

# 浙江DRG付费体系建设： 国家医保改革战略的“重要窗口”

顾昕<sup>1</sup> 吕兵<sup>2</sup> 赵明<sup>2</sup> 章平<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>浙江大学公共管理学院 杭州 310058; <sup>2</sup>国新健康研究院 北京 100028; <sup>3</sup>浙江省医学科学院 杭州 311399)

**【摘要】**针对普通住院服务实施基于DRGs的付费方式是医保支付改革的标杆之一。浙江省自2020年起,在全省范围推行DRG医保付费,并在9月公开发布了ZJ-DRGs分组方案(1.0版)。ZJ-DRGs系统建设践行了社会治理理念,政府、大学、公司、医院和医学会等多方主体通过合作伙伴关系网络,共同推进医保支付改革。引入市场机制,激活社群机制,改善行政机制,是浙江省成为医保支付改革国家战略“重要窗口”的核心。

**【关键词】**ZJ-DRGs; 医保支付改革; 社会治理; 医疗保险

**【中图分类号】**F840.684 C913.7 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2021)6-39-7

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2021.6.014

**The Building of DRG-based Payment System in Zhejiang: An “Important Window” for National Strategy of Medical Insurance Provider-payment Reform** Gu Xin<sup>1</sup>, Lv Bing<sup>2</sup>, Zhao Ming<sup>2</sup>, Zhang Ping<sup>3</sup> (School of Public Affairs, Zhejiang University, Hangzhou, 310058; <sup>2</sup>Guoxin Health Research Institute, Beijing, 100028; <sup>3</sup>Zhejiang Academy of Medical Sciences, Hangzhou, 311399)

**【Abstract】**The adoption of the payment mode based on DRGs targeting general hospitalization services is a benchmark for provider-payment reform of medical insurance. From 2020 onwards, Zhejiang began to carry out the DRG-based payment across the province, and ZJ-DRGs (1.0) were publicly released in September. The idea of social governance is practiced in the process of building ZJ-DRGs, so that the multiple actors such as the government, the university, corporations, hospitals, and medical associations has formed a collaborative network of partnership to promote the provider-payment reform. Introducing market mechanism, activating community mechanism, and perfecting administrative mechanism lie at the core of Zhejiang manifesting itself as an “important window” for the national strategy of provider-payment reform of medical insurance.

**【Key words】**ZJ-DRGs, provider-payment reform, social governance, medical insurance

**【收稿日期】**2021-3-16

**【作者简介】**顾昕,浙江大学公共管理学院教授,社会治理研究院首席专家,民生保障与公共治理研究中心研究员,浙江工商大学重要窗口研究院高级研究员;主要研究方向:医疗卫生政策。通讯作者:章平,电邮:610309215@qq.com。

**【基金项目】**本文为浙江省新型重点专业智库杭州国际城市学研究中心浙江省城市治理研究中心“财政制度改革与县域医共体建设”专项课题(20QXS004)、浙江省科学技术厅软科学研究一般项目“浙江医保病组支付系统的实施路径和机制优化研究”(2021C35106)、国家自然科学基金重点招标项目“提升基层医疗卫生服务能力研究”(71734005)和浙江省自然科学基金重大项目“基层医疗卫生机构综合运行机制研究”(D19G030003)的阶段性研究成果。

## 1 引言

医保支付制度改革在医药卫生体制改革中具有战略意义。2009年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出：“强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索按

人头付费、按病种付费、总额预付等方式,建立激励与惩戒并重的有效约束机制”<sup>[1]</sup>。医保支付制度改革在国家新医改中的战略地位得到确立。自2011年起,国务院或有关政府部门几乎每年都发布文件,敦促并指导地方大力推进医保制度改革。2016年10月,中共中央、国务院颁布《“健康中国2030”规划纲要》,明确“全面推进医保支付方式改革,积极推进按病种付费、按人头付费,积极探索按疾病诊断相关分组付费(DRGs)、按服务绩效付费,形成总额预算管理下的复合式付费方式,健全医保经办机构与医疗机构的谈判协商与风险分担机制”<sup>[2]</sup>。2017年6月,国务院办公厅发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》,再次要求各地大力推进医保支付改革<sup>[3]</sup>。在中央的敦促指导下,各地陆续采取了一些试点措施,形成了不少改革案例<sup>[4, 5]</sup>。

医保支付制度改革的要旨,是在医疗保险支付方与医疗服务提供方之间建立一种公共契约模式,以新医保付费方式的多元组合取代既往按项目付费主导的格局<sup>[6]</sup>。其中,针对普通住院服务实施按疾病诊断相关分组(diagnosis-related groups, DRGs)付费,既是在世界各地广为实施的住院付费方式<sup>[7, 8]</sup>,也是国家明确鼓励各地加以探索的一种新医保付费方式。尽管其战略意义已经众所周知,但总体来说,就全国范围而言,医保支付制度改革尤其是DRG医保付费系统的建设由于技术复杂性进展缓慢<sup>[9]</sup>。

浙江省医保局成立之后,推进DRG医保付费成为其工作重点之一。2019年11月12日,浙江省医保局、

浙江省财政厅和浙江省卫生健康委联合印发了《浙江省基本医疗保险住院费用DRGs点数付费暂行办法》(以下简称《暂行办法》)<sup>[10]</sup>,宣布自2020年1月1日起,浙江省城镇职工和城乡居民基本医疗保险针对大多数住院服务病例,实施按疾病诊断相关分组付费。此后,浙江省各地级市医保局陆续制定了各自的实施方案。2020年4月30日,浙江省医保局、浙江省财政厅和浙江省卫生健康委联合印发了《浙江省省级及杭州市基本医疗保险住院费用DRGs点数付费实施细则(试行)》<sup>[12]</sup>;9月8日,《浙江省医疗保障局关于印发浙江省医疗保障疾病诊断相关分组(ZJ-DRG)细分组目录(1.0版)的通知》公开发布,共998组<sup>[13]</sup>。由此,浙江省DRGs(以下简称为ZJ-DRGs)医保付费系统的建设迈出了坚实的第一步。继台湾之后<sup>[14]</sup>,浙江成为中国大陆第一个全省域实施DRG医保付费系统的省份。

2020年3月29日至4月1日,习近平总书记亲临浙江考察并发表重要讲话,赋予浙江省“努力成为新时代全面展示中国特色社会主义制度优越性的重要窗口”的新目标新定位<sup>[15]</sup>。推进全省域DRG医保付费系统建设,正是医保支付改革国家战略的一个“重要窗口”。与此相关,浙江省卫生行政部门将基于新的DRGs系统对医疗供给侧的服务行为进行监管,而医保定点医院则将基于新的DRGs系统对医院的战略管理、财务管理、薪酬管理、质量管理、绩效管理和后勤物流管理等进行深刻的结构性重组。简言之,一个集医保付费、医疗监管和医院管理于一体的三支柱DRGs系统,将在未来的3-5年内,在浙江省实现省域

全覆盖,从而使浙江成为全国率先完成三支柱DRGs系统建设的省份。

## 2 DRGs系统建设的公共治理变革:社会治理新理念和新实践

本质上,DRGs系统是病人分类系统(patient classification systems, PCSs)的一种<sup>[16]</sup>,也被视为病例组合(case mix)的一种方法,其功能在于将相似的住院病例分成组,从而为医疗服务付费、监测和管理提供一个具有可比性的基础。毕竟,住院病人千差万别,住院服务也多种多样,无论是医保支付、政府规制还是医院管理,均必须基于同行同业之间的竞争,即经济学中所谓的“标尺竞争”(yardstick competition)。哈佛大学著名经济学家安德列·施莱弗(Andrei Shleifer)1985年在其博士研究生在读时期将企业理论中相对绩效考评的思想应用于政府管制和购买的研究领域,提出了标尺竞争理论,即政府基于被管制者或购买对象同行的平均绩效设定标尺,决定管制指标或购买定价<sup>[17]</sup>。根据这一理论,某一服务的购买方在面对众多供方时,可以设立一个平均支付标准进行购买,平均支付标准依照行业内同类服务提供的平均价格测算,服务提供的品质也依照同类服务的平均标准加以监控。标尺竞争的适用面遍及公用事业、电信、医疗服务等诸多公共服务领域。2014年诺贝尔经济学奖获得者、法国经济学家让·梯若尔(Jean Tirole)在其名著《产业组织理论》中写道:“标尺竞争的潜在应用是很多的。美国老年人医疗保险(Medicare)对同一个疾病诊断组中的所有病人向医院支付固定的费用。这笔费用的大小

基于可比较医院同组病人治疗的平均费用。”<sup>[18]</sup>这里，梯若尔所评论的正是由美国联邦政府主管的公立医疗保险Medicare（通译为老人医疗保险）于1983年开始实施的针对住院服务DRG医保付费，这一改革彻底改变了美国医疗产业的制度格局<sup>[19]</sup>。在引入DRGs系统之前，以往基于供方整体的付费、监管和管理实践，很难考量医疗机构诊治病人与诊疗服务的差异性，具有粗放性、低效性和不公平性。

DRGs系统建设基本上由四个步骤组成：（1）分组，将普通病例按疾病诊断分组；（2）定价：确立单组支付标准；（3）支付：确立支付模式；（4）管控：选取适当的质量（或绩效、价值）指标作为标尺，衡量供方服务质量，奖优罚劣，实施按绩效付费，并对违规行为建议惩罚。

分组方案的建立是DRGs系统建设的第一步，也是一项奠基性工作，关于其操作框架和实施步骤以及ZJ-DRGs分组方案1.0版的编订过程和结果，我们将另文详述。

DRGs系统定价的公式在世界各地都是一样的（如图1所示）。当DRGs系统的分组方案确定之后，基于医保支付的历史数据测算，每一个DRG组被赋予相对权重（relative weights）或称基础点数。每一个点的价值，即点值或基础费率（base rate），其计算公式在世界各地都是一样的，即：点值（基础费率）= 医保支付地区DRGs支付预算总额/相对权重总数（总点数）。

值得注意的是，具体的支付模式在世界各地存在着细节上的差异，这些差异可以归为两类：绝对价值法和相对价值法。在绝对价值

$$\text{某个DRG的价格} = \text{基础点数(权重)} \times \text{点值(基础费率)} \times \text{调节因子}$$

资料来源: Peter Leslie Annear and Ke Xu. Contextual issues for DRG-based hospital payment.

图1 DRGs付费系统中的定价公式

法中，点值基于医保支付历史（多为上一年）数据计算，因此在任何一个支付周期，点数和点值对于医保支付方和医疗服务方来说都是确定的；换言之，每一个DRG组价格的绝对价值在医保支付年度开始之前就已经确立了。在相对价值法中，点值基于医保支付的当年数据计算，也就是在医保支付年度结束之后方可为各方所获知。相对价值法的一大特点在于重构了医疗服务供给侧的激励结构。由于点值算法中的分子（即与DRG相关的住院服务预算决算额）基本上是一个定数，如果供方普遍存在过度医疗行为，那么作为分母的年终总点数必然膨胀，在分子基本不变的情况下，点值必然缩水，其最终获得的支付金额并不会增多；如果一部分供方过度医疗，最终就会拉低点值，损害其他供方的利益。因此，相对价值法以内生方式激发了行业内部自我监督和自我规范的积极性，为有效遏制过度医疗提供了新的激励机制。

还有一个值得注意的地方是，调节因子（adjustment factors）的设定非常重要。在世界各地，相当一部分对资源消耗有重大影响的因素，如病人年龄（老年和儿童集中均会对成本产生影响）、高值耗材和药品的使用、医疗技术的创新、历史因素、地区因素<sup>[20]</sup>等，一般无法或并不需要通过分组方案的调整（尤其是既有DRGs的拆分）加以考

量，而是通过设定调节因子加以调整。

管控体系建立与完善是基于标尺竞争医疗服务质量保证的过程，标尺选择多由行业协会或专业学会基于循证医学分析和研究形成共识，现已成为医院管理的一个专门的技术性领域。

开发一个运作良好的DRGs付费体系并使之制度化，需要推进公共治理创新，其要旨一方面是改善行政机制的运作方式，另一方面是充分发挥市场机制和社群机制的积极作用。DRG付费体系意味着医保机构与医疗机构之间关于购买医疗服务的公共契约订立。公共契约的订立无疑是一种市场机制的运作，这其中医保机构与医疗机构建立谈判协商制度是核心环节。2009年国家新医改方案早已明确要求：“积极探索建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保障对医疗服务和药品费用的制约作用。”<sup>[21]</sup>实际上，无论医保机构和医疗机构是不是公立组织，以及在国家行政化的事业单位体制中公立医保机构和公立医疗机构有何行政级别，医保支付本质上都应该是一种市场购买行为，将医疗服务购买双方谈判协商机制制度化，这是医保支付改革的核心内容，也是新医改“建机制”战略的核心体现。

与此同时，医保支付契约化行为中市场机制的运作，需要社群机



制发挥作用予以支撑。社群机制是与行政机制、市场机制并列的第三种治理机制，基于社群成员对共享价值观和规范的认同，对公共事务实施治理<sup>[22]</sup>。公共管理学者、政治学家奥斯特罗姆（Elinor Ostrom）正是由于对社群治理机制的杰出研究，于2009年获得了诺贝尔经济学奖，在她领衔的布鲁明顿学派（the Bloomington School）中，社群治理的适用领域并不限于渔场、森林和环境等公共资源的治理<sup>[23]</sup>，而是遍及社会经济生活<sup>[24]</sup>。社群治理的具体组织形式包括社区治理、法人治理、协会治理、联盟治理和网络治理等。在医疗卫生领域，社群治理机制充分作用，既体现在由利益相关者组成的公立与私立非营利性医疗机构的法人治理上，也体现在由医学学会、医师协会、医院管理协会等社会组织对医疗卫生健康服务的社团治理上。随着市场机制和社群机制的引入，政府、市场和社会作为三类行动主体，通过协作和互动，达成社会治理的新境界。

中共中央于2019年11月5日发布的《关于坚持和完善中国特色社会主义制度 推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》（即十九届四中全会决议）提出“坚持和完善共建共治共享的社会治理制度”，明确“社会治理是国家治理的重要方面”<sup>[25]</sup>。在中国共产党的治国理念中，“社会治理共同体”的概念尤为重要。社会治理共同体指的是政府、社会组织、公众等基于互动协商、权责对等的原则，基于解决社会问题、回应治理需求的共同目标，自觉形成的相互关联、相互促进且关系稳定的群体。医保支付制度改革是重大社会

改革事务之一，同样应该践行社会治理的理念。

多元治理主体协作分工是社会治理共同体的重要标志。在这方面，中共中央倡导的社会治理理念，与国际公共管理学界前沿的合作/互动治理理论<sup>[26、27]</sup>高度契合。无论是社会治理的理念，还是合作/互动治理理论，国家、市场和社会行动者都是通过制度化的网络建设，形成共同的目标、凝聚共享的价值观、建构共同遵守的行为规范和制度，从而达成良好的治理。多方行动者分工协作，各自在其资源动员和运作能力的比较优势发挥作用，既能提高公共治理体系的运转绩效，也能大幅度提升公共治理的能力。这其中，特别需要加以深入研究的是政府行政部门超脱于对具体事务的治理，超脱于在服务递送上的大包大揽，超越于对市场和社会行动者的控制，在制度建设和组织协调上发挥作用。用互动治理的理论术语来说，即在元治理（治理的治理）上发挥无可取代的作用。置于中国的语境，政府角色从具体事务的治理者转型为元治理者，有赖于政府施政理念的转型，有赖于政府职能的转型，而这正是国家治理体系和治理能力现代化的关键<sup>[28]</sup>。

就医保支付制度改革而言，尤其具体到DRGs系统的开发，无论是分组方案的编订、各组别支付标准的确立还是各组别质量保证指标的选择，都需要定点医疗机构临床医务人员所参加的医学学会分会以及医院管理协会的参与。作为政府机构的医保局，承担着社会治理体系元治理者的角色，即组织、协调多方参与者建立网络，赋予政府外组织，通过密集的协商互动，完成

DRGs系统的制度建设。由于DRGs系统的开发，包括分组方案的编订，涉及很多临床医学的知识和经验，具有高度专业性，动员医界社会组织的参与，让医学共同体中的社群机制充分发挥积极作用，可谓至关重要。

相对价值法DRGs付费系统的运行，将为社群机制的激活提供内生动力。如前所述，在相对价值法中，由于点值测算基于医保基金当年决算金额和当年定点医疗机构申报的总点数，因此点值金额以及每一个DRG的定价在很大程度上随着医保定点医院住院服务量的变化而变化。这是相对价值法区别于绝对价值法DRGs付费系统的一个显著特征：在前者，每一个DRG的定价在年度支付周期内并非固定，且在支付周期开始前不可获知；在后者，每一个DRG的定价在年度支付周期内是固定的，且在支付周期开始前就可获知。相对价值法与绝对价值法的显著不同，在于两者对医生间、医院间的利益关系会产生不同的影响：在前者，几乎每一个游戏规则细节的变动都会影响到医生间-医院间的利益关系，因此集体谈判协商和行业自我规范的内生动力强劲；而在后者，游戏规则的改变主要影响供方与付费方的利益格局，因此供方集体谈判协商和行业自我规范的内生动力不足。

因此，一部分供方或供方整体的机会主义行为，如在绝对价值法DRGs付费系统中常见的诊断上爬（upcoding，即把病例尽量纳入高价疾病诊断组）、诱导住院（induced hospitalization，即尽量将轻病人纳入以拉低平均资源消耗量）、风险选择（risk

selection, 即推诿重病病人以尽量减少平均资源消耗量)、分解住院(readmission, 即诱导病患多次住院)等, 在相对价值法DRGs付费系统中, 必将给全体供方或部分供方造成即时的利益受损。由此, 为了减少利益受损, 医学界社会组织(如医学会以及医院管理协会)启动协会治理(associational governance)将成为一种内生发展需求, 而政府改变行政机制的运作方式, 发挥能促作用(enabling role)<sup>[29]</sup>, 将医保付费改革中一些重要事项的决定权赋权给学会和协会并提升其能力, 是推进公共治理创新和社会治理体系建设的要害。实际上, 在相对价值法DRGs系统形成中, 江苏省淮安市设立了医疗机构互审机制, 而医疗机构之间也有动力对过度医疗行为所导致的点数膨胀进行相互监督<sup>[30]</sup>, 这正是社群治理内生需求的一种体现。同时, DRGs医保付费系统采用相对价值法, 也要求在分组方案的咨询、调整和动态更新环节, 引入社群机制, 因为分组方案的变更将影响医师之间的相对利益变化, 有必要通过医界的集体协商凝聚共识。此外, 在相对价值法DRGs系统中, 调节因子的设定将影响医师之间的相对利益, 因此将这一工作交由医师协会或医学会来完成, 也是最合适的。显然, 只有具有广泛代表性的医界社会组织才能真正了解并确立哪些调节因子对于完善医疗服务是不可或缺的。

简言之, 在DRGs付费系统的制度化过程中, 社群机制运作的体现在于各类医学学会、医师协会和医院管理协会基于行业规范和当地社会经济生活的实际情况, 对诸多

专业性、技术性因素达成广泛的共识。行政机制运作的体现在于卫生行政部门和医保管理部门运用行政力量助推学会-协会发挥积极的作用, 同时在供需双方协商互动的制度建设发挥主导作用。助推是行政治理模式创新的核心<sup>[31、32]</sup>, 这需要政府部门转变施政理念, 改变施政方式, 将工作重心从亲力亲为转向协调赋能。企业所扮演的角色是将政府协调下供需双方谈判的结果系统化、软件化。与此同时, 作为第四方的学界, 一方面可以通过专业性的技术分析为供需双方提供公共知识, 另一方面也能在协调和组织学会-协会的参与上扮演一定的角色。四方合作伙伴网络的建立, 并在其中让行政、市场和社群机制发挥协同作用, 是包括DRG付费系统开发在内的整个医保支付改革治理创新的核心内容。

### 3 ZJ-DRGs的建设: 医保支付改革的“重要窗口”

ZJ-DRGs系统采用相对价值法, 俗称点数法, 即区域总额预算下按病组相对权重(或点数)付费。按照既定的分工, 浙江省医保局负责系统标准的制定, 包括ZJ-DRGs分组方案、疾病分类编码、手术与操作编码等, 会同浙江省卫健委统一发布, 并实行动态调整; 各地级市医保局负责确定并公开每一个DRGs的基准点数, 并实行动态调整; 各统筹地区医保局负责确定并公开年度基础费率或称点值。目前, 浙江省尚未实现基本医疗保险的地级市统筹, 因此, 点值测算与发布是各区县级医保局的职责。

浙江省在DRGs系统建设中, 初步践行了社会治理的理念。省医

保局发挥引领作用, 组建了由浙江大学公共管理学院为学术支持方、国新健康公司为技术支持方、浙江省医学会医疗保险分会为咨询组织方的“浙江省疾病诊断相关分组(DRGs)方案研究”课题组, 开展ZJ-DRGs分组方案1.0版的编订工作。这是四方合作伙伴网络治理的一个具体实践。

从全国范围来看, 时至今日, 医保支付改革的社会治理理念没有普及, 社会治理体系也没有建立起来, 这在许多地方DRGs付费系统的设计和试点中有所体现。医界社会组织在DRGs系统开发中基本上是失位的。浙江省在诸多社会建设领域大力推进社会治理体系建设, 在国家治理体系和治理能力现代化上走在全国的前列。浙江省有条件、也有能力在建立健全医保支付改革的社会治理体系建设上先行一步。

在这里, 医学专业学会发挥积极作用, 是医疗卫生领域社会治理体系建设的关键。浙江省医学会以及各地医学会汇聚了医疗机构一线的临床医生, 其分会与DRGs分组方案中的主诊断类(major diagnosis categories, MDCs)正好有所重叠。将医学会的各分会纳入到DRGs系统开发的社会治理体系之中, 对于完成并实施DRGs系统, 可起到事半功倍之效。

具体而言, 在研发团队与科技公司完成分组方案的征求意见稿之后, 浙江省医保局在医学会医保分会的协助下, 就分组方案的征询意见、修正调整和最终确认, 与诸多医疗机构展开协商。在这一过程中, 协会治理初见成型, 其组织要点如下:

第一, 就DRGs系统运作基本



制度框架,医学会通过其医疗保险分会面向医院的医保管理人员、病案管理人员和临床医生(尤其是科室主任)组织宣讲和普及。这一步骤不可或缺,否则临床医生难免从局部、微观甚至个人视角参与意见征询,从而导致分组方案修正建议“只见树木不见森林”的碎片化和局部性。

第二,分专业参与。分组方案征询意见环节,以MDCs为单位,交由医学会相关的专业分会进行集体讨论。

第三,结构化参与。征询意见环节,经由研发团队-科技公司与专业分会进行沟通,优先处理组内差异性(CV值)相对较高的DRGs进行调整。事实上,课题组最初提交的分组方案共有1006组,经过局部调整后,优化为998组。

第四,有效性参与。临床医生所提供的新细分逻辑,即某些资源消耗相对较大的服务项目,其有效性必须满足如下前置条件:(1)相关项目经过循证医学、卫生技术评价或药物经济学等研究,以确保其临床有效性和患者获得感;(2)相关项目纳入医保支付目录;(3)相关项目纳入病案管理体系,拥有标准化的字段和编码,若暂且尚未拥有编码,则可设立临时编码(台湾称之为虚拟编码)。这些参与规范的确立,为ZJ-DRGs分组方案从1.0版向2.0、3.0、4.0等版的更新,奠定了基础。

值得注意的是,在DRGs的全国试点中,调节因子的设定尚未以系统性的方式纳入系统建设的视野。浙江省在金华试点的基础上,就医疗机构运行成本的历史差异,设立了“差异系数”进行调整<sup>[33]</sup>。根据

《暂行办法》第十三条,差异系数可按医院等级、人头人次比、个人负担水平、历史发生费用、县乡两级疾病诊疗目录落实情况等依据进行设定,具体方法由设区市结合实际确定。“差异系数”的设定,可以说是调节因子的一种,而调节因子的系统性和制度化有待于医学卫生界社会组织相关能力的激活。

#### 4 结语

医保支付改革是中国新医改的重中之重,早在2009年就确立为国家战略。然而,以DRGs付费为例的新医保支付方式,历经十余年努力,依然没有在住院服务的医保支付上占据主导地位,也没有产生重构医疗供给侧激励结构的效果。在绝大多数试点中,行政力量在DRGs的分组、支付标准和质量保证等方面发挥主导作用,体现市场治理运作的供需双方谈判机制始终未能制度化,而市场机制所嵌入的社群机制运作,即医学学会-医院协会在规则制定和执行中的协会治理,依然缺位。

医保支付改革的推进具有高度的技术性,这导致目前在这方面的探索跟不上新医改新时代的要求。要推进以DRG付费系统为代表的医保支付制度改革,不仅需要克服技术难关,更要推进理念更新和治理创新。这必须依赖于地方政府发挥首创性、积极性、创新精神和专业精神,通过治理创新消除医保支付改革的痛点和难点。

医保支付制度改革的核心是让公共契约模式中的市场机制发挥基础性作用,而这一点的关键在于医保机构与医疗机构之间协商互动机制的运作。以双方谈判博弈为特征

的市场机制单独发挥以达致善治的可能性微乎其微,善治的实现必须依赖于市场机制嵌入到社群机制和行政机制的协同性运作之中。要达成医保支付改革的善治,需要政府、企业、社会(其中既包括医疗机构,也包括学会-协会组织以及学术研究机构)形成多方合作伙伴关系。为此,有必要引入社会治理的理念,建构由医保机构、研发团队、科技公司、医疗机构和医界社会组织多方主体组成的社会治理共同体,构建新的治理体系,提升治理能力。这是新时代新医改公共治理变革的核心内容,也是医保支付改革的必由之路<sup>[34]</sup>。■

#### 【参考文献】

- [1]中共中央,国务院.关于深化医药卫生体制改革的意见[M].北京:人民出版社,2009.18.
- [2]中共中央,国务院.“健康中国2030”规划纲要[Z].2016.
- [3]国务院办公厅.关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[Z].2017.
- [4]人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心.医疗保险付费方式改革办管理城市实例[M].北京:中国劳动社会保障出版社,2012.
- [5]张朝阳主编.医保支付方式:改革案例集[M].北京:中国协和医科大学出版社,2016.
- [6]顾昕.走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革[J].经济社会体制比较,2012(04):21-31.
- [7]Reinhard Busse, et al. Diagnosis Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals[M]. Maidenhead, UK, Open University Press, 2011;
- [8]Inke Mathauer and Friedrich Wittenbecher. Hospital Payment Systems Based on Diagnosis-related Groups: Experiences in Low and Middle-income Countries[J]. Bulletin of World Health Organization, Vol. 91, 2013(10): 746-756.
- [9]杨燕绥,胡乃军,陈少威.中国实施DRGs的困境和路径[J].中国医疗保险,2013(05):21-23.
- [10]顾昕.中国新医改的新时代与国家医疗保障局面临的新挑战[J].学海,2019(01):106-115.
- [11]浙江省医疗保障局,浙江省财政厅,浙江省卫生健康委员会.浙江省基本医疗保险住院费用

- DRGs,点数付费暂行办法[Z].2019.
- [12]浙江省医疗保障局,浙江省财政厅,浙江省卫生健康委员会.浙江省省级及杭州市基本医疗保险住院费用DRGs,点数付费实施细则(试行)[Z].2020.
- [13]浙江省医疗保障局.印发浙江省医疗保障疾病诊断相关分组(ZJ-DRG)细分组目录(1.0版)的通知[Z].2020.
- [14]林倩,王冬.中国台湾DRGs支付制度介绍及借鉴[J].中国卫生事业管理,2017,34(09):643-645.
- [15]中共浙江省委关于深入学习贯彻习近平总书记考察浙江重要讲话精神 努力建设新时代全面展示中国特色社会主义制度优越性重要窗口的决议[N].浙江日报,2020-06-28(001).
- [16]Jacob Hofdijk.Patient classification systems: The next key challenge in international healthcare management[J].International Journal of Healthcare Management,Vol.8,2015(4). 206-208.
- [17]Andrei Shleifer.A theory of yardstick competition[J].RAND Journal of Economics,Vol. 16, 1985(3),319-327.
- [18]Jean Tirole.The Theory of Industrial Organization[R].Cambridge,MA.:The MIT Press,1988.42.
- [19]Rick Mayes and Robert A. Berenson.Medicare Prospective Payment and the Shaping of U. S. Health Care[R].Baltimore:The Johns Hopkins University Press.2006.
- [20]Margaret Edmunds, Frank A. Sloan, A. Bruce Steinwald. Geographic Adjustment Factors in Medicare Payment[M]. Washington, DC.: The National Academies Press.2012.
- [21]中共中央,国务院.关于深化医药卫生体制改革的意见[M].北京:人民出版社,2009.17.
- [22]Samuel Bowles, Microeconomics: Behavior, Institutions, and Evolution. Princeton: Princeton University Press, 2004. 474-501.
- [23]Clark C. Gibson, Margaret A. McKean and Elinor Ostrom. People and Forests: Communities, Institutions, and Governance[R]. Cambridge, MA.: The MIT Press.2000.
- [24]Daniel H. Cole and Michael D. McGinnis. Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: A Framework for Policy Analysis[R]. Lanham: Lexington Books.2017.
- [25]中共中央.关于坚持和完善中国特色社会主义制度 推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定[Z].2019.
- [26]John D. Donahue and Richard J. Zeckhauser. Collaborative Governance: Private Roles for Public Goals in Turbulent Times[R]. Princeton: Princeton University Press.2011.
- [27]Jacob Torfing, B. Guy Peters, Jon Pierre and Eva Sørensen. Interactive Governance: Advancing the Paradigm[R]. New York: Oxford University Press.2012.
- [28]顾昕.走向互动式治理:国家治理体系创新中“国家-市场-社会关系”的变革[J].学术月刊,2019,51(01):77-86.
- [29]顾昕.能促型国家的角色:事业单位的改革与非营利部门的转型[J].河北学刊,2005(01):11-17.
- [30]王樱.总额控制下按病种分值结算体系建设实践与思考——基于淮安市15年经验总结与回顾[J].中国医疗保险,2018(12):16-19.
- [31]理查德·泰勒,卡斯·桑斯坦著,刘宁译.助推:如何做出有关健康、财富与幸福的最佳决策[M].北京:中信出版社.2015.
- [32]卡斯·桑斯坦著,马冬梅译.为什么助推[M].北京:中信出版社.2015.
- [33]杨燕绥,廖藏宜.医保助推三医联动重在建立机制——以金华医保为例[J].中国医疗保险,2017(09):11-13.
- [34]顾昕.新时代新医改公共治理的范式转型——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同[J].武汉科技大学学报(社会科学版),2018,20(06):589-600.

一是实行区域总额管理办法。住院基金实行区域总额管理,不再细分到每家医疗机构,区域内医疗机构形成博弈关系,鼓励医疗机构提供更多合理医疗服务来获取更多的医保基金份额,推动医疗机构提高要素使用效率,避免医疗机构到年底因总额不足推诿病人,同时有效降低医保部门分配总额时的廉政风险。二是建立DRGs与点数相结合的结算办法。点数作为衡量所有住院病例资源消耗的唯一标尺,所有入组病例纳入DRGs点数管理,按床日付费和特病单议病例通过折算法纳入点数管理,病例价值通过点数点值相乘确定,点数和点值不是医保定出来,而是根据实际数据算出来。“医院挣工分,医保算工分”的结算模式确保医保结算真实和可逆,同时把看病的自主权归还给医生,医生看病时没有直接的趋利限制,可以主动选择“质优价

廉”的医疗资源为广大患者服务,鼓励医院和医生算大账,主动控成本、多看病、看好病。三是建立三级协同运行模式。省级定标准、市级算点数、县级算点值,明确省、市、县三级职责。省级定标准保证省级顶层设计统一和刚性;市级算点数符合做实市级统筹要求,符合保险大数法则,有利于市级层面制度公平;县级算点值符合基金县级管理实际,明确县级管控基金主体责任,有效发挥县级管理积极性。四是费用全口径纳入。结算办法把定点医疗机构发生的所有住院费用全部纳入DRGs点数管理,含政策范围外费用、现金结算费用、异地病人在本统筹区住院费用等。

——摘自杨焱《打造全省域DRGs点数 付费改革“浙江样板”》(中国医疗保险2020年第5期)