

中国医保医师制度建设可行性分析

张雨晴^{1*} 管仲军² 刘静³ 刘炫麟⁴ 李军¹

1. 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069
2. 首都医科大学附属北京天坛医院 北京 100050
3. 首都医科大学医学人文学院 北京 100069
4. 中国政法大学法律硕士学院 北京 100088

【摘要】随着我国全民医保制度不断完善,对医保基金使用的监管提出更高要求。中国医保医师制度建设具有逻辑可行性、政策可行性与法理可行性,表现在:逻辑层面,中国医保医师制度是执业医师制度的延伸;政策层面,中国医保医师制度的建立已有政策铺垫及其改革基础;法理层面,医保监管从医疗机构延伸到医师合理合法。建立与实施中国医保医师制度,需健全医保经办机构、医疗机构的职能职责,建立全方位监管体系并与现行政策制度相互配合、综合施策,将有力促进监管对象从医疗机构延伸至医务人员,打破地区间医保医师的管理壁垒,对于增强医师行为监管的连续性,提高医保资金使用效率,实现资源有机整合与综合有效监管,推动医疗、医保、医药、医师四方联动,提供价值医疗服务具有重要意义。

【关键词】 医保医师; 制度; 可行性

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.03.007

Feasibility analysis of the construction of healthcare insurance physician system in China

ZHANG Yu-qing¹, GUAN Zhong-jun², LIU Jing³, LIU Xuan-lin⁴, LI Jun¹

1. School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China
2. Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China
3. School of Medical Humanities, Capital Medical University, Beijing 100069, China
4. School of Juris Master, China University of Political Science and Law, Beijing 100088, China

【Abstract】 With the continuous optimization of the universal medical insurance system in China, higher requirements are put forward for the vigilant supervision of medical insurance funds utilization. The construction of healthcare insurance physician system achievement is manifested in three aspects, including logical feasibility, policy feasibility and legal feasibility. These aspects are extended as follows: the healthcare insurance physician system is an extension of the medical practitioner system on the logical level; at the policy level, the establishment of healthcare insurance physician system has laid the foundation of the existing policies and related reforms in China; and on the legal level, it is reasonable and legal that the supervision of medical insurance extends from institutions to physicians. In order to establish and implement national healthcare insurance physician system, it is necessary to improve the functions and responsibilities of medical insurance companies and healthcare institutions, an all-round supervision system and cooperate with the current policy system and comprehensively implement policies and systems, which will effectively promote the supervision objects extend from medical institutions to medical staff, break the regional management barriers. It is of great significance to improve the utilization efficiency of medical insurance funds, realize the organic integration and comprehensive effective supervision of resources and allocation strategies, promote the quartet joint reform of medical treatment, medical insurance, medicines supply and physicians, and provide valuable healthcare services.

【Key words】 Healthcare insurance physician; System; Feasibility

* 基金项目:国家医疗保障局委托课题“中国医保医师制度建设研究”资助
作者简介:张雨晴(1996年—),女,硕士研究生,主要研究方向为医院管理。E-mail:13132513577@163.com
通讯作者:李军。E-mail:richardl@ccmu.edu.cn

1 概念界定

医保医师,也称医保协议医师、定岗医师、医保定岗医师、医保服务医师、医保签约医师或医保责任医师,目前没有统一的定义,普遍指医疗机构中符合国家医师执业资格要求,承诺遵守国家医疗保险法律法规,通过医保管理机构的培训和考试,与医保部门签订服务协议,能够为参保人提供医疗服务的执业医师。成为执业医师是成为医保医师的基础,与执业医师相比,医保医师更加强调“医保处方”的权力以及遵守各项医保政策规定的义务。

医保医师制度指医保部门对其辖区内医保医师概念的界定、对医保医师有关医保处方行为的规定等,是需要医保医师共同遵守的办事规程和行动准则。通常包括培训制度、准入制度、积分考评制度、奖惩制度等。

2 建立医保医师制度的重要意义

2.1 医保医师制度是实现价值医疗的推手

“价值医疗”被卫生经济学家称为“最高性价比的医疗”^[1],倡导从传统医疗服务转型为“以人为本的整合服务(People-Centered Integrated Care, PCIC)”,推动医疗服务供给侧改革,提升资金使用价值^[2]。医保医师制度不仅将约束医保医师诊疗行为,杜绝“大检查、大处方”,为医保基金安全与效率考量,为医保患者身心健康着想,以最适宜的医疗成本满足患者实际需求,获得最大的医疗价值,达成“价值医疗”所追求的目标,而且将引导医保医师不断提升医保专业度,从专业角度针对患者身心状况开具适宜处方,主动识别并防范患者的欺诈骗保行为,实现医保支付方、医保医师、医疗机构以及患者“四方”共赢。

2.2 医保医师制度是四方联动的纽带

2009 年新一轮医药卫生体制改革以来,我国不断探索优化医疗、医保、医药制度的实施路径,这一过程中人民健康状况和医疗卫生服务的公平性、可及性持续改善。新冠肺炎疫情发生以来,我国医药卫生体系为新冠肺炎疫情防控发挥了重要作用。2020 年 7 月,国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革 2020 年下半年重点工作任务》指出,着力推动

把以治病为中心转变为以人民健康为中心,深化医疗、医保、医药联动改革。健全医疗卫生机构和医务人员绩效考核机制,加强医保基金管理,促进科学合理用药。医保医师制度的出台,正是以医保医师这个“小切口”,形成医疗、医保、医药、医师四方联动的“大成效”的关键之举。

医疗保障制度改革坚持以人民利益为中心,但又不仅代表患者权益,也要兼顾医疗服务供给方的合理利益和发展诉求。协助促进公立医院薪酬制度改革,启动医疗服务价格改革、推进多元化医保支付方式、全面探索推进药品耗材集中采购,制定医保药品目录等,在一系列医疗、医保、医药改革过程中,医师是其中重要的践行者,是制度建设的当事人。通过医师确定诊疗手段和用药方案,同时伴随着医保基金的支出和使用。医保医师制度的出台在一定程度上约束着医师,引导医师自觉规范诊疗行为,保障诊疗服务的质量和效率,当好健康和医保基金“守门人”。通过医师开出的合理、有效医保处方实现医保基金有价值的购买,实现医疗资源的有机整合。使医保医师成为医疗、医保、医药之间有机联动的纽带。这里的联动,不仅意味着医疗机构、医保部门与药品流通企业之间的部门联动,也体现着“医、保、药”多方在各项管理制度、运行机制、卫生政策^①内部及相互间的联动,协调配合、互为支撑,增强其整体性、系统性、协同性,进一步推动我国医药卫生体制改革。

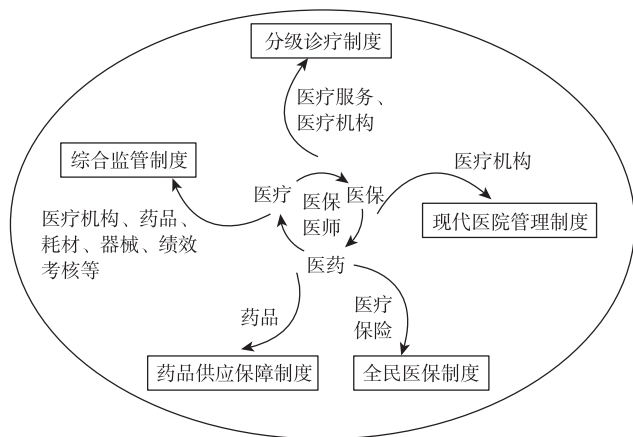
2.3 医保医师制度是五项基本制度改革的重要切入点

2016 年 12 月,国务院印发关于《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》的通知,提出“十三五”期间要在五项制度上取得新突破,即分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度以及综合监管制度,这些制度改革对象均与医师存在着重要联系(图 1)。

医保医师制度的实施以医师为核心,涉及医疗、医保、医药三方。作为医疗服务的实际提供者,医师在医疗机构处于核心地位,医师的配合与积极参与能够大大减小医疗机构改革的阻力,不仅带来医疗服务质量和效率的提高,还有助于医疗机构改革的

① 管理制度包括医疗管理制度、医保监管制度、基本药物制度等,运行机制包括医疗机构运行机制、卫生投入机制、医药价格形成机制等,卫生政策包括医师多点执业政策、基本医疗保险政策以及药品带量采购政策等。

顺利推进,助力医疗机构明确功能定位,引导群众就医需求,实现分级诊疗;有利于医疗机构的高效运行,控制医疗费用不合理增长,保障医保基金的合理使用,为全民医保制度提质增效;同时,通过医师处方合理检查、合理用药,依据医保药品目录优先使用基本药物,从需方角度推动药品供应保障制度改革;以医师为中心,实现四方联动,自觉维护市场秩序,强化行业自律,形成以健康为中心、供需平衡、运行高效、监督有力的基本医疗卫生制度。



注:环形箭头上的文字表示对应的制度涉及的改革对象。

图1 医保医师制度是五项基本制度改革的重要切入点

3 医保医师制度建设的逻辑可行性

3.1 医保医师制度是执业医师制度的延伸

《中华人民共和国执业医师法》(以下简称《执业医师法》)规定,执业医师在执业活动中享有“在注册的执业范围内,进行医学诊查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件,选择合理的医疗、预防、保健方案”的权利。执业医师制度是依据《执业医师法》对医师的执业资格作出认定,赋予医师合法处方权,并依据临床指南、规范对医师行为提出的要求,是其他一切医师管理制度的基础,任何其他管理制度都不能违背执业医师制度。同样,医保医师制度也是在执业医师制度基础上对医师作出进一步规定的制度。医保医师制度并未赋予医师额外的权利,仅是将医师诊疗行为与医保直接挂钩,要求医师严格执行医保有关政策要求,规范其诊疗行为,在此基础上医师可成为医保医师,其开具的处方可按照规定由医保基金报销;反之,若医师违反医保政策规定,则采取一定的惩罚措施,达到一定程度后处方将不予报销,即取消医师的医保处方权,成为非医保医

师。看似与执业医师制度规定的执业医师具有处方权相冲突,但实际上依旧是通过医疗机构对医保医师执业行为进行管理,取消医保处方权是医师执业行为违规带来的后果,仍保留有医师的非医保处方权,因此医保医师制度是执业医师制度的延伸。

3.2 医保医师是医保的“守门人”

从(执业)医师到医保医师,是在执业资格基础上的进一步升华,其身份不仅是治病救人的医师,还是医保基金的守门人,要规范医疗保险相关诊疗行为,实现医保基金的合理使用。

医保医师直接与医保挂钩,其责任主要体现在准入前和提供医疗服务过程中。成为医保医师前,由医保部门及医疗机构对其进行医保知识的培训,医师需对医保政策、业务知识有着充分的了解才能成为医保医师。在提供医疗服务过程中,医保医师需发挥好医保基金“守门人”的作用,仔细核对参保人信息,避免因患者刻意欺诈骗保而造成医保基金的流失;此外,医保医师应自觉规范诊疗行为,遵守各项政策规定、临床诊疗规范以及医院的规章制度,坚持因病施治,做到合理检查、合理用药、合理治疗,维护基本医疗保险运行秩序,真正成为医保“守门人”,同时也是人民健康的“守门人”。

4 医保医师制度建设的政策可行性

4.1 医保全覆盖为建立并落实医保医师制度提供政策制度基础

截至2019年底,全国基本医疗保险参保人数135 436万人,参保覆盖面稳定在95%以上,全年基本医疗保险基金总支出为19 945.73亿元。以北京市为例,北京市城乡居民住院费用报销比例最低为75%,最高为80%。北京市城乡居民在三级医院首次发生的住院费用,起付标准以上部分由统筹基金支付75%,居民支付25%;在一级医院以及家庭病床发生的住院费用,超过起付线部分,由统筹基金支付80%,居民支付20%。^[3]如此高的报销比例,全有赖于医保处方。因此,一方面,从源头管理,管住医师处方行为,确保医保处方的合理有效,能够最大程度提高医保基金使用效率;另一方面,参保患者群体基数庞大,鉴于参保患者的经济考虑与医保选择,及其对非医保医师信用等级较低的可能预判,大部分参保患者将会大概率选择医保医师就诊,医保医师若

因违规行为被收回医保处方权成为非医保医师,其绩效将大幅缩水,会激励医保医师积极学习医保政策知识,规范自身医保诊疗行为。

4.2 医保医师制度是 DRGs 支付制度改革的必然要求

DRGs 支付制度,即为按照病症类型的差别来确定支付金额并支付实际医疗费用的方式。深入推进 DRGs 试点,是国家医保局 2020 年的工作重点之一,也是《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中提出的重点内容之一。2020 年 6 月,国家医疗保障局发布《医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)细分组方案(1.0 版)》,意味着具有中国特色的 CHS-DRG 落地前的分组方案准备宣告完成。

实际上,DRGs 不仅仅是控费工具,更是医疗管理工具,根本目的是达到“医—保—患”三方平衡。为了持续发展,必须做到“质”和“价”双控。医保局利用支付权这个经济杠杆,以 DRG 管理为抓手,首次将管理的触角深入到了医疗行为本身。如何与医疗机构进行结算并监管考核是其中重要的一环。医保支付的费用首先由处方中的诊断和操作决定,在 DRG 付费方式下,可能存在医疗机构选择轻病人住院、推诿重病人、升级诊断和服务不足等现象,这就需要医保机构制定配套的监管考核办法或者审核系统去规范 DRG 下存在的医疗违规行为的发生。^[4]

医保医师制度的出台能够很好地与 DRGs 支付制度相衔接、相互补充,协同规范诊疗行为,控制医保基金的使用。通过事先制定管理办法,让医保医师明确医保政策的要求以及需要规避的医保违规事件,自觉在医疗服务过程中规范自身医保处方行为,从源头上避免医保基金的滥用。将医师医保处方行为与其绩效考核相结合,更是加强对医师行为的约束,促使其因病施治,提高医疗服务质量和效率。医保医师制度是对医师从提供服务到支付费用全过程的约束,保证其不触及违规红线,结合 DRGs 支付制度,医疗机构可以灵活利用卫生资源选择治疗方案,减少社会医疗成本,从而实现“质”“价”双控。

4.3 建立中国医保医师制度已有政策铺垫与改革基础

2012 年 3 月,国务院印发《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发[2012]11 号),首次提出逐步将医保对医疗机构医疗服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。2014 年

8 月,人社部出台《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》(人社部发[2014]54 号),提出强化医疗保险医疗服务监管,将监管对象延伸到医务人员。2017 年 6 月,《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》(国发[2017]55 号)再次要求积极探索将医保监管延伸至医务人员医疗服务行为的有效方式。此前已有部分地区开始尝试建立医保医师制度,上述政策文件出台后,更多地区纷纷探索医保医师改革的有效路径。目前国内大部分省市均已出台医保医师管理办法,积累了较为充足的经验。

根据近几年实践探索情况,我国各地建立的医保医师管理制度主要有三个特点:协议化管理、积分制管理以及医保处方权管理。协议化管理指医师获得医保医师资格必须签订服务协议,要求医保医师持证上岗;积分制管理指对制度内的医师进行积分制管理,每位医保医师初始为固定分值,不同的违规情况扣减不同的分值,当分值减少到一定的程度时,实行不同的惩罚制度,若在一段时间内分值扣减相对较少,表现较为突出,根据各地具体情况实行一定的奖励措施;医保处方权管理是医保医师制度对医保医师的主要限制措施,医保医师通过考试、签订协议等拥有医保处方权,在医保医师制度的规定下为医保病人提供问诊服务,若出现违规现象则对医保医师的医保处方权进行限制。

三种管理制度各有其侧重,但就已有的实践探索来看,各地现行的医保医师管理制度存在一定的共性。如都要实行资格准入,获得资格的医师能够建立属于自己的信用档案,医保经办机构和医疗机构对医师日常医疗服务行为进行严格监督与审核,减少其浪费和欺诈骗保行为,维护医保基金的安全,保障医疗行为的规范。

4.4 国外医保医师典型案例

部分国家医师独立执业,不依赖于医疗机构,因此大多由医师直接与医保机构/保险公司签订合同,医保费用直接与医师挂钩。如美国的医师需自行或结合成独立医生联合体,与医保机构谈判和签订合同,医保机构每年定期或不定期对签约医师进行评估,若无特殊情况,医保机构不会与信用评级较低的医师签约。^[5]此外,美国社会医疗保险和医疗救助服务中心(CMS)组织建立支付审计系统,严格审查并核实三年内医师的所有支付记录,若发现违规行

为则向医师发起追偿、索赔及制裁。^[6]英国每位公民选择一位全科医师负责其医疗健康保健情况,患者与医保基金相连接,医保基金设定人头费,根据社区居民年龄、病史、慢性病、常见病等情况,按人头直接付费给全科医师。并建立医患互动机制,授权全科医师控制医保基金及患者费用,促使全科医师提高其医疗服务质量。

美国与英国关于医师的医保控费制度虽与国内的管理办法略有差异,但均是将医保基金与医师的医保诊疗行为直接联系,同时医师的诊疗行为又决定着是否有权继续使用医保基金。国外医师的医保控费制度对我国医保医师制度的建立具有重要的借鉴意义。

5 医保医师制度建设的法理可行性

《中华人民共和国民法典》(以下简称《民法典》)第一千二百一十八条规定,患者若在诊疗活动中受到损害,不论是医疗机构还是医务人员存在过错,均由医疗机构承担赔偿责任。这项规定可以追溯到《中华人民共和国侵权责任法》(以下简称《侵权责任法》)第三十四条:用人单位的工作人员因执行工作任务造成他人损害,由用人单位承担侵权责任。医师提供的医疗服务正是其工作任务的重要表现,自然由医疗机构来承担责任。但同时,根据《民法典》第一千一百九十一条的规定,医疗机构承担赔偿责任后,有权向有故意或重大过失的医师追偿。且在实际判决中,已有相关案例表明医疗机构具有追偿权([2019]渝0109民初6072号)。

依据《中华人民共和国社会保险法》(以下简称《社会保险法》)第三十一条规定,社会保险经办机构可与医疗机构签订服务协议,因医保经办机构具有行政主体资格,因此这种服务协议在法律性质上属于“行政合同”,行政主体对行政合同的履行享有行政优益权,体现为医保经办机构有权对定点医疗机构合同的履行进行监督和指挥。^[7]

诊疗服务的实际提供者是医师,医保经办机构对定点医疗机构的监督实际是对医师行为的监督。依据《民法典》有关规定,医疗机构骗取社会保险金,使得医保基金损害则需处以罚款。若医师存在欺诈骗保行为致使医保基金损害,法律赔偿责任主体仍是医疗机构,但因医疗机构享有合法追偿权,医师需承担连带赔偿责任,由于这种连带责任的存在,相当于医保部门处罚对象包括医疗机构和医师。医保部

门作为行政主体,其对医疗机构的监督权和指挥权也通过这种连带责任传导到医师,将协议的效力从医疗机构传到医师个人,直接监督医师行为,将处罚后果与医师行为直接联系起来,这种传导的效力是合理合法的,即说明医保的监管延伸到医师也是合理合法的(图2)。

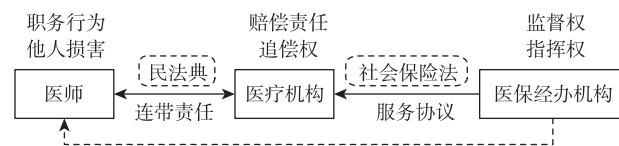


图2 医保经办机构对医师的连带约束作用

6 建立中国医保医师制度的政策建议

6.1 建立中国医保医师制度,正式提出医保医师概念

各地开展医保医师管理工作的规范性仍有提升的空间,考评内容不一,建议国家有关管理部门在总结各地经验的基础上,制定指导意见,正式提出统一的医保医师概念,为医保医师管理提供制度性依据,使医保医师管理工作合理化,上升为医疗保险基础性管理制度。此外,建立国家级医保医师制度能够有效避免由于各地区制度不通,造成退出医保处方权的医师到另一个地区开医保处方的情况,建立国家层面医保医师诚信体系,杜绝地区级医保医师制度的漏洞。

6.2 建立健全医保经办机构、医疗机构的职能职责

从国家层面强化医保经办机构、医疗机构医保办的监管职责及管理,给予科学、合理的管理权利,在医院内部建立起医保监督的第一道防线。同时,为医保办人员提供一定的福利政策,提升其工作积极性。

6.3 建立全方位监管体系

除对医保经办机构、医保协议医疗机构、医师三方监管外,还需加强对患者就诊行为的监管,如建立患者诚信机制,将参保患者的就医行为纳入诚信体系,对因患者恶意骗保而非医师诊疗不规范的行为造成的基金损失应由患者承担,并追究其责任。^[8]

6.4 与现行政策制度相互配合,综合施策

医保医师制度是建立在现行法律法规、政策制度基础上,针对医保医师群体进一步补充完善的管理制度,综合不同部门的行政力量、管理手段,能够产生更好的约束效果。有关法律如《执业医师法》、

《侵权责任法》、《社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》有关规定,以及《医院处方点评管理规范(试行)》、《加强医疗卫生行风建设“九不准”》、《医疗技术临床应用管理办法》提出的“负面清单”管理、“不良记录名单”管理、《关于深化医疗保障制度改革的意见》有关规定等,都是医保医师制度建立的依据。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 北京市人力资源和社会保障局. 关于印发《北京市城乡居民基本医疗保险办法实施细则》的通知[EB/OL]. (2017-11-30) [2021-04-26]. http://rsj.beijing.gov.cn/xxgk/zcwj/201912/t20191206_943597.html
- [2] China Joint Study Partnership. Deepening Health Reform In China [R/OL]. [2020-12-03]. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/24720/HealthReformInChina.pdf>
- [3] 北京社保网. 北京医疗保险报销比例[EB/OL]. (2020-05-13) [2020-05-27]. <https://beijing.chashebao.com/yil->

iao/19834.html

- [4] 健康界. 推进 DRG 是一项管理体制的改革,一文带你了解 DRG 实施全步骤[EB/OL]. (2020-07-31) [2020-10-11]. <https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20200731/content-1134589.html>
- [5] 健康界. 美国医生种类那么多也可以一篇文章就读懂[EB/OL]. (2016-12-14) [2020-05-27]. <https://www.cn-healthcare.com/article/20161214/content-488002.html>
- [6] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare administrative contractors [EB/OL]. (2019-12-12) [2020-09-08]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Contracting/Medicare-Administrative-Contractors/Medicare-Administrative-Contractors>
- [7] 中国医疗保险. 医保两定机构协议管理:哪些问题? 如何解决?[EB/OL] (2018-08-22) [2020-09-07]. https://www.sohu.com/a/249424175_439958
- [8] 符美玲, 陈登菊, 肖明朝. 从医保服务医师制度看临床医师角色转变[J]. 中国医院, 2018, 22(8): 42-44.

[收稿日期:2020-12-25 修回日期:2021-02-09]

(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2021 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

联系人:薛云

电话:010-52328696,52328697