

陕西镇安县实施单病种定额付费的住院费用控制效果研究

陈瑶^{1*} 刘华林² 俞鸯³ 陈曼丽¹ 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. 陕西省镇安县卫生局 陕西商洛 711500

3. 卫生部项目资金监管服务中心 北京 100009

【摘要】通过对陕西镇安县2004年至2008年的参合农民住院费用、费用构成、医疗质量数据进行描述和分析,研究镇安单病种定额付费对住院费用的控制效果。研究结果显示,单病种定额付费对住院费用有较强的控制力度,并且能够降低药品和检查费用比例,优化费用构成;对医疗质量没有显示出负面作用;然而,由于医药卫生体制上等问题,单病种定额付费对医疗机构费用控制的激励作用和效果有限。

【关键词】单病种定额付费;支付方式;效果

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)09-0018-07

The research on the hospitalization expenses controlling effects of the quota for single disease payment in Zhenan county Shaanxi province

CHEN Yao¹, LIU Hua-lin², YU Yang³, CHEN Man-li¹, YAO Lan¹

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

2. Health Bureau of Zhenan County Shaanxi Province, Shaanxi Shangluo 711500, China

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

【Abstract】 This paper analyzes the data of hospitalization expenses, the composition of expenses, and the medical quality of insurance farms in Zhenan County Shaanxi Province from 2004 to 2008. The research results show that the quota for single disease payment has a positive controlling effect in the hospitalization expenses, meanwhile decreases the ratios of the drug and examination expenses, and don't have negative effects on the medical quality. However, the incentive function of the quota for single disease payment to expenses controlling is limited, because of the problem of health service delivery system.

【Key words】 Quota for single disease, Payment, Effects

陕西省镇安县2003年起建立新型农村合作医疗制度。2003年底开始进行新农合支付方式改革,主要措施是初选了16种疾病作为单病种,实行单病种定额支付:单病种住院费用固定,参合农民住院交纳固定金额的自付费用,新农合经办机构补偿固定金额的费用,县乡医疗机构对于农民自付费用有差别,但经办机构补偿金额无差别。其余疾病按照住院日实行限额付费。2004年底,镇安将单病种的病种数扩大至54种,2006年扩大至58种,2008年扩大

至61种。

1 资料与方法

1.1 资料来源

为了分析镇安县支付方式改革对参合农民住院费用的影响,本研究收集了镇安2004—2008年的参合农民住院费用数据、费用构成数据、医疗质量数据,希望通过对这些数据的观察和分析,研究镇安单病种定额付费对住院费用及构成的控制效果。

* 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:陈瑶,女(1982年-),博士,主要研究方向为卫生政策、卫生经济。E-mail:chenyao200582@163.com

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

1.2 研究方法

本文在住院费用控制、费用分布和医疗质量三方面研究时,采用的是描述性的定量分析方法;在分析住院费用构成时,运用了统计性定量分析方法——最小二乘线性回归模型(ordinary liner square regression, OLS)。

2 研究结果

2.1 单病种定额付费对住院费用控制情况

从表 1 可以看出,2003—2007 年,镇安参合农民人均住院费用的增长水平,远低于全国县属医疗机构平均水平和陕西省综合医疗一般水平。通过镇安县卫生政策的梳理,发现在这段时期内,镇安县卫生局除了进行支付方式改革外,未进行其它相关能够控制医疗费用的措施。所以,总体上可以认为这种住院医疗费用增长趋势的控制是由于支付方式改革引起的。

由于从 2003 年至 2008 年,镇安单病种定额付费制度所覆盖的单病种在不断扩大,从最初的 38 种增至 2008 年的 61 种,所以从进入定额付费制度的时间

上,可以将镇安的病种分为三类:第一类是从定额制度开始起,就被确定为单病种的 38 种疾病,称为“原始单病种”;第二类是在后期被纳入定额制度的单病种,称为“后增单病种”;第三类是由始至终都是非单病种。这三类病种的费用变化趋势,以及价格指数年度变化趋势如图 1 和图 2 所示。与居民消费价格指数和商品价格指数随年度略有递增的趋势相比,原始单病种次均住院费用保持持续降低的趋势;后增单病种次均住院费用,在 2004 年底未纳入单病种定额付费制度之前,处于不稳定的递增趋势,在进入定额付费制度后,呈现出与原始单病种相似的稳定下降趋势。非单病种在 2006 年前,表现出高于价格指数的费用增长,在 2006 年后,经过非单病种日均住院费用限额的调整,以及其他费用控制措施的强硬执行,次均住院费用稳定在 3 000 元左右。

由此可得到初步结论,单病种定额付费较限额付费,在费用控制效果上要强有力得多。另外,从镇安的管理实践中还可以得到启示,相应的费用管理控制措施,如果运用得当,也能够带来较好的费用控制效果。

表 1 镇安县参合农民住院费用增长趋势(单位:元)

	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	涨幅(%)
陕西省综合医院	3 222.78	-	-	4 032.47	4 376.39	35.80
全国县属医疗机构	1 901.10	2 089.51	2 266.48	2 241.31	2 491.86	31.07
镇安县属医疗机构	2 134.89	2 155.82	2 886.92	2 704.33	2 541.81	17.90

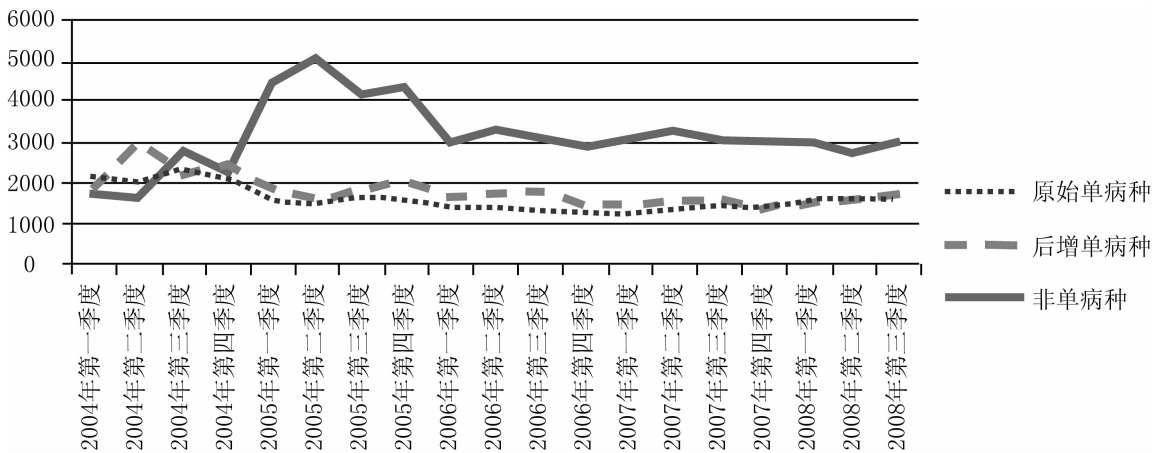


图 1 三类病种费用变化趋势图

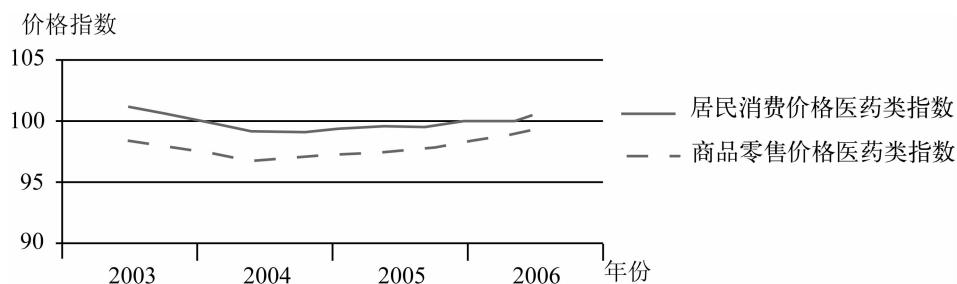


图2 价格指数年度变化趋势图

2.2 单病种住院费用构成情况

除了了解平均住院费用的变化趋势,衡量支付制度对医务人员行为影响的重要指标是费用构成比例,即药品、检查费用比例和反映医务人员劳动的劳务费用比例的变化情况。为了排除不同疾病费用构成的影响,本研究仅选择了单纯性阑尾炎住院病人费用作为研究对象,分析实施单病种定额付费制度以来的费用构成变化趋势。由于在镇安,如果参合农民因阑尾炎而住院,多数患者会选择乡镇卫生院,

所以本研究仅就乡镇卫生院的阑尾炎病例进行了分析。

如表2所示,在乡镇卫生院,参合农民阑尾炎住院费用中,药品、检查费用的绝对值和构成比例在不断降低,劳务费用的绝对值和构成比例在不断增加。相反,按照非单病种支付方式的阑尾炎病人费用中,药品、检查和劳务费用比例基本稳定在同一水平(表3)。

表2 乡镇卫生院单病种阑尾炎费用构成变化情况

指标	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
总费用(元)	1 069	997.30	1 201.18	1 199.06	1 305.26
药品费用(元)	481	402.05	443.57	426.89	420.57
检查费用(元)	118	22.96	14.45	32.300	42.80
劳务费用(元)	294	392.95	593.73	548.46	559.16
补偿费用(元)	560	570.15	892.31	900	1 046.67
药品费用比例(%)	45.00	39.54	36.89	33.39	31.77
检查费用比例(%)	11.04	2.02	1.20	2.79	3.22
劳务费用比例(%)	27.50	39.98	49.42	47.30	43.17
补偿费用比例(%)	52.39	54.75	74.30	75.06	79.57

表3 乡镇卫生院非单病种阑尾炎费用构成变化情况

指标	2005年	2006年	2007年	2008年
总费用(元)	3 471.26	2 598.14	2 291.72	2 201.47
药品费用(元)	968.13	1222.17	562.37	585.78
检查费用(元)	227.02	148.09	217.15	137.22
劳务费用(元)	2141.42	718.65	1 446.20	1 334.34
补偿费用(元)	820.92	964.29	1 150.00	1 191.61
药品费用比例(%)	27.89	47.04	22.07	25.49
检查费用比例(%)	6.54	5.76	9.93	5.71
劳务费用比例(%)	61.69	27.66	64.60	62.00
补偿费用比例(%)	24.20	40.74	54.14	55.94

为了在统计上检验住院费用各构成部分比例的变化趋势,本研究运用镇安2004—2008年363例单纯性阑尾炎住院费用构成数据构建最小二乘线性回归模型(ordinary liner square regression, OLS)如下:

$$payrate = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_1 sing + \beta_2 country + \beta_3 surg + \beta_4 day + \beta_5 make + \beta_6 year + u \quad (4)$$

其中, payrate 表示住院费用中各构成费用比例, X 表示住院患者的个人特征,如年龄、性别等; sing 表示是否为单病种; surg 表示入院时疾病严重程度; day 表示住院日长短; make 表示入院是否手术; year 是年份哑变量,以2004年为对照。

从表 4 看出线性回归模型的结果显示,住院费用中药品费用比例、检查费用比例随年度变化逐渐下降,具有统计学意义,并且单病种病人药品与检查费用比例的下降幅度低于非单病种病人;住院费用中劳务费用比例随年度变化逐渐增长,具有统计学意义,并且单病种病人劳务费用比例的增长幅度高于非单病种病人。

从费用构成模型可得到,单病种定额付费制度不仅能够总费用上控制增长,而且能够在内部优化费用构成,降低药品、检查费用比例,提高劳务费用比例,从而改善“降低大处方、大检查”现象。这是单病种定额付费是预付制支付方式的原因,能够从补偿机制上影响医疗机构。

表 4 阑尾炎费用构成模型结果

因变量	药品费用比例	检查费用比例	劳务费用比例
自变量			
住院机构	0.056**	-0.024**	-0.16***
年龄	0	0	0
是否单病种	-0.004	-0.014	0.021
住院天数	-0.005*	0.001	0.003
性别	-0.01	-0.001	0.015
是否手术	0.121***	0.027***	-0.018
入院状况	0.033*	-0.005	-0.022
2004-2005 哑变量	-0.034	-0.097***	0.135***
2004-2006 哑变量	-0.046	-0.105***	0.192***
2004-2007 哑变量	-0.103***	-0.083***	0.202***
2004-2008 哑变量	-0.101***	-0.081***	0.157***
R ²	0.33	0.38	0.44

注: *表示在 0.1 水平上有统计学意义; **表示在 0.05 水平上有统计学意义; ***表示在 0.01 水平上有统计学意义。

2.3 医疗质量情况

镇安县乡医疗机构的医疗质量情况如表 5 与表 6 所示, 2003—2007 年县级医疗机构治愈率从 55.56% 增加至 60.81%, 好转率从 24.43% 增至 37.06%, 住院危重病人抢救成功率从 81.72% 增至 91.09%; 乡镇卫生院治愈率从 74.03% 增至 82.71%, 好转率从 16.98% 增至 23.23%。

表 5 县级医疗机构医疗质量情况 (%)

县级医疗机构	2003	2004	2005	2006	2007	2008
治愈率	55.56	57.34	59.68	64.28	61.49	60.81
好转率	24.43	28.64	30.56	32.06	36.45	37.06
住院危重病人抢救成功率	81.72	85.67	88.58	92.27	93.58	91.09

表 6 乡镇卫生院医疗质量情况 (%)

乡镇卫生院	2003	2004	2005	2006	2007	2008
治愈率	74.03	73.82	75.34	71.39	91.54	82.71
好转率	16.98	17.73	16.47	18.56	22.05	23.23

2.4 单病种住院费用分布情况

以阑尾炎为例,做 2003—2008 年县乡两级医疗机构费用分布图,纵坐标是阑尾炎住院费用,横坐标是将参合阑尾炎病人按照出院时间排序得到的病例序号。从图 3 和图 4 可以看出,阑尾炎费用呈现出一种阶梯状分布状态,镇安县级医疗机构阑尾炎病人第 168 例~344 例是在 2006 年和 2007 年上半年发生的病例,其费用集中在 1 500 元附近;第 345 例~389 例是 2007 年下半年—2008 年发生的病例,其费用集中在 1 800 元附近。而阑尾炎报销的定额标准在 2006 年和 2007 年上半年为 1 500 元,2007 年下半年调整为 1 800 元。乡镇卫生院阑尾炎费用第 1 例~476 例,477 例~1 076 例、1 077 例~1 183 例分别发生于 2003 年—2005 年、2006 年—2007 年上半年、2007 年下半年—2008 年,期间阑尾炎定额标准分别为 1 000 元、1 200 元、1 500 元。这说明,每一阶段住院费用接近当时的定额标准,阶段之间出现跳跃的时间与阑尾炎定额标准调整的时间基本相符,并且这种趋势在乡镇卫生院体现得更为明显。这有可能是因为定额标准影响了医务人员的行为,进而影响病种费用分布。图 5—图 9 是 2003—2007 年镇安乡镇卫生院阑尾炎费用分布,从图中可以清楚的看到 2003 年乡镇卫生院阑尾炎费用分布还是正常的左偏态曲线,但到 2004 年之后,阑尾炎费用集中在当年定额标准值附近,呈现出高度聚集分布状态。

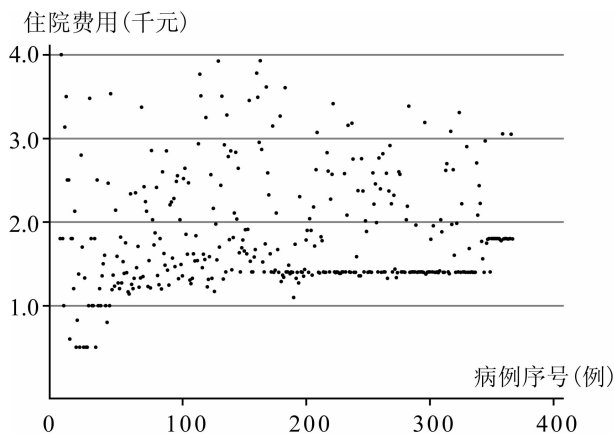


图 3 镇安县级医疗机构阑尾炎住院费用分布

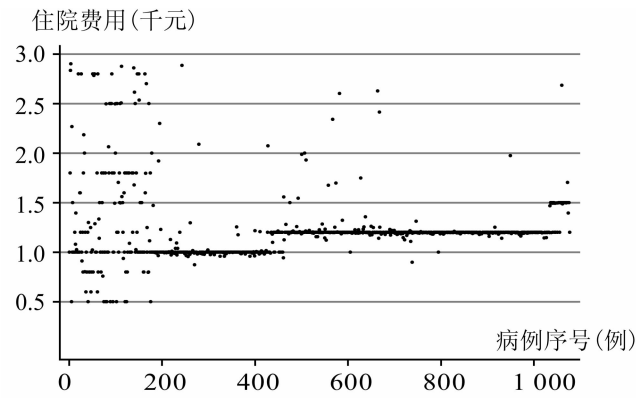


图4 镇安乡镇卫生院阑尾炎住院费用分布

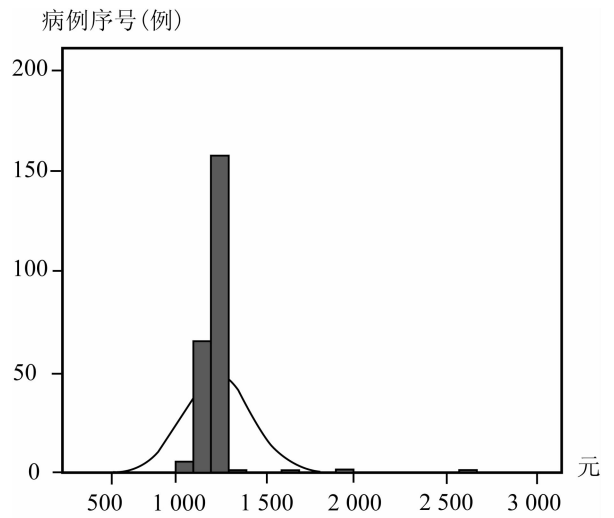


图7 2005年乡镇卫生院阑尾炎住院费用分布

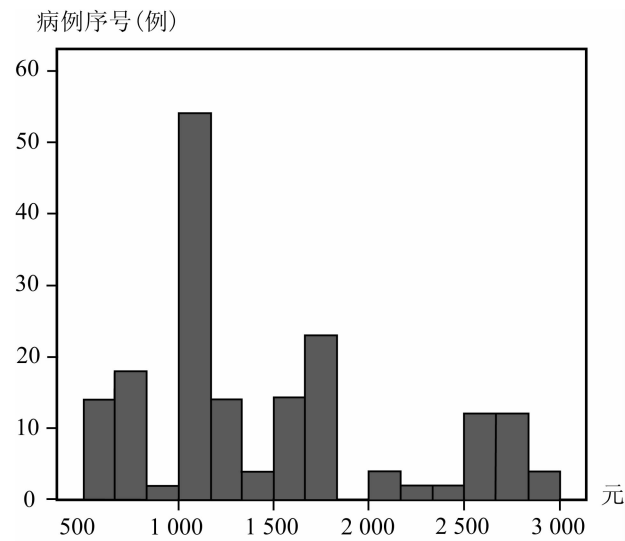


图5 2003年乡镇卫生院阑尾炎住院费用分布

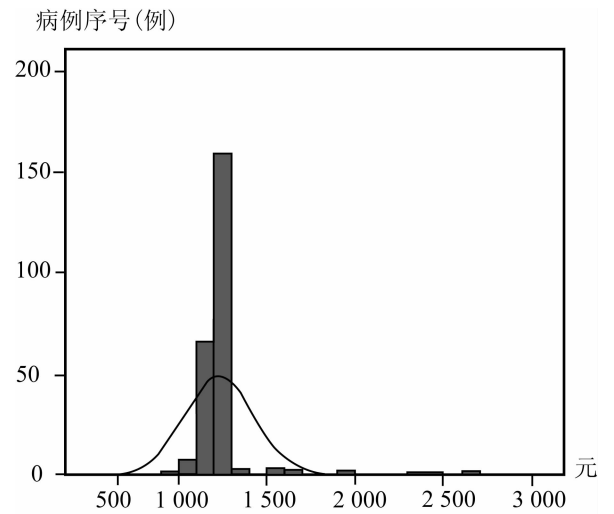


图8 2006年乡镇卫生院阑尾炎住院费用分布

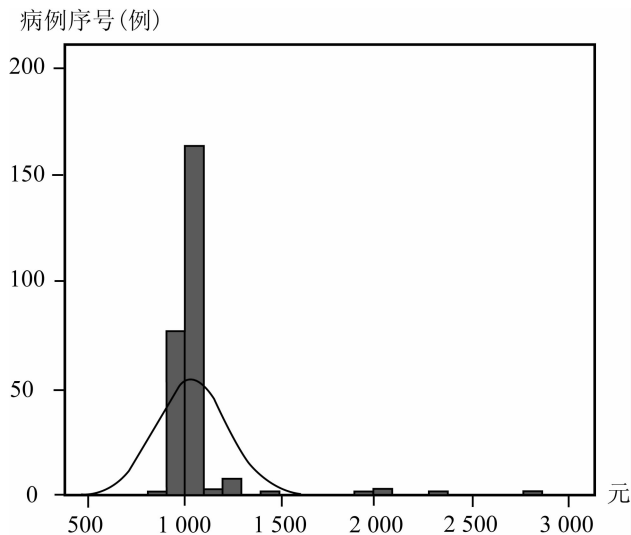


图6 2004年乡镇卫生院阑尾炎住院费用分布

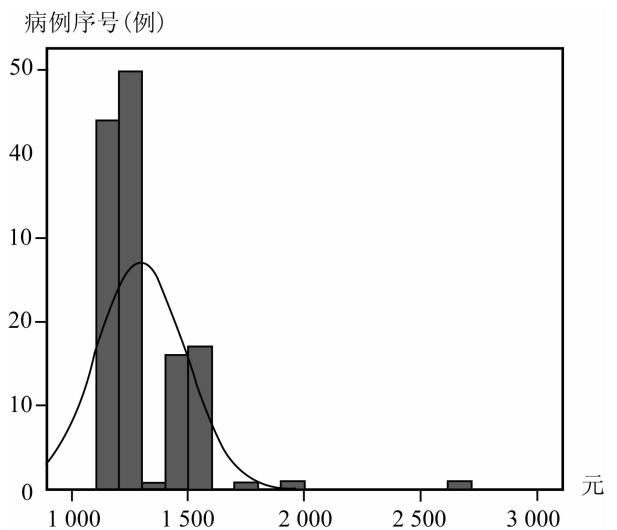


图9 2007年乡镇卫生院阑尾炎费用分布

3 讨论

3.1 单病种定额付费对住院费用及构成作用明显

以镇安为代表的单病种定额付费作为预付制中具有较强控费效果的支付方式,是国际上流行的按诊断相关分类定额预付款制度(Diagnosis Related Groups, DRGs)的中国新农合版本。由于我国农村医疗机构和新农合经办机构信息化和管理能力的限制,单病种定额付费对于一种疾病只制定一个定额标准,这的确难以准确反映具有不确定性和复杂性特点的临床工作,但是胜在易于管理和操作。^[1]镇安的数据有力地证明了单病种定额付费对住院费用有较强的控制力度,较住院日限额付费和单病种限额付费更能遏制费用不合理的增长趋势。同时住院费用构成也明显变得更加合理,药品、检查费用比例下降,反映劳动价值的诊疗费用比例上升。这样的结果源于单病种定额付费改变了传统的按项目付费的开放式的支付方式,力求转变医疗机构医务人员的补偿方式,期望医务人员从以往的服务收费转变成成本控制获利。

3.2 单病种定额付费对于我国农村医疗机构成本控制的激励作用和效果有限

这不是农村医疗机构的问题,而是我国医药卫生体制的问题。通过镇安 2003—2007 年参合农民阑尾炎住院费用分布图,可以看到阑尾炎住院费用高度集中在定额标准附近,而不是呈现出低于定额标准的左偏态分布,这说明单病种定额付费期望中的成本控制的补偿方式尚未完全形成,医疗机构的收入中,定额标准与实际费用的利润差额只占一部分,其他部分的收入依然来自于各种服务项目的利润,药品、检查带来的各种“明扣”和“暗扣”并未完全被掐断,住院费用虽然得到有效控制,但其中不合理的部分并未完全被“挤”干净。^[1]出现这种不纯粹的控费效果的根本原因有二:

(1) 公立医疗机构的管理体制和运行机制改革尚未完成。由于我国政府对于公立医疗机构投入不足,尤其是农村医疗机构,仅给予医疗机构药品加成补偿成本的政策,加上对公立医疗机构的监管制度不完善,使得公立医院为了生存和发展,不得不通过各种项目服务收费维系自身经营,逐渐形成了“大处方、大检查”这种扭曲的补偿机制。^[2]在农

村,新型农村合作医疗建立后,医疗机构的诱导需求通过按项目付费支付方式进一步扩大化,才会出现新农合建立初期,参合农民报销后实际自付费用比没有参合前还高的现象。所以参合农民住院费用不合理的增长实际上有两方面的原因,一是公立医疗机构自身的管理体制与运行机制不完善;二是新农合和按项目付费助长的供方诱导需求。因此,单病种定额付费解决了第二个方面的原因,但无法消除第一个因素,才会出现这种不完全的费用控制效果。

(2) 新型农村合作医疗筹资水平有限。现阶段政府公共财政能力有限,农民收入水平不高,使得新农合筹资水平有限,只能补偿部分住院费用^[3-4]。这使经办机构对医疗机构的谈判力度减弱,经办机构只能控制补偿的这部分费用,医疗机构直接向患者收取的费用,经办机构的控制效果通常比较差。这就是为什么医疗机构会诱导住院病人门诊付费的原因,也是新农合的实际补偿比例低于规定的补偿比例的原因之一,更是新农合信息系统与医疗机构信息系统需要建立、完善和对接的重要原因。以上这两个方面的因素削减了单病种定额付费激励机制的作用,使其费用控制效果有限。

3.3 单病种定额付费没有造成医疗质量下降

按照支付方式理论,实施单病种定额付费等预付制后,由于医疗机构会通过减少服务项目来削减成本,以获取最大利润,医疗机构服务质量不可避免会受到影响,出现推诿病人、缩短住院日、服务短斤少两等质量问题。这种现象在实施 DRGs 的美国等国家已被证实存在,这也是单病种定额付费在中国推行的主要顾虑。^[5]但是这种问题在镇安尚未出现,在其他实施单病种定额付费的县,通过访谈和文献研究,也没有出现。究其原因,主要有两方面:一是正如前文论述的,单病种定额付费的激励机制并未完全建立起来,定额标准的利润空间并非医疗机构及医务人员的主要收入,因而医务人员不会去为了获取更多的利润空间而损害医疗质量。二是由于我国农村医疗机构的服务能力和医疗质量一直比较薄弱^[6],在新农合开展后,政府为增强农村医疗机构服务能力和质量,也相应地增加了投入,促使农村医疗机构医疗服务质量的提高。所以,在镇安支付方式改革后,未见医疗质量的下降。

参 考 文 献

- [1] 姚岚, 聂春雷, 刘运国, 等. 论我国农村医疗机构按病种付费可行性模式构建[J]. 中国医院管理, 2007, 27(7): 19-21.
- [2] 张君锋, 刘珏, 但小苹. 建立公益性医院的必要性及可行性分析[J]. 医院管理论坛, 2007, 24(9): 17-21.
- [3] 陈迎春, 吴妮娜, 王莉杨. 新型农村合作医疗需方筹资风险分析[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(5): 26-27.
- [4] 张兴安, 岳建民. 论议公立医院分配制度的有效激励和公平性[J]. 北方经济, 2007(9): 89.
- [5] Welch W P. Bundled medicare payment for acute and pot-sacute care[J]. Health Affairs, 1999, 17(6): 69-81.
- [6] 陈坝吹, 聂春雷, 刘华林, 等. 新型农村合作医疗中单病种定额付费的定额标准实证探讨[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(7): 27-29.
- [收稿日期:2009-06-29 修回日期:2009-08-10]
(编辑 许素友)

· 动态讯息 ·

卫生部召开 2009 年全国社区卫生工作会议

为贯彻落实中央关于深化医药卫生体制改革意见和医改实施方案,全面部署加强社区卫生服务体系,促进基本公共卫生服务逐步均等化等工作,2009年8月13—14日,卫生部在西安召开2009年全国社区卫生工作会议。

卫生部部长陈竺做了题为《抓住机遇,迎接挑战,加快推进社区卫生服务健康发展》的讲话。他指出,要充分认识社区卫生工作在深化医药卫生体制改革中的重要作用,社区卫生服务是建立基本医疗保健制度的重要内容,是公共卫生服务、医疗服务、医疗保障、药品供应保障四大体系的重要交汇点。

在肯定近年社区卫生发展成效的基础上,他分析了当前社区卫生发展中的差距。一是社区卫生服务人才匮乏,服务能力差仍然是制约社区卫生服务发展的瓶颈。二是服务网络尚待完善。一些地区还存在机构空白点,尤其是中小城市,社区卫生网络不健全,社会力量举办比例过高等问题比较突出。三是规范管理需要加强。一些社区卫生服务机构功能定位不准确,盲目发展医疗服务,超范围执业等问题仍比较突出。四是社区卫生服务运行机制管理体制依然面临挑战,以药补医问题比较突出。由企事业单位医疗机构改造或医院延伸举办的社区卫生服务机构管理体制还需理顺等。

陈竺强调,要以医药卫生体制改革为契机,积极推进社区卫生工作健康发展。一是要进一步健全社

区卫生服务体系。要按照医改方案要求,三年内新建、改造3700所城市社区卫生服务中心和1.1万个社区卫生服务站。在建设中要合理制订社区卫生服务机构设置规划,优先利用现有医疗资源改造改制为社区卫生服务机构。建设项目需要的建设用地,由地方政府无偿划拨,地方政府要安排好配套建设经费。各地要利用国家投资建设契机,加快推进社区卫生服务机构规范化、标准化建设。二是加强以全科医师为重点的社区卫生服务队伍建设。按照医改重点实施方案的要求,2009—2011年要为社区卫生服务机构培训医务人员16万人次。三是大力推进基本公共卫生服务逐步均等化。按照《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》的要求,社区卫生机构要切实承担起责任,落实9类服务项目。中央财政已经下拨2009年国家基本公共卫生服务项目经费,各地必须全力推进、狠抓落实、务求实效,要建立基本公共卫生服务绩效考核制度,组织督导检查,加强对项目资金的管理。四是继续深化社区卫生服务机构运行机制改革。各地区要在推进收支两条线管理,落实基本药物制度,探索人事分配制度改革,加强大型公立医院、预防保健机构与社区卫生服务机构分工合作,推动医疗保险与社区卫生相衔接等方面进一步探索。

(来源:卫生部网站; 摘编:田晓晓)