

河南省开展医疗服务综合支付改革的实践与思考

吴建^{1*} 周学山² 谢双保² 张敏² 赵要军³

1. 郑州大学公共卫生学院 河南郑州 450001

2. 河南省卫生厅 河南郑州 450003

3. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】河南省在世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目(卫XI项目)支持下,指导项目县开展以单病种付费为基础的综合支付改革活动。改革的核心思路是通过理顺医疗服务各方主体之间的职责关系,逐步推动经办机构成为战略服务购买者,并在医疗质量管理、服务监管、价格谈判、支付等方面开展了制度设计。其中,基于大数法则原理的分组分类支付技术是一种新型单病种付费模式,能够有效克服以往按病种付费改革中普遍存在的变异率高、纳入率低、覆盖率低等问题。文章还分析了项目县开展的综合支付改革对当前国家推进县级医院综合改革的借鉴意义。

【关键词】医疗服务;综合支付;实践

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.07.009

The strategy and practice of comprehensive payment reform for medical service in Henan province

WU Jian¹, ZHOU Xue-shan², XIE Shuang-bao², ZHANG Min², ZHAO Yao-jun³

1. School of Public Health, Zhengzhou University, Henan Zhengzhou 450001, China

2. Health Department of Henan Province, Henan Zhengzhou 450003, China

3. School of Medical and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430030, China

【Abstract】 This article is mainly focused on the comprehensive single disease-based payment reform in Henan Province, supporting by World Bank Loan /British grants Chinese Rural Health Development Project (Health XI project). It introduces the innovative activities implemented in the project counties such as medical quality management, service regulation, price negotiation, payment etc. The guiding ideology of the reform is to gradually promote health insurance agencies as strategic health services buyers through rationalization of duties and relationship between main parties in medical services. The key innovative technology called “Packet classification payment” is based on the principle of “law of large numbers” which can effectively overcome the common phenomenon as high variation rate, low into rate and low coverage rate happened in the disease-based payment reform in past. It is a new model which is not instead of the previous single disease-based payment reform. The author also analyzes the reference and meaning of the reform for promoting the comprehensive reform at county hospitals which is vigorously advocated by the government currently.

【Key words】 Medical Services; Comprehensive Payment; Practices

* 基金项目:河南省世行贷款和英国赠款中国农村卫生发展项目咨询课题(HN-ZX-2009-5A-4)

作者简介:吴建,男(1974年—),博士,讲师,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail: jianwu17@163.com

新医改方案提出了完善支付制度,积极探索实行按病种、按人头等新型付费方式,建立激励与惩戒并重的有效约束机制的改革要求。过去二十年间,全国各地也相继开展了各种形式的支付方式改革实践与探索,但总体来看并未取得实质性突破或成果,其原因有很多种。支付方式作为一种技术手段,没有哪一种是完全无缺的,单纯的支付方式改革无法解决系统性、机制性问题。^[1-3]特别是在缺乏有效质量控制、服务监管、绩效激励等配套制度措施的情况下,无论是按病种、按人头或是其他支付方式,都会带来质量下滑、效率下降等负面影响,只有通过开展综合、系统的制度设计和机制性改革才能保证改革取得成功或实现突破。^[4]

1 河南省综合支付改革的制度设计

1.1 改革思路

在系统总结以往国内开展支付改革经验与教训的基础上,自2010年11月起,在世界银行贷款/英国政府赠款中国农村卫生发展项目(简称“卫XI项目”)支持下,河南省卫生厅卫XI项目办公室按照综合改革的理念,组织宜阳、息县等项目县开展了以单病种付费为基础的综合支付改革试点。改革的核心思路是推动医疗保险经办机构成为卫生服务购买者,逐步实现对基本医疗服务的主动、有效购买。主要的改革措施包括:理顺医疗服务各方主体职责与关系,强化新农合在支付过程中的激励和控费功能;通过购买服务,建立经办机构与医疗机构之间的契约关系;实行临床路径下的病种分组分类支付,消除医疗服务提供中的差异性,实现单一病种下患者全覆盖;通过实施计算机监管,从事前和事中来规范医生的诊疗行为;采取综合性措施,把医药费用和医疗质量的控制权回归医院和医生;强化对医院的激励和引导,改善服务效率。

1.2 综合支付改革的制度设计

按照河南省卫生厅卫XI项目办公室定义,所谓综合支付,是指以医疗质量管理为基础,以绩效管理为手段,以医疗服务综合监管为保障,对医药费用分类打包支付的新型医药费用支付制度。按照综合改革的思路,开发设计出包括医疗质量管理体系、

购买服务、分组分类支付、专业监管在内的综合性制度框架。^[5]

1.2.1 质量管理

项目县在省项目办开发《质量管理体系建设纲要》的基础上,指导试点医疗机构首先建立和完善医疗质量管理体系,并把质量体系建设是否完善作为服务准入条件之一。通过建立医疗机构内部质量管理体系,明确医疗服务质量的责任主体,促使医疗机构自主开展质量改进活动,实现内部医疗质量的有效控制和持续改进。

1.2.2 购买服务

(1)确定服务包。在县卫生局指导、协调下,以县农合办为主体,收集县、乡常见疾病发病及新农合基金实际支付等情况,在广泛分析、测算、征询、座谈基础上,确定拟购买的病种及服务内容,即基本医疗服务包。

(2)制定质量标准。县农合办在国家和省下发的一百多种常见病临床诊疗规范的基础上,组织制定各病种临床服务质量标准,即临床路径。并结合以往患者实际患病情况,根据患者病情分级制定单一病种下A、B、C三组临床路径。宜阳县制定了123种县、乡常见病的基本医疗服务包,息县132种,武陟县180种。

(3)采购与谈判。县农合办根据确定的服务质量和成本测算结果,作为服务购买方与试点医疗机构就临床路径下的具体服务项目、付费标准、控制比例等内容进行多轮谈判,最后确定各病种的具体临床服务规范和服务价格,双方签署服务合同。

1.2.3 分组分类支付

为克服以往按病种付费中常见的“低纳入、高变异”问题,借鉴大数法则,项目县在制定分组临床路径基础上,对单一病种下所有住院患者实行A、B、C三组诊疗和管理,出院结算时在比例控制范围内据实分类支付。遵循“超支不补、结余留用”的原则。合同资金按年初预付30%~50%,实行“报账制+季度考核结算”的方式,提高资金支付效率。

1.2.4 同业监管

项目县在服务监管方面实行同业监管,即改变以往农合办工作人员以资金审核为主的监管方式,

改为聘请上级或县级医疗机构专业人员,定期对服务机构开展的业务质量和服务绩效进行考核,考核结果作为资金结算的重要依据。

1.2.5 信息化管理

为保证医疗质量,提高管理效率,项目县在医院信息系统基础上,开发出分组分类支付信息软件,把各病种 A、B、C 不同分组的临床路径和纳入标准全部装入信息系统。医护人员在诊治过程中如果不执行临床路径,不按照计算机设定的诊疗项目操作就不能进入下一阶段治疗或出院结算,增、减诊疗项目也须经上级医生赋权审核后才能执行。并通过增设接口,实现合管办和医院质量管理部门对医护人员诊疗行为的在线实时监控。

1.3 分组分类支付技术的主要做法

我国开展单病种付费改革由来已久,主要形式有单病种定额付费、单病种限额付费、DRGs 等,但普遍存在的问题是“变异率高、纳入率和覆盖率低”,导致改革的可持续性差,按病种付费的优势无法充分发挥。河南省在卫 XI 项目县实施的“分组分类支付”技术,则有效解决了这一问题,避免了服务机构以患者病情变异为由而规避纳入路径情况的发生,有效提高了患者纳入率和总体覆盖率。

1.3.1 理论基础:大数法则的应用

分组分类支付技术的理论基础和核心依据就是大数法则。大数法则是医疗保险的数理基础,其意义在于:风险单位数量越多,实际损失的结果就会越接近从无限单位数量得出的预期损失。保险机构正是利用在个别情形下存在的不确定性将在

大数中消失的规则,分析承保标的发生损失的相对稳定性。由此可见,大数定律在医疗保险中起着非常重要的作用,当保险标的数目足够大时,将能够产生所需要的数量规律。^[5-6]随着我国各类医疗保险覆盖面逐步扩大,通过分析常见病的发生例数、分布、费用等信息,合理运用大数法则,有助于医保经办机构科学、合理测算某些常见疾病的发生率、患者构成和平均费用,通过分类打包支付,能把医疗服务提供数量的控制责任转移给服务提供方,从而实现对医药费用的主动、有效控制。因此,在医疗保险基金风险池不断扩大的前提下,运用大数法则能够抵消或减少道德风险所带来的潜在风险,有助于抑制医药费用的不合理增长,保障基金收支平衡。

1.3.2 设计框架

分组分类支付的提出源于解决单病种付费中常见的“高变异、低纳入”等问题,其实质是借鉴 DRGs 理念,对入院患者根据病情实行分级分组管理,医药费用分类打包支付的付费办法。其制度设计框架如图 1。

1.3.3 路径制定与分组

(1) 基本假设

依据大数法则,基本假设是对于某种常见病,患者在接受诊疗服务过程中,需要接受基本诊疗、复合诊疗(病情较重、伴轻度合并症或并发症等)以及特殊诊疗(病情严重、伴重度合并症或并发症等)三类服务所占的比例将随着病例数的增加呈现一定规律性,并随病例数的不断增加而趋于稳定。

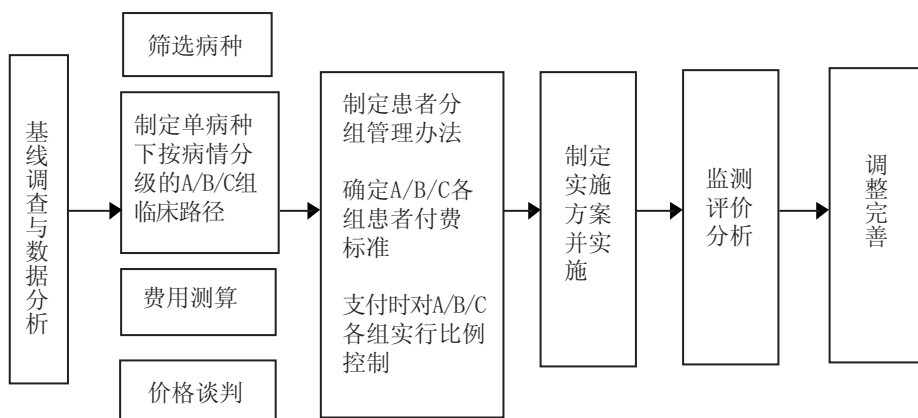


图 1 分组分类支付的设计框架

(2) 临床路径制定

依据上述假设,试点县依据国家和省级开发的疾病临床诊疗规范,首批筛选确定了 10~55 种常见病临床路径。在此基础上,定点医院组成技术小组,根据每种疾病实际患病情况,按照病情严重程度及有无并发症或并发症等不同情况,分别讨论制定出每个病种下基本诊疗组(A组)、复合诊疗组(B组)、特殊诊疗组(C组)三组临床诊疗路径。^[2,4] 分组路径制定后需提交医院临床路径管理委员会进一步修正完善,然后提交农合办专家组审核,再报经上级技术专家组最终定稿,最后下发定点医院科室和医务人员使用。A组、B组患者的临床路径文本需要按天制定出细化的诊疗项目、医嘱等路径表单,C组路径主要为纳入标准和基本诊疗规范。

(3) 患者分组

对入院诊断后符合纳入条件的患者,根据病情严重程度及有无并发症等因素,将其分别纳入 A、B、C 三个诊疗组进行治疗和管理。病例分组的基本原则是:

A 组:在中央和省下发的临床指南基础上,结合当地实际制定出相对固定、成熟、有效的诊疗方案,一般能将每种疾病的大多数病例纳入管理。

B 组:是在 A 组临床路径之外,需要增加部分相关疾病的治疗,包括一些常见并发症、合并症的治疗,也可包括对一些次要诊断的治疗。

C 组:指不符合 A、B 组纳入标准,有严重并发症,影响到第一诊断治疗,治疗方案需做重大调整的极少数病例。

以河南省宜阳县人民医院为例,部分病种 A、B、C 各组的纳入标准见表 1。

1.3.4 费用分类支付

在患者 A、B、C 分组诊疗和管理基础上,项目县农合办根据历史数据,测算出每种疾病不同组别的实际发生率及平均费用,经合管办与定点医疗机构多次谈判后最终确定出各病种 A、B、C 各组患者的比例及约定付费标准,合管办支付定点医疗机构医药费用总体上实行比例控制,即对医疗机构各组别控制比例以内发生的医药费用实行分类据实支付。遵循“超支不补,结余留用”的原则,对医疗机构通过控制服务成本实现的资金结余,鼓励按比例返还给科室和个人。

根据各县实际测算结果,各病种测算出的 A、B、C 组患者所占比例一般分别为 70%、20%、10% 左右。对于 C 组管理的患者,特殊情况下经农合办审定后可实行按项目付费或其它支付方式。

2 初步效果

河南省开展的综合支付改革的核心思想是借鉴市场机制,突出经办机构的功能和作用,通过促进有管理的竞争方式来提高医疗服务提供方的效率,改进服务质量,控制医药费用不合理增长。从目标和方向来看,与深化医药卫生体制改革的总目标一致,从制度设计来看,“分组分类支付”的办法创新了以往的按病种付费模式,基本能够实现“应纳尽纳”的目标,有助于体现按病种付费改革的效果,“超支不补,结余留用”则把医药费用和服务成本控制权返还给医疗机构和医生,有助于增强医疗机构的成本意识和责任意识。改革启动近一年来,已经取得了初步成效,主要体现在:

表 1 河南省宜阳县人民医院部分病种各组纳入标准

病种	A 组	B 组	C 组
肺炎链球菌肺炎	单纯性肺炎(或合并高血压等无需特殊处理的合并症)	肺炎合并冠心病、糖尿病等需一般治疗的并发症	肺炎合并冠心病(心功能 4 级)或合并肺脓肿,呼衰等较危重情况
急性阑尾炎	第一诊断为急性单纯性阑尾炎	第一诊断为急性阑尾炎,同时有伴发病需治疗或出现容易处理的并发症	化脓性阑尾炎,坏疽及穿孔型阑尾炎,有严重的心脑肺肝肾等疾病或其他原因不能耐受手术
正常分娩	第一诊断为孕足月单胎、头位待产(无阴道分娩禁忌症)	第一诊断为孕足月单胎、头位,高危妊娠,胎儿监护正常,辅助检查有异常者(无明显阴道分娩禁忌症)	妊娠期高血压疾病住院三天以上分娩者;未足月胎膜早破住院三天内分娩者;产后出血需特殊治疗者(药物治疗、输血或开腹手术者);合并产褥病;合并各种内外科疾病或辅助检查提示异常,需相关科室治疗者;分娩期并发症;会阴伤口感染、延期愈合

(1) 覆盖面快速扩大。河南省在 3 个项目县开展的综合支付改革模式于 2011 年 7 月开始试点, 目前已经实现县域内医疗机构全覆盖, 单一病种患者纳入率接近 100%。其中, 县级医疗机构纳入管理的出院患者已占到同期出院总人数的 53.6%, 总费用占到同期全院出院患者总费用的 51.4%, 乡级医疗机构纳入管理出院患者数占到总出院人数的 70%。

(2) 医药费用得到控制。与改革前同期出院患者平均医药费用水平相比, 项目县纳入综合支付管理患者次均医药费用呈现更为合理的趋势, 总体降低 3~8 个百分点。以阑尾炎为例, 次均费用由改革前的 3 038 元降低至改革后的 2 400 元, 下降 21%, 胆囊炎(腹腔镜)由改革前的 4 737 元降低至改革后的 4 400 元, 降低了 7.1%。同时, 定点医院收入增长开始放缓, 2011 年宜阳县人民医院全年业务收入增长 8.7%, 而次均住院费用下降了 3.6%。

(3) 费用结构趋于合理, 药占比下降明显。2011 年 12 月项目县纳入管理患者的药品费占比已降至总收入的 30% 左右, 比改革前 1—6 月降低了三分之一。

(4) 患者实际补偿比提高。由于实施了临床路径, 不合理用药和不合理检查减少, 诊疗行为更加规范, 2011 年 7—12 月宜阳县纳入管理患者监测病种(内、外、妇、儿各 2 种, 共 8 个病种)的实际补偿比达到 58.1%, 较 2010 年平均提高约 6 个百分点。

(5) 医疗机构服务效率和服务质量没有出现波动。部分质量指标如两种以上抗生素使用率、平均住院天数等指标有所提高。

3 讨论

3.1 综合支付制度改革的关键在于处理好供方、需方和医保方之间的关系

支付制度改革的关键在于正确处理质量、需求和费用三个关键利益点之间的关系, 并使之达到相对平衡, 而质量、需求和费用实际上是医、患、保三方主体核心利益的集中体现。运用博弈理论可以给我们以启示, 即医、患、保三方不是一方获利就导致另一方受损的零和博弈, 而是共同参与、相互制

约、利益共享的正和博弈, 三方应以平等主体的地位参与决策和互相监督, 建立起依法代理和信息分享的机制, 通过法制化和契约化的共守规则来实现参与各方的共赢目标。河南省综合支付改革制度设计中的一个关键点是厘清了利益相关者(政府部门、经办机构、定点医疗机构、患者)之间的职责与关系, 通过对医疗机构的适度放权(价格谈判、结余分配)、限权(临床路径、同业监管、分类支付)等设计, 对医疗服务提供者、管理者进行激励和牵引, 使医疗机构从自身效用最大化出发, 自愿或不得不选择与医疗保险经办机构、患者的目标和标准相一致的行动, 主动加强管理, 可能成为实现医、患、保三方利益相对平衡, 在支付改革领域取得突破的关键点。^[7-11]

新的支付制度框架下, 政府、医保、医疗和患者间的关系得到重新调整, 医保经办机构的地位和重要性凸显。各方共同参与决策并互相监督, 使自身利益得到最大程度保证。政府部门实现角色回归, 从原来的服务组织、监管和需方代言等多重角色, 转变为行业政策、标准制定和供、需双方的利益协调人, 有利于对医疗服务和医疗保障体系实行更有效的宏观管理; 医保经办机构真正成为需方代言人, 从被动的买单人转变为强势的服务购买者, 并明确了服务购买、资金支付和质量监管的职责; 医疗机构在获得更明确的绩效激励和更多自主权基础上, 重新成为医疗质量和费用控制的主体, 主动实施成本控制并提供更多服务; 患者则获得了更多选择权、知情权, 成为费用和质量控制的最终受益者。综合支付改革模式下各利益相关方的角色关系见图 2。

3.2 综合支付制度改革的主要价值

我国医药卫生体制改革已经进入更加艰难和复杂的时期, 一些通过资金投入无法解决的深层次问题正在成为制约改革的瓶颈。支付制度改革作为重要的政策工具, 对于解决这些问题可以发挥积极作用。河南省开展支付制度改革的时间不长, 还需要继续深入改革和实践, 但是从其基本做法和已经取得的成效看, 值得借鉴。其价值主要体现在:

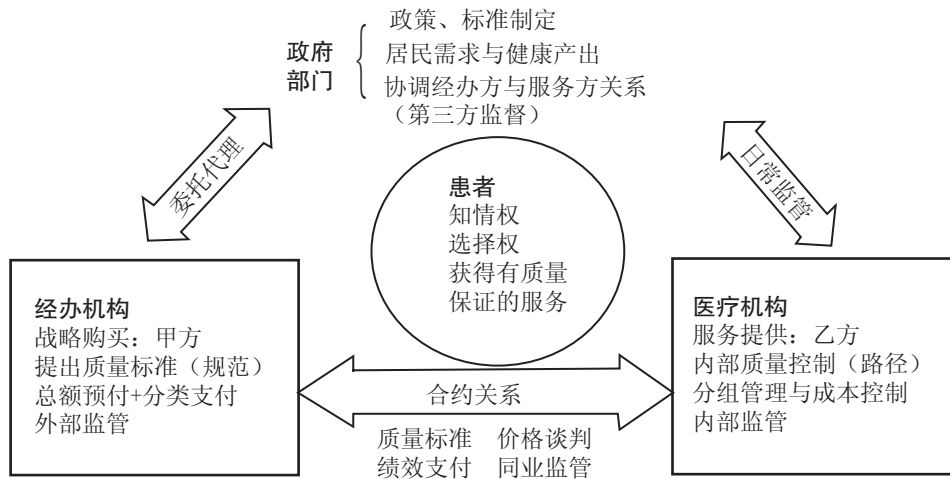


图2 综合支付改革模式下各利益相关方分析图

(1)支付制度改革可以撬动其他几项医药卫生体制关键改革。医疗保障制度改革,需要在质量提升和费用控制两方面有突破,该项支付制度改革提供了工具;公立医院改革难题力图从县级医院破冰,这项改革是个良好的突破口或支点。

(2)探索了控制医药费用不合理增长的新办法,符合社会各方关注和预期。通过理顺医疗服务各方主体职责与关系,强化新农合在支付过程中的激励和控费功能;通过分组分类支付,解决同一病种中不同患者医疗服务的差异性;通过计算机监管,从事前和事中来规范医院和医生的诊疗行为。

(3)探索了“以药补医”机制退出的新思路,可以从根本上、可持续地解决以药补医问题。通过将医疗服务成本的控制权交还给医院,医院在保证质量的前提下,主动控制医疗服务成本和药品消耗成本,从而把药占比控制在合理的范围内,这与以往采取行政手段降低药占比的效果是截然不同的。

(4)为推进县级医院综合改革提供了新的突破口。项目县开展的支付制度改革,涉及医院内部运行、管理、补偿、信息化和医患管理等方面,是一个以支付改革为引领的综合改革模式。

今年是国家卫生部提出全面推行县级公立医院综合改革试点、探索取消以药补医机制后的公立医院管理模式和运行机制的第一年。河南省卫X项目县开展的综合支付改革,是贯彻、落实国家医改提出的推进县级医院综合改革的良好开端,具有一定的示范作用和借鉴意义。

参 考 文 献

- [1] 周学山, 谢双保, 吴建, 等. 医疗服务供方支付制度改革面临的挑战与思考[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(6): 26-29.
- [2] 吴建, 周学山, 谢双保. 县级医院开展综合支付制度改革模式的创新模式[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2011(6): 926-929.
- [3] 钱海波, 黄文龙. 医疗保险支付方式的比较及对我国的发展前瞻[J]. 中国医疗前沿, 2007, 1(1): 101-103.
- [4] 孟庆跃, John Langenbrunner. 新农合支付方式改革需要注意的几个问题[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(2): 25-26.
- [5] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海: 上海三联出版社, 上海人民出版社, 1996.
- [6] 陈伟. 医疗保险机构与定点医院的混合博弈[J]. 管理科学文摘, 2004(5): 22-24.
- [7] 河南省卫生厅卫X项目办公室. 河南省农村地区卫生服务支付制度改革操作手册(2011)[R]. 2011.
- [8] 梁忠福. 运用信息经济学分析医患保三方关系[J]. 中国医疗保险研究, 2004(11): 23.
- [9] 杨燕绥, 岳公正. 中国式管理型模式初探[R]. 国家社会科学基金课题报告, 2005.
- [10] 项莉, 熊巨洋, 陈瑶, 等. 新型农村合作医疗供方支付方式的利益相关者分析[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(9): 1-5.
- [11] 梁忠福. 医疗保险费用支付方式探究—基于镇江模式的案例分析[C]. 清华大学公共管理硕士学位论文, 2005.

[收稿日期:2012-03-11 修回日期:2012-06-08]

(编辑 薛云)