

农村地区以住院服务纵向整合为导向的 医保支付方式设计*

牛亚冬^{①②}, 张亮^③, 张翔^{①②}, 吴建^④, 苗豫东^④

摘要 增强县乡两级医疗机构分工协作, 实现县乡两级医疗机构的功能互补和服务连续, 对于农村地区分级有序就医格局的形成至关重要。以此为目标, 提出了县乡跨机构按病种支付方式, 并从病种选择、连续性服务路径、支付标准、分配方案等方面进行了设计, 从机构收益、患者自付、医保支出等方面对其潜在效果进行了分析。

关键词 农村; 连续性医疗服务; 医保支付方式改革; 卫生服务整合

中图分类号 R1-9; R197.62 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)05-0050-04

The Design Method of Medical Insurance Payment Oriented by Vertical Integration of Inpatient Services in Rural Areas/ NIU Ya-dong, ZHANG Liang, ZHANG Xiang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(5):50-53

Abstract Strengthening the cooperation, and realizing the functional complementation and continuous service of medical institutions at county and township levels between medical institutions at county and township levels are crucial to tiered medical services in rural areas. It proposed the payment by disease for services between county and township medical institutions. The aspects of disease type selection, continuous service path, and payment standard and distribution scheme are designed to analyze its potential effects from the aspects of institutional income, out of pocket expenses, and health insurance expenditure.

Keywords rural area; continuous service; health insurance payment; health service integration

First-author's address School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan, 430030, China

Corresponding author ZHANG Liang, E-mail: zhangliang@mails.tjmu.edu.cn

居民在就医过程中可能遇到由于首诊机构服务能力不足而转诊到上级医疗机构的情况, 即同一疾病周期内在多个医疗机构接受医疗服务, 我们称之为跨机构就诊^[1]。尽管这种现象在卫生服务利用中的占比很小, 但对居民的就医选择有很大的潜在影响^[2]。在农村地区, 卫生服务体系的割裂, 县乡医疗机构之间合作的缺乏, 县乡跨机构就医服务过程的不连续, 不仅导致了医疗资源的浪费, 更降低了患者对基层医疗机构的信任, 为分级诊疗制度的推行带来了阻碍^[3]。

县乡跨机构就医不可避免, 但其影响也并非完全不可控制。一方面, 如果县级医院在诊断明确后能够将病情轻微的患者下转至乡镇卫生院, 这不仅可以减少患者支出, 也可以增强患者对乡镇卫生院的信任^[4]; 另一方面, 当患者从乡镇卫生院转诊到县级医院时, 如果减少转诊前后的服务重复提供, 提高转诊过程的

便捷性, 那么就可以削弱由此带来的负面影响^[5]。由此可见, 增强县乡两级医疗机构分工协作, 实现县乡两级医疗机构的功能互补和服务连续, 对于农村地区分级有序就医格局的形成至关重要^[6]。医保支付方式通过经济激励能够对供方行为产生引导作用^[7], 为有效促进县乡住院服务纵向整合, 激励各方协同合作, 本研究提出了县乡跨机构按病种支付方式, 从病种选择、连续性服务路径、支付标准、分配方案等方面进行了设计, 并对其潜在效果进行了分析。

1 县乡跨机构按病种支付的内涵

按病种支付是针对医疗机构在诊疗过程中为患者提供所有服务的打包支付, 其支付对象为单个医疗机构^[8]。县乡跨机构按病种支付是针对跨机构就医患者同一疾病周期内先后在县级医院和乡镇卫生院就医时所利用服务的打包支付, 其支付对象为两个医疗机构, 涉及机构分工和费用分配等问题。按病种支付旨在激励医疗机构提高成本意识, 减少不必要医疗服务^[9], 县乡跨机构按病种支付的目的一方面在于控制医疗费用, 另一方面则在于促进机构间服务连续和功能整合, 使县乡两级医疗机构间减少收治与自身能力不匹配的患者, 激励轻微患者的下沉和危急患者的及时上转。

为实现上述目标, 县乡跨机构按病种支付在设计过程中应满足以下条件: (1) 服务整合所带来的成本节约, 可由各方共享, 服务不整合所带来的成本及风

* 基金项目: 国家自然科学基金项目 (71673099); 教育部哲学社会科学重大课题攻关项目 (18JZD044)。

① 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

武汉 430030

② 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心

武汉 430030

③ 武汉大学政治与公共管理学院

武汉 430072

④ 郑州大学公共卫生学院

郑州 450001

作者简介: 牛亚冬 (1993—), 男, 博士研究生; 研究方向: 卫生政策; E-mail: nyadong@126.com。

通信作者: 张亮; E-mail: zhangliang@mails.tjmu.edu.cn。

险增加,由各方共担,不增加患者自付费用;(2)在标准制定上,如果机构收治与自身能力不相符的患者,那么其成本效益应显著低于县乡合作时的成本效益;(3)在分工和分配上,提高县级医院的成本效益,不降低乡镇卫生院的成本效益。

2 县乡跨机构按病种支付设计

2.1 病种筛选

县乡跨机构按病种支付在病种筛选上应满足以下条件:(1)具备成熟的诊疗方案或临床路径;(2)乡镇卫生院针对该疾病具备一定服务能力,可根据乡镇卫生院能力自评并结合该病种在乡镇卫生院住院量来判断;(3)病种覆盖率应尽可能高,这样才能对医疗机构的收入产生足够大的影响,并使其调整自身服务行为。

2.2 连续性服务临床路径设计

县乡跨机构按病种支付必须配备与之相适应的连续性服务临床路径,其目的方面在于保障服务质量,另一方面则可以作为县乡资金分配的依据。根据转诊类型的不同,连续性服务临床路径主要包括3种:一是上转路径,即患者首诊在乡镇卫生院,随后转诊至县级医院过程中的临床路径;二是诊断明确后下转路径,即患者首诊在县级医院,经诊断后可完全由乡镇卫生院收治,并下转至乡镇卫生院过程中的临床路径;三是病情稳定后下转路径,即患者首诊在县级医院,经治疗达到康复阶段后转诊至乡镇卫生院过程中的临床路径。由于县乡两级医疗机构在人员、设备设施、药品器材等方面的差异,针对相同疾病,二者的临床路径可能存在差异,连续性服务临床路径在制定过程中需要充分考虑到这一问题。

对于上转路径,乡镇卫生院主要承担诊断工作,治疗过程由县级医院来执行,因此应按照县级医院临床路径来制定。乡镇卫生院的诊断过程可按照乡镇卫生院临床路径来执行,但转诊后县级医院需根据县乡临床路径的差异进行补充诊断。对于诊断明确后下转路径,县级医院主要承担诊断工作,治疗过程由乡镇卫生院来执行,因此应按照乡镇卫生院临床路径来制定。对于病情稳定后下转路径,县级医院既承担诊断工作,又承担主要的治疗工作,乡镇卫生院只承担康复期的护理工作,为保证治疗阶段和康复阶段的服务连续性,应按照县级医院临床路径来制定。

2.3 支付标准设计

支付标准由医保补偿标准和患者自付标准两部分构成,根据不同连续性服务临床路径设置不同的支付标准。

2.3.1 上转路径。医保补偿标准和患者自付标准均按照县级医院原有的单病种支付标准来制定,使转诊前后乡镇卫生院提供无效服务以及县级医院提供重复服

务的成本由两级机构来承担,以此激励两级机构加强沟通,促进县级医院对乡镇卫生院的业务帮扶,并保证患者经济负担的不增加。

2.3.2 诊断明确后下转路径。治疗过程由乡镇卫生院承担,因此患者自付标准应按照乡镇卫生院原有的单病种患者自付费用来制定。为激励县级医院的下转行为,医保部门应给予一定奖励费用,即:

医保补偿标准=原有乡级单病种医保补偿标准+奖励费用 式1

为不增加医保支出,奖励费用大小可按照以下方式来计算:

奖励费用=(原有县级单病种医保补偿标准-原有乡级单病种医保补偿标准)×a% 式2

式2中,0<a<100。

此外,为对县级医院的不下转行为进行负向激励,应适当降低县级单病种支付标准,使县级医院在收治病情轻微患者时的成本效益大大降低。

2.3.3 病情稳定后下转路径。治疗过程主要由县级医院承担,康复过程由乡镇卫生院承担,根据临床路径,可分别核算出县级医院费用和乡镇卫生院费用。患者自付标准的计算应只算一次起付线,具体如下:

患者自付标准=(县级医院费用-县级起付线)×县级自付比+乡镇卫生院费用×乡级自付比+县级起付线 式3

医保补偿标准应与原有县级单病种医保补偿标准保持一致,从而体现出“由服务整合所带来的资金结余由医疗机构享有”的理念。

2.4 分配设计

县乡跨机构按病种支付应明确县乡两级机构的资金分配比例,即当医疗机构提供了超出自身分工的服务时,其成本应由机构自身承担,这可以促进各机构及时将患者转诊。根据不同连续性服务临床路径应设置不同的分配方案,由于支付来源有两个(医保和患者),支付对象有两个,因此分配方案涉及“医保支付给乡”“患者支付给乡”“医保支付给县”“患者支付给县”4项内容,具体设计如下:

2.4.1 上转路径。在上转之前,乡镇卫生院是按照自有临床路径对患者进行诊断的,其分配所得应与相应的服务相对应。根据乡镇卫生院临床路径中疾病诊断阶段的服务项目,可以核算出该阶段的费用,进一步计算如下:

患者支付给乡费用=乡诊断费用×乡级自付比 式4

医保支付给乡费用=乡诊断费用×乡级补偿比 式5

患者支付给县费用=上转路径患者自付标准-患者支付给乡费用 式6

医保支付给县的费用=上转路径医保补偿标准-医保支付给乡的费用 式7

2.4.2 诊断明确后下转路径。下转后，乡镇卫生院在执行临床路径时，无需再开展诊断服务，其分配所得应减去诊断费用：

$$\text{患者支付给乡费用} = \text{乡级起付线} + (\text{乡镇卫生院单病种支付标准} - \text{乡诊断费用} - \text{乡级起付线}) \times \text{乡级自付比} \quad \text{式 8}$$

$$\text{医保支付给乡费用} = \text{乡镇卫生院单病种支付标准} - \text{乡诊断费用} - \text{患者支付给乡费用} \quad \text{式 9}$$

$$\text{患者支付给县的费用} = \text{诊断明确后下转路径患者自付标准} - \text{患者支付给乡费用} \quad \text{式 10}$$

$$\text{医保支付给县的费用} = \text{诊断明确后下转路径医保补偿标准} - \text{医保支付给乡费用} \quad \text{式 11}$$

2.4.3 病情稳定后下转路径。下转后，县级无需再提供康复阶段服务，其分配所得应减去相应费用。根据县级医院临床路径中疾病康复阶段的服务项目，可以核算出该阶段的费用，进一步计算如下：

$$\text{患者支付给县费用} = \text{县级起付线} + (\text{县级医院单病种支付标准} - \text{县康复费用} - \text{县级起付线}) \times \text{县级自付比} \quad \text{式 12}$$

$$\text{医保支付给县费用} = \text{县级医院单病种支付标准} - \text{县康复费用} - \text{患者自付给县费用} \quad \text{式 13}$$

$$\text{患者支付给乡费用} = \text{病情稳定后下转路径患者自付标准} - \text{患者支付给县费用} \quad \text{式 14}$$

$$\text{医保支付给县费用} = \text{病情稳定后下转路径医保补偿标准} - \text{医保支付给县费用} \quad \text{式 15}$$

3 县乡跨机构按病种支付潜在效果分析

河南省息县自2009年开始推行基于临床路径的单病种支付，截至2018年底，息县的单病种支付已经覆盖了县域内80%以上的住院疾病。县级医院的起付线为400元，补偿比为80%，乡镇卫生院起付线为0元，补偿比为90%。研究以息县为例，选择县乡两级机构常见的住院疾病—脑梗死（内科治疗）为样本病种，对县乡跨机构按病种支付进行了设计。

针对脑梗死（内科治疗）息县原有的县级单病种支付标准为4600元，乡级为2300元，医保补偿差价为1290元，通过对县乡两级机构的临床路径分析发现，诊断阶段的费用约占整个临床路径的20%，康复阶段的费用约占整个临床路径的20%。根据县乡跨机构按病种支付的设计方案，共设计出四种支付标准，分别为上转路径、诊断明确下转路径、病情稳定下转路径和可下转但不下转时县级医院的支付标准，其中诊断明确下转路径中奖励费用设定为县乡原有医保补偿差价的60%，可下转但不下转时县级医院的支付标准设定为县级医院原有支付标准的80%，具体结果见表1。通过对比可以看出，跨机构按病种支付与原有的单机构按病种支付相比，医保支出没有增加，如果县级医院将一般患者诊断明确后下转，或不将一般患者

表1 河南省息县脑梗死(内科治疗)的县乡跨机构按病种支付标准设计

类别	支付标准	患者自付标准	医保补偿标准
县级医院住院(原有) ^a	4 600	1 240	3 360
乡镇卫生院住院(原有) ^a	2 300	230	2 070
上转路径 ^b	4 600	1 240	3 360
诊断明确下转路径 ^b	3 074	230	2 844
病情稳定下转路径 ^b	4 462	1 102	3 360
县级医院住院(可下转但不下转) ^b	3 680	1 056	2 624

a指单机构服务时原有的支付标准；b指县乡连续性服务不同临床路径下所设计的支付标准。

下转，医保支出会有15%~20%的减少；患者自付明显降低，如果患者诊断明确后下转至乡镇卫生院接受治疗，其自付费用会下降80%。

县乡两级机构的分配方案见表2。由于诊断阶段和康复阶段的费用均占完整路径的20%，如果将完整临床路径的工作量视为100，那么诊断阶段和康复阶段的工作量则均为20，根据费用和工作量的比值可以计算出机构的成本效益。通过对比可以发现，对于上转路径，如果县级医院可以充分利用乡镇卫生院所提供的诊疗信息，那么就可以减少自身工作量，从而提高自身的成本效益，这可以促进两级机构在诊促进结果互认方面开展更多的合作；如果乡镇卫生院转诊不及时，那么就会增加工作量，从而降低自身成本效益，这可以激励卫生院提高自身诊断能力。对于诊断明确下转路径，县级医院可以获得最高的成本效益。对于病情稳定后下转路径，尽管县级医院的成本效益没有改变，但可使其床位日均收入稳定在较高的水平，实现总收益的增加。相反，如果县级医院没有将病情一般患者下转，由于支付标准的降低，其成本效益会有很大下降。总体来看，县乡跨机构按病种支付的分配方案可以有效刺激县级医院将患者下转。

2018年统计显示：息县县级医院住院量为125146人次，占比53.40%；乡镇卫生院住院量为77519人次，占比33.10%；县外住院量为31552人次，占比13.50%。通过县乡跨机构单病种支付，如果可以将县级医院40%~50%的住院患者在诊断明确后下转或病情稳定后下转。一方面乡镇卫生院的业务量可以得到较大增长，从而提高乡镇卫生院的业务收入和资源使用率，进而提高乡镇卫生院的人员成长环境和服务能力；另一方面，县级医院可以将更多资源和精力投入到疑难重症病例中，提高复杂疾病的诊疗能力，使更多的患者留在县内住院。2018年，息县县外住院费用为5.24亿，在总住院费用中占比47.60%，如果通过县级医院服务能力的提升可以实现县外住院患者的下降，那么县级医院的收入水平同样可以大幅提高。对

表2 河南省息县脑梗死(内科治疗)的县乡跨机构按病种支付分配方案

类别	县级医院分配					乡镇卫生院分配				
	医保补偿	患者自付	合计	工作量	费用/工作量*	医保补偿	患者自付	合计	工作量	费用/工作量*
县级医院住院(原有)**	3 360	1 240	4 600	100	46.00	—	—	—	—	—
乡镇卫生院住院(原有)**	—	—	—	—	—	2 070	230	2 300	100	23.00
上转路径***	2 946	1 194	4 140	80	51.75	414	46	460	20	23.00
诊断明确下转路径***	1 188	46	1 234	20	61.70	1 656	184	1 840	80	23.00
病情稳定下转路径***	2 624	1 056	3 680	80	46.00	736	46	782	20	39.10
县级医院住院(可下转但不下转)***	2 624	1 056	3 680	100	36.80	—	—	—	—	—

注: *示通过费用和工作的比值, 来计算机构的成本效益; **指单机构服务时原有的支付分配情况; ***指县乡连续性服务不同临床路径下所设计的支付分配情况。

于医保部门而言, 县级医院住院患者的下沉, 和县外住院患者的下降, 不仅可以减少医保支出和外流, 降低医保资金的使用风险, 更可以提高医保资金的使用效率, 实现医保基金运行的持久性和稳定性。

4 小结

单机构服务仍是当前以及未来医疗服务提供的主流, 针对单机构的医保支付方式仍然是医保支付体系中最为重要的部分^[10]。跨机构按病种支付的提出, 可以有效解决患者多机构就医时, 如何进行支付, 如何促进机构间协作的问题, 对现有的医保支付体系形成强有力的补充。跨机构按病种支付以促进医疗服务纵向整合为落脚点, 可以实现患者、服务提供者和医保三方的共赢, 有效促进区域分级诊疗体系的形成。值得注意的是, 只有当跨机构按病种支付的疾病覆盖率足够高时, 才能对医疗机构的业务产生影响, 进而促使医疗机构调整自身行为。此外, 跨机构按病种支付与机构间连续性服务是相互依赖, 相互促进的关系。跨机构按病种支付可以为机构间连续性服务行为的产生提供激励作用, 而机构间连续性服务的数量和质量则决定了跨机构按病种支付的效果, 进而对其持续性产生影响。

参 考 文 献

[1] 张研, 段磊, 张亮. 农村乡县跨级住院患者两级就诊服务连续性评价[J]. 中国医院管理, 2016, 36(4): 18-20.

[2] NIU Y, ZHANG L, YE T, et al. Can unsuccessful treatment in primary medical institutions influence patients' choice? A retrospective cluster sample study from China[J]. BMJ open, 2019, 9(1): e22304.

[3] 牛亚冬, 张研, 叶婷, 等. 农村地区乡县两级医疗机构住院服务路径探索[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(3): 64-66.

[4] 贺睿博, 牛亚冬, 王静, 等. 连续性服务: 实现县域内分级诊疗的策略选择[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(11): 881-884.

[5] 岳林琳, 张翠萍, 邢洁, 等. 分级诊疗的路径优化探讨——基于比较和评价的视角[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(9): 647-650.

[6] 张研, 韦倩晨, 叶亦盛, 等. 县乡服务协作在分级诊疗制度建设中的关键作用[J]. 中国医院管理, 2018, 38(8): 11-13.

[7] 纪京平, 张乐辉, 郭默宁, 等. 医保综合支付方式改革引导医疗行为改变的实证分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(5): 56-58.

[8] 付晓丽, 杨宁, 时松和, 等. 医保按病种定额支付方式研究与应用[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(6): 46-49.

[9] 王珊, 饶克勤, 刘丽华. 我国按病种付费实施现状及国际DRGs支付借鉴[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(2): 81-83.

[10] 牛亚冬, 张亮. 2009—2018年国内医疗保险支付方式效果评价研究分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(7): 35-38.

[收稿日期: 2023-02-06] (编辑: 张红丽)

(◀◀上接第44页◀◀)

[13] 耿蕊, 杜本峰. 基于GM分析影响基本医疗保险基金支出的因素[J]. 兰州学刊, 2021(1): 49-64.

[14] 李春枝. 我国基本医疗保险基金支出影响因素的灰色关联分析[J]. 中国物价, 2021(12): 65-67.

[15] 王永进, 盛丹, 施炳展, 等. 基础设施如何提升了出口技术复杂度?[J]. 经济研究, 2010, 45(7): 103-115.

[16] 杨波, 蒋如玥. 商业健康保险地区发展差异及其影响因素研究——基于需求视角的分析[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版), 2018, 20(3): 60-68, 147.

[17] 刘素春, 刘昕怡, 刘娟, 等. 基本医疗保险对商业健康保险

的影响: 促进或抑制[J]. 中国软科学, 2020(11): 172-181.

[18] 刘昕怡. 基本医疗保险对商业健康保险的影响研究[D]. 济南: 山东财经大学, 2020.

[19] 贵哲暄. 我国卫生融资体系与商业健康保险的发展[D]. 天津: 南开大学, 2014.

[20] 朱铭来, 贵哲暄. 卫生融资体系中基本医保与商业健康保险的关系——基于2003~2012年我国城镇地区的省级面板数据研究[J]. 保险研究, 2014(6): 96-104.

[收稿日期: 2023-02-15] (编辑: 毕然, 滕百军)