

广州市卫生计生委关于市政协十三届二次会议 第 1045 号单位提案答复的函

农工党广州市委员会：

市政协十三届二次会议第 1045 号单位提案《多措并举 破解医保病人“带病被出院”问题》收悉。我委高度重视，联合市人社局成立调研组，通过采取资料收集、数据分析、问卷调查、实地考察和座谈交流等形式进行调研。经研究，并综合市人社局意见，现答复如下：

一、基本情况

（一）“被出院”现象部分存在。有市民反映住院十多天，疾病尚未痊愈就被医院以“医保政策规定住院不得超过 15 天”为由“劝退”出院或转院，谓之“被出院”。“被出院”现象存在于北京、上海、广州、武汉和西安等医疗资源相对丰富、患者就医需求较为集中的大城市，媒体时有报道。

经过对社会各界（医疗机构管理人员、长期慢性病人、专家学者）的访谈，部分反映“被出院”现象确实存在。综合各方观点，

“被出院”现象主要有两种：一种是病人病情稳定，已达转院、出院标准，按分级诊疗要求可转下级医疗机构康复或门诊治疗，

但病人出于自身原因不愿离院，产生“被出院”感觉；另一种是病人未完全痊愈，仍须在医院继续治疗，医院出于机构本身的原因，要求患者出院，患者只好到其他机构就诊，产生“被出院”感觉。

（二）“被出院”人群相对集中。一是潜在“被出院”人群比例不高。我市社会医疗保险数据显示，2017年本市参保人出院3天内再次住院（不含精神疾病）累计1.19万人次，约占全市出院人次的0.40%（2017年全市出院299.70万人次）。

二是潜在“被出院”人群相对局限。2017年本市参保人出院3天内再次住院病人，疾病诊断排名前5位分别是脑梗死、脑梗死后遗症、高血压病、肺部感染、冠状动脉粥样硬化性心脏病，共3500人次，占全市出院3天内再入院参保人次数的29.52%。上述病人平均年龄76.8岁，疾病特点是后期变化较快，病情稳定出院后，短期内出现恶化须重复住院治疗的情况时有发生。

三是医保病人平均住院日长于其他病人。根据我市卫生计生部门统计，2016、2017年，全市医疗机构出院者平均住院日分别为9.2、9.1日，同期我市参保人的平均住院日为10.7、10.4日，比全市医疗机构总体平均住院日分别高1.5、1.3日，反映出医保病人的保障水平相对较高，不存在明显的赶医保病人出院现象。

二、原因分析

调研发现，“被出院”现象的确部分存在，原因是多方面的。既有代表所反映的三甲医院床位有限、医保政策限制、患者集中

依赖于三甲医院的原因，也有患者对出院标准认识存在差异、医疗机构对医保政策理解不充分等原因，具体如下：

（一）医保支付政策有待完善。2018年以前，我市普通住院医疗保险结算方式，是总额控制下的按人头次均定额确定统筹费用支付为主的复合式结算办法。对于超出定额标准的住院费用，医保经办部门在结算时可按一定比例进行扣减。这种结算方式可在一定程度上控制住院费用过快增长，引导医疗机构加强内部管理、降低医疗成本。实际工作中，由于一些疾病病情复杂多变，特别是急危重症病人的救治费用，往往超出人头次均定额费用标准，对于一些收治急危重症病人较多的医院，可能造成医疗费用超出医保费用总额控制。目前，公立医院补偿机制尚未完全建立，医疗机构逐利机制未完全破除，当超出部分在得不到合理补偿的情况下，部分医院往往片面追求经济效益的问题，采取如设定住院限额、限定住院天数、分解住院、重复住院等方法，让病人住院15天或住院费超过医院定额后就出院，甚至不严格掌握入院标准收轻病号，推诿重病号，为不符合转院条件的病人办理转诊转院等。

（二）医疗机构对政策理解不充分。部分定点医疗机构对医疗保险的“大周期大人群法则”理解不足，机械地执行政策规定，简单地下任务、定指标，分摊医保结算标准。甚至出现个别科室或医生，简单地把次均定额指标分摊到个体，对每一住院病人进行天数或费用控制，即导致小病大治，大病得不到充分治，出现

病人未痊愈而被医院要求出院的现象。

（三）医患双方对住院、出院标准理解存在差异。一方面，医院和医务人员根据临床路径和诊疗规范对患者实施治疗，病情好转，经评估达到出院标准或者可转至下级医院继续进行康复治疗，医院可安排患者出院或转院治疗。另一方面，患者的就医观念尚需调整引导，部分患者因长期形成的就医习惯，对基层医疗机构医疗技术水平不信任、过于追求医疗安全、认为住院治疗比门诊治疗报销比例更高等原因，病情稳定后仍不愿转院或出院；此外，传统家庭照护模式远不能满足老龄化社会下长期住院病人的日常治疗护理需求，家属更愿意将患者送到医疗机构长期住院治疗，以减轻照护压力。

（四）科学就医秩序有待建立。我市从 2016 年起陆续出台分级诊疗制度建设、家庭医生签约服务、医疗联合体建设等实施方案，以家庭医生签约服务和医联体建设为抓手，明确各类医疗机构功能定位，以加快形成分级诊疗就医格局。但群众尚未形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医观念，“有病往大医院跑”的习惯普遍存在。一些大型医院的急性病恢复期患者、术后恢复期患者、急危重症稳定期患者，以及诊断明确、病情稳定的患者如慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期癌症患者等不愿意转往二级医院和基层医疗机构继续治疗，存在一定的“赖床”现象。同时，基层医疗机构服务能力相对不足，一定程度上影响了患者回到社区康复的意愿，大部分社区卫生服

务中心无床位，或有床位但床位紧张，无法接纳更多的社区康复患者。

三、破解“被出院”现象的工作情况

（一）改革医保支付方式。2018年，我市医保住院费用全面实施按病种分值付费，取消现行的按次均定额结算方式，进一步促进医院合理诊疗、控制不合理费用。建立适应家庭医生签约服务和医疗联合体的医保付费方式，制定医疗联合体医保付费方式，有效推动我市家庭医生签约服务发展，提升基层医疗机构医疗服务能力，进一步促进基层医疗卫生服务公平可及，配合市卫计部门协同推进分级诊疗制度建设。

（二）强化日常监督检查。我市在日常密集宣传和监督检查的基础上，不定期开展专项整治活动。通过自查整改、政策宣传、组织培训等方式，让一线医务人员和参保人正确理解有关出院、转院的医保政策；通过现场核查等方式对违规办理参保人出院或转院行为、严重损害参保人权益以及造成不良社会影响的定点医疗机构予以查处。每年由市医保局牵头组织对定点医疗机构开展2-3次的不定期专项检查，年终开展年度综合考核，内容涉及参保人满意度调查、是否执行出入院标准及诊疗常规等。2017年，共核查定点医药机构689家次，查实违规17家，其中暂停协议2家，解除协议3家。

（三）加强舆论正向引导。我市通过媒体、网站、微信等多种途径，以派发宣传资料、线上回应咨询、推送微信文章等多种

方式，加大宣传力度，进一步提升了群众对医保政策的知晓率。2017年，市人力资源社会保障局通过12345热线、政民互动平台回应民众关于医保问题咨询12565余次，“广州医保”微信公众号共推送48期103篇政策宣传文章，点击阅读量超过260万次，“广州医保”微信公众号关注人数超过90万。针对“医保政策导致医生赶走住院病人”等不实传闻，及时作出回应，于2016年1月、2017年12月在《新快报》、“广州医保”微信公众号专门进行澄清。

（四）规范医疗服务行为。成立医务质量管理、医学影像、血液净化、麻醉、口腔疾病、医院感染等质量控制中心，不断完善质控网络和指标体系，做好关键环节质控工作；落实医疗机构院、科两级质量管理主体责任；建立医疗质量巡查制度，组织开展专项巡查工作，促进落实医疗安全核心制度，全年共巡查医院839家，其中三级医院39家，二级医院43家；开展加强医疗安全管理和风险防范专项整顿工作，重点督查急诊科、监护室等重点部门，全年共督导检查医院1306家，其中三级医院58家，二级医院76家，促进不断改进和提升医疗质量。100%三级医院和90%的二级医院实行临床路径管理，完成临床路径管理7.76万例，20家医院开展日间手术，共开展手术1.2579万例次。

四、下一步工作思路

我委赞同委员所提出的“多措并举 破解医保病人‘带病被出院’问题”的建议。我委将大力解决医疗卫生、医疗保障事业中的

不平衡、不充分问题，精准发力，综合施策，继续推进公立医院综合改革，切实发挥公立医院公益性质，统筹优化医疗卫生资源布局，完善分级诊疗制度，深化医保支付方式改革，加强对医疗服务行为的监管，不断提升医疗卫生服务和医疗保障水平。

（一）完善医疗卫生资源配置。优化医疗卫生资源配置。继续落实政府办医主体职责，建立可持续的财政投入保障机制，重点支持基层医疗机构和康复、护理专科医疗机构的建设。一是将康复医疗体系建设纳入《广州市医疗卫生设施布局规划（2011-2020年）》修编内容，促进康复医疗服务的科学合理布局 and 有效利用，加快广州市老年病康复医院建设进度，发挥大型综合医院和康复专科医院的优势，统筹全市康复医疗机构，承接重症、疑难康复转诊病人，并对各区的康复医疗机构提供技术指导，区域内及周边区域的康复病人；二是持续加强基层医疗机构医疗服务能力建设，在基层医疗机构中增设康复、护理型床位，为诊断明确、病情稳定的患者提供康复治疗；三是积极引入社会办医疗机构加以补充，共同提升全市康复、护理医疗服务能力。

（二）建立分级诊疗科学就医秩序。1. 建立完善双向转诊标准。明确各类医疗机构功能定位，三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务，基层医疗卫生机构等主要为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、老年病患者、晚期癌症患者等提供治疗、护理和临终关怀服务。通过医联体建设，促进优质医疗资源下沉，提升基层服务能力，引导群众基层首诊。同时，建立和完善双向

转诊的管理规范、考核及奖惩制度，明确转诊原则，把握出入院指征，明确双向转诊工作流程，严格把握患者出入院标准，有效杜绝“被出院”现象。

2. 推动基层首诊更见成效。以基层医疗机构为核心、家庭医生为纽带，建立起患者、基层医疗机构和上级医院之间的合理首诊转诊关系，促进患者在基层就诊。探索依托高水平医院，建立临床检验集中检测、远程心电图诊断、远程影像诊断等区域中心，提高基层医疗机构与区域中心的协作关系，患者在基层即可享受到可靠的医学诊断，增强患者在基层诊疗的便捷性。三级医院预留部分门诊号源给基层医疗机构，患者可通过基层医疗机构预约挂号和检查。推进家庭医生签约服务，切实发挥家庭医生作用，与家庭病床、社区护理站服务形成合力，共同向社区居民提供长期、连续、优质的基本医疗、长期护理、公共卫生和健康管理服务。

（三）深化医保支付方式改革。1. 大力推进按病种分值付费。2018年起，我市针对不同医疗服务特点，取消既往对住院医疗费用主要按人次平均费用定额结算的付费方式，不再对医院下达定额，而是按照“总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，在全市统一实施按病种分值付费。我市医保部门正在对既往3年全市住院医疗费用大数据进行整体综合测算分析，年内将科学确定按病种分值付费病种分类和分值，实现基于病种结构、医疗质量、技术难度的医保费用精细化管理。

2. 持续深化医保支付方式改革。继续深化医保支付方式改革，完善多元复合式医保支付，发挥对医疗服务供需双方的引导制约作用。落实《关于家庭医生签约基本服务包医保费用结算工作的通知》、《关于广州市社会医疗保险医疗联合体医疗费用付费方式的通知》等政策文件，实施适应家庭医生签约服务、医疗联合体的医保支付办法，推动定点医疗机构加强管理、控制成本、提高质量的积极性和主动性。逐步将日间手术、符合条件的门诊特定病种以及住院手术前的门诊必需检查检验费用纳入按病种分值付费范围。继续研究完善普通门诊医疗费用医保结算方式，根据老年病人门诊选点人数比例，适当调高门诊费用支付标准，保障老年参保人就医。

（四）持续开展改善医疗服务。持续提升医疗服务质量。根据国家《进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》精神，继续实施新一轮改善医疗服务计划。巩固改善医疗服务的有效举措，形成医院工作制度，不断落实深化。实施临床路径和医疗质量管理办法，形成医疗质量管理的长效机制，提高不同层级、不同类别医疗机构医疗服务水平。加强医疗卫生行风建设，强化医疗卫生和医保政策宣传引导，以患者和医务人员为中心营造良好人文环境，构建和谐医患关系。

（五）加快推进医养结合工作。通过促进医疗卫生与养老服务的紧密对接和资源整合，推动医养融合发展，切实提高医疗卫生和养老服务机构的服务水平，建立健全医疗卫生机构与养老服

务机构合作机制，支持指导医养结合机构纳入医保定点范围，规范服务行为，引导基层就医、社区养护。总结我市长期护理保险试点工作经验，进一步推进建立长期护理保险制度，完善长期护理保障体系，鼓励医养结合机构开展长期护理服务，承接长期照护患者，解决个别参保病人不愿出院，“赖床养老”的问题。

（六）加强宣传培训督导力度。加强对医疗机构、医务人员的政策培训和督导，强化医疗机构遵纪守法的意识，确保卫生计生、医疗保险政策准确、有效地执行。通过微信公众号、新闻媒体等形式，加大对卫生计生、医保政策的宣传力度，普及“分级诊疗”、“互助共济”、“责任共担”、“总量有限”等观念。继续实施日常巡查、驻点检查、专项检查和年度考核等综合监管措施，重点对医疗机构、医务人员将不符合出院标准的住院病人停止治疗、催促出院等违规行为进行查处。

最后，衷心感谢您对广州市卫生事业的关心和支持，欢迎您继续对我们的工作提出宝贵意见和建议。