

总额控制下按病种分值付费的实践与思考[△]

徐伟*,郝梅,杜珍珍(中国药科大学国际医药商学院,南京 211198)

中图分类号 F840.884;C913.7 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)06-0721-03
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.06.01

摘要 目的:了解我国部分地区总额控制下按病种分值付费的实施情况,为进一步完善付费方式提供参考。方法:以总额控制下按病种分值付费的操作流程为基础,比较我国台湾地区、淮安市、南昌市、中山市4个地区对其的具体实践。结果:按病种分值付费在总额的控制与分配、病种分值的建立、调整系数的设定、结算方法的制订、配套机制与监督考核方式的设置等方面存在差异。结论:总额控制下按病种分值付费是否应按诊疗方式进行病种细分、如何合理设定调整系数、如何进行病种分段补偿以及如何强化监督管理等问题仍需进一步思考和探索。

关键词 医疗保险;支付方式;总额;病种;分值

Practice and Thinking of Scoring Diseases Payment under the Control of Total Budget

XU Wei, HAO Mei, DU Zhenzhen (School of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing 211198, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To study the implementation of scoring diseases payment under the control of total budget in some areas of China, and provide reference for the further improvement of the payment. METHODS: Based on the operation process of scoring disease payment in the control of total budget, the specific practices of Huaian, Nanchang, Zhongshan and Taiwan area, were compared. RESULTS: It showed differences in the control and allocation of total budget, the establishment of scoring diseases, the setup of adjustment coefficient, the development of balance methods, the complementary mechanism and the monitor examination setting. CONCLUSIONS: Whether to classify the diseases according to diagnosis and treatment methods, how to setup adjustment coefficient appropriately, how to reimburse the patients in stages and how to strengthen supervision are worthy of further thinking and exploring.

KEYWORDS Medical insurance; Payment method; Total budget; Disease; Scoring

医保支付制度改革是我国深化医药卫生体制改革的重点之一。如何因地制宜选择与当地医疗保险和卫生管理现状相匹配的付费方式,不断提高医疗保险支付制度方式的科学性、提高基金绩效和管理效率,已成为当前医保支付制度改革的难题^[1]。总额控制下按病种分值付费,创造性地将总额控制与按病种分值付费有机结合,是一种较具地方特色的医保付费方式。本文以我国淮安市、南昌市、中山市、台湾地区为例,比较不同地区总额控制下按病种分值付费的实践差异,剖析这一付费方式在制度设计中值得注意和探讨的问题,为付费方式的进一步完善提供思路。

1 总额控制下按病种分值付费的操作流程与实践

总额控制下按病种分值付费是指医保经办机构以基金总额控制为基础,通过对不同病种(病种分组)赋予不同的分值,以患者出院累计分值与定点医疗机构进行费用结算的一种付费方式。归纳各地政策可知,其操作流程主要包括控制与分配总额、建立病种分值、设定调整系数、制订结算方法、设置配套机制与监督考核方式等,详见图1。

1.1 各地区总额的控制与分配^①

[△] 基金项目:国家自然科学基金资助项目(No.71273278);中国医疗保险支付制度改革政策与标准体系研究项目(No.A27-01)

* 副教授,博士。研究方向:医疗保险、药物经济学在药品政策中的应用。E-mail: xu2012wei@126.com

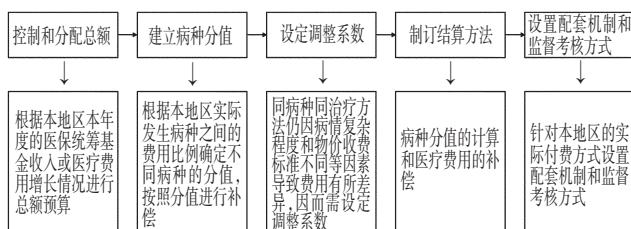


图1 总额控制下按病种分值付费的操作流程

Fig 1 Process of scoring diseases payment under the control of total budget

从各地区总额控制与分配来看,淮安市、南昌市和中山市均从当年统筹基金中专门划分出可用于按病种分值付费的额度;而我国台湾地区将年度医疗给付费用总额按照部门进行总额划分并分配到下划地区分局,未专门划分用于按病种分值付费的额度。各地区的控制与分配情况见表1[表1中的①为资料来源(淮安市人力资源与社会保障局、江苏省支付制度改革调研评估暨专题研讨会会议资料等)]。

1.2 各地区病种分值的建立

病种分值的建立分为筛选病种和确定分值两部分。首先,各地区根据国际疾病分类(International Classification of Diseases, ICD)对本地区实际发生病例进行病种分类统计,筛选出本地区按病种分值结算管理的病种。进而,依据各病种间的费用比例关系、专家和医院的反馈等确定病种分值。各地

表1 各地区总额的控制与分配^①

Tab 1 Control and allocation of total budget in areas

地区	总额控制	总额分配
淮安市	年初根据参保人数和缴费基数,以及退休人员一次性缴纳基金的分摊、利息收入,测算当年的医保基金总量	按病种分值年可分配总额(65%)=(当年医保基金总量-个人账户划拨等)-综合调基金(5%)-门诊特定项目费用(15%)-驻外转外人员费用(15%)
南昌市	当年统筹基金总量(即南昌市当年医保基金总收入)	按病种分值年可分配总额=当年统筹基金总量-风险储备金-个人账户划拨-其他统筹支付-住院统筹费用中非按病种分值付费的部分
中山市	当年统筹基金总量(即中山市当年医保征收的基金)	按病种分值年可分配总额=当年统筹基金总量-风险储备金-个人账户划拨-特定病种和特殊病种门诊报销-零星报销-划拨大病医保资金
台湾地区	由健保局、卫生福利部等主管机关 ^② 拟定年度医疗给付费用总额范围,经咨询其健保会后报行政院核定	年度医疗给付费用总额=牙医部门+中医师部门+西医基层部门+医院部门+其他部门 ^③ ;前4个部门总额确定后再分配到健保局划下的6个地区分局;“其他部门”则实行全台湾地区统一预算总额

区病种分值的建立情况见表2[表2中的②为选择临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的病种作为基准病种。2013年的基准病种为“胆囊结石伴慢性胆囊炎”];③为每个病种按治疗方式划分为保守治疗、传统手术、微创手术和介入治疗4种方式,分别统计平均费用;④为标准给付额(SPR),表示当相对权重=1的给付点数,由健保局依前一年医疗服务点数计算之结果,于每年年底公告,并于次年适用(标准给付额=全台湾地区合计点/全台湾地区总权重);⑤为相对权重(RW),表示某DRG次均费用占总次均费用的相对比重,其越高表示该DRG复杂度越高,给付额也越高(某DRG相对权重=某DRG平均每人次点数/全台湾地区平均每人次点数);⑥为加成项目是为了校正不同等级医院所负担的诊疗任务差异、疾病严重程度差异等而设置的。加成项目包括:基本诊疗加成、儿童加成、病例组合指数(CMI)加成、山地离岛地区医院加成,后文将详细介绍]。

表2 各地区病种分值的建立

Tab 2 Establishment of scoring diseases in areas

地区	筛选病种	确定分值
淮安市	将全市近3年所有定点医院住院患者实际发生病例数在10例以上的病种,根据ICD-10进行分类统计(以第一诊断为依据),剔除儿科、产科,以及在医保范围内的病种,再分类汇总,最初实际收录24大类506个病种 ^④ ,2013年增加至892个病种 ^⑤	根据近3年所有出院病种分类汇总得出的各病种次均住院费用,测算出初步分值(各病种住院次均费用除以同样的固定参数从而折合成相应的分值)。经过两轮专家反馈、一轮医院修正反馈,医保部门最终确定各病种分值
南昌市	根据全市前3年所有定点医疗机构上传病种,剔除不属于职工医保范围内的病种,将每年实际发生数在10例以上的病种分类汇总,筛选出涵盖上传病例数80%以上的病种共627种(2013年) ^⑥ ,新增20个病种目前2014年	选择基准病种 ^⑦ ,并根据该病种全市该等级定点医院近3年次均住院统筹费用确定基准病种分值;根据前3年所有出院病种分类汇总得出的各病种平均统筹费用,对照基准病种分值确定出各病种分值
中山市	收集全市前2年所有定点医院出院病例,根据主要诊断疾病的ICD-10编码,对病例发生在一定例数以上的,纳入病种结算范围;病例在一定例数以下的,作为一个特别病种,确定平均分值,同样按病种结算。每个病种再按照诊疗方式进行分类 ^⑧ ,分别制订结算标准 ^⑨ 。2014年度纳入分值结算2500多个病种(4800多个结算标准)	根据近2年所有出院病种的医保费用数据,按不同病种、不同治疗方式分别统计平均费用;平均费用统一除以固定参数转化为分值。多次征求各定点医院意见最终确定病种分值
台湾地区	主诊断和主手术(或处置)码为特定的ICD-9-CM的病种,排除特殊个案:试办计划;精神病、癌症、艾滋病、血友病、罕见疾病以及住院日超过30天者。目前台湾地区的(疾病)诊断相关分类(Tw-DRGs)支付方案包含的病种(台湾地区版按病种付费)已扩展到237种	某Tw-DRGs支付点数 ^⑩ =标准给付额(SPR) ^⑪ ×相对权重(RW) ^⑫ ×(1+加成项目) ^⑬

1.3 各地区调整系数的设定

如上文所述,病种分值付费按照国际疾病分类对不同病种确定了不同的分值。而对于同一个病种,由于病情复杂程度、物价收费标准等因素的影响,在费用上仍有所差异。因此,各地区医保部门采用了设定调整系数的方式来调整病种分值,详见表3[表3中的⑦为病例组合指数(CMI)表示科室或医院所治疗疾病的复杂程度。病例组合指数(CMI)=[Σ(各DRG病例数×各DRG相对权重)]/DRG总病例数}。

表3 各地区调整系数的设定情况

Tab 3 Setup of adjustment coefficient in areas

地区	系数类型	系数设定
淮安市	不同等级医院调整系数	三级医院的调整系数为1;二级医院为0.85;一级医院为0.6
南昌市	定点医疗机构等级系数	各定点医院等级系数由南昌市人大常委会组织相关专家评定,目前南昌市各定点医院等级系数只有1.1和1.0两种
中山市	医院等级系数	原则上三级医院、二级医院、一级医院、社区卫生服务站与专科医院分别确定1个或2个等级系数。将三级医院系数设为1,其余医院为0.49~0.89
台湾地区	不同等级医院基本诊疗加成、病例组合指数(CMI ^⑭)、儿童加成、山地离岛地区医院加成。	基本诊疗加成;医学中心加成7.1%;区域医院加成6.1%;地区医院加成5.0%;CMI加成:1.1<CMI≤1.2时,加成1%;1.2<CMI≤1.3时,加成2%;1.3<CMI时,加成3%;儿童加成:9%~66%的加成;山地离岛地区医院;加成2%

1.4 各地区结算方法的制订

各地区按病种分值付费结算方法的制订主要包括分值计算和费用结算。对于分值计算,台湾地区、淮安市和南昌市是根据已有的病种分值表(或病种支付点数)进行分值计算,而中山市则采取费用分段计算病种分值的方式。对于费用结算,淮安市、南昌市和中山市均采用按月结算、年终决算的方式,而台湾地区则依据实际医疗点数所在范围进行费用结算,详见表4。

表4 各地区结算方法的制订

Tab 4 Development of balance methods in areas

地区	分值计算	费用结算
淮安市	1.普通病例按病种分值表确定; 2.对于病种分值表中没有订出分值的病例(即对不上病种分值的病种),采取按实际住院天数×上月(月)平均床日费用的80%+上月分值单价的公式来计算分值; 3.特例单议病例由医院向医保部门申报后,医保部门邀请7名专家打分计算分值	1.按月结算 ^⑰ ,某定点医院机构的月医保付费=(月可分配资金-所有定点医院机构期内总分值)/该医疗机构当期总分值-该医疗机构个人负担超比例的费用; 2.年终决算:年终结合年度实际基金收入以及门诊特定项目、驻外和转外支付的超支或结余情况,进行年终决算调整。医保部门对全年病种和费用进行复核和综合梳理
南昌市	1.普通病例按照病种分值表确定; 2.病种分值表中没有的病种对照基准病种确定分值; 3.费用高于病种平均费用150%的=[(本病种的住院统筹费用-上年度该等级定点医院机构本病种的平均住院统筹费用)-1.5+1]×本病种分值; 4.费用低于病种平均费用80%的=[该病例的住院统筹费用-上年度该等级定点医院机构该病种的平均住院统筹费用]×该病种分值	1.按月预付,各月预结算额度=上年度各月份的各等级医院住院统筹费用实际发生额-医疗服务质量保证金; 2.年终决算:某定点医院机构年度清算的住院医疗费用=(本市定点医院机构月度总分值之和×本定点医院机构考核系数×等级系数)×(全市本等级医疗机构本年度决算总额-全市本等级定点医院机构本年度总分值)-扣款费用-本定点医院机构本年度预结算费用总额
中山市	1.实际发生费用为同等级系数医院本病种平均费用40%~250%之间的,给予本病种分值; 2.低于同等级系数医院该病种平均费用40%的,按实际费用计算分值; 3.超出同等级系数医院该病种平均费用250%以上的部分,按实际费用计算分值	1.按月预付:参考上年度全市每月平均实际统筹费用情况,适当考虑医疗费用增长(由地方医保策),每月将医疗费用预拨付给各定点医院机构; 2.年终决算:某定点医院机构年度清算的住院医疗费用=(全市年度住院医疗费用可分配资金总额+全市参保人住院个人支付的医保费用总额)-全市年度病种总分值×本定点医院机构年度病种总分值×本定点医院机构等级系数-预付费用总额-本定点医院机构参保人住院个人支付的医保费用总额
台湾地区	根据Tw-DRGs所订支付点数计算实际医疗服务点数	以各DRGs支付点数的2.5%作为费用的下限临界点,各定点医院点数的88.5%作为费用上限临界点。 1.实际医疗服务点数低于下限临界点:核实支付; 2.实际医疗服务点数介于上下限之间:依照Tw-DRGs定额支付,定额=相对权重×标准给付额×(1+加成项目); 3.实际医疗服务点数高于上限者:支付点数=Tw-DRGs定额+(实际医疗服务点数-医疗服服务点数上限临界点)×80%

1.5 配套机制和监督考核方式的设置

付费方式作用的发挥离不开相应的配套机制与监督考核方式。在配套机制的设置方面,淮安市通过特殊情况补偿机制解决部分特殊病例的补偿问题;台湾地区通过明确设定诊疗项目来规范诊疗服务,而南昌市和中山市分别借助医保费用智能审核信息管理系统、编码操作系统来用来保证疾病诊

断和编码的准确性^[11]。在监督考核方式方面,不同地区监督考核方式不同:淮安市采用设置考核指标、分值对照诚信机制和住院代表制度等方式;南昌市采用考核系数方式;中山市采用核审查机制;台湾地区采用多形式费用审核方式,详见表5。

表5 各地区的配套机制和监督考核方式

Tab 5 Complementary mechanism and the monitor examination in areas

地区	配套机制	监督考核方式
淮安市	特殊情况补偿机制;包括特例单议机制 ^[12] 、危重病例会议机制、长期住院病人补偿机制、特殊材料延伸付机制等	1.设置考核指标:考核个人负担比例、住院人次与人数之比; 2.分值对照诚信机制:诊断和病种分值考核; 3.住院代表制度 ^[13] :开展床前走访、实施医疗监管
南昌市	医保费用智能审核信息管理系统建设	设置考核系数:定点医疗机构考核系数采用加权平均系数,且加权平均系数为所有考核指标的均值。考核指标包括:重复住院率、人均住院费用增长率、实际报销比例。
中山市	编码操作系统:按疾病ICD-10编码上传出院患者主要诊断,系统自动截取编码小数点后一位(亚目),并结合ICD-9-CM-3诊治编码产生分值	核审查机制:多人复核病种分值
台湾地区	临床诊疗规范:Tw-DRGs明确规定了各病种基本诊疗项目,选择性诊疗项目以及收费项目。若规定的基本项目执行未达到65%,将核减其项次,扣除相应点数 ^[14]	多形式费用审核:通过程序审查(电脑自动审查)、专业审查(随机抽样、立意抽样)、事前审查、实地审查、档案分析等

2 总额控制下按病种分值付费的思考

各地区总额控制下按病种分值付费制度的实施在探索中前行,为付费方式制度的设计和优化提出进一步思考。

2.1 对病种细分程度的思考

病种细分程度对医疗费用补偿的合理性与医保经办部门的日常管理均产生影响。病种细分程度低意味着同病种包含的病例情况比较复杂,无论采用何种治疗方式均按照同一标准进行补偿,最终可能导致病种分值补偿与实际医疗费用出现差异。而按诊疗方式进一步进行病种细分的做法,使得病种结算标准能够更好地代表疾病的实际成本,减少与实际医疗费用的差异。然而,这种做法却会导致病种分类数量和结算标准过多,可能不利于按病种分值的动态调整^[15],从而增加医保经办部门的管理难度。那么,病种分类究竟应当细分到什么程度,仍需各地区医保经办部门结合当地实际进行思考。

2.2 对调整系数设定的思考

设定调整系数是为了校正因疾病严重程度、物价收费标准等不同而导致的费用差异,直接影响各医疗机构的所得分值和资金分配情况。从不同等级医疗机构调整系数来看,调整系数相差大意味着对不同等级医院的补偿差别大,有利于鼓励分级诊疗制度的实施;调整系数差别小意味着同病同价,有利于鼓励医院间的公平竞争。调整系数相差过大或过小都可能导致不同等级医院之间的费用分配不公,不利于按病种分值付费制度的有效落实。目前,各地区调整系数差异仍然较大,如何合理设定调整系数仍需不断探索。

2.3 对病种分段补偿的思考

病种分值是根据同病种的平均费用而设定的,因此如何对高于平均费用段和低于平均费用段的特殊病例进行分值计算也是按病种分值付费的关键。台湾地区、南昌市和中山市在病种分段补偿方面,对同一病种划分上下限费用范围标准,在范围内的给予本病种分值,低于或高于费用范围的核实后计算折合分值。病种分段补偿的优势是划分标准明确,但不足之处在于并未审核其诊断治疗的合理性。淮安市并未采用病种分段补偿方式,而是通过专家评议的方式对特殊病例给予合理分值,然而专家评议却存在工作量繁重、难以广泛开展

的不足。因此,哪种补偿方式更优,仍未有定论。

2.4 对强化监督管理的思考

付费方式的落实离不开相应的配套机制和监督管理方式。台湾地区设置了临床诊疗规范,即结合各病种的临床路径,明确了基本诊疗项目、选择项目和收费项目,有利于引导和规范医疗服务行为,值得借鉴。淮安市的分值对照诚信机制和住院代表制度也具备地方特色。此外,强化付费方式的监督管理还应进一步完善考核指标的设置,重点防范按病种分值可能出现的诊断升级、分解住院等问题。

综上所述,我国各地区总额控制下按病种分值付费制度的实施各具特色,医保支付制度改革仍在探索中前行。然而,本付费方式在制度设计中仍存在值得注意和探讨的问题,对于是否应当按诊疗方式进行病种细分、如何合理设定调整系数、如何进行病种分段补偿以及如何强化监督管理等具体问题仍需地方医保部门在实践中进一步思考和探索。

参考文献

- [1] 国务院办公厅.深化医药卫生体制改革2014年工作总 结和2015年重点工作任务[Z].2015-04-26.
- [2] 王超群,顾雪非.台湾地区全民健康保险总额预算制度: 运行机制及启示[J].中国卫生政策研究,2014(3):49.
- [3] 吴俊泉,肖林榕.台湾地区全民健保总额支付制度的实施 与变革[J].卫生经济研究,2011(6):44.
- [4] 姜山,徐之昇.药品支付制度和总额支付制度:中国台湾 地区的经验[J].陕西农业科学,2012(2):220.
- [5] 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(12):49.
- [6] 芦丰,宋静,孙晓阳,等.淮安市按病种分值付费的实证研 究[J].南京医科大学学报:社会科学版,2014(4):280.
- [7] 涂小凤,李敏,程旭初.南昌:按病种分值付费[J].中国社 会保障,2014(8):76.
- [8] 中山市社会保险基金管理局医保科.结算制度创新:“总 量控制下的病种分值办法”[EB/OL].(2015-01-30). http://www.zshru.com/journal/journal_detail2.asp?id=168, 2012-2-17.
- [9] 朱益宏,陈文,茅雯辉.台湾地区全民健保实施按病种付 费的经验及启示[J].中国卫生资源,2014(1):70.
- [10] 陈树国.病种分值结算与预算执行和激励约束兼容探索: 基于江苏省淮安市的实践[J].中国医疗保险,2014(4): 37.
- [11] 张惠娟,陈佩贞.疾病诊断及其编码的准确性是实施 DRGs支付方式的关键[J].中医药管理杂志,2013(2): 197.
- [12] 陈红,王樱.病种分值结算模式下的医疗监管之实践与启 示[J].江苏卫生事业管理,2014,25(2):4.
- [13] 钱军.淮安医保与商业保险联手创建住院代表制度提升 经办管理能力[J].中国医疗保险,2010(4):53.
- [14] 于丽华.我国台湾按病例计酬对大陆单病种支付制度改革 的启示[J].中国卫生经济,2010,29(4):96.
- [15] 陈树国.分值付费细节宜频繁调整[J].中国社会保障, 2014(4):82.

(收稿日期:2015-08-30 修回日期:2016-01-01)

(编辑:刘柳)