

医疗保险风险 与费用控制研究

YILIAO BAOXIAN FENGXIAN YU FEIYONG KONGZHI YANJIU

孙翠勇 张瑞芹 著



郑州大学出版社

医疗保险风险 与费用控制研究

YILIAO BAOXIAN FENGXIAN YU FEIYONG KONGZHI YANJIU

孙翠勇 张瑞芹 著



郑州大学出版社

郑 州

图书在版编目(CIP)数据

医疗保险风险与费用控制研究/孙翠勇,张瑞芹著. —郑州:
郑州大学出版社,2017. 10

ISBN 978-7-5645-4841-4

I. ①医… II. ①孙…②张… III. ①医疗保险-风险管理-研
究-中国②医疗保险-费用控制-研究-中国 IV. ①D922. 291. 925

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 239470 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:张功员

全国新华书店经销

虎彩印艺股份有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm 1/16

印张:7.25

字数:167 千字

版次:2017 年 10 月第 1 版

邮政编码:450052

发行电话:0371-66966070

印次:2017 年 10 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-4841-4

定价:29.00 元

本书如有印装质量问题,请向本社调换

作者简介

孙翠勇,男,1979年生,山东海阳人,经济学硕士,现为新乡医学院管理学院教师,长期从事教学科研工作,主要研究方向为社会保障、医院管理等,发表论文10余篇,参与项目10余项。

张瑞芹,女,1981年生,河南浚县人,医学硕士,现为新乡医学院护理学院教师,长期从事教学科研工作,主要研究方向为慢性病护理,发表论文20余篇,参与项目10余项。

内容提要

本书主要研究通过政府管理控制快速上涨的医疗费用,减轻医疗保险、个人、社会 and 政府的支付压力。分析医疗风险发生的特点,探讨政府、个人、医疗保险机构和单位在风险控制中的作用,从博弈论、经济学、管理学、社会学等角度入手,分析医、保、患、及政府"三方四体"的关系,并借鉴世界主要国家的医疗保险费用控制经验,对我国医疗保险费用控制提出合理建议。这对缓解医患关系、促进社会稳定、增强国民体质及加速经济发展有着重要的现实意义。

医疗保险费用控制一直是世界各国亟须解决的主要问题之一,然而随着经济的发展、人口学新特征、疾病谱的改变及医学科技进步等,世界各国的卫生总费用呈现快速上升的态势,各国政府、个人、社会及医疗保险的支付负担越来越重,各主体之间的关系也越来越紧张,医患矛盾凸显,伤医事件频发。建立合理有效的医疗费用控制模式,对缓解医患矛盾、稳定社会和促进经济发展有着重要的意义。

本书主要内容有以下几点:①从医疗保险的风险和管理的基本理论出发,分析疾病风险发生的特点,进而探讨政府、医疗保险机构和单位在风险控制中的作用,以寻求解决费用高涨的途径。②通过分析在医疗服务提供过程中医方和患方的行为特点,找出发生道德风险的原因,以激励理论为基础,将道德风险转换为内部风险,以达到控制医疗费用的目的。③通过对医疗保险费用控制难点的分析,找出费用控制难的原因,重点分析医、保、患及政府“三方四体”的关系,深入研究各方的博弈特点,提出相应的策略。④通过对世界上主要国家医疗费用控制的经验分析,为我国的医疗保险费用控制提出合理的建议。

本书的主要结论如下:①由于社会医疗保险是政府举办的强制性的社会保险项目,政府负有平衡风险和确保其长效发展的责任。因此通过发挥政府的行政效率,快速的实现对医疗保险费用的宏观把控。②通过对医疗保险费用控制的博弈分析,医疗保险费用控制可以从四方面入手:对医疗服务需方的费用控制、对医疗服务供方的费用控制、对医疗保险机构的费用控制及充分发挥政府在医疗保险费用控制中的作用。③医疗保险费用的支付方式必须有利于医疗卫生事业的健康发展,决不能以牺牲卫生事业来发展健康保障事业,卫生事业与健康保障事业应相辅相成,协调发展。因此应继续采取总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算等为主要支付方式。④由于道德风险的存在,产生了大量的卫生资源浪费,因此强化对医疗保险中的道德风险的控制势在必行,并且应该加大监督及处罚的力度,只有建立起合理有效的控制机制,才能降低医疗成本并减少医疗保险费用,保证医疗保险制度得以持续发展。⑤健康管理是最具有成本效益的措施之一,以较少的资源投入和占用,提供数量多、质量好的医疗保健服务,从而提高整个人群的健康水平及健康管理实践;充分发挥健康管理对医疗保险费用的控制作用,构建合理的健康管理 with 医疗保险的对接模式,这对不断拓宽医保面和保持医保基金的平衡具有重要意义。

本书稿是健康中原研究院研究成果之一。

本书在写作过程中参阅了国内外众多相关著作和最新的研究成果,以参考文献的方式列出,在此向学术界的同仁表示衷心的感谢!

由于作者水平有限,该书中难免有疏漏和不足之处,敬请各位专家和读者批评指正。

作 者

2017 年 6 月

目录



第一章 概述	1
第一节 研究背景和意义	1
第二节 文献综述	3
一、国外研究现状	3
二、国内研究现状	4
第三节 研究内容和方法	6
一、研究内容	6
二、研究方法	7
第二章 风险及其规避	8
第一节 风险相关概念及分类	8
一、风险的本质	8
二、风险的分类	10
第二节 风险的规避	11
一、规避	11
二、防损与减损	11
三、自留	11
四、转移	12
第三章 医疗保险	14
第一节 医疗保险定义、分类及意义	14
一、医疗保险的定义	14
二、医疗保险分类	14
三、医疗保险的基本特征	16
四、医疗保险的意义及其作用	16
第二节 医疗保险的特点及功能	17
一、社会医疗保险的特点	17
二、社会医疗保险的功能	18
第三节 医疗保险费用控制相关理论	18
一、大数法则与保险	18

二、医疗保险需求及供给理论	19
三、博弈论	19
四、控制论	20
第四章 医疗保险风险管理	21
第一节 医疗保险管理理论	21
一、医疗保险管理的基本原理	21
二、医疗保险管理的职能	22
三、医疗保险法	22
四、医疗保险监督	23
第二节 医疗保险管理体制	24
一、医疗保险管理体制的概念	24
二、医疗保险管理体制的几种模式	25
三、我国医疗保险管理体制的新选择	26
第三节 医疗保险机构管理	27
一、医疗保险机构的概念	27
二、医疗保险机构的职能	28
三、医疗保险机构的设置	29
第四节 政府职能	30
一、政府管理医疗保险的方式	30
二、政府在医疗保险中的职责	31
三、政府在医疗保险中的作用	32
第五节 参保单位管理	33
一、分类	33
二、地位和作用	33
三、管理	34
第五章 我国医疗保险的医疗服务提供	36
第一节 提供医疗服务的形式	36
一、分级分工医疗服务	36
二、各种医疗制度的医疗服务形式	37
第二节 对提供方的选择	38
一、公费医疗对供方的选择	38
二、劳保医疗对供方的选择	39
三、医疗保险对供方的选择	39
第三节 供需双方关系的确定	39
一、我国医疗保险中供需双方关系确定的本质	39
二、我国医疗保险中供需双方关系确立的主要形式	40

三、国外供需双方关系确定的新趋势	40
第六章 我国医疗保险费用支付	42
第一节 医疗保险费用支付概述	42
一、医疗保险费用支付的概念	42
二、医疗保险费用支付的作用	42
三、医疗保险费用支付方式的分类	43
第二节 被保险方的支付方式	44
一、起付线	44
二、按比例分担	45
三、封顶线	45
四、混合支付	46
第三节 供方的支付方式	46
一、按项目付费	46
二、按服务单元付费	46
三、按病种付费	47
四、按费用分类付费	47
五、按人头付费	47
六、总额预算制	48
七、按以资源为基础的相对价值标准偿付	48
八、按资源利用组Ⅲ偿付	48
第四节 我国支付方式的选择	49
一、我国医疗保险费用支付方式的现状	49
二、国际医疗费用支付方式的发展趋势	50
三、我国医疗费用支付方式的选择	52
第七章 我国医疗保险费用控制	55
第一节 医疗保险费用控制的历史过程及特点	55
一、医疗保险费用控制的历史过程	55
二、我国医疗费用的特点	57
第二节 我国医疗保险费用控制方面存在的问题	59
一、我国医疗保险费用控制存在的问题	59
二、我国医疗费用上涨原因分析	61
第三节 我国医疗保险费用控制的难点	62
一、自然垄断与价格刚性	62
二、信息不对称导致的诱导性需求	63
三、医疗保险领域的道德风险	64
第四节 我国医疗保险费用控制难的原因分析	65

一、影响医疗费用上涨的因素	65
二、医疗费用的控制策略	66
第八章 医、保、患以及政府“三方四体”关系的博弈分析及策略研究	69
第一节 政府、医疗保险机构、参保者、定点医院之间的博弈分析	69
一、政府和医疗保险机构间的博弈	69
二、医疗保险机构和定点医院间的博弈	70
三、参保者和定点医院间的博弈	70
四、医疗保险机构与参保者间的博弈	70
第二节 基于多方博弈基础上的策略研究	71
一、建立医院、患者、医疗保险机构以及政府的和谐互动机制	71
二、采取多种支付方式,完善医疗保险费用结算办法	71
三、建立合理的奖惩机制	71
四、建立信息公开制度	72
第九章 医疗保险中的道德风险及其规避	73
第一节 医疗保险中的道德风险	73
一、医疗保险领域道德风险的表现形式及特点	73
二、医疗保险领域道德风险的成因	75
第二节 医疗保险中道德风险的影响及规避	76
一、医疗保险领域道德风险的影响	76
二、遏制医疗保险领域道德风险的路径选择	76
第十章 国外医疗保险费用控制的经验及启示	78
第一节 美国管理式医疗保险制度及费用的控制机制	78
一、付费方式上的控制	78
二、保险机构的成本控制	79
三、保险机构对医疗服务的监管	79
四、用强大的管理信息系统对医疗费用进行控制	79
第二节 德国社会医疗保险制度及费用的控制机制	80
一、政府干预的控制策略	80
二、医药分离制度	80
三、严格的药品监管制度	81
第三节 日本全民医保制度及费用的控制机制	82
一、按月收入分级的保费	82
二、应对老龄化加剧的对策	82
第十一章 我国医疗保险费用控制对策研究	84

一、宏观调控与微观控制相结合的原则	84
二、长期控制与重点控制兼容的原则	84
三、供方控制与需方控制并举的原则	84
四、自觉控制为主强制控制为辅的原则	85
五、控制求发展的原则	85
第一节 强化对医疗保险费用的宏观控制	85
一、国家宏观政策控制	85
二、省级以及统筹地区政府宏观政策控制	86
第二节 强化对医疗保险四方的控制	88
一、对医疗服务需方的费用控制途径	88
二、对医疗服务供方的费用控制途径	89
三、医疗保险机构费用控制途径	91
四、政府在医疗保险费用控制中的作用	92
第三节 强化对医疗保险费用支付方式的改革	93
一、选择支付方式的基本依据	93
二、医疗被保险方支付方式的选择	94
三、医疗保险方支付方式的选择	95
第四节 强化对医疗保险中道德风险的控制	96
一、医疗保险需方	96
二、医疗服务提供方	96
三、医疗保险机构	96
第五节 强化健康管理对医疗保险费用的控制	97
一、做好健康管理的基础性工作	97
二、强化健康管理的费用控制手段	97
三、构建健康管理与医疗保险的对接模式	98
参考文献	100

第一章 概 述

第一节 研究背景和意义

医疗保险费用,从广义上来理解,是指参保人患病后发生的医疗费用总和。医疗保险费用控制则是医疗保险费用支出管理的一项重要手段。控制的对象是医疗保险范围内的各类医疗费用,控制的目的是为了最大限度地实现医疗保险保障基本医疗的宗旨,维护参保人员的基本权益。我国自 1995 年起,在镇江市、九江市“两江”开始进行城镇职工基本医疗保险试点工作。1998 年 12 月国务院颁发了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,我国社会医疗保险制度改革由此全面展开。截止到 2015 年底,全国参加城镇基本医疗保险人数为 66 581.6 万人,全年基本医疗保险基金收入 11 192.9 亿元,支出 9 312.1 亿元,年末基本医疗保险基金累计结存 12 542.8 亿元。2015 年为 40 974.64 亿元,比 2014 年的 35 312.4 亿元增长 16.03%,卫生总费用占 GDP 的比重也由 2014 年的 5.48% 上升为 5.98%。我国卫生总费用呈现快速上升的态势,减少不必要的卫生资源浪费,减轻病人的疾病经济负担,节约医疗保险费用,已经成为我国政府当前急需解决的问题之一。

2017 年 6 月 29 日,国务院办公厅印发的《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》要求,2017 年起,进一步加强医保基金预算管理,全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。到 2020 年,医保支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务,按项目付费占比明显下降。

医药卫生体制改革、医药流通改革和医疗保险制度改革的目的是减轻患者负担,解决“看病难、看病贵”的问题,控制医疗费用不合理持续增长的发展势头。自新医改以来,虽然取得了一定成效,但“看病难,看病贵”仍然困扰着很多的家庭,医疗费用带来的负担仍然是我国尤其是慢性病家庭的主要负担之一。医疗保险费用控制是世界难题,一直是国内外学者研究的重点和难点。

一、建立医疗保险费用控制机制是医疗保险制度本身正常运营和可持续发展的需要

我国社会医疗保险有三个最基本的特点,即强制性、有限福利性和共济性。而有限福利性和共济性两个特点是相互衬托、互为基础的,有限福利性体现在确定保险补偿待遇的享受是根据提供而不是根据需要来确定,也就是保障基本医疗。风险共担是在福利性特点的基础上,体现国家、单位和职工个人在保障职工基本医疗的过程中所承担的责



任。按常规而论,人的一生中健康最重要。人生投资中健康投资最重要。而事实上以往职工个人对自己的健康投资却是很少的,国家和用人单位承担了大部分的责任。因此在进行医疗保险制度过程中,必须建立合理的费用控制机制,合理地掌握好福利和共济的“度”,以确保医疗保险制度长效发展。

二、建立医疗保险费用控制机制,是确保医疗保险基金收支平衡的重要措施

基本医疗保险的一项重要原则就是“以收定支、收支平衡”,这也是判定一个统筹地区医疗保险运营是否正常的唯一标准。我国的医疗保险作为一项社会医疗保障制度还处于初始阶段,新型的医疗费用风险共担机制尚处于摸索阶段,相当脆弱,作为一种国民的普遍意识还要相当长一段时间的努力。所以,较多的统筹地区都以一个年度为医疗保险结算年,要求当年度医疗保险基金能够基本平衡,尤其是社会统筹基金。这样逐年积累,稳步发展,以求逐步完善。这其中,有效的医疗保险费用控制机制发挥着积极的作用,是确保医疗保险基金收支平衡的重要措施。

三、建立医疗费用控制机制是处理好医、患、保三方关系,维护参保人员权益和社会稳定,构建“和谐社会”的重要保证

医院、患者参保人员、医保经办机构是三位一体的互为牵连的又具有不同利益的矛盾体,在利益的获得上既相互依赖又互为矛盾。医院本着救死扶伤,一切为病人的宗旨为患者提供所能提供的医疗服务,同时又通过对患者的服务获取最大限度的收益;而作为参保病人,他一方面要求得到最好的医疗服务,以求尽快恢复健康,同时又希望得到最高的医疗费用补偿,尽量减少本人的负担,这又是一对矛盾;医疗保险经办机构介于二者之间,是矛盾的载体和调节者,既要保障医院的利益,又要切实维护好参保人员的基本权益,特别是在现阶段病人被动接受医疗服务较普遍的情况下,规范好医院的医疗行为,维护好职工的权益显得尤为重要,在这里,有效的费用控制同样发挥着重要的作用。

四、建立医疗费用控制机制,是积极推动“三改同步”,真正建立独立于企事业单位之外的社会医疗保险制度的必须途径

我国的社会医疗保险制度尚处于初始阶段,很多配套制度尚不完备,尤其医、药两个方面的配套改革需进一步加大力度。三项改革保持同步重要性。但由于多重原因,三项改革不同步,特别是医疗机构改革医疗及卫生体制改革的主要内容相对滞后已成事实,在此前提下,建立有效的费用控制机制,规范医疗服务管理,确保医疗保险正常运营,不失是一个重要的保护措施。

控制医疗保险费用成为当今世界各国,尤其是中国面临的重要问题和难题。因此,开展医疗保险费用控制研究,构建医疗保险费用控制机制,有效控制医疗保险费用,使广大居民获得最大限度的医疗保险待遇,不仅具有重要的理论价值,而且具有重要的现实针对性。

本研究旨在运用疾病风险理论、医疗保险需求与供给理论、大数法则理论、博弈论、

控制论、健康管理理论等相关理论对医疗保险费用控制的必要性进行系统分析和研究,运用博弈论的方法分析医疗保险系统内各方之间利益分配的动机和决策,运用多元线形回归模型,分析需方、供方和医疗保险费用的关系,找出影响医疗保险费用的主要因素,以及医疗行为中的道德风险发生机制及规避途径,在对国外医疗保险费用控制经验借鉴的基础上,提出我国医疗保险费用控制的原则和对策。

第二节 文献综述

一、国外研究现状

欧美等发达国家多年来一直在进行转变医疗、护理支付方式的改革,预付制和其他支付方式的混合是欧美许多国家近年来支付方式改革的发展方向。如欧洲各国在医疗保险领域实施了各不相同的 PPS 预付费制度。美国的医疗保险支付领域更趋向于预付制,美国最早在医疗保健计划中,于 1983 年和 1992 年分别采取疾病诊断相关分类 (Diagnosis-related groups, DRGs) 和以资源为基础的相对价值标准 (Resources-based relative value scale, R-BRVS) 等支付方式。美国计划在老年人护理中引入 DRGs 支付方式,使其成为老年护理新的基本支付方式。可见,按诊断相关分组预付费支付制度 (DRGs-PPS, Prospective Payment System Based on Diagnosis Related Group System) 是欧美国家较崇尚的支付方式。很多欧洲国家都在研究和实施 DRGs 分类系统,如爱尔兰。

很多国外学者积极展开对于支付方式的进一步研究,寻求更优的支付效果。Jean L. Freeman 修正了 DRGs 分类系统,他使用了一个更精确的“附加诊断法”,来计算较为严重的疾病,并将并存病和并发症计算在内。在修正后的精确模型下,不同类别的病人是可区分的,即普通类别病人和附加诊断类别病人能够易于区分。其数据来源与一家巴塞罗那的医院,作为对比数据结果的参照数据则来自挪威和英国的出院病人统计信息。Gemma B. W. Voss 基于成本会计系统的方法评估 DRGs 在临床实践中的影响以及解释不同时期改种支付方式变革的原因。他们使用成本方差分析法并选取从 1993—1994 年的一个整形外科机构的会计数据,他们指出当分析临床预算时,DRGs 成本会计方法是有用的,运用 DRGs 成本会计法能有效帮助医院管理者和医务人员解释在临床医疗照顾过程中,存在于医疗费用和经济之间的成本差异。Peter J. Huckfeldt, Neeraj Sood 等对比了按服务付费方式和分级支付方式 (episode-based payment) 改革对家庭保健机构的不同影响,始建于 1997 年的家庭保健机构过渡支付系统能够同时降低这两种支付类型的支出费用。该文章研究出一个在两种支付方式的使用和支出上均适用的适度增长方式,并发现一个在本质上影响再住院和死亡率相关政策的原因。

但是,仍有欧洲国家对一些新兴的支付制度,如 DRGs 支付制度持否定态度。自 2003 年起,每个在德国医院住院的病人将被预先垫付住院费用,费用的垫付依据是诊断相关分组制度。改革前的德国医疗基金体系是由部分按日结算和部分按病种结算组合而成,按诊断相关分组垫付费用的支付方式的引入是为了增加医院的效率。此次改革可



以被看作是德国政府尝试直接效仿他国的政策。自从对病人的治疗费用没有了严格的整体预算约束,诊断相关分组支出制度是否真正能够减少医院的所有支出还不确定。同时,人们认识到,疾病诊断相关分组支付制度在德国的引入可能并不是建设德国医疗保险体系的最后一步,改革的方式、范围和时间均表明改革没有成功,改革反而牵扯出更多的问题,需要进一步改革。在法国,为达到提高公立和私立医院在支付上的效率、透明度、公平性的目标,在2004—2005年,所有医院均引入了基于DRGs的支付系统来应对急诊服务。但是由于政策实施过程中遇到的问题,使得供方对此系统持越来越批判的态度。Christian Müller Dahl, Line Planck Kongstad在使用2008—2010年间丹麦行政数据的分析DRGs的支付时,发现再入不同医院,所产生的医疗成本显著增加。

目前,许多国家也都在积极寻找既能合理控制医疗费用增长,又能激励医疗机构提高效率的支付方式,医疗保险支付方式的改革创新能够使得医疗费用支出达到医疗参保患者和医疗保险制度提供者均能接受的合理价位。按DRGs是近年来国际上较为流行的支付方式改革方向,早在1997年,韩国就尝试实施了按DRGs的支付方式。美国DRGs支付方式的改革更关注价格,他们创造性地提出了“医疗保险价格”的新概念,把控制医疗价格放在核心的地位上。经历了数十年几乎不间断的改良,法国创立了符合本国实际国情的较为成熟的医疗卫生体系。我国目前的按服务项目付费(free for service, FFS)的支付方式与DRGs支付方式比较,其节省费用的效率差距甚大。

二、国内研究现状

从宏观上控制医疗费用有多种方式,涉及医疗保险制度设计、医疗服务系统建立、医疗机构监督管理、医疗保险供需矛盾等领域;结合实际医疗保障制度设计是政府追求的政策设计目标,它能够在社会分配层次平衡公平与效率。医疗费用价格上涨严重影响了群众的就医,其中,不合理收费、小病大看等现象,给群众的就医带来巨大困扰。改革医疗保障管理体制,建立更加合理的医疗服务系统,政府应倡导多级别、分层的医疗系统构建、细分医疗市场,减轻定点医院的诊疗负荷,保障程度不同的参保病患享有相应的治疗;公立医院财政补偿机制的健全是控制医疗费用过度支出的根基,是达到全民医疗目标的必要条件。

供需矛盾的化解有利于扫清控制医疗费用的障碍,从而着力于具体政策的制定和措施的落实,从控制支付方式的角度控制医疗支出费用。政府就是通过政策的出台来调节供需方矛盾,医疗政策的制定实施是一个发展的过程,更细化、更有效的政策依赖旧问题的逐步解决。合理、稳定的卫生筹资渠道,是获得稳定医疗基金收入的必要条件,当医疗卫生基金收入稳定、可持续,那么,就为稳定、可靠的基金支出提供前提。稳定可靠的支出基础,是保障基金合理、可持续运行的根本,是从源头控制支出的有效手段。在卫生筹资稳定的基础上,利用医疗机构互相之间的竞争机制达成最优的医疗基金配置结果,可以提高基金利用效率,控制基金支出。多方医院共同竞争、共同发展是必然趋势,仅仅依赖大型定点医疗机构提供大部分医疗服务,不能满足未来城市居民就医需求。医保机构监督医院不规范行为是弥补医疗保险领域信息不对称先天缺陷的有效方式,监督供方医院能够比监督需方参保人得到更有效、更具补偿性的结果。

以控制支付方式为杠杆调控医疗费用、降低医保基金不合理支出是从微观角度控制医疗基金的有效方式。我国目前普遍实行的后付制支付方式,存在的弊端已较为显著,后付制向预付制的转变是大势所趋,因为单独运用两者中的任意一种方式来配置医疗资源,均见效较差,只有兼有两方优势组合而成并考虑地方实际的支付方式,才具有更好的控制费用作用。例如,门诊等简单病患的支付方式设置为后付制,而住院、大病等较为复杂的病患设置为预付制;此种方式设定可以有效控制住院支出的膨胀,保障门诊病人的就诊量,从而起到控制医疗费用和保障基本医疗的作用。预付制存在的缺陷——道德风险,是影响参保患者服务享有质量的一大障碍:当医疗机构在获得 21% 的成本补贴、相应的实施成本补贴的患者比例是总参保患者的 28% 时,患者和医疗保险机构将可以避免医疗服务机构的“道德风险”问题;在平衡控制医疗基金支出和避免医疗机构道德风险的原则下,混合支付方式是一种较优的选择,它对医疗服务机构存在着一种正向激励作用。

复合型的支付方式取代传统的单一支付方式是医疗保险支付方式改革的必然选择之一。为提高医保覆盖范围,政府必须寻求减少不合理医疗费用支出的出路,复合支付方式能够减少医疗费用支出,它不仅是降低患者费用负担也是降低医院诊疗负担一种相对简便的手段。医疗保险机构如何确定在医疗机构超出预付额时的成本补贴额是混合支付所面临的困难。

政府政策建议各地医疗保险机构根据实际,寻找多种辅助支付方式,例如按“病种”和“人头”来支付。按病种支付方式虽然可以有效控制医院的不规范行为、防止道德风险,但是此种制度设计复杂,一些类别的特定病例组合存在着明显的缺陷,这些特定的病例组合一旦进入高度编码情形,医疗服务机构的风险系数就会大幅提高;为了降低“医、患”面临的高编码风险,医院及保险机构应着重对特定病例组合的特征、医疗市场背景以及制度控制力度这三个方面进行改革、重构。按人头支付方式也存在着不足,王晓燕提出了三种费用控制修正方案:调节统筹账户和个人账户间的比例方案,总额预付制度方案以及按人头支付制度方案。其结论是统筹账户比例上升为 5.4%,个人账户比例下降为 2.6% 时,系统对医疗保险费用控制作用较好,总额预付制能够较为迅速地控制医疗保险费用,而按人头付费制度在我国的实施应多加考虑。

我国各城市都在根据自身的情况积极开展复合支付方式的探索,不同的试点区域得到的实施效果各不相同,在我国江苏省,镇江市探索实施了“总额预算和按病种付费的组合支付方式改革,其中按病种支付方式只包括部分病种,基金的结算方式遵循“弹性结算”的原则,该改革取得了控制不合理医疗支出、改善参保群众健康的良好效果,但是“镇江模式”费用控制效果仍较粗放,需探索精细化的控制手段,改进费用结算方式、质量管理指标构建、多方谈判机制组合和预算管理办法。江苏省淮安市进行了“病种分值结算”的付费模式改革;深圳市在总额预付的基础上,着重分期预算和结算管理,引入奖惩制,鼓励院方间的竞争。

医疗卫生基金长期支出依赖于稳定的、可持续的基金收入,稳定的基金收入又需要多方支持。首先,保证参保职工上缴规定的医疗基金是基金运营的根基。其次,探索多种方式支持基金收入,如将彩票收入按一定比例充入医疗保险基金账户,用司法罚款补充医疗保险基金额度。足够的基金是保持基金长期可持续的保障,而基金在能否在长期