

# 医保支付方式改革进展追踪进展研究

林 春

武汉大学董辅初经济社会发展研究院 湖北武汉 430072

**【摘要】**DRG 的意义在于：规范医疗行为；兑现临床价值；合理配置资源。新三年计划拉开序幕：（2022 年-2024 年）抓扩面、建机制，打基础，推协同。未来 DRG 发展的重心也应该集中在权重和费率上。因为权重和费率决定着 DRG 的支付标准。即 DRG 是否能实现合理分配资源。DRG 的本质是规范医疗行为，新药新技术除外支付作为其重要配套措施，谈不上支持创新，只是不阻碍医学进步。被除外的新药新技术在稳定放量后，最终目标是制定合理分组方案，打包付费。

**【关键词】**医保支付方式；DRG；打包付费

Progress tracking research on Medicare payment method reform

Chun Lin

Dong Fu Institute of Economic and Social Development, Wuhan University, Wuhan, Hubei, 430072, China

**Abstract:** The significance of DRG is: to standardize medical behavior; Deliver on clinical value; Allocate resources appropriately. The new three-year plan kicked off: (2022–2024) grasp the expansion of coverage, build mechanisms, lay a foundation, and promote coordination. The focus of future DRG development should also be focused on weights and rates. Because weights and rates determine DRG's payment criteria. That is, whether the DRG can achieve a reasonable allocation of resources. The essence of DRG is to regulate medical behavior, except for the payment of new drugs and new technologies as an important supporting measure, not to talk about supporting innovation, but not to hinder medical progress. After the excluded new drugs and new technologies are stabilized, the ultimate goal is to formulate a reasonable grouping scheme and package payment.

**Keywords:** Medical insurance payment method; DRG; package payment

## 一、医保工作的推进

医保工作的推进：1，动态调整：分组方案升级和权重费率计算。2，配套措施：新药新技术除外支付和极值病例除外支付。3，管理延伸：明确规定 DRG 结余费用的分配，大部分要用于医生的绩效奖励。4，改革联动：在 DRG 付费的同时，对支架、骨科耗材等贵重耗材和药品进行带量采购，帮助医院、医生控制成本，降下来的费用兑现临床服务价值，新的政策“联动采购”模式可以更好地实现结构调整。5，多维体系：BI-GBI，即“北京医保总额预算模型”和 GBI+DRG 多维体系的衔接。

## 二、相关问题分析

### 1、预期付费分析。

预期付费（pps）从透明度和生产率两个角度分析。

#### 1.1 透明度方面：

第一，A 医院治疗的病例复杂程度高于 B 医院；第二，患者在 C 医院住院时间明显长于 D 医院（或费用更高）。

#### 1.2 生产率方面：

根据治疗病例的数量和类型支付（同时有付费预期）。主要体现在以下几点：第一，付费信息基础；第二，付费的精细度；第三，付费的充分性。

##### 1.2.1 付费信息基础。

确定付费信息基础对支付的激励作用有重要影响。信息基础包含有：患者特征、医疗服务特征、服务提供者特征。而支付方式又分为三种：总额预算、按项目付费、基于病种（组）的支付系统。总额预算：主要基于医疗服务提供方特征（如：历史费用、可用床位数量或专科类型），确保医疗服务的提供，但不会奖励更多的服务提供。按项目付费：根据医疗服务特征进行付费，鼓励提供服务，但是可能会导致过度提供。基

于病种（组）的支付系统，考虑有关患者诊断、服务特征（手术操作等）和其他患者特征的信息，提供了更平衡的激励，同时将每位患者的费用保持在合理水平。

此外，还有数据治理的相关问题。历史数据：根据主诊断、操作、年龄、住院天数、住院费用对历史数据进行标化处理（删除）。实时数据：建立质控流程，系统实时校验数据，并配合分组实时反馈。

##### 1.2.2 付费的精细度。

支付的“粗”与“细”：总额预算 VS 其他；按项目付费 VS 按病种（组）付费；DRG VS DIP。如果支付系统不够精细，无法区分患者之间的差异，那么治疗病情相对较重的患者的医院就无法充分补偿他们的努力。与此同时，治疗病情不那么复杂的患者的医院可能会因其服务而获得过高的报酬。

一些分组的示例为：一，以 CBI—玻璃体、视网膜、脉络膜手术为例，分组方案中包含了玻璃体切割（技术难度较大，费用较高）和玻璃体注药（技术难度低，费用较低）两类手术，在实际付费中，会造成同一支付标准下费用差异较大，综合和专科医院由于开展手术存在差异，造成医疗机构间的支付结果存在较大差异。二，单双侧问题：对于涉及高值耗材的手术（如人工关节），双侧与单侧的支付结果存在明显的差异，容易导致分解住院情况出现。现有结算清单字段中无法体现单双侧手术，建议后期增加与分组支付相关的附加要素，如单双侧、部位及深度等。

另外的分组准确性示例为：一，烧伤类的诊断，缺失较多的手术操作组（如各类植皮手术操作）需新增进入本地病种目录库。二，诊断为二尖瓣狭窄，手术操作病种仅有 1 个，缺失二尖瓣置换手术等操作。

##### 1.2.3 付费的充分性。

付费充分性的影响因素有以下几点：权重/分值；费率/点值；总额预

算；医疗机构调节系数；结算政策；基层病种。如果支付系统付费费用太低，医疗机构可能会通过削减服务或降低服务质量来降低成本。如果支付太高，医疗机构就没有动力高效行事，将会浪费资源。

付费充分性常见问题-DIP。1) 分值偏低、偏高。2) 分值倒置，通常发生在同一诊断下的部分手术或操作病种的分值要低于内科或诊断性操作的病种，对于这类问题的产生原因有两个：历史数据问题——由于历史数据编码质量较差，由于医院漏编或错编编码造成了入组错误；病组遗漏——由于目录存在遗漏或缺失，造成部分病种被分入错误的组。3) 腹腔镜和开放手术的病种分值，腹腔镜手术的创伤较小，总费用不一定高于开放手术。4) 对于临床中提出的个案细化问题 如子宫肌瘤数量、脊柱手术数量、多个联合手术，部分涉及到当地的医疗服务收费标准，部分为临床个案。对于特殊情况，可结合当地政策纳入单议或其他处理方式，部分涉及到收费标准的病种，由于历史数据中暂无相关数据体现，因此可考虑完善相关政策后逐步调整付费标准。

## 2、付费充分性讨论。

目前这个领域需要提升的是要做到提高付费信息基础的可靠性；多方评议和协商沟通机制；加强病种分值结构监测、制定临床路径为依据的分值校正机制；建立和执行动态调节机制；完善配套付费政策设计；而且不同的国家也有不同的方案。

美国：CMS 根据医疗保险索赔的费用和医院医疗保险成本报告中报告的成本计算权重，采用全国统一的成本收费比率。

英国：要求所有国家医疗服务（NHS）医院向国家数据库提供成本核算数据。

法国、德国、荷兰：仅使用标准化成本核算方法的样本医院的数据，采用详细的自下而上成本计算方法来计算治疗个别患者的成本。

## 3、医保 DRG 付费扩面与医院落地实施。

第一，DRG 付费目标与新三年行动计划。第二，DRG 付费改革医院落地实施。

DRG 付费基本原理：病例组合（Case Mix）。DRG 三轴心分组核心理念：临床过程相似，资源消耗相近，相似合并付费；临床实践与统计技术相结合；分层编制，逐层论证，由粗到细。

第一，抓扩面：统筹地区，医疗机构，病种分组，医保基金。

实施策略：学习吸收示范点先行经验；明确 DRG/DIP 付费基础条件；统一省内分组和付费技术方案；制定省、市“扩面进度表”；优先省内“空白区”破冰；统筹区内条件成熟医院先行开展；未达条件医院对照条件改造完善；成熟一批纳入一批（城市、医院）

截止 2022 年 3 月，全国 395 个统筹地区中：已开展 DRG/DIP 共 250 个（63.3%），其中：DRG：138 个，占 34.9%。DIP：110 个，占 27.8%。DRG+DIP：2 个，占 0.5%。已实际付费 142 个，占 35.9%（目标 40%），占试点城市的 56.8%。按统筹地区计 14 省（市、区）已 DRG/DIP 全覆盖北京、天津、河北、内蒙古、上海、浙江、山东、湖南、广西、重庆、青海、宁夏、新疆区、兵团。

第二，建机制：核心要素管理与调整机制，绩效管理与运行监测机制，多方参与的评价与争议处理机制，相关改革的协同推进机制。

目标：不断推进医保支付方式改革内涵式、精细化发展。

1) 完善核心要素管理与调整机制。突出三个核心要素：病组/病种、权重/分值、系数。

2) 健全绩效管理 with 运行监测机制。加强医保基金使用效率效果评价，提效。

3) 建立相应技术评价与争议处理机制，立足当地实践，建立完善争议问题发现、研究解决和结果反馈机制。

4) 大力推进病种付费等区域总额预算管理。

第三，打基础：专业能力，信息系统，技术标准，示范点建设。

目标：夯实基础，确保支付方式改革行稳致远。分别从专业能力、信息系统、标准规范三个角度来展开。要点为：培训内容规范化，双培培训全面化，交叉评估常态化，功能模块标准化，经办流程统一化，改革示范典型化。

第四，推协同：医疗机构编码管理，信息传输，病案质控，内部运营机制建设。

要点为：业务编码全面落地，结算清单准确上传，切实提高病案质量，更注重内涵式发展。

## 三、支付方式改变了医院运营的基本逻辑。

支付方式改革（DRG）对医疗系统的影响。战略性购买核心手段：助推医疗服务体系改革，简介影响医药改革。改变医院运行机制：以成本控制为核心，药品、耗材成为成本中心，合理使用、减少浪费，是控制成本的关键。

DRG 付费以 DRG 组为定价单元实行预定额付费。医院运营管理的目标从质量、效率、发展和满意四个角度展开。而目前我们面临的主要问题是：高能高收低效。如：目标不清晰，定位不遵从，诊断个体化，高耗高成本，运营低效率，管理粗放化。

DRG 付费能给医院带来：由收入中心转向成本中心；由粗放转变为大数据精细化分析；显性成本：药品和耗材；由回溯转变为实时监督；隐性成本：水电气、人力成本；由抽查转变为全程监控。医院经济运营高效、医保管理能力精细、医院高质量发展规范形成三角闭环。

合理分配医疗资源，建立机制。有效引导不断优化医疗服务。DRG 已被认证为科学的方式，控价不控量，兼顾供需双方。DRG 本质即成本近似、路径近似的分类法。有了 DRG 工具之后大大提高了管理效率。DRG 的分组讲究科学性，首先进行临床的分组，然后代入大数据找到个体差异，找到 CHS-DRG，既有临床意义又有统计意义。改变了无序扩张的过程；分组并没有完全本土发，这是理论上的分组，还需要和临床不断地修正和试错，供需双方达到一个平衡点的过程。

## 参考文献：

[1]李乐乐,李怡璇.我国医保支付方式改革的治理路径分析——基于 DRG 与 DIP 的机制比较[J].卫生经济研究,2022,39(09):43-48.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.09.016.

[2]朱晓丽,郑英,王珂琦,代涛.整合医疗卫生服务背景下医保支付方式改革的政策优化——基于国际经验视角[J].中国医疗保险,2022(05):121-126.DOI:10.19546/j.issn.1674-3830.2022.5.026.

[3]耿斌,王丹,刘春平,高晶磊,柏星驰.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(08):18-20+24.