

DRG改革的激励机制及效应分析

朱凤梅¹ 王震¹ 付子英²

(¹中国社会科学院经济研究所 北京 100836; ²天津医科大学第二医院 天津 300211)

【摘要】针对国家医保局近年来开展的DRG支付改革试点,本文基于理论分析和8个试点地区的定性访谈,对DRG改革中的激励问题进行浅析。理论上讲,在“平均支付”标准下,医疗服务提供者有动机降低每位患者的治疗成本、增加住院人次、从每位患者身上获取更高的收入,但这些转变可能是基于推诿患者、分解住院等实现的,因此对提高医院服务效率和医疗质量是不确定的。定性研究显示,不同利益相关方在DRG改革中存在不同的激励反应,为防止激励结果偏离政策期望目标,本文提出相应政策建议。

【关键词】DRG改革;标尺竞赛;激励扭曲

【中图分类号】F840.684 C913.7 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2023)2-35-5

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2023.2.005

疾病诊断相关分组(简称DRG)作为一种患者分类系统,起初主要用于定义医院的“产出”^[1],1983年被美国Medicare用于医院支付后,经过几十年的发展完善,逐渐成为大多数发达国家的医保支付选择^[2]。从国际经验看,引入DRG支付的目的,一是降低医院成本,提高医疗资源使用效率;二是提高医疗服务的透明度,进而提高医疗服务质量^[3]。

国家医保局成立以来,DRG也逐渐成为我国医保支付方式改革的方向之一,2019年在全国选择30个城市作为DRG付费试点,预计2024年底在全国所有统筹区推

开,2025年底拟覆盖全病种以及所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。根据2017年国务院办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》,我国医保支付方式改革的目的是:

“激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力,引导医疗资源合理配置和患者有序就医”“规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长”。简而言之,降低医院成本、促进分级诊疗、控制医疗费用。

那么,相对于传统的按项目付费,目前的DRG改革试点是否有利于政策目的实现?会对医院等利

益相关方带来什么影响?本文基于理论分析和定性访谈研究,试图回答这一问题,并对DRG支付背后的激励及存在问题进行分析,为后续政策调整提供参考。

1 激励机制转变:从以“收入”为中心到以“成本”为中心

在基本医疗保险的制度设计中,支付制度尤为重要,支付制度及其产生的经济激励在很大程度上影响着医疗体系的形成和发展。近年来,随着医疗费用不断上涨,支付制度更是成为各国控制医疗费用快速上升的重要政策工具。其中,通过事先设定“支付价格”来影响医疗服务提供者的经济诱因是主要的控费手段,即改变传统以实际发生成本为支付标准的制度,改成按每一住院人次提供定额给付。比如

【收稿日期】2023-2-10

【作者简介】朱凤梅,中国社会科学院经济研究所助理研究员,主要研究方向:社会保障与健康经济学。通讯作者:付子英,E-mail:fzyling2008@163.com。

【基金项目】中国社会科学院青年人文社会科学研究中心青年社会调研项目“数字经济背景下就业模式转变与社会保障体系建设研究”(2022QNZX004)。

DRG 支付制度下，每个医院（每一住院人次）所得到的支付额，不是取决于其提供的服务的多寡，而是根据其诊断疾病的分类，因此又称为“论病计酬”^[4]。

从经济学解释上看，DRG 支付是一种供方成本分担机制，医疗机构一旦收治患者，必须承担治疗患者所需的所有成本（见图 1）。在给定的某一疾病组医保支付价格 P_1 或 P_2 下，医疗机构收治该患者能获得多少收入，取决于治疗该患者所投入的成本，只有将总成本降低到 P_1 或 P_2 以下，才能获得正收益，反之则亏损。这种从以“收入”为中心到以“成本”为中心的补偿机制转变，会大大影响供方的医疗服务使用量，在医疗服务提供者拥有更多信息优势的情况下，有助于纠正医患关系中的委托代理失灵。

2DRG改革激励对医院行为的影响

2.1 理论分析：激励机制与医院行为

我们假设，DRG 支付改革后医院仍以住院收入（Y）最大化为目的，用公式简化为：

$$\text{Max} Y = \sum_{i=1}^n P_i \times \sum_{j=1}^m \text{Visit}_{ij} = \sum_{i=1}^n (S_i + R) \times \sum_{j=1}^m \text{Visit}_{ij} \quad (1)$$

医院提高收入的途径主要有两个：一是提高住院人次 Visit ；二是提高每位患者的次均住院费用 p_i 。在 DRG 支付下，由于不同病组的次均住院费用 p_i 是固定的，因此提高次均住院费用，也就可以理解为多收治高权重、高资源消耗病组，以获得更高的 p_i ，或既定病组下尽可

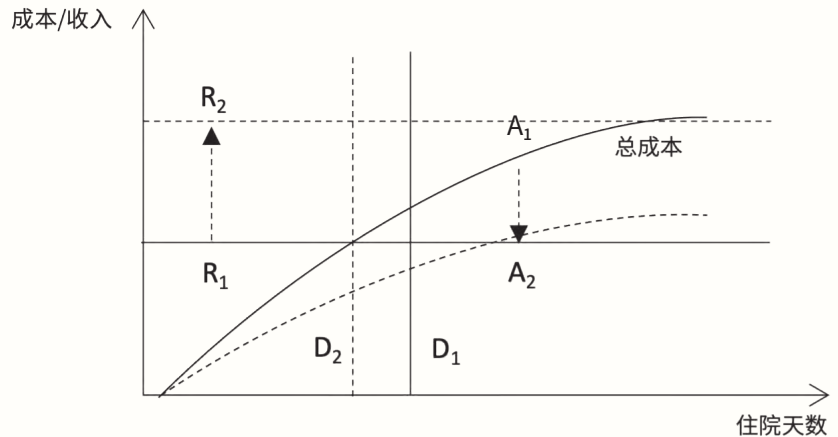


图1 DRG支付的激励转变：一个简单的经济学解释

能用较低的成本获得更多的医保支付。但不管采用哪种方式，DRG 打包支付下，医院的最优行为都是降低每位患者的治疗成本。具体来说，每位患者的次均住院费用 p_i 主要由两部分费用构成：患者的自付部分 p_i 和医保支付的各病组固定费用 R 。理想情况下，如果 p_i 是根据改革前按项目付费下的“平均值”，医院要想拿到 R 且不至于亏损，必然会降低患者的总费用，也就是降低患者的治疗成本。降低治疗成本主要有两种方式（见图 1），一是减少服务项目的提供，即从 A_1 到 A_2 ；二是缩短住院天数，即从 D_1 到 D_2 。

医院是倾向收治更多患者以提高住院人次，还是倾向于降低每位患者的治疗成本，理论上取决于改革前的医保支付方式。如果改革前以按项目付费为主，医院倾向于降低每位患者的治疗成本，即 DRG 支付限制了医院过度医疗的动机，有助于控制医疗费用。如果改革前以总额付费为主，医院则倾向于收治更多患者，即 DRG 支付激励医院提高医疗费用。当然，不同情况

下医院均有通过增加住院人次提高收入的动机，强度取决于制度惯性对医院行为的潜在影响。从一定程度上说，DRG 可能无助于控费。除此之外，医院为获得更高的医疗收入，有动机增加单位患者的，即从图 1 中的 R_1 点到 R_2 点。

上述三种情况分析是基于理论假设下的医院行为转变，从医疗结果上看（见表 1），这些转变对提高医院效率和医疗质量可能是不确定的^[5]。例如，医院为降低每位患者的治疗成本，可能会想法降低住院天数、减少服务项目提供，甚至挑选患者。为此，医院有多种选择，可能通过提高医院效率和医疗质量来实现，也可能以牺牲医院效率和医疗质量来实现，后者我们称之为 DRG 支付下导致的“激励扭曲”。

2.2 定性研究：利益相关方的激励表现及问题

为分析 DRG 改革对利益相关方，特别是对医院的影响，本研究选择 8 个 DRG 试点地区进行线上、线下调研，并对医保部门管理者、医院管理者、科室管理者、医生（临

床专业涉及疝外科、甲状腺外科、乳腺外科、心血管内科等)等进行访谈,合计访谈25人次(见表2)。

2.2.1 供方格局与医保治理能力。医保部门的行政决策及改革执行力度是影响医院行为的重要因素。DRG试点改革是一项“自上而下”的政府政策行为,国家层面与地方层面存在一种“委托代理”关系。地方部门的努力程度和治理能力,决定着试点的进度和效果。

一般来说,我国的医疗服务供方市场格局大概可以分为三类:一是专科医院占主导的市场格局;二是综合医院占主导但存在一家独大的市场格局;三是综合医院占主导且竞争较为充分的市场格局。

在第一类或第二类医疗服务市场中,由于部分医院存在价格垄断,为了推进改革试点,降低谈判成本,大部分医保部门会与医院达成某种妥协,包括承认历史医疗费用的合理性,给予较高的医保支付标准;大医院单独赋予高权重;留有单独结算和单独赋权的口子等。在第三类医疗服务市场中,不存在绝对的价格垄断,医保部门的主导权相对较大,为防止形成“价格联盟”,往往会通过“各个击破”的办法进行协商谈判,但这对医保经办部门的谈判能力要求较高。

访谈1-1:如果某病组历史医疗费用支出不合理程度较高,但是开展DRG病组的机构不多,在与医疗机构协商谈判的时候,我们会重点考虑医疗费用水分要不要挤、怎么挤的问题;如果某病组历史医疗费用支出不合理程度较低,且开

表1 DRG支付带来的三种激励及可能后果

DRG支付带来的激励	医院行为及可能后果		
降低每位患者的成本	1.降低住院天数①优化内部服务路径(质量↑,效率↑)②推诿病人:分级诊疗/转诊(质量↑,效率↑)、推诿无利可图的患者(质量↓)③提前出院(质量↓)	2.减少服务项目提供①避免提供不必要的服务(效率↑)②降低服务投入成本(效率↑)③减少必要的服务(“治疗不足”(质量↓))	3.挑选患者①专门治疗医院具有竞争优势的患者(质量↑,效率↑)②挑选治疗成本不超支的患者(“撇脂”(效率↓))
增加患者人次	1.改变入院规则①减少等待时间(效率↑)②分解住院(效率↓,质量↓)③诱导住院(效率↓)	2.提高医院声誉①提高服务质量(质量↑)②专注于可视量化的服务(质量↓)	
从每位患者身上获取更高的收入	1.改变编码现状①改进诊断和程序编码(质量↑)②高靠编码或低码高编(效率↓)	2.改变治疗模式①轻病重治,套用支付更高的DRGs(“过度治疗”(质量↓,效率↓))	

表2 DRG试点访谈汇总

访谈对象	W市	T市	S市	H市	B市	J市	N市	L市	合计(人次)
医保部门决策者	2人2次	3人3次							5
医院管理者	1人1次	4人4次	1人1次	1人1次	1人1次	1人1次			9
科室管理者				1人1次	1人1次	1人1次	1人1次	1人1次	5
医生	1人1次		1人1次	1人1次		1人1次	1人1次	1人1次	6
合计(人次)	4	7	2	3	2	3	2	2	25

展的机构较少,我们则重点考虑要不要单独结算或单独赋权等(访谈对象编号:WH20211025GLZ)。

医疗行业的信息不对称必然导致较高的信息成本,也使得供需双方谈判成本升高。因此为降低此类行政成本,也有部分医保部门直接将分组结果及各病组平均费用作为DRG支付依据,阻断双方沟通机制,加剧医疗机构与医保部门之间的不信任。

访谈1-2:我们有一个担心,

医疗机构如果知道规则后,会选择性编码,所以暂时没有公开分组规则,也没有时间与对方做过多沟通(访谈对象编号:TJ20210730YBJ)。

2.2.2 “标尺竞赛”下的医院管理者行为。基于DRG的医院支付,通常也被认为是一种标尺竞赛^[6],如果医院以低于其他医院平均成本提供服务,则获益。因此,所有医院都被激励着不断降低成本。但总会有些DRG病组是在“平均支付标准”以上,也会有些DRG病组

在“平均支付标准”以下，一般来说，这种差异在一个医院内部是可以相互补偿的，即盈余的 DRG 组补偿亏损的 DRG 组。

但实际上，为了便于管理，部分医院管理者仍沿用较为粗放的管理模式，将亏损 DRG 病组分解到各科室，甚至落到具体医生头上，以求在每个 DRG 病组上实现盈余。

访谈 2-1：将每个科室涉及的病组，直接通报到三级学科。对于经济效益比较好的病组，会让医务处和医保办牵头，发到各个科主任手里作参考。下一步，我们要发挥 DRG 指挥棒的作用，对于 DRG 权重高的科室给予高绩效（访谈对象编号：JN20220530ZGY）。

当然，部分医院管理者能够及时转变管理思路、优化考核方式。

访谈 2-2：对科室的考核，我们不看“床位使用率”，而是看它的“周转率”和“平均住院日”，对于那些不赚钱的科室或亏损的病种，只要诊疗是合理的，我们就不做过多干涉。也就是说，影响科室绩效收入的不是 DRG，而是医疗服务质量。这使得我们自 DRG 实际结算以来，甚至在疫情期间，医院的收入都没受多大影响（访谈对象编号：SY20220527LYH）。

2.2.3 科室发展与改革冲突。

科室作为医院独立核算部门，收支情况直接影响其利益分配，因此对 DRG 改革有着最直观的感受，但受各统筹区政策和医院管理者等因素的影响，即使同类别科室，也苦乐不均，有的盈利，有的亏损。

访谈 3-1：我们科室有 7 个

医生，目前处于赚钱状态，补贴其他科室，亏了归科室，赚了 10% 归科室（访谈对象编号：LS20220527SY）。

访谈 3-2：DRG 付费后，甲乳外科病种医保权重低，医院重视程度也低了，我们的地位下降，手术量也变少了（访谈对象编号：NB20220527LGW）。

一种较为常见的亏损原因是：改革前，某些科室病种较为单一，新技术使用较为普遍；改革后，病种未被单独分组，也未获得单独权重，而是被分到了其他组，导致该病种拿到的是一个低于原费用的平均医保支付标准。

访谈 3-3：我们病外科的治疗技术比较高，使用的耗材和设备成本比较高，目前切口疝和造口疝都超过医保标准，腹股沟还可以，切口疝是由于分组太粗，医保局把治疗费用 1 万—2 万元的与 10 万元的放在了一组（访谈对象编号：BJ20220528WMG）。

除此之外，还有一种情况，某些科室技术水平享誉全国，收费水平也较高，改革后，病种即使单独分组，其医保“支付价格”也可能被同地区、同级别医院的平均费用拉低。在 DRG 较少考虑新技术新产品应用，且对特性化满足较弱的情况下，可能出现“做一个亏一个”的现象。

由此导致一定的激励扭曲，比如调研中发现，部分医院和医生对 DRG 改革产生抵触情绪，开始出现高靠编码、推诿患者、分解住院等现象，这种情况在老年病患者、

特别是有基础性疾病的老年患者身上较为常见，也会发生在多病灶患者身上。当医院将亏损部分转移给科室承担，会进一步加剧这一问题。

3 主要结论与政策建议

从理论分析和定性研究来看，DRG 支付会对医院的诊疗行为产生正向激励，促使医院主动以低于其他医院的平均成本提供服务，减少过度医疗，减少传统按项目支付下的“医患共谋”现象。但是如果降低成本的激励过于强烈，可能导致激励结果偏离政策期望目标，出现激励扭曲，如高靠编码、分解住院、服务提供不足等。针对上述问题，目前并没有很好的解决办法，从国际经验看，关于 DRG 负面后果的讨论，自美国及欧洲国家首次引入其支付以来就一直持续至今。任何支付方式都不是完美的，都有其优点和缺点，支付方式改革的目的是为了找到一个恰当支付形式。因此，结合我国 DRG 改革试点现状及出现的问题，本文提出以下几点政策建议。

3.1 转变医保部门、医疗机构管理者对 DRG 支付改革的认识

既不能过分夸大 DRG 的作用，也不能将之作为控费手段。医疗机构一方面要顺应改革要求，重在转变医院管理方式而不是管控临床行为，DRG 指挥的对象也应为管理人员而非临床医生。因此，在实际工作中，应是管理人员而非临床医生承担 DRG 盈亏责任。另一方面需要统筹全院发展，主动求变，加强病案首页质量控制和医

保报销数据分析,做好临床路径管理,提高精细化管理水平,才能更好适应 DRG 改革要求。

3.2为医学创新发展留有空间

目前,创新技术应用受限是 DRG 改革试点中普遍反映的问题。从政策实施角度看,DRG 采用“平均值”支付对新技术应用的包容性较弱,其结果必然导致部分诊疗技术“平均化”。对于选择走创新发展道路的科室来说,可能出现学科发展受限问题,继而影响患者收治。如何平衡 DRG 支付与医学创新发展,以防止激励不足,损害参保人的利益,除了特病单议外,不过度追求病种覆盖率也是一种政策选择。国家医保局在《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》中提出,“鼓励入组率达到 90% 以上”,这背后深层次原因是防止供方道德风险,规避供方在支付方式上的逆向选择。但早有研究发现,相对于 DRG 这种较为单一的支付制度,混合医保支付

方式对医院的激励更相容^[7,8]。因此,在试点阶段,有必要边探索边总结经验,允许不同情况存在。

3.3重视医保支付改革后的基金监管问题

相比传统的按项目付费和总额预算管理,DRG 付费带来的激励机制更强,但也导致较高的监管成本。医保支付方不清楚患者是否需要某项治疗,是否真的需要住院治疗,而医院可以通过增加患者住院次数、高靠编码、低质量服务等实现利益更大化。为降低信息不对称影响,从国际经验看,要么通过基金监管,要么通过总额预算对患者一定时期内(如 30 天内)住院次数加以控制。我国自 DRG 改革试点以来,相关监管工作尚未跟进,建议形成一套医保部门专有的监管指标,在兼顾行政成本的基础上,组建多学科专业团队,加强对医疗机构诊断结果、手术操作、医疗服务质量等方面的监管。

【参考文献】

- [1]FETTER R. B. Diagnosis-related groups – understanding hospital performance. *Interfaces*, 1991,21:6–26.
- [2]PARIS V, DEVAUX M, WEI L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 50),2010.
- [3]MAGNUSSEN J, SOLSTAD K. Case-based hospital financing: the case of Norway. *Health Policy*, 1992;8:23–36.
- [4]卢瑞芬,谢启瑞.医疗经济学[M],学富文化出版社,2012年版,第304页.
- [5]REINHARD BUSSE, ALEXANDER GEISLER, WILM QUENTIN, et. al. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. New York, Open University Press, 2011:83.
- [6]SHLEIFER A. A theory of yard stick competition. *The RAND Journal of Economics*,1985,16(3):319–27.
- [7]BARNUM H, KUTZIN J, SAXENIAN H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning & Management*, 1995,10:23–45.
- [8]ELLIS R P, MCGUIRE T G. Provider behaviour under prospective reimbursement:cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, 1986,5:129–51.

Incentive Mechanism and Effect Analysis of DRG Reform

【Abstract】 In view of the DRG payment reform pilots carried out by the National Healthcare Security Administration in recent years, this paper analyzes the incentive issues in the DRG reform based on theoretical analysis and qualitative interviews in eight pilot areas. In theory, under the standard of "average payment", medical service providers have the motivation to reduce the treatment cost of each patient, increase the number of inpatients, and obtain higher income from each patient. However, these changes may be based on the shift of patients, decomposition of hospitalization, etc., which is uncertain to improve hospital service efficiency and medical quality. Qualitative research shows that different stakeholders have different incentive reactions in the DRG reform. In order to prevent the incentive results from deviating from the policy expectations, this paper puts forward corresponding policy recommendations.

【Key words】 DRG reform, ruler competition, incentive distortion