

医保支付改革是全科医师发挥 最大功用的关键

张文刚



医保支付改革第一步：

中央财政以支付人头签约费方式
保证住院医师培训合格的全科医师
在基层有效服务

- 中央财政应该管基层管预防的理由
- 是最实在的扶贫
- 直接改善医疗人力资源失衡，是全科医师下达基层关键
 - 符合预防为主方针
 - 是整合各级医院和医疗资源的关键

成功的基层医保支付制度应该满足以下条件：

- 1，全民覆盖，公平合理，不能有人予取予求，有人一病赤贫，当公平与效率矛盾时，应该首先满足公平；
- 2，具有可操作性，不能太复杂，也不能有太多纰漏，让人有空子可钻；
- 3，有利于整合现有医疗资源，调动整个医疗卫生保健体系积极性。
- 4，要有利于医师和各级医务人员职业素养；
- 5，可持续，与国家经济发展水平相适应。
- 6，有利于参保人维护健康的积极性

医疗改革基本思路

- 整合目前所有国家财政支付的医保经费，建立单一或国家经费占主导的医保支付制度，
- 第一步是确保培训合格的医师下达基层，建成有效实用的基层医疗网。

全科医师在基层发展有两个关键

一是全科医师本身质量，这个要靠住院医师规范培训和继续医学教育；

一个就是医保支付方式要合符逻辑。迄今基层医疗网建设不如人意，相当程度是因为不明智的医保基金支付方式。健全的基层医疗网，核心是医师，怎么酬劳医师是关键。

- PCP收入来源于三部分：
- **1， 签约人头费。** 国家财政出资人头费。医生每和一个病人建立医患关系，做了相应工作，如初诊病史及检查，建立健康档案，就可以拿到一份补偿。人头费一月付一次，比如，初诊二十元，然后只要这医生病人关系存在每月可再有十元（一年一百二十元，全国十三亿人花1560亿，不到2012年政府卫生事业预算支出的百分之二十，占当年全国卫生事业费用二点八九万亿的百分之五+）；
- **2， 预防实行多劳多得，**包括预防接种，宫颈涂片，肛门指检及大便隐血检查收费，如此鼓励医生认真对待预防；
- **3， 病人自付费，** 主要是每次就诊的挂号费。这对于防止有些病人滥用医疗资源每天看医生是必须的, 医师收入的重要组成。

- 医生主导，有助于固定医生和病人关系，有利于预防，能够控制费用，还可以减少医生在城里扎堆，是让市场来调节医疗资源分配的办法之一
- 建议PCP与签约病人距离一般不超过50-100公里
- 在北京的农民工在北京签约。
- 根据年龄段有差异
- 先试点西中部

全科医师在基层**有效服务**:

- 1, 基层医师有资格和能力担负基层医疗保健任务—**能看病**。
- 2, 签约人头费的支付管理与监督
- 3, 配套措施与条件

全科医师在基层**有效服务**-

签约人头费的支付管理与监督

- 服务时间
- 病历记录
- 服务质量
- 病人反馈

签约人头费的支付管理与监督

--时间。

要求医师用在病人照顾的时间与报酬相符

签约人头费的支付管理与监督

--时间

--病历记录：

原则：没有记录的就是没有做

住培的病历书写应该适应今后行医需要

签约人头费的支付管理与监督

--时间。

要求医师用在病人照顾的时间与报酬相符

| | 用时 | HPI | ROS | Med/FH/SH | PE |
|---|-----|-----|-----|-----------|----|
| 1 | 5分钟 | 1 | | | 1 |
| 2 | 10 | 1 | 1 | | 2 |
| 3 | 20 | 4 | 2 | 1 | 5 |
| 4 | 30 | 4 | 10 | 2 | 8 |
| 5 | 45 | 4 | 10 | 3 | 8 |

复杂程度判断

HPI:LocationDurationSymptSeverityTimingQualityMod

Data: Lab1, Radol1, Med1, 看片2, Summery2

Problem:Estab 1, Estab unstable 2, New 4

重视病历记录。

病历=法律文件，付费依据。

初诊要有H/P

随访病程志=**SOAP**

改革病历书写，为住院医师减负

• 病程誌--SOAP

- 重点是分析和处理计划，简明扼要
- 会诊交流讨论，与病人和家属谈话要有相应记录。
- 能够证明所用时间
- 毕业后病历怎么写，住培病历就怎么写

- **美国CMS计算医师付费的基本公式**

- Formula The fully implemented resource-based MPFS amount for a given service can be computed by using the formula below:

- **MPFS Amount =**

- **$[(RVU_w \times GPCI_w) + (RVU_{pe} \times GPCI_{pe}) + (RVU_m \times GPCI_m)] \times CF$**

- Where: RVU_w equals a relative value for physician work, RVU_{pe} equals a relative value for practice expense, and RVU_m refers to a relative value for malpractice.

- In order to consider geographic differences in each payment locality, three geographic practice cost indices (GPCIs) are included in the core formula: • A GPCI for physician work ($GPCI_w$), • A GPCI for practice expense ($GPCI_{pe}$), and • A GPCI for malpractice ($GPCI_m$).

签约人头费的支付管理与监督

--时间

--病历记录

--服务质量



签约人头费的支付管理与监督

--服务质量

根据当代医师的基本职责：

- **1， 疾病诊断治疗和管理。 DM HbA1c <8**
- **2， 维护健康疾病预防。 DM 尿蛋白， 乳癌筛选**
- **3， 临终照顾， 包括不抢救， 临终关怀方面的建议与支持。 POLST**
- **4， 社会经理人， 比如病假伤残证明。**

签约人头费的支付管理与监督

- 时间
- 病历记录
- 服务质量
- 病人反馈:

越来越多地用于评价医师服务质量。
一般委托第三方进行
使用网上问答形式

签约人头费的支付管理与监督

---没有监管的经费使用很可能是无效用钱

---中央支付，省级监管？



全科医师在基层有效服务:

配套措施与条件:

--专科医师支持

--医院与基层医疗不脱节

--药房独立

--影像实验诊断配合

医保支付改革第二步

医院管理改革

- --担负起对基层的支持，管大病
- --上下联动一体化
- --适当分离医师与医院的利益

- 最好医保共同体方案
基金管理公司—保险
- 医院诊所—场所
- 医生集团--服务方

- 如果不能医保共同体，则考虑总费用包干

医院收入来源

- ---政府大病保险经费省一级统筹，按一定方案，综合考虑医院等级，床位数及利用率(平均住院日)等，按月或按季度拨付。
- ---商业保险
- ---病人自负，按住院天数及医院等级收取，比如三甲300元/天，二甲200元/天。不再按比例报销
- ---规定公立医院必须参加，私立医院自愿参加。不愿参加的私立医院按营利医院待遇，税务不同。
- ---鼓励各级医院联体
- ---鼓励患者和PCP与医院签约，包括国家经费支持，和个人缴纳年费，逐步形成共同体

- 最好不要按病种收费（**DRGs**）
- ---美国的实践已经证明**DRGs**弊病丛生，实行不易，医院很容易胡弄医管局。
- ---如果不分离医师和医院支付弊端更难预料
- ---有比**DRGs**更好办法

- 在医保共同体中，基层医生仍然是关键，因为基层医生联系一定数量的签约病人，而集团的规模取决于每位医生能够签约多少病人，基层医生对于三甲而言就不再是可有可无，而是必须要全力做强做大的基础成分，其收入也因此不可能与在三甲工作者有太大差别。
- 医改第一步应该是改革对基层医师的支付，让后续的医改顺其自然

- 改革成功后的医保共同体应该能够：
 - 1，体系整合，全民复盖，也满足高端。
 - 2，规范培训和使用医生成为三甲自家事。
 - 3，规范行医与获利关系，有利于医生专业素养
 - 4，从体制上保障分级诊疗实施。
 - 5，改进医疗安全。
 - 6，减少和便于规范处理医疗纠纷。
 - 7，提高国家医疗经费使用效率和可控性。
 - 8，简化政府职能，是真正的深改。

- 中央财政安排专项资金支付的人头费应该全国基本平均，强调在北京或在甘肃同工同酬，没有太明显差别。这是基层医疗网建设的关键，是合格全科医生能在基层安心工作的基本酬付，是住院医师规范化培训学员的动力源泉之一，也是中央对贫困地区最实在的扶贫，值得用心设计促成。
- 医院改革考虑总费用包干
- 住培要在医师素养，行医能力，病历书写等紧扣今后行医实践，做到名实相符。

谢谢