

新型农村合作医疗补偿目标与基金分割机制研究

初可佳^{1*} 申曙光²

1. 广东金融学院 广东广州 510521

2. 中山大学社会保障研究中心 广东广州 510275

【摘要】本文在对新型农村合作医疗保险基金分割机制与补偿目标的关系进行具体分析之后,针对目前补偿比例过低的现实分析了确定新农合补偿目标时应考虑的因素,进一步研究既定补偿目标下相应的新农合基金分割机制及补偿比确定原则。这种研究可以为评价和优化我国新农合保障机制,并为政府合理安排基金走向,保证新农合政策目标的实现,形成可持续的新农合制度改革方案提供决策参考。

【关键词】新型农村合作医疗;补偿目标;基金分割机制

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)10-0027-04

A study on the compensation goal and the fund segmentation systems of New Rural Cooperative Medical Scheme

CHU Ke-jia¹, SHEN Shu-guang²

1. Guangdong University of Finance, Guangdong Guangzhou 510521, China

2. Center for Social Security Studies, Sun Yat-sen University, Guangdong Guangzhou 510275, China

【Abstract】 After analyzing the relationship between the fund segmentation systems and the compensation goal of the New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS), this paper discusses the factors which should be considered when determining the compensation goal according to the current reality of lower compensation percentage. Then, it further studies the NRCMS fund segmentation systems and the principles of compensation percentage under the established compensation goal. Such a study can provide the decision-making references to evaluate and optimize the NRCMS, make the arrangements of using funds reasonably for the government, ensure the realization of NRCMS policy objectives and draw up the sustainable NRCMS reform programs.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme, Compensation goal, Fund segmentation systems

1 基金分割机制与补偿目标的关系解析

学术界一般通过保障范围和保障程度两个指标来界定新型农村合作医疗保险(以下简称“新农合”)的保障水平。保障范围包括两个维度,其一是指新农合所覆盖的承保对象范围;其二是指卫生服务项目(门诊或住院)、卫生服务项目提供的量及时间限制;保障程度是指参合农民医疗费用的实际补偿额度占其总医疗费用支出的比重,其中实际补偿额度一般指参合农民门诊或住院医疗费用的补偿额。^[1]在具体的新农合制度中,保障程度是由起付线、封顶线及补偿比(即报销比例)来确定的。在医疗保障基

金一定的情况下,保障范围与保障程度互为消长,即保障范围越宽泛,保障程度就越低;反之,高的保障程度将会压缩保障范围。目前新农合的保障范围仅限于农村居民的基本医疗服务(普通门诊和住院)需要。因此,在保障范围基本限定的情况下,确定新农合的保障水平就是在一定的基金规模和卫生服务项目下确定医疗费用的补偿程度。

影响补偿程度的一个关键因素是基金分割机制。基金分割机制此处指各地因地制宜地根据自身的保障目标所确定的宏观基金分配方式,它决定着不同医药费用补偿水平的高低,从而也影响到参合农民的受益面与受益程度。基金分割直接影响到补

* 基金项目:国家自然科学基金项目。

作者简介:初可佳,女(1977年-),讲师,主要研究方向为保险与风险管理。E-mail:chukejia@163.com

偿比的确定,并通过补偿比来实现新农合的保障目标(即补偿目标)。而无论是从理论还是实践看,补偿目标的确立是建立基金分割机制与补偿比例的前提。只有首先确立了补偿目标,基金分割机制的建立与补偿比例的制定才有了依据,否则后者就是盲目的。

新农合的基金规模(收入项目)与保障水平(支出项目)之间存在着内在的数量平衡关系,这是一种精算平衡关系,因此,应当通过医疗保险的精算体系来科学地确定新农合的保障程度。然而,我国目前新农合保障水平的确定表现出较大的随意性,不同地区在相同筹资水平下保障程度差别很大,同一地区的基金分割模式和补偿比例也在不断地调整和波动,也正因为如此,各试点县的新农合基金大都不能达到收支平衡的目标,或大量结余,或出现亏空,这种制度的震荡,不利于新农合的正常运行。^[2]因此,必须对基金分割机制进行及时地研究和选择,尽快根据补偿目标建立适宜的基金分割机制和补偿比例,并在实践中不断完善。

2 合理补偿目标的确定

新农合基金分割机制与补偿目标主要体现在新农合基金的使用情况及补偿情况,具体包括医疗基金的筹集及其补偿方法等。在2005—2006年间,全国304个试点县共筹集合作医疗基金36.21亿元,医疗费用补偿支出15.36亿元,结余20.84亿元,结余资金占实际筹集资金的比例高达57.6%。2005—2006年全国新农合的患者花费的总医药费用是48.633亿元,补偿15.368亿元,平均补偿率仅为31.60%。在门诊补偿率与住院补偿率间没有明显的差异。^[3]从补偿费用的分布来看,无论是门诊费用还是住院费用,约90%的门诊合作医疗补偿费用和70%的住院补偿费用用于本县的县级或县以下卫生机构。总体上来看,35.5%的合作医疗补偿费用用于门诊服务,64.5%的补偿费用用于住院服务,保证大病的住院风险是主要的。但不可否认补偿率还是非常有限的,平均只有30%左右,农民的自费负担接近70%,这种较低的补偿比例直接影响了参合农民的受益程度。^[4]

确立补偿目标,就是确定新农合基金的主要使用方向和实现目标。按照医疗卫生费用补偿对象来区分,新农合补偿目标主要有保大及保大又保小两种。补偿目标争论的焦点主要就是对保大模式和保

大又保小模式的选择问题。根据广东省的经验,由于各试点地区的经济发展水平和农民收入水平参差不齐,对于医疗保障的诉求也有所不同,中央规定的以保大病为主的新型合作医疗政策方向需要反省。新农合制度的补偿目标应根据经济发展、农民收入增长、物价水平的变动以及医疗保险项目的支出情况,定期进行调整,农民个人的出资水平应与当地农民纯收入相挂钩、政府出资水平应与各级财政收入及增长相挂钩,以保证合作医疗与社会经济发展水平、医疗卫生发展水平相协调,实现新农合的可持续发展。

在选择适宜的补偿目标时,应该考虑以下因素:首先,要考虑区域经济水平。经济基础和经济发展总是第一位的,是一切政策与工作的基础。应关注我国各市县城乡差距、地区差距和贫富差距都依然较大的现状。其次,要考虑农民的收入状况。目前从总体上讲,广大农民实现了低水平的小康生活,农村的经济收入水平普遍的是一种中间大两头小的结构,很穷的和很富的都占少数,大量的是农村温饱型的农户。再次,要考虑农民的消费习惯与消费心理。受传统文化和小农观念的影响,多数农民的互助共济意识不强,参合目的就是为了受益。最后,还要考虑参与新农合组织管理的基层干部的认知程度。大多数农村基层干部,从工作容易开展的角度,希望新农合受益面大一些,持保大又保小的观点。综合分析认为,我国发达地区农民自身抗小病风险能力强,应以保大为主;一般地区重点保大、适度保小;而欠发达地区必须是保大和保小并重。^[5]

补偿目标的确定关系到参合农民的受益面和受益程度,关系到新农合能否健康持续运作。必须要建立起新农合的利益均衡机制和规则,达到眼前利益和长远利益的平衡。目前对于我国的经济欠发达地区,应该把保大又保小作为主导模式。如果硬性地执行政策中防止因病致贫、因病返贫一个层面的意见,只保大病或过度提高大病的保障程度,而不顾及小病的受益面与保障程度,最终的结果可能导致参合率下降,新农合无法健康持续运作。

3 既定补偿目标下的基金分割机制的确定

目前,我国各试点地区合管办对医疗保障基金的管理主要依赖经验,缺乏科学管理的专业技能,由于首次确定的保障水平过高或过低,使得基金积累不够或者结余沉淀过多,导致在以后的试点中频繁

调整补偿比例、起付线和封顶线等。如广东省梅州五华县、云浮郁南县在试点两年多的时间里,住院费用的补偿比例都调整了三次以上,影响新农合制度的稳定性和农民对新农合的信任。梅州五华县在 2005—2006 年度,家庭帐户基金沉淀额是 174.7 万元,沉淀比率高达 73.1%;住院基金沉淀额为 296 万元,沉淀比率是 62.8%,新农合基金的平均沉淀率高达 65.4%。如此高的资金沉淀率严重影响参合农民的受益面和受益程度,也不符合新农合基金“以收定支”的管理原则。2006—2007 年度在下调了家庭帐户基金比例、提高住院补偿比例后,医疗费用支出额迅速增长,新农合基金沉淀率迅速下降为 20.5%。新农合基金分割机制不合理,补偿比不科学,会挫伤参加合作医疗的农民的积极性或造成新农合基金亏空,影响可持续发展,而且会诱发参合农民超出正常需要的医疗利用,即道德损害及医生的诱导需求。下面以广东省为例具体分析基金分割方法及补偿比的确定原则,并得出相应结论,为我国其他地区进行新农合制度改革提供启示。

3.1 基金分割机制

从当前广东各地的新农合实践来看,新农合基金分割有三种方法:一是按照门诊费用与住院费用的补偿来分割;二是按照不同医疗卫生机构的级别(如村、乡、县及县以上)来分割;三是按照医药费用的多少及分段标准来分割。三种分割模式的目的与作用各不相同。按照门诊与住院分割基金的目的,是以门诊和住院补偿来分别体现保大和保小,重点是加大对住院病人的补偿力度,防止因为大病住院导致的支付能力不足。按照医疗卫生机构级别分割基金的目的,是影响病人择院和引导病人流向,使农民科学合理地使用当地卫生资源,通常是以补偿比例为杠杆鼓励对乡村两级卫生资源的使用。按照医药费用段分割基金的目的,是在不同病人之间合理分配基金,促进“大病大受益、小病小受益和无病也受益”。

在实际中,广东很多试点县都以门诊和住院来界定大病和小病,并按门诊和住院制定了两种不同的费用补偿比例。这种做法并不是很科学的,容易给参合农民造成混乱,诱使农民看病设法住院。由此,按照医疗卫生机构的级别和医药费用段进行基金分割,是必要的。建议有条件的地区建立医药费用的分级分段按比例报销补偿的模式。所谓分级,

指在不同级别的医院,病人分布和发生的费用也不同,按不同的比例报销;所谓分段,指对于不同的医药费用段,按不同的比例报销,特别考虑了高风险致贫费用段。分级分段按比例补偿模式,实质上是将按医疗机构的级别分割基金与按医药费用段分割基金相结合,以按医药费用段进行基金分割为主,辅以按医疗卫生机构的级别进行分割。

具体而言,试点县可以将新农合基金分为三大块,即基本医疗保险占 65%,大病医疗基金占 25%,风险储备金占 10%。根据卫生统计数据看,大病大额费用通常只占发病人数的 5% 左右,小病小额费用占到了发病人群的 95% 左右。5% 的大病人使用新农合基金的 25%,95% 的小病人使用新农合基金的 65%。这种基金分割机制与规则,在广大欠发达地区,简便可行,也较为科学合理。在按照医药费用进行基金分割运作的同时,将医疗卫生机构的级别作为基金分割的参考指标,即形成了分级分段按比例报销医药费用的补偿机制。

新农合基金分割机制的建立,既要体现“保大病”的政策原则,又要照顾到众多的小病农民的利益,可以考虑对年内没有使用新农合基金的参合人提供免费的常规体检,使参合人“无病也受益”。

3.2 确定医药费补偿比的基本原则

基金分割机制只是一个宏观的基金分配标准,具体要靠补偿比来实现新农合保障目标。而各地由于经济发展水平及农民收入水平不同,加之各地医疗诉求的差别,具体补偿比的确定不能一概而论,只能遵循科学的确定原则,从而影响基金分割机制的目的和宗旨。科学合理地确定补偿比,应遵循以下基本原则:

3.2.1 坚持补偿目标决定基金分割机制、分割机制决定补偿水平的原则

在经济欠发达地区,新农合补偿比的确定必须兼顾保大病的政策要求与保小病的农民要求两个方面,要体现保大又保小的补偿目标,基金分割也必须以此为根据。具体补偿比例的测算,要建立在基金总盘子切割的份额的基础上,按照合作医疗的精算模型来科学确定。总的讲,切割的基金份额大,补偿比例和补偿水平也相应高,切割的基金份额小,补偿的比例和水平也相应低。

3.2.2 坚持分级分段累计按比例补偿的原则

农民在不同级别的医疗机构看病和疾病发生的

不同费用段, 累计后按照相应的比例报销。按医疗机构的级别和医药费用段来确定补偿比例, 相对来说既简单又科学, 农民易认同。

3.2.3 坚持量入为出、保障适度的原则

补偿比例的确定要经过深入的调查和科学的测算, 要综合考虑筹资总额、发病率、医药费用的分布、增加系数、保险因子等多种因素, 确保补偿方案适宜合理, 防止基金的透支与过度结余, 当前特别要防止基金过多地结余沉淀。

3.2.4 坚持大病多补偿、小病少补偿的原则

造成农民致贫的主要疾病因素有二: 一是大病或慢性病所发生的大额费用, 二是高风险致贫费用段(3000~5000元)没有得到相应的补偿。在制定补偿方案时, 应考虑到当前大额医疗费用的病人普遍受益过小的问题。为此, 可以通过调整, 相对加大对大额医疗费用的补偿比例(按不同医药费用段设定

补偿比)以及高风险费用段的补偿比例。

参 考 文 献

- [1] 谢小平, 刘国祥, 李斌, 等. 卫生服务利用公平性方法学研究[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(5): 74-76.
- [2] 汪宏, Winnie Yip, 张里程, 等. 中国农村合作医疗的受益公平性[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(2): 16-19.
- [3] 王卉晓. 安徽省新型农村合作医疗费用补偿方案分析评价[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(1): 36-38.
- [4] 王小万, 刘丽杭. 新型农村合作医疗住院补偿比例与起付线的实证研究[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(3): 12-14.
- [5] 郑建中, 周立业. 山西省新型农村合作医疗试点县住院补偿比测算方法研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2006, 26(1): 16-18.

[收稿日期:2009-07-21 修回日期:2009-08-29]

(编辑 何平)

· 动态讯息 ·



中國醫院
CHINESE HOSPITALS

卫生部主管 中国医院协会主办
中国科技论文统计源期刊 中国科技核心期刊
刊号: ISSN 1671-0592 CN 11-4674 (月刊)
定价: 16元/期 邮发代号: 2-743

- 传播现代经营理念
- 报道学科重大进展
- 交流先进管理经验
- 发布最新权威信息

随时订阅 欢迎投放广告

《中国医院》杂志是由中华人民共和国卫生部主管、中国医院协会主办的兼有医院行业指导和医院管理学术交流双重职能的权威性、科学性、实用性国家级大型期刊, 是中国科技论文统计源期刊, 中国科技核心期刊。

《中国医院》杂志秉承创新、厚载、求实, 贴近医院、服务医院的编辑方针, 始终以读者为本, 引领潮流。传播现代经营理念, 报道学科重大进展, 交流先进经验, 发布权威信息, 融导向性、先进性、学术性、权威性与实用性为一体。

《中国医院》杂志以学术论文和实地采访报道相结合的形式, 依托中国医院协会及其三十多个分会/专业委员会, 聚集全国医院院长和医院管理专家学者, 组成权威性编委会, 与各省市区医院管理学会、协会联系紧密。其以高品质的编辑和印制质量, 全面的资讯服务, 成为读者十分信赖的读物。

《中国医院》杂志的栏目内容包括: 医疗卫生领域权威人士的高端访问、综述、论述、针对医院管理经营焦点或热点问题的特别策划、政策法规及权威信息发布、著名医学专家的从医感悟、致力于解决医院管理实际问题的案例分析、医院采风、管理创新、管理实务、医疗机构维权与自律、医院质量、医院评审、医院安全、医院护理、医院IT、医院药事、医院人力资源、医院后勤、医院感染管理、病案管理、门急诊管理、研究与报告、经验交流、医院建筑、海外视窗等。



● 垂询热线: 010-67609651/67609652/87677703 传真: 010-87677705
地址: 北京市丰台区南三环东路27号院芳群公寓6号楼402室(100078)
网址: www.chaj.com.cn E-mail: zggy@vip.163.com