

# 新型农村合作医疗中医药补偿政策实施效果制约因素分析

张立强<sup>1\*</sup> 李 强<sup>2</sup> 汪早立<sup>1</sup> 朱佳卿<sup>2</sup>

1. 卫生部新型农村合作医疗研究中心 北京 100191

2. 中国中医科学院信息管理中心 北京 100700

**【摘要】**目的:了解新农合中医药补偿政策对中医药服务利用的影响,分析其制约因素。方法:采取定性与定量相结合的方法,分析政策实施对中医药服务利用及参合患者受益的影响等情况。结果:中医药补偿政策在一定程度上提高了中医药服务的利用,减轻患者负担,但受到多重因素制约,主要包括:中医药服务项目少、补偿比例提高幅度有限、缺乏对医疗机构的激励机制等。结论与建议:要发挥中医药补偿政策实施效果,既要提高中医药服务的政策补偿比例,又要提高中医药服务的可及性和可得性,如推广符合中医药使用特点的补偿政策,探索对医疗机构应用中医药的激励机制等。

**【关键词】**新型农村合作医疗; 中医药; 补偿政策; 影响因素

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.02.008

## Analysis on the influencing factors of implementation effect on compensation policy of Traditional Chinese Medicine under the New Rural Cooperative Medical Scheme

ZHANG Li-qiang<sup>1</sup>, LI Qiang<sup>2</sup>, WANG Zao-li<sup>1</sup>, ZHU Jia-qing<sup>2</sup>

1. Center for China Cooperative Medical Scheme, Ministry of Health, Beijing 100191, China

2. Center for Information Management, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China

**【Abstract】** Objective: To observe the effect on services of Traditional Chinese medicine (TCM) under compensation policies in New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS). Methods: This research was based on the quantitative and qualitative analyses method. We analyze the policies' implementation and effect on services of TCM and impact on the level of in-patient reimbursement. Results: It brought good effects on services of TCM but general using is not well, including limited services provision of TCM, limited increasing effective reimbursement, and weak incentive for the providers. Conclusions: In order to increase the effective impact on reimbursement policy of TCM service provision, it needs to not only increase effective rate of reimbursement, but to increase the accessibility and affordability of TCM services. For instance, it should make appropriate policy to specify the reimbursement policy in terms of the characteristic of TCM service as well as the incentive of using TCM services in providers.

**【Key words】** New Rural Cooperative Medical Scheme; Traditional Chinese Medicine; Compensation policy; Influencing factor

国家鼓励和引导参加新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)的农民选择中医药服务,要求补偿方案要引导农民应用中医药适宜技术,提高中医药的补偿比例。据调查,2008年,全国有29个省份要求

在新农合中充分发挥中医药的特色和优势,其中18个省份出台了具体的政策文件,采取提高补偿比、降低起付线等做法,实现了参合患者选择中医药服务的可及性,提高了补偿水平,在引导参合农民选择中

\* 基金项目:卫生部农村卫生管理司委托课题

作者简介:张立强,男(1978年—),助理研究员,主要研究方向为农村卫生和中医药政策。E-mail: sigma3000@sohu.com

医药服务中发挥了一定的作用。<sup>[1]</sup> 此项政策对中医药和新农合的发展都有十分重要的意义,但也有一些因素限制和影响了政策的实际效果。本文希望通过对这些制约因素的剖析,为改善中医药补偿政策效果提供参考。

## 1 资料与方法

本文的资料来源于现场调查和二手资料。现场调查采取定量与定性相结合的方法,2009 年底在东、中、西部选取了浙江、湖北、广西 3 省区,每省区抽取 2 个县市进行现场典型调查,填写医疗机构调查表、抽查住院病历和门诊处方,进行利益相关者访谈和问卷调查等,对比分析实施中医药补偿政策前后(2008 和 2009 年)对定点医疗机构的影响及参合患者受益水平的变化情况。二手资料主要来源于 2010 年新农合信息统计手册和卫生事业统计年报数据等,用于补充说明现场调查数据的不足。

## 2 结果

### 2.1 调查地区新农合中医药补偿政策的基本情况

调查地区提高中医药补偿比例的范围和幅度均有所区别,总的来看,大部分地区均提高了住院中医药服务的补偿比例,部分实施门诊统筹的地区提高了门诊中医药补偿比例,个别县只提高了县中医医院住院补偿比例(表 1)。

表 1 调查地区新农合中医药服务提高补偿情况(百分点)

地区	中成药		中药饮片(草药)		中药制剂		中医诊疗技术	
	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院	门诊	住院
A 县	—	—	—	—	—	—	—	—
B 县	—	—	10	—	—	—	—	—
C 县	5	5	5	5	5	5	5	5
D 县	—	—	—	10	—	—	—	10
E 县	—	5	—	5	—	5	—	5
F 县	—	—	—	10	—	—	—	10

注: E 县提高补偿比只限于中医院。

### 2.2 对定点医疗机构和患者的影响

#### 2.2.1 对机构收入的影响

6 个县市调查的定点医疗机构中,虽然中医药服务收入同比有了一定程度的增加,但只有乡镇卫生院中医药服务收入占业务收入比例有所增加,县级医疗机构则均有所下降。可以看出,虽然中医药服

务收入增加了,但占业务收入的比重却可能有所下降(表 2)。

表 2 被调查机构实施中医药补偿政策后业务收入同比增长情况(%)

类目	指标	县中医医院	县人民医院	乡镇卫生院
业务收入	增长率	90.80	42.41	31.28
	占比增长	—	—	—
中医药服务收入	增长率	69.20	35.59	46.54
	占比增长	-2.11	-0.17	0.44
医疗收入	增长率	95.31	49.85	25.27
	占比增长	—	—	—
中医技术服务收入	增长率	41.73	24.40	105.56
	占比增长	-0.90	-0.14	0.68
药品收入	增长率	87.87	36.19	36.51
	占比增长	—	—	—
中药收入	增长率	71.75	36.94	39.01
	占比增长	-3.20	0.04	0.11

注: 中药制剂未统计。

#### 2.2.2 对机构服务量的影响

对门诊处方统计后发现,实施中医药补偿政策地区的门诊中药处方量增长率高于未实施的地区,中药饮片金额占比均普遍高于没有实施的地区,中医药补偿政策对中医药服务利用起到了明显的促进作用,如 B 县中医医院及乡镇卫生院门诊中药饮片处方量同增加了 10.53% 和 36.62%。

中医药补偿政策实施后,补偿的比例有所提高,抽查的住院病历中,中药饮片的例均费用除县级中医院基本持平外,综合医院、乡镇卫生院均有不同程度的增加,其中,县级综合医院增加了近一倍。中药饮片费用占比也有不同程度的提高,但中药饮片使用频率却均呈现了不同程度的下降。同时,由于住院病人使用中药饮片占比很低,有的甚至为零,中药饮片的例均费用、费用占比和使用频率并未提高。

#### 2.2.3 对参合患者受益水平的影响

通过提高中医药服务的补偿比例,使选择使用中医药服务的患者又在原来基础上增加了一定的补偿,在一定程度上减轻了他们的就医负担。6 县市新农合住院实际补偿比同比变化中,除 E、F 县外,其他 4 县增加幅度在 0.85 ~ 9.16 个百分点,随着筹资水平和补偿比例的提高,调查地区参合农民的受益程度在逐渐增加。

### 2.3 中医药补偿政策实施效果的制约因素

调查显示,中医药补偿政策对门诊中医药服务

利用起到了明显的促进作用。中医药费用占住院费用的比例极低,中医药补偿政策在一定程度上提高了中医药服务的利用,但效果十分有限。相对而言,该政策对门诊患者费用的影响作用明显优于住院患者,但总体利用不佳,结合定性访谈资料,分析其制约因素可能有以下几个方面。

### 2.3.1 中医药服务项目较少

当前,各地均将中医药服务纳入了补偿范围,但中医药服务的范围窄、项目少,在国家确定的4 000多项医疗服务项目中仅占到 2.5%。同时这些项目收费又很低,大部分是几元到几十元钱不等,且部分中医诊疗技术项目因只用于保健康复和养生防病,未被纳入新农合补偿范围,在一定程度上制约了其临床应用,限制了其价廉优势的发挥。

### 2.3.2 补偿比提高幅度有限

实际补偿比受政策补偿比和中医药费用占比的双重影响。大多数地区对中医药服务提高了补偿比例,但补偿比提高 10 个百分点对整个医疗费用影响并不大,当中医药费用占比低于 40% 时(假设政策补偿比提高 25 个百分点),实际补偿比的提高不超过 10%;而在一般情况下(补偿比提高 5~10 个百分点、占比低于 10%)实际补偿比的提高则不超过 1 个百分点<sup>[2]</sup>,对实际补偿比的提高影响十分有限。

### 2.3.3 对医疗机构缺乏有效激励措施

由于中医药服务收费较低、利润较少,医疗机构若只提供中医药服务,则将难以维持生计。中医药补偿政策主要体现在提高需方利益上,对供方则没有直接的激励作用,某县中医院院长坦言:“该政策只能起到宣传中医和增加该院患者的作用,大多数医生仍尽量采用西医的检查和治疗方法,仅开少量中药以应付要求”。在政府对医疗机构财政补助严重不足的情况下,要求他们不追求经济效益,而大量使用中医药的愿望是难以实现的。

### 2.3.4 中医药在门诊中的优势与门诊统筹的开展不一致

门诊、住院的中医药服务利用情况差异明显,门诊中医药的使用频率、费用占比均远高于住院。2010 年,全国尚有 20% 的新农合县没有开展门诊统筹,而西部地区超过 25%<sup>[2]</sup>,只补住院、不补门诊的情况与中医药的现实应用情况相反,限制了中医药

补偿政策效果的发挥。

### 2.3.5 中医工作基础薄弱、新农合信息化水平不高,政策宣传不到位

群众对中医药补偿政策缺乏了解,约 20% 的受访参合患者不知道在哪里能获得中医药服务,约 30% 的参合患者表示并不知道中医药有哪些特点。<sup>[1]</sup>据《2010 年我国卫生事业发展统计公报》,中医类别执业(助理)医师占执业(助理)医师的比例仅为 12.2%<sup>[3]</sup>,据全国中医基本现状调查,中医类别执业(助理)医师占执业(助理)医师的比例约为 21%,中医类别执业医师在中医类别医院里只占 35.3%,在综合医院占不到两成。当前每万人口中医类别执业医师数仅为 3 人,且大部分集中在医院,基层医疗机构中医执业(助理)医师较少。乡镇卫生院和村卫生室是农村居民中医服务最主要的提供者,但目前尚有 33.5% 的乡镇卫生院和 42.5% 村卫生室不能提供中医医疗服务,影响了乡、村居民中医服务的可及性。村卫生室中医人员虽多,但质量不高,中医执业(助理)医师人员仅占 5%,以中医药知识为主的乡村医生约占 12%,能中西医结合的乡村医生占 36%,具有一技之长的中医人员约占 3%。<sup>[4]</sup>中医药人员的严重不足,难以满足不断增加的中医药服务需求。虽然国家有关部门针对这一情况采取了一系列措施,但短期内还不能根本改变这一现状,农村中医药人才的匮乏严重影响中医药在新农合中发挥作用。<sup>[5]</sup>凡是中医工作开展好的地区,中医药服务利用比较充分,中医药补偿政策施行效果也比较突出,相反则较差。在新农合信息系统比较落后、管理经办人员不足的地区,增加中医药服务往往会导致其工作量增加,导致部分管理人员不愿推动中医药补偿政策的落实。<sup>[6]</sup>

### 2.3.6 其他因素

调查发现,有的地区乡镇卫生院住院补偿比达到了 80%,若对中医药补偿比再提高 10 个百分点,则其补偿比将达 90%,将有可能诱导过度医疗。有的地区单独针对县级中医院的降低或取消住院起付线的做法将有可能导致住院率的非正常增加,给新农合基金带来风险,且有失公平。

## 3 结论与建议

在新农合中实施中医药补偿政策,通过提高中

医药服务的补偿比例等方法,促进了中医药服务的利用,使选择使用中医药服务的患者减轻了医药负担。但由于中医药服务项目较少,中医药补偿比提高幅度有限和缺乏对医疗机构的激励措施等原因,当前中医药费用占医疗费用的比例仍然较低,中医药补偿政策虽然在一定程度上提高了中医药服务的利用,但总体效果不佳,对参合患者实际补偿比的提高作用十分有限,限制了中医药补偿政策作用的发挥。中医药补偿比受到政策补偿比和中医药占比的双重影响,因此,要提高中医药的实际补偿比,既要提高中医药服务的政策补偿比例,又要提高中医药服务的可及性和可得性。

### 3.1 制定符合中医药使用特点的补偿政策,提高中医药服务的政策补偿比例,发挥中医药在门诊治疗中的优势

对门诊大病(慢性病)治疗使用中医药进行补偿也是发挥中医药特色优势的有效途径,目前急诊患者中选择中医药服务的人数较少,慢性病和亚健康者占较大比重<sup>[7]</sup>,引导慢性病患者选择中医药,并提高补偿比,有利于减轻其疾病经济负担。通过科学测算,对于提高中医药补偿的比例,有学者建议以中医药门诊和住院补偿比例分别提高25%和33%左右为宜。<sup>[8]</sup>建议在制定中医药补偿政策时,应充分考虑中医药在临床上的实际应用情况,进一步完善符合新农合发展水平、符合中医药服务特点的补偿方案,合理确定适宜的中医药补偿比例,根据中医药服务的临床使用情况合理确定优惠政策,使政策效果最大化。结合各地门诊统筹的开展,要尽可能将门诊中医药服务纳入提高补偿范围,针对中医药疗效确切的常见病和多发病加大补偿力度,可进一步提高补偿比例,并使中医药补偿政策进一步规范化、制度化。

### 3.2 加强农村基层中医药服务能力建设,增加中医药服务的可及性

要加强农村中医医疗机构和中医药特色专科建设,吸引中医药人才,特别是高层次的中医人才向农村基层流动。加强现有中医药人才培养,积极做好中医药的宣传工作,提高农村居民对中医服务的可及性。

### 3.3 探索中医药服务供方激励机制,增加中医药服务的可得性

供方是中医药服务提供的关键一环,所起的作用至关重要,建议中医药补偿政策在侧重考虑需方的同时,也要采取一定措施,对提供中医药服务的医疗机构(或医生)也给予一定补偿(或补助),调动他们开展中医药服务的积极性,增加中医药服务的可得性,对实施中医药补偿政策好的地区、医疗机构,卫生行政部门要给予表彰和奖励。如山东平阴县对开具中药饮片处方和运用适宜技术的乡村医生予以补贴和奖励。<sup>[9]</sup>中医药补偿政策应针对所有能够提供中医药服务的医疗机构,凡是使用中医药服务的参合患者,都应享受到中医药补偿政策,这体现了政策的公平性。<sup>[10]</sup>

#### 参 考 文 献

- [1] 张立强,宋太平,赵东辉,等.新农合中中医药补偿策对中医药服务利用的影响[J].中国卫生经济,2010,29(3):48-49.
- [2] 卫生部农卫司,卫生部新农合研究中心.新农合信息统计手册[G].2010.
- [3] 2010年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. [2011-07-25]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201104/51512.htm>
- [4] 中医药局公布我国首次进行中医基本现状调查结果[EB/OL]. [2011-07-25]. [http://www.gov.cn/jrzq/2011-09/14/content\\_1947575.htm](http://www.gov.cn/jrzq/2011-09/14/content_1947575.htm)
- [5] 朱佳卿,李强.中医药补偿政策对新型农村合作医疗影响的思考[J].中国中药杂志,2008,33(24):2999-3001.
- [6] 张立强,汪早立,赵东辉,等.我国新农合中中医药补偿政策的现状调查[J].中国卫生经济,2009,28(6):54-55.
- [7] 程薇,房耘耘,柴冬丽.中医医院的经济运行分析[J].中国卫生经济,2005,24(12):22-25.
- [8] 郭通道,成昌慧,王银燕.中医药在新农合中的廉价优势评价研究[J].中国卫生经济,2007,26(11):24-26.
- [9] 国家中医药管理局办公室.各地采取有力措施注重发挥中医药在新农合中的作用[G].中医药工作简报,2007,7(4).
- [10] 姜伟林,刘建军,吴婷,等.新农合中医药补偿策略分析[J].中国卫生经济,2009,28(9):63-65.

[收稿日期:2011-08-24 修回日期:2012-01-19]

(编辑 刘博)