

医疗保险资金管理模式研究:以 A 市为例

韩鹏* 黄葭燕 田丹 刘婧 曹颖 顾而洲 陈英耀

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】在全国几乎统一的管理模式下,A 市经过多年探索和实践,建立了一套与全国其他地区不同的城镇医保资金管理模式。本文从 A 市医保资金管理模式形成、目前管理模式实施情况和各方对管理模式运行的评价与意见几方面对管理模式进行具体介绍。本文运用定性访谈方法重点对管理模式为什么形成,为什么能顺利运行,管理模式的优势和劣势进行了分析和讨论。本文认为应当挖掘 A 市的医疗保险资金管理模式的“精髓”,切实建立一个多部门协调的平台。

【关键词】医疗保险;管理模式;定性研究

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.06.008

The research of health insurance fund management model: a case from A City

HAN Peng, HUANG Jia-yan, TIAN Dan, LIU Jing, CAO Ying, GU Er-zhou, CHEN Ying-yao

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 After years of exploration and practice, A City establishes a health insurance fund management model which is different from other cities and towns in the context of unified management model in China. This paper mainly introduces the health insurance fund management model, the current management situation and the stakeholders' views about the management model. It employed the qualitative method to discuss why the management model formatted, why the management model operated smoothly, the strengths and weaknesses of the management model. The paper recommends that to learn from the city health insurance fund management model's essence, and to build a platform of multi-sectoral coordination.

【Key words】 Health insurance; Management model; Qualitative method

医疗保险资金的筹集、分配和使用是卫生系统可持续发展的重要基础,是医药卫生体制改革的重要内容。党的十七大报告明确提出要加快推进以改善民生为重点的社会建设,努力使全体人民学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居,其中医疗保障和医疗服务体系建设是小康社会的重点之一。^[1]

医疗保险筹资的管理问题在我国现阶段具有十分重要的现实意义。随着各种医疗保障制度的覆盖率不断提高,医疗保险资金的管理问题日益突出。由于认识、操作、经验等方面的原因,政府行政部门在对医疗保障资金的管理上存在许多问题。^[2]

在全国几乎统一的管理模式下,A 市建立了一套与全国其他地区不同的城镇医保资金管理模式,

形成了具有一定地方特色的医保资金管理体系。

1 资料来源与方法

1.1 文献回顾

通过收集国内相关文献、新闻报道、学术报告等资料,了解该市医疗保险基金筹集、分配和使用的信息,为研究提供基础信息。

1.2 定性资料收集

1.2.1 知情人访谈

通过对劳动和社会保障局、卫生局、财政局、医保基金管理及结算中心、医改办等部门相关负责人的访谈,了解当地医保管理模式的发展过程、取得成

* 基金项目:卫生部政策法规司资助课题。

作者简介:韩鹏,男(1982 年-),硕士研究生,主要研究方向为社会医学与卫生事业管理学。E-mail:hansteven1215@126.com

通讯作者:陈英耀。E-mail:yychen@shmu.edu.cn

效及存在问题。

1.2.2 焦点组访谈

通过对各级医疗机构的行政管理人员、医生、群众/病人代表进行座谈,了解医保资金管理模式的
发展过程、对医疗机构和参保人的影响、取得的成效与不足、值得改进的地方。

1.2.3 二手资料收集

收集相关机构在医保管理模式研制、建立和调整过程中的书面材料,包括相关文件、报表、总结、报告等。

2 结果与分析

2.1 A 市医保资金管理模式基本框架

目前 A 市的医保资金管理模式如图 1 所示。

目前 A 市资金管理模式中主要部门的职责:

(1) 医改办: 由市政府分管副秘书长任主任, 财政局、社保局和卫生局负责人分别任副主任, 统筹协调各相关部门的关系。

(2) 医保局: 隶属于劳动和社会保障局, 属于二级局, 综合管理全市医疗保险工作, 监督管理全市医疗保险基金的征收、使用、结存等运营工作, 承担市医改办的日常工作。

(3) 医保基金管理中心: 医保局的下设机构, 负责医保基金的征缴, 以及参保人登记管理, 个人账户管理和信息管理。

(4) 卫生局: 参与医保政策的制定和相关医保管理工作。

(5) 医疗保险结算中心: 卫生局下设的事业单位, 主要负责医保资金的支付及相关政策的制定与执行, 对定点医疗机构进行监督管理。结算中心还具有一定的协调作用。

(6) 财政局: 负责医保基金的监督和改革措施实施后的经济评估。

2.2 A 市医疗保险资金管理模式产生的历程

2.2.1 现行 A 市医保资金管理模式产生的背景

在医保改革启动的最初几年, 无论是在医保资金的分配使用、部门之间的分工协作上, 还是在
对医疗机构的监管上, A 市出现过很多棘手问题, 医保改革的实施和推进甚至受到威胁。卫生局在医保资金的筹集、分配和使用方面并不承担明确的管理职能。^[3]

卫生局的一位领导介绍说: “当时(指 1994—1997 年)的社保局既管筹资, 又管分配, 他们认为费用用得越少就越好, 这样造成了资金使用出现问题, 资金的下拨也不及时。他们过多地干预医疗行为, 造成了医保工作人员、医务人员和患者之间的矛盾。”

医保局的相关领导介绍说: “我们从 1994 年开始医保改革, (在这之后) 我们的结算办法、结算方式和付费制度经历了几个过程, 特别是到 1997 年的时候, 由于没有一套比较成熟的医保制度改革的经验, 医保超支很大, 这给我们的制度能否进行下去带来了巨大的挑战。当时部门利益矛盾显现, 部门合作不协调。”

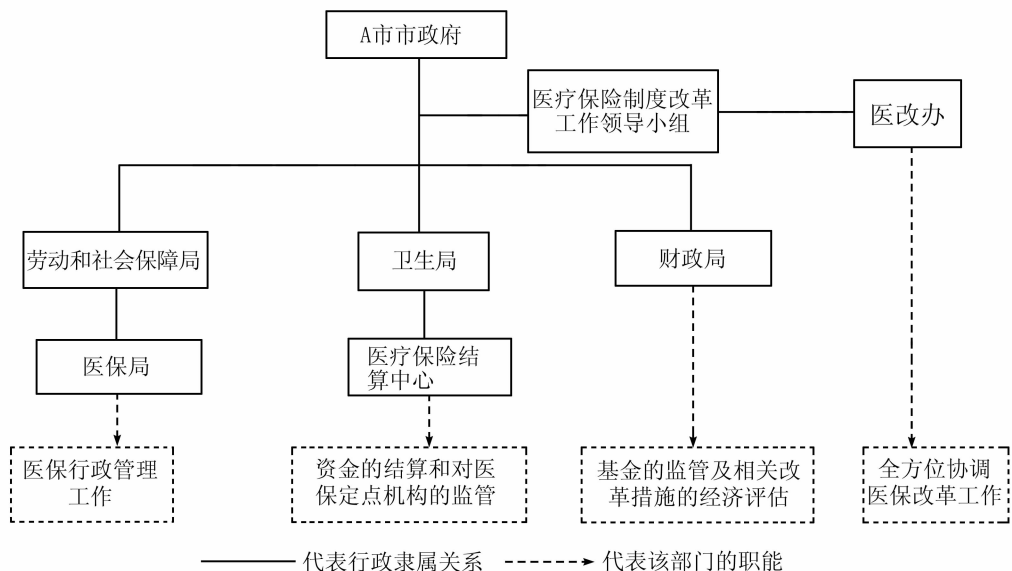


图 1 A 市医保资金管理模式示意图

结算中心的相关领导介绍说：“1996 年医保运行非常困难，医疗费用大幅反弹，群众看病不方便，出现大量的分解服务和重复挂号现象。”

2.2.2 现行 A 市医疗保险资金管理模式产生的关键人物和关键事件

1997 年，在 A 市医疗保险发展最为困难的时期，市委市政府组织调研小组对医保运行情况进行深入调研，找出存在的问题，提出改革措施。

结算中心的相关领导介绍说：“当时是由一位人大副主任牵头，组织人大、政协、社保、财政、体改、卫生、物价和医院等多部门组成的调研小组对医保的运行情况展开调研，通过实地调查、组织各种座谈会，对问题进行评估。”人大政协的相关领导回忆说：“为了医改的成功，人大牵头开展调研。调研的主要内容包括了解费用超支问题、缓解医保管理部门和医院矛盾问题，减轻群众就医负担问题等。”

医保局的相关领导描述说：“一方面是社保局与医院、卫生局总是有一个利益的冲撞，另一方面是参保人利益需要调整，为此市委、市政府专门请市人大负责人牵头组织调研，找出解决的办法。”

调研为调整 A 市的医保政策策略奠定了基础，医改办的相关领导介绍说：“解决问题的方法有很多，有政策上的调整，有机制上的调整，也有机构部门的调整。”

2.2.3 A 市医疗保险资金管理模式产生的内在促成因素

医改办、医保局的负责人在访谈中都提：“用管的住企业的来管理筹资，用管得住医院的来管理结算”，管理好医院是医保政策顺利实施的重要因素。

人大政协的相关领导表示：“结算中心是内行管理，费用使用上哪些是合理的，哪些是不合理的，它（结算中心）是很清楚的。”此外，由于卫生行政部门有权任免医疗机构负责人，因此，卫生行政部门拥有特殊的“行政力”。医改办的领导指出：“在政事不分的情况下，卫生它有强大的行政力，它对于自己的医疗机构可以用行政的手段来解决（医保）问题”，“当基金超支，管理困难的时候，交给卫生局管理肯定有它的优越性。因为政府可以下令叫它（卫生局）平衡，卫生局就叫院长去平衡，

（院长）有责任做好平衡工作。”卫生凭借其行政管理与行业管理的优势在医保政策执行过程中对医院起着监管作用。

2.2.4 现行 A 市医疗保险资金管理模式各方职能划分

A 市的医保基金管理模式具有协调好，运转较为平稳的特点。医改办的领导感觉目前的资金管理模式运行比较顺畅：“收入预算是由医疗保险局制定，之后是由医保、财政、卫生三方共同审定。实际上也就是由医改小组批准以后，由医疗保险结算中心根据上一年度医疗保险费用使用情况再去做一次二级预算。一级预算由医保局做、二级预算由结算中心做。预算做完以后由医保、财政去讨论，讨论以后由医改办实施。”

人大政协的领导认为：“政府可以通过医改办来关注医保的运行情况，也可以帮助制度的调整和保证其正常的运行。”

医保局的领导对现在各医保相关机构能够相互协调的情况做了这样的介绍：“卫生局下面成立了一个医保结算中心，医保工作的行政理由医保局（来进行管理），医保资金筹集由医保中心来承担，医保资金的支付和监管则由结算中心来承担，支付和监管是联系在一起的。”

2.3 相关各方对现行模式及推广价值的观点

2.3.1 医改办

医改办的相关负责人首先肯定了医改办在医保资金管理模式中的协调作用，他介绍说：“我们这边的决策是由医改办统一思想，征求社会各方意见，才能递交到市政府（审批）。在这个关系中有一个铁三角就是财政、医保和卫生，他们分别代表不同的主体行使责任。所有政策、预算方案的出台，资金的管理都要通过（医改办）这个环节。财政是政府责任的体现，劳动是对企业管理的体现，卫生是医院管理的体现，医改办可以代表着方方面面的利益。”

医改办的相关负责人认为目前无法评判该资金管理模式到底如何，他认为：“如果简单地说卫生管就管得好，劳动管就管得困难，那就是人治的概念，是政事不分的概念。如果政事分开，民政下的部门、财政下的部门、建委下的部门、农业下的部门作为医

疗保险经办机构都是一样的,只要他有与医保工作相匹配的人,哪个部门来承担都是一样的。”

这位负责人认为,目前的医保资金管理模式是否推广并不重要,“若能做到政事分开,或是建立有效的管理机制,或是医疗机构之间已经寻找到一条既能控制费用又能改善服务的付费机制的情况下,任何管理体制都是好的。”医改办的负责人认为其他地方不应照搬该市的资金管理模式,而应推广其深层次的管理机制。

3.3.2 人大、政协

人大政协的相关负责人认为该市医疗保险资金管理模式的优点是医改办的协调作用,他指出:“我们的副市长扮演着重要的角色,他一直在研究医保体制,他主管财政、医保和卫生,有着独特的条件。医改办有好多部门来参加,医改办的成立对医保工作的顺利开展有很多好处。政府把医保政策的制定简单地交给某个单一的部门,是不可能经过深入的探讨并全面研究的。”医改办成了各部门沟通交流的平台。

3.3.3 卫生局

卫生局相关负责人认为优势在于这种管理模式有利于缓解各方矛盾,运行起来比较顺畅。他认为:“这种模式便于缓解矛盾,在(资金)结算、(资金)管理,医疗费用的控制等方面都可以取得较好的效果。这种资金管理模式比较顺,是因为它既管医疗又管医保。”

卫生局相关负责人也谈到了他在这种资金管理模式下的工作难处:“我既是医保(结算部门领导),又是卫生局(领导),既要控制医保费用,还要想着医院如何增加收入,医院要发展必须增加收入。”

3.3.4 医保局

医保局的相关负责人也肯定了医改办所起到的作用:“在目前 A 市的工作格局下,出台医保政策,医保政策的调整和完善都是要通过医改办。”

他介绍了医改办的在这种基金管理模式下一个特殊条件:“常务副市长既分管财政,也分管劳动,还分管卫生。”

医保局的相关负责人提出了“医疗保险工作只能在一个部门来统一管理,不管是由劳动来管理还是由卫生来管理。”

3.3.5 医保结算中心

结算中心的相关负责人肯定了医改办所起到的作用:“我觉得这个模式的优势是医改办具有协调作用。医改办可以把医保政策提交到多个不同部门进行讨论,在政策研究过程中可以把财政、劳动、卫生几个方面都考虑全面。”

另一个优势是在这种医疗保险资金管理模式下实行的是资金收支两条线,具体的资金流向是医保局负责医保资金的筹集,筹集的资金上交到财政局的财政专户,而后财政专户再下拨给结算中心,由结算中心负责资金的分配和结算。

结算中心负责人提出建立医保部门和医院之间的风险共担机制,有了这样的机制就可以很好地协调医保部门控费和医院花费之间的矛盾。

结算中心相关领导提出了这种医疗保险资金管理模式本身的形式并不重要,而医保、卫生、财政的多方协调机制才是管理模式的精髓所在。他指出:“形式不一定要推广,多部门共同协调的机制是可以推广的。”

3.3.6 医院

医院是医疗保险制度改革的主要载体,它与医疗保险制度存在着相互依赖和相互制约的对立统一关系。^[4-5]卫生行政部门的行业管理优势是各家医院的共识,他们觉得卫生局对医疗机构的业务比较熟悉,对医保工作(尤其是结算和支付方面)的管理更加有效。

在目前的基金管理模式下,医疗机构超总控现象较为普遍。由于连年超支,医疗机构的发展较为缓慢,新项目的开展也较为困难。如一家医院的负责人表示:“现在 A 市采取的是总额控制、弹性结算的方式,这种结算方式使得医院的新技术新项目开展的越多,超总控越严重。”另一家医院的相关负责人表示:“我们政府主要想解决老百姓的看病问题,而没有考虑到医院的发展问题。”

医院对资金管理模式的基本理解均集中到医保支付政策,故其提出的建议更多是对目前的医保偿付政策的建议,医院的提法一般为:“医疗费用支付办法如果把通道式和板块式结合起来可能效果会更好。”

3.3.7 病人代表

多数病人对医保资金管理模式的了解。多数病人对 A 市的门诊、住院费用可以接受,认为费用较合理,自付比例较低。

4 讨论

A 市在医保改革启动的最初几年,无论是在医保资金的分配使用上,在部门之间的分工协作上,还是在医疗机构的监管上都出现了很多新问题,甚至威胁该市医保改革的实施和推进。在这种情况下,要顺利实现医保改革的目标,避免不合理的资金筹集、分配和使用行为,提高社会各方的满意度,必须要找到医保运行出现问题的症结所在,改善在基金管理模式中不利的环节。^[6]

“用管的住企业的来管理筹资,用管得住医院的来管理结算”,这一朴素的话语勾画出 A 市医疗保险资金管理模式的实践基础。正如一位结算中心的相关领导所引述的比喻:“医院是一个水龙头,开关大小都在它那里,开大一点它就流得多一点,基金用得就快一点;开小一点它就流得少一点,基金就用得慢一点。”由此可见,管理好医院是医保政策顺利实施的重要因素。医改办、医保局的负责人在访谈中都提及这句“共识”。由卫生行政部门管理医保资金的结算不仅有其业务上的优势,还有其行政上的优势。

A 市现阶段的基金管理模式主要由财政局、医保局、卫生局三方的参与,而医改办是对各方起到协调作用的关键部门。回顾模式的演变,模式的产生主要是为了调和医疗服务提供方与医疗费用支付方在医疗费用结算方面的尖锐矛盾,而“导火索”是该市医疗保险基金(主要是统筹基金)大量亏空,进而成为当地政府必须解决的首要民生问题。A 市的模式之所以能够顺利推进,关键在于出现了调和矛盾的关键“掌权”人物,而且在政府各部门中比较认同“管得住企业的管收费,管得住医院的管用费”的观点。A 市医保资金管理模式的核心理念是建立各部门协调、合作的平台和机制,共同管理医疗保险基金的筹

集、分配和使用。

单凭市场化、商业化的方式很难做到医疗价格的公正合理。当市场这只“看不见的手”不能充分发挥作用时,只能强化政府职能,对医疗机构的行为进行调节干预。^[7]卫生行政部门应加大医保资金使用监管力度^[8],同时可以与医保实际工作部门协商,突破一家监督医保服务提供部门的局面,实行多层监督。

从 A 市医疗保险资金管理模式的推广价值来看,单纯照搬模式没有意义,而要挖掘其“精髓”,切实建立一个多部门协调的平台,有利于各方的充分沟通,建立一种医保资金管理模式的协调管理机制,有利于部门的相互信任、协商和合作。此外,在医保资金管理中,应积极引入卫生行政部门的参与,加强对医疗服务的管理。

参 考 文 献

- [1] 近年来我国社会保险基本情况[EB/OL]. (2007-11-29) [2010-02-03]. http://www.molss.gov.cn/gb/news/2007-11/29/content_212193.htm.
- [2] 孙广辉. 职工医疗保障制度改革四年来的回顾与展望[J]. 中国医院管理, 1999, 19(10): 13-14.
- [3] 庞凤喜. 论社会保险税的征收与社会保障制度改革的关系[J]. 公共经济评论, 2007, 7(8): 1-10.
- [4] 刘键, 高东宸. 医疗保障制度对医院的影响与对策[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 17(5): 279-271.
- [5] 邢建丽, 姚仲玲, 若玫. 实施医疗保险后医疗服务需求变化对医院的影响与对策[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 17(12): 754-755.
- [6] 王永其, 凌能侃, 王建宏. 城镇职工基本医疗保险基金的运行与思考[J]. 卫生经济研究, 2001(8): 35-37.
- [7] 赵晟珂. 医疗体制改革的博弈分析[J]. 运筹与管理, 2007, 16(3): 110-113.
- [8] 王涛. 医疗保险制度改革研究[D]. 武汉: 华中师范大学, 2004.

[收稿日期:2010-04-09 修回日期:2010-05-06]

(编辑 何平)

住院医疗费用总额预付制结算办法及其运行效果评价

姜丽* 张开金 黄新 王进

东南大学公共卫生学院 江苏南京 210009

【摘要】近年来,我国医疗费用快速增长,其中住院医疗费用的增长更快。随着新医改的推进,各地都在积极探索医疗费用的控制方法。江苏省W市医疗保险基金管理中心制定了住院费用总额预付标准,对医疗保险定点医疗机构的年度住院费用进行总额控制,对定点医院参保人员住院费用实行“总额控制、按月结付、超支分担、节余留成”的结算办法。该办法对控制住院医疗费用的快速增长,减轻参保人的医疗费用负担起到了积极的作用。在详细调查了W市定点医疗机构住院医疗费用预付总额制定办法的基础上,对其合理性、存在问题以及运行效果进行了评价,并提出了完善这一办法的建议。

【关键词】医疗保险;定点医疗机构;住院医疗费用;总额预付

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.06.009

Settlement method of total prepaid and its operation evaluation for inpatient expenditure

JIANG Li, ZHANG Kai-jin, HUANG Xin, WANG Jin

School of Public Health, Southeast University, Jiangsu Nanjing 210009, China

【Abstract】 In recent years, medical costs rising fast, which inpatient expenditure rising even more seriously. With the progresses of new health reform, many places explore ways to actively control medical costs actively. The medical insurance fund management center in W City of Jiangsu Province developed the prepaid standards of total costs for designated hospital to control its annual inpatient costs. The inpatient expenses for the insured person at the designated hospital was used the settlement approach of “total control, a monthly statement to pay, cost overruns-sharing, saving retained”. This approach played an active role in controlling the rapidly rising of inpatient costs, which reduced the insured person’s burden on the medical expenses. On the basic of detailed investigation of the developing ways of total prepaid for hospital expenses at the designated medical institutions in that city, this article evaluated the rationality, problems and running effect of its ways to develop the total prepaid method, and made some recommendations to improve it.

【Key words】 Medical insurance; Designated hospital; Inpatient expenditure; Total prepaid

根据《关于市区医疗保险住院医疗费用实行总额预付制结算办法的通知》([2007]6号)、《关于市区定点医疗机构住院医疗费用结算中有关问题的通知》([2008]9号),以及《关于确定2009年度市区定点医疗机构住院医疗费用控制总额的通知》的精神,自2007年1月1日起,江苏省W市对医疗保险定点医疗机构住院医疗费用实行总额控制,定点医院参

保人员住院费用实行“总额控制、按月结付、超支分担、节余留成”的结算办法,即将医疗保险总额预付制和后付制相结合,年初制定各定点医院的年度住院医疗费用预付总额,结算时按月后付。本文将对其预付总额制定办法的合理性、存在问题以及运行效果进行评价,并提出完善该预付总额制定办法的方法和建议。

* 基金项目:无锡市劳动和社会保障局项目(编号:锡劳社医函[2009]第10号)。

作者简介:姜丽,女(1985年-),硕士研究生,主要研究方向为医疗保险、卫生事业管理。E-mail:jiangli408@163.com

1 住院医疗费用总额预付制预付总额制定办法介绍

江苏省 W 市医疗保险定点医疗机构住院医疗费用预付总额计算办法有三种:一是针对医疗保险定点医院住院医疗费用预付总额计算办法;二是针对医保定点社区卫生服务中心的;三是针对实行住院医疗费用服务单元定额结算满一年的新批准定点医疗机构的。

1.1 定点医院住院医疗费用预付总额制定办法

W 市自 2006 年开始实行住院医疗费用总额预付制度以来,定点医院的住院费用预付总额按照环比法确定,即:

2006 年定点医院住院医疗费用预付总额 = 2005 年 11 月—2006 年 2 月该院参保人员的实际住院费用 $\times 3$;

2007 年定点医院住院医疗费用预付总额 = 2006 年预付总额 \times 增长系数;

2008 年定点医院住院医疗费用预付总额 = 2007 年预付总额 \times 增长系数;

2009 年定点医院住院医疗费用预付总额 = 2008 年预付总额 \times 增长系数;

其中,2007 年确定的增长系数为 112%,2008 年和 2009 年二级及以上定点医院增长系数为 114%,其他定点医院增长系数为 116%。

1.2 定点社区卫生服务中心住院医疗费用预付总额制定办法

医疗保险定点社区卫生服务中心住院医疗费用预付总额的计算公式如下:

住院医疗费用预付总额 = 本中心社会病人(含参保和非参保人员)门诊住院率 \times 参保人员门诊人次 \times 社会病人的平均住院费用 \times 增长系数 ①

其中,2008 年和 2009 年定点社区卫生服务中心的增长系数为 118%。

1.3 实行住院医疗费用服务单元定额结算满一年的新批准定点医疗机构住院医疗费用预付总额制定办法

W 市实行住院医疗费用服务单元定额结算满一年的新批准定点医疗机构住院医疗费用预付总额的计算公式如下:

住院医疗费用预付总额 = 市区同类医疗机构社会病人(含参保和非参保人员)的平均门诊(急诊)住院率 \times 本医疗机构参保人员门诊(急诊)人次 \times 本医疗机构社会病人的平均住院费用 \times 增长系数 ②

其中,2008 年和 2009 年二级及以上定点医疗机构增长系数为 114%,其他定点医疗机构增长系数为 116%,城区社区卫生服务中心的增长系数为 118%。

2 住院医疗费用总额预付制预付总额制定办法评价

2.1 定点医院住院医疗费用预付总额制定办法评价

通过环比法制定预付总额办法的合理性在于:首先,在计算上、操作上简便易行;其次,用 2006 年各医院的参保患者实际住院费用来制定各医院的预算总额基数,排除了由于各医疗机构的等级、规模、科室结构、服务人口、疾病结构、医疗设施与设备、医技人员的技术等因素的不同对预算总额的影响。

该总额制定方法存在的问题也很多。首先,由于医药费用的大小会随着季节的变化而变化,如 1、2 月份费用偏低,7、8 月份费用偏高,用 2005 年 11 月—2006 年 2 月的费用乘以 3 来代表 2006 年全年的住院医疗费用预算总额可能会存在较大的误差。其次,该方法用“2005 年 11 月—2006 年 2 月该院参保人员的实际住院费用 $\times 3$ ”计算出来的医疗费用作为每年的预算总额基数,按环比增长计算以后每年的预算总额,基数不变,只调整每年的增长系数。但是,由于每年各定点医疗机构的规模、科室结构、费用构成、病种构成、病人结构、服务人口等都在变化,所以连续几年各定点医院实际发生的医保患者住院医疗费用也有较大的差异,而连续 4 年都按照同一个基数来计算预算总额势必会有较大的误差。例如一些医院扩建、科室增加,但预算总额计算基数不变,还按照原有规模和科室计算预算总额,造成总额偏低;或者一些医院规模萎缩,科室减少也同样按照原有的规模和科室计算预算总额,造成总额偏高的不合理现象。

2.2 对公式①和公式②的评价

根据社会医疗保险精算原理^[1-2]:

保险费 = 医药补偿费 + 管理费 + 风险储备金 ③

其中,医药补偿费 = 医药费基线数据 × 增加系数 × 保险因子 × 补偿比 ④

公式③和④是计算参保人员个人保险费的原理,但是由于医疗保险基金遵守“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则,所以公式③和④同样适用于总额预算制中总额的确定。现以社会医疗保险精算原理为基础,对用公式①和公式②来计算住院医疗费用预算总额的合理性进行评价。

2.2.1 本医疗机构

公式①采用本医疗机构的社会病人门诊住院率、平均住院费用、参保人员门诊人次,具有很强的针对性,可以将本医疗机构的等级、规模、科室结构、服务人口、医疗设施与设备、医技人员的技术、住院病人疾病结构等因素涵盖在内。公式②中,由于是实行住院医疗费用服务单元定额结算满一年的新批准定点医疗机构,门诊住院率还不够稳定,所以首先采用市区同类医疗机构社会病人(含参保和非参保人员)的平均门诊(急诊)住院率,再采用本医疗机构的平均住院费用、参保人员门诊人次,同样具有很强的针对性。

2.2.2 社会病人门诊住院率与参保人员门诊人次

“社会病人(含参保和非参保人员)的门诊住院率 × 参保人员门诊人次” = 估计的基期本医院参保人员住院人次数

理论上应由“参保人员门诊住院率”乘以“参保人员门诊人次”才等于“参保人员住院人次数”,但是考虑到参保人员的医疗保险待遇住院高于门诊,一般参保患者的门诊住院率较自费患者的高,所以用“社会病人(含参保和非参保人员)的门诊住院率”而不用“参保病人门诊住院率”,能将一部分由于医保病人未达住院标准而住院带来的医疗资源的浪费排除在总额之外,对规范住院能起到一定的积极作用。

2.2.3 社会病人的平均住院费用

根据公式③和④,公式①和②中:

“社会病人的平均住院费用” = 医药费基线数据

由于参保患者的一部分住院费用由医疗保险买单,可能引起患者扩大医疗需求,医疗机构诱导需求等道德风险的发生。所以参保患者平均住院费一般会高于自费患者的平均住院费。用社会病人的平均住院费作为医药费基线数据,能在一定程度上控制

医疗服务提供方的行为,减少由医疗保险补偿引起的医疗资源浪费。

所以“社会病人(含参保和非参保人员)门诊住院率 × 参保人员门诊人次 × 社会病人平均住院费用” = 估计的基期本医院参保人员住院人次数 × 医药费基线数据 = 估计的基期本医院医保患者住院医疗费用总额

再乘以增长系数,即考虑到药品价格的上涨、人们对卫生服务需求的自然增长及卫生服务条件的改善所导致的卫生服务费用的增加而预测的该医院下年的医保患者住院医疗费用预算总额。因此,公式①和②在理论上是站得住脚的。

2.2.4 保险因子和补偿比对预算总额的影响

与公式③和④相比,公式①和②没有涉及保险因子和补偿比对预算总额的影响。保险因子是反映医药费用随补偿比变化的指标。若补偿比为 R 时的医药费用是某一对比补偿点 R_0 时的 f_i 倍, f_i 即为保险因子。^[1-2] 公式①和②用社会病人的平均住院费用,而不是仅仅采用自费人员的平均住院费用,也即在一定程度上考虑了由于医疗保险补偿或保险因子对医疗费用的影响,但没有对保险因子进行具体的计算。由于保险因子的计算比较复杂,所以公式①和②可以看成是一个简易的总额计算公式。

公式①和②也没有考虑补偿比对预算总额的影响,即对所有医院的医疗费用都按 100% 进行补偿。由于结算时医保病人不是完全按实际医疗费用给付,而是有一定的起付线、共付比例和封顶线,所以总额的制定中应该考虑补偿比的影响。根据《关于市区医疗保险住院医疗费用实行总额预付制结算办法的通知》([2007]6号)规定,W市在按月结算时,按照累计“实际住院费用”扣除累计“实际住院费用”中所有个人负担部分后结付;如果累计“实际住院费用”超过按月平均计算的累计“住院费用预算总额”,按累计“住院费用预算总额”扣除累计“实际住院费用”中所有个人负担部分后结付。即所有医保患者的自付费用都将在结算时从预算总额中扣除。即医保患者的自付费用包括起付线部分、共付段中患者自付部分、封顶线以上部分都将在结算时从总额中扣除,所以也就不用在预算总额的制定中考虑补偿比的问题。

表 1 2006—2008 年 W 市定点医疗机构预算总额使用情况

年度	三级(家)				二级(家)				社区(家)				其他(一级,家)			
	合计	超支	结余	平衡	合计	超支	结余	平衡	合计	超支	结余	平衡	合计	超支	结余	平衡
2006	10	10	1	—	15	13	2	—	19	13	6	—	5	5	—	—
2007	9	9	—	—	14	13	1	—	21	13	8	—	7	5	2	—
2008	9	9	—	—	15	12	3	—	49	39	10	—	9	6	3	—

数据来源:W 市医疗保险基金管理中心

2.3 对 2009 年增长系数的评价

增长系数是指本年医疗服务成本与上年相比增长的比例。它反映药品价格的上涨、人们对卫生服务需求的自然增长及卫生服务条件的改善等所导致的卫生服务费用的增长。增长系数的确定除考虑药品价格的上涨、人们对卫生服务需求的自然增长和卫生服务条件的改善外,还应考虑物价指数、卫生服务价格指数、工资增长率等。由于门诊和住院、基层医疗机构和较高级医疗机构的用药构成及收费标准都不同,其增长系数也应不一样。^[3-4]

W 市 2009 年增长系数按二级及以上定点医院 114%,其他定点医院 116%,定点社区卫生服务中心 118% 确定。社区卫生服务的增长系数最高,二级及以上定点医院最低,出发点是为了支持社区卫生服务机构的发展,并在一定程度上控制二级及以上定点医院医疗费用的不合理增长,以达到从总额上控制医疗费用支出的效果。从而使卫生资源向社区倾斜,缓解医疗资源的倒三角分布状况。但是,现实情况是定点社区卫生服务中心医疗费用增长速度较慢,118% 的增长系数相对较大,出现总额结余的现象;而部分二级及以上定点医院医疗成本控制效果较差,医疗费用增长速度较快,114% 的增长系数相对较小,出现定额超支的现象。针对这种情况,二级及以上定点医院应该加强本院的医疗成本控制,主动减少不必要的检查、药品等支出,规范医疗行为,使医疗费用的增长率小于医疗保险机构每年确定的增长系数;定点社区卫生服务机构应在医疗保险政策的支持下积极主动的寻求发展,扩大服务人数,吸引更多的参保人员到社区就诊,改善医疗服务质量,扩大社区卫生服务机构的规模。

3 住院医疗费用总额预付制运行效果评价

3.1 预算总额使用情况

W 市自 2006 年开始实行住院医疗费用总额预算制度以来,大多数医疗机构的年度医保患者住院总费用超过了住院费用预算总额。其中,三级医疗机构全部超支;没有超支的二级医疗机构只有 1~3 家,一级医疗机构只有 2~3 家,但社区卫生服务中心住院总费用不超预算总额的越来越多(表 1)。

3.2 个人负担率

W 市在实施定点医疗机构住院医疗费用总额预算的过程中,除了对费用总额进行控制以外,结算时所有医保患者的自付费用都将从预算总额中扣除,而且每年年末还会对参保患者住院费用个人负担率进行考核。个人负担率实际情况超过指标的,每超过 1%,按住院费用预算总额的 0.1% 扣减统筹基金支付的住院医疗费用总额。该办法使得医疗服务提供方乱开自费药的利益驱动减小,降低了参保人员的个人负担率,减轻了参保患者的费用负担。2006—2008 年,三级、二级、一级和社区卫生机构的参保患者住院费用个人负担率均逐渐降低,参保患者的费用负担逐步减小(表 2)。^[5-6]

表 2 2006—2008 年 W 市定点医疗机构参保人员住院费用个人负担率变化情况(%)

年度	总负担率	三级	二级	社区	其他(一级)
2006	32.14	32.58	29.36	27.99	33.97
2007	26.66	26.93	24.78	24.59	26.31
2008	23.25	23.32	22.47	23.03	24.84

数据来源:W 市医疗保险基金管理中心

3.3 就诊情况

选取该市某三级医院 2006—2008 年的全部就诊数据进行统计,该院门诊就诊人次和住院就诊人次均逐年

增长,但门诊病人结构和住院病人结构基本保持平稳。门诊病人中医保患者占 31.20% ~ 43.31%, 自费患者占 56.69% ~ 68.80%; 住院病人中医保患者占 34.76% ~ 43.06%, 自费患者占 56.94% ~ 65.24%。该院次均住院费用增长较快,其中医保患者的次均费用高于自费患者。另外,该院床位使用率在 87.07% ~ 104.68% 之间,床位数在 1 282 ~ 1 571 张之间(表 3)。

3.4 基金支付情况

将该院 2006—2008 年的全部就诊数据的逻辑错误以及不正常偏高和不正常偏低的数据删除以后,统计得出的医保患者住院费用支付情况及构成(表 4)。2006—2008 年,统筹基金支付次均额逐渐增长,公务员补助基金支付、企业补充基金支付、现金支付的次均额也出现小幅度的增长;在支付结构上,统筹基金支付所占比例由 62.19% 增长到 71.52%, 现金支付所占比例由 37.07% 下降到 25.88%。

4 建议

根据上述分析,对完善该市预算总额制定办法

提出以下建议。

4.1 在预付总额制定办法中引入调整系数

根据社会医疗保险精算原理,在公式①和②中加入调整系数,用调整系数来反映医疗机构的搬迁、改造、扩建;科室结构、开放床位数的变化;服务人口、疾病结构、病人结构的变化以及医疗保险基金的可承受能力等对预算总额的影响。即:住院费用预算总额 = 社会病人门诊住院率 × 参保人员门诊人次 × 社会病人的平均住院费用 × 增长系数 × 调整系数。^[3,7]

4.2 结算时对医院进行绩效考核

制定不同的指标,在结算时对医院的医疗服务质量、医疗行为规范程度等进行绩效考核。每个指标考核标准不同,并根据重要程度给每个指标一个权重,进行加权平均得出医疗服务质量综合指标。例如湖南省根据人均住院费、药品费用、床日费、个人自付比例、投诉比率、返院率、检查和化验比率、违规费用比率 8 个指标,进行加权平均得出医疗服务质量综合指标。^[8]

表 3 W 市某三级医院的门诊、住院情况

年份	门诊病人结构(%)		住院病人结构(%)		次均住院费用(元)		床位使用率(%)	开放床位数(张)
	医保	自费	医保	自费	医保	自费		
2006	31.20	68.80	36.48	63.52	9 012.66	5 198.86	104.68	1 461
2007	34.92	65.08	34.76	65.24	10 594.12	5 847.36	87.07	1 571
2008	43.31	56.69	43.06	56.94	12 307.98	8 846.55	94.80	1 282

数据来源:W 市医疗保险基金管理中心

表 4 W 市某三级医院医保患者住院费用支付情况及构成

支付类别	2006		2007		2008	
	次均额(元)	构成比(%)	次均额(元)	构成比(%)	次均额(元)	构成比(%)
统筹基金支付	5 605.51	62.19	7 183.76	68.21	8 762.90	71.52
公务员补助基金支付	56.11	0.62	65.47	0.62	99.37	0.81
企业补充基金支付	0.00	0.00	114.85	1.09	205.70	1.68
账户支付	10.91	0.12	69.70	0.66	13.33	0.11
现金支付	3 341.37	37.07	3 097.72	29.41	3 170.57	25.88
合计	9 013.91	100.00	10 531.50	100.00	12 251.87	100.00

数据来源:W 市某三级综合医院住院信息库

4.3 制定预算总额时考虑医疗机构的服务能力

在预算总额的制定中应考虑各定点医疗机构的服务能力问题。如果年度预算总额高于该定点医院的服务能力,该医疗机构没有能力用掉该总额,则该预算总额势必偏高,而医疗机构可能会通过一些不合理途径来用掉该总额,这对医疗保险基金的合理使用不利。所以,制定预算总额时必须考虑各定点医疗机构的服务能力。考核各医疗机构服务能力的一个较好的指标为“床位使用率”,即用床位这个硬件的使用情况来衡量各医疗机构的服务能力。所以,建议各医疗机构的年度预算总额不能超过用“床位使用率”计算出来的该医疗机构年度住院医疗费用总额,建议该总额的计算方法为:该医疗机构床位使用率×开放床位数×该医疗机构平均床日费用(含参保人员和非参保人员)×365。

4.4 废除环比法改用公式①计算预算总额

分析发现,公式①具有科学、方便、可行的特点,但定点医院现行的住院医疗费用预算总额制定办法(环比法)却具有很多不可避免又很难解决的问题。所以建议该市医保中心废除定点医院现行的预算总

额制定办法——环比法,并尝试运用公式①来计算预算总额。

参 考 文 献

- [1] 程晓明. 医疗保险学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2003.
- [2] 周绿林, 李绍华. 医疗保险学[M]. 北京: 科学出版社, 2006.
- [3] 李良军, 杨树勤, 刘关键, 等. 保险因子的初步研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 1994, 14(4): 13-18.
- [4] 浙江省卫生代表团. 倡导全科医疗实行卫生经费总额预算制——赴德国、丹麦考察报告[J]. 卫生经济研究, 1999(8): 34-38.
- [5] 孙承岱, 张广慧. 大连市职工医疗保险实行总额预算和按项目结算的实践[J]. 卫生软科学, 1998, 12(2): 26-28.
- [6] 许朝晖. 试论医保总额预付与新型医疗集团运行[J]. 中国卫生资源, 2009, 12(4): 168-170.
- [7] 吴晓东. 坚持基金总额预付、动态调控确保医疗保险平稳运行[J]. 财政研究, 2005(2): 31-33.
- [8] 顾晓阳, 于昌池. 浅谈医疗费用总额预算管理[J]. 卫生软科学, 2000, 14(3): 105-106.

[收稿日期:2010-01-04 修回日期:2010-02-25]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

世界银行公布旨在改善发展中国家生殖健康的五年行动计划

全世界每年有 35 万多名女性死于怀孕和分娩综合症,其中 99% 发生在发展中国家。千年发展目标提出,到 2015 年将产妇死亡率在 1990 年的水平上降低四分之三。为此,需要每年将产妇死亡率降低 5.5%,但目前全球每年仅降低不足 1%,在撒哈拉以南非洲只有 0.1%,距离实现目标遥遥无期。2010 年 5 月 11 日,世界银行公布了 2010—2015 年生殖健康行动计划,旨在帮助发展中国家改善生殖健康以及降低产妇死亡率。根据这一计划,世行将通过实施更多的避孕和计划生育措施、改善产前保健和产科护理、培训更多的医务人员、增加妇女和女童受教育的机会等方式,帮助 58 个发展中国家降低生育率和产妇死亡率。

缺乏现代避孕措施和计划生育的能力是导致产妇死亡的一个主要原因。2008 年,发展中国家的 14 亿

育龄妇女中,有 8 亿多存在避孕的愿望和需求,其中有 6 亿人使用了现代避孕措施,由此避免了 18 800 万例计划外生育、120 万例新生儿死亡和 23 万例产妇死亡。然而,在撒哈拉以南非洲,仅有 22% 的女性拥有现代避孕工具,许多贫困女性将人工流产作为控制生育的最后手段。每年在全世界 2 亿孕妇中,有 2 000 万人采用不安全的方式流产,其中 68 000 人因此死亡,530 万人出现暂时或永久残疾。

另外,缺乏良好的产前护理和产科保健也是导致孕产妇死亡的重要因素。2003—2008 年,发展中国家得到至少四次产前专业护理的孕妇不足总数的一半。2007 年,发展中国家只有 61% 的产妇分娩时得到了专业护理。

(来源:联合国网站)