

高淳探索住院起付线外全报销实施效果分析

万彬¹,冷明祥²,陈芸³,杭化栋³

(1. 南京医科大学第一附属医院医保办公室,江苏 南京 210029;2. 南京医科大学医政学院,江苏 南京 210029;3. 南京高淳区卫生局,江苏 南京 211300)

摘要:南京市高淳区积极探索新农合基金支付方式改革,创新住院起付线外全报销制度,对提高新农合基金使用效率,降低参合农民的医疗负担取得明显效果。同时,对推行基层医疗机构首诊、分级医疗和双向转诊制度,促进医疗机构加强自身医疗费用管理,有效控制医疗费用的不合理增长起到直接而积极的作用。

关键词:高淳;住院付费;起付线;农村卫生

中图分类号: R197.62

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2014)02-089-003

doi: 10.7655/NYDXBSS20140203

一、改革背景

我国《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨方案》明确提出要“增强全民基本医保的基础性作用,强化医疗服务的公益性。”探索和实施住院起付线外全报销,有利于发挥医保的基础性,也有利于体现医疗服务的公益性^[1],直接推进农村卫生医疗体制改革在原有基础上继续深化。新医改实施以来,借助世界银行贷款中国农村卫生项目平台,高淳区从农村卫生的基础设施、支付方式和医药改革着手,逐步为实施住院起付线外全报销创造相应条件。一是政府对卫生投入不断加大,基本完成了基层医疗机构标准化建设,设施设备焕然一新,诊疗布局更合理,服务流程更优化,就医环境更舒心,为吸纳更多患者到基层医疗机构就医打下了较好的硬件基础。二是积极引导参合群众“小病进社区、大病进医院”,在报销制度上采取宝塔型递减,使基层医疗机构住院报销比例最高。三是自2011年正式实施国家基本药物制度,镇卫生院药品全部实行零差率销售,参合农民在镇级医疗机构住院的均次费用和日均费用明显下降,在减轻参合群众医疗费用负担的同时,也减轻了新农合基金支付压力。针对手术分级制度造

成基层医疗机构部分服务项目停滞,服务数量和技术水平下滑,甚至出现推诿患者的现象,高淳区从2012年7月起,在基层公立医疗机构推出住院起付线外全报销政策。全报销政策的适时出台,直接起到了增加基层医疗机构的服务数量,提高基层医疗机构服务的积极性作用。

二、基本做法

基层医疗机构住院起付线外全报销是指新农合参合人员在基层公立医院住院治疗,个人只需交纳规定的200元起付金额,其余部分全部由新农合基金支付。在充分调研基础上,高淳区新农合管理委员会与各家医疗机构协商,共同确定了五个种类七个病种进行试点。在特定病种前三年平均费用基础上递增5%作为病种支付标准,按照“结余归己、超支自负”的原则考核支付。2013年1月,参加住院起付线外全报销的病种增至18个,基本覆盖以外科疾病为主的农村常见病、多发病。与之相适应,高淳区新农合管理委员会及时制定并完善了住院起付线外全报销实施方案、实施细则,明确首批病种及临床路径、费用标准、考核要求,并组织医疗机构及临床医生培训,与各医疗机构签订服务协议。并通过各类媒

基金项目:世界银行贷款英国政府赠款江苏省农村卫生项目

收稿日期:2014-04-13

作者简介:万彬(1985-),女,江苏南通人,硕士,研究实习员;冷明祥(1955-),男,江苏镇江人,教授,硕士生导师,研究方向为社会医疗保障制度,通信作者。

体宣传,让参合人员了解新的报销政策。

三、改革成效

为如实评估高淳区住院起付线外全报销政策改革的成效,重点考证了实施住院起付线外全报销前、后新农合基金管理效率、基层医院经济运行、患者自付率及满意度、医疗服务质量以及是否有利于社区首诊、分级医疗和双向转诊等相关指标。

(一)基金运行效率有一定提升

图1显示,2010~2013年,高淳区新农合基金收入呈大幅增长趋势,随着参合人数逐年增多,新农合基金缴费总额有所增加。从基金结余情况看,2010年基金出险,2010~2012年,基金结余率稳步提升,至2012年7月实施住院起付线外全报销政策,2013年参与此政策的病种由7个增加到18个,基金结余率由2012年的8.25%下降到2013年的3.28%,实施新的政策后,基金支出显著增加。从国际经验看,医保基金结余率应在10%左右,以应对来年突发的巨大风险,因此,实施住院起付线外全报销政策后,基金结余率偏低,新农合基金面临一定风险。

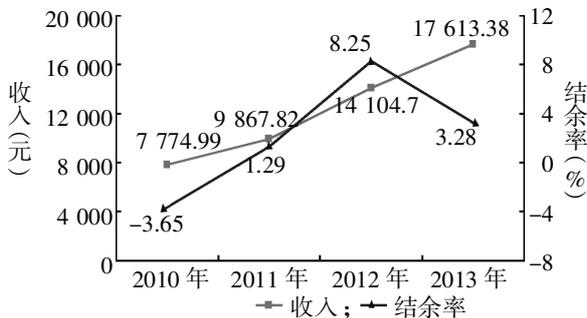


图1 2010~2013年高淳区新农合基金收入及结余率

(二)基层公立医院住院医疗费用得到有效控制

从图2可以看出,2012年高淳区基层公立医院的门诊医疗费用比上一年度增加21.94%,2013年比上一年度增加26.95%;2012年的住院医疗费用比上一年度增加13.37%,2013年比上一年度增加7.6%。2011~2013年,门诊医疗费用与住院医疗费用的增长幅度横向对比、住院医疗费用增长幅度自身纵向对比数据有效显示,实施住院起付线外全报销政策后,住院费用的增长得到明显的控制。

(三)患者自付率及满意度提升

采用住院起付线外全报销的政策方便了参合人员就近就医,保障水平明显提高。调查显示,高淳区共收治起付线外全报销病例880人,实际补偿比达91.4%,高出全区平均住院补偿比33%,高出同级医疗机构普通住院患者实际补偿比11.4%,有效减轻

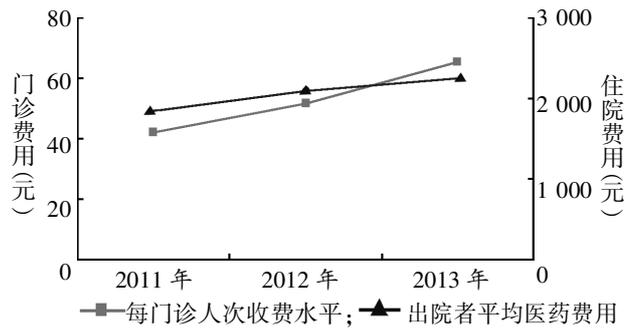


图2 2011~2013年高淳区基层公立医院医疗费用情况

了参合人员医药费用负担。从表1数据可看出,同一病种实施住院起付线外全报销政策后,平均医疗费用均有较大幅度的降低,这在一定程度说明此项政策的实施能够有效控制住院医疗费用的上涨。同时,实施住院起付线外全报销政策后,参合患者仅需支付200元的起付线,相比于未实施前,患者自付率明显降低,患者满意度有了较大幅度的提升。

表1 四类单病种实施住院起付线外全报销医疗费用情况(元)

| 病种 | 住院平均费用 | |
|--------------|--------|-------|
| | 实施前 | 实施后 |
| 阑尾炎 | 3 089 | 2 360 |
| 单侧腹股沟疝(不用补片) | 2 600 | 2 050 |
| 单侧下肢静脉曲张 | 2 581 | 2 200 |
| 老年性白内障 | 3 250 | 2 800 |

(四)有利于实现社区首诊、分级医疗及双向转诊

在实施此项政策前,高淳区就医流向一直集中于二级公立医疗机构,2011年有73%的住院患者选择区级医院,其中不少是常见病、多发病,造成区级医院床位紧张,而基层公立医院床位闲置的现象。实施住院起付线外全报销政策后,区域内基层卫生资源利用效率明显上升。

图3显示,2010~2013年新农合基金对一级公立医疗机构的补偿额逐年上升,住院起付线外全报销政策实施一年多,2012~2013年一级公立医疗机构的新农合基金补偿额平均增长幅度近50%。此外,调查显示,基层医疗机构住院人数平均增幅达110%。

住院起付线外全报销的政策提升了基层医疗机构的服务能力和服务数量,积极引导了农村常见病、多发病在基层医疗机构诊治,缓解了区级医疗机构就医压力,有利于促进社区首诊、分级医疗及双向转诊制度的推行,有效提高了区域卫生资源的利用效率,一定程度上缓解了参合患者“看病难、看病贵”^[2]。

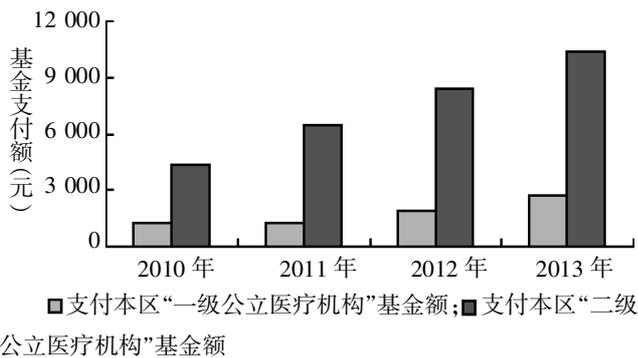


图3 2010~2013年新农合基金支付流向

四、完善住院起付线外全报销政策的建议

高淳区对住院起付线外全报销政策的实施取得了一定成效,达到了“让基层医疗强起来,让医药费用降下来,让改革机制活起来,让保障水平高起来”的惠民愿望,作为制度创新在新农合支付方式改革方面成效明显。但是,住院起付线外全报销政策仍需进一步完善。

(一)充分考虑新农合基金承受能力,提高基金运行效率

对实施住院起付线外全报销政策情况研究发现,新农合基金结余率由2012年8.25%降到2013年的3.28%,新农合基金结余率偏低。在继续推广住院起付线外全报销政策的同时,应充分考虑新农合基金承受能力,通过适当提高参合农民个人缴费标准、加大政府或集体投入等方式,增加新农合基金总量,降低基金运行风险。

(二)通过医保谈判,合理确定病种及支付标准

目前,政策以特定病种前三年平均费用基础上递增5%作为该病种的支付费用标准,参合患者支付200元起付金额,其余均由新农合基金支付,并按照“结余归己、超支自负”的原则考核。本研究随机抽取5个病种,实际发生费用与支付标准相差不大,定额支付的方式能够有效促使医疗机构严格控制自身医疗费用。但是,阑尾炎、混合痔等病种支付标准偏低(表2)。笔者认为,可探索医保双方协商谈判机制,合理确定病种支付标准并根据实际动态调整^[3],从而提高医方积极性,提升医疗机构控制医疗费用的主动性。

(三)进一步增加病种,扩大受益面

研究显示,2013年1月参加住院起付线外全报

表2 2013年起付线外全报销病种实际平均费用与支付标准对比 (元)

| 起付线外全报销病种 | 2013年 |
|------------|---------|
| 阑尾炎 | |
| 实际发生费用(平均) | 2 451.3 |
| 支付标准 | 2 360.0 |
| 单侧腹股沟疝 | |
| 实际发生费用(平均) | 1 959.8 |
| 支付标准 | 2 050.0 |
| 单侧下肢静脉曲张 | |
| 实际发生费用(平均) | 2 215.0 |
| 支付标准 | 2 200.0 |
| 混合痔 | |
| 实际发生费用(平均) | 2 304.2 |
| 支付标准 | 2 200.0 |
| 老年性白内障 | |
| 实际发生费用(平均) | 2 785.2 |
| 支付标准 | 2 800.0 |

销病种扩大至18个,在实施中取得了较好的效果,减轻了一部分参合患者的经济负担,但病种仍相对局限,受益的参合患者仍然不多,建议在充分考虑基金承受能力的基础上,将临床路径明确、常见多发的病种逐渐纳入住院起付线外全报销政策中,从而保障更多的参合患者受益^[4]。

基层医疗机构住院起付线外全报销的政策是对新农合基金支付方式的一个创新性探索,从高淳区部分病种的实施成效看,具备一定的推广价值。此种支付方式属于预付制的一种,充分评估基金承受能力、合理确定病种及支付标准、完善支付方式考核体系是此种支付方式能够有效推广实施的关键所在。

参考文献

- [1] 冷明祥. 正确处理医卫公益性与医保基础性的关系[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2012, 12(5): 330-332
- [2] 冷明祥. 政府主导: 解决人民群众“看病难看病贵”的“钥匙”[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2008, 8(4): 287-291
- [3] 张 晓. 医疗保险谈判理论与实践[M]. 北京: 中国劳动保障社会保障出版社, 2011: 75-89
- [4] 杨 涛, 冷明祥. 医保患者住院费用负担及影响因素分析[J]. 中国基层医药, 2009, 16(10): 1737-1738