

# 安徽省新农合大病保障政策的经验与挑战

徐恒秋\*

安徽省卫生厅 安徽合肥 230001

**【摘要】**安徽省在大病保障政策设计中,实行按病种付费、定点救治、分级医疗与提高医疗保障水平四方面紧密结合。随着大病保障政策不断完善及大病病种数量逐年增加,参合农民获得了更多补偿,新农合基金效能得以提升,医疗机构也得到了发展。但是,随着政策的推进,还存在分解收费、临床路径执行不到位、基层医疗机构的服务能力亟需提高等问题。最后,提出了进一步完善这项制度的政策建议。

**【关键词】**大病保障水平;按病种付费;分级医疗

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.12.001

## Experiences and challenges: The implementation on medical security policies of catastrophic disease in New Rural Cooperative Medical Scheme of Anhui Province

XU Heng-qiu

Health Department of Anhui Province, Anhui Hefei 230001, China

**【Abstract】**In the medical security policies of catastrophic disease, Anhui province implements four aspects, such as implementing payment for the diseases categories, providing access to treatment in fixed-point medical institutions, establishing hierarchical medical system and improving of the security level of catastrophic disease. With the improvement of medical security policies of catastrophic disease and increasing number of catastrophic disease categories, farmers participating in New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS) get more compensation, efficiency of NRCMS funds gets promoted, and the medical institutions develop quickly. However, along with the continuous development of policy, there are still some problems need to be solved, for instance, dividing items of charge, executing clinical pathways poorly and slowly improving primary health service capability. In conclusion, recommendations are provided to improve the medical security policies of catastrophic disease.

**【Key words】**Security level of catastrophic disease; Diagnosis Related Groups; Hierarchical medical service

为缓解农村患者家庭“因病致贫”和“看病难”的问题,安徽省在新农合制度保基本的基础上,积极推进提高大病保障待遇及分级医疗工作。2010年以来,按照卫生部的要求,从小儿先心病和白血病入手,逐步推行提高大病保障待遇,并将此项工作与分级医疗紧密结合起来。随着大病保障政策不断完善及大病病种数量逐年增加,参合农民获得了更多补偿,新农合基金效能得以提升,医疗机构也得到了发展。当然,随着政策的推进,也发现一些亟待完善的地方。

## 1 安徽省开展新农合大病医疗保障的主要做法

### 1.1 基本情况

2010年,安徽省启动提高儿童白血病、先心病两类大病医疗保障待遇工作。2011年,全面推开终末期肾病、妇女乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病4类大病医疗保障试点,1/3统筹地区开展艾滋病机会性感染大病保障试点;以省为单位,另增加儿童重度感音性耳聋人工耳蜗植入治疗等23组大病纳入大病保

\* 作者简介:徐恒秋,女(1960年—),安徽省政府食品安全办公室主任兼卫生厅副厅长,教授,主要研究方向为农村卫生、新农合制度、基本药物制度及卫生改革。E-mail: 937559002@qq.com

障范围。2012年,全省推开耐多药肺结核、血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、急性心肌梗塞、结肠癌、直肠癌10类大病医疗保障试点,1/3统筹地区开展I型糖尿病、甲亢、脑梗死3类大病医疗保障试点;以省为单位,另增加重型再障等9组大病纳入大病保障范围。目前,全省共对52组重大疾病100多个单病种开展了提高医疗保障待遇工作(表1)。各统筹地区还开展了116组常见病种的按病种付费工作。

表1 2010—2012年安徽省新农合重大疾病病组推广情况

类 目	2010年	2011年	2012年
当年新增重大疾病病组数	2	28	22
累计重大疾病病组数	2	30	52

数据来源:安徽省新农合信息平台,下同。

### 1.2 主要思路

大病保障政策设计中实行按病种付费、定点救治、分级医疗与提高医疗保障水平四方面紧密结合,四环相扣。一是大病病种实行按病种付费,规范收费行为,控制医疗费用。二是按病种付费病种绑定临床路径,实行定点救治,规范诊疗行为,保证医疗质量。三是按病种付费病种明显提高保障水平,减轻患者经济负担。四是根据病种诊治技术的复杂程度和医疗机构的收治能力,不同级别医疗机构选定适宜的按病种付费病种,并通过实际补偿比例的差异改变病人流向,探索建立分级医疗机制。

### 1.3 基本框架

(1)病种范围。按照诊疗费用高、诊疗技术难度大、疗效确切、社会关注度高、病程变异小、按病种付费容易操作的基本原则,确定重大疾病病种范围;卫生部规定的大病病种全部纳入范围。(2)救治医院。根据医疗机构执业许可、技术许可、收治能力、是否自愿申报等确定各病种的定点救治医院。(3)费用标准。根据前两年基础数据,考虑物价上涨、技术更新以及临床路径管理下的合理成本等因素合理确定各病种平均费用水平。(4)分担比例。考虑医疗保障水平变化对医疗服务利用的影响,合理确定新农合基金实际补偿比例与患者自付比例,原则上按照70%、30%的比例分担。操作上,新农合基金按病种定额付费,患者按固定的自付比例支付个人费用。(5)规范诊疗方案。考虑按病种付费可能会影响医

疗质量,制定各病种规范化诊疗方案,协同实施临床路径管理。(6)住院报销流程。原则上除儿童以外,无需办理住院转诊手续,一律实行即时结报。

## 2 取得的成效

### 2.1 参合住院病人得到了更高比例的补偿

两年来,全省进入按病种付费的住院人次近17.1万,平均实际报销比例约为67.2%,比普通住院实际报销比例高8个百分点。其中,属于重大疾病的患者2万人次,患者平均实际补偿比例达72.6%(表2)。以人工耳蜗植入和血透为例,大病保障减少了471名听力残疾儿童的发生,挽救了近万名终末期肾病患者的生命,明显减轻了患者的经济负担。

表2 2011—2012年安徽省参合人员住院补偿情况

补偿类型	补偿人次(万)	实际补偿比(%)
普通住院	629.7	59.3
全部按病种付费住院	17.1	67.2
重大疾病按病种付费住院	2.0	72.6

注:2012年数据是指前3个季度的数据,下同。

### 2.2 医疗机构住院费用上涨幅度有所降低

2012年前3季度全省305.6万出院病人人次均费用比去年同期仅上涨了2.5%,涨幅处于历史最低水平,并且低于农村居民消费价格、GDP和农民人均纯收入的增长幅度(表3)。

表3 2010—2012年安徽省参合人员次均住院费用与经济发展情况

指标	2010年	2011年	2012年	上涨幅度(%)
次均住院费用(元)	—	4 303.0	4 412.0	2.5
农村居民消费价格	—	—	103.2	3.5
GDP(亿元)	12 359.0	15 110.0	—	13.5
农民人均纯收入(元)	5 285.0	6 232.0	—	11.3

注:1. GDP按可比价格计算;2. 农民人均纯收入均扣除价格因素;3. 2012年次均费用指第3季度数据;4. 农村居民消费价格为5月份数据。

数据来源:次均住院费用来源于安徽省新农合信息平台,其它数据来源于安徽省统计局。

### 2.3 住院病人向上流动的趋势初步得到控制

2012年前三季度与2011年同期相比,全省去省外住院的新农合住院病人减少0.8个百分点,省级医院住院病人减少0.2个百分点,市县两级医院收治的住院病人数量明显增加,但比例略有减少,乡镇卫生院收治的住院病人比例提高2.8个百分点(表

4)。这表明,按病种付费和分级医疗机制的建立,初步控制了病人上流的趋势。

表 4 2011—2012 年安徽省参合病人在各级医院住院人次变化(%)

指标	2011 年前 3 季度	2012 年前 3 季度	变化百分点
省外医院	5.9	5.1	-0.8
省级医院	7.1	6.9	-0.2
市县医院	55.2	53.6	-1.6
乡镇卫生院	29.7	32.5	2.8

## 2.4 新农合基金的保障效能大幅度提升

2012 年新农合补偿方案规定,住院政策性补偿比普遍提高 10 个百分点。尽管新农合基金已按 20% 切块支付门诊统筹费用的报销,但前三季度全省参合农民住院费用平均实际报销比例仍然达到了 59%,比去年提高了 9 个百分点,比全国平均水平高 5 个百分点(表 5);同时,新农合基金支出更加可控,没有超支风险。

表 5 2011—2012 年前 3 季度安徽省住院补偿比变化情况(%)

指标	2011 年	2012 年	增长百分点
住院政策补偿比	65	75	10
实际补偿比	50	59	9
全国平均实际补偿比	49	54	5

## 3 存在的主要问题

### 3.1 医疗机构存在分解收费现象

医疗机构不按规范的费用标准收费的行为时有发生。少数住院病人的部分检查费用被分解到门诊,脱离了按病种付费的定额包,分解收费的行为不仅增加了患者的疾病经济负担,也损害了新农合制度的信誉。

### 3.2 临床路径执行不到位

由于监督管理力度不够,使得部分病人没有严格按照临床路径进行治疗。同时,即使病人入院明确诊断后进入临床路径,但相当一部分病人治疗不久就被医疗机构以各种“看似合理”的理由“别出”了路径,疑似存在服务缩水的问题,一定程度上存在医疗安全隐患。

### 3.3 基层医疗机构的服务能力亟需提高

全省尚有部分县级公立医院没达到二级甲等水平,县乡医疗机构的服务能力不能满足县域患者医

疗需求,少数县医院常规诊疗能力较差,稍复杂一点的疾病就转到市级或省级医院,增加了患者的负担。

## 4 政策建议

### 4.1 实行按病种付费是控制医疗费用不合理增长的有效措施

大病实行按病种打包付费,超过定额部分的费用主要由医疗机构承担,医疗机构节约增收,浪费减收,引导医疗机构建立内部强效激励约束机制,变被动控费为主动控费,有效控制了医疗费用的不合理增长,从而使新农合基金保障效能得以提升。

### 4.2 实行分级定点救治是解决看病难的重要路径

大病实行分级定点救治并大幅度提高报销比例,着力引导小病患者下沉到基层医院,大病患者上流到大医院,促进了医疗资源的合理利用。从安徽的实施情况看,由于实行分级诊疗,使得医院更加重视发展相关临床学科建设,努力提高服务能力和竞争力,有助于抑制大医院的盲目扩张,使其步入良性发展轨道。这是解决群众看病难问题的重要措施。

### 4.3 实施临床路径管理是保证医疗安全的重要手段

按病种付费的大病要实施临床路径管理,以规范化诊疗方案的形式明确各重大疾病病种服务项目与内容,有利于规范与监管医疗机构服务行为,有利于医患之间的交流和沟通,有利于持续改进医疗服务质量,保障医疗安全。进一步完善与推行临床路径管理刻不容缓。

### 4.4 实行即时结报是大病保障政策的必要配套措施

对大病实行即时结报,不仅方便大病患者报销补偿,也可以降低患者的间接就医成本与费用。实行即时结报,医疗机构先垫付后结算,奠定了按病种定额付费与结算的基础,也为管理部门对医疗机构实行监管提供了有效的经济手段。

### 4.5 加强监管是政策可持续发展的保证

目前新农合大病政策存在的问题有许多是监管层面的,因此,需要强化监管措施,加大监管力度,切实保证提高大病保障水平及分级医疗制度的长期可持续健康发展。

[收稿日期:2012-10-08 修回日期:2012-11-26]

(编辑 薛云)