

· 卫生管理 ·

重庆市新型农村合作医疗制度保障能力研究——以城口县为例

谢国洲, 贺加[△]

(第三军医大学社会医学与卫生事业管理学教研室, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.20.041

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)20-2105-03

新型农村合作医疗(以下简称新农合)是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主,按照参加者互助共济的原则组织起来的,为农村居民提供基本医疗服务的医疗保障制度^[1]。重庆市自全面实施新农合制度以来,不断完善补偿政策,持续提高住院补偿费用,切实减轻了农民就医的负担,广大患者从实惠中逐渐接受和认可了新农合。但是,新农合的保障力如何,影响因素是什么,怎样提高,这些问题的解决有助于完善新农合政策。城口县地处重庆东北,经济发展处于全市中等水平,农业人口约占 84%,2007 年开始实施新农合制度,是全市最后一批开展的区县之一。本文以城口县为例,研究新农合筹资和补偿政策以及实际住院补偿情况等相关问题,以期完善新农合制度提供决策参考,保证新农合稳定持续发展。

1 资料与方法

对城口县新农合开展情况的资料进行整理分析,并以此为基础设计调查问卷,选择在乡镇、县和县以上医疗机构新农合

管理人员以及参合住院患者进行问卷调查。共发放问卷 130 份,回收有效问卷 125 份,有效率 96.2%。数据采用 SPSS16.0 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 新农合补偿政策的理论保障能力 城口县自 2007 年实施新农合制度以来,补偿政策(指住院补偿)作了 2 次大的调整。第 1 次在 2008 年 7 月,乡镇医疗机构和县级医疗机构住院补偿的起付线都降低了 50 元,补偿比例分别提高了 20% 和 10%,所有医疗机构封顶线均提高到了 3 万元,中药补偿比例还在此基础上增加了 10 个百分点;第 2 次调整在 2011 年 1 月,乡镇和县级医疗机构起付线调回 2007 年的 100 元,但住院补偿比例在 2008 年的基础上都增加了 5%,乡镇、县和县以上定点医疗机构的补偿比例分别达到 75%、55% 和 35%,封顶线提高到 6 万元,从政策调整的角度来看,新农合对农民医疗的保障力呈整体上升趋势。同时,县级以上定点医疗机构起付线还降低了 200 元,见表 1。

表 1 2007~2011 年城口县新农合补偿政策调整情况调查表

| 年度 | 乡镇医疗机构 | | | 县级医疗机构 | | | 县以上医疗机构 | | |
|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|--------|
| | 起付线(元) | 补偿比例(%) | 封顶线(元) | 起付线(元) | 补偿比例(%) | 封顶线(元) | 起付线(元) | 补偿比例(%) | 封顶线(元) |
| 2007 年 | 100 | 50 | 10 000 | 300 | 40 | 10 000 | 1 000 | 30 | 10 000 |
| 2008 年 | 50 | 70 | 30 000 | 250 | 50 | 30 000 | 1 000 | 30 | 30 000 |
| 2009 年 | 50 | 70 | 30 000 | 250 | 50 | 30 000 | 1 000 | 30 | 30 000 |
| 2010 年 | 50 | 70 | 30 000 | 250 | 50 | 30 000 | 1 000 | 30 | 30 000 |
| 2011 年 | 100 | 75 | 60 000 | 300 | 55 | 60 000 | 800 | 35 | 60 000 |

在新农合实施的 5 年中,除新农合政策的补偿比例和封顶线因个人筹资总额的不断增加而大幅提高外,报销目录范围内的药品也在不断增加,参合农民生病享受的住院补偿的绝对额也有较大幅度增加,住院补偿绝对额 2011 年比 2007 年增长了 455.27 元,见表 2。

表 2 2007~2011 年城口县新型农村合作医疗各年度住院基金支出情况调查表

| 年度 | 住院基金(万元) | 住院补偿人次(n) | 次均住院补偿费用(元) |
|--------|----------|-----------|-------------|
| 2007 年 | 309.68 | 7 465 | 414.84 |
| 2008 年 | 1 409.54 | 24 147 | 583.73 |
| 2009 年 | 1 497.68 | 27 616 | 542.32 |
| 2010 年 | 1 956.74 | 29 287 | 668.13 |
| 2011 年 | 2 483.82 | 28 546 | 870.11 |

2.2 实际住院补偿保障力 一般来说,在参合农民全年住院医药费用一定的情况下,新农合补偿基金总额越大,次均住院实际补偿额就越多,实际住院补偿比就越高,反之则越低。城口县 2009 年新农合政策规定的住院补偿比提高到 75%,而实际住院补偿率只有 38.1%。从历年实际补偿情况可以看出,新农合政策在实施过程中很不稳定,2007~2010 年,基金总量都增长很快,2008~2010 年补偿政策是一致的,而实际住院补偿率相差却很大,2009 年只有 38.1%,2010 年达到了 49.3%,与理论的补偿比仍有一定差距。由数据结果可以看出历年的实际住院补偿比偏低,见表 3。

2.3 新农合基金使用情况 提高新农合基金使用率是提高住院实际补偿比和新农合保障能力的有效途径。从总体情况看,新农合的基金使用率不高,尽管 2008 年当年基金的使用率达

△ 通讯作者, Tel: (023) 68775277; E-mail: hejiahj@126.com.

到了 96%，较 2007 年的 49% 有很大提高，但该县 2007~2011 年累计基金使用率只有 65%，尚有 35% 的新农合基金结余，结余基金达 4 741.37 万元，未能充分发挥基金的最大效益。从历年当年新农合基金的使用情况可以看出，新农合基金使用也不太稳定，有的年度当年基金几乎用完，2009 年使用率达 96%，有的年度基金使用不到一半，2007 年只有 49%，见表 4。

表 3 2007~2011 年城口县各年度次均住院费用实际补偿情况调查表

| 年度 | 次均住院总费用(元) | 次均住院补偿额(元) | 次均实际住院补偿比(%) |
|--------|------------|------------|--------------|
| 2007 年 | 1 325.01 | 414.84 | 31.3 |
| 2008 年 | 1 434.33 | 583.73 | 40.7 |
| 2009 年 | 1 423.52 | 542.32 | 38.1 |
| 2010 年 | 1 355.41 | 668.13 | 49.3 |
| 2011 年 | 1 529.51 | 870.11 | 56.9 |

2.4 参合农民住院负担情况 住院费用发生前被调查者的贫困率随经济发展不断降低，2007 年为 16.42%，2011 年降到 7.22%。但住院费用发生后被调查者的贫困率大幅提高，5 年平均为 31.86%，说明有 31.86% 的受访者因住院而致贫。新

农合补偿后被调查者的贫困率有所降低，受到补偿越高，缓解贫困的程度就越高，新农合缓解农民因病致贫比例为 6.29%。住院费用发生前后及新农合补偿后受访者的贫困率差异比较明显。住院费用发生前，每个被调查者平均需增加 218.51 元就能脱贫，2007 年需要增加的资金最多达 387.56 元。住院费用发生后，受访人群脱贫需要增加 4 982.44 元，比住院前增加了 4 763.93 元，其中 2011 年需要增加最少，但也需要增加 4 570.41 元。新农合补偿后受访者脱贫需要增加的费用减少较多，平均减少了 728.82 元。说明住院医疗费用是近 1/3 被调查者致贫的原因，而新农合制度对大病住院导致的因病返贫具有较好的缓解作用，见表 5。

表 4 2007~2011 年城口县历年基金使用情况调查表

| 年度 | 新农合总基金(万元) | 当年基金实际使用率(%) | 历年结余基金(万元) | 累计使用率(%) |
|--------|------------|--------------|------------|----------|
| 2007 年 | 739.56 | 49 | 377.14 | 49 |
| 2008 年 | 1 567.46 | 96 | 438.93 | 81 |
| 2009 年 | 2 602.95 | 62 | 1 431.83 | 71 |
| 2010 年 | 3 620.39 | 82 | 2 818.53 | 67 |
| 2011 年 | 4 882.98 | 61 | 4 741.37 | 65 |

表 5 2007~2011 年城口县住院前、后被调查者的贫困率及新农合缓解致贫的比例

| 项目 | 2007 年 | 2008 年 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 | 平均 |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 住院前 | | | | | | |
| 贫困率(%) | 16.42 | 14.23 | 12.15 | 8.95 | 7.22 | 11.79 |
| 平均每人补贴脱贫资金(元) | 387.56 | 306.79 | 215.40 | 116.50 | 66.31 | 218.51 |
| 住院后 | | | | | | |
| 贫困率(%) | 49.08 | 46.43 | 45.57 | 40.61 | 36.60 | 43.66 |
| 因病致贫率(%) | 32.66 | 32.20 | 33.42 | 31.66 | 29.38 | 31.86 |
| 平均每人补贴脱贫资金(元) | 5 364.80 | 5 184.56 | 4 906.34 | 4 819.77 | 4 636.72 | 4 982.44 |
| 每人补贴资金增减(元) | 4 977.24 | 4 877.77 | 4 690.94 | 4 703.27 | 4 570.41 | 4 763.93 |
| 新农合补贴后 | | | | | | |
| 贫困率(%) | 45.83 | 41.80 | 41.11 | 34.99 | 29.22 | 38.59 |
| 因病致贫率(%) | -4.53 | -6.28 | -5.81 | -7.03 | -7.79 | -6.29 |
| 平均每人补贴脱贫资金(元) | 4 869.51 | 4 483.19 | 4 280.32 | 3 984.89 | 3 650.17 | 4 253.62 |
| 每人补贴资金增减(元) | -495.29 | -701.37 | -626.02 | -834.88 | -986.55 | -728.82 |

表 6 2007~2011 年城口县新农合补偿前、后住院费用构成灾难性卫生支出的家庭比例(%)

| 年度 | 补偿前 | 补偿后 | 补偿前后变化 |
|--------|-------|-------|--------|
| 2007 年 | 58.40 | 54.80 | -3.60 |
| 2008 年 | 54.80 | 48.40 | -6.40 |
| 2009 年 | 52.00 | 46.20 | -5.80 |
| 2010 年 | 50.20 | 43.00 | -7.20 |
| 2011 年 | 48.60 | 40.20 | -8.40 |
| 平均 | 52.80 | 46.88 | -6.28 |

对于任何一种家庭，如果其卫生支出在家庭可支配收入中的比例大于 50%，都可以认为卫生服务已经成为其生活中最主要的负担^[2]。WHO 就把这类家庭称之为灾难性支出家庭^[3]。2007~2011 年新农合补偿前住院费用构成灾难性支出的家庭比例为 52.8%，说明一半以上受访者的住院费用超过了其家庭总收入的 40%。新农合补偿后，住院费用构成灾难性支出的家庭比例降低了 6.28%，新农合补偿前后受访者家庭灾难性支出的比例差异显著，表明新农合对缓解和减少“因病致贫、因病返贫”问题具有一定的保障力，见表 6。

2.5 城口县新农合保障水平“适度性”测定 新农合医疗保障水平是指新农合医疗保障支出占农村 GDP 的比重。医疗保障

水平可以直接反映医疗保障能力的高低。按照王兰芳等^[4]对农村新型合作医疗保障水平测定的方法测算,城口县 2010 年新农合医疗保障水平“适度性”的下限值为 2.6%,上限值为 9%,而医疗保障水平为 4.3%,说明这个保障水平是适度的,与城口县经济社会发展水平相适应。

3 讨 论

3.1 实际住院补偿比例偏低 宏观政策规定参合人员的补偿比例和封顶线都达到了相当高的水平,理论上保障力是较高的,但实际住院补偿比例与政策规定的补偿比例有差距。因此,应根据经济社会发展水平不断提高参合人员的筹资标准,增加基金总量,提高补偿比例和封顶线,切实提高新农合的医疗补偿水平。另一方面,在基金总额一定的情况下,应在扩大报销药品范围、规范医疗诊治行为及收费价格管理上下功夫,使住院实际补偿比例与政策规定的补偿比例更接近。

3.2 新农合基金使用率偏低 从基金累积节余情况看,新农合基金使用率偏低,节余率较高,新农合的保障力也还有较大的提升空间。新农合应提高基金使用率,尽可能将更多的基金补偿到生病的参合农民家庭,提高新农合的保障能力,让农民得到更多实惠,以进一步调动农民的积极性。同时,应加强新农合政策实施过程的监管,确保新农合政策执行效果的稳定性,使新农合基金的使用保持在一个合理的水平。

3.3 农民医疗负担仍然沉重 尽管新农合对“因病致贫、因病返贫”起到了一定的缓解作用,但作用还十分有限,医疗费用构成家庭灾难性支出的比重很高,也反应这部分人群的卫生服

务需要和利用高于一般人群。从新农合保障水平的“适度性”测定看,尽管数据显示城口县新农合保障水平处在比较适度的区间,但这是基于该县农村 GDP 基数小,农民人均收入较低,而新农合筹资水平相对较高的情况下形成的,这种适度是各种指标都较低的基础上形成的低水平的适度,离“适度性”的上限值 9%还有较大差距。在农民收入较低,农村 GDP 不断增长的情况下,需要进一步加大政府投入增加基金供给总量、提高基金支出水平,使新农合保障水平的“适度性”更接近上限值,以提高保障力。

参考文献:

- [1] 何中伟,刘芳,夏龙,等.北京新型农村合作医疗制度实证研究[J].农业经济问题,2008,28(7):50-54.
- [2] 应晓华,江芹,刘宝,等.灾难性支出家庭对卫生筹资公平性的影响[J].中华医院管理杂志,2004,20(8):461-463.
- [3] WHO. Workshop on Evidence for health policy:burden of disease,cost-effectiveness,and health system[S]. Fairness in financial contribution-concepts, session 3. 14, 2000:4-7.
- [4] 王兰芳,陈万明,崔晓宁.江苏农村新型合作医疗保障水平的测定与分析[J].人口与经济,2006,26(4):73-77.

(收稿日期:2012-02-09 修回日期:2012-05-01)

(上接第 2091 页)

最常使用的降低血液黏稠度的安全药物。通过扩容、解聚红细胞和血小板、改善微循环达到降低血液黏稠度的效果。低分子肝素具有抗凝、抗血小板凝集、抗胎盘绒毛滋养层细胞凋亡。褚红女和黄荷凤^[5]研究报道,肝素可有效治疗 ICP 患者以及妊娠中晚期脐动脉血流 S/D 比值异常升高患者^[6]。

因为 80% 的死胎发生于妊娠 35 周后,95% 的死胎、死产突然发生于先兆早产、偶然宫缩或临产初期^[7],因此密切的胎儿监护,积极地预防宫缩的发生以及有效地抑制宫缩尤为重要。因早发型 ICP 患者均属于重度 ICP,由于重度 ICP 的胎儿常不能耐受宫缩时的缺氧环境,为防止胎儿突然的意外死亡,一般在妊娠 35~36 周可考虑择期剖宫产终止妊娠。

另外,营养支持治疗也同样关键,一般重度 ICP 患者早产几率大,营养支持治疗可促进胎儿的生长发育,增加胎儿体重,改善围产儿结局。在降胆酸保肝治疗过程中常规予以每日氨基酸营养治疗,对于低蛋白血症的患者予以补充人血清蛋白,经过本研究的综合治疗,新生儿体质量在 2 430~3 360 g。

3.4 早发型 ICP 患者的围产儿结局 早产、羊水胎粪污染、围生儿死亡仍然是 ICP 对胎儿的主要危害。近来有新生儿胆汁性肺炎的文献报道^[8-9]。在本组中无 1 例胎儿窘迫及新生儿窒息及围生儿死亡发生,随访 3 年期间无脑瘫及智障等并发症的发生。

参考文献:

- [1] 艾瑛,刘淑芸,姚强.妊娠肝内胆汁淤积症 1241 例发病特

点分析[J].中华妇产科杂志,2004,39(4):217-220

- [2] Mays JK. The active management of intrahepatic cholestasis of pregnancy[J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2010, 22(2):100-103.
- [3] Bacq Y. Liver diseases unique to pregnancy: A 2010 update[J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2011, 35(3): 182-193.
- [4] 杜雪寒,蒋犁,蒋小青.丹参注射液在妊娠肝内胆汁淤积症中的治疗机制研究[J].中国中药杂志,2006,32(11): 921-923.
- [5] 褚红女,黄荷凤.肝素钠治疗妊娠期肝内胆汁淤积症疗效初步探讨[J].中华医学杂志,2002,82(7):501-502.
- [6] 褚红女.肝素改善妊娠中晚期脐动脉血流异常的临床效果[J].中华妇产科杂志,2005,40(2):109-111.
- [7] 王晓东,彭冰,姚强,等.妊娠肝内胆汁淤积症 1210 例围生结局分析[J].中华医学杂志,2006,86(7):446-449.
- [8] Zecca E, De Luca D, Baroni S, et al. Bile acid-induced lung injury in newborn infants: a bronchoalveolar lavage fluid study[J]. Pediatrics, 2008, 121(1): e146-149.
- [9] Zecca E, Costa S, Lauriola V, et al. Bile acid pneumonia: a “new” form of neonatal respiratory distress syndrome? [J] Pediatrics, 2004, 114(1): 269-272.

(收稿日期:2011-06-06 修回日期:2012-01-29)