

农村医疗救助与新型农村合作医疗制度衔接机制研究

陈家应* 林振平

南京医科大学医政学院 江苏南京 210029

【摘要】新型农村合作医疗制度是农村居民获得基本卫生保健服务的重要保证,在目前新农合保障程度不高的情况下,农村医疗救助制度则是提高农村困难群体卫生服务利用、实现卫生保健公平性的基础。只有两个制度有效衔接,在农村医疗保障体系中发挥协同作用,才能最大限度地实现人人享有基本卫生保健。本文在分析我国农村医疗救助制度现状和存在问题的基础上,就两个制度的衔接机制进行探讨,并提出了两个制度衔接的运行模式的政策建议。

【关键词】医疗救助;新型农村合作医疗;衔接机制

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)02-0006-05

A study on linking rural Medical Assistance with new Rural Cooperative Medical System in China

CHEN Jia-ying, LIN Zhen-ping

School of Health Policy and management, Nanjing Medical University, Jiangsu Nanjing 210029, China

【Abstract】 New Rural Cooperative Medical System (RCMS) is an important scheme to ensure rural residents to get basic health care. Rural Medical Assistance (MA) plays a basic role to increase rural vulnerable residents' health services utilization and reduce inequity in health care, while the RCMS reimbursement rate is relatively low at present. Only when MA and RCMS is really linked and play a collaborative effect, is it possible to accomplish the goal of basic health care for all. The paper first analyzed the current situation of MA and the problems, then discussed the linking mechanism of two systems and raise some policy recommendations on financial operation model for the two systems linking.

【Key words】 Medical Assistance, New Rural Cooperative Medical System, Linking mechanism

世界上很多国家对贫困弱势群体都有不同形式的医疗救助。美国于1966年实施的医疗救助计划(Medicaid),为贫困人口提供免费医疗服务^[1];英国于1834年即出台了济贫法,明确了对贫困人口的医疗救助^[2];泰国政府早在1975年就设立了“低收入者免费医疗项目^[3]”;菲律宾政府的国家健康保险法案,要求要为穷人提供基本医疗保健服务^[4];新加坡的保健基金(MediFund)即是由政府为贫穷的国民设立的一项救济信托基金^[5]。我国2002年出台的《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》(简称《决定》)也明确提出了在农村地区建立新型农村合作医疗制度和医疗救助制度,并要求到2010年,实现基本覆盖我国农村居民。2003年1月,

国务院办公厅转发了卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度意见》(国办发[2003]3号),我国新型农村合作医疗制度建设正式启动;2003年11月,民政部、卫生部、财政部联合发文《关于实施农村医疗救助的意见》,也正式启动了我国农村医疗救助制度的建设。经过5年多的试点推广工作,到2008年底,全国新农合的人群覆盖率达到90%以上,全国所有省、市、自治区也已全面启动了农村医疗救助工作。这两项制度对我国广大农村居民尤其是农村低收入等困难群体的健康保护,确实发挥了积极作用。但是,新农合制度和医疗救助制度在目标人群的界定上存在一定差异,前者面向全体农村居民,后者则主要针对经济困难群体,但两者的目标

* 基金项目:亚洲开发银行资助的咨询项目(编号:TA 4933,PRC)。

作者简介:陈家应,男(1962年-),博士,教授,南京医科大学医政学院公共事业管理系主任,主要研究方向卫生服务, E-mail: jychen@njmu.edu.cn。

是一致的,即是提高居民的卫生服务利用能力。对于经济困难群体,有了新农合的补偿,若再获得医疗救助资金的支持,医疗费用负担应该得到明显减轻,因经济支付能力低于一般人群所导致的医疗服务利用能力低下的问题将得到有效缓解。但是,对于经济困难群体,由于其经济支付能力非常有限,如何有效地发挥两个制度协同作用,最大限度地减轻困难群体的经济负担,实现农村居民公平享有基本卫生保健服务,是农村健康保障制度建设中亟待研究解决的问题。

1 医疗救助制度面临的主要问题

1.1 传统的民政救济管理方式难以适应医疗救助制度建设的要求

医疗救助工作主要面向低收入弱势群体。首先,在农村地区,农民家庭收入多为实物,现金收入在大多数地区是非常有限的,而实物收入在收获和消费方面均存在即时性和可变现困难等,同时,实物收入变现的数额也存在较大的易变性。因此,准确测量和核对家庭收入在农村本身即是一项非常困难的工作,需要投入大量的人力。其次,救助对象医疗费用补偿的及时性对减轻家庭经济负担至关重要^[6],因此,传统的民政救济的阶段性工作方式,无法适应医疗救助制度化建设的要求,需要有专职人员从事兑现补偿工作。而民政部门作为政府职能部门,其人力配备的有限性决定了其难以独立承担如此浩大的救助管理与补偿工作。目前在很多地区,这种救助管理方式也在很大程度上影响了医疗救助工作的开展。

1.2 救助方式影响了救助效率

目前多数地区医疗救助的方式仍然沿用了传统的民政救济工作方式。一方面,救助的数额缺乏计划性、制度化,随意性较大,常常是根据可用救助资金的额度,在年度结束时根据需要救助的人数,以救济的方式发放救助金,及时性不够;另一方面,即使制定了救助比例,也是救助对象就医后,凭发票报销,采用的是事后补偿的方式。这些均使得本来已经非常有限的救助资金,不能发挥提高救助对象医疗服务利用的目的,最后能享受到救助金的多是那些能垫付得起医药费的家庭,即相对经济状况较好的家庭,这样既降低了救助效率,也不符合对最困难

的群体提供帮助的原则。

1.3 医疗救助筹资有限与救助需求相对较高的矛盾

全国需要救助人口较多的地区多位于中西部,而这一地区又是经济发展水平较低的地区,地方财政支付能力有限,主要依靠中央财政转移支付来解决救助资金的来源,来自社会捐助的资金非常有限。^[7]但由于需救助人口较多,这部分人群往往健康状况也相对较差,常常是贫病交加,救助需求较高。中央财政转移支付资金常无法满足需求,地方政府的投入也有限,而且越到基层财政支付能力也越弱。因而,医疗救助资金不足与救助需求相对较高的矛盾比较突出。如 2007 重庆市的救助资金中,有 2/3 来源于中央财政,只有 1/6 来自于区县财政。如何拓宽筹资渠道、增加资金额度、保证救助资金及时到位,是改善医疗救助工作的重要保证。

1.4 救助公平性有待进一步提高

救助公平性包括弱势群体公平获得救助和通过医疗救助提高医疗服务的公平性两方面。首先是救助对象确定存在一定的不公平性。尽管在各地都表示,救助对象的确定是采取民主、公开的方式,基本实现了公平保障,但在实际操作时,仍有一些是贫困人口因种种原因没有获得救助。各地在开展医疗救助时,都进行了一定的宣传动员活动,但仍存在宣传不到位的问题;要求救助对象自己申请,再由相关机构评审,一些没有听到信息的家庭也就无法主动申请;救助资金的额度有限也在很大程度上限制了应保尽保目标的实现。其次,医疗服务利用存在不公平性。由于多是事后救助,无支付能力的家庭也就无法享受必需的医疗服务;即使在一些实行即时减免的地区,由于需要患者自付医药费,出院结账时减免救助部分,但这都要求患者自己先付费用,无法承担住院押金的患者也无法获得服务。这些都在不同程度上影响了医疗救助制度的公平性。

1.5 与新农合制度协调不良影响救助效果

我国 2002 年中共中央《决定》要求建立农村新型合作医疗制度和医疗救助制度,就是要通过这两种制度的建立,实现普惠和重点相结合,从而实现全体农村居民公平享受基本卫生保健服务的政策目标。但在两个制度建立和实施过程中,由于分属不同部门负责,合作医疗以卫生行政部门或社会保障部门为主,而医疗救助由民政部门负责。根据两种

制度所针对人群的不同,保障要求不同等,由不同部门管理无疑是符合中国行政体制实际的。但在实施过程中,仅仅依靠任何单一的制度,均不能实现减轻疾病经济负担、提高医疗服务利用公平性的目标。但目前由于在多数地区,部门间有效的协调机制没能建立,这既影响了医疗救助和新农合补偿对救助对象的及时性、连续性,也影响了对卫生服务提供与利用合理性的有效监管,影响了救助的效果和效率。在本次调查中,无论在宁夏还是在重庆,均不同程度地存在这一问题。

2 实现医疗救助与新农合有效衔接的政策建议

医疗救助制度在我国实施并取得预期目标,需要扩大筹资渠道、提高救助资金水平、完善救助方案设计等。救助资金水平的提高,需要其他相关政策的支持,各级政府的重视,社会各界关注公益事业等。但是,在目前的条件下,探索如何加强医疗救助制度与新农合制度的衔接,在政策制定、方案设计、资金管理或使用、服务管理与费用控制等方面进行完善,使有限的医疗救助资金最大限度地发挥救助作用,是政府相关部门应该重点关注的问题。

2.1 建立有效的部门协调机制,促进部门的协调与配合

我国城乡医疗救助均是民政部门负责管理和实施,而新农合则是由卫生部门或社会保障部门负责管理与实施,其目的都是一致的,即提高居民医疗服务利用能力。所不同的是,医疗救助针对特定的弱势群体,而新农合则针对一般人群。没有医疗救助而只有新农合,是不可能使所有居民都能得到公平的基本医疗服务利用,而只有医疗救助没有新农合,同样无法有效提高弱势群体的医疗服务利用。因此,两个制度是密不可分的又不可互相替代,只有密切配合、互相支持,真正实现有效衔接(无缝衔接),才能取得最佳的改善全体居民医疗服务利用的效果。

医疗救助与新农合的有效衔接,关键是不同行政管理部门间的协调、配合问题。部门间沟通、协调机制运行顺畅,两个制度的衔接就有效,否则,即使有了相关政策规定,仍然不能保证实现有效衔接。可以说,建立部门间的沟通与协调机制,是实现医疗救助与新农合制度有机衔接的基础和前提。打破部门间的权利壁垒、提高两个制度功能的协同作用,是提高救助效率的关键。

2.2 统筹协调完善两个制度设计,实现制度层面的无缝衔接

新农合与医疗救助是两种不同的和不可相互替代的制度,必须由民政和卫生或社会保障部门间的密切配合。在制度设计、政策制定与调整、补偿与救助方案设计等方面,均需要管理部门间的联系、交流、磋商、统筹协调,使救助对象在两个制度的协同作用下,能最大限度地保护健康权利。在制度设计时,除了要准确地把握不同制度的目标、原则、对象等,还应该对两个制度连接部进行无缝设计,如补偿方案要充分考虑救助对象的费用承担能力,要最大限度地降低费用负担,消除因经济因素所导致的医疗服务利用障碍。

2.3 合理设计补偿和救助方案,最大限度地满足救助对象的基本健康需要

在新农合补偿方案设计时,要最大限度地保证救助对象与一般居民能享受新农合相同的补偿标准。医疗救助则在新农合补偿的基础上,合理提高救助比例,使救助对象的疾病经济负担有效减轻,以消除就医的经济障碍维度。

在设计救助方案时,首先应该量入为出,明确救助重点。充分利用新农合的就医信息,对救助对象的医疗需求进行准确测算,根据医疗费用测量结果,再结合可用医疗救助金的额度,设计救助比例,对提高重点救助对象的救助比例。其次,在救助比例的设计时,应该本着满足基本医疗服务需求为前提,引导救助对象到基层医疗机构接受服务,这样既可减少医疗费用的支出,降低患者和医疗救助资金的费用压力,又与国家建立基本卫生保健制度的目标相一致。第三,还应该考虑到一些救助对象确实存在的特殊医疗需求,在基层医疗机构无法得到有效的解决,需要到高层医疗机构。对这一部分人,应该制定相应的补偿规定,如建立组织医学专家会诊制度,根据会诊结果确定救助方案等。

有些地区新农合方案设计,提出对救助对象提高5%~10%。救助对象和一般居民在同一制度下筹资却享受不同补偿比例,这是另一种不公平,不宜提倡。但应该考虑救助对象经济支付能力很弱的现实,由卫生行政部门与定点医疗机构协调,最大限度地减少救助对象交纳住院押金。可以根据新农合和医疗救助的方案,计算出不同费用水平下,患者应该

自己承担的费用,从而确定救助对象住院时的预交费用,以此规定医院对救助对象的收费,也可间接规范医院的服务行为。

2.4 完善救助资金的管理与使用,提高两个制度的协同作用

在救助资金的管理与使用方面,目前存在的最大问题是部门间的协同问题。一些地方的民政部门存在权力本位思想,认为救助金的审批发放是一种权力,也体现了本部门对困难群体的关心。如由其他部门代发,就会削弱救助对象对本部门“恩惠”的感知。由于有这种想法的存在,在很多地方即使提出了两个制度的有效衔接,也无法真正消除救助对象获得医疗服务的经济障碍。因此,对救助资金的管理与使用,应该以最及时地为救助对象提供经济支持为前提。重庆市在救助资金的管理与使用时,对救助对象的经济救助由医疗机构直接减免,对免除救助对象补偿起付线、新农合补偿以外的救助金等支出,由民政与医疗机构直接结算,结算时还要审查医院费用的合理性以决定是否全额支付,这样对医疗机构规范服务行为可以起到了一定的作用,同时患者不需要支付全额费用也减轻了费用负担。^[8]这一做法值得参考。

2.5 加强医疗服务监管,规范医疗服务行为,控制救助对象的费用负担

医疗服务提供与利用的合理性,对改善有限的医疗救助资金的使用效率,有非常重要的作用。由于救助对象的经济状况均较差,在救助方案设计时,所要考虑的多是如何最大限度地降低救助对象的医

疗费用负担,因此,新农合补偿加医疗救助后,个人承担的费用已经非常少,这虽然减轻了救助对象的费用负担,但也会带来供需双方过度提供服务与利用的问题。

对于过度利用服务的问题,简单地通过降低补偿比来提高需方费用意识是不合适的,加强对供方的监管才是最好的解决途径。在医疗服务过程中,供方总是起着决定性作用。因此,在新农合和医疗救助的管理设计时,应该加强对供方行为的监管,如设定住院指征、随机抽查病历进行合理性评价等,并制定相应的惩罚措施,以促进医疗机构提供合理的服务。同时,还应该严格控制范围外服务和药品的费用比例,尤其是对医疗救助对象,这些范围外服务的提供,实际上是增加了患方负担,减弱了医疗救助政策对弱势群体的救助效果。

2.6 医疗救助与新农合制度衔接运行模式建议

根据以上分析,结合国内各地的实施情况,从完善医疗救助制度、实现医疗救助与新农合的有效衔接,特提出两个制度有效衔接的运行模式(图1)。我们建议,从规范服务行为考虑,无论是事前还是事后救助(补偿),患者在医疗机构就诊时,都不应该采用直接支付全款再到相关机构报销的方式。救助对象就诊或住院时,只需交纳自付费用,其余由新农合与医疗救助基金管理组织根据事先设计好的救助(补偿)比例,与医疗机构结算。基金可以由不同机构管理,也可以合为一个机构,但费用分别核算。由基金管理机构和医疗机构结算,可以在结算时加强对医疗机构的监督、检查,惩处违规。

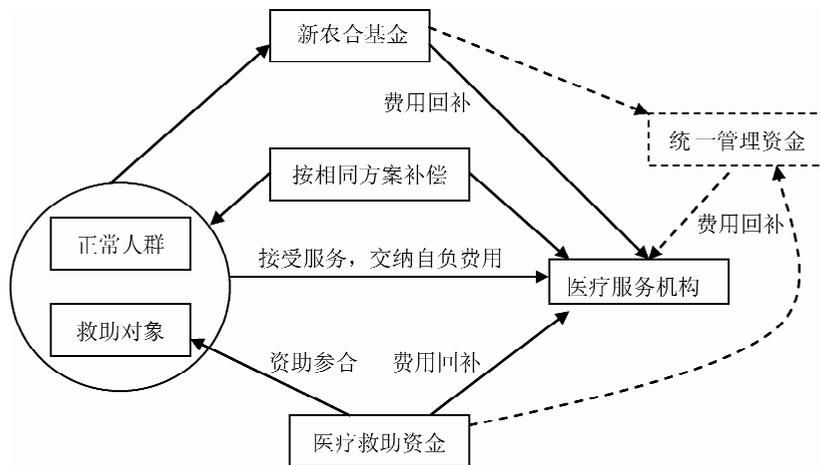


图1 新农合与医疗救助衔接建议运行模式示意

参 考 文 献

- [1] 毕芳, 任苒. 美国医疗救助制度沿革及其对我国的启示[J]. 中国卫生资源, 2007, 10(1): 41-43.
- [2] 任月, 陈科. 英国、美国医疗救助制度对中国医疗救助制度的启示[J]. 2007, (7): 206-207.
- [3] 顾昕. 泰国的医疗救助制度及其对我国的启示[J]. 中国行政管理, 2006, (7): 73-77.
- [4] 马进, 张华, 方修仁, 等. 菲律宾卫生系统对我国弱势群体医疗救助的启示[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(1): 75-77.
- [5] 杨春艳. 国外贫困人口医疗救助概况[J]. 咸宁学院学报(医学版), 2007, 21(2): 182-184.
- [6] 顾雪非, 张振忠. 医疗救助与新型农村合作医疗制度管理和服层面衔接研究[J]. 医学与社会, 2008, 21(6): 13-15.
- [7] 马其波, 唐根富. 农村医疗救助基金利用的影响因素与对策建议[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(12): 41-43.
- [8] 黄渐青. 对重庆市渝北区城乡医疗救助的调查与探讨[J]. 现代预防医学, 2008, 35(10): 1857-1858.
- [收稿日期:2009-02-01 修回日期:2009-02-19]
(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

卫生部派员参加联合国人权理事会定期审议会议

联合国人权理事会普遍定期审议第四次会议于2009年2月9日-11日审议了中国政府提交的人权报告。我国驻日内瓦联合国代表团大使李保东率领中国代表团参加大会,并作介绍性发言。卫生部就促进公民健康权利的有关内容提供了发言材料,内容涵盖人人享有基本医疗卫生服务、新型农村合作医疗发展、食品安全、城乡卫生服务体系建设、传染病防控、精神卫生、医疗保险和救助以及今后我国卫生体制改革的目标,并派政策法规司相关人员参加了代表团。

中国的报告受到了与会代表的欢迎,有60个国家先后对中国报告进行了评议发言。发展中国家和大多数发达国家认为中国的人权报告客观务实,既展示了促进人权方面取得的巨大成就,也分析了存在的挑战和问题,并且提出了今后的工作方向与主要目标,内容丰富,证据充分。有关国家高度赞扬了

近年来中国在促进人权发展方面所做出的努力和取得的成绩,并希望看到中国人权取得更大发展,同时也对中国人权发展提出了建议。

巴林等国充分肯定了我国在保障公民健康权利方面取得的进步,注意到了我在提高居民期望寿命、减少孕产妇和婴儿死亡率、消除传染病危害、改善卫生服务系统绩效等方面取得的成绩。有关国家也诚恳提出了对我国健康人权的建议,主要有:尽快实现人人享有基本医疗卫生服务;改善精神病病人的服务状况等。通过此次审议,国际社会认识到了近几年我国卫生工作的明显进展,注意到了我在深化医药卫生体制改革方面的巨大决心和良好发展。

联合国人权理事会普遍审议机制每四年对有关国家审议一轮,本次是我国首次接受普遍审议。

(来源:卫生部网站; 摘编: 何平)