

试论医保总额控制实施的问题及对策

茅雯辉* 陈文 胡敏 张璐莹

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】从总额控制的基本概念着手,介绍了总额预算的基本概念、分类、作用机制、影响以及优缺点评价,分析并总结了总额控制在我国的实施现状,总额的制定与调整机制、医保机构与医疗机构的协商谈判机制以及医疗服务质量监管机制尚未形成、配套措施落实不到位等是当前我国总额控制实施过程中的主要问题。最后提出因地制宜,选择适宜改革路径;科学测算和设计,综合考量多元化目标;逐步构建多元支付体系,配套措施落实到位等相应对策。

【关键词】医疗保险;总额控制;问题;对策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.003

Problems and strategy on global budget of basic medical insurance schemes

MAO Wen-hui, CHEN Wen, HU Min, ZHANG Lu-ying

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 This paper introduces the basic concept, recognized categories, and mechanism of global budget. It also analyzes the potential impacts and assesses the merits and demerits of global budget. Current implementations of global budget in China are summarized and problems such as immature of budget measurement and adjustment, negotiation and supervision are analyzed. We suggest adapting the global budget to its health service system, taking multiple targets into account when designing budget incentive mechanisms, setting up a multi-payment system, and completing the supporting system.

【Key words】 Medical insurance; Global budget; Problem; Strategy

国家人力资源和社会保障部于 2012 年 11 月出台《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》(以下简称“《意见》”),指出在“保障基本、科学合理、公开透明、激励约束以及强化管理”的基本原则下,“结合基金收支预算管理加强总额控制,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”。

总额控制对费用控制较为有力,并且操作简单、基础要求不高、衔接性好,是深化医疗保险制度改革的一项重要任务,同时对深入推进公立医院改革也有重要促进作用。但由于我国医疗服务体系的特点及各地差异等客观现实,照搬国际经验并不可取,而目前总额控制在各地的具体实践也存在较大差异。

因此,对总额控制在我国的应用情况进行分析和研究有利于总结各地经验,为我国更好的落实总额控制、提高医保基金的使用效率提供借鉴。

1 基本概念

1.1 总额预算及其分类

国际上,总额预算(global budget)是指付费者与医疗服务提供者就特定范围的医疗服务,如牙医、西医门诊或住院服务等,预先以协商方式,拟定未来一段时间(通常为 1 年)内健康保险医疗服务总支出(预算总额)^[1-2],在支付医疗费用时,无论实际费用是多少,都将以此预算数作为最高限额进行支付^[3]。

按对象层次可将总额预算分为国家或地区层面

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(11&ZD176)

作者简介:茅雯辉,女(1987 年—),博士研究生,主要研究方向为卫生经济学。E-mail: 12111020022@fudan.edu.cn

通讯作者:陈文。E-mail: wenchen@fudan.edu.cn

(如英国 NHS)、医院或机构层面以及医生或服务者个人层面^[4,5];按内容则可分为全部和部门性的总额预算(包括对特定人群或特别服务的总额预算)^[6]。我国的总额控制从实质上是总额预算的一种表现形式。

1.2 作用机制及影响

总额预算,对供方而言,财务责任加重,但拥有更多自主权,参与预算分配、支付标准拟订等,可藉此争取合理的权益。但是,医疗资源有限,医院需改变过去经营模式,提升医疗服务效率、重视成本效果较好的预防服务与健康管理等^[1,4];对需方则可能出现供方供给减少进而抑制需方合理需求。

从结果而言,不合理的服务量和正常合理的服务量都有可能减少,由此发生推诿病人、服务不到位的现象,降低患者服务利用可及性。高科技设备的运用和必需服务的减少对服务质量也可能产生负面影响。

除了当期效应以外,预算额度的制定方式还会产生长期效应。按历史情况进行的预算配置容易混淆高效率与浪费之间的差别,而测算基数和调整系数所采用的指标和统计口径等也会产生不同的激励作用。^[7]

1.3 优缺点评价

总额控制下,保险机构对费用影响力大,供方积极性被调动。若将质量及公众健康纳入总额确定过程,可以引导医疗行为,提升服务质量及居民健康水平。若根据区域卫生规划分配预算,可引导卫生资源配置。保险机构职能从费用支付实现转换,发挥对服务质量和效率的管理作用。^[8]

但是,制定科学合理的总额基数和调整系数比较困难,预先设定总额后,会减少医疗服务市场根据供给和需求自由调配资源的作用,影响医疗机构引进新技术的动力,还会促使供方不合理地减少支出,造成供需双方的矛盾。此外,总额控制必须配合其他支付方式,否则难以改变医师诊疗行为,医院的管理成本也会有所提高。^[1,6,8-10]

2 医保总额控制的实施和我国探索

2.1 实施方法

国际上对于总额控制的实施主要有两种方法:

以台湾地区为代表的支出上限制(expenditure cap,硬性)和以法国对药品支付为代表的支出目标制(expenditure target,软性)。^[11]支出上限制预先依据医疗服务成本及其服务量的增长,设定健康保险支出的年度预算总额,医疗服务以相对点数反映各项服务成本,每点支付金额采用回溯性计价方式,由预算总额除以实际总服务量(点数)而得;当实际总服务量大于原先协议的总服务量时,每点支付金额将降低,反之将增加。由于固定年度预算总额而不固定每点支付金额,故可精确控制年度医疗费用总额。支出目标制即预先设定医疗服务支付价格及医疗服务利用量可容许的上涨率,当实际医疗服务利用量低于预先设定的目标值时,年度预算将会有结余,但实际医疗服务利用量超过目标值时,超出部分的费用将折算后支付,以适度反映医疗服务变动成本;因此实际支出可能超出原先设定目标。

由于支出上限法要求医疗保险机构对医疗服务供方有较强的谈判和控制力,而我国大陆大部分地区尚未统一医保制度,总额控制主要在城镇职工医疗保险中实施,故支出目标制被广泛应用于各地,即设定一个预算总额,并规定相应的结余留用、超支分担比例。总额口径主要为总医疗费用总额、总列支费用总额或总基金支出总额,各地常选取一个或多个总额进行管理。

2.2 实施过程

目前我国一般以历史费用为依据,纳入影响费用增长的主要因素,测算出总额和调节系数。医保机构测算好总额后,一般会与医疗机构对话协商额度的大小和总额的控制指标选取,因为各地有所不同。如杭州对次均费用和人头人次比进行“双控”;珠海对平均定额、按项目结算费用和出院人次进行“双控”等。在总额的年度调整上,大多数实施地区都考虑了人口需求改变、经济增长、物价指数变动等因素。

2.3 典型实例

2009年年底,A市初步建立了以按总额预算付费管理为核心的复合式基本医疗保险费用结算管理制度。以基金支出预算为基础,以上年本医疗机构有效服务产生的医疗费为基础数据,结合本市经济社会发展水平等因素,确定年度预算总额。年初下

达预算指标,年终决算。医疗机构事先知道管理的结果,有利于修正不规范的服务行为,合理配置资源。A 市 2010 年度基金支出增幅环比下降 5.99 个百分点,2011 年度下降 9.20 个百分点,医疗费用连续增长的势头得到了控制,有效保障了基金安全。^[12]

为克服多年实行平均定额和专项定额结算的弊端,B 市在医疗费用较高的 18 家医院中实施了总额预付加专项定额结算的方式。主要做法是:根据各定点医院前两年的平均定额结算、项目结算总费用,参考物价上涨等因素制定总额预付费用指标,同时设定一个弹性的出院人次指标作为工作量的控制指标(指标在各医院前两年的住院人数的 85%~105% 之间),从而实现了医疗费用及住院人次双重控制的目标。在具体操作上实行按月结算、年度决算。年度决算时,医院年度费用在预定指标 98% 以内的按实际医疗费用与医院结算;年度费用在预定指标 98% 及以上的按年度费用指标与医院结算。医院实际结算人次超出预定人次指标 85%~105% 范围的,每超 1% 年度费用扣减 0.1%。目前住院基金总支出中,总额控制的金额约占 60%。

3 当前我国实施医保总额控制中存在的问题

3.1 总额控制多重目标难以同步推进,偏重于费用控制

《意见》将“逐步建立以保证质量、控制成本、规范诊疗为核心的医疗服务评价体系与监管体系,控制医疗费用过快增长,提升基本医疗保险保障绩效,更好地保障人民群众基本医疗权益”作为开展总额控制的任务目标,倡导服务质量、诊疗规范与费用控制并重。但在实际操作中,由于医疗服务的个体差异性和医疗技术较强的专业性,“服务质量”和“诊疗规范”的考量对医保管理提出了较高的要求,而费用控制则由于较易找到“抓手”往往成为当前实施总额控制地区的管理重点。由此,容易忽略总额控制中包含的对提升医疗机构自主性、提高资源利用效率的作用。费用指标成为评价考核的重心会弱化对医疗机构提升内部管理效率的激励,供方的某些应对策略,如推诿重病人、分解住院、增加自费费用等很难控制,最终影响参保人利益,产生参保人、医疗机构和医保部门三者之间新的矛盾。

3.2 总额的制定与调整机制尚未完善,对医院内部管理的导向不够清晰

由于前期缺乏对医保支付管理的信息基础和经验,历史费用在总额的制定和调整过程中发挥很大作用,总额的基数和调整系数的确定都会在很大程度上参考前期医疗费用、人口增长等历史数据和变化趋势。当期费用与下期总额的关联,会在一定程度上抵消总额控制的控费作用。加之超额分担机制的存在,使得医疗机构在当期利益和下期基数中做出利己的选择。此外,超支分担、结余分享的比例、调节系数等的确定过于依赖经验而非科学测算,从而使得对医疗机构内部管理的导向不够清晰。

3.3 医保机构与医疗机构之间的协商谈判机制尚不成熟,医院认可程度不高

在按项目结算的后付制度下,医保机构长期处于被动付款的角色,由于费用的过快增长使得医保机构不得不加强基金管理,从而造成医保机构与医院之间形成较为对立的关系。在这样的背景下,虽然存在医保机构与医疗机构的谈判协商机制,在实际操作中,双方协调谈判对总额的制定与调节的影响尚不清楚,医疗机构的自主性受到约束后,导致医院对于总额控制的认可度并不高。

3.4 质量监管机制尚未形成,合理服务无法得到保证

总额控制通过分离服务量与支付金额来达到较好的控费效果,此时,对质量的监管就显得尤为重要。当前,成熟的事前一事中一事后的质量监管体系尚未成形,大部分地区通过限定最低服务量以及预留一定比例的质量保障金,通过综合考核来对服务质量进行监督,由于缺乏有效敏感的质量评价指标,总体监管效力较弱。医保部门作为监管主体,其人员由于缺乏相应的临床知识也较难胜任监管职责。监管机制的不成熟,导致总额控制的负面效应无法被控制,合理服务无法得到保证。

3.5 配套措施落实不到位,与其他制度结合不够紧密

支付制度改革趋向于多元支付方式的有机结合,以期提高服务质量、改善效率、控制费用增长。但当前支付制度改革尚在探索阶段,多元支付下可能存在多种支付方式“重叠”情况(即两个甚至多个支付方式“多重补”或“多重罚”),以及某种支付方

式被“架空”等情况(即两个或多个支付方式标准有“松紧”,满足一个支付方式奖励标准时却可能超过另外一种方式的规定额度,此时医院就会倾向选择对自己利益影响更大的支付方式,而忽视另外一种支付方式)。不同支付方式之间的互补作用没有得以体现,其综合效果不明显。同时,总额控制制度与其他相关政策的结合也不够紧密,如“收支两条线”、“乡村一体化”政策等,削弱甚至抵消了总额控制的激励作用。

4 完善我国医保总额控制的对策

4.1 因地制宜,选择适宜改革路径

付费方式改革对医疗行为有一定的影响作用,需要适应卫生和医保管理的环境。考虑付费方式改革的长期性、复杂性和精细度,总额控制的推广应该因地制宜,结合当前的医疗卫生体系背景,选择适宜的改革路径。^[13]

首先,付费方式改革需考虑历史继承,逐步过渡。在引入总额控制后,应根据一定时期内的主要矛盾,按照“合适优先”原则,选择和当地医保及卫生管理现状相匹配的预付方式;采用逐步替代方式,实施新的预付方式。

在引入总额控制的过程中,可以建立“总额控制管理下医保支付费用占医保支付总费用比例”的目标,并逐年递增,以推动总额控制的推广。当总额控制进入平缓适应期之后,则可以逐步提高预算刚性,并适时对未按预付方式支付的费用,选择建立适宜“费用包”,即将超高额费用、某些特定病种等费用进行打包支付,增强总额控制的激励效果。

4.2 全方位落实总额控制目标,重新认识医保部门与医院的角色

进一步贯彻《意见》对于总额控制“保障基本、科学合理、公开透明、激励约束以及强化管理”的基本原则,逐步积累医疗质量评价以及临床路径等的信息基础和管理经验,合理制定总额控制方案,注重对激励约束机制的构建,改善医院内部管理,从费用、质量、效率、可及性等多个环节改善卫生系统绩效,从而实现“保障人民群众基本医疗权益”的目标。

除此以外,医保部门和医疗机构应重新认识自己的角色。总额控制下,费用风险从医保基金逐步

转移给医疗机构,但这并不意味着管理责任也完全落在了医疗机构。医保部门在测算、协商总额之外,应充分发挥其第三方服务购买者作用,从服务量、服务质量、效率和可及性等多方面对医疗机构进行考核和监管,公开信息。医疗机构也应主动提升内部管理效率,通过效率提高实现经济效益最大化。

4.3 科学测算和设计,综合考量多元化目标

随着支付制度改革不断推进和深入,积累了一定的管理经验和数据信息后,应不断细化和科学化总额的测算和调整。如在确定地区总额时,可将服务差异较大的住院、门诊、药品、牙医、初级卫生保健的总额分开计算^[14-16],利用往年总额指标和实际情况信息,不断修正总额测算和调整系数。

在测算指标的选取方面,应涵盖费用、质量、效率、可及性指标,并逐步引入病例组合指数(Case-Mix Index)的测算以及加大对绩效的考核力度,体现按绩效支付(Pay for Performance)理念。此外,总额的测算和调整不是单一的、独立的,而应该与质量监测、绩效评价紧密结合,形成良性反馈调节机制,引导并推动医疗机构主动提高服务效率。

应建立完善的事前一事中一事中事后监管体系,可以引入“同行评议”机制,充分发挥医务人员的医学专业知识,对服务质量与绩效进行监管和考核。

4.4 逐步构建多元支付体系,配套措施落实到位

支付制度改革应该寻求与医保管理能力、与医疗服务系统的环境以及与付费方式针对的疾病特点相匹配。^[17]总额控制作为比较宏观的管理手段,需要通过多元化付费方式设计,例如引入按病种付费、按人头付费等方式,更有效地构建对医疗机构的激励机制,提高医保资金使用效率。在具体操作过程中,要协调不同付费方式之间的衔接,使付费方式发挥最大的协同作用。此外,支付方式改革离不开其他制度的支持,应尽量与其他相关政策保持协调,保证总额控制的激励机制能够有效发挥作用。

参 考 文 献

- [1] 台湾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问答辑[Z]. 2005.
- [2] 顾晓阳,于昌池. 浅谈医疗费用总额预算管理[J]. 卫生软科学, 2000, 14(3): 105-106.

- [3] 关朝红. 几种医疗保险结算方式的分析比较[J]. 中国卫生事业管理, 1999, 16(5): 235-236.
- [4] 易云霓, 费朝琿. 总额预算制在经济合作与发展组织国家中的运用[J]. 国外医学. 卫生经济分册, 1996(1): 12-22.
- [5] Davis B J. Cost Containment Mechanisms in Canada[J]. Croatian Medical Journal, 1999, 40(2): 287-293.
- [6] Carrin G. PiyaHanvoravongchai. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment; How successful are they in high-income countries[J]. Human Resources for Health, 2003, 1(1): 1-10.
- [7] 王鸿勇. 不同医疗费用支付方式的利弊分析及适宜制度选择[J]. 国外医学: 卫生经济分册, 1998, 15(1): 1-5.
- [8] 胡颖. 关于合理选择医疗费用支付方式的分析与思考[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2008(2): 128-131.
- [9] 中国劳动咨询网. 如何完善总额预付方式管理防范措施? [EB/OL]. [2009-06-20]. <http://www.51labour.com/labour-law/show-9934.html>.
- [10] 陈雪莲, 杨光泽, 刘淑芳. 医疗保险基金付费方式的探讨[J]. 中国卫生经济, 2000, 19(12): 13-14.
- [11] AviDor, Mark V, Pauly, Margaret A, Eichleay, Philip J, Held. End-stage renal disease and economic incentives: The international study of health care organization and financing[J]. International Journal of Health Care Finance and Economics, 2007(2): 73-111.
- [12] 中国劳动保障新闻网. 推行总额控制, 切实解决看病贵——我国创新医保支付制度减轻患者负担[EB/OL]. [2013-07-20]. <http://rsj.hrbcs.gov.cn/show.jsp?news-id=1905>.
- [13] 傅鸿翔. 总额控制之下的医保付费方式改革[J]. 中国社会保障, 2012(5): 74-76.
- [14] Elizabeth Docteur and Howard Oxley. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience[R]. OECD Economics Department Working Papers, 2003.
- [15] Elias Mossialos and Julian Le Grand. Health Care and Cost Containment in the European Union[M]. MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall, 1999.
- [16] 全民健保监理委员会. 德国健康保险制度座谈会会议资料[R]. 2004.
- [17] 傅鸿翔. 探索符合实际的付费方式改革路径——谈总额控制下的医保付费方式改革[J]. 中国医药报, 2012, 8(27): 6.

[收稿日期:2013-04-11 修回日期:2013-07-29]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

世界卫生组织:全球儿童死亡数自 1990 年以来减少一半

2013 年 9 月 13 日,联合国儿童基金会、世界卫生组织、世界银行、联合国经济和社会事务部人口司联合发布了《致力于儿童生存:重申承诺——2013 年度进展报告》。该报告指出,2012 年全球 5 岁以下儿童死亡人数比 1990 年减少一半,但距离实现千年发展目标中的相关目标仍有较大差距。该报告研究了自 1990 年以来的儿童死亡率趋势,分析了 5 岁以下儿童死亡的主要原因。全球每年 5 岁以下儿童死亡人数从 1990 年的 1260 万降至 2012 年的 660 万左

右,可预防的儿童死亡在世界各地、各收入阶层均大幅降低。肺炎、腹泻、疟疾仍是全球儿童的主要死因,在所有的儿童死亡中,近半数与营养不良相关。

报告同时强调,尽管全球在降低儿童死亡率方面取得了很大进展,如果不立即采取行动加快进度,仍然将无法实现到 2015 年将全球 5 岁以下儿童死亡率降低三分之二的千年发展目标,甚至在 2028 年之前都无法实现。

(来源:世界卫生组织网站)