

# 新型农村合作医疗不同补偿模式的补偿效果分析\*

赵卫华<sup>①</sup>

**摘要:** 目前, 新型农村合作医疗在全国各地的补偿模式不尽相同, 不同的补偿模式, 其补偿效果也有很大差别。文章根据调查数据, 比较了三个不同区县的补偿模式在受益情况和补偿公平性方面的差异, 提出了新型农村合作医疗补偿机制完善的政策建议。

**关键词:** 新型农村合作医疗; 补偿效果; 政策建议

中图分类号: R197.1 文献标识码: A 文章编号: 1003-0743(2009)02-0043-03

**A Analysis of the Effects of Different Compensation Models of the New Rural Cooperative Medical System/  
ZHAO Wei-hua// Chinese Health Economics, 2009, 28(2): 43-45**

**Abstract:** The compensation models of The New Rural Cooperative Medical System are different now in China. There are different effects of The New Rural Cooperative Medical System when the compensation model is different. This paper focus on the different effects of the compensation models in three counties in terms of the data from the survey. The benefit and the equity of the New Rural Cooperative Medical System are concerned about. Then some suggestions are put forward.

**Key words:** new rural cooperative medical system; compensation models; effect suggestions

**Author's address:** The Research Center of Human Resource in the College of Human and Social Science Beijing University of Technology, Beijing, 100021, China

2003 年新型农村合作医疗(以下简称新农合)制度试点以后, 迅速在全国推广, 2008 年基本实现了全覆盖。根据 2007 年国家卫生部公报, 截止到 2007 年年底, 全国已有 2 451 个县(区、市)开展了新农合, 参合农民为 7.3 亿人, 参合率为 86.2%。2007 年全国新农合基金支出为 346.6 亿元, 受益农民为 4.5 亿人次(2007 年我国卫生事业发展统计公报)。新农合补偿在一定程度上减轻了农民的医疗负担。但是, 从实际运行来看, 补偿政策不同, 补偿的社会效果也有很大差别。

## 1 新农合的主要补偿模式

全国各地的新农合在执行中央相关政策的同时, 其缴费水平、补偿标准和补偿模式也都不尽相同。在实际运行中, 新农合的补偿主要有以下几种模式: (1)单纯住院补偿。指对参合农民的住院费用按照一定比例补偿。(2)“住院+门诊大额”模式。指除提供住院补偿外, 还对门诊大额医疗费用或者部分重大疾病的门诊治疗费用提供补偿。(3)“住院+家庭账户”模式。指住院补偿外, 还将农民交纳的部分或者全部新农合费用以家庭为单位建立家庭账户, 用于家庭成员门诊费

用的补偿。(4)“住院+门诊统筹”模式。指除住院补偿外, 还对门诊费用按照一定比例补偿。(5)“住院+家庭账户+门诊大额”模式, 指除住院补偿外, 门诊资金一部分放入家庭账户, 一部分用于大额门诊费用补偿<sup>[1]</sup>。

补偿的具体方案对补偿资金在医疗机构和参合群体之间的分布有很大影响<sup>[2]</sup>, 补偿政策不同, 补偿效果也有很大的差异。在我们所调查的 3 个县级行政单位中, W 县属于住院和门诊统筹模式, X 县是住院和特殊门诊模式, C 区是大病和基本医疗统筹模式, 其中大病补偿又属于住院和特殊门诊模式。W 县和 X 县的模式是学者们已经总结的模式, C 区的模式略有不同。这一模式是把新农合分为两部分, 一部分为住院统筹, 一部分为基本医疗统筹。住院统筹在全区范围内统筹, 主要补贴 5 000 元以上的大病住院费用; 基本医疗主要保障 5 000 元以下的住院和门诊费用, 基本医疗实行区办乡管, 在乡镇层次统筹, 不同经济条件的乡镇统筹标准有所不同。大病统筹补偿是大病住院和大病门诊统筹报销, 所以可以归入上述住院和特殊门诊的补偿模式。从实际运行的效果看, 补偿模式不一样, 参合人员的受益水平和受益面就有很大差异, 而且即使补偿模式大致一样, 具体政策差别也导致了实际补偿结果大相径庭。下面就具体分析 3 种补偿模式的补偿效果。

## 2 不同补偿模式下实际补偿的总体情况

从我们在 3 个地方调查的情况看, X 县属于住院和特殊

\* 基金课题: 国家社会科学基金青年项目农村新型合作医疗研究资助(05CSH016)。

<sup>①</sup> 北京工业大学人文学院人力资源研究中心 北京 100021

作者简介: 赵卫华(1970-), 副教授, 社会学博士; 研究方向: 社会结构、消费社会学和农村卫生; E-mail: tongni4@163.com。

门诊, 总体受益率较低; W 县属于住院和门诊统筹模式, 没有起付线, 受益率较高; C 区属于大病和基本医疗统筹模式, 基本医疗也没有起付线, 门诊和小额住院都能报销, 大病补偿的比例也很高, 受益率也比较高。X 县住院补偿支出的比例最高, 达到 96.4%, 其他两地都兼顾了大病和门诊, 门诊和住院资金分配的比例差别较小。与住院和一般门诊兼顾相比, X 县受益率比较低, 只有 7.3%(表 1)。

表 1 2007 年 3 个区县新农合资金补偿情况

县域	总额(万元)	门诊		住院	
		补偿(万元)	比例(%)	补偿(万元)	比例(%)
X	2 146.73	77.36	3.60	2 069.37	96.40
W	1 602.40	757.00	47.24	845.40	52.76
C	3 705.57	2 219.68	59.90	1 485.89	40.10

从 3 地的情况看, X 县的住院比例明显高于 W 县, C 区又低于 W 县(表 2)。这里可以看出只补偿住院和特殊门诊带来的过度使用医疗资源的问题, 这一模式住院率明显高于其他两者, 一些不需要住院的疾病也转化为住院。这些住院的花费额度并不大, 有的不及慢性病在门诊治疗的花费, 所以只报销住院对患者有一定的不合理诱导。不同补贴模式的受益人群的差异很明显。

表 2 2007 年 3 个区县参合农民受益情况

县域	参合人口(人)	受益人次(人次)	住院(大病)受益人次(人次)	住院(大病)受益率(%)	总体受益率(%)
X	895 558	65 700	50 169	5.60	7.30
W	314 060	440 619	12 513	3.98	140.30
C	128 057	130 314	...	2.84	310.33

补偿水平是农民最终获得多少实惠的最终体现, 它受筹资水平的限制, 也与补偿模式有关。3 种补偿模式的补偿额有很大差别, 但是补偿比差别较小。X 和 W 县筹资水平相近, 2007 年筹资水平分别是 50 元和 51 元, 具有一定的可比性。前者受益率低但是补偿比高, 后者受益率高, 但人均住院补偿水平低(表 3)。

表 3 2007 年 3 个区县门诊和住院费用的补偿比

县域	筹资水平(元)	门诊补偿比(%)	住院	
			住院总费用补偿比(%)	住院保内费用补偿比(%)
X	50	26.90	25.46	33.95
W	51	28.75	22.33	31.11
C	155	...	31.62	38.12

从住院补偿资金在不同费用阶段的分布看, 具体补偿政策的影响更大。按照 X 县规定, 住院的医院级别越低, 起付线越低, 报销比例越高。在这一政策的引导下, 住院补偿资金的 43% 都集中在 4 000 元以下的补偿上。而在 C 区, 由于他的定位是保大病, 所以, 住院补偿资金主要集中在万元以上的大病补偿上, 其中对花费 5 万元以上患者的补偿占资金补偿的 50%。当然, 由于 2 地物价水平的差异, 绝对数

的比较意义不大, 但是从相对趋势来看, 前者补偿资金主要流向较低花费的患者, 后者的补偿资金则主要流向较高花费的患者, 这是 2 个补偿政策最显著的差别(图 1)。

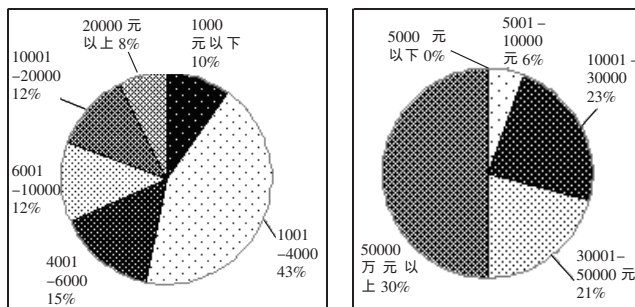


图 1 不同住院补偿模式的补偿资金分布

### 3 不同补偿模式下的补偿公平性分析

很多地方政府希望通过扩大受益面来扩大影响, 赢得信任, 所以补偿面宽、补偿比偏低也是在所难免, 有的地方为了基层卫生院的发展, 大病补贴向基层倾斜; 也有的地方补贴政策瞄准大病, 补偿尽量向大病倾斜。这些补偿政策的不同取向造成了补偿结果的差异, 也带来了新农合补偿的公平性问题。

X 县和 C 区都是补偿住院和特殊门诊。两者的区别一是经济发展水平差别较大; 另一个是医疗事业发展的差别较大, 后者卫生服务系统比较发达。X 县是农业县, 筹资标准低, 补偿主要引导农民在基层就诊。住院补偿的起付线和补偿比在不同级别的医院有差别, 乡镇卫生院最高, 医院级别越高补偿比越低(表 4)。

表 4 2007 年 X 县新农合的起付线和补偿比

项目	乡镇定	县级定	市级定	市级以上
	点医院	点医院	点医院	定点医院
起付线(元)	100	300	800	800
补偿比(%)	55	45	30	20

C 区是北京郊区农村, 该区经济发展水平较高, 筹资标准高, 新农合保障分为基本医疗保险和大病统筹两部分, 分别筹资和管理, 原则上基本医疗主要保 5 000 元以下的门诊, 以乡镇为单位统筹, 各乡镇的筹资标准和补偿标准都不一样。大病统筹对花费 5 000 元以上患者进行补偿, 采取住院和特殊门诊补偿模式。具体补偿规定如下: 5 001~3 万元(含 3 万元), 补偿比为 50%; 30 001~5 万元(含 5 万元), 补偿比为 60%; 5 万元以上部分, 补偿比为 70%。非定点医院住院补偿标准在以上分段补偿标准的基础上降低 10%。个人年累计最高支付额为 5 万元。学生年累计最高支付额为 6 万元。这里主要考察其大病补偿与 X 县补偿效果的差别。

虽然两地经济发展水平、物价水平和居民生活水平差距较大, 从医疗消费的绝对水平和补偿的绝对数上没有可比

表5 C区大病不同费用段的补偿比

费用段	总费用			保内费用		
	平均补偿比(%)	人数(人)	Std. Deviation	平均补偿比(%)	人数(人)	Std. Deviation
5 000元以下	48.34	8	5.22	48.00	10	18.14
5 001~10 000元	13.10	1 006	7.15	14.24	1 113	7.60
10 001~15 000元	25.12	444	7.55	29.22	419	4.12
15 001~30 000元	31.73	424	7.90	37.22	468	5.57
30 001~50 000元	34.45	272	9.36	44.91	280	4.06
50 000元以上	37.21	312	11.06	50.98	176	6.14
Total	23.99	2 466	12.73	27.39	2 466	14.63

表6 X县大病不同费用段的补偿比

费用分段	总费用			保内费用		
	平均补偿比(%)	样本量(人)	Std. Deviation	平均补偿比(%)	样本量(人)	Std. Deviation
1 000元以下	37.14	17 556	10.21	39.47	19 467	10.61
1001~4 000元	31.39	26 441	12.76	35.57	27 689	13.28
4001~6 000元	27.74	4 493	11.50	34.37	3 276	11.06
6 001~10 000元	24.20	2 639	10.82	33.89	1 953	10.09
10 001~20 000元	21.07	1 668	9.36	31.63	949	8.21
20 000元以上	14.74	664	6.45	25.49	129	9.44
Total	32.09	53 461	12.48	36.76	53 463	12.24

性，但是两者补偿模式相近，而具体政策差异所带来的不同效果更值得我们重视。

从两地的补偿来看，C区大病补偿主要补偿花费在5 000元以上的住院和特殊门诊。2007年其大病补偿比见表5，除了少数5 000元以下门诊花费补偿标准在48%左右外，其他是花费越高，补偿比越高。补偿向花费较高患者倾斜，有力减轻了大病造成的医疗负担。

而X县补偿比较高的是1 000元以下花费段，总花费在1 000元以下的补偿比达37.14%，保内费用补偿比达39.47%，总费用在20 000元以上者，平均补偿比只有14.74%，保内费用在20 000元以上者，补偿比也只有25.49%。花费越高，补偿比越低(表6)。新农合补偿对大病患者的支持作用明显较低。

从大病补偿的人员分布来看，在X县，补偿人口主要集中在4 000元以下者，比例占总补偿人次的83.00%；而在C区大病补偿人口为1万元以下者，占41.00%，1.5万元以下者共占56.00%，较高花费段的人员比例较大一些。就灾难性卫生支出来看(按照世界卫生组织的标准，当一个家庭1年用于医疗的支出大于家庭总收入的40.00%~50.00%时即可称之为灾难性卫生支出家庭)，X县灾难性卫生支出患者的比重约占获得大病补偿人员的9.00%，占参合人员的0.56%；C区灾难性卫生支出患者的比重约占大病补偿人员的40.88%，占参合人员的0.79%，C区灾难性卫生支出患者的比例更高一些(图2)。灾难性卫生支出虽然涉及的人员比例不大，但是从需求角度看，这个群体应该更需要新农合补偿的支持。

X县更能代表广大中西部地区的一般情况，C区则是经

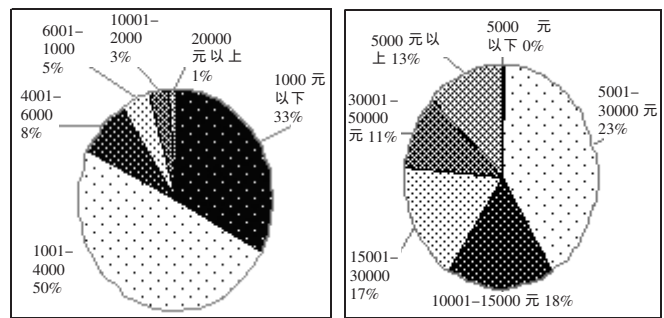


图2 大病补偿中不同费用段的人员比例分布

济发达地区农村的一个范例。W县与X县相差不多，从我们调查的情况看，W县的大病补偿也是和X县一样是逆向分布，即花费越多，补偿比越低。由于W县不能给我们提供完整的2007年的报销名单，所以不能按照个人的花费段来分析资金流向，但是从分医院级别的资金流向看，住院补偿资金中有1/3流向乡镇卫生院，40.00%流向县级医院，而这两级医院的次均住院费用分别为1 520.32元和2 759.47元，由此可以判断，W县的住院补偿资金也是集中在4 000元以下花费的补偿上。

新农合大病补偿比偏低，如果家庭没有能力负担较大数额的自负部分，农民就很难进行有效治疗，因此，对于大多数农村地区来说，新农合对农民大病可及性的影响还是比较有限的。

#### 4 讨论

新农合制度实施后，农民看病负担有所减轻，但是由于大病的补偿标准低，一般在30%左右，农民得了大病仍然看不起。特别是很多地方为了顾及受益面，新农合资金过多向一般性疾病倾斜，大病补偿比例过低，难以有效遏制因病致贫现象。因此，应该进一步完善新农合制度，调整补偿模式，尽可能减轻大病患者的医疗负担。根据保险的大数原则，参保的人数越多，抵御风险能力越强。所以在大小病兼顾的情况下，笔者建议把新农合保障分为大病和基本医疗两个部分。大病补偿在县以上层次统筹，用大病统筹资金进行补偿。大病统筹费用可以考虑从各级财政补贴部分中划出一定比例作为大病统筹缴费。财政补贴资金比较统一，在县以上统筹也比较容易。基本医疗统筹可以以县为单位，补偿标准可以视各县的经济状况而有所差别，这部分统筹资金包括农民缴费、地方补贴以及其他来源，可以更加灵活。这样既解决了受益面过窄问题还可以提高大病患者的补偿比例。

#### 参 考 文 献

- [1] 新型农村合作医疗试点工作评估组. 发展中的中国新型农村合作医疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:69-70.
- [2] 赵晓强, 宗颖生. 新型农村合作医疗补偿资金的分布特点研究[J]. 农村经济问题, 2008(7):76-81.

[收稿日期: 2008-12-12] (责任编辑: 杨永萌)