

# 淮安市按病种分值付费的实证研究

芦 丰<sup>1</sup>, 宋 静<sup>2</sup>, 孙晓阳<sup>2</sup>, 陈树国<sup>3</sup>, 冷明祥<sup>4</sup>

(1. 南京医科大学公共卫生学院, 江苏 南京 210029; 2. 南京医科大学附属淮安一院医务处, 江苏 淮安 223300; 3. 淮安市医保中心, 江苏 淮安 223001; 4. 南京医科大学医政学院, 江苏 南京 210029)

**摘要:**目的:了解淮安市按病种分值付费的实施情况及实施效果,为进一步完善支付方式提供政策参考。方法:采用现场调查表和现场访谈相结合,了解淮安市医保基金运行效率、样本医院整体运行情况及样本医院不同支付方式下单病种的相关情况比较。采用 SPSS14.0 统计软件建立数据库并进行分析。结果:淮安市医保基金运行效率、样本医院整体运行情况良好,不同支付方式下单病种的相关情况各异。结论:按病种分值付费在费用控制方面已取得显著成效,将医疗质量指标纳入病种分值考核体系中、不断扩容病种目录并加快更新频次、建立互查互审机制是进一步细化、完善制度的有效方法。

**关键词:**按病种分值付费;实证研究;淮安市

中图分类号: R197.3

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)04-280-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20140406

支付方式是控制医疗费用、保证医疗保险基金安全运行最为重要的方法<sup>[1]</sup>。2003年,淮安市医保中心针对统筹基金当期“收不抵支”的问题,在借鉴“总额预付”、“按病种付费”等支付方式的基础上,参照“工分制”的劳动计量和分配原则,在职工医保结算上首创了总额控制下的病种分值结算办法<sup>[2]</sup>。

所谓按病种分值结算即根据治疗不同疾病所需不同医疗费用之间的比例关系,给每一病种确定相应的分值,各医院以出院病种构成情况以及每一病种出院人次,计算出总分值作为取得费用偿付的结算依据<sup>[3]</sup>。结算公式为:

某医院的月医保偿付=当月医保基金实际发生数/期内总分值×该医院的当期分值-该院个人负担超比例的部分<sup>[4]</sup>。

目前,淮安市按病种分值付费结算主要是针对市医保中心直管的市直、清河区、清浦区、市开发区参与城镇职工医保的住院患者,覆盖市内39家医疗机构。从最初的506个病种增加到2013年的892个病种,涉及临床26个科室,涵盖了90%以上的病例数。2003年实施的第一个季度就使人均医

疗费用下降1800元。2004~2011年,城镇职工医保范畴内的次均医疗费用共增长24.6%,年均增幅仅为2.79%,远低于同期全国7.6%的平均增幅<sup>[5]</sup>。报销限额由原来的15万元调整为不设封顶线。2011年参保人员个人现金支付(包括政策范围外费用)为24.2%,低于全国30%的平均水平。2012年1~11月医保问卷调查统计,参保人员医疗保险满意度达到97.3%。

## 一、资料来源和研究方法

选取淮安市按病种分值付费患者为研究对象,对比不同支付方式下淮安市医保基金运行效率、样本医院结报比。了解样本医院经济运行、平均住院日、就诊人次、药占比及医保结算扣减额等情况。抽取样本医院2012年全年市区单纯性阑尾炎、子宫肌瘤两种疾病的全部患者,采用SPSS14.0统计软件对结果进行分析,等级变量资料采用Kruskal-Wallis秩和检验,多组计量资料采用方差分析,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义,了解按病种分值支付方式下的医疗质量、医疗收费及医疗用药等情况,初步了解按病种分值付费实施对医疗机构的影响。

收稿日期:2014-05-21

作者简介:芦 丰(1977-),男,江苏淮安人,硕士,助理研究员,研究方向为医疗保障制度。

设计访谈提纲,走访医疗保险管理及经办机构、定点医疗机构。通过对各部门负责人深入访谈,了解按病种付费实施效果及对医疗行为的影响。

## 二、研究结果

### (一)淮安市医保基金运行情况

近年来,淮安市按病种分值付费基金结余率相对合理,维持在20%以下,2009和2010年因政策因素,结余率低于10%(表1)。2011、2012年居民医保基金结余率均在20%以上(表2)。2010~2012年,该市按病种分值付费患者的自付比例稳定并逐年降低,分别为28.14%、25.46%、25.12%,较为合理。按病种分值付费基金管理效率相对较高。

表1 2008~2012年淮安市市区按病种分值付费医保基金收支情况

年份	收入(万元)	支出(万元)	结余率(%)
2008年	33 976	28 469	16.2
2009年	34 093	32 068	5.9
2010年	44 541	40 617	8.8
2011年	93 373	76 650	17.9
2012年	121 992	102 049	16.3

表2 2011~2012年淮安市市区居民医保基金运行情况

年份	收入(万元)	支出(万元)	结余率(%)
2011年	21 998	15 233	30.75
2012年	28 677	21 792	24.01

### (二)样本医院运行情况

实施按病种分值付费的样本医院整体运行情况良好。其经济运行情况良好,近三年收入稳步增长,收支基本平衡,收支构成情况合理,2010~2012年样本医院总收入分别为83 460、97 524、114 750万元,总支出76 542、91 605、110 256万元,分别结余6 918、5 919、4 494万元。其平均住院日呈逐年下降的趋势,2010~2013年全年平均住院日分别为13.96、12.73、11.50、10.79天,下降幅度分别为8.81%、9.66%、6.17%。其门急诊人次及住院人次逐年上升,2010~2012年门急诊就诊人次分别为1 154 099、1 80 424、1 501 767人,住院人次分别为51 102、58 366、65 866人。其按病种分值付费结报比明显高出居民医保患者及新农合患者,2012年样本医院按病种分值付费患者的结报比为75%,居民医保患者为52%,农村合作医疗为38%。据统计,样本医院近年来药占比控制相对合理,医保人均住院费用增长较低,该医院一直严格按照相关政策执行,医保结算扣减额为0。

### (三)不同支付方式下特定病种的相关情况比较

## 1. 阑尾炎

### (1)阑尾炎治疗结果

经检验,样本医院2012年阑尾炎市区按病种分值付费患者、居民医保患者、新农合患者的治疗结果无统计学差异( $P > 0.05$ ,表3)。

表3 2012年样本医院阑尾炎治疗结果 (例)

医保类型	治愈	好转	未愈
按病种分值付费	45	10	1
居民医保	69	13	0
新农合	69	14	1

$\chi^2=0.389, P > 0.05$ 。

### (2)患者住院总费用及药品费用情况

样本医院2012年阑尾炎市区按病种分值付费患者、居民医保患者、新农合患者人均住院费用分别为7 334、11 593、8 553元,经检验三种不同支付方式阑尾炎患者的人均住院总费用有统计学差异( $P < 0.05$ ,表4)。三种不同支付方式的阑尾炎患者人均住院药品费用分别为3 549、4 898、4 160元,经检验,三种不同支付方式阑尾炎患者的人均住院药品费用无统计学差异( $P > 0.05$ ,表4)。

表4 2012年样本医院阑尾炎患者住院费用和住院药品费用的方差分析 (元)

医保类型	n	平均住院费用	平均住院药费
按病种分值付费	56	7 333.61±2 871.34	3 548.76±1 872.81
居民医保	82	11 592.71±6 687.08	4 898.12±3 835.86
新农合	84	8 553.45±4 577.31	4 159.60±3 256.85
F值		14.228	3.021
P值		<0.05	>0.05

### (3)患者术前平均住院日、平均住院日情况

样本医院2012年阑尾炎市区按病种分值付费患者、居民医保患者、新农合患者人均术前平均住院日分别为0.29、0.25、0.59天,经检验,无统计学差异( $P > 0.05$ ,表5)。三种不同支付方式的阑尾炎患者人均平均住院日分别为6.48、6.22、7.42天,经检验无统计学差异( $P > 0.05$ ,表5)。

表5 2012年样本医院阑尾炎患者术前及平均住院日的方差分析 (天)

医保类型	术前住院日	平均住院日
按病种分值付费	0.29 ± 0.68(n=48)	6.48 ± 2.78(n=56)
居民医保	0.25 ± 0.77(n=76)	6.22 ± 3.91(n=82)
新农合	0.59 ± 2.11(n=74)	7.42 ± 5.34(n=84)
F值	1.256	1.750
P值	>0.05	>0.05

## 2. 子宫肌瘤

### (1)子宫肌瘤治疗结果

经检验,样本医院2012年子宫肌瘤市区按病种分值付费患者、居民医保患者、新农合患者的治疗结果无统计学差异( $P > 0.05$ ,表6)。

表6 2012年样本医院子宫肌瘤治疗结果(例)

医保类型	治愈	好转	未愈
按病种分值付费	79	66	1
居民医保	102	68	2
新农合	177	135	2

$\chi^2=0.791, P > 0.05$ 。

#### (2)患者住院总费用及药品费用情况

样本医院2012年子宫肌瘤市区病种分值付费患者、居民医保患者、新农合患者人均住院费用分别为12 474、12 565、12 568元,经检验三种不同支付方式子宫肌瘤患者的人均住院总费用无统计学差异( $P > 0.05$ ,表7)。三种不同支付方式的子宫肌瘤患者人均住院药品费用分别为4 020、3 978、4 157元,经检验三种不同支付方式子宫肌瘤患者的人均住院药品费用无统计学差异( $P > 0.05$ ,表7)。

表7 2012年样本医院子宫肌瘤患者住院费用和药品费用的方差分析(元)

医保类型	n	平均住院费用	平均住院药费
按病种分值付费	146	12 474.08±1 962.32	4 020.43±1 557.28
居民医保	172	12 565.86±3 170.06	3 977.66±1 741.85
新农合	314	12 568.36±4 938.91	4 157.47±2 758.17
F值		0.031	0.406
P值		>0.05	>0.05

#### (3)患者术前平均住院日、平均住院日情况

样本医院2012年子宫肌瘤市区按病种分值付费、居民医保、新农合患者术前平均住院日无统计学差异,平均住院日通过方差分析发现有统计学差异( $P < 0.05$ ,表8),按病种分值付费患者平均住院日小于居民医保和新农合患者。

表8 2012年样本医院子宫肌瘤术患者前及平均住院日的方差分析(天)

医保类型	术前住院日	平均住院日
按病种分值付费	1.65±0.93(n=141)	8.18±2.22(n=146)
居民医保	1.65±0.90(n=165)	8.71±2.88(n=172)
新农合	1.66±0.88(n=308)	8.96±2.54(n=314)
F值	0.004	4.562
P值	>0.05	<0.05

### 三、讨 论

研究表明淮安市城镇职工参保人群费用控制较好,主要由于其实行按病种分值支付,促使医院注重节约开支,提高管理水平,从而有效保障了参保人员

的利益<sup>[6]</sup>。

(一)按病种分值付费医疗费用增速趋缓,基金结余率控制的相对合理,患者结报比明显高于居民医保和农村合作医疗,自付比例较稳定且逐年降低

在病种分值付费制度实施之前,各家医院都在找医保的漏洞,钻医保的空子。但随着病种分值付费制度的实施,以及医保中心对定点医院管理的不断增强,各家医院之间的竞争压力越来越大,医院除为患者提供优质医疗服务外,更加注重合理诊疗、合理用药,严控治疗成本,改善医疗流程。总量控制、按月以收定支的病种分值结算实施之后,可分配基金即为医保按照略有节余的原则拿出的总盘子,从而从根本上保证了医保基金的收支平衡、略有节余,使医保基金的运行处于最健康的状态。

(二)按病种分值付费的阑尾炎与子宫肌瘤患者情况有一定差异,仍需进一步细化、完善按病种分值付费管理制度,以达到更加科学合理

医保管理部门不但要在医疗费用上加强对医院的管理,更应加大对医疗质量的关注,综合考虑费用控制与医疗质量促进之间的关系。医保管理部门可以将医疗质量指标纳入病种分值考核体系中,如治疗结果、平均住院日、三日确诊率、医疗服务人数、是否有医疗差错等,每月或每季度对医院进行考核,得出质量系数,防止医疗机构通过减少部分合理服务而降低医疗服务质量。促使医院在关注费用的同时,更加注重质量指标,使参保者享受到更加优质、更加安全的医疗服务。

#### (三)增加病种目录,加快更新频次

为了进一步促进按病种分值付费制度的完善,更好保障参保患者的利益,按病种分值付费可继续扩容按分值付费病种目录,不断增加病种数量,加快病种分值更新频次及同一病种不同治疗手段的分值制定。同时考虑新技术新项目的不断开展,更合理地反映医疗成本变动,给患者更多的选择权。

#### (四)进一步完善信息化平台,建立互查互审机制

建立医疗机构互查互审制度,可以更好保障医保基金的安全和合理使用。以往各定点医院的医疗费用情况只有社保中心能看见,由于情况复杂、数量巨大,医保监管效果不尽如人意。在总额控制的前提下,互查互审平台的建立,能提供各定点医院查看其他定点医院费用情况的路径,并畅通投诉、受理和处理通道,过度医疗、诊断升级、分解住院等情况将会得到有效遏制。

参考文献

- [1] 黄晓光,陶宏滨,冷明祥,等.江苏省定点医疗机构支付方式现状研究[J].卫生经济研究,2011(12):13-17
- [2] 陈树国.按病种分值结算科学实现医保基金总额控制[J].中国医疗保险,2012(11):49-51
- [3] 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,2011,31(2):48-51
- [4] 钱军,王樱.关于完善病种分值结算的实践与思考[C]//江苏省医疗保险优秀论文汇编,2004
- [5] 叶龙杰,钱士伦.淮安病种分值付费“争吵”中前行[N].健康报,2013-09-05(4)
- [6] 王振宇,冷明祥,万彬,等.淮安市医保基金购买医疗服务控费现状研究[J].南京医科大学学报:社会科学版,2014,14(2):30-34

## An empirical study of Huaian city, according to the disease score pay

Lu Feng<sup>1</sup>, Song Jing<sup>2</sup>, Sun Xiaoyang<sup>2</sup>, Chen Shuguo<sup>3</sup>, Leng Mingxiang<sup>4</sup>

(1. School of Public Health, Nanjing Medical University, Nanjing 210029; 2. Medical Affairs Department of Huaian First Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Huaian 223300; 3. Huaian City Health Center, Huaian 223001; 4. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

**Abstract: Objective:** To comprehend the implementation of disease score paid and the implementation effect in Huaian city, provide policy references for the further improvement of payment. **Methods:** By field survey and interview, compared related to operating efficiency, understood Huaian medical insurance fund and sample hospitals' overall operation, and compared different sample hospitals single disease payment. The data were collected and analyzed by SPSS14.0 statistical software. **Results:** The overall operation efficiency, the medical insurance fund sample hospital were good, the related situation of single entity varied under different kinds of payments. **Conclusion:** The payment which depended on different entities has achieved remarkable results in cost control, we have already taken the medical quality indicators into the disease score evaluation system, and continuously expanded disease directory and accelerated the update frequency. Establishing mutual check a peer review mechanism is an effective method to further refine, improve system.

**Key words:** according to the disease score pay; an empirical study; Huaian city