

价值视角下体现中医元素的支付方式改革实践与思考*

张立强^①, 李强^②, 李欣芳^①, 李响^①, 朱铭^①

摘要 我国卫生健康工作方针一直强调“中西医并重”，特别是在当前支付方式改革下需更好地发挥中医特色、体现中医优势。文章选取上海、南京、杭州、保定、中山等5个城市的典型做法进行分析归纳，并提出探索多路径相结合的中医医保支付方式、加强实施效果评估等相关建议，为各地在改革实践中更好体现中医元素与价值、促进中医院守本色创特色提供参考。

关键词 支付方式改革；中医元素；中医优势病种

中图分类号 R1-9；R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)02-0001-05

Practice and Research on Payment Methods Based on Elements of Traditional Chinese Medicine from the Perspective of Value/ZHANG Li-qiang, LI Qiang, LI Xin-fang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(2):1-5

Abstract Adhering to the principle of “attaching equal importance to Traditional Chinese Medicine and Western Medicine” is the national health policy in China. It is necessary to play important role and reflect the advantages of TCM especially in medical insurance payment methods. By analyzing and summarizing typical practices about five cities (Shanghai, Nanjing, Hangzhou, Baoding, Zhongshan), it puts forward relevant suggestions such as exploring a combination of multiple paths payment methods about Traditional Chinese Medicine(TCM), strengthening the follow-up evaluation of implementation effects, so as to provide references for reflecting the elements and values of TCM in the reform practices of various regions, and promoting the characteristics of TCM hospitals.

Keywords payment method reform; elements of Traditional Chinese Medicine; dominant diseases of Traditional Chinese Medicine

First-author's address National Institute of Healthcare Security, Capital Medical University, Beijing, 100037, China

Corresponding author LI Qiang, E-mail: 108300276@qq.com

医保支付主要是指被保险人在获得医疗服务后，医保机构向医疗服务提供方支付费用的行为。医保支付方式约定了医保经办机构、被保险人、医疗服务提供方相应的权利和义务。国家医疗保障局成立后，医保支付方式改革全面提速。中医药是中华民族的瑰宝，党和国家一直高度重视中医药事业发展，特别是党的十八大以来，把发展中医药上升为国家战略，同时我国卫生健康工作方针一直强调“中西医并重”^[1]。因此，在当前推进DRG/DIP付费改革过程中，如何更好发挥中医特色、体现中医优势、促进中医药传承创新发展，是各地改革实践中需认真考虑的问题。

1 DRG/DIP付费改革进展及形势

2021年，30个DRG国家试点城市和71个DIP国家试点城市全部进入实际付费阶段^[2]。截至目前，北京、天津、上海等9个省（区、市）的所有统筹区已实施DRG/DIP实际付费，《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）要求，2025年底前实现DRG/DIP付费

全覆盖。这些先行地区实践表明，DRG/DIP付费能有效引导医疗服务优化、提升医疗质量和效率、降低群众看病负担、提高医保基金使用效率等。

2021年，《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）、《国务院办公厅印发关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》（国办发〔2021〕3号）等文件均提出“探索符合中医药特点的医保支付方式”。在推进DRG/DIP改革过程中，不少地区在中医医保支付方式改革上进行了有益探索，笔者选取了上海、南京、杭州、保定、中山等5个具有代表性的城市做法进行了典型案例分析，为各地在改革实践中充分体现中医优势、促进中医药发展提供参考。

2 国内5个城市的典型做法实践

2.1 上海探索中医优势病种按疗效价值付费

2022年7月，上海市医保局、上海市卫生健康委、上海市中医药管理局、上海市财政局联合印发的《关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知》（沪医保医管发〔2022〕33号）明确了中医医保支付方式改革的整体制度框架设计。该框架以中西医同病、同效、同价和“优势突出、临床成熟、疗效确切、安全可控”为原则，确定了肛痈、混合痔、休息痢等22个中医优势病种开展按疗效价值付费试点。

试点病种以中医病名命名，涵盖骨伤、肛肠、儿科、皮科、妇科、针灸、推拿以及心脑血管病、肾

* 基金项目：中华中医药学会青年求实项目（2022-QNQSJGL-01-02）。

① 首都医科大学国家医疗保障研究院 北京 100037

② 中国中医科学院信息中心 北京 100091

作者简介：张立强（1978—），男，硕士学位，副研究员；研究方向：智慧医保、医保政策、中医药管理；E-mail: 512951340@qq.com。

通信作者：李强，E-mail: 108300276@qq.com。

病、周围血管病等上海中医临床优势领域。在明确试点病种的中西医诊断标准、出入院标准、住院诊疗规范、中医主要治疗技术等基础上，试点病种参照 DRG/DIP 结算管理，合理确定支付标准并实施动态调整，合理体现中医药技术劳务价值和医保基金使用效率。

为夯实中西医治疗同病、同效的付费基础，发挥医保支付方式对中医价值医疗的导向作用，创新建立疗效价值考评机制，明确考核的指标内涵、考核规则、数据采集及价值支付办法；考核指标主要包括中医特色服务覆盖指标和中医疗效价值评价指标两大类指标，详见表1。

关于中医特色服务覆盖指标方面，以膝痹为例，其中医特色服务覆盖指标为中医骨伤技术使用率（即采用中医骨伤技术治疗病例数占比），其中，中医骨伤技术指使用包括骨伤手法、推拿手法、针刺技术、灸法、中药饮片、熏洗、敷贴等3种以上治疗技术，考核规则为中医骨伤技术使用率 $\geq 80\%$ 为达标。关于中医疗效价值评价指标方面，以肛肠为例，3个月内同一诊断再次手术率 $\leq 10\%$ 为达标，达标且6个月内再次手术率 $\leq 15\%$ 为达到激励指标。医保部门对达标的病种全额支付费用；对未达标的病种额外扣减支付标准的5%。对达到激励标准的，额外增加支付标准的5%。

2.2 南京探索 DRG 中医分组和付费机制

2021年12月，南京市医保局、南京市财政局、南京市卫生健康委联合印发的《南京市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费暂行办法》要求，部分中医优势病种试行中医分组。随后，当地医保部门在 CHS-DRG 分组方案（1.1 版本）基础上探索构建了中医分组逻辑，最终形成了51个特色 DRG 中医病组，并在此基础上对中医优势病种进行了实际付费^[9]。具体做法包括以下两个环节：一是借鉴西医 DRG 分组原理和思路，结合中医证候、证型等特点，针对中医优势病种，创立特色的 DRG 中医病组，共包含51个 DRG 中医病组。首先，依据病案首页主要诊断进入到主要诊断大类中，并根据对应的中医 TCD 编码，结合中医诊治特色，进一步确定中医证候，并赋予对应的中医证候编码，完成了 ICD 疾病诊断与中医 TCD 编码、证候的映射关联。然后，再根据是否包含手术操作划分为外科手术组、内科/非手术组，形成 ADRG 分组。最后，结合影响临床过程的其他因素，形成不同的 DRG 中医细分组。二是遵循中医诊治及资源消耗特点，制定符合实际的中医病组付费政策。该政策应采

表1 上海中医优势病种开展按疗效价值付费考核指标

项目	具体考核指标
中医特色服务覆盖指标	中医外科手术率、中医综合治疗率、中医非药物治疗率、中医骨伤技术使用率、中药饮片处方占比等
中医疗效价值评价指标	1/3/6/12个月内同一诊断再次手术率、6个月临床缓解率、14天内死亡率等

用区域总额预算点数法进行基金分配，并针对中医特点就高（即中医病组基准点数不低于相应西医病组基准点数）确定中医病组基准点数。同时，该政策在付费政策中兼顾各级医疗机构间成本差异，鼓励重点专科发展和临床创新，通过设置多维结算调整系数给予体现，包括医疗机构级别、专科、学术、高新技术运用及价值医疗等调整系数；中医病组与西医病组同等执行该系数。

从阶段性运行数据来看^[9]，2022年1—5月全市共有11家中医院参与 DRG 中医分组，覆盖26个中医病组，共入组病例3 671例，结算点数28万点，实现结余留用资金约174万元。入组病例若按西医病组结算测算，结算点数将下降16%，降至24万点，将导致中医院超支约387万元。受益于就高确定中医病组基准点数的原则，据此测算，医保基金对中医院精准倾斜金额超过560万元。

2.3 杭州探索设置与“中治率”挂钩的中医政策系数

2021年，《浙江省医疗保障局关于支持中医药传承创新发展的实施意见》（浙医保发〔2021〕60号）提出，在住院 DRG 支付改革中，针对中医医疗机构实行中医药服务比例与医保支付挂钩的正向激励机制。推进 DRG 付费改革过程中，杭州市卫生健康相关部门制定出台了充分体现中医特点的支付方案，增加 DRG 中医考核指标值，在全市统一的差异系数基础上，对达到考核值的中医院所有病组给予一定的政策激励^[10]，即中医院在差异系数（医院等级系数、医院成本系数、CMI 值、个人负担水平标准化值、人头人次比）考核指标中增加1项“中医政策系数”考核指标。中医政策系数由中治率等6项激励考核指标构成，年底考核时，若某项指标值大于考核值，则可获得相应分数，6项考核指标得分相加为中医政策激励考核得分，根据得分来确定是否获得中医政策系数激励，以及所对应的中医政策系数值。

从表2可见，“中治率”是中医政策激励考核指标体系中最核心的指标：从指标权重来看，中治率权重高达75%，其他5项指标均为5%；从“一票否决权”来看，中治率是一项前置条件指标，即要达到考核值要求才能获得中医政策系数，否则就是0。

杭州 DRG 中医支付政策覆盖中医院全部住院费用。全市48家中医院纳入中医支付政策考核中，获得中医政策激励的42家，中医政策激励点数增加约128万点，金额约1.8亿元。其中，中治率超过15%的中医

表2 杭州中医院中医政策激励考核指标体系

项目	考核指标	同类均值 (%)	考核分 (分)
患者占比	出院患者中药饮片使用率	52.00	5
	出院患者使用中医非药物疗法费用比例	62.00	5
费用占比	中药饮片收入占药品收入比例	22.00	5
	住院中医医疗服务项目收入占住院医疗收入比例	4.00	5
	中药制剂收入占药品收入比例	0.75	5
中治率	中医药治疗收入 (住院中药饮片收入+中医医疗服务项目收入+中成药收入) 占住院医疗收入比例	5.00	75

注：中治率指中医医疗机构住院中药饮片、中医医疗服务项目、中成药3项收入之和占住院医疗收入比例。

院获得了12%的中医政策激励系数，中治率处于5%~15%的中医院获得了8%中医政策激励系数。中医激励政策契合了中医诊疗服务特色和资源消耗特点，医保支付对中医药政策支持由“定性表述”转为“定量支持”，中医院不仅可以通过控制成本获得结余，还能比综合医院获得了额外的资金支持。上述政策实施后促进了中医院守本色、创特色，中医院服务能力和效率均有所提高，中药饮片使用率、中医医疗服务项目利用率均有所提升^[4]。

2.4 保定探索在病种标准分值上给予中医优势病种加成

2021年8月，《保定市医疗保障局关于公布DIP主目录库病种分值、医疗机构调整系数、基层和中医优势病种的通知》(保医保发〔2021〕64号)遴选出，直肠恶性肿瘤、急性胆囊炎、关节痛等22种中医优势病种，专设“保定市病种分值付费(DIP)中医优势病种(试行版)”，详见表3。同时规定，经中医治疗的同病组病例与对应西医病种病例执行相同的病种分值，试行期间对这22种中医优势病种在对应西医病种标准分值基础上加成5%。

2.5 中山探索中医优势病种与西医同病、同效、同分值

2021年9月，广东省医保局印发的《广东省医疗保障局关于开展医保支付改革促进中医药传承创新发展的指导意见》提出：“以临床价值为导向，以中医优势服务、特色服务为重点，加大医保支付政策支持力度，建立健全符合中医药特点的医保支付体系。”广东省分批遴选出169种中医优势病种，住院病种实施按病种分值付费，建立全省统一的病种分值库。广东省对中西医并重治疗病种实行与对应西医病种同病、同治、同价，对以西医治疗为主的住院病种增加特色中医治疗服务的，可适当提高该病种的住院分值。

2021年2月，中山市医保局、中山市卫生健康局印发的《关于创新医保支付方式支持中医药发展工作的通知》遴选出胫骨骨干骨折、紧张型头痛、椎管狭窄等25个中医优势明显、治疗路径清晰的中医特色治疗病种，实行按病种分值付费，采用中医正骨治疗、纯

中医治疗和中医整脊疗法3种诊疗方式，实现中西医同病、同效、同分值，并与卫生健康部门联合制定中医特色治疗病种执行规范。2021年，全市住院中医诊疗服务量占比较2020年增长28.70%，定点医疗机构实施中医特色治疗病种比以往结算方式可多获得57.00%的医保基金支付。2022年，该市中医特色治疗病种数量进一步增加到76种。

3 讨论与思考

3.1 各地探索中医付费方式的大体分类

当前，DIP/DRG付费实际上就是均值定价，实现同病、同效、同价是基本原则。在此基础上，各地探索适应中医特点的付费方式，大体可归纳为3类。

第一类：中医优势病种实行同病、同效、同价(或标准分值加成)政策，各地均普遍采用。如上海、中山等对中医优势病种施行同病、同效、同价，如保定对中医优势病种(对应西医病种)在标准分值基础上加成5%。

第二类：结合中医病证特点单独创立中医DRG分组。目前，这一类做法仅见南京，通过创新构建中医DRG分组体系，新增51个特色DRG中医病组，对中医治疗病种按照确定的病种支付标准进行支付。

第三类：针对中医药服务特点设置中医院差异化调节系数。如杭州，通过引入设置与“中治率”挂钩的“中医政策系数”，对达到考核指标值的中医院全病种进行激励的办法。

就这3类做法而言，前两类做法基于事先确定的中医优势病种，目前所覆盖病种数量较少，覆盖中医药服务的住院患者、医药费用及医保基金支出占比相对有限；而第三类做法，覆盖中医院所有住院病例，所覆盖的中医药服务住院患者、医药费用及医保基金支出占比远多于前两类做法。

3.2 如何客观呈现中医优势与独特价值

一方面，要体现中医疗效优势。中医药治疗有特色是共识，但特色不能简单等同于优势，特色是事物本身固有的，而优势则是与其他事物相比较而言的；没有特色就没有差异，但要形成真正的疗效优势，除了具备特色还需要有足够的疗效证据。因此，筛选和

表3 保定市DIP付费22种中医优势病种(试行版)

序号	医保ICD-10编码	医保ICD-10名称	中医主病编码	中医诊断名称
1	C20.x	直肠恶性肿瘤	A17.36	腹痛
			A17.41	便血
2	E11.1	2型糖尿病伴有酮症酸中毒	A06.09	消渴类病
3	E11.2	非胰岛素依赖型糖尿病伴有肾的并发症	A17.45	水肿
			A17.44	尿浊
			SSB	肾衰病
			A06.09	消渴类病
4	E11.3	非胰岛素依赖型糖尿病伴有眼的并发症	A06.09	消渴类病
			A11.02.09	消渴内障
			A06.09	消渴类病
5	E11.4	非胰岛素依赖型糖尿病伴有神经的并发症	A06.09	消渴类病
6	E11.5	2型糖尿病伴有周围循环并发症	A06.09	消渴类病
7	E11.9	2型糖尿病不伴有并发症	A06.09	消渴类病
8	G45.0	椎基底动脉综合征	A17.07	眩晕
			A17.06	头痛
9	I10.x	特发性(原发性)高血压	A17.07	眩晕
10	I20.0	不稳定性心绞痛	A04.01.01	胸痹心痛
11	I25.1	动脉硬化性心脏病	A04.01.01	胸痹心痛
			A04.01.02	真心痛
12	I69.1	脑内出血后遗症	A07.01.01.02	出血性中风
			A07.01.01	中风病
13	I69.3	脑梗死后遗症	A07.01.01.01	缺血性中风
			A07.01.01	中风病
			A04.04.01	咳嗽
14	J47.x	支气管扩张(症)	A17.21	咳血
			A04.04.08	肺癆
15	K21.0	胃-食管返流性疾病伴有食管炎	A17.35	吐酸
			A17.32	嘈杂
16	K29.3	慢性浅表性胃炎	A17.30	胃脘痛
			A04.03.15	胃痞病
17	K29.4	慢性萎缩性胃炎	A17.30	胃脘痛
			A04.03.15	胃痞病
18	K35.3	急性阑尾炎伴局限性腹膜炎	A17.36	腹痛
19	K81.0	急性胆囊炎	A17.33	胁痛
			A17.36	腹痛
20	M25.5	关节痛	A17.46	关节痛
			A07.06.17	腰痹
			A07.06.19	膝痹
			A07.07.07	筋痹
			A07.06.04	肢痹
			A07.06.10	脊痹
21	M48.0	椎管狭窄	A03.06.04.06.03	腰椎管狭窄
			A03.06.04.05.04	颈椎管狭窄
			A07.06.17	腰痹
			A07.06.19	膝痹
			A07.07.07	筋痹
			A07.06.04	肢痹
			A07.06.10	脊痹
			A09.02.02.08	痛经
22	N80.0	子宫的子宫内膜异位症	A16.01	积聚类病

确定中医优势病种就需要证明与阐释中医疗效优势的过程,从而体现出中医的独特价值^[5]。另一方面,在同病、同效、同价背景下,不仅要关注中医的疗效优势,还需结合医疗费用综合研判。简言之,可分以下两种情形来看其优势:其一,在费用相当的基础上,看中医疗效是否有优势;其二,在疗效相当的基础上,看治疗费用是否有优势。当然这都需要客观数据支撑,运用循证医学的方法来获取有效证据。

3.3 探索体现中医元素、多路径相结合的支付方式

《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)提出,优先将国家发布的中医优势病种纳入按病种付费范围。中医医疗机构可暂不实行按DRG付费,对已实行DRG、DIP付费的地区,适当提高中医医疗机构、中医病种系数和分值;按照政策导向,基于价值视角,在按病种付费改革中充分体现中医元素和治疗优势,探索中医优势病种付费、设置差异化中医政策系数、建立中医DRG分组系统等多路径相结合的办法。

针对中医优势病种,结合《国家中医药管理局办公室关于实施风温肺热病(重症肺炎)等95个中医优势病种中医临床路径和中医诊疗方案的通知》(国中医药办医政函〔2019〕2号)等文件公布的中医优势病种、中医临床路径和中医诊疗方案,依托临床专家论证,遴选出中医优势科室开展范围广、中医优势明显、治疗路径清晰、中医费用占比大的病种作为中医优势病种,并且可区分不同情形来合理确定中医优势病种付费标准:首先,中医手术操作与西医手术操作是相互替代关系,若中医治疗成本低于西医治疗成本并达到相同疗效的,可按同病、同效、同价确定中医病种支付标准;其次,中西医治疗效果优于单纯西医治疗效果的,特别是中医治疗对西医治疗是一种补充关系时,同时治疗费用会有一定增加,可在西医病种支付标准基础上进行加成,从而确定中医病种支付标准;最后,西医常规采用手术治疗的病种,若中医采用非手术治疗能达到与其同等疗效,且二者费用相差悬殊,可按西医病种支付标准的一定比例确定中医病种支付标准,由医保部门组织域内所有医疗机构谈判协商确定。

针对单独创建中医DRG分组系统,可在国家层面参照西医DRG分组思路组织实施,研究建立体现中医元素的中医DRG分组系统:一是确保基础信息的标准化、准确性,按照《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》进行中医病案首页填写,体现实际发生的中医诊疗活动;二是要从第一级分类建立以中医病证命名的主诊断系统,形成中医MDC分组;三是第二级分类根据诊疗方式的划分,形成ADRG分组,一般分为手术类组、操作类组、药物治疗组,应把中医类

操作列入操作技术(针灸、小针刀等)。四是第三级分类是细分组的划分,结合影响临床过程的其他因素(如考虑合并症和并发症严重程度、患者特征等),分为不同的细分组。

针对中医药服务特点设置差异化调节系数。在明确中医优势病种付费标准的基础上,为提高中医病种的覆盖面,在已实行按病种付费地区,可通过设置中医政策调节系数以体现中医药服务特色优势,即在原有统一的差异系数基础上,对达到考核值的中医院所有病组增加中医政策系数,给予一定的倾斜激励,可根据考核结果细化分段设置激励系数。实施中需注意,中医政策系数不仅要体现对中医医院的激励,还应考虑综合医院中医科及其他采用中医药治疗的病组。在首批101个DRG/DIP国家试点城市实践中,也有不少地区通过提高中医政策系数来给予倾斜支持^[6]。

3.4 加强对各地做法实践效果的跟踪评估

支付方式改革对中医药服务供给侧具有引领、撬动作用,“结余留用、合理超支分担”是其重要机制,从而撬动中医院内部改革,包括管理模式、资源配置模式、运行方式转变,促进其降本增效、提升运行质量和效率。各地因地制宜开展了行之有效的中医医保支付方式改革探索实践,急需通过政策评估工具对这些典型做法进行跟踪评估,结合临床及结算数据,剖析中医院及中医药服务利用的变化及影响,并从政策评价角度为决策者提供政策改良依据;在促进中医药传承创新发展、提高医保基金使用效率的同时,提高参保人就医获得感,推进支付方式改革向纵深发展,实现“患者减负、医院增效、基金稳健、行业提质、中医特色得体现”多方共赢。

参 考 文 献

- [1] 姚力. 卫生工作方针的演进与健康中国战略[J]. 当代中国史研究, 2018(3):35-43.
- [2] 许树强, 王辰, 姚建红. 中国医改发展报告(2022)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2022:102-116.
- [3] 刁仁昌, 薛虹, 吴尚勇. 江苏南京中医DRG的分组逻辑与改革成效[J]. 中国卫生, 2022(8):61-64.
- [4] 浙江省人民政府新闻办公室. 浙江中医药传承创新发展医保政策新闻发布会[EB/OL]. (2022-02-18).[2022-10-12]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/gssxwfbh/xwfbh/zhejiang/Document/1720855/1720855.htm>.
- [5] 张梦雪. 说明白讲清楚中医药疗效·大家谈(第十三期)专访唐旭东: 中医优势病种为中医走向世界开路[N]. 中国中医药报, 2022,7,7(1).
- [6] 梁力中, 华芳, 吴伟基, 等. 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[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(9):23-28.

[收稿日期: 2022-11-10] (编辑: 彭博)