

作为医改“重头戏”之一，医保控费开始打响2018年医改“第一枪”。近日广西、浙江、四川、河南等多个省份密集发布扩大按病种收付费范围的通知。据不完全统计，全国近三分之二省份已经实施或正试点实施按病种收付费，这一变化意味着我国医改正迈出实质性一步。

医改上演“重头戏”：多地实施按病种“打包”收费



有效抑制医疗费用上涨

支付方式改革的基本方向，是从“后付制”转向“预付制”。按病种付费、按疾病诊断相关分组(DRGs)付费、按床日付费、按人头付费，均属预付制。在预先设定的支付单元和支付标准下，医疗机构必须有效控制成本，减少不必要的服务才能获得合理收益。预付制下，药品、耗材、检查从收入来源转变为成本。医疗机构必须通过成本控制、流程再造、改变人员构成和资源配置(院区、科室、设备、床位等)、提高诊疗能力、优化诊疗方案来改变运营和管理模式，以确保财务的平衡。

具体来说，实行按病种付费后，患者从入院开始，按病种治疗管理流程接受规范诊疗最终达到临床疗效标准出院，整个过程中所发生的诊断、治疗、手术、麻醉、护理、床位、药品及医用耗材等各项费用全部明码标价，医院按标准收费，医保和患者按规定比例付费。

山东大学卫生管理与政策研究中心王海鹏接受媒体采访时表示，按病种付费的重要前提是保证医疗质量，传统的观点认为，医疗质量和医疗费用是正相关的，要想保证医疗质量就必须增加药品、检

查、耗材等方面的投入，相应地，医疗费用就会增加，但是，通过研究发现，目前很多的诊疗病例中都存在或多或少的不合理的医疗费用，如果按病种付费能够与临床路径有效地结合起来，使医务人员的诊疗操作更加规范，不仅能够保证医疗质量，而且可以有效抑制医疗费用的不合理上涨。

据了解，我国按病种付费试点最先在天津、辽宁、黑龙江、山东、河南、陕西和青海7省市开展试点工作。

试点三年后，山东省济宁医学院附属医院在采集前3年部分病种平均费用等数据的基础上，科学测算出诊疗成本，先后推出了128个病种诊疗的最高限价，占常见病多发病的70%，病种费用平均降幅达33%。在减轻群众医疗负担的同时，医院收入并没有受到影响，甚至，在实行单病种限价后，药品及材料在业务收入中的比例明显降低，直接医疗成本显著下降，技术性收入比例相应增加，医院的结余率反而得到提高。

医保支付方式改革五大变化

为了让老百姓不再“看病贵”、“看病难”，医保支付将迎来重要改革。根据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》，我们来看看未来看病就医将发生的变化。

医保支付方式改革主要包括五大内容：

1、推进医保支付方式分类改革，实行多元复合支付方式

针对不同医疗服务的特点，推进医保支付方式分类改革。

对住院医疗服务，主要按病种、按疾病诊断相关分组(DRGs)付费，长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费；

对基层医疗服务，可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；

对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费；

探索符合中医药服务特点的支付方式。

2、重点推行按病种付费

原则上对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费，逐步将日间手术以及符合条件的中西医病种门诊治疗纳入按病种付费范围。

建立谈判协商机制，合理确定中西医病种付费标准。

3、开展按疾病诊断相关分组(DRGs)付费试点

4、完善按人头、按床日等付费方式
推进门诊诊疗按人头付费，可从治疗方案标准、评估指标明确的慢性病入手。

对于精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，可采取按床日付费。

5、强化医保对医疗行为的监管

完善医保定点协议管理，全面推开医保智能监控，将医保监管从医疗机构延伸到医务人员医疗服务行为，实现监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。

有条件的地方医保经办机构可以按协议约定向医疗机构预付一部分医保资金，支持医疗机构运行。

《指导意见》还提出相关配套政策

比如协同推进医药卫生体制改革，建立区域内医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医保基金支撑能力相适应的宏观调控机制，切实控制费用过快增长。

推进同级医疗机构医学检查检验结果互认，减少重复检查。

建立医疗机构效率和费用信息公开机制，将费用、患者负担水平等指标定期公开，接受社会监督，并为参保人就医选择提供参考。

完善公立医疗机构内部绩效考核和收入分配机制等。

医保支付方式改革五大变化



中国式医疗卫生保障网逐步成型

去年，深度贫困户周洪方因病住院，医药费花去7500多元。出院时，按照城乡居民医保、大病医保叠加共报销了5600多元，自付不到2000元。

以“人人享有基本医疗卫生服务”作为攻坚方向，中国医改坚持“保基本、兜底线”的方针，将广大人民群众的健康利益放在心中、扛在肩上。

在地处西部的重庆，约1/3贫困户因病致贫，不少群众“病倒一人，拖垮全家”，是扶贫面临的重大难题。为此，重庆整合医保、民政等多重资源，建立“城乡居民医保+大病补充保险+民政医疗救助”多项保障衔接，提高了保障水平。

“要不是医疗保险报销大头，真不知道哪儿去筹这笔医疗费。”周洪方说。

从小山村到大城市，近5年来，一张覆盖全国的医保网络逐步成型，成为我国医改最大的亮点之一：全国基本医保参保率稳定在95%以上，群众看病安全网更牢固；医保人均补助标准从2012年的240元提高到今年的450元，保障水平不断提高；医保向弱势群体倾斜，体现“救贫困、救急难”的托底功能。

基本医疗保险覆盖城乡群众超过13亿人，县级公立医院全部取消药品加成、全国80%以上居民15分钟内可到达最近医疗点……近5年来，我国医改持续深入推进，群众的“获得感”不断增强。

如今，这张保障网的公平性、可及性还在不断强化：我国城镇居民医保和新农合年内实现整合，城乡居民享受同等待遇；全国已有90%以上地区实现医疗救助与医保一站式结算，报销更加便捷；健康扶贫工程已分类救治贫困患者260多万；今年密集出台的按病种收付费规定，让居民享受更多的看病实惠……

“我国已基本实现各省省内异地就医即时结算，31个省份接入国家异地就医结算系统。让医患信息‘多跑路’，群众‘少跑腿’，正在成为现实。”国务院医改办相关负责人表示。

推行按病种付费为主的多元医保支付方式

目前，我国正在通过顶层设计，对当前基本医疗保险制度进行根本性的改革。

为了让老百姓看病更方便、减轻患者的看病负担，2017年以来，支持按病种付费利好政策不断出台。2017年初国家发改委、卫计委、人社部三部委联合下发《关于推进按病种收费工作的通知》。2017年年中，国务院办公厅又下发了《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，明确提出了2017年到2020年的改革目标，即到2020年，医保支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务，按项目付费占比明显下降。要求从2017年起，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。2017年初，安徽、山西等多个省份陆续出台政策，按病种付费试点范围扩展明显提速，进入2018年，各省推进速度更是大大加快。

按病种付费，即从患者入院，按病种治疗管理流程接受规范化诊疗，达到临床疗效标准后出院，整个过程中发生的诊断、治疗、手术等各项费用，都一次性打包收费。医院按此标准收费，医保基金和参保患者按规定比例付费。除患者使用了“除外内容”的耗材，以及患者自愿选择单人房、双人间以及特需病房，其床位费超出普通病房标准的部分可单独进行收费外，医院不得另收其他费用。

同样一台手术，按照项目付费模式，家属只能在出院结算时获悉治疗费用，但是，按照病种付费模式，当被医生确诊为某种疾病时，就可以立刻知晓费用几何。

为了解决“看病贵，看病难”的问题，我国实行了“药品零差价”，但是，它只是切断了医院和药品之间的联系，并没有解决医生与药品的利益关系，医保支付方式改革将改变这一现状。

“医保支付方式的改革是今年的重点任务，所有进行公立医院改革的城市实行按病种付费的病种不能少于100个，也就是按照相同的临床路径，相同的考核，相同价格的测算，全国都要这样做。”近日，国务院医改办副主任、国家卫计委体改司司长梁万年表示，按病种付费的核心就是由后付制变成预付制，让医院把药品、耗材、检查检验从利润中心变成成本控制，激发医院内在的控费动力。

据了解，截至目前，我国已公布了320个病种目录供医院选择，实施“看病总额封顶、医院结余自留”的模式。



控费不是唯一目标

每一种支付方式都有明显的缺点，例如按床日付费容易导致住院日延长，单病种付费会降低平均住院日，但可能会导致医院推诿重症患者、分解住院。总体来说，预付制的缺点是有可能导致服务不足、分解住院、推诿重症等。DRGs相对科学，还能用于医疗服务评价，但仍然存在诊断升级、增加服务数量的风险，因此总额预付(算)仍然必要。

但过去针对单个医疗机构的总额控制有明显的弊端，即推诿重症，为避免此现象应当对危重、复杂病例采取按项目付费。而且，采取基于区域总额设定相对分值的“支出上限制”，能够促进同级医疗机构之间的竞争，有效避免医疗机构“挑肥拣瘦”的筛选病人行为。

在预付制下，控费不是唯一的目标。如果单纯追求控费的目标，DRG效果不会比总额控制更好；但DRG关注的是医疗服务的“过程”，更加关注临床操作行为的规范性，医疗服务提供需遵循基于证据的临床指南，而不仅仅是成本(费用)。在改革推进的过程中，比费用控制更为重要的工作是对医疗质量的评价。

国家卫计委卫生发展研究中心副研究员顾雪非认为，医保管理部门通过改革支付方式，实施按床日、按病种、总额预付等多种综合付费方式，原则是“结余留用，超支合理分担”，目的是为了提基金使用效率，希望医院在保证医疗质量的情况下主动

控费，实现医保的可持续发展。

中国社科院公共政策中心主任朱恒鹏认为，当前的问题是，在提高医疗服务收费和降低药品费用之间陷入死结从而难以取得实质性进展：在医疗服务价格没有提高之前，无法有效地降低医院的药品费用和检查收费，否则医院将无法生存。但是在医院药品费用没有切实下降之前，政府部门又不敢提高医疗服务价格，担心导致医疗费用进一步上涨。

随着深度老龄社会的步步逼近，收支多将成为医保基金的新常态。事实上，目前对于医保部门而言，开源空间并不大，费用控制也就成了医改一条必经之路。

朱恒鹏表示，在全民医保条件下，相当比例的看病费用由医保机构来支付，为避免医患双方的过度医疗倾向，应该尽可能避免按照服务项目进行支付的付费方式，而采取其他一系列更为科学的付费模式。国内部分地区的试点也取得了显著成效。比如，城乡居民医保和城镇职工医保门诊付费可以尝试试采取按人头付费的制度，住院付费可以采取总额预付和按病种付费相结合的制度。这些制度能够有效地缓解过度用药和过度检查现象。

本版文字综合新华网、经济参考报、千龙网、财新网、华夏时报等媒体报道。图片来源于网络，请作者与本报联系，以奉稿酬

长江中游窑监河段乌龟洲部分护岸维护加固工程汛后完善工程施工招标公告

1. 招标条件

长江中游窑监河段乌龟洲部分护岸维护加固工程汛后完善工程已由长江航道局办公厅以航道办函疏养(2017)22号文批准建设，项目业主为长江航道局，建设资金全部来自国拨资金，招标人为长江航道局，招标代理机构为江苏交通工程投资咨询有限公司。项目已具备招标条件，现对该项目的施工进行公开招标。

2. 项目概况与招标范围

2.1 项目建设地点：长江中游窑监河段乌龟洲护岸D+966~D+1359、0+000~0+600段、1+120~1+160段。

2.2 招标范围：上述工程的施工招标。

2.3 招标范围：上述工程的施工招标。

2.4 计划工期：建设工期60日历天。

3. 投标人资格要求

3.1 本次招标采取资格后审，要求投标人须具备港口与航道工程施工总承包一级及以上资质，具有有效的安全生产许可证，有类似航道工程施工的业绩，在人员、设备、资金等方面具备承担本工程的能力。

3.2 本次招标不接受联合体投标。

4. 招标文件的获取

4.1 凡有意参加投标者，请于2018年1月12日至1月19日，每日9:00至11:30、13:30至17:00(北京时间，下同)，持法人营业执照(副本)及资质(副本)复印件(复印件应加盖单位公章)、单位介绍信和本人身份证原件，在江苏省南京市建邺区奥体大街69号新城科技园06栋A座6楼，江苏交通工程投资咨询有限公司总工办购买招标文件。

4.2 招标文件每套售价500.00元，售后不退。

4.3 邮购招标文件的，招标代理机构在收到第4.1条所列证书复印件(加盖公章)、单位介绍信和邮购款后2日内寄送。只接受投标人单位账户汇款，汇款注明①招标文件费、②招标编号，并同时①介绍信、②电汇底单扫描件发送至招标代理电子邮箱以便及时查收。

5. 投标文件的递交

5.1 递交投标文件截止时间(投标截止时间，下同)为2018年2月1日9时30分，递交地点为开标现场。开标地点为：武汉市公共资源交易中心确定的开标室(地址：武汉市民之家江岸区金桥大道117号)。

5.2 逾期送达或者未送达指定地点的投标文件，招标人不予受理。

6. 发布公告的媒介

本次招标公告同时在中国招标投标公共服务平台(<http://www.ccebpubservice.com>)、长江航道局网(<http://www.cjhdj.com.cn>)、中国水运报以及武汉市建设工程招标投标交易平台(<http://www.jy.whzbtb.com>)上发布。

7. 投标人登记

按《长江航务管理局系统建设项目进入地方公共资源交易市场管理暂行办法》有关规定执行。

8. 联系方式

招标人：长江航道局
地址：湖北省武汉市解放公园路16号
邮编：430010
联系人：李荣彬
电话：027-82763625
电子邮箱：631241003@qq.com
招标代理机构：江苏交通工程投资咨询有限公司
地址：江苏省南京市建邺区奥体大街69号新城科技园06栋A座6楼
邮编：210019
联系人：刘早、王核
电话：025-87715160
传真：025-87715110
电子邮件：JTXGSI23@126.com
收款单位：江苏交通工程投资咨询有限公司
开户银行：交通银行股份有限公司江苏省分行营业部
账号：320006687018010001618