

# 定点医疗管理下的门诊服务利用与费用分析:以杭州 A 医院为例

周召梅<sup>1\*</sup> 徐林山<sup>2</sup> 汪利民<sup>1</sup>

1. 杭州市第一人民医院 浙江杭州 310006

2. 杭州市医疗保险管理服务局 浙江杭州 310003

**【摘要】**目的:探讨定点医疗管理对参保人员门诊服务利用的影响。方法:采用 Excel 2003 和 SPSS 12.0 对数据进行分析。结果:2007 年上半年门诊两周就诊率呈逐月上升趋势,下半年基本维持在 60.0%左右;各月医保基金支付额占门诊医疗费比重呈“U”型分布,门诊次均费用逐月上升,下半年增长迅速;次均费用、两周就诊率与统筹基金支付比重有相关关系。结论:定点医疗管理办法提高了居民的门诊服务利用水平,减轻了患者的疾病经济负担,提高了医保基金的使用效率。

**【关键词】**定点医疗管理;门诊统筹;门诊服务利用;费用

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)02-0027-04

## Analysis for the utilization and expenses of the outpatient service under contracted medical management: a case from Hangzhou A hospital

ZHOU Zhao-mei<sup>1</sup>, XU Lin-shan<sup>2</sup>, WANG Li-min<sup>1</sup>

1. Hangzhou First People's Hospital, Zhejiang Hangzhou 310006, China

2. Hangzhou Medical Insurance Administration Bureau, Zhejiang Hangzhou 310003, China

**【Abstract】** Objective: To discuss the effect of contracted medical management on outpatient service utilization. Methods: Data is analyzed mainly by Excel 2003 and SPSS 12.0. Results: Two-week visit rate increased in the first half of 2007 and maintained about 60.0% in the second half year. The proportion of medical insurance fund paid in outpatient expenses each month changed as U-shape. The average outpatient service expenses per visit increased month by month, and even dramatically in the second half year. The average outpatient service expenditure per visit and two-week visit rate have a significant relationship with the proportion of social pooling fund paid in outpatient expenditure. Conclusions: The method of contracted medical management improved outpatient service utilization, reduced individual burden of disease and increased the use efficiency of medical insurance fund.

**【Key words】** Contracted medical management, Social pooling of outpatient, Outpatient service utilization, Expenses

2001 年杭州建立了以住院统筹为主的城镇基本医疗保险制度,2003 年底又将企业退休人员全部纳入门诊统筹范围,实现了基本医疗保险制度从公务员门诊统筹到企业退休人员门诊统筹的跨越,但是,企业在职人员门诊医疗费仍一直由用人单位负责管理,造成各用人单位的医疗保障待遇差距悬殊,一些困难企业的职工门诊医疗费报销困难。自 2007 年 1 月 1 日起,杭州市全面实施企业在职人员(包括灵活就业人员和协缴人员)门诊医疗费社会统筹,并实行

定点医疗管理。杭州市某医院(以下简称“A 医院”)作为杭州市规模最大的一家参与企业在职人员门诊统筹的约定医院,定点人数最多。为了解 2007 年定点医疗管理下的门诊统筹实施情况,本文对企业在职参保人员定点 A 医院的情况进行了分析。

### 1 定点医疗管理的特点

#### 1.1 门诊就医管理

企业在职人员就诊实行定点医疗管理。企业在

\* 作者简介:周召梅,女(1975 年-),硕士,主要研究方向为卫生经济、医保管理,E-mail:zmeiz@163.com。

职人员可在门诊约定医疗机构(以下简称“约定医院”)中,选择1~2家作为本人的约定医院。若选择2家的,其中1家必须是社区卫生服务机构(含单位内设医疗机构,下同),并可根据本人意愿按月调整。在职人员应在本人的约定医院就诊,凭就医凭证可实行计算机联网结算。在非本人的约定医院就诊的,只能自费结算。在职人员因病情需要可转至本市相应的定点医疗机构诊治,费用由转出医疗机构报销。企业在职人员在定点药店凭定点医疗机构出具的处方购买的处方药,其费用由个人全额垫付后,回约定医院按规定报销。在职人员因患急症发生的符合急诊规定的医疗费,如选择两家约定医院的,回约定的社区卫生服务机构按规定报销;选择一家约定医院的,回该约定医院按规定报销。

### 1.2 门诊医疗费考核

杭州市医保局(原杭州市医保中心)与各约定医疗机构在费用结算方面,实行“协议管理,定额考核,按月预拨,弹性结算”的办法。在职人员发生的符合基本医疗保险开支范围的门诊医疗费月人均考核定额为社区卫生服务机构25元,非社区卫生服务机构40元,仅定点一家约定医院的为65元。在年终结算时,在职人员医疗费超过当年累计定额考核指标10%以内的部分,市医保局支付60%;超过考核指标10%~20%以内的部分,市医保局支付50%;超过考核指标20%以上的部分,市医保局支付40%。医疗费达不到当年累计定额考核指标,市医保局收回结余部分的60%。同时结合对A医院的稽查、考核情况实行弹性结算。

## 2 资料来源与方法

从A医院HIS系统中获取2007年1~12月企业在职人员的医保核拨表,内容包括该定点人群的定点人数、总就诊人次、各类型就诊人次和发生费用、总费用、列支费用、自理自费费用以及“三段通道式”各阶段的个人账户支付、个人现金支付以及统筹基金直接记账或报销等支付情况等,采用Excel2003和SPSS 12.0软件对数据进行处理和分析。

## 3 结果与分析

### 3.1 2007年A医院定点人群的门诊服务利用与费用情况分析

大部分企业在职人员选择了两家约定医院,在

约定的社区卫生服务机构就诊可由计算机联网结算,部分费用如在非约定医院急诊发生的费用按医保规定应回社区卫生服务机构报销,因此,定点人群对门诊的利用实际上应包括对两家约定医院的门诊利用。因数据有限,本文只分析定点人群对A医院的门诊利用情况。

#### 3.1.1 门诊定点情况

2007年1—12月杭州市企业在职参保人员约90万~110万,其中定点A医院的人数在32万~38万左右。随着参保人数的增加和参保人员对定点医疗管理办法的了解,选择A医院的人数逐月增多,其中有1万余人只定点A医院一家,占A医院总定点人数的3.6%左右,其余人员还同时选择了一家社区卫生服务机构作为自己的约定医院。

#### 3.1.2 门诊利用与费用发生情况

2007年1月A医院企业在职定点人员门诊就诊25 919人次(含报销人次,下同),随着定点人数的增加,每月就诊人次也相应增加,2007年12月门诊就诊人次达50 220人次。由于部分人员不了解就医流程和医保政策,在非本人约定医院发生了非急诊医疗费,按医保政策规定,这部分费用不能按医保结算,其约定医院也不予报销,因此,年初时定点人员在A医院的两周就诊率较低,仅为36.46%,随着参保人员对政策的了解,两周就诊率开始稳步上升,下半年基本维持在60.0%左右,8月份达最高,为63.25%(表1)。

表1 2007年A医院定点人群门诊利用与费用发生情况

月 份	就诊人次	两周就诊率 (%)	列支费用 (万元)	自理自费 (万元)
1月	25 919	36.46	306.44	28.57
2月	29 420	44.58	345.77	32.40
3月	40 391	52.39	473.68	47.55
4月	41 780	54.85	494.23	45.67
5月	43 657	55.05	513.28	48.56
6月	46 179	59.30	536.26	50.15
7月	50 230	61.96	594.92	54.57
8月	51 756	63.25	612.85	55.08
9月	47 928	60.10	594.49	54.07
10月	47 606	57.14	607.38	58.50
11月	48 241	59.12	623.24	60.11
12月	50 220	59.19	700.12	63.58
合计	523 327	-	6 402.66	598.81

2007年1—12月定点A医院的杭州市企业在职参保人员总共发生门诊医疗费用7 001.47万元,其中符合基本医疗保险开支范围的费用为6 402.66万元,不符合基本医疗保险开支范围的自理自费费用

为 598.81 万元。这些总医疗费用中,在本院就诊发生的占 99.59%,就诊人次占 99.87%,急诊(外地就诊也主要是急诊)、转诊和外配处方等发生费用共 28.58 万元,占 0.41%,共到 A 医院报销 666 人次,占 0.13%(表 2)。

表 2 2007 年 A 医院定点人群的各类型就诊情况

就诊类型	总医疗费 (万元)	构成比 (%)	就诊 人次	构成比 (%)	次均费用 (元)
本院内诊	6 972.89	99.59	522 661	99.87	133.41
急诊和外地 就诊	7.40	0.11	171	0.03	432.99
转诊	15.41	0.22	256	0.05	601.88
外配处方	5.77	0.08	239	0.05	241.24
合计	7 001.47	100.00	523 327	100.00	133.79

2007 年一年来,A 院内诊次均费用比较稳定,但总体呈逐月上升趋势,而转诊、急诊的次均费用较高,且波动较大,不少需转诊的病人,疾病相对也比较复杂,如肝移植病人,发生费用较高。急诊病人也大多因为病情比较紧急严重,所以费用也相对较高,外配处方则因为只是购买药品的费用,相对比较稳定。总体来看,定点人群的门诊次均费用在下半年呈快速增长趋势(表 3)。

表 3 2007 年 A 医院定点人群各类型就诊的次均费用(元)

月份	内诊	急诊	转诊	外配处方	平均
1 月	128.20	232.28	1 498.14	259.02	129.25
2 月	127.94	507.53	1 047.61	386.17	128.54
3 月	128.47	590.29	742.41	280.34	129.05
4 月	128.76	225.78	879.64	256.53	129.23
5 月	128.45	422.50	379.83	224.79	128.69
6 月	126.80	642.26	343.64	276.83	126.99
7 月	129.05	388.15	360.65	239.29	129.30
8 月	128.80	350.27	549.83	202.27	129.05
9 月	135.15	306.30	452.75	193.40	135.32
10 月	139.51	759.50	351.90	184.82	139.87
11 月	141.22	727.85	604.49	139.26	141.65
12 月	151.72	414.45	557.08	255.77	152.07
平均	133.41	432.99	601.88	241.24	133.79

### 3.1.3 门诊费用支付情况

随着个人账户资金的不断支出,个人账户余额逐渐减少,部分人员开始进入起付标准阶段,甚至共付阶段。从表 4 中的数据可以看出,个人账户支付所占比重逐渐下降,统筹基金支付比重逐渐上升,完全符合“三段通道式”的费用支付规律。但是,通过计算个人账户与统筹基金支出之和(即医保基金支出)所占比重可以发现,医保基金支出比重在全年的变化并不是呈现单一方向的变动趋势。由表 4 可

知,1 月份该比重为 63.41%,在一季度快速下降后维持在 55%~56%左右,6、7、8 三个月为全年最低,第四季度又快速上升,12 月份再次升至 60%以上,达 61.39%,医保基金支出占门诊医疗费比重的全年变化趋势大体呈“U”型结构(图 1)。与医保基金支出比重相比,患者的个人现金支付比重则呈现反向变化,1 月份和 12 月份为全年最低,6、7、8 三个月为全年最高。2007 年发生的门诊总医疗费用中,来源于患者个人的现金支付占 42.71%,医保基金支付占 57.29%。门诊医疗费用中,患者个人承担的基本医疗保险支付范围之外的自理自费费用所占比重比较稳定,均控制在 10%以内。

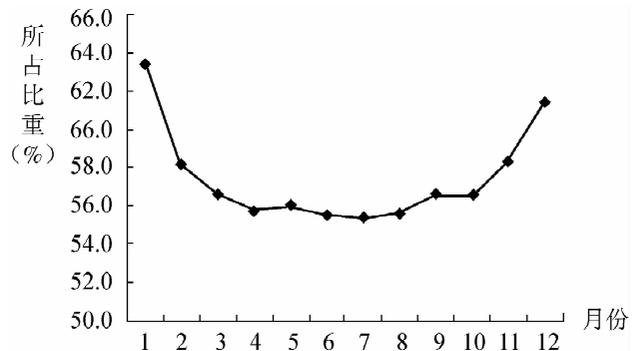


图 1 2007 年 A 医院定点人群医保基金支付比重变化情况

对以上数据的进一步分析表明,患者就诊的次均费用与医保基金支付(或个人现金支付)所占比重没有显著相关关系( $r=0.434, P=0.159$ )。这可能是由于医保基金中个人账户属于患者个人在符合基本医疗保险范围内自由支配的资金,花个人账户的钱其实就相当于花自己的钱,患者有一定的节约意识,不会滥用,削弱了医保基金支付比重与次均费用的相关关系。剔除医保基金中的个人账户支付部分,分析次均费用与统筹基金支付比重的关系,发现二者具有显著相关关系( $r=0.820, P=0.001$ ),而且两周就诊率与统筹基金支付比重也具有显著相关关系( $r=0.749, P=0.005$ ),这表明统筹基金支付所占比重也即患者就诊时医疗费享受优惠的程度,老百姓眼中的“花政府的钱”,确实可以诱导需求,影响患者医疗卫生服务利用,明显刺激了医疗卫生服务消费。按往年门诊就诊经验,每年 12 月底,A 医院门诊就诊病人都会比平常多,2007 年底也不例外,其中不乏许多病人属于“突击配药”,享受进入共付阶段的医疗费“打折优惠”。下半年尤其是接近年底,定点人群门诊次均费用的快速增长也印证了这一点。

表4 A医院2007年企业在职参保人员门诊费用支付来源构成比情况(%)

月份	个人账户支付	统筹支付	现金支付	合计	医保基金支付	个人自负	自理自费	合计
1月	61.76	1.65	36.59	100.00	63.41	28.06	8.53	100.00
2月	54.07	4.04	41.89	100.00	58.11	33.32	8.57	100.00
3月	49.48	7.18	43.34	100.00	56.66	34.22	9.12	100.00
4月	44.00	11.72	44.29	100.00	55.71	35.83	8.46	100.00
5月	41.29	14.73	43.98	100.00	56.02	35.33	8.64	100.00
6月	38.24	17.28	44.48	100.00	55.52	35.92	8.55	100.00
7月	35.82	19.57	44.61	100.00	55.39	36.20	8.40	100.00
8月	33.08	22.52	44.40	100.00	55.60	36.16	8.25	100.00
9月	30.40	26.22	43.38	100.00	56.62	35.04	8.34	100.00
10月	28.46	28.12	43.42	100.00	56.58	34.63	8.79	100.00
11月	27.14	31.22	41.64	100.00	58.36	32.84	8.80	100.00
12月	22.68	38.70	38.61	100.00	61.39	30.29	8.32	100.00
合计	36.59	20.70	42.71	100.00	57.29	34.15	8.55	100.00

### 3.2 弹性结算情况

2007年A医院总定额为17 684.22万元,实际发生的符合基本医疗保险开支范围的门诊医疗费为6 402.66万元,定额结余11 281.56万元。根据协议,A医院发生的门诊医疗费达不到当年累计定额考核指标,市医保局将收回结余部分的60%,其余40%仍拨付给A医院,因此,结合A医院各月的定点人数以及医疗费用的实际发生数,2007年市医保局应向A医院拨付资金为8 524.02万元,即实际拨付额 = (全年定额 - 全年符合基本医疗累计) × 40% + (全年符合基本医疗累计 - 起付标准以内现金支付 - 起付标准以上现金支付) = 8 524.02万元,对于市医保局而言,他们将从定额费用的结余资金中收回6 768.94万元。

### 4 总结与讨论

杭州在基本医疗保险制度改革过程中,成功吸收了“通道式”和“板块式”的优点,采用了“板块式中套通道式”的特色管理办法,一方面将用于门急诊的个人账户与用于大病住院的统筹基金分开管理;另一方面又针对居民的医疗费用主要发生在门诊的规律,从提高居民的医疗保障水平出发,实行“三段通道式”,在门诊医疗中设立了门诊统筹基金,用于支付个人账户透支后起付标准以上的门诊费用,门诊统筹基金的支付没有最高限额限制。2007年A医院企业在职人员的门诊总费用中57%左右由医保基

金支付,部分费用较高的人员支付比例可能更高,这大大减轻了参保人群尤其是门诊利用率较高的人群的门诊费用负担,提高了参保人群的卫生服务利用水平和健康水平。对医院和医保机构而言,由于定点人群的定额医疗费有结余,医院得到了结余的40%,医保经办机构收回了结余的60%,这既增加了医院的收入也减少了医保基金的支出;同时,有效的门诊利用也可以间接减轻住院统筹基金的压力,保证住院统筹基金的平衡。因此,从A医院运行一年来的情况看,可以说定点医疗管理下的门诊统筹取得了医、患、保三方共赢的结果<sup>[1-2]</sup>。

控制医疗费用是一个世界性难题,这个难题不是难在单纯的费用控制上,而是难在既要给需方提供较好的医疗服务,又要有效控制医疗费用。杭州针对企业在职人员的定点医疗管理在保证需方医疗服务质量的同时又将费用控制转嫁给供方,在费用控制方面进行了大胆而有益的尝试。

#### 参 考 文 献

- [1] 陈家应,黄德明,缪银山,等. 医保病人门诊大病就诊费用统筹支付的分析与探讨[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(12): 46-49.
- [2] 陈启鸿,朱彩华. 门诊医疗服务与基本医疗保险基金的个人账户[J]. 卫生软科学, 2000, 14(1): 14-16.

[收稿日期:2009-02-02 修回日期:2009-02-13]

(编辑 何平)