

中国人民大学医改研究中心主任王虎峰：京沪医保付费改革路径启示：

单一支付方式不够

2014年03月10日 01:11 来源：每日经济新闻

每日经济新闻 记者 王雅洁

作为改革中的一项重点内容，医保付费方式改革贯穿新医改始终。

《每日经济新闻》记者（以下简称 NBD）选取两种目前最典型的新付费方式：总额预付与 DRG（按病种付费），专访了中国人民大学医改研究中心主任王虎峰，他首次详细解读上述两种新付费方式在北京、上海这两个一线城市中的沿革发展，以期为接下来持续“向纵深发展”的医保付费改革提供样本分析，探究改革可行之道。

上海：总额预付向 DRG 倾斜

NBD：我发现一个很有意思的事情，北京原来主要是走 DRG 模式，后来开始向总额预付的模式倾斜。但上海较早探索了总额预付，后来却开始向 DRG 倾斜，为什么会出现这样的现象？

王虎峰：上海在 2000 年之后的医改过程中，选择了一个相对较稳的策略，主要是从总量的控制开始入手，也就是所谓的总额控制、结构调整。

先厘清楚上述两个方面，详细来说，总额控制首先要控制医院在医疗过程当中一些不合理增长的因素，力求把整个医保费用的增长速度控制在一个合理的范围。

再来说同期提出的结构调整。当把总额控制好了以后，类似医务人员报酬等的增长空间从哪里来？这就需要结构调整，即不仅保障高质量的医疗服务，还体现医务人员的劳动价值。

现在再来讨论，为什么上海从总额控制、结构调整之后，现在又开始走 DRG，细化付费方式。

我打个比方，总额预付就好比“戴上了一顶帽子”，强制降低了医保费用的增长速度，但在控费的同时，还面临的一个问题是，按照什么样的标准来为患者提供医疗服务，这就需要 DRG 的细化功能来发挥作用。

NBD：也就是总额预付在实施过程中某种程度上的欠缺，催生了 DRG 的辅助加入？

王虎峰：关于总额预付的问题，我再打个比方，比如有甲乙两家医院，在总额预付之前，甲医院服务扎实，成本控制精细，没有多少水分，而乙医院，管理则相对粗放，水分也大。在这种情况下，当我们给这两家医院核定医保总额时，是按照其前几年的医保额度来测算拨付的，显然会出现对“守规矩”的甲医院不公平的现象，而以往做得不好的乙医院，则会更多获利。这就需要更精细化的付费改革方式加入进来。

北京：DRG 向总额预付的沿袭

NBD：那北京呢？根据我从北京官方拿到的数据，2013 年全北京市 196 家二级以上的医院都已实现了总额预付。

王虎峰：DRG 的特点在于相对比较标准、精细化，但同时，DRG 的局限性也特别明显。要想把 DRG 持续做好，牵涉到的第一个问题是，需要现有的医疗机构基础资源配置、临床技术标准特别均衡一致。当医院采用的技术、治疗方案以及本身的硬件设置配置均各不相同，我们就想用 DRG 的标准马上统一起来，是不太现实的。

第二个面临的问题是，在长期缺乏精细化管理的前提下，短期内指望依靠 DRG 去解决这个问题，是很有难度的。DRG 标准在一个地方的落地生根，需要管理者、医疗机构共同确定。

在这种情况下，北京才同步展开了强化总额预算，以期弥补 DRG 付费方式的不足，因为它不可能在短期内做到全覆盖，并且发挥出全部的优势。

NBD：就北京和上海的的试点情况，您认为接下来的医保付费改革具体该怎么走？

王虎峰：从上海、北京两个地方的医保付费改革实践来看，单一支付方式肯定不够。医保改革这几年虽然取得了很快的进展，但未来精细化的管理、人性化的服务、安全可持续的多种付费方式的综合，才是医保付费方式改革的大方向。

作者：王雅洁