

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

医疗服务价格专刊

2017年 第8期

(总第83期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2017年12月10日

编者按 推进医疗服务价格改革，是价格机制改革和深化医药卫生体制改革的重要任务，对推动医疗机构建立科学合理的补偿机制，促进医药卫生事业健康发展具有重要作用。2016年7月，国家发展和改革委员会联合多部门发布了《关于印发推进医疗服务价格改革的意见》（发改价格〔2016〕1431号），提出到2020年基本理顺医疗服务比价关系。本期专刊收录了《医疗服务价格动态调整机制构建及发展建议》，以及介绍美国、日本和澳大利公立医院医疗服务价格管理及改革经验的3篇文章，并对目前我国医疗服务价格调整主要相关文件进行了梳理和汇总，以期上海市乃至我国医疗服务价格改革工作提供参考。同时，本刊收录了《法国应对人口老龄化对居家养老政策及其服务内容的介绍》一文，为了解法国相关养老服务和政策以应对上海市人口老龄化现象和制定老年照护政策提供借鉴。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第10卷第8期(总第83期)
2017年12月10日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(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: 郭惊雷
赵丹丹

主 编: 胡善联
副 主 编: 徐崇勇
金春林(常务)
丁汉升
吴凌放

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 何江江 陈 多
王海银 康 琦
蔡 磊 谈吉如
熊玉琦 房 良
甘银艳

校 对: 常雪沛 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

- 医疗服务价格动态调整机制构建及发展建议…………… 1
- 美国医疗服务价格动态调整机制及启示…………… 15
- 日本医疗服务价格动态调整经验及启示…………… 25
- 澳大利亚公立医院医疗服务价格管理经验及启示…………… 36

他山之石

- 法国应对人口老龄化对居家养老政策及其服务内容的介绍…… 47

附录

- 我国医疗服务价格调整主要相关文件梳理汇总…………… 60

医疗服务价格动态调整机制构建及发展建议

王海银^{1,2} 彭颖¹ 李潇骁³ 姜鹏⁴ 金春林¹

【摘要】 本文定义了医疗服务价格动态调整机制的概念及内涵，从调整空间及原则、调整标准及方案、调整管理及实施、调整监测及评估 4 个维度构建了动态调整框架，并深入分析了调整原则、理论方法及流程设计等，同时提出了推进上海市当前医疗服务价格调整的政策建议，以期上海市乃至我国医疗服务价格动态调整机制的构建提供参考。

【关键词】 医疗服务价格；动态调整机制；政策建议

一、医疗服务价格动态调整机制概念及内涵

医疗服务价格动态调整机制是指对政府定价的基本医疗服务项目建立流程清晰、管理规范及协调有序的价格调整方法，矫正医疗服务价格长期不调整及不合理调整的弊端，使医疗服务价格同社会经济发展、公立医院综合改革相适应，以促进医疗服务价格灵活、科学及规范化管理。国家发展和改革委员会、卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部与财政部于 2016 年发布的《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》(发改价格(2016)1431 号)中提出，“到 2020 年，逐步建立以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整机制，基本理顺医疗服务比价关系。积极探索建立通过制定医保支付标准引导价格合理形成的机制”。

第一作者：王海银，男，助理研究员，博士在读

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心主任

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

2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

3. 中南大学湘雅医院，长沙 410008

4. 日本九州大学，福岡 8128582

要构建医疗服务价格动态调整机制，其核心问题是价格标准的动态调整，即要回答调整哪些项目、调整多少幅度、如何调整等问题。而回答这些问题的前提是先明确构建价格标准及其动态调整机制的内涵及关键要素，其中主要包括 2 个方面：一是价格动态调整的管理框架和制度安排，包括调整参与主体，调整周期及时机，动态调整的流程，动态调整原则，动态调整框架及关键要素；二是价格动态调整的标准，包括建立医疗服务价格调整标准及方法学模型等，进而形成系统、科学及规范的调整流程和办法。而衡量医疗服务价格动态调整是否成功则主要取决于 3 个方面，即是否确保医疗机构良性运行、医保基金可承受及群众负担总体不增加。

二、医疗服务价格动态调整机制的设计框架

医疗服务价格动态调整机制主要涵盖调整空间及原则、调整标准及方案、调整管理及实施、调整监测及评估 4 大环节。每个环节内容均设定相应的流程及方法学，4 个环节相互关联且形成闭环。其中，调整标准设定受调整空间、行业发展、调整目标等关键变量影响，同时结合预期影响结果进行调整；调整方案中项目的筛选是基于多方参与的流程设计，需有明确的方法及循证数据支撑；调整管理及实施包括管理的流程方案、分工及实施方案；调整监测与评估涉及数据监测平台开发及定期影响评估，问题及建议反馈等；评估发现的问题同项目筛选相联系，指导下一轮调整改革，形成动态调整闭环管理（图 1）。

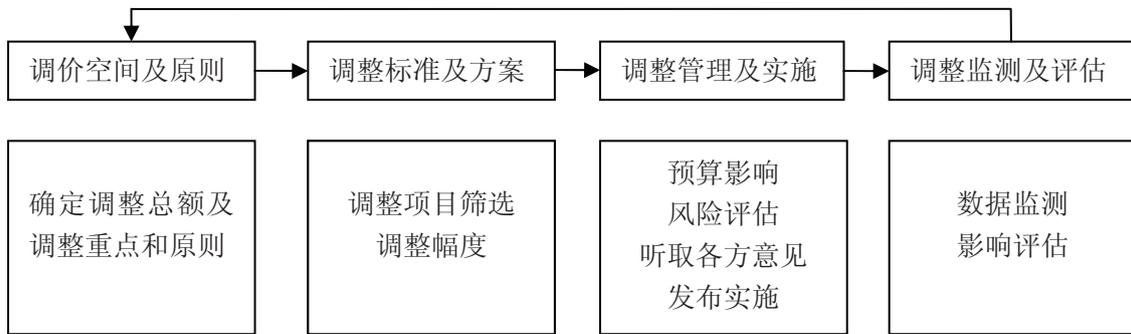


图1 医疗服务价格动态调整管理框架

三、医疗服务价格动态调整机制核心要素及模型

(一) 医疗服务价格动态调整原则

1. 联动医药卫生事业改革

医疗服务价格动态调整应与公立医院补偿机制、公立医疗机构薪酬制度、药品流通体制、医保支付、分级诊疗、医疗行为监管等改革协同推进，兼顾优化医药费用结构和理顺医疗服务比价关系。

2. 科学循证推进

医疗服务价格动态调整要有数据和方法学支撑。动态调整的价格空间、项目筛选、价格支付标准的设定、调整对各方的预期影响均要有数据和方法学支撑，尽量将经验和科学决策相结合。

3. 多利益方参与

医疗服务价格改革涉及医疗服务提供方、患者、企业、医保、物价、卫生及财政等多个部门或利益方，动态调整应建立多利益方参与机制，调整应以符合临床实际、理顺比价关系、控制不合理费用支出为基本点，广泛听取临床医生团体、患者及医保等各方面建议，发挥价格杠杆作用，优化医疗服务资源配置。

4. 动态流程化

建立医疗服务价格的动态调整流程，确定调整周期及各方材料申报

的时间节点，建立动态调整的关键变量和方法学模型，明确各方分工和责任，形成动态有序的医疗服务价格调整模式。

5. 开展影响评估

为保证医疗服务价格调整的有序推进，应重视医疗服务价格改革事前、事中及事后的评估，及时控制可能存在的风险和问题，保证公立医院良性运行、医保可承受、患者负担无明显增加，稳慎有序推进医疗服务价格改革。

（二）医疗服务价格动态调整的理论框架

医疗服务价格动态调整的核心问题是建立调整项目的筛选和价格调整幅度问题。解决的理论框架方案是建立基于比价关系和价格水平比较的 SPEED 框架模型^[1]。

SPEED 框架模型中，S（Structure）指基于比价结构确定的价格调整总量和筛选调整项目，具体指通过医药改革挤出药品、耗材水分，以及带量权重下医疗服务标化价值和现行价格差距建立的调价空间总额；依据标化价值测算构成比比值，筛选确定拟调整项目。P（Pricing）指目标调整价格，具体指在现行价格及调整总量的约束条件下，采用现行价格除以构成比比值，并统一乘以相应的调整比例系数，再结合测算的实际成本，确定形成目标价格。E（Evaluation）指事先和事后评估相关利益方影响。评估的维度包括医保收支、患者负担、医院运行，评估的指标包括医药收入占比、医疗服务项目收支结构、医疗服务行为、医保基金支出、患者负担等。E（Evidence）指证据决策数据支持平台，即建立医疗服务价格改革的专项数据信息平台，每月收集调价前后数据。D（Develop）指形成价格调整策略和实施方案，包括动态调整的流程、参与主体、调整周期和时机、动态调整的关键变量等。价格调整要同时兼顾水平和比价关系 2 个方面，基于价格调整模型逐步形成合理有序的比价体系。

（三）医疗服务价格调整标准设定及方法学模型

首先建立以技术劳务为主和以物耗为主的两套医疗服务项目标化价值测算模型，以标化价值作为目标价格，以构成比比值来筛选需要优先调整的医疗服务项目，并基于现行价格 / 构成比比值 × 比例系数作为调整参考价格。具体两套方法学体系如下。

1. 以技术劳务为主的医疗服务项目标化价值

（1）建立综合类医疗服务项目对接和国外比价数据库

一是以《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》为依据，逐项对接上海市现行医疗服务价格目录与国家2012版，以项目内涵、计价单位等为比较维度，以基本人力及耗时、技术难度及技术风险为主要价值因素，分类整理项目价值对接数据库。二是选取中国大陆地区外以项目付费为主、采用RBRVS系统、可获得项目定价数据的国家或地区（美国、中国台湾）。以项目内涵、计价单位、除外内容等为比较维度，对接形成比较数据库。

（2）测算标化价值

标化价值是对各项目资源消耗的价值测量，包括技术劳务及成本消耗^[2]。标化技术劳务价值主要依据基本人力消耗及耗时测定，同时考虑技术难度及风险程度；标化物耗价值以直接物耗成本代替，主要测定直接变动成本，如内涵一次性耗材和低值易耗品等，不含可另外收费的卫生材料费和其他费用。另外，对于间接成本，如固定资产折旧、无形资产分摊及能耗、水电等较难标化项未纳入标化价值。

标化价值 = \sum 标化技术劳务价值 + 标化物耗价值

标化技术劳务价值测算的各项薪酬参数来源于《上海市卫生事业单位薪酬制度改革方案》。标化技术劳务价值测算具体公式为：

$$Y = \left(\sum_i^n \frac{X_i}{\text{工作月} \times \text{工作日} \times \text{工作时间}} (k_i \times T \times L_i) \right) \times \left(1 + a \frac{\text{项目技术难度} \times \text{技术风险}}{\text{基线项目技术难度} \times \text{技术风险}} \right)$$

其中， X_i 是各级医院各类医生的目标薪酬， k_i 是需要的医务人员数， T 指项目花费的时间， L_i 指医务人员技术类别、职称、医院级别等。 a 为技术难度和技术风险的权重，根据不同项目版块进行分别设定。综合服务类 a 设定为 0.05。

标化物耗价值测算则采用作业成本法测算上海市各级公立医院项目成本（本次以已开展完成的 5 家医院数据为基础，涉及综合医院、儿童医院和中医医院），包括单位变动成本和固定成本。其中变动成本包括材料费、药品费、折旧费、离退休、医疗风险、无形资产、能耗、物业管理、差旅、维修费等，直接物耗成本主要纳入项目直接相关的材料费，包括内涵一次性耗材和低值易耗品；不含可单独收费耗材、能耗、物业、行政后勤、财政项目补助支出及固定资产折旧和无形资产摊销等间接成本。采用加权平均法计算各级医院的直接物耗成本。

（3）现行价格及标化价值比价关系

以项目现行价格和标化价值为点数，计算现行价格及标化价值的构成比，将现行价格构成比除以标化价值构成比得出构成比比值；以价格水平差和构成比比值综合判断和筛选调整项目。筛选标准如下：①现行价格水平均低于标化价值；②二、三级医院构成比比值均低于 1。

$$\text{构成比比值} = \frac{\text{现行价格/现行价格总值}}{\text{标化价值/标化价值总值}}$$

2. 以物耗为主的医疗服务项目标化价值

实验室诊断项目等价值构成中设备、试剂等物耗成本占较大比例，且工作流程化特点突出，不同于以技术劳务为主的项目。下面以实验室诊断项目为例建立该类型的标化价值测算体系。

（1）实验室诊断项目价值测算模型设计

实验室诊断项目价值测算设计思路包括 3 个方面：一是建立标化实验室模型，主要基于当前上海市二、三级医院实验室检测效率及人力、物耗配置现状，设定适宜的标化实验室配置参数；二是建立实验室诊断项目的价值分析框架，基于实验室诊断流程梳理，建立分析前、分析中及分析后 3 个环节和技术劳务价值、物耗成本两类价值为主的分析框架。三是分板块、分类开展测算，根据实验室诊断项目特点、日常运行和国家 2012 版项目规范，将实验室诊断项目分为免疫、分子诊断、临床化学、微生物检验、临床检验等 5 个板块。同时，将项目分为 2 类，一类是价值构成清晰及相近、可以归为同类的项目，以典型项目进行测算；一类是相对特殊、不易归类、需单独测算的项目。

标化实验室配置的关键要素包括 4 个方面：一是标化实验室规模以大型二级医院实验室为原型，实验室设定的基本原则是检验专业齐全、检测项目数适中、具有一定代表性；二是各板块服务量（日均检测项次数）基于上海市 19 家二、三级医院生化、免疫、临床检验、分子诊断、微生物的日均总项次数的加权平均值，并通过实验室专家咨询综合确定（构建各板块专家组，涉及 19 家三级医院 19 名实验室各学科专家）；三是人员配置上对各板块的常规工作人数、急诊工作人数及管理人员数进行标化设定；四是设备配置上分板块梳理基本的仪器配置和科室常规仪器配置（图 2）。



图 2 标化实验室配置关键要素

实验室诊断项目的价值分析框架主要包括分析前、分析中及分析后 3 个主要环节，需要分别梳理各环节的主要物耗和人力两类价值构成。其中，分析前主要包括采血、转运及标本前处理等；分析中主要包括试剂、质控、质评、耗材及仪器折旧等；分析后主要是数据审核和报告出具。间接成本主要包括网络、水、电等动力及管理费用等（表 1）。

表 1 实验室诊断项目价值测算分析框架*

分析环节	价值要素构成	
	物耗价值	人力价值
分析前	采血耗材	采血
	—	转运
	前处理仪器	标本前处理
分析中	检测试剂	
	质控品、校准品	
	室内 / 室间质评消耗	质控分析与标本检测
	耗材	
分析后	仪器折旧	
	—	数据一审
	—	报告二审
间接成本	实验室网络 实验室场地、水、燃料动力 管理（科室及医院）	

*注：“—”为该对应环节仅物耗 / 人力单方面产生价值。

分板块筛选典型项目并确定服务量，主要是分别建立 5 个类别的实验室诊断价值目录库。每大类中亚类聚类原则如下：①临床用途相似；②操作路径及程序基本一致；③人力及物耗等消耗基本一致；④技术难度较接近；⑤使用同一类仪器设备。在每一个亚类里选择应用量和收费金额占比相对较高的典型项目进行测算。对于不符合聚类条件及个性化较强（高难度、高风险、特需项目等）的项目进行单独测量。其中，5 个板块共选择典型项目 118 项，涵盖 579 项（表 2）。

表2 各板块典型项目分布情况（单位：项）

板块类别	典型项目数量	涵盖项目数	项目总项次数占比(%)
生化类	34	214	91.7
免疫类	36	268	95.4
临检类	31	36	97.2
微生物类	6	36	90.2
分子诊断	11	25	89.0
合计	118	579	93.5

（2）实验室诊断项目标化价值测算方法

标化价值是对各项目资源消耗的价值测量，包括技术劳务及成本消耗。标化技术劳务价值主要依据基本人力消耗测定，同时考虑不同技术难度下不同类型人员投入；标化物耗价值测定主要依据各个环节直接投入的标化和间接费用的全项次分摊获得。

标化价值 = \sum 标化技术劳务价值 + 标化物耗价值

关于标化技术劳务价值测算，其各项薪酬参数来源于《上海市卫生事业单位薪酬制度改革方案》。测算公示如下：

$$Y = \left(\sum_i^n \frac{X_i}{\text{工作月} \times \text{工作日} \times \text{日均总项次数}} \right) (k_i \times L_i)$$

其中， X_i 是各级医院各类医生的目标薪酬， k_i 是需要的医务人员数， L_i 指医务人员技术职称等。

关于标化物耗价值测算，需要基于每个流程所需的单次数量、单价计算。其中，试剂等直接投入按照标化值计算，对于质控及需要折旧贴现的设备等按照全科室分摊和国家卫生系统固定资产管理办法设定年限进行折算；部分项目如基因分型扩增子价格测算分初次价值和边际增量价值；间接费用为实验室间接分摊总额除以全板块总项次数，平均分摊到每个实验室诊断项目。

(四) 医疗服务价格动态调整流程及管理

建立医疗服务价格动态调整管理流程，设定不同参与主体的分工和责任，规范调整的程序和周期。根据多利益方参与的程度及管理改革情况，综合提出医疗服务价格动态调整委员会为主的流程管理模式。

该模式中，省市发改委物价及医改部门根据改革进程综合确定调价空间；医疗服务价格动态调整委员会筛选确定拟调整医疗服务项目及建议价格；省市发改委物价部门审议确定价格及组织医保、卫生计生委开展影响分析及风险评估；市政府医疗服务价格调整专题会议审议确定价格方案，组织听取社会各方意见及建议，修订完善方案后发布实施(图3)。

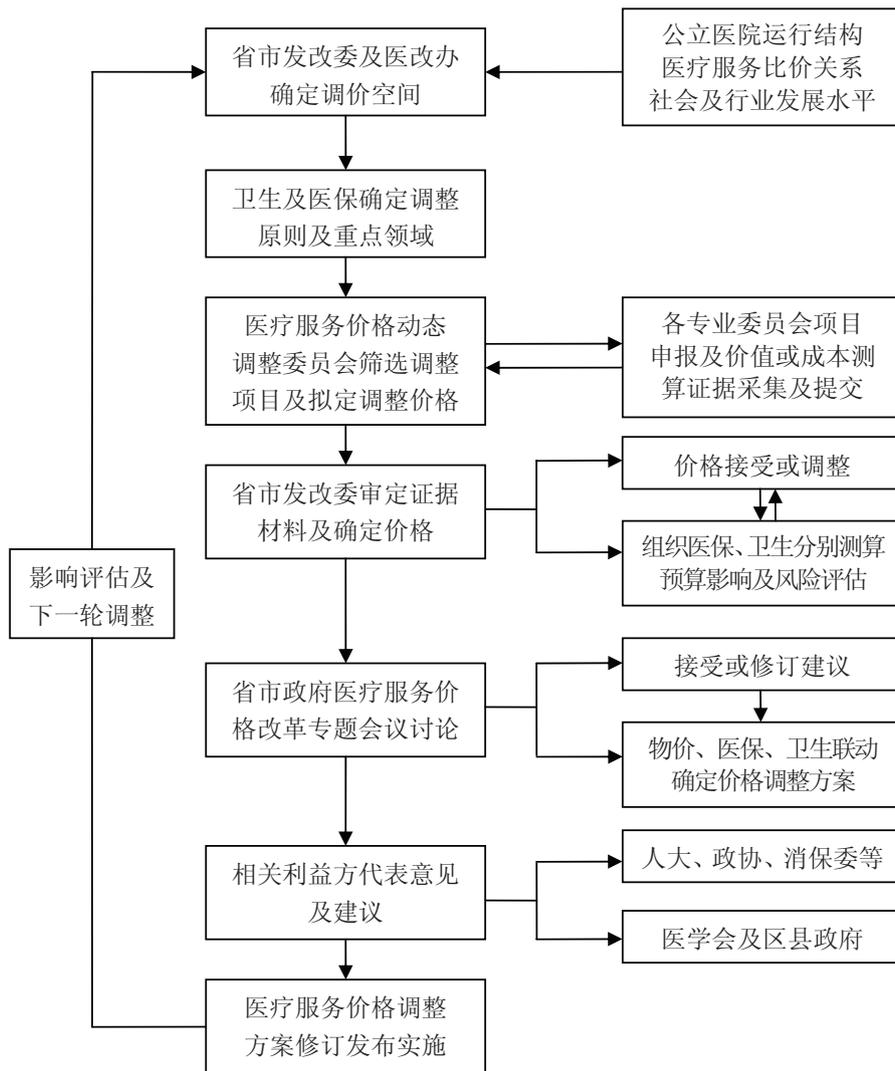


图3 医疗服务价格动态调整管理流程基本框架

该模式主要包括如下内容。

一是每两年确定调价空间。省市发改委和医改部门每两年确定新一轮价格改革的空间。空间的确定主要依据 2 个方面：①根据社会经济发展（GDP 增长率、CPI 水平）、医疗卫生事业改革进展（收入及支出增长率）、卫生总费用结构、医院收支结构（包括医疗服务、药品及耗材收入占比变化等）；②根据各地医疗服务比价研究及成本核算结果；综合匡算可调价总额及各服务项目板块的总额。

二是卫生及医保部门联合确定调价原则及重点领域。卫生及医保部门根据两年监测评估和各方反应情况，结合上一轮调整存在的问题和现实要解决的突出矛盾，发布新一轮价格调整的原则和方向，以及需重点调整的板块。

三是构建医疗服务价格动态调整委员会运作机制。各省市应建立医疗服务价格动态调整委员会，其主体可有医学会专业团体组成，负责建议调整项目及调整价格。医疗服务价格动态调整委员会由医学会设定的各临床专科和社区卫生服务代表组成，代表涵盖各级医疗机构，每个领域 1~2 名。设主任委员和委员会委员。医学会的各专业委员会作为动态调整的常设咨询委员会。调整项目的提议采用申请和提交证据的形式。由医学会各专业委员会每年定期负责对本领域需调整的医疗服务项目进行提议和证据调查，调查的模板由政府统一设定，涵盖基本人力及耗时、技术难度、风险程度及关键物耗要素等（图 4）。

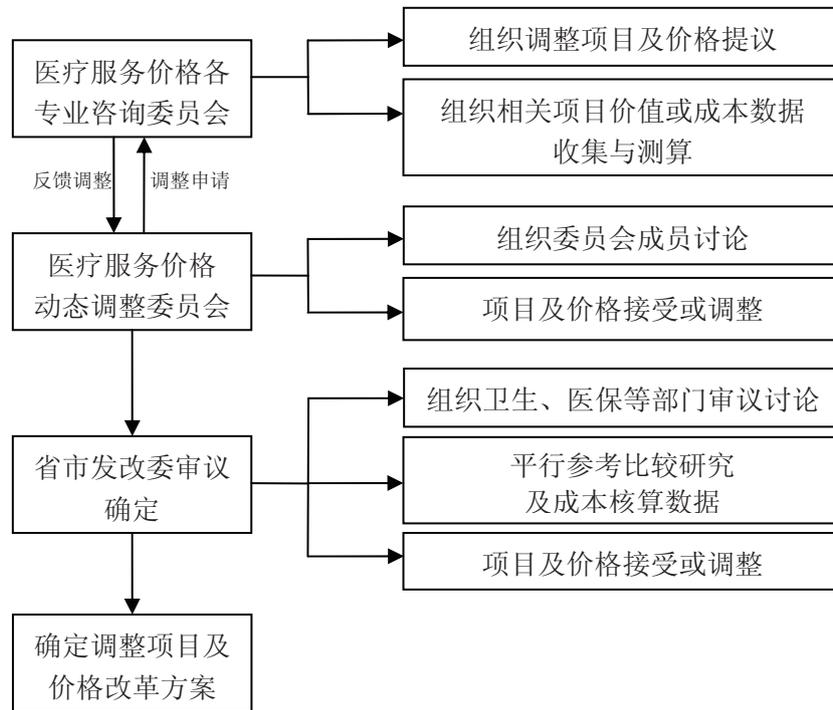


图4 医疗服务价格动态调整委员会运作框架

四是建立医疗服务价格动态调整外部参与机制。省市发改委形成价格调整方案后，应广泛听取人大、政协及消保委等相关机构的意见和建议，在价格方案实施前建立内部申述机制，对各方意见和建议综合考虑，保证价格改革的平稳实施。

各省市可根据管理实际，选择可行的流程和管理模式。研究倡导有条件地区可建立多利益方参与的管理模式。通过医生团体广泛参与，调整项目申请及价值测算证据提交，多学科的共同商议及外部意见收集，使得医疗服务价格动态调整更能服务临床实际。

（五）医疗服务价格动态调整时间节点

将医疗服务价格调整流程及时间节点规范化和常态化。建议每2年各省市集中动态调整一次，每5年国家价格目录进行更新一次。每2年的调整过程中，10个月用于各专业咨询委员会内的调整提议和项目价值或成本测算。2个月用于医疗服务价格动态调整委员会的审议和讨

论，3个月用于省市发改委审批及组织影响测算。3个月用于听取外部相关机构的意见建议（表3）。

表3 医疗服务价格动态调整时间节点设定

时间节点	阶段内容
调整前两年	省市发改委及医改办提出本轮调价空间及各版块分配预算额
调整前一年 11月—12月	医疗服务价格各专业咨询委员会组织项目提议及价格建议
调整前一年 1月—10月	各专业委员会提交调整项目及价格测算证据
1月下旬	医疗服务价格调整委员会报送本轮调整项目及拟定价格
2月—4月下旬	省市发改委组织卫生、医保审议确定调价项目及幅度 组织卫生、医保开展预算影响及风险评估
5月—6月	报市政府专题会议讨论审定方案
7月—9月	听取人大、政协、消保委等意见 听取医学会、各市县县政府建议
10月—11月	发布医疗服务价格调整通知
12月	发布新闻发布稿及问答

四、医疗服务价格动态调整机制建设的政策建议

（一）各省市建立动态调整的改革文件，从政策上进行保障和约束

从各省市价格调整进展来看，多数省份3~5年进行调整，部分省份调整周期长达10年，各地缺乏有明确关于实行价格动态调整的政策文件^[3]。本次医疗服务价格改革指导意见明确提出建立动态调整机制，对于各省市开展医疗服务价格动态调整有很好的指导和促进作用。但价格制定和调整的主体责任在于地方省市，因此，建议各地切实建立关于推进动态调整的政策文件和指导意见，从政策上进行约束和保障价格改革的实施。

（二）逐步形成规范有序的动态调整流程和管理机制，保障调价工作平稳有序推进

从各地的改革实践来看，我国尚缺乏规范有序的动态调整经验和管理机制。多地仍采用简单平移或普涨普降的管理策略，定性和专家咨询

仍是当前改革的主要依据。建议各地应加强医疗服务价格调整机制的研究和制定，结合当地实际，参考本报告提出的多利益方参与的流程和节点，将动态调整规范和流程化，以保障价格调整平稳有序持续推进。

（三）加强医疗服务价格调整的科学性和方法学建设，克服当前定性和经验决策为主的不足

从目前已调整价格的省市实践来看，医疗服务价格标准制定多缺乏科学依据和方法学模型支撑，调整项目及幅度多为参考其他省市制定，科学实证研究较少^[4]。建议国家或省市层面加强比价和成本核算研究，建立基于数据支撑的医疗服务价格动态调整模式，避免出现不良社会事件。

（四）加强医保支付标准同步建设和管理，优化项目支付条件

我国的医保支付多为定价后的被动按比例支付^[5]，医保支付标准同价格制定高度相关，价格的合理程度直接影响医保的支付标准。建议医保部门一方面积极参与到医疗服务价格的制定过程中，充分考虑价格标准对医保及医院行为的影响；另一方面，加强精细化管理，考虑整合临床指南等专业文件，对项目支付进行条件约束和限制，控制不合理医疗行为及医疗资源浪费。

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] 王海银,金春林,王惟,等.上海医疗服务价格比价体系构建[J].中华医院管理杂志,2015,31(8):627-630.
- [3] 许坦,祁旺,黄晓春,等.医疗服务价格动态调整机制调查研究[J].中国卫生经济,2017,36(1):67-69.
- [4] 吕兰婷,王虎峰.公立医院医疗服务价格调整难点及推进策略[J].中国医院管理,2015,35(7):1-4.
- [5] 朱恒鹏,咎馨,林绮晴.医保如何助力建立分级诊疗体系[J].中国医疗保险,2015,6:9-11.

（责任编辑：康琦）

美国医疗服务价格动态调整机制及启示

王海银^{1,2} 彭颖¹ 李潇骁³ 姜鹏⁴ 金春林¹

【摘要】 建立科学合理的医疗服务价格动态调整机制是当前公立医院改革的重点方向,本文深入分析了美国医疗服务价格改革历史、动态调整参与主体和流程、以及美国医疗服务价格改革的发展趋势。同时,对我国当前医疗服务价格调整存在的问题进行了剖析,并提出了建立多方参与的医疗服务价格动态调整模式;建立医疗服务项目标化点值体系,加强医保支付标准建设;逐步转变现行按项目支付模式,逐步建立 DRGs 和按绩效付费机制等政策建议。

【关键词】 医疗服务价格;动态调整;政策建议;美国

上世纪 90 年代美国在全球率先建立了以资源为基础的相对价值 (Resource-based relative value scale, 以下简称“RBRVS”) 支付体系,后在全球多个地区推广应用。美国每年对医疗服务价格进行动态调整,形成了较成熟的医疗服务价格调整模式和方法。本文深入分析了美国医疗服务价格动态调整的改革经验,对其医疗服务价格调整的发展模式进行了归纳和提炼,并针对我国当前医疗服务价格调整机制存在的问题提出了政策建议。

一、美国医疗保险及医疗服务价格改革历史

美国是以商业医疗保险为主的混合型医疗保险制度。医疗保险类型包括私人保险、老年医疗保险 (Medicare)、医疗帮困救助 (Medicaid)、

第一作者:王海银,男,助理研究员,博士在读

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

2.复旦大学公共卫生学院,上海 200032

3.中南大学湘雅医院,长沙 410008

4.日本九州大学,福岡 8128582

本文已发表于《中国卫生政策研究》2017年6月第10卷第6期54-59页。

军人和印第安人保险、政府工作人员的医疗保障和无保险人群等^[1]。其中，Medicare 服务对象是 65 岁以上的老人或者符合一定条件的 65 岁以下的残疾人或晚期肾病患者，共包括四个部分，其中补充性医疗保险(Part B) 由投保人每月缴纳保费，该保险保障的项目主要是住院保险没有覆盖到的项目，医疗服务目录价格支付主要是由该部分完成^[2]。支付方式方面，美国的医保支付模式为医生以按项目付费、工资和按人头付费为主，医院以疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 为主。

上世纪 80 年代美国面临医疗总费用持续增长及基层医生薪酬水平低等一系列问题，开始探索转变原有的医生支付模型。1984 年之前，Medicare 对医生的支付主要基于医生团体“惯例、经常的、合理的”医疗费用，代表医生开展某个医疗服务项目的实际费用或其平均值^[3]。之后，美国医保财务管理局 (Health Care Financing Administration, HCFA) 委托美国哈佛大学萧庆伦教授开展了新的医疗服务项目支付模型探索，研究提出的 RBRVS 主要包括 3 个部分：医生的工作量，包括工作时间、强度、技术难度等；医疗项目运行成本，包括办公室房租、设备折旧、水电费用等；责任成本，包括医疗责任险以及医生培训的机会成本等。研究者在测算的 460 项医疗服务项目的基础上外推估计建立了所有医疗服务项目相对价值。1989 年美国国会批准了该支付模型，1992 年美国医疗保险和救助服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 正式运行，负责按项目付费目录、点数及基金支付，目前项目收费目录涵盖了 7000 多项医疗服务项目^[4]。

CMS 实施 RBRVS 支付系统的要素略不同于研究提出的模型，未包括医生培训机会成本。该支付模型主要包括三个核心参数，分别为各医疗服务项目所消耗资源的相对价值点数 (Relative Value Unites, RVU)、变换常数 (Conversion Factor, CF) 以及地区成本调整系数 (Geographic

Practice Cost Index, GPCI)^[5]。其中,每个RVU值由三部分组成,一是工作量点数(Work RVU),测算包括工作时间、工作强度、技术难度、工作压力等;二是成本点数(Practice Expense RVU),包括办公设备、非技术人员、器械耗材等成本费用;三是医疗责任险点数(Professional Liability Insurance RVU),三者的权重分别为52%、44%及4%^[6]。总的RVU值是三个部分分别乘以GPCI后的总和。根据执业地点不同,每个医疗服务项目可有两个总的RVU值。总的机构点数值(Facility Total RVU)主要指在医疗机构中开展诊疗的总点值,总的非机构点值(Non-Facility Total RVU)主要是指在诊所、医生办公室等开展诊疗的点值总额。变换常数由美国联邦医保中心按照每年的财政预算及整体医疗服务量计算得出,即每点的价格。

二、美国医疗服务价格动态调整机制及发展趋势

美国每年发布新的医疗服务价格目录(Medicare Physician Fee Schedule, MPFS),以反映新增项目和需要调整的项目,并建立相应的相对点值。每5年对全部目录进行修订一次^[7]。美国医疗服务价格动态调整具有较成熟的管理运行模式,下面分别从参与主体,动态调整流程及调整进展简要进行概述。

(一) 医学专业团体为主的多方参与模式

医疗服务价格调整涉及三个主要利益方,美国相对价值更新委员会和美国相对价值更新委员会的咨询委员会负责提出价格调整建议,美国医疗保险和救助服务中心负责发布实施。

美国相对价值更新委员会(Relative Value Scale Update Committee, RUC)是医疗服务价格项目及价格调整的重要机构。该委员会由31个成员组成。其中,21个席位由各大临床专科代表组成;4个轮换席位(每2年调整一次)分别由2个内科亚专科,1个社区和1个其他亚专科组成;

5个席位由相关委员会或机构组成，包括美国医学会、项目编码组、骨科协会、成本委员会及医学专业咨询委员会（非医生）；另外1个为主席席位。委员会主要负责每年更新调整 work RVU，近几年也逐步开展成本点数的更新^[8]。

美国相对价值更新委员会的咨询委员会（Advisory committee）由122个美国医学会专科代表组成，主要参与医疗服务项目编码的内涵设定，Work RVU要素调查及修订项目提议，但咨询委员会无投票决定权。

美国医疗保险和救助服务中心主要负责接收或修订相对价值更新委员会的提议并接受公众评论，以及新版目录的发布和实施。

（二）有序的动态调整流程和机制

美国相对价值更新委员会通过组织项目编码、点数测算及审议投票，有序地推进了美国医疗服务价格的动态调整^[9]。从流程来看，首先，美国相对价值更新委员会接受新项目申请后，安排相应委员会拟定项目编码和项目内涵；其次，组织各专业委员会进行项目点数的调查测算，包括工作点数（如工作时间、技术难度及风险程度等），以及机构成本或非机构成本点数。再次，组织31个委员会代表对形成各项目点数进行投票表决。最后，将结果报送CMS进行审议和公布（图1）。总体来看，流程充分发挥了专业团体和各方力量，决策具有一定的科学支撑。

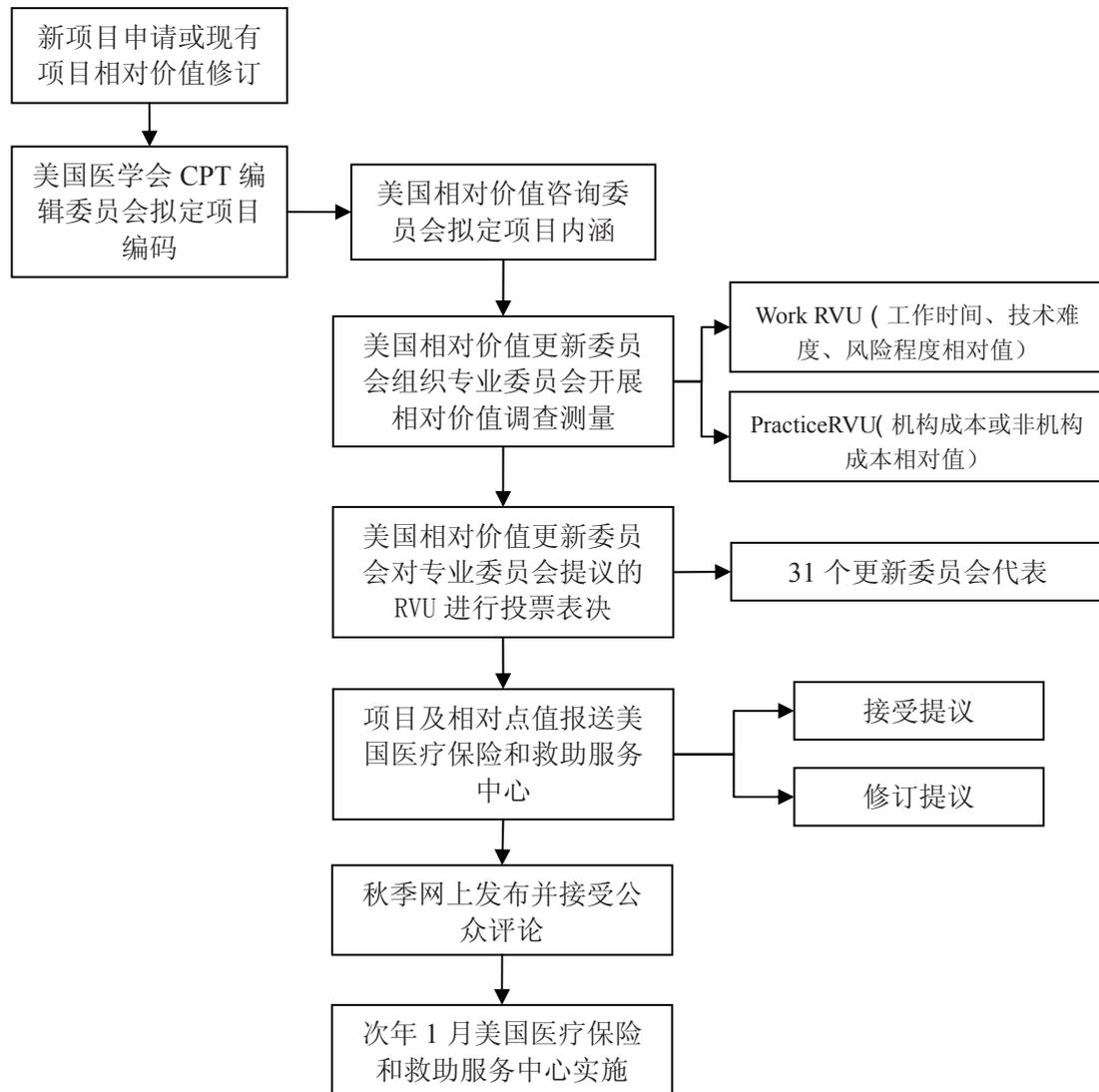


图 1 美国医疗服务价格动态调整流程

美国医疗服务价格调整采用总量平衡原则^[10]，即当部分项目的点数增加时，则其他项目的点数要相应降低，从而保持预算平衡。具体方法为对 CF 值进行年度地动态调整。影响 CF 值的主要因素有保险增长率（Medicare Economic Index, MEI）和可持续增长率（Sustainable Growth Rate, SGR）。其中，MEI 主要测算医生执业成本及工资的通胀情况。而 SGR 则是 1997 年美国为控制医疗费用增长而通过的平衡预算法案中新引入的概念^[11]。SGR 主要通过设定目标支出总量，比较实际医疗费用支出与目标支出差距来调整医疗服务价格支付总量。SGR 设

定主要依据 4 个因素，(1) 医疗服务价格；(2) 保险覆盖人群；(3) 美国 GDP 增长率；(4) 在变化的政策和法律框架下的医疗服务费用。通常 SGR 以美国 GDP 增长率为基准，避免医疗费用增长超过 GDP 增长率，并以 1996 年的医疗费用总额为基数进行 SGR 测算^[12]。总体来看，2001 年以前 SGR 发挥了较好的控制作用，2001 年以后卫生总费用长期超过目标值，使得 CMS 每年减少医疗服务支付总额，如 2015 年减少了 21.2%。这引发了美国医学会等医疗团队的一致反对和抵制。2015 年 4 月，奥巴马签署了 MACRA 法案（Medicare Access and CHIP Reauthorization Act, MACRA）^[13]，正式废除了 SGR 控制机制。

从实际调整数据来看，1994—2010 年美国共调整 2768 项医疗服务项目。其中，新增项目 1414 项，调整现有项目 1063 项，平均每年调整 162 项。调整的项目主要由美国相对价值更新委员会提出，委员会提出的相对点数平均值高于 CMS 最终实际支付价值，具体来看，CMS 接受了 87.4% 的医疗服务工作量点数调整建议，降低了 10.8%，提高了 1.8%^[14]。

（三）美国医疗服务价格改革趋势

从近年的改革法案来看，美国正逐步以价值和质量的支付模式替代按服务收费（fee-for-service）模式。在废除 SGR 控制机制后，MACRA 法案提出在 2015—2019 年间，将保持每年 0.5% 的支付增长率，2020—2025 年间保持支付总额不变。2026 年后将实行两种新的医疗服务价格支付系统。一种为全新的优化奖励付费系统 merit-based incentive payment system（MIPS），该系统是在传统按服务付费的基础上，纳入医疗质量（clinical quality）、医疗适用性（meaningful use）、资源合理性（resource use）和绩效提升（practice improvement）评分指标，而保险公司依此评分调整保险赔付金额^[15]。另一种则是替代支付模型（alternative

payment models, APMs), 其完全不同于按服务付费, MACRA 法案规定对加入 APMs 的医生每年给予 5% 的支付津贴, 并且不受基于绩效的激励支付体系 (MIPS) 限制。目前, 美国 30% 的联邦医疗保险支付是采取替代支付模式 (APMs)。美国卫生和福利部计划将在 2018 年将该比例提高到 50%^[16]。

三、我国医疗服务价格动态调整问题及改革建议

2014 年以来, 我国已有 10 多个省市先后开展了医疗服务价格调整工作。各地调整的特点包括: (1) 坚持总量控制, 结构调整, 医疗服务价格调整同取消药品加成政策联动; (2) 提升技术劳务价值, 降低检查及检验类价格; (3) 逐步采用“打包”收费, 分级分类定价^[17]。但总体来看, 我国尚缺乏科学的医疗服务项目定价和调整机制, 国内尚未形成有效可借鉴的发展模式, 本文结合美国医疗服务价格动态调整模式及经验和我国医疗服务价格存在的问题, 综合提出完善我国医疗服务价格改革的政策建议。

(一) 建立多方参与的医疗服务价格动态调整模式, 充分发挥专业团体力量

当前, 全国医疗服务价格调整主要由各省物价或卫生行政部门主导。多数地区价格调整由物价局或卫生行政部门制定价格后, 听取医生团体及各方意见后发布实施。医生专业团体在医疗服务价格制定过程中参与度不够, 致使当前的医疗服务价格目录脱离了临床实际, 在项目设定、内涵制定及计价单位等方面与临床实际不符, 价格调整流程和机制不畅通。建议我国借鉴美国医疗服务价格调整流程和模式, 建立由各专业学科代表、物价、医保、卫生计生委等行政代表、医学会及研究机构代表组成的医疗服务价格委员会, 由各委员会代表组织各专科每年动态提议建议调整和修订项目, 并同第三方研究机构合作开展相关医疗服务项目

价值测算，物价组织专家进行审议确定价格，医保开展预算影响分析和实施，形成我国有序科学的动态调整发展模式。

（二）建立医疗服务项目标化点值体系，加强医保支付标准建设

我国医疗服务项目价格尚缺乏科学的形成机制。成本定价主要考虑器械和耗材等物耗因素^[18]，未能体现技术劳务价值；参考定价主要依靠专家咨询和参考周边省市价格，缺乏系统、科学的价格测算和形成机制^[19]。这使得我国医疗服务项目比价关系不合理，同实际运行成本差距大。此外，我国医疗服务价格没有区分技术劳务和物耗成本价值，没有形成科学的标化点值体系。建议参考国内标化价值方法学体系^[20]，各地探索测算医疗服务项目标化价值（总点数），建立工作点数、成本点数数据库，明确各项目价值构成。通过转换系数将医保和医疗服务价格点数进行挂钩，以实现总额控制的目标。同时，结合医疗服务行业发展特点，科学设定增长率，形成有利于医疗卫生事业发展的报销支付机制。

（三）逐步转变现行按项目支付模式，逐步建立 DRGs 和按绩效付费机制

当前，我国门诊和住院均仍以按项目付费为主，医疗机构通过服务量获得补偿和激励，这使得我国过度医疗广泛存在。美国及国际经验表明，按项目付费从总体上看不利于控制医疗费用增长，美国率先引入的绩效付费理念和模式是对当前按项目付费的修正，住院实行 DRGs 已成为国际改革的热点和发展趋势。建议我国制定医疗服务价格改革路径表，探索从部分医疗服务项目进行试点，纳入质量、效果等绩效指标，控制技术的不合理使用，进而控制医疗费用的不合理增长。

参考文献

- [1] 袁伟. 美国医疗保险制度考察报告[J]. 中国医疗保险, 2015,(10):68-71.
- [2] 中华人民共和国财政部国际司. 美国医疗保险制度介绍[EB/OL]. (2013-12-13) [2016-08-20]. http://gjs.mof.gov.cn/pindaoliebiao/cjgj/201310/t20131025_1003317.html.
- [3] 段云峰, 王小万. 美国Medicare临床检验费用支付方式的变革[J]. 《国外医学》卫生经济分册, 2002,19(2):56-59.
- [4] Beck DE, Margolin DA. Physician coding and reimbursement[J]. Ochsner J. 2007,7(1):8-15.
- [5] Baltic, S. Pricing Medicare Services: Insiders reveal how it's done [J]. Managed Healthcare Executive. 2013, 28-30, 33-34, 36, 38, 40.
- [6] Maxwell S, Zuckerman S. Impact of resource-based practice expenses on the Medicare physician volume [J]. Health Care Financ Rev. 2007, 29(2):65.
- [7] American Medical Association. The Medicare physician payment schedule[EB/OL]. Available at: www.ama-assn.org/ama. Accessed August 4, 2016.
- [8] American Medical Association. The RVS Update Committee [EB/OL]. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/solutionsmanaging-your-practice/codingbilling-insurance/medicare/the-resource-based-relative-value-scale/the-rvs-update-committee.page>. Accessed August 4, 2016.
- [9] Baadh A, Peterkin Y, Wegener M, et al. The Relative Value Unit: History, Current Use, and Controversies[J]. Current Problems in Diagnostic Radiology. 2015, 45(2):128-132.
- [10] Laugesen MJ. The resource-based relative value scale and physician reimbursement policy [J]. Chest. 2014, 146(5):1413-1419.
- [11] Uwe Reinhardt. The little-known decision-makers for Medicare physician fees [EB/OL]. The New York Times. Available at: www.economix.blogs.nytimes.com/2010/12/10/the-little-known-decision-makers-for-medicare-physicians-fees. Accessed August 4, 2016.
- [12] Cadish LA, Richardson EE. The End of the Medicare Sustainable Growth Rate[J]. Obstet Gynecol. 2015, 126(3):613-6.
- [13] Hirsch JA, Harvey HB, Barr RM, et al. Sustainable Growth Rate Repealed, MACRA Revealed: Historical Context and Analysis of Recent Changes in Medicare Physician Payment Methodologies[J]. AJNR Am J Neuroradiol. 2016, 37(2): 210-4.
- [14] Miriam J. Laugesen, Roy Wada, Eric M. Chen. In Setting Doctors' Medicare Fees, CMS Almost Always Accepts the Relative Value Update Panel's Advice on Work Values[J]. Health Affairs. 2012, 31(5): 965-972. c.
- [15] Manchikanti L, Staats PS, Boswell MV, et al. Analysis of the carrot and stick policy of repeal of the sustainable growth rate formula: the good, the bad, and the ugly[J]. Pain Physician. 2015, 18: 273-292.
- [16] McCurdy DA, Carder-Thompson EB, Cody DA, et al. President Signs MACRA: Permanently Reforms Medicare Physician Reimbursement Framework, Includes Other Medicare Payment, Program Integrity, and Policy Provisions. Available at: www.reedsmith.com/Congress-Approves-MACRA-Permanently-

Reforms-Medicare-Physician-Reimbursement-Framework-Includes-Other-Medicare-Payment-Program-Integrity-and-Policy-Provisions-04-16-2015/. Accessed June 7, 2016.

- [17] 金春林, 王惟, 龚莉, 王海银. 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, 2016,02:83-86.
- [18] 胡天天, 刘丹, 罗楨妮, 等. 县级公立医院医疗服务价格体系改革方略[J]. 中国卫生经济, 2015,34(05):58-60.
- [19] 张慧, 于丽华, 张振忠. 我国医疗服务项目定价方法探析[J]. 中国卫生经济, 2014, 33 (07) : 61-62.
- [20] 王海银, 金春林, 王惟, 等. 上海医疗服务价格比价方法体系构建[J]. 中华医院管理杂志, 2015,31(8):635-638.

(责任编辑: 熊玉琦)

日本医疗服务价格动态调整经验及启示

姜鹏¹ 王海银^{2,3} 金春林²

【摘要】 本文详细介绍了日本公立医院服务价格管理基本情况和主要经验，在此基础上，从医疗费用支付制度构建、住院诊断群分类评价制度的导入与实践、诊疗报酬的确定与调整、药品价格调整等方面，为我国医疗服务价格改革提出建议。

【关键词】 保险制度；诊疗报酬；DPC 制度；调整系数

日本宪法第 25 条中定义社会保障是国家为帮助公民应对部分社会风险而提供的社会保险或保障机制，也是宪法对日本公民生命权的保证。日本厚生劳动省（以下简称“厚劳省”）自 2001 年 1 月经中央省厅批准由当时的厚生省与劳动省统筹合并而成后，其管辖职能涵盖了医疗、健康、福利、劳动以及就业等多个方面，相应的医疗服务项目价格调整相关工作也一并划归至厚劳省进行开展。

一、日本国民医疗费用及保险制度

（一）日本国民医疗费用支付情况

厚劳省每年都会对该年度国民在医疗机构中由于伤病治疗所发生的医疗费用进行统计*。近年来日本国民医疗费用呈现较为明显的上升趋势，根据厚劳省最新统计资料显示（截至 2016 年 7 月），2013 年国民医疗费用为 40 兆 610 亿日元，较 2012 年增长 2.2%。人均医疗费为 314700 日元，较 2012 年增长 2.3%。2013 年医疗费用占 GDP 比例为 8.3%，

第一作者：姜鹏，男，博士研究生

作者单位：1. 日本九州大学，福岡 8128582

2. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

*注：该支付范围并不包括正常的怀孕、分娩，以健康维持及改善为目的的健康诊断、预防接种，特定身体残障所需的义眼、义肢等服务项目。

较上年度的 8.26% 略有增长^[1]。

（二）日本健康保险制度概述

日本健康保险制度主要由两部分组成。

一是社会医疗保险，为强制性保险，根据被保险人的雇用状态参加不同类型医疗保险，大致可将人群分为被雇佣者、自营业者、75岁及以上老年人等。对被雇佣者而言，根据所在企业规模可加入“工会健康保险”（以下简称“工会健保”）或“协会健康保险”（以下简称“协会健保”），其保费直接从工资中扣除。此外，公务员与教师作为国家公职人员需加入相应的共济工会作为保险人的保险项目（以下简称“共济工会”）。因此日本的被雇佣者医疗保险由工会健保、协会健保及共济工会共同构成。对被雇佣者以外的国民则属于“国民健康保险”（以下简称“国保”）的保障范畴。而日本于 1983 年颁布的《老人保健法》规定所有 75 岁及以上老年人（包括 65~74 岁经认证的残障人士，以下简称“高龄老年人”）由原所在保险转为后期高龄者保险，该保险的共付比例根据被保险人收入分为 10% 或 30%（表 1）^[2]。

表 1 2012 年日本各医疗保险制度概要情况

医保制度	保险人 (个)	加入者	加入者数 (万人)	平均年龄 (岁)	国库负担率
协会健保	47	中小企业职员及家属	3510.30	36.4	16.40%
工会健保	1431	大企业职员及家属	2935.30	34.3	—
共济工会	85	公务员、教师及家属	900.00	33.3	—
国保工会	164	(牙科) 医师、药剂师、助产士、食品贩卖业、土木建筑业、律师等	302.00	39.3	报销额 32%
市町村国保	1717	农民、个体户、退休人员	3465.80	50.4	报销额 41%
后期高龄者 保险	47	75 岁及以上或 65 岁及以上卧床不起者	1516.80	82.0	报销额 33%

二是社会护理保险，同为强制性保险，是为应对日本老龄化社会程度加剧及医疗费用上涨，于1997年颁布了《介护保险法》并以此建立形成的护理保险制度。该护理保险制度主体由三方构成，分别是保险人、被保险人及护理服务提供者。保险人由日本行政结构决定（市町村制、都道府县制），其职责在于对保险基金的统筹及对护理服务提供者进行支付。支付的保险费用中，税金与来自被保险人的保费各占五成。保险人根据被保险人年收入分担其80%~90%的护理费用，加强社会层面的风险共济。具体护理服务由服务提供者提供，被保险人需按时缴纳保费，在承担10%~20%的护理费用外，服务使用者还需承担部分护理机构的住宿费及伙食费等。

二、日本医疗服务价格体系及其动态调整机制

（一）日本医疗服务支付制度

1. 按服务项目收费

日本医疗服务支付主要是由社会医疗保险根据政府核定医疗服务项目价格对医疗机构的合规医疗行为进行支付。原则上所有医疗机构适用于医疗保险的医疗行为，其价格均通过“点数”（1点=10日元换算）进行换算。日本政府将医疗服务支付（即“诊疗报酬”）分为经常性基本诊疗费用及按照特定医疗行为收取的特别诊疗费用。基本诊疗费用包括门诊出诊费、门诊复诊费、门诊诊疗费、基本住院费、特别住院费、短期住院手术费等；特别诊疗费用包括医学管理、家庭医疗、检查、图像诊断、用药、注射、康复、精神科专门疗法、医疗处理、手术、麻醉、放射线治疗及病理诊断等项目产生的费用。日本政府通过诊疗报酬引导医院与诊所进行功能分化，设置了一定的加成与扣除项目，如患者通过转诊则可添加“转诊患者加成费用”等，明确了日本医院以住院服务为中心，诊所以门诊服务为中心的功能定位。

2. 按诊断群分类收费

为了进一步控制医疗费用的增长，日本从 2003 年 4 月开始针对部分特定机能医院的住院医疗服务导入了诊断群分类评价制度（Diagnosis Procedure Combination，以下简称“DPC 制度”）。DPC 制度是日本所特有的疾病诊断分类方法，其分类维度主要包括伤病名称（投入最多医疗资源的伤病*）、年龄、手术/医疗处理的有无、附加伤病的有无、疾病严重程度等与患者治疗行为相关的信息。适用于 DPC 制度的患者主要为伤病名属于 DPC 编码的一般病房住院患者。调整后的诊断群分类编码共有 4404 种，并由此设定日均预先支付诊疗报酬点数。同时考虑了疾病严重度的基础上，对支付种类进行了合并（2410 种）（表 2）。

表 2 2016 年日本 DPC 诊断分类调整情况 **^[3]

项目	调整前	调整后
诊断群分类	504 个病种	506 个病种
DPC 编码	2873 种	5078 种
诊断群分类编号（点数计算对象）	2309 种	4404 种
支付种类数	2309 种	2410 种

**注：该调整基于 2015 年出院患者调查数据，该调查由厚劳省实施。包括患者性别、生日、住址、住院或门诊类别、接受治疗状况、医疗费支付方式、转院情况及其他。

实行 DPC 制度的医疗机构在计算诊疗报酬时，一般采用在诊疗群分类的预先支付部分（以日均费用计算）基础上，结合按项目收费方式（如手术麻醉等医疗行为），即诊疗报酬由“基于 DPC 的预先支付部分”及“按项目收费”共同构成（图 1）。

*注：该部分是指住院患者全部住院期间人力、物力资源投入最多的伤病。即使住院过程中发生了多项伤病的治疗，也只限定一项“主伤病名”。其于国际疾病分类 ICD 进行定义，手术、医疗处理等则相应由诊疗报酬点数表的 K-code、J-code 进行定义。

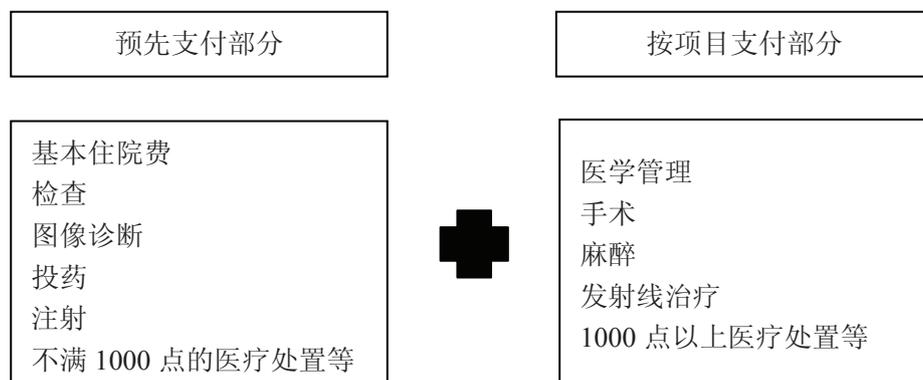


图 1 日本 DPC 的诊疗报酬支付划分

在基于 DPC 的预先支付部分中，其最终点数主要取决于诊断分类日均点数、医疗机构系数和住院天数（图 2）。其中（1）诊断分类日均点数在住院初期较高，随着住院时间增长点数逐渐变低，由此可将住院期间分为 I、II、III 三个阶段。第一阶段（住院期间 1）被定义为住院天数分布的 1/4 分位数，由于在患者住院初阶段的医疗投入相对较多，将第一阶段的日均点数设置为各诊断群均值加成 15% 进行计算。第二阶段是指从第一阶段结束开始到平均住院天数的阶段。若患者住院期间持续到第二阶段结束，则其总点数应同平均点数 × 平均住院天数相同（ $A=B$ ）。第三阶段则是从第二阶段结束开始，一直到平均住院天数 + 2 倍标准差。该阶段点数相较第二阶段下降 15%。超过上述三个阶段（特定住院期间）的住院服务诊疗报酬，则根据按项目收费方法进行计算（图 3）。（2）医疗机构系数则反映了各医疗机构的诊疗报酬水平。主要由基础系数、机能评价系数 I、机能评价系数 II 以及暂定调整系数构成。基础系数是以医疗机构的集合为单位，并评价其基本诊疗能力；机能评价系数主要反映了诊疗绩效及对医疗质量改善的贡献；暂定调整系数是指在诊疗报酬调整阶段持续存在的部分系数，随着调整推进（预计于 2018 年完成转移）分阶段逐渐转入机能评价系数 II 中。各机构的调整系数由

以下公式计算得到^[4]：

$$\text{医疗结构 A 的暂定调整系数} + (\text{A 调整系数} - \text{A 所属医院集合基础系数}) \times 0.25$$

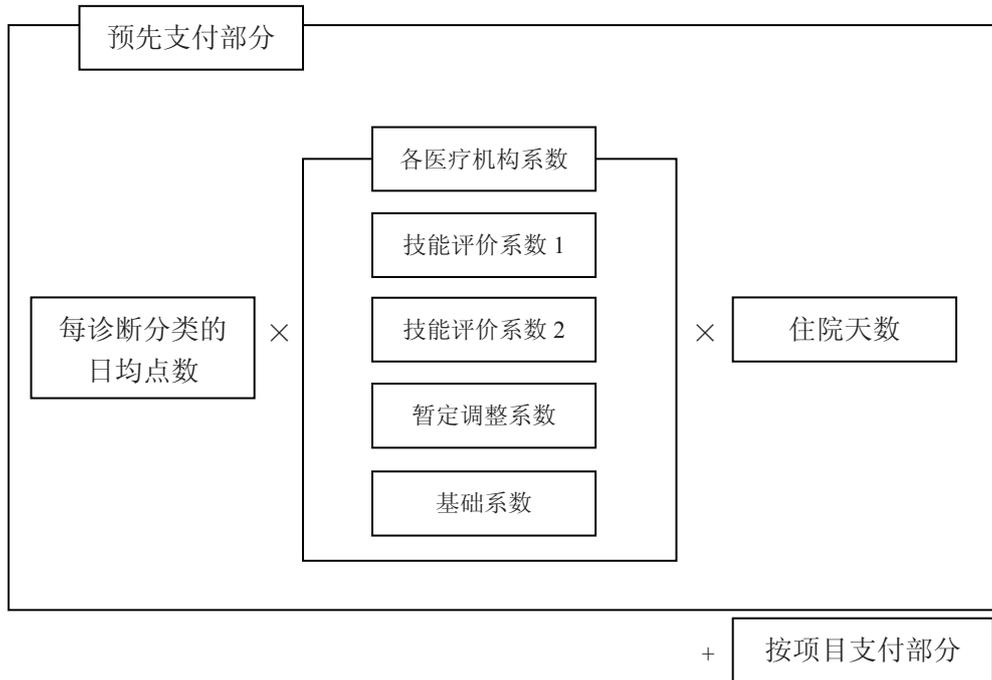


图 2 日本 DPC 诊疗报酬的算定方法

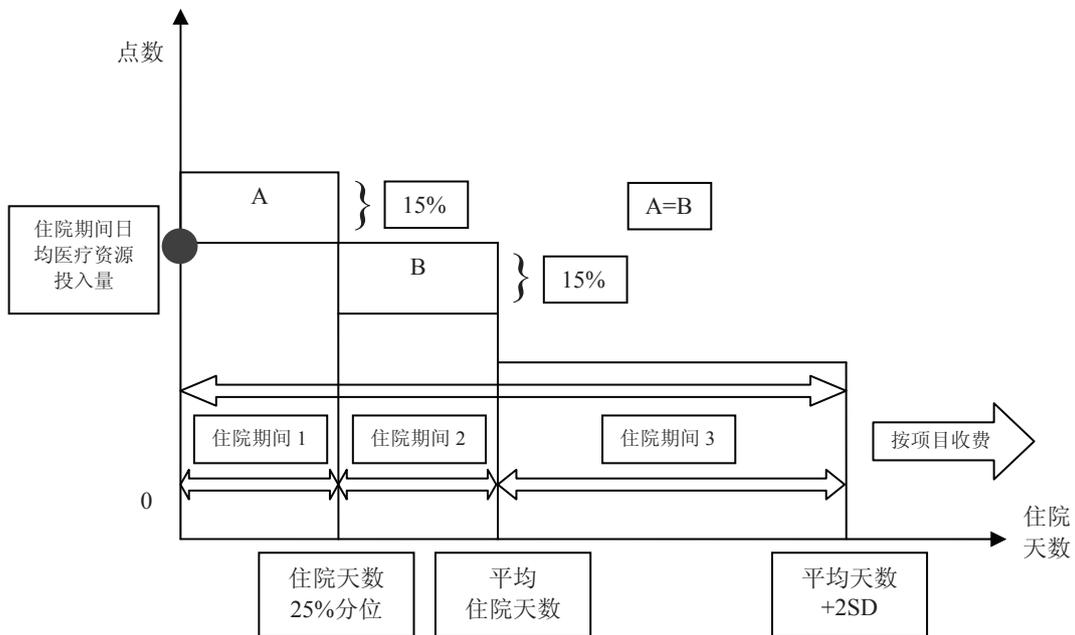


图 3 日本不同住院期间点数设定方式

（二）日本医疗服务价格动态调整机制

1. 诊疗报酬调整流程

针对由于医疗机构定位及运营情况不同而可能导致的医疗服务原价差异，厚劳省设立了诊疗报酬点数加成项目以引导医疗服务供方市场进行及时调整以满足国民不断变化的服务需求。同时考虑到国际和国内社会经济发展情况及卫生服务体系发展目标，如消费税调整、财政收入、控制医疗费用以及医疗资源合理化等，厚劳省根据其社会发展需求约每两年对诊疗报酬点数进行调整。

该调整可分为宏观调整方向层面和微观实际操作层面^[5]。在宏观调整方向层面，以内阁根据调整年度预算编制做出的调整比例为前提，基于社会保障审议会医疗保险部门及医疗部门对基本卫生政策进行的讨论，制定调整基本方针，随后再由厚劳省咨询机关——中央社会保险医疗协议会（以下简称“中医协”）在微观实际操作层面实施有关具体诊疗报酬点数调整的审议和汇报事项（图4、表3）。该中医协一般由被保险方、保险方、收取诊疗报酬方、立场中立的大学教授等公益代表（国会同意）以及10人以内的专门委员会共同组成。

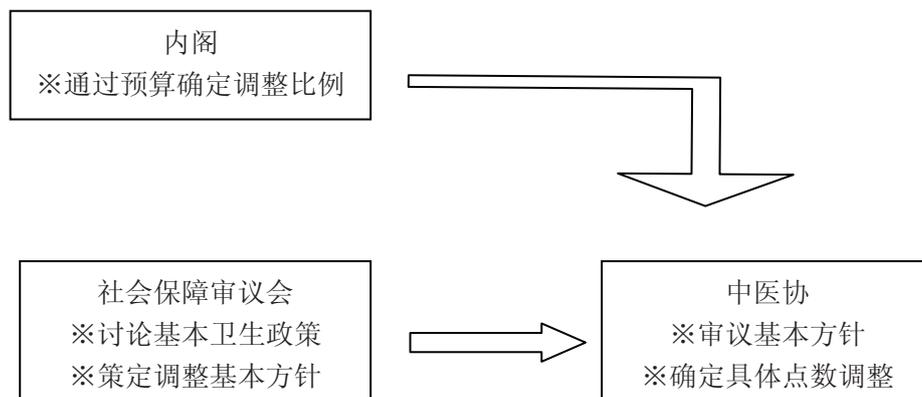


图4 日本诊疗报酬调整任务分担

表3 日本诊疗报酬调整流程

时间段	操作内容
调整前一年 6 月	厚劳省实施医疗经济事实态调查及药品价格调查
调整前一年 12 月上旬	厚劳省向中医协报告调查结果
调整前一年 12 月下旬	根据调整年度预算案，由内阁决定调整幅度
调整年 1 月中旬	根据制定的调整基本方针，由厚劳大臣向中医协咨询点数调整方案 由中医协整理汇总现阶段重点
一月下旬	中医协整理汇总药价改革及保险医疗材料制度改革的具体内容 针对现阶段重点征求公众意见并召开公证会
2 月上旬 - 中旬	依据国民意见，中医协对个别点数项目的调整进行讨论
2 月中旬	向厚劳大臣报告点数调整方案 汇总药价算定基准
3 月上旬	颁发诊疗报酬调整及药价基准调整告示及通知
3 月中旬 -	发行白皮书，颁发疑问解释通知
4 月 1 日 -	实行新年度诊疗报酬调整方案
截至 5 月 10 日	根据新点数发出诊疗报酬请求明细书

在正式的诊疗报酬调整开始前，厚劳省会在全国范围内实施调查，一是医疗经济实态调查，该调查的目的在于通过明确医院、一般诊疗所、牙科诊疗所及医保药店（一个月内制剂报酬明细书数量超过 300 以上的药店）的医疗业经营实施状况，包括设施概要、损益状况、资产与负债、职员数以及工资情况等，以收集整理社会保险诊疗报酬相关的基础资料；二是药品价格调查，该调查的目的在于通过对药品实态价格的把握，包括按照一定比例抽出后的保险医疗机构及保险药店等医药品出售者向医疗机构出售药品时的市场价格及贩卖数量等，从而获得药价基准调整的基础资料。

由于日本大部分医疗行为均通过社会医疗保险进行支付，因此通过调整诊疗报酬统筹全社会医疗资源以符合社会发展需求的作用较为显著。主要体现在（1）控制医疗总费用；（2）引导医疗政策方向；（3）控制医疗服务质量。

2. 诊疗报酬调整比例

诊疗报酬调整比例 = 上期医疗行为总量 × 调整后价格 / 上期医疗费用，具体计算公式为：

$$\text{第 } t \text{ 期调整比例} = \frac{\sum (P_t \times Q_{t-1})}{\sum (P_{t-1} \times Q_{t-1})}$$

其中， P_t 为诊疗报酬新价格， P_{t-1} 为前一期的诊疗服务价格， Q_{t-1} 为前期诊疗行为总量。

由计算公式可知，新增诊疗项目无法通过该公式进行计算，其医疗行为产生的费用将根据常数进行计算。

在药品价格调整方面，药价 = 该收录药品的平均价格 × (1 + 消费税率 0.08) + 调整幅度，其中调整幅度即调整前价格的 2%，因此新增药品与新增诊疗项目同样存在无法通过该公式进行计算的情况。

根据厚劳省公布数据可知，近 20 年来诊疗报酬调整以下调为主，上调情况相对较少（图 5）。

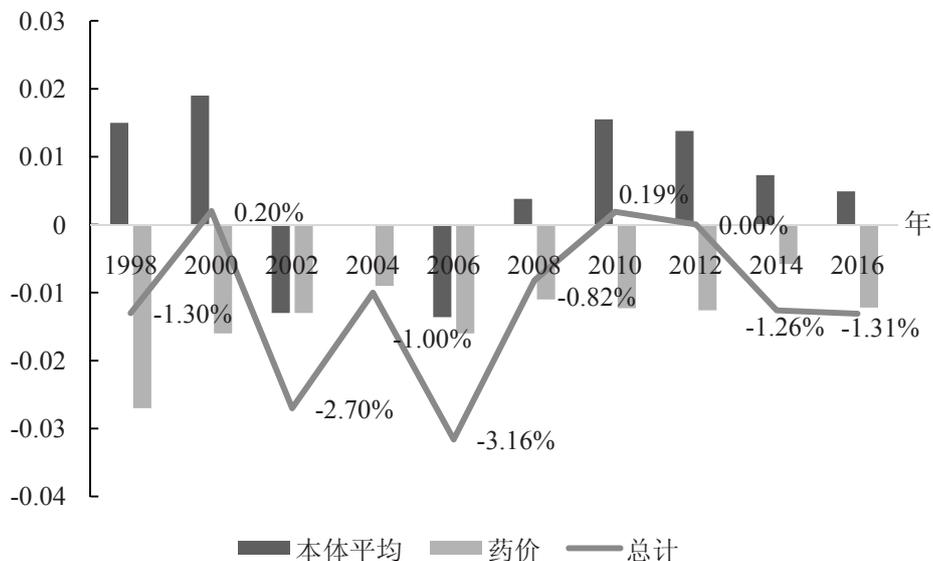


图 5 1998—2016 年日本诊疗报酬调整比例

三、日本医疗服务价格动态调整经验及启示

(一) 日本医疗卫生系统所面临的挑战

日本医疗卫生系统一直在国际上颇负盛名，但随着社会外环境的变化，新的问题和挑战也相应出现。目前日本护理保险面临的最大挑战是资金问题，对其原因进行分析可知，一是由于雇佣形态发生了变化，1965年第一产业人口占被保险者比例为42%，个体营业者比例为25%，而2008年第一产业人口占比仅为3%，个体营业者比例则减少到17%，与此相对的是靠年金生活者与无业者从7%上升至40%，未加入被雇佣者保险的被雇佣者比例则从25%增长到34%，日本社会老龄化及雇佣形态的变化直接导致国保资金情况受到冲击；二是不想加入国保或没有资格加入国保的人数比例进一步增加，由于加入国保的被保险者多为低收入人群，而属于国保保障范围的接受生活扶助的贫困人口无需加入国保亦可享有同等医疗保险服务，且这一人群比例仍在持续增长，导致国保资金情况相较于其他保险类型更为不稳定；三是各保险者间的转移支付问题，当前日本大型企业的工会健保支出总额中有近50%用于各保险者间的转移支付。原因主要在于65岁及以上老年人口比例不断增加，该群体所花费的医疗费用预测在2020年将超过总医疗费用的66%^[6]，而该问题不只出现在后期高龄者医疗保险中，其他保险计划同样有向老年群体转移支付的倾向，并有逐渐增长的趋势。

(二) 日本经验对我国的启示

我国尚未建立科学完整的医疗服务价格动态调整制度，根据日本相关实践经验，可从以下3方面提出借鉴。

第一，建立符合我国国情的疾病分类制度。美国的DRGs以及日本的DPC均为通过建立完善的疾病诊断分类制度，为医疗现场记录、诊疗过程以及服务价格的全面监管打下基础。通过相关制度所引出的电子计算系统也可成

为第一手医疗数据的珍贵来源，这不仅促进了医疗服务价格调整机制的构建，同时也对医疗领域相关研究的进一步深入提供平台。

第二，医疗服务价格调整应落实各相关机构职责及调整时间周期。如日本中医协在整个诊疗报酬调整过程中发挥了综合性的信息搜集、整理、咨询等功能，通过实施医疗经济事实态调查及药品价格调查，对整体现状进行把握，并在各时间节点按照预定周期规划推动价格调整工作进展，为科学合理调整诊疗报酬奠定基础。

第三，关注老龄化问题对医疗服务体系的影响。日本是国际社会中老年化程度最高的国家之一，虽建立了后期高龄者医疗制度，但该部分的医疗费用仍难以得到较好控制。可适当考虑在医保支付服务范围内加入预防服务项目，加强社区综合预防服务体系建设，尽可能减少老年人随着年龄增长而上升的医疗服务需求量，以减少相应的医疗费用支出。

参考文献

- [1] 日本厚生劳动省统计情报部. 平成25年度国民医療費の概況[EB/OL], <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/dl/kekka.pdf>.
- [2] 马场园明. 日本医疗政策学[M], 日本, 九州大学, 2016, 11-13.
- [3] 厚生劳动省. 平成28年度診療報酬改定関係資料（DPC制度）[EB/OL], <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114751.pdf>.
- [4] 社会保障審議会医療保険部. 平成28年度診療報酬改定のスケジュール[EB/OL]. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000090953.pdf
- [5] 岛崎谦治, 远藤久夫. わが国の医療保険制度の歴史と展開[M]. 日本, 2005, 1-55.
- [6] 大島伸一. 長寿社会の医療の課題と対策[J]. 現代医学. 2013, 61(2), 219-229.

（责任编辑：甘银艳）

澳大利亚公立医院医疗服务价格管理经验及启示

彭颖¹ 李潇骁² 王海银^{1,3} 金春林¹

【摘要】 本文详细介绍了澳大利亚公立医院服务价格管理基本情况和主要经验,在此基础上,从确定定价范围、实行分类管理、开展成本核算、理顺比价关系和定期调整价格5个方面,为我国医疗服务价格改革提出建议。

【关键词】 公立医院服务;成本核算;全国指导价格;服务事件加权因子

澳大利亚目前实行的是全民医疗保险(以下简称“Medicare”)为主,商业医疗保险并存的全民医疗保障制度。Medicare负责保障提供基本医疗服务所需要的费用,如公立医院急诊和住院医疗服务、病理检验、影像检查和治疗服务等,其资金主要来源于一般税收和公民缴纳的医疗保险税。联邦政府负责运行全民医疗保险,通过财政转移支付,将资金划拨至各州,由州政府根据医疗服务的购买情况支付给公立医院、全科医生及其他相关卫生服务机构^[1]。澳大利亚政府对各项公立医院服务制定了医疗补贴政府定价,全民医疗保险在对医疗服务费用进行报销时,需按政府定价计算^[2],这点与我国目前医疗服务价格管理制度类似。本文通过对澳大利亚公立医院医疗服务价格管理情况进行梳理和介绍,为推进我国医疗服务价格改革提供参考和借鉴。

一、组织与管理

为了更好地调整和巩固政府跨部门协同治理机制,以提高澳大利亚

第一作者:彭颖,女,助理研究员

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

2.中南大学湘雅医院,长沙410008

3.复旦大学公共卫生学院,上海200032

本文已发表于《中国卫生资源》2017年5月第20卷第3期276~280页。

国民健康,2011年8月,所有司法管辖区在澳大利亚政府理事会(Council of Australian Governments, COAG)签署了国家卫生改革协议(The National Health Reform Agreement, NHRA),明确了联邦政府和各州及领地政府的合作伙伴关系,并以改善澳大利亚人群的健康结果为愿景,由联邦、州和领地政府就公立医院资金的筹集、基于服务的支付等内容共同做出承诺。

作为国家卫生改革协议的重要组成部分,2011年12月15日,独立医院定价管理局(The Independent Hospital Pricing Authority, IHPA)成立,主要负责确定公立医院服务的全国指导价格(National Efficient Price, NEP),并在全国范围内建立基于医疗活动的筹资体系(Activity Based Funding, ABF)。其中,基于医疗活动的筹资体系通过公立医院提供的服务数量和患者疾病复杂程度计算其获得的卫生投入,该体系的目的在于激励全国公立医院提高运行效率和增加服务提供的透明度;全国指导价格是决定政府对公立医院服务投入水平的主要因素,并指导公立医院确定提供服务的合理成本。

二、定价原则

成立独立医院定价管理局的初衷是对公立医院医疗服务有效成本提出客观建议,并在此基础上合理确定全国指导价格。为实现该目的,独立医院定价管理局必须在不同的政策目标之间进行平衡协调,并确定相应的定价原则。以2016—2017版定价框架为例,定价原则包括首要原则、过程原则和系统原则3个方面。其中,首要原则强调国家卫生改革协议中关于建立基于医疗活动的筹资体系的政策初衷,包括服务提供的及时性与可及性、公立医院投入与产出的效率、政府投入的公平性与持续性等;过程原则强调基于医疗活动的筹资体系的执行,包括公开透明、管理方便、持续有效、循证决策等;系统原则强调基于医疗活动的筹资体

系整体设计与安排，包括促进临床创新、价格杠杆作用、避免负向激励、从患者角度出发等^[3]。

三、适用范围

2011年之前，澳大利亚对公立医院服务范围和内容并未统一界定。为了明确政府投入范围，澳大利亚政府理事会要求独立医院定价管理局对全国公立医院服务范围和内容进行统一。值得注意的是，澳大利亚政府理事会主导的此轮筹资改革虽然是以公立医院服务（public hospital services）范围和内容为基础，但公立医院服务与在公立医院内提供的服务（public hospitals or hospital-based care）并非完全一致。如按照国家卫生改革协议，非政府主办的医疗机构也可以提供公立医院服务内容；而由公立医院提供的老年居家医疗服务则不在公立医院服务范围内。根据国家卫生改革协议，公立医院服务主要包括以下内容：一是所有的住院服务；二是获得认证的急诊部门提供的急诊服务；三是目录内包括的其他非住院服务^[4]。每年独立医院定价管理局都会更新并发布公立医院服务目录（General List of In-Scope Public Hospital Services），此目录下的公立医院服务都可获得相应的政府投入。

四、定价方法

在基于医疗活动的筹资体系框架下，独立医院定价管理局通过对公立医院服务进行分类、成本核算、收集数据等活动，从而合理确定公立医院医疗服务的全国指导价格。

（一）服务分类

服务分类是以医疗活动为基础，将临床诊疗相关（如有相似病症）或资源消耗同质（如成本构成接近）的患者归为一类。目前澳大利亚针对住院服务、亚急性和非急性服务、精神卫生服务、非住院服务、急诊服务、教学培训和科研等6类医疗服务建立了相应的分类体系^[5]。

1. 住院服务分类

针对住院服务，澳大利亚采用疾病诊断相关组（Australian-Refined Diagnosis Related Groups Classification，以下简称“AR-DRGs”）将同类型疾病、同类治疗方式、相似个体特征的患者归为一类。AR-DRGs以国际疾病分类 10.0 版（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM）与澳版诊断和操作编码 9.0 版（Australian Classification of Health Interventions, ACHI）为基础，对不同病例组合进行分类和编码，目前已有 800 多个病例组合类别。

2. 亚急性和非急性服务分类

针对亚急性服务和非急性服务，包括康复治疗、临终治疗、老年照护、老年精神护理和非急性服务（如护理服务），澳大利亚根据服务提供场所（住院、门诊、社区）、服务内容、进展阶段、评估的严重程度、患者类型及其他因素等综合进行分类（Australian National Subacute and Non-Acute Patient classification, AN-SNAP），目前已更新到 AN-SNAP4.0 版。

3. 精神卫生服务分类

针对精神卫生服务，采用的是澳大利亚精神卫生服务分类体系（Australian Mental Health Care Classification，以下简称“AMHCC”），目前已更新至 1.0 版本。AMHCC 涉及范围包括入院服务和社区服务 2 类；服务分为 6 个阶段：单纯评估（assessment only）、紧急严重（acute）、功能恢复（functional gain）、集中治疗（intensive extended）、机能巩固（consolidating gain）以及尚未明确阶段（unknown phase）；每个阶段又根据患者年龄划分为不同的组群：0~17 岁、18~64 岁、65 岁及以上。

4. 非住院服务分类

针对非住院服务，包括诊所门诊服务、社区门诊服务、上门服务等，澳大利亚采用的是 Tier 2 Non-Admitted Services Classification 非住院服务分类方法。

5. 急诊服务分类

针对急诊服务，澳大利亚目前采用紧急相关组（Urgency Related Groups，URG）和紧急处置组（Urgency Disposition Groups，UDG）2种方法进行分类。

6. 教学、培训和科研分类

对于公立医院而言，教学、培训和科研活动（Teaching, Training and Research，TTR）与医疗服务同样重要。澳大利亚国家卫生改革协议中已明确要求独立医院定价管理局在 2018 年 6 月 30 日之前向澳大利亚政府理事会提出一份针对医院教学、培训和科研活动进行政府投入的可行性建议。截至 2014 年底，独立医院定价管理局通过一系列的研究和数据分析证明了基于医疗活动的筹资体系适用于教学和培训活动，目前正在针对医院科研活动进行深入探索。

（二）成本核算

在对公立医院医疗服务进行分类的基础上，独立医院定价管理局对医院的各项服务开展成本核算。医院成本核算关注点在于为患者提供服务过程中的各种资源投入和成本消耗，从而为科学确定公立医院医疗服务的全国指导价格提供确凿依据。

为统一医院成本核算方法，提高数据的可比较性，独立医院定价管理局制订了统一的澳大利亚医院成本核算标准（Australian Hospital Patient Costing Standards，AHPCS）^[6]，2014 年底已更新至 3.1 版本。

（三）数据采集

各医院成本核算工作完成之后，独立医院定价管理局每年将对来自全国范围内公立医院和私立医院的医院成本数据（National Hospital Cost Data Collection，以下简称“NHCDC”）进行收集、复核、分析及报告。NHCDC通过收集整个澳大利亚卫生提供机构提供服务的成本数据，为确定全国指导价格、建立基于医疗活动的筹资体系提供基础和依据^[7]。

独立医院定价管理局一直致力于提高数据质量以确保全国指导价格的合理性和透明度。在2012—2013年间，独立医院定价管理局提交了一份关于医院成本核算数据的战略规划报告，报告针对优化数据生成过程、提高数据质量等内容提出了20条关键建议，这些建议在后续工作中不断得到采纳并获得改进。经过多年的努力，目前已取得显著进展，主要表现在各医院之间的合作日益通畅、成本核算标准不断完善、数据收集体系日渐健全、数据和报告质量不断优化等方面。

（四）价格确定

为了能够科学、合理、客观地制定并更新全国指导价格，独立医院定价管理局每年都会更新并发布澳大利亚公立医院服务定价框架指南（Pricing Framework for Australian Public Hospital Services），明确该财政年度内的定价原则、政策及方法等。在制订框架指南的过程中，独立医院定价管理局会充分咨询并听取相关利益方意见，包括各级政府部门、社会公众及相关医疗机构等，并与全国卫生工作绩效管理局（National Health Performance Authority）和澳大利亚医疗卫生质量与安全委员会（Australian Commission on Safety and Quality in Health Care）合作，以确保公立医院提供服务的价格、质量与绩效相互匹配^[8]。确定了框架指南后，独立医院定价管理局综合相关定价因素、按照定价模型，最终形成各服务事件的政府定价（图1）。

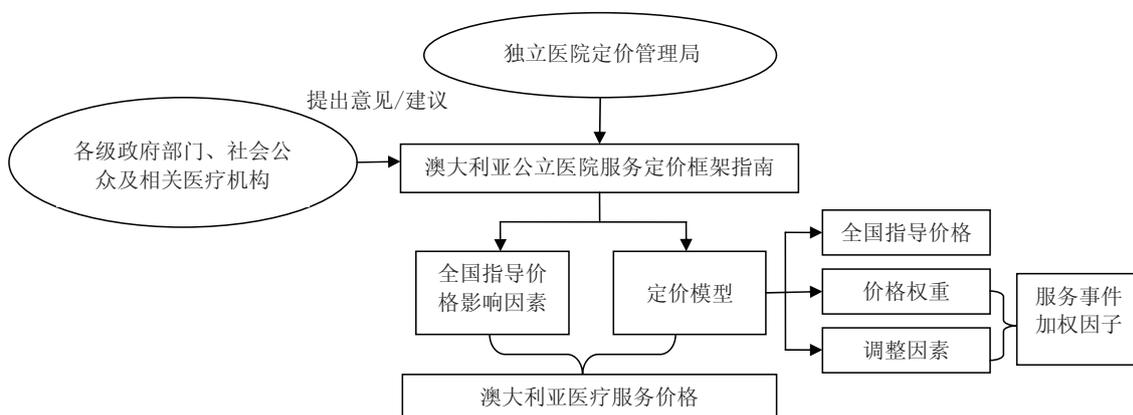


图1 澳大利亚医疗服务价格定制流程图

定价模型由全国指导价格、价格权重和调整因素构成，其中价格权重和调整因素联合被称为“服务事件加权因子”（National Weighted Activity Unit, NWAU）。

全国指导价格是以当年澳大利亚公立医院服务平均成本为基础计算得到，影响全国指导价格的主要因素包括公立医院服务范围、服务提供过程中成本变化等。全国指导价格为合理确定联邦政府对公立医院服务投入总额、指导公立医院服务有效成本确定提供基线参考。此外，相关政府部门也将全国指导价格作为检测公立医院服务效率的基准工具，如通过将不同医院髋关节置换术耗费的成本进行比较，为制订科学的操作路径、做出合理的筹资决策提供依据。

每一服务事件都被赋予了一个加权因子。加权因子作为一个相对权重，反映了医院所提供服务的临床复杂程度。将医院提供的所有服务的平均复杂程度设置为1个加权因子，则服务事件越复杂、技术程度越高、耗费成本越多，其加权因子就越大，反之服务事件越简单、技术含量越低、耗费成本越少，则加权因子就越小。

在确定了全国指导价格和服务事件加权因子后，公立医院服务价格 = 每一服务事件加权因子 × 全国指导价格。根据最新发布

的《2016—2017年澳大利亚公立医院服务定价框架指南》(Pricing Framework for Australian Public Hospital Services 2016—2017), 每一加权因子所代表的全国指导价格为 4883 澳元。例如一个扁桃腺切除术的加权因子为 0.7131, 其价格为 3482 澳元; 一个小型冠状动脉搭桥术的加权因子为 5.2430, 其价格为 25602 澳元; 一个小型髋关节置换术的加权因子为 4.0965, 其价格为 20003 澳元^[9]。

(五) 价格调整

国家卫生改革协议明确规定独立医院定价管理局定期对全国指导价格进行调整以反映医疗服务提供过程中的成本变化情况, 包括工资成本、医院类型和规模、医院地点、病种复杂程度等。按照国家卫生改革协议的要求, 独立医院定价管理局每年通过开展医疗服务成本核算、收集全国医院成本数据等判断服务提供过程中成本变化情况, 并以此作为调整全国指导价格的依据。此外, 独立医院定价管理局 2013 年制订并发布了成本变化因素评估指南, 指导地方政府评估医院服务过程中的成本变化因素。若这些因素未反映在国家定价模型中, 地方政府可向独立医院定价管理局提出申请, 获得通过后, 独立医院定价管理局将考虑是否采纳并对全国指导价格进行调整。

五、启示与建议

澳大利亚实行的是全民医保的国家卫生服务体系, 由联邦政府统一对公立医院服务目录内的服务进行定价, 作为政府对全民医疗保险转移支付及对医疗机构费用结算的依据。虽然筹资模式与我国不同, 但其医疗服务价格管理经验对目前我国医疗服务价格改革仍有诸多借鉴和启示。

（一）明确基本医疗服务范围和内容，界定政府定价和补偿责任

为保证基本医疗服务所需政府投入，2011年澳大利亚出台了公立医院服务目录且每年进行更新，对该目录下的服务项目统一定价，而且只有在此目录下的公立医院服务才可获得相应的政府投入。目前我国公立医疗机构提供的除特需医疗服务外的其他所有医疗服务都由政府定价，定价范围太广、精细化程度不足、医保控费作用未显著发挥的问题相对突出。2016年7月，四部门联合下发的《推进医疗服务价格改革的意见》（发改价格〔2016〕1431号，以下简称“意见”）明确提出“公立医疗机构提供的基本医疗服务实行政府指导价”，建议参考澳大利亚做法，在全国范围内统一基本医疗服务范围和内容，为物价部门制订价格提供基础。

（二）从需方角度出发，对医疗服务实行精细化的分类管理

澳大利亚以医疗活动为基础，将公立医院服务分为住院服务、亚急性和非急性服务、精神卫生服务、非住院服务、急诊服务、教学培训和科研等6类，同时对各类别服务以临床特点为依据又进行了细分。通过对医疗服务进行精细化管理，进一步提高定价的科学性，促进医疗质量不断改进。2012年我国颁布的《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》明确提出“推进医疗服务定价方式改革，扩大按病种、按服务单元收费范围，逐步减少按项目收费的数量”。因此，建议参考澳大利亚做法，根据临床特点、从病患角度出发，采用不同的方法对不同类别医疗服务进行细分，特别是住院服务部分，可参考国际主流趋势，开展按疾病诊断相关组分类的先期探索，为推进医疗服务定价方式和医保支付方式改革提供依据。

（三）统一成本核算方法，建立全国成本数据信息收集与分析平台

医疗服务成本是医疗服务定价的基础和依据。为科学确定公立医院的全国指导价格，澳大利亚制订了统一的医院成本核算标准且每年

进行更新，指导各医疗机构自行开展医疗服务成本核算工作，同时对来自全国范围内公立医院和私立医院的医院成本数据进行收集、复核、分析及报告，不断改进成本核算方法和数据质量。目前我国尚未出台统一的成本核算方法，各地根据医疗机构实际情况自行开展成本核算工作，数据可比性较差，容易形成信息孤岛。据悉国家卫生计生委财务司已委托国家卫生发展研究中心研究并制订全国公立医院成本管理办法，同时建立成本与价格监测平台。建议尽快出台全国公立医院成本管理办法，扩大国家层面监测平台试点医疗机构数量，定期发布成本数据分析报告，为医疗服务定价提供参考。

（四）理顺医疗服务比价关系，逐步形成“中国版服务事件加权因子”

澳大利亚医疗服务定价模型主要由两部分构成：一是全国指导价格，根据公立医院服务平均成本为基础计算得出；二是服务事件加权因子，根据医疗服务临床复杂程度（包括技术难度、风险程度等）设定。服务事件加权因子实质是通过针对不同医疗服务事件赋予权重，以体现其技术含量和比价关系。建议按照《意见》要求，尽快理顺医疗服务比价关系，逐步形成“中国版服务事件加权因子”。

（五）定期调整医疗服务价格，注重听取利益相关方的意见和建议

独立医院定价管理局每年都会对医疗服务定价框架、公立医院服务目录、医院成本核算标准等文件进行更新，以及时反映医疗服务提供过程中成本变化和不可避免的客观因素。在此基础上对全国指导价格和服务事件加权因子进行调整，形成新的价格，同时注重听取利益相关方的意见和建议。由于历史原因，我国医疗服务价格管理显著特点之一即价格一经形成，长达数年或十余年未作调整，医疗服务价格难以反映市场供需情况，造成医疗机构“成本按市场、收费按计划”的艰难运营现状。建议形成医疗服务价格定期动态调整机制，广泛征求各方意见和建议，实现医疗服务价格调整平衡过渡。

参考文献

- [1] 蒋露.澳大利亚医疗保障制度解析[D]. 武汉:武汉科技大学,2009.
- [2] 蔡江南. 医疗卫生体制改革的国际经验[M].1版.上海:上海科学技术出版社,2016:420-421.
- [3] Independent Hospital Pricing Authority. The pricing framework for Australian public hospital services 2016-17[R]. Australia:Commonwealth of Australia, 2015.
- [4] Independent Hospital Pricing Authority. Technical Specifications 2016-17National Pricing Model[R]. Australia: Independent Hospital Pricing Authority,2016.
- [5] Independent Hospital Pricing Authority. Classification[EB/OL]. <https://www.ihpa.gov.au/what-we-do/classifications>.
- [6] Independent Hospital Pricing Authority. Hospital patient costing standards version 3.1 [R]. Australia:Commonwealth of Australia, 2014.
- [7] Independent Hospital Pricing Authority. Data collection [EB/OL]. <https://www.ihpa.gov.au/what-we-do/data-collection>.
- [8] Independent Hospital Pricing Authority. What we do [EB/OL]. <https://www.ihpa.gov.au/what-we-do>.
- [9] Independent Hospital Pricing Authority. Understanding the NEP and NEC 2016-17 [R]. Australia: Independent Hospital Pricing Authority,2016.

(责任编辑: 房良)

法国应对人口老龄化对居家养老政策及其服务内容的介绍

雷萍 Gilles DUHAMEL

【摘要】 法国是世界上最早进入老龄化社会的国家之一。预计到 2050 年 1 月 1 日，法国的人口数将增长至 7000 万，老年人口数将达到 2230 万，即每 3 人中有 1 人在 60 岁以上，而 80% 的法国人将超过 45 岁。在面对人口老龄化问题时，法国政府颁布了一系列政策，以帮助老年人在家中安度晚年并实现居家生活自理，包括以现金形式的“老年生活自理个人津贴（Allocation personnalisée d'autonomie，以下简称“APA”）”和服务形式的居家养老配套服务政策及特殊人群居家养老支持方案等。本文对法国为应对人口老龄化而制定的居家养老政策及相关服务内容进行简要介绍，以期为中国应对老龄化问题提供参考。

【关键词】 人口老龄化；居家养老；政策；法国

一、法国人口老龄化现状及影响

法国作为世界上最早进入老龄化社会的国家之一，其老龄化程度之高位居世界前列。根据法国国家统计局 Institut national de la statistique et des études économiques（以下简称“INSEE”）数据显示，2016 年法国人均寿命男性为 79.3 岁，女性为 85.4 岁。相较 1994 年，男性和女性的这一数字分别增长了 5.7 岁和 4.1 岁^[1]。若以法国当前的人口趋势发展，预测到 2050 年 1 月 1 日，法国的人口数将增长至 7000 万，老年人口比重持续上升，并在 2050 年达到 2230 万，即每 3 人中有 1 人在 60 岁以上，而 80% 的法国人将超过 45 岁^[2]。

随着人口年龄结构的改变，老龄化问题将不可避免地对社会带来多

第一作者：雷萍，女，法国英赛克高等商学院管理学终身教师
作者单位：法国英赛克高等商学院，里昂 69007

方面影响，甚至包括看似无关的经济、食品、交通等领域。同时，伴随人口老龄化问题出现的劳动人口老龄化也日渐突显，而这也意味着部分行业需对他们的生产模式进行调整，例如关于促进机器人或机械自动化产业，从而提高员工的工作效率等^[3]。此外，伴随人口老龄化还可预见未来老年服务业的快速发展，如家庭护理服务、有助于老年人日常生活的新型产品等。作为市场经济发达和社会福利系统完善的国家，法国无论在老年人用品、老年病医疗、为老服务、居家养老自理能力维护、失能老人照顾、老年住宅以及具有医疗功能的养老院建设等方面都已具备一定基础。

二、法国人口老龄化应对政策

在面对人口老龄化问题时，法国政府颁布了一系列政策，以帮助老年人在家中安度晚年并实现居家生活自理，主要是以现金形式的“老年生活自理个人津贴（APA）”和服务形式的居家养老配套服务政策。

（一）老年生活自理个人津贴（APA）^[4]

由法国国家政府专门设立的 APA 于 2002 年 1 月 1 日正式生效，由时任总理的里约纳尔·若斯潘（Lionel JOSPIN）所在的法国社会党政府设立，用于老年人维持居家生活或入住养老机构所需的部分开支。

法国生活自理补助政策主要分 2 个方面，分别为 APA 和残疾人生活自理开支，由法国生活自理团结金全国管理署（Caisse nationale de solidarité pour l' autonomie，以下简称“CNSA”）负责管理和分配。根据 CNSA 2015 年公布的数据来看，每年用于生活自理方面补助政策的开支总金额约为 230 亿欧元，其中 APA 占比约为 50%，即 115 亿欧元^[5]。

1. 资金来源

APA 补助政策的资金主要有 4 个来源，一是 CNSA 的自有资金，占比为 36% 的；二是中央政府财政占比为 26%；三是省地方政府财政

占比 21%；四是社会医疗保险支出，占比为 17%。其中，CNSA 的自有资金来源主要为在普通社会保险税中提取一定比例作为“生活自理团结税 (Contribution de solidarité pour l' autonomie, 以下简称“CSA”)”(2013 年前提取比例为 0.1%，2013 年为 0.064%，2014 年下降为 0.058%)^[6]。法国政府自 2013 年起配套设立了“生活自理团结金补充税 (Contribution additionnelle de solidarité pour l' autonomie, 以下简称“CASA”)”。根据法律规定，该补充税金由法国省一级地方政府负责管理，主要用于对老年人的社会救济措施进行补偿。

2. 享受条件

享受 APA 需要同时满足 3 个条件。一是申请人年龄须为 60 岁及以上；二是通过“AGGIR 老年自主性丧失评估^{*}”后该申请人生活依赖度等级属于 GIR1~GIR4；三是居住条件，申请人应满足以下居住条件之一，①居住于自宅；②居住在近亲家中；③与一个家庭接纳人同住；④居住在一个接待能力低于 25 人的老年公寓；⑤或居住在一个“生活自理老年公寓”中。此外，申请人应以长期稳定的方式留居法国。

3. 申请程序

申请 APA 时，申请人需先在住所所属的市政府、省议会或与老年人事务相关的当地资讯点领取一份申请表，填写并提交相关材料后，一个由至少一名医生和一名社会工作者组成的社会医疗小组将上门就申请人的生活自理能力丧失程度以及近亲护理人的“喘息需求”开展评估。

4. 可享受的服务内容

经评估后，若申请人的生活依赖度被列为“AGGIR 老年自主性丧失评估”等级表的 GIR1~GIR4 等级之一，则会向申请人推荐一项“援

^{*}注：AGGIR 老年自主性丧失评估将在下文进行详细介绍。

助计划”，其中会详列需求清单以及维持居家生活所需的全部开支；如 1 名居家助理或 1 名家庭接待人的报酬；交通或送餐补贴；技术援助和住宅适应改造措施；采用一项或数项“喘息措施”，包括临时寄住养老院或接待家庭、居家接替站等。

5. 补贴金额

申请人可在十天时限内选择接受“援助计划”或提出修改要求。一旦选择接受“援助计划”后，省地方议会行政机构将对计划作出 APA 发放的决定。APA 发放金额原则上为在不超过每月津贴额上限的基础上以“援助计划”所需金额减除需自负的费用金额（取决于个人以及家庭收入和纳税的标准）。2016 年“GIR1 级依赖”到“GIR4 级依赖”的每月发放金额上限分为 1714.79 欧元、1376.91 欧元、994.87 欧元和 663.61 欧元，1 级为最高。

6. “AGGIR 老年自主性丧失”等级评估

“AGGIR 老年自主性丧失”的等级评定是 APA 的基础和前提，其结果直接决定申请人是否具有享受 APA 的资格以及实际操作空间。

等级表共分 6 级，每一级都与完成日常生活中最主要动作所需的援助等级相对应；但只有“GIR1”至“GIR4”可享受 APA（表 1）。

表1 “AGGIR 老年自主性丧失”等级表及其依赖性程度判定内涵^[7]

GIR 等级	依赖性程度
GIR1 级	<ul style="list-style-type: none"> - 只能卧床或坐在扶手椅中；脑功能严重损坏，必须有人不间断地照应； - 或处于临终阶段的老人；
GIR2 级	<ul style="list-style-type: none"> - 只能卧床或坐在扶手椅中；脑功能并未完全损坏，大多数日常生活活动需要予以照应； - 或者大脑功能损坏，但尚能行动，必须经常性监视；
GIR3 级	保持脑力活动自主性，行动部分自主，但需要每日数次有人帮助进行身体护理；
GIR4 级	<ul style="list-style-type: none"> - 不能单独行动，但一旦起床后，可以在住房内走动，需要有人帮助进行盥洗和穿衣； - 或没有行动问题，但需要有人帮助进行身体护理和进餐；
GIR5 级	只需要临时性帮助进行盥洗、准备用餐和家务；
GIR6 级	还能自主活动，完成日常生活的主要动作。属于“GIR5”或“GIR6”级的老人可以申请一个家务助理（aide ménagère）或向退休金管理署申请一项补助。

“AGGIR 老年自主性丧失”等级表评估包含 10 个生理和心理活动变量，即“判别式（discriminantes）”和 7 个家庭及社会活动变量即“说明式（illustratives）”。其中生理和心理变量包括身体协调性、方向感、洗漱、穿衣、进食、排泄、移动行为、室内活动、室外活动及法律意识共 10 项；社会和家庭变量包括自我管理、做饭、清洁打扫、乘坐交通工具、购物、治疗后复诊及休闲活动共 7 项。

无论是机构养老或居家养老，但凡应用该模型对老年人进行评估时，应对全部 17 项指标进行评估。

7. 执行情况

2014 年，全法国共有 124.9 万人享受 APA，相较 2013 年增加 1.0%；在所有津贴享受者中，有 51.1 万人居住于老年公寓，其中“GIR1”或“GIR2”级依赖性占比为 60%，其余 73.8 万享受者为居家生活，其中

59%为轻度失能老人，即“GIR4”级依赖性老人。

截至2014年1月1日，法国养老机构类型及接纳老年人情况主要如下。一是非失能老人接纳机构型养老院有450家，常设接纳床位15829个；二是生活自理老年公寓2337家，拥有总住房数量为111370套；三是失能老人接纳机构7258家，常设接纳床位557648个；四是长期治疗护理单位596个，拥有床位31821个；五是老年人临时接纳床位11363个，其中“老年痴呆症计划”专用接待床位9058个；六是老年人白天接纳床位12986个，其中“老年痴呆症计划”专用接待床位10532个；七是老年人居家护士护理服务处2113个，共有接待名额117093个^[8]。

8.APA 改革

根据相关人口预测，2050年法国将有三分之一人口的年龄超过60岁。为了全社会的可持续发展，应对人口年龄增长而带来的全新挑战，法国议会于2015年12月28日通过了名为“关于人口转变及使社会适应老龄化的法律（Transition démographique et Adaptation de la société au Vieillessement - Loi ASV）”，于2016年1月1日起正式生效。该法律对APA进行了改革，目的在于方便更多的老年人在自愿和能力允许的情况下能够在自己熟悉与习惯的环境中安度晚年。

这次针对APA的改革可分为3个轴心^[9]，一是更好地考虑津贴享受者的需要与期待；二是首次承认“近亲护理人”和“家庭护理人”的身份，并对他们提供支持；三是优化了APA津贴的管理。

具体来说即是：①为各省的新增老年事务开支提供补偿；②提高了APA津贴的额度；③承认“近亲护理人”和“家庭护理人”的身份，创设“暂时休息权”（每人每年最多可达500欧元）；④扶持居家助理与护理行业；⑤加强预防与改善丧失自理能力人士的个人权利；⑥加强了失能老人接纳机构价格与相关信息的透明度；⑦设立创新“近亲护理人”

假期，主要向和被护理人没有亲属关系的护理人开放；⑧发展中间住宅*或集中住宅（habitat intermédiaire ou regroupé）供应；⑨对生活自理型老年公寓住宅进行现代化改造。

（二）法国对居家养老的配套服务政策以及实施措施^[10]

法国政府颁布的另一主要应对老龄化政策即是以服务的形式为居家养老老年人提供配套服务。如为提高居家养老居住安全和生活质量而进行的住房适应性改造、能效调整等，包括防止跌倒方面；实施共享公寓计划；为老人配备适当的医疗设备以及监护系统，以保证独居老人的安全，例如电话援助；家政协助（外出购物或家政服务、送餐、远程服务系统）等；家庭护理服务（居家疗养，家庭住院等）；建设老人的日间护理接待中心；外出交通方面提供更具适应性的公共交通、“最后一公里”的解决方案等；特殊人群居家养老支持方案，如对阿尔茨海默病患者的居家照顾和护理等。

1. 住房改造

随着老年人年龄增长，其居住房屋的结构、装修和老化可能对其生活造成一定不便，而随着科技发展所形成的智能化住宅及住宅自动化可实现居家适应性改造，以帮助老年人完善他们的住宿条件，使房屋更安全，更适宜老年人居住。目前可实现的改造项目包括安装自动卷帘、适应照明系统避免跌倒的风险、安装如壁挂淋浴座椅等具体设备、安装老人淋浴系统、厕所增高、防滑垫、防滑地板、光缆系统等。

2. 更换居所

随着老年人年龄的增长，在一定的情况下无法继续居住在自宅时，则考虑为老年人选择更换合适的居所继续生活。同时老人可根据自己的

*注：中间住宅意为介于偏远地区独立住宅与城市密集型住宅之间的住宅类型，主要集中在新的城市化区域，以生活质量及适合生活的景观和环境作为考量标准。

需求要求社会住房部门保留当前家庭的布局。目前法国对老年人更换居所提供的选择大致可分为：**一是**社会住房，当以改变居家环境为更换目的时，申请社会住房可成为一个解决方案，老年人花费适度成本即可获得附带健康设施的适宜住房。若老年人已是社会住房租户，则可申请其他的社会住房。**二是**与亲属同住，独居老年人可能会选择与亲属同住以得到更多的帮助。**三是**分享住房，即老年人通过代际同居和老年人共同生活的做法。在政府的推动下，目前法国存在不同形式的代际同居，主要通过分享老年人的住所，将独居老年人和寻求住宿的年轻人聚集在一起，老年人为年轻人提供服务或房间，而年轻人则以很少的租金居住，但是需要为老年人提供生活服务和陪伴。代际同居的目的在于分享家庭优势，尽量增加老年人留在自宅中的机会，节省共享成本，并得到放心的照护。这种方式较适用于由于退休、配偶死亡等原因而导致的收入大幅度下降、且可能会由于负担过重而无法前往机构，只能选择继续居住在家里或公寓的情况。**四是**共用住宿，即是两个或更多的人决定共同租住公寓或房屋，并分担租金和家庭帮助的费用。共用住宿有两大益处，从经济因素的角度来说，共用住宿可以分摊成本，使老年人的经济压力降低很多；从生活的角度来说，则能够使老年人的生活增加很多乐趣，减少孤独感，提高生活质量。

3. 为老年人配备合适的辅助生活设备

目前市场上存在广泛的辅助设施和设备，以便老年人进行居家养老，而配备合适的设备也可在很大程度上避免家庭室内活动事故的发生。不同辅助设备旨在减少甚至克服老年人由于各种原因而在日常生活中遇到的不同障碍，可以实现“补偿”残疾服务，从而让老年人按照想要的方式继续独立生活。随着许多辅助材料越来越普遍，不仅如眼镜或手杖等一般辅具在生活中可以进行配备，进而一些较少和复杂的设备也可供特

别情况的老年人在日常生活中进行使用，如电动滑板车或盲文记事本。

同时，家庭自动化辅助生活设备在老年人生活中的应用也越来越普遍，包括**一是**家庭自动管理帮助系统，如拥有自动照明系统的走廊可一定程度上避免老年人在夜间跌倒；**二是**信息和通信技术，如地理位置系统旨在促进阿尔茨海默氏症患者的运动并确保其发生，同时可在老年人走丢时通过手环对其进行定位，定位系统还可在老年人摔倒时自动向援助中心发出求救信号；**三是**援助模式，如在危急情况下，老年人可按下手环或通话系统上的红色按钮，连线援助中心，在紧急援助的状况下，每个呼叫均会由援助专员及时妥善处理，并根据老年人情况，联系家人或亲友，或直接呼叫救护车。

4. 家庭护理

一是家庭护理服务中心（NSIAD）。家庭护理服务中心由医疗保险局设立，通过医疗处方实施服务，为老年人提供在家护理和保健照顾，帮助老年人实现生活自理。**二是**多功能护理和家庭护理服务机构（SPASAD）。多功能护理和家庭护理服务是提供家庭护理服务和家庭帮助服务的综合服务机构，主要提供护理和家政服务。**三是**自由执业护士。为了获得家庭护理服务，老年人也可选择自由执业护士。法国自由执业护士可提供各种服务，包括为老年人提供家庭护理。**四是**护理保健中心。护理保健中心包括从事处方药或医院工作的护士。护士可以在家里或在疗养院护理。护理保健中心被视为家庭外展设施。**五是**家庭住院。家庭住院是一种住院治疗方式，可在家提供某些技术，对老人进行密集或复杂的护理。可以保证老人在熟悉的环境中保持连续性（每周7天，每天24小时）得到持续一致性的照护。老人长期照护需经主治医师同意并遵循医疗处方以确保整个护理期间的医疗服务。医疗支出由健康保险承保。**六是**居家姑息治疗。姑息治疗是由机构或家庭病床中的跨学科团队

提供的护理，旨在减轻病痛和心理痛苦，维护病人尊严，支持身边的人。想要留在家里安息的老人可申请享受居家姑息治疗。

5. 家政服务

家庭帮助服务可以帮助老年人做他们不再有能力的事项，如穿衣、购物、准备饭菜等。法国老年人可得到家庭帮助服务基金的支持从而享受针对老年人的家政服务。包括①移动餐车，即在家里享用营养膳食的便餐而无需购物或做饭，而保持均衡的饮食对于防止营养不良，降低跌倒和疾病的风险至关重要；②远程监护，远程监护有助于确保在家中独自生活的老人在出现问题的情况下，可通过按下手表的按钮联系 7/24 电话平台，根据情况的紧迫性，该平台将作出回应并联系亲人，或启动救助以协助老年人；③夜间解决方案。针对老人需要在夜间在家里帮忙。目前可能的解决方案为使用夜间看护人员，尤其是针对重症老人，或使用家庭帮助服务或疗养院服务，晚间准时进行短时间照护。

6. 日间托护中心

日间护理可以为老年人提供个性化的支持，是所有支持服务中最受欢迎的一种。其目标是让失去自主权的长者在正常的生活环境中尽可能长时间地停留。居家养老的老年人每星期可有一天被寄托在提供日托的机构。由于经过适当的活动，经常性的日间护理可以保留老年人的自主权。在日托机构中与外界的交流也有助于打破孤立，同时让家属们得到休息和自我的时间。

日托中心主要接受居家养老服务机构或由失能老人接纳机构转送的老人。日托中心完全致力于提供日间照护服务，除了主要活动之外，还在专门的空间开发特殊服务内容。实施各种活动以促进身体、感官和认知刺激，以及提供更好的营养和促进健康的行动。服务当天，多学科的专业团队将流动观察和监督老人当天的情况。

7. 长期慢性病和残障老人居家养老

随着年龄或疾病（帕金森氏病，中风，进化神经疾病，风湿病，癌症等）的进展可能导致功能障碍，使日常生活遇到困难。可以通过设置不同的辅助设备帮助有各种功能性障碍的老年人继续在自己熟悉的环境中进行独立生活。目前针对不同功能性障碍，法国政府制定了不同的应对方案，主要包括居家养老伴有视力障碍、居家养老伴有听力障碍和居家养老伴有阿尔茨海默病等。

8. 老人户外出行

为了帮助老年人的户外出行，法国政府制定了具针对性的交通解决方案，一是由行政管理部门和市政府根据在邻近遇到困难的老年人需求具有针对性的提供，还为丧失自主权的老年人组织和提供交通服务；二是便利卡发放，欧洲停车卡，残疾人卡和残疾人优先卡是3张允许其持卡人方便旅行的卡片，目前正逐渐被MIC（包容性行动卡）取代；三是针对想要自己驾驶的老年人，政府鼓励老年人改变习惯或选择专门为老年人驾驶而设计的车辆，可使其不会过早丧失驾驶能力。

三、启示与建议（主要问题及改革趋势）

作为市场经济发达和社会福利系统完善的发达国家，法国无论在老年人用品、老年病医疗、为老服务、居家养老自理能力维护、失能老人照顾、老年住宅以及具有医疗功能的养老院建设等方面都早已打下相当的基础。但面临人口老龄化加速的新局面，原有的产业结构、产品和服务组成等已无法适应经济发展和老年消费者需求，且随着高科技（特别是信息技术）的发展，许多过去无法实现或因造价昂贵而难以普及的技术措施及产品具备了进入普通家庭的可能（如求助热线、远程救助、移动医疗等）。同时，当前的法国也急需通过刺激新的内需增加活力以复苏其社会经济。

2013 年底，由银色经济行业委员会双主席——时任法国产业振兴部部长的 Arnaud MONTEBOURG 先生和时任法国社会事务及卫生部老年人和自理能力事务的部长级代表 Michèle DELAUNAY 女士、银色经济产业联盟委员会副主席 Gilles SCHNEPP 先生，以及产业联盟委员会各成员的代表，共同签署了银色经济产业契约（Contrat de Filière Industrielle Silver Economie）。

该契约体现了法国中央政府和地方当局、相关公立机构、企业和专业人士对银色经济现状及未来发展趋势的共识，从法国应对人口老龄化这一人类学变化重新定位及构建国家和地区层面新的经济生态系统高度，同时充分认识到发展银色经济不仅能够造福老年人且有利于全社会的经济发展和社会进步，进而对法国银色经济产业作出了整合和战略布局，给出了发展路线图。对每一条发展主线，契约分别列出了政府机构（包括国家和地方当局、相关公立机构等）和私营机构各自需要完成的主要工作任务以及行动内容。同时，根据各项“银色行动”的内容，确定预期目标、主持机构（包括国家、地方、公立及私立机构）以及预定完成时间等。契约责成银色经济产业联盟委员会负责契约的监督落实。

了解法国“银色经济”产业契约出台的背景、相关内容以及签署契约背后的工作，理解其对法国银色经济产业当前和未来的影响，不仅对中国银色经济发展具有借鉴意义，而且对加强法中交流与合作，利用中法经济互补性实现互惠互利，促进两国银色经济的发展具有重大经济意义和政治意义^[1]。

参考文献

- [1] 法国国家统计局Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil [EB/OL] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>
- [2] Le vieillissement de la population mondiale et le cas de la France. [EB/OL] <https://essentiel-autonomie.>

- humanis.com/
- [3] La population des personnes âgées en France. [EB/OL] <https://www.holiharmo.com/silver-franceSilver-France>
- [4] 儒思忧, Qu'est-ce qu'une APA - Allocation personnalisée d'autonomie en France ? [EB/OL] <http://www.falanxi360.com/index.php?s=/news/show/id/2788>
- [5] 法国生活自理团结金全国管理署, Caisse nationale de solidarité pour l' autonomie (CNSA). [EB/OL] <http://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>
- [6] 中华人民共和国财政部,法国税收制度介绍. [EB/OL] http://gjs.mof.gov.cn/pindaoliebiao/cjgj/201309/t20130927_994351.html
- [7] 法国社会卫生事业部,老年自立能力评估细则Comment le GIR est-il déterminé ? [EB/OL] <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>
- [8] 儒思忧, Qu'est-ce qu'une APA - Allocation personnalisée d'autonomie en France ? [EB/OL] <http://www.falanxi360.com/index.php?s=/news/show/id/2788>。
- [9] 法国居家养老个人自立津贴L' Allocation personnalisée d' autonomie (APA). [EB/OL] <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
- [10] 法国居家养老门户网站Vivre à domicile. [EB/OL] <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile>
- [11] Le vieillissement de la population mondiale et le cas de la France. [EB/OL] <https://essentiel-autonomie.humanis.com/>

(责任编辑: 陈多)

附表

我国医疗服务价格调整主要相关文件梳理汇总

发文机构	文件名称	文号	发布时间
国务院办公厅	关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见	国办发〔2015〕33号	2015年5月
国务院办公厅	关于城市公立医院综合改革试点的指导意见	国办发〔2015〕38号	2015年5月
国务院	中共中央国务院关于推进价格机制改革的若干意见	中发〔2015〕28号	2015年10月
国家卫生计生委	关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见	国卫体改发〔2015〕89号	2015年10月
国家发展改革委	医疗服务价格形成机制改革的指导意见	发改价格〔2016〕1431号	2016年7月
国务院办公厅	关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见	国办发〔2017〕55号	2017年6月



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生和健康发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China