

# 社会历史背景视角下的支付方式改革

——以德国、英国和台湾地区为例

卢建龙\* 祁方家 应晓华

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

**【摘要】**通过文献查阅及专家访谈,收集德国按疾病诊断分组、英国按人头付费以及台湾地区总额预付制三种支付制度建立的社会历史背景资料,发现影响德国 DRGs 实施的主要社会历史背景是政党的更迭和医院管理的不透明;英国按人头付费的主要影响因素是对支付制度历史习惯的延续;台湾总额预付制是为了在不改变传统按服务项目付费的基础上而采取的控费方式。通过上述影响因素推演我国的支付方式改革可能需要经过总额预付制的过渡过程,并通过完善信息支撑,最终会走向 DRGs 方式。

**【关键词】**医疗保险;支付方式;背景

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.005

## Payment system reform from the perspective of social and historical background A case study of Germany, England and Taiwan

LU Jian-long, QI Fang-jia, YING Xiao-hua

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

**【Abstract】**To find out the influencing factors on implementation of DRGs in Germany, capitation in UK, and global budget in Taiwan, this paper collects the social and historical background information through a literature review and expert interviews. The conclusion is that the change of political party and opaque hospital management affects the implementation of DRGs in Germany. In England, capitation is an historical habit. However, the global budget in Taiwan has been applied to control health expenditure while keeping the fee-for-service system. We conclude that the payment system in China will transit from prepayment to DRGs supported by information system.

**【Key words】**Health insurance; Payment system; Background

医疗保险支付方式主要包括总额预付制、按病种付费、按人头付费、按床日付费、按服务项目付费。已有研究大多从费用控制、质量影响、管理难易程度等方面对支付方式进行分析,多数认为以按服务项目付费为代表的后付制效率较低,将逐渐被以 DRGs 和按人头付费为主的预付制代替。然而,支付方式作为直接影响到市场各方利益的重要制度,各个国家在进行支付方式改革时,一般会考虑到来自社会习俗、政治因素、卫生系统等因素的影响。<sup>[1]</sup>

国内很多研究者针对当前费用上涨过快问题,也提出了由后付制向预付制转变的建议。同时国内不同地区正在进行支付方式改革,主要方式为

DRGs、按人头付费、总额预付制等。然而,由于各地的社会、政治等因素的不同,导致改革效果存在较大差异。本研究选取德国 DRGs、英国按人头付费和台湾总额预付制作为研究对象,试图探究不同国家社会历史背景对此支付方式改革的影响,并采用这些影响因素推演我国支付方式改革可能的发展走向。

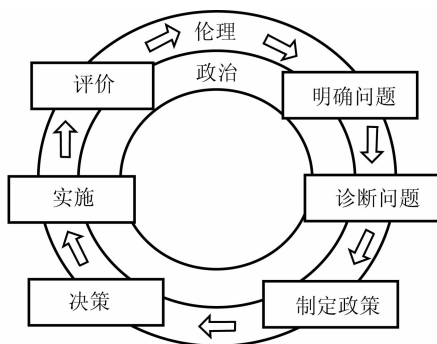
根据卫生政策改革的循环(图1),政策形成过程中会受到来自政治、伦理等外部环境的影响,因此支付制度的确立也必然会受到来自政治及社会伦理的影响,同时也会受到卫生体系的影响。此外,支付制度实施的历史习惯也是影响支付制度改革的纵向因素。因此本研究将社会历史因素界定为三个方面,

\* 基金项目:国家社会科学基金重大项目(11&ZD176)

作者简介:卢建龙,男(1988年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生经济学。E-mail:11211020045@fudan.edu.cn

通讯作者:应晓华。E-mail:xhying@fudan.edu.cn

外因主要包括政治因素、社会伦理问题,内因主要包括卫生系统特征,纵向因素主要是指支付制度的历史习惯等方面。



资料来源: Roberts M J, Hsiao W C, Berman P, et al. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity [M]. Oxford: Oxford University, 2001.

图 1 卫生政策改革的循环过程

## 1 德国住院服务:DRGs 改革

### 1.1 德国卫生服务体系及 DRGs 发展历史

德国医院协会和疾病基金会于 2000 年 11 月研发出德国的 DRGs (German Diagnosis Related Groups, G-DRGs) 系统,之后开始逐步推开。德国 DRG 规定全国使用统一的 DRG 编码,且付费标准一致;DRG 系统覆盖大多数住院病人,并覆盖了除精神病以外的所有病种。

#### 1.1.1 德国的卫生服务体系

德国是典型的社会医疗保险国家,其法定医疗保险 (Statutory Health Insurance, SHI) 覆盖总人口的 85%。<sup>[2]</sup>德国医院多为非营利性医院,其建设性投资主要来自政府,而运行费用主要来自保险基金支付和个人支付。<sup>[3]</sup>早期德国的医院主要由政府进行政策调控,市场反应性差,竞争性低,效率相对低下。此外,由于缺乏竞争与监管,导致不同医院所提供的服务差异明显。因此,德国的支付方式改革一方面旨在控制费用,另一方面则希望增加服务和费用的透明性,促进医院间竞争,以提高效率。

#### 1.1.2 德国支付制度改革历史

在支付方式改革之前,德国一直实施按床日付费,保险基金根据签约病人的住院时间进行支付,政府对医院的补偿也是随着医院净收益的增长而增长。<sup>[4]</sup>1996 年,由于按床日付费导致医疗费用快速增长,保险基金于 1996 年开始针对住院病人实施混合

支付的方式,即按床日付费和按病种付费(只针对部分需要特殊诊断或治疗措施的病人)相结合,其中按病种付费的病例占 25%。<sup>[5]</sup>由于按病种付费缺乏针对不同病例的诊疗规范以及被医院反对,最终没有得以实施<sup>[6]</sup>,但这已经部分改变了德国原有的支付制度理念,为后续的改革奠定基础。

此后,政府开始把按病种付费转变为独立、自治并且能在全范围推广的支付方式,即 DRGs。20 世纪末,德国当时的执政党力主通过强化市场机制以提高卫生服务效率。DRGs 明确支付价格,一定程度上减少了信息缺陷,这与执政党的初衷相一致。部分专家考察美国 DRGs 后向政府提出效仿建议,但在 20 世纪 80 年代初施行的 DRGs 改革试点结果并不令人满意,之后政府开始实施病人管理分类法 (Patient Management Categories, PMCs),逐渐形成了 FP/SE (Flat Case Rates and Special Fees) 支付制度,并于 1993 年写入法律。然而,随着 1998 年执政党的更迭,新政府需要进一步提高医院绩效和成本透明度、加强对医院的监督,并尽可能减少按床日付费带来的住院时间的延长。因此,FP/SE 制度被废除,政府开始探索并最终全面推广 DRG 系统。<sup>[1]</sup>

#### 1.2 德国 DRGs 得以实施的原因

理论层面,针对当时德国支付方式改革的目的,可以选择总额预付制或 DRGs,总额预付制虽然有利于减少住院费用,但对于提高医疗服务公开透明性作用有限。DRGs 则能够量化服务的内容,促进医院医疗服务规范化,进而提高医院绩效、增加成本的透明度并减少住院时间,符合德国支付制度改革的目的。

改革之初,政府部门认为总额预付与 DRGs 相结合能够相互弥补不足,从而完善德国的支付制度。然而德国上议院否决了政府同时采用总额预算制与 DRGs 的提议,仅通过了 DRGs 支付方式改革<sup>[6]</sup>,再加上市场化倾向的中右派政党的支持,为推进 DRGs 的实施提供了政治环境。

社会支持也是 DRGs 得以实施的重要原因,一方面保险基金要缩减住院时间、提高医疗质量,另一方面医院要压缩住院病人成本、最大程度的获得利益<sup>[6]</sup>,而德国保险基金协会、医院协会为二者的谈判提供了良好的平台<sup>[7]</sup>,最终决定采用最大程度满足

两者诉求的 DRGs 支付方式。此后,完善的社会组织为 DRGs 的运行提供了良好支持,各种独立学会、行业协会等组织通过职能整合,承担了 DRGs 的开发、完善及监管工作,有效减轻了政府负担。<sup>[8]</sup>

## 2 英国初级保健:按人头付费

### 2.1 英国卫生服务体系及按人头付费发展历史

#### 2.1.1 英国卫生服务体系

英国推行国家卫生服务体系 (National Health Service, NHS), 90% 的卫生费用来自政府预算,其中初级保健服务由初级卫生保健信托基金 (Primary Care Trusts, PCTs) 按照社区人口数,采用合同方式向全科医师购买适宜的卫生服务。<sup>[2]</sup>按人头付费则更加强调整家庭医生对社区人群健康的关注,这种价值观与 NHS 更为相符。

#### 2.1.2 英国支付制度改革历史与政治环境

18 世纪,英国医生采用按服务项目收费的方式向病人收取费用。19 世纪初,在友好协会 (Friendly societies)、医药俱乐部 (Medical Clubs) 等初级医疗组织里,会员缴纳一定费用后,便可以获得免费医疗,按人头付费制度初步开始形成。<sup>[9]</sup>20 世纪初,大多数医生仍然延续了这一方式,对每个社区人口收取固定的费用,而也有一部分医生仍然采用按服务项目收费的方式。1911 年的国家保险法案中,政府引入了一种强制性保险,该保险只针对雇员人群,由雇员、雇主、州政府进行筹资,保险内容仅覆盖全科医生的保健服务、处方费以及结核病治疗的费用。<sup>[10]</sup>尽管只针对雇员,但该保险覆盖了三分之一的人群。之后劳工党政府于 1946 年顺利通过了全民健康保险法案。<sup>[12]</sup>

1948 年政府开始购买初级卫生保健服务,对全科医生统一采用按人头付费的方式<sup>[13]</sup>,但随着医疗服务过程中各种弊端的出现,英国对全科医生的支付制度逐渐转变为按人头付费为主的复合型支付方式,并综合了按达标付费 (1990 年引入)、月薪以及按绩效付费等方式<sup>[9]</sup>。英国政府分别于 1974 年和 1978 年进行了两次卫生改革,然而改革并没有从根本上解决 NHS 费用较高的问题。1979 年保守党开始执政,大幅度削减政府支出,而教育和卫生成为削减政府开支的主要目标。在卫生领域的改革主要是建立了全科医生基金持有模式,按人头付费占全科

医生收入比例由改革前的 46% 提高到 60%。1997 年工党执政后废止了这一模式,建立了初级保健小组,但全科医生收入中按人头付费所占比例仍逐渐提高。目前全科医生的收入中,按人头付费占 75%,绩效收入占 20%,其他特殊服务占 5%。<sup>[14]</sup>政党的更迭虽然影响了支付方式的推行,但按人头付费在初级保健中发挥了越来越重要的作用。

### 2.2 英国按人头付费得以实施的原因

英国是世界首个工业化国家,工业化带来的种种弊端促使了医疗卫生等一系列社会福利政策的出台,经历了五次卫生改革运动后,英国社会普遍达成一致意见,认为政府有责任为公众提供健康服务,因此形成了国家卫生服务体系。<sup>[16]</sup>1948 年英国开始实行全民健康保险<sup>[17]</sup>,而如何保障全体公民获得健康保险的公平性成为当时选择支付方式的重要参考。<sup>[18]</sup>

按人头付费与全科医生制度支撑了英国的初级保健服务体系,而之后按人头付费的弊端不断出现时,想要彻底改变这一支付方式已不现实。因此,之后 20 世纪 60 年支付方式改革的重点则是弥补按人头付费的弊端,通过引进竞争机制,英国逐渐建立起了包含按达标付费、按绩效付费在内的复合型支付制度,逐步提高了全科医生的服务效率,这也与英国近年来进行的卫生体系改革的目标 (引入市场机制) 相符。<sup>[15]</sup>

## 3 台湾地区:总额预付制

### 3.1 台湾地区卫生服务体系及总额预付制发展历史

#### 3.1.1 台湾地区的卫生服务体系

1995 年,台湾地区废除了原来的劳工保险、政府公务员保险以及农民保险等各类保险,强制推行全民健康保险 (National Health Insurance, NHI), 人群受益率由 57% 提高到 98%<sup>[19]</sup>,保费由投保人、雇主、政府共同承担,并通过特约方式,由公立、民营医院及诊所来提供服务<sup>[20]</sup>。改革后,台湾地区针对医院的支付方式主要为总额预付和按服务项目付费,同时有 53% 的手术治疗采用按病种付费<sup>[21]</sup>,而总额预付制在保障医疗保险费用收支平衡方面发挥了重要作用。

#### 3.1.2 台湾地区支付制度改革历史

1995 年台湾开始实施全民健康保险,其支付方

式采用按服务项目付费的形式,但随着医疗费用过快上涨,政府开始采取控费措施。1998 年,全民健康保险局首先在牙医门诊试点总额预付制,2000 年,卫生署开始在中医门诊中实施,2001 年在西医门诊实施,2002 年开始在医院实施。<sup>[22-24]</sup>

### 3.1.3 台湾地区支付制度改革的政治环境

1986 年民进党正式建立,并对执政党施加压力,国民党为了获得民众支持,不得不进行卫生体制改革。为了免于民进党对医疗费用上涨、医保费用入不敷出的批判,政府必须采用强有力的措施控制费用的上涨,而总额预付制的控费效果最有效。

### 3.1.4 台湾地区支付制度改革的社会经济压力

传统的按服务项目付费导致基金支出增长较快,特别是诱导需求增多,过度诊疗行为导致医疗费用上涨。从 1960 年开始人均医疗费用以每年 6% ~ 8% 的速度增长,而这期间人均收入增长速度却维持在 4% ~ 5%<sup>[25]</sup>,各级市县出现了拖欠健康保险费用的情况。由于对患者就医缺乏有效的引导措施,患者就医多选择大医院。同时,投保人单位为了最大限度的减少缴纳费用,出现了对负担劳工家属保险的争议,以及保费金额缴纳不足的现象,甚至于高薪低报,致使保险收入低于费用支出<sup>[26-27]</sup>。

## 3.2 台湾地区总额预付制得以实施的原因

为了控制医疗费用过快上涨、合理分配医疗资源,台湾健保局相继对 DRGs、初级保健按人头付费和按绩效付费进行了试点,但效果都不理想。2002 年开始实施总额预付制,人均医疗费用开始出现下降<sup>[28]</sup>,表明总额预付制具有明显的控费效果。

实际上,台湾全民健康保险制度在刚建立时打算采用总额预付制,但因为种种原因 5 年后才得以实施。<sup>[28]</sup>随着台湾整体经济的迅速发展,大量引进 OECD 国家政治经济管理经验<sup>[29]</sup>,对其支付方式改革产生了一定的影响,尤其在推广阶段,借鉴加拿大和德国的经验,采用逐步开展的方式,最终全面实施了总额预付制度<sup>[28]</sup>。

## 4 讨论

纵观三个国家或地区的改革背景(表 1)发现,德国为解决医院卫生服务提供不透明、保险基金对医

院卫生服务内容缺乏有效监管等问题,在一定历史渊源基础上采取了 DRGs 支付方式。英国初级卫生保健中的按人头付费,主要延续了传统的支付方式,也遵循了注重群体健康和保障公平性的原则,而后续的改革则着重于弥补按人头付费的缺点;台湾地区选择总额预付制则是为了控制医疗费用的快速上涨,除此以外,政权更迭在支付制度改革中发挥了催化剂作用,由于医疗支付与民众利益关系极为密切,而且存在问题较多,比较容易成为新政党执政后改革的目标。

表 1 三个国家(地区)支付方式改革的社会历史背景

维度	德国 DRGs	英国初级卫生保健按人头付费	台湾总额预付制
政治环境	执政的中右派政党试图通过市场机制控制医疗费用,这与 DRGs 支付方式的市场经济相同	英国主张国家卫生福利政策,认为健康是政府的责任;政党的更迭在某种程度上加速了按人头付费所占的比重	台湾民主化进程的重要时期,以及来自民进党的压力
社会、经济压力	增加医院绩效与成本的透明度,加强基金对医院的监督职能,减少按床日付费带来的住院时间的延长	1948 年改革是为了提高医疗服务的可及性,降低诊疗费用;之后 60 年主要是为了提高服务质量,增加绩效透明度	降低医疗费用过快上涨、合理分配医疗资源
影响支付方式选择的主要原因	DRGs 支付方式能够有效解决德国医院卫生服务提供不透明、保险基金对医院卫生服务内容缺乏有效监管的缺陷	基于对传统支付方式的延续,以及遵循全民健康保障公平性的原则	基于对各种支付制度的实验,最终发现总额预付制对于降低医疗费用最有效
医疗保险体系	社会保险体制	国家卫生服务体系	全民健康保险体系
支付方式发展历程	1996 之前,按床日付费; 1996 年开始实施按床日付费和按病种付费,按病种付费为 DRGs 的实施奠定了基础; 2000 年开始建立 DRGs	18 世纪“按服务项目收费”; 19 世纪初,原始的“按人头付费”; 1948 年统一采用按人头付费方式; 1948 年后逐渐建立按人头付费为主的复合型支付方式	1995 年按服务项目付费; 1998 年牙医门诊进行试点总额预付制; 2000 年中医门诊实行总额预付制; 2001 年在西医诊所实行总额预付制; 2002 年开始在医院实行总额预付制

我国保险体系的筹资方式与德国相似,医疗服务体系与台湾地区相似,而部分地区正在试行的家庭医生制度又与英国相似。若单纯的叠加组合三种支付方式作为我国的支付体系,其可行性较差<sup>[30-31]</sup>,应根据我国复杂的社会历史背景,综合考虑各方面的因素,选择适合我国国情的支付方式。

影响我国支付方式改革的因素错综复杂。首先,我国是一党制国家,政党对卫生和支付的影响主要体现为执政理念的改变。在当前关注民生的执政理念下,强行改变按项目付费势必会引起既得利益者的反对,政府改革受阻较大。其次,我国支付方式一直以来是按服务项目付费,因此后续支付方式改革应是在按服务项目付费的基础之上,可以学习台湾地区的总额预付制。此外,我们国家实行的是社会基本医疗保险体系,医疗费用的支付方是政府,医疗服务的提供方也是政府,因此,DRGs 可以作为一种能理清医疗费用流向的有力途径,但 DRGs 的基础医疗信息技术在我国发展还存在局限性,因此推广 DRGs 尚存在一定的困难。综上所述,本文认为我国未来支付方式改革的途径需要经过总额预付制的过渡过程,并在此期间完善信息支持,最终会走向 DRGs 方式。

### 参 考 文 献

[1] Schmid A, Götze R. Cross-national policy learning in health system reform: The case of Diagnosis Related Groups [J]. *International Social Security Review*, 2009, 62(4): 21-40.

[2] Thomson S, Osborn R, Squires D, et al. International profiles of health care systems 2011 [R]. The Commonwealth Fund, 2011.

[3] Quentin W, Geissler A, Scheller-Kreinsen D. DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system [R]. *EuroDRG report*, 2011.

[4] Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany [R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

[5] Kyburg L, Stuker H. DRG System as cost containment method—Medical Insurance Scheme in China [R]. *EU-China Social Security Reform Co-operation Project Feasibility Study*, 2007.

[6] Lungen M, Lapsley I. The reform of hospital financing in Germany: an international solution? [J]. *Journal of Health*

*Organization and Management*, 2003, 17(5): 360-372.

[7] Arnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? [J]. *Social Science & Medicine*, 2002, 54 (10): 1559-1587.

[8] Saltman R B. The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States [J]. *Health Policy*, 1997, 41 (suppl): s9-s26.

[9] 王青, 刘丽杭. 英国全科医师支付方式的改革与发展趋势 [J]. *中国卫生经济*, 2008, 27(12): 82-85.

[10] Boyle S. Health care systems in transition: United Kingdom [R]. WHO Regional Office for Europe, 2011.

[11] Beveridge W. Social insurance and allied services. 1942 [J]. *Bull World Health Organ*, 2000, 78(6): 847-855.

[12] Musgrove P. Health insurance: the influence of the Beveridge Report [J]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6): 845-846.

[13] Webster C. *The National Health Service: A Political history* [M]. Oxford: Oxford University Press, 1998.

[14] Roland M, Guthrie B, Thomé D C. Primary Medical Care in the United Kingdom [J]. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2012, 25 (Suppl1): s6-s11.

[15] 汤晓莉. 英国国家卫生服务制度的起源及几次重大改革 [J]. *中国卫生资源*, 2001, 4(6): 280-282.

[16] 刘继同. 英国医疗卫生改革运动的历史经验与核心争论 [J]. *人文杂志*, 2005(2): 145-153.

[17] 张江. 英国卫生体制改革之路 [J]. *中国科技财富*, 2006(11): 69-71.

[18] 郑炳生. 英国的社区卫生服务与全科医生 [J]. *浙江中医学报*, 25(2): 62-63.

[19] Davis K, Huang, A T. Learning from Taiwan: Experience with Universal Health Insurance [J]. *American College of Physicians*, 2008, 148(4): 313-314.

[20] 鲍勇, 王倩, 梁颖. 台湾全民健康保险发展的现状与问题 [J]. *中国卫生政策研究*, 2011, 4(1): 42-45.

[21] Cheng T. Lessons From Taiwan's Universal National Health Insurance: A Conversation With Taiwan's Health Minister Ching-Chuan Yeh [J]. *Health Affairs*, 2009. 28 (4): 1035-1044.

[22] 吴俊泉, 肖林榕. 台湾地区全民健保总额支付制度的实施与变革 [J]. *卫生经济研究*, 2011(6): 44-46.

[23] Rachel Lu J F, Chiang T L. Evolution of Taiwan's Health-care System [J]. *Health Economics*, 2011, 6 (1): 85-107.

- [24] 林雨静. 全民健保制度制度的改革—总额预算, [R]. 2001.
- [25] Lu J R, Hsiao W C. Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan[J]. Health Affair, 2003, 22(3): 77-88.
- [26] 吴俊泉, 肖林榕. 台湾地区全民健保总额支付制度的实施与变革[J]. 卫生经济研究, 2011(6): 44-46.
- [27] 刘娟, 李系仁, 周士金, 等. 中国台湾地区全民健康保险制度运行 16 年的经验及启示[J]. 卫生软科学, 2012, 26(2): 104-107.
- [28] Cheng T. Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis And Experience So Far[J]. Health Affair, 2003, 22(3): 61-76.
- [29] 刘丽伟. 台湾医务行政管理体制及其发展简史[J]. 中华医史杂志, 2005, 35(1): 17-22.
- [30] 郑大喜. 医疗保险费用支付方式的比较及其选择[J]. 中国初级卫生保健, 2005, 19(6): 6-9.
- [31] 艾自胜, 高歌, 潘军燕. 国际医疗保险支付制度理论研究及对我国的借鉴作用[J]. 中国农村卫生事业管理, 2001, 21(1): 40-43.

[收稿日期:2013-03-26 修回日期:2013-06-26]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

## 世界卫生组织重申国家卫生政策、战略和计划的重要性

近日,世界卫生组织重申了国家卫生政策、战略和计划的重要性,认为其本身并不是目的,而是卫生进程的重要组成部分。为了更好地利用卫生资源、使所有人都获得高质量的卫生服务,需要将国家卫生重点与居民卫生服务需求相结合,推动政府、卫生合作伙伴、社会团体以及私营业主的共同参与。

由于目前卫生系统绩效的改善程度难以满足日益增长的卫生服务需求,因此各国政府加强了卫生政策、战略和计划制定的能力,以实现以下目标:(1)对日益增长的卫生服务需求做出反应,通过初级卫生保健加强卫生系统,实现人人享有卫生保健的目

标;并需要采取以下政策行动:迈向全民覆盖,以人为本调整常规卫生服务方向,将卫生纳入所有政策,增强卫生治理的包容性。(2)引导和推动卫生部门职能的多元化,而不仅是制定和实施卫生规划。(3)超越卫生系统之外来解决卫生问题,并实现卫生部门和其他部门的良性互动。

在外部援助发挥显著作用的国家中,国家卫生政策、战略和计划被日益视为增强援助有效性的关键。同时,联合评估也有助于加强国家卫生战略和计划,增强合作伙伴的信心,进而保证资金来源的稳定性。

(来源:世界卫生组织网站)