

# 2018—2020 年前场镇城乡居民基本医疗保险慢性病门诊费用支付情况分析

徐红

(姚安县前场镇社会保障和为民服务中心, 云南 姚安 675304)

**摘要:** 基于楚雄州城乡居民医疗保险信息系统慢性病门诊就诊数据, 分析前场镇慢性病门诊费用支付情况。用 SPSS17.0 对 2018—2020 年慢性病数据进行比较分析, 得出费用支付在医院等级上有较大差异, 一级医院费用支付显著低于二级和三级医院; 2018 年费用支付显著低于 2019 和 2020 年; 费用支付在年龄段上存在显著差异, 50 岁以下、50~60 岁费用支付显著高于其他年龄段; 不同病种患者在费用支付上存在显著差异, 支气管扩张、精神病、冠心病费用支付显著高于其他病种, 原发性或继发性高血压 II - III 级费用支付最低; 费用支付在性别上有显著差异, 男性费用支付显著低于女性; 是否建档立卡在费用支付上有显著差异, 建档立卡患者费用支付显著低于非建档立卡患者, 建档立卡患者个人现金支付最低。

**关键词:** 城乡居民; 基本医疗保险; 慢性病门诊; 费用支付

中图分类号: R197

文献标识码: A

文章编号: 1004-7344(2021)27-0235-03

## 0 引言

2018 年 9 月 1 日起楚雄州全面启动实施城乡居民基本医疗保险慢性病门诊医疗待遇, 将常见多发的 14 种慢性病纳入其中, 截至 2020 年根据《云南省医疗保障局云南省卫生健康委员会关于统一全省基本医疗保险门诊特殊病慢性病种管理服务工作的通知》(云医保〔2020〕77 号) 文件规定, 门诊慢性病由 2018 年时的 14 种增至 25 种。本文就 2018—2020 年慢性病门诊费用支付进行分析, 为慢性病门诊费用合理支付提供参考依据。

## 1 资料与方法

(1) 资料来源从楚雄州城乡居民医疗保险信息系统中提取 2018—2020 年前场镇农村居民在定点医疗机构慢性病门诊就诊结算人员信息。该对象城乡居民医保已参保并取得慢性病门诊待遇资格。

(2) 统计学分析采用统计软件 SPSS17.0 对数据进行分析, 通过单因素方差分析、独立样本 T 检验来比较不同变量在费用支付上是否存在差异。

## 2 结果

表 1 显示, 不同医疗机构等级在总费用、统筹支付和个人现金支付上均存在显著差异, 显著性均小于 0.01。在总费用、统筹支付、个人现金支付上一级村卫生室、乡镇卫生院均显著低于二级县人民医院中医院、市人民医院和三级州人民医院、州中医院; 二级县人民医院中医院、市人民医院总费用、统筹支付、个人现

表 1 不同医院等级、年份及年龄段费用支付比较(元,  $\bar{X} \pm S$ )

变量	门诊人次	费用支付			
		总费用	统筹支付	个人现金支付	
医疗机构等级	一级	2217	40.39±25.287	28.79±15.786	11.61±11.990133
	二级	1569	140.56±100.235	69.51±52.913	71.04±50.915
	三级	13	191.44±146.346	81.03±63.837	110.41±93.958
	F		1020.847***	585.675***	1402.449***
	P		0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01
	就诊年份	2018	167	42.41±42.388	28.20±21.038
2019		1407	82.94±80.824	44.57±40.362	38.38±43.024
2020		2225	84.85±87.526	47.88±42.957	36.97±47.534
F			20.099***	18.635***	21.765***
P			0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01
年龄		50 岁以下	439	93.35±84.599	52.76±43.344
	50~60 岁	1297	90.48±84.540	48.61±41.116	41.87±45.944
	61~70 岁	1010	80.36±76.360	44.63±36.620	35.72±42.311
	70 岁以上	1053	69.40±88.298	40.51±44.703	28.89±46.090
	F		15.258***	12.194***	17.467***
	P		0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01

金支付显著低于三级州人民医院、州中医院。

不同就诊年份患者在总费用、统筹支付和个人现金支付上均存在显著差异, 显著性均小于 0.01。2018 年的总费用、统筹支付、个人现金支付均显著低于 2019 和 2020 年。

各年龄段患者在总费用、统筹支付和个人现金支付上均存在显著差异, 显著性均小于 0.01。50 岁以下和 50~60 岁的患者在总费用、统筹支付、个人现金支付上均显著高于 61~70 岁和 70 岁

以上患者。

表2 不同慢性病患者费用支付比较(元,  $\bar{X} \pm S$ )

慢性病种类	门诊人次	费用支付		
		总费用	统筹支付	个人现金支付
原发性或继发性 高血压 II - III 级	2637	56.97±56.384	34.82±27.708	22.14±31.073
冠心病	78	195.86±113.902	105.12±69.336	90.74±46.492
糖尿病	544	126.90±96.944	66.89±50.608	60.01±50.680
慢性阻塞性肺疾病	100	139.15±98.358	65.27±46.784	73.88±54.919
慢性心力衰竭	120	118.03±80.420	56.80±40.515	61.23±42.586
脑血管意外	259	147.26±122.061	72.20±61.255	75.06±63.650
严重性类风湿关节炎	14	124.07±75.517	43.11±34.264	80.96±59.159
支气管扩张	26	246.44±96.765	119.06±52.196	127.38±53.031
精神病	10	216.33±91.572	106.81±45.520	109.52±46.055
肺源性心脏病	9	141.26±81.404	69.80±40.142	71.47±41.351
慢性活动性肝炎 和支气管哮喘	2	117.71±152.050	40.68±50.332	77.03±101.717
F		116.116***	89.588***	128.886***
P		0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01

表2显示,不同慢性病患者在总费用、统筹支付和个人现金支付上均存在显著差异,显著性均小于0.01。在总费用上,支气管扩张、精神病和冠心病患者的总费用较为突出,显著更高,高血压费用最低。在统筹支付上,支气管扩张、精神病和冠心病患者统筹支付更高,相比其他病症显著性更强,高血压统筹支付更低。在个人现金支付上,支气管扩张、精神病和冠心病患者现金支付更为突出,相比其他病症显著性更强;高血压现金支付最低。由此可见,相比多数病症,支气管扩张、精神病和冠心病患者支付费用更多,而高血压患者支付更少。

表3 不同性别、是否建档立卡患者费用支付比较(元,  $\bar{X} \pm S$ )

变量	门诊人次	费用支付			
		总费用	统筹支付	个人现金支付	
性别	男	1421	73.77±77.710	41.61±37.900	32.16±42.891
	女	2378	87.36±87.171	48.28±43.278	39.08±46.555
	t		-4.978***	-4.972***	-4.656***
	P		0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01
建档 立卡	是	1972	52.49±53.878	35.30±29.720	17.19±28.054
	否	1827	114.43±97.733	57.12±48.749	57.32±50.886
	t		-23.929***	-16.494***	-29.774***
	P		0.000<0.01	0.000<0.01	0.000<0.01

表3显示,不同性别患者在总费用、统筹支付和个人现金支付上均存在显著差异,显著性均小于0.01。男性在总费用、统筹支付、个人现金支付上均显著低于女性。

是否建档立卡在总费用、统筹支付和个人现金支付上均存在显著差异,显著性均小于0.01。建档立卡患者的总费用、统筹支付均显著低于非建档立卡患者。在个人现金支付上,建档立卡患者现金支付显著低于非建档立卡患者,差距较明显。

### 3 讨论

#### 3.1 不同机构、就诊年份及不同年龄患者费用支付比较

一级村卫生室、乡镇卫生院门诊总费用显著低于二级县人民医院、中医院、市人民医院和三级州人民医院、州中医院。总费用随医院等级升高呈递增趋势。在医院类别上,三级医院的例均医疗保险费用远高于二级医院,二级医院又高于一级医院,二、三

级医院的医疗成本和费用相对较高<sup>[1]</sup>。城市医院比县医院和农村卫生院具有更高的医疗服务成本<sup>[2]</sup>。在一级医院就诊统筹基金支付60%,开通州内异地就医联网结算权后在州内二级及以上医院就诊按统筹基金支付60%,未开通按50%支付,相比之下一级医院容易获得较高的统筹支付,则实际个人现金支付就低。患者未开通州内异地就医联网结算直接到二级及以上医院就诊使门诊统筹基金支付比例降低,个人现金支付相对升高。统筹支付、个人现金支付金额的高低受总费用和统筹支付比例的双重影响。

2018年总费用显著低于2019年和2020年,说明慢性病就诊患者逐年增加,越来越多的人享受到慢性病门诊待遇资格。门诊就诊次数增多,门诊费用随之增加<sup>[3]</sup>。总费用不断上升,在一定报销比例下统筹支付和个人现金支付上升。

50岁以下就诊人次最少,但总费用最高,很多人可能是初期就诊,为明确诊断,精准治疗用药,在二级及以上医院进行医学检查,使总费用相比其年龄的巩固治疗要高。化验费、检查费和卫生材料费3项费用,三者很大程度上阻碍了门诊费用下降<sup>[4]</sup>。50~60岁总费用显著高于61~70岁和70岁以上患者,可能50~60岁的人更容易患病,钱军程等人<sup>[5]</sup>的研究认为大多数慢性病的突发增长期在50~59岁。50岁是健康的“分水岭”,50岁以后人体细胞和器官逐渐老化,身体机能、免疫力、抵御疾病的能力下降,进而慢性病凸显。总费用高,在一定报销比例下统筹支付和个人现金支付金额也高。

#### 3.2 不同慢性病患者费用支付比较

支气管扩张、精神病、冠心病共计114人次占总就诊人次的3%,但总费用显著高于其他病种,与就医等级有关,医院级别是影响医疗费用的关键因素,同一种疾病在不同等级医院消费水平相差甚远<sup>[6]</sup>。一级医院就诊相对于到三级医院门诊就诊,费用明显下降<sup>[7]</sup>。这三个病种患者93.86%在二级和三级医院就诊,也可能和医院医疗技术、设备用药有关,随着医疗新技术、新器材、新设备和新特药的广泛使用,造成了医疗费用的进一步增长<sup>[8]</sup>。总费用越高,在一定报销比例下统筹支付和个人现金支付也高。高血压、糖尿病就诊率高,分别占69.41%、14.32%,艾民等人研究发现就诊人次最多的慢性病包括糖尿病、高血压<sup>[9]</sup>。但高血压总费用最低,72.73%的高血压患者在一级医院就诊,基层医疗机构在患者病情平稳期更趋向于使用低价药品,总费用相对低于其他病种。就诊医院等级不同相比支气管扩张、精神病、冠心病,高血压获得的统筹支付要高,个人自付金额相对低。

#### 3.3 不同性别、是否建档患者费用支付比较

男性患者总费用显著低于女性,女性就诊占62.6%,男性就诊占37.4%,女性相比男性更容易发病,可能与女性的生理特点有关。总费用高在一定报销比例下统筹支付和个人现金支付也高。建档立卡患者费用支付显著低于非建档立卡患者,81.491%的建档立卡患者在一级医院就诊,66.61%的非建档立卡患者在二级三级医院就诊,一级医院就诊的建档立卡患者统筹支付比例高于二级医院就诊的非建档立卡患者,则个人现金支付比非建

(下转第239页)

选分类,为医护后续诊断、科学实践提供有利支持。

## 5.2 医疗条件的配套

结合可穿戴式监测设备收集用户血压、心率、体重等体征信息,以此作为慢性肾脏病病情监测的有效途径,减少用户手动上传的工作量和 APP 误输入现象。

## 5.3 物流条件的相关跟进

腹透中心信息平台与成熟可靠的药品、医疗器械经营公司合作,依据患者和医院需求将药品和医疗器械实现配送上门服务,避免药品和医疗器械的误用;根据用户具体病情发展阶段提供营养餐控制患者蛋白质、无机盐、水分的摄入,实现病情的多维度控制。

综上所述,基于远程管理的新型腹膜透析中心优化工作效率,降低腹膜透析治疗成本,增强腹膜透析的治疗效果,促进腹膜透析在 CKD 患者中的推广和发展,降低国家肾病治疗的费用开支,可作为国内腹透中心的未来探索选择方向。

### 参考文献

- [1] 康阳阳,刘章锁,刘东伟.中国成人慢性肾脏病患病率荟萃分析[J].中国实用内科杂志,2016,9(36):785-789.
- [2] 赵焯,曹娟,徐煜.自动腹膜透析救治尿毒症合并脑出血[J].健康之路,2013(9):79-80.
- [3] 2019年中国腹膜透析(PD)发展现状、问题、机遇及前景分析[Z/OL].

智研咨询,2020-08-05.<https://www.chyxx.com/industry/202008/887007.html>.

- [4] 王晓艺,任野萍,李岩.移动互联网医疗对腹膜透析质量的影响[J].中国血液净化,2019,5(18):316-318.
- [5] 陈香美,倪兆慧,袁伟杰.腹膜透析标准操作规程[M].北京:人民军医出版社,2010:8.
- [6] 曲斌.新型腹膜透析装置的制作与应用[J].中华现代护理杂志,2010(24):2865.
- [7] Diamantidis C J, Fink W, YANG S, et al. Directed Use of the Internet for Health Information by Patients With Chronic Kidney Disease: Prospective Cohort Study [J]. Journal of Medical Internet Research, 2013, 15(11): e251.
- [8] Boulos MNK, Wheeler S, Tavares C, et al. How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX[J]. Biomed Eng Online, 2011, 10(1): 24.
- [9] Kassianos A, Geogiou G, Papacostantinou E, et al. Smartphone Applications for Educating and Helping Nonmotivating Patients Adhere to Medication That Treats Mental Health Conditions: Aim and Functioning[J]. FRONT PSYCHOL, 2017, 8(8): 1769.

收稿日期:2021-06-06

作者简介:盛启龙(1992—),男,汉族,山东烟台人,本科,助理工程师,主要从事医疗器械质量管理工。

(上接第 236 页)

档立卡患者少。受益于慢性病门诊健康扶贫政策,贫困户患高血压、糖尿病、活动性结核且按规定办理转诊手续在慢性病门诊就诊时统筹支付比例比一般病种高 20%,报销 80%的倾斜政策,其中建档立卡户门诊高血压、糖尿病、活动性结核就诊共 1846 人,占建档立卡就诊人次的 93.61%,且 80.48%的建档立卡患者在一级医院就诊,所以建档立卡患者个人现金支付明显较低。

## 3.4 建议

(1)健全分级诊疗制度。提升一级定点医疗机构服务水平,加强硬件设施投入和医疗队伍建设,鼓励患者在基层医院就近就诊。

(2)加强健康知识指导。对慢性病人群做好预防工作,高血压、糖尿病、支气管扩张、精神病、冠心病的预防更为突出;鼓励患者参与,提高有效控制率。共同制定计划、合理膳食,加强自身锻炼,提高身体素质。

(3)加强慢性病宣传。镇级医保经办部门和各定点医疗机构继续加强慢性病政策、申报流程、州内慢性病异地就医联网结算开通做好宣传指导,县级审批部门应适当简化流程及材料,多方共同努力实现 25 个慢性病病种全覆盖,让患者及时享受慢性病门诊资格待遇。

(4)完善慢性病州外异地就医报销机制。建议出台政策解决

慢性病门诊州外异地报销问题。

### 参考文献

- [1] 马蔚姝.医疗保险费用控制的制衡机制研究[D].天津:天津大学,2010.
- [2] 何平.卫生总费用及医疗费用增长影响因素研究[D].济南:山东大学,2006.
- [3] 李潇.云南农村老年人主要慢性病患病、基本经济风险和基于结构方程模型的影响因素分析[D].昆明:昆明医科大学,2020.
- [4] 田召召,薛浩,蒋淑敏,等.2014—2017年河南省综合医院门诊人均费用结构变动分析[J].医学与社会,2019,32(10):80-83.
- [5] 钱军程,陈育德,徐玲,等.中国老年人口主要慢性病患病率变化与突发增长的分析[J].中国卫生信息管理杂志,2011,8(3):70-73.
- [6] 刘晓君,文小桐,吴明洋,等.江西省公立医院门诊与住院病人医疗费用现状分析[J].中国卫生资源,2017,20(1):65-68.
- [7] 周绿林.我国医疗保险费用控制研究[D].镇江:江苏大学,2008.
- [8] 艾民,丁瑞学,颜昌福,等.攀枝花花城镇居民医保慢性病患者门诊费用支付现状及变化趋势研究[J].中国慢性病预防与控制,2016,24(10):791-793.

收稿日期:2021-06-18

作者简介:徐红(1985—),女,彝族,云南姚安人,本科,统计师,主要从事城乡居民基本医疗保险工。