

编者按

新型农村合作医疗制度是党中央、国务院为解决农村居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要举措。目前,我国农村地区已全面建立起新型农村合作医疗制度,制度框架和运行机制基本建立,农村居民医疗负担切实减轻,卫生服务利用率得到提高,因病致贫、因病返贫状况有所缓解。然而,随着我国新型农村合作医疗体系的日益成熟,医药费用不合理增长问题日渐显现,2003—2007年,农村卫生机构的人均住院费用从1 901.1元增长到2 491.9元。控制医药费用增长的关键在于控制医疗机构的行为,而支付方式改革对医疗机构的行为有重要影响,因此为控制农村卫生机构医药费用的不合理增长,有必要对新型农村合作医疗的支付方式进行研究。按病种付费是国际上典型的支付方式改革案例,如美国的按疾病分类预付制(DRGs-PPS)和澳大利亚的病例组合(case-mix)就是利用支付方式变革改变医疗机构行为,以达到控制医药费用增长的目的。本期重点介绍了“新型农村合作医疗住院单病种限额付费研究”课题组的研究成果,利用利益相关者理论、博弈论基本概念和不完全信息动态模型分析论证了不同支付方式对新型农村合作医疗管理机构、医疗机构和参合农民等主要利益相关者的利弊影响,提出了新型农村合作医疗费用监管的主要措施,并对重庆市黔江区和陕西省镇安县实施的单病种定额付费改革对新型农村合作医疗医药费用影响进行了实证分析。

新型农村合作医疗供方支付方式的利益相关者分析

项 莉^{1*} 熊巨洋¹ 陈 瑶¹ 俞 鸯² 姚 岚¹

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 卫生部项目资金监管服务中心 北京 100009

【摘要】运用利益相关者理论,分析主要供方支付方式在新农合制度中,对经办机构、供方和需方三方主要利益相关者的各种利益影响,认为单一支付方式无法满足三方多层面的利益诉求,唯有采用混合支付方式的形式,融合各支付方式的优点,才能平衡三方利益,维持新农合的制度均衡,促进新农合制度的可持续发展。通过理论分析,提出将按项目付费、按病种定额付费和总额预付制相融合的混合支付方式,是目前适合新型农村合作医疗的利益均衡支付方式。然而,这种支付方式与实际应用之间还有一定距离,还需要理论和操作上若干研究支持。

【关键词】新型农村合作医疗;供方支付方式;利益相关者分析

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)09-0001-05

The stakeholder analysis of the delivery payment in the New Rural Cooperative Medical Scheme

XIANG Li¹, XIONG Ju-yang¹, CHEN Yao¹, YU Yang², YAO Lan¹

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

2. Center for Project Supervision and Management, Ministry of Health, Beijing 100009, China

【Abstract】 This paper analyzes the kinds of the benefit interaction of the main delivery payment to the main stakeholders of the agency, the delivery system and the demand side through using a stakeholder theory. The conclusions are one payment scheme can not meet different benefit requires and the mixed payment should be the optimal so-

* 基金项目:卫生部国外贷款办公室中国农村卫生发展项目。

作者简介:项莉,女(1972年-),博士,副教授,主要研究方向为卫生经济,卫生政策。E-mail: xlylf@126.com

通讯作者:姚岚。E-mail: lanyao@mails.tjmu.edu.cn

lution to synthesize various payment, to balance different benefit and sustain the institutional equilibrium of the New Rural Cooperative Medical Scheme. This paper proposes the interest-equilibrium payment is the way to realize the interest equilibrium, the content is that the combination of fee-for-service, with limiting expenses payment of a single disease, and total budget payment. However, the payment needs some theoretical and operational research in order to meet the practical application.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme, Delivery payment, Stakeholder analysis

1 利益相关者理论的基本原理及应用

利益相关者理论与方法最初用在企业管理中。利益相关者理论认为,企业的管理不应仅限于企业股东,其他的利益相关者,如职工、用户、社区等,也应参与企业的管理,享受企业经营的权益,追求利益的最大化。^[1]

最初,企业的运营发展完全是围绕股东的利益进行,并没有考虑到其他利益相关者的利益诉求。但是经济学家逐渐发现这样发展的企业往往与社会的要求有所差距,并且忽略其他利益相关者的利益诉求往往会带来不利于企业发展的影响因素。^[2]在这种背景下,经济学家们才提出,企业作为各方利益相关者通过各种契约联结在一起的组织结构,除了股东的利益,也必需顾及及其他利益相关者的利益需求及相应的职责。这就为企业作为一种社会组织形式,对其应承担的社会功能,给予了理论上的界定和探讨。时至今日,利益相关者理论及方法已成为企业经营发展分析的主要方法和手段。

不仅如此,由于利益相关者理论是对多个利益集团冲突和合作关系进行解释和分析的方法和思路,已不局限于经济领域的应用,现已广泛的运用于公共政策分析与评价。近年来,利益相关者理论及其方法也运用到卫生政策领域,用来分析和预测卫生政策制定中政府、医疗机构、公众、药品生产企业等各方利益主体的行为和利益关系^[3],以期对卫生政策的执行效果进行评价与分析。由此,利益相关者理论的核心思想可以归结为:企业是各利益相关方通过各种契约结成的组织结构,企业的良性发展不仅仅是股东的利益与职责,也是其他利益相关者的利益与职责,只有各利益相关方的利益诉求达到稳定的均衡状态后,才有利于企业的可持续发展。

将利益相关者理论引申至制度经济学和公共政策选择领域,同样可以认为:制度是各个利益相关者之间关于行为和利益分配的约定,它通过各种强制或激励措施,使各利益相关者行为符合制度制定者

期望,各种资源在制度内进行合理配置,使总体利益最大化;公共政策则是平衡各利益相关者、实现大多数人利益、最大化公共利益的政策工具。^[4]因此,从利益均衡的本质上看,利益相关者理论和方法虽然来自于企业经营管理,但对于制度层面的分析和政策选择研究也同样适用。

2 新型农村合作医疗供方支付方式的利益相关者分析

供方支付制度的具体形式分为后付制与预付制。后付制指患者费用发生后,到经办机构进行报销或者在医疗机构就进行减免,报销或减免金额按照实际发生费用的一定比例计算。^[5]典型的支付方式是按项目付费。预付制是指经办机构在费用发生之前,对医疗机构预先拨付或承诺固定金额的补偿费用,与患者实际发生费用无关。^[6]典型的支付方式是按病种定额付费和总额预付制。预付制与后付制是两种截然不同的支付方式,对制度内各利益相关者的利益有不同的影响。

按项目付费是典型的后付制,指病人在接受医疗服务时,按照服务项目计算费用,然后由保险机构向病人或者医疗服务提供者支付费用。^[7]医疗费用取决于各服务项目的价格和实际服务量。按服务项目付费的优点是方法简便,易于操作,病人选择余地较大,服务要求容易得到满足,有利于新技术的发展,易于调动服务提供者的积极性。其弊端在于:由于医疗信息不对称,容易促使医疗机构提供过度的医疗服务,诱导和刺激医疗消费,导致医疗费用不合理增长。^[7]即使在医疗服务价格确定的情况下,医疗服务提供者仍能通过增加服务数量来增加费用;容易促使医疗机构倾向于发展高、精、尖医学科学技术,忽视常见多发病的防治工作。从新农合利益相关者角度分析,按项目付费能够满足医疗机构对高医疗费用的追求,有利于医务人员技术的发展,符合疾病发生的规律,约束性比较弱,可以说是最符合医疗机构利益的支付方式。按项目付费对于经办机

构,不利于对医疗费用进行监管,但易于操作;对于参合农民,按项目付费便于患者了解具体诊疗项目,但由于医务人员诱导需求,参合农民实际补偿比例不高。

按服务单元付费属于预付制,是指按照规定的住院床日费用标准支付住院病人每日的费用,或者按预算规定的每次费用标准支付门诊病人费用。^[8]这种支付方式的优点在于,对每位病人每日住院或每次门诊支付的费用都是相同的,与治疗的实际花费无关,能够激励医务人员降低每住院床日和每门诊人次费用,控制不合理费用。不足之处在于,由于支付费用与医务人员提供的服务人次成正比,容易诱导医务人员分解处方,增加患者门诊次数,或延长病人住院日数、反复住院、推诿重症病人。^[8]从新农合利益相关者角度分析,按服务单元付费,限制了单次服务的费用,使得医疗机构受到单次服务成本的约束,在利益驱动下,可能诱导多次服务以增加补偿总额。对于经办机构,这种支付方式有利于控制单次服务费用,需要制定科学的单元付费标准,增加了管理成本,对总体服务费用缺乏控制力度。对于参合农民,按服务单元付费控制单次费用,有利于提高实际补偿比例,但有可能被增加服务次数或住院天数。

按人头付费属于预付制,是指经办机构根据医务人员提供服务的人数,向医疗机构支付固定的费用,医疗机构则向患者提供合同规定内容的医疗服务。^[9]这种支付方式优点在于对医疗机构的服务和费用的控制力度比较高,也促使医疗机构开展预防工作,以减轻诊疗的工作量,同时达到降低不合理医疗费用的目的。不足之处在于按人头付费可能诱使医疗机构推诿疑难重症病人,医务人员工作积极性也可能会下降,从而导致医疗质量的下降。^[9]从新农合利益相关者角度分析,按人头付费对医疗机构约束力度较强,为了保证机构利益,可能会出现推诿重症病人现象;对于经办机构,这种支付方式费用控制效果强,对费用精算要求比较高,而且较为适用服务人群相对固定的区域;对于参合农民,按人头付费可能会控制医疗费用,提高实际补偿比,但降低服务质量。

按病种定额付费属于预付制,是根据国际疾病分类法将住院病人按疾病、诊断、年龄等分为若干组,每组又根据疾病的严重程度及有无合并症、并发症分为若干级,对每一组不同级别都制定相应的费

用支付标准,并按这种费用标准对该组某级疾病的治疗全过程一次性向医疗机构偿付清。^[7]按病种定额付费引入我国新农合制度后,在形式上有所简化以适应新农合的制度环境和管理条件。按病种定额付费优点在于,医疗机构的收入仅与每个病人患病种类及严重程度有关,而与治疗该病所花费的实际成本无关。^[9]医疗机构诊治病人时,是否赢利以及赢利多少,取决于病种定额标准与病人实际住院费用的差额。因此,按病种定额付费能够激励医疗机构为避免亏损和获取利润而主动控制不必要的成本浪费,选择最适宜的治疗方案,努力缩短平均住院日。这种支付方式的不足之处在于,当病种的诊断界限不确定时,服务的提供者往往将诊断升级,或者减少必要治疗项目和药品,以获取更多的补偿。^[9]从新农合利益相关者角度分析,按病种定额付费改变了医疗机构获取利益的方式,促使医疗机构降低医疗费用以增加补偿差额。但有可能造成医疗机构减少必要服务的提供,压制医务人员对新技术的使用。对于经办机构,按病种定额付费控费效果较好,以单个病种为费用控制重点,符合医疗行业规律,但增加病种管理成本和质量控制成本。对于患者,按病种定额付费带来的利益影响,好的方面是费用下降,弊端是必需服务可能会短缺。同样是预付制,与服务单元和人头付费相比,按病种定额付费更符合医药行业临床规律,不需要服务人群相对固定,在管理上更为先进,医疗机构操作性更强。

总额预付制属于预付制,是指由经办机构根据医疗机构的年度预算总额进行支付,医疗机构服务成本越低,收益越高。^[9]这种支付方式优点在于费用结算简单,节省管理费用,对于医疗机构的宏观费用管理能够有力控制不合理费用增长,而不必涉足医疗机构内部具体管理细节,有利于提高管理效率。^[7]不足之处在于,预算总额标准制定有难度,并有可能导致医疗机构减少必要的医疗服务的提供,推诿病人,服务强度和治疗水平下降。^[9]对新农合利益相关者的影响,总额预付制与之前三种预付制的共同点是能改变医疗机构获取经济利益的模式,激励医务人员减少不合理的费用,缺憾是降低费用的同时有可能影响到必要服务的提供;对于经办机构,管理成本较高,需要制定科学的费用控制标准和质量控制标准,但是能够保证基金的使用安全有效性。总额预付不同之处在于,它是宏观的费用控制方法,不会去监控某一项服务、某一次住院费用、某一个病种,

给予医疗机构一定的自主权和积极性,只在总量上进行把握。如果总额预付标准制定合理,可以说总额预付是预付制中将医疗机构利益与经办机构利益结合得最好的支付方式。

从以上分析中可知,几种主要的支付方式无法同时满足新农合中经办机构、医疗机构和参合患者的主要利益诉求。后付制满足了医疗机构利益,但易损害经办机构和参合农民的利益,预付制保证了经办机构和参合农民的经济利益,但易挫伤医疗机构的经济利益和服务积极性,进而影响服务质量。所以,单一支付方式不足以促使新农合制度内达到利益均衡。但是,从单一支付方式对新农合制度内各主要利益相关者的影响可知,虽然各支付方式各有优缺点,仅对制度中某部分利益集团有利,但从对行为的激励作用来看,后付制与预付制对各利益相关者的主要利益的导向能够互为补充。如果能以某种方式将后付制与预付制联合起来,使两类支付方式互相弥补不足之处,形成混合支付方式。这种混合支付方式取两类支付方式的优势,避其不足之处,应该能够使新农合制度中的各方利益达到均衡,实现制度均衡的目的。

3 混合支付方式的表现形式

混合支付方式的具体形式应与它的功能相适应。混合支付方式的功能是引导和配置新农合制度中各主要利益相关者的利益,使各方主要利益得到兼顾,形成稳定的利益均衡状态,保障新农合制度的稳健运行。所以混合支付方式的形式必须能够符合自身的功能要求。(1) 医疗机构对于发展临床技术和适应医疗行业疾病规律的利益诉求。从流行病学和临床医学原理看,所有的疾病大致可以分为常见病、多发病和重大疾病^[10],常见病、多发病诊断明确、费用变动有限、常规诊疗手段即可,重大疾病病情变化复杂、费用因人而异、常需要高端技术。对于后者,是体现医疗机构技术水准的平台,也是疾病发生发展的自然存在。由于重大疾病不确定因素太多,如果用预付制支付,一则支付标准难以测算;二则阻碍了医务人员对高端技术的探索;三则不符合疾病自然发生的规律。所以,对这部分重大疾病适宜按项目付费支付。(2) 经办机构和参合农民患者对于控制费用,保证质量的利益。实际上一个区域的患病人群中70%~80%是常见病和多发病。^[11]这类疾病可以使用预付制支付,而且也能够达到较好的控

费效果。关键在于选择哪一种预付制,以及如何保证医疗质量。由于是针对部分常见病多发病的预付制,按人头付费已经不适用,因为不可能事先知道哪些人在一段时间内患哪类病;在按服务单元付费与按病种定额付费之间,鉴于对质量控制的考虑,最佳选择应为按病种定额付费。因为按病种定额付费为了科学制定定额支付标准,必需首先按病种制定入院出院诊断标准和常规诊疗标准,并以此结合服务价格测算费用支付标准,这为经办机构对医疗机构的质量控制提供了良好工具。此外,按病种定额付费较按服务单元付费更符合疾病自然规律,能够给予医务人员更大的技术发挥空间。(3) 费用的总额预付控制。在前两种支付方式的基础,还应在费用总量上应进行控制。这是因为:1) 前两种支付方式均是基于单个病种的,而且部分重大疾病还缺乏费用控制机制,所以需要有一个总量控制机制,保证费用总体上不会过度增长;2) 农村医疗机构间缺乏有效竞争,为避免单个病种费用形成垄断性的高值,需要设置总量控制机制。

因此,这个混合支付方式由三个部分组成:(1) 按项目付费,对于少部分重大疾病;(2) 按病种定额付费,对于大多数常见病多发病;(3) 总额预付制,对费用总体控制。

4 讨论

上述混合支付方式的构成和表现形式,是通过供方支付方式的利益相关者分析而获得,是基于理论的分析 and 阐述。这种支付方式如果在实践中希望达到预期的效果,还需要在理论上进一步论证,在操作层面上进一步研究:在理论上,需要进一步论证为什么这三种支付方式组合的混合方式,是能够促使新农合达到制度均衡的适宜方式,而不是其他组合方式呢?在证明了这一点后,需要在操作层面上研究:(1) 这三种支付方式混合的结合点分别在哪里?(2) 这种混合支付方式在管理机制上如何与新型农村合作医疗管理制度相结合?(3) 按病种定额付费和总额预付制的技术关键点在实践中如何操作?以上这些问题研究清楚后,这种混合支付方式才有可能付诸于实践,达到促进新农合制度利益均衡和可持续发展的目的。

参 考 文 献

[1] 青木昌彦. 比较制度分析[M]. 上海: 上海远东出版社,

- 2001: 55-57.
- [2] Lewins R. Acknowledging the informal institutional setting of natural resource management; consequences for policy-makers and practitioners[J]. *Progress in Development Studies*, 2007, 7(3): 201-215.
- [3] Berger S, Elsner W. European Contributions to Evolutionary Institutional Economics; The Cases of 'Cumulative Circular Causation' (CCC) and 'Open Systems Approach' (OSA). Some Methodological and Policy Implications[J]. *Journal of Economic Issues*, 2007, 41(2): 529-537.
- [4] Pyo H K. Economic Reform in East Asia: New Institutional Economics Perspectives[J]. *Seoul Journal of Economics*, 2004, 17(3): 273-275.
- [5] Banthin J S, Cunningham P, Bernard D M. Financial Burden Of Health Care, 2001-2004[J]. *Health Affairs*, 2008, 27(1): 188-195.
- [6] Cohen S B, Makuc D M, Ezzati-Rice T M. Health insurance coverage during a 24-month period; a comparison of estimates from two national health surveys[J]. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 2007, 7(3): 125-145.
- [7] 王晓京, 朱士俊. 医疗费用支付方式的比较[J]. *中华医院管理杂志*, 2006, 22(7): 481-483.
- [8] 孙昔, 郭强, 陈进清, 等. 医疗费用支付方式的比较与启示[J]. *解放军医院管理杂志*, 2005, 12(5): 471-472.
- [9] 高广颖. 支付方式决定行为方式[J]. *当代医学*, 2005(9): 88-89.
- [10] John A N. American Health Policy: Cracks in the Foundation[J]. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2007, 32(5): 759-768.
- [11] Sinha T, Ranson M K, Chatterjee M, et al. Management initiatives in a community-based health insurance scheme [J]. *The International Journal of Health Planning & Management*, 2007, 22(4): 289-298.
- [收稿日期:2009-06-06 修回日期:2009-07-18]
(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

欢迎到各地邮局订阅 2010 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

院士述评、医药卫生体制改革、卫生发展战略、卫生政策研究、国际卫生保健、医疗保障、社区卫生、农村卫生、医院管理、药物政策、公共卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,每期 64 页,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部
邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328670

传真:010-52328670