

# 医保付费制度改革背景下 中医药非对称共摊机制探索与实践\*

梁力中<sup>①②</sup>, 华芳<sup>③</sup>, 吴伟基<sup>②</sup>, 朱丽云<sup>②</sup>, 曾志嵘<sup>①②</sup>

**摘要** 以DRG/DIP为主导的付费方式是当前支付方式改革的必然趋势,其西医诊断与诊疗体系的核心机制与中医药诊治特点缺乏适配,导致中医药缺乏医保基金补偿的长效机制。针对医保支付与中医药的非对称问题,创新性地引入未充分补偿与非对称共摊的理念,探索适用当前付费制度改革背景下的中医药非对称共摊支持机制,并以此理念指导全面实施DRG且有深厚中医药传统的江苏省常州市,对其中医医疗机构开展非对称共摊相应的系列政策。政策实施后,常州市各中医医疗机构的支付率提升、人均住院费用下降、中医诊疗价值得到有效补偿,达到预期目标,为DRG/DIP付费制度改革背景下有效落实支持中医药可持续发展提供了机制性、系统性卫生政策支撑。

**关键词** 医保支付方式改革; 中医药; 非对称共摊机制

**中图分类号** R1-9; R197 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2022)09-0023-06

**Exploration and Practice of Disproportionate-Share Hospital Payment Mechanism of Traditional Chinese Medicine under the Reform of Medical Insurance Payment System/LIANG Li-zhong, HUA Fang, WU Wei-ji, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(9):23-28**

**Abstract** The payment method dominated by Diagnosis Related Group(DRG)/Big Data Diagnosis-Intervention Packet(DIP) is the inevitable trend of China's payment method reform, the core mechanism of its western medicine diagnosis system lacks compatibility with the characteristics of TCM diagnosis and treatment, resulting in the lack of a long-term mechanism for medical insurance fund compensation for TCM. Aiming at the disproportionate-share problems between medical insurance payment and TCM, it innovatively introduces the concept of insufficient compensation and disproportionate-share hospital payment abroad. It explores to establish an disproportionate-share hospital payment support mechanism for TCM under the background of current payment system reform. The concept to guiding the full implementation of DRG is explored, while Changzhou City of Jiangsu Province had tradition history of TCM. It carried out a series of corresponding policies for disproportionate-share hospital payment of TCM medical institutions. After the policy is implemented, the payment rate of each TCM medical institution has increased, the per capita hospitalization expenses have decreased, and the value of TCM diagnosis and treatment has been effectively compensated, achieved the desired goal. It provides institutional and systematic health policy support for the effective implementation of support for the sustainable development of TCM in the context of the DRG/DIP payment system reform.

**Keywords** medical insurance payment reform; Traditional Chinese Medicine; disproportionate-share hospital payment mechanism

**First-author's address** Institute of Public Health and Wellness, Guangdong Medical University, Zhanjiang, Guangdong, 524023, China

**Corresponding author** ZENG Zhi-rong, E-mail: zengzr@gdmu.edu.cn

中医药是我国医疗服务体系的重要组成部分,医保作为医疗服务的战略购买者,医保基金资源配置的支持对中医药事业的传承发展起到至关重要的作用,医保付费方式直接影响中医药服务与产品供给的质量与能力的提升。随着国家付费制度改革的持续深入,《国家医保局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48号)表明,DRG/DIP付费方式已成为全国医保付费方式的主流。无论是按疾病诊

断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)还是按大数据病种分值付费(Big Data Diagnosis-Intervention Packet, DIP),都是以西医诊疗相关方式付费体系为主,导致实行DRG/DIP付费地区的中医药服务缺乏价值补偿机制。为此,2021年12月,《国家医疗保障局国家中医药管理局关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》(医保函〔2021〕229号)明确了“中医医疗机构可暂不实行按DRG付费,对已经实行DRG和按病种分值付费的地区,适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值”。该措施一方面是为了“充分体现中医药服务特点和优势”,另一方面也表明了各级医保局仍在探索更适宜中医药传承与发展的医保支付制度改革路径。在该路径尚未清晰前,在医保基金依法治理的体系框架下,找到提高“中医医疗机构、中医病种的系数”的机制性支撑,探索实施DRG/DIP付费

\* 基金项目: 国家中医药管理局中医药政策研究专项(2ZY19012G)。

① 广东医科大学公共卫生与健康研究院 广东 湛江 524023

② 广东医科大学医疗保障研究院 广东 湛江 524023

③ 江苏省常州市医疗保障局 江苏 常州 213022

作者简介: 梁力中(1978—),男,硕士学位,高级工程师;研究方向: 医保付费制度、基金监管,医保大数据; E-mail: lianglz@gdmu.edu.cn。

通信作者: 曾志嵘, E-mail: zengzr@gdmu.edu.cn。

改革的地区开展适配中医药诊疗服务特色的补偿长效机制，成为了当前支持付费制度改革与支持中医药发展的重大命题之一。

本研究结合中医药在医保资源配置的不对称与未充分补偿的现状，引入国际上对未充分补偿医疗支出的非对称共摊法治理念与长效机制，在其指导下，在全面开展DRG付费制度改革的江苏常州地区实施非对称共摊取得了预期效果。

## 1 中医药与医保支付的非对称问题

《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》（国发〔2009〕22号）提出，“将符合条件的中医诊疗项目、中药品种和医疗机构中药制剂纳入报销范围”。但是医保按服务项目收费的支付方式具有西医还原论、分科细化的特点<sup>[1]</sup>，当前的医保付费及监管理念与中医药的诊治、特点与发展规律等方面的匹配程度不足，导致中医药产生因被低估价值而未获得充分补偿的问题，具体表现为两个“非对称”。

### 1.1 中医药医疗服务价值与医保资源价格配置的非对称

医保对中医特色技术项目及其支付考虑不足。一方面，纳入医保支付范围的中医诊疗项目数量较少。国家发展改革委公布的《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》中，总计有9 360项医疗收费项目，而中医项目仅有337项，占总医疗服务项目的3.6%，中医诊疗项目偏少。中医药特色技术在医疗服务中的作用和地位是重要的，部分传统中医技术，如中药蒸汽治疗、磁热疗法和内科疾病推拿等项目却尚未被列入医保报销范围，患者就诊需自负所有费用。这在一定程度上使参保人偏向于选择报销较高的西医治疗。另一方面，中医诊疗项目获得医保基金支付的比例较低。由于缺乏相应的诊断编码和病组编码进行分组，导致中医的收费标准不合理。按照成本收费法管理中医诊疗项目，其定价未能体现中医特色诊疗价值，同时收费标准过低也导致医务人员劳动价值未能获得充分补偿。医保资源价格配置与中医药医疗服务价值的非对称，在一定程度上制约了中医药的发展。

### 1.2 中医药特色疗效与医保支付方式的非对称

医保支付方式未能充分体现中医药服务的诊治特点特色。中医学具有悠久的历史和丰富的临床实践积累，其优势在于以“治未病”为指导的综合保健理论，并在实践中形成独具特色的临床诊疗技术。中医药诊疗服务价值的表现不同于西医，中医医师通过“望闻问切”辨出病症，其价值体现在中医医师的经验、辨证施治和开药方上。时间和人力支出是诊疗服务的主要成本，且中医师的人力付出难以用机器检查、检验替代。与西医高精诊疗设备相比，中医药诊疗工具和方法的现代化程度不足，与当前医保支付方式匹配程度不高。对于经验丰富的中医药诊疗服务而

言，如果医保按照诊疗过程中的低值耗材、设备使用及其折旧等成本核算进行补偿，将难以反映中医医疗服务成本的实际构成<sup>[2]</sup>。中医诊疗项目收费标准偏低、人力成本补偿不足，一定程度上会造成医院运营压力并影响中医从业人员绩效与积极性。现代西医的医学检查、治疗和手术等项目具有收费高、见效快的特点，而中医耗时长、人力成本高，因此，医疗机构减少中医药发展的投入，将院内资源主要集中于西医诊疗上，“以西养中”成为普遍现象。中医医院一直存在制约中医药特色优势发挥的“以西补中”的问题<sup>[3]</sup>，当前的医保支付方式影响着中医药特色优势的充分发挥。

## 2 非对称共摊理念与机制的引入与延伸

对于中医药在获得医保支付的“非对称”问题，《国家医疗保障局 国家中医药管理局关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号）中明确指出，“对已经实行DRG和按病种分值付费的地区，适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值”。这是对“非对称”的补偿，该文件的落实还需形成充分完备的政策逻辑。只有建立内在与长效补偿机制才有助于各级医保管理机构持续有效地对中医药服务进行支持。为此，本研究提出中医未完全补偿的非对称共摊补偿机制，为中医获得“提高系数”提供理论支撑与法理依据。

### 2.1 未充分补偿和非对称共摊费理念

未补偿的医疗服务是指医疗成本未被患者、公共保险或私人保险补偿，具体是指由医院或医疗保健提供者提供的未获得报销的医疗保健或服务。非对称共摊费（disproportionate share, DSH）是指医院为低收入患者或无保险患者提供服务，然后从医疗补助和医疗保险服务中心获得付款，以支付为低收入患者或无保险患者提供护理的费用<sup>[4]</sup>。

以美国为例，在没有实行全民医保的背景下，多数医疗机构收治低收入患者或无保险患者，为其所提供的医疗服务很大程度上得不到相应的治疗费用。长此以往，将会加重医疗机构的成本负担。因此，美国通过立法建立起一种非对称共摊费，用以支付医疗机构未补偿的医疗服务。从2015年开始，各类医院已为患者提供了近1 958亿美元的无偿护理<sup>[5]</sup>。以2018年为例，DSH医院的营业利润率和总利润率都有明显增幅，分别上涨3.8%和3.4%<sup>[6]</sup>，与美国综合医院相比增长明显。非对称共摊机制很大程度上减轻了DSH医院医疗成本负担，维持了医院正常运转。

美国联邦法律要求，美国各州医疗补助计划向为未投保个人提供服务的合格医院支付大量医疗补助，以抵消医院的无偿护理费用。其旨在改善安全网医院的财务稳定性以及激励医院向穷人提供医疗服务<sup>[7]</sup>。美国医疗补助非对称共摊机制针对未明确划分的医疗服

务费用进行适度经济补偿,充分体现了公平治理的理念。因此,可借助其战略购买聚集共有资源的优势尝试解决中医补偿不足的问题,探索中医服务的价值补偿机制。

## 2.2 中医未充分补偿的医疗服务和非对称共摊概念

中医未充分补偿的医疗服务是指在当前的医保政策下,中医存在被低估价值而未被充分补偿的诊疗服务。中医的非对称共摊是指在现行医保基金总额预付的前提下,优先针对因被低估价值而未获得充分补偿的中医诊疗服务进行政策补偿,构成其补偿的资金则成为非对称共摊费用,其主要来源于医疗保障基金。

医保作为医疗服务的战略购买者,其本质是“战略化购买”,这一过程强调医疗服务供给的公平、质量、效率以及战略购买工作的透明性、回应性<sup>[9]</sup>。相较于西医,当前的医保政策不利于中医药争取医保资源,中医药价值补偿不足。因此,根据非对称共摊理念,医保付费制度可借助中医调节系数,在基础付费条件下,给予中医医疗机构提高1~2个百分点的政策补偿,从而使得中医医疗机构和从业人员获得更多价值补偿,以体现医保基金公平性。

中医药是我国数千年历史保留下来的优秀文化遗产,是全民的公共产品,运用医保基金进行“共摊”,中医诊疗服务有着充分的法理依据。在医疗服务价格改革、中医循证规范与监督规则未完成的过渡期,政府需要着眼于中医的可持续发展,践行“文化自信”,利用非对称共摊的方法给予中医药有利扶持。当然,中医非对称共摊理论尚处于初步探索阶段,目前仅试用于中医,但随着未来理论不断完善和改革实践不断深入,其适用范围将不断扩展至中西医。以医保基金整体运行为核心,强调中西医结合发展,充分发挥非对称共摊理论优势,推动中西医药服务体系公平均衡发展。

## 3 常州市推行非对称共摊的政策实践

江苏省常州市作为中医著名的“孟河医派”发源地与传承地,从2021年开始推进DRG付费制度改革,结合非对称共摊理念与机制,该市提出了对中医医疗机构开展“先补偿后分组”的付费方案,取得了预期的效果。

### 3.1 改革背景

截至2020年,江苏省常州市常住人口共计534.96万人,其中户籍总人口388.16万人。2020年,参加全市基本医疗保险共计432.07万人,全市基本医保基金(含生育保险)总收入143.01亿元,比2019年增长27.43%,基本医保基金总支出123.77亿元,比2019年增长22.12%,基本医保基金累计结存152.48亿元。全市各级各类医疗卫生机构1666个,其中医院、卫生院(含妇幼保健院)149家,卫生技术人员4.04万

人。常州市作为著名医学流派“孟河医派”的发源地,非常重视中医的传承发展,不断涌现出新的发展成果。一是医药服务体系建设比较完善。两所三级中医医院通过省级复核评审,新增1所社会力量办二级中西医结合医院建设单位,全市的乡镇卫生院、社区卫生服务中心都建成了标准化中医馆,各级医疗机构均能提供中医药服务。二是中医药服务能力不断提升。2020年,常州市成立市级新型冠状病毒肺炎中医药专家指导组,并在武汉市江夏区人民医院开展“孟河医派”特色中医药治疗,治疗患者300余例。三是常年开展“孟河医派百人传承工程”,举办关于中医文化的大型节日活动,将欧洲针灸学院中国临床学院落户常州市中医医院,常州市不断弘扬中医药文化,积极扩大对外交流。

2020年11月,常州市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会联合发布了《关于加强常州市基本医疗保险和生育保险医药费用支付管理的通知》(以下简称《常州市支付管理通知》)。根据文件精神,常州市全面开展总额控制下的DRG付费制度改革,探索中医治疗在DRG付费制度下的长效支撑机制研究,最终提出“先补偿后分组”的付费方案,建成试点机构住院费用基金区域总控下的DRG费率调节法支付模式,并在此基础上建立常州市中医医保支付的支持体系。

### 3.2 DRG付费制度下的非对称共摊的改革措施

常州市在启动DRG付费改革的同时,首先开展对中医医疗机构的非对称共摊,即先补偿。先补偿是指全额补偿中医治疗费用。在实际操作中,中医院收治病例大多采用中西医结合治疗的方式,但在DRG付费结算时却按照西医诊断进行分组计算,这使得中西医结合的中医治疗费用未在权重中得到体现。因此,常州市在实际操作中以“中医调节系数”补偿中医的诊疗费用,将治疗性中医费用占比作为中医补偿和支持的标准。《常州市支付管理通知》中明确要求执行落实3个路径:第1步,计算各中医院的“中医调节系数”,计算公式为“1+本院住院费用中治疗性中医费用占总费用比”。第2步,计算治疗性中医费用,包括中药(包括中成药和饮片)和中医诊治项目,其中,中药占比按超出非中医院占比部分计算,且中医诊治项目应符合医疗收费规定中的治疗性诊治项目,经专家评估确定并根据工作实际适时调整。第3步,谈判协商确定中医调节系数,中医院自愿提出年度中医调节系数目标,未达目标时按实际占比计算,其中,中医院经中医调节系数调节后总结付率不超过100%。

后分组是指在治疗性中医费用先补偿的基础上总结研究中医治疗性项目使用情况,收集适合按DRG分组的中医疾病资料,建立中医分组规则后分组,逐步建立中医诊断分组规则对中医病种进行分组,实现

DRG 直接支付。主要工作路径为 5 个步骤：第 1 步，结合中医诊疗自身特点及数据特征确定支付要素。依托数据，确定中医诊断、中医证型及治疗方式等支付要素作为分组前提。第 2 步，根据支付要素进行分组，并以数据实证分组可行性。根据分组前提，通过数据进行模拟，研讨分组可行性。第 3 步，专家研讨分组结果。专家对其分组合理性及临床适用性进行研讨。第 4 步，测算支付标准。根据分组结果测算定额，结合政策导向，对权重进行再次论证。第 5 步，监管工具配置，对中医药应用的合理性和合规性等基金安全关注重点建立监管工具。在推进相关改革中，常州市已开展第 1 阶段的准备，为后续步骤的推进建立了充分的数据支撑。

### 3.3 常州市非对称共摊政策的成效

常州市改革方案从深化医保支付方式改革入手，在医保基金总额预付下通过提升中医补偿系数引导医疗资源合理配置，增强医保对中医药服务领域的激励

和约束，是 DRG/DIP 3 年行动计划背景下支持中医发展的良好尝试。常州市确定了中医特色收费项目，以中医特有项目作为抓手，对中医院的费用诊治结构进行合理引导。实际经过半年的数据监测，常州市中医院的中医药支付率得到提升，人均住院费用有所下降，达到了对中医诊治项目的有效支持、费用结构有倾向性调整、病人总体费用得到有效控制的效果，一定程度上达到了 DRG 付费制度改革协同支持中医药发展的预期目标。

3.3.1 中医药在住院总费用的占比提升。实行 DRG 付费制度的医院一共有 16 家，其中有 4 家为中医医院。4 家医院在政策实施前后的住院总费用、均值无明显增加，其中 B 院和 C 院的费用有所下降。中医医疗费用增加较快，中医医疗费用占比有所提升，其中 D 院上升 2.63%，增长较为明显。从中成药费用占比看，A 医院和 C 医院的占比提高，而 B 医院和 D 医院占比均有所下降。从中草药费用占比看，只有 C 医院上升，而 B 医院

表 1 常州市中医医院政策实施前后医疗费用情况

项目	总费用均值 (万元)	中医		中成药		中草药		基金支付金额 (万元)
		医疗费 (万元)	占比 (%)	医疗费 (万元)	占比 (%)	医疗费 (万元)	占比 (%)	
A 医院								
实施前	14 953.04	122.00	0.82	774.10	5.18			11 934.15
实施后	15 030.94	160.92	1.07	826.24	5.50			10 149.62
B 医院								
实施前	13 631.45	599.52	4.40	688.49	5.05	166.75	1.22	9 339.31
实施后	12 103.39	534.41	4.42	560.25	4.63	130.90	1.08	8 420.83
C 医院								
实施前	9 051.73	33.31	0.37	182.52	2.02	73.02	0.81	5 766.79
实施后	8 213.84	64.31	0.78	173.07	2.11	83.63	1.02	5 221.00
D 医院								
实施前	9 854.13	174.49	1.77	631.61	6.41	377.08	3.83	6 407.41
实施后	9 819.61	335.15	3.41	535.75	5.46	337.58	3.44	6 429.78

表 2 常州市两家中医医院政策实施前后中医技术使用情况

医院	中医技术使用类别	中医技术使用情况	分组		C <sup>2</sup>	P		
			实施前 (频次)	实施后 (频次)				
C 医院	中医诊疗	使用	6 519	3 376	17.869	0		
		未使用	991	393				
	中成药	使用	4 072	2 034			0.065	0.798
		未使用	3 438	1 735				
D 医院	中医诊疗	使用	8 953	4 851	95.950	0		
		未使用	6 477	2 638				
	中成药	使用	9 949	5 522			196.935	0
		未使用	5 481	1 967				
中草药	使用	10 433	5 314	26.197	0			
	未使用	4 997	2 175					

和D中医医院均有轻微下降（表1）。

3.3.2 中医诊治技术在临床实施中持续增长。中医医疗费包括中医诊疗费、中成药和中草药费3类。对2020年与2021年常州市中医医院的中医医疗费构成进行卡方检验（表2）。C医院的中医诊疗技术和中草药的使用频次占比上升，差异具有统计学意义（ $P<0.001$ ）；D院的中医诊疗技术、中成药和中草药的使用频次占比均有上升，差异具有统计学意义（ $P<0.001$ ）。从分析结果可知，“先补偿后分组”的付费方案在一定程度上鼓励了中医院对中医诊疗的使用，但从中成药和中药饮片的使用情况来看，各家医院的具体情况不一样，可能是由于目前政策处于初始阶段，各医院内部对政策的理解和实施还需要进一步适应。

## 4 讨论

### 4.1 推进非对称共摊成为支持中医药发展的结构性新理念

提高中医医疗机构的相关系数，这不仅仅是常州市首次尝试，在全国首批30个DRG试点城市以及71个DIP试点城市的实践中，也有不少地市通过提高中医医疗机构的系数来落实支持中医药的政策，这也是《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号）“适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值”政策由来的实践基础。本研究提出“非对称共摊”的理念，目的是结合常州的实证将各地“提高系数”的经验上升为一种长效机制，并形成结构性的理念，通过增加其内在逻辑与法理依据，有效保证各地付费制度改革时提高中医药倾斜性系数的一致性与规范性。

在当前将全面推行的以西医诊断为依托的DRG/DIP付费方式与中医药的诊治特点适配性不足的情况下，落实“适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值”的倾斜性支持，引入对中医未被充分补偿的非对称共摊理念是为支持中医药发展形成长效机制的有益尝试。

在国际上，非对称共摊机制以法律形式确立，实践的时间较长且范围较广，理论机制较为成熟，实践成果较为明显。常州市在非对称共摊理论指导下开展了医保付费改革并达成预期目标。实践证明，补偿中医比例政策是作为非对称共摊理论应用于中医补偿的一次积极尝试，也取得了初步成效。中医非对称共摊作为一种全新理念，仍需要在不断实践中深化认识，扩展其适用范围，提升中医药诊疗与我国医保付费制度的契合度。

### 4.2 建立诊疗规范，形成非对称共摊的保障机制

常州市非对称共摊的政策实践促进中医药发展的效果明显，但该政策也一定程度上增加了中医医疗机构为提高中医诊疗比例而造成“过度诊疗”的风险。

主要表现在由于中医药的诊疗副作用小、适应症广，在补偿系数与使用比例挂勾的机制下，医疗机构必然会强化为参保人施行中医药诊治的动机，其中不必要诊疗、过度诊疗的问题也会随之出现。这造成了医保基金的双重浪费，一是医保与参保人支付的浪费，二是医保基金增加支付系数的浪费。这不仅违背了医保基金监管“合理诊疗”的基本原则，也违背了“非对称共摊”“公平与效率”的适用前提，即“共摊”一定是基于合理诊治而未被充分补偿的价值。

所以，医保基金对中医药实施非对称共摊的同时，也要强化中医药循证规范的建立，进一步明确相关中医辨证病种的必要诊治路径，进一步配套强化非必要中医药诊治的监管，提高违规的成本，完善中医标准化诊治路径，保证中医诊疗对疾病防治价值，这是持续深入推行非对称共摊政策的必要前提。

### 4.3 非对称共摊向价格改革与中医从业人员价值的方向延伸

医保基金非对称共摊机制的最终目的是通过对中医药医疗机构系数的倾斜，补偿中医收费标准与中医药诊疗价值不相符的问题。其最终目标是对中医药从业人员提供的中医药服务与产品获得趋于等价的补偿。所以，在推进非对称共摊机制的同时，需要强化两方面。

一是从体现服务价值的角度，加快医疗服务价格改革。如果说医保支付制度改革是医改的重要杠杆，那么医疗服务价格改革就是“杠杆中的杠杆”。为此，《国家医保局 国家卫生健康委 国家发展改革委 财政部 人力资源社会保障部 市场监管总局 国家中医药局 国家药监局关于印发〈深化医疗服务价格改革试点方案〉的通知》（医保发〔2021〕41号）明确指出，“坚持以人民健康为中心，以临床价值为导向，以医疗事业发展规律为遵循，建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制”。中医药服务价格能充分体现其药诊疗价值，中医药服务与西医药形成“对称”的价值体现时，非对称共摊机制就可以完成其在过渡时期支持中医药发展的作用。

二是非对称共摊的目标是最大限度地体现中医服务从业者的劳动价值。非对称共摊将补偿医疗机构转变为直接补偿医务人员的劳动付出，这将是进一步改革的方向。只有这们，才能真正发挥医保的经济补偿对发扬中医诊疗技术的导向作用，调动医务人员积极性，使中医药从业人员成为医疗卫生体制改革的受益者，这也是支持中医药发展“标本兼治”的实现路径。

### 4.4 非对称共摊是建立符合中医药特点付费方式的过渡性支撑

非对称共摊是国家全面推进DRG/DIP付费改革，

中医药与其适配不足而建立的过渡性、扶持性理念与机制，其最终目标是探索建立符合中医药特点的医保付费方式，从而争取改革的时间与付费空间。

振兴中医药、支持中医药的发展需要帮助中医药实现与西医药获取同等医保资源的主流地位，需要医保付费制度改革更长远的规划与准备。在这方面，国际上ICD-11增加了传统医学的疾病编码来为未来中医药纳入DRG分组作了基础性铺垫。广东省为了适应中医药的特点发布了《广东省基本医疗保险中医优势病种分值库》(粤医保发〔2021〕44号)，这是对中医药开展按DIP付费方式改革的重要创新性示范。鉴于此，各级医保局应加强整合相关研究力量，加快建立中医诊断分组规则、完善中医诊断编码步伐，着眼于中医的传承发展，遴选能体现中医特色、疗效突出的中医优势病种<sup>①</sup>，结合临床专家和医疗机构的意见，明确优势病种治愈标准、完善中医病种分组并纳入医保，制定合理的支付政策，形成符合中医付费制度的机制。

## 5 小结

2022年4月15日，国家医保局下发《关于做好支付方式管理子系统DRG/DIP功能模块使用衔接工作的通知》(医保办函〔2022〕19号)，明确要求“2022年6月底前，选择部分新开展DRG/DIP支付方式改革地区，试用全国统一医保信息平台DRG/DIP功能模块；2022年11月底前，实现DRG/DIP功能模块在全国落地应用”，DRG/DIP支付方式改革在全国范围全面实施已经有明确的时间表。因此，相关部门要在执行支付方式改革的时间表内，有效落实《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》(医保函〔2021〕229号)的相关要求。构建中医药未被充分补偿的非对称共摊机制是依法治理医保基金的理论支撑，是建立支持中

医药的内在、长效机制的必然要求，是中医医疗机构和从业人员获得医保基金有效价值补偿的常态化制度建设的抓手。建议各级医保机构在总结常州市及各地成功经验基础上，进一步完善此机制，为未来中医药诊治的高质量发展，争取医保基金与改革时间的资源奠定基础。

## 参 考 文 献

- [1] 谢俊明, 章琦琴, 王钟炎, 等. 中医药服务医保支付方式及标准的思考[J]. 中国医疗保险, 2017(7):51-53.
- [2] 宋宝香. 我国中医医疗服务价格改革的特殊性及其实施建议[J]. 价格理论与实践, 2016(1):91-93.
- [3] 于文明. 建立公立中医医院补偿机制 发挥中医药特色优势[J]. 前进论坛, 2012(4):49-50.
- [4] BHATTACHARYA J, HYDE T, TU P. Health economics[M]. 曹乾, 译. 桂林: 广西师范大学出版社, 2019:123.
- [5] American Heart Association. American hospital association uncompensated hospital care cost fact sheet[EB/OL]. (2021-01-06)[2022-02-12]. <http://www.aha.org/fact-sheets/2020-01-06-fact-sheet-uncompensated-hospital-care-cost>.
- [6] Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. Annual analysis of disproportionate share hospital allotments to states[EB/OL]. (2021-03-11)[2022-02-12]. <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2021/03/>.
- [7] DUGGAN M. Hospital ownership and public medical spending[J]. The quarterly journal of economics, 2000, 115 (4): 1343-1373.
- [8] 李珍, 陈晋阳, 王红波. 医保基金战略购买:基本概念、国际经验与中国镜鉴[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(5):1-7.
- [9] 廖藏宜. DRG时代中医疗效价值付费的理念与政策架构[J]. 中国人力资源社会保障, 2021(5):59.

[收稿日期: 2022-06-19] (编辑: 高非)

## 《中国初级卫生保健》杂志欢迎您投稿

《中国初级卫生保健》杂志由国家卫生健康委员会主管、中国初级卫生保健基金会主办，创刊于1987年，是国内唯一一本以研究初级卫生保健理论、政策、技术方法为内容的综合指导类期刊。曾被评为“全国优秀科技期刊”“中国期刊方阵双百期刊”，现被《中国核心期刊(遴选)数据库》《中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊》《中文科技期刊数据库(全文版)》等多家数据库收录。

杂志自创刊以来，始终坚持以提高人们的健康水平，进一步为经济社会发展服务为目标；以为读者提供一系列基本的、基础的、有益于保护人群健康的基本理论、政策、方法措施为内容，大力宣传国家卫生保健的基本理论和政策，介绍国内外卫生保健工作经验，提供

预防传染病、地方病、慢性病，以及妇幼保健和围产期保健等方面的技术和方法，为普及初级卫生保健知识，实现“人人享有卫生保健”的目标，进而全面提高人们的生活质量做出了贡献，被广大读者誉为良师益友。

本刊为月刊，国内外公开发行。邮局订阅号：14-108。

作者须通过《中国初级卫生保健》杂志网站(<http://www.cphc.cn>)在线投稿，其他投稿网站皆为虚假网站。编辑部办公地点在哈尔滨市香坊区中山路112号，电话：0451-87253030/87253031。

欢迎卫生健康及相关领域专家、学者、基层卫生人员为本刊投稿。

《中国初级卫生保健》杂志编辑部