高质医保与病有良医

以党的十九大为标志,我国经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段。与经济社会发展相适应,与人民需要相呼应,既是基本医保制度的基本原则,也是中国医保制度建设的基本立足点和价值旨归。由是,推进医保高质量发展,建成高质医保,则是时代命题、人民需要,是新时代中国医保人的初心使命和责任担当。厘清和把握推进医保高质量发展的内涵,是全面建成高质医保,满足人民日益增长的美好生活和健康需要的前提和基础。

□ 文/ 王东进

上据党的十九大报告和十九届四中全会《决定》的精神,全面建成中国特色高质量医疗保障体系(简称"高质医保"),实现病有良医的民生愿景,是新时代中国医保改革发展的战略任务和核心目标。切实厘清和准确把握高质医保与病有良医的必要条件、制度保障等理论和实践问题,对于进一步增强推进高质医保建设,实现病有良医民生愿景的自觉性、主动性、创造性,减少盲目性、片面性、随意性是大有裨益的。

(-)

推进医保高质量发展,建成高 质医保,是时代命题、人民需要。

以党的十九大为标志,我国经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段。与经济社会发展相适应,与人民需要相呼应,既是基本医保制度的基本原则,也是中国医保制

度建设的基本立足点和价值旨归。 由是,推进医保高质量发展,建成 高质医保,则是时代命题、人民需 要,是新时代中国医保人的初心使 命和责任担当。厘清和把握推进医 保高质量发展的内涵,是全面建成 高质医保,满足人民日益增长的美 好生活和健康需要的前提和基础。

推进医保高质量发展,建成高 质医保的内涵相当丰富,但核心要 义是实现医保改革发展的转型升 级,即由外延高速增长扩张型转变 为内涵提质增效型,切实提高医疗 保障的绩效和水平,让人民群众得 到更加公平、便捷、优质的医疗服 务和保障服务,不断增强获得感、 幸福感和安全感,促进全民健康。

推进医保高质量发展,建成高质医保是一项艰巨浩繁的系统工程,具有全局性、整体性、系统性、协同性特征,既要有全局观念,又要有系统思维,既要善于打"攻坚战",又要善于打"总体战"。当前和今后一个时期,至少要在如下

一些基础性、关键性环节实现了 高质量,才称得上推进医保高质 量发展, 进而建成高质医保。首先 是医保制度(医保制度体系)架构 要高质量,特别是基本框架、本位 功能、制度要素、运行机制等要高 质量(统一、规范、合理、健全、 效能);二是相关的制度体系(尤 其"三医"的相关制度)建设要高 质量(即符合"于法周延,于事简 便"的原则和要求);三是医保基 金"收、管、用"要高质量;四是医 保治理体系、治理能力和治理效能 要高质量; 五是医保公共服务平台 建设和服务要高质量; 六是风险综 合监管防控制度和机制要高质量; 七是医保法制建设依法施保要高质 量; 八是医保专门人才队伍的综合 素质和专业技能要高质量。

需要强调的是,医保高质量, 是指在"权责清晰、保障适度"的 架构内的高质量、高绩效。经济 学上有个概念,性价比相当才是 优质。医保改革之初,中央负责

医保改革工作的领导同志就曾经指 出,我们进行医改的目的,就是让 老百姓用相对较少的钱, 获得相对 较好的医疗服务。这也是医保以人 民健康为中心、让人民获得性价比 相当、成本效益相当的优质医疗服 务和医疗保障,或说"病有良医" 等命题的最直白、最通俗的诠释。 换句话说,在"权责清晰、适度保 障"的原则和架构内,真正做到价 格与品质相当,成本与效益相当, 让广大参保患者获得公平、合理、 有效、可承担的医疗服务和保障服 务(也就是老百姓所说的"物有所 值""不花冤枉钱"),就是广大 参保患者当下最企盼、最需要的高 质医保, 也是广大人民群众最关 心、最直接、最现实的切身利益问 题。离开或罔顾这个标准和现实, 奢谈医保高质量、"忽悠"老百 姓, "只有哗众取宠之心, 而无实 事求是之意",都是不可取的。

 (\perp)

高质医保建设的核心目标与实 现病有良医的民生愿景是完全一 致,高度契合的。

2019年8月18日《中共中央国 务院关于支持深圳建设中国特色社 会主义先行示范区的意见》中明确 指出: "民生幸福标杆,构建优质 均衡的公共服务体系,建成全覆盖 可持续的社会保障体系,实现幼有 善育、学有优教、劳有厚得、病 有良医、老有颐养、住有宜居、弱 有成扶"。这是在党的十九大报告 中提出的"七有"(即幼有所育、 学有所教、劳有所居、弱有所扶) 的民生要求的基础上,对深圳先行 示范区提出了新的更高的标准,是 新的跨越,并定位为"民生幸福标 杆",也就是全国下一步要实现的 更高目标, 也是对人民日益增长的 美好生活需要和殷切企盼的关切与 回应。病有良医既是高质医保的题 中应有之义,也是"势有所趋,人 有所盼"的必然诉求,而且也是一 些地方"先试先行"的创举——早 在2011年10月27日,江西宜春市第 三次党代会上, 市委书记的报告中 就明确提出了"病有良医的新要 求"。几乎与此同时,浙江的衢州 等一些市和山东的青岛市等,都早 在几年前就提出了"病有良医"的 要求并且要"在家门口实现病有良 医"。这些都充分说明,病有良医 不但是民心所向,而且是民智创 举。中央在关于深圳先行示范区 "意见"中明确提出"病有良医" 的要求, 既是及时回应了人民的企 盼, 又是对保障民生, 改善民生的 新跨越, 具有重大的现实意义和 "标杆"性的示范意义。

实现病有良医的民生愿景,至 少要满足5个必要条件:

一是,要培养造就一批宏大的 良医队伍,这是实现病有良医的前 提和基础。

所谓良医,首先是指具有良好 医德、医术、医风的优秀医生。在 《素问·生气通天论》《左传·定 公三十年》等典籍中都有明确的定 义:良医者医道高明之医生也。 "三折肱知为良医"。唐代诗人或 禹锡《学阮公体》诗云: "百胜难 虑敌,三折乃良医"。古往今来, 多少仁人志士表白心迹: "不为 良相,便为良医。"诸如"大医精 诚""医者仁术""心不近佛莫为 医"等箴言隽语,表达的都是对良 医的定义和诠释。因为医者肩负着 "上以疗君亲之疾,下以救贫贱之 厄"的重任。用今天的话来说,良 医就是指德、技、艺三馨的医务工 作者。良医不仅要有高尚的医德, 精湛的医术,还要有高超的服务艺 术。有好医术而无好医德,不可能 成为病人信赖的好医生,自然也称 不上良医。

新中国成立以来,特别是改革 开放以来,随着医疗卫生事业的高 速发展,我国的医生队伍也得到迅 速发展壮大,深受人民信任和爱戴 的良医如璀璨群星。截至2018年 底,我国医师数量达到360.7万人, 年诊疗人次数达到83.1亿,较1998 年分别增长了80.4%和290.1%。正 是这数以百万计的中国医者敬佑生 命,救死扶伤,以生命之托支撑起 世界上最大的医疗卫生服务体系, 护航人民群众的生命健康,才使得 我国居民主要健康指标优于中高收 入国家平均水平。

但也必须清醒地认识到,医生队伍不但总量不足,而且素质参差不齐,不少人离良医的标准还相去甚远。不合时宜的医疗卫生管理体制和运行机制,还束缚着医生潜能的释放和不断深造进取的内生动力。基层和广大农村"缺医少药"的困局虽有所改变,但缺乏良医(或留不住良医)的矛盾还相当突出和普遍。2009年提出"强基层"的医改方针,至今尚未全落地生根,"基层"还远未"强"起来。这是实现病有良医的痛点、重点和难点所在,必须下最大的决心补齐这块"短板",做强这个"弱项"。

二是,要建立健全良好的医疗 服务体系,能够为广大人民群众提 供良好的令人满意的医疗服务,这 既是实现病有良医的载体和途径,

也是医疗卫生事业发展的生命线。

这些年来,通过不断深化医疗服务供给侧改革,医疗资源总量不足、结构失衡的矛盾虽有所缓解,但优质资源过度向大城市、大医院集中,造成"头重脚轻根底浅"的痼疾并没有根治,优质医疗资源(特别是优秀医生、良医)不但"下沉"难,反而被"上边"虹吸的问题(包括一些"巨无霸"医院或"医联体")还相当突出。

三是,要全面优化完善良好的 医疗保障体系,这是实现病有良医 的制度保障。

全民基本医疗保险制度的建立,总体上扭转了广大居民(特别是农村居民)不敢看病、看不起病、看不好病的状况,基本医疗需求得到保障(就诊人数量"井喷式"增长,1998年至2018年,20年增长近300倍;主要健康指标大幅提升,患者个人医疗费用负担逐年下降,2018年已降到30%以下,为20年来最低,就是最有力的实证)。但也毋庸讳言,由于相关领域改革滞后,"三医联动"方略实施不到位,过度诊疗、无效治疗,花冤枉钱,造成医保基金使用效率不高、保障绩效不尽人意的问题也所在多有。

四是,要用好用活大数据、互 联网等高科技手段,建立统一、规 范、开放、共享的医疗保障信息网 络和服务平台。这是实现病有良医 (特别是"在家门口就能做到病有 良医")的技术支撑。

实现病有良医,一定要有现代理念和创新思维。如果拘泥于古老的"良医"概念和行医方式,肯定不能解决今日中国14亿人民"病有良医"的诉求。古人说,"工欲善其事,必先利其器"。就是必须用

好现代科技这个重器, 让良医长上 现代高科技的翅膀, 产生倍增效 应, 形成病有良医的磅礴力量。

五是,要形成医患良性互动的 和谐关系。这是实现病有良医的文 化内核和社会生态。

医者对患者护佑、关爱、服务,患者对医者尊重、信任、感恩,是中华文明的优良传统,也是病有良医的文化内核和社会生态。如果将医患关系异化为冷漠的金钱交换关系,甚至对立关系,将恩人变成仇人,还奢谈什么"病有良医"?!切实匡正、重塑医患关系,形成医患良性互动的和谐关系,在当下具有特别重要的现实意义。

(Ξ)

推进高质医保建设,实现病有良医的基本方略和主要举措。

我们必须将初心变恒心,视使 命如生命,坚持以习近平新时代中国 特色社会主义思想为统领,坚持全 面贯彻落实党的十九大精神,坚持 以人民健康为中心的发展思想,牢牢 抓住全面优化完善医保制度体系建 设这条主线,着力在重点领域和关 键环节上实现新的突破和创新。

第一, 牢牢抓住全面优化完善 医保制度体系建设这条主线。

实践证明,无论是解决病有所 医还是实现病有良医的根本在制 度。党的十八大以来,以习近平同 志为核心的党中央审时度势,高瞻 远瞩,创造性地提出了按照"于法 周延,于事简便"的原则加强制度 体系建设的崭新概念和命题。党的 十九届四中全会又进一步从全局和 战略的高度对制度建设的方向、原 则、方略和举措作出擘画和部署, 并要求使各项制度相互贯通、相互 衔接、相互借力、相互推动,不断 臻于完善和定型。高质医保本质上 就是这样一个具有全局性、整体 性、协同性、系统性特征的高质量 的制度体系。全面优化完善医保制 度体系,应从三个层面着力:

一是,以完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和重特大疾病保障救助制度为重中之重和当务之急,进而全面优化完善全民基本医疗保险制度。当前尤其要在5个关键环节上下大力气,花真功夫: (1)以"权责清晰、保障适度"为中心环节规范完善城乡居民医保的制度要素和基础性、关键性运行机制。

(2)全面落实全民参保计划,重

点是将新经济组织、新业态从业人 员纳入保障范围,实现应保尽保。

- (3)加快统一、规范、开放、共享的医保公共服务信息系统和服务平台建设,着力提高医保公共服务的质量和水平。(4)全面系统地改革医保基金"收、管、支"制度和方式,在巩固改革取得的成功经验的基础上,加快推进以成本效益为价
- (5)加快医保经办机构"四化" (法人化、专业化、职业化、社会 化)改革步伐,完善医保治理体 系,提高治理能力,将医保的制度 优势更好转化为治理效能。

值取向的医保战略性购买的步伐。

二是,采取得力举措鼓励支持 多层次医疗保障发展和加快长期照 护保险制度建设步伐。(1)在厘 清社保与商保的功能和边界的基础 上,积极支持商业健康保险事业发 展。在长护保险服务等领域积极引 进具备资质条件的商保公司参与运 营管理、提供照护服务等充分发挥 其特长优势。(2)整合名目繁多、 叠床架屋式社会医疗救助举措,建

立统一、完善、精准、高效的社会 医疗救助制度。(3)在总结各地3 年多试点经验的基础上,由国家层 面出台政策性文件,尽快建立统一 规范的长期照护保险制度。

三是,切实建设好"三医"相 关制度体系。诸如(1)基本公共卫 生服务制度。(2)基本医疗服务 制度。(3)现代医院管理制度。 (4)分级诊疗制度。(5)家庭医 生(健康守门人、健康管理)制度。(6)药品(器材、耗材)供应 保障制度。(7)药物经济学评价, 一致性评价和卫生技术评估制度。 (8)医疗卫生和医疗保障综合监管 制度。

第二,着力推进"三医联动" 向融合创新、协同发展转型升级。

"三医联动"是具有中国特色、中国智慧的医改方略,这已经被实践所证明。实践必将证明,着力推进"三医联动"向融合创新、协同发展转型升级则是全面建成高质医保,全面实现病有良医的关键一招,舍此别无他途。

"三医"融合创新、协同发展,所体现的内涵要义,恰恰是新时代高质医保以人民健康福祉为中心的发展思想和全局性、整体性、协同性、系统性本质特征的生动体现,是在充分尊重和遵循"三医"各自的发展规律、行业特点和运行机理的前提下,在建成高质医保,实现病有良医这个共同目标中,各展其长、优势互补,实现协同发展,并且让各自的特长更特、优势更优、亮点更亮的全新的"三医"协同发展方式。

第三,切实加快统一、规范、 开放、共享的网络信息系统和服务 平台建设,着力提高医保公共服务 的质量和水平。

在拥有近14亿人口的大国建成 高质医保,实现病有良医(尤其要 "在家门实现病有良医"),仅靠 "作坊式"的手工操作,或传统郎 中走村串户是绝对不可能做到的。 必须依靠现代科技手段,利用大数 据、互联网、远程诊疗等平台和工 具。再者,从满足人民日益增长的 美好生活需要和医保发展趋势上 讲,人们在有了适度的经济补偿性 保障之后,必然要求有更加公平、 高效、便捷的公共服务性保障。这 也是社会保障事业发展的必然趋 势。所以,加快统一、规范、开 放、共享的网络信息系统和服务平 台建设,着力提高医保公共服务的 质量和水平,就不仅是建设高质医 保和实现病有良医的当务之急,而 且是一项不断与时偕行、不断增强 人民获得感、幸福感、安全感的战 略任务。

网络信息系统和公共服务平 台建设,一定要统筹兼顾做好顶层 设计, 既要尽力而为, 又要量力而 行。首先,要坚持统一性。就是按 照党的十九大报告提出的建设协同 统一的社会保险公共服务平台的要 求,不折不扣地抓好落实。二是, 要有严格的科学可行标准体系。标 准体系是确保制度稳健运行和可 持续发展的基础和生命。没有标准 化,就没有信息化;没有标准化, 什么高质医保, 什么获得感、幸福 感、安全感等社会认知、社会感受 都会异化为某个人或某个群体的 "公婆之论" "见仁见智" 的"无厘 头"。三是要注重成本效益。要按 照中央关于"尽量减少改制成本" 的要求, 统筹兼顾、精打细算, 避 免"大而全"或"重复建设"等造成 国家资源浪费的问题再度发生。

第四,坚持不懈地抓好各类专 业人才队伍建设。

坊间有句话说得好,专业的事交给专业团队去办。建设高质医保、实现病有良医,是多领域、多专业聚合的"大专业",更需要培养造就一大批各类专业人才队伍,非为此,不足以为计,非为此,再好的制度安排、政策举措,再好的现代设备、科技手段等等,都不能转化为高质量保障和良好的医疗服务。

当前,要特别重视抓好3支专业队伍建设:一是医保经办管理队伍建设。特别是既深谙医保之道,又娴熟于运用高科技手段将制度优势转化成治理效能的复合型专业人才。二是良医队伍建设。特别是基层全科医生培养。三是长期照护服务人才队伍建设。

第五,加快医保法制建设,实 现法治医保。

建设高质医保,实现病有良医,必须以法律为依据、为保障,做到依法参保、依法施保、依法保障制度的规范性、完整性和可持续性。只有在法治的规范和约束下,高质医保制度体系才能逐步臻于完善、成熟、定型,才能让全体人民获得统一、公平、可靠、可持续的高质医疗保障和病有良医。

应在抓紧修订社会保险法的基础上,适时出台医疗保险法规、长期照护保险法规、社会医疗救助法规等一系列法律法规,使医保制度改革发展真正在法治化的轨道上前行。

(作者单位:中国医疗保险研究会)

抗击新冠肺炎疫情 与加快健全医疗保障制度

全国人大常委会委员、中国社会保障学会会长、中国人民大学教授 郑功成

↑冠肺炎疫情的暴发, 首先考验 **养**厂的是应对突发重大公共卫生事 件的管治能力,首先需要的是解除 患者或疑似患者诊疗费用的后顾之 忧和医疗救治综合能力的问题。新 冠肺炎疫情发生以来, 医保、人社、 民政、财政等主管部门出台了一系列 新政策, 使各项社会保障工作在特 殊时期能够正常运转并及时化解各 种现实问题。尤其在疫情发生初期, 国家医保局就及时出台政策, 要求确 保参保人不因费用问题影响就医, 对异地就医实行先救治后结算,并 根据抗击疫情需要临时性扩大医保 基金支付范围;通过调整相关医院 的医保总额预算指标和预付医保资 金,确保院方不因医保支付政策影 响救治患者;还专门开设新冠肺炎 救治的医保绿色通道, 打破常规迅 速将火神山医院等纳入医保定点医 院。国家医保局出台实施的各项有力 有效的政策举措显示出了积极主动 履职的责任感和担当精神。

回顾新冠肺炎疫情暴发以来医 疗保障部门的应对,可获得如下一 些重要启示:

1.医疗保障制度是具有基础地位 和普惠性的重大民生保障制度,需要

给予更高程度的重视。这次抗击新 冠肺炎疫情战役中, 医疗保障制度 的及时反应为安定人心和解除医院 的后顾之忧提供了最重要的保障, 为有效防控疫情蔓延创造了最重要 的条件。与2003年"非典"时期相 比,这次疫情中不仅没有出现因害 怕负担医疗费用而"逃脱"检查的 现象, 反而是患者、疑似患者积极主 动地到医院排队求治, 这是一种巨 大的进步,所表明的是我国全民医 保制度和医保部门及时主动调整相 关政策实施范围产生了良好效应。 如果没有全民医保和疫情初期即出 台相关政策, 许多患者可能不会如 此主动地接受医疗检查与救治,这 种新的烈性传染病完全可能在更加 隐秘的状态下持续扩散, 进而导致 更为严重的后果。因此, 这场疫情不 仅是对医保制度效能与医保部门履 职能力的考验, 更突显了医保制度 作为我国民生保障制度体系中的基 础性、普惠性制度安排的极端重要 性,从而要求对医保制度的建设与 发展给予更高程度的重视。

2.医保政策在特殊时期的灵活运 用是切实贯彻落实以人民为中心的发 展思想的具体体现。医疗保障制度坚 持以人民为中心既体现在平时对保 障对象的依法保障上, 更体现在突 发重大公共卫生事件时能否及时有 效地解决好制度指向的民生问题。这 次暴发的新冠肺炎疫情,是一种敌 情不明的新的烈性传染病毒, 对患者 与疑似患者需要采取一些现有目录 之外的新的诊疗手段与药物、器材, 为抗击疫情而快速建成的火神山医 院、雷神山医院及多所临时建立的医 护中心(如武汉的方舱医院)需要成 为医保的定点医院, 因隔离而滞留外 地的大规模新冠肺炎患者或疑似患 者需要及时享受医保待遇, 所有这 些,如果按照常规操作,最需要医保 的参保人可能无法享受医保待遇, 最需要支持的临时建成的医院可能 无法得到医保基金的支持, 医保制 度以人民为中心的目标追求便会落 空。这次国家医保局及时出台相关政 策性文件, 为及时解决这些问题提 供了具体操作依据,实质上为医保 制度如何贯彻落实以人民为中心的 发展思想提供了鲜活的案例。

3.切实加快健全重特大疾病医 疗保险和救助制度。新冠肺炎疫情 是突发重大公共卫生事件,可以归 入重特大疾病范畴,国家医保局在

中國醫療保險

2020年3月第3期 5

》大势纵论

疫情暴发初期即及时采取一系列新 举措来确保患者与疑似患者及时诊 疗, 这表明了这一制度还不健全, 这 就需要加快建立健全重特大疾病医 疗保险与救助制度,以便今后遇到 类似事件时有规可循、可以从容应 对。党的十九届四中全会明确提出了 要加快健全重特大疾病医保制度的 任务, 习近平总书记在2月14日中央 全面深化改革委员会第十二次会议 上的讲话中又对此作了专题阐述和 细化部署。提出了多项创新性举措, 要求将疫情防控中出台的行之有效 的医保做法,要及时总结,推动形成 制度性成果。如在基本医保、大病保 险、医疗救助的基础上,对医药费个 人负担部分由中央和地方财政给予 补助;对异地就医患者实行先收治、 费用财政兜底等政策等等。习近平 总书记还提出,要健全应急医疗救助 机制,在突发疫情等紧急情况时,确 保医疗机构先救治、后收费, 并完善 医保异地即时结算制度;要探索建立 特殊群体、特定疾病医药费豁免制 度,有针对性免除医保支付目录、支 付限额、用药量等限制性条款,减轻 困难群众就医就诊后顾之忧。这些

论述已经非常明确地指明了方向,相 关部门与研究机构应该认真学习领 会,并据此推进具体的制度建设。

4.切实研究和理性对待疫情防控 中医疗保障面临的一些亟待解决的 问题。如何将防控疫情期间的医疗 保障应急措施转化为长久有序的应 急机制, 如疫情期间为慢性病患者 可开3个月的长处方药品,疫情过后 是否保留、能否保留; 如何合理化解 此次疫情给医疗保险等带来的资金 压力,疫情防控期间医保为救治医 院预付部分资金是必要的,疫情过 后转为长效应急机制是否有可能, 需要哪些条件:如何更加全面地保 障低收入群体的基本生活和切实维 护特殊群体的正当权益, 疫情暴发 期间非新冠肺炎重大疾病患者医疗 保障待遇如何体现公平; 如何更好 地发挥医疗保障助力经济社会正常 发展的积极功能, 医疗保险费的减 征和缓缴政策能否转变为长效应急 措施等等,这些都是需要学界与相 关部门深入研究的重要政策问题。

5.切实加快中国特色社会保障体

系建设。通过这次防控新冠肺炎疫情 的检验,包括养老保险、医疗保险、 工伤保险、失业保险、医疗救助等社 会保障制度发挥了不可替代的制度 功能作用。国家应当更加重视社会保 障体系建设,尽快提升社会保障制 度在国家治理体系与治理能力现代 化进程中的地位并给予科学定位、 精准定位,全面发挥其不可或缺的 社会功能。而加快法定社会保障制 度统一和现代化步伐, 显著增强各项 社保制度的互助共济功能,加快建立 健全的社保法制并确保各项制度可 以提供清晰、稳定的安全预期, 加快 构建多层次社保体系以充分调动市 场与社会的力量,并在遵循市场规则 与社会慈善规则的条件下强化法定 社保与慈善、商业保险的有效协同等 等,无疑是现阶段需要研究和亟待 解决的重要任务。在中国特色的社会 保障体系中, 医疗保障制度更加需要 突出其基础性地位、普惠性目标、互 助共济功能,同时实现公共卫生、疾 病预防、医疗服务、医疗保险、医疗 救助的有机结合、良性互动。■

关于医疗保障发展的三点思考

中山大学岭南学院教授、中国社会保障学会副会长兼医保专委会主任委员 申曙光

上次重大疫情是对我国医疗卫生与医疗保障体系的一次检验。从实际情况来看,医疗保障总体上经受住了考验:国家医保局反应迅速,及时发出了紧急通知,明确提出了"两个确保"的要求,即确保患者不因费用问题影响就医,

确保收治医院不因支付政策影响收治;广东及浙江等主要省市及时出台了特殊报销政策;同时,医保还在"医疗弱势群体"保障、医院预付资金拨付、药品供应保障、"互联网+"医保服务等方面及时跟上,甚而进行了创新改进,为病人救治

和疫情抗击创造了良好的条件。但 是,从全局与长远角度来看,从健 康中国建设的战略高度出发,还有 诸多需要继续改革与完善的地方。

一是如何完善应急医疗救助机 制。我国已建立起覆盖全民的医疗

保障制度, 但这只是一种"常规性" 制度,还不能适应因突发性重大疫情 等引起的应急医疗。近期出台的特殊 报销政策只是临时性措施, 且实际执 行中或会面临一些困难。因此,需要 完善我国的应急医疗救助机制。一条 思路是建立应急医疗救助制度,这 一制度应当具有灵活性、可及性、跨 区域性和相对高水平性。相较于"常 规" 医保制度, 适应重大疫情实际需 要的应急医疗救助制度应在病人身 份、药品种类、异地就医、结算方式 等方面实现"突破"。这需要动员各 方的力量,包括国家财政和社会慈善 力量的加入,建立国家应急医疗救助 专项基金,在发生重大疫情时与"常 规" 医保基金一起提供医疗保障。

二是如何更好地支持医疗健康 与卫生防疫工作。"传统的"医疗保 障以"病有所医"为目标,其核心任 务是进行医保筹资,分配医保基金, 确保基金的安全, 并让尽量多的国民 进入各种医保制度,以解决"看病难 看病贵"问题、让人民"看得起病" 为己任。完成这个任务,需要付出巨 大的努力。我国全民医保体系的建立 和保障水平的不断提升, 从总体上 宣告了这一目标的基本完成。继续完 成这一任务也需要不断努力, 然而, 如果医保的发展仅停留于此,显然 不能适应新的形势, 也无法保证自身 的稳定发展。从这个意义上来说, 医 保在"三医联动"中要发挥重要的基 础性作用,促进医保基金的有效运 用,促进人民得到更合理的医疗服 务,这又需要医保运用自身的机制, 例如通过支付方式改革、医保药品 管理和价格体系改革、医保基金监 管方式改革,不断探索如何促进基 层医疗的发展,促进分级诊疗,促进 家庭医生与全科医生体系的形成,

促进医养结合的实现,促进卫生防 疫和疾病预防工作的开展。

三是如何更好地彰显医疗保障 在整个健康中国体系建设中的地位 与重要价值。健康中国建设包括普 及健康生活、建设健康环境、优化 健康服务、完善健康保障与发展健 康产业五大块内容。其中健康保障 具有特殊的地位,因为从某种程度 上可以说,其他四项内容都是服务 于健康保障。然而, 我国目前还只 是"医疗保障",并不是健康保障。 所以,从长远来看,医疗保障的发 展目标是健康保障。这首先需要从 "病有所医"走向"病有良医"。尽 管这可能会是一种巨大的、艰难的 转变, 但形势的发展与人们健康需 求的快速增长必然要求实现这种转 变。从这个意义上来看, 医疗保障 的发展确实是"任重道远"。■

积极应对疫情挑战 提高医保治理水平

中山大学中国公共管理研究中心/政务学院教授 岳经纶

对新冠肺炎疫情危机是对我 国国家治理体系和治理能力 的一次重大考验。医保体系作为国 家治理体系的重要部分,需要全面 总结本次疫情中医保应对情况,从 保障人民健康和生命权高度,积极 推进医保治理现代化,不断提升医 保治理水平。

首先,整合碎片化制度,探索建 立全国统一的医保制度。虽然我国实 现了全民医保目标,但目前医保制度碎片化现象依然严重,城乡之间、职工与居民之间待遇差异明显。在本次疫情初期,一些疑似患者因经济原因没有得到应有治疗,或因接受治疗而带来沉重经济负担。为此,有必要积极探索建立统一的基于公民身份的医保制度,不分职业、户籍,统一以参保人身份享受无差别的基本医疗服务,切实提升医保制度公平性。事实上,在此次疫情防控中,

国家医保部门采取的扩大医保基金 支付范围, 先救治后结算、提前预拨 总额基金, 以及医保先支付、财政兜 底等一系列措施, 为探索整合的医 疗保障制度提供了重要的契机。一 方面, 在目前职工医保与居民医保 报销比例存在差别的情况, 实际上 是变相提高对居民的补贴, 让居民 与职工享受了同等的医保待遇; 另 一方面, 为防止人口流动带来的疫 情扩散, 异地就医的患者一般都会

被要求在病情查出地就医,在免费 医治的原则下,意味着病情查出地 政府要负担在本地就医的外地参保 人员的救治费用,这实际上是打破 了本地人与外地人在医保待遇上的 边界。虽然这些措施是在疫情防控 中产生的特别措施,但对探索基于 参保人身份的统一的医疗保险制度 具有重要的实践意义。

第二,稳步推进省级统筹,积极探索全国统筹。目前我国绝大多数地区的基本医保为市级统筹,甚至还有县级统筹。统筹层次过低,基金共济能力低,难以发挥医保的互助优势。在这次疫情中,一些感染患者多的重灾区,医保基金会面临较大压力。因此,应当加快推进省级统筹,积极探索全国统筹。在全省到全国统筹层次推进过程中,同步建立中央基金调剂制度,作为统筹过渡手段,保障地区间平衡。

第三,扩大医保基金支出比重, 切实提升医疗保障水平。现行医保 制度住院报销比例相对于患者医疗支出的实际报销比例还不是很高。 国家医保局数据显示,2018年全国基本医保基金总支出17822亿元,占当年GDP的比重约为2.0%。随着我国社会经济发展,政府要加大对医疗卫生事业和医保的财政投入,稳步提高医保基金支出在GDP中的比重。

第四,加快完善异地就医结算制度,切实提升医疗服务可及性。本次疫情期间采取的先救治后结算等特殊举措有助于打通一些堵点,推进异地结算。优化异地就医结算系统,需要进一步打破统筹地区信息壁垒,逐步将所有统筹区及开展门诊和住院业务的异地定点医疗机构接入国家异地就医结算系统,实现联网运行。

第五,优化医保经办服务,提高 参保对象满意度。当前,首要任务是 逐步建立全国统一的医保信息系统, 其次是将各项服务推送至互联网端 和移动端,实现业务"网上办""掌 上办"。再者,推进线上线下深度融 合,推动医保服务整体联动、全流程 在线,做到线上线下一套服务标准。

第六,发挥医保关键作用,深化 卫生体制改革。本次疫情暴露了我国 医疗资源分布不均,基层医疗资源不 足、能力不够的问题,这为深化卫生 体制改革, 实现"健康中国"战略提 供了契机。具体来说,首先,继续推 进差异化医保支付机制改革, 合理引 导医疗资源向基层下沉, 做实分级诊 疗,实现强基层的目标。其次,明确 公共财政、公共卫生与医保在健康 保障和应急医疗服务中的角色。在应 对新冠肺炎危机中, 医保承担了关 键支出责任。但从原则上讲, 重大公 共卫生危机所导致的医疗支出应该 是公共卫生, 也就是公共财政的责 任。国家应该探索在医保体系之外另 建应急医疗服务体系。或者在现有 医疗救助基础上建立基于公共财政 的应急医疗救助体系。第三, 医保部 门要把互联网医疗服务纳入报销范 围,推动和支持无接触式互联网+医 疗服务的发展,确保医患安全。■

充分发挥医疗保障在公共卫生 应急管理中的重要作用

中国社会保障学会秘书长、中国人民大学副教授鲁全

上 此次新冠肺炎疫情防控中,医 疗保障部门和财政部门共同发力,迅速出台了相关医疗费用的分 担方式,并且将受益对象从确诊患者扩大到了疑似患者,最大程度、最广泛地减轻了患者的经济负担。 其反应之迅速、措施之得力、着力

之准确,的确值得点赞。

之所以能够采取这样得力的措施,和国家医保局成立后将各项基本医疗保险、大病保险以及医疗救助进行统一集中管理,充分发挥医疗保障的整体功能是密切相关的。这种统一管理显然有利于更好地发

挥医疗保障在公共卫生应急管理中的作用,真正起到了整合资源、方便参保者的目的,充分说明了成立国家医保局是党中央的英明决策。除此之外,国家医保局还出台了有关阶段性减征医疗保险费的决定,为企业度过特殊困难时期,并尽快

复工复产提供了有力的支持。

此次新冠肺炎疫情是一次重大 的公共卫生突发事件,是对我国应急 管理体制和整个国家治理体系的一 次重大考验。2018年国家机构改革成 立了应急管理部,但由于公共卫生事 件具有极强的专业性, 因此仍然由卫 生健康行政部门负责。此次疫情的 暴发和艰巨的防控工作, 迫切要求 进一步完善我国的公共卫生突发事 件应急管理体制,包括疫情监控与 预警、物资储备与配置、基层公共卫 生体系的强化、社会力量的参与和引 导,以及相关病毒科学研究的推进, 等等。其中,针对突发公共卫生事件 的医疗保障体系也应当成为其中重 要的组成部分。从另一个角度说,就 是要建立和完善医疗保障的应急管 理机制,从而可以为突发公共卫生 事件的防控提供有力的支持。

随着当前疫情防控形势稳中向 好的发展,有必要未雨绸缪,考虑中 长期医疗保障制度在疫情防控中的 一些问题,一方面,将当前的一些应 急性措施作为长期的制度安排予以 确定,逐步建立和完善医疗保障应 急管理体制;另一方面,适时反思当 前政策是否真正符合中国特色医疗 保障制度的发展规律,以便总结经 验、寻找到更加合适的政策工具。

其一,随着最终确诊人数峰值的出现,以及人们对该病毒病理效应认识的不断深入,要充分考虑新冠肺炎患者后期的医疗保障问题。根据SARS的经验,部分患者后期会出现相关并发症甚至转变为长期慢性病,这部分医疗费用是仍然按照现行政策实施,还是参照常态下的医疗保障待遇,迫切需要理论回应和政策明确。进一步地,对于突发公共卫生事件中患者相关医疗费用如何在医疗保险与公共财政资金之间分担责任,也是需要理论回应的重大问题。

其二,医疗保障制度的本质是 对医疗服务的购买,也可以在一定 程度上引导医疗资源的配置。此次 疫情阻击更让我们认识到分级诊疗 和双向转诊的必要性与重要性,更 让我们认识到做强基层医疗卫生机 构,提高基层医疗卫生服务的必要 性。因此,要进一步强化医疗保障制度与医疗卫生制度的联动,更好地发挥医疗保障资金的引导作用,使社区医疗卫生机构真正成为居民健康的"守门人"。

其三, 医疗保障的根本目标是解 除人民群众疾病治疗的后顾之忧, 提升人民的健康水平, 发达国家都 在逐步从事后补偿型的医疗保险向 事前干预型的健康保险转变。在医 疗保险的支出中, 越来越多的费用 是用于帮助参保人形成良好的健康 习惯,避免疾病的发生和更多医疗 费用的支出,从而起到提前干预、事 半功倍之效。此次疫情也应当成为 我国普及全民健康教育、提升全民 健康素养的一次契机, 而医疗保险 也不妨与之相适应,尝试逐步将待 遇给付政策与个人健康行为适度关 联,这样既可以从狭义的疾病信息 管理扩展到广义的健康信息管理, 也有助于引导人们的健康生活,助 力健康中国建设,体现医疗保障制 度积极性社会政策的理念。■

一是对于确诊新型冠状病毒感染的肺炎患者 发生的医疗费用,在基本医保、大病保险、医疗救 助等按规定支付后,个人负担部分由财政给予补 助,实施综合保障。二是对于确诊新型冠状病毒感 染的肺炎的异地就医患者,先救治后结算,报销不 执行异地转外就医支付比例调减规定。三是确诊新 型冠状病毒感染的肺炎患者使用的药品和医疗服务 项目,符合卫生健康部门制定的新型冠状病毒感染 的肺炎诊疗方案的,可临时性纳入医保基金支付范 围。 对收治患者较多的医疗机构,医保经办机构可 预付部分资金,减轻医疗机构垫付压力。医保经办 机构应及时调整有关医疗机构的总额预算指标,对 新型冠状病毒感染的肺炎患者医疗费用单列预算。 各级医保经办机构要确保与医疗机构及时结算,保 证救治工作顺利进行。

——摘自2020年1月22日《国家医疗保障局 财政部 关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情医疗保障的通 知》

中國醫療保險

2020年3月第3期 9

医疗保障应对新冠肺炎疫情 的作为和思考

我们正在应对的新冠肺炎疫情的特性是什么?对此,习近平总书记在2月23日的重要讲话中已经作出科学论断。他指出,"这次新冠肺炎疫情,是新中国成立以来在我国发生的传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的一次重大突发公共卫生事件。对我们来说,这是一次危机,也是一次大考"。

将这次新冠肺炎疫情定性为"重大突发公共卫生事件",内涵丰富而深刻。重大、突发、公共卫生、事件,个个都是关键词,标志着这一事件的严重性、危害性和防控的艰巨性,标志着打赢这场疫情防控人民战争、总体战、阻击战具有重大现实意义和战略意义。

这一科学论断,厘清了人们对新冠肺炎疫情的认识,为将压力转化为动力、化危为机、统筹推进疫情防控和经济社会发展注入了强大动力。

□文/海韵 李晓楠

▶次新冠肺炎疫情是一次大考。 **入**那么,医疗保障在疫情防控中 考出了什么样的成绩呢? "这次疫 情防控, 在基本医保、大病保险、 医疗救助的基础上,对医药费个人 负担部分由中央和地方财政给予补 助,有些地方还对异地就医患者实 行先收治、费用财政兜底等政策, 保证了患者不因费用问题而延误救 治。这些行之有效的做法要及时总 结,推动形成制度性成果。"这是 习近平总书记在2月14日中央全面深 化改革委员会第十二次会议上的讲 话中作出的评价。对新组建的医保 系统而言,这是充分肯定和巨大激 励, 也是新的要求和殷切期望!

1 厘清"新冠肺炎疫情"的特性 和内涵

我们正在应对的新冠肺炎疫情

的特性是什么?对此,习近平总书记在2月23日的重要讲话中已经作出科学论断。他指出,"这次新冠肺炎疫情,是新中国成立以来在我国发生的传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的一次重大突发公共卫生事件。对我们来说,这是一次危机,也是一次大考。"

将这次新冠肺炎疫情定性为 "重大突发公共卫生事件",内涵 丰富而深刻。重大、突发、公共卫 生、事件,个个都是关键词,标志 着这一事件的严重性、危害性和防 控的艰巨性,标志着打赢这场疫情 防控人民战争、总体战、阻击战具 有重大现实意义和战略意义。

这一科学论断, 厘清了人们对新 冠肺炎疫情的认识, 为将压力转化为 动力、化危为机、统筹推进疫情防控 和经济社会发展注入了强大动力。

正是基于对这次疫情的科学判 断和精准定性,以习近平同志为核 心的党中央及时制定出疫情防控的 科学战略策略。主要内容包括:提出 了坚定信心、同舟共济、科学防治、 精准施策的总要求; 明确了坚决遏 制疫情蔓延势头、坚决打赢疫情防 控阻击战的总目标; 依法将新冠肺 炎纳入乙类传染病、采取甲类措施 严格管理;提出了坚持全国一盘棋、 加强对疫情防控工作的统一领导、 统一指挥、统一行动, 打响疫情防 控的人民战争、总体战、阻击战的 战略;提出了"四早"即早发现、早 报告、早隔离、早治疗的防控要求 和"四集中" 即集中患者、集中专 家、集中资源、集中救治的救治要 求;提出把"四率"即提高收治率和 治愈率、降低感染率和病亡率作为 突出任务来抓;强调"三应三尽"的

防控策略,即对确诊患者应收尽收, 对疑似患者应检尽检,对密切接触 者应隔尽隔,找到管好每一个风险 环节,决不能留下任何死角和空白; 提出并形成"三个全面"战略格局, 即立足地区特点和疫情形势因应施 策,把武汉和湖北作为全国主战场, 对其他省份加强分类指导,严守"四 道防线",步步推进、层层深入,形 成了全面动员、全面部署、全面加强 疫情防控的战略格局。

在习近平总书记和党中央科学 决策部署指引下,经过医务人员和全 国人民的艰苦努力,目前疫情防控形 势积极向好的态势正在拓展。防控 工作取得的成效,展现了中国力量、 中国精神、中国效率,展现了负责任 大国形象,再次彰显了中国共产党领 导和中国特色社会主义制度的显著 优势,得到了国际社会高度赞誉。

在疫情防控积极向好态势正在 拓展的形势下, 党中央审时度势, 又及时作出统筹推进疫情防控和 经济社会发展的科学决策部署。因 为经济社会是一个动态循环系统, 不能长时间停摆。在确保疫情防控 到位的前提下,推动非疫情防控重 点地区企事业单位复工复产,恢复 生产生活秩序,关系到为疫情防控 提供有力物质保障,关系到民生保 障和社会稳定,关系到实现全年经 济社会发展目标任务, 关系到全面 建成小康社会和完成"十三五"规 划,关系到我国对外开放和世界经 济稳定。目前,疫情防控和复工复 产等经济社会发展"两手抓、两手 硬"已经成为各地区各部门的统一 理念和统一行动。

2 新冠肺炎疫情防控中的医疗 保障作为 疫情就是命令,防控就是责任。这句话在全国各地不仅叫得很响,而且做得出色。国家医保局以强烈的"四个意识"、坚定的"四个自信"和"两个维护",积极主动履职,第一时间推出一系列有力有效的举措,为全国医保系统投身防控疫情的阻击战提供了理念指导、政策指导、经办服务遵循。

2.1 "两个确保": 抗疫的硬核政策

2月26日,新华社在其播发的题为《奋战关键阶段 决胜收官之年——习近平总书记在统筹推进新冠肺炎疫情防控和经济社会发展工作部署会议上的重要讲话指引中央部门齐心行动》的通稿中写道:"非常时期,国家医保局采取了一系列突破常规举措:提前拨付救治专项资金171.79亿元、将诊疗方案中的药品临时纳入医保支付范围、湖北等患者较多地区采取'医院记账、医保预付'等,确保不让一个患者因费用问题影响就医、确保不让一家收治医院因支付政策影响救治。"

这里提到的"两个确保",源于 1月22日国家医保局、财政部发出的 《关于做好新型冠状病毒感染的肺 炎疫情医疗保障的通知》(以下称 《通知》)。《通知》提出,要充分 认识做好新型冠状病毒感染的肺炎 疫情防治工作的重要性, 以对人民 群众健康高度负责的态度坚决贯彻 落实党中央、国务院的有关部署。一 是确保患者不因费用问题影响就医。 对于确诊新冠肺炎患者发生的医疗 费用,在基本医保、大病保险、医 疗救助等按规定支付后,个人负担 部分由财政给予补助,实施综合保 障;对于确诊新冠肺炎的异地就医 患者, 先救治后结算, 报销不执行异 地转外就医支付比例调减规定; 确 诊新冠肺炎患者使用的药品和医疗 服务项目, 符合卫生健康部门制定的 新冠肺炎诊疗方案的, 可临时性纳 入医保基金支付范围。二是确保收 治医院不因支付政策影响救治。对 收治患者较多的医疗机构, 医保经 办机构可预付部分资金,减轻医疗 机构垫付压力。医保经办机构应及 时调整有关医疗机构的总额预算指 标,对新冠肺炎患者医疗费用单列 预算。各级医保经办机构要确保与 医疗机构及时结算, 保证救治工作 顺利进行。这就是《通知》中提出的 "两个确保"的主要内容。《通知》 还要求省级医保局自1月31日起每周 五下班前向国家医保局报送本省新 冠肺炎患者治疗人数、医疗费用、医 保和医疗救助基金支出等情况。

1月27日, 国家医保局办公室联 合财政部办公厅、国家卫生健康委 办公厅发出《关于做好新型冠状病 毒感染的肺炎疫情医疗保障工作的 补充通知》,将新冠肺炎疑似患者医 疗费用、确诊患者异地就医医疗费 用个人负担部分纳入"两个确保"。 《补充通知》要求,一是在按要求 做好确诊患者医疗费用保障的基础 上,疫情流行期间,对卫生健康部门 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案 确定的疑似患者(含异地就医患者) 发生的医疗费用,在基本医保、大病 保险、医疗救助等按规定支付后,个 人负担部分由就医地制定财政补助 政策并安排资金,实施综合保障,中 央财政视情给予适当补助。二是明 确异地就医确诊患者医疗费用个人 负担部分,由就医地按照《财政部 国家卫生健康委关于新型冠状病毒 感染肺炎疫情防控有关经费保障政 策的通知》(财社[2020]2号)有

关规定执行。即对异地就医确诊患者发生的医疗费用,在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后,个人负担部分由财政给予补助。所需资金由就医地财政先行支付,中央财政对就医地财政按实际发生费用的60%予以补助。

国家医保局不仅在文件中提出 "两个确保",而且从政治高度和责 任担当角度着力抓好"两个确保" 的落实落地。《通知》发布6天后的 1月28日, 国家医保局召开党组会议 暨应对新冠肺炎疫情工作领导小组 会议,再次强调,各级医保部门党组 织领导班子和领导干部,必须坚守 岗位、靠前指挥,做到守土有责、守 土担责、守土尽责。各级医保经办 机构要特事特办、急事急办,提高 疫情救治保障政策的执行效率,确 保患者不因费用问题得不到及时救 治,确保定点医疗机构不因医保总 额预算管理规定影响救治。当武汉 火神山医院开建时, 国家医保局就 及时要求湖北省和武汉市医保局主 动对接,加快工作进度,确保火神山 医院建成之时同步纳入医保定点。 武汉市医保局特事特办, 及时完成 了火神山医院结算标准制定、收费 目录准备、结算系统测试等工作,将 火神山医院纳入了医保定点, 执行 公立医院收费标准, 医保结算标准 参照武汉市基本医保三级专科医院 标准执行。医院建成之时同步纳入 医保定点的要求圆满实现。雷神山 医院也与火神山医院一样,建成之 时同步纳入了医保定点。

特事特办,急事急办,积极主动履职,是各地医保部门贯彻落实"两个确保"的突出特点,而且举措管用,成效卓然。例如,各省和各统筹地区均根据本地新冠肺炎确

诊人数和疑似患者人数, 切实落实 《通知》提出的为救治医疗机构预 拨基金的要求。截至2月19日,疫情 最重的湖北省已预拨医保基金30.16 亿元,武汉市预拨9.02亿元。山东 省已向救治医疗机构预拨医保基金 22.07亿元。截至1月30日,广东省预 拨医保基金14.1亿元,安徽省16个市 级统筹地区和省本级共向省内132家 定点医疗机构预拨医保专项救治资 金2.41亿元,甘肃省预拨医保基金 1.43亿元……各地预拨医保基金的数 额虽有较大差异,但"尺度"一致, 即根据确诊和疑似患者人数预拨基 金数额,满足救治所需。新华社文 章中所述的提前拨付救治专项资金 171.79亿元、将诊疗方案中的药品临 时纳入医保支付范围、以及打破常 规的"医院记账、医保预付",等 等,说明"两个确保"在各地的抗 疫斗争中得到了落实。

2.2"五个办"举措: 医保系统抗 瘦的热词

"我从电视里看到火神山医 院、雷神山医院这些新冠肺炎救治 医院都纳入医保定点了, 是不是特 事特办的呀!""我的医保费是通 过手机微信缴纳的, 名副其实的掌 上办, 医保局发了公告, 疫情防控 期间倡导掌上办。""我大年初一 喜得儿子,初六孩子吃奶总是往外 吐,还没来得及上医保,全家人都 发愁,没想到给医保中心打了一个 电话就办成了。""我老爸老妈都是 高血压患者,常年服用络活喜,1个 月到医院开1次药,最近一次是1月6 日开的药,只能吃到2月3日,现在 有疫情,怎么去医院开药啊,正当 我发愁时,看到医保中心发布的告 示,由医保中心代办,一次可开3个 月的用量, 第二天他们就把药送到 我家里,全家人的忧愁变成了惊喜" ……从1月26日到2月23日,本刊编辑部从微信、短信、电话不时收到这样的信息。说是信息,实际上是参保群众对国家医保局推出的疫情防控期间创新经办服务方式、便民利医举措的肯定和称道。

2月2日, 国家医保局发布《关于 优化医疗保障经办服务 推动新型冠 状病毒感染的肺炎疫情防控工作的 通知》,全面部署疫情防控期间医保 经办工作。要求各级医保部门优化 办事流程、创新服务方式、减少人员 聚集、方便群众办事,保证参保群 众及时享受各项医保待遇,并为此 提出五项具体措施,即"五个办"。 一是大力创新服务方式,常规事项 "不见面办"。大力开展网上办、掌 上办、电话办、邮寄办等非接触方式 的经办服务,探索试行容缺受理和 事后补交材料。二是开通医保"绿色 通道",紧急事项"及时办"。开辟 集中收治新冠肺炎患者的医疗机构 协议管理、定点确立、资金拨付和结 算等"绿色通道",按照特事特办、 急事急办的原则优先处理,为奋战 在防控第一线的医疗机构和医务人 员提供优质高效便捷的医保服务。 三是实施长处方政策, 特殊事项"便 民办"。慢病患者可开3个月药品处 方。四是放宽部分业务办理时限,非 急事项"延期办"。对因疫情影响无 法按时缴纳基本医疗保险费的,可 合理延长缴纳时限,疫情结束后补 缴,不影响参保人员待遇;为缓解疫 情期间医药机构资金垫付压力和工 作压力,可延长定点医药机构每月 医疗、药品费用结算单报送时限,同 时医保经办机构可根据系统数据先 行结算拨付;延长2019年度医药费 用医疗保障服务窗口报销时限。五是

做好经办场地防护,消除隐患"放心办"。要求经办机构做好服务场所消毒和经办人员自身防护工作,为办事群众提供安全放心的服务环境。

如今,"五个办"举措已成为 医保机构打赢疫情防控阻击战、提 升医保经办服务效率的抓手,深受 广大参保群众的欢迎。黑龙江省医 保系统加大"五个办"力度,短短6 天全省就为群众办成64540件医保事 项。山东省医保系统大力推行"五 个办",仅2月3日至14日,全省办成 "不见面办"业务达57.3万件,占同 期全部医保经办业务的95.8%。宁波 等市在落实"五个办"的同时,还 将"网上诊疗"纳入医保结算。深 圳一家电子公司劳资员黄女士给本 刊编辑部发来微信说:"我体会, '五个办'实际上怎么便民就怎么

'五个办'实际上怎么便民就怎么办,怎么快捷就怎么办,怎么提质就怎么办,怎么提质就怎么办,应该持续下去,让优质高效成为医保经办的品牌!"

"五个办"都是实招,一看就 明白怎么做,没有大道理却彰显工 作落实落细、全心全意为人民服务 这个大道理。这也正是国家医保 局一贯强调和坚持的工作原则和 务实作风。2月5日,国家医保局召 开党组会议, 传达学习中央政治局 常委会会议精神,进一步研究加强 医疗保障部门疫情防控工作。会议 指出,要认真学习贯彻习近平总书 记的重要讲话精神, 把工作落实落 细,坚决打赢疫情防控阻击战。会 议强调, 既抓好疫情救治保障政策 的执行,又坚决杜绝形式主义、官 僚主义, 让基层和医疗机构全力做 好疫情防控。

如果说,"五个办"多指医保 经办机构自身服务。那么,2月28日 国家医保局、国家卫健委联合发出

的《关于推进新冠肺炎疫情防控期 间开展"互联网+"医保服务的指 导意见》,则是对"五个办"的拓 展和延伸, 即将"不见面办"延伸 和拓展到网上诊疗购药服务,将符 合条件的"互联网+"医疗服务费 用纳入医保支付范围, 鼓励定点医 药机构提供"不见面"医药服务。 其目的是更好贯彻落实党中央、国 务院关于加强新冠肺炎疫情防控的 决策部署, 方便广大参保人员就医 购药,减少人群聚集和交叉感染风 险。《指导意见》要求医保经办机 构与定点医药机构做好对接, 对符 合规定的"互联网+"医疗服务、在 线处方药费等实现在线医保结算; 要求不断提升信息化水平, 使用医 保电子凭证实现互联网医保服务无 卡办理;加强"互联网+"医疗服务 中的医保基金监管;加强相关政策 宣传和舆论引导,确保此项工作平 稳有序开展。毫无疑问,《指导意 见》的贯彻落实,必将为参保人员 和医药机构开辟一条就医购药和医 药服务的现代科技通道。

2.3"减缓免"政策:支持"两手 抓、两手硬"

对于职工基本医保,减征单位 缴费、缓缴单位医保费、免收缓缴 期间滞纳金。这套"减缓免"政 策,是国家医保局贯彻落实党中央 关于统筹疫情防控和经济社会发展 决策部署的一项实际举措,也是非 常时期采取的又一项特事特办的特 殊政策。

2月21日,国家医保局、财政部、国家税务总局联合发出《关于阶段性减征职工基本医疗保险费的指导意见》(医保发〔2020〕6号,下称《指导意见》),提出阶段性减征的具体政策措施。一是从2020

年2月起,对职工医保单位缴费实行减半征收,减征期不超过5个月。二是分类施策:统筹基金累计结存可支付月数大于6个月的统筹地区可实施减征;小于6个月但确有必要减征的,由各省指导统筹考虑安排。缓缴政策可继续执行,缓缴期限不超过6个月,缓缴期间免收滞纳金。三是持续完善经办服务,确保待遇支付,实施减征和缓缴不影响参保人享受各项待遇。四是切实加强管理,做好统计监测和跟踪分析,采取切实管用的措施,管控制度运行风险,确保基金收支中长期平衡。

经初步匡算,若全国普遍实施 减征措施,最大可为企业减负1500 亿元左右,将有利于减轻企业负 担,支持企业复工复产、统筹做好 疫情防控和经济社会发展,实现 "两手抓、两手硬"。

据本刊编辑部对19个省的电话了解,这些省的医保部门都从疫情防控和经济社会发展全局出发,结合本地实际认真贯彻落实《指导意见》精神,均出台了本地职工医保费减征、缓缴、免收缓缴期间滞纳金的具体政策,减征、缓缴的期限分别均为5个月和6个月。这也意味着国家医保局初步匡算的最大可为企业减负1500亿元的目标有据可依、有望实现。

3 思考和建议

在疫情防控和支持经济社会发展中,全国医保系统所展现出来的积极主动履职的担当精神,有其坚强的政治定力、深刻的思想根源和勇毅笃行的境界。

3.1同党中央保持一致是医保积极主动履职的政治定力

1月28日, 国家医保局召开党组

会议暨应对新冠肺炎疫情工作领导 小组会议,传达学习习近平总书记的 重要指示精神,研究部署医疗保障 系统做好疫情防控工作。会议指出, 各级医疗保障部门党组织和党员干 部,必须深刻领会、坚决贯彻习近平 总书记重要指示精神,把思想和行 动统一到党中央决策部署上来,全 力以赴打赢疫情防控阻击战。

把思想和行动统一到党中央决 策部署上来,是国家医保局一以贯 之坚持和强调的政治原则和政治定 力,已成为全国医保系统的共识和 自觉行动。从医保局长岗位退休的 湖北荆州市王先生在接受本刊记者 微信采访时感慨地说:"这次疫情 从非常严重到今天积极向好的势头 正在拓展,这一可喜变化带给我们 的不仅是欣慰, 而是对中国共产党 的更加热爱、更加信赖、同党中央 保持一致的信念更加坚定, 因为这 一可喜变化是党中央坚强领导和习 近平总书记亲自指挥、亲自部署取 得的成效。"这位老医保人的感受 具有代表性。广东、山东等医保系 统的同志接受电话采访时都有这样 的感受。他们还表示,要想夺取抗 疫斗争和经济社会发展的全胜,仍 然要坚定不移贯彻落实党中央的决 策部署,在疫情防控的阻击战中充 分发挥医保部门职能和医保制度功 能作用,为患者、疑似人员和救治 医疗机构提供资金和服务支持,为 党和政府分忧。在行动上就是要把 "两个确保"落实到位。在统筹疫 情防控和经济社会发展中, 既要落 实好"两个确保",又要把出台的 "减缓免"政策落实到企业,助力 企业发展,以"两手抓、两手硬" 来落实中央的决策部署。

3.2服从和服务于大局是医保

积极主动履职的思想根源

新中国的医疗保障,一直坚持 和强调服从和服务于经济社会发展 大局。医保人虽然一茬茬在更替, 医疗保障制度也由新中国成立初期 建立的劳保和公费医疗,发展到今 天的新型全民基本医保, 但源于经 济社会发展、服从和服务于经济社 会发展的医保发展理念一直未变, 而且越来越强化。国家医保局2月5 日召开的党组会明确提出, 要坚持 问题导向和底线思维,聚焦疫情对 经济社会的影响,做好应对复杂局 面的医保政策研究, 统筹抓好医疗 保障制度改革各项工作, 夯实促进 人民健康的基本制度基础。在国家 医保局的推动和指导下,各地各级 医保部门都出台了为企业减费、支 持经济社会发展的具体政策措施, 医保在统筹疫情防控和经济社会发 展中的作为将更加突显。

3.3为人民健康服务是医保积 极主动履职的根本宗旨

将健康融入各项政策, 医保应 该大有作为。因为医保是健康中国战 略中的一个重要组成部分,是化解 疾病风险、促进人民健康的一项基 本制度安排。正如习近平总书记所 指出的: "我们建立全民医保制度的 根本目的, 就是要解除全体人民的疾 病医疗后顾之忧"。医保制度在全民 健康和民生保障制度中的重要地位, 要求医保系统增强使命担当,积极 主动履职。为了全面建成中国特色 医疗保障制度体系, 让全体人民享 有更加公平更可持续的医疗保障, 医保人应该毫不懈怠地积极主动履 职。从本职做起,从今天做起,一年 接着一年干,一代一代传下去。今 年,就要着眼于全面打赢疫情防控 阻击战和促进经济社会统筹发展,

为"十三五"圆满收官、更为实现第一个百年目标作最后的冲刺。

3.4将疫情防控的做法形成制 度性成果仍需积极主动履职

习近平总书记关于将疫情防控中行之有效的医保做法及时总结,推动形成制度性成果的要求,已写在本文开头。实际上,将医保防控疫情的有效做法形成制度性成果,旨在健全重大疾病医疗保险和救助制度,涉及"三医联动",也是对医保治理体系和治理能力的一次大考。

按照总书记的要求,要健全应 急医疗救助机制,在突发疫情等紧 急情况时,确保医疗机构先救治、 后收费,并完善医保异地即时结算 制度。要探索建立特殊群体、特定 疾病医药费豁免制度,有针对性免 除医保支付目录、支付限额、用药 量等限制性条款,减轻困难群众就 医就诊后顾之忧。要统筹基本医 疗保险基金和公共卫生服务资金 使用,提高对基层医疗机构的支付 比例, 实现公共卫生服务和医疗服 务有效衔接。在这些要求中, 有机 制的健全,如健全应急医疗救助机 制;有新制度的探索,如建立特殊 群体、特定病种医药费豁免制度; 有新的统筹内容, 如统筹基本医保 基金和公共卫生服务资金使用, 等等。面对这些新概念、新内容、 新要求, 医保必须也只能像打疫 情防控阻击战那样, 选择积极主动 履职,以敢于担当和善于作为的境 界,克难攻坚,怀着必胜的信念,为 实现总书记的要求, 健全重大疾病 医疗保险和救助制度勇毅笃行。

(作者单位:《中国医疗保险》杂志社)

(责任编辑:李江峰)

推进医保制度和治理体系建设的实践探索与思考

□ 文/ 广东省医疗保障局党组书记、局长 肖 学

重建立中国特色医保制度、推进医保治理体系和治理能力现代化,是新时代医疗保障改革发展的主轴。围绕这一主轴,广东省医保局认真贯彻国家医保局和省委省政府根据中央的决策部署作出的具体部署和要求,在推进医保制度和医保治理体系及治理能力建设上进行了积极探索。我这里主要谈谈省医保局对制度和治理体系建设一些思路、主要做法、初步效果和思考。

坚持理念先行,深刻理解突出制 度建设主线的内涵

突出制度建设这条主线,是习近平总书记提出的要求。制度建设为何成为主线,为什么要把医疗保障制度建设摆到更加突出的位置,这是我们需要弄懂悟透的首要问题。

突出制度建设这条主线,是由制度所具有的显著特征和重要作用所决定的。制度具有根本性、全局性、稳定性、长远性的显著特征,制度还具有国家之基、社会之规、治理之据的重要作用。明确制度的这些深刻内涵,才能坚定制度自信,增强制度建设和执行制度的自觉性。

医疗保障制度作为民生保障制度的重要组成部分,更加需要根本性、全局性、稳定性、长远性的制度建设。这是因为,不断保障和改善民生,增进人民福祉、促进人的全面发展,是我们党立党为公、执政为民的本质要求,具有根本性;不断保障和

改善民生关系社会和谐、政治稳定、 经济发展,具有全局性;不断保障和 改善民生讲求"不断",即保障过程 不能时断时续、保障水平不能忽高忽 低或由高到低,对稳定性的要求极 高;不断保障和改善民生,既包括我 们这一代,也包括子孙后代,对长远 性的要求极高。基于对医疗保障民生 大业的这些显著特征和规律的深刻 认识,我国一直将医保制度建设作为 医保事业可持续发展的主线来抓,特 别是党的十八大以来,医保制度建设 摆到更加突出的位置。

我们党之所以一以贯之高度重视 医保制度建设,是基于对制度重要性 的深刻理解和科学把握,也是坚持问 题导向和目标导向相统一原则的实际 体现。我国的全民基本医保制度经过 20多年的改革发展取得了举世公认的 伟大成就,但是,现行的全民医保还 不是成熟定型的制度,与更加公平更 可持续的要求还有较大距离。如新业 态从业人员尚未实现应保尽保,居民 医保筹资机制仍不健全,保障过度和 保障不足的现象并存等等。要求我们 进一步完善医疗保障制度体系,推进 治理体系和治理能力建设。

广东省医保局于2018年10月25日 挂牌运行。一年多来,围绕完善医疗 保障制度这条主线,紧密结合广东医 保实际,起草制定和出台了20多件政 策文件(含配套文件),其内容涉及制 度体制改革、支付机制改革、医保精

准扶贫脱贫、"三医联动"改革、医疗 医药管理服务机制创新、医保监管和 风险管理、内控制度建设等七大方 面。出台的各项政策和治理措施瞄准 一个目标:制度的公平可持续和成熟 定型。其中包括,为落实省委省政府 部署的重点任务,全力推进基本医保 省级统筹, 局党组在组织调查研究和 充分论证的基础上, 及时向省政府报 送了《广东省基本医疗保险基金省级 统筹实施方案》及相关配套文件:印 发了《广东省医疗保障局新增医疗服 务价格项目管理办法》,等等。目前, 已经实施的政策措施对进一步完善 医疗保障制度体系初步显示出良好效 果。例如,我局连续下发关于《广东 省医疗保障扶贫三年行动实施方案》 《关于进一步加强医疗救助一站式 结算工作的通知》《关于加快推进医 疗救助市级统筹工作的通知》等政策 文件后,全省形成基本医保、大病保 险、医疗救助整体发力的三重保障体 系, 医疗救助通过市级统筹和"一站 式"结算,其制度功能显著增强,制 度优势向治理效能转化的成果凸显, 全面取消全省低保对象和建档立卡 贫困人员医疗救助起付线,政策内住 院医疗救助比例提高到80%,有效解 决因病致贫返贫。与此同时,从2019 年9月20日起,全面实现基本医保、 大病保险、医疗救助省内和跨省就医 "一站式"结算,有效解决贫困人员 异地就医垫付跑腿问题,制度的可得

性空前增强,人民群众获得感、幸福 感大增。这些可喜变化,显示出制度 是国家之基、治理之据的威力。

增强政治定力,将医保制度建设摆进全局中去把握

加快建立覆盖全民、城乡统筹、 权责清晰、保障适度、可持续的多层 次医疗保障体系,是《关于深化我国 医疗保障制度改革的意见》提出的目 标任务,是对新时代医疗保障制度建 设进行的重要顶层设计,是新时代医 保工作的基本遵循和行动指南。全面 贯彻落实《意见》提出的各项改革任 务和要求,建设好医疗保障体系,关 键在于医疗保障系统要坚持以习近平 新时代中国特色社会主义思想为指 导,把坚定"四个自信"、增强"四个 意识"、做到"两个维护"落实到制 度建设的实际行动中。

首先,增强紧迫意识,把医疗保 障制度建设作为国家治理急需的制 度、满足人民对美好生活新期待必备 的制度来落实。习近平总书记指出, 抓紧就党中央明确的国家治理急需的 制度、满足人民对美好生活新期待必 备的制度进行研究和部署,实现改革 举措的有机衔接、融会贯通,确保取 得扎扎实实的成效。医疗保障制度改 革是党的十九届四中全会后党中央明 确的首批重大改革方案之一。由此可 以看出, 医疗保障制度就是国家治理 急需的制度、满足人民对美好生活新 期待必备的重要民生保障制度之一。 对此,广东省委省政府和国家医保局 已提出明确要求。省医保局将按照省 委省政府和国家医保局的部署和要 求,依据《关于深化我国医疗保障制 度改革的意见》,编制广东省医疗保 障事业发展"十四五"规划,结合本省 实际,全面贯彻落实《意见》精神,推 动医保制度更加成熟更加定型。

其次,增强大局意识,把医疗保 障制度建设与人民健康、经济社会发 展全局联系起来,积极主动服从和服 务于经济社会发展。这是医保事业可 持续发展的成功之道, 是实践经验的 总结, 也是今后制度建设务必把握和 遵循的重要原则。有学者把医保事业 与经济社会发展的关系比喻为鱼和 水的关系, 寓意深刻, 极富哲理。医 保事业只有融入经济社会发展全局 中去把握, 医保自身才能得以可持续 发展。这也是广东医保从实践中得来 的体会。比如, 2019年, 广东医保为支 持企业改革和稳就业,实施阶段性降 低费率政策,要求"职工基本医疗保 险统筹基金累计结余剔除一次性预 缴基本医疗保险费后,可支付月数超 过9个月的地级以上市, 阶段性降低 用人单位缴费费率,降低幅度不少于 0.5个百分点",全省14个地市出台了 降费率政策,全省共减轻用人单位负 担约170亿元,企业管理者将其称为 "想企业所想,主动为企业减压力、 增动力、添活力"。又如,为积极支持 深圳建设中国特色社会主义先行示 范区工作, 我局在开展专题调研的基 础上,向省政府提供有关支持深圳医 疗保障改革先行示范的调研报告,为 深圳提出构建以促进健康为导向的多 层次医疗保障体系、以科技为支撑的 现代医保监管治理体系、以价值为导 向的药品供应保障体系等六大改革政 策措施,并提出医疗保障的先行示范 务必扎扎实实、名副其实,将其培育 成一片"森林",不当"盆景"。还如, 在这次抗击新型冠状病毒肺炎疫情 的阻击战中, 我局连续出台政策, 率 先将保障范围扩大至确认疑似和确

录限制,不设年度最高支付限额,取 消基本医疗保险起付标准,按一级医 疗机构住院报销比例支付。率先将新 冠肺炎筛查对象在发热门诊发生的 CT和基础性检查费用纳入医保基金 支付范围,在与疫情的战斗中发挥医 保的力量。这些方面的工作,都事关 大局,而且都是大局的内在要求。紧 扣大局做工作才能有所作为,有助于 构建上下左右、系统内外共建共治共 享的制度建设和治理格局。

最后,增强使命意识,为全面建 成高质量医保制度体系勇毅笃行,锐 意创新。一是认清艰巨性。医疗保障 这一公认的世界性难题在我国医疗 保险中同样存在。这个特点要求医保 系统牢记使命担当, 以勇毅而笃行、 驰而不息的奋斗攻坚克难,用中国智 慧、中国办法将难点转化为制度建设 和治理效能的亮点和动力。如我局于 2019年9月出台《广东省基本医疗保 险按病种分值付费工作指南》, 指导 地市完善按病种分值付费机制,合理 调整病种、分值和医院系统,同时坚 持组织第三方专家赴各地市进行评 估。这就把主管部门推动与第三方 指导性评估、行政检查考核与专家评 鉴结合起来了, 使这一付费机制充分 发挥调节医疗服务行为、引导医疗资 源合理配置的作用, 医疗机构实现了 "按劳分配、优劳优得",按病种分 值付费改革也卓有成效地稳步推进, 目前全省各地市按病种分值付费的 病种数量平均超过4000种。二是认清 系统性。实现医保制度建设更加成 熟更加定型和高质量发展的目标是 一项系统工程。这个特点要求医保部 门树立系统论理念,统筹兼顾当前与 长远、顶层设计与分层实施,综合运 用法律手段、机制创新和现代信息技 术,全面打造忠诚医保、民心医保、

China Health Insurance, Mar 2020, No.3

16

诊的参保患者, 因救治该疾病发生的

门急诊、留观以及住院等全部医疗费

用(含合并症、并发症),不受医保目

法治医保、价值医保、智慧医保、便民 医保。按照这个思路, 2020年, 广东 医保将从满足人民最关心最直接最 现实的利益入手, 打赢医保扶贫攻坚 战的收官之战, 稳步推进基本医保省 级统筹,建设高效优质医保经办服务 体系,继续探索粤港澳大湾区医疗保 障制度有效衔接,继续支持深圳建设 医疗保障改革发展先行示范区,着力 构建广东特色医疗保障体系,彰显民 心医保; 大力推进医保法律法规体系 建设,补齐法律制度短板,努力实现 依法施保,彰显法治医保;继续深化 按病种分值付费为主的医保支付制 度改革,实施战略性购买,实现物有 所值,彰显价值医保;紧盯科技发展 前沿,运用人工智能、大数据等,提 升医保管理效率和质量,彰显智慧医 保。功崇惟志、业广惟勤。通过全面 发力,朝着实现制度建设目标迈进。

做好转化学问,将制度优势更 好转化为治理效能

医保是一门学问。将制度优势转 化为治理效能是一门内容更丰富、内 涵更深刻的学问。有许多问题或课题 值得医保系统深入研究, 厘清思路, 真正把制度优势向治理效能转化的 工作当作一门学问来做。

首先,要明确医保制度与医保治理的内在逻辑关系。对此,习近平总书记有精辟论述,强调"国家治理体系和治理能力是一个国家的制度和制度执行能力的集中体现"。这就告诉我们,制度和治理分不开,也不能分开。如前所述,制度是国家之基、社会之规、治理之据,而治理是制度的有效运用、功能的有效发挥和实践的创新拓展。制度优势需要转化为治理效能,通过治理效能来彰显。比如,人人享有公平的参保机会和权利是我国基本医保制度的显著优势,但

这一制度优势只有转化为全民应保尽保的治理效果才能显示出来。为此,我局在2019年9月专门召开全省医疗保障重点工作推进会,对扩面征缴工作进行重点部署,局领导带队对全省21个地级以上市进行专项督导,制度的优势通过治理效能凸显出来。全省基本医保参保人数由2018年的1.06亿人(参保率98%)增加到2019年的1.078亿。尽管只增加了0.018亿人,但这是在高起点上迈出的新步伐,为增进制度公平加了分,0.018亿标志着参保人数增加了180万。这180万人的参保就是治理效能的扩大,有效彰显参保机会即权利公平这一制度优势。

其次,要明确将制度优势更好转 化为治理效能,关键在执行力。习近 平总书记强调,制度的生命力在于执 行力, 要强化制度执行力。可以说, 不 同地区、不同部门在制度优势向治理 效能转化上所表现出来的差异,尽管 有多种因素,但执行力差异是不可忽 视的主要原因, 差在执行力, 难在执 行力, 好在执行力。比如, 对打击欺诈 骗保、维护医保基金使用安全,省医 保局成立后将其作为首要政治任务 来抓,从完善监管体系、健全多部门 综合监管治理机制、营造社会舆论氛 围、全面开展专项检查等方面加大监 管力度,形成内部监督和社会监督、 舆论监督相结合,线上线下相结合、 医保处罚与运用社会诚信机制相结 合的综合施策格局。一查到底的执行 力产生显著治理效能。从2019年4月 开展专项检查到年底,全省共检查定 点医疗机构6276家、定点药店14328 家,专项检查覆盖率分别达到67.8% 和54%以上; 处理违规机构1987家, 涉及金额4373万元之巨。更重要的是 通过专项检查,对欺诈骗保行为形成 了有力震慑,为维护基金安全营造良

好的社会氛围。

最后, 要明确制度优势转化为治 理效能的落脚点是增强人民获得感 和幸福感。制度完善和治理效能转 化的根本出发点, 应该始终坚持以人 民为中心的发展思想,不断满足人民 对美好生活的需要。这在国家组织药 品集中采购和使用试点上得以突显。 可以说,这项举措已成为社会公认度 最高的带量采购降价优势,彰显了强 大的医保集团购买力。据统计,国家 集中采购的25个中选品种与广东省 交易平台挂网交易价格比较,平均降 幅58.74%。作为"4+7"试点城市的广 州、深圳早在2019年10月底就超额完 成全年带量采购计划。顺应人民群 众新期待,我局在总结广州、深圳试 点的基础上,牵头联合八部门出台了 《关于全省推进落实国家组织药品 集中采购和使用试点扩围工作实施 方案》,经省政府同意后,已于2019年 11月28日正式印发实施。我局还会同 省卫健委联合印发《关于落实国家组 织药品集中采购和使用试点扩围中选 品种约定采购量的通知》,将国家试 点扩围的中选药品广东约定采购数 量分解到各地市和医疗机构。这是我 局扩大治理效能的一项举措, 既符合 国家统一部署, 更能满足参保群众新 期待。有媒体通过调研采访反映,记 者所到之地,参保人特别是患者都知 道有个"4+7",都盼望"4+7"能够变 为长效机制和普遍做法。广州、深圳 的参保患者对"4+7"感受更深更真, 代表性的说法是"'4+7'保住了我的 命、我的家"。对此项创新举措如此 关注和熟识, 足以说明此项举措深受 好评和欢迎, 预示着"扩围"必将转 化为治理效能的扩大。

(责任编辑:廖占力)

2020/3/4 21:34:16

大病保险委托商保承办 的现状及问题分析

朱铭来1解莹1李海燕2

(1南开大学卫生经济与医疗保障研究中心 天津 300350; 2中国医疗保险研究会 北京 100013)

【摘要】大病保险作为基本医疗保障制度中重要的一环,采取商业保险机构承办的方式,引进市场运作机制,探索政府职能转变,创新管理的服务模式,很大程度上改善了城乡居民"因病致贫、因病返贫"的问题。然而在商保承办过程中,制度衔接、承办专业性、部门信息对接、招投标流程设计、亏损界定等方面都存在着较为明显的问题。如何在保证大病保险运行效率的同时发挥商业保险机构的承办优势,是未来大病保险承办模式亟待解决的问题。本文对其中存在的主要问题作出系统分析,并提出改进完善建议。

【关键词】大病保险;商保;承办;医保

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-18-5 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.008

Analysis on the Current Situation and Problems of the Undertaking of Commercial Insurance for Serious Illness Insurance

Zhu Minglai¹, Xie Ying¹, Li Haiyan²(¹Research Center of Health Economy and Medical Security, Nankai University, Tianjin, 300350; ²China Medical Insurance Research Association, Beijing, 100013)

[Abstract] As an important part of the basic medical security system, according to the principle of "government-led" and "play the market mechanism", the critical illness insurance is undertaken by the commercial insurance institutions, to explore the change of government function and innovate management service mode. However, in the process of contractor undertaking, problems such as system connection, specialized undertaking, department information connection, bidding process and loss definition are prominent. How to make full use of the advantages of commercial insurance while ensuring the operation efficiency of serious disease insurance is an urgent problem to be solved in the future critical illness insurance undertaking model. In this paper, we provide some suggestions on how to improve it.

[Key words] serious illness insurance, commercial insurance, undertaking, healthcare security

1 大病保险委托商保承办现状 2012年8月, 国家发改委等六部 委联合发布《关于开展城乡居民大 病保险工作的指导意见》(发改社会 〔2012〕2605号,以下简称《指导意见》),指出开展大病保险工作的基本原则之一是"坚持政府主导、专业运作""利用商业保险机构的专业优势,

支持商业保险机构经办大病保险, 发挥市场机制作用,提高大病保险的 运行效率、服务水平和质量"。此外, 《指导意见》还对经办机构的准入条 件和服务水平提出了要求,提出大病 保险采取商业保险机构经办的方式, 各统筹地区通过招标的方式确定大 病保险的经办机构。2015年7月28日,

【收稿日期】2020-02-07

18 China Health Insurance, Mar 2020, No.3

2020-3内文定. indd 18

[【]作者简介】朱铭来,南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任,金融学院教授,博士生导师,主要研究方向:大病保险、商业健康保险等。

[【]基金项目】中国医疗保险研究会2019年《规范大病保险委托商保承办研究》课题部分成果。

国务院办公厅印发《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发〔2015〕57号),要求在全国范围内全面推开大病保险。截至2018年底,大病保险已经覆盖全国10.2亿城乡居民医保参保人,累计约有817万人受益,报销比例在基本医保之上平均提高超过13个百分点,累计支付赔款约达510.9亿元;在承办情况上,全国90%以上的统筹地区委托商保机构承办大病保险,涉及的16家商保公司中4家市场份额占比超过84%。

大病保险采用商业保险机构承 办的方式,是促进政府职能转变、创 新管理服务方式的重要探索。政府实 现公共政策目标,除了直接提供公共 服务外,还可以通过向市场购买服务 的方式实现。一般而言, 市场机制的 效率要高于政府直接提供服务的效 率。把市场能够发挥作用的地方放归 市场,政府就可以将更多精力集中在 制定政策、规划统筹和行政监管等多 项工作上,这样不但改变了以往政府 部门既是"裁判员"又是"运动员"的 不合理角色,还能将各地经办机构从 "人少事多"的困境中解救出来,更好 地行使监管职责。此外,购买服务还 能帮助政府减少机构和人员设置,在 降低项目运行成本的同时,提高服务 质量,确保医保基金安全运行,让人 民群众得实惠,使公共目标得实现。

通过分析2016-2018年全国31个 省份的大病保险经办数据,归纳各地 期末有效承保人数、原保费收入、应 收保费、赔付支出及赔付人数情况, 汇总得到全国各年大病保险承办情 况(见表1)。可以看出:第一,在政府 对筹资规模的总体要求下,商保机构 承办大病保险的人均保费逐年上升; 第二,大病保险总支出的增幅逐年加 快,这不仅在一定程度上增加了承办

表1 2016-2018全国大病保险承办情况

项目	2016年	2017年	2018年
总期末有效承保人数(万人)	101823.5	108694.8	111901.8
总原保险保费收入(万元)	3282345	3959438	5167593
实际人均保费收入(元)	32.2	36.4	46.2
总应收保费 (万元)	671811.1	642018.8	753689.7
总赔付支出(万元)	2973367	3741354	5070541
总赔付人数 (万人)	470.8	684.1	846.3
人均赔付支出(元)	6315.6	5469.0	5991.4
赔付人数占比(%)	0.4624	0.6294	0.7563

数据来源:原中国保监会、原国家卫生计生委卫生统计信息中心。

表2 2014-2018年承办公司效益汇总

	2014年	2015≇	F	2016	年	2018年	Ē
	总数	总数	同比 增长	总数	同比 增长	总数	同比 增长
已赚保费 (万元)	1,528,785.67	2,515,978.73	64.57%	3,317,180.46	31.84%	5,234,988.61	57.81%
保险业务 支出 (万元)	1,636,608.95	2,602,650.00	59.03%	3,416,833.31	31.28%	5,348,440.97	56.53%
承保利润 (万元)	-107,823.28	-90,760.82	15.82%	-150,730.89	-66.07%	-101,669.04	32.55%
经营利润 (万元)	-98,657.10	-74,619.30	24.36%	-143,287.97	-92.03%	-96,030.87	32.98%

数据来源:原中国保监会、原国家卫生计生委卫生统计信息中心。

大病保险的商保机构压力,也印证了商保机构可能存在巨额亏损问题;第三,汇总结果显示,三年来人均赔付支出数额变化明显,2018年较2017年人均赔付支出有所回升;第四,用赔付人数除以期末有效承保人数可计算出赔付人数占比,结果显示,三年来赔付人数占比也呈逐年上升态势。

由于2017年承办大病保险商保 机构的效益数据缺失,本文对2014、 2015、2016及2018年承办公司的大病 保险业务利润表进行了分析,比较了 公司口径下四年间各公司的已赚保 费、保险业务支出、承保利润及经营 利润等总体效益情况(见表2)。

从全国各承保公司历年合计已赚保费来看,虽然已赚保费逐年增多,但由于2015年后大病保险覆盖地区接近饱和,导致已赚保费的增长率明显放缓。从全国各承保公司历年合计保

险业务支出来看,保险业务支出逐年增多,但增长率也有所放缓。承保利润是已赚保费减去保险业务支出,可体现各承保公司的大病保险收益;从全国各承保公司历年合计承保利润来看,每年均为亏损。经营利润是承保利润加上保险分摊的投资收益,可以体现各承保公司的大病保险最终收益情况;从全国各承保公司历年合计经营利润来看,经营利润每年亏损,且对比承保利润后发现,投资收益未能在一定程度解决承保利润亏损问题。

2 现阶段商保承办大病保险存 在的主要问题

2.1政策制度衔接不畅,商保机 构政策性亏损

基本医保政策调整带来的联动效应,使一些承办地方大病保险的商保机构连年亏损。城乡医保统筹、精

》观察思考

准扶贫、基本医保药品目录调整等政 策的相继出台,都在一定程度上带来 了大病保险支出的增加。2019年国家 在上一年开展17种药品谈判准入的基 础上, 调整颁布了新版国家基本医保 药品目录,并启动了对128种药品的专 项谈判准入,这其实是进一步拓宽了 大病保险的保障范围。有些地区因为 该年将肿瘤靶向药纳入合规报销范 围, 但在最初做基金估算时又没能将 这部分报销计算在内,导致政策性亏 损。再如,部分地区为控制基本医保 药品目录中乙类辅助用药的使用,提 高了这部分用药的患者自付比例,却 导致这部分药品的自付费用被计入到 大病保险的合规费用,导致大病保险 基金支出增加。另外,扶贫政策的落 地也扩大了大病保险的保障责任,但 由于大病保险的筹资水平未能进行相 应调整,导致某些地区大病保险商保 赔付率高达150%。

2.2会计准则核算口径不同,商 保机构业务分割

对于大病保险业务的会计核算, 中国银保监会制定的《保险公司城乡 居民大病保险投标管理暂行办法》 《保险公司城乡居民大病保险业务 服务基本规范(试行)》《保险公司城 乡居民大病保险财务管理暂行办法》 《保险公司城乡居民大病保险风险调 节管理暂行办法》和《保险公司城乡 居民大病保险市场退出管理暂行办 法》五项规则中,特意强调保险公司 核算大病保险盈利和亏损时应使用权 责发生制,并引入准备金概念。考虑 贴现因素等影响, 这与国家医保局按 照财政口径进行收付实现制的核算 有所不同,从而导致承办大病保险的 商保机构上报数据不统一。

在两种会计核算标准下, 商保机 构内部需要同时使用权责发生制和收 付实现制来核算大病保险,以上交不同的财务报表。这就导致商保机构在承办大病保险时财务和业务部门分割:业务部门要追踪每个大病保险参保人三年的责任,使用权责发生制中准备金提取和贴现等制度真实掌握年度内风险;而财务部门则需要按照收付实现制的会计准则编制报表。两套会计准则核算口径不同,导致出现了两套全国性经营数据,这不利于后续分析和评估大病保险的承办状况,也会加重商保机构内部核算及医保部门比对数据的负担。

2.3承办业务专业性不强,商保 作用有待提升

部分地区直接把承办大病保险 的商保机构角色定位成财务报销,导 致商保机构对医保部门相关理赔的 审核过程和最终结果缺少应有的话 语权。这违背了商保机构参与大病保 险管理、发挥风险管控优势的初衷。 目前由商保机构承办的大病保险在异 地结算方面仍处于事后报销阶段,与 《指导意见》中提出的"发挥商业保 险机构全国网络等优势,为参保(合) 人提供异地结算等服务"的要求还有 一定距离。

在部分城市,目前商保机构对大 病保险费用支出数据的统计精算优 势,以及对定点医疗机构服务行为的 监管优势都没凸显出来:有些地方大 病保险承办人员的业务培训还主要靠 医保经办机构来做;从事医疗费用审 核与医疗服务监管的大病保险业务人 员要靠聘用医院和医保机构退休人员 来解决;一些定点医院不接受商保机 构巡查……以上种种,导致现阶段商 保机构在承办过程中往往只能起到 出纳作用。

2.4部门间信息对接不畅,数据 后续分析受阻 虽然一些商保机构也在积极开发信息系统,且按照要求对数据执行严格的保密制度,但由于和地方医保部门对接困难,造成了银保监会鼓励对接、医保部门无力对接的局面。究其根源,还是缺少一套规范完整的数据对接规定和事后追责体系。

商保机构大病保险信息系统与医院、医保部门之间的信息系统对接还存在一定缺口,导致商保机构游离于就医过程的核心风险管理流程之外。由于目前商保机构与医保衔接的基础数据不够完整,致使保险公司在介入大病保险前无法准确测算盈亏。具体问题体现为:一是数据互联互通落实不足,无法精算分析;二是数据有效性不足,数据对接开发商存在滞后性;三是系统对接难度大、成本高;四是在系统对接上商保公司缺少话语权。

同时,多数大病保险招投标合同 中也缺少数据对接方面的硬性规定, 在这方面,商保机构和医保部门还有 较大合作空间。

2.5承办招投标程序不完善,规 范化有待提升

现阶段部分地区大病保险招投 标环节存在操作不规范、规则不合 理等问题,同时合同文本主体和委托 流程也有些混乱。

首先是定价不合理,缺乏专业精算意见。"政府主导"的定价原则是大病保险的经营前提,但部分地区在定价时没有经过合理精算,较为普遍地存在保障责任要求过高而费率不足的情况,而商保机构既无法参与协商,也难以获得精算所需的数据资源支持。

其次是招标政策导向不合理。部 分地区实施低价中标的招标政策,导 致恶性价格竞争情况时有发生,影响 大病保险制度的平稳运行。

再次是风险调节机制不够合理。

主要体现在调节机制不对等,如某些地区规定,当大病保险协议赔付率大于100%时,一定幅度内政府仅承担20%,这势必影响商保机构承办大病保险的积极性。

第四是部分地区对商保机构的垫付资金要求过高。例如一些地区在协议中规定,收取大额履约保证金、扣留较大比例的考核保费等;还有一些地区资金难以一次划拨到位,导致保险公司经常需要垫付。续签协议期开始后,保险公司已经开始赔付,若当年保费未能划拨到位,会增大保险公司的财务负担。

3 完善大病保险委托商保承办 的对策建议

3.1明确政策性亏损,强化大病 保险衔接特惠机制

首先,在顶层设计上须明确如何 合理界定并科学测算经办成本及利 润。在设计政策时应坚持三个原则:第 一,科学区分"政策型"和"管理型" 赔付盈亏。所谓"政策型"赔付盈亏是 指由政府医保政策完善和变化而产生 的盈亏,例如基本医保药品目录调整、 筹资水平调整、突发公共卫生事件,等 等,即主要因定价不准确、国家相关政 策调整或其他政策性因素所导致的大 病保险盈亏;而"管理型"赔付盈亏则 是指由商保机构经营管理活动所产生 的,应该由保险公司承担的盈亏。

第二,建立精算模型,合理精算评估未来年度赔付情况,实现费率动态调整,保证盈亏分担机制的公平性。

第三,保险公司的预期利润不应 包含在管理成本中作为固定费用核 算,而是应通过建立风险共担模型, 形成有效的利益激励机制。毕竟商保 机构的专业优势主要体现在运行效 率上,其盈余要靠公司投入优质资源

表3 权责发生制和收付实现制对比

	权责发生制	收付实现制
释义	当期已产生的收支款项均确认为当期 收支,不论是否实际收付; 不归于当期的收支即使在当期实际 发生资金收支,也不确认为当期收支	无论资金收支事项所发生的时间,所 有当期实际收入和支出的资金都确 认为当期收支
实质	反映会计主体在一个期间内经济资 源的收益与耗费差额	资金的实际收支时点是对经济交易 与事项进行确认和计量的依据
目的	反映会计主体当期的资产负债和营 运业绩	反映会计主体在一定期间内资金的 控制、利用及结余状况
是否计提准备金	是	否
优势	全面有效反映资金的利、责,权关系,真实反映资金的实际运行情况	操作简易,依据明确,资金收支净额即为收益,更好控制资金合规性
劣势	财务操作复杂,成本高	不能真实反应资金实际运行情况及 债权债务关系

加强经营管理产生。

在因"精准扶贫"所导致的政策性亏损问题上,需进一步完善对大病保险"精准扶贫"的顶层设计,确保对由于政策倾斜所带来的额外支出能够单独体现和单独核算。当大病保险基金有结余时,则从结余中列支;如果没有结余,则政府应给予政策性筹资补偿,从而提升大病保险在执行扶贫政策时的可持续性。

至于政策型亏损和管理型亏损 的界定方式与标准,应在医保部门的 招标合同中进一步明确。此外,要引 入明确的承办亏损程度鉴别机制,推 进建立第三方评估机构鉴别商保机 构承办政府项目的亏损与盈利。在某 种意义上,商保机构承办医保项目所 带来的政策型亏损应视为当地医保的 "社会价值",相关行业监管部门应 对此细化考评机制,绝对的盈亏率或 赔付率来确定商保承办大病保险的效 果优劣并不科学。

3.2统一大病保险核算口径,两 部门协商会计制度

当前商保机构承办大病保险,在 会计核算方面,银保监会要求商保公 司使用权责发生制,这与医保局对医 保基金管理实行的收付实现制核算 有较大区别。两套会计准则核算的对 比详见表3。

要求承办大病保险的商保机构 完全使用收付实现制核算大病保险 业务, 虽可实现与财政核算口径的统 一, 但不利于其对自身整体业务的统 计,也不能反映真实的大病保险基金 运行效率,且编制两套报表也容易造 成业务分析上的混乱; 若将大病保险 业务完全按照权责发生制核算,则这 一业务相较医保基金中其他项目的核 算过于复杂,为医保部门增加了压力。 本文建议,未来政府委托相关业务时 可以采取折中方法,与两部门协商核 算口径,例如商保机构可以继续使用 权责发生制核算,但相应的核算规则 可以适当简化,如不同类型准备金项 目可稍作调整和合并、责任准备金的 提取比例可适当统一等等,银保监会 作为监管部门,应给予引导和支持。

3.3发挥商保专业优势,扩充大 病保险增值服务

承办大病保险的商保公司应建立 "系统智能审核+医疗专家审核"的 体系,加强医疗风控管理,减少欺诈、 浪费和不合理费用支出;利用商保公 司各地分支机构广泛的优势,建立公 司内部异地就医配合处理机制,尝试 建立异地医疗专家库,以确保医疗费 用审核的公平合理。

中國醫療保險 20

2020年3月第3期 21

〉〉观察思考

与此同时, 医保部门也应当通过 考核保险公司经办大病保险的绩效来 确保其发挥专业优势,重要指标包括: 是否充分利用医保明细数据合理厘 定综合费用率,发挥精算优势;是否 加强医疗风险管控并提高基金利用 效率,防止医疗费用过快增长;当地参 保人满意度及延伸服务评分:专业人 员配备及分支机构服务评分,等等。

此外,为防止经办大病保险的公 司携带大病保险数据退出经办,给医 保部门和参保人造成损失,各地医 保部门有必要制定统一的信息安全 使用和保密协议,建立独立的运行平 台,开发相关软件,与医保数据库建 立接口防火墙,完善多家保险公司共 保联保机制,对已经退出市场的保险 公司建立信息安全审核评估体系。

此外,各地医保部门还应授权商 保机构开展大病保险风险监督管理, 深化社商在医保反欺诈中的合作,具 体可包括: 授权商保机构作为大病保 险经办机构与医疗机构签订协议行 使监督职责,通过开展联合医疗巡 查、上线智能审核系统、智能监控等 多种方式强化监管。承办业务的商保 机构也应加强技术研发和人才引进, 通过降低大病发生率、降低不合规费 用等方式,节约医保基金支出。

3.4完善部门信息对接流程,规 范事后追责机制

首先在顶层设计上,各地医保部 门在数据交互、授权管理等方面应为 保险公司提供必要支持,推动商保专 业风控能力发挥。若数据对通,则可 通过统计、分析和评估参保人、定点 医疗机构及区域内的医保数据, 对参 保人就医行为和医疗机构诊疗行为 进行监督控制,实时费用预警,从而 有效控费,维护基金安全。

尽快建立大病保险医保和商保

数据的交换规范与标准,下发地方 执行,针对招标前、承办过程中数据 交换及对接的范围、形式、数据颗粒 度、安全性、及时性等进行规定。同 时, 医保机构可以与商保机构签订保 密协议, 通过建立数据交换中间平台 等技术手段,确保数据安全,并开展 检查和审计监督,建立黑名单制度, 加大处罚力度。

在实施层面,需建立一套完整的 数据对接机制,包括医保部门事前明 确商保机构数据需求并签订保密协 议、事中对数据脱敏、事后执行不正 当使用数据及数据泄露的追责机制, 以消除与商保机构数据对接的后顾之 忧。具体来讲, 商保机构可以向医保 部门提交所需数据的明确指标名称、 使用的时间和空间范围,以及数据使 用的用途,并签署保密协议;医保部 门根据需求及用途对数据进行适当 脱敏处理, 若未来发现数据存在不正 当使用或泄露情况,可通过追责机制 及相应的后果分担机制,扣除经办管 理费或取消下一次招投标资格,甚至 要求其承担招投标合同中相应法律责 任。各地医保局和银保监局应形成两 部门间的会商机制,以此制定对接政 策并解决监管数据信息对接问题。

3.5规范承办招投标程序,制定 合理评标办法

首先,在顶层设计上应明确招投 标合同主体,确定合同范本。由于大病 保险承办业务期间较长,建议以国家 医保局层面制定细节格式条款,各统 筹地区可在国家规范合同基础上根据 当地情况少许调整,以保证全国格式 条款的一致性,便于合同内容稳定。

其次,在招投标流程进行前,医 保部门应该有风险提示, 竞标部门要 有风险评估,招标时提供基本服务的 设计,规范大病保险招标投标与合同

管理,明确服务内容和费用管控指标, 合理定价, 防范恶性竞争。

第三,在实施层面,加快引入大病 保险招标综合评标指标体系,从经办 管理能力、人均筹资额、盈利率(即费 用成本)等多个方面对参与投标的商 保机构进行综合评价。另外,对于招 标文件中筹资标准的设定, 医保部门 应逐步引入第三方专家团队。第三方 机构资质由国家统一制定,地方政府 在保障数据安全的前提下,提供可供 测算的历史数据,公允定价标准一旦 明确,不得以低于此标准进行投标报 价。第三方团队应根据历史数据测算 确定标底价,参与投标的保险机构也 应根据基本医保数据,发挥保险精算 优势,综合考虑各地经济发展水平、患 大病发生高额医疗费用情况、大病保 险保障水平等因素,建立大病保险定 价模型,这项工作应当逐步成为公司 参与招投标的必要条件之一。同时,有 必要完善其他条款细节,如承办续约 优待条款、招投标失败后是否可以竞 争性谈判、隐形管理费界定,等等。

此外,推进大病保险招标与合同 标准化管理机制,推动实现经办服务 成本单列。包括加快医保相关立法, 允许经办机构从医保基金中提取合 理费用用于经办支出,减轻财政压力; 明确经办成本和合理利润,确保商保 机构承办大病保险各项直接、间接成 本得到有效保障。

【参考文献】

[1]仇雨临,冉晓醒.大病保险创新发展研究:实践 总结与理论思考[J].江淮论坛,2019(06):156-162. [2]朱铭来,宋占军.商保经办大病保险的优劣势比 较分析[]].中国医疗保险,2014(09):19-21. [3]何文炯.大病保险制度定位与政策完善[]].山东

社会科学,2017(04):65-69.

[4]王琬.大病保险公私合作的风险及其治理研究 [J].山东社会科学,2017(04):76-81.

我国城乡居民基本医保基金 可持续性研究

——以北京、上海、新疆、青海、湖北、湖南为例

席晓宇

(中国药科大学 南京 211198)

【摘要】目的:研究在目前政府补贴水平和城乡居民个人缴纳水平下,城乡居民医保基金的可持续性。方法:首先预测各省份城乡居民医保参保人数;其次依据人均缴纳和政府补贴测算分析2011-2060年城乡居民医保基金收入;之后依据各省份门急诊和住院医疗费用及其报销水平,对城乡居民医保基金的支出情况进行测算和估计;最后用城乡居民医保基金收入与基金支出的差值分析其可持续性。结果:我国城乡居民医保基金累计余额逐年增加,但东部地区城乡居民医保基金短期内存在着"收不抵支"的风险。结论:我国东部地区城乡居民医保基金运行情况较差,中西部地区整体上基金运行情况良好。

【关键词】城乡居民医保;新农合;医保基金;可持续性

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-23-6

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.009

Study on the Sustainability of Basic Medical Insurance Fund for Urban and Rural Residents in China—Taking Beijing, Shanghai, Xinjiang, Qinghai, Hubei and Hunan as Examples Xi Xiaoyu(China Pharmaceutical University, Nanjing, 211198)

[Abstract] Objective: To study the sustainability of urban and rural residents' medical insurance fund under the current level of government financial subsidies and individual payment of urban and rural residents. Methods: Firstly, the number of urban and rural residents in each province was predicted. Secondly, the income of urban and rural residents' medical insurance fund in 2011-2060 was calculated and analyzed according to the per capita payment and government subsidies. Thirdly, the expenditure of urban and rural residents' medical insurance fund was calculated and estimated according to the outpatient and inpatient medical expenses and their reimbursement level in each province. Finally, the urban and rural residents' medical insurance fund was used The difference between fund income and fund expenditure is used to analyze its sustainability. Results: The accumulated balance of medical insurance fund for urban and rural residents increased year by year, but there was a short-term dilemma of "income can't offset expenditure" in the medical insurance fund for urban and rural residents in the eastern region. Conclusion: The operation of medical insurance fund for urban and rural residents in eastern China is poor, while that of central and Western China is good as a whole.

【 收稿日期 】2019-12-18

【作者简介】席晓宇,博士,讲师,中国药科大学国家药物政策与医药产业经济研究中心项目研究员,主要研究方向:药物经济学与医药卫生政策。

[Key words] urban and rural residents' medical insurance, new rural cooperative, medical insurance fund, sustainability

中國醫療保險

2020年3月第3期 23

》观察思考

1 背景

经过20年的努力,我国已经建立起包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗在内的覆盖全民的基本医疗保险制度。国务院2016年发布《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)后,目前绝大多数省份已经建立起统一的城乡居民基本医疗保险制度。这对于实现社会公平、增强医保基金抗风险能力具有重要的意义[1-2]。我国政府在城乡居民基本医疗保险基金中发挥着重要的作用,2016年全国财政医疗卫生支出占财政支出的比重已经提高到7.0%^[3]。

基本医疗保险的财政支出主要 通过转移支付完成,可以分为前期 补贴和后续补贴。前期补贴即政府 通过前期财政补贴,为人民群众直 接支付保费,保证民众及时缴纳保 费;后续补贴即医保基金出现亏空 时,政府给予后续资金补贴,以保 证基金满足公众的医保待遇支付。

随着社会经济的发展, 我国国 民对于医疗服务的需求逐步扩大, 医保基金的支出也随之增加,这会 给财政带来一定的压力。目前,可 持续发展战略已被设定为我国社会 经济发展的目标纲要, 财税体系的 可持续发展理论也成为指导政府财 税行为的关键性理念[4-5]。为了研 究我国城乡居民基本医疗保险基金 的可持续性,本研究选取东、中、 西部各地区的部分省(市、区), 东部以北京、上海为例, 西部以新 疆、青海为例,中部以湖北、湖南 为例,分别测算了2011-2060年各省 份城乡居民基本医疗保险基金的收 入水平和支出水平, 以考察在我国 现有医保基金财政补贴水平和个人

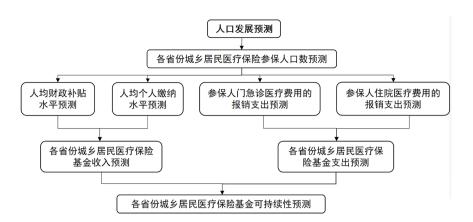


图1 我国城乡居民医疗保险基金累计余额精算思路框架

缴纳水平下,医保基金是否能满足 人民医疗服务的需求。

2 研究方法与数据来源

本研究测算思路框架:首先预测了各省份总人口水平,在此基础上预测各省份城乡居民医疗保险的参保人口数;其次在各省份基本医疗保险参保人口数预测的基础上,依据人均缴纳和政府补贴,测算分析2011-2060年城乡居民医疗保险基金支出;之后依据各省份门急诊和住院医疗费用及报销水平,进行基本医疗保险基金支出的测算和估计;最后用城乡居民医疗保险基金收入与基金支出相减,分析其可持续性(见图1)。

2.1人口发展预测

为得到各省份2011-2060年 (测算年)各年人口数,本研究采用CPPS(中国人口预测系统)软件进行人口预测[6-7]。具体操作流程如下:以《中国2010年人口普查资料》中公布的2010年全国各省份的人口数为整个人口推算的基础,通过假定出生率、死亡率、生育率、生育模式等一系列重要参数,采用CPPS软件预测测算年的各省份各年人口数。

2.2参保人口数预测

依据2003年1月发布的《国务院办公厅转发卫生部等部门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,以下简称国办3号文件),农民是新农合制度的主要参保群体;基于2007年7月发布的《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发〔2007〕20号,以下简称20号文件),非从业城镇居民是城居保制度的主要参保群体。本研究根据以上规定内容,估算参加城镇居民基本医保和新农合的参保人数,再结合各省份的城镇居民基本医保和新农合的参保率测算对应参保人数。

2.3城乡居民基本医保基金收 入预测

依据国办3号文件,新农合筹资标准主要实行在个人缴费基础上进行集体扶持和政府补助的筹资机制。基于20号文件,城镇居民基本医保缴费方式是以家庭中个人缴费为主,政府给予适当补助相结合的筹资方式。因此,城乡居民医保基金的筹资收入主要由个人人均缴纳和政府补贴构成。此外,根据各年财政部联合原卫计委、人社部印发的《关于提高新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险筹资标准的通知》,可

收集到城乡居民医疗保险从试点到 全国推广后各年参保人依照政策的 人均缴纳标准。本研究假定测算年 城乡居民医保基金人均缴纳额以7% 的年增长水平稳定上升。

2.4城乡居民基本医保基金支 出预测

基本医保基金支出指按照国家政策规定的医疗费用开支范围和开支标准,从基本医保基金中支付给参保人员的医疗费用报销和其他支出,主要包括住院医疗费用支出、门急诊医疗费用支出、个人账户基金支出和其他支出。鉴于数据的可获得性,住院和门急诊医疗费用的支出占到基本医保支出的绝大部分,本研究的基本医保基金支出主要指对参保人门急诊和住院医疗费用的报销支出。因此,依据各省份门急诊和住院医疗费用及其报销水平,进行城乡居民医保基金支出的测算和估计。

2.5城乡居民基本医保基金可 持续性精算

城乡居民医保基金累计余额是 指本期收支余额和上期余额的总 和,若当年基金累计余额为正数则 表示该年存在城乡居民医保基金使 用余额,即基金具有可持续性;如 为负数则表示总体上该年基本医保 的总支出大于基金的总收入,即基 金收入水平不足以支撑其支出,基 金不可持续。

3 结果

3.1 城乡居民医疗保险基金参 保人数预测结果

在CPPS软件的运行下,以各省份在2010年第六次人口普查数据作为基准,将总和生育率、出生性别比、城镇人口比率、预期寿命、生育模式、年龄别人口数、年龄别死

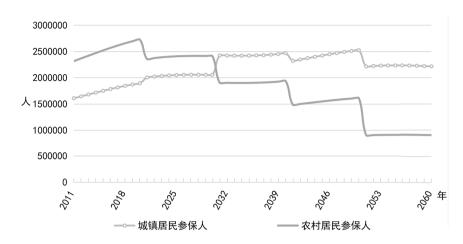


图2 北京市2011-2060年居民基本医疗保险参保人预测

表1 政府历年对城乡居民基本医保的财政补贴情况

年份	政府财政 补贴额(元)	新农合人均 筹资(元)	新农合财政补贴占 人均筹资比(%)	城居保人均 筹资(元)	城居保财政补贴占 人均筹资比(%)
2005	20	_	_	_	_
2006	40	58.9	67.9	_	_
2007	40	58.9	67.9	_	_
2008	80	96.3	83.1	_	_
2009	80	113.4	70.5	138.2	57.9
2010	120	156.6	76.6	181.0	66.3
2011	200	246.2	81.2	268.7	74.4
2012	240	308.5	77.8	322.9	74.3
2013	280	370.6	75.6	400.5	69.9
2014	320	410.9	77.9	524.4	61.0
2015	380	490.3	77.5	559.7	67.9
2016	420	540.0	77.8	540.0	77.8
2017	450	600.0	75.0	600.0	75.0

注: "-"代表数据缺失或未公布。

数据来源:根据《中国统计年鉴》《中国卫生统计年鉴》、国家统计局数据及人社部、财政部文件计算得出。

亡率和年龄别生育率等为主要考虑 因素,对测算年间2011-2060年的各 省份常住人口数进行预测。使用常 住总人数、城镇就业人数及参保率 分别得到城乡居民医疗保险基金参 保人数。以北京市为例,北京市在 测算年城镇居民参保人和农村居民 参保人结果的变化趋势,可知城镇 居民参保人口呈现逐年上升趋势, 但农村居民参保人口呈现下降趋 势,这与我国城镇化水平持续上升

存在一定关系(见图2)。

3.2城乡居民医保基金收入预 测结果

本研究通过查阅2005-2017年《中国统计年鉴》《中国卫生统计年鉴》,财政部、原国家卫生计划委以及人力资源社会保障部共同发布的历年关于提高新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险筹资标准的通知,汇总2005-2017年城镇居民基本医保和新农合人均政府补贴

) 观察思考

表2 2011-2060年城乡居民医疗保险基金收入总额预测(单位: 亿元)

		北京			上海			新疆			青海			湖北			湖南	
年份	政府 补贴	个人 缴纳	收入 总额															
2011	8	2	10	7	2	9	29	7	37	9	2	11	96	24	120	120	30	150
2012	10	3	13	8	2	11	36	9	44	11	3	14	116	29	145	146	36	182
2013	12	3	15	10	2	12	42	9	51	13	3	16	136	29	165	172	37	209
2014	14	4	18	11	3	14	49	12	61	15	4	19	157	39	196	198	50	248
2015	19	5	24	15	4	20	65	18	83	20	6	25	207	59	267	262	75	337
•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••
2056	229	92	321	55	22	78	704	281	985	274	110	384	2491	997	3488	4102	1641	5743
2057	245	98	343	58	23	82	754	302	1056	293	117	410	2652	1061	3713	4388	1755	6144
2058	261	105	366	62	25	86	809	323	1132	313	125	438	2823	1129	3952	4694	1878	6572
2059	279	112	390	65	26	91	867	347	1213	335	134	468	3006	1202	4208	5023	2009	7032
2060	298	119	417	69	27	96	929	372	1301	358	143	501	3193	1277	4471	5376	2150	7526

表3 2011-2060年城乡居民医疗保险基金支出总额预测(单位: 亿元)

		北京						新疆			青海			湖北			湖南	
			• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	上/母				•	• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	月/母	• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•		•	•		•
年份	门诊	住院	支出	门诊	住院	支出	门诊	住院	支出	门诊	住院	支出	门诊	住院	支出	门诊	住院	支出
	支出	支出	总额	支出	支出	总额	支出	支出	总额	支出	支出	总额	支出	支出	总额	支出	支出	总额
2011	12	16	29	13	14	27	25	24	48	6	9	14	90	94	185	100	109	241
2012	13	18	31	14	15	28	26	25	51	6	9	15	96	100	196	106	115	256
2013	14	19	33	15	16	30	28	27	54	7	10	16	101	106	207	113	122	271
2014	15	20	35	15	17	32	29	28	58	7	10	17	107	112	219	119	129	287
2015	16	22	38	16	17	34	31	30	62	7	11	18	113	118	232	126	137	304
•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••
2056	103	117	219	29	29	58	183	145	328	52	68	120	723	630	1353	1877	955	2309
2057	108	122	230	30	30	60	193	153	345	55	71	126	755	658	1414	1970	1003	2424
2058	113	128	241	31	31	62	203	161	363	57	74	132	789	688	1477	2068	1052	2545
2059	118	134	252	32	32	64	213	169	382	60	78	138	824	718	1543	2172	1105	2672
2060	124	141	264	34	33	67	224	178	402	63	82	145	859	749	1608	2281	1161	2806

情况(见表1)。

城乡居民基本医保的参保人均 筹资金额主要包括个人缴纳和政府 按照一定标准给予的人均前期财政 补贴。在进行城乡居民医保基金收入 总额预测时,考虑到医保财政前期补 贴增速通常与医疗费用增加水平(医 疗费用增长率5%)相适应,本研究 假定测算年城乡居民医保人均财政 前期补贴同城乡居民医保人均个人 缴纳保持相同增长率,均为7%。

由此在城乡居民基本医保参保

人数和个人人均缴纳金额、人均财政补贴预测基础上,可得各省份在测算年城乡居民医保基金收入的总额(见表2,篇幅所限仅列出2011-2015与2056-2060年预测结果)。

3.3城乡居民医保基金支出预 测结果

城乡居民基本医保参保人的门 诊报销费用和住院报销费用,可用 下列联立方程组进行测算得到(见 式1)。依据2011年《中国卫生统计 年鉴》,可整理得到基准年2010年的 各省份人均医疗费用。由于各省份门 诊和住院的用药与收费标准之间存 在差异,以及不同医疗机构,如基层 医疗卫生服务机构、二级或三级等 医疗机构设施设备及人员配备等差 异,各省份各年门诊和住院医疗费用 增加率并不相同,但考虑到各省份医 疗发展水平、人民对卫生服务的需 求较为稳定,故假定2011-2060年各 省份医疗费用增长率为5%,可得到 各省份在预测期间(2011-2060年) 的医疗费用增长水平。

表4 2011-2060年城乡居民医疗保险基金累计余额预测(单位: 亿元)

		北京			上海			新疆			青海			湖北			湖南	
年份	基金 收入	基金 支出	累计 余额	基金 收入	基金 支出	累计 余额	基金 收入	基金 支出	累计 余额	基金 收入	基金支出	累计 余额	基金 收入	基金 支出	累计 余额	基金 收入	基金支出	累计余额
2011	10	29	-18	9	27	-18	37	48	-12	11	14	-3	120	185	-65	150	241	-91
2012	13	31	-18	11	28	-18	44	51	-7	14	15	-2	145	196	-51	182	256	-74
2013	15	33	-18	12	30	-18	51	54	-3	16	16	-1	165	207	-42	209	271	-63
2014	18	35	-18	14	32	-18	61	58	3	19	17	1	196	219	-23	248	287	-40
2015	24	38	-14	20	34	-14	83	62	24	25	18	9	267	232	35	337	304	33
2016	29	41	-12	23	36	-13	98	65	57	30	19	19	313	245	103	396	322	107
2017	31	43	-12	25	38	-13	106	69	94	32	20	31	337	259	181	426	340	194
2018	34	46	-12	26	40	-13	115	74	135	35	22	44	362	273	271	459	359	293
2019	37	49	-12	28	42	-13	124	78	181	37	23	58	389	288	372	493	379	408
2020	40	52	-12	30	44	-14	134	83	232	40	24	75	418	303	487	530	399	539
2021	42	55	-12	29	41	-12	138	85	285	42	25	92	425	305	607	542	408	673
2022	46	58	-12	31	43	-12	149	90	344	46	26	111	456	320	743	582	429	825
2023	49	61	-12	33	45	-12	161	95	409	49	28	132	488	337	894	624	452	998
2024	53	65	-12	35	47	-12	173	101	481	53	30	156	523	354	1063	670	476	1191
2025	57	68	-11	37	49	-12	186	106	561	57	31	182	559	371	1251	718	501	1408
2026	61	72	-11	40	52	-12	200	112	649	61	33	210	597	389	1459	770	527	1651
2027	65	75	-10	43	54	-12	216	119	746	66	35	241	638	408	1689	825	554	1922
2028	70	79	-9	45	57	-11	232	125	853	71	37	275	682	428	1943	884	583	2224
2029	75	83	-8	48	59	-11	249	132	970	76	39	313	728	448	2222	947	612	2558
2030	80	87	-7	51	62	-10	268	139	1099	82	41	354	777	470	2530	1014	644	2928
2031	76	83	-6	39	46	-7	259	134	1223	83	41	396	785	471	2844	1032	654	3306
2032	82	87	-5	42	48	-7	278	141	1360	89	43	443	838	494	3188	1105	687	3724
2033	87	91	-4	44	51	-6	299	149	1510	96	45	493	895	517	3566	1185	723	4186
2034	93	95	-2	47	53	-6	321	157	1674	103	48	548	956	542	3979	1270	760	4696
2035	100	100	0	50	55	-5	345	166	1853	111	50	609	1021	568	4432	1361	800	5257
2036	107	105	2	53	58	-4	371	175	2049	119	53	674	1090	596	4926	1459	841	5875
2037	115	111	6	57	60	-3	399	185	2264	127	56	746	1165	624	5467	1565	885	6554
2038	123	117	12	60	63	-2	429	195	2498	137	59	824	1244	654	6057	1678	931	7300
2039	133	123	22	64	66	-1	461	206	2754	147	62	909	1329	686	6699	1798	980	8119
2040	143	130	34	69	69	0	496	217	3033	158	65	1001	1419	719	7399	1928	1031	9015
2041	132	119	48	56	56	1	438	191	3280	156	64	1093	1429	723	8106	2068	1094	9989
2042	143	126	64	60	58	3	471	201	3550	167	67	1193	1527	758	8874	2217	1151	11055
•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	•••••
2059	390	252	1225	91	64	236	1213	382	12334	468	138	4606	4208	1543	36031	7032	2672	53011
2060	417	264	1377	96	67	266	1301	402	13232	501	145	4961	4471	1608	38893	7526	2806	57731

医疗费用报销支出=(门诊报销费用+住院报销费用)×医疗费用年增长率;门诊报销医疗费用=参保人数×次均门诊费用×年门诊就诊率×门诊报销比例;住院报销医疗费用=参保人数×次均住院费用×年住

院就诊率×住院报销比例(式1)

此外,年门诊就诊率和年住院 率分别使用下述公式计算:

年门诊就诊率=两周就诊率 $\times 26 \times 100\%$ =两周内就诊人次数/调 查人数 $\times 26 \times 100\%$ (式2)

年住院率=年住院人次数/调查 人数×100%(式3)

根据式1测算城乡居民医保基金 支出,2013年卫生服务调查为目前 最新调查,实际调查93613户、调查 人口273688人,2013年卫生服务调

中國醫療保險 2020年3月第3期 27

2020-3内文定. indd 27 2020/3/4 21:34:19

》观察思考

查地区两周就诊率为13.0%, 住院率 为9.0%。故根据2013年的最新卫生 服务调查和近年我国卫生和计划生 育事业发展统计公报,设定测算年 城镇居民两周就诊率为10%、农村 居民两周就诊率为10%,城镇居民 年住院率为5%、农村居民年住院率 为5%。根据相关卫生服务调查报告 和医保政策规定,本研究假定测算 年城镇居民基本医保门诊、住院报 销比例均为60%;新农合门诊报销 比例为41%、住院报销比例为67%。 根据上述公式及31个省份相关数据 的搜集,可得各省份在测算年城乡 居民医保基金支出总额(见表3, 篇幅所限仅列出2011-2015与2056-2060年预测结果)。

3.4城乡居民医保基金累计余 额预测结果

城乡居民医保基金累计余额是 指本期收支余额和上期余额的总和, 同时在一定程度上代表了城乡居民 医保基金对医疗费用的再次支出能 力。换而言之, 当年城乡居民医保基 金存有累计余额时,可以将其当作医 保基金的收入来源之一。为确保研 究的城乡居民医保基金支出与收入 相对应,假定2010年基准年及之前 城乡居民医保基金累计余额为零。通 过测算当年城乡居民医保基金的收 入、上年累计余额可得到当年基金 累计余额。由此可计算得出测算年各 省份城乡居民医保基金累计余额(见 表4, 篇幅所限仅列出2011-2042与 2059-2060年预测结果),并将其作 为基金收入来源之一进行使用。

若当年基金累计余额为正数,则表示该年存在城乡居民医保基金使用余额;如为负数,则表示总体上该年基本医疗保险的总支出大于基金的总收入。

4 结论与建议

本研究通过对2011-2060年城乡居民医保基金收入和支出水平的预测,研究在目前政府财政补贴水平和城乡居民个人缴纳水平下,城乡居民医保基金的可持续性。城乡居民医保基金累计余额预测结果显示,我国城乡居民医保基金累计余额逐年增加,但东部地区城乡居民医保基金短期内存在着"收不抵支"的风险,中西部地区整体上基金运行情况良好。为确保城乡居民医保基金的可持续,未来需要着重关注东部地区基金的支出情况,合理控制其支出水平。

4.1城乡居民医保基金收入相 关建议

对于城乡居民医保基金的收入 而言,本研究建议制定科学的基本 医疗保险财政补贴标准, 在财政承 受能力之内高效地提供财政补贴。 为更加合理地规划未来年城乡居民 医保基金的财政补贴水平,除了要 满足城乡居民基本医保参保人的基 本补贴需求, 也要与医疗费用的未 来预期增长情况相适应,确保财政 补贴标准能够有效降低民众的经 济负担。具体而言,政府应当基于 财政规划管理制度,引入财政中长 期规划管理机制, 更好平衡代际间 财政的收支平衡, 这对于城乡居民 医疗保险基金的收支可持续具有重 要意义。相关部门应当做好城乡居 民医保基金筹资的不确定情景模拟 分析工作,提高预算的合理性和准 确性;此外,政府也应当建立城乡 居民医保基金财政收支风险预警体 系, 当财政赤字或政府债务率超过 一定额度时,给予及时预警,谨防 出现预算失衡的情况。

4.2城乡居民医保基金支出相

关建议

在基本医疗保险的支出方面, 为有效控制医疗卫生支出的快速增 长,本研究认为可以从城乡居民医 保基金的体系构建着手。由于城乡 居民基本医疗保险体系尚不完善, 基金的流失和不合理支出问题一直 存在。因此在城乡居民基本医疗保 险体系方面,有必要落实现阶段的 分级诊疗制度、医联体模式等, 倡 导"小病在社区,大病进医院",促 进财政资源的合理分级利用,进一 步提升城乡居民医保基金财政支出 效率,避免医疗资源的过度浪费和 低效利用。在政策法规方面,有必 要制定长期的城乡居民基本医疗保 险财政规划,以缓解基金支出问题 带给政府的财政压力, 确保城乡居 民基本医保财政支出的可持续。■

【参考文献】

[1]夏迎秋,景鑫亮,段沁江.我国城乡居民基本医疗保险制度衔接的现状、问题与建议[J].中国卫生政策研究.2010,(1):43-48.

[2]王庆彬,姜宝法.关于我国医疗保障制度城乡整合的思考[J].中国卫生事业管理杂志.2010,(2):95-06.110

[3]刘慧娴.一切为了百姓健康[J].中国财政.2017,(5):28-29

[4]郭文.我国财税体制改革背景下公共财政体系的完善与可持续性研究[J].山西农经.2017,(5):97-00

[5]魏然.促进经济可持续发展的财税政策研究 []].山西财税.2014,(10):12-14.

[6]李菲,石培基.CPPS软件在人口预测中的应用研究[]]河南科学.2009,(1):80-83.

[7]谢安.中国人口老龄化变化趋势及完善养老保险体制的研究[]].开放导报.2006,(4):29-34.

医疗救助执行过程中的难点及对策

娄 学

(河北省沧州市新华区医疗保障局 沧州 061000)

【摘要】当前,划归医保部门的医疗救助职能在执行过程中面临对救助人群认定标准缺失、认定主体不明确、救助工作滞后等问题。建议明确低收入家庭认定程序、认定职能,理清医疗救助的执行程序、职能归属,加强医疗救助资金监管,为基层建立专业的认定队伍。加快信息化建设,与民政、财政等部门建立统一的大数据平台,将享受救助群体的相关信息纳入大数据平台,实时动态管理,努力实现精准救助,防止救助资源浪费。

【关键词】医疗救助;认定标准;认定职能;资金监管

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830 (2020) 3-29-3

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.010

Difficulties and Countermeasures in the Implementation of Medical Assistance Lou Xue(Healthcare Security Bureau of Xinhua District, Cangzhou, 061000)

[Abstract] At present, the function of medical assistance assigned to the healthcare insurance department is faced with some problems in the process of implementation, such as the lack of recognition standards for the relief population, the unclear recognition subject, and the lag of relief work. It is suggested to clarify the identification procedures and functions of low-income families, clarify the implementation procedures and functions of medical assistance, strengthen the supervision of medical assistance funds, and establish a professional identification team for the grass-roots level. Next, we should speed up the information construction, establish a unified big data platform with civil affairs, finance and other departments, bring the relevant information of the relief groups into the big data platform, conduct real-time and dynamic management, strive to achieve accurate relief and prevent the waste of relief resources.

[Key words] medical assistance, recognition standard, recognition function, fund supervision

医疗救助职能被划入医保部门后,面对新的职能,基层医保经办机构在开展这项工作时普遍存在很多困惑。笔者从实际出发对开展医疗救助工作进行探讨并提出建议。

1 医疗救助工作面临的困难

1.1救助人群标准认定缺失

按照河北省市相关规定,医疗 救助的实施人群应包括:一是城乡 特困供养人员、最低生活保障家庭 成员,城乡低收入家庭中的独生子 女伤残、死亡家庭的父母;二是城 乡低收入家庭中的重病患者;三是 因医疗自付费用过高导致家庭无力 承担的患者。其中对低收入家庭与因 自费医疗费用过高导致家庭无力承 担的患者认定工作,是做好医疗救 助工作的基础和前提,但是当前在 操作层面确认难度较大。

1.1.1低收入群体收入标准的 "高"与"低"没有标准。

首先, 众所周知, 医疗救助所 覆盖的低收入群体是收入和资产

【收稿日期】2019-7-10

【作者简介】娄学,河北省沧州市新华区医疗保障局副局长,主要研究方向:医疗保障基金监管。

中國醫療保險

2020年3月第3期 29

虽然未到低保层次,但是因其收入 较低,资产较少,抵御大病风险能 力弱,依然属于社会常规意义上的 "生活困难人口"。关于享受医疗 救助的低收入家庭的确定, 往年均 有上级民政部门下达文件, 低收入 家庭是指未纳入最低生活保障范 围,共同生活的家庭成员人均收入 在最低生活保障标准的1.5倍以下, 且家庭财产符合规定的家庭。但是 2019年收入家庭认定尚无标准。按 照上级政策, 当前民政部门在实施 低收入群体认定时一般有两个标 准:一个是上文提到的人均月收入 在低保标准的1.5倍,即990元以下; 另一个是申请廉租房的收入标准, 即人均月收入低于3300元。随着生 活水平的提高,各项社会救助制度 都向"适度普惠型"转变,所以,在 进行医疗救助过程中,会存在认定 标准就"高"还是就"低"的问题。

其次,低收入家庭确认工作本身存在问题,电子数据也不完善。 在与民政部门对接过程中,我们发现,低保、特困人群的数据相对完善,但是低收入家庭的情况因为时刻都在发生变动,银行存款情况、证券投资情况没有数据,固定资产也无法实现及时更新,因此数据信息无法反映居民当前的真实生活现状。如果每次都集中重新确认则延长了医疗救助工作时效,而且可能会出现套取医疗救助的情况。

再次,家庭成员信息核实难度 较大。随着城市化进程不断加快, 人员流动加剧,拆迁、孩子上学、再 婚等各种造成家庭"分裂"的复杂 情况,导致"家庭成员"这个概念本 身就难以界定,不能以户口信息作 为核查标准。例如,有多个子女的老 人,子女本身对老人应该具有赡养 义务,因此,在核实信息时应将所有 子女的资产进行统一核实,但是当 前数据手段无法查清老人子女具体 人数以及子女资产明细,核实难度 也随之增加。

最后,收入内容无法核实。家庭 收入是确定低收入家庭与否的关键 要素。据乡办工作人员反映,在实际 操作过程中,没有具体工作单位的 人员收入难以掌握,如无证摊位经 营人员、短工等,无法提供收入证 明,极易出现医疗救助对象确认偏 差。

1.1.2因病致贫费用界定的"异"与"同"难以确认。

前段时间沸沸扬扬的"德云社弟子水滴筹"事件,让社会对有房有车人群能否归入就医费用过高导致家庭无力承担范围内有了重新的认识。例如,一个三线城市的重症尿毒症患者在三甲医院日常检查和透析费用年均花销在10万元左右,统筹内基本医疗报销后,个人仍需承担5万元左右治疗费用,而且随着病情加重,费用会逐年增加,长期高额医疗费用足以拖垮一个小康家庭。因此,"因医疗自付费用过高导致家庭无力承担"家庭在认定过程中,仍需要"因人而异""因家庭而异"。

但是这样"因人而异"的认定 给基层实际工作带来了操作难度, 疾病自付费用需要达到多高,家庭 收入、家庭资产需要达到多低才可 能造成家庭无力承担,一直没有明 确规定。

1.2认定主体难以明确 医疗救助认定工作的"前"与 "后"主体部门,均为"真空"。

1.2.1 "前"无部门认定。

国家医保局成立后,将医疗救助职能承接,就是为了整合社会资

源,保证医疗救助实施过程中政策的一贯性、持续性。然而在认定低收入家庭等需要救助的人群这一环节出现了困惑。

首先,数据和具体标准的缺失。 医保经办机构并没有民政系统完善 的电子数据库以及完备的资格认定 网络系统, 而医疗救助涉及群体复 杂, 涉及到收入金额确定、入户家庭 成员资产调查等,这都需要丰富的工 作经验和相当专业的认定知识, 相关 经验和知识的缺失,增加了医保经办 人员的核实工作量和核实难度。其 次,专业认定团队的缺失。按照以往 的政策和上级相关规定, 困难群体认 定应由民政部门认定, 然后转交医保 部门进行结算、报销救助, 但是当前 医疗救助职能整体划转至医保部门, 认定人员却没有同步划转, 因此享 受救助人群的身份认定暂时进入了 "真空地带"。

1.2.2 "后"无部门监管。

由于疾病发展和治疗特性,很多住院治疗费用是持续产生的,这中间的过程会涉及到很多不确定因素,例如低收入家庭申请人虚报、伪造各种证明材料骗取救助资金,住院过程中多种并发症混合,多次住院产生的费用,都需要专业的监管队伍去进行事前、事中、事后监管。但是医疗救助资金来源于政府拨款,而基本医保统筹基金来自于个人、单位缴费和政府适度补助,两个资金来源渠道分属两个盘子,因此现阶段医保经办机构稽查监管部门理论上难以实现对医疗救助资金的监管。

1.3资金来源的困惑

从职能上讲, 医疗救助是政府 出资保障困难群众医疗权益的一项 兜底的制度安排。医疗救助资金不

能与医保统筹基金混合使用,财政集中拨款又限制较大。因此,可以通过建立医疗救助基金的办法来筹集医疗救助资金,主要通过各级财政拨款和社会各界自愿捐助等多渠道筹集。在笔者所在的地区,由于财政较困难,困难人口较多,而本地医疗水平不高,导致地方上的医疗救助功能作用并不明显,与巨额疾病花销相比"杯水车薪",这样既造成了财政资金的浪费,又无法实际弥补困难患者的医疗费用不足,使得医疗救助功能在基层实际沦为"鸡肋"。

1.4医疗救助工作的滞后性

由于各种原因限制,现阶段各地 医疗救助工作大多以年或半年为单 位集中受理,报销前一年产生的医 疗费用,需要患者事先垫付高额的 医疗费用,这样的救助存在严重的滞 后性,既难以对需要救助患者起到 "雪中送炭"的作用,又无法及时对 定点医疗机构在患者住院治疗期间 产生的费用实现实时监管。

2 建议

- 2.1明确低收入家庭认定程序、 认定职能
- 2.1.1建议将医疗救助的执行程 序、职能归属理清。

首先,建立社会救助联席会议制度,依据本地区经济发展水平、人口结构等基本情况,制定符合实际情况的社会救助实施方案,并依据具体情况和政策要求进行实时更新,但不要随意改变救助标准,擅自扩大或缩小救助范围,以防有失公平。其次,建议上级医保部门建立统一完备的医疗救助体系,理清享受医疗救助人群的认定资格、报销细则,把握工作开展的前提和基

础,以助于基层具体工作的开展。 最后,积极发挥基层医疗机构的作 用,提高报销比例,引导慢性病患 者在社区卫生服务机构进行就医用 药,进一步提高医疗资源的利用率, 优化医疗资源配置。

2.1.2理清医疗救助资金的监管。

由于医疗救助一般是费用发生 后才进行"兜底保障",而且在定点 医疗机构发生,建议医疗救助资金 日常监管与医保基金日常监管同步 进行。一是建立医保资金专项账户, 专款专用,严格按照公开、公平、公 正的原则进行管理和使用,杜绝克 扣、截留等违纪行为发生。二是对享 受医疗救助的家庭实行二次复核把 关。三是通过公示接受群众举报监 督。

2.1.3建议各级政府调整财政支出结构。

当前医疗救助资金主要依靠财政拨款,资金来源单一,而且在贫困地区,财政困难,同时贫困人口较多,会经常出现救助不及时、不到位的情况。因此,建议地方政府扩展资金来源渠道,一方面汇集社会力量,鼓励公益事业投资医疗救助项目;另一方面鼓励社会捐赠,汇聚慈善资金,同时进行专款专项管理,定期向社会公开资金去向。

2.2建立专业低收入家庭认定 队伍

在政策执行过程中,认定工作 人员的专业素养、职业道德直接影响着政策执行的真实效果。因此,建 议上级部门在乡办配备一支专业的 低收入家庭认定队伍,同时利用大 数据进行动态管理,为做好医疗救 助提供必要条件。

2.3统筹"四医联动"

利用"三医联动"医改的契机, 将医疗救助相关信息引入"大数 据"平台推动"四医联动"改革。 当前,"大数据"平台已经成为基 层医保经办机构进行医保基金监 管、医疗服务行为管理、违规行为 稽核等重要的数据提取平台。医保 经办机构应该加强与民政系统数据 共享, 统筹社会救助、社会福利等 数据的运用,提升服务能力。一方 面,加快信息化建设,推进基础数 据的集中使用和互联互通,建立人 社、民政、财政、卫生、扶贫等部门 统一的人员身份信息共享大数据平 台,将享受救助群体身份、资产、 银行存款以及购买的商业保险等相 关信息全面录入"大数据"平台并 实时监控与更新, 以防套取救助资 金或审批延时等情况出现。另一方 面,实现救助资金智能化监管。与 定点医疗机构签订协议,特别是后 续实施门诊就医保障的时候, 确保 医疗救助人群在定点医院就医时实 现"一站式"结算,做到"随到随 报",在对医疗机构实行智能化监 管的同时, 及时掌握被救助家庭的 资产变化或多次住院重复救助的情 况,避免救助资金浪费。

【参考文献】

[1]汪娅娅.中等城市低收入家庭认定问题与解决 [J].重庆科技学院学报,2001(08).

[2]芮桂杰.城市低保对象收入核定及管理问题思考[J].中国乡镇企业报,2009(09).

[3]尹志刚.城市最低生活保障家庭收入和财产 调查的状况、问题及对策[J].北京行政学习学报, 2005(05).

[4]杨舒涵.医保基金监管工作现状及对策研究 [J].经济纵横,2019(08).

[5]顾雪非.进入深水区的医改更强调三医联动改革[J].中国医疗保险,2017(01):16.

(责任编辑:刘砚青)

药品集中招标采购的发展和展望

傅鸿鹏

(国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100191)

【摘要】本文系统介绍了药品集中招采在国际层面的发展脉络,梳理了我国从地市代理到国家招采的五阶段演化过程,分析了我国组织药品集中招采的成效,并提出了在下一步的招采工作中,需要继续关注政策核心功能、增强政策协调、加强政策风险管理三个方面的建议。

【关键词】集中采购;招标;谈判;药价;成效

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-32-5

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.011

Development and Prospect of Centralized Drug Procurement Fu Hongpeng(Health Development Research Center, National Health Commission, Beijing, 100191)

[Abstract] This paper systematically introduces the development of centralized drug procurement at the international level, combs the five stages of evolution from city agency to national procurement, and analyzes the effectiveness of China's organization of centralized drug procurement. In this paper, the next step is to continue to focus on the core functions of policy, enhance policy coordination, and strengthen policy risk management.

[Key words] centralized procurement, bidding, negotiation, drug price, effectiveness

近年来,药品集中招标采购在 国内外使用日益广泛,逐步成为药 品价格管理的重要方法。自2000年 以来,我国持续探索集中招采方法 在药价管理中的有效应用。国家医 疗保障局成立后,不断完善工作机 制、创新招采方法,通过两轮国家 组织药品集中带量采购,在药价管 理上取得了突破性进展。

1 国际层面药品集中招采发展 脉络

1.1探索阶段

1910年,纽约市医院管理局组织所属医院对药品进行团购,这是有文献记录最早的政府组织药品集中采购工作,被认为是美国药品团购的开端。在此后的数十年中,占美国医疗体系主体的私立医院为应对控费压力,合纵连横与药企博弈,至80年代,形成了独具特色的美国药采GPO模式[1]。但与此同期,国际社会上对药品集中招采使用频率并不高,直到1995年WTO成

立之前,只有塞浦路斯于1970年、 丹麦于1990年组织了药品集中采购。其背景主要是,美国之外的各 国药价管理主流方式是政府根据企业成本进行定价,药品数量本身也 不是很多,在源头上药品费用已经 受到了一定控制^[2]。

1.2起步阶段

1995年,WTO成立,其《政府 采购协定》要求成员国需对其它国 家开放政府采购市场,货值超过40 万特别提款权的采购,应以公开招 标方法进行。在WTO推动下,新 西兰于1996年率先启动了全国性药 品集中招采,组建国家药品管理局

【 收稿日期 】2020-2-20

【作者简介】傅鴻鵬,国家卫生健康委卫生发展研究中心研究员,主要研究方向:公共卫生与医药政策。

负责药品价格和购销管理,建立了 以"政府主导、简化分组、最低价 中标、独家中标、设定标期"为特 征的药品招采经典方法,被简称为 "KIWI模式"。此后,拉脱维亚于 1998年、罗马尼亚于2002年、德国 于2003年、荷兰于2005年先后启动 了医院或医保药品集中采购工作。 同期, WHO为推动实现初级卫生保 健和全民健康覆盖目标, 把药品采 购和供应体系作为重要支撑手段, 在成员国中积极推动使用规范化的 药品采购方法,1998-1999年先后 印发《药品筹资机制建设指南》 《药品采购优良操作规范》等技术 性资料, 为药品集中招采提供了有 力的技术支撑。

1.3扩展阶段

在国际条约的推行, 药品种类 增加带来的控费压力,以及贸易全 球化背景下大宗物资集中采购潮 流的推动下, 医院药品集中招采快 速扩展到世界各国。欧盟委员会 2004年发布《欧盟采购指令》,要 求成员国对政府采购的货物组织 公开招标,并建立了电子化招标 平台。2009年, 欧盟委员会调查27 个欧洲国家, 其中有10个组织国家 级药品招采,10个组织区域级药 品招采。同年,欧洲仿制药协会在 《仿制药杂志 (Journal of Generic Medicines)》发表论文批评药品 集中招采模式,认为会导致药品供 应中断、药价过度透明、增加管理 成本、减少动态竞争、打压企业动 力、抑制渐进性创新、对药品可及 性具有"挖墙脚"性影响、严重损 害生产和批发环节的生命力等八方 面负面结果,认为集中招采只应作 为药价管理的短期政策[3]。但这些批

评并没有影响集中招采方法的推行 使用,与之相反,招采从最初的以 医院住院用药为主,逐步拓展到院 外门诊用药范围。2003年德国启动 对社会药店药品集中招采,药店强 烈反对,并于2005年上诉到欧盟法 院。经过四年审理, 欧盟法院2009 年判决支持德国官方做法,认为医 保基金参与了药店药品购销, 可纳 入政府采购范畴, 并认为政府在其 它领域类似情况下也应积极介入其 中。此后, 对院外门诊和药店用药 的集中招采也开始受到重视, 并形 成了德国"折扣谈判"模式和荷兰 "优先推荐"模式两种主流思路[4]。 2019年WHO欧洲代表处与欧盟委员 会联合发布《药品价格和报销政策 报告》,所覆盖欧、亚、美、澳等地 47个国家中,有46个开展医院(住 院)用药招标采购,18个对院外(门 诊和/或药店)使用的部分药品采取 招标或类招标方式进行采购[5]。

1.4转型升级

在应用日益普遍化同时, 集中 招采逐步实现了自身定位的转型升 级,从最初的贸易原则、购销方法 演化成为一种新的药价管理政策。 在西方国家, 医院住院用药、药店 和门诊用药长期以来处于分割管理 状态,药店渠道药品销售额占社会 总销售额的80%左右。在各国文献 中介绍药品价格管理方法,基本以 社会药店系统为出发点,介绍自由 定价、政府定价、国际比较、参考 定价、差价率管制、利润控制等。 药品集中招采主要发生在医院住院 用药层面,未被纳入价格管理政 策。近年来,随着招采方法使用范 围的扩大,以及招采方法的完善, 越来越多的国际组织将招采作为价 格管理政策。2016年欧洲仿制药协会《欧洲仿制药政策综述》、2018年WHO《抗癌药定价及其影响报告》,以及上述《药品价格和报销政策报告》中,均将招标采购作为药品政策或价格管理体系的一个内容。即便以市场化采购机制为主流的美国,其最大的公立医院管理机构——退伍军人卫生部——也会定期与企业谈判,要求价格折扣,并以此决定是否修改其药品目录。

2 我国从地市代理到国家招采 的演化过程

我国的药品集中招采机制有着 相对独立的发展过程,也是世界范 围内最早把招采作为药品管理政策 的国家之一。在反复结合国情探索 并借鉴国际经验的过程中,我国药 品集中招采已经经历了五个特色鲜 明的阶段。

2.1地市集采、中介代理阶段 (2000-2005)

这一阶段主要是启动了药品集 中招采工作。计划经济时期, 药品 流通采取省、市、县三级批发站制 度,执行固定价格,公立医院药品 采购长期沿袭分散采购方法,特殊 情况下会由卫生主管部门采购,在 下属医院之间进行调拨。进入八十 年代之后, 药品生产流通体系实施 市场化改革,绝大多数药品改为市 场定价,企业营销积极性被充分调 动。同期对公立医院实施财政"断 奶",允许公立医院以药补医、自 主经营, 药价虚高、暗箱操作等药 品购销不正之风问题逐步突出。各 地在治理医药购销的过程中, 开始 探索通过集中采购的形式规范医疗 机构行为,河南省、海南省、上海

市浦东新区先后组织了试点,取得明显效果,并引起国务院纠风办等部门高度关注。为采取有效措施尽快降低药品虚高价格,从源头上纠正医药购销中的不正之风,2000年7月,原卫生部会同原监察部、原国家计委等部门,从国家层面推行药品集中招标采购政策,要求县级以上非营利性医疗机构实行以市地为最小组织单位、医疗机构为采购主体、公开招标为主要形式、委托中介机构承办采购事务的药品集中招标采购工作。

2.2省级集采、综合评标阶段 (2006—)

这一阶段主要解决了药品集采 的管理主体问题。2000开始实施的 集中招采意在控制虚高药价,按照 随后发布的招标药品售价政策, 医 院只能在药品中标价基础上顺价 15%销售。受以药补医机制影响, 医院事实上缺少降低药品价格的内 在动力。此后几年的试点期间,低 价药品"中标死"、部分药价"越 招越高"开始出现,开大处方、用 高价药现象有增无减。同时,中介 机构缺乏规范,招标过程中与医药 企业相互勾结,不仅使药品集中招 标采购总体效果大打折扣,还衍生 出新的购销腐败问题。药品企业普 遍反映以地市为单位招标采购次数 频繁、疲于应对,中介机构按交易 额的固定比例向企业收费之外,自 行设置收费项目,不规范操作频 出。2005年,四川省率先由政府出 资建立采购机构和网络平台, 在全 省试行药品统一招采,有效降低了 企业招投标成本,被多个省市效 仿。2006年开始,国办正式发文, 大力推进以政府为主导、以省为单 位的网上药品集中招采工作。

2.3省级集采、双信封法阶段 (2010—)

这一阶段主要解决了药品招采 方法学上的基本理论问题。以省为 单位的药品集中招采,提高了采购 效率,减少了中间环节,节约了采 购成本, 在企业减负、降低药价方 面发挥了积极作用。但长期以来以 先招后采、质量分层、综合评标、 多家中标为特征的招采方法在实践 中出现了新问题:一是招标与医院 采购相分离,加上多家中标,意味 着企业中标之后仍需促销; 二是质 量分层的不恰当应用反而会强化企 业垄断现象; 三是综合评标方法在 指标设置、专家遴选、评分计分等 方面的运行机制不完善。加上以药 补医的政策根源未解决, 药品越招 越涨,中标价虚高和"二次议价" 问题仍然突出。2009年,新医改启 动建设国家基本药物制度,安徽省 在改革试点中, 借鉴WHO推荐的 双信封招标方法,取得显著成效。 2010年国办正式推行基本药物双信 封招标,针对招采分离、量价脱 钩、价格虚高问题,实施"招生产 企业、招采合一、量价挂钩、双信 封制、集中支付、全程监控"六项 创新举措,原则以省为单位,对基 层医疗卫生机构基本药物用量进行 打包,通过技术信封对企业进行质 量遴选,在商务信封环节实行最低 价中标、独家中标方法。各省基本 药物招标结果显示, 价格普遍下降 30%-50%, 药价水分被大幅压缩。 基本药物双信封招标法, 在技术思 路上与国际药品招采典型 "KIWI模 式"已经基本趋于一致。

2.4分类采购、鼓励探索阶段 (2015—)

这一阶段结合药品价格改革,

针对不同市场特征的药品如何招采 和形成合理价格进行了广泛探索, 并同步推动药品生产流通全链条政 策配套。2010年后,基本药物价格 大幅度下降的同时,四个问题开始 出现:一是少数药品在技术信封筛 选中操作不严谨,导致质量不高的 产品进入竞价环节,并以低价取 胜,受到社会诟病;二是独家产品 价格控制效果不明显, 中药独家品 种平均降幅只有5%;三是医院积 极性不足, 临床使用中医患普遍认 为基本药物质量不高,部分利益相 关方认为"低价没有好药";四是 部分经典老药由于价格原因停产, 或者改头换面之后抬高价格销售, 形成社会热议的"低价药短缺"现

针对上述四个问题,这一阶段 结合医药卫生体制改革分别进行了 积极探索。一是大力推行审评审批 改革, 开展仿制药质量一致性评 价,在源头上为仿制药质量提供坚 实保证。二是鼓励省级联合,提高 采购层级和规模,探索国家谈判, 力争在控制专利药品价格上取得成 效。三是加强"三医联动", 鼓 励药品招采与医保支付标准改革结 合、与公立医院综合改革相结合, 不断创新招采方法。四是启动定点 生产和直接挂网采购。针对甲巯咪 唑等四个确实短缺的基本药物, 2014年年初通过招标形式启动定点 生产。针对常见老药价格调整困 难、供应紧张问题,按日均费用3至 5元标准制定常用低价药品清单,实 施直接挂网采购, 允许企业自主定 价, 医院直接议价成交。

2015年,国办印发《关于完善 公立医院药品集中采购工作的指导 意见》,提出分类采购整体框架,

针对临床用量大、采购金额高、多 家企业生产的药品,发挥集中批量 采购优势,采取双信封制招标。专 利药品、中药独家品种, 采取谈判 方法进行招采。妇儿专科等药品和 常用低价药品,实行直接挂网,由 医院直接采购。允许公立医院改 革试点城市在省级平台上自行探索 采购方法,鼓励跨区域联合采购和 专科医院联合采购。2017年、继续 提出在全面推行医保支付方式改革 或已制定医保药品支付标准的地 区, 允许公立医院在省级平台上联 合带量、带预算采购。允许探索建 立"医联体"内统一的药品招标采 购、管理平台,形成"医联体"内 处方流动、药品共享与配送机制。

2.5国家组织,带量采购阶段 (2018—)

进入新的历史时期,通过国家 医保局主管和仿制药一致性评价分 别解决了药品招采的技术方法难点 和动力机制问题。分类采购、鼓 励探索格局确立后, 在省级招采 层面,2015年起北京市率先推行了 "阳光采购"方法。上海市和深圳 市卫生部门借鉴美国医院药品团购 模式,推出了简称GPO的医院集团 采购模式。上海市医保部门则在借 鉴香港医院管理局经验基础上试点 了三批次的带量采购。福建、浙 江、安徽等地推出了省级招采定支 付标准、地市议价采购的上下联动 机制。各省试点中,上海医保局三 批带量采购充分展示了医保部门理 顺资金链和精细化管理的技术优 势。在国家层面,专利药价格谈判 正式启动。2015年原国家卫计委和 医改办牵头,经过半年多的反复沟 通,在纳入医院集采基础上,附加 以医保目录准入为条件,实现3种 药品价格大幅下降。2017年国家人 社部结合医保目录准入开展药价谈 判,用4个月的时间,实现了36种药 品价格平均降幅44%的谈判成效, 再一次展示了结合医保基金进行药 价管理的突出优势。

除了国家和省级层面的试点, 跨地区采购联盟逐步出现。形成以 价格共享为特色、近五十个市县参 与的"三明联盟";以推动京津冀 一体化为目标、争取"共用平台、 彻底统招"的"京津冀联盟";陕 西省牵头、以数据共享为特色的耗 材采购十五省"西部联盟";以综 合医改联席会为纽带的沪苏浙皖闽 医改片区医用耗材"五地联盟"。 以上被称为医药采购"四大联 盟",覆盖范围超过了23个省市。 区域联盟的优势在于市场规模的进 一步扩大, 但中国多数省的人口都 超过欧洲大型国家, 联盟模式的出 现和盛行,意味着医药招采遇到了 基础性瓶颈和障碍, 在补偿机制短 期难以理顺, 医院控制药价动力难 以有效激发的情况下,通过招采控 制药价需要从顶层设计上系统改 革。

2018年4月,党和国家开展新一轮机构改革,由国家医保局负责药品招标采购管理,理顺了药品招标采购、基金支付、价格管理三个环节,从制度层面强化了招采动力机制。监管方面,仿制药质量一致性评价取得初步进展,招采竞价中的关键技术瓶颈已被破解。2018年11月,中央全面深化改革委员会审议通过《国家组织药品集中采购和使用试点方案》,明确国家组织、联盟采购、平台操作的总体思路,采取"带量采购,以量换价、招采合一,保证使用、确保质量、保障供

应、保证回款,降低交易成本"等方法,启动31个一致性评价过评品种的带量采购,经过竞标和谈判,25个中选品种平均价格降幅52%,最大达96%,原研药吉非替尼片降价76%,福辛普利钠片降价68%,与周边国家和地区相比低25%以上,"专利悬崖"现象在我国开始显现。

3 国家组织药品集中招采的成 效和展望

3.1招采成效和持续探索

2019年12月,第一批集采药品 试点半年之后,总体状况平稳。评 估表明,中选药品能够充分保障质 量和供应,显著降低相关疾病药费 负担。中选药品带动了同品种药品 整体价格水平下调;一致性评价药 品使用大幅度增加,提高了群众用 药质量水平;采购减少了中间环 节,降低了企业营销成本,促进了 营销模式调整和行业生态净化,群 众对试点成效给予充分肯定和高度 评价。

为进一步扩大改革效应, 让改 革成果惠及全国人民, 按国务院部 署,国家医保局组织开展了第一批 25种药品的全国扩面工作。覆盖11 个试点城市和前期跟标省之外的全 国所有地区,市场总量是试点阶段 的3-4倍,考虑到新增过评厂家较 多,以试点阶段中标价为限价,按 报价由低到高,允许最多3家企业 中标,并随中标企业数量调整总采 购量。竞标后,25个药品与试点中 选价格相比,平均降幅达到25%。 2020年1月, 国家医保局继续组织 开展了第二批药品集采工作,33个 品种中32个采购成功,与联盟地区 2018年最低采购价相比,拟中选价

平均降幅53%。

3.2国家药品集中招采的重大 创新

国家组织药品集中招采是我国 药价管理、医保制度建设和深化医 药卫生体制改革过程中的重大举 措,内在具有重大创新。

一是在制度上,探索形成了医 院补偿不足下的药价管理有效方 法。药价管理在国际范围内都是棘 手的热点问题,但公立医院多为全 额预算和按DRG或病种付费, 政 府对药价管理集中在药店层面,总 体方法思路较为清晰。我国公立医 院补偿机制问题长期未能解决,制 约着对药品价格的有效控制,导致 总体虚高与阶段性部分药品虚低并 存,尤其进口过期专利药在我国持 续维持高价,成为国人的心病痛点 之一。国家组织药品招采制度设计 上充分考虑到了公立医院改革现 状,价格形成环节充分发挥医保基 金的作用,在落地环节将药品使用 管理纳入到工作范围之内, 是招采 制度层面的重大创新。

二是在方法上,创造形成了多家中标量价挂钩的药品招采操作模式。国际流行的药品招采方法以独家中标为主要特征,操作简单,易于落地。但我国是一个大国,有着欧美国家难以企及的人口和庞大需求,全国独家中标风险大于收益。在第一批药品招采扩面和第二批药品招采工作中,创造性地确立了多家中标但同时量价挂钩、招采合一的方法,是国际药品招采历史上的重大方法学创新。这些措施目前已经受到国际社会关注,引来周边国家积极学习。

三是在管理上,形成通过压缩

营销成本实现降价、同步促使产业转型升级的建设性思路。通过资金预付降低企业融资成本,通过保证医院用量降低企业营销成本,通过规模效应降低企业生产成本,通过量价挂钩封堵"带金销售"行为。降价的同时力争促进产业健康发展,也是我国药品集采区别于其它国家的显著特征之一。

3.3持续深化药品招采的注意 事项

群众需求无止境,医改永远在路上。这意味着我国药品招采制度和具体方法将面临诸多新情况、新问题,需要随外部环境发展持续深化完善,这一过程中需要注意以下几点:

一是避免使政策承担过多功能。一项政策只能承担特定一种或几种功能,政策之间确有交叉影响,但有主次、直接间接之分。新医改以来,药品集中采购政策饱受各方批评非议,其中一个重要原因就是被赋予的政策功能过多,导致外界不恰当地将相关问题归结到招采之上,一定程度影响到招采制度的发展建设。

二是注重推动综合配套政策建设。在药价管理领域,需要推动完善药价管理体系,包括参考价格政策、政府定价政策、差价率管制政策等,集中招采作为价格管理方法之一,与其它价格政策衔接配合,共同发挥效果。在公立医院改革领域,要加快推动补偿机制改革和技术服务价格改革,激发医院主动控制药价的动力,形成医保与医院的政策合力。

三是高度重视政策执行风险管 理。国家组织药品集采存在诸如企 业违约、地方配送、质量管理、医 生配合、患者接纳等方面诸多风险 性因素,尽管试点期间未出现风险 事故, 但这些风险因素仍然存在。 尤其第一批试点品种扩面后,覆盖 区域大幅增加, 区域配送体系等客 观风险因素的地区差异巨大, 值得 严密关注。主观风险因素中,涉 及供货管理、配送积极性、合同执 行、医生用药管理、患者政策宣教 等方面, 试点期间通过加强监督对 其实施了有效控制。但这些主观因 素将长期客观存在,同时受到经济 因素的影响,推进国家集采需要对 其持续维持高强度管理,必须注重 遵循经济规律,同步建立健全经济 激励机制。

【参考文献】

[1]S.Prakash Sethi. Group Purchasing Organizations An Undisclosed Scandal in the US Healthcare Industry[R]. Published in 2009 by PALGRAVE MACMILLAN.

[2]Elias Mossialos, Monique Mrazek, Tom Wally. Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency Equity and Quality[J]. Open University Press. 2004.

[3]Hugo Carradinha. Tendering short—term pricing policies and the impact on patients, governments and the sustainability of the generic medicines industry[J]. Journal of Generic Medicines Vol. 6, 4, 351–361.

[4]Panos Kanavos, Liz Seeley and Sotiri Vandoros. Tender systems for outpatient pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium[J]. LSE Health London School of Economics, 2009.

[5] Sabine Vogler, Nina Zimmermann Manuel, Alexander Haasis. PPRI Report 2018, Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in 47 PPRI network member countries [R]. Austrian National Public Health Institute. 2019.

创新生物制品新增适应症医保支付标准调整机制研究

丁锦希 郝丽 陈烨 郑艺 (中国药科大学 南京 211198)

【摘要】2017年、2018年国家医保准入谈判协议到期后,部分创新生物制品有新的适应症被批准上市。本文分析域外创新生物制品新增适应症准入后医保支付标准的调整模式,结合我国现状,建议现阶段按通用名调降支付标准,有效均衡医保基金控费和企业新适应症研发激励,未来探索按适应症管理模式。按适应症管理可促进"价值导向型"医保支付模式形成,激发企业开发小适应症的积极性,进而减少标签外用药行为,增强患者用药的安全性和可及性,是未来全球主流的医保管理方式。

【关键词】新适应症;创新生物制品;医保支付标准

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-37-7 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.012

Adjustment Mechanism on Medical Insurance Payment Standard of Innovative Biologics after Increasing New Indications Ding Jinxi, Hao Li, Chen Ye, Zheng Yi (China Pharmaceutical University, Nanjing, 211198)

[Abstract] After the expiration of the National Health Insurance Access Negotiation Agreement in 2017 and 2018, some innovative biologics are approved for new indications. By analyzing the adjustment mode of the medical insurance payment standard after the admission of new indications for innovative biologics, combined with China's current situation, it is suggested to reduce the payment standard based on the generic name, to effectively balance fees control of medical insurance fund and incentives for enterprises to develop new indications, and gradually explore to adjust the payment standard based on the indication. According to indication management, it can promote the formation of "value oriented" medical insurance payment mode, stimulate the enthusiasm of enterprises to develop small indications, reduce the behavior of external use of drugs, and enhance the safety and accessibility of patients' medication. It is the global mainstream medical insurance management mode in the future.

Key words new indications, innovative biologics, medical insurance payment standard

创新生物制品多为单抗类靶向 性疾病中高表达或发挥作用,故通制剂,其作用靶点可在多种相关 常具备多个适应症。以PD-1/L1肿

瘤免疫药物为例,其治疗机理是通过解除免疫抑制重新激活免疫系统对肿瘤细胞的识别和杀伤,大量临床试验证实PD-1/L1药物对于众多实体肿瘤和血液肿瘤均具有显著疗效,目前在美国上市的PD-1/L1药物获批适应症大多超过了10个[1]。

【 收稿日期 】2020-2-16

【作者简介】丁锦希,教授,博士生导师,中国药科大学国际医药商学院副院长,主要研究方向:医药政策法规、药物经济学。

【基金项目】2017年国家人力资源和社会保障部项目:基本医疗保险药品支付标准制定及实施有关问题研究、基本医疗保险药品目录谈判准入方式设计;2020年国家医疗保障局项目:药品医保支付标准制定规则研究。

中國醫療保險

2020年3月第3期 37

》与题分析

近年来,随着优先审评、药品 上市许可持有人等审评审批制度的 改革推进,我国创新生物制品上市 数量稳步提升。根据国家药品监督 管理局药品审评中心最新年报统 计,2018年受理治疗用生物制品新 药上市申请共30件,较2017年增长 了43%。但同时,创新生物制品研 发生产成本高,其定价相对高昂, 公开数据显示,2019年医保谈判前 在我国上市销售的五款PD-1药物的 年治疗费用均超过15万元[2],远高 于我国2018年居民人均可支配收入 28228元[3]。

为切实减轻人民群众用药负 担,国家自2017年开展医保目录准 入谈判,将部分创新生物制品纳入 报销范围, 并限定适应症领域。然 而,创新生物制品医保谈判准入 后,不断有新适应症获批上市,以 2017年、2018年谈判准入的13种创 新生物制品为例,截至2020年2月已 有5种药品获批新适应症(见表1)。

对于这些创新生物制品的新增 适应症, 应该如何进行医保管理? 是按适应症,还是按通用名调整其 医保支付标准? 调整过程中如何在 保障医保基金可持续和企业研发新 适应症的激励效应之间保持有效均 衡? 本文将在剖析全球主流操作模 式基础上,结合我国医保管理实 践,提供可行的建议。

1 全球主流模式分析

国际上,针对创新生物制品新 增适应症上市后医保支付标准调整 主要采用三种操作模式,具体如 下。

1.1市场价格法:美国模式

1.1.1 管理特点

市场价格法属于按适应症管理

表1 2017年、2018年医保谈判准入创新生物制品新批准适应症情况

药品名称 原适应症 纳入目录后新批准的适应症

1.HER2阳性的乳腺癌手术

后患者,支付不超过12个月。与化疗联合新辅助治疗,继以辅助治疗,用于局 曲妥珠单抗[4] 2.HER 2阳性的转移性乳腺 部晚期 (包括炎性) 或者肿瘤直径>2cm的乳 癌。3.HER2阳性的晚期转移 腺癌。

限复发或耐药的滤泡性中央

1.贝伐珠单抗联合以铂类为基础的化疗用于不 可切除的晚期、转移性或复发性非鳞状细胞 非小细胞肺癌患者的一线治疗

2.贝伐珠单抗联合以氟嘧啶为基础的化疗适 用于转移性结直肠癌患者的治疗。

限晚期转移性结直肠癌或晚 贝伐珠单抗[5] 期非鳞非小细胞肺癌。

型淋巴瘤 (国际工作分类B、C 用于初治滤泡性淋巴瘤 (FL) 患者经美罗华® 和D亚型的B细胞非霍奇金淋(利妥昔单抗)联合化疗后达完全或部分缓解 巴瘤),CD20阳性Ⅲ-Ⅳ期滤后的单药维持治疗,及与氟达拉滨和环磷酰胺 利妥昔单抗[6] 泡性非霍奇金淋巴瘤,CD20 (FC) 联合,治疗先前未经治疗或复发性/难治 阳性弥漫大B细胞性非霍奇性慢性淋巴细胞白血病(CLL)患者。 全淋巴瘤

限50岁以上湿性年龄相关性 康柏西普[7] 黄斑变性患者。

1.继发于病理性近视的脉络膜新生血管 (pmCNV)

2.糖尿病黄斑水肿 (DME) 引起的视力损害。

限50岁以上湿性年龄相关性 雷珠单抗[8] 黄斑变性患者。

1.继发于视网膜静脉阻塞 (RVO),包括视网 膜分支静脉阻塞 (BRVO) 或视网膜中央静脉 阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损害。 2.糖尿病性黄斑水肿 (DME)

3.脉络膜新生血管 (CNV,即继发于病理性近 视 (PM) 和其它原因的 (CNV) 导致的视力

表2 阿柏西普(注射剂,1mg)医保支付标准(2020.01.01-2020.03.31)

通用名	适应症领域	商品名	HCPCS 代码 (Medicare公共医 保编码)	医保支付标准/\$
阿柏西普注射剂,	眼科疾病	Eylea®	J0178	945.029
1mg	结肠直肠癌	Zaltrap®	J9400	8.395

数据来源: CMS.gov。

(Indication-Specific Pricing), 即 为同通用名药物在不同适应症或不 同患者亚群中设定不同的医保报销 基准[9]。代表国家如美国,通过对创 新生物制品新增适应症分别申请不 同的商品名予以标识, 并采集市场 量价数据分别测算得到医保支付标 准,实现"一适应症,一商品名, 一支付标准"。

以拜耳公司生产的阿柏西普注 射剂(Aflibercept)为例,在用于治 疗眼科疾病和结肠直肠癌时分别以 商品名Eylea®和Zaltrap®上市销售。 美国医疗照顾计划 (Medicare Part B) 将其纳入补偿后,分别对眼科疾病 和结肠直肠癌制定了不同的医保编 码及医保支付标准(见表2)。

1.1.2 操作步骤

第一步:确定医保编码。创新 生物制品新适应症以不同的商品 名被批准上市后, 若纳入Medicare Part B进行补偿,则CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, 医疗保障和医疗补助服务中心)

将采用医疗保健通用操作编码系统(Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS)单独对该适应症进行编码,确保适应症与医保编码间——对应。

第二步:收集市场数据。生产企业必须在每个季度结束的30天内向CMS提交各适应症下药品的平均价格数据(average sales price,ASP)^[10],此处的ASP要求已扣除全部价格优惠,如价量折扣中的即时支付折扣(prompt pay discounts)和现金折扣、免费赠药、回款等优惠。为保证数据上报的真实性,CMS规定若生产企业被裁定呈报虚假ASP数据,将被判处最高10,000美元/次的罚款。

ASP = 销售总额-(折扣+退款+回扣) 销售总量

第三步:支付标准测算。CMS以平均价格数据(ASP)作为基础,按照创新生物制品支付标准 = ASP × 106%^[11]测算形成新的医保支付标准(若新增适应症在上市之初且无可使用的历史ASP数据,则按照该药品自身的批发购置成本(Wholesale Acquisition Cost,WAC)×106%的标准进行报销)。

1.1.3 模式评价

(1)促进医保精细化管理,鼓励小众适应症研发

市场价格法通过对创新生物制品按适应症单独制定医保支付标准,保证临床价值不同的适应症间实现差异化定价,有利于形成"价值导向型"的医保支付模式,实现医保精细化管理。同时对某些小众适应症来说,若临床证据显示其具备较高的治疗价值,此时医保部门可对该适应症制定更高的支付标

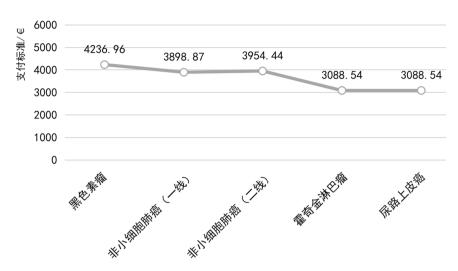


图1 帕博利珠单抗(注射液,100mg)支付标准调整情况

准,确保企业及时回收成本,激励 其进一步开发新的适应症。

如表2中,Zaltrap®在治疗转移性结直肠癌患者时,与贝伐单抗相比,在标准化化疗方案中增加任一药物后患者寿命均延长1.4个月,并未表现出临床治疗优势^[12]。而在用于治疗新生血管性年龄相关性黄斑变性时,与雷珠单抗比较,Eylea®作用靶点更多,亲和力更强,作用时间更持久,具有显著的治疗优势^[13]。基于Zaltrap®和Eylea®两者间的真实临床疗效差异,最终CMS决定给予后者更高的报销基准。

(2) 医保管理底层数据要求高

由于市场价格法需要对创新生物制品不同适应症分别制定商品名和医保编码,因此医保目录和编码必然要满足按厂牌、按适应症管理要求,而这对部分医保管理水平不高的国家来说可能有一定难度。同时,为避免虚报、谎报适应症等骗保行为发生,需要针对创新生物制品不同适应症下患者资格、处方使用、医保报销等建立全流程跟踪管理,建立医保大数据平台,为监测不同适应症临床使用情况、动态调整不同

适应症支付标准提供科学基础。

1.2量价加权法:德国模式

1.2.1 管理特点

量价加权法属于按通用名管理,即针对同通用名药物各适应症制定统一的医保支付标准。代表国家如德国,运用药物经济学等工具评估创新生物制品在新增适应症下的增量成本效益比与预期市场份额,并将各个适应症下支付标准与市场份额作加权平均。

以默沙东公司研发的帕博利珠单抗(Pembrolizumab,keytruda[®],注射液100mg)各适应症通过欧盟药品管理局(EMA)审评准入的时间轴为研究主线,对其在德国的医保支付标准变化情况进行统计^[14](见图1)。从历次调整结果看,由于医保支付标准需体现出不同适应症的临床疗效价值,因此调整结果存在不确定性。虽然整体上,帕博利珠单抗的医保支付标准呈现下降态势,但支付标准下调与市场份额扩大之间并非正相关关系。

1.2.2 操作步骤

第一步:新适应症评估。当制 药厂商针对医保目录内某一创新生

中國醫療保險

2020年3月第3期 39

》专题分析

物制品提出新增适应症准入申请时,为确保该生物制品在新增适应症下用药的安全性、有效性及可支付性,医保部门将重新启动药物经济学评估,单独测算新适应症下医保支付标准与预期市场份额。

第二步:量价加权平均。将各个适应症下医保支付标准与其相应的市场份额作量价加权平均,测算得到新的按通用名管理的统一支付标准,公式如下:

新的医保支付标准 = \sum 适应症 i 支付标准 \times 适应症 i 市场份额 \sum 适应症 i 预期市场份额

第三步:调整与谈判。医保部门在综合考虑企业与患者意愿、医保基金承受能力等影响价格形成的权变因素后,以量价加权结果为基准同企业展开协商谈判,最终确定该生物制品统一的医保支付标准。

1.2.3模式评价

(1) 可操作性强

尽管量价加权法要求创新生物制品新适应症准入前需采取药物经济学评估,分别测算其医保支付标准和市场份额,但经加权平均后最终仍体现为按通用名统一制定管理,实际报销时不需要区分医保编码和支付标准。因此与美国模式比较,对医保目录管理、医保编码管理和底层信息收集和处理系统的要求不高,可操作性强。

(2)基金支出存在不确定性

在运用量价加权法调整医保支付标准时,决定结果的关键因素是适应症的临床疗效价值而非市场份额的增长。因此,当适应症扩大、患者群增加后,医保支付标准可能出现上调、不变或下调三种情况,最终导致医保基金支出存在较大的不确定性。如图1中,帕博丽珠单抗在非小细胞肺癌(二线)适应症准

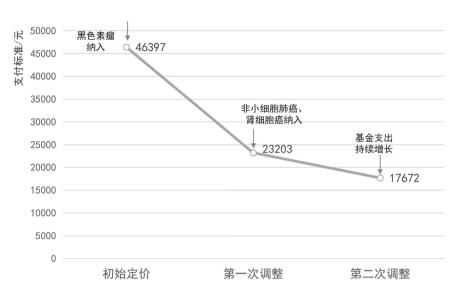


图2 纳武单抗(注射剂,100mg)在日本支付标准调整示意图

入后,由于二线单药治疗临床地位 相比一线联合治疗较高,可解决一 线治疗不耐受后患者二线治疗领域 用药选择性局限问题,因此医保支 付标准反而有所上升。

1.3量价相关法:日本模式

1.3.1 管理特点

为保证医保基金的可持续性, 多数国家或地区遵循"量价挂钩、 以量换价"的理念,要求当准入适 应症越多时,市场份额扩增越大, 其支付标准应越低,支付标准与适 应症数量呈负相关关系,代表国家 如日本。本质上,量价相关法也属 于按通用名管理模式。

以百时美-施贵宝公司研发的纳武单抗(Nivolumab, Opdivo®, 注射剂100mg)为例,2014年纳武利尤单抗以"孤儿药"资质在日本获批上市,用于治疗黑色素瘤,鉴于其疗效显著且患病人数较少,故日本医保局给予其729,849日元(合人民币46,397元)的高额支付标准。随后,非小细胞肺癌和肾细胞癌的适应症获得批准,导致该药物在日本境内的使用量大大增加,对医保基

金产生巨大冲击。因此,日本中央社会保险医疗委员会基于《超高值药物重新定价规则》,分别在2017年和2018年对Opdivo®实施两次价格调整,分别调整为365,000日元^[15](合人民币23,203元)和278,000日元^[16](合人民币17,672元,年治疗费用约763,000元),与上市初相比降价幅度超过50%。

1.3.2 操作步骤

第一步:市场份额判断。日本 厚生劳动省首先对创新生物制品在 新增适应症准入后的市场份额变化 情况进行判断,以市场绝对容量 (药品年销售额)作为调整条件, 一旦达到阈值后即启动医保支付标 准调整工作。

第二步:支付标准调整。同时 考虑市场绝对容量和市场扩大率 (实际销售额/标准年销售额)两个 因素,制定公式如下:

$$P_a = P_b \times 0.9^{\log_{\alpha} X}$$

其中P_a表示调整后的支付标准, P_b表示调整前的支付标准, X 表示市场扩大率, α表示市场绝对

容量,随着市场绝对容量的增长,α取值呈梯度式下降(见表3),支付标准的调降幅度不断增大。如图3 所示,市场绝对容量越大,当超过1000亿日元时,α相应减小,此时曲线斜率绝对值增大,同样的市场扩大率下A品种支付标准较B品种调降速度更快,以此区别应对不同量级的销售额增长对医保基金产生的影响,合理控制基金支出。

1.3.3 模式评价

(1) 医保基金控费效果显著

与德国相比,日本模式要求医保部门根据创新生物制品适应症增加以后的市场份额变化,适当调降支付标准,达到以量换价效果,增强医保部门对基金支出的预测性和可控性,继而保障医保基金持续平稳运行。如图2所示,纳武利尤单抗非小细胞肺癌和肾细胞癌适应症在日本获批后,支付标准由最初的729,849日元降低为278,000日元,降幅达到62%,可有效节省医保基金支出。

(2)抑制企业开发新适应症, 低临床疗效患者权益受损

由于医保支付标准与准入适应 症数量之间呈现负相关性,生物制 品首个适应症准入时的支付标准成 为"天花板"价格,因此制药企业 往往不愿意再进一步开发新的适应 症,特别是罕见病领域。同时,由 于生物制品在不同适应症领域的疗 效存在差异(可采用临床终点、替 代终点等进行对比判断),低疗效 适应症患者群体权益隐形受损[19]。 如图4所示,若以适应症A为基准 制定统一医保支付标准,则相对于 适应症D的患者群来说,支付标准 高于其实际疗效部分(阴影部分) 即为刚性福利受损,违背基金管理

表3 日本市场份额扩大后支付标准的调整条件与方法[17]

调整:	· 条件		调整上限		
对象	市场绝对容量(亿日元)	α值	公式	(降幅)	
成本加成法计算的药品1	100-150	10		25%	
所有药品	>150	2	$P_a = P_b \times (0.9^{\log_a X} + \beta)$	15%	
	>1000	1.5	$I_a - I_b \wedge (0.9 \text{ sm} + p)$	25%	
	>1500	1.3		50%	

注: β:修正加算率,当新增适应症为儿科用药或罕见病用药时,可予以一定程度优惠,最高予以5%—10%上调^[8]。1:日本厚生劳动省规定,若创新药品没有与其功能疗效、药理作用、化学成分、给药途径相似或相近的类似品,则采取成本加成法核算医保支付标准。

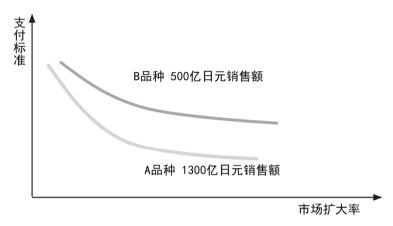


图3 支付标准调降示意图

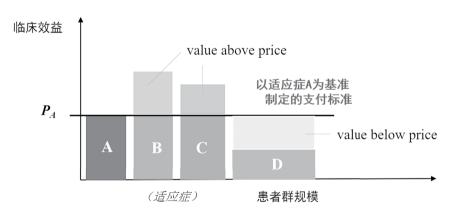


图4 量价相关法制定医保支付标准原理图

"公平性"要求。

2 我国管理模式分析

全球主流模式分析可知,新增适应症准入后采用何种模式调整支付标准,需重点考虑三项因素:基金控费压力、开发新适应症的临床需求和医保管理体系支撑。其中,

日本量价相关法控费效果优于美国 和德国模式,但在鼓励新适应症研 发创新方面略显不足;而美国市场 价格法尽管对于适应症开发具有良 好的激励效果,但对医保管理水平 要求较高。

围绕以上要点,笔者将对我国 医保管理实践情况进行分析。

》与题分析

2.1控费是现阶段医保目录管 理的主要需求

现阶段,我国医保基金平稳运行压力较大,不同统筹地区医保基金不平衡情况突出,部分统筹地区已出现收不抵支(见表4)。且近年来我国陆续将治疗肿瘤等重特大疾病药物纳入医保,对医保基金平稳运行提出了重大挑战,医保基金支出增长显著,2018年医保基金支出增长率达到24%,超过收入增长率19%[20]。

因此,在对新增适应症调整医 保支付标准时,需要充分考虑可能 对基金支出产生的影响,保证基金 运行的持续性,避免因适应症扩大 增加基金支出压力。

2.2研发新适应症的投入产出 比高,满足更多临床需求

随着我国居民人均可支配收入 稳步增长,居民的医疗保健意识逐 步增强, 老百姓的临床需求也在逐 年提高,但我国创新药的整体研 发能力还处于较低水平, 仅依靠 传统药物无法满足大部分人的临床 需求。以预后较好的肿瘤乳腺癌为 例,我国的5年相对生存率为82%, 仍低于美国等发达国家的90.9%[21]。 在临床实践中,部分医生由于缺乏 一线治疗药物,可能尝试超药品说 明书所标明的适应症范围用药, 2011-2017年的一项贝伐珠单抗使用 情况的调研报告显示,超说明书用 药比例高达37.49%[22], 危害到临床 的用药安全。

同时,与新药研发相比,开发新的适应症通常需要投入的时间和成本更少,主要是新适应症可基于已上市适应症数据减少药代动力学和毒性研究,且安全性一般与原适应症相同,故获得审批的概率更

表4 城镇职工(居民医保)基本医疗保险基金运行情况

年份	当期收入	不抵支	累计收不抵支			
	统筹地区数量(个)	缺口金额(亿元)	统筹地区数量(个)	赤字金额(亿元)		
2009	114	8.9	10	7.8		
2010	257	47.3	12	23.9		
2011	298	46.1	10	1.7		
2012	232 (109)	71.5 (10.3)	48 (7)	13.4 (0.34)		
2013	225 (108)	88.9 (20)	22(2)	5.35 (0.74)		
2014	185 (1337)	81.3 (31.1)	42 (7)	43.2 (0.85)		
2015	143 (61)	71.4 (14.3)	40 (1)	71 (1.6)		
2016	100 (111)	61.6 (25.2)	16 (4)	17.5 (5.8)		
2017	49 (56)	47.4 (47.3)	3 (3)	18.2 (3.0)		

数据来源: 原卫生部卫生发展研究中心。

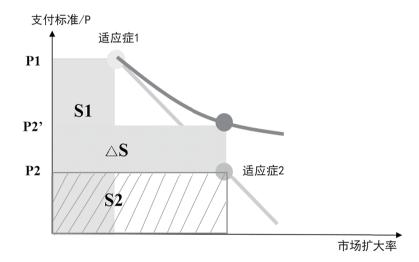


图5 非线性调降支付标准下企业收益示意图

高。通常而言,开发新药的平均成本约为26亿美元;而新适应症研发需要的成本投入约3亿美元,上市周期约6.5年^[23],投入产出比更高。

因此,我国在对新增适应症调整医保支付标准时,应提高企业进一步开发新适应症的创新积极性,更好满足群众的临床用药需求。如图5所示,可设计新测算公式,使得新适应症增加市场份额与下调支付标准之间保持呈非线性关系,为企业保留一定利润空间(△S),避免因支付标准线性下降(S1≈S2)导致企业研发动力不足。

2.3 医保精细化管理有待于进 一步推进

当前,我国医保目录仍采用按通用名管理模式,尚未进一步升级为按厂牌或按适应症管理。2019年6月,国家医疗保障局印发《关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》,将医保药品编码更新为六个部分,包含了药品的通用名、剂型、规格包装以及厂牌等信息(见图6)。与医保目录管理相比,医保编码精细化管理已先行一步,但未对不同适应症作有效区分。究其原因,主要在于现阶段医药和医疗领

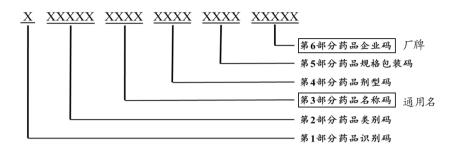


图6 我国医保药品(西药)编码结构

域的配套措施尚未改革到位,如注册审批环节中,创新生物制品不同适应症按照统一的商品名进行申报管理,导致适应症与商品名之间关联度不高,进而影响后续医保编码和支付标准的制定。

3 结论

本部分,笔者将结合我国现状 和域外经验,为创新生物制品新增 适应症准入后,医保支付标准如何 调整提供建议。

3.1现阶段按通用名调降支付 标准,同时鼓励新适应症研发

当前我国医保基金控费压力较大,且医保管理体系无法支撑按适应症管理。因此可借鉴日本模式,针对创新生物制品新增适应症准入后,统一按通用名调降支付标准,维持医保基金平稳运行。但同时,应秉持适度调降原则,为企业保留一定利润空间,激励其进一步开发新的适应症,满足患者临床用药需求,提升群众满意度。

3.2未来探索按适应症管理模式 按适应症管理可促进"价值导 向型"医保支付模式形成,激发企 业开发小适应症的积极性,进而减 少标签外用药行为,增强患者用药 的安全性和可及性,是未来全球主 流的医保管理方式。随着我国医疗 和医药领域配套措施逐步改革到位,医保管理实现精细化后,我国将与国际一致,逐步对创新生物制品新增适应症实施按适应症调整支付标准。

【参考文献】

[1]王芳旭,陶立波,孙爽.PD-1/L1类肿瘤免疫药品的医疗经济特点及其医保定价机制探讨[J].中国医疗保险,2019(10):68-71.

[2]瞿依贤.国家医保谈判在即 明星抗癌药PD-1 竞争白热化[EB/OL].经济观察网,2019-11-04. https://xueqiu.com/3502728586/135161124.

[3]国家统计局.2018年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. 2019-02-28. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190228_1651265.html. [4]赫赛汀最新说明书[EB/OL]. 2019.05. https://www.roche.com.cn/content/dam/rochexx/roche-com-cn/roche_china/zh_CN/pdf-instructions/15_20190520%20Herceptin%20 repack%20PI-shelf%20life%20extension%20 48m-Clean.pdf.

[5]贝伐珠单抗又有新适应症获批,真实世界数据为其提供新思路[EB/OL]. 2018.11.05. http://www.sohu.com/a/273433437_564028.

[6]罗氏美罗华两大新适应症同时在华获批! [EB/OL]2019.12.11. https://news.yaozh.com/archive/27904.html.

[7]康柏西普拿下第3个适应症 剑指百亿眼科市场! 角逐国际市场[EB/OL]. 2019.05. https://med.sina.com/article_detail_103_2_65908.html. [8] 诺适得®新适应症在中国获批 糖尿病性黄斑水肿治疗喜得新方案[EB/OL]. 2018.11. https://www.novartis.com.cn/news/nuo-gua-de-xin-gua-ying-zheng-zai-zhong-guo-huo-pi-tang-niao-bing-xing-huang-ban-shui-zhong-zhi. [9] INDICATION-SPECIFIC PRICING OF PHARMACEUTICALS IN THE UNITED STATES HEALTH CARE SYSTEM[R]. A

Report from the 2015 ICER Membership Policy Summit. March 2016.

[10]Remicade: A Case Study in How U.S. Pricing and Reimbursement Curb Adoption of Biosimilars[EB/OL].2017.09.http://www.drugchannels.net/2017/09/remicade-case-study-in-how-us-pricing.html.

[11]丁锦希,潘越,李伟,郝丽,吴逸飞.医保谈判准入创新生物制品支付标准调整机制研究[J].中国医药工业杂志,2019.50(06):668-675.

[12] In Cancer Care, Cost Matters[EB/OL]. 2012.10.14.https://www.nytimes.com/2012/10/15/opinion/a-hospital-says-no-to-an-11000-a-month-cancer-drug.html.

[13]惟视眼科.阿柏西普初试锋芒 nAMD首当其冲!——直击上海第一针[EB/OL]! 2018.06.14. http://www.jintiankansha.me/t/Bb87GGUrim.

[14]The Federal Joint Committee[EB/OL]. https://www.g-ba.de/institution/sys/suche/?suchbegriff=keytruda&kategorie=beschluesse&

sortierung=beschlussdatum.

[15]Ministry of Health, Labour and Welfare. Update of Drug Pricing System in Japan[EB/OL]. 2017. https://www.pmda.go.jp/files/000221888. pdf.

[16]Japan to further reduce price of Opidivo by 23 percent[EB/OL].2018–03–07. https://www.biospectrumasia.com/news/50/10448/japan-to-further-reduce-price-of-opidivo-by-23-percent.html.

[17]厚生労働省.薬価算定の基準について[EB/OL].保発0329第1号 平成31年3月29日. https://www.mhlw.go.jp/content/000497468.pdf.

[18]常峰,崔鹏磊,夏强,罗修英,张舰云.日本医保药品支付价格调整机制对我国的启示[J].中国医药工业杂志,2015,46(08):915-920.

[19]Steven D. Pearson, Bill Dreitlein, Chris Henshall. Indication–specific Pricing in the United States Health Care System[J]. Institute for Clinical and Economic Review, 2016.03.

[20]国家统计局.中国统计年鉴—2019[M].北京:中国统计出版社, 2019.

[21]赵巧敏,刘锐,胡家嘉.医药行业最新研究报告:市场与政策、创新药、医疗器械[R].广证恒生, 2019.06.27.

[22]陈昭燕,田方圆,徐珽.全国6大城市贝伐珠单 抗超适应证用药现状分析[J].药物流行病学杂志,2019,28(10):661-666.

[23] 抗肿瘤药物研发与老药新用[EB/OL].2019.05.10. https://www.chemicalbook.com/SupplierNews_12320.htm.

中國醫療保險

2020年3月第3期 43

重庆市长护保险制度建设 的实践与思考

王琴

(重庆市医疗保障局 重庆 404100)

【摘要】重庆作为国家首批15个长护保险试点城市之一,按照"先职工、后居民,先试点、后推开"的原则积极探索,选取四个区县开展长护险制度试点,取得初步成效。本文基于重庆试点实践,着重分析制度推进过程中面临的问题,并提出相关思考和建议。建议包括:探索建立独立的长护保险制度体系,创新建立更为科学的失能等级评定标准,以及逐步建立多渠道为依托的独立筹资体系。

【关键词】长护保险;试点;思考;建议;重庆

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-44-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.013

The Practice and Thinking of the Construction of Long-term Care Insurance System in Chongqing Wang Qin(Chongqing Healthcare Security Bureau, Chongqing, 404100)

[Abstract] Chongqing, as one of the first 15 pilot cities of long-term insurance, actively explored the principle of "first staff, then residents, first pilot, then push forward", selected four districts and counties to carry out the pilot of long-term insurance system, and achieved preliminary results. Based on the pilot practice in Chongqing, this paper focuses on the analysis of the problems faced in the process of promoting the system, and puts forward relevant thinking and suggestions. The suggestions include exploring the establishment of an independent long-term care insurance system, innovating and establishing a more scientific assessment standard of disability level, gradually establishing an independent financing system based on multiple channels.

Key words long-term care insurance, pilot, thoughts, suggestions, Chongqing

重庆作为直辖市,人口基数大,老龄化程度严重,2016年60岁以上人口604.61万人,占比19.8%,其中65岁以上人口381.97万人,占比12.5%,居全国前列,被国家列为首批15个长护保险制度试点城市之一。

1 重庆市长护保险制度实践

按照"先职工、后居民,先试点、后推开"原则,重庆市积极探索,以基本医疗保险制度为依托,综合考虑各区县失能人员分布情况及区域照护服务能力,统筹兼顾主城区和远郊区县,选取大渡口区、巴南区、垫江县、石柱县四个区县开展长护保险制度试点。试点总体

思路为:坚持多渠道筹资,合理划分筹资责任和保障责任;坚持"以支定收、收支平衡、略有结余"的原则筹集和使用基金;坚持全市统筹、分级管理、责任分担、持续发展;坚持政府主导、专业运作、市场服务。重庆市力图通过试点,探索建立以社会互助共济方式筹集资金,为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障,与医疗保

【收稿日期】2020-1-7

【作者简介】王琴,重庆市医疗保障局医疗保障事务组主任科员,主要负责制定与执行长护保险待遇政策,制定并组织实施长护保险支付计划,制定并指导实施长护保险待遇审核、管理和核发业务操作规范等工作。

44 China Health Insurance, Mar 2020, No.3

2020-3内文定. indd 44 2020/3/4 21:34:24

险相对独立、互相衔接的社会保险 制度,基本形成适应重庆实际的长 护保险政策框架、照护需求认定和 等级评定标准,以及长护管理服务 规范和运行机制。

1.1加强制度框架设计

1.1.1确定参保对象。按照"先职工、后居民"的推进思路,试点期间,长护保险覆盖试点区县的城镇职工医保参保人群,其在参加职工医保的同时,同步参加长护保险。随制度探索完善,逐步将城乡居民医保参保人群纳入覆盖范围。

1.1.2界定保障范围。以长期处于 失能状态的参保人群为保障对象,重 点解决重度失能人员基本生活照料 和相关的医疗护理所需费用。今后将 在试点基础上,根据基金承受能力和 试点效果情况,逐步将失智老人和中 度失能人员纳入保障范围。

1.1.3建立筹资方式。主要采取调整职工医保基金结构和个人账户使用范围相结合的筹资模式。试点期间的筹集标准为150元/人/年,其中医保基金补助60元/人/年(5元/人/月),职工医保参保人个人承担90元/人/年(7.5元/人/月,通过个人账户划转)。随单位参加职工医保人员和以个人身份参加职工医保二档人员个人缴费部分按月从本人职工医保个人账户中代扣代缴;以个人身份参加职工医保一档人员,缴纳医保费时同步缴纳长护保险个人缴费部分。

1.1.4明确待遇支付。协议机构 按照规定的基本照护服务项目及标 准为重度失能人员提供服务,实行 床日包干管理,不设起付线,由长 护保险基金按照50元/床日的标准 与协议机构结算。试点期间,失能 人员由市内非协议机构或个人提供 照护服务的,可按规定申请照护补 助,补助按天计算,按月发放。其中,失能人员由承办长护保险经办服务的商业保险公司组织培训并纳入登记管理的照护服务人员提供服务的,其补助按照40元/人/日标准支付;由未经服务培训和登记管理的照护服务人员提供服务的,其补助按照30元/人/日标准支付。

1.1.5制定服务内涵。试点期间, 重庆市长护保险基本照护服务项目 分5大类共24项,涉及各项目服务频 次、服务内容、服务结果要求等。结 合长护险待遇保障水平和失能人员 照护服务基本需求,将长护险基本 照护服务项目按照"8+4+3"组合模 式形成机构照护服务项目包, 按照 "6+3"组合模式形成居家照护服务 项目包。其中机构提供的上门服务 项目,主要根据上门照护服务特点, 重点选择操作相对复杂、服务难度 大、技术价值高的18个照护服务项 目作为居家基本照护服务项目。按 照规定, 机构提供的上门服务, 每周 服务时间应不低于7小时,每周上门 服务频次不低于3次,每次服务时长 不低于30分钟。

1.2完善试点推进措施

建立长护保险制度是一个系统 工程,头绪多、任务重,为保障试点 工作顺利推进,市医保局和试点区 县医保局均成立了长护保险试点工 作领导小组,统筹推进试点工作。 2017年印发《重庆市长期护理保险 制度试点意见》(渝人社发〔2017〕 280号),并相继出台《重庆市长期 护理保险实施细则(试行)》(渝医 保发〔2018〕14号)、《重庆市长期 护理保险服务项目和标准(试行)》 (渝医保发〔2018〕15号)、《重庆 市长期护理保险失能等级评定管理 办法(试行)》(渝医保发〔2018〕 16号)、《重庆市长期护理保险护理服务机构协议管理办法(试行)》 (渝医保发〔2018〕17号)等一系列 试点配套文件。

同时按照集"参保、评估、服务、结算、评价、监督"于一体的重庆长护保险信息管理系统建设方案,开发完成全市统一的长护保险信息系统;按规定完成商业保险公司招投标工作和购买服务的协议签订工作;召开长护保险试点工作启动部署会,对试点区县经办机构、承办商保公司、协议机构及相关工作人员进行政策宣传及业务培训。

1.2.1探索创新,构建多维度失能 评估体系。目前, 重庆市长护险失能 评估采用的是巴氏评分表, 该表是国 内通行标准, 但表中的大多数评分项 存在主观判断因素。为了确保评估的 权威性和公正性, 试点区县进一步 细化了失能评定流程,一是确定每月 20日为固定失能评定时间,确保失能 评定的连续性; 二是组建了一支失 能评定专家队伍, 由具有高级职称的 医生作为评估员, 由具有医学专业背 景的工作人员作为信息采集员,确保 失能评定的专业性; 三是建立失能 集中评定固定场所,参照招投标流程 设立功能分区, 严格评审现场纪律, 确保失能评定的公开、公平、公正。

在开展失能评估时,还创新建立了"三评标准"。一是应用巴氏评分表评估,严格按照现场评估、集中评审和专家复评的三级评估流程,层层把关评估质量;二是建立医学体征体位评估表,针对巴氏评分表中需主观判断的评分细项,梳理出对应的特殊医学体征体位,并通过相应的医学体征体位来补充判断,作为评估的补充依据;三是探索床旁快检设备作为评估辅助,

为评分提供更加精确客观的评估依据,减少主观判断失误。

1.2.2提前预判,建立两级纠纷 调解机制。由于失能评估未达重度 失能的评估费用需自己承担,以及 部分失能人员对待遇存在超出自身 实际情况的期待,申请失能评定未 达重度失能极易引发矛盾。为避免 此类纠纷发生, 重庆市建立起商保 公司纠纷调解、全区长护险应急处 理的两级调解机制;制定《长期护 理保险制度试点应急处置预案》, 对潜在风险点进行全面摸排, 共梳 理出7类风险点,并逐步建立起多级 预警、递进处置的防控及机制。其 中,对商保公司提出"三全"要求, 即集中评审和专家复评全程摄像, 纠纷调解室的摄像头和视频观看 设施全部安装,以及急救技能定期 进行全员培训。同时通过制作典型 案例视频宣传片减少评估申请的纠 纷。在参保人申请评估时, 指导其 先对照巴氏量表进行自评, 基本能 达到重度标准的再申请评估,这在 很大程度上减少了纠纷的发生。

1.2.3立足实际,用心做好居家 照护培训。考虑到我国"9073"[©]的养老格局,如何做好居家照护服 务成为长护保险的重点探索方向。 重庆通过购买服务的方式,委托重 庆市第一社会福利院组织团队,率 先撰写了《重庆市巴南区长期护理 保险居家护理服务专题培训手册》 《重庆市巴南区长期护理保险集中 护理服务专题培训手册》教材。试 点区县陆续对申请居家照护的失能 人员亲属(照护人)进行定期集中 培训,对培训后考试合格者发放结 业证书。截至目前,已开展12批次、676名居家照护人员参训。同时,对申请居家照护的失能人员亲属(照护人)进行上门指导,重点包括按摩、防滑等日常照护知识,从而提升居家失能人员的生活质量、减轻居家照护人员负担,截至目前,共计上门指导753人次。

1.2.4借助市场,推动长护保险服 务日趋规范化、标准化。按照《关于 我市长期护理保险试点有关问题处 理意见的通知》(渝医保发[2019] 13号)要求,围绕覆盖范围、筹资渠 道、待遇支付及经办管理等核心要 素,四个试点区县通过招标采购共 确定5家商保公司作为第三方经办机 构。各保险公司在试点区县均设立 长护险合署办公室, 并派总公司员 工至区医保局协同办公,参照招投 标流程设立功能分区, 划片承办。同 时组建了一支有医学专业背景的信 息评估人员队伍, 定期开展上门评 估、照护机构巡查、上门指导、照护 服务回访等工作。

1.3强化问题沟通处置

1.3.1建立市级会议调度机制。 采取"分级负责、市级统筹"原则,各试点区县医保局牵头对本地 区试点推进负责;市医保局相关处 室按职能职责做好资金筹集、失能 评定、机构管理、服务承办、待遇 支付、信息支撑等方面的指导和问 题处置。市医保局领导牵头定期召 开4个区县试点工作推进调度会,通 过会议集中了解、沟通试点进展, 及时处理影响试点推进的问题,确 保试点推进顺畅。

1.3.2强化市级部门协调联动。

针对长护保险资金筹集渠道拓展、 照护服务机构设置、照护服务人员 队伍培养、照护服务标准建立、照 护服务规范化管理、承办商保公司 服务监管等现实问题,市医保部门 主动作为,加强与市财政、市民 政、市人社、市银保监等部门沟通 协调,强化部门联动,理顺试点推 进过程中体制机制,破除障碍。

2面临问题及相关思考

2.1面临问题

2.1.1长护保险制度立法支撑不 足。没有明确立法,当实操过程中遇 到牵涉多方利益纷争的时候,没有可 以遵循的判定依据,也无法为整个制 度运行过程提供强有力的保障。

2.1.2失能评估标准不够科学。 目前尚无结合老年人生活能力和疾 病健康状况进行失能老年人照护需 求分级评估的国家标准,失能等级 的评估缺乏权威性、客观性。民政 部门失能评估主要针对入住养老院 的标准; 医保部门和人社部门在国 家层面尚无统一标准,由各地方自 主建立,存在较大差异。同时,目前 大多数评定标准实施难度较大,主 观性判断居多,导致同一标准不同 评定人员给出的结果差异也较大。

2.1.3资金筹集来源单一。据了解,在全国试点城市中,通过医保基金划拨筹集长护险基金的不在少数。作为一项服务于失能人员的专门保险,没有独立的筹资来源,其可持续性将受到极大影响。从目前试点看,基金尚可支撑,但考虑到大范围推开后,随着保障覆盖范围、覆盖人群扩大,基金需求会越来越大,支撑能力要求会越来越高,长期依赖医保基金筹资并不现实。

2.1.4照护服务能力不足。目前,

①"9073"即90%的老人在社会化服务协助下通过家庭照料(居家)养老,7%(6%)的老年人通过购买社区照顾服务(日间照料)养老,3%(4%)的老年人入住养老服务机构集中养老。

居家照护提供者多为亲属或聘请保姆,这类人员一般没有经过专业培训,照护服务技能不足,多数仅能帮助照看,无法为失能人员提供有尊严的照护服务。即使在照护机构,真正运行比较规范、能够提供有质量照护服务的也不多。少数比较规范、照护服务能力较强的服务机构又一床难求,同时,其高昂的价格也是普通失能家庭望而莫及的。目前试点中,长护保险仅仅起到帮助解决部分资金的问题,还缺乏培植市场的氛围。

2.2相关思考

长护保险的功能定位应该从以下几方面帮助失能人员解决问题: 一是以"资金互济、风险共担"的 社会保险筹资方式解决失能老年人 的高额经济负担;二是健全照护服 务供给,解决老年人家庭照料人力 不足问题;三是解放家庭,促进就 业;四是帮助老年人心理疏导,让 他们重新回到熟悉的社区环境并参 与其中,在较大程度上维系老年人 的社会关系网络;五是提高生活和 生命质量,维护生命尊严和权利。 因此,对于长护保险制度建立和完 善需要从以下几个方面思考:

2.2.1着眼于独立的社会保险制度。社会保险是公民从国家和社会获得物质帮助的最主要途径。根据失能人员、家庭和社会的现实需求,长护保险具有社会保险属性,既有政府对低收入等特定人群补贴的福利体现,又有强制参保应对人口老龄化的必然要求。长护保险与养老保险、基本医保、工伤保险、生育保险、失业保险保障对象及范围截然不同,应为我国现行社会保险制度外的第六个险种。

2.2.2长期照护应是社会服务而

非医疗服务。长期照护具有连续性、长期性的特点。当公民步入老龄生活无法自理时,或因健康状况不佳通过医疗、康复等手段一直持续到生命终结都无法恢复时,更需要长期照护服务,而非单纯的医疗服务。长期照护的目的不是治愈,而是延续生命和提高生活质量。因此,长护保险中的长期照护服务应是在社会的支持下,为失能人员提供基本生活照料、社区照料等全方位的社会照顾。

2.2.3长护保险筹资应体现保障公平和激励机制。合理的筹资机制和稳定的资金来源是长护保险制度建设的关键。为避免代际冲突,体现权利和义务对等,应建立人人缴费,政府、单位、个人和社会共同负担的多渠道独立筹资机制。

2.2.4长护保险应是一项以照护 需求认定为基础,以家庭为主体、社 区为依托、机构为补充、信息监管系 统为支持的制度。长护保险照护服 务应由具有资质的市场主体提供。

2.2.5长护保险制度试点的核心 在于形成长护服务的供给体系。应 把提供优质精准服务作为长护保险 的中心环节和重中之重;要把全员 培训和专业队伍建设作为关键环节 贯穿制度建设的全过程。

3 建议

3.1探索建立独立的长护保险制 度体系及与之相匹配的法律体系

就长期发展而言,将长护保险纳入社会保险政策框架,探索形成独立的制度体系,能够更为精确地设定缴费基数、待遇水平和给付标准,有利于长护保险基金管理和财务可持续性。同时,应建立与之相匹配的法律体系,从而为整个制度运行提供强有力的法律保障。

3.2创新建立科学的失能等级 评定标准

应向德国、日本、新加坡等国家 学习失能等级评价方法,研究制定 适合我国国情的统一的日常生活能 力量化表,充分考虑患病情况及生 活自理程度,并对失智老人的照护级 别做出明确规定。

3.3逐步建立多渠道为依托的 独立筹资体系

按照权利与义务对等原则,独立的社会保险制度需要独立筹资,由用人单位、个人或者其他组织承担缴费义务。当前,单位缴费暂从现有医保基金中划拨。但这只能是短期应急措施,既受制于医保基金本身的支撑能力,也加重了医保基金负担,不可持续。同时,应稳定政府投入,充分发挥慈善捐助、福彩、体彩公益基金划拨等多种社会化筹资渠道的作用,建立与地方经济社会发展水平相适应的筹资机制和动态调整的筹资标准。

3.4从加强人才培育入手提升 全行业水平

强化完善照护人才培养机制。 开展适应社会需求的学历与非学历 教育,建立照护队伍职业化机制, 提升照护队伍专业化水平。同时, 要建立照护管理和服务标准,通过 地方实践,形成全国统一的行业服 务标准和行业监督管理体系。

【参考文献】

[1]唐钧.创建长期照护保险制度需把握的若干问题[]].中国医疗保险,2018(9).

[2]王东进.运用中国智慧中国办法 创建中国特色 长期照护保险制度[]].中国医疗保险,2018(3).

(责任编辑:李晓楠)

以大数据应用 提升医保治理能力的探索

——基于衢州市的实践

王政理

(衢州市医疗保障局 衢州 324000)

【摘要】提升医保管理效能和推进医保治理现代化,其必由之路是以信息化为支撑、以大数据分析为决策依据。衢州市医保局成立后,积极构建大数据在医保决策、经办服务、支付机制改革、智能监管等全流程运用体系,取得初步效果。通过部门业务和联办业务智能化,推进公共服务数字化;通过实施DRGs点数法,推进支付精准化;通过建设国家医保智能监控示范点,推进监管智能化;通过形成医疗服务价格改革腾空间方案,推进决策科学化。但通过大数据应用提升医保治理能力任务艰巨,衢州市医保大数据应用仍处在"建基地、夯基础"阶段,既需要顶层明确国家、省、市在信息化建设中的定位,也需要推进医保数据库建设,等等。

【关键词】大数据;管理效能;治理能力;衢州市医保局

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-48-6

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.014

Application of Big Data to Improve the Ability of Medical Insurance Governance Wang Zhengli(Quzhou Healthcare Security Bureau, Quzhou, 324000)

[Abstract] To improve the efficiency and modernization of medical insurance management, we must take informatization as the support and big data analysis as the decision-making basis. After the establishment of Quzhou healthcare insurance bureau, it has actively constructed the whole process application system of big data in medical insurance decision-making, handling service, payment mechanism reform, intelligent supervision, and achieved preliminary results. The achievements include promoting the digitalization of public services through the intellectualization of department business and joint business, promoting the accuracy of payment through the implementation of DRGs points method, promoting the intellectualization of supervision through the construction of national medical insurance intelligent monitoring demonstration point, and promoting the scientization of decision-making through the formation of medical service price reform space program. However, the task of improving medical insurance governance ability through big data application is arduous. Quzhou medical insurance big data application is still in the basic stage, which requires the top level to clarify the positioning of the country, province and city in the information construction, and also needs to promote the construction of medical insurance database.

[Key words] big data, management efficiency, governance ability, Quzhou Healthcare Security Bureau

【收稿日期】2019-12-06

【作者简介】王政理,浙江省衢州市医保局党组书记、局长,主要研究方向:医改医保政策, 医保险职和公理现状化

党的十九届四中全会《中共中 央关于坚持和完善中国特色社会主 义制度、推进国家治理体系和治理

48 China Health Insurance, Mar 2020, No.3

2020-3内文定. indd 48 2020/3/4 21:34:25

能力现代化若干重大问题的决定》 (下称《决定》)在关于"优化政 府职责体系"中提出:"建立健全 运用互联网、大数据、人工智能等 技术手段进行行政管理的制度规 则。"这对本轮机构改革中新成立 的医疗保障部门意义重大,为提升 医保管理效能和推进医保治理现代 化指明了路径。

基本医保所具有覆盖全人口、 服务全生命周期,政策性极强、专 业化要求高,公共服务量大、群众 新期待高等特点,决定了医保行政 和经办机构更应该发展成为以信息 化为支撑、以大数据分析为决策依 据的专业性管理机构和高度智能化 的服务机构。衢州市医保局成立 后,积极构建大数据在医保决策、 经办、支付、监管等全流程运用体 系,着力解决传统决策中数据支撑 不足、基金支付和监管中信息不对 称、服务中信息线下流转不畅等问 题。通过大数据分析各方诉求和政 策调整预测,为决策提供科学方 案:通过实现业务数据快速流转和 链接,推进公共服务更便捷;通过 全数据样本采集分析发现规律性, 实现支付和监管更精准。

1 推进公共服务数字化:部门 业务和联办业务智能化

1.1以医保业务颗粒化推进经 办标准化和智能化

各项政策落地关键看经办服 务。医保经办涉及参保缴费、就医 管理、待遇核定支付、定点单位管 理、基金管理等诸多环节。对于这 些环节的各项具体政策,经办人员 要说得清,让老百姓听得懂。说 不清、懂不了的政策是缺乏生命力 的,也很难让老百姓有获得感和幸 福感。因此,很有必要将相关经办事项根据所有政策规定予以梳理细化,借助信息技术实现经办智能化,让工作人员和办事对象只需简单选择业务类型就能得到结果或答案,可以傻瓜式操作。

衢州市医保局的具体做法: 一是"拆"——以颗粒化梳理为基 础。从参保登记、征缴、转移、待 遇核定、结算管理等环节逐级细 化,形成56024项业务事项最小颗粒 度,实现政策情形全覆盖、业务流 程全覆盖。二是"统"——以标准 化为必要条件。以颗粒化的理念和 标准将所有业务的申请条件、申报 材料、办理流程等全部统一规范, 涉及到的数据内容、字段长度、格 式、取值范围等全部明确规范。在 系统中把"颗粒化"后的业务标准 进行参数条件固化,实现业务和数 据的标准化。三是"链"——推动 数据共享共用。打破信息壁垒,部 门间流转信息数据全部由数据产 生部门提供, 梳理出涉及民政、人 社、卫健等17个部门共129项数据 共享需求。通过大数据共享平台, 链接获取结算业务所需数据,以 系统对接实现数据共享复用。四是 "整"——实现系统智能化运行。 通过参数管理、权限设置把所有 政策标准、业务流程固化到管理信 息系统, 由系统集成运行。同时参 保、征缴、财务、待遇形成各自数 据库,相互制约、互为前置,形成闭 环。如参保登记形成的数据库,可 作为征缴的业务前置,入库的缴费 数据作为待遇资格的判断条件。根 据业务链络,系统自动按业务流程 驱动业务办理,实现医保经办自动 规范"秒批"模式。

在上述四个环节中, 最基础的

是颗粒化工作, 其本质是公共服务 的数字化,将经办服务变成复杂、 全面、单选的数字选择, 把业务和 信息系统全面融合。这也是适应大 数据运用的业务拆分方式。采用颗 粒化构造的信息系统本身就是对大 数据的加工运用。颗粒化工作遵循 四项原则:一是事项全覆盖。以部 门权力清单和公共服务事项为基 础,将与之相关的内部管理环节也 一并纳入范围进行颗粒化。不仅包 括了浙江省医保局公布的11个主项 34个子项,也包括其他权力事项或 公共服务事项。二是情形全覆盖。 对每一事项按树状图模型进行层层 拆分, 穷尽业务办理的所有可能, 即根据其不同的办理条件、情形、 材料要求、待遇标准、缴费标准等 可能出现的情形进行逐级细分,分 至不能再分或无需再分为止,形成 最小颗粒项。三是环节全覆盖。强 化内控管理,按内控要求拆分经办 环节,形成环节分设、前后衔接的 有机整体,体现内部间相互制衡、 相互监督的机制。所有业务条件判 断都进行数据支撑,避免人工干 预,即上一业务环节形成的数据, 成为下一业务环节判断的条件。四 是体现信息共享。包括内部信息和 外部信息两部分, 要求内部信息全 流转,外部信息通过接口获取充分 共享, 最终实现办事无证明、可自 助办理和"秒批"。

经过梳理,最后形成的医保业务颗粒化图内容包含了参保登记、征缴、转移、基金收支、待遇核定、定点服务单位管理等5大分类,56024项颗粒事项。其中,参保登记类127项、征缴类197项、待遇类55640项、财务类60项。医保业务颗粒化为信息系统建设和业务办理的

中國醫療保險

2020年3月第3期 49

标准化、智能化奠定了基础。

1.2实现多部门医疗费用和补助救助"一站式"自动结算

在构建医保部门内部经办服务 智能化基础上,衢州市医保局充分 利用医保信息系统的基础性作用, 主动对接退役军人事务管理局、工 会、财政、残联、民政和商保公 司,积极推进"一站式"结算,建 立多部门医疗费用报销和补助救助 的联办机制。在"基本医保、大病 保险、医疗救助"基础上,将"抚 恤优待对象医疗补助、工会互助、 公务员医疗补助、精神残疾人免费 服药"以及部分简单、刚性强的商 业保险险种等一并纳入"一站式" 报销范围。衢州市成为全省启动最 早、范围最广的医疗费用自动结算 城市。具体做法:

1.2.1充分发挥医保系统基础性 作用,实现医疗费用报销和补助救 助"一件事"联办。

依托基本医保结算在各项医疗费用报销和补助救助中的"首站""全联""直付"的特点,串联起其他部门的报销补助流程,建立多部门医疗费用报销补助联办机制。

一是通过"首站"的采集和推送信息,建立医疗费用报销和补助救助"一个入口"。各项医疗费用报销和补助救助以基本医保报销为前提,且执行医保"三大目录",基本医保报销信息逐级推送流转至后续补助救助环节。

二是"全联",实现就医服务 "一个范围"。目前衢州市医保结 算系统连接着全市682家定点医疗机 构、379家定点药店。通过医保结算 系统的"一站式"平台把这些定点 医药机构纳入,可以提供直接结算 服务。

三是各项资金"直付"解决参保人员垫资压力,医保开设涵盖各部门的结算"一个账户"。采用参保人员即时结算、事后部门间清算的模式解决参保人员垫资问题。医保经办机构在医保基金支出户下开设一个子账户,专门用于"一站式结算"预付款的收缴和各项待遇的拨付。其他部门预拨3个月预付款在专用账户上,以后每月按实际发生额结算支付。参保人员刷卡结算时只需承担享受各项待遇后的个人应付医疗费用,其余部分由医保经办机构按月和定点医药机构结算。

1.2.2建立智能化运行系统,实现医疗费用报销和补助救助"零跑腿"办结。

"一站式"智能化业务系统的 搭建就是上述颗粒化理念的具体实 践,通过集成"颗粒化+标准化+大 数据+人工智能",由系统智能化 运行。在参保人员刷卡就医购药结 算时,系统启动计算,对纳入系统 的各类医疗费用进行直接结算。参 保人员个人不需要提供任何纸质材 料,不需要办理任何报销手续,实 现医疗费用报销零跑腿、零垫付、 零等待、零材料等"四个零"。

1.2.3构建部门间三个机制,实现"一体化"管理服务。

一是创新部门合作机制。以平台功能建设为重点,以平等协议为合作方式,不改变原保障政策,不影响部门职能,但为其他保障部门提供技术支撑。医保部门负责"一站式"结算程序的开发、日常运维管理,各职能部门负责政策解读、业务需求颗粒化、人员资格认定及资格库维护。双方共同做好结

算流程的制定、对账结算、清算等工作。在经办上,各部门共同遵守《医疗费用"一站式"结算财务操作规程》,以协议和规程规定各方权利和义务,协同推进,形成合力。

二是形成部门联办机制。通过 部门联办,避免因个人信息不对称 造成的待遇漏项、精准扶贫落实不 到位或待遇补助重复等问题。

三是探索部门联合监管机制。 发挥联合惩戒作用,将骗保失信、 伪造假单据的人员和医药机构列入 共同黑名单,实现一个人、一个单 位失信,多个部门惩戒,提高违法 违规成本。

通过多部门医疗费用一站式结 算平台,将原本最多需要老百姓跑 6个部门、来回跑10趟、提交20份材 料、历时105个工作日才能完成的医 疗费用报销,实现"四个零"。2019 年7月1日至9月30日,"一站式"平 台共完成460万次报销结算,支付8.2 亿多元,极大方便了参保人员。

2 推进支付精准化: DRGs点数 法实施

精细化管理是提高医保管理水平的必由之路,也是实现医保可持续的前提,但精细化必须以信息化的发展和大数据运用为手段。2018年起,衢州市对全市所有提供住院服务的136家医疗机构全面实施DRGs病组点数法付费改革,实现人口全覆盖、医疗机构全覆盖、病种全覆盖,支付方式改革进入管理精细化、支付精准化阶段。这也是数据分析和系统运用的成果。具体做法如下:

2.1通过历史数据清理实现

DRGs分组本地化

衢州市DRGs分组器是基于衢州 地区2015-2016年城镇职工及城乡居 民医保普通住院数据建模形成的, 样本数据共计56万余份。2018年年 终结算时衢州市形成了735个DRGs 组,实现住院病种全覆盖。

2.2通过精细分组和大数法则, 解决医疗行为专业性和信息不对 称问题

医疗服务行为具有很强的专业 性,且信息的制高点在医生,医保 介入到微观管理层面会碰到专业和 信息不足的尴尬。DRGs分组器是基 于大量临床实践形成的病组分组依 据。病人病情个体差异和医疗机构 诊疗技术水平差异都将在支付标准 中体现。借助专业化分组工具可以 提高支付费用的精准性。从衢州的 实践看,最后的疾病分组组内变异 系数(CV)均不大于1,总体方差 减小系数(RIV)不小于70%,确保 同一支付标准的合理性。在组内, 每个病例的支付采用大数法则,不 局限于单个病例,上下区间平衡, 总体支付合理。

2.3引入点数法,实现总额可控、公平竞争和资源合理配置目标

以往单个医院定总额,总会产生合理性和公平性的争议。DRGs 点数法采用全市总额确定、病组点数确定但点值不定的方式。相对于单个医院,全市的医疗费用总额基数大,且较为稳定和可预计。一方面,以医疗保险年度基金收支预算为基础,统筹考虑异地就医等基金支出以及各类支出风险等因素,合理确定年度基金支付总额,确保基金可持续运行;另一方面,在具体医疗服务中,采用"赚工分"的方

式,促进医疗机构之间分工协作、 有序竞争和资源合理配置。

2.4建立沟通反馈机制、决策机制和监督机制,实现数据信息交互反馈

出台DRGs专项工作制度,成立 DRGs工作领导小组和专项工作小 组。每月定期召开专项工作会议, 每季度召开一次沟通协调会议,及 时有效解决DRGs实施中出现的矛盾 和问题。同时建立DRGs组内明细合 规性、套高结算规则等,横向、纵 向对比不同医疗机构同一病组间或 同一医疗机构不同时期检查化验、 医用材料消耗、药品使用等数量和 费用,精准发现病组合理成本区间 和成本结构变化,为医保监管和业 务指导提供详实的参考。

通过DRGs点数法实施,医保费 用控制和医疗服务质量成效明显。

一是医疗费用发生额增速回落。2019年1-8月份,全市住院医疗费用发生额为33.9亿元,同比增长由2018年的13.7%下降到6.91%,实际发生的医保基金额为19.8亿元,同比增长由2018年的15.64%下降到7.94%,下降7.7个百分点,相当于节约了1.5亿的医保基金。

二是医疗机构控费动力增强。 按照DRGs点数法付费原理,每个病 组的点数是相对固定的,医疗机构 需减少医疗服务中的不合理支出, 降低费用,才能实现盈利。据统计, 2018年全市定点医疗机构的西药费 (2.64%)、材料费(8.59%)增长率 均低于全年总医疗费用(11.34%) 的增长。医疗费用的下降,参保人 员自付费用也能相应降低,"看病 贵"现象有所缓解。

三是基础诊疗行为得到规范。

DRGs应用于结算,倒逼医疗机构更加重视医疗基础信息管理,严格临床路径管理,规范病案首页书写,有利于从整体上提高医疗服务质量。

3 推进监管智能化:建设国家 医保智能监控示范点

2019年,衢州市获批国家医保智能监控示范点城市。目前正在推进定点医药机构智能监控平台建设和基金运行大数据风险控制模型开发。

3.1完成智能监控数据收集系统的建设,夯实智能监控基础,实现医疗服务行为的透明化和数字化

结算系统全覆盖,将原先五花 八门、各自开发的结算系统进行 统一、规范,与医保结算系统联 网,提供实时刷卡结算,实现刷 卡信息完整上传; 进销存管理系统 全覆盖, 实时上传药房入库明细、 药品销售明细、库存明细, 每季度 盘存并上传,确保明细对应、账实 相符, 防止药品串换等行为发生; 医保视频监控系统全覆盖, 在医保 刷卡收银区、诊疗取药区、进出通 道等关键位置配备视频监控设施, 采集人脸信息,记录参保人员、医 师、药师行为,留存医疗服务信 息,避免虚假就诊等行为;身份核 验管理系统全覆盖, 在定点药店、 诊所部署人脸识别终端、人脸抓拍 系统,实时核验人员身份信息,实 现"刷卡""刷脸"就医购药结 算, 防止冒名就诊。同时对医保刷 卡时间段、住院区病房指定区域进 行截图拍照保留,并筛选人脸自动 上传,完成"人、卡"相符和在院 情况判断,将在院率低于合理区间 的定点医药机构列入重点监管。电

子监管码接口、药品招采接口、处 方管理接口、医保医师接口全覆 盖。

通过四个系统和四个接口全覆盖,实现药店、诊所医疗服务行为的采集和规范。最终形成以进销存和视频监控管理为核心的药店监管模式、以身份核验系统和进销存管理为核心的诊所监管模式、以DRGs运用为核心的医疗机构监管模式等三种管理模式。

3.2建立全市域医保基金运行 大数据风险控制模型,实现基金风 险可视化

截至2018年末,全市职工基本 医保基金累计结余33.29亿,基金支 付能力24.42个月。全市城乡居民医 保基金累计结余0.81亿元,基金支 付能力0.5个月。目前两项基本医保 基金总体运行较好, 但从长期看, 基金运行风险较大, 且缺乏成熟的 基金运行分析工具模型。聚焦医保 制度可持续发展,必须通过分析影 响基金收支的相关因素及其规律, 利用统计模型和大数据分析工具, 针对衢州市医保大数据进行建模分 析和实证测算,从而建立全市域医 保基金运行大数据风险控制模型, 实时动态反映基金运行情况、发展 趋势和风险因素。

3.2.1建立依托于参保人口特征、筹资政策和社会经济发展水平等的医保基金收入风险预测模型和预警体系。

以参保人数、人员构成、应缴费、实际缴费等基础数据及缴费政策、基金财政预算情况,结合常住人口规模、城镇化率、出生率、死亡率、职退比、社平工资增长率、银行存款利率等因素,建立大数据

挖掘模型,快速锁定基金收入构成、异常变动及原因;形成风险预警指标体系,实时监控相关因素变动对医保基金收入的风险,以便提前介入控制;建立收入预测模型,提前制定管理措施,确保参保对象应保尽保、医保基金应收尽收,适时调整筹资方案,保持基金收入平稳增长。

3.2.2建立依托于医保支付方式 与报销政策、人口健康水平、医疗 服务组织方式和利用水平等的医保 基金支出风险预测模型和预警体 系。

一是从宏观数据预测基金支出情况。根据人口老龄化、人群疾病或健康状况、人群就医习惯和保健意识等预测基金支出。

二是从医疗行为微观模型监控基金支出,建立由统筹区域、保障范围、医保目录、支付方式、定点医药机构类型、病组、就诊类型、就诊对象类别等不同维度组成的支出大数据挖掘模型,实时监控基金支出情况、发展趋势,关注门诊次均费用、住院次均费用、住院率和次均住院床日等重点指标,形成基金支出预警指标体系,及时对支出异常进行预警。

3.2.3建立基金结余水平和支付 能力预警预测模型,保障基金可持 续。

根据当期及历年基金收、支、 余情况,建立基金支付能力分析控 制模型,实时反映基金支付能力及 相关因素变动的影响,对基金运行 趋势进行预测,检验基金运行控制 效果;对基金结余水平异常、支付 能力下降或超警戒线进行预警,并 为相关政策调整提供依据。

通过建立全方位、多角度的可 视化基金管理精算平台,形成智能 决策支持系统, 赋能基金全流程的 精细化管控。根据基金收入、支 出、结余模型,搭建全方位、多角 度的可视化监管平台, 生动、直观 地展示基金收入、支出、结余及相 关影响因素的发展趋势。同时根据 预警指标体系提供实时预警,并适 时采取应对举措,实施有效提前干 预。结合大数据分析模型和医保基 金管理人员决策,以模型计算为核 心, 以专家决策为驱动, 模拟政策 参数变化对基金收入、支出和结余 的影响,为筹资政策、报销政策、 医保支付方式等适时调整提供及时 有效的依据。

3.3推行"线上+线下"的医保监管模式,实现稽核精准化

将收入分析模型中不接规定参 保缴费的信息及时推送稽核部门介 入稽核;对支出宏观模型中数据异 常的统筹区和医药机构进行反馈、 约谈;对定点医药机构智能监控系 统和支出微观分析模型中筛选出的 疑点数据,在线上形成报表推送至 稽核部门开展线下实地稽核,实现 "线上+线下"精准稽核,确保人工 稽核指向性、针对性更加明确,实现 对医保违法违规行为的精准打击。

4 推进决策科学化:形成医疗服务价格改革腾空间方案

2013年衢州市级公立医院医疗服务价格调整时,实行药品"零差率"销售。实行药品"零差率"后和原来差价部分的95%,用于调整体现技术劳务的手术费等5大项医疗服务项目价格。这也是衢州市现行的医疗服务价格。这种方式虽然

操作简便,表面看价格调整幅度较 大,但实践效果并不理想。从4家 市级公立医院(衢州市人民医院、 衢州市中医医院、衢州市妇幼保健 院、衢州市第三医院)2018年收入 构成看,真正体现医务人员劳务价 值和专家技术价值的医疗服务(诊 查、治疗、护理、手术)收入仅占 21.33%, 而药品、耗材、检查检验 的收入占72.8%。这不仅造成药品耗 材和检查检验资源的浪费,而且对 老百姓的健康也有不良影响。究其 原因,还是决策失之科学化的大数 据分析。因此,我们借助大数据资 源优势, 形成了公立医院医疗服务 价格改革腾空间的初步方案。

4.1以空间换价格,通过承诺腾 空间量解决信息不对称

患者和医生之间、医保经办机 构和医疗机构之间的信息制高点在 医生和医院。即使对药品和医用耗 材进行降价, 医院医生可能还会引 导患者多使用,以量补价,而是否 应该使用的解释权在医生,患者和 医保部门都缺乏专业信息。要解决 信息不对称, 只能把压力传回医 院, 引导医院着重向使用环节要空 间,通过压缩不必要药品和医用耗 材使用量、控制不必要检查检验等 腾出空间。衢州医保部门利用掌握 各项费用大数据统计的优势,要求 公立医院按照改革后医疗服务项目 提价增加收入部分的1.1倍确定各医 院承诺腾空间量。医院与政府监管 部门签订责任书,并制定按项目、 按时间兑现承诺的详细计划。

4.2以总量控制、结构调整为红 线,确保总额可控、结构优化

医改是项需要多部门合作的复 杂系统工程,尤其需要医疗、医

保、医药的密切配合。三医要实 现联动,关键在于能否选准联动 项目,能否形成同向发力的政策措 施。医疗服务价格改革就是很重要 的一个联动项目。衢州对市级公立 医院医疗总费用增长实行目标控 制,按基金支出增长不超过7%为控 制目标,严格控制医疗费用不合理 增长。同时通过"一去一减一降一 提"来优化公立医院收入结构,即 取消耗材加成,减少药品耗材和检 验检查的不合理用量(即减量), 降低部分检查检验项目价格,提高 部分医疗服务项目价格。最终建立 促进公立医院合理用药、合理诊疗 的内在激励机制。

4.3以所腾空间数量严格兑现 提价收益,确保改革到位

按照4家市级公立医院改革后 医疗服务项目提价增加收入部分 (4292.50万元)的1.1倍,确定4 家市级公立医院应腾空间总量为 4721.75万元。除取消耗材加成、降 低检查检验项目价格这二项合计可 腾空间2886.95万元外,各市级公立 医院还需通过压缩不必要的药品和 医用耗材使用量、控制不必要的检 查检验等再腾出空间1734.81万元。 在考核兑现时不以一般性的打分和 指标来检验腾空间的效果,直接借 助医保系统数据明细和分类整理, 腾一次、调一次,逐步理顺医疗服 务比价关系。医院将提价增加收入 部分上缴专户,完成承诺腾空间量 的予以返还,年终根据承诺腾空间 量完成情况和医疗收入增长情况统 一清算;未完成承诺腾空间量或者 医疗收入增加过快, 集体研究后视 情进行相应扣减,以确保改革精神 落实到位。

腾空间价格改革方案的产生和 实现,必须借助医保系统数据的测 算和统计,通过数据来设计和验证 方案,改变以往经验决策和结果不 可控的问题。

5 下一步打算和建议

通过大数据应用提升医保治理能力是个艰巨任务和系统工程,需要以数据质量提升、数据和业务流程标准化、软硬件开发为基础,是各项基础夯实后的一个自然结果。所以衢州市医保大数据的应用仍处于建地基、夯基础的时候。

下一步,衢州将在提高医保统 筹层次,提升基金抗风险能力和政 策公平性下功夫; 加快医保信息化 规划体系建设,建议明确国家、 省、市在信息化建设中的定位,国 家层面定标准、建数据交换平台, 省级层面强化统筹、做实系统, 市 级层面着重优化服务、进行精细化 管理;推进医保数据库建设,实现 系统内部同人同库, 外部数据共享 共用,同时加强内部网络、应用、 数据库等全方位的安全防控工作; 加强信息化和精算人才的培养和引 进, 医保大数据运用是个极具价值 且极其专业的工作, 目前基层医保 面临着专业人员短缺的困境,制约 着治理和服务水平的提升, 亟需培 养和引进信息化和精算人才。■

【参考文献】

[1]王政理.衢州市住房公积金"最多跑一次"[J].学 习与研究,2017(10).

[2]何建阳,祝洋洋.分级诊疗制度实施现状及问题分析——以衢州市某三甲医院为例[J].中国医疗保险,2018(05):42-45.

[3]宋京燕"互联网+"与大数据在医疗保险领域中的创新应用[J].中国医疗保险,2018(06):27-30.

中國醫療保險

2020年3月第3期 53

无锡市多层次医保体系建设 成效分析及思考

徐昌 严雪峰 王海阳

(无锡市医疗保障局 无锡 214000)

【摘要】经过20多年的改革发展,无锡市逐步形成了覆盖全民的多层次医疗保障体系,保障功能不断增强,重特大疾病患者负担明显减轻,人民群众获得感不断增加,但也存在着某些政策制度不统一、公平性不足、商保作用不明显等问题。亟待按照中央全面深化改革委员会审议通过的《关于深化我国医疗保障制度改革的意见》的要求,加快制度完善,设计统一的重特大疾病保障制度,处理好职工医保与居民医保之间的待遇公平问题。

【关键词】多层次医疗保障;成效;问题;思考

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-54-4 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.015

Analysis and Consideration on the Effect of the Construction of Multi-level Healthcare Security System in Wuxi Xu Chang, Yan Xuefeng, Wang Haiyang(Wuxi Healthcare Security Bureau, Wuxi, 214000)

[Abstract] After more than 20 years of reform and development, Wuxi has gradually formed a multi-level healthcare security system covering the whole people. The security function has been continuously enhanced, the burden of patients with serious diseases has been significantly reduced, and people's sense of access has been increasing. But there are also some problems, such as the disunity of some policies and systems, the lack of fairness, and the role of commercial insurance is not obvious. It is urgent to speed up the improvement of the system, design a unified serious disease insurance system, and deal with the fairness of the treatment between the employee medical insurance and the residents' medical insurance in accordance with the requirements of the opinions on deepening the reform of China's healthcare security system.

Key words I multi-level healthcare security system, effect, problem, thinking

无锡市自1997年1月建立城镇职工基本医疗保险制度以来,不断探索创新,逐步形成了覆盖全民的多层次医疗保障体系,保障功能不断增强,重特大疾病患者负担明显减

轻,人民群众获得感不断增加,但 也存在某些政策制度不统一、公平 性不足、商保作用不明显等问题。 亟待按照中央全面深化改革委员会 审议通过的《关于深化我国医疗保 障制度改革的意见》的要求,加快制度完善。本文通过介绍无锡市医疗保障制度体系建设内容、成果,分析存在的问题,以期为下一步进一步完善医疗保障制度提供借鉴。

【 收稿日期 】2020-2-13

【作者简介】徐昌,无锡市医保中心办公室科员,主要研究方向:医疗保障经办管理研究。

1 无锡市医疗保障体系内容和

建设进程

1.1基本医疗保险

无锡市从1997年开始进行城镇 职工基本医疗保险制度改革,并在 2001年建立新型农村合作医疗制 度,2007年探索实施城镇居民基本 医疗保险制度。2011年,无锡市区 范围在全省率先将城镇居民医保和 新农合进行整合,实施城乡一体的 居民基本医疗保险制度。

2020年,无锡市区城乡居民医疗保险筹资标准达到1125元。其中,个人人均缴费274元、财政人均补助851元。截至2019年底,市本级职工基本医疗保险制度覆盖237.73万名在职职工及退休人员,城乡居民医疗保险制度覆盖105.80万名城乡居民,基本实现本市户籍所有居民和各类学校(含高等院校、幼托机构)在校学生的全覆盖,参保率达98%以上。城镇职工和城乡居民基本医疗保险政策范围内住院医疗费用基金支付比例分别达到85%和76%以上。

1.2补充医疗保险

从建立职工基本医保制度开始,无锡市按照国家总体部署,结合市情,相继建立了三项补充医疗保险制度。

1.2.1职工补充医疗保险

2002年,无锡市依据《国务院 关于建立城镇职工基本医疗保险 制度的决定》(国发〔1998〕44 号),出台《无锡市城镇职工基 本医疗保险暂行规定》和《无锡市 城镇职工补充医疗保险暂行管理办 法》,在实施基本医疗保险的同 时,建立职工补充医疗保险,由单 位按在职职工上月缴费工资总额的 1.2%缴纳补充医疗保险费。城镇职 工基本医疗保险参保人员患有重大 疾病的,在基本医疗保险保障基础上,医疗费用超过基本医保最高支付限额以上的费用、参保职工患有规定的12种门诊慢性病的费用可得到额外补助,从而减轻参保人员个人医疗费用负担。

此外,从2003年起,将全额拨款机关事业单位由参加补充医疗保险改为参加公务员医疗补助,补助范围包括原享有公费医疗的工作人员、退休人员。职工补充医疗保险制度覆盖了市区所有在职和退休的参保人员,进一步缓解其医疗负担。

1.2.2退休人员医疗互助保险

从2003年起,为解决退休人员 反映强烈的"因病致贫、因病返 贫"问题,参加城镇职工基本医疗 保险的退休人员按照每年缴纳195 元保费,参加由商业保险公司承办 的退休人员医疗互助保险,作为 对基本医保、大病保险的补充。退 休人员医疗互助保险保障范围分为 "基本普惠"和"重点特惠"两部 分。"基本普惠"是按住院天数或 门特次数进行补助,标准为30元/ 天(次),年度内补助天数不超过 60天(次),当年累计补助不超过 1800元,实行出院划卡结算一站式 服务。"重点特惠"是对参保人员 年度内发生的使用基本医疗保险范 围之外、与住院疾病治疗有关的药 品,并经社会保障卡结算的全年 累计住院医疗费用,以10000元为 起付线,按38%给付互助特惠保险 金,赔付封顶线为10万元,"重点 特惠"待遇实行一年理赔一次,由 经办保险公司进行理赔。2003年至 2019年11月,退休人员住院医疗互 助项目参保人数累计达509.9万人 次,理赔人数达204.3万人次,理赔 金额达61839.93万元。住院医疗互 助保险项目受到了广大退休人员的 普遍欢迎,2019年有50余万名市区 退休人员办理了参保手续。

1.2.3城乡居民大病保险

2013年,无锡市在江苏省率先 建立城乡居民大病保险制度,保障 对象为市区居民基本医疗保险和城 镇职工基本医疗保险的全体参保人 员。保障范围是对参保人员年度内 发生的住院和门诊特殊病种治疗的 合规费用,经居民基本医疗保险、 城镇职工基本医疗保险和职工补充 医疗保险、公务员医疗补助补偿 后,个人负担的合规医疗费用超过 1.8万元以上的部分给予额外保障。 目前分为两个等级: 1.8万至10万、 10万以上,基金支付比例分别为 60%、80%, 上不封顶。同时, 对于 建档立卡低收入人口等困难群体, 按照大病保险起付线比普通参保患 者降低50%和各报销段报销比例比 普通参保患者提高5个百分点的方 式,实行精准支付。2019年,市区 大病保险参保人员340.78万人,共 有64659人次、15020人实时享受大 病保险补助待遇,大病保险资金支 付总计达1.17亿元。大病保险制度 的实施,有效提高了无锡市重特大 疾病患者的医疗保障水平。

1.3医疗救助制度

2016年,无锡市出台《市政府 办公室关于印发无锡市医疗救助办 法的通知》(锡政办发〔2016〕169 号),进一步完善与社会医疗保 险、大病医疗保险相衔接、城乡并 轨的医疗救助制度。医疗救助对象 到市内定点医疗机构就诊,在社会 医疗保险、大病医疗保险结付的基 础上,市区对普通患者、12种慢性 病患者住院医疗费用个人负担(含 自负、自理,下同)部分给予70%

》管理平台

的救助;对门诊特殊病种患者门诊治疗和住院医疗费用年累计在10000元(含)以内,其个人负担部分给予全额救助,对年累计超过10000元的,在起付线以上个人负担部分给予85%的救助。同时,无锡市财政全额资助低保、"三无"五保人员等8类特定对象参加居民医疗保险。2019年,市本级共资助25171名困难群众参加居民医保,资助参保资金2657.09万元;医疗救助14.83万人次,支出医疗救助金2562.1万元,医疗救助"兜底线"的职能得到了充分体现。

2 无锡市医疗保障体系建设成 效

2.1形成多层次医疗保障制度 体系

经过20多年的改革发展,无锡市形成以基本医疗保险为主体,以补充医疗保险、大病保险和商业健康保险为补充,以城乡医疗救助为托底的多层次医疗保障体系。参保对象涵盖了社会各类人群。至2019年底,无锡大市基本医疗保险参保达到584.53万人,基本实现应保尽保。

2.2保障水平有效减轻重特大 疾病患者负担

无锡市通过多层次、全覆盖的 医疗保障体系,有效减轻了重特大 疾病患者的医疗负担。随机抽取了 三名2019年医疗费用在25万元以 上的居民医保参保人员,分析他们 的医疗费用和保障状况(含医疗救助)。由表1可以看出,在无锡市多 层次医疗保障体系的保障下,A、 B、C三名重特大疾病患者个人承担 的费用比例都在10%以下。

为进一步掌握无锡市重特大疾 病患者个人负担情况,又随机抽取

表1 部分居民医保参保患者待遇享受情况表

人员	总费用 (万元)	统筹基金支付 (万元)	大病基金支付 (万元)	民政救助基金支付 (万元)	各项基金累计支付比例(%)
A	30.39	18.09	6.24	3.70	92.23
В	25.69	17.89	3.83	2.32	93.56
С	44.96	20.20	16.35	4.60	91.53

表2 部分退休人员参保患者医疗待遇享受情况表

人员	总费用 (万元)	统筹基金支付 (万元)	大病基金支付 (万元)	退休互助基金 支付(万元)	基金支付比例 (%)
D	37.70	29.74	1.39	0.18	83.05
E	29.06	24.74	1.18	0.17	89.78
F	33.02	27.79	1.49	0.18	89.22
G	29.28	24.63	1.21	0.18	88.87
Н	38.88	29.61	1.69	0.18	80.97

了5名2019年不享受民政救助待遇且医疗费用在29万元以上的职工医保参保人员。由表2可以看出,D、E、F、G、H这5名不享受民政救助待遇的职工医保参保人员,基金支付比例都在80%以上,最高的基金支付比例达到89.78%。其中,H的医疗费用高达38.88万元,个人实际支出(含自费项目)7.4万元;基金支付比例最高的E,总费用在29.06万元,个人仅需支付(含自自费项目)2.97万元。

综上所述,当前无锡市医疗保障水平已经达到较高水平,很大程度上减轻了参保人员尤其是重特大疾病患者的医疗费用负担,参保人员的获得感、幸福感、安全感更加充实、更可持续、更有保障。

3 无锡市医疗保障运行中发现的问题

3.1重特大疾病医疗保障缺乏 顶层设计

无锡市很早就提出了重特大疾 病保障的理念,并为之努力。但对 于重特大疾病医疗保障机制的概 念,目前并没有明确的法律界定, 缺乏相应的项层设计。以门诊特殊 病种统筹来说,由于国家和省级层 面缺乏统一的框架设计,导致很多 地方各自为政,病种和标准不一, 造成了就医待遇保障的不公平。以 无锡为例,目前宜兴地区医疗保险 并没有门诊特殊病种统筹制度,而 江阴和无锡市区虽然都有门诊特殊 病种统筹,但是两地门诊统筹的待 遇和标准也各有不同。对于这个问 题,将在推进无锡大市医保统筹过 程中予以考虑解决。

3.2保障制度公平性有待提高保障制度间权利与义务差异大,显失公平。就职工医保来说,人均筹资水平是居民医保的3.5倍左右,但二者的报销比例相差却不足10%,付出和收益不成正比。从表1和表2也可以看出,部分患重特大疾病的居民医保参保人,综合保障水平高于职工参保人员。在实际经办中也会发现,个别在岗职工宁愿选择放弃参加职工医保,转而参加低保费的居民医保。这显然不符合全面建成更加公平更可持续的高质量医疗保障制度体系的发展方向。

3.3商保机构的专业优势没有

得到充分发挥

社会医疗保险的基本原则是 "广覆盖、保基本",即为包括重 特大疾病患者在内的参保人员提供 基本医疗保障。商业健康保险则应 开发相关产品,为重特大疾病患者 提供基本医疗保险不保的医疗费用 补偿。无锡市社会医疗保险与商业 保险公司的合作取得了良好成效, 如开展了退休人员医疗互助保险, 但合作的深度不够。现阶段,随着 社会医疗保险保障水平的提高和医 保扩面的逐步饱和, 无锡市医保基 金平衡面临压力。因此,下阶段不 应该从提高社会医疗保险保障水平 入手,而是要从商业健康保险着 手,进一步加深与商业保险公司的 合作,通过开发商保产品充分发挥 商业健康保险的专业优势, 切实提 升医疗保障体系的整体保障功能。

4 新时代医疗保障制度体系发 展的思考

党的十九大和十九届四中全会 对包括医疗保障在内的社会保障体 系建设提出了明确的发展目标。中 央全面深化改革委员会第十一次会 议审议通过了《关于深化我国医疗 保障制度改革的意见》(以下简称 《意见》)。医保系统应该不忘初 心,牢记使命,按照中央的决策部 署,为全面建成中国特色高质量医 保制度体系而不懈努力。

4.1完善重特大疾病医疗保障 制度顶层设计

2020年是"十三五"规划的收官之年,也是制定"十四五"规划的启动之年。在这个特殊的时间节点,应以启动制定"十四五"规划为契机,在国家和省级层面对重特大疾病医疗保障制度进行统筹设计,出台统一的法律或规章制度,落实十九届四中全会提出的"健全重特大疾病医疗保险和救助制度"的要求,并形成自上而下行之有效的监管体系,以标准化的制度和精准的监管推进重特大疾病医疗保障的发展。

4.2切实提升待遇享受的公平性 1998年,我国按照当年国务院 44号文件建立职工基本医疗保险制 度,20多年来,我国的经济社会发 展有了很大变化。从2009年新医改 启动算起,城乡居民医保制度也有 了很大发展。如今,职工医保和居 民医保政策之间公平性不足,因此 建议按照中央全面深化改革委员会 审议通过的《意见》,加快完善职 工基本医疗保险和居民基本医疗保 险制度,为建成全民统一的更加公 平、更可持续的基本医疗保险制度 奠定基础。 4.3加强与商业保险公司的合作

无锡市通过推进大病保险制度,有效提高了参保人员重特大疾病的医疗保障水平,对缓解"因病致贫"的社会难题发挥了重要作用。未来,可以在现阶段成功经验的基础上,进一步加强与商业保险机构的合作,将商业健康保险作为基本医疗保险的主要补充,鼓励商保开发重特大疾病保险产品,并充分发挥其精准定价、风险管控等专业优势,以提升医疗保障制度体系的整体功能。

4.4加强舆论宣传和引导

重特大疾病医疗保障,一向是社会和群众较为关注的热点问题。 但受政策性强和界定不清的影响, 群众对政策的把握和待遇享受情况 不甚了解。因此,还需通过多种渠 道进行广泛宣传,将最精准的重特 大疾病保障政策送到群众身边,确 保政策的有效落实,在提升群众医 疗保障获得感和幸福感的同时,也 提升医疗保障部门的公信力。

【参考文献】

[1]无锡市人民政府.无锡市医疗救助办法(锡政发[2016]169号][Z].2016.

[2]王东进.医保改革发展的逻辑方向和战略目标[]].中国医疗保险,2018(1).

商业保险还是应该将精力集中在法定医疗保险 以外的市场空间,根据市场变化,不断推出社会 有需求、社保不能做或者不宜做、公众又喜欢且有 竞争力的保障产品。比如商业健康保险产品设计, 可以不管13亿人的事情,只要满足10%高收入人群 的需求就行了,解决好10%的人的需求,就相当于 一个日本市场。因此,商业保险要争的不是基本医 疗保险,在推动医改时一定要维护社会医疗保险的 "基本"两字,否则,国民健康市场最终将与保险 公司无关。

——摘自吕兴元《我国重特大疾病保障的专家观 点综述与思考》(《中国医疗保险》2017年第7期)

中國醫療保險 202

2020年3月第3期 57

攀枝花市病组点数法付费 改革探索实践

杨峰 李永祥 王永忠 冉久洪

(攀枝花市医疗保障局 攀枝花 617000)

【摘要】攀枝花市从2018年3月开始进行总额控制下的按疾病诊断相关分组结合点数法付费改革,统一使用国家疾病诊断、手术操作等基础编码,探索统一的DRG分组规则、病例信息采集、权重测算等标准完善DRG分组。同时,探索建立了第三方服务、控费激励、协商合作"三个机制"。逐步完善以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的DRG付费和绩效管理体系,有效发挥医保支付的激励约束作用,激发医疗机构"控成本、提质量"的内生动力,提升了医保治理能力。

【关键词】总额控制;疾病分组;点数法付费;攀枝花

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-58-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.016

Exploration and Practice of the Reform of the Payment Method of Disease Group Points in Panzhihua Yang Feng, Li Yongxiang, Wang Yongzhong, Ran Jiuhong(Panzhihua Healthcare Security Bureau, Panzhihua, 617000)

[Abstract] Panzhihua started the reform of payment based on DRG and point method under total amount control from March 2018, unified use of national disease diagnosis, operation and other basic codes, and explore unified DRG grouping rules, case information collection, weight calculation and other standards to complete DRG grouping. At the same time, the third-party service mechanism, fee control incentive mechanism and consultation cooperation mechanism are explored and established. Gradually improve the DRG payment and performance management system with the core of ensuring quality, controlling cost, standardizing diagnosis and treatment, and improving the enthusiasm of medical staff, effectively play the role of incentive and constraint of medical insurance payment, stimulate the endogenous power of medical institutions, and improve the governance ability of medical insurance.

Key words I total control, disease grouping, point method payment, Panzhihua

1 改革背景

攀枝花市是位于四川省西南部的重工业城市,常住人口123.56万

人。全市有三级医疗机构6家,二级 医疗机构7家,人均卫生技术人员数 和床位数位居全国前列。从2001年 7月建立城镇职工基本医疗保险制度 起,攀枝花市逐步建立了以基本医 保为基础,城乡居民大病保险、补 充医疗保险、慈善助医等为补充, 医疗救助托底的覆盖全民、市级统 筹的多层次医疗保障体系。

【 收稿日期 】2020-1-17

【作者简介】杨峰,攀枝花市医疗保障局党组书记、局长,主要研究方向:医疗保险政策、医保治理。

58 China Health Insurance, Mar 2020, No.3

2020-3内文定. indd 58

2010年以来,攀枝花市城镇基本医疗保险参保率一直稳定在97%以上。同时,由于医疗服务资源丰富、医疗技术进步、人口老龄化等客观因素作用,医疗需求和费用一直上升,加上按项目付费下的过度医疗,控费压力越来越大。城镇职工、城乡居民医保统筹基金支出增长率连续多年超过基金收入增长率,尤其是职工医保统筹基金支出平均每年增长近18%。至2017年底,市职工医保统筹基金已连续4年当期收不抵支,深化医保支付方式改革势在必行。

攀枝花市城镇职工医保建立之初,以市本级、各区县为统筹单位, 医保支付方式为单一的按项目付费。自2007年起,开始探索单病种包干、按床日包干、按人头包干等多种支付方式。2012年起,全市二级以上定点医疗机构开始开展按病种付费,在部分中小医疗机构开展医保基金付费总额控制试点。这些探索虽效果有限,但为进一步探索建立新的支付制度积累了经验教训。

2 主要做法

2.1抢抓机遇,破局开路

2018年初,为尽快扭转攀枝花市基本医保统筹基金支付困难局面,全市所有定点医疗机构全面开展医保基金总额控制基础上的以病组点数法(DRG)为主的复合型支付方式改革。2019年6月,攀枝花市被确定为DRG付费首批国家试点城市之一,为此项改革增添了动力。

为确保改革措施落地实施,攀枝花市成立了深化付费方式改革工作领导小组,明确了行政部门、信息部门和经办机构各自的职责。与此同时,配套成立6个推进小组,开

展相关知识和政策的宣传培训,以凝聚共识。2018年4至6月,全市累计开展10期病组点数法相关知识宣讲培训;2019年又开展了6次全员集中培训,涵盖市内77家有住院条件的定点医疗机构相关人员1055人。

2.2务实笃行,精准施策

医保经办机构坚持"以收定支、收支平衡、略有结余"的原则,按照建立以基金总额预算为基础,按疾病诊断相关分组(DRG)、按病种、按人头、按床日等多元复合式医保支付方式改革目标,综合2015-2017年全市基本医保各类费用支出情况,对医疗机构的费用情况进行分析和测算,找出过去的"短板",及时制定深化付费方式改革实施意见和总控方案。

总控方案突出以下四个特点: 一是坚持保基本。强化医保基金预 算管理,坚持"以收定支、收支平 衡、略有结余"和"风险共担"原 则,提高医保基金使用效率。二是 坚持科学合理。综合前三年住院医 疗费用发生情况、日常审核拒付及 医疗机构超均次住院费用考核指 标费用分担情况,科学确定测算基 数、测算权重以及增长因素等,建 立"结余留用、合理超支分担"的激 励和风险分担机制。三是坚持区域 总控。实行全市范围内总额控制,总 控指标不细化到各定点医疗机构, 不对具体指标搞"一院一谈"。四是 坚持分类实施。对全市有住院条件 的定点医疗机构(含民营)的普通 住院费用, 均实行以基金预算为基 础总额控制下的病组点数法付费。

同时,配套制定了病组点数法 付费实施细则、定点医药机构考核 办法实施细则以及医保医师诚信服 务协议管理实施意见,为改革试点 提供制度保障。此外,为改善基金 结构,将职工医保中"统账结合" 基金与"单建统筹"(主要针对过 去农民工和灵活就业人员参保) 基金并账运行。在2018年度调整 了灵活就业人员缴费标准, 灵活就 业人员可选择统账结合方式参保缴 费(一档),也可以选择"单建统 筹"参保缴费(二档);一档缴费 标准为全省全口径平均缴费工资的 4%, 二档由原来每年900元缴费标 准,用3年时间逐步过度到全省全口 径平均缴费工资的4%, 2018-2020 年度缴费标准分别为1300元、1920 元、2580元。2019年底,改变个人 账户计入办法,严格按照当期应当 征收基金的30%总额控制计入个人 账户。通过上述调整,基金结构优 化,统筹基金总量也显著增大,不 仅为改革顺利推进打通关口, 还为 深化改革提供了有力的资金保障。

2.3引入第三方, 项目化管理

实施政府购买第三方服务,招标采购按疾病分组付费(DRG)应用软件系统建设及医保基金第三方支付评审服务项目,最终选择国新健康作为实施病组点数法付费改革的专业团队,为改革实施提供技术保障。国新健康制定了《攀枝花DRG基金结算平台技术方案》,还对支付改革实行全程化管理。

一是明确三个阶段的任务。 2018年3至6月为第一阶段,正式启 动改革工作,通过第三方专业机构 开展数据提取、测算,形成初步分 组;7至10月为第二阶段,开展病组 分组讨论,形成病组点数、费用系 数,建立本地分组器,确定病组支 付标准;11至12月为第三阶段,开 展系统测试及上线运行,签订补充 服务协议,实施病组点数法付费。

二是成立项目推进组。加强与信息部门、软件运营商、项目公司沟通,对实施病组点数法付费涉及的病案填报系统、基金公示系统、基金结算系统、智能审核系统、金保系统进行完善和相关软件开发,确保按期投入使用。三是加强项目全程管理。及时跟进项目推进情况,建立沟通协商机制,定期汇总推进情况,分析、解决出现的问题和矛盾,确保项目推进有序有力。

2.4强化标准,精确分组

在确保医疗机构上传的病案首 页质量、确保医疗服务收费项目的 真实准确上下功夫。

2.4.1强力推行数据标准化。医 保部门印发了加强医疗机构病案质 量管理、规范疾病诊断分类和手术 操作编码文件,对定点医疗机构 上传的2016、2017年的历史业务 数据、病案首页数据开展标准化工 作,以适应病组分组需要。

2.4.2提升病案管理质量。严格 执行卫生健康部门《住院病案首页 数据填写质量规范(暂行)》,要 求各定点医院及时整改完善本院病 案系统,规范填写病案首页,提高 病案管理质量。同时,联合市医学 会、病案质量控制中心共同举办国 际疾病分类和手术操作分类编码培 训班,邀请病案管理专家对全市50 家定点医院的病案编码人员及近200 名医护人员开展病案编码培训。

2.4.3建立沟通合作机制。攀枝花市成立分组标准委员会,邀请市内医院300余名专家参与讨论,共同协商制定本市病组分组标准。在此基础上重点抓好病案分组工作,根据三轮分组结果、DRG分组权重积分,与医疗机构反复沟通、校正,最终确定2016、2017年223411例病

例,DRG分组626组,成功分组病例223151例,病例入组率达99.88%,并确定各组基准分值和调整系数,建成本地分组器及支付标准。2018年11月,病案填报系统、基金公示系统、基金结算系统正式投入使用,对市内所有普通住院结算病例开展分组、计算点数、月度预付结算。同时,按照全市统一预决算、统一结算。时,按照全市统一预决算、统一结算办法,建立病例入组反馈、评审复核、终审确认及特病单议等机制,确保月度预付结算顺利实施。在此基础上,2019年又调整病组分组方案,调整后总组数为684个。

2.5协议管控,智能审核

在新的付费方式下,攀枝花市 硬化协议管理,细化和完善医疗服 务协议内容。一是通过大数据分 析,细化考核指标,将质量服务管 理、医疗服务监管考核、医疗费用 拨付和清算等纳入定点服务协议。 二是结合实施"金保"二期工程实 际,完善医保智能审核和监控系 统,健全医保服务监控标准体系, 针对不同付费方式的特点分类确定 监控指标和监管重点环节, 实现从 事后纠正向事前提示、事中监督转 变,从单纯管制向监督、管理、服 务相结合转变。三是强化监管,针 对医疗机构推诿拒收病人、减少服 务内容、降低服务标准、虚报服务 量等问题,加大查处力度。

2.6细致考核,科学评价

为确保改革顺利推进,攀枝花 市修订完善了医疗机构考核评价办 法,在建立住院在床率、住院人次 人头比、每百门(急)诊住院率、 均次费用等综合指标评价的基础 上,建立时间消耗指数、费用消耗 指数、疾病诊治编码数据上传准确 率、患者满意度评价等服务效果辅助指标评价,并将年度考核评价结果与定点医疗机构服务协议续签、分级管理评定、年度总额预付比例、病组点数法年终清算系数等挂钩,建立"奖优罚劣"点数调整机制,初步实现了由单纯费用管控向费用和医疗服务质量"双控"转变。

3 初步成效

3.1实现区域内"三个覆盖"

一是险种全覆盖。职工医保、居民医保住院项目全部实施病组点数法付费。二是除严重精神病和单病种外的病种全覆盖。建立了适合本地实际的分组器,2018年共分626个组,入组率为99.88%,2019年调整后共分684个组。三是医疗机构全覆盖。全市有住院条件的定点医疗机构(含公立、民营)均纳入付费改革,开创了四川省基层医疗机构实施病组点数法付费的先河。

3.2基金支出增幅控制在合理 范围

医疗机构主动参与并积极采取措施控制医疗费用过快增长。2014-2017年度职工医保住院费用统筹基金支付年增长率均在10%以上。通过DRG付费方式改革以后,2018年职工医保统筹基金支出同比增长5.2%,2019年全市职工医保统筹基金支出同比负增长8.3%;2018年度城乡居民医保基金支出同比仅增长2.9%,2019年支出同比仅增长5.1%。综合考虑政策调整因素,医保统筹基金支付增幅在合理范围。

3.3医疗机构主动控费意识增强 实施病组点数法付费较好发挥 了医保"指挥棒"作用,激发了医 疗机构"控成本,提质量"的内生 动力,规范了用药、化验、检查、

诊治等医疗服务行为,医疗机构由被动控费向主动控费转变。2019年全市参保职工住院人次同比下降1%、住院人数下降2%、住院总费用下降8%、次均费用下降7%、平均住院床日下降11%,参保职工个人负担明显减轻。

3.4医与保共商共议共治达成 共识

病组点数法付费方式改革是一项庞大繁杂且专业性很强的工作,攀枝花市医疗保障部门努力践行"国家治理"理念,建立多部门联合组织保障机制。并与医院专家共同完成病组分组、病组定价等工作,委托医疗保障专家完成病案质量专项检查、特病单议专家评审工作,引入第三方提供专业技术支持,实现多方共商共议共治,汇聚了参与各方内生动力,有效促进了工作顺利进行。

3.5医保撬动医改支点作用逐 渐显现

DRG支付方式实际上是在总额控制下进行的一个综合打包付费方式,该支付方式在"三医联动"中的杠杆撬动作用逐渐显现。它倒逼医院转变发展思路,实现了从以规模扩张外延发展向规模适度内涵建设的转变,医院管理理念从粗放型管理向精细化、质量效益提升的转变。

4 存在问题

4.1分组精细度不高,同质性不 充分

由于历史原因,缺乏城乡居民 医保在2017年以前新农合病历数 据,因此在采集三年前的病历数据 只有城镇职工和城镇居民的,加之 部分医院提供的病案数据质量不 高等因素,导致在疾病分组过程中 虽然入组率高,对于有多种合并症的分组还显得比较"粗糙",对于"同病同治同价"体现的不充分,在一定程度上影响了公平性。

4.2少数医院认识和方法不到位

一是目前仍有少数医院对改革 认识不到位,控费不主动,甚至放 任费用增长;对分组工作不配合、 不积极等。二是部分医院基础工作 薄弱。从病组分组情况看,部分医 院上传数据不规范,对病案管理不 重视,病案编码管理工作基础较薄 弱。一些参与病组分组的病案首页 数据,存在不能详尽表述实际提供 的医疗服务等问题,影响分组的真 实性、合理性。

4.3距离改革目标还有差距

攀枝花进行的总额控制下的按 病组点数法付费方式改革,取得了 一定成效,但离东进会长提出的 "由医疗服务的一般性购买转变为 以质量价值为中心的战略性购买, 提高基金的使用效率和总体保障绩 效"的改革目标尚有较大距离;还 没有充分体现"医保住院费用支出 预算的硬约束的核心价值",还需 进一步推进改革。

5 建议和思路

5.1优化疾病分组,确保精准 进一步提升病案首页数据质量,提升分组入组率,优化疾病分组、动态调整分组,努力实现"同病同治同价",确保本市病组点数法付费的公平性、精准性。

5.2引导医疗机构良性发展

一是结合实际加强病案编码 专业人员对ICD-10和ICD-11的学 习,鼓励和引导医院加快信息化 系统升级换代改造,采用"电子签 名""无纸化病案"等系统,提高 基础数据的真实性和准确性。二是不断完善DRG付费实施细则、特病单议的议事规程等制度,完善医疗服务价格管理,并进一步完善约束和激励机制。三是进一步完善医保服务协议管理,使质量评价体系和考核办法更加有力有效,调动医务人员积极性,增强"医改"互动,形成合力。

5.3持续纵深推进改革

未来,还需坚定信心,持续纵深推进改革。进一步通过调节"分值单价"的方式,对于超支费用设置医疗机构分担方式,从而引导和促进医疗机构合理施治。通过不同病组对应的"点值"反应不同诊疗难度和资源消耗的情况,引导医疗机构发挥各自优势,实现资源流动整合。通过持续纵深推进付费方式改革,引导参保人员得到"物美价廉"的"优势诊治",减少和控制医保基金不合理支出,实现以质量价值为中心的战略性购买。

此外,对于医保基金池总量偏低的问题,还需从调整结构和完善政策上入手,增强风险调控能力。一方面,改善参保缴费结构、做到应收尽收,做大做实基金池,为改革奠定资金基础。另一方面,加大监管力度,对医疗服务行为、和医疗服务质量的管理和考核,确保基金使用的安全、高效。

【参考文献】

[1]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(国办发[2017]55号) [Z].2017.

[2]王东进.医保改革发展的逻辑方向和战略目标 [J].中国医疗保险,2018(7).

[3]赵斌.按病种(病组)分值结算:现状、做法和评价[]].中国医疗保险,2018(3).

(责任编辑:郭心洁)

CMI在异地患者就医流动性 评价中的应用

——以肿瘤患者为例

胡云鹤 于凡 李爱东

(国家癌症中心/国家肿瘤临床医学研究中心/中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院 北京 100021)

【摘要】目的:通过分析不同来源地区患者CMI水平差异及特征,探讨CMI与异地就医患者流动性之间的关系,为医保管理部门完善异地就医管理及肿瘤患者分级诊疗下沉提供思路。方法:以某肿瘤专科医院2018年持卡结算数据及DRGs数据为研究对象。结果:2018年全年DRGs分组病例共35128例,总体CMI值为1.09、共覆盖248个DRGs组,DRGs分组权重值分布在0.17~4.87区间,通过对权重值进行聚类分析,将29个省市聚类分成4组:第一组CMI范围为0.99~1.17;第二组CMI范围为1.1~1.3;第三组CMI范围为0.9~1.1;第四组CMI范围为1.2~1.4。结论:不同来源地区患者CMI水平呈现出较强的地域性特征,针对异地患者流动性特点可得到肿瘤分级诊疗的启示:一是通过建立区域肿瘤中心实现CMI值较低的病种下沉,形成放射性医联体网络布局;二是通过建设远程医疗中心等模式进行远程会诊、远程诊断,实现对偏远地区的技术帮扶;三是通过实施严格的转诊流程、差异化的补偿比,避免异地无序就医的现象。

【关键词】病例组合指数;异地就医;就医流动性;肿瘤;分级诊疗

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-62-4 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.017

Application of CMI in Evaluation of Off-site Patients' Medical Mobility—Taking Tumor Patients as an Example Hu Yunhe, Yu Fan, Li Aidong (National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/ Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing, 100021)

[Abstract] Objective: By analyzing the characteristics of CMI values of patients in different regions, the relationship between CMI values and the mobility of patients in different places is discussed, which provides ideas for the implementation of medical insurance management in different regions and hierarchical diagnosis and treatment of cancer patients. Method: The settlement data and DRGs data of a cancer hospital in 2018 were taken as the research objects. Results: There are 35,128 cases of DRGs in 2018, the overall CMI is 1.09 and a total of 248 DRGs groups are covered, the weights of DRGs group are distributed in the range of 0.17~4.87. By clustering the weights, 29 provinces and cities are clustered into 4 groups, the CMI ranges were 0.99-1.17, 1.1-1.3, 0.9-1.1, and 1.2-1.4, respectively. Conclusion: the CMI values of patients in different regions show strong regional characteristics, there are some inspirations according to the mobility characteristics of patients in different places. First, establish regional cancer centers to realize the sinking of diseases with low CMI value and form medical consortium; Secondly, construct telemedicine centers to achieve remote consultation and remote diagnosis, to achieve technical assistance to remote areas; Thirdly, strict referral process and differential compensation ratio should be implemented

to avoid the phenomenon of out-of-order medical treatment in different places.

[Key words] case mix index, allopatry of medical treatment, medical mobility, Tumors, graded diagnosis and treatment

当前,重病患者和流动人口是异地就医需求最强烈的两类人群^[1]。 异地就医问题源于健康需求与卫生资源配置不均衡间的矛盾,以及人口流动性与医保属地化管理间的矛盾^[2]。病例组合指数(Case Mix Index, CMI)是DRGs评价体系中常用的指标之一,其数值含义为DRGs分组的权重值,表示收治患者的难易程度^[3],CMI值越高反映所评价范围内收治患者难度系数越高,收治高权重患者比例越高。

本文以某肿瘤专科医院收治的 患者为研究对象,分析不同来源地 区患者CMI水平差异及特征,探讨 CMI与异地就医患者流动性之间的 关系,为医疗保险管理部门异地就 医管理的实施及肿瘤患者分级诊疗 下沉提供思路。

1 资料与方法

1.1资料来源

本研究数据来源于北京市医疗保险医院端业务组件及"北京地区住院医疗服务绩效平台",选取某肿瘤专科医院2018年持卡实时结算数据与绩效平台DRGs分组数据进行比对。

1.2数据清洗

剔除未持卡结算数据、全额结算数据、未入DRGs分组数据后,得到持卡结算的DRGs分组有效数据共计35128条,均纳入研究范围。

1.3统计学方法

利用Excel进行数据库的建库与

信息对照,利用SPSS 21.0软件对数据进行统计。首先利用均值法描述相关的统计量,再通过标识重复个案的方法统计各地区的分组数,然后以各省市的病例数、CMI值、DRGs组数、权重极值等数据为依据,进行系统聚类分析。

2 研究结果

2.1不同来源地患者权重及CMI 公布

2018年全年DRGs分组病例共35128例,全部患者CMI为1.09、共覆盖248个DRGs组,DRGs分组权重值分布在0.17-4.87。其中患者来源地最多的省市为北京市,收治北京当地患者16013例,占全部患者的45.58%,覆盖218个DRGs组,该地区患者CMI为0.99,权重分布在0.17-4.87;其次为河北省,患者5709例,占全部患者的16.25%,覆盖154个DRGs组,该地区患者CMI为1.13,权重分布在0.17-4.87;部分地区的DRGs分组及服务绩效情况见表1。

2.2不同地区DRGs病种服务绩 效的分布特点

通过对不同来源地患者的权重 值进行聚类,将29个省市聚类分成 4组:第一组包括北京市、河北省、 山西省,CMI范围为0.99-1.17;第 二组包括安徽省、黑龙江省、辽宁 省、内蒙古、山东省、河南省、吉 林省,CMI范围为1.1-1.3;第三组包 括新疆、重庆、甘肃、四川、江苏、 浙江、宁夏、湖南、福建、广西、广东、陕西, CMI范围为0.9-1.1;第四组包括贵州、天津、湖北、江西、云南、海南、青海, CMI范围为1.2-1.4。各地区聚类情况见图1,纵坐标为各省份编码(聚类成员),横坐标为各省份聚类相对距离的大小,表示能聚类在一起的程度。

2.3北京和异地患者DRGs的分组情况

从排名前5的DRGs分组情况来看(见表2),虽然在例数上有些区别,但北京和异地排名前5的组别基本一致,DRGs分组分别为RE19(恶性增生性疾病的化学治疗及/或分子靶向治疗)、EB15(胸部大手术,不伴合并症与伴随病)、KD19(甲状腺大手术)、RD19(恶性增生性疾病的介入及/或射频治疗)、JA25(乳房恶性肿瘤次全切除手术,不伴合并症与伴随病)。

3 讨论

3.1患者来源地CMI地域分布 特征

患者来源地作为患者的输出方,不同来源地患者CMI水平体现出较强的地域特征,患者来源地区的医疗水平以及所处的地理位置是影响患者是否选择异地就医的关键⁴⁴。本文通过对不同来源地患者疾病权重值进行聚类分析,将患者来源地分为四组。第一组,包括北京在内的三个城市,其特征是患者数量多、覆盖病种广、疾病权重跨度大、地区内患者疾病CMI水平较低;第二组,包括7个省市,其特征是患者数量较多、覆

【 收稿日期]2019-11-19

【作者简介】胡云鹤,中国医学科学院肿瘤医院医保办主管技师,主要研究方向:医疗管理、异地就医、DRGs付费。通讯作者:李爱东,E-mail: aidong_li1208@sina.com。

表1 各地区患者DRGs分组情况

缴费地区	例数	占比	CMI	DRGs组数	权重Max	权重Min	权重中位数
北京市	16013	45.58%	0.99	218	4.87	0.17	0.45
河北省	5709	16.25%	1.13	154	4.87	0.17	0.81
内蒙古自治区	2649	7.54%	1.14	119	4.87	0.28	0.84
山东省	2396	6.82%	1.22	112	4.87	0.30	0.84
山西省	1970	5.61%	1.17	104	4.87	0.17	0.78
辽宁省	1473	4.19%	1.30	86	4.87	0.30	0.93
黑龙江省	1135	3.23%	1.23	79	4.50	0.29	0.84
河南省	841	2.39%	1.10	82	4.87	0.29	0.71
吉林省	569	1.62%	1.18	53	4.87	0.30	0.84
安徽省	296	0.84%	1.24	49	4.50	0.26	0.84
江苏省	291	0.83%	1.14	50	3.41	0.38	0.84
浙江省	189	0.54%	1.14	33	3.37	0.38	0.45
福建省	182	0.52%	1.06	32	3.41	0.39	0.78
湖北省	180	0.51%	1.10	40	4.18	0.38	0.66
新疆维吾尔自治区	132	0.38%	1.08	28	4.18	0.28	0.45
江西省	124	0.35%	1.31	33	4.87	0.38	0.94
贵州省	112	0.32%	1.13	26	4.50	0.39	0.92
宁夏回族自治区	100	0.28%	1.13	32	3.62	0.39	0.84
青海省	94	0.27%	1.48	24	4.19	0.39	0.99
湖南省	91	0.26%	1.23	31	3.37	0.37	0.87
天津市	91	0.26%	1.10	27	4.45	0.39	0.46
陕西省	80	0.23%	0.92	23	3.37	0.38	0.45
四川省	76	0.22%	1.18	21	3.37	0.38	0.71
重庆市	76	0.22%	1.01	19	3.41	0.22	0.45
云南省	65	0.19%	1.21	26	4.50	0.38	0.84
甘肃省	53	0.15%	1.15	20	3.37	0.39	0.93
广东省	50	0.14%	0.97	16	3.90	0.39	0.45
广西壮族自治区	48	0.14%	1.01	20	3.37	0.39	0.55
海南省	43	0.12%	1.40	17	3.37	0.41	1.21
合计	35128	100%	1.09	248	4.87	0.17	0.78

盖病种较广泛、地区内患者疾病CMI水平中等;第三组,包括12个省市,其特征是地区内患者疾病CMI水平较低、患者数量及病种覆盖范围较低;第四组,包括7个省市,该组地区患者病例数最少,但地区内患者疾病CMI水平最高,DRGs分组数量最低、但疾病权重均值、极值均较高。

3.2患者流动性对肿瘤分级诊 疗的启示

异地就医的根本是医疗资源分 布不均衡,各地区的医疗水平不能同 质化,来源地医疗水平是决定患者是 否选择异地就医的主观驱动力^[5,6]。 决策者应根据分级诊疗的建设发挥 异地转诊对患者流向的引导作用,促 进形成合理、有序的就医,规范异地 就医管理^[7]。

3.2.1建立区域肿瘤中心。第一组所包含的地区,在患者输出形式上形成了环北京医疗带,河北及山西患者,受地理位置及当地医疗水平的影响更趋于到北京就医,此特点与京津冀协同发展相一致。北京作为异地就医患者最主要的接收地,异地就医政策在提升患者就医

便利性的同时,也增加了京内医疗机构的接诊压力。应根据本组患者肿瘤疾病谱广、CMI值低、权重跨度大的特征制定适宜的分级诊疗特色,建立区域医疗中心、区域化疗中心,建设河北院区及山西院区等方式,进行医疗技术的下沉,使CMI值较低的病种在当地得以治疗。北京本地患者可以借鉴北京儿童医院的医联体模式[8-11],结合肿瘤专科医院特色,与综合性医院肿瘤科建立医联体,首先实现CMI值较低病种的下沉,逐渐形成本院区以收治高难

医疗视点

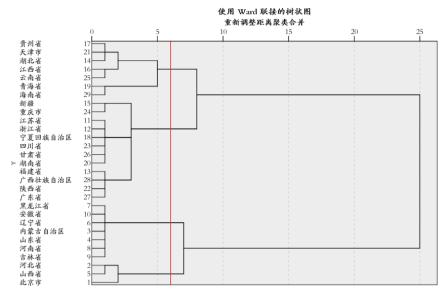


图1 29个省市DRGs服务绩效数据的聚类情况

表2 北京和异地排名前5的DRGs分组情况

编号	DRGs组(北京地区)	权重	例数	占比	DRGs组(异地)	权重	例数	占比
1	RE19	0.45	7107	44.38%	RE19	0.45	7834	40.98%
2	EB15	2.14	1313	8.20%	EB15	2.14	2302	12.04%
3	KD19	0.84	1185	7.40%	KD19	0.84	1030	5.39%
4	RD19	1.21	483	3.02%	GB15	3.41	592	3.10%
5	JA25	0.87	361	2.25%	RD19	1.21	485	2.54%
合计			16013	100%			19115	100%

度病种为主,医联体医院及科室分 流患者的放射性医联体网络布局。

3.2.2建设远程医疗中心。京津 冀一体化协同发展中的天津在聚类 分析中被分类到第四组,该城市在 患者流动性中更多作为异地就医患 者的接收地,输出的患者疾病权重 值较高,间接体现该地区肿瘤诊治 水平相对较高,在某些学科发展中 与北京相一致,能在参保地诊治的 疾病较多,符合分级诊疗特点。第 四组中的贵州、湖北、江西、云南、 海南、青海均与北京距离较远, 在 异地就医选择时, 地理位置也是患 者选择医疗机构的原因之一。对于 地理位置较远的地区,通过建设远 程医疗中心等"互联网+模式",实 现远程会诊、远程诊断, 由非手术

2020-3内文定. indd 65

疾病到手术疾病,逐渐实现对偏远 地区的技术帮扶,提高规范当地的 肿瘤诊治水平。

3.2.3异地就医与分级诊疗相结合。在深化医药卫生体制改革方面,异地就医相关政策的制定应当与分级诊疗有效衔接,通过实施严格的转诊流程,制定不同层级医疗机构具有显著性差异的补偿比,从而避免因为报销便捷化而加剧的无序就医问题^[12]。当前我国患者盲目、无序就医现象普遍存在,一些本可以在参保地接受同等治疗的患者,仍选择去北京、上海等地接受治疗,造成医疗资源的极大浪费^[13]。跨省就医直接结算在提高患者医疗服务可及性的同时,应避免无序就医的形成。

将有限的医保基金用在参保人最需要的地方,真正发挥医保基金的作用和效率,促进医疗事业发展进入良性循环,管理部门应针对患者流出地和流入地制定不同的政策和发展战略,在增加异地就医便利性的同时确保分级诊疗的实施与下沉,使患者在家门口享有优质医疗资源。

【参考文献】

[1]那春霞,王东子,付泊迁,刘之惠.儿童异地医保直接结算患者病种分布及数据分析[J].中华医院管理,2019,35(3): 194-197.

[2]谢莉琴,陈庆锟,胡红濮.我国基本医保制度异地就医相关问题研究进展及启示[J].中国医院管理,2018,38(6): 25-27.

[3]高源,夏志伟,陈剑铭,李杨.病例组合指数在诊疗行为差异性评价中的应用探讨[J].中国医院管理.2018.38(2): 37-39.

[4]胡云鹤,冯国双,李爱东.某肿瘤专科医院异地持卡直接结算患者信息分析[J].中华医院管理,2019,35(3): 190-193.

[5]王晶锐,将明红,赵歆妍. 城乡医保一体 化视角下异地就医问题探析[J].中国医疗保 险,2015(2):20-22.

[6]陈婷,白雪,方鹏骞. 基本医疗保险异地就医政策设计探讨:基于全国21省份政策的比较[J].中国卫生经济,2018,36(12):25-27.

[7]斯月. 北京市某三级甲等医院异地医保实时结算数据分析[J].中华医院管理,2018,34(4):337-341. [8]聂小莺,代芳.北京儿童医院开展协同医疗实践探索[J].中国医院, 2017,21(9):41-44.

[9]倪鑫,刘永,田剑等.北京儿童医院集团探索公立医院改革新模式的实践与思考[J].中华医院管理.2015.31(9):654-657.658.

[10]穆毅,赵成松,倪鑫.拓展服务内涵,推进分级 诊疗[]].中国卫生人才,2016,(4): 22-25.

[11]徐佳,王辉,穆毅.医疗资源整合模式在儿科领域的探索应用[]].中国医院,2017, 21(3): 65-67.

[12]陈竺.深化医药卫生体制改革,逐步缓解群众看病就医问题一根据陈竺部长在热点问题形势报告会上的讲话整理[J].中国卫生政策研究.2011.4(4):1-8.

[13]何远臻,冯旅帆,侯志远.欧盟跨径就医管理模式对中国跨省异地就一的经验借鉴[J].中国卫生政策研究,2018,11(1):13-20.

(责任编辑:廖占力)

2020/3/4 21:34:27

门特门慢政策的医保预算影响分析

——以慢性心衰为例

刘畅1 陶立波1,2

(¹北京大学医学部卫生政策与技术评估中心 北京 100191; ²北京大学公共卫生学院卫生政策与管理学系 北京 100191)

【摘要】目的:以慢性心衰为例,研究新病种纳入门特门慢政策后对医保基金预算的影响,为决策提供参考。方法:基于我国医保视角,建立新病种纳入门特门慢后的医保预算影响分析方法,并以慢性心衰为例,选取我国某城市数据计算医保预算影响情况。结果:慢性心衰纳入该地区门特门慢后,综合考虑就诊率、用药方案、不良反应、住院率等指标的改变,预计每年可节省医保支出251-867万元左右。分析结果将随计算变量值的不同而变化。结论:本研究中,慢性心衰纳入门特门慢后,虽然增加了医药费用,但减少了住院费用,总体上节约了一部分医保基金支出。合理分析新病种纳入门特门慢后的预算影响,可预测基金支出变化情况并支持科学决策。

【关键词】门特门慢政策;慢性心衰;预算影响分析

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-66-4 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.018

Budget Impact Analysis for Special and Chronic Disease Outpatient Management Policy in China—Taking Chronic Heart Failure as a Sample Liu Chang¹, Tao Libo^{1,2} (¹Health Policy and Technology Assessment Center, Peking University Health Science Center, Beijing, 100191; ²Department of Health Policy and Management, Peking University Health Science Center, Beijing, 100191)

[Abatract] Objective: Explore the influence on medical insurance budget of a new disease enrolling in special and chronic disease outpatient management to help decision-making. Methods: Based on the perspective of medical insurance in China, a medical insurance budget impact analysis method for the enrollment of new diseases in special and chronic disease outpatient management was established. Taking chronic heart failure as an example, data of a Chinese city was selected to calculate the budget impact. Results: When chronic heart failure was included in special and chronic disease outpatient management in this region, it was estimated that it could save about 2.51-8.67 million yuan per year in medical insurance expenses after taking the changes in such indicators as consultation rate, medication plan, adverse reactions and hospitalization rate into account. The results would vary with variable changes. Conclusion: in this study, chronic heart failure increased medical costs but reduced hospitalization costs after special and chronic disease outpatient management was included. Overall, it would save medical insurance expenditure. A reasonable analysis of the budget impact of the new disease enrollment in special and chronic disease outpatient management can predict the change of fund expenditure and support decision-making.

【收稿日期】2019-2-11

【作者简介】刘畅,北京大学医学部卫生政策与技术评估中心助理研究员,主要研究方向:卫生经济学和卫生技术评估。通讯作者:陶立波,Email:taolibo@hsc.pku.edu.cn。

Key words special and chronic disease outpatient management, Chronic Heart Failure, budget impact analysis

66 China Health Insurance, Mar 2020, No.3

2020-3内文定. indd 66 2020/3/4 21:34:27

门诊特殊病和门诊慢性病(简称"门特门慢")政策是我国各地医保部门多年来实施的惠民政策,主要包含一些以门诊治疗为主且医药费用较高的特殊病与慢性病^[1]。这些病种的门诊费用经医保管理部门批准后纳入统筹基金支付,通常会给予比普通门诊更高的报销水平。虽然该政策在我国各地的制度设计中各不相同,没有统一模式,但都在一定程度上提高了所覆盖疾病的保障水平^[2]。

门特门慢政策能减轻患者经济 负担,提高治疗依从性和健康产出³¹, 但也可能会增加医保基金的负担。 因此,需要对病种纳入门特门慢后 的基金预算影响进行综合分析,以 支持科学决策。本文将以慢性心衰 为例,对门特门慢政策的预算影响 分析方法进行探讨。

1 门特门慢政策预算影响分析 的一般步骤

参照卫生经济学评价中的预算 影响分析技术,可以建立门特门慢 政策预算影响分析的方法。由于各 地的政策不尽相同,具体的预算影 响分析需要因地制宜,但其基本理 念是一致的。

病种纳入门特门慢政策后,预 算影响分析可分为以下6个步骤:

- (1)利用该地区的人口学数据、流行病学数据等估算患者的人群数量。(2)分析该病种纳入门特门慢前后不同治疗方案的份额变化。
- (3) 计算不同治疗方案的费用水平。(4) 计算该病种纳入门特门慢前后医疗费用和医保支出的变化。
- (5)预测随着时间进展(通常分析 1-5年)的变化情况。(6)对关键 参数进行敏感性分析,有条件可制 作电子计算表工具(见图1)。

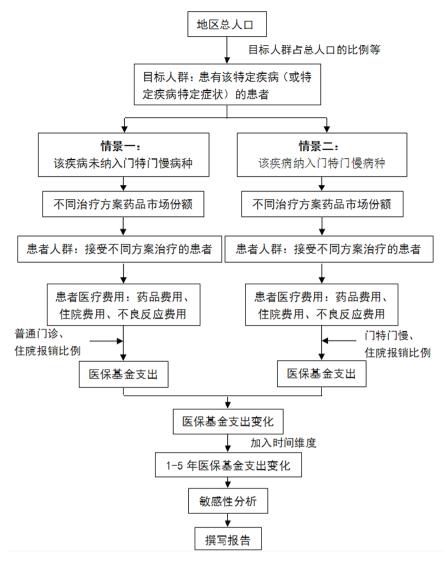


图1 门特门慢政策预算影响分析的一般步骤

2 慢性心衰门特门慢政策预算 影响的案例分析

基于我国某中型城市的数据,以 2019年为起始时间,探讨慢性心衰纳 入当地门特门慢目录后患者的就诊情况、治疗方案、住院率等,进而分析 医疗费用和医保基金支出的变化。

2.1患者人群数量计算

该城市2018年年底的人口规模 为791.81万人。据心衰用药指南报 道^[4],35-74岁为慢性心衰的主要 患病收治人群,而该人群在当地约 占总人口的51.7%^[5],其患病率约为 0.9%^[6],年发病率约为0.7‰^[7]。慢性 心衰患者的死亡率较高^[8],据文献报 道其年死亡率约为8.8%^[9],纳入门特 门慢后,患者治疗率增加,死亡率 预期会有一定下降,设为8.4%。

慢性心衰患者的治疗。据心衰用药指南^[4],需要专门药物治疗的主要是左心室射血分数降低的患者,其比例占所有慢性心衰患者的37.5%^[10]。非射血分数降低患者通常是以基础心脏病或其他非心血管疾病合并症的治疗为主,受心衰门特门慢政策的影响相对小。

慢性心衰患者的医保覆盖率。 2018年医疗保障事业发展统计快报

中國醫療保險 2020年3月第3期 67

2020/3/4 21:34:28

》医药经济

显示^[11],我国总体医保覆盖率约为96.36%。基于2018年该市国民经济和社会发展统计公报数据显示^[12],该市参加职工基本医疗保险市民占比31.5%,参加城乡居民医疗保险市民占比68.5%,由此可获得当地人群医保覆盖情况。

基于上述指标,可以计算受慢性心衰门特门慢政策影响的患者人群规模,以用于预算影响分析所需。

2.2慢性心衰医疗费用计算

慢性心衰是逐步进展性疾病, 患者需要长期服用药物,急性发作时 则需要住院治疗。因此其医疗费用主 要考虑心衰药品费用、药物不良反应 治疗费用和急性发作住院费用。

基于心衰用药指南[4], 肾素-血 管紧张素-醛固酮系统抑制剂(包 括ACEI, ARB, ARNI等药品)是用 于慢性心衰治疗的主要药品。指南 推荐患者应用ACEI(I类,A级)、 ARB(I类, A级)或ARNI(I类, B级),联合应用β受体阻滞剂,并在 需要时加用醛固酮受体拮抗剂。由于 醛固酮受体拮抗剂使用情况不多且 日均费用低于1元,故本处费用计算 中忽略不计。上述药品的用量按说明 书或临床常用剂量进行计算。药品 价格取招标采购网站上2019年中市 场价格, ACEI类药品取代表药物依 那普利的市场份额加权日均费用1.12 元,ARB类取缬沙坦加权日均费用 1.30元, ARNI类取沙库巴曲缬沙坦 钠加权日均费用19.90元,β受体阻滞 剂取美托洛尔加权日均费用2.19元, 以作为基线分析所需。

慢性心衰纳入该地区门特门慢 病种目录后,相关治疗药物费用报销 水平提高,预计患者就诊率和用药依 从性都会有所提高。根据临床专家 意见,本研究设置慢性心衰纳入门特

表1 心衰药物的患者使用份额预测

情境	治疗方案	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
慢性心衰 入门特门慢前	ACEI+β-blocker	31.7%	31.7%	30.9%	29.7%	30.8%
	ARB+ β -blocker	44.4%	43.7%	42.9%	42.0%	40.0%
	ARNI+ β -blocker	23.9%	24.6%	26.2%	28.3%	29.2%
10011 36	ACEI+β-blocker	28.8%	27.0%	26.6%	26.4%	26.0%
慢性心衰 入门特门慢后	$ARB+\beta-blocker$	41.2%	38.5%	38.1%	37.9%	37.2%
	ARNI+β-blocker	30.0%	34.5%	35.3%	35.7%	36.8%

表2 慢性心衰纳入门特门慢后医保预算影响分析结果(单位:人,万元)

 情景	条目	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
	患者人数	13821	15472	16977	18350	19602
1911 2.1	药品费用	1355.33	1537.74	1745.30	1965.26	2135.82
慢性心衰纳 入门特门慢前	住院费用	85265.04	95414.99	104608.08	112944.94	120595.98
7 5 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	治疗费用	86620.37	96952.72	106353.38	114910.21	122731.80
	基金支出	56205.87	62899.92	68969.57	74478.88	79530.05
	患者人数	13821	15526	17090	18522	19834
	药品费用	2035.85	2481.98	2766.60	3020.81	3295.17
慢性心衰纳	住院费用	82232.18	92078.99	101296.45	109751.42	117428.58
入门特门慢后	治疗费用	84268.04	94560.97	104063.05	112772.24	120723.75
	基金支出	55338.26	62097.56	68337.52	74056.78	79278.49
	基金支出变化	-867.61	-802.36	-632.05	-422.09	-251.56

注:药品费用中包含用于不良反应的相关治疗费用。

门慢前就诊治疗率30%,纳入后保守估计就诊治疗率上升到40%。心衰门诊治疗在大部分地区的普通门诊报销比例偏低,本研究设置纳入门特门慢前城镇职工医保报销比例30%、城乡居民医保报销比例10%,纳入后分别上升到75%和65%,住院治疗方面设置城镇职工医保报销比例75%、城乡居民医保报销比例65%。由于慢性心衰纳入门特门慢后相关治疗药物保障水平提高,相对较贵但疗效更优¹⁰¹的新药使用比例将上升,结合类似产品进入医保前后的数据变化情况,对各药物治疗方案的患者使用份额进行预测(见表1)。

心衰药物的不良反应主要包括 低血压、肾功能恶化、高血钾、刺 激性咳嗽、血管性水肿等,内容较 多,其发生率数据可参照相关临床 研究[®]及药品说明书,相应次均治疗费用可通过二次文献检索和临床专家咨询获得。

基于文献报道^[13-14],类似地区心衰患者住院次均费用为21097.09元。慢性心衰患者平均年住院次数约为3.2次^[15];使用常规治疗ACEI联用β-blocker或ARB联用β-blocker方案的患者年住院次数约为2.4次^[16];使用ARNI联用β-blocker方案者年住院风险较常规治疗下降21%^[9],约为1.9次。

2.3慢性心衰纳入门特门慢目 录前后的预算影响

基于上述患者人群规模、不同 方案的医疗费用和使用份额,可对 慢性心衰纳入门特门慢目录前后的 医疗费用和医保支出进行计算(见 表2)。从分析结果看,当地将慢性 心衰纳入门特门慢后,虽然药物费

用增加了,但住院费用减少了,总 体上节约了一部分医保基金支出。

3 敏感性分析与电子计算表

本研究的基线分析显示了慢性 心衰纳入门特门慢后对医保基金有 一定的节约作用,但这样的结果并非 一定是常态,在不同情境下计算变量 的取值不同,会得到不同的结果。

在预算影响分析中, 可对重要变 量进行敏感性分析,即:设置变量可 能的取值范围, 观察其取值变动时对 结果的影响。在本分析中, 患者就诊 率、药品价格、不良反应发生率、住 院率及相关费用等都可能对结果产 生影响。经研究发现某些变量对结 果有较大影响,主要为:慢性心衰纳 入门特门慢前后的就诊治疗率变化 (纳入前取30%, 纳入后40%), 当 纳入后的就诊治疗率降到34.2%时, 费用节约效应就消失了;另一个变 量是该地区心衰患者次均住院费用 (21097.09元), 当降到11906元时, 费用节约效应消失。这提示在具体决 策中应该重点关注这些变量的取值。

此外,为更全面的分析敏感因素,可以基于MS Excel、WPS表格等软件工具将上述预算影响分析的过程制作成电子计算表。在电子表中,所有参数取值都可根据具体情况进行灵活调整来观察结果变化,由此可提示不同因素的重要性,并适应不同环境下的决策需求。

4 总结与讨论

本文探讨了新病种纳入门特门 慢后的医保预算影响分析方法,并 以我国某城市数据为例,分析了慢 性心衰纳入该市门特门慢后医疗费 用和医保基金支出的变化。这样的 研究可为医保决策提供支持。 从本文的心衰案例来看,虽然 该病纳入门特门慢后,患者就诊率 和新药使用的增加导致了医药费用 支出增加,但由于更有效的治疗可 以降低患者住院风险,从而减少了 住院费用,总体上医保支出是下降 的。因此,提高患者门诊待遇,既可 以改善医疗效果,也有可能节约医 保资金,形成双赢的结果。

但也要看到,这样的计算结果 并非稳定, 而是和变量取值有关。本 研究的敏感性分析提示,患者治疗 率改变幅度和次均住院费用都是影 响结果的重要变量: 如果治疗率增 加幅度或次均住院费用下降到一定 数值,就会出现结果逆转(本处就是 医保支出反而增加),而反过来说, 如果纳入门特门慢后就诊治疗率有 更大提升,或当地心衰次均住院费 用有了明显增加,则慢性心衰纳入门 特门慢将节约更多的医保基金。其 它变量, 比如药品价格和使用数量、 患者住院率等, 也都会随环境的改 变而发生变化(甚至可能是剧烈的 变化, 例如医保药品集采对药品价 格和使用份额的影响),从而改变结 果。这提示我们, 在医保管理中要灵 活运用数据和工具,基于具体情况 进行灵活的分析和探讨, 从而进行 科学合理的决策。

随着医改的不断深入,医保管理的复杂程度也日益增加,需要借助科学的方法和工具来提升管理效率和管理效果。医保政策实施后的预算影响分析,是为医保管理提供参考的重要工具,值得在具体工作中推广和运用。

【参考文献】

[1]路娇娇.基于门诊病种管理视角下的医疗费用支付研究[D].沈阳师范大学,2018.

[2]周立宁.城镇职工门诊慢性病基本医疗保险监管问题研究[D].山东师范大学,2013.

[3]肖亚洲,罗邦安,赵蓉等.精神分裂症门诊特殊病种补助方式的效果评估[J].中国健康心理学杂志,2016,24(6):801-803.

[4]杨杰孚等.心力衰竭合理用药指南(第2版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2019(7):1-78.

[5]国家统计局,中国统计年鉴2019[J],中国统计出版社, 2019.

[6]顾东风,黄广勇,何江等.中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J].中华心血管病杂志,2003,31(1):3-6.

[7]王宙,周琳,刘洋等.慢性心力衰竭的流行病学研究现状及其防治研究进展[J].中国循证心血管医学杂志, 2019(8):1022-1024.

[8]Zhang,YH, Zhang, J, Butler, J等. Contemporary Epidemiology, Management, and Outcomes of Patients Hospitalized for Heart Failure in China: Results From the China Heart Failure (China—HF) Registry[J]. Journal of Cardiac Failure, 2017, 23(1):868—875.

[9]Mcmurray JJV,Packer M,Desai AS,etal. Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure[J]. New England Journal of Medicine, 2014, 371(11):993–1004.

[10]黄峻,朱水清,宣建伟等.ARNI对我国HFrEF 患者死亡率的影响及潜在效益评估[J]. 中国医疗 保险2018(9):54-58.

[11]国家医保局.2018年医疗保障事业发展统 计快报[EB/OL], http://www.nhsa.gov.cn/ art/2019/2/28/art_7_942.html, 2019-02-28.

[12]湖南省统计局.长沙市2018年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL], http://tjj.hunan.gov.cn/tjfx/tjgb/szgb/zss/201904/t20190412_5314950.html,2019-04-15.

[13]宣建伟,朱水清,王韶屏等.我国一线城市心力衰竭患者住院费用调查及其影响因素分析[J]. 中国医疗保险2017(12):62-66.

[14]胡善联,何江江,孙恬等.我国采用伊伐布雷定治疗心力衰竭对医保基金的预算影响分析[J]. 中国药房, 2019, 30(08):92-97.

[15]Zhang M, Wan J, Zhang J,et al.Contemporary Heart Failure Treatment Pattern and Cost in Chinese Patient Population[R]. 2019 EU ISPOR poster.

[16] Huang J, Yin HJ, Zhang ML, et al. Understanding the economic burden of heartfailure in China: impact on disease managementand resource utilization[J]. Journal of Medical Economics, 2017;3:1–5.

(责任编辑:陶立波)

因新冠肺炎引起工伤认定 问题的思考

张文利

(福建省漳州市芗城区社会保险中心 漳州 363000)

【摘要】为做好新冠肺炎疫情防治工作,人社部、财政部、国家卫健委联合印发了《关于因履行工作职责感染新型冠状病毒肺炎的医护及相关工作人员有关保障问题的通知》(人社部函[2020]11号),旨在保障防治人员的权益,打赢这场疫情防控阻击战。但对此项政策措施需要准确理解和把握,因新冠肺炎引起的对工伤认定问题的不同解读和模糊认识需要厘清。本文对三个问题进行了思考,并提出建议,包括:建议出台新规,对因新冠肺炎引起的工伤认定问题进一步明确;建议将医护人员作为特殊群体,对履行工作职责感染新冠肺炎的医护人员的工伤认定放宽条件。

【关键词】新冠肺炎;工伤认定;思考

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-70-3 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.019

Thoughts on Injury Identification Causing by COVID-19 Zhang Wenli(Xiangcheng District Social Insurance Center, Zhangzhou, 363000)

[Abstract] In order to prevent COVID-19, the Ministry of Human Resources and Social Security, the Ministry of Finance and National Health Commission issued a notice to protect the rights and interests of the prevention and control personnel and win the battle against the disease. However, this policy measures need to be accurately understood and grasped, and different interpretations of work-related injury identification caused by COVID-19 need to be clarified. In this paper, three issues are considered, and suggestions are put forward, including the introduction of new regulations to further clarify the identification of work-related injuries caused by COVID-19. And it is suggested that the medical staff as a special group should relax the conditions for the identification of work-related injuries of medical staff infected with COVID-19 in the performance of their duties.

Key words COVID-19, injury identification, thoughts

面对新型冠状病毒感染肺炎 (简称新冠肺炎)疫情的暴发,在

以习近平总书记为核心的党中央坚 强领导下,各地各部门迅速行动, 打响疫情防控阻击战。2020年1月23日,人社部、财政部、国家卫健委联合印发了《关于因履行工作职责感染新型冠状病毒肺炎的医护及相关工作人员有关保障问题的通知》

【收稿日期】2020-2-18

【作者简介】张文利,高级经济师,福建省漳州市芗城区社会保险中心主任,主要研究方向: 工作保险管理

70 China Health Insurance, Mar 2020, No.3

2020-3内文定. indd 70 2020/3/4 21:34:28

(以下简称《通知》)。《通知》明 确"在新型冠状病毒肺炎预防和救 治工作中, 医护及相关工作人员因 履行工作职责,感染新型冠状病毒 肺炎或因感染新型冠状病毒肺炎死 亡的,应认定为工伤,依法享受工 伤保险待遇"。全国各地根据《通 知》精神,迅速响应,主动作为, 为医护及相关工作人员提供高效 便捷的疫情防控工伤认定服务。据 广西人社厅通报, 广西隆安县人民 医院发热门诊工作人员马某,在上 班过程中接触了后被确诊为新冠肺 炎人员后出现发热、干咳等不适症 状,2月2日被诊断为新冠肺炎;2月 5日, 隆安县人民医院正式提交申请 材料,隆安县人社局开辟绿色快捷 办理通道, 当天即作出了工伤认定 决定。这是广西首例医护人员因履 行工作职责感染新冠肺炎被认定为 工伤的案例。据国家卫健委统计, 截至2月11日24时,全国医务人员确 诊新冠肺炎1716例,占比3.8%。可 见,面对疫情的严峻形势,《通知》 的及时出台, 切实解除了医护及相 关工作人员的后顾之忧, 为打赢疫 情防控阻击战提供了坚强保障。

但随着复工复产的展开,由此带来的有关感染新冠肺炎工伤认定的问题也接踵而至,这些问题主要出自对《通知》精神的理解或解读不够准确。如复工后"上班途中感染新冠肺炎算工伤吗""工作期间履行工作职责而感染新冠肺炎应该认定为工伤吗"等。为准确贯彻落实《通知》精神,现就出现的一些模糊认识甚至在工伤认定中出现的争议谈说解和思考。

1 因新冠肺炎引起的工伤认定 问题 主要包括: (1)职工在工作期间因工作原因感染新冠肺炎是否属于工伤? (2)因履行工作职责感染新冠肺炎的医护及相关工作人员,就一定能认定工伤吗? (3)职工在上下班途中若是感染新冠肺炎,是否属于工伤? (4)职工复工后感染新冠肺炎48小时内死亡的,能认定工伤(工亡)吗?

2 几点思考

2.1客观严格执行《通知》的适 用范围

2.1.1《通知》有明确的适用对象范围。《通知》明确"在新型冠状病毒肺炎预防和救治工作中,医护及相关工作人员因履行工作职责,感染新型冠状病毒肺炎死亡的,应认定为工伤,依法享受工伤保险待遇"。所以《通知》的适用对象范围,仅仅是"在新型冠状病毒肺炎预防和救治工作中,履职的医护及相关工作人员"。因此在工伤认定时,要客观、严格执行《通知》规定,不能随意扩大到全体职工。

2.1.2坚持依据《工伤保险条例》规定进行工伤认定。《工伤保险条例》第十四条第一款规定,职工在工作时间和工作场所内,因工作原因受到事故伤害的,应当认定为工伤。但是感染新冠肺炎并非是"事故伤害"。同样,病毒感染也不属《工伤保险条例》第十四条第一次属于乙类传染病,不属于我国《职业病分类和目录》中的职业病。尽管《工伤保险条例》第十四条第七款作为兜底条例》第十四条第七款作为兜底条

款规定:法律、行政法规规定应当 认定为工伤的其他情形也可认定工 伤。但三部委的《通知》并不属于 法律或行政法规,所以根据《工伤 保险条例》规定,职工在工作期间 因工作原因感染新型冠状病毒肺 炎,不能认定为工伤。

2.1.3坚持遵循"三工原则"进 行工伤认定。在工作时间、工作场 所因为工作原因受到事故伤害的应 当认定工伤,这是我国工伤认定的 一般条款,也被总结为"三工原 则"。众所周知,新型冠状病毒肺 炎感染时, 多数人并无明显反应, 且有2-14日甚至更长时间的潜伏 期。待到职工发病确诊时,由于其 每天在居住地、工作单位、社会活 动场所等接触各种不确定的人员, 很难判断职工究竟是在什么时间、 什么地点因为什么原因而被感染 的。职工不能举证,单位无法反 证,工伤保险行政机关无法查明患 者是否在工作时间、工作地点因工 作原因而被感染。因果关系难于判 断,必将给工伤认定工作造成难以 解决的矛盾问题。

2.1.4坚持工伤保险公平性进行 工伤认定。职工感染新冠肺炎是否 认定为工伤,从工伤和非工伤的待 遇来看,主要包括就医待遇、治病 期间的工资待遇、伤残待遇和死亡 待遇等。在就医待遇方面,对职工 而言,是否认定为工伤,感染新冠 肺炎的治疗费用都无需由个人承 担。如认定为工伤,就医待遇应由 工伤保险基金支付;认定非工伤, 医疗费用由医疗保险基金支付,且 国家已明确宣布由财政兜底保障治 疗费用。在治病期间的工资待遇方 面,按照《人力资源社会保障部办 公厅关于妥善处理新型冠状病毒感

染的肺炎疫情防控期间劳动关系问 题的通知》,职工无论是否属工 伤,治病期间的工资待遇都正常发 放,也不影响劳动关系。在伤残待 遇方面,从目前情况看,感染新型 冠状病毒肺炎治愈后对人体没有大 的伤害,不存在评残问题,相应也 没有伤残待遇。职工感染新冠肺炎 是否属于工伤的最大待遇差别主要 体现在死亡待遇方面,即一次性死 亡补助金、丧葬补助金和抚恤金的 不同。如认定为工伤,仅一次性工 亡补助金,工伤保险基金需支付 84.718万元 (按照2019年度全国城 镇居民人均可支配收入42359元的20 倍计算)。因此,扩大《通知》适 用范围,不仅会冲击工伤保险基金 支付安全,而且破坏了工伤保险制 度的公平性。

2.2《通知》对"医护及相关工作 人员"的工伤认定有明确的条件

对此次疫情中感染新冠肺炎 可认定为工伤的,《通知》只针对 医护及相关工作人员。但医护及相 关人员就算在工作期间因履行工作 职责感染新冠肺炎也未必能认定 工伤,还必须满足"在新型冠状病 毒肺炎预防和救治工作中感染"这 一条件。预防和救治工作一般包括 预防、控制、消除、挽救、治疗等 工作。如果医护人员在日常接诊中 感染新型冠状病毒肺炎,并非在从 事预防和救治工作中(工伤保险理 论的业务遂行性)感染,就不符合 《通知》规定,也不能认定为工伤。

2.3职工在上下班途中感染新 冠肺炎不能认定工伤

根据《工伤保险条例》第十四 条第六款规定,在上下班途中,受 到非本人主要责任的交通事故或者 城市轨道交通、客运轮渡、火车事 故伤害的属于工伤。据此,上下班 途中感染新型冠状病毒肺炎不能算 工伤,即使是医护人员,也无法认 定工伤。

3 建议

3.1建议出台新规,对因新冠肺炎引起的工伤认定问题进一步明确

《通知》出台后,2020年2月2 日,《人民日报》微信公众号发文 《疫情防控中的9个法律问题,你 必须知道》。其中,第六个法律问 题是: "在上班时感染新型冠状病 毒, 算工伤吗"。这篇文章提供的 解答是:"劳动者在工作期间因工作 原因感染新型冠状病毒肺炎,应根 据社会保险法和《工伤保险条例》 认定工伤,根据《工伤保险条例》 的规定享受工伤保险待遇"。这篇 文章发表后,受到了很多读者质 疑。另据报道,2月10日,浙江省高 级人民法院民事审判第一庭《关于 印发<关于规范涉新冠肺炎疫情相关 民事法律纠纷的实施意见(试行) >的通知》(浙高法民一[2020]1 号),对疫情防控期间用人单位与 劳动者之间可能出现的民事法律纠 纷问题进行规定,其中第一条第五 款规定,"劳动者在疫情防控期间因 履行工作职责而感染新冠肺炎的, 应认定为工伤,依法享受工伤保险 待遇"。

当前,《工伤保险条例》无法 解决因新冠肺炎引起的工伤认定问 题,有关部门也对《通知》的理解 不一,解读不同,争议不断,给工伤 认定工作带来困难,给新冠肺炎患 者和广大职工带来困惑。为此,在 疫情仍十分严峻的情况下,针对疫 情防控中暴露出来的有关工伤认定 的问题,需要及时出台新规,弥补漏 洞,完善规范,避免产生新的矛盾, 也有利于法规政策的贯彻执行。

3.2建议将医护人员作为特殊群体,对履行工作职责感染新冠肺炎的医护人员的工伤认定放宽条件

疫情肆虐,医护人员身处抗疫一线,尽管有相关防护措施和严格作业流程,但在工作环境中履行工作职责,随时随地都处在感染新冠肺炎的极大风险中。目前对履职的医护人员来说,感染新冠肺炎是看得见的实实在在的职业风险。因此,建议放宽"在新型冠状病毒肺炎预防和救治工作中感染"的严格限制,更有利于保障履行工作职责的医护人员外的"其他人员"也做进一步具体明确规定,以利于促进疫情防治工作更好开展。

工伤认定是工伤保险领域的一项重要工作,是决定工伤职工能否享受工伤保险待遇的前提条件。这项工作政策性强、覆盖面广、社会关注度高,事关用人单位和工伤职工切身利益,事关社会公平正义,事关社会和谐稳定。习近平总书记强调:"要把人民群众生命安全和身体健康放在第一位,把疫情防控工作作为当前最重要的工作来抓"。处于严重疫情的非常时期,人社部门更需与时俱进,特事特办,为疫情防控一线的"战士"撑起职业伤害的"保护伞",合力打赢这场疫情防控阻击战。

【参考文献】

[1]人力資源社会保障部,財政部,国家卫生健康 委.关于因履行工作职责感染新型冠状病毒肺炎 的医护及相关工作人员有关保障问题的通知(人 社部函[2020]11号][Z].2020.

新冠肺炎认定工伤与非工伤 的待遇比较

曾圣谡 李冬梅

(云南省人力资源和社会保障厅 昆明 650299)

【摘要】工伤认定是一项政策性极强的工作,精心精准做好新冠肺炎的工伤认定,对于全面打赢防控新冠肺炎这场阻击战意义重大。本文依据《工伤保险条例》、国家有关部门新出台的关于因履职感染新冠肺炎相关人员保障问题的文件、社会保险法等,对劳动者感染新冠肺炎引发的劳动关系、社会保险等问题,从工伤认定与否、用人单位参保与否进行政策解析和待遇差别比较,以期为切实做好抗击新冠肺炎疫情中的工伤认定工作提供参考。

【关键词】新冠肺炎;工伤认定;待遇;比较

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-73-3 doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.020

A Treatment Comparative Study of Different Identification of Industrial Injury in COVID-19 Zeng Shengsu, Li Dongmei(Department of Human Resources and Social Security of Yunnan, Kunming, 650299)

【Abstract 】 Identification of industrial injury is a work with strong policy nature. It is of great significance to carefully and accurately identify industrial injury in COVID-19. According to the regulations □ newly issued documents and the law, this paper analyzes the labor relations and social insurance caused by the workers' infection with COVID-19, and compares the policy and treatment difference between whether it is recognized as work injury and whether the employers participate in the insurance.

Key words COVID-19, identification of industrial injury, treatment, comparison

此次新冠肺炎疫情暴发后,人力资源社会保障部、财政部、国家卫生健康委联合下发《关于因履行工作职责感染新型冠状病毒肺炎的医护及相关工作人员有关保障问题的通知》(人社部函〔2020〕11号)规定,医护及相关工作人员因履职感染新型冠状病毒肺炎或因感染新型冠状病毒肺炎死亡的,"应认定为工伤,依法享受工伤保险待遇"。鉴于用工情形和伤害

情形的纷繁复杂,工伤案件一般属于一案一例,工伤认定实务中的争议并不鲜见,对此本文暂不讨论。本文仅就感染新冠肺炎认定为工伤与非工伤的相关待遇进行比较,以期精心精准做好新冠肺炎的工伤认定工作,助力打赢抗击新冠肺炎疫情阻击战。

由于用人单位是否参加基本养 老保险、基本医疗保险和工伤保险的 情况存在差异,相应费用也存在是由 养老保险基金、医疗保险基金、工伤 保险基金支付还是用人单位支付的差 别。对此,本文一并讨论。

1治疗费用

1.1工伤

依据《工伤保险条例》第三十条规定,"职工因工作遭受事故伤害或者患职业病进行治疗,享受工伤医疗待遇""治疗工伤所需费用符合工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准的,从工伤保险基金支付"。

【 收稿日期 】2020-2-18

【作者介绍】曾圣谡,云南省人力资源和社会保障厅劳动保障监察局副局长,主要研究方向: 劳动关系与工伤保险。

中國醫療保險 2020年3月第3期 73

2020-3内文定. indd 73 2020/3/4 21:34:29

如果用人单位没有参加工伤保 险,则治疗费用由用人单位支付,即 无论用人单位是否参加工伤保险,治 疗费用都不会由职工自己承担。

1.2非工伤

依据《工伤保险条例》第三十条 规定,"工伤职工治疗非工伤引发的 疾病,不享受工伤医疗待遇,按照基 本医疗保险办法处理"。

由于医保基金支付存在报销比例 问题,所以职工需自负部分医疗费用。 如果用人单位没有参加医疗保险,则 医疗保险报销治疗费用部分由用人单 位承担,职工自负部分自行承担。

作为乙类传染病的此次新冠肺炎 已被国家作为甲类传染病防治,国家 明确提出由财政兜底保障治疗费用。

2 治病期间的工资待遇

2.1工伤

依据《工伤保险条例》第三十三条规定,"职工因工作遭受事故伤害或者患职业病需要暂停工作接受工伤医疗的,在停工留薪期内,原工资福利待遇不变,由所在单位按月支付""停工留薪期一般不超过12个月。伤情严重或者情况特殊,经设区的市级劳动能力鉴定委员会确认,可以适当延长,但延长不得超过12个月。工伤职工评定伤残等级后,停发原待遇,按照本章的有关规定享受伤残待遇。工伤职工在停工留薪期满后仍需治疗的,继续享受工伤医疗待遇"。

无论用人单位是否参加工伤保险,停工留薪期职工应享受工作期间 工资福利待遇,每月由用人单位承担。

2.2非工伤

人力资源社会保障部、全国总工 会、中国企业联合会/中国企业家协会 、全国工商联《关于做好新型冠状病 毒感染肺炎疫情防控期间稳定劳动 关系支持企业复工复产的意见》(人 社部发[2020]8号)第三条第四项规 定: "对因依法被隔离导致不能提供正 常劳动的职工,要指导企业按正常劳 动支付其工资;隔离期结束后,对仍需 停止工作进行治疗的职工,按医疗期 有关规定支付工资。"将治疗期分为两 段:隔离治疗的,用人单位按照正常劳 动支付工资; 无需隔离治疗的, 用人单 位应当按照医疗期(按照工作年限长 短计算医疗期)的标准支付待遇:按 照原劳动部《关于贯彻执行〈中华人 民共和国劳动法〉若干问题的意见》 第59条规定,病假工资或疾病救济费 不能低于最低工资标准的80%。具体 要看各地是否还有本地的支付标准。

因此,无论是否属于工伤,治病期间的工资待遇都要由用人单位发放。 只不过是工伤的要按照原工资标准发放,且还包括福利;非工伤则分为隔离期正常发工资,以及医疗期不能低于最低工资标准的80%。

3 治病期间的劳动关系

3.1工伤

按劳动合同法第四十二条规定, 因工负伤的不得在劳动者无过错时解 除劳动合同;第四十五条要求劳动合同 到期的要顺延。因此,认定为工伤的,职 工的劳动关系不受影响,用人单位不 得因此而解除或终止劳动合同。

3.2非工伤

如果职工在医疗期内的,劳动合同法同样规定不得解除、终止与职工的劳动合同。按照人力资源社会保障部办公厅《关于妥善处理新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控期间劳动关系问题的通知》(人社厅明电[2020]5号)第一条规定,"不得依据劳动合同法第四十条、四十一条与职工解除劳动合同。在此期间,劳动合同到期的,

分别顺延至职工医疗期期满、医学观察期期满、隔离期期满或者政府采取的紧急措施结束"。

因此, 无论是否属于工伤, 都不影响治病期间的劳动关系, 用人单位都不得因此而解除或终止与职工的劳动合同。

4治疗后伤残(病残)待遇

4.1工伤

《工伤保险条例》第三十五、三十六条分别规定了鉴定为1-4级、5-6级伤残的伤残津贴标准。1-4级伤残的,由工伤保险基金按月支付伤残津贴(分别为本人工资的90%、85%、80%、75%),用人单位没有参加工伤保险的则由用人单位自行按月支付;5-6级伤残的,无论用人单位是否参加工伤保险,都由用人单位自行按月支付(分别为本人工资的70%、60%)。伤残津贴不得低于当地最低工资标准。

4.2非工伤

社会保险法第十七条规定,参加基本养老保险的个人,"在未达到法定退休年龄时因病或者非因工致残完全丧失劳动能力的,可以领取病残津贴。所需资金从基本养老保险基金中支付"。用人单位没有参加基本养老保险的,由用人单位自行支付。不过,这里的病残津贴的前提是完全丧失劳动能力,且全国目前没有明确的支付标准。

5 一次性伤残补助金待遇

5.1工伤

《工伤保险条例》第三十五、三十六、三十七条分别规定了鉴定为1-4级、5-6级、7-10级伤残一次性伤残补助金标准。其中,1-4级的分别为本人工资的27个月、25个月、23个月、21个月;5-6级的分别为18个月、16个月;7-10级

的分别为13个月、11个月、9个月、7个月。 均由工伤保险基金支付。用人单位没有 参加工伤保险的,由用人单位支付。

5.2非工伤

没有一次性伤残补助金。基于目前专家的说法,感染新冠肺炎治愈后对人体没有大的伤害,也就意味着职工治愈后不存在评残问题。认定为工伤的,也没有一次性伤残补助金。因此,无论是否属于工伤,都没有一次性伤残补助金。

6 离职的一次性待遇

6.1工伤

依据《工伤保险条例》第三十六 条、第三十七条规定,5-10级伤残职 工的劳动关系终止时,工伤保险基金 支付一次性工伤医疗补助金,用人单 位支付一次性伤残就业补助金。用人 单位没有参加工伤保险的,由用人单 位支付一次性工伤医疗补助金、一次 性伤残就业补助金

6.2非工伤

没有离职的一次性伤残补助。

基于目前专家的说法,感染新冠 肺炎治愈后对人体没有大的伤害,也 就意味着职工治愈后不存在评残问 题。认定为工伤的,也没有离职的一次性伤残补助。因此,无论是否属于工伤,都没有离职的一次性伤残补助。

7一次性死亡补助金待遇

7.1工伤

依据《工伤保险条例》第三十九 条规定,职工因工死亡,"一次性工亡 补助金标准为上一年度全国城镇居民 人均可支配收入的20倍"。用人单位没 有参加工伤保险的,由用人单位支付。

7.2非工伤

职工非因工死亡没有一次性死亡 补助金。 因此,是否认定为工伤,直接决定了是否能够享受一次性死亡补助金,这应该是工伤和非工伤之间最大的待遇差别。属于工伤的,则要看用人单位是否参加工伤保险,没有参加工伤保险的由用人单位承担。

8 丧葬补助金待遇

8.1工伤

依据《工伤保险条例》第三十九条规定,职工因工死亡,其近亲属可从工伤保险基金领取丧葬补助金,"丧葬补助金为6个月的统筹地区上年度职工月平均工资"。用人单位没有参加工伤保险的,则由用人单位承担。

8.2非工伤

依据社会保险法第十七条规定, 职工非因工死亡的,其遗属可以从基本养老保险基金领取丧葬补助金。但 没有丧葬补助金的具体标准。用人单位没有参加基本养老保险的,则由用 人单位承担。

因此,认定工伤的,工伤保险基金支付6个月的统筹地区上年度职工月平均工资的丧葬补助金;非工伤的,支付丧葬补助金(标准不明)。用人单位没有参加工伤保险或基本养老保险的,则由用人单位承担。

9 抚恤金待遇

9.1工伤

依据《工伤保险条例》第三十九条规定,职工因工死亡,其"供养亲属抚恤金按照职工本人工资的一定比例发给由因工死亡职工生前提供主要生活来源、无劳动能力的亲属。标准为:配偶每月40%,其他亲属每人每月30%,孤寡老人或者孤儿每人每月在上述标准的基础上增加10%。核定的各供养亲属的抚恤金之和不应高于因工死亡职工生前的工资"。用人单位没有参加

工伤保险的,则由用人单位承担。

9.2非工伤

依据社会保险法第十七条规定, 非因工死亡的,其遗属可以从基本养 老保险基金领取抚恤金。但没有抚恤 金的具体标准。用人单位没有参加基 本养老保险的,则由用人单位承担。

因此,认定为工伤的,支付不同 比例的抚恤金;非工伤的,支付抚恤 金(没有全国统一标准)。用人单位没 有参加工伤保险或基本养老保险的, 则由用人单位承担。

10 结语

由上分析不难看出,感染新冠肺炎是否认定工伤,差别主要在于死亡待遇中是否有一次性工亡补助金,具体而言,就是有没有84.718万元(按照2019年度全国城镇居民人均可支配收入42359元的20倍计算)的工亡补助金,以及供养亲属抚恤金。

工伤认定是一项政策性极强、直接关系职工切身利益的工作,特别是对新冠肺炎的工伤认定,务必按照国家新出台的有关文件的要求,精准做好认定工作,为全面打赢防控新冠肺炎疫情的阻击战贡献力量。

【参考文献】

[1]人力资源社会保障部,财政部,国家卫生健康委.关于因履行工作职责感染新型冠状病毒肺炎的医护及相关工作人员有关保障问题的通知(人社部函[2020]]11号][Z].2020.

[2]人力资源社会保障部,全国总工会,中国企业 联合会/中国企业家协会,全国工商联.关于做好 新型冠状病毒感染肺炎疫情防控期间稳定劳动 关系支持企业复工复产的意见(人社部发[2020] 8号)[Z].2020.

[3]人力资源社会保障部办公厅.关于妥善处理新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控期间劳动关系问题的通知(人社厅明电[2020]5号)[Z].2020.

(责任编辑:云岭)

利益相关方在英国药品目录 动态调整中的参与机制

吕兰婷 余浏洁

(中国人民大学公共管理学院/卫生技术评估与医药政策研究中心 北京 100872)

【摘要】英国NICE通过强调所有利益相关方公开透明积极参与HTA评估的决策转化,以判断药品是否值 得纳入NHS"报销"体系,在英国药品目录动态调整中发挥着重要作用。本文在我国医保目录动态调整的政策 大背景下,分析英国药品目录动态调整的利益相关方及其参与机制,以期为我国医保目录动态调整工作提供 经验借鉴。

【关键词】利益相关方;英国NICE;药品目录动态调整;参与机制

【中图分类号】F840.684 C913.7【文献标识码】A 【文章编号】1674-3830(2020)3-76-5

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2020.3.021

Participation Mechanism of Stakeholders in the Dynamic Adjustment of Drug List in the

UK Lu Lanting, Yu Liujie(School of Public Administration and Policy/ Health Technology Assessment and Health Policy Research Centre, Renmin University of China, Beijing, 100872)

[Abstract] NICE evaluates the cost-effectiveness of drugs through HTA to determine whether drugs are worthy of inclusion in the NHS "reimbursement" system and plays an important role in the dynamic adjustment of drug list in the UK. In the context of the policy of dynamic adjustment of China's medical insurance directory, this article analyzes the stakeholders and their participation mechanism of dynamic adjustment of drug list in the UK, in order to provide some experience for China.

[Key words] stakeholders, NICE, dynamic adjustment of drug list, participation mechanism

2019年4月17日,《2019年国家 医保药品目录调整工作方案》(下称 《方案》)正式发布,这是继2000年 版、2004年版、2009年版和2017年版 国家医保药品目录发布后的第五次 医保药品目录调整。在药品更新速 度如此之快的大环境中, 我国医保药 品目录的调整频率相对较低。医保目

录动态调整有利于医保基金的可持 续、目录内药品结构的优化。《方案》 明确指出, 医保目录动态调整需要药 物经济学的评估方法, 药物经济学 是卫生技术评估(Health Technology Assessment, HTA) 领域针对药品评 估的主要内容,属于卫生技术评估的 方法学范畴。

英国国家卫生医疗质量标准署 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 是英国药品 目录动态调整的第三方评估机构。作 为欧洲乃至全球在临床指南、卫生技 术目录调整、公共卫生、卫生技术评 估领域的佼佼者, NICE对药物的卫 生技术评估,特别是在评估过程中鼓 励所有利益相关方参与评估的过程, 非常值得我国学习借鉴。本文在我国 医保目录动态调整的政策大背景下,

【 收稿日期 】2019-10-26

【作者简介】吕兰婷,中国人民大学公共管理学院副教授,中国人民大学卫生技术评估与医 药政策研究中心执行主任,主要研究方向:卫生政策、卫生经济学、卫生技术评估。

【基金项目】国家社会科学基金(15BGL170)。

重点研究英国的利益相关方如何参与药品目录动态调整,具有极强的现实意义。

1 英国药品目录动态调整介绍 1.1英国药品目录简介

英国实施国家卫生服务制度,旨 在通过一般税收筹资为全体英国国 民提供医疗服务,其医疗保健体系绩 效在WHO全球评估中排名很高[1]。 在英国,凡获得药品监管机构市场 准入授权批准的药品,从上市之日起 就自动纳入英国国家医疗服务体系 (National Health Service, NHS)的药 品目录,为了充分利用NHS有限的资 金, NHS委托NICE对在英国上市的 部分被关注药品,尤其是高价创新药 进行HTA。独立委员会基于HTA评估 结果进行决策,将基于不同支付意愿 判断的不具有成本效益的药品列入负 目录(Negative List),被列入该目录 的药品将不再免费提供给NHS患者。

1.2英国药品目录动态调整中 HTA的应用

NICE内部的卫生技术评估中 心(Centre for Health Technology Evaluation)承担着HTA的大部分工 作,该中心负责的HTA项目包括技 术评估项目(Technology Appraisals, TA)、高度专业化技术评估项目 (Highly Specialised Technologies, HST)、诊断评估项目(Diagnostic Assessment Programme, DAP)、医疗 技术评估项目(Medical Technologies Evaluation Programme, MTEP), 干预程序评估项目(Interventional Procedures, IP), 其中对NHS中容易造 成卫生费用波动的昂贵创新药品进行 评估的主要是TA项目, 因此本文主要 按照TA项目来研究英国药品目录动态 调整的利益相关方及其参与机制。

2 英国药品目录动态调整的利 益相关方

英国药品目录动态调整过程中涉 及的利益相关方主要有评估委员会、 项目管理团队、证据审查组、被咨询 者、评论者以及决策支持单位。

2.1评估委员会是一个独立的 常设委员会

其成员由NICE公开招募,委员会成员任期3年。委员会成员一般来自NHS、学术界、药械行业、非专业背景但了解患者和公众对医疗卫生体系问题和看法的人员。评估委员会的成员入选后会被NICE分配到4个常务委员会中,成员在其任期内通常留在同一个委员会。并且所有的委员会都必须包括至少两名非专业人员,即患者、照护者、消费者或一般公众。这些委员属于兼职委员,除了公众代表,一般没有额外资助。

2.2项目管理团队由NICE内部 员工组成

团队包括中心主任、TA项目主任和副主任、内部项目经理、内部技术产管、内部技术顾问、内部联络主管、指南信息服务主管、编辑主管、公众参与项目(Public Involvement Programme, PIP)顾问、商业和管理准入项目(Commercial and Managed Access Programme, CMAP)团队、资源影响主管、实施顾问、路径主管、药物和技术方案采用主管等。

中心主任是最终负责人,确保根据公开的评估程序和方法进行评估。 TA项目主任负责管理和按进度完成评估工作,负责与英国健康部、其他相关国家机构和企业行业机构对接,同时也要确保评估按照公开的评估程序和方法开展。TA项目副主任负责完成主任分派的任务。内部项目经理负责规划所负责评估的工作时间

表, 确保遵循时间表和流程, 并与受 咨询者、评论员以及其他对评估反馈 意见的个人和组织联络。内部技术主 管是NICE内部负责评估技术方面的 分析师,包括与证据审查组(Evidence Review Group, ERG) 联络, 确定评估 范围,准备指南草案和向评估委员会 提供建议。内部技术顾问负责确保评 估的技术质量, 这涉及就技术问题提 供建议,并在适当情况下审查项目技 术主管的工作以对最终产出提供质 量保证,技术顾问还要确保评估中采 用一致的方法,即NICE推荐的评估 方法。内部联络主管负责指南的传播 和对NHS、患者、公众的交流工作。 指南信息服务主管负责支持技术主 管开题,确定评估范围,并负责搜索 评估相关的文献及其他信息。编辑主 管负责确保所有指南文件准确、清晰 和一致,并负责公众版指南的编辑。 PIP顾问支持并发展NICE工作计划 的公众参与, PIP顾问被分配到每个 评估中,并在整个评估过程中为患者 和照护者咨询组织,或他们的代表以 及个体患者、照护人员提供支持, PIP 顾问还为评估委员会的非专业人员 提供支持。商业和管理准入项目团队 负责管理准入活动,包括癌症药物基 金和患者准入计划联络处, 当需要商 业准入协议或患者准入计划来解决 主题中的特定不确定性时,该团队将 支持公司与英国NHS之间的商业合 作。资源影响主管与技术主管和临床 专家合作,制作与指南相关的成本计 算工具,这些工具包括资源影响报告 和模板,以帮助组织评估实施NICE 指南的财务影响;资源影响主管还负 责评估每个主题范围的潜在财务影 响。指南实施顾问提供从评估范围界 定阶段到出版后活动的支持,与内部 NICE团队、开发团队和外部组织联

络,以支持NICE指南的实施,包括开发实施支持工具。路径主管负责确保在卫生技术评价管理中心团队同意的情况下,在新的或现有的NICE路径中纳入新的指南,并负责临床指南的变化。药物和技术方案采用主管将与NHS合作,为采用诸如药物、诊断和监测设备、外科植入物和其他改善患者护理水平的技术提供一种系统的方法。

2.3证据审查组(ERG)是一个 独立于NICE的外部学术组织

该组织负责审查企业提交的证 据,也可能需要自行做一些额外的分 析。目前NICE证据审查组的成员单 位有9个: BMJ技术评估小组(BMJ-TAG)、约克大学评论与传播中心和 卫生经济学中心(CRD)、阿伯丁大 学卫生经济研究所和卫生服务研究 所(HERU)、Kleijnen系统综述有限 公司 (Kleijnen Systematic Reviews Ltd)、利物浦大学利物浦评论与实施 小组(LRiG)、埃克塞特大学半岛技 术评估小组(PenTAG)、谢菲尔德大 学健康与相关研究学院(ScHARR)、 南安普顿大学南安普顿健康技术评 估中心(SHTAC)、华威大学华威医 学院证据中心(Warwick Evidence)。

2.4被咨询者代表可参与部分 会议

被咨询者一般包括:代表患者和 照护人员的国家团体、代表医疗保健 专业人士的组织、持有或预期持有 药品上市许可的公司、卫生和社会照 护部、威尔士政府、NHS、医疗服务 提供方组织(Clinical Commissioning Groups, CCG)(随机选择2个)。所 有非公司的被咨询者均可提名临床 专家和患者专家参与评估讨论,患者 专家不仅仅是患者,还需要他对被评 估的药物治疗的疾病、治疗方法和流 程非常了解。公司代表只能提名临床专家。来自NHS和受邀参与评估的医疗服务提供方组织的代表也可提名NHS委托专家参加评估委员会会议。这些被提名的专家可以参加评估委员会会议,参与证据提供环节,参与部分讨论,但是并没有投票权。

2.5评论者主要是对既有的评估结果进行评论

NICE还会邀请和技术相关的评论机构参与评估,包括但不限于相关技术比较公司、任何相关国家合作中心(NICE委托制定临床和社会护理指南的小组)和/或相关公共卫生指导小组、其他相关研究小组(例如,医学研究理事会和国家癌症研究所)、其他团体(如NHS联邦、NHS商业药品部门、苏格兰药品联合会、药品和保健产品管理局、卫生和社会护理部),评论者可以提名临床专家和患者专家。评论者主要是对既有的评估结果进行评论,但在指南制定中的参与程度没有被咨询者高。

2.6决策支持小组是受NICE委 托的外部资源

该小组负责为NICE的TA项目提供必要的研究和培训。对于抗癌药的评价,还会邀请癌症药物基金的临床负责人或指定代表提交一份声明,并出席评价委员会会议的公开和非公开会议。

3 利益相关方的参与机制

英国药品目录动态调整涉及到英 国所有药品。NICE承诺到2020年所 有新上市药物以及大部分现有药品 新适应症都要经过卫生技术评估过 程,然后进入NHS。

NICE进行新药评估的频率相对较高。目前四个TA常务委员会每年分别召开11-12次委员会会议(一般

情况下每个月召开一次),每个常务委员会每次召开会议都能确定1-4个主题,意味着新药上市后在很快时间就能进入到NICE的评估流程中。评估一般需要40-49周,这个时间随着NICE-HTA新技术的确定还将加快(从40周缩短至32周甚至更短)。2010年和2011年NICE发布的TA指南分别有17个,2012年有19个,2013年和2014年分别有22个,2015年有33个,2016年有51个,2017年有63个,2018年有57个,近三年NICE发布的TA指南数量迅速增加。TA项目评估流程见图1。

每一个评估项目从开题到召 开评估委员会会议再到最终指南公 布的过程中,都有公开征求意见和 NICE主动联系公众参与机制,以便 从多个来源寻求相关证据、偏好和相 关意见。一个委员会会议的参会人员 通常包括评估委员会成员(包括评估 委员会主席、副主席和两名非专业人 员)、学术机构人员(例如卫生经济 学家)、NHS成员、NHS委托专家、临 床专家、患者专家、制药企业代表、 证据审查组成员、NICE员工和社会 公众。

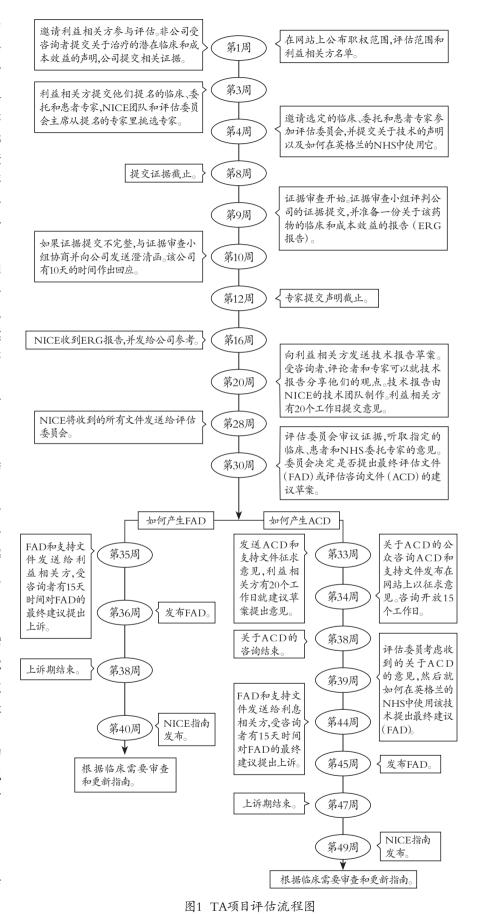
在每次评估开始时,NICE会从评估委员会成员中选出一个主要团队,帮助NICE团队编写卫生技术评估报告。主要团队通常包括3名委员会成员:1名成员关注临床有效性、1名成员关注成本效益、1名成员(通常是非专业人员)关注患者和照护人员证据。按照NICE制定的技术评估章程,评估委员会的委员们必须事先澄清本人及家属与被评估药物的生产企业没有利益关系,虚报或瞒报行为将受到法律制裁。评估过程中委员们始终坚守独立、科学、透明、经济评估、利益相关者参与的原则。

国际(地区)比较

通常情况下, 医药企业或指定的 数据收集分析机构(如大学)要在会 议召开之前向评估委员会提交包含 临床效果和成本效果方面的技术报 告。受咨询者、评论者,以及由他们提 名的临床专家、患者专家、NHS委托 专家也可以提交证据。再由证据审查 小组对提交的报告进行审核并向评 估会上报。作为范围界定过程的一 部分, NICE邀请被咨询者和评论者 就决议草案和草案范围发表评论, 参与咨询评估咨询文件(Appraisal Consultation Document, ACD) 和最终 评估文件 (Final Appraisal Document, FAD), 他们也可以对审查指南的建 议发表评论。评估委员会主席从受咨 询者和评论者提名的人员中选择2名 临床专家、2名患者专家,2名委托专 家,他们需要就NHS的技术及其使用 方式提交一份简短的书面个人陈述。 如果临床专家、患者专家和NHS委 托专家支持其提名组织提交的文件, 则无需单独提交声明; 如果专家认为 他们的意见在技术报告中得到充分 反映,不确定性的关键领域已得到解 决,他们也可以选择不参加评估委员 会会议。

以上提交的所有材料都由技术团队评估,技术团队由评估委员会主席或副主席以及NICE小组组成,NICE小组通常由卫生技术评估中心副主任、技术顾问和技术主管组成。技术团队负责评估制药企业提交的证据、证据审查组的评论以及其他咨询机构和评论者提交的资料,其目的是发现问题,得出初步的科学判断,并在讨论证据时向委员会提出建议。在适当的情况下,技术团队将征求主要团队、证据审查组和相关专家的意见。

每次委员会会议还会邀请医药 企业代表、社会公众代表列席参加,



中國醫療保險 2020年3月第3期 79

2020-3内文定. indd 79 2020/3/4 21:34:30

并充分考虑他们的意见和建议。英国有一个公民委员会,公民委员会由30名公众组成,纳入的公众反映了英国的人口特征。议员由一个独立组织招募,每位委员任期长达三年。公民委员会向NICE提供关于NICE在制定指南时必须考虑的总体道德和有关道德问题的公众观点。理事会的建议和结论被纳入一份名为"社会价值判断"的文件中,并酌情纳入NICE的指南方法中。NICE内部的PIP顾问将为公众参与到评估过程中提供支持。

对于抗癌药的评估,还要请癌症药物基金或指定代理人的临床负责人提交声明并参加评估委员会会议: (1)接收,考虑和解释有关NICE正在评估的抗癌药的临床和成本效益的证据,特别是当该药可能有资格获得癌症药物基金的资助时。(2)为评估委员会提供有关癌症药物基金如何运作,以帮助其决策的专家意见。

4 比较总结和启示

英国药品目录动态调整更多是 一个调出的过程,将不具成本效益的 高价药移出NHS药品目录。虽然昂贵 的药品一上市患者就能用,但事实上 大多数情况下各地NHS trust还是在 等NICE决策。由于卫生医疗体制的 不同,我国药品目录动态调整同时包 括调入和调出两个过程, 调入的药物 优先考虑国家基本药物、癌症及罕 见病等重大疾病治疗用药、慢性病用 药、儿童用药、急救抢救用药等,对 于价格较高或对医保基金影响较大 的专利独家药品将通过谈判方式准 入,对于不符合医保用药要求和条件 的将被调出。不过不论是调入还是调 出, 药品目录的动态调整都需要用卫 生技术评估的方法。

英国药品目录动态调整的机制

涉及的所有利益相关方都能够在较 深的程度上公开、透明、积极地参与 NICE对药品的卫生技术评估,并且 这个机制在实际中得到了很好的执 行。英国NICE是一个常设机构,其内 部长期正式员工主要起到统筹协调、 结果质控、交流反馈、实施评估的作 用,他们负责组织、管理评估项目; NICE常设的评估委员会也是面向所 有利益相关者招募, NHS、学术界、 制药行业人员, 患者、照护人员、消费 者或一般公众都可能成为评估委员 会的成员(每个评估委员会必须包括 两名非专业人员);如果说评估委员 会由于人数限制无法同时纳入所有利 益相关方的话,那么委员会公开会议 就是一个很好的弥补机会,每一个评 估项目的委员会会议都会邀请评估 委员会成员、学术研究人员、NHS成 员、委托专家、临床专家、患者专家、 制药企业代表、证据审查组成员、癌 症药物基金成员(如果评估的药物是 抗癌药)参加,并且所有与会者提出 的证据和建议都会被认真考虑。在此 之上,从开题到最终指南发布中间还 有三次公开征求意见的机会。

我国药品目录调整工作经过了漫长的机制调整过程,目前由2018年国家机构改革后新成立的国家医疗保障局牵头,在国家医疗保障局设立工作组,承担日常工作。同时还确定了咨询专家、遴选专家、测算专家、谈判专家。咨询专家主要负责对药品分类与数据分析提供咨询、论证药品评审技术要点、论证提出备选药品范围意见等;遴选专家负责对备选药品名单进行投票遴选;测算专家分别从医保基金影响分析和药物经济性两方面针对谈判药品提出评估意见;谈判专家负责与药品企业进行现场谈判。[2]

2019年6月, 在德国科隆举行了

第十六届国际卫生技术评估年会,会议围绕"2020年后的HTA"主题进行研讨。卫生技术评估相对药物经济学评价,能对卫生技术的技术特性、临床安全性、有效性、经济学特性和社会适应性进行更为全面系统的评价,为决策者提供更加科学合理的决策依据。政府应鼓励卫生技术评估工作的全面开展,而不仅仅局限于药物经济学评价。

随着医学模式的转变和"以患者 为中心"的理念深入人心, 患者参与 决策制定成为大势所趋, 医患共同决 策已逐渐成为一种被人们所提倡的 疾病治疗及临床决策模式。或许我国 在对药物进行卫生技术评估时也可 以借鉴英国NICE的经验, 由国家医疗 保障局牵头,制定药品目录动态调整 和卫生技术评估的方案(包括评估工 作流程和评估方法指南,提供参考案 例),将具体的评估工作委托给第三 方评估机构,参与评估的专家必须符 合回避制度。同时,为了让患者、照护 人员、药企代表、一般公众也通过更 加公开透明的方式参与到药品评估 的过程中来,在确定最终的评估结果 之前,应该召开1-2次公众意见征集 会议。虽然并不是相关方都应该被赋 予决定权,但作为利益相关者,他们 的意见和建议同样值得被考虑。在征 集了利益相关者的意见建议后,由医 疗保障局作出最终的决策,并将评估 结果和决策考量因素公布在官方网 站上接受公众的监督。

【参考文献】

[1]WHO.The World Health Report 2000[R]. Geneva.2000.

[2]中国政府网.2019年国家医保药品目录调整工作方案[EB/OL].http://www.gov.cn/xinwen/2019-04/19/content_5384349.htm.

(责任编辑:李晓楠)