

# 分级诊疗背景下住院患者流向及费用分析

## ——以安徽省城乡居民为例

孙 谦<sup>1</sup>, 丁 宏<sup>1</sup>, 汪和平<sup>2</sup>, 荣 健<sup>1</sup>, 刘雨阳<sup>1</sup>, 戈艳红<sup>1</sup>

(1. 安徽医科大学 卫生管理学院, 安徽 合肥 230032;

2. 安徽省医疗保障局, 安徽 合肥 230062)

**摘要:**基于安徽省级医保信息平台获取36个县域城乡居民医保住院患者基础信息,统计描述住院患者的住院流向、住院费用和医保补偿基金分布等。2016—2019年,县域外住院人次占比分别为28.38%、30.79%、30.02%和30.24%;住院总费用、医保补偿基金和住院次均费用的年均增速分别为6.76%、11.34%和4.79%;县域外住院总费用、医保补偿基金占比最大且逐年增加;县域外住院补偿比逐年增加。从城乡居民医保住院患者就诊流向来看,分级诊疗效果尚未显现,医保补偿基金流向县域外的趋势未得到有效控制。应通过加强紧密型医共体建设,提高基层服务能力等措施,推进分级诊疗制度的落实。

**关键词:**分级诊疗;城乡居民;病人流向;住院费用;安徽省

**中图分类号:**R197.3;R197.1

**文献标志码:**A

**文章编号:**1009-4784(2021)04-0014-05

2015年《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号)提出:“提高基层医疗卫生机构服务能力,促进分级诊疗制度形成,使县域内就诊率提高到90%以上。”安徽省作为国家首批综合医改试点省,积极探索打造以县为单位的县域医共体,县域医共体是由政府主导,在尊重意愿、双向选择的基础上,以县级医院为龙头,整合县乡医疗卫生资源,实施集团化运营管理,统筹城乡三级卫生服务机构。2019年在原来县域医共体的基础上进行转型升级,打造紧密型县域医共体,期望以紧密型县域医共体建设为抓手,推进分级诊疗。笔者旨在对县域城乡居民医保住院、费用和医保补偿基金流向进行分析,为评价县域综合医改效果,为健全分级诊疗制度提供依据,为降低县域外住院率、促进分级诊疗体系建设和减轻城乡居民医疗费用负担提供参考依据。

### 一、资料来源与方法

从省级医保信息平台获取2016—2019年全省

36个县(不包括县级市和区)城乡居民医保住院患者基础信息报表,包括县域外及县域内住院人次、住院费用及补偿基金等指标数据。应用Excel表格建立数据库,采用SPSS 16.0进行统计分析,研究城乡居民医保住院费用流向、医保补偿基金流向、次均住院费用和补偿比等。

### 二、结果分析

#### (一)住院患者流向

2016—2019年,城乡居民医保住院人次呈现先增加后减少的趋势;县域外住院人次占比有增长趋势,县域内住院人次占比从2016年的71.62%下降到2019年的69.76%,其中基层医疗机构住院人次占比从2016年的27.54%下降到2019年的23.94%(表1)。

#### (二)住院费用流向

2016—2019年,城乡居民医保住院总费用以年均6.76%的速度增长,县域外医疗机构总费用以年均8.85%的速度增长,县域内医疗机构总费用以年

收稿日期:2021-02-22

基金项目:安徽医科大学医学人文研究中心课题(SK2018A0165)

作者简介:孙 谦,男,安徽医科大学社会医学与卫生事业管理专业2019级硕士研究生。研究方向:社会医学与卫生事业管理。

通信作者:丁 宏,Email:dinghong\_cn2003@163.com

均 3.77% 的速度增长,但县域内基层医疗机构总费用以年均 9.28% 的速度下降;县域外住院总费用占比从 2016 年的 57.73% 逐年上升到 2019 年的 61.19%,且各年度均高于县域内住院总费用占比;

县域内住院总费用占比从 2016 年的 42.27% 逐年下降到 2019 年的 38.81%,其中基层医疗机构住院总费用占比从 2016 年的 8.30% 逐年下降到 2019 年的 5.09% (表 2)。

表 1 2016—2019 年安徽省城乡居民医保住院患者流向

年份	住院人次	县域外医疗机构		县域内医疗机构		县域内基层医疗机构	
		住院人次	构成比/%	住院人次	构成比/%	住院人次	构成比/%
2016	89 139	25 295	28.38	63 845	71.62	24 548	27.54
2017	103 955	32 009	30.79	71 945	69.21	25 942	24.96
2018	103 481	31 070	30.02	72 411	69.98	24 609	23.78
2019	94 248	28 505	30.24	65 743	69.76	22 565	23.94

注:住院人次按照县均水平计算。

表 2 2016—2019 年安徽省城乡居民医保住院费用流向

年份	总费用/万元	县域外医疗机构		县域内医疗机构		县域内基层医疗机构	
		总费用/万元	构成比/%	总费用/万元	构成比/%	总费用/万元	构成比/%
2016	51 140.78	29 524.98	57.73	21 615.80	42.27	4 242.79	8.30
2017	58 811.35	34 312.29	58.34	24 499.06	41.66	4 441.50	7.55
2018	63 830.18	37 965.41	59.48	25 864.76	40.52	4 198.28	6.58
2019	62 228.11	38 077.49	61.19	24 150.62	38.81	3 167.52	5.09

注:住院费用按县均水平计算。

### (三) 补偿基金流向

2016—2019 年,城乡居民医保补偿基金以年均 11.34% 的速度增长,县域外补偿基金以年均 15.84% 的速度增长,县域内补偿基金以年均 6.75% 的速度增长,但县域内基层医疗机构补偿基金以年均 8.88% 的速度下降;县域外补偿基金占补偿基金总额的比例从 2016 年的 48.51% 逐年增长到 2019 年的 54.62%,县域内补偿基金占比从 2016 年的 51.49% 逐年下降到 2019 年的 45.38%,其中基层医疗机构补偿基金占比从 2016 年的 11.51% 逐年下降到 2019 年的 6.31% (表 3)。

### (四) 次均住院费用及补偿比

2016—2019 年,城乡居民医保住院患者次均住院费用以年均 4.79% 的速度增长,县域外次均住院费用以年均 4.60% 的速度增长,县域内次均住院费用以年均 2.76% 的速度增长,但县域内基层医疗机构次均住院费用以年均 6.70% 的速度逐年下降;县域外次均住院补偿比从 2016 年的 45.18% 逐年增长到 2019 年的 54.46%,2016—2018 年县域内基层医疗机构次均住院补偿比逐年增长,2019 年下降为 75.60% (表 4)。

表 3 2016—2019 年安徽省城乡居民医保补偿基金流向

年份	补偿总额/万元	县域外医疗机构		县域内医疗机构		县域内基层医疗机构	
		补偿总额/万元	构成比/%	补偿总额/万元	构成比/%	补偿总额/万元	构成比/%
2016	27 502.42	13 340.17	48.51	14 162.25	51.49	3 164.89	11.51
2017	35 432.84	17 750.92	50.10	17 681.93	49.90	3 673.74	10.37
2018	39 204.41	20 212.53	51.56	18 991.88	48.44	3 479.59	8.88
2019	37 963.86	20 737.33	54.62	17 226.53	45.38	2 394.51	6.31

注:补偿基金按照县均水平计算。

## 三、讨 论

安徽省紧密型县域医共体按照“两包三单六贯

通”的建设路径,将基本医保基金和基本公共卫生服务资金打包预付给医共体,结余资金由医共体成员单位合理分配、自主使用,分配份额与县乡村医

表4 2016—2019年城乡居民医保次均住院费用及补偿比

年份	次均费用 /元	补偿比 /%	县域外医疗机构		县域内医疗机构		县域内县级医疗机构		县域内基层医疗机构	
			次均费用	补偿比	次均费用	补偿比	次均费用	补偿比	次均费用	补偿比
			/元	/%	/元	/%	/元	/%	/元	/%
2016	5 737.16	53.78	11 672.39	45.18	3 385.68	65.52	4 420.94	63.30	1 728.39	74.59
2017	5 657.41	60.25	10 719.51	51.73	3 405.23	72.17	4 360.05	69.84	1 712.07	82.71
2018	6 168.27	61.42	12 219.32	53.24	3 571.92	73.43	4 532.50	71.60	1 706.00	82.88
2019	6 602.58	61.01	13 358.10	54.46	3 673.49	71.33	4 859.71	70.69	1 403.71	75.60

注:次均住院费用及补偿比按照县均水平计算。

疗机构绩效考核挂钩,提升医共体成员积极性。对医共体实行清单制管理,建立政府办医责任清单。明确政府对公立医疗机构的领导和保障责任;建立医共体内部运行管理清单,重点明确人财物等资源统一调度、医疗医保医药等业务统一管理和信息系统统一运维。建立外部治理综合监管清单,明确政府对医共体的监管职能,加强政府对医疗机构的管理责任,提高运行效率。在专家资源、医疗技术、药品保障、补偿政策、双向转诊和公共卫生服务六方面建立县域内上下级医疗机构间的密切服务贯通机制,贯通群众看病就医六个关键环节,构建整合型医疗卫生服务体系。

### (一)住院服务利用水平相对稳定,多因素影响县域内服务利用

安徽省实施县域综合医改以来,城乡居民的住院服务利用水平保持相对稳定。然而,从住院流向来看,虽然安徽省县域内、县域外补偿比差异明显,但结果显示,县域外住院人次占比约30%,且有上升趋势,县域内基层医疗机构住院人次占比最少并呈现逐年下降趋势,说明现有的医疗服务供给现状与分级诊疗制度改革的期望目标尚存在差异。可能有以下几个原因。

1. 县域外医疗机构虹吸效应明显<sup>[1]</sup>。县域外医疗机构尤其是三级医院对自身定位不够准确,诊疗范围和医疗活动界限不够明确,诊疗范围包括基层医疗机构的常见病和多发病,造成住院服务发展呈大规模化,甚至集团化发展,由此产生的虹吸效应明显,对基层首诊产生负面影响。以靠近围绕安徽省打造的合肥、芜湖和蚌埠3个区域医疗中心的肥东县、南陵县为例,县域外住院率超过40%。

2. 县域内医疗机构能力不强,基层医疗机构服务能力和水平有限<sup>[2]</sup>。首先医学人才培养周期长、高校毕业生更倾向进入三级医院,导致县域内人才不足现象比较突出,县级医疗机构临床学科发展及

带头人培养相对滞后,同时基层医疗卫生人员参加继续教育的机会较少,设备陈旧等导致基层医疗技术水平欠佳。其次基层医疗机构基本药物种类有限,卫生服务提供的可及性较差。以黟县、芜湖县等每千人口床位数较低的县域为例,县域外住院率超过50%。

3. 经济发展和就医交通可供选择的便捷性对部分居民首诊意愿产生影响<sup>[3-4]</sup>。居民对健康的高需求使其更愿意选择级别更高、医疗技术更好的县域外医疗机构就诊,以颖上县、怀宁县等人口净流出率较高或交通发达的县域为例,县域外住院率超过35%。同时医保报销政策的不断完善给县域外住院提供方便。安徽省异地就医结算信息系统的不断完善,给异地人群提供了更多的就医选择,一定程度上提高了县域外就诊率。

### (二)住院费用增速平稳,县域外补偿基金占比逐年增加

分析显示,安徽省县域城乡居民住院总费用呈现上升趋势,年平均增速6.76%,总体上升速度较为合理,县域外住院费用占比约59.19%。分析可能的原因是某些慢病和特殊疾病基本药物治疗效果欠缺,需要依靠高值医用耗材和药物目录以外的药品治疗,导致住院费用上涨<sup>[5]</sup>。随着县外医疗机构服务占比的提高,患者不仅需要支付高昂的直接住院费用,还需要承担住宿、差旅等间接费用,加重了患者的医疗负担。医保补偿基金总额逐年增加,年平均增长11.34%,县域外补偿基金占比约51.20%。县域内、县域外医疗机构是相对的经济利益体,有各自的经济目标,相互之间存在利益竞争关系<sup>[6]</sup>。县域内医保补偿基金占比越多,意味着用本地税收投入的医保补偿基金留在当地的比重就越大,有利于县域内医疗服务体系的能力建设<sup>[7]</sup>,形成县域内医疗机构服务能力提升、补偿基金回流的良性循环,提高县域内就诊率,推动分级诊疗。

同时,医保补偿基金增速高于住院费用的增速,县域外补偿基金占比逐年增大,县域内补偿基金占比逐年减小,说明医保补偿费用流向县域外趋势未得到有效控制。2019年30.24%的县域外住院患者花费61.19%的住院总费用和54.62%的补偿基金,这与胡晓先<sup>[8]</sup>通过对肥西县城乡居民住院患者及费用流向分析发现的43.50%的县域外住院患者花费71.89%的住院总费用和61.63%的补偿基金,以及与王震等人研究得出的县域外医疗机构的补偿基金逐年增加且远高于县级和基层的结果类似<sup>[9]</sup>。县域外住院率和补偿比的提高,造成补偿基金的外流趋势加大,给医保基金的筹集和运行带来较大的挑战,同时也不利于县域内医疗机构服务能力建设。

### (三)次均住院费用增速较为缓慢,医保补偿比逐年提高

结果显示,安徽省县域城乡居民次均住院费用年均增速4.79%,增速较为缓慢。不同医疗机构间次均住院费用差异明显,2019年县域外次均住院费用是县域内次均住院费用的3.64倍,县域内县级医疗机构次均住院费用是县域内基层医疗机构次均住院费用的3.46倍,反映出随着医疗机构级别的提高次均住院费用也相应提高,这与周鑫<sup>[10]</sup>等人发现的医疗机构级别会影响患者的住院费用结果一致。医保补偿比逐年提高,不同医疗机构补偿比差异明显,县域内补偿比高于县域外补偿比,县域内基层医疗机构补偿比高于县域内县级医疗机构补偿比,可能原因是医保实行的差异化报销制度<sup>[11]</sup>,医疗机构级别越高,补偿比越低,不经基层首诊而直接在县域外医疗机构就诊的患者,补偿比更低。在差异化报销制度下,安徽省城乡居民住院服务利用结构未见明显改变,反映出医保补偿对医疗机构选择只有微弱的影响,医保补偿的价格调节作用仅仅对少数患者产生了效果,还不足以改变当前多数人对大医院的偏好<sup>[12]</sup>。

### (四)对策建议

1. 加强紧密型医共体建设,推进分级诊疗。安徽省将紧密型县域医共体建设作为推进分级诊疗的重要举措和有力抓手,通过整合县乡村医疗卫生资源,打包城乡居民基本医保基金和基本公共卫生服务资金,结余留用,合理超支分担,建立紧密型利益纽带。县域内住院率下降反映出县域医共体建设尚存在可提升的空间。紧密型医共体不能局限在外部形势上的松散合作,更重要的是内部运行机

制的紧密配合。医共体内部要严格按照“两包三单六贯通”的建设路径,以紧密关系为纽带,以医保基金为杠杆,以绩效考核为抓手,畅通资源下沉渠道,推动牵头医院专家、学科和管理“三下沉”,带动基层医疗卫生机构能力、质量和效率“三提升”。缓解群众“看病难”“看病贵”问题,释放三级医院基础医疗的压力,减少县域外住院率,营造基层首诊、分级诊疗、双向转诊新秩序,实现患者、医疗机构和医保部门三方共赢。

2. 完善县域医疗卫生服务体系,强化基层医疗机构服务能力。增强县域医疗服务能力,有利于提高县域内住院率,带动医疗卫生服务体系发展,促进分级诊疗。县域内住院率的高低与县域医疗服务能力,尤其是基层医疗服务能力密切相关。医共体要注重优化整合,整合县域内医疗卫生资源,明确医共体内部不同机构功能定位。县级医院重在提升医疗服务能力和吸引县域外患者回流,加强县级医院以人才、技术和重点专科为核心的能力建设,重点从临床薄弱专科、核心专科和优势专科等方面加强临床重点专科建设,提升县级医疗服务能力。基层医疗卫生机构重点提升基本医疗服务能力,重视基层卫生人才培养,通过定向引进、培养高素质和优秀的基层医生、强化基层现有医务人员的培训和进修考核、大医院对口支援和专科共建等加强基层医疗能力建设,实现医疗资源优化配置。同时,医共体牵头医院要加强对成员单位的业务指导和规范管理,推进分级诊疗制度落地。

3. 发挥医保差异化补偿作用,突出补偿优势。首先,不同级别医疗机构间要体现出补偿差异,对各级医疗机构的医疗服务范围和诊治病种进行规定,不经有效转诊手续或不符合转诊条件的患者不予或减少报销比例。其次,结合安徽省医保按病种付费支付方式的改革,在医保差异化补偿政策的基础上结合病种限制以推进分级诊疗<sup>[11]</sup>。

### 参考文献:

- [1]张芄. 基层首诊推行困难的原因与政策建议——基于诊断树模型及“控制阀门”理论[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(2): 31-34.
- [2]张靓,董恒进,郜琳,等. 居民就医意愿与基层医疗服务能力研究——以浙江兰溪为例[J]. 卫生经济研究, 2016(8): 19-22.