

· 卫生管理 ·

低收入地区新型农村合作医疗基金运行分析*

唐立健

(南京医科大学医政学院 210029)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.36.043

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)36-4470-02

自 2003 年新型农村合作医疗(以下简称新农合,参加新农合的患者,简称参合患者)实施以来,各地区参合率和筹资水平不断提高,补偿模式日趋完善,对缓解农民“因病致贫、因病返贫”起到重要作用^[1]。在新农合制度的运行中,基金收支是关键,尤其对于低收入地区,筹资能力有限,基金运行的安全有效,直接影响到该地区新农合制度的可持续发展。本文通过对低收入地区新农合基金运行情况进行分析,发现问题并提出相应解决对策。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据人均国内生产总值(GDP)和农村居民年人均纯收入水平,从江苏省选取经济收入比较低的 10 个县作为研究对象,2011 年 10 个县人均 GDP 为 25 430 元,农村居民年人均纯收入为 8 423 元。

1.2 方法 主要收集 10 个县 2010 和 2011 年新农合参加情况、基金筹集与支出、医疗费用补偿情况等数据,并对数据进行描述性分析。

1.3 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件进行数据处理与分析,计数资料采用率(%)表示。

2 结果

2.1 基金筹集情况 2011 年,10 个县参合人数为 890.72 万人,参合率达 99.92%,筹资总额为 206 206.61 万元,比 2010 年增加了 59.42%,其中,中央和地方财政资金分别占 7.86% 和 78.93%,在地方财政资金中省级财政资金占总筹资的 52.77%,所占比重比 2010 年提高了 1.08 个百分点。显然,地方财政成为新农合筹资的主要来源,尤其是省级财政,其支持力度在不断加大。此外,对于一些重大公共卫生服务项目,如农村孕产妇住院分娩等,各级财政实施专项补助,这也一定程度上弥补了新农合基金的不足。从人均筹资水平来看,2011 年为 231.51 元,比 2010 年提高了 55.54%。其中,个人人均缴纳额度为 30 元,与其年人均纯收入相比所占比例不足 0.50%,个人缴费比例偏低,见表 1。

表 1 2010 和 2011 年 10 个县新农合基金筹集情况

年份	参合人数 (万人)	筹资总额(万元)			人均筹资 (元)	
		总计	中央财政	地方财政		
2010	869.02	129 345.10	9 055.00	93 188.72	25 913.26	148.84
2011	890.72	206 206.61	16 205.30	162 767.38	26 333.76	231.51

2.2 基金分配与使用情况 2010 和 2011 年 10 个县所筹集资金全部纳入新农合统筹范围内,分别从中计提风险基金 3 282.59 万元和 15 014.16 万元,计提比例为 2.54% 和 7.28%。风险基金主要用于新农合基金非正常超支的调节,按

照规定风险基金累计不得超过当年筹集基金总额的 10.00%。总体来看,风险基金提取符合规定要求。2010 年,10 个县新农合基金结余 3 821.47 万元,基金沉淀率为 2.95%,基金总体运行良好,符合“收支平衡、略有结余”的原则。而 2011 年基金结余 29 500.66 万元,基金沉淀率为 14.31%,其中 10 个县中基金沉淀率最高达 36.00%,具体见表 2。

表 2 2010 和 2011 年 10 个县新农合基金分配与使用情况

年份	统筹基金 (万元)	计提风险 基金(万元)	基金支出 (万元)	基金结余 (万元)	基金 沉淀率(%)
2010	129 345.10	3 282.59	125 523.63	3 821.47	2.95
2011	206 206.61	15 014.16	176 705.95	29 500.66	14.31

2.3 基金补偿情况

2.3.1 住院补偿情况 2011 年,10 个县住院补偿 59.70 万人次,比 2010 年提高了 15.79%,其中县级及县外医疗机构住院补偿人次占 59.05%;从基金流向来看,10 个县总住院补偿金额为 139 823.22 万元,其中县级及县外医疗机构住院补偿支出占 76.34%,其中部分县的这一比例高达 85.00%。从实际补偿情况看,2011 年 10 个县住院补偿比平均达 52.50%,比 2010 年提高了 6.98 个百分点,但是次均住院费用上涨幅度也比较大,尤其是县级和县外医疗机构,分别上升了 15.46% 和 6.72%。由此可见,虽然新农合住院补偿水平有所提升,但过快增长的医疗费用使得农民就诊的经济负担仍然比较重,甚至有所增加,见表 3。

2.3.2 门诊统筹补偿情况 2011 年,10 个县村乡级门诊统筹补偿 1 279.46 万人次,比 2010 年降低了 5.95%,其中村级卫生机构下降幅度比较大,为 10.16%。2011 年,10 个县次均门诊费用为 47.12 元,比 2010 年增加了 7.95%,其中乡级医疗机构增长幅度比较大,为 12.11%。如果门诊统筹补偿方案不调整或提高幅度不大时,势必会导致实际补偿水平的下降,2011 年补偿比为 35.36%,略低于 2010 年,见表 4。

2.3.3 特殊病种大额门诊补偿情况 2011 年,10 个县特殊病种大额门诊补偿 7.54 万人次,比 2010 年增加了 76.17%,这主要与新农合保障范围逐步扩大以及农村居民慢性病患者率不断提高有关。在次均费用上,2011 年为 2 142.43 元,比 2010 年下降了 22.51%,说明对于特殊病种医疗费用的控制比较好。随着新农合筹资水平的提高,对特殊病种的保障力度不断加大,一定程度上降低了慢性病患者的经济负担,但总体上补偿水平不高,其中有的县补偿比例不足 40.00%。慢性病一般需要终身服药和定期治疗,有些慢性病的医疗开支比较高,比如尿毒症透析、恶性肿瘤放疗化疗等,见表 5。

* 基金项目:江苏省高校哲学社会科学研究基金项目(2010SJB840011)。 作者简介:唐立健(1976~),硕士,讲师,主要从事卫生事业管理研究。

表 3 2010 和 2011 年 10 个县新农合住院补偿情况

医疗机构	2010 年				2011 年			
	补偿人次 (万人次)	补偿金额 (万元)	次均费用 (元)	补偿比 (%)	补偿人次 (万人次)	补偿金额 (万元)	次均费用 (元)	补偿比 (%)
县外	7.67	26 639.57	10 105.06	34.38	8.37	41 040.73	11 667.31	42.05
县级	21.09	42 771.42	4 234.05	47.90	26.88	65 700.09	4 518.76	54.09
乡级	22.80	26 322.15	1 909.86	60.43	24.45	33 082.40	1 933.16	70.00
合计	51.56	95 733.14	4 079.18	45.52	59.70	139 823.22	4 461.68	52.50

表 4 2010 和 2011 年 10 个县新农合门诊统筹补偿情况

医疗机构	2010 年				2011 年			
	补偿人次 (万人次)	补偿金额 (万元)	次均费用 (元)	补偿比 (%)	补偿人次 (万人次)	补偿金额 (万元)	次均费用 (元)	补偿比 (%)
乡级	566.24	11 323.08	58.22	34.35	565.92	11 928.80	65.27	32.29
村级	794.19	10 394.16	33.27	39.34	713.54	9 391.62	32.72	40.22
合计	1 360.43	21 717.24	43.65	36.57	1 279.46	21 320.42	47.12	35.36

表 5 2010 和 2011 年 10 个县新农合特殊病种
大额门诊补偿情况

年份	补偿人次 (万人)	补偿金额 (万元)	次均费用 (元)	次均补偿额 (元)	补偿比 (%)
2010	4.28	4 836.13	2 764.93	1 129.80	40.86
2011	7.54	8 195.55	2 142.43	1 087.36	50.75

3 讨 论

3.1 新农合筹资水平有待进一步提高 2011 年,10 个县新农合人均筹资 231.51 元,比 2010 年提高了近 83 元,但仍比江苏省平均筹资水平(273 元)低了 15.20%^[2]。根据筹资结构显示,目前新农合筹资以财政支持为主,农民个人缴纳额度比较低,不足年人均纯收入的 0.50%。有学者提出农民个人缴费标准以农民年人均纯收入的 1%~3%为宜^[3]。因此,可考虑适当提高农民的个人缴费标准。同时各级财政支持也要同步增长,尤其是中央和省级财政,这样才能保证低收入地区实现新农合筹资动态长效的增长。

3.2 新农合基金沉淀率偏高 根据新农合管理规定,新农合当年基金结余(含风险基金)应不超过当年筹集基金总额的 10.00%,对于筹资水平相对较低的低收入地区而言,新农合资金沉淀过多,将严重影响参合农民的受益水平,同时也会增加基金管理的成本。2011 年 10 县基金结余率已超过这一比例规定,原因主要在于新农合补偿标准未随着筹资额度的增加予以恰当的调整。在调整补偿方案时,关键要做好补偿金额的预测,可将需求弹性经济学模型^[4]、保险精算模型^[5]应用于补偿基金的测算中。如果调整方案后仍出现大量基金沉淀,可实行二次补偿,但要做到公开、公平和公正,实行“阳光操作”^[6]。

3.3 住院补偿过于集中在县级和县外医疗机构 根据研究结果显示,超过 50.0%的参合住院患者到县级和县外医院就诊,也导致过多的基金流向高级别的医疗机构,这增加了参合患者的就医成本,也加重了新农合基金的支付压力。导致这些情况出现的主要原因是基层卫生机构服务能力和条件较差。因此,必须加强基层卫生机构的建设,加大资金投入,改善基层卫生

人员的福利待遇和积极引进卫生人才,同时做好城乡医疗机构对口支援体系的建设,通过人员培训、技术指导、巡回医疗等方式提高基层医疗服务水平,以促使参合农民生病时首先到基层卫生机构就医^[7-8]。

3.4 门诊补偿水平偏低 2010 和 2011 年 10 个县门诊统筹实际补偿比均在 35.00%左右,大部分医药费用仍需参合患者自己支付,容易导致“小病拖成大病”的问题^[9];同时,由于住院补偿水平明显高于门诊,也容易促使参合患者“小病大医”。特殊病种大额门诊实际补偿比已达 50.75%,但与其高昂的医疗费用相比,补偿水平仍显偏低。因此,应适当提高门诊补偿比例,逐步拉小同级别医疗机构门诊与住院的补偿差距。

3.5 医疗费用增长过快 与 2010 年相比,2011 年 10 个县普通门诊,住院次均费用分别提高了 7.95%和 9.38%,而门诊实际补偿比有所下降,住院实际补偿比上升幅度不足 7 个百分点。医疗费用增长幅度比较大,将大大降低新农合缓解参合农民疾病经济负担的能力。为了抑制医疗费用的不合理增长,可从费用支付方式上着手,探索推行按病种付费、按人头付费、总额预付等相结合的混合支付方式^[10]。同时加强对定点医疗机构的考核,并将考核结果作为新农合支付的重要依据,以达到规范医疗服务行为的目的。

参 考 文 献:

- [1] 孟宏伟,尹文强,马安宁,等.山东省新型农村合作医疗基金管理使用现状及对策分析[J].中国卫生资源,2012,15(3):246-248.
- [2] 卫生部.2012 中国卫生统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2012.
- [3] 穆念河,靳峰.新型农村合作医疗制度筹资机制探讨[J].中国卫生事业管理,2004,(2):106-107.
- [4] 周忠良,高建民,杨晓玮,等.新型农村合作医疗补偿基金测算方法的探讨[J].统计与决策,2008,29(13):33-35.
- [5] 曹乾,张晓,王柯.社会医疗保险筹资标准与保障水平测度-以江苏铜山新型农村合作医疗为例[J].山东理工大学学报(社会科学版),2008,24(4):28-31.(下转第 4480 页)

束后由带教老师总结点评。对学生们在讨论中争议较大的焦点问题进行详细分析,同时对各组发言进行点评,指出优缺点,最后将本课程需要掌握的重点难点问题进行总结,从而使同学对本课程内容的认识更为深刻。

1.3 教学效果评价 教学效果评价采取问卷调查结合理论考试的方法。问卷调查主要针对 PBL 教学模式中学生的主观感受进行提问,以无记名的方式进行调查,内容主要包括:提高学习的主动性和独立性,提高分析问题和解决问题能力,提高团队合作能力,提高沟通交流和口头表达能力等方面。理论考试由题库随机抽取试题,闭卷考试,试卷为百分制,由一名教师统一评阅。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行数据统计处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 问卷调查结果 对 PBL 组学生进行了无记名问卷调查,发放调查表 25 份,回收 25 份,回收率 100%。88% 的学生对 PBL 教学所选择的病例、病例讨论的问题表示满意,92% 的学生认为 PBL 教学模式有利于更好地结合实际病例理解本专业的理论知识,学生对 PBL 教学模式有利于提高学习的主动性和独立性,提高分析问题和解决问题能力,提高团队合作能力,提高沟通交流和口头表达能力普遍持肯定态度,赞同率分别为 92%、96%、100% 和 96%。

2.2 理论考试成绩结果 由教研室统一出题,题目来自消化内科教研室题库,总分 100 分,题型包括单选题、多选题、填空题、简答题及病例分析题。考试形式为闭卷考试,50 名学生统一考试,统一监考,最后由一位教师评阅试卷,PBL 组和 SBL 组理论成绩分别为 (81.6 ± 5.3) 、 (70.5 ± 4.2) 分,PBL 组学生理论考试成绩明显高于 SBL 组,两者比较差异有统计学意义 ($t = 9.42, P < 0.05$)。

3 讨 论

临床见习课是将大课的理论知识向临床实践转化的一个重要桥梁^[6],在教学过程中不能重复大课的讲授模式,而旨在引导学生完成由原来的思维方式向临床思维方式的转变,这很大程度上依赖于适当有效的教学方法,传统的临床见习教学法是简单的结合病例向学生讲解和传授专业知识,虽然有临床实例,但缺乏学生自己提出问题、思考问题、解决问题的过程,无法引导学生建立良好的临床思维能力。而 PBL 教学模式正好与临床工作程序相符合,即:提出问题(患者病史特点)一回答问题(诊断和鉴别诊断)一解决问题(确定治疗方案)一反馈(根据治疗反应调整诊断和治疗策略)。因此,PBL 教学模式在培养学生建立临床思维能力上具有显著的优势。

大量研究显示,PBL 教学注重培养学生自学能力和团队协作的能力^[7-8]。留学生见习中采用 PBL 教学法更加符合学生的个性和需求。目前本校留学生大多在留学前接受欧美模

式的培养,本来就不适应国内传统的以教师为主导的教学方式,加上教师的英语表达能力毕竟不如母语,不可能利用生动的语言、丰富的词汇吸引学生的注意,而 PBL 教学法采用发现问题、提出问题、小组讨论、共同解决的模式正是留学生们较为适应的,这一模式充分调动了学生的积极性,能够让学生主动发现问题、思考问题,避免了过分依赖老师的讲解和传授,同时,教学过程中以学生为中心,教师从旁引导的模式有利于营造轻松的学习氛围,从而达到较佳的教学效果^[9]。

在对 SBL 教学模式和 PBL 教学模式的比较中,绝大多数留学生支持 PBL 教学模式,认为 PBL 教学有助于提高学习的主动性和独立性,提高分析问题和解决问题能力,提高团队合作能力,提高沟通交流和口头表达能力。少部分学生认为在选择病例和设置问题方面需要改进,但仍对 PBL 教学模式持肯定态度。在理论考试方面,PBL 组的留学生考试成绩显著优于 SBL 组,说明不管从学生的主观感受方面,还是客观成绩方面,PBL 教学均显示出了较大的优势。

实践证明,将 PBL 教学模式应用于留学生的消化内科见习课这一尝试取得了较好的结果,PBL 教学在培养医学生的临床思维能力、发现并解决问题的能力、团队合作能力、创新能力等方面具有独特的优越性,值得在今后的教学中推广。

参考文献:

- [1] 蒋建霞,施瑞华,林琳. 留学生临床内科实习带教工作的现状分析[J]. 医学信息,2009,22(5):256.
- [2] 彭微,刘起胜,徐筱红,等. 综合教学模式在高职病理教学中的初步评价[J]. 中医药导报,2013,19(5):130-131.
- [3] 胡春霞. 浅谈 PBL 教学法在高职高专教育中实施的必要性和存在的问题[J]. 甘肃科技,2013,29(9):86-88.
- [4] 施远洋,王文雷. PBL 教学法在内科学教学中的应用探析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2010,19(2):3120-3121.
- [5] 罗高兴,吴军. 如何指导学生查阅科技文献[J]. 山西医科大学学报基础医学教育版,2010,12(2):220-222.
- [6] 申红. PBL 教学方法应用于临床见习的评价与改进[J]. 中国病案,2013(4):45-47.
- [7] 孙颖,徐长福,王渊,等. 浅谈 PBL 教学——病案讨论中引导教师的职责和功能定位[J]. 西北医学教育,2013,21(3):520-521.
- [8] Capon B, Kuhn D. What's so good about problem-based learning[J]. Cogn Instruct,2004,22(1):61-79.
- [9] Morales-Mann ET, Kaitell CA. Problem-based learning in a new Canadian curriculum[J]. J Adv Nurs,2001,33(1):13-19.

(收稿日期:2013-09-13 修回日期:2013-10-09)

(上接第 4471 页)

- [6] 项莉,苏锦英,宋培培,等. 新型农村合作医疗二次补偿实施情况研究[J]. 中国卫生经济,2008,27(8):33-35.
- [7] 杨亚莉. 新型农村合作医疗制度运行中的问题及对策[J]. 生产力研究,2011,(11):131-132.
- [8] 唐海霞,敖鑫,陈磊,等. 某乡镇新型农村合作医疗实施现状调查分析[J]. 重庆医学,2012,41(5):474-476.

- [9] 孙淑敏. 西北低收入地区新型农村合作医疗运行现状研究——以一个国家级贫困县为例[J]. 卫生经济研究,2009,30(7):32-33.
- [10] 桂莉,王兴鹏. 新型农村合作医疗支付方式研究[J]. 安徽农业科学,2012,40(1):522-523.

(收稿日期:2013-06-06 修回日期:2013-07-29)