

整合型支付： 内涵、作用和实现条件*

牛亚冬^{①②}，张亮^③，张翔^{①②}，吴建^④，苗豫东^④

摘要 医疗服务纵向整合是分级诊疗的重要内容，然而现有的医保支付方式的支付对象多为单个医疗机构，对机构间协作的激励不足。文章以“支付方式促进医疗服务体系纵向整合”为出发点，提出了“整合型支付”的概念，即以促进医疗机构间纵向服务连续和功能整合为目标的医保支付方式，并对其作用路径进行了分析，从管理考核、利益分配、薪酬绩效、服务设计、信息建设等几个方面提出了整合型支付的实现条件。

关键词 医保支付方式；医疗服务整合；整合型支付

中图分类号 R1-9；F202 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)06-0005-04

Integrated Payment: Connotation, Function and Realization Conditions/NIU Ya-dong, ZHANG Liang, ZHANG Xiang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(6):5-7,16

Abstract The vertical integration of health services is an important part of hierarchical diagnosis. However, existing health insurance payment methods are mostly paid to individual providers and provide insufficient incentives for inter-institutional collaboration. Based on the point of “payment that promotes the vertical integration of medical service system”, it proposes the concept of “integrated payment”, that is, the health insurance payment aims at promoting the vertical service continuity and functional integration among medical institutions. It analyzes its function path, and proposes the realization conditions of integrated payment from aspects of management assessment, benefit distribution, salary performance, service design and information construction.

Keywords medical insurance payment; medical service integration; integrated payment

First-author's address School of Medicine and Health Management, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430030, China

Corresponding author ZHANG Liang, E-mail: zhangliang@mails.tjmu.edu.cn

卫生服务体系的割裂，医疗机构的纵向竞争，以及医疗服务在纵向上的不连续，是导致医疗资源浪费、卫生费用上涨的重要原因。如何引导医疗机构间纵向合作，实现医疗服务的纵向整合，是当前我国医改的重点和难点^[1]。伴随基本医疗保险筹资标准、覆盖范围和报销比例的提高，医保收入在医疗机构总收入中所占的比重越来越大，医保对医疗机构的服务提供行为的影响也越来越显著，利用支付方式改革来调节供方行为、引导医疗资源配置已经成为学者和管理者的共识^[2]。本研究以“支付方式促进医疗服务体系纵向整合”为出发点，提出了“整合型支付”的概念，并对其潜在作用和实现路径进行了探讨。

1 整合型支付的内涵

医保支付方式是医保部门针对医疗机构为参保者

提供的医疗服务而对医疗机构进行经济补偿的方式，主要包括以下几个要素^[3-4]：支付范围，包括支付的疾病范围、时间范围、服务范围等；支付对象，即向谁支付；支付标准，即支付的额度。常见的支付方式有按项目支付、按病种支付（包括按DRG支付，按DIP支付等）、按床日支付、按人头支付、总额预付等。

整合型支付是以促进医疗机构间纵向服务连续和功能整合为目标的医保支付方式。纵向服务连续^[5]，即患者同一疾病周期在不同医疗机构就诊时，其就诊信息可以得到完整传递并作为治疗依据之一，其所得到的服务是可以前后承接的，不重复的；纵向功能整合^[6]，即不同级别医疗机构之间在服务提供过程中能够主动明确分工，互补功能，减少竞争。因而整合型支付主要包含两种类型：一种主要解决单个患者一次疾病周期内在多个医疗机构就诊时如何支付的问题，可行的一种方式跨机构的按病种支付；另一种主要用于解决不同级别医疗机构间业务竞争的问题，激励其进行明确分工和相互合作，比较熟悉的一种方式是基于医共体的总额预付。根据机构的数量和级别的不同，跨机构的按病种支付也可以分为多个类型（表1），其中跨两个不同级别医疗机构的按病种支付最为可行，即患者同一疾病周期先后在两个不同级别的医疗机构就医时，支付标准明确，且只支付一次。一方面，在两个

* 基金项目：国家自然科学基金项目资助（71673099）；教育部哲学社会科学重大课题攻关项目资助（18JZD044）。

① 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

武汉 430030

② 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心

武汉 430030

③ 武汉大学政治与公共管理学院

武汉 430072

④ 郑州大学公共卫生学院

郑州 450001

作者简介：牛亚冬（1993—），男，博士在读；研究方向：卫生政策；E-mail: nyadong@126.com。

通信作者：张亮；E-mail: zhangliang@mails.tjmu.edu.cn。

以上医疗机构或在两个同级别医疗机构就医的患者病情可能较重，支付标准较难确定；另一方面，这类患者的诊疗过程更为复杂，不确定性较多，机构间分工和利益分配的操作性较差。

表1 跨机构按病种支付的四种类型

类型	机构数量(家)	机构级别
类型一	2	同级别
类型二	2	不同级别
类型三	>2	同级别
类型四	>2	不同级别

与非整合型支付相比，整合型支付具有以下特点：非整合型支付的支付对象为单个机构，整合型支付的支付对象为多个机构，支付的时间范围更广；非整合型支付主要在费用控制方面对单个机构形成激励，而整合型支付旨在激励不同层级的医疗机构进行业务合作，功能互补，进而从系统的角度实现费用和质量的控制。非整合型支付下，一种疾病只有一个支付标准；整合型支付下，为从供方的角度促进患者的双向转诊，鼓励上级医疗机构将普通患者下沉，下级医疗机构将疑难患者及时上转，一种疾病可以设有多个支付标准。详见表2。

总体来看，整合型支付可以降低患者和医保重复支付的风险，促进多机构合作和服务连续，与非整合型支付形成互补，进一步完善医保支付体系，增强医保对供方的引导作用。

2 整合型支付的作用路径

整合型支付通过引导供方行为，使不同层级医疗机构之间可以相互合作，功能互补，进而提高系统服务效率和质量。如图1所示，整合型支付从两个方面对供方行为产生影响，一是促使机构间协同，减少重复服务，提供连续性服务，表现为上下两级医疗机构双向转诊，尤其是“上转下”数量的增加，以及两级医疗机构双向转诊质量的提高，即转诊时间更为及时，转诊前后的服务更为连续；二是促使机构间分工明

确，实现纵向上的功能整合，表现为疾病流向更为合理，即上级医院更多地接收疑难重症患者，下级医院更多地接收轻微疾病患者，上下两级医疗机构之间的服务交叉越来越小。

供方行为改变的直接受益者是患者，连续性服务使得患者在治疗质量不降的情况下实现直接或间接医疗费用的下降，增强患者对医疗机构的了解和信任，使其能够对各级医疗机构在自身疾病方面的服务能力差异有清晰的认识，进而做出更为合理的就医选择。此外，连续性服务过程也可以实现患者就诊意识的培育，改变既往单个机构就诊并由其提供全程服务的观念，使其能够从系统的角度衡量服务过程和服务能力，促进基层首诊、双向转诊的常态化。

伴随患者就医行为的改变、就诊流向的下沉，基层医疗机构的业务量会得到显著提升，资源利用率不断提高，业务收入不断增加，医务人员和医疗设备的价值可以更为充分地实现，机构服务能力得以不断改善，而服务能力的改善则可以进一步促进业务的提升。对于上级医疗机构而言，普通患者的下沉会导致其业务结构和收入结构发生改变，即收治患者减少，但疾病复杂程度总体提升，收入及盈利更多来源于复杂疾病患者，这可以促使其将医疗资源集中投入到疑难杂症中，提高复杂病例的收治能力和服务质量，从而增强业务竞争力，减少患者外流。此外，连续性服务的提供可以加强两级医疗机构的成本意识，促使两级医疗机构围绕提供“互认服务”而开展一系列合作和支持，进而带动基层医疗机构服务质量的提升^[7]。对于医保部门而言，患者就医流向的下沉和区域医疗能力的提升，会使医保资金外流进一步减少，医保资金的透支风险进一步降低^[8]。

总体来看，整合型支付下，供方行为改变所带来的良性结果会进一步激励供方产生更大范围、更深程度的行为改变，医保资金使用效率和安全性的提高也会进一步激励医保部门将整合型支付的覆盖范围进一步扩大，如此形成良性循环。

表2 整合型支付与非整合型支付的对比情况

支付方式类型	支付范围	支付对象	支付标准	供方引导
非整合型支付				
按项目支付	单个服务项目	单个机构	唯一	无
按病种支付	住院期间机构内所有服务项目	单个机构	唯一	控费
按床日支付	单日机构内所有服务项目	单个机构	唯一	控费
按人头支付	一定时期内的所有门诊服务	单个机构	唯一	控费
总额预付	一定时期内机构提供的所有服务	单个机构	唯一	控费
整合型支付				
跨机构按病种支付	住院期间机构内所有服务项目	多个机构	可多样	控费+服务连续
基于医共体的总额预付	一定时期内医疗体系提供的所有服务	多个机构	唯一	控费+功能整合

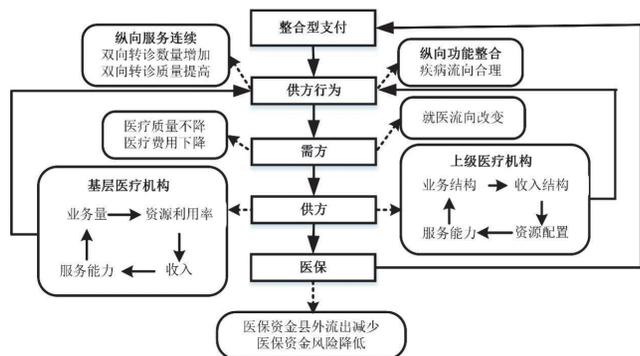


图1 整合型支付的作用路径

3 整合型支付的实现条件

3.1 改革管理考核，减少实施障碍

医保部门和卫生行政部门现有的管理考核制度多是针对单个医疗机构或服务提供者制定的，在一定程度上给医疗机构间的纵向合作带来了阻力，为整合型支付的实施带来了阻碍^[9]。对于患者而言，起付线是根据就诊机构来划定的，不同级别的医疗机构有不同的起付线，当患者同一疾病周期在多个机构就诊时，需要进行多次支付，且每次支付都要重新在起付线的基础上计算自付金额，与单机构就诊相比，自付比例相对提高。对于单个医疗机构而言，服务内容和医疗费用并非均匀分布在整个诊疗过程，当其与其他医疗机构进行合作共同完成患者的诊疗服务时，药占比、检查检验占比、次均费用等指标会发生变化，进而对其考核结果带来影响。因此，为实现整合型支付的顺利实施，医保部门和卫生行政部门必须进行调 整，从管理考核的角度减少医疗机构纵向合作的阻碍，鼓励医疗机构提供连续性服务，鼓励患者利用连续性服务。

3.2 明确利益分配，增强机构动力

整合型支付是通过经济激励，促使医疗机构之间进行服务合作和功能整合，获益的大小会直接影响医疗机构的合作意向和程度。因此，在支付设计过程中，需要对各级机构的分配比例进行精准划分，既要使上级医疗机构在同等工作量下的净收益不降低，甚至提高，强化其技术性收入；也要使基层医疗机构能够在弥补成本的同时，获取一定收益，满足其发展需要。可采用多样化的支付标准来促使医疗机构进行纵向合作，提供符合自身能力的服务，当上级医疗机构不与基层医疗机构进行合作时，可以降低该疾病的支付标准，使其成本效益低于纵向合作时的成本效益。对于基于医共体的总额预算，不仅要明确各级医疗机构的分配比例和方式，同级医疗机构之间的分配方式也需要进行合理设计^[10]，降低业务量或业务收入在结余分配中的权重，从而促进医保结余，实现有“余”可分。值得注意的是，为避免行业纠纷，各级医疗机构应根据自身能力选择合作对象，在明确服务分工和利

益分配后，以签订协议的方式使合作规范化、法律化。

3.3 调整薪酬绩效，激励人员行为

医务人员是医疗服务的直接提供者，医疗机构的服务行为主要通过医务人员的诊疗行为来体现。如果现有的人员绩效不变，那么医务人员在服务过程中也很难按照整合型支付以及连续性服务的要求来调整自身行为，进而影响连续性服务的提供以及整合型支付效果的实现。整合型支付和连续性服务可以为医疗机构的盈利方式带来改变，对于上级医疗机构而言，由于病情一般患者和康复期患者的下转，其业务量会相对降低，但成本效益会得到提高；对于基层医疗机构而言，由于康复期患者的“利润”较小，其成本效益可能会相对降低。各级医疗机构应据此变化对现有的人员薪酬绩效方案进行调整，使医务人员的待遇水平因连续性服务的提供而得到提高，从而激励其提供有质量的连续性服务，主动加强与其他机构医务人员的沟通和合作。此外，支付方式只有具备足够影响力时，才会使医务人员的服务行为发生改变^[11]，因此，整合型支付的疾病覆盖率必须足够大，在医疗机构收入中的占比足够大，这样才能引起医务人员的重视，使其主动调整服务行为。

3.4 合理设计过程，保障服务质量

整合型支付可以促进连续性服务的提供，而整合型支付能否持续则取决于连续性服务的质量。高质量的连续性服务可以实现服务成本的降低^[12]，提高医疗机构的积极性，同时也可以保障患者的结果质量，提高患者的服务依从性，因而在整合型支付的基础上，需要对连续性服务的整个服务过程进行合理设计。技术层面上，需要准确把握转诊指征，确保转诊前后的就诊信息可以完整传递，服务能够完整衔接，两级机构主治医师之间的沟通可以通畅及时，可以根据基层医疗机构的服务能力，设置不同的转诊节点，以避免对患者病情造成影响；在非技术层面上，需要确保患者转诊过程的安全、便捷，以及转诊前后医疗环境的干净、舒适，电梯、空调、厕所等基础设施对患者的就诊意愿有着很大影响。

3.5 重塑信息系统，满足整合需求

整合型支付下，当患者同一疾病周期在不同医疗机构进行就医时，医保部门需要准确识别患者的转诊阶段，判断各机构所提供的服务量，并以此为基础对各机构进行分别支付；医保部门既要对各机构的服务过程进行监督，也要对机构合作的最终质量进行评价。连续性服务下，为实现患者诊疗信息的准确传递以及诊疗过程的完整记录，各级医疗机构的医疗信息系统必须打破平台壁垒，实现互联互通。如果没有信息系统支持，整合型支付和连续性服务会给医保部门

(▶▶下转第16页▶▶)

以市场为主导的药品价格形成机制。

3.2 不同带量集采政策效果优劣取决于“量”和“种”

目前,已有大量文献证实药品带量集采成效显著^[4],但不同的带量集采政策缺乏横向比对研究。根据政策贡献率定量分析,可以看出国家层面的集中带量采购对药品价格下降贡献率最大,其原因在于“量”的优势,集全国的采购量换取最低的价格,使多个人选品种成为全球最低价。其次为省级集采政策,也发挥了较大的价格影响,但省级集采政策对替代品种在降价方面的辐射效应有限,略次于国家层面集采。国家医保目录谈判入围品种虽然单品种降价幅度较大,但整体谈判品种较少,对总体价格下降贡献率较小。重点监控品种无论国家层面还是省级层面,对价格影响均较小,远低于集中采购政策。不同政策对价格下降的影响程度依次为:国家集采、集采扩围品种梯度降价、省级集采、国家医保目录入围谈判和省级重点药物监控政策。可见,不同集采政策效果的优劣取决于两个方面,一是承诺的采购“量”,一是参与谈判的品种“种”数。

3.3 药品集采应进一步扩围并形成梯度降价制度

为进一步扩大政策对降价和降费的辐射,制定药品集采政策时应考虑进一步扩大承诺的采购“量”和参与谈判的品种“种”数。目前,各省份陆续开展的联盟采购就是对扩大采购“量”的一种积极尝试^[5]。同时,一些较为积极的省份对未中选的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药开展梯度降价措施,或与周边省份实施价格联动,在实质上进一步扩大参与谈判的品种“种”数。但相对西药,生物制品和中成药采购进度较为滞后。根据带量集采政策,当市场上原

研药和过评仿制药达到3~4家时,才能触发药品带量集采。由于生物药在制造上往往具有更高的挑战性和更高的成本,对生物等效性试验和其他方面的监管要求更加困难,导致在专利到期后,生物类似药难以进入市场,价格竞争程度不及化药仿制药^[6]。而生物药通常用于治疗慢性病和危及生命的疾病,如癌症、多发性硬化症、类风湿性关节炎等,治疗成本通常很高。从全球来看,生物类似药的使用和价格竞争是未来控制药品支出的重要工具。生物类似药和中成药市场规模合计近6 000亿元,相当于化药仿制药的50%~60%,因此,有必要尽快将其纳入带量采购程序中来,扩大谈判品种数和地区覆盖度,以进一步提升政策效能。

参 考 文 献

- [1] 谢金平,王斌,陈缪丰,等.常州市第二批国家药品集中采购政策实施效果研究——基于双组间断时间序列分析[J].中国卫生政策研究,2022(5):15-25.
- [2] 叶顺萍,康洽福,高锦娟,等.基于药品价格指数的福建省“4+7”政策实施效果研究[J].中国医疗保险,2020(8):35-39.
- [3] 高锦娟,吴秀芳,许云,等.基于医药人员问卷的福建省“4+7”药品带量采购政策实践与建议[J].海峡药学,2021(2):12-15.
- [4] 林燕铭,周娜,韩汶静,等.药品集中带量采购政策药品利用与支出的影响分析[J].中国卫生经济,2022,41(9):13-18.
- [5] 张睿智,乔家骏,毛宗福.我国公立医疗机构药品集中采购现状评述[J].药物流行病学杂志,2019(3):199-204.
- [6] BERNDT E R, NEWHOUSE J P. Pricing and reimbursement in US pharmaceutical markets[C]. Harvard: Harvard University, 2010.

[收稿日期:2023-04-01] (编辑:高非)

(◀◀上接第7页◀◀)

和医疗机构增添较多的工作负荷,因此需要以需求为基础,对现有信息系统进行重塑^[1],使之能够服务于多机构支付和多机构服务协作。

参 考 文 献

- [1] 牛亚冬,张研,张亮.卫生服务整合的实践策略分析[J].中华医院管理杂志,2018,34(8):617-620.
- [2] 应亚珍,李欣芳,曹人元.双重变革:医疗服务体系与医保支付[J].中国医疗保险,2022(6):5-8.
- [3] 牛亚冬,张亮.2009—2018年国内医疗保险支付方式效果评价研究分析[J].中国医院管理,2020,40(7):35-38.
- [4] 张素,王红波,宫佳宁.基于价值的医保支付概念演变、国外探索与中国框架[J].中国卫生经济,2022,41(3):30-35.
- [5] 牛亚冬,张研,张亮.卫生服务整合价值与内容思考[J].中华医院管理杂志,2018,34(7):529-531.
- [6] 王锐,梁旭,马月丹.整合型医疗卫生服务体系功能定位、建设现状与经验[J].中国卫生经济,2021,40(8):9-12.

- [7] 苗豫东,吴建,牛亚冬,等.分级诊疗制度变迁回溯及“十四五”期间的关键政策建议[J].中国卫生政策研究,2021,14(3):1-6.
- [8] 耿铖,王丹,刘春平,等.分级诊疗体系建设中医保支付方式的改革与探讨[J].中国卫生经济,2022,41(8):18-20.
- [9] 张振忠.医保制度发展与公立医院改革[J].中国卫生经济,2022,41(1):1-5.
- [10] 洪蒙,时松和,陈雪娇,等.基于价值医疗的整合型医疗卫生服务体系在医共体建设中应用研究[J].中国医院管理,2020,40(11):25-27.
- [11] 宫芳芳,孙喜琢,李亚男,等.以健康为导向的医保支付方式改革实践研究[J].中国医院管理,2020,40(6):86-88.
- [12] 苏敏,周忠良.医疗联合体及其模式对城市基层医疗服务质量的影响:基于标准化病人法[J].中国卫生政策研究,2021,14(9):41-46.

[收稿日期:2023-03-24] (编辑:张红丽)