

福建省尤溪县医保支付方式改革及效果研究

胡佳* 朱晓丽 郑英 代涛

中国医学科学院医学信息研究所 卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】目的:分析福建省尤溪县医保支付方式改革的措施、效果及存在问题,并提出建议。方法:通过文献研究和现场调研进行资料收集,采用统计描述和主题框架法进行分析。结果:尤溪县通过试行医联体总额预付制、持续探索完善住院费用按病种付费制度、实行差异化支付政策以及强化医保监督管理职能等,实现了医保基金运行基本平稳、医疗费用过快增长得以控制、县域内就诊率显著提升、基层服务利用逐步增加、医院收入结构得以优化、患者就医经济负担有所减轻。结论与建议:尤溪县医保支付方式改革有利于激发医疗服务提供者内生控费和质量提升动力、引导患者合理就医、保障基金安全可持续运行,但支付标准的科学性和合理性有待提升、信息化支撑作用尚未发挥到位、病案首页质量仍难以满足需求,需进行针对性完善,并同步推进其他相关领域改革。

【关键词】总额预付制;按病种付费;效果

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.05.004

Study of the effects of the reform on medical insurance payment model in Youxi county of Fujian province

HU Jia, ZHU Xiao-li, ZHENG Ying, DAI Tao

The Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Science, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objective: This paper aims to analyze the measures, effects and challenges faced by the reform on medical insurance payment model in Youxi county of Fujian province, and put forward suggestions for further development. Methods: Literature review and field survey are used to collect data, and statistical description and thematic framework methods are applied to analyze the data. Results: By adopting global budget payment in medical alliances, continuously exploring and improving disease-based payment system of hospitalization expenses, implementing differentiated payment policies, strengthening the supervision and management functions of medical insurances, and so on, the operation of medical insurance fund has been basically stable, the excessive increase of medical expenses has been effectively controlled, the rates of patient visits in the county has significantly improved, the utilization of primary care has gradually increased, the income structure of hospitals has improved, and the patients' economic burden has been significantly alleviated. Conclusions and suggestions: The reform of medical insurance payment model in Youxi county helps stimulate the medical service providers' motivation for expenses control and quality improvement, guide patients to seek health care services reasonably, and ensure the safe and sustainable operation of the fund. However, there are still some problems as follows: 1) the payment standards need to be more scientific and reasonable; 2) the supporting role of informationization has not yet been fully played; and 3) the quality of medical record home page still cannot meet the demand. Therefore, targeted improvement should be made and reform in other areas should be deepened at the same time.

【Key words】 Global budget payment; Disease-based payment system; Effects

* 基金项目:国家卫生健康委员会体制改革司委托项目;中国医学科学院医学与协同创新工程创新团队项目(2016-I2M-3-018)
作者简介:胡佳,女(1990年—),助理研究员,主要研究方向为卫生体系与政策。E-mail: hu.jia@imicams.ac.cn
通讯作者:郑英。E-mail: zheng.ying@imicams.ac.cn

全民医保制度是五项基本医疗卫生制度的重要组成部分,其建立、发展和稳健运行能为深化医改和推进健康中国建设奠定坚实基础。医保支付机制是医保制度最核心的机制,是维护基金安全的重要制度设计,具有利益调节、资源配置、成本控制、激励创新等功能。^[1]其内涵为医保机构对医疗服务提供方(定点医疗机构)和需方(参保人)医疗费用支付的途径和方法,既包括对供方的支付,体现为按项目支付、按病种支付和总额预付等的运用或组合;也包括对需方的支付,体现为医疗费用报销起付线、封顶线以及患者个人负担比重等。^[2-3]随着医改不断深化,工作重点逐步从重视扩大医疗保障制度的覆盖面到以医保支付方式改革为突破口,推进三医联动综合改革。^[4]各试点地区积极落实国家相关政策,探索创新医保支付方式,形成了各具特色的经验做法。本研究选择首批县级公立医院综合改革示范县福建省尤溪县进行案例研究,从供需双方角度梳理医保支付方式改革的主要措施与效果,分析核心机制和存在问题,提出针对性建议,为尤溪县进一步深化医保支付方式改革、提高医保管理的精细化程度、发挥医保在三医联动综合改革中的引领作用提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1.1.1 文献研究

检索 CNKI、万方等文献数据库,梳理医保支付方式改革相关理论和实践研究;检索国家卫生健康委员会、三明市深化医药卫生体制改革领导小组办公室、三明市医疗保障管理局等网站,收集尤溪县医保支付方式改革相关政策文件。

1.1.2 现场调研

课题组分别于 2015 年 12 月、2016 年 12 月、2018 年 1 月对尤溪县开展现场调研,通过问卷调查和关键人员访谈,收集医保支付方式改革相关数据和资料。针对县医改办、县级公立医院和患者设计调查表,收集 2010—2017 年医保基金运行、医疗费用、医疗服务利用、医院收入结构等数据,调查 2015—2017 年患者满意度;设计访谈提纲,对关键知情人员进行深入访谈,主要包括原县卫计局、三明市医保基金管理局尤溪县管理部、县级公立医院、乡镇卫生院、村卫生室等相关负责人以及医务人员和患者等 15 人,重点了解尤溪县医保支付方式改革的具体做法、效果、作用机制、存在问题及建议等内容。

1.2 研究方法与分析框架

定量数据采用 Excel 2016 进行录入、统计描述和分析,定性资料由专人对访谈录音进行转录,运用主题框架法整理和分析。针对改革措施,本研究主要从医保对供方和需方的支付途径、方式以及监督等方面梳理;针对改革效果,在借鉴现有研究基础上^[3-9],主要从 5 个维度选取 13 个指标分析(表 1)。

表 1 尤溪县医保支付方式改革效果分析框架

分析维度	主要指标
医保基金运行情况	基金结余率
医疗费用控制情况	县域医疗费用增长率、门诊病人次均医药费用增长率、住院病人人均医药费用增长率
就医秩序变化情况	县域内就诊率、基层医疗卫生机构门急诊人次占比、上转率和下转率
医院收入结构变化情况	药占比、医疗服务收入占比、百元医疗收入消耗的卫生材料费用
居民就医经济负担变化情况	患者自付医疗费用比例、患者满意度

2 结果

尤溪县于 2012 年启动县级公立医院综合改革,其中基本医保制度是改革的重要内容之一,主要包括医保管理体制和支付方式改革。三明市整合城乡居民医保,统一基本医保经办管理,组建由市财政局代管的市医保基金管理中心(后改为“市医保基金管理局”),履行基金管理、医疗服务行为监管、药品耗材采购结算、医疗服务定价等职责,并在尤溪县设立分支机构,实行垂直管理。基于有效的医保管理体制和功能整合,尤溪县深化医保支付方式改革,针对供方实行医联体总额预付制、住院费用按病种收付费制度等,针对需方实行差异化医保支付政策,同时加强医保对供需双方的监管,改革取得初步效果。

2.1 改革措施

2.1.1 试行县域医联体总额预付制

尤溪县以县医院为牵头医院,整合全县各级公立医疗卫生机构,组建 1 个具有唯一法人代表的紧密型医联体(又称“总医院”)。2017 年,以医联体为单位实行总额预付制,由三明市医保基金管理局在扣除尤溪县基本医疗保险基金(含城乡居民和城镇职工基本医疗保险基金)预留部分(城乡居民预留 35 元/人、城镇职工 100 元/人,主要用于大病保险和第三次精准补助)后,将剩余部分打包给总医院统筹使用(又称“统筹基金”);明确结余的统筹基金可直接

纳入总医院医务性收入,用于计算医院工资总额,确定健康促进经费从医疗机构成本中列支。

2.1.2 持续完善住院费用按病种付费制度

尤溪县在前期试行住院费用按单病种付费(30个病种)的基础上,自2016年1月1日起实行住院费用全部按病种付费(精神专科以及省级确定的8种重大疾病除外),确定了覆盖全部病种的649种疾病分组,同步推行临床路径管理;医保经办机构按照定额标准支付给定点医疗机构,实际发生数超过定额的部分由医院自行承担,低于定额的结余部分作为医院的医务性收入,其中诊查护理和手术治疗各占50%。为进一步完善按病种付费,尤溪县经2个月模拟运行,于2018年1月1日起正式实施住院费用按全国疾病诊断相关分组(Chinese Diagnosis-Related Groups, C-DRG)收付费制度。按同级别医院“同病、同治、同价”原则,对在全市22家县级及以上公立医院治疗的基本医保参保患者(离休人员、二级保健对象、自费患者除外)实际住院医疗费用,按城乡居民医保和城镇职工医保两类以及二、三级医院两档制定C-DRG分组定额收付费标准,共计788个C-DRG组,由医保经办机构按该标准支付给定点医疗机构,各分组实际医疗总费用超过定额部分由机构自行承担,低于定额的结余部分作为机构医务性收入。经批准开展日间手术(含入院前本病种门诊检查)的医院,日间手术病例收付费标准为该C-DRG组收付费标准的75%;住院天数极端值、住院费用极端值和转院、死亡等病例按规定程序退出C-DRG收付费。参保患者在省属定点医疗机构发生的列入100种按病种收费管理的病种费用,不设起付线,由统筹基金和个人依据该病种收费标准按比例分担。

2.1.3 实行不同级别医疗机构差异化支付政策

尤溪县针对不同类别和级别的县内外医疗机构,设置不同的起付线、封顶线和报销比例。对于普通门诊费用,城镇职工基本医保基层医疗卫生机构、二级以上医疗机构报销比例分别为90%、70%;城乡居民基本医保基层医疗卫生机构不设起付线,政策范围内报销比例为60%(中药饮片100%),次均封顶线为40元/日·人、年封顶线为150元/人,二级以上医疗机构除3天以上中药饮片报销85%、诊查费报销18元外,其余不予报销;适度提高门诊特殊病种政策范围内补偿比例和封顶线。对住院费用不设起付线,基本医保年度封顶线为10万元,其中县级以上公立医院发生且按照C-DRG分组收费标准结算

的,城镇职工基本医保二、三级医院和城乡居民基本医保二级医院统筹基金支付70%、个人自付30%,城乡居民基本医保三级医院个人和统筹基金各分担50%;在基层定点医疗机构发生的费用,统筹基金支付80%、个人自付20%;年度住院费用高于10万元部分,不设封顶线,由大病保险基金按10万~20万元(含20万元)、20万~30万元(含30万元)、30万~40万元(含40万元)、超过40万元四个分段,分别报销80%、85%、90%和95%。从异地就医费用来看,参保人员因病确需转至统筹区外定点医疗机构住院,或因外出务工及急诊在统筹区外住院的,城镇职工基本医保统筹基金支付比例按照不同情况分别为60%、65%和70%,城乡居民基本医保为30%、40%和45%;自行转至统筹区外就医,且无转诊、务工和急诊证明的,统筹基金支付比例为30%。

2.1.4 强化医保监督管理职能

尤溪县加强医保对医疗机构、医疗服务行为和服务质量的监管,进一步完善医保经办机构与定点医疗机构服务协议管理和监督,将门(急)诊次均费用、医疗总费用中患者个人自付比例、住院率、住院天数、检查化验收入占医疗总收入比例、药品收入占医疗总收入比例、上转率、下转率、患者满意度等重点指标作为定点医疗机构考核指标,考核结果与医院工资总额、医保基金支付、院长考核等挂钩。执行县乡村三级医疗补偿定期公示制度,对于有骗保行为的参保患者、违反有关规定的定点医疗机构以及工作人员,给予相应处罚。建立重点监控数据月报制度,每半年组织召开基金运行情况分析会。利用信息化技术,建立医保在线监管机制,如启用基本医疗保险在线监控审核系统并将C-DRG收付费管理纳入监控范围、实施医保医师代码管理等。

2.2 初步改革效果

2.2.1 医保基金运行基本平稳,收不抵支现象有所缓解

2017年,尤溪县城乡居民基本医保、城镇职工基本医保当期结余率分别为-1.9%、16.34%,基本实现收支平衡;其中,城乡居民基本医保当期结余率较改革前(2011年,下同)的城镇居民基本医保大幅增长,城镇职工基本医保当期结余率较改革前增加8.38个百分点(表2)。2017年医联体医保统筹基金结余1979.44万元,其中城乡居民医保663.68万元,城镇职工医保1315.76万元。

表2 2011—2017年尤溪县城乡居民和城镇职工基本医保基金当期结余率/%

指标	年份						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
城乡居民医保	29.65* -146.30	-5.99	-21.41	-7.12	-0.01	-4.29	-1.90
城镇职工医保	7.96	29.26	31.80	23.35	29.51	14.12	16.34

注：* 由于尤溪县2012年整合城乡居民基本医保，因此2011年医保基金当期结余率第一行为新农合、第二行为城镇居民基本医保，下同。

2.2.2 医疗费用过快增长得到有效控制

2011—2017年尤溪县县域医疗费用增长率总体呈现下降趋势，2017年为7.50%，较改革前显著降低。县级公立医院门诊病人均医药费用增长率和住院病人人均医药费用增长率近三年连续下降，2017年分别为-7.66%和-0.09%，实现了次均医药费用扭增为降。与全国县属综合医院相比，2016年总医院的门诊病人均医药费用和住院病人人均医药费用均低于全国水平；中医院门诊病人均医药费用低于全国水平，住院病人人均医药费用高于全国水平，访谈中医院院长时反映，可能与近年来服务能力提升较快、收治精神疾病患者住院时间长有关(表3~表5)。

表3 2011—2017年尤溪县县域医疗费用增长率/%

指标	年份						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
县域医疗费用增长率	127.40	21.03	17.62	9.38	16.12	12.90	7.50

表4 2011—2017年尤溪县县级公立医院门诊病人均医药费用增长率、住院病人人均医药费用增长率/%

指标	年份						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
门诊病人均医药费用增长率	-2.84	4.72	11.61	14.1	12.59	7.77	-7.66
住院病人人均医药费用增长率	8.41	-0.64	-5.81	6.27	15.20	8.53	-0.09

表5 2016年尤溪县县级公立医院次均医药费用与全国比较/元

指标	尤溪县总医院	尤溪县中医院	全国县属综合医院
门诊病人均医药费用	137.19	168.26	176.00
住院病人人均医药费用	4 704.23	5 215.25	4 850.40

2.2.3 县域内就诊率显著提升,基层服务利用逐步增加

2011—2017年尤溪县县域内就诊率逐年上升，由改革前的75.61%增至2017年的90.86%，且2015—2017年持续稳定在90%以上。基层医疗卫生机构门急诊人数占比(不含村卫生室)总体呈上升

趋势,2017年较改革前增加15.36个百分点;包含村卫生室的基层医疗卫生机构门急诊人数占比为62.91%,高于全国平均水平(54.16%)(表6)。医联体内双向转诊有序开展,2015—2017年县级公立医院收治由下级医院转诊人数占医院住院人数比重(上转率)和下转人数占医院住院人数比重(下转率)均呈现明显上升趋势,上转率分别为23.67%、31.72%和33.08%,下转率为5.92%、7.93%和37.79%。

表6 2011—2017年尤溪县县域内就诊率和基层医疗卫生机构门急诊人数(不含村卫生室)占比/%

指标	年份						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
县域内就诊率	75.61	79.43	84.08	87.14	90.05	90.75	90.86
基层医疗卫生机构门急诊人数(不含村卫生室)占比	33.79	34.56	35.27	38.77	46.7	50.75	49.15

2.2.4 医院收入结构得到优化

2011—2017年尤溪县县级公立医院药占比总体呈下降趋势,2017年较改革前降低22.05个百分点,且近三年持续稳定在30%以下,达到政策要求;医疗服务收入占比总体呈上升趋势,2017年较改革前增加20.58个百分点;百元医疗收入消耗的卫生材料费用总体呈下降趋势,2017年较改革前减少3.64元(表7)。

表7 2011—2017年尤溪县县级公立医院药占比、医疗服务收入占比、百元医疗收入消耗的卫生材料费用

指标	年份						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
药占比(%)	45.32	35.58	24.86	24.76	25.41	23.58	23.27
医疗服务收入占比(%)	19.19	23.97	34.55	34.56	34.23	36.36	39.77
百元医疗收入消耗的卫生材料费用(元)	24.95	24.24	23.94	23.64	24.67	23.52	21.31

2.2.5 患者就医经济负担有所减轻

2011—2017年尤溪县2所县级公立医院患者自

付医疗费用占总医疗费用比例总体呈下降趋势,2017 年总医院和中医院分别为 49.13%、43.00%,较改革前分别下降 17.76%、10.55 个百分点。2015—2017 年,被调查患者对报销比例的满意度分别为 56.4%、86.3% 和 67.5%,总体满意度较好,但与患者期望相比仍有一定差距。

表 8 2011—2017 年尤溪县公立医院患者自付医疗费用占总医疗费用比例/%

年份 指标	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
总医院	66.89	58.94	62.24	55.23	54.83	50.11	49.13
中医院	53.55	48.00	44.77	48.96	48.87	44.06	43.00

3 讨论

3.1 复合型医保支付方式对控制医疗费用和提升服务质量的影响

支付方式改革的目标能否实现,取决于支付方式能否改变医疗服务提供者的行为,而合理的诊疗行为将会提高医疗服务质量,避免因过度医疗或服务提供不足而造成的额外成本。^[10]实践表明,由于各支付方式本身存在限制,单一支付方式难以解决现阶段医疗费用不合理增长、医疗质量下降等问题。^[11]尤溪县以医联体为单位实行总额预付制,由于总额相对固定、结余可纳入医务性收入、超支自付,且医务性收入是决定医院工资总额和医务人员年薪的关键因素,从而在各级医疗卫生机构间建立了有效的利益共享和风险分担机制,从机制上遏制了其提供过度医疗服务经济动因^[12],激励总医院与基层医疗卫生机构分工协作,促进优质资源向基层流动,提升基层服务能力,提高医生主动将康复期患者下转基层的动力,将更多患者留在基层;注重疾病预防、健康教育和健康促进,降低发病率、患病率;促使医院加强精细化管理,最大限度降低管理运行成本,以实现获得更多结余基金的目的,有效控制了医疗费用不合理增长。同时,为防止总额预付制可能引起的医疗服务不足和质量下降等问题,尤溪县实行住院费用 C-DRG 收付费制度和临床路径管理,同时强化医保监管,将基金使用、服务质量和费用控制等作为主要考核指标,对医疗机构和医生形成约束,确保服务质量。

3.2 差异化的医保支付政策对引导患者就医行为的影响

有研究指出,医疗服务系统所提供的有序、连续、协调的服务不可能在自由就医、不加约束的政策

环境下自动形成,需要对不同服务利用者的就诊行为进行计划和引导。医保补偿结构如起付线、共付额和共同保险主要目的就是规避需方的“道德风险”,以激励病人理性选择医疗机构和合理利用服务。^[13]尤溪县针对县域内外不同级别和类别医疗卫生机构,从门诊和住院费用两个方面,设置不同的起付线、封顶线和报销比例,一定程度上引导慢性病和康复期患者基层就诊,吸引部分外流患者县域内就诊,提升基层服务利用率和县域内就诊率,减少患者自付医疗费用、降低就医经济负担,促进形成分级诊疗就医格局;同时,患者数量的增多也能在一定程度上促使县域医疗卫生服务能力的提升,从而进一步留住患者,形成良性循环。

3.3 支付方式、评价考核、监管等综合机制对医保管理运行的影响

医保支付是基本医保管理的重要环节,是有效发挥医保在医改中基础性作用的关键。有研究指出,制定科学、合理的医保支付方式,是实现基金收支平衡和医保机构高效管理的重要基础和前提。^[11]医保基金收不抵支是尤溪县改革的最初动因,而支付方式不合理、医保监管不到位是重要影响因素之一。为改变这一困境,尤溪县整合基本医保管理体制和功能,成立新的医保管理部门,开展医保支付方式改革,一方面通过强化医保基金收支预算管理,实行医联体总额预付制、超支不补,并拉开不同级别医疗机构医保支付比例差距,有效遏制供需双方对医保基金的浪费,收不抵支现象逐渐好转;另一方面通过建立与基金支付相挂钩的医疗机构评价考核制度、加大对骗保等违法违规行为的惩罚、加强医保信息化建设等,强化医保对供需双方的监管,促使支付方从被动付费向主动支付和管理转变,大大提高了基本医保的经办管理能力和话语权,有利于保障基金安全运行和医保可持续发展。

3.4 尤溪县医保支付方式改革面临的问题与挑战

3.4.1 医保支付标准的科学性和合理性

有研究指出,支付标准的制定是医保支付制度设计中的关键环节。标准过低,医疗机构会缺乏改革的积极性,过高不仅会对医保基金产生压力,也很难产生控费效果。^[14]尤溪县的总额预付制和 C-DRG 收付费制度在制定支付标准时,主要参照医疗机构历史费用水平,而历史费用包含不合理检查和用药等相关费用,且参照的医疗服务价格体系本身存在

定价不合理、与成本脱节等问题^[14],缺乏完善的成本核算体系,从而导致制定的支付标准也缺乏科学性和合理性,如由于医保基金统筹部分与预留部分比例设置不科学,导致2017年打包拨付给总医院的统筹基金实现结余而基本医保基金结余为负;此外,仅将历史费用作为参考依据,可能导致支付标准随着医联体实际费用的降低而下降,会在一定程度削弱医疗机构控费动力。另一方面,仍存在城乡居民医保对县级医院门诊费用支付范围偏小、确需转外就医患者支付比例不高等问题,患者就医经济负担仍然较重,保障水平有待进一步提升。

3.4.2 信息化对医保支付方式改革的支撑作用不足

科学合理的医保支付标准需要建立完善的医院成本核算体系,而成本核算的内容主要来自各疾病直接和间接的费用,需要以完善的信息系统为支撑。^[15]目前,尤溪县医疗机构信息化建设仍然相对滞后,存在历史数据存储不全、设备老化、网络不畅、各类信息系统尚未完全实现互联互通等问题,影响了数据收集。另一方面,医保考核指标的制定、数据的实时监控和信息反馈等也需要信息化的支撑,要求不断升级现有基础信息系统、扩充系统功能、提高兼容性和数据审核能力^[16],这对尤溪县信息化建设提出了新的要求和挑战。

3.4.3 病案首页质量问题

病案首页信息作为DRGs的唯一数据来源,其数据质量是DRGs能否顺利实施的关键,直接影响疾病分组的质量和分组后的效果,进而影响到付费。^[17]目前,由于书写不规范、病案信息管理人员专业技能有待提升、信息录入存在差错、院内病案首页质控体系不健全等原因,尤溪县病案首页质量难以在短时间内满足C-DRG收付费制度需求,影响改革的推进。

3.5 改革措施与效果的关系

有学者通过系统总结我国8个省40个县所开展的医保支付方式改革相关研究发现,医保支付方式改革能有效抑制县级及以下医疗机构医疗费用的过快增长、提升服务质量、改善医疗机构收入结构、减轻居民医疗经济负担、提高基金使用效率^[4],这与本文的研究结果一致。但是,医保支付方式改革与上述改革效果之间并非直接的一一对应的因果关系。尤溪县医保支付方式改革是在县级公立医院综合改革的大背景下开展的,改革取得的成效是医疗、医

保、医药等综合措施协同联动的结果,不能将改革效果简单归因为某一单项措施的实施。此外,尤溪县医联体总额预付制和C-DRG收付费制度改革时间较短,改革效果仍有待进一步显现和观察。

4 结论与建议

尤溪县针对供需双方积极开展医保支付方式改革,一定程度发挥了医保在“三医联动”中的杠杆调节作用,并在维持基金平稳运行、控制医疗费用过快增长、促进形成合理就医秩序、优化医院收入结构和减轻患者就医经济负担等方面取得阶段性成效,但仍存在支付标准科学性和合理性有待提升、信息化支撑作用尚未发挥到位、病案首页质量难以满足需求等问题,因此提出如下政策建议。

4.1 科学制定医保支付标准,确保医保支付方式改革的可持续发展

短期可采取随机抽样调查等方法,剔除历史费用中不合理部分,同时根据参保居民在支付方式改革下的实际费用,结合临床路径管理,重新测算和调整医保基金总额预付部分和预留部分比例,并不断缩小支付标准和实际发生费用间的差距,在保证医联体获得合理统筹基金结余前提下,维持基金总体收支平衡和合理有效利用。长期应逐步建立成本定价机制,完善医疗机构成本核算体系,基于单个机构明确清晰的成本核算,确定区域平均成本,并将医疗机构级别、病种结构和严重程度等综合因素作为制定不同支付方式收付费标准的依据^[14];同时建立健全医保经办机构 and 定点医疗机构间的谈判协商和风险分担机制,使支付标准真正体现疾病治疗的实际成本。另一方面,不断完善城乡居民医保门诊和异地就医费用支付标准,适度扩大门诊费用支付范围、提高确需转外就医患者的报销比例,提升保障水平,降低就医负担。

4.2 加强卫生信息化建设,充分发挥信息技术对医保管理的支撑作用

加大卫生信息化建设的财政投入力度,加强医保和医疗机构信息化基础设施建设。结合总额预付制和C-DRG收付费制度需求,优化医院管理信息系统,加快推进医联体各大信息平台建设,实现医联体内医疗费用、医疗质量、工作效率、经济运行、病种和患者来源等信息的互联互通和实时监控、分析和反馈,为科学合理制定医保支付标准奠定基础。不断优化升级医保信息系统、扩充系统功能、提高兼容性和数据审核能力,

加强与医疗机构管理信息系统的有效对接。

4.3 加强住院病案首页质量管理与控制,确保 C-DRG 收付费制度的顺利实施

提高各类工作人员对病案首页数据填写和信息录入重要性的认识,定期对临床医师、编码员及各类信息采集录入人员进行相关培训,提升专业技能。同时,严格执行“住院病案首页数据填写质量规范”,建立健全院内病案首页质控体系,确保疾病分类编码准确率和病案的数据质量,以满足 C-DRG 收付费制度的需求。

4.4 同步推进其他相关领域改革,发挥政策合力

深入推进医疗服务价格改革,体现医务人员技术劳务价值、技术难度和风险程度,以提升医保支付标准的科学性;逐步理顺不同级别医疗机构医疗服务价格的比价关系,与差异化支付政策共同引导患者合理就医。完善薪酬分配制度,可依据绩效考核结果合理分配医保结余资金,对不规范诊疗行为给予惩罚,进一步激发医务人员控费动力、规范诊疗行为。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 尹蔚民. 促进人民健康优先发展 推进全民医保制度创新[N]. 人民日报, 2016-10-10(14).
- [2] 福建省医保办课题组. 福建医保支付方式改革的理论与实践研究[J]. 经济研究参考, 2017(59): 85-91.
- [3] 陈亚慧. 复合式医疗保险支付方式绩效研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2016.
- [4] 张朝阳, 潘伟, 朱坤, 等. 医保支付方式改革实践与启示——基于卫十一项目探索[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(9): 1-7.
- [5] 李大奇, 范玉改. 新农合支付方式改革的案例分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(12): 73-76.

- [6] 纪京平, 张乐辉, 郭默宁, 等. 医保综合支付方式改革引导医疗行为改变的实证分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(5): 56-58.
- [7] 周晓庆, 陈芸, 赵斌, 等. 新农合支付方式改革对患者住院均次费用的影响研究[J]. 中国医院管理, 2014, 34(5): 58-59.
- [8] 邸傲南. 医保支付与合理控费研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2016.
- [9] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[Z]. 2017-06-28.
- [10] 卢颖, 孟庆跃. 供方支付方式改革对医生行为的激励研究综述[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(2): 36-38.
- [11] 李娇娇, 杜清, 相静, 等. 山东省县级公立医院医保支付方式改革实施现状研究[J]. 中国医院管理, 2018, 38(1): 59-61.
- [12] 方辉军, 邓芬芳, 陈晓华. 医保“总额预算”支付方式与公立医院改革——以珠海市为例[J]. 卫生经济研究, 2015(2): 44-46.
- [13] 魏来, 唐文熙, 孙晓伟, 等. 医保支付和经济激励: 整合的医疗服务系统形成的“引擎”[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(5): 35-38.
- [14] 程念, 汪早立, 付晓光, 等. 医保支付方式改革定价机制分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(9): 28-31.
- [15] 张薇薇, 李国红, 张超, 等. DRGs 作为上海市日间收入医疗保险支付方式的 SWOT 分析[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(7): 22-24.
- [16] 王晓曼, 周琼, 朱海珊, 等. 医保支付方式改革背景下公立医院存在的问题及对策[J]. 医学与社会, 2018, 31(3): 50-52.
- [17] 曾姝, 严少彪, 李准, 等. DRGs 形势下病案首页质量控制体系的建立与应用[J]. 现代医院管理, 2017, 15(6): 21-24.

[收稿日期:2019-03-18 修回日期:2019-04-25]

(编辑 赵晓娟)