

第一，培育医保支付嵌入式管理主体。在现行体制下，各医疗机构医保办是医疗机构的内设部门，人、财、物的管辖权都在医疗机构管理层，因此医疗机构医保办所有行为都是以追求医疗机构利益最大化为目标的，导致医保部门试图管理医生的医疗行为就如“雾里看花”。建立组织型医联体后，医疗机构内部关系更为复杂，医保部门要想实现有效管理，必须把触角直接延伸到科室，探索直接派驻医保管理人员进驻医疗机构对其内部医保管理进行过程监控，在人事安排上可以结合公立医疗机构人事制度改革，建立医院医保办主任派驻制，医保办主任由医保部门任命并直接对医保部门负责。

第二，强化医保支付标准化管理机制。目前医保对医疗机构的管理主要是费用审核，总体上是以财务

合规性为主、兼顾部分医疗行为合理性判断的结果管理。从这些年的实践情况看，经验医学的属性往往是“公说公有理，婆说婆有理”，就算明知有套骗医保基金之嫌，医保部门也往往无计可施。究其原因，医保部门的痛点是对医疗机构的管理缺乏必要的支付技术标准。医保部门有必要尽快建立专属的医保支付标准体系，综合运用经济学、医学、统计学、信息技术等各类手段，设计医保药品支付标准、医疗项目医保支付标准、医疗行为评价标准等，并逐步将与医疗机构之间的契约化转变为与医生之间的契约化。

第三，探索医保支付第三方评价体系。与医联体相适应的医保支付管理方式应是整体支付、微观管控。与过去只注重结果审核管理相比，医联体医保支付管理更注重对

上下级医疗机构之间不同医疗行为分工的评价。尽管部分医疗行为是无法被直接观察或量化评价的，但解决这一问题的路径有两种：一是运用统计学办法，在经验医学所导致的不确定性可接受范围内设定相对标准区间，例如DRG技术；二是运用人工智能学习技术，事实已证明，人工智能技术和贝叶斯算法的综合运用几乎可以模拟现实世界的绝大多数情况，通过反复学习锻炼的医学治疗路径模型将为现实世界中医生医疗行为是否合理提供参照，且可成为医保支付的重要依据。不仅如此，依据人工智能学习技术建立起来的医保支付与医生技术改进之间的反馈学习机制，一方面可以把医保支付依据计算得更加精准，另一方面也让医生根据医保支付依据不断改进医疗行为。■

医保支付方式改革 须与公立医疗机构改革并行

文/王震



王震
中国社会科学院经济
研究所公共经济学研
究室主任

医保支付方式改革的一个趋势是从按服务项目收费转向预算管理付费。预算制的基本原则是医保支付方按照某一规则（如总额、病种等），预先设定一个打包价格，医疗服务提供方按此价格“超支自负、结余归己”。这个原则背后的理论逻辑是医疗服务提供方要承担一定的风险分散功能。医疗行业有着明显的信息不对称性，医疗服务供给方作为信息优势方，拥有信息“租金”，预付是将信息“租金”内部化，有利于激励供方提供合理的医疗服务，防止其利用信息优势诱导需求。

但是预算制的缺点也非常明显：预先将

费用支付给供方后，“钱已到手”的供方就有动机减少服务数量、降低服务质量，导致供给不足；在现实中的表现包括推诿重症、大病小治、小病不治等等。要想解决这一类问题，监管只能是辅助手段，毕竟监管方与供方信息不对称，大量属于医疗服务供给方自由裁量权的治疗行为是没有监管标准和监管手段的。应对此类供给不足的主要方式就是在供方之间开展公平竞争以减少乃至避免机会主义行为。在充分竞争的市场环境中，若供方减少服务数量、降低服务质量，那么患者可以“用脚投票”，另选他人。需要强调的是：竞争约束能够实现的前提是在一定

区域范围内有可供选择的不同供给方，这些供给方可以在服务数量和质量上展开竞争。

目前，我国医疗服务的供给仍以公立机构为主，特别是在区域性的医疗服务供给格局中，公立机构的垄断地位非常明显，里面的医生也被事业编制紧紧绑定，无法形成流动。在这样的情况下，预算制的支付方式改革只能演变成变相的财政“拨款”，导致公立机构有提高成本的巨大冲动。这些年来各地公立机构纷纷猛扩规模、猛上档次，提高医疗成本，与这一背景是分不开的。

还有一些地区正在推动的医联体、医共体，虽然名义是“分级诊

疗”，实则在固化区域医疗服务供方垄断，弱化医保的购买服务职能，后果只能是医疗服务供给严重不足且质量低下。近年来之所以国家力推分级诊疗，但还是有大量患者涌入大城市大医院，这一问题也是关键原因之一。

医保支付方式改革一直被寄予厚望，被视作深入推动医改的重要“抓手”，但近年来各地医保支付方式改革的实践效果并不理想。其中最关键的原因就是预算制的医保支付方式与我国公立机构行政垄断的供方格局并不相容。改革的路径无非就是两条路：要么把医保变成“二财政”，使其成为公立医疗机构的

“补偿”渠道；要么改革公立医疗机构的行政垄断格局，形成有序竞争的服务供给格局。

党的十八大、十九大、十九届四中全会，以及《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》都明确提出我国要坚持医疗保险的制度，要求深化医药卫生体制改革，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性。为实现这一目标，医保应充分发挥支付制度改革作用，进一步推动公立医院的改革；医疗服务供给方则应主动贯彻中央精神，深化公立机构改革，为医保支付制度改革提供必要条件。这当然也是三医联动的本来含义。■

公立医疗机构推进 支付方式改革亟需解决五大难题

文/ 焦卫平



焦卫平
首都医科大学宣武医院
医保办主任

近年来，有关医保支付方式改革的文章不胜枚举，可一旦涉及这项改革在院内的具体实施，体制外的人往往如“雾里看花”“莫衷一是”，体制内的人则“讳莫如深”“顾左右而言他”。毋庸讳言，公立医疗机构医保支付方式改革就是一件最能触动医务人员内心，却又最羞于公开讨论的事情。

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。作为一项核心政策工具，支付方式改革被医保部门寄予厚望，希望通过它的利益传导来“牵动”医疗机构自觉控制成本，实现基金高效使用；然而在现实环境中，它在公立医疗机构的实施和效用却受到诸多因素影响。

首先，国家财政对公立医疗机构的重点扶持和补贴在一定程度上给医保支付方式改革的效应发挥带来抵消。以利益诱导和公平

竞争为特点的医保支付方式改革，理论上会给医院运营带来较大压力，但我国公立医疗机构处于绝对的市场垄断地位，且有政府扶持与补贴兜底，支付方式改革所能发挥的效用相对有限。

其次，在传统以医政和医药为主导、以医教研为核心的公立医院管理体制下，支付方式和医保管理的作用与职能远没得到医院、医务人员和卫生主管部门的充分理解与认可，医保从业人员在医院的地位和话语权通常较弱，支付方式改革的价值与红利需经长时间运行才可能被利益相关方接受。

第三，医保支付方式改革仅凭医保部门“单打独斗”很难成功。公立医疗机构下面面临的突出问题是较为先进的医疗技术同相对落后的管理体制之间的矛盾；医疗行为、药品与耗材以及医疗费用监管分属不同部