

江苏省13个地级市城镇 职工医疗保险单病种付费实施现状

陈 蕾, 张绍峰

东南大学附属第二医院医务处, 江苏 南京 210003

摘要:通过定量调查、宏观政策分析、定性访谈法调查分析江苏省十三个地级市单病种付费实施现状。目前13个地级市的单病种付费按照支付方式的不同可分为定额支付、限额支付以及定额与限额支付相结合三种不同类型,整体上单病种付费控制不合理医疗费用效果尚不明显,参保人接受程度较高,保方认为有利于强化医保收支预算,院方认为实施过程细节需要完善、配套政策需加强。

关键词:单病种付费;职工医疗保险;江苏省

中图分类号: F842

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2018)01-014-003

doi: 10.7655/NYDXBSS20180104

2017年《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2017年重点工作任务的通知》提出:2017年年底以前所有城市实行按病种付费的病种不少于100个。因此,全面了解江苏省13个地级市单病种付费政策及实施情况,对进一步完善单病种政策,控制不合理医疗费用具有重要意义。

一、资料和方法

对江苏省13个地级市单病种付费情况全面调查,定量调查主要是发放调查单病种调查表格至医疗保险基金管理部门(保方),包括单病种医疗费用支付方式、实施时间、单病种抽取规则、反馈机制、总体运行情况等。定性调查主要是访谈徐州(苏北)、南京(苏中)和苏州(苏南)共9名单病种管理专家,其中6名来自医院(院方,苏北、苏中和苏南地区三级甲等医院医保分管副院长各2名),3名来自保方。

方法:①定量调查法:调查数据采用Excel 2010进行录入分析;②宏观政策规范分析法:结合各地城镇职工基本医疗保险政策及有关资料,进行宏观政策规范分析;③定性访谈法:设计访谈提纲,通过深入访谈6名专家,了解单病种付费实施效果及存在问题。

二、结 果

按照支付方式的不同将11个地级市分为三类:定额支付,指不论实际费用,均以指标支付。限额支付,指当实际费用高于指标时,以指标支付;当实

际费用低于指标时,以实际费用支付。淮安和镇江由于自身特点单列。

(一)定额支付

南京、苏州、扬州、宿迁、盐城、无锡实施定额支付。实施时间和单病种实施个数:2015年11月南京市城镇职工医疗保险确定13个单病种实施按病种结算,2016年3月进一步对25个单病种实施按病种结算,目前南京共有38个单病种实施按病种结算。苏州从2010年1月开始实施,共有17个单病种实施按病种结算。扬州从2016年4月开始实施,共20个单病种实施按病种结算。宿迁从2015年11月开始实施,共8个单病种实施按病种结算。盐城从2017年1月开始实施,共135个单病种实施按病种结算。无锡从2016年开始实施,共146个单病种实施按病种结算。

单病种识别方式:南京、扬州按照“手术编码”识别单病种。苏州按“疾病诊断”+“手术编码”+“诊疗项目编码”识别单病种。宿迁、盐城、无锡按“疾病诊断”识别单病种。

结算方式:①参保人员:维持现有结算模式。参保人员在定点医疗机构发生规定的医疗费用,个人按现有规定以个人账户、现金支付个人负担部分,其中住院起付标准、个人自付比例及个人自理部分仍按现行标准结算。②定点医疗机构:定额管理。定额结算标准由参保人员和医保基金共同支

收稿日期:2017-08-08

作者简介:陈蕾(1987—),女,江苏南京人,硕士研究生,助理研究员,研究方向为医院管理。

付。参保人支付部分由参保人承担;医保基金支付部分由社保中心和医疗机构按定额标准结算。超支不补,结余归医院。

高值耗材是否计入定额标准:苏州、扬州、盐城、无锡计入;南京、宿迁不计入,实行按项目结算。

反馈机制:对于有严重合并症、并发症、且治疗费用超过该病种支付标准(南京超过支付标准40%,苏州超过50%,盐城退出病案数占当期结算总额病案数不超过20%),按规定提供病案首页、出院小结电子版等材料,审核通过,可退出单病种。宿迁、无锡无单病种反馈机制。

(二)病种分值结算

淮安市按病种分值结算,即根据不同疾病所需的医疗费用间的比例关系,给每一种病种确定相应分值,医院以出院病种构成情况以及每一种病种出院人次,计算出总分值作为取得费用偿付的结算依据^[1]。

实施时间和单病种实施个数:从2003年起实施按病种付费,病种数从最初的606个增加到目前的892个,遍及26个临床科室。

病种识别方式:系统按照病种“疾病诊断”(要依照ICD疾病名称规范)识别单病种。按病种分值付费该措施已涵盖90%以上的病例数,基本覆盖淮安市所有常见病种^[2]。

结算方式:①参保人员:参保人员个人负担比例,三级医院控制在20%以内,二级医院控制在25%以内,即实际出院费用与个人自付总费用之和,三级和二级医院分别不得超过按病种分值计算统筹费用的120%和125%,超过部分从应得统筹基金中相应扣除^[3]。②定点医疗机构:给每一个病种确定相应分值,大病重病分值高,小病轻病分值低,各定点医院以出院患者累计的分值与医保经办机构按照预算的可分配基金结算费用。某定点医院结算后医保偿付费用=(所有定点医院月实际出院费用总和-该院个人支付总费用)÷所有定点医院当月病种折合总分值×该院月折合分值-个人负担超控制比例扣减金额。实际出院费用及个人自付总费用均含住院期间个人门诊、院外医疗费用。

高值耗材是否计入定额标准:计入,对于心血管支架、起搏器、骨科特殊材料等,认为病情符合切实需要的年终决算予以考虑。

反馈机制:采取特例单议处理。

(三)定额支付与限额支付相结合

定额支付与限额支付相结合,主要包括徐州、南通、连云港。实施时间和单病种实施个数:徐州2013年9月开始实施,目前单病种实施个数共有462个;南通2013年1月开始实施,实施101个;连云港2015年1月开始实施,实施230个。

单病种识别方式:徐州、连云港按“疾病诊断”+“手术编码”识别单病种;南通按“手术编码”识别单病种。

结算方式:①参保人员:徐州患者可自由选择是否按病种付费。按病种付费的参保患者在报销时,按相应病种结算价格实行“统一价”,只需支付个人自付部分。单病种治疗费用不计入当年统筹基金累计。南通按病种付费结算住院医疗费用不受医疗保险“三个目录”限制,不设起付线、最高支付限额,不执行原政策规定的费用分段支付比例,在病种付费价格标准以内,医保基金支付比例不低于80%。连云港仍然享受普通住院待遇,单病种和患者无关,符合标准的病例全部纳入结算范畴。②定点医疗机构:实行定额支付与限额支付相结合。徐州按照“结余归己,超支不补”的原则,单病种预留考核保证金比例为5%,其他费用保证金比例为8%~10%,鼓励定点医疗机构积极实行单病种付费。南通门诊病种实行定额结算;住院医疗费用,医保基金按病种收付费价格标准和医保报支比例结算。连云港实行总额控制基础上的足额结算。

高值耗材是否计入定额标准:计入。

反馈机制:有严重并发症、合并症的单据,可申请退出。

(四)限额支付

常州、泰州为限额支付,实施时间和单病种实施个数:常州2014年9月开始实施,目前单病种实施个数共有257个;泰州2016年7月开始实施,实施104个。

单病种识别方式:按“疾病诊断”识别单病种。

结算方式:①参保人员:维持现有结算模式。泰州个人按现有规定以个人账户、现金支付个人负担部分。常州结算时不受医保“三个目录”限制,不设起付线、分段支付比例,由参保人员和医保基金直接按规定的比例分担。②定点医疗机构:限额支付。常州根据“定额控制,结余归院,超支不补”的原则,按规定结算流程与定点医疗机构结算,其中“结余归院”资金不超过医保结算价格的20%。

高值耗材是否计入定额标准:计入。

反馈机制:有严重并发症、合并症的单据,可申请退出。

(五)镇江(全国医改首批试点城市)

实施时间和单病种实施个数:镇江作为全国医改两个首批医改试点城市之一,2011年对二级及以上定点医院部分疾病的住院医疗费用实行按病种付费和按服务单元付费相结合的支付方式。目前单病种实施个数113个。

单病种识别方式:系统按照“疾病诊断”+“手术编码”识别是否纳入单病种。

结算方式:①参保人员:到定点医疗机构就诊。其发生的医疗费用先由个人医疗帐户支付;个人医疗帐户不足时,由职工自付;个人自付部分超过本人年工资总额5%以上的,由社会统筹医疗保险基金支付,但个人要负担一定比例。②定点医疗机构:实行定额管理,医保基金支付部分由社保中心和医疗机构按定额标准结算。

高值耗材是否计入定额标准:计入。

反馈机制:无。

三、讨论和思考

(一)江苏省13个地级市均在探索单病种付费,但实施时间短、效果尚不显著

镇江(2001年)、淮安(2003年)、苏州(2010年)较早实施,其他城市均在2013年以后实施,总体运行时间较短、单病种实施的个数参差不齐,控制医疗费用的不合理增长效果尚不显著。2016年,南京、宿迁、镇江、扬州、泰州、盐城医保基金均超支。镇江作为全国医改首批试点城市,单病种实施较早,2016年超支2 400万余元,主要与单病种种类不断增加、部分病种给付标准偏低且调整滞后、医院管理不足等有关。

(二)参保人对单病种的接受程度较高

单病种结算方式简单,参保人对自己支付的成本可预期,保方又对参保人实施了取消起付线、取消医保目录限制、设置最高报销比例等,降低医保基金支出的同时,减轻参保人员个人负担。以连云港为例,2015年1月开始实施单病种,在医疗费用支出不断增长的大背景下,2016年单病种全年结余159 196.5元,阑尾炎在单病种实施前人均费用为12 010元,实施后降至9 360元;痔在单病种实施前人均费用7 630元,实施后降至5 470元。

(三)保方认为单病种有利于强化医保基金收支预算

“以收定支”是我国医保的大政方针,各种结算办法都存在如何总量控制的问题,而单病种在这方面有着突出的优越性^[4],能有效控制次均费用,节约医保基金支出,形成责任共担与激励机制相结合的费用结算管理模式,调动医疗机构控制费用的积极性。

(四)院方认为单病种的具体实施过程需要完善

一是常州、泰州、宿迁、盐城、无锡以第一疾病诊断识别单病种,因此主诊断的排序将直接影响医

保支付额。对于能同时进行的手术,保方只支付一个单病种费用,会增加医院负担;二是单病种结算标准的调整需要与新技术的推广同步调整;三是三级大医院的人才、技术和品牌成本无法计入单病种的成本;四是院方可控的行为是医生的诊疗行为,但是对于药价、项目定价、耗材、患者基础条件、患者的愿望不可控,而单病种退出机制尚不完善,会增加医疗程序,增加医院工作量;五是单病种结算对院方医疗信息系统的要求较高,中小型医院的信息化水平尚未达到;六是单病种费用计入医院预算总额,随着病种数量越来越多,医院总控压力越来越大^[5]。调研的13个地级市中,7个城市单病种的费用计入预算总额。

(五)单病种付费的配套政策支持需要加强

一是规范单病种患者纳入、退出环节,建立单病种付费激励机制及处罚机制。在科学选取病种的前提下,完善单病种患者纳入体系,对符合单病种指标的患者依照临床路径治疗^[6]。同时规范单病种患者退出环节。此外,为充分调动院方的积极性,对按单病种定额支付标准执行的略有结余病例,给予院方适当奖励。二是医保支付方式的改革与质量控制、考核评估相结合,兼顾费用控制与质量提高,防止因费用控制降低医疗服务质量。三是完善公立医院补偿机制,加强医疗机构成本核算和成本管理,推动医疗服务价格体系改革,使价格真实反映医疗成本。

参考文献

- [1] 罗琪,应可满. 医疗保险按病种付费研究综述[J]. 中国卫生事业管理,2012,29(4):264-266
- [2] 占伊扬. 按病种付费方式对医院管理的影响[J]. 中国医疗保险,2016(5):52-55
- [3] 高健,徐萍,杜静,等. DRGS评价方法在医院单病种管理中的应用研究[J]. 中国卫生统计,2017,8(34):608-613
- [4] 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
- [5] 刘也良. 江苏淮安:总额控制下的病种分值结算[J]. 中国卫生,2017(3):68-69
- [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