

服务购买视角下医疗保险总额预付的内涵和机制分析

胡敏* 陈文 茅雯辉

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】探索总额预付是现阶段推进医保支付方式改革的核心任务之一。根据医疗服务购买理论,在我国当前医改背景下,除费用控制外,总额预付更应以提高服务绩效为设计目标。在总额预付预算及结算阶段各管理要素下进行不同的机制设计会对医疗费用、服务效率和质量产生不同影响,因此,本文在上述分析基础上,提出了将患者自付费用纳入总额预付控制范围、按绩效评估与支付等规范总额预付的建议。

【关键词】医疗保险;总额预付;医疗服务购买;激励机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.002

The implications and mechanisms of global budget from the perspective of healthcare purchasing

HU Min, CHEN Wen, MAO Wen-hui

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

【Abstract】This article revisits the goals and implications of the global budget, one of the major provider payment reform policies in China. This article is based on the theory of health purchasing and points out that the intention of global budget mechanism is to improve healthcare performance and not merely contain medical costs. It then analyses the mechanisms and effectiveness of each element of global budgeting process on cost, efficiency, and quality in order to draw some conclusions about normative development of this payment method reform in practice.

【Key words】Health insurance; Global budget; Health care purchasing; Incentive mechanism

国务院《卫生事业发展“十二五”规划》中明确提出全面推进医保支付方式改革,在全国范围内积极推行包括总额预付在内的多种支付方式。“结合医保基金收支预算管理加强总额控制,探索总额预付”被确定为当前推进支付方式改革的核心任务。^[1]这是我国政府在全民医疗保险制度业已形成、医疗保险筹资成为医疗机构主要收入来源之一的条件下,为全面实现医疗费用控制,深化医改进程所作出的政策选择。^[2]

总额预付方式的优势在于支付额可预见,控费力度明显,操作相对简便,且与按项目付费方式衔接较好。因此这一方式在几乎所有欧盟国家得以运用,特别是在支付方式改革之初被率先选用。但也存在一些弊端,我国一些地区在推行总额预付的过

程中出现了推诿病人、减少必要服务等现象,对该项制度的发展造成了不利影响。为了更好地确保支付制度改革与医疗卫生体制改革提升系统绩效的总体目标相适应,发挥总额预付的优势,规避其所带来的风险,有必要从医疗服务购买角度重新审视总额预付改革的目标和内涵,对其管理要素进行机制和影响分析,以为我国各地更加规范地制定与落实总额预付政策提供借鉴。

1 医疗服务购买视角

在政府的监督管理下,由医疗保险方代表广大参保者,以所筹集到的公共资金向公立或私立的医疗服务提供方购买医疗服务已成为国际医疗卫生体制改革的一个重要发展趋势。在这一模式中,存在

* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(11&ZD176)

作者简介:胡敏,女(1982年—),博士,讲师,主要研究方向为卫生经济学和卫生政策评价。E-mail: humin@fudan.edu.cn

三层委托代理关系:一是参保者委托医保方代表其购买能提升健康水平的服务;二是政府委托医保方代表其合理配置公共资金以保证和维护公民的健康权利;三是医保方委托供方代表生产和提供其所需要的服务。^[3]因此,在购买者的角色定位下,医保方不再是被动的医疗费用支付方,其所追求的是在预算约束条件下所购买的服务产生的健康结果最大化。这一方面意味着决策目标的延伸:从过去关注投入到谋求产出,从以费用控制、基金平衡为唯一目标到更加注重服务的成本效果和质量的提升;另一方面也表明实施策略改变的必要性:购买者需要变事后被动买单为事前主动计划,并发展包括支付制度在内的更有效的促进激励相容的工具,以使得供方的行为结果与购买者所追求的服务绩效与健康结果相一致。因此,在医疗服务购买视角下,支付制度是实现其购买目标的方法,应通过加强费用控制,最终寻求服务效率和质量的提升。

2 服务购买视角下总额预付的内涵

总额预付是指在供方提供服务前,医疗服务支付方就供方在某一时期内所提供的特定范围内的全部医疗服务,预先确定支付总额并据此支付的方式。^[4-5]在传统观念下,总额预付仅是费用控制的手段,支付方并不关注供方提供的服务数量和内容以及最终的绩效。在这种情况下,供方无需作出服务保证就可以获得一定资金。而在上述服务购买理念下,购买者不仅要关注费用,更关注卫生服务的结果,因此需要建立供方服务绩效与财务激励之间的联系。

总体上,医保方实施总额预付的实质是变被动为主动,预先对供方服务设定一个支付上限,即使事后供方提供再多服务,医保方也不再额外支付或只承担部分,以此加强支出的确定性和对医疗费用的控制力。此时,医保方将超出预算的财务风险完全或部分转移给供方。而对供方而言,如何在预算约束下,尽可能控制成本以获取最大利润,成为其决策和行为的出发点。在收入既定的情况下,提供的服务越多成本越高,因此供方有减少服务供给的强大动力。一方面,供方可能减少不必要的服务,提高资

源的使用效率,并可能通过改进部分服务质量以压缩成本。另一方面,如果缺少对其服务量的约束和监控,供方则可能减少必要服务,特别拒绝那些成本耗费较高的患者或项目,或增加患者的等待时间^[6],从而损害医疗服务的可及性和质量。因此,严格的预算可能有利于供方控制成本,但对服务绩效的导向则非常模糊且薄弱。要真正实现提升服务效率和质量的目标,需要进一步完善预算制定和执行规则及机制。

3 总额预付管理要素的机制和影响分析

国内外实践中,总额预付的基本理念虽大致相同,但预算制定和执行的方法却存在较大差异。不同的管理方式可能意味着其中所蕴含的风险分担机制和经济激励机制大相径庭,产生的效果也不同,特别是对服务质量和效率的影响。供方的行为表现及服务的产出结果则是各具体管理要素下各种激励机制相互协同或抵消后所产生的综合效果。总额预付管理过程大致可以分解为两个阶段:预算阶段和结算阶段。本文总结了医疗服务购买视角下每个阶段的主要管理要素及其可选方案,并对其所产生的激励机制进行理论分析。

3.1 预算阶段

3.1.1 建立预算层次

一是以人群为单位,预算范围包括某一时期内所有供方为该人群提供的所有或特定服务(如门诊、住院等)。在事前统一确定供方作为一个整体的预算水平,而供方团体内的分配通常在服务发生后根据个体的服务水平进行回溯性结算,如德国和台湾^[7-8]的点数法。该模式下,单个供方的收入在服务发生前并不明确,但仍与服务量挂钩,供方通常以努力增加自己的服务量在所有供方中的份额来提高收入,并且愿意提供服务量权重较高或自己具有成本优势的服务,因此仍存在过度服务的诱因。另一方面,因为与其他供方处于竞争关系,供方也有提高服务技术效率和质量的动力。

二是以单个供方为单位进行预算和支付,预算范围包括该供方所提供的所有或特定服务。供方以在给定预算水平下尽可能控制运营成本为目标,有

强烈的减少服务的动机,并且可能在不增加过多成本的情况下提高局部服务效率,但如不对服务量加以规定或进行其他机制设计,会出现减少必要的服务、选择和推诿病人、增加患者等待时间等负面行为,从而危及服务的可及性和质量,损害资源配置效率。目前我国大部分地区采取或欲实行的总额预付多以单个医疗机构为单位,本文主要探讨在此形式下的其他管理要素及机制。

3.1.2 划定预算标的范围

除上述总额预付所产生的一般性激励机制外,医保方对预算标的范围的不同选择也会对供方产生不同影响。总额预付标的包括医保基金支付费用总额、医保范围内费用总额以及包括自费费用在内的全口径费用总额。^[9]

以医保基金支付费用总额为标的是指医保方只关注医保范围内根据报销比例需要医保偿付的金额,不考虑医保范畴内的患者共付及不在医保范畴内的患者自费费用。这种情况下,供方一方面会在总额的范围内尽可能地节约成本以提高收益,而在不受控制的服务领域,特别是当采取按项目付费等与服务量挂钩的支付方式时,具有加大服务力度的强烈动机,从而出现诱导患者自费项目的需求,接收的自费病人数量增多。

医保范围内费用总额是指除医保目录以外的患者自费费用外,医保方以所有在医保范畴内的包括患者共付的医疗费用为预算标的。与上述医保基金支付费用总额相类似,可能导致医保范围内服务不足,而医保范围外过度治疗,医保范围内费用虽得到控制,但总费用仍然不断增长。

以全口径费用总额即供方的所有医疗收入为预算标的,将无论来自医保基金还是患者的费用都纳入管理。与上述两种情况相比,可以防止费用“逃逸”现象,有更强的全成本控制效果和对服务效率的促进作用。

3.1.3 设定和测算预算水平

目前最为常见的是历史法,即根据供方以往的服务量和成本数据确定预算,如加拿大。^[10-11]对医保方和供方来说,这种方法可以保证资源配置和服务提供的延续性,使得供方在实施总额预付初期具有

更好的依从性,通常作为从其他方式切换到总额预付制的过渡方案。但是如果一直以此方法确定和调整预算,供方改变现有服务模式的动力会明显减弱,甚至可能出现为了谋求下一周期预算标准上调而冲破当期预算约束的现象,长期来看不利于成本控制 and 效率提升。

人头法以供方服务人群的相对需要及人口数来确定预算,具有较好的公平性,如英国。^[10,12]该方法的前提条件是供方服务人口及服务量十分明确。为了控制成本,供方会选择健康的服务对象,并尽可能减少人均服务量,提升单次服务的效果,从而提高效率,同时当患者可以选择供方时,为了增加收入,供方也会通过提高服务质量以获得更多的病人。

标准法也是目前设定预算时常用的方法,根据外部给定的单位费率标准(比如同级医疗机构的平均费用)及医保方要求的服务量确定预算。^[10]此方法简单透明,医保方可以通过设定费率标准和服务量实现其购买意愿,从而引导供方提高效率。如在结算阶段严格执行该标准,则对供方产生节约单位成本以低于标准价格,并尽可能控制服务量在购买者要求范围内的作用。

3.2 结算阶段

总额预付虽然是一种预付方式,但是为反映服务购买者的意图,通常在供方完成当期服务后审视服务的数量、效率、质量和实际发生的费用,根据事先确定的规则,在评估之后进行结算,对那些符合购买意图的服务予以支付,而对那些未达成的预算予以扣减。

3.2.1 评估服务的数量和费用

医保方对供方服务数量及费用的评估通常建立在事先约定的前提下,目前以三种契约形式最为常见^[10]:

一是打包合同。购买者与供方仅就服务人群及服务内容作出约定,而对具体的服务量不做规定。无论供方最终的服务量是多少,实际费用小于预算时结余留用,超出预算则得不到补偿。这种情况下,财务风险全部转移给供方,导致其在控制成本和提高效率的同时,也在努力减少必要服务和降低质量。这是一种支出上限制预算(即硬性预算),在结算时

不能超过预算,而以下两种契约形式中,预算可以突破,可称为支出目标预算(即软性预算)^[8]。

二是量价合同。购买者在给出预算的同时设定服务量目标值,当供方实际服务量达到该标准时,如有结余可留用,而对于超过该目标值的服务由双方共同承担财务风险。当以边际成本支付时,供方会尽可能在原有预算空间内节约成本、提升效率;而如果以较高标准补偿,则可能导致供方不断增加服务量。

三是象征性打包合同,是上述两种契约的结合。在第二种形式下,如果超过服务量标准,以设定上限的方式追加新的预算,以此给予合理补偿的同时也抑制供方过度服务的动机。

3.2.2 评估服务的效率和质量

服务效率和质量提升往往是供方在谋求成本控制过程中的间接影响,具有较大的不确定性,所以购买者通常在总额预付中设置特别环节,预留一部分预算,以按绩效支付(pay for performance)的方式对供方服务绩效进行相应的激励。而将这种方式融入总额预付体现了医保购买医疗服务的结果,而不是为服务过程的成本消耗支付费用。医疗服务结果和质量考核指标是与参保者利益及健康直接相关的综合性评估指标,并根据评估结果对供方进行支付,在此机制下供方会注重服务内容和质量。指标越明确,相关额度在供方收入中占比越大,利益导向则越清晰。

4 规范医疗保险总额预付的建议

将医保方定位于服务购买者,就要求其在预算约束下努力达成参保者利益的最大化,即不仅要进行费用控制,更要以服务绩效的提升作为支付制度选择与设计的核心目标。只有引导供方服务效率和质量并重,才有可能实现费用控制及保障参保者利益的双重目标。从这一目标出发,根据上述总额预付管理机制分析,结合我国各地总额预付管理现状,本文提出以下建议。

4.1 合理划定预算标的范围,逐步过渡到“全口径费用”

目前实施总额预付地区几乎都未以全口径费用作为预算基础,如上海将医保基金支付费用作为预算

标的,杭州以医保范围内费用总额进行预算。建议医保方从参保者和系统结果的角度选取预算标的,尽可能在总额预付控制范围内包含患者自付费用,以发挥集体购买者对供方的约束力,真正保障参保者的权益。

4.2 综合考虑多种因素以进一步加强预算调整的规范性

在制定和调整预算的过程中应逐步降低历史数据所占的比重,在基于证据的基础上,医保方应主动将服务价格和数量的期望值或规范标准纳入预算。上海医保在实施总额预算之初,主要延续历史数据,难以发挥激励作用,之后几年不断调整,将服务人口特征、机构特征等因素考虑在内。因此,在确定对供方的支付标准时,除考虑人群变化、物价上涨、技术发展、疾病谱改变、系统效率提升等共性因素外,还应审核单个医疗机构以往实际医疗服务情况,关注医疗机构服务的合理性和差异性,扣除其为了“扩盘”而发生的不合理费用,同时也认可医疗机构由于科室设置、诊治疾病、服务质量等不同所造成的成本差异,可引入西方国家使用的 case-mix 方法,以加强预算调整的规范性。^[13]

4.3 合理确定不同情况的结算标准和规则

首先,既要在服务发生前对预算金额有所限定,支付方与供方就服务量以及服务量完成与否情况下的结算规则也应达成共识,也需将预算标准设定与服务量完成情况相匹配,并以合约形式固化。一旦供方无法达到最低服务量标准,则在当期结算或下期预算时进行相应扣除,即使超支也不予以费用分担。

其次,在供方达到服务量目标情况下,由于其通过自身管理和服务的调整所获得的实际服务成本与预算的结余差额部分应让供方留用。结余留用是总额预付制激励机制最为基本的要素,但这在一些地区的实际操作中往往受到忽视。如果供方无法获得这部分利益,则会失去控制成本的动力。

最后,在预算适度和结余留用的前提下,支出上限对供方具有更强的约束力,更有利于提升效率和节约成本。但在总额预付初期,预算标准的调整可能低于患者的实际需求和供方的预期,实际发生的医疗费用超过付费标准,因而此时建立一定的超

支分担机制十分必要,但仍应以服务量而非实际发生的费用作为结算的判定标准,如果服务量超过预定标准,还需要对服务量的合理性进行判定,只有在供方增量服务被证明是合理的情况下才能获得费用分担,并且以边际成本予以补偿。

4.4 建立“按绩效支付”的管理体制

以合约形式明确界定最能反映供方服务效率和质量及与患者利益和健康有关的指标,构建监测与评价体系,对关键指标进行常规的跟踪、监测和反馈,以及时纠正供方的偏差行为。目前各地医保基金对医疗机构的考核往往限于次均费用、住院床日等反映资源消耗的指标,建议同时加入用药与症状符合程度、与诊疗规范符合程度、低风险组住院死亡率、疾病的治愈率、医疗费用中患者自负比例等与治疗结果及患者利益直接相关的指标。此外,考核结果应对医疗机构公布,不仅是其自身的指标结果,也应包含同级或可比供方的全部信息,以发挥同行评议和监督的作用。在对医疗机构总体绩效进行全面评价基础上对预留的预算资金进行支付和分配,这是规避总额预付质量风险的关键。

参 考 文 献

[1] 人力资源社会保障部,财政部,卫生部. 关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见[EB/OL]. [2011-05-31]. http://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_2004738.htm

[2] 傅鸿翔. 构建医保支付制度正当其时[J]. 中国社会保障, 2012(3): 74-76.

[3] Figueras J, Jakubowski, Robinson R. Purchasing to Improve

Health Systems Performance [M]. Open University Press, 2005.

[4] 程晓明,叶露,陈文,等. 医疗保险学[M]. 上海:复旦大学出版社, 2003.

[5] 胡善联. 医保费用支付方式比较研究[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2010.

[6] Street A, Duckett S. Are waiting lists inevitable? [J]. Health Policy, 1996, 36(1): 1-15.

[7] Henke K D, Murray M A, Ade C. Global budgeting in Germany: lessons for the United States [J]. Health Affairs (Millwood), 1994, 13(4): 7-21.

[8] 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.

[9] 傅鸿翔. 医保总额控制实践中的困惑与思考[J]. 中国社会保障, 2012(4): 76-78.

[10] Langenbrunner J C, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals [M]. Washington D C: World Bank, 2009.

[11] Sutherland J M. Hospital payment mechanisms: an overview and options for Canada [R]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2011.

[12] UK Department of Health. Resource Allocation: Weighted Capitation Formula (seventh edition) [EB/OL]. [2013-07-19]. <http://www.dh.gov.uk/publications>

[13] Wiley M M. Hospital financing reform and case-mix measurement: an international review[J]. Health Care Finance Review, 1992, 13(4): 119-133.

[收稿日期:2013-07-26 修回日期:2013-09-10]

(编辑 赵晓娟)