

中国紧密型县域医共体医保支付的财务脆弱性与风险保护：风险识别、经验镜鉴与政策路径

陈迎春* 谭华伟

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】抗风险能力是医共体高质量可持续发展的关键。识别医保基金流动和风险转移过程中可能损害医共体医保支付预算充足性、支付有效性、结算激励性的风险源,能有效移除紧密型县域医共体医保支付的财务脆弱性。本文首先搭建了紧密型县域医共体医保支付脆弱性形成机制的分析框架,对侵蚀医保支付的预算充足性、支付兼容性、结算激励性多元风险进行风险识别。在系统调研国际上整合型医疗组织以价值和人口基础支付、风险调整、风险走廊、医保支付充足性评价为核心的财务脆弱性风险保护经验的基础上,结合中国实际,从预算充足性、支付兼容性、结算激励性、医保支付充足性评估四个维度构建紧密型县域医共体医保支付财务脆弱性的风险保护机制。

【关键词】市级统筹; 县域医共体; 医保支付; 财务脆弱性; 风险保护

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.11.001

Financial vulnerability and risk protection of health insurance payments of compact county healthcare alliances in China: Risk identification, empirical research and policy reference

CHEN Ying-chun, TAN Hua-wei

School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Risk resilience is the key to high-quality and sustainable development of closely-knit county healthcare communities. Identifying the risk sources in the flow of health insurance fund and risk transfer that may undermine the budgetary adequacy, payment effectiveness and settlement incentives of health insurance payments in compact county healthcare communities can effectively work on the financial vulnerability of them. This paper first builds an analytical framework for the formation mechanism of vulnerability in health insurance payment among health care communities in tightly-knit counties, so that risks of inadequate health insurance payment budget, incompatibility of different means of payment and lack of incentives for settlement are identified. On systematic research on international experience of financial vulnerability risk prevention, featuring value and population-based payments, risk regulation, risk corridors, and assessment of adequacy of health insurance payments, a risk-prevention mechanism aiming at protecting health insurance payments among health care communities in China's tightly-knit counties is proposed. This mechanism gives consideration to actual situations in China, and take four dimensions into account in terms of risk-prevention, namely adequacy of budget, compatibility of payment, incentives for settlement, and adequacy assessment of ability of medical insurance to pay among healthcare communities in China's compact counties.

【Key words】 Municipal coordination; County's healthcare alliance; Health insurance payment; Financial vulnerability; Risk prevention

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71974066)

作者简介:陈迎春(1966年—),女,教授,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:chenyingchun@hust.edu.cn

通讯作者:谭华伟。E-mail:tanhuawei-2009@163.com

因具有控制医疗费用、提供连续性全生命周期的健康服务等功能,构建整合型医疗服务体系成为全球不同卫生体制国家医改最为显著议题之一。紧密型医共体(以下简称“医共体”)作为中国特色的整合型医疗服务组织,是深化中国基层医改的重要步骤和制度创新,在提升县域基层服务能力、提高诊疗服务连续性、优化卫生资源配置等方面发挥至关重要的作用。^[1]2019年国家卫健委确定山西、浙江2省、其他省份567个县,共754个县为医共体试点县;2021年,增加新疆为试点省。数据显示,截至2021年11月中国已在试点县中建成医共体535个。医共体高质量发展将成为中国医改的核心议题之一。

医共体高质量可持续发展依赖完善的机制设计。医保支付机制设计因具有调整供需双方行为、整合医共体内组成单位利益等功能,是医共体有效运行的核心。^[2]重塑经济激励方式、改变供需方行为是医共体医保支付的核心逻辑。^[3]“总额预算、结余留用、超支分担”旨在通过医保对医共体的总额预算变革建立新的激励和风险分担机制引导其转变服务行为、进而提高服务连续性和医保基金使用效率,成为医共体的主要预算和支付方式。^[4]

抗风险能力是医共体高质量可持续发展的关键。医保充足支付能有效增强医共体抗风险能力、治理医共体医保支付财务脆弱性。^[5]其中,医保基金流动和风险转移过程中的预算充足性、支付兼容性、结算激励性是“总额预算、结余留用、超支分担”发挥作用的重要条件。城乡二元结构、人口流动常态化、门诊共济、预算主体间权责利不一致等因素,影响了医共体医保支付的预算充足性、支付兼容性、结算激励性,进而削弱了医共体抗风险能力;随着医保统筹层次提升,医共体财务脆弱性问题将更加凸显。本文首次以预算充足性、支付兼容性、结算激励性等视角为切入点,系统解构医共体医保支付充足性形成机制,为化解医共体财务脆弱性困局找到更具中国特色的理论依据和优化策略,进而促进医共体高质量发展。

1 医共体医保支付财务脆弱性的多元风险识别

本文将财务脆弱性定义为在医共体建设和发展

过程中,因医保预算、支付、结算等机制设计导致医共体医保支付不充足,在未来陷入财务困境的可能性。基于文献研究和实地调研,从侵蚀医保支付的预算充足性、支付兼容性、结算激励性3个维度搭建医保支付脆弱性形成机制分析框架:在“总额预算、结余留用、超支分担”下,预算充足性、支付兼容性、结算激励性是医保支付充足性的决定因素,激励措施、政府分权限权、组织因素等条件因子调控医保支付充足性,风险调整、风险走廊、健康评价等机制因子修正医保支付充足性。医保统筹层次、人口流动、异地就医等资源基础为条件因子提供资源基础,成本控制、健康效果、风险分担等价值基础对机制因子起价值导向作用(图1)。

1.1 预算充足性风险因素

1.1.1 健康风险不均等影响医共体人头费支付充足性

按户籍人口总额预算是当前中国医共体最常见的预算方法。人口流动常态化下,县域常住居民(特别是农村)多为儿童、老年人、慢病等脆弱人群。研究表明,老年人、慢病等脆弱人群健康风险显著高于青年、非慢病人群,相同疾病资源消耗强度显著高于职工、青年等健康人群。^[6]若人头费简单按照医保基金总额除以户籍人口,将导致医共体预算总额低于实际治疗成本消耗,其医疗费用实际支出将高于预期支出,将挤占结余形成空间。

1.1.2 总额预算范围尚不充分

理论上,医共体总额预算范围有多个维度:门诊与住院预算,城镇职工与城乡居民预算,统筹基金与患者自付预算,县域内外预算,财政补助、公共卫生经费、医保基金预算。职工与居民预算分裂,未纳入患者自付预算,财政补助、公共卫生经费、医保基金未统筹预算造成医共体总额预算范围不充分的主要来源。以财政补助、公共卫生经费、医保基金、家庭医生签约费预算为例,由于财政补助与医保基金属性和用途差异,医保资金与财政补助分配权力与责任界限模糊^[7],导致财政补助、公共卫生经费、医保基金未实现有效捆绑预算(图2)。

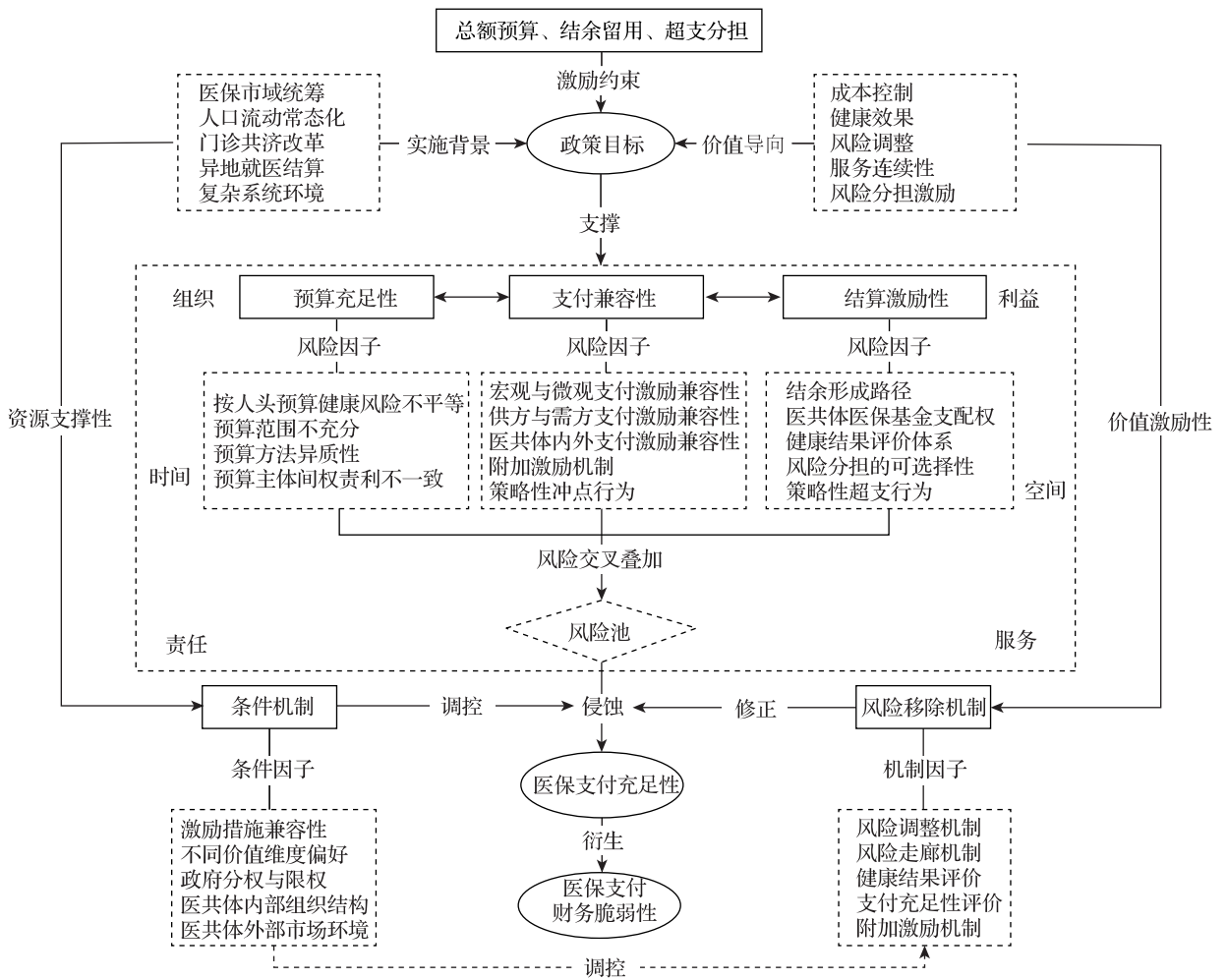


图1 医共体医保支付脆弱性形成机制

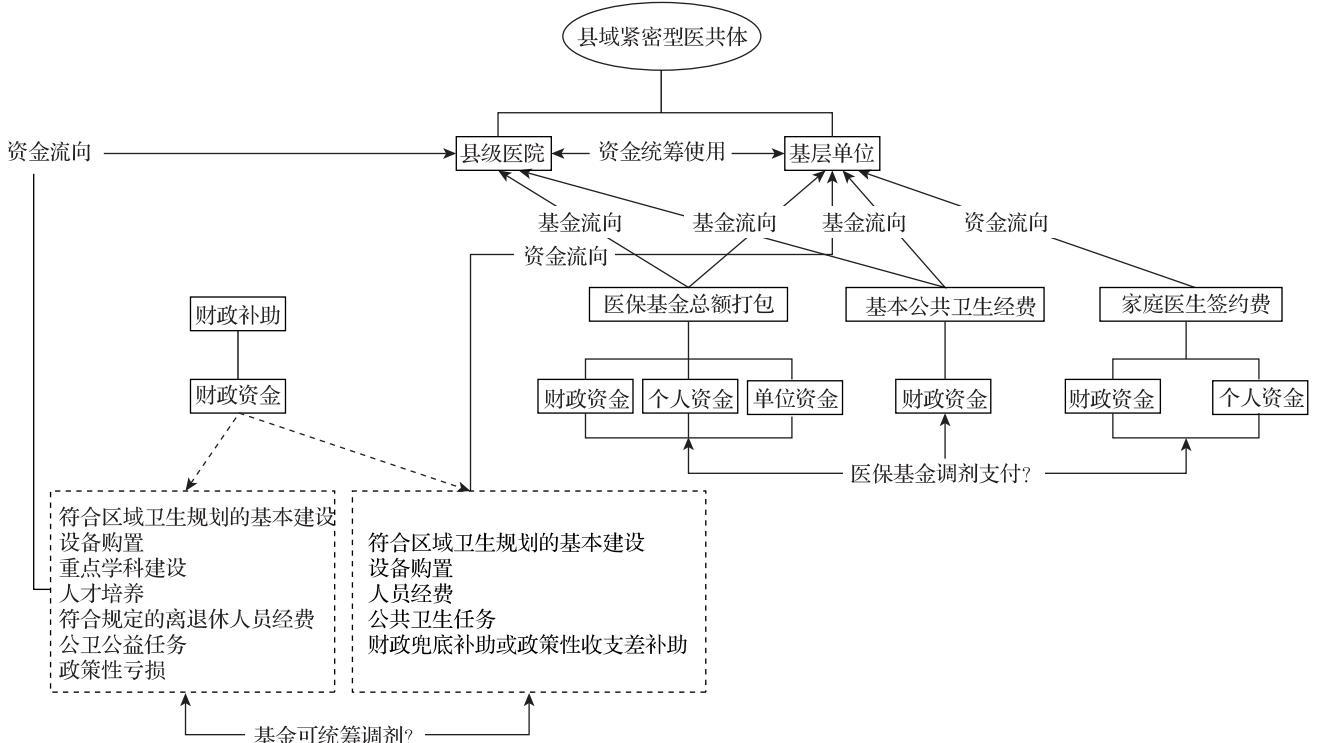


图2 紧密型县域医共体筹资框架

1.1.3 总额预算方法存在异质性

不同总额预算方法与预算水平将对供方行为产生不同激励约束效果。当前中国医共体总额预算方法存在异质性：一是增量预算与零基预算异质性。医共体医保总额预算的基数确定主要以增量预算为主，总额预算基数受历史实际发生费用调控，医共体为防止下年度医保支付预算总额核定值下降，将出现策略性超支行为。二是总额预算与总额控制概念混淆。多数医共体仍是以总额控制下的后付制为主，而非真正意义上的总额预算，亟待从总额控制向总额预算转型。^[8]三是区域预算、分类预算、分块预算有效衔接机制有待健全。

1.2 支付兼容性风险因素

1.2.1 宏观和微观支付的兼容性有待强化

宏观支付(按人头总额预算)和微观支付(DRG、DIP、FFS等)相结合的混合支付是当前中国医共体最常见的支付方式。市域总额预算下以疾病治疗点数为基础的资金分配方式带来的策略性冲点行为与医共体总额预算的激励不相容，是目前宏观支付和微观支付兼容的主要风险。市域医保总额预算下DRG/DIP付费是以疾病诊断为基础对市域内各医疗机构进行费用支付，其机制设计中不再预先确定各医疗机构的总额控制指标，住院费用基于病种以单个医疗机构为对象进行结算，医共体和市域其他机构均将倾向于选择策略性冲点行为以获得更高的医保支付份额。^[9]微观支付方式之间单位支付水平(价格)设置尚缺乏接续机制。

1.2.2 基本支付和附加支付的兼容性有待强化

国际上,除基本支付外,附加支付也被广泛运用于整合型医疗服务组织。附加支付以重点人群、重

点疾病为激励对象,对基本支付施加辅助措施,注重通过奖励、惩罚、责任规则等方式促进服务绩效和价值。^[10]重点人群、重点疾病管理是医共体结余形成的重要路径,基本支付难以精准激励医共体针对重点人群、重点疾病开展兼具成本效果的健康管理与健康教育服务,亟需针对重点人群、重点疾病特点开发相适应的附加支付以实现精准激励。

1.2.3 供方和需方支付的兼容性有待强化

在支付方式框架下,价格是支付基准(FFS、DRG、单病种等)的单位支付水平。就供方而言,按机构等级设置支付价格(如DRG的等级系数设置)。医共体与市域内其他机构之间价格设置差异化对医共体存在激励不相容问题。医共体内部,牵头医院与基层医院价格设置与成本消耗之间的内在关联尚待厘清。医共体内上下转诊连续型支付机制尚待厘清。就需方而言,起付线、医保报销比例等患者成本分担机制阶梯化设置在医院和患者之间的利益分配和利益共享尚待厘清。门诊签约、家庭医生签约、基本公共卫生签约、医共体签约居民与非签约居民差异化支付有待健全。

1.2.4 医共体内外支付的兼容性有待强化

患者、基金回流是医共体改革重要的政策目标。当前市域内外机构与医共体支付方式存在异质性:医保部门对市域外机构住院按项目据实结算,医共体、市域内其他机构住院按DRG/DIP、FFS混合支付。由于相同疾病参保患者到市域外机构就诊发生的医疗费用普遍高于县域内,且缺乏有效的费用稽核和控制机制^[8,11];导致市域外机构医保基金对医共体医保基金存在挤占效应,不利于县域患者、基金回流(图3)。

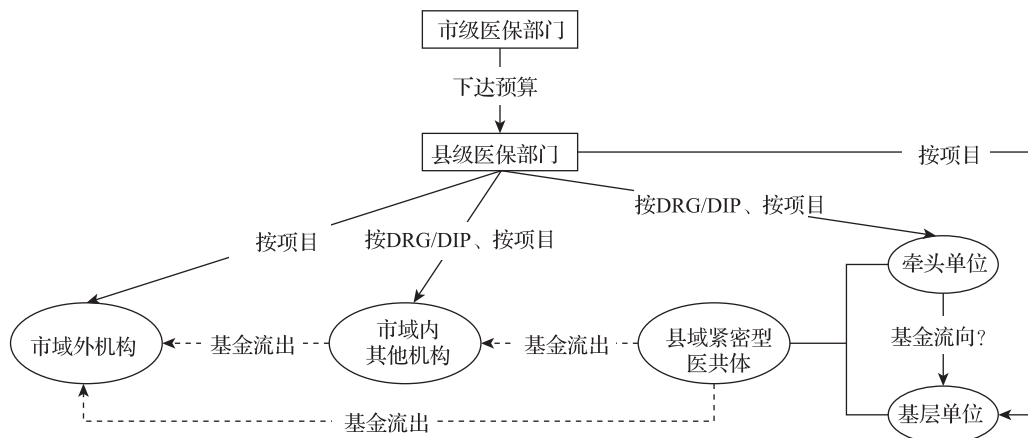


图3 紧密型县域医共体内外支付方式激励兼容性框架

1.3 结算激励性风险因素

1.3.1 结余形成路径有待塑造

通过医保支付改革重构医院激励机制的关键,在于如何调控分配医保支付结余和超支。理论上,医共体对短期和长期潜在的结余收益高于将医保打包基金全部用光甚至策略性超支的收益,是“总额预算、结余留用、超支分担”作用发挥的关键。^[12]一是在结余形成路径上,每人每年预期支出(按人头打包预算金额)与真实支出的差额(每人每年节省),为医共体预期的结余;若每人每年真实支出大于预期支出,医共体结余不能形成。二是医保部门与卫健部门对结余属性界定存在分歧。医保部门认为结余留用是将结余医保基金结转到下年度使用,卫健部门认为医共体对结余医保基金拥有剩余索取权,结余医保基金在财务上可转化为医共体的业务收入。三是医共体内部结余分配与转化路径有待厘清。在结余分配上,由于医共体内部各成员单位结余贡献难以科学测量,医共体内部尚未形成科学合理量化的结余分配机制。^[13]在转化路径上,有效分配结余比例进而形成人员奖励性绩效、事业发展经费、人员培训费的合理分布的路径尚待健全。

1.3.2 健康结果评价及运用机制有待健全

构建与医共体发展相适宜的健康结果评价及运用体系是实现“总额预算、结余留用、超支分担”发挥价值激励性的关键。在顶层设计上,从有序就医格局基本形成、县域医疗卫生服务能力提升、医疗卫生资源有效利用、医保基金使用效能提升等方面建立了医共体建设监测指标体系,但以健康为中心、以价值医疗为导向的成本控制、健康效果、风险调整、服务连续性、风险分担与激励一体化的健康结果评价及其运用机制有待健全。

1.3.3 医保基金结算权责有待明确

医保部门医保基金结算权力高让渡程度是构建高整合程度医疗卫生服务体系的必要条件。^[14]理论上,“总额预算、结余留用、超支分担”实现医保部门以打包付费方式战略购买辖区内的人群健康,此时的总额预算基金已在财务上转化为医共体的医疗收入。^[15]因此,医共体对总额预算基金有重新分配和结算的权利,有利于促进医共体内部形成利益与风险捆绑。目前,市域总额预算下医保基金风险转移过程中医共体的风险责任与风险控制权利、风险控制能力不匹配。我们在现场调研中发现:医保部门、医共体之间关于医保基金分配和使用的权责利不一

致,导致总额预算超支风险更多的转移到医共体身上,增加了医共体的运营风险。

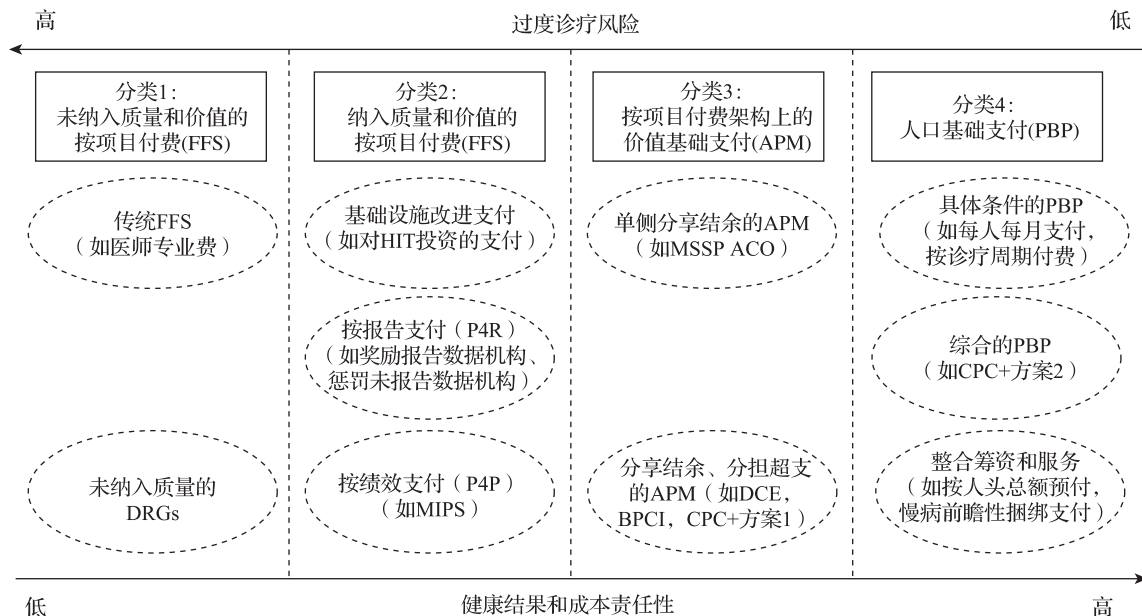
1.3.4 以风险走廊为核心的结余分享、风险分担阈值设置与可选择性机制有待深化

风险走廊旨在确保不因随机差异(如医疗服务利用、费率设定不确定性等因素)导致医疗机构陷入分享不合理结余或承担不合理亏损问题。^[16]组织结构、成本控制能力、机构性质、医保支付方式、服务行为、参保患者特征、慢病管理能力、县域医保基金占比等因素将影响医共体的风险控制能力。^[17]理论上,在厘清影响医共体抗风险能力因素基础上,据不同风险参数组合科学设置多阶段风险阈值,建立医保支付的风险走廊。根据医共体风险控制能力的强弱,允许医共体选择不同风险阈值。然而,国内试点地区结余留用、超支分担比例设定尚无科学的量化依据,合理结余、合理分担为主导的比例确定通常是由医保管理部门根据上级有关精神单方面确定,以风险走廊为核心的风险分担阈值设置与选择机制缺失。

2 整合型医疗组织财务脆弱性风险保护的国内经验镜鉴

2.1 基于价值的整合医疗服务医保支付

由于按项目付费难以有效支撑整合型医疗服务供给体系高质量发展,需创新发展基于价值和人口的替代支付模型。^[18]从按项目付费到按人头总额预算的各类支付方式均可进行连续分类。美国医疗支付学习和行动网络(简称“网络”)基于上述理念,将现有支付方式分为四类:第一类是未纳入质量和价值的 FFS,包括传统的 FFS、未纳入质量的 DRG。第二类是纳入质量和价值的 FFS,包括为基础设施改进付费、按报告付费(Pay for Reporting, P4R)、按绩效付费(Pay-for-Performance, P4P)。第三类是按项目付费架构上的价值基础付费(Alternative Payment Model, APM),包括分享结余的单侧付费、分享结余分担亏损的双侧付费。第四类是人口基础支付(Population-Based Payment, PBP),包括具体条件的人口基础支付、综合的人口基础支付、整合筹资和服务支付。该“网络”认为,支付改革的目标在于驱动支付方式从第一、二类向第三、四类转型。改变医疗机构的财务激励不足以实现以人为中心的医疗服务。因此,支付机制改革成功的关键在于其支撑的服务体系能力和创新;基于价值的激励措施要足够强烈,以激励医疗机构投资和采用创新医疗服务提供方法,从而避免医疗机构面临他们无法管理财务和临床风险(图 4)。^[19]



注:基于绩效的激励支付系统(Merit-based Incentive Payment System, MIPS);医疗保险共享储蓄计划(Medicare Shared Savings Program, MSSP);责任医疗组织(Accountable Care Organization, ACO);综合初级卫生保健加计划(Comprehensive Primary Care Plus, CPC+);医疗促进捆绑支付(Bundled Payments for Care Improvement, BPCI)。

图4 美国医疗支付学习和行动网络替代支付模式分类框架

2.2 风险调整:健康等级条件分类

随着按项目补偿模式逐渐向按质量和健康结果补偿模式转型,医保基金超支风险从医保部门转移到医疗机构。根据服务对象的疾病风险差异化地确定人头定额标准,能有效地减少医疗机构对患者的逆向选择和降低医疗机构的财务风险。2004年美国医疗保险和医疗补助中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)开始启用1997年开发的健康等级条件分类(Hierarchical Condition Categories, CMS-HCC)模型来调整支付医疗保险优势计划(Medicare Advantage, MA)的人头费,以平衡各参与MA计划的商业保险公司之间医保基金池的风险。CMS-HCC模型通过构建多元线性回归模型测算每个风险调整因素的风险调整系数来计算每位Medicare参保者个人的风险调整分数(Risk Adjustment Factor, RAF)。RAF可用于预测每位Medicare参保者在下年度的相对健康状况和医疗费用支出。具体而言,RAF由人口学特征风险分数和疾病风险因素分数组成。人口学特征风险可细分为年龄、性别、居住状况、Medicaid失能与与年龄性别交互作用等风险因子,疾病风险可细分为报告的HCC(与ICD-9-CM、ICD-10-CM建立一对多的映射关系)、疾病交互作用因子、失能状况等风险因子。在HCC风险调整模型中,将每位Medicare参保者的基准年按项目付费的

医疗费用作为因变量,将对应参保者的人口学风险因子、疾病风险因子、人口学风险因子与疾病风险因子交互项作为自变量,建立多元线性回归模型并采用加权最小二乘法估计每个自变量的边际成本系数;边际成本系数除以Medicare基准年FFS的人均费用计算相对成本系数;根据每位参保者的人口学特征和疾病诊断情况将其对应的相对成本系数相加得到RAF。^[20]

2.3 风险走廊

因将亏损和收益限制在一个允许范围,风险走廊能有效防止逆向选择和医保支付不足问题。^[21]作为财务风险移除机制的核心,风险走廊最早应用于Medicare的处方药计划,而后广泛应用于医疗责任组织。Medicare分享结余计划的风险走廊有以下特点:一是责任医疗组织(Accountable Care Organization, ACO)需到达或超过最低节约率(Minimum Savings Rate, MSR)和最低损失率(Minimum Loss Rate, MLR)才有资格参与分享结余或分担亏损。MSR/MLR是按ACO最新支出基准的百分比计算的阈值,ACO必须超过MSR/MLR才能分享结余或分担亏损。其中,在对称的双侧模型中,MLR与MSR互为负数。二是根据分配到的参保患者规模设置差异化的MSR/MLR。MSR是每年分配给ACO的参保人数函数。

分配到的参保人数越高,ACO 的 MSR 越低;反之,亦然。三是 ACO 每年可自由选择参加基准方案和强化方案。基准方案和强化方案分享结余率、承担亏损率设置呈现阶梯化。四是对 ACO 的分享结余和分担亏损设置了最高限额。基准方案的分享结余最高限额是支出基准的 10%,强化方案则为 20%。分担亏损最高限额设置较为复杂,ACO 承担的最大分担亏损额取收入或支出基准的较低值。五是结余或亏损同质量绩效分数挂钩。ACO 达到最小质量绩效阈值才能参与分享结余;在双侧风险走廊中,ACO 质量绩效分数越高,分担的亏损越小。2020 版 ACO 质量绩效评价评价指标包括患者/医务人员体验、服务协作/患者安全、风险人群、预防性服务 4 个维度 23 个质量指标。六是设置附加支付机制。比如,专业护理机构 3 天豁免规则、远程医疗豁免规则、慢病管理奖励等。

2.4 支付充足性评价

支付充足性评价旨在监测医保支付是否能有效支持医疗服务的有效提供。美国医保支付充足性评价兴起于 Medicare、Medicaid 评价传统按项目付费的支付充足性。其中,Medicare 的支付充足性评价框架包括参保人服务可及性、医疗质量、医疗机构资本可及性、医疗机构成本与医保支付差异 4 个维度;Medicaid 的支付充足性评价框架包括经济性、质量、可及性、效率 4 个维度。具体到整合型医疗服务组织支付充足性评估上,芝加哥大学全国民意研究中心(National Opinion Research Center, NORC)开发的下一代医疗责任组织医保支付充足性评估框架较为典型,包括外部市场环境、结构(预设的组织特征、参与的提供者特征、分配的参保人特征)、ACO 选择的模型特征(如单侧还是双侧、MSR/MLR 水平等)、ACO 创新举措(如通过财务和非财务激励措施吸引医生,通过健康管理和年度健康随访吸引参保人、参保人参与奖励等)等评价指标;同时,NORC 厘清了各类评价指标的互动规律及激励路径。

3 建立医共体医保支付财务脆弱性的风险保护机制的政策路径

3.1 建立健全预算充足性风险保护机制

一是明确医共体的预算范围。预算范围应实现以下几对关系的统一预算。首先,门诊与住院实施统一预算、分块预算、分类预算,防治门诊共济政策下医共体“住院转门诊”策略性医疗行为。其次,县

域内预算和县域外统一预算,并通过增大医共体对县域外医共体审核权限来提高医共体的抗风险能力。再次,城镇职工与城乡居民医保统一预算,防止因城乡居民健康风险和经济风险不平等带来的医共体预算不足风险。第四,在财政、公卫、医保、家医签约统一预算上,借鉴云县、三明经验,允许医共体牵头单位以设置基金池的方式对多源基金集约化配置管理,通过二次预算建立医保基金可购买公卫、家医签约等兼具成本效益的预防、健康管理、健康教育服务的战略购买机制。^[22]第五,统筹基金与患者自付统一预算上,近期可以通过设置患者住院费用中目录外费用占比进行调控、中长期通过收付费一体化机制实现统一预算。

二是建立科学的医共体医保总额预算方法。第一,建立风险调整下的按人头总额预算方法。首先,在区域层面以“基数+增幅”的方式确定县域医保基金年度总预算,基数为上年度医保基金收支决算结果,增幅需综合考虑下一年度基金收入预算、GDP 增速、城乡居民可支配收入和医疗服务数量、质量、能力等因素。其次,以“人头+个人风险评分”分配各医共体总额预算。可借鉴 CMS-HCC 分类原理和算法,结合县域疾病诊断分组、参保患者人口学特征、疾病临床特征等因素,计算每参保人的个人风险评分,作为人头费的风险校正因子。第二,从对单一医疗机构的分散预算,转变为面向医共体的整体打包预算。第三,采用“收入预算—支出预算—分区预算—分块预算—分项预算—分类预算”闭环管理。

三是明确预算主体权责边界。清晰的医共体相关主体预算权责边界是降低医保支付信息成本的有效举措。首先,明确医共体牵头单位与医保部门权责边界。医保部门下放县域外医保费用的审核权给医共体牵头单位、同时保留结算权;赋予医共体牵头单位县域外患者医保费用审核权,医共体有权对不合理的医共体外就诊费用进行拒付。其次,明确医共体牵头单位与财政部门权责边界。赋予医共体牵头单位集约化管理财政投入、公卫基金、家医资金等多源财政资金的权限,提高医共体资源配置效能。

3.2 建立健全支付兼容性风险保护机制

一是宏观与微观支付方式的激励中性。首先,明确宏观和微观支付方式的功能定位。按人头总额预算作为宏观支付方式,主要作用于医院管理者,其功能定位应兼具区域费用控制和区域医疗资源配置

功能。DRG/DIP、FFS 等作为微观支付方式,主要用于医院科室和医生,其功能定位应兼具规范临床行为、提升医保资金使用效能、提高医疗服务质量等功能。其次,宏观和微观支付方式兼容性的关键在于科学的支付机制设计。借鉴机制设计理论,重点关注信息成本和激励效应引导下的机制因子(资源配置、附加激励、风险因子、责任范围)、支付方式(DRG/DIP、FFS、按床日付费)、利益相关者(医保部门、医共体、其他医疗机构、参保患者)三个关键要素互动规律和激励路径。最后,以成本信息为工具建立区域微观支付方式的融合机制。需在市域内部集成医院科室成本—项目成本—病种成本—病人成本信息流,实现不同支付基准的成本信息对接;以市域医疗机构住院服务加权平均成本作为区域参考成本,以每个医疗服务项目、DRG/DIP、床日成本除以参考成本推导其对应的成本点数。

二是医共体与市域外医院支付方式的激励中性。参保患者县域外就医具有单次费用高、按项目付费等特点,挤占了大量的县域医保基金,致使医共体结余难形成,进而衍生医共体策略性超支行为。市域统筹后,医共体与市域外医院支付方式的异质性将进一步挤占县域医保基金。建议采取医保属地化管理策略,县域参保人到市域外就医的相同病种结算按照医共体所在地区支付标准、待遇水平,并适度降低非转诊的市域外就医的待遇水平,实现医共体与市域外医疗机构的一体化支付和结算。

三是基本支付与附加支付方式的激励中性。理论上,按风险调整的人头分配方式弱化了医共体通过服务量的竞争抢夺医保预算的路径,但市域统筹下医共体与其他医疗机构无差别的微观支付方式仍将诱导医共体的策略性增量、冲点行为来实现自身收益最大化目标。机构分类、服务分类、时间分类基础上的基本支付和附加支付有效融合是降低策略性冲点行为、实现质量成本责任统一的关键。以服务分类支付例,门诊按门诊病例分组点数和 FFS 组合付费;急性住院服务按 DRG/DIP 点数付费,终末期肾脏疾病、慢病按捆绑支付,精神病按常日付费,康复类疾病按患者导向模型点数付费等,健康教育按人头月度付费,不宜打包付费的复杂病例按项目付费等。在附加支付机制设计上,应设置对机构(如对报告的质量绩效结果付费)、对医生(如牵头医院医生参与家医服务、慢病管理服务等付费)、对患者(如对患者自我健康管理付费)差异化的附加支付方式。

3.3 建立健全结算激励性保护机制

一是明确医共体结余形成和转化路径。首先,需厘清结余形成的激励层次链条。基于激励链条的层次理论,需厘清“医保部门—医共体—科室—医生”多层次的结余形成链条,明确各层次结余形成的利益导向、促进与阻碍因素。第二,基于结余形成的条件机制构建结余形成测量模型。梳理预算充足性、结余属性、成本控制、慢病管理能力、结余可分配性等条件因子对结余形成的作用机理,构建医共体结余形成的测量模型。第三,明确结余属性和结余可分配性。对于结余属性而言,在医共体管理委员会高位推动下,卫健部门和医保协商明确结余是医共体业务收入属性,并在财务上设置两个账户(医保设置结余分类账户、医共体牵头单位在医疗业务收入上设置结余核算科目),赋予医共体医保结余的剩余索取权。在结余可分配性上,宏观上需明确医共体结余的具体用途和分配比例限制。比如人员奖励性绩效、事业发展经费、人员培训费、患者参与奖励等;微观上以成本控制、健康效果、医疗质量与效率等量化指标为基础明确医共体内各成员单位具体结余贡献,来设置量化的医共体内部各成员单位的结余分配规则。

二是建立风险阈值量化和可选择性机制,研究推行精细化的“一体一策”风险方案。县域外住院率、县域外医保基金支出占比是医共体抗风险能力的决定因素。^[23]由于高质量分级诊疗体系缺乏、人口流动常态化等因素制约,不同医疗服务能力、不同地理位置的医共体对县域外住院率、县域外医保基金支出占比控制能力不同,导致不同医共体医保支付的风险阈值不同;市域统筹后医共体对县域外住院率、县域外医保基金支出占比控制能力将会进一步弱化。借鉴 MSSP ACO 风险走廊设置办法,基于县域人口流出和医保资金流出规模,根据县域医保结余历史数据,设置不同的风险阈值(最低结余率、最低亏损率、结余分享率、亏损分担率、最大结余分享额、最大亏损分担额)、风险方案(单侧分享结余方案、双侧分享结余和分担亏损方案),允许医共体根据其预期的内部资源配置能力、成本控制能力、慢病管理能力、预期创新举措有效性等选择不同风险方案,推行科学化、精细化的“一体一策”模式,调动医共体主动参与的积极性。

三是建立风险分担质量绩效评分挂钩机制。首先,同分享结余、分担亏损挂钩。根据医保质量绩效

评价结果,设置参与分享结余、分担亏损的最低质量绩效阈值,及设置阶梯化的分享结余比例、分担亏损比例。其次,与质量风险金挂钩。鉴于医共体产出医保质量绩效指标能力差异,将医保保费收入的 5% 作为质量风险奖金,设置质量风险金奖励机制,分阶段 P4R 和 P4P 混合支付机制。实施质量绩效评价的第 1~3 年,重点激励县域紧密型医共体报告的积极性,P4R 为 4%、P4P 为 1%;待质量绩效评价体系运行成熟后,完全 P4P(5%)。最后,与年终清算、医院等级评审、绩效工资总量核定等挂钩。可借鉴北京医保总额预算医院评价指标体系,客观充分地量化评估医院发展质量,将并与其年终清算、医院等级评审、评优评先、绩效工资总量核定等挂钩。

3.4 医保支付充足性评估:提升医共体抗风险能力的关键政策工具

只有医共体医保总额预算方案设计在激励采取

医保经办部门的期望行为的同时,能够满足医共体实现自身收益最大化目标才是有效的机制。^[24] 医保充足支付是医共体提高抗风险能力、进而促进医共体高质量可持续发展的关键。在借鉴国际经验基础上,结合医共体建设评判标准和监测指标体系,我们构建了医共体医保支付充足性评估框架。其中,支付充足性包括预算充足性、支付兼容性、结算激励性;创新举措包括医共体采取的成本控制、慢病管理、医生激励等举措;组织特征主要借用医共体建设评判标准,包括利益、责任、管理、服务共同体;市场环境主要包括患者特征、医保统筹层次、医共体个数等;预期结果主要借用医共体建设监测指标体系,包括经济性、医疗质量、可及性、效率等。未来应进一步量化研究揭示各维度指标的互作规律及激励路径、测量不同维度因素对支付充足性及其预期结果的作用强度和方向(图 5)。

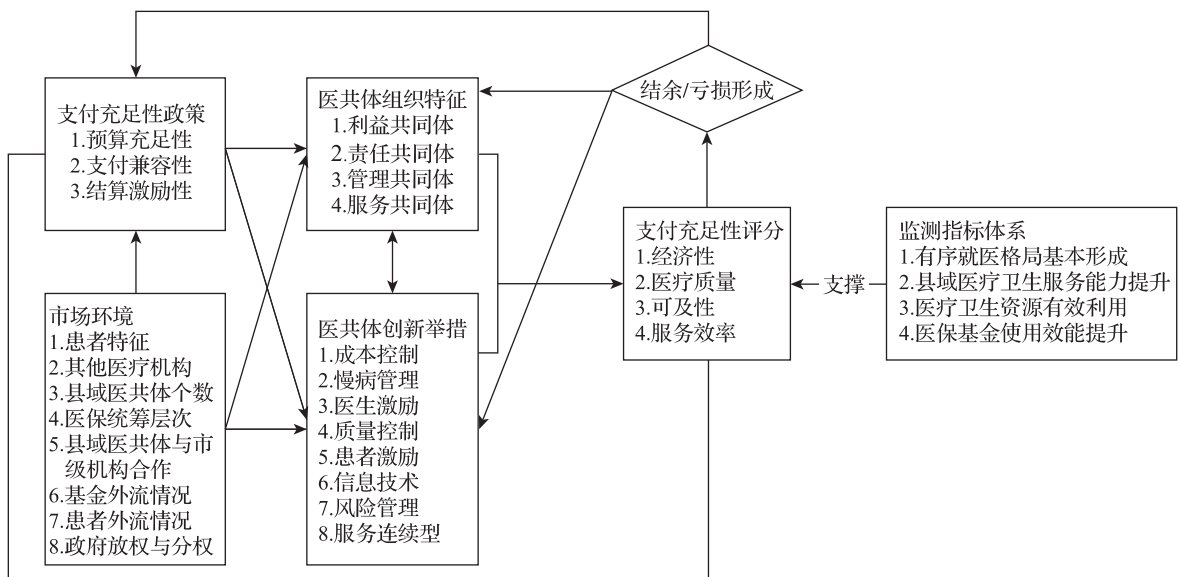


图 5 紧密型县域医共体支付充足性评估框架

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 王俊,王雪瑶. 中国整合型医疗卫生服务体系研究:政策演变与理论机制[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 152-167.
 [2] 贺睿博,牛亚冬,王静,等. 连续性服务:实现县域内分级诊疗的策略选择[J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(11): 881-884.
 [3] 韩优莉. 医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J]. 中国卫生政策

研究, 2021, 14(3): 21-27.
 [4] 徐焯云,郁建兴. 医保支付改革与强基层战略的实施:浙江省县域医共体的经验[J]. 中国行政管理, 2020(4): 102-108.
 [5] McWilliams J M, Hatfield L A, Chernew M E, et al. Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare [J]. The New England journal of medicine, 2016, 374(24): 2357-2366.
 [6] Zhao Y, Atun R, Oldenburg B, et al. Physical multimorbidity, health service use, and catastrophic health expenditure by socioeconomic groups in China: an analysis of population-based panel data [J]. Lancet Glob Health, 2020, 8(6):

- e840-e849.
- [7] 王俊, 朱静敏, 王雪瑶. 公共卫生体系与医疗服务、医疗保障体系的融合协同:理论机制与案例分析[J]. 中国科学基金, 2020, 34(6): 703-711.
- [8] 郁建兴, 涂怡欣, 吴超. 探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究, 2020, 36(1): 5-15.
- [9] 傅卫, 江芹, 于丽华, 等. DRG 与 DIP 比较及对医疗机构的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(12): 13-16.
- [10] 顾雪非, 刘小青. 从数量到价值:医保支付如何驱动医疗卫生体系整合[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(1): 7-10.
- [11] 洪梦园, 杨金侠. 安徽省阜南县医共体运行效果分析与评价[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(3): 64-67.
- [12] Galarraga J E, Frohna W J, Pines J M, et al. The Impact of Maryland's Global Budget Payment Reform on Emergency Department Admission Rates in a Single Health System [J]. Academic emergency medicine, 2019, 26(1): 68-78.
- [13] 郑英. 我国区域整合型医疗健康服务体系的治理逻辑与路径分析——基于多中心治理视角[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 20-28.
- [14] 吴秉羲, 许鹿. 医保整体支付背景下医疗共同体牵头单位面临的挑战与对策[J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36(9): 720-725.
- [15] 郑大喜, 田志伟, 戴小喆, 等. 医共体财务管理与会计核算:政策梳理、典型经验与启示[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(3): 89-94.
- [16] Layton T J, McGuire T G, Sinaiko A D. Risk Corridors and Reinsurance in Health Insurance Marketplaces [J]. Am J Health Econ, 2016, 2(1): 66-95.
- [17] McWilliams J M, Hatfield L A, Landon B E, et al. Savings or Selection? Initial Spending Reductions in the Medicare Shared Savings Program and Considerations for Reform[J]. The Milbank quarterly, 2020, 98(3): 847-907.
- [18] Liao J M, Navathe A S, Werner R M. The Impact of Medicare's Alternative Payment Models on the Value of Care[J]. Annu Rev Public Health, 2020, 41: 551-565.
- [19] Pennsylvania L D I O. The Future of Value-Based Payment_ A Road Map to 2030[R]. 2021.
- [20] Services C F M M. Global and Professional Direct Contracting and Kidney Care Choices Models: PY2022 Risk Adjustment[R]. 2021.
- [21] Webb A R, Liaw W, Chung Y, et al. Accountable Care Organizations Serving Deprived Communities Are Less Likely to Share in Savings [J]. J Am Board Fam Med, 2019, 32(6): 913-922.
- [22] 李芬, 陆士辰, 顾淑玮, 等. 我国医共体医保制度改革进展及其影响分析[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(8): 30-33.
- [23] 苏岱, 陈迎春, 李浩淼, 等. 安徽省阜南县医疗服务共同体模式下分级诊疗效果分析[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(7): 493-496.
- [24] 常静舫, 李浩淼, 陈迎春, 等. 安徽省县域医疗服务共同体运行方式及利益均衡机制分析[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(7): 485-488.

[收稿日期:2022-10-08 修回日期:2022-11-03]

(编辑 薛云)