

我国收付费协同的医保支付方式改革现状及发展趋势*

冯毅^①

摘要 医保支付方式改革是医药卫生体制改革的重要抓手,也是形成“运行新机制”的必要措施,而实现收付费一体化与协同则是深化医保支付方式改革的必然要求。这不仅有利于提高医保基金的使用效率,也有利于从制度上减轻患者的经济负担。文章主要以DRG收付费为例,分析我国收付费协同的医保支付方式改革现状。研究发现:我国在开展的医保支付方式改革中,大多数地区只做到医保付费端,而医院收费端仍是按项目收费,即采用的是“收费”与“付费”并行的双轨制管理办法。尽管我国有福建省三明市等部分地区逐步开展了收付费协同的医保支付方式改革探索,但“收—付”两端的协同改革仍须强化,同时“政策组合拳”的跟进也至关重要。

关键词 医疗保险;支付方式改革;收付费一体化;收付费协同

中图分类号 R1-9;R197 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)10-0014-03

Current Situation and Development Trend of Medical Insurance Payment Reform Based on Pricing and Payment Coordination in China/Feng Yi//Chinese Health Economics, 2023,42(10):14-16

Abstract The reform of the medical insurance payment method is an important step in the reform of medical and health care system, and a necessary measure to form a “new operating mechanism”. To realize the integration and coordination of pricing and payment is an inevitable requirement for deepening the reform of the medical insurance payment mechanism. This is not only conducive to improving the efficiency of the use of medical insurance funds, but also conducive to ensuring that the system will not increase the personal economic burden of patients. DRG is taken as an example to analyze the current situation of the collaborative reform of pricing and payment in the process of implementing DRG in China. It is found that in the reform of payment methods carried out in China, most regions only achieved the payment end of medical insurance, while the hospital charge end was still pay for service, that is, the dual track management of “pricing” and “payment” is adopted. Although a small number of regions, such as Sanming City, Fujian Province, have gradually carried out the exploration of payment reform based on pricing and payment coordination, the collaborative reform of both ends of pricing and payment in China still needs to be strengthened, and the follow-up of the policy portfolio is also critical.

Keywords medical insurance; payment mechanism reform; pricing and payment integration; pricing and payment coordination

Author's address School of Administration, Zunyi Medical University, Zunyi, Guizhou, 563000, China

我国医疗机构长期以来运用比较广泛的是按项目付费,从国内外的医保支付方式改革实践来看,这种单一按项目付费的支付方式是导致医疗费用上涨过快、医疗服务价格结构不合理等问题的重要因素。综合国内外的历史经验来看,推动医保支付方式改革是走出困境,形成“运行新机制”的必要措施^[1-2]。目前,我国在医保支付方式改革的探索中基本上形成了“以总额控制为基础,以按病种付费为主,按服务单元、按人头、按床日以及按项目付费等协同发展的多元复合型支付方式”的改革趋势^[3]。

医保支付方式改革的基本目的是既要合理控制医疗费用,又要保证服务质量;既要推动医疗机构内部运行机制的改革并实现精细化管理,又要对其产生正向激励机制,规范并合理引导医疗行为。然而要实现上述目标,医保支付方式改革应该做到“收费”与

“付费”的协同与一致^[4],因此实现收付费的一体化是深化医保支付方式改革的必然要求。由于DRG收付费是国内目前正在大力推行的一种按病种支付方式,本研究主要以DRG收付费为例,分析我国收付费协同的医保支付方式改革现状,并对部分地区的改革趋势进行分析与探讨。

1 DRG收付费支付方式的设计理念

DRG是依据患者的特征、相关诊断以及治疗方式的不同,将患者纳入不同的诊断分组,并依此确定付费标准^[5]。DRG收付费在制度设计上实行收付费一体化和打包付费的方式(图1),当患者的主要诊断与治疗方法确定下来后,医疗机构就可以预先知道可向患者收取的医疗费用以及医保向医疗机构支付医疗费用的标准^[6]。因此,在这种收付费模式下,检查检验、药品和卫生材料等就不再是医疗机构获得收入的来源,而是变成了治疗疾病的成本。这种收付费模式可以使医疗服务供给方的行为得到一定的规范,不但可以避免不合理医疗项目收费事件的发生,而且有利于从制度上减轻患者的经济负担和增加医患双方之间的相互信任。同时,这种收付费一体化的方式,在制度

*基金项目:贵州省哲学社会科学规划课题资助(22GZYB69)。

① 遵义医科大学卫生政策与管理研究中心

贵州 遵义 563000

作者简介:冯毅(1977—),男,博士学位,教授;研究方向:卫生经济与卫生政策;E-mail: fyspecial168@sina.com。

设计上全覆盖的，即覆盖了 DRG 收付费范围内的住院患者、病种、不同医保人群和无医保人群。因此，从 DRG 收付费支付方式的设计理念上看，它属于一种预付制支付方式，是不能实行“双轨制”的，因为这有可能会人为地调整患者费用、回避经济风险和削弱对医疗卫生机构“控制成本、调节费用结构”的激励作用^[7]。

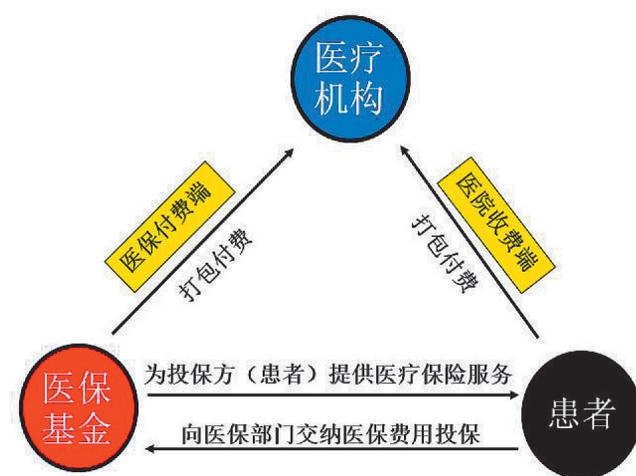


图1 DRG收付费一体的代理关系

2 现状和面临的风险

如前文所述，“收付费一体化”本身就是DRG等支付方式改革预期的目标之一。然而近几年，在我国开展的DRG、DIP等支付方式改革中，大多数地区只做到医保付费端（医保基金和医院之间是按打包价格进行付费），而医院收费端（医院和患者之间）仍然按项目收费，即采用的是“收费”与“付费”并行的双轨制管理办法^[8]。

实施双轨制管理主要是由两个原因导致的，第一个原因是制度设计与具体实施过程中的“偏差”。从制度设计上来看，DRG收费标准应该包括从患者入院开始就按照标准的临床路径进行规范化治疗到出院这一整个过程中产生的所有费用。医保基金与参保患者按照规定的比例付费，原则上医疗机构不能在按病种收费标准以外另收费用。但在具体实施的过程中，很多地区均规定了一些可另外向患者收费的项目和情况，如目录外的医药费用、血液与血液制品、使用血液补偿金、按照规定纳入“除外内容”的耗材等，如东部地区的福建省、山东省等公布的按病种收费目录中均规定了各个病种的“除外内容”，西部地区的四川省则在各个病种项目内涵中划定了该病种的收费标准涵盖高值耗材的费用限额，如果超出了该限额，高值耗材的费用可另行收费^[8]。这些规定中可另外收费的项目或情况为双轨制的运行创造了制度上的便利。第二个原因是在DRG、DIP等支付方式改革的初期，这种双轨制管理本身的优点也比较突出。该管理方式与原先的药

品目录、耗材目录、甲乙类报销比例等政策容易衔接，便于操作^[9]。

然而这种双轨制管理也存在潜在的缺陷和风险，如为医疗机构提供了按项目付费支付方式下的收入水平参照，据有关研究结果显示^[10]，在双轨制管理的收付费下，医疗机构只满足于收付费均衡，淡化了医疗服务供给方“控制医疗成本，调节费用构成”的意识，明显削弱了医保支付方式改革对完善医疗机构财务管理机制的作用。同时，这种双轨制管理仅能起到医保控费的作用，而不能真正实现通过医保打包付费改变医疗机构和医生行为的目标，如果只管住医保付费端却不能兼顾医疗机构收费端，不能严格控制医保报销目录外医疗费用、高值耗材使用以及医疗费用中个人自付的比例，将会导致医疗成本及患者负担降低的效果不明显，甚至可能不降反升。

3 我国部分地区的探索与实践经验

针对上述情况，我国部分地区开展了收付费协同的医保支付方式改革探索。如福建省三明市是DRG支付方式改革试点较早的城市之一，并且是在全市范围内全面推行，覆盖区域内所有的医疗机构和所有的病种。这种以地级市为单位全覆盖DRG收付费的实践，目前国内鲜见。近年来，福建省三明市的医保支付方式改革历经了3个阶段，即2013—2015年的单病种付费管理阶段、2016—2017年的全病种付费管理阶段以及2018年及以后的总额预算包干下的DRG收付费协同的改革阶段。2018年1月1日福建省三明市正式实施总额预算下的DRG支付方式改革，患者一旦确定了疾病诊断的相关分组，疾病的治疗费用就将预先确定下来。在这种预付制方式下，各种收费项目变成了医疗机构的运行成本，而不是其收入来源。因此，医疗机构与医务人员的激励机制均发生了根本变化，即在有效治疗疾病的前提下，合理地控制成本，成为了医院重要的目标。与此同时，患者在医院住院治疗时也不被区分医保报销目录内与目录外，收付费标准与同级别医疗机构的城乡居民与城镇职工医疗保险一样，“同病、同治、同价”；住院患者仅需支付定额费用，患者在县级和市级医疗机构住院治疗时，只需分别缴纳不超过疾病组定价总额30%和50%的费用，其余费用均由医保基金管理中心与医疗机构结算^[11]。其具体做法为当实际的治疗费用超出定额费用时，超出的费用由医疗机构自行垫付；当实际的治疗费用少于定额费用时，结余的费用归医疗机构所有。

福建省三明市推行的“DRG收付费协同的支付方式改革”严格控制了医保报销目录外医疗费用、高值耗材使用以及医疗费用中个人自付的比例，首次将病种结算范围由“医保付费端”延伸到“医院收费端”，实现了所有病种收付费的闭环管理。2018—2020年，

福建省三明市医疗机构按照DRG结算的病种定额费用分别为1 283.52万元、2 788.52万元和3 009.72万元，从而有效降低了医疗成本^[11]。

此外，我国也有一些地区从部分病种开始探索收付费协同的支付方式改革。如2017年3月，广西壮族自治区物价局、广西壮族自治区卫生计生委、广西壮族自治区人社厅印发的《广西壮族自治区物价局 卫生和计划生育委员会 人力资源和社会保障厅关于进一步推进我区按病种收付费工作的通知》（桂价医〔2017〕76号）指出，在全区范围内的二、三级公立医疗机构实施127个病种的收付费改革。除输血费用（含血液费用）、患者住院床位费用超出普通床位标准的部分、患者出院带药这3种情况可单独收费以外，127个病种均实行“一口价”，医院不能另收其他费用。其中医保部门和患者各自一次性支付给医院按病种收费标准相应比例的费用，该定额费用由医疗机构包干使用，如果在住院期间各项诊疗的费用超出了定额标准，超出的部分则由医疗机构承担。当然如果参保患者在住院过程中出现了不符合单病种治疗的情况（如有较严重的并发症等），通过社会保险经办机构的审核及患者（或亲属）的同意后可以退出临床路径，另行计算其诊疗费用。湖南省医疗保障局于2020年1月出台《湖南省医疗保障局 湖南省卫生健康委员会关于完善和扩大按病种收付费的通知》（湘医保发〔2019〕37号）指出，在对已经开展的106个按病种收付费进行完善的基础上，另外增加了肾结石等54个新病种，其中包含了锁骨骨折等4个中医病种。参保患者在定点医疗机构发生的列入按病种收费管理的政策范围内费用，不区分甲、乙类，不设起付线，也不设项目的自付比例。按照统筹地区医保住院待遇支付政策规定，基本医保统筹基金按病种付费标准向医疗机构进行支付，应该由参保患者个人承担的部分，以病种收费标准、实际发生医疗费用两者较低值作为结算依据。医疗费用超出按病种收费标准的归定点医疗机构承担。

4 改革的趋势与展望

“支付改革”主要站在医保付费的角度，而“收付费改革”既包含了医保付费，也包括了医院收费。“将患者的自付费用也考虑进来，真正地实现了医院端与患者端结合在一起，形成完整的环路”。在西方医疗保障水平较好的国家，收费标准与支付标准做到了统一，整合到了一起^[12]，但在我国，这一“收—付”两端的协同改革仍需强化。

然而，我国从以前的“支付改革”到如今的“收付费改革”，表明改革已经指明了新的方向。在DRG、DIP等支付方式改革中，多地采用收付费双轨制的重要原因之一是医疗机构同时收治职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险以及新型农村合作医疗

的患者（后两者各地在2020年前均整合为城乡居民基本医疗保险），由于以前不同的社会基本医疗保险制度分属不同的管理部门，因此改革并不同步，这种情况下双轨制就成为了支付方式改革策略性的选择。然而，2018年国家医疗保障局的成立，在管理体制上实现了“三保合一”，这也有利于尽早实现收付费的并轨与衔接，充分发挥协同作用，从而形成政策合力，以抑制医疗费用的不合理增长，降低人民群众个人的疾病经济负担，从而更充分地发挥医保支付方式改革的作用。但同时我们也要明白，医疗费用的合理与否，不仅取决于医保支付方式改革的本身，而且也取决于医疗服务价格是否合理以及药品耗材的真实成本。DRG、DIP等支付方式尽管是一种进步的改革，在一定程度上能够抑制医疗费用虚高，但其作用是有限的。因而“政策组合拳”的跟进也至关重要，如医疗服务价格调整、公立医院成本核算的优化以及薪酬绩效的改革、高值医用耗材与药品的集中带量采购等，应该与DRG、DIP等支付方式改革协同推进。

参 考 文 献

- [1] FARMER S A, CASALE P N, GILLAM L D, et al. Payment reform to enhance collaboration of primary care and cardiology: a review[J]. *Jama cardiol.* 2017,3(1):77-83.
- [2] 王奕婷, 冯芮华. 医保支付方式改革推动价值医疗实现的概念框架[J]. *中国卫生经济*, 2022,41(2):21-23.
- [3] 廖藏宜, 闫俊. 我国医保支付方式的改革历程及发展趋势[J]. *中国人力资源社会保障*, 2019(6):13-15.
- [4] 袁素维, 刘燕, 朱建征, 等. 我国医保支付方式改革的有效性边界研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2018,11(9):24-27.
- [5] 张振忠, 江芹, 于丽华. 全国按疾病诊断相关分组收付费规范的总体设计[J]. *中国卫生经济*, 2017,36(6):5-8.
- [6] 杨柳, 王东云, 于丽华, 等. 实施DRG收付费改革对住院费用的影响[J]. *中国卫生经济*, 2020,39(8):68-70.
- [7] 樊挚敏. 我国DRG收付费方式改革的愿景[J]. *中国卫生经济*, 2018,37(1):21-23.
- [8] 彭颖, 雷涵, 王海银, 等. 我国各地按病种收付费改革进展与启示[J]. *中国卫生资源*, 2018,21(6):477-481.
- [9] 李伶俐, 吴佩佩, 姚奕婷, 等. C-DRG收付费制度下的医院医保管理实践与思考[J]. *中国卫生经济*, 2019,38(12):21-22.
- [10] 王珊, 杨兴宇, 郎婧婧, 等. 全国按疾病诊断相关分组收付费在医院的应用探讨[J]. *中国医院管理*, 2017,37(6):5-7.
- [11] 姚常房. DRG收付费大会为何安排“三明专场”[N]. *健康报*, 2021-10-21(002).
- [12] REMERS T E, NIEUWEWEME N, DULMEN S V, et al. The impact of payment reforms on the quality and utilisation of healthcare for patients with multimorbidity: a systematic review[J]. *International journal of integrated care*, 2022,22(1):1-13.

【收稿日期：2023-06-13】（编辑：彭博）