

# 德国社会医疗保险住院总额预算与DRG的衔接及其启示

孔繁翠<sup>①</sup>

**摘要** 当前我国正在推进医保总额预算管理下多元复合式支付方式改革,对住院总额预算与按疾病诊断相关分组(DRG)、按病种分值付费(DIP)为主的多种结算方式的有效衔接提出了新的要求,德国采取的多元支付方式组合及其经验可为我国医保支付方式改革提供参考。文章聚焦德国社会医疗保险住院总额预算与DRG的衔接机制这一主题,通过介绍德国的总额预算实施的背景与概况、德国确定中央法定医疗保险基金预算、德国分配地方疾病基金预算、德国分配医院住院总额预算,并在相关研究基础上,重点探讨了德国社会医疗保险对我国住院支付方式改革的启示。

**关键词** 社会医疗保险;总额预算;按疾病诊断相关分组;德国

**中图分类号** R1-9; F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)01-0094-03

**The Connection between Total Inpatient Budget and DRG and Implications of German Social Medical Insurance/ KONG Fan-cui//Chinese Health Economics, 2023,42(1):94-96**

**Abstract** At present, China is promoting the reform of diversified and compound payment methods under the budget management of the total medical insurance amount, which puts forward new requirements for the effective connection between the total inpatient amount budget and multiple payment methods based on Diagnosis Related Groups (DRG) and Diagnosis-Intervention Packet (DIP). The combination of multiple payment methods adopted by Germany and its experience can provide reference for the reform of the medical insurance payment method in China. Focusing on the theme of the linkage mechanism between the total inpatient budget of German social medical insurance and DRG, the article introduces the background and overview of the implementation of the total budget in Germany, the determination of the central statutory medical insurance fund budget in Germany, the allocation of the local disease fund budget in Germany, and the allocation of the total inpatient budget in Germany. On the basis of relevant research, the article focuses on the enlightenment of German social medical insurance on the reform of China's inpatient multiple payment methods.

**Keywords** social health insurance; total budget; Diagnosis Related Groups; Germany

**Author's address** School of Public Administration, Renmin University of China, Beijing, 100872, China

总额预算作为医疗保险的重要支付方式之一,在国内外已得到广泛应用。德国社会医疗保险(以下简称德国医保)的住院总额预算已实施30年,经过前期试点又于2010年开始全面实施按疾病诊断相关分组(DRG),所采取的多元支付方式组合及其经验可为我国医保支付方式改革提供参考。

## 1 德国医保总额预算及其分配体系

### 1.1 总额预算实施的背景与概况

1988年以前,德国一直采用以按项目付费为主的后付制,医保部门并未设置医保基金预算或支出上限,这导致医疗服务供方为追求经济利益持续扩张服务规模,医疗费用快速增长。为此,德国于20世纪80年代末开始进行支付方式改革,于1993年全面推行总额预算制<sup>[1]</sup>,即基于往期医保基金支出水平与当期医保基金收入设置医保基金支出上限,以控制医保费用增速,医保支付方式开始由后付制转变为以总额预算为主的预付制。由于德国采取严格的门诊、住院以及药

品等服务的分类管理,因此医保部门针对不同服务类别分别制定了总额预算。德国的绝大多数门诊服务由隶属于地方医师协会的全科或专科医师提供,仅少数门诊服务由大学附属医院提供,且主要用于教学和研究目的。住院服务包括急性住院与精神科住院,全部由医院提供。药品服务分为两类,门诊药品由社区零售药店提供,住院药品则被包含在住院服务中,随着DRG的实行而被打包支付<sup>[1]</sup>。因此,门诊、住院与药品预算均有不同的预算对象及相应管理办法。

对于德国的住院服务而言,1989年起由地方疾病基金和医院协商确定住院预算。1993年起由联邦卫生部通过法案规定的形式公布法定预算增长率,结合住院历史预算支出与联邦法定预算增长率设置住院固定预算。2004年至今,结合协商住院预算与法定住院固定预算两种理念,由地方疾病基金和医院在联邦卫生部公布的法定预算限制下协商住院预算<sup>[2-3]</sup>。

### 1.2 “中央—地方—医院”的住院总额预算分配体系

德国医保采取的是“中央—地方—医院”的住院总额预算分配体系。

1.2.1 确定中央法定医疗保险基金预算。德国105个地方疾病基金构成了德国的医保组织体系,由地方疾病

<sup>①</sup> 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

作者简介:孔繁翠(1984—),女,博士在读;研究方向:医保支付方式改革、医药卫生体制改革;E-mail: kfc\_2009@163.com。

基金将所筹集资金全部汇集到由联邦社会保障局主管的中央法定医疗保险基金池。中央法定医疗保险基金预算（以下简称中央预算）由上一年度医保基金支出与法定预算增长率共同确定。中央预算的计算公式为：中央预算=上一年度医保基金支出×（1+法定预算增长率）。

德国根据“以收定支”的原则，将每年度法定预算增长率限制在同年度医保基金收入增长率以内，以保持医保缴费率的稳定，并由联邦卫生部通过相关法案提前公布。

1.2.2 分配地方疾病基金预算。地方疾病基金预算为各地参保人数与人均预算支出的乘积。其中人均预算支出的确定包括两个步骤：（1）根据往年医疗费用和超支情况确定基准预算；（2）在基准预算上附加或扣除按风险调节机制计算的风险调节金。风险调节因子包括发病率、性别、年龄、失能状况、地理因素等<sup>[4]</sup>。地方疾病基金的计算公式为：地方疾病基金预算=地区参保人数×人均预算支出=地区参保人数×（历史人均预算支出±风险调节金）。

中央基金池将各地预算按月拨付给地方疾病基金。如果地方疾病基金的当期预算无法支付其当期支出，必须向参保人额外征收补充保费。

1.2.3 分配医院住院总额预算。医院住院总额预算根据医院住院历史预算支出与预算增长率制定，同样遵循“以收定支”原则，且必须在联邦卫生部规定的法定预算限制下协商核定。预算增长率需考虑诸多风险调节因子，包括常见病、多发病的发病率，物价指数、工资收入水平等，由地方疾病基金与各医院逐一协商后确定。医院住院总额预算的计算公式为：医院住院总额预算=若干年医院历史预算加权均值×（1+预算增长率）。根据预算的结算方式与服务性质，医院住院总额预算被细分为两类：一类是针对急性住院服务的DRG总额预算；另一类是针对长期住院服务和特殊医药服务的非DRG（包括按床日支付、协商支付等）

总额预算。

## 2 住院总额预算下按DRG支付

2000年，德国《社会保险改革法案》要求在总额预算的框架下引入DRG。2002年成立“医院支付系统研究中心”（InEK），改编澳大利亚DRG（AR-DRG）为德国版DRG（G-DRG），采取费率法对医院付费结算，并于2008年向全国推广G-DRG<sup>[5]</sup>。2002年至2020年间，DRG分组由664个增加至1 292个，分组依据包括诊断及其临床严重性、并发症、患者年龄和治疗方式等。此外，G-DRG费率由全国法定医疗保险基金协会与医院联合会谈判确定，2004年至2014年间G-DRG基础费率逐步由各医院特定费率过渡为全州统一的基础费率，再进一步转变为全国统一的基础费率<sup>[6]</sup>。每年InEK采用前两年的全国医院结算数据测算G-DRG费率与分组权重（RW），及时修订并公布G-DRG的相关要素。

### 2.1 确定DRG总额预算

DRG预算的制定包括两个流程：（1）地方疾病基金和医院在制定住院总额预算后进一步协商确认可能影响DRG总额预算的相关参数，包括DRG要素（CMI值、病例组合数等）与风险调节因子，基于上述参数与历史数据测算本年度DRG服务量。（2）利用预估的DRG服务量乘以联邦统一的DRG权重与费率，确定DRG总额预算。2019年DRG总额预算约占医院住院总额预算的80%<sup>[7]</sup>。

### 2.2 按DRG结算

DRG总额预算确定后，若实际发生费用超出协定预算水平，有两种结算机制：第一种机制为额外服务量费率扣减，超出预算后所提供的住院服务的DRG费率降低25%，即地方疾病基金仅按照各DRG组支付标准的75%支付超量费用。第二种机制为超支收入返还，若DRG总额预算超支，则医院必须返还65%的超预算收入。若实际按DRG结算收入低于事先协商DRG总额预算，医院可留用DRG预算结余部分的20%<sup>[8]</sup>。图

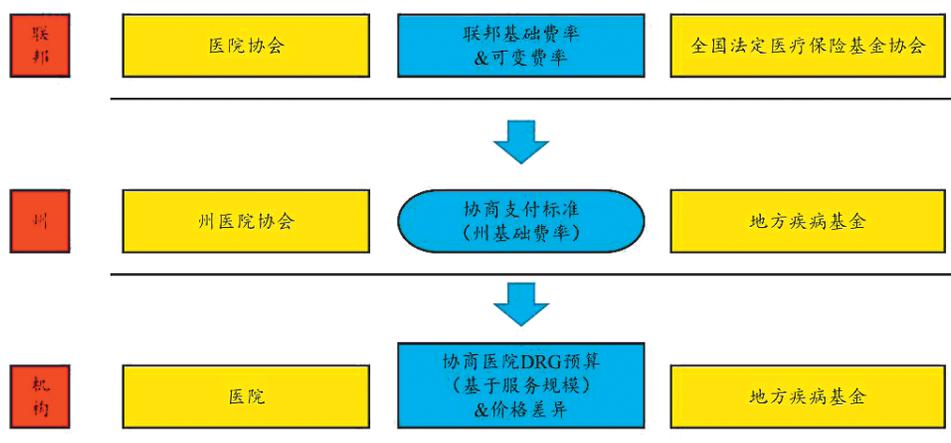


图1 按DRG结算流程

1总结了按DRG结算的流程、不同层级的参与主体及其协商机制,超支分担或结余留用等结算规则<sup>[9]</sup>。

此外,为防止医院追求预算结余而有意推诿患者、减少服务,德国颁布相关法令规定了提供特定服务的最低服务量,如所提供的服务量低于一定阈值不仅会影响医院当期收入,还会被限制未来提供服务的准入资格。医院提供的最低服务量由联邦联合委员会制定统一目录规定,例如肝移植手术不少于20例、肾移植手术不少于25例等<sup>[7]</sup>。

### 2.3 按非DRG结算

非DRG总额预算为医院住院总额预算扣减DRG总额预算后的部分,约占住院总预算的20%。不按DRG结算的住院服务大致可分为3类<sup>[7-8]</sup>:(1)病例数少或组内成本差异大的特殊DRG组,需与地方疾病基金协商后支付。如证明相关服务未得到适当补偿,可获得额外补偿,以附加费形式支付。2016年,1255个DRG组中有45个采取协商支付方式。(2)特殊医疗服务或产品,包括创新诊断和治疗方式、高价药物、医疗设备以及整合型服务等特殊医疗活动,例如基于成本支付的人体器官移植,或者基于全国协商价目表支付的高价药械等。(3)某些特殊医疗机构和医院科室,如提供精神科、康复服务、临终关怀、长期护理服务的机构或科室等,常采取按床日付费(PEPP分组系统)。

### 3 对我国的启示

德国医保经过多年实践,已形成“区域—机构”住院总额预算与DRG支付的衔接,特点可概括为:(1)在中央法定医疗保险基金分配给地方疾病基金时不仅基于不同疾病基金的投保人数,更是引入了风险调节因素,以反映投保人群医疗需要及地区差异;(2)由地方疾病基金与每个医院协商确定住院预算增长率和DRG总额预算的相关参数;(3)在DRG费率法的基础上制定了实际费用超支分担与结余留用措施,并有相应的最低服务量标准。这些做法对我国都有直接的借鉴意义。

我国自国家医疗保障局成立以来,CHS-DRG和按病种分值(DIP)支付方式改革作为推动“三医”联动的“牛鼻子”,撬动了医药服务供给侧改革,提升了人民群众健康获得感,有力促进了医保与医药“相向而行”。一方面,医院主动调整内部管理机制和体系,医疗资源配置更加合理;另一方面,医保部门通过完善医保资金结余留用政策,让医疗机构获得更多的结余留用基金用于支持医疗机构高质量发展。探索支付方式改革下用区域整体预算代替医疗机构分别预算,完善医保资金结余留用政策,以支持医疗机构提高医疗技术水平具有十分重要的现实意义。但医保总额预算结合DRG支付,既要削弱基于机构的总额预算管理可能带来的减少服务提供的激励,又要避免在区域总额

预算下基于住院服务量的结算可能造成医院片面追求无效率的服务数量增加而致无法补偿成本的结局,存在一定的困境。德国医保在实践中,既保留基于“中央—地方—医院”的住院总额预算分配体系的宏观调控作用,又发挥DRG在微观层面按病种标准化支付的导向作用,强化不同医院住院服务的同质化,通过全国法定医疗保险基金会与医院联合会的谈判确定DRG基础费率以及地方疾病基金与不同医院的协商确定DRG总额预算的要素,实现了德国医保(代表参保者)与医院的共赢结局<sup>[10]</sup>。这为我国探索在总额预算基础上实施DRG支付提供了新的思路,既能在现有基金筹资水平基础上推动基本医疗保险与医药服务供给侧的协同发展,又能推动医疗服务微观层面上的规范化、趋同化和标准化,值得我们深入研究。

### 参 考 文 献

- [1] 雷璐倩,张伶俐,颜建周,等.德国医疗保险支付方式改革及对我国的启示[J].中国卫生资源,2020,23(2):176-181.
- [2] BUSSE R, GEISSLER A, AAVIKSOO A, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?[J]. BMJ, 2013, 346(jun073): f3197-f3197.
- [3] World Health, Organization. Health care systems in transition: Germany[R]. Copenhagen: Regional Office for Europe, 2004.
- [4] BUCHNER F, GOEPFFARTH D, WASEM J. The new risk adjustment formula in Germany: Implementation and first experiences[J]. Health policy, 2013,109(3):253-262.
- [5] 郎婧婧,江芹,王珊,等.典型国家DRG分组的比较研究与启示[J].中国卫生经济,2017,36(4):50-53.
- [6] 何青,江芹,郎婧婧,等.典型国家和地区DRG实施过渡期经验探讨[J].中国卫生经济,2017,36(11):93-96.
- [7] BLÜMEL M, SPRANGER A, ACHSTETTER K, et al. Germany: Health system review[M]. Copenhagen: Regional Office for Europe, 2020.
- [8] BREDEKAMP C, BALES S, KAHUR K. Transition to diagnosis-related group (drg) payments for health: lessons from case studies[M]. Washington, DC: World Bank, 2020.
- [9] KLEIN-HITPAß U, SCHELLER-KREINSEN D. Policy trends and reforms in the German DRG-based hospital payment system[J]. Health policy, 2015,119(3):252-257.
- [10] 常峰,纪美艳,路云.德国的G-DRG医保支付制度及对我国的启示[J].中国卫生经济,2016,35(6):92-96.

[收稿日期:2022-10-29](编辑:毕然,滕百军)