

# 在最近的医院,享受更优质更便捷的医疗服务

## “三医联动”让瑞安医共体改革“实锤”落地

■记者 苏盈盈 通讯员 蔡文

看得起病,治得好病,是老百姓最朴实的心声所在。医共体改革,让这份心声得到回响,一张多维度、长纵深的医疗服务结构网络正在织起瑞安人的健康之梦。

医共体改革,是指在县域内组建若干个以县级医院为龙头、其他若干家县级医院及乡镇卫生院(社区卫生服务中心)为成员单位的医疗服务共同体。

一年多来,我市以县域医共体省级试点为载体,走出了“医保驱动,医疗医药联动”的路径,快速撬动了县域综合医改,有力破解群众看病难、看病贵、看病繁等问题,实现了医保、医疗和群众三方共赢。2018年7月到2019年6月,医保基金支出18.66亿元,增长率较上年下降9.9个百分点,通过医疗服务价格调整实现让利于民1.5亿元,群众就医满意度达95.99%。

在今年4月召开的国家卫健委深化医改新闻发布会上,我市作为全省唯一县级政府代表作医共体改革典型经验介绍。今年8月份,“向使用环节要空间+资金池调控”的医疗服务调价模式,在全省复制推广。

“深化改革只有起点没有终点。”市委改革办负责人说,医共体改革的目标是保障群众看得起病、看得好病,下一步,将在巩固改革成效的基础上,不断将医共体改革推深做实,以改革成果增强群众的满意度和幸福感。



总院专家在基层传帮带



医学影像诊断中心



专家下沉指导、会诊



分院集中模拟培训

### 医疗服务能力更全面

#### 构建医疗集团,患者实现“智慧就医”

#### 变化

家住马屿的黄阿婆患有高血压、糖尿病等慢性病,过去都是子女陪同到市人民医院就诊。如今,她在镇里的医院就可以看上专家号。“我参加了城乡医保,在镇里看病的报销比例比市级医院高,真是省时省力又省钱!”黄阿婆说。

市级医院专家定期到卫生院排班坐诊的制度,正是医共体改革的举措之一。为构建“小病在基层,大病到医院,康复回社区”的就医格局,我市在医共体建设中制定分级诊疗病种目录、上下转诊标准和双向转诊程序,总院将40%的专家门诊号源向分院开放,基层转诊患者优先接诊、优先检查、优先住院。建立“基层首诊”引导机制,明确将60种常见病多发病慢性病纳入基层首诊目录,合理设定不同级别、市域内外医疗机构差异化报销比例,参保人员医保门诊报销比例在基层明显高于市级医院,住院起付标准在基层明显低于市级医院,参保患者在医疗集团内双向转诊的,视为同一次住院,医保按就高的原则只收取一个住院起付标准的费用。对转外就医患者,经医共体转诊的病人,给予比未经转诊最多高10%的报销优惠,有效引导群众就近看病。

#### 数据

今年1月至10月,市人民医院和市中医院医疗服务集团分院门诊339.6万人次,同比增长10.58%,住院9743人次,同比增长7.48%,手术2303人次,同比增长14.81%。群众就医满意度达95.99%,网上预约挂号达73.1万余人次,门诊智慧结算

率达78.25%,高峰期挂号排队时间由原来的9分钟缩短到2分钟左右。临床检验中心和病理诊断中心完成检查289.39万余例;心电图诊断中心及影像诊断中心完成检查56.5万余人次,消毒供应中心共完成消毒包62.43万余件。

#### 背后

构建“2+20+7”医疗集团,变“单兵行动”为“集团作战”,是医共体改革最直观的诠释。

近年来,我市通过整合全市所有公立医疗机构,构建了以市人民医院和市中医院为总院的“2+20+7”的医共体架构,其中市人民医院医疗服务集团分院20家,市中医院医疗服务集团分院7家。通过打破机构之间壁垒,医共体内床位、设备、专家号源等由总院统一管理、统筹使用。

“集团作战”的医疗架构仅是医共体改革搭建的“骨架”,“有血有肉”成为顺畅运转的关键。看病难,难看病,这是偏远地区群众的无奈。为此,医共体建设要算好民生账、民心账,注重群众看病就医获得感,尤其是要让群众在基层获得更好更方便的医疗服务。

“输血”和“造血”双管齐下,提升基层医疗服务能力。”市卫生健康局副局长谢象岿说,“输血”即安排总院医务人员到分院排班坐诊,在分院开设痛瘤、心内、康复科、老年病、眼科、中医综合治疗等联合病房,让老百姓在家门口就能享受上级医院专家的诊疗服务;“造血”即开展统一培训,指导分院开展血透、腔镜、白内障手术等新技术、新项目,同时,不断加强医疗质量检查

### 医保基金支出更有效

#### 变医疗收入为成本支出,激发医院“精打细算”

#### 变化

以白内障诊治为例,过去是按项目付费,根据实际医疗费用结算。实行医保基金总额控制和病种分值付费结算方式后,假设该病种结算分值测算为100分,按每分固定参数75元结算,医院可申请医保支付7500元。如甲、乙两家医院在治疗中分别花费7000元、8000元,那么甲医院盈利500元、乙医院亏损500元。

#### 数据

2018年7月至2019年6月,全市医保基金支出18.66亿元,增长率较去年下降9.9个百分点。其中,职工医保基金支付11.25亿元,增长率较上年下降7.5个百分点,城乡医保基金支付7.17亿元,增长率较上年下降14.4个百分点。

#### 背后

众所周知,医保基金支付方式决定着医疗服务供给模式,县域医共体建设涉及体制机制改革,医保发挥着杠杆轴心的作用。我市紧紧抓住医保多元复合支付方式改革这个“牛鼻子”,创新建立“总额控制、结余留用、超支分担”的医共体总额包干机制,变

“医保病人就医收入”为“医院成本支出”,让医共体自己“点菜”自己“埋单”。

此外,我市率医共体试点城市之先实施总额预算全域化,医保基金包干范围除瑞安市域内公立医院外,还延伸至市域内民营医院、定点药店及市域外医院,明确各项基金支出份额,并从医共体总额预算中列支。这一办法有效推动区域内医共体良性竞争、提升医疗水平,也极大满足了群众多层次就医需求。

“以上一年度基金决算额和调节系数确定下年度预算总额,将年度医保总额打包给医共体,实行‘结余留用、超支分担’,变医疗收入为成本支出,激发医院精细管理、降低成本。”市医疗保障局党组成员徐定横说。

据介绍,过去的医保结算方式,其内在机制是患者越多、病情越重,医生工作量越大、医院效益越好,这必然导致过度医疗。实施医保基金总额包干和按病种分值付费结算方式后,倒逼医疗机构主动控制医疗费用,医保基金支出快速增长的局势得到遏制,有效控制了医保基金风险,促进了医疗资源的合理配置,提高医保基金的支付效率。

徐定横说,举个例子,一个阑尾炎病人,若按照以往单病种医保支付方式,阑尾炎有一个专门的收费标准,但病人在治疗

过程中可能会出现一些并发症,如阑尾炎穿孔等,造成费用增加,不能进入单病种支付的范围。新的付费方式是将阑尾炎纳入到一个分组里,实现降低病人支付的费用。

实施多元复合支付方式改革后,医保与医院不再是“猫鼠关系”,而是成为利益共同体。区域内患者治病支出越少,医院医生获益越多,实现医患“激励相容”。此外,医保部门协同医共体控费,帮助切分“基金蛋糕”,明显缓解了按服务项目付费导致的过度医疗问题。

医共体改革,涉及医保、医疗、医药,牵一发而动全身,必须有完善的制度保障才能行稳致远。

在推进医共体改革中,我市主要领导牵头总抓,把县域医共体建设作为省委省政府交给的一项政治任务高位推进,全力办好“关键小事”。定期召开医共体联席会,市政府分管领导具体抓落实。在新一轮机构调整前,提早一年理顺了“三医联动”的管理体制,构建了统一的行政权力分配格局和治理体系。成立医共体管理委员会,统筹履行对医共体的规划、投入和监管等职责。市卫生健康、人力社保、财政、编办等相关部门“自我革命”,赋予医共体充分的管理自主权。制定医共体管委会、卫健部门及医共体三张权责清单,管办分开,各司其职。

### 医院医药收入更合理

#### 把控药主动权交还医院,提升“治药”精准性

#### 变化

根据医疗机构的就诊记录,70岁的孙老伯患有高血压,觉得头痛到心血管内科门诊就诊,医疗服务价格调整前,门诊检查费、常规心电图检查、CT检查和药费共计208.6元,调价后为166.4元,费用下降42.2元;55岁的李大叔因糖尿病到内分泌科门诊就诊,调价前,糖化血红蛋白测定、血清胰岛素测定和药费共计114.31元,调价后为80.23元,费用下降34.08元;80岁的陈老伯因股骨颈骨折到关节外科住院手术,调价前需手术费用21185元,调价后为13816元,费用下降7369元。

#### 数据

自去年10月我市实施医疗服务价格调整以来,通过调整医共体内部管理,进一步规范诊疗行为,实现让利于民1.5亿元。其中,药品耗材减少使用1.95亿元,药占比较实施前下降4.86个百分点,降幅达12.55%;百元耗材较实施前下降3.11元,降幅达11.04%;医疗服务收入占比达32.79%,较实施前上升5.27个百分点。今年1月至9

月,公立医院门诊均次费用同比下降0.47%,百元医疗收入的医疗支出100.98元、同比下降13.26元。

#### 背后

说到看病,不少市民有这样的感受,头疼脑热去个医院,要检查多个项目、就诊后带回一堆药;手术患者感触更深,手术材料费太贵,动辄上万甚至十几万元。

实施医疗服务价格改革,把控制用药主动权交还医院,以调价引导医院合理用药、合理治疗,把药品、医用耗材价格水分挤出去。我市以“腾定调、先腾后调”为理念,出台全省首个“向使用环节要空间”医疗服务价格调整方案。“腾”就是医院承诺减少药品、耗材使用,从而腾出价格改革空间;“调”就是调高(低)医疗服务价格,从而调整医院收入结构。

据了解,在此次医疗服务价格调整中,调高了手术、康复、护理等248项成本倒挂的人工技术服务项目费用,调低15项大型设备检查项目费用、97项检验项目费用,降低部分药品价格(二次议价),由医保基金等额补偿,以防范调价风险。比如门诊诊查费(挂

号费)、急诊、假日诊查费、护理费以及中医特色诊疗类项目有所上调,磁共振扫描、糖类抗原测定等检查检测费用和药品价格下降了。“数据显示,调价后总体医疗费用支出、看病均次费用过快增长势头得到有效控制,实现了改革的预期目标。”谢象岿说。

为确保医保部门“调价格”顺利推进、医院“腾空间”承诺有效兑现,我市创新资金管理模式,探索建立“调价资金池”,医院将医疗服务项目价格上调新增收入,扣减药品二次议价和医疗服务价格下降减少收入后的余额,按季划拨到调价资金池指定公共账户,经考核后再作二次分配,让“资金池”成为医院“腾空间”和医保部门“调价格”之间的“支付宝”,确保了“腾空间”“调价格”同步进行。截至今年6月,医共体内全部8家市、县级公立医院共上缴资金池2758.01万元。

