

关于新型农村合作医疗评价指标的思考与建议*

彭美华 朱才华 周晓媛 范少瑜

摘要:新型农村合作医疗的核心评价指标,包括参合率、收益率与受益面、住院率与次均住院费用增长率、基金结余率等,但这些指标在实际运用中存在着问题。应从以下方面完善这些评价指标:准确计算参合率的指标值,关注参合绝对数;采用实际补偿比指标,建立非补偿费用占农民人均纯收入的比重指标;采取趋势评价方法,关注中长期的住院率与费用的变化;坚持年度结余率,完善历年滚存结余率指标。

关键词:新型农村合作医疗;评价指标;评价方法

Reflection and Improvement Suggestions on the New Rural Cooperative Medical Evaluation Index

Peng Meihua Zhu Caihua Zhou Xiaoyuan Fan Shaoyu

Abstract: The core evaluation indicator of new rural cooperative medical system includes participation rate, earnings rate, the benefit side, hospitalization rate, and average hospitalization expenses growth rate, fund balance rate, etc., which have some problems in the practical application. Therefore, we should perfect the evaluation indicators from the following aspects: accurate calculation of the index value of participation rate, close attention to its actual number; the establishment of proportion index of the involvement of non-compensation fees in farmers' net income by adopting compensation ratio index; close attention to the changes in hospitalization rate and cost by trend evaluation method; the adherence to the annual balance rate and perfection of accumulated balance rate index over the years.

Key Words: the new rural cooperation medical system; evaluation indicator; evaluation method

2003年至今,新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)从地区试点,到全国覆盖,走过了8个年头并得到了全面的发展。其体现为:筹资额度逐年提高,补偿项目不断丰富,报销程序不断简化,补偿方式不断改进,补偿力度不断加大,受益面不断扩大;同时,新农合参合人数持续增长,2010年覆盖8.36亿人,筹资总额超过千亿元;随着补偿比例的不提高、补偿项目的不断丰富、受益面逐步扩大,基金结余率逐步控制于合理区间之内(国家规定新农合当年结余基金占当年筹资总额的15%以内)。(见表1)

表1 2008-2010年新型农村合作医疗情况^①

项目	年份	2010年	2009年	2008年
参合人口数(亿人)		8.36	8.33	8.15
参合率(%)		96	94	91.5
当年筹资总额(亿元)		1308.3	944.4	785
人均筹资(元)		156.6	113.4	96.3
当年补偿支出受益人次(亿人次)		10.87	7.59	5.85
当年基金结余率(%)		9.21	2.28	15.63

从上述数据可以看出,新农合建设取得了巨大进展。但是针对新农合的系统评价鲜有研究,目前已经构建的评价体系操作性差,甚至存在不合理、不科

* 基金项目:本文系四川医事卫生法治研究中心资助项目“关于四川省新型农村合作医疗评价体系研究”(项目编号:YF09-Q12)与四川省教育厅青年基金项目(项目编号:09SB019)的阶段性成果。

作者简介:彭美华,成都中医药大学管理学院讲师,主要研究方向为医疗保障与健康保险。朱才华,成都中医药大学管理学院讲师,主要研究方向为医疗保障与健康保险。周晓媛,四川大学华西公共卫生学院讲师,主要研究方向为卫生经济与医疗保险。范少瑜,四川大学华西公共卫生学院讲师,主要研究方向为健康保险。

学的缺陷,致使管理者与参合者对制度效果没有清晰的认识;特别是评价指标和体系的缺失,会导致决策部门对制度没有准确的把握,对制度失去正确的引导作用,给制度的发展埋下隐患。根据四川省2011年新农合评估项目,本文就新农合的某些评价指标谈谈看法。

一、调查对象与调查方法

本次评估对象包括四川省8个县(市、区),但由于只有资阳市雁江区、乐山市五通桥区、泸州市江阳区 and 眉山市洪雅县4个县数据比较完整,所以本文引用这4个县(区)的数据。这4个县(区)地形以丘陵和山区为主,农业人口均超过当地人口的半数;其中,资阳雁江区人口总数和农业人口数最多,乐山市五通桥区的农业人口数量最少,泸州江阳区的经济水平最高。

我们对4个县(区)的新农合运行和管理情况作了评估,在评估过程中采用了现场调研和网络数据采集的方法。在现场调研过程中,采用表格调查收集了新农合管理机构、医疗机构的相关数据,与当地卫生局、民政局、财政局等相关机构人员进行了座谈;同时通过新农合网络平台收集了4县(区)2010-2011年的新农合的运行数据。

二、调查结果与现行评价指标分析

此次评估中我们仍然采用了卫生部的评价体系中的部分指标。目前新农合的几个核心评价指标,包括参合率、补偿比、受益面与收益率、次均住院费用增长率和基金结余率。在实际评估中,我们发现这些核心指标存在一些缺陷。

(一)参合率指标

表2 新农合参合率表(%)

年份\县(区)	江阳	雁江	五通桥	洪雅
2010年	98.80	97.43	91.11	95.68
2011年	97.40	98.80	96.53	99.30

参合率是指实际参加新农合的农村户籍人数与应参合人数的比值。与2010年相比,除了江阳区,其余3县的参合率2011年都有所提高,达到了应保尽保(见表2)。

参合率指标是衡量新农合覆盖面的唯一指标,具有客观性和合理性,但是其也有问题。新农合的基本原则是以家庭为单位自愿参与,中央政府多次强调不允许强制农民参合。^[1]现实影响参合率指标的主要有两类人群:一是学生群体,尤其是大学生群体。由于不少大学生入学并未迁移户口,新农合与居民医保存在争夺参保对象的现象,造成不少学生两头参保,导致个人缴费与财政补助双重浪费,^[2]而在报

销时他们只能选择新农合或居民医保中的一种进行报销,因此存在学生群体缴费义务与补偿权利不相应的情况。二是农民工群体。我国农民工群体已经达到2亿多,农民工的户籍在农村,长期工作生活在城市。职工医保缴费高、流动性强等原因使农民工不愿意或不能参加城镇职工医保,而农民工户籍所在地的政府则要求农民工参合,因此绝大多数农民工选择参加新农合。但农民工患病后一般选择在城市就近就医,城市医疗费用高昂,很多治疗项目不在新农合的补偿范围之内,这造成新农合补偿水平很低,而多年不回老家的农民工也失去了报销的机会(新农合医疗报销期限为一年),这使农民工群体的缴费义务与补偿权利不能对等。所以,应更理性地考核参合率指标。

(二)补偿比指标

补偿比是指农民就医费用可以得到补偿的程度。该指标反映新农合减轻农民就医负担的程度,即保障水平。这个指标包括两种:一是政策范围内补偿比;二是实际补偿比。“政策范围内补偿比”是指在规定的政策范围内,即在规定的服务包(包括药品、检查等)范围内,以及规定的起付点、封顶线等限制下,参加新农合的住院患者的补偿比;“实际补偿比”一般是指在全部医疗服务费用中,从一个医疗保障制度得到的补偿占全部医疗费用的比例。

表3 政策补偿比与实际补偿比对比表(%)

县(区)	年补偿比	政策补偿比		实际补偿比	
		2011	2010	2011	
泸州市江阳区		75	50.56	67.12	
资阳市雁江区		60	44.45	50.43	
乐山市五通桥区		65	46.88	59.78	
眉山市洪雅县		70	41.31	56.92	

说明:政策补偿比的数据依据各地县(区)级或二级医院的政策补偿比计算,没有计算乡镇以及省级医疗机构的补偿比。

由表3可见,四个县(区)2011年的实际补偿比都比2010年有了较大幅度的增长,农民的医疗负担进一步降低;但将实际补偿比与政策补偿比进行比较后可以发现,实际补偿比都比政策范围内的补偿比低。实际补偿比低于政策补偿比,使政策效果打了折扣。

“政策范围内报销比”是“名义”上的报销比,对于保障制度来说并没有实际意义,现实中常常“名不符实”。根据实证研究显示,多数地方的政策报销率与实际报销率的差距在10%~20%。这种差距越大,对新农合的稳定和发展越不利,因为参合农民感受不到政策规定或者宣传的好处,可能会对政策产生

疑虑。采用该指标的另一个缺陷在于,无法根据这一指标的量度,对制度效果作出客观的评判,甚至会扭曲对制度的认识。因为各项政策是由各地(县级机构)制定的,即使两个不同地方规定的政策范围内报销比相同,也可能实际的保障水平(实际补偿比)差异却很大。这种重名而轻实的导向,会对医疗保障的运行提供一种非正向的激励,即口惠而实不至的地方可能受到褒奖,而那些注重基金使用效率、实际补偿比更高的地方,却可能得不到应有的鼓励。^[9]

(三)受益面与受益率指标

受益面与收益率是评价新农合效果的重要指标。由表4可见,四个县(区)住院率水平2011年相比2010,江阳区与雁江区都有较大幅度的增加,五通桥区和洪雅县略有下降。门诊收益没有统计。在门诊统筹制度执行之前,由于家庭账户受益面与收益率不易计算,从以大病统筹为主的制度设计初衷出发,一般将住院收益的人数作为计算受益面的依据,所以普遍将受益率与住院率等同起来。但这种做法是错误的:门诊收益也是制度收益的一部分,而且门诊受益面比住院收益广泛得多。这导致依据住院率计算的受益面数据大大缩水,农民很难从中感觉到了收益。受益面与收益率这两个指标,存在本质差异,受益面是针对全部对象而言,收益率却是针对实际得到补偿的对象而言。譬如,王某参合,就应该纳入受益面考核指标中,说明其在处于保障之中,如果王某今年参合并获得补偿(不论住院补偿还是门诊补偿),应该将其纳入收益率的计算中。所以,依据表4中的数据计算的收益率和受益面都是错误的,不能用住院率代替收益率或受益面。

表4 新农合住院率表(%)

县(区)	年率	2010年	2011年
泸州市江阳区		10.65	11.83
资阳市雁江区		9.57	12.98
乐山市五通桥社区		11.57	10.98
眉山市洪雅县		10.94	10.16

(四)住院率增长指标

住院率是所有参合农民中当年发生住院治疗行为的人数比例。随着新农合补偿水平不断提高,农民的就医负担进一步降低,医疗需求既被释放也被刺激。农民健康意识的提高,以及基层医疗服务能力的提高,提高了住院率,这是合理的表现,说明新农合发挥了作用。但如果选择在短期内来考核该指标,则存在问题。在健康意识、医疗水平和补偿政策处于相对稳定的情况下,该指标会随着老龄化的加剧而不

断增高,处于相对稳定的状态;但如果上述条件没有达到稳定的状态,那么该指标就存在不客观性。我们考核该指标主要是要考核其不合理增长的因素,即诱导住院的不规范医疗行为。因此,我们应该在各指标中剔除合理的增长,并对该指标采取长期、连续的考核,用趋势来反映问题,而不是仅就相近两年进行简单的比较。

(五)次均住院费用增长率指标

次均住院费用增长率是反映就医成本增长的指标,是衡量住院费用控制水平和衡量新农合管理水平的重要指标。由表5可知,眉山市洪雅县住院次均费用的总增长率处于剧烈波动中,特别是2011年有较大幅度的降低,其中主要是县、乡两级降幅大,县外则几乎没有变化。而县外就医的情况一般是涉及重大疾病,其费用高是导致因病致贫、返贫的主要原因。

表5 2008-2011年眉山市洪雅县住院费用增长率(%)

项目 年份	总费用 增长率	人均费用 增长率	县外 增长率	县级 增长率	乡级 增长率
2009年	31.21	9.13	3.88	N	N
2010年	26.74	23.76	11.06	11.00	22.66
2011年	5.26	17.29	10.53	3.20	-5.82

住院费用的不合理增长可能导致新农合基金透支,因此对该指标进行考核是必要的。但是,现实中往往采取相临两年或短期内的比较值,这是不科学的。因为影响医疗费用的因素很复杂,譬如CPI,还有医疗机构规模和等级等等。当前县、乡级医疗机构正处在购置设备、招募人才、开展新项目和扩大规模的阶段,这会造成治疗费用在短期内大幅增加,但这种增长具有合理性,并不是过渡治疗或小病大治而导致的不合理增长。所以,在考察次均住院费用增长率时,应该综合考虑上述因素,并在一个相对长的时期内去考察。

(六)基金结余率指标

基金结余率是反映新农合基金结余占筹资额的比重,包括两个子指标:一是当年基金结余;二是年度结余率,即历年滚存结余基金额占本年度筹资总额的比例。目前,国家要求当年基金结余率不超过15%,历年滚存结余率不超过25%,该指标旨在最大限度地发挥新农合的补偿作用。但在调研中,各地区普遍反映,这两个量化指标非常不科学,存在“一刀切”的倾向。尽管东部地区结余率低,但西部地区结余率高位运行是有其客观原因的:医疗服务能力差,前几年新农合补偿政策比较保守,筹资水平不断增加。这些原因导致西部地区基金客观结余,并不可能

在短期内大幅降低结余率,尤其是滚存结余率。而为了达到国家规定的标准,西部地区的某些地方不断提高补偿比,出现了泛福利化的倾向,导致了补偿水平不断被抬高,甚至出现为完成指标,在年底“突击花钱”的怪现象,这非常不利于新农合的可持续发展。

三、完善评价指标的建议

制定有效、合理和全面的评价指标体系,是正确引导基层工作的“指南针”,是引导制度走向科学发展、可持续发展的必然要求。指标以及指标体系应该具有科学性,科学性包括有效性、合理性、全面性和时代性:有效性是指评价指标应具有反应性;合理性是指指标体现区别对待,尊重实际情况;全面性是指指标及体系能综合反映制度运行与管理状况;时代性是指指标及体系应该随制度的发展而不断调整。

(一)准确计算参合率的指标值,关注参合绝对数

某些地方出现过参合率超过100%的情况,这是不正常的,因为“应参合人数”有误差。核实“应参合人数”需要与公安户籍系统、教育系统、民政系统和计生委等部门配合。当前农村困难群体、低保、五保和独生子女户等群体的参合数据比较真实,这正是卫生部门与民政等部门有效配合的结果。随着城镇化的发展以及城镇居民医保制度的发展,参合农民的绝对数量将处于持续下降的趋势,如果“应参保人数”不能准确核实,势必导致参合率失去准确性与指导性。

(二)采用实际补偿比指标,建立非补偿费用占农民人均纯收入的比重指标

如前所述,“政策范围内报销比”对医疗保障的运行产生非正向的激励作用。我们建议淡化该指标而采用实际补偿比作为考核指标——当然,科学地确定实际补偿比的水平比规定一个政策报销比困难得多。此外,现实中存在补偿比提高的同时住院费用增长更快的情况,农民的实际负担不降反升,使“看

病贵”的情况被补偿比提高的假象掩盖。因此,我们建议建立次均住院费用中非补偿费用与当地农民纯收入的比例,用此来衡量制度在缓解“看病贵”问题上的真实效果。

(三)采取趋势评价方法,关注中长期的住院率与费用的变化

在相当长一段时期内,我国的住院率和住院次均住院费用的增长都具有客观性与合理性。我们建议采用较长时间跨度(3年)的趋势评价方法考核这些指标,譬如考察在五年内住院率与住院次均费用的增长状况,用趋势来评判医疗机构是否存在过度医疗的不规范行为。通过拉长考核时间,可以平抑医疗机构的短期投资增加、新农合政策的不稳定、农民就医需求的释放等所带来的住院费用和住院率的必然增长,同时采用调整值可以消弭物价上涨导致的医疗费用的增加。

(四)坚持年度结余率,完善历年滚存结余率指标

针对前述西部地区大多存在基金结余率高的问题,我们认为,年度结余率属于短期指标,应该坚持15%的比例以促使当年的筹资能切实保障就医,也可以缓解以后年度的滚存结余大的压力;而历年滚存结余属于长期性指标,因此在考核滚存结余率时应该尊重地区差异。我们建议建立中长期的考核指标,譬如要求滚存结余率应逐步降低,每年降低10个百分点,由此逐步化解滚存结余、保持制度的稳定性。

四、结语

新农合发展至今,亟需构建完善的评价指标体系和评价方法,评价指标可以客观反映新农合制度发展现状,可以引导制度走向科学化;同时,评价指标的构建应该坚持定性指标与定量指标结合、短期指标与长期指标结合、地方性指标与省级指标结合,制度指标与健康指标及经济发展等指标有机结合的基本原则。

注释

①本表数据均根据2008-2010年中国卫生事业发展统计公报整理得出。

参考文献

[1] 卫生部. 关于建立新型农村合作医疗制度的意见[Z]. 2003

[2] 彭美华,张瑞华等. 城乡医疗保险制度的衔接发展: 矛盾、路径与对策[J]. 中国卫生经济, 2011(6): 36-37

[3] 毛正中. 政策范围内补偿比与实际补偿比辨析[J]. 中国卫生人才, 2011(5): 45

(责任编辑:王琼、刘世斌)