

# 新农合重大疾病保障政策实施效果评价

## ——基于北京市和海南省新农合住院患者数据

毛阿燕\* 胡红濮 周颖萍 李亚子

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:分析北京市和海南省 2012 年新农合重大疾病保障政策实施效果,为完善相关政策提供依据。方法:以北京市和海南省为样本地区,选取白血病、先天性心脏病、乳腺癌、宫颈癌和重性精神病患者为研究对象,采用描述性统计和比较分析的方法,从政策覆盖范围和患者年度实际补偿比角度分析 2012 年新农合大病保障政策实施效果并进行地区间比较。结果:2012 年两省市先心病和白血病的政策覆盖水平相对较高,其余三类大病政策覆盖率相对较低,区域间政策覆盖有差异;大病患者年度诊疗费用报销水平主要分布在 50% 左右,重性精神病和儿童两病的补偿比较高。结论:新农合大病保障政策在病种和区域间的覆盖存在差异;政策的实施明显减轻了患者的费用负担,但部分病种患者经济负担仍然较重,疾病单次诊疗费用高和补偿政策对诊疗次数的限制是其主要原因。建议:提高政策覆盖、缩小地区差异;进一步细化和完善补偿政策;提升疾病的规范化诊疗管理。

**【关键词】**新农合;重大疾病保障;效果评价

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.06.005

## The effect evaluation of catastrophic disease insurance of New Rural Cooperative Medical Scheme: Based on inpatient medical records in Beijing and Hainan Province

MAO A-yan, HU Hong-pu, ZHOU Ying-ping, LI Ya-zi

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

**【Abstract】** Objective: To evaluate the effect of catastrophic disease insurance in the New Rural Cooperative Medical Scheme based on Beijing and Hainan inpatient records and to provide evidence for improving policy. Methods: Select Beijing and Hainan as the target regions, and 5 catastrophic diseases (including leukemia, congenital heart disease, breast cancer, cervical cancer, and severe mental illness) as the target diseases, describe the policy coverage rates and the actual annual reimbursement rates for individuals. Compare these indicators between regions and diseases. Results: In 2012, both regions revealed a higher policy coverage rate for patients with leukemia, congenital heart disease but a lower rate on other three diseases, while Beijing's total coverage rate is higher than Hainan. The actual annual reimbursement rate is about 50% and patients with severe mental illness, leukemia, congenital heart disease enjoy a higher reimbursement rate. Conclusion: There were a difference of policy coverage rates between regions and diseases, the effect of catastrophic disease insurance in New Rural Cooperative Medical Scheme is positive but partial amount of patients still suffered with heavy medical cost burden. High single-visit medical cost and the policy's limitation on reimbursement times would be the main causes. Suggestions: Narrowing the insurance benefit gap between regions should be emphasized during next stage; a more detailed policy guide should be made to ease patient's burden; a standard management on catastrophic diseases would also contribute to promoting patients' benefits.

**【Key words】** New Rural Cooperative Medical Scheme; Catastrophic disease insurance; Effect evaluation

\* 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:毛阿燕,女(1977 年—),助理研究员,主要研究方向为卫生经济和卫生政策。E-mail:mao.ayan@imicams.ac.cn

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>[1-3]</sup>随着新农合筹资水平的逐渐提高,政策覆盖范围的迅速扩大,有必要以病种为基础,对费用相对较高且治疗愈后效果好的特殊疾病建立大病保障。<sup>[4]</sup>2010年6月,卫生部出台《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》,明确规定以儿童先心病、急性白血病为切入点探索建立农村居民大病保障和救助机制工作;2012年以省(区、市)为单位全面推开儿童白血病、先心病、终末期肾病、妇女乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、耐药肺结核、艾滋病机会性感染8类重大疾病保障工作,并规定“原则上,新农合对相关病种的实际补偿比例应达到本省份限定费用的70%左右”。近年来针对新农合大病保障开展情况及其效果的分析多以绝对数量统计为主,包括救治患者的数量、资金的投入以及补偿比等<sup>[5-7]</sup>,较少涉及大病政策覆盖范围的量化分析,也缺乏对患者年度治疗费用补偿情况的描述。本研究从患者角度对新农合大病保障政策实施情况进行评价,揭示患者保障需求满足程度,描述政策对患者疾病经济负担的影响,为完善新农合大病保障政策提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

选取北京市和海南省作为样本地区,政策文件来源于国家及省级层面公布的新农合大病保障相关政策及工作文件,患者数据来源于2012年两地新农合省级经办机构上报的患者住院登记信息。选取国家要求各省2012年全面推开的8类大病中的5种以住院治疗为主的疾病:白血病、先天性心脏病、乳腺癌、宫颈癌和重性精神病。终末期肾病由于需要统计门诊透析治疗数据,艾滋病机会性感染以及耐药肺结核病例较少,因此这3类疾病未纳入研究。5种重大疾病采用主要诊断符合相应ICD-10编码的方式确定(表1),共提取6772名患者的1660余条住院记录,然后将个人基本情况、就诊基础数据、费用及报销情况等信息纳入分析。

表1 5种疾病主要诊断的ICD-10编码

名称	ICD-10 编码
白血病	C90\C91\C92\C93\C94\C95
先心病	Q21\Q22\Q23\Q25
乳腺癌	C50
宫颈癌	C53
重性精神病	F20\F22\F25\F30\F31\F79

## 1.2 研究方法

### 1.2.1 相关概念界定

大病患者:就诊患者的主要诊断对应的ICD-10编码符合疾病编码范围,其中“主要诊断”以健康威胁最大、消耗医疗资源最多以及影响住院时间最长为确定原则。

大病保障政策覆盖率:新农合大病补偿政策对就诊患者的覆盖情况,其中被政策覆盖的患者人数来源于各地统计的报销人数;患者人数是当地全年就诊患者中符合“大病患者”定义的总人数。

$$\text{大病政策覆盖率} = \frac{\text{获得大病报销患者人次}}{\text{同期大病患者就诊总人次}} \times 100\%$$

大病患者年度实际补偿比:新农合对大病患者年度发生的门诊或住院治疗费用的实际补偿情况,年度费用包括年内符合新农合大病范畴的门诊或住院治疗费用,不包括大病患者因其他疾病发生的费用。患者年度内实际的新农合补偿金额与其门诊或住院总费用之比即为大病患者年度实际补偿比。

大病患者年度补偿比例 =

$$\frac{\sum_{i=1}^n \text{实际补偿费用}_i}{\sum_{i=1}^n \text{实际门诊(住院)总费用}_i} \times 100\%$$

其中*i*为年度内患者门诊或住院次数。

### 1.2.2 资料处理方法

运用SPSS13.0软件,采用均数、中位数、率等指标分地区、病种进行描述性分析。

## 2 结果

### 2.1 北京市和海南省新农合大病保障工作的基本情况

2012年北京市和海南参合人数分别为267.42万人和487.48万人;参合率分别为100.00%和98.65%;北京市人均筹资水平640元,是海南省的2.17倍。

2012 年北京市新农合大病保障政策规定:9 大类病种范围内不包含耐多药结核和艾滋病机会性感染这两类传染病,先心病和白血病没有明确的疾病分类及年龄限制;患者需满足参合、定点就医以及符合大病范围等三项条件方可获得补偿;补偿政策与新农合普通患者相同,仍然延续按项目付费并设起付线和封顶线,政策内的补偿比提高至 70%。

表 2 2012 年北京市和海南省新农合大病保障工作情况

指标	北京市	海南省
参合人数(万人)	267.42	487.48
参合率(%)	100.00	98.65
人均筹资水平(元)	640.00	295.00
大病政策覆盖病种	9 种	20 种
大病报销政策资格限制	患病符合重大疾病规定范围;在统筹区县所规定的新农合定点医疗机构救治	在北京基础上的额外限制补偿条件:采取非方案规定的治疗方法;因强化维持(白血病除外)等治疗再次住院发生的医药费用;在一个参合年度内因同一疾病再次住院治疗;重性精神病患者因非精神疾病门诊或住院治疗
报销费用范围	1. 新农合政策范围内补偿比≥70%; 2. 住院起付线、封顶线按照统筹区域现行政策执行	1. 全程住院医药费用按分类病种实行限价标准分级定比例支付,不设起付线; 2. 限价标准分级定比例支付,参合农民按限价内实际费用分级定比例支付,超出限价标准费用由定点医院和参合患者按 1:1 比例承担; 3. 参合患者超出限价标准费用的自付 50% 部分可按新农合统筹补偿方案规定报销支付

注:北京市的 9 个病种分别为恶性肿瘤、终末期肾病(肾透析)、重性精神病、I 型糖尿病、先天性心脏病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、重大器官移植;海南省的 20 个病种分别是:白血病(包括:儿童急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病)、先心病(对儿童先心病规定的病种范围:房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄、先天性法鲁氏四联症;14 岁以上儿童先心病无特殊病种限制)、乳腺癌、宫颈癌、重性精神病、终末期肾病、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗塞、血友病、I 型糖尿病、甲状腺机能亢进、唇腭裂。

2012 年海南省新农合大病保障政策规定了 20 种重大疾病,其中白血病限定为“儿童急性淋巴细胞白血病”和“儿童急性早幼粒细胞白血病”,对慢性粒细胞白血病没有年龄限制;儿童先心病仅限于“房间隔缺损”、“室间隔缺损”、“动脉导管未闭”、“肺动脉

瓣狭窄”和“先天性法鲁氏四联症”,14 岁以上儿童先心病无特殊限制。海南省补偿基本资格要求与北京类似,但是对因“非规定内治疗方案”、“强化维持治疗”、“同病程再次手术”以及“精神病患者非精神疾病门诊或住院”等造成的费用不予报销。费用报销按分类病种实行限价标准分级定比例支付,不设起付线,超出部分医院和患者按照 1:1 比例承担,患者承担部分可按新农合统筹补偿方案规定报销支付(表 2)。

### 2.2 大病患者一般情况

北京市 5 类大病中诊疗人次数较多的是乳腺癌和重性精神病,分别为 3 146 人次和 1 771 人次;其次是白血病 746 人次;先心病诊疗人次数最少,仅为 38 人次。除先心病和重型精神病以外,患者年人均住院次数均在 2 次以上,儿童白血病最多,达到 5.36 次。海南省与北京市类似,重性精神病诊疗人次最多,为 7 730 人次,其次为乳腺癌,为 1 302 人次,儿童白血病患者共诊疗 214 人次,数量最少。海南省除先心病外,年人均住院次数均在 2 次以上,白血病最多,为 3.14 次(表 3)。

表 3 2012 年两省份 5 类大病患者一般情况

病种	北京		海南	
	人次数	年人均住院次数	人次数	年人均住院次数
先心病	38	1.06	389	1.07
其中:儿童先心病	12	1.09	264	1.06
白血病	746	3.62	-	-
其中:儿童白血病	59	5.36	214	3.14
乳腺癌	3 146	3.22	1 302	2.64
宫颈癌	330	2.10	656	2.05
重性精神疾病	1 771	1.86	7 730	2.64

### 2.3 大病保障政策实际覆盖

北京市获得补偿的乳腺癌患者数量最多,为 1 154 人,儿童两病补偿人数最少,均不足 10 例;海南省获得补偿的重性精神病和乳腺癌的患者数量超过 600 人,宫颈癌和先心病为 280 人左右,白血病最少,为 148 人。北京市和海南省 5 种大的政策覆盖情况类似,先心病是覆盖率最高的病种,超过了 70%,白血病的覆盖率超过了 60%;而北京市宫颈癌的政策覆盖率达到 70.21%;两地的重性精神病均是政策覆盖较低的病种,其余疾病的政策覆盖均在 40% 左右(表 4)。

表4 2012年北京市和海南省5类大病患者的实际政策覆盖情况

病种	北京		海南	
	补偿人数 (人)	政策覆盖率 (%)	补偿人数 (人)	政策覆盖率 (%)
先心病	9	81.82	283	72.75
白血病	7	63.64	148	69.16
乳腺癌	1 154	36.68	625	48.00
宫颈癌	231	70.21	282	42.90
重性精神疾病	486	51.05	659	22.51

注:由于数据可得性,北京先心病和白血病数据仅指儿童。

### 2.4 大病患者人均住院总费用及实际补偿

2012年,5类大病中,北京市和海南省人均费用最高的均为先心病患者,分别为3.19万元和3.16万元;其次是重性精神病、白血病、宫颈癌和乳腺癌,均超过了1.0万元。以省为单位的患者住院费用实际补偿比多集中在了40%~60%之间,北京市儿童先心病和重型精神病的实际补偿比在50%以上,其余病种均在50%以下;海南省的总体补偿情况好于北京市,5种大病的实际补偿比均在50%以上,其中重性精神病达到了71.89%。从不同病种的补偿比来看,北京市和海南省重性精神病患者的实际补偿比最高,其余4类疾病相对较低(表5)。

表5 2012年5类大病患者住院总费用及实际补偿情况

病种	北京			海南		
	人均费用 (万元)	补偿比 (%)	患者自付费用 (万元)	人均费用 (万元)	补偿比 (%)	患者自付费用 (万元)
先心病	3.19	41.41	1.32	3.16	59.31	1.87
其中:儿童先心病	2.39	51.97	1.24	3.03	56.91	1.72
白血病	1.75	45.88	0.80	1.31	52.37	0.69
其中:儿童白血病	0.79	43.31	0.34	-	-	-
乳腺癌	1.02	49.54	0.51	1.01	54.32	0.55
宫颈癌	1.38	46.70	0.64	1.55	53.39	0.83
重性精神疾病	1.86	58.16	0.78	1.11	71.89	0.31

从患者费用补偿比的分布来看,北京市5种大病患者住院费用的实际补偿比主要集中在40%~59%之间;45.1%的重性精神病患者住院费用实际补偿比超过60%,而只有不足30%的宫颈癌、乳腺癌和白血病患者达到此补偿水平;实际补偿比达到60%的先心病患者不足10%,仍有41.7%的患者其实际补偿比低于40%。海南省55.4%的重性精神病患者和17.6%的先心病患者实际补偿比达到了国家

要求的70%以上的水平;其余3种大病患者的实际补偿比多集中在40%~59%之间;仍然有超过20%的儿童白血病患者实际补偿比低于40%(图1)。

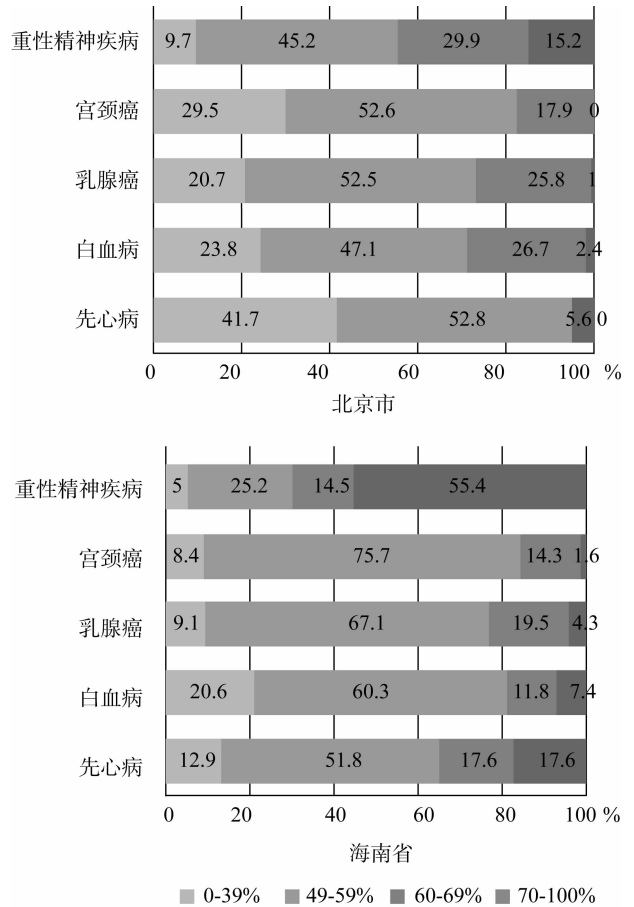


图1 北京市和海南省5类大病患者实际补偿比分布情况

## 3 讨论

### 3.1 新农合大病保障政策的覆盖在病种和区域间均存在差异

2010年新农合大病保障工作启动时,只涵盖儿童先心病和儿童白血病保障,2011年以省为单位全面推开,2012年儿童两病的政策覆盖已达到较高水平。而其余3类大病于2011年开始试点,2012年全面推开,因此其政策覆盖率相对较低。由于两省份对大病保障的具体实施时间和病种亚分类选择的不同,导致了区域间政策覆盖率存在较大差异。此外,北京市和海南省新农合大病保障的具体实施方案的本质差别是两地政策覆盖率不同的主要原因:海南省与全国大多数省市类似,采取按病种限额付费,患者的疾病诊断应符合当地规定的疾病分类、在定点

医疗机构就医、医院采用了规定的治疗手段且没有超过当地规定的诊疗金额等条件均满足后方可获得大病补偿;北京市仍然是在按项目付费的基础上提高大病患者可报销项目的报销比例,同时设立起付线和封顶线。因为没有治疗方案和限额费用的限制,理论上北京市大病患者的政策覆盖应该更高,研究结果也印证了这一点。

### 3.2 新农合大病保障政策对减轻患者费用负担作用明显,但部分病种患者经济负担仍然较重

重大疾病具有总额高和报销目录外费用高等特点,因此在传统新农合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>[8-9]</sup>。根据国家卫计委关于 2012 年新农合运行情况的通报,共有 99 万名患者被纳入了新农合重大疾病救治保障范围并获得相应的补偿,投入了超过 50 亿的补偿资金。本研究测算得到 2012 年两省份参合大病患者实际补偿比基本达到了 2012 年参合农民实际住院补偿比 55% 的水平。因此,该政策的实施对于提高大病患者的保障待遇,减轻医疗负担作用显著。但由于两地大病补偿方式的不同,北京市实行按项目付费,其患者的实际补偿比明显低于实行按病种付费的海南省。同时,部分疾病的患者自付费用较高,经济负担仍然较重。2012 年北京市先心病患者平均自付费用达到了 1.3 万,海南省先心病和宫颈癌自付费用分别为 1.7 万和 0.8 万元,而 2012 年北京和海南两地的农村居民年人均纯收入分别为 1.6 万和 0.7 万<sup>[10-11]</sup>,患者仅用于治疗此类疾病的自付费用已经基本达到或超过了年度收入,导致农村居民的疾病经济负担仍然较重。

### 3.3 疾病单次诊疗费用高和补偿政策对诊疗次数的限制是导致部分患者自付费用较高的原因

先心病是典型的年度诊疗次数少但单次诊疗费用高的疾病,研究结果显示先心病患者的年度住院基本为 1 次,但住院费用高达 3 万元以上。因此,即使达到了政策规定的 70% 实际补偿比,患者仍需负担大约一万元的自付费用,而在目前实际补偿比未达到国家要求的情况下,患者经济负担更重。此外,海南省等实行重大疾病按病种付费的省份,大病实施方案中除了将儿童白血病全程治疗费用纳入保障外,其余病种患者一个参合年度内同一种疾病仅享

受一次大病报销,对于因强化维持等治疗再次住院(或门诊)发生的医药费用,均不列入重大疾病按病种付费范围,而按新农合统筹地区原补偿方案进行补偿。对于宫颈癌等年内需多次住院治疗的疾病,大病补偿外的诊次报销会受到政策范围项目、起付线以及封顶线的限制,其实际报销比例仍然较低,这都加重了患者的经济负担。

### 3.4 本研究的特点和局限性

首先,本研究利用新农合患者数据,在全面收集患者诊断及治疗费用信息的基础上,从需方角度对新农合大病医疗保障政策实施效果进行了定量分析;其次,在费用测算方面,以患者年度费用作为测算单位,更加符合新农合患者就诊及报销的规律,结论较为客观;再次,对于患者自付费用负担的研究则从另一个角度对大病政策的实施效果进行了分析。

同时,本研究还存在一定局限性:第一,选取北京和海南作为典型研究地区,结论的普遍性受到一定限制;第二,年度费的确定是根据患者在当年住院的主要诊断,有可能会纳入非对症治疗的费用信息,降低大病实际报销的比例;第三,本研究无法获得患大病却未住院患者的信息,研究中可能会高估政策的覆盖情况。在我国,经济原因是其未住院发生的主要原因,对于大病尤其如此,这需要在后续研究中进行校正。

## 4 政策建议

### 4.1 提高新农合大病政策覆盖率,缩小地区和病种之间的差异

随着新农合大病政策覆盖率逐步扩大,不同地区具体实施方案的差别而引发的医保待遇差异可能会导致患者对政策理解有偏差,不利于大病保障工作的长远发展。大病保障应占用新农合资金比例是一个关键问题,目前各地对于这一问题的理解不一<sup>[12]</sup>,这直接影响各地大病政策实施方案的制定。因此,应在现有政策的基础上,出台更为明确的工作指导意见,在考虑各地人口、经济以及卫生发展水平差异基础上,分层对大病的具体分类和诊疗规程提出明确要求,并在适当时候确定新农合大病保障的资金规模与新农合整体筹资规模的关系。

#### 4.2 完善新农合大病补偿政策,进一步减轻患者经济负担

本研究的5类大病中,对先心病和宫颈癌进行补偿后患者经济负担仍然较重。因此,建议分类对大病补偿政策进行调整,对于以先心病为代表的单次住院费用高的疾病,应适当提高补偿水平或设立额外补助或救助;对于宫颈癌等年度住院次数多且强化治疗费用高的大病,可适当放宽年度补偿次数限制或者将疾病治疗规范疗程内的费用都纳入补偿范围。

#### 4.3 加强重大疾病规范化诊疗管理

从不同病种费用的实际补偿比来看,两个省份重性精神病患者补偿比均高于其他大病。在各省出台的大病实施方案中,虽然并未对重型精神病的补偿政策做出特殊规定,但各地对重性精神病的病种界定、人群排查、规范化治疗、社区管理等一系列制度建设较为完善,并建立起了精神疾病信息分类报告和管理系统。而新农合重大疾病保障正在普遍推行按病种付费管理,清晰界定病种范围、推行规范化治疗和建立快速高效的病种登记和报销信息上报系统正是完善制度的关键所在。因此,重性精神疾病管理项目的实施一定程度上为该病种推行大病保障工作奠定了良好的基础。通过进一步加强病种管理,尤其是进一步完善病种排查和界定、规范化治疗过程监管以及信息上报系统等制度建设,将有利于促进大病保障工作取得更好的效果。

#### 参 考 文 献

[1] Yip W, Hsiao W C. Non-evidence-based policy: How effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? [J]. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(2): 201-209.

[2] You X, Kobayashi Y. The new cooperative medical scheme in China[J]. *Health Policy*, 2009, 91(1): 1-9.

[3] Wagstaff A, Lindelow M, Gao J, et al. Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme [J]. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1): 1-19.

[4] Moreno-Serra R, Smith P C. Does progress towards universal health coverage improve population health? [J]. *The Lancet*, 2012, 380(9845): 917-923.

[5] 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]. (2012-02-27) [2013-06-10]. <http://www.moh.gov.cn/mohbgt/s3582/201202/54209.shtml>.

[6] 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.

[7] 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.

[8] 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.

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

[10] 2013 年北京市政府工作报告[R]. 2013.

[11] 海南省人民政府网[EB/OL]. [2013-05-24]. <http://www.hainan.gov.cn/hn/zwgk/tjdc/>.

[12] 董曙辉. 关于大病保险筹资与保障范围的思考[J]. *中国医疗保险*, 2013(4): 9-11.

[收稿日期:2013-04-18 修回日期:2013-06-08]

(编辑 赵晓娟)