



兰州大学管理学院
School of Management, Lanzhou University



甘肃银行
BANK OF GANSU



2016金城峰会

兰州大学管理学院系列研究报告

甘肃省新型农村 合作医疗评价报告

兰州大学管理学院课题组

2016年12月



金城峰会简介

“金城峰会”由兰州大学管理学院发起，是专注并探讨甘肃省经济发展和企业成长的高端交流平台，旨在促进大学、企业、政府和社会各界的积极合作，汇集各方智慧，探讨甘肃发展的重大问题。

峰会每年确定一个主题，于12月中旬举办，规模约400人，由企业家、政府官员、著名学者、社会名流、商会领袖共同参与，并根据需要不定期地设置分论坛，邀请相关领域高端人才就某一主题进行探讨交流。同时，为了进一步提升服务地方经济社会发展的水平和能力，为甘肃发展提供智力支持，兰州大学管理学院将在深入剖析甘肃经济社会发展现状及未来基础上发布年度系列研究报告。

“金城峰会”的目标是办成甘肃省集政府、企业、大学、社会于一体的“高端平台、高端智慧、高端成果、引领潮流、把握未来”的年度盛会，成为服务经济社会发展的品牌项目。

名誉主席：柯茂盛

2016年度主席：李鑫

执行主席：包国宪

执行副主席：刘青、何文盛、何欣、吴建祖、蔡根泉

秘书长：苗绪亮

副秘书长：许建平

秘书处工作人员：陈强、吕青、康瑶

秘书处联系方式：0931-8910402（电话/传真）；邮箱glxy@lzu.edu.cn



兰州大学管理学院微信号



2016金城峰会微信号



甘肃银行微信号



《甘肃省新型农村合作医疗评价报告》

本项目组成员

负责人：柴国荣

成 员：陈永聪*、白建明、洪兆富、董继元*、苑 春、王康周、宗胜亮、
翟广宇、姜雅婷、鲍文超（*公共卫生学院）

联系人：柴国荣

电 话：13993180122

邮 箱：chaigr@lzu.edu.cn

声明：本系列研究报告版权归兰州大学管理学院所有。未获得兰州大学管理学院书面授权，任何人不得对本系列研究报告进行任何形式的发布、复制。本系列报告基于兰州大学管理学院项目研究团队认为可信的公开资料，但我们对这些信息的准确性和完整性均不作任何保证，也不承担任何外部机构或个人因使用本系列研究报告而产生的任何责任。



兰州大学管理学院
School of Management, Lanzhou University



甘肃银行
BANK OF GANSU



2016金城峰会
兰州大学管理学院系列研究报告

甘肃省新型农村 合作医疗评价报告

兰州大学管理学院项目组

2016年12月

目 录

引言	1
1 甘肃省 2010-2015 年新农合运行状况分析	3
1.1 研究目的	3
1.2 资料来源和方法	3
1.3 结果	3
1.4 讨论	9
2 甘肃省 2010-2015 年新农合医疗及补偿数据分析	15
2.1 研究目的	15
2.2 资料来源与方法	15
2.3 结果	16
2.4 讨论	31
3 甘肃省 2010-2015 年新农合政策成本效果分析	36
3.1 研究目的	36
3.2 研究方法	36
3.3 结果	37
3.4 讨论	39

引言

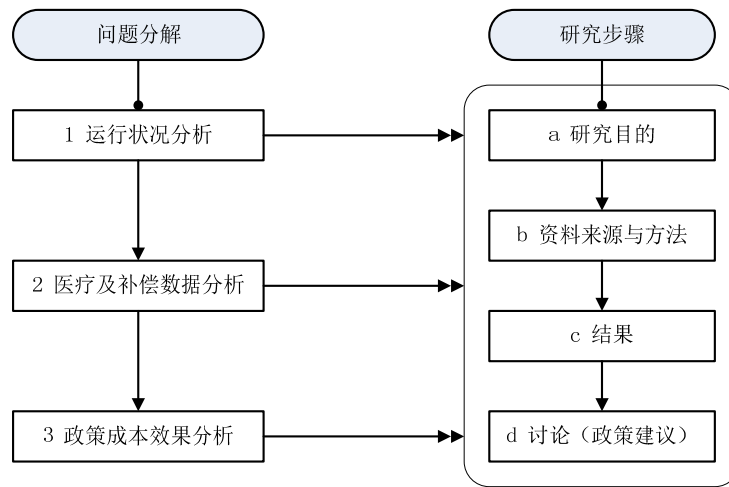
2002年10月,《中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》明确指出:要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”,“到2010年,新型农村合作医疗制度要基本覆盖农村居民”。这是我国政府历史上第一次为解决农民的基本医疗卫生问题进行大规模的投入。2003年,新型农村合作医疗制度(以下简称“新农合”)试点在全国部分县(市)展开,截至2008年新农合已基本覆盖全国农村,参合农民超过8亿人。2013年新农合取得了新进展,参合农民达到8.02亿,参合率达98.70%,当年筹资总额超过2972.48亿元,补偿受益人次达到19.42亿人次。

新农合是由政府组织、引导、支持,农民自愿参加,个人、集体和政府多方筹资,以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。它的重大突破在于明确了各级政府的资金补助职责,彻底改变了传统的农村合作医疗制度,改善了广大农民的就医环境,农民较之前享有更优越的医疗资源,进一步缓解了农民看病难的问题,并在一定程度上缓解了城乡之间长期存在的不公平现象,逐步实现农村居民与城镇居民享受同样的医疗费用补偿。新农合在一定程度上缓解了农民看病难、看病贵的问题,颇受农民的欢迎。

甘肃省2003年本着自愿参加、多方筹资、大病统筹的原则,积极响应党中央的号召,在全省范围内开始新农合试点,2007年新农合在全省86个县(区、市)实行。通过多年不断的摸索、调整,甘肃省新农合政策日益完善,新农合覆盖率逐年提高,补偿金额和补偿人数逐年增加,报销比例逐年提高。2015年,甘肃省农民参合率为98.40%;参合农民人均筹资480元;参合农民住院受益率为11.48%;门诊受益率为167.44%,并且实现了异地结报。

本研究通过实证分析关注是否切实提高参合农民的受益水平这一关键问题,以新型农村合作医疗制度下参合农民的补偿和个人自费为着眼点,以缓解农民的疾病负担为宗旨,有针对性的从完善新农合补偿制度、改革医疗费用支付方式、规范医疗诊断和治疗行为等多方面提出的政策建议,对于进一步提高参合农民的受益水平、完善甘肃省省新型农村合作医疗制度,从理论和实践层面都会起到推动作用。

研究报告结构见下图：



研究报告结构示意图

1. 甘肃省 2010-2015 年新农合运行状况分析

1.1 研究目的

在新医改背景下，对甘肃省2010-2015年6年来的新农合运行情况进行分析，了解现状，发现新问题，并探索解决之道。

1.2 资料来源和方法

(1) 资料来源

课题组设计《甘肃省新型农村合作医疗运行情况调查问卷》，在甘肃省新农合管理中心的协助下，通过电子邮件对甘肃省全省共 86 个县（区/市）的合管局/办进行问卷调查，由县级新农合局/办负责人填写后，以电子邮件的方式发送给课题组。经整理，共回收 50 份合格问卷，占甘肃省县级单位总数的 58.14%。这 50 个县（区/市）覆盖了甘肃省全部 14 个市（州），能够比较全面地反映甘肃省全省的情况。

(2) 分析方法

将收集到的数据录入 excel，然后导入 SPSS 数据库，运用 SPSS20.0 进行核查、整理和分析，分析方法主要采用描述性分析。

1.3 结果

(1) 参合率

2010-2015 年，接受调查的 50 个县（区/市）新农合参合率分别为 95.82%、96.72%、97.12%、97.58%、98.41%、98.40%，呈逐年上涨趋势。

(2) 筹资情况

2010-2015 年，甘肃省新农合筹资标准不断提高，人均筹资总额从 152 元提高到 475 元，年平均增长率为 25.59%；各部分筹资来源中，中央财政增长最快，市级财政筹资额度有所降低（表 1-1）。50 个县（区/市）新农合年度实际筹资总额从 204711.45 万元增长到 674228.46 万元，年平均增长率为 26.92%；中央财政筹资比例从 34.93%提高到 46.56%，地方财政筹资比例从 35.34%降低到 19.64%，个人筹资比例基本保持不变。中央财政在筹资中所占比例明显增加（表 1-2，图 1-1）。

表 1-1 2010-2015 年新农合筹资标准 (元/人)

年份	筹资来源					合计
	中央财政	省级财政	市级财政	县级财政	个人	
2010	59	49	4	14	26	152
2011	123	63	4	14	30	234
2012	155	75	4	14	47	295
2013	188	82	3	13	58	344
2014	215	88	3	14	64	384
2015	268	102	2	14	89	475
年平均增长率 (%)	35.35	15.79	-12.94	0.00	27.90	25.59

表 1-2 2010-2015 年新农合实际筹资金额 (万元)

年份	样本量	中央财政		地方财政		个人		总额
		金额	%	金额	%	金额	%	
2010	50	71515.00	34.93	72342.68	35.34	25491.98	12.45	204711.45
2011	50	147425.00	43.88	92270.44	27.46	32954.65	9.81	335972.07
2012	50	185746.00	42.40	102436.72	23.38	50850.80	11.61	438113.33
2013	50	222987.00	43.87	110487.72	21.74	62689.62	12.33	508289.27
2014	50	261595.00	47.63	107121.51	19.51	68298.19	12.44	549181.33
2015	50	313909.00	46.56	132422.60	19.64	94250.92	13.98	674228.46
年平均增长率 (%)		34.43	\	12.85	\	29.89	\	26.92

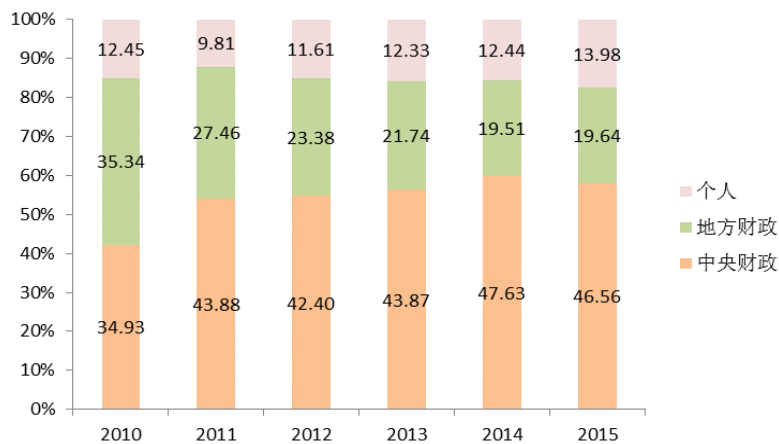


图 1-1 2010-2015 年新农合筹资各种来源所占比例 (%)

(3) 住院报销起付线、封顶线、报销比例

2010-2015 年, 50 个县 (区/市) 新农合住院报销乡镇卫生院起付线平均值从 104 元提高到 140 元, 年平均增长率为 6.13%; 封顶线平均值从 3193 元增长到 4766 元, 年

平均增长率为 8.34%。四级医疗机构中，起付线年平均增长率最快的是省级医院为 23.93%；封顶线年平均增长率最快的是县级医院，为 13.23%（表 1-3）。2010-2015 年，甘肃省新农合报销比例乡镇卫生院从 80%提高到 86%，省级医院从 50%提高到 58%（表 1-4，图 1-2）。

表 1-3 2010-2015 年新农合住院报销起付线和封顶线平均值（元）

年份	样本量	乡镇卫生院		县级医院		市级医院		省级医院	
		起付线	封顶线	起付线	封顶线	起付线	封顶线	起付线	封顶线
2010	50	104	3193	279	9717	664	20065	1019	30935
2011	50	97	4078	273	13957	649	27196	989	42891
2012	50	98	6109	291	17565	762	33830	2209	47872
2013	50	127	4085	403	16277	923	33191	2755	47021
2014	50	133	6149	464	18404	1094	35426	2979	49787
2015	50	140	4766	483	18085	1155	35426	2979	48085
年平均增长率 (%)		6.13	8.34	11.60	13.23	11.71	12.04	23.93	9.22

表 1-4 2010-2015 年新农合住院报销比例 (%)

年份	乡镇卫生院	县级医院	市级医院	省级医院
2010	80	70	58	50
2011	87	78	65	57
2012	87	78	67	61
2013	85	76	65	59
2014	86	76	65	58
2015	86	77	66	58

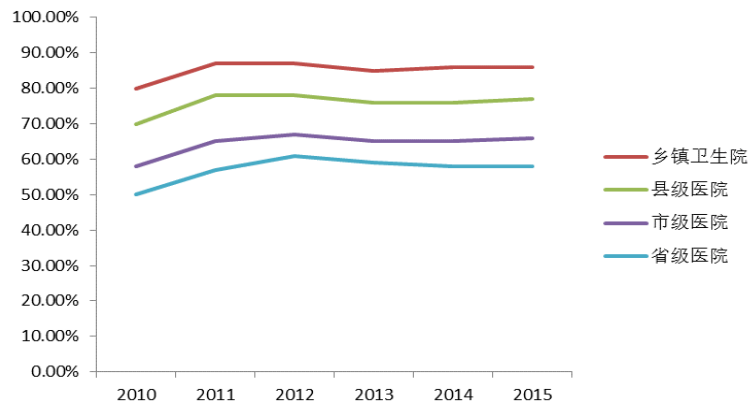


图 1-2 2010-2015 年新农合住院报销比例 (%)

(4) 住院病例个人费用负担

2010-2015年甘肃省农民人均可支配收入从3425元增长到6936元，50个县（区/市）新农合病人住院后次平均自付费用从1572.92元增长到1906.57元，次均自付费用占人均可支配收入的比例从51.73%降低到40.04%（表1-5）。

表1-5 2010-2015年新农合住院病例个人费用负担（%）

年份	农民人均可支配收入（元）*	住院次均费用（元）	住院次均补偿费用（元）	住院次平均自付费用（元）	个人费用负担（%）
2010	3425	3040.51	1467.59	1572.92	51.73
2011	3909	3497.30	1937.73	1559.57	44.59
2012	4507	3542.55	2125.94	1416.61	39.99
2013	5108	4459.14	2566.42	1892.72	42.45
2014	5736	4617.02	2587.07	2029.95	43.97
2015	6936	4761.97	2855.40	1906.57	40.04
年平均增长率（%）	15.16	9.39	14.24	3.92	/

注：*数据来源于2010-2015年甘肃省国民经济和社会发展统计公报。

(5) 住院人次及病人流向

2010-2015年50个县（区/市）住院总人次从671782增加到1286679，年平均增长率为38.40%。乡镇卫生院住院病人所占比例从36.52%降低到24.91%，县级医院从44.65%提高到55.53%，市级及省级医院从18.83%提高到19.56%（表1-6，图1-3）。

表1-6 2010-2015年新农合住院病人人次及流向

年份	样本量	住院总人次	乡镇卫生院		县级医院		市级及省级医院	
			人数	百分比（%）	人数	百分比（%）	人数	百分比（%）
2010	50	671782	245356	36.52	299936	44.65	126490	18.83
2011	50	781386	247048	31.62	365764	46.81	168574	21.57
2012	50	1087372	394425	36.27	484188	44.53	208759	19.20
2013	50	1088284	282526	25.96	561190	51.57	244568	22.47
2014	50	1164715	278973	23.95	621960	53.40	263782	22.65
2015	50	1286679	320456	24.91	714528	55.53	251695	19.56
年平均增长率（%）		38.40	14.28	\	54.35	\	41.06	\

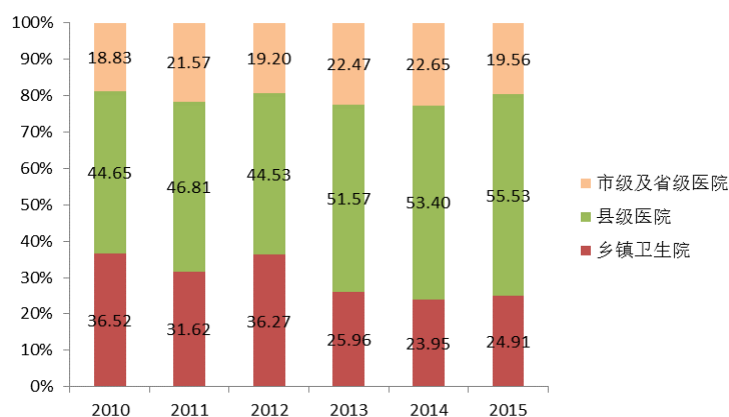


图 1-3 2010-2015 年各级医院新农合住院病人所占比例 (%)

(6) 门诊病人补偿情况

2010-2015 年 50 个县 (区/市) 门诊补偿比例从 61.89% 提高到 76.24% (表 1-7)。

表 1-7 2010-2015 年新农合门诊病人补偿情况

年份	样本量	门诊费用		补偿费用		补偿比例 (%)
		总额	次均	总额	次均补偿	
		(万元)	费用 (元)	(万元)	费用 (元)	
2010	50	28147.82	29.19	17421.86	18.07	61.89
2011	50	62588.21	41.59	45946.35	30.53	73.41
2012	50	83481.91	41.12	62562.13	30.82	74.94
2013	50	85927.20	42.32	72316.59	35.61	84.16
2014	50	80431.30	41.87	68130.85	35.47	84.71
2015	50	97896.20	43.45	74640.07	33.12	76.24

(7) 门诊人次及病人流向

2010-2015 年 50 个县 (区/市) 门诊人次增长率为 18.50%; 村卫生室、县级医院门诊比例增加, 乡镇卫生院门诊比例降低 (表 1-8, 图 1-4)。

表 1-8 2010-2015 年新农合门诊人次及流向

年份	样本量	门诊总人次	村卫生室		乡镇卫生院		县级医院	
			人数	百分比 (%)	人数	百分比 (%)	人数	百分比 (%)
2010	50	9641414	5268835	56.45	4150036	43.04	222543	2.31
2011	50	15047487	7479589	49.71	7287562	48.43	280336	1.86
2012	50	20300664	12132223	59.76	7802699	38.44	365742	1.80

年份	样本量	门诊总人次	村卫生室		乡镇卫生院		县级医院	
			人数	百分比 (%)	人数	百分比 (%)	人数	百分比 (%)
2013	50	20305130	11589774	57.08	7985783	39.33	729573	3.59
2014	50	19209573	11356136	59.12	7187706	37.42	665731	3.46
2015	50	22533232	13625955	60.47	7857543	34.87	1049734	4.66
年平均增长率 (%)		18.50	20.93	\	13.62	\	36.37	\

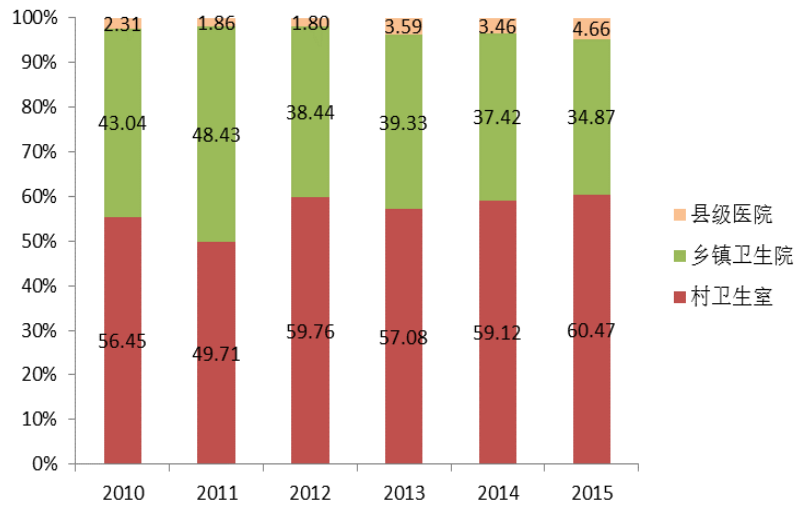


图 1-4 2010-2015 年各级医院新农合门诊病人所占比例 (%)

(8) 受益率

2010-2015 年 50 个县 (区/市) 参合农民住院受益率从 5.68 % 增加到 10.93 %, 门诊受益率从 81.55 % 增加到 191.35 % (表 1-9, 图 1-5)。

表 9 2010-2015 年新农合受益率

年份	样本数	参合人数	住院总人次	门诊总人次	受益率 (%)	
					住院	门诊
2010	50	11823009	671782	9641414	5.68	81.55
2011	50	11893923	781386	15047487	6.57	126.51
2012	50	11874753	1087372	20300664	9.16	170.96
2013	50	11941972	1088284	20305130	9.11	170.03
2014	50	11914712	1164715	19209573	9.78	161.23
2015	50	11776137	1286679	22533232	10.93	191.35

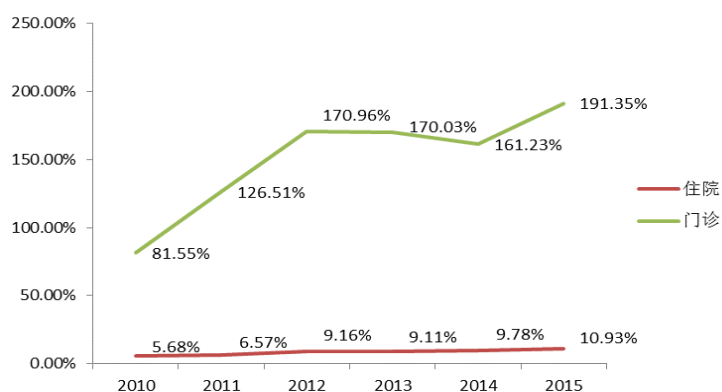


图 1-5 2010-2015 年参合农民住院和门诊受益率

(9) 基金结余率

50 个县（区、市）新农合基金结余率在 2010、2011 两年较高，2012 年开始呈下降趋势，2015 年基金结余率为 7.97%（表 1-10）。

表 1-10 2010-2015 年新农合基金结余率

年份	样本量	筹资金额 (万元)	基金支出 (万元)	基金结余 (万元)	结余率 (%)
2010	50	171552.90	139006.72	32546.18	18.97
2011	50	276650.55	236432.59	40217.96	14.54
2012	50	347648.00	328301.02	19346.98	5.57
2013	50	408540.31	395571.77	12968.54	3.17
2014	50	449732.84	438860.08	10872.76	2.42
2015	50	552308.24	508262.31	44045.93	7.97

1.4 讨论

(1) 甘肃省新农合筹资机制有待完善

第一，人均筹资水平逐年递增，但低于全国平均水平。

新农合的筹资水平是保证新农合制度长效运转的关键因素，由于中央财政不断加大对新农合的扶持力度，新农合人均筹资水平不断提高。甘肃省新农合人均筹资水平在 6 年间增长了 3 倍多，其人均筹资标准由 2010 年每人每年 152 元增加到 2015 年每人每年 475 元。2010-2015 年，筹资额的增长主要来源于中央财政，地方政府，尤其是市级、县级政府的筹资额度没有随着筹资总额的增加而增加，或者增长缓慢。

地域差异：根据《中国卫生和计划生育统计年鉴 2014》，2013 年全国新农合人均筹资 370.6 元，甘肃省人均筹资 340 元，略低于全国水平。在西部省份中也处于较低的地位。

置。这种地域差异不仅反映了不同地区居民的生活水平，也间接反映了省际间政府财力的差异。

筹资水平是与医疗服务需求的释放呈正相关，较低的筹资水平，就会降低参合农民医疗服务需求的释放，从而影响农民健康水平的提高。为了能够进一步提高参合农民的医疗保障水平，在我省经济持续增长的情况下，应该努力提高我省新农合筹资水平，增加对农村居民这一弱势群体的保护，保证其具有公平享有卫生资源和卫生服务的权利。

第二，个人缴费占收入比重较为合理，并保持适度增长。

农民可支配收入是影响加新农合人均筹资水平的关键性因素，农民收入能力与农民个人缴费水平相互影响、相互制约，衡量农民是否具备支付新农合缴费能力，关键在于农民个人缴费水平是否适度。综合以往学者有关筹资适度水平的测算研究，将农民个人缴费范围设定在个人缴费额占农民人均可支配收入的 0.7%-1.5%之间最为合理。2010 年至 2015 年，甘肃省参合农民人均缴费由 26 元增加到 89 元，农民的人均可支配收入从 3425 元增加到 6936 元，个人缴费占农民人均可支配收入的比例由 2010 年的 0.76% 增加到 2015 年的 1.3%。可见，甘肃省参合农民的个人缴费占收入比重较为合理，并在参合农民可以承担的范围内保持适度增长，有利于新农合筹资机制的稳定发展。

第三，中央财政补助加大，筹资力度不断增加。

我国新农合制度实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制，由于有集体资助的地区少，农村居民支付能力有限，因此政府补助始终是新农合筹资的主要来源。中央财政是甘肃省新农合筹资来源的主要渠道，个人缴纳费用是中央财政和地方财政的补充。从 2015 年实际筹资总额的构成来看，甘肃省以中央财政和地方财政为主，分别占 46.56% 和 19.64%，个人缴纳占 13.98%，随着新农合的全面开展，甘肃省新农合的筹资规模不断扩大。从 2010-2015 年基金筹集的趋势来看，甘肃省的中央和地方两级财政筹资额度合计每年保持在 65% 左右，但是中央财政所占的比例逐年提高，地方财政所占的比例逐渐降低。提示甘肃地方政府应该加强对新农合的支持力度，加大对新农合的筹资，从而完善甘肃省新农合筹资机制。

(2) 甘肃省新农合的参合率稳步提高

参合人数和参合率反映了农民参加新农合的积极程度，拥有一定规模的参合人数和较高的参合率是新农合制度可持续发展的基础。2010-2015 年，甘肃省新农合参合率由 95.82% 增加到 98.40%，参合率呈逐年上升趋势。目前已经基本做到了应保尽保。根据《中

国卫生和计划生育统计年鉴 2014》，2013 年全国新农合 98.70%，甘肃省的农民参合率达到了全国平均水平。

(3) 甘肃省参合农民的医疗服务利用率逐步提高

2010-2015 年，甘肃省新农合住院率由 5.68%增加到 10.93%，住院率呈逐年上升趋势；甘肃省新农合门诊率由 81.55%增加到 191.35%。在 2009 年新医改政策实施以后，随着门诊统筹的增加，有效地提高了门诊卫生服务的利用，参合农民的门诊就诊人次明显增加，门诊补偿比例也在逐年提高，进一步扩大了新农合受益面，降低新农合门诊报销起付线，引导参合农民有病早治，减少了不必要的住院，对于提高新农合资金使用效益和参合农民健康水平具有重要意义。

同时，甘肃省各级政府配套建立医疗救助制度，资助贫困农民参加并享受合作医疗，同时在其患病就医后给予二次的经费补助。为促进农村居民住院分娩，新农合将住院分娩纳入到补偿范围，将普通门诊费用列入补偿的范围，通过开展特殊大病门诊等措施，保障慢性病患者得到长期稳定的治疗。

新农合不仅减少了农民居民的医疗支出，减轻了农村居民的疾病经济负担，而且提高了参合农民的就医积极性，促进了参合农民对医疗卫生服务的利用，有效缓解了由于经济原因所导致的应住院而未住院的现象，有病及时治疗，减少因小病演变成大病而增长患者的医药费用负担，提高了新农合基金的利用效率。

(4) 住院患者就诊及费用流向有待正确引导

为控制医疗费用的不合理增长，合理利用医疗卫生服务资源，甘肃省新农合实施了以病种为基础的医疗机构分级诊疗制度，以县（区/市）为单位建立了新农合转诊制度，根据县医院、乡镇卫生院各自的卫生服务能力，设置了各类疾病在不同医疗机构的报销比例。虽然新农合分级诊疗制度的实施可以减少患者就诊费用，降低县外转诊率，然而在物价水平逐年增高、医疗费用逐年增长的情况下，即使筹资水平提高了，参合农民的住院费用也有逐年增长的趋势，参合农民的个人自费负担在不同级别医疗机构不断增加。随着药品和高值医用耗材价格的不断增长，造成了农民的医疗费用特别是个人自费负担仍然较重。

由于不同级别医疗机构的功能定位、体系建设、服务能力和统筹补偿政策的差异，导致不同级别医院住院费用在总体上分布极不均衡。2010-2015 年六年间分流到县级以上和县级医疗机构的住院人次、住院费用和住院补偿费用逐年增加。每年新增住院病人

分流最多的是县级医疗机构，其次是县级以上医疗机构，最少是乡级医疗机构。因此，有必要正确引导参合农民的住院流向，加强乡级医疗机构的医疗服务能力建设，对常见病、多发病的患者引导其至基层医疗机构就诊，扩大新农合医疗保险药品目录，切实减少新农合患者的个人自费负担，从而提高参合农民的受益水平。

(5) 甘肃省参合农民的受益补偿水平增长显著

第一，参合农民受益面和受益程度显著升高。

2010-2015年，随着筹资水平的提高，甘肃省新农合加大补偿比例，扩大了补偿范围，门诊和住院就诊人次逐年上升，补偿人次增长迅速。住院补偿人次的增加，使参合农民切切实实从该项制度中得到了收益。就诊人次的上升是多种因素共同影响的结果，可能的主要原因是门诊补偿比的提高引起了医疗需求的释放，并且由于全省开展门诊统筹使参合农民小病拖成大病的情况明显减少，达到新农合“低水平、广覆盖”的基本目标，将有限的基金优先保障基本医疗，使更多的参合农民受益。此外，就诊人次的上升表明了参合患者对医疗资源的利用量的增大，也间接反映了医疗机构的实际有效工作量的加大，广大参合农民的医药费用需求得到了进一步的释放。

第二，参合农民的实际补偿比逐年增长。

2010-2015年甘肃省参合农民次均住院费用逐年上升，次均住院补偿费用稳步提升，实际住院补偿比例也在不断上升，由2010年的48.27%上升到2015年的59.96%。住院补偿比例的提高可能与参合人数逐年增加，筹资水平持续提高，筹资规模不断扩大，新农合的保障能力逐年提高有关。2010-2015年门诊补偿率也从61.89%提高到76.24%，出现了大幅度的增长。

然而，值得注意的是虽然住院补偿比例和门诊补偿比例都在逐年增加，但次均住院费用和门诊费用增长过快，补偿增加的费用大部分被医疗费用的上涨所抵消，使得农民受益程度受到了较大限制。除了医疗技术水平提高产生的费用增长外，医疗费用的上涨的原因还包括不合理卫生服务行为所造成的卫生支出。据文献报道，部分医疗机构仍存在“大处方”和“大检查”的现象，导致农民医疗总费用的增加。此外，基层医疗机构服务能力不足也是导致住院总费用上涨的重要原因。基本药物制度实施后，新农合病人在乡镇卫生院的住院人数大幅减少，县级及以上医院住院的人数增长明显。导致住院总费用上涨、参合病人的实际补偿水平下降。可见，单纯依靠降低基层医疗机构的药品价格，提高补偿比例，无法真正实现对患者流向的控制，应提高基层医疗机构服务能力和

管理水平，获得参合农民的信赖，使他们尽可能地选择在基层就诊。

第三，参合患者对基层卫生机构就诊意向有待于提高。

新农合补偿政策对患者流向具有一定的导向作用，有关研究发现，县级及县级以下医疗机构的起付线越低，补偿比例越高，流向基层卫生机构住院的病人就越多，从而产生的次均住院费用越低，实际补偿水平越高。但从甘肃省参合农民的住院就诊流向来看，分流到县级以上和县级医疗机构的住院病人比例明显增多，乡级医疗机构的住院病人比例则逐年减少。分析原因可能是在新医改形式下，乡级医疗机构的功能定位更多侧重公共卫生服务有关，并且实行收支两条线后，医护人员缺乏积极性，加之医疗技术水平整体较弱，缺乏优质的卫生资源，从而影响了新农合患者对乡级医疗机构的信任度。

(6) 甘肃省参合农民的个人自费负担有待缓解

个人自付的住院费用反映了参合农民得到补偿后实际承担的住院费用，其占当年农民年人均纯收入的比例越高，说明农民的住院疾病经济负担就越重。2015 年全省参合农民住院的次均个人自费占当年人均年收入的比例为 40.04%，达到了“灾难性卫生支出”的衡量标准。也就是说，家庭成员平均住一次院就会花费年收入的三分之一以上。“灾难性卫生支出”是 WHO 衡量疾病经济负担的重要指标，即在一个家庭的整个收入（或支出）中，当医疗卫生支出占了相当大的比例时，便可认为该家庭发生了灾难性卫生支出。由此可见，参合农民的就医负担仍然沉重，尽管新农合的补偿费用在一定程度上可以减轻经济负担，但“因病致贫、因病返贫”的问题依然没有真正消除。实际补偿比例是多因素作用的结果，实际补偿比例低主要与新农合药品、诊疗目录的范围狭窄有关。参合农民就诊过程中使用的部分药品往往不在药品目录中。

(7) 甘肃省新农合的基金使用较为合理

新农合实施初期，为吸引广大农民参加新农合，大部分试点地区采取了“家庭账户和住院统筹”相结合的做法。随着新农合工作的逐步推开，家庭账户的弊端也逐渐显现，如基金结余较高，不利于基金监管等。2009 年 7 月，原卫生部出台了《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的意义》，文件中指出：“开展大病统筹加门诊家庭账户的地区，有条件的地区要逐步转为住院统筹加门诊统筹模式。”甘肃省新农合基金分配模式在新农合政策的指导下，也随之发生着变化。自 2009 年开始甘肃省新农合取消门诊家庭账户基金，实行住院统筹加门诊统筹。门诊统筹不仅避免了门诊账户管理成本高，纵向积累缺失带来的合作医疗门诊资金沉淀，无法发挥统筹基金互助共济作用的问题，还有效

地提高了门诊卫生服务的利用，缓解了小病拖成大病，实现了医疗保险目标中预防保健的作用，有利于农村居民健康水平的提高。

(8) 甘肃省新农合管理运行机制切实可行

研究表明，甘肃省新农合由卫生计生部门牵头负责，多部门协调配合的管理运行机制是切实可行的。从医保及新农合制度建设的沿革及运行情况来看，卫生计生管理医保有其历史经验和现实成功例证。

在探索建立符合甘肃省情的农村基本医疗保障制度的过程中，卫生计生部门始终以保障农民健康权益为宗旨，不断巩固完善新农合管理运行机制。一是探索建立了重大疾病保障机制，将儿童白血病、终末期肾病透析治疗、艾滋病机会性感染等 40 种重大疾病纳入保障范围，实际报销比达到 70%左右，极大地缓解了农村居民因病致贫、因病返贫现象的发生。二是积极引入商业保险公司参与经办服务，目前，甘肃省已经组织开展委托商业保险机构经办新农合服务工作，目的是要转变政府职能，充分发挥市场作用，探索“管办分开、政事分开”的基本医保管理新机制。三是深入推进支付方式改革，甘肃省已经全面开展了不同形式的支付方式改革，既在规范医疗行为的基础上控制了不合理费用增长，保障了农民利益，又兼顾了医疗机构合理利益，既控制费用又调动医疗机构积极性。四是以信息系统为支撑，推进便民利民举措。目前，甘肃省已实现了省、市、县、乡、村五级信息网络的互联互通，为实现跨省就医、费用核查和结报奠定基础。依托逐步健全的信息系统，2015 年甘肃省开展了省内异地就医即时结报工作。五是严格控制基金结余，明确规定新农合当年基金结余不应超过当年基金的 15%（含风险基金），累计结余不应超过当年基金的 25%，以保证有限的基金最大限度发挥作用。卫生计生部门在管理新农合工作中，实现了基金的安全、高效运行，充分说明了卫生部门管理的优势，足以证明卫生有能力管理好各项医疗保障制度。由卫生部门负责管理医疗保障，强化医保和医疗有机衔接和内在联系，在解决人民群众“看病难、看病贵”方面实现权责一致。

2 甘肃省 2010–2015 年新农合医疗及补偿数据分析

2.1 研究目的

通过对 2010–2015 年甘肃省新农合门诊和住院补偿情况进行系统分析, 从而进一步发现目前甘肃省新农合运行存在的问题, 为进一步完善甘肃省农村居民医疗保障制度, 确保基金运行安全提供建议。

2.2 资料来源与方法

(1) 资料来源

在甘肃省新型农村合作医疗管理中心协调下, 由华东公司计算机专业人员从数据平台中提取 2010–2015 年甘肃省新农合所有门诊与住院补偿记录。

提取的门诊补偿记录信息包括: 补偿年度、补偿月份、合作医疗统筹县(区/市)、病人性别、补偿级别、补偿类型、门诊总费用、诊断名称、可补助医药费、自付金额、实际补偿金额、药品总费用、基本药物费用、药品可补偿金额、药品自费金额、慢病费用、慢病报销金额、西药费、中药费、化验费、诊疗费、检查费。

提取的住院补偿记录信息包括: 补偿年度、补偿月份、合作医疗统筹县(区/市)、病人性别、补偿级别、补偿类型、住院总费用、入院诊断、可补助医药费、自付金额、实际补偿金额、药品总费用、药品可补偿金额、药品自费金额、大病补偿金额、慢病报销金额、起付线、护理费、西药费、中药费、化验费、诊疗费、手术费、检查费、床位费、入院日期、出院日期、住院天数。

(2) 数据处理

将甘肃省新农合数据平台中导出的数据转化成为 TXT 文件, 再将 TXT 数据导入 SPSS 数据库中, 应用 SPSS20.0 统计软件, 对数据进行整理、核查、统计分析。采用的描述性统计指标主要有中位数、均数、构成比、相对比等。2015 年和 2010 年的费用进行比较时, 将 2010 年的费用值贴现到 2015 年, 贴现率取 2.1%(2010–2015 年甘肃省平均 CPI), 以消除不同年度间货币值的差异。

为了比较甘肃省不同经济发展水平地区新农合的运行状况, 使用 2013 年甘肃省各

县（区、市）人均年收入的水平将甘肃省各县（区/市）以百分位数法分为 4 组：小于 P_{25} 为“差”、大于等于 P_{25} 小于 P_{50} 为“中”、大于等于 P_{50} 小于 P_{75} 为“良”、大于等于 P_{75} 为“优”，即：< 3994 为“差”、[3994-4803) 为“中”、[4803-7894) 为“良”、 ≥ 7894 为“优”，分组情况见表 2-1。

表 2-1 各县（区、市）经济发展水平分组

组别	县（区、市）	人均年收入范围（元/人）
优	山丹县、白银区、永昌县、高台县、甘州区、临泽县、金川区、肃州区、瓜州县、玉门市、肃南县、七里河区、金塔县、西固区、红古区、敦煌市、安宁区、苏北县、阿克塞县、城关区	≥ 7894
良	秦州区、泾川县、成县、庆城县、宁县、榆中县、碌曲县、崇信县、徽县、正宁县、玛曲县、平川区、靖远县、华亭县、永登县、皋兰县、崆峒区、景泰县、西峰区、民乐县、临夏市、民勤县	[4803-7894)
中	渭源县、庄浪县、舟曲县、迭部县、安定区、静宁县、合作市、夏河县、清水县、环县、麦积区、武山县、临洮县、天祝县、秦安县、陇西县、甘谷县、镇原县、合水县、华池县、灵台县	[3994-4803)
差	东乡县、两当县、宕昌县、文县、积石山县、西和县、康县、武都区、和政县、礼县、永靖县、临夏县、康乐县、临潭县、卓尼县、张家川县、通渭县、岷县、漳县、古浪县、广河县、会宁县	< 3994

2.3 结果

(1) 门诊补偿情况

① 补偿人次及受益率

经统计，2010-2015 年甘肃省新农合数据平台共录入门诊补偿数据 135505327 人次，共包括 83 个合作医疗统筹县（区/市），2010 年门诊补偿 6328321 人次，2015 年门诊补偿 31973644 人次。2015 年门诊补偿人次为 2010 年的 5.05 倍，2010-2015 年新农合门诊补偿人次数年平均增长率为 38.26%。2010-2015 年门诊受益率由 33.13% 增长至 167.44%，年均增长 22.39%。（表 2-2）

表 2-2 各年度门诊补偿情况

年份	参合人数(人)	门诊补偿人次数(人次)	门诊受益率(%)
2010	19103224	6328321	33.13
2011	19182720	12241194	63.81
2012	19214974	26914629	140.07
2013	19303429	27883904	144.45
2014	19259176	30163635	156.62
2015	19095837	31973644	167.44
合计	115159360	135505327	117.67

注：门诊受益率=门诊补偿人次数/参合人数*100%

② 门诊病人流向

2010-2015年新农合门诊病例中，村级医疗机构就诊的病例为81292774人次，占总门诊人次数的59.94%；乡级医疗机构48287657人次，占35.60%；县级医疗机构5545227人次，占4.09%。2015年与2010年相比，村级、乡级医疗机构就诊比例略有所降低，县级医疗机构就诊比例从1.73%提高到4.85%。（表2-3）

表 2-3 各级医疗机构就诊例数及所占比例

年份	各级医疗机构就诊例数及所占比例(%)				合计
	村级	乡级	县级	不详	
2010	3961687 (62.60)	2195083 (34.69)	109419 (1.73)	62132 (0.98)	6328321 (100.00)
2011	7584904 (61.96)	3976792 (32.49)	641873 (5.24)	37625 (0.31)	12241194 (100.00)
2012	16769003 (62.30)	9143361 (33.97)	935187 (3.47)	67078 (0.25)	26914629 (100.00)
2013	15818875 (56.73)	10912577 (39.14)	1084047 (3.89)	68405 (0.25)	27883904 (100.00)
2014	17344080 (57.50)	11529962 (38.22)	1224878 (4.06)	64715 (0.21)	30163635 (100.00)
2015	19814219 (61.97)	10529875 (32.93)	1549823 (4.85)	79727 (0.25)	31973644 (100.00)
不详	6 (0.00)	7 (0.01)	0 (0.00)	120982 (99.99)	120995 (100.00)
合计	81292774 (59.94)	48287657 (35.60)	5545227 (4.09)	500664 (0.37)	135626322 (100.00)

③ 各类门诊例数及所占比例

2010-2015年新农合门诊病例中，普通门诊病例为130736566人次，占总门诊人次数的96.39%；特殊病门诊983393人次，占0.73%；慢性病门诊669477人次，占0.49%；

体格检查 202492 人次，占 0.15%。2015 年与 2010 年相比，普通门诊、慢性病门诊、特殊病门诊比例略有增加，体格检查门诊比例从 0.15%降低到 0.12%。（表 2-4）

表 2-4 各类门诊例数及所占比例（%）

年度	普通门诊	慢性病门诊	特殊病门诊	体格检查	不详	合计
2010	5969412 (94.33)	15796 (0.25)	30328 (0.48)	9746 (0.15)	303039 (4.79)	6328321 (100.00)
2011	11907449 (97.27)	57606 (0.47)	82028 (0.67)	3637 (0.03)	190474 (1.56)	12241194 (100.00)
2012	26581994 (98.76)	101327 (0.38)	56394 (0.21)	95737 (0.36)	79177 (0.29)	26914629 (100.00)
2013	26849675 (96.29)	81382 (0.29)	199370 (0.72)	30231 (0.11)	723246 (2.59)	27883904 (100.00)
2014	28821817 (95.55)	148289 (0.49)	274104 (0.91)	25975 (0.09)	893450 (2.96)	30163635 (100.00)
2015	30605260 (95.72)	185614 (0.58)	341169 (1.07)	37166 (0.12)	804435 (2.52)	31973644 (100.00)
不详	959 (0.79)	79463 (65.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	40573 (33.53)	120995 (100.00)
合计	130736566 (96.39)	669477 (0.49)	983393 (0.73)	202492 (0.15)	3034394 (2.24)	135626322 (100.00)

④ 门诊病例的性别分布

2010-2015 年获得补偿的门诊病例中，男性门诊病例为 70648389 人次，占总门诊人次数的 52.09%；女性门诊病例 64632501 人次，占 47.65%。2015 年与 2010 年相比，门诊病例中男性的比例从 54.46%降低到 51.74%；女性的比例从 45.17%提高到 48.00%（表 2-5）。

表 2-5 不同性别病人门诊例数及所占比例（%）

年份	性别			合计
	男	女	不详	
2010	3446491 (54.46)	2858652 (45.17)	23178 (0.37)	6328321 (100.00)
2011	6417219 (52.42)	5796591 (47.35)	27384 (0.22)	12241194 (100.00)
2012	14025514 (52.11)	12846438 (47.73)	42677 (0.16)	26914629 (100.00)
2013	14463542 (51.87)	13390398 (48.02)	29964 (0.11)	27883904 (100.00)
2014	15721996 (52.12)	14392611 (47.72)	49028 (0.16)	30163635 (100.00)
2015	16573614 (51.74)	15347803 (48.00)	52227 (0.16)	31973644 (100.00)

年份	性别			合计
	男	女	不详	
不详	13 (0.01)	8 (0.01)	120974 (99.98)	120995 (100.00)
合计	70648389 (52.09)	64632501 (47.65)	345432 (0.25)	135626322 (100.00)

⑤ 门诊费用水平及补偿比例

2010-2015年,甘肃省新农合门诊病人门诊费用中位数分别为36.72元、36.34元、38.73元、42.16元、45.58元、45.08元,平均补偿比例分别为92.48%、91.27%、93.26%、93.71%、91.95%、93.52%。2010-2014年门诊费用中位数贴现至2015年,则分别为:22.19元、25.75元、25.38元、31.27元、30.83元,2015年比2010年增长了35.20%。由此可见,2010-2015年门诊费用水平涨幅较大,门诊补偿比例略有增长(表2-6)。

表2-6 门诊费用水平和补偿比例

年份	门诊费用中位数	门诊费用平均值	门诊平均补偿金额	门诊补偿比例
	(元/人次)	(元/人次)	(元/人次)	(%)
2010	20.00	36.72	33.96	92.48
2011	23.70	36.34	33.16	91.27
2012	23.85	38.73	36.12	93.26
2013	30.00	42.16	39.51	93.71
2014	30.20	45.58	41.91	91.95
2015	30.00	45.08	42.16	93.52

注:门诊补偿比例=门诊平均补偿金额/门诊费用平均值*100%

⑥ 各级医疗机构门诊费用水平及补偿比例

2010-2015年,甘肃省新农合门诊病人补偿比例村级、乡级、县级分别为92.26%、95.36%、91.16%,门诊补偿比例乡级最高,村级次之,县级最低;门诊费用中位数分别为25.00元、43.65元、78.50元,门诊费用水平县级最高,乡级次之,村级最低;2010年门诊费用中位数贴现至2015年,则村级、乡级、县级分别为:22.19元、33.60元、94.31元,2015年比2010年分别增长了21.68%、29.66%、-15.70%(表2-7)。

表2-7 各级医疗机构门诊费用中位数和补偿比例

年份	门诊费用中位数(元/人次)			补偿比例(%)		
	村级	乡级	县级	村级	乡级	县级
2010	20.00	30.28	85.00	95.47	90.86	93.59

年份	门诊费用中位数 (元/人次)			补偿比例 (%)		
	村级	乡级	县级	村级	乡级	县级
2011	20.00	36.00	80.00	90.95	91.31	93.72
2012	20.00	42.00	73.10	93.33	95.68	85.79
2013	26.90	45.00	73.64	91.75	96.55	91.85
2014	28.30	45.00	76.00	90.22	95.30	91.50
2015	27.00	43.56	79.50	93.61	96.41	92.13
合计	25.00	43.65	78.50	92.26	95.36	91.16

⑦ 门诊补偿经费在各级医疗机构中的分配

经统计，2010-2015年，门诊补偿经费中，县级医疗机构门诊所占比例从7.91%提高到16.45%；乡级医疗机构从53.27%降低到38.82%；村级医疗机构从35.58%提高到38.55%（图2-1）。可见门诊补偿经费中，乡级医疗机构所占比例逐年降低。

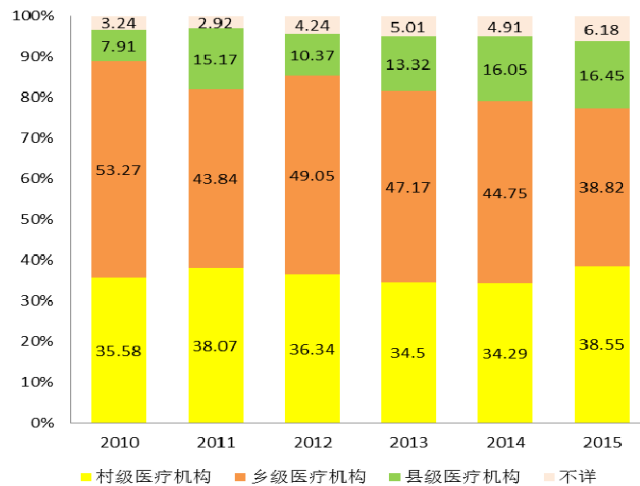


图 2-1 2010-2015 年门诊补偿经费在各级医疗机构中所占比例 (%)

⑧ 各类门诊费用水平及补偿比例

2010-2015年，甘肃省新农合门诊病人平均补偿比例普通门诊、慢性病门诊、特殊病门诊、体格检查分别为94.08%、88.95%、90.58%、92.69%；门诊费用中位数分别为29.10元、118.68元、105.97元、90.00元；2010年门诊总费用中位数贴现至2015年，则普通门诊、慢性病门诊、特殊病门诊、体格检查分别为：22.19元、194.72元、77.67元、112.95元，2015年比2010年分别增长了35.20%、-26.71%、62.23%、9.43%（表2-8）。

表 2-8 各类门诊费用中位数和补偿比例

年度	门诊费用中位数 (元/人次)				补偿比例 (%)			
	普通	慢性病	特殊病	体格检查	普通	慢性病	特殊病	体格检查
2010	20.00	175.50	70.00	101.80	93.55	98.58	47.69	99.98
2011	23.17	100.00	55.00	50.00	92.50	98.56	47.36	99.98
2012	23.60	95.60	511.88	50.00	94.44	93.80	77.59	96.37
2013	30.00	100.30	58.40	90.00	94.21	86.72	140.70	96.22
2014	30.00	126.50	142.29	90.00	93.39	85.84	83.85	93.09
2015	30.00	142.71	126.00	123.60	94.99	88.07	87.75	84.15
合计	29.10	118.68	105.97	90.00	94.08	88.95	90.58	92.69

⑨ 前 20 种门诊诊断费用水平及补偿比例

2010-2015 年, 门诊人次数为第 1 位的诊断均为“感冒”, 占总门诊人次数的比例分别为 47.58%、41.74%、38.82%、35.87%、32.53%、28.19%; 前 20 种最常见门诊诊断的人次数占总门诊人次数的比例分别为 81.98%、77.48%、77.17%、74.29%、71.21%、67.39%; 2010-2015 年, 前 20 种最常见门诊诊断的病例平均补偿比例分别为 92.70%、92.81%、94.67%、94.66%、93.68%、95.07% (表 2-9、表 2-10)。可以看到, 2015 年与 2010 年相比, 门诊就医的病种范围明显扩大, 参合群众门诊受益程度得到了提高。

表 2-9 2010 年前 20 种最常见门诊诊断的例数及补偿情况

排序	诊断名称	人次数	占门诊总人次数比例 (%)	平均门诊费用 (元/人次)	平均补偿金额 (元/人次)	补偿比例 (%)
1	感冒	3010801	47.58	30.13	28.23	93.71
2	胃炎	438676	6.93	42.60	40.50	95.07
3	鼻窦息肉	222742	3.52	35.60	35.20	98.88
4	腰痛	204868	3.24	26.70	23.90	89.51
5	附件炎	202444	3.20	35.30	32.70	92.63
6	头痛	156955	2.48	38.10	36.30	95.28
7	关节炎	129238	2.04	29.80	27.50	92.28
8	高血压	106654	1.69	37.60	35.10	93.35
9	盆腔炎	97058	1.53	39.20	34.00	86.73
10	咽炎	84177	1.33	29.40	28.20	95.92
11	肺炎	79270	1.25	58.60	56.90	97.10
12	消化不良	66094	1.04	23.50	21.30	90.64

排序	诊断名称	人次数	占门诊 总人次数 比例 (%)	平均门诊 费用 (元/人次)	平均 补偿金额 (元/人次)	补偿比例 (%)
13	胆囊炎	65477	1.03	32.30	29.40	91.02
14	气管炎	59946	0.95	46.70	44.10	94.43
15	肠炎	59265	0.94	31.30	29.80	95.21
16	外伤	50710	0.80	37.50	34.80	92.80
17	风湿病	39710	0.63	25.40	21.00	82.68
18	支气管炎	39702	0.63	29.30	27.30	93.17
19	体检	37375	0.59	75.90	20.20	26.61
20	腹痛	36750	0.58	27.60	26.90	97.46
合计		5187912	81.98	32.95	30.55	92.70

表 2-10 2015 年前 20 种最常见门诊诊断的例数及补偿情况

排序	诊断名称	人次数	占门诊 总人次数 比例 (%)	平均 门诊总费用 (元/人次)	平均 补偿金额 (元/人次)	补偿比例 (%)
1	感冒	9012446	28.19	35.65	33.98	95.32
2	腰痛	1967849	6.15	33.60	32.17	95.73
3	胃炎	1548582	4.84	36.47	34.43	94.39
4	咳嗽	1305685	4.08	28.55	27.00	94.57
5	消化不良	1162520	3.64	27.03	25.56	94.54
6	附件炎	904922	2.83	40.45	38.33	94.76
7	头痛	869926	2.72	43.23	41.37	95.70
8	关节炎	726192	2.27	36.54	35.03	95.87
9	高血压	491492	1.54	49.72	46.75	94.03
10	慢性胃炎	442864	1.39	37.78	36.59	96.86
11	盆腔炎	388472	1.21	44.02	39.03	88.66
12	颈椎病	388258	1.21	36.04	34.97	97.03
13	咽炎	378516	1.18	31.53	28.64	90.83
14	外伤	322746	1.01	42.27	40.74	96.38
15	咽痛	310926	0.97	26.70	24.16	90.50
16	胆囊炎	281995	0.88	33.49	32.21	96.19
17	腹痛	273048	0.85	40.06	38.64	96.43
18	冠心病	268022	0.84	69.43	66.98	96.47
19	关节痛	265897	0.83	30.12	28.73	95.36
20	尿道炎	235366	0.74	30.86	29.68	96.19
合计		21545724	67.39	35.91	34.14	95.07

⑩ 不同经济水平地区门诊费用水平及补偿比例

2010-2015 年除经济水平为“中”的地区外，其他三类地区门诊费用都呈逐年增长趋势，且 2015 年经济水平为“差”的地区平均门诊费用最高；门诊补偿比例“差”的地区最高（表 2-11）。

表 2-11 不同经济水平地区平均门诊费用（元/人次）及门诊补偿比例

地区分类	2010 年		2015 年	
	平均门诊费用	补偿比例 (%)	平均门诊费用	补偿比例 (%)
优	22.18	92.70	37.84	93.74
良	29.42	91.64	46.30	93.50
中	58.61	91.19	46.21	92.41
差	32.74	97.25	47.38	94.76
合计	35.74	93.20	44.43	93.60

(2) 住院补偿情况

① 补偿人次及受益率

经统计，2010-2015 年甘肃省新农合数据平台共录入住院补偿数据 7529254 人次，共包括 83 个县（区/市），2010 年住院补偿 644843 人次，2015 年住院补偿 2191628 人次。

2015 年住院人次为 2010 年的 1.86 倍，2010-2015 年新农合住院补偿次数年平均增长率为 13.20%。2010-2015 年住院受益率由 6.37% 增长至 11.48%，年均增长率为 12.50%，住院人次数和住院受益率逐年呈现上升趋势（表 2-12）。

表 2-12 各年份住院补偿情况

年份	参合人数（人）	住院补偿人次数（人次）*	住院受益率（%）
2010	19103224	1217331	6.37
2011	19182720	1404270	7.32
2012	19214974	1767863	9.20
2013	19303429	1975345	10.23
2014	19259176	2083139	9.89
2015	19095837	2262803	11.48
合计	115159360	10461668	9.08

注：住院受益率=住院补偿人次数/参合人数*100%；*此处的“住院补偿人次数”来自于甘肃省 2010-2015 年的新农合统计报表，包括了 86 个县级单位，故数据量

比新农合数据平台导出的数据量大。

② 住院病人流向

2010-2015 年新农合住院病例中，乡级医疗机构住院的病例为 2162413 人次，占总住院人次数 的 28.72%；县级医疗机构 3860442 人次，占 51.27%；市级医疗机构 1041327 人次，占 13.83%；省级医疗机构 458128 人次，占 6.08%。2015 年与 2010 年相比，乡级医疗机构住院比例降低较为明显，由 36.87%减少为 26.04%；县级医疗机构住院比例增长最快，从 45.80%提高到 53.44%；市级医疗住院比例从 11.79%提高到 13.72%；省级医疗住院比例从 5.47%提高到 6.75%（表 2-13）。住院病例出现明显的向上分流现象。

表 2-13 各级医疗机构住院例数及所占比例

年度	各级医疗机构住院例数及所占比例 (%)					合计
	乡级	县级	市级	省级	不详	
2010	237746	295341	76000	35281	475	644843
	(36.87)	(45.80)	(11.79)	(5.47)	(0.07)	(100)
2011	198735	301286	71554	33890	263	605728
	(32.81)	(49.74)	(11.81)	(5.59)	(0.04)	(100)
2012	466862	698726	182129	74338	520	1422575
	(32.82)	(49.12)	(12.80)	(5.22)	(0.04)	(100)
2013	196006	393938	125740	39616	499	755799
	(25.94)	(52.11)	(16.64)	(5.24)	(0.07)	(100)
2014	492448	999939	285142	127085	617	1905231
	(25.85)	(52.48)	(14.97)	(6.67)	(0.03)	(100)
2015	570616	1171210	300762	147918	1122	2191628
	(26.04)	(53.44)	(13.72)	(6.75)	(0.05)	(100)
不详	0	2	0	0	3448	3450
	(0)	(0.06)	(0)	(0)	(99.94)	(100)
合计	2162413	3860442	1041327	458128	6944	7529254
	(28.72)	(51.27)	(13.83)	(6.08)	(0.10)	(100)

③ 各类住院例数及所占比例

2010-2015 年新农合住院病例中，普通住院病例为 5786857 人次，占总人次数 76.86%；正常转诊病例为 561011 人次，占 7.45%；正常分娩住院 350897 人次，占 4.66%；普通手术住院 93398 人次，占 1.24%；越级住院 92746 人次，占 1.23%；大病住院 67609 人次，占 0.90%；意外伤害住院 15270 人次，占 0.20%。与 2010 年比较，2015 年普通住

院、正常分娩比例有所下降，其他各类病人所占比例均有所增加，其中正常转诊住院所占比例增长较快，从2010年的0%增长到2015年的21.16%（表2-14）。

表2-14 各类住院例数及所占比例（%）

年份	普通住院	正常转诊	正常分娩	普通手术	越级住院	大病住院	意外伤害	其他	合计
2010	552463	0	46286	1182	2866	3909	0	38137	644843
	(85.67)	(0.00)	(7.18)	(0.18)	(0.44)	(0.61)	(0.00)	(5.92)	(100.00)
2011	517569	0	39120	7922	4682	5472	288	30675	605728
	(85.45)	(0.00)	(6.46)	(1.31)	(0.77)	(0.90)	(0.05)	(5.06)	(100.00)
2012	1239667	642	87487	18978	8847	6166	3588	57200	1422575
	(87.14)	(0.05)	(6.15)	(1.33)	(0.62)	(0.43)	(0.25)	(4.03)	(100.00)
2013	608837	2770	34152	17050	10701	4442	1563	76284	755799
	(80.56)	(0.37)	(4.52)	(2.26)	(1.42)	(0.59)	(0.21)	(10.07)	(100.00)
2014	1464086	93797	82041	22352	24341	19057	2829	196728	1905231
	(76.85)	(4.92)	(4.31)	(1.17)	(1.28)	(1.00)	(0.15)	(10.32)	(100.00)
2015	1404233	463802	61811	25914	41309	28563	7002	158994	2191628
	(64.07)	(21.16)	(2.82)	(1.18)	(1.88)	(1.30)	(0.32)	(7.27)	(100.00)
不详	2	0	0	0	0	0	0	3448	3602
	(0.06)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(99.94)	(100.00)
合计	5786857	561011	350897	93398	92746	67609	15270	562083	7462262
	(76.86)	(7.45)	(4.66)	(1.24)	(1.23)	(0.90)	(0.20)	(7.36)	(100.00)

④ 住院病例的性别分布

2010-2015年获得补偿的住院病例中，男性病例3076612人次，占住院总人次的40.86%；女性病例4440765人次，占住院总人次的58.98%；女性住院人次数多于男性（表2-15）。

表2-15 不同性别住院例数及所占比例（%）

年份	性别			合计
	女	男	不详	
2010	384757	258485	1601	644843
	(59.67)	(40.08)	(0.25)	(100.00)
2011	357067	247610	1051	605728
	(58.95)	(40.88)	(0.17)	(100.00)
2012	846467	574458	1650	1422575

年份	性别			合计
	女	男	不详	
	(59.50)	(40.38)	(0.12)	(100.00)
2013	444654	310388	757	755799
	(58.83)	(41.07)	(0.10)	(100.00)
2014	1132429	771049	1753	1905231
	(59.44)	(40.47)	(0.09)	(100.00)
2015	1275386	914618	1624	2191628
	(58.19)	(41.73)	(0.08)	(100.00)
不详	5	4	3441	3450
	(0.14)	(0.12)	(99.74)	(100.00)
合计	4440765	3076612	11877	7529254
	(58.98)	(40.86)	(0.16)	(100.00)

⑤ 住院费用水平及补偿比例

2010-2015 年住院费用中位数分别为 1432.05 元/人次、1686.84 元/人次、1891.54 元/人次、2305.78 元/人次、2342.70 元/人次、2480.42 元/人次；2010-2014 年住院费用中位数贴现至 2015 年分别为 1588.87 元/人次、1833.06 元/人次、2013.23 元/人次、2403.64 元/人次、2391.90 元/人次，2015 年比 2010 年增长了 56.11%；住院补偿比例 2010-2012 年逐年增长，2012 年最高（为 58.12%），2012 年以后逐年降低，2015 年降至 46.68%（表 2-16）。

表 2-16 住院费用水平和补偿比例

年份	住院费用中位数	平均住院费用	平均住院补偿金额	住院补偿比例
	(元/人次)	(元/人次)	(元/人次)	(%)
2010	1432.52	2847.67	1366.51	47.99
2011	1686.84	3208.97	1685.02	52.51
2012	1891.54	3533.32	2053.64	58.12
2013	2305.78	3999.11	2102.40	52.57
2014	2342.70	4263.52	2139.25	50.18
2015	2480.42	4517.44	2108.64	46.68

注：住院补偿比例=住院平均补偿金额/住院费用平均值*100%

⑥ 各级医疗机构住院费用水平及补偿比例

2015 年住院费用中位数乡级为 939.00 元/人次、县级为 2581.24 元/人次、市级为

5524.25 元/人次、省级为 11348.87 元/人次；2010-2015 年各级医疗机构住院费用均出现了逐年上涨的趋势，其中医院级别越高，涨幅越大（将 2010 年乡、县、市、省级住院费用贴现到 2015 年，则分别为 837.73 元/人次、2164.74 元/人次、4227.64 元/人次、8538.25 元/人次，2015 年比 2010 年分别增长了 12.08%、25.42%、30.67%、32.92%）（表 2-17）。

2010-2015 年住院补偿比例乡级医疗机构从 68.60% 上升到 76.68%，县级由 53.55% 上升到 64.72%，市级、省级不断下降，省级医疗机构下降更加明显（表 2-17）。

表 2-17 各级医疗机构住院费用中位数及补偿比例

年份	住院总费用中位数(元/人次)				实际补偿比例(%)			
	乡级	县级	市级	省级	乡级	县级	市级	省级
2010	755.05	1951.09	3810.39	7695.56	68.60	53.55	39.12	33.09
2011	812.36	2138.49	4281.20	8332.19	73.51	60.35	46.63	39.20
2012	860.90	2388.11	4730.90	9633.45	79.35	65.91	51.18	41.80
2013	905.13	2587.37	4747.66	10517.15	76.70	62.42	43.37	37.34
2014	928.80	2581.24	5098.42	10822.69	78.70	61.09	39.02	32.73
2015	939.00	2715.08	5524.25	11348.87	76.68	64.72	35.41	21.73
不详	/	4208.89	/	/	/	14.64	/	/
合计	885.69	2506.78	4954.25	10341.91	76.78	62.32	40.63	30.72

⑦ 住院补偿经费在各级医疗机构中的分配

经统计，2010-2015 年，住院补偿经费中，乡级医疗机构所占比例逐年降低，省级、市级医院所占比例基本保持不变，县级医疗机构所占比例逐渐增加。2015 年，住院补偿经费中，38.27% 流向了省级和市级医院（18.50%+19.77%）；县级医院占 51.81%；乡镇卫生院占 9.92%（图 2-2）。

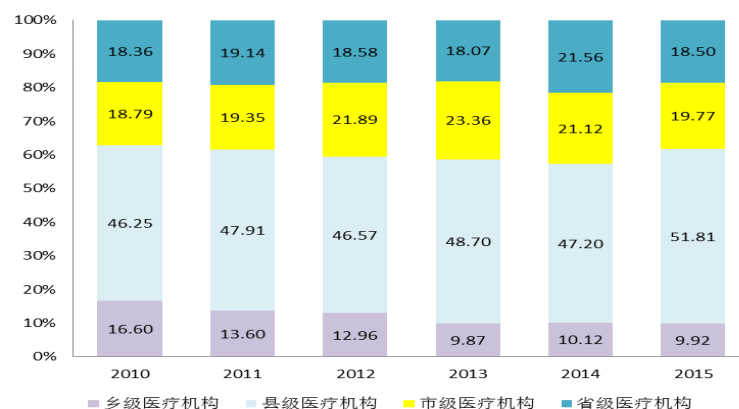


图 2-2 2010-2015 年住院补偿经费在各级医疗机构中所占比例 (%)

⑧ 各类住院病例费用水平及补偿比例

2015年各类住院病例的费用中位数最高的是大病住院，为8575.32元/人次；其次是越级住院，为4693.64元/人次；最低的是正常转诊，为1346.51元/人次（表2-18）。

2015年各类住院病例的补偿比例正常转诊最高，为69.21%；其次是普通手术，为55.11%；最低的是越级住院，为32.53%（表2-19）。

表2-18 各类住院病例住院费用中位数（元/人次）

年份	普通住院	正常转诊	正常分娩	普通手术	越级住院	大病住院	意外伤害	其他
2010	1539.35	/	880.51	2923.94	4605.81	3469.27	/	1400.00
2011	1762.43	/	977.66	2481.48	4502.00	3713.41	2873.64	2003.68
2012	1942.13	8030.35	1139.23	3065.06	5032.88	5511.13	4986.28	2999.05
2013	2299.91	5949.42	1424.54	3609.38	5134.49	7386.36	6292.81	2498.58
2014	2361.67	1463.73	1499.18	3977.81	5278.68	6804.25	4491.59	2996.88
2015	2687.80	1346.51	1617.25	4168.45	4693.64	8575.32	4575.67	4312.61
不详	4208.89	/	880.51	2923.94	4605.81	3469.27	/	808.00
合计	2204.77	1375.93	1314.68	3649.11	4924.70	6770.04	4815.76	2998.66

表2-19 各类住院病例住院补偿比例（%）

年份	普通住院	正常转诊	正常分娩	普通手术	越级住院	大病住院	意外伤害	其他
2010	49.60	/	30.20	58.44	33.63	36.42	/	37.70
2011	54.54	/	26.95	61.29	38.38	45.66	/	40.06
2012	61.22	44.37	29.18	63.80	41.53	29.08	20.72	37.84
2013	58.20	45.62	34.22	54.22	39.31	16.09	23.20	29.93
2014	56.43	63.55	36.13	54.02	36.28	/	27.83	25.90
2015	53.90	69.21	34.44	55.11	32.53	/	39.17	15.47
不详	14.64	/	30.20	58.44	33.63	36.42	/	35.94
合计	49.79	55.69	31.62	57.90	36.47	25.00	27.73	31.83

⑨ 前20种住院诊断费用水平及补偿比例

2010年住院人次数第一位的为“鼻窦息肉”，占当年住院人次数总数的18.57%；2011-2015年住院人次数占第一位的均为“正常分娩”，分别占当年住院人次数总数的5.99%、4.84%、4.94%、2.95%、3.84%；2010-2015年，前20种病种住院的人次数占总住院人次数比例分别为49.24%、34.15%、33.82%、34.22%、32.69%、30.60%，前20种病种的

平均住院费用分别为 2520.55 元/人次、2359.96 元/人次、2441.83 元/人次、2703.03 元/人次、1925.17 元/人次、3199.85 元/人次；前 20 种病种的平均补偿比例分别为 48.47%、57.97%、63.74%、60.67%、64.36%、56.83% (表 2-20、表 2-21)。从数据中可以看出，住院治疗的病例种类逐年增加，补偿比例有逐年提高的趋势。

表 2-20 2010 年前 20 种住院诊断费用水平及补偿比例

排序	诊断名称	人次数	占住院总人次比例 (%)	平均住院费用 (元/人次)	平均补偿金额 (元/人次)	补偿比例 (%)
1	鼻窦息肉	119752	18.57	2436.71	1181.99	48.51
2	正常分娩	37091	5.75	1024.58	303.86	29.66
3	阑尾炎伴	27373	4.24	2561.27	1300.72	50.78
4	分娩	11000	1.71	1245.53	429.30	34.47
5	肺炎	10356	1.61	1555.09	847.50	54.50
6	冠心病	9134	1.42	3283.56	1608.86	49.00
7	支气管肺	8924	1.38	1226.50	622.90	50.79
8	剖宫产	8723	1.35	3387.55	1744.23	51.49
9	脑梗塞	8409	1.30	2713.31	1523.00	56.13
10	支气管炎	8108	1.26	1246.44	731.93	58.72
11	慢性支气	7849	1.22	1407.12	944.62	67.13
12	取出诊断	7812	1.21	4644.26	1863.21	40.12
13	骨折	7423	1.15	6138.43	2937.81	47.86
14	胆囊结石	7261	1.13	4081.30	2081.26	50.99
15	胆囊炎	6589	1.02	2342.48	1326.55	56.63
16	肺心病合	5996	0.93	1579.42	1021.25	64.66
17	高血压	5696	0.88	2020.89	1213.25	60.04
18	阑尾炎	4946	0.77	2150.57	1272.18	59.16
19	上呼吸道	4864	0.75	957.08	509.11	53.19
20	外伤	4806	0.75	4408.93	1980.74	44.93
合计		312112	48.40	2520.55	1272.21	51.44

表 2-21 2015 年前 20 种住院诊断费用水平及补偿比例

排序	诊断名称	人次数	占住院总人次比例 (%)	平均住院费用 (元/人次)	平均补偿金额 (元/人次)	补偿比例 (%)
1	正常分娩	80138	3.84	1834.89	692.98	37.77
2	脑梗塞	55756	2.67	3189.40	2176.34	68.24
3	冠心病	52736	2.52	3713.01	2250.72	60.62

排序	诊断名称	人次数	占住院总人次比例 (%)	平均住院费用 (元/人次)	平均补偿金额 (元/人次)	补偿比例 (%)
4	颈椎病	39308	1.88	2312.06	1634.26	70.68
5	腰椎间盘突出症	36416	1.74	3241.43	2132.13	65.78
6	上呼吸道感染	33368	1.60	1068.93	731.01	68.39
7	剖宫产	29428	1.41	4616.99	2282.09	49.43
8	慢性支气管炎	28806	1.38	1462.82	1019.70	69.71
9	慢性胃炎	28420	1.36	1605.09	1057.06	65.86
10	慢性阻塞性肺疾病	27289	1.31	2728.01	1757.73	64.43
11	盆腔炎	23945	1.15	1294.88	894.23	69.06
12	急性支气管炎	22876	1.10	1335.29	829.86	62.15
13	肺部感染	22656	1.08	3028.57	1787.59	59.02
14	支气管肺炎	21315	1.02	2430.49	1193.18	49.09
15	高血压	19649	0.94	1481.74	1048.67	70.77
16	小儿支气管肺炎	16673	0.80	1457.75	932.69	63.98
17	支气管炎	15221	0.73	1969.91	1145.09	58.13
18	脑梗死	15166	0.73	7295.29	1284.05	17.60
19	胃部肿瘤 (四级手术)	14109	0.68	13872.40	914.05	6.59
20	糖尿病	14041	0.67	4058.01	2288.13	56.39
合计		597316	28.60	3199.85	1402.58	56.68

⑩ 不同经济水平地区住院费用水平及补偿比例

2015年优、良、中、差四类县(区、市)住院平均住院费用分别为4484.36元/人次、4835.51元/人次、4755.52元/人次、4111.53元/人次,经济水平为“良”的地区平均住院费用最高,“差”的地区最低;住院补偿比例2015年“差”的地区最高,为49.16%，“优”的地区最低,为43.85%(表2-22)。

表 2-22 不同经济水平地区平均住院费用(元/人次)与住院补偿比例

地区分类	2010年		2015年	
	平均住院费用	补偿比例 (%)	平均住院费用	补偿比例 (%)
优	2814.58	42.80	4484.36	43.85
良	3270.69	43.57	4835.51	45.39
中	2843.54	48.87	4755.52	46.39

地区分类	2010年		2015年	
	平均住院费用	补偿比例 (%)	平均住院费用	补偿比例 (%)
差	2458.90	57.12	4111.53	49.16
合计	2846.93	48.09	4546.73	46.20

不同性别住院病例费用水平及补偿比例

2010-2015年,住院病人男性、女性平均补偿比例分别为55.03%、55.01%;住院费用中位数分别为2377.74元、1998.70元(表2-23)。从数据中可以看出,男女病例补偿比例基本相同,男性病例住院费用较高。

表2-23 不同性别病人住院费用中位数和补偿比例

年份	住院费用中位数(元)		补偿比例(%)	
	女	男	女	男
2010	1302.62	1666.50	53.48	54.22
2011	1533.61	1898.84	58.95	59.98
2012	1745.30	2122.74	62.30	63.57
2013	2138.21	2530.53	55.39	55.75
2014	2181.31	2582.72	53.39	53.90
2015	2345.32	2671.90	52.91	52.30
合计	1998.70	2377.74	55.01	55.03

2.4 讨论

(1) 研究的意义

医疗和补偿是新农合体系运行的目的,实际补偿比反映了参合农民的受益程度,直接关系到参合农民的切身利益和新农合政策的成败。如何在新农合筹资水平不断提高的前提下,使得广大参合农民受益水平不断提高,在保持农合基金平衡的前提下,提高门诊和住院实际补偿比尤为重要。本章分析了2010-2015年甘肃省新农合门诊和住院医疗、补偿的实际情况,对掌握我省参合农民的就医情况、受益程度提供了重要依据。

(2) 研究方法的特点

国内目前已经发表的文献中,新农合医疗和补偿数据多采用抽样调查或者新农合报表获得,数据往往存在抽样误差或者不够准确、全面,本次研究采用大数据(big data)分析法,数据来源于甘肃省新农合数据平台(该平台建立于2010年,由专业的信息服务公司负责管理),平台的数据包含了甘肃省除金昌市以外13个市州2010年到现在的

所有门诊和住院补偿信息。研究中，课题组共提取 2010-2015 年甘肃省 83 个县（市/区）门诊补偿信息 135505327 人次、住院补偿信息 7529254 人次，数据准确、全面，分析结果可靠。

大数据分析法对所有的数据进行分析处理，具有 5V 特点（IBM 提出）：Volume（大量）、Velocity（高速）、Variety（多样）、Value（价值）、Veracity（真实性）。大数据能够使数据分析更深入、更准确、更及时，在新农合研究中探索使用大数据技术是本研究的一个亮点。

本研究使用大数据研究法，课题组在研究实施过程中克服了一些实际困难：1、大数据处理对电脑的配置要求较高；2、数据导出过程中工作量较大，花费时间较长；3、因为数据量大，电脑分析时程序运行时间较长。

（3）发现的问题

① 补偿费用支出快速增长

2010-2015 年甘肃省新农合补偿基金从 139006.72 万元增加到 508262.31 万元，基金结余率从 18.97%降低到 7.97%，呈逐年降低趋势，新农合基金安全存在风险。

新农合基金的有效使用与管理是整个新农合制度的核心，也是保障其健康可持续运行的根本。当前经济社会快速发展、人口老龄化日益加剧、医疗技术日新月异、医学模式不断转变，造成了医疗费用的快速增长。如何基于甘肃省经济和社会发展趋势，充分估计新农合基金运行风险，建立合理稳定的新农合基金使用与管理机制，使新农合基金的使用与管理更加科学、规范和高效，达到既降低新农合基金风险，又能为参合患者提供较好医疗服务的目的，成为新农合管理部门和定点医疗机构共同面临的一道难题。

② 住院率增长过快

甘肃省新农合住院受益率从 2010 年至 2015 年呈现逐年上升趋势，2010 年为 6.37%，2015 年达到 11.48%。

在新农合覆盖人群的人口构成、经济收入、健康状况等社会学指标没有明显变化的情况下，如果同时期没有发生重大疾病流行事件，住院率的快速上涨预示着可能存在参合人员过度利用住院服务或（和）提供者过度提供住院服务问题，换句话说就是存在不合理住院。不合理住院可能来源于以下几个方面：

第一，参合人员方面的原因。

我国新农合制度起步比较晚，经历了一个低水平、高覆盖的快速发展过程，甘肃省

新农合目前报销比例较高、享受待遇较好，在门诊补偿有额度限制的情况下，一些参合人员倾向于更多地利用住院服务，出现了“挂床住院”、“小病大养”、“体检住院”、“康复住院”等现象。还有些患者可能利用医院住院把关不严或者与医生互相串通实现门诊转住院，导致住院人次不合理增长，造成新农合基金在无形中流失。

第二，新农合监管方面的问题。

我国的新农合制度筹资以中央政府和农民个人筹资为主，数量众多的参合人员作为分散的个体，加之在医疗市场上的信息不对称等市场失灵因素，在与医疗机构的博弈中，在医疗价格和服务提供行为监督上参合人员处于极为不利的地位，更何况多数医疗机构都是同质的（国有的）；服务提供者主要是国立的非盈利机构，其运行成本和建设发展资金应有国家财政承担，但医疗服务的提供方由于政府财政投入的不足，往往就成为了“非盈利”的盈利组织，在医疗市场上与其它医疗机构竞争，其公益性难于充分发挥。医院的内部管理也以盈利为管理目标，对医疗机构内科室和医生的绩效考核与提供住院服务的量挂钩，医院和医生倾向于尽量扩大服务量或诱导患者住院，而缺乏控制费用的动机和激励机制，这可能是导致住院率上升过快的最主要原因。在这种情况下，就需要培育一个强大的支付第三方，即政府或合管机构肩负起财政补贴和对医患双方的监管责任。事实上，政府也好经办机构也好，由于长期以来对医院财政补贴的不足或减少，为了弥补这种不足，政府就出台相关政策或放松监管，让非盈利性公立医疗机构按市场机制运作，这导致了政府职能部门监管不力。再加上新农合经办机构从监管人力上、技术上先天不足，使得新农合的服务利用管理成为了基金管理的最薄弱环节。可以说，医疗费用的快速增长主要是由于住院率不合理增长造成的，而住院率的不合理增长与现行的新农合制度缺陷、政府监管不力、医疗机构市场化运作密不可分。

③ 病人存在向上分流倾向

2015年甘肃省新农合住院病人中，20.47%的患者在市级或者省级医疗机构接受治疗，2010年这一比例为17.26%；住院补偿费用中，2015年市级和省级医疗机构所占比例为38.27%，2010年这一比例为37.18%。在县域内住院治疗的病人比例不足80%，与甘肃省分级诊疗的目标还有一定距离。过多的患者在市级和省级医院住院治疗，造成医疗费用不合理增长，形成了新形式的“看病贵、看病难”。

这种现象主要原因是：

第一，新农合制度的实施降低了患者对医疗价格的敏感性，患者倾向于更多利用高

级别医院的住院服务。

医疗卫生服务是一种价格弹性不足的公共产品，医疗保险制度的实施可降低患者对医疗价格的敏感性，削弱患者的费用意识。三级医院可提供高价格、高质量的医疗服务，虽然次均住院费用较高，对于自费病人，医疗费用由自己承担，三级医院高昂的住院费用一定程度上可以阻止自费病人过度地利用三级医院的住院服务。但是新农合的参合人员有了第三方支付，自付经济压力减轻，对医疗价格的敏感性大大降低，倾向于过度利用三级医院的卫生服务。

第二，分级诊疗和双向转诊制度不健全，无法诱导患者合理分流。

目前，由于分级诊疗和双向转诊制度不完善，造成各级医疗机构间的无序竞争，使拥有优质医疗资源，提供高质量住院服务的三级医院，在竞争中占据优势，吸引大量本来应该由一级、二级医院收治的病人集中在三级医院。患者的合理分流也离不开严格的转诊制度，将患者的选择权限制在同级别医院，而不同层次医院的选择应该有转诊制度的约束，不仅可以在同级别医院内部上引入竞争机制，提高医疗质量和服务态度和效率，而且可以通过转诊确保患者的合理分流，尤其是各级医院实际补偿比差别不大的情况下，更应该执行严格的转诊制度。

第三，参合人员缺乏正确的就医观念。

参合患者就医的向上分流现象在一定程度上是不正确的就医观念造成的。参合人员普遍认为三级医院医疗条件好、医生技术水平高、设备先进，一级医院条件简陋，医生水平较低、设备不全，患者对三级医院产生了盲目的依赖心理，为了获得高质量的医疗服务宁愿多跑路、多花钱。

④ 支付方式有待完善

目前甘肃省新农合管理部门对定点医院的支付主要采用按出院人次的定额付费，这种付费方式下，合管机构原则上对某一定点医院的所有住院病人按照统一标准付费，不管其实际花费多少。这种付费方式操作简单、支付标准固定，具有包干性质。和传统的“按项目付费”相比，这种支付方式能够鼓励医院降低病人每次住院的成本，具有一定的控费作用。对合管机构而言，这种付费方式可以免去逐项详细审核医疗账单等工作，从而大大降低了支付管理方面的工作量，降低了管理成本。对参合人员来说，这种支付方式能够让不同情况的病人获得同样的支付标准，体现了对病人一视同仁的精神。

但是这种支付方式从目前来看，有下列弊端：

第一，鼓励医疗机构和医生诱导消费，放宽住院标准，通过增加住院次数追求经济利益最大化。

第二，促使医疗机构倾向于推诿重症患者，大量收治轻症患者，甚至“门诊转入院”或“诱导住院”。

第三，这种支付方式隐藏着医疗服务质量滑坡的风险。在按出院人次定额支付的限制下，医疗机构可能为了获得更多的利润，减少部分对患者必要的医疗服务，降低医疗服务的质量，损害患者的利益。

⑤ 乡镇卫生院医疗服务能力薄弱

本次研究发现，2010-2015年新农合门诊服务中乡镇卫生院的服务人次数所占的比例从34.69%降低到32.93%；新农合住院服务中乡镇卫生院的服务人次数所占的比例从36.87%降低到26.04%。由乡镇卫生院提供的门诊和住院服务所占比例均有所下降，尤其是住院服务下降更加明显。原因可能是近年来基本药物制度的实施使乡镇卫生院可使用的药物种类受到限制，造成病人的流失；此外，收支两条线政策的实施，也使乡镇卫生院的医疗积极性受到抑制；再加上近年来，乡镇卫生院人才流失严重，医疗工作有滑坡的趋势。加强乡镇卫生院建设，提高乡镇卫生院提供医疗服务的积极性，将有助于控制新农合医疗费用，提高新农合基金的使用效率和安全性，将有助于建立分级诊疗制度，对甘肃省新农合制度的长远发展具有重要意义。

3 甘肃省 2010-2015 年新农合政策成本效果分析

3.1 研究目的

对比分析 2010-2015 年甘肃省新农合的成本、效果变化，分析政府投入对提高甘肃省新农合制度效果的作用程度，为进一步完善新农合政策提供依据。

3.2 研究方法

(1) 确定分析指标

根据成本-效果分析方法的原理，结合现有的数据，确定反映新农合政策成本、效果的相关指标。在本研究中，成本-效果分析的主体为各级政府，新农合政策的成本包括：政府人均筹资金额（ x_1 ）、新农合基金的管理费（ x_2 ）；新农合政策的效果包括：新农合参合率（ y_1 ）、住院率（ y_2 ）、住院人均补偿金额（ y_3 ）、人均门诊次数（ y_4 ）、门诊人均补偿金额（ y_5 ）、乡村级医疗机构门诊病人所占比例（ y_6 ）、县乡级医疗机构住院病人所占比例（ y_7 ）、县乡级医疗机构住院补偿金额所占比例（ y_8 ）、农民住院可报销费用占平均可支配收入比例（ y_9 ）（图 3-1、表 3-1）。

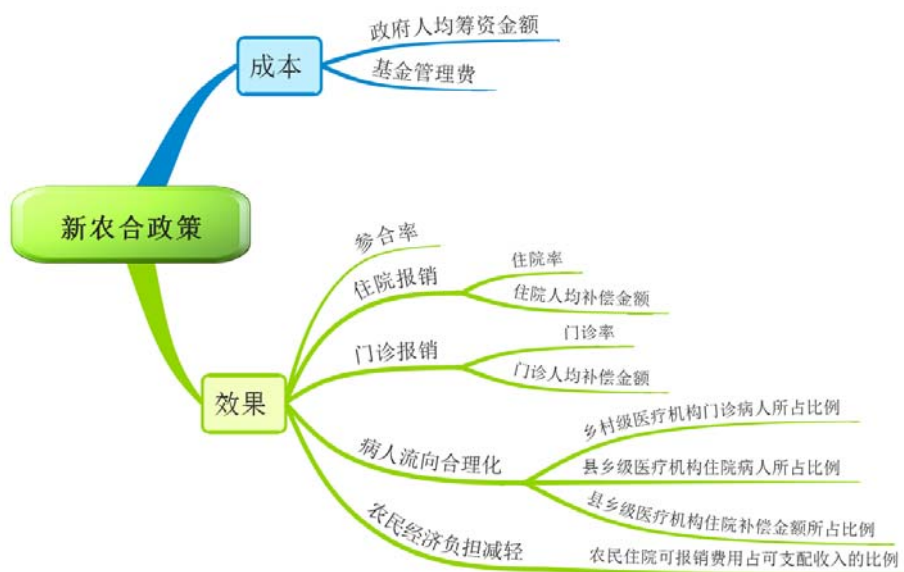


图 3-1 新农合政策成本效益分析主要指标

各指标代码、定义或计算方法、来源见表 3-1。

表 3-1 各指标简介

变量名称	变量代码	定义或计算方法	数据来源
政府人均筹资金额 (元/人)	x1	对每名参合农民各级政府筹集的农 合基金合计金额	政府部门相关文件
基金管理费(元/人)	x2	合管办工作人员工资及各项支出	相关研究资料
政府投入总成本 (元/人)	x	政府平均为每名参合农民投入的资 金额	x1+x2
参合率(%)	y1	参合人数/应参合人数*100	政府部门相关文件
住院率(%)	y2	住院人次数/参合人数*100	新农合平台数据统计
住院人均补偿金额(元)	y3	住院补偿总金额/住院人次数	新农合平台数据统计
门诊率(%)	y4	门诊人次数/参合人数*100	新农合平台数据统计
门诊次均补偿金额 (元/次)	y5	门诊补偿总金额/门诊人次数	新农合平台数据统计
乡村级医疗机构门诊病 人所占比例(%)	y6	乡村级医疗机构门诊人次数/门诊 人次数*100	新农合平台数据统计
县乡级医疗机构住院病 人所占比例(%)	y7	县乡级医疗机构住院人次数/住院 人次数*100	新农合平台数据统计
县乡级医疗机构住院补 偿金额所占比例(%)	y8	县乡级医疗机构住院病人补偿金额 合计/住院补偿金额合计*100	新农合平台数据统计
农民住院可报销费用占 可支配收入的比例(%)	y9	每人次住院病人平均可报销费用/ 农民年可支配收入*100	新农合平台数据统计、 政府统计部门相关文件

(2) 统计各指标数据

分析数据库中收集、整理的数据库，得出甘肃省新农合 2010-2015 年的成本和效果指标值。计算上述指标的最大值、最小值、平均值、中位数。

(3) 成本-效果分析

计算甘肃省各县(区、市)新农合成本(包括政府筹资的成本和基金管理的成本)，计算新农合政策产生的各项效果(包括 y1-y9)；以各年度合计成本的值为自变量，以各效果指标值为因变量进行相关分析，对相关性显著的自变量和因变量进行直线回归，求出回归系数，以此来估计单位成本产生的效果。

3.3 结果

(1) 各指标值

经数据整理，课题组得到下列数据，按照 $x=x_1+x_2$ 的公式计算总成本 x，则 2010-2015

年甘肃省新农合政府投入总额分别为 62.18 元/人、125.84 元/人、158.58 元/人、189.53 元/人、223.37 元/人、268.10 元/人，见表 3-2:

表 3-2 甘肃省新农合 2010-2015 年投入产出指标值

年度	x1	x2	x	y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	y8	y9
2010	60.51	1.67	62.18	95.92	6.37	723.36	33.13	33.94	97.29	82.67	62.84	21.12
2011	123.95	1.89	125.84	96.52	7.32	726.51	63.81	33.15	94.45	82.55	61.52	18.58
2012	156.13	2.45	158.58	97.09	9.20	1651.95	140.07	36.11	96.27	81.94	59.54	36.65
2013	187.44	2.09	189.53	97.53	10.23	803.88	144.45	39.40	95.87	78.05	58.57	15.74
2014	221.08	2.29	223.37	98.26	9.89	1955.92	156.62	41.91	95.72	78.33	57.32	34.10
2015	265.80	2.30	268.10	98.31	11.48	2041.27	167.44	42.15	94.90	79.48	61.73	29.43
平均数	169.15	2.12	171.27	97.27	9.08	1317.15	117.59	37.78	95.75	80.50	60.25	25.94
标准差	72.65	0.29	72.87	0.95	1.91	633.93	55.25	3.94	1.01	2.13	2.12	8.66

(2) 成本和效果的相关分析

将各年度成本 x 与新农合政策效果指标 y1-y9 做 Pearson 相关分析,则 x 与 y1、y2、y4、y5 相关性显著,与 y3、y6、y7、y8、y9 相关性不显著(表 3-3)。

相关分析结果说明,随着政府投入力度的增加,农村人口参合率随之提高;参合农民住院率随之提高;参合农民门诊率随之提高;门诊次均补偿金额随之提高。但是,政府投入力度与住院人均补偿金额、乡村级医疗机构门诊病人所占比例、县乡级医疗机构住院病人所占比例、县乡级医疗机构住院补偿金额所占比例、农民住院可报销费用占可支配收入的比例没有显著的相关性。并且,x 与 y6、y7、y8 成负相关关系,说明近几年随着政府投入力度的增加,基层医疗服务所占的比重逐渐降低,推行分级诊疗十分必要。此外,农民住院经济负担也没有显著减轻。

表 3-3 新农合政策成本和效果的相关分析

自变量	因变量	样本量	Pearson 相关系数	P 值	显著性判断
x	y1	6	0.980	0.001	显著
	y2	6	0.964	0.002	显著
	y3	6	0.785	0.064	不显著
	y4	6	0.930	0.007	显著
	y5	6	0.918	0.010	显著

自变量	因变量	样本量	Pearson 相关系数	P 值	显著性判断
	y6	6	-0.538	0.271	不显著
	y7	6	-0.778	0.068	不显著
	y8	6	-0.481	0.334	不显著
	y9	6	0.412	0.416	不显著

(3) 成本和效果的回归分析

以政府投入总成本 x 为自变量，分别以新农合政策效果 y_1 、 y_2 、 y_4 、 y_5 为因变量，进行一元一次线性回归，结果见表 3-4。回归结果说明：政府对参合农民的投入平均每人每增加 1 元，参合率提高则 0.013%；参合农民住院率提高 0.025%；参合农民门诊率提高 0.705%；门诊次均补偿金额提高 0.011 元。

表 3-4 新农合政策成本和效果的回归分析

自变量	因变量	样本量	R ²	常数项	斜率值
x	y1	6	0.961	95.074	0.013
	y2	6	0.928	4.762	0.025
	y4	6	0.865	-3.190	0.705
	y5	6	0.842	29.272	0.011

3.4 讨论

(1) 政府对新农合的投入量增长迅速，但绝对值仍然偏低

本研究发现，2010-2015 年甘肃省新农合政府部门的投入增长迅速，已从 2010 年的 62.18 元/人增长至 2015 年的 268.10 元/人，年平均增长率为 33.95%。政府的投入主要来源于中央财政和省级财政，市级和县级财政增长幅度很小。相对于上海等经济比较发达地区，甘肃省新农合政府投入仍然偏低，需要各级政府继续加大对新农合的投入力度。甘肃省新农合制度运行成本 2015 年仅为 2.30 元/人，仅占当年人均筹资总额的 0.48%，远低于国内其他地区的 1%左右的水平，过低的管理成本造成合管部门人力紧缺，工作人员身兼多职，对定点医疗机构的监管力不从心。

与世界水平进行对比，我国卫生领域各项投入都远远低于同样实行社会医疗保险制度的其他国家，并且也低于全球平均水平。数据显示，当前社会保障性卫生支出占 GDP 的比重，全球平均水平为 3.3%，我国仅为 1.7%，而德国、法国和比利时的这一指标分别为 6.5%，8.6%和 6.8%；社会保障性卫生支出占政府总支出的比重，全球平均水平为

9.1%，我国平均水平仅为 7.8%，而德国、法国和比利时的这一指标分别高达 15.9%，15.2% 和 12.9%。这表明我国医疗保障的财政投入还有很大的增长空间。

(2) 政府投入的增加促进了甘肃省新农合体系的健康发展

本次研究发现，随着政府投入的增加，新农合参合率、农民受益率、门诊及住院补偿比例均随之增加。原因在于，政府的投入增加了新农合筹资总额，使新农合筹资难度降低，公平性提高；同时，补偿比例的提高使参合农民就医负担减轻，引导了农户“早检查、早发现、早治疗”的就医模式，合理的医疗需求得到满足。此外，政府投入的增加，也是新农合基金安全运行的重要保障。

(3) 新农合病人分级诊疗任务艰巨

研究发现，乡村级医疗机构门诊病人所占比例（%）、县乡级医疗机构住院病人所占比例（%）、县乡级医疗机构住院补偿金额所占比例（%）与政府新农合投入没有相关关系，而且这 3 项指标 2010-2015 年逐年降低。此外，研究还发现，参合农民 2010-2015 年住院人均补偿金额与政府投入金额相关不显著，说明政府增加的投入主要消耗在逐年增加的住院人次上，平均每一人次住院病人自付医疗费用降低并不明显。这说明，近年来，由于基层医疗机构服务能力薄弱，并且农民存在错误的就医观念，使得住院人次增加过快，甘肃省新农合门诊、住院病人出现了严重的向上分流倾向。这种现象导致新农合基金使用效率降低，也影响了乡镇卫生院的发展。

兰州大学管理学院简介

兰州大学创建于1909年，是教育部直属的全国重点综合性大学，是国家“985工程”和“211工程”重点建设高校之一。兰州大学管理学科的历史可以追溯到1939年甘肃学院时期的银行会计专修班。2004年成立的兰州大学管理学院是全国唯一一所综合性“985工程”大学中的综合型管理学院。

兰州大学管理学院的学科涵盖了公共管理、工商管理、管理科学与工程、图书情报与档案管理、政治学5个一级学科，其中公共管理和工商管理两个学科入选甘肃省优秀学科。有公共管理一级学科博士点，自主设置了政府绩效管理二级学科博士点，有公共管理博士后科研流动站，有公共管理和工商管理两个硕士学位授权一级学科。有中国政府绩效管理研究中心、中亚研究中心和华夏文化资源数据开发与管理研究中心等三个特色研究中心，致力于开展高层次的合作研究和咨询服务。现已形成了政府绩效管理、危机信息管理、战略与创新创业管理、组织行为与人力资源管理、项目与运营管理、民族行政发展、中亚问题、反恐和反分裂等特色研究方向。2009年，由管理学院倡议发起并与美国波特兰州立大学马克·汉菲尔德政府学院、日本早稻田大学公共管理研究生院联合举办的政府绩效管理与绩效领导学术会议，采取轮办形式，每两年举行一次，是政府绩效管理研究领域的高层次会议之一，在国内外产生了极大的学术和社会影响力。2015年举办的第四届会议上讨论筹备成立国际政府绩效管理学会。

在兰州大学“萃英人才建设计划”等政策基础上，管理学院设立了“萃英-成功教授”，与美国波特兰州立大学、宾夕法尼亚州立大学、西华盛顿大学组建了高水平研究团队；通过聘请管理学领域的国内外著名专家学者来学院讲学或开展合作研究，实现了优质教育资源的整合；通过启动质量津贴分配办法和高水平科研成果奖励办法，优化了师资发展环境，为教师发展提供了强有力的支持。现已建成一支专职与兼职、固定与流动相结合的知识结构、年龄结构、学历结构和学缘结构合理的教师队伍。

管理学院现有工商管理硕士（MBA）、高级管理工商管理硕士（EMBA）、国际工商管理硕士（IMBA）、公共管理硕士（MPA）、会计硕士（MPAcc）三类五个专业学位项目。MBA教育已形成了自己的优势和特点，已成为中国最具影响力和品牌效应的MBA项目之一。在诺贝尔经济学奖获得者蒙代尔教授领导的《世界经理人》杂志评选中连续7年进入“中国最具影响力MBA排行榜”前10名，连续6年蝉联“中国最具发展潜力MBA”第1名，连续2年获得“中国最具影响力MBA”特别大奖。2014年，兰州大学MBA项目通过AMBA国际认证，成为中国大陆地区第22家、西北五省第1家通过AMBA认证的院校。MPA项目在全国第二批MPA试办院校的教学合格评估中位居第3名。

兰州大学管理学院秉承兰州大学“做西部文章，创一流大学”的办学理念，通过“人才强院、国际化和学院文化促进发展”三大战略的组织实施，正在快速向“高度开放、研究支持、国内一流、国际知名的综合型管理学院”的目标迈进。

联系我们

地址：中国·兰州·天水南路222号（730000）

电话/传真：0931-8910402

邮箱：glxy@lzu.edu.cn

网址：<http://ms.lzu.edu.cn>



甘肃银行
BANK OF GANSU

甘肃银行 —— 甘肃人民自己的银行

甘肃银行是经中国银行业监督管理委员会批准，通过合并重组原平凉市商业银行和原白银市商业银行，联合其他发起人共同设立的，由甘肃省人民政府直接管理的唯一一家省级法人股份制商业银行。

2010年至2011年，在省委、省政府的正确领导和监管部门的大力支持下，甘肃银行筹建组顺利完成了对原平凉市商业银行和原白银市商业银行的资产清查、合并重组工作，以甘肃省具有代表性的制造业、文化业的标志性企业以及省内外优质民营企业和同业为发起人，实现了“股权多元化、所有制形式多元化、地域多元化”的股权募集目标，建立了具有自身特色、符合中小银行发展要求的“一级法人、统一核算、集中管理、授权经营”的集约化管理体制和公司治理结构，于2011年11月19日正式挂牌开业。成立之初，注册资本为34.86亿元，资产总额69.81亿元，一般性存款余额54.75亿元，各项贷款余额37.78亿元；下辖总行营业部以及平凉分行、白银分行两家一级分行，共有41家营业网点，员工616人。

截至2016年11月19日，甘肃银行资产总额2375.78亿元，一般性存款余额1840.7亿元，贷款余额1068.74亿元，五年累计实现净利润54.02亿元，主要业务指标达到成立之初的25倍甚至30倍以上。累计上缴税金28.16亿元，在全省2015年纳税百强企业中排第11位。全行共有员工3629人，营业网点193家，机构网点已覆盖全省各市、州及县域。五年来，甘肃银行始终秉持开放的思想，草根的情怀，认真履行社会企业责任，努力践行普惠金融承诺，为全省科学发展、转型跨越、民族团结、富民兴陇作出了积极贡献，累计向全省投放贷款超过2100亿元，为社会公益事业捐资捐物超过2200万元，先后三年获得“省长金融奖”、连续三年获得全省“双联”行动“民心奖”。在中国银行业协会2016年商业银行稳健发展能力陀螺评价体系中，甘肃银行在城商行综合排名中位居第11位，核心一级资本净额排全国银行业第67位。



甘肃·兰州

2016金城峰会 兰州大学管理学院系列研究报告

本系列研究报告是兰州大学管理学院依托学科优势倾力打造的服务甘肃经济社会发展的研究成果。项目总策划为包国宪，项目合作伙伴为甘肃银行。

2016年度《甘肃产业发展与管理研究系列报告》具体内容如下：

1. 《基于政府网站信息的甘肃省市州政府绩效评价报告：2016》
2. 《甘肃省绿色创新指数评价报告》
3. 《甘肃省上市公司和新三板企业的创新投入及可持续发展研究》
4. 《甘肃省地方政府财政预算治理能力评价报告（2015年度）》
5. 《甘肃省新型农村合作医疗评价报告》
6. 《甘肃省生态文明与节水型社会建设研究》
7. 《中亚国家企业投资注册、政策优惠与投资环境评估》
8. 《兰州市游乐业发展研究报告》

地址：甘肃省兰州市天水南路222号兰州大学管理学院

电话（传真）：0931-8910402

电子邮箱：glxy@lzu.edu.cn

互联网址：<http://ms.lzu.edu.cn>