

新农合大病保险制度受益归属与实施效果分析

——以吉林省为例

段 婷^{1*} 高广颖¹ 沈文生² 贾继荣¹ 张 斌²

1. 首都医科大学卫生管理与教育学院 北京 100069

2. 吉林省卫生和计划生育委员会 吉林长春 130051

【摘要】目的:对吉林省新农合大病保险实施效果进行评价,并对其受益归属进行分析,最终对吉林省新农合大病保险政策的完善提出参考建议。方法:对相关人员进行深入访谈,了解大病保险运行现状;收集吉林省 2013 年大病保险患者的所有数据,对 9 个地区实施效果进行对比分析;运用 Spearman 秩相关分析方法对大病保险受益归属进行分析。结果:新农合大病保险实施效果良好,对大病患者经济负担减轻作用显著,经过大病保险报销,患者自付费用平均减少 4 336.52 元,实际补偿比提高 11.15 个百分点;统计分析结果显示,大病保险受益程度与经济水平呈弱相关,受益公平性较好,但略偏向富人。结论:应完善、细化新农合大病保险报销方案,提高不同地区受益公平性,以达到缓解“因病致贫、因病返贫”的目的。

【关键词】新农合大病保险;受益归属;实施效果

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.11.008

Analysis of benefit incidence and implementation effects on catastrophic disease insurance of the New Rural Cooperative Medical System: A case in Jilin Province

DUAN Ting¹, GAO Guang-ying¹, SHEN Wen-sheng², JIA Ji-rong¹, ZHANG Bin²

1. School of Health Administration and Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

2. Health and Family Planning Commission of Jilin Province, Changchun Jilin 130051, China

【Abstract】 Objective: To analyze the benefit incidence and evaluate the implementation effects on catastrophic disease insurance under the New Rural Cooperative Medical System (NRCMS) in Jilin Province and put forward suggestions to perfect the catastrophic disease insurance under NRCMS. Method: In-depth interviews with related staff were conducted to gain an understanding of the operating status of catastrophic disease insurance under NRCMS; catastrophic disease patient data of Jilin Province from 2013 were collected, with a comparative analysis of implementation effects among nine districts; the benefit incidence was analyzed by means of the Spearman rank correlation analysis; Results: The policy of catastrophic disease insurance under the NRCMS exhibited sound implementation effects and played an important role in reducing the economic burden of catastrophic disease patients. The average individual expenditure decreased by 4336.52 yuan, while the reimbursement rate increased by 11.15% after NRCMS catastrophic disease insurance reimbursements. Additionally, statistical analysis results showed that there was a weak correlation between benefit incidence and economic level, the benefit equality of catastrophic disease insurance under NRCMS was relatively good, but the benefit level of rich patients was slightly higher. Conclusion: The reimbursement scheme of catastrophic disease insurance under NRCMS should be refined and improved, and the benefit fairness of different districts must be ensured, thus achieving the goal of relieving the “poverty caused by illness” phenomenon.

【Key words】 NRCMS catastrophic disease insurance; Benefit incidence; Implementation effects

* 基金项目:北京市教育委员会 2014 年度科技计划重点项目(SZ201410025008);首都医科大学研究生教学质量提高经费项目(0900-1141360807)

作者简介:段婷,女(1990 年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生经济、医疗保障。E-mail:hengshuiduanting@163.com

通讯作者:高广颖。E-mail:gaogy@nsd.pku.edu.cn

新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)旨在减轻农民的疾病经济负担,缓解“因病致贫、因病返贫”的现象。为进一步减轻大病患者的医疗费用负担,2012年8月,国家发展改革委、原卫生部等六部委联合下发了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《意见》),提出以居民合规自付费为报销标准,对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步补偿,为避免城乡居民发生灾难性卫生支出,实际报销比例不得低于50%。^[1]截至2013年,全国已有28个省份出台了大病保险实施方案,941个县市启动了试点工作,覆盖人口2.92亿,大病保险共补偿127.7万人次。^[2]

自新农合大病保险实施以来,国内学者纷纷对大病保险进行了研究探索,研究内容多为大病保险的政策分析^[4]、大病保险实施的可行性研究、由商保承办的利弊探讨^[3],因政策实施时间短,缺乏数据支撑等原因,目前较少有对政策实施效果的分析评价,缺乏对大病保险政策的受益归属分析。

吉林省在2013年6月开始实施新农合大病保险,8月启动报销工作,2013年受益人数为89 676人,大病保险补偿额达到3.91亿元。吉林省作为农业大省,其新农合大病保险制度的实施经验将对全国其他地区有重要借鉴意义。本文以吉林省为例,对该省大病保险的实施效果进行评价,对该政策受益归属进行分析,从而为完善大病保险政策、提高受益公平性提供实证参考。

1 资料与方法

1.1 定量资料

本研究通过吉林省新农合信息系统收集2013年所有大病患者报销数据并进行整理。吉林省包括1个副省级市、7个地级市与1个自治州,本研究主要对9个地区的大病保险实施效果和受益归属进行分析。

由于目前对大病保险实施效果的研究较少,本研究参考国内学者对新农合及其他医疗保障制度实施效果评价的相关研究,并结合大病保险政策特点,采用大病保险受益人数、受益人数占参合人数的比例、平均补偿费用^[9]、报销前后实际补偿比的变化情况来反映吉林省9个地区大病保险的实施效果^[10]。

本研究在对9个地区实施效果进行分析时,对极值采取剔除的方法,以保证分析结果的有效性与准确性。

大病保险受益归属分析即9个地区受益公平性

分析。各地区大病保险受益程度与经济水平的相关性可反映此政策的受益归属偏向,即大病保险的实施对各类人群是否公平。

国家规定大病保险报销起付线根据上一年度农民人均纯收入而定^[8],故本研究采用2012年农民人均纯收入作为衡量各地区经济水平的标准,用大病保险报销人数占参合人数的比例、平均补偿费用、实际补偿比三个指标计算所得的综合指标反映各地区大病保险受益度,计算经济水平与受益程度是否存在相关性以及相关度如何。

1.2 定性资料

本研究通过对吉林省卫生计生委、吉林省新农合管理办公室相关人员、新农合信息系统管理人员、承办大病保险的保险公司管理人员进行深入访谈,从不同角度了解大病保险的实施特点以及在政策制定、政策执行、具体报销以及商保承办中存在的问题。

1.3 分析方法

对定量资料采用描述统计法和综合指数法。综合指数计算方法为:(1)先将大病保险报销人数占参合人数的比例、平均补偿费用、实际补偿比三个指标标准化,将各地区指标值除以吉林省平均值得出相应比率。(2)将标准化后的三个指标得分相加,得出各地区受益度综合指标。根据世界卫生组织衡量保险制度宽度、广度、深度的三维指标,大病补偿人次占比、平均补偿费用、实际补偿比三项指标分别反映了大病保险的保障广度、宽度和深度,对于反映大病保险受益程度的重要性相同,故赋予相同的权重。

对定性资料的分析采用主题框架法。本研究用录音的方式对访谈内容进行记录,后将录音整理成详细的文字资料,并运用主题框架法对文字资料进行分析。根据访谈中的核心词汇,如“大病保险报销方案、实施效果、存在问题”与本研究的建立主体框架,从文字资料中提取有用信息填充到主体框架中,对主体框架中内容进行归纳与深入分析。

2 结果

2.1 吉林省新农合大病保险制度运行的特点

根据访谈资料与相关文献等定性资料的分析,吉林省大病保险制度运行特点如下:

2.1.1 统筹层次高

在统筹层次上,吉林省在全国处于领先地位。在吉林省新农合省级统筹的背景下,大病保险也由

省级统一筹资并组织实施,各县市执行统一的报销标准。据统计,在全国实施大病保险的 28 个省市中,只有吉林、山东、重庆、甘肃和青海 5 个省份为省级统筹,其余 23 个省市均为地市级或县级统筹。

2.1.2 人均筹资水平高

2013 年吉林省新农合大病保险筹资标准为每人 50 元。比全国大病保险人均筹资额(21.06 元)高出一倍以上,全国只有青海省与吉林省筹资水平相同。^[2]大病保险的高筹资水平保证了大病保险基金的规模,也为大病患者的保障水平提供了基础,从而为缓解大病患者的疾病经济负担提供了基本条件。

2.1.3 受益面广

吉林省大病保险报销标准为:在农村居民参合人员住院合规医疗费用中,自付部分年累计超过 5 000 元,以 5 000 元为补偿基数报销,远低于吉林省 2012 年农民人均纯收入(8 598 元),且报销额度不封顶。低起付线将更多患者纳入大病保险报销范围,使得更多患者受益。2013 年吉林省享受大病保险报销的患者达到了 89 676 人。

2.1.4 赔付方案梯级增长

吉林省大病保险赔付方案为阶梯增长方式,补偿基数为 5 000 元,补偿基数以上 0~1 万元(含 1 万元)报销 50%;1 万~5 万元区间每增加 1 万元,报销比例提高 1%;5 万~10 万元报销 65%,10 万元以上报销 80%。在此报销方案下,费用越高补偿力度越大,受益度越高,对缓解高费用大病患者“因病致贫、因病返贫”发挥了重要作用。

2.2 吉林省各地区新农合大病保险实施补偿效果对比分析

2013 年吉林省享受新农合大病保险报销的患者

为 89 676 人,占总参合人数的 0.664%;人均补偿费用为 4 336.52 元,远高于全国水平(2 974.82 元)和东部平均水平(2 056.88 元);大病患者的实际补偿比总体提高 11.15 个百分点,对减轻大病患者的经济负担作用显著;经过大病保险报销,吉林省实际补偿比达到了 58.78%,略低于全国平均水平(61.19%)。

由于大病保险方案是根据合规费用的自付金额确定的,理论的推断假设是高收入人群具有高医疗费用支付能力,因此享受的大病保险补偿待遇较高。^[6]吉林省各地区大病保险实施方案相同,但实际运行效果存在明显差异。从 9 个地级市的总体情况来看,经过大病保险方案报销后,9 个地区的实际补偿比相较于补偿前均有提高,平均提高 11.15 个百分点,其中最多提高 12.68 个百分点,最少也提高了 8.91 个百分点,说明大病保险政策的实施对患者的经济负担具有明显的减轻作用(表 1)。但各个城市的运行情况略有不同,CC 市经济发展水平处于吉林省的中下游位置,但受益人数最多,占参合人员的比例也较大,平均补偿费用较高,大病患者实际补偿比提高程度也最高。而经济发展水平处于全省第二位的 LY 市,其平均补偿费用和提高比例居全省前位,但是大病补偿人次占比仅为 0.35%,是全省大病补偿覆盖面最小的城市。

3 吉林省大病保险受益归属分析

3.1 大病保险受益程度与经济水平指标统计

根据综合指标的计算方法,得出各地区大病保险受益复合指数(表 2),各地区受益度相差较大,经济水平处于中游的 BS 市受益复合指数最高,为 3.374。经济水平较落后的 YB 市复合指数最低,仅为 2.603。

表 1 吉林省各地区大病保险实施情况

地区名称	经济排序顺位	受益人数	受益人数占参合人数的比例(%)	平均补偿费用(元)	实际补偿比		
					报销前(%)	报销后(%)	提高百分点
BC	9	8 696	0.75	4 011.46	50.30	60.52	10.22
YB	8	4 596	0.67	3 464.66	47.85	56.76	8.91
SY	7	9 532	0.55	4 578.50	46.64	57.50	10.86
CC	6	23 322	0.62	5 446.74	46.46	59.14	12.68
BS	5	3 590	0.95	3 958.76	47.31	58.76	11.45
SP	4	12 230	0.64	4 479.50	49.26	60.82	11.56
TH	3	8 750	0.80	3 518.99	48.42	57.93	9.51
LY	2	2 243	0.35	5 756.01	39.85	52.54	12.69
JL	1	16 717	0.80	3 356.66	48.33	58.53	10.20
平均			0.66	4 336.52	47.63	58.78	11.15

来源:吉林省统计局、吉林省新农合管理中心平台

表2 吉林省各地区受益程度指标

地区名称	2012年农民人均纯收入(元)	受益人口占参合人口的比例 标准化后数值	平均补偿费用标准 化后数值	实际补偿比 标准化后数值	复合指数
BC	6 200	1.125	0.925	0.917	2.967
YB	7 450	1.005	0.799	0.799	2.603
SY	8 562	0.824	1.056	0.974	2.853
CC	8 570	0.930	1.256	1.137	3.323
BS	8 654	1.434	0.913	1.027	3.374
SP	8 760	0.958	1.033	1.037	3.028
TH	9 100	1.201	0.811	0.853	2.865
LY	9 153	0.533	1.327	1.137	2.998
JL	9 224	1.197	0.774	0.915	2.886

3.2 受益程度与经济水平相关性分析

根据9个地区2012年农民人均纯收入与受益复合指数的大小编取秩次,秩次统计结果见表3。

表3 农民人均纯收入与复合指数秩次

地区名称	2012年农民人均纯收入(元)	秩次	复合指数	秩次
BC	6 200	1	2.967	5
YB	7 450	2	2.603	1
SY	8 562	3	2.853	2
CC	8 570	4	3.323	8
BS	8 654	5	3.374	9
SP	8 760	6	3.028	7
TH	9 100	7	2.865	3
LY	9 153	8	2.998	6
JL	9 224	9	2.886	4

在对2012年农民人均纯收入与综合指标进行相关性分析时,经过散点图绘制,两者不存在线性相关关系,故采用Spearman秩相关分析。

$$\text{相关系数 } r_s = \frac{l_{pq}}{\sqrt{l_{pp}l_{qq}}} = \frac{12}{\sqrt{60 \times 60}} = 0.2$$

经假设检验: $N \leq 50$,拒绝零假设。

故经济水平与大病保险受益程度呈现正相关,相关性较弱。即经济水平高的地区较经济水平低的地区受益程度更高,但相差不大,吉林省大病保险实施受益公平性较好。

4 讨论

4.1 大病保险政策有效地缓解了大病患者的疾病经济负担

大病保险政策制定的初衷是缓解“因病致贫、因病返贫”的现象,避免大病家庭发生灾难性卫生支出。^[8]根据目前吉林省大病保险补偿情况来看,实施大病保险制度以后,农民的实际补偿比较补偿之前

平均提高了11.15个百分点,自付医疗费用平均减少了4 336.52元,近9万人得到了大病保险的补偿,占参合农民的1%,这对于缓解大病患者的疾病经济负担具有明显的作用,通过现场相关人员的访谈也印证了这一点。在对大病保险政策目标实现程度进行调查时,4个受访者均反映大病保险政策有效地缓解了大病患者的疾病经济负担,初步实现了制度设计的初衷。

4.2 大病保险受益公平性相对较好,但略偏向“富人”

从理论假设来看,按照自付额度为大病补偿标准的政策容易产生富人多补偿的倾向。根据上述大病保险受益度分析可以看出,大病保险富人受益程度相对较大,但是这种受益的不公平性程度不大,研究结果显示,受益归属略微偏向“富人”。产生这一现象的原因主要有两方面:各地区经济水平存在差异,农民人均纯收入最高与最低的城市相差3 000元,经济水平的差异必然会导致就医需求、对卫生服务的利用率以及对不同价格卫生服务的选择不同,从而导致医疗费用不同,而全省各地区采取统一的起付线,各地区受益程度会因此产生差异。另一方面:目前大病保险未实现即时结算,医疗费用需患者个人垫付,大病患者花费的医疗费用较高,一些贫困家庭无法垫付医疗费用或承担相应自付费用便放弃治疗。尤其是目前大病保险实施时间较短,患者对大病保险减轻医疗费用的作用知晓率不高,“大病不治、大病缓治”的现象更容易出现。

4.3 低起付线与无封顶线容易引发过度医疗

起付线的确定难度较大,起付线过高,受益人数少,制度的效果发挥不充分;起付线过低,新农合基金难以承受。^[5]《意见》提出,大病保险对高额医疗费用的界定可以当地上一年度农民人均纯收入为判定标准,但吉林省大病保险起付线与上一年度农民人均纯收入相差近一倍,而且不设封顶线。这无疑可使更多的新农合患者受益,但也会因此引发一些问题:一方面,起付线过低可将一些轻微疾病,但就医次数较多的患者纳入到报销范围,不符合大病保险“保大病”的初衷。^[7]另一方面,起付线过低,且无封顶线会引发部分患者过度医疗,以达到报销额度,或一些患者自恃有大病保险报销,进行一些不必要的治疗或使用昂贵药品与耗材,造成新农合基金的浪费。

4.4 大病保险基金结余过高影响新农合制度的持续发展

2013年全省大病保险基金为6.72亿元,大病保

险累计支出为 3.82 亿元,结余 2.9 亿元。主要的原因包括:(1)2013 年吉林省人均大病保险筹资额 50 元,为全国最高;(2)大病保险启动时间晚没有拉动医疗消费;(3)吉林省对合规医疗费用范围进行了调整等。按照大病政策规定,大病保险基金按照一定比例从新农合基金中提取,筹资过高势必会对新农合基本医疗造成一定压力。^[2]且在大病保险基金的管理规定中,大病保险基金如有结余,不可用于补贴新农合普通报销,只能结转至第二年大病保险基金。因此,应对大病保险基金结余情况加强监测,找出主要原因以有针对性地开展政策干预。

5 建议

5.1 精确测算支出,合理确定大病保险筹资额与报销方案

大病保险应根据本年度政策目标,结合上一年度基金支出与结余情况以及在上年度报销方案下受益人次、补偿费用、实际补偿比的提高情况,制定本年度的大病保险报销方案。吉林省应设定报销起付线,起到“保大病”的效果,并设定封顶线,防止大病患者过度医疗。

大病保险筹资额的确定应综合考虑上一年度大病保险基金支出情况、本年度报销方案调整可能带来的支出变化,医疗费用自然增长、由大病保险政策实施引发的医疗需求释放即保险因子等因素。同时适当降低人均筹资额,在保证补偿额充足的前提下,基金不宜过多结余。

5.2 因地制宜,根据各地区经济水平制定不同的起付线

目前,在全国各省市中,吉林、北京、湖北等地在全省实行统一的起付线,而河北、安徽、福建在全省各地区采取不同的起付线。地区消费水平的差异与就医观念不同导致的医疗费用存在差别,而起付线相同最终会导致各地区受益程度不同。建议吉林省根据各地区经济水平制定不同的起付线,保证大病保险受益公平性,防止实施效果向“富人”倾斜,使大病保险真正实现缓解“因病致贫、因病返贫”的目标。但在各地区筹资相同的情况下,各地区起付线差异不宜过大。

5.3 加强监管,保证大病保险基金的安全

吉林省大病保险由商保公司经办,加强监管应从两方面入手:(1)保险公司发挥其核查的优势,可

组建由临床医师组成的专业团队,对大病保险患者费用合理性进行审核,尤其要加强对费用较高的大病患者审核。(2)各级卫生管理机构对商保公司审核过的大病患者费用进行抽查,发现保险公司未审核出的套取新农合资金案例后,对保险公司、大病患者分别进行相应惩罚,保证新农合大病基金的安全。

5.4 加快新农合大病保险信息化建设,实现即时结报

加强大病保险信息化建设,实现即时结报,一方面可以减轻大病患者的垫付费用压力,简化报销程序,保证大病保险补偿的及时性,避免大病保险成为“二次补偿”。另一方面,可减轻大病保险报销人员的压力。除此之外,若对各地区实行不同的起付线,则对大病保险信息系统可操作性提出了更高的要求,因此,应保证信息系统核算的准确性。

参 考 文 献

- [1] 朱铭来,宋占军. 大病保险对家庭灾难性医疗支出的风险分散机制分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(12): 4-7.
- [2] 王琬. 大病保险筹资机制与保障政策探讨—基于全国 25 省《大病保险实施方案》的比较[J]. 华中师范大学学报:人文社会科学版, 2014, 53(3): 16-22.
- [3] 钟宏菲,宋平凡. 商业保险机构参与大病保险的实践及前景分析[J]. 上海保险, 2013(10): 13-17.
- [4] 蔡亮. 黑龙江省新农合大病保险发展模式及对策研究[D]. 哈尔滨:东北农业大学, 2013.
- [5] 徐恒秋. 安徽省新农合大病保障政策的经验与挑战[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(12): 1-3.
- [6] 刘霄. 大病保险“费用模式”费率研究[D]. 上海:华东师范大学, 2013.
- [7] 张宗久,周军,梁铭会,等. 推进我国大病保障制度建设工作的思考与设想[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(1): 2-6.
- [8] 陈昱帆,陈燕萍,郭敏,等. 新农合大病保险研究[J]. 卫生经济研究, 2014(1): 41-42.
- [9] 段沁江,王宁,徐芬,等. 江苏省新农合大病患者医药费用及政策分析[J]. 卫生软科学, 2014, 28(7): 419-422.
- [10] 宫习飞. 新型农村合作医疗制度对降低疾病经济负担作用研究[D]. 济南:山东大学, 2009.

[收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-11-05]

(编辑 薛云)