

新农合住院支付方式改革现状及问题分析

陈小娟* 陈家应

南京医科大学医政学院 江苏南京 210029

【摘要】在深化医药卫生体制改革过程中,新农合进行了较大范围的住院支付方式改革探索,并形成了三种主要方式:单病种限额管理、单病种定额付费和按床日付费。目前的支付方式改革在控制医疗费用不合理上涨方面已取得一定成效;但同时也存在一些问题,表现为控费效果不明显、医疗质量监管和评估体系设计不足、付费标准制定不科学、医疗机构补偿不到位等。对此,提出建立住院混合支付方式、加强质量监管、探索科学的付费标准制定方法、完善补偿机制、建立双向转诊制度的对策建议。

【关键词】新型农村合作医疗;住院;支付方式;现状;问题

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.02.007

The current situation and problems of hospitalization payment system in New Rural Cooperative Medical Scheme

CHEN Xiao-juan, CHEN Jia-ying

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Jiangsu Nanjing 210029, China

【Abstract】In the process of deepening the medical and health system, a large range of exploration have been made in terms of the hospitalization payment system of New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) and have been formed three main models: fixed price for single disease; limited price for single disease and per-diem reimbursement. Although the current reform have been controlled the quickly unreasonable rise of the medical expenditure in some extend, however, some problems are still existing. For instance, the effect of cost control is not effective; the design of medical quality is not sufficient, the payment system is not scientific; and the compensation to hospital is not enough. Basing on analyzing the above problems, some relevant recommendations are made in terms of establishing the mixed hospitalization payment system; strengthening the quality control; exploring the scientific payment setting method; improving of the compensation mechanism as well as building the referral system.

【Key words】New Rural Cooperative Medical Scheme; Hospitalization; Payment system; Current situation; Problem

截至2011年,全国参加新农合的人数已达8.32亿人,参合率超过96%^[1];人均筹资额从2005年的42元增加到2010年的157元,补偿受益人次也从1.22亿人次增加到10.87亿人次^[2]。随着新农合制度的推开,农村居民医疗保障水平受益范围不断扩大。但是,据2011年《中国卫生统计年鉴》数据,

2005—2010年,新农合年均基金支出增长率为88.59%,高于年均筹资增长率(78.6%)约10个百分点,如果以这种趋势发展下去,将严重影响新农合制度的可持续发展。支付方式改革是控制医疗费用上涨的主要方法之一,它通过发挥医疗保障和价格政策的引导作用,影响医疗机构的行为、重新进行资

* 作者简介:陈小娟,女(1986年—),硕士研究生,主要研究方向为医疗保障。E-mail:renzhendexuemomo@126.com
通讯作者:陈家应。E-mail: jychen@njmu.edu.cn

源分配,从而达到影响整个卫生系统绩效的目的。^[3]

1 新农合住院支付方式改革现状分析

2009 年中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出“强化医疗保障对医疗服务的监控作用,完善支付制度,积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式”。新农合进行较大范围的支付方式改革探索主要集中在近几年,数据显示,截至 2011 年 6 月底,我国已有 68% 的新农合统筹地区(县)开展了支付方式改革。^[4]从《新型农村合作医疗信息统计手册》数据来看,近年来住院基金支出约占年度基金支出的 75%~80%^[5],住院基金对于整个新农合基金安全至关重要,因而本文将侧重讨论新农合住院支付方式改革。

1.1 住院单病种限额管理

单病种是指对一个不含并发症、相对独立的疾病进行诊疗全过程的独立核算和费用总量控制。单病种限额管理,作为单病种支付的一种结算方式,其运作机制是新农合经办机构规定不同级别定点医疗机构某一单病种的最高限额,病人出院时若住院总额未超过限额标准,则按当地新农合住院补偿政策对实际费用进行报销;若超过限额标准,病人只需负担限额部分,超额部分则由医疗机构承担。

实施单病种限额管理的典型地区是重庆市黔江区,2008 年其单病种限额付费的疾病囊括 458 种。在制定限额时,由区合管办根据前三年的住院费用基线调查,同时咨询各区级医院和乡镇卫生院医务人员的意见,从而确定住院费用的最高限额。此外,制定了辅助费用监管措施监督落实支付方式制度的实施^[6]。从黔江的经验来看,此种支付方式操作简单,前期管理成本不高,限额覆盖病种数保持在 350 种之上,占黔江住院病种数的 90% 以上。^[7]实施单病种限额付费后,黔江区属医疗机构出院者平均医药费涨幅仅为 26.5%,低于同期重庆综合医院和全国县属医疗机构的住院费用增长水平;医疗机构药品收入占医药收入的比例也一直保持下降趋势,由 46.72% 降至 33.72%。^[6]此外,还有许多地区采用了

此支付方式,如山东省东阿县对县级 37 个病种、乡级 22 个病种实施了单病种限额管理^[8]、连云港甘南县对 10 个病种进行了单病种限价管理^[9]、青海省互助县 2010 年对县级 46 个病种、乡级 25 个病种实施了单病种限额管理。^[7]从实施效果来看,单病种限额付费减少了患者平均医药费用,降低了药品收入、检查化验手术占医药收入的比例,确实在一定程度上控制了次均费用的快速增长。

1.2 住院单病种定额付费

单病种定额付费,是单病种的另一种结算方式,其基本做法是确定不同医疗机构不同病种的固定收费标准,并划分为新型合作医疗补助部分和个人自付部分,病人出院时只需缴纳个人自付费部分即可。单病种定额付费的特点在于:它是一种真正意义上的“打包”付费,缴费方式简单且收费透明,易于被医疗服务需方接受;促使医院加强内部管理、主动降低服务成本、提高资源的利用效率;对经办机构而言,也能够有效控制医疗费用的增长。

实施单病种定额付费较具典型的地区是陕西省,相关研究发现,陕西省实施单病种定额付费的县比未实施单病种定额付费的县,阑尾炎平均住院费用低 3 493.12 元,并且 40% 的受调查人群表示实施单病种定额付费后医疗质量有大幅度的提高。^[10]单病种定额付费取得了较好的控费效果,后逐渐被其它地区学习与借鉴。如江苏省江阴市对 10 个病种进行单病种定额付费后,其平均住院费用为 2 453.6 元,较同期下降了 30%。^[9]湖南省宜阳县对 63 种疾病实行了以临床路径为基础的单病种定额付费,在保证医疗质量的同时也在一定程度上控制了费用增长。^[7]

1.3 按床日付费制

按床日付费,是按事先协商确定的床日付费标准计算付费的一种支付方式。按床日付费制的典型地区是云南省禄丰县,其独特之处在于新农合对所有住院病种实现了全覆盖,同时在制定床日费用标准时还充分考虑了疾病严重程度、医疗机构级别、住院时间段对住院费用的影响,体现了国际先进支付方式,即按诊断疾病相关分组(DRGs)的思想。按床

日付费的成效在于:实现了对病种的全覆盖且操作简单,比较符合当前农村卫生服务和管理水平的现状;控制了费用的过快增长,促使医疗机构初步形成自我约束机制;新农合经办机构、医疗机构和农民均较易接受。^[11]

从各地实践来看,目前住院支付方式改革主要有以上三种方式。此外,还有部分新农合地区正在探索住院总额预算^[12],但目前尚没有关于其实施效果的评价。

2 新农合住院支付方式改革存在的主要问题

长期以来,我国医疗服务的提供一直采取按项目付费,由于医生的收入与其服务直接相关,往往促使医生诱导患者接受过多、甚至不必要的服务,导致了病人就医疾病经济负担的增加,也导致了全国范围内医疗费用快速不合理的增长。新农合支付方式的改革正是为了解决按项目付费造成的费用控制难题,通过多种支付方式的改革,积极探求建立打包付费的新机制,通过在医疗机构与新农合经办机构间建立风险分摊机制,激励医疗机构由被动控费向主动控费转变。但也必须认识到,新农合住院支付方式改革在以前单纯按服务项目付费的基础上虽有所突破,在一定程度上控制了医疗费用的不合理增长,但也存在一些问题。

2.1 病种覆盖面窄,费用控制效果有限

从世界范围看,国际疾病诊断分类有 30 000 余条,并且国际上通行的是疾病诊断相关组(DRGs)与预付制,其建立在病案首页信息和国际疾病分类(ICD-10)及国际手术操作分类(ICD-9CM3)标准上,覆盖内科和外科疾病,涵盖 90% 以上的病例和 85% 左右的支付费用。^[13] DRGs 在国际上具有广泛应用性,并被认为是比较先进的支付方式之一。但我国单病种支付方式覆盖的病种,除黔江区限额付费病种保持在 350 种左右外,大多数地区新农合进行限额付费的病种数只有几十种,而采取定额付费的病种数更少,大多在 20~50 种。从费用控制的成效来看,由于单病种覆盖面窄,其对于总住院费用的控制作用有限,湖南省宜阳县自 2009 年 8 月在县、乡两级

医疗机构对 63 种单病种实施定额付费,截至 2010 年 9 月,县、乡单病种住院人次占同级别住院人次的 8.1%,单病种住院费用占住院总费用的 6.8%,实际补偿额占总补偿额的 8.6%。^[7]可见,单病种在住院人次、住院费用及新农合基金补偿方面所占的比例均较少。

2.2 付费标准的制定欠科学

目前不管是单病种付费,还是按床日付费,其付费标准的制定,均以历史费用为基础,将前 2~3 年次均住院费用作为付费标准,或在次均住院费用的基础上上下浮动几个百分点作为付费标准。这种以历史费用为基础制定出的付费标准在实践中会出现偏差。实践发现,县级医院危急重症疾病的支付费用标准高出实际发生次均费用的 17.6%,而手术疾病支付标准仅是实际发生费用的 74%,远不能弥补成本。^[11]付费标准的制定不足以弥补医疗消耗或超出病种成本的现象与我国普遍未建立医疗机构成本核算体系有关。我国农村医疗机构成本核算手段落后,多数农村医疗机构的成本核算仅局限于对成本的简单分摊,此外,部分乡镇卫生院财务管理存在漏洞,甚至未建立财务档案^[14];有些地区新农合定点医疗机构尚未建立与经办机构联网的信息系统,医疗机构与经办机构、院际间均难以做到信息共享,这些现实存在的困难均导致农村医疗机构无法对自身的运营成本进行科学合理的计算,新农合经办机构更是无法对医疗资源的消耗进行合理的补偿。

2.3 医疗质量监管和评估体系设计不足

目前的研究对支付方式改革评价主要着眼于费用控制方面,而较少关注医疗质量的变化。单病种付费和按床日付费作为预付制,由于预先制定了对医疗机构的支付标准,为最大化获取利益,可能造成医疗质量下降的问题。实行单病种付费,医疗机构可能会进行疾病诊断升级、诱导病人动手术和住院、让病人重复住院增加住院次数、减少高新技术的应用。按床日付费,医院则可能通过诱导需求和分解服务人次来延长住院时间来增加收入,还可能出现拒收危重病人,降低服务水平的现象。^[15]尽管大多学者的观点是将支付与质量联系起来,但在方案设计

时按服务质量的设计往往十分困难,目前这样的实践还处于探索阶段。^[3]

2.4 对医疗机构的补偿不足影响着支付方式激励机制的发挥

我国长期以来实行“以药补医”的政策和过去 20 多年财政对医疗机构的补偿相对减少,促使了农村医疗机构更多的利用新项目高定价和药品加成 15% 留用的政策增加其经费收入,造成了目前医疗机构激励体系倒置的现象。此外,我国医疗机构服务价格不合理,大型医用设备检查和治疗价格偏高,而诊疗、护理、手术等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格偏低。在此背景下,支付方式的激励机制会受到影响。虽然目前尚没有明确的文献证据表明由于补偿不足影响了支付方式改革的成效,但在以往对医疗机构管理人员及新农合经办机构管理人员的访谈中发现,由于财政补偿的不足、医疗服务价格的不合理、支付方式对医务人员诊疗行为的约束,在多方影响因素的作用下,医务人员的积极性会受到影响,出于自身利益的考虑,会选择对病人进行退出单病种的管理或进行病种升级。

此外,目前新农合支付方式改革多在县、乡两级医疗机构开展,而县外医疗机构费用控制成为盲区,次均住院费用增幅过快,自费药品比例高,不仅损害了群众利益,而且增加了新农合基金风险。

3 新农合住院支付方式改革的对策建议

任何改革都不是孤立的,都是有条件的。新农合支付方式改革也需要相关配套措施来弥补支付方式本身固有的缺点以及制度设计中存在的问题,紧密围绕确保医疗质量和控制医疗费用两个核心问题建立配套措施。

3.1 建立混合支付方式,努力实现对住院病种的全覆盖

目前,新农合住院支付方式虽进行了单病种付费和按床日付费改革,但从覆盖的病种来看,全国范围内新农合支付方式仍以按服务项目付费为主。混合支付方式的建立能够弥补单一支付方式的不足,因而可以尝试对不同种类的疾病实施不同的支付方

式。对外科疾病主要实行按病种或按病种分组付费,主要考虑是外科疾病的费用离散度相对较小;在病种选择时,综合考虑筛选出的病种病例数和住院费用均应当占到当年住院病例数和住院费用的一定比例(如超过 50%),同时需要将一些并发症进行分类,并融入到原来的疾病中,实行疾病相关分类提高病种覆盖面。对内科疾病探索按床日付费,因为内科疾病住院费用离散度较大,按床日付费能够克服此问题。对重大疑难疾病、无法确定临床路径的疾病、特殊耗材等,根据情况实行按项目付费。

3.2 加强对付费标准制定的方法学研究

制定科学的付费标准是支付方式改革的关键环节,直接关系到支付方式改革的各方利益。从新农合经办机构的角度来说,可采取制定临床路径的方法,按照诊疗全过程合理测算病种或床日的付费标准;从医疗机构的角度来说,通过实行医疗机构全成本核算,掌握病种或床日的成本情况,从而作为与新农合经办机构协商的依据。疾病的并发症和合并症在信息系统中的识别问题对于付费标准的制定也很关键^[16],新农合经办机构需完善信息系统建设以加强对费用信息的收集、整理和分析。

3.3 建立质量控制指标,加强质量监管

支付方式改革是以保证医疗质量为前提的费用控制,因而,不论采取何种支付方式,均应建立质量保证体系。为此,需制定适合于不同类型医疗机构的临床路径,严格执行临床诊疗规范;建立入院标准,避免不必要的入院;建立出院标准,避免医疗机构缩短或延长患者住院时间。建立质量和费用控制成效相结合的绩效支付机制,将“转诊转院率、住院人头人次比、平均住院日、次均住院费用增长率、药品费用和检查费用占住院费用的比例、实施临床路径的病种病例数占住院病例总数的比例、住院实际补偿比、病人满意度”等指标纳入质量监测和评估体系。将新农合对医疗保险的支付与绩效考核结果挂钩,通过经济手段引导医疗机构行为。此外,为方便群众查询比较医疗机构间的就医费用和医疗质量的差别,需建立信息公开制度。

3.4 完善医疗机构的补偿机制

新农合经办机构在进行支付方式改革决策时也需要考虑并保障医疗机构及其医务人员的合理经济利益。为此,政府需增加对医疗机构的财政投入,转变目前以药品费用和检查费用为收入主体的激励体系倒置现状;调整目前无法体现医务人员价值的医疗服务价格。另外,必须认识到,支付方式的改革离不开医疗机构领导及其医务人员的配合,因此,在进行支付方式改革方案设计、特别是制定付费标准时,需做好与各定点医疗机构间的沟通协商工作。通过多种渠道加大对医疗机构的补偿,调整不合理的补偿方式,激励医疗机构及医务人员的积极性,只有充分调动医疗机构及医务人员的积极性,支付方式改革才有可能成功。

3.5 建立健全医疗机构的分级转诊制度

控制医疗费用不合理增长,保障新农合基金的安全,最重要的是对病人进行合理分流,实现“小病在社区、大病在医院”的就医格局。而目前,由于农村医疗机构分级转诊制度不健全,更多病人流向县外医疗机构就诊,这严重影响支付方式改革目标的实现。分级医疗双向转诊制度有利于区域内卫生资源的合理利用,缓解群众“看病难”问题,减轻疾病经济负担。支付方式改革必须与分级医疗双向转诊制度紧密配合,才能真正达到控制医疗费用的目的。

参 考 文 献

[1] 今年全国参加新农合人数 8.32 亿人 参合率超 96% [EB/OL]. (2011-06-11) [2011-11-06]. <http://finance.qq.com/a/20110611/000454.htm>.

[2] 中华人民共和国卫生部. 2011 年中国卫生统计年鉴 [M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2011.

[3] 胡善联. 医保费用支付方式比较研究 [M]. 上海:上海科学技术出版社, 2010.

[4] 卫生部官员称医疗费用仍存在上涨可能 [EB/OL]. (2011-10-12) [2011-11-06]. http://news.yunnan.cn/html/2011-10/12/content_1860814.htm.

[5] 卫生部农村卫生管理司, 卫生部新型农村合作医疗研究中心. 新型农村合作医疗信息统计手册 [G]. 2010.

[6] 谭永乾, 项莉, 熊巨洋. 重庆黔江区实施单病种限额付费改革研究 [J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(9): 14-17.

[7] 世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目 新农合支付方式改革与费用控制研讨会材料汇编 [G]. 2010.

[8] 张璐莹, 程晓明. 东阿县新农合单病种限额支付实施效果研究 [J]. 中国卫生资源, 2010, 13(6): 287-289.

[9] 胡大洋, 冷明祥. 江苏省三种基本医疗保险支付方式改革与探索 [J]. 中国医院管理, 2011, 31(2): 48-51.

[10] 魏哲铭, 李敏, 高珍珍. 完善单病种新型农村合作医疗可持续发展的对策与思路——透视陕西省单病种定额付费模式 [J]. 人文杂志, 2008(6): 183-187.

[11] 王禄生. 新型农村合作医疗支付方式改革试点研究报告 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010.

[12] 安徽省财政厅, 安徽省卫生厅. 关于开展新型农村合作医疗基金对医疗机构住院费用支付总额预算管理试点工作的指导意见 [Z]. 2010.

[13] 胡牧. 美中不足的单病种付费 [J]. 中国医院院长, 2007(7): 14.

[14] 王莉杨. 新型农村合作医疗中按项目付费和单病种定额付费效果分析 [D]. 华中科技大学, 2007.

[15] 孙丽, 吴进军, 苏汝好. 医疗保险支付方式的研究进展 [J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2008, 29(11): 46-47.

[16] 孟庆跃. 新农合支付方式改革需要注意的几个问题 [J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(2): 25-26.

[收稿日期:2011-11-15 修回日期:2012-01-12]

(编辑 刘 博)