

编者按

新型农村合作医疗(简称“新农合”)是我国基本医疗保障体系的重要组成部分。2009 年深化医改以来,新农合坚持广覆盖、保基本、可持续的原则,实现了制度的全面覆盖,从重点保障大病起步,逐步向门诊小病延伸,不断提高保障水平,明显减轻了患者疾病负担,有效缓解了农村居民看病就医问题。在澳大利亚国际发展署和原卫生部农卫司的资助下,中国医学科学院卫生政策与管理研究中心开展了新农合政策的系列研究工作,本期主要介绍了新农改三年来我国新农合制度的运行效果及大病保障政策的主要进展,并选择部分典型地区,分析了新农合住院服务利用及公平性、支付方式改革及大病保障对患者实际受益的影响等内容,以期完善相关政策提供借鉴与参考。

我国新型农村合作医疗制度运行效果分析

代涛* 朱坤 张小娟

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】目的:分析新农改三年来我国新农合制度的运行效果,为进一步完善新农合制度提供依据。方法:选择北京、安徽、河南和陕西作为样本省市,抽取四省市 2008—2011 年的新农合报表数据,以 2008 年的数据作为基数,采用前后对比的方法分析四省市新农合运行情况。结果:新农合的人群覆盖率逐年提高,2011 年四省市的参合率均在 96% 以上;保障范围不断扩大;补偿水平逐年提升,2011 年住院实际补偿比在 45% 以上,但参合农民个人医疗卫生支出未见明显减轻。新农合基金筹集和支出水平增长速度较快,收支趋于平衡;经办管理资源不足,监管仍需加强;新农合异地结算和即时结报取得进展,但新农合制度与其他医疗保险制度之间的转移接续问题有待解决。结论:医改三年新农合制度建设和运行取得明显成效,覆盖的广度、宽度和深度均有所改善;参合农民的卫生服务可及性明显提高,新农合自身的制度建设取得显著进展;但新农合仍面临挑战,可持续的筹资增长机制尚未建立,支付方式改革亟需突破,经办能力和管理水平仍有待进一步提高,新农合制度与其他医保制度的转移接续问题有待解决。建议:抓紧落实稳定的新农合筹资增长机制;加强新农合管理体系建设,提高基金监管能力;控制医药费用过快上涨,减轻参合农民疾病负担;探索新农合与其他医疗保险制度之间的转移接续机制。

【关键词】新型农村合作医疗;全民覆盖;效果;评价

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.06.001

Analysis of the operational effect of New Rural Cooperative Medical Scheme in China

DAI Tao, ZHU Kun, ZHANG Xiao-juan

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objective: To analyze the operational effect of the New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) since the health reform started three years ago, in order to provide recommendations for further improving the NRCMS. Methods: Beijing, Anhui, Henan and Shaanxi provinces were selected as sample areas, and NRCMS operational data between 2008 and 2011 was collected and analyzed with descriptive and comparative analysis. Data of 2008 was taken as the base period. Results: The coverage rate for the NRCMS has increased yearly, with participation rates of 2011 in the four areas reaching above 96%. Coverage has continued to expand, and compensation levels are increasing annually. The hospital stay compensation rate in 2011 was over 45%. However, the medical cost burden on rural

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”

作者简介:代涛,男(1969 年—),研究员,主要研究方向为卫生政策。E-mail: dai.tao@imicams.ac.cn

residents is not reducing significantly. The NRCMS saw relatively rapid growth in funding pools and payment levels, with the trend toward equilibrium between costs and compensation continuing. Management resources are lacking, and the supervision capability is weak. There has been progress made in the long distance transaction and timely reimbursement on the spot, but there is still work to be done in the transfer among different health insurances. Conclusions: Over the past three years, marked progress has been made, with NRCMS coverage improvements having been made in terms of breadth, width, and depth of service. Access to health services has markedly improved, with clear progress in the NRCMS institutionalization. The NRCMS, however, still faces challenges, with a sustainable fund growth mechanism yet to be established and a reform to payment methods still needed. Management ability is still lacking, with work yet to be done in the transfer among different health insurances. Recommendations: Implementation of a stable NRCMS fund growth mechanism. Strengthening of the NRCMS management system. Increasing fund supervision capabilities. Controlling of rapid medical cost increases. Reduction of the burden on patients participating in the NRCMS. Exploring possibilities regarding the transfer among different health insurances.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme; Universal health coverage; Effect; Evaluation

新型农村合作医疗制度(简称“新农合”)是我国基本医疗保障体系的重要组成部分,完善新农合制度是《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》中“加快推进基本医疗保障制度建设”的重要内容^[1]。自2009年深化医药卫生体制改革启动以来,各地不断推进新农合制度建设,并取得积极进展。

国内外众多学者对我国新农合的进展开展了许多研究,有研究通过调查特定的参合人员,分析新农合对农民卫生服务利用和疾病经济负担的影响^[2-3],有研究则利用新农合报表数据分析某个地区的新农合运行情况^[4-5];有研究从筹资和支付角度反映新农合的运行现状^[6];也有研究结合我国医改进展对新农合制度的运行情况进行了初步分析^[7]。总体来看,这些研究从不同角度反映了新农合的运行现状以及新农合制度对农村居民的影响,为全面分析新农合的运行效果奠定了基础。

本研究利用东、中、西部四个省份的新农合报表资料,建立分析框架对我国新农合制度的运行情况进行分析,总结医改三年来我国新农合的进展和成效,发现新农合制度运行过程中面临的问题和挑战,并提出相应的政策建议,以期完善我国新农合制度提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

根据经济社会发展水平选择了北京市、安徽省、河南省和陕西省作为样本地区,对样本省(市)的新

农合部门的主管领导及部分区县的新农合经办机构负责人进行访谈。定量资料来自样本地区2008—2011年的新农合报表资料,定性资料主要来自访谈信息。

1.2 研究方法

1.2.1 分析框架

根据文献,新农合的运行效果可以从覆盖、可持续性和可携带性三个维度进行分析。^[8]根据世界卫生组织的分类标准,医疗保险制度的覆盖(coverage)一般包括三个维度:人群覆盖面(参保率或参合率)、保障范围和补偿水平^[9];可持续性主要关注新农合的经办体系、新农合筹资和支付等;可携带性主要关注新农合与其他医疗保险制度之间的转移接续以及异地结算等。结合国际经验和我国新农合运行现状,本研究分析框架如下(图1)。

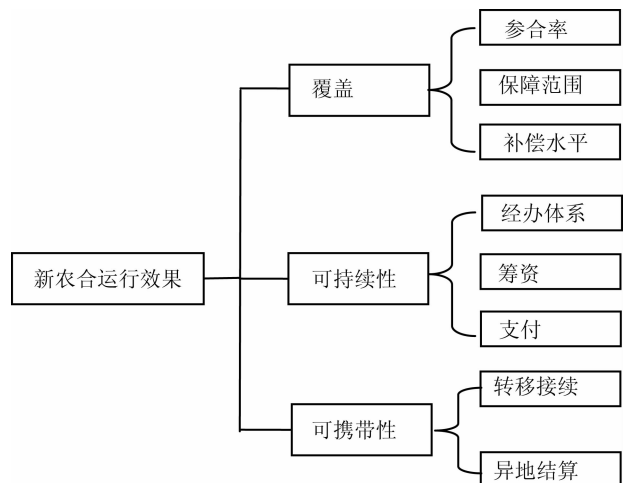


图1 新农合运行效果分析框架

1.2.2 相关定义

住院补偿受益率 = 当年参合人员住院补偿人次 / 当年参合人数 × 100%

当年基金结余率 = (当年基金收入 - 当年基金支出) / 当年基金收入 × 100%

累计基金结余率 = 累计基金结余 / 当年基金收入 × 100%

1.3 资料处理方法

定量数据主要采用描述性统计分析和比较分析的方法,通过 Excel2007 和 SPSS16.0 软件进行分析;定性资料主要将录音资料转录为文字后,对主要观点进行提炼、分析。

2 结果

四省市均是我国较早开展新农合试点的地区。北京市于 2002 年 7 月在大兴区率先开展新农合试点,2004 年 8 月 13 个涉农区县全部实行了新农合制度。安徽省于 2003 年首先在肥西、天长等 10 个县(市)启动新农合试点工作,2008 年新农合制度覆盖所有涉农区县。河南省于 2003 年首先在信阳、新乡等 25 个县市启动新农合试点工作,2008 年新农合制度覆盖全省 157 个农业人口县(市、区)。陕西省于 2003 年首先在镇安县、彬县和洛川县开展新农合试点工作,2007 年新农合制度覆盖 104 个县(市、区)。

2.1 覆盖

2.1.1 参合率

2009 年医改启动以来,北京、安徽、河南和陕西四省市新农合参合率均不断提高,2011 年四省市的参合率分别为 97.65%、98.80%、96.85% 和 97.10% (表 1),相比改革前的 2008 年均有明显提高,较好地体现了广覆盖的特点。

表 1 2008—2011 年样本地区新农合参合率比较 (%)

省份	2008	2009	2010	2011
北京	92.90	95.67	96.74	97.65
安徽	98.11	99.67	96.00	98.80
河南	89.37	90.17	96.75	96.85
陕西	86.27	93.57	95.19	97.10

2.1.2 保障范围

新农合基金的保障范围逐步由以补偿住院为主

向兼顾门诊和住院补偿转变,保障范围不断扩大。医改启动后,四省市在基金配置上均逐渐取消家庭账户,设立门诊统筹基金,用于补助参合农民的门诊医药费用;互助共济范围进一步扩大,参合农民的受益范围更加广泛,基金使用效益进一步提高,有助于引导参合农民有病早治,减少不必要的住院。为进一步缓解因病致贫和因病返贫现象,四省市先后将部分重大疾病纳入新农合的保障范围(表 2)。

表 2 样本地区新农合保障范围变化情况

省份	主要保障范围	门诊统筹	大病保障
北京	住院、分娩、门诊	2007 年启动,2011 年覆盖所有区县	2010 年启动,覆盖 26 类疾病
安徽	住院、分娩、门诊	2011 年全面实施	2011 年启动,覆盖 50 种重大疾病
河南	住院、分娩、门诊	2010 年启动	2011 年启动,覆盖儿童白血病和儿童先天性心脏病 2 种重大疾病
陕西	住院、分娩、门诊	2008 年试点,2011 年全面实施	2011 年启动,覆盖 8 种重大疾病

注:大病覆盖病种统计截止到 2012 年 12 月。

2.1.3 补偿水平

2008—2011 年,样本地区参合农民住院医疗服务的可及性有所改善,住院补偿受益率逐年上升。2011 年北京、安徽、河南和陕西参合农民的住院补偿受益率分别为 8.21%、6.59%、7.66% 和 8.52% (表 3),较改革前的 2008 年均有较大提升。

表 3 2008—2011 年四省市参合农民住院补偿受益率分析 (%)

省市	2008	2009	2010	2011
北京	6.14	7.00	7.70	8.21
安徽	5.46	6.55	6.27	6.59
河南	6.91	7.02	7.80	7.66
陕西	5.47	6.84	7.51	8.52

参合农民的补偿水平逐年提升,表现为住院补偿封顶线有所提高,实际补偿比有所增加。2011 年四省市新农合年度补偿封顶线均超过当地上年农民人均纯收入的 6 倍,最高达 21.15 倍(表 4)。参合农民住院医药费用的实际补偿比有所提升;2011 年北京、安徽、河南和陕西三省住院费用实际补偿比达到 45%

以上(表5),比改革前的2008年有不同程度提高。

表4 四省市参合农民住院补偿封顶线与
农民人均纯收入比较

省市	2011年住院补 偿封顶线(元)	上年农民人均 纯收入(元)	住院补偿封顶线/上 年农民人均纯收入
北京	192 225	13 262	14.49
安徽	111 764	5 285	21.15
河南	103 182	5 524	18.68
陕西	52 861	4 105	12.88

数据来源:2011年医改监测数据。

表5 2008—2011年四省市参合农民住院
费用实际补偿比(%)

省份	2008	2009	2010	2011
北京	48.39	47.59	49.25	—
安徽	46.29	46.74	46.25	51.25
河南	42.35	40.23	42.80	45.07
陕西	37.55	41.81	42.58	47.66

2008—2011年,样本地区参合农民次均住院费用上涨速度较快,四省市中仅北京市的增速低于10%,其余三省均超过10%,最高的为河南,高达19.95%(表6)。与当地农民人均纯收入相比,四省市中仅陕西省参合农民个人自付住院费用占当地农民人均纯收入比例呈现逐年下降趋势,其余三省市参合农民的个人自付水平未见明显下降(表7)。

表6 2008—2011年四省市参合农民次均
住院费用及增长率(元,%)

省份	2008	2009	2010	2011	年均增长率
北京	7 520	8 464	9 600	—	8.48
安徽	3 033	3 176	3 839	4 383	13.06
河南	2 250	2 736	3 146	3 883	19.95
陕西	2 977	3 246	3 696	4 189	12.06

表7 2008—2011年四省市个人住院次均自付费用
占农民人均纯收入的比重(%)

省份	2008	2009	2010	2011
北京	36.40	38.02	36.73	—
安徽	38.76	37.56	39.04	34.28
河南	29.12	34.02	33.12	32.29
陕西	59.71	55.60	51.88	43.92

2.2 可持续性

2.2.1 筹资

中央和地方各级政府先后多次提高新农合的财政补助水平,尤其是2009年医改以来,政府财政投入力度明显加大,人均补助最低额从2009年的80元增加到2011年的200元,筹资水平大幅提高。北

京市筹资水平明显高于其他三省,人均筹资水平从2008年的336.04元增加到2011年的637.19元;安徽省、河南省和陕西省的人均筹资水平也显著增长。

筹资来源均以政府财政补助为主,且政府支持力度不断加大,财政补助的比例不断提高,参合人员个人缴费比例较低。北京市以地方财政投入为主,占筹资比例的80%以上,个人缴费所占比例逐年下降,2011年仅为9.57%。2008—2010年其余三省中央和地方两级财政的筹资比例均在40%左右;2011年地方财政补助比例未发生明显变化,中央财政补助比例大幅提高,达到45%以上;个人缴纳下降到13%左右(表8)。

表8 2008—2011年四省市新农合筹资水平及构成

省份	筹资	2008	2009	2010	2011
北京	水平(元/人)	336.04	433.37	555.40	637.19
	构成(%)				
	中央财政	0.00	0.00	0.00	1.26
	地方财政	82.80	85.28	84.74	85.18
	个人缴纳	13.11	12.10	10.28	9.57
安徽	水平(元/人)	95.08	101.42	151.80	229.78
	构成(%)				
	中央财政	40.58	40.34	39.79	46.95
	地方财政	42.23	39.71	40.01	39.36
	个人缴纳	16.81	19.59	19.83	13.10
河南	水平(元/人)	89.18	101.64	150.60	232.07
	构成(%)				
	中央财政	43.26	40.25	39.86	46.54
	地方财政	45.26	39.66	40.00	39.84
	个人缴纳	11.26	19.89	19.95	12.99
陕西	水平(元/人)	89.94	104.67	154.4	241.73
	构成(%)				
	中央财政	43.56	39.57	38.80	51.26
	地方财政	44.90	42.00	42.81	36.42
	个人缴纳	11.17	18.19	18.20	12.06
	其他	0.38	0.24	0.16	0.26

注:其他包括利息收入、社会捐赠及村集体缴纳。

2.2.2 支付

支付方式改革从按项目付费为主的后付制向单病种付费为主的预付制转变。北京市在23.1%的统筹地区推行支付方式改革;安徽省在全部统筹地区推行以单病种付费为主的支付方式改革;河南省于2010年9月选择30个病种在30家新农合定点医院开展单病种付费的改革试点工作,2011年11月

将试点病种扩大至 100 种,同时在全省县级以上定点医疗机构全面开展“按病种付费”(每所医院不少于 10 个病种)和“总额预算管理”试点;陕西省于 2004 年开始试点“住院单病种定额付费”改革,2011 年在 104 个县全面实施,病种从最初的 30 余种扩展到 2011 年的 76 种,按单病种付费结算的住院患者比例由初期的不到 5% 发展到 2011 年的 25%。

新农合基金支出增长速度较快。2008—2011 年北京市和陕西省基金支出增长速度分别为 36.01% 和 45.51%,高于同期筹资增长速度(分别为 23.77% 和 39.04%);安徽省和河南省的基金支出增速分别为 31.07% 和 30.54%,略低于同期筹资增速(分别为 34.20% 和 37.55%)(表 9)。

表 9 2008—2011 年四省市新农合基金人均支出及增长率(元,%)

省份	2008	2009	2010	2011	年均增长率
北京	254.20	405.10	552.90	639.54	36.01
安徽	84.18	108.97	133.07	189.56	31.07
河南	75.87	93.97	130.12	168.79	30.54
陕西	70.48	104.75	140.43	217.14	45.51

2.2.3 基金结余

四省市新农合基金结余差异较大,与政策文件“当年基金结余率控制在 15% 以内,基金累计结余率控制在 25%”的规定尚有差距。北京市新农合基金结余率逐年下降,2010 年当年基金收支基本平衡,2011 年出现赤字,累计结余占当年筹资额的比例(23.21%)控制在国家规定范围内。安徽省新农合基金结余比例较为稳定,略高于国家规定。河南省新农合基金当年结余比例和累计结余比例均明显高于国家规定。访谈中河南省相关领导提到这可能有几个原因:“一是 2011 年筹资水平大幅增加,统筹基金总量增加较多。这是 2011 年统筹基金结余率较高的主要原因。二是医疗服务需求释放放缓。随着新农合制度的实施,特别是 2008 年至 2010 年,参合人员住院医疗费用补偿比的明显提高,参合人员住院医疗服务需求释放较快,2011 年医疗服务需求释放放缓。2011 年参合人员住院率为 7.66%,较 2010 年的 7.8% 降低 0.14 个百分点。”陕西省新农合基金结余比例有所下降,2011 年基金当年结余比例和累计结余比例分别为 10.17% 和 28.09%(表 10)。

表 10 2008—2011 年四省市新农合基金结余情况分析(%)

省份	指标	2008	2009	2010	2011
北京	当年基金结余率	11.36	4.01	0.45	-0.37
	累计基金结余率	34.59	30.60	25.89	23.21
安徽	当年基金结余率	11.47	-7.44	12.34	17.51
	累计基金结余率	23.04	14.21	21.62	28.72
河南	当年基金结余率	15.10	7.54	13.57	27.27
	累计基金结余率	29.56	28.71	30.21	41.97
陕西	当年基金结余率	21.64	-0.08	9.07	10.17
	累计基金结余率	37.35	31.53	29.07	28.09

2.2.4 经办与监管

新农合经办管理资源短缺,基金监管能力亟待加强。新农合经办人员实际在岗人数超过编制核定人数,2010 和 2011 年北京新农合经办在岗人员超出在编人员的 2 倍以上(表 11),这反映目前新农合的经办资源不足。访谈中有卫生行政领导也提到:“新农合现在运行状况还是比较好的,就是经办人员不足;我们和人社部门相比,人手少,服务的人比他们还多…;”“…我们现在也有一些人员从其他地方借来的,借人也不能长久,有些人刚熟悉了又回(原单位)去了,再来(借来的)人又要重新开始,新农合这么大一件事老是靠借人也不是办法,这个问题国家和省级应该来协调解决。”

表 11 2008—2011 年四省市新农合经办人员情况分析(人)

省份	指标	2008	2009	2010	2011
北京	定编人数	119	145	231	187
	在岗人数	114	195	533	531
安徽	定编人数	1 009	1 098	2 021	1 998
	在岗人数	983	1 260	1 586	1 849
河南	定编人数	3 051	4 458	4 907	5 263
	在岗人数	3 895	4 889	5 183	5 211
陕西	定编人数	910	968	1 038	1 153
	在岗人数	1 667	1 583	1 834	1 810

2.3 可携带性

目前调查省市在可携带性方面主要开展了异地结算(补偿)试点,但新农合制度和其他医保制度的转移接续问题仍然未得到解决。

安徽省从 2008 年下半年起开展省、市级医院即时结报试点,目前全省所有的定点医疗机构都能实现网络即时结报,在省内任何定点医院出院可以即时办理报销结算手续。2010 年 12 月,河南省通过建立全省统一的统筹补偿方案、转诊审批程序、报销结

表 12 安徽、河南、陕西三省新农合可实现异地结算的政策分析

省份	发文机构	异地即时 结报机构	政策内容
安徽	卫生厅、财政厅	省市级新农合定点医疗机构	参合人员出院时,到省市级定点医疗机构新农合补偿专用窗口结清个人自付部分医疗费用,新农合补偿费用由定点医疗机构垫付;垫付的资金由患者所在地的县(市、区)新农合管理经办机构按规定与定点医疗机构进行定期结算并补还。
河南	卫生厅、财政厅	省内任何新农合定点医疗机构	参合人员出院时,到定点医疗机构新农合补偿专用窗口结清个人自付部分医疗费用,新农合补偿费用由定点医疗机构垫付,并由参合人员或其家属在住院收费收据或发票上签字。在省、市级定点医疗机构即时结报的实行省平台集中结算,在县级定点医疗机构即时结报的,在参合人员所在统筹地区新农合业务平台按县级补偿标准结算。
陕西	省新农合协调小组办公室	省级新农合定点医疗机构	参合患者到省级定点医院住院应事先到所在县(市、区)合疗经办机构备案,省级定点医院负责对参合患者实施直通车补助,出院时由医院指定部门按规定进行核算,经办人员在合疗证上填写补偿金额,新农合补偿部分由定点医院垫付,自付部分由患者结清。定点医院按月与患者所在县(市、区)合疗经办机构结算。

算流程,完善信息网络、在定点医疗机构成立专门的新农合管理机构以及相关保障措施,在全国率先实现在全省范围内城镇职工医保、城镇居民医保和新农合医疗费用一卡通即时结算。参合农民在省内任何新农合定点医疗机构就诊,均可享受新农合补偿。2008年7月,陕西省启动新农合省级定点医疗机构报销直补,意味着全省参合农民在省级定点医院住院后,将直接获得医疗补助款(表12)。

卫生部也在积极建设国家级新农合信息平台,拟通过国家级新农合信息平台建设实现新农合患者的跨省即时结报,目前已经在河南、海南、安徽、湖南、湖北、江苏、吉林、内蒙古、北京等省份和部分部属部管医院进行联通试点。

3 讨论

3.1 三年医改新农合取得明显成效

3.1.1 新农合覆盖的广度、宽度和深度均有所改善

从四省市新农合的运行结果看,新农合制度的覆盖率提高并稳定在95%以上,基本覆盖我国农村居民;筹资水平逐年增加,2011年人均筹资额达到200元以上,发达地区如北京甚至达到600元以上;新农合保障范围逐渐扩大,门诊统筹全面实施,部分容易发生灾难性支出的重大疾病(如儿童白血病、先天性心脏病,肿瘤、肾衰竭晚期等)被纳入新农合的补偿范围;参合农民的住院补偿比例逐年提高,2011年接近50%;参合农民因病致贫和因病返贫现象有所缓解,参合农民发生灾难性支出的比例为23.8%,较2008年下降了1.3个百分点^[10],新农合缓解因病

致贫、因病返贫的作用日益显现。

3.1.2 参合农民的卫生服务可及性明显改善

2008—2011年参合农民有病不医现象明显减少,患者两周内未治疗比例明显下降,从2008年的12.4%下降至2011年的6.1%,下降50.8%^[10]。同期参合农民的住院利用率逐年提升,2011年四省市参合农民住院率均达6.5%以上,部分省份超过8%;门诊服务利用也明显改善,样本地区的一名卫生局领导认为“新农合制度开展后,农民小病不拖了,大病也看得起了。”参合农民也说:“过去不敢看的病敢看了,过去拖着不看的病改为提前看了。”

3.1.3 新农合自身的制度建设取得显著进展

经办体系逐渐加强并趋于完善,基金运行比较平稳,支付方式改革正在加快推进;异地结算工作也取得一定进展,促进了农村居民合理利用医疗卫生服务并为他们即时结报提供方便。

3.2 新农合制度仍面临挑战

3.2.1 可持续的筹资增长机制尚未建立

过去几年我国新农合的筹资水平快速增长,但缺乏制度保障。新农合筹资增长更多的是各级政府投入增加的结果,个人承担的责任比较有限。全国仅江苏省制定了《新型农村合作医疗条例》,并明确了新农合的筹资增长机制,将新农合的筹资水平与当地农民人均纯收入相结合(人均筹资额不低于当地农民人均纯收入的3%)^[11]。但调查样本地区的筹资增长机制仍然缺乏可持续性。

3.2.2 支付方式改革亟需突破

样本省市积极探索单病种付费、按床日付费、总

额预付等支付方式改革,但支付方式改的覆盖面仍较窄,对于控制基金支出的作用不明显,部分地区基金支出增长速度明显快于筹资增长速度;支付方式改革滞后导致医药费用的上涨速度未能得到有效控制,进而影响了新农合制度对减轻农民疾病负担的效果。参合农民的疾病经济负担下降不明显。四省市参合农民的个人住院医疗支出仍然呈现逐年上升趋势,与农民人均纯收入相比,仅陕西省的参合农民疾病负担有所下降,其余三省市参合农民的疾病负担未见明显减轻。

3.2.3 经办能力和管理水平仍需进一步提高

过去几年,新农合经办体系逐渐加强,但是经办能力和管理水平与新农合制度的发展要求仍有差距,部分地区经办队伍仍不稳定。新农合经办队伍建设缺乏相应的制度保障,样本地区中仅陕西省出台了相关规定,大部分地区经办人员的身份和经办经费问题未得到很好解决。各级经办机构尤其是县乡两级存在编制不健全、人员属性待遇不明确、人员素质参差不齐、工作经费相对不足等问题。经办队伍能力不高,监管人员数量不足,部分人员从医院或者其他卫生事业单位借调;监管人员专业知识缺乏,难以对医疗机构进行有效监管;加之新农合信息化相对滞后,加强新农合基金的监管工作面临挑战。

3.2.4 新农合制度与其他医保制度之间的转移接续问题有待解决

新农合制度的可携带性至少包括两个方面,一是参合农民的异地就医即时结报;二是农民流到异地后能够与其他保险制度接续。前者正在通过建设新农合国家级平台和加强省级平台建设解决;后者则需要基本医保制度的更深层次改革。近年来,我国长三角地区率先探索跨地区的职工基本医疗保险制度的转移接续问题,促进了长三角地区的人员流动,同时也解决了该区域内职工医保患者跨地区就医和即时结报等问题^[12]。这一探索对于我国实现基本医保制度全民覆盖具有积极意义;但是目前仅限于城镇职工医保覆盖人群,对于新农合制度与其他医保制度之间的转移接续问题仍然有待解决。

4 政策建议

为了更好地实现我国基本医疗保险制度的全民

覆盖,我国的新农合制度仍然需要进一步完善。

一是落实稳定的新农合筹资增长机制。我国应积极探索政府和个人在新农合筹资中的责任,因地制宜,建立与经济社会发展和当地卫生事业发展相适应的新农合筹资增长机制。

二是加强新农合管理体系建设,提高基金监管能力。随着新农合制度的快速发展,对管理体系建设和监管能力提出了更高要求。我国政府相关部门应加强新农合管理体系建设,根据新农合制度发展需要,确定新农合管理资源(人员编制、办公经费保障和房屋、办公设施等)的配置标准,明确各级政府及相关部门在新农合管理体系建设中的职责;切实加强新农合信息系统建设,提高新农合基金监管能力。

三是采取多种形式,控制医药费用过快上涨,减轻参合农民疾病负担。及时总结各地支付方式改革的做法和经验,积极稳妥推进支付方式改革,建立医疗机构参与支付方式改革的激励机制,扩大支付方式改革的覆盖面,提高新农合经办机构监管和评价支付方式改革的能力,控制医药费用过快上涨,减轻参合农民疾病负担。

四要探索新农合与其他医疗保险制度之间的转移接续机制。避免重复参保,解决医保制度不可携带问题,促进劳动力的合理流动,为实现全民医保奠定基础。

致谢

感谢中澳卫生与艾滋病项目的支持和卫生部政策法规司领导给予课题的指导;感谢安徽省卫生厅徐恒秋副厅长、河南省卫生厅黄红霞副厅长和陕西省发改委于春富处长、卫生厅赵峰副处长等领导的帮助以及调研区县卫生行政部门和医疗卫生机构提供的协助。

参 考 文 献

- [1] 医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)[EB/OL]. (2009-04-07) [2012-05-10]. http://www.gov.cn/zw/gk/2009-04/07/content_1279256.htm.
- [2] 易红梅,姚晔舟,张林秀. 新农合对农民医疗服务利用和医疗支出的影响——基于5省份的面板数据[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(2): 25-29.

[3] 任中平, 吴晓燕, 柯雄, 等. 西部新农合制度运行的成效问题及对策研究——基于四川南充新农合制度运行情况的实证调研[J]. 西华大学学报: 哲学社会科学版, 2012, 31(6): 83-94.

[4] 杜远见, 杨添懿, 黄兴黎, 等. 云南省 2004—2010 年新农合运行情况分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2011, 31(10): 991-994.

[5] 陈晟, 姜时雨, 熊文婕, 等. 南通地区 2003-2011 年新农合运行分析与对策[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013, 33(2): 131-133.

[6] You X, Kobayashi Y. The new cooperative medical scheme in China[J]. Health Policy, 2009, 91(1): 1-9.

[7] Yip W C, Hsiao W C, Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms[J]. Lancet, 2012, 379 (9818): 833-842.

[8] Lim E, Porter I, Romer P, et al. Medium and Long Term

Development and Transformation Of the Chinese Economy [R]. 2011.

[9] WHO. Health systems financing: the path to universal coverage[R]. 2010.

[10] 卫生部统计信息中心. 医改进展专题评估研究报告汇编 [R]. 2012.

[11] 江苏省新型农村合作医疗条例[EB/OL]. (2011-04-02) [2012-05-10]. http://www.jiangsu.gov.cn/fzjs/fzjs_zcfg/201104/t20110402_579879.html.

[12] 长三角多个城市实现医保异地结算“社保卡一卡通”渐近 [EB/OL]. (2009-05-27) [2012-05-10]. http://news.xinhuanet.com/society/2009-05/27/content_11445879.htm.

[收稿日期:2013-04-20 修回日期:2013-06-08]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》社论: 中国居民健康状况需进一步改善

近日,《柳叶刀》杂志发表了题为“Towards better health for people in China”的社论。文章认为,中国虽然在提高预期寿命、降低孕产妇死亡率等方面取得了实质性进展,但慢性病防治形势日益严峻。

文章认为,中国正处于健康模式转变的关键时期,要解决其面临的健康问题,一要深刻理解健康模式转变的内在原因,人口的快速老龄化和城市化是疾病负担加重的关键因素;二要建立及时、有效的应对

措施,其中制定合理的卫生政策是关键;三是加强创新研究提供有力的证据支持,随着健康模式的转变,中国的医学研究也在进行改革,在国家层面为医学研究者提供更好的平台,保证其获得足够的经费支持和参与国际合作。此外,要想获得更好的健康结果不能仅仅依靠卫生部门,还需要更高层面和更加强烈的政治意愿支持,以协调多个部门共同解决问题。

(来源: The Lancet)