

# 张家港市新型农村合作医疗门诊统筹运行研究

程向前<sup>1</sup>,冷明祥<sup>1</sup>,夏迎秋<sup>2</sup>,陈蕾<sup>1</sup>,张明敏<sup>1</sup>

(1. 南京医科大学医政学院,江苏 南京 210029;2. 江苏省卫生厅农村卫生管理处,江苏 南京 210008)

**摘要:**实行门诊统筹是增强新型农村合作医疗制度吸引力的重要政策导向。文章通过对张家港市2007~2009年新型农村合作医疗制度门诊统筹运行情况的分析,提出进一步推进门诊统筹制度持续稳定运行的建议,同时也为其他地区遇类似情况时提供一定的参考。

**关键词:**新型农村合作医疗;门诊统筹;医保支付方式;社区卫生服务

中图分类号: R197.62

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2012)01-042-005

新型农村合作医疗制度(以下简称新农合)启动之初,众多地区新农合政策坚持住院补偿为主,对于门诊费用的补偿采取家庭账户的模式。2008年,卫生部、财政部联合发文《关于做好2008年新型农村合作医疗工作的通知》中把开展门诊统筹作为五项试点工作之一,基本明确了否定家庭账户,推动门诊统筹的政策导向。本研究通过对张家港市2007~2009年新农合门诊统筹运行情况的分析,提出完善该市门诊统筹制度的建议。

## 一、张家港市新农合门诊统筹政策背景

### (一)新农合制度的发展

2003年10月,张家港市制定了《张家港市新型合作医疗实施意见》,2004年1月1日在全市实行新农合制度。2008年,根据国家、江苏省关于建立城镇居民基本医疗保险制度的有关要求,鉴于张家港市新农合参保人群已覆盖了除参加城镇职工医疗保险及市直机关、事业单位儿童统筹医疗外的所有在籍居民,张家港市新型合作医疗制度更名为张家港市居民基本医疗保险制度。2004年该市新农合采取大病统筹和个人账户相结合的方式,2005年起实行大病统筹加门诊统筹的补偿方式。

### (二)门诊费用补偿方案

#### 1. 普通门诊补偿

2004年张家港市规定以户为单位设立个人账户,以20元/人记入,用于参合者在村卫生室(社

区卫生服务站)门诊药品费用的补偿,每张处方限报10元,按70%比例结报。2005年门诊统筹合作医疗基金按20元/人的标准提取,补偿参保人员在本市辖区内一、二级医疗机构以及社区卫生服务站(村卫生室)的门诊药品费用,分别按20%、40%结报,每张处方限额30元,年内最高补偿限额为200元;自负部分可继续使用2004年结余账户,不限一次使用量,用完为止。2006年增加了中医(针灸、推拿、拔火罐等)治疗费用的补偿。

2007~2009年有一定调整:①不再补偿发生于一、二级医疗机构的中医治疗费用;②年内最高补偿额提高为300元;③2008年、2009年一、二级医疗机构以及社区卫生服务站(村卫生室)的补偿比例分别调整为30%、50%。2010年继续优化门诊补偿政策,年内补偿限额提高到400元,一、二级医院处方限额提高到50元。

#### 2. 门诊大病以及门诊特殊病种补偿

张家港市2005~2009年门诊大病以及门诊特定病种和住院费用一起列入大病统筹范围。其中门诊大病主要用于补偿非住院恶性肿瘤的放疗、化疗,重症尿毒症透析治疗和器官移植后抗排斥治疗等3种大病门诊医疗费用;2005~2009年补偿的门诊特殊病种数分别为17、17、18、19、20种。补偿方案中设立起付线以及封顶线,起付线随着医疗机构级别的升高而提高,起付线以下以及封顶线以上由参合居民自付,起付线与封顶线之间金额实行按发生的医

收稿日期:2011-11-21

**作者简介:**程向前(1984-),男,江苏盐城人,南京医科大学医政学院硕士研究生在读,研究方向为医疗保障制度;冷明祥(1955-),男,江苏丹徒人,南京医科大学教授,硕士研究生导师。

疗费用分段按比例支付。2010年门诊大病以及门诊特殊病种补偿纳入门诊统筹,基金补偿50%,最高补偿限额为2500元。

## 二、2007~2009年张家港市新农合门诊统筹运行情况分析

### (一)新农合运行基本情况

2007~2009年张家港市农业人口参保率保持在99%以上,基本实现了新农合“应保尽保”的目标。2007~2009年参保人数分别为47.50万、52.22万、49.60万。参保人数的波动,与其合作医疗参保对象

包含持1年以上暂住证并在本市从事农副业生产的非本市籍居民以及经市人民政府批准的其他居民等具有一定流动性有一定关系。

由表1可见,张家港市2007~2009年新农合筹资水平不断提高,参保居民负担比例呈下降趋势。新农合基金总收入逐年提高,年增长率为39.24%和9.49%。2007~2009年资金到位率均为100%。新农合基金支出逐年增加,2008年以及2009年较前年增幅分别为54.21%、19.70%。2007~2009年当年基金结余率分别为11.80%、2.40%、-6.70%,2009年基金出险。

表1 2007~2009年张家港市新农合基金运行基本情况

年份	筹资水平(元)			基金收支情况(万元)		
	市镇财政人均补助	人均缴费水平	人均筹资水平	基金收入	基金支出	基金结余
2007年	140	60	200	10 612.72	9 356.29	1 256.43
2008年	210	70	280	14 777.62	14 428.63	348.99
2009年	240	80	320	16 180.09	17 271.56	-1 091.47

### (二)参保居民门诊费用情况

参保居民发生的门诊医药总费用呈现逐年上升趋势(表2),其中县区级医疗机构门诊总费用2008年较2007年增幅达到190.05%,社区卫生服务中心(卫生院)门诊总费用2008年较2007年增幅达到43.43%,社区卫生站(村卫生室)2009年较2008年增幅达到42.36%。

与2007年相比,2008年门诊医药总费用的增幅有随着医疗机构级别的升高而升高的趋势,2009年较2008年的增幅随着医疗机构级别的升高而下降,同时六成左右的门诊医药费用流向村卫生室或

社区卫生服务站,说明张家港市较好地做到了引导参保者“小病在社区,大病进医院”。

参保者门诊次均费用随着医院级别的升高而升高(表2)。2007~2009年参保居民的次均门诊费用的平均水平有一定的上升,但均处于社区卫生服务中心与社区卫生服务站次均费用之间,2009年次均门诊费用低于江苏省新农合平均水平65.58元<sup>[1]</sup>。说明优惠的基层医疗机构门诊补偿政策能够较好地控制门诊费用在较低水平。2008年不再对一二级医疗机构中医治疗进行补偿,各级医疗机构门诊次均费用均呈现明显下降态势。

表2 2007~2009年张家港市新农合基金门诊费用情况

年份	门诊费用总额(万元)				次均门诊费用(元)			
	县/区级 医疗机构	卫生院或社区 卫生服务中心	村卫生室或 社区卫生站	合计	县/区级 医疗机构	卫生院或社区 卫生服务中心	村卫生室或 社区卫生站	合计
2007年	981.02(13.00%)	1 131.94(15.00%)	5 433.32(72.00%)	7 546.28	172.24	78.10	30.40	37.90
2008年	2 845.40(29.88%)	1 623.59(17.05%)	5 052.97(53.07%)	9 521.96	121.06	72.50	25.00	38.40
2009年	2 645.17(22.86%)	1 734.26(14.98%)	7 193.20(62.16%)	11 572.63	124.20	86.39	29.29	48.50

注:括号内为门诊医药总费用在各级医疗机构的构成比。

### (三)门诊统筹补偿情况

#### 1.门诊统筹基金流向

2007~2009年门诊统筹基金支出总额在新农合基金总支出中所占比重呈现下降趋势,分别为18.54%、17.48%、17.34%。该市2008年开始加大了门诊统筹报销的力度,2008年和2009年门诊基金支出总额较上一年均有较大幅度上升(表3)。该市

超过九成的门诊基金流向村卫生室或社区卫生站以及卫生院或社区卫生服务中心等基层医疗机构,但是县区级医疗机构所占比重有一定比例上升。

#### 2.门诊统筹补偿人次分布

随着门诊补偿政策的优化,2007~2009年门诊补偿比逐步提高,分别为22.99%、26.48%和25.88%。参保居民门诊补偿人次逐年增加(表3)。

2007~2009 年参合农民门诊受益面不断提高, 分别为 419.26%、475.05%、578.47%。八成以上门诊补偿

人次多集中于村卫生室或社区卫生站, 但县区级医疗机构补偿人次所占比重有所上升。

表 3 2007~2009 年张家港市新农合基金门诊统筹补偿情况

年份	门诊统筹基金流向(万元)				门诊统筹补偿人次分布(人次)			
	县/区级医疗机构	卫生院或社区卫生服务中心	村卫生室或社区卫生站	合计	县/区级医疗机构	卫生院或社区卫生服务中心	村卫生室或社区卫生站	合计
2007 年	39.56 (2.28%)	67.49 (3.89%)	1 627.86 (93.83%)	1 734.91	56 957 (2.86%)	144 926 (7.28%)	1 789 612 (89.86%)	1 991 495
2008 年	123.48 (4.90%)	266.19 (10.56%)	2 131.94 (84.55%)	2 521.61	235 031 (9.47%)	223 954 (9.03%)	2 021 751 (81.50%)	2 480 737
2009 年	194.55 (6.50%)	152.32 (5.09%)	2 648.40 (88.42%)	2 995.27	212 973 (7.42%)	200 742 (7.00%)	2 455 487 (85.58%)	2 869 202

注: 括号内为各级医疗机构门诊基金支出以及门诊补偿人次在各级医疗机构的构成比。

### 三、讨论与建议

张家港市新农合门诊统筹制度运行以来, 运行情况良好: 2006 年以来参合率稳定保持在 99% 以上; 门诊补偿比和参保居民受益面不断提高, 参合居民从中得到实惠, 增强了制度吸引力; 优惠的基层医疗机构门诊补偿政策, 较好地引导参合居民合理就医, 充分利用当地卫生资源, 同时实现了门诊基金流向基层医疗机构。但是也存在着一些问题: 随着门诊统筹的实施, 参合居民的医疗服务需求得到释放, 门诊费用总额增幅越来越大, 参合居民的补偿人次逐年增加, 门诊基金支出总额有较大增幅; 经费不足, 经办机构人员缺乏, 影响新农合经办能力。

门诊统筹是提高参合居民保障水平和扩大受益面的关键, 是新农合补偿模式未来的发展方向。针对张家港市新农合门诊统筹制度运行中存在的问题, 为了更好地推动门诊统筹制度的开展, 笔者提出如下建议。

#### (一) 拓宽筹资渠道, 增强门诊补偿的统筹力度

目前张家港市和全国大多数地方一样, 筹资来源主要是政府资助, 2007~2009 年政府财政资助占新农合基金比重分别为 70.49%、74.59%、75.31%。建立政府资助的动态增长机制, 体现了新农合筹资中的责任主体地位, 但是随着门诊统筹的不断推进, 补偿水平的提高, 新农合的筹资水平需要进一步提高。张家港市当地集体经济快速发展, 为了让当地居民进一步分享经济发展的成果, 可以考虑通过税收优惠政策等手段鼓励集体经济的资金投入; 同时鼓励企业、社会组织多方筹资, 如通过福利彩票募集社会资金等, 拓宽筹资渠道, 进而形成多元

化的筹资格局<sup>[2]</sup>。拓宽筹资渠道, 保障基金筹集的规模化和多元化, 进而提高门诊统筹基金在新农合基金总额中的比例和增强门诊补偿的统筹力度, 有利于保障门诊统筹的开展以及促进新农合制度的良性运行。

#### (二) 完善补偿方案, 提高门诊统筹基金运行效率

科学制定补偿方案是实施“门诊统筹”的前提<sup>[3]</sup>, 关系到参合居民的受益面以及受益程度, 关系到新农合门诊统筹制度的持续发展。张家港市实行优惠的基层医疗机构门诊就医政策, 不断提高门诊补偿水平, 门诊补偿比和参保居民受益面不断提高, 参合居民从中得到实惠, 但是门诊基金支出占新农合基金总额的比重呈现一定的下降趋势, 并且均低于 20%, 同时县区级医疗机构门诊基金支出总额以及门诊补偿人次却呈现一定上升趋势。造成上述现象的一个重要原因是该市新农合门诊统筹补偿方案还需要进一步完善, 笔者认为, 首先, 可以考虑将符合新农合诊疗项目范围的门诊治疗费用也纳入补偿范围, 扩大居民门诊受益度, 同时实行次均限额; 其次, 对于社区卫生服务中心和县区级医疗机构实行差异性的门诊补偿政策, 进一步引导参合居民到基层医疗机构就医; 最后, 随着社区卫生服务能力提高, 可对社区卫生服务中心(站)等基层医疗机构的门诊费用进行补偿。

#### (三) 开展支付方式改革, 应对门诊费用上涨的趋势

相关研究显示门诊统筹的开展, 在参合农民受益面增加的同时也面临着基金透支的风险<sup>[4]</sup>。张家港市 2007~2009 年间新农合门诊总费用、门诊次均费用以及门诊基金支出总额等均有较大增幅, 并且 2009 年新农合基金出险。相关数据也显示 2009 年

江苏省参加新农合的23个县(市、区)基金使用出现超支<sup>[1]</sup>。因此在不降低参保居民补偿水平的前提下如何应对好新农合门诊费用上涨的趋势,形成合理的新农合基金分割水平是推进新农合门诊统筹工作中值得关注的问题。

合理的支付制度不仅能够引导参合农民合理就医,有效地缓解参合农民的疾病经济负担,同时也能有效调控供方的行为,控制医疗费用的迅速上涨,降低基金赤字风险。在明确各级医疗机构功能定位和建立有序转诊体系的基础上,可以对将普通门诊服务包含在内的社区卫生服务实施按人头付费<sup>[5]</sup>,促进社区卫生服务机构之间的竞争,给予患者更多的选择权,鼓励医疗机构提供预防服务,提高服务质量。另外随着门诊大病纳入门诊统筹,可以借鉴住院单病种付费中的成功经验,在充分考虑统筹基金的承受能力和科学合理的费用测算的情况下,选择目前诊断明确、治疗方法相对固定的个别慢性病病种,采用按病种付费的支付方式试点,然后再逐步覆盖更多慢性病病种<sup>[6]</sup>。

(四)继续加大社区卫生服务建设力度,推进依托社区卫生服务的门诊统筹制度建设

依托社区卫生服务机构提供门诊医疗服务是最合理的选择,也符合国家促进疾病分流,“小病进社区、大病进医院”的发展方向<sup>[7]</sup>。近年来张家港市把发展农村社区卫生服务作为工作的出发点和落脚点,通过加强社区卫生服务站硬件建设,提升社区卫生服务内涵,强化社区卫生技术人员队伍素质,建立信息化管理网络等手段,切实为广大群众提供“优质、高效、方便、价廉”的社区卫生服务。补偿人次、门诊费用以及门诊基金等三方面,较大比例流向基层医疗机构,一方面说明了较好的门诊补偿政策,能引导参合居民合理就医,另一方面也说明了该市基层医疗机构较好的服务能力得到了参合居民的认可。因此笔者建议当地政府应该继续推进社区卫生服务建设力度,为实行仅对发生于该市新农合定点社区卫生服务中心和定点社区卫生服务站的门诊费用进行补偿的政策打好基石,引导参合居民到基层医疗机构就医,推进依托社区卫生服务的门诊统筹制度的建设。

(五)加强经办机构经办能力建设,提高监管能力和效率

门诊统筹能够有效释放参合居民的医疗需求,门诊就诊人次以及补偿人次不断增加,会大大增加经办人员的工作强度和难度,调查显示该市新农合经办人员人数三年来并无变化,待遇水平也不高,这

样容易出现监管工作不到位,增加相关政策的落实难度。因此建议当地政府要加强新农合管理队伍建设,提高监管水平和管理能力,在机构、人员编制、经费等问题上制定相应的政策,满足新农合管理工作的需要<sup>[8]</sup>。首先,加强经办队伍建设,一方面要足额保证经办机构的公用和专项经费,提高待遇水平,增强对人才的吸引力;另一方面还应加大现有人员专业知识和服务意识方面的培训力度,提高其对违规行为的鉴别能力。其次,必须尽快建立乡村社区卫生服务机构与医院之间的信息共享平台,加强新农合基金的使用监管,防范基金风险,实现门诊统筹网上直报、新农合数据网络传输和网上监控,提高经办机构工作效率和管理水平。最后,目前基层医疗机构的优惠的补偿政策,参保居民更多选择到社区卫生服务中心(站)就诊,因此乡镇是门诊统筹实质性监管工作的重点<sup>[9]</sup>,必须加强其经办能力,确保有人办事,有钱办事,重点加强对社区卫生服务站的规范化管理,对医疗机构药品价格、服务收费、诊疗规范、诊疗范围等多方面内容进行严格监督。

#### 参考文献

- [1] 江苏省新型农村合作医疗管理办公室. 2009年全省新型农村合作医疗运行情况 [EB/OL]. [2011-01-09]. <http://xnh.jsbst.gov.cn/document.jsp?docid=91000>
- [2] 王士亨. 新型农村合作医疗筹资问题研究[J]. 生产力研究, 2008(11): 34-35
- [3] 陈尚文, 杨玲, 章蕾, 等. 江西省新农合门诊统筹调查研究[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(11): 765-767
- [4] 左延莉, 胡善联, 刘宝, 等. 新型农村合作医疗门诊统筹模式与家庭账户模式的比较研究 [J]. 中国卫生经济, 2006, 25(12): 19-21
- [5] 胡月, 冷明祥, 黄晓光, 等. 对医保定点医疗机构支付方式改革的思考[J]. 中国医院管理, 2011, 31(2): 43-44
- [6] 桂莉, 叶金国. 新型农村合作医疗门诊统筹基金支付方式研究[J]. 人口与经济, 2009(6): 90-93
- [7] 何平, 王宗凡. 关于医疗保险门诊统筹的几点思考[J]. 中国医疗保险, 2009(7): 24-26
- [8] 彭婧, 江启成, 汪和平. 安徽省新农合门诊统筹制度运行情况分析[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 26(6): 400, 426
- [9] 杨璇, 孟翔燕, 周永康, 等. 武汉市新型农村合作医疗门诊统筹民意调查分析 [J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(4): 263-264, 267

## Study on the financing operation for outpatient service of new rural cooperative medical system in Zhangjiagang city

CHENG Xiang-qian<sup>1</sup>, LENG Ming-xiang<sup>1</sup>, XIA Ying-qiu<sup>2</sup>, CHEN Lei<sup>1</sup>, ZHANG Ming-min<sup>1</sup>

(1.School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029; 2. Department of Rural Health Management, Jiangsu Province Department of Health, Nanjing 210008, China)

**Abstract:** Outpatient finance scheme is important policy guidance to enhance the attractiveness of new rural cooperative medical system (NCMS). By analyzing the current situation of the financing operation for outpatient service of NCMS in Zhangjiagang city from 2007 to 2009, the article proposed the suggestions to keeping sustainable and stable operation of the financing operation for outpatient service of NCMS in Zhangjiagang city, as well as providing reference for relevant work in other regions.

**Key words:** new rural cooperative medical system; financing for outpatient service; payment method of medical insurance; community health services

### 康缘杯《南京医科大学学报(社会科学版)》 2011 年优秀论文揭晓

由江苏康缘集团冠名赞助的康缘杯《南京医科大学学报(社会科学版)》2011 年优秀论文评选活动结果揭晓。此次论文评选从 2011 年学报社科版刊登的全部文章中,按照优秀论文评判标准,从创新性、理论性、实用性、可读性、文字写作和文献引用等方面进行评价,经学报社科版编委初评,校内专家及校外知名学者、主编等盲审复评,最后评出了一等奖 2 名、二等奖 4 名、三等奖 6 名,以及提名奖 8 名(名单另附)。从本次评选结果可以看出,学报社科版创刊十年以来,所刊载的文章质量日益提高,作者面越来越广,在卫生政策、卫生法学、医疗保险、心理学、中医文化、高等医学教育等方面涌现出一批优秀的学术论文。

十年来,我国的医疗卫生事业经历了巨大的发展,从医疗卫生体制的试点、改革,到医疗保障制度的建立和实施,再到《医疗事故处理条例》、《侵权责任法》等各项法律法规的建设和完善,在逐步缓解看病贵看病难的同时,为化解医疗纠纷维权诉讼等问题提供了办法和依据。高等医学教育也经历了教学模式的改革,考核方法的改进等,使医学教育规模和质量得到了扩大和提升。卫生事业的发展 and 医学教育的改革带来了许多理论研究和实践创新的课题,给我校办好学报社科版提供了良好的机遇。学报社科版将一如既往地本着学术无禁区、宣传有纪律的原则,为广大卫生事业管理、医学人文、高等医学教育研究者提供学术交流的平台,既彰显我校医学与人文融通的办学理念,又体现社会呼唤人文精神的现实要求,为繁荣学术期刊文化做出更大贡献。

(本刊编辑:接雅俐)