

第三届全国优秀 MPA 学位论文

分类号_____

学号 MP0405144

UDC_____

密级_____

公共管理硕士（MPA）学位论文

湖南省新型农村合作医疗费用控制研究

硕士生姓名 李 慧 萍

学科专业 公 共 管 理

研究方 向 公共管理理论与实践

指导 教 师 王 瑞 副 教 授

国防科学技术大学研究生院

二〇〇七年五月

A Research on Hunan new Cooperative Medical Expense Control

Candidate: Lihuiping

Advisor: Wangrui

A thesis

Submitted in partial fulfillment of the requirements

for the professional degree of MPA

Graduate School of National University of Defense Technology

Changsha, Hunan, P.R.China

(May, 2007)

湖南省新型农村合作医疗费用控制研究

国防科学技术大学研究生院

目 录

摘 要	I
Abstract	II
第一章 绪 论	1
§ 1.1 研究背景和依据	1
§ 1.2 国内外研究现状及发展趋势	3
§ 1.3 研究意义和价值	6
§ 1.4 研究方法及内容	7
§ 1.5 创新点	9
第二章 新型农村合作医疗费用控制理论概述	10
§ 2.1 新型农村合作医疗费用控制相关概念	10
§ 2.2 新型农村合作医疗费用控制的内容和方法	14
§ 2.3 新型农村合作医疗费用控制的相关理论	16
第三章 湖南省新型农村合作医疗费用控制现状	23
§ 3.1 湖南省新型农村合作医疗制度实施情况	23
§ 3.2 湖南省新型农村合作医疗费用控制的方法和措施	29
§ 3.3 湖南省新型农村合作医疗费用控制的成效	32
§ 3.4 费用控制中存在的主要问题	39
第四章 湖南省新型农村合作医疗费用控制影响因素分析	44
§ 4.1 政府管理方影响新型农村合作医疗费用的因素	44
§ 4.2 需方影响新型农村合作医疗费用的因素	49
§ 4.3 供方影响新型农村合作医疗费用的因素	53
第五章 国内外医疗保险费用控制借鉴	57
§ 5.1 我国城镇职工医疗保险费用控制借鉴	57
§ 5.2 发达国家医疗保险费用控制借鉴	59
§ 5.3 国内外医疗保险费用控制经验的借鉴意义	62
第六章 新型农村合作医疗费用控制的对策	65

§ 6.1 政府管理方新型农村合作医疗费用控制的对策·····	65
§ 6.2 需方新型农村合作医疗费用控制的对策·····	67
§ 6.3 供方新型农村合作医疗费用控制的对策·····	68
第七章 个案分析·····	73
§ 7.1 基本情况·····	73
§ 7.2 评析·····	78
结 束 语·····	83
致 谢·····	84
参 考 文 献·····	85
附 录 1·····	87
附 录 2·····	94

表 目 录

表 3-1	湖南省新型农村合作医疗试点推进情况	24
表 3-2	湖南省新型农村合作医疗试点住院起付线、报销比例和封顶线设置情况	25
表 3-3	2003-2006 年湖南省新型农村合作医疗试点筹资情况	26
表 3-4	2003-2006 年湖南省新型农村合作医疗试点基金分配情况	28
表 3-5	2003-2006 年湖南省新型农村合作医疗试点统筹基金使用效益情况	28
表 3-6	2003-2006 年湖南省新型农村合作医疗参合农民住院补偿情况	28
表 3-7	湖南省新型农村合作医疗试点住院起付线、报销比例和封顶线设置情况	30
表 3-8	抽样县单病种付费制前后次均费用变化情况	38
表 3-9	2005-2007 年省市级医院参合农民次均住院费用及可报销费用比例情况	39
表 3-10	2005-2007 年省市级医院参合农民次均住院费用上涨情况	40
表 3-11	抽样县人民医院顺产病例抗生素使用排序	41
表 3-12	抽样乡镇卫生院顺产病例抗生素使用排序	41
表 3-13	同厂家同规格药品价格比较	42
表 4-1	2005 年湖南省城乡医院大型医疗设备分布情况	48
表 4-2	2005 年湖南省城乡医院卫生技术人员分布情况	48
表 4-3	2005 年湖南省各级各类医疗机构数量及拥有床位数比较	48
表 4-4	三病种县级医疗机构住院特殊比较	52
表 7-1	湘潭县 05、06 年合作医疗住院报销起付线、报销比例和封顶线比较	74
表 7-2	湘潭县单病种基线调查疾病谱及数量、比例	77
表 7-3	湘潭县新型农村合作医疗单病种定额付费目录及标准	77
表 7-4	湘潭县单病种实际限额与基线调查比较	77
表 7-5	湘潭县 2003-2006 年单病种与非单病种次均费用比较	78
表 7-6	湘潭县县内医疗机构次均住院费用变化情况	79
表 7-7	湘潭县两病种病人分流量及定额病种对照	80

图 目 录

图 2-1	新型农村合作医疗运的主体关系图·····	15
图 2-2	医疗费用函数关系图·····	21
图 2-3	不同支付方式对医疗费用的影响图·····	22
图 3-1	调查县级医疗机构次均住院费用变化图·····	32
图 3-2	调查乡镇卫生院次均住院费用变化图·····	32
图 3-3	参合农民住院次均费用增长速度比较·····	33
图 3-4	县第一医院抽样病历例均费用图·····	33
图 3-5	乡镇卫生院抽样病历例均费用图·····	34
图 3-6	三病种抽样病历费用比较图·····	34
图 3-7	县级医疗机构门诊次均费用变化图·····	35
图 3-8	乡镇卫生院次均费用变化图·····	35
图 3-9	次均住院费用占农民人均收入图·····	36
图 4-1	调查地区人均卫生事业费·····	37
图 4-2	调查地区人均卫生事业费占 GDP 比重的变化图·····	44
图 4-3	乡镇卫生院补助费用占卫生事业费比重图·····	45
图 4-4	医疗服务需方的道德风险图·····	51
图 4-5	诱导需求产生的机理·····	55
图 7-1	单病种付费制实施前后病种人次和比例图·····	75
图 7-2	单病种实施前后单病种人次占实际出院人次的比例图·····	75
图 7-3	单病种实际限额与基线调查情况比较图·····	77

摘 要

随着新型农村合作医疗制度的全面实施和推进，医疗费用控制已经成为我国政府管理中普遍关心的问题。医疗费用控制的目的是利用现有有限的卫生资源更多更好地惠及广大人民群众，使他们能够享有公平和可及的基本卫生保健。

本文致力于当前新型农村合作医疗制度中的关键问题——医疗费用控制，从参合农民、定点医疗机构、合作医疗管理者三个方面进行探讨，采用理论与实证研究与描述性分析相结合及多学科知识交叉应用等方法，对湖南省 43 个试点县医疗费用控制的现状进行定性与定量、个案与一般相结合的比较分析研究，评价分析了湖南省新型农村合作医疗制度实施及其费用控制情况现状，分析费用控制过程中存在的问题和产生的原因，探讨现阶段新型农村合作医疗制度费用控制的主要影响因素。分析介绍了国内外不同医疗保险医疗费用控制的经验，结合自身工作实践，对新型农村合作医疗制度建设过程中有关医疗费用控制的问题提出对策和建议。

关键词：新型农村合作医疗 费用控制 对策

Abstract

As new rural cooperative medical has been carried out and pushed forward, control of medical expense is the problem of universal concern of our government administration. The aims are use of present limited health resources to benefit vast population, to make them get basic health care better and more.

This article devotes to the key point of how to control the medical expense in present new rural cooperative medical. Farmers participation to cooperative medicine, assigned medical units and managers of cooperative medicine are discussed by method of theory with fact combined with descriptive analysis and multiple kinds of knowledge cross use. The present status of medical expense control of Hunan 43 test counties is comparatively analysed, qualitatively and quantitatively studied with case and general combination. Hunan new rural cooperative medical and the status of medical expense control are evaluated and analysed. The problem of medical expense control and its causes are analysed also. The chief influence factors of medical expense control in present stage of new rural cooperative medical are investigated. The experience of medical expense control in medical insurance at home and abroad is introduced. Policy and suggestions are given to medical expense control in establishing new rural cooperative medical.

Keywords: new rural cooperative medical, control of medical expense, countermeasure

第一章 绪 论

§1.1 研究背景和依据

1.1.1 新型农村合作医疗制度进入全面推进阶段

我国新型农村合作医疗经过三年试点，制度框架基本确定，运行机制和管理模式基本建立，取得了“政府得民心，百姓得实惠，卫生得发展”的阶段性成果。2007年1月国务院召开新型农村合作医疗会议，提出新型农村合作医疗制度进入全面推进实施阶段，新型农村合作医疗实施县市扩大到80%的县市，2008年，要在全国农村基本普及新型农村合作医疗制度。新型农村合作医疗制度已经进入全面实施和推进阶段。截至2006年12月31日，全国已有1451个县市区开展了新型农村合作医疗试点，覆盖农业人口5.1亿人，占全国农业人口的58.46%，实际参加合作医疗的农村居民4.09亿人，占全国农业人口的47.15%，参合率为80.66%。湖南省新型农村合作医疗试点县市43个，覆盖农业人口2463万，参合农民1857.2万人，占试点县市农业人口的75.39%。2007年，湖南省新型农村合作医疗由43个试点县市区扩大到99个县市区，占全省县市区总数的81.8%，覆盖农业人口4797万人，占全省农业人口总数的94.1%，参加合作医疗农民3935万人，参合率达82.03%。新型农村合作医疗制度已由试点阶段进入全面推进阶段。

1.1.2 新型农村合作医疗制度目标与现实结果的差异

新型农村合作医疗的目标是：建立风险共担的医疗保障机制，减轻农民疾病经济负担，减缓农民“因病致贫、因病返贫”的发生。而试点三年来，现实结果与预期目标存在差异：一是由于费用控制的意识淡薄，全国存在新型农村合作医疗基金效益不高的问题。2006年，全国1451个新型农村合作医疗基金使用率为72.59%，统筹基金使用率为78.12%，全国合作医疗基金累计结余89.09亿元，累计基金结余率为36.38%。2006年湖南省43个试点县基金平均使用率为73.63%，其中有炎陵、茶陵、城步的基金使用率在50%以下，基金结余沉淀多。二是部分县市区农民医疗费用在获得新型农村合作医疗补偿后负担反而出现上升，导致农民受益水平低。2006年全国1451个合作医疗县市参合农民住院费用实际补偿率为27.80%，次均住院补偿771.31元。湖南省43个县市农民平均住院补偿率为29.2%，次均住院补偿685.25元。其中补偿水平最低的湘乡仅22.99%，望城、炎陵等8个县都在25%以下。个别地区医疗费用呈现飞速上涨趋势，参合农民医疗费用远远高出非参合农民的医疗费用。三是部分试点县市出现基金风险。据卫生部农村卫生司《关于2006年全国新型

农村合作医疗运行情况的通报》显示，2006年，全国共有109个县市区当年的合作医疗支出额超过了当年的筹资额；210个县市区发生纳入统筹基金帐户的基金支出额超过了当年统筹基金分配额；全国共有25个县市区动用了风险基金；有19个县市区在动用历年结余合风险基金后发生了净透支。2006年湖南省的醴陵、桑植县基金使用率分别达103.66%、101.82%，基金使用超过当年筹资，涟源市达到了99.24%，基金濒临透支。

1.1.3 医疗费用控制是新型农村合作医疗制度健康可持续发展的关键

(1) 我国医疗费用呈不断增长的趋势。近年来我国的卫生费用增长非常迅猛。据卫生部副部长马晓伟在卫生部和国家中医药管理局联合召开的医院管理年工作会议披露，近8年来，我国门诊就医费用增长了1.3倍，住院费用增长了1.5倍，平均每年门诊费用增长13%，住院费用增长11%，这些都超过了居民收入增长的幅度。目前城市平均住院费用是7600元，而城市居民的年平均收入是6500元；农村平均住院费用2400元，相当于农村人口年均纯收入。据世界银行预测，我国在今后40年医疗保健开支将有较大幅度的增长。到2010年，我国医疗保健费用占国内生产总值的比例将达到10%，2030年，达到25%。据国内学者预测，到2010年我国医疗保健费用占国内生产总值的比例将为5%—6%，2030年的水平是24%^[1]。2005年卫生部综合医院门急诊病人人均医疗费用136.1元，比2004年增加11.4元，增长9.1%；住院医疗费用4210.4元，比2004年增加485.4元，增长13.0%，并且医院级别越高，病人医疗费用越高。

(2) 有效控制医疗费用是保障新型农村合作医疗基金安全的需要。“以收定支、收支平衡”是新型农村合作医疗制度的一项重要原则，是判定一个统筹地区新型农村合作医疗运行是否正常的标准。目前新型农村合作医疗的基金非常有限（2003年，农民合作医疗基金人均30元/年，2006年，国家加大了投入，提高到了人均50元），广覆盖面、低水平筹资的合作医疗基金，面对医疗费用的快速增长，其抵御风险能力相当脆弱，基金运行面临严峻挑战。因此，控制医疗费用的不合理增长，是确保新型农村合作医疗基金收支平衡和确保基金安全的重要举措。

(3) 控制不合理的医疗服务开支是新型农村合作医疗取信于民的需要。新型农村合作医疗制度是通过汇集医疗基金方式，分散农民个人面临的疾病风险，起着重要的收入再分配的作用。使一直处于低收入水平的农民患病通过合作医疗得到了及时治疗，特别是帮助农村居民承担的大额的医疗费用负担，防止农民因病致贫的发生。农民是新型农村合作医疗的直接受益者，能否真正受益则是农民是否信任、愿意参加新型农村合作医疗的重要因素；然而，不合理医疗服务控制会侵蚀合作医疗基金，促使合作医疗缩小补偿范围，提

高患者共付比例，使得一些正常的医疗需求无法得到满足，加重了农民医疗负担；医疗费用的不合理增长使得新型农村合作医疗难以达到降低参合农民就医经济负担、促进其更多利用服务、解决因病致贫，因病返贫的发生的目标。因此，加强新型合作医疗费用的控制，是取信于民的需要，是新型农村合作医疗发展的基础。

(4) 医疗费用控制是医疗机构发展的需要。随着新型农村合作医疗的进一步发展，参合农民将成为农村医疗市场的主要消费群体，医疗机构能否被确定为新型农村合作医疗定点医疗机构、能否在竞争日益加剧的农村医疗市场中获得参合农民的支出，将直接影响医疗机构的生存。而医疗机构竞争的核心之一就是在提供费用低廉、质量优良的服务，因此控制医疗费用是医疗机构发展的需要。

新型农村合作医疗制度作为一个全新的医疗保障制度，通过三年的试点探索，其运行机制和管理模式基本形成，制度框架基本定型，已经进入全面实施和推进阶段。医疗费用控制作为医疗保障制度中普遍存在的难题，随着新型农村合作医疗制度的全面实施和推进，也不可避免地困扰和阻碍新型农村合作医疗制度的健康发展。因此，在新型农村合作医疗制度基本定型进入全面推进阶段，医疗费用控制成为管理部门的重大课题。

§1.2 国内外研究现状及发展趋势

1.2.1 国外研究现状及发展趋势

从文献检索来看，无论国内还是国外，对于社会医疗保险的研究大都集中在城镇，对于农村医疗保险问题的研究很少，而对于农村合作医疗的研究更少。国外对农村合作医疗的研究很难找到，这可能与不同国家对于农村医疗保障模式的选择有关，国外很少采用合作医疗方式解决农村卫生和农村人口医疗保障问题。国外只有泰国农村实行的合作医疗，Gumber^[2]研究了泰国农村合作医疗发展状况和问题。泰国农民是通过购买健康卡形式参加社区合作医疗保障的，该制度于1983年6月开始在农村推行，以家庭（户）为单位参加，健康卡持有者可持卡到社区公立医院就诊（门诊、住院）可享受一定的费用减免，当社区医院认为需要转诊时，可转往省医院或地区医院，直至中央级医院就诊。Gumber认为泰国的合作医疗制度为基层农民提供了较好的基本医疗和预防保健，但存在着资金不足、覆盖人群少、抗御大病风险能力差的问题。我国的新型农村合作医疗也必须克服这方面的问题，才能实现可持续发展。

对于医疗保险费用控制的研究，发达国家近几十年来有许多学者进行了研究。早在1963年以美国人学者 Arrow^[3]为代表的经济学家应用福利经济学原理界定了医疗服务市场与完

全竞争市场的偏离，尤其是疾病发生的不确定性带来的风险分担市场的缺失。运用期望效用函数描述了理想的保险原则（在风险规避的假设下），其次论述了道德风险、第三方支付和逆向选择行为对于医疗保险市场的影响，最后阿罗建立了风险规避条件下最优保险政策的理想模式。以此为背景，他着重讨论了：第一，医疗市场的特殊性，指出医疗的需求是不稳定的，医生作为病人的代理人也是利润最大化行为者。阿罗同时强调了医疗市场产出的不确定性，人本身健康状态的不确定性以及医疗服务供给方存在的进入障碍。第二，在确定性的假设下，他分析了医疗市场与完全竞争市场的差异主要在于受益递增、进入障碍以及医疗定价行为的价格趋势三个方面。第三，在不确定性的假设下，比较了医疗市场与竞争市场的差异。

至 20 世纪 80 年代以来，Pauly (Pauly, 1987)^[4]引入了时间序列数据，对于医疗服务供给者的信息及激励机制加以分析。波力认为，医院目标的不一致主要是由于所有者结构的不一致造成的。以波力和布劳格等为代表的经济学家们讨论的中心话题就开始转向如何将公共医疗保险中信息失灵的后果最小化。防止过度消费，改革支付制度，有效控制成本，建立和完善评估体系等改善政府具体的干预措施便成为福利国家研究中的热点话题。纽豪斯等 (Newhouse et al., 1993)^[5]进行的兰德健康保险试验研究了起伏线及收入相关的费用分担对医疗服务需求的影响，得出结论认为随着共付保险率的上升，对包括成人和儿童一起的医疗服务利用和开支下降。福克斯 (Fuchs, 1982)^[6]通过研究认为国与国之间健康差别并不取决于医疗服务的数量或质量的差别，建议将重点放在非医疗因素的影响上，通过改善生活环境和生活习惯来促进健康，减少医疗保健开支。

1.2.2 国内研究现状及发展趋势

国内对农村合作医疗的研究文献虽然很多，大多是从保险学和社会保障学的角度进行的探讨，以论文形式对新型农村合作医疗制度的综合分析研究，目前还没有见到专门研究农村合作医疗的学术专著。林义教授主编的《农村社会保障的国际比较及启示研究》^[7]是目前国内唯一的一本研究国外农村社会保障制度的专著。他通过对不同国家农村健康保障发展经验的比较研究，认为在农村健康保障体系的建立过程中，找到一个恰当的财务机制是成功的关键，并对税收模式、社会保险模式和私营保险门诊三种筹资机制优缺点进行了比较研究，对研究我国新型农村合作医疗筹资制度的创新有重要的启示意义。国内学者对新型农村合作医疗制度的研究有：胡善联^[8]对全国新型农村合作医疗筹资运行状况进行了评估，认为在经济有限条件下新型农村合作医疗制度受益率较高，但补偿水平低不足以防止农民因病致贫。陈健生^[9]对新型农村合作医疗筹资制度的设计存在的问题较深入分析，

认为中央政府应在合作医疗筹资中承担更多责任、在地方筹资中应明确以省级财务承担主要责任。李良军、杨树勤^[10]等人在 1994 年通过对四川眉山等地试验的研究, 构建了农村健康保险的精算体系, 提出了农村医疗保险医药费用、保险因子、补偿比定的精算方法。在我国农村医疗保险研究普遍重定性轻定量的背景下, 这一量化方法研究显得十分珍贵合作。

国内许多学者对我国的医疗保险制度改革和费用控制进行了大量的理论研究。邓大松^[11]等在《中国社会保障若干重大问题研究》一书中运用博弈论分析了医患双方的不完全信息博弈模型, 提出采取行政管制和政府计划等措施清理医疗保险中的医患关系, 将医疗市场发展引上良性轨道; 对于住院费用的控制采取双渠道控制法, 鼓励医院开展内涵创收, 制约不合理检查和不合理用药的外延创收。赵漫 (2003)^[12]利用声誉模型分析了医院和医生的行为, 认为要实现对供应方的有效激励必须改革现有的医疗价格产权制度, 让医生拥有剩余索取权。张奇林^[13] (2002) 认为医疗保障制度的首要目标是有效保障国民的身体健康, 其次才是费用问题。前者是社会目标, 后者是经济目标。一个高效率的医疗保障体系应是社会目标和经济目标的统一, 即以较低的费用来提供良好的医疗服务和健康保障。费用控制措施也许在短时间内能够降低费用, 但对社会目标所造成的长期影响却不能不考虑。如果以牺牲社会目标为代价来实现经济目标, 这种替代显然是不可取的。

目前国内学者对新型农村合作医疗的费用控制进行系统研究的非常少, 对新型农村合作医疗费用控制的研究, 主要是在对新型农村合作医疗制度综合的角度, 或对筹资机制、补偿模式等局部问题的角度进行研究的过程中, 有费用控制的简单涉及或思考。王柯、张晓、沈其军^[14]对新型农村合作医疗费用控制进行了简单分析, 认为应把供方医疗机构作为新型农村合作医疗费用控制的重点对象, 主张改革目前新型农村合作医疗费用支付方式, 探索混合支付方式的应用。虽然对新型农村合作医疗费用控制的学者不多, 但从众多研究新型农村合作医疗制度的文章中, 也有对其费用控制的主张和建议: 朱坤、程晓明、袁杰、周君鸿、姚辅汉^[15]在对甘肃灵台县合作医疗试点的实证研究, 认为参合农民医疗费用上涨主要是次均住院费用上涨造成的, 能否对供方实施有效的费用控制措施, 是事关新型农村合作医疗制度持续发展的重要因素, 建议现行按服务项目收费的支付办法, 考虑进行按病种付费或按人头付费的尝试。王莉杨、吴妮娜、陈迎春、徐锡武、王蓉^[16]等对云南省禄丰县参合农民住院服务利用的公平性分析, 认为在新型农村合作医疗的试点过程中, 需要引导人群充分利益基层卫生服务, 促进形成合理的住院流向, 并建议通过不同补偿比例的设定、双向转诊制度的建立措施提高患者费用意识控制医疗费用的不合理上涨, 减轻患者疾

病经济负担。高梦滔、高广颖、刘可^[17]在《对云南省三个新型农村合作医疗试点县市的调查报告》中建议：在新型农村合作医疗试点中考虑适当推进按照病种付费的管理办法，对各地疾病谱、疾病顺位合费率测算进行测算，提高固定病种的补偿比例，这样既可以尽量给农民实惠，又能有效控制资金风险。毕四岭、袁长海^[18]和胡先东^[19]在对乡村一体化与新型农村合作医疗制度的关系的研究后，建议通过经济手段来调节病人的流向，促进病人向乡镇卫生院流动，可以控制医疗费用。高旭东^[20]提出：可以制定相应的上涨幅度，超过一定幅度的，直接从补助给医疗机构的费用中扣除，对不合理收费，也可以从每月一次的审核中扣除，医疗费用上涨的问题就可以得到有效遏制。段欲军、汪凯、夏萍^[21]通过对四川5个试点县的新型农村合作医疗实施情况的研究，认为预防保健是一本万利的事情，应将预防保健纳入合作医疗补偿范围和实行双向转诊制度来控制合作医疗基金的支出。

国内外众多学者从不同角度对新型农村合作医疗制度和医疗保险费用控制的分析研究，对本文的研究探索提供了重要帮助。但是，目前的新型农村合作医疗制度和费用控制的研究还存在一些不足：对农村医疗保障发展的必要性和新型农村合作医疗发展制度建设研究多，对合作医疗保障水平、筹资制度、运行模式研究多，对新型农村合作医疗费用控制的研究少，特别是对新型农村合作医疗费用控制的系统研究和综合研究缺乏。对医疗保险费用控制的研究也都从保险风险、逆选择及其它经营风险和防范策略方面的研究，缺乏从公共管理的角度对费用控制的影响因素和对策方面的研究。

§1.3 研究的意义和价值

1.3.1 理论意义

丰富了新型农村合作医疗制度研究内容，目前我国新型农村合作医疗制度建设还处于试点完善阶段，对合作医疗的研究重点放在制度框架、运行机制、补偿模式、筹资机制、管理体系等方面，对合作医疗费用控制研究还处于实践探索阶段，还没有系统的理论研究阶段。

以理论分析与实地调查、实证分析相结合的方式进行研究，深化了新型农村合作医疗制度研究的深度。

1.3.2 应用价值

通过对湖南省新型农村合作医疗试点情况进行回顾性评价分析，总结试点取得的效果和存在的问题，通过实地调查和数据分析，研究医疗费用控制的现状和存在的问题，分析医疗费用控制的影响因素，从公共管理的角度提出新型农村合作医疗费用控制的对策，为

政府完善合作医疗制度建设和管理机构加强费用控制提供政策参考，为基层合作医疗管理经办机构提供费用控制的方法，具有可操作和实践价值。

§1.4 研究内容和方法

1.4.1 研究内容

本文研究首先对新型农村合作医疗制度及其相关的概念界定入手，分析了新型农村合作医疗制度作为我国社会医疗保障制度的形式，与社会医疗保险制度和传统合作医疗的区别和其本身具有的基本特征，提出了新型农村合作医疗费用控制的内容、对象和原则方法；然后通过对湖南省新型农村合作医疗费用控制现状的调查，对新型农村合作医疗制度试点运行情况进行了分析评价，重点研究分析了费用控制方面所采取的方法措施及其效果和问题，针对存在的问题着重分析了政府管理方、供方和需方影响合作医疗费用控制的因素；在此基础上，通过比较国内外医疗费用控制的主要做法和经验，提出了新型农村合作医疗费用控制的借鉴意见；针对目前合作医疗费用控制存在的问题和主要影响因素，以及国内外医疗费用控制的比较和借鉴，提出新型农村合作医疗费用控制的对策；最后，对湘潭县实施费用支付方式改革，单病种付费制度的实践进行分析。

论文共 7 章，具体内容如下：

第一章：绪论，介绍了本课题的研究背景和依据，国内外研究现状，对本文的研究内容，全文各章节进行了概述。

第二章：新型农村合作医疗费用控制的理论概述，界定了新型农村合作医疗费用控制的相关概念，介绍了医疗费用控制的相关理论，提出了新型农村合作医疗费用控制的内容和方法。

第三章：湖南省新型农村合作医疗费用控制现状，对湖南省实施新型农村合作医疗制度的效果进行评价，对 43 个县市新型农村合作医疗费用控制情况进行调查，分析调查结果，分析湖南省费用控制所采取的方法和措施，以及取得的成效、存在的问题。

第四章：湖南省新型农村合作医疗费用控制影响因素分析，本章从政府管理方、医疗服务供方和需方三个方面分析了新型农村合作医疗费用控制的主要影响因素。

第五章：国内外医疗保险费用控制借鉴，分析了国内城镇职工医疗保险费用控制的特点，国内外省新型农村合作医疗费用控制采取的一些措施和做法，以及发达国家中美国、英国、德国等医疗保险费用控制的主要经验，分析了对新型农村合作医疗费用控制的借鉴意义。

第六章：新型农村合作医疗费用控制的对策，针对湖南省在医疗费用控制方面存在的问题和影响费用控制主要因素，借鉴国内外医疗保险费用控制的经验，主要从政府管理方、需方参合农民和供方医疗机构三个方面，分别提出了新型农村合作医疗费用控制的对策。

第七章：个案分析。

1.4.2 研究方法

本课题主要运用以下研究方法：

(1) 实证研究和比较分析法。新型农村合作医疗制度作为中国农民的医疗保障制度，还处于建设的初步阶段，用比较法对新型农村合作医疗制度实施前后农民的医疗费用负担、医疗机构费用水平等进行比较研究；合作医疗制度与城镇医疗保险制度、国外社会医疗保险制度存在许多方面有一定的相似性，本课题把合作医疗的费用控制与中外医疗保险制度的费用控制进行比较分析，对国内外医疗保险费用控制的做法进行扬弃地吸收，提出新型农村合作医疗费用控制的对策。一项制度的优劣与完善与否在实践中才得以充分体现，本文选取了湖南省 43 个县市合作医疗实施运行情况进行调查整理、数据统计的实证研究，分析出新型农村合作医疗制度实施过程中费用控制存在的问题和影响费用控制主要因素。

(2) 理论与研究与描述性分析相结合。新型农村合作医疗制度的建立和全面推进，是一项系统而复杂的工程，而费用控制又涉及政策因素、经济因素、管理因素等诸多方面。本课题利用国内外医疗保险及医疗费用控制的理论与湖南省在建立新型农村合作医疗实践中的资金运行情况及费用控制情况进行描述性分析相结合。

(3) 多学科知识交叉应用。新型农村合作医疗体系中的医疗费用控制涉及多方面的问题，必须进行多学科研究。本课题综合运用了保险学、社会保障学、社会学、公共管理学、卫生经济学等多学科的理论和方法对新型农村合作医疗费用控制问题产生的原因、影响的因素、改革的对策和可持续发展的方向进行了较全面的研究。

(4) 典型调查与一般分析相结合。本课题从抽样调查湖南省 43 个试点县的费用控制情况入手，与全省乃至全国的整个新农合制度的建设情况相结合，在费用控制研究中将具有代表性的湘潭县单病种付费进行典型个案分析。从多角度、多方面研究医疗费用控制的制约因素，为建立费用控制政策提供依据。

(5) 定性分析与定量分析相结合。运用定性分析方法对湖南省农村合作医疗制度发展情况和费用控制情况进行了较深入的探讨，并通过建立数据库，运用统计学中的百分位

数、率和比等概念及各种统计图表对费用控制和基金运行情况进行定量分析，为探讨问题和提出对策提供了较详实的依据。

§1.5 创新点

选题方面，从制度一个关键点来研究制度。医疗费用控制是医疗保险制度的最关键问题，费用控制是新型农村合作医疗制度健康可持续发展的关键因素。由于我国的新型农村合作医疗制度还处于探索和建立的初级阶段，目前尚处于试点向全面推进的过度阶段，近几年来，国内学者大多数的研究集中在制度框架、运行机制等宏观层面，对实际运行中的诸如费用控制等微观层面的研究较少。

研究角度方面：从公共管理的角度研究费用控制。以往对医疗费用控制的研究大多是从金融学和保险学两个角度进行研究。本文把医疗费用控制作为公共管理的内容和环节进行研究，仅以医疗费用为研究对象，舍弃了合作医疗基金筹集、保障水平、管理成本等内容，在研究过程中，运用了疾病风险和风险管理、需求与供给、市场与价格、政府职能、有效的公共管理者等公共管理的知识和理论。

研究方法上，既有理论分析又有实证研究，用理论和实践的客观数据对费用控制成效和问题、影响因素进行比较分析；既有整体性分析研究，又有典型调查和个案研究。对 43 个县市的费用控制进行了实证分析，对湘潭县单病种付费制实践进行个案分析，克服了以往学者没有案例分析的不足，使研究具有较强的现实意义和应用价值。

第二章 新型农村合作医疗费用控制理论概述

§2.1 新型农村合作医疗费用控制相关概念和理论

2.1.1 相关概念

(1) 社会医疗保险制度与医疗保险费用。

医疗保险是一个比较混杂的概念，既可以专指由政府提供的社会医疗保险，也可以指由市场提供的商业保险，但在更多的情况下是社会医疗保险。本文在使用医疗保险这个概念时，主要指社会医疗保险。

社会医疗保险是由国家通过立法制约全部或部分居民参与，当人们健康受到损害时，在由国家和社会提供必要的医疗服务或经济补偿，并通过社会化管理来保障居民基本医疗需求的社会保障制度^[22]。这里的基本医疗是绝大多数人群所必需的，并有能力负担的，医疗服务机构采取适宜技术所能够提供的医疗服务。它包括基本用药、基本诊疗、基本设备和基本服务。

社会医疗保险费用可以从广义和狭义的角度理解。狭义的社会医疗保险费用是指参保人员因疾病造成的风险补偿之和，即参保人员患病后根据医疗保险的规定支取的医疗补偿费用。广义的社会医疗保险费用是参保人员患病后发生的医疗费用之和，其中医疗保险费用为主要部分，另外还包括个人自负费用、部分由用人单位补偿的费用和国家财政补贴的费用。

从来源上看，医疗保险费用主要是由国家、集体、个人缴纳的，还包括罚没滞纳金收入、减免税收收入以及捐赠收入等组成的费用；从支出角度看，医疗保险费用主要由三部分组成：医药补偿费（补偿被保险人因疾病而发生的有关医疗费用）、管理费（用于保险机构开展业务、正常运行所需要的费用）和风险储备金（用于抵抗意外风险的储备金）。其中医药补偿费也叫做纯医疗保险费用，它是医疗保险费用中最基本、最主要的费用。

(2) 新型农村合作医疗制度与新型农村合作医疗费用。

新型农村合作医疗制度含义：2003年1月6日，国家卫生部、财政部、农业部联合下发《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》强调：新型农村合作医疗制度是政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民互助共济制度。新型农村合作医疗制度是社会医疗保障体系的一部分，是农民的医疗保险制度。

新型农村合作医疗费用：与其他类别的医疗保险费用一样，其实质是指农民的医疗保

险费用，只是其来源和支出与其他医疗保险费用有所不同。从来源上看，新型农村合作医疗费用主要是由国家、集体、个人缴纳的费用部分和利息收入等部分组成；从支出角度看，新型农村合作医疗费用主要由两部分组成：①医疗补偿费，指参加合作医疗农民因疾病而发生的有关医疗费用（包括药品费用）；②风险储备金，用来抵御大面积疫病爆发流行等意外发生的风险储备金。由于目前我省农村集体经济不发达，特别是湘西等部分落后地区农村集体经济几乎为零，所以，新型农村合作医疗费用的来源上与发达省市相比又有不同，主要由国家补助和农民个人筹资构成。新型农村合作医疗基金运行政策要求其管理运行成本由各级政府承担，因此，合作医疗费用的支出不包括管理运行成本，主要是由医疗补偿费和风险储备金两部分构成。其中医疗补偿费是合作医疗费用中最基本、最主要的费用。新型农村合作医疗制度重点解决农村居民因患大病出现的因病致贫和因病返贫问题，首先保证的是农村居民大额医疗费用补偿，一般将需要住院治疗的界定“大病”，所以，新型农村合作医疗的医疗补偿费用主要为住院医疗补偿费用。是本文研究的重点。

2.1.2 相关理论

新型农村合作医疗作为医疗保险体系中的一种特殊医疗保险，与医疗保险费用相关的疾病风险理论，需求与供给理论、大数法则理论同样适合于合作医疗费用控制

（1）疾病风险理论

要研究新型农村合作医疗的费用控制，必须先了解什么是风险和疾病风险。风险是指在给定的条件下，在特定期间内，那些可能发生的结果的差异程度。风险具有客观性、偶然性、可变性和客观存在性，在特定条件下是可以加以衡量的。风险的大小本质上决定着事故的损失概率及损失程度。风险是与损失密切相关的，而且不把积极结果划为风险。

疾病风险是指人们由于疾病的发生而带来的直接的和间接的损失。它同其他风险一样，具有存在的普遍性、客观性、不确定性和不可预知性。但是疾病风险也有其独特的特点：第一，疾病风险是不可避免的。人由于受人体自然规律的影响，身体的各个机能会随着年龄的增长而衰退，因此，在人一生的各个阶段，疾病风险是不可避免的。第二，疾病关系是不可预知的。因为生活环境、个体差异、心理因素等，人对同种疾病的抵御能力也不尽相同。因此，无法对疾病发生的时间、严重程度等进行准确的预测，所以对疾病的防范措施也不尽有效。第三，导致疾病风险发生的因素复杂多变。这些因素可能是自然因素、社会因素，也可能是心理因素。更常见的是各个因素之间的交互作用，因此，对疾病风险识别的难度很大，而且由此带来的风险和损失会加大。第四，疾病风险不能采取定额补偿的方法。其他风险往往可以通过采取经济上定额补偿的方法，减轻和消除风险带来的损失，

“而疾病风险因人而异，因病而异，不能采取定额补偿，健康的损失不一定是用经济能够补偿得了的，金钱不一定能够买回失去的健康”^[23]。

风险因素、风险事故及损失、风险管理是疾病风险的重要相关因素。风险因素是指促使或引发风险事故发生的条件，以及风险事故发生时，致使损失增加、扩大的条件。它是风险事故发生的潜在原因，是造成损失的间接的和内在的原因^[24]。风险因素按其性质通常被分为实质风险因素、道德风险因素和心理风险因素。后两种又称为人为风险因素。其中与合作医疗费用控制密切相关的复杂因素是道德风险因素。它是一种无形的风险因素，常常表现为出于不良企图故意致使风险事故发生或损失扩大的与人的不正当的社会行为相联系的风险因素。例如，医院为获得更多的收入而向患者提供过度的医疗服务。风险事故又称风险事件，是指引起损失的直接或外在的原因。风险是通过风险事故的发生来导致损失的。例如，人由于年老而遭遇疾病风险。风险因素、风险事故和损失的关系密切但又相区别。风险因素引起风险事故的发生，而风险事故导致损失的产生。其中风险事故发生的频率与损失的程度呈反比关系，即风险事故发生的频率越高，损失就越小。所以，发生频率很高的风险事故所造成的损失往往小于发生频率很低的风险事故造成的损失。因此，要更多扩大新型农村合作医疗的覆盖面，除了强制疾病高发人群参加合作医疗外，更要鼓励那些身体健康的年轻人参加合作医疗，以共同分担整个社会的疾病风险。

风险管理是指经济单位通过对风险的识别和衡量，采用合理的经济技术手段对风险加以处理，以最小的成本获得最大安全保障的一种管理行为。其主体是经济单位；基础是风险识别和风险衡量；关键是选择合理的风险处理手段；目标是以最小的成本取得最大的保障。新型农村合作医疗是一种社会化的风险管理方式，它是疾病风险损失的分散机制。因此，风险管理与合作医疗有着密切的关系；疾病风险是建立新型农村合作医疗制度和风险管理存在的前提，没有疾病风险就不需要新型农村合作医疗，更不需要进行风险管理；在风险管理中，医疗保险、新型农村合作医疗仍然是分散集中性疾病风险的最有效的措施。因此，新型农村合作医疗管理机构对新型农村合作医疗的管理和运行对分担社会疾病风险有着相当重要的意义。

（2）需求与供给理论

医疗保险的需求是指在一定时期内、一定价格上消费志愿且有能力购买的医疗保障的服务量。即对医疗保险机构所提供的一定价格的经济保障的需求量。医疗保险的供给是指在一定时期内、一定价格水平上医疗保险机构愿意且有能力提供的医疗保障的服务量，即参保者购买医疗保险后，一旦患病，就可从医疗保险机构得到一种支付承诺，支付参保人

接受医疗服务所花费的部分或全部医疗费用。医疗保险的需求与供给主要有两种形式：一是有形的经济保障形式，即医疗保险机构按照医疗保险合同中规定的补偿范围，对发生医疗费用的参保人给予部分或全部的补偿；二是无形的心理保障形式，即通过参加医疗保险，可以减少参保人的经济负担和心理压力，从而获得一种安全感。参保者如果患病而发生医疗费用后，可以从医疗保险机构获得全部或部分的经济补偿；如果没有患病，不仅经济没有任何损失，而且还获得了巨大的心理上的保障。但人们往往更注重经济保障，因而一部分已经参加医疗保险的人，在参保期间若没有得到经济补偿，会认为参加医疗保险是浪费钱，而忽视医疗保险带来的心理上的保障。影响需求的因素有很多，比如客观存在的疾病风险、医疗保险的价格。医疗费用的担负方式、参保人的收入和医疗服务的范围等；影响供给的因素有医疗保险的价格、保险的成本等。因此，需求与供给是影响医疗保险系统运行的重要影响因素。新型农村合作医疗作为具有中国特色的一种医疗保险，其需求与供给是影响新型农村合作医疗制度运行的重要影响因素。参合农民的医疗保险需求在一定机构水平上如能得到满足，而新型农村合作医疗提供的医疗服务数量也能实现的话，新型农村合作医疗的供给与需求就达到了平衡——即医疗新型农村合作医疗的供给量与需求量相等或基本相等。这是新型农村合作医疗制度追求的目标。如果供需失衡，对需方的影响是需要多支付医疗费用，降低保障水平；供方的影响则是发生亏损并影响基金的正常运行。因此避免这种失衡，必须把握好影响新型农村合作医疗供需的因素，准确预测二者数量的变化，为新型农村合作医疗决策提供准确的依据。

（3）大数法则理论

大数法则又称“大数定律”或“平均法则”，它是医疗保险的数理基础。此法则的意义是：风险单位数量越多，实际损失的结果就会越接近从无限单位数量得出的预期损失可能的结果。据此，保险人就可以比较精确的预测危险，合理地厘定保险费率，使在保险期限内收取的保险费和损失赔偿及其他费用开支相平衡。保险结果正是利用在个别情形下存在的不确定性将在大数中消失的这种规则性，来分析承保的发生损失的相对稳定性。按照大数法则，保险机构承担的每类标的数目必须足够大，否则就不能产生所需要的数量规律，这就需要通过扩大医疗保险的覆盖面来把资金集中起来以弥补少数遭遇疾病的人们的损失。我国城镇职工医疗保险覆盖范围太窄，这不仅不符合“大数原理”，而且很难发挥社会互助互济功能，不利于劳动力的合理流动。新型农村合作医疗的农民自愿参加的原则，也与“大数法则”相矛盾。因此，不论是从公平的角度还是保险的角度来看，都应该扩大新型农村合作医疗的覆盖面，采取强制形式，做到全体农民参加。大数定律在新型农村合作医疗制度中起

着非常重要的作用。

§2.2 新型农村合作医疗费用控制的内容与原则

2.2.1 新型农村合作医疗费用控制的内容

新型农村合作医疗费用控制在本文中主要是指在合作医疗费用支付过程中，所采取的一种制约手段，通过这种手段达到节约医疗费用，减轻农民医疗费用经济负担，保障新型农村合作医疗充分惠及参合农民。费用控制的最终目的是使有限的合作医疗基金发挥最大效益，利用有限的医疗资源使更大范围的参合农民享受公平的和优质的医疗服务。

新型农村合作医疗费用控制主要包括三个方面：①农民接受医疗费用的费用增长速度的控制，主要指控制医疗机构医疗费用不合理快速上涨；②新型农村合作医疗基金使用低效的控制，即提高新型农村合作医疗基金运行效益，控制基金使用率过低，基金结余过多，保证农民受益最大化；③新型农村合作医疗管理成本的控制。本文主要研究前两方面的问题。

新型农村合作医疗运行中涉及三方：需方：参合农民，供方：医疗机构，新型农村合作医疗管理者（简称“管理者”）。其关系见图 1。

医疗费用控制主体：管理者对参合农民和医疗机构的监管影响医疗服务供需双方的行为，能否引导参合农民合理利用、医疗机构有效提供服务，直接影响整体的医疗费用水平，是费用控制的主体。

医疗费用控制的客体：医疗费用是医疗服务供需双方在应当条件下相互作用，各自采取行为的结果。因此供方定点医疗机构和需方参合农民是医疗费用控制主要对象，是费用控制的客体。

新型合作医疗费用控制的重点和难点：新型农村合作医疗费用支出主要为医药补偿费用和风险储备金两部分，因此合作医疗费用控制的重点就是医药补偿费用的控制，也就是医疗机构医药费用的控制。医药费用水平受医疗服务质和量的影响，而医疗服务的特殊性决定了医疗消费的质和量主要取决于医疗机构的服务行为，医疗服务费用的控制重点是对定点医疗机构服务行为的控制。而定点医疗机构的管理是合作医疗运行中较为复杂的环节，从新型农村合作医疗服务提供方来看，合作医疗的定点医疗机构主要集中于农村基层医疗机构，包括村卫生室、乡镇卫生院和县级人民医院、妇幼保健院、中医院等医疗机构，同时还有省市级医疗机构，定点的医疗机构数量多，服务功能和管理水平参差不齐。这就

决定了合作医疗费用控制中，对定点医疗机构是费用控制的重点和难点，其难度远远大于城镇医疗保险费用控制。

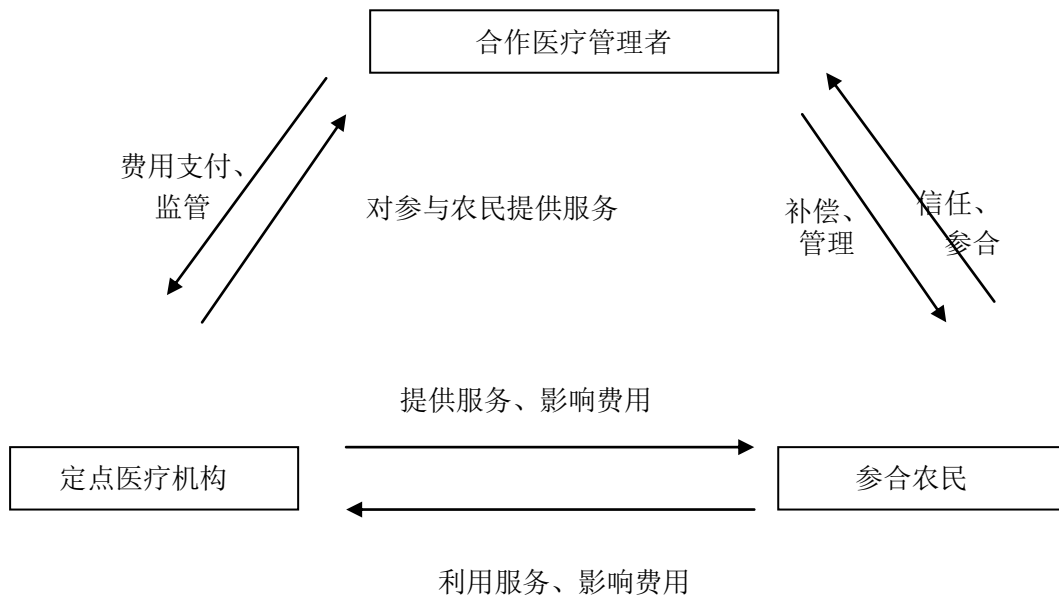


图 2-1 新型农村合作医疗的主体关系

2.2.2 新型农村合作医疗费用控制的原则

(1) 以收定支，收支平衡的原则。新型农村合作医疗费用偿付水平必须依照以收定支、量入为出的原则，即支出水平必须与筹资水平相一致。新型农村合作医疗的医疗费用补偿总额只能低于可补偿费用的总额，而不得超过可补偿医疗费用总额和新型农村合作医疗筹资总额。

(2) 权利与义务一致性原则。强调参加合作医疗的农民在享受新型农村合作医疗为其补偿医疗费用的权利时必须与其承担的合作医疗义务相一致。新型农村合作医疗筹资参合要求以户为单位筹资参合，“参保补偿，不参保不补偿”，即只有参加新型农村合作医疗的人员发生的住院或门诊大额医疗费用，才能得到合作医疗的费用补偿，未参保人员的医疗费用不得给付。在新型农村合作医疗筹资和费用补偿水平上，体现为筹资和补偿一律平等。

(3) 符合新型农村合作医疗补偿规范。新型农村合作医疗费用偿付必须局限于合作医疗实施办法规定的范围，如药品目录、服务设施、诊疗项目及疾病病种等，超出规定补偿范围以外的医疗费用，合作医疗不予补偿。合作医疗补偿的医疗费用一般仅限于参合农

民患病就医所发生的直接医疗费用，其他非直接医疗费用，如往返交通费、伙食费、患病后的误工费、失业费，或因医生失职造成的医疗差错或医疗事故损失等等费用，合作医疗均不予补偿。

（4）有限偿付。为了保证新型农村合作医疗基金的正常运行，维持合作医疗基金的收支平衡，强化参合农民风险共担和费用控制意识，促进参合农民承担必要的经济责任，新型农村合作医疗费用补偿金额一般不超过参保人实际发生的医疗费用。

§ 2.3 新型农村合作医疗费用控制的方法

医疗费用控制是世界性的难题，通过社会医疗保险的实施，世界各国从需方控制方式和供方控制方式两方面探索总结了许多费用控制方法。这些方法同样适用新型农村合作医疗的费用控制。

2.3.1 需方的费用控制方式

需方的费用控制主要是通过对偿付方式的管理来实现的，新型农村合作医疗需方的偿付方式主要是指参合农民在新型农村合作医疗过程中分担一部分医疗费用的方法。世界各国实施不同社会医疗保险制度的实践证明，社会医疗保险偿付被保险人全部医疗费用，尽管有体现公平性的一面，但却造成了过度利用卫生服务，卫生费用上涨过快和卫生资源浪费。因此，为防止上述现象的发生，不同国家都已经逐步采用各种费用分担的办法来取代全额偿付，以有效地控制医疗费用。

（1）起付线

又称为扣除保险，它是由合作医疗管理机构（保险机构）规定新型农村合作医疗费用偿付的最低标准，低于起付线以下的医疗费用全部由参合农民分担，超过起付线以上的费用由合作医疗偿付。

该方式的特点：一是起付线以下的医疗费用由参合农民分担，增强了参合农民的费用意识，有利于减少浪费；二是将大量的小额医疗费用剔除在合作医疗偿付范围之外，减少了保险结算工作量，有利于降低管理成本；三是小额费用由参合农民负担，有利于保障高额费用的疾病风险，即保大病。

该方式的难点在于起付线的合理确定，起付线的高低直接影响医疗服务的利用效率和参合农民的就医行为。起付线过低，可能导致参合农民过度利用卫生服务，不利于有效控制医疗费用；起付线过高，可能超过部分参合农民的承受能力，抑制其正常的医疗需求，可能导致少数参合农民小病不及时就医而变成大病，反而增加医疗费用；另外，过高的起

付线，可能影响参合农民参加合作医疗的积极性，造成合作医疗覆盖面和受益面的下降。

（2）按比例分担

又称共付保险，是一种费用分担方式，即合作医疗管理者和参合农民按一定的比例共同偿付医疗费用，这一比例又称共同负担率或共同付费率。按比例分担可以是固定比例，也可以是变动比例。

该方式的特点：一是简单直观，易于操作，参合农民可根据自己的偿付能力适当选择医疗服务，有利于调节医疗消费，控制医疗费用；二是由于价格需求弹性的作用，参合农民往往选择价格相对较低的服务，有利于降低卫生服务的价格。

按比例分担方式的难点在于自付比例的合理确定，自付比例的高低直接影响参合农民的就医行为。自付比例过低，对参合农民制约作用小，达不到控制卫生费用不合理增长的目的；自付比例过高，可能超越参合农民的承受能力，抑制正常的医疗需求，造成小病不治酿成大病，加重参合农民的经济负担，达不到保险的目的。另外，不同人群和不同收入状况采用同一自付比例，可能出现卫生服务的不公平性现象。为了使按比例分担方式更加完善，在合作医疗的操作过程中，可采用变动比例自付或相应辅助办法。如采用分级共同付费方式，即随着医疗费用的增加，逐级减少参合农民的自付比例，以达到少数患大病的参合农民能够承担得起医疗费用。另外，可采用不同年龄段确定不同的自付比例，中青年自付比例高一些，老年人自付比例低一些。

（3）封顶线

也叫限额保险，是与起付线相反的费用分担方法。该方法先规定一个费用封顶线，合作医疗只偿付低于封顶线以下的费用，超出封顶线以上的费用由参合农民。

该方式的特点：一是在社会经济发展水平和各方承受能力比较低的情况下，合作医疗只能首先保障人群广、费用比较低，各方都可以承受的一般医疗。因而本着保障基本医疗，提高享受面的原则，将高额医疗费用剔除在保险偿付范围之外；二是有利于限制参合农民对高额医疗服务的过度需求，以及医疗服务提供者对高额医疗服务的过度提供；三是有利于鼓励参合农民重视卫生保健，防止小病不治酿成大病，提高参合农民的身体素质。从保险本质来看，大病、重病的发生概率小，但经济风险高，是所有医疗服务中最符合保险原理、最需要保险的部分，特别是在保险方式单一的情况下，难以对大病、重病医疗提供有效保障。因此，封顶线的确定需要综合考虑当地农民的收入水平、合作医疗基金的风险分担能力、医疗救助情况等因素，需要通过建立各种形式的补充合作医疗对超出封顶线以上的疾病给予保障。

由于上述三种费用偿付办法各有其优缺点，因此在社会医疗保险偿付方式的设计中，往往将两种以上的偿付办法结合起来应用，形成优势互补，更有效地促进合理需求，控制医疗费用的过度增长。例如，对低费用实行起付线，对高费用实行封顶线，并对中间段费用实行按比例给付的办法，被认为是既能够合理保障又能够有效制约的办法。

2.3.2 供方的费用控制方式

供方的费用控制主要是社会保险机构对医疗服务机构的支付方式进行管理的，是指社会医疗保险机构作为第三者代替被保险人向医疗服务供方偿付医疗服务费用的方法，这是社会医疗保险主要的支付方式。

(1) 按服务项目支付

按服务项目支付是指总盈利管理机构根据定点院所提供的医疗服务的项目和服务量，对它们做出费用补偿的办法。它属于费用后付制。具体的说，它是合作医疗管理机构根据医院报送的记录病人接受服务的项目（如诊断、治疗、化验、药品、手术、麻醉、护理等）和收费标准的帐单，向医疗单位直接付费，或先有病人垫付，病人再从合作医疗机构得到部分或全部补偿。按服务项目支付是社会医疗保险中最传统，也是应用最广泛的一种费用支付方式。中国长期以来实行的劳保医疗和公费医疗制度就是采用按项目支付费用的办法，也叫实报实销。它的优点是实际操作简便，适用范围较广，缺点是由于医疗收入同提供的医疗服务的多少相关，因而具有诱导医疗服务机构提供过度医疗服务的倾向。医疗机构通过增加服务项目和服务量，延长住院时间，争先购置先进诊治设备，开贵重的进口药品等方法获取更多的费用偿付，造成卫生资源的浪费。同时，因为医疗费用由第三方保险机构事后支付，所以医院与病人都不关心费用问题。作为第三方的保险机构处于被动地位，它只能在事后对帐单进行审查，难以有效控制医疗费用的浪费。如果保险机构想控制医疗机构的过度服务，必定要投入大量的人力、物力，对医疗行为进行严格的规范和审查，这样，必将大大增加社会医疗保险机构的管理成本。按服务项目支付医疗费用的办法是引起医疗费用上涨的主要原因之一。据国外研究估计，卫生医疗费用上涨的 12%左右是由社会医疗保险机构按服务项目补偿造成的^[25]。

(2) 按人头支付

按人头支付是指社会医疗保险机构按合同规定的时间（如一年），根据定点医疗服务对象的人数和规定的收费标准，预先支付供方（医疗服务机构）一笔固定的服务费用。在此期间（一年），医院和医生负责提供合同规定范围内的一切医疗服务，不再另外收费。这种方式实际上是一定期限、一定人数的医疗费用包干制。按人头支付的优点是有限的医

疗费用采取按人头包干的形式预先支付给医院，节余归自己，超支自付，从而使医院产生内在的成本节约机制，能自觉的采取控制费用的措施，如积极开展预防、健康教育、体检等活动，以期最大限度地降低发病率，从而节约费用开支；鼓励医生以最低的医疗成本为更多的病人服务，促进卫生资源的合理使用，防止医生提供过量服务；行政管理简便，管理费用较低。它的缺点是会出现医疗服务提供者为了节约费用而减少服务或降低服务质量的现象。为保证医疗服务质量，按人头支付方式通常规定服务对象的最高人数限额，以防止病人太多，医院因对病人的照顾不周而降低服务质量。

（3）按平均费用支付

按平均费用支付也叫服务单元支付或定额支付。根据参保人就医时间的长短可将医疗服务分为门诊服务和住院服务两部分。参保病人如果病情轻，就医当日即可获得治疗，离开医院，所以门诊服务的时间短；病人由于病情重，需要留在医院继续诊治，所住院服务的时间就较长。因此，在社会医疗保险费用支付办法的计算上也会不同。

其总费用公式为： $总费用 = 平均服务单元费用 \times 服务单元量$

但对门诊医疗服务费用补偿则采用平均门诊人次费用标准，对住院医疗服务费用补偿则采用平均住院费用标准。平均数的计算可采用算术平均数、几何平均数和中位数的办法。

① 平均门诊费用人次标准。

平均门诊费用人次标准的计算，是将某段时间内门诊发生的所有医疗费用除以该段时间内所有就诊人次，获得的该段时间内每一门诊平均花费的医疗费用，就是平均门诊费用人次标准。一旦确定了定点医院的平均门诊费用人次标准，社会医疗保险机构就可以合同规定的期限（如一年）作为计量单位，根据实际发生的门诊人次，向医院支付医疗费用。

其公式为： $门诊总费用 = 平均门诊费用 \times 门诊次数$

② 平均住院日及日均费用标准。

平均住院日是根据某段时间内所有出院病人的住院天数之和，除以出院人数，得到该段时间内每一个住院病人的平均住院日。日均住院费用是指将某段时间内所有出院病人花费的总住院费用出院总住院天数，得到日均住院费用。这两个指标确定后，社会医疗保险机构将按合同规定的期限向定点医院偿付住院病人的医疗费用。理论上讲，病人住院一次的总费用为： $病人住院一次的总费用 = 平均住院日费用标准 \times 住院天数$

按住院日定额偿付的特点是医院或医生的收入与其提供服务次数有关，所以，这种方式能鼓励医院和医生降低每次门诊和每个住院日的成本，但这种方法却在客观上导致了医院和医生有意增加门诊次数和平均住院天数。对门诊来说，虽然门诊费用标准是事先确定

的，但增加门诊次数，就可以增加服务量和收入；对住院来说，尽管住院日费用标准是定数，但增加住院天数也可以扩大服务量和收入。这种状况会使病人增加不必要的多次就诊以及延长住院日的麻烦。对保险机构而言，虽然平均费用标准在某种程度上限制了所提供的服务量，但医生或医院可以通过增加服务次数达到增加服务量，以获取更多服务收入的目的，这也会造成医疗费用的增长。这就要求保险机构在与医院制定标准时要格外慎重，并且对医院制定监督制约机制。

（4）按病种分类支付(DRGs 支付体系)

这种支付方式的全名叫按疾病诊断分类定额支付，也称单病种付费制。它把医疗服务的全过程看成是一个计量单位和确定服务价格的标识。具体地说，就是根据国家疾病分类法，将住院病人按疾病诊断、年龄、性别等分为若干组，每组又根据疾病轻重程度及有无合并症、并发症分成不同的级别，对每一组不同疾病都制定相应的价格标准，按这种费用标准对该组某组疾病的治疗，保险机构一次性向医院支付费用。实际上就是按医生所诊断的住院病人的病种进行定额付费。设计该方案的目的是通过统一的疾病分类定额支付办法，达到医疗资源利用的标准化。这种方式使社会医疗保险费用的支付与诊断的病种相关联，而与病人实际花费的医疗费用无关。

该方案的优点是会激励医院从经济上以低于固定价格（标准价格）的费用来提供服务，保留固定价格与实际成本的差额。这在客观上将促进医院节约成本，缩短住院时间，减少诱导性消费，减少病人检查治疗的无效性，避免不必要的支出，在一定程度上能减缓和控制医疗费用上升的趋势。

实施该方案的困难在于如何恰当地进行分组，在服务项目、服务质量以及病例组合方面，各医院的水平参差不齐，将疾病分成主要类别大组，根本无法充分反应差异。这种简单的分组只能导致一个奖罚不公的支付补偿体系。各医院有可能在自身利益的驱动下，为了多获取收入，在诊断界限不明时，使诊断升级，将病人重新分类到高补偿价格的 DRGs 组中，导致病人做手术和住院，让病人出院后再住院，这样做缩短了住院日却增加了住院次数。

（5）总额预算制

由政府单方面或社会医疗保险机构同医院协商，事先确定年度预算总额，在该年度内，医院的医疗费用全部在总额中支付。总额预算制属于预付制的办法，双方通常一年协商调整一次。在理论上，年度预算的确定，应当按照以往年度实际发生的医疗费总额，兼顾参保人数变动、人口老龄化、疾病谱变化、通货膨胀、医药科技进步等因数，确定一个“提

前消费量”，医保双方在此基础上，再商定当年医疗费用的总预付额。总额预付制的优点是从运行机制上消除了医疗服务提供方提供过度医疗服务的经济动因，促进医疗行为的规范化，有效地控制医疗费用的不合理增长。由于总额预算下的成本是固定的，医院可主动地事先安排计划，合理利用医疗卫生资源，这种费用结算方式手续简便，可降低管理成本。其缺点是医疗供方在预付总额既定的条件下，可能出现医疗服务提供不足和医疗服务质量下降的现象。此外，确定年度预算总额是一件困难的事，因为变动因素很多，难以事先估计准确。

2.3.3 不同支付方式与医疗费用之间的关系

合作医疗管理方对医疗费用服务提供方的费用控制一般有行为控制和支付控制。行为控制直接性强并具有强迫性，合作医疗管理方通过定期或不定期对医疗机构的服务规范性等进行检查和监督，并以此来减少不必要的医疗费用开支。支付控制则具有间接性和引导性。合作医疗管理方规定费用支付方式，并通过协议形式规范供方定点医疗机构的医疗行为。因此，通过支付方式控制对医疗费用的控制更为重要和有效。

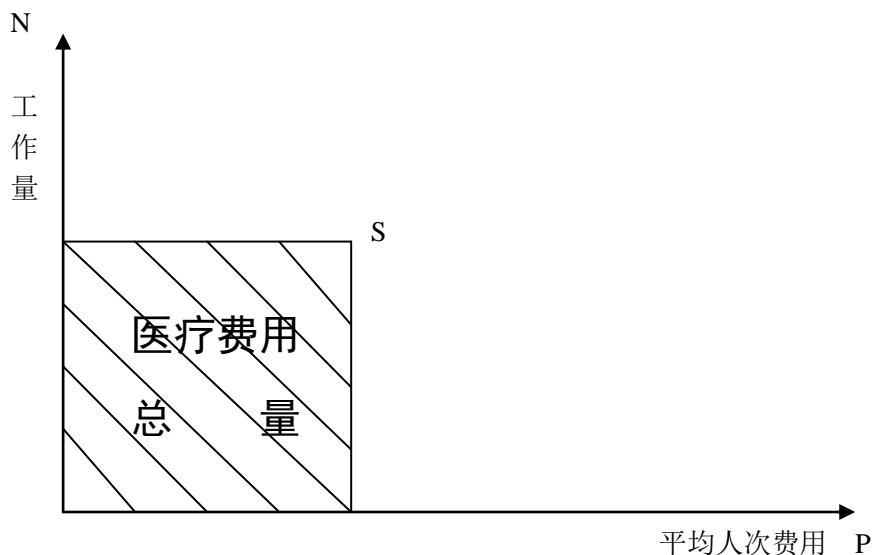


图 2-2 医疗费用函数关系

上图描述了医疗费用函数关系^[26]。在医疗费用函数中，工作量是一个活跃的变量。决定医疗费用总量（用 S 表示）的两个变量分别是平均人次费用（用 P 表示）和工作量（用 N 表示）。P 是指在一个结算期内，医疗机构每门诊人次或出院人次的平均费用；N 是指在一个结算期内，医疗机构服务的参合患者的门诊就诊人次或出院人次。期函数关系为 $S = P \times N$ ，即医疗总量等于平均人次费用与工作量的乘积。要控制医疗费用的支出就要医控制

P 和 N 这两个变量的不合理增长。

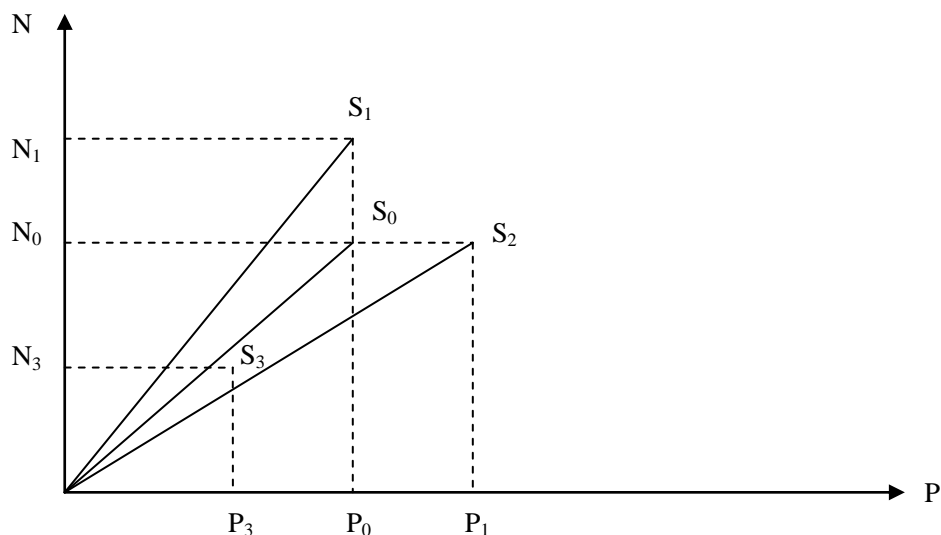


图 2-3 不同支付方式对医疗费用的影响

上图则描述了不同支付方式对医疗费用的影响^[27]。假设某医院合理的平均人次费用和工作量分别为 P_0 和 N_0 则医疗费用为 S_0 。

第一，按病种付费时，平均人次费用是固定的，因此医院不能通过提高 P 来获得利益。而只能通过分解住院次数增加工作量来获得利益。如图，工作量由 N_0 增加至 N_1 ，总医疗费用 S_1 为 N_1 和 P_1 围成的矩形。医疗费用的增长量为 $S_1 - S_0$ 。

第二，按服务项目付费时，医疗机构无需增加就诊人次，但会增加服务项目来获得更多收入。由于服务项目增多了，平均人次费用也就增加了。如图所示，平均人次费用由 P_0 增至 P_1 ，总医疗费用 S_2 为 N_0 和 P_1 围成的矩形。医疗费用增长量为 $S_2 - S_0$ 。

第三，采用总额预付制时，总费用确定为 S_0 。医院想方设法控制成本，如推诿病人来减少工作量，如图：工作量由 N_0 减少至 N_3 。还会减少服务项目来降低平均人次费用，平均人次费用由 P_0 减少至 P_3 ，总医疗费用 S_3 为 N_3 和 P_3 围成的矩形。因此，医疗费用得到控制。

第三章 湖南省新型农村合作医疗费用控制现状

为系统深入地研究当前新型农村合作医疗费用控制的现状，本课题对湖南省 43 个合作医疗试点县市进行了费用控制情况的专题调查。

调查的内容：新型农村合作医疗制度运行情况；新型农村合作医疗试点前后医疗费用变化总体情况；不同人群（参合农民、非参合农民）三个病种医疗费用的比较分析；定点医疗机构药品价格与市场的比较及用药合理性；不同管理模式下的医疗费用控制、服务质量改善的效果；费用控制的方法、经验及存在的问题等。

调查的对象及样本量：在湖南省 14 个市州的 43 个试点县市区中进行抽样调查，每个市州选择 2 个县，每个县选择 1 个县级医疗机构、2 个乡镇卫生院、2 个村卫生室进行抽样调查，共调查 28 个县市区、48 个乡镇、48 个村、28 个县级医疗机构、48 个乡镇卫生院、48 个村卫生室。

具体操作：①收集抽样试点县市区的合作医疗方案及相关监管规定；②抽取县市区第一医院、乡镇卫生院单纯性阑尾炎、正常分娩和上呼吸道感染三个病种共 2841 份住院病历的费用及医嘱；③抽取县医院、乡镇卫生院和村卫生室 3301 份门诊处方，其中乡级 2054 张，村级 1247 张；④与抽样县合作医疗管理人员、定点医疗机构的院长及员工、病人和农民进行合作医疗费用控制方面的访谈；⑤对县、乡、村三级合作医疗机构及药店的 10 种常用药品进行调查；调查合作医疗运行情况；⑥了解当地社会经济及卫生事业发展状况对费用的影响信息。对调查收集的资料和数据统计，进行定性与定量分析。

§3.1 湖南省新型农村合作医疗制度实施情况

3.1.1 基本情况

(1) 湖南省新型农村合作医疗制度推行情况

湖南省辖 14 个市州、122 个县市区，其中县市 88 个，市辖区 34 个，农业人口超过 70% 的县市区 93 个；全省总人口 6700 万，其中农业人口约 5000 万，属我国中部地区的农业大省之一。

根据中央提出的新型农村合作医疗制度先试点后推进，稳步实施的要求，湖南省制定

了新型农村合作医疗制度发展规划，按照试点、扩展、全面推进三个阶段进行，利用 2—3 年时间开展试点，2006 年试点县市区要达到全省县市区总数的 40%，进入扩展阶段，2007 年合作医疗试点县市区要达到 80% 县，进入全面推进阶段，到 2010 年实现新型农村合作医疗制度覆盖全省农村居民的目标。根据国务院 2007 年新型农村合作医疗工作会议要求，湖南省于 2007 年提前进入全面推进阶段，2008 年将在全省农村全面普及。

表 3-1 湖南省新型农村合作医疗制度试点推进情况

项目	试点县市区		覆盖农业人口		参合农民	
	县市区 (个)	占全省 比例%	农业人口 数(万人)	占全省 比例%	参合农民 数(万人)	参合率%
试点阶段 (2003—2005 年)	14	11.5	912.0	18.24	594.8	65.20
扩展阶段 (2006 年)	43	35.2	2463.5	48.43	1857.2	75.39
全面推进阶段 (2007 年)	99	81.1	4915.7	94.1	3898.9	81.94

试点阶段：2003 年 7 月，按照全国统一部署，湖南省选择了长沙县、花容县、桂阳县、涟源市、花垣县 5 个县市区作为首批新型农村合作医疗试点县市区，启动试点。2003 年 7 月至 2004 年 12 月为首批试点县市的第一个运行周期。5 个县市区农业人口 342 万人，占全省农业人口的 6.8%，参加合作医疗的农民 185.3 万人，平均参合率（参加新型农村合作医疗农民数占农民总人数的百分比）为 60.7%。2005 年增加了醴陵、桃江、澧县、新田、芷江、桑植、耒阳、湘潭、隆回等 9 个试点县市区（第二批），全省合作医疗试点县市区共 14 个，每个市州 1 个试点县。14 个试点县市区农业人口为 912.0 万人，占全省农业人口的 18.24%，参加合作医疗的农民 594.8 万人，平均参合率为 65.2%。

扩展阶段：2006 年湖南省新型农村合作医疗试点扩展了望城、浏阳、宁乡、岳阳、平江、资阳、南县、石门、鼎城、临澧、衡阳、常宁、资兴、邵阳、城步、会同、中方、双牌、东安、茶陵、炎陵、湘乡、韶山、吉首、保靖、永定、慈利、新化、双峰等 29 个县市区（第三批），总数达到 43 个，占全省县市区的 35.2%，覆盖农业人口 2463.5 万人，占全省农业人口总数的 48.43%，参加合作医疗的农民 1857.2 万人，平均参合率为 75.39%。

全面推进阶段：按照国务院统一要求，2007 年新型农村合作医疗制度进入全面推进实施阶段。湖南省增加了 56 个新型农村合作医疗实施县市区（第四批），全省共有新型农村合作医疗实施县市区 99 个，占全省县市区总数的 81.1%，覆盖农业人口 4915.7 万人，参加

合作医疗的农民 3898.9 万人，平均参合率为 81.94%。

到 2007 年 1 月，湖南省共启动了 4 批新型农村合作医疗试点县市区，其中，第一批 5 个县市区，启动时间为 2003 年 7 月，第二批 9 个县市区，启动时间 2005 年 1 月，第三批 29 个县市区，启动时间 2006 年 1 月，第四批 56 个县市区，启动时间 2007 年 1 月。本文主要对前三批 43 个县市区的试点运行情况进行分析。

(2) 湖南省新型农村合作医疗运行模式

补偿模式：湖南省新型农村合作医疗补偿模式选择主要有两种：即“保大病模式”，主要对住院和大病（严重的慢性病、特殊病和重症病门诊费用）费用进行补偿；“保大又保小”，对住院和慢病特殊重症病进行补偿，同时从农民个人缴费中划出 5—8 元设立门诊帐户，以家庭为单位，实行家庭门诊包干使用。到 2006 年，43 个试点县市区中，27 个县实行第一种“保大病模式”，16 个县实行第二种模式。所有试点县都实行了费用共付制，对住院费用补偿按照就诊医院级别设置了起付线、报销比例和封顶线。一般按乡镇卫生院、县级医院、省市级医院或县外非定点医院 3 个层次设置不同的起付线和报销比例。

表 3-2 湖南省新型农村合作医疗住院医疗费用报销起付线、
报销比例和封顶线比较

项 目	起付线（平均值，元）			报销比例%（平均值）			封顶线 （平均值，元）
	乡镇卫生院	县级 医院	省市级 医院	乡镇卫生院	县级 医院	省市级 医院	
试点阶段	340	580	2000	45	36	15	8800
扩展阶段	180	450	1800	52	42	18	10800
全面推进 阶段	95	280	980	58	48	25	12600

从上表看出，在试点阶段试点县的起付线比较高，报销比例和封顶线较低，随着试点的深入，起付线逐步下降，报销比例和封顶线得到提高。

补偿报销方式：目前采取了两种补偿报销模式，即定点医院垫付方式和乡镇直报方式。定点医院垫付制指定点医院垫付方式是指参合农民报销的住院医药费用由县级合作医疗管理经办机构授权的定点医院先行垫付，住院农民出院结算后在定点医院的合作医疗报销窗口直接报销住院医药费用。乡镇直报方式是指乡镇政府设立了合作医疗管理经办机构和报销窗口，参合农民住院医药费用由乡镇管理经办机构直接给予报销。

费用支付方式：实行了后付制，参合农民住院结算后再进行补偿报销结算。费用支付

方式大多数实行服务项目付费，到 2006 年扩展阶段，有部分县作了单病种付费的探索。

筹资标准：湖南省属中部地区，按照 2002 年《关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发[2002]13 号）和 2003 年《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》（国办发[2003]3 号）规定中央政府对参加新型农村合作医疗的中西部非城区农村居民每人每年补助 10 元，地方政府也相应每人每年补助 10 元，农民参加合作医疗个人每人每年缴费不得低于 10 元。即 2003 年至 2005 年，湖南省新型农村合作医疗筹资标准为每人每年 30 元。2006 年，中央决定加大投入力度，提高新型农村合作医疗筹资标准，中央财政补助由 10 元提高到 20 元，地方财政也要相应增加 10 元，提高到 20 元，农民个人缴费标准不变。也就是，2006 年起，新型农村合作医疗的筹资标准为人均 50 元。湖南省将由地方财政补助的 20 元作了分担安排：省级财政挑大头，补助 12—14 元，市、县级财政分别承担 3—4 元。根据各市州、县级经济水平不同安排具体的分担比例：对纳入湘西开发地区的县市区以及永州市、邵阳市的贫困县市，省、市、县三级按 14：3：3 分担；对永州市、邵阳市的其它县市区按 13：3：4 分担；对其余 9 市的贫困县市区按 13：4：3 分担，非贫困县市区按 12：4：4 分担。

管理模式：湖南省新型农村合作医疗业务管理为卫生行政部门。省市人民政府成立了新型农村合作医疗领导机构，卫生行政部门设立了管理机构，试点县市区人民政府成立合作医疗管理委员会和监督委员会，建立县级合作医疗管理经办机构，归口县级卫生行政部门管理，乡镇设立了合作医疗经办机构和补偿报销点。

（3）湖南省新型农村合作医疗基金运行情况

参合情况：如图：2003 年 60.70%，2005 年 65.20%，2006 年 75.39%。2007 年 81.49%，随着新型农村合作医疗试点工作的不断推进和扩展，农民参加合作医疗的积极性不断提高，参合率稳步上升。

基金筹集情况：2003 年—2005 年，农民参加合作医疗人均筹资 30 元，其中，政府补助 20 元，占 67%，个人缴费 10 元，占 33%。

2006 年，合作医疗筹资水平提高，人均 50 元，其中，政府补助 40 元，占 80%，农民个人缴费 10 元，占 20%。

表 3-3 2003—2006 年湖南省新型农村合作医疗筹资情况

项目	筹资总额(万元)	基金来源构成(%)						人均筹资(元)
		中央 财政	省 财政	地市 财政	县 财政	农民 缴纳	其他 来源	
2003 年	6594.4	33.3	10.0	10.0	13.4	33.3	0	30
2005 年	19148.2	33.3	13.3	10.0	10.1	33.3	0	30
2006 年	93113.9	40.0	25.2	7.5	7.6	19.7	0	50

基金使用情况

基金分配：按照我省现有两种补偿模式，基金分配主要为统筹基金和家庭门诊帐户基金、风险基金三部分。其中，统筹基金指住院补偿基金、其他补偿基金（包括慢特重病门诊补偿、住院分娩定额补偿和体检等）。其中，统筹基金为主要部分，没有设立家庭病门诊帐户的县，就只有统筹基金，2006年12月才开始设立和提取风险基金。家庭门诊帐户主要是为了提高农民参加合作医疗的积极性，减轻筹资的压力而设置的，这部分基金属农民个人帐户，由农民支配，没有进入统筹，没有抗疾病风险的能力。因此，对合作医疗基金使用和使用情况分析，主要针对统筹基金，特别是住院补偿基金。对家庭门诊帐户基金的使用和受益情况不涉及。

2003年7月—2004年12月，5个试点县市的合作医疗基金使用分配为住院补偿基金和家庭门诊帐户基金两部分。其中，63.12%用于住院补偿，36.88%用于家庭门诊帐户基金，没有分配风险基金；

2005年，14个试点县市区的合作医疗基金80.88%用于统筹基金，19.12%用于家庭门诊帐户，没有分配风险基金。统筹基金中以住院补偿为主，部分县设立了少量的慢特重病门诊补偿和住院分娩补偿；

2006年，43个试点县市区的合作医疗基金96.05%用于统筹基金，3.95%用于家庭门诊帐户基金，没有分配风险基金。统筹基金中，住院补偿基金占90.36%，其他补偿基金占9.64%。

基金支出：2003年首批5个试点县的统筹基金使用率为74.8%，2005年14个县市的统筹基金使用率为77.3%，2006年43个县市区的统筹基金使用率为73.63%。

受益情况：通常以受益面和受益度来衡量农民通过合作医疗获得的受益情况。

受益面，有两种观点，一种认为新型农村合作医疗是以户为单位参加的，受益面应以户为单位计算，一个家庭中，一人获得补偿就是全家受益，指获得合作医疗补偿的户占参

加合作医疗总户数的百分比；一种以个人为单位计算，指获得合作医疗补偿的总人数占参加合作医疗的总人数的百分比。本文以受益人数为单位计算。

受益度，参加合作医疗农民获得合作医疗补偿的水平，也称补偿率，指农民住院获得合作医疗补偿费用占农民实际支付的住院医疗费用的百分比。

2003年7月至2004年12月为首批5个试点县的第一个运行周期，共有8.47万人获得合作医疗住院统筹基金的补偿，受益面为4.57%，补偿金额5255.8万元，人均补偿638.96元，受益度为27.36%。

2005年，14个县市市区共有21.1万人获得合作医疗住院统筹基金补偿，受益面3.55%，人均补偿567.13元，受益度为23.21%。

2006年，43个县市市区合作医疗获得住院统筹基金补偿农民88.1万人次，受益面4.7%，人均补偿685元，受益度为29.2%。

2003—2006年湖南省新型农村合作医疗基金运行情况：

表 3-4 2003—2006年湖南省新型农村合作医疗基金分配情况

年度	统筹基金（万元）		家庭门诊帐户基金 （万元）	基金总量（万元）
	住院统筹	其他统筹		
2003年	4952.5	0	1641.9	9616.01
2005年	15475.15	0	1645.32	17120.47
2006年	80928.30	8294.7	3890.9	93113.9

注：表中2003年数据指2003年7月至2004年12月的统计数据或平均值

表 3-5 2003—2006年湖南省新型农村合作医疗统筹基金使用效益情况

年度	使用率%	受益面%	人均补偿（元）
2003	68.58	2.80	639.17
2005	80.94	23.35	90.17
2006	73.63	19.03	185.90

注：表中2003年数据指2003年7月至2004年12月的统计数据或平均值

表 3-6 2003—2006年湖南省新型农村合作医疗参合农民住院补偿情况

	补偿面%	补偿率%	人均补偿（元）
2003	2.80	26.70	639.17
2005	3.54	23.21	567.13
2006	4.74	29.16	685.25

注：表中2003年数据指2003年7月至2004年12月的统计数据或平均值

3.1.2 实施效果

湖南省新型农村合作医疗试点工作制度建设成效显著：建立了政府组织、卫生部门主管、修改部门配合、经办机构服务、农民参与的运行机制；建立了以县市区为单位统筹，农民以家庭为单位自愿参加，个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制；建立了确保基金收支两条线、专款专用、封闭运行为主要内容的基金管理制度和监督机制；建立了符合精简效能要求、适应新型农村合作医疗制度持续发展的管理体系。

截至 2007 年 4 月 1 日，湖南省实施新型农村合作医疗制度的县市区达 99 个，占全省县市区总数的 81.1%，覆盖农业人口 4797 万人，占全省农业人口总数的 94.1%，参加合作医疗的农民 3935 万人，参合率达 82.03%。通过合作医疗的实施，农民就医获得了一定补偿，卫生服务可及性和利用率均得到提高，直接医疗经济负担有所减轻；医疗机构尤其是乡镇卫生院，收入、年诊疗人次、病床使用率均有增加、服务效率有所提高；政府通过合作医疗制度的建立密切了与群众的关系，促进了社会的和谐发展。新型农村合作医疗试点工作取得了“农民得实惠、政府得民心、卫生得发展”的初步成效。

湖南省新型农村合作医疗的试点也遇到了全国普遍存在问题，如筹资标准和保障水平较低、筹资机制落后、基金运行效益不高等问题，特别是医疗机构不规范服务行为影响合作医疗基金运行效益的问题突出。

由于医疗行为不规范和补偿方案设计缺陷等方面的影响，湖南省合作医疗基金运行效益不高。从基金使用率来看，2006 年 43 个试点县市区统筹基金平均使用率为 73.63%，结余沉淀基金较多，茶陵、炎陵、城步县的统筹基金使用率分别为 38.63%、46.93%、41.47%，基金沉淀达 50% 以上。从农民受益度来看，2006 年全省平均补偿水平为 29.2%，，补偿水平最低的湘乡仅 22.99%，望城、炎陵等 8 个县都在 25% 以下；从住院补偿受益面来看，全省平均受益面 4.74%，而韶山、芷江、双牌、桑植四县严重超过正常值，分别为 9.11%、7.80%、8.74%、11.32%，严重偏低的茶陵、新化分别为 2.15%、2.20%。县级医疗机构农民的医疗费用呈快速增长趋势，2006 年县级医院的参合农民次均住院费用由 2005 年的 2445 元，上涨到了 2650 元，净增 205 元，上涨了 8.39%；全省 43 个试点县县级医院参合农民平均次均住院费用为 2649 元，8 个县的费用超过 3000 元，较 2005 年费用上涨幅度达 20—30%，参合农民的次均住院费用高于非参合人群。

§3.2 湖南省新型农村合作医疗费用控制的措施

同全国其他省市一样，湖南省新型农村合作医疗实施县市所采取的费用控制方法主要

侧重于对需方参合农民的控制，供方控制方法比较单一。

3.2.1 针对需方参合农民所采取的费用控制措施

(1) 控制报销范围包括实行大病统筹为主。只对住院和慢病特殊重症病费用进行报销；实行除外责任，规定基本药品和诊疗项目报销范围，制定了《湖南省新型农村合作医疗基本药品目录》和《湖南省新型农村合作医疗级别诊疗项目目录》。

(2) 按医院级别设置住院报销（补偿）起伏线、报销（补偿）比例和封顶线。一般按乡镇卫生院、县级医院、县级以上医院或县外非定点医院 3 个层次设置不同的起付线和报销比例。2006 年湖南省合作医疗管理办公室对起伏线、报销比例和封顶线的设置规定了原则区间：起伏线设置：乡镇卫生院 50—100 元、县级医院不高于 200—300 元，县级医院以上 800—1000 元；报销比例设置：乡镇卫生院 50—60%、县级医院 40—50%、县级以上医院不低于 30%；封顶线 15000—20000 元。

表 3-7 湖南省新型农村合作医疗试点县住院医疗费用报销起付线、报销比例和封顶线比较

项目	起付线（平均值，元）			报销比例%（平均值）			封顶线 （平均值，元）
	乡镇卫 生院	县级 医院	省市级 医院	乡镇卫 生院	县级 医院	省市级 医院	
试点阶段	340	580	2000	45	36	15	8800
扩展阶段	180	450	1800	52	42	18	10800
全面推进 阶段	95	280	980	58	48	25	12600

注：试点阶段指 2003—2005 年，扩展阶段指 2006 年，全面推进阶段指 2007 年。

(3) 实行持证就医自主选择医院。参合农民就医必须出示合作医疗证、身份证或户口本以及村委会证明；自主选择县内医疗机构就医，县外就医需报告合作医疗管理机构。

(4) 实行严格的费用报销审批制度。制定了《湖南省新型农村合作医疗费用审核报销、结算程序和办法》。

(5) 实行了报销费用后付制。参合农民住院费用必须先行自付结算住院费用后，到医院或合作医疗管理机构办理补偿费用的报销。

3.2.2 针对供方医疗机构所采取的费用控制措施

(1) 实行医疗机构定点资质认定。对提供医疗服务的医疗机构实行资格认定和审查制度，对已经取得服务资格的定点医疗机构实行动态管理，如发现有严重违规行为的要提

出警告或取消定点资格。

(2) 实行《合作医疗基本药品目录》外用药比例控制和用药检查告知制度。规定乡镇卫生院、县级医院、县级以上医院《合作医疗基本药品目录》外用药比例分别控制在 5%、15%、30% 以内。参合农民使用《合作医疗基本药品目录》外药品和进行《合作医疗基本诊疗项目目录》外检查，要告知农民，并得到农民签字认可同意。

(3) 实行定点医疗机构质量保证金。大部分县市与通过审查认定的定点医疗机构签订服务协议或合同，并要求缴纳一定的服务质量保证金，对其医疗服务行为从协议合同和经济上进行控制和制约。

(4) 在费用支付方式上主要采取服务项目付费制。湘潭县于 2006 年开始实施单病种付费的探索，岳阳县于 2007 年进行了单病种付费的尝试。

(5) 采取多种方式的审核方法加强对定点医疗机构的服务行为的监督和费用审核。如网上审核、现场审核、床头审核、电话审核等多种审核方式

网上审核已经成为湖南省合作医疗费用审核的主要方法。湖南省研究开发了全省统一使用的合作医疗管理和应用系统软件，建立了合作医疗信息化管理网络和工作平台，所有试点县市都已经实施了县内定点医疗机构费用网上审核。网上审核是将合作医疗费用审核所需要的主要相关资料如病历、费用清单、处方、出院小结等审核资料通过网络传递给合作医疗管理机构审核人员，审核人员在网上对这些资料进行审核，给出审核结论。

现场审核是目前合作医疗费用审核的主要审核方法之一，在具体的实践过程中，合作医疗管理人员探索出了许多简便、实用、操作性强的方法，如床头审核法等。常见的现场审核是审核人员深入定点医疗机构，检查医疗机构提供的病历、费用清单等相关资料，审核是否符合报销的要求，并提出审核结果和整改意见。其中床头审核是其特殊的一种审核。

床头指审核人员根据定点医疗机构通知，深入定点医疗机构，深入病人的床头，检查病人是否真实存在，是否患有定点医疗机构所诊断的疾病及疾病的严重程度。对费用进行源头审核，这是一种新的现场审核。

(6) 配备乡镇专职审核员，加强对乡镇卫生院医疗服务行为的监管。湖南省在《关于加强新型农村合作医疗试点工作中管理机构建设的指导意见中》明确，每个乡镇配备一名专职审核员，作为县合作医疗管理办公室的审核员，派驻乡镇负责合作医疗费用审核和乡镇卫生院的医疗服务行为监管工作。

§ 3.3 湖南省新型农村合作医疗费用控制的成效

3.3.1 参合农民医疗费用增长得到一定控制，医疗费用增长速度低于全国水平

由于医疗费用水平是受到社会经济发展、物价政策、医疗机构服务和卫生服务需求等多种因素综合影响的结果，2006年，调查地区县市区级医疗机构次均住院费用总体涨幅较大，但在各级卫生行政部门的高度关注下，通过及时采取有效措施，使医疗费用增长的速度得到了一定程度的控制。

(1) 参合农民次均住院费用呈下降趋势。2005年至2006年，全省参合农民住院次均费用由2005年的2444元下降到2006年的2350元，净降94元下降了3.85%；乡镇卫生院次均住院费用由1057元下降到999元，净降18元。参合农民医疗费用水平与非参合农民医疗费用基本持平，部分地区参合农民医疗费用低于非参合农民。

研究结果显示：合作医疗实施地区县、乡两级医疗机构的门诊、住院费用总体呈上升趋势，但低于全国发展水平。2003年—2006年间，经GDP平减指数校正后，调查地区县级医疗机构、乡镇卫生院的门诊次均费用年平均增长速度分别为2.52%、0.09%；次均住院费用的年平均增长速度分别为5.28%、0.59%，低于全国县级医疗机构、农村乡镇卫生院2003—2006年间次均费用的年均增长速度，其门诊年均增长速度分别为6.63%、6.36%，住院年均增长速度分别为5.83%、10.95%。

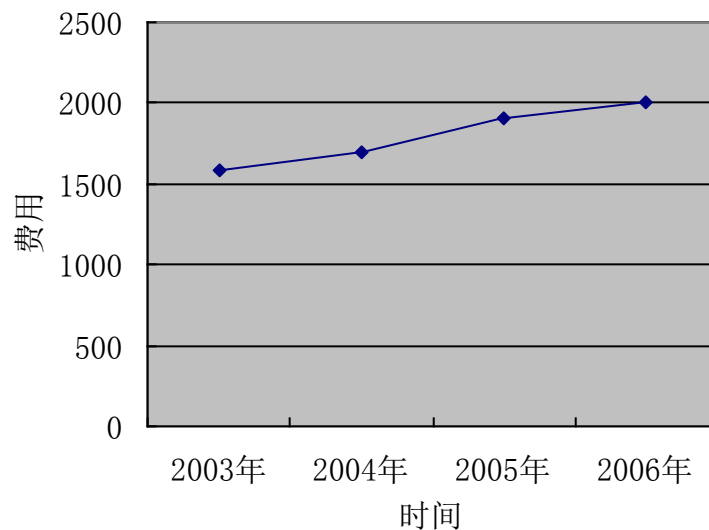


图 3-1 调查县级医疗机构次均住院费用变化情况（单位：元）

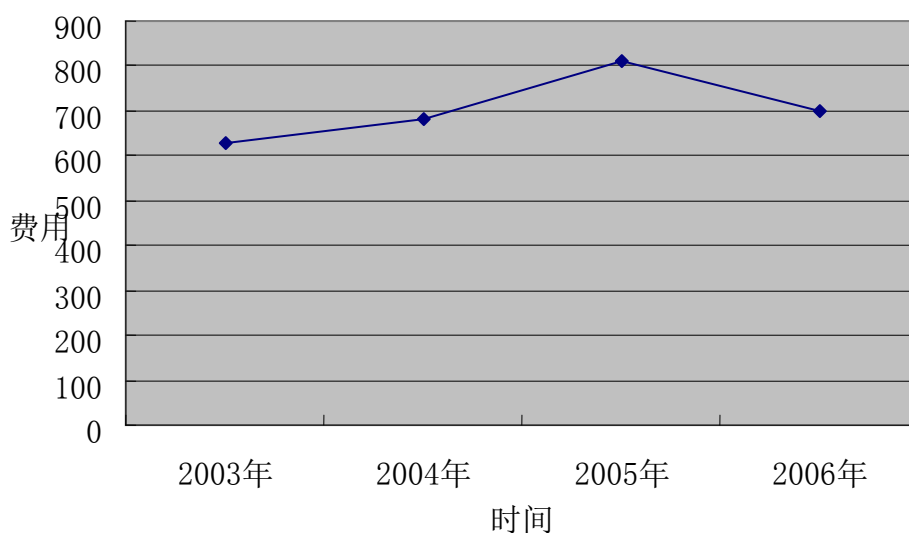


图 3-2 调查乡镇卫生院次均住院费用变化情况(单位：元)

(2) 参合农民获得补偿病例的次均费用的增长速度低于全县费用增长的速度，但各地还是存在较大的差异。

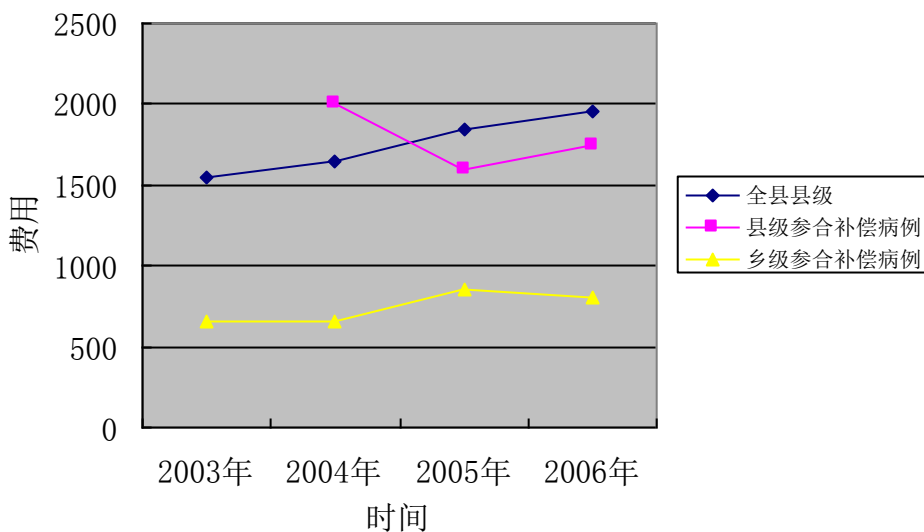


图 3-3 参合农民住院次均费用增长速度比较（单位：元）

(3) 参合农民的费用负担低于自费患者的费用水平。抽样县第一医院三个病种抽样病例的同病种次均费用比较的结果显示，开展新型农村合作医疗试点后，次均费用与自费患者的次均费用水平的关系存在一定差异，但整体而言，参合农民病人的次均费用低于自费患者费用。

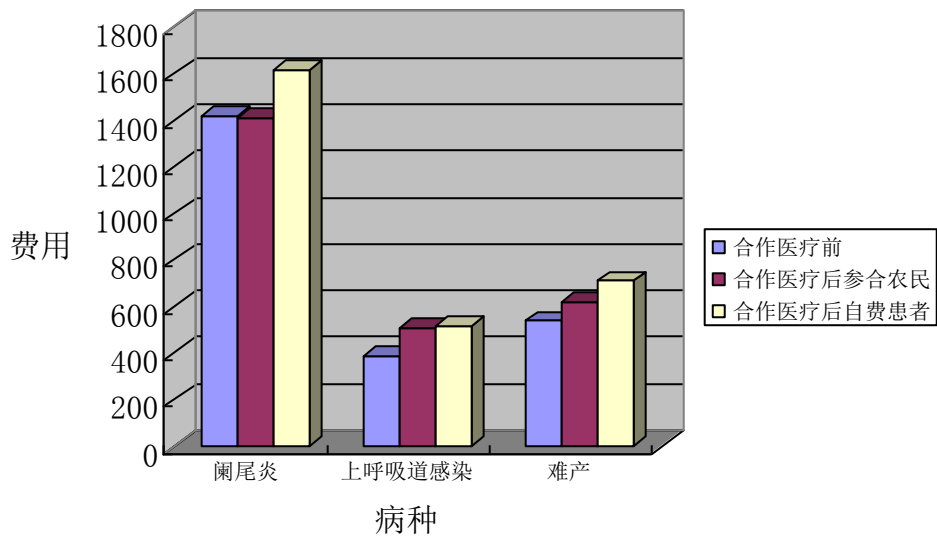


图 3-4 县第一医院抽样病历例均费用（单位：元）

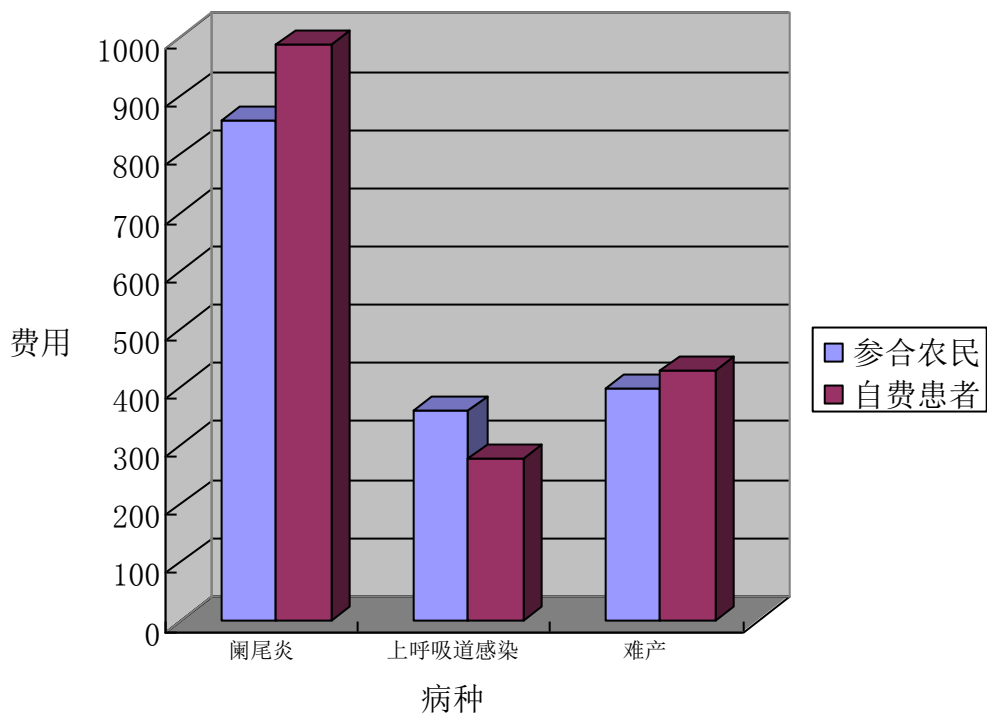


图 3-5 乡镇卫生院抽样病历例均费用（单位：元）

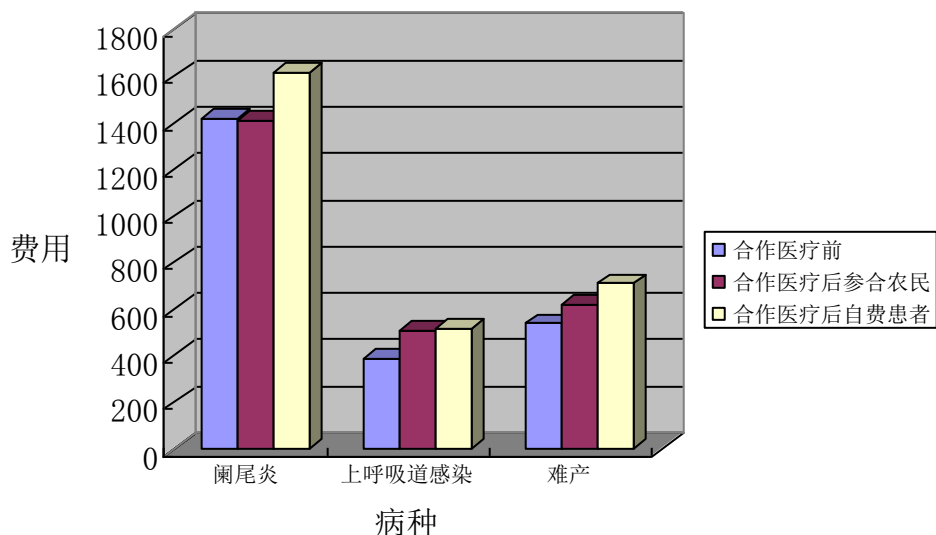


图 3-6 三病种抽样病历费用比较 (单位: 元)

(4) 乡镇卫生院参合农民病人次均费用低于非参合农民。抽样门诊处方次均费用调查结果显示, 开展合作医疗后门诊次均费用呈现上升趋势, 尤其村卫生室费用上升的趋势明显。但参合农民病人的次均费用与非参合农民病人的次均费用存在差异, 大多数地区的乡镇卫生院参合农民病人次均费用低于非参合农民, 而较多地区的村卫生室 参合农民费用高于非参合农民。

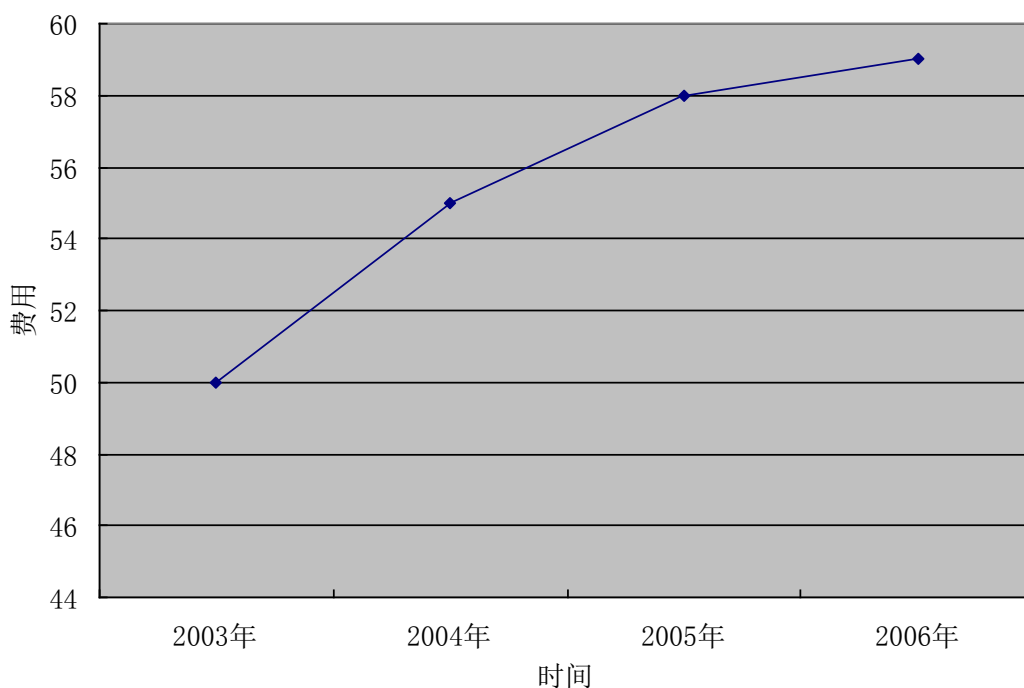


图 3-7 县级医疗机构次均门诊费用变化情况 (单位: 元)

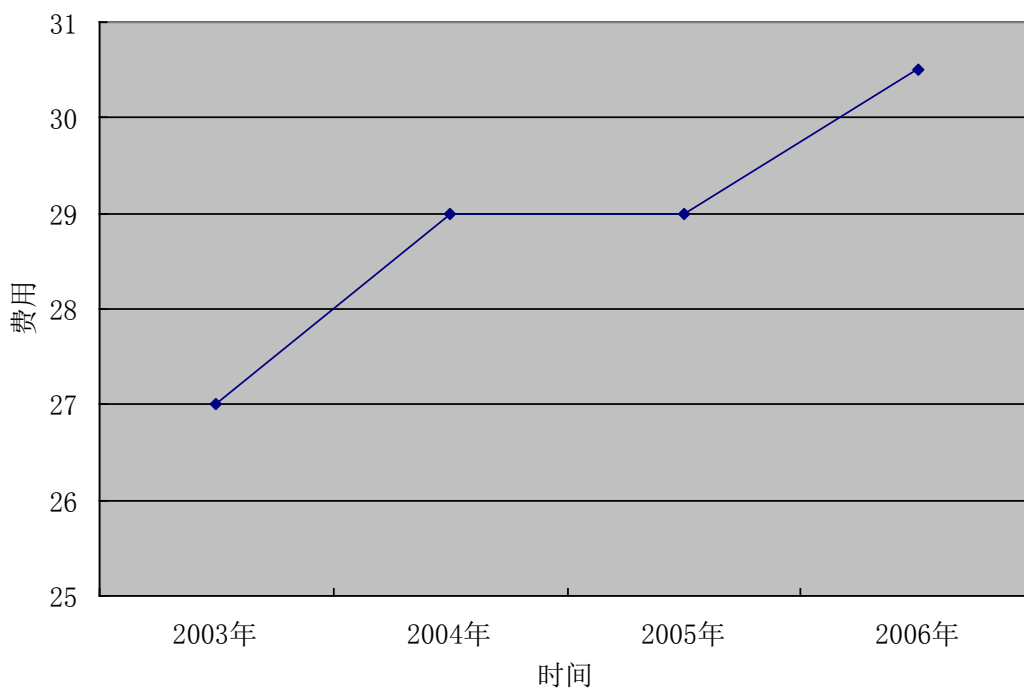


图 3-8 乡镇卫生院次均门诊费用变化情况（单位：元）

3.3.2 参合农民得到合作医疗补偿，疾病经济负担有所减轻

(1) 参合农民得到合作医疗的补偿，次均自负住院费用低于未参合农民。2006 年，湖南省 43 个合作医疗试点县市区 59.6% 的参合家庭通过合作医疗受益，参合住院病人中，86.9% 得到了合作医疗基金给予的补偿，次均补偿费用为 685 元，占次均住院费用的 20.1%，通过合作医疗补偿后，参合农民次均自负住院费用低于未参合农民，平均约为 1665 元，比未参合农民少支付 15—18%，约 500 元左右。全省参合农民在乡镇卫生院的住院费用可报比例为 90.03%，实际补偿率达 44.21%；县级医院住院费用可报比例为 82.34%，补偿率 31.49%。通过合作医疗基金的补偿，农民就医经济负担有所减轻，卫生服务的可及性有所提高，在有医生诊断需要住院的病人中，参合农民由于经济困难而没有住院的病人比例比未参合农民低 26%，比非合作医疗地区农民低 10%。

(2) 住院费用占农民收入的比例呈现下降趋势。调查显示：绝大多数调查县县级医疗机构次均住院费用占农民收入的比重呈现下降趋势。乡镇卫生院次均住院费用占农民收入比重的变化趋势不稳定，一半的县呈现上升趋势，一半呈现下降的趋势。

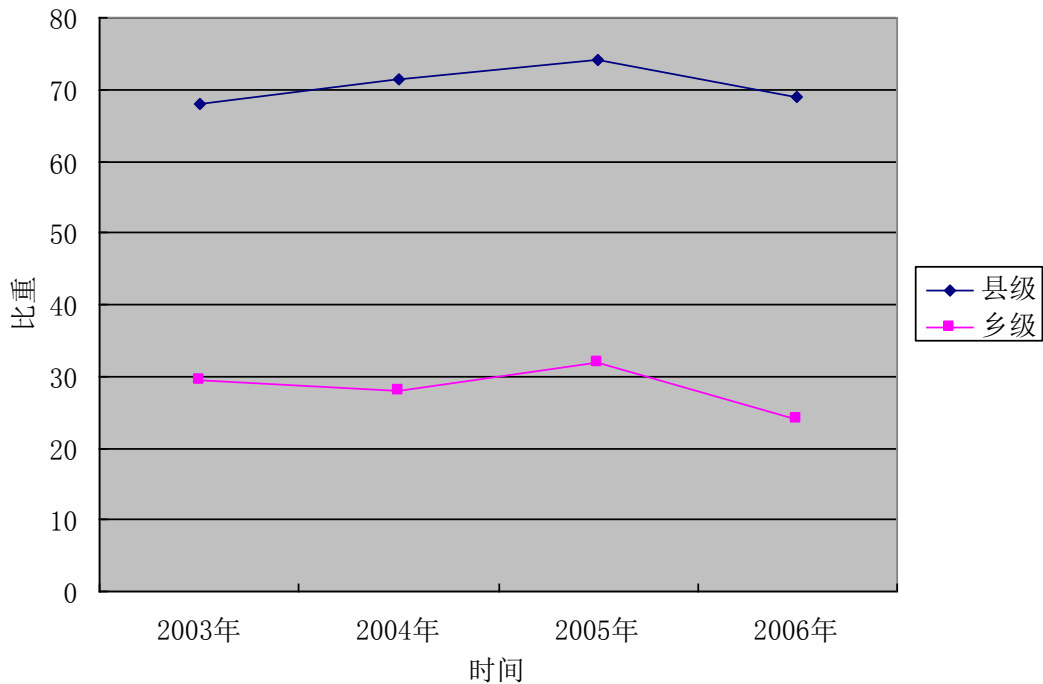


图 3-9 次均住院费用占农民人均收入的比重 (%)

(3) 大部分县市自动出院患者有所减少。

对阑尾炎抽样病历的风险结果显示，资料较全的 14 个县级医疗机构的自费患者因经济等因素自动出院比例为 27.56%，开展合作医疗试点工作后，参合农民病人自动出院的比例下降到 15.87%，而同期自费患者自动出院的比例为 18.14%。

3.3.3 医疗费用中药品费用所占比重呈逐步下降趋势

28 个县 2003 年到 2006 年县级人民医院药品收入占医院业务收入的比重从 46.96% 下降到 43.88%；乡镇卫生院医疗机构药品收入占医院业务收入的比重从 54.69% 降到 50.31%。县、乡两级医疗机构阑尾炎参合农民患者药品费用占总费用的比重均低于自费患者，县级人民医院的参合农民患者药品费用占 34.38%，自费患者药品费用占 40.71%；乡镇卫生院参合农民患者药品费用占 29.68%，自费患者药品费用占 31.62%。

宁乡县和桃江县通过统一药品采购、统一定点医疗机构药品价格等措施，使调查的同类药品的批零价差率由 29.9% 下降到 21.37%，药品批发价下降了 13.26%，零售价下降了 27.23%。

3.3.4 适宜的支付方式是控制费用增长的重要措施

调查发现，大部分县市采取医疗费用后付制方式、按服务项目付费的费用控制方法。一些地方通过采取单病种定额付费补偿的支付方式，对控制住院医疗费用的上涨发挥了较

好的作用，参合农民的次均费用高于未参合人群。如阑尾炎手术住院费用，在按服务项目付费的试点县，参合农民平均花费 2056 元，比未参合人口高 40%；在有费用控制措施的县参合农民平均花费比未参合人口少近 200 元，对一些治疗手段复杂的疾病（如脑血管疾病）医疗费用的增长更加明显。本次调查的个别县实行了单病种付费等综合措施,加强了对医疗费用的管理，取得了一定成效。如表 12 阑尾炎和囊肿实施项目付费和单病种付费次均住院费用有所不同，实施单病种付费对控制医疗费用效果比较明显。

表 3-8 调查县单病种付费前后次均住院费用变化（单位：元）

病种	医疗机构	项目付费		单病种付费用	
		平均费用	药品费	平均费用	药品费
阑尾炎	乡镇卫生院	1475.65	561.65	1093.01	320.27
	县级医院	1745.00	492.57	1251.93	354.36
囊肿	乡镇卫生院	1613.08	504.08	1233.27	277.33
	县级医院	2352.03	674.67	1653.87	365.68

3.3.5 参合农民就医分布趋于合理

2006 年全省参合农民在医院住院人次的分布比例为乡镇卫生院 55.29%、县级医院 30.53%、地市医院 8.62%、省级医院 5.57%，参合病人流向合理。28 个县市的分析结果显示，2006 年，在县级以上医疗机构住院的参合农民占当年住院参合农民总数的 13.29%、县级医疗机构为 43.52%，乡镇卫生院为 43.19%，其中，6 个县市在乡镇卫生院住院的患者达到 45%以上。同时，对县人民医院 10 个常见病种和费用构成情况分析的结果显示，在县人民医院住院的恶性肿瘤、心血管疾病患者明显增加，为实现“小病不出乡，大病不出县，疑难重症才上大医院”的工作目标奠定了基础。

3.3.6 定点医疗机构管理水平和服务能力得到提高

对县人民医院、乡镇卫生院单纯性阑尾炎、上呼吸道感染和正常分娩三个病种开展新型农村合作医疗试点前后 2841 份病历的分析结果表明，与 2003 年相比，县、乡两级得到医疗机构的诊断技术、服务能力和病历书写质量、信息管理等都得了明显的改善，新型农村合作医疗制度的建立对于促进医疗机构规范管理发挥了重要作用。

§ 3.4 新型农村合作医疗费用控制中存在的问题

3.4.1 县级以上医疗机构参合农民的医疗费用呈快速增长趋势。

县级医疗机构参合农民的医疗费用增长速度较快。2005 年全省参合农民县级医院住院次均费用为 2445 元，2006 年为 2650 元，上涨了 8.36%；到 2007 年 3 月为 2902 元，较 2005 年净增 458 元，上涨了 18.74%。其中 2006 年慈利县人民医院住院次均费用高达 3838 元，高出全省平均水平 1188 元，较 2005 年同期上涨了 807 元，上涨了 26.62%；2006 年桑植县人民医院参合农民次均住院费用由 2005 年的 1787 元上涨到了 2637 元，净增 950 元，增长了 53.16%。2006 年全省 43 个试点县县级医院参合农民平均次均住院费用为 2650 元，其中 8 个县的费用超过 3000 元，较 2005 年费用上涨幅度达 20—30%，县级医院参合农民的次均住院费用高于非参合人群，医疗费用上涨情况比较严重。

县级以上的地市级和省级医院参合农民的住院次均费用呈快速上涨趋势，可报销费用比例呈快速下降趋势。2005 年全省参合农民在地市医院的住院次均费用分别为 5156 元，2006 年为 5304 元，净增 148 元，增长速度为 2.87%，但是 2007 年 3 月次均住院费用为 5964 元，较 2006 年上涨了 12.42%，费用上涨速度较快。2005 年省级医院参合农民次均住院费用为 8848 元，2006 年为 9549 元，净增 701 元，上涨速度为 7.92%，2007 年 3 月次均住院费用为 10491 元，较 2006 年净增 942 元，上涨比例为 9.86%。

同时，地市级和省级医院的参农民住院费用的可报销比例呈快速下降趋势。参农民 2005 年在地市级和省级医院住院费用的可报销比例分别为 82.71%、83.71%，到 2006 年分别下降到 78.15%和 70.36%，2007 年 3 月的统计数据显示为地市医院 65.62%，省级医院 60.20%，均呈快速下降趋势。

表 3-9 2005 年—2007 年 3 月省市级医院参合农民次均住院费用及可报销费用比例情况

年度	地市级医院		省级医院	
	次均住院费用 (元)	可报费用比例 (%)	次均住院费用 (元)	可报费用比例 (%)
2005	5156	82.71	8848	83.71
2006	5304	78.15	9549	70.36
2007	5964	65.62	10491	60.20

表 3-10 2005 年—2007 年 3 月省市级医院参合农民次均住院费用上涨情况(单位：元)

年度	地市级医院		省级医院	
	净增值（元）	增长比例（%）	净增值（元）	增长比例（%）
2005	—	—	—	—
2006	148	2.87	701	7.92
2007年	695	12.42	942	9.86

3.4.2 医疗服务不规范行为突出, 参合农民住院医疗费用中可报费用比例偏低。

为了追求经济效益的持续增长, 医疗机构普遍存在着不规范的医疗服务行为, 一些医疗机构诱导病人过度检查, 过度用药、滥用抗生素和激素的行为十分严重。

定点医疗机构不规范服务行为具体表现有三个方面: (1) 医疗服务诊疗行为的不规范: 药品使用不合理、不规范; 没有或不遵循诊疗规范和常规, 不遵循技术操作归程; 不合理化验与仪器检查; 病历书写、管理不规范; 不坚持出入院标准, 随意放宽入院指征或故意延长住院天数; 提高复疗率或重复住院率。(2) 医疗服务收费行为的不规范: 重复收费、分解收费; 乱收费, 升级收费; 自立项目收费。无医嘱计费 (3) 其他行为的不规范: 利用职权开搭车药、回扣药及串换药品; 医务人员不验证、不登记诊治或顺从参合人员不合理要求; 虚挂住院病人, 造假病历, 与患者串通记空帐套取合作医疗基金; 不按转诊规定随意转诊。

调查结果显示: 过度检查现象比较严重, 主要是检查项目过多、与诊断和诊疗无关的检查较普遍; 过度用药、滥用抗生素和激素的行为十分严重 (见抽样县乡医疗机构顺产病例抗生素使用排序表); 过度服务的现象在一些地方比较突出; 个别地方将非医疗服务项目列入到医疗费用的范围; 部分医疗机构通过扩大建设规模、增加服务项目来获取更大的经济效益。

县、乡两级医疗机构, 尤其是乡镇卫生院因受到技术水平和 service 能力的限制, 重复检查与检查项目不全、过度服务和 service 质量低下的情况同时存在。

表 3—11 抽样县人民医院抽样顺产病例抗生素使用排序（按天数）

排序	实施合作医疗前		实施合作医疗后参合农民		实施合作医疗后非参农民	
	西药名	频率 (%)	西药名	频率 (%)	西药名	频率 (%)
1	青霉素	25.96	青霉素	48.65	青霉素	34.11
2	庆大霉素	10.29	甲硝唑	13.71	甲硝唑	11.27
3	甲硝唑	9.96	阿莫西林	8.41	阿莫西林	7.82
4	阿莫西林	9.76	头孢氨苄	8.06	头孢氨苄	6.89
5	复方头孢	5.97	庆大霉素	7.15	庆大霉素	6.77
6	头孢氨苄	4.98	头孢白松钠	1.41	氨苄西林	2.85
7	头孢唑林钠	4.31	替硝唑	2.06	头孢白松钠	2.16
8	麦迪霉素	3.22	白霉素	1.35	复方头孢	2.85

表 3—12 抽样乡镇卫生院抽样顺产病例抗生素使用排序（按天数）

排序	实施合作医疗前		实施合作医疗后参合农民		实施合作医疗后非参农民	
	西药名	频率 (%)	西药名	频率 (%)	西药名	频率 (%)
1	青霉素	26.89	青霉素	35.51	青霉素	29.77
2	阿莫西林	28.84	氨苄青霉素	20.31	阿莫西林	19.47
3	氨苄青霉素	16.46	阿莫西林	19.18	氨苄青霉素	12.49
4	甲硝唑	6.33	甲硝唑	10.30	头孢氨苄	7.34
5	麦迪霉素	4.68	螺旋霉素	5.27	替硝唑	6.24
6	庆大霉素	3.90	替硝唑	4.95	螺旋霉素	5.11
7	头孢唑啉钠	3.35	头孢氨苄	4.26	庆大霉素	4.96
8	氨必仙	1.82	庆大霉素	4.25	麦迪霉素	4.39
9	替硝唑	1.35	头孢拉定	3.90	甲硝唑	4.27
10	增效磺胺	1.09	头孢唑啉钠	3.78	阿米卡星	3.91

由于医疗服务不规范行为突出，参合农民住院医疗费用的可报销费用比例偏低。2006年全省参合农民在县级医院次均住院医疗费用的可报销费用比例为 82.3%，比例偏低，有 8 个县的比例低于 75%；乡镇卫生院的医疗费用可报销比例为 90.3%，有 5 个县的低于 85%。

特别是地市和省级医院的可报销费用比例分别为 78.15% 和 70.36%。可报销费用比例直接反映定点医疗机构执行《基本药品目录》和《诊疗目录》的情况，反映医疗服务行为规范的情况。可报销费用比例低，说明医疗机构和医生超目录用药和超目录检查多，不合理用药、不合理检查或不合理收费的行为严重，卫生行政部门和合作医疗管理部门对定点医疗机构服务行为规范监管不到位。

3.4.3 部分县合作医疗病人流向不合理，呈现往上流趋势

2006 年，新田县参合住院病人和合作医疗报销资金在乡镇卫生院、县级医院流向的比例分别为 20.10%、70.03% 和 6.65%、73.37%。大量参合病人流向县级医院，增加参合病人合理就医成本和合作医疗费用支出。中方县流向地市级医院的参合病人和报销资金占 22.65% 和 36.65%；新化县流向省级医院的参合病人和报销资金占 12.07% 和 28.62%。参合病人呈现往上流动的趋势，影响医疗费用的控制。

3.4.4 部分县市参合农民住院率严重偏高，合作医疗基金出现风险

调查发现，有 6 个县参合农民住院报销的人数占参合总人数的 7—11%，严重超过了正常值（4—5%）。医疗机构有放宽住院指征和标准的行为，或存在门诊挂住院、假住院的行为。抽查参合病人病历发现，乡镇卫生院 2 天以下住院人数所占比例较大，部分乡镇卫生院将合作医疗门诊病人挂床和任意放宽住院指征的导致住院率偏高，医疗费用支出加大。2006 年湖南省的醴陵、桑植县基金使用率分别达 103.66%、101.82%，基金使用超过当年筹资，涟源市达到了 99.24%，基金濒临透支。2007 年 4 月，全省有 16 个县 2007 年的基金使用率已接近 50%，本年度基金透支的风险很大。

调查还发现部分医院床日费用有所下降，但次均住院费用上涨较快，说明医院存在延长病人住院天数的行为，增加了合作医疗费用的支出。如桑植县人民医院住院床日费用虽然较 2005 年下降了 57 元，但住院次均费用上涨 950 元，住院天数明显增加，同样导致医疗费用上涨。

3.4.5 部分县市出现合作医疗资金不合理补助支出

调查发现，少数县将本由国家公共财政负担专项工作或部门项目工作，如儿童规划免疫、新生儿疾病筛查、计划生育结扎等等，纳入了合作医疗补助范围，这些不合理的补助，增加了合作医疗费用支出。如桃江县 2005 年以来用合作医疗基金支付县疾病预防控制中心规划免疫经费 36 万元，会同县支付县疾控中心计划免疫经费 10 万元；部分县将新生儿疾病筛查、计划生育女性结扎、各种疾病普查等纳入合作医疗补助。部分县市区将城镇居民中下岗职工、低保人员纳入合作医疗保障范围，增加了合作医疗费用支出。如桑植县非农业

人口 1400 人参加合作医疗，筹资仅 7 万元，支付补偿资金 58.6 万元，增加合作医疗基金支出 51.6 万元。

3.4.6 个别地方出现乡镇卫生院和农民造假套取合作医疗资金的问题。

调查发现，南县南洲镇城西卫生院，于 2006 年 1—7 月份，采取造假病历、以小病改大病、扩大住院及补偿费用、延长住院天数、补偿单领款栏由医务人员代签等方式，对 15 人次的补偿资料进行造假，违规套取合作医疗基金 6821 元。宁乡、平江、岳阳等县出现农民与社会上专门造假的非法组织合伙，制造假住院发票、假病历和一日清单等合作医疗住院报销资料，套取合作医疗补偿资金的问题。同时，非参合农民假冒参合农民报销住院医疗费用的问题在许多县市都有存在。

3.4.7 定点医疗机构药品价格仍然高于药店价格

由相同厂家相同规格药品价格情况可以看出，同一规格、同一厂家的药品在不同地区医疗机构的定价存在一定的差异。定点医疗机构的药品普遍高于药店价格，宁乡县和桃江县的部分药品价格低于药店价格。村卫生室的某些药品价格高于医疗机构和药店的平均价格水平；乡镇卫生院的药品价格水平低于县级医疗机构的药品价格水平。

表 3—13 同厂家同规格药品价格比较（单位：元）

		维生素 C	黄连素	阿奇霉素	头孢氨苄	甲硝唑	阿莫西林
医疗机构价格	县级	1.86	3.85	6.16	9	2.17	4.58
	乡镇	1.98	3.9	7.43	4.95	1.4	4.34
	县乡平均	1.89	3.87	6.92	5.37	1.73	4.22
药店价格	县级	1.54	3.84	6.3	5	1.44	3.83
	乡镇	1.46	3.04	6.5	4.82	2.4	4.4
	县乡平均	1.5	3.44	6.4	4.91	1.92	4.14
村卫生室价格		1.84	4	8	7.5	1.88	6.04

第四章 湖南省新型农村合作医疗费用影响因素分析

§ 4.1 政府管理方影响新型农村合作医疗费用因素

4.1.1 政府对卫生事业的投入不足

各地政府对卫生事业费用的投入虽然呈现逐年上升的趋势，但相对应经济发展的速度，卫生事业经费的投入呈迟缓的状态。

(1) 卫生事业费用占该财政支出的比重有所下降。调查发现发现：虽然卫生事业费总量有所增加，但调查地区卫生事业费用占该地区财政支出的比重有下降趋势。即使在经济相对发达的长沙地区，政府对各级农村医疗卫生机构的投入仍然十分有限，卫生事业费占财政支出的比重在 2006 年仅 2.5%，医疗机构承担的公共卫生和基本医疗服务的业务经费和人员经费主要靠业务收入获得。

(2) 县市级医疗机构主要收入来源于医疗业务收入。调查县市级医疗机构业务收入占医院总收入比重大部分在 80% 以上。政府投入的不足造成了政府对医疗费用控制责任的缺位，特别是给予医疗机构通过创收来弥补政府投入不足的政策，是医疗费用得不到有效控制的主要原因。

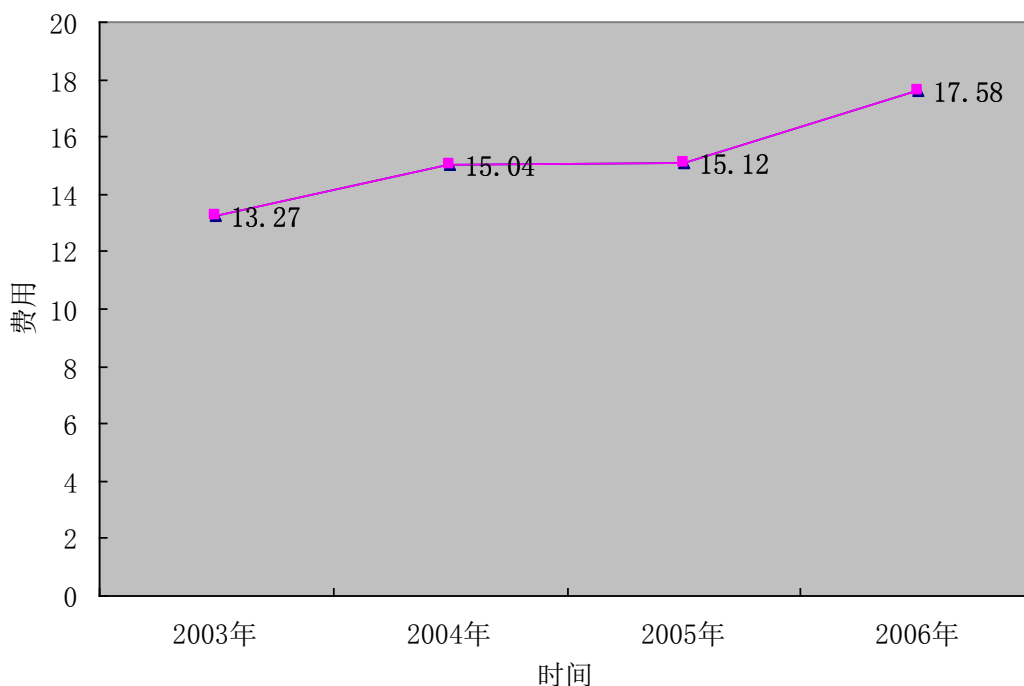


图 4-1 调查地区人均卫生事业费 (%)

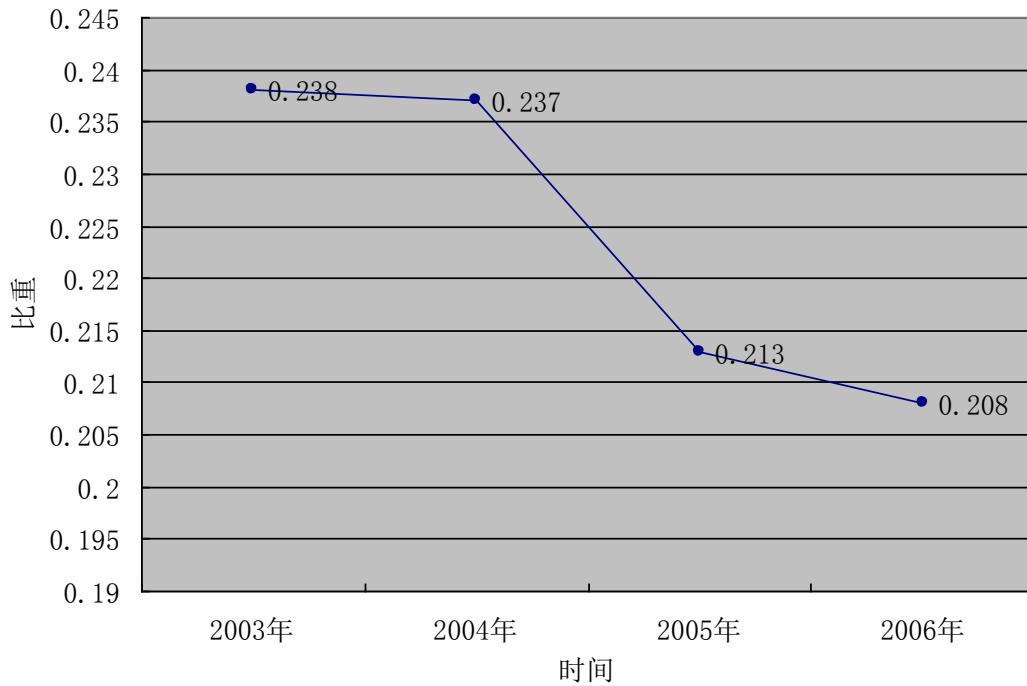


图 4-2 调查地区人均卫生事业费占 GDP 比重的变化

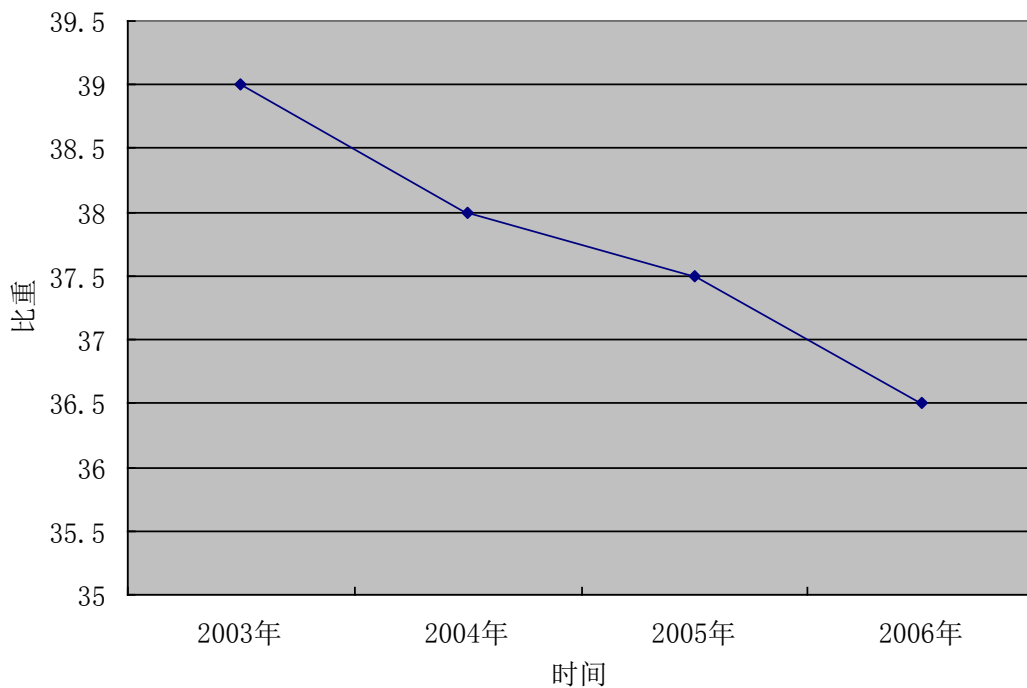


图 15: 乡镇卫生院补助费占卫生事业费比重 (%)

4.1.2 政策因素的影响

(1) 国家物价上涨因素的影响

统计资料表明，2005 年 7 月份居民消费价格指数达到了 5.3%。而上半年生产资料价格更是上涨了 14.1%，高于 2004 年同期 7.7 个百分点。由于受到国家物价上涨因素的影响，

医疗器材、药品和其他消耗性物品的价格均有不同程度的上升，医疗机构运行成本加大，医疗费用的水平也随之增加。

(2) 医药合一，以药养医。

我国财政对国家医疗机构实行的是差额拨款的国家制定的药品销售中批零差价和“以药养医”政策。财政差额拨款对医院的补偿与医院作为事业单位提供公共卫生服务所需要的资金之间相差悬殊，缺口巨大。医院在小而全，以药医合一，以及医疗卫生服务和药品价格严重扭曲（医疗卫生服务收费低廉而药品价格奇高）的状况，致使医疗机构为追求经济效益，在医疗服务中普遍存在开大处方，用利润高的昂贵药等不合理用药的行为，以及引进高、精、尖的医疗设备，开大检查和重复检查等不合理检查的行为是医疗费用增长的一个重要因素。

调查地区县级医疗机构业务收入中药品费用占 50—60%。住院医疗费用构成基本是药品费用>检查项目费用>诊疗护理费用。

(3) 保护性医疗行为的存在

由于受到《医疗事故管理条例》举证责任倒置条款要求的影响，医疗机构为了防范在医疗纠纷中因检查项目遗漏或用药不足问题的败诉，而增加了不必要的检查或用药。如某市人民医院的医务人员反映，之所以对老年的呼吸道感染病人普遍进行了恶性肿瘤方面的检查，主要害怕病人出院后，一旦发现了癌症，就会与医院发生不必要的纠纷。

(4) 医疗机构技术服务能力增强和病种结构发生变化

2002 年 10 月，中共中央、国务院颁布实施了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》以来，各级政府加大了农村医疗卫生机构的基础设施建设，特别是中央财政支持中西部地区农村乡镇卫生院建设项目的实施，农村医疗机构的基础设施条件得到了明显改善，由于 X 光机、半自动生化分析仪、B 超、血球计数仪等设备的配置，乡镇卫生院技术服务能力较 2002 年以前明显增强、医疗服务项目增多，医疗费用也相应增长。

4.1.3 新型农村合作医疗管理体系缺陷

(1) 卫生行政部门的双重身份

在新型农村合作医疗制度的管理机构设置上，国务院办公厅《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》中规定：省、地级人民政府成立由卫生财政、农业、民政、审计等部门组成的农村合作医疗协调领导小组，各级卫生行政部门内部应成立专门的农村合作医疗管理机构。县级人民政府成立相关部门组成的合作医疗管理委员会，负责有关组织协调、管理和指导工作。委员会下设合作医疗经办机构，负责具体业务工作。可见，新型农村合

作医疗的行政机构是县级合作医疗管理委员会，业务经办机构为同级卫生行政部门。在这种管理体制下，卫生部门一方面要建立有效的合作医疗管理制度，另一方面又要规范医疗服务行为，提供服务质量，控制医药费用过快增长，减轻农民医药费用负担，维护农民的利益。也就是说，卫生部门既代表农奴才居民购买医疗服务，维护需方利益，又在管理或一定程度上代表了医疗服务提供者。事实上，医疗服务提供者与医疗保障部门之间存在着一定的利益冲突。特别是在目前卫生行政部门还没有彻底从办医院向管医院的职能中转换出来时，医疗部门一身二任的角色很容易引起角色冲突。因此，卫生行政部门要在新型农村合作医疗制度管理中当好双重角色，就必须切实转变职能，成为实质意义上的公共管理者，履行对医疗机构服务行为的监督管理，这将直接影响对医疗机构服务行为监管和医疗费用控制的效果。

湖南省部分地区对定点医疗机构的服务行为和费用控制实施有效的监管措施，导致费用控制效果差的问题，其中原因之一就是当地卫生行政部门没有真正从办医院向管医院的职能中转换出来，没有解决好新型农村合作医疗制度管理中的双重角色问题。

(2) 自愿参保与农民的逆向选择问题

农民自愿参加是新型农村合作医疗制度实施的主要原则之一。农民自愿参加却不可避免地会出现农民参保的逆向选择。

逆选择 (Adverser selection) 是指那些已经生病或处于疾病高风险的人比那些低风险的人更愿意参加新型农村合作医疗。在医疗保险市场，逆向选择的产生是由于参保人与保险方之间信息不对称，即参保人比保险方更了解自己健康状况和预期的医疗服务等疾病风险，使得更多疾病风险高的人选择参保，参保人中多为疾病风险高的人，最终导致新型农村合作医疗资金不足以支付实际发生的费用。按照自愿参保的原则，湖南省 2006 年参保率为 75.39%，湖南省是个劳动力输出大省，未参加合作医疗的农村人口基本为外出务工的中青壮年。也就是说，农村人口中没有参加合作医疗的是身体健康，疾病风险小的青壮年，而老人、妇女、儿童和疾病风险高的人口基本都参加了合作医疗，会导致合作医疗费用支出的增加。

4.1.4 城乡医疗资源配置失衡

湖南省与其他省市一样，城乡医疗资源配置严重失衡，城市医疗资源出现过剩，农村医疗资源短缺。当中央政府对各省卫生经费总数一定时，城市卫生资源多，则农村医疗资源少，因而导致农村乡镇卫生院设备陈旧简陋、技术落后，人才缺乏，难以满足农民就近、就地就医的需求。2006 年湖南省合作医疗基金运行报表显示，参合农民在省、地市、县、

乡镇医院住院次均费用和实际补偿比例分别为 9549.6 元、5304 元、2650 元、999.5 元和 18.0%、19.79%、31.49%、44.21%。我们可以从中看出，农民就近就地就医比到县以上医院就医所得的补偿会更高。但是，由于医疗资源配置的不合理，农村医疗机构设备陈旧，技术落后，导致农民不愿意就近就地就医，无法引导病人合理分流，增加农民就医成本，导致农民补偿水平低，基金支出水平高和过度医疗消费，影响合作医疗的费用控制。

(1) 城乡大型医疗设备配置失衡。湖南省城市大型医疗设备配置过剩，到 2005 年末，全省医疗机构拥有 50—100 万元设备 1871 台，其中城市医疗机构 1827 台，占 97%，乡镇卫生院 44 台，仅占 2.35%；全省 100 万元以上的医疗设备总量为 1020 台，城市医院拥有 1006 台，占有率为 98.63%，农村医疗机构拥有 14 台，占 1.37%。见下表。湖南省大型医疗设备分布主要集中在县级以上城市医疗机构，农村医疗机构拥有大型医疗设备相当少，尤其 100 万元以上设备更是少得惊人。

表 4—1 2005 年湖南省城市医院与农村医院大型医疗设备分布情况

	50 万元—100 万元医疗设备	100 万元以上医疗设备
全省总量	1871 台	1020 台
城市医疗拥有量	1827 台	1006 台
农村医院拥有量	44 台	14 台

注：资料来源于《2005 年湖南省卫生统计摘要》

(2) 城乡医疗机构卫生技术人员配置失衡。

湖南省城乡医疗机构卫生技术人员的配置也存在严重失衡。

表 4—2 2005 年湖南省城市医疗机构与农村医疗机构卫生技术人员分布情况

	全省 总量	城市医疗机构卫生技术人员		农村医疗机构卫生人员	
		人数	占全省同类人员总数%	人数	占全省同类人员总数%
医生	68057	40983	60.22	27074	39.78
护士	50644	42365	83.65	8279	16.35
其他卫生 技术人员	47315	24684	52.17	22631	47.83
合计	166016	108032	65.07	57984	34.93

注：资料来源于《2005 年湖南省卫生统计摘要》

湖南省城市医疗机构拥有卫生技术人员的比例较大，占全省医疗机构卫生技术人员总量的 65.07%，农村医疗机构卫生技术人员仅占 34.93%。湖南省人口总量为 6700 万人，农业人口约 5087 万，占全省总人口的 75.93%，也就是说，湖南省 75.93% 的人口（农村）拥有全省 34.93% 的卫生技术人员。城乡医疗机构卫生技术人员配置严重失衡。

(3) 城乡医疗机构数和所占床位比例失衡。湖南省城市医疗机构比农村医疗机构数量少，但占有床位数却很高，而农村医疗机构数量大，占有床位数非常少。

表 4—3 2005 年湖南省各级各类医疗机构数量及拥有床位数比较

	医院数量 (所)	占医疗机构总数 (%)	拥有床位数 (张)	占医疗机构床位总数 (%)
城市医院	782	22.79	107660	68.15
农村医院	2472	72.05	49598	31.4
门诊部、诊所	62	1.81	264	0.17
城市社区医疗机构	115	3.35	433	0.28
合计	3431	100	157955	100

注：资料来源于《2005 年湖南省卫生统计摘要》

由上表，2005 年湖南省城市医院占全省医疗机构总数 22.79%，而拥有床位数占医疗机构床位总数的 68.15%，而农村医院占医疗机构总数的 72.05%，却拥有的床位数仅占医疗机构床位总数的 31.4%。可见，湖南省各级各类医疗机构数量及拥有床位数比例也是严重失衡。

(4) 湖南省城乡优势医疗人力资源配置失衡。

优势医疗人力资源指高职称、高学历的卫生技术人员，包括主治医师以上职称和本科以上学历的人员。截至 2005 年底，全省县级以上医疗机构拥有全省大部分的优势医疗人力资源，并且呈省级医院>地市级医院>县级医院的态势分布。

城乡医疗资源配置失衡，农民小病不能就地就近就医，不能实现农民就医的合理分流，增加农民就医成本，同时增加合作医疗费用的支出。

§ 4.2 需方影响新型农村合作医疗费用因素

4.2.1 农民参保的逆向选择因素

保险市场的信息不对称下会产生逆向选择，它源于事前信息的不对称。医疗保险的逆向选择是指有较高医疗需求和愿望的人（如年老多病人群）乐于购买保险，而那些年轻体

壮、医疗需求低的人可能不愿意购买保险^[28]。医疗保险机构假设所有的医疗服务消费者都有着同样的疾病风险概率，并根据平均风险和平均预期损失来测算医疗保险费用。实际上，不同年龄、不同健康状况的参合者的疾病风险概率和预期损失是不尽相同的。由于根据平均风险来测算的合作医疗基金是低于根据高风险所测算的金额。因此，高疾病风险的人群愿意购买参加医疗保险。同时，这还能将低疾病风险的消费者挤出医疗保险市场。这时如果医疗保险机构为了保证基金收支的平衡而提高医疗保险费率，那么当这种情况发生时，更多的低疾病风险的消费者会退出医疗保险市场，导致恶性循环。

新型农村合作医疗实行农民自愿参加的原则，使得新型农村合作医疗的逆向选择的问题更加突出。在实际操作中，以户为单位参保基本流于形式。由于农民对新型农村合作医疗还心存疑虑和疾病风险意识较弱，为了让农民都参加合作医疗，需要各级政府多大量的宣传动员工作，农民个人参保资金的筹集难，需要乡村干部上门入户，逐个做宣传工作，逐个收取参保资金。而在我省农村，大部分身体好的青壮年都外出务工，无法收缴他们的参保资金，因此，无法真正做到以户为单位参保，这也是部分地方发生非参合农民借他人合作医疗证住院，冒领合作医疗补偿费用的主要原因。目前，在合作医疗参保人群中，基本上是医疗服务需求较高的农村老人、妇女、儿童和已经处于疾病状态的人居多。

参加新型农村合作医疗人员的年龄结构和身体健康状况对合作医疗费用的发生也有很大的影响，年龄越大、身体健康状况越差，患病的概率就越大，对医疗服务的需求就大，消耗的新型农村合作医疗费用就会越多。目前，在新型农村合作医疗参合人群中，农村老弱病残者基本都是参保人，老年人和妇女儿童占多数，疾病高风险人居多数。这也是导致湖南省部分县市参合农民住院率严重偏高，合作医疗医疗费用支出超支，出现基金透支的原因之一。逆向选择因素说明，如果新型农村合作医疗制度不实行以户为单位参合，强制性扩大参保人数，扩大覆盖面，合作医疗费用的上涨将难以控制。

4.2.2 参合农民的道德风险

医疗服务需方的道德风险，也称道德损害（Moral hazard），是指由于参加保险所引起的人们期望被保险项目损失加重的一种行为。道德风险有两种形式：一种是增加损失发生的可能性，另一种是增加损失的大小。理论上讲，参加新型农村合作医疗的农民可能会因为自己不必负担医疗费用而放松对自己健康问题的关心，不努力避免生病或受到伤害。但实际上这种形式的道德损害不是主要的，道德损害在新型农村合作医疗中主要表现形式是参合农民比在没有参合的情况下更多的利益卫生服务，因为，新型农村合作医疗对患者费用进行补偿，使参合农民享受道卫生服务价格比实际价格便宜很多。道德损害导致卫生服

务的过度利用，会引起新型农村合作医疗基金的透支，影响新型农村合作医疗的持续运行。

下图这个经济学模型说明了医疗服务需方道德风险的产生机理以及医疗费用上涨的原因^[29]。

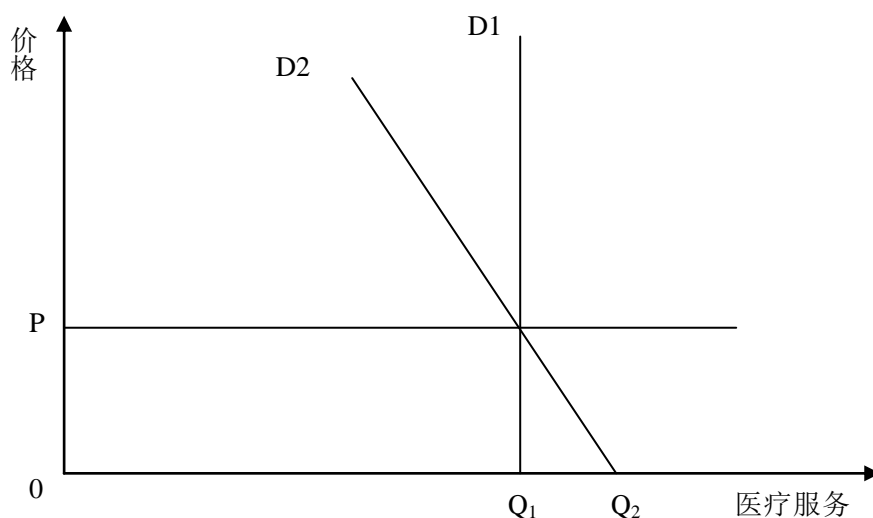


图 4-4 医疗服务需方的道德风险

上图所示，假设消费者对医疗服务的需求是没有价格弹性的，那么需求曲线为 D1，消费者需要 Q1 个单位的医疗服务量。在存在道德损害时，如果治病费用全都由医疗保险机构负担，需求曲线 D2 代表的消费者就会需要 Q2 个单位的医疗服务。这表明一个人所需的医疗服务量取决于他需支付的金额。这个模型充分说明了，当一个人遭遇疾病而向医疗服务市场寻求医疗服务时，如果他花费的全部医疗费用全部由保险机构来负担的话，他会增加所需的医疗服务数量，如果花费的医疗费用不全部由保险机构负责，自己也要花费一部分时，他所需要的医疗服务的数量会减少。因此，患者所需要的医疗服务数量取决于他是否支付费用以及支付的比例。由于新型农村合作医疗减低了个人负担的医疗服务费用的价格，所以有时他们所消费的医疗服务数量会比他们完全支付费用时多。说明了合作医疗需方（医疗服务需方）的道德风险对合作医疗费用上涨的影响。

调查结果显示：实施合作医疗后，参合农民医疗需求得到释放，住院率上升，到高级别医院住院的也逐步上升。2006 年，合作医疗地区两周就诊率参合农民为 21.9%，非参合农民为 18.0%，非合作医疗试点县农民为 20.0%；疾病损伤住院率参合农民为 3.4%，而非参合农民及非合作医疗县农民仅有 2.2% 和 2.5%。参合农民中有病不看和需要住院而没有住院的情况均有所改善，两周患病者中未就诊的比例为 42.3%，比未参合农民低 6.1 个百分

点；应住院而未住院率为 34.2%，比未参合农民低 7.4 个百分点。同时，全省 2006 年参合农民获住院补偿人数占总参合人数比例达 4.74%，较 2005 年提高了 1.64 个百分点；住院人次和住院补偿金额向上级医疗机构流动的趋势也比较明显，参合农民在乡镇卫生院住院的比例较 2005 年下降了 3%。

对阑尾炎和顺产抽样病例的例均住院天数来比较，参合农民在县、乡两级医疗机构的例均住院天数均少于同期自费患者。实施新型农村合作医疗后，乡镇卫生院不论参合农民还是自费患者的住院天数均比实施合作医疗之前延长了约 1 天。

表 4-4 三病种县乡医疗机构住院天数情况：（单位：天）

病种	县级			乡镇		
	实施合作 医疗前	实施合作医疗后		实施合作 医疗前	实施合作医疗后	
		参合农民	自费患者		参合农民	自费患者
阑尾炎	5.03	5.64	6.38	5.47	6.43	6.57
上呼吸道感染	3.58	4.24	4.09	3.89	5.15	5.04
顺产	3.33	2.9	3.02	2.25	2.31	2.39

4.2.3 个人支付比例与起伏线

$$\text{医疗补偿费用} = (\text{住院总医疗费用} - \text{自付费用} - \text{起付线}) \times \text{报销比例}$$

从以上公式可以看出，合新型农村合作医疗制度中都规定了参合农民个人的费用支付比例、起伏线，在一定程度上会影响参合农民的医疗消费行为。起伏线越高，参合农民的个人支出就多，就医时就越考虑节约成本，尽量减少医疗费用的支出。在起伏线一定的情况下，个人支付比例越高，在每次的医疗消费行为中，个人的支出费用就越多，从经济方面考虑，参合农民在就医时就要考虑其必要性，一部分保健的药品和可有可无的检查在一定程度上会减少，就可以减低合作医疗费用。如果起付线设置过低，导致住院率增加，住院医疗补偿费用增加，特别是合作医疗主要是大病统筹，没有设立门诊统筹，起付线过低，会出现小病大治大养，住院次均费用较低，住院率高，呈非正常上升，导致医疗服务过度消费和浪费。具体表现为医院放宽住院指征，门诊转住院或门诊挂床，甚至病人住院开药非法倒卖等。湖南省部分县市在合作医疗补偿起付线和报销比例设置上存在缺陷，是导致医疗费用增高的主要原因。如桑植县 2006 年乡镇卫生院补偿起付线设置为 0，报销比例为 55%，导致 2006 年住院率高达 11.32%，严重超过正常水平（4—5%）；乡镇卫生院次均住院费用为 492 元，低于全省平均水平 50.75%；合作医疗基金使用支出率达 101.8%，出现

透支情况。

一般来说，医院级别越高，医疗费用水平就越高，因此，不同级别医疗机构的起付线、报销比例对引导农民就近就医，合理分流病人，控制医疗费用非常重要。不同级别医院起付线和报销比例设置的差距，影响参合农民合理利用卫生资源和就医成本、医疗费用支出，适当的起付线和报销比例的差距，可以起到引导参合农民就医合理分流，充分地利用基层医疗资源，降低农民就医成本，减少合作医疗费用的支出的作用。

§ 4.3 供方影响新型农村合作医疗费用因素

4.3.1 疾病模式的改变和医学科技的发展

由于生活条件的改善和环境改变，人们传统的疾病更多地是被癌症、慢性病、心理疾病所代替^[30]。根据全国第三次卫生服务调查的结果显示，我国居民的疾病谱也有了很大的改变。按患病的病种分析，城市居民患病几率由高到低是高血压、急性上呼吸道感染、急性鼻咽炎、急慢性胃肠炎、脑血管病、糖尿病；农村依次是急性上呼吸道感染、急性鼻咽炎、急慢性胃肠炎、高血压、流行性感、类风湿性关节炎。我国居民慢性病患者率为 151.1%，其中城市 239.6%，农村 120.5%。本次调查结果与前两次调查相比，城市居民呼吸系统、消化系统、传染性、皮肤病等感染性疾病呈明显下降趋势，而循环系统疾病、运动系统疾病、内分泌与营养代谢疾病则呈现上升趋势。高血压、糖尿病和心脑血管疾病已经成为城市居民社会水平的常见病和多发病。医治这些慢性疾病需要花费大量的费用。而且慢性病还将随着居民生活水平提高和老龄化进程的加快而进一步上升。有研究表明，年龄每增加 10 岁，慢性病患者率就会增加 50% 以上。疾病模式的改变也促进了医疗保健领域的发展。同时，随着医学科技的进步，各种高、精、尖诊疗手段也日新月异，造成了医疗成本的提高，继而转嫁给患者，使得医疗费用上涨^[31]。

4.3.2 信息不对称，供给决定需求

医疗费用的增长有其内在的机制。著名经济学家、诺贝尔经济学奖获得者阿罗，在论述医疗市场的特征时指出，医疗市场中医患双方处于信息不对称状态，从而使购买医疗服务出现很大的风险和不确定性^[32]。医疗服务的供方有很强的专业知识，从检查到诊断到诊疗都是由医生提供，患者对于诊断的正确与否、治疗的效果和质量都无法判断和衡量，由于疾病的个体差异很大，所以更不知道哪种药品、哪种治疗方式是最适合自己，而且是最节省费用的。医疗服务的供方在医疗服务市场上具有绝对的垄断地位。需求无法影响供给，而供给却决定着需求。这在很大的程度上会产生医疗服务的供方向需方提供过度的医疗服

务，从而提高医疗费用。此外，在一般的市场中，通常都是消费者的货币决定一切。由消费者的货币决定商品和服务。但是，在医疗服务市场中，医疗服务需方的货币并不决定要求。需方是在支付了货币后，对具体的诊疗仍然没有发言权，还是要由医疗服务供方决定。因此，医疗服务市场中的医疗服务价格变动因素是掌握在供方手中的。

4.3.3 医院的道德风险

医疗服务供给的道德风险（即道德损害）表现为医院的诱导需求。由于信息不对称，会产生医疗服务供方的诱导需求。“所谓医疗服务的诱导需求就是医院从自己的利益出发，有意识地给患者提供一些更多的医疗服务，有时这些医疗服务是不必要的或者是不合理的，医院会给患者提供一些不必要的过度的医疗服务，如开大处方，开昂贵药品等等，这就是医疗服务供给的道德风险”^[33]。

诱导需求实际上是相对于合理的基本需求而言，即由于受到某些诱因的影响，超出合理的、基本的需求范围，造成某种资源的过度使用。如医疗服务过程中重复用药、大处方、重复或不必要检查项目等等，均属于诱导需求范畴。这种诱导体现在：(1) 医疗检查方面：明明可以用简单方便的检查技术，却使用了费用昂贵的高精尖技术。(2) 治疗方面：不少医务人员在治疗中宁用高档药品，不愿用普通药品，宁用高级昂贵的技术材料，不愿用普通安全的技术材料。(3) 医疗保健方面：一些高精尖的医疗检查技术被普遍应用到了普通体检或健康检查上，一些药品或营养品经医务人员之手推销给了健康人或病人，似乎保健就是吃补药或补品。(4) 医院乐意提供一些过量的或者不必要医疗服务，形成过度医疗。总之，过度医疗造成“小病大治”的局面，增加了患者的费用，浪费了医疗资源。

医院诱导需要的产生是有医疗服务市场信息不对称，供给决定需求的特征决定的。医疗服务诱导需求的产生是必然的，医疗服务供方有动机、有能力、更有条件做到。因为医疗服务的决策权和医疗费用的控制权是掌握在医院手里的。下图这个经济学模型就说明了诱导需求是如何产生的^[34]。

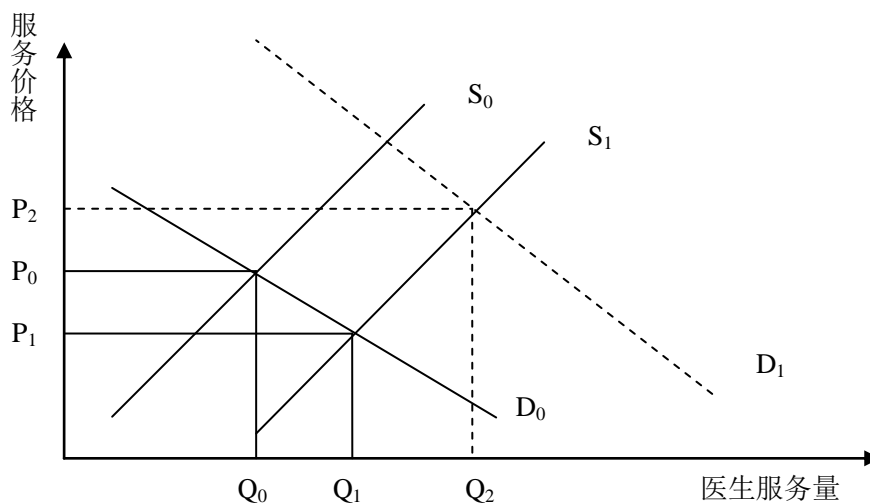


图 4—5 诱导需求产生的机理

上图所示，假设 D_0 表示原市场需求， S_0 表示原供给， P_0 表示均衡价格， Q_0 表示均衡服务量。当医生服务量自己至 Q_1 时，供给曲线将右移至 S_1 ，这时本该产生低于 P_0 的价格 P_1 。可是随着供给的增加，诱导需求也增加至 D_1 ，此时与供给 S_1 决定了服务价格 P_2 。这说明在医疗服务市场信息不对称的现象中，由于医院存在诱导需求，医疗服务的供方增加供给，向需方提供过度的医疗服务，不但不会使医疗服务的价格下降，反而使医疗服务的价格和数量增长。由此可以看出，医疗服务供方的道德风险——诱导需求的产生，很好地解释了我国医疗费用医疗保险费用迅速上涨的根本原因，因此，医疗费用中除了真实的医疗费用外，还有道德风险以及控制道德风险产生的费用。

4.3.4 医院的设备情况

医院之间的竞争经常表现为医疗设备的全面和先进性等方面，而且，随着患者对自身权益的认识越来越高，各种针对医院和医生的诉讼越来越多，医院和医生为了避免发生诊断的错误，经常是对每个患者都进行多项检查，造成医疗费用不断上升。而很多的检查可能是不必要的，因为检查费用能给医院和医生带来效益，所以医院和医生都愿意使用先进的医疗设备。这可以从我国的医疗设备检查的确诊率比国外低中发现问题。医疗设备的数量和价值，设备的数量越多价值越高，医院就越是要更多的使用，而不是看其必要，所以医疗设备越多越贵，医疗总费用就越高；医疗设备越先进成本越大，为了收回成本医院也会提高其使用率，而且我国医院之间的联系比较少，医院之间经常存在设备的重复和盲目引进，使得我国很多城市医疗设备的拥有率太高。这样就造成医疗费用的大幅度增加。

4.3.5 医疗和药品价格

我国医院的医疗服务的价格总体上是很低的，相对来说药品的价格却很高，两者之间的比例不协调，药品费用在医疗费用中的比重过大，“以药养医”的现象比较普遍，而且同样的药品在医院和药店的价格差距很大。药品费用是医疗费用的重要组成部分，在整个医疗费用中占有相当大的比例，是影响医疗费用急剧增长的主要因素之一。目前我国医院的业务收入中有 50%左右来源于药品，因而医疗费用的控制焦点之一就是如何控制药品费用的迅速增长。我国的药品流通体制存在很多问题，最主要的是药品的价格定得过高，以及流通环节太多，层层加价，使得患者购买药品时的价格与其真正的成本相差太多。而药品又是医疗服务中必不可少的，医院由于自身的利益不会减少药品的使用，部分道德水平低的医生经常给患者开一些疗效相似而价格较高和保健功能的药品。参保人员在就医时，其监督和考虑成本的积极性大打折扣，使得医疗费用居高不下。

4.3.6 医院的等级

我国的医院分为三个等级，级别越高设施越全面技术水平越高，相应的医疗费用的费用就越高。而我国目前基层的医院，尤其是农村乡镇医院绝大部分处于瘫痪或者是亏损状态，人才流失、设备落后，所以人们都集中到大医院接受医疗服务，出现了结构性的矛盾。而等级高的医院设备先进，医术水平高，医疗价格相对较高，尤其是一些常见病病人和需要长期修养的患者在这样的医院就医就大大的提高了医疗费用。而一旦参加了合作医疗，个人只是支付一部分费用，就医者的个人效用比个人成本要高，所以参保者愿意到等级高的医院就医。但是这种就医行为从整个合作医疗来说效用是低于成本的，导致合作医疗费用不合理的增加。

第五章 国内外医疗保险费用控制的借鉴

社会医疗保险制度最初起源于西方资本主义国家。我国的城镇职工医疗保险制度是借鉴了社会医疗保险制度建立起来的，新型农村合作医疗制度作为我国社会医疗保障制度的一种方式，与社会医疗保险制度存在差别，但在费用控制方面有着共同之处。在本课题中，对国内外社会医疗保险费用控制的研究、借鉴是十分必要和有益的。

§5.1 国内社会医疗保险费用控制借鉴

5.1.1 我国城镇职工社会医疗保险费用控制借鉴

在 20 世纪 50 年代建国后，我国借鉴前苏联的模式建立了以公费医疗和劳保医疗两种形式的传统社会医疗保险制度，属于完全福利性，享受公费医疗和劳保医疗的职工的医疗费用全部由国家财政和企事业单位负担，个人不需缴纳参保费用，也不需承担医疗费用，医疗服务供需双方费用控制意识差，缺乏有效的制约机制。80 年代以来，随着我国经济建设的持续发展和改革开放的不断深入，我国从计划经济转向市场经济，传统医疗保险制度的弊病日益暴露。医疗费用持续上涨，浪费严重，企事业单位和国家财政不堪重负，无法保障职工的医疗需求。1998 年，国务院发布了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，要求在全国范围内建立覆盖全体城镇职工的基本医疗保险制度。城镇职工医疗保险制度规定：基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担，基本医疗保险实行社会统筹和个人帐户相结合。

现阶段我国城镇医疗保险制度在费用控制方面的特点：

一是建立了社会统筹与个人帐户相结合的“统帐结合”的医疗保险模式。“目前还没有哪个国家有过先例，因此是医疗保险制度的一种制度创新，它能够把社会统筹的共济作用和个人帐户的自我积累和自我保障作用有机结合，并探索出有效的医疗保险的筹资方式和为节约医疗费用而确定的社会统筹资金和个人帐户支出的范围和比例”^[35]。统筹帐户由用人单位交纳工资总额 6% 基金中的 70% 为基础构成。统筹资金主要支付住院费用、大额医疗费用和少数特殊疾病。“统帐结合”引入了效率和激励机制，使财政和企事业单位无限责任转为有限责任，增加了个人责任和积累意识，有效抑制了医疗费用的快速上涨。

二是医疗费用实行总量控制，支付方式由后付制转向预付制。预付制是通过制定预付标准来控制医疗机构的总支出，进而规范医疗行为来控制费用。

目前，新型农村合作医疗费用控制基本上使用后付制，这种支付方式主要侧重于需方的控制，在这种支付方式下，医疗机构的成本得到补偿，没有承担任何风险，他们没有经济激励来控制成本或限制提供服务数量；而预付制控制对象为医疗机构，对医疗机构约束费用的激励较强，因此，我国城镇职工医疗保险支付方式的改革方向值得新型农村合作医疗借鉴。在新型农村合作医疗的筹资提高，并达到一定水平能做到既然保大病（住院），又”保小病”门诊时，“统帐结合”的方式也是值得借鉴的。

5.1.2 外省新型农村合作医疗费用控制借鉴

在新型农村合作医疗试点过程中，全国各试点县在费用控制方面做了一些值得我省借鉴的经验。

在实施药品降价方面，云南省弥渡县由政府各相关部门组成药品价格领导小组，强势推行“医疗机构药品与市场同价”。县级 14 家定点医疗机构都实行向厂家直接联系进药；对 100 多种常用药实行了集中指标采购，达到了降低药品价格控制医疗费用的目的。具体做法是通过市场调查了解药品市场，在此基础上，医院扣除药品市场均价的 15% 到 17% 后作为与药品经销商谈判的价格，即实现医院进药成本是市场平均价格的 85% 左右，按照市场平均价格销售药品，医院的利润是剩余的 15%。通过药品降价改革，该县门诊平均处方值由改革前的人均 32.13 元降至 27.44 元，下降率为 14.60%，其中药品支出由改革前人均 21.29 元降至 17.27 元，下降 18.88%；住院费用由改革前的次均 1445.42 元降至 1304.80 元，其中药品支出由改革前的 920.91 元降为 700.36 元，下降率为 23.95%。陕西省的镇安县、湖北的武穴市实行了按病种付费的尝试，取得了控制费用的良好效果。云南等地的县市都通过乡村卫生一体化管理模式的实施，建立和完善乡村卫生服务网络，充分利用农村基层卫生资源，引导农民就医流向合理化，达到控制了医疗费用的支出的效果。重庆的黔江市实行乡镇卫生院药品集中询价采购制度。由市卫生局组织，乡镇卫生院组成联合体，采购药品时成立临时药品集中询价采购小组，由乡镇卫生院轮流担任组长，在监察、物价和药监部门的共同监督下，按照最低价中标的原则和规定程序，每季度开展一次药品集中询价采购，把卫生院使用的 3440 种药品和卫生材料全部纳入集中询价采购范围。同时，村卫生室药品由乡镇卫生院免费代购，采取顺加作价的办法，确定乡镇卫生院和村卫生室药品统一零售价，在采购价的基础上西药和中成药顺加 15%、中药顺加 20%，并将采购价和零售价全部向社会公开。

在费用支付方面，陕西的镇安县、湖北的武穴市、当阳市、重庆的黔江对单病种付费制进行了探索和尝试，取得了控制医疗费用的良好效果。黔江市实行了单病种限额付费和

定额付费制度，制定了 547 种疾病的住院医药费用限额标准和 31 种常见病、多发病的定额标准，对定额付费标准采取在医疗价格公开招标的办法。同时，还实行了月门诊次均处方费限制的制度规定月门诊次均处方费用乡镇卫生院不得超过 15 元，村卫生室不得超过 10 元，乡镇卫生院留观病人临时输液的次均处方费用不得超过 40 元。

§5.2 国外医疗保险费用控制借鉴

5.2.1 美国医疗保险费用控制借鉴

美国是所有工业化国家中唯一没有实行全民医疗保险的国家。美国的医疗保险制度由私人医疗保险和社会医疗保险构成。美国医疗卫生系统因其拥有最先进、最发达的医疗技术而号称是世界最好的^[36]。但是又因其缺乏全国性的医疗保险制度、医疗费用昂贵、医疗卫生投入高产出低而被认为是世界最糟糕的。美国卫生总费用、人均医疗费和总的卫生费用 GDP 的比值也都是最高的。近 30 年来，由于人口老龄化的加速、医疗诊察和治疗的复杂化等原因，美国医疗保健费用的急剧上升。为控制过度的医疗费用，在创新监管机制和改革费用支付方式方面控制医疗费用取得了成效。

(1) 建立了严格的费用控制评价机制和外部监督机制。医疗保险注重效率，医疗保险价格利用市场的原理来调节和控制医院的收费标准，严格规定了医疗费用的偿付标准，建立了整套衡量医疗资源是否合理使用的评价标准，因此对医院的制约力度较大。此外，还通过设立独立于医保组织和医院之外的医生同行评议机构 PROs(Peer Review Organizations)和监控部门 UR(Utilization Review)对医院来进行评议和监督。这些机构和部门是有法律保障并强制性设立的，它们使用统一的标准来评价病人入院的合理性^[37]。如果发现违规情况发生，医保机构有权向医疗机构减付或者拒付病人的医疗费用。由于住院费用极其昂贵，为控制医疗费用，医疗保险机构采取政策，减少病人的住院时间，并要求病人在急性病进入恢复期后，有急性病医院转到费用相对低廉的护理院或者家庭护理中心，或者在医生诊所随诊。

(2) 改革费用支付方式，采用管理式医疗来抑制医疗费用的高涨。在 80 年代之前，美国的医疗保险机构仍然采取事后的，按服务量付费的方式向医疗服务提供者支付医疗费用。由于医疗服务的提供者不承担风险，甚至出于赢利目的过度提供医疗服务而导致了医疗费用的迅速连年高涨。自 80 年代中期以来，为了控制费用、提高医疗服务质量和效率，一种新的管理方式管理式医疗 Manage Care 产生了。它通过改革医疗费用的付费方式，采取按病种预付制 DRGs、按人头付费的包干制 Capitation 等来控制医疗服务量，成功地抑制

了医疗费用高涨的局面。其中最有特色的就是 DRGs 预付制。他的特点在于引进了费用控制的激励机制，通过建立固定的补偿率来为医疗服务提供方支付费用，由于补偿率的一定性，医院如果能自觉提供服务效率，节约费用，就能获得额外的利润。反之，如果医院超过了预定的补偿率，就要自己支付多余的费用。DRGs 激励医院必须采取必要的方法来节约成本，从而控制医疗费用，提供医疗服务效率和质量^[38]。

5.2.2 英国医疗保险费用控制借鉴

英国的医疗保险制度又称为国家卫生服务制度 NHS (National Health Service)，医疗保险制度覆盖全体居民，具有高福利性。英国的国家医疗保障体系被国际卫生组织评价为全球最佳公用医疗服务系统。其宗旨是向英国公民提供全方位的医疗服务，所有服务都是按需提供，与支付能力无关，充分体现了国家普遍责任原则，保证了资源的有效利用，节约了费用^[39]。在英国的医疗保险制度中，政府直接参与医疗保险的资金筹集、统一管理、分配与提供医疗服务。政府通过拨款补偿供方，对需方则实行免费的医疗服务。

其费用控制的特点是：

(1) 充分利用基层医疗卫生资源，合理分流病人，控制医疗费用。英国有较卫生的社区卫生保健系统和医院服务系统。其中社区卫生保健系统还包括全科医疗服务和社区护理这两个主要方面，它所提供的医疗服务主要涉及常见病的预防及治疗、健康教育和家庭护理等。社区卫生保健系统提供 90% 以上的初级医疗服务，并且将剩下不到 10% 的服务转到医院服务系统。医院服务系统则提供急性病及疑难病的诊治^[40]。

(2) 适当引入市场竞争机制。英国的全科医疗是免费的，医院中的医生由于受到医疗费用的限制，常常将病人转到社区，增加了全科医疗的成本，缺乏激励机制。针对这些问题，90 年代以来，政府在医疗服务体系中开始引入“内部市场”机制来提供服务质量和效率。坚持“以一般税收为基础，政府分配预算，向全社会国民免费提供医疗服务”的原则，实现了医疗服务中“钱跟着病人走”的宗旨。改革带来了显著的效率的提高、缩短了患者候诊的时间。其中最显著的成果是对治疗成本的信息披露进行了极大的改善，医疗服务的提供者只有通过提供比以前和其他竞争者更好的，更廉价的服务，经过激烈的竞争才能取得资金，继续经营。这也是控制医疗费用上涨的有效途径。

5.2.3 德国医疗保险费用控制借鉴

19 世纪 80 年代德国开始制定并实施有关社会保险法令。19 世纪下半叶的德国是一个阶级关系复杂、政治流派繁多的国家。为实现政治统一、缓和阶级矛盾，俾斯政府于 1883 年颁布了《疾病保险法》，从而建立起了医疗保险制度，它是世界上第一个以社会立法实

施社会保障制度的国家。医疗保险 100 多年的实施，费用控制措施形成了其特点：

(1) 建立了比较完善的医疗保险法律体系，以立法保证医疗保险的顺利实施。德国的医疗保险由法定医疗保险和私人医疗保险两大运行系统构成。公民可在法定医疗保险和私人医疗保险之间进行选择，公民还可以在参加法定医疗保险的基础上，参加私必须所提供的补充医疗保险。从目前保险市场的占有情况来看，在德国总人口中，90%参加了法定医疗保险，而参加私人医疗保险的为 9%。因此，医疗保险的覆盖率是相当高的。法定医疗保险是由雇主和雇员各缴纳 50% 的费用，由于保险公司要求的缴费率不尽相同，平均缴费率约占工资收入的 14—15%。缴费基数设封顶线和保底线，2001 年封顶线为 3350 欧元，保底线为 325 欧元，即 3350 欧元以上费用不再征缴，而工资性收入低于 325 欧元的居民可免除缴费义务。德国法定医疗保险投保人缴纳的保险费主要取决于经济收入，而享受的医疗保险服务则不以缴纳费用的多少而有所不同，这也是德国人引以自豪的“高收入帮助低收入，富人帮穷人，团结互助、社会共济、体现公平”的德国社会医疗保险的宗旨，同时也体现了医疗保险的公平性原则^[41]。参加法定医疗保险的被保险人，包括其家庭成员和未成年子女，不管其当时经济状况如何，均可得到及时、免费的治疗，就诊不需要支付现金，病人可在保险基金组织认定的医院及治疗的范围内自由就诊，并可自由选择开业医生和专科医生。

(2) 门诊和住院采取不同的支付方式。2004 年之前，德国是将门诊与住院严格区别开来的，因而医疗保险也被截然分成两个独立的支付体系。据了解，门诊医疗保险主要使用点数法，即在总额预算下按项目付费，超过门诊总额预算部分，医疗保险基金不予支付。住院医疗采取总额预算制度下按照平均床日费用支付。预算内容包括：每例保险支付的费用、特殊酬金（不安装起搏器）、病例承包补贴三个部分，超过总额预算的部分医疗保险基金承担 75%，医院承担 25%。为了能使住院医疗服务获得更高的效率，同时更有效地控制费用，德国政府先在全国 750 家医院进行使用总量维持的付费政策试点，政府还从财政上支持并激励医院按病种付费的报销试点。试点结果显示：医院的平均医疗费和平均住院时间都有明显的下降。在此基础上，2004 年在全国强制实施了按病种分类收费制度，因此住院医疗保险多数按此收费并取得了不错的效果。

(3) 重视疾病预防措施的落实，建立转诊制度。德国的医疗保险对疾病预防工作非常重视，在法定医疗保险中规定了包含三级疾病预防的措施，对儿童、妇女的预防措施中规定了相应的体检项目。而且还有心血管病和糖尿病等的预知体检。实践证明，疾病的预防有利于医疗费用的节约。德国政府于 2003 年年底推出了医疗保险改革方案，并于 2004

年1月1日起开始实施。其基本内容包括建立以家庭医生为中心的护理模式，病人如有轻微病症，可请家庭医生诊断，然后由家庭医生开移交单，转给专科医生，建立转诊制度，并将门诊与住院服务有机结合起来。

§5.3 国内外医疗保险费用控制的借鉴意义

5.3.1 健全的农村三级卫生服务网络是合作医疗费用控制的第一道防线

英国的医疗卫生服务实行的三级管理体系：社区医疗服务保健体系；全科诊所；全科医生，其社区医疗服务保健的服务功能和组织结果是国家保险体系中最完善的，主要由全科医生提供服务。充分利用基层卫生资源——社区医疗服务系统，合理分流病人，控制医疗费用取得了显著效果。我国全面实施的三级医疗体系与其比较相似。在我国农村，村卫生室、乡镇卫生院就是与农村的社区卫生机构，主要向农村居民提供覆盖广泛、基础的医疗服务。因此，我国应该加强对县、乡、村农村三级卫生服务机构的建设，制定农村三级卫生服务机构建设标准，准确定位其服务功能和职责，加大建设和投入力度，确保每个村有一个具有一定卫生服务能力的卫生室，每一个乡镇有一所具有相当卫生服务功能的卫生院或中心医院，县级医院服务功能和水平基本满足需要。农民患病后需先到村卫生室、或乡镇卫生院就诊治疗，当这些机构不能处理时再转诊到县级医院治疗，重大、疑难病才需要到省市级医院治疗。引导农民对农村三级卫生服务机构卫生资源的合理利用，真正做到小病不出乡，大病不出县，疑难重症才上省市医院，减轻农民疾病经济负担，减少卫生资源的浪费。

同时，培养全科素质的乡村医生，大力发展全科医生制度。“全科医生”目前在在国内医学界还没有一个明确的定义。通常认为：全科医生是向个人、家庭与社区提供医疗预防、保健康复、健康教育和计划生育技术指导的“六位一体”服务的基层卫生工作者。他们所提供的服务是全方位的，他们的工作岗位是社区医疗服务机构。随着中国医疗体制改革的进一步深化，服务于社区的被称为“健康的看门人”的全科医生越来越多地出现在我们身边。农村村卫生室的乡村医生应该就是全科医生，他们应该通晓内科、外科、儿科、妇科等，在村卫生室为村民提供医疗卫生服务，为农村居民就近看病带来方便，节省时间和金钱。在我国，培养全科医生的模式还在探索阶段，还缺乏成熟的、符合国情的经验。高校还没有开设相关专业，大部分的全科医生都是从专科医生中选拔出来的。在西方国家，全科医生通常都是本科毕业后读两年才可担任的。所以，我国还要继续探讨培养全科医生的机制问题。另外，全科医生（乡村医生）除了要为病人提供医疗服务外，还承担着服务人群

的免费健康和医学知识宣传教育，因此，对全科医生（乡村医生）的薪酬设计也是需要探讨研究的问题。

5.3.2 实行医药分开核算分别管理是新型农村合作医疗费用控制的关键

在世界通行的医药体制中，医药是相对独立于医疗系统之外的体系。病人除在住院有医院提供药品外，其余情况患者从药店购买药品。在德国，药品通常是由药店提供的，开业医师不能卖药。我国应尽快实行医药分开核算分别管理的制度，逐步建立医药分离体制，改革药品定价方法。把医院门诊药方分离出来，变成社会零售药店，独立经营，照章纳税。这是从国家管理体制上解决“以药养医”、“药品虚高定价”、防止“药品购销活动中腐败现象”的根本措施。医院门诊药房从医院分离出来可以彻底切断医院与买卖药品之间的经济利益联系。除了住院药方，所有门诊病人都去社会药店买药。医生亦医亦商的矛盾身份可以解脱，可以免去收开方费的心理骚扰，较公正地因病施治、对症开方下药。同时，应尽快完善药品审批制度，规范药品流通秩序。医药工商企业只能靠放心的药品质量、良好的配送服务、合理的批发价格进行有序的市场竞争，促进药品价格降低，以控制医疗费用不合理上涨。

5.3.3 多种支付方式的科学运行是费用控制的有效手段

支付方式是指医疗服务的付费方（政府、保险机构、病人）对医疗服务提供方（医疗机构、医生）所提供进行费用补偿的方式。改革支付方式，成为目前世界各国控制医疗费用增长的一个重要途径。美国推行的按病种预付制 DRGs、按人头付费的包干制 Capitation 等来控制医疗服务量，成功地抑制了医疗费用高涨的局面。其中最有特色的就是 DRGs 预付制，已经成为医疗费用控制发展的方向。虽然各种支付方式存在一定的优缺点及适用的条件，但目前，对定点医疗机构费用的支付方式正从后付制向预付制、从按服务项目付费向定额支付制度的方向发展。我国新型农村合作医疗地区仍然以按项目付费和后付制的方式为主，开始尝试采用单病种付费、按单元付费、总量控制、混合支付等方式来控制医疗机构费用还非常少。新型农村合作医疗费用控制，应针对不同服务、不同病种、不同机构的特点，综合运用多种支付方式的策略，有效规范定点医疗机构的服务行为，控制费用的不合理增长。

5.3.4 完善的医疗保险法律体系是医疗费用控制的保障

农村合作医疗是社会保障制度的重要组成部分。中外社会保障史的发展历程都证明，社会保障必须通过立法，以法律手段加以实施。实践证明，近几年来我国农村合作医疗遭遇几起几落，没有形成稳定的体制，这与法律的缺失去不无关系。德国于 1883 年就颁布

了,《疾病保险法》,在 1994 年又颁布了护理保险法。德国具有完善而规范的法律和制度体系,对出现的新问题随时进行调整和完善。英国国家卫生服务、新加坡健康储蓄保险等都带有不同程度的法律强制性。我国至今没有一部医疗保险的相关法律,新型农村合作医疗制度是建立在实践探索基础上建立起来的,合作医疗覆盖率低,社会共济能力差,这与没有法律强制性有着很大的关系。合作医疗的运行与所有国家医疗保险一样,也涉及三方主体:保险机构、医疗服务供方和医疗服务需方。各种主体之间利益关系复杂,可以借鉴德国的做法,通过有关法律规定三方的权利和责任,使医疗保险的运作过程符合法律规定,并保证医疗保险的顺利进行^[42]。在新型农村合作医疗制度试点取得成功并进入全面推进普及的时候,应该尽快研究新型农村合作医疗制度的立法问题,使新型农村合作医疗制度依法运行,合作医疗机构、医疗服务供方和需方,按照法律规定履行权利和义务,有效控制医疗费用,使有限的卫生资源得到合理的使用。

第六章 新型农村合作医疗费用控制的对策

§6.1 政府管理方新型农村合作医疗费用控制的对策

医疗保险领域涉及到复杂的关系。世界各国社会医疗保险系统的基本构成是医疗机构、保险方、被保险方和政府形成三角四方关系。医疗机构、保险方、被保险方具有费用支付关系，而政府采取经济、法律、行政等手段介入其中时，政府实际上处于领导地位^[43]。因此，政府的规制对于社会保险的顺利改革和费用控制的效果起着非常重要的作用。新型农村合作医疗制度的目标是政府为了解决农民“看病难，看病贵”，缓解农民“因病致贫，因病返贫”的问题，在新型农村合作医疗制度建设中，已经非常清楚的明确了由政府主导，合作医疗管理机构是代表政府行使经办管理职责。因此合作医疗管理方指各级政府和政府相关部门、合作医疗管理经办机构。

6.1.1 改革卫生事业财政投入机制，实行非营利性医院收支两条线管理

哈佛大学的托尼教授通过对“中国改革中变化的政府角色”研究认为，私有化或公私合营机构可能适用于某些服务业，如高档的城市医疗保健，但贫困地区的治疗保健很明显应由政府来供给；防疫保健则更是一个相当不同的领域，它显然是一个具有较大外部性的公共物品，目前在中国供应不足，并且不论私人部门和市场发展到什么程度也不会提供。在我国农村卫生市场，无论是具有一定私人产品性质的治疗保健还是具有较强公共品性质的预防保健都应该由政府主导提供^[44]。

改革当前农村卫生事业的财政投入主要依靠地方政府的投入机制，实行中央和地方按比例共同投入的机制，强化中央和省级政府对农村卫生事业建设的责任，建立政府对医疗卫生机构稳定的经常性的投入机制。研究公立医院科学的收支管理制度，实行公立医院收支两条线的财务管理制度，在机制上切断医疗机构的运行主要靠向群众就诊收费维持和开大处方、卖贵重药等追求收入的现象发生。每个乡（镇）建设一所非营利性的卫生院、每个县至少有 1-2 所大型完全国有的非营利性综合医院，由县卫生局直接统一管理，实行收支两条线，纳入县级卫生财政预算。财政拨款要保证非营利性医疗机构建设基金和至少 80%以上日常业务支出的需要，另外的 20%业务经费可以通过提供医疗服务收费来解决。

6.1.2 建立农村三级医疗网络，实行社区医院首诊和住院转诊制度。

针对当前我省医疗资源配置的无序、失衡和低效状况，政府应利用行政、经济和法律的杠杆和手段进行有效调节，引导城市医疗资源向农村流动。

根据服务半径、人口数量、地理环境、距离条件和交通状况等，按照方便群众、便于管理、体现公平、节省费用的原则，打破行政区划，合理配置农村卫生资源，建立县（区）级、乡、村（街道）社区紧密联系的农村三级医疗网络。将农村三级医疗网络的建立与城乡医疗资源布局进行统筹规划，对三级医疗机构分别进行功能定位。乡镇卫生院和社区医院主要承担辖区内居民的计划免疫、健康管理、预防保健，常见病、多发病的首诊和大病发现、转诊职能；县市大医院承担重要、疑难疾病的诊断和治疗，新医学技术的研究及临床应用。乡镇（社区）医院与县市大医院通过“双向转诊”，实现病人合理分流，同时合理配置、共享一个城市或一个区域内的医疗卫生资源。当前特别要保证每一个乡镇都有一所设施及科室较齐全的中心医院，每一个村都有一所配备全科医生的卫生站（所）。实行医疗机构的城乡共建、乡村共建制度，鼓励城市卫生技术人员通过定点派驻、定点轮换或参加巡回医疗服务等形式，到农村卫生医疗机构服务，每次连续服务时间不少于 1 个月，以此带动农村医务人员的技术培养和素质提高。

建立乡镇和社区卫生院首诊和住院转诊制度，控制参保农民择院现象，实现病人对不同级别医疗机构的合理利用。政府应鼓励各县创造条件，试推行乡镇卫生院和社区医院“首诊制”，探索建立乡镇卫生院、社区医院与附近大医院的“双向转诊”制，努力实现医疗资源的合理配置，方便居民在社区看小病，发现大病症状向临近大医院转诊，减少患者辗转求医的环节和花费。鼓励乡镇卫生院、社区医院首诊制，有利于加强社区卫生服务力量，不会造成社区医院与大医院之间的病人竞争；而且，通过住院转诊制度，可以控制参合农民倾向选择大医院和过度治疗的现象，实现病人的合理分流，理性利用医疗资源和节省合作医疗补偿支出。

6.1.3 加快我省新型农村合作医疗制度地方立法

建议省人大组织对我省新型农村合作医疗制度的地方立法进行调研，出台《湖南省新型农村合作医疗制度实施办法或条例》，为我省全面普及新型农村合作医疗制度提供法律保障。以地方法规的形式明确各级政府及政府相关部门、各级合作医疗管理经办机构、参合农民和定点医疗机构等各方主体在新型农村合作医疗制度建设和运行过程中的责任、权利、义务，以及各主体的相互关系，特别是在费用控制方面的各方职责；明确新型农村合作医疗制度实行强制参保；明确定点医疗机构的规范管理和监管办法、违规处罚等。

6.1.4 尽快调整制定我省新的医疗服务收费标准

政府应运用医疗价格政策对医疗服务市场进行宏观调整，以引导公众的医疗消费，调整医疗收入结构，控制不合理收费，促进医疗卫生事业的良性发展。我省现执行的还是上个

世纪的医疗收费标准，根本不能体现现行医疗技术的价值，导致医疗单位药品收入比例偏高和不合理收费现象突出。医疗服务价格调整内容包括以下几个方面。

①逐步提高医疗劳务性收费标准。如：挂号费、诊疗费、护理费、手术费、住院费等。

②适当降低大型医疗仪器设备的检查、治疗的收费标准。

③降低药品价格，减少药品销售的中间环节，规范药品市场。

④结合医院分级管理，实行按级分等收费。

⑤放开特需医疗服务的价格，按完全成本收费。

对医检设备的使用应做出规定，并由相关部门对各种设备使用每人次做出合理定价。对患者应根据病情是否需要决定是否用医检设备检查。医生可提出进行某项检查的意见，应由院方审查批准后方可使用设备。是否进行某项检查(特别是费用昂贵的)，应征求患者个人的意见，征得同意后再进行。

§ 6.2 需方新型农村合作医疗费用控制的对策

6.2.1 实行以行政村为单位参保

新型农村合作医疗是以家庭为单位自愿参保的，这已经突破了个人投保的局限性，但由于家庭成员具有共同利益，对克服逆向选择的效果并不是很明显。特别是，目前我省农村外出打工人口多，这些人都是青壮年劳动力，身体健康，他们中有一大部分没有参加合作医疗，使得以实行家庭参保的原则流于形式，克服逆选择的效果不好。因此，建议最好以行政村为单位参保。同村的村民之间对各自的身体状况、医疗需求都比较清楚，可以较好的制止村民在参保时的逆向选择。

6.2.2 科学合理设计合作医疗补偿方案，控制过度 and 超前医疗消费行为

医疗费用意味着医疗（各类检查、非药物治疗手段等）和药品费用。医疗费用=价格×数量，说明了人均医疗费用水平取决于不同级别医疗机构、各种服务的利用频度、次数和次均费用。因此，在医疗费用控制中，不单纯是控制药品费用的不合理支出，同时需要控制不合理的检查、不合理的非药物性治疗手段的应用；又由于在不同级别医疗机构费用水平存在差异，因而引导病人的合理流向成为控制医疗费用的重要方面。

过度医疗消费是指合作医疗参加者过度利用医疗服务，主要反映在要求医生多检查、多开药，将应门诊治疗的疾病转为住院治疗等。

超前医疗消费是指合作医疗参加者超越合作医疗的保障水平，不适当地要求利用“高

档”服务，如常规检查可以确诊的，非要求用高精尖设备检查不可，基本药物能解决的非要用高档、进口等药品，县域内定点医院可以治疗的非要转往县级以上医院治疗等。

对以上两种医疗消费行为要科学合理设置起付线、补偿比和封顶线，使参合农民就诊时由个人承担部分费用，以提高参合农民的医疗费用意识，利用经济的激励引导参合农民正确消费，抑制过度 and 超前医疗行为，减少浪费。

(1) 采取医疗机构级别越高，起伏线和自负比例越高的方式设计补偿方案，进行补偿，引导参合农民合理利用卫生服务，促进参合农民利用基层医疗卫生机构的服务。

(2) 制定合作医疗基本药品目录和基本诊疗项目目录，明确除外责任和补偿封顶线。

(2) 采用超过限制住院日费用自负、基本药物目录外药品自负、诊疗项目目录外项目自负等各种手段引导农民合理利用卫生资源。

(3) 采取对不同人员、不同服务项目实行不同补偿比例的方式补偿，既控制费用，又能满足不同人群的需求。如设立慢性病特殊病门诊统筹，对门诊费用实行定额补偿、对住院平产实行定额补偿等。

§ 6.3 供方新型农村合作医疗费用控制的对策

6.3.1 建立多方位的定点医疗机构监管机制

(1) 制定《湖南省新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》。对定点医疗机构实行资质认定和动态管理制度，强化卫生行政部门对医院的管理监督职能，对定点医疗机构实行分级管理。《定点医疗机构管理办法》要明确定点医疗机构资质认定条件、诊疗行为的规范和要求，费用结算管理和违规处理办法，明确各级卫生行政部门和合作医疗管理机构的监管职责。对定点医疗机构实行省市县三级卫生行政部门分级管理，分级监管。严格控制住院费用中自费项目费用的比例，以市县为单位，乡镇卫生院住院控制在 5% 以下、县级医院 15% 以下、地市、省级三级医院控制在 30% 以下。

(2) 建立医疗行为的考评制度。结合实际制定湖南省各级医疗机构的行为规范标准，根据湖南疾病发病情况，制定湖南省常见病、多发病的诊疗流程规范；制定各级各类医院药品和医疗费用的控制指标，进行年度考评和监管。对服务行为不规范的医疗机构和医务人员进行监管和处罚，对有严重违规行为的要提出警告直至取消定点资格。。

(3) 建立定点医疗机构监督审核制度。对定点医疗机构审核监督是费用控制的重要环节。美国医疗保险部门对每年 16 亿张单据都逐一审核，其中一般有 1%—1.25% 左右的单据被认定为过度提供服务而予以处置。各国对医院违规行为的处理都非常严格，处罚方

式包括：警告、罚款、取消资格等，其中取消定点医院资格的作用最大，因为这意味着该医院将失去主要经济来源而无法生存。在新型农村合作医疗试点中，各地对审核制度进行了大量的探索，采取了各种策略保证审核材料的真实性、服务提供和费用的合理性。采取的策略如：事前、事中和事后审核相结合；床头病人确定与住院报告制度相结合；病历医嘱抽查核对；重点项目调查制度；费用支付复核验收制度；特殊项目费用拨付审批制度；网上审核、现场审核与电话审核相结合等多种方式。定点医疗机构的费用审核还要结合对医疗机构服务质量的进行监督，以促进医疗服务质量的提高和费用不合理增长的控制。

6.3.2、建立医疗服务信息发布制度

在卫生服务过程中，供需双方的信息不对称和医疗经营的暗箱操作是造成医疗行为不规范、道德损害屡屡发生和医疗费用恶性膨胀的主要原因。所以，在合作医疗运行过程中，应该建立定点医疗机构服务信息发布制度，以此来解决医患信息不对称的问题。信息发布可以分为医院之间和医院内部。医院之间的信息发布主要有卫生行政部门或合作医疗管理机构来负责和运行，按月或按季度定期对定点医疗机构的服务质量、服务态度、服务效率、服务满意度和收费标准（住院次均费用、平均床日费用、合作医疗可报费用比例等）进行审查和评价，把结果定期发布在新闻媒体或合作医疗网站上，以供参合农民选择医院就医，对各定点医疗机构形成强有力的竞争压力。医院内部的信息发布主要是医生及各自医疗专长的介绍，以及住院费用一日清单的发布，以此来增加医院服务和收取费用的透明度，以抑制不合理费用开支。除此之外，药品信息的发布也是这一制度的内容。药品信息的发布由卫生和药监部门合作进行，定期向社会公布各大医院的药品总体价格水平、集中采购药品所占比重、药品招标前后价格对比等有关信息，并把各医院和药店主要药品的价格信息，如出厂价、批发价、零售价等编印成册，以供合作医疗管理机构和参合农民使用。

6.3.3 实行大型医疗设备配置审批制度。

高精尖医疗技术的使用和普及是当前医疗费用快速上涨的原因之一。新的医疗技术大大拓展了诊疗的疾病范围，并提高了医疗诊治的准确性，但高新医疗技术应普及大大提高了医疗费用在我国目前一些大城市高新医疗设备人均拥有率已经超过了发达国家，超过了我国经济发展水平。特别是高新医疗设备的滥用，大大加重了患者的医疗费用负担。如何适应我国经济发展水平来配置和使用高新医疗设备，这是国家应该从宏观上对其进行规划和控制的。政府应对医疗设备和器械检查过度的供给采取限制性措施。一是对医疗服务机构实行医疗设备和器械的“误用”赔付制，参照世界和全国某类设备和器械检查的显阳性率分别制定“误用”赔付标准。例如，当器械检查的显阳性率仅为 30%、甚至 10%时（国际平均

水平为 50%)，应该认定为“误用”，医疗保险、合作医疗管理机构有权拒绝付款，拒付部分的费用由医疗卫生机构和医务人员承担。二是对部分医疗设备和器械试行“内部使用外部化”，县以医疗机构的大型医疗设备由县级合作医疗管理经办机构（社会医疗保险）投资采购，交由医院使用，合作医疗管理机构在兼顾医务人员劳务和报酬的基础上制定合理的收费标准，并委派专人进驻医院对医疗设备和器械的检查实行“收费单列”，从根本上切断医院的利用与医疗器械供给量之间的直接联系。

6.3.4 实行乡村医疗卫生机构药品统一招标采购。

乡镇卫生院和村卫生室由于医疗设备差和技术水平低，导致药品收入占业务的比重高达 70% 以上，相当一部分乡镇卫生院和村卫生室基本上以卖药为主，靠药为生。因此，降低农民的医疗费用，必须从降低药品价格入手。目前，药品统一招标采购是降低药品价格的重要手段，特别是乡村两级医疗卫生价格降低药品价格很有价值。要在总结市县以上医院药品统一招标采购的基础上，将乡镇卫生院和村卫生室的药品纳入招标采购或跟标采购范围，由乡镇卫生院统一计划，县市医疗单位统一招标，由卫生院按中标价组织供药，以规范乡村医疗价格的购药渠道和行为，保证药品质量，降低药品价格。

6.3.5 构建多层次复合式的支付方式

合作医疗管理机构应把供方即医疗机构的控制作为费用控制的重点，而合作医疗管理机构对供方的费用支付方式直接影响着供方的行为，是控制医疗费用的阀门。因此，实施完善合理的支付方式是控制新型农村合作医疗费用风险的突破口和关键点。支付方式是当前各国进行医疗机构费用控制改革的重点。涉及三个方面的关键问题：谁承担经济风险？医疗服务提供者所面临的激励机制是什么？所导致的结果是什么？支付方式通过经济风险承担者的转换，影响定点医疗机构服务行为，从而有效服务成本控制、服务提供效率、服务公平性、服务质量及合作医疗的可持续发展，也必将影响到卫生服务系统的最终绩效。

任何一种支付方式都有优缺点，没有一种完美无缺的支付方式，因此避免单一支付方式的弊端，构建多层次复合式的支付方式，应成为现阶段我省新型农村合作医疗的费用支付方式改革的方向。针对门诊医疗费用与住院医疗服务确定不同的支付方式。门诊结算可采用按实支付或按服务单元支付，如门诊血液透析。住院费用的支付可采用总额控制下的按病种付费和按住院人头付费。

科学的复合式付费方式是以“就诊人头”为核心，以“总量控制”为基础，并融合按服务项目付费和按病种付费的方式。就诊人头就是某一医院在一个结算期内，所提供的医疗服务对象的数量，即有多少名参合患者曾经选择该医院就诊。“对于一名患者来说，一个结

算期内可能在多所医疗机构就诊，也可能在一所医疗机构就诊多次”^[28]。工作量控制的好坏与否决定着医疗费用控制的成效，而“就诊人头”则能最客观的反映工作量这一指标。医疗机构主动采取措施来防止合作医疗证的冒用，避免人头的减少、人次的增多和有效工作量受到影响。为了防止因为增加工作量而得不到完全补偿，医疗机构会加强成本意识，用经济、合理的手段治疗病人，以此来控制平均费用，并提高合作医疗费用的使用效率。

对年度内参合农民的医疗费用实行总量控制就是将当年所筹集的合作医疗基金，扣除风险储备金、各医疗机构的医疗费用、外地就诊医疗费用等费用，其余的作为各定点医疗机构的本年度医疗费用控制使用。每年医疗费用定额结算标准的确定，均以上年定额结算标准为基数，综合考虑当年可筹基金等因素，统一测算制定。同时，对定点医疗机构参合农民就医的业务工作量（含门诊、住院）进行年度控制；以上年度的实际工作量为基数，扣除不规范医疗行为工作量，加上自然增长额工作量，作为当年控制目标。医疗费用总量控制指标和工作量控制指标，均在年初一次性确定，分四个季度下达给各定点医疗机构。凡发生超过总量控制指标部分的医疗费用，合作医疗管理机构不予支付，低于总量控制指标的按实际结算。但是要注意对不同级别和类别的医院制定不同的结算标准，并适当拉开档次。

总额预算的几个主要指标及统计方法：

(1) 总医疗费用 = 门诊诊疗人次 × 门诊平均人次费用 + 出院人次 × 住院平均人次费用

(2) 门诊诊疗人次：按期内电脑挂号数统计；出院人次：按期内出院结帐人数统计

(3) 门诊平均人次费用 = 期内门诊总费用 / 期内门诊诊疗人次；

住院平均人次费用 = 期内出院者总费用 / 期内出院人次

(4) 门诊就诊人头数：按期内门诊就诊合作医疗卡量统计

(5) 每百门诊就诊人头出院人次 = 期内出院人次 / 期内门诊就诊人头数 × 100%。这是判断门诊人次、出院人次是否真实有效的关键指标，只有在预算范围内的工作量才能算是进行决算有效的工作量。

(6) 门诊平均人次费用上下限：按门诊平均人次费用上下各 5% 的幅度来确定。这是用来判断合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费的指标^[45]。合作医疗管理机构与定点医疗机构在年初签订当年结算合同，并按合同履行双方的责任和义务。根据当年实际发生的门、急诊总人次及出院总人次数，在总量控制指标内按定额结算标准进行结算。合作医疗机构在每个月月底前按定点医院打卡实际发生数支付上个月医疗费用。

支付方式是一个复杂的问题，不存在唯一“正确”的支付方式，同时支付方式能否有效

还取决于特定支付方式赖以生存的社会、经济环境等其他因素。要消除某单一支付体系的负面效应而保留综合优势，将各种支付方式进行优化组合，组合方式可以分为几种类型：

第一，对不同的定点医疗机构实行不同的补偿计划。如匈牙利，对医院采取按病种补偿，初级保健医生则采取按人头预付方式。在加拿大对医院通过总额预算支付，控制了卫生费用，而对初级保健医生则以服务价格补偿。

第二，对某一定点医疗机构采取混合的支付方式。比如医院可以一方面通过总额预算对其固定成本进行补偿，另一方面可以通过按病种或服务项目来对其变动成本进行补偿。如德国，对医院制定总额预算目标，而实际的补偿方式是按服务项目支付，但通过总量控制可以使总费用不超过总额预算目标。

第三，根据不同类型的服务采取不同的支付方式。乌拉圭提供了一个根据服务类型制定的混合补偿模式，大多数人由类似美国 HMO 的私营组织提供服务，包括广泛的预防、门诊、急诊和住院服务。同时政府建立了一个全国性的基金对昂贵的高新技术服务依据价格进行补偿（如血液透析、肾脏移植），这类服务不包括在私营组织保险服务中，以减少风险。

第四，对不同的病种采取不同的支付方式，如对于住院分娩、阑尾炎治疗等疾病可以采取按病种付费，而对其他疾病采取单元付费或按项目付费的方式进行。

总之，要采取以“就诊人头”为核心，以“总量控制”为基础，并结合多种支付方式的复合式支付方式，使参合农民树立节约意识，使医疗机构不断降低医疗成本，提高医疗质量，改进服务态度，用较低廉的费用，为参合农民提供高质量的医疗服务，并以此来创造更多的收益；使医疗机构进行科学、高效的管理，减小合作医疗基金的压力，使整个合作医疗运行系统处于一个良性循环之中，并保证实现新型农村合作医疗的宗旨和目标。

第七章 个案分析

——湘潭县单病种付费制度的实践

单病种付费能同时激励控制医疗费用和提高医疗质量,有着其他费用支付方式不具备的优点,但是单病种付费实施环境要求高,操作难度较大特别是在农村医疗机构。本章对湘潭县实施单病种付费的实施情况进行分析,对在新型农村合作医疗地区开展费用支付方式改革方面有实践意义。

§7.1 基本情况

7.1.1 湘潭县新型农村合作医疗实施情况

湘潭县位于湖南中部地区、湘江下游西岸,全市现辖 22 个乡镇,756 个行政村、总人口 115 万人,其中,农业人口 103 万人。2006 年实现 GDP89 亿元,完成财政总收入 4.5 亿元,农民人均年收入 3058 元。于 2005 年启动新型农村合作医疗试点工作。

2005 年参合农民为 41.83 万人,参合率 46.35%,筹集资金 1150 万元,全年有 22130 人次参合农民获得 795 万元住院医疗补偿,人均补偿 359.24 元,住院补偿率为 17.7%,合作医疗基金使用率为 69.13%。

2006 年参合农民为 67.5 万人,参合率达 74.79%,较上年提高 28.45 个百分点,筹集合作医疗基金 3374.91 万元;全年有 4672 人次的参合农民共得到了 3004 万元住院医疗补偿,人均补偿 604 元,其中有 24 人获得了 15000 元的封顶补助,参合农民住院费用的补偿比为 28.52%,较上年提高了 10.82 个百分点,合作医疗统筹基金使用支付率为 90.79%。

湘潭县实行的是保大病模式,对住院费用和慢性病特殊病的大额门诊医疗费用给予补偿。补偿报销方式实行在定点医疗机构垫付方式。费用支付方式实行后付制、以及按服务项目付费。2006 年开展引入单病种付费,实行单病种付费和服务项目付费的混合付费方式。各级医疗机构住院补偿的起付线、补偿(报销)比例以及封顶线的设置情况(见表 16)

表 7-1 湘潭县 2005、2006 年合作医疗住院补偿起付线、报销比例和封顶线设置情况表

	起付线（元）			补偿报销比例%			封顶线 （元）
	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院	
2005	200	500	1200	40	30	20	5000
2006	0	200	1000	55	45	30	10000
2007	100	300	800	55	45	30	15000

7.1.2 单病种付费具体做法

湘潭县 2005 年 1 月 1 日启动新型农村合作医疗试点，2005 年 6 月开始做单病种定额付费制度的基线调查，从 2006 年 1 月 1 日开始实施单病种定额付费制度。

(1) 选择单病种

选择单病种的条件：一是病种发生率高，占医疗机构费用比重大；二是诊疗技术成熟，有利于费用控制。

基线调查：通过对全市开展单病种制度以前两个自然年度 161 个病种、35548 人次农民住院疾病普进行排序，重点选取位次靠前的常见病、多发病，且治疗技术成熟，有利于费用控制的外科、妇科、五官科等 9 个病种 14 个分类开展试行。选择的病种覆盖病例数占调查病例总数的 13.8%。

表 7-2 单病种基线调查疾病谱及数量、比例

病种名称	疾病普排序	数量	所占比例（%）
阑尾炎	5	1168	3.3
胆囊结石及胆囊炎	9	1043	3
泌尿系结石	10	975	2.8
子宫肌瘤	21	416	1.2
腹股沟疝	24	398	1.2
宫外孕	30	315	0.09
附件囊肿	40	242	0.07
锁骨骨折	46	202	0.06
青光眼	71	120	0.04
合计（9 种）		4879	13.8

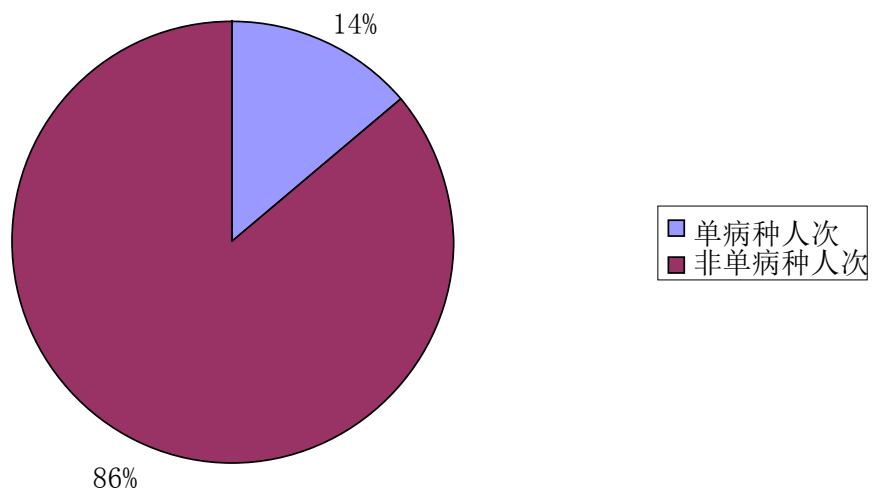


图 7-1 单病种付费制实施前单病种人次占基线调查总人次的比例

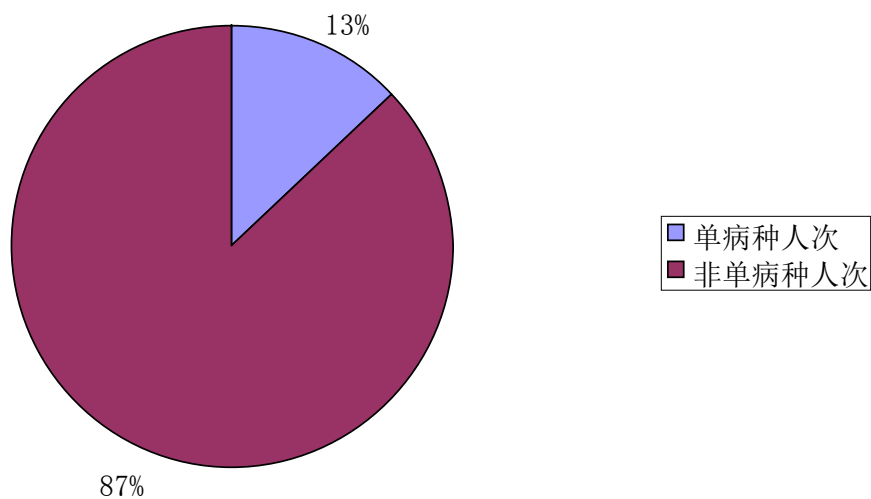


图 7-2 单病种付费制实施后单病种人次占实际出院人次的比例

(2) 确定费用总额、补偿额和自负额。

定额标准的制定是实施单病种定额付费的技术关键，涉及医疗机构、参合农民和合作

医疗基金三方利益。先将 14 个病种分布市、乡镇两级医疗机构情况进行汇总分析，确定相关病种的定额总额标准。

[某单病种住院费用（元）－不合理的费用（元）（检查费、药费等）＋物价应收医院未收费用（元）×物价指数]÷某单病种住院人数

不合理的费用：主要指在本次住院中不应当使用的药品费用和检查费用。

物价应收医院未收费用：指在实施新型农村合作医疗以前，部分医疗机构出于不正当竞争，将有些正当的、反映医务人员劳务价值的项目如诊疗费等未收取。

合作医疗补偿、个人付费的定额标准确定，一方面参照现行合作医疗方案的补偿标准，一方面适当调整市级和乡镇两级医疗机构的差距，引导病人合理分流。

表 7—2 湘潭县新型农村合作医疗住院部分病种定额付费目录及标准（单位：元）

病种名称	市级定点医疗机构			乡镇卫生院			备注
	医疗 费用 最高 限额	合作 医疗 补偿 金额	患者 自负 金额	医疗 费用 最高 限额	合作 医疗 补偿 金额	患者 自负 金额	
急、慢性阑尾炎	1200	400	800	1000	600	400	手术治疗
急、慢性阑尾炎并弥漫性腹腔膜炎	1400	450	950	1200	700	500	手术治疗
胆囊结石及胆囊炎	2500	900	1600	2300	1350	950	手术治疗
胆囊结石及胆囊炎	4300	1600	2700				腹腔镜手术
泌尿系结石	1500	500	1000	1400	800	600	体外碎石
泌尿系结石	2500	750					腔内碎石
子宫肌瘤	2300	850	1450	1800	1050	750	剔除术
子宫肌瘤	2400	900	1500	2200	1250	950	子宫次、全切
腹股沟疝（小儿）	900	300	600	800	500	300	手术治疗
腹股沟疝（成人）	1000	350	650	900	550	350	手术治疗
宫外孕	1900	700	1200	1600	1000	600	手术治疗
附件囊肿	1500	550	950	1000	600	400	手术治疗
锁骨骨折（单侧）	2000	700	1300	1300	800	500	切开复位＋内固定
青光眼（单侧）	1200	500	700	1000	600	400	手术治疗

从县乡两级单病种定额标准和从 2002 年 10 月 1 日到 2004 年 9 月 30 日一年半的单病种平均费用进行比较的情况，可以看出，各级医疗机构的定额标准普遍低于前两年的费用平均值，为降低参合农民住院次均费用提供了空间。

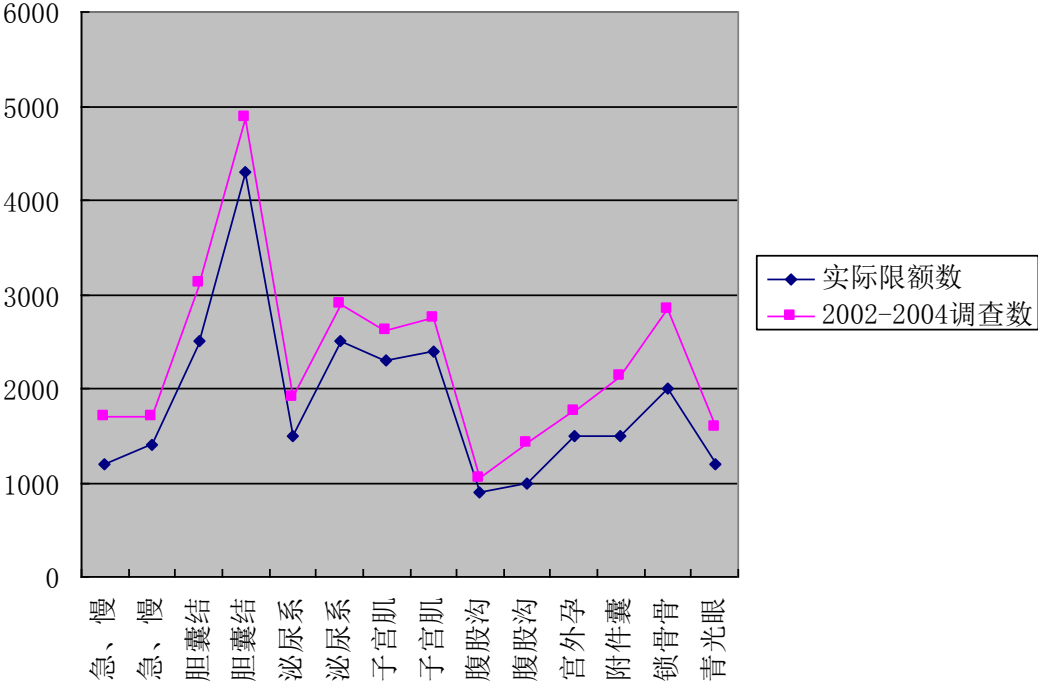


图 7-3 单病种实际限额数与基线调查数据比较图 (单位: 元)

表 7-4 单病种实际限额与基线调查数对照表 (单位: 元)

病种名称	实际限额数	2002 至 2004 调查表
急、慢性阑尾炎	1200	1709.73
急、慢性阑尾炎(并弥漫性腹膜炎)	1400	1709.73
胆囊结石及胆囊炎	2500	3115.4
胆囊结石及胆囊炎	4300	4872.81
泌尿系结石	1500	1901.53
泌尿系结石	2500	2896.07
子宫肌瘤	2300	2614.1
子宫肌瘤	2400	2751.03
腹股沟疝(小儿)	900	1051.37
腹股沟疝(成人)	1000	1426.83
宫外孕	1500	1766.11
附件囊肿	1500	2131.44
锁骨骨折(单侧)	2000	2843.29
青光眼(单侧)	1200	1580.71

在补偿方式上实行医疗机构现场垫付制。参合农民因单病种住院，核实后只交自付部分后住院。在没有集中审核时，医院合管科或乡镇合管办把病人的资料报到县合作医疗管理办公室，经审核认为属于单病种，把补偿费用拨付到定点医疗机构。

(3) 确定监管的条件和措施

监管条件：超限额部分全部由医疗机构承担，一年来，累计核减超标准费用 4.5 万元；监管医疗服务质量，不得在门诊购药、检查和缩短住院日。

监管措施：县合作医疗管理办公室做好审核工作，保证审核材料的真实性、准确性、完整性，遇到特殊情况特殊对待。进行单病种质量管理。主要以病种为单位，定期抽样检查、进行统计评价。主要评价指标有例均住院日、费用构成、临床疗效、患者满意度等。做好公示工作。一是定期向社会公布单病种定额付费的政策和制度以及修订情况；二是要求每个月把单病种病人的报销情况公开，某个镇有多少人在乡镇卫生院就诊,在市级医院就诊,花费情况、报销情况都要公示；三是建立举报渠道，设立举报箱，公布举报电话，对提出的举报的问题进行查处，并公布处理情况。

7.1.3 单病种付费实施结果

自 2005 年 6 月 1 日至 2006 年 6 月 1 日，实施该制度一年来，对加强医疗费用控制和医疗行为规范收到良好效果。

表 7-5 湘潭县 2003—2006 年单病种与非单病种平均费用比较（单位：元）

	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
单病种	1688	1720	1855	1830
非单病种	1586	1705	1847	2608

上表显示，从 2003 年到 2006 年，单病种平均费用上涨幅度较小，但是非单病种平均费用 2006 年与前三年比较有较大的增长。

实施单病种付费后，湘潭县级医疗机构例均住院费用明显降低，乡镇卫生院例均住院费用较上年同期下降 2.7%。

§7.2 评析

1、单病种定额付费制对新型农村合作医疗费用控制具有较好的作用。湘潭县实施单病种付费后，同一病种费用水平较实施单病种制度前下降 12.19%，仅此一项，为参合农民

减少医疗费用支出 37 万元。同时，由于患者的医疗费用在住院时就已经固定，患者有了自主选择的权利，在不同级别的医疗机构之间服务档次有了差别，形成了竞争机制。促使定点医疗机构重视了技术实力的提高和服务态度的改善，关注了降低成本、讲求效益等精细化管理，遏制了医院不合理检查、不合理用药、不合理收费的行为。从而，有利于对定点医疗机构费用控制和监管。通过调查统计，阑尾炎术前住院天数在实施单病种定额付费制度后，由之前的例均 2.07 天下降至目前的 0.67 天。在保障服务质量的前提下，少住一天院，少花一分钱成了合管办、医院和患者三方共同关心的话题，有效地控制了医疗费用。调查表明，实施单病种付费结算简单，患者住院前医患双方都清楚知道收费的具体数量以及来源。患者入院时只交自付部分，医疗机构根据患者病情需要自主实施检查、诊断、治疗，再不得收取非自费的任何费用。患者住院不需交押金或者先垫支医疗费，住院检查治疗、报销医疗费用再不需要到任何部门申请、审批，有效控制了管理成本。

表 7—6 湘潭县县内医疗机构例均住院费用变化情况（单位：元）

	例均住院费用（元）					增长率（%）			
	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
县级	1681.98	1864.25	2080.17	1958.34	2036.18	10.84	11.58	-5.86	4.0
乡镇级	650.49	667.85	798.35	836.20	814.20	2.67	19.54	4.74	-2.7

2、湘潭县实施单病种付费过程中的问题

一是缺乏应对物价上调因素的措施。目前非营利性医疗机构因为在区域服务中的一定垄断地位和补偿机制未完全建立的情况下，一律执行物价政策规定的最高标准，即使物价文件中明确规定执行价格“不超上限，下浮不限”。从抽样调查看，湘潭县新物价政策执行后，市级医疗机构费用上升 16%，镇卫生院上升 13%，超出了农民人均收入年 10.5% 增长幅度。合作医疗管理监管无权限制医疗机构执行物价政策，形成单病种费用控制工作较大障碍。

二是缺乏相应的诊疗技术规范 and 标准制约，医疗服务难以判断是否合理。如：在阑尾炎住院费用中，手术标本病检约需 150 元，占乡镇定额的 12.5%。据相关文献资料，阑尾炎的恶变机率非常小，但医疗机构对每一份标本都要做病理检查。一方面卫生部有相关规定，另一方面是医疗保护性行为，出于医务人员的风险责任意识。没有相应的诊疗技术规范 and 标准，来衡量这 150 元的病检费是否合理支出。

三是同一病种在县、镇两级医疗机构制定不同定额标准，差距不大，没有发挥引导病

人合理分流的作用，导致病人合理分流状况不理想。

四是乡镇卫生院服务水平和能力的限制，影响了单病种付费引导农民合理就医和减少医疗费用的作用发挥。如乡镇卫生院普遍能开展的阑尾炎住院比例明显高于县级医院，而部分乡镇卫生院不能开展胆囊手术，相对住院比例就低于县级医疗机构。

表 7-7 两病种病人分流量及定额标准对照表（单位：元）

病种名称	级别	实际住院人次	医疗费用最高限额	合作医疗补偿金额	患者自负金额
胆囊炎	市级	193	2500	900	1600
	乡镇	66	2300	1350	950
阑尾炎	市级	177	1200	400	800
	乡镇	254	1000	600	400

3、实施单病种付费制度需要改进的措施

湘潭县单病种付费实践案例表明，要使单病种付费真正发挥其激励供需双方控制医疗费用的目的，必须从以下几个方面进行完善。

(1) 应充分发挥医疗机构的积极性，最终的定额标准应广泛征求各级医疗机构意见，定额标准要平衡供需双方利益，既要使医疗机构可以接受，又要对医疗机构起到实质上的约束作用。同一病种在市、镇两级医疗机构制定不同定额标准，并且差距要尽可能拉大，引导病人合理分流。单病种定额付费制度应当同其他费用支付方式相结合。

(2) 加强对单病种付费的多方面监管。首先，充分发挥行业监管作用。与新型农村合作医疗的监管部门（如合作医疗监督委员会、专家技术组等）紧密结合，将支付方式的改革和运行、医疗质量和监控与合作医疗管理融合在一起，借助合作医疗自上而下的各种组织上、制度上的监管措施。其次是做好技术监督。合作医疗管理办公室做好审核工作，保证审核材料的真实性、准确性、完整性；进行单病种质量管理，要预先制定质量目标和质量措施，定期抽样检查、进行统计评价。三是充分发挥社会监督作用。定期向社会公布单病种定（限）额付费的政策和制度以及修订情况；开通举报渠道，制定信访制度，设立举报箱，设立并公布举报电话，对举报的问题及时调查处理，公布处理结果。

(3) 完善与新型农村合作医疗相契合的单病种管理措施

制订诊疗常规。诊疗常规包括入出院标准和治疗规范。诊疗常规能够在技术上控制每个病人医疗费用和质量，防止不该住院的病人住院、未治愈的病人出院，以及随意增减医疗项目等情况出现，是实施单病种定额付费不可缺少的技术规范。

成立医疗专业技术委员会。医疗专业技术委员会主要负责专业技术标准和规范的制定，以及一些单病种的医疗和费用纠纷的仲裁。其基本职责是：确定合作医疗基本药品目录、诊疗项目目录、定期对定点医疗机构进行监督检查，评判疑难和争议的治疗方案，随时完成其他专业技术性的工作，制定单病种的诊断标准，要制定一些治疗过程中的常规，要制定病种疗效判断，以及入出院诊断标准。

加强信息管理。一是应注意费用构成信息的收集与分析。二是合作医疗信息管理软件要满足单病种的定额式管理要求，最好达到合作医疗管理软件系统与医院 HIS 系统接口融合。在合作医疗管理数据库中，至少应该包括这几个关键项目：每一个病人实际住院费用、报销补偿费用、病人自付费用、医疗机构结余或亏损金额。这样才能够将三方的支付关系充分表现出来，便于合作医疗管理部门掌握信息，监管医疗机构，为调整定额收集必要的

（4）创造单病种付费的外部条件

单病种付费方式的实施的外部环境要求高，特别是政府的态度、卫生服务机构的功能条件等。

强势政府：任何改革离不开政府的支持和推行。按病种定额付费这种支付方式无论是在成本上或是管理上都比按项目付费要高、要难，所以首先需要当地卫生行政部门下定决心，强势推行。单病种相关技术规范应当由卫生部规章形式发布或省级卫生行政部门统一制定推行。

乡镇卫生院建设：乡镇卫生院服务能力的增强有利于吸引和挽留病人，从而降低医疗费用。合作医疗的支付方式的改革目的之一就是正确引导患者就医，令常见病和多发病尽量在乡镇卫生院解决，能够降低医药费用。所以，要使单病种付费方式在信息农村合作医疗费用控制中真正发挥费用控制的作用，必须加强乡镇卫生院的建设，使乡镇卫生院有治疗常见病、多发病的能力。湘潭县在实施单病种付费之前，2002年至2006年投入乡镇卫生院建设资金1700多万元，对全县22所乡镇卫生院进行了全面维修改造，采取多种方式培训、引进人才，乡镇卫生院专业技术人员中大专以上学历的占35%，使乡镇卫生院具备了较强的服务能力，为实施单病种付费打下了基础。

配套卫生改革：美国卫生界学者指出：DRGs—PPS是控制医疗费用方法中的一种，并不能解决医疗费用膨胀中的所有问题，只有在其他政策与措施配套和完善的条件下，才能充分发挥其作用。新型农村合作医疗实施单病种付费所涉及的具体改革内容有：

分配制度改革是重点。目前医疗机构实行的科室成本核算与医生个人奖金收入挂钩的

制度，就是鼓励医生多做项目，多做检查的分配方案。进行分配制度改革，就是将以前鼓励医生多做项目改变成鼓励合理检查和用药的内敛性分配方案，单病种定额付费才能发挥控制费用的作用。

②实行药品集中采购。

③对无序的卫生资源进行规划和整合。

④乡镇卫生院院长实行“三制”改革：公开竞聘制、任期目标制、风险年薪制。

⑤县级医疗机构之间形成竞争。形成医疗服务机构供方的制约机制，不仅在于支付方式和标准的确定，还需要引进医疗机构之间的市场竞争，通过市场经济规律来保持长效适度的制约力度。医疗机构之间适度的竞争，外部市场压力能够使医疗机构提高技术效率和管理效率，提高服务质量来争取市场份额和经济利益，通过引导适度竞争来形成激励机制和约束机制。所以，应不但鼓励公立机构之间的竞争，更应该把符合条件的民营医院和公立医院一视同仁的纳入合作医疗定点医疗机构，形成两类医疗机构之间的竞争，以公立医院牵制民营医院过分抬高费用的倾向，同时又通过民营医院较高的服务效率和质量促进公立医院的效率和质量改善。

结束语

通过运用理论研究、实证研究和比较研究，定性与定量分析等研究方法，并综合运用公共管理学、卫生经济学和保险学的知识，对湖南省新型农村合作医疗的费用控制进行了研究探讨，得出以下结论：

1、医疗费用控制是新型农村合作医疗健康持续发展的最重要影响因素。费用控制问题已经在一定程度上导致了新型农村合作医疗制度目标与现实结果的差异，在新型农村合作医疗制度框架建设完成后，要高度重视费用控制工作。

2、目前新型农村合作医疗费用控制中存在的主要问题是：定点医疗机构费用控制意识淡薄，费用控制措施落实难到位，县级以上医院医疗费用呈快速上涨趋势，医疗机构服务不规范行为突出；部分县合作医疗农民住院率偏高，病人流向不合理，呈上流趋势；不合理补助、造假套取资金等问题凸现，基金出现风险；定点医疗机构药品价格高的问题难以解决。

2、新型农村合作医疗费用控制的重点向需方定点医疗机构转移。

3、新型农村合作医疗费用控制主要影响因素：政府对卫生投入不足是主要因素；缺乏对定点医疗机构监管的有效机制和定点医疗机构的趋利性是医疗费用增长的重要因素。

5、国内外医疗保险费用控制经验对新型农村合作医疗费用控制有重要的借鉴意义。

6、强化政府对医疗费用控制的责任，加强政府对医疗费用控制的监管和归制，建立科学有效的定点医疗机构医疗服务行为和费用控制的监管机制，构建多层次复合式的费用支付方式，是新型农村合作医疗费用控制的重要对策。

新型农村合作医疗的费用控制是一项及其复杂的、社会的系统工程。从宏观的角度看，涉及医疗卫生事业发展与社会经济发展、人民健康水平和需要、社会及个人的经济承受能力，以及效益、公平等诸多要素；从微观的角度看，涉及政府政策、医疗保健制度、卫生系统运行机制，人口、疾病谱，甚至文化因素，触及社会的各个方面。受理论水平、实证资料以及时间等条件的限制，本文仅从微观方角度，从政府管理的角度对新型农村合作医疗费用控制进行了研究。在今后的学习和工作中还有待进一步从以下几个方面进行深入研究和完善：1、新型农村合作医疗筹资和保障水平与费用控制；2、新型农村合作医疗经济运行效益与与费用控制；3、新型农村合作医疗保障模式的选择与费用控制；4、单病种付费的实施环境和定额标准科学测算的研究；5、农村常见病、多发病的诊疗常规和流程研究等等。

致 谢

写作是一个学习的过程，一个成长的过程。有幸成为 MPA 学生，再次跨入大学的校门后，研读了所有的课程，完成了这篇论文，我最大的体会是成长的快乐。

在此我特别感谢我的导师，是她在繁重的课题研究和教学任务之余给予我悉心指导，从开题到定稿，我前进的每一步都凝聚着她的心血和汗水，她敏锐的思维、严谨的治学态度，精深的学术造诣、朴实诚恳的作风，是我终生学习和效仿的榜样。

还要感谢我的班主任，他始终关注着我的成长，细致周到的帮助和指导使我受益匪浅。

感谢所有的任课老师，他们的辛勤劳动，拓宽了我的知识视野。

感谢同班的所有同学，他们的携助和支持，让我在两年的时光中，不断收获温暖和感动。

感谢我所在的工作单位为我的学习提供了便利。

同时要感谢我的女儿，感谢她对我因学习的繁忙忽视了对她的照顾和关心所给予的理解，感谢她给予我学习莫大的支持和鼓励。我愿以这篇论文作为礼物，送给她。

还要特别感谢我的领导和同事，为我提供了很好的学习环境和条件，对我的课题研究提出了很多指导性的意见，并给予我许多鼓励。还要特别感谢我的好朋友，在我工作和学习最繁忙的时候，为我照顾女儿和家人，并为我的论文写作搜集资料提供了帮助。

感谢所有在这段成长的道路上给予我关爱的人！

2007 年 5 月于长沙

参考文献

- [1]田勇, 马振翼.医疗保险基本理论与实践.北京: 中国劳动社会保险出版社, 2003.
- [2]Gumber,A.Facets of Thailand Healthcare Market—somer Issues.Saker Indusrial Digest,1998
- [3]Arrow, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 1963,53(5):942-973
- [4]Paul.J.Feldestin Health Care Economics. Beijing:Economic and Science Press,1998
- [5]Joseph P Newhouse.Free for All?Lessons From theRAND Health Insurance Experiment.Harvard University Pree,1993
- [6]Fuchs.The Supply of surgeons and the Demand for Operations[J],Journal of Human Resources,1982,13(Supplment):35-38
- [7]林义, 农村社会保障的国际比较及启示研究[M]北京: 中国劳动社会保险出版社, 2006
- [8]胡善联, 全国新型农村合作医疗制度的筹资运行情况[J].中国卫生经济, 2004 (9): 24—25
- [9]陈健生, 新型农村合作医疗筹资制度的设计与改善[J].财经学院, 2005 (1)
- [10]李良军、杨树勤, 农村健康保健的精算体系[J].现代预防医学, 1994 (2): 58—61
- [11]邓松, 《中国社会保障若干重大问题研究》, 北京, 中国劳动社会保障出版社, 2002
- [12]赵曼, 社会医疗保险费用约束机制与道德风险规避[J].财贸经济, 2003 (2): 54—57
- [13]张奇, 中国农民的社会保障问题[J].新华文摘, 2002, (2)
- [14]王柯、张晓、沈其君, 论新型农村合作医疗费用控制.中国卫生事业管理, 2005 (9) 574—575
- [15]朱坤、程晓明、袁杰、周君鹏、姚辅汉, 灵台县新型农村合作医疗实施现状及初步评价.中国初级卫生保健, 2005, 19 (10): 12—14
- [16]王莉杨、吴妮娜、陈迎春、徐锡武、王蓉、张洪涛, 云南省禄丰县参合农民住院服务利用的公平性分析[J]中国卫生经济, 2005, 24 (11): 37—38
- [17]高梦滔、高广颖、刘可, 对云南省三个新型农村合作医疗试点县的调查报告.卫生经济研究, 2005 (10): 8—12
- [18]毕四岭、袁长海, 乡村一体化与新型农村合作医疗制度的关系.卫生经济研究, 2005(10): 32—33
- [19]胡先东, 新型农村合作医疗试点中存在的矛盾与思考.卫生经济研究, 2005 (10): 34

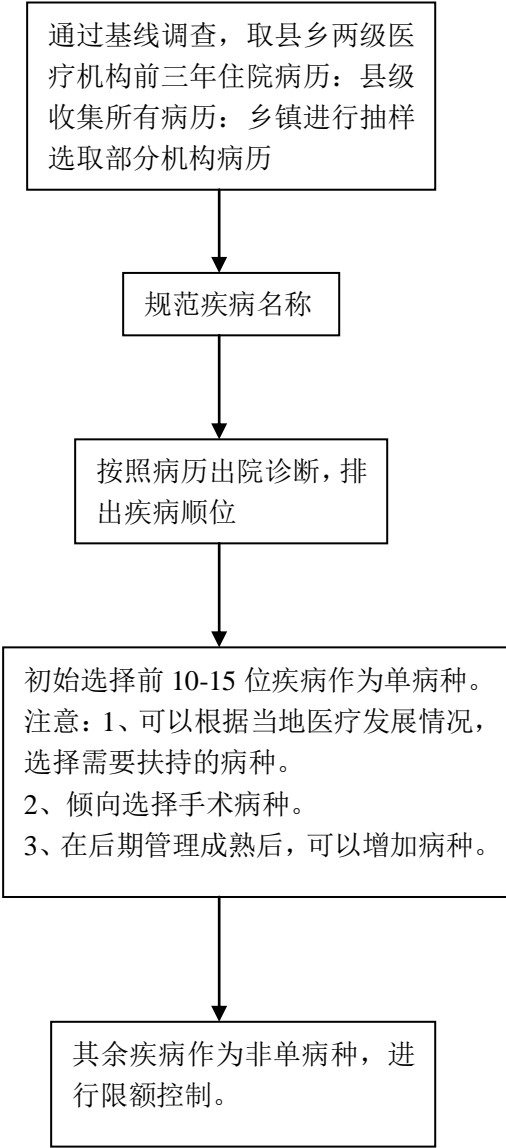
-
- [20]高旭东, 对接“两网”建设与新型农村合作医疗制度[J]中国卫生事业管理, 2005 (10): 53-55
- [21]段欲军、汪凯、夏萍, 新型农村合作医疗试点工作中的问题思考.中国卫生事业管理, 2004 (2): 112-113
- [22]刘金章, 现代保险辞典, 北京: 中国金融出版社, 2004
- [23]国务院法制办公室.新编中华人民共和国常用法律法规全书.北京: 中华法律出版社, 2001
- [24]Cuter,David M. Equality,Efficiency,and Market Fundamentals:the Dynamics of International Medical-Care. Journal of Economic Literature, 2002, 40(3):881-906.
- [25][26][27]]江里程, 林峰, 范国富等。“就诊人头”指标在医疗保险费用结算中的应用.镇江医改, 2003, 3 (119): 1-9
- [28] [29]田勇, 马振翼, 医疗保险基本理论与实践.北京: 中国劳动社会保障出版社, 2003.
- [30][31]杨燕绥, 社会保障法.北京: 中国人民大学出版社, 2000
- [32]]陈红霞, 社会福利思想.北京: 社会科学文献出版社, 2002
- [33] 弓宪文, 信息不对称下医患关系博弈分析.重庆大学学报, 2004, 4 (27): 4-5
- [34]<http://news.sohu.com/20050621/n226018447.shtml> 搜狐新闻中心
- [35]Fieldstens.P.J.health Care Economice.New York:Academic Press,1983.
- [36]艾维瓦等著, 王金龙译, 医疗保障政策创新.北京: 中国劳动社会保障出版社, 2004 (2): 112-113
- [37] 牛文光, 美国社会保障制度的发展.北京: 中国劳动社会保障出版社, 2004
- [38]Arrow, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 1963,53(5):942-973
- [39]张颜, 社会保障概论.南京: 南京大学出版社, 1999
- [40]Development of National Public Health Indicator. Australia Institute of Health and Welfare. Canberra Press, 1999
- [41]Grossman, Michael. TheHuman Capital Model of the Demand for Gealth,Working Paper,No7080,National Burel of Economic Tesearch Research,1999
- [42]Paul. J. Feldestin Health Care Economics.Beijing: Economic and Science Press,1998
- [43] Kenneth Joseph Arrow. Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care. American

Economic Review, 1963,53(2):942-973

[44][美]托尼·赛奇.中国改革中变化的政府角色[J]. 经济社会体制比较, 2002(2): 60-67121

附录 1：单病种流程图

单病种流程分图一：病种制订



单病种流程分图二：单病种定额制订

在确定单病种基础上，调查员首先要对每个病例的病案资料进行查阅，看其是否完整，对总费用中有关不适当费用予核扣，有漏费情况如床位费予以加上，再进行费用分类登记。县级医疗机构不合理费用比例一般约为 15% 左右，漏费情况基本不存在。乡镇卫生院漏费比例一般约位 20%，不合理费用情况基本不存在。

去除少数极值和物价影响，计算平均费用。得到单病种的县乡两级不同的标化平均费用。

与此同时，以医疗机构为单位，请他们根据确定的单病种拿出自己理想的定额。同样是分县乡两级。

将测算的标化平均费用与医疗机构拿出的方案进行讨论，取合理的中间值作为单病种县乡定额标准。

制订定额应注意：①要考虑当地物价指数的变化和病种住院医药费用的变化趋势，在定额相对稳定的前提下，适时微调，不要绝对化。②不同级别（一级、二级、三级医院）的医疗机构应该分别测算，或乘以不同的系数。

允许例外：遇到并发症或病情严重患者，允许视为非单病种，按比例报销，受到限额制约。
超过定额后，由医疗机承担超额费用。

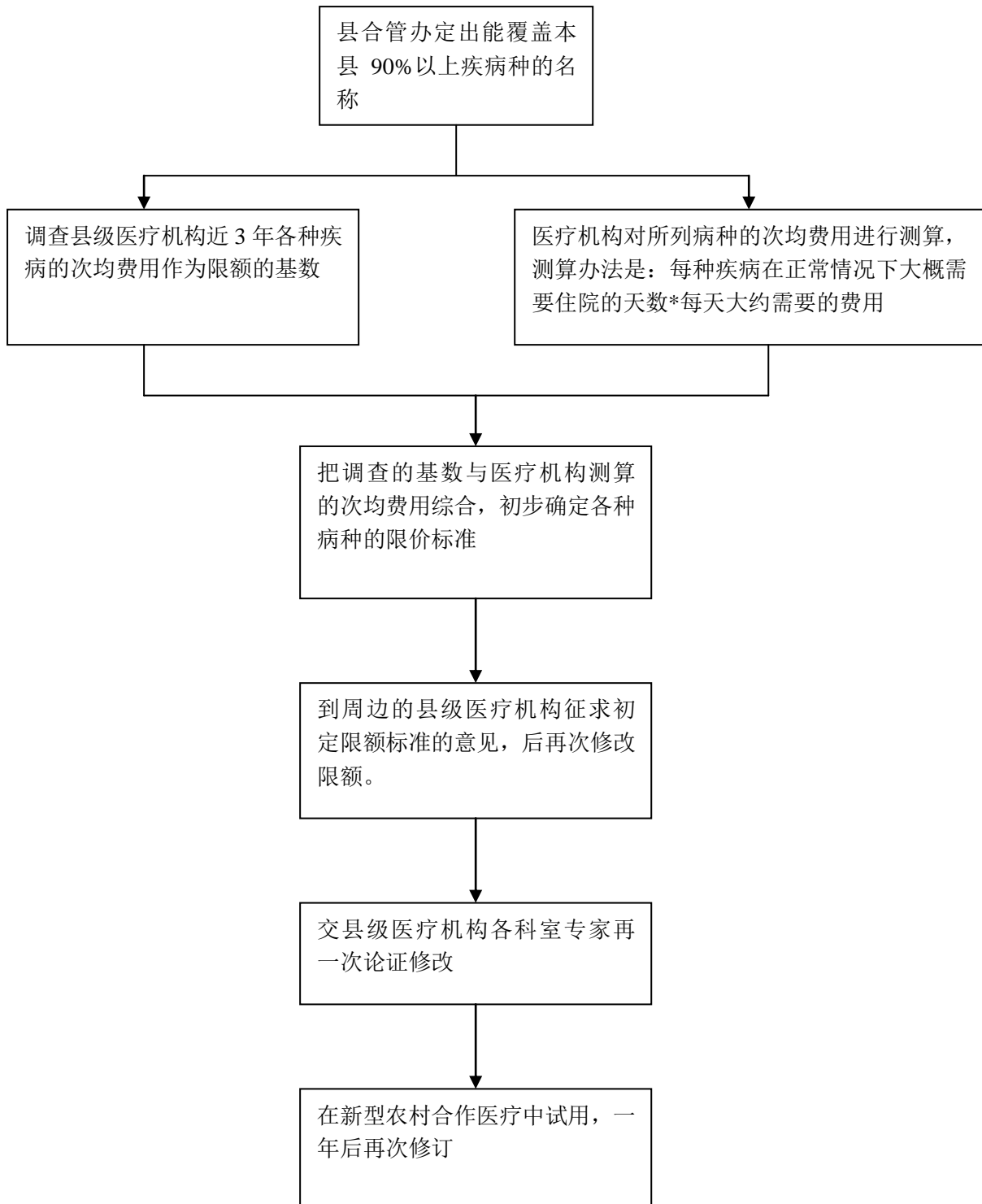
划分患者个人自付和合作医疗补助的比例

某病种定额（元）=个人自付费用（元）+合作医疗补助费用（元）

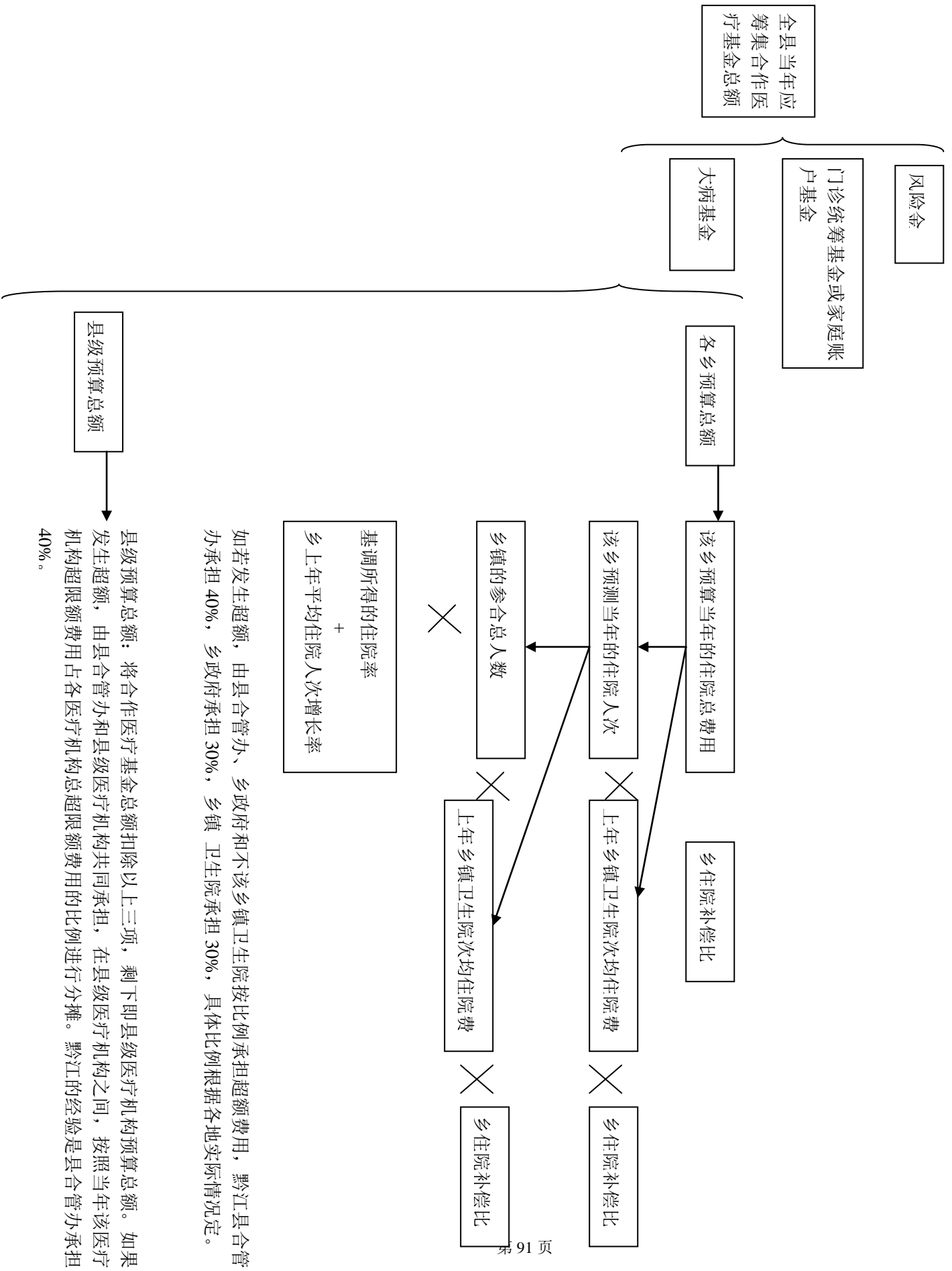
合作医疗补助比例测算：

- ① 合作医疗可补助单病种资金比例（元）=合作医疗可补助单病种资金总额（元）/单病种合理总费用（元）
- ② 合作医疗可补助单病种资金总额（元）=大病统筹基金（元）×单病种合理总费用占住院总合理费用的比例
- ③ 单病种合理总费用（元）=基调单病种合理总费用（元）+基调单病种合理总费用×风险系数（风险系数=应住而未住人数/应住院总数）
- ④ 大病统筹基金（元）=合医总资金（元）-家庭账户基金（元）
- ⑤ 某单病种的补助金额（元）=某病种费用定额（元）×合作医疗补助比例的风险基金（元）-调节基金（元）

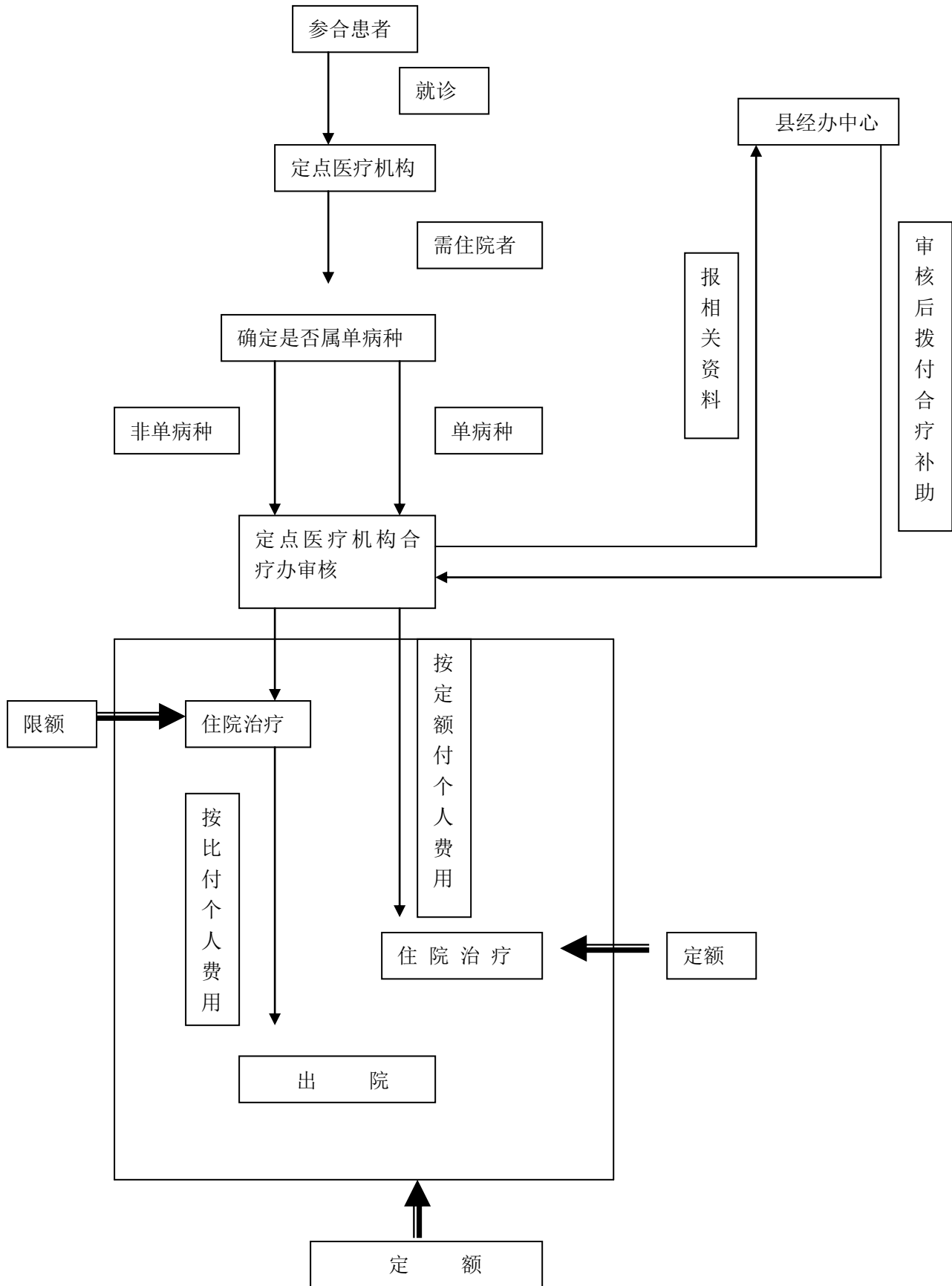
单病种流程分图二：单病种定额制订



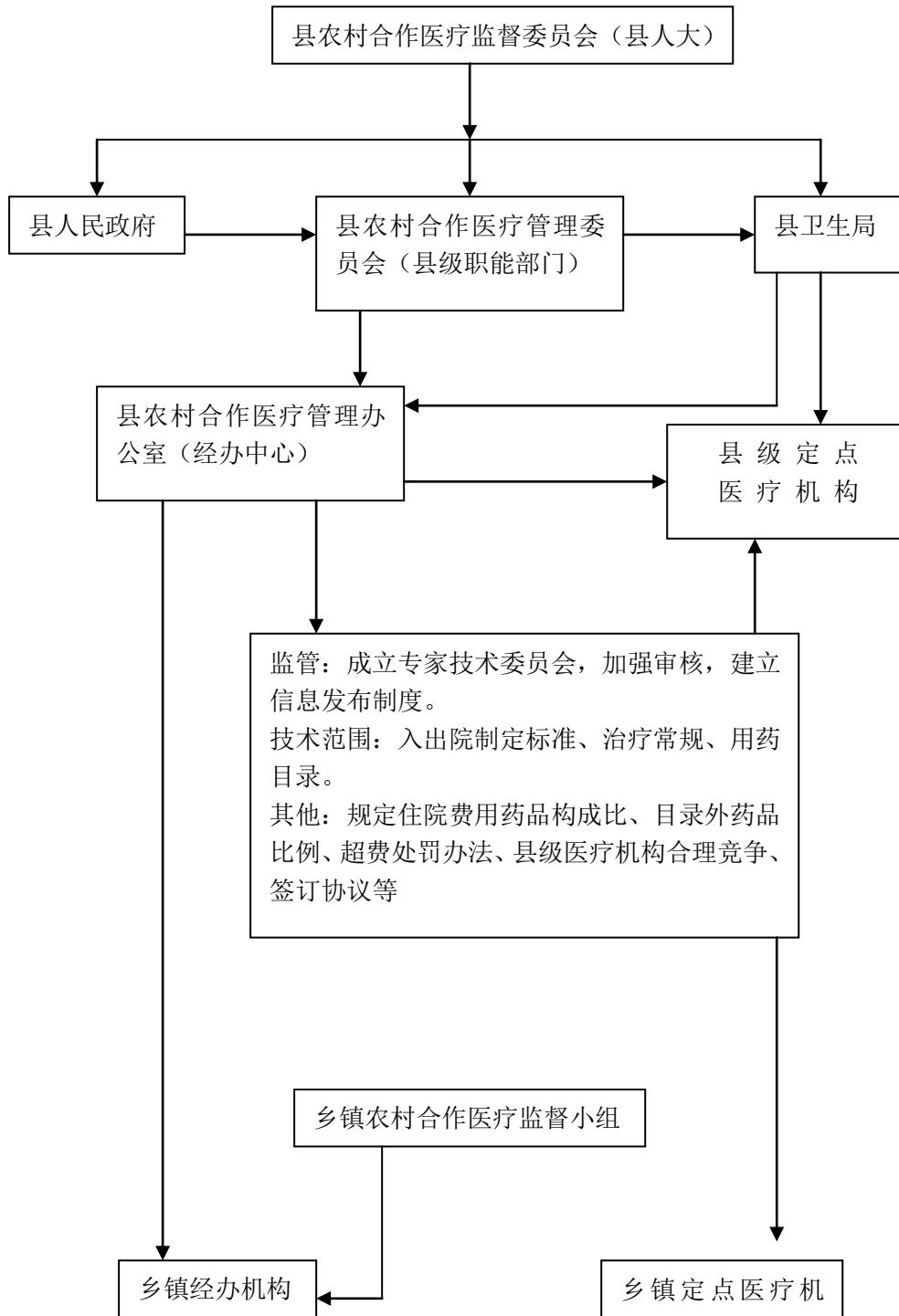
单病种流程分图四：单病种总额预订



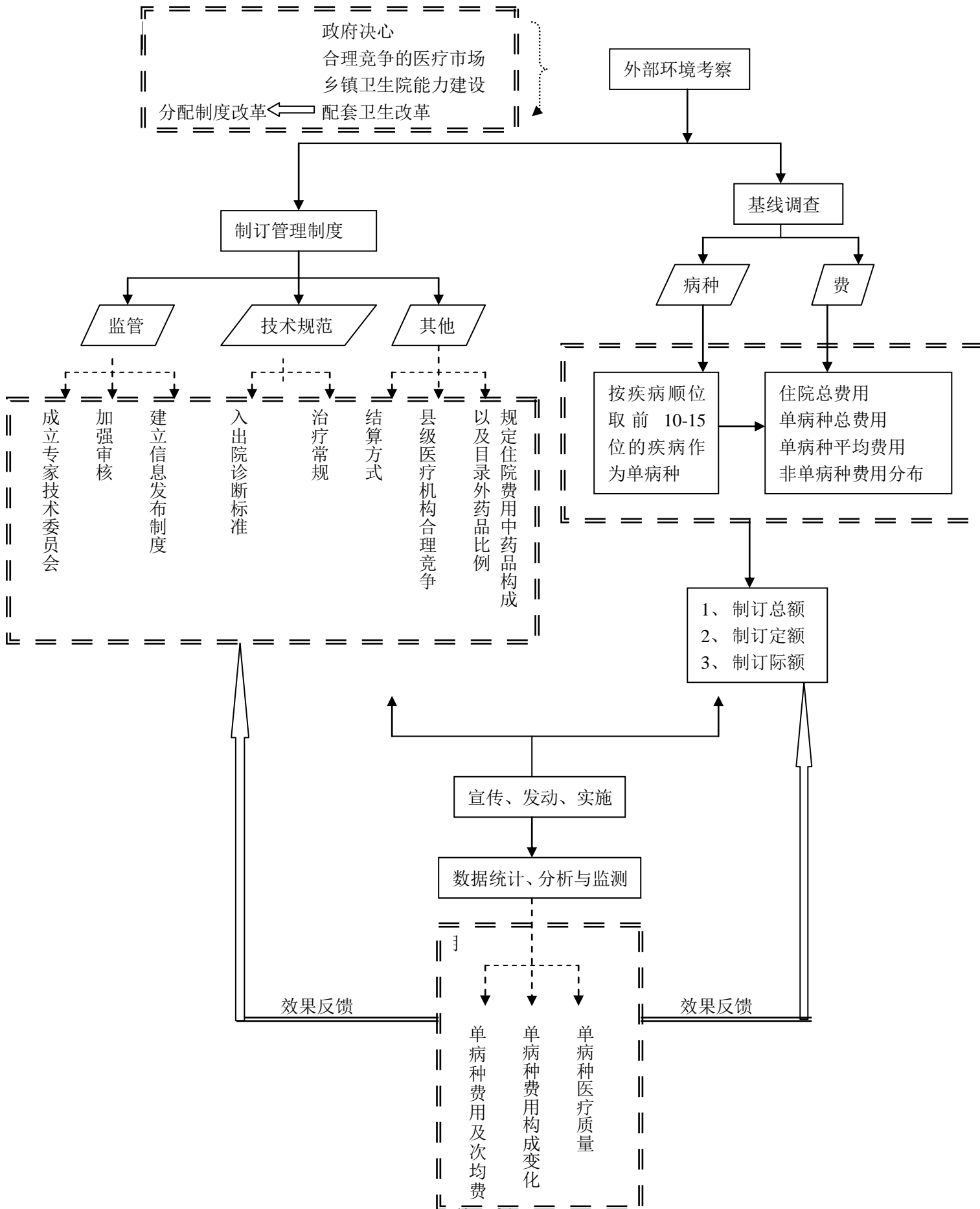
单病种流程分图五：单病种运行程序图



单病种流程分图六：单病种监管流程图



单病种定额付费流程总图



附录 2:

作者在硕士学习期间发表论文情况

1、《美国医疗事故诉讼制度对医疗卫生服务的影响及改革对策》（《卫生政策》，2006 年第 8 期）