

基于分级诊疗的医保支付方式改革 与公立医院管理

JIYUFENJIZHENLIAODEYIBAOZHIFUFANGSHIGAIGE
YUGONGLIYIYUANGUANLI

张 平 甘筱青◎著

 江西人民出版社
Jiangxi People's Publishing House
全国百佳出版社

基于分级诊疗的医保支付方式改革 与公立医院管理

JIYUFENJIZHENLIAODEYIBAOZHIFUFANGSHIGAIGE
YUGONGLIYIYUANGUANLI

张 平 甘筱青◎著



江西人民出版社
Jiangxi People's Publishing House
全国百佳出版社

图书在版编目(CIP)数据

基于分级诊疗的医保支付方式改革与公立医院管理/
张平, 甘筱青著. —南昌:江西人民出版社, 2018. 11
ISBN 978 - 7 - 210 - 10999 - 0

I. ①基… II. ①张… ②甘… III. ①医疗保险 - 支
付方式 - 体制改革 - 研究 - 中国②医院 - 管理 - 研究 - 中
国 IV. ①F842.684②R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 290407 号

基于分级诊疗的医保支付方式改革与公立医院管理

张 平 甘筱青 著

责任编辑:徐明德 陈 茜

出 版:江西人民出版社

发 行:各地新华书店

地 址:江西省南昌市三经路 47 号附 1 号

发行部电话:0791 - 86898801

编辑部电话:0791 - 88677352

邮 编:330006

网 址:www.jxpph.com

E-mail:95254804@qq.com

2018 年 12 月第 1 版 2018 年 12 月第 1 次印刷

开 本:787 毫米×1092 毫米 1/16

印 张:17.5

字 数:300 千字

ISBN 978 - 7 - 210 - 10999 - 0

赣版权登字 - 01 - 2018 - 968

版权所有 侵权必究

定 价:42.00 元

承 印 厂:南昌市红星印刷有限公司

赣人版图书凡属印刷、装订错误,请随时向承印厂调换

国家自然科学基金资助项目 (71263029)

国家自然科学基金资助项目 (71663034)

我国在 2009 年实施新医改以来,中共中央、国务院出台了一系列政策文件,旨在建立中国特色医药卫生体制,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,提高全民健康水平。例如:《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6 号),提出“建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制。城市医院通过技术支持、人员培训等方式,带动社区卫生服务持续发展。同时,采取增强服务能力、降低收费标准、提高报销比例等综合措施,引导一般诊疗下沉到基层,逐步实现社区首诊、分级医疗和双向转诊”。《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70 号),要求在公立医院试点城市和综合医改试点省份开展分级诊疗的试点,并明确到 2020 年我国要基本形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》(国发〔2016〕78 号),提出“要在分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管等 5 项制度建设上取得新突破,同时统筹推进相关领域改革”。

医疗卫生服务体系是一个完整的系统,各级各类、不同隶属关

系的公立医疗机构间要密切协作、优势互补、形成合力,打造整合式医疗。因此,只有将推进分级诊疗和公立医院改革有机联系起来,在建立分级诊疗制度中推进公立医院改革,在公立医院改革中完善分级诊疗制度,才能有效推进分级诊疗制度建设。医疗改革是一项复杂的社会系统工程,需要进行深入而全面的研究,同时付诸实践之检验。我前些年从事科研课题研究时经常用到系统工程、管理科学、博弈论等理论及方法,并且认为运用这些理论及方法,能够在深化医药卫生体制改革的研究中发挥较好的作用。因此,我组织了一批来自不同学科的教授和年轻博士,发挥多学科优势,进行协同创新。通过近十年的科研团队合作,我先后申报获批了美国中华医学基金会资助项目“城乡医疗服务体系运行中转诊的协作与管理创新研究”(项目编号:CMB-JHJ09-980)、国家自然科学基金会项目“全民医保条件下实现双向转诊的政策设计与医疗机构间协调研究”(项目编号:71263029),并以发表的系列学术论文为基础,于2014年7月出版了专著《城乡医疗双向转诊的机制与模式》。2015年我们再接再厉,申报获批国家自然科学基金会项目“医保支付方式与公立医院系统绩效的关系研究”(项目编号:71663034)。

围绕着新获批的国家自然科学基金会项目,课题组从2016年开始进行相关文献的研究和梳理,实地调研了江西省及外省十多家市县人民医院、大学附属医院、乡镇卫生院和村卫生所的现状和存在的问题。访谈对象包括县卫生局行政人员,医院管理人员、医生和患者,访谈近200人次。在此基础上分别设计了针对医院、医生和患者三个不同对象的调查问卷。在问卷分析的基础上研究了患者、医生和医疗机构的行为决策模型。在理论层面上研究了医院之间的合作协调机制;在政策层面上构建了相应的激励和约束机制。课题组完成了一系列的调查及研究,整理撰写论文近十篇,已投寄相关期刊进行审理。作为南昌大学管理科学与工程学科的博士生导师,我也将我的几个博士研究生引入公共卫生政策研究领域,作为课题组成员承担了部分工作。其中张平依托这个国家自然科学基金会项目,刻苦钻研,查阅了大量中外文献,深入各级医院进行调研,运用管理科学、博弈论中的相关理论及方法,定性分

析与定量建立数学模型相结合,比较全面地展开研究。

这本专著以张平的博士论文为基础与主体,同时采纳了课题组向维聂教授、胡凯博士、卢钱红博士研究生、陈振生博士研究生、戴雯杰、刘婷和魏来的部分研究成果。全书总撰由张平博士和我完成,共分九章。第一章回顾了我国医疗服务体系的建设过程、当前面临的主要问题和实施分级诊疗的战略意义;第二章从文献和案例分析两个角度分析了我国患者就医行为及城乡医疗需求分布规律;第三章以管理科学理论为工具,以问卷调查为基础研究了政策规制及医生和医疗机构的行为决策模型;第四章研究了不同层级医院之间的合作和利益协调机制;第五章研究了医师多点执业、家庭签约医师、医联体与基层医疗服务能力;第六章研究了社会医疗保险体系与医保支付方式的改革;第七章研究了公立医院改革与绩效评估;第八章研究与分级诊疗、公立医院改革密切相关的“医养结合”;第九章对分级诊疗与公立医院管理改革研究进行展望,分析了新形势下的新机遇和新问题,如移动互联网环境下医疗服务模式的创新,大健康产业发展及面向基层的医学人才培养与队伍建设等。

医疗卫生服务体系是一项极其复杂的、长期的系统工程。在项目研究过程中,课题组成员对卫生管理人员、广大医务工作者和相关专家进行大量访谈,研究分析确定了当前制约我国分级诊疗及其相关的医保支付方式改革与公立医院管理中的关键问题,从理论与实际、宏观与微观试点相结合的角度,研究探索当前我国建立分级诊疗制度和公立医院改革之间的有机联系、作用机理和实施办法,力图为深化我国医疗卫生事业改革、保障人民身心健康做出贡献。

2017年政府工作报告中,有三处重点布局了医疗健康事业的下一步发展,提出了“推进健康中国建设”的重点工作任务,可以将其归纳为“增加投入、振兴产业”两个主要方面。“增加投入”不仅指增加医保投入,还包含完善大病保险制度、启动医联体建设、推动分级诊疗及家庭医生政策等重点内容;而“振兴产业”则包括对中医药事业、医养结合等相关产业的大力支持。习近平总书记在党的十九大报告中要求“积极应对人口老龄化,构建养老、孝老、

敬老政策体系和社会环境,推进医养结合,加快老龄事业和产业发展”。构建科学的社会养老服务模式,实现医养结合,已成为医疗卫生体制改革需要面临的重要议题。

为推动系统工程在公共卫生管理中的应用,促进中国养老、医疗事业的发展,2018年6月9—10日,江西省系统工程学会与南昌大学管理学院、庐山幸福里尊老颐养社区进行合作,在九江举办江西省系统工程学会2018年学术研讨会,主题为:医养结合,健康中国——系统工程在养老服务体系与医疗卫生管理中的理论与应用。东林寺侧,石门涧旁,春光明媚。我们聚首庐山“幸福里”,畅论“医养结合,健康中国”。在这次研讨会上,张平博士关于该书的撰写主线及部分内容,与参会代表展开了广泛的交流与讨论,获得不少好的建议,并且补充了“医养结合”的内容。医养结合确实与“分级诊疗”“医保支付方式改革”“公立医院管理”密切相关,与医疗卫生体制改革密切相关。这也将成为我与科研团队今后致力研究的重要方向。

甘筱青

2018年6月18日

第一章	推进分级诊疗与公立医院管理的由来与发展	(1)
1.1	中国医疗服务体系的建设与改革	(1)
1.2	现存医疗服务体系的主要问题	(6)
1.3	推进分级诊疗的战略意义	(9)
1.4	分级诊疗与公立医院改革	(11)
第二章	患者就医影响因素与城乡医疗需求分布	(14)
2.1	患者首诊单位分布及影响因素	(14)
2.2	患者转诊意愿及影响因素	(17)
2.3	全民医保条件下城乡医疗需求的分布	(21)
2.4	分级诊疗与全科诊所发展	(25)
第三章	分级诊疗的政策规制与各方博弈	(29)
3.1	分级诊疗的政策规制与绩效研究	(29)
3.2	基层医疗机构医生首诊与上转决策研究	(40)

3.3	上级综合医院医生的诊疗与下转决策研究	(46)
3.4	城乡医疗机构推进分级诊疗的实践	(58)
第四章	分级诊疗与双向转诊	(62)
4.1	城乡医院转诊合作的系统建模与仿真	(62)
4.2	城乡医院双向转诊的合作模式	(69)
4.3	基于信誉激励的城乡医院转诊合作机制	(79)
4.4	城乡医院转诊合作的收益分配	(82)
第五章	在分级诊疗中提升基层卫生服务能力	(90)
5.1	农村“一村一室”政策的可持续性研究	(90)
5.2	提升村卫生室服务能力研究	(99)
5.3	医师多点执业与家庭医生签约服务	(103)
5.4	有效推进医联体建设	(107)
第六章	社会医疗保险体系与医保支付方式改革 ...	(112)
6.1	中国医疗保险制度的形成与改革	(112)
6.2	基本医疗保险方式整合与稳定可持续机制	(115)
6.3	医保支付方式及其对公立医院的影响研究	(117)
6.4	DRGs 与医保支付方式改革	(125)
第七章	公立医院管理的改革与实践	(137)
7.1	芦溪县人民医院综合改革实践	(137)

7.2	国有企业医院改革研究	(140)
7.3	公立医院医药分开综合改革研究	(149)
7.4	共同代理条件下补偿机制对公立医院的影响研究	(155)
第八章	医养结合与健康中国建设	(174)
8.1	医养结合的养老模式与创新	(175)
8.2	医养结合医疗服务体系建设研究	(182)
8.3	“互联网+”社区卫生健康管理模式研究 ...	(189)
8.4	九江时间银行互助养老模式分析	(201)
8.5	庐山幸福里颐养社区医养结合的实践	(217)
第九章	基于分级诊疗的医疗卫生体制改革展望 ...	(225)
9.1	新时代解决人民医疗与健康保障不均衡不充分 的问题	(225)
9.2	移动互联网环境下医疗服务模式的创新 ...	(227)
9.3	大健康产业发展研究	(236)
9.4	面向基层医学人才培养与队伍建设	(241)
	参考文献	(249)
	后 记	(269)

第一章 推进分级诊疗与公立医院管理的由来与发展

在人类历史的进程中相当长的时期内,由于缺乏医药技术和卫生条件,常见的感冒、咳嗽、闹肚子等症状也会致人死亡。在战争与灾荒时,往往会有大量人口死于流行疾病。20 世纪初期,呼吸道与肠道系统的疾病曾经是我国人口死亡的首要原因。这些疾病的产生,主要是因为缺乏公共卫生医疗体系和日常生活环境中糟糕的卫生状况所致。因此,建立现代医疗和公共卫生系统是降低人口死亡率的关键因素。

1.1 中国医疗服务体系的建设与改革

1.1.1 中国医疗服务体系的建设

1928 年 10 月,中华民国国民政府卫生署于南京成立。卫生署成立后在国际联盟卫生组织的指导下开始在全国各地组建卫生事务所。1931 年,公共卫生学家、卫生署保健司司长金宝善(后任中华医学会会长)赴欧洲考察,比较各国卫生制度后,结合我国的实际,决定参照南斯拉夫模式在我国建立一个全国统一的多级公共卫生体系,包括一些研究和教育机构,并开始在全国推广县级卫生服务试点。在卫生署指导下,我国公共卫生进步明显。当时的法律规定地方税收 5% 必须用于卫生建设。截止到 1936 年,我国有 18 个省建立了省级卫生中心,3 个准省级卫生中心,181 个县级卫生院,86 个区卫生分院和 96 个乡镇卫生所。到 1937 年,每个县级卫生院配备有全职的卫生官

员、多名公共卫生护士和助产士,负责中心的门诊、住院设施、诊断实验室、药品和消毒、卫生教育和管理;每个区级卫生所配备一个卫生官员和护士,负责日常门诊、接种疫苗、儿童和学校的卫生和改善当地的卫生条件;乡级卫生所有一个经过助产士和公共卫生培训的护士,负责日常门诊、接生、胎儿和新生儿的照顾、当地学校的卫生、接种天花疫苗和卫生教育;在最基层,由当地经过培训的卫生工作者报告出生、死亡、接种天花疫苗、提供日常的灭菌和卫生工作。1937年,在日内瓦举行的国联远东政府间乡村卫生会议上,中国实行的将县、区、乡联系在一起的卫生制度获得好评。

二次大战时期,日本入侵给中国近代的医疗卫生建设带来了巨大的破坏,建设全国县级卫生体系的计划被迫搁浅。1949年新中国成立后,持续多年的战争终于结束,国家进入和平稳定时期。新中国采取国家医疗政策,二十世纪三十年代推行的大众公共卫生运动的特征被保持下来。1951年秋,新中国开始恢复和重建县级卫生服务体系。到1958年,我国终于实现了每个县都有一所医院的计划。在防疫方面,截至1961年,霍乱、鼠疫、天花三大传染病被消灭。传染病大规模流行在我国终于成为历史。

1958年,随着农村人民公社的建立,原有的农村联合诊所、保健站和个体医务人员全部并入公社,国家举办的区卫生所也多数下放到公社管理。公社卫生院是具有防治结合、中西医结合、医药结合性质的综合性医疗卫生机构,相当于现在的乡镇卫生院。1960年2月2日,中共中央转发了卫生部《关于农村卫生工作几个问题的意见》,对农村乡镇卫生院组建提出了统一要求,要求各地在公社设卫生院。在偏远的山区、老区和少数民族地区则由国家开办卫生院。到1960年底,全国已有乡镇卫生院24849所,随后数量稳步增长,到1965年达到36965所。“文革”期间,乡镇卫生院的规章制度被破坏,但并未影响卫生院的机构和人员数量,1975年乡镇卫生院有54026所。1978年,国家开始进行改革开放,由城市下放的医务人员相继离开农村回城,但这对农村卫生院的发展影响并不大,主要原因是1978年10月,卫生部、财政部等五部委发布了《全国农村人民公社卫生院暂行条例》,对国家开办的卫生院在财

务上实行全额管理、定向补助、节余留用制度,对集体办的卫生院国家给予一定程度的经济补助。该条例促进了乡镇卫生院的发展。至1980年,全国乡镇卫生院有55413所。

新中国成立后,某些农村出现了由群众自发集资创办的具有公益性质的保健站和医疗站。例如1955年初,山西省高平县(今高平市)米山乡最早实行“医社结合”,采取社员群众出“保健费”和生产合作社公益金补助相结合的办法,建立了合作医疗制度。1958年实现“人民公社化”后,合作医疗发展较快。1960年全国约有40%的农业生产大队举办了合作医疗制度。1966年后,农村合作医疗的覆盖面迅速扩大。到1980年,全国农村约有90%的行政村(生产大队)实行了合作医疗。农村合作医疗建立于集体经济基础之上,农民基本上不出资或只交纳小额费用。农村合作医疗为广大农民提供了基本的医疗保障服务,极大地促进了我国农村健康状况的改善,曾被世界卫生组织(WHO)誉为发展中国家的典范。

新中国成立初期,国有企业选址相对偏僻,企业职工人数众多,面临就医就学困难。在计划经济和供给制背景下,国有企业学习苏联企业办福利模式建设企业附属医院和学校。改革开放前国家实行劳保医疗和公费医疗制度,使得企业医院得到了一定的发展。据不完全统计,我国国有企业医院7000余家,企业医疗机构数约占全国医疗机构数的1/3。部分企业医院规模比较大,硬件条件甚至达到三甲水平。企业医院成为我国卫生资源的重要组成部分,为稳定职工队伍和振兴地方经济发挥了重要作用。

1.1.2 中国医疗服务体系的改革

20世纪80年代初,我国开始改革开放。政府在医疗卫生领域实施市场化改革,强调自主经营、自负盈亏、提高效益。由于政府投入大幅削减,使得医疗卫生的公益性日渐淡化,民众医疗负担不断加重。国家意识到政府介入医疗卫生领域的必要性和重要性,于2009年提出“新医改”,重新强化政府的责任和义务,开始涵盖从基本医疗保障制度、基本药物制度、基层医疗卫生服务体系到基本公共卫生服务的全方位改革。

由于政府卫生投入不足,医药费用上涨过快,“看病难、看病贵”问题日益严峻,群众反映强烈。突出矛盾是医药卫生事业发展水平与经济社会协调发展要求和人民群众的健康需求不相适应,表现在城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,公共卫生和农村、社区医疗卫生工作比较薄弱,医疗保障制度不健全,药品生产流通秩序不规范,医院管理体制和运行机制不完善。为了满足人民群众日益增长的医药卫生需求,实现人民共享改革发展的成果,促进经济和社会全面协调可持续发展,维护社会的公平和正义,党在十七大报告中明确提出要强化政府责任和投入,建设覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

按照党的十七大精神,为提高全民健康水平,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,中共中央、国务院制定并通过了《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》)和《2009—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》(以下简称《方案》)。《意见》提出了“有效减轻居民就医费用负担,切实缓解‘看病难、看病贵’”的近期目标,以及“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标。《方案》明确了从2009年到2011年,各级政府预计投入8500亿元,重点抓好五项改革:一是加快推进基本医疗保障制度建设;二是初步建立国家基本药物制度;三是健全基层医疗卫生服务体系;四是促进基本公共卫生服务逐步均等化;五是推进公立医院改革试点。推进基本医疗保障制度建设,将全体城乡居民纳入基本医疗保障制度,切实减轻群众个人支付的医药费用负担。建立国家基本药物制度,完善基层医疗卫生服务体系,方便群众就医,充分发挥中医药作用,降低医疗服务和药品价格。促进基本公共卫生服务逐步均等化,使全体城乡居民都能享受基本公共卫生服务,最大限度地预防疾病。推进公立医院改革试点,提高公立医疗机构服务水平,努力解决群众“看好病”问题。

五项重点改革涉及医疗保障制度建设、药品供应保障、医药价格形成机

制、基层医疗卫生机构建设、公立医疗机构改革、医疗卫生投入机制、医务人员队伍建设、医药卫生管理体制等关键环节和重要领域。推进五项重点改革,目的是从根本上改变部分城乡居民没有医疗保障和公共医疗卫生服务长期薄弱的状况,扭转公立医疗机构趋利行为,使其真正回归公益性,把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,实现人人享有基本医疗卫生服务。这是我国医疗卫生事业发展从理念到体制的重大变革,也是构建和谐社会,贯彻落实科学发展观的本质要求。

2009年到2011年,围绕医改出台的医药行业政策可谓是历年来最密集的,给医药及相关行业带来了相应变革,加速了医药行业迈向健康可持续的发展轨迹。根据国务院医改办公室起草的《深化医药卫生体制改革三年总结报告》(以下简称《报告》),新医改五项重点改革任务全面完成。《报告》指出,经过三年改革,以职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗为主体,城乡医疗救助制度为兜底,商业健康保险及其他多种形式医疗保险为补充的中国特色医保制度体系初步形成,为城乡居民“病有所医”提供了制度保障。截至2011年底,城乡居民参加三项基本医保人数超过13亿人,覆盖率达到95%以上。

基层医疗卫生服务体系是群众看病就医的重要平台。三年来,中央投资630多亿元,支持了3.3万所县级医院和城乡基层医疗卫生机构建设,各级政府也进一步加大了资金投入。这是新中国成立以来基层医疗卫生服务体系投入最多、建设规模最大、条件改善最明显的时期。经过三年建设,覆盖城乡的基层医疗卫生服务网络更加健全,功能更加完善,面貌焕然一新。

国家基本药物制度初步建立。2011年7月底基本药物零差率销售在政府办的基层医疗卫生机构全面实施。以基本药物制度撬动基层医疗卫生机构综合改革,2011年底基本完成改革任务,建立起了公益性的管理体制、竞争性的用人机制、激励性的分配机制、规范性的药品采购机制、长效性的补偿机制等五大运行新机制,基层医疗卫生机构结束了几十年“以药补医”的历史。公立医院改革试点有序推进,便民惠民措施全面推行,多元办医格局加快推进。全国城乡

普通实施十类基本公共卫生服务和七大类重大公共卫生服务项目。

2009年至2011年全国财政医疗卫生累计支出15166亿元,与2008年同口径支出基数相比,三年新增投入12409亿元,比既定的8500亿元增加了3909亿元。统计数据表明,我国个人卫生支出占卫生总费用的比重连续下降,2008年为40.4%,2009年为37.4%,2010年为35.3%,2011年为34.8%,2012年为33.4%。病人个人负担逐年减轻。

新医改后,随着医保政策的完善,我国卫生服务需求持续增加,全国卫生总费用持续增长。2012年全国卫生总费用比上年增长4568.5亿元,增长18.8%。医院门诊量增速高于基层医疗卫生机构。2012年全国门诊总量增长9.9%,而基层医疗卫生机构占门诊总量的比重下降1.1%。国家卫生计生委统计信息中心主任孟群认为,物价上涨、新的医疗技术普及使用、医保报销范围及比例的扩大等因素都对病人费用增长产生影响。而病人偏好到综合医院就诊也是一个重要原因。各地应进一步完善医保支付方式改革,探索实施以基层首诊,双向转诊为核心的分级诊疗体系,优化卫生资源配置,控制医疗费用增长,进一步缓解“看病贵”问题。

1.2 现存医疗服务体系的主要问题

我国卫生事业曾在二十世纪八十年代初被世界卫生组织推荐为发展中国家较好地解决老百姓看病就医和公共卫生问题的典范。婴儿死亡率新中国成立前大约是千分之二百。这是相当高的比例。从五十年代到八十年代,我国的婴儿死亡率一直呈大幅度下降趋势。我国健康水平的总体评价是总体上达到发展中国家的较高水平。这主要得益于环境卫生的改善、营养和重视疾病预防工作以及适宜卫生技术的采用。二十世纪八十年代我国开始改革开放,政府在医疗卫生领域实施有限干预和市场化改革,随着医药分家,医疗机构分级管理,医院产权制度改革,医疗服务业开放,中外合资、合作医疗机构管理暂行办法等措施的出台,营利性医院的涌现和企业化运作使得民众医疗负担不断加重。“看病难,看病贵”日益严峻。改革开放以后我国经济持