

DRG 收付费一体化改革影响机制分析

——以福建省泉州市和三明市为例

林坤河^{1*} 姚轶凡¹ 熊英贝¹ 项莉^{1,2}

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 国家医疗保障研究院华科基地 湖北武汉 430030

【摘要】DRG 收付费一体化改革仍是深化医保支付方式改革的重点内容,但是尚处地方试点探索阶段,其影响机制有待探讨。本研究基于博弈论,从患者、医保部门、医疗机构三个利益相关者出发,以福建泉州市和三明市改革模式为例进行运行模式分析。研究发现,患者侧的收费标准差异是影响改革结果的重要内容,收费标准“一刀切”容易加剧患者自付负担;在合理的预算控制和支付标准下有助于缓解医保基金支出负担;改革能够激励医疗机构节约医疗成本,仍需防范不合理医疗行为。建议患者侧仍依据实际发生医疗费用进行比例结算,以病组支付标准作为自付上限;合理制定年度预算,协同医疗服务价格动态调整机制和药品耗材集中采购等,推动支付标准的合理确定;加强监管机制,防范病组高套。

【关键词】DRG; 收付费改革; 医保支付方式; 影响机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.10.007

Analysis on the impact mechanism of DRG charge and payment integration reform: Taking Quanzhou city and Sanming city in Fujian province as examples

LIN Kun-he¹, YAO Yi-fan¹, XIONG Ying-bei¹, XIANG Li^{1,2}

1. School of Medicine Health Management of Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. HUST Base of National Institute of Healthcare Security, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】The integration reform of DRG charge and payment is still a key aspect of deepening the reform of medical insurance payment methods, but it is still in the stage of local pilot exploration, and its impact mechanism needs to be explored. Based on game theory, this study analyze the operating modes from three stakeholders of patients, medical insurance departments, and medical institutions, and takes the reform models of Quanzhou city and Sanming city in Fujian province as examples. Research has found that the difference in the charging standards on the patient side is an important factor affecting the results of the reform, and the “one-size-fits-all” charging standards on the patient side are easy to exacerbate the burden of self-payment by patients. Under reasonable budget control and payment standards, it helps to alleviate the burden of medical insurance fund expenditure. Reform can motivate medical institutions to save medical costs, but it is still necessary to prevent irrational medical behavior. It is recommended that the medical insurance department settle a self-payment ratio based on the actual medical expenses, with the DRG payment standard as the upper limit for the sake of the patient side. Reasonably formulate the annual budgets, coordinate with the dynamic adjustment mechanism of medical service prices and centralized procurement of drug consumables, etc. to promote the reasonable determination of payment standards. Strengthen supervision mechanisms to prevent upcoding of disease groups.

* 基金项目:国家自然科学基金项目(72174068;71874058)

作者简介:林坤河(1994年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生政策、卫生经济。E-mail: kunhelin@163.com

通讯作者:项莉。E-mail: xlyf@126.com

【Key words】 DRG; Charge and payment reform; Medical insurance payment method; Impact mechanism

DRG 改革是我国深化医疗保障制度改革的重要组成部分。2020 年,《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要建立以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。2021 年,国家医保局关于《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》,明确要求在 2025 年底,DRG/DIP 付费要全面覆盖符合条件的开展住院服务的医疗机构。而我国患者侧的收费方式仍主要采取按服务项目收费,虽然自 2017 年,国务院便颁布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(下文简称“《改革意见》”),提出依据 DRG 进行收付费一体化改革开展试点工作,但 DRG 收付费一体化改革仍处于地方试点阶段。2022 年 11 月 26 日,国家卫生健康委体改司、财务司、医政司指导的第六届中国 DRG 收付费大会强调要持续探索总结 DRG 收付费一体化改革经验。随着 DRG 付费方式改革进程进入“深水区”,DRG 收付费一体化改革仍是深化医保支付方式改革的重点内容。^[1]当前,DRG 收付费一体化改革存在试点时间较短、运行经验不足、运行机制仍需探索、执行缺陷暴露不足等问题。目前地方试点的 DRG 收付费一体化改革存在哪些风险,对患者、医保部门、医疗机构三方利益主体存在哪些影响,应当如何有效规避存在的问题,是当前 DRG 收付费一体化改革进一步深入探索迫切需要掌握和解决的关键命题。

1 文献回顾

1.1 DRG 付费与按项目收费

DRG 是基于对相似医疗资源消耗、疾病严重程度和临床治疗过程的患者进行疾病归组,以所有可比的医疗机构相同病组平均医疗费用和临床路径为基础,确定各病组支付标准予以付费的一种医保付费形式。^[2]随着 DRG 付费改革的深入,逐步与总额预算相结合,通过权重动态调整和费率年终清算来调整每一病组的年终结算标准。当医疗机构中该病组的实际医疗费用低于病组标准,即差值为正值时,医疗机构可以按照病组标准获得超额的医保回款;当差值为负值时,医疗机构所获得的医保回款低于医疗机构给患者结算的金额,以期激励医疗机构主动节约医疗资源,提高医疗效率。患者的收费标准仍按项目收费,收费标准与付费标准之间存在一定

的脱节,收付费的非闭环设置,使得医疗机构仍存在将医疗费用转嫁到患者侧的可能。在医疗信息不对称和医疗机构的逐利风险下,按项目收费的弊端在患者收费侧仍无法避免。故而,在同一个地区内对同一个病组实行单侧的收费或付费都可能会偏离政策设计的初衷。^[3]

1.2 DRG 收付费一体化

DRG 收付费一体化改革通过供给侧和患者侧均按病组结算,将药品、耗材、检查化验等视为医疗机构的成本,减少按项目收费弊端,有利于调动医疗机构和医务人员主动降低成本、提升服务质量的积极性。^[1,4]在同一病组标准下,患者不再依据医保目录报销,只按照医保规定比例基于病组标准缴纳自付部分费用即可出院,其余费用由医保对医疗机构进行支付。

现有的 DRG 收付费一体化改革相关研究主要围绕政策设计、经验介绍、效果评价等方面。如郎婧婧基于国内外经验总结归纳 DRG 收付费一体化政策设计的相关概念、计算流程和关注要点。^[5]张元明从主要做法及成效对三明市 DRG 收付费一体化改革优缺点进行总结归纳。^[6]罗乐宣从组织管理、标准对接、信息对接、试点推进等方面对深圳市收付费一体化改革进行经验总结。^[7]程子瑄通过间断时间序列分析 2017—2021 年三明市住院费用,发现 DRG 收付费一体化改革促进服务效率提升,但次均费用并未改善。^[8]孟朝琳对福建省部分医疗机构进行利益相关者访谈,发现 DRG 收付费一体化改革可能带来减少非必要治疗的积极影响。^[9]

近几年,相关研究数量略有上升,但较少从理论层面探讨 DRG 收付费一体化改革运行模式下对医保部门、医疗机构、患者三个方面影响机制。DRG 收付费一体化改革运行模式存在什么差异? 模式不同存在什么正、负效应? 产生的原因和内在机制是什么? 对各地方开展 DRG 收付费一体化改革仍具有重要意义。因此,本研究聚焦于 DRG 收付费一体化改革影响机制探讨,关注全省开展试点的福建省,以泉州市、三明市为例,对两地 DRG 收付费一体化改革模式进行梳理,运用博弈论,分析不同改革模式下对患者、医保部门、医疗机构三个利益主体的影响机制,为健全 DRG 收付费一体化改革政策提供理论依据。

2 收付费改革模式介绍

福建省是全国首个开展 DRG 收付费一体化改革试点的省级地区。福建三明市自 2017 年率先纳入国家 DRG 收付费一体化改革试点城市,2018 年系统上线开展 DRG 实际收付费一体化。福建省整体改革紧随其后,于 2019 年由省医保局、卫健委联合面向 3 家三甲公立医院开展第一批 DRG 收付费一体化改革试点,2021 年、2022 年分别开展第二批、第三批试点改革,将省属、泉州市、福州市、厦门市等地的三级公立医院纳入改革试点。2022 年福建省颁布《福建省推动公立医院高质量发展实施方案》明确要求推进全省三级公立综合医院全覆盖。泉州市、厦门市等地基于全省试点规范于 2022 年相继出台 DRG 收付费一体化改革试点文件,福建省迈入全省 DRG 收付费一体化改革阶段,从而形成了以省级规范为代表和以三明规范为代表的两种改革模式。故本研究对遵循省级规范的泉州市模式和本土化的三明市模式进行比较分析。

2.1 泉州模式

泉州市于 2022 年 9 月开展改革试点工作。在总额预算下,DRG 病组标准按照福建省 DRG 收付费一体化改革有关规定执行,不设起付线,由医保和个人按规定比例分担。其中,职工医保患者在市三级相关医疗机构,按照病组收费标准个人负担 30%,医保支付 70%;县级二级以上相关医疗机构,按照病组收费标准个人负担 25%,医保支付 75%。居民医保患者在市三级相关医疗机构,按照病组收费标准个人负担 55%,医保支付 45%;县级二级以上相关医疗机构,个人负担 35%,医保支付 65%。同时,为了防止医疗机构过分压缩成本,影响服务质量,泉州市设定最低入组标准,规定患者单次住院医疗总费用需要达到病组支付标准的 50% 方能符合入组条件,入组率也作为 DRG 收付费一体化改革考核核心指标。

2.2 三明模式

三明市较早开展 C-DRG 收付费一体化改革。在总额预算下,不设起付线,将全市二级及以上公立医院均纳入 C-DRG 收付费一体化改革范围。其中,职工医保患者于二级、三级医疗机构就医,按三明市 C-DRG 病组入组后以病组标准 30% 承担个人自付,医保承担病组标准 70%;居民医保患者于二级医疗机构就医,按三明市 C-DRG 病组入组后以病

组标准 30% 承担个人自付,医保承担病组标准 70%;居民医保患者于三级医疗机构就医,按三明市 C-DRG 病组入组后个人和医保基金各病组标准 50% 予以支付。当实际发生医疗费用低于病组支付标准时,以实际费用为基数,按参保险种和医院等级的个人负担比例支付,与病组支付标准差额部分由医保承担。住院费用极端值病例不纳入 C-DRG 病组,并对 C-DRG 病组率进行严格考核,关系工作绩效考核评分,进而影响医疗机构医保总额和人员工资总额。

2.3 小结

泉州模式和三明模式均按照 DRG 的病组支付标准以一定比例进行个人和医保费用分担。同时,对极端值病例的产生尤其是超低标准病例、入组率提出明确规定,防范医疗机构过度压缩成本影响患者医疗质量。泉州模式和三明模式的差异主要在于患者个人自付费用水平。泉州模式下,只要病例入组均按病组支付标准的个人自付比例收取患者费用,与患者实际发生的住院医疗费用无关。三明模式下,当患者实际发生的住院医疗费用低于病组支付标准时,按照患者实际发生的住院医疗费用与个人自付比例乘积对患者进行个人负担结算,差额部分由医保兜底支付。

3 改革模式的博弈分析

3.1 博弈基本要素

3.1.1 基本假定

在 DRG 收付费一体化改革模式下,存在医保部门、医疗机构、患者三方利益主体。医保部门的利益诉求是发挥战略性购买作用,医保作为最大的支付方,通过委托医疗机构提供医疗服务,实现全民健康,同时保障医保基金收支平衡,略有结余,安全可持续。^[10] 医疗机构作为受委托的医疗服务提供方,实际医疗服务执行主体,虽然为非营利性机构,但受到当前医疗机构运行发展与政策保障措施等支持不相适应的现状影响,存在明显盈利特征。^[11-12] 患者是医疗服务的目标对象,期望能享受到优质的诊疗服务与价格合理的医疗费用。^[12] 因此在该结构中,存在“医保部门—医疗机构”“患者—医疗机构”双重委托代理关系,医保部门与患者均委托医疗机构提供医疗服务。

医疗机构由于服务量巨大及服务时间随机,DRG 收付费一体化改革按年度进行医保结算,无明

显先后顺序^[13],且受委托代理因素信息不对称和医疗机构服务决策不公开的影响,而被认为是完全信息静态博弈。本研究假设医保部门、医疗机构、患者三方利益主体均为理性经济人,在博弈过程中以追求利益目标最大化为最优策略。

3.1.2 模型参数

C_i 表示第*i*个患者当次住院治疗的成本; T_{in} 表示第*i*个患者第*n*个医疗项目成本; r 表示某个医疗项目的价格系数; G_{in} 表示第*i*个患者第*n*个医疗项目价格; A_i 表示第*i*个患者实际发生的医疗费用; W_i 表示第*i*个患者的自付费用; P_i 表示第*i*个患者的医保支付费用; Q_i 表示第*i*个患者所在DRG病组的支付标准; p_i 表示第*i*个患者按传统付费的自付费用比例, p_j 表示第*i*个患者按收付费一体化改革后的自付费用比例。 q_i 表示第*i*个患者按传统付费的医保支付费用比例; q_j 表示第*i*个患者按收付费一体化改革后的医保补偿比例, V_i 表示第*i*个患者的利润收益。

3.2 模型构建

3.2.1 模式一(泉州模式)

(1) 患者自付金额

① 患者医疗项目成本:

$$C_i = T_{i1} + T_{i2} + T_{i3} + T_{i4} \cdots \cdots + T_{in} = \sum T_{in}$$

② 患者实际发生的医疗费用:

$$A_i = \sum (T_{in} * r_{in}) = \sum (G_{in})$$

③ 患者按项目自付金额:

$$W_i = (G_{i1} + G_{i2} + G_{i3} + G_{i4} \cdots \cdots + G_{in}) * p_i \\ = p_i \sum (G_{in}) = A_i * p_i$$

④ 患者按DRG自付金额:

$$W_i = Q_i * p_j$$

⑤ 差异比较:

该模式下,患者自付金额与病组支付标准 Q_i 、固定自付比例 p_j 有关,患者自付费用高低取决于 $A_i * p_i$ 与 $Q_i * p_j$ 的差异。由于DRG收付费一体化改革通过不设起付线,提升患者医保补偿水平,减少患者负担考虑,故可以认为 $p_j \leq p_i$ 。当 $A_i \geq Q_i$ 时,患者按项目自付金额大于患者按DRG自付金额。但是当 $A_i < Q_i$ 时,仍存在患者按项目自付金额小于患者按DRG自付金额的情况。

(2) 医保付费金额

① 传统医保按DRG付费金额:

$$P_i = Q_i - W_i = Q_i - A_i * p_i$$

② 泉州模式按DRG付费金额:

$$P_i = Q_i * q_j = Q_i - Q_i * p_j$$

③ 差异比较:

该模式下,医保付费金额与病组支付标准 Q_i 、固定支付比例 p_j 有关。医保付费金额按照病组支付标准对患者实际自付费用进行扣减,剩余部分予以支付。故医保付费金额高低同样取决于 $A_i * p_i$ 与 $Q_i * p_j$ 的差异,与患者自付费用此消彼长。

(3) 医疗机构收益

$$V_i = Q_i * p_j + Q_i * q_j - \sum T_n = Q_i - C_i$$

当 $A_i < u * Q_i$ 时无法入组,

故,当 $A_i = u * Q_i$,即 $C_i * r_i = u * Q_i$ 时,

$$C_{i\min} = \frac{uQ_i}{r_i}$$

$$V_{i\max} = Q_i \left(1 - \frac{u}{r_i}\right)$$

医疗机构收益由病组支付标准 Q 和治疗成本 C 构成,当病组支付标准 Q 和成本 C 即 $\sum(T_n)$ 越小时,医疗机构的收益越大。由于存在 $A < u * Q$ 时无法入组的限制,故 $V_{\max} = Q_i \left(1 - \frac{u}{r}\right)$,即当真实发生的费用控制在最低阈值时,医疗机构收益 V 取得最大值。同时,虽然总费用最低阈值 u 由医保规范制定,但医疗机构仍可通过提升病组支付标准 Q 、提升价格系数 r 作为医疗机构医疗服务行为的最优策略。

3.2.2 模式二(三明模式)

(1) 患者自付金额

① 患者按项目自付金额:

$$W_i = (G_{i1} + G_{i2} + G_{i3} + G_{i4} \cdots \cdots + G_{in}) * p_i \\ = p_i \sum (G_{in}) = A_i * p_i$$

② 患者按DRG自付金额:

当 $A_i < Q_i$ 时, $W_i = A_i * p_j$

当 $A_i \geq Q_i$ 时, $W_i = Q_i * p_j$

③ 差异比较:

该模式下,当患者实际发生的医疗费用 A_i 小于病组支付标准 Q_i 时,患者自付金额按照患者实际发生的医疗费用 A_i 乘以自付比例 p_j 支付;当患者实际发生的医疗费用 A_i 大于或等于病组支付标准 Q_i 时,患者自付金额按照病组支付标准 Q_i 乘以自付比例 p_j 支付;由于DRG收付费一体化改革通过不设起付线,提升患者医保补偿水平,减少患者负担考虑,故可以认为 $p_j \leq p_i$,因此,在三明模式下,患者自付金额始终小于或等于患者按项目自付金额。

(2) 医保付费金额

① 传统医保按 DRG 付费金额:

$$P_i = Q_i - W_i = Q_i - A_i * p_i$$

② 三明模式按 DRG 付费金额:

当 $A_i < Q_i$ 时, $W_i = Q_i - A_i * p_j$

当 $A_i \geq Q_i$ 时, $W_i = Q_i * q_j = Q_i - Q_i * p_j$

③ 差异比较:

该模式下, 同样可认为 $p_j \leq p_i$, 当实际发生的医疗费用 A_i 小于病组支付标准 Q_i 时, 三明模式按 DRG 付费金额大于或等于传统医保按 DRG 付费金额。当实际发生的医疗费用 A_i 大于或等于病组支付标准 Q_i 时, 三明模式按 DRG 付费金额大于传统医保按 DRG 付费金额。因此, 在该模式下, 医保按 DRG 付费金额始终高于传统模式。

(3) 医疗机构收益

当 $A_i < Q_i$ 时,

$$V_i = A_i * p_j + (Q_i - A_i * p_j) - \sum T_n = Q_i - C_i$$

当 $A_i \geq Q_i$ 时,

$$V_i = Q_i * p_j + Q_i * q_j - \sum T_n = Q_i - C_i$$

当 $A_i < u * Q_i$ 时无法入组, 故, 当 $A_i = u * Q_i$, 即 $C_i * r_i = u * Q_i$ 时,

$$C_{i\min} = \frac{uQ_i}{r_i}$$

$$V_{i\max} = Q_i \left(1 - \frac{u}{r_i} \right)$$

医疗机构收益结果仍是在当真实发生费用 A_i 控制在最低阈值时, 医疗机构收益 V 取得最大值。且可通过提升病组支付标准 Q 、提升价格系数 r 作为医疗机构医疗服务行为的最优策略, 与福建泉州模式相同。

4 讨论

4.1 患者: 泉州模式存在加重患者自付负担风险, 三明模式有效削弱患者负担

在只实施 DRG 付费的情况下, 病组支付标准只关系到医疗机构年终清算结果, 患者仍旧按项目收费, 患者的实际结算金额依据医保目录进行医保补偿。故而, 相同病组的不同患者仍存在基于年龄、性别、疾病严重程度、个人经济条件等带来的具体项目差异, 即一定程度的医疗资源消耗差异。DRG 收付费一体化改革将患者侧的收费方式从按项目收费调整为按 DRG 收费。医保方可以通过病组支付标准的费用水平衡量医疗机构过高的医疗费用支出, 以

此限制医疗机构的服务行为。然而患者作为医疗服务的接受者, 且在医患信息不对称的医疗市场中, 患者处于医疗机构的被动支配地位, 固定的 DRG 费用标准如何在患者侧予以应用, 泉州及三明模式各给出了不相同的方案。

(1) 泉州模式下, 当患者真实发生的医疗费用小于病组支付标准, 存在患者按项目自付金额小于患者按 DRG 自付金额的情况, 即患者自付费用在改革后高于改革前水平。根据医疗机构价值函数结果可知, 当医疗机构治疗某一患者实际发生的住院医疗费用无限接近于 DRG 某病组入组最低费用阈值时, 医疗机构所产生的医疗成本最小, 所获得的利润越高。因此, 一方面, 医疗机构为取得实际利润的最大化, 会尽可能地压缩医疗成本, 从而缩小患者真实发生的医疗费用。另一方面, 根据博弈结果可知, 患者自付费用还与固定自付比例有关, 虽然改革以过往患者自付水平为参考, 基于不设起付线, 提升患者医保补偿水平, 减少患者负担等考虑, 可以认为泉州模式下患者自付比例必然小于或者至少等于改革前患者自付水平, 但是由于医保基金有限性及可持续发展要求, 患者自付比例下降幅度有限, 与过往自付比例不会差距过大。因此, 泉州模式下, 患者真实发生医疗费用小于病组支付标准的发生概率较高, 患者自付费用存在较大的高于改革前水平的风险。

虽然以固定的病组支付标准进行结算, 可以激励医疗机构控费行为, 同时保障医疗机构的合理收益, 但是患者作为医疗服务的实际接受方, 自付费用是患者对医疗机构的支付水平, 自付费用按照固定标准以“一刀切”的形式进行支付, 忽视了患者在同一病组中可能存在的特异性, 其自付费用的上升加剧了患者的直接疾病经济负担。且对于长期需要住院的慢性病患者感知尤为突出。虽然固定的病组支付标准可能经过合理测算, 具有一定科学依据, 但核心仍是以“均值”作为衡量标准。以往的自付水平是患者支付参考点, 在患者进行价值判断和价值选择存在明显的参考点依赖^[14-15], 从而更关注基于参考点消费水平的损失。且当前仅部分医疗结构开展试点, 患者仍可将其他同级别公立医院作为参考点比较相同疾病的消费水平, 从而造成患者的经济压力上涨和心理损失感的加剧, 进而可能增加社会的不稳定因素。

(2) 在三明模式下, 患者按 DRG 自付的金额始终小于或等于患者按项目自付金额。这是由于三明

市的患者自付比例与患者实际发生的医疗费用相关,当实际发生的医疗费用小于病组支付标准时,患者自付费用按照实际发生医疗费用乘以自付比例进行结算,而当实际发生的医疗费用高于病组支付标准时,患者自付费用按照病组支付标准乘以自付比例进行结算。故而,患者自付费用始终小于或等于 DRG 支付标准乘以自付比例的费用水平。三明模式更有助于降低患者自付费用,削减患者疾病经济负担。

4.2 医保:两种模式医保支付存在差异,但在支付标准控制下仍处于可控范围

DRG 改革,无论是在单侧的付费改革,还是收付费一体化改革,均基于相同的预算模式即总额预算。DRG 病组权重及费率均在符合区域实际的硬性预算下予以严格控制。而医保的实际结算与患者自付水平存在严格的负相关关系。基于患者分析可知,患者的自付费用在按项目收费和按 DRG 收费存在差异,且在不同模式下,也各有不同,与之此消彼长的医保结算水平也存在相同的情况。

从博弈结果可知,泉州模式下,医保按照病组支付标准乘以固定补偿比例对医疗机构进行支付,统一了同病组的医保支付金额。三明模式下,按照病组支付标准减去个人自付费用得出医保实际支付金额,且患者自付费用会始终小于或等于病组支付标准乘以自付比例的费用水平,因此,泉州模式和三明模式在相同病组支付标准下,三明模式的医保支付金额会导致更大的基金压力。

由于两地改革均采用总额预算的硬性控制,且均基于基金运行能力、过往医疗费用水平、临床路径、社会经济水平等条件对 DRG 各病组支付标准进行测定,使得医疗机构的医疗费用水平被控制在一定标准内,以此倒逼区域医疗机构控制医疗费用不合理上涨,做出有利于医保基金效率的医疗行为。^[16]因此,虽然泉州模式和三明模式在医保支付水平可能存在差异,但通过总额预算和支付标准的硬性约束仍可将当年度医保基金支出置身于可控范围。同时,也提醒各地区在推进 DRG 收付费一体化改革时,支付标准合理性制定至为关键。

4.3 医疗机构:激励机构节约医疗成本,仍需防范机构不合理行为

对于医疗机构而言,无论是在单侧的 DRG 付费改革,还是 DRG 收付费一体化改革,医疗机构的医保基金来源均依赖 DRG 病组标准即实际发生费用

与标准结算费用的差值来实现额外盈余。其中的差异主要体现在医疗机构在 DRG 收付费一体化改革下,不能再独立的看待患者收费和医保付费,而必须将其作为一个整体来考虑。各医疗机构面对全新的支付模式,不再是考虑从患者身上牟取利益,而是考虑如何合理控制费用和成本以获得更高的“结余”。因此,需要医疗机构通过优化自身的成本核算和费用控制等管理手段,从原先以服务数量为主的粗放管理模式向以服务质量为主的精细化管理模式转变,保障更有利的利润收益。

在博弈结果中发现,医疗机构的利润收益与病组支付标准的下限阈值、病组标准、价格系数有关。医疗机构的医疗成本越小,利润空间越大。患者、医保部门、医疗机构之间存在“患者—医疗机构”“医保部门—医疗机构”双重委托代理关系,由于医疗机构作为医疗服务提供方,与患者和医保部门之间存在明显的信息不对称,患者和医保部门无法明确判定医疗机构医疗服务供给的合理性,给予了医疗机构更多的行为选择空间。故而,为防范医疗机构过度压缩医疗成本,影响医疗服务质量,造成患者健康受到损害的风险,泉州和三明均对患者实际发生医疗费用制定了下限比例作为入组阈值。而无限压缩靠近入组阈值便使医疗机构某一病组能够达到最大利润。因此,入组下限比例越小,医疗成本可压缩成本空间越大,如何设置合理的下限比例,推动医疗机构在不影响医疗服务质量的基础上合理控制成本仍是下一步需要关注的现实问题。同时,需要警惕病组标准和价格系数提升均为医疗机构的严格优势策略。医疗机构可以通过病组高套,使用价格系数较高即利润空间较大的医疗项目来谋求利润,提醒各改革地区在推进 DRG 收付费一体化改革过程中,一方面要进一步运用监管手段防范 DRG 病组高套的运行风险;另一方面要进一步协同医疗服务价格动态调整机制和药品耗材集采工作,对价格虚高的医疗项目进行动态调减,对价格偏低的医疗项目合理调增,促进医疗项目价格趋于合理,也有助于 DRG 病组支付标准制定。

5 结论

DRG 收付费一体化改革是深化医保支付方式改革的重点内容,但是该改革仍处于地方改革试点阶段,尚未达到全国推广的水平,其运作形式和作用机制仍有待探究。本研究基于博弈论,从患者、医保部

门、医疗机构三个利益相关者出发,以全省开展 DRG 收付费一体化改革的福建省为例,选择遵循省级规范的泉州模式和本土化的三明模式进行比较分析发现,两地的模式差异主要在于患者侧的收费标准差异。泉州模式由于“一刀切”患者自付标准,虽然一定程度可以削弱医保负担,但以同 DRG 病组、同自费标准向患者进行收费,忽视了患者的特异性,存在加重部分患者自费负担的风险;三明模式以真实发生医疗费用为基础来推进 DRG 患者侧收费,一定程度削弱患者经济负担,且在总额预算和支付标准的硬性控制下,也能够缓解医保基金的运行压力。此外,DRG 收付费一体化改革对激励医疗机构节约医疗成本具有积极的推动作用,但同时要防范过度压缩成本、病组高套、医疗价格不合理等问题。

基于本研究结果,建议各地区在推行 DRG 收付费一体化改革过程中,首先应关注患者侧随该改革所带来的自付费用变化,建议效仿三明模式,患者侧应基于实际发生医疗费用为基础按比例结算,且以病组支付标准乘以自付比例的费用水平作为患者自付上限。其次应合理做好年度总额预算和病组支付标准的制定,以及科学确定入组的下限阈值,基于医保基金运行压力和医疗实际需求,明确医疗机构合理的“结余”空间。同时,应加强监管机制在医保支付方式的作用发挥,仅通过经济杠杆仍无法避免医疗机构不合理医疗行为的产生,需通过有力的行政监管手段对不合理医疗行为进行及时纠正和规范。此外,应进一步促进 DRG 收付费一体化改革与医疗服务价格动态调整机制、药品耗材集中采购等政策的有序协同,共同促进 DRG 支付标准制定,挤压医疗项目中的“水分”,进一步体现医务劳动工作者的合理劳务价值,使 DRG 病组支付标准更为准确合理。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 江芹. DRG 收付费政策设计与实施中的经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 6-11.
- [2] 李乐乐. 政府规制与标尺竞争:医保支付方式改革的治

- 理路径分析[J]. 经济社会体制比较, 2021(3): 80-88.
- [3] 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.
- [4] 肖世宣. 以 C-DRG 收付费改革为抓手 推动医院高质量发展路径探索[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 32-35.
- [5] 郎婧婧. DRG 收付费政策的设计与实践[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 83-87.
- [6] 张元明. 三明市医改与 DRG 收付费改革的经验总结[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 16-19.
- [7] 罗乐宣, 张振忠, 韩春艳, 等. 深圳市 C-DRG 收付费改革实践[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(2): 30-32.
- [8] 程子瑄, 阮娴静. C-DRG 收付费政策实施对三明市公立医院住院费用及效率的影响研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(4): 29-33.
- [9] 孟朝琳, 蔡源益, 李志远, 等. 福建省某市实施 C-DRG 收付费制度对主要利益相关方的影响研究[J]. 医学与社会, 2022, 35(5): 86-89.
- [10] 朱静敏, 段晖. 县域医共体何以实现卫生绩效:政策企业家、再组织化联盟与激励兼容[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 125-138, 174-175.
- [11] 谭申生. 规模化建设将公立医院带入畸形发展[J]. 中国医疗保险, 2015(5): 27-28.
- [12] 张卫东, 李华. 基于双层多任务委托代理模型的公立医院公益性研究[J]. 中国医院管理, 2014, 34(4): 21-23.
- [13] 黄雨萌, 钟正东, 曾理, 等. 基于博弈论的德国点数法下的医师行为分析及启示[J]. 中华医院管理, 2020, 36(8): 698-701.
- [14] Tversky A, Kahneman D. Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk[J]. *Econometrica*, 1979, 47(2): 263-291.
- [15] 饶育蕾, 陈地强, 张梦莉. 家庭消费变动的同群效应:习惯形成还是参考点依赖?[J]. 消费经济, 2022, 38(3): 13-27.
- [16] Chen B, Fan V Y. Global Budget Payment: Proposing the CAP Framework[J]. *Inquiry A Journal of Medical Care Organization Provision & Financing*, 2016, 53.

[收稿日期:2023-08-29 修回日期:2023-09-25]

(编辑 薛云)