

顾杏元 主编

中国贫困农村医疗 保健制度社会干预 试验研究

INTERVENTION STUDY ON
HEALTH FINANCING SYSTEM IN CHINA'S
POOR RURAL AREA



上海医科大学出版社

责任编辑 王德耀
封面设计 朱仰慈
责任校对 朱惠珍

中国贫困农村医疗保健制度社会干预试验研究

主编 顾杏元

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

昆山亭林印刷总厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 6.25 字数 152 000

1998 年 12 月第 1 版 1998 年 12 月第 1 次印刷

印数 1—1 200

ISBN 7-5627-0454-6/R·430

定价:28.00 元

如遇印、装质量问题,请直接与印刷厂联系

(地址:昆山市中山路 293 号 邮编:215300)

主编：顾杏元

参加本研究的主要成员：

上海医科大学卫生政策与管理研究室

顾杏元 姚 沟 舒宝刚

于 浩 邓 伟

英国塞克斯大学发展研究所

Gerald Bloom, Henry Lueas



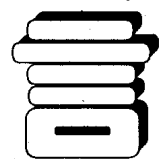
自 70 年代末我国农村社会经济改革以来,以农业生产队为基础的集体农业经济逐渐被家庭联产承包责任制所代替,集体经济有所削弱。由于失去了集体经济的支持,加之各种社会因素的影响,我国农村合作医疗在大部分地区出现解体,乡村医生(赤脚医生)大部分变成了农村私人开业医生。集体举办的村卫生室已为数不多,大多数农民又回到自费医疗的老路。原来免费提供的预防保健服务转变成了“有偿服务”。80 年代以来迅猛上涨的医药费用客观上给农民患者带来较大的经济负担。农民,特别是贫困地区的农民难以获得其所需要的基本医疗保健服务。

作为农村卫生改革的关键,探讨新型的医疗保健制度势在必行。历史经验表明,在 60~70 年代,我国农村合作医疗制度对稳定乡村医生队伍、巩固三级医疗保健网、以较低费用保障农民基本医疗保健服务起了重要作用。在新的历史条件下,如何建立和发展农村合作医疗制度是卫生管理决策者和研究人员密切关注的一个重要课题。

针对这一问题,上海医科大学卫生政策与管理研究室与英国塞克斯大学发展研究所合作进行了“中国贫困农村医疗保健制度研究”。研究目的在于了解我国贫困农村卫生服务的提供,农民对卫生服务的需要、利用及费用,卫生资源的配置与利用,并在此基础上提出中国贫困农村医疗保健制度改革的策略,设计出几种针对贫困农村特点的医疗保健方案,选点试行一段时间之后,评价其可行性与有效性,为中国农村卫生改革提出政策性建议。

研究工作分为两个阶段。

第一阶段(1993~1995 年),研究组深入现场调查研究,了解情况,发现问题,分析原因,并在此基础上提出贫困农村医疗保健制度的改革方案及有关政策性建议。我们在经济欠发达的中国西部地区选择 3 个贫困县(陕西省旬邑县、贵州省施秉县、广西壮族自治区东兰县)进行深入调查,内容包括:社会经济及人口状况,卫生资源及卫生服务的提供



与利用。进行了农民家庭卫生服务调查,收集了医疗机构的现有资料,并运用快速调查与评价方法,通过采访与座谈,了解农村干部、卫生工作者和农民对农村卫生工作的意见。针对调查中发现的问题,研究课题组于 1995 年提出了中国贫困农村卫生改革的策略,设计了几种针对贫困农村特点的医疗保健方案。这阶段的研究成果,已在《中国贫困农村医疗保健制度研究》(上海百家出版社,1996 年)中作了报道。第二阶段(1996~1997 年),研究组在陕西旬邑县及广西东兰县各选一个乡(镇)进行农村医疗保健制度改革的社会干预试验。通过一年(1996 年)试验及监测,提出监测评价报告及政策性建议。本文是第二阶段的研究报告,包括旬邑县及东兰县的社会干预试验的方案的可及有效性评价,以及在中国贫困农村开展合作医疗的政策性建议。

本研究在卫生部政策法规司支持下,由上海医科大学卫生政策与管理研究室负责,英国塞克斯大学发展研究所提供技术合作。研究经费由美国“国际卫生政策研究项目”(International Health Policy Program, IHPP)及加拿大“国际发展研究中心”(International Development Research Center, IDRC)共同资助。英国文化交流协会(British Council, BC)资助了中英双边合作研究。

参加试点及评价研究的人员除上海医科大学的研究人员外,还有英国塞克斯大学发展研究所的 G. Bloom 及 H. Lucas,陕西省旬邑县卫生局刘忠义、皎伯鱼及张书正,广西壮族自治区东兰县卫生局黄仕康、韦隆光及韦玉康,旬邑县原底乡政府的侯顺序及卫生院的王杰科,东兰县武篆镇政府的黄福康及卫生院的覃绍裘,广西卫生管理干部学院卫生管理系的沈文虎教授及邹基荣教授,西安医科大学卫生管理系的高建民教授及薛秦香讲师等。

上海医科大学卫生政策与管理研究室 顾杏元

1998 年 9 月 20 日



1 旬邑县原底乡合作医疗保险试点研究	[1]
1.1 研究背景与目的	[1]
1.2 合作医疗保险试点研究方案	[2]
1.3 试点研究的监测与评价	[4]
1.4 试点研究的人群	[5]
1.5 试点研究的过程评价	[8]
1.6 试点研究的效果评价	[10]
1.7 合作医疗保险的可行性评价	[16]
1.8 讨论及建议	[19]
2 东兰县武篆镇合作医疗试点研究	[22]
2.1 研究背景与目的	[22]
2.2 合作医疗保险试点研究方案	[22]
2.3 试点研究的监测与评价	[23]
2.4 试点研究的投入评价	[25]
2.5 试点研究的效果评价	[27]
2.6 试点研究的目标评价	[30]
2.7 讨论及建议	[33]
3 关于我国贫困农村医疗保健制度的讨论及建议	[35]
3.1 合作医疗是适合我国国情的农民医疗保障制度	[35]
3.2 贫困农村办合作医疗的基本经验	[36]
3.3 农村合作医疗方案的选择与设计	[38]
3.4 合作医疗的管理与监督	[41]
4 Acknowledgement	[43]



5	Intervention Study of Health Care System in Poor Rural	
	China—A Case of Xunyi County	[44]
5.1	Introduction	[44]
5.2	The Co – operative Health Care Scheme in Xunyi	
	County	[45]
5.3	Evaluation Methodology	[46]
5.4	Results	[47]
5.5	Discussion	[53]
5.6	Policy Suggestion	[54]
6	Intervention Study of Health Financing System in Poor	
	Rural China—A Case in Donglan County	[59]
6.1	Introduction	[59]
6.2	The Co – operative Medical Scheme in Wuzhuan	
	township	[60]
6.3	Evaluation Methodology	[64]
6.4	Results	[65]
6.5	Conclusions and Recommendations	[73]
附件 1	东兰县武篆镇合作医疗保健试点方案	[76]
附件 2	东兰县武篆镇合作医疗保健章程	[79]
附件 3	旬邑县原底乡合作医疗保险试点方案	[82]
附件 4	旬邑县原底乡合作医疗保险章程	[85]
附件 5	旬邑县原底乡合作医疗保险各种登记表	[88]

1 旬邑县原底乡合作医疗保险试点研究

1.1 研究背景与目的

1.1.1 建立以住院医疗保险为主的合作医疗保险是农民的迫切愿望

据 1994 年 7~10 月在广西壮族自治区东兰县、贵州省施秉县及陕西省旬邑县等 3 个县 9 个乡(镇)2 722 户,12 944 名农民的入户调查,医药费用特别是住院医药费用是农民的沉重经济负担。经济困难使许多农民需要住院而不能住院,有的病人住院后又因经济困难而未愈提早出院。据 3 个县调查,1993 年农民需住院而未住院者占需住院人数的 29.5%,加上未愈自动出院人次,则需住院医疗而未能满足者达 37.9%。贫困户情况更为严重,1993 年人均纯收入低于 302 元的贫困农民,自报的次均住院费用为 413 元,是其人均纯收入的 137%,是其户均收入的 59%。贫困农民中 47% 的住院者不得不靠借债或变卖家产(耕牛、房屋等)来支付医药费。住院医药费用不仅限制了农民的住院医疗,而且影响了家庭经济状况,造成因病致贫或因病返贫。旬邑县原底乡全乡有贫困人口 954 人,其中因病致贫者 318 人,占贫困人口的 33%。事实说明,贫困地区农民,特别是贫困户急需住院医疗保险,也期盼能控制医疗费用,尤其是住院医药费用的上升。

旬邑县地处陕西省中北部地区,呈山丘地貌。1992 年全县农民人均纯收入 493 元,1994 年为 652 元,属省级贫困县。1994 年对该县 3 个乡 9 个村 855 户,4 048 名农民的入户调查,农民在调查前两周内就诊率 26%,患病而未门诊者仅 11%。这是由于该县村村有卫生室,门诊医疗还比较方便,药价也可以承受。但是,旬邑县农民的住院需求与利用之间存在着很大差距。因此,对旬邑县来说,解决住院难的问题是农民医疗服务的主要矛盾,也是要建立的合作医疗保健制度首先要解决的问题。

1.1.2 贫困农村建立合作医疗保险的可能性

贫困地区建立以住院保险为主的合作医疗保险制度,从理论和实践上都是必要的,但其可能性如何?农民能否负担?农民愿否参加?我们进行了可行性论证。

第一,住院医药费用高昂,农户特别是贫困农民难以支付。但是,农民的住院需求量较低,按人口平均的年住院费用不会很高,采取多方集资、互助共济的办法是理想的出路。据调查,旬邑县农民 1993 年住院需求率是 10.89%,折算年人均住院医药费用是 16.76 元。按平均补偿 40%,则需要筹资人均 6.7 元,仅占同年农民人均纯收入(652 元)的 1%,这对大多数农民是可以承担的。

第二,我们在旬邑县郑家乡高家湾村入户调查时做过有关合作医疗筹资意愿和有关烟酒消费的调查。调查 137 户中,户主赞同合作医疗者 123 户,占 90%。在赞成合作医疗的 123 户中,除 2 户户主反映无力交纳合作医疗基金外,其余户主均愿意交合作医疗保险费,

平均意愿是 6.15 元。农户烟酒消费的调查结果是,137 户中仅 2 户无烟酒消费,1993 年人均烟酒消费 45 元。这也说明,只要引导农民的合理消费,除五保户及特困户外,一般农民是有能力交纳一定的合作医疗保险基金的。

第三,兴办合作医疗的不利因素,一是当地农民对保险公司信誉不高,因而对合作医疗保险也有顾虑;二是农民负担较重,1993 年人均税金和乡村提留合计 44 元,占人均纯收入的 8.9%。近年来,乡、村提留,都是按户按人收取,群众意见较大。

第四,关键的问题是教育农民。只要宣传教育深入和办好试点,还是能促使广大农民自愿参加的。在调查中,原底乡乡长曾说过,农民是保守的,但也是实际的。许多新事物,一开始他们不能接受,但如果实践证明对农民有利,他们就会拥护和照办。只要认真办好合作医疗的试点,广大农民会积极响应参加的。

在旬邑县试办住院医疗保险为主的合作医疗保险的可行性论证的基础上,我们和县、乡政府领导协商,决定以原底乡为试点乡,以郑家乡作为对照乡,进行合作医疗保险试点研究。原底乡和郑家乡在旬邑县中经济均处于中等水平,各方面有很大相似处,适宜于对照研究。

1.1.3 试点研究的目的

本试点研究的目的是通过在原底乡建立和试行以住院医疗保险为主的合作医疗保险,以提高农民,特别是贫困农民的住院医疗服务利用,减少他们住院医疗服务需求与利用的差距,减轻农民住院医药费的经济负担,减少农民因病致贫的风险,促进在贫困农村实现“人人享有卫生保健”的目标。同时,通过试点,摸索出我国贫困地区合作医疗保险的适宜模式。

1.2 合作医疗保险试点研究方案

以 1993 年旬邑县 3 个乡的基础调查及 1994 年对原底乡 3 个村的农户调查所得资料为基础,设计了旬邑县原底乡合作医疗保险试点方案,制定了《原底乡合作医疗保险试行方案》及《原底乡合作医疗保险章程》。

旬邑县原底乡合作医疗保险试点研究方案是将农民自费医疗制度,改变为以实行住院病人医药费用部分补偿为主,并免费实行儿童预防接种和孕产妇保健相结合的合作医疗保险制度。

1.2.1 合作医疗保险的对象

旬邑县原底乡农村常住居民以户为单位自愿参加。

1.2.2 医疗保健服务的提供

合作医疗参加者的住院医疗以原底乡卫生院为定点医疗单位。病情需要时可由乡卫生院出具转院证明,转至地段医院(张洪医院)或旬邑县医院住院治疗。

0~7 岁儿童计划免疫接种和孕产妇保健(产前检查、新法接生和产后检查)由乡卫生院预防保健组和村预防保健人员提供。

1.2.3 资金来源和筹资水平

合作医疗保险基金以农民交纳为主,村集体负责特困户应交的基金,县、乡政府财政给予一定的资助。关于筹资水平,按照以支定收的原则,按下述方法测算。

从原底乡农户的抽样调查资料计算出农民在乡卫生院、地段医院和县医院的年人均住院费用是 16.76 元,以平均报销 40%,测算应筹的医疗保险金为年人均 6.7 元,因此,应筹基

金定为 7 元。研究组和县卫生防疫站及县妇幼保健站商定,农民人均预防保健金为 1 元。合作医疗保险管理费人均 0.5 元。三项合计 8.5 元。考虑大多数农民的支持能力和支付意愿,确定农民筹资人均 7 元,乡政府财政补贴每人 1 元,县财政补贴每人 0.5 元。

1.2.4 住院医药费补偿比例

按照以收定支和略有节余的原则确定住院医药费补偿比例。为了减轻危重病人的医药费负担,报销比例随医药费用的上升而上升。为了鼓励在基层医院住院治疗,以节约医药费用,乡卫生院报销比例高于地段医院,而县医院报销比例较低。鉴于筹集的资金有限,每人年报销金额的封顶线定为 1 000 元。住院医药费用包括床位费、检查费、治疗费及规定品种内的药品费(见表 1-1)。

1-1 住院医药费补偿比例(%)

住院医药费(元)	乡卫生院	地段医院	县医院
< 400	40	30	20
400 -	50	40	30
700 -	60	50	40
≥1 000	70	60	50

1.2.5 预防保健费用

凭合作医疗保险卡 0~7 岁儿童免费接受预防接种服务,孕产妇免费接受产前检查、产后访视和新法接生。住院分娩者,平产每人次补助 40 元医药费,难产按住院医药费补偿比例。

预防保健基金由乡卫生院预防保健组按乡、村预防保健人员的预防保健工作量,经考核后分配,由乡合作医疗保险管理委员会(下简称合管会)批准支付。

1.2.6 管理与监督

原底乡合作医疗保险实行乡办乡管。乡成立合作医疗保险管理委员会,由乡长任主任,主管卫生的副乡长和乡卫生院院长任副主任,成员包括乡民政、财政、信用社等有关干部,乡村医生及农民代表。为了加强医疗和财务监督,卫生局曾推荐旬邑县公费医疗管理办公室主任、县卫生局医政科长及县医院业务科长参加合管会。

乡合管会在乡政府领导下,对乡合作医疗保险试点工作进行全面管理,包括资金筹集、分配和使用,医疗保健业务和财务监督。乡合管会每月开一次例会。乡合管会下设办公室,具体负责日常管理工作。

各行政村建立合作医疗保险领导小组,由村长负责,会计、乡村医生和村民代表参加,负责本村合作医疗基金筹集和对乡合管会工作监督。合作医疗保险基金实行非盈利原则,做到取之于民、用之于民,年终结余转入下一年度。年终超支时,由乡合管会、乡财政和合同医疗单位按 1:4:5 共同承担。

为了加强对合作医疗保险的民主监督,规定合作医疗保险基金实行分村核算,帐目公开,接受群众监督。

1.3 试点研究的监测与评价

1.3.1 监测及评价的对象

(一)合作医疗保险管理委员会

向管理人员了解合作医疗的组织、管理和运行情况;合作医疗基金的收支及平衡状况;了解有关管理人员对合作医疗试点方案的意见和看法。

(二)原底乡及郑家乡卫生院

了解试点前后乡卫生院医疗服务的变化,主要考察住院医疗服务的数量,住院服务的效率及质量,住院医疗费用的变化。研究组调查了 1995 及 1996 年全部出院病人的费用,从医院角度了解住院费用的变化。由于原来无住院病历,只能根据住院登记,查找处方从而核算其费用。1995 年原底乡及郑家乡卫生院分别调查了 271 例和 98 例住院病人,郑家乡卫生院 1996 年调查了 137 例住院病人的费用。原底乡卫生院从 1996 年起为每一住院病人建立了病历,并附有费用单,共 317 例。

了解原底乡卫生院的医务人员对合作医疗保险试点方案及试点工作的意见和看法。

(三)县、乡、村各级干部

通过座谈、采访等定性研究方法,了解他们对试点方案及试点工作的看法和改进合作医疗保险的意见。

(四)原底乡及郑家乡农民

通过家庭卫生服务调查了解农民的基本医疗服务需求,包括两周患病情况、需住院人次;医疗服务的利用,包括两周就诊率、实际住院人次和医疗费用;需求和利用的差距,如患病未就诊比、需住院未住院比及原因等。了解农民对合作医疗的态度和意见。

第一次家庭卫生服务调查是在 1994 年进行的。各乡分别按卫生服务水平将行政村分为三个层次,每层随机抽取 1 个行政村,每个村中按人口比例决定调查户数。

为了解贫困户情况,1994 年基础调查时在随机抽取的样本之外又抽查了部分贫困户共调查 670 户。1996、1997 年的农户调查是对 1994 年调查对象的随访性调查,分别调查 650 户和 635 户。

1.3.2 监测与评价的内容

对原底乡合作医疗保险制度的评价,主要从合作医疗保险的过程和目标两方面对方案的可行性和有效性作出综合评价。评价的依据主要来自乡合管会、合同医疗机构以及各类人群的监测资料,包括定量调查资料及通过采访、座谈获得的定性资料。

(一)合作医疗保险过程评价

合作医疗保险过程评价的具体内容包括:

——合作医疗保险的管理:合作医疗保险的覆盖面,基金来源、筹资水平和基金到位率,基金的分配和使用的合理性,管理体系和制度的完善程度。

——合作医疗保险的补偿:补偿基金占筹集基金的比例,实际补偿额及其占补偿基金的比例,补偿金额占入保者实际医药费支出的比例,补偿的及时性。

——社会及经济效应:入保者中享受补偿的人数比例及金额,高额补偿的人数、比例及金额,参加者、管理者、医疗服务提供者对合作医疗保险制度的意愿。

(二)合作医疗保险目标评价

不同的合作医疗保健方案有不同的具体目的及目标,因而评价指标也就不同。因此,首先要确定这一特定方案的主要目的和目标。其次,要确定方案实施后所影响的人群及各种可能产生的影响。通过合作医疗保险对各类人群产生的影响来验证目的是否达到。

原底乡合作医疗保险的主要目的是促进农民住院医疗服务利用,减少住院服务需要与利用的差距,减轻农民住院医药费用负担。它的目标人群,即直接影响人群是参加合作医疗保险的农民,间接影响的是相关医疗机构,而又以原底乡卫生院为主。因此,原底乡合作医疗保险制度的目标评价内容为:

——原底乡农民(参加者与未参加者)1995年与1996年住院医疗服务(以郑家乡农民为对照组),包括住院医疗服务的需求量、利用率、需求与利用的差距、住院医疗服务的质量、住院医药费用及结构等。

——住院医疗服务提供者,主要是原底乡卫生院的医疗服务提供量,住院医疗服务效率及质量,医疗服务收入,医生的医疗行为改变。

1.3.3 监测与评价的方法

课题组成员每季度去现场监测一次,对方案实施中出现的问题及时向县、乡政府及乡合作医疗管理委员会通报并商议改进措施。合作医疗保险试点一年期满后系统进行总结和评估。

评价采取定性和定量相结合的方法。课题组除系统收集分析各种数据外,还与县、乡政府领导和乡合管会成员座谈讨论,以总结经验教训;采访乡卫生院院长、医生、会计及预防保健人员,了解他们的意见和看法,分析合作医疗保险对乡卫生院业务工作的影响。在对原底乡3个村的入户调查时,还分别召开了村干部及村民座谈会,倾听干部及农民对合作医疗保险的筹资及补偿的意愿和意见。

1.4 试点研究的人群

原底乡共有16个行政村,3778户,15803人。参加合作医疗的农户共2522户,农户参加率为67%。参加合作医疗保险的农民10008人,占总人口的63%。各村发展不平衡,有3个行政村(上堡村、刘家村、岳家村)按户及按人参加率均为100%。按户参加率低于50%的有3个行政村,其中最低的店子村,按户参加率仅为6%。抽样调查3个行政村(店子村、上堡村及上西头村)的按户参加率分别是6%、100%及71%,平均参加率为64%,与全乡农户参加率相近。3个村入户调查314户,其中参加合作医疗保险的216户,也与全乡农户参加率相近(见表1-2)。

1.4.1 原底乡参加与未参加合作医疗保险人群的特征

按1995年人均纯收入将调查对象分为高收入者(>1200元)、中等收入者(800~1200元)及低收入者(<800元)三组,各组构成见表1-3。参加者与未参加者的经济水平差别无统计意义($P>0.05$)。农民收入越低,参加率越高,表明合作医疗对低收入农民更有吸引力(见表1-3)。

表 1-2 3 个村合作医疗保险参加率(1996 年)

	店子村	上堡村	上西头村	合 计
全村总户数	260	354	281	895
参加户数	15	354	200	569
参加率(%)	6	100	71	64
调查户数	82	122	110	314
参加户数	5	122	89	216
参加率(%)	6	100	81	69

表 1-3 参加与未参加合作医疗农户的经济水平(1996 年)

收入水平	参加组		未参加组		合 计		按 户 参 加 率 (%)
	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)	
高收入者	50	23.1	30	30.6	80	25.5	62.5
中等收入者	138	63.9	61	62.2	199	63.4	69.3
低收入者	28	13.0	7	7.2	35	11.1	80.0
合 计	216	100.0	98	100.0	314	100.0	68.8

据 314 户,1 386 人的抽样统计,参加者与未参加者年龄构成的差别有统计意义,未参加组中 15~24 岁组人口比例显著低于参加组。0~14 岁组和 65 岁以上组通常被视为有疾病倾向人群,但参加者与未参加者中这两个年龄组人群所占的比例十分接近,差别无统计意义(见表 1-4)。

表 1-4 参加与未参加合作医疗者的年龄结构(1996 年)

年 龄 组 (年)	参 加 组		未 参 加 组		合 计	
	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)
0~	263	26.8	128	31.4	391	28.2
15~	203	20.7	57	14.0	260	18.8
25~	167	17.0	75	18.4	242	17.4
35~	118	12.1	58	14.3	176	12.7
45~	87	8.9	30	7.4	116	8.4
55~	85	8.7	42	10.3	127	9.2
65 及以上	57	5.8	17	4.2	74	5.3
合 计	980	100.0	407	100.0	1 386	100.0

参加与未参加合作医疗保险的农户(见表 1-5),其户主文化程度构成的差别也无统计意义($P > 0.05$)。

表 1-5 参加与未参加合作医疗农户户主的文化程度(1996 年)

读书年数 (年)	参加组		未参加组		合 计	
	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)
0~	55	25.5	23	23.5	78	24.8
1~	73	33.8	29	29.6	102	32.5
6~	44	20.4	18	18.4	62	19.8
9~	34	15.8	22	22.4	56	17.8
12~	10	4.6	6	6.1	16	5.1
合 计	216	100.0	98	100.0	314	100.0

参加组与未参加组家中 1995 年有住院者的比例也无显著差别($P > 0.05$),表明参加者与未参加者的住院医疗需求基本相同(见表 1-6)。

表 1-6 参加与未参加合作医疗者住院经历(1995 年)

1995 年家中 住院病人	参加组		未参加组		合 计	
	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)
有	60	27.8	29	29.6	89	28.3
无	156	72.2	69	70.4	225	71.7
合 计	216	100.0	98	100.0	314	100.0

由此可以认为,参加与未参加合作医疗保险的人群在经济水平、文化程度、住院医疗需求等方面是相似的,两组人群具有可比性。

1.4.2 农民对合作医疗保险的意愿与筹资能力

表 1-7 农民对合作医疗筹资的承受能力(1996 年)

自报能否 承担	参加组		未参加组		合 计	
	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)	户 数	构成比(%)
能	124	59.9	31	33.0	155	51.5
否	83	40.1	63	67.0	146	48.5
合 计	207	100.0	94	100.0	301	100.0

据 1994 年旬邑县调查,农民赞成合作医疗的占 89%,其中 70%的农民赞成每人交 1~6 元的合作医疗基金。原底乡的合作医疗保险方案经过科学测算,以户为单位,按人均 7 元的标准收取基金,为 1995 年农民人均纯收入的 0.6%。

1996 年原底乡调查的 301 户农户中,有半数人表示能承担合作医疗费。合作医疗保险参加者表示能承担的比例高于未参加者($P < 0.05$)。1994 年旬邑县农民的烟酒费用调查发现,农民全年的烟酒支出人均 45 元,这也说明农民基本上有能力支付合作医疗的费用。贫困农村办合作医疗保险的主要障碍不是农民交不起钱,而是认识和观念问题(见表 1-7)。

1.5 试点研究的过程评价

1.5.1 基金的筹集

按照基金筹集以个人为主、集体扶持、政府适当支持的原则,本方案规定在农民每人交 7 元的基础上,乡政府给参加者每人补贴 1 元,县财政给每人补贴 0.5 元。应筹集及实际筹集的基金如表 1-8 所示:

表 1-8 合作医疗保险基金的筹集情况(1996 年)

基金来源	应筹集金额(元)	实际筹集金额(元)	基金到位率(%)
个 人	70 056	69 544	99.3
乡政府	10 008	2 000	20.0
县政府	5 004	1 000	20.0
合 计	85 068	72 544	85.3

至 1995 年 12 月底干预研究启动时,农民已筹集的资金达 6.9 万元,按发卡人数计算,资金到位率达 99.3%,仍有 0.7%的个人资金未到位。这部分欠款主要发生在那些由集体垫付合作医疗保险金的村。由于村集体为农民支付保险金,领取的保健卡由村里统一保管,农民将钱交到村里后才发给保健卡,故村民实际自己持卡的只有 2 330 户,占全乡总户数的 61.7%,持卡人数 9 001 人,占全乡人数的 57.0%。

根据参加人数,乡、县两级的配套资金分别应为 10 008 元和 5 004 元。按计划,乡、县两级资金筹集应占基金总额的 18%,实际仅占基金总额的 4%,资金到位率仅为 20%。乡、县政府资金不能到位,从一定程度上影响了农民筹资的积极性。

为了发动群众参加,乡政府多次召集村干部会议,各行政村也召开数量不等的村民大会,将乡合作医疗管理委员会印制的《旬邑县原底乡合作医疗保险试行简章》分发给每个农户。此外,乡政府还采用广播、黑板报、宣传车等多种方式进行宣传。

个人基金的筹集,由各行政村干部负责。各村筹资方法分别为两种:第一种以个人交纳为主,其中一部分是完全由农民自愿交钱,如店子村,但参加率很低。另一部分是个人交款为主,村集体适当扶持,如上堡村的特困户,集体扶持一半。有一个自然村由集体垫交,年终在各户提留中扣除,该村参加率为 100%。第二种方法是以村集体支付为主。具体分为两种,一种是村集体为全体农户交款,不再向个人收钱,如上西头村。另一种是村集体为农民先垫支,再向农民收款,如赵家村。

1.5.2 基金的管理

表 1-9 合作医疗保险基金的分配及使用(1996 年)

	总额(元)	实际开支(元)	余额(元)
1. 医疗保健基金	62 544	28 344	34 200
其中:住院医疗基金	55 544	21 344	34 200
预防保健基金	7 000	7 000	0
2. 管理费	3 000	2 100	900
3. 风险储备基金	7 000	0	7 000
合 计	72 544	30 444	42 100

(一)合作医疗基金的分配和使用

合作医疗基金主要分为医疗保健基金、管理费及风险基金三部分。医疗保健基金又分为两部分:住院医疗基金,用于补偿参保者的住院医药费用;预防保健基金,由原底乡卫生院在合作医疗管理委员会的监督下使用,用于支付计划免疫和孕产妇保健服务的材料开支及人员报酬。具体分配及使用情况见表 1-9。

从合作医疗基金的分配比例看,医疗保健基金占 86%。1996 年全年住院医药费补偿支出占住院医疗基金的 38%,未动用风险储备金。参加者人均合作医疗开支 3.04 元,其中医疗保健开支 2.83 元,管理费开支 0.21 元。

(二)合作医疗补偿金的支付管理

预防保健基金由信用社转至乡卫生院预防保健组,由预防保健组按卫生院预防保健人员及村医提供的服务量分发。住院医药费用的补偿,按规定由乡卫生院将参加合作医疗保险的住院病人的处方、病历及报销单据一并送交乡合作医疗管理委员会,在每月例会上审查通过后,通知各行政村,并通过广播通知病人来办公室领取补偿金额。后来,为了方便农民,改为办公室人员将补偿金额送上门,并听取意见。由于乡领导事务忙,例会常常推迟召开,甚至有时两个月才开一次会,以至审批报销不及时,农民意见较大。一年中,住院医药费补偿共 174 人次,补偿金额合计 21 344 元。

(三)管理费用的开支与管理

按规定管理费专款专用,主要用于印制合作医疗卡,乡卫生院合作医疗专用处方,刻制合管会及办公室的专用印章,印刷《旬邑县原底乡合作医疗保险试行简章》(下称《简章》,每户一张),购买专用帐卡及各种办公用文具等,共计 2 100 元。由于住院医药补偿人次及金额都比预测的低得多,因而管理费比例偏高,占了总支出的 6.9%。

1.5.3 医疗服务的管理

原底乡卫生院门诊医生对持有合作医疗卡的符合住院条件的病人有责任及时收治入院。住院部医生负责为每个住院病人建立病卡,书写详细病史和医嘱,并使用专门的处方和医药费收据。每月底将本月住院病人病历及收费单据装订成册。凡因病情需要转院治疗者,由乡卫生院院长批准,出具转院医疗证明转至地段(张洪)医院或县医院。

1.5.4 合作医疗保险的监督

为了听取群众意见,以便改进工作,乡合作医疗管理委员会办公室管理人员利用向病人送款的机会去村入户听取群众意见,起到一定的作用。如上堡村王某在县医院住院,出院时,利用熟人关系又开了大量药品,医药费合计2 000多元,合作医疗管理委员会审核报销时未能查出。当办公室人员去该村送补偿医药费时,有群众反映此事。后通过县卫生局去县医院复查,明白了真相,及时作了改正,避免了医疗补偿金额的损失。

乡合作医疗管理委员会办公室人员曾多次到村召开各种座谈会听取意见。1996年12月召开乡合作医疗管理委员会会议时,除管委会成员外,还请定点医院代表来参加。1997年1月,召开全乡大型会议,村民组长以上干部及县、乡人民代表都参加,听取群众意见,对作出成绩的干部、工作人员及村先进集体给予奖励。但总的来说,监督工作还不够有力。如合作医疗管理委员会召开例会时,财政、民政、乡医及人大代表一般都未参加。村合作医疗管理小组,有的没有建立,有的也形同虚设。采访时,上西头村乡村医生反映,该村有合作医疗保险管理小组,但从来没有召开过会议。

1.6 试点研究的效果评价

1.6.1 住院医疗服务

原底乡合作医疗保险的主要目的之一是改善农民的住院医疗服务。农民住院医疗服务的改善是本研究效果评价的主要方面。

从住院医疗需求量看,原底乡农民1995年及1996年住院医疗服务需求率分别为12.4%及11.5%,两年间无显著差别($P > 0.05$);郑家乡农民需住院率1996年为6.0%,显著低于1995年的8.1%($P < 0.05$)。农民年住院率,原底乡农民1995年及1996年分别为7.5%及7.0%,两年间无显著差别($P > 0.05$),而郑家乡农民1996年住院率(2.6%)则显著低于1995年的4.7%($P < 0.01$),也显著低于原底乡的7.0%($P < 0.01$)。

从住院医疗需求与利用的差距上可以看出,原底乡农民的需住院而未住院比例1995年(39.5%)与1996年(39.1%)无显著差别($P > 0.05$),但显著低于郑家乡(1995年41.5%,1996年上升到57.4%, $P < 0.05$),见表1-10。

表1-10 原底乡与郑家乡农民住院医疗服务需求与利用

	原 底 乡			郑 家 乡			原底乡与 郑家乡比较 P 值
	1995 年	1996 年	1996 年/1995 年	1995 年	1996 年	1996 年/1995 年	
抽样调查人数	1 437	1 382	1.0	1 609	1 511	0.9	-
每百人中:							
需住院次数	12.4	11.5	0.9	8.1	6.0	0.7	< 0.01
已住院次数	7.5	7.0	0.9	4.7	2.6	0.6	< 0.01
未住院次数	4.9	4.5	0.9	3.4	3.4	1.0	> 0.05
未住院占需住院%	39.5	39.1	1.0	41.5	57.1	1.4	< 0.05