

• 专题研究 •

新型农村合作医疗提高统筹层次的理论与实践研究

朱兆芳 赵美英 周晓媛 姜巍 俞金枝 纪京平 张毅 丁然 王禄生

【摘要】 介绍了新型农村合作医疗提高统筹层次的各种理论,包括疾病风险理论、大数法则、公平理论、需求理论和供给理论,这些理论是提高新型农村合作医疗统筹层次的理论支撑。同时还介绍和分析了新型农村合作医疗提高统筹层次的不同做法,包括高度统筹、中度统筹以及低度统筹等方式。这些理论和实践能帮助各地更合理地开展新型农村合作医疗提高统筹层次的设计及管理,具有重要的指导意义。

【关键词】 新农合; 提高统筹模式; 理论; 实践

Theoretical and practice research on improving the pooling level of the NRCMS ZHU Zhao-fang*, ZHAO Mei-ying*, ZHOU Xiao-yuan, JIANG Wei, YU Jin-zhi, JI Jing-ping, ZHANG Yi, DING Ran, WANG Lu-sheng*. *China National Health Development Research Center, Beijing 100191, China
Corresponding author; WANG Lu-sheng, Email: wlsh@nhei.cn

【Abstract】 Introduction to the theories on improving coordination level of the new rural cooperative medical system, including the risk theory, great number rule, fair theory, demand theory and supply theory which are cornerstones of enhancing the NRCMS improving the pooling level. The paper also probed into the practices of improving the pooling level of the NRCMS, including the models of high level, middle level and low level pooling. These theories and practices can help the localities better design and manage the pooling level of the NRCMS.

【Key Words】 New rural cooperative medical system; Improve pooling level; Theory; Practice

新型农村合作医疗制度(简称“新农合”)自 2003 年启动以来,目前已基本覆盖了全国 8 亿农民,成为和城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险并列的三大医疗保障制度,是实现基本医疗保障制度全民覆盖的重要部分^[1]。新农合的全面覆盖减轻了农村居民的经济负担,但也出现了筹资水平增长、医疗费用增加、农村居民受益提高不明显的问题,尤其是在农村居民较少的地区,传统的以县为单位统筹,基金总量小,超支风险大。国务院《医药卫生体制五项重点改革 2011 年度主要工作安排》中提出:加快推进基本医疗保障制度建设,有条件的地区进一步提高新农合统筹层次的要求^[2]。医疗保险的统筹主要是指在一定的范围内,统一筹划医疗保险基金的

征缴、管理和使用,可以分为国家级、省级、市(地级市)级、县级甚至乡级等多个统筹层次^[3]。

北京市新农合的筹资水平和保障水平在全国一直处于较高水平,但由于各区县经济发展水平不平衡,农村居民人口比例差异大,不同区县农村居民在享受医疗服务和保障方面不公平现象严重,且近年有逐渐拉大的趋势。鉴于此,北京市政府 2011 年提出了推动新农合市级统筹的目标^[4]。

为此,我们对北京市新农合的市级统筹进行了一系列的研究和设计工作。北京的经验将对其他地区提高新农合统筹层次具有重要的借鉴意义。本研究将介绍新农合提高统筹层次的理论及部分实践。

一、提高医疗保险统筹层次的理论依据

(一)疾病风险理论和大数法则:疾病风险是指疾病发生及其造成健康损失的不确定性,具有客观性、严重性、随机性、不可预知性和不可避免性等特点。疾病风险是体现在潜在健康损失和发生各种不同程度损失的概率分布之上的^[5]。作为一种概率分

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1000-6672. 2012. 04. 005

作者单位: 100191 北京, 卫生部卫生发展研究中心(朱兆芳、赵美英、王禄生); 四川大学华西公共卫生学院(周晓媛); 中国卫生经济学会(姜巍); 北京市新型农村合作医疗服务管理中心(俞金枝、纪京平、张毅、丁然)

通信作者: 王禄生, Email: wlsh@nhei.cn

布的事件,人群越大,疾病发生的概率越稳定,越容易进行准确的测算。

大数法则是指大量的、在一定条件下重复出现的随机现象将出现一定的规律性和稳定性^[4]。大数法则应用于医疗保险,主要说明两方面内容:一是出现疾病频率的稳定程度;二是疾病损失幅度的稳定程度。这两方面的稳定程度,均随着参保人数的增加而增强。根据大数法则,在补偿方案设计时,应尽量收集更大范围人群的疾病概率和疾病费用等,使预期和实际的疾病概率和疾病损失更接近,使方案制定更科学稳定^[3]。

根据疾病风险理论和大数法则,随着统筹人群数量的增加,疾病发生的概率越稳定,从而越有利于筹资、补偿方案的测算和确定,越能够防止医疗保险基金的风险。因此,在参合人口数量较少的地区,应逐步提高统筹层次,扩大参合覆盖人群范围,以保证基金的安全和测算的公平合理。

(二)公平理论:公平问题主要关系到对弱势群体利益的保护。根据福利经济学理论,政府以转移支付形式建立的医疗保障制度,可以改善社会的公平性,提高整个民族的社会福利,提高社会资源的配置效率,使资源配置达到帕累托最优^[4]。公平是个相对的概念,绝对的公平是不存在的。社会医疗公平性主要表现在:筹资的垂直公平和服务的水平公平。筹资的垂直公平以财务的边际效用递减规律为理论基础,以效用的“平等效用贡献”为原则。由于收入的边际效用随收入的增加减少,这就要求收入越高的人筹资比例也越高,收入低的人筹资的比例也越低,这样才能保证支付者的效用减少处于相同的水平。服务的水平公平指具有等量卫生服务需要的人群,无论收入情况如何,都能得到相同质量和数量的医疗服务^[6]。

公平理论是医疗保险测算中需要遵守的原则。医疗保险作为社会资本的再分配,是社会群体的风险共济,应首先体现其公平的属性。应在筹资中体现垂直公平,在补偿方案的设计中体现水平公平。

(三)需求理论和供给理论:医疗需求行为遵循一般商品需求的规律,即消费者在一定收入水平下,随着医疗服务价格升高,有减少医疗服务需求的趋势,反之亦然^[4]。人们一旦参加了医疗保险,实际上是降低了医疗价格,投保人会因为缺乏自我约束动力而使总消费增加,形成对医疗消费的过度需求,从而比未参加保险时更多或更好地利用医疗服务^[7-8]。这就需要采取适当的方式对投保人的“道德风险”加

以制约,控制其过度需求和不合理消费。

卫生经济学理论指出,医疗市场是“卖方市场”,医疗服务具有垄断性。由于医疗服务的供方与需方之间存在“信息不对称”,供方不但提供服务,而且决定着提供哪些服务。这种特性客观上将造成供方可以从提供更多的服务中获取利益。这就需要采取适宜的费用支付方式和全面有效的监管措施,降低供方诱导需求的“道德风险”^[6]。

需求理论和供给理论是针对需方和供方在实行医疗保险的第三方付费后发生的行为改变而提出的。在医疗市场中,由于价格的变化,从而导致了供方和需方的行为转变,可能会导致诱导需求、过度利用等“道德风险”行为的发生^[9]。因此,对于医疗保险管理方来讲,有必要在方案设计中考虑到如何加强对供方和需方的行为监管,防止其发生不“道德”的行为。

二、国内提高统筹层次的实践案例

近年来,随着新农合制度的不断完善和发展,尤其是国务院出台了《医药卫生体制五项重点改革 2011 年度主要工作安排》以后,各地根据实际情况开展了大量的提高新农合统筹层次的探索和实践。目前我国提高新农合统筹层次主要是地市级城市的统筹,据不完全统计,目前全国有 37 个地市开展了新农合市级统筹,其中 20 个地市只是对城区的农村居民进行了统筹,未统筹郊县参合农民,有 17 个地市开展了全市统筹,但统筹做法不一。统筹的主要内容包括:统一参保人群、统一筹资和补偿水平、统一基金管理、统一信息系统等几个方面。其中,基金的统一管理和使用是关键。根据新农合基金统筹管理的程度,我们把国内目前开展新农合市级统筹地区分为高度统筹、中度统筹和低度统筹 3 个层次。

(一)高度统筹:高度统筹是指在全市范围内做到全部医保基金统一收缴、统一补偿方案、统一支出、统一信息化管理、统一对医疗机构的监管,真正做到医保基金统筹管理和使用,实现政策高度统一。其核心是统一筹资和补偿方案,基金全市统筹使用,由市级经办机构负责基金的管理和支出。目前,全国范围内开展新农合市级高度统筹的地区有内蒙古自治区的包头市、陕西省的榆林市。

(二)中度统筹:中度统筹是指在统一全市筹资、补偿以及管理政策的基础上,市级新农合经办机构从各区县基金中收取一部分风险调剂金(一般收取 15%以上),作为抵御各区县的超支风险的基金在全市范围内统筹使用,其余基金仍由区县管理和支出。

发生基金超支后,除动用风险调剂金外,市级和区政府按一定比例分摊,这在一定程度上实现了全市范围内的基金统筹管理,但大部分基金的管理和支付工作仍是由区县经办机构负责。目前,开展新农合市级中度统筹的地区有浙江省的舟山市。

(三)低度统筹:低度统筹是指在统一全市新农合筹资、补偿等相关管理政策的基础上,由各县收取很少一部分(或没有)风险调剂金(一般不超过 10%),其主要的基金管理和支出的机构仍然是县(区)级经办机构,本质上仍是区县统筹。与现行的区县统筹相比,低度统筹实现了全市范围内的制度统一,但基金未实现全市范围内的统筹使用。目前,开展新农合市级低度统筹的地区有湖北省的黄冈市。

三、讨论和分析

(一)新农合提高统筹层次的内涵:医疗保险统筹层次的高低决定了社会保障资金的保障共济能力,统筹层次越高,社会保障资金的共济能力就越强;统筹层次越低,保障共济能力就越弱。同时,医疗保险统筹层次的高低还体现了社会保障的公平程度、管理水平以及制度发展水平。在这个前提下,提高统筹层次对于促进筹资、补偿的公平性具有重要作用。合理设计补偿方案是提高统筹层次的关键。

从国内外文献和典型案例可以发现,医疗保障统筹层次的提高主要包括在多大范围内实行统筹,即统筹的人群范围、基金如何筹集、使用和管理。其中基金的管理又可以细分为筹资水平、补偿方案、组织机构、经办流程、信息化和相关政策等几个方面。提高统筹层次的关键是提高基金的管理层次,包括基金在哪个层面上筹集、使用和管理 3 个方面。

(二)高度统筹、中度统筹、低度统筹的比较分析:高度统筹的主要特点是全部基金实现了高层次的统筹和使用,有利于提高基金的抗风险能力,能够最大限度地实现区域内的公平和效率,是统筹的最高层次。但它对经办机构的管理能力要求最高。首先高度统筹要求建立完善的管理网络,由于市级经办机构管理的半径和范围扩大,更需要进行明确的职责分工,要求基层的经办机构加强管理,提高监管能力,以应对由于提高统筹层次可能带来的监管缺位问题,维护新农合基金的安全,防止危害基金安全的现象和行为发生。其次高度统筹要求有一支高效的管理队伍,需要足够的管理人员,人员数量应该按照工作任务进行合理配置,并且人员的学历和专业结构要合理,需要高素质的专业人才来对医疗机构进行有效的监管。再次是要求采取诸如支付方式改

革等有效控制费用的各种手段来加强对定点医疗机构的监管^[10]。最后是要求具备先进的信息化手段作为技术支撑。

中度统筹仅实现了部分基金的统筹共济,但对市级经办机构的管理能力要求比高度统筹低。其弊端在于:未能完全实现基金的高度统筹,新农合基金抵御风险的能力相对较弱,并且基金由不同级别经办机构管理,可能会出现推诿补偿的情况。

低度统筹的主要特点是在目前各县分管新农合基金的基础上进了一步,由市级统一筹资补偿标准,实现了制度上的统一。这在一定程度上提高了不同区县居民补偿的公平性,对管理机构的管理能力要求也不太高,但未能真正实现基金的更高层次的统筹共济。

(三)北京市实行市级统筹的意义:从北京市实际情况来看,提高基金统筹层次,开展市级统筹,对于新农合人口较少的区县的基金安全,提高受益公平性具有重要意义。北京市现有的 13 个涉农区县中,超过 20 万参合农业人口的区县仅有 6 个,超过 30 万参合人口的只有 3 个,门头沟、海淀等地的参合人口数不足 10 万,这对基金的保障能力和农民的受益极为不利。提升医疗保险统筹层次,可有效增强医疗保障的公平性和保障能力,促进统筹城乡区域及经济社会和谐发展。

从目前北京市新农合运行情况来看,各区县对定点医疗机构没有太多限制,参合农民在市级医疗机构住院的比例超过了 20%,新农合基金流向三级医院的比例超过了 1/3,但受到级别和管理能力的影响,区县合管办缺乏对市级医院的监管能力,这对基金的风险和参合农民的受益影响很大。提高统筹层次,实现全市范围内统筹,对定点医疗机构统一监管,有助于基金安全和农民受益。

北京市作为全国的政治文化中心,作为医改实施的前沿,率先在全国实现基本医疗卫生保障制度的全覆盖,提高新农合统筹层次,体现参合农民最大程度的受益,对于医改的顺利推进及全国其他地区新农合提高统筹层次具有重要的借鉴意义。

另外,北京市实行的市级统筹,实质上是以省级为单位统筹,尽管统筹参合人口 270 万,仅相当于其他省份的一个地市的人口规模,但实行市级统筹,是制度上的重大突破,是探索从区县统筹到全省统筹,在全省范围内逐步实现统一各项制度和基金的管理的经典案例,其实践经验可为其他地区逐步提高统筹层次提供参考。

参 考 文 献

[1] 中国共产党中央委员会, 中华人民共和国国务院. 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[Z]. [2011-10-13]. http://news.xinhuanet.com/newscenter/2009-04/06/content_11138803.htm.

[2] 中华人民共和国国务院. 医药卫生体制五项重点改革 2011 年度主要工作安排[Z]. [2011-11-02]. http://www.gov.cn/jzwgk/2011-02/17/content_1805068.htm.

[3] 袁妮. 实现我国医疗保险市级统筹的建议[J]. 中国药房, 2011, 22(9): 769-771.

[4] 张英洁, 李士雪. 新型农村合作医疗补偿方案设计的理论研究(一)[J]. 卫生经济研究, 2008, 10: 8-9.

[5] 王东红. 大数定律和中心极限定理在保险业中的重要应用[J]. 数学的实践与认识, 2005, 35(10): 129-130.

[6] 程晓明. 医疗保险学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2003: 68-76.

[7] Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. The American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.

[8] Pauly MV. The economics of moral hazard[J]. The American Economic Review, 1968, 58(3): 531-537.

[9] 王禄生, 朱兆芳. 新型农村合作医疗支付方式改革试点研究报告[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 177.

[10] 朱兆芳, 王禄生. 按住院床日付费对医疗机构行为的影响[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(3): 187-190.

(收稿日期: 2012-01-14)

北京市新型农村合作医疗市级统筹方案整体设计思路

朱兆芳 周晓媛 张毅 王禄生 纪京平 俞金枝

北京市实行的新农合市级统筹是指从新农合基金由各区县分别管理使用逐步过渡到由全市统筹管理使用, 最终实现全市实行统一的筹资补偿方案, 新农合基金在全市范围内统筹使用, 各级经办机构各负其责, 对医疗机构实施有效监管, 风险共担的高层次统筹, 从而提高管理效率, 规范医疗机构行为, 提高参合农民的受益水平。

开展市级统筹, 涉及筹资、补偿、监管等多方面的调整, 由于关系到广大农民的切身利益, 前期的设计工作就显得十分重要。本研究在对北京市新农合管理和运行现状的分析基础上, 结合北京市实际情况, 提出北京市开展新农合市级统筹的设计思路。

一、设计原则

(一) 筹资和补偿方案的公平性原则: 根据医疗保险的公平性原则, 医疗保险方案的设计需体现筹资的垂直公平和服务的水平公平, 即收入越高的人筹资比例也越高, 收入越低的人筹资的比例也越低, 具有等量卫生服务需要的人群, 无论其收入情况如何, 都能得到相同质量和数量的医疗服务^[1]。

在全市范围内统筹新农合基金的筹资和补偿, 将各区县新农合基金由全市统一分配和补偿, 在筹资和补偿方案的设计中应体现“有钱人多交, 有病者多受益”的公平性原则, 而不能造成富裕地区侵占贫困地区利益的不公平现象。因此, 在筹资中应在目前新农合筹资水平的基础上, 设计按照不同地区经济水平按比例筹资的机制, 补偿方案中应全市统一补偿比, 并提高基层就诊补偿比, 引导农村居民多在区县内就诊, 从而提高实际受益水平。

(二) 受益的“福利刚性”原则: “福利刚性”专指人们对自己的福利待遇具有只允许其上升不允许其下降的心理预期。福利的这种“刚性”特征, 使得具有社会福利性质的社会保障制度缺乏弹性, 一般情况下规模只能扩大不能缩小, 项目只能增加不能减少, 水平只能升高不能降低, 这就是所谓的“福利刚性”原则^[2]。新农合作为社会福利制度的一种, 同样具有此种特性。目前北京市各区参合农民受益程度不同, 在实行市级统筹后, 应照顾到不同地区现有筹资和受益水平, 采取就高不就低的原则, 在现有水平上略有提高, 才能实现政府和参合农民都满意、新农合可持续稳定发展的目标。

(三) 统筹方案的因地制宜原则: 统筹方案的设计应以北京市现有的管理机构能力和各项政策为基

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1000-6672. 2012. 04. 006

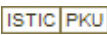
作者单位: 100191 北京, 卫生部卫生发展研究中心(朱兆芳、王禄生); 四川大学华西公共卫生学院(周晓媛); 北京市新型农村合作医疗服务管理中心(张毅、纪京平、俞金枝)

通信作者: 王禄生, Email: wish@nhei.cn

新型农村合作医疗提高统筹层次的理论与实践研究

作者: 朱兆芳, 赵美英, 周晓媛, 姜巍, 俞金枝, 纪京平, 张毅, 丁然, 王禄生, ZHU Zhao-fang, ZHAO Mei-ying, ZHOU Xiao-yuan, JIANG Wei, YU Jin-zhi, JI Jing-ping, ZHANG Yi, DING Ran, WANG Lu-sheng

作者单位: 朱兆芳, 赵美英, 王禄生, ZHU Zhao-fang, ZHAO Mei-ying, WANG Lu-sheng(卫生部卫生发展研究中心, 北京, 100191), 周晓媛, ZHOU Xiao-yuan(四川大学华西公共卫生学院), 姜巍, JIANG Wei(中国卫生经济学会), 俞金枝, 纪京平, 张毅, 丁然, YU Jin-zhi, JI Jing-ping, ZHANG Yi, DING Ran(北京市新型农村合作医疗服务管理中心)

刊名: 中华医院管理杂志 

英文刊名: Chinese Journal of Hospital Administration

年, 卷(期): 2012, 28(4)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhyygl201204005.aspx