

比较与契合:新农合实施现状与农民期望值研究

——基于对安徽、山东部分县区的调查

陈爱如

(安徽师范大学 历史与社会学院,安徽 芜湖 241003)

摘要:在对山东和安徽省部分县区新农合实施情况进行为期半年的调研基础上,围绕新农合核心机制:资金补偿、报销程序、基金运行、保障水平等方面,基于两个视角:一是从该制度执行现状视角,二是从农民期望视角开展的比较研究。通过比较二者间的“差距”,为了弥合“间隙”,医疗机构需要减少农民医疗开支、管理部门需要进一步完善报销系统、切实提高基金使用效率、努力实现医疗保险城乡一体化的目标,最后提出,完善该制度的下一步核心工作在于机构和队伍建设。

关键词:新农合;农民;医疗保险

中图分类号:C913.7

文献标志码:A

文章编号:1672-8580(2011)01-0028-05

我国从 2003 年开始进行新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)的试点,逐渐在全国普及。截至 2009 年底,全国开展新农合的县(市、区)达到 2716 个,参加新农合人口 8.33 亿人。全国累计有 16.5 亿人次享受到新农合补偿。参合农民次均住院补偿金额从试点初期的 690 元提高到 1180 元,实际住院补偿比从 25%提高到 41%。2009 年,新农合政策范围内住院费用报销比例已经达到 55%,统筹基金最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的 6 倍左右,超过 1/3 的地区开展了门诊统筹工作。新农合筹资水平从试点初期的年人均 30 元起步。从 2010 年开始,我国将新农合筹资水平提高到每人每年 150 元,农民个人缴费只从每人每年 20 元增加到 30 元,其余均由中央和地方财政予以补助^①。

课题组主要围绕新农合基金的筹集、使用、管理和新农合相关配套政策落实情况,在山东和安徽省部分县区进行了为期半年的调研。此次调研的基本框架主要从两个方面出发,进行比较,最终找到该制度下一步完善的方向。此次调研的基本出发点是:一方面,课题组从该制度执行现状视角出发,为了解新农合制度的实施情况进行调研,结果发现,新农合有效缓解了农民

因病致贫、因病返贫问题,给农民带来实实在在的好处,促进了农村基层卫生条件的改善和服务质量提高,同时也为加快建设覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系奠定了基础。另一方面,课题组从农民期望视角出发,也了解到目前新农合制度还存在保障水平不高、运行机制不规范、资金安全有待加强、乡镇医疗卫生服务能力薄弱等问题,制约了新农合制度更好地发挥作用。

从上述两个视角出发进行比较调研,发现“差距”只是手段而不是目的,目的是一面能客观反映制度执行效果如何,一面能准确把握农民对该制度的期望,更好地发挥制度的效能,为农民服务。希望有关部门针对这些“差距”,能认真对待、早日解决,让农民可以更安心、更方便地看病。

一、“看病贵”已有缓解但农民期望医疗机构要降低过度检查、过度用药等现象,减少农民医疗开支

(一)补偿金额不断增长但仍然存在过度开支现象

1.基金使用情况(以下资料部分在参考山东卫生局网站基础上整理所得)

(1)基金总体使用情况

2008 年,山东省新农合基金总补偿支出 46.87 亿元,占当年筹集基金总额的 84.09%,基金使用率为 86.00%,

收稿日期:2010-10-04

基金项目:安徽省教育厅课题(2009sk083);安徽师范大学校级青年科研基金(2008xqn21)

作者简介:陈爱如(1979-),男,安徽来安人,讲师,硕士,主要研究方向为社会问题与社会保障。

比 2007 年略有降低。东营市、德州市基金使用率较高,分别为 98.46%和 92.46%;济南市、泰安市和菏泽市使用率相对较低,低于 80.00%。

(2)基金补偿支出情况

2008 年,在山东省新农合总补偿支出中,用于住院补偿 34.56 亿元,占支出总额的 73.74%;用于门诊支出 9.66 亿元,占 20.62%。2007 年和 2008 年在住院补偿总支出、次均补偿额及门诊补偿总支出和次均补偿额方面差异较为明显(P<0.05),见表 1。

表 1 2007 年和 2008 年同期住院、门诊补偿支出情况

项目	住院补偿			门诊补偿		
	补偿总支出(万元)*	次均补偿额(元)*	补偿比(%)	补偿总支出(万元)*	次均补偿额(元)*	补偿比(%)
2007 年	191 740.35	632.52	26.46	67 117.51	10.78	26.97
2008 年	345 621.03	855.53	31.37	96 635.60	12.49	28.49
增长	153 880.68	223.01	4.91	29 518.19	1.71	1.52
增长率(%)	80.26	35.26	18.56	43.98	15.86	5.64

*P<0.05

据调查安徽省南陵县 2009 年新农合基金支出 5332.58 万元,补偿受益 100.56 万人次。其中,用于住院补偿 4341.22 万元(2.22 万人次);门诊补偿 778.94 万元(97.86 万人次),慢性病门诊补偿 114.91 万元(0.15 万人次);住院分娩定额补贴 97.51 万元(0.32 万人次)。获 1 万元以上补偿 1607 人,4 人获 7 万元封顶补偿^[2]。

(3)医疗费用使用情况

2008 年山东省医疗总费用为 110.17 亿元,比 2007 年 72.46 亿元增加了 52.05%,医疗费用增长较快。2008 年全省参合农民次均住院费用 2 726.99 元,次均门诊费用 43.01 元,分别比 2007 年上涨了 14.09%和 7.66%,两年比较差异较为明显(P<0.05),见表 2

表 2 山东省 2007 年和 2008 年医疗费用比较

项目	次均住院费用(元)*	次均门诊费用(元)*	全省(亿元)
2007 年	2 390.25	39.95	72.456
2008 年	2 726.99	43.01	110.166
增长额	336.74	3.06	37.71
增长率(%)	14.09	7.66	52.05

*P<0.05

2.问卷调查农民

参合农民有一半以上认为新农合在减轻农民经济负担方面起到了较为明显的作用,有四层农民认为新农合可以缓解“因病致贫”现象的发生,见表 3。

关于报销比例满意状况的调查发现,25.3%非常满意,62.9%表示满意,11.8%表示不满意。不满意的原因

主要是报销比例小、得不到实惠,参加与不参加的花费一样高。

表 3 问卷调查农民认为新农合的实施效果

类别	能否减轻经济负担		类别	能否缓解“因病致贫”	
	人数	构成比(%)		人数	构成比(%)
加重经济负担	37	7.7	能	212	44.3
和原先没有区别	57	11.4	大概能	165	34.4
减轻效果不明显	170	35.5	不能	63	13.2
明显减轻负担	215	55.4	不清楚	39	8.1
合计	479	100		479	100

(二)讨论

通过调查发现,新农合整体执行情况良好,确实在一定程度上缓解了农民看病难、看病贵的问题,深受群众欢迎。但是,部分基层医疗机构却存在过度检查、过度用药等问题,导致农民虽然可以报销,整体医疗负担却加重了。调研中发现乡镇卫生院过度检查比较普遍。一些县乡级医疗机构不顾患者实际情况,有几项设备就给做几项检查,这必然在一定程度上抵消新农合所带来的实惠。

随着基本药物零加价制度的普及,“以药养医”在很大程度上得到解决,但这也导致部分基层医疗机构收入下滑,生存困难。调查发现部分卫生院收入降幅甚至达 50%,正常运行困难。如果财政补助跟不上,医院必然会寻求其他路子来增收,最为常见的就是过度检查。在某些地区竟然存在医疗机构强迫农民用新农合的补偿款购买医疗保健品,不然农民就拿不到本应得的新农合报销款,此种现象实则仍然是在“卖药”^[3]。根本解决此问题需要国家进一步加强医疗体制改革,捋顺医药关系。

当下务必建立严格的费用控制机制。安徽省南陵县创新两个“机制”,控制医疗费用增涨。一是创新门诊统筹支付方式机制:实行总额预算、分期支付、绩效考核;二是创新药品采购流通机制,即实行集中招标,保证质量,降低价格。

二、农民报销更轻松、便捷但农民期望信息系统建设统一规范,扩大定点医疗机构范围

(一)报销更便捷但仍需规范系统、提升层次

1.农民报销更轻松、便捷

据调查发现,安徽省 2009 年全面推行了即时结报,农民在城市大医院看完病可当场报结补偿费用,建立了覆盖全省的新农合信息系统,“一线连通”了全省 97%的定点医院、70%的村卫生室,40 个县市的参合农民已经使用 IC 卡刷卡就医。在任何一个市,参合农民

出院时就能直接拿到补偿的钱,实现了“哪里住院,哪里报销;出院当天,即时报销”。安徽省新农合信息系统在促进“即时报销”中发挥了重要作用,只有建立可以对接的信息系统,才有可能实现即时审核费用清单、即时结报。

2. 新农合信息系统缺乏统一规范、统筹层次需要进一步扩大

当然,安徽省的新农合信息系统并非没有缺陷。调查发现,安徽省80多个统筹地区由17家建设单位进行相关系统的设计、建设,造成很多地区与省新农合信息系统不能做到“无缝对接”,不利于统一管理。同时这还导致信息不准确不可靠等问题,例如,安徽某县80多万参合人员中,有50多万人身份证录入有误。

随着农民外出务工持续增加,很多人在打工地就医,然后回到参合地报销。但由于新农合以县市统筹为主,省与省之间、省内各县市之间没有互相认可的定点医疗机构。这些在外看病的农民回到参合所在县市,只能按报销比例较低的市外非定点医疗机构报销标准来报销,增加了个人负担。

(二) 农民报销更轻松、便捷与农民期望信息系统建设统一规范,扩大定点医疗机构范围

1. 新农合信息系统应做到全国联网,实现“即时报销”

当前,卫生部应尽快规范新农合信息系统建设,统一软件和操作程序,以确保信息系统建设的规范化和数据的标准化。要尽快研究出全国性的定点医疗机构互相认可、新农合信息系统与医疗机构信息系统实现无缝对接等问题的解决办法,减轻报销成本,实现全国范围的“即时报销”。

2. 不断提高新农合的统筹层次,既要考虑地区差距,更应考虑补偿“公平”

由现在的县区级统筹逐渐提高到省级统筹层次,直接使得医疗资源更合理的配置,农民自由选择的空间更宽广。据调查在安徽个别县仍然存在逐级要求开具转诊证明方能报销,甚至明显有些病症该级别医疗机构已经没有能力诊治,还外请所谓的临时专家诊治,直接导致许多病灶反复医治不好,增加农民痛苦和医疗支出,降低农民对新农合的信心。总之,“转诊制”背后是争夺医疗资源,剥夺农民自由选择医疗消费的权利。基层医疗机构应该反省的是如何不断提升自身的医疗能力,通过高水平来吸引患者。

三、基金安全有保障但农民期望管理机构要杜绝

重复参合、参保和套取、骗取新农合基金的现象,切实提高基金使用效率

(一) 基金安全有保障但仍需加强监管

1. 制度健全、运行良好

经过几年的实施,各县区基本建立了较为完善的基金管理和运行机制,确保基金的收支安全。较为通行的做法是新农合基金实行全县统一管理,收支两条线。县财政部门设立新农合基金专户,管理基金的收入和支出。县(区)合管办在国有商业银行设立支出专户,任何单位和个人不得挤占和挪用新农合基金。各乡镇(街道)收缴的参合资金必须按时转存县(区)新农合基金专户。县(区)财政部门按计划将基金专户的新农合资金预拨到县(区)合管办新农合支出专用帐户。建立健全新农合基金预决算制度、内部审计制度、医疗机构管理制度、基金超支预警报告制度等。

通过调查发现新农合基金管理状况较好,尚未发现大额的挤占、挪用、贪污、浪费等情况。新农合是社会各界十分关注的重大民生项目,有关部门高度重视资金的管理和运作,基本做到了专款专用。

2. 个别地区存在重复参合、参保的情况

尽管如此,课题组在调查中发现,个别地区存在重复参合、参保的情况。重复参合人员以在城镇学校念书的农村中小學生为主。在安徽某县,调查发现100多名重复参保人员同时在新农合和居民医保报销,而且54个人存在报销总金额大于治疗费用的情况,看病反倒赚钱了。

3. 违反套取、骗取新农合资金

在对安徽某卫生院的调查中发现一名患者通过开具假发票套取、骗取新农合资金。2009年3月19日,南陵县卫生局向该县经侦大队报案称,该县4名新农合参保农民有涉嫌诈骗医疗基金嫌疑。警方初步侦查发现,这4人于去年12月通过中间人谭亮(化名),各开具相同的安徽省医疗卫生单位门诊医药收据48张,票面医疗费用合计139980元,且各自前往县新农合服务中心报销,每人骗得39000元。由于案情重大,该案被市公安局列为挂牌督办案件,经过公安部门艰苦侦查发现该案是通过开具假发票来骗取新农合资金,最终破案^[4]。

(二) 讨论

1. 重复参保现象长期存在

新农合和城镇居民医疗保险分别属于当地卫生系统和人力资源与社会保障系统,各自均有参合率、参保

人数等考核指标,两个部门之间工作衔接存在问题;再者,中小学生普遍身体状况较好,成为新农合和城镇居民医疗保险相互争夺的“优质资源”。

2. 实现城镇居民医疗保险与新型农村合作医疗并轨运行

安徽省的石台县、长丰县、颍上县积极探索实现城镇居民医疗保险与新型农村合作医疗并轨运行,合并后的城乡居民合作医疗由县(市)新型农村合作医疗管理中心负责组织实施,实现“统一管理机构、统一筹资时间、统一筹资标准、统一参保对象、统一落实资金、统一报销标准”等。城乡居民医保整合后,将有利于发挥卫生部门的管理优势,进一步规范对定点医疗机构的监管,统一报销口径和药品目录,为城乡居民提供更好的医疗服务,增加基金的抗风险能力,有利于节约行政成本,避免重复参保(合)等。

四、保障水平在提高但农民期望打破户籍限制,允许自主选择参保档次

(一) 保障水平逐年提高但仍需实现城乡一体化

1. 保障水平逐年提高

新农合实施中央不断加大投入,大幅度补助标准,每人每年从 2003 年的 50 元提高到 2010 年的 150 元。

各地都实行了“保底补偿”制度。“保底补偿”是指:按前文描述的住院补偿规定计算的补偿所得金额与住院总费用相比,如低于 X%,则按住院总费用的 X%(保底补偿比例)计算其补偿金额(但仍然先扣除起付线金额)。例如 2010 年安徽省对不同额度的住院医药费用实行分段保底补偿,各费用段的保底补偿比例,见表 4^[5]。

表 4 不同住院医药费用保底补偿比例

费用段	5 万元以下部分	5-10 万元段	10 万元以上部分
保底补偿比例	30%	40%	50%

注:年内多次住院者,可累计其住院医药费用,对应上述分段比例,计算“保底补偿”金额,再扣除每次住院的起付线金额。

2. 农民对医疗保障水平需求逐步提高

随着农民收入提高,农民对医疗保障水平也有了更高要求。但是,现行新农合基本上还处于“广覆盖、低水平”阶段,难以满足部分富裕起来农民的要求。

(二) 讨论

1. 医疗保障制度城乡一体化

按照“制度全覆盖、筹资多渠道、保障分层次、政策可衔接、管理趋统一”的原则,对各地社会医疗保障制度和经办管理进行整合,建立以职工基本医疗保险和

城乡居民基本医疗保险为主体的城乡一体化基本医疗保障体系。实现“三张网”为“一张网”,实现“制度全覆盖、筹资多渠道、保障分层次、政策可衔接、管理趋统一”的原则,构建“城乡医疗社会保障一体化”的设想^[6]。基本设想如下:

在这一新制度下,不再分设城镇职工医保、城镇居民医保和农村合作医疗,而是将医疗保险划分为三个档次:第一档相当于城镇职工基本医疗保险;第二档个人年缴费 150 元,财政补贴 120 元,最高享受 12 万元的报销;第三档个人年缴费 30 元,财政补贴 120 元,最高享受 4 万元的报销。

不论城乡户籍,有单位的职工按第一档参保,其他未就业人员可以在二档和三档间自主选择,也就是说,农民可以选择更高水平的参保档次,将来按照需要甚至可以在三档中自由选择参保档次。

这种制度以缴费差异替代身份界限,将现行医疗保障制度中按户籍、身份不同而人为分割的三大网络整合,不仅提高了医保基金抗风险能力和政府行政效率,而且有助于监管。

2. 不断完善相关机制

当然,这一制度目前还处于试点阶段,也存在一些问题需要解决,例如医疗卫生系统与社保系统的工作对接还存在不顺畅之处,有可能导致两个系统之间互相扯皮,值得注意。如果一体化后由卫生部门分管可能出现,医院属于卫生系统,如果由卫生系统进行监管,会存在各类问题。如果一体化后由现在统一由社会保障局管理,避免了近亲效应,强化了监管力度,但对于医疗专业问题缺乏,可能存在监管力度和针对性不强。

五、机构和队伍建设是新农合制度长期可持续发展的根本保证

在对新农合核心机制——资金补偿、报销程序、基金运行、保障水平等方面分析的基础上发现,该制度应该是处在不断完善的过程中,而这项繁杂的工作需要专业机构和专业人员。机构和队伍建设是新农合制度长期可持续发展的根本保证,是该制度的发展基石。以安徽省 2009 年基本情况为例,安徽省新农合制度服务于 5100 万农民,每年的门诊人次 1 个亿以上,住院人次 350 万以上;新农合病人分布在省、市、县、乡、村各级定点医疗机构;目前资金总量 45 个亿(明年将是 72 个亿)。从制度的服务对象人数之多、制度涉及的医疗机构数量之多、涉及的资金数额之多等三个层面分析,新农合制度的设计、运行、经办和监管的任务是任何一

项社会保障制度都无法与之相比的。在这个意义上可以说,我国的新农合制度是全世界最庞大、最复杂、最有广泛影响的一项基本医疗保障制度。

加强乡镇经办队伍建设势在必行。全省 50% 的住院病人(约 160 万人次)在乡镇卫生院,50% 的门诊病人(约 6000 万人次)在村卫生室。但是,目前对乡镇卫生院和村卫生室的监管力量很薄弱。县级经办机构人员少,主要忙于兑付和报账;乡镇本身没有专业人员监管乡村医疗机构的服务行为。靠乡镇卫生院内部临时抽调的医务人员对卫生院自身的病历和收费进行审核,体制不顺,效果很差,形同虚设。举报医疗机构违规事件的案例中,2/3 以上涉及乡镇卫生院。此外,随着“门诊统筹”的全面铺开,全省 1.6 万个行政村卫生室将全面参与新农合门诊医疗服务。全省农民每年在村卫生室的门诊人次约 6000 万,每次门诊费用按 30 元计算、按 35% 的比例报销,涉及新农合资金 6.5 亿。由 6 万多名乡村医生以 6000 万张处方开走 6.5 亿新农合资金,如何保证 6000 万张处方用药和收费的合理性?所以,必须要有一支熟悉医疗技术而且独立于乡镇卫生院的专职队伍,对乡镇卫生院和村卫生室的行为进行监督(相当于在每个乡镇按了一个“监视器”),及时

发现问题及时纠正,及时保护新农合基金安全,保护农民的利益不受侵害^[7]。

参考文献:

- [1] 廖朝明.新农合审计为了医疗普惠的承诺[EB/OL].(2010-06-09)[2010-10-01].<http://news.163.com/10/0609/08/68NMHJOF000146BC.html>.
- [2] 南陵县合管办.南陵县 2009 年度新型农村合作医疗工作总结[EB/OL].(2010-02-01)[2010-09-01].<http://www.nlxnh.com/>.
- [3] 张传文,陈爱如.对农村“看病难、看病贵”问题的新思考[J].中国初级卫生保健,2009,23(5):20-21.
- [4] 吕毅.芜湖市破获诈骗新农合医疗基金案[N].芜湖日报,2009-06-23(1).
- [5] 省农合办.安徽省新型农村合作医疗补偿实施方案:2010 版[Z].安徽省新型农村合作医疗工作简报,2009-12-30.
- [6] 陈爱如.分层与衔接:构建医疗社会保障城乡一体[J].辽东学院学报:社会科学版,2010,(6):54-55.
- [7] 省农合办.省卫生厅、省编办联合举办新农合经办机构设置和编制政策培训班[Z].安徽省新型农村合作医疗工作简报,2009-12-30.

责任编辑:万东升

Comparison and Conjunction: Study about the Status Quo of Implementation of the New Rural Cooperative Medical Service System and Farmers' Expectation

— The Survey Based on Part of the Counties in Shandong and Anhui Province

CHEN Ai-ru

(College of History and Society, Anhui Normal University, Wuhu 241003, China)

Abstract: Based on a six-month investigation about the implementation of the new rural cooperative medical service system on part of the counties in Shandong and Anhui Province, this paper focus on the core mechanism of the new rural cooperative medical service system, including financial compensation, reimbursement procedures, fund operation, security level, etc. Based on two perspectives: On the one hand, from the perspective of this system's present situation; on the other hand, from the perspective of comparative study about farmers' expectation. By comparison and exploration of the “difference” between them, in order to bridge the “gap”, medical institutions need to reduce the farmer medical expenses, management department needs to further perfect reimbursement system, improving fund use efficiency, making great efforts to realize the goal of urban-rural integration of medical treatment insurance, and finally put forward to the next core work consummating the system is institutions and team construction.

Key words: the new rural cooperative medical service system; farmers; health insurance