

# 江西省新型农村合作医疗门诊补偿公平性研究

袁兆康<sup>1\*</sup> 韩冰<sup>1</sup> 方丽霖<sup>1</sup> 廖小兵<sup>1</sup> 肖云昌<sup>2</sup> 洪鹰<sup>2</sup>

1. 南昌大学公共卫生学院 江西南昌 330006

2. 江西省卫生厅 江西南昌 330006

**【摘要】**目的:从门诊补偿公平性的角度,评价新农合制度的实施效果,为进一步完善新农合实施方案提供科学依据。方法:采用全面调查的方法调查了江西省第一、二、三批共40个新农合试点县2006—2008年的门诊补偿资料,以集中指数(CI)、不平等斜率指数(SII)作为评价指标。结果:2006—2008年,全省门诊补偿总受益率、乡村两级医疗机构门诊总受益率均略有下降,但主要表现在高收入农民门诊受益率下降,低收入农民门诊受益率却有较明显上升,且门诊补偿总受益率的CI接近于0,CI和SII指数也由正转负;全省及各级医疗机构的总次均门诊补偿费用均逐年上升,CI均接近于0,但CI和SII指数基本都由负转正。结论:全省农民门诊补偿公平性总体较好,但门诊补偿受益率仍处于较低水平,经济状况较差试点县的门诊补偿强度需进一步加强。

**【关键词】**新型农村合作医疗;公平性;门诊补偿

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.08.007

## A study of the out-patient compensation equity of New Rural Cooperative Medical Scheme in Jiangxi province

YUAN Zhao-kang<sup>1</sup>, HAN Bing<sup>1</sup>, FANG Li-lin<sup>1</sup>, LIAO Xiao-bing<sup>1</sup>, XIAO Yun-chang<sup>2</sup>, HONG Ying<sup>2</sup>

1. School of Public Health, Nanchang University, Jiangxi Nanchang 330006, China

2. Department of Health of Jiangxi Province, Jiangxi Nanchang 330006, China

**【Abstract】** Objective: This study evaluates the operating effect of New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) in terms of the out-patient compensation equity in order to provide scientific evidence to improve it. Methods: We make a complete survey to investigate the out-patient compensation data of the first, second and third batch in total of 40 pilot counties which implementing NRCMS from 2006 to 2008 in Jiangxi province. The concentration index (CI) and slope index of inequity (SII) are used as the evaluation indexes. Results: From 2006 to 2008, both the province's and the county and town's total out-patient compensation benefit rate decreased slightly. However, they are mainly in high-income farmers, and the low-income farmers' out-patient benefit rate has a significant increase. Their CI of the total out-patient benefit rate is close to 0, the CI and SII index change to negative from positive. The average out-patient compensation expense per time of the province and medical institutions at all levels increased year by year, the CI all closed to 0, but the CI and SII index turn to positive from negative. Conclusion: The province's compensation equity of out-patient is preferable. However, the out-patient compensation benefit rate is still at a relatively low level. The poorer pilot counties' out-patient compensation intensity need to be further strengthened.

**【Key words】** New Rural Cooperative Medical Scheme; Equity; Out-patient compensation

新农合工作能否可持续发展,关键取决于其实施方案是否有利于实现基本卫生服务的公平性。应尽量做到无论经济状况如何,农民享受合作医疗的

补偿是平等的,这虽然与公平的概念有所差距,但这却是吸引广大农民参加以及新农合持续发展的重要保障。本文从新农合门诊补偿公平性的角度对新农

\* 基金项目:国家自然科学基金“新型农村合作医疗公平性研究”(70763007)

作者简介:袁兆康,男(1956年—),教授,硕士生导师,主要研究方向为农村卫生与新型农村合作医疗。

E-mail: yuanzhaokang@126.com

合的实施效果进行评价,为进一步完善新农合实施方案提供科学依据。

## 1 资料与方法

研究对象为 2006 年 1 月—2008 年 12 月江西省第一、二、三批新农合试点县(共 40 个)的所有获得新农合补偿的农民。通过搜集试点县新农合 2006—2008 年报表资料,就各试点县参合农民的门诊补偿受益情况进行纵向对比研究。按照 2006—2008 三年农民年人均收入平均值将这 40 个试点县排序,再将其五等分组<sup>[1]</sup>(每组 8 个),分别定义为 I、II、III、IV、V 组,进行不同经济层次试点县之间新农合补偿公平性的评价,以集中指数<sup>[2]</sup>和不平等斜率指数<sup>[3]</sup>作为公平性的评价指标。集中指数(concentration index, CI)是借鉴洛伦兹曲线和基尼系数的思想用以评价公平性的统计指标,取值范围是 -1~1,绝对值越小,说明公平性越好。若集中指数为正值,说明公平性倾向于较高收入人群;反之,倾向于较低收入人群。不平等斜率指数(slope index of inequity, SII)是将人群按经济状况分组后,计算各组受益情况的平均值,然后按经济状况排序,不平等斜率指数即各组的受益情况与其对应的社会经济组的序次之间回归线的斜率。运用 EXCEL2003 录入数据,利用 SPSS13.0 对数据进行统计分析。

## 2 结果

### 2.1 基本情况

江西省自 2003 年 7 月开展新农合试点工作以来,试点县逐年增加,2006 年增至 40 个,到 2008 年实现了新农合在全省农村地区的全覆盖,参合农民达到 2 929.47 万人,参合率达 91.30%。本研究各经济层试点县的基本情况见表 1。

表 1 2006—2008 年江西省新农合试点县基本情况

按经济收入排序	农业总人口数(万人)			参合人数(万人)			年人均收入(元)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
I 组	355.94	361.77	364.26	298.03	317.78	337.12	1 787.25	1 840.87	1 895.34
II 组	253.34	256.70	265.78	210.37	223.86	239.77	2 766.37	3 080.68	3 087.85
III 组	175.54	180.35	180.77	145.23	156.68	168.26	3 276.32	3 605.33	3 857.55
IV 组	308.51	335.29	335.71	273.65	299.36	313.78	3 675.60	3 801.62	4 125.21
V 组	344.06	371.19	373.46	293.72	334.09	352.91	3 939.07	4 561.72	6 066.09
合计	1 437.39	1 505.30	1 519.98	1 221.00	1 331.77	1 411.84	3 062.04	3 371.36	3 854.48

### 2.2 江西省新农合补偿模式

到 2008 年止,江西省各试点县(市)在坚持大病统筹为主的前提下,设立了统筹基金和家庭账户相结合的新农合补偿模式,即以风险为主的福利—风险模式,以县(市)为单位进行统筹。合作医疗基金中每人 10~15 元用于建立家庭账户,作为门诊医疗消费基金,家庭成员的年门诊费用在家庭账户的支付能力以内的,给予 100% 的报销,超出部分则不予报销,如果当年未消费完的农户,其剩余部分可转为下一年使用;另外的作为大病统筹基金,主要用于住院报销,设定起付线和封顶线,医院级别越高起付线越高,同一费用段住院医院级别越低,报销比例越高,封顶线在 1 万~1.5 万元之间。

### 2.3 新农合门诊补偿公平性

#### 2.3.1 各级医疗机构门诊补偿受益率比较

由表 2 可知,2006—2008 年,全省门诊补偿总受益率、村乡两级医疗机构门诊总受益率均略有下降,且均主要表现为高收入农民门诊受益率下降,低收入农民门诊受益率却有较明显上升;CI 和 SII 指数也由正转负,但绝对值稍有增加。县级以上医疗机构门诊受益率却呈现高收入农民门诊受益率上升,低收入农民门诊受益率下降的现象;CI 及 SII 指数也均为正数,且绝对值也有所上升。

#### 2.3.2 各级医疗机构次均门诊补偿费用比较

由表 3 可知,2006—2008 年,除最低收入组农民的次均门诊补偿费用有所下降外,其余四组农民的次均门诊补偿费用基本均呈现逐年上升的趋势,使得全省及各级医疗机构的总次均门诊补偿费用均呈逐年上升趋势;CI 和 SII 指数基本均由负转正,绝对值略有波动,但县级以上的 SII 指数绝对值上升较明显。

表2 2006—2008年江西省各级医疗机构门诊受益率(%)

按经济收入排序	村级			乡级			县级以上			总受益率		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
I组	13.04	11.73	17.41	5.65	5.85	5.85	0.02	0.02	0.00	18.71	17.60	23.26
II组	14.56	13.33	16.72	3.01	2.88	2.23	0.01	0.01	0.02	17.59	16.23	18.97
III组	15.61	16.45	14.49	2.47	2.37	1.81	0.02	0.46	0.58	18.09	19.29	16.88
IV组	17.60	14.01	12.00	2.83	2.69	1.80	0.07	0.19	0.79	20.50	16.90	14.59
V组	15.70	15.89	14.36	1.76	1.30	1.11	0.03	0.02	0.16	17.49	17.21	15.64
合计	15.27	14.11	14.98	3.25	3.09	2.67	0.03	0.11	0.29	18.55	17.31	17.94
CI	0.04	0.06	-0.06	-0.22	-0.27	-0.33	0.14	0.08	0.26	0.00	0.00	-0.09
SII	0.84	0.90	-1.08	-0.80	-0.93	-0.99	0.01	0.02	0.11	0.05	-0.01	-1.96

表3 2006—2008年江西省各级医疗机构次均门诊补偿费用(元)

按经济收入排序	村级			乡级			县级以上			总次均门诊补偿费用		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
I组	23.39	26.87	23.48	29.50	26.47	22.97	41.88	30.20	0.00	25.26	26.74	23.35
II组	21.66	27.63	29.10	19.15	23.47	36.75	31.52	31.79	41.08	21.24	26.89	30.01
III组	19.82	23.81	29.97	21.78	22.40	28.83	28.45	28.33	43.26	20.10	23.74	30.31
IV组	18.06	23.40	25.21	20.23	29.64	28.11	32.75	46.10	49.16	18.41	24.65	26.86
V组	21.73	22.14	27.29	33.68	24.94	29.98	31.29	39.79	57.84	22.95	22.37	27.80
合计	20.89	24.46	26.51	25.88	26.09	26.90	33.69	36.12	48.91	21.78	24.82	26.93
CI	-0.02	-0.05	0.02	-0.03	0.00	0.06	-0.04	0.11	0.04	-0.03	-0.04	0.03
SII	-0.69	-1.37	0.37	0.94	0.31	0.54	-2.00	3.35	12.38	-0.75	-1.10	0.58

### 3 讨论与建议

#### 3.1 门诊受益公平性比较

2008年全省门诊补偿总受益率为17.94%,远低于2008年全国平均水平(59.63%)<sup>[4]</sup>,可能是由于江西省门诊资金占合作医疗总资金的比例不高,起不到实质作用,导致基金沉淀,如何发挥家庭账户资金的最大使用效率,值得研究。

2006—2008年,全省门诊补偿总受益率、村乡两级医疗机构门诊总受益率均略有下降,这与全国中、西部地区门诊受益率下降的现象相类似。<sup>[5]</sup>但是本次研究主要表现在高收入农民门诊受益率下降,低收入农民门诊受益率却有较明显上升,且门诊补偿总受益率的CI接近于0,CI和SII指数也由正转负,表明全省门诊受益公平性总体较好,低收入农民对村乡两级门诊的利用有所增加。但是乡级门诊受益率的CI绝对值呈逐年上升状态,2008年已上升至0.33,临近公平的边缘,这一现象需引起重视;而县

级以上医疗机构门诊受益率却呈现高收入农民门诊受益率上升,低收入农民门诊受益率下降的现象,CI及SII指数也均为正数,且绝对值也有所上升,原因可能是由于经济条件好的农民,更愿意选择技术水平较高的医疗机构就诊,而低收入农民由于经济原因,对高层医疗机构的门诊利用较少,应严格控制高层医疗机构的医疗费用,提高门诊服务的可及性和公平性。

#### 3.2 次均门诊补偿费用公平性比较

2006—2008年,除最低收入组农民的次均门诊补偿费用有所下降外,其余四组农民的次均门诊补偿费用基本呈现逐年上升的趋势,使得全省及各级医疗机构的总次均门诊补偿费用均呈逐年上升,可能是政府逐年加大对新农合的财政投入和补偿力度的原因,也可能是因为在家庭账户模式下,门诊补偿不设比例,家庭账户基金用完为止,造成参合农民门诊受益比低,但次均补偿费用高的局面。

2006—2008年,总门诊次均补偿费用及各级医

疗机构门诊次均补偿费用的 CI 绝对值均小于 0.2, 提示全省门诊补偿公平性总体上较好。但 CI 和 SII 指数基本均由负转正的现象提示经济状况较差试点县的门诊补偿强度较低, 可能与其筹资水平及医疗消费水平的高低有关。县级以上医疗机构的 SII 绝对值上升较明显需引起一定重视。

### 3.3 建议

目前新农合门诊补偿方案的实施虽然未导致补偿不公平, 但门诊补偿基金有限, 且实行定额报销, 无法引导农民就医流向, 而基层医疗机构服务能力弱是导致农民看病难、看病贵的一个重要因素。因此, 建议大力加强基层医疗机构服务能力建设, 在降低参合农民医疗费用的同时, 保证他们享受到高质量的基本医疗服务。此外, 还需加大政府投入及民政补助力度, 健全农村医疗救助制度, 以帮助那些贫困农民参加并通过新农合真正受益。

### 参 考 文 献

- [1] Prescott V. Poverty, social service, and safety net in Viet-Nam[M]. World Bank, 1997.
- [2] Asada Y, Hedemann T. A problem with the individual approach in the WHO health inequity measurement[J]. International Journal for Equity in health, 2002, 1(1): 1-5.
- [3] 徐凌中, 邴媛媛. 卫生服务的公平性研究进展[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 17(5): 265-267.
- [4] 卫生部. 2009 年中国卫生统计提要[EB/OL]. [2011-03-26]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/200905/40765.htm>.
- [5] 卫生部农村卫生管理司. 新型农村合作医疗课题研究报告汇编[R]. 北京, 2008.

[收稿日期:2011-03-15 修回日期:2011-06-07]

(编辑 薛云)

### · 信息动态 ·

## 世界银行: 中国可以在慢病防控方面为世界树立榜样

2011 年 7 月 26 日, 世界银行发布的《创建健康和谐生活: 遏制中国慢性病流行》报告称, 癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病等慢性病已成为中国的首要健康威胁, 占死亡人数的比例超过 80%, 占国家疾病总负担的比重达到 68.6%。

报告认为, 如果不实施有效的防控策略, 40 岁以上中国人罹患心血管疾病、慢性阻塞性肺部疾病、糖尿病和肺癌的人数在未来 20 年将可能增加到现在的 2~3 倍。这种趋势的根源在于中国近几十年来经历的社会、经济和环境变化, 尤其是人口快速老龄化和一些健康风险因素。这些因素包括男性吸烟率高、摄入高脂、高盐的快餐食品和含糖软饮料增多以

及城市体力活动减少导致肥胖率攀升等。

报告估计, 在 2010—2040 年 30 年间, 如果每年能够将心血管病死亡率降低 1%, 其累积经济效益就会相当于 2010 年中国实际 GDP 的 68%, 超过 10.7 万亿美元。相反, 如果不能采取有效的应对措施, 这些疾病负担势必会加剧中国人口老龄化和劳动力人口减少所造成的经济和社会影响。

报告强调, 未来 10 年对于中国防控慢性病流行至关重要, 只要根据国情采取国际上证明有效的做法, 中国大部分的慢性病负担都可以避免或控制。

(来源: 世界银行网站)