

医疗保险按病种付费研究综述

罗 琪¹, 应可满^{2△}

(1. 安徽医科大学一七四临床学院, 福建 厦门 361003; 2. 解放军第一七四医院)

[摘要] 按病种付费作为一种医疗保险结算方式,在我国部分地区进行试点运行已有一段时间,其在一定范围内的实施效果已得到体现。文章通过文献回顾,总结归纳按病种付费国内外实施现状以及实施效果,探讨分析按病种付费有效实施的相关问题。

[关键词] 医疗保险;按病种付费

[中图分类号] R 197.1; F 842 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1004-4663(2012)04-264-04

Reviewing the research on Diagnostic Related Groups-Based Payment System in medical insurance. /Luo Qi, et al. //The Chinese Health Service Management.

Abstract As a clearing form of medical insurance, Diagnostic Related Groups-Based Payment System has been effectively implemented in some pilot areas. The status and effect of implementing Diagnostic Related Groups-Based Payment System at home and abroad were analyzed by literature review. And the problems in implementing Diagnostic Related Groups-Based Payment System were discussed.

Author's address The 174 Clinical College of Anhui Medical University, Xiamen, P. R. China.

Key word medical insurance; Diagnostic Related Groups-Based Payment System.

上世纪 80 年代以来全球范围内医疗费用快速增长,如何有效控制医疗费用成为世界各国关注的热点。随着医疗保险制度不断完善和医疗保险基金的建立,医患关系从双边关系变成了三方关系,即形成了第三方购买机制下的三方平衡关系,医(医疗服务提供方)、患(参保方)、保(基金管理方)三方参与卫生服务过程。医疗保险作为第三方,监督医疗服务供方的行为。通过选择不同的医疗付费方式可以对供方产生不同的激励和约束机制,从而控制和缓解医疗费用的不合理增长^[1]。

1 医疗保险费用支付方式研究

1.1 后付制与预付制

医疗保险费用的支付方式从付费的时间上看,可分为预付制(prospective payment)和后付制(retrospective payment)两种。有学者将支付机制分为预期性成分和回顾性成分^[2]。预期性成分是指医疗服务提供前就已确定支付的费用,供方在预期性成分中承担一定的经济风险,因此其有减少成本增加收入的激励。回顾性成分是在医疗服务提供后才决定支付的费用,供方组织有在这种成分下增加总收入和纯收入的激励。由此可见,一种支付方式中预期性成分多,供方承担的经济风险就多,其节约资源控制成本意识就越强。

现行的各种支付方式目前还没有一种可以完全替代其它支付方式,支付方式的选择不是简单的纯技术问题。从各国支付政策的实施手段和效果来看,完全后付制和预付制的情形并不多见,通常都采取混合互补方式,一方面控制了交易成本,另一方面也调节了卫生费用。

1.2 按病种付费概念

按病种付费又称单病种付费,即根据国际疾病分类法将住院病人按诊断分为若干组,每组又依据疾病的轻重程度以及有无并发症、合并症分为若干组,分别对每一组的不同级别定价,按这种价格向医院一次性支付^[3]。典型的按病种付费方式是

美国实行的按诊断相关分组预付费(Prospective Payment System based on DRGs, DRGs-PPs)^[4,5]。在我国,单病种付费是对一个不含并发症、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,是对单纯性疾病按照疾病分类确定支付额度的医疗费用支付方式^[6]。

按病种付费方式属于预付制的付费方式,它包含了预付制付费方式的优点,即通过制定预付标准来控制医疗服务提供者的总支出,并以此来强迫其承担经济风险,自觉规范自己的行医行为。

2 国内外按病种付费研究

2.1 国外 DRGs 研究

2.1.1 美国。按病种付费方式起源于美国,在美国称为按诊断相关分组预付费(Prospective Payment System based on DRGs, DRGs-PPs)。DRGs-PPs 是指在 DRGs 分组的基础上,通过科学的测算制定出每一个组别的付费标准,并以此标准对医疗机构进行预先支付的一种方法^[7]。1983 年美国率先通过立法对老年医疗保险(Medicare)及贫困医疗补助(Medicaid)的住院病人的医疗费用实行 DRGs-PPs 支付。此后,美国每年都对其 DRGs 版本进行修订。目前,美国 Medicare、Medicaid、蓝十字保险组织和其他商业性保险公司均按 DRGs 方案补偿医院的费用^[8-10]。美国 2000 年 DRGs 发展到第 5 代,它不仅被用于医疗费用的支付,同时具有以下用途:(1) 决定病人直接护理的方案;(2) 统计报告;(3) 补助资金的计算;(4) 决策的自动支持;(5) 基准的计算;(6) 临床实验^[11]。

2.1.2 澳大利亚。澳大利亚于 1988 年开始引进 DRGs 医院内部及院际间评估。1991 年澳大利亚成立病例组合临床委员会(ACCC) 统筹病例组合方案的研究。1988~1993 年间,联邦政府投资 2930 万元支持相关研究,1992 年研制成功首版 AN-DRGs(Australia National DRGs),1993 年推出具有 530 个

△通讯作者:应可满

DRGs 组的 AN-DRGs2.0,并从当年起在全国实行按 DRGs 对医院进行补偿。1995 年,又推出 AN-DRG V3.0 增加到 667 个 DRG^[12-13]。

2.1.3 德国。德国政府在对美国和澳大利亚的 DRGs 系统进行深入研究后,于 2000 年 11 月研究开发了适合德国应用的 G-DRGs 系统,并建立了由法定医疗保险协会、商业医疗保险协会和德国医院协会共同建立的“医院赔付系统研究中心”(简称 DRGs 研究中心)^[14]。德国 G-DRGs 的目的:第一,提高卫生保健系统的盈利能力;其次,要提高医疗服务的质量,因为病种付费需要文档和编码,从而导致增加透明度和允许为外部提供服务(基准)的比较;第三,对所提供的服务成功地进行分析和评估^[15]。

2.1.4 各国实施 DRGs 的效果。近 20 年来,世界各国纷纷对 DRGs 进行研究,除了上述的几个国家以外,还包括了许多欧洲的国家,如葡萄牙、瑞典、瑞士;亚洲国家,如日本、韩国。可以说,DRGs 在各国的实践都取得了一定的成果,也证明了 DRGs 支付制度是一种相对合理的医疗费用管理方法和质量评价方法。具体体现在以下几个方面。

2.1.4.1 缩短住院时间。DRGs 付费制度使医院的收入策略发生变化,服务者充当了保险机构控费的代理人,一定程度上抑制了诱导需求,医院尽量缩短病人的住院周期。如美国实行 DRGs 后的总结报告表明,Medicare 平均住院天数从 1980 年的 10.4 天降至 1990 年的 8.7 天,1995 年已缩短至 6.7 天^[16]。

2.1.4.2 促进成本管理。DRGs 付费制度激励医院为获得利润而主动降低成本,提高卫生资源的使用效率,增加医务人员技术劳务价值,在一定程度上促进了成本核算。如韩国对 DRGs 试点项目的评价显示,医疗机构在加入试点项目后,特定疾病的医疗服务成本平均下降了 8.3%^[17]。

2.1.4.3 医疗费用增速有所减缓。美国实施 DRGs 后,医疗费用的增长率由 1983 年前的 16%~18% 降到 7%~8%^[18]; Medicare 住院总费用的增长速度从 1983 年的 18.5% 降至 1990 年的 5.7%;手术费的增长率已从 1984 年的 14.5% 降至 1992 年的 6.6%。

2.1.4.4 促进不同医院之间费用的平衡。DRGs 制定了统一的疾病诊断分类定额偿付标准,不同医院间的费用就不会有太大差异。

2.1.4.5 提高服务质量。通过统一的信息平台对医疗机构和医疗保险机构进行标准化管理,促进彼此间的交流,在一定程度上提高了医疗服务质量,即在一定程度上对医疗费用的不合理增长起到了控制作用,减少了医疗服务中不合理的消费,降低了平均住院天数,提高了医院经营能力及管理效率。

2.2 国内按病种付费研究

2.2.1 按病种付费在我国的实施情况。我国在 20 世纪 80 年代开始有关按病种付费的研究和探索。20 世纪 80 年代末至 90 年代初,北京、天津等地的学者进行了大量的关于 DRGs 的可行性研究和费用调查。20 世纪 90 年代中期以来,一些医院出于降低病人的医药费用、提升医院竞争力的理念,自发地推出单病种付费的措施。2001 年江苏省镇江市医疗保险结算开始“总额预算、弹性结算、部分疾病按病种付费相结合”的综合付费方法,既有总额控制,也有单病种付费,调动了医院控制费用的积极性,使医院和医保部门共同管理医保基金^[19]。

2004 年 8 月,卫生部办公厅下发了《关于开展按病种收费

管理试点工作的通知》,确定在天津、辽宁、黑龙江、山东、河南、陕西、青海 7 省市开展试点,单病种付费制度开始有影响、有规模、有组织的实施。2004 年,北京开展按病种付费的试点改革,以阑尾炎为突破口进行按病种付费,到 2009 年 1 月,已有 21 种病的医保结算实行按病种付费支付方式,其中有 10 种病已在全市各定点医院实行^[20]。同年,上海市为了进一步深化全市医疗保险支付制度的改革,探索建立多元化的医疗保险费用支付体系,在现行医保支付费用预算管理的基础上对部分住院病种实行按病种付费试点工作,首批确定 9 种住院病种,2006 年进一步扩展到 17 种^[21]。2010 年 4 月国务院办公厅发布《医药卫生体制五项重点改革——2010 年度主要工作安排》,将开展按病种付费试点工作定为工作目标,从而使按病种付费在全国范围内开展起来^[22]。

在城镇医疗保险进行改革的同时,农村医疗保险的改革也在进行中^[23]。陕西省是我国探索按病种付费方式较早的省份,该省自 2003 年 5 月起从改革患者住院支付方式入手,在全省新型农村合作医疗试点县推行“住院单病种定额付费”。重庆市黔江区新型农村合作医疗于 2003 年 10 月起正式运行,规定了 507 种住院疾病的费用限价。云南省弥渡县新型农村合作医疗于 2003 年 9 月正式运行,2004 年 9 月 1 日开始实行对住院顺产产妇给予定额补偿,2005 年 5 月 20 日开始对顺产、剖宫产等 6 个病种实行单病种限价、超支不补的规定。2006 年 7 月江苏省常熟市开展了新型农村合作医疗住院病人按病种结算试点工作,目前已基本形成较为全面的政策框架和操作规范^[24]。

2.2.2 按病种付费实施效果。

2.2.2.1 医疗费用得到控制,增长速度明显下降。江苏省镇江市实施按病种付费后,医疗费用得到了有效的控制。2003 年江苏省三级医院出院均次费用为 7707.84 元,而镇江市两家三级医院分别为 6358.45 元和 5845.98 元;单病种付费中的胆囊炎、胆结石症,江苏省 2003 年平均费用为 6971.48 元,而镇江市两家三级医院胆囊炎、胆结石症平均费用分别为 4580.82 元和 589.99 元;2001~2003 年镇江市市区区医保费用年增长率分别为 8.79%、8.89%、11.17%,医疗费用的增长得到了较好的控制^[25]。江苏省常熟市新农合实施按病种付费实施后,次均费用增长幅度由 2006 年的 16.87% 减低至 2008 年的 6.3%;单病种次均费用增长幅度低于同期全市和镇级次均住院费用增长幅度;所抽取的胆囊结石伴胆囊炎、阑尾炎、腹股沟疝等 3 个病种的次均住院费用较按病种付费实施前均不同程度的下降,且低于同期同病种按项目付费住院患者的费用^[24]。与实施按病种付费之前相比,陕西省按病种定额付费的住院患者医疗费用基本与上年持平,而按项目付费的住院患者平均医疗费用上涨了 23% 左右。

2.2.2.2 在一定程度上规范了医疗机构的服务行为,促进了卫生资源的合理利用。按病种付费作为预付制的一种,使得医疗机构在预期性成分中承担一定的经济风险,医疗机构必然会积极寻求科学方案,力求尽可能降低患者治疗成本,从而遏制不合理检查、用药的现象,达到节约卫生资源、降低医疗费用的目的。在具体的实践中,医院为了降低治疗成本,保证医疗质量,不断探索新的诊疗方法,如临床路径的推行。天津市定安医院在按病种付费实行后推行临床路径,不仅控制了医疗费用,保证了医院的利益,同时也使医院的流程更加优化,病人的

诊疗更加及时有效,达到了经济效益和社会效益的双赢^[26]。

2.2.2.3 保证医保基金的合理支出,使医保基金保持总体平衡,略有结余。医保基金的收支是一种博弈。一方面医疗保障体系要有效地保障参保者的身体健康,医保基金的支出不宜过少;另一方面,又要将医疗保险费用控制在一个可以接受的范围内,避免过度医疗,影响医疗制度的可持续性,损害参保人的利益。按病种付费实施后,保方不再处于被动位置,而是成为了医院行为的监督者,一定程度上避免了按服务项目收费的弊端,使医保基金得到更为合理的利用。镇江的支付方式实施8年多来,医疗费用年均增长9%~12%,同期基金增幅为10%~14%,费用增长低于基金增幅。2007年,上海市闵行区农村合作医疗5家实施按病种付费的医院按病种付费项目盈余共约12万元^[11]。

3 按病种付费有效实施的相关问题

3.1 病种的选择与付费标准的制定

一般来说,单病种的选择遵循以下原则^[27]:一是疾病的发生频率较高,即为常见病和多发病;二是疾病负担较重,即在疾病频率相同的情况下,优先选择费用高的病种;三是诊断明确,治疗效果比较明显的病种;四是以手术治疗为主的病种,手术治疗涵盖多学科,能够综合显示各学科诊断和治疗的技术水平;五是病种尽量涵盖多学科,以便于总结各系统单病种付费的经验,为今后的“广覆盖”创造条件。

病种付费标准的合理制定是按病种付费有效实施的保证。在制订单病种住院费用标准时,应体现单病种费用标准的科学性、完整性和准确性^[28]。目前我国对单病种付费标准的测定方法有以下几种:按诊断相关分类确定病种费用;以病种成本核算确定病种费用;以近3年病种平均费用作为依据制定单病种费用;以上年实际发生费用进行测算。

3.2 临床路径与按病种付费

临床路径和单病种付费两者之间是相辅相成、缺一不可的。实施单病种付费的前提是在确保医疗质量和医疗安全的前提下,针对特定病种按照循证医学的原理制定符合诊疗规范的标准化的临床路径^[29]。临床路径在按病种付费中实施,对于医患保三方都能起到积极的作用^[30]。对医院:①有助于加强成本管理;②制定单病种标准治疗、护理流程及诊疗项目,减少医疗纠纷;③可以提高医疗质量管理。对医疗保险机构:①有利于制定科学合理的病种付费标准,便于费用控制;②可以确定诊疗项目控制医疗质量;③有利于改进管理方法;④有助于基金平衡。对参保人:①可以降低缴费负担;②可以得到医疗服务质量保证;③易理解、易接受。

3.3 按病种付费存在的主要问题^[31]

3.3.1 病种付费制度需要采集大量数据,建立标准数据库和实施医疗编码系统,且需要在大量标准病例数据统计的基础上设计适宜的费用标准,在费用支出权重上综合考虑医院的各种因素,包括所在地点及医院性质等。

3.3.2 受技术条件限制等原因,疾病诊断相关分类不够细化,给付标准的测算和确定以病种费用代替病种成本,因而缺乏一定的科学性。

3.3.3 在同一病种不同病情可能一个给付标准支付时,医院由于得不到合理的补偿,可能采取拒绝重症患者、减少必要的检查治疗、降低服务质量等措施减少费用支出,甚至可以通过

多次住院、出院,使同一病例获得多次补偿。

3.3.4 由于医疗保险信息化和医院信息系统的标准化水平不高且缺乏统一协调,有时监管工作不能完全到位。

3.3.5 目前规定的单病种平均费用的统计方法还不够科学。研究主要采用病历回顾的方法调查,该方法信息量较小,只能局限在病案管理范围内。对经济学方法的运用还比较有限,对如何运用经济学原理,建立医院的病种费用相关因素模型,进行利润最大化决策,特别是在利用病种医疗费用帮助医院或保险部门决策管理方面更显不足。

4 医疗保险按病种付费的应用前景

按病种付费作为支付方式改革的一个切入点,为建立我国医疗费用偿付机制创建了基础。它的推广可以给医院带来极大的经济效益和社会效益;同时,它迎合了医保机构(包括城镇医保和新农合)的需求。医疗保险范围的扩大,势必加重医保基金的负担。按病种付费的实施将为医疗保险基金的科学管理提供思路和客观的标准,有助于基金管理,提高基金利用效率。

目前,我国按病种付费以各省、市为单位,结合本地区具体情况开展。经过多年的实践表明我国单病种付费是由小范围逐渐扩大,不断总结经验可以取得成效的。在未来,我国单病种付费应向在全国全面建立单病种付费发展,这将在极大程度上为我国城乡医疗保障制度改革服务,促进医疗支付的改革并与世界医疗保险改革接轨,更合理均衡地分配我国卫生资源。

综上所述,按病种付费方式的优越性已在各国多年的实践中体现出来。我国按病种付费在不断总结经验后也取得了一定的成效,但总的来说我国按病种付费尚处在试点探索阶段,对于在大范围内实施按病种付费的效果尚不明确。目前,我国已有多个城市进行了按病种付费的实践,需要对其是否真正对医疗费用的控制起到作用,是否能在控制医疗费用的同时保证医疗质量进行研究与探讨,才能为进一步完善按病种付费制度提供依据。

[参考文献]

- [1] 孙菁,郭强,陈进清,等.医疗费用支付方式的比较与启示[J].解放军医院管理杂志,2005,12(5):471.
- [2] Robinson, J. C. Payment mechanism, non-price incentives, and organization of transaction in health care. Inquiry, VOL. 1993; 30: 328.
- [3] 万华军,肖嵩,罗五金,等.我国单病种付费定义和理解误区之探讨[J].中国卫生经济杂志,2008,27(12):49.
- [4] 杜乐勋,武广华,朱玉久,等.单病种付费概念与内容、历史和现状以及政策建议[J].中国医院管理杂志,2007,27(9):23.
- [5] 郑大喜.按病种支付医疗保险费用与病种成本核算研究[J].医学与哲学杂志,2005,26(4):54.
- [6] 邱宁,欧维琳,张明. DRGs 付费与单病种付费的区别与运用前景[J].医学信息杂志,2010,10:3004.
- [7] 朱士俊,鲍玉荣.医疗支付方式改革-DRGs 简介[J].中华医院管理杂志,2006,(22)10.
- [8] 黄慧英.美国诊断相关分类法的综合介绍[J].国外医学医院管理分册,1990,7(4):145.
- [9] 黄慧英.诊断相关分类法 DRGs 在美国的发展[J].中国医院管理杂志,1992,8(7):433.
- [10] 官波.美国医保 DRG 支付方式对我国医保支付方式选择的启示[J].卫生软科学杂志,2004,18(6):283.

沿海发达地区农民工医疗保障意愿及影响因素分析

朱晓玲,姜丽萍[△],肖来付,蔡福满
(温州医学院,浙江温州 325000)

[摘要] 采用多阶段随机抽样、系统抽样相结合,调查沿海发达地区农民工医疗保障意愿,并采用 Logit 模型分析影响该地区农民工参保意愿的因素。结果表明该地区农民工医疗保障意愿低,他们的参保意愿受家庭人均月收入、对医保的态度、两周内是否患病以及是否参与农民工医保以外的医疗保险等因素的影响。因此,地方政府应注重农民工个体差异,通过加强健康宣传教育及政策宣传力度,提高农民工医疗保障意识。

[关键词] 农民工;医疗保障;意愿;影响因素

[中图分类号] R 197.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1004-4663(2012)04-267-04

Analyzing the desire on medical insurance of coastal migrant rural workers and its influencing factors. /Zhu Xiaoling et al. //The Chinese Health Service Management.

Abstract Multi-stage random sampling and systematic sampling were used to survey the desire on medical insurance of coastal migrant rural workers. And its influencing factors were analyzed by Logistic regression. The results showed that these coastal migrant rural workers had low demand of medical insurance, which was influenced by factors of per capita monthly income, attitude towards medical insurance, two-week morbidity, and whether having other medical insurance except migrant workers' medical insurance. It was suggested that the local government should intensify health education and propagation on migrant rural workers, and combine with their individual differences to improve their awareness of health insurance.

Author's address Wenzhou Medical College, Wenzhou, P. R. China.

Key word migrant rural workers; medical insurance; desire; influencing factor.

随着我国农民工队伍的日益壮大,农民工群体的医疗保障状况越来越受到社会的广泛关注。各地方虽出台了相应的农民工医疗保障政策,但参保率却极低。从全国范围看,大多数

农民工还没有参加医疗保险,平均参保率为 10% 左右^[1]。作为沿海经济发达城市,温州农民工医疗保障实施效果并不理想,参加医疗保险的农民工仅占 11.4%^[2]。对于其原因的分

[△]通讯作者:姜丽萍

- [11] 陈栋. 上海市闵行区农村合作医疗按病种定额付费的实施效果研究[D]. 复旦大学公共卫生学院学报, 2009: 57.
- [12] Pilla J. Development of AN-DRGs: meeting the concerns of clinicians [J]. Med. J. Aust, 1994, 161: 9.
- [13] Hiekie J B. CI inical representation in the development of case-mix measures and applications in Australia [J]. Med. J. Aust, 1994, 161: 6.
- [14] 周宇, 郝树忠, 孙国祯. 德国 DRG 付费制度的借鉴 [J]. 中国卫生资源杂志, 2004, 7(4): 186.
- [15] Wolfgang B? cking, Ulrich Ahrens, Wilhelm Kirsh and Mishael Milakovic. First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. Journal of public health, 2005; Volume 13, Number 3: 128.
- [16] 韦启明. 疾病诊断相关分组(DRGs)的发展与应用[J]. 医学文选杂志, 2002, 21(6): 884.
- [17] 马进, 徐刚, 曾武, 等. 韩国医疗服务支付方式改革对我国的启示 [J]. 中国卫生经济杂志, 2004, 23(4): 77.
- [18] Donaldson C, Magnusson J. DRGs: The road to hospital efficiency [J]. Health Policy, 1992, 21: 47.
- [19] 胡大洋, 冷明祥, 夏迎秋, 等. 江苏省三种基本医疗保险支付方式改革与探索[J]. 中国医院管理杂志, 2011, 31(2): 48.
- [20] 阎玲. 北京市医疗保险经办管理能力的提升[D]. 首都经济贸易大学劳动经济学院学报, 2010, 15.
- [21] 吴丹. 实行按病种付费利弊探讨[J]. 中国卫生资源杂志, 2010, 13(5): 207.
- [22] 胡杨. 单病种付费试点起航[J]. 中国社会保障杂志, 2010, 9: 84.
- [23] 张歆, 王禄生. 按病种付费在我国新型农村合作医疗试点地区的应用[J]. 卫生经济研究杂志, 2007, 2: 20.
- [24] 李婷婷, 顾雪非, 冯奥, 等. 常熟市新农合按病种付费实施效果分析[J]. 中国卫生经济杂志, 2010, 29(5): 46.
- [25] 吴阿元, 李一平, 张咏杨, 等. 按病种付费在医保费用结算中的实践与探索[J]. 中国卫生经济杂志, 2004, 23(9): 38.
- [26] 张颖. 推行单病种结算实现医患共赢[J]. 天津社会保险杂志, 2010, 5: 33.
- [27] 杨迎春, 巢健茜. 单病种付费与 DRGs 预付模式研究综述[J]. 中国卫生经济杂志, 2008, 27(6): 66.
- [28] 刘月辉, 关兵, 陶琳, 等. 单病种医疗费用与医保定额比较[J]. 中国医药导报杂志, 2011, 8(6): 110.
- [29] 王顺利. 临床路径推广中的单病种付费制度研究[J]. 中国卫生事业管理杂志, 2010, 10: 680.
- [30] 张寒冰, 张晓. 临床路径在按病种付费中应用[J]. 中国公共卫生杂志, 2007, 23(5): 605.
- [31] 郑大喜. 医保支付制度改革与医院成本核算发展趋势探讨[J]. 中国卫生经济杂志, 2005, 24(6): 60.

[收稿日期] 2011-10-31

(编辑 郭秀梅)