

加强智能审核系统建设 推进医保支付方式改革

清华大学医院管理研究院 杨燕绥 仇琰

今年初爆出的安徽某医院医务人员、参保患者合谋骗保事件，反映出我国医保机构的监控能力十分有限，尚停留在资金面的“出纳型”管理。医保人在医院门外做算数题，注定要输给亲临医疗一线的人员，这是一场不对等的游戏。实现医改预期目标，亟待医保人借助智能审核工具融入医疗过程，培育与医疗机构和重点医生组的对话能力。

信息不对称导致道德风险

在1998年至2014年间，我国完成了从免费型劳动保险向缴费型社会医疗保险的转型，建立了社会统筹的医疗保险基金和覆盖13亿人口的医疗保障制度，这是一个世界瞩目的事件。但是，医保经办机构人员不足10万人，不得不通过“切豆腐式”的总额控制来保证医保基金的收支平衡，对于各种骗保行径缺乏防控能力。

2014年8月，人社部发布了《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》，要求引入智能审核工具，找到与医疗机构和医务人员对话的途径，从而解决医保人员和医务人员之间信息不对称问题。这是一个划时代的转变，医保人从医院门外的“警察”成为走进医院门内的参保患者的“代理人”。

智能审核系统及其建设

医保智能审核系统是通过人工智能解决医保机构和医疗机构信息不对称的有效工具。智能审核系统建设的主要环节如下：

专家团队和工作机制。以德国为例，德国有一个由130多名经验丰富的临床医生和药剂师组成的专家库，负责建设诊疗标准知识库、用药规则知识库、医保政策知识库，并负责回答这些知识库在运行过程中出现的疑难问题。由此做到，医保改革走到哪里，智能审核跟进到哪里。

技术团队和工作机制。将上述知识库人工智能化，并嵌入医保、医护的工作系统，实现全面、全程和实时监控与评价医疗服务行为。这需要各地医保经办机构培育专业人员，并与第三方专业机构订立长期合作协议，共建智能审核系统的工作团队。同时，与协议医疗机构和主要科室医务人员建立长期的对话平台，不断改善智能审核工具，令其具有事前引导医生、事中监控预警和事后责任追溯的功能。嵌入医生工作站的智能审核系统，解放了医务人员的生产力，实现了医生无纸化工作模式，特别是对偏远地区的基层医疗机构而言，还具有辅助学习的功能。智能监控将医疗行为分为三类，即正常行为的绿灯状态、疑似违规的黄灯提示、明显违规的红灯警示，从而改变了医保事后审查和处罚的局面，改善了医保机构和协议医疗机构之间的合作关系，大大降低了道德风险。

推进医保支付方式改革重在加强智能审核系统建设

2017年国务院办公厅发布的《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，一举将中国医改推进定价机制和医保预付制改革的深水区。《意见》要求健全医保支付机制和利益调控机制，实行精细化管理，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展，切实保障广大参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展。

医保支付方式改革在北京、浙江金华、广西柳州、云南玉溪等地已经全面启动且初见成效，医保人在实干中取得了十分宝贵的经验和教训。最重要的经验之一，即加强智能审核系统建设，做到智能审核、疾病分组、医疗机构绩效评价和医保支付的一致性。目前，有些统筹地区对智能

审核与支付方式改革选择了不同的服务商，由此加大了工作成本和人为障碍。有些服务商为降低成本，只提供一次性软件服务，不提供现场的、持续的、递进的智能服务，不能及时解决医保医疗对话中出现的新问题，反而束缚了医保机构的手脚。

从五个方面加强智能审核系统建设

为保障医改的顺利进行，加强智能审核系统建设不容弄虚作假和掉以轻心，应从以下五方面入手：

第一，跟进协议医疗机构标准化建设，走进病案管理，这是进行定价机制改革的前提条件。在实行病种和疾病分组付费的过程中，疾病编码、病案首页信息，乃至使用临床路径与出径情况等现代医疗机构标准化、信息化建设，均应当纳入医保智能审核的范围，由此夯实按照随机均值原理进行定价机制改革的基础，引导中国顺利走出政府直接和间接定价的困境，并绕开趋利型市场定价的陷阱。

第二，跟进疾病分组工作，建立医保、医疗机构和重点医生组的对话平台，这是进行定价机制改革的核心工作。疾病分组是实行随机均值定价的工具，应当尊重医生的集体行为和历史数据，找到正态分布的中间值，作为医保支付谈判的依据。但是，长期以来我国医疗机构尚未实现标准化和信息化管理，可以统计的信息和可利用的数据十分有限。还有一些医保机构不能通过智能审核系统抓取数据，所采集的上报数据存在虚假现象。有些地区的医疗机构在医保支付改革后吃了亏才承认以往上报数据是假的。所以，此项工作不能一蹴而就，需要医保机构和医疗机构依据医疗服务协议建立长期的对话平台，不断修正和完善分组质量，令其贴近医院和医生组的真实情况。改革一段时间后，医疗机构如果面对部分疾病组有盈余、部分疾病组有亏损的情形，如何保留与舍弃？以地区综合型三甲医院为例，要保留盈余的疾病组，对于亏损的疾病组需要采取二分法：常见小病和慢病可以下放给二级机构和社区中心，实现分级诊疗和基本医疗服务的可及性，这是合理接诊；对于不能下放的重症则应当进一步合理控制成本，同时与医保开展进一步的对话，甚至采取特病特议的做法，反映真实成本，否则会导致推诿患者。医保人则要区分合理接诊与推诿患者的界限。

第三，跟进医疗服务难度系数（CMI）和按病种付费及医保预付制建设，走进医疗服务绩效评价系统。CMI值和疾病组的权重反映协议医疗机构的诊治水平，包括难度和成本，是对医疗机构实施绩效评估与医保支付的重要依据。高套疾病编码可以增加医保支付的分值，要防止通过高套疾病编码套取医保基金，需要在改革初期通过智能审核对医疗机构和重点医生组的诊治范围和能力有所了解，建立医院前后时期及医院之间的疾病编码比对系统，发现异常情况即进行现场检查。

第四，跟进分级付费制度，走进社区医疗服务。引导医疗机构提质控费、合理接诊，由此实现分级诊疗是本次改革的主要目标。如今在经合组织（OECD）国家，康复护理和慢病管理的支出占卫生总费用的60%以上。医保基金合理支出的分布为基层全科占60%以上、地区专科占30%以下、医学专家和异地就医占5%左右。可见，医保基金下沉，支持社区全科医疗服务发展是必然趋势。目前，我国基层医疗信息化程度较低，医务人员成长慢、待遇低，基层缺乏慢病和健康管理绩效考核手段，缺乏竞争激励机制，很难收到预期的改革效果。总之，亟待医保智能审核进入社区，覆盖社区签约服务、健康档案管理、慢病管理、康复护理服务流程，确保医保基金有效使用，支持社区医疗服务健康发展。

第五，加强智能审核系统建设亟须以下综合治理措施：统一疾病编码、病案首页信息和疾病分组器的相关技术标准，尽快解决医院内“编码盲区”和“码库成灾”的问题，降低智能审核系统建设的成本；强化医保局的专业性，在协议与法规部门设立专业岗位和配置专业人才，培育一批技术高管，提高医保局把握智能审核系统建设目标、具体需求并监督实施过程的管控能力；统一各类医保服务商建设标准、评价标准和准入退出规制，医保统筹地区统一采购医保服务商，订立综合、长期、有预算补偿的联合共建协议，避免因分段采购和中途解约造成不必要的成本。