

农民参合视角下新型农村合作医疗可持续发展研究

——基于中西部地区 7 省 10 县的农户调查

李瑞锋* 胡凌娟 高莉敏

北京中医药大学管理学院 北京 100029

【摘要】目的:了解中西部地区新农合可持续发展现状。方法:利用中西部地区 7 省 10 县的农户调查数据,运用描述统计分析和 logistic 回归分析方法进行了实证研究。结果:中西部地区农民三年持续参合率为 95.7%,未来意愿参合率为 79.9%,47.9% 的农民了解新农合的相关内容,19.3% 的农民认为住院报销起到了非常大的作用。Logistic 回归结果表明,农民参合行为与年龄、职业、家庭规模、健康状况、新农合了解程度、补偿比等变量有关。结论:中西部地区农民持续参合率较高,但是部分人员参合意愿并不高;农民对新农合的了解程度相对偏低;中西部地区新农合住院补偿水平相对偏低。建议:进一步提高新农合住院补偿比,兼顾起付线和封顶线的同步调整,保持不同机构之间的平衡关系;加强政策宣传和简化政策设计。

【关键词】新型农村合作医疗;可持续发展;参合率;意愿

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.07.010

Research on sustainable development of New Rural Cooperative Medical Scheme from perspective of the farmers: Based on the rural household survey of 7 provinces and 10 countries in central and western China

LI Rui-feng, HU Ling-juan, GAO Li-min

School of Management, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

【Abstract】 Objective: To investigate the present status of sustainable development of New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) in Central and Western China. Methods: Based on rural household survey data from 7 provinces including 10 countries in Central and Western China, the methods of descriptive statistics analysis and Logistic Regression Model are used to provide the results. Results: 3-years continuous participation rate is 95.7% and future willingness of participation rate is 79.9% respectively on rural resident survey data in Central and Western China. 47.9% rural residents understand the contents of NRCMS and 19.3% think that hospitalization reimbursement plays an important role. The result of Logistic Regression Model show that rural residents' participation behavior of NRCMS in Central and Western China related to variables such as age, job occupation, state of health, level of understanding and hospitalization reimbursement rate, etc. Conclusion: There is high continuous participation rate of NRCMS in Central and Western China but low future willingness of participation rate. Peasants have low level of understanding of NRCMS and there exists relatively low hospitalization reimbursement rate of NRCMS in Central and Western China. Suggestion: Further increase hospitalization reimbursement rate of NRCMS in Central and Western China taking into account the simultaneous adjustment of starting line, top line, and balance of different medical institutions. Strengthen the policy advocacy and simplify the policy design.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme; Sustainable Development; Participation Rate; Willingness

* 基金项目:教育部人文社科基金青年项目(09YJC790020)

作者简介:李瑞锋,男(1978 年—),博士,副教授,主要研究方向为农村医疗和农村经济。E-mail: lirui Feng@bucm.edu.cn

从 2003 年开始新型农村合作医疗在中央财政的支持下不断发展,目前已经覆盖所有农村地区。实现新型农村合作医疗的可持续发展是制度建设的本质要求,与东部发达地区相比,中西部地区推动实现新型农村合作医疗的可持续发展显得更为关键。新型农村合作医疗可持续发展受到多个主体的影响,包括作为受益主体的农民、作为资金投入主体的各级政府(中央、省、市、县)、作为操作和执行主体的县级新型农村合作医疗管理部门、作为医疗服务主体的定点医疗机构等。其中,农民作为需求主体和受益主体,对新型农村合作医疗可持续发展的影响是直接的。本文基于农户调查对中西部地区新型农村合作医疗可持续发展进行了研究。

1 资料与方法

1.1 数据来源

表 1 2009 年样本地区基本情况

地区	省份	县(市)	农业人口数(万人)
中部	湖南	望城县	42.08
		宜章县	45.24
	山西	柳林县	27.48
		中阳县	9.45
	黑龙江	友谊县	28.42
西部	贵州	赤水市	22.93
	重庆	荣昌县	63.79
	甘肃	甘谷县	56.01
		武山县	38.88
	内蒙古	四子王旗	15.02

本文数据来源于课题组在 2010 年 1—7 月对中西部地区的湖南、山西、甘肃、内蒙古、黑龙江、贵州、重庆 7 个省份 10 个县(市)进行的调研,其中,中部地区 3 个省 5 个县,西部地区 4 个省 5 个县。研究所使用的数据主要包括两方面:一方面是关于农户的调查数据。农户调查每个县的样本量在 100~120 户之间,共调查了 1 040 户。调研主要包括农民的基本情况、参合情况、参合意愿、对新型农村合作医疗的认知和评价等内容;另一方面是关于新型农村合作医疗基金的筹集和补偿的数据,该数据由当地新型农村合作医疗办公室提供。资料显示,样本地区的农业人口数存在较大差异,农业人口数最少的县仅

有 9.45 万人,最多的达到 63.79 万人,导致不同地区的新型农村合作医疗统筹能力明显不同(表 1)。

1.2 研究方法

采用入户调查的方式收集数据,经培训合格的调查员深入样本户按照事先设定并经过预调查修改后的调查表,对样本农户成员进行询问调查,调查对象为户主,同时也询问了其他成员的相关信息。所有调查数据都采用 SPSS18.0 进行录入和统计分析,并经过核对。

由于农户参合行为是一个二分选择变量,本文选择 logistic 模型对农民参加新型农村合作医疗的相关因素进行分析。相关研究认为,影响农户参合行为的因素是多方面的。^[1-2] 这些文献为本文提供了理论基础及假说,在文献研究的基础上,根据调查所得的数据,本文分析了中西部地区农民参加新型农村合作医疗的主要影响因素,包括四类:第一类是农民的个人特征变量,包括年龄、性别、职业、文化程度、健康自评;第二类是农户家庭变量,包括人均纯收入、家庭规模;第三类是新型农村合作医疗政策的相关变量,包括农民对新型农村合作医疗政策的了解程度、新型农村合作医疗制度的名义补偿比;第四类是地区虚拟变量。具体各变量的名称及含义如表 2。

表 2 模型变量描述

自变量	变量定义
性别	男性 = 1, 女性 = 0
年龄	实际值
文化程度	
初中	初中 = 1, 否则 = 0; 参照组为小学及以下
高中及以上	高中及以上 = 1, 否则 = 0; 参照组为小学及以下
职业	
农业生产者	农业生产者 = 1, 否则 = 0; 参照组为其他职业
打工	打工者 = 1, 否则 = 0; 参照组为其他职业
个体工商户	个体工商户 = 1, 否则 = 0; 参照组为其他职业
乡村干部	乡村干部 = 1, 否则 = 0; 参照组为其他职业
健康自评	健康自评较好 = 1; 健康自评较差 = 0
人均纯收入	反映家庭经济情况, 实际值
家庭人口数	反映家庭规模, 实际值
新农合了解程度	了解 = 1, 不了解 = 0
名义补偿比	政策规定的县级医疗机构住院名义补偿比, 实际值
地区虚拟变量	中部地区 = 1, 西部地区 = 0

具体模型如下:

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 \text{Gender} + \beta_2 \text{Age} + \beta_3 \text{Edu} + \beta_4 \text{Family} + \beta_5 \text{career} + \beta_6 \text{income} + \beta_7 \text{Health} + \beta_8 \text{cognition} + \beta_9 \text{Reimburse} + \sum_{s=1}^n \gamma_s D_s + \varepsilon$$

其中:P 表示农民参加新型农村合作医疗的概率; β 、 γ 为待估计参数;Gender: 性别;Age: 年龄;Edu: 文化程度;Career: 职业;Family: 家庭规模;Income: 人均纯收入;Health: 健康自评;Cognition: 对新农合政策的了解程度;Reimburse: 名义补偿比;D: 地区虚拟变量。

2 结果

2.1 中西部地区农民持续参加新型农村合作医疗的现状

2003 年新型农村合作医疗试点以来,各级政府都把提高农民参合率作为重点工作加以推进,每年都出台文件专门进行部署,开展广泛的宣传动员工作,有的地方甚至还提出参合率的目标要求。样本调查显示,截至 2010 年,中西部地区农民的户参合率为 93.2%,其中,中部地区的户参合率为 92.6%,西部地区的户参合率为 93.8%。

2.1.1 中西部地区农民的持续参合水平

2008 年新型农村合作医疗已经全面覆盖农村地区,即使试点启动最晚的县,运行时间也已经超过三年,因此,具备获取农户持续参合数据的条件。样本调查显示,中西部地区所有在 2008 年以前开始参加新型农村合作医疗的农民中,2008—2010 年间的持续参合率为 95.7%,已经处于相对较高的水平。从地区角度来讲,中部地区的持续参合率(96.8%)高于西部地区(94.7%)。

2.1.2 中西部地区农民的未来参合意愿

农民未来的参合意愿反映了农民对现行政策的了解和对未来政策的预期,是衡量政策能否可持续发展的重要指标之一。样本调查显示,中西部地区有 79.9% 的农民在未来三年会持续参加新型农村合作医疗,有 17.1% 的农户无法确定未来三年是否会持续参合,这些农户表示将根据具体情况而定(表 3)。

表 3 中西部地区农民未来三年持续参合意愿(%)

地区	是	否	看情况
中部	76.8	3.3	19.9
西部	83.0	2.7	14.4
合计	79.9	3.0	17.1

2.1.3 中西部地区农民未持续参合原因

进一步调查农民没有持续参合的原因发现,主要原因是“以前参合,很少能获得报销”,占全部未持续参合农民的 45.5%;其次是“家人身体好,不需要参加”,占 20.5%。地区之间存在一定的差异,西部地区农民认为“以前参合,很少能获得报销”的比例明显高于中部地区(表 4)。

表 4 中西部地区农民未持续参合的原因(%)

未持续参合原因	中部	西部	合计
以前参加,很少能获得报销	31.3	53.6	45.5
家人身体好,不需参加	31.3	14.3	20.5
报销标准太低	6.3	3.6	4.5
报销手续太复杂	6.3	3.6	4.5
家庭困难,参合费太高	0	7.1	4.5
实在看不起病,参加也无用	6.3	0	2.3
有家人长期在外	0	3.6	2.3
已经参加其他医疗保险	6.3	3.6	4.5
其他	12.5	10.7	11.4

2.2 中西部地区农民对新型农村合作医疗的评价

新型农村合作医疗作为一项直接关系农民切身利益的民生制度,受到各级政府和社会的普遍关注,农民作为受益主体和需求主体,对新型农村合作医疗的了解程度和评价直接关系到农民的参合行为,进而影响新型农村合作医疗的可持续发展。

2.2.1 中西部地区农民对新型农村合作医疗的了解程度

样本调查显示,中西部地区农民对新型农村合作医疗相关内容的了解程度相对偏低,“非常了解”和“基本了解”的农民仅仅占全部调查农民的 47.9%,其中“非常了解”的农民占比不到 10%,同时,有 41.8% 的农民了解很少,有近 10.3% 的农民对新型农村合作医疗的具体内容几乎一点也不了解(表 5)。

表5 中西部地区农民对新型农村合作医疗的了解程度(%)

地区	非常了解	基本了解	了解很少	一点也不了解
中部	6.5	41.4	44.4	7.7
西部	7.7	40.3	39.5	12.5
合计	7.1	40.8	41.8	10.3

为进一步分析农民对新型农村合作医疗具体内容的了解程度和熟悉程度,同时考虑到现行新型农村合作医疗制度主要是补偿住院费用,调查了农民对各级医疗机构关于住院补偿比例高低情况的了解程度。样本调查显示,有48.0%的农民认为在乡镇卫生院、县级医院、县以上大医院三类医疗机构中,住院补偿比例最高的是乡镇卫生院,这一认识和现行政策是一致的;但是也有21%的农民对现行政策的认识是偏离的、不准确的,其中,认为住院补偿比例最高的医疗机构是县级医院的占8.9%,认为是县以上大医院的占7.8%,认为三类医疗机构住院补偿比例都一样的占4.3%;另外,还有31.0%的农民对住院补偿比例的现行政策不清楚(表6)。实际上,各样本县2009年新型农村合作医疗实施方案都规定,乡镇卫生院、县级医院和县以上大医院三类机构的住院补偿比例呈梯度依次降低,乡镇卫生院的补偿比例是最高的。不仅如此,不同机构之间的补偿比例差距还比较明显:(1)大部分县市,乡镇卫生院和县级医院之间的补偿比例差距为10~15个百分点,差距最大的荣昌县相差达30个百分点;(2)大部分县(市),县级医院与县以上大医院之间的补偿比例差距为15~20个百分点,差距最大的荣昌县相差达25个百分点。

表6 中西部地区农民对各级医疗机构住院补偿政策的了解程度(%)

地区	补偿比例最高的医院				
	乡镇卫生院	县级医院	县以上大医院	都一样	不清楚
中部	48.8	10.4	7.0	5.5	28.3
西部	47.2	7.6	8.5	3.2	33.5
合计	48.0	8.9	7.8	4.3	31.0

上述分析可知,对于在哪个机构的住院补偿比例高(或低)的问题尚且有许多农户不了解,那么,对于看病就医发生费用后的具体补偿比例和起付线问题,更是了解甚少。样本调查显示,关于起付线问

题,甘谷县和宜章县分别有46.9%和19.5%的农民不清楚县级医院的住院补偿起付线金额;宜章县有15.9%的农民报告的起付线高于当地政策规定的起付线,30.5%的农民报告的起付线低于当地政策规定的起付线。关于补偿比例问题,甘谷县有31.3%的农民不清楚县级医院的住院补偿比例,另外还有40.6%的农民报告的补偿比例低于当地政策规定的补偿比例;宜章县有19.5%的农民不清楚县级医院的住院补偿比例,另外还有17%的农民报告的补偿比例低于当地政策规定。

2.2.2 中西部地区农民对新型农村合作医疗补偿制度的评价

关于参合费高低的评价,样本调查显示,有30.5%的农民认为目前个人所缴纳的参合费相对偏高,其中,仅有4.1%的农民表示参合费偏高且难以承受;有65.5%的农民认为目前的参合费适中或偏低,表明目前我国中西部地区农民对于参合费基本都能承受,参合费标准相对比较合理(表7)。

表7 中西部地区农民对参合费的评价(%)

地区	偏高,不能承受	偏高,但能承受	适中	偏低	无法评价
中部	3.1	28.5	58.6	3.9	5.9
西部	5.1	24.4	63.1	5.3	2.1
合计	4.1	26.4	60.9	4.6	3.9

针对新型农村合作医疗制度以补偿住院为主的特点,本文重点研究了农民对于住院补偿作用的评价。样本调查显示,有19.3%的农民认为住院补偿起到了非常大的作用,明显减轻了疾病负担,有38.3%的农民认为住院补偿起到的作用一般,有9.5%的农民认为住院补偿没有发挥作用,有32.9%的农民不了解住院补偿的情况,也没有享受到住院补偿,所以无法做出评价(表8)。

表8 中西部地区农民对住院补偿作用的评价(%)

地区	非常大	一般	没什么作用	无法评价
中部	16.4	43.0	11.7	28.9
西部	22.2	33.7	7.4	36.7
合计	19.3	38.3	9.5	32.9

进一步调查中西部地区农民对新型农村合作医疗的总体评价,样本调查显示,有77.9%的农民对新

型农村合作医疗的总体评价是满意的,有 11.3% 的农民没有做出评价,有 10.8% 的农民表示不满意(表 9)。

表 9 中西部地区农民对新型农村合作医疗的总体评价(%)

地区	非常满意	基本满意	不满意	无法评价
中部	12.5	65.0	11.7	10.7
西部	21.4	56.8	9.8	11.9
合计	17.0	60.9	10.8	11.3

2.3 中西部地区农民参加新型农村合作医疗的影响因素分析

模型研究结果表明,年龄、职业、家庭规模、健康状况、对新农合的了解程度、新农合的名义补偿比等变量具有统计学意义,农民是否参加新型农村合作医疗与上述因素有关(表 10)。

表 10 农民参合率回归模型结果

变量	系数	Wald	OR	OR95% CI	
性别	0.057	0.043	1.058	0.620	1.805
年龄	0.038***	8.908	1.039	1.013	1.065
文化程度					
初中	0.199	0.363	1.220	0.640	2.326
高中及以上	-0.301	0.582	0.740	0.342	1.603
职业					
农业生产者	-0.532	1.385	0.587	0.242	1.425
打工	-0.863*	3.497	0.422	0.171	1.042
个体工商户	0.460	0.417	1.584	0.392	6.403
乡村干部	0.063	0.005	1.065	0.203	5.587
健康自评好	-0.834**	4.437	0.434	0.200	0.944
人均纯收入	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000
家庭人口数	0.525***	18.503	1.690	1.331	2.147
新农合了解程度	1.088***	13.480	2.969	1.661	5.309
名义补偿比	0.025**	4.680	1.026	1.002	1.050
地区虚变量	-0.180	0.447	0.835	0.493	1.416
常数	-2.151*	3.774	0.116		

注: * 表示在 10% 水平上通过统计学检验, ** 表示在 5% 水平上通过统计学检验, *** 表示在 1% 水平上通过统计学检验

年龄变量在 1% 的水平上通过统计学检验,不同年龄的人参加新型农村合作医疗的积极性是不同的,年龄越大的人越愿意参加,参合的概率越大。职

业变量在 10% 的水平上通过统计学检验,主要体现为相对于其他从业者,在外打工者参加新型农村合作医疗的积极性较低,参合概率偏低。家庭规模变量在 1% 的水平上通过了统计学检验,家庭规模越大的农民越倾向于参加新型农村合作医疗,参合概率越大。健康自评变量在 5% 的水平上通过统计学检验,健康状况越好的农民参加新型农村合作医疗的概率越小,健康状况越差的农民参加新型农村合作医疗的积极性越高,参合概率越大。关于新型农村合作医疗政策的了解程度在 1% 的水平上通过统计学检验,农民对新型农村合作医疗政策的了解程度越深,参加新型农村合作医疗的概率就越大,了解新型农村合作医疗政策的农户参合率是不了解新型农村合作医疗政策的 2.969 倍。新型农村合作医疗的名义补偿比在 5% 的水平上通过统计学检验,名义补偿比越高,农民参合的积极性越高,参合概率越大。

3 讨论

3.1 中西部地区农民持续参合率较高,但是部分人员未来参合意愿并不高

样本调查显示,农民的三年持续参合率保持较高水平,但是未来参合意愿却低于实际参合水平,这意味着农民对新型农村合作医疗制度仍然存在犹豫,并没有表现出坚定的参合意愿,需要进一步提高新型农村合作医疗制度的吸引力,保持其可持续发展。

3.2 中西部农民对新型农村合作医疗制度的了解程度不高,影响了受益水平和政策效果

中西部地区农民对新型农村合作医疗制度的了解程度不高,许多农民对新型农村合作医疗的补偿政策、报销比例等直接关系切身利益的问题了解甚少,这与相关研究的结论一致。^[3-4]模型结果显示,农民对新型农村合作医疗的了解程度越高,参合率也越高,农民只有对新型农村合作医疗的相关政策比较了解才能决定是否参加,这是以自愿为基本原则的新型农村合作医疗制度的主要特点。农民对新型农村合作医疗政策了解程度较低容易导致政策效

果难以实现,并影响农民受益水平。样本调查显示,不同医疗机构之间的补偿比都呈现出具有明显差别的梯度变化特点,目的是使农民就医更多的向基层医疗机构倾斜,但是部分县市的乡镇卫生院住院补偿人次分布比例却低于县级医院(甘谷县和武山县),部分县市的县级医院住院补偿人次分布比例却低于县以上大医院(望城县、友谊县、柳林县和中阳县),政策效果并未完全实现,也影响了农民受益水平。

造成农民对政策缺乏了解的原因是多方面的,其中政策宣传不到位、政策设计过于复杂是重要原因,有些县的新型农村合作医疗实施方案对于同级医疗机构还根据规模大小设定不同的补偿标准,对同一医疗机构还根据费用的不同实行有差别的补偿比例,这些复杂的设计明显不符合农民的认知特点和认知习惯。

3.3 中西部地区新型农村合作医疗住院补偿水平相对偏低

模型分析表明,住院补偿比越高,农民参合概率越大,但是目前中西部地区农民认为新型农村合作医疗住院补偿比仍然偏低,作用有限,仅有不到 20% 的农民认为住院报销起到了非常大的作用。进一步分析发现,大部分样本县市的住院补偿水平仍然偏低,2009 年县级医疗机构名义住院补偿比最低的县为 45%,最高的县为 80%,大部分县市都在 60% 以下。而 2009 年实际住院补偿比最低的县不足 30%,大部分县市都在 40% ~ 50% 之间,最高的县为 54.9%,不足 60%。新型农村合作医疗是一项社会医疗保险计划,按照保险学的观点,医疗保险的补偿水平只有达到 50% 以上才会产生风险共济的作用^[5]。目前城镇居民基本医疗保险的补偿水平大多维持在 50% ~ 60% 的水平,高于目前中西部地区新型农村合作医疗的补偿水平。世界卫生组织建议实际住院补偿比应该达到 70%^①,明显高于新型农村合作医疗现行的补偿水平。因此,相对来讲,中西部地区新型农村合作医疗的住院补偿水平仍然相对

偏低。

本研究选择县级医院住院补偿比作为指标进行分析的主要原因是考虑到目前的新型农村合作医疗主要是以住院补偿为主,而住院补偿一般又分为乡镇卫生院、县级医院和县以上医院三个类别,其中,县级医院的住院人次比例和住院费用比例都相对较高,所以选择县级医院的住院补偿变量为代表性研究变量。理论上,反映县级医院补偿的变量包括起付线、补偿比、封顶线等,这些变量都会影响农民的受益,进而影响参合行为,但是一般来说住院封顶线不是针对县级医院的补偿封顶,而是针对每个参合农民在所有医疗机构的住院补偿封顶,而且大部分样本县都具有相同的住院补偿封顶线(2009 年为 30 000 元),所以未将该变量引入模型。样本调查显示,2009 年样本县的起付线只有三个类别:100 元、200 元、300 元,而且起付线和补偿比之间具有明显的负相关性,补偿比例较高的县,起付线相对较低,补偿比例较低县,起付线相对较高,所以未将补偿比例和起付线同时引入模型,否则会产生多重共线性。也未将乡镇卫生院和县以上医院的相关补偿变量同时纳入模型,还考虑到不同县市的这两类机构和县级医院之间在各补偿变量取值上具有正相关性。例如,县级医院补偿比较高的县,其乡镇卫生院和县以上医院的补偿比也相对较高,起付线也表现出同样的特征,如果同时将这些变量引入模型,会产生多重共线性。最终,只选择县级医院的补偿比作为代表性变量纳入模型中。

4 政策建议

4.1 进一步提高新型农村合作医疗住院补偿比,增强制度吸引力

提高新型农村合作医疗住院补偿比,有利于进一步增强制度吸引力,提高参合率和参合意愿。从现阶段来讲,实际住院补偿比至少应该提高到 60% 以上,这一补偿水平的实现需要其他配套政策的支持,包括控制医疗费用、大力推进基层医疗机构实施基本药物制度、规范医疗机构行为避免门诊转住院

① 世界卫生组织对筹资公平性曾提出了一些倡导,提出为了保证卫生筹资的公平性,应把使用者付费水平控制在 30% 以下,以此为据,参合农民的补偿比应至少达到 70%。

现象的发生等。同时,补偿比的提高受到筹资水平的约束,目前,中西部地区的筹资水平基本相同,都是按照国家相关政策确定筹资标准,2009 年的筹资标准基本都是 100 元,自试点以来,国家已经四次提高新型农村合作医疗筹资标准,未来还将继续提高,因此,补偿水平的提高具有可行性。

4.2 住院补偿比的提高要兼顾起付线和封顶线的同步调整,同时要保持不同机构之间在报销比等补偿变量上的数量平衡关系

在提高补偿比的同时,要兼顾起付线和封顶线的同步调整,同时,要保持不同机构之间关于补偿比等补偿变量的数量平衡关系。例如,住院补偿比在不同机构之间要形成明显的梯度分布关系,由乡镇卫生院到县以上医院,补偿比要逐步递减。根据对样本县的研究,乡镇卫生院和县级医院之间、县级医院和县以上医院之间的住院补偿比的差距至少要在 15 个百分点以上,否则难以实现新型农村合作医疗关于将农民看病就医向基层医疗机构倾斜的政策意图。因此,确定了县级医院的住院补偿比也就自然确定了其他两类机构的补偿比,根据现有的筹资水平,县级医院的名义住院补偿比至少应该达到 70% 以上,起付线不超过 300 元。经过近 10 年的试点,各县已经积累了大量的数据,结合基线调查,可以进行科学的补偿经费测算,确定合理的补偿方案,可以根据实际情况在现有方案基础上进行适当调整。

4.3 加强政策宣传和简化政策设计是未来需要进一步完善的工作

不断加强新型农村合作医疗相关政策的宣传是

提高和巩固参合率非常关键的措施,未来需要进一步加强对政策的宣传,针对目前新型农村合作医疗实行的广泛性,以及基层政府长期开展的大量宣传,新型农村合作医疗对于农民来说已经不是新鲜事物,基本内容都已了解,现阶段,需要加强的是该项政策具体内容的宣传,让农民真正了解政策的核心内容。同时也要考虑农民的认知习惯和认识水平,要进一步简化政策设计,真正发挥政策的效果,避免复杂的政策设计对政策宣传和实施效果的影响。

参 考 文 献

- [1] 高梦滔,高广颖,刘可. 从需求角度分析新型农村合作医疗制度运行的效果——云南省 3 个试点县的实证研究[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(5): 9-12.
- [2] 叶慧,谢冰. 农户参加新型合作医疗的影响因素分析——基于少数民族贫困地区的个案调查[J]. 统计研究, 2008(10): 68-72.
- [3] 王红漫,顾大男,杜远举,等. 新型农村合作医疗参与、满意度及持续性的影响因素分析[J]. 中国人口科学, 2006(5): 42-49.
- [4] 张忠元,张媚,杨幼平,等. 从认知度和关注度讨论参合农民对新农合的监管问题[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(10): 689-691.
- [5] 于保荣,孟庆跃,严非,等. 新型农村合作医疗筹资水平与筹资能力分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(9): 51-53.

[收稿日期:2012-03-27 修回日期:2012-06-17]

(编辑 薛云)