

分级诊疗对农村老年患者住院费用的影响研究

王菁^{1,2},冷明祥¹,于亮²,沈旻²

(1. 南京医科大学公共卫生学院,江苏 南京 211166;2. 南京医科大学附属淮安第一医院,江苏 淮安 223300)

摘要:目的:探讨分级诊疗制度对农村老年患者住院医疗费用负担的影响,为进一步完善分级医疗制度提供参考。方法:调查淮安市某区农村老年新农合患者在该市某三级医院、某区医院和该区乡镇卫生院的住院医疗费用情况,对相关参数进行统计分析。结果:农村老年新农合患者在不同级别医疗机构住院的平均住院日、次均住院费用、结报补偿比、次均补偿费用等方面有统计学差异。结论:加强政府决策能力,完善分级诊疗医疗制度和费用支付,合理引导农村老年新农合患者医疗卫生服务利用具有重要的现实意义。

关键词:分级诊疗;老年患者;新农合;住院费用

中图分类号:R197

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2015)06-431-003

doi:10.7655/NYDXBSS20150603

党的十八届三中全会《关于全面深化改革若干重大问题的决定》明确提出要完善合理分级诊疗模式,通过建立与实施分级诊疗,合理配置医疗服务资源,有效缓解供需矛盾的医疗卫生服务,分级诊疗成为一项国家有关完善基本医疗卫生服务的宏观制度。开展分级诊疗工作是深化医改的重要内容,构建“基层首诊、分级诊疗、急慢分治、双向转诊”的就医新秩序,实现根据患者病种和病情选择最适宜的医疗机构进行恰当诊治,达到治疗及时、效果良好、节省费用支出的目的。

本研究旨在通过分层调查,了解农村老年新农合患者在三级医院、二级医院和一级医院的住院医疗费用构成与结报情况,分析分级诊疗对农村老年新农合患者住院医疗费用负担的影响,为进一步完善淮安市分级诊疗制度提供参考。

一、资料与方法

自行设计调查表,调查淮安市某区2014年农村老年新农合患者在三级医院、二级医院和一级医院的住院医疗费用情况,将住院总人数、住院总费用、

次均住院费用、自付比、目录外医疗费用、目录外比列入研究。

采用SPSS20.0统计学软件进行数据分析。计量资料采用计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以例数、百分数描述,组间比较采用方差分析或卡方检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 调查人群特征

本调查的9 072例农村老年新农合患者中,男性4 626人,占51%,女性4 446人,占49%。中位年龄59.5岁(56~97岁),平均住院日(28.8 ± 20.8)天。平均次住院费用212.70元,平均次住院总费用为12 677.20元,平均个人支付费用5 590.93元,占住院总费用的44.1%。

(二)农村老年新农合患者在三级医院、二级医院和一级医院的住院医疗费用情况

由表1可见,不同医院的平均住院日存在统计学差异,表现为市级医院、乡镇卫生院高于县级医院。而在次均住院费用方面,市级医院、县级医院的

基金项目:江苏省社科基金项目“福利多元视角下的社会服务支持体系研究”(14SHB001)

收稿日期:2015-11-05

作者简介:王菁(1975-),女,江苏淮安人,助理研究员,南京医科大学公共卫生学院MPH学员,研究方向为社会医疗保障制度;冷明祥(1955-),男,江苏镇江人,教授,研究方向为社会医疗保障制度,通信作者。

表1 不同医院间农村新农合住院患者费用差异

项目	市级医院	县级医院	乡镇卫生院	P
患者例数	690	5 705	2 677	<0.05
年龄(岁)	63.5 ± 10.2	57.3 ± 12.7	58.4 ± 20.3	<0.05
平均住院日(天)	14.0 ± 2.8	10.0 ± 1.5	13.0 ± 3.6	<0.05
次均住院费用(元)	17 503.0 ± 270.1	6 757.5 ± 136.4	2 478.1 ± 182.0	<0.05
人均补偿比(%)	47.0	58.1	76.9	<0.05
次均补偿费用(元)	8 229.1 ± 528.2	3 924.7 ± 442.3	1 905.6 ± 359.6	<0.05

费用接近乡镇卫生院的7.0倍、2.7倍,三者之间存在统计学差异。人均补偿比呈现逐级增加的趋势,说明制度设计上有助于住院患者合理分流,同时,次均补偿费用之间存在统计学差异,表明大病进医院、小病进社区的格局形成,对于基层解决看病难、看病贵起到很好的疏解作用。

本研究对比了2013年的年平均次住院费用、人均补偿比数据,费用补偿的变异度明显低于次均住院费用的变异度,提示费用增长(尤其是三级医院)抵消了补偿费用的优势,半数以上的患者没有从分级诊疗的改革中获益。说明尽管进行了分级诊疗改革,但是在深层次控费与新农合支付方式,以及合理收治等方面,依然存在困扰各方的“基层接得住”、“医保能报销”和“患者真受益”三个关键难题^[1]。

本次研究中发现,康复相关费用主要在三级医院收取,占次均住院费用的2.8%左右;而社区医院基本没有这项收费。事实上,大量农村老年人由于缺乏疾病预防的知识、技能和训练,在疾病构成、疾病治疗与康复中,功能锻炼的意识和需求往往逊于城市老年人,结果直接导致农村老年人口中因病致残、失能的现象更为严重,进一步降低了他们生活质量和平均期望寿命。

三、讨 论

(一)老龄化进程加快,未富先老,使得越来越多的人因病致贫、因病返贫

据统计,截止2014年底我国60岁以上老人已达2.12亿,占总人口的15.5%;失能半失能老人数量已达3500万;慢性病、空巢老人均已突破1亿大关;我国已经进入高度老龄化社会,经济总量进一步增加,但人均资源还处于欠发达阶段,医疗卫生事业的总体发展相应落后,城乡医疗保障的发展不同步,资源分配不均,导致农村老年人人均所能支配的医疗资源相对较少、质量不高、总体医疗保障水平较低,难以满足农村老年人医疗服务需求^[2]。同时,农村年轻人大量外出就业,导致经济困顿、行动不便以及失能、致残,都会对农村老年人的健康问题带来影

响,分级诊疗所形成的“大病进医院、小病进社区”可以有效缓解农村老年人的诸多困境。政府需要重点关注农村老年人群体,尽最大努力,尽快建立符合我国国情的农村老年人服务体系。

(二)农村老年患者分级诊疗目标初步实现,但仍应采取措施努力完善

本次调查从住院人数看,大部分的患者集中在县级医院。乡镇卫生院的住院人数约占县级医院为1/2,为市级医院的3.8倍,从数据上看分级诊疗的预订目标初步实现。然而从连续几年的数据看,次均住院费用逐年上涨,涨幅已经超越人均补偿比的增长,提示进一步增强基层医疗单位的诊疗能力,加强基层技术支持和指导的紧迫性、必要性。分级医疗按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级,目的是形成“健康进家庭、小病在基层、大病到医院、康复回基层”的格局^[1]。扩大城市公立医院医师多点执业、全面执行全科医师制度有利于根本上解决分级诊疗的现实问题^[3]。

(三)加强医保监管,利用人均结报比进一步实现分级诊疗

本研究中不同等级医院间结报比的差异有统计学意义,体现了本轮新医改的宗旨。但是从个案分析角度来看,三级医院的诱导医疗消费、目录外用药增加以及同病种平均住院费用的分散度过大,制约了分级诊疗政策的进一步实施,需要在新农合费用支付方式^[4]、方法上精细化操作、市场化运营,对于违反费用支付的医院、科室和执业医师进行有效监督,直至取消新农合的契约。

(四)根据老年患者就医特点在分级诊疗制度设计上予以侧重

老年人医疗服务体系的主要目的应放在预防并发症和身体机能障碍上。社区医疗主要以常见病和慢性病的预防、治疗、护理为主,这正好符合老年人疾病特点和医疗服务需求。社区医务人员与患者相熟,对患者病情了解,服务周到,基层医院面积不大,可以减少患者在就诊期间行走的距离^[5]。康复医学旨在促进人体疾病、伤后的恢复,研究功能障碍的预

防、评定、治疗等问题,帮助残疾人提高生活质量、回归社会。本研究的结果显示了社区医疗机构在康复医学的技术储备和治疗费用设置上有明显缺陷,需要在分级诊疗的制度设计上予以重点关注。如有必要,建议在社区医疗机构普遍设立康复科,并在费用结报和收费报销环节给予更多优惠,从而降低康复治疗治疗的门槛,促进农村老年人慢性非传染性退行性疾病的健康发展。

分级诊疗对老年人的疾病诊治和保健服务设计^[6],还应考虑到对那些家庭经济困难的老年人或因思想观念,有病不愿去医院,但又需要较长时间治疗和护理的,设立家庭病床较为合适,以解决高龄、重病住院难、护理难的问题,将相关费用纳入报销范围,建立一定数量专门针对老年人的康复院和护理院,为需要护理和日常生活照顾的老年人提供相应的服务。通过提高新农合报销比例、降低医疗服务价格等经济杠杆作用引导患者分流到社区医院等小型医院^[7]。

(五)提高基层医疗机构医疗技术水平,促进患者合理分流

导致大量农村老年人就医流向的因素除了三级医院综合治疗能力强、检验检查设备先进等外,社区医疗机构的基础差、医务人员水平参差不齐以及康复、营养等学科薄弱也是一个重要方面。如何加强基础、提高社区医院的医疗技术水平,也是分级诊疗成功的关键所在。我们认为应该对社区工作给予政策支持与倾斜,卫生主管部门定期组织社区医务人员专业培训,从制度上、经济上提高上级医院技术帮扶的力度,有力提升社区医务人员的专业技术水平,对农村老年慢性病患者实施社区综合管理。尤其将

健康宣教作为医疗服务工作的重要组成部分,将预防保健和健康教育等纳入新农合保障项目,真正提高农村老年人整体健康水平。通过健全分级诊疗体系扭转医疗资源配置的“结构性失衡”,根本上解决农村老年人的医疗服务问题,使农村老人“老有所养,老有所医”^[8]。

参考文献

- [1] 付强. 促进分级诊疗模式建立的策略选择[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(2): 28-31
- [2] 李歆, 赵淮跃, 王 贇, 等. 全额保障老年患者在基层公平享有基本药物的政策建议[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2015, 15(3): 167-171
- [3] 王振宇, 冷明祥, 万 彬. 不同支付方式对患者平均住院日及医疗费用的影响[J]. 医学与社会, 2012, 25(7): 63-64, 74
- [4] 陈小娟, 陈家应. 新农合住院支付方式改革现状及问题分析[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(2): 44-48
- [5] 冷明祥, 陈国华, 程向前, 等. 基层医疗机构绩效考核机制创新效果探析[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2014, 14(2): 83-85
- [6] 陈旻洁, 鲍 勇. 医院社区分级诊疗的医患认知研究: 基于上海市家庭医生制度[J]. 中华全科医学, 2015(5): 788-791, 828
- [7] 李 燕, 宋 静, 孔德香, 等. 新医改下大型综合医院新型住院难问题研究[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2012, 12(6): 447-449
- [8] 何思长, 赵大仁, 张瑞华, 等. 我国分级诊疗的实施现状与思考[J]. 现代医院管理, 2015(2): 20-22