费是指对医疗服务过程中所涉及的每一服务项目制定价格，参保人在享受医疗服务时逐一对服务项目付费，然后由医疗保险机构依照规定对参保人按比例报销。按人

头付费是指医疗保险机构每月或每年按医疗机构或医生服务的人数和规定的收费定额，预付给服务提供方一笔固定的费用，在此期间，供方提供合同规定范围内的一切医疗服务，不再收费。按病种付费是指根据国际疾病分类法，将疾病按诊断分为若干组若干级，对每一组每一级的疾病分别制定出相应的诊疗规范和收费标准，医疗保险机构根据患者的疾病种类和严重程度一次性向医疗机构支付费用。按这种付费方式发生的费用，超支部分患者不需要再付钱，节支部分则归医疗机构所有。总额付费是指医疗保险机构与医疗服务供方协商，确定供方一年的年度总预算，保险机构在支付供方费用时，依此作为最高限度。从实践上看，每一种支付方式都是既有优点也有缺陷，没有任何一种支付方式是完美的。如实行按服务项目付费，容易诱导供方过度提供医疗服务；实行按人头付费，容易导致供方服务不足或拒绝重病患者；实行按病种付费，容易使供方诊断升级；按总额付费，容易使供方减少必要的服务。可见，任何单一的支付方式都不能有效遏制医疗机构的“道德风险”。只有将不同费用支付方式进行有机组合，才可以有效转换医疗服务服务方与付费方之间经济风险的担当比重，才有助于规范医疗机构的服务行为，进而控制医疗费用的不合理增长。

我国新型农村合作医疗制度试点初期，大部分地区采用的是单纯按服务项目付费的方法。但实践证明，这种支付方式不利于控制医疗费用的增长。因为医疗费用的水平不仅仅取决于服务的价格，还与服务的类型和服务的数量密切相关。按服务项目付费容易刺激定点医疗机构提供过量医疗服务，导致医疗费用的不合理上涨。因此，在借鉴国内外医疗保险支付方式经验教训的基础上，结合我国农村现阶段的实际情况，可尝试采取将按服务项目付费、按病种付费、按人头预付费、按总额付费等支付方式结合起来的结算方式。首先，对村级定点医疗机构实行按人头付费。即按照一个村范围内参合农民的数量及平均每人需要的医疗服务的种类、数

量确定支付总额。这样做,不仅可以从经济上刺激村定点医疗机构尽量降低成本以扩大收益与支出的差额,而且可以促使村医为农民提供便利、及时的医疗服务,以期最大限度地降低发病率,减少费用开支。其次,对县、乡级定点医疗机构在总额预付控制的基础上,实行按病种付费。按病种付费是目前国际上医疗保险部门控制医疗费用、避免过度医疗服务的比较流行且效果明显的政策。这样做,不仅可以使定点医疗机构主动控制或降低成本,而且可以使参合农民享受到质量统一和规范的医疗服务,不仅可以有效减轻农民的医疗负担,而且可以使参合农民看病消费明明白白。当然,单病种的选择和单病种的限价标准必须科学确定。单病种要选择当地患者群较大的病种;单病种的限价标准应由卫生部门组织相关专家在严格成本核算的基础上,结合当地经济水平和物价上涨指数确定。

2. 强化定点医疗机构的内部治理

定点医疗机构的内部监管效力一直不尽如人意,内在约束机制效果不明显,其原因主要在于定点医疗机构的内部监管制度不完善,制度执行力度不够。因此,为进一步强化定点医疗机构的内部监管职能,必须从完善管理制度、分配制度入手,加大制度的执行力度。通过制度建设,形成有效的定点医疗机构内部自我约束机制,通过责、权、利的明确界定,寻求外部性问题的内在化。^[8]

(1)完善定点医疗机构的内部管理制度。“没有规矩不成方圆”。要规范定点医疗机构的诊疗行为和收费行为,必须强化制度管理。定点医疗机构从接收病人开始,在检查、诊断、用药、收费、结算等各个环节,都应该有明确而严格的制度规定,如:在检查环节,应制订和执行《基本诊疗规范》、《特殊检查告知同意、签字制度》、《特殊检查、特殊治疗签字及事前审批制度》等;在用药环节,应制订和执行《基本用药目录》、《特殊用药事前审批制度》、《限量出院带药制度》、《抗菌药物用量和联用的限制》等;在收费环节,应制订和执行《住院费用一日清单制度》、《药品和诊治价格以及业务收入公开制度》、《帐目公开、公示、监督、审计制度》、

《医疗费用签字确认制度》等。通过建章立制,确立目标、明确职责、设立标准、明确操作规程,以此约束和规范定点医疗机构的服务行为,确保定点医疗机构做到事前有章可循、心中有数,从而规范自身行为,自觉向参合农民提供合理、有效、质优、价廉的医疗卫生服务。

(2)完善定点医疗机构的内部收入分配制度。长期以来,在我国医疗体制市场化改革的过程中,大多数医疗服务机构成了自负盈亏的经济实体,医疗机构的生存与发展越来越依赖自己的经营收入。在这种体制下,争取利润最大化便成了一些医疗机构的主要经营目标。一些医疗机构利用利益激励机制调动医生的工作积极性,将医生的收入与医疗机构的总体收入状况挂钩,对医生实行按工作数量或按个人对医疗机构收入的贡献率进行收入分配,致使一些医生为了自己的经济利益,向患者过度提供医疗服务,以完成“创收”任务。为从根本上解决这些问题,必须进一步深化医疗卫生体制改革,加大政府财政对公立医疗机构的投入,回归公立医疗机构的公益性质。同时,深化各定点医疗机构内部收入分配制度改革,建立科学合理的内部核算分配制度,努力探索按劳分配与按业绩定酬相结合的收入分配模式,鼓励医务人员以高超的技术和诚信的服务获取较高的报酬。^[9]如可以考虑建立级别工资和岗位津贴相结合的动态收入体系:级别工资主要根据医生的技术职称、工龄等确定;岗位津贴主要根据医生诊治病人的数量、治疗效果、服务态度、被投诉次数、大处方的次数和加班津贴等来确定。只有这样,才能正确引导医生的医疗行为,最终从根本上扭转医生过度提供医疗服务的倾向。

(3)完善定点医疗机构的内部监督制度。各定点医疗机构应成立专门的检查督导组,经常性地对医生的处方等进行抽样检查和分析,一旦发现明显的药品使用不合理、检查不规范等现象,就要严格追究相关医生的责任,对于违规违法者给予公开警告,严重的终生取消行医资格,以此来规范和约束医生的行为。要严格查处违法违规行,一旦发现贪污、挪用、私分、截留、挤占专项基金的,因

管理不善或失职造成基金损失的,伪造、编造原始凭证套取合作医疗基金的,都要追究相关责任人的责任,构成犯罪的要移交司法机关,依法追究其刑事责任。

3. 强化参合农民对定点医疗机构的监督

参合患者作为医疗服务的需求方,是定点医疗机构诱导医疗需求、不规范诊疗行为的最终受害者。为了维护自身的权益,确保自身的利益不受损害,参合农民应以主人翁的身份积极主动地监督定点医疗机构的医疗行为,切实担当起新型农村合作医疗监督者的角色,并不断提高自身的监督意识和监督能力,切实发挥监督职能和作用。

(1) 举报和投诉。举报和投诉是参合农民维护自身权益的一种有效手段,也是农民参与对定点医疗机构监督的一种重要方式。参合农民看病就医的合法权益受到侵害或发现定点医疗机构在提供服务过程中存在严重偏差和问题时,可以通过举报与投诉的方式维护自己的权益和维护制度的权威性。政府主管部门和定点医疗机构应该设立公开举报电话和举报箱,方便农民群众的举报与投诉,农民也可以向新闻媒体举报和投诉,充分依靠和借助新闻媒体的影响与力量维护自己的合法利益。^[10]

(2) 建立农民自治性组织。群众的眼睛是雪亮的。如果能充分调动起参合农民的监督积极性,定点医疗机构的任何不规范行为都将没有藏身之地。但实践中,一个个参合农民个体的力量却又是十分有限的,若仅仅依靠单个分散的农民个体对定点医疗机构进行监督,其作用往往难以有效地发挥出来。为了更好地行使和发挥广大农民群众对定点医疗机构的监督职能,必须将处于弱势地位的农民组织起来,提高农民的组织化水平。参合农民只有组织起来,才能形成强大的力量,才能更有效地诉求自己的利益要求。农民组织起来的方式可以有多种,既可以以行政村为单位,通过民主选举村代表,建立村民监督委员会,作为常设监督机构,代表参合农民监督定点医疗机构,为农民参与对定点医疗机构的监督搭建起一个平台,也可以通过建立健全

各种农民协会、专业化服务组织和农业产业化组织等形式,把农民组织起来,形成一个利益共同体,在帮助农民解决生产经营活动中的困难的同时,也发挥这些组织的纽带作用,维护广大参合农民在看病就医方面的权益。

(3) 建立并完善农民监督员制度。实践中,由于广大农民群众的文化程度普遍不高,大多数农民的监督能力十分有限。为确保参合农民的权益,切实发挥参合农民的监督职能,可建立和完善农民监督员制度。农民监督员的推选条件为:作风正派、责任心强、在村民中有一定威信和能力、热心公益事业。一个村一般可设1-2名农民监督员,任期一般为1-2年。农民监管员的确定程序:由村民委员会推荐或由村民大会选举产生,乡(镇)合作医疗管理委员会审核,县(市)合作医疗管理委员会进行资格确认并颁发聘书。农民监督员一经聘用,应向所在地村民公示,同时公布联系电话,以方便群众咨询和投诉。^[11]农民监督员的主要职责:代表参合农民对定点医疗机构的医疗服务行为和收费情况进行监督,切实维护参合农民的权益。农民监督员的工作形式:以明察暗访、接受投诉等多种形式开展监督工作,以暗访为主。农民监督员对定点医疗机构实施监督的主要内容:定点医疗机构违反国家物价政策乱收费情况;诊疗不规范情况;开大处方、分解处方情况;过度检查、重复检查情况;其他违规违纪行为等。为更好地发挥农民监督员的作用,各地合作医疗管理机构应不断加强和完善对农民监督员的组织与管理,制定农民监督员工作制度,做好农民监督员的培训工作,不断提高农民监督员的监督意识和监督能力。

总之,对定点医疗机构的监管与治理是一项复杂的社会系统工程,只有多个监管主体共同参与、协调作用,才能形成纵向分层次,横向相衔接,职责明确,环环相扣的有效监管网络,有效约束和规范定点医疗机构的诊疗行为,确保新型农村合作医疗制度健康可持续发展。

(下转第51页)