

省直医保:从“照单全收”到总额控制

目前,全省已有10个省辖市实行了付费方式改革
明年,医保付费制度改革将全省实行
医院为防止超额而拒绝接诊怎么办?有具体的管理办法及处罚措施



【改革背景】

不改革今年统筹基金将收不抵支

去年省直医保次均住院费用1.3万元
据省医保中心发布,省直医疗保险参保职工人数122万人,其中直接经办42万人,行业委托管理80万人,2011年服务总人次569.6万人次,其中门诊540万人次、住院17万人次、门诊慢性病12万人次。

2011年河南省省直医保次均住院费用为1.3万元,同期全国平均费用仅为0.88万元;2011年河南省省直医保住院率为22.7%,同期全国平均住院率仅为12.45%。

我省对过度医疗防范无力
省直医保统筹基金从2007年支出1.6亿元到2011年支出7.3亿元,5年年均递增率为46%,远高于全国同期25.75%的年递增率和省直统筹基金收入21%的年递增率。

为遏制医疗费用的过快增长,省人力资源社会保障厅近年采取了多种措施加大监管力度,2011年拒付省直定点医院不合理费用共550万元,取消了部分医疗机构的定点服务资格,但依然难以遏制医疗费用的快速上涨。经测算,如果不进行付费方式改革,2012年河南省省直医保统筹基金收不抵支将超过1亿元,数年后势必给省财政带来巨大压力。

按项目付费诱导过度医疗
我省省直职工基本医保制度2001年建立以来,与全国多数统筹地区一样,实行按项目付费为主的付费制度,即医疗保险经办机构根据医疗机构向参保患者提供服务项目的价格和数量结算医疗费用。

省医保中心主任郭振兰说:“按项目付费,好比照单买单。也就是说,医疗保险经办机构根据医疗机构向参保患者提供服务项目的价格和数量来结算医疗费用,缺点是很容易诱导过度服务。”简单说,就是患者在接受医疗服务时,每一个药品、每项检查、每项服务单独列出费用,针对每个小项目,按照相关规定的比例进行分解,需要个人承担的部分由个人承担,需要医保机构报销的通过基金支付。

在这样的付费方式下,只要医院有服务能力就可以接诊,参保患者比较容易获得医疗服务,但是诱导医院给患者增加检查项目、多开药,产生了过度医疗服务。

【改革内容】

从“照单全收”到总额控制

前期10个省辖市进行试点
新乡市、洛阳市分别从2007年、2008年开始实行付费方式改革。2011年,焦作、许昌、南阳、安阳等城市也相继开展了总额控制框架下的付费方式改革。目前,全省已有10个省辖市实行了付费方式改革。

此次省直医保付费方式改革的目的,一是对医保基金实行预算管理、保证基金收支平衡,提高基金使用效率,确保医疗保险事业的可持续发展;二是从制度上引导定点医院加强自我管理和费用控制,提高医疗服务质量,有效利用医疗卫生资源;三是通过减少不合理费用,抑制不合理支出,减轻个人负担,进一步保障参保职工权益。

打破按项目付费实行多种方式并存
据介绍,此次改革的重点,就是打破按项目付费为主的付费方式。

改革后,按照以收定支、预算管理、总额预付、弹性结算的原则,对二级及以上非营利性医疗机构的住院费用实行总额预付为主、按病种付费及按项目付费为复合付费方式,对精神类专科医院实行总额控制下的按床日付费,对营利性医疗机构和一级医疗机构实行总额控制下的按次均限额付费。

超出限额部分患者不必承担
对于当前这种新的付费方式下,如果医院给患者诊疗发生了某个病种超出限额,或

者在月份里医院超出总额,这样的情况患者不必担心,省医保中心表示,实际结算时如果医疗费用超过付费标准,超额部分由医疗机构和医保机构共同分担;参保人员住院起付标准、统筹基金支付比例及最高支付限额维持不变。

同时,为防止医疗机构推诿病人,对重症及大病患者仍实行按项目付费。

对在二级及以上非营利性医疗机构住院治疗的重症患者,或单次住院费用超过上年度该医疗机构合理次均住院费用4倍及以上的医疗费用,原则上按项目付费。

医院的额度分配如何确定

定点医院住院费用统筹基金分配额度,以2009年、2010年和2011年该定点医院住院费用统筹基金发生额占同期所有定点医院住院费用统筹基金发生总额的比例为系数,参考合理的次均住院天数、住院人头人次比、人均费用及床日费用等指标,乘以定点医院住院费用统筹基金分配总额度确定。

为确保分配额度科学合理,省人力资源社会保障厅历时8个月,测算了省直定点医院三年来各项医疗服务统计数据 and 卫生行政部门的质量控制数据,在同省直各定点医院多轮协商谈判的基础上,确定了预分额度,签订了服务协议。

【运行成效】

费用控制效果初现

当前,以“总额控制”为核心的付费制度框架已基本确立,经过6个月的监控数据显示,基金支出超额率逐月下降,费用控制效果初现。依据分配的额度,今年2~6月的超额率呈逐月递减趋势,从2月份的63.23%降到了6月份的11.28%。

住院率、次均住院天数在连续数年攀升之后首次出现下降。2012年6月份,出院结算6538人次,较去年同期的6715人次下降2.64%,次均住院天数由21.8天下降至18.45天,同比下降15.37%。

【存在问题】

出现推诿患者现象

经过前期的运行,目前医院的预分额度与实际费用有较大差距。1~6月份,部分医疗机构实际费用超出预分额度,尤其是省人民医院、郑大一附院等大医院超额量较大。

另外,次均住院费用仍在上升。1~6月份,省直医保次均住院费用达到12332.69元,较去年同期增加3.10%。

部分定点医疗机构对预分额度的管理简单、粗放,甚至将预分额度直接分配至病区及医务人员个人,严重削弱了医保基金的共济性,在经济压力下,个别医务人员出现推诿患者现象,给省直医保患者就医带来了不便。

针对这些问题已经相应出台严格规定进行规避。

【释疑】

参保人员医保待遇水平不降低

会不会因为改革影响参保患者待遇?

对该问题,情况说明中明确,改革后,住院起付标准、统筹基金支付比例及最高支付限额维持不变。

会不会出现医院为防止超额而拒绝接诊?

运行半年来,确实出现了个别定点医院推诿患者、转嫁费用负担等不规范行为的情况,省医保中心迅即组成调研组,对省人民医院、郑大一附院等10家医疗机构进行实地调研。根据调研情况,印发了《关于进一步做好省直付费方式改革规范住院服务管理的通知》(豫医保[2012]14号),重申了对推诿患者等不规范行为的管理办法及处罚措施。还约谈推诿患者情况相对集中的省人民医院,共商改进管理的办法。目前推诿患者等不规范行为已大为减少。

省医保一位负责人举例说明,假如出现患者李某,符合住院治疗的标准却被省人民医院拒绝接诊住院,但是李某到郑大一附院被接诊住院,那么被投诉或者发现后,李某住院费用中基金支付部分由省人民医院支付,同时次年配额分配时,将把相应的配额从省人民医院扣减。