

农民工医疗保险制度碎片化困境及其破解

赵 斌* 王永才

中国人民大学医改研究中心 北京 100872

【摘要】农民工问题是我国特有的问题之一,农民工的社会保障问题是我国政府长期关注的重点问题,其重要组成部分——医疗保障问题既是亟待解决的问题,也是难以解决的原因。从制度安排看,农民工有多种制度可以参加,似乎不应有医疗保障方面的问题,但在现实中由于农民工和政策设计等方面的问题,农民工医疗保障问题往往遭遇困境。本文从总结我国现行覆盖农民工的多项医疗保险制度出发,分析碎片化的农民工医疗保险制度为农民工就医带来的问题,了解问题的原因,并提出相应的解决方案。

【关键词】农民工;医疗保险;碎片化

中图分类号:R197.32 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)11-0041-06

The fragmentation of health insurance system for migrant workers and its solution

ZHAO Bin, WANG Yong-cai

Health Reform and Development Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Since reform and opening-up, the special phenomenon of medical security for migrant workers has appeared in China. Such existence has gained great concerns from the government. The most important element of such problems is the weakness of health insurance for migrant workers, which is also the most difficult matter to be solved. Although it seems that migrant workers could participate various schemes of health insurance in accordance with the institutional arrangements. However, it is hard to be covered and benefit from the various schemes when they confront with illness risks. Firstly, this paper gives a summary of multiterm health insurance which covers the migrant workers now. Secondly, it tries to analyze the issue which is triggered by fragmentation of health insurance system for the migrant workers. Finally, it attempts to find out the reason of such phenomenon and provides solutions to cease the problem.

【Key words】 Migrant workers, Health insurance, Fragmentation

改革开放以来,我国进入传统农业社会向现代工业社会、计划经济向市场经济转型的双转型时期。进城务工人员(以下简称“农民工”)群体也由此而生。根据国家统计局农民工统计监测调查,截至2008年12月31日,全国农民工总量为22542万人,其中本乡镇以外就业的外出农民工数量为14041万人,本乡镇以内就业的本地农民工数量为8501万人,^[1]农民工已成为我国劳动力市场不可忽略的组成部分。与之不相适应的是农民工的健康状况,他们从事城市中最脏、最累和最危险的工作,最需要医疗保障,但却长期游离在城市的医疗保障体系之外,享受不到政府提供的“制度内”医疗保障。^[2-3]

面对如此困境,北京、上海、深圳、珠海等多个城

市开始尝试将农民工群体纳入医疗保险计划,国务院及相关部委自2003年起,也都相继颁发文件要求解决农民工的医疗保障问题。但由于农民工流动性大等特点,以及当前医疗保障制度多部门管理,不同地区间的制度设计各不相同,造成各个制度之间缺乏衔接、政出多门、部门交叉、接续困难等问题,难以发挥应有作用。本文将从分析农民工医疗保障体系碎片化的现状出发,在当今特定的经济社会背景下,分析农民工医疗保险发展出现困境的原因,进而提出改进建议。

1 农民工医疗保险体系碎片化的现状

根据《国务院关于解决农民工问题的若干意见》

* 作者简介:赵斌,男(1984年-),硕士研究生,主要研究方向为医疗保障。E-mail: slytzhao@163.com

(国发[2006]5号),各地可以按照自身情况将农民工纳入大病医疗保险、城镇职工医疗保险和新型农村合作医疗三种计划。但在实践中,我国有以下四种覆盖农民工的医疗保险制度,并且因地而异。

1.1 农民工参加城镇职工基本医疗保险

农民工参加城镇职工基本医疗保险源自农民工工人的身份,1999年实施的《社会保险费征缴暂行条例》(国务院令 第259号)规定城镇各业人员都必须参加社会保险,其中包括农民工群体。^① 现行纳入该计划的农民工参保者主要有两类:一是部分城市没有专门为农民工设计的医疗保险,允许农民工参加城镇职工基本医疗保险计划来解决他们的医疗保障问题;另一种是部分城市在专门设计的制度出现前,农民工群体参加了城镇职工基本医疗保险计划而没有退出。但由于职工基本医疗保险缴费较高,而部分城市为农民工群体设计的专门的医疗保险计划费率较低,原本参加职工基本医疗保险的人群多转入专门设计的医疗保险计划。目前参加职工基本医疗保险的农民工数量有限,据估计这类人员大约占农民工参保人数的15%左右,按照2008年农民工医疗保险参保人数为4266万计算,大概为639.9万左右。^[4-5]

1.2 农民工参加新型农村合作医疗

新型农村合作医疗是针对农民设计的医疗风险分散计划,费率较低,享受国家财政补贴,很受农民工关注并愿意积极参保,但由于农民工群体工作流动性大以及新农合属地管理原则的制约,参保该群体只能在参保地(多为输出地)享受相应的医疗保险待遇,一

旦离开参保地,由于相应异地就医制度不健全,该群体在外务工、经商时无法得到保护。按照2007年统计数据估算^[6-8],农民工(包括外出和本乡镇务工)和外出务工的农民工参保率为99.3%和98.8%。

1.3 农民工参加城镇居民基本医疗保险

目前,出于城乡一体化的考虑,部分地区开始允许农民工参加当地城镇居民基本医疗保险,但由于地方政府对城镇居民医疗保险计划负有相应的财政补贴义务,所以绝大部分的城镇居民医疗保险计划将外地户籍人口排除在制度之外,如在珠海,这种类型的制度安排仅限于本市户籍的进城务工人员参加。^[9]

1.4 农民工参加专门为其设计的农民工保险计划

部分地区依据农民工收入水平低,参加城镇职工医疗保险较为费力的特点,专门为其设计了医疗保险制度。目前看,这种制度包括大病医疗保险和综合医疗保险两种。一种是以北京、南京、珠海、重庆等城市为典型的大病医疗保险计划,费率较低,不设个人账户,以农民工群体为保障对象,以大病(住院)为保障核心,只报销大病费用的一定比例,且各地规定参加大病医疗保险必须同时参加大病医疗互助保险;另一种是以上海、成都为典型的综合保险制度,以外来从业人员和非城镇户籍人员为保障对象^[10-11],待遇相对于基本医疗保险较低,向参保者群体提供老年补贴、住院医疗和工伤意外的保障,保障范围较农民工大病保险计划要广。按照胡务2006年估计的比例计算,2008年这种类型的参保人数大概为3621万人。^[4]

表1 覆盖农民工及进城务工人员群体的各项医疗保险计划

项目	城镇职工基本医疗保险	城镇居民医疗保险	新型农村合作医疗	大病医疗保险	综合保险	农民工医疗保险
保障群体	城镇用人单位职工	城镇非从业居民(本市户籍农民)	农村户籍人员	形成劳动关系的农民工群体	进城务工人员(非城镇户籍人员)	建立劳动关系的非本市户籍人员
筹资主体	单位;个人	政府;个人	政府;个人;集体	单位	单位;个人	单位;个人
待遇	住院+门诊	住院+大病	住院+大病	住院+大病	住院	门诊+住院
统筹层次	地级市	地级市	县级市	地级市	地级市	地级市
人数	0.063亿	-	2.245亿		0.3621亿	
管理	人力资源和社会保障部门		卫生部门		人力资源和社会保障部门	

① 基本医疗保险费的征缴范围:国有企业、城镇集体企业、外商投资企业、城镇私营企业和城镇其他企业及其职工,国家机关及其工作人员,事业单位及其职工,民办非企业单位及其职工,社会团体及其专职人员。

2 农民工医疗保险体系碎片化所引发的问题

2.1 碎片化状态不适于农民工高流动性的特点

从工作稳定性角度看,农民工是一个职业流动相当频繁的群体。Knight 等发现农民工的流动性明显高于城市劳动者,且数倍于发达国家。^[12]据“农村劳动力流动的组织化特征”课题组调查资料显示,73.2%的受调查者变换过工作单位。^[13]但是,我国为农民工设计的各项医疗保险制度并不适应其高流动性的特点。从实践上看,我国现有覆盖农民工的医疗保险制度,都遵循属地化管理原则,各地制度各自为政,封闭运行,不同地区制度之间几乎没有衔接的可能性。特别是部分城市专为农民工设计的医疗保险制度,使得医疗保险体系碎片化更加严重。这种贴补丁的医疗保障制度方式,使得覆盖农民工的医疗保险体系中依照户籍设计和依照身份设计的医疗保险制度相混合,当参保者地理上从一个统筹地区转移到另一个统筹地区时,身份随之转变,制度间的衔接和关系转移都是难题,并且监管复杂,成本高昂,无法适应农民工群体高流动性和大量本乡镇外就业的特点。

2.2 农民工群体医疗服务的可及性无法保障

医疗服务的可及性一般分为财务上和地理上的可及性两种。对农民工而言,两种可及性都可能不足。目前,农民工在获得医疗保障的两个环节上医疗服务的财务可及性存在不足。在参保环节,农民工群体在务工地难以参保以获得相应的医疗保障制度保护。原因是多样的,一是农民工群体的低收入,使其无法负担为产业工人设计的城镇职工医疗保险制度的缴费;二是农民工群体的高流动性和现行农民工适用的社会医疗保险制度接续性差的矛盾;三是现行农民工医疗保险制度在制度设计时多以具有劳动关系的农民工群体为目标对象,而将其他进城务工人员排除在外,如进城从事个体经营以及部分未形成劳动关系的工业工作者等。在就医环节,大部分农民工在务工地没有获得制度性医疗保障,这部分农民工在务工地遭遇疾病风险时,只能选择回乡就医或是作为自费病人在城市就医,负担较重。^①

从地理上的可及性看,一方面,部分进城务工人员群体在城市无相应医疗保险制度可入,只能参加输出地的新型农村合作医疗,在城市遭遇疾病风险时,只能回乡治疗,造成地理上可及性不足;另一方面,农民工的高流动性和医疗保障制度间的接续困难,也使得农民工群体难以在务工地获得相应医疗服务,造成这种可及性的不足。

2.3 政府对农民工医疗保险制度的财政补贴责任缺失

从国际经验看,对低收入群体往往采取资助低收入群体参保的方式来保证医疗保险的参保率,如实行社会医疗保险的德国、比利时、法国^[14-16]及盛行私营医疗保险计划的美国佛蒙特、马赛诸塞等州。^[17]从我国实践看,针对相对弱势群体设计的各项医疗保险制度往往采取个人部分缴费、政府提供相应补贴的方式,政府财政承担相当比例的筹资义务,如为农民设计的新农合,地方和中央政府都承担了相当的筹资责任。但现实当中却并没有体现政府财政责任,原因在于我国医疗保险实行地方统筹,医疗保险经办机构经费和部分医疗保险计划补贴的财务责任需要地方政府承担。如果对农民工参保进行补贴的话,按照国家统计局 2008 年本乡以外就业的农民工数量 14 041 万人和城镇居民医疗保险人均补贴 100 元的补贴数额计算,需要支付 140 亿元的财政补贴。从现行医疗保险计划政府补贴的配套比例看,地方财政需要承担相当责任。但自分税制改革以来,地方财政收入占财政收入的比重不断下降,与之相反,各项不断推进的民生项目中都要求地方政府提供配套资金。一方面财政收入不断上移,另一方面支出的责任不断下移,收入与支出责任不匹配的问题非常普遍,地方财政在应对本地户籍人员的各项民生政策的推进上已经捉襟见肘,如何能保证其对非本地户籍人员负担相应的财务责任呢?这是农民工医疗保险制度政府财政责任缺失的原因之一。

其二,农民工群体政治参与能力低。政治参与是公民政治权利得以实现的重要方式。^[18]但由于制度缺陷等多因素的综合作用,农民工的政治参与长

① 按照 2008 年数据,地级市属医院人均次门诊费用为 152.3 元,人均次住院费用为 6636.5 元,相当于当年农民工月收入的 12.28% 和 534.2%,负担较重。

期陷入边缘化的困境。首先,受我国选举体制的限制,务工地地方政府的选票多掌握在具有本地户籍的居民当中,农民工无法行使相应的投票权;同时,政治参与必须有一定的组织作为依托和载体,而农民工缺乏这样的载体。^[19]由于农民工群体无法用“以手投票”的方式体现自己的利益诉求,造成务工地政府在制定各种社会保障政策时对进城务工人员关注程度不足,也就产生了政府财政补贴方面的缺失。而且,将农民工群体作为产业工人的思想也是相应保险制度缺乏财政补贴的重要原因,这种思想忽略了当前农民工收入水平明显低于城镇户籍职工的特点。

2.4 城市化进程受到阻碍

从历史上看,国家为人民群众提供医疗保障计划的目的由保持社会稳定的政治目的逐渐向提高人民健康水平、加速社会经济发展的综合目标转变。这表明,医疗保障制度设计的基本要求是不阻碍经济社会的发展。所以,农民工医疗保险制度的设计不应具有负的外部性。但在现实生活中这种外部性是存在的,从现状上看,现今制度设计最大的外部性在于对城市化进程的不利影响,减弱了城市对农村劳动力的拉力。

按照西方城市化经验,农民转化为市民的趋势不可抵挡。据研究,我国农民工群体的外出动机已由生存理性转向发展理性,他们外出务工的目的是融入城市而不再仅仅追求经济收入,这种理性转变对国家制度改革形成倒逼机制,迫切需要国家做出相应的制度变革。但是,现有的农民工医疗保险制度设计时,却始终城乡户籍二元分割为基本前提,并未考虑城市化进程中农民工转化为市民后的问题,而仅仅出于降低医疗保险缴费负担的考虑,制定了“保当期”的原则,放弃设计累计缴费年限制度,使参保农民工群体一旦退出劳动领域,停止缴费,就失去了相应医疗保障。这样,一方面,农民工群体限于户籍无法加入务工地城市的新型农村合作医疗或城镇居民医疗保险制度,最终仍需要返回原籍所在地居住,阻断城市化进程。另一方面,即使农民工加入专为农民工设计的医疗保险制度,一旦其退出劳动,也就失去了相应医疗保障,加之户籍限制使其无法享有当地的社会救助及社会福利,无计在城市生存,只得回原籍居住。这些回乡农民工使得农村土地流转问题更加严重,农业难以实现产业化发展,也在一

定程度上阻碍了城市化进程。

3 解决方法

3.1 以动态的视角设计农民工医疗保障政策

1957年,国务院通过《关于各单位从农村招用临时工的暂行规定》,标志着我国形成严格限制农村人口向城市流动的户口迁移制度。因为具有刚性和自我强化的“路径依赖”,这一严格的制度约束贯穿于计划经济时期的整个过程,至20世纪末,各城镇政府在对待农民工的就业竞争时,对就业工种、专业、人数、使用期限作了全方位近乎苛刻的规定,从而使歧视系统化、彻底化、公开化和制度化。农民工是户籍制度下的农民,城市中事实上的工人。这种身份是农民工处在城市经济制度接纳与社会制度排斥的夹缝之中,造成城乡户籍工人社会保障待遇的二元分割状态。但是,这种状态并不会持续。按照发达国家经验,城市化是社会现代化过程中各种特征发展的综合反映,表明一个国家结构和经济关系、社会机构和社会关系的深刻变换,是社会生产力和生产关系、人类精神世界和生活方式迈向现代化的综合反映,是现代社会发展的一种必然趋势。户籍制度作为城市化发展的藩篱将逐渐淡化甚至消失,所以在设计农民工医疗保险计划时,应考虑城市化后农民工的医疗保障待遇的解决,而不是将之作为农忙务农、农闲务工的候鸟型农民工对待。

3.2 将农民工分类分层纳入三大主干医疗保险制度

我国现行医疗保障制度按照就业状态和身份进行划分,在城镇有两种基本医疗保险,在农村则是新农合。我国的医疗保险体系主要由这三个保险项目组成,其他医疗保险制度只是各地根据自身需要或为了解决发展过程中的特殊问题而设立的医疗保险制度,具有短期性、过渡性和特殊性的特点,不利于我国社保一体化进程。所以,我国医疗保险制度的发展方向是将各种过渡性的医疗保险制度逐渐向三大主体制度转变,然后逐渐实现一体化。在这个思路下,地方政府应放弃专为农民工及进城务工人员设计的制度,并杜绝为实现人人享有医疗保障的目标而对不同群体设计不同的制度予以覆盖的做法,应将人群按照分类分层的原则,逐步转入现行主体三大医疗保险制度中,并根据人群的需要对三大主干保险体系进行相应的修订完善。就农民工群体而言,对工作收入较高劳动关系相对稳定的农民工群

体,由于收入水平、工作性质与城市户籍人员无异或稍低,应将其纳入城镇职工基本医疗保险计划,对于收入低于一定限额的个体,国家可以提供相应补贴资助其参保;对于收入较低的,工作不稳定的农民工群体,由于这部分群体多具有候鸟迁徙的特性,可以将其纳入城镇居民基本医疗保险计划,采用适当缩减或取消待遇等待期的方法,来保证其在输入和输出地都能享有医疗保障。这样不但可以统一归口管理,不需专设相应计划、机构、人员,共享信息资源,降低管理成本;而且随着覆盖人口的增加,医疗保险分散风险的能力也增加。这种设置也有利于我国从三足鼎立的按身份和户籍划分的医疗保险计划,转化为二元的按工作状态划分的医疗保险体系,最终走向统一国民医疗保险。^[20]

3.3 中央层面出资资助农民工参加务工地城镇居民基本医疗保险

从候鸟型农民工的参保现状上看,如前文所述,绝大部分农民工参加了输出地的新型农村合作医疗,其在乡的医疗保障问题已经基本获得解决。但对于外出务工的农民工群体而言,一年中有相当时间处于非在乡状态,难以享受到有效的医疗保障。现在看,解决这一问题主要有三个思路,一是建立健全新型农村合作医疗的异地就医机制,使农民工可以在务工地享受相应待遇;二是提高医疗保险的统筹层次;三是为农民工提供双重医疗保险覆盖,即在城市再为其提供一套医疗保险覆盖。但前两个方案在目前并不可行。首先,从欧盟跨国医疗经验和我国现状看,当前解决的重点都应应为异地安置人员和因病转院人员的异地就医问题,但我国异地就医管理服务机制不健全,且异地就医行为难以监管,政府投入大,收效小,而且如果为农民工群体提供异地就医管理服务,手续的复杂性也会使农民工群体望而却步而退出医疗保险;第二,我国经济差距大,民众对保险费用的承担能力也有巨大差异,统筹层次一时难以提高,即便提高到较为理想的市级统筹,对缓解外出务工人员的医疗保险问题的作用也很有限;第三,从成本效益分析看,政府资助的双重参保模式与一地参保的异地就医模式相比,财政支出孰高孰低并不确定。异地就医机制下的异地参保模式,需要国家投入大量资源建立健全异地就医管理服务的相关政策、部门、人员,并承担相应费用,且单个异地就医人员管理成本随流动性的增强而增加。因此,

从总量上看,建立异地就医管理服务机制的成本并不一定少于资助农民工实现双重参保的成本。故本文认为,为农民工提供输出地和输入地医疗保险的双覆盖,是解决其医保问题的唯一选择。但是,由地方政府资助可能因为地方政府不当行为造成福利损失,所以补贴参保责任应由中央层面负责。

3.4 中央层面建立专项基金,酌情补贴农民工自付费用

如前所述,为保障候鸟型农民工在务工地和输出地都能获得医疗保障,需要中央层面资助农民工群体参加务工地的城镇居民基本医疗保险计划,通过务工地和输出地双重参保的方式获得医疗保障。对于需要参加城镇职工基本医疗保险计划的农民工群体而言,虽然收入高于候鸟型农民工,但相对于城市居民而言仍较低,2008 年上半年农民工月均工资为 1 240 元,为当年城市人口月均工资收入的 57.9% 左右,^[21-22]而且平均数字往往被高收入者人为拉高,大部分的农民工群体的收入低于这一数字,如果让农民工群体按照现行城镇职工平均工资 60% 为基数缴费的话,显然对其压力较大,可以由中央政府层面出资补齐相应份额的保费。此外,当农民工群体在务工地遭遇医疗风险时,即使拥有相应医疗保险,也往往会因为自付费用的问题难以接受医疗服务或负担较大。2008 年地级市属医院人均住院费用为 6 636.5 元,即使医疗保险计划可以为参保者提供 80% 或 50% 的偿付比例,居民到县属和地级市医院住院每次也需要负担费用 1 327.3 元或 3318.25 元的自付费用。加之农民工不具有务工地户籍,无法享受务工地医疗救助的帮助,使得医疗服务的可及性更受限制。因此,需要对农民工的自付金额或费用进行减免。按照德国、法国和瑞士实行社会医疗保险国家的经验,可以对农民工群体采取自付费用总额限制的方法来解决因无力支付自付费用造成医疗服务享有上的障碍。从具体实施上看,现行各城市都对农民工实行身份管理,以农民工在户籍地注册的证件作为享有政策的证明,在其遭遇疾病风险时,为其提供相应的医疗保险自付费用减免待遇;当然这种减免需要与其个人收入相关联,而不是采用一刀切的方式。

参 考 文 献

- [1] 中国人口信息网. 国家统计局. 2008 年末全国农民工总量为 22542 万人[EB/OL]. (2009-03-27)[2009-06-20].

- http://www.cpirc.org.cn/tjsj/tjsj_cy_detail.asp?id=10471.
- [2] 罗阳. 流动人口医疗保障,构建和谐社会的重要一极[N]. 健康报. 2005-03-07.
- [3] 胡豹,张丽梅. 浅析农民工商业保险[J]. 集团经济研究, 2006(8): 167-168.
- [4] 胡务. 农民工城镇医疗保险与新型农村合作医疗的衔接[J]. 财经科学, 2006(5): 93-99.
- [5] 劳动和社会保障部,国家统计局. 2008年度劳动和社会保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2009-06-12)[2009-06-20]. http://www.cnss.cn/xwzx/jdxw/200906/t20090612_210418.html.
- [6] 国家统计局. 中国统计年鉴 2008 [EB/OL]. [2009-06-20]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2008/indexch.htm>.
- [7] 卫生部. 2009年中国卫生统计提要[EB/OL]. [2009-06-20]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pjtjy/digest2009/T7/sheet002.htm>.
- [8] 2007年我国农民工达到2.26亿[EB/OL]. (2008-8-28)[2009-06-20]. http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-08/28/content_9730683.htm.
- [9] 珠海.《关于印发珠海市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》(珠府[2007]138号)[Z]. 2007.
- [10] 上海市外来从业人员综合保险暂行办法[Z]. 2002.
- [11] 成都市人民政府关于印发成都市非城镇户籍从业人员综合社会保险暂行办法的通知[Z]. 2003.
- [12] John K, Linda Y. Job Mobility of Residents and Migrants in Urban China[J]. Journal of Comparative Economics, 2004, 32(4): 637-660.
- [13] 周运青,王培刚. 农民工进城方式选择及职业流动特点研究[J]. 福建论坛(经济社会版), 2002(6): 39-42.
- [14] Couffinal A, Paris V. Cost Sharing in France. Working Paper. CREDES (Centre de Recherche Etude et de Documentation en Economie de la Sante); 6-8.
- [15] McKee M, Chenet L, Fulop N, et al. Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between East and West[J]. Journal of Public Health, 1996, 4(3): 214-224.
- [16] Van Nieuwenhuysen J P, Carvalho J C. On dental health in Belgian population approaching the 21st century[J]. Archives of Public Health, 2000(58): 23-36.
- [17] Besio S. Vermont health care reform: five-year implementation plan[R]. Health care reform implementation state of Vermont of administration, 2006.
- [18] 王浦劬. 政治学基础[M]. 北京:北京大学出版社, 2008:119.
- [19] 邓秀华. 长沙、广州两市农民工政治参与问卷调查分析[J]. 政治学研究, 2009(2): 83-93.
- [20] 郑功成. 中国社会保障改革与发展战略——理念、目标与行动方案[M]. 北京:人民出版社, 2008: 200-202.
- [21] 人民网-人民日报海外版(北京)转引自网易. 农民工月均工资首次突破千元[EB/OL]. (2008-08-29)[2009-06-20]. <http://money.163.com/08/0829/08/4KG18PN700251RJ2.html>.
- [22] 国家统计局. 城镇单位就业人员劳动报酬情况(2008年第二季度)[EB/OL]. (2008-08-29)[2009-06-20]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/jdsj/t20080819_402499761.htm.

[收稿日期:2009-08-13 修回日期:2009-10-11]

(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

美国联邦政府投资 2780 万美元用于卫生信息技术建设

据美国卫生与公共服务部(United States Department of Health and Human Services, HHS)最近报道,联邦政府将向联邦社区卫生中心和其他卫生保健组织投入 2 780 万美元,用于完善电子健康档案系统,建立卫生信息平台,促使这些组织更好地利用现有的电子健康档案,提高服务质量。行政官员 Mary Wakefield 表示,这些资金将会用于推广和完善电子健康档案系统,使卫生保健机构满足越来越多人群

的卫生保健需求。据 HHS 称,这些经费中,2 260 万美元将用于电子健康档案系统建设;260 万美元用于卫生信息技术创新,包括建立卫生信息交流平台和在牙科保健领域运用卫生信息技术;另外 250 万美元项目资金被 4 家具有电子健康档案的组织分享。

(来源:modernhealthcare.com 网站;摘编:尤川梅)