

# 新型农村合作医疗门诊统筹基金支付方式研究

桂莉, 叶金国

(河北经贸大学, 河北 石家庄 050061)

**摘要:** 本文运用经济学信息不对称理论分析了新型农村合作医疗制度门诊统筹基金道德风险的形成机制, 认为社会医疗保险制度的特殊性使道德风险具有巨大的活动空间, 而目前按项目付费的支付方式又促进了医方道德风险的蔓延并导致了医疗费用的不合理增长, 从医方道德风险防范的角度提出了新农合门诊统筹基金支付方式以及配套措施的建议。

**关键词:** 新型农村合作医疗; 门诊统筹基金; 支付方式

中图分类号: F840.684 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2009)06-0090-04

## Research on the Outpatient Service Unified Planning Found Disbursement of China's New Countryside Cooperative Medical Service

GUI Li, YE Jin-guo

(Hebei University of Economics and Business, Shijiazhuang 050061, China)

**Abstract:** The formation mechanisms of moral risk in unified planning fund of outpatient service of new countryside cooperative medical service is analyzed using the asymmetry theory of economics information. It is suggested that the particularity of social system of medical care insurance gives a huge activity space to moral risk, which has deteriorated under the current mode of paying according to item, the mode has also resulted in the irrationality growth of medical expenses. The paper then put forward proposals for the improvement of fund disbursement and supporting measures.

**Keywords:** new countryside cooperative medical service; outpatient service unified planning fund; mode of payment

我国从2003年开始着手推行新型农村合作医疗制度。新农合试点初期, 为了调动农民群众参与的积极性, 各地大都实行了住院统筹+家庭账户的补偿模式, 然而, 过去数年的实践逐渐显示出家庭账户的作用有限, 因此, 卫生部从2008年开始进行新型农村合作医疗(以下简称新农合)大病统筹与门诊统筹相结

合试点。专家认为, 门诊统筹能提高参合农民的受益率, 是新农合补偿模式未来的发展方向。这意味着, 将来新农合补偿模式从最初的住院统筹+门诊家庭账户逐步过渡为住院统筹+门诊统筹。这一补偿模式有效地提高了新农合基金的使用效率, 但同时也出现了另一个矛盾, 即在目前的支付制度下, 实行门诊统筹

收稿日期: 2009-04-22; 修订日期: 2009-09-12

作者简介: 桂莉(1975-), 女, 河北安国人, 河北经贸大学公共管理学院讲师, 主要研究方向: 社会保障。

后,随着门诊就诊率和门诊基金使用率的提高,门诊统筹基金运行的风险加大。支付制度的合理与否直接关系到需方能否合理地利用医疗服务,供方能否合理地提供医疗服务,从而控制医疗费用的迅速上涨。因此,对门诊统筹支付制度的改革和完善关系到住院统筹+门诊统筹的补偿模式能否顺利推行,新农合制度能否健康持续运行和不断完善。

## 一、门诊统筹基金运行的风险分析

### 1. 基金总额过小,容易出现运行风险

门诊统筹基金是从筹集的新农合基金中分出一部分资金,用于参合农民的门诊补偿,现行的试点地区一般按当年基金筹资总额的20%~30%预算门诊统筹资金,用于普通门诊费用和慢性病门诊费用的补偿。卫生部专家组在湖北等地的调查显示,实行门诊统筹之后,由于补偿水平提高,参合农民的看病需求增加,门诊就诊率得以提高,从而提高了参保农民的受益率。但同时,从目前的筹资水平看,短期内不会有大的提高,而且门诊统筹实行的是以县或乡镇为核算单位的统筹管理,门诊统筹基金总量少,随着门诊服务量的增多,容易出现基金运行风险。

### 2. 新农合门诊统筹中的道德风险

(1) 医方的道德风险。医方的道德风险是指医疗服务提供者利用与患者和保险机构的信息不对称优势,出于经济利益的驱动所采取的导致医疗费用不合理增长的机会主义行为。由于医疗行业具有高度的专业性和技术性,医生拥有完备的医疗服务信息,而患者由于不具备专业的医疗知识,因此,在医患关系中,医生处于信息的垄断地位,患者往往处于医疗信息的劣势地位。由此,使得医生具有诱导需求的能力和提供过度医疗服务的倾向,这就导致了医疗供方道德风险<sup>[1]</sup>。其次,疾病诊疗的不确定性为医方道德风险提供了条件。医疗服务具有天生的异质性和高风险性,尤其是在疾病诊断不明确的情况下,医方为了提高疾病治疗的不确定性,降低医疗事故产生的风险,往往会让患者做各种昂贵的“高、精、尖”医疗检查。相比之下,患者只能被动接受,而医疗保险机

构也很难对医疗服务的合理性进行判断,这就产生了市场失灵。

(2) 医患串通合谋产生的道德风险。与大病统筹不同,除了医疗保险的信息不对称现象非常突出以外,由于门诊统筹发生的一般都是小额费用,而且现行的补偿方式不设起付线。在医疗保险过程中,无论是医院还是患者都不需要自己掏钱支付医疗费用,而是由第三方保险机构来支付。这种补偿方式会让患者和医生从心理上感觉医疗服务是免费的“午餐”。在“第三方支付”制度下,大大降低了参合农民的医疗费用,医患双方在整个医疗过程中是“零”成本,其边际私人成本也是“零”<sup>[2]</sup>。即医疗服务的供给方不会受到参合农民的制衡,促使村卫生所、乡镇卫生院与参合农民形成“利益共同体”,通过各种方式套取门诊统筹基金,从而使医疗保险机构面临来自医院和参保农民的双重道德风险。

## 二、按服务项目付费的支付方式促使医方道德风险蔓延

医疗保险支付方式在费用控制方面具有明显的杠杆作用,不同的支付方式会对医疗服务供给方产生不同的行为导向,从而导致不同的医疗资源配置。我国新农合的费用支付方式大多实行的是按服务项目付费,在这种支付方式下,医疗服务供给方的收入与提供的医疗服务项目多少呈正相关的关系,这很容易促使医生为了谋求更多利益而产生诱导需求和提供过度医疗服务的倾向。因此,在医生处于信息垄断地位的条件下,医生通常会滥开大处方和滥增检查项目,并采用昂贵的药品和诊疗项目,最终导致医疗费用的不合理上涨和本就稀缺的医疗资源的浪费。新农合毕竟是低水平的保障制度,筹资有限,按服务项目付费的支付方式客观上促进了医疗供给方道德风险的蔓延和扩大,使有限的新农合基金投入难以得到有效的利用,抑制了保障水平的提高。

这种由医生操纵的“市场付费”是很难控制的。在未实行门诊统筹的情况下,对于一些筹资水平很低的合作医疗参加者,在寻求医疗卫生服务时,自付比例较高,尤其是门诊诊

疗, 基本是自费。这一方面使其卫生服务需求受到抑制, 另一方面对控制费用上升有一定的作用。但是一旦门诊统筹制度开始实行, 农民自付比例降低, 这一支付方式带来的弊端就会显现。相关研究者也指出, 采用“门诊统筹”模式, 最需注意的是供方费用的控制。时下取消药品提成的呼声愈加突出, 加上现在对乡镇卫生院的补偿尚未有比较完善的渠道, 主要通过服务补偿。若新农合对供方费用控制不力, 很容易出现诱导需求的情况。至于需方滥用的情况, 可通过设置报销比例抑制过度需求, 控制费用的关键点还在服务方。因此要保证门诊统筹基金的收支平衡, 新农合的支付制度是否合理就显得尤为重要。合理的支付制度不仅能够充分利用所筹基金, 而且能够鼓励参合农民积极合理地利用医疗服务, 有效地缓解参合农民的疾病经济负担, 同时也合理调控供方的行为, 控制医疗费用的迅速上涨, 降低门诊统筹基金赤字的风险。

我国医疗体制改革试点的实践证明, 单一的费用支付方式难以达到预期的效果, 根据医疗服务的不同特点, 建立多层次的、混合的支付体系, 更便于实践管理, 并能降低补偿费用, 消除某单一支付体系的负面效应而保留综合优势。

### 三、新农合门诊统筹支付制度构想

#### 1. 普通门诊采用“竞争性的按人头付费”的支付方式

由于乡、村两级医疗机构的服务内容主要是基本医疗卫生保健, 人均费用相对容易测算, 所以普通门诊可根据服务人数施行“竞争性的按人头付费”的支付方式。按人头付费是指医疗保险机构按合同规定的时间(如一年), 根据接受医疗服务的被保险人人数和规定的收费标准, 预先支付医疗服务费用的支付方式。按人头付费实际上就是一定时期一定人数的医疗费用包干制, 由于医疗机构的收入与被保险人的人数成正比, 与提供的服务成反比, 节余归自己, 超支自负, 这就产生了内在的成本约束机制, 从而有利于医疗费用控制和卫生资源的合理利用<sup>[3]</sup>。不过, 这种付费方式也可能产

生鼓励医疗机构减少服务的提供或降低服务质量的现象。为了保证医疗质量, 笔者建议普通门诊可采取竞争性的按人头付费, 即参合农民自己选择定点医院, 由于就诊人数直接影响医院的收入, 这可以促使各医院通过提高医疗水平、降低医疗费用、提高服务质量来吸引“人头”。从而使医疗费用的总量得到合理控制的同时患者也能享受到比较优质的医疗服务。

#### 2. 慢性病门诊采用按病种付费的支付方式

随着人口老龄化进程的加快, 慢性病患者概率越来越大。绝大部分慢性病只要门诊就诊, 长期治疗即可获得较好的控制, 将部分患病频率较高的慢性病治疗费用由门诊统筹基金支付, 将会有力地减轻参保者的经济负担, 但同时会导致门诊费用的大幅度上涨。所以, 对于慢性病门诊, 由于诊断明确、治疗方法相对固定, 为了控制医疗费用的大幅上涨, 可采取按病种付费的支付方式。

按病种付费是以国际疾病诊断分类标准(ICD-9)将疾病按诊断、年龄和性别等分为若干组, 每组又根据病种病情轻重程度及有无合并症、并发症确定疾病诊断相关组分类标准, 结合循证医学(evidence-based medicine, EBM)依据, 通过临床路径(clinical pathway, CP)测算出病种每个组各个分类级别的医疗费用标准, 并预先支付给医疗服务机构的医疗保险费用支付方式<sup>[4]</sup>。在病种付费方式下, 医疗机构获得医疗保险机构的费用偿付是按每位病人所属的疾病分类和等级定额预付的, 故医院的收入与每个病种及诊疗规范和医护计划有关, 而与该病种的实际费用无关。当然, 支付制度还需要进行更细化的制度设计, 例如, 医疗机构应在分析参合人群慢性病患者分布的基础上, 充分考虑统筹基金的承受能力, 对应覆盖的病种进行深入的分析, 选择更符合条件的慢性病纳入统筹支付, 而不能是简单地扩大覆盖范围。

#### 3. 参保者自定医院, 并有权定期更换

从理论上讲, 按人头付费和按病种付费可以提高效率、控制成本。但还有可能使医疗服务者对患者提供不够充足的医疗服务。患者

会面临看病难的情况,例如在获取预约、等候时间、满足病人需要等方面都遇到困难。为了避免或者减少这些问题,采取按人头付费和按病种付费的同时,允许老百姓“用脚投票”,是预防降低服务质量最经济、最有效的办法。因此,必须给予参合农民选择定点医疗机构的权利,通过竞争的办法让定点医疗机构提供性价比最好的服务,以争取获得尽可能多的“人头费”。

首先,普通门诊可采取定点首诊制,让参保者自己确立定点机构,并且有权定期进行更换,确保病人的选择权,鼓励医疗机构竞争。所有拥有门诊服务资格的乡、村医疗机构都可以成为定点,包括个体诊所和大中型医院在乡、村开设的门诊部。

其次,卫生管理部门应当适度增加医疗服务提供主体,鼓励各类医院自动下乡、村,大医院可以到乡、村开设门诊部,参保者定点首诊并接受转诊享有优惠。此外,还要引导“小病进社区”和双向转诊制,鼓励大中型医院和专科医院从门诊机构竞争转诊病人,大中型医院将康复期病人转入基层医疗机构。

#### 4. 设置门诊统筹的自付比例和封顶线

##### 设置门诊统筹中医疗费用的个人支付比例

和封顶线,是应对医疗费用过快增长的一个有效手段。目前一些新农合门诊统筹的试点地区,个人支付比例设置是很低的,不足以有效抑制参合农民的道德风险,缺乏有效的费用约束机制,甚至会产生与医生合谋,骗取基金的现象。因此,我们建议对参合患者实行“单次按比例补偿封顶”的费用分担机制。从近年医改中调整个人支付医疗费比例的效果来看,个人支付比例低于10%对控制医疗费用的上涨没有太大的制约作用,而个人支付比例达到18%~20%的效果比较明显,我国根据各地区的经济差异,个人支付比例可在这个数据基础上进行适当调整,从而规避道德风险<sup>[5]</sup>。

##### 参考文献:

- [1] 姜新旺,黄劲松. 社会医疗保险中医方道德风险的防范与控制[J]. 软科学, 2005, (1).
- [2] 郑秉文. 信息不对称与医疗保险[J]. 经济社会体制比较, 2006 (6).
- [3] 梁春贤. 我国医疗保险费用支付方式问题的探讨[J]. 财政研究, 2007, (8).
- [4] 郑大喜. 医疗保险费用支付方式的比较及其选择[J]. 中国初级卫生保健, 2005, (6).
- [5] 毛瑛,李娇凤. 城镇职工基本医疗保险道德风险的防范研究[J]. 中国医学伦理学, 2005, (8).

[责任编辑 王树新]

(上接第83页)

较大,资金需求旺盛,在投资主体选择上,除了传统的国家财政资金注入外,还应制定积极引导政策鼓励社会各界人士(团体)部分参股或直接投资办学,扩大资金来源和规模,以更好地改善科研和教学条件(包括硬件和软件),使本地区经济的快速增长可以惠及高等教育水平的进一步提升。

##### 参考文献:

- [1] 毛洪涛,马丹. 高等教育发展与经济增长关系的计量分析[J]. 财经科学, 2004, (1): 92-95.
- [2] 李继怀,李拓宇. 高等教育对经济发展的促进作用分析[J]. 教育, 2004, (6): 197-198.
- [3] 孙敬水,姚晶晶. 高等教育发展与经济增长关系的协整分析[J]. 统计观察, 2008 (2): 75-76.
- [4] 解茹玉,师萍. 基于协整方法的高等教育与经济增长的关系研究[J]. 西安电子科技大学学报(社会科学版), 2008, 18 (3): 154-158.
- [5] 毛克贞,吴一丁. 新疆研究生教育规模与社会经济发展关系研究[J]. 陕西师范大学学报(哲学社会科学版), 2006, 35 (7): 160-163.
- [6] 马燕. 教育发展与经济增长关系的实证研究[D]. 新疆大学学报, 2007, (3): 76-80.
- [7] 李子奈,潘文卿. 计量经济学(第二版)[M]. 北京:高等教育出版社, 2006. 231-233.
- [8] 曹永福. 格兰杰因果性检验评述[J]. 世界经济统计研究, 2005, (2): 16-21.

[责任编辑 童玉芬]