



安徽省六县胃癌患者住院 直接医药费用及补偿水平分析

杨倩,丁宏,孟娜娜,谢婷婷,余海燕

安徽医科大学卫生管理学院,安徽 合肥 230032

摘要:基于新农合省级信息系统平台,抽取安徽省6个县2017年1月1日—6月30日新农合参保居民全部胃癌住院患者费用明细,统计描述直接医药费用水平、费用结构及补偿水平,评估胃癌的直接经济负担水平,为优化资源配置和制定适宜的病种付费机制提供依据。结果显示:①新农合参保居民胃癌半年住院率0.04%,住院费用占参保居民住院总费用的1.42%。②县级和省级住院人次分别占胃癌总住院人次的46.90%和41.56%。③胃癌次均住院费用11 294.31元,住院层次越高,次均住院费用越高。④药品和材料费分别占胃癌住院总费用的17.29%和22.97%,住院层次越高,药品费占比越低。⑤胃癌住院实际补偿比63.81%,贫困人口实际补偿比(91.24%)高于普通人口(60.03%)。加强县级医疗机构胃癌住院服务能力,建立有效的逐级转诊机制,有助于降低胃癌的直接经济负担水平。

关键词:胃癌;直接经济负担;贫困人口;安徽省

中图分类号:R195

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)02-143-004

doi:10.7655/NYDXBSS20190214

国家癌症中心2017年发布我国癌症发病率达186/10万,恶性肿瘤已成为严重危害居民健康的常见病和多发病^[1]。肿瘤治疗费用高,是我国疾病经济负担最重的一类慢性非传染性疾病,极易造成居民“因病返贫”“因病致贫”,给社会和家庭尤其是贫困家庭带来极大的经济负担^[2]。

胃癌是一种常见的多发性恶性肿瘤,其发病分别居我国男性和女性肿瘤发病率的第二位和第四位。2014年,安徽省发布首份肿瘤登记年报显示,安徽地区胃癌发病率达47.12/10万,位居肿瘤发病第一位^[3];2017年安徽省肿瘤年报显示,胃癌是仅次于肺癌的第二位多发肿瘤^[4];同期统计数据显示,安徽省农村贫困人口胃癌患病率较高,住院服务需求高于普通人口^[5-6]。因此,分析参加新农合居民胃癌患者住院直接医药费用及结构,对于评估胃癌的直接经济负担,优化资源配置和制定适宜的病种付费机制具有重要的现实意义。

一、资料和方法

(一)资料来源

根据国际疾病分类编码(ICD-10疾病代码,C16.902为胃癌),从安徽省新型农村合作医疗(以下简称新农合)省级平台系统中获取胃癌病例。结合安徽省地理特点、人口规模和经济发展水平,采用分层立意抽样,在皖南、皖中、皖北各抽取2个县,获得2017年1月1日—6月30日样本地区参加新农合胃癌患者住院费用明细。剔除信息不完全病例,最后纳入有效病例2 322人次,纳入率为99.8%。其中贫困人口357人次,普通人口1 965人次。

(二)数据统计与分析方法

运用Excel 2001对数据进行整理,采用SPSS16.0软件进行统计分析。本研究以样本地区同期贫困人口和普通人口胃癌患者互为对照,对胃癌患者住院直接医药费用及补偿水平进行分析。贫困人口

基金项目:安徽省高校人文社会科学研究项目“精准扶贫视角下安徽省贫困人群医保制度安排研究”(SK2018A0165)

收稿日期:2018-10-31

作者简介:杨倩(1993—),女,安徽淮北人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策;丁宏(1957—),男,安徽合肥人,教授,硕士生导师,研究方向为卫生政策与服务研究,通信作者。

是指按国家农村扶贫标准(2013年农民人均纯收入2 736元)建档立卡的贫困人口和已脱贫但仍享受国家扶贫政策的人口。主要的统计学方法是描述性分析。

二、结果

(一)胃癌患者住院基本情况

调查地区新农合参保居民2017年上半年胃癌患者住院2 322人次,半年住院率0.04%,其中,贫困

人口胃癌半年住院率(0.06%)是普通人口(0.03%)的2倍。调查地区半年胃癌住院人次占参保居民总住院人次的0.64%,住院费用占参保居民住院总费用的1.42%(表1)。

县级和省级医疗机构是胃癌患者住院利用的主要机构,其住院人次占总住院人次比例分别为46.90%和41.56%;贫困人口县级医疗机构住院人次占比(59.38%)高于普通人口(44.63%),但省级医疗机构住院占比(29.41%)低于普通人口(43.77%,表2)。

表1 新农合参保居民胃癌患者住院基本情况

指标	合计	贫困人口	普通人口
样本地区人口数	6 557 357	564 711	5 992 646
参保居民半年住院总费用(万元)	184 290.2	36 236.3	148 053.9
胃癌住院费用及占比[万元(%)]	2 622.5(1.42)	317.2(0.88)	2 305.3(1.56)
参保居民半年住院总人数	361 670	70 354	291 316
胃癌住院人次及占比[人次(%)]	2 322(0.64)	357(0.51)	1 965(0.67)
胃癌手术人次及占比[人次(%)]	508(21.88)	55(15.41)	453(23.05)
胃癌半年住院率(%)	0.04	0.06	0.03

表2 新农合参保居民胃癌患者住院层次分布 [n(%)]

机构类别	合计	贫困人口	普通人口
省级	965(41.56)	105(29.41)	860(43.77)
市级	243(10.46)	27(7.56)	216(10.99)
县级	1 089(46.90)	212(59.38)	877(44.63)
乡级	25(1.08)	13(3.65)	12(0.61)

(二)胃癌患者次均住院费用和日均住院费用

胃癌患者次均住院费用11 294.31元,日均住院费用1 322.64元,住院层次越高,次均住院费用和日均住院费用越高。贫困人口的次均和日均住院费用(8 884.60元、1 003.42元)均低于普通人口(11 732.11元、1 383.19元),在省、县和乡级医疗机构显示相同结果,但贫困人口市级医疗机构次均住院费用高于普通人口,日均住院费用低于普通

人口(表3)。

(三)胃癌患者住院费用主要类别构成

胃癌患者住院费用中药品、治疗、检查、材料、手术等5个类别费用合计占总住院费的60.04%,其中药品和材料费占比分别为17.29%、22.97%;住院层次越高,药品费占比越低;县级医疗机构材料费占比(18.51%)低于省级和市级医疗机构(24.81%、26.39%)。贫困人口5个类别费用合计占总住院费的57.57%,略低于普通人口(60.39%),且药品费占比(19.88%)高于普通人口(16.93%),材料费占比(18.30%)低于普通人口(23.62%,表4)。

(四)胃癌患者住院费用补偿水平

胃癌患者住院实际补偿水平为63.81%,住院层次越高,补偿水平越低;贫困人口实际补偿水平(91.24%)高于普通人口(60.03%),且各级机构

表3 新农合参保居民胃癌患者次均住院费用和日均住院费用

机构类别	合计		贫困人口		普通人口	
	次均费用	日均费用	次均费用	日均费用	次均费用	日均费用
省级	15 471.81	2 037.43	12 701.08	1 918.87	15 810.10	2 049.86
市级	12 498.88	1 360.76	14 415.92	1 124.94	12 259.25	1 404.03
县级	7 535.18	813.75	6 717.64	709.23	7 732.80	819.44
乡级	2 082.22	282.91	1 909.32	221.62	2 269.53	378.26
合计	11 294.31	1 322.64	8 884.60	1 003.42	11 732.11	1 383.19

表4 新农合参保居民胃癌患者住院费用主要类别构成

机构类别	合计					贫困人口					普通人口							
	药品	治疗	检查	材料	手术	合计	药品	治疗	检查	材料	手术	合计	药品	治疗	检查	材料	手术	合计
省级	12.88	5.02	7.48	24.81	5.97	56.16	13.82	3.04	8.58	21.26	4.91	51.61	12.79	5.21	7.38	25.15	6.08	56.61
市级	17.80	7.02	9.10	26.39	5.78	66.09	15.31	10.17	8.74	23.65	5.36	63.23	18.17	6.55	9.15	26.80	5.84	66.51
县级	24.90	6.31	8.21	18.51	6.85	64.78	26.43	7.70	7.96	14.37	4.89	61.35	24.58	6.01	8.26	19.38	7.26	65.49
乡级	52.55	9.23	13.64	0.15	—	75.57	41.41	15.15	14.54	0.08	—	71.18	62.70	3.84	12.81	0.21	—	79.56
合计	17.29	5.66	7.91	22.97	6.21	60.04	19.88	6.10	8.37	18.30	4.92	57.57	16.93	5.60	7.85	23.62	6.39	60.39

住院补偿比均高于普通人口;与普通人口住院层次越高、补偿水平越低不同,贫困人口各级机构

住院实际补偿比在 88.43%~94.44%之间,差异不大(表5)。

表5 新农合参合人口胃癌患者补偿比例

机构类别	总费用合计			贫困人口总费用			普通人口总费用		
	住院(万元)	补偿(万元)	补偿比(%)	住院(万元)	补偿(万元)	补偿比(%)	住院(万元)	补偿(万元)	补偿比(%)
省级	1 492.96	869.80	58.26	133.36	119.86	89.88	1 359.57	749.94	55.16
市级	303.72	193.47	63.70	38.92	34.42	88.43	264.82	159.05	60.06
县级	820.56	605.49	73.79	142.41	132.77	93.23	678.12	472.72	69.71
乡级	5.20	4.62	88.92	2.48	2.34	94.44	2.72	2.28	83.89
合计	2 622.44	1 673.38	63.81	317.17	289.39	91.24	2 305.50	1 383.99	60.03

三、讨 论

(一)贫困人口住院率高于普通人口,县级和省是住院服务利用的主要机构

分析发现样本地区参合居民半年胃癌住院人次占参合居民总住院人次的0.64%,但其住院直接医药费用占参合居民住院总费用的1.42%,提示样本地区胃癌直接医药费用较高。分析同时发现贫困人口胃癌半年住院率(0.06%)是普通人口(0.03%)的2倍,可能是因为贫困人口胃癌患病率高于普通人口,更可能的原因是2016年7月安徽省实施贫困人口“三保障一兜底一补充”的综合医疗保障体系,显著降低了贫困人口住院医药费用的个人支出水平,激发了贫困人口胃癌患者对住院服务的利用^[7]。

县级和省级机构是参合居民胃癌住院服务利用的主要医疗机构,住院人次分别占胃癌总住院人次的46.90%和41.56%,可以认为参合居民胃癌患者对市级医疗机构住院服务利用不够充分,而省级医疗机构在胃癌住院服务提供中占据重要地位,提示样本地区县级医疗机构胃癌住院服务能力尚显不足。

(二)住院机构层次间次均住院费用差异大,材料和药品占住院费用的主要部分

分析发现参合居民胃癌次均住院费用11 294.31元,住院层次越高,次均住院费用和日均住院费用越高,省级机构次均和日均费用分别是县级机构的2.05倍和2.50倍。鉴于缺少样本地区纵向比较数据,从横向比较来看,参合居民次均住院费用显著低于山西省(2012年为27 095元)^[8]、湖南省(2010年为25 512元)、河北省(2013年为29 984元)和江苏省(2009年为26 631元)水平,可能的原因是安徽省新农合对胃癌实行按病种付费的政策发挥了积极的控费效果,另一可能原因是样本地区县级机构服务能力不足,向上级机构转院可能性较高而导致住院人次增加,从而稀释次均住院费用,从胃癌住院手术人次数仅占住院总人次数的21.88%和省级机构住院人次数占比达41.56%得到一定反映。

药品和材料是目前公立医院控制医疗费用增长的关注点^[9]。分析发现材料和药品费占胃癌住院总费用比例最高,分别为22.97%和17.29%,结果与肖梦^[8]在山西的研究结果一致。本研究获得的基数数据为继续研究安徽省参合居民胃癌住院医疗费用结构提供了比较依据。相比省、市级机构,县级医疗机构药品费占比较高,而材料费占比较低,合理的解释是县级医疗机构胃癌手术服务能力相对不足,保守治疗可能性高。

(三)不同住院机构补偿水平存在差异,贫困与普通人口的补偿水平差异显著

分析发现参合居民胃癌住院直接医药费用的实际补偿水平为63.81%,与我们前期分析得出的样本地区参合居民住院实际补偿比64.36%的水平趋于一致。住院层次越高,补偿水平相对较低,显然,从样本地区胃癌住院服务利用的层次分布来看,补偿水平的差异并没有达到引导胃癌患者合理利用住院服务的目的,进一步探究其原因有重要价值。值得关注的是尽管县级机构和实际胃癌住院补偿比有差异,但差异尚不足2个百分点,可能是市级医疗机构胃癌住院服务利用不充分的原因之一。

通过有效的健康保障制度设计,减少贫困人群疾病经济负担水平,保障其基本医疗服务经济可及性是国际上的基本做法^[10-12]。分析发现样本地区贫困人口胃癌患者住院实际补偿水平显著高于普通人口,且在各级机构住院直接医药费用实际补偿比在88.43%~94.44%之间,提示安徽省健康脱贫政策,即“三保障一兜底一补充”政策明显减轻了贫困胃癌患者的就医负担,保障了贫困人群医疗卫生需求。

综上所述,调查地区胃癌患者住院直接医疗费用较高,住院机构层次间次均住院费用差异大,贫困胃癌患者住院实际补偿水平显著高于普通人口,就医负担有效减轻。胃癌严重危害人类健康,对国民经济、卫生服务与费用负担产生严重影响。一方面,应不断加强胃癌防控工作力度,积极开展有效的一级预防、筛查及早诊早治干预;另一方面,应加强县级医疗机构胃癌住院服务能力建设,构建有效

的逐级转诊机制,从而降低胃癌的直接经济费用。

参考文献

- [1] 2017年国家癌症中心发布的最新癌症数据[EB/OL]. [2018-05-12]. https://www.sohu.com/a/150662352_669148.html
- [2] 胡建平,饶克勤,钱军程,等. 中国慢性非传染性疾病经济负担研究[J]. 中国慢性病预防与控制,2007,15(3): 189-193
- [3] 人民网. 安徽省发布首份肿瘤登记年报胃癌是头号“杀手”[EB/OL]. [2018-05-12]. <http://ah.people.com.cn/n/2014/1107/c358269-22841931.html>
- [4] 安徽省卫生和计划生育委员会. 安徽省肿瘤防治新闻通稿[EB/OL]. [2018-05-12]. <http://www.ahwjw.gov.cn/wjw/xwfb/xwfb/201804/9d9978c6977c4ee8b185498bd8d8ff50.html>
- [5] 王元元,朱霖,吴晓红,等. 安徽省农村贫困人口不同年龄段疾病种基线调查[J]. 黑龙江医药科学,2017(3):110-112
- [6] 方鹏骞,苏敏. 论我国健康扶贫的关键问题与体系构建[J]. 中国卫生政策研究,2017,10(6):60-63
- [7] 于德志. “保治防提”助力健康脱贫[J]. 中国卫生,2017(9):32-33
- [8] 肖梦,冯向先,张云兵,等. 山西省2003—2012年胃癌患者住院费用影响因素分析[J]. 中国公共卫生,2015,31(10):1330-1333
- [9] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会体制改革司. 关于全面推进公立医院综合改革的通知(国卫体改发[2017]22号)[EB/OL]. [2018-05-13]. <http://www.nhfp.gov.cn/tigs/s3581/201704/0563e06eff4441ffa9772dc30b4748.shtml>
- [10] 房珊杉,孙纽云,梁铭会. 德国医疗保障体系改革及启示[J]. 中国卫生政策研究,2013(1):28-33
- [11] 范桂高. 智利社会医疗保险的财政公平性[J]. 国外医学(卫生经济分册),2001,18(2):80-84
- [12] 应亚珍,潘伟,张朝阳. 加大保障力度,改善医疗服务公平性——新农合与医疗救助制度的衔接机制及成效分析[J]. 中国卫生政策研究,2015,8(11):3-8

Analysis of the direct medical expenses and compensation of inpatients with gastric cancer in six counties of Anhui Province

Yang Qian, Ding Hong, Meng Nana, Xie Tingting, Yu Haiyan

School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Abstract: To assess the level of direct economic burden of gastric cancer and provide basis for optimizing the allocation of resources and formulating the appropriate payment mechanism for diseases. We collected the details of direct medical expenses for all patients with gastric cancer from January 1 to June 30, 2017 in the six counties based on the new rural cooperative provincial information system platform, and described the level of direct medical expenses, cost structure and compensation level. ①Hospitalization rate of patients with gastric cancer was 0.04% and hospitalization expenses accounted for 1.42% of the total cost of hospitalization for participant. ②The number of hospitalizations in county-level and provincial-level medical hospitals accounted for 46.90% and 41.56%, respectively. ③The average cost of hospitalization for gastric cancer per patients was 11294.31 yuan. The higher the hospitalization level, the lower the cost for patients. ④Drug and material costs accounted for 17.29% and 22.97% of the total cost of hospitalization for gastric cancer respectively. The higher the level of hospitalization, the lower the proportion of drug costs. ⑤The actual compensation ratio for hospitalization of gastric cancer patients was 63.81%, and the actual compensation ratio for the poor population (91.24%) was higher than that of the general population (60.03%). strengthening the inpatient service capacity of gastric cancer at the county-level medical institutions and establishing an effective referral mechanism for progressive patients can effectively reduce the direct economic burden of gastric cancer.

Key words: gastric cancer; direct economic burden; poor; Anhui Province