

新农合同城化对居民就医意向的影响研究^①

张萌¹, 王盛², 梁远², 郭宇莎³, 于家新², 雷斌², 霍荣瑞¹, 黄高明^{1②}

(1. 广西医科大学, 广西 南宁 530021 E-mail: zmengmengzhang@163.com;

2. 广西卫生计生委, 广西 南宁 530021;

3. 广西中医药大学, 广西 南宁 530021)

摘要: **目的** 了解北部湾经济区参合农民对新农合制度的评价、对新农合同城化的态度以及新农合制度同城化后其就医选择意向的改变及其影响原因等, 为进一步提高新农合统筹层次、制定新农合政策提供参考依据。**方法** 采用多阶段随机抽样方法抽取在南宁、钦州、北海、防城港四市相应区(县)的乡镇卫生院, 对其参加新农合农民进行问卷调查。**结果** 86.58%的参合农民赞成新农合制度的同城化; 影响选择就医地点的前4位因素为医疗服务水平高低、交通便利情况、医疗费用以及病情需要; 个人的健康状况和文化程度与选择医疗机构的级别成正比关系。**结论** 农民纯收入越高, 越愿意同城化, 并且同城化前后选择住院医院级别的影响因素都是医疗水平。新农合同城化后, 各地要强化分级诊疗制度, 调整补偿技术方案, 避免基金发生透支。

关键词: 新农合; 同城化; 就医意向

中图分类号: R19

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2016)02-0207-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.02.029

The effects of New Rural Cooperative Medical System after the urban integration on residents' medical intention

Zhang Meng¹, Wang Sheng², Liang Yuan², Guo Yusha³, Yu Jiaxin²,
Lei Bin², Huo Rongrui¹, Huang Gaoming¹

(1. Guangxi Medical University, Nanning 530021, Guangxi, China

E-mail: zmengmengzhang@163.com;

2. Guangxi Health and Family Planning Commission, Nanning 530021, Guangxi, China;

3. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530021, Guangxi, China)

Abstract: **Objective** To know the evaluation on New Rural Cooperative Medical System (NRCM), attitudes and the changes of intention of visiting doctors after the integration of the neighboring cities for NRCM as well as the influencing factors from the rural participants in NRCM, and to provide reference evidences for further improving the overall planning level and for formulating NRCM policy. **Methods** The multi-stages random sampling method was used to sample township health centers in Nanning, Qinzhou, Beihai and Fangchenggang, then a questionnaire examination was done for the selected rural NRCM participants. **Results**

The percentage of NRCM participants in favor of NRCM integration with city was 86.58%; the four main impact factors for choosing treatment sites were medical care level, convenient traffic conditions, medical expenses and illness condition need; personal health and educational degree had positive relationship with the selection of medical institution level. **Conclusion** The higher net income the farmers have, the more they are willing to urban integration, and medical level affects the rural participants in choosing the rank of inpatient hospital for visiting before and after urban integration. Hierarchical Diagnosis and Treatment System and compensation technology solutions should be strengthened and adjusted to avoid funds overdraft after the NRCM urban integration.

Key words: New Rural Cooperative Medical System; urban integration; intention of visiting doctors

① 基金项目: 广西卫生厅重大课题(重 2011133)

② 通讯作者: E-mail: gxnnhgm66@163.com

随着经济全球化与网络化进程的不断深化和城市化快速发展,区域一体化、都市圈与城市群在不同地理优势和产业集聚的作用下迅速崛起,同城化在众多区域经济发展模式中备受各地政府瞩目^[1]。广西北部湾经济区作为我国西部大开发和面向东盟开放合作的重点地区,同城化是其区域经济一体化发展的客观要求。目前以县为统筹区域的新农合制度,管理水平低、基金抗风险能力弱。另外,农民工流动性大,医疗保障未能及时、切实得到落实。因此,国家和各地出台相关政策,江西等地积极探讨提高新农合统筹层次^[2-4]。本调查旨在了解参合农民对新农合同城化的态度和就医意愿以及就医地点选择的影响,为开展新农合同城化和新农合市级统筹政策的制定提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象 本次研究的调查对象为南宁市、北海市、钦州市、防城港市(以下简称南北钦防)4 市参合农民,其中包括曾住院病人、现住院病人,以及本年度内未发生住院的参合农民。

1.2 调查方法 采用多阶段分层随机抽样的方法,在南北钦防 4 市按随机抽样原则分别抽取一个区和一个县,抽中的区(县)再分别抽取两个乡镇卫生院,每个卫生院再按新农合证编号顺序提取调查对象,每户取 1 人,对满足纳入条件的对象进行问卷调查,额满为止。各级医疗机构调查对象原则上考虑性别比例,男女各半。为保证调查对象的状态同期性,调查限时 1 周内完成。

1.3 调查内容 调查内容包括调查对象的基本情况(性别、年龄、婚姻状况、户籍、受教育程度、对自身健康状况的评价等)、对新农合制度的认知及评价、参合农民就医医疗机构级别的选择及其主要原因。社会经济和医疗资源的数据来源于广西统计局编写的《广西统计年鉴》。

1.4 统计学方法 采用 EpiData 录入调查问卷数据,用 SPSS for Windows 20.0 统计软件对数据进行统计分析。计数资料用构成比(率)来描述,并用 χ^2 检验进行差异性检验,医师数为偏态分布资料采用秩和检验,同城化影响因素分析采用 Logistic 回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 共发放问卷 680 份,有效问卷 656 份,有效率为 96.47%。其中,男性 325 人,女性 331 人;平均年龄为(43.80 ± 17.94)岁;已婚 560 人(85.36%);学历以初中(53.20%)、小学(22.56%)为主;自觉健康状况良好的占 51.21%。北部湾经济区四市的基本情况比较,性别、婚姻状况的差异无统计学意义($P > 0.05$),年龄、健康状况、文化程度的差异有

统计学意义($P < 0.05$)。四市每千人口床位数、每千人口执业(助理)医师数相比,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 北部湾经济区四市社会经济医疗资源基本情况

指标	合计	南宁	北海	钦州	防城港	χ^2	P
农民人均纯收入(元)	—	7685	8239	8054	8557	—	—
农业人口占总人口比例(%)	77.71	73.42	71.13	89.12	73.91	—	—
每千人口床位数	3.04	3.90	2.48	1.86	2.39	6.84	0.08
每千人口执业(助理)医师数	1.13	1.45	1.01	0.65	0.92	15.61	0.00

2.2 同城化的态度 总体来看赞成和基本赞成新农合同城化的人占大多数(86.58%),不赞成推行同城化的人占 5.79%,各市的態度差异有统计学意义($\chi^2 = 37.82, P < 0.001$),见表 2。以完全赞成和基本赞成为 1,其余为 0,采用 Logistic 回归模型,分析调查对象的基本情况与同城化态度的关系。采用逐步法筛选的结果为城市、健康状况与态度有关,其余因素无统计学意义。

表 2 参合农民对新农合制度同城化的赞成情况 (n, %)

城市	完全赞成	基本赞成	基本不赞成	完全不赞成	未表态
南宁	61(36.75)	68(40.96)	7(4.22)	4(2.41)	26(15.66)
北海	90(73.17)	17(13.82)	12(9.76)	2(1.63)	2(1.63)
钦州	115(74.68)	30(19.48)	1(0.65)	0(0)	8(5.19)
防城港	122(57.28)	65(30.52)	11(5.16)	1(0.47)	14(6.57)
合计	388(59.15)	180(27.44)	31(4.73)	7(1.07)	50(7.62)

2.3 住院意愿

2.3.1 同城化后就诊医院的选择 同城化后若发生重大疾病住院,南宁市、钦州市、防城港市被访参合农民选择以本县的县级医院和本市的市级医院为主,各市的選擇差异有统计学意义($\chi^2 = 157.79, P < 0.001$),见表 3。

表 3 同城化后参合农民若因重大疾病选择住院的医院级别情况 (n, %)

城市	本县的县级医院	本市的市级医院	县外的县级医院	市外的市级医院	省级医院	省外医院
南宁	103(62.05)	55(33.13)	0(0)	0(0)	8(4.82)	0(0)
北海	44(35.77)	47(38.12)	0(0)	3(2.44)	27(21.95)	2(1.63)
钦州	76(49.35)	75(48.70)	1(0.65)	2(1.30)	0(0)	0(0)
防城港	71(33.33)	53(24.88)	5(2.35)	38(17.84)	42(19.72)	4(1.88)
合计	294(44.82)	230(35.06)	6(0.91)	43(6.55)	77(11.74)	6(0.91)

2.3.2 同城化前后选择医院级别的原因 同城化前后参合农民选择住院医院级别排前四位的原因相同,分别是医疗水平高(43.22%、60.21%)、交通便利

(16.64%、14.94%)、医疗费用较低(15.73%、12.65%)、病情需要(13.56%、10.37%)。选择高水平的医疗机构的意愿由原来的43.22%提高到60.21%，提高了17个百分点。

2.4 就医地点选择的影响因素 对在发生重大疾病时选择医疗机构的问题进行分析时,有两个格子理论

频数过小,进行剔除处理,实际作答人数按644人统计。被访参合农民的年龄、性别、婚姻状况对就医地点的选择差异无统计学意义($P > 0.05$),而城市、健康状况、文化程度等对就医地点的选择差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 同城化后不同因素对前四位就医地点选择的影响情况

基本情况	例数	本县的县级医院	本市的市级医院	外市的市级医院	省级医院	χ^2	P
年龄(岁)						2.08	0.91
≤40	324	146(45.06)	111(34.26)	24(7.41)	43(13.27)		
41~	192	90(46.88)	70(36.46)	11(5.73)	21(10.94)		
61~	128	58(45.31)	49(38.28)	8(6.25)	13(10.16)		
城市						144.95	0.00
南宁	166	103(62.05)	55(33.13)	0(0)	8(4.82)		
北海	121	44(36.36)	47(38.84)	3(2.48)	27(22.31)		
钦州	153	76(49.67)	75(49.02)	2(1.31)	0(0)		
防城港	204	71(34.80)	53(25.98)	38(18.63)	42(20.59)		
性别						5.86	0.12
男	319	153(47.96)	118(36.99)	19(5.96)	29(9.09)		
女	325	141(43.38)	112(34.46)	24(7.38)	48(14.77)		
婚姻状况						10.69	0.09
未婚	72	34(47.22)	24(33.33)	1(1.39)	13(18.06)		
已婚	552	251(45.47)	197(35.69)	42(7.61)	62(11.23)		
离异	20	9(45)	9(45)	0(0)	2(10)		
健康状况						19.03	0.00
良好	330	130(39.39)	124(37.58)	29(8.79)	47(14.24)		
一般	242	122(50.41)	81(33.47)	13(5.37)	26(10.74)		
差	72	42(58.33)	25(34.72)	1(1.39)	4(5.56)		
文化程度						15.57	0.00
初中及以下	511	234(45.79)	195(38.16)	26(5.09)	56(10.96)		
高中及以上	133	60(45.11)	35(26.32)	17(12.78)	21(15.79)		
合计	644	294(45.65)	230(35.71)	43(6.67)	77(11.96)		

3 讨论

新型农村合作医疗制度是党中央、国务院为解决农民看病就医问题而建立的一项基本医疗保障制度,是落实科学发展观、构建社会主义和谐社会的重大举措。经过十多年的发展,参合率和筹资水平逐年提高,大大缓解了农民因病致贫、因病返贫的矛盾。目前大多数地区仍以县为统筹区域,逐步暴露出了区域间新农合补偿政策不一致、管理水平低、基金透支风险大等问题。为此,广西柳州市、钦州市等地开展了市级统筹的改革试点,基本实现了“统一基金管理”“统计经办模式”“统一管理制度”“统计基金政策”“统一服务监管”“统一信息管理”等“六个统一”,大大方便了群众,提高了基金抗风险的能力,有效控制了医疗费用的不合理增长,初步取得了一定的成效。

广西北部湾经济区(以下简称“北部湾经济区”)地

处我国沿海西南端,由南宁、北海、钦州、防城港四市和玉林、崇左两个市物流中心“4+2”所辖行政区域组成,2008年由国家批准实施。随着北部湾经济区城市化建设步伐的加快,南宁、北海、钦州、防城港四市已经逐步实现了通信、交通、金融服务、人力资源社会保障等领域的同城化建设,新农合同城化势在必行。但是,由于新农合涉及面较广,参合农民居住分散,文化素质较低。另外,新农合筹资中有部分由县财政补助,各地参合农民的医疗消费观念和医疗水平差异大,部分地方政府领导担心会产生“穷帮富”新的不公平。因此,提高统筹层次,实现北部湾经济区新农合同城化,必须了解和规避各方面的风险。

本次调查结果显示,大多数参合农民赞同南北钦防同城化,农民人均纯收入越高,越愿意同城化,医疗水平最高的南宁市赞同率反而最低,而且在同城化前

后选择住院医院级别的影响因素都是医疗水平。由此可见,一旦实行新农合同城化,住院病人有增加外流的风险。各地在提高统筹层次时,需要强化分级诊疗制度,调整补偿技术方案,通过经济杠杆控制不合理外流,避免基金发生透支。

对同城化后患重大疾病时选择的医疗机构,45.65%的人选择本县的县级医院,其次为本市的市级医院(35.71%),省级医院的比例为11.96%。说明广大的参合农民在选择医疗机构时还是比较理性的,主要根据病情来选择适合的医疗机构,与徐璇等^[5]的调查结果相似。在各种因素中,年龄、性别、婚姻状况对就医地点的选择差异无统计学意义($P > 0.05$)。健康状况和文化程度与选择医院的级别成正比,身体越健康、文化程度越高的人选择医院级别越高,这可能是身体健康和文化程度高的人,对医疗水平的期望更高的缘故。南北钦防四城市的参合农民选择医疗机构的等级之间有差别,北海市、防城港市选择省级医院的比例为20%以上,高于南宁市和钦州市,主要原因是这两个城市的医疗资源质量相对较低。北海市和防城港市均为沿海的旅游城市,人口基数较小,三级综合医院的数量少,防城港市为新设的地级市,目前缺乏三级综合医院,农民一旦患重大疾病自然就会选择到南宁的省级医院住院。另外由于历史的原因,防城港市的居民比较认可钦州市的医院医疗水平,每年外流至钦州市住院的病人比较多。因此,选择市外市级医院的比

例相对较高。

总之,对提高新农合统筹层次的改革,无论是多个城市间推行新农合同城化还是新农合市级统筹,广大的参合农民是欢迎的,多数病人就医也是理性的,虽然仍存在许多问题^[6],但只要配合出台相关的政策措施,不但能提高参合农民的受益程度,也是能够维持新农合制度平稳健康发展的。

参考文献:

- [1] 曾群华. 关于区域同城化的研究综述[J]. 城市观察, 2013(6): 85-95.
- [2] 张森. 新型农村合作医疗制度省级统筹模式研究[D]. 长春: 吉林财经大学, 2012.
- [3] 袁红梅, 何克春, 陈亚伟. 宜昌市试行新型农村合作医疗市级统筹的可行性分析[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(12): 41-43.
- [4] 曹爽. 江苏实施基本医疗保险市级统筹研究——以职工医保为例[D]. 南京: 南京大学, 2014.
- [5] 徐璇, 胡国威, 周磊. 实施城区新型农村合作医疗市级统筹制度后农民认知情况调查分析[J]. 中国初级卫生保健, 2011, 25(8): 24-25.
- [6] 裘长安, 田艳, 苏立坡. 市级统筹下的医保基金管理模式探讨——现状、难点、实现路径及未来发展[J]. 中国医疗保险, 2011(1): 30-32.

收稿日期: 2016-03-02

(上接第206页)

- [3] 何维凤. PCR技术在快速检测食源性致病菌中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(1): 102-104.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 肺结核诊断标准 WS288-2008[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 2-3.
- [5] 赵雁林, 刘宇红, 姜广路, 等. 中国结核病防治规划 痰涂片镜检标准化操作及质量保证手册[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2009: 5-13.
- [6] 中国防痨协会. 结核病诊断细菌学检验规程[J]. 中国防痨杂志, 1996, 18(1): 28-31.
- [7] 黄泽亮, 桂福. FQ-PCR检查痰中结核杆菌对肺结核诊断的临床价值[J]. 中南医学科学杂志, 2013, 41(4): 389-391.
- [8] 刘小文, 欧阳冬英. 实时荧光定量PCR检测痰中结核分枝杆菌临床评价[J]. 中国现代医药杂志, 2014, 16(1): 24

-26.

- [9] 李向平, 胡森, 韩磊, 等. 实时荧光定量聚合酶链反应检测结核分枝杆菌在结核性脑膜炎诊断中的价值[J]. 新乡医学院学报, 2013, 30(7): 524-526.
- [10] Maurin M. Real-time PCR as a diagnostic tool for bacterial disease[J]. Expert Rev Mol Diagn, 2012, 12(7): 731-754.
- [11] 魏巍, 覃林珍, 刘守江, 等. 实时荧光聚合酶链反应检测支气管肺泡灌洗液结核分枝杆菌DNA诊断肺结核价值[J]. 临床荟萃, 2014, 29(6): 611-613.
- [12] 肖慧霞, 王晓平, 王福锐, 等. 荧光定量PCR技术在结核分枝杆菌检测中的应用[J]. 宁夏医学杂志, 2011, 33(2): 173-174.

收稿日期: 2015-12-21; 修回日期: 2016-03-17