



农村法律法规常识 ⑬

第5卷

农村医疗健康 法律法规



刘利生◎主编 余志雄◎副主编

陕西科学技术出版社

目 录

第一章 农村合作医疗知识概述	(1)
我国农村合作医疗制度的产生与发展	(1)
农村医疗卫生的变化	(2)
农村合作医疗的兴衰	(5)
发展农村医疗保障的建议	(5)
建立农村医疗保障制度的对策	(8)
农村医疗保障的发展方向	(10)
合作医疗衰退的原因	(13)
合作医疗制度衰退以后我国农村医疗保障的现状	(14)
农村医疗保障存在的主要问题	(16)
农村医疗保障的历史考察及得出的结论	(17)
农村医疗保障的现实问题	(20)
农村是否需要卫生保障制度	(22)
农村医疗保障体系的概念	(23)
新型农村合作医疗的“新”在哪里	(24)
新型农村合作医疗制度在农村的实施中几点急待解决的弊病	(25)

农村法律法规常识

新型农村合作医疗制度路在何方	(26)
将来制定农村卫生保健政策方法上要注意的问题	(28)
对农村卫生保健工作方向的建议	(31)
卫生保障制度的设计定位	(33)
经济因素对农村卫生保健制度的影响的主要表现	(33)
农村医疗建设国家的扶持政策	(35)
第二章 农村医疗问题法律法规	(37)
农村居民基本医疗保险制度	(37)
农村合作医疗保险报销具体怎么报销	(38)
医生见死不救该承担怎样的法律责任	(40)
少数民族地区立法保障新农合的重要性	(41)
少数民族地区促使新农合发展的法理依据	(43)
处方管理的一般规定	(45)
处方权的获得	(46)
处方的开具	(47)
处方的调剂	(49)
到处方的监督管理	(51)
对非法行医罪的认定	(52)
乡村医生执业注册	(53)
乡村医师的执业规则	(56)
违反《乡村医生从业管理条例》应负的法律的责任	(57)
医疗服务中保障患者知情权、决定权的必要性	(59)
医疗服务中患者知情权、决定权的法律保障	(60)
医院有告知义务和尊重患者决定权的义务	(61)
患者及其家属可以复印哪些病历资料	(63)

农村医疗健康法律法规

医疗事故的预防与处置	(63)
医疗事故的技术鉴定	(66)
医疗事故的行政处理与监督	(69)
医疗事故的赔偿	(71)
发生医疗事故后,对有关的病历资料应当如何处理.....	(73)
关于确定过错责任的鉴定问题	(74)
医疗过失鉴定的几点改进	(77)
药源性疾病与药疗事故	(77)
何谓病情的自然转归	(81)
医疗纠纷的预防	(81)

第一章 农村合作医疗知识概述

我国农村合作医疗制度的产生与发展

合作医疗制度从理论上来说,主要是依靠社区居民的力量,按照“风险分担,互助共济”的原则,在社区范围内多方面筹集资金,用来支付参保人及其家庭的医疗、预防、保健等服务费用的一项综合性医疗保健措施。中国农村的合作医疗,有其自身的产生发展足迹,也是我国特殊国情下的必然选择。世界卫生组织在一份报告中曾说,“初级卫生人员的提法主要来自中国的启发。中国人在占80%人口的农村地区发展了一个成功的基层卫生保健系统,向人民提供低费用的、适宜的医疗保健技术服务,满足大多数人的基本卫生需求,这种模式很适合发展中国家的需要。”我国农村合作医疗制度的发展历程为:

1. 合作医疗制度的产生

我国农村的合作医疗制度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,实际上是一种农村医疗保障制度的萌芽。在建国初期,由于资源有限,我们选取了城乡有别的福利提供原则,是农村绝大多数农民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。我国农村正是出现具有互助性质的合作

医疗制度是在 1955 年农村合作化高潮阶段。一些地方如山西、河南等地出现了由农村生产合作社举办的保健站,采取由社员群众出“保健费”和生产合作公益基金补助相结合的办法,由群众集资合作医疗,实行互助共济。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,实现了农民“无病早防、有病造纸、省工省钱、方便可靠”的愿望。

2. 合作医疗制度的推广与发展

在卫生部肯定了米山乡的做法之后,其经验在全国部分地区得到推广。1959 年 11 月,卫生部在全国卫生工作会议上肯定了农村合作医疗的形式,促使其进一步兴起和发展。1960 年 2 月中央肯定了合作医疗这一办医形式,并转发了卫生部《关于农村卫生工作现场会议的报告》,将这种制度成为集体医疗保健制度。1960 年 5 月 18 日《健康报》在社论《积极推行基本保健医疗制度》中肯定了这种集资医疗保健制度的办法,这对于推动全国农村合作医疗制度的发展起到了一定的作用,这时,全国农业生产大队举办合作医疗制度的已达 40%。“文化大革命”时期,新兴的农村合作医疗制度被大力推广。据世界银行(1996 年)报道,当时的合作医疗费用大约只占全国卫生费用的 20%,却初步解决了占当时 80% 的农村人口的医疗保健问题。到 1976 年,全国农村约有 90% 的行政村实行了合作医疗保健制度。

农村医疗卫生的变化

第一,人民健康水平不断提高。按照世界卫生组织确定的

标准,衡量一个国家人民健康水平主要有三大指标:一是人均期望寿命,二是婴儿死亡率,三是孕产妇死亡率。新中国成立初期,我国人均期望寿命为35岁,目前提高到71.8岁(美国、印度、尼日利亚分别为77、61、49岁);婴儿死亡率,建国初为200‰,目前下降到25.5‰(美国、印度、尼日利亚分别为7‰、30‰、112‰);孕产妇死亡率,建国初为1500/10万,目前下降到50.2/10万(美国、印度、尼日利亚分别为8/10万、410/10万、700/10万)。这三大指标的变化,标志着我国国民的健康水平已经达到了发展中国家的较高水平。

第二,基本建立起遍及城乡的医疗卫生服务体系。经过几十年的努力,目前全国现有医疗、预防、保健、监督等各级各类医疗卫生机构近30万个。2004年,各类医疗机构床位数达到327万张,平均每千人3.1张(美国、印度、尼日利亚分别为每千人3.6、0.8、1.7张),卫生人员总数525万人,平均每千人有执业医师1.5人(美国、印度、尼日利亚分别为2.7人、0.4人、0.2人)。此外,还有乡村医生和卫生员88万人。一个遍及城乡的卫生医疗服务网络基本建立起来,药品的生产能力基本能够满足国内民众的医疗卫生需要。

第三,初步建立了城镇职工医疗保险制度,开展了新型农村合作医疗制度试点。经过10年的努力,我国基本建立了适应社会主义市场经济要求的基本医疗保险、补充医疗保险、公费医疗和商业医疗保险等多种形式的城镇职工医疗保障体系。目前,城镇职工参加基本医疗保险的约有1.3亿人,享受公费医疗的职工约有5000万人。从2003年开始,在全国31个省、自治区、直辖市的部分县,开展了由中央财政、地方财政和农民自愿参加

筹资、以大病补助为主的新型农村合作医疗试点。2005年参加试点的农民人数达1.56亿人。

第四,重大传染病防治取得了明显进展。在我国历史上,传染病曾经是严重威胁人民健康和生命安全的疾病。20世纪50年代,因传染病和寄生虫病死亡人数居于全国人口死因中的第一位。经过多年的努力,目前下降到第9位,并在发展中国家中率先消灭了天花和脊髓灰质炎等重大传染病。我国虽然是一个自然灾害频繁的国家,但多年来成功地实现了大灾之后无大疫。2003年我们战胜了来势凶猛的非典疫情,近两年又成功地控制了禽流感向人类的传播。我们正在认真落实各项有效措施,建立健全艾滋病、结核病、血吸虫病、乙型肝炎等严重传染病的预防控制和医疗救治体系。

第五,妇女儿童卫生保健水平进一步提高。妇女儿童是一个国家卫生保健的重点,其健康水平代表着人口的总体健康状况。我国历来重视和关心妇女儿童健康问题,中国历史上形成的高生育率、高死亡率的传统生育模式已经改变,实现了低生育率和低死亡率的良性循环。目前,全国孕妇产前医学检查率达到90%,住院分娩率(包括在乡镇卫生院分娩)达到83%。婴儿死亡率,由建国初的200‰下降到2003年的25.5‰。5岁以下儿童死亡率,由建国初的250‰~300‰下降到2003年的29.9‰。

卫生事业的发展不仅为提高我国国民健康水平做出了贡献,也为经济的持续增长和社会全面进步提供了充足的人力资源和智力支持,对于拉动内需,扩大居民消费,促进相关产业的发展也发挥了积极作用。

农村合作医疗的兴衰

建国后,中国政府十分重视农村卫生工作,农村逐步建立了三级(县医院、乡镇卫生院和村卫生所、室)卫生服务网络,基本解决了农村“缺医少药”的问题。另外,从20世纪50年代中期开始,部分农村开展了合作医疗。合作医疗指由农村集体经济组织和农民个人共同筹资,为农村居民提供疾病治疗和预防的一种社区型医疗保障制度。合作医疗和三级卫生服务网络相互配合,在农村地区经济发展水平较低条件下,基本上解决了农民看不起病,看不起病的问题。中国人口的预期寿命由建国前的35岁迅速上升到1996年的71岁,这一巨大成就的取得,为占总人口80%的农村居民提供健康保障的农村合作医疗和农村卫生服务网络功不可没。

然而,从20世纪80年代农村经济体制改革以来,农村医疗保障发生了严重的衰退。随着集体经济的削弱,农村合作医疗制度发生了大幅度的滑坡,到1996年,全国农村参加合作医疗的人口由1976年的90%锐减到5%左右。绝大部分农民失去了医疗保障,退回到家庭保障。基层卫生服务机构——村级卫生所、室或不复存在,或者转化为私人诊所。

发展农村医疗保障的建议

新世纪,政府应该通过加大投入,合理规划,提供帮助等多方面措施,切切实实把医疗卫生的重点重新放回到农村。

(1)真正增加政府对农村的卫生投入,加强农村卫生基础设施建设,加强医疗医务人员的培训,提高卫生服务质量。

(2)加强农村公共预防保健工作。公共预防保健具有投入低、效益高的优点。必须改变目前基层政府忽视预防保健的现状,要明确公共预防保健是政府的职能,政府应该加强这方面的财力、人力投入。尤其是在一些传染病,慢性非传染病、地方病等方面,预防保健尤其重要。

(3)继续发展和完善合作医疗。第一、地方政府,基层政府要切实承担起组织和资金支持的责任。没有基层政府出面组织,合作医疗就会失去组织基础;政府的适当(根据财政支付能力)资金支持能够对农民参加合作医疗产生很大的引导和激励作用。第二、强化管理,规范合作医疗基金的使用和监督。一方面要杜绝基金的被挪用,另一方面要维护基金使用的公开、公平和公正,避免出现干部与群众之间在交纳费用、享受待遇等方面的不平等。第三、规范医疗服务行为,降低药品价格,合理确定补偿(报销)比例,保证合作医疗基金的收支平衡。第四、目前许多国有上市企业减持国有股,所得部分资金应用于合作医疗基金,因为过去靠工农产品的价格剪刀差使国企,尤其是大型国有企业才得以很快发展起来,在这过程中,农民是作了很大牺牲的。

(4)积极探索其他形式的农村医疗保障形式。20世纪80年代以来,在合作医疗迅速衰退的同时,部分农村地区也出现了其他形式的医疗保障。1998年,除合作医疗外,享受其他形式的医疗保障农村人口占6.06%,约500万人。实践证明,农村医疗保障不必坚持“一种模式”,而应多种模式并存,毕竟中国

地理广阔,各地农村情况大不一样。各地应根据当地经济社会发展状况,因地制宜,确定适合本地农民需要的医疗保障形式。力求切合当地实际情况,也要符合农民的承受能力,并使农民得到有效的医疗保障服务。如对于经济比较发达的城郊农村,可以将农村的医疗保障纳入城市医疗保险体系,取消城乡之间的界限,这样可以拓宽医疗保障基金的来源,扩大医疗保障的覆盖面,降低运营的费用。对于经济在中等发展水平的农村地区,可以对原来的合作医疗进行改进,提高统筹层次,提高筹资水平和保障水平,有条件地区甚至可以将合作医疗转变为合作医疗保险,合作医疗保险既可以是保大病(住院、动手术等),也可以是保小病(看门诊)又保大病;而对于贫困地区,贫困人口,目前首要的工作是加强政府的医疗社会救助,防止因病致贫,因病返贫,一人生病,不仅花光家中所有积蓄,甚至拖垮全家的现象出现。当然现实生活中不乏这样的事例。另外,值得提请关注的是我国医疗保险往往只涉及城镇,而占绝大比例的农村不是有意无意的被忽视,就是找各种理由推脱。我认为所有理由都不能成为借口,毕竟生命权和健康权是人的最基本的人权之一。如1998年12月14日国务院作出《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》。城镇职工基本医疗保险自启动以来,已取得明显成效,但仍然存在许多问题,如管理体制问题,实际上的多头管理不利于医疗保险制度的顺利实施;费用问题,确定“以收定支”的原则,用完个人账户结余后超支自负;住院设置“起付钱”和“封顶钱”,超出“封顶钱”部分用各种医疗保险补充办法支持,从而使个人经济负担加重了,最大的问题是覆盖面问题,仅仅以城镇职工为覆盖对象,而非城镇职工,尤其是广大农

村根本就没有被考虑,这是不应该的。毕竟从中国的国情出发,构建一个基金筹集多渠道、满足需求多层次、保障对象全方位的社会保障体系,这才是我们追求的目标。

建立农村医疗保障制度的对策

农民医疗保障制度能否建立起来,关键在于认识水平。只有认识上去了,才能重视这个问题,才能积极探索和采取切实可行的办法去落实。我们之所以强调国家在解决农民医疗保障问题上的重大责任,不仅意味着国家要在农民医疗保障的制度设计与财政投入方面,采取更加积极的态度和措施,更重要的还是希望引起政府和全社会的高度重视,因为这是国家义不容辞的责任,也是迈向现代化的必由之路。

调整政府医疗卫生投入结构,重点转向扶持弱势群体和患者:

随着卫生体制改革尤其是民营医院的大量涌现,国家对卫生投入的重点应当从扶持卫生服务的提供方,逐步转向医疗服务的消费者。因为目前的问题不是“缺医少药”,而是大部分地区的人群缺乏最基本的医疗保障。通过国家的扶持,可以促进医疗消费的增长,也可以带动医疗产业的发展、增加就业机会,使人们享受到更好的医疗服务与生活质量。除偏远地区及国家必须控制的部分医疗机构、公共保健机构仍需国家投资外,可以放开医疗机构的进入限制,使医疗机构从市场中融资,成为独立自主、自负盈亏的市场竞争主体。这既可以促使医院等医疗服务机构提高服务质量,改善服务态度,又可以减少国家投资,使

这些资金转向建立面向国民的医疗保障。从总量上看,国家对医疗保健事业的总投资并没有增加多少,但是效果将更加显著,也更加公平。

合理布局卫生资源,切实减低医疗费用。中国医疗卫生资源配置严重不合理,农村卫生资源也是“短缺”(设施能力不强)与“过剩”(服务人员与网点散乱、规模失控)并存,结果使医疗费用上升。为了控制医疗费用的上升,应当把控制医疗服务规模的扩大与内部成本的上升作为重点。根据区域卫生规划,严格新建医疗机构的审批,严格控制现有规模的扩大,撤并不合理的重叠机构,调整理顺服务功能。针对医药、医疗市场的混乱局面,加强对药品生产、销售环节及医疗机构的监管,是控制医疗费用上升与减轻农民负担的重要途径。城乡医疗市场的改革与监管要同步进行,以堵塞漏洞、提高效率。

加强公共卫生保健工作,完善公共卫生保健体系。预防保健面向全体人民,关系到广大群众的公共卫生,投入低、效益好、成效显著,“符合成本效益和公平原则,可以明显地减少病、残和死亡,提高人民的生活质量,有效地保护社会生产力,促进社会经济的发展,因此应继续成为农村卫生保健工作的一个重点,在经费、人员、设施等方面加强投入。在长期实践中形成与发展起来的公共卫生(卫生防疫、卫生监督、爱国卫生运动为主要标志)、妇幼保健、医疗预防卫生保健体系,成绩显著。但三套体系的交叉重复、相互分割,使有限的资源不能得到有效利用。应结合区域卫生规划的实施与医疗服务机构的调整,以现有乡镇卫生院和一体化管理的村卫生点为基础,建立“一网多用”卫生保健制度,根据其提供服务的性质(是公共卫生保健及预防还

是一般的经营性业务、是卫生扶贫还是普通治疗等),合理解决公共卫生与预防的补偿机制问题,促使公共预防工作具有稳定的经费投入,保证预防保健工作的正常开展。

建立医疗救助制度,加强卫生扶贫工作。中国特色的农村医疗保障体系,还应当包括医疗救助制度。政府的作用不仅仅是“锦上添花”,更要重视“雪中送炭”,要把对贫困地区、贫困人群的卫生扶贫作为促进农村卫生保健工作的重点内容之一。这是完成“人人享有卫生保健”的需要,更是发展生产、摆脱“因病致贫”“因病返贫”的需要。中国实施的扶贫计划,侧重于经济上的扶贫。应当把经济扶贫与卫生扶贫有机结合起来,通过中央政府及发达地区的支持,首先解决贫困地区的卫生设施建设与“缺医少药”问题,并且在国家扶贫专款及有关扶持资金中划出一部分,专门解决贫困地区的医疗扶贫问题。对于区域内、地区内的农村贫困人口,要实施医疗救助计划。医疗救助计划是医疗保障制度的一个组成部分,医疗保障又是整个社会保障体系的重要内容。应当把卫生扶贫纳入社会保障尤其是社会救助体系,把医疗救助计划与整个社会保障体系有机结合起来,如借助农村最低生活保障制度的标准,确定实施医疗救助的对象范围。这样既可以真正使贫困者得到救助,又方便可行,减少组织成本。

农村医疗保障的发展方向

在不同的历史阶段,合作医疗在政治、经济和保障农民健康方面都发挥了一定的作用。现阶段,由于农村经济的发展,农民

生活水平的进一步提高,对医疗保障需求的多元化,以及合作医疗制度在推行过程中遇到的问题,为切实保障农村人口的医疗健康,迫切需要我们寻找和建立新型的农村医疗保障体系。在这样一个体系里,首先需要解决的问题有:

1. 覆盖范围

目前推行的新型农村合作医疗制度是以农民的自愿参加为主,筹集的资金分为个人账户和社会统筹基金两部分,个人账户部分主要用来支付小病的门诊费用,社会统筹部分主要用来保障一些患重病、大病的农民的医疗费用的支付。但是由于农村地区的经济发展水平是不相同的,这样的一种安排势必会影响到农民的参保积极性。因此,在经济条件比较好的地区,农民的自我保障能力相对也比较强,在这些地区可以更多地强调自愿参加的原则,保险费的缴纳水平也可以相应的提高,这样就可以既保大,又保小,能够享受到全面的医疗保障服务。而对于经济发展水平比较差的地区,则可以实行政府补贴和自愿参加相结合的办法,保障的重点是一些重病、大病的医疗费用。

2. 保障对象

农村医疗保障制度的保障对象就是广大农村居民,但是近年来随着社会流动的加快,越来越多的农民加入到了流动群体的行列,比如说农民工,就是一个非常庞大的群体。对于这部分人是否应该纳入到农村医疗保障体系的行列当中来呢?在现行的体制下,这部分人也应该作为农村医疗保障制度的保障对象看待。因为城市的社会保障体制基本上是把这部分人排除在外的,而他们在某种程度上又是最需要社会保障的群体,在这样的一种制度安排下,农村流动人口的医疗保障问题应该回归到农

村来解决。这部分人相对于其他农民来说觉悟比较高,收入水平也比较高,他们也真切地体会到了社会保障体系对自身的重要性,所以在参加医疗保险的时候会具有更高的积极性。

3. 保障模式

我国不同地区的经济发展水平差异很大,农民的收入情况也不一样,因此只有根据各地的具体情况来选择相应的医疗保障方式。国家目前还没有能力充分顾及到9亿农民的医疗保障问题,而合作医疗也不是解决农村医疗保障问题的惟一出路。无论是从农村医疗保障制度的长远发展来看,还是从农村医疗保障纳入国家社会保障总体规划看,医疗保险制度无疑是优于合作医疗制度的一种保障模式。任何一个保障制度的建立,不可能仅仅是为了解决和处理短期的问题,应该有长期的、战略性的考虑,具有可持续发展的特征,而合作医疗在制度和管理上并不具有长远的规划,存在明显的短期行为。此外,在城市化的必然发展趋势下,农村医疗保障也一定要和城市医疗保障统一起来。所以,我们要逐步顺应经济与社会下调发展的规律,遵循社会保障与经济发展相适应的原则,将农村医疗保障纳入国家社会保障的总体计划当中。但是,在中国农村目前的现实情况下各地经济发展和人们的认识观念等方面存在较大的差异,在农村实施医疗保险也不是短期内就可以完成的。因此建立农村医疗保障制度不能拘泥于一个模式,应该积极探索适合农村特点的多形式、多层次的医疗保障制度。我国东部、中部、西部地区经济、社会发展水平的差异也会导致地区之间在医疗保障的保障形势和保障水平方面存在不同的选择:

沿海地区、高收入的东部农村地区。随着工业化水平不断

提高和农民收入的增长,对医疗保障的需求较高,支付能力也较强,合作医疗的形式正在向医疗保险过渡,可以依托强有力的集体经济和政府支持,实行多层次的医疗保障,最终与城镇医疗保险制度统一。

中等收入的中部农村地区。这些地区集体经济实力较弱,加上农民收入水平的限制,所以应该推行以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,重点是解决农民因患大病而出现的贫困现象。具体的筹资方式和比例可以根据当地的经济水平发展和农民的收入承受能力确定。

低收入的西部地区。由于收入水平低,大多数农民难以享受到初级卫生保健服务,处于发展农村医疗保障最为困难的境地。这些地区的农民参与合作医疗筹资的能力很低,资金总量也较小,保障能力有限,所以可以通过实施贫困人口的医疗救助,建立起在经济上可以负担而且具有可持续性卫生服务和提供方案。

合作医疗衰退的原因

合作医疗大幅度滑坡以及恢复起来相当困难是多方面因素共同作用的结果

(1)农村集体经济组织的弱化。人民公社时期的农村集体经济组织(公社、生产队)不仅仅是经济组织,它们还拥有各项政治、社会、文化权力,直接掌握和控制农村的各项资源的分配,集体经济组织的强大控制力量是组织,推动和资金支持合作医疗发展的十分重要的条件。农村经济体制改革后,农民经营自