

分级诊疗体系建设中医保支付方式的改革与探讨*

耿 铖^①, 王 丹^①, 刘春平^②, 高晶磊^②, 柏星驰^③

摘 要 医保支付方式改革是构建分级诊疗就医格局的重要抓手。通过梳理国内典型地区在构建“四个分开”的分级诊疗就医格局时有关医保支付方式改革领域的具体实践,同时对医保支付方式改革的局限性进行深入分析,提出加快构建分级诊疗格局的医保支付改革的政策建议,助推“十四五”期间分级诊疗体系建设的高质量发展。

关键词 分级诊疗; 医保支付方式改革; 多元复合型支付

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** C **文章编号** 1003-0743(2022)08-0018-04

Reform and Exploration on the Payment Method of Traditional Chinese Medicine Insurance in the Construction of Hierarchical Diagnosis System/GENG Cheng, WANG Dan, LIU Chun-ping, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(8): 18-20, 24

Abstract The reform of medical insurance payment method is an important starting point for building hierarchical diagnosis. By sorting out the specific practices in the field of medical insurance payment reform in the construction of the “four separate” hierarchical diagnosis in typical domestic regions, it makes an in-depth analysis of the limitations of the medical insurance payment reform, and proposes ways to speed up the construction of a hierarchical diagnosis, so as to help the high-quality development of the construction of the hierarchical diagnosis and treatment system during the “14th Five-Year Plan” period.

Keywords hierarchical diagnosis; medical insurance payment reform; multiple compound payment

First-author's address Office of the National Center of Stomatology, Peking University, Hospital of Stomatology School; National Center of Stomatology; National Clinical Research Center for Oral Diseases; National Engineering, Research Center of Oral Biomaterials and Digital Medical Devices Beijing, 100081, China

Corresponding author GAO Jing-lei, E-mail: ywpgyjs@sina.com

分级诊疗制度作为“5项基本医疗卫生制度”之首,是重构我国医疗卫生服务体系,提升服务效率的根本策略。“十三五”期间,各地在卫生健康行政部门的主导下积极探索,以提升基层医疗服务能力为重点,以“互联网+医疗”、医疗联合体建设和家庭医生签约服务为抓手,积极推动优质医疗资源下沉,逐步构建科学合理的就医秩序,大力推进分级诊疗制度建设^①。由于相关配套措施特别是医保支付制度改革滞后于分级诊疗体系的建设进度,导致医疗机构间协作的利益导向机制并未完全建立,这在一定程度上影响了分级诊疗格局的构建。从国际经验来看,医保支付方式对医疗机构接诊、转诊和医务人员的诊疗策略有显著的导向作用。无论是实行国家卫生服务体制的英国、社会保险体制的德国还是商业保险体制的美国及我国台

湾地区,医保支付制度均是推动分级诊疗就医秩序形成的关键政策工具。因此,本研究梳理了国内典型地区在构建“区域分开、城乡分开、上下分开、急慢分开”的分级诊疗格局时有关医保支付改革领域的探索与实践,分析了目前改革的局限性,并提出了加快构建分级诊疗格局的医保支付改革的政策建议。

1 基本情况

医保支付方式改革的总体规律是由按项目付费的“后付制”向按病种、按人头付费的“预付制”转变,由单一支付方式向多元复合型支付方式转变^②。从供方而言,在医院对住院患者实行按病种付费和按疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)付费,在基层医疗卫生机构对签约居民落实按人头结合按绩效支付的付费方式;同时以区域或者医疗联合体等类似组织为单位实行以人群为基础的总额打包预付的支付方式^③,可有效提升医疗机构之间的分工协作动力,推动落实“基层首诊、双向转诊”,实现提高医疗服务质量、降低医疗费用的目标。从需方而言,主要通过不同层级医疗机构就医的差别化报销政策和是否按照分级诊疗程序就医的差别化报销政策来引导居民合理就医。

2 我国典型地区在分级诊疗体系建设中医保支付方式改革的探索

2.1 以推动DRG付费和创新慢性病支付方式改革为重点,推进“急慢分开”

2.1.1 住院患者实行DRG付费方式,引导各级医疗机

*基金项目:北京大学口腔医(学)院管理科研基金项目(2021GLJJ06)。

① 北京大学口腔医院国家口腔医学中心办公室、国家口腔医学中心、国家口腔疾病临床医学研究中心、口腔生物材料和数字诊疗装备国家工程研究中心 北京 100081

② 国家卫生健康委卫生发展研究中心、国家药物与卫生技术综合评估中心 北京 100044

③ 北京中医药大学管理学院 北京 100029

作者简介:耿铖(1984—),男,硕士学位,助理研究员;研究方向:卫生政策研究、卫生改革等;E-mail: gengcheng56@163.com。

通信作者:高晶磊, E-mail: ywpgyjs@sina.com。

构落实功能定位。DRG付费方式是由财政、医保等相关部门进行科学精细地测算，对相关疾病诊断相关组的付费权重和费用标准进行设置，鼓励“同城同病同价”，从而促进高水平医院改变管理理念和运行机制，由“大小通吃”向疑难重症治疗转型，倒逼医院及其医生主动向下分流患者，引导常见病、慢性病患者去基层就诊。目前，各地积极探索并已取得一定效果。

湖北省武汉市自2019年起，以华中科技大学同济医学院附属同济医院和华中科技大学同济医学院附属协和医院为代表的70余家大型医疗机构，积极探索武汉市的DRG付费模式。经过两年的探索，2021年，武汉市二级及以上医疗机构均实行DRG实际付费，“同城同病同级同价”有效落实，住院率、医保参保患者住院医疗次均费用实现双下降。武汉市住院率由2019年的21.28%下降到2021年的17.00%左右，住院率过高的问题得到明显改善；医保参保患者住院医疗次均费用降至13 712元，同比降低1 280元，降幅明显，逐渐实现“医保患”三方共赢。

2.1.2 创新慢性疾病康复和护理服务支付方式，分流不同医疗服务需求的患者。随着我国人口老龄化加快，群众对康复、护理等接续性医疗服务需求大幅增加。为降低长期住院患者的医疗费用负担，节省医保资金，提高医疗资源利用效率，一方面，要加快建立长期护理保险制度（以下简称长护险）作为基本医保制度的延伸和拓展，用于支付失能老人的康复、护理和安宁疗护，促进社区居家照护、养老机构照护等接续性服务的发展；另一方面，互联网医疗相关支付政策逐步完善，慢性病患者线上就诊、复诊和开药等逐步纳入医保支付范围，高水平医院部分门诊患者被分流，减轻医院因常见病、慢性病、多发病就诊带来的压力，在一定程度上推进分级诊疗的落地。

上海市设立长护险基金专用账户，资金由医保基金和居民个人共同承担，涵盖选择各种养老方式的老年人，为其提供基本生活照料和与基本生活相关的医疗护理服务，具体包含养老机构护理、住院医疗护理和社区居家照护3类。广东省对享受省内各地市门诊慢性病特定病种的参保人，在经卫生行政部门批准的开展互联网诊疗的定点医疗机构接收诊疗服务时，发生的线上诊察费和药费，均可纳入医保统筹支付范围。

2.2 以实行基层“按人头打包付费”和医联体总额预付为重点，推进“上下分开”

2.2.1 建立健全门诊统筹机制，按人头打包付费，促进基层首诊。在完善职工基本医保门诊共济保障机制的基础上，尽快建立城乡居民基本医保门诊统筹机制，将门诊医疗费用纳入医保统筹基金范围，并主要用于支付基层服务，提高基层门诊服务利用。同时，制定相应的门诊待遇清单等，并按人头打包付费的方

式将门诊统筹基金提前拨付给家庭医生，调动为居民提供相关的基本医疗、健康管理和公共卫生服务的工作积极性，带动居民对于基层首诊的依从性。

成都市创新门诊统筹机制。一方面，落实门诊报销政策，城乡居民参保人员在市域内基层医疗机构刷卡门诊就医，门诊费用按60%的比例报销，年度上限为200元。另一方面，全面实施一般诊疗费，城乡居民参保人员在实施基本药物制度的基层医疗卫生机构刷卡就医时，产生的挂号、诊察、注射（含静脉输液费）及药事服务费合并为一般诊疗费，并全额纳入城乡居民基本医疗保险基金报销。上海市创新家庭医生签约服务费支付方式，医保部门根据家庭医生团队的签约人数，按每人每月10元的标准，按月预拨30%的签约服务费，再根据签约居民最终的健康指标进行考核后，拨付剩余资金。截至2020年，上海市常住居民签约率超过35%，“1+1+1”的签约医疗机构组合内就诊率超过70%^[4]。

2.2.2 实施紧密型医联体总额付费，构建上下转诊的利益机制。目前，各地积极推进紧密型县域医共体和城市医疗集团建设，逐步形成区域内医疗机构分工协作的网格化管理模式，医疗机构由单个管理向集团化管理转变。医保部门可依据区域内服务人口数量、疾病谱变化、医疗质量、医保基金筹资水平等要素，设定基于风险调整的医保总额付费标准，与医联体谈判协商后确定医保支付总额^[5]，并按协定周期预付给医联体，按照“总额预付、结余留用、合理超支分担”的原则，由医联体根据诊疗服务实际进行精细化分配，完善绩效考核评价体系，将分级诊疗相关指标作为重要评价内容，调动医联体内牵头医院及其各成员单位在分工协作和上下转诊方面的积极性。

广州市花都区将医疗集团内签约参保人员结算年度内的门诊和住院的医疗总费用整体打包预付给集团，激发集团主动服务、积极预防和控费的积极性。临沧市云县在紧密型医共体框架下，通过构建医保基金预拨决算机制，落实“总额打包、结余留用、超支自担”的激励约束机制，建立多方联动考核机制，有效倒逼医共体通过优质医疗卫生服务引导居民留在县域内和留在基层看病，推进“上下分开”。

2.3 进一步完善医保差异化支付政策，推进“城乡和区域分开”

阶梯式设置不同级别医疗机构和不同地区间医疗机构就诊的医保起付标准和报销比例，重点向基层医疗机构就诊患者倾斜，由基层医疗机构向二级、三级医疗机构转诊的患者落实连续计算起付线政策，对二级、三级医疗机构向基层或接续性医疗机构转诊的患者则不设起付线要求，促进患者在县域内和基层就诊。在条件适宜的地区，可考虑试点患者首诊在基

层,根据病情需要转诊,没有通过基层转诊到上级医疗机构或者到医保统筹区域外就诊的,降低报销比例或者不予报销,运用经济激励引导居民在基层就诊。

浙江省嘉兴市出台基层首诊疾病种类目录和市级医院下转疾病目录,通过落实医保差别化支付政策,管控医疗卫生服务供方的转诊行为,引导居民基层就诊。北京市医保基金将医事服务费整体纳入基本医疗保险范围内,针对不同级别医院给予相应的报销标准,引导患者分级就诊。

3 分级诊疗格局构建中医保支付方式改革的局限性

3.1 DRG 付费模式下,“同城同病同价”并未全面实施

从我国目前情况来看,就医人群受传统观念影响,仍以高水平医院为就医首选。在未落实“同城同病同价”的DRG试点地区,同一编码的疾病在不同级别医疗机构的费用不同,高水平医院的定价相对高于其他医疗机构,因此高水平医院受运营压力的影响,仍会接受常见病、慢性病和多发病患者就诊,一定程度上稳固了高水平医院虹吸的局面,不利于基层就诊和分级诊疗的落地。

3.2 紧密型医联体医保打包支付管理方式精细化不足

目前,部分地区关于紧密型医联体打包支付策略过于简单,在医保基金总额预算过程中存在预算标准不确定、额度分配不合理等问题;在医保基金使用过程中又过度强调控制总额,节省基金;在医保结余资金的使用中存在无法进行人员激励,牵头医院和成员单位分配不均等问题。总额控制激励作用并未充分体现,同时制约医疗机构参与分级诊疗的积极性,导致医疗卫生服务供给不合理、医保基金压力增大、参保人员利益受损、医疗服务技术发展受阻等情况。

3.3 门诊患者待遇保障和支付方式改革进展较慢

一方面,我国门诊统筹水平整体相对不足。目前,虽然多数省份建立基本门诊统筹制度,但除北京、广州等地的门诊保障水平相对较高,其余地区普遍较差,从而造成基层医疗机构为防止门诊医保额度超支,将原本基层可以诊治的患者主动转向上级医疗机构,同时引发医疗机构为了效益降低入院标准,患者为了降低自付比例,使原本门诊治疗的疾病转为住院治疗,不利于合理就医秩序的形成。另一方面,基层门诊慢性病医保支付方式改革相对缓慢。受地区间政策、医保筹资、医疗技术的不同,各地门诊慢性病包含的病种数量、报销比例、起付线等均存在差异,难以统一,实现门诊异地结算还有很长一段路要走。同时,基层门诊慢性病医保支付方式多以按病种付费为主,不同病种都有相应定额,超过定额部分,医保不予支付,对于引导医务人员开展预防、治疗、康复一体化医疗服务、引导患者在基层就诊的动力不足。

3.4 医保差异化支付政策的效果不够明显

由于我国同一城市中不同级别医院的报销差距一般不超过10%,除少数地区试行“强制”基层首诊外,大部分城市仍存在一般性疾病患者过多在地区“头部”医院就诊,挤占优质医疗资源,导致“倒三角”的就医需求结构并未能通过对患者的经济激励得到真正改变,经济发达地区患者对需方激励则更不敏感。目前看来,医保差异化支付政策只能作为辅助手段引导患者的就医行为,未能有效推进分级诊疗就医格局的形成。

4 加快构建分级诊疗格局的医保支付方式改革的建议

4.1 科学构建DRG支付标准,完善考核体系

财政部门 and 卫生健康行政部门应统一和明确成本核算的方法,并在辖区内的医疗机构进行全面推广;医疗机构应积极开展DRG成本测算和研究,结合医院功能定位,按照病种精准设计,不符合大医院功能定位的病种支付价格要大幅降低,实行“同病同价”,防止误入DRG支付经济陷阱,为DRG付费下控制大医院虹吸,提高运行效能打下坚实的基础。同时,加强监管和考核,制定与DRG付费方式相适合的监督考核制度,并对关键性指标进行量化,定期组织专家组进行督导检查,对发现的不规范行为进行指导并适度处罚,考核结果和公立医院绩效考核、医保基金拨付等挂钩,从制度上约束医疗机构主观违规的行为,充分发挥好绩效考核的“指挥棒”作用,确保DRG改革后医疗质量不打折扣。

4.2 持续完善紧密型医联体医保打包支付管理方式

一方面,在实行以医联体为支付单元的医保资金总额预付基础上,真正做到“超支分担、结余留用”的风险分担机制,当医联体年度医疗费用总支出低于当年医保基金预算时,结余可用于人员绩效分配或事业发展等方面,从而调动医联体内各成员单位及其医务人员在控制医疗费用,推进分级就诊,实现“上下分开”的工作积极性。另一方面,对于医联体内医保资金总额标准的核算,既要考虑医联体覆盖的服务人口、疾病谱以及医保筹资水平,又要注重构建风险调整的医保总额预付标准,降低目前常见的以历史数据进行测算的占比,逐步以医疗卫生服务成本核算作为预付标准设定的依据^[9]。同时,加强医保与医疗机构间的谈判协商,确保医保支付标准与医疗卫生服务成本价值相匹配,以激励医联体内部加强分工协作,落实各机构的功能定位,为区域内居民合理地提供医疗服务,以期获得合理结余。

4.3 提高门诊保障水平,加快慢性病门诊支付方式改革

(1) 扩大门诊大病统筹覆盖范围。从省级角度整合慢性病、特殊诊疗项目等门诊保障政策,减少省内各地市间差异,同时, (▶▶下转第24页▶▶)

表5 第四区间普惠险产品信息

评级	省份	地市	产品名称
C	江苏	连云港	连惠保
C	海南	全省	惠琼保B款
C	海南	全省	惠琼保A款
C	浙江	舟山	浙里医保·舟惠保
C	广东	阳江	阳江市惠民保(基础款)
C	江苏	全省	江苏惠e保
C	广东	阳江	阳江市惠民保(升级款)
C	安徽	阜阳	惠皖保阜阳(基础版)
C	江苏	南京	宁惠保
C	山东	烟台	烟惠保

测算。此次构建的罕见病“友好型”普惠险评价指标体系兼具科学性与实用性，且指标选取与测算具备客观性，能够有效引导未来普惠险产品的设计方向。

通过对市面上公开的普惠险产品进行筛选、测算、评价与解读之后，本研究发现对罕见病较为友好的普惠险产品需具备以下几个特点：(1)在医保目录内保障方面，保额需要实现百万以上，报销比例基本需要达到70%及以上，免赔额基本控制在1~2万元，以及支持门诊特殊病种、门诊慢性病的费用报销，譬如，将“国谈”药清单中的罕见病药品通过门诊特殊病种来报销；(2)在目录外保障方面，住院保额基本实现百万以上，住院免赔额基本控制在2万元以内，以

及住院报销比例应该提高至60%左右；(3)在特药或罕见病专项保障方面，一些普惠险产品通过建立特药清单或罕见病专项，将个别罕见病用药纳入特药清单或罕见病专项，以此来报销罕见病患者的费用支出。

为了更好地参与罕见病多层次保障，未来普惠险在开发设计产品之时，可以着重考虑以下几个方面：(1)在保证基金稳定持续运营的基础上，为产品设置合理的既往症条款和责任免除条款；(2)在政府指导下探索建立普惠险特药清单制度或地方性专项保障制度，针对罕见病特药和目录外自费保障设置合理的赔付比例和保障额度；(3)建议普惠险在目录外住院自费保障的基础上，增加门诊，甚至药店购药的保障责任，将普惠险的罕见病保障责任充分落地。

参考文献

- [1] 北京病痛挑战公益基金会. 中国罕见病行业观察(2021)[R]. 2021.
- [2] 王若薇, 李士雪, 韦苏晴, 等. 山东省县级公立中医医院绩效考核指标体系的构建及应用[J]. 中国卫生经济, 2021,40(10):65-68.
- [3] 朱铭来, 王本科, 陈召林. “惠民保”的价值评估和监管模式[J]. 保险理论与实践, 2021(10):12-29.
- [4] 汪颖. 影响我国药品价格因素的主成分分析[J]. 中国卫生经济, 2018,37(8):71-73.

[收稿日期: 2022-06-02] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第20页◀◀)

从低水平保障起步构建普通门诊统筹。(2)放宽门诊大病保障限制条件，加强补充保障。部分地区的门诊大病认定标准条件偏高，导致部分患者在疾病早期受经济条件和报销政策的限制，未能及时进行早期干预和治疗，导致小病拖延成大病，最终造成更多的医保基金支出。因此，应适当降低门诊大病认定标准，同时对需要长期治疗的慢性病或特殊疾病患者，可通过补充保险或商业保险进行二次保障。

4.4 优化医保差异化支付政策，建立动态调整机制

目前，我国各地区在确定医保差异化支付比例时，并未对当地居民的医疗需求和就医引导开展实际调查和精细测算，一般多以当地医保筹资水平为基础进行粗线条的设计。因此，各地医保部门在确定区域内外各级医疗机构医保差异化支付比例时，应对当地居民的疾病谱和医疗需求进行调查测算，再结合当地医保筹资水平和医疗资源情况进行评估，形成可促进当地分级诊疗格局的起付线标准、报销范围和比例，并定期对居民就医行为的变化进行监测，根据分级就诊的效果进行差异化医保支付政策的动态调整。对于经济水平相对较差、医疗资源供给不足的地区，可适

当拉开不同层级医疗机构的报销比例，通过经济激励引导居民基层就诊；对于经济发达、医疗资源丰富的地区，可探索“柔性”首诊试点，根据当地医疗机构的卫生服务能力，选择合适的等级医疗机构作为患者的首诊机构，患者在基层就诊和在未经转诊的上级医疗机构就诊时，自付费用有一定差异。

参考文献

- [1] 张翔翔, 李江菲, 朱志强, 等. 新医改背景下我国村级医疗卫生机构发展的SWOT分析[J]. 中国社会医学杂志, 2017, 34(2):108-111.
- [2] 韩优莉. 医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(3):21-27.
- [3] 廖藏宜. 门诊慢特病医保人头打包付费的政策机制设计[J]. 中国人力资源社会保障, 2021(11):59.
- [4] 王玲, 张天晔, 易春涛, 等. “上海市家庭医生制度构建”专家主题研讨[J]. 中国全科医学, 2017,20(1):80-84.
- [5] 朱晓丽, 郑英, 王清波, 等. 我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析[J]. 中国医院管理, 2020,40(2):21-25.

[收稿日期: 2022-05-20] (编辑: 毕然, 滕百军)