

新型农村合作医疗 支付方式改革操作指南

主 编 王禄生 杨 青

新型农村合作医疗

支付方式改革操作指南

国家卫生计生委基层卫生司组织编写

主 编 王禄生 杨 青

副 主 编 聂春雷 丁一磊

编写人员（以姓氏笔画为序）

王 琼 王禄生 王瑞儒 甘秀敏 石崇孝

朱兆芳 刘国祥 许 涛 孙晓明 吴 建

吴永霖 汪早立 张西凡 姬小荣 盛红旗

程 念 温思瑶

学术秘书 彭 珂 姜 巍

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

新型农村合作医疗支付方式改革操作指南/王禄生,杨青主编.
—北京:人民卫生出版社,2015

ISBN 978-7-117-20826-0

I. ①新… II. ①王… ②杨… III. ①农村-合作医疗-支付方式-
体制改革-中国-指南 IV. ①R197.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 113654 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据 库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

新型农村合作医疗支付方式改革操作指南

主 编: 王禄生 杨 青

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 26

字 数: 480 千字

版 次: 2015 年 6 月第 1 版 2015 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20826-0/R·20827

定 价: 60.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

医保实行支付方式改革不但可以控制医药费用不合理增长,而且促使医生和医疗机构行为改变,推动医疗机构内部运行机制转变,撬动公立医院改革。国家卫生计生委一直高度重视新农合支付方式改革,同时也将其作为推进县级公立医院改革的重要推动力,要求充分发挥医保的基础性作用,加快建立各类医疗保险经办机构 and 定点医疗机构之间公开、平等的谈判协商机制和 risk 分担机制,推行按病种付费为主,按人头、按服务单元、总额预付等支付方式改革。近年来,国家卫生计生委在各地开展门诊总额付费、住院床日付费和单病种付费等试点的基础上,已经在全国得到了推广和实施,新农合支付方式改革基本实现区域覆盖。

为全面落实党中央、国务院关于医改工作的决策部署,瞄准医改的重点难点和焦点主动作为,大力推进各项重点领域改革,加快基本医疗卫生制度建设,国家卫生计生委基层卫生司组织有关专家,在总结新农合支付改革经验的基础上,编写了《新型农村合作医疗支付方式改革操作指南》(以下简称《指南》)一书。《指南》共十二章,第一章为支付改革概论,第二至九章介绍了八种支付方式及典型案例,第十至十二章介绍了与支付改革相关的医疗质量监督、医院成本核算和支付方式改革评价方法。《指南》重在可操作性和可应用性。希望本书的出版,可以为各级卫生计生行政部门、新农合经办机构管理人员和定点医疗机构管理人员提供支付方式改革的思路借鉴和操作范本,为新农合支付方式改革的深入开展起到指导作用。

《指南》在编写过程中得到各有关省(自治区、直辖市)卫生计生委和专家的大力支持和指导,特此表示感谢,尤其感谢典型案例地区提供的有关材料。由于时间和水平有限,本书难免有缺陷甚至错误之处,恳请读者不吝赐教。

编者
2015年5月

目 录

第一章 概论	1
第一节 支付方式改革的概念、机制和分类	1
一、支付方式的概念与意义	1
二、支付方式改革的作用机制	2
三、支付方式改革的相关理论	3
四、医保支付方式分类	4
第二节 医保支付方式改革国际经验	8
一、典型国家的医保支付方式	8
二、国外医保支付方式改革的趋势	12
第三节 我国新农合支付方式改革的实践	13
一、新农合支付方式改革进展	13
二、支付方式改革的主要实践	17
第四节 新农合支付方式改革的启示	24
一、卫生行政部门统一管理“医疗和医保”是有利的体制保障	24
二、政策支持引导、各方协调配合是支付方式改革的政策保障	25
三、发挥专家作用,开展研究和技术指导是重要的技术支撑	26
四、因地制宜,选择适宜模式是提高县(区)覆盖率的策略选择	26
五、多种形式,先易后难是实现支付方式升级统一的必经路径	27
六、科学设计测算,注重机制建立,三方共赢是改革成败的关键	27
七、加强监管,实施临床路径是保证医疗质量的必要配套措施	27
八、加强培训,提高信息化水平是必要的能力保障	28
第二章 门诊总额付费	29
第一节 概念与特点	29
一、概念	29
二、特点	30
第二节 设计思路与实施条件	31
一、设计思路与程序	31
二、实施条件	32
第三节 测算步骤与方法	33

一、资料收集和整理	33
二、测算确定年度门诊统筹基金及补偿方案	36
三、乡(镇)卫生院门诊支付总额计算	37
第四节 实施与监管	42
一、制定实施方案	42
二、组织发动和宣传培训	43
三、监督、考核和激励	43
四、监测与评价	44
五、调整与完善	45
第五节 典型案例——江苏省常熟市门诊总额付费	45
一、实施背景	45
二、主要做法和特点	45
三、监管与考核	49
四、主要成效	49
附件1 常熟市新农合门诊总额付费考核标准(医院、卫生院)	50
附件2 常熟市新农合门诊总额付费考核标准(村卫生室)	54
第六节 门诊其他形式的支付方式改革及案例	58
一、门诊家庭医生制服务下的慢性病“按人头付费”	58
二、门诊支付方式改革与公共卫生服务相结合	59
第三章 门诊住院按人头总额付费	62
第一节 概念与特点	62
一、概念	62
二、特点	62
第二节 设计思路与实施条件	63
一、设计思路	63
二、基本原则	64
三、基本条件	65
第三节 测算步骤与方法	65
一、资料收集和整理	65
二、按人头付费标准和支付总额测算	66
三、各社区卫生服务中心预付额度分配	67
四、社区全科医生团队年度补偿总额分配	68
五、支付程序和结算方法	69
第四节 实施与监管	70
一、监督、考核与激励	70

二、调整与完善	71
三、保障措施	72
第五节 典型案例——上海市浦东新区按人头总额付费	74
一、实施背景	74
二、主要做法及特点	75
三、家庭医生计分制管理	78
四、监管与考核激励	79
五、主要成效	80
附件 浦东新区新农合按人头支付考核表彰办法(试行)	82
第四章 住院总额定额付费	86
第一节 概念、特点	86
一、住院总额定额付费概念	86
二、总额定额付费与限额付费的区别	86
三、总额定额付费的特点	87
第二节 思路与框架	88
一、总额定额付费的控费原理	88
二、总额定额付费实施的条件	89
三、总额定额付费设计原则	90
四、设计流程和框架	91
第三节 测算的方法与步骤	92
一、补偿方案的测算与制定	93
二、各定点医疗机构住院付费总额定额测算	94
第四节 实施与监管	100
一、制定实施方案	100
二、确定各定点医疗机构的付费总额及分配计划	101
三、签订协议	101
四、开展培训与技术指导	101
五、实施过程的控制	102
六、年终考核与付费总额的调整	103
第五节 典型案例——山东省安丘市住院总额定额付费	104
一、基本情况	104
二、主要做法	105
三、实施效果	111
附件 安丘市新农合定点医疗机构总额付费考核标准	115
第六节 典型案例二——陕西省澄城县总额定额付费	118

一、基本情况	118
二、改革起因	118
三、主要做法	118
四、改革成效	121
第五章 按出院人次付费	123
第一节 概述	123
一、传统的按出院人次付费	123
二、基于费用分段的按出院人次付费	124
第二节 设计原理——基于费用分段的按出院人次付费	125
一、设计思路	125
二、原则	126
三、框架图	126
第三节 医疗机构分类与医疗费用分段	127
一、医疗机构分类	127
二、医疗费用分段	128
第四节 补偿费用测算与付费标准确定	133
一、计算费用段发生的平均费用	133
二、计算费用段发生的不合理费用平均值	134
三、计算费用平均增长速度	134
四、各费用段付费标准计算公式	134
五、制定付费标准初步方案	135
六、通过价格谈判最终形成各费用段的付费标准	137
第五节 控制“跳段”与费用结算	137
一、统计近三年的各费用段出院患者人数	137
二、计算各季度各个费用段的三年平均值	138
三、以季度为周期,核算本季度内的各费用段百分比	138
四、以三年平均值($C_{i,j}$)为主要参考依据进行按季度结算	140
第六节 实施、考核与监管	144
一、实施方案的制定	144
二、实施与监管	145
第七节 典型案例——黑龙江省林口县费用分段的按出院人次付费	148
一、背景	148
二、林口县基于费用分段的按出院人次付费实施方案	148
三、实施效果	150
四、实施中存在的问题及其解决办法	152

五、2014 年对 2013 年方案的调整	153
六、经验总结	153
第六章 住院床日付费	155
第一节 概念与特点	155
一、概念	155
二、类别	155
三、特点	156
第二节 设计思路及必备条件	157
一、设计思路	157
二、设计框架和步骤	157
三、必备条件	159
第三节 分类床日付费设计测算	159
一、资料收集和整理	159
二、机构付费分级	160
三、疾病分类	161
四、费用测算与床日分段	163
五、付费标准的确定	164
第四节 分组床日付费设计测算	165
一、资料收集和整理	165
二、机构付费分级	165
三、疾病分组	166
四、费用测算	167
五、费用分摊和分段	168
六、付费标准的确定	170
第五节 实施与监管	170
一、制定实施方案	170
二、动员、宣传和培训	171
三、监督、考核和激励	171
四、监测与评价	173
五、调整与完善	173
第六节 乡镇卫生院住院分组付费设计测算	174
一、资料收集和整理	174
二、疾病分组	174
三、费用测算	175
四、付费标准的确定	175

第七节 典型案例	176
案例 1: 疾病分类床日付费——江苏省常熟市	176
案例 2: 疾病分组床日付费——甘肃省会宁县	179
案例 3: 乡镇卫生院疾病分组付费——甘肃省会宁县	188
第七章 单病种定额付费	192
第一节 概念和特点	192
一、概念	192
二、特点	193
第二节 设计思路与实施条件	193
一、设计思路	193
二、设计框架与程序	194
三、实施条件	194
第三节 住院病例基础数据收集	194
一、基线调查的目的	195
二、基线调查的对象	196
三、基线调查的主要内容	196
四、主要工作方式	196
五、基线调查的基本方法	196
六、基线调查的资料审核汇总	197
七、基线调查需注意的问题	198
第四节 病种选择与付费定额标准测算	198
一、单病种选择	198
二、单病种付费标准的测算	199
三、制定便捷的支付程序	203
第五节 质量控制	203
一、诊断标准	203
二、诊疗常规	204
三、出院标准	204
第六节 考核评价与监督管理	204
一、运行中容易出现的问题	205
二、考核评价	206
三、运行监督	206
第七节 典型案例——陕西省镇安县新农合单病种定额付费	207
一、背景状况	207
二、实施前准备工作	207

三、基线调查审查汇总	208
四、单病种定额付费病种与病种费用定额	208
五、《镇安县新农合住院单病种定额补偿管理办法》	213
六、建立考核评价体系	215
七、实施效果	216
第八章 单病种分组付费	217
第一节 概念和特点	217
一、概念	217
二、特点	217
第二节 设计思路与技术条件	218
一、设计思路及框架	218
二、技术条件	219
第三节 数据收集与选择病种	220
一、数据收集	220
二、选择病种	221
第四节 疾病分组与临床诊疗路径开发	222
一、疾病分组的依据	222
二、临床诊疗路径开发	224
第五节 付费标准测算	224
一、以临床诊疗路径为依据的测算	225
二、近三年平均费用测算	225
第六节 配套措施	227
一、考核监督	227
二、激励措施	230
三、信息系统建设	230
第七节 实施与控制	231
一、制定实施方案	231
二、实施前准备	232
三、实施中注意事项	233
四、监测与评价	235
五、调整与完善	236
第八节 典型案例——河南省息县单病种分组付费改革	236
一、社会经济背景	236
二、服务能力	236
三、实施方案实例	237

四、监督、考核与测算	239
五、成效	248
第九章 诊断相关组(DRGs)付费	251
第一节 概念和特点	251
一、概念	251
二、优缺点	251
第二节 设计思路及必要条件	253
一、设计思路	253
二、运行条件	253
第三节 DRGs 分组	254
一、数据收集与整理	254
二、规范的 DRGs 分组	256
三、简化版 DRGs 分组	260
第四节 DRGs 付费标准测算	263
一、数据收集	264
二、病组权重计算与调整	264
三、付费标准测算	265
第五节 制定实施方案	266
一、实施方案的主要内容	267
二、制定与实施相关的配套措施	267
第六节 实施与监控	269
一、实施前准备	269
二、实施过程中的监管和考核	270
三、监测与评价	271
四、实施后调整	271
第七节 典型案例——禄丰县准 DRGs 付费改革实践探索	272
一、DRGs 付费改革背景	272
二、实施方案	273
附件 1 疾病分组和付费标准	278
附件 2 禄丰县新农合定点医疗机构按疾病诊断组付费考核 标准	289
三、改革成效	291
第十章 支付方式改革中的医疗质量监管	293
第一节 支付方式改革与医疗质量管理	293

一、支付方式改革对医疗质量的影响	293
二、医疗质量管理相关概念与范畴	294
三、医疗机构医疗质量管理要点	295
第二节 医疗质量监管的操作	297
一、医疗质量监管系统	297
二、各种支付方式通用的医疗质量监管指标	299
三、不同支付方式下医疗质量监管重点	303
第三节 临床路径	304
一、临床路径概述	305
二、本土化临床路径的遴选、文本编制与实施	306
三、对临床路径执行的监管与评价	312
第四节 临床路径操作举例	313
一、病种的遴选	313
二、本土化文本的编制	315
三、病种的扩展	331
第十一章 新农合支付改革与医院成本核算	333
第一节 新农合支付改革与医院成本管理	333
一、支付改革对医院经济运营的影响	334
二、成本核算对医院经济管理的作用	335
三、医院成本信息是支付方式改革的重要参考	335
第二节 医院成本核算方法简介	336
一、医院成本核算概述	337
二、科室成本核算	338
三、医疗服务项目成本核算	342
四、病种成本核算	345
第三节 医院成本核算体系设计	348
一、成本核算实施与流程设计	348
二、基础信息采集与规范	352
三、核算结果质量控制	355
四、信息系统建设要点	355
第四节 新农合支付改革对成本信息的应用	357
一、新农合支付方式的影响因素	357
二、应用成本结果支持支付标准测算	358
三、加强成本管控,适应支付改革	359
第五节 医院成本核算案例	361

一、医院背景	361
二、医院科室成本核算	362
三、医疗服务项目成本核算	364
四、病种成本核算	368
第十二章 新农合支付方式改革评价	372
第一节 概述	372
一、评价的概念	372
二、评价的目的与意义	372
三、评价的内容	372
四、评价的类型	373
第二节 评价的原则和方法	374
一、评价的特点	374
二、评价的构成要素	374
三、评价的实施步骤	375
四、评价指标体系的建立	376
五、评价结果的计算方法	378
六、评价结果分析	381
第三节 通用评价指标体系	381
一、评价指标体系的建立	382
二、权重的设置	389
三、评价得分计算	390
第四节 不同支付模式的评价指标体系	395
一、总额付费	395
二、出院人次付费	396
三、住院床日付费	397
四、住院单病种付费	397
五、疾病诊断相关组付费	398
第五节 典型案例	399
一、基本情况	399
二、运行数据	399
三、评价结果	400
四、结果分析	401

第一章

概 论

中国新型农村合作医疗(以下简称新农合)制度自 2003 年建立以来,已经走过了十多个年头。目前,覆盖人口 8.32 亿,参合率超过 95%。新农合制度的建立和不断完善,在一定程度上缓解了广大农村居民“因病致贫、因病返贫”的问题。但是,在目前新农合筹资水平还比较低,医疗费用又过快增长的背景下,转变传统的付费模式,进行支付方式改革已迫在眉睫。

多年来,各地在新农合支付方式改革实践中进行了大量的探索,取得了丰富的经验,也为今后开展支付方式改革提供了重要的参考借鉴。支付方式改革的开展,除了领导重视、政策支持、科学测算等体制和机制保障外,还需要各部门和医疗机构的配合以及转变医疗机构的运行和管理机制。

为了全面学习了解支付改革,本章首先对支付方式概念、理论、机制和分类进行了概述,简要介绍了各国支付方式改革经验,总结了我国新农合支付方式改革的实践、基本经验和发展,以便后面各章节的学习。

第一节 支付方式改革的概念、机制和分类

医保支付方式是一门科学,本节主要根据国内外文献,就医保支付方式改革的概念、理论机制和分类做简要描述,以指导各种支付方式改革的设计和实施。

一、支付方式的概念与意义

医保的支付方式是指参保人在接受医疗服务提供者的服务后,由医疗保险机构作为第三方代替参保人向医药服务提供者支付医疗费用的方式。支付方式由支付单位、支付价格和支付范围构成。其中,支付单位是支付主体对供方进行支付的计费单元,它决定了对供方支付的依据,即按照什么单位进行支付。支付价格是支付主体给予供方的支付价格水平。支付范围是支付方对供

方的服务内容和支付范围进行的约定,要求供方提供的服务项目,即服务包。

各国卫生发展的实践证明,支付方式改革可以改变医疗服务行为,推动医疗卫生机构规范服务,控制医药费用不合理增长。通过新农合支付方式改革,可以有效控制医疗费用不合理上涨,对控制基金风险,提高保障水平,确保新农合持续健康发展具有重要意义。在当前医改形势下,新农合支付方式改革可以推进医疗卫生机构运行机制改革,可以促进农村基层医疗卫生机构服务模式转变,可以推动新农合制度的进一步完善。

二、支付方式改革的作用机制

支付方式改革作用于医疗服务的供方和需方,对二者都形成一定的作用。其作用机制主要包括:

(一) 激励约束机制

从经济学角度看,卫生服务供方的生产行为也符合“经济人”假说,即追求利润最大化,这也是其生产目的之一。激励约束是指激励约束主体根据组织目标、人的行为规律,通过各种方式,去激发人的动力,使人有一股内在的动力和要求,迸发出积极性、主动性和创造性,同时规范人的行为,朝着激励主体所期望的目标前进的过程。对生产者的经济激励必会作用于供方行为,从而影响其服务提供的服务数量和质量,进而对卫生费用的增长、卫生资源的配置和利用产生作用,从而影响卫生系统的绩效。

在新农合支付方式改革中,经办机构作为参保人的委托代理人,代表参合农民与医疗机构签订定点医疗机构服务协议,明确定点医疗机构的服务内容、支付单位和支付水平,超支不补,节余归己。医疗机构可以通过降低成本,提高效率,通过新农合支付方式中“超支不补,节余归己”的原则,实现节余的经济效益最大化,这是支付方式改革的激励作用。经办机构通过契约管理的形式,对医疗机构的服务行为进行约束,要求医疗机构遵守服务内容,保证医疗服务质量,这对医疗机构是一种约束,如激励医院加强医疗质量管理,促使医院为获得利润主动降低成本,缩短住院天数,减少诱导性医疗费用支付,有利于费用控制。新农合支付方式改革正是通过这种激励和约束相容的机制,作用于医疗服务的供方,通过转变服务行为,实现支付方式改革的目的。

(二) 风险分担机制

基金超支是医疗保险长期面对的重要风险,导致新农合基金风险的主要因素包括医疗机构诱导需求,经办机构补偿方案不科学,监管不到位,参合农民过度利用医疗服务,政府顶层政策设置与筹资水平不匹配等。因此,支付方式改革必须形成风险分担机制,属于哪一方的责任由哪一方承担经济责任。按项目付费的经济风险完全由医保和病人承担,医院没有风险。支付方式改

革后医院要对不合理医药费用上涨承担风险,从而形成医疗机构控费意识。

(三) 自我控费机制

支付方式改革是控制医疗费用不合理增长的重要手段,是通过对医疗服务按照一定标准进行打包付费,在新农合基金可承受的范围内通过与医疗机构的协商确定医疗服务的购买价格,从而促使医疗机构通过降低成本、提高效率等手段从而实现费用自我控制的过程。自我控费机制是新农合支付方式改革的重要机制。

(四) 质量保证机制

保证医疗质量是新农合对医疗机构服务提供的基本要求。不同支付方式有其优点和缺点,不同支付方式在控费的同时,可能带来减少服务提供、降低服务质量等弊端。因此,支付方式改革设计时,针对可能出现的关系医疗质量的不良行为,同时设计有一套规范诊疗行为,遵循临床路径,加强监管、监测和考核等方式质量保证机制,确保医疗质量。

三、支付方式改革的相关理论

(一) 博弈均衡理论

博弈论是研究决策主体的行为发生直接相互作用时候的决策以及这种决策的均衡问题的,其主要的研究模式是强调个人理性,也就是在给定的约束条件下追求效用最大化。经济学认为,博弈均衡是指使博弈各方实现各自认为的最大效用,即实现各方对博弈结果的满意。新农合作为一项制度和公共政策的内部利益均衡问题,经办机构、医疗机构和参合农民是新型农村合作医疗制度中三个主要利益相关者,拥有各自不同的利益诉求,形成不同的利益集团。经办机构代表政府和参合农民的利益,在一定条件下,它的利益最大化,应作为新农合这项公共政策的核心价值观和根本目标,在此基础上形成的利益均衡才能维系新农合正确良好的可持续发展,适宜的供方支付方式正是达到这一均衡状态的途径。供方支付方式是新农合内部利益分配的阀门和渠道,不同的供方支付方式形式,会引导新农合制度内不同的利益分配形式。

(二) 委托代理理论

支付方式是将医生和组织(医保经办机构、医院和政府)、病人联系起来的经济激励契约。在卫生行业,医保经办机构是参保对象的委托代理人,代表参保对象与医院和医生进行谈判,约束医疗机构和医务人员的不规范行为,根据医保经费和目标受益水平确定支付单元和标准,从而减少信息的不对称,保证服务的数量和质量,这也是支付方式改革设计的基础和核心,也是充分发挥新农合经办机构委托代理作用的重要体现。

在卫生服务提供和利用的过程中,医生作为病人的代理人,为患者的健康