

# 我国新农合重大疾病保障制度的政策分析

代涛\* 毛阿燕 谢莉琴 周颖萍

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

**【摘要】**目的:回顾我国新农合大病保障制度的发展过程,分析政策执行现状和运行效果,为完善政策提供参考。方法:利用政策分析方法,分析新农合大病医疗保障政策的形成背景、执行与效果,其中定量资料用描述性统计方法进行分析。结果:自 2010 年政策启动,新农合大病保障的病种及试点范围稳步扩大,2012 年全国大病保障有 99.6 万名患者受益,受益率为 12.45 人次/10 万参合人口,东部地区受益率高于中部和西部地区;全国 20 种大病实际补偿比达 65.39%,儿童两病等 4 类大病的实际补偿比超过 70%,中部地区补偿水平略高于东部和西部地区。结论:新农合重大疾病保障政策推进良好,基本实现政策目标,但区域间保障待遇存在差异,保障受益面有待进一步提高,可持续发展也面临挑战。建议:多种方式提高新农合大病保障水平,处理好新农合大病与一般疾病保障的关系,促进保障工作的可持续发展,加强对政策实施的监督与评价。

**【关键词】**新农合; 重大疾病; 政策分析

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.06.002

## Policy analysis on the catastrophic disease insurance of New Rural Cooperative Medical Scheme in China

DAI Tao, MAO A-yan, XIE Li-qin, ZHOU Ying-ping

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

**【Abstract】** Objective: To review the development process of the catastrophic disease insurance of New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) in China, with use of quantitative analysis to evaluate the effect of this policy and to provide policy suggestions. Methods: A qualitative research method was used to analyze catastrophic disease insurance, and descriptive statistic method was used on data analysis. Results: Since 2010 when the catastrophic disease insurance was launched in NRCMS, the pilot and disease types were continually expanded. There were nearly 1 million patients sharing this benefit in the year 2012, with the average actual reimbursement rate being 65.39%. Conclusion: The implementation of catastrophic disease insurance was handled well and it achieved the basic goal of this policy. The disparity between regions should be noticed, however, and the policy's sustainable development is still facing challenges. Suggestions: Utilize different means to improve the benefits provided by catastrophic disease insurance, as well as investigate further its relationship to NRCMS insurance. The supervision and evaluation of the policy's outcomes also need to be examined in more detail.

**【Key words】** New Rural Cooperative Medical Scheme; Catastrophic disease; Policy analysis

重大疾病灾难性卫生支出是造成农村家庭因病致贫的重要原因<sup>[1]</sup>。新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)作为一种由政府组织、引导、支持,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民互

助共济制度,在设立之初就强调了对农民高额医疗费用的分摊补偿作用<sup>[2]</sup>。随着新农合覆盖面扩大和筹资水平的提高,2010 年启动了新农合大病保障政策试点,以缓解居民大病高额医疗费用支出,目前,

\* 基金项目:卫生部农卫司 2012 年“提高新农合重大疾病保障水平试点工作进展及效果的跟踪评价研究”

作者简介:代涛,男(1969 年—),研究员,主要研究方向为卫生政策。E-mail: daitao@imicams.ac.cn.

大病保障病种及地区覆盖已初具规模。国内外关于大病保障制度的研究主要集中在对基金筹集、部门职责、支付方式等制度建设的探讨<sup>[3-5]</sup>,也有对部分省、市新农合大病实施效果的研究,而对于新农合大病保障工作的政策演变及在全国的总体实施效果的分析较少<sup>[6-8]</sup>。本研究对国家新农合大病保障政策的演变过程、各地对政策的执行和落实现状进行分析,从供方角度对受益、补偿情况等反映政策实施效果开展定量评价,以期为进一步完善新农合大病保障制度建设提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

收集国家和省级新农合大病医疗保障相关资料和数据。主要包括:(1)政策文件。国家和地方关于新农合大病医疗保障的相关政策文本。(2)定量数据。以各省份2012年上报的《提高新农合重大疾病医疗保障水平试点工作基本情况调查表》和《提高农村居民重大疾病医疗保障水平试点工作补偿情况报表》数据为主要内容,纳入范围为除天津、上海、广东和西藏四地外的27个省份。

### 1.2 研究方法

利用政策分析的思路和方法,探讨新农合大病医疗保障政策的形成背景、过程与效果。政策背景的梳理主要基于对国家以及省级层面新农合大病医疗保障相关政策文件的归纳整理,发现政策的缘起、演变规律及发展方向。定量资料以描述性统计为主,分层测算不同区域不同种类大病的政策覆盖情况、保障收益情况和补偿比。

## 2 结果

### 2.1 政策形成背景

新农合自2003年启动以来不断取得新进展,2008年全面覆盖农村地区。2009年,参合人数已达8.33亿,筹资总额为944.35亿元,人均筹资水平113.37元,全国政策范围内住院补偿比达到55%,最高支付限额已经达到农民年均收入的6倍左右,有效缓解了参合农民的就医经济负担。但是,对于一些重大疾病,参合农民医疗费用的经济负担仍然较重,因病致病、因病返贫的现象持续存在<sup>[9]</sup>,尤其是农村儿童大病患者因费用较高不能得到及时救治的问题,引起了社会广泛关注。2009年中共中央、国务

院《关于深化医药卫生体制改革的意见》中对城乡基本医疗保障体系建设明确提出了“从重点大病起步,逐步向门诊小病延伸”的工作要求,为新农合重大疾病保障奠定了政策基础。

考虑到对家庭和社会的影响严重程度,新农合首先选择了从儿童大病开始试点。在各类儿童重大疾病中,先心病是我国5岁以下儿童的首位死因,目前针对于先心病的治疗手段主要以手术为主,但高额的医疗费用给患儿家庭带来沉重负担。儿童白血病的发病率为2/10万人,是一种需要长期治疗的疾病,一般需要2~3年时间,所需治疗费用10万~30万元,骨髓移植费用30万~100万元,高额医疗费用导致许多贫困家庭放弃治疗,接受正规治疗的患儿不到10%。在新农合筹资水平难以较快大幅度提高的情况下,2010年先行选择部分儿童重大疾病开展提高保障水平试点,不仅可以有效解决部分农村儿童重大疾病救治问题,也可最大限度发挥有效资源的使用效益,逐步探索符合中国实际的提高重大疾病保障水平的有效途径。

温家宝总理在2010年政府工作报告中明确提出,要开展提高农村儿童白血病、先心病医疗保障水平的试点工作。国务院《医药卫生体制五项重点改革2010年度主要工作安排》也将此项试点工作列为重点任务之一。为落实国务院要求,卫生部于2010年6月7日出台了《关于开展提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作的意见》,要求各地通过新型农村合作医疗制度和医疗救助等各项医疗保障制度的紧密结合,优先选择几种危及儿童生命健康、医疗费用高、经积极治疗预后较好的重大疾病开展试点,探索有效的补偿和支付办法,提高重大疾病的医疗保障水平。

### 2.2 政策内容

2010年,新农合大病保障政策明确了提高农村儿童大病医疗保障水平工作的指导思想和基本原则,并就合理确定试点地区和疾病、明确救治医院、完善医疗费用补偿办法、改善医疗保障服务管理和试点工作的组织安排等方面提出了具体要求。各省份选择2~3个适宜的县(市),从解决0~14周岁(含14周岁)儿童所患急性白血病和先天性心脏病两类重大疾病入手,优先选择儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性房间隔缺

损、儿童先天性室间隔缺损、儿童先天性动脉导管未闭、儿童先天性肺动脉瓣狭窄等 6 个病种进行试点。

2011 年,新农合大病在保障儿童两病的基础上,逐步向其他成人重大疾病扩展,并要求以省为单位推开提高儿童白血病、先天性心脏病保障水平的试点。要求结合当地实际和基金收支等情况,选择疗效确切、费用较高、社会广泛关注的病种,逐步扩大重大疾病救治试点的病种范围,可优先考虑妇女宫颈癌、乳腺癌、重性精神疾病等病种。

2012 年,为进一步提高重大疾病患者医疗保障水平、完善大病保障救助机制,国务院出台《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,探索建立重特大疾病保障机制,要求充分发挥基本医保、医疗救助、商业健康保险、多种形式补充医疗保险和公益慈善的协同互补作用,切实解决重特大疾病患者的因病致贫问题。根据国务院和卫生部的政策实施部署,当年的重点工作是扩大新农合大病保障工作的覆盖面和增加病种;探索建立省级统筹的重特大疾病保障基金,提高实际报销比例(表 1)。

表 1 2010—2012 年新农合大病保障政策的主要内容

| 年份   | 病种范围 | 区域范围   | 补偿要求   | 支付方式  | 其他       |
|------|------|--|--|---|----------|
| 2010 | 2 种  | 各省份结合实际和公立医院改革试点工作,在本辖区内选择 2~3 个参合人口多、信息化管理能力较强、已经开展省(市)级定点医疗机构即时结报工作和医疗救助“一站式”服务的县(市)开展试点工作 | 对试点病种的补偿比例应达到本省份限定费用的 70% 左右,医疗救助对符合条件的患者再行补偿,补偿比例不低于限定费用的 20% | 按病种付费,不受新农合报销药品目录与诊疗项目目录限制,不设起付线,且不计入患者当年新农合封顶线计算基数 | —        |
| 2011 | 8 种  | 以省为单位,推开儿童两病大病保障;有条件的区域扩大病种范围,优先考虑扩展的 6 种大病  | 以省为单位,推开 8 种大病保障;有条件的区域扩大病种范围,优先考虑扩展 12 种大病                    | 提出大病分级治疗  | 提出引入商业保险 |

注:2012 年 2 种大病:0~14 周岁(含 14 周岁)儿童所患急性白血病和先天性心脏病;2011 年 8 种大病:儿童白血病、儿童先天性心脏病、终末期肾病、妇女乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、艾滋病机会性感染和耐多药肺结核;2012 年在 2011 年 8 种基础上新增 12 种:血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、1 型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、脑梗死、结肠癌、直肠癌。

## 2.3 政策实施

### 2.3.1 2010—2012 年度各地政策执行概况

2010 年,各地陆续出台了提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作实施方案。2011 年初,全国已有 5 200 余名先心病和白血病患者得到救治,新农合补偿的医疗费用达到 7 000 余万元。

2011 年,提高儿童先心病、急性白血病医疗保障水平工作在全国全面推开,19 个省份开展了新增病种工作,逐步扩大重大疾病救治试点的病种范围。2011 年底,全国儿童两病累计有 18 万余群众受益,累计补偿 5.44 亿元,占新农合基金的 2.66%,并有半数以上省份推开妇女两癌等 6 类大病的试点工作。

2012 年,儿童两病医疗保障工作在全国范围内以省为单位全面推开;25 个省份已在全省范围内或大部分地区开展了终末期肾病等 6 个病种的试点工作;湖北等 23 个省开展了肺癌等 12 个新增病种的试点工作。全国共有 99 万名患者纳入新农合重大疾病救治保障范围,实际补偿比达到 65.4%,其中,全国共救治白血病患者 10 185 人、先心病患儿 19 549 人、乳腺癌等 6 个病种患者共 51.98 万人、新增 12 个试点病种 30.38 万人,补偿总额超过 60 亿元,占新农合基金的 2.5%。

### 2.3.2 不同地区新农合大病政策病种及覆盖情况

2012 年,政策要求以省为单位全面推开 8 类重大疾病保障工作,在 1/3 统筹地区将 12 类大病纳入试点范围。2012 年底,全国共有 21 个省份开展了 20 种大病的试点工作,其中北京、江苏、辽宁、海南、河北、湖北、湖南、江西、甘肃、广西、贵州、青海、新疆和云南等 14 个省份在全部县级区域开展了 20 种大病保障工作;福建、山东、浙江、山西、安徽、黑龙江和四川等 7 省份基本在全省所有新农合县内开展了 8 类大病保障工作,并在部分县开展了 12 类大病保障工作试点。吉林省和重庆市在 8 类大病全覆盖基础上,在 12 类大病中分别选择了 8 种进行试点,其中吉林省将试点推广到了全省。陕西省仅对国家要求全面推开的 8 类大病进行了全省范围内的试点,而内蒙古今年在全省范围内开展了 5 类大病试点工作。河南和宁夏两个省份仅开展了儿童两病的大病保障工作(表 2)。

表2 2012年各省份20种大病试点覆盖范围

| 省份     | 新农合县全部覆盖                                  | 新农合县未全覆盖              |
|--------|---|-----------------------|
| 病种全覆盖  | 北京、江苏、辽宁、海南、河北、湖北、湖南、江西、甘肃、广西、贵州、青海、新疆、云南 | 福建、山东、浙江、山西、安徽、黑龙江、四川 |
| 病种未全覆盖 | 吉林(16)、陕西(8)、内蒙古(5)、河南(2)、宁夏(2)           | 重庆(16)                |

注:括号内为覆盖的病种数量。

在国家规定优先纳入试点的20种大病外,安徽、辽宁、吉林等16个省份结合本省实际新增了部分病种,其中安徽省新增病种数最多,达到了30种,以冠心病、成人先心病以及白血病等心血管系统疾病为主。吉林省和辽宁省分别新增了19种和11种大病,其余省份新增病种为1~8种。同时,部分省份将一些地方病或发病率较高的病种纳入大病保障范围,如内蒙古、新疆和青海分别新增了鲁氏杆菌病、肝硬化和肝癌(表3)。

表3 2012年新增试点病种情况

| 省份 | 新增病种数 | 新增病种名称  |
|----|-------|---|
| 安徽 | 30    | 急性早幼粒白血病(>14岁)、双侧感音神经性耳聋(≤14岁)、心脏瓣膜病变、冠心病、升主动脉瘤、主动脉夹层动脉瘤、先心病(>14岁)、心房扑动或心房颤动、频发室性早搏或室性心动过速、室性心动过速或心室颤动等 |
| 吉林 | 19    | 白血病、动脉瘤、癫痫、恶性肿瘤、关节置换、骨髓增生异常综合征、肝硬化、结核病、精神病、急性胰腺炎等   |
| 辽宁 | 13    | 儿童自闭症、子宫内肌瘤、卵巢癌、鼻咽癌、喉癌脑肿瘤、心血管支架、纵隔肿瘤、风心病瓣膜修补、器官(组织)移植、心脏冠脉搭桥、主动脉瘤、脑肿瘤                                   |
| 湖北 | 9     | 鼻咽癌、冠心病、心瓣膜置换、快速心律失常射频消融术、其他恶性肿瘤、脑出血、心脏起搏器植入术、白内障、脑瘫、严重慢性血吸虫病夹杂症  |
| 福建 | 7     | 成人先天性心脏病、风湿性心脏病、脑动脉瘤、胸腹主动脉瘤、心肌梗塞、器官移植、心脏瓣膜置换术和主动脉夹层瘤手术  |
| 广西 | 7     | 人工耳蜗、白血病(成人)、肝癌、甲状腺癌、冠心病、地中海贫血、鼻咽癌  |
| 贵州 | 7     | 地中海贫血、恶性肿瘤、脑出血手术治疗、器官移植及抗排治疗、系统性红斑狼疮、心脏病手术治疗、重型再生障碍性贫血  |
| 北京 | 5     | 其它白血病、其它恶性肿瘤、再生障碍性贫血、重大器官移植、其他先心病   |
| 甘肃 | 3     | 老年性白内障、儿童脑瘫、先天性耳聋   |
| 海南 | 1     | 先心病(>14岁)   |
| 山东 | 1     | 儿童单纯性唇裂   |
| 湖南 | 1     | 人工耳蜗植入抢救性治疗   |
| 内蒙 | 1     | 布鲁氏杆菌病  |
| 青海 | 1     | 肝硬化   |
| 新疆 | 1     | 肝癌  |
| 云南 | 1     | 白内障复明手术   |

### 2.3.3 各地新农合大病支付方式改革的主要做法

通过新农合按病种付费提高报销比例与医疗救助相结合是各地重大疾病补偿的主要形式。安徽、福建、海南、湖南、吉林、江苏、江西、宁夏、四川、重庆、陕西等11省重大疾病实行按病种定额付费;河南、青海、甘肃、广东、广西、河北、黑龙江、云南、浙江等9省重大疾病实行按病种限额付费;山东、山西、贵州等3省实行按病种限额或定额付费。湖北、辽宁、内蒙古等3省实行按病种定额与按床日付费相结合的支付方式;新疆实施按单病种人头付费、结合新技术限价、总额控制等相结合的支付方式;西藏儿童两病免费救治;北京未采取按病种付费,而是提高重大疾病的新农合补偿比例(表4)。此外,部分省份也积极探索利用新农合基金建立了大病补充补偿或二次补偿基金的支付方式改革。

表4 各地新农合大病支付方式改革的主要做法

| 大病费用支付方式       | 省份                                  |
|----------------|-------------------------------------|
| 按病种定额付费        | 安徽、福建、海南、湖南、吉林、江苏、江西、宁夏、四川、重庆、陕西、贵州 |
| 按病种限额付费        | 河南、青海、甘肃、广东、广西、河北、黑龙江、云南、浙江         |
| 按病种定额与限额相结合    | 湖北、山东、山西、贵州                         |
| 按病种付费与按床日付费相结合 | 辽宁、内蒙古                              |
| 儿童先心病免费救治      | 西藏                                  |

### 2.3.4 与商业保险相结合的探索

在探索新农合基金与商业保险相结合方面,多地以市为单位积极尝试。主要做法分两类:一是委托管理型<sup>[10]</sup>,即政府负责大病保障方案制定、组织协调和资金筹集,委托商业保险机构承担大病保障基金的日常管理和审核补偿等工作,福建省、河南省、广东省和江苏省部分市进行了试点;二是保险契约型,即政府将筹集到的资金转为购买保险公司的团体医疗保险,保险公司向农民提供医疗保险补偿服务,贵州省、湖北省、辽宁省、浙江省和新疆的部分市开展了探索,利用新农合基金为参合人员购买农村重大疾病大病商业保险。

## 2.4 政策效果

### 2.4.1 受益情况

2012年,全国共累计救治新农合大病患者99.67

万人次,较 2011 年的 23 万人次,增幅超过 3.3 倍,其中国家建议推广的 20 种大病共救治 86.56 万人次,占全部大病的 86.85%。从区域分布来看,东部省份大病救治患者数量最多,为 39.37 万人次;中部次之,为 35.49 万人次;西部最少,为 24.81 万人次。使用“大病保障受益率”反映新农合大病补偿的受益覆盖情况,结果表明,东部省份的大病保障受益率明显高于中部和西部(表 5)。

表 5 2012 年不同地区新农合大病救治及受益情况

| 地区类别 | 20 类大病 (人次) | 其他大病 (人次) | 大病救治合计 (人次) | 参合人口数 (万人) | 大病保障受益率 (人次/万人) |
|------|-------------|-----------|-------------|------------|-----------------|
| 东部   | 381 562     | 12 137    | 393 699     | 18 480.9   | 21.30           |
| 中部   | 271 216     | 83 712    | 354 928     | 34 818.4   | 10.19           |
| 西部   | 212 810     | 35 275    | 248 085     | 26 766.9   | 9.27            |
| 全国   | 865 588     | 131 124   | 996 712     | 80 066.2   | 12.45           |

注:大病保障受益率 = 大病补偿人次/参合人口数

#### 2.4.2 费用及补偿情况

按补偿水平分析,2012 年全国新农合大病医药总费用 95.01 亿元,其中 20 种大病医药总费用 78.64 亿元,占 82.78%;新农合补偿费用 62.13 亿元,其中 20 种大病使用了 50.49 亿元;新农合总体补偿比为 65.39%,20 种大病的实际补偿比为 64.78%。从病种分布来看,儿童先心病的实际补偿比最高,为 77.45%;艾滋病机会感染、儿童白血病、重型精神病等三类疾病的实际补偿比超过 70%;乳腺癌、宫颈癌、终末期肾病耐多药结核直肠癌、结肠癌、脑梗塞、血友病、I 型糖尿病、甲状腺机能亢进和唇腭裂的实际补偿比均超过 60%;其余疾病的实际补偿比在 50%~60% 之间。慢性粒细胞白血病和急性心肌梗塞患者人均自付费用超过 7 000 元,儿童白血病、儿童先心病、食道癌和胃癌 4 类患者的人均自付费用也达到 6 000 元以上,其余各病患者自付费用则在 5 000 元以下(表 6)。

从地区分布看,2012 年 20 种大病东部总费用最高,为 34.24 亿元,中部和西部分别为 25.13 亿元和 19.27 亿元;新农合 20 种大病实际补偿比中部地区最高,为 68.04%,西部和东部地区分别为 65.34% 和 62.06%(表 7)。

表 6 2012 年新农合重大疾病补偿情况

| 疾病名称      | 医药总费用(亿元) | 新农合补偿费用(亿元) | 实际补偿比(%) | 人均自付费用(元) |
|-----------|-----------|-------------|----------|-----------|
| 儿童白血病     | 2.45      | 1.77        | 72.13    | 6 701.84  |
| 儿童先心病     | 8.51      | 6.59        | 77.45    | 6 494.46  |
| 乳腺癌       | 9.04      | 5.78        | 63.92    | 4 093.89  |
| 宫颈癌       | 4.49      | 2.92        | 65.15    | 5 191.48  |
| 重性精神病     | 9.03      | 6.51        | 72.11    | 1 906.10  |
| 终末期肾病     | 15.10     | 10.56       | 69.96    | 1 956.13  |
| 耐多药肺结核    | 3.04      | 1.97        | 64.93    | 2 495.94  |
| 艾滋病机会性感染  | 0.27      | 0.20        | 74.93    | 2 021.64  |
| 肺癌        | 6.24      | 3.68        | 59.04    | 5 014.30  |
| 食道癌       | 2.33      | 1.31        | 56.30    | 6 483.08  |
| 胃癌        | 3.44      | 1.99        | 57.91    | 6 277.13  |
| 结肠癌       | 1.63      | 0.98        | 60.14    | 5 952.12  |
| 直肠癌       | 2.26      | 1.37        | 60.35    | 5 723.86  |
| 慢性粒细胞性白血病 | 0.54      | 0.32        | 59.79    | 7 636.41  |
| 急性心肌梗塞    | 1.40      | 0.82        | 58.78    | 7 531.30  |
| 脑梗塞       | 7.36      | 4.66        | 63.26    | 1 825.03  |
| 血友病       | 0.25      | 0.17        | 66.63    | 2 631.51  |
| I 型糖尿病    | 0.78      | 0.50        | 64.56    | 1 451.56  |
| 甲状腺机能亢进   | 0.26      | 0.17        | 63.84    | 2 034.26  |
| 唇腭裂       | 0.19      | 0.13        | 69.59    | 2 893.33  |
| 其他        | 16.42     | 9.72        | 59.22    | 5 173.92  |
| 合计        | 95.01     | 62.13       | 65.39    | 3 312.54  |

表 7 2012 年不同地区新农合 20 种大病保障补偿情况

| 地区 | 医药总费用(亿元) | 新农合补偿费用(亿元) | 实际补偿比(%) |
|----|-----------|-------------|----------|
| 东部 | 34.24     | 21.25       | 62.06    |
| 中部 | 25.13     | 17.10       | 68.04    |
| 西部 | 19.27     | 12.59       | 65.34    |
| 全国 | 78.64     | 50.94       | 64.78    |

注:本表数据仅涵盖 20 种大病,不包括表 7 中的“其他”。

### 3 讨论

#### 3.1 新农合重大疾病保障政策整体推进情况良好,保障效果明显,基本实现了政策目标

在宏观层面上,地方政府对于中央新农合大病保障政策的贯彻执行比较到位,除个别省份外,绝大多数省份的病种及区域覆盖符合国家要求,更有 10 余个省份扩充了病种,提高了保障范围。从保障效果来看,全国大病平均实际补偿比达到了 65.39%,其中 20 类大病的补偿比为 64.78%,虽然不同大病病种之间实际补偿比存在一定差异,但总体补偿情况较好。儿童两病作为最早开始试点的两类疾病,患者的实际补偿比均超过了 70% 的国家规定;2012 年全面推开 8 类大病中的其余 6 种也都实现了较好补偿,实际补偿比均超过了 60%,其中重性精神病和艾滋病机会性感染的实际补偿比超过了 70%。其余大病的实际补偿也都达到 55% 以上,普遍高于新农

合住院实际补偿比。

重大疾病通常存在着总额高和报销目录外费用多等特点,因此在新农合传统按项目付费补偿方式下,患者的实际补偿比往往大幅低于普通患者<sup>[11,12]</sup>,直接导致了沉重的自付费用负担。新农合大病医疗保障政策设立的主要目的是减轻患者高额医疗负担,缓解农村家庭因重大疾病而致贫、返贫的问题。因此,在按项目付费中特别强调了大病补偿不受新农合报销药品目录与诊疗项目目录限制,不设起付线,且不计入患者当年新农合封顶线计算基数,保护了患者利益。有研究表明,我国农村家庭发生灾难性医疗支出的比例从2008年的15.1%下降为2011年的13.8%<sup>[9]</sup>,可见政策实施和资金投入对缓解农村地区因病致贫、返贫问题起到了重要作用。因此,无论是实施过程还是政策实施效果,新农合大病保障政策都基本实现了预期目标。

### 3.2 区域间大病保障待遇存在差异,保障受益面有待进一步提高

从政策覆盖来看,东部的大病参合比明显高于中部和西部,这说明东部有更高比例的大病患者获得了新农合大病保障带来的实惠。东部地区良好的经济、社会和卫生事业的发展水平为大病医疗保障政策提供了资金基础,因此其在政策推进方面具有一定优势。但是新农合大病保障作为一种基础的保障模式,政策覆盖应该注重均等性,中部和西部地区的人群覆盖水平有待于进一步提高。新农合大病患者的补偿比在东中西部地区都达到了60%以上,虽然区域间的差异并不是非常大,但研究发现,东部新农合大病保障的“扩面”工作相对领先于“提升保障水平”,中部地区刚好相反,西部地区则相对均衡。

### 3.3 大病保障的可持续发展仍面临挑战

一是筹资面临挑战。新农合20种大病补偿金额占当年新农合筹资的2.11%。新农合大病保障如果要实现全面覆盖并达到政策要求70%的实际报销比例,需要更多的资金支持。初步测算发现,在新农合整体筹资规模不变的情况下,仅20种大病的保障政策的全面推开将会占用10%以上的新农合资金,这势必会对新农合普通门诊及住院诊疗的报销补偿带来较大影响。扩大新农合筹资规模是近些年来新农合工作的重要内容之一,但新农合2012年的

基金使用率接近了97%,且部分地区已经出现了超支现象。因此,即便是保持现有新农合大病的补偿水平,新农合整体资金的运行也存在挑战。在提高新农合整体待遇的背景下,又要增加大病补偿,有可能导致更大规模的超支和资金运行安全问题。

二是与其他基本医疗保障政策的融合存在挑战。如果将来新农合大病保障与城镇居民大病保险制度融合,如果按照城镇居民大病保险以患者负担的“高额医疗费用”为依据进行分阶段补偿,那么在筹资规模和报销补偿流程上,现行的新农合大病保障工作都会面临重大调整。首先是筹资规模,“高额医疗费用”的判定仅仅与患者发生的医疗费用有关,即现有新农合大病补偿对于病种、定点医疗机构、诊疗规范以及临床路径等的限制都会被逐步消除,大量的补偿需求释放会引发高额的资金需求,将会对筹资带来严重冲击。其次是对现有大病费用审核及报销流程的挑战,目前的新农合大病报销是基于患者一次住院诊疗,而依据高额医疗费用为大病判断依据会更多考虑到患者的年度诊疗费用,这对现有患者诊疗信息及费用统计提出了新的要求。

## 4 政策建议

### 4.1 多种方式提高新农合大病保障水平,缩小区域差异

建议在现有新农合大病保障政策基础上,出台更为明确的指导意见,在考虑不同地区人口、经济以及卫生发展水平差异基础上,分层对涉及大病的具体分类和诊疗规程进行明确界定,并适时确定大病保障筹资与新农合整体筹资的关系,以帮助地方新农合大病保障主管部门制定更加合理的地方政策,更好满足农村居民医疗保障需求。同时,还可以考虑适当调整支付对象,把过去以疾病为基础的整体支付方式适当进行分解,区分基本和非基本的服务项目,结合诊疗流程,根据诊疗需求建立费用逐级分担机制,引导有限资金流向治疗最基本、最必须、最有效的诊疗项目中去。

### 4.2 处理好新农合大病与一般疾病保障的关系,促进保障工作的可持续发展

在提高新农合保障水平基础上,结合患者实际经济负担,分层确定大病医保占新农合筹资比例。对于一些费用高昂的特重大疾病,建议进一步提高

统筹层次。建立大病专项基金或大病救助风险转移再保险制度,化解和抵御大病费用风险,保障新农合资金的安全、效率和可持续发展。目前新农合人均筹资水平在以每年超过 25% 的速度增长,如果保持这个趋势,并从其中拿出一部分来支持新农合大病保障工作,则政策的可持续性上会有一些保障;否则,随着大病治疗费用的增长,新农合大病的可持续性将有可能受到影响。因此,建议扩大筹资来源,寻求更多的政府和社会资源,促进新农合与医疗救助、慈善基金和商业保险等有效协作。

#### 4.3 加强对新农合大病政策的监督与评价,为政策完善发展提供依据

重大疾病的诊疗技术和项目存在不确定性,缺乏规范性的监管措施与有效手段。在医疗资源和大病保险基金有限的情况下,应重点加强对重大疾病诊疗技术和医疗服务行为监管,控制不合理的医疗费用支出,减少医疗资源浪费,降低居民重大疾病负担。以患者为核心,加强对重大疾病的医疗质量和效率监测,防范医疗风险,保证医疗质量。从患者受益角度对各地大病保障政策的实施效果进行常态化的跟踪评价,在此基础上建立相应的问责机制,提升大病保障基金使用效率,保障患者权益。

#### 致谢

感谢原卫生部农卫司领导和调研地区卫生行政部门、相关机构领导和专家给予的支持和帮助;感谢国家卫生计生委法制司韦潇在前期课题研究中付出的辛勤努力和做出的贡献。

#### 参 考 文 献

[1] Hu S, Tang S, Liu Y, et al. Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities [J]. *The Lancet*, 2008, 372(9652): 1846-1853.

[2] Yip W, Hsiao W C. China's health care reform: A tentative assessment [J]. *China Economic Review*, 2009, 20(4): 613-619.

[3] 张宗久,周军,梁铭会,等.推进我国大病保障制度建设工作的思考与设想[J].*中国卫生政策研究*, 2013, 6(1):2-6.

[4] 宋伟,李沛,蔡江南.我国大病医保的筹资、经办与费用控制[J].*中国卫生政策研究*, 2013, 6(1):34-35.

[5] 朱铭来,宋占军.大病保险对家庭灾难性医疗支出的风险分散机制分析[J].*中国卫生政策研究*, 2012, 5(12): 4-7.

[6] 中华人民共和国卫生部办公厅.新农合工作 2011 年进展和 2012 年重点 [EB/OL]. [2013-5-24]. <http://www.moh.gov.cn/mohbgt/s3582/201202/54209.shtml>.

[7] 徐恒秋.安徽省新农合大病保障政策的经验与挑战[J].*中国卫生政策研究*, 2012, 5(12):1-3.

[8] 程斌,应亚珍.提高农村居民重大疾病医疗保障水平策略探讨[J].*中国农村卫生事业管理*, 2012, 22(6): 551-553.

[9] Meng Q, Xu L, Zhang Y, et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study [J]. *The Lancet*, 2012, 379(9818): 805-814.

[10] 高广颖,常文虎,韩优莉,等.商业保险机构参与新农合经办的条件与对策——基于 6 个典型地区的调研[J].*中国卫生政策研究*, 2013, 6(5): 44-49.

[11] Kim Y, Yang B. Relationship between catastrophic health expenditures and household incomes and expenditure patterns in South Korea [J]. *Health Policy*, 2011, 100(2-3): 239-246.

[12] Yardim M S, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey [J]. *Health Policy*, 2010, 94(1):26-33.

[收稿日期:2013-04-18 修回日期:2013-06-08]

(编辑 赵晓娟)