

基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新

王冬

[摘要] 伴随我国全民医疗保险的发展,医疗保险支付体系实现对支付对象全覆盖,支付报销水平和层次得到了明显提升,支付标准逐步体现成本和质量,支付方式从单一方式转为多元复合型方式,但也存在一些亟待解决的问题。为了推动解决这些问题,有必要建立价值为导向的医疗保险支付体系。本文基于价值医疗理念下医疗服务价值的评价发展,提出建立医疗保险方与医疗服务提供方“正和竞争”的医疗保险支付制度,充分吸收医生群体的参与,采取大数据技术分析预防治疗行为,重视诊疗技术疗效评估,把健康教育和促进等健康管理行为纳入医疗保险支付目录,推进整合式医疗服务发展,发挥健康管理中个人作为“首席运营官”的作用等政策建议。

[关键词] 价值医疗; 医疗保险支付; 疗效竞争; 整合医疗

医学技术的进步与收入水平的增长,共同拉高了医疗的需求与费用。有效配置医疗资源和合理引导医患双方诊疗行为是医保基金能否持续的关键。自20世纪70年代以来,医疗保险关注的焦点从可及性转向成本控制,但过度关注成本又引起医疗质量的下滑,因此,医疗保险支付体系的目标由过去单纯解决可及性转变为实现可及性、成本和质量等3个方面的协调。全球各国都在围绕可及性、成本和质量等3个目标,开展如何科学合理支付医疗服务提供者的研究。随着价值医疗的提出,基于其内涵改革现有医疗保险支付体系成为各国政府正在开展的研究和实践。

我国已建立起社会化的“全民医疗保险”体系,并在制度与政策层面初步实现了“病有所医”的目标,可及性问题得到很大程度解决。但随着老龄化社会来临、医疗技术进步等,医疗费用逐年上升,如何控费成为医疗保险管理部门工作的重点。在全民医疗保险时代,医疗保险支付作为医疗机构收入的主要来源,其影响已从医疗机构层面上升到整个医疗卫生服务体系层面。

医疗保险管理部门通过支付方式改革,如推行总额支付等方式,以求达到控费目的,但带

[作者简介] 王冬,南方医科大学卫生管理学院教授、博士生导师。主要研究方向:公共卫生政策评价。

[基金项目] 广东省高校哲学社会科学重点实验室“公共卫生政策研究与评价”(2015WSY0010);广州市人文社会科学重点研究基地“广州市公共卫生服务体系研究基地”(2018—2022年)。

来了医院推诿病人、分解就医住院等问题,引发医疗质量和患者安全以及医疗费用继续上涨等问题。2018年8月国务院办公厅《关于印发深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务的通知》把深化医疗保险支付方式改革作为加快完善全民医疗保险制度的主要措施。本文在总结我国医疗保险支付体系发展基础上,结合价值医疗下医疗服务价值测量的发展,提出基于价值医疗的医疗保险支付体系的改革建议。

一、我国医疗保险支付体系的发展

20世纪90年代中期以来,我国用了20多年的时间,在医疗保险支付对象、范围、标准、方式等方面进行了改革,提升了医疗保障的公平与效率,提高了医疗服务质量和可及性,但仍存在一系列问题亟待解决。

(一) 我国医疗保险支付体系的成就

1. 支付对象全覆盖,国民医疗可及性目标基本达到

截至2018年2月,全国基本医疗保险参保人数已超过13.5亿,参保率稳定在95%以上,城乡居民大病保险制度覆盖10.5亿人^①,医疗保障覆盖的人数不断增长。此外,医疗救助的受益人群规模也逐步扩大,2017年资助5621.0万人参加基本医疗保险,支出74.0亿元,人均补助水平131.6元。2017年实施住院和门诊医疗救助3517.1万人次,支出266.1亿元,住院和门诊每人平均救助水平分别为1498.4元和153.2元^②。可以说,我国基本实现了全民医疗保险,大病保险覆盖了全部城乡居民参保人员,绝大多数群众都能享有基本医疗保障。

2. 支付范围扩大化,报销水平和层次得到了明显提升

从医疗服务购买的角度看,医疗保险支付范围就是规定“买什么”,主要包括医疗保险支付的药品耗材、医疗服务。随着我国经济发展,新技术、新药品和耗材逐渐纳入基本医疗保险目录中,如2016年将康复综合评定等20项医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围。2017年人力资源社会保障部将36种药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围。2018年,新成立的国家医疗保障局将阿扎胞苷等17种药品纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》乙类范围。针对新型农村合作医疗的诊疗、药品目录窄于城镇居民医疗保险的情况,城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗整合成城乡居民基本医疗保险后,各地城乡居民医疗保险目录按照“就宽不就窄”的原则,普遍向城镇居民医疗保险统一。参保人医疗保险政策范围内的门诊与住院费用报销比例也得到逐步提高。在报销比例上,按照“待遇就高不就低”的原则,逐步统一城乡保障范围和支付标准。在“健康中国”战略下,居民基本医疗保险人均财政补助标准每年提升,2013—2018年,居民基本医疗保险人均财政补助标准由280元提高到490元。

① 《全国基本医疗保险参保人数超过13.5亿》,新华网:http://www.xinhuanet.com/2018-02/12/c_1122409397.htm,2018年2月13日。

② 民政部:《2017年社会服务发展统计公报》,民政部官网:<http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/2017/201708021607.pdf>。

3. 支付标准科学化，逐步体现成本和质量

医疗保险支付标准是通过医疗保险支付方式来实现。任何一种支付方式，都必须确保所付费用与所购买的医疗服务“一分钱一分货”的等值性^①。在全民医疗保险下，随着各地试点总额预算、病种支付等预付制改革，我国已逐渐建立了医疗保险经办方与医疗服务提供方的谈判机制，基于成本与价格，就医疗服务价格、服务内容、服务质量进行谈判、协商，厘定“合同”，确定医疗保险支付标准，既包含医疗保险机构控费的要求，又包含了医院对质量标准可实现性的专业认知，较大程度满足了利益相关方的诉求。通过谈判，逐步提高了诊疗、手术、护理的价格，降低了药费、耗材费、检查费，同时结合市场供求情况、医疗服务的社会平均成本和当地社会经济发展水平制定医疗服务价格的基准价格以及浮动幅度，逐步确保医疗服务定价体现技术劳务价值。

4. 支付方式多元化，从单一方式转为多元复合型支付方式

长期以来我国医疗保险支付主要采用按项目支付这一支付方式，经济人的利益动机以及信息不对称的医疗卫生特点引起医疗费用上涨。从1994年“镇江”“九江”试点“定额付费”开始，我国开始了医疗保险支付方式改革的探索实践。全面和系统的医疗保险支付方式改革，成为新阶段深化医疗改革的“引擎”以及“三医联动”的催化剂。2017年6月国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》，提出自2017年起全面推行以按病种付费为主的多元复合式医疗保险支付方式，到2020年，全国范围内普遍实行适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医疗保险支付方式，按项目付费占比明显下降。住院医疗服务主要按病种、疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院服务按床日付费，基层医疗服务按人头付费，不宜打包付费的复杂病例和门诊费用按项目付费。

（二）现行医疗保险支付方式仍存在亟待解决的问题

1. 医疗保险支付方与医疗服务提供方仍存在“零和竞争”

“零和竞争”通常指一种技术的应用带来市场份额上的增加，必然会导致另一种技术的市场份额减少，双方加起来的总变化量为零。现行医疗保险管理基本问题不在竞争，而在于竞争形态错误。当前医疗保险支付方与医院的竞争，竞争中心不在疾病层级，而在医院，通过管控医院和医生诊疗行为，来实现控制费用的目的，未能以保障病人价值为中心。由于医疗卫生事业具备极强的信息不对称性，如果单纯的零和竞争，必然会带来医院上有政策，下有对策。虽然近年来医疗服务价格进行了多次调整，但政府定价的滞后性，使得价格政策扭曲医疗服务价格，价格明显偏离成本，医疗服务价格僵化，支付标准仍然无法反应真实医疗服务成本。同时，现行的医疗保险考核指标缺乏激励效应，根据这些考核指标制定的收入分配制度导致医疗保险支付方式缺乏医院与医生的支持合力。

2. 缺少个人健康管理的激励和惩罚措施

由于疾病的发生、治疗和康复，都离不开个人的参与，医患共同决策是保持健康，预防疾病发生和疾病康复的重要保证。离开患者的参与，疾病很难好转，也很难保持健康。但由于个

^① 陈仰东：《谈判机制建立迟缓的原因解析》，《中国医疗保险》2011年第9期。

人对健康的不重视,吸烟酗酒、不遵医嘱等不健康的生活方式引发了大量健康问题,从而造成了医疗成本的上涨。现行医疗保险支付方式都是针对如何支付诊疗费用的改革,缺乏对个人健康管理行为的管控措施,无法从疾病发生的源头控制医疗费用,也无法管控疾病治疗的进程,从而造成由于病人的不健康行为而产生费用的上升。

3. 医疗保险支付的结算没有太多考虑疗效

疗效不仅是医学上生理条件的恢复,随着病人权益的增加、医学模式的转变,疗效还包括病人的感觉和满意度。按项目付费会诱导多做项目而造成医疗浪费,为此各国都进行了支付方式改革,出现了按病种付费、按 DRGs 付费等形式,但医疗保险结算较多仍以费用、项目、床日、人头、病种等单元为单位进行核算,仅仅关注是否做了某种项目,而没有关注该项目的真实疗效如何,没有重视以病人为中心的疗效测量。虽然有些地方已经实行了按病种分值付费,病种的支付价格通过医院间竞争而降低,但还是没有充分考虑疗效。如果疗效和安全性无法保障,这样的支付改革政策就没有实现初衷,结果是奖励成本低的医疗机构和医生,而不是价值高的。

4. 医疗服务支付系统仍然“碎片化”

随着以慢性病为主的老龄化时代民众卫生服务需求越来越大,“碎片化”的医疗卫生服务体系的影响越来越大。虽然我国在大力推行分级诊疗,加强医联体建设,但分级诊疗体系还处在初期阶段,医疗机构之间缺乏纵向或横向的整合。由于各级医疗机构功能定位不明,医疗保险支付在医疗机构之间还是按项目支付,缺乏一个能够下连卫生室、社区卫生服务中心,上连大医院的医疗服务体系,以及在分级诊疗基础上的分工协作机制,无法为患者提供一站式、全程式、一体化的连贯性整合式服务,从而更进一步加剧医疗服务的碎片化。

二、基于价值医疗的医疗服务价值评价的发展

(一) 价值医疗是医疗发展的必然途径

以最少的医疗成本获得最大的医疗价值,是全球医疗改革所追求的目标。全球各国逐渐认识到医疗改革应从关注降低成本转移到医疗价值。在全球范围控制医疗成本,寻求最佳医疗的当下,价值导向的医疗时代,即价值医疗(Value-based Health Care, VBHC)正在来临。卫生经济学家将价值医疗称为“最高性价比的医疗”。

2006年Porter提出价值医疗^①,基本理念是追求以同样或较低的成本取得医疗效果的最大化。该理念包含3方面内容:(1)为患者创造价值;(2)综合医疗状况和医疗全流程的医疗实践;(3)测量医疗效果和费用。根据Porter等人对价值医疗的定义,医疗卫生服务应聚焦于价值,不只是成本,不是指患者所能获得的服务数量和服务种类,而是表现在每块钱所能得

^① Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Boston, Harvard Business Press, 2006, pp. 98-105.

到的健康结果,即单位医疗投入的疗效产出^①。价值医疗就是以价值为导向,围绕这一“价值等式”进行调整,形成医疗改善的良性循环,以相同或更低的成本提升疗效。世界经济论坛与波士顿咨询集团于2017年发布了《医疗价值为医疗系统转型奠定基础》的报告,提出了价值医疗的3项根本原则:(1)系统性衡量对患者重要的医疗效果以及为了在医疗全程确保疗效而产生的必要成本;(2)持续追踪不同细分患者群体的医疗效果和成本;(3)量身定制干预措施,提升对细分患者群体的价值。这3个原则也成为价值医疗的框架。

自Porter提出价值医疗以来,各国都在开展价值医疗的相关实践与研究。比如2015年1月,美国政府在联邦医疗保险项目中开始采用价值导向的支付方式,2017年在7个州启动基于价值的医疗保险设计模型。2016年,根据实施价值医疗的政策环境、机构设置,成本及效果测量,以患者为中心整合服务体系建设,按结果支付及根据社会经济背景等情况对部分国家的价值医疗实践进展综合评分,得分最高的是瑞典,其次是英国、澳大利亚、加拿大、德国、法国及美国等,中国、巴西等国家评分较低^②。

“价值医疗”在中国的提出始自2016年,中国政府、世界银行、世界卫生组织联合发布医改报告——《深化中国医药卫生体制改革——建设基于价值的优质服务提供体系》,其中明确提到,探索如何在一定成本下获得最佳的治疗效果,倡导从传统医疗服务转型为“以人为本的一体化服务”,实现供给侧与需求侧利益的平衡。2017年,第一届中国价值医疗高峰论坛提出了中国版“价值医疗5E框架”,即提高疗效(Efficacy)、提升效率(Efficiency)、改善效果(Effectiveness)、赋能患者(Empowerment)、医患同心(Empathy)。新时代背景下,实现价值医疗是我国健康服务体系转型的必要举措。

(二) 评价医疗服务价值是实现价值医疗目标的关键

价值医疗已成为各国医疗卫生体系追求的目标,如何评价医疗服务价值是实现价值医疗的瓶颈。有学者提出使用增量成本效果的比值^③,但没考虑个体希望价值,缺乏不同细分患者的感知,很难量身定制干预措施。有的学者综合临床、患者感受以及长期疗效变化以及成本方面进行加权,构建综合指标评价医疗服务价值,但是设定权重没有理论依据,并且单一综合指标会掩盖更多的信息,尤其掩盖患者对各种疗效结果有不同的选择权^④。也有学者提出采取卫生技术评估方法去评估医疗服务价值,但传统成本效果将“价值”等同于“经济学价值”的做法,没有基于“以患者为中心”的全程价值评价。价值的评价应该体现不同学科医疗团队执行的从诊断到治疗等全过程的全部活动。

根据Porter的医疗服务价值等式,系统性衡量对患者重要的医疗效果以及确保疗效而产生

① Michael E. Porter, "What Is Value in Health Care?" *New England Journal of Medicine*, 2010, 363(26); Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Boston, Harvard Business Press, 2006, pp. 98-105.

② 金春林等:《价值医疗的概念、实践及其实现路径》,《卫生经济研究》2019年第2期。

③ Peter J. Neumann, et al., "A Health Economics Approach to US Value Assessment Frameworks—Introduction: An IS-POR Special Task Force Report," *Value in Health*, 2018, 21(2).

④ Robert S. Kaplan, et al., "Measuring and Communicating Health Care Value with Charts," *Harvard Business Review*, 2015, 60(506).

的必要成本就是评估医疗服务价值。在这里,疗效是突出以患者为中心,对患者重要的医疗效果,成本是医疗全程产生的必要成本。如何衡量医疗服务的疗效和医疗全程真实成本成为实现价值医疗目标的首要基础。如果不能科学合理衡量疗效和成本,就无法持续追踪,更不能定制干预措施,最终无法实现价值医疗。评价医疗服务价值的难点在于:(1)如何标准化评价疗效;(2)如何准确估算医疗真实成本;(3)如何结合疗效和成本综合评价。

1. 疗效测量已经由传统指标向基于患者的疗效评价指标转变

医疗行业历来关注的是医疗上的临床效果,较少关注患者感知的医疗效果,因此传统疗效测量往往是由医疗服务提供者来衡量治疗后患者的生理指标和医学指标,很难反映患者感知的真实疗效。其主要存在以下问题^①:(1)过于重视诊疗的过程指标,忽视了患者感知疗效;(2)重视单项治疗手段的疗效,而不是从整个疾病治疗的全过程评价疗效;(3)过度重视生存率和实验室提供的“客观”指标,而忽视患者对自身功能、症状和生存质量的报告;(4)疗效指标不统一、疗效数据不透明,不同临床团队之间的疗效难以比较。

有人使用质量调整寿命年(QALYs)来表示疗效^②,但它只是一种调整的期望寿命,用于评价和比较健康干预,没有考虑个体希望价值和公平性,缺乏生命质量、患者感知变化和临床价值,也缺乏不同细分患者的感知,很难量身定制干预措施。同时疗效是多维的,没有单个疗效指标能够全面反映医疗服务的效果,而且不同疾病有其特殊的表现内容。因此,疗效评价应以患者为中心,包括患者临床情况、功能情况和患者报告的情况等。

无法衡量的事情便无法得到改善,为实现不同临床团队在区域、全国甚至全球的比较,学术界开始研究标准化疗效测量的指标体系。在Porter价值框架基础上,独立非营利组织国际医疗效果衡量联盟(International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM)开始推动建立标准化疗效测量指标体系。该组织从2012年开始召集由临床医生、患者代表和其他重要专家组成的全球工作组,定义和发布针对具体病况、疾病和患者群体的全球统一可比较的医疗效果指标,现已发布了32组标准化的、经过风险校正的疗效衡量标准。

2. 成本测量需要基于患者诊疗全程测算真实资源消耗

当前大多数医院的成本核算方法模糊了医疗服务的价值,账面成本与真实成本误差较大,对治疗某病所花费的实际成本并不清楚。目前医疗机构成本核算方法对共享资源处理主要采取患者之间平均分摊的方法,把整体间接费用支出平均分摊到每个科室或每个病种,而不是从患者层面追踪特定病种在临床路径中对共享资源的真实消耗数量,使得患者之间存在较大“交叉补贴”,账面成本不能反映医疗机构提供医疗效果所消耗的真实成本。医疗服务成本应围绕患者诊疗全过程所消耗资源进行测量,医生、设备等共享资源的成本必须基于医疗服务对资源的实际使用情况分配到每个患者的成本中,而不是平均分摊。

估时作业成本法(Time-driven Activity-based Costing, TDABC)引入到医疗服务成本测算上,

① 苏淑文、王冬:《价值导向型医疗研究进展及其启示》,《中国卫生经济》2018年第5期。

② 胡善联:《购买有价值的医疗卫生服务》,《卫生经济研究》2019年第2期。

以达到精确核算成本目的。目前美国已有多家医院采用这种成本测量方法^①。如 French 等持续采用 TDABC 计算肿瘤外科门诊成本, 并认为 TDABC 能够提高效率和质量^②。

3. 雷达图方法综合全面评价不同细分患者群体的医疗服务价值

因疗效是多维动态的, 无法用经济学的疗效除以成本简单计算, 也不能用一个综合指标去衡量, 过往有使用质量调整寿命年, 但会遗漏重要信息, 也无法单纯按照卫生技术评估方法评估。不同患者对价值有不同评判, 哈佛大学 Kaplan 教授^③等采取雷达图评价医疗服务价值, 为评价不同细分患者群体的医疗服务价值提供了方法学参考。

三、推动基于价值的医疗保险支付体系改革

(一) “保疾病”向“保健康”转变推动医疗保险支付方式变革

传统意义上的医疗保险只是应对已经生病的临床治疗, 对其健康促进作用关注不够, 现今医疗发展, 更加强调预防的重要性, 如果能够少生病, 即可减少医疗费用。预防是保障健康的最具经济性的行为, 控制医疗费用的重点应该在于疾病发生的苗头, 做到少生病和生病后及时就诊, 而不仅仅是生病后的诊疗技术。随着“大健康观”理念逐渐深入人心, 健康生活方式对健康极为重要, 医疗保险支付方式就应从单纯补偿已生病后的治疗, 转变为对健康管理计划实施的整体补偿。随着老龄化高速发展、疾病谱变化带来的健康风险模式转型, 即以“传染性疾病”为主要健康风险向以“慢性非传染性疾病-残疾-亚健康”为主要健康风险的模式转型^④, 都对医疗保险支付方式提出了变革要求, 不能仅仅局限在医院的门诊和住院服务方面, 要基于慢性病预防和健康关口前移的要求, 向健康教育和预防工作倾斜, 着手于健康的危险因素预防与控制、健康促进与管理等措施, 推动慢性病预防和健康促进, 从“保疾病”逐渐走向“保健康”^⑤, 应对我国健康风险模式转型, 致力于维持和促进居民的健康状态。

(二) 医疗服务价值评价方法的发展推动医疗保险支付方式的变革

价值医疗理念一经提出, 各国都在进行以价值为核心的医疗支付方式改革, 如推行按绩效支付、打包支付等。按价值付费方式^⑥是在知晓医疗服务真实成本和标准化疗效的基础上, 建立以医疗服务价值为基础的购买计划, 奖励高价值医疗服务的提供者, 减少对表现差的医疗服务提供者的资金支付, 是一种理想的管控费用和提升医疗质量的支付方式。

① George Keel, et al., "Time-driven Activity-based Costing in Health Care: A Systematic Review of the Literature," *Health Policy*, 2017, 121(7).

② Katy E. French, et al., "Continuous Quality Improvement Measured with Time-driven Activity-based Costing in an Out-patient Cancer Surgery Center," *Journal of Oncology Practice*, 2019, 15(2).

③ Robert S. Kaplan, et al., "Measuring and Communicating Health Care Value with Charts," *Harvard Business Review*, 2015, 60(506).

④ 戴剑波:《中国健康转型研究》,《宁夏社会科学》2017年第3期。

⑤ 申曙光、张家玉:《医保转型与发展:从病有所医走向病有良医》,《社会保障评论》2018年第3期。

⑥ Deborah Korenstein, et al., "Do Health Care Delivery System Reforms Improve Value? The Jury Is Still Out," *Medical Care*, 2016, 54(1).

只有在“以患者为中心”的标准化疗效评价和清楚医疗全程真实成本的基础上，建立以医疗服务价值为基础的购买计划，实行按价值支付方式，才能有效合理管控费用和提升医疗质量，实现价值医疗。在“按价值支付”模式里，医疗服务提供方的收入是由患者诊疗后的评估价值而不是服务数量决定。医疗服务提供者之间的竞争应该围绕提高患者所感知的医疗服务价值，这也应该成为费用支付的标准和依据。全球的医疗费用支付者都在开始利用疗效数据，向基于疗效竞争转变，创立新的报销模式，越来越多地把“价值”作为赔付的主要标准。近年来疗效标准化测量和基于估时作业成本法进行成本测量的发展，推动了按价值支付方式的实现。

（三）疗效和成本透明化趋势推动医疗保险支付方式变革

疗效和成本数据的透明化是实现价值医疗的前提。各医疗机构依托透明、优质的疗效数据分析，确定当前的最佳方案，改善临床实践和行为，在不断反馈和学习中实现医疗价值的提升。只有数据公开，才有可能透明竞争，才能让表现落后者感受到压力并促使他们改善，也能让表现最佳者继续保持领先。价值医疗理念也需要患者积极参与决策，医患双方价值共创才能产生好的疗效和较低的成本。随着智能手机和网络的发展，参保人更能获得较为准确的医学信息，具有更大的医疗自主权，也对诊疗疗效和成本透明化提出要求，更加强调没有疗效，就不买单。近年来，全球医疗卫生支出普遍以不可持续的速度快速增长。与此同时，不同医疗服务机构之间的效果差异显著。基于疗效竞争最简单的方式即是通过疗效数据透明度的提高，识别并鼓励最佳临床实践的发展，减少治疗方法的差异，改善平均疗效。因此，在全球范围内控制医疗成本，寻求最佳疗效的背景下，澳大利亚、瑞典、美国和其他国家的外科医生开始利用全国疾病登记的综合疗效数据来识别异常数据并改善疗效，并且疾病登记数据共享进一步从国家层面走向全球层面，如关节置换术登记国际联合会（International Society of Arthroplasty Registries）正在考虑为各国的髋关节和膝关节置换登记建立统一的疗效度量标准。

（四）互联网时代的大数据技术推动医疗保险支付方式改革

过去推进医疗保险支付方式改革的主要障碍之一便是优质数据可获得性以及数据分析技术。除非拥有更优质的数据，并能改进数据分析的方法，否则医疗保险支付改革很难精准发展。互联网+、云计算和大数据等信息技术的发展为医疗保险支付方式的改革提供了技术支撑，将在很大程度上改革和创新医疗保险和医院的管理方式、服务方式以及行为方式。医疗保险和医疗数据作为我国最大的“大数据库”，通过对其深入分析与高效利用，可以找出疾病发生的影响因素、各种诊疗技术的疗效以及各项诊疗项目的标准参考成本，建立医疗质量评价和按病种付费评价体系，为医疗保险支付提供直接的数据服务，全面提升医疗保险基金和医疗资源的利用效率，为参保人提供更多更好更精准的健康医疗服务。

四、建立基于价值的医疗保险支付推动“正和竞争”

正和竞争是指建立在善意、公平、平等自愿和诚实守信基础上的良性竞争，在竞争各方的共同努力下，能够共同促进某一事业的进步，推动社会经济发展。医疗保险支付方式决定着医

院的管理行为、医生诊疗行为和病人就医行为。支付方、提供方和需求方应共同合作，聚焦患者疗效，统筹激励机制，让医疗服务的支付者、提供者、生产商和患者为同一个目标共同努力。支付方应积极探索开发创新的价值导向型医疗保险支付方式，为转型提供经济层面上的支持；医疗服务提供方则需积极采纳疗效评估，依托疗效和成本数据的反馈，不断改善医疗效果；需求方作为健康的第一责任人，应遵循健康生活方式，做好自身的健康管理。

（一）充分吸收医生支持和参与，高度重视临床自主权

医生的决策和行为受医疗保险支付方式的影响较大，而且部分医院采取了把自身的经营任务与医生的收入进行挂钩的做法，由此增加了医疗服务者的道德风险行为。医疗保险管理的竞争应该在疾病层级上，竞争重心在疾病，医保支付方应主动为医院和医生提供指导和循证支持，围绕疾病分析研究以及实践恰当合理的预防、诊疗途径。医生在医疗服务中居于核心地位，医生的行为和获得偿付的方式决定了医疗服务的质量、效率，以及患者的健康产出和医疗服务成本。

只有提供医疗服务的人才能做到改善服务、把控成本、提高疗效。医疗服务是医生有自主选择性的行为，只能引导而不能命令。医疗保险管理部门和医疗机构应慎重考虑医疗保险支付方式对医生临床行为自主性的限制，医生收入与医院相关运营指标相脱钩，避免过度转嫁风险到医生，影响医生对支付方式的满意度，导致激励的异化，使得医生通过信息寻租行为规避风险，严重影响医患关系和医疗质量。因此，医疗保险管理部门应把医生群体纳入医疗保险支付政策制定、医疗保险支付谈判的参与主体范围，深入与医生合作，充分重视医生对支付方式的建议和意见，建立协同的决策机制。只有调动一线医疗人员积极性，参与到支付方式设计和实施中，利用成本与质量等数据支持和推动实施最佳临床实践，才能降低医院医疗服务系统成本，才能减少或不增加患者及其保险人的费用，确保健康结果持续改进。

（二）采取大数据技术分析疾病预防治疗行为的成本效益

我国目前还没有系统的指标标准和信息体系在各医院收集疗效数据，尤其是针对患者的疗效指标和数据。有些医院仍然采用落后的纸质记录，而未使用电子系统，原始数据存在不准确和大面积的遗漏甚至丢失的问题。同时针对患者疗效数据的收集少、数据透明度低，不少国际上认定为核心疗效的数据，在中国很多医院仍未统计。同时医院在患者出院后的回访率有限，患者在治疗后的康复状况并未追踪，导致愈后疗效数据更为匮乏^①。

随着大数据和信息技术发展，充分挖掘和应用大数据，建设智能监管系统，以点带面逐步建立指标体系和数据收集体系，对疾病诊疗项目费用、医生医疗服务行为、参保人员就医行为等进行全方位的监控，探索建立数学模型，基于趋势展开分析。医疗保险部门根据医疗保险费用的病种分布，明确重点关键病种。针对关键病种，采取循证医学方法，做好诊疗技术的疗效评估，主动为医生提供临床路径的诊疗指南，并根据指南测算科学化的医疗费用支付标准。

（三）把健康教育和促进等健康管理行为纳入医疗保险支付目录

习近平总书记指出，预防为主，中西医并重，是对长期以来实践证明行之有效的做法的坚持、

^① 参见夏小燕等：《跨越式发展：价值导向型医疗在中国》，The Boston Consulting Group，2017年。

继承和发展。预防是最经济最有效的健康策略。要坚定不移贯彻预防为主方针,坚持防治结合、联防联控、群防群控,努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务。传统意义上的医疗保险即“小医疗保险”,以病有所医为目标;而“大医疗保险”则超越“小医疗保险”,是能够助力“以预防为主”的大健康格局的形成,逐渐实现“病有良医”,其最终目标是保障国民的健康需求^①。因此,改革医疗保险支付方式,使之倾向于加强预防管理,大力推行预防性医疗服务以降低医疗体系的整体成本,在不增加国家和个人超额投入前提下,最大限度地保障全体居民身心健康。

在健康中国战略的背景下,应把健康教育和促进等健康管理行为纳入医疗保险支付目录^②,优先考虑预防性治疗,促成医疗机构从看病转向维护参保者健康,使医疗保险制度走向健康管理。健康管理是对健康风险因素进行全面管理的过程,重在预防和延缓疾病的发生。通过采取预付制、人头付费等付费方式改革,促使医疗机构积极进行健康管理,减少卫生资源的浪费和医疗费用的开支,获得最大的费用结余^③。根据病种诊疗数据分析,加强预防行为的经济学评价,做好疾病的筛查与预防,建立以参保人历史诊疗记录为核心的个人健康档案,辅助临床医生诊疗,争取实现个人健康档案互联互通,促进检验结果互认,减少医疗资源浪费。

(四) 推进整合式医疗卫生服务, 培育价值文化

我国医疗卫生体系发展不平衡,同一个患者可能会在多家医疗机构就医,而医院之间缺乏数据连接和共享,导致各个医院的数据过于分散,难以全面掌握同一个患者的过往病史和健康需求。推动整合式医疗服务改革,加快推进分级诊疗发展,鼓励整合不同级别的医疗机构,利用医联体,遵循分级诊疗政策,运用远程信息技术打通整个医疗网络。同时医疗机构内部切实转变为真正“以患者为中心”的组织,加强多学科协作诊疗模式,建立价值导向型的评估和激励机制,培育“价值导向”的文化。

医疗保险部门做好医疗保险支付方式与分级诊疗制度的衔接,通过建立医联体在医疗保险支付上的契约关系,积极引导医疗机构按照自身医疗机构的功能定位收治患者,并形成良好的双向转诊,防止推诿病人的问题发生。例如,进一步支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设,明确各类机构医疗服务范围,保障医疗保险目录内药品的供应,让医疗保险基金不仅为治病提供支持,也能更好为全民的防病和身体健康提供支持。

(五) 重视诊疗技术疗效评估, 推动医院间良性竞争

对并发症的报销激励不是一种理性方式,以再入院率、并发症和死亡率等指标为考评指标,注重患者就医体验,围绕患者满意度和患者感受研究疾病病种疗效评价指标,探索以患者感知结果为主的疗效评价分析,结合疾病诊断相关分组技术进行医疗机构诊疗成本测量,加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较,加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估,利用评价结果完善医疗保险付费机制,促进医疗机构提升绩效、控制费用。完善患者数据收集

① 申曙光:《新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展》,《社会保障评论》2017年第2期。

② 李江等:《健康管理的现状与发展策略》,《中国工程科学》2017年第2期。

③ 黄扬、雷震:《医保控费难离健康管理》,《中国社会保障》2017年第6期。

并开展疗效评估, 加快实现数据的共享和透明化。支付方应积极探寻支出与疗效挂钩的合理支付方案, 针对特定的治疗手段或阶段, 将疗效和报销结合起来, 以此奖励那些表现最佳的医疗机构, 实现医院间的对标并推动医院间良性竞争, 通过不断反馈, 进一步提升医疗水平。

(六) 发挥个人健康管理的首席运营官作用

习近平总书记在2016年全国卫生与健康大会上讲到: 教育引导人民群众树立正确健康观, 倡导“每个人是自己健康第一责任人”的理念, 促进全社会关注健康、重视健康, 提升全民健康素养, 促进人民群众形成健康的行为和生活方式。传统生病就去医院治疗, 逐渐开始关口前移, 现在强调疾病防控在社区, 防控在家庭生活, 落实在个人的自我健康管理。离开了个人参与, 有效控费和实现疗效都将不可能成功。

随着医疗成本的上涨, 信息技术的发展和病人知识素质的提高, “4E” (Equipped、Enabled、Engaged、Empowered) 患者^①自然出现, 病人自主权的增加, 过去家庭式医疗方式将发生改变, 从过去被动治病向主动健康转变, 病人成为掌管自己健康的“首席运营官”, 医务人员只是帮助病人实现健康的“首席执行官”^②。科技的发展带来未来数据采集的简单化、随时化, 只有通过病人的主动参与、主动提供, 才能更好地保证疗效, 更好地减少医疗费用, 而医务人员只是协助指导的角色。随着大数据技术助力自动化与智能化的发展, 通过智能技术辅助健康行为的养成, 可以为个体健康管理提供连续、巨量的数据, 也有助于保证居民健康行为的依从性, 比如可穿戴设备定时提醒, 智能药盒等的使用, 都将有助于保证居民的健康行为养成。因此, 重视个人疾病的预防和健康责任, 做好健康宣教, 探索建立个人健康信息档案, 制定居民健康行为支付奖惩计划, 针对不良生活方式的个人采取降低其医疗保险支付额度等措施, 增强个人健康的切身感。

Health Insurance Payment System Based on Value-based Healthcare: Reform and Innovation

Wang Dong

(School of Health Management, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China)

Abstract: With the introduction of China's universal health insurance, the health insurance payment system has been reformed, e.g. the benefit level significantly improved, the payment criteria began to tie to cost and quality, and a range of mixed payment methods applied. But there remain some problems. To solve these problems, it is necessary to establish a value-based health insurance payment system. Based on the

^① Christopher Moriates, et al., *Understanding Value Based Healthcare*, McGraw Hill Education, 2005, pp. 233-248.

^② Eric Topol, *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands*, New York, Basic books, 2015, pp. 10-12.

evaluation of healthcare under the concept of value-based healthcare, this paper proposes to establish a "positive-sum game" of health insurance payment system between payers and providers of healthcare, fully encourage doctors participation, use big data to analyze preventive and curative behaviors, attach importance to the cost-effectiveness of medical treatment, incorporate health education and promotion into the benefit package of health insurance, promote integrated care, and pay attention to patient-reported health outcome and personal health management.

Key words: value-based healthcare; health insurance payment system; competition on outcomes; integrated care

(责任编辑:仇雨临)

