

我国慢性病医疗保障现状及政策比较

包思敏* 张开金 黄新 宋蕾 郭炜

东南大学公共卫生学院 江苏南京 210009

【摘要】为完善基本医疗保险制度、提高慢性病门诊医疗保障水平,本文在对慢性病医疗保障覆盖范围、资金来源、慢性病报销政策、监督管理方式等进行描述的基础上,从筹资、支付和结算三方面对各地慢性病的不同医疗保障模式进行比较分析,指出慢性病不同医疗保障模式存在的优势和劣势,并对目前慢性病医疗保障存在的问题的进行对策探讨,为构建慢性病门诊统筹体系奠定基础。

【关键词】慢性病; 医疗保障; 政策; 门诊统筹

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.05.006

A comparative study of status quo and policy of payment to chronic out-patient management in China

BAO Si-min, ZHANG Kai-jin, HUANG Xin, SONG Lei, GUO Wei

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

【Abstract】To improve the development of basic medical insurance system and chronic out-patient management, this paper analyzes the strengths and weaknesses of the management situation of the chronic out-patient and compares different chronic out-patient management modes among various regions in terms of financing, payment and settlement on the basis of the coverage, fund source, reimbursement policies, and supervision and management of chronic out-patient management modes, and explores the counter measure to solve the problem of chronic out-patient management, which expect to establish a system of pooling chronic out-patient service within the basic medical insurance.

【Key words】Chronic disease; Medical insurance; Policy; Pooling out-patient

随着我国经济社会发展和人口老龄化的加快,慢性病患病率呈现上升趋势。慢性病具有高发病率、高致残率、高死亡率的特点,不仅严重影响我国人民健康水平和生活质量,而且大量消耗有限的卫生资源,带来巨大的经济负担,也使基本医疗保险基金面临很大风险。因此,加强慢性病医疗保障,完善相关政策,降低慢性病人经济负担迫在眉睫。本文采用多案例比较分析方法,重点选取慢病管理条例较完善清晰或者管理方式较有特点的城市案例,通过分析部分地区的慢性病医疗保障办法和慢性病医疗保障现状,探讨如何合理进行慢性病医疗保障,为构建慢性病门诊统筹管理体系,完善基本医疗保险制度奠定基础。

1 我国慢性病医疗保障政策的现状

1.1 保障范围

在制定慢性病医疗保障政策时,由于对慢性病的认识各不相同,各地对门诊慢性病的定义和范围有不同的理解。具体说来,有些地区将门诊慢性病与其他疾病统一归为门诊特殊病种,有些将常见慢性病按病情严重程度进行划分,而另一些则按不同医疗机构进行病种管理,还有些按照不同医疗保险类别进行慢性病的划分。

1.1.1 统一归为门诊特殊病种

不将慢性病种单独列出,而与其他特殊病种一

* 基金项目:国家自然科学基金项目(70973018),江苏省科技支撑计划—社会发展项目(BE2008617)

作者简介:包思敏,女(1984年-),硕士研究生,主要研究方向为医疗保险政策与管理。E-mail: simomo1984@126.com

通讯作者:张开金。E-mail: njkjjzh@163.com

并列为门诊特殊病种或大额补充病种。如盐城市就将糖尿病、高血压(II、III 期)等慢性病归入大额补充医疗保险,进行限额报销管理。

1.1.2 按病情严重程度划分

有些城市如徐州市将常见慢性病分为三大类,第一类包括慢性活动性肝炎、慢性肾功能不全等严重疾病,二类门诊慢性病包括支气管扩张、精神分裂症等,三类门诊慢性病包括糖尿病、冠心病、前列腺增生等常见慢性病。^[1]而有些城市如天津市则分为两大类,第一类包括癌症等疾病,第二类包括糖尿病、红斑狼疮等慢性病。^[2]

1.1.3 按不同医疗机构划分

为便于慢性病的管理,少数地区如镇江市对定点医院和定点社区卫生服务机构慢性病门诊诊治的病种分别进行了限定。其中定点医院门诊诊治病种为 9 种,而定点社区卫生机构门诊诊治病种为 11 种。^[3]

1.1.4 按不同医疗保险类别划分

石家庄市对享受国家公务员医疗补助政策人员、享受企业补充医疗保险政策人员缴纳 10% 补充医疗保险费者、享受企业补充医疗保险政策人员缴纳 4% 补充医疗保险费者作出不同规定。前两类人员可享受门诊 37 种慢性病政策,而后一类人员只具备享受门诊 9 类(种)疾病政策资格。^[4]

1.2 保障模式

1.2.1 筹资模式

(1)不单独筹资,在基本医疗保险中支付。大多数地区的慢性病费用不进行单独筹资,而是由基本医疗保险中的统筹基金予以支付,如北京市、上海市等。这种方式可以节约管理成本,简化组织结构,但是有可能导致慢性病费用支出过量,从而挤占住院费用。

(2)单独筹资,在补充医疗保险中支付。少数地区对慢性病费用进行单独筹资。如石家庄市的慢性病人发生的复合医保政策的门诊费用从国家公务员医疗补助金和企业补充医疗保险金中列支;盐城市建立了大病补充医疗保险基金,包括高血压、糖尿病等长期慢性病人的门诊费用。单独筹资虽然操作较复杂,但能考虑到慢性病的特殊性,减轻慢性病人个人负担。

1.2.2 支付模式

(1)单病种限额支付。大部分地区采用此种支付方式,分为单病种标准定额支付和单病种最高限额支付。单病种标准定额支付是指慢性病按病种设定标准费用,超出部分限额管理。即按照慢性病病种的分类设定支付标准,超过支付标准的在最高支付限额以下,按不同比例进行统筹支付,如石家庄市、天津市等。这种支付方式克服了医院过度供给的弊端,能较好地控制慢性病门诊医疗费用;但是如何合理制定单病种支付标准是一个较为棘手的问题,支付标准过高可能会过度释放医疗需求,支付标准过低则可能会加重慢性病病人的个人负担,降低其生命质量和健康水平。单病种最高限额支付,是指不设统筹基金起付标准,但对每种疾病设立最高支付限额,最高限额以下按比例负担,超过部分个人负担,不同病种实行不同的限额,如沈阳等。此种支付方式较上一种支付方式更容易被患者接受,有助于很好的控制费用;但最高支付限额的制定标准不明确,有可能会造成慢性病人滥用医疗卫生服务,导致卫生服务资源的浪费。

(2)以就诊人头为核心的总额预算制。此种模式是按人头和总额预算制的结合,通过分别制定慢性病年度门诊费用标准,年末根据实际慢性病服务人头和年度门诊费用标准进行核算,只在镇江等少数城市进行。此种支付模式能有效控制医疗费用的上涨,但是操作过程比较复杂,怎样合理将按人头付费和总额预算制结合也是一个值得探讨的问题。

(3)病种分值,定额包干,总量调控。这种支付方式较具有创新性,是指各定点医院以病种的定额或平均实际发生数、上年实际平均支付系数、当年各医院病种实际发生人数为参数计算包干,如淮安市。超支部分医保与医院进行“三、七”分担,节约部分 70% 奖励定点医院。^[5]此种模式通过设定合理的系数来进行病种分值管理,对重病进行合理的补偿,合理分配医疗卫生资源;定额包干,鼓励医疗卫生机构节约医疗费用,有效控制慢性病门诊费用;但是也面临诊断升级、管理费用增加等问题。

1.3 结算方式

1.3.1 按月/季度/年度结算

此种结算方式由于时间固定,操作流程简单,被大部分地区采用。但是这种方式未充分考虑慢性病人实际就诊情况,容易发生医疗费用结算不及时、慢性病人满意度不高等情况。

1.3.2 按医疗年度结算

这种结算方式以病人实际发生费用的时间自动滚动成一个医疗年度,而不是以自然年度进行报销,如青岛市。这种结算方式较上一种结算方式更加合理,能考虑到慢性病人实际就诊情况,提高慢性病人满意度,但操作过程较复杂,需要耗费较多人力物力。

1.3.3 即时结算

这种结算方式是在开发了门诊慢性病病种用药、监测管理系统软件,使得慢性病门诊信息化管理程度大大提高的基础上,即时按比例进行慢性病门诊费用报销;省去了年度报销的麻烦,提高

了慢性病人满意度,但也对信息管理平台的发展提出了更高的要求,目前使用城市较少,如临沂市。^[6]

2 我国慢性病医疗保障政策存在的问题

2.1 主要参照住院费用支付方式,忽略慢性病特殊性

虽然许多地区都提出了慢性病门诊医疗费用补助政策,但是都没有使用针对慢性病门诊费用的支付方式,而是主要照搬了住院费用的支付方式。大部分地区的慢性病人发生门诊费用时,先由个人账户支付,超过一定限额后再由统筹基金支付,也有的是直接按照不同比例由个人账户和统筹基金分担慢性病人门诊费用。由于门诊诊疗发生次数较住院次数多,如果照搬住院费用的支付方式则可能造成手续繁杂,给慢性病人和相关工作人员造成麻烦;且由于门诊费用可能达不到报销额度,导致部分患者用住院服务代替门诊服务,给统筹基金带来了很大的浪费。

表1 部分地区慢性病医疗保障政策比较

地区	病种覆盖范围	管理方法	政策特点	效果简评
盐城	将慢性病列为大额补充病种	建立大额补充医疗保险基金,实行限额报销	建立专项基金,限额+按比例负担	为大额补充病种提供资金来源,解决患者费用问题;但慢性病病种较少,小额门诊费用得不到报销
徐州	分三大类,不同类别不同标准	一个统筹年度个人累计支付超过一定金额,由统筹基金最高补助限额和补助比例按医院不同进行补助	按病情严重程度分类,病种范围广	病种范围较广,受益患者增多;但可能造成过度利用医疗卫生资源
临沂	27种	在慢性病医疗保障中心费用即时按比例报销;其他定点医院,年末到医保处报销	门诊慢性病病种用药、监测管理系统软件;即时按比例报销	病种覆盖较广,信息化便于患者自由选择;即时报销为患者带来方便
石家庄	37种	单病种年度报销金额限额管理,超过起付标准的部分在当年个人账户用完后,由医疗补助基金和个人共同负担,医疗补助基金支付90%,个人支付10%	筹资互助,重视个人负担的作用	有效控制费用,但可能导致个人负担过重
青岛	43个病种中,20个有限额标准	门诊大病与住院(或家庭病床)的医疗年度合并计算 多病种限额=基础限额+增加限额	多病种限额政策 以医疗年度为单位计算	医疗费用结算年以患者实际发生费用时间为起点,维护患者经济利益;多病种限额政策有利于减轻慢性病人负担
镇江	11种	以就诊人头为核心的总额预算管理结算方式,分别制定慢性病年度门诊药品费用标准,年终根据实际慢性病服务人头和年度门诊药品费用标准结算	建立统一电子档案,单独统计医疗保险数据	费用控制良好,可能造成医生诱导消费
淮安	9种	定额包干,总量调控。超支部分医保与医院进行“三、七”分担,节约部分70%奖励定点医院	病种分值,定额包干,总量调控	有效控制医疗费用,有可能降低服务水平

2.2 病种覆盖范围差别较大,降低了地区公平性

慢性病多为终身性疾病,患者需要面临巨大的经济负担。各地慢性病的病种覆盖范围不一,有些地区将一些符合门诊治疗的慢性病列入门诊特殊病种管理,其费用由统筹基金按一定比例支付^[7],如天津市、沈阳市等。它能节约管理成本,但由于没有考虑到慢性病的特殊性,有可能无法满足慢性病病人的卫生服务需求。而有一些地区则将慢性病单独列出,与医疗保险政策结合进行管理,如石家庄市、徐州市等。其考虑到了慢性病的特殊性,能基本满足慢性病病人的卫生服务需求,但增加了管理成本。各地区慢性病种覆盖范围的不一致,降低了地区公平性。如果病种覆盖范围过大,可能加重基金负担,而病种覆盖范围过小则使慢性病人无法得到合理保障。

2.3 管理细则不明确,可能造成多种风险

慢性病患者率的上升、疾病负担的加重,加大了医疗保险基金运营的风险,即系统外风险。而各地对慢性病医疗保障方法细则制定的不明确,则造成了系统内风险。对于慢性病病种的鉴定缺乏清晰统一的标准,可能会增加部分慢性病的经济风险。而在慢性病门诊用药审核方面也不明确,由于药品的发展十分迅速,医保部门可能由于对临床不熟悉而将一些药品列为非医保用药,减少了慢性病患者用药选择性。在慢性病门诊统筹的资金运营方面,许多政策也未作出明确规定,可能导致用于慢性病门诊统筹资金年增长率较低,无法满足慢性病人卫生服务需求。另外,慢性病医疗保障的监督细则也不明确,可能造成参保人过度使用医疗服务、医疗卫生服务提供者诱导消费等道德风险。

3 政策建议

3.1 建立慢性病门诊统筹政策,引导慢性病人进社区

一项研究显示,如果不采取干预措施,2006—2015年,包括中国在内的23个发展中国家中,仅心脏病、中风、糖尿病就会花费约840亿美元。^[8]为此,有必要建立慢性病门诊统筹政策,加强慢性病的门诊费用管理。由于在慢性病人门诊诊疗过程中,个人账户积累资金的作用并不明显,且不能互助共济,

因此可以考虑将个人账户中的资金筹集起来用于慢性病病人的门诊医疗卫生服务,为慢性病门诊费用提供资金来源。并且,可以和社区卫生服务机构相结合,通过确定社区卫生服务机构具体医疗服务范围,制定合理费用分担机制,控制慢性病门诊统筹支出,引导慢性病人进社区。

3.2 合理制定病种支付范围,探索更合理的结算方式

慢性病门诊统筹应逐步扩大病种支付范围,支付标准以当地百姓承受能力为基础,支付水平必须和当地慢性病门诊统筹筹资水平相适应,立足基本保障,从低水平起步。为了减少慢性病的发生和发展,必须从预防做起,逐步加强慢性病健康管理工作,并将健康管理中某些项目纳入慢性病门诊统筹政策中去;通过对各级医院制定由高到低的不同自付比例和起付标准,逐步引导社区内慢性病人由大型综合或专科医院向社区卫生服务机构流动^[9],达到患者分流和降低医疗成本的目的。探索更合理的门诊统筹结算方式,形成就医、支付、结算一体化,有效控制医疗费用。

3.3 总量控制、医保包干,做好基金风险防控工作

为了防范医疗保险基金风险,更好地控制慢性病费用,可以采用总量控制、医保包干的形式。^[10]医保部门通过与医院谈判,按照医疗年度将部分医保基金划拨给医院,由医院按病种或按人头进行医保包干。由于慢性病人去门诊的次数较多、费用零碎,如果由医保部门具体管理则操作复杂、浪费大量资源,而进行医保包干后,具体事务由医院负责,而医院更熟悉慢性病人的情况,因此能更好地进行费用控制;另外,医院帮助管理,又能节约医保部门的管理成本。同时可采用医保人员驻院制度,对医保基金的使用进行监督,加强专业监管力度。此外,对于医保基金要进行合理运营,做好基金风险防控工作,降低系统外风险、避免系统内风险。

参 考 文 献

- [1] 徐州市职工医疗保险门诊慢性病医疗补助政策[EB/OL].[2011-01-03]. www.jsxyfy.com/_siteId/68/pageId/143/columnId/2244/articleId/5211/DisplayInfo.aspx.
- [2] 关于印发《天津市城镇职工基本医疗保险门诊特殊病种

- 管理办法》的通知[Z]. 2001.
- [3] 镇江市社会医疗保险慢性病门诊管理暂行办法[Z]. 2006.
- [4] 河北省省直慢性病病人门诊医疗管理暂行办法[EB/OL]. [2011-01-03]. www.sjzpc.edu.cn/~hqc/privates/privatesxs/gzh2.5.htm.
- [5] 关于印发《淮阴市市区基本医疗保险门诊特定项目(病种)定额标准》的通知[Z]. 2000.
- [6] 孙承美. 临沂市城镇职工门诊慢性病管理问题探讨[D]. 山东师范大学, 2009.
- [7] 刘洪清. 门诊特殊病种就医为何蒙尘[J]. 中国社会保障, 2003(10): 10-11.
- [8] Dele O A, Colin D M, Taghreed A. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries[J]. Lancet, 2007, 370(9603): 1929-1938.
- [9] 秦翔. 江苏省医疗保险社区管理服务研究[D]. 东南大学, 2008.
- [10] 罗力. 医保包干、按服务量付费与医疗费用控制[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(1): 11-12.
- [收稿日期:2011-03-26 修回日期:2011-04-30]
(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

更多国家接近实现千年发展目标,但贫困国家亟需帮助

2011年4月15日,世界银行与国际货币基金组织表示,三分之二的发展中国家正在稳步实现或接近实现消除极度贫困与饥饿的关键性目标。

《2011年全球监测报告:改善实现千年发展目标的概率》认为,世界反贫困工作总体进展良好。根据预测,世界各国仍然行进在实现将极贫人口减少一半的轨道上。每日生活费低于1.25美元的人口数预计到2015年将减少至8.83亿人,而2005年为14亿人,1990年为18亿人。这一进步主要归功于中国和印度经济的快速增长。但是,许多非洲国家发展滞后,即使总体目标得以实现,17个非洲国家距离实现将贫困人数减少一半的目标仍很遥远。

报告指出,发展中国家也有望实现初等和中等

教育中的性别平等以及获得安全饮用水的目标,但其他目标进展迟缓,有可能无法实现,其中45%、39%和38%的发展中国家分别与实现环境卫生、降低孕产妇死亡率、降低婴幼儿死亡率的目标相距甚远。报告认为,虽然投入卫生和教育的援助额已增加到相当高的水平,但没有带来预期的结果改善。世界银行经济学家德尔芬说:“一些卫生和卫生和教育结果令人失望,部分原因是支出大部分花在了增加服务的数量上,没有对质量给予足够的重视。一个关键启示是,加强机构建设和改进激励机制,对于改善结果至关重要。”

(来源:世界银行网站)