

贫困地区新型农合医疗门诊补偿模式优化研究

Research on the Optimization of the Outpatient Reimbursement
Models in New Rural CMS in Poor Areas

吴淑娴¹, 谭以虎²

WU Shu-xian¹, TAN Yi-hu²

(1. 武汉大学社会保障研究中心, 武汉 430072;

2. 秭归县新型农村合作医疗管理办公室, 秭归 443600)

[摘要] 分析了门诊家庭账户补偿模式的弊端, 以湖北省秭归县为例分析了门诊统筹模式的优点, 认为以门诊统筹模式取代家庭账户模式是贫困地区门诊补偿模式优化的现实选择。

Abstract: The disadvantages of the outpatient reimbursement models in family medical savings accounts, and the advantages of the outpatient comprehensive arrangement models in Zigui, Hubei are analyzed. It is a realistic choice to optimize the mode of outpatient compensation in new rural CMS in poor areas, which replaces the family medical savings accounts models with outpatient comprehensive arrangement models.

[关键词] 贫困地区; 新型农村合作医疗; 门诊补偿模式; 优化

Key words: poor areas; new rural CMS; outpatient reimbursement models; optimization

[中图分类号]F323.89 **[文献标识]**A **[文章编号]**1671-4431(2009)12-0148-04

[基金项目]湖北省社科基金(07094).

[作者简介]吴淑娴(19722), 女, 博士, 副教授. E-mail:shuxianw@163.com

新型农村合作医疗制度的实施动因是为了解决传统农村合作医疗制度的衰亡形成的农村医疗保障真空以及由此引致的农民因病致贫、因病返贫问题。在自愿参与与低水平筹资的前提下, 如何设计合理的补偿模式, 提高农民的受益面和受益率, 提高基金使用效率, 以此增加制度对农民的吸引力, 提高农民参合率, 促进制度的健康持续运行, 是一个重要的课题。

由于贫困地区农民对直接利益敏感度较高,只补大病的模式会因受益面过窄而影响农民参合积极性。为了吸引更多关注直接利益的农民参合,大部分贫困地区选择兼顾小病的“住院补偿+门诊补偿”的补偿模式。在门诊补偿模式上,大多数又采取家庭账户模式,少数试点地区采取了门诊统筹的模式。

1 门诊家庭账户补偿模式的弊端

(1) 不能起到增强制度吸引力,提高参合率的作用

筹集资金是新型农村合作医疗顺利开展和持续运行的重要前提条件。在自愿参与与低水平筹资的前提下,必须提高制度的吸引力,争取最广泛的农民参合,最大限度提高农民参合率,才能使合理筹资规模得到必要保证,从而降低资金风险,保证制度的长期可持续发展。一般来说,在自愿参与原则下,农民的参合意愿主要取决于2个因素,一是参合费用与支付能力,二是由补偿模式所确定的受益预期。特别是在经济状况相对落后的贫困地区,农民对直接利益的敏感度更高,如果没有成本收益的明确把握,一般不会轻易付出。

中西部地区新型农村合作医疗的家庭账户补偿模式的设计初衷之一是希望以此吸引更为关注直接利益的农民参合。但从许多地方的实践看,这一制度设计并没有达到增强制度吸引力,提高参合率的目的。一是门诊补偿的受益面窄。湖北省秭归县实行家庭账户模式2年中,门诊补偿受益面2006年为27.3%,2007年为29.8%,而江西省弋阳县2006年的门诊补偿受益面更是只有11.3%^[1]。二是农民的受益感不明显。由于在家庭账户模式下,农民门诊就诊补偿额度仅限于自己家庭账户的金额,超过部分全部由自己负担。这样,在家庭账户模式下,没有住院的农民都会认为没有享受到新农合制度的好处,其受益感与只补大病相差无几。因此,家庭账户模式没有形成制度设计之初所设想的示范效应和推广效应,反而使没有住院的多数农民有吃亏的感觉,不利于制度的推广。高梦滔等在云南贫困地区的调查表明,家庭账户模式并没有起到增加参合率的作用,左延莉等对公安县的调查也证实了这一点,该县同时存在实行家庭账户模式和门诊统筹模式的乡镇,实行家庭账户的乡镇并没有出现参合率高于门诊统筹乡镇的现象^[2]。

(2) 不能有效实现促进引导农民合理就医的制度设计目标

由于经济状况的限制,加上轻预防、轻小病重大病的错误健康观念的影响,小病不治拖成大病的不合理就医习惯是贫困地区比较普遍存在的现象,也是制约

这些地区农民健康水平的重要因素。贫困地区实行门诊补偿的一个重要目的就是引导农民养成有病及时治疗的合理就医习惯,不断提升健康水平。但从实际情况看,在门诊家庭账户模式下,并没有使这一状况得到改善。部分农民认为家庭账户中的钱实际上就是自己的,能不用时最好不用,等到“需要”时再用。这种对门诊家庭账户认识上的偏差一方面使许多农民仍然沿袭以往患了小病不及时治疗,拖着、扛着导致成了大病才治疗的惯性,另一方面也容易使一些门诊病人为了节约“自己的”钱而选择住院,导致小病大医的道德风险。这样,家庭账户模式既没有起到引导农民合理就医,提高农民健康意识的目的,同时还加大了住院基金的支付压力,增加了住院基金风险。以湖北秭归县为例,该县实施家庭账户模式2年来,有500多例住院患者若及时进行门诊治疗是完全可以避免住院治疗的。杨泓涛等对云南大理州的调查表明,该州实行门诊统筹模式的宾川县,第2年与第1年相比,住院补偿人数和总额都没有明显的变化,而实行家庭账户模式的弥度县,第2年的住院补偿总额比第1年增长了近1倍^[3]。卫生部2007年相关统计也证实了这一点。表1显示,2007年中西部地区乡镇卫生院的门诊就诊人数均低于东部地区,而住院人数均高于东部地区。

表1 2007年东中西部地区乡镇卫生院工作量

	合计	东部	中部	西部
诊疗人次/亿次	7.6	3.2	2.1	2.3
入院人数/万人	2 662.2	820.9	917.0	924.3

(3)大量家庭账户基金沉淀,基金利用率低

门诊补偿制度能否有效运行,在很大程度上取决于门诊基金的利用率。提高门诊基金利用率不仅能够扩大农村参合患者的受益面和受益率,起到增进农民健康的重要作用,更是促进贫困地区新型农村合作医疗制度健康持续运行,实现制度良性发展的重要途径。但是,在门诊补偿制度运行实践中,实行家庭账户补偿模式的地区普遍存在家庭账户基金的大量沉淀的现象,极大地限制了门诊基金的正常有效使用,降低了门诊基金的使用率,制约了门诊补偿制度优越性的有效发挥。以湖北秭归县为例,该县按住院统筹加门诊家庭账户的模式实施新型农村合作医疗制度以来,2006年至2007年参合农民家庭账户共划入基金515.72万元,实际支出283.67万元,结存232.05万元(沉淀资金),沉淀基金占划入资金总额的

45%。之所以会有这么大比例的资金沉淀,是因为在家庭账户补偿模式下存在制约基金正常利用的两大难题,使门诊基金限于“能用的不想用,想用的不能用”的两难尴尬境地。一方面是部分患者能用的不想用。由于部分农民的认识偏差,小病不愿积极就医,导致该用的不愿用,另一方面,是部分患者想用的不能用。由于门诊补偿家庭账户模式下,只能使用自己家庭账户上的金额,在家庭账户金额用完后,农民当年度的门诊治疗就只能全额自费,即使门诊基金的沉淀再多,这些患者也只能望金兴叹,想用而不能。双重制约因素的叠加,使得门诊基金出现大量沉淀,严重制约了门诊基金的利用率。

(4) 阻碍了配套支付方式的优化

家庭账户模式是为了弥补医保第三方支付制度下由于医患双方对医疗服务价格不敏感而导致医疗服务费用增长过快的缺陷而设计的一种控制手段。但是,由于这种模式只能控制需方却无法控制供方,医疗服务供方凭借其专业优势和垄断地位可以创造需求,因而在实践中并没有起到控制医疗服务费用的效果,使新农合门诊补偿的惠农作用大打折扣。

实践证明,医疗服务费用的控制必须通过引入供方成本分担机制以控制医疗供方的道德风险。在第三方支付机制下,医保基金的按人付费方式是费用控制效果比较好的一种支付方式。但是,家庭账户模式下,按人付费的支付方式很难实行,只能选择按项目付费的支付方式。

(5) 不利于村级医疗机构的发展壮大

县乡村三级医疗预防保健网的健全是新农合制度可持续发展的重要支撑,其中村级医疗机构是农村三级医疗服务网的网底,其健康发展对于新农合制度具有尤为重要的作用。应当通过新农合制度的实施引导农民在村卫生室就医,实现小病不出村,增加村级医疗机构的业务量,使村级医疗机构成为制度的受益者,夯实新农合制度持续发展的基础。但是,在家庭账户模式下,门诊家庭账户的钱农民不用,小病尽量拖着扛着,生了病尽量选择住院治疗,使得新农合制度没有对村级医疗机构的业务发展起到明显的拉动作用,村级医疗机构没有成为新农合制度的受益者,村级医疗机构的积极性不高。甚至部分村级医疗机构对合作医疗制度产生了抵触情绪,组织参合时不仅未起到很好的带头作用,有时还起到反面宣传的作用。

由此可见,在门诊补偿模式上,家庭账户模式虽然有管理成本低、资金使用不存在超支风险等优点,但是也出现了诸多弊端,甚至影响到新农合制度的推广和健康运行。为了引导参合农民门诊形成良及时就医的习惯,提高门诊就医率,获得尽可能高的健康水平,新农合的门诊补偿模式优化势在必行。

2 秭归县门诊统筹模式实施办法

秭归县位居举世瞩目的长江三峡工程坝上库首,全县面积 2427km²,辖 12 个乡镇、186 个行政村,总人口 39.5 万人,农业人口 31.5 万人,属三峡工程的移民大县,动态移民达 10 万人次,是国家扶贫开发工作重点县、省级特困县。鉴于家庭账户模式在实践运行中暴露出的一些弊端,为进一步完善新型农村合作医疗制度,扩大参合农民受益面,引导农民合理就医,有效防止小病不治成大病的问题,提高合作医疗基金的使用效率和效益,切实减轻农民医疗费用负担,实现“有病及时医,人人都受益”的目标,秭归县自 2008 年开始实施门诊统筹。为了使门诊统筹模式能够顺利推行,该县制定了科学合理、切实可行的方案,并采取了相应措施,确保方案得以有效实施。

(1) 合理制定方案,确保基金安全

门诊统筹能否顺利推行,基金安全是关键。为了确保基金安全,该县经过认真酝酿,制定了“全县统一管理、分乡镇包干使用”的办法,建立了“县乡村三级共担基金风险”的机制。参合农民因病门诊治疗凭合作医疗证、身份证在本乡镇范围内自主选择定点医疗机构就诊,按 20%的比例现场补偿医药费用,每日每次不超过 5 元。乡镇卫生院坚持“以收定支,收支平衡,保障适度”的原则,具体负责实施和管理。乡镇门诊医疗补偿金出现超支时,由乡镇卫生院报县合管办批准后,用门诊风险金补充,补充后仍有超支时,由各超支定点医疗机构按合作医疗门诊补偿金额的比例分担。本乡镇内门诊医疗基金节余时,转入下年度使用。

(2) 注重基金分配,力求平衡发展

按照省人民政府《关于新型农村合作医疗制度建设的指导意见》,该县在个人交费 10 元的基础上另增加 1 元,合计 11 元作为门诊统筹基金,后在筹资总额增加后又调为人平 13.5 元,占基金总额的 15%,力求住院统筹、门诊统筹平衡发展。同时,从门诊统筹基金中提取 5%作为风险基金,用于个别乡镇因特殊原因导致基金超支后的弥补,有效保障参合农民的就医补偿问题。

(3) 规范管理制度, 确保农民利益

由于参合患者在乡镇卫生院、村级医疗机构就诊后均可获得现场补偿, 如何确保补偿到位, 规范管理就显得尤其重要。为确保补偿及时到位, 该县从规范操作程序入手, 制定了严格的管理制度和操作程序。一是凭证补偿。就医必须凭合作医疗证、户口簿或身份证; 医疗机构报表必须凭患者签字的登记表、专用处方, 做到登记表、专用处方、合作医疗证三相符。二是三级审核。医疗机构提交报表, 乡镇卫生院及合管办工作人员审核, 县合管办抽查复核, 凡是未按规定操作所发生的费用均由医疗机构全额负担。三是处方管理。新型农村合作医疗专用处方由县合管办统一监制、编号, 由各乡镇专人领用、管理、复核, 视同发票管理。四是控制次均处方费用。处方的次均费用乡镇卫生院不得超过 30 元, 村级不得超过 25 元。五是加强门诊就诊补偿率的管理。分月统计, 本单位得到门诊统筹补偿的人次不得低于门诊总接诊人次的 85%。六是推行现场监管、核查制度, 随时发现问题随时处理。七是执行公示制度, 充分发挥社会监督作用。各定点医疗机构向社会公示常用药品零售价格、门诊处方管理制度及上月患者签字认可的门诊处方, 广泛接受社会监督。八是建立预警机制。县合管办分月对乡镇基金使用情况进行通报, 各乡镇对辖区内的定点医疗机构分月进行评估、考核, 发现问题, 及时整改。

(4) 推行网络管理, 提升管理效能

门诊统筹工作量大, 手工监管难度大, 人为因素影响不可避免。该县在总结住院统筹信息化管理经验的基础上, 大胆探索实施门诊统筹信息化管理, 以进一步提升门诊统筹的管理水平。目前 12 个乡镇卫生院全部实施了信息化管理, 近 90 家村级医疗机构实现了门诊统筹信息化管理。门诊消费在医疗机构录入后, 自动上传至各乡镇合管办和县合管办, 极大地提升了管理效能。

3 门诊统筹模式的优点

从秭归县门诊统筹模式一年的实际运行效果来看, 该模式能够较好地克服家庭账户模式的弊端, 显示出明显的优势。

(1) 能够促进参合农民及时就诊, 防止小病拖成大病

如表 2 所示, 秭归县 2008 年实施门诊统筹以来, 门诊就诊量大幅度增加, 一年内, 参合农民门诊就诊达 68.9 万人次, 人均就诊 2.27 次, 是 2007 年的 7.59 倍, 门诊补偿费用是 2007 年的 2.29 倍。左延莉等的调查也证明, 门诊统筹模式下,

农民 2 周门诊就诊率、1 年门诊就诊率和人均门诊费用补偿比例均高于家庭账户模式, 且其次均门诊费用均低于后者^[4]。这说明门诊统筹模式可以比较有效地起到引导农民有病及时就医, 防止小病拖成大病的作用。

表 2 秭归县新农合补偿统计

	2006	2007	2008
门诊就诊人次/万人	7.88	9.08	68.9
门诊补偿费用/万元	131.38	187.19	427.6
住院补偿人次/万人	1.36	1.76	2.08
住院补偿费用/万元	875.06	1 304	1 889.8
住院补偿比例/ %	36.48	38	45.7

数据来源:秭归县合作医疗管理办公室。

(2) 住院率得到有效控制, 住院基金得到有效利用

据秭归县合管办统计, 2007 年 1-6 月全县出院农合病人 9731 人次, 住院率 3.19%, 较 2006 年同期增长 46.46%, 2008 年 1-6 月出院农合病人 9989 人次, 住院率 3.28%, 比 2007 年同期仅增加 258 人, 增幅仅 2.6%。住院率得到有效控制后, 住院基金得到有效利用, 2008 年全县住院医疗费用平均补偿比例达到 45.7%, 其中县级 38.2%、乡镇 56.9%、县外 26.1%。

(3) 农民健康意识逐步加强

门诊统筹运行之初, 由于受过去家庭账户模式的影响, 部分农民仍未及时就医, 通过反复宣传和部分受益农民的带动, 农民健康意识逐步加强, 绝大多数生病后能及时就医, 门诊补偿人次、补偿金额均呈显著增长态势。特别是该县采取了参合患者门诊就诊免收挂号费、诊疗费的优惠措施, 进一步增强了农民及时就医的意愿。

(4) 县乡村三级医疗卫生机构得到同步发展

实施门诊统筹后, 85%的门诊病人在村级医疗卫生机构得到治疗, 在县、乡镇就诊的门诊病人仅 15%, 县、乡镇医疗机构主要解决农民的住院疾病。三级医疗机构的业务得到同步提升, 特别是村级的业务有了很大的发展, 有效解决了农民就近就医的问题, 减轻了农民的医药费用负担。

4 结语

门诊统筹模式在实践中能够较好克服家庭账户模式的弊端,显示了明显的优点,其替代家庭账户模式是大势所趋。当然,门诊统筹模式也还存在如管理成本较高、基金存在超支风险、单次补偿额偏低、手续繁杂等缺陷,存在不实行计算机管理则监控难度大、实行计算机管理则村级卫生室资金压力大的两难问题,需要在实践中进一步探索行之有效的措施加以改进和完善。

[参考文献]

- [1] 肖莎. 新型农村合作医疗: 补偿模式的视角[J]. 南京社会科学, 2008(3): 108-113.
- [2] 左延莉. 新型农村合作医疗门诊统筹模式与家庭账户模式的比较研究[J]. 中国卫生经济, 2006(12): 19-21.
- [3] 杨泓涛. 大理州新型农村合作医疗两种门诊补偿模式运行效果分析[J]. 卫生软科学, 2006(10): 430-434.
- [4] 左延莉. 新型农村合作医疗门诊补偿模式对卫生服务利用和管理方式的影响[J]. 卫生经济研究, 2008(2): 18-20.