

重庆市医保总额控制考核结算指标体系研究*

杨巧¹, 陈登菊^{1△}, 张伟¹, 符美玲¹, 吕富荣²

(重庆医科大学附属第一医院:1. 医保办;2. 院办 400016)

[中图法分类号] F840.684 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2018)19-2636-04

2012 年,《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》(人社部发〔2012〕70 号)要求进一步深化医疗保险付费方式改革,开展基本医疗保险付费总额控制,并提出要逐步建立以保障质量、控制成本、规范诊疗为核心的医疗服务评价与监督体系,提升基本医疗保险保障绩效。针对总额控制实施后可能出现的推诿拒收患者、分解住院、虚报服务量、降低服务标准等行为^[1-2],必须要提高医疗保险付费方式的科学性,提高基金绩效和管理效率。一套科学、公平的考核结算指标体系是医保总额控制付费制度的基础内容,更是医保经办机构支付医疗机构医疗费用的重要依据。当前我国对医保结算指标的研究还没形成完整的体系^[3],如何科学、公平地进行考核结算是摆在医保行政部门面前的难题。因此,本研究从医保患者利益出发,制订一套科学、公平、可操作的医保总额控制考核结算指标体系,为医保行政部门提供管理依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 首先,通过文献资料和医保行政部门、医院医保管理部门等专家,坚持科学性、全面性、重要性、可操作性原则,形成专家函询的基础指标。其次,专家函询。根据基础指标,设计第 1 轮专家咨询表,通过电子邮件送达专家评议和修改建议;结合专家意见和建议,对基础指标进行调整,并形成第 2 轮专家咨询表,进行第 2 轮专家咨询;对于函询专家的选择,既需考虑专家的基本条件,如职务、职称、工作年限等,又需兼顾专家的学科领域、专业特长等。

最后,由于第 2 轮专家咨询意见比较集中,因此,本研究未再继续咨询。

1.2 方法

1.2.1 指标体系的初建 提升基本医疗保险保障绩效,建立以保障质量、控制成本、规范诊疗为核心的医疗服务评价与监督体系是医保支付制度改革的重要内容。英美国家的医保支付与医疗服务质量,费用效率情况,患者经历和满意度等密切相关^[4],而且将评价结果进行公示,接受社会监督,帮助患者选择最优医院^[4]。我国江苏^[5]、上海^[6]、安徽、广西等地区的医保总额考核支付不仅仅与服务数量、患者负担水平关联,还不同程度地与服务质量、患者满意度等进行直接挂钩,从而形成一种制约机制,控制医疗费用的同时保证医疗质量。因此,本研究在对大量文献进行深入分析后,结合目前重庆市医保总额结算集中于“量”的考核,缺乏“质”的考核等实际情况,经过 3 轮专题小组讨论及专家评议,初步拟定了重庆市医保总额控制考核评价的基础指标,即 5 个一级指标及 25 个二级指标,见表 1、2。

1.2.2 指标评价方法及标准 本研究主要运用德尔菲法确定评价指标。德尔菲法是一种在判断决策方面准确、快捷、有效的系统分析方法^[7],咨询专家人数一般以 8~20 名为宜^[8]。本研究函询了医保管理相关领域专家 15 名,涉及知识领域涵盖医疗保险、医院管理、临床医学、卫生经济学、财务管理等。专家主要评价指标的重要性、敏感性、可操作性。

表 1 初步拟定的医保总额控制考核结算一级指标

一级指标	内涵
费用控制	医保考核结算的主要目的是有效控制医疗费用,包括医保范围内、医保范围外费用、同级同类型医疗机构费用比较
服务数量	目前医保总额支付的主要依据之一,即医疗机构出院人次;同时应考虑医疗机构是否为多收住院病人而降低住院标准
质量与规范	保障质量、规范诊疗是提升医保保障绩效的有效手段,将医保支付与质量、规范挂钩,促进医疗机构合理诊疗。同时,考虑不同级别医疗机构的服务质量和诊疗规范是否与其诊疗能力相适应
负担水平	从患者疾病经济负担角度出发,关注医疗费用合理性,主要包括报销率、自付费用等
满意度	满意度水平是患者可感知的效果与期望间的差异;患者满意度提高的过程也是医疗服务质量持续改进、医院管理不断提高的过程

* 基金项目:重庆市沙坪坝区科委“决策咨询与管理创新项目”(jc201514);重庆医科大学附属第一医院管理基金(GLJJ2016-05);重庆市医保研究会课题(ky-2017-03-03)。 作者简介:杨巧(1987-),职员,硕士,主要从事医保管理、卫生政策研究。 △ 通信作者,E-mail:judeng1994@126.com。

表 2 初步拟定的医保总额控制考核结算二级指标

一级指标	二级指标	说明费用
1. 费用控制	1.1 次均费用	每例医保患者住院人次的平均医疗费用,主要反映医保患者住院发生的平均医疗费用和医疗机构费用控制情况
	1.2 次均费用增长率	每自然年度次均费用增长情况,主要反映费用控制情况
	1.3 医保政策范围内次均费用	每住院人次的平均医保政策范围内医疗费用
	1.4 药品费占比	药品费占总费用的比例,主要反映药品使用情况
	1.5 基本药物使用费用比例	使用的基本药物总费用占药品发生总费用的比例
	1.6 检查检验费占比	检查检验费占总费用的比例
	1.7 材料费占比	医用材料占总费用的比例
	1.8 限价耗材超限比	重庆市明确了可报销耗材的医保限价,对于超过限价的部分属于超标费用,由患者自付。该指标为限价耗材超限部分占限价耗材总费用百分比
	1.9 次均费用与同级同类型医院次均费用比值	某医疗机构次均费用占同级别同类型医疗机构平均的次均费用比值。对于同级别、同类型医疗机构,其次均费用差距不应过大。由于专科特点、学科发展等原因,可允许一定范围内的差距
2. 服务数量	2.1 门诊住院率	住院人次占门诊人次比例。该指标反映医疗机构是否严格把握住院指针,避免降低入院标准,浪费医保基金
	2.2 出院人次	住院出院人次,主要反映医疗机构住院服务工作量
	2.3 本地化就诊率	主要反映医疗机构服务本地参保人情况,避免基层医疗机构不合理选择性接诊参保人就医,用于一、二级医疗机构考核
3. 质量与规范	3.1 人次人数比	住院就诊人次与住院就诊人数的比例,主要反映医疗机构分解住院诊疗情况
	3.2 住院手术率	住院手术治疗人次与住院就诊人次的比例
	3.3 危重病人比例	急危重症诊疗人次与住院就诊人次的比例
	3.4 大病率	重大疾病诊疗人次与住院就诊人次的比例,主要反映诊疗水平和诊疗能力
	3.5 3 类以上手术比例	3 类和 4 类手术属于大手术,该指标指 3 类以上手术人次与手术人次比例
	3.6 手术并发症发生率	该指标反映手术患者诊疗过程质量
	3.7 治愈好转率	指出院病情治愈好转人次与总出院人次比例
	3.8 CT 检查和 X 光检查阳性率	该指标反映各级医疗机构是否过度检查
4. 负担水平	4.1 总报销率	医保报销费用与住院总医疗费用的比例
	4.2 非类自费率	非类费用与住院总医疗费用的比例
	4.3 政策范围内报销率	医保报销费用与医保政策范围内住院医疗费用的比例
	4.4 次均个人自付费用	住院治疗时,患者自付的费用
5. 满意度	5.1 患者满意度	患者对医疗服务的满意情况

1.2.3 专家权威程度及协调程度 本研究对专家权威程度进行量化,通过专家的“判断系数(Ca)”及“熟悉程度(Cs)”计算得来。Ca 指专家根据什么依据对指标进行打分。主要包括理论知识、实践经验、参考国内外文献、从同行了解、主观感觉等 5 个方面。Cs 指专家对研究指标的了解熟悉程度。不同的熟悉程度和判断依据对应不同的量化值。权威系数(Cr)的计算公式为:Cr=(Ca+Cs)/2^[9]。见表 3。挑选专家参照参考文献[10]。

专家意见的协调程度指专家组中各位专家对每项评价指标的意见是否具有 consistency,也即分歧程度的大小,用协调系数 Kendall(W)反映。协调系数(W)

介于 0~1。随着 W 增大,协调程度随之变好^[11]。

表 3 专家熟悉程度及判断依据量化表

Cs	量化值	Ca	量化值
非常熟悉	1.0	理论知识	1.0
熟悉	0.8	实践经验	0.8
一般	0.6	参考国内外文献	0.6
不熟悉	0.4	从同行了解	0.4
非常不熟悉	0.2	主观感觉	0.2

1.2.4 界值表法 本研究进行两轮德尔菲专家咨询,采用界值表法,对每项评价指标的重要性、敏感性、可操作性得分计算算术均数、变异系数及百分比。

算术均数和百分比的界值计算方法为:界值=均数-1标准差,得分高于界值的入选。变异系数的界值计算方法为:界值=均数+1标准差,得分低于界值的入选。为防止重要的指标被剔除,只有当 3 个衡量尺度均不能入选时才能剔除。

1.3 统计学处理 运用 Epidata3.0 录入数据,采用 SPSS17.0 进行统计分析,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 指标体系的建立

2.1.1 指标体系的最终确定 经过两轮专家函询,根据专家评价结果,通过界值表法确定的重庆市医保总额控制考核结算指标包括 4 个一级指标和 17 个二级指标,见表 4。

表 4 两轮专家咨询后形成的评价指标体系

一级指标	二级指标
1. 费用控制	1.1 次均费用
	1.2 次均费用增长率
	1.3 医保政策范围内次均费用
	1.4 药品费占比
	1.5 材料费占比
	1.6 限价耗材超限比
	1.7 次均费用与同级同类型医院次均费用比值
2. 服务数量	2.1 门诊住院率
	2.2 出院人次
3. 质量与规范	3.1 人次数比
	3.2 住院手术率
	3.3 大病率
	3.4 三、四级手术比例
	3.5 治愈好转率
4. 负担水平	4.1 总报销率
	4.2 政策范围内报销率
	4.3 次均个人自付费用

2.1.2 专家咨询权威程度和协调程度 专家咨询权威程度见表 5。一级指标的权威系数平均为 0.85。研究表明, $Cr > 0.7$ 为可以接受的信度, $Cr > 0.8$ 则表示咨询专家对研究内容有较大把握。由表 5 可知,所有评价指标权威系数 Cr 均大于 0.7。

表 5 咨询专家权威程度

分类	指标	Cs	Ca	Cr
一级指标	费用控制	0.91	0.93	0.92
	服务数量	0.91	0.93	0.92
	质量与规范	0.83	0.81	0.82
	负担水平	0.85	0.88	0.86
	患者满意度	0.73	0.71	0.72

本研究第 1 轮专家咨询一级指标的 W 为 0.225,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。第 2 轮专家咨询的一级指标的协调系数为 0.371,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 7。

表 6 第 1 轮专家咨询协调系数

指标	W	χ^2	P
一级指标	0.225	43.84	0.000
费用控制	0.644	25.133	0.022
服务数量	0.725	28.259	0.008
质量与规范	0.774	30.192	0.004
负担水平	0.913	35.618	0.001
患者满意度	0.815	31.792	0.003

表 7 第 2 轮专家咨询协调系数

指标	W	χ^2	P
一级指标	0.371	48.998	0.000
费用控制	0.658	21.725	0.027
服务数量	0.808	26.664	0.005
质量与规范	0.929	30.668	0.001
负担水平	0.795	26.238	0.006

2.2 咨询专家基本情况 本研究咨询专家共 15 名,73.33% 专家年龄在 40 岁及以上。其中,高级职称 11 名(73.33%)。工作 25 年以上的专家占 53.33%。工作类型主要涉及医保行政管理、医院医保管理、绩效管理、高校科研 4 类。涉及知识领域涵盖医疗保险、卫生事业管理、医院管理、临床医学、卫生经济学、财务管理、卫生统计。咨询专家详细情况见表 8。

表 8 咨询专家基本情况

项目	分类	人数(n)	构成(%)
性别	男	8	53.33
	女	7	46.67
年龄	<30 岁	2	13.33
	30~39 岁	2	13.33
	40~49 岁	5	33.33
	50~59 岁	5	33.33
	≥60 岁	1	6.67
职称	高级	11	73.33
	中级	2	13.33
	初级	2	13.33
工作年限	<5 年	1	6.67
	5~15 年	2	13.33
	>15~25 年	4	26.67
工作类型	>25 年	8	53.33
	医保行政管理	4	26.67
	医院医保管理	8	53.33

续表 8 咨询专家基本情况

项目	分类	人数	构成(%)
涉及知识领域	绩效管理	1	6.67
	高校科研	2	13.33
	医疗保险	15	100.00
	卫生事业管理	3	20.00
	医院管理	7	46.67
	临床医学	3	20.00
	卫生经济学	3	20.00
	财务管理	3	20.00
	卫生统计	3	20.00

3 讨 论

3.1 指标体系建立过程的合理性 本研究在参阅大量文献资料基础上,遴选医保行政机构、医保经办机构、医院医保管理者、卫生经济学者等专家,通过 2 轮专家咨询,以界值表法为评判依据,确定一套以患者为中心,兼顾医保支付和医疗质量的考核结算指标体系。结果显示,咨询专家的权威程度较高,一致性较好。

3.2 基于服务质量的医保支付 总额预付制实施后,研究和关注的重点往往是如何控制超额的医保费用,却忽视了医疗质量^[12]。医保支付不仅要平衡医保基金的收支平稳及使用效率,同时应关注医疗机构的服务质量,医保患者的诊疗质量^[13]。本研究确定的评价指标较重庆市以往的医保支付评价指标而言,直接确定了评价的一级指标“质量与规范”,将人次人数比,外科住院手术率,大病率,3、4 级手术比例,治愈好转率共 5 个指标纳入评价范围内。通过医保支付促进服务质量改进与提升,进一步节约医保基金,提高基金使用效率,从而实现医保与医疗的良性循环。

3.3 满足精细化管理需求 利用总额预付有效管理费用是医保支付方式改革的主要目标^[14],同时,也给医保精细化管理提出新的要求^[15]。本研究的费用控制指标中增加了药品费占比、材料费占比、限价耗材超限比等指标。医保总额考核结算评价增加以上指标,通过对药品、耗材,特别是高值耗材的管理,促进医保精细化管理,规范诊疗行为,控制医疗费用过快增长,保障患者利益,保证医院健康可持续发展。

3.4 从根本上关注患者的个人负担水平 在负担水平指标中,增加次均个人自付费用。以往的评价指标多集中于“率”的考核,如自费率、医保政策范围内报销率。但由于目前重庆市同级别同类型医疗机构次均费用差异较大,患者直观感受的个人自付费用同样存在较大差异。本研究中通过增加评价指标“次均个人自付费用”,有助于医保管理直接管控,进一步改善患者就医感受。

3.5 有助于促进各医疗机构间的公平竞争 以往确

定医疗机构医疗费用考核指标参考对应医院的前三年历史数据^[16]。在实际操作中,历史次均费用控制良好的医疗机构面临难以完成的考核指标。本研究确定了考核评价指标“次均费用与同级同类型医院次均费用比值”。通过比较同级别同类型医疗机构次均费用,有助于医保了解该类型医疗机构医疗费用及诊疗情况的宏观情况,对于次均费用明显高于同级别同类型医疗机构次均费用的医院,应重点关注其诊疗合理性,是否过度医疗,是否浪费医保基金。而且,通过比较,有助于评判各机构的优劣,鼓励费用低廉、质量优质的医疗机构,并进一步推荐作为参保人就医时的选择参考。

参考文献

- [1] 冯亚琴. 医疗保险付费总额控制的利弊分析与对策研究[J]. 西北国防医学杂志, 2014, 35(6): 599-600.
- [2] 吴欣, 程薇, 李祺. 医保总额预付的经济学分析及完善策略[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(2): 64-66.
- [3] 赵涛, 邱晓鸣. 天津市医保质量评价指标体系构建研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2016, 36(7): 821-824.
- [4] RYAN A M, BLUSTEIN J, DORAN T, et al. The effect of Phase 2 of the premier hospital quality incentive demonstration on incentive payments to hospitals caring for disadvantaged patients. Health Serv Res, 2012, 47(4): 1418-1436.
- [5] 张苗, 钱圣哲. 博弈 17 年, 镇江医保再现新招[J]. 中国社会保障, 2012(8): 70-72.
- [6] 周宝, 金其林, 朱茜, 等. 城市社区卫生服务机构医疗保险工作考核指标体系的构建[J]. 中国全科医学, 2010, 13(1): 15-19.
- [7] 伍翔, 易静, 王润华. 重庆市农村卫生适宜技术筛选评价指标体系研究[J]. 重庆医学, 2015, 44(3): 303-305.
- [8] 徐国祥. 统计预测和决策[M]. 上海: 复旦大学出版社, 1994: 1-20.
- [9] 王芳, 金建强, 张全红, 等. 综合评价方法在社区卫生服务中应用[J]. 中国公共卫生, 2008, 24(4): 442-443.
- [10] 乐虹. 国家综合性医疗中心评价指标筛选研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2013.
- [11] 孙振球. 医学综合评价方法及其应用[M]. 北京: 化学工业出版社, 2006: 49-52.
- [12] 项耀均. 额预付制下公立医院医保费用控制策略及关键绩效指标研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2014.
- [13] 薛大东, 皮星. 医疗保险支付方式改革的关键要素与现实路径[J]. 重庆医学, 2014, 43(10): 1272-1273.
- [14] 张衡, 闫冰. 总额预付改革下精细化医保住院指标的实施[J]. 中国医院管理, 2012, 32(6): 43-44.
- [15] 胡天烨. 公立医院医保工作管理精细化探讨[J]. 中国管理信息化, 2016, 19(8): 99-99.
- [16] 曹凌华. 总额预付制下医保医疗机构结算方式的利弊探析[J]. 现代商业, 2012(18): 264-265.