

· 卫生管理 ·

新型农村合作医疗制度保障能力研究回顾和思考

谢国洲, 贺加[△]

(第三军医大学社会医学与卫生事业管理教研室, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.03.041

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)03-0303-02

新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)是国家建立基本医疗保障制度的重要组成部分,自 2003 年实施以来,基本建立了符合农村实际的新农合框架和运行机制。许多专家、学者也对新农合的保障能力进行研究,积极推进了新农合建设。为了进一步完善新农合,提高新农合实际保障能力,总结分析现阶段新农合保障能力情况具有重要的意义。新农合保障能力主要包括制度模式本身的保障水平与可持续性,以及制度工作网络的工作意愿与“机构能力”(即管理者以最小的社会代价,有效地采取并促进集体性行动,有效地提供集体物品的能力)^[1]。政府、医疗机构、医保机构、农户作为新农合的四大主体,从筹资及补偿政策、医疗服务质量、监督管理水平、服务对象及需求等方面共同决定了新农合保障能力的高低。

1 新农合筹资增长机制

新农合基金补偿水平是由新农合筹资水平决定的,要达到一定的补偿水平,必须实现一定的筹资水平。许多学者根据国家政策、农民意愿,结合农村实际多途径探索了新农合筹资机制。筹资制度是新农合的重要方面,直接影响着新农合的运行和发展。在筹资和医疗费用支付制度设计方面,有学者指出最优的医疗保障制度应该是由政府和患者共同付费,并且设立免赔额或自付比例,患者也应该根据其可能产生道德风险的程度承担一定的费用。金江^[2]提出应该形成“政府出大头、个人出小头”的筹资机制。应亚珍^[3]提出以农村居民家庭人均纯收入为测算基础,人均筹资水平应达到农村居民家庭人均收入 4%~8%。穆念河等^[4]认为农民个人缴费以当地上年度农民人均纯收入的 1%~3%为宜,占筹资总额的 50%~60%。李录堂和肖湘雄^[5]提出经济落后地区新农合筹资方式为非货币型发展路径。顾昕和方黎明^[6]以农民个人投入为主筹集新农合资金,也能增强农民群众的费用意识,可以避免和减少医疗资源的过度消费和浪费。孟宏斌^[7]认为新农合的筹资渠道一般分 4 个部分,应建立由政府引导、集体资助、居民自愿参加的多元化筹资制度框架。

新农合实施至今,人均筹资额逐步增长,农民医疗保障水平不断提高。截至 2009 年 12 月 31 日,新农合 2009 年度筹资 944.35 亿元,其中,中央财政补助资金 269.62 亿元,地方财政补助资金 471.98 亿元,农民个人缴费 194.17 亿元(含相关部门为救助对象参合缴费 9.71 亿元),利息收入及其他渠道 8.58 亿元。全国实际人均筹资水平为 113 元。通过研究探索,新农合建立国家及个人责任明确、分担合理的多渠道筹资机制,逐步提高筹资水平和统筹层次,缩小保障水平差距。但研究忽略了部分地区特别是中西部贫困地区筹资难的具体情况,也没有对筹资机制本身及筹资成本进行研究,对筹资难、干部垫付筹资款的实际现状未予关注。新农合筹资研究还应以社会、经济发展为基础,以建立动态的、可持续的筹资增长机制,达到新农

合筹资增长机制的科学和可持续运行,以提高其保障能力。

2 新农合统筹补偿政策

参加新农合农民的受益水平、受益面是衡量新农合实施方案的标尺,直接影响农民对新农合的评价。随着筹资政策逐步调整,新农合补偿实施方案也在不断调整。有学者对浙江萧山、重庆荣昌等地区新农合的起付线、封顶线、筹资、补偿比进行分析研究后,建议新农合起付线的设置为各地次均住院费用的 1/5;封顶线的设置一般为次均住院费用的 4 倍,不超过农民纯收入的 4 倍;名义补偿比为 40%~50%;基金结余率不高于 10%。吴振华^[8]研究认为应因地制宜地合理设置起付线,省级医疗机构的起付线,应不超过人均收入的 20%,县级不超过 10%,乡镇卫生院不超过 3%,对贫困地区和贫困人口应降低起付线或不设起付线。同时还主张根据住院费用多少分段按不同的补偿比例进行补偿,以提高新农合保障能力。李青^[9]从农民看病贵的角度对新农合进行了研究,主张通过对整个医疗卫生和医药流通系统的有效约束来提高新农合的保障能力。邓波^[10]认为确定起付线应把运作成本和农民的期望受益结合起来考虑,乡级起付线比乡级平均门诊费用高一点,以控制门诊转住院的现象。而县级起付线可比县级平均住院费用低一点。有学者认为新农合虽然设置的理论报销比例较高,但实际补偿率低,农民自付比例较高,新农合保障能力弱,提出设置“保底补偿”和“二次补偿”以及医疗救助的方法来提高保障能力。众多学者通过研究,不断优化补偿方案,在合理控制基金结余的基础上,最大限度地提高参加新农合农民受益水平、扩大受益面。目前,对新农合的补偿模式和补偿比例如何确定进行了很多探讨,但理论和原则的东西较多,对基层具体工作的指导意义有限。有些没有深入研究起付线、封顶线的设置与筹资额和医药体制的关联度,也没有注意到起付线、封顶线、理论补偿比与农民实际补偿比之间的差异。

3 新农合医疗费用控制

对新农合医疗费用控制是新农合建设中的一个重要环节。有学者对湖北、浙江等 6 省 13 个县(市)新农合试点前、后医疗费用变化的总体情况、定点医疗机构药品价格与市场药品价格的比较及用药合理性等进行了研究,发现除了政府投入和政策因素外,新农合定点医疗机构趋利性、医疗机构与药店药品费用的差异以及监管机制不严是造成费用过快增长,影响新农合保障能力的重要原因,提出通过建立定期评估和通报制度,加大对各地医疗费用增长的监管力度,逐步建立起费用控制的长效机制。吴振华^[8]认为目前“以药养医”的体制与医疗机构的公益性质不相适应,是造成了医疗费用较高的主要原因。众多研究大多探讨费用较高的原因,但对于如何降低医疗费,没有提出具体可行的措施。众多研究还忽略了贫困农村地区医疗技术水平低下的特殊情况,这种由于技术水平落后造成医疗资

[△] 通讯作者, Tel: (023) 68775277, E-mail: hejiahj@126.com.

源的巨大浪费,大大增加医疗成本,是影响新农合保障能力提高的重要因素。

4 新农合监督机制研究

随着新农合的全面覆盖和筹资标准的提高,新农合基金规模越来越大,监管任务也越来越重,并越来越重要。孙国梅等^[11]对监管的主体和内容进行了研究,提出通过充分发挥农民的作用,同时应出台监督管理办法,加强报账信息化建设,增加经办机构监管力量等,搞好新农合监管,提高新农合的保障能力。有学者提出了农民参与新农合监管的有效实现形式,即建立与完善公示制度、农民监督员制度及政府监管、群众自治和社会监督互相衔接的良性互动机制。李士雪和杨金侠^[12]认为新农合管理委员会、监督委员会、卫生行政部门、全体社会成员等是定点医疗机构监管的主体,通过制定准入制度与竞争机制、合理组合支付方式、信息发布、严格执行双向转诊制度等多项监管策略监督新农合的实施。张前进和彭现美^[13]对安徽省的新农合监管现状进行了研究,认为新农合存在对定点医疗机构的监管缺乏力度、农民监督缺乏、合作医疗监管资金不透明等问题,提出了通过成立监管委员会、利用信息化手段加强对定点医疗机构的监督和建立舆论监督等机制搞好新农合监督的对策及建议。

参考文献:

- [1] 张广科. 新型农村合作医疗制度保障能力及其建设建议[J]. 财经研究, 2008, 34(1): 35-37.
- [2] 金江. 铜陵县 2005~2007 年新型农村合作医疗基金运行状况分析[J]. 中国初级卫生保健, 2008, 22(1): 19-20.
- [3] 应亚珍. 论新型农村合作医疗筹资增长机制的构建[J].

· 卫生管理 ·

中国卫生经济, 2008, 27(1): 28-31.

- [4] 穆念河, 高登义, 靳峰. 农村健康保障制度筹资机制[J]. 中国农村卫生事业管理, 2003, 23(1): 25-27.
- [5] 李灵堂, 肖湘雄. 贫困地区农村合作医疗制度可持续发展研究[J]. 中国卫生事业管理, 2006, 12(7): 431-433.
- [6] 顾昕, 方黎明. 公共财政体系与农村新型合作医疗筹资水平研究——促进公共服务横向均等化的制度思考[J]. 财经研究, 2006, 32(1): 37-46.
- [7] 孟宏斌. 新型农村合作医疗筹资困境及机制创新研究[J]. 武汉理工大学学报, 2007, 20(4): 485-489.
- [8] 吴振华. 制定合理给付水平促进新农合可持续发展[J]. 卫生经济研究, 2008, 23(1): 16-17.
- [9] 李青. 解决农村“看病难, 看病贵”的积极探索——安庆市新型农村合作医疗试点调查[J]. 安庆师范学院学报: 社会科学版, 2008, 27(2): 126-128.
- [10] 邓波. 农村新型合作医疗的运行、问题与对策[J]. 江西社会科学, 2005, 31(2): 249-252.
- [11] 孙国梅, 吴晓红, 李荣艳. 新型农村合作医疗定点医疗机构监管研究[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2009, 8(1): 7-9.
- [12] 李士雪, 杨金侠. 对新型农村合作医疗定点医疗机构实施监管的主体、策略及控制方法[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(1): 43-45.
- [13] 张前进, 彭现美. 新型农村合作医疗监管问题分析[J]. 现代农业, 2007, 20(1): 102-103.

(收稿日期: 2011-07-22 修回日期: 2011-08-25)

血液管理信息系统的区域化建设

赵 慎, 聂 锋

(安徽省宣城市人民医院输血科 242000)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 03. 042

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)03-0304-02

中国医院信息化经历了 20 多年的发展, 已初具规模并取得了长足的进步, 正步入区域卫生信息化发展轨道, 其中血液管理信息系统(blood management information system)的建设起步较晚, 研发厂商较少, 与医院信息系统(HIS)的衔接脱离, 输血科属于非盈利科室, 投资收益不明显, 多数医院不愿意引进该系统, 然而, 在区域卫生信息化进程中, 一些先天优势使它充当先行者的角色。

首先, 血液管理信息系统是由血液中心(中心血站)的采供血管理系统和医疗机构的临床用血管理系统以及卫生行政部门的血液综合管理与服务系统等几个部分组成, 它的建设起点高, 直接进入区域卫生信息化阶段。目前, 全国各中心血站和血液中心已经基本上实现了采供血信息化管理^[1]; 其次, 研发厂商比较单一, 这正好避免了不同医疗机构采用不同的信息系统, 接口不统一的问题; 再次, 血液管理信息系统专用于血液管理, 不如临床信息系统复杂, 实现区域信息化相对较简单。结合国内实际情况, 对血液管理信息系统建设以及区域化进程探

索如下。

1 网络建设

建立血液管理信息系统三级网络, 可以分以下几个步骤进行。(1)由各地市卫生行政主管部门牵头, 以中心血站为中心, 为各用血单位配备统一的血液管理系统并通过软件或硬件 VPN 联接, 形成供血和用血相互沟通的市内区域性网络。建议采用硬件 VPN 以提高系统安全性。(2)将医疗机构的临床用血管理系统与本机构的 HIS 和 LIS 服务器连接, 实现数据共享。由于电子病历是极其珍贵的医疗文书, 对信息安全的要求非常高, 通常不允许连接外部网络, 而血液管理信息系统的建设初期采用 VPN 连接, 需要访问到 Internet, 建议采用基于物理隔离技术的“网闸”保护医疗机构内部网络。(3)建立省级数据中心, 将辖区内各中心血站服务器连接, 使数据同步更新到省数据中心, 实现血液信息全省共享。上海市已率先建成了全市范围内的血液信息系统^[2], 为其他省份提供了参考。(4)连接各省市数据中心, 连接电子健康档案数据中心, 实现全国