

多层次医疗保障体系视角下多方共付机制的建立探讨*

徐志浩^①, 王 健^①

摘要 随着我国大健康环境的变化, 人民群众的健康保障需求不断增长, 以基本医保为主的单方支付体系既要“保基本”, 又要促进产业创新, 同时还要兼顾大健康管理以提升健康水平, 供需杠杆面临着失衡的风险, 亟需创新治理体系, 构建多层次医疗保障体系, 以实现多方共付机制的建立和完善。在多层次医疗保障体系视角下探讨单方支付模式的现状和困境, 并对多方支付机制进行必要性和经济学分析, 有助于为今后推动多层次医疗保障体系建设和医保协作治理发展提供参考。

关键词 多层次医疗保障体系; 单方支付; 多方支付; 大健康

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** C **文章编号** 1003-0743(2023)02-0030-04

Discussion on the Establishment of Multi-payer System from the Perspective of Multi-level Medical Security System/ XU Zhi-hao, WANG Jian//Chinese Health Economics, 2023,42(2):30-33

Abstract With the changes of general health environment in China, the residents' demand for healthcare keeps growing. The single-payer system mainly comprises of basic medical insurance not only covering the basic demand and promoting industrial innovation, but also taking into account the general health management to improve the health level. The demand and supply leverage of medical security are facing the risk of imbalance. It is urgent to innovate the governance system and construct a multi-level medical security system to establish and improve the multi-payer system. Based on the perspective of multi-level medical security system, the current situation and dilemma of single-payer system are discussed. Analysis of the necessity and economics of multi-payer system are conducive to provide references for promoting the construction of multi-level medical security system and the cooperative governance and development of health insurance in the future.

Keywords multi-level medical security system; single-payer system; multi-payer system; comprehensive health

First-author's address Dong Fureng Institute of Economic and Social Development, Wuhan University, Wuhan, 430072, China

Corresponding author WANG Jian, E-mail: wangjian993@whu.edu.cn

根据《“健康中国2030”规划纲要》, 到2030年, 我国健康产业规模将显著扩大, 健康保障治理体系将进一步提质增效, 今后的健康保障工作将通过向大健康管理理念的转变, 更加关注人民群众的健康需要, 更加注重人民群众的健康素养, 更加重视转变人民群众健康生活方式。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出构建以基本医疗保险为主体, 医疗救助为托底, 补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障体系。这主要是因为一方面, 老龄化加速、低生育率、基本医保资金有限的健康大环境正在发生变化。另一方面, 创新技术日新月异, 新时代人民群众日益增长的多元化的医疗服务需求对我国医疗保障体系创新提出更高要求。无论是从国际经验还是结合我国实际来看, 医疗市场中任意一方支付者都难以仅靠自身力量满足价值医疗和战略购买的要求, 创造更大的健康收益^①。本研究从多层次医疗保障体系角度分析单方支付的现状和困境, 以及多方共付机制的经济学框

架, 从而推动我国协同医保机制的建立和完善。

1 单方支付的现状和困境

在我国的现行机制下, 基本医疗保险始终是健康保障领域的最大医疗服务购买方, 2021年基本医疗保险基金(含生育保险)总收入、总支出分别为28 710.28亿元、24 011.09亿元, 2019年职工医保的实际住院费用支付比例为75.6%, 居民医保的实际住院费用支付比例为59.7%。医保准入决策的目标是全社会健康水平的最大化, 若个人的健康以质量调整生命年(QALYs, Quality-adjusted life years)来衡量, 则全社会的健康以QALYs的总和来衡量, 基本医保基金在可负担范围内选择购买能产生更多QALYs的卫生干预手段, 以期达到全社会健康水平的最大化。若整个医疗体系中只有基本医保作为支付方去购买医疗服务, 则称其为单方支付体系(Single-Payer System)^②, 准入报销决策主要参考成本效果分析和预算影响分析的结果。下面以排名表法(League Table Approach, LTA)和边际预算影响法(Marginal Budget Impact, MBI)来阐释单方支付模式面临的瓶颈。

1.1 单方支付造成的健康损失

LTA可用于确定最优分配方式, 包括根据医疗服务购买的最高价值进行干预, 直到可用的预算耗尽^③。单方支付造成的健康损失来源于两个方面。一方面, 假设一个医疗服务体系内有7个按ICER值比大小排序的

* 基金项目: 泰康溢彩公益基金年度资助课题项目。

① 武汉大学董辅初经济社会发展研究院 武汉 430072

作者简介: 徐志浩(1997-), 男, 博士在读; 研究方向: 健康经济学和卫生政策; E-mail: 2022106270020@whu.edu.cn。

通信作者: 王健, E-mail: wangjian993@whu.edu.cn。

医疗服务单元 (Medical Service Component, MSC), 详见表1。在既定的基金预算下, 只能购买最具有经济性的A、B、C、D四个MSCs, 此时预算影响为5.75亿元, 获得的QALYs数量为16 500个。而E、F、G三个MSCs即使具有经济性, 基本医保基金也没有足够的购买能力, 故被排除在待遇清单外, 详见图1。若没有其他资金对E、F、G三个MSCs进行支付购买, 其能产生QALYs变成了健康损失, 例如没有纳入医保报销的高值罕见病药品造成患者难以负担而主动放弃治疗导致的生命年损失。

另一方面, E、F、G产生的健康溢出效应 (Spillover Effect) 可提高人群的健康水平, 减少医保基金的支出。根据culyer的“书架”模型 (Bookshelf Frame)^[4], 以“书架”的高度代表健康收益 (以影子价格表示), 厚度代表成本, 由此可将MSCs由大到小排列成类似书架的形状, 详见图2。单方支付下, 医保基金只能购买预算线以内的MSCs, 在预算线之外的MSCs若能被其他支付方购买, 从整个社会视角而言, 能产生更大的健康收益 (图2中蓝色部分) 并以健康外溢的方式使基本医保受益。例如初级保健、疾病筛查、健康教育等预防性卫生干预的投入在未来可减少危急重症发生率^[5-6], 降低医保基金的支出。但我国的卫生系统各部门的权责边界十分清晰, 医保部门往往不认为这些工作应该由其承担, 所以并不主张将基金投入到这些领域, 造成了健康损失 (图2中黑色部分)。

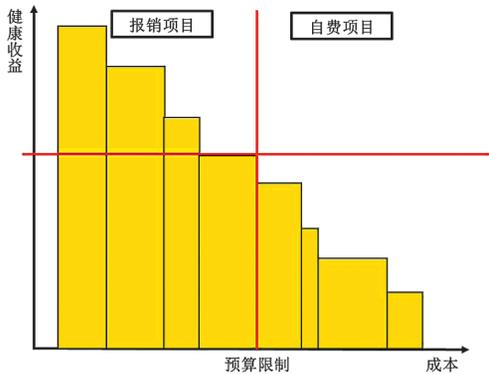


图1 医疗服务单元购买“书架”模型

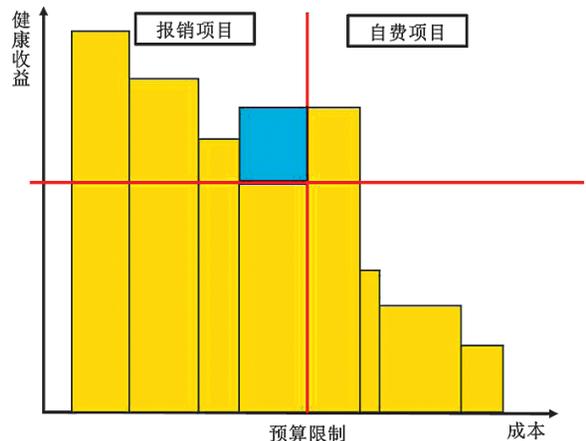


图2 单方支付下医疗服务单元购买造成的健康损失

1.2 经济性和预算约束的取舍

MBI可用于分析单位预算投入的产出变化, 即影子价格 (shadow price)^[7], 反映的是医疗资源每投入一单位所得到的健康收益。表2中列举了ABC三个已纳入报销的MSCs和一个待决策的D, 以及它们的成本和健康收益情况。很明显, D的影子价格高于B, 在预算不变的情况下应将B替换出来, 节省出来的预算对D进行购买。然而, 当D的影子价格不变, 成本大于B的成本时, 不仅要调出B, 也要对C进行支付限制以产生足够的预算来购买D。这时不难发现, C的影子价格高于D, 为了购买D而减少对C的投入是不符合价值购买原则的。故对于购买价值高、成本也较大的MSCs, 经济性和预算约束原则在单方支付模式下可能会产生相悖的决策论断。

表2 可购买的医疗服务单元的成本和健康获益

MSC	成本 (元)	QALYs	排序	影子价格 (QALYs/元)
A	319 970 000	7 000	1	0.000 021 9
B	220 000 000	4 000	4	0.000 018 2
C	100 000 000	2 000	2	0.000 020 0
D	52 000 000	1 000	3	0.000 019 2

2 多方共付机制分析

2.1 多方共付机制的必要性

多方共付机制源于国际上早已有探讨的多部门共

表1 可购买的医疗服务单元的成本和健康获益

医疗服务单元	成本 (万元)	健康收益 (QALYS)	ICER(元)	排序	预算影响 (万元)	健康水平(QALYS)
A	21 900	7 000	31 311	1	21 900	7 000
B	6 900	2 000	34 250	6	28 800	9 000
C	15 100	4 000	37 675	5	43 800	13 000
D	13 700	3 500	39 141	4	57 500	16 500
E	8 200	1 900	43 265	3	65 800	18 400
F	2 700	600	45 669	2	68 500	19 000
G	2 100	400	51 375	1	70 600	19 400

同筹资行动 (Intersectoral Co-financing Action), 即两个及以上的预算制定部门共同为一项或多项干预措施提供资源 (包括资金或实物捐助), 以实现最终结果 (如挽救生命、获得生活质量等健康收益, 或避免艾滋病毒感染、减少传播等特定疾病收益)^[8]。多部门共同筹资行动具有三个不同的功能: 卫生领域中资金的筹集、分担支付医疗费用的财务风险以及购买更多的医疗服务^[9]。事实上, 当前碎片化的卫生筹资和服务提供系统并不重视或优先考虑发挥协同作用的多方筹资体系, 造成一定程度的健康损失^[10]。例如, 1990年至2010年间全球5岁以下儿童死亡率的下降归因于基础设施发展和扩大受教育机会等非卫生部门的投资^[11]。同样, 增加性别平等的方案和政策可以减少疾病风险、提高卫生服务利用率和显著改善健康水平^[12]。然而, 由于资金绩效评估方法的局限性和数据的缺乏, 医保部门很少基于更广泛的社会视角考虑非医疗成本和影响^[13], 其他部门也低估了非卫生投资的健康获益^[14]。

2.2 多方共付机制的经济学分析

基于我国多层次医疗保障体系的特点和现状, 多方共付机制有利于促进构建协同医保, 即围绕医保或是以医保为主线的协同治理。由于具备覆盖全民的属性, 加之运行过程中涉及医疗服务、药品、商业保险等多元利益主体, 医保制度在发展中更加关注多主体的协商合作与共商共治, 并成为了共建共治共享的社会治理格局中的重要组成部分^[15]。未来随着商业健康险、慈善捐赠等多层次医疗保障体系的完善, “1+n”多方共付体系将形成更强大的医疗服务支付方, 推动价值医疗和战略性购买目标的实现, 提高健康保障的公平可及。

多方共付机制的经济学原理是: 在一个由多个MSCs组成的医疗服务系统中, 假设在单方支付模式下, 支付方a的支付阈值为60 000/QALY, 则D不具有经济性, 不考虑纳入报销, 详见表3。但为了不损失这部分健康收益, 在多方共付模式下, 多个支付方a、b、c各按一定比例进行筹资并购买D, 得到的健康收益是不具有可分性的, 为全社会共享, 故ICER值得到很大比例的降低, 满足各支付方在医疗服务购买时的经济性考量^[16], 详见表4。

在宏观层面, 高效的现代化医疗卫生服务治理机制在于以价值为中心、患者健康为导向, 提供高价值的医疗服务, 更加注重人群的远期健康收益。这对一些成本和收益都很高的干预手段而言十分重要, 如Gigi A. Moreno的研究模拟了当商业健康保险纳入对丙肝的治疗后长达20年的健康收益, 结果显示商业健康保险在治疗费用的索赔上总共节省了100亿~140亿美元, 而且当参保人进入65岁并加入Medicare项目时, 商业健康保险的丙肝项目对Medicare产生积极的溢出效应,

在5年内可节省3亿~7亿美元赔付, 在20年内可减少40亿~110亿美元的支出。同样的效应也体现在一些慢病管理、个性化健康促进等项目中, 但这些项目的可及性还有赖于多方共付机制的建立, 因为任何一方都难以承担项目的高额成本。在微观层面, 我国普惠型商业健康险在这方面做了很好的探索, 提高了高值医疗服务的可及性。以“惠琼保(2021版)”的赔付案例为例, 参保人K先生因突发疾病持续住院近8个月, 多次手术治疗, 医疗费用累计超过了140万元, 经职工基本医保和大病保险报销了56万元, 已达当年年度报销封顶线, “惠琼保”累计赔付金额超过77万元。最终, K先生本次的140万元医疗费用仅自付了7万元左右, 自付比例不足总医疗费用的5%。由此可见, “1+n”多方共付模式分摊了疾病的财务风险, 提高了高值医疗服务的可及性。

表3 单方支付模式下可购买的医疗服务单元的成本和健康获益

MSC	支付方	成本 (元)	QALYs	ICER (元)	排序	是否纳入报销
A	a	319 970 000	7 000	45 710	1	是
B	a	220 000 000	4 000	55 000	3	是
C	a	100 000 000	2 000	50 000	2	是
D	a	634 650 000	9 000	70 517	4	否

表4 多方共付模式下可购买的医疗服务单元的成本和健康获益

MSC	支付方	成本 (元)	QALYs	ICER (元)	排序	是否纳入报销
A	a	319 970 000	7 000	45 710	4	是
B	a	220 000 000	4 000	55 000	6	是
C	a	100 000 000	2 000	50 000	5	是
	a	280 959 555		31 218	3	是
D	b	173 640 240	9 000	19 293	1	是
	c	180 050 205		20 006	2	是

3 讨论

卫生领域中资金的筹集、分配和使用和医疗保障水平有着密不可分的关系。我国卫生体系的制度设计和发展沿革决定了基本医保“一家独大”的定位, 保障最广大人民的基本健康权益。新时代背景下, 随着供给侧和需求侧对医疗保障深度的要求逐渐提高, 基本医保基金难以满足人民群众数量大且变异程度高的医疗服务购买需求, 单方支付模式亟待转变为支付能力更强、支付效率更高、支付范围更广的多层次医疗保障体系。

基于此, 本研究重点分析了单方支付模式的现状和困境, 以及多方共付机制的经济学框架。在以基本医保为主的单方支付模式下, 尽管近年来我国医保目

录待遇清单不断扩容，重点优先考虑临床价值高、替代性不强的诊疗项目，但目前我国面临的情况是：疾病费用负担巨大，个人支出占比（35.00%）远高于美国、德国和英国的11.10%、12.50%和14.80%；对于纳入的MSCs需要经过国家集采、准入谈判、DRG/DIP来大幅度降低医保支付价格或进行总额控制，以维持基金可持续性，这在一定程度上不利于对创新药研发的激励。2020年医保目录调整中，42个申报创新药未得到准入报销，2021年国谈新增品种的失败率在20%左右，2021—2020年间FDA批准的433个新药仅有30%在我国获批上市，实际报销比例仅为50%。由此可见，单方支付的预算约束造成了患者的一部分医疗需求没有得到保障，导致了一定程度的健康损失，且在决策上难以满足经济性和预算限制之间的平衡。

解决问题的途径并依靠以增加基本医保的缴费基数和年限为主的财政手段，这不仅将加剧缴费人群的经济负担，而且从医疗卫生体制改革和健康中国战略的角度看，其目标之一是努力构建新时代大健康治理体系，个人是健康的第一责任人，对以疾病为中心、以患者为中心的医学模式的认识转变成以健康为中心的“大健康”模式。所以，多方共付机制是将以商业健康险为典型代表的市场经济手段纳入到多层次医疗保障体系中，这不仅源于全球卫生健康中多部门共同筹资行动的实践，同时也是利用市场竞争手段优化医疗资源配置效率的新公共管理模式（New Public Management, NPM）。一方面，由于健康收益是全社会共享的，故对于原来不满足各方支付意愿的MSCs在成本分摊的情境下变得具有经济性；另一方面，创新型商业健康险具有社商融合的特点，总体产品设计上采用“保本微利”的原则，只要产品设计得足够科学、合理，让覆盖人群的健康水平有所提升，减少危急重症的大额赔付，商保自身就可以得到更大的结余留用空间。同时，健康溢出效应使得基本医保的赔付也减少了，更多的预算可以准入创新技术，使其在医疗机构中得到更广泛的应用和经验积累，实现多方共赢的良性循环。

参 考 文 献

- [1] HUSSEY P, ANDERSON G F. A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform[J]. *Health policy*, 2003,66(3):215-28.
- [2] DONNELLY P D, ERWIN P C, FOX D M, Et al. Single-payer, multiple-payer, and state-based financing of health care: introduction to the special section[J]. *Am j public health*, 2019,109(11):1482-1483.
- [3] CROWN W, BUYUKKARAMIKLI N, THOKALA P, et al. Constrained optimization methods in health services research—an introduction: report 1 of the ISPOR optimization methods emerging good practices task force[J]. *Value health*, 2017,20(3):310-319.
- [4] DRUMMOND M, STODDART G. Assessment of health producing measures across different sectors[J]. *Health policy*. 1995,33(3):219-231.
- [5] REMME M, VASSALL A, LUTZ B, et al. Financing structural interventions: going beyond HIV-only value for money assessments[J]. *AIDS*, 2014,28(3):425-434.
- [6] BAIRD S J, GARFEIN R S, MCINTOSH C T, et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial[J]. *Lancet*, 2012,379(9823):1320-1329.
- [7] THOKALA P, OCHALEK J, LEECH A A, et al. Cost-effectiveness thresholds: the past, the present and the future[J]. *Pharmacoeconomics*, 2018,36(5):509-522.
- [8] MCGUIRE F, VIJAYASINGHAM L, VASSALL A, et al. Financing intersectoral action for health: a systematic review of co-financing models[J]. *Global health*, 2019,15(1):86.
- [9] Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bull World Health Organ*. 2010 Jun;88(6):402.
- [10] 徐志浩, 石秀园, 蒋理添, 等. 深圳市高血压糖尿病门诊用药保障政策实施的影响因素及对策研究——基于扎根理论的质性研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2022,15(5):67-72.
- [11] KURUVILLA S, SCHWEITZER J, BISHAI D, et al. Success factors for women's and children's health study groups. success factors for reducing maternal and child mortality[J]. *Bull world health organ*, 2014,92(7):533-544.
- [12] REMME M, SIAPKA M, VASSALL A, et al. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review[J]. *J int aids soc*, 2014,17(1):19228.
- [13] REMME M, MARTINEZ-ALVAREZ M, VASSALL A. Cost-effectiveness thresholds in global health: taking a multisectoral perspective[J]. *Value health*, 2017,20(4):699-704.
- [14] SANDERS G D, NEUMANN P J, BASU A, et al. Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: second panel on cost-effectiveness in health and medicine[J]. *JAMA*, 2016, 316(10):1093-1103.
- [15] 仇雨临, 王昭茜. 共建共治共享 建设协同医保[J]. *中国医疗保险* 2022(1):1-3.
- [16] REMME M, MARTINEZ-ALVAREZ M, VASSALL A. Cost-effectiveness thresholds in global health: taking a multisectoral perspective[J]. *Value health*, 2017,20(4):699-704.

[收稿日期: 2023-01-03] (编辑: 张红丽)