

新农合筹资标准调整后的补偿方案设计思考

夏迎秋^{1*} 景鑫亮² 王昊昀¹

1. 江苏省卫生厅 江苏南京 210008

2. 南京大学政府管理学院 江苏南京 210093

【摘要】新型农村合作医疗制度自2003年试点推行以来,取得了令人瞩目的成绩。伴随着新农合筹资标准的逐步提高,制度的受益人次、基金使用效率和实际补偿比也明显提高。2010年,新型农村合作医疗的筹资最低达到人均每年150元的标准,对制度的补偿提出了新的要求,因而必须通过科学调整补偿模式、合理分配基金的使用比例、加大对重大疾病的补助等来提升新型农村合作医疗制度的实际效果。

【关键词】新型农村合作医疗;筹资标准;补偿方案

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.06.010

The thought in the design of the compensation after increasing the financing of New Rural Cooperative Medical Scheme

XIA Ying-qiu¹, JING Xin-liang², WANG Hao-yun¹

1. Health Department of Jiangsu Province, Jiangsu Nanjing 210008, China

2. School of Government, Nanjing University, Jiangsu Nanjing 210093, China

【Abstract】 The New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) has been made remarkable achievements since 2003 when it has been piloted. With rising the financing of NRCMS' standards, it has gradually increased the system beneficiaries people. In addition, the actual compensation fund efficiency and the actual compensation ratios have been obviously improved. The financing of the NRCMS' standard will be reached 150 Yuan per person per year in 2010. This leads to a new requirement of how to scientifically adjust compensation, appropriately allocate the use of funds, and to increase the subsidies to the catastrophic disease expenses, which could improve the effectiveness of NRCMS.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme; Financing criteria; Compensation package

中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确指出新型农村合作医疗(简称“新农合”)制度是为解决农村居民看病就医问题而建立的一项基本医疗保障制度,是落实科学发展观、构建社会主义和谐社会的重大举措。新农合制度自2003年开始在全国试点及推行以来,在中央及各级政府的重视和卫生部门的努力下,取得了阶段性的成果,筹资和补偿的标准不断提高。截至2009年第三季度末,全国开展新农合的县(市、区)数量已达到2716个,参合人口8.33亿。2009年已筹集资金

820.88亿元(其中中央财政补助197.57亿元,地方财政补助429.37亿元,农民个人缴费190.88亿元),人均筹资水平已超过100元,支出645.83亿元(其中住院补偿546.22亿元,门诊补偿77.17亿元,特殊病种大额门诊补偿6.62亿元),累计已有4.9亿人次受益。^[1]2010年,新农合人均筹资标准达到150元,随着筹资水平的不断提高,新农合制度应将重点转向建立稳定的运行和管理体制,进一步减轻农村居民的医药费用负担,提高医疗卫生服务的利用率,更加缓解农村居民“因病致贫、因病返贫”的状况,促进

* 作者简介:夏迎秋,男(1949年-),教授,硕士生导师,江苏省卫生厅农卫处处长、中国农村卫生协会副秘书长,主要研究方向为公共卫生、卫生事业管理。E-mail: jxlxinyu@163.com

农村基层医疗机构的发展。

1 新农合筹资标准的变化

新农合基金主要由个人缴费和各级财政补助构成,有条件的乡镇、村集体组织给予适当支持,即个人缴费、集体扶持和政府补助构成了新农合基金来源的主体。近几年来,新农合筹资逐渐形成了“两定筹资”、“协议委托”、“滚动式筹资”的筹资方式,较以往上门收缴费用的方式提高了行政运行的效率。2007 年以来,中央财政采取“当年全额预拨、次年据实结算、差额多退少补”的办法,以每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日为一个运行年度,按年与省级财政结算中央财政补助资金。^[2] 这样逐步开始转变了以往新农合基金先收缴个人负担部分,继而再依次配套地方和中央的资金补助自下而上的筹资模式,保证了基金的安全性和完整性。

随着我国农村经济社会的快速发展,新农合的筹资标准也不断得到提高,初步可以分为以下四个阶段(表 1)。2010 年,新农合筹资标准达到每人每年 150 元,其中中央财政主要对中西部地区参合补助 60 元,东部地区按照中西部地区的一定比例给予补助。地方财政参照中央补助标准不低于 60 元,农民个人缴费不低于 30 元。从表 1 可以看出,自 2005

年起,中央和地方财政逐步负担了新农合筹资的主体,各达到了 40% 左右,个人维持了 20% 的缴费标准。但考虑到 2007 年以前的中央财政补助到位的滞后性以及中央财政补助的地区差异性,实际的财政补助地方配套是主体。例如在 2007 年之前,中央财政是在个人和地方财政补助到位的基础上才拨付,如果这之前有一环节出现了资金不到位,中央财政补助则也无法到位。加上中央财政补助对中西部地区的倾斜,东部地区获得的补助较少,实际也造成了地方财政总体的配套资金较多,实际超出了 40% 的标准,如本年度的筹资总额中地方财政补助就超过了 50%。

2 新农合补偿方案设计的思考

2.1 现行的补偿方案需进一步完善

农村经济社会的发展和农民收入水平的提高促使了新农合筹资标准的提高,继而新农合基金的使用效率、受益人次和实际补偿比也相应的得到了提升(表 2)。2009 和 2010 年新农合筹资标准分别达到 100 元和 150 元,要保持新农合制度较高的基金使用率和补偿水平,相应地调整补偿方案与标准显得尤为必要。因而,必须从新农合补偿的模式、基金的使用和分配、大病救助等方面不断进行探索和调整。

表 1 我国新农合人均筹资标准的变化

年份	筹资标准 (元/每人每年)	中央财政		地方财政		个人	
		补助(元)	比例(%)	补助(元)	比例(%)	自付(元)	比例(%)
2003—2004	30	10	33	10	33	10	33
2005—2007	50	20	40	20	40	10	20
2008—2009	100	<40	<40	>40	>40	20	20
2010—	150	<60	<40	>60	>40	30	20

表 2 我国农村居民收入和新农合情况

年份	农村居民收入 (元/人/年)	农村居民医疗保健 支出(元/人/年)	平均筹资标准 (元/人/年)	受益人次 (亿人次)	新农合基金 支出(亿元)	效率(支出总 额/筹资总额,%)	人均实际补 偿比(%)
2004	4 039.6	130.6	50.36	0.76	26.37	65.45	2.67
2005	4 631.2	168.1	42.09	1.22	61.75	81.95	4.93
2006	5 025.1	191.5	52.09	2.72	155.81	72.95	11.04
2007	5 791.1	210.2	58.95	4.53	346.63	80.99	22.65
2008	6 700.7	246.0	96.27	5.85	662.31	84.40	35.56

资料来源:2004—2009 年中国卫生统计年鉴。

注:新农合人均实际补偿比是指每年新农合基金人均支出(基金支出总额/农业人口)占农业人口人均医疗保健支出的比例,排除了参合率等因素的影响。

农民作为理性的消费者,最关心的就是参加后能否得到实惠,^[3]因而新农合的补偿是吸引农民参加、维系制度可持续发展的关键。新农合现行的补偿模式主要有“住院补偿”、“住院+门诊大额补偿”、“住院+家庭账户”、“住院+门诊统筹”、“住院+家庭账户+门诊统筹”等^[4],补偿的方式较为繁杂,难以形成较为统一的补偿模式。不同的补偿模式各有利弊,例如过多的强调设立家庭账户,既会影响互助共济思想的建立,又会使得这部分资金结余。各种模式下的参加人员受益面和受益水平也有较大的差异,这也与不同的筹资标准和地区差异有关。一方面,有些地区的新农合补偿缺乏合理的设计,报销目录过窄、限制过多、起付线过高、封顶线偏低,参加人员的受益面和受益水平受到了制约。另一方面,由于不少地区没有对新农合基金的使用和分配设立恰当的比例,出现了住院比例过高而影响到了受益面,或者门诊比例偏高而忽视了新农合大病补偿等现象。同时,不合理的基金分配和报销比例也无法合理的引导病人流动,城市医疗机构和基层医疗机构没有合理的区分开补偿报销比例,缺乏对基层医疗机构的激励机制,使得参加人员患病后更愿意到城市大医院就诊,导致了较高的住院治疗费用,加剧了新农合基金支付的压力,容易导致基金出险。此外,对于一些重大疾病需要大额医疗费用的补偿不够到位。按服务项目付费的后付制模式限制了对一些重大疾病的报销补偿,参加人员在获得新农合补偿后仍然面临着巨大的医疗负担,而相关的医疗救助也无法及时到位,使得这类患者的生活更加艰难。在省辖市(或地级市)范围内,以县为单位的新农合补偿管理由于缺乏相对统一的补偿标准,容易造成县与县之间较大的差异,既会增加行政运行的成本,对实现一个地区和全省异地结报也是一个障碍。

2.2 新农合补偿机制完善的建议

筹资标准的进一步提高扩大了新农合基金的盘子,客观上保证新农合补偿对基金的需求。新农合制度的补偿必须坚持政策扩面、水平提高、公平提升等基本原则,这是设计和完善制度补偿机制的标尺。首先坚持“以收定支”,严格规避基金超支的风险。依据筹资的水平合理确定补偿的标准,补偿的总费

用不能超出基金筹资的总额,保证新农合制度的可持续性。其次要做到“略有结余”,尽可能保证参加人员的实际利益。基金结余较少,受益面就会广些,程度也会更深。而结余过多,有可能导致参加人员得不到相应的实惠,影响农民参加的积极性。最后,坚持“适度保障”,实现和发挥新农合制度的社会保障功能。随着新农合制度的深入人心,不断释放了农村居民的医疗需求,而在当前有限的新农合资金较难满足广大参加农民的医疗需求。另一方面,新农合的保障也要做到“适度”,即必须要有一定的实际补偿比,让参加人员能够感受到参加带来的实际优惠,保证人员参加的动力,促进制度可持续发展。

2.2.1 完善新农合补偿模式

调整新农合的补偿方案,首先就是要建立健全各类补偿模式,既要考虑到参加农民的抗风险能力,又要扩大参加人员的受益面。坚持大病补偿的宗旨,可以设定大病补偿的资金占到总筹资的60%~70%,门诊为30%~40%。国家积极推行的30%的地区为“住院+门诊统筹”的补偿模式,取得了较好效果,既扩大了受益面,又提高了基金利用率。新农合的补偿模式应该与农村的实际相一致,坚持以住院补偿为主还是以门诊补偿为主的争论也应符合农村合作医疗的实际情况。由于我国农村地区幅员辽阔,地区经济发展不平衡,可以针对不同地区的经济发展水平和实际情况设定相应的补偿模式。如经济发展水平较高的东部发达地区由于较高的医疗支出和费用水平,可以更多的偏向“住院统筹为主,兼顾门诊统筹”(即住院统筹资金占70%,门诊统筹资金占30%)的模式,适当增加对大病患者的补偿,既有利于提高住院的实际补偿比,也有利于兼顾对门诊补偿。如江苏省已实行了统一的补偿模式,全省推行了以住院大病补偿为主、兼顾门诊统筹的补偿模式,取得了明显的效果。经济发展相对欠发达的中西部地区则可实行“住院统筹+门诊统筹”(即住院统筹资金占60%,门诊统筹资金占40%)的模式,门诊基金比例可适当增加,既能扩大参加人员的受益面,又能兼顾到增强参加农民抗大病风险的能力。

2.2.2 合理分配和使用新农合基金

科学地设定起付线、封顶线、实际补偿比、基金结余标准,合理地分配新农合基金是制度高效运行

的重要保证。新农合制度坚持大病补偿的宗旨,在补偿住院和门诊上可以按照基金 70% 和 30% 的分配比例,使得基金大部分转向住院和大病。同时,应积极鼓励参合农民到基层医疗机构就诊,在具体报销标准上,乡镇定点医疗机构政策性费用报销比可为 65% ~ 75%,县(市、区)定点医疗机构为 50% ~ 65%,市级定点医疗机构为 40% ~ 50%,但各统筹地区的具体补偿比还要根据当地农民的消费习惯、农民患病情况和医疗费用情况具体确定。此外补偿比随着定点医疗机构的级别提高依次递减。这样既使得参合农民能够就近就医,又能够得到较高的实际补偿。一方面减轻了参合农民的医疗负担,同时又节约了原本就有限的医疗资源,促进基层医疗机构的发展。

2.2.3 积极试行以市为单位相对统一补偿模式及补偿规则

新农合制度目前主要还是一县一策,随着制度的发展,在一些市域经济发展较均衡的地区可以以市为单位相对统一新农合补偿模式及补偿规则,形成一市一策。同时,在经济发展水平差异较大的地区,应尽可能减少县与县之间的补偿差异,在制度框架、补偿模式、基金分配比例等方面可以相对统一,这样可使参合农民在一个地区范围内享有相同的补偿待遇。另外,实现补偿模式的统一,优化报销补偿的方式,不断简化补偿的程序,参合农民的报销可以在更大范围内直接在定点医疗机构进行,农民只需缴纳扣除补偿后的剩余部分,既方便参合农民的结报,有利于对新农合基金的监管,也会为今后实现省际异地结报奠定了基础。

2.2.4 探索新农合支付方式改革

鉴于基层医疗机构较高的门诊就诊比例,在开展“住院统筹+门诊统筹”的地区,要防止基层医疗机构的门诊补偿资金比例过大,门诊统筹可试行“总额预付”的办法,即以乡镇为单位,按照经济发展和参合人口测算出预付门诊统筹的总补助费用,明确报销比例,如有超支则由该乡镇的乡村卫生机构负担。也可采取“总额控制、定额补偿”的办法,即单次门诊限额或全年合计补偿限额,以控制不合理门诊费用,这样既能加强对基层医疗机构的政策倾斜,又能有效地控制不合理的门诊医疗费用支出。此外,还可探索“住院总额

预付”的办法,即按照年平均住院人次数、次均住院费用与实际补偿比相乘后,再乘一个系数,得出了补偿预付的总额。开展“大病统筹+门诊家庭账户”的地区,则要提高家庭账户基金的使用率,避免这部分资金的过多的结余。^[5]另外,在合理设定起付线标准的同时应逐步提高封顶线,应随经济社会发展同步提高,现在普遍的与当地居民的实际收入挂钩不失为有效的形式,如江苏的新农合补偿的最高限额为当地农村纯收入的 8 倍。另外,补偿方案的制定要保持合理的基金结余,但当年的基金结余应不能超过基金总额的 10% ~ 15%,即有效规避基金使用的风险,同时提高使用的效率。年底结余较多的地区,可以通过二次补偿或健康体检等方式,逐步反馈给参合农民,保证参合农民的实际受益,但同时必须兼顾对二次补偿的监管,做到合理规范。

2.2.5 积极推行住院按病种限额付费

按病种限额付费的实施涉及到医疗流程的各个环节,如医药成本核算、内部管理规范、医疗费用控制等,是一种风险控制的结算手段。应积极探索新的新农合补偿的付费方式,尝试新农合的按病种定额补偿,可选择一些临床诊断明确、无明显并发症、诊疗效果较好的常见病、多发病,通过测算这些病种近 3 年的平均费用,规定病种的付费限额和补偿标准,明确规定费用结算办法,同时制定相应疾病诊断依据和治愈好转标准来具体实施病种付费的方式方法。在实践中,可对常见病、多发病、治疗效果容易保证和质量容易控制等疾病的补偿,可以借鉴按病种付费的优势,合理规定各类疾病的补偿标准,既保障了农民的身体健康,也节省了医疗资源。^[6]江苏省的苏州、无锡、徐州等地级市选择数十种常见病、多发病积极尝试了按病种定额付费的支付模式,取得了切实的效果,该地区 2009 年次均住院费用较 2008 年仅增长了 2% ~ 3%,远低于同期经济社会的物价上涨指数和医疗费用增长指数。

2.2.6 加大对重大疾病的补助

新农合制度坚持住院补偿和门诊大病补偿为重点,对大病、重病的补助一方面可以通过降低起付线,提高封顶线和实际补偿比等减轻患病参合人员的费用压力,同时也应该扩大疾病补偿的范围,特别是要将一些费用较高、临床路径明确、诊疗效果显著的重大疾病

如儿童白血病、儿童先天性心脏病、肾透析等纳入补偿的病种范围,适当提高补偿的水平。虽然这类疾病可能不需要长期住院治疗,但频繁的门诊仍需高昂的治疗费用,患者的经济压力较大。在财政投入允许,基金总量充裕时可积极探索建立大病补助基金,单独运行管理和使用,同时出台具体的重大疾病界定的标准和规范,增加对重大疾病基金的监管,对符合要求的疾病纳入补助的范畴,在享受新农合基本补偿的同时进一步享受到重大疾病基金的补偿,进一步降低参合农民的经济负担。此外,在无法建立重大疾病救助基金的地地区则可通过提高大病重病的实际补偿比,加大对患重大疾病的参合农民的医疗救助力度等方式来缓解患者的医疗费用负担。

在积极改善补偿方式的同时,还应加大对结报系统的网络平台建设的支持,按照整体设计、系统集成、分步实施的原则建立在更大范围(如省一级)可实现异地结报的费用补偿系统平台,这样,既有利于加强费用补偿的及时性和有效性,也有利于对基金安全的监管。总之,随着新农合制度深入发展,筹资标准的逐步提高,不断改革和完善新农合的补偿模式和补偿方案十分必要,它既能提高群众的受益程度,增加群众对新农合制度的满意度,又可以避免出

现风险,促进新农合制度的可持续发展。

参 考 文 献

- [1] 2009 年我国卫生事业发展情况简报[EB/OL]. (2010-02-19) [2010-02-25]. <http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n274625/36117.html>.
- [2] 王琼,汪占熬. 新型农村合作医疗筹资机制研究[J]. 农村经济, 2008(2): 74-75.
- [3] 顾昕,方黎明. 资源性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析[J]. 社会学研究, 2004(5): 1-18.
- [4] 赵卫华. 新农合不同补偿模式的补偿效果分析[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(2): 43-44.
- [5] 左延莉,胡善联,刘宝,等. 新型农村合作医疗门诊补偿模式对卫生服务利用和管理方式的影响[J]. 卫生经济研究, 2008(2): 19-20.
- [6] 付连国,薛塞峰,阮越胜,等. 新型农村合作医疗住院补偿流向分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2009, 29(3): 170-172.

[收稿日期:2010-02-26 修回日期:2010-03-16]

(编辑 刘 博)

· 动态讯息 ·

第 63 届世界卫生大会在日内瓦举行

2010 年 5 月 17—21 日,世界卫生组织(WHO)第 63 届世界卫生大会在瑞士日内瓦举行。本届大会的主题是“实现千年发展目标”。WHO 总干事陈冯富珍在大会指出,当前实现千年发展目标进入最后冲刺阶段,需要各方通力合作。千年发展目标在实现过程中推动了全球公共卫生事业的发展,彻底打破了原有的发展观,将追求经济发展转变成为追求社会发展;改变了援助观念,将促进受援国自力更生寻求援助;建立了一系列增进健康的创新机制。她呼吁各国要重视卫生系统建设,提高卫生系统的能力,通过实现千年发展目标推动实现公平和社会正义。在谈及流感大流行时,她表示欢迎对 WHO 在流感大流行决策和行动中提出评估意见。

大会审议了流感大流行的防范、《国际卫生条例

(2005)》实施、公共卫生创新和知识产权、卫生相关千年发展目标监测、婴幼儿营养、出生缺陷、食品安全、减少有害食用酒精、病毒性肝炎防控等 30 多项卫生技术议题,以及 2008—2009 年 WHO 规划预算、财务审计报告、会费摊款比额等 19 项行政管理议题,通过了监测卫生相关千年发展目标、婴幼儿营养、食品安全等 29 项决议和 1 项决定。我国代表团提出并推动的出生缺陷决议案获得大会通过,同时大会选举我国等 12 个国家为 WHO 执委会的新任执委国。

此外,大会还决定成立政府间工作组和相关专家组,继续讨论共享流感病毒和分享相关利益、公共卫生和知识产权、假冒医疗产品等议题。

(来源:卫生部网站)