

医保基金监管信用体系建设试点工作现状研究*

颜培哲^①, 张则敏^①, 李泮航^①, 王健^{①②}

摘要 目的: 调研6个试点地区, 公开收集相关文件, 总结现行信用管理指标体系, 各试点地区逐步探索出一套基本符合医保基金管理要求的信用管理办法。方法: 采用文献分析、实地调研和专家、关键人访谈等方法, 整理分析所有已落实医药机构信用体系建设的试点地区实施方案。结果: 各地区对《医疗保障基金监管信用评价指标操作手册(定点医疗机构/A类)》指标采纳情况存在差异。现行试点地区存在评价指标建设情况不一、评价指标法律依据不足、地方系统平台协同不足的问题。结论: 建议优化各项指标, 引导各地区在管理方向和基本要素逐步趋同; 加强顶层设计与法律依据; 建设以省级为单位的信息化平台。

关键词 医保基金监管; 医保信用体系; 信用评价指标

中图分类号 R1-9; F840.63 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)10-0019-04

Current Pilot Work of Credit Management of Medical Insurance Fund in China/Yan Peizhe, Zhang Zemin, Li Feng-hang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(10):19-22

Abstract Objective: A total of 6 regions were selected as the pilot regions to collect relevant documents from public sources to analyze and summarize the current credit management indicator system. Since the pilot implementation, the pilot regions have gradually explored a set of credit management methods for medical insurance fund. **Methods:** The results show variations in the adoption of the Operational Handbook for Medicare Fund Regulatory Credit Evaluation Indicators (Manual) indicators across regions. The current pilot districts suffer from inconsistencies in the construction of evaluation indicators, insufficient legal basis for evaluation indicators and insufficient synergies between local systems platforms. **Results:** The current pilot regions have the problems of inconsistent construction of evaluation indicators, differences in evaluation due to differences in hospital volume, insufficient legal basis for credit assessment indicators, and insufficient local information system platform construction and integrated collaboration. **Conclusion:** It is suggested to optimize the indicators in the handbook and guide regions to gradually converge in management directions and basic elements, strengthen top-level design and legal basis and build a province-based informatics platform.

Keywords medical insurance fund supervision; medical insurance credit system; credit evaluation indicator

First-author's address Dong Fureng Institute of Economic and Social Development, Wuhan University, Wuhan, 430072, China

Corresponding author Wang Jian, E-mail: wangjian993@whu.edu.cn

2014年6月,《社会信用体系建设规划纲要(2014—2020年)》指出,要加强医疗卫生机构信用管理和行业诚信作风建设。医疗服务行业具有特殊性,医疗需求属于引致性需求,且信息不对称性较强,容易出现诱导需求、医疗服务过度利用和道德风险等问题^[1-2]。2018年5月,国家医疗保障局正式成立,其主要职责之一是制定医药机构协议和支付管理办法并组织实施,建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度。2019年5月,北京等17个城市被确立为医保基金监管信用体系建设试点城市,同时国家医疗保障局发布了《医疗保障基金监管信用评价指标操作手册(定点医疗机构/A类)》(以下简称《手册》)。此后,国家陆续发布相关文件强调信用监管体系的重要性与建

设方向。

本研究整理所有已落实的医药机构信用体系建设的试点地区实施方案,分析总结现行信用管理指标体系。同时,整理归纳在推行信用体系建设时所遇到的困难,以期为医药机构信用体系建设的进一步完善提供科学依据与建议。

1 试点地区医保基金监管信用体系发展现状及问题

1.1 信用体系评价指标建设现状

作为定点医疗机构的具体“道德指南”,信用管理的指标体系是建设信用体系的重中之重^[3-4]。在《手册》的指导下,17个试点地区因地制宜,出台了多样化的信用评价指标和相应制度。在定点医疗机构信用评价指标设置上,各地基本沿用《手册》中的一级、二级指标,部分地区有创新与补充,总体方向和结构与《手册》保持一致。而定点零售药店由于缺少相应指导,各地指标设置和指标结构差异较大,难以比较。因此,本研究仅归纳定点医疗机构信用评价指标创新现状。

1.1.1 新增合理医药服务相关指标。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中提到,要规范

* 基金项目: 国家医疗保障局立项课题(2022035)。

① 武汉大学董辅初经济社会发展研究院 武汉 430072

② 武汉大学健康经济与管理研究中心 武汉 430072

作者简介: 颜培哲(1999—),男,硕士在读;研究方向: 医疗保险;基金监管;环境与健康;医疗资源利用; E-mail: peizhe_yan@whu.edu.cn。

通信作者: 王健, E-mail: wangjian993@whu.edu.cn。

医疗机构和医务人员诊疗行为，推行处方点评制度，促进合理用药。在信用体系建设中，有部分试点也设立了相关指标，例如福建省和赣州市在协议履行下设置三级指标（医疗费用合理收取指标）对定点医疗机构是否合理医疗和合理用药进行考察。广安市设置是否诱导就医、南宁市设置诊疗项目及医疗服务设施、东营市设置中药合规使用、重点监测药品使用率与金额占比、平均住院日等作为具体考察指标。

1.1.2 新增社会公益和社会信用相关指标。以信用风险为导向，优化配置监管资源，建立信用状况综合评价体系是我国政府强调的重要建设方向，医保信用评价作为其中一部分，理应与其他社会信用评价结果联动^[5]。有试点地区在这方面做出尝试与创新，例如赣州市添加社会信用评分，协助提高基层医疗服务能力，提供志愿者服务，助力民生事业及重大公共卫生事件应急响应指标考察。

1.1.3 新增医保医师相关指标。定点医疗机构的医保医师是就医诊疗服务的提供者，也是容易发生诱导行为的医疗服务需求水平的决定者^[6]。设立针对医保医师监管的指标，体现了医保基金监管从管理机构和管理行为到信用主体的全面管理^[7]。部分试点城市单独发布了医保医师信用评价指标，也有试点城市将医保医师行为纳入其所在定点医疗机构的信用评价，例如温州市通过添加医保考核、违规整改、飞行检查等指标，将定点医疗机构执业过程中的其他考察结果也纳入信用评价。

1.1.4 新增资质类指标。温州市将定点医疗机构的人员资质情况纳入信用评价指标，新增医保资质、床位医师比例、中高级职称医师数量占比、床位护士比例及中高级职称护士数量占比指标。这类指标对定点医疗机构的人才比例提出要求，但该指标并没有根据医院等级设定不同标准。

1.1.5 新增服务能力相关指标。温州市在《手册》指标基础上新增一级指标服务能力，下设医保服务人次、医保内费用占比、DRG总组数、DRG总权重、CMI、医保专家数量、评审贡献、主动建议8个三级指标。在国家医保局推进DRG付费改革的背景下，温州市将DRG改革成效与信用评价挂钩。

1.1.6 根据地方特色设置不同的指标权重。《手册》中仅对一级指标设置权重，具体到三级指标时，并没有设置详细的分值和权重。各地应根据各自情况对权重进行调整。

以一级指标满意度评价及其下设的三级指标为例。《手册》中对满意度评价赋总权重的10%，未对3个三级指标赋权。开封市对满意度评价赋40%的权重，其中患者评价占30%，医务人员评价和舆情评价各占5%。赣州市则对满意度评价赋总权重的1.6%，其

中患者满意度和媒体报道各占0.8%。

1.2 信用体系制度建设现况

本研究于2022年5—8月对赣州市、南宁市、东营市、温州市、连云港市和开封市6个医保基金信用监管试点地区进行调研，结合试点地区的实践经验，对其模式和特点进行了归纳总结。

1.2.1 聚焦分级分类管理。各试点城市在实施过程中都突出了分级分类管理。第一，实现“医疗机构、医保医师、医保护师”群体分级监管；第二，实现“零售药店、医保药师”群体分级监管；第三，实现“参保人”“参保单位”分级管理。聚焦分级分类管理，使得指标的设立更高效，从而产生放大效应和联动效应。

分级分类管理分为分级分类评价和分级分类应用两部分。以温州市为例，在分级分类评价方面，温州市分别为医保护师、医保药师和医保医师制定了3种评价指标。3种评价指标均包含身份特质、履约能力、服务能力与监管、服务与素质、社会信用5个方面的考核指标，并根据3个主体的差异性制定不同的三级指标。在分级分类应用部分，温州市把定点医疗机构和定点零售药店的奖惩措施分成3类：行政性奖惩、行业性奖惩和市场性奖惩，同样根据主体不同制定不同的具体措施。

1.2.2 构建医保信用奖惩和跨部门联合奖惩相结合的联动机制。各地在试点期间探索创新奖惩措施，将信用评价结果与监督检查频次、预付医保经费等挂钩，尝试与定点医疗机构评级、医保医师评优等挂钩，推动其形成跨部门、跨领域的社会诚信激励，促进行业自律。赣州市医保局制定市医疗保障基金监管联合奖惩备忘录，生成两次信用报告，产生15 000条数据，信用评价结果共享至卫生健康管理部门，32家A级机构享受了行政许可绿色通道。开封市医保局将信用结果共享，将开封市801条信用评价结果作为评价依据，丰富了河南省社会信用评价指标中行业信用数据。

1.2.3 搭建医保基金监管信用评价数字化平台。数字化和信息化是医保基金监管信用体系高效运行的基础^[8]。连云港市医保局搭建信用信息管理系统，对接政府信用平台、医保信息系统和医药信息系统，形成数据推送和共享，并且将信用评价结果纳入连云港市公立医院综合改革评价评分体系，建立信用评价结果与纪检部门联动机制，信息全面对接“信用连云港”公共平台。

1.2.4 通过多渠道宣传方式，营造诚信医保良好氛围。南宁市医保局以线上、线下结合的业务培训方式，宣讲信用管理“监管+信用”模式，明确管理办法和考核制度。充分利用各类渠道，宣传诚信建设，提高广大群众的诚信意识，营造良好舆论氛围。赣州市医保局通过开展信用大讲堂活动，为定点医疗机构和

定点零售药店提供诚信培训，不断强化诚信意识。通过拍摄宣传片、发布客家话宣传小视频、召开新闻发布会、信用云上小课堂等一系列措施，形成信用建设全民参与的良好氛围。

2 信用体系试点工作问题

2.1 评价指标建设情况不一

由于评价主体的多样性和评价维度的丰富性，不同试点地区对于评价主体同一类行为制定的指标差异较大。如在新增合理医疗与合理用药相关指标分析中，同样是考察定点医疗机构合理医药服务情况，赣州市采用单一指标，而东营市指标更为具体。从监管的角度看，精细化程度过低的指标在具体执行时会出现区分度低，指向性不明确的问题；精细化程度过高的指标则会导致指标数量过多、指标体系臃肿。指标权重、指标总数等设置各试点地区都有所不同。从试点地区信用评价指标创新部分可以看出，温州市、赣州市、开封市、东营市等地在新增指标的尝试上多于其他地区。各地指标建设情况的差异使信用评价结果仅在当地有效，阻碍了其在省级、国家级层面的应用，也阻碍了医保信用结果被纳入社会信用体系。

2.2 医院体量差异导致的评价差异

当前阶段我国的医院等级具有行政导向的标准，是政府主导的评价体系，由于医疗服务市场的信息不对称，加剧了高等级医院的虹吸效应^[9]。在此背景下，医院等级对医保信用评级的影响主要体现在两方面：第一，许多行政级别低和规模体量小的医院无法全面开展医保信用评级工作；第二，在目前的指标框架下，大型三级医院可提供的医疗服务明显多于其他医疗机构。在提供服务多的情况下违规情况发生的可能性也较大，因此可能出现评价结果错配的问题。

2.3 信用评价指标法律法规依据不足

信用评价指标法律法规依据不足主要体现在两个方面：第一，由于现有的信用法律法规体系尚不健全，使信用信息征集、查询、应用等方面难以做到有法可依^[10-11]，尤其是在参保人信用管理方面，对个人的惩戒更强调法律依据^[12]；第二，医保基金监管信用评价结果跨部门间的认可缺乏法律支撑，使得目前拓展部门联动和联合奖惩措施应用场景受到限制。而明晰的法律可以使外圈模糊地带清晰化，医保基金监管信用体系法律建设迫在眉睫。

2.4 地方性信息系统平台构建与一体协同不足

地方性医保基金管理信用系统搭建工作需要进一步完善，目前部分地区医疗保险基金管理信用系统较为基础，数据交互方面仍需继续改善。信息化平台建成后的有效使用高度依赖原始数据的真实性。由于大部分数据来自人工填报，信息的准确性难以保障。除此以外，在国家平台缺位的情况下，地方出台的信用

管理平台缺乏权威性，定点医疗机构或者其他相关单位对于地方平台的认可度有待提高。

3 政策建议

3.1 《手册》中指标有待优化

目前，各试点地区信用评价体系发展情况不一，发展重点不一，各有优劣也各有特色。国家医保局应在总结试点经验的基础上对现有《手册》中的指导性指标进行优化，兼顾全面与精确，保障指标区分度和可应用性，引导地方在管理方向和基本要素逐步趋同。指导性指标应聚焦各地方共性问题，同时又要为地方特色提供空间。

本研究提供两种指标优化思路：

(1) 由国家下发统一的指标库，该指标库来源于各地现行信用评价指标和国家相关政策文件。地方按照一定规则选择适用于当地的指标进行评价和应用。根据地方上报的指标采纳和评价情况，国家可以对指标库进行持续优化。

(2) 由国家下发核心指标体系，该指标主要来源于国家相关政策文件，是各地均需采纳的核心信用指标。地方在采纳核心指标的同时，也根据地方需要添加特色指标，特色指标仅影响当地信用评价结果，在跨地区应用时则应采用统一的国家核心指标评价结果。

3.2 地方信用体系建设应保持“向心力”

各地在试点过程中不断摸索，因地制宜，勇于创新，为当地医保基金的安全、高效使用做出了巨大的贡献。在各地探索的过程中，应保持“向心力”，以完成国家政策考察为基础目标，保持核心指标评价的一致性与认可度，为后续试点推广做好准备工作。

3.3 加强医保基金监管信用体系顶层设计

在法治建设方面，建议国家制定全国统一的如《医保基金管理法》《个人信用管理法》等规范信用专门的法律，完善有关个人信用体系建设的法律法规，出台针对个人信用的专项立法，将医保信用体系和个人信用体系纳入法制化轨道，使保护主体权益和惩戒个人失信做到有法可依。在顶层设计方面，相关的主管部门应该出台各类规范，使医保基金监管信用评价结果可以得到各部门认可，增强部门联动，推动社会信用评价体系融合，更好发挥信用的软约束力。

3.4 完善信息化平台建设

在信息化平台建设的过程中，应把可推广性纳入考虑。目前，试点地区运行信息化平台合作建设的第三方平台较为多样化，不同合作方之间的技术壁垒增加了数据共享的难度。此外，短期内很难做到建立起全国统一信用平台管理，因此，可以选择部分有条件的省级医保部门，在全省范围先行推进省级平台与地市平台的融合。按照指标优化的两种思路，为省级平台添加相应功能，保障省内信用评价结果的应用。其

他条件尚不成熟的省级医保部门，应加强平台建设，完善数据收集，尽快完成医保信用评价的信息化建设。

3.5 扩大试点范围至省级

医保基金信用体系建设在试点地区已经初见成效，扩大试点范围势在必行。建议挑选有条件的地区扩大试点范围至省级。扩大试点范围可以检验现有成果的可推广性。省级层面的推广不同于市级，需要推出更具有统一性和认可度的信用体系建设方案及评价指标。此外，扩大省级试点范围的推广过程中所遇到的困难与挑战可以为后续全国的推广提供宝贵的实践经验。

参 考 文 献

- [1] 雷咸胜. 我国医保基金监管现存问题与对策[J]. 中国卫生经济, 2019,38(8):31-33.
- [2] ARROW K J. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. The American economic review, 1963, 53(5): 941-973.
- [3] 张金穗, 胡敏, 刘孟嘉, 等. 基于医保战略购买理论的定点医院信用评价指标体系构建研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(5):1-4,23.
- [4] 袁雪丹, 万爽, 邓丽君, 等. 社会契约视角下公立医疗机

构信用评价指标体系研究[J]. 中国医院管理, 2020(1): 38-41.

- [5] 辛琴. 医疗服务提供者诱导行为防范机制与过程分析[J]. 南昌大学学报(人文社会科学版), 2010,41(4):86-90.
- [6] 李辉, 王晓华. 协同联动 系统治理 提升医保基金综合监管效能[J]. 中国医疗保险, 2022(5):79-83.
- [7] 张雨晴, 刘静, 李军, 等. 论医保监管从机构延伸到医师的合理合法性[J]. 中国医院, 2021,25(10):73-75.
- [8] 吕国营, 赵曼. 越评级越失衡? ——我国医院等级评定与医生人力资源配置研究[J]. 经济管理, 2018, 40(7): 110-127.
- [9] 顾海, 吴迪. “十四五”时期基本医疗保障制度高质量发展的基本内涵与战略构想[J]. 管理世界, 2021, 37(9): 158-167.
- [10] 李晓安. 我国社会信用法律体系结构缺陷及演进路径[J]. 法学, 2012(3):143-154.
- [11] 钟明霞. 信用法律制度研究[J]. 当代法学, 2002(7): 12-15.
- [12] 郭志俊, 吴椒军. 论我国个人信用体系的法律制度建设[J]. 社会科学论坛, 2010(5):34-38.

[收稿日期: 2023-07-27] (编辑: 高非)

(◀◀上接第18页◀◀)

定期联合医务处、审计处和护理部等相关部门，开展自查自纠，规范医疗行为。2021年，全院发现不合理检查检验项目有82条，2022年共发现违规项目9条，下降幅度明显。

3.2 推进检验流程标准化、检验项目精准化

检验科室或相关检验机构要加强质控管理及效益评估，检验流程不断优化、完善，降低检验成本消耗。检验项目的开展，要从质量、经济、安全、有效和便捷等多个方面进行合理性、精准性评估，防止过度医疗，增加病人与医保基金支出。加强与临床科室沟通，优先开展精准、高效、快速检查项目，实施检验精益化管理与价值医疗^[4]。2022年，我院入院患者尿沉渣人均检测人次仅为0.1人/次，检验精准性进一步提升。

3.3 及时申报收费项目，合理定价，体现技术价值

部分检验项目价格久未调整，不符合技术发展及临床实际情况。检验项目价格应体现医院人力资源与物耗成本，合理定价，保障合规收费。

目前，我院已根据苏医保发〔2022〕60号《新增、完善部分医疗服务价格项目的通知》文件精神，积极向江苏省医保局申报酶法血同型半胱氨酸测定收费项目。目前，河南省已率先开始技耗分离。希望未来全国能实现技术服务统一、合理定价，检验试剂通过集采确定价格，双管齐下，最终实现医、患、保三方共赢。

3.4 控制检验费用，积极协商DIP病种支付标准，支持检验学科发展

医疗机构可以通过开展临床路径、同城互认、合理检查等途径，严格控制检验费用^[5]。同时，为了进一步推动检验技术纵深发展，助力临床高效、精准地对疾病做出正确的诊断，医疗机构可以积极与医疗保障部门开展协商，对于因一些费用较高且临床意义较大的检验项目开展而导致医疗费用增加较多的病历，积极与医保沟通，征询检验医学专家意见，提高相关DIP病种支付标准，或年终结算时，争取一些政策倾斜，鼓励医务人员开展此项检验技术的积极性，支持检验学科发展。

参 考 文 献

- [1] 李乐乐, 李怡璇. 我国医保支付方式改革的治理路径分析——基于DRG与DIP的机制比较[J]. 卫生经济研究, 2022,39(9):43-48
- [2] 印亚琴. 用国家规范打造DIP付费的淮安特色[J]. 中国医疗保险, 2021(10):47-50.
- [3] 朱静, 吉雅玲. DIP改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J]. 中国卫生经济, 2022,41(2):77-79.
- [4] 蒋黎, 肖月, 陶志华, 等. 从检查检验结果互认看检验医学的发展[J]. 国际检验医学杂志, 2022,43(17):2049-2052, 2059.
- [5] 陈洪卫, 侯彦强, 关明. 区域医学检验中心发展现状及展望[J]. 国际检验医学杂志, 2021,42(12):1409-1413.

[收稿日期: 2023-07-08] (编辑: 张红丽)