

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

实验室诊断医保支付政策专刊

2016年 第8期

(总第75期)

上海市卫生发展研究中心

2016年10月10日

编者按 实验室诊断项目作为医疗活动的重要组成部分，不仅对临床诊断具有重要的辅助作用，且诊断项目较多，支付金额较大，是医保支付改革重点领域之一。然而我国在实验室诊断方面的医保支付政策研究开展数量较少。本期专刊在对目前我国实验室诊断整体医保支付现状进行概述的基础上，进一步收录了《加拿大实验室诊断项目医保支付政策及启示》《美国实验室诊断项目医保支付政策研究及启示》《日本医保支付政策及启示》及《台湾地区实验室诊断项目医保支付政策及启示》4篇文章，以期为完善上海市乃至我国实验室诊断项目医保支付政策提供参考和依据。谨供领导和同志们参阅。

1959



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第9卷第8期(总第75期)
2016年10月10日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号807室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林(常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 信虹云
编 辑: 何江江 陈 多
杨 燕 康 琦
曹宜璠 钱婧娴
朱碧帆 甘银艳
汤真清 周 娜

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目 次

专题研究

我国实验室诊断项目医保支付制度现状及建议····· 1

他山之石

加拿大实验室诊断项目医保支付政策及启示····· 7

美国实验室诊断项目医保支付政策研究及启示····· 14

日本医保支付政策及启示····· 22

台湾地区实验室诊断项目医保支付政策及启示····· 31

我国实验室诊断项目医保支付制度现状及建议

王海银^{1,2} 杨燕¹ 金春林^{1,3}

随着我国公立医院补偿机制改革推进，理顺医疗服务价格及优化医保支付方式成为关键环节。2015年政府取消了绝大部分药品的政府定价，多省市地逐步取消药品加成和实施医疗服务项目价格改革^[1]，这些政策转变需要医保支付方及时优化和调整支付策略，以适应医疗卫生改革及医保基金安全。当前，我国医保支付方式上仍以按项目付费为主，各省市对医疗服务项目的支付主要基于国家2001年发布的医疗服务价格规范目录（以下简称“《目录》”），《目录》以技术可及性、支付能力及适宜技术为原则，主要纳入基本医疗服务项目^[2]。由于医疗服务项目是被动支付，近年来出现了过度检查和治疗等一系列问题^[3]，对医保基金管理提出了巨大挑战。

一、国内基本医保支付原则及《目录》情况

一是我国基本医疗保险的方针是广覆盖、保基本、多层次、可持续。其中，“广覆盖”是指不断扩大基本医疗保险覆盖面，使尽可能多的社会成员纳入到基本医疗保险制度中来。“保基本”是指基本医疗保险的筹资和报销待遇水平要适度，要能降低人群在就医看病时所遇到的经济风险，防止因病致贫。“多层次”是指除了基本医疗保险外，还有补充医疗保险以及补充性商业保险。“可持续”是保证基本医疗保险基金收支能够平衡，自身良性运作。

第一作者：王海银，男，助理研究员，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学，上海 200032

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

二是我国医疗服务项目目录制定原则为排除法和正面目录相结合。自上世纪我国基本医疗保险诊疗项目管理实施以来，排除法便是指导各省市进行医保支付的重要原则。如 1999 年城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理意见中明确以排除法形式规定“基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目范围”和“支付部分费用的诊疗项目范围及其支付比例”。同时，国家通过建立全国医疗服务价格项目规范和医疗机构实验室诊断项目目录等形式，明确了可以使用和收费的正面项目清单。如 2001 年和 2012 年发布的全国医疗服务价格项目规范，及 2007 年和 2013 年发布的医疗机构实验室诊断项目目录（表 1）。

表1 我国医疗服务项目规范及支付政策进展*

名称	文件号	内容
关于城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理的意见	劳社部发(1999)22号	以排除法形式规定了“基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目范围”和“支付部分费用的诊疗项目范围及其支付比例”。对于国家基本医疗保险诊疗项目范围规定的基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目,各省可适当增补,但不得删减。对于国家基本医疗保险诊疗项目范围规定的基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目,各省可根据实际适当调整,但必须严格控制调整的范围和幅度。
关于改革医疗服务价格管理的意见的通知	计价格(2000)962号	原国家计委(现国家发改委)会同原卫生部(现国家卫生计生委)制定国家医疗服务价格的方针政策、作价原则;省级价格主管部门会同同级卫生行政部门按照国家医疗服务价格的方针政策、作价原则,制定和调整本辖区非营利性医疗机构的医疗服务指导价格
全国医疗服务价格项目规范(2001版)	计价格(2001)2020号	检验项目包括临床检验、临床血液学、临床化学、临床免疫学、临床微生物学、临床寄生虫学、遗传疾病诊断7个专业,项目共计751项;此版规范中检验项目可以按照不同方法分别立项和定价。
关于医疗机构临床检验项目目录的通知	卫医发(2007)180号	各级各类医疗机构不得在临床开展《目录》规定以外的检验项目
医疗机构临床检验项目目录(2007年版)	卫医发(2007)180号	包括临床体验、血液;临床化学;临床免疫、血清;临床微生物学;临床细胞分子遗传学5个专业,项目共计1074项
改革药品和医疗服务价格形成机制的意见	发改价格(2009)2844号	进一步理顺医疗服务比价关系。在规范医疗服务价格项目的基础上,适当提高临床诊疗、护理、手术以及其他体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格,同时降低大型医用设备检查和治疗价格
关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知	发改价格(2012)1170号	制定规范后的实验室诊断项目价格不得区分试剂或方法,要充分考虑当地医疗机构主流检验方法和社会承受能力等因素,以鼓励适宜技术的使用
全国医疗服务价格项目规范(2012版)	发改价格(2012)1170号	检验项目包括临床体液、临床血液学、临床化学、临床免疫学、临床微生物和寄生虫学、临床分子生物学6个专业,项目共计1104项;首次将“基本人力消耗及耗时”、“技术难度”和“风险程度”列为医疗服务项目的定价要素
医疗机构临床检验项目目录(2013年版)	国卫医发(2013)9号	包括临床体液、血液;临床化学;临床免疫、血清;临床微生物学;临床分子生物学及细胞遗传学5个专业,公布了1462项检验项目

*注:实验室诊断目录发布时间略后于2001版和2012版《规范》,实验室诊断目录是由原卫生部医政司负责发布,也是临床操作的准入标准;《规范》是由原卫生部规财司负责发布,代表其可以在临床上收费的准入标准。实验室诊断目录的项目数可大于《规范》的项目数。

三是实验室诊断项目支付范围和项目数增加。国家 2012 年版项目规范共包括 1104 项实验室诊断项目，占规范总项目数的 11.8%，规范将实验室诊断项目分为 6 类，分别为临床血液学检验、临床体液检验、临床化学检验、临床免疫学检验、临床微生物与寄生虫学检验以及临床分子生物学检验。其中，组织器官移植所需的各项检验（如 HLA 检查等）列入“临床血液学检验”类的“血型、输血及人类组织相关性抗原检验”类中；“检验类”类中的项目不包含静脉采血，对静脉采血需要单独收费，但微量采血（指尖采血、耳垂采血）包含在各实验室诊断项目中，不得单独收费；固定组合单次检出的项目，不得按单项终极项目分解或累加收费^[4]。

与 2001 版项目规范相比，2012 年版所涉及的实验室诊断项目增加了 353 项，但涉及的实验室诊断项目占规范总项目数的比重降低了 6.2%。此外，《医疗机构临床检验项目目录（2013 年版）》（国卫医发〔2013〕9 号），共包括实验室诊断项目 1462 项，其中，临床体液、血液类 360 项，临床化学检验类 347 项，临床免疫、血清学类 458 项，临床微生物学类 152 项，临床分子生物学及细胞遗传学类 145 项^[5]。与 2007 年版《医疗机构临床检验项目目录》相比，实验室诊断项目数量增加了 388 项。

四是支付方式仍以按项目付费为主，以主流方法学进行支付。一方面，我国对实验室诊断项目的支付仍以按项目付费为主，部分地区结合总额预付、按病种付费等，以控制费用不合理增长。另一方面，2012 版项目规范（发改价〔2012〕1170 号）没有沿用 2001 版规范中的实验室诊断项目可以按照不同方法分别立项和定价，而明确提出“制定规范后的实验室诊断项目价格不得区分试剂或方法，要充分考虑当地医疗机构主流诊断方法和社会承受能力等因素，以鼓励适宜技术的使用。”

二、国内实验室诊断项目的支付管理问题

根据全国卫生计生财务年报统计数据显示，实验室诊断项目收入已成为我国医疗机构中收入增长较快的服务项目。化验收入已达到医疗总收入的 8% 左右。由于目前国家对确定病情所需开展的实验室诊断项目存在规范化管理缺失，因此为医疗机构趋利行为提供了空间，加之临床实验室诊断技术的不断发展与广泛应用，使得实验室诊断项目的业务量将在未来保持持续攀升的趋势。以下对医保实验室诊断项目支付管理问题进行简要分析。

一是实验室诊断项目支付目录有待进一步优化。针对新的实验室诊断项目，若不在排除目录且已纳入到各地收费目录，则医保均予以支付。然而，目前各地缺乏效果比较、经济学评价和参考指南及临床路径等科学手段，实验室诊断支付目录仍涵盖了存在疗效相对较差等情况的项目，因此存在范围过宽及项目滥用等问题。

二是实验室诊断项目支付标准有待改善。当前，实验室诊断项目定价多根据投入的试剂和设备，未体现检验科医生的技术劳务价值，医保支付标准基本按照物价给予相应比例支付，尚未形成科学的医保支付标准体系。同时，部分项目的支付标准不合理。如以白血病融合基因分型为例，当前该项目的支付价格为每种 50 元，然而实际操作过程中，由于每增加一个扩增子的边际费用低于首次成本，因此该类型技术诊断采取每次同一价格存在不合理。

三是按项目付费支付方式需改革。当前，我国门诊和住院实验室诊断项目支付均以按项目付费为主，医保经办机构成为“全额埋单者”，没有发挥团购优势，缺乏对过度检查的行为管控，医保基金浪费严重。

三、国内医保诊疗项目研究进展

国内对于实验室诊断项目支付政策鲜见，文献和各地经验报道很少

涉及，迫切需要深入研究。

从医保支付角度来看，国内学者从支付范围及支付标准等方面作了深入研究。一是支付范围建议以常见病为基础，基于必需性、经济性、可及性、公平性、成本效用等原则确定^[6]。方法上采用加权矩阵评议法，根据疾病的费用、就诊频数、重要性和普遍性指标进行评分，优先确定保障项目^[7]。二是基于病种范围的基础上，通过参考诊疗指南、临床路径等技术规范，制定基本目录范围^[8]。三是支付标准方面，可以采用“以收定支、收支平衡”原则^[9]，也有研究认为以历史费用为基础制定支付标准不合理，建议考虑医疗材料成本、疾病谱的变化、物价上涨、路径管理及技术发展等因素^[10]。

四、实验室诊断项目医保支付政策建议

（一）制定明确的检验类支付原则，合理有效支付

国际部分国家将临床必需作为医保支付的基本原则，但没有明确界定，引发了广泛争议，各省、地区政府的操作层面较难执行。该原则也同我国“保基本”政策类似。建议借鉴国际改革经验，将循证科学决策逐步纳入到医保支付目录制定过程中，以确保纳入项目有效经济，以节省不必要的费用。如加拿大实验室诊断项目方面，改革前面临项目数量增速很快，每年以6%~8%的服务量增长，平均约30%的实验室诊断项目是不需要的。加拿大开展实验室诊断项目审查、临床指南应用后有效降低了不合理应用，一项研究显示该措施降低了加拿大实验室诊断项目方面58%左右的服务。美国老年医疗保险（以下简称“Medicare”）与医疗救助计划（以下简称“Medicaid”）中也都强调对于实验室诊断项目的提供需要满足合理性与必须性两项原则，以此防止不必要的实验室诊断。

（二）借鉴国际实验室诊断目录框架，引入支付限制条件及说明

国际部分国家通过与临床指南相结合，对实验室诊断项目的使用条件、费用较高项目等均进行了明确说明，以规范合理给付和控制不合理项目使用。我国目前仍为被动付费制，目录制定没有同医保支付进行有效关联。建议借鉴加拿大实验室诊断项目目录框架，优化现行实验室诊断项目价格收费目录，对项目的医保支付条件进行约束和说明。

（三）探索建立医保支付标准的形成和调整机制，增强支付公平性

国际上普遍采用建立医保支付标准的形成和调整机制。如台湾地区为回应地区各界对于内、外、妇、儿、急诊等五大科健保给付偏低的诉求，合理反映各项服务投入的成本差异及资源消耗，台湾地区有关部门参考美国 Medicare 资源耗用相对值（Resources-based Relative Value Scales, RBRVS）方法及工作模式，建立合理的支付标准相对值表，以相对点数来反应各项医疗服务的成本，以增进支付公平性。日本则通过成本测算形成实验室项目的点数。美国 Medicare 根据每年的物价指数与通货膨胀率对实验室诊断项目的费用进行更新，并通过听证对实验室诊断项目的收费标准与收费额度进行调整。建议我国构建新的实验室价值测算模型，科学测定实验室技术劳务及物耗投入，形成医保支付标准，并定期进行项目支付标准调整。

（四）探索分层分类支付，体现不同学科、人群特征

我国台湾地区基于诊疗医师投入的时间、项目复杂程度等维度进行测量，对急诊患者和儿童进行加收，以此避免了“一刀切”支付。其次，实行累计次数超额折扣策略。除各类癌症、脏器移植、糖尿病及加护病房与烫伤病房（中心）病人所作实验室诊断项目外，每次门诊或住诊实验室诊断项目合并累计至一定项次数后，总给付金额予以折扣支付，该措施有利于控制成本和减少不必要的实验室诊断项目。建议我国实验室

诊断项目医保支付加强精细化管理，分类分层进行支付。如对急诊、传染病、儿科等项目予以倾斜，对分子诊断中基因检测类项目采用边际支付策略（按每个扩增子的边际价格定第二个项目支付标准）等。

（五）探索实验室诊断项目支付方式改革，控制费用增长

我国医疗保险的付费方式改革基本方向是将后付费方式转变为预付费方式。当前，我国仍以按项目付费为主。这种付费方式的缺点是把医院的收入与服务量挂钩，容易让医疗机构的行为发生扭曲。建议参考加拿大混合支付方式，如 BC 省门诊实验室诊断项目可以通过公立和私立医院提供，由省按项目付费方式进行拨付，但同时对门诊实验室诊断项目总额进行预算限定。管理上通过建立实验室检测追踪系统，规定实验室服务提供者提交必要的信息资料备份，对项目进行核查和拨付。

（六）探索建立卫生技术评估机制，科学管理及支付新技术

建议逐步建立卫生技术评估机制，为新技术报销决策提供支撑。如加拿大已建立卫生技术评估机制 20 多年，卫生技术评估在医院、省及国家层面均普遍应用，已成为新技术纳入、定价及报销的重要依据。台湾地区成立卫生技术评估研究中心，对新的项目进行评估审核后纳入报销目录。我国新实验室诊断技术发展迅速，但在纳入给付决策时缺乏循证依据，不利于控制费用和合理引导实验室诊断技术的发展。建议政府加强卫生技术评估机制建设。

参考文献

- [1] 金春林,王惟,龚莉,等. 我国医疗服务项目价格调整进展及改革策略[J]. 中国卫生资源,2016,19(02):83-86.
- [2] 张洪才. 关于基本医疗服务若干问题的思考[J]. 卫生经济研究,2012(2):10-11.
- [3] 张霄艳,杨兴怡,刘焱,等. 我国二级医院基本医疗服务诊疗项目包的筛选研究[J]. 中国卫生政策研究,2015,8(06):57-61.
- [4] 国家发展和改革委员会,国家卫生部,国家中医药管理局《全国医疗服务价格项目规范》（试

- 行) [EB/OL]. http://www.sdpc.gov.cn/fzgggz/jggj/zcfg/201205/t20120510_478629.html.
- [5] 国家卫生计生委印发《医疗机构临床检验项目目录（2013年版）》[EB/OL]. <http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s3594/201308/58f8dfe1543b49bf9b1debf13ab12f94.shtml>.
- [6] 刘俊香,吴静,陈鸿君,等. 国内基本医疗服务界定研究述评[J]. 卫生软科学,2012,26(07):624-626.
- [7] 陈玉,王声湧,曾志为,等. 基本病种和基本诊疗项目界定研究:珠海市经验[J]. 中国卫生政策研究,2009,2(01):54-59.
- [8] 左玉玲,陶红兵,熊光练,等. 基本医疗服务范围界定方法探讨[J]. 中国卫生经济,2014,33(08):31-33.
- [9] 王东进. 理性应对药品价格改革 科学制定医保支付标准[J]. 中国医疗保险,2015,07:5-8.
- [10] 张源,谭卉妍,吴洋,等.我国基本医疗保险支付方式存在的突出问题及对策[J]. 中国卫生经济,2015,34(3):23-25.

(责任编辑: 钱婧娴)

加拿大实验室诊断项目医保支付政策及启示

王海银^{1,2} 冯泽昀¹ 杨燕¹ 房良¹ 金春林^{1,3}

【摘要】 我国实验室诊断项目数量多，支付金额大，是医保支付改革的重点领域之一。加拿大实验室诊断支付政策及改革在全球具有较大的影响力。本文从医保制度背景，实验室诊断的原则、支付范围和标准、支付方式、新实验室诊断技术支持等维度梳理了加拿大政策及改革进展，并提出了制定明确的实验室诊断支付政策；实验室诊断目录框架引入限制条件及说明；逐步建立卫生技术评估机制等政策建议，为上海市及全国实验室诊断支付改革提供政策支撑。

【关键词】 实验室诊断；医保支付政策；政策建议；加拿大

随着我国公立医院补偿机制改革推进，理顺医疗服务价格及优化医保支付方式成为改革关键环节。2015年，国家取消了绝大部分药品的政府定价，多省市逐步取消药品加成和实施医疗服务项目价格改革^[1]，这些政策转变需要医保支付方及时优化、调整支付策略，以适应医疗卫生改革并保证医保基金安全。当前，我国医保支付方式仍以按项目付费为主，各省市对医疗服务项目的支付主要基于国家2001年发布的医疗服务价格规范目录。由于医保经办机构为医疗服务项目的被动埋单者，没有发挥团购优势和监管能力，近年来出现了过度检查和治疗等一系列问题^[2]，对医保基金管理提出了巨大挑战。

目前，国内学者从支付范围及支付标准等方面对医保支付制度作了深入研究，如支付范围建议以常见病为基础，基于必需性、经济性、可

第一作者：王海银，男，助理研究员，博士在读

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学，上海 200032

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

及性、公平性、成本效用等原则确定^[3]。但鲜见对于实验室诊断项目方面的研究。2012年国家发展和改革委员会、国家卫生和计划生育委员会、国家中医药管理局联合发布的新版医疗服务价格规范要求实验室诊断项目采用主流方法学定价。在当前价格改革背景下，医保支付方如何科学制定实验室诊断项目的支付政策，并以合理的支付标准对其进行购买，是值得研究的重要课题。本研究通过梳理加拿大实验室诊断项目医保支付政策进展和经验，为医保部门科学购买实验室诊断项目提供政策支撑。

一、加拿大实验室诊断项目医保支付政策

加拿大实行全民医疗保健制度，由联邦政府和省、地区政府共同组织管理实施，包括10个省和3个地区。卫生筹资以税收为主，其中公共支出占70%，私人支出占30%。支付方式上实行混合支付模式，其中医院主要采用总额预算进行支付，诊疗过程主要以按项目付费为主，同时包括按人头付费、工资等。为控制成本及防止诱导需求，由省、地区政府向医生支付的服务费设有收入总额限制^[4]。

加拿大医保是在法律框架下统一实施的。1984年，加拿大联邦政府颁布《加拿大健康法案》，法案的目标是保障所有符合条件的加拿大居民免费获得医院和医生提供的临床必需医疗服务。法案设立了5项原则和2个条件，各省、地区政府必须遵循这些原则和条件才能获得联邦政府转移支付。5项原则分别为公共管理（public administration）、综合性（comprehensiveness）、普遍性（universality）、便捷性（portability）和可及性（accessibility）。2个条件分别为省、地区政府信息报送和接受联邦政府转移支付。法案没有建立统一的医保支付目录，但对不予支付的医疗服务项目进行了明确说明^[5]。

（一）实验室诊断项目支付原则

《加拿大健康法案》将临床必需作为医保支付的唯一原则，但国家

和各省健康法案均没有对临床必需进行明确定义^[6]。临床必需的实验室诊断项目确定主要由各省医学会与卫生部门协商制订。加拿大对于临床必需的认识主要可以归纳为4种模式：**一是**医生和医院主导模式。上世纪60—70年代，各地普遍认为医生提供的服务是科学且必要的，医生的临床专业判断可用于确定是否临床必需。**二是**最大可支付原则。上世纪80年代中后期，加拿大联邦政府限定了实验室财政支付的增长率，各地开始注重实验室成本控制，将部分实验室诊断项目移出目录以节省费用。**三是**循证支付原则。上世纪90年代以来，随着循证医学和卫生技术评估的发展，各地开始探索依据循证证据建立核心的实验室诊断支付目录，评估框架通常包括：功效和效果，适宜性及可负担性，质量，伦理学及经济性等，同时倡导通过临床指南来指导目录制定。**四是**各省共同的支付项目。上世纪90年代中后期，加拿大各地逐渐将各省目录中的共有项目默认为临床必需项目，此后，各地建议由联邦政府制定国家统一的报销目录，并将健康目标、循证结果及社会价值定义为发展实验室诊断目录的主要原则^[7]。近期，专家共识认为定义临床必需是不可能的，建议制定评估临床必需的标准和程序，逐步排除不适合临床必需的项目^[8]。

（二）实验室诊断项目医保支付范围和标准

基于健康法案的5项原则和临床必需原则，加拿大10个省及3个地区均将临床必需的门诊或住院实验室诊断纳入保障范围，参保居民在接受法律指定的医院或医生开展的实验室诊断服务时不需付费。由于实验室诊断医保目录由各省及地区制定，实验室诊断覆盖范围略有不同。一般来讲，以下项目不在各省的保障范围内：非法律指定的检测机构，由第三方申请的医疗服务，基因测序及其他基因诊断，实验性的诊断项目等^[9]。不列颠哥伦比亚省（以下简称“BC省”）实验室支付管理在加拿大较先进，2015年发布了门诊实验室诊断支付目录和规范，本研究

分析发现实验室诊断项目目录主要包括 7 大类 728 项，其中，血液和血库检测项目 128 项，微生物项目 50 项，生化项目 514 项，细胞遗传学项目 17 项，病毒学项目 16 项，其它项目 3 项^[10]。

纳入保险目录内的实验室诊断项目有明确的支付原则和标准。以 BC 省为例，实验室诊断项目是卫生部基于临床指南制定的，所有项目支付时都有一些限定条件和标准：**一**是一些项目须特定专科医生开具时才能予以支付，如抗环瓜氨酸肽抗体检测只能由风湿病专科或内科专家开具；**二**是一些特殊项目需证明是由实验室医生讨论确定的才能予以支付，如促黄体生成激素释放激素兴奋试验需要征询实验室医生同意并提供书面材料；**三**是一些项目只有在某些特定医院或实验室开展才予以支付，如乙酰辅酶 A 仅限在儿童医院开展；**四**是项目支付实行检测次数限制，即规定实验室项目每年或每天最多可以支付多少次，如乙酰唑胺等药物分析项目每人每天最多支付 6 项；**五**是不支付以筛检为目标的检测，如对可疑前列腺癌患者测定前列腺特异性抗原时可予以支付，以筛检为目的则需患者自负；**六**是支付时考虑年龄限制，如仅 19 岁以下人群进行维生素 D 检测时可予以支付。另外，一部分项目要求只能同某些项目一起收费，或者不符合以上要求时不予给付等，如 $\beta 2$ 糖蛋白 I 抗体 IgG、IgM 测定不能同 $\beta 2$ 糖蛋白 I 抗体筛查同时支付。

（三）实验室诊断项目支付方式

加拿大医院实验室诊断主要是基于总额预算方式由省、地区政府进行拨付。不同地区门诊和住院实验室诊断项目支付方式不同。如 BC 省门诊实验室诊断项目可以通过公立和私立医院提供，由省按项目付费方式进行拨付，但同时对门诊实验室诊断项目总额进行预算限定。在曼尼托巴和安大略省，私立门诊实验室诊断是基于每个检测项目并对单个项目封顶的方式进行支付。在新斯科舍、纽芬兰等省没有私立实验室，则

主要通过总额预算进行控制。各省通过建立实验室检测追踪系统及实验室法案，规定实验室服务提供者提供必要的信息资料备份，对项目进行核查和拨付^[11]。

（四）新实验室诊断技术项目支付情况

2006年，加拿大卫生部设立国家级卫生技术评估（以下简称“HTA”）机构，即加拿大药物卫生技术局（CADTH），由联邦、省和地方卫生部门的委员会进行管理，负责上市药品及卫生技术的评价工作。近20年以来，医院、省、地区政府均积极推进HTA发展，使其成为新技术报销决策的重要环节^[12]。

加拿大对实验室诊断及耗材是否给予报销的决策是高度分散的，绝大多数决定由医院进行制定，而各省或医院应用卫生技术评估的情况差异较大^[13]。如在萨斯喀彻温及纽芬兰省尚未开展医院HTA，但在魁北克省则要求所有教学医院设立卫生技术评估部门。一般来说，医院是否决定采用一项新实验室技术一般不进行规范的HTA评估，他们通常会征询省级卫生技术评估结果，是否采纳省卫生技术评估结果仍然是自愿的。医生团体通过现有的专业网络在地区或全国形成的共识可以显著影响新技术补偿决策的制定，一旦政府决定补偿，医院将实施集团采购购买新的卫生技术。一般情况下，新实验室诊断技术申请由医生提出，医院需要的信息包括：（1）当地需求；（2）临床有效性证据；（3）供应商信息；（4）实施的可行性；（5）预算影响。此外，医院还会考虑由购买新技术所产生的总体成本。

二、加拿大实验室诊断支付政策对我国的启示

近年来，加拿大实验室诊断也面临一系列问题，如项目数量增速较快，服务量以每年6%~8%的速度增长。更有研究指出，约30%的实验室检测项目为非临床必需项目。为此，加拿大开展了实验室诊断项目审

查和临床指南，有效降低了不合理应用。总体来看，加拿大实验室诊断支付方面仍有值得借鉴和学习之处。以下对加拿大实验室诊断支付方面的经验和教训进行归纳总结，并提出适合我国的发展建议。

（一）制定明确的实验室诊断项目支付政策

《加拿大健康法案》将临床必需作为医保支付的基本原则，但没有对这一概念做明确界定，在加拿大引发了广泛争议。各省、地区政府在操作层面较难执行。该原则也同我国“保基本”政策类似，国家没有对何为“基本”进行明确定义，使得各省报销目录存在很大差异。建议借鉴加拿大政府的改革经验，将循证决策及科学决策逐步纳入到医保支付目录制定过程中，以确保纳入项目有效、经济，节省不必要的费用。

（二）借鉴加拿大实验室诊断目录框架，引入限制条件及说明

以 BC 省的门诊实验室诊断项目目录为例，其通过与临床指南相结合，对实验室诊断项目的使用条件、费用较高项目等均进行了明确说明，以规范合理支付并控制不合理项目使用。我国仍实行被动付费制，目录制定没有同医保支付进行有效关联。建议优化现行实验室诊断价格收费目录，对项目使用设定约束条件。

（三）逐步建立卫生技术评估机制，为新技术报销决策提供支撑

加拿大已建立卫生技术评估机制 20 余年，卫生技术评估在医院、省及国家层面均普遍应用，已成为新技术纳入、定价及报销的重要依据。我国新实验室诊断技术发展迅速，但在制定支付政策时缺乏循证依据，不利于控制费用和合理引导实验室诊断技术的发展。建议政府加强卫生技术评估机制建设。

参考文献

- [1] 金春林,王惟,龚莉,等. 我国医疗服务项目价格调整进展及改革策略[J]. 中国卫生资源,2016,19(02):83-86.
- [2] 张霄艳,杨兴怡,刘焱,等. 我国二级医院基本医疗服务诊疗项目包的筛选研究[J]. 中国卫生政策研究,2015,8(06):57-61.
- [3] 刘俊香,吴静,陈鸿君,等. 国内基本医疗服务界定研究述评[J]. 卫生软科学,2012,26(07):624-626.
- [4] 张源,谭卉妍,吴洋,等. 我国基本医疗保险支付方式存在的突出问题及对策[J]. 中国卫生经济,2015,03:23-25.
- [5] health Canada.Canada's Health Care System [EB/OL] <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>
- [6] Commission on the Future of Health Care in Canada. Medically Necessary: What is it, and who decides? [EB/OL] http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Romonow_Commission_ENGLISH/Discussion_Paper_Medically_necessary_What_is_and_who_decides.sflb.ashx.
- [7] Charles C, Lomas J, Bhatia G, et al. Medical necessity in Canadian health policy: four meanings and... a funeral?[J]. Milbank Quarterly, 1997, 75(3): 365-394.
- [8] Emery J C, Kneebone R D. The Challenge of Defining Medicare Coverage in Canada[J]. The Challenge of Defining Medicare Coverage in Canada. SPP Research Paper, 2013:6-32.
- [9] Minister of Health British Columbia. Preamble To The Laboratory Services Outpatient Payment Schedule [EB/OL]. <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/laboratory-services/information-for-laboratory-operators>
- [10] Minister of Health British Columbia.Fee-For-Service Outpatient Laboratory Services in British Columbia [EB/OL]. <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/laboratory-services/information-for-laboratory-operators>
- [11] CADTH.Funding of Laboratory Testing in Canada[J].Environmental Scans.2011,19.
- [12] Menon D, Stafinski T. Health technology assessment in Canada: 20 years strong?[J]. Value in Health, 2009, 12(s2): S14-S19.
- [13] Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH).Canada - Medical Devices & Diagnostics [EB/OL].<http://www.ispor.org/HTARoadMaps/CanadaMDD.asp>

(责任编辑: 朱碧帆)

美国实验室诊断项目医保支付政策研究及启示

房良¹ 王海银^{1,2} 杨燕¹ 冯泽昀¹ 金春林^{1,3}

【摘要】 我国针对临床检验项目的医保支付研究相对较少，美国的医疗保障制度相对完善，通过对美国公共医疗保险与商业医疗保险实验室诊断项目医保支付的政策分析，总结美国实验室诊断支付原则、支付范围、支付比例、支付方式的特点，探讨对于我国实验室诊断项目医保支付的政策启示。

【关键词】 美国；实验室诊断；医保支付

实验室诊断是医疗活动的重要组成部分，不仅对临床诊断具有重要的辅助作用，且发生的频次相对较多，探讨实验室诊断项目的医保支付政策不仅有利于完善我国医疗保障制度，同时对减轻患者疾病经济负担具有重要意义。此外，科学制定实验室诊断项目价格、合理完善实验室诊断项目支付，也有利于完善公立医院综合改革推进。然而，当前我国在实验室诊断项目的医保支付研究方面尚显薄弱。美国作为商业医疗保障制度的代表性国家，其医疗保障制度相对健全，特别是老年医疗保险（以下简称“Medicare”）和医疗救助计划（以下简称“Medicaid”）在长期发展过程中积累了较多可资借鉴的理念与方法。本文通过对美国实验室诊断项目医保支付政策的深入分析研究，总结相关发展经验，以期对我国实验室诊断项目医保支付政策的制定和完善提供参考。

第一作者：房良，男，研究实习生

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 复旦大学，上海 200032

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

一、美国实验室诊断项目开展现状及支付构成

美国是以商业医疗保险模式为主的混合型医疗保险制度^[1]，是世界上推行医疗保险市场化最为典型的国家。目前已形成以商业医疗保险为主体，社会医疗保险与管理式医疗组织为补充的多层次医疗保障体系^[2]。按照人群覆盖特点，美国的医疗保险可基本分为6类：商业医疗保险、Medicare、Medicaid、军人和印第安人医疗保险、政府工作人员的医疗保障和无保险人群^[3]。其医疗保障制度具有以下特点：**一是**医疗服务费用较高且增长较快。2011年，美国医疗总费用占GDP的比重已达到17.7%^[3]；**二是**高度市场化特征，医疗保障制度的层级化现象明显^[3,4]；**三是**重点关注社会特定人群，突出社会保险的公益性。如专门颁布医疗保险计划用以保障老年人群、贫困人口、儿童等特定人群^[5]。

基于美国医疗保障制度的特点，美国实验室诊断项目成为政府控制医疗费用的重要内容，且形成了实验室诊断项目医保支付比例逐年降低的特点，然而实验室诊断项目开展的数量依然庞大。根据美国医疗保险与医疗补助服务中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）数据显示，美国年均开展实验室诊断服务68亿次，实验室诊断费用占医疗服务总费用的2.3%、占联邦医疗保险支出总费用的2%^[6]。其中，临床病理检查占66%，解剖病理与细胞学检查占23%，分子与特殊检查占8%，药物滥用检查占3%（图1）。

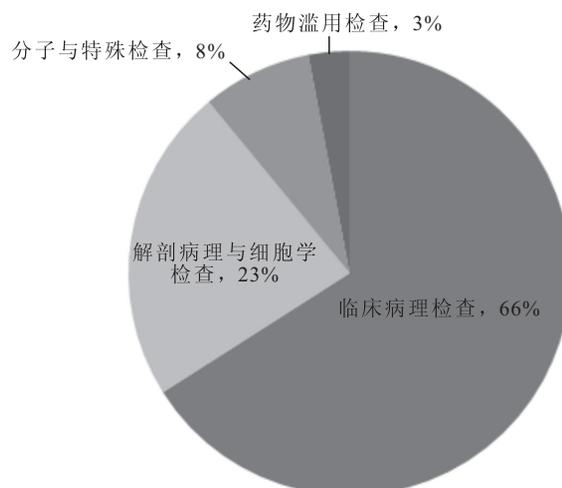


图1 美国临床实验室诊断项目构成

二、公共医疗保险实验室诊断项目医保支付

（一）Medicare 实验室诊断医保支付

在美国，相比其他医保支付项目，Medicare 对于实验室诊断项目的医保支付最高，2010 年的支付金额达 82 亿美元，占 Medicare 支付总额的 3%，公共支付与个人支付均以 Medicare 作为主要的支付基础。因此，Medicare 实验室诊断项目的医保支付对美国实验室诊断项目医保支付具有较好的代表性^[6]。

1. 支付原则

Medicare 对于实验室诊断项目的医保支付主要基于 3 个原则：一是具有一定资质的医师明确告知患者需要接受此类实验室诊断服务；二是该实验室诊断项目在医学上是合理和必须的；三是所提供的实验室诊断服务符合《临床实验室改进修正案》（Clinical Laboratory Improvement Amendments，以下简称“CLIA”）。

2. 支付范围

Medicare 支付的实验室诊断项目主要包括涉及生物学、微生物学、血液学、生物化学、病理或其他涉及人体的有关诊断、预防、检查或疾

病评估等实验室诊断服务^[7]。2016年美国临床实验室诊断收费表（The Clinical Laboratory Fee Schedule，以下简称“CLFS”）共确定了50个州1330个实验室诊断项目的费用标准^[8]。

3. 支付依据

Medicare对于实验室诊断项目的支付遵循了美国保障法案的要求，总体而言，是一种按服务项目付费的支付方式。具体来说，Medicare对于实验室诊断项目的支付主要结合了实验室诊断项目的内容，依据CLFS确定的费用标准进行支付^[9]。而对于小额门诊实验室诊断费用，其支付则主要参照投保所在州或联邦的基本支付标准。联邦基本支付标准是根据各州设定的支付标准的中位数来统一确定的^[10]，以中位数的74%作为下一年各州支付标准的上限。CLFS会根据消费物价指数的波动对实验室诊断费用进行调整，国会再以立法的形式对更新的费用数据进行修正。

4. 支付方式

Medicare对实验室诊断项目的支付可分为医院医保支付（以下简称“Part A”）与医师诊疗医保支付（以下简称“Part B”）2部分。

在Part A方面，实验室诊断服务主要被分为2类。一是独立实验室提供的实验室诊断服务，即由医院指定的、既独立于医师诊室又独立于急诊医院的实验室，为患者提供实验室诊断服务。被指定实验室需符合《临床实验室改进修正案》确定的服务资质，同时还需满足（1）符合联邦或地方法规要求，获得授权许可；以及（2）符合联邦卫生和人类服务部对于健康和安全的的要求。此时产生的实验室诊断费用才会由医保支付。二是医院提供的实验室诊断服务。没有采用预付制的医院，根据实际发生费用对实验室诊断项目进行支付，采用预付制的医院，则不再对患者收取额外实验室诊断费用。

在 Part B 方面，实验室检查、骨密度测量等项目均按门诊预付制支付，若医院没有实行门诊预付制，则根据医师劳务价值、常规费用及州税务豁免等因素进行支付。Part B 需遵循合理性与必要性的原则，同时还需明确该项目在 Part A 中被界定为不能支付。

此外，在 Part A 与 Part B 以外，若患者需要居家实验室诊断服务且符合（1）患者无法离开其居处且标本采集并不需要太高的技术含量，如尿液或痰液的采集；（2）身居特定机构的患者，如无法实施静脉穿刺的护理机构，则 Medicare 也可进行支付。

（二）Medicaid 实验室诊断项目医保支付

Medicaid 是美国医疗保障体系的重要组成部分。2015 年 Medicare 已扩展到 30 个州和特区的低收入人群，覆盖 1120 种实验室诊断项目。

1. 支付原则

各州基于联邦确定的医疗救助指南独立建立和管理本州的 Medicaid 体系，并有权决定纳入 Medicaid 的医疗服务类型、服务数量以及服务内容，由联邦提供基金保障各州对服务的提供。各州的 Medicaid 被要求覆盖某些特定的医疗服务作为“强制性福利”，同时基于 Medicaid 选择一些医疗服务作为“选择性福利”提供给公众。其中实验室诊断项目被列入“强制性福利”^[1]。由联邦政府制定一定的支付标准，各州负责具体实施^[3]。在儿童健康保险项目（The Children's Health Insurance Program, CHIP）中，实验室诊断项目属于独立的儿童健康福利，可以由各州进行选择性的医保覆盖。

2. 支付方式

Medicaid 对于服务项目的支付主要基于 3 个变量：工作量 C (caseload)、单位服务量 U (utilization) 以及单位医保支付金额 P (price)，计算公式为 $E=U \times C \times P$ ，E (expenditure) 代表医保支付总额。由于变

量 U 与变量 P 在实际应用中并不能实时得到,因此在上述公式的基础上,以当前 Medicare 医保支付费用为基础,根据服务类型与种类,来确定此类服务在 y 年与 $y+1$ 年的医保支付预算额的替代算法应运而生,公式为 $E_{y+1}=E_y \times (1+C_{y+1}) \times (1+U_{y+1}) \times (1+P_{y+1})$,此方法适用于 Medicare 中各类服务的医保支付总额确定。

(三) 商业医疗保险实验室诊断项目医保支付

美国商业医疗保险对于实验室诊断项目的支付比例与标准依据投保人投保的商业保险类型而各有不同。商业医疗保险公司根据投保人的不同需求,提供不同的保险类型,由投保人进行选择。美国商业医疗保险对于实验室诊断项目的支付依据实验室诊断项目的实际发生频率而各有不同,一般而言,投保人实际发生频率与实验室诊断项目支付比例成正比。蓝十字 (Blue Cross) 与蓝盾 (Blue Shield) 是美国商业医疗保险公司的代表,在美国商业医疗保险市场中占据较大的份额,其医保支付政策能够较好地反映美国商业医疗保险公司的医保支付制度。因而对完善我国实验室诊断项目医保支付政策同样具有重要的参考价值^[12]。蓝十字与蓝盾主要支付的对象包括个人与家庭,支付范围包含各种常规实验室诊断项目,其支付比例一般不高于 Medicare 支付比例的 50%,主要根据投保的人群特点(个人、家庭、个人年龄 65 岁及以上)以及接受服务的频率来确定医保支付的比率。

四、美国实验室诊断项目医保支付面临的问题

对于实验室诊断项目的医保支付,美国官方与行业协会的观点大相径庭。美国临床实验室协会数据显示,美国实验室诊断项目的医保支付每年仅占医保支付总额的 1.6%。自 2010 年起,实验室诊断项目的医保支付比重就已被削减 11%,并且预计未来 9 年中会被双倍削减,协会不满于政府对实验室诊断项目医保支付的减少,认为是一种不合理的政策,

呼吁政府提高对于实验室诊断项目的医保支付；而美国健康与人类服务部通过将 50 个州的公共医疗补助项目和 3 个联邦雇员健康福利计划(The Federal Employees Health Benefits Program, FEHB) 的医保支付数据进行比较后, 发现降低实验室诊断项目的医保支付比重, 每年可以节省较高的医保费用, 因此认为减少实验室诊断项目的医保支付是控制费用的有效手段, 建议通过立法降低对实验室诊断项目的支付比例^[13]。

五、对我国的启示

当前, 我国对于实验室诊断项目的医保支付尚显薄弱, 相关研究较少。实验室诊断项目是患者需求较大的服务项目, 对医疗诊断具有重要辅助作用, 合理的实验室诊断项目支付政策, 对于减轻患者疾病经济负担、抑制不合理的实验室诊断项目具有重要意义。基于美国实验室诊断项目支付政策的分析, 我国在完善实验室诊断支付政策时可以获得以下启示:

一是注重合理与必须。美国 Medicare 与 Medicaid 都强调对于实验室诊断项目的提供需要满足合理性与必须性的原则, 这对于抑制不必要的实验室诊断服务, 避免医疗费用的过度增长具有重要意义。

二是注重项目的评估。在美国, 实验室诊断项目需经过评估才能决定是否纳入医保支付。合理性需求是评估的主要因素, 合理性不仅考虑到不同特征人群的实验室诊断支付需求, 同时在评估原则上更具灵活性, 对于居家实验室诊断服务同样提供保障。基于评估的医保准入与排除机制对我国实验室诊断支付政策具有一定参考价值。

三是注重费用控制。费用控制是美国实验室诊断支付政策的突出特点。Medicare 中对于联邦支付上限的设定, 由最初各州支付标准中位数的 115% 下降到目前的 74%。实验室诊断项目易产生诱导需求, 对于实验室诊断项目的医保支付既需考虑保障合理需求, 又需控制不合理的费

用支出，因此有效的费用控制成为实验室诊断支付政策的完善中极为重要的一环。

四是注重动态调整。 Medicare 会根据每年的物价指数对实验室诊断项目费用进行更新，并通过听证对实验室诊断项目的支付标准与支付比例进行调整。基于经济发展水平，实时调整医保支付水平，不仅可以有效发挥医保对于低收入人群的保障作用、减轻患者疾病经济负担，同时有利于推动医保支付制度的完善。实现实验室诊断项目医保支付的动态调整有利于增进我国医保支付的合理性。

参考文献

- [1] 黄海. 美国医疗保险的做法及对我国医疗保险制度建设的启示[J]. 医院院长论坛-首都医科大学学报(社会科学版),2014,04:58-63.
- [2] 邓大松,赵奕钧. 美国医疗保险模式对我国医疗保险制度的启示[J]. 上海经济, 2013, Z1: 36-38.
- [3] 孙晓明. 世界医疗制度[M]. 上海:上海科学技术出版社,2015:118-120,31.
- [4] 外交部国际司.美国医疗保险制度介绍.[EB/OL] www.mof.gov.cn/mofhome/guojisi/pindaoliebiao/cjgj/201310/t20131025_1003317.html
- [5] 张颖超. 美国医疗保险制度改革对我国的启示[D]. 华东政法大学,2014.
- [6] 龚莎,杨惠,杨娇等.医学检验国家现状报告（美国）. [EB/OL]. <http://www.docin.com/p-70592427.html>.
- [7] Centers for Medicare & Medicaid Services. Regulations & Guidance. [EB/OL]. www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c15.pdf.
- [8] Centers for Medicare & Medicaid Services. Clinical Laboratory Fee Schedule. [EB/OL]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ClinicalLabFeeSched/>.
- [9] American Clinical Laboratory Association. Reimbursement and coverage. [EB/OL]. <http://www.acla.com/issues/reimbursement-and-coverage..>
- [10] Centers for Medicare & Medicaid Services. Fee Schedules-General Information. [EB/OL]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment>.
- [11] Centers for Medicare & Medicaid Services. Benefits. [EB/OL]. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/benefits/medicaid-benefits.html>.
- [12] 随喜. 谈谈美国医疗保险. [EB/OL]. http://blog.sina.com.cn/s/blog_6a1a68a90101dfk3.html.
- [13] American Medical News. \$1 billion could be saved on Medicare lab tests, OIG finds. [EB/OL]. <http://www.amednews.com/article/20130624/government/130629991/10/>.

（责任编辑：汤真清）

日本医保支付政策及启示

冯泽昀¹ 王海银^{1,2} 陈多¹ 杨燕¹ 房良¹ 金春林^{1,3}

【摘要】 日本拥有全世界最高水平的平均预期寿命和卫生保健标准。根据世界卫生组织的调查,在 191 个国家卫生系统的可及性和绩效排名中,日本分别位列第一和第十一位。日本于 2014 年针对诊疗服务价格进行了改革,其中,对实验室检查方面制定了更为严格的规定。本文主要对日本医保支付制度及诊疗服务价格改革进行阐述,并提出可供我国借鉴的经验。

【关键词】 医疗服务价格; 医保支付; 日本

医改是维护人民健康的重要组成部分,如今医药卫生体制改革已进入深水区,与此同时,随着社会经济发展新形势以及人口老龄化新局面的到来,对我国医疗保险体系也带来了新的挑战。围绕重点改革任务,应该充分发挥医保在医改中的基础性作用,形成协同推进医改的良好格局。然而,实验室诊断项目作为医保支付的重要组成部分,其支付方式却少有研究。为顺应我国医改新要求,本研究通过梳理日本医保体系及其实验室诊断项目支付政策,为我国医保科学地制定实验室诊断项目支付政策提供理论依据。

一、日本卫生保健体系

日本的卫生保健系统在 20 世纪晚期就已经取得了令人瞩目的成就^[1]。根据世界卫生组织的调查,日本在 191 个国家卫生系统的可及性和绩效排名中分别位列第一和第十一位^[2]。凭借着完善的全民健康保险体

第一作者:冯泽昀,女,研究实习员

作者单位:1.上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031;上海市卫生发展研究中心,上海 200040

2.复旦大学,上海 200032

3.上海市人口与发展研究中心,上海 201199

系，日本具有全世界最高水平的平均预期寿命和卫生保健标准^[3]。日本的卫生保健系统包含2部分。一是提供经费（医疗保险体系），即提供费用并付款。二是提供服务（医疗服务制度）^[4]。

在医疗保险方面，日本实行强制性社会保险模式，即对不同人群采取不同的费率标准与筹资渠道。主要分为职工保险和居民保险；另外，针对75岁以上的老人有后期高龄老人医疗制度，对65~74岁的老人施行财政补贴制度。职工保险又分为大企业组合保险、中小型企业协会保险与公务员共济保险，90%的职工退休后则转入居民保险。职工医疗保险缴费依据不同的收入水平分为1级到47级不等。而职工医疗保险缴费由雇主和雇员各承担一半。居民保险由国民健康保险团体（简称“国保”）承担^[5]。

二、日本医保支付制度

由于日本实行“全民皆保险制度”，因此所有居住在日本的人都必须加入特定的公共医疗保险。该医疗保险制度强制全体国民必须参加，目的是当其发生疾病或伤残等意外事故时，可以减轻个人负担与损失，并且在治疗上得到充分保障^[6]。

（一）医保支付形成机制

日本于1927年起开始逐步建立卫生保险制度，并开始实施医疗报酬点数法，此后点数法经过3次较大修改。第一个时期的计算方式为被保险者人均预定医疗费乘以被保险者人数，政府按照预算将费用拨给医师会，再由医师会按照点数表分配给各医疗机构（点数表由医师会制定）。第二个时期是战后时期，由于严重的通货膨胀不断地改变单位价格，因此增设了一些新的点数，并对部分点数做了调整。第三个时期则是对点数表进行了大幅度的修改，此次修改一是为了提高诊疗报酬而不是提高单价；二是改定点数。改定点数时所考虑的因素包括：将物与技术分离，

对无形的技术给予评价，将注射、投药中的技术费用等简单的处置费及检查费纳入挂号费中，住院费用中设立基准护理、基准伙食、基准寝具，以便提高医院报酬。此次修改除个别医院出现亏损外，总体来看，医疗机构增加收入 8.5%^[7]。

（二）医保支付基本原则

日本的医保支付主要遵循 2 个原则，一是统一支付原则。由于病人可以自由选择医院就诊，医疗保险一般不实行定点医疗。医疗费用付费范围包括医生的诊疗费和药费 2 个部分。医疗保险支付标准由日本厚生省中央社会保险医疗协议会制定，全国实行统一的付费制度。二是按服务项目收费原则。日本的医疗服务机构按服务项目进行收费，其中包括医疗服务收费标准 5500 项，药品收费标准 17000 种以及耗材 700 种。医生的每个诊疗行为和用药的价格均由国家确定，政府会根据物价因素等对诊疗项目及用药的价格进行不定期调整^[8]。按服务项目支付主要是体现医生诊疗技术价值的项目，包括：手术费、麻醉费及 1000 点数以上的处置、病理诊断、心导管检查、有选择的动脉造影、内窥镜检查、指导管理费、康复、手术麻醉中使用的药品和特定医疗保险耗材^[9]。

（三）医保支付调整原则

从 2003 年起，教学医院开始实施基于疾病诊断相关组（Diagnosis-Related-Group, DRG）的支付制度。因此，除了长期照护和教学医院实施按病床日付费制度以外，日本的医保支付制度还是以按项目付费为主。由日本保险补偿所有门诊、住院、口腔、药品费用，但不包括一些疾病预防、健康促进、妇幼保健服务。另外，口腔特殊材料、康复特别治疗费、咨询费、私人病床等均不包含在保险补偿范围内，由患者自行承担^[10]。

1. 医疗服务价格的调整原则

按照日本对医疗服务价格每两年调整一次的原则，医疗服务价格的

调整是根据国家当时的经济、房价、物价增长率等宏观经济指标，以及日本全国医疗机构的收支情况进行微观调整^[11]。

这种有激励作用的价格政策目的是为了¹¹提高医疗技术，并且使得日本各个医院之间能够密切配合，实现双向转诊，也保证了日本医疗服务的效率及公平性。

2. 检查相关项目的调整原则

日本最近一次改革的上调项目为 2 项，下调项目超过 250 项。下调价格的主要对象为针对卫生检查所检查费用进行的调查，一是以市场价格为基础，对保险点数在 100 点以上的项目进行了调整；二是身体检查的大部分项目都维持现状。其中生化学检查项目的下调占比最大，达到 67.3%。由于微生物学的检查方法要求具备很高的检查技术、长时间的观察、以及熟练的技巧才能进行判断，因此本次改革对以上述 3 项为要素的项目进行上调。而在通则当中的微生物学检查也根据一样的要素进行了点数的增加^[12]。

三、日本医保支付方式

在日本，医疗保险组织按统一标准向医疗机构支付医疗费用。该标准由厚生劳动省中央社会保险协会制定，费用计算方法采用点数累计法。而医疗费用的报销方法主要是记帐办法，即患者除自付少量费用外不直接与医院发生经济关系，而是由医院定期向保险组织提出结算清单再由医疗保险组织委托社会保险诊疗报酬支付基金会和国民健康保险团体联合会进行审查并支付费用。

（一）点数的确定及审批

医疗保险认定的医疗机构的收费基准，必须按照中央社会保险医疗协议会制定的诊疗报酬基准，经过各种诊疗的难易程度评点后，由中央政府制定各诊疗项目及药品的“诊疗报酬点数表”，该表是各项目的相

对比值。医保根据“点数表”进行积分计算，每点分值为10日元。日本的医疗保险严格按照“点数表”进行给付，一般为2年修改一次，点数表厚达500页，对各种诊疗项目、药品范围、检查项目，以及对一些记载在给付范围内，但又超出点数要求的情况，均有详尽的给付规定与计算。中央政府对各种治疗项目制定分数表，分为4种，即甲分数表、乙分数表、药房药品换算分数表及牙科分数表。中央政府还经常根据物价因素等项目进行调整公布^[8]。

日本诊疗报酬点数的确定及调整的审批工作具体由厚生劳动省的咨询机构——中央社会保险医疗协议会负责实施，对医疗机构诊疗报酬的内容、价格、范围等分类进行审议，并将审议结果提交给厚生劳动省^[8]。

（二）点数计费方式的审查

从日本的医疗费用报销程序来看，被保险者在医疗机构看病后，只需支付个人应负担的金额，此金额各类人员承担比例不同，一般为医疗费用的10%~30%。医疗机构定期把医疗结算清单送交医疗保险部门，医疗保险部门再委托医疗费用支付基金会和国民健康保险团体联合会（第三方）进行审查，核实结算清单中是否存在浪费的情况。医疗机构的费用结算清单进过审查无误后，由医疗保险部门通知设在全国各地的医疗费用支付基金会和国民健康保险团体联合会办事机构向医院和诊疗所支付医疗费用^[13]。

四、日本医疗服务价格改革

日本最近的一次诊疗服务改革是在平成26年，即2014年在检查领域的诊疗服务价格改革，主要是在实验室检查方面有了更为严格的改变。本文以检查领域的诊疗服务价格改革为中心进行说明^[14]。

（一）医疗服务调整项目

由于日本采取每两年调整一次医疗服务价格的方式，本文以日本

2014年的医疗服务改革为例进行说明，将“静脉取血”从16点上升到了20点。由于该技术的使用次数非常多，因此即使是增加1点，也会对医疗费用产生非常大的影响。在本次严格的调价过程中，本项目得到了增加4点的评价。但是，在日本临床检查振兴协议会的调查中，取血的平均成本为490円，相当于49点。

（二）新设项目纳入标准

新项目（检查管理合计）的纳入是指“从保证质量的角度出发，对提供高级医疗服务需求的特定专科医院及大型医院，在检查实施场所新增评价项目以完善相关体制”。检查管理合计已有I—III共计3类，总计达到500点的检查管理合计（IV）为新设项目。检查管理合计（IV）的设施标准在检查管理合计（III）的标准上进行增加，新增了配置10名以上全职临床检查医师这一标准。此外，对检查管理合计III、IV的设施基准中担当病理诊断的医师不可兼职临床检查，而必须由专职人员承担这一项进行了明确解释^[15]。

医疗技术日新月异，此次有10项开展较少或本身检查结果存在不安定性或可用性较低，具有替代手段的实验室诊断项目将被移除。除了新收录项目和移除项目以外，实验室诊疗相关项目调整原则还包括：传染病防治对策附加的重新评估；检查名称的重新评估；体外用医药品的保险适用范围的重新评估。此次调价，对血液采集、微生物检查、DNA检查等项目进行了部分项目的评估，总体来说检查领域的调价是下调的。下次调价为平成28年，也将进行严格的调控，对检查进行适当的评价，从实用性以及成本等方面继续开展相关调查活动^[15]。

五、日本支付方式存在的缺陷

近几年来，日本医疗费用出现了大幅度增长的趋势。因此，日本从2003年4月采用病例组合支付方式制度代替传统的按服务项目付费的

制度。新的支付系统包括 2 个部分：每日预付部分和按服务项目付费部分。新的支付方式虽然降低了住院患者的平均住院日，但并没有减少住院病人和门诊病人日渐增长的医疗支出^[16,17]。实际上，日本在医疗卫生系统改革中实施了成本控制政策，增加的医疗花费是由快速的老齡化社会、健康转型和人们对医疗保健服务需求的增加所致^[17,18]。

虽然日本点数法有效地控制了医疗费用的上升，这种付费方式的优点是实际操作方便、使用范围广。但也存在其弊端。一是由于医院的收入与提供医疗服务的项目数量有关，所以有提供过度服务的动机，从而导致医疗费用难以控制；二是由于保险机构为了控制医疗机构过度服务，而高度介入规范医疗行为审查，使得行政管理成本高；三是传统诊疗报酬体制对相同医疗服务实行全国统一诊疗报酬点数，而这样一来就无法体现不同规模、不同技术水平和管理水平医疗机构之间的差距。

在支付制度上，日本医疗的医疗保险结算方式是诊疗报酬制，即按项目收费。在这种方式下开药和检查越多，医疗机构的收入也就越多。这种制度从某种程度上会引导医疗机构增加不必要的检查，从而造成医疗资源和费用的浪费。除了诊疗报酬制以外，日本的自由就医制度也让日本的短期病床接收了很多需要长期疗养的患者。有管理者认为，自由选择机制一旦过度，就会导致医生的选择性消费和重复治疗，导致国民医疗费用的增加^[1]。

六、日本经验对我国的启示

（一）改进付费方式，采取多元化改革路径

目前，我国医疗保险的付费方式改革基本方向是将后付费方式向预付付费方式转变。按项目付费的全称是按医疗服务项目支付费用，是后付费方式的主要形式。具体是指物价部门先对医疗服务过程中所涉及的每一服务项目制定价格，参保人在接受医疗服务时逐一对服务项目付费或

计费,然后由医疗保险经办机构向参保人或定点医疗机构依据规定比例,对发生的医疗费用进行偿付。总体来看,按项目付费制度有利于解决“看病难”的问题,同时也容易引发“看病贵”的问题。因此,医疗保险付费方式的改革,不仅要平衡医疗服务价格和数量的矛盾,而且要优化医疗服务费用和质量之间的关系,采取付费方式多元化的改革路径^[19]。

(二) 合理调整价格结构,充分评估医疗服务技术价值

日本的经验告诉我们,要充分认识医疗服务的特殊性,明确国家在医疗服务价格制定中扮演的角色和作用。要合理的调整价格结构,科学的进行成本核算,充分评估医疗服务的技术价值^[13]。同时,我国应该加强医保系统的统筹作用,承担各地区各类别医保经办机构间的转移支付,提高风险统筹层次的同时保持医保资金运作的独立管理^[5]。

(三) 建立健全医保法律法规,探索适合我国的医保体系

日本有健全的医保法律,与医疗保险相关的法律法规包括:《国民健康保险法》《社会保险审议官及社会保险审查会法》《健康保险法》《社会保险审议会及社会医疗保险医疗协会法》《老人保健法》,并且在此基础上形成了职责明确、分工合理的医疗保险管理、监督体系。在中央层面,医疗保险制度是由日本厚生劳动省下属的医疗保险局管理;在地方层面,医疗保险制度是由地区社会保险局、地区卫生与福利局、社会保险办事处管理。这些法律法规保证了整个医保体系的有序运行并起到了基本的保障作用。鉴于日本的成功经验,我国也应该考虑逐步建立相关法律,对医疗保险实行立法、指导、组织、监督,从而建立一个更加适合我国国情的医保体系^[20]。

参考文献

[1] 曹原.日本医保如履薄冰[J].中国医院院长,2014(3):33-36.

[2] The World Health Organization.The World Health Report 2000. [EB/OL]. <http://www.who.int/health->

- systems-performance/whr2000.htm.
- [3] Overview of Medical Service Regime in Japan. [EB/OL]. http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/dl/01_eng.pdf
- [4] Medical Service Fees System. [EB/OL]. http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/dl/01_eng.pdf
- [5] 郭丽岩. 日本医保体系与药价管理制度及对我国的启示[J]. 中国物价, 2013(7):60-62.
- [6] 吕学静. 改革与借鉴——从日本医疗保险制度改革谈起[C]. 社会主义和谐社会构建与社会保障国际论坛. 2007.
- [7] 松蒲十四郎, 鲍学温. 日本诊疗报酬体系的演变[J]. 医院管理论坛, 1991(3)
- [8] 吕学静. 日本医疗保险筹资与费用控制措施[J]. 中国医疗保险, 2014(5):68-70.
- [9] 孟开, 常文虎, 张迎媛, 等. 日本医疗费用支付方式对我国建立预付费体系的启示[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(12):854-857.
- [10] 左延莉, 王小万, 马晓静. 日本医疗保险体系的发展历程[J]. 中国卫生资源, 2009, 12(5):245-247.
- [11] 张莹. 日本医疗服务价格政策分析[J]. 中国卫生经济, 2010, 29(9):36-37.
- [12] 厚生劳动省. 平成26年度診療報酬改定の基本方針.[EB/OL]. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf
- [13] 吕学静. 日本医疗点数付费方式及借鉴[J]. 中国医疗保险, 2010(6):58-59.
- [14] 医疗经营研究所. 改定前に押さえておきたい診療報酬に関する7つのポイント. [EB/OL]. HMI-Report, 61:1-3. <http://www.iryoken.co.jp/member/index.html>
- [15] Yoneyama A. Japanese revision of fee for medical services in 2010[J]. Rinsho Byori. The Japanese Journal of Clinical Pathology. 2010, 58(7):725-732
- [16] Okamura S, Kobayashi R, Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care.[J]. Health Policy, 2005, 74(3):282-286.
- [17] 廖黎黎, 王小万. 日本医疗保险病理组合支付方式介绍[J]. 国外医学. 2006, 23(92):167-171
- [18] Idezuki Y. Long live the health care system in Japan.[J]. Bioscience Trends, 2008, 2(2):50-52.
- [19] 赵云. 医疗保险付费方式的功能比较. [EB/OL]. <http://www.wtoutiao.com/p/H8easJ.html>
- [20] 独特网. 2016年日本医保制度改革新政, 日本医保制度整合报销比例. [EB/OL]. <http://www.depeat.com/SheBaoZhengCe/136735.html>

(责任编辑: 曹宜璠)

台湾地区实验室诊断项目医保支付政策及启示

杨燕¹ 王海银^{1,2} 冯泽昀¹ 房良¹ 金春林^{1,3}

【摘要】近年来,随着医改的不断推进,国家卫生和计划生育委员会多次下发文件,要求放开部分药品及医疗服务价格,其中,实验室诊断项目取消方法学,各地采用主流方法学定价。台湾地区的医疗制度改革作为医改的成功案例一直受到多方关注,为此,本文通过分析台湾地区的医保支付制度,从其支付原则、支付标准、支付范围等角度入手,总结值得借鉴的经验启示,以期为我国实验室诊断项目的医保支付政策制定提供参考。

【关键词】 医保; 支付; 实验室诊断; 台湾地区

一、台湾地区全民健保系统医保支付

(一) 医保体制

台湾地区目前的全民健康保险,是整合原来的劳工与公务人员保险的医疗保障而形成的单一医疗保险体制,基本上属于由地区政府提供与经营的强制性社会保险。依照“台湾地区全民健保法”的规定,目前台湾地区全民健保被保险人的范围为,除受刑人、失踪满6个月的人员以外,凡符合户籍设立条件的均应参加台湾地区全民健保。健保费负担比率因被保险人身份分类而有所不同,由被保险人单位、行政当局和被保险人3方承担,现行法令规定雇主每月为员工负担的健保费为6成,员工与眷属自付3成,政府负担1成;无就业单位者由行政当局支付保费7成,个人承担3成,保费费率为4.25%~6.00%;无收入者和经济困难

第一作者:杨燕,女,研究实习员

作者单位:1.上海市医学科学技术情报研究所,上海200031;上海市卫生发展研究中心,上海200040

2.复旦大学,上海200032

3.上海市人口与发展研究中心,上海201199

人员行政当局给予津贴。台湾地区全民健康保险的主管机构是台湾地区当局有关行政部门，除了设立专门的卫生行政管理部门为保险人外，同时监理保险业务以及提供保险政策、法规的研究和咨询。为了审议投保单位及保险医疗服务机构对保险人理赔的案件发生争议的事项，台湾地区当局有关行政部门下设“争议审议委员会”，此外，另设“医疗保险费用协定委员会”以及精算小组，从事协商、分配医疗费用及精算保险费率等事项。

（二）支付制度

现行全民健保全面实施总额支付制度，每年医疗费用控制在总额成长幅度以下，达到宏观面的管控目的，在微观管控面，逐渐采用提升医疗服务效率与品质的政策改革方向，如论病计酬、住院诊断关联群（Tw-DRGs）支付、论质计酬等，并在平常医疗管理工作中加强医疗费用审查，或依据医疗费用发生状况，启动专案审查及稽核等^[1]。2004年7月，台湾地区导入了RBRVS制度（Resource-based Relative Value Scales，相对值表），希望能借以合理反映医疗服务成本的投入，构建公平的支付体系。相对点数反映各项服务成本，医疗资源耗用愈多的项目，其设定的相对点数就愈高，而点数的合理性也会依各界建议不定期协商调整。

（三）付费机制

全民健康保险支付制度采用第三者付费机制，保险对象至医疗院所就医所花费的医疗费用，由保险人根据支付标准付费给医疗院所。支付标准是指保险人支付费用给医疗院所时，所采用的支付基准，可以服务项目、住院日、病例或人为支付单位订定支付标准。为求一个合理、公平及健全的全民健康保险体系，医疗费用支付制度的设计扮演重要的角色。因为支付制度提供医事服务机构及医事人员基本经济诱因，不仅直接影响其收入及医疗服务资源的分配，对于医疗费用控管、医疗服务的

数量、效率与医疗品质,都有很大的影响,甚至影响行政体系与工作方式。

二、实验室诊断项目医保支付制度

(一) 支付原则

原则一：必要诊疗服务均纳入医保。台湾地区全民保健的医疗给付范围始终非常明确，台湾地区健保法第1条即确定：全民健康保险为强制性社会保险，保险对象在保险有效期间，发生疾病、伤害、生育事故，给予保险医疗给付。保险对象经缴纳保险费后，凡发生疾病、伤害、生育事故，皆可凭健保卡至医院、诊所、药局等特约医事服务机构，接受必要及完整的医疗服务。全民健保提供的医疗服务包括门诊、住院、中医、牙医、分娩、康复、居家照护、慢性精神病康复等项目；医疗给付的范围则包括诊疗、检查、实验室诊断、会诊、手术、麻醉、药剂、材料、处置治疗、护理及住院病房等。全民健保的给付，从单纯的感冒治疗到复杂的开心脏手术，可以说将所有必要的诊疗服务都包含在内。

原则二：给付项目采用正面表列。台湾地区健保相关法律规定：“全民健保医疗给付包含诊疗项目、特殊材料及药品等给付项目，均采取正面表列为主的方式，用意是为明确表示支付的内容及规范，以利遵循，亦是承袭公、劳保时期的规定。”

原则三：考虑成本，引入卫生技术评估。台湾地区健保法42条规定：“医疗服务给付项目及支付标准的订定，应以相对点数反应各项服务成本及以同病、同品质同酬为原则，并得以论量、论病例、论品质、论人或论日等方式确定。前项医疗服务给付项目及支付标准的订定，保险人需要先办理医疗科技评估，并应考量人体健康、医疗伦理、医疗成本效益及本保险财务；药物给付项目及支付标准的订定，亦同。”

原则四：特殊材料制定上限。台湾地区健保法第45条规定：“本保险给付的特殊材料，保险人需要确定给付上限及保险医事服务机构得收

取差额的上限；属于同功能类别的特殊材料，保险人需要支付同一价格。保险对象需要在经保险医事服务机构的医师认定有医疗上需要时，选用保险人定有给付上限的特殊材料，并自付其差额。前项自付差额的特殊材料品项，应由其许可证持有者向保险人申请，经保险人同意后，并同其实施日期，提健保会讨论，报主管机关核定公告。”

（二）支付标准

标准一：取消实验室诊断类部分负担费用。对于实验室诊断类项目，1991年以前，实验室诊断类项目以20%收取，但以300元为上限，自1991年9月1日起，台湾地区当局有关管理部门经评估后公告：自1993年1月1日起取消门诊高利用部分负担及门诊实验室诊断部分负担。

标准二：点数法。台湾地区并不直接给定各项医疗服务的价格，而是以医疗服务点数代替。点数是根据RBRVS评定的相对点数，而RBRVS评定主要考虑的是医师的投入和其他方面的成本（房屋折旧、仪器设备使用等）。当然因为台湾地区施行的是总额支付制度，因此其支付需要根据总额和服务总点数核算每点费用，在经审查后核付其费用^[2]。

标准三：累计次数超额享有折扣。目前，检查项目，除各类癌症、脏器移植、糖尿病及加护病房与烫伤病房（中心）病人所作检查项目外，于每次门诊或住诊施行检查，合并累计至一定项次数后，总给付金额予以折扣支付，累计项次数折扣数如表1所示。

表1 台湾地区检查项目累计项次数的总给付额折扣数

诊别	层级	折扣数		
		全额给付	九折	八折
门诊检查	区域医院、医学中心、地区医院	合计 20 项次以下	合计 21-30 项次	合计 31 项次以上
	基层院所	合计 10 项次以下	合计 11-15 项次	合计 16 项次以上
住诊检查	区域医院、医学中心、地区医院	合计 40 项次以下	合计 41-60 项次	合计 61 项次以上
	基层院所	合计 30 项次以下	合计 31-40 项次	合计 41 项次以上

标准四：急诊费用加算点数。急诊病人因紧急伤病必须立即检查时，其检查费用需按本节所定点数加算 20%。

标准五：儿童项目加算点数。注有儿童加成项目的，是指病人年龄未满六个月，依表定点数加算 60%；年龄在六个月至二岁的，依表定点数加算 30%；年龄在二岁至六岁的，依表定点数加算 20%；但所有特殊材料一律不加算。

（三）支付范围

医保支付项目以现行全民健康保险医疗费用支付标准项目为主，类似项目以并入现有诊疗项目为原则。除非有合理理由，尽量避免拆分细项，若须拆分细项，每一诊疗项目以拆分三项为上限，每一专科别拆分细项的项目，不得超过 10%，最多不得超过 20 项为原则。

台湾地区法律规定检查项目的支付范围，包括人员、试药、内服药剂、实验室诊断器材、一般材料、管理费及采取检体的费用在内；如需使用特殊材料部分，另依全民健康保险药物给付项目及支付标准申报。不得为研究、预防或健康检查而作与诊疗无关的检查，但有特殊规定的，从其规定。其具体的检查项目包括：尿液检查（26 项，包括一般尿液检查和特殊尿液检查）、粪便检查（18 项）、血液学检查（129 项）、生化学检查（206 项）、输血前检查（12 项）、免疫学检查（206 项）、细

菌学与霉菌检查（26项）、病毒性检查（82项）、细胞学检查（22项）、穿刺液采取液检查（13项）等。

（四）形成机制

1. 现有医保项目

沿袭劳工保险（以下简称“劳保”）、“公务人员”保险（以下简称“公保”）及农民健康保险（以下简称“农保”）项目。2004年7月，台湾地区导入了RBRVS制度（Resource-based Relative Value Scales，相对值表），希望能借以合理反映医疗服务成本的投入，构建公平的支付体系，而点数的合理性也会依各界建议不定期协商调整。有关RBRVS评量部分，共邀集超过30个专业医学会，针对3000多项特定诊疗项目进行评量，评量的内容包括医师投入（指医师在服务前、服务中及服务后，针对一个典型个案，医师相对投入的时间、身心投入的程度、技术难易度、心智判断、以及压力大小与风险等总体资源投入程度）、其他专业人员投入、不计价药材及设备折旧等。1990年启动的RBRVS完成评量后，为减少因相对值表导入对医界所造成的冲击，采取渐进的方式，自1993年7月至1995年1月各科陆续实施，在西医特定诊疗项目及未列项目共检讨3500多项，修正2000多项，其中点数调升1222项、点数调降158项。台湾地区当局专门管理部门将持续在各部门争取预算，进行各支付项目点数的合理调整。

2. 新增项目

依据支付标准总则规定，未列项目实施，应在已有的项目中，按其最近似的项目所订的点数申报。而新医疗科技按全民健保法第41及42条，台湾地区当局专门管理部门得办理医疗科技评估，考虑人体健康、医疗伦理、医疗成本效益及健保财务等事项，由相关机关、专家学者、被保险人、雇主及保险医事服务提供者等代表共同协商及拟订后，报请

台湾地区当局有关部门核定发布。“特材通则”也规定，未收录的品项，由特约医事服务机构或医疗器材许可证持有者向保险人申请收录并经核准后，才能纳入支付项目中。

支付标准新增诊疗项目工作程序如下：申请来源主要来自医疗界（健保特约医事服务机构、医学会、协会、公会、专业团体等）申请，或卫生主管机关根据政策指示交议，或病友团体申请等，若确认为台湾地区健保法第 51 条中所列的不给付范围，通过行政审查的新医疗科技项目将录案，征询相关医学会的专业意见及办理财务评估。获专业认可的新增诊疗项目，若在编列预算额度内，台湾地区当局专门管理部门将提案至全民健康保险医疗给付协议会议讨论是否新增，同意后报台湾地区当局有关部门核定后公告新增。2013 年二代健保实行后，台湾地区当局专门管理部门受理支付标准新增项目，除办理行政审查、专业书面审查外，也提案至 2013 年 7 月正式成立的全民健康保险医疗服务给付项目及支付标准专家咨询会议，依该会议结论再提案至全民健保医疗服务给付项目及支付标准共同拟订会议讨论确认，并依会议决议呈报台湾地区当局有关部门核定发布。

3. 特殊项目

藉由降低高科技检查项目、高单价诊疗项目及康复治疗等不必要的医疗使用，进行管控，包括：（1）电脑断层及核磁造影检查：强化资源共享机制，并针对影像品质不佳的加强审查。（2）放射线治疗：按不同疾病的治疗类别，研拟疗程包裹支付方式。（3）震波碎石术：加强异常医师的管理及医疗利用异常病患的管控。（4）康复治疗：讨论“同一院所超长康复期的门诊案件数比例过高”及“同一个案在同一院所各治疗类别持续康复治疗频率过高”两项不予支付指标相关操作型定义及财务影响等事项，经召集医界开会讨论，预订在西医基层增订“同一院所康

复治疗频率过高个案(一年大于 200 次)所占医令数比率过高”乙项指标。

三、台湾地区实验室诊断支付制度的启示

(一) 立法先行保障制度可持续

台湾地区 1995 年 3 月 1 日开始实施全民健康保险制度,而其早在 1994 年就通过了“台湾地区全民健康保健法”。这种立法在前、推行在后的做法,对于我国健康保险的全面、有序地开展具有十分重要的借鉴意义。目前大陆社会医疗保险立法滞后法律先行,“以政代法”的现象尤为严重。致使“社会医疗保险制度在实行过程中出现了各种弊端。把法制化视为开展全民健保工作制度化、规范化的保证。通过立法强制推行,以扩大参保率和受益面,提高抗风险能力和保障水平,降低医疗保险基金的运行风险。

(二) 支付科学提高医疗服务绩效

台湾地区支付标准主要以论服务(论量)计酬为支付基准核付其费用,部分服务采用论病例计酬。为回应社会各界对于内、外、妇、儿、急诊等五大科健保给付偏低的诉求,并公平检视健保各项给付项目支付的公平性,合理反映各项服务投入的成本差异及资源耗用情形,台湾地区当局专门管理部门参考美国 Medicare 发展客观评量各诊疗项目资源耗用相对值的方法及工作模式,启动台湾地区版医疗资源耗用相对值(RBRVS)评量及医院成本分析工作,建立合理的支付标准相对值表,以相对点数来反应各项医疗服务的成本,以增进支付的公平性。这对于我国目前的医保支付体系也是重要的借鉴。

(三) 搭建技术评估体系辅助决策

卫生技术评估为各国缓解医药费用过快增长和科学化决策提供了更多、更有效的信息。当前我国卫生体制改革从宏观体制到具体管理方式都进行了实质性的调整,对其评估很有必要。目前我国卫生技术评估的

体系尚不完整，卫生技术评估结果转化为卫生政策的机制不健全，卫生技术评估专业队伍有限，缺乏国家级的卫生技术评估协调机构。有必要借鉴台湾地区经验，从建立国家级的卫生技术评估机构入手，进一步搭建我国卫生技术评估体系，建机制与建队伍并重，为深化医改和实施科学化决策提供强有力的技术支持。

（四）精细化管理确保特殊人群利益保护

对于急诊患者和儿童，台湾地区当局专门管理部门做出了加计的决定，即在原来正面表列所定点数的基础上有一定比例的增加，从而也避免了一刀切的情况。其调整的依据也是基于 RBRVS 中对于诊疗医师投入的时间、项目复杂程度等方面的考量，而这种精细化的管理也是我国医保支付需要借鉴的。

参考文献

- [1] 郭幸萍, 王锦旺. 全民健康保险总额预算支付制度对医院经营绩效的影响[J]. 南台学报. 2013,38(4):81
- [2] 全民健康保险医疗费用协定委员会. 全民健康保险医疗费用总额支付制度[OL]. http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_13636_2_8.2%E7%BC%9A%E7%B8%BD%E9%A1%8DQA%E6%89%8B%E5%86%8A%E7%AC%AC%E5%85%AD%E7%89%88%E5%90%AB94%E5%B9%B4.pdf

（责任编辑：甘银艳）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China