

基于价值医疗理论建立管用 高效的医保支付机制改革分析

李东奇^{1, 2} 胡博睿² 张欲晓²¹

(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 健康学院, 武汉 430071)

【摘要】: 在国家倡导“建立高效管用的医保支付机制”的理念下, 如何“协同推进医药服务供给侧改革”是对深化医保支付制度改革创新与探索。研究通过运用战略规划工具 SWOT 模型, 在价值医疗理论视角下, 综合分析当前内外部环境因素影响下新时期深化医保支付制度改革所面临的优势、劣势、机会和威胁, 找出当前深化医保支付制度改革中存在的问题, 进而提出医保支付以“价值”为导向; 利用支付机制推动“三医联动”改革; 加强医保支付信息化建设的发展策略, 以期为我国深化医保支付制度改革的发展提供决策参考。

【关键词】: 医疗保险 支付方式 SWOT

医保支付作为医保制度重要的激励调控工具, 既是规范医疗服务行为、提高医疗服务质量和促进医疗卫生合理资源配置的重要杠杆, 也是深化我国医疗卫生体制改革的关键内容, 更是实现“健康中国”战略宏伟目标的重要措施。2020 年 2 月印发的《中共中央国务院关于深化我国医疗保障制度改革的意见》(以下简称《意见》), 明确提出“建立管用高效的医保支付机制”。近年来, 我国医保支付领域研究成果丰富, 但大多集中在微观的医保支付技术设计层面和中观的医保经办能力建设层面, 少见对深化医保支付制度改革内外部环境的综合分析。本文对当前我国深化医保支付制度改革的内外部环境从微观、中观和宏观三个层面进行综合分析, 聚焦“建立管用高效的医保支付制度”, 以期为我国医疗保障制度改革“十四五”规划期间深化医保支付制度改革明晰路径选择、提出优化策略。

1 价值医疗理论

价值理论最早源于伦理学, 康德在《认识论》中将价值明确为“应该如何”, 包括经济价值, 伦理价值和愉悦价值。随着社会经济宏观背景的变迁, 产生了价值医疗理论, 作为卫生系统应用理论的延伸, 可理解为: 在有限资源的约束下, 追求最优效率的医疗卫生服务, 以有限的医疗卫生资源获得最优的健康产出。因此, 结合价值的属性来看, 医保支付的价值理论应该包括: 第一, 支付方式的效益聚焦于临床需要、合理诊治、适宜技术, 完善医保目录、协议、结算管理, 实施更有效率的医保支付。第二, 对医疗保障制度的整体维护和联动作用, 发挥医保对医药服务领域的激励约束作用。第三, 作用对象对于医保支付方式的主观判断, 主要体

作者简介: 李东奇, 武汉大学董辅初经济社会发展研究院硕士研究生, 研究方向: 医保支付、医疗保障立法;

胡博睿, 武汉大学健康学院硕士研究生, 研究方向: 医保支付、社会保障;

张欲晓, 武汉大学健康学院讲师、博士后, 研究方向: 医药卫生制度政策评估、健康产业政策等。

基金项目: 国家自然科学基金项目——“基于精益供应链治理的我国药物供应保障评价及策略研究”(项目编号: 71804137; 项目负责人: 张欲晓) 成果之一; 教育部人文社会科学基金项目——“基于药品监测大数据的我国贫困地区基本药物供应保障策略优化研究”(项目编号: 17YJC630220; 项目负责人: 张欲晓) 成果之一

现在保障群众获得优质医药服务、更好保障参保人员权益。因此,价值医疗背景下建立的医保支付方式不仅仅应该提高我国医保基金有效资源的使用效率,发挥医保基金战略性购买作用,更应该推进医疗保障和医药服务高质量协同发展,促进提供真正有价值的医疗服务。

2 医保支付制度 SWOT 分析

2.1 内部优势

2.1.1 国家高度重视医保制度高质量发展

作为 1998 年我国基本医疗保险制度建立后又一统领全局的医保事业发展方针性文件,《意见》提出要发挥医保基金战略性购买作用、完善医保目录动态调整机制、创新医保协议管理、持续推进医保支付方式改革,通过明确管用高效医保支付机制的内涵和外延,为推进我国医保事业高质量发展指明了方向^[1](见表 1)。

2.1.2 医保局的组建增强了医保基金购买力

2018 年国家医保局的成立为深化医保制度改革创造了组织优势,使得医保支付制度有了明确的设计者、建设者和执行者。就需求侧改革而言,我国医保制度建设自此由职能分散、部门分割的旧格局,进入到统筹规划、集约管理的新阶段;就供给侧改革而言,医保局将过去分散的医保职能和医保基金充分整合,既增强了医保基金的购买能力,更能充分发挥医保在医疗卫生资源配置中的杠杆性作用,推进“三医”联动改革。

2.1.3 各地实践探索为改革积累了丰富经验

截至 2017 年底,职工医疗保险、城乡居民医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合开展按病种、按人头支付方式改革的地市占比分别为 94.4%、96.8%、88.6%、87.5%。50.3%的城市公立医院开展按病种付费,比 2016 年提高 3.6 个百分点。截至 2019 年 8 月底,全国 97.5%的统筹区实行了医保付费总额控制,86.3%的统筹区开展了按病种付费,60%以上的医保统筹区开展了针对长期、慢性病住院医疗服务的按床日付费,并探索了对基层医疗服务按人头付费与慢性病管理相结合,62.3%的统筹区开展了按人头付费,67.4%的统筹区开展了按床日付费^[2]。与此同时,近年来,多地开始陆续探索“以健康为导向的医保支付方式改革”,最为典型的是医联体模式下医保总额付费改革,如深圳罗湖、安徽天长和福建尤溪。2019 年 5 月,国家医保局启动 DRGs 付费改革试点,确定了 30 个城市作为 DRGs 付费国家试点城市,形成了 CHS-DRG 分组与付费技术规范和分组方案,此外积极推动的 DIP 付费前期研究,使支付方式改革有了更新的内涵和更广的空间。总体而言,DRGs 付费所覆盖的住院患者呈增长趋势。相应的,DRGs 付费支出占医院医药总收入的比重逐年上升。如云南省,DRGs 付费占医院医药收入的比重在 2016 年为 3.09%,2017 年为 4.84%,到 2018 年 1 季度,该比重已经达到 12.6%。陕西省 DRGs 付费占医院医药收入的比重在 2017 年为 21.29%,2018 年 5 月底,这一比重达到 20.45%。

2.2 自身劣势

2.2.1 医保支付指挥棒作用较弱

医疗服务行为、引导医疗资源合理配置和控制医疗费用不合理增长是医保支付方式改革的重要目标,同时也是医保支付方式影响医疗机构的必要手段^[3]。然而,当前各地的医保支付实践往往偏重于控制医疗费用,忽视医疗质量的提升。医保经办机构将医保基金总额直接划拨给各医疗机构,简单地将经济风险转嫁给医疗机构,没有很好地发挥医保基金激励约束医疗机构行为的作用。针对这种情况,部分省市出台“总量控制、超支不补”的一刀切政策,即便达到了降低不必要医疗费用的原始目标,但是可能会产生限制医疗机构提供优质服务的负面效果,导致出现服务内容减少、服务质量下降等问题。

2.2.2 医保支付标准缺乏科学评估

我国在创新卫生技术支付和定价机制上仍然面临着一些突出的瓶颈:一是基于循证决策下的定价和支付机制缺乏,表现为医保支付目录制定及项目定价过程中缺乏卫生技术评估支撑;二是支付和定价中尚未引入价值理念,表现为项目付费下的被动采购和创新技术定价缺乏分层;三是支付方式改革中缺乏对创新卫生技术的协调策略,表现为各地按病种收付费改革中没有建立起相应的创新卫生技术规则。

表 1 历年来医疗保险支付方式改革相关政策及其主要论述

年份	文件名称	医疗保险支付方式相关内容
2009	关于深化医药卫生体制改革的意见	采取适当调整医疗服务价格、增加政府投入、改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制
2010	医药卫生体制五项重点改革 2010 年度主要工作安排	推行按人头付费、按病种付费、总额预付等支付方式
2011	关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见	结合基金收支预算管理加强总额控制,探索总额预付。结合门诊统筹的开展探索按人头付费,结合住院门诊大病的保障探索按病种付费
2012	“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案	改革完善医保支付制度。加大医保支付方式改革力度
2012	关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见	用两年左右的时间,在所有统筹地区范围内开展总额控制工作
2012	关于推进新型农村合作医疗支付方式改革工作的指导意见	将新农合的支付方式由单纯的按项目付费向混合支付方式转变,其核心是由后付制转向预付制,充分发挥基本医保的基础性作用,实现医疗机构补偿机制和激励机制的转换
2017	关于推进按病种收费工作的通知	进一步扩大按病种收费的病种数量,城市公立医院综合改革试点地区 2017 年底前实行按病种收费的病种不少于 100 个
2017	关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见	到 2020 年,医保支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务,全国范围内普遍实施适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式,按项目付费占比明显下降

2.2.3 医疗保障信息系统彼此分散独立

医保信息系统包括职工医保、居民医保、大病保险、医疗救助等多种待遇系统,目前分散在人社、民政、卫健等不同部门,导致相互之间衔接不畅,削弱了医保体系的多层次保障作用。除此之外,医保管理信息系统还包括功能性的医疗机构、药械联合限价阳光采购平台和跨省及省内异地就医联网信息系统。在国家医保信息化系统还未建成的过渡期内,任何关于信息化的工作都必须在原人社局的社保信息系统中进行,下一步医保数据向国家医保信息平台迁移必须加强同上述各涉及医保系统部门的沟通协调。

2.3 外部机会

2.3.1 药品领域改革为医保改革“腾空间”

药品谈判、集中带量采购改革等药品价格机制改革是医保支付改革的外部机遇。国家医保局自组建以来,通过开展医保谈判、组织国家层面的药品集中招采和医保目录调整等一系列举措,利用医保支付机制发挥市场询价功能,进而调整医保支付标准。医保支付标准制度与集中招采制度联动推行,将形成药品价格的螺旋式下降效应^[5],进而挤出药品价格水分,实现“腾笼换鸟”,为医药服务价格调整腾出空间。

2.3.2 “互联网+” 医保强化医保支付功能

在新冠肺炎疫情防控期间,为减少群众就医购药时的交叉感染风险,享受在线医保结算的便捷服务,国家医保局、国家卫生健康委联合印发《关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+” 医保服务的指导意见》,促进“互联网+” 医保服务。优质数据的难以获得和数据分析技术缺乏一度是影响医保支付方式改革精准发展的巨大障碍。“互联网+”、云计算和大数据等信息技术的发展为医保支付方式改革提供了重要的技术支撑,将在很大程度上改革和创新医保和医院的管理方式、服务方式和行为方式^[6]。

2.3.3 基金监管与医保支付形成“合力”

医保基金监管与医保安全支付应形成基金闭环。随着支付方式改革不断推进与深化,医保基金的监管主体、监管方式与监管对象也随之产生了变化。横向上,医保基金监管不断强化与卫生健康、市场监督管理等部门进行联动,将医院绩效管理与医保支付结果挂钩;建立专门的、多领域的基金监督队伍对支付环节可能出现的问题进行检查、评估和完善。纵向上,医院内部的监管从医保办单一主体监督转变为财务、医务、信息、质控和病案管理等多部门协同监管。

2.4 外部威胁

2.4.1 医疗、医药改革缺乏联动

虽然国家医保局开展了集中带量采购、药品目录调整、DRGs 付费试点等一系列旨在引导医疗医药机构转变发展理念,转换发展方式的改革措施,为新医改调结构腾出了一定空间,但医疗和医药领域的配套改革却一直未能跟上,医务人员和参保患者获得感不高:一方面公立医院的医疗服务价格调整和薪酬制度改革严重滞后,医疗服务价格未能真正体现医务人员的劳务价值;另一方面,三级医院虹吸现象仍然非常严重,基层医疗机构诊疗能力不足,医保支付政策引导患者基层首诊的作用一直未能发挥,距离分级诊疗总目标的差距依然很大。

2.4.2 医疗需求增长对医保提出了更高要求

新冠肺炎疫情过后,随着大众疾病防治意识的提升,参保人很可能会对医疗保险提出更高要求;同时,老龄化高速发展和疾病谱变化还带来了健康风险模式转型。据 WHO 预测,到 2030 年全球老年人口疾病负担将在 2004 年的基础上增加 55.2%。健康中国背景下的医保支付方式不能局限在医院的门诊和住院服务等传统方面,要基于慢性病预防和健康关口前移的要求,从源头上对健康危险因素加以控制,从“以治疗为主”逐渐走向“以预防为主”,以应对我国健康风险模式转型,维持和促进参保人的健康状态。

2.4.3 医保支付主体过度行政化

我国医保经办机构虽然属于事业单位法人组织,但并不具有法人化实质,更像是医保行政管理机构的附属物,缺乏独立的人事权、财权和重大事务决策权^[7]。同时,医保经办机构既无意也不擅长将自己视为一个普通市场主体,同定点医药机构平等谈判,一味被动控费,缺少主动对定点医药机构和医疗服务行为的监管激励。

3 建议

医保支付机制是引导医疗卫生资源配置的重要杠杆,是深化医改的关键一环。在坚持“调结构改支付”促进医药卫生体制协同改革,建立门诊统筹基金、同步完善医保支付方式,促进医疗卫生服务行为和服务模式转变,实现分级诊疗的原则下。通过构建SWOT分析矩阵模型(见图1),确定调整策略选择。

3.1 SO策略:利用支付机制推动三医联动改革

进一步发挥医保战略性购买作用,通过支付机制与相关领域改革,进一步对医药服务价格“腾空间、调结构、保衔接”,促使公立医院回归公益性质;着力推进药品集中带量采购。深化药品招采制度改革,大力推进集中带量采购,扩大药品带量采购联盟,将省部属公立医疗机构、非公立定点医疗机构纳入药品带量采购联盟,综合运用医保基金垫付、统一药品医保支付标准等手段,实行招采合一、量价挂钩、以量换价,促进药品价格明显降低,提高医保基金使用效率。同时也要以医保支付方式为主导,将医疗资源配置引向“强基层”方向,助推形成“基层首诊,双向转诊”的就医格局。

3.2 WO策略:加强医疗保障相关信息化建设

加强医保和医疗机构信息化基础设施建设,结合总额预算制、DRGs付费和DIP付费制度需求,提升招采信息化水平,积极服务药品耗材降价,优化医院信息系统,实现医疗费用、医疗质量、工作效率、经济运行、病种和参保患者来源等信息的互联互通和实时监控、分析与反馈,为科学合理制定医保支付标准奠定基础。

加强医保信息化顶层设计。聘请专业咨询公司按照“统筹规划、体系建设”理念,从服务全局工作的高度谋划信息化工作顶层设计,制定规划咨询方案,加强信息化工作的统一领导和集约建设,实现医保管理标准化、智能化、科学化。

3.3 ST策略:适应“价值医疗”理念创新支付方式

在“健康中国2030”战略实施的背景下,“将健康融入所有政策”已经成为国家民生工作的一项重要方针内容。基于此,“价值医疗”应运而生,医保支付的价值取向也在从“向疾病付费”转变为“向健康付费”,与此相适应的整合型医疗、连续性医疗也相继出现^[8-9]。因此,医保支付应改变支付对象,从对单一医疗机构的分散支付,转变为面向医联体的整体支付。以医保支付为杠杆,推动医疗机构之间的协作。在引入按绩效付费、基于疾病周期的捆绑付费、以人群为基础的付费等新型付费方式的同时,完善医疗机构绩效评估机制,从关注单个指标的比较,转向对整体健康效果的评估,实现医联体之间的合理竞争。

从《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》层面,来明确支付范围。第八十四条明确,建立健全协商谈判机制,科学合理界定支付标准和支付方式。合理的价格需要由供给和需求双方共同决定,通过谈判协商的办法,基本医疗保险经办机构与协议定点医疗卫生机构成为地位对等的合同主体,双方的责任和权利都体现在合同当中。第八十五条明确,支付范围由国家医保局制定,并应当听取国家卫健委、中医药主管部门、药品监督管理部门、财政部门等的意见。条款中采用“应当”的表述,表明基金支付范围的确定,有义务征求多部门的意见。随着国家医保局的组建,医保部门在界定基本医疗保险基金支付范围上具有更多话语权,但是,该支付范围的确定,需要上述多个利益相关方的共同决策,才更有利于激发多部门合作,促进该决策的有效实施。通过科学评价,引导医保合理支付,提升价值医疗。第八十五条第三款,强调开展循证医学和经济性评价,作为调整基本医疗保险基金支付范围的依据。目前国际上的研究证明,无效医疗大约占到医疗卫生支出的20%~40%,通过科学评价的方式,有助于控制无效医疗。

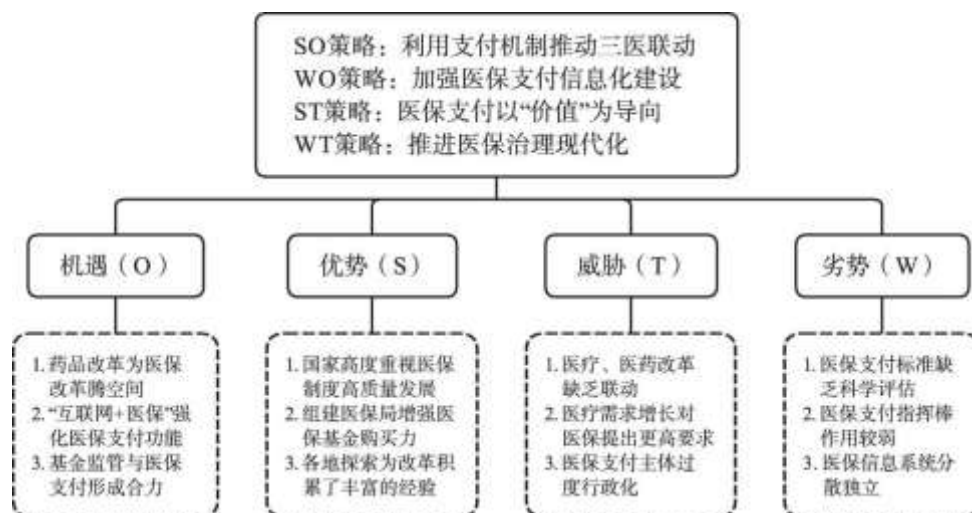


图 1 医保支付机制 SWOT 分析矩阵模型

3.4 WT 策略:全力推进医保支付治理现代化

着力推进医保治理体系和治理能力现代化,在医保制度优势与治理效能上下足转化的功夫^[9]。严格医保付费总额预算管理。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则,将基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用全部纳入总额控制范围,确保医保付费总额预算安排不留缺口。坚决落实合理分担、超支不补的医保付费总额预算管理规定。全面推行总额预算下的多元复合式医保支付方式。深化医保支付方式改革,加快推进按疾病诊断相关分组(DRGs)付费国家试点,扩大试点范围,尽快模拟运行和试运行并启动实际付费。继续推进按病种、床日和人头付费,积极开展日间手术试点。将医保制度优势更好转化为治理效能,需要建立和完善共建共治共享的社会治理机制,使利益相关方和社会各界都成为制度优势向治理效能转化的力量。一方面,推进医疗保障经办机构法人治理,积极引入社会力量参与经办服务,完善经办服务体系;另一方面,深化医保支付机制改革、实施医保战略购买和药品集采使用、创新医保监管机制和创新协议管理等,形成“三医”良性互动、共同发展的新格局。

参考文献:

- [1]赵斌,孙杨,王超群,等.城乡居民医保制度整合背景下强化经办机构购买能力的思考[J].卫生经济研究,2016(4):10-14.
- [2]魏颖,杜乐勋.卫生经济学与卫生经济管理[M].北京:人民卫生出版社,1998:69-74.
- [3]梁万年,王辰,吴沛新.医改蓝皮书:中国医改发展报告(2020)[M].北京:社会科学文献出版社,2020:182-202.
- [4]周绿林,张心洁.加快医保支付方式改革的对策建议[J].中国医疗保险,2018(4):18-21.
- [5]王海银,金春林.国际创新卫生技术支付及定价政策进展及启示[J].中国卫生经济,2018,37(9):20-23.
- [6]郎杰燕,孙淑云.中国基本医疗保险经办机构治理研究[J].云南社会科学,2019(1):82-88.
- [7]丁锦希,郝丽,潘越,等.医保支付标准与集中采购联动的螺旋式降价效应及其缓冲阈值设计[J].中国医药工业杂志,2018,49(2):239-247.

[8]王冬. 基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新[J]. 社会保障评论, 2019, 3(3):92-103.

[9]王海银, 金春林. 国际创新卫生技术支持及定价政策进展及启示[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(9):20-23.