

从十九大报告看医保支付改革的高点和重点

□ 杨燕绥

党的十九大报告提出深化医改的“三个制度一个体系”，即“全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，健全现代医院管理制度”，重点突出了全面建立、制度性建设和体系性改进的发展战略。

2016年，我国经济社会发生了一系列重大变化。一是卫生总费用支出达到国内生产总值（GDP）的6%，国民预期寿命大于76岁。这是经合组织（OECD）国家进入初级老龄社会的平均水平。从健康投入和产出的总水平来看，中国进入了健康长寿型经济阶段；在投入产出总量达标之后，发展模式必然进入结构调整和提升质量阶段。二是第三产业产值超过GDP的50%，标志中国的经济基础进入了服务型社会，服务型政府建设也将进入实质发展阶段。转变发展模式需要调整国家行政体制和公共服务机制，否则会出现上层建筑阻碍经济发展的问题。医疗保险经办管理模式也需要与时俱进，从管基金到建机制转变，从会计工作模式到综合治理模式转变。

一、医保支付改革的高点是建区域总额控制指数，激活医疗机构控费积极性

医疗保障水平应当与经济发展水平相适应。目前，我国医疗保险费

率约为工资总额的8%，各地区的实际费率为3%—11%，与实行社会医疗保险制度的国家进行比较，这个费率属于中上等水平，几乎没有增加费率的空间。在这样的背景下，更要坚持以收定支的财务原则，在加强医疗保险基金征缴的基础上，实行年度支出的总额控制。但是，医保基金支出的总额控制，不是控死对协议医疗机构的支付额，而是在区域内打造有序竞争空间，激活医疗机构合理控制成本和提高服务质量的内升机制。

在“十二五”期间，人社部等三部委出台的《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》提出医保基金收支预算管理和加强总额控制的目标。各地积极探索，在预算基数、总控目标、评价指标、执行机制等方面取得了进展，大部分地区建立了医保基金支出预算制度和增长制约机制，将年度医保基金支出的总体控制目标分解到协议医疗机构，继而严控费用增长和个人自费负担，实现了总额控制目标，确保医疗保险基金收支平衡、略有结余。但在“十二五”期间，中国卫生总费用增长速度还是很快，2015年为15%以上。2016年由世界银行、世界卫生组织及中国财政部、卫计委和人社部三部委联合发布的《中国医药卫生体制改革联合研究报告》测算，若不深化改革，2015年至2020年，

中国的卫生支出将以每年9.4%的速度增长，而同期GDP年均增速预计约为6.5%，2015年卫生支出占中国GDP的5.6%，2035年这一比例将超过9%。《报告》提出，经济增长放缓对当前卫生支出水平的持续增长提出较大的挑战，给中国的建议是“资源下沉、质量提升”。这需要进一步调动医疗机构和医生的积极性，建立合理接诊、控制成本和提高质量的激励机制。

2017年6月，国务院办公厅印发的《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（简称《指导意见》）提出，有条件的地区可积极探索将点数法与预算总额管理、按病种付费等相结合，逐步使用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构，总额控制。根据各医疗机构实际点数付费，促进医疗机构之间分工协作。有序竞争和资源合理配置。《指导意见》要求实现医保基金支出总额控制制度升级，建立医保基金年度支出总额控制的指数和运行机制。一要完善预算基数和规则，基于地方经济发展水平建立区域医保基金支出的年度动态增长指数；二要改善将总体控制目标简单分解到协议医疗机构的做法；这种会计做法容易淡化医保经办机构的存在价值，难以调动医疗机构控成本、提质量的积极性。中国医疗保险制度正在进入按质量付费时代，管理模

式将从管基金到建机制转变,即打造三医联动机制、打造医疗机构之间有序竞争机制。因此,总额控制不是控死,而是激活,激活需要空间,在医保基金统筹区域内(甚至是大区乃至全省联动)给医疗机构创造有序竞争的空间,这是本轮医保支付方式改革的制高点。

二、医保支付改革的重点是完善点数法和预付制,支持医疗机构预算管理

医保支付方式升级版即从数量付费法转向质量付费法。重点工作是基于疾病诊断相关分组(DRGs)开发医保基金支付的点数法和按月预付制度。

医保基金支付的点数法即指基于医保基金区域支出的预算总额,参考当地DRGs历史成本的平均值确定点数,每月按医院服务点数预付费用,年末根据服务点数分配预

算总额,建立结余留用、超支共担的医保预付制度(DRGs-PPS)。点数法的意义如下:一是凸显医疗机构和医生组的工作难度、风险和成本,引导住院费用向大病倾斜,支持地方综合医疗机构提高大病不出市的治疗能力;引导门诊费用向基层医疗机构倾斜,实现基本医疗服务的可及性,提高医保基金的使用效率。二是增强医保机构驾驭医保基金的控制能力,在区域支出总额被有效控制以后,根据医疗机构的绩效,运用点数法分配医保基金,辅之以评估和调整,可以建立游刃有余的支付机制,不仅可以实现三医联动,而且可以确保医保基金收支平衡和有效使用。

预付制即指经过集体协商形成医保支付值并按月支付,定期向社会发布信息披露报告,建立医保支付信息共享平台。预付制的意义在于促进医疗机构提高预算管理和科

学规划的管理水平,这是二医联动的核心问题。现代医院不同于传统的事业单位,是能够履行区域卫生规划责任的、专业化程度高的、运营绩效好的医疗机构。以往医保基金实行后付制,不利于医疗机构的预算管理。而公布点数法的形成规则和支付标准的相关信息,是建立社会治理和社会契约管理机制的核心问题,也是本次医保支付方式改革的重点工作。

综上所述,贯彻党的十九大报告提出的深化医改的“三个制度一个体系”,要用好医疗保险基金的指挥棒,支持现代医院管理制度,支持基层医疗机构能力建设。优质高效的医疗机构和卫生服务体系可以降低医疗成本和提高医疗质量,这是医疗保障制度持续发展的必由之路。(摘自《中国劳动保障报》)R

编辑 周俊

| 东鳞西爪 | DONGLINXIZHAO

DOI:10.19424/j.cnki.41-1372/d.2018.01.013

为什么“至尊”一定要是“九五”

□ 郭灿金

“九五之尊”也可称为“九五至尊”。在汉语语言环境中,“九五”绝不可等闲视之,“九五”是个特定的概念,“九”“五”两个数字有着至高无上的象征意义,只有特定的人才能享有和使用这样一个概念,这个人就是皇帝。那么,为什么“至尊”一定要是“九五”呢?这就需要对“九”和“五”两个数字作一番具体解析。

一般认为,中国古代把数字分为阳数和阴数,奇数为阳,偶数

为阴。阳数中九为最高,五居正中,因而就以“九”和“五”象征帝王的权威,称之为“九五之尊”。

也有人认为,“九五”一词的起源和《易经》密切相关。《周易》六十四卦的首卦为乾卦,乾者象征天,因此也就成了代表帝王的卦象。乾卦由六条阳爻组成,是极阳、极盛之相。六个阳爻,从下向上数就是:初九、九二、九三、九四、九五、上九,“初”就是第一位,依次向上推,到六位(六位是上位,在乾卦中,就是“上九”)。为什

么放着比“九五”还要高的“上九”不去,皇帝却只占定“九五”呢?这是因为比“九五”再高的地方是“上九”了,而“上九”的位置,就是“亢龙”,过犹不及,结局只能是“亢龙有悔”,这往往意味着倾覆、亡、失、败、退。所以,中国古代的皇帝就老老实实地呆在了“九五”这个位置上。

从另外的角度看,九五都是乾卦中最好的爻,乾卦是六十四卦的第一卦,因此九五也就是六十四卦三百八十四爻的第一爻了,它代表帝王之相也就不足为奇了。

这样的观念在整个社会慢慢推广开来,于是人们自然就把“九五”直接和皇帝联系起来,用“九五之尊”或“九五至尊”来代指皇帝。(摘自《天津日报》)R

编辑 王珊珊