

江苏省某市 2008~2010 年 新农合基金运行及住院情况分析

陈小娟¹,王 振²,陈家应¹

(1.南京医科大学医政学院,江苏 南京 210029;2.高邮市卫生局,江苏 高邮 225000)

摘要:目的:了解江苏省某市 2008~2010 年新农合基金运行状况和住院情况,提出促进新农合可持续发展的政策建议。方法:收集相关资料,应用统计学描述和关键知情人访谈法。结果:研究地区新农合整体运行状况良好,但仍需研究和解决政策及管理方面存在的一些问题:如筹资时间与方案调整不够同步;县外医疗机构住院费用高;目录外用药及项目费用偏高;人口老龄化对新农合影响较大。结论:研究地区新农合需建立稳定的筹资机制;及时调整补偿方案;加大对医疗机构的监管、完善绩效考核;加强支付改革、完善转诊制度;加强基层医疗卫生机构建设。

关键词:新农合;基金运行;住院费用

中图分类号: R197

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2012)02-102-005

据 2011 年《中国卫生统计年鉴》相关数据分析发现,2007 年后新农合筹资与支出均呈现快速增长,且全国新农合基金支出增长率高于筹资总额增长率。从基金结余率来看,2006 年基金结余率为 27.06%,2007 年降到 19.02%,2008 年减少至 15.67%,2009 年基金结余率仅为 2.20%,2010 年结余率为 9.20%^[1]。新农合基金的平稳运行直接关系到该项制度的可持续发展,分析新农合基金运行状况和医疗费用情况,探索影响新农合基金的安全因素及费用控制中存在的不足有着重要的意义。本文选取江苏省某市作为研究对象(简称“研究地区”),对其新农合运行状况进行评价分析,以期对该地区进一步做好新农合工作提供参考意见。

对研究地区 2008、2009、2010 年新农合统计报表和相关政策文件进行分析,研究新农合整体运行状况,包括参保情况、基金筹集、补偿方案和基金支出情况,并重点分析研究地区 2008~2010 年住院费用及补偿情况。

一、研究地区新农合基金运行状况分析

(一)人口及参保情况

研究地区 2008、2009、2010 年农业人口数分别

为 58.15、59.62、62.08 万人,参保人口分别为 57.85、59.62、62.08 万人。2008 年新农合参保率为 99.5%,2009 年后一直保持 100%的参保率。参保人群中,60 岁及以上人口分别为 12.64、12.98、13.51 万人,分别占当年参保人口的 21.85%、21.77%、21.76%。

(二)农民收入及筹资情况

研究地区为江苏省财政转移支付县之一,2008~2010 年农民人均纯收入分别为 6 941、7 721、8 825 元,均低于同期全省平均水平。从新农合筹资金额看,同期新农合人均筹资额分别为 100、115、150 元,分别占当年农民人均纯收入的 1.44%、1.66%、1.70%。

(三)基金补偿情况

研究地区新农合年度基金支出范围包括住院补偿、门诊补偿、住院分娩定额补偿、特殊病种大额门诊补偿及体检支出。2008~2010 年基金补偿额分别达到 4 571.66、8 212.91、8 571.97 万元。在五项补偿内容中,以住院补偿为主,占年度补偿金额的 75%左右,门诊补偿金额占 20%左右,研究地区新农合基金支出与江苏省基金支出情况一致。

(四)基金结余情况

从表 1 数据分析发现,研究地区 2008~2010

收稿日期:2012-02-03

作者简介:陈小娟(1986-),女,江苏姜堰人,硕士在读,研究方向为中国健康保障制度。

年新农合年度筹资基金结余率分别为 20.98%、-19.79%、7.94%; 累计基金结余率分别为 21.20%、-0.47%、8.53%。

表1 研究地区 2008~2010 年新农合基金结余情况分析

基金情况	2008年	2009年	2010年
基金总额(万元)	5 801.40	8 174.50	9 371.09
当年筹资总额(万元)	5 785.45	6 855.95	9 311.40
当年支出总额(万元)	4 571.66	8 212.91	8 571.97
年度筹资基金结余率(%)	20.98	-19.79	7.94
累计基金结余率(%)	21.20	-0.47	8.53
分配的统筹基金额(万元)	5 085.45	6 855.95	8 611.40
统筹基金支出额(万元)	4 571.66	6 855.95	8 571.97
统筹基金当年结余率(%)	10.10	0.00	0.46

二、研究地区住院费用及补偿情况分析

新农合基金支出中,以住院费用支出比重最大,因而本文重点分析研究地区 2008~2010 年住院费用及其补偿情况。

表2 2008~2010 年研究地区新农合参合人群住院费用情况

住院费用	2008年	2009年	2010年
住院总费用(万元,构成比)	11 472.6	13 931.0	14 710.9
县外医疗机构	6 446.1(56.2%)	4 966.9(35.7%)	4 854.7(33.0%)
县级医疗机构	3 258.6(28.4%)	4 791.9(34.4%)	5 413.6(36.8%)
乡级医疗机构	1 767.9(15.4%)	4 172.0(29.9%)	4 442.7(30.2%)
次均住院费用(元)	5 297.9	4 936.2	4 335.8
县外医疗机构	13 797.4	11 942.8	8 512.3
县级医疗机构	4 444.3	5 795.8	5 063.7
乡级医疗机构	1 832.4	2 641.4	2 533.6

3. 次均住院费用

县外医疗机构和县级、乡级医疗机构次均住院费用呈现不一样的特点。县外医疗机构次均住院费用呈现明显的下降趋势,2008 年次均住院费用为 13 797.4 元,2010 年下降到 8 512.3 元, 年均降幅 21.5%。县级、乡级医疗机构次均住院费用均呈现 2008~2009 年上升,2009~2010 年下降的趋势,但 2010 年次均住院费用的相对值均高于 2008 年。

不同级别医疗机构次均住院费用比例关系。2008 年县外医疗机构的次均住院费用是县级、乡级医疗机构次均住院费用的 3.1 倍、7.5 倍;到 2009 年倍数关系变化为 2.1 倍、4.5 倍;到 2010 年,机构间费用比例关系变得更小,县外医疗机构的次均住院费用是县级的 1.7 倍,是乡级的 3.4 倍。

(二)住院补偿金额和人次流向情况

研究地区 2008~2010 年住院总补偿额分别为 3 609.8、5 745.0、6 708.2 万元, 住院总补偿额以

(一)住院费用构成

1. 住院总费用

研究地区 2008~2010 年住院总费用分别为 11 472.6、13 931.0、14 710.9 万元(表 2),住院总费用年均增长 13.2%; 值得注意的是,2009 年住院总费用环比增长 21.4%。该地区 2008~2010 年新农合参合人群住院率分别为 3.7%、4.7%、5.5%。住院费用的快速增长可能与住院率的增加有关。

2. 各级医疗机构住院总费用

县外医疗机构住院总费用呈下降趋势,2008 年住院总费用主要由县外医疗机构产生,占当年住院总费用的 56.2%;2009、2010 年县外医疗机构住院费用所占份额不断减少,到 2010 年仅占当年住院总费用的 33.0%。县级医疗机构住院总费用以年均增幅 28.9%的速度持续增加,2010 年其住院总费用所占比重最高,达到 36.8%。乡级医疗机构住院总费用快速增加,到 2010 年其所占份额达到 30.2%(表 2)。

36.3%的速度逐年增长。值得一提的是,2009 年住院费用总补偿额比 2008 年增加了 59.2%。

从住院补偿基金流向来看,2008 年住院补偿基金主要流向了县外医疗机构 (40.3%),2009 年后县外医疗机构获得的住院补偿费用呈现年度减少趋势,至 2010 年仅占 25.6%;县级医疗机构住院补偿基金所占份额较平稳,约为 33.5%;乡级医疗机构住院补偿额整体呈现增长趋势,占比 40%左右(图 1)。

从住院补偿人次来看,研究地区 2008~2010 年住院人次分别为 21 655、28 222、33 929 人次, 年均增长率为 25.2%。从住院补偿人次流向来看,县外医疗机构住院补偿人次均呈现轻微减少趋势,至 2010 年仅为 16.8%;县级医疗机构住院补偿人次在 2009 年有所减少,但整体上级级医疗机构住院补偿人次约占 32%左右;乡级医疗机构住院人次呈现先增加后减少的变化,但整体来看,有 50%以上的住院补偿人次在乡级医疗机构(图 1)。

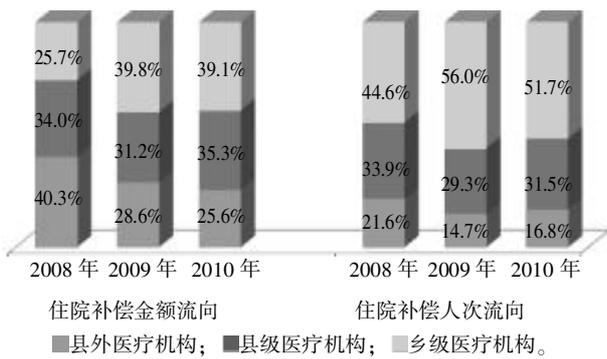


图1 2008~2010年研究地区各级医疗机构住院补偿费用及补偿人次流向变化情况

(三)住院费用实际补偿及自负费用情况

研究地区 2008~2010 年住院实际补偿比逐年增加。2008 年住院实际补偿比为 31.5%,2009 年增加到 41.2%,到 2010 年达到 45.6%。在三级医疗机构中,以乡级医疗机构的住院实际补偿比最高,3 年均保持在 50%以上,2010 年达到 59%;县级、县外医疗机构住院实际补偿比均呈年度增长,至 2010 年实际补偿比分别达到 43.7%和 35.4%(表 3)。

表3 2008~2010年研究地区新农合住院实际补偿比(%)

补偿	2008年	2009年	2010年
住院实际补偿比	31.5	41.2	45.6
县外医疗机构补偿比	22.6	33.1	35.4
县级医疗机构补偿比	37.7	37.4	43.7
乡级医疗机构补偿比	52.4	54.8	59.0

随着次均住院费用的下降、住院实际补偿比的提高,该地区个人住院疾病经济负担整体不断减轻,2008~2010 年住院人均自负金额由 3 631.0 元减至 2 358.7 元。

从各级别医疗机构来看,2010 年乡级医疗机构住院人均自负费用为 1 000 元左右,仅占当年农民人均纯收入的 12%左右,费用负担较轻;县级医疗机构住院人均自负费用在 2 900 元左右,自负费用占农民人均纯收入的 33%左右;对比乡、县两级医疗机构,县外医疗机构住院费用自负负担较重,2008、2009 年县外住院自付费用分别达 10 682.6 元和 7 989.7 元,达到当年农民人均纯收入的 153.9%和 103.5%;与前两年相比,2010 年县外住院自付费用负担有所减少,但人均住院自付金额依然占到当年农民人均纯收入的 62.3%(表 4)。

(四)60 岁以上人口住院费用情况分析

由于人口老龄化的影响,2008~2010 年 60 岁以上人口的住院人次约占住院总人次的 1/3,占住院总费用的 27%,占住院总补偿费用的 28%;并且随

着时间的推移,60 岁以上人口的住院人次、住院费用均呈现上升趋势(表 5)。

表4 2008~2010年研究地区新农合参合人群住院费用自付情况

自付费用	2008年	2009年	2010年
住院人均自付金额(元)	3 631.0	2 900.6	2 358.7
县外医疗机构	10 682.6	7 989.7	5 499.0
县级医疗机构	2 769.1	3 625.8	2 848.8
乡级医疗机构	872.3	1 193.6	1 038.5
住院人均自付金额占农民人均纯收入的比例(%)	52.3	37.6	26.7
县外医疗机构	153.9	103.5	62.3
县级医疗机构	39.9	47.0	32.3
乡级医疗机构	12.6	15.5	11.8

表5 2008~2010年研究地区 60 岁以上人口住院费用及补偿占比情况 (%)

	2008年	2009年	2010年
住院总费用占比	25.1	23.6	31.2
补偿人次占比	35.0	35.1	31.1
补偿金额占比	27.9	25.5	31.3

三、讨论

研究地区自 2003 年新农合试点以来,经过 9 年的发展,目前整体运行状况良好,主要呈现出以下几方面的变化:住院流向渐趋合理,住院费用发生了结构性的变化,基层卫生机构住院费用比例明显上升。目前,该地区乡级、县级、县外医疗机构住院补偿人次保持 5:3:2 的结构,住院补偿金额流向以县、乡两级医疗机构为主,占补偿金额总体的 70%~75%。县外医疗机构住院总费用呈现下降趋势,县级医疗住院总费用所占比重最高,乡级医疗机构住院总费用快速增加。对该现象进行分析发现,该地区在补偿方案设计时,一方面注重拉大各级医疗机构的补偿比例差距,提高基层医疗机构补偿比例,另一方面提高县外医疗机构大额费用段的报销比例,缓解大病患者的费用负担,充分发挥了新农合政策对患者住院流向的引导作用。同时,该地区基层医疗机构的服务能力较强,患者到基层就诊的比例也明显增加。此外,该地区与县外 5 家省市级定点医疗机构签订了管理协议,对各定点服务机构医疗收费、范围内用药、住院率、次均费用等情况进行考核评分,严格控制超范围费用比例、建立住院次均费用和住院率“零增长”机制。总之,该地区一系列政策的制定和改革措施的实施卓有成效,但新农合运行中也存在一些不容忽视的问题。

(一)新农合资金的筹集与补偿方案的调整不够同步

研究地区2008年新农合基金结余过多,2009年基金出现超支风险。2009年新农合支出金额超出基金总额0.47个百分点,也就是说2009年新农合基金支出不仅用完了当年的筹资总额,而且在用完往年基金结余的基础上还超支使用了38.41万元。如果这种使用风险持续存在,最终将影响农民的受益以及新农合制度的可持续发展。对该地新农合经办机构人员进行访谈发现,造成这种现象的主要原因是,2008年当地住院补偿方案是按2007年人均筹资70元的水平设计的,而2008年人均筹资水平变成100元后,补偿方案未做调整,导致2008年基金结余过多。2009年筹资标准提高到115元后,当年的住院补偿方案进行了较大调整,乡级、县级医疗机构报销比例的提高直接导致其申报费用的大幅增长,据统计,乡级医疗机构申报费用上涨率达136.1%,县级医疗机构申报费用上涨率达47.0%。

(二)县外医疗机构住院费用偏高

研究地区2008、2009年县外医疗机构次均住院费用均在1万元以上,农民个人自付费用分别占当年农民人均纯收入的153.9%和103.5%。2010年,县外医疗机构住院费用与前两年相比已有所下降,但人均住院自付金额依然占到当年农民人均纯收入的62.3%,农民疾病经济负担依然较重。

(三)目录外用药及项目费用偏多偏高

从研究地区新农合住院补偿政策来看,乡级医疗机构住院政策补偿比2008年为55%,2009年为65%,2010年增加到70%;县级医疗机构住院补偿比2008年为40%,2009年为45%,2010年增加到55%;县外医疗机构的补偿比2008年为30%,2009、2010年在2008的基础上进行了调整,对1万元及以下部分补偿35%,1万元以上补偿40%。对比该地区住院政策补偿比与实际补偿比,发现两者间存在差距:乡级、县级医疗机构两者均相差10个百分点左右,县外医疗机构两者间相差5~7个百分点;也就是说在乡、县两级医疗机构还有更大比例的医疗费用不在新农合报销目录范围内,当然,县外机构补偿范围较县内更宽。因此,如何采取有效措施使医务人员尽可能使用目录内药品和报销检查项目,既能减轻农民的疾病经济负担,也降低了新农合基金的使用效率。

(四)“人口老龄化”对新农合基金运行的影响

目前中国60岁以上老年人有1.69亿,占总人口比例为12.5%,预计到2020年这一比例将达到

20%^[2]。而目前研究地区60岁以上老年人已占全市总人口数的19.6%,参合人口中60岁及以上人口平均占比维持在21.8%,可见,该地区人口老龄化已走在全国前列。从目前的情况来看,2008~2010年该地区60岁以上人口的住院率分别为6.0%、7.6%和7.8%,而该地区3年来住院率分别仅为3.7%、4.7%和5.5%,60岁以上老年人口的住院率远远高于该地区的平均住院率,住院补偿费用也已占到住院总补偿费用的28%。该地区老年人口基数大,老龄化进程快,会直接导致医疗费用的大幅度上涨,增加新农合的负担;同时随着医疗技术的进步、许多价格高昂的仪器、设备、检查和治疗手段的运用,会使医疗费用上升更快^[3]。人口老龄化是该地区新农合发展的一大挑战。

四、政策建议

(一)建立稳定的筹资与增长机制

建立与经济增长和农民收入相衔接的相对稳定的筹资机制,是社会保障制度包括新农合制度可持续发展的核心问题。筹资与资金管理是新农合建立、稳定和持续发展的根本。江苏省出台的《新型农村合作医疗条例》规定了新农合筹资水平要达到上年农村人均纯收入的3%,而2010年研究地区筹资总额只占农民人均纯收入的1.70%。随着社会经济发展、农民收入增长和医疗费用的自然增长,应逐步实现新农合筹资水平的稳定增长机制,并适度提高个人筹资标准,每两到三年调整一次,以逐步提高新农合的保障水平。

(二)科学、合理、适时调整补偿方案

该地区新农合基金结余与超支使用的情况说明,补偿方案需根据年度基金筹集情况进行及时调整,充分发挥新农合的保障作用,提高患者受益。该地区已建立了县、乡、村三级医疗机构的新农合信息化平台,通过发挥网络平台的优势,及时汇集新农合基金筹集、储存、使用、支出情况,实现对新农合基金的动态监测并建立预警机制。新农合经办机构可于每季度末汇总测算基金运行数据,将测算情况与设定的基金风险预警指标进行对比,对基金风险状态、范围及异常指标情况做出评估。

(三)加强对新农合定点医疗机构的监管

实时监测患者的就医、用药、收费等情况,网上实时查询、审计和监督,及时发现并尽快矫正定点医疗机构的违规行为。此外,新农合经办机构仍需对医疗机构的住院病历进行评审,对不合理的检查、治疗、用药等予以通报批评;同时,需要建立医疗费用

通报制度和群众监督制度,新农合经办机构每月对各定点医疗机构的次均费用和目录外用药比例、日均费用进行通报,让群众充分参与监督;建立新农合基金补偿与医疗服务质量、群众满意度等指标相挂钩的绩效考核制度^[4]。

(四)加大新农合支付方式改革推进力度

2009年3月,国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》,并明确提出强化医疗保障对医疗服务的监控作用,完善支付制度,积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等支付方式改革^[5]。支付方式对于控制医疗费用快速不合理增长、转变医疗机构不规范医疗行为、改善医疗服务绩效均有重要作用。目前,该地区已进行了门诊总额预付制以及22个单病种付费改革,未来需要扩大住院病种覆盖面,并进一步评估支付方式改革成果。

(五)创造条件建立基层首诊、分级医疗和双向转诊制度

研究地区住院总补偿费用的27%左右流向了县外医疗机构,且县外医疗机构医疗费用及疾病经济负担明显高于基层医疗机构,建立城市医院与基层医疗机构的分工协作机制,引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现基层医疗机构首诊、分级医疗和双向转诊,将有利于保证卫生服务的公平和效率,又能获得较好的社会效益和经济效益,有效控制卫生费用的增长^[6],保证新农合基金安全和新农合制度的健康发展。

(六)重视老年参合人群的基本医疗保障

加强基层医疗卫生机构的建设对于应对人口老龄化有重要的作用,通过加强医疗机构的硬件条件和服务能力,吸引更多新农合患者在基层就诊。基层医疗机构还可以为老年患者提供更多的健康教育与宣传、慢性病管理、家庭病床、家庭护理等服务,有利于预防疾病的发生,并为患者提供更加便利的服务^[7]。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 2011年中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2011:13
- [2] 新华网. 中国正快速步入老龄化社会 2050年老年人将占三成 [EB/OL]. [2010-08-11]. <http://news.cntv.cn/society/20100811/104783.shtml>
- [3] 朱波,周卓儒. 人口老龄化与医疗保险制度:中国的经验与教训[J]. 保险研究,2010(1):27-35
- [4] 林振平. 南京市新型农村合作医疗运行情况分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2008,8(4):336-341
- [5] 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[N]. 健康报,2009-03-17(1)
- [6] 毕芳,孙向军,任苒. 双向转诊制度实施中的问题与对策[J]. 中国初级卫生保健,2011,25(4):9-12
- [7] 汪芸,陈家应. 人口老龄化与马鞍山市社区卫生服务[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2005,5(3):225-228

Investigation of the fund operation and the cost of hospitalization of new rural cooperative medical scheme of the city in Jiangsu province, 2008-2010

CHEN Xiao-juan¹, WANG Zhen², CHEN Jia-ying¹

(1.School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029;

2. Health Bureau of Gaoyou, Gaoyou 225000, China)

Abstract; Objective: To put forward some suggestions about the sustainable development of new rural cooperative medical scheme (NRCMS) according to the fund operation and the cost of hospitalization of NRCMS of the certain city in Jiangsu province from 2008 to 2010. **Methods:** Relevant data were collected, and statistic descriptions and key informants interviews were applied. **Results:** The overall operation of NRCMS was in good condition, but some problems about policies and management still existed; the time of raising money and adjusting scheme was not match; the cost of hospitalization in city hospital was high; the cost of medicine and material outside the reimbursement directory was much too high; the aging of population influenced the operation of NRCMS. **Conclusion:** The research area should take some measures to solve the problems, establish stable financing mechanism, adjust the scheme of compensating timely, continue the supervision and payment scheme reform of medical institutions, improve the performance appraisal and the referral system, strengthen the construction of grassroots medical institutions.

Key words: new rural cooperative medical scheme; fund operation; cost of hospitalization