

Shifting Incentives: Moving Reimbursement from Volume to Value

轉移誘因：從數量到價值之給付

導讀人 企劃組 莊欣怡

小天使 企劃組 蔡媛婷

2021/12/16



李伯璋署長：

謝謝各位，剛剛我跟名玉在講，因為昨天早上我六點十五分坐太魯閣到台東，下午就坐普悠瑪回台北，普悠瑪是自強號你們知道嗎，所以在台東每一站都停，不過我是很高興，昨天我去了真的是很感動，因為台東那邊偏鄉離島，人家都想說醫師進不來，病人出不去，專科醫師缺乏，他們的確在台東那邊做得很好，我覺得是不錯的一個概念。

今天剛好是花蓮慈濟醫院他們有一本新書，就是花東地區有一些院所做很好的偏鄉離島照護，每個人都寫了很多文章，事實上他們很多人在醫院都有得到醫療貢獻獎，都是一步一腳印把一些事情做出來。那他們昨天跟我說今天要新書發表，所以要有人講話，所以我今天一早七點半就在下面錄影，我都沒有NG哦，因為我腦袋裡面都是他們做得很好。

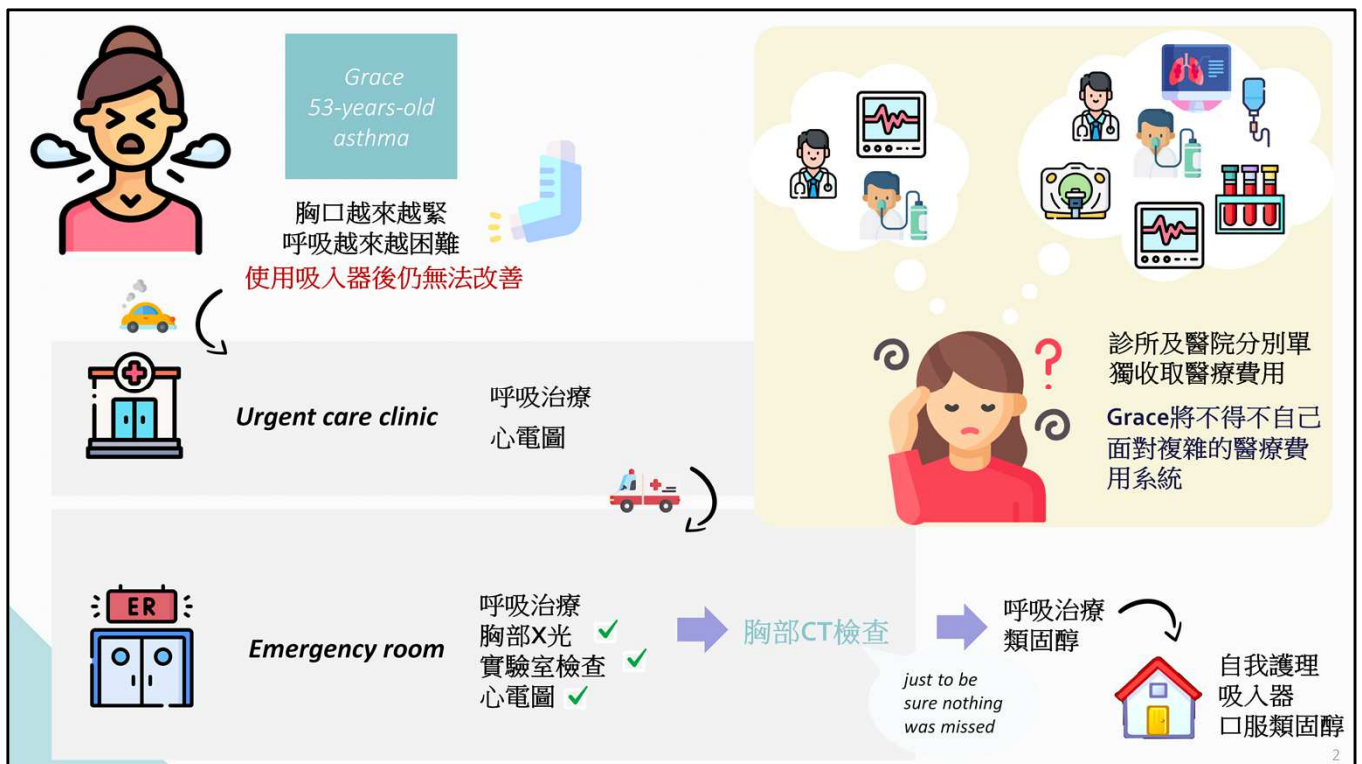
那我們今天很高興欣怡報告，那欣怡也是相當優秀，我們就請你針對這本書做一個分享，那我們開始。

賴淑玲簡任視察：

今天我們是請企劃組的莊欣怡科長，我們的主題是「轉移誘因：從數量到價值之給付」，現在我們歡迎欣怡科長為我們導讀。

莊欣怡科長：

謝謝署長，謝謝各位長官，我第一次站在這裡覺得非常的緊張，因為之前只有在台下看大家，就覺得比較輕鬆。那今天我要為大家導讀的這一章就是叫做「轉移誘因：從數量到價值之給付」，那我今天身為一個企劃組的人，那我要跟各位健保專家討論給付制度的這些說明，讓我感到更加的緊張，那因為作者在裡面的提到很多美國在推動支付制度的各類比較，還有一些研究，那我盡我所能的把內容導讀給大家，那如果有什麼不清楚的或是說不完整，再請各位前輩進行指導。



我們這一章是從一個案例開始，Grace是53歲氣喘病患，有一天，她覺得她的胸口越來越緊，呼吸越來越困難，但她使用了呼吸器之後並沒有獲得改善，於是醫師就幫她叫了救護車，送到鎮上的急診室，那她到了急診室後，急診室的醫師也幫她做了評估，也是幫她做了進一步的呼吸治療，也幫她照了胸部X光，甚至抽血並做實驗室檢查，然後還拍了另一次的心電圖，這些檢查的數據都很正常，但Grace的症狀並沒有得到緩解，於是醫師就決定要幫她拍胸部CT檢查，來確定是不是有任何事情在這過程中被遺漏了，結果她的CT檢查非常正常，也沒有任何異常情形，於是醫師就選擇再給她一次呼吸治療，然後幫她用靜脈注射類固醇的藥物，當她的症狀獲得緩解，醫師就請她回家，給了她在家自我護理的一些建議，也給他家用的吸入器，還有口服類固醇的藥物處方。

這整個過程中，對於Grace來說，只是一次氣喘發作就醫的過程，但是在美國Fee for Service 制度下，不管是診所還是醫院，必須單獨分別的去收取每一項的醫療服務費用，雖然對她來說只是單一事件，但她必須面對的是非常複雜然後繁複的系統，還有一筆很大筆的費用。

Fee for Service 論量計酬



- ✓ FFS **獎勵辛勞醫師**：不吝嗇提供醫療服務，避免因照護病人所生的財務風險。
- ✓ 患者可受不限制選擇醫療提供者(例如，醫師、專業醫療人員和醫院)
--哈佛醫學院經濟學家Micheal Chernew
- ✓ 缺乏共同照護或避免不必要的轉診的**經濟誘因** → **片段式與重複性**醫療服務
- ✓ 目前多以相對**價值單位(RVU)**作為FFS支付的標準，並用於決定醫師服務價值。

CH9：
每項服務都對應RBRVS評分
基層照護，除了醫師診療，其
他的相關服務都不會被支付。

Hamster on a treadmill



3

那這邊作者就開始介紹Fee for Service論量計酬，論量計酬它主要的特色就是醫師只要提供更多的服務，他就可以得到更多的費用，所以在美國哈佛醫學院的經濟學家指出，那在論量計酬這樣的制度，它會獎勵辛勞的醫師，讓他們不吝嗇的去提供醫療服務，而且它可以避免因為照護所生的財務風險，那患者也可以不受限制的去選擇他的醫療服務的提供者。

可是Fee for Service這樣的一個制度，它缺乏共同照護或者是避免不必要轉診的經濟誘因，就會造成我們片段式或是重複性的醫療服務，那甚至有一些unnecessary care的疑慮。

那另外一個Fee for Service比較難的部分，就是如果要去鑑定支付的標準，那在美國他們都是以相對價值單位RVU來做標準化的單位，來決定醫療服務的價值，那這個之前在第九章同仁都幫我們介紹過。

那所以作者說，在論量計酬這樣的一個制度下，所有的醫療人員他們就像是一隻在滾輪上的天竺鼠，他必須不斷的不斷的跑動，才能維持在這滾輪上面的一個平衡。

Table 15-1 Payment models for **primary care** services

Payment model	Key attribute	Key advantage	Key disadvantage
Fee-for-service 論量計酬	每次患者就診的付款 (通常是門診)	<ul style="list-style-type: none"> ● 主要支付方式：醫師和患者都熟悉 ● 已適用多類醫學專業 ● 獎勵勤奮的醫師 	<ul style="list-style-type: none"> ● 初級照護的主要功能無法獲得支付，如多重慢性病患的協同照護 ● 對於提升照護品質的額外服務無法適用或沒有彈性(下班後的照護、電話或電子郵件通信關心) ● 無法增強提供更好照護設計(病人為中心的照護)
Capitation 論人計酬	每名患者定期付款 (例如每月)	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨床醫師和患者之間建立明確的問責制 ● 為臨床醫師提供財務靈活性，以重新設計和投資提供其他初級保健功能所需的人員和技術(增強醫療可近性、合作照護) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 案例組合付款調整和人頭費率設定不易 ● 激勵措施可能造成拒絕服務 ● 某些患者(和許多醫師)不歡迎
Salary 薪水制	為提供專業服務人員支付定期固定金額	<ul style="list-style-type: none"> ● 理論上，醫師可以為患者的最大利益行事，而不必擔心自身經濟利益 ● 以集團內的行政強制力為基礎，額外增加績效獎勵動機 	<ul style="list-style-type: none"> ● 時間就是金錢—醫師仍然需要在相互競爭的患者需求之間分配時間 ● 薪水多寡取決於集團的財務狀況-因此醫師對付款人提供的獎勵誘因非漠不關心 ● 第三方支付者不具行政強制力

那在表15-1的時候，作者就幫我們整理在primary care主要的三種支付制度，包括論量計酬、論人計酬還有薪水制，然後也分析了主要的優點跟缺點，那因為這部分我想大家都很熟悉，可以請大家參考一下我們的投影片。

Pay for Performance 論質計酬—是蘿蔔還是棍子?

內在動機
intrinsic motivation

外在動機
extrinsic motivation

心理學層面複雜的交互作用

- ✓ 學齡前兒童畫畫實驗
- ✓ 成績

前提性的承諾

✓ 不應再簡單地以量計價，而應注重品質 P4P—以照護品質為目標導向

✓ P4P的研究結果非常不一致，且無法證明經濟獎勵能提高照護品質

→ 「針對P4P對照護品質和結果的影響仍然有很多的不確定性」-*內科醫學年鑑, 2011*

✓ P4P也許能改變醫療保健專業行為，但實施至今並沒有轉化為我們真正想要的：患者更健康。

➡ 魔鬼藏在細節裡

5

那另外談到論質計酬的話，論質計酬究竟這個制度它是一個蘿蔔還是一個棍子？作者在這邊前面就先提到了，這會影響到很複雜的心理層面的交互作用，包括了內在動機跟外在動機，這邊就講了一個心理學上面的實驗。

一個研究找了學齡前兒童畫畫的實驗，當這群孩童裡，有一部份被告知說，如果你為了這研究畫畫，我們就會送給你一張非常漂亮的獎狀，那另外一群小朋友並沒有被告知這件事情。

於是研究就開始邀請各個小朋友進入一個空間進行畫畫，那有被告知會獲得獎狀的小朋友畫完畫之後就會拿到一張獎狀，其他的則沒有。之後研究人員就去觀察小朋友在日常生活中的變化，發現這些有拿到獎狀的小朋友，他們平常花在畫畫的時間會是另外一群小朋友的一半，甚至在評審不知情的狀況之下會發現，這群有拿到獎勵的小朋友，他們畫出來的畫就不像另一群小朋友那麼美觀。

那另外還有一個比較明顯的影響就是像成績這一塊，如果說每個人，一個學生，他是透過學習得到心靈滿足，然後去爭取好的成績這件事，這就是心理學上所謂的內在動機，那他去爭取考好成績這件事，就是他的外在動機。那如果說這個學生是因為他的父母要

求他要考好的成績，或者是他想要去考一個錄取分數比較高的學校而去考好成績，這就單純的是一個外在動機的層面。就像剛剛學齡前畫畫的實驗，如果那個小朋友，他認為他畫畫就可以拿到獎勵的話，那他本來喜歡畫畫的內在動機就會被外部動機所取代，減弱他內部動機的強度。

那所以說，其實P4P他的執行目標是非常明顯的，就是以論品質計酬，那所以提供P4P的服務，會有個前提性的承諾，就是以品質來給予你應得到的價值，但是在幾次美國針對P4P的研究，會看到非常不一致的結果，因為沒有辦法去證明經濟獎勵是不是可以提高照護的品質，那甚至在內科醫學年鑑的報告也有相當的結果。

那作者說，那是不是P4P也許可以改變醫療保健的專業行為，但是到目前為止，還是沒有辦法達成我們想要的患者更健康，這樣的一個目標，因為魔鬼會藏在細節裡。

早期研究結果

UK

2004年導入大規模的P4P，全國大約四分之一的家庭醫師收入連結照護結果

- ✓ 激勵措施：為慢性病制定更積極主動的照護計畫，而增加了護理人員的配置
- ✓ 許多公司聘僱更多管理人員來處理與績效相關的數據
- ✓ 完整的EHR全面導入
- ✓ 氣喘和糖尿病照護品質提升改善步伐明顯加快

支付的必要條件

到 2007 年，改善率已開始趨於平穩。沒有獎勵的照護部分，品質卻下降。

US

2008年Medicare減少支付費用給院內感染的政策。

積極應對的州大幅削減了院內感染機率。

但2012年發表在《新英格蘭醫學雜誌》的研究發現，總體而言，該政策對整個美國醫院的心導管相關血液感染和導管相關尿道感染的發生率—沒有效果。

P4P促進有意義的醫療服務改善，必須搭配支付變革才能效果持久。
設計適當的品質誘因有效，而訂定公認的標準與公平的模式卻不易。

6

這邊就有兩個主要的例子，一個是在英國，在2004年就有一個很大規模的P4P計畫，全國大概有四分之一的家庭醫師，他們的收入會跟照護結果來做連結。然後這件事情，對於英國的家庭醫師診所造成一個很大的震撼，因為這個四分之一的收入對他們來說的佔比非常的大，於是他們的整個醫療照護系統做了很大的一個改革。

家醫他們就為了這個P4P計畫，增加了護理人員的配置，甚至為了慢性病來制定更積極主動的照護計畫，那很多公司他會聘僱更多的管理人員，就為了來處理這些跟績效相關的數據，可是在這段期間，完整的電子病歷被導入在使用這個計畫裡面，因為這些都是支付所需必要的條件。那我們也可以看到氣喘跟糖尿病的照護品質，開始提升改善，而且步伐明顯加快，那可是令人很失望的事，是在2007年的時候，這個改善率已經是趨向平穩，甚至如果是沒有獎勵的照護，那些指標就會下降。那這些獎金的部分看起來沒什麼效果，那如果是懲罰性的罰款呢？

在美國2008年Medicare他們針對院內感染，有個減少支付費用的政策，然後有些州他很積極的應對這樣的政策，他的結果就大幅削減了那個州的院內感染機率，但是在2012年的研究發現，對於

美國整個醫院的心導管相關血液感染和導管相關尿道感染的發生率，這個政策反而是沒有效果的。

所以P4P它是促進有意義的醫療服務改善，但是他也許是要搭配支付變革，才能夠達到長久的效果，那我們要設計適當的品質誘因，但是要訂定大家都公認的標準，而且是公平的模式就不是那麼的容易。

令人關切的問題及挑戰

7



一開始就是動機的問題嗎?

UK

- 影響醫療品質的原因：疲勞、設計不佳的流程、不當商業廣告、知識落差、記憶力衰退、不良的社交技巧與團隊合作不足等；“不嘗試努力”很少被提出
- P4P並非改變個人內在動機，而是改變醫療服務系統及創新技術



P4P會破壞內在動機，導致負面影響嗎?

畫畫捐血

- 行為經濟學：有形的金錢獎勵會削弱內在動機
- 但是並非所有的評量與獎勵會削弱積極性，應尋找適當的動機。



P4P獎金與罰款的正確金額?

- 金額大小影響參與者的態度，如何引起注意並不造成玩弄制度?
- 獎勵機制在於滿足特定目標，還是相對改善程度?如果已改變卻達不到效果?



我們真的知道如何準確衡量品質與價值?

- 大部分臨床工作無法精準計算或標準化，造成指標只是容易量化的東西。
- CMS無法準確衡量醫師的整體價值(*chapter 4,10* 提及定義及測量的複雜性)



P4P潛在的副作用是什麼?

- 1800年代將教育成果與學生考試成績連結，造成填鴨教育及作弊引起反彈
- 有意挑戰目標的臨床醫師會不會“cherry picking”擇優挑病患?或只關注指標項目?或預設符合獎勵的工作，未進行全面的實質性諮詢。

所以在設定P4P計畫的時候，有一些要關切的問題跟挑戰。我們設定P4P的時候，難道P4P就是一個動機的問題嗎?其實在研究裡面常常指出會影響醫療品質的原因會包括疲勞，或是設計不佳的流程、不當商業廣告、知識落差等等，很少會有人提到說，“不努力嘗試”提升照護品質，可是我們在P4P，因為P4P他潛在會歸咎說，照護品質不好就是動機不足，所以才需要用P4P的方式來增加他的照護品質，可是這個研究卻很少看到會有醫療人員不會去努力嘗試提供好的醫療品質服務，尤其在我們在剛剛前面提到英國的這個案例裡面，我們會發現P4P主要功能絕對不是在改善每個人的內在動機，而是改善整個醫療服務系統的創新。

那P4P有可能會破壞內在動機導致負面的影響嗎?因為在行為經濟學上常常講說，有形的金錢獎勵會削弱內在的動機，就像是我們剛剛講的小朋友畫畫的案例，當你給了他獎狀，他認為我畫畫是可以得到獎賞的，那如果是免費做這件事，他可能就不太願意再去畫畫。那甚至在有一些國家，有個很經典的案例，就是如果告訴捐血者，如果你捐血的話我們就會給你金錢的獎勵，那反而會使得捐血的比例下降，因為捐血的人，他們會去捐血，他的動機就是強烈的


利他主義，但是拿到金錢來說，反而是一個比較弱的動機，所以會降低他們去捐血的想法。可是不是所有的金錢獎勵會削弱他的積極性。比方說，像剛剛講到這個捐血的部分，義大利他們希望能夠增加大家去捐血的比例，但是他給的獎勵不是金錢，他是給捐血的人可以有帶薪的假期，反而他的捐血者就變得很多，那所以是不是應該要去找一個比較適當的動機，才比較會有正向的回饋。

那另外P4P我們應該設定獎金跟罰款是多少，才是正確的金額？因為獎金的大小，會影響到參與者的態度，太小不會有人注意到，但是太大的話，那是不是有可能會過度關切於這些指標項目，或者是有人會為了這麼大筆的金額去做一些玩弄制度的可能性。那另外獎勵的制度，是要去滿足某一個特定的目標值？或者是我們要去設定它相對的改善程度？因為美國在Medicare，他們有P4P的制度，他發現一開始原本表現程度比較低的，改善程度比較高，但是有另外一群的醫師，他們原本表現就比較高，所以他的相對改善程度就相對比較少。但是這群本來表現就比較好的醫師，他們拿到的獎勵值就是整個計畫的四分之三。這樣相對的，那些原本表現不是很好，但是因為這個計畫改善非常多的醫師，他沒有辦法拿到大部分的獎勵，對他們來說，是不是會有一些心理上比較不公平的感覺。

那我們到底知不知道要怎麼去衡量品質跟價值的標準？因為大部分的臨床工作是沒有辦法精準的去計算，或者去標準化，造成我們現在設定出來的一些指標是很容易量化的東西，然後沒有辦法精確的去反應，那在書裡面的第四章跟第十章，我們也一直有在討論到如何去定義、去測量這樣子的一個品質跟價值的標準。但是其實有學者也是強烈指出，CMS不管是目前或是未來，都是沒有辦法去精確衡量醫師的整體價值。

那另外P4P會不會有潛在的副作用？在1800年代，英格蘭他們把學校的教育成果跟學生的考試成績相互去連結，反而造成一個很負面的效果，就是學校老師就開始注意考試的東西，造成填鴨教育或者作弊反而引起公眾的反彈，那是不是我們設定的P4P這樣的一個獎勵，那有意願挑戰的臨床醫師，他會不會就cherry picking，就是會去選擇狀況比較好的病患，擇優來進行處置？或者是他只會關注到指標的項目，或者他只預設說，這幾個項目是有拿到支付的，所以就做這幾個項目，他不會為病人提供全面性的實質性諮詢。

創造財務動機：一般性建議

- ✓ 賓州的Geisinger Health System，把醫師的獎勵措施與**團隊合作**和**協作結果**結合。
 - 內分泌專科醫師目標是控制**整個照護系統**中的糖尿病患者的血糖值
 - **跨科別**協作**照護計畫**、互相審定預算及照護成果
 - 住院天數**減少了43%**，每位會員節省了**100美元/月**
 - ✓ UCSF，讓醫師參與**自己的年度目標值**訂定
 - ✓ 哈佛大學醫療保健領導者Thomas Lee博士和Delos “Toby” Cosgrove總裁的建議
 1. 避免將大量的關注放在單一目標上
 2. 避免利益衝突 
 3. 獎勵合作
 4. 不斷溝通：臨床醫師參與計畫的評估與修正
- ✓ 適當的外在動機與內在動機**保持一致**或**協同作用**時，可以促進高水平績效和滿意度
 - ✓ 臨床醫師參與建立和設計P4P措施、有意義的、明確的傳達改善患者醫療照護的目標

所以這邊作者就建議說，如果要去創造一般性的財務動機，在賓州的Geisinger Health System，他們是把醫師的獎勵措施跟團隊合作跟協作結果作結合，比方說泌尿科專科醫師的目標，他控制的是整個醫療照護系統所有糖尿病患的血糖值，而不是他自己的病人而已，所以這邊就會需要很多跨科別的照護計畫，醫師之間互相去審定他們的預算還有照護成果。這邊顯示參加這個計畫的會員，住院天數減少了43%，每位會員每個月可以節省100美元支出。

那在UCSF也讓醫師參與每年自己的年度目標值的訂定，這樣提升他們的財務動機。那所以在哈佛大學博士，還有醫療保險的總裁有建議說，我們要如何訂定財務動機呢？第一個就是我們要避免把大量的關注放在單一目標或是單一指標上，另外，我們要去避免利益衝突。比方說，醫師認為病患所需要的診療，如果在P4P裡面是被禁止的話影響到他的財務誘因，那其實醫師他站在利他動機上，他其實並不會去拒絕提供診療，他反而會對這個制度非常的反彈，感覺到不開心。那另外，我們要注重合作的方式，要去獎勵他，那另外也要透過跟臨床醫師參與計畫的修正評估來做不斷的溝通。

所以適當的內在動機跟外在動機保持一致協同作用的時候，可以促進高水平的績效。

MOVING FROM VOLUME TO VALUE

要解決健康政策問題，需改變醫療保健提供者
論量計酬的支付方式 ➤ Drs Robert Berenson (the Urban Institute) and
Deborah Kaye (John Hopkins), 2013

《平價醫療法案》(ACA)：
提高醫療照護品質並降低不必要的醫療成本

06
The Center for Medicare
and Medicaid Innovation
(CMMI)

Accountable care
organizations (ACOs)

05

01 Public reporting of
quality and cost

02
Medicare' s value-based
purchasing program
(VBP)

03
The physician value-
based payment modifier
(PVBPM)

04 Bundled and global
payment

期望醫師與同儕、系統、醫院、其他專業人員及其患者合作，優化資源使用達成醫療品質目標。

所以作者這邊就開始提到說，在2013年的時候，有學者說，不管是民主黨或是共和黨，他們都有個共識，要解決美國的健康政策問題，需要改變目前是以FFS設定的方式，要改變醫療提供者，他們論量計酬的支付制度。

所以在美國提出的ACA，歐巴馬的平價醫療法案，他主要就是想要提高醫療照護品質並且降低不必要的成本，那這邊就有提到歐巴馬他們這個ACA的法案，就透過了這六種主要的策略，想要達到的就是希望醫師可以跟同儕合作，跟系統、醫院，還有其他專業人員，甚至他的病患一起共同合作，來優化資源的使用提升醫療品質。

品質與成本的公開

1991, 紐約州衛生部公開「冠狀動脈繞道手術」risk-adjusted mortality報告

- 媒體：關注表現最差者
- 醫院：改善心臟手術計畫 **全州死亡率大幅下降**
- 醫師：死亡率高者離開原提供服務的單位
- 民眾：透過報告選擇表現好的的醫院或醫師 **選擇排名前段者為後段者的死亡率約1/2**
醫師越來越**關注表現**的評分，並**拒絕**嚴重的患者，甚至加劇種族歧視問題
實際上患者與家屬並不關注報告，對醫療提供者的**收益**也沒有明顯影響

CMS 公開資料庫 www.data.medicare.gov

醫院比較

- ✓ 個別醫院查詢：患者經驗；再入院、併發症和死亡；使用醫學影像；醫療保險等
- ✓ 特定醫院與州、全國特定範圍比較
- ✓ **價值評定項目**包括過度使用的百分比與解釋，如下背痛患者未嚐試其他處置就進行MRI

醫師比較

民眾可選擇Medicare 提供者(如醫師、醫院、療養院或其護理人員)進行單一來源的搜索和體驗結果比較：

- 根據個人需求查找有關提供者和設施的信息
- 獲取有用的資源來選擇醫療保健提供者
- 更明智的決定在哪裡獲得醫療保健

10

那在品質跟成本的公開，這邊就提到在1991年的時候，紐約州的衛生部，他們有公開「冠狀動脈繞道手術」risk-adjusted mortality報告，然後一開始這個報告公告的時候，引起整個輿論譁然，那媒體呢？他們一開始就很關注表現最不好的人，甚至會去起底他一些相關的事情，但是這也促進醫院開始去改善心臟手術的計畫，然後他們全州的死亡率就因此而大幅的下降，那如果是死亡率比較高的醫師，他可能就會選擇退休或是選擇他原本服務的診所。那民眾呢？事實上民眾透過這份報告，他是可以選擇比較好的醫院或者是醫師，那如果他是選擇前幾名的醫師或醫院，它的死亡率會是從後面數過來的不到一半，這樣子，可是因為這個報告公開了之後，醫師他們就越來越關注他們這些表現的評分，就漸漸的開始會拒絕比較嚴重的病患，甚至會加劇種族歧視的問題，那可是實際上呢？患者跟家屬他們並不是這麼關心這份報告，對於醫療提供者，他們的收益並沒有顯著的影響，這好像跟我們預期的不是那麼的完全一樣。

可是CMS，他們在他們的資料庫開始去公開了一些數據資料，然後讓民眾也可以自己去參與選擇醫生跟醫院，包括了醫院比較，它有一些指標可以讓他去參考，甚至還有一些價值評定項目可以讓民眾去參考。另外還可以針對個別的醫師，提供Medicare的醫師、醫院、療養院或護理人員，去做搜尋，民眾可以用個人的需求去查詢，他比較適合的醫療設施提供者，決定他在哪裡就醫。

Medicare's value-based purchasing program

以價值為基礎的支付方案

聯邦政府2012年推出了 VBP，根據住院預期支付系統 (IPPS) 下的醫院，依照提供的**照護品質調整**支付給醫院的費用。ACA要求根據「價值」佔醫療保險支付醫院費用的**1%**，並在2017年將獎勵金額將逐步上升至**2%**。

預扣2%應該支付給醫院
Medicare severity
diagnosis-related group
(MS-DRG)的費用



根據醫院在**品質和資源使用**措施方面的表現獲得的年度**總績效得分 (TPS)**，將這些金額重新分配給醫院作為獎勵



將獎勵的結果作為調整
MS-DRG的因素

評分標準

- ✓ 死亡率和併發症
- ✓ 院內感染
- ✓ 病患安全
- ✓ 病患體驗調查
- ✓ 效率和成本降低

2021年品質的面相及權重：

- 臨床結果(25%)
- 個人及社區參與(25%)
- 安全 (25%)
- 效率和成本降低(25%)

參考資料：

1. <https://www.apaservices.org/practice/update/2010/06-30/penalty-program>
2. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing>

11

那第二個，這邊就是以價值為基礎的支付方案。聯邦政府在2012年，用了這個value-based purchasing program(VBP)，那他們是希望依提供的照護品質來調整給付給醫院的費用，那ACA甚至要求就是在給付費用的百分之一要扣下來，要來做照護品質金額的支出。那比方說，他在2017年，這個獎勵金會調高百分之二。那比方說，這邊有個流程就是會預扣應該支付給醫院的MS-DRG百分之二的費用，然後再根據當年醫院在品質跟資源使用這樣的績效評分來做這個百分之二金額的分配，那這個看起來是小，但這其實對醫院來說，因為醫療的收入是很大的，對醫院來說畢竟還是一個很大的誘因，那這邊就有他的一些評分指標可以供大家參考。

The physician value-based payment modifier (PVBPM)

- ✓ 以**照護品質**和**資源使用**的綜合衡量指標績效，**決定醫師的獎勵額度**，也適用於FFS Medicare中的個體醫師和醫師群。
 - 品質和成本表現**高於平均水平**者獲得**獎勵**，低於平均水平或選擇不參加者將獲得較少獎勵，而表現一般的醫師則沒變動。
- CMS在2014年運用PVBPM作為**同儕比較標準**，決定醫師的獎勵額度，並公布品質與資源使用報告。
- 2015年開始，公開報告將從**自願轉變為強制參加**—**The Medicare Physician Quality Reporting Initiative(PQRI)**，要求**2017年所有醫師都必須適用**。如醫師不參與，他們的醫療保險支付將從2015年開始**減少1.5%**，此後持續減少。

Calculation of the Value Modifier Using the Quality-Tiering Approach

CY 2016			
Cost/Quality	Low Quality	Average Quality	High Quality
Low Cost	+0.0%	+1.0x*	+2.0x*
Average Cost	-1.0%	+0.0%	+1.0x*
High Cost	-2.0%	-1.0%	+0.0%

* Groups eligible for an additional +1.0x if average beneficiary risk score is in the top 25% of all beneficiary risk scores

資料來源：<http://aahpm.org/reporting/vbm>

12

另外一個策略就是PVBPM，就是指physician value-based payment modifier，這個東西是以照護品質跟資源使用的綜合指標，這樣用來去決定要給予醫師的獎勵額度，這一開始就是適用在美國論量計酬制度，用來評定個體醫師或者是醫師群，他們可以得到的醫療給付的費用，但在這個指標裡面，只要你是品質跟成本高於平均水準的人，都是可以獲得獎勵；低於或是不參加者，都獲得比較少的獎勵；那表現一般的，則是沒有變動。

那CMS在2014年開始啟用PVBPM來作為同儕比較的標準，這會公開它的品質報告。那另外，從2015年開始，公開品質報告會從自願參加變成強制參加，這個報告叫作PQRI，甚至在2017年，他會要求所有的醫師都必須適用，那如果醫師不參加，他的醫療保險費用，會從2015年開始逐年減少百分之一點五，那這邊我們有看到在2016年這個制度，他確實是有針對Quality還有Cost間去做一個評分，那如果你是高品質、低成本的話，這邊可以拿到兩倍的bonus。那如果你是high cost low quality，這邊就是減掉兩倍的獎勵。

The Medicare Physician Quality Reporting Initiative(PQRI)

符合條件的專業人員 (EP) 有機會評估他們為患者提供的照護品質，幫助確保患者在正確的時間獲得正確的照護。PQRI 起初為自願性質提供 2011 年 **1.0%** 和 2012 年至 2014 年 **0.5%** 的獎金；在 2015 年，該計劃成為強制性的，並轉而對未能成功報告的人進行處罰，2015 年的罰款為 **1.5%**，2016 年增加到 **2.0%**。PQRI 於 2016 年 12 月 31 日結束，品質措施於 2017 年成為 MIPS (Merit-based Incentive Payment System) 的一部分。



98% MIPS 合格醫師，將在 2021 年獲得正支付調整，其中 84% 將因表現出色而獲得額外獎勵
即使在疫情下，97% 的 MIPS 合格的臨床醫師仍提出了一些數據在個人、群體、虛擬群體或 APM 的水準
另有 195,564 名臨床醫師通過 APM 追蹤，有資格在 2021 年獲得 5% 的獎金支付

-2019 年 QPP 結果 OCT 2020

參考資料：

1. <https://www.apaservices.org/practice/medicare/pqrs/faqs>
2. <https://www.apaservices.org/practice/update/2010/06-30/penalty-program>
3. <https://qpp.cms.gov/>
4. <https://www.aha.org/news/headline/2020-10-28-cms-releases-quality-payment-program-results-2019>

13

PQRI 這邊就像剛剛講的，就是會有預扣的獎金，然後也是逐年提升，那這個制度是在 2016 年底就結束了，那在 2017 年之後，他們轉化叫做 MIPS，基於品質的獎勵支付系統。這邊我們也整理了一些資料，大家有興趣可以再參考。

Bundled and global payment 包裹式與總額支付

DRGs

Capitation

Global budget

FFS

呼吸治療
心電圖



Urgent care clinic

胸部X光
實驗室檢查
心電圖
CT
呼吸治療
類固醇



Emergency room

Bundled

呼吸治療
心電圖
胸部X光
實驗室檢查
心電圖
CT
呼吸治療
類固醇

協同工作
共享信息

14

那另外提到的一個P4P的方式就是包裹式跟總額制度，那在這邊主要提到的就像是DRG、論人或是Global budget這三種制度。

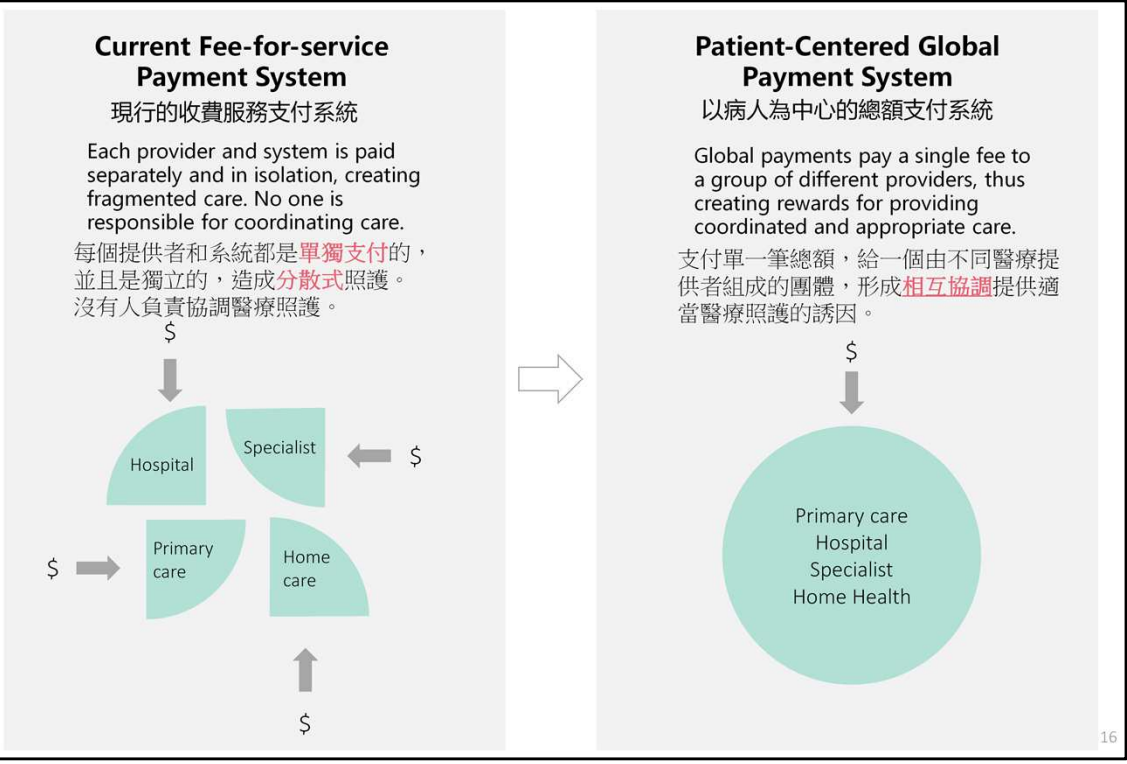
那像傳統在FFS，如果是在一開始Grace的案例，他在Urgent care clinic這邊跟ER裡面的收費，都是分開一條一條的收費，可是如果在Bundled的概念之下，它整個醫療工作室協同而且共享訊息的，是可以有系統的提升服務效率，甚至是可以減少醫療費用支出。

Table 15-2 Common payment methods	Payment Terms	Definition
Capitation 論人計酬		醫療保健提供者支付費用金額由 患者總數 決定，包裹式在 特定時間區段 內提供規定的服務，按“每人”支付一定費用。
Fee-for-Service 論量計酬		將醫療保健服務分開並單獨支付的支付系統。 每項服務都有特定的價格 。
Global payment 總額		在 指定時間段(通常1年) 內，為 所有服務支付固定費用 。如退伍軍人健康管理局、國防部和 Kaiser Permanente 醫院以總額支付，一年中為患者提供的所有服務都彙總為一筆總額支付。
Payment by episode of illness 依疾病包裹式支付		醫師或醫院在 一種疾病期間 提供的所有服務將獲得一筆款項。Medicare 的DRG系統是按疾病發作付款的一個例子，支付金額基於患者的診斷。
Per diem payment 論日計酬		醫院在 一天內 為患者提供的所有服務以包裹式支付。
Salary 薪水制		臨床醫師或其他衛生人員根據預定的工作時間或職責獲得 固定金額 的報酬。

15

那在這邊，就也整理了一份表格，是針對Common payment的一些名詞做解釋，還有一些定義。比方說，論人他以患者總數來決定。另外就是論量，就是一般我們知道的每項服務都有特定價格。那總額就是在指定的時間段，通常是一年，所有的服務支付固定費用，比方說，他們是退伍軍人健康局、國防部跟Kaiser醫院，他們是用總額來訂定一年中的支付費用總額。另外還有疾病包裹式支付，我們比較熟悉的是DRG，然後又有論日跟薪水制。

Figure 15-1
Fee-for-service versus global payment



那這邊作者也畫了一個圖，告訴大家以現行在FFS跟Global Payment，它們兩個的差別，我們可以看到說，如果是在FFS的時候，每個提供者跟醫療系統都是獨立的，看起來就是一個分散式照護體系。那如果是以病人為中心的總額支付，它就是一個組成的團體，透過相互協調提供適當醫療照護。

Bundled and global payment 包裹式與總額支付



✓ 如果 65 歲的亞當斯先生心臟病發作



照護系統的**整合**，可提供更完善的照護流程，並減少病患的支出，減少不必要的檢驗及程序。

風險分擔+節約成本分擔

Skin to the game

2020年，有超過1,000家醫院與700個醫師團體，加入自願性的Medicare包裹式支付計畫

17

所以我們再看第二個案例，第二個案例就會提到一個65歲的亞當斯先生，如果他是因為心臟病發作，然後來就醫的這個流程，這個流程就比較複雜，會跨比較多的醫療系統，然後我們就可以發現，他在ER就診，然後在住院醫師協助下住院照護，然後在住院期間，在心臟科專科醫師進行手術，之後再轉到物理治療或復健的機構，出院之後再跟他的Primary care醫師做出院後的追蹤。

如果這整個照護系統的整合，就是整合之後，就可以提供更完善的流程，也可以減少病患的支出、減少不必要的檢驗檢查程序，在這整個系統裡面，所有的醫療機構，他們有風險分擔跟節約成本的概念，因為他們如果在這整個包裹式支付裡面，他節約下來的成本是可以在各個醫療單位跟各個醫療領域裡面去共享，那所以促進他們的參與，在美國他們就說Skin to the game，對他們來說才會切膚之痛，才會認真的去參加這樣一個節約的計畫，到2020年的時候，已經有差不多一千家的醫院還有七百個醫師團體，他們加入志願性的Medicare包裹式的支付計畫，甚至Medicare他們也在2020年對外宣告說，他們以後要強制推動包裹式的支付制度。

Alternative Quality Contract, AQC 替代性品質契約

Blue Cross Blue Shield, 麻州

✓ 獨特的合約模式

- 對長期（5年）醫療服務的品質和資源負責

✓ 控制成本增長

- 人口為基礎的總額預算
- 分擔風險
- 總額包含年度通膨，需實現醫療費用總額平或低於總體經濟成長

✓ 提高品質、安全性和結果

- 穩健的績效衡量標準，為連續期間內的品質、安全和結果問責，建立永續性的財務動機

成果擴散：Blue Cross Blue Shield → Medicare

《華盛頓郵報》整合式醫療服務所節省的支出具有傳染力

➔ 更多value-based insurance design

醫療服務收入增加緊扣品質指標。即減少不必要的醫療照護的所有費用，都歸醫療提供者所有。

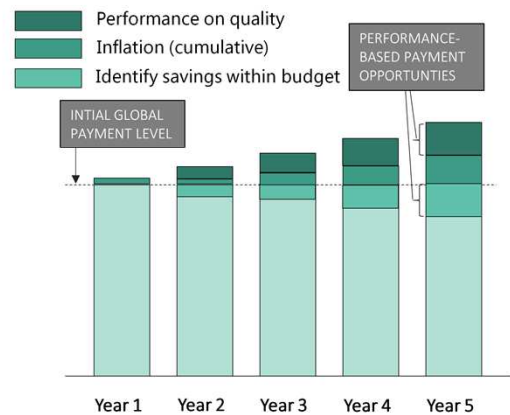


Figure 15-2
Key components of the Alternative Quality Contract model

18

那另外，這邊再講一個包裹性支付制度很有名的案例，就是在麻州有個Blue Cross Blue Shield這樣的醫療保險制度，它裡面就是有一個長期性的醫療服務合約，然後他們針對地區性的某一群人進行照護，給他們一個五年的總額預算，然後在照護期間的照護團體，他必須要提供高品質跟安全性好的照護結果，所以他必須要有穩健的醫療跟財政體系。

右邊這個圖可以看到說，那當然他們省下來的經費，是他們自己內部可以去分享，然後在外部他也可以去控制五年內通貨膨脹造成的醫療成本的增加，這看起來，在研究裡面會發現說，有提供Blue Cross Blue Shield這樣的AQC服務的院所，他對於他Medicare的病人也一樣是可以減少他們在醫療的支出，那華盛頓郵報有報出這樣子的一個案例，然後他提到是說，整合式的醫療服務，他節省的支出是非常具有傳染力的，它是可以擴散到其他的醫療制度，所以現在有更多的value-based保險設計，已經慢慢的在美國開始了。

Accountable care organizations 責任制醫療組織

ACOs 是由**醫師、醫院和其他醫療保健提供者**自願組成的團體，為他們的醫療保險患者提供協調一致的高品質醫療照護。目標是確保患者在**正確的時間得到正確的照護**，同時**避免不必要的重複服務**並防止醫療錯誤。

ACO 的高品質照護成果若能**兼顧品質與低成本**，為 Medicare **節省盈餘的部分則可共同分享**。

The Medicare Shared Savings Program

共享儲蓄(盈餘)計畫是一項重要的創新，它將CMS的支付系統從數量轉向價值和結果。是一種替代支付模式：

- 促進對患者群的問責。
- 為 Medicare FFS 受益人協調項目和服務。
- 鼓勵對優質高效服務的投資。



參與醫療保險共享儲蓄計劃 (Shared Savings Program) 的責任醫療組織 (ACO) 在 2020 年獲得了總計近 23 億美元的績效付款 (共享儲蓄)，同時為醫療保險節省了約 19 億美元

參考資料：

1. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about>
2. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO>
3. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/affordable-care-acts-shared-savings-program-continues-improve-quality-care-while-saving-medicare>

19

另外這邊還有一個P4P的策略，就是組成一個ACO，就是責任制醫療組織，它是由醫師、醫院還有很多醫療保健提供者自願組成的團體，然後他們的目標是希望能夠保護患者在正確的時間得到正確的照護。然後他的高品質照護成果，如果能夠兼顧品質跟成本，為Medicare節省的盈餘部分，是可以在團體裡面做共享的，這邊是他們的一些說明。

那另外，我們去查了一下資料，在2020年的時候，這整個Saving的Program，AOC這個組織總共獲得23億美元的收益，但是它們相對幫Medicare省下的醫療保險成本也是有到19億的美金。

The Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) 醫療保險及醫療補助創新中心

減少支出而不降低醫療照護品質

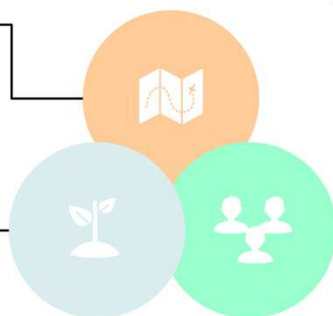
提高醫療照護品質但不增加成本

測試新的支付和
醫療服務提供模式

✓ 有價值的模式無須國會批准，由衛生
公共服務部長授權進行全國性推展

評估結果
並優化最佳的作法

更廣泛地讓利益關係者參與
開發更多的測試模型



20

那另外就是ACA裡面還有一個叫做醫療保險及醫療補助創新中心，他們主要是要研發一些醫療制度，然後去實驗這樣的醫療系統是不是有效的，那他的主要目的就是為了減少支出，不降低醫療照護品質，或是提高照護品質，但是不增加成本，這聽起來很繞口令，反正就是要提高照護的價值，那這種被認證有價值的模式，他無須經過國會的批准，由衛生公共服務部的部長授權就可以進行全國性推展，它可以更廣泛的讓很多地方都可以適用到這種比較有效果的支付制度。

從FFS邁向以價值為導向的支付系統



2014, 美國內科學會發布支持5年期的支付變更(從FFS轉變為包裹式)

支付制度改革不是非此即彼的倡議, 而是連續性的財政風險變動。

Table 15-3
Moving from fee-for service to global payments

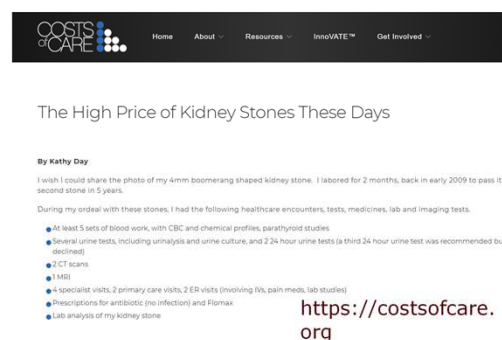


21

那這邊就有一個小總結，就是作者認為，其實美國它已經慢慢地從FFS要邁向以價值為導向的一個支付系統，他在2013年有一個叫做改革國家積分卡，那時候數據發現，其實美國這邊支付制度有百分之89是由FFS這樣的支付制度去處理，那如果是Value-based的話只有百分之11，那當然這看起來是一條非常長遠的路，那也看得出來說，各界也是很支持能夠從FFS轉向P4P這樣的計畫，可是支付制度的改革，他並不是非此即彼，他通常是連續性的財政變動風險，所以我們可以在下面看到，有很多種的支付制度，他不可能只是選擇其中一種，他必須很多種，或者是選擇幾種有利的然後來實行。

這些日子以來...我昂貴的腎結石

- ✓ 5年後，我又出現了一顆4mm迴力鏢型的腎結石
- ✓ 2009年，已花了2個月的時間處理過
 - 至少5組血液檢查：包括CBC和化學特徵、副甲狀腺試驗
 - 幾次尿液檢查：包括尿液分析和培養+2次24小時尿液檢查 (原本還建議進行第三次 24小時尿液檢查，但我拒絕了)
 - 2次CT
 - 1次MRI
 - 4次專科門診+2次初級照護+2次急診 (涉及靜脈注射、止痛藥、實驗室數據)
 - 抗生素處方(儘管沒有感染的證據)和Flomax
 - 腎結石的實驗室分析
- ✓ 當我的內分泌科醫師要求我做幾個月前在泌尿科醫師門診處一樣的檢查，我該說~**WHAO!**



22

這邊有分享了一個案子，大家都知道美國的醫療費用是非常昂貴，而且在FFS的狀況下做了非常非常多的治療程序，才能夠治療他們的疾病，就比方說，這邊是一個Cost of care，它是一個類似像病友團體，你可以在上面分享自己個人的就醫體驗，然後這個人他就說他在五年之後他又出現了一顆四公厘迴力鏢型的腎結石，然後他說他在五年前他花了兩個月的時間處理，他做了這麼多這麼多的檢查，所以他發現，他這次去看醫生的時候，醫生跟他說，你又出現一顆腎結石的時候，他覺得說，我的天啊這一切又要再重來一次了嗎？

結論

- ✓ 美國的醫療支付制度行之多年，對醫療提供者的FFS架構，目前逐步轉型反映價值與品質。改變的過程緩慢且評價兩極，但至少停止「抑制提供適當的醫療服務」。(參見第2章)
- ✓ 臨床醫師不應再因提供未轉化為特定的CPT(Current Procedural Terminology)的照護而受到經濟懲罰。(參見第9章)
- ✓ 保持病患健康，需要非侵入性的照護，我們需要臨床醫師花時間在：
 - 就接受篩查程序的**風險**和**益處**，向患者提供適當的**諮詢**(參見第14章)
 - 複雜醫療選擇時，與病患進行真正**共享決策**(參見第 12 章)
 - 與病患討論**最佳**和最具**成本效益**的個人**藥物處方**(參見第 13 章)
- ✓ 以價值為導向的醫療照護，需要系統性地將**財務機制**與**預期目標**保持一致，讓臨床醫師的**內在動機**與**專業精神**不再因為經濟誘因而抵銷。
- ✓ 改革支付制度的重點不應該是操控貪婪，而應該是削弱它。醫師良好的動機才能發揚光大：**利他主義**、**社會責任**與**幫助患者感受的光芒**。

—Dr. David Himmelstein, Dr. Steffie Woolhandler

23

那這邊有個結論，就是美國的醫療制度，其實已經是很多年的，然後作者認為FFS架構，逐步反映價值與品質，雖然改變的過程緩慢而且評價兩極。那臨床醫師也不會再因為提供未轉化為特定的CPT的照護而受到經濟懲罰，這在第九章有提到的部分。那另外如果我們希望維持病患健康，也是需要非侵入性的照護，所以臨床醫師需要花時間在比方說，要接受篩檢程序的風險跟益處，向患者提供適當的諮詢，那複雜醫療選擇的時候，要與病患進行真正的共享決策，或者是再跟病患討論最佳或是最具成本效益的個人藥物處方，這樣才能夠提供更好的醫療照護服務。

那以價值為導向的照護系統，必須要把財務動機跟我們想要設定的預期目標設為一致，讓醫師的內在動機跟專業精神不再因為經濟誘因被抵銷掉。那支付制度的重點，作者認為不應該是操控貪婪，應該是削弱它，因為醫師良好的動機才能夠提升照護的品質，包括利他主義、社會責任還有幫助患者感受的光芒，才能夠促使他們不斷的做這樣子的改革。

重點回顧

US目前大部分醫療系統採用FFS系統，每項醫療服務都有單獨的收費。對患者及臨床醫師有一定的好處，但**關注服務量高於價值**，常導致醫療照護**資源濫用**。

ACOs及包裹式支付，都是讓醫師與醫療系統一起參與，**成本/風險共同分擔**的概念。



P4P計畫對於達成**特定照護目標**會提供**財務誘因、獎勵**。儘管表面很有效果，但計畫的結果好壞參半，也缺乏P4P可以改善病人癒後的證據。

設計得當的財務誘因是很好的行為改變工具，特別是**組織與醫療人員的誘因是共享且目標一致**時。

ACA法案設計了多種Medicare的“採購策略”，包括對醫院的**hospital VBP**及個別醫師的**PVBPM**。目的都在於鼓勵醫師與同儕、系統、其他專業人員及患者**合作**，在優化資源效率的同時達到照護目標。

24

這邊有個重點回顧，美國目前大部分的收費系統還是FFS，然後每項醫療服務都有單獨的收費，但是對患者及對於臨床都是有一定的好處，但是關注服務量高於價值有可能也會造成資源的濫用，那P4P它會達成特定的照護目標，然後提供財務的誘因跟獎勵，表面看起來很有效果，但是實際上延就結果也好像好壞參半。

那在ACA法案裡面有很多種Medicare的採購策略，在台灣是講說支付策略，那包括我們剛剛提到這幾種，他其實目標都是希望醫師之間的同儕，跟醫院系統跨科別的合作，來優化資源效率，同時達到照護目標。那另外比較適合的財務誘因，是很好的改變工具，特別是希望能夠讓醫療組織跟醫療人員的誘因共享而且一致。那ACOs跟包裹式支付，都是讓醫師跟醫療系統一起參與，讓成本跟風險共同分擔，所以其實作者是非常倡議P4P這樣的制度。

心得

美國 v.s. 台灣

The Washington Post
Democracy Dies in Darkness

The bill for the ER visit?...
US\$80.00

Eighty. American. Dollars. Out of pocket. Full cost. No discounts. No insurance. At one of the best hospitals in Taiwan.

And if I had NHI, it would have been a fraction of that.

This could have easily cost me hundreds or even thousands in the US without insurance. But here in Taiwan I was able to receive speedy, quality care comparable to what I would have gotten in a US hospital for relatively small

2,693 likes, 11 則留言, 740 次分享

Don't tell me the United States cannot implement a Medicare for All system to guarantee health care to every man, woman and child.

If every other major country can do it, then surely so can we.

Taiwan's single-payer success story — and its lessons for America

12:04 AM · Jan 15, 2020

7.3K likes, Reply, Copy link to Tweet

DIGITAL HEALTH CARE IN TAIWAN

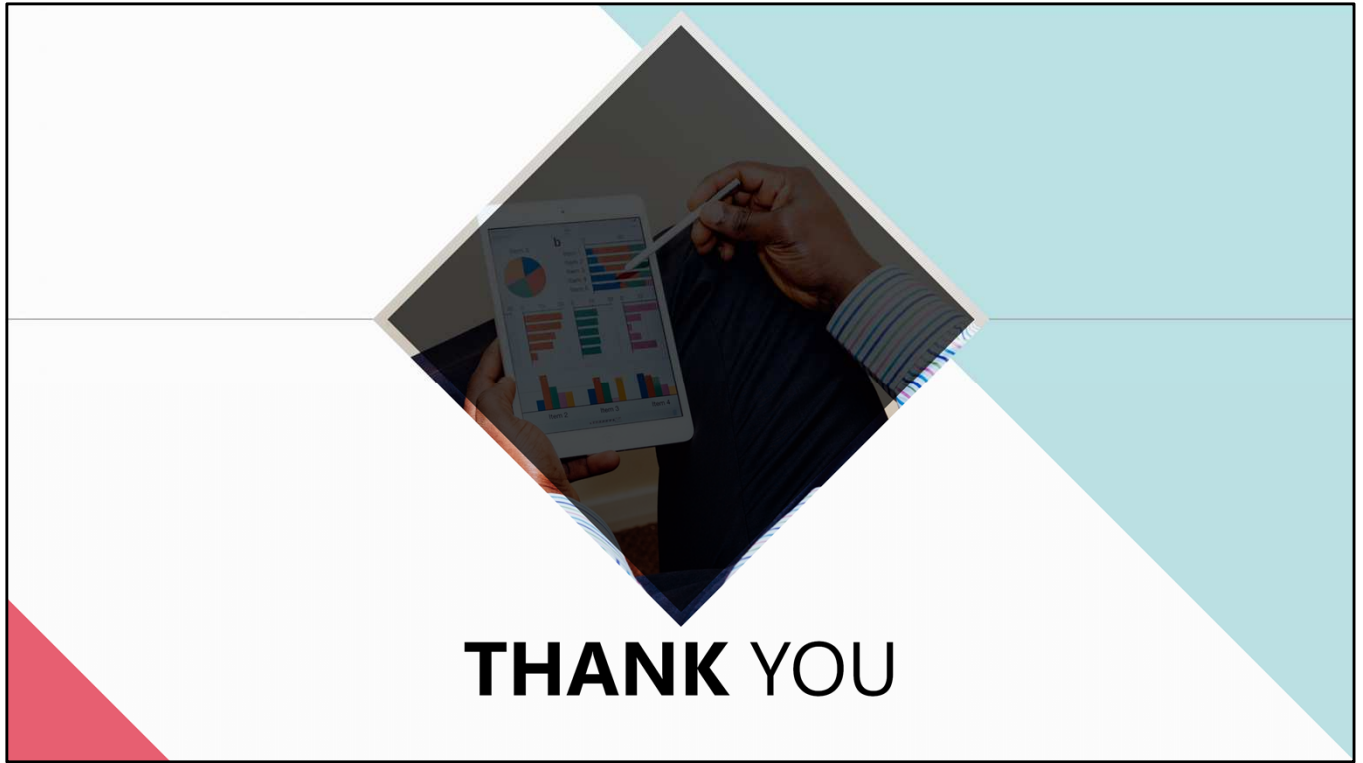
Innovations of National Health Insurance

COMING SOON

Po-Chang Lee Editor

那報告到這裡，那我這邊就分享一下心得。其實看完這篇我就很想知道，在美國人他們做了那麼多事之後，他們的醫療保險有讓他們過的比較好嗎？我就搜尋一下網路上一些故事，就看到了，其實在Washington post他有PO了一個，這是一個台灣大學的學生，他那天半夜三點去台大醫院急診，那這篇post獲得廣大的迴響，因為他說在一個ER的就診經驗，只要花他80元美金，而且他沒有任何折扣和保險，然後他就歌功頌德了一下台灣的健保，可是下面就很多外國人說，台灣可能不是甚麼經濟很發達的國家什麼的，然後他還發了一篇文章去一一回應這個文章，甚至連Washington post也分享了這篇文章，他想要提醒美國當局，就是他們的美國醫療制度的費用是非常高的，造成他們人民的壓力很大，然後像是在2020年的時候，在桑德斯選舉的時候也是轉PO了一篇台灣全民健保的文章，讓大家就想到，剛剛前面提到了，不管是民主黨或是共和黨，他們想要努力去做的應該就是國內的醫療改革制度。

其實美國跟台灣的現況，不是很全然一樣，但也不是全然不同，因為其實在經驗的分享上，其實現在是跨國際的，我覺得都是可以互相學習交流，所以說，他山之石可以攻錯，前事不忘後事之師。那我覺得美國人也不需要太過擔心，因為明年我們就有一本在講我們台灣健保的書，他們明年也可以開一個讀書會，開始一章一章來讀，來了解我們的健保，改善他們的醫療保險制度。



那我報告到這邊，謝謝大家。