

省域层面中医优势病种疗效价值付费改革方案比较研究

吴庆艳^{1,2*} 刘丽莎¹ 龚敏希³ 翟理祥²

1. 广东药科大学医药商学院 广东广州 510006

2. 广东省卫生经济与健康促进研究中心 广东广州 510006

3. 广东药科大学财务与国有资产管理部 广东广州 510006

【摘要】目的:通过8省中医优势病种疗效价值付费方案的对比研究,发现已有方案的不足,提出完善的政策建议。方法:对各地方案中的核心内容,病种选择、疗效评价指标、付费环节的应用和保障机制等方面,进行对比分析。结果:已有方案碎片化问题明显,各项具体内容设定差别较大,反映对方案核心内容理解存在明显差异,对中医医疗价值认识不统一,付费标准与疗效评价结果未挂钩,尤其对中医技术劳务价值缺乏认可等问题。结论:可借由中医突出优势选择病种,借鉴西医价值医疗的评价框架,构建中医医疗价值评价体系,并基于健康结果的“同效”开展“同价”支付,分阶段设置绩效指标并设定付费标准,实现疾病全过程的管理,发挥中医医疗价值,促进中医传承创新发展。

【关键词】疗效价值; 中医优势病种; 付费

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.08.008

A comparative study on the payment reform for therapeutic value of dominant diseases of Traditional Chinese Medicine at provincial level

WU Qing-yan^{1,2}, LIU Li-sha¹, GONG Min-xi³, ZHAI Li-xiang²

1. School of Pharmaceutical Business, Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou Guangdong 510006, China

2. Guangdong Health Economy and Health Promotion Research Center, Guangzhou Guangdong 510006, China

3. Department of Finance and State-owned Assets Management, Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou Guangdong 510006, China

【Abstract】 Objective: Through the comparative analysis of the payment program for the therapeutic value of Traditional Chinese Medicine dominant diseases in 8 provinces, we found the shortcomings of the existing program and put forward the perfect policy suggestions. Methods: Comparative analysis of the core content of the programs in various places, the selection of disease types, efficacy evaluation indexes, the application of the payment link and the protection mechanism. Results: The fragmentation of existing programs is an obvious problem, the specific content settings of each item are quite different, reflecting differences in the understanding of the core content of the program, the existence of inconsistent understanding of Chinese medicine's therapeutic value, the failure to link the payment standard to the results of the therapeutic value evaluation, and the lack of recognition of the value of Chinese medicine's technical labor, among other problems. Conclusions: We can select disease types based on the prominent advantages of Traditional Chinese medicine, learn from the evaluation framework of western medicine value-based medical care, construct the evaluation system of Chinese medicine therapeutic value, and carry out "equal price" payment based on the "same effect" of health results, set performance indicators and payment standards in stages, realize the whole process management of disease, and enhance the Traditional Chinese Medicine's therapeutic value, and promote the development of Traditional Chinese Medicine inheritance and innovation.

【Key words】 Therapeutic value; Dominant diseases of Traditional Chinese Medicine; Payment

* 基金项目:2025年度广东省哲学社会科学规划一般项目(GD25CGG11);2024年度广东省哲学社会科学规划一般项目(GD24CGL29);广东省普通高校创新团队项目(2022WCXTD011)

作者简介:吴庆艳(1976年—),女,博士,副教授,主要研究方向为医疗保障与药物政策。E-mail:wqy_ln@163.com

通讯作者:翟理祥。E-mail:zhai3071@qq.com

党的十八大以来,国家层面出台了系列政策促进中医药发展,鼓励优先将国家发布的中医优势病种纳入按病种付费范围,实行中西医“同病同效同价”。医保按病种DRG/DIP支付方式改革中,明确要求“病种全面覆盖”,以控制住院医疗费用的过快增长。在此背景下,多地已经落地了中医优势病种住院医疗DRG/DIP付费政策^[1],部分地市对中医开展了倾斜性优惠支付,但是付费仅以确认为中医优势病种为前提,并未开展疗效价值评价。^[2]疗效价值(therapeutic value)也称为治疗价值,是价值医疗(value-based healthcare, VBHC)的核心内容,目标在于以最具性价比的方式获得健康收益。^[3]美国、德国等国家已经具有按疗效价值付费的经验,形成了较为完善的以临床价值、经济价值和社会价值为核心的疗效评价体系。^[4]我国中医优势病种付费疗效价值评价和付费已在初步探索中,2018年5月,柳州市最早发布了《关于部分病种实施按疗效价值付费的通知》,以临床治疗效果作为疗效价值评价标准,并通过中西医治疗点数替换确定支付标准。^[5]2022年7月,上海市医疗保障局联合多部门印发《关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知》,在省级行政区中最早开展了这一支付方式改革,之后陆续有省份和地级市也推出了疗效价值付费方案。目前,我国的中医优势病种按疗效价值付费支付方式改革尚未出台国家政策,地方、基层的疗效价值评价和付费实践较为零散,缺乏指引,尚未形成全面科学的体系。各地实践有利于丰富对于中医优势病种疗效价值付费相关内容的认识,但是,制度逐步走向规范需要自上而下明确核心内容、制定规则,统一推进。基于这一考量,本文以省级行政区推出的中医优势病种疗效价值付费方案为研究对象,通过比较分析,就举措一目标的匹配情况进行评价、总结经验,以期丰富中医优势病种疗效价值的理论研究、完善付费方案以及后续国家政策的出台提供借鉴。

1 资料与方法

在除港澳台之外的全国32个省级行政区医保局官网,以“中医优势病种”“疗效价值付费”为关键词,政策文件截止时间为2024年12月31日,以政府信息公开正式发文的通知和管理办法为查询范围,按文件标题进行检索、查阅和统计,共有上海、湖北、黑龙江、江西、甘肃、安徽、湖南、河南8个省级行政区出台了专门的中医优势病种按疗效价值付费方案。如表

1所示,这8个省级方案中,除上海方案外,其他方案密集出台于2023年下半年至2024年。同时,除湖北执行的是正式方案外,其他方案都是试行或试点方案。本文对各省级方案政策文本进行分解,运用内容分析法开展研究,对比各省级方案优势病种的遴选和退出机制、疗效价值评价标准,以及按病种付费标准的确定和动态调整等疗效价值付费方案的核心内容^[6],汇总分析纳入的典型病种,探讨已有疗效价值评价方案的特点和不足。

2 结果

2.1 疗效价值付费病种种类

确定病种是开展疗效价值付费的基础,各省级方案通过专家遴选需要住院治疗的中医优势病种,并依据《中医病证分类与代码》(GB/T15657-2021)确定中医诊断名称和中医诊断编码,如:编码A 03.06.01.02,每一个下划线代表一个层级,从左到右至第三层有对应病种名称,到第四层、第五层则是进一步细分诊断的病种名称。病种名称设定的层级,以及所包含的更细分诊断是否直接纳入病种范畴,在各省级方案中存在差异。表现为:第一种情况是病种对应的编码结构分层设定不同,部分方案是以第三层对应的疾病名称,部分方案是以第四层、第五层对应的疾病名称进行设定和发布。如甘肃方案疾病种类中的第一个为骨折病,对应的中医疾病代码为A03.06.01,是与编码规则第四层对应。而河南方案中,中医疾病种类共有9个,中医疾病名称和代码均与编码规则第五层对应,包含在A03.06.01即骨折病的范畴中。河南方案中的9个病种均是甘肃方案骨折病的构成内容。第二种情况是同一个编码在各方案中计为不同数量病种,如A03.06.01.05,安徽、河南、湖北和湖南方案按照诊断进行了展开,分别计算为2个、2个、3个和3个中医疾病病种,即包括了肱骨骨折、髌骨上段骨折、髌骨肩端骨折、臂膊骨伤折、髌骨下端骨折5种细分诊断。这种细分大多出于与西医诊断以及DRG/DIP病种进行挂钩的需要,但使得方案间难以进行比较。第三种情况是存在同一疾病种类的不同层级编码并列,并与其他省方案不一致的情况。如江西方案中,痔疮A08.03.01、内痔A08.03.01.01、外痔A08.03.01.02、混合痔A08.03.01.03分列为四个病种;甘肃方案中,只有混合痔A08.03.01.03一种,但是诊断包含了内痔和外痔。

基于方案可比性的考量,本文对各个方案以诊

断编码为准进行调整,按照纳入病种管理的第五层病种名称和数量进行统计,方案中对应疾病没有第五层的,按照第四层、第三层名称和数量进行统计,即河南方案总病种数量调整为7个,将甘肃方案中的骨折病类的病种数量调整为28个;安徽、河南、湖北、

湖南方案中对应编码 A03.06.01.03 的细分病种合并为1个病种。这样统计的结果与这些方案在当地医保局官网所宣称的疾病种类和数量上存在差异(表1)。

表1 各方案优势病种和疗效价值评价标准

行政区	方案类型/ 发文时间	优势病种			疗效价值评价标准	备注
		类型	数量 (调整前)	数量 ¹ (调整后)		
河南	试点方案 (2023.07)	骨伤	9	7	西医药疗效指标综合评价 中医出院时疗效评价规则和标准	二级及以上定点医疗机构开 展;明确退出机制
湖南	试行方案 (2023.08)	骨伤、肛肠	21	30	中医出院疗效判定和出院后复查 疗效评价规则和标准	
甘肃	试点方案 (2023.12)	骨伤、肛肠、耳鼻喉等	10	37	中医出院时疗效评价规则和标准	
上海	扩大试点 (2024.01)	骨伤、肿瘤、肛肠、肝病、肺病、 感染等	32	32	中医综合治疗率 ² 、临床有效率、 再次手术率等	另有“中医优势病种临床管 理规范”对出院疗效进行评 价;适用职工医保
安徽	试行方案 (2024.04)	骨伤	6	5	西医疗效评价标准,方案未具体 列明	
湖北	正式方案 (2024.05)	骨伤	12	10	中医出院疗效判定和出院后复查 疗效评价标准	
江西	试行方案 (2024.10)	骨伤、内科、肛肠、耳鼻喉、皮 肤、妇科、眼科等	121	142	参照西医综合疗效评价,方案未 具体列明	医疗机构提供疗效评价指标
黑龙江	试行方案 (2024.12)	骨伤、内科、神经、代谢等	22	22	中医综合治疗率、临床有效率及 费用占比等	另有出入院标准要求

注:1. 调整后的优势病种数量依细分层级优先、逐次进行统计,即中医诊断编码第五层病种名称优先,不重叠为前提,逐次开展第四层、第三次病种计数。2. 中医综合治疗率,简称中治率,指中医医疗服务项目、中药饮片、中成药三项费用之和占住院医疗总费用的比例。

从统计结果看,大多数省级方案的病种类型仍然较为局限,最多的是骨伤类,在8份方案中均是主要的内容,并且湖北、安徽和河南的方案只有骨伤类病种;湖南方案中除了3个肛肠类病种外,也均是骨伤类病种。第二类主要病种是肛肠类,在上海、江西、甘肃和湖南的方案中都有。《关于促进中医药传承创新发展的意见》提出了做优做强骨伤、肛肠、儿科、皮科等10多个大类专科病种,各省方案的现实选择反映出对中医优势病种疗效评价到付费标准确定的困难。江西方案虽然有142个病种,涉及超过7种类型,但是其在方案中并未设定疗效价值评价的具体指标。

2.2 疗效价值评价标准

疗效价值评价标准与病种类型的关系密切,形成各付费环节的具体要求。如表1所示,8份方案中,单独列明疗效评价标准的有两类:第一类是以中医治疗临床结果设定标准,关注治疗的临床价值。

如骨伤类病种疗效评价中,参考中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.9-94)的临床评价指标^[7],设定出院时治疗效果临床评价指标,如骨折局部肿胀等症状明显减轻、X线片复查脱位已复位等指标。湖北、甘肃、湖南和河南采取了这种方式,湖南方案也设定了出院后跟踪复查的疗效指标。第二类是设定了对病种中医治疗方法使用情况和整体效果的评价标准,关注治疗的社会价值,上海、黑龙江采取这种方式。如在骨伤类病种疗效评价中,上海设定中医骨伤技术使用率、中医药治疗费用占比以及中医药治疗为主的出院病例比例等作为考核指标,且对每个月的病例数有明确最低数量标准,这些标准的设定显然能够促进中医技术的推广运用。上海、黑龙江方案对病例出院临床标准也有要求,但未将这些标准作为方案疗效价值考核、评价标准。江西、安徽方案未在方案中具体列明标准,只是笼统表述为与西医相同,但江西方案要求定点医疗机构依

此提供具体评价标准。

2.3 疗效价值评价影响下的支付相关环节

2.3.1 付费前提

除上海和黑龙江方案外,其他6份省级方案均以是否达到疗效价值评价标准为付费前提,如表2所示。在疗效评价标准的基础上,部分方案还有进一步要求,包括实际医药费用低于同病种西医支付标准,如湖南方案。江西要求病组(种)中治率达到50%以上,这一要求与其方案中疗效评价标准由定点医疗机构提供相关,具有考核付费的特征。湖南、河南和甘肃方案还对于是否纳入特病单议、高低倍率情况有要求。

2.3.2 付费标准设定原则和付费标准

在开展疗效价值评价的基础上,8份省级方案均有促进中医药传承创新的总体要求,就付费标准设定原则方面,仅有上海、安徽和江西的方案付费标准有“同病同效同价”的表述,安徽方案同时要求体现

中医“简便验廉”优势。

付费标准均是以DRG/DIP支付标准为基准,高低存在明显差异,分为4类:第一类标准大于1,黑龙江方案为102%及以上,通过分值加成体现中医技术劳务价值。甘肃省方案中的颈椎病、腰痛、膝痹、耳鸣、耳聋和口僻等标准为110%。第二类标准等于1,包括江西方案,湖南方案对于混合痔的支付标准,以及甘肃方案中对于混合痔、肛痈肛痿的支付标准。第三类只有整体原则,方案未见具体标准的可参考区间,如上海方案不以疗效价值达到与否作为付费前提,付费标准按照疗效价值开展的年度绩效考核情况进行动态调整。第四类标准小于1,除前述三类,主要方案中病种的付费标准均小于1。包括湖北、河南、安徽以及湖南和甘肃方案中的大部分病种。河南方案中表述为合理提高权重/分值,但是根据方案中具体计算也低于作为基准的DRG/DIP支付标准。安徽的方案按60%支付,付费标准体现了其设定原则(表2)。

表2 各方案付费各环节疗效要求对比

行政区	付费前提	付费标准设定依据	付费标准 ¹	付费后调整
上海	—	坚持“同病同效同价”	动态调整	年度考核,绩效评价达标维持/未达标下调/激励达标上调。
湖北	达到西医出院同等疗效,且实际医药费用低于同病种西医支付标准,未纳入特病单议的病例。	—	不高于相应西医标准	出院后30天内因同一主诊断再次入院治疗,扣减。
黑龙江	—	体现中医药技术劳务价值和医保基金使用效率	≥102%	—
江西	达到出院疗效标准,病组(种)中治率 ² 达到50%以上,不存在实际诊疗路径明显偏离。	引导“同病同效同价”	100%	—
甘肃	达到出院疗效标准,且未纳入低倍率病例。	—	80%~110%	出院后30天内因同一主诊断再次入院治疗,扣减。可申诉。
安徽	达到与西医同等疗效标准。	鼓励实行“同病同效同价”,体现中医“简便验廉”优势	60%左右	住院期间如保守治疗失败转手术治疗,以及保守治疗失败3个月内再次入院治疗的,扣减。
湖南	符合收治标准、临床路径,达到出院疗效评价标准,且未纳入高倍率、低倍率病例。	—	80%~100%	出院后30天内因同一主诊断再次入院治疗,扣减。可申诉。
河南	达到出院疗效标准,且未纳入高低倍率 ³ 、特病单议病例。	—	合理提高权重/分值,<1 ⁴	未达到中医优势病种出院疗效判定标准,追回。

注:1. 所有方案的支付标准都明确以DRG/DIP支付标准为基准;2. 中治率(中医医疗服务项目、中药饮片、中成药三项费用之和占住院医疗费用的比例);3. 病例费用与DRG/DIP支付标准的比值为高低倍率标准,各地市存在差异,多以高于2倍为高倍率,低于0.5~0.7倍为低倍率;4. 中医优势病种总费用=历史病历平均总费用-60%×(耗材费+手术费);中医优势病种分值=中医优势病种总费用/本地所有病例历史三年平均费用。

2.3.3 付费后调整

各省方案也涉及付费后调整的内容,包括:一是不调整付费结果,黑龙江和江西的方案是这种类型。这一安排与其疗效价值评价和付费标准设定具有一

致性,即黑龙江侧重对中医技术的支持;而江西方案主要根据医疗机构提供的疗效评价标准判断是否给予支付,同时评估监管确保治疗的规范开展。二是扣回已按照中医疗效价值支付的部分。通过评价出

院后一段时间内,同一原因再次入院手术所反映的疗效情况开展调整,如湖北、甘肃、安徽、湖南和河南的方案。三是进行病种付费标准动态调整,上海方案规定对达到绩效指标的不改变标准;未达的调低标准;达到激励指标的调高标准,但是动态调整的幅度如何与评价结果挂钩未在方案中列明。

2.3.4 优势病种的纳入和退出机制

在8份省级方案中,对于中医优势病种的遴选并未列举具体标准,只有较为宏观的原则表述,如“中医优势明显”“临床路径清晰”“诊疗效果确切”等要求,在此基础上征求专家意见形成。仅河南省方案规定了优势病种的退出机制,并明确具体考核指标要求,包括:病种15天二次入院非计划手术率、当年实际住院病例数量和次均费用等内容。

2.4 规范临床路径

8份方案中均设定临床路径以保障疗效,其中,2024年2月,上海专门发布了《试点中医优势病种临床管理规范(第一版)》,内容包括入院标准、临床路径、诊疗方案、出院疗效判定标准等多方面,湖北、甘肃、河南、湖南在方案中也具体列明了相关内容。同时,上海和湖南方案进一步明确了临床路径的参考依据,包括国家中医药管理局发布的病种疗效标准、治疗共识和指南,以及开展评价的规范量表等。江西方案中未具体列明临床路径,但要求医疗机构提供,并作为评价的依据。

3 讨论

各省的中医优势病种疗效价值付费方案各具特色,作为付费标准设定和调整的依据发挥了重要作用,但是整体而言缺乏明确思路,从而存在病种较为局限的问题。同时,疗效价值评价指标主要集中于出院时的临床评价,出院后的跟踪复查和中医综合治疗的整体评价明显不足。各省级方案差异大,政策碎片化问题突出,对中医在长期健康管理、康复治疗和提升患者就医体验等方面独特优势的认可不足,对如何开展与西医“同病同效同价”的评价和付费未形成统一意见,这也是各省级方案面临的相同难点。

3.1 疗效价值评价体系尚未建立

近年来,与疗效或医疗结果相联系的价值支付是我国医保支付方式改革的方向,DRG/DIP对疾病诊疗分组或计算分值,实行“打包付费”,规范医疗服

务行为,从而保障医疗质量,但是并非典型按价值支付。^[8]价值支付是与价值医疗相联系,对医疗服务的健康结果支付^[9],将疾病治疗全流程纳入考量^[10],分阶段设定考核指标,赋予绩效分值,开展支付。^[11]国外价值医疗评价临床价值、经济价值和社会价值等多个方面。^[12]与国外的价值评价相比,我国中医优势病种省级方案的价值评价指标设定差异较大,存在明显不足:一是评价指标不成体系,纳入方案的评价指标以临床价值为主,包括少量社会价值指标,缺乏经济价值评价。对经济价值的考量仅体现在方案的整体要求,社会价值评价内容多在付费标准、退出机制和收治流程部分体现,且尚为原则性表述,并未作为疗效价值评价标准的一部分。二是价值评价角度较为单一。已有方案中无论是以DRG/DIP支付标准为基础,还是直接定出具体金额标准,其基础仍然是成本费用,缺乏结合治疗效果的成本—效益优势考量。^[13]三是与价值医疗对应的分阶段付费尚未建立。多个方案中已涉及出院后医疗服务,如湖南省方案中的出院后延伸治疗内容,明确不另行收费,将相应医疗服务打包纳入整体付费。事实上,疗效价值评价和付费应从疾病周期入手,开展中医连续医疗服务,综合设计分阶段支付,从而实现整体费用节省和患者的健康改进。

3.2 付费标准形成机制缺乏

除江西和安徽方案相应部分较为简略外,其他方案均有临床价值的疗效价值评价指标。但是,如何准确从疗效价值评价结果对应到各病种的具体支付标准,在各方案中均未涉及,缺乏与疗效价值评价结果相挂钩的支付标准形成机制。这样就出现了“同病同治同效不同价”的问题。如肛痿,疾病编码为A08.03.06,在湖南省和甘肃省的方案中均有这一病种,都是参考西医诊断DRG/DIP支付标准,湖南方案按照90%结算,甘肃方案按照100%结算。出现了省域间的医保支付标准部分倒挂现象,即经济相对发达、医保基金相对充裕省份的中医优势病种支付标准却相对较低,这显然是一种悖论。因此,调节需要在建立中医疗效价值评价体系的基础上,构建共同认可的基于疗效价值的支付标准形成机制。

3.3 中医技术劳务价值缺乏认同

在各省方案中,主要的中医优势病种付费标准均低于作为基准的DRG/DIP支付标准。河南方案中,给出了中医优势病种总费用计算方法,即采用历

史病历平均总费用扣除 60% 的耗材费与手术费之和计算,而中医保守治疗没有相应的耗材和手术费的支出,认可存在部分中医治疗的替代费用,所以认为按照 60% 扣除后才是中医治疗的总费用标准。这种参考西医的计算方法,直接减除,显然缺乏对中医技术劳务价值的认可。

从医保业务层面看,我国医疗服务价格改革一直相对滞后,技术劳务价值未得到充分体现。^[14-15]中医医疗服务以技术劳务为突出特点,按成本定价劣势明显,呈现中医医疗服务价格整体偏低的现象。^[16]同时,8份方案中,湖南、河南和甘肃方案明确了低倍率病例直接按照 DRG/DIP 支付。其中内含的问题在于,DRG/DIP 支付机制的计算均离不开医疗机构完成同一病组的费用水平。^[17]由于中医医疗服务价格普遍偏低,这些计算方法可能导致以中医技术为主要特点的病种费用水平落入低倍率病例范围,从而只能得到低标准支付。

整体价值方面,现有疗效价值评价明显对中医“辨证施治”的治疗优势认识不足。在骨伤类疾病治疗中,中医对轻微的非位移性骨折采用非手术保守治疗,综合运用手法复位、针灸等中医技术,技术复杂程度高,效果突出,辅以中医康复治疗,能大幅度减轻患者的痛苦,这是中医优势病种的突出优势,应该在支付标准设定上认可和实现此价值。同时,已有方案忽略了中医“治未病”的特殊价值,相较于医保 DRG/DIP 支付关注住院医疗,“治未病”着重于在院外的健康管理和门诊的轻症治疗中发挥作用,通过中医调养、疾病预防和早治,避免发展到住院阶段的更多医疗费用支出,从而有益于医保基金的长期平衡和健康水平的整体提升。

4 建议

综上所述,当前亟待出台国家政策,统筹规划中医疗效价值付费的病种类型,明确中医优势病种疗效价值的内涵,统一设定疗效价值评价标准,促进中医优势病种按疗效价值付费规范开展。

4.1 整体规划设计中医疗效价值付费病种类型

病种的设定应以充分发挥中医疗效价值为考量,包括:一是着眼于发挥中医“辨证施治”的独特价值,突出中医非手术保守治疗的技术优势,进一步发掘能发挥中医治疗在提升临床有效性、缩短康复时间、降低疾病复发概率等特殊优势的病种,如肛肠类

疾病的中医治疗,结合针灸、中药等中医技术开展保守治疗,发挥中医简便验廉的突出优势。二是跳出与住院医疗联系的局限,从发挥中医“治未病”突出优势角度进行病种遴选和方案设计。着眼于发挥中医在疾病预防、治疗和康复全周期的“疗效价值”,选取高血压、糖尿病等慢性代谢类疾病开展全程管理,研究多阶段疗效价值评价和付费标准设定,发挥中医疗效价值。

4.2 推进建立科学的中医疗效价值评价指标体系

由于中西医治疗方法、治疗周期、用药方案等多方面差异明显,简单对比“同效”是不现实的。当前,我国西医价值评价尚不完善,可以在建设完善西医价值评价体系的同时,同步或先行尝试构建中医价值评价指标体系。比较现实可行的方案是,借鉴国外相对成熟的西医综合价值评价体系,对比中西医在疾病诊疗、成本费用、患者体验、健康价值方面的差异,根据实际情况对指标体系加以调整。同时,在已有的省级方案中,选取经过实践检验具有较高价值的各类评价指标,如中治率,进而对中医疗效价值指标参考西医的评价指标加以优化和系统化,形成丰富的指标选取指引,构建清晰、完善的中医疗效价值评价指标体系。

4.3 推动开展与疗效价值挂钩的多阶段付费

与“同效”相联系实现“同价”,即与价值医疗挂钩,区分阶段的健康价值设定支付方案。不妨在现有多个省级方案的基础上,探讨将疗效付费标准与分阶段的疗效目标达成情况挂钩,给予与特定评价指标相联系的支付比例。基于成本—效益的评价,合理构建优势病种全流程多阶段付费方案,形成包括健康管理、持续病程跟踪、住院治疗等的分阶段支付,并根据医疗病种中医治疗整体有效性的情况进行剩余部分支付。^[18]如图 1 所示,以骨折治疗为例,可分阶段设定付费节点:出院时到达疗效标准,阶段 I 支付 60%;出院后,开展门诊或上门康复治疗,复查对位良好,阶段 II 支付 30%;并对一定期限医疗机构开展中医治疗整体有效率达标准,阶段 III 支付剩余部分的 10%。同时,对于阶段 I、II 达不到评价标准时,转为西医治疗和按病种 DRG/DIP 支付,退回已经按照中医优势病种支付标准支付的金额。对于阶段 III 达不到评价标准时,则作为病种的退出标准,整体改进方案。

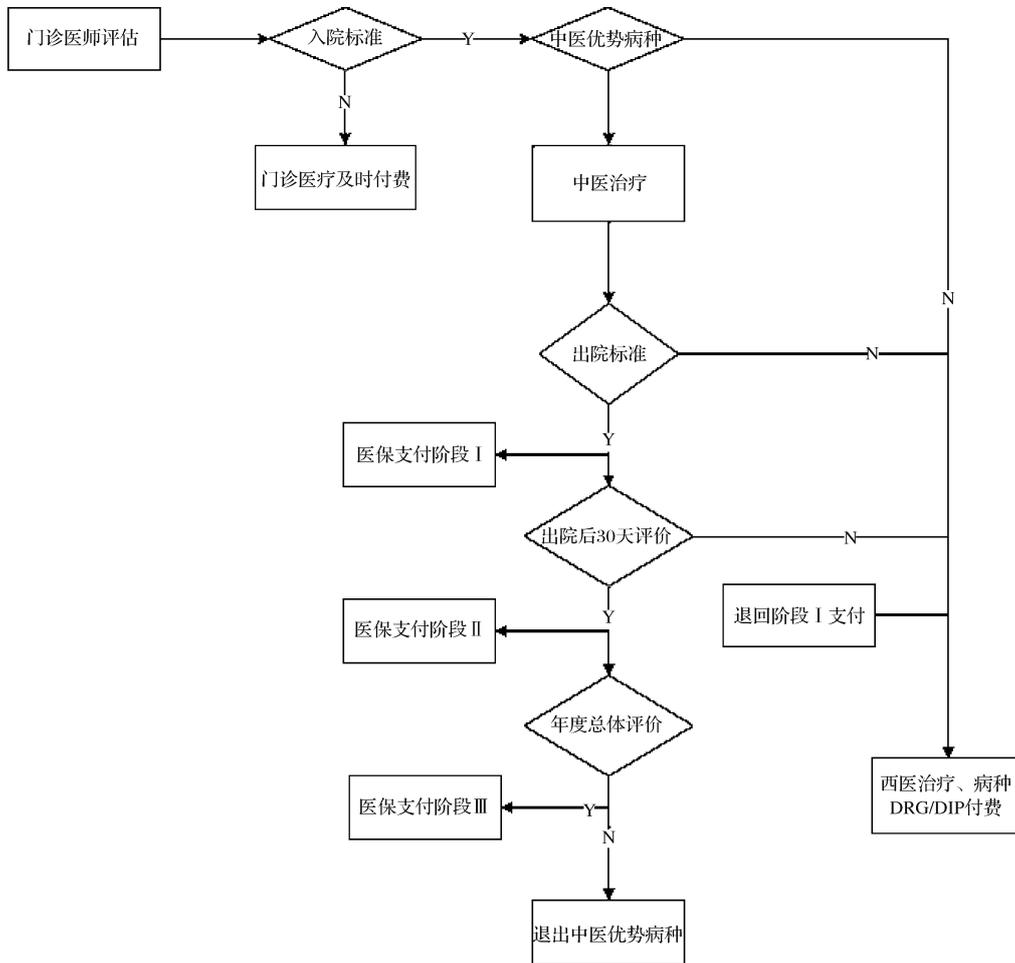


图1 骨折类中医优势病种付费流程图

4.4 建立科学定价为基础的中医疗效价值付费机制

相较于已有方案中,以西医 DRG/DIP 支付标准作为总额基准的简单折扣,合理的中医疗效价值付费标准的确定至少需要两方面考量,一是付费标准一定程度上要与实际耗费的医疗成本挂钩。^[19]当前,我国医疗服务成本核算的技术劳务部分需要探讨纳入技术难度和风险程度因素,进行成本加乘,反映技术劳务增值的内容。事实上,国家卫健委印发的《全国医疗服务项目技术规范(2023年版)》中,列出了包括中医医疗服务在内的医疗服务技术难度、风险程度指标,可以作为重要参考纳入定价考量,如技术难度方面,锁骨骨折手法整复术为78,桡骨下端骨折手法整复术为89,这一技术难度高低的相对关系,应作为定价的技术调整系数,形成服务项目间合理的比价关系。也可以引入专家评议明确各服务项目技术价值的高低。二是适当设定“增效增价”^[2]的付费标准。这一点已经在甘肃方案中得以体现,方案中明确对颈椎病、腰痛等6个非手术治疗中医优势病种给予110%的加成,非手术治疗改善了就医体验,提升

了服务的价值,并给予更高的付费标准。对那些增加中医特色的诊疗技术、治疗方法、中医药综合疗法后疗效明显提高的病种,适当增加相应分值。典型地,在中医骨伤非手术治疗中,骨折手法整复术的技术难度和风险程度可高达90,且非西医手术的创伤性治疗,愈合效果更佳,患者的治疗痛苦明显减轻,在支付标准设定中可增设20%~30%的加成。

4.5 多部门协同开展中医疗效价值付费

中医疗效价值付费应基于价值医疗过程,相应开展全面疗效价值评估,建立与评估结果相挂钩的支付机制,并需要对医疗服务质量进行评价和监督。这一过程需要多部门配合开展工作,在相关政府部门的领导下,中医医院、学会等组织联合开展工作,就院内外诊疗服务规范完善标准,以保障医院管理服务规范。同时,需要医保联合卫健及中医药行政管理部门采取多种手段开展综合监督检查。同时,要搭建医疗服务信息平台,医疗、公共卫生部门联合开展健康跟踪,实现持续健康管理,真正发挥中医优

势病种的疗效价值,有效开展疗效价值分阶段评估,并基于疗效价值进行多段式付费。

5 总结与展望

从各国实践来看,以价值医疗为基础的价值支付已经成为支付方式改革的重要方向。我国支付方式改革仍着重于住院医疗,开展的是按病种 DRG/DIP 付费。目前,价值付费赖以开展的多阶段健康管理、多部门参与合作,以及以健康价值为核心的评估和分段绩效考核评价机制尚未全面建立。在这一背景下,依据中医优势病种治疗所具有的多阶段特性和突出疗效优势,探索开展中医优势病种疗效价值评价和进行价值支付将起到独特的示范效应。本研究也存在一定局限性,如由于受制于我国医保支付方式改革仍主要在住院医疗领域开展,本文对于中医优势病种支付改革的探讨也主要集中于住院医疗。同时,来自于医疗服务环节的成效数据相对有限,有待长期跟踪健康结果,基于数据对疗效价值进行深入评价,以进一步推进我国价值支付改革对更多中西医病种开展,从而真正实现促进中医传承创新和人民健康的持续改善。

作者贡献:吴庆艳负责论文撰写、修订与审校;刘丽莎负责文献检索、文献筛选与提取、论文撰写;龚敏希负责论文审阅与修订;翟理祥负责研究设计、协助文章撰写、修订与审校。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李希,邓世虎,彭美华,等. 中医优势病种 DRG 付费:政策、难点及对策 [J]. 卫生经济研究, 2025, 42 (1): 39-42, 47.
- [2] 廖藏宜,杨若宁,廖俏敏,等. DRG/DIP 付费下中医药医保支付改革的现实困境、典型经验及政策建议 [J]. 中国现代中药, 2024, 26 (5): 765-773.
- [3] 孙巧,林立,叶舟,等. DIP 病种组合综合价值评估体系研究 [J]. 中国医疗保险, 2023, (12): 21-30.
- [4] 韩进松,吕传爱,左根永. 美国肿瘤治疗价值支付模式的经验与启示 [J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41 (6): 666-669.
- [5] 廖藏宜,秦纪华,蓝志成. 中医优势病种按疗效价值付费的柳州经验 [J]. 卫生经济研究, 2023, 40 (6): 61-63, 67.
- [6] 郑秉文,韦玮. 中国医保支付体系改革 25 年:成就、问题与展望 [J]. 社会保障评论, 2024, 8(3): 75-89.
- [7] 张弘,丁科,谢俊明,等. “疗效价值付费”下的中医优势病种 DRG 付费方案探索 [J]. 卫生经济研究, 2021, 38 (12): 75-76, 79.
- [8] 韦玮,郑秉文. 我国医保支付方式本土化改革历程与价值导向完善建议 [J]. 中国医疗保险, 2023(12): 13-20.
- [9] 王思敏,徐伟,崔子丹,等. 价值医疗导向的医保支付方式初探:以中美典型按价值付费项目为例 [J]. 卫生经济研究, 2019, 36(2): 9-12.
- [10] 李芬,金春林,朱莉萍,等. 以价值为导向的医保支付制度实施路径 [J]. 卫生经济研究, 2021, 38 (1): 10-13.
- [11] GLICKMAN S W, PETERSON E D. Innovative Health Reform Models: Pay-for-Performance Initiatives [J]. The American Journal of Managed Care, 2009, 15(10): s300.
- [12] 孙辉,王海银,谢春艳,等. 美国以价值为导向的医保支付模式应用及启示 [J]. 卫生经济研究, 2020, 37(6): 24-27.
- [13] CURTIN K, BECKMAN H, Pankow G, et al. Return on Investment in Pay for Performance: A Diabetes Case Study [J]. Journal of Healthcare Management, 2006, 51 (6): 365-374.
- [14] 郑大喜. 医疗服务价格动态调整触发评估指标、规则比较与启示 [J]. 中国医疗保险, 2023(3): 64-71.
- [15] 许晓丹,吴庆艳. 广东省各地市中医医疗服务价格比较及优化研究 [J]. 卫生经济研究, 2025, 42 (2): 71-76.
- [16] 李琦,李璐,孔伟艳. 中医医疗服务价格体系存在的问题与对策建议 [J]. 中国物价, 2024(2): 31-34.
- [17] 王震. 医疗服务价格改革与医保支付方式改革的政策协同 [J]. 社会政策研究, 2025, (1): 56-69, 133-134.
- [18] 韩进松,吕传爱,左根永. 美国肿瘤治疗价值支付模式的经验与启示 [J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41 (6): 666-669.
- [19] 王建军,牛仕良,王婷,等. 价值医疗驱动的 DRG/DIP 权重支付值加成系数研究 [J]. 中国管理信息化, 2024, 27 (10): 52-54.

[收稿日期:2025-07-10 修回日期:2025-08-09]
(编辑 刘博)