

# 我国二级医院基本医疗服务诊疗项目包的筛选研究

张霄艳\* 杨兴怡 刘焱 方鹏骞

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

**【摘要】**目的:制定符合我国国情和经济可承受的基本医疗服务诊疗项目包。方法:以现行医保目录及全国医疗服务价格项目规范(2012年版)为备选库,按照满足基本医疗服务基本特征、最低水平和以县级医院服务能力为参照的原则进行筛选,并进行两轮5步的专家咨询。结果:筛选出1343条中国基本医疗服务诊疗项目的基本包和713条基本医疗服务诊疗项目的补充包。讨论与建议:本次筛选结合了现行的医保目录,能较好确保纳入项目的经济性,改变了以往将基本医疗服务定位于基层医疗服务的局限,更符合当前社会的发展和医改的目标。在基本医疗卫生制度建设上,应以基本医疗保险制度为主要筹资渠道,并突出政府主体责任。

**【关键词】**基本医疗服务;服务包;诊疗项目;筛选;策略

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.06.010

## The screening strategy on basic medical services package of secondary hospitals in China

ZHANG Xiao-yan, YANG Xing-yi, LIU yan, FANG Peng-qian

The College of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

**【Abstract】** Objectives: To formulate the specific basic medical services package that adapts to China's health-care situations. Methods: With the optional items which are covered by medical insurance and the medical services price regulation in 2012, the 2 phase and 5 steps experts consultation methods were applied according to the principles of meeting characteristics and the floor level of basic medical services. Results: 1343 items are included in the basic medical service package and finally 713 items in the supplementary package. Discussion and suggestion: The screening strategy combining medical insurance system ensures the chosen items' economical efficiency. The basic medical service providers are not just restricted in primary medical institutions. The government responsibility should be highlighted and the basic medical insurance system should be developed to be the main financial subsidy resources.

**【Key words】** Basic medical services; Service package; Treatment items; Screening; Strategy

2009年中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》确立了我国医改的目标:“到2020年,建立基本医疗卫生制度,人人享有安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务”。目前,基本医疗卫生制度中基本公共卫生服务范围已较为明确,但对基本医疗服务的具体内容还没有达成共识,国家也没有明确具体的规定。<sup>[1]</sup>明确基本医疗服务具体内

容对于确保基本医疗服务制度建设可行性具有理论和现实意义。

以往研究中,对基本医疗服务保障范围的确定主要基于常见病症、费用、基层医疗服务机构等。<sup>[1-5]</sup>如以常见病为基本病种,据此测算对该疾病进行诊治所必需的医疗服务和药品(包括住院所需的服务和药品)。然而,使用“常见病、多发病”等说法来界

\* 基金项目:国家自然科学基金(713300065)

作者简介:张霄艳,女(1978年—),博士研究生,主要研究方向为医院管理。E-mail: 24420054@qq.com

通讯作者:方鹏骞。E-mail: pfang@mails.tjmu.edu.cn

定基本医疗缺乏明确的客观指标,且疾病本身无“基本”和“非基本”、“重要”和“不重要”之分<sup>[6]</sup>,同时以病种界定基本医疗服务内涵不利于健康公平的实现。而以医疗费用界定基本医疗服务的边界虽简单易操作,有利于政府根据当前的财力和经济发展状况控制医疗费用,分摊政府、社会及个人在基本医疗方面的责任,对医保的资金安全和可持续性运转有利,但却不利于解决“因病致贫、因病返贫”的问题,也与我国目前“保大病”的基本医疗保障原则冲突。而以基层医疗服务机构的服务能力来界定基本医疗服务范围与人民群众日益增加的医疗服务需求不相适应,也与90%的疾病在县域内解决的医改目标不符。

鉴于现阶段推行基本医疗服务制度的公平性和可行性,本研究从项目角度出发界定基本医疗服务包,将其分为三个部分:即基本医疗服务诊疗项目包、基本药品包及医疗器械与材料包。其中,诊疗项目包为制定医疗器械与材料包的基础,而基本药品包可参考诊疗项目包及现行的基本医疗保险药品目录。因此,本研究拟制定出科学合理的诊疗项目包,为后续的基本药品包和医疗器械与材料包奠定基础。同时,为完善基本医疗卫生制度提供建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

一是从经济性考虑,本研究以现行的《基本医疗保险、生育保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录(2012年试行版)》中3 057项甲类项目、688项乙类以及《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》中的新增3 914项诊疗项目作为基本医疗服务诊疗项目的备选库。

二是运用纳入法和排除法初筛备选库。课题组以县医院服务能力为参照,依据《二级综合医院评审标准(2012年版)》确定138项基础诊疗项目,将其直接纳入基本医疗服务包。依据《手术分级管理目录(2013年版)》等相关政策文件,确定49项县医院不能开展的诊疗项目,将其从备选库中直接排除。

经过初步筛选后,2 870项甲类项目组成基本医疗服务包的备选库;688项乙类与3 914项新增项目,合计4 602项组成基本医疗服务补充包的备选库。

### 1.2 筛选原则

基本医疗服务诊疗项目的筛选,需满足基本医疗服务的四个基本特征,即公平性、必需性、可及性和经济性。<sup>[7]</sup>其中在综合考虑东、中、西部地区的基本健康需求、医疗技术水平及经济可承受性后制定全国统一的诊疗项目,从而体现健康公平性,即不单纯以经济水平的差异对基本健康保障进行区别对待;必需性则体现为筛选使用频次较高,即居民需求迫切的项目;可及性方面,将基本医疗服务界定为县级医院能够提供的医疗服务,同时纳入部分国家政策重点关注的病种(重大传染病、儿科疾病如先心病和儿童白血病、地方病、部分罕见病等),这也与90%以上患者在县域内得到救治的医改政策目标相吻合。因此,基本医疗服务的内容和项目上限界定为县医院能够提供的服务。对于经济性的考虑,本课题以城镇职工医保目录的诊疗项目为参考。

#### 1.2.1 “最低水平”原则

鉴于基本医疗服务制度要体现出政府对人民健康保障的作用,结合我国目前的经济可承受性,基本医疗服务诊疗项目则必须遵循“最低水平”的原则。各地可按照当地实际情况“只增不减、只升不降”,对各地的地方性疾病在综合考虑其危害性及本地区的经济承受能力后对基本医疗服务项目包进行适当扩增。<sup>[8]</sup>我国目前现行的医保目录将诊疗服务项目分为甲、乙、丙类。其中甲类界定为“临床诊疗必需、安全有效、费用适宜的诊疗服务项目”,对于符合甲类目录的费用全额纳入医疗保险支付基数,按政策规定的支付比例予以支付。乙类为容易滥用或费用昂贵的诊疗项目,基本医疗保险基金支付部分费用。而对于非临床必需、效果不确定及属于特需医疗服务的诊疗项目则归属于丙类,基本医疗保险不予支付。因此,本次筛选结合医保基金的可承受性,从“最低水平”考虑,以医保目录中甲类项目为初步筛选范畴。

#### 1.2.2 以县级医院服务能力为参照

根据《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,90%以上患者在县域内能够得到救治。因此,结合当前医改的总体思路 and 我国医疗服务体系发展现状,本研究将县二级医院确定为基本医疗服务提供的主体,以县二级医院的服务能力为参照,参考我国二级综合医院评审标准,筛选出县二级医院能独立开展、安全有效、群众需求迫切的服务项目。这一原则与以往其他研究中将基层医疗服务

机构(乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构)界定为基本医疗的供给主体不同<sup>[6, 9, 10]</sup>,本研究以发展的视角,立足于我国经济发展现状及人民群众日益增长的健康需求,提出与当前新医改进程一致的基本医疗服务提供体系,即不仅服务包括基层医疗服务机构,还包括县二级医院及城市三级医院。

### 1.3 筛选方法

#### 1.3.1 专家咨询法

本研究从供方和需方两种角度出发,以满足基本医疗服务的基本特征为出发点,对初筛后确定的基本医疗服务包,从“可独立完成”、“质量有保障”、“群众需求迫切”、“价格适宜”4个维度进行评价。其中,“可独立完成”指该项目可由县医院独立完成;“质量有保障”指该项目在县医院开展,其质量是有保障的;“群众需求迫切”指该项目为群众所需,是服务利用频次高的诊疗项目;“价格适宜”指在当前经济水平下开展该项目,主要限定在国家财政可承受的范围内。以100分为总分,首先请专家确定四个维度的权重。然后对每一维度以“否”、“不确定”和“是”来判断,分别赋值为1~3分。

对于基本医疗服务诊疗项目补充包,对各备选项目请专家综合考虑“可独立完成”、“质量有保障”、“群众需求迫切”、“价格适宜”四个维度后评价是否纳入。

通过两阶段的专家咨询,分别从三级医院和县医院角度进行四个维度的备选项目评价,并请专家对筛选提出修改建议。

#### 1.3.2 专家基本情况

本研究共咨询77名专家,平均年龄44岁,41~50岁的占57.1%;本科学历占75.3%;副高级职称及以上的占80%;20~30年工作年限的占63.6%。

本次研究中,专家的判断系数Ca为0.90,熟悉程度系数Cs为0.633,权威系数Cr为0.76。一般认为,专家的权威系数高于0.7即可接受,因此本次研究的专家咨询结果可信。专家对县医院开展基本医疗服务工作的熟悉程度均较高。其中三级医院的专家12人,曾以对口支援或其他形式参与县医院工作,以副高职称为主,学历为硕士和博士,其权威系数为0.73;县医院专家65人,为经济水平、医疗技术水平居全国中等的中部地区县医院的相关临床和医技科室的副主任及以上职称的医师,年龄均在40岁以上,学历以本科为主,均为副高级及以上职称,参加工作年限均在20年以上,对目前县医院开展基本

医疗服务工作的熟悉程度大多为很熟悉和熟悉,权威系数为0.78(表1)。

表1 专家基本情况

项目	分类	人数	比例(%)
职称	初级	4	5.2
	中级	11	14.3
	副高	48	62.3
	正高	14	18.2
年龄(岁)	30~	17	22.1
	40~	44	57.1
	50~	16	20.8
学历	大专	5	6.5
	本科	58	75.3
	硕士	6	7.8
	博士及以上	8	10.4
工作年限(岁)	0~	24	31.2
	21~	49	63.6
	31~	4	5.2
专家对基本医疗服务工作的熟悉程度	很熟悉	14	18.2
	熟悉	34	44.2
	较熟悉	20	26
	一般	9	11.7
专家工作领域	医技科室	17	22.1
	临床诊疗科室	60	77.9

### 1.4 分析方法

收集的原始数据用Excel建立数据库。计算各维度的权重,各备选项目在四个维度得分的加权平均分为其最终的综合得分。例如设A备选项目的综合得分为FA,专家S对A的四个维度“可独立完成”、“质量有保障”、“群众需求迫切”、“价格适宜”的赋值分别是Q1S、Q2S、Q3S、Q4S,专家给A项目的“可独立完成”、“质量有保障”、“群众需求迫切”、“价格适宜”的权重赋值分别为F1S、F2S、F3S、F4S,其中F1S+F2S+F3S+F4S=100,则有:

$$FA = (Q1S * F1S + Q2S * F2S + Q3S * F3S + Q4S * F4S) / 100$$

最后综合得分为3分的诊疗项目予以纳入。得分为1分的项目予以排除;而综合得分在1~3分之间的项目采用四分位法,将得分排序前3/4的项目纳入。同时参考咨询专家的判断系数、熟悉程度系数和权威系数等。

## 2 结果

### 2.1 基本医疗服务诊疗项目基本包

第一阶段三级医院的专家咨询从基本包备选库

中排除综合得分为1分的项目459项,剩余2411项进入第二阶段县医院专家咨询。综合3轮县医院专家评分情况,得分为3分的项目共470项,纳入基本包;得分为1分的961项,排除基本包;余下得分为1~3分的项目980项采用四分位法,取分值前四分之三的项目共735项纳入基本包。依此标准总计纳入735项,即通过专家咨询共纳入项目1205项。

最终,基本医疗服务诊疗项目基本包由初筛纳入的138项与专家咨询纳入的1205项共同组成,合计1343项。其中综合医疗服务类73项,医技诊疗服务类315项,临床诊疗类843项,中医及民族医诊疗类112项。

表2 基本包备选项目专家咨询得分情况,  $n(\%)$

项目综合得分	三级医院专家咨询	县医院专家咨询
3分	736(25.65)	470(19.49)
1~3分	1675(58.36)	980(40.65)
1分	459(15.99)	961(39.86)

## 2.2 基本医疗服务包诊疗项目补充包

对由乙类及新增项目组成的合计4602项补充包备选项目,经过三级医院专家咨询,排除不能纳入的项目3563项后余下1039项进入县医院专家咨询阶段。在3轮县医院专家咨询后,共713项最终纳入基本医疗服务诊疗项目补充包(表3)。具体包括综合医疗服务类6项,医技诊疗服务类398项,临床诊疗类304项,中医及民族医诊疗类5项(表4)。

表3 补充包备选项目专家咨询情况,  $n(\%)$

是否纳入补充包	三级医院专家咨询	县医院专家咨询
是	1039(22.58)	713(68.62)
否	3563(77.42)	326(31.38)

表4 基本医疗服务诊疗项目包构成,  $(n)$

	基本包项目数	补充包项目数
综合医疗服务类	73	6
医技诊疗服务类	315	398
临床诊疗类	843	304
中医及民族医诊疗类	112	5

## 3 讨论

### 3.1 以医保目录为参考确保基本包项目纳入的经济性

基本医疗服务制度的可行性首先应基于经济的可承受性,目前我国全民医保制度已初步建成,基本医疗保险已基本实现全民覆盖,且已成为群众看病

的主要支付方,而财政对其中居民医保和新农合的筹资支付占到总筹资额的80%左右,全民医保体系已成为政府保障群众健康的重要途径。基于此,我国的基本医疗服务包应与现行的基本医疗保险制度紧密衔接。此外,城镇职工医保已经过20多年的平稳运行,说明其医保目录是在目前的医保筹资水平下可负担的。其中甲类项目明确规定为基金准予支付费用的诊疗服务项目,其筛选标准为临床诊疗必需、安全有效、费用适宜。因此,本研究以职工医保的甲类诊疗项目作为基本医疗服务诊疗项目的备选范畴,确保了最后筛选出的基本医疗服务诊疗项目基本包的经济性。

### 3.2 突破了以往定位于基层医疗服务机构的界定方法

以往研究中,许多学者将基本医疗服务定位于基层医疗机构所能提供的服务,医院体系只负责提供基本医疗服务中的急诊和转诊服务。<sup>[11-12]</sup>这种定位在理论上将基本医疗服务与基层医疗机构提供的服务混为一谈;在实践中,随着我国经济的不断发展,国家财政的可承受性不断增强,人民群众的健康需求不断提高,这种定位也明显落后于现实需要。因此,本研究将县级医院能够提供的医疗服务作为基本医疗服务界定的上限。随着分级诊疗制度不断推进,基本医疗服务的提供主体应包括:城市地区的社区卫生服务机构;农村地区的县级医院、乡镇卫生院及村卫生室。三级医院也是基本医疗服务的提供者之一,但不是提供主体。

### 3.3 基本医疗服务制度建设要突出政府的主体责任

国家有责任保障每一个公民享有获得基本教育和医疗保障的权利。其中,基本医疗服务属于外部性显著的准公共产品,所以政府应在基本医疗服务中承担主体责任。2012年国务院下发的《国家基本公共服务体系“十二五”规划》进一步突出了“把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供”这一核心理念,把基本医疗卫生服务定位为医疗卫生服务中最基本、最核心的部分,并将其作为政府的基本职责由政府主导并负最终责任。在基本医疗服务制度建设中政府责任的体现可通过对基本医疗服务制度的设计、对基本医疗服务的筹资和基本医疗保险的财政支持、对基本医疗服务提供主体的监管等途径来实现。

### 3.4 基本医疗保险为基本医疗服务的主要筹资渠道

保险筹资和财政预算筹资是基本医疗服务筹资

的主要方式。我国目前医疗服务的筹资体系主要包括税收筹资(财政直接投入医疗机构的基础设施经费、人员与业务经费)、基本医疗保险、医疗救助、慈善基金和个人自付等多种形式。其中财政投入主要用于建立健全基本医疗服务体系和补助基本医疗保险两个方面。本研究认为基本医疗服务应选择以公共筹资为主,使用者付费为控制性手段、其他筹资渠道为补充的筹资机制,确保基本卫生服务筹资的公平、有效、稳定、可持续,以最终实现向城乡居民提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗服务目标。即保险筹资在现阶段更符合我国财政的可承受性。由于我国基本医疗保险制度中的城镇居民基本医疗保险和新农合属于福利性质,在筹资结构上约 80% 为各级财政补助,因此政府已在全民医保体系构建上承担了重要的筹资责任,若另行再对基本医疗服务内容进行财政预算筹资,将与全民医保制度出现责任上的重复,同时将大大增加政府财政负担,以 2013 年为例,财政已对城镇居民基本医疗保险和新农合共投入了 3 364. 20 亿元,若基本医疗服务包再由政府财政支付,不仅财政难以承担,且易导致泛福利化倾向,弱化个人对健康应付的责任,加剧有限的医疗资源浪费,最终使健康保障受到挑战。

### 3.5 本研究的局限性

本次研究的咨询专家主要是临床医师,且由于条件所限,仅选择了中部地区的 4 家医院进行专家咨询。为论证本次筛选结果的合理性,下一阶段课题组将在东部和西部开展中国基本医疗服务诊疗项目包的意见征集和论证,同时对基本医疗服务的内涵进行动态调整。随着国家财政实力的增加、医学技术的发展以及医疗服务需求的提高,基本医疗服务范围应随之合理调整;在制定国家统一的最低标准基础上,地方也应根据本地实际情况增加适当的

项目,形成适宜本地的基本医疗服务具体范围。

### 参 考 文 献

- [1] 周寿祺. 实现基本医疗卫生服务均等化的条件、问题和建议[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(7): 52-56.
- [2] 赵欢. 江苏省社区卫生服务基本医疗服务包研究[D]. 江苏: 东南大学, 2008.
- [3] 李少冬. 政府保障基本医疗服务的责任[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(12): 25-28.
- [4] 李鹏, 孙爱芬. 基本医疗范围界定的一般逻辑体系[J]. 医学与社会, 2007, 20(8): 7-9.
- [5] 宁文捷, 田晓杰, 鲍勇. 社区卫生服务基本医疗病种界定研究[J]. 中国全科医学, 2007, 10(13): 1113-1115.
- [6] 刘俊香, 吴静, 陈鸿君, 等. 国内基本医疗服务研究述评[J]. 卫生软科学, 2012, 26(7): 624-629.
- [7] 王迪飞, 张新平, 吕景睿. 对我国基本药物目录制定与遴选原则的分析[J]. 医学与社会, 2009, 22(6): 14-16.
- [8] 左玉玲, 陶红兵, 熊光练, 等. 基本医疗服务范围界定方法探讨[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(8): 31-33.
- [9] 实现我国基本医疗服务均等化的公共政策研究课题组, 汪崇金. 我国基本医疗服务的地区差异及均等化对策研究[J]. 山东财政学院学报, 2011(2): 42-45.
- [10] 马安宁, 郑文贵, 王培承, 等. “国民基本卫生服务包研究”概述[J]. 卫生经济研究, 2008(4): 8-10.
- [11] 潘伦, 吴海峰, 何坪, 等. 基本医疗服务界定的研究和建议[J]. 重庆医学, 2013(32): 3966-3968.
- [12] 梁鸿, 朱莹, 赵德余. 我国现行基本医疗服务界定的弊端及其重新界定的方法与政策[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(7): 7-10.
- [13] 梁鸿, 王云竹. 公共财政政策框架下基本医疗服务体系的构建[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(10): 8-11.

[收稿日期:2014-11-15 修回日期:2015-04-28]

(编辑 谢宇)