

加强核心指标的监管考核 推进新农合支付方式改革

张 晓¹,周继平²,沐 阳²,段明妍¹

(1. 东南大学公共卫生学院,江苏 南京 210009;2. 泰州市姜堰区卫生局,江苏 泰州 225500)

摘 要:根据世界银行贷款卫XI项目的活动实践,探索了泰州市姜堰区加强核心指标监管考核、推进新农合支付方式改革的具体做法与措施。通过实施门诊总额预付和住院按床日付费的支付方式改革,全区定点医疗机构控费意识增强,次均费用明显下降,实现了全区新农合定点医疗机构次均住院费用增长率控制在5%以内的目标。科学合理的核心考核指标制定和监管实施,综合实施的混合支付方式改革,是有效控制医疗费用的重点与实现政策目标的保证。

关键词:核心指标;新农合;医疗费用;支付方式;门诊总额预付;按床日付费

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2015)03-182-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20150304

自2009年卫XI项目启动实施以来,江苏省泰州市姜堰区一直致力于积极探索各种支付方式综合改革,以合理控制医疗费用上涨。该区先后于2011年8月印发了《姜堰市新型农村合作医疗住院费用支付方式改革方案》,2012年10月印发了《关于实施新农合门诊总额预付工作的通知》,2013年制定了《泰州市姜堰区新型农村合作医疗按床日付费实施方案(试行)》。通过建立核心考核指标和住院费用支付方式改革,实现全区新农合定点医疗机构次均住院费用增长率控制在5%以内的目标。

一、具体措施和实施过程

(一)核心考核指标的制定

在普雷母詹德所著的《公共支出管理》一书中,对绩效的定义是:绩效包含了效率、产品与服务数量及数量、机构所作的贡献与质量,包含了节约、效益和效率。绩效评价的指标从选择的范围看,主要包括效益类指标、效率类指标和有效性指标三个方面^[1]。根据这一标准与新农合政策目标的调整,结合经办机构对定点医疗机构的监管要求,我们制定了三种指标类型。其中,服务质量与服务数量指标有:诊疗疾病类别

构成比、住院总床日、平均住院床日、住院人次构成比;服务效益性指标有:次均住院费用、药占比、目录内药占比、可报费用占比。我们将这些核心指标作为绩效监管指标进行监管^[2],并将相关数据纳入到考核当中。

指标含义及计算方法:①诊疗疾病类别构成比:定点医疗机构各系统疾病类别、各级别手术占本院住院人次的比例。计算方法:统计时段内各类疾病、各级手术人数÷住院总数×100%。②住院总床日:新农合住院病例住院床日总数。计算方法:统计时段内新农合每一住院病例住院床日的总和。③平均住院床日:平均每个患者的住院天数。计算方法:统计时段内新农合住院患者的总床日÷住院总人次。④住院人次构成比:住院人次占全区新农合病例住院总人次比例。计算方法:统计时段内定点医疗机构的新农合住院总人次÷全区新农合住院总人次。⑤次均住院费用:新农合参加人的平均住院费用。计算方法:统计时段内病例住院总费用÷住院总人次。⑥药占比:药品费用(不含中草药饮片)占医药总费用的比例。计算方法:统计时段内病例的住院药品总费用÷病例住院总费用。⑦目录内药占比:目录内药品

基金项目:世界银行贷款/英国政府赠款中国农村卫生发展项目

收稿日期:2014-10-14

作者简介:张 晓(1963-),男,四川遂宁人,副教授,硕士生导师,研究方向为健康保障制度,公共卫生政策等,通信作者。

费用占药品总费用的比例。计算方法:统计时段内新农合住院病例目录内药品费用总额÷新农合住院病例药品总额。⑧可报费用比:可报医药费用占医药总费用的比例。计算方法:统计时段内新农合住院病例可报费用总额÷新农合住院病例住院总费用。

这些指标不仅反映了定点医疗机构的医疗服务能力,也是合理控制费用增长的关键指标。通过考核指标的制定来规范定点医疗机构服务行为,促进合理诊疗,合理减少药品、耗材的使用,提高医疗技术劳务收入,提高医疗服务质量和效率,避免门诊转住院、小病大治、推诿重症患者、无故延长住院时间、诊疗避重就轻等现象,实现控制费用、规范诊疗的预期目标。

(二)多种支付方式改革实践

1. 门诊实行总额预付

在镇村一体化建设的基础上,姜堰区制定了镇村门诊总额预付标准与管理方案,以提高新农合基金使用效能,即依托镇村一体化管理,全面推广镇村两级门诊总额付费。在充分研讨的基础上形成《“依托镇村一体化管理,全面推广镇村两级门诊总额付费”项目基线调查方案》,抽样调查了蒋垛、港口、淤溪、俞垛、姜庄、洪林等卫生院及其所管辖的各2所村卫生室,对门诊总额预付相关文件在实施过程中的意见和建议,完成了有关调查任务并形成基线调查报告。在总结、评估试点镇卫生院“门诊总额预付”具体做法的基础上,进一步优化方案,出台了《泰州市姜堰区新农合镇村定点医疗机构“门诊总额预付”考核管理指导意见》。通过该文件的实施,进一步巩固和完善新型农村合作医疗镇村两级定点医疗机构的门诊总额预付工作,有效控制过度医疗,减轻参合农民就医负担,切实提高群众受益水平。同时对全区实行新农合总额预付制度的定点医疗机构,就如何进行考核管理提出指导意见。实施门诊总额预付以来,各定点医疗机构切实加强了管理和考核,在确保因病施治的前提下努力控制次均费用,减轻了患者的疾病经济负担。通过引导患者到基层卫生机构就诊,较为合理地利用了基层卫生机构资源^[3]。

①总额预付的对象:门诊总额预付的对象为全市实施基本药物制度的镇村两级新农合定点医疗机构,以卫生院为单位统一核算。②总额预付资金构成:门诊总额预付资金包括门诊医药费补偿预付资金和一般诊疗费补偿预付资金。③总额预付资金计算方法及标准:以镇村两级定点医疗机构近两年的平均门诊服务利用率和门诊次均费用发生情况测算门诊预付资金总额,以卫生院(含辖区内的村卫生

室)为单位统一核算。④门诊总额预付资金计算方法及标准:以镇村两级定点医疗机构近两年的平均门诊服务利用率和门诊次均费用发生情况测算门诊预付资金总额,以卫生院(含辖区内的村卫生室)为单位统一核算。门诊预付资金总额计算公式:卫生院:年均新农合门诊人次×(镇级一般诊疗费补偿标准+镇级新农合门诊次均费用×门诊补偿比例);村卫生室:年均新农合门诊人次×(村级一般诊疗费补偿标准+村级新农合门诊次均费用×门诊补偿比例)。⑤门诊总额预付资金标准调整:根据新农合筹资标准、门诊医药费补偿标准、上年度预付资金收支情况以及诊疗条件的改善等因素每年确定一次。⑥门诊总额预付资金构成:门诊预付资金总额的80%分四个季度进行预拨,预付资金总额的10%作为门诊预付风险基金,用于调剂弥补个别地区因特殊原因形成的超支,预付资金总额的10%作为考核资金根据年终考核结果予以结算下拨。

奖惩办法:①以考核结果实施奖惩:根据年终综合考核结果,以考核得分率90%为基准,得分率每上升或下降1%,奖励或扣减考核资金的2%。②以次均费用控制效果实施奖惩:次均费用超过预测数50%而导致的预付资金缺口,新农合基金不予增补;次均费用超过25%,新农合基金增补超出部分25%(25%×25%),其余自付(增补需先提交书面申请并接受新农合基金实地调研);次均费用超出但超出部分在25%以下,新农合基金按超出部分同比例增补(增补条件同上)。因预测数形成的预付资金盈余全额奖励给镇村两级定点医疗机构。③以服务效率实施奖惩:当诊疗人次超过预测数,相应调增预付资金(与预付资金计算相同),诊疗人次超过预测数20%,新农合基金需就医护人员数量以服务现状进行调研;因服务效率低下导致实际门诊诊疗人次低于预测数,相应调减预付资金总额(与预付资金计算相同)。

2. 实施按床日付费的住院支付方式改革

姜堰区在实施按床日付费时,摒弃了传统的测算方法,现行方法虽比较准确,但是耗时费力;从另一角度来说,虽然是分为各个诊疗时间段,但可塑性不强,仍然是对诊疗活动的一个干预。所以采取宏观的方法,以测算医疗机构的总床日和每床日补偿标准和控制总费用为抓手,做好按床日付费工作,由各医院根据内部运行情况实行按科室或者按病种费用控制。

按床日付费数据来源:在保障新农合基金安全运行的情况下,以全区各定点医疗机构2012年9月

1日至2013年8月31日新农合住院病例(不含意外伤害、按病种定额付费、精神病和纳入重大疾病医疗保障的病例)的总补偿费用、住院总床日等多项数据为年度数据测算依据,根据2013年新农合补偿标准计算每机构每床日补偿标准以及年补偿金控制总额。

按床日付费标准计算方式:年住院总床日:新农合每一住院病例住院床日(出入院时间差)之和,以此测算定点医疗机构的年住院总床日。每床日补偿标准:新农合每一住院病例补偿费用之和÷年住院总床日=每床日补偿标准。年补偿金控制总额:年补偿金控制总额=年住院总床日×每床日补偿标准。

按床日付费标准:根据全区各定点服务机构实际运行情况,以及住院患者流向分布、次均住院费用、平均床日费用、平均床日补偿费用和平均床日等多项指标值,结合医院等级管理和实际服务能力,确定相对应的年住院总床日、每床日补偿标准和年补偿金控制总额,逐步过渡到同一类型医疗机构执行相同的付费标准^[4]。

经办机构与定点医疗机构结算方式:①应拨金额计算办法。定点医疗机构申请新农合应拨金额=申请时段内住院总床日×每床日补偿标准。补偿金额为0的不纳入总床日计算;日费用金额为0以及日费用为基本住院费用(只含床位费、护理费)累计超过2日(含2日)的不纳入总床日计算。②按月预拨,年终决算。经办机构经初审、复审、审批后,按应拨金额的95%预拨,暂存5%作为年终决算考核奖惩使用。③实施补偿金总额考核控制。各定点医疗机构的新农合基金应拨金额原则上应不超过新农合年补偿金控制总额。应拨金额超过年补偿金控制总额的,经考核属于合理诊疗的予以核拨,否则由定点医疗机构承担。④根据按床日付费实施效果进行奖惩。新农合基金拨付金额大于定点医疗机构实际垫付额形成盈余,盈余部分原则上归定点医疗机构所得;新农合基金拨付金额小于定点医疗机构实际垫付额形成超支,超支部分经考核属于合理诊疗的予以核拨,否则新农合基金不予增补,由定点医疗机构承担^[5]。⑤年终考核决算。年终,经办机构对各定点医疗机构进行考核,根据信用等级评审结果、《按床日付费考核标准》(另行制定)等考核结果实施相应的奖惩。

3.推行单病种定额付费

对在本区孕产妇住院分娩正常产、阴道手术助产、剖宫产单病种定额付费的基础上,将阑尾炎、胆结石等20多种手术病种列入单病种定额付费范围,实现了部分单病种住院费用的零增长。

4.把医院信用等级评审纳入支付方式改革范畴
在支付方式改革的同时,制定新农合各定点医疗机构信用等级评审奖惩措施,把医院信用等级评审纳入支付方式改革范畴,切实加强对定点医疗机构的监管,加强内控管理体系。根据《定点医疗机构信用等级认证制度工作意见》,对全区新农合定点医疗机构进行量化考核评分,反馈存在问题,并进行奖惩兑现,根据评分结果核拨新农合补偿金,督促定点医疗机构建立新农合内控管理组织,加强新农合内部质量控制,规范服务行为^[6]。

二、成效与分析

(一)住院成效

按床日付费改革后,定点医疗机构控费意识增强,从2013年10~11月全区医疗机构住院总费用仅增加了约24万元,而住院人次与上年度同期基本持平;次均费用与上一年度相比则下降了7.89%。其中,二级医院的区人民医院下降为10.32%;一级医院的淤溪卫生院下降达33.61%;民营医院中,蔡官医院下降最多,达40.57%。另外,平均床日也较上一年度下降4.33%,但与考核规定的控制指标比较,还高出7.23%,仍有下降的空间。

(二)门诊成效

实施门诊总额预付以来,镇村定点医疗机构切实加强了管理和考核,在确保因病施治的前提下努力控制次均费用,效果明显,减轻了患者的疾病经济负担。同时,通过积极引导患者到基层卫生机构就诊,较为合理地利用了基层卫生机构资源和规范了医生的抗生素使用行为,见表1、表2。

从2012年9~12月决算看,卫生院盈余11.52万元,卫生室盈余31.88万元。但个别卫生院实际次均费用超过了规定的次均费用,亏损6.57万元;2012年9~12月门诊总额预付689.88万元,实拨付694.96万元,差额5.1万元,误差率-0.73%。2013年1~9月按照门诊支付方式改革方案的规定测算,全区卫生院和村卫生室通过控制门诊次均费用合计盈余约107万元。

三、讨论

综合实施的混合支付方式改革是有效控制医疗费用上涨的有效方式和手段^[7]。2000年以后探索的按病种定额付费、次均住院费用增长指标控制、新农合住院用药目录控制、按床日付费和信用等级评审奖惩等方式改革,实现了全区新农合定点医疗机构次均住院费用增长率控制在5%以内的目标。

表1 门诊总额预付就诊人次与次均费用实施前后对比表

医疗机构	预测就诊人次 (1)	实际就诊人次 (2)	就诊人次增长率(%) [(2)-(1)]/(1)	预测次均费用 (3)	实际次均费用 (4)	次均费用增长率(%) [(4)-(3)]/(3)
镇级	169 631	163 088	-3.86	67.66	64.45	-4.74
村级	264 562	331 347	25.24	13.11	10.00	-23.72

表2 门诊总额预付实施前后门诊服务质量指标变化情况 (%)

指标	卫生院			卫生室		
	2011年	2012年	减少	2011年	2012年	减少
抗生素使用	49.0	36.0	13.0	39.0	33.0	6.0
二联以上抗生素使用	43.0	29.0	14.0	8.9	6.4	2.5
激素使用	11.0	8.0	3.0	5.0	4.0	1.0
静脉输液	43.0	32.0	11.0	21.0	14.0	7.0

(一)科学合理的核心考核指标制定和监管实施是费用得到有效控制的重点

合理控制医疗费用增长,减轻社会的负担与压力,是公立医院应尽的社会责任,也是保障新农合基金安全稳定运行,促进新农合健康持续发展的重要动力。绩效指标考核强调公平、公正、客观和准确地综合评价医院效益和管理者业绩,是提高公立医院管理水平和公益性的有效手段,也有利于规范不合理的诊疗行为和控制过度上涨的医疗费用^[8],从而保证新农合的可持续健康发展。

(二)实施次均住院费用增长指标奖惩,可以达到控制费用的目的

以全区定点医疗机构前三年平均次均住院费用为基数,以次均住院费用增长二级医院5%、一级医院4%为指标限额,分别测算不同机构次均住院费用限额标准,实行超指标部分的费用由医疗机构按一定的比例自付,控制在指标内的部分费用新农合基金予以奖励补助^[9]。

(三)实施新农合住院用药目录控制是指标得以实现的有效保证

根据规定,实施基本药物制度的定点医疗机构全部使用基本药物目录内药品。未实施基本药物制度的定点医疗机构应优先选择使用新农合目录内药品,使用新农合目录外的药品费用新农合基金不予支付;目录外自费药品未实行告知患者的费用由医疗机构自付;目录内药品费用占药品总费用的比例应达到90%以上,目录外药品费用超过10%的,每上升1%扣除定点医疗机构新农合实际补偿金1‰。

合理控制医疗费用过快上涨已成为当前国际性

的课题,它与新农合的可持续发展息息相关。综上所述,科学合理的核心绩效指标的制定和有效的监管实施,综合实施的混合支付方式改革,是合理控制医疗费用上涨与实现政策目标的保证,能够促进新农合健康、可持续发展。

参考文献

- [1] 李永友. 解析与构建公共支出绩效评价指标体系[J]. 当代财经, 2005(1): 25-29
- [2] 于迪迪, 杜亚平. 医保基金在基层医疗机构中的支付方式现状及其改革[A]. 浙江省全科医学学术年会论文汇编, 2012
- [3] 田虎. 新型农村合作医疗门诊统筹支付制度及有效监管策略研究[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2013
- [4] 朱兆芳, 王禄生. 新型农村合作医疗按床日付费制度付费标准的制定[J]. 中国卫生经济, 2010(11): 42-44
- [5] 黄邕生, 赵颖旭, 张振忠. 我国按床日付费制度改革的主要做法的比较[J]. 中国卫生经济, 2013(6): 15-17
- [6] 夏迎秋. 实施定点医疗机构信用等级评审, 建立新农合严格的监督管理机制 [J]. 江苏卫生保健, 2014(3): 1-3
- [7] 杜丽侠. 新型农村合作医疗门诊总额预付支付方式研究[D]. 上海: 复旦大学, 2011
- [8] 卜胜娟, 熊季霞. 公立医院绩效评价体系分析及建议[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(6): 404-406
- [9] 陈文. 医疗支付制度改革及其路径探寻 [J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(9): 1-3