

· 卫生管理 ·

新型农村合作医疗制度提高保障水平的路径选择—— 基于江苏省的案例研究*

代宝珍,周绿林

(江苏大学管理学院公共管理系,江苏镇江 212013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.02.034

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)02-0223-03

新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)是我国农村地区的主体医疗保障制度,是我国政府改善健康公平性的重要举措,旨在防止因病致贫、因病返贫,提高农村居民卫生服务可及性和健康水平。截至 2010 年底,全国有 2 678 个县(区、市)开展了新农合,参合人口数达 8.36 亿人,参合率为 96%,基本覆盖所有含农业人口的县(区、市)^[1]。新农合的开展在一定程度上增加了农村居民的卫生服务利用,改进了农村居民卫生服务可及性,如研究表明,新农合的开展使得门诊量增加了 23%(大部分在乡镇卫生院),住院人次增加了 27%(主要在县医院)^[2]。但是,也有研究表明,新农合并没有明显降低患者的自付现金支出及大病风险,这在一定程度上使得贫困人群的卫生服务利用不会增加,反而会降低其参合积极性^[3]。如在新农合开展前后,山东临沂有大病支出的人口仅从 8.98%降至 8.25%,绝大多数大病家庭在得到新农合补偿后依然面临巨额自费医疗支出(即不低于家庭收入 40%),说明新农合对减轻重大疾病负担的作用十分轻微^[4]。同时,尽管对贫困人群免除其个人缴纳部分,但由于补偿比过低,占参合人群总数 10%的贫困人群可能缺乏支付能力致其医疗可及性不足^[2]。即使在参合后,他们依然不会去看病或中断治疗。有研究甚至质疑,新农合也许实际上将穷人的医疗资源转移给富人使用,因为后者有能力支付自付现金部分^[5]。

此外,有研究显示,我国医疗机构的补偿方式的长期扭曲、按服务项目支付方式及卫生服务提供的低效率,使卫生服务提供者有着过度提供昂贵药物和检查的强烈动机^[6],而新农合管理机构对乡村医生的处方行为的放纵,使得新农合开展地区的处方量、平均处方费用、处方中抗菌药物比例及患者抗菌药物注射比例都比未开展地区高,医生对参合患者的处方行为明显比未参合者恶劣。最终可能导致新农合的真正受益者不是农民,而是农村医疗机构^[7]。如有些参合药品在新农合指定医院的价格远高于药店价格,即使按比例报销后,其价格依然高于药店价格。如果这个问题不解决,新注入的资金极有可能直接转化成医疗机构的收入和效益^[8-9],如何在新农合现有的资金筹集及配置机制下及时跟进相应的政策措施以提高新农合保障水平是新农合可持续发展的首要问题。

近些年来,如何切实提高新农合的保障水平以提高农村居民的就医可及性、减少农村居民“因病致贫、因病返贫”是我国卫生政策的研究热点。长期以来,提高人均筹资水平、合理配置资金和确定补偿比是当前提高新农合保障水平的首选路径。

江苏省是近些年来我国国内生产总值(the gross domestic product,GDP)名列前三的省份之一,但其经济发展呈现出区域不平衡的特征,这与我国的经济发区域特征极为相似。自 2003 年启动新农合以来,江苏省各县(市)对新农合均进行了积极、广泛而深入的探索,各县(市)的新农合呈现出鲜明的特色。本研究将以江苏省为例,从宏观政策角度深入探讨提高人均筹资水平、合理配置资金和确定补偿比等这些路径对新农合保障水平的影响,为相关决策部门提供参考信息。

1 资料与方法

1.1 样本县(市)来源 根据各地区经济发展水平不同,将江苏省分为苏南、苏中和苏北。在苏南、苏中和苏北,各选取 1~2 个在 2005 年及以前开始实施新农合的县(市)作为研究案例。最后,选取的样本县(市)分别为常熟市、丹阳市、姜堰市、高邮市和赣榆县等 5 个县(市)。其中,常熟市和丹阳市代表苏南地区,姜堰市和高邮市代表苏中地区,赣榆县代表苏北地区。

1.2 资料搜集与整理 2012 年初,课题研究组对样本县(市)的新农合办公室主要工作人员进行问卷调查,结合统计年鉴及相关新农合报表进行数据采集。调查表的主要内容是自 2005 年以来的筹资情况(筹资主体、筹资标准)、资金配置及补偿比情况等。由于部分县(市)2010 年以后的部分数据不全,故本文选取 2005~2009 年的数据进行分析。

采用 Epidata 3.02 双人双录法录入数据,建立数据库,SPSS18.0 进行统计分析。

2 结果

2009 年,常熟市和丹阳市的人均 GDP 分别实现 82 951 元和 53 552 元人民币,姜堰市和高邮市的人均 GDP 分别是 34 395 元和 28 409 元人民币,赣榆县的人均 GDP 是 18 718 元人民币。其中,高邮市、姜堰市和赣榆县在 2003 年作为江苏省首批试点县(市)开始实施新农合。截止 2009 年底,江苏省已有 4 390 万农村居民参加了新农合,参合率在 95%以上。

2.1 新农合筹资情况 长期以来,中央政府新农合扶持资金倾向于中西部等经济不发达省份。江苏省作为东部地区经济较发达省份,省级政府融资承担了新农合筹资总额的近 40%。同时,省级政府融资的扶持也倾向于经济较不发达的苏北和苏中地区。如常熟市的新农合筹资主要来源于参合居民缴纳和县级及以下政府的融资。由于常熟市的农村乡镇企业、村集体经济发达,2009 年县级以下政府(包括乡镇、村集体)在新农合整体融资中的比重高达 73.3%。丹阳市地处苏南地区,经济

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(71203080);中国博士后科学基金(2013M530242);江苏大学高级专业人才培养启动基金资助项目(12JDG122);江苏省博士后科研资助计划(1301146C)。 作者简介:代宝珍(1976-),副教授,硕士生导师,博士,主要从事社会保障、卫生政策等研究。

发展稍后于常熟市,省级政府资金只对茅山等革命老区进行一定的融资(每年 500 万)。

在本研究选取的 5 个样本县(市)中,2009 年个人筹资额度最高是常熟市,省级政府资金补助在一定程度上弥补了其他县(市)在个人筹资额上与常熟市的差距。除此之外,人均筹资额度的主要差异体现在县级及以下政府的融资上。如,2009 年,常熟市县级及以下政府对新农合的人均融资额度达到 220 元,而丹阳市、高邮市、姜堰市和赣榆县则分别是 85、33、40、18 元。见表 1。

表 1 2009 年各样本县(市)新农合人均/年筹资标准(元)

县(市)	总筹资额	参合费	各级政府补助				
			省	市	县(市)	乡(镇)	村
常熟	300	80	0	0	110	100	10
丹阳	130	40	500 万*	5	85	0	0
高邮	115	30	50	2	23	10	0
姜堰	100	20	40	0	22	18	0
赣榆	100	20	60	2	18	0	0

*:茅山革命老区特别补助。

筹资结构和筹资额度的差异最终使得人均筹资总额差异大。如 2009 年江苏省新农合人均筹资总额是 139 元,而常熟市、丹阳市、高邮市、姜堰市和赣榆县的人均筹资总额分别达到 300、130、115、100、100 元。从时间上看,各县(市)的人均筹资总额都呈现出稳步增加的趋势,2009 年的人均筹资几乎是 2005 年的 3 倍。同时,江苏省新农合筹资总额也随之稳步增长,从 2005 年的 18.04 亿增加到 61.88 亿。见表 2。

表 2 2005~2009 年各样本县(市)新农合人均筹资总额(元)

县(市)	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年
常熟	100.00	130.00	200.00	300.00	300.00
丹阳	47.00	50.00	90.00	110.00	130.00
高邮	35.00	50.00	50.00	100.00	115.00
姜堰	45.00	65.00	75.00	100.00	100.00
赣榆	32.00	52.00	55.00	100.00	100.00
江苏省人均筹资总额	46.58	64.93	77.52	123.99	139.00
江苏省人均医疗费用	199.00	232.00	264.00	291.00	323.00
江苏省筹资总额(亿元)	18.04	26.60	33.49	54.75	61.88

研究数据显示,2005~2009 年,江苏省人均医疗费用也同样在稳步增长。尽管增长速度不及人均筹资总额,但截至 2009 年,江苏省人均医疗费用仍远远高于同期人均筹资总额(是后者的 2.32 倍)。即使是经济最为发达的常熟市,2009 年其人均筹资总额仍低于人均医疗费用。同时,经济发展的不平衡带来的地区间人均筹资总额的巨大差异,使得医疗费用带来的负担对于经济相对不发达及落后地区来说尤为严重(如赣榆县、姜堰市等)。

显然,对于经济相对不发达及落后地区来说,由于地方财政能力有限,提高人均筹资总额必然会相应提高个人参合缴费。如果单纯依靠提高人均筹资总额来提高新农合保障水平不仅会造成较大的地方财政压力,还可能会影响农村居民的参

合积极性。

2.2 新农合资金配置及补偿比情况 合理配置资金和确定补偿比是提高新农合保障水平的另一首选路径。在 2007 年和 2008 年,江苏省政府连续出台相关政策,明确规定约 70% 的新农合资金配置给住院统筹,30% 左右用于门诊统筹。2008 年,江苏省新农合资金的配置比例大体上符合上述要求,约 76.8% 的新农合资金用于对住院医疗费用的补偿。但是,新农合资金配置比例呈现出明显的地区差异。2009 年,常熟市、丹阳市、高邮市、姜堰市和赣榆县的住院统筹配置资金总额占新农合资金总额的比例分别为 77.7%、62.3%、70.3%、89.5% 和 45.6%,相应的住院费用补偿比分别为 39.61%、36.77%、31.87%、28.45% 和 45.20%;在门诊统筹方面,常熟市、丹阳市、高邮市、姜堰市和赣榆县的新农合资金配置比例分别为 22.3%、37.7%、29.7%、10.5% 和 54.4%,相应的门诊费用补偿比分别为 51.23%、22.66%、24.99%、20.60% 和 30.53%,见表 3。

表 3 2009 年各样本县(市)新农合资金配置及补偿比情况

县(市)	资金总额(亿元)	住院统筹		门诊统筹	
		配置总额(亿元)	补偿比(%)	配置总额(亿元)	补偿比(%)
常熟	3.50	2.72	39.61	0.78	51.23
丹阳	2.65	1.65	36.77	1.00	22.66
高邮	2.29	1.61	31.87	0.68	24.99
姜堰	2.19	1.96	28.45	0.23	20.60
赣榆	2.04	0.93	45.20	1.11	30.53

赣榆县新农合在住院统筹方面的配置比例最低,但住院费用补偿比最高;门诊统筹配置比例最高,门诊费用补偿比超过 30%,领銜于除常熟市以外的其他县(市)。常熟市门诊费用补偿比最高(51.23%),且住院费用补偿比近 40%,仅次于赣榆县(45.20%)。总体而言,常熟市、丹阳市和高邮市的住院统筹和门诊统筹资金配置比例基本符合江苏省政府的配置要求。姜堰市侧重传统的住院费用统筹,门诊统筹费用的配置比例较保守,且门诊费用补偿比制定得较低(20.60%)。与之相反,赣榆县更侧重于门诊费用统筹,其资金配置比例甚至超过住院统筹。由于门诊统筹扩大了新农合的受益面,赣榆县的做法更易于提高农村居民的参合积极性和就医可及性。

3 讨论

提高人均筹资水平、合理配置资金(住院统筹和门诊统筹)和确定补偿比等路径显然有助于提高新农合的受益水平和扩大受益面。然而,人均医疗费用的同步上涨和新农合资金使用的低效率严重削弱了新农合保障功能的实现程度。在同等条件下(人均筹资水平、资金配置比和补偿比),提高新农合资金的使用效率将大大提高新农合的实际保障水平。作为农村卫生服务的主要支付方,新农合主要通过合理的偿付机制来引导农村卫生资源的流向,从而实现自己的健康目标。目前,绝大多数疾病都可以预防(如急性传染性疾病和多数非传染性慢性疾病),且通过规范的疾病管理可以有效控制病情、减少并发症的发生。因此,提高新农合资金使用效率的关键在于,新农合对农村卫生服务机构的偿付机制必须向疾病预防和规范管理倾斜。

同时,村诊所由于其收费低廉、距离近等特点,是常见病、多发病、慢性病等疾病预防及规范管理的重要守门人。乡镇卫生院是农村三级卫生服务网络的重要枢纽,在疾病预防与规范管理、高危人群的疾病风险评估和健康干预等方面对村诊所都担负着重要的业务培训与指导职责。因此,新农合对农村基层卫生服务机构(村诊所、乡镇医院)的偿付机制必须体现其对于新农合健康目标实现程度的重要性(如适当提高补偿比例),鼓励并引导农村基层卫生服务机构在提高农村居民的就医可及性、减少农村居民“因病致贫、因病返贫”等过程中积极作为。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部统计信息中心. 2010 年我国卫生事业发展统计公报 [EB/OL]. (2011-05-06) [2013-08-08]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201104/51512.htm>.
- [2] Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, et al. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme [J]. *J Health Econ*, 2009, 28(1): 1-19.
- [3] You X, Kobayashi Y. The new cooperative medical scheme in China [J]. *Health Policy*, 2009(91): 1-9.
- [4] Sun X, Jackson S, Carmichael G, et al. Catastrophic medi-

cal payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province [J]. *Health Econ*, 2009, 18(1): 103-119.

- [5] Wang H, Yip W, Zhang L, et al. Community-based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits [J]. *Health Policy Plan*, 2005, 20(6): 366-374.
- [6] Liu X, Mills A. Evaluating payment mechanisms: how can we measure unnecessary care? [J]. *Health Policy Plan*, 1999, 14(4): 409-413.
- [7] Sun X, Jackson S, Carmichael G, Sleight AC. Effects of the New Cooperative Medical Scheme on village doctor's prescribing behavior in Shandong Province. Discussion Papers Series 354, School of Economics, University of Queensland, Australia [EB/OL]. <http://www.uq.edu.au/economics/abstract/354.pdf>; 2008.
- [8] Yip W, Hsiao WC. The Chinese health system at a crossroads [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2008, 27(2): 460-468.
- [9] Dai B, Zhou J, Mei YJ, et al. Can the new cooperative medical scheme promote rural elders' access to health-care services? [J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2011, 11(3): 239-245.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2013-11-05)

急诊分诊在急诊科安全管理中影响因素分析*

黄丽英¹, 陆一鸣²

(1. 海南省农垦三亚医院护理部, 海南三亚 572000; 2. 上海交通大学医学院附属瑞金医院急诊科 200025)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.02.035

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)02-0225-03

急诊科是医院中重症患者最集中、病种最多、抢救和管理任务最重的科室,是所有急诊患者入院治疗的必经之路,急诊分诊是急诊患者到医院就诊的第一关^[1]。现代急诊分诊已经不再是简单的“分科诊治”,而是要对来院急诊就诊患者在最短的时间内判断患者病情的紧急状态^[2],进行快速、重点地收集资料,并将资料进行分析、判断,分类、分科,按轻、重、缓、急安排就诊顺序,同时登记入册(档),同时通知相应科室专科医生做好准备,时间一般应在 2~5 min 内完成^[3],高质量的分诊能使患者得以及时救治,反之,则有可能因延误急救时机而危及生命。所以,做好这项工作对急危重症患者的救治成功与否至关重要。本人此次通过研究海南省农垦三亚医院 2010 年 9 月至 2012 年 9 月在急诊科收治的 715 例患者的急诊分诊资料,分析影响急诊分诊在急诊科安全管理中的危险因素,为预防此类情况的发生提供资料依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 9 月至 2012 年 9 月间在海南省农垦三亚医院急诊科收治的 715 例患者,并对其进行回顾性分析。内科 141 例,普外 126 例,骨科 46 例,泌尿外科 51 例,颅脑外科 23 例,儿科 255 例,妇产科 24 例,耳鼻喉科 22 例,其他科室 27 例。其中分诊误诊 66 例,误诊率为 9.23%。

1.2 方法 通过文献查阅及临床工作总结,收集可能导致急诊分诊影响急诊科安全管理的危险因素,主要包括不同疾病症状相同、多科症状交叉、患者和家属有意隐瞒病情、沟通障碍、非急诊患者增多,受到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏、分诊护士态度不好,责任心不强、分诊护士学历和阅历不够、急诊就诊科室设置欠合理、急诊护士工作量大致使分诊时间不够、急诊护士人员不够,缺编或编制不够^[4-6]。对危险因素进行单因素检验,对有统计学意义的因素进行多因素 Logistic 回归分析找出由于急诊分诊影响急诊科安全管理的相关危险因素。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,对可疑的因素进行非条件 Logistic 回归分析,计数资料采用 χ^2 检验,检验标准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 危险因素对比分析 对各方面条件下急诊分诊影响急诊室安全管理的危险因素进行比较,发现不同疾病症状相同、沟通障碍、受到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏以及急诊护士工作量大导致分诊时间不够,这几项因素差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 非条件多因素 logistic 回归分析 结果显示,不同疾病症状相同、沟通障碍、受到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81171846)。 作者简介:黄丽英(1973—),主管护师,主要从事护理管理工作。