

我国当前门诊统筹问题与对策研究

张永政

(厦门大学经济学院经济系 福建 厦门 361005)

【摘要】新型农村合作医疗制度关于门诊补偿主要包括家庭账户模式和门诊统筹模式两种类型。目前,门诊统筹模式正在全国各地不断试点。本文根据部分地区的具体实践,分析了现阶段我国新型农村合作医疗制度门诊统筹模式的基本运行情况和存在的主要问题,并提出了有针对性的对策措施。

【关键词】新型农村合作医疗;门诊统筹;问题;对策

0 引言

2003年我国开始试行新型农村合作医疗制度,试点初期在坚持以大病统筹为主的同时,为了兼顾农民的受益面,调动农民参加积极性,大部分地区实行了家庭账户形式,也即新型农村合作医疗主要实行“大病统筹+门诊家庭账户”的模式,其他一些地区实行了住院统筹、住院统筹+门诊大额、住院统筹+门诊统筹、住院统筹+门诊家庭账户+门诊大额等模式。其中,关于普通门诊主要涉及家庭账户和门诊统筹两种类型。尽管家庭账户模式顺应了农民的基本需求和传统认识,但是其受益程度低、利用率偏低等弊端也逐渐暴露^[1]。为此,我国开始在部分地区试点门诊统筹模式,门诊统筹主要是把新农合筹集的基金按一定比例分出一块,采取互助共济的方式,对参加农民因一般性疾病在门诊就医中发生的医疗费用按照一定标准进行补偿的模式。门诊统筹模式具有明显的内在优势,它促进了新农合制度互助共济作用充分发挥,促进乡村两级卫生机构不断提高基本卫生服务功能,从而扩大受益面,引导参加农民有病及时治疗。随着试点的不断推进,相关部门提出要逐步扩大试点范围,最终推向全国。

1 门诊统筹模式运行现状

2009年初全国有30%的县实行了门诊统筹模式^[2],目前采取这种模式的地区越来越多,如湖北、湖南、陕西、甘肃、吉林、浙江、江苏、河南等。还有许多省市明确提出,在2009年(最迟2010年)在全省实行门诊统筹模式,取消家庭账户,例如宁夏、安徽、重庆等。目前门诊统筹模式运行稳定,阶段性效果已经显现。

1.1 各地积极制定门诊统筹实施方案

自提出试点门诊统筹模式以来,各地积极开始了相关准备工作,开始制定相应的实施方案。一般来说,首先由省级政府制定指导性方案,然后各县(市、区)根据省级指导方案制定具体的实施方案。例如,安徽(2008)、甘肃(2009)、山西(2009)、四川(2009)、河南(2009)等地都及时出台了省级指导性方案。在此基础上,各县也及时出台了具体的实施方案,从目前各地的实行情况来看,门诊统筹模式并没有固定模式,但是各地制定的实施方案也都大同小异,主要内容集中体现在以下几个方面:基本原则、门诊统筹基金来源和用途、门诊补偿比例与额度、门诊费用补偿与结算、门诊补偿范围、门诊定点资格和医疗规范管理、监督管理等。

1.2 门诊统筹的试点范围和基金规模均在不断扩大

从新农合开始试点以来,就有一些地区实行了门诊统筹的补偿模式,但是大部分地区实行的是家庭账户模式。就全国来讲,主要是从2008年开始提出试点门诊统筹模式,全国各地积极开展相关试点工作,不断总结经验,试点范围进一步扩大。例如,安徽省截至2009年3月底,已经有77个县启动了门诊统筹模式试点工作,占全省农业县、市的82.8%;湖南截止2009年上半年,启动新农合门诊统筹试点县市58个,占全省县市区总数的48%;甘肃省在2010年将全面实行门诊统筹模式。

从各地的运行情况来看,门诊统筹基金主要来自当年基金总额的一部分,按一定比例划拨。在开始试点阶段,门诊统筹基金一般占全部合作医疗基金总额的20%左右,有的地区相对较高,能达到40%。也有一些地区的门诊统筹基金是由上年结余资金、门诊家庭账户、当年统筹资金的一部分共同构成。无论门诊统筹基金是由哪几部分构成,保证基金规模的不断扩大是维持门诊统筹模式能持续发展的关键。近年来,随着新农合筹资水平的整体提高,门诊统筹基金额度也在不断提

高。例如,2010年甘肃省酒泉市肃州区新农合普通门诊统筹基金达到人均每年30元,这与2003年中西部地区全部新农合基金的人均标准是一个水平。

1.3 门诊统筹模式更加注重对医疗费用的控制

道德风险是新型农村合作医疗制度中的一个普遍现象,实行新农合制度以来,一些地方的医疗费用出现了明显的增长,不合理增长的成分已经非常突出。一些参加农民反映,即使是获得报销后的自付费用部分,也比新农合以前的全额费用要高,许多老百姓对此反映强烈。对此,各级政府高度重视,出台了一系列文件加以调整和完善。例如,2009年7月,卫生部等部委出台《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的意见》,明确提出“积极开展支付方式改革,控制医药费用不合理支出,可推广单病种定额付费和限额付费制度,合理确定病种收费标准,逐步扩大病种范围,严格掌握出入院标准;开展门诊统筹的地区,要积极探索门诊费用总额预付或总额核算的支付方式。推行平均住院费用公示及警示制度”。

在一系列政策文件的指导下,各地在实行门诊统筹过程中,通过相应的政策安排,加强对医疗费用的控制。普遍采取的方式是供需双向控制;对医疗机构实行“总额包干,超支不补”;对病人实行“单次报销设限,全年报销封顶”。这样可以在一定程度上规范医疗机构和病人的医疗行为,控制乱开药、大检查等情况的发生,适当控制医疗费用,也可以保障基金的安全运行。例如,甘肃省出台的《甘肃省新型农村合作医疗门诊统筹指导方案(试行)》明确规定,乡镇卫生院(含一级医疗机构)单次门诊补偿封顶额在10—15元,村卫生室单次门诊补偿封顶额在8—10元^[3]。年度封顶由各县确定。医疗机构的包干定额主要是根据基线调查中关于年门诊人次、次均门诊费用等数据进行合理测算,由各县确定。其中,临夏州的具体做法是,对病人来说,乡镇卫生院单次门诊报销费用最高不得超过15元,村卫生室单次门诊报销费用最高不得超过8元,超过封顶线的费用由患者本人负担,每天限报一次。参加农民以户为单位设置年度报销限额,每户每年门诊补偿总额不超过家庭参加人数乘以40元,年内未使用的余额,下年度不再结转。对医疗机构来说,各县市合管办根据每个乡镇参加人数、门诊人次和单次门诊费用等情况,全年按人均40元的标准(乡镇卫生院25元,村卫生室15元)包干给乡镇卫生院和村卫生室使用,超支部分由乡镇卫生院和村卫生室按比例负担,参加农民不承担透支风险。

1.4 门诊统筹模式的补偿范围和补偿程度存在明显的地区差异

目前实行的门诊统筹模式,具体的补偿范围一般包括普通门诊和慢性病门诊两种,但也有一些地区明显扩大了补偿范围,门诊统筹补偿不仅包括普通门诊补偿,还包括特殊慢性病门诊补偿和对重点人群重点疾病的检查补偿。也有一些地区是明显的缩小了补偿范围,门诊统筹补偿仅仅包括普通门诊补偿。例如,甘肃省临夏州明确提出,开展普通门诊统筹,将门诊医药费用纳入报销范围,扩大参加农民受益面。由此可知,在门诊补偿范围上存在明显的地区差异,不仅如此,在具体的病种方面也存在明显的地区差异。

在具体的补偿比例方面,各地的实施方案存在很大差异。有些地区乡镇卫生院普通门诊的单次报销比例能达到50%,而有些地区还不足30%。有些地区村卫生室普通门诊的单次报销比例能达到60%,而有些地区还不足40%。例如,安徽省广德县2009年方案规定,乡镇卫生院单次普通门诊补偿比例为35%,村卫生室为40%。宣城市宣州区2009年方案规定,乡(镇、街道)级医疗机构单次门诊费用补偿比例为20%,村(居)级医疗机构单次门诊费用补偿比例为25%。甘肃省临夏州2009年方案规定,参加农民在乡镇卫生院和村卫生室门诊就诊发

生的医药费用可按报销费用的60%的比例予以补偿。可见,地区差异非常明显。

不仅如此,补偿程度的地区差异还表现在单次补偿封顶线、年度封顶线等方面。同时,慢性病也同样存在补偿程度的地区差异问题。

2 门诊统筹模式运行中存在的主要问题

目前,门诊统筹模式在各地大规模实行,阶段性效果已经显现,新农合制度的互助共济作用得到明显增强,保障范围进一步扩大,农民就医负担明显减轻。但是在运行中,也逐渐暴露出许多突出的问题。

2.1 门诊统筹实施方案的制定存在一定的盲目性

新农合制度中,门诊统筹与住院统筹是各自独立运行的两种模式,统筹基金也是分开运行,因此,需要单独制定具体的实施方案来规范门诊统筹模式的运行,而做好基线调查是制定门诊统筹实施方案的基础。基线调查的重点是调查次均门诊费用、年门诊次数、门诊就诊率等指标。但是,各地在进行基线调查的过程中存在操作不规范、调查方案设计粗糙等问题,使得基线调查数据的准确性存在偏差,导致实施方案制定存在一定的盲目性,在具体执行过程中,容易出现基金大量沉淀或基金面临风险等问题,目前各县为了控制风险,补偿方案比较保守,因此主要表现为基金沉淀比较突出,严重影响了政策效果的发挥。

2.2 门诊统筹的补偿程度依然偏低

许多地方实行的门诊统筹模式,都对门诊处方费用设定了封顶线,包括单次封顶线和年度封顶线,这是控制医疗费用的主要做法。但是由于许多地方在进行方案设计时过于保守,导致农民获得的补偿程度相对偏低。例如,四川苍溪县在《苍溪县城乡居民基本医疗保险门诊统筹实施方案(试行)》中明确提出,2010年按30元/人·年提出门诊统筹基金,而门诊补偿的年度封顶线就是30元/人,补偿程度相对较低。湖北省荆州市沙市区2009年上半年门诊发生费用227.43万元,实际补偿47.69万元,门诊实际补偿率仅为20.97%。而有些地区的补偿程度更低,对于减轻农民医疗负担的效果非常有限。在乡镇卫生院这一级别,由于住院补偿一般情况下要比门诊补偿高,加上医院的不合理行为,容易导致一部分病人本可以在门诊治疗的,后来转到住院治疗,极大的影响了基金的安全运行,也造成了新的不公平。

2.3 基层医疗机构的服务能力明显不足

门诊统筹模式主要在乡村两级医疗机构运行,目的是合理引导病人的就医流向,防止小病大治的现象。通过实行门诊统筹,乡村医疗机构的门诊量明显增加,但是,长期低水平运行的乡村医疗机构很难在短期内大幅度提高医疗服务供给能力,依然存在服务能力不足的问题。随着门诊统筹模式的不断运行,农民的医疗需求被不断释放,就诊积极性不断提高,使得乡村医疗机构有限的服务能力已经无法满足农民的基本医疗需求。

村级医疗机构的信息化建设明显滞后,目前新农合管理系统还没有向村级延伸,而门诊统筹的实施重点就是乡村医疗机构,随着农民积极性的提高,门诊量的增大,报销业务也必然增加,这给在补偿过程中仍然实行台帐管理的各村卫生室带来了困难,繁琐补偿程序使得效率偏低,规范性不足,监管成本也进一步很大。这些直接影响了门诊统

筹模式的运行效果,进而对整个新农合制度的可持续发展产生影响。

3 政策建议

门诊统筹模式相对家庭账户模式具有明显的优势,目前,这一模式正在全国大部分地区广泛运行,基本的制度框架已经形成,但是在运行中依然存在方案制定盲目性大、补偿程度低、医疗机构服务能力不足等问题。这些问题已经影响了门诊统筹模式的吸引力,影响了新农合整个制度的可持续发展,需要采取措施加以改进。

3.1 合理制定补偿方案,一定五年不变

各地在具体制定门诊统筹实施方案时,应该认真依据基线调查数据合理设计补偿方案,避免出现因为方案设计不合理,出现基金大量沉淀或基金严重透支等问题,也尽量避免根据基金运行情况对实施方案进行频繁调整,这样不利于政策的稳定性和持续性,也直接导致参与人群的纵向不公平,应该坚持实施方案“一定五年不变,五年一调整”的基本原则。

3.2 增强乡村医疗机构的服务能力

医疗行为和医疗保障具有明显的时间先后顺序,医疗保障更多的体现为一种后续行为,是对医疗行为在经费上的一种保障,如果医疗机构的服务能力不足,导致医疗行为发生变化,将直接影响医疗保障政策的效果。目前我国乡村医疗机构的服务能力明显不足,导致专门针对乡村医疗机构的门诊统筹模式的运行效果受到严重影响。现阶段,在推进门诊统筹的同时,应该积极推进乡村医疗机构的服务能力建设,全方位提高其服务能力,重点是医疗服务能力和信息化服务能力。

3.3 提高门诊统筹补偿水平

现阶段许多地区实行的门诊统筹模式的补偿水平相对偏低,明显低于住院统筹补偿水平,这使得门诊统筹模式在降低农民医疗负担的作用并未有效发挥,影响了制度的可持续发展。相对于住院统筹,门诊统筹起步较晚,而门诊统筹和住院统筹又同属于新农合制度,因此,二者的协调平衡发展是非常重要的,这不仅是制度本身的要求,也是农民在享受这一惠农政策中的内在需求。各地在制定方案时应该合理设计门诊统筹和住院统筹之间的补偿水平,特别是要提高门诊统筹补偿水平,缩小与住院统筹补偿水平的距离,提高制度的内在吸引力。^科

【参考文献】

- [1]我国新型农村合作医疗制度及其可持续发展研究[M].厦门:厦门大学出版社,2007:113-114.
- [2]彭婧,江启成,汪和平.安徽省新农合门诊统筹制度运行情况分析.中国卫生事业管理,2009,(6):400-426.
- [3]全国30%的县开展新农合门诊统筹[EB/OL].(2009-04-14).中国发展门户网(www.chinagate.com.cn) http://cn.chinagate.cn/health/2009-04/14/content_17604113.htm.

注释:

- ①具体上限,各个县可以在此指导方案基础上进行适当调整。

[责任编辑:汤静]

(上接第164页)一方的教育效用。只有让留降级学生去坦然面对,重拾起信心,加上家长的理解与支持,学生的学习问题才有可能解决。

2.2.2 辅导员、班主任、班级同学加强与留降级学生的交流,密切关注留降级生的动态,严格要求并切实关心帮助他们解决留降级突发事件的保障。

留降级生由于存在网瘾、心理问题、爱情观不成熟等问题往往成为高校独立学院突发事件的多发群体。特别是在他们留降级后,往往容易自暴自弃,甚至产生厌世情绪。因此,辅导员要以找留降级生谈话、下班级查课、晚查房等形式来加强对学生的管理。同时班级同学要本着互相关心、互相爱护等态度去帮助留降级同学,甚至要做好留降级学生在校期间的监护人,一有意外,必须及时上报,减少留级生的恶性突发事件发生。

2.2.3 正确引导爱好,有教无类,让其重拾信心,坚信进步就是100分。每个人都有自己的优缺点,作为一线的教育工作者,要善于发现留降级学生的优点和兴趣爱好,并加以正确引导,让他们坚信:抬起头,进步就是100分。这样通过鼓励引导发挥学生的特长,使学生建立起对校园生活的积极态度,对学习的热情,以小的进步来达到各方面的成功与胜利。^科

【参考文献】

- [1]教育部.独立学院设置与管理办法.

[责任编辑:许丽]