

DRG、DIP付费改革下结余留用政策逻辑与思考*

张立强^①, 李欣芳^①, 李响^①, 朱铭^①, 屈海龙^①

摘要 支付方式改革是医保改革中的“牛鼻子”，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆，而结余留用政策就是这个杠杆的支点。文章立足于“结余留用”政策导向，围绕“结余”如何确定、结余如何留如何用、“结余留用”如何发挥作用进行了阐释，以及医疗机构如何积极应对提供一些思考和借鉴。

关键词 按疾病诊断分组；按病种分值付费；医保基金；结余留用；

中图分类号 R1-9; R19-0 **文献标志码** C **文章编号** 1003-0743(2023)05-0013-04

Research and Reflection on the Balance Retention Policy under DRG or DIP Payment Methods/ZHANG Li-qiang, LI Xin-fang, LI Xiang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(5):13-16

Abstract The reform of payment method is the “nose of an ox” in the reform of health insurance, and is an important lever to regulate health service behaviors and guide the allocation of health resources. The “Balance Retention Policy” is the fulcrum of the lever. Based on the policy guidance of balance retention policy, it explains how to determine it, how to use it, how to play a role in balance retention, and provide some suggestions about how to actively respond for medical institutions.

Keywords Diagnosis Related Group; Diagnosis-Intervention Packet; medical insurance fund; Balance Retention Policy

First-author's address National Institute of Healthcare Security, Capital Medical University, Beijing, 100037, China

医保支付是医保管理和深化医改的关键环节，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。2020年2月，中共中央 国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）提出“建立管用高效的医保支付机制”，对医疗资源配置总量及结构发挥杠杆作用，在促进医院主动控本降费中发挥“引擎”作用，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医疗资源绩效及医保基金使用效率^①。

支付方式改革是医保改革中的“牛鼻子”，是撬动医疗保障和医疗服务高质量发展的重要支点，国家医保局成立后，支付方式改革全面提速，取得了积极进展。

1 DRG、DIP付费改革进展

2021年，30个DRG国家试点城市和71个DIP国家试点城市全部进入实际付费阶段，初步显示出有效引导医疗服务优化、提高医疗质量和效率、降低群众看病负担、提高医保基金使用效率等积极效果。医疗机构从中受益，2021年，杭州市的DRG试点医疗机构结余留用金额达3.54亿元；武汉市有619个DRG病组产生节余，涉及155家医疗机构，最多的医疗机构结余留用855万元；无锡市职工医保有17家医疗机构、居民医保有14家医疗机构有结余，合计金额2.24亿元^②。国家医保局印发的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计

划》（医保发〔2021〕48号）要求到2025年底，DRG、DIP支付方式覆盖所有开展住院服务的医疗机构，实现病种、基金全覆盖，改革全面提速。

2 何谓“结余留用”政策

2.1 政策梳理

实行“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制是发挥DRG、DIP支付方式经济杠杆的关键政策。国务院办公厅在《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）等一系列政策文件中多次强调支付方式改革中要落实“结余留用”这一关键政策。

若把支付方式比作调节医疗服务行为和引导医疗资源配置的杠杆，那么“结余留用”政策就是这个杠杆的支点，是支付方式改革的核心逻辑，是撬动医疗机构主动管控资源消耗的核心。

2.2 “结余”如何确定

目前，结余主要来源于医共体医保总额包干结余，DRG、DIP付费结余，药品集采结余。药品集采的“结余留用”政策可以认为是医保支付方式改革的逻辑延伸^③，而DRG、DIP付费结余是当前医疗机构，特别是非医共体医院的形成结余的最主要来源，详见图1。

2.2.1 医共体医保总额包干结余。在医共体背景下，医保对医共体确定按人头包干额度为前提，再与各成员单位按DRG、DIP、按项目、按床日、按人头等付费标准结算，所出现的包干总额与各成员单位结算后的差额，则为医共体包干结余或超支。

2.2.2 DRG、DIP付费结余。在DRG、DIP支付方式下，医疗机构与患者按照项目付费事先实际垫付金额（与医保待结算款项）低于医保基金按DRG、DIP付费

*基金项目：中华中医药学会青年求实项目（2022-QNQSJGL-01-02）。

① 首都医科大学国家医疗保障研究院 北京 100037

作者简介：张立强（1978—），男，硕士学位，副研究员；研究方向：智慧医保、医保政策、中医药管理；E-mail: 512951340@qq.com。



图1 医共体下“结余”资金形成示意

标准与医疗机构结算金额的，该差额即为“结余”，超出时则属“超支”。在DRG付费模式下，医保基金不再按照患者实际住院费用支付给医疗机构，而是按照病例所进入的DRG组的付费标准进行支付。

2.2.3 药品集采中的结余。集采同通用名药品医保支出金额低于集采药品医保资金预算的部分，称为结余测算基数。鼓励医疗机构在相同条件下更多使用集采药品，在预算资金给定的条件下，越多使用集采药品则结余越多，可以留用的资金也越多。

2.3 结余如何留、如何用

“结余”紧跟着是“留用”，“留”即“留下”、“用”即“使用”，资金得“留”得住，才谈得上“使用”。2021年6月，国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）提出：落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”要求，即“两个允许”。2021年7月，人力资源社会保障部等五部门联合印发《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号）提出“公立医院应完善内部考核办法，根据考核结果分配医保结余留用资金，主要用于相关人员绩效”。通过降本减耗实现的医保结余将成为医疗机构的可支配收入，将主要用于促进医院发展和提高医务人员绩效待遇水平，尤其要注重对医务人员的激励。这些文件为结余留用资金用途提供了相对明确的方向。

3 “结余留用”如何发挥作用

3.1 涉及主体及其影响

医保支付方式改革的核心问题就是建立起一种有效的激励约束机制，薪酬制度需随支付方式改革一同变化，形成鼓励成本结余和服务结果优化的目标导向。医院管理者是医院的代理人，面临医院经营管理任务和公益性的任务，其决策行为是对医院收益和患者受益目标的权衡，支付方式对医院管理者行为的影响决定了医院管理者对医生激励模式的选择。医生作为患者代理人，同时也要考虑个人收益，其决策是个人收入和患者受益之间的权衡，支付方式对薪酬制度影响程度决定了其对医生行为影响的程度^[4]。

“结余留用”政策将有效激发医疗机构“控成本、提质量”的内生动力，主动提供“优质低耗高效”医疗服务，形成反馈回路，实现螺旋式的自我改进和提升。

3.2 “约束-引导-激励”机制作用机理

3.2.1 约束机制。促进以收入为中心向以成本为中心转变，回归价值医疗本质。DRG、DIP是区域总额预算下的支付方式改革，事先确定病种（组）及对应支付标准，区域内实现“同病同治同价”，同时辅以监管考核评价、公立医院绩效评价等。

3.2.2 引导机制。促进服务趋于同质、更加透明，推进管理竞争、成本竞争。规范医疗服务行为，提高病案管理、临床路径管理水平。促进医疗水平提升，提高CMI值、注重重点学科发展、调整收治病种结构。改革内部运行机制，基于病种数据开展精细化管理，主动控制成本和提高服务效率。引导资源合理配置，总量和结构趋于合理，设置基层病种、倾斜政策等。

3.2.3 激励机制。改变以往医生收入与项目挂钩、由科室单独核算的薪酬分配方式。优化绩效薪酬分配制度，将绩效分配与CMI值、成本控制等关键指标挂钩，向临床一线及风险高、技术难度大的科室和岗位倾斜，优劳多得、优绩优酬^[6]。

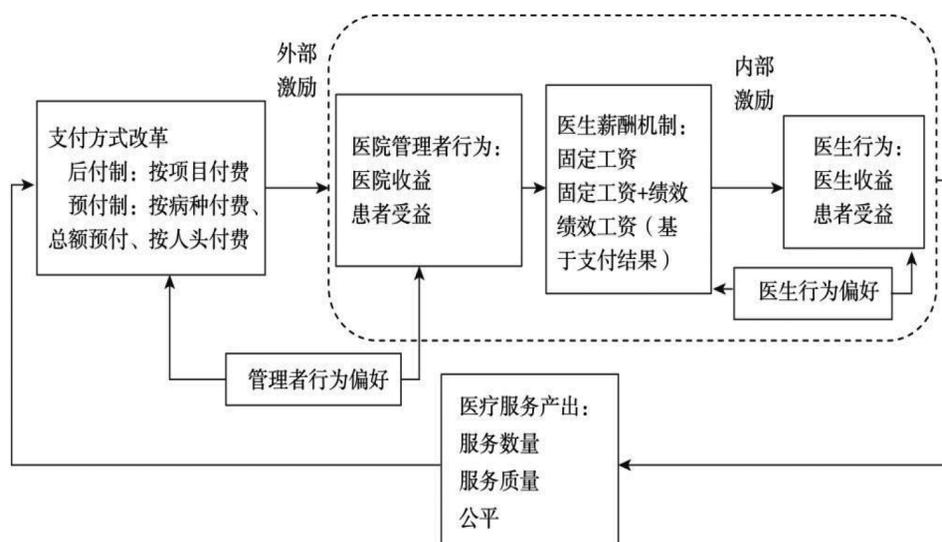
4 医疗机构需积极应对并实现双向变革

如图2所示，在总额预算的框架下，医共体为争取医保结余，应着力加强健康管理、分级诊疗、规范诊疗等方面的工作。医共体尤其是医共体内基层医疗卫生机构，要不断规范基本公共卫生和家庭医生签约服务，提升服务水平，形成防治结合的医疗卫生发展机制，发挥基层健康管理的重要作用。医共体内各级医疗机构需回归各自功能定位，让重症患者上转至牵头医院，轻症患者向基层分流，提高医疗卫生资源使用效率，节约医疗成本，从而实现结余。

在DRG、DIP付费改革下，医疗机构要将医保改革的目标内化为医务人员的动力，双向变革、同向变革，提高医疗机构自我管理的积极性，深刻理解“结余留用”政策逻辑，处理好3个问题：首先，要合理合规获取“结余”，引导医务人员主动优化临床路径，在看好病的同时合理地获得结余。其次，结余留用必须与绩效考核相挂钩。最后，要分配好结余基金，激励改革，尤其是医务人员激励。具体来讲，可以从以下几个方面着手：

4.1 分析全病种CMI值及盈余情况

如图3所示，根据病种（组）盈余情况及CMI值对医疗机构学科进行分类分析并采取不同的发展策略。以CMI值为横坐标（原点为CMI均值）、例均超支及结余为纵坐标，将学科分为4个象限，医院可以据此优化调整医疗资源配置。

图2 后付制向预付制改革对医疗服务行为影响的作用机制^[5]

第Ⅰ象限是优势学科，这类病种所属学科CMI值高、且有结余；第Ⅱ象限是一般学科，这类病种所属学科CMI值低，但有结余；第Ⅲ象限是劣势学科，这类病种所属学科CMI值低，且出现超支；第Ⅳ象限是CMI值高，但超支的学科，可分两种情况。

一般来讲，优势学科、优势病种要大力发展，一般病种要稳定发展，劣势病种则要优化结构，控制其发展。针对处在第Ⅳ象限的学科，需区别对待：对于经过科学、合理的费用管控，规范临床路径等，可能会上升到第Ⅰ象限，成为优势学科；若在控费比较合理情况下仍然超支，则有可能是潜力“学科”，应通过引进技术、人才等方式扶持其发展。

在分析全院主要病种、优势病种、基础病种、劣势病种、权衡发展病种的同时，还应进行横向对比分析，通过差异寻找差距和不足，挖掘病种数据临床及管理价值。

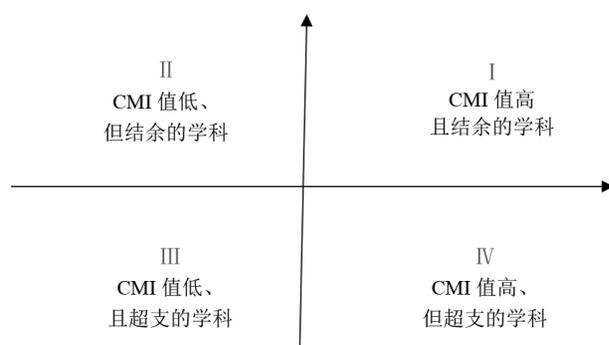


图3 科室病种CMI值及盈余情况四象限图

4.2 提升内部运营管理水平 and 效率

打破部门建制，将运营管理嵌入管理环节，加强跨部门协同合作，统筹各部门融入DRG、DIP付费工作，完善运营管理机制，追求医疗服务单位成本效用

最大化，用最优成本提供合理的医疗服务。协同预算、成本、资产等相关管理岗位，将预算规划、成本管理、资源配置融为一体，提升内部运营效率和降低运营成本。建立从科室成本、项目成本到病种成本的成本核算工作路径，实现业财融合，为决策提供真实、可靠、全量的成本、运行大数据^[7]。

4.3 规范诊疗行为和优化临床路径

实施DRG、DIP促进医疗机构不断优化临床路径，严格因病施治，在保障质量安全前提下，提供临床治疗必需、诊疗更规范、费用更合理的服务，以获得更多的成本控制收益。对收治病种进行临床路径分析论证，分析医护人员临床习惯、工作流程、作业数量及相应成本，通过流程改善、原因分析、追踪作业等方法进行持续改善，制定病种最优诊疗临床路径，推进病种诊疗规范化、标准化、同质化，减少不必要的资源消耗，提高医疗服务质效^[8]。

4.4 推动临床学科发展与多学科协作

对于给定疾病都有明确的付费标准，医院需研究更优的治疗方案，并提高医疗技术水平，以保证看好病的同时还能有较好的财务盈余。用更加重视优势学科发展，推动以病种诊疗为中心，推动多学科诊疗（MDT）模式发展，针对某一疾病，进行多学科协作，探索由相关学科或多学科联合执行最优诊治方案的诊疗模式，提升诊疗效率、节约时间成本和提高治疗效果。

4.5 建立“优绩优酬”绩效分配机制

DRG、DIP直接影响医院收入进而与绩效考核及收入分配直接相关。DRG、DIP除了用于付费，还可用于以病种、质量、疑难度、数量等进行临床绩效评估，进而进行绩效分配。基于DRG、DIP的建立多维度绩效分配评价指标体系，综合考量医疗质量、医疗技术难度、病种风险程度、成本控制、患者满意度等方面，

降低影响诊疗服务行为的外部因素，建立医保支付与医生薪酬的正向激励，更加体现技术劳务价值、实现“优绩优酬”。

4.6 促进医药新技术合理使用

DRG、DIP 实施后，医院在引入新药新技术时需纳入科学的决策理念，引入科学的评价工具，综合考量能否降低住院床日、提高病床使用率、降低诊疗成本、体现医疗服务技术含量等因素，决策医药新技术能否在临床得以应用。诊疗过程中对医药新技术的使用要重视必要性、考虑成本效益。筛选切实是临床亟需、能有效减轻诊疗成本、更加适宜、更加经济，具有更高“性价比”的新药新技术。

5 讨论与思考

5.1 医保结余、医院结余在实施中面临的复杂性

因地方财政补偿力度不足，医疗服务价格偏低，通过提高运营效率带来的成本节约可能并不足以医院带来结余。现实中，医保结余是构成医院结余的主要来源之一，但此部分结余并不能简单等同于医院结余，医院结余是医院年度收入与支出相抵后的余额。因此，若医院通过成本控制产生的结余仅部分、或甚至无法用于增加医务人员绩效待遇水平，由此可能会影响医院节约非人力成本的积极性。DRG、DIP 付费改革需要医院创新管理体制并实现精细化管理，因而需进一步加大基础设施和信息化建设投入，短期内管理成本的增加可能会消蚀这部分结余。

5.2 支付方式改革与医疗服务价格改革需有机协同

支付方式改革的核心在于合理分组和确定支付标准。按常规，医疗服务价格改革应先于支付方式改革，为支付方式改革提供基本依据，但现实中二者并没有明显的先后次序，需做好两项改革的协同。辩证看待两项改革相互影响关系，将价格宏观管理下的总量调控和医保支付总额预算、区域总额预算点数法协

同起来，从关注单个医疗机构效益转变到关注区域整体效益。医疗服务项目及价格水平变化会影响 DRG、DIP 的权重或点数，DRG、DIP 病种(组)支付标准是否合理也会传导至项目动态调价。

“结余留用”是支付方式改革的核心要素，旨在建立预付制下的正向激励，去治该治的病、去治难治的病，让医疗机构产生控制成本、优化医疗质量的内在动力，通过精细化管理和高质量发展获取适当结余，为优化服务环境、促进人才培养、提升技术水平提供必要保障^⑨，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

参 考 文 献

- [1] 应亚珍. DIP 改革如何实现管用高效[J]. 中国医疗保险, 2022(8):24-27.
- [2] 黄华波. DRG/DIP 支付方式改革的预期效果[J]. 中国医疗保险, 2022(8):18-22.
- [3] 王震. 集采药品结余留用的政策逻辑[J]. 中国卫生, 2020(9):92-93.
- [4] 郭科, 顾昕. 公立医院管理中的激励机制: 多任务委托代理理论的视角[J]. 经济学动态, 2015(10):49-57.
- [5] 韩优莉. 医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(3):21-27.
- [6] 杨燕绥, 常培筌, 秦晨, 等. 医保复合型付费的“约束-引导-激励”机制研究——契约科学和社会治理下金华医保改革实践[J]. 卫生经济研究, 2021,38(12):7-10.
- [7] 许树强, 王辰, 姚建红. 中国医改发展报告(2022)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2022:102-116.
- [8] 杨晓, 安蕾. 抓住 DRG 支付改革契机助力医院高质量发展[J]. 中国医疗保险, 2022(8): 111-113.
- [9] 姚中进, 黄婉晴. 新时期大型公立医院社会责任价值取向与实现路径[J]. 中国医院管理, 2022,42(3):24-28.

[收稿日期: 2023-03-05] (编辑: 张红丽)

欢迎订阅《中国卫生经济》杂志

《中国卫生经济》是由国家卫生健康委员会主管、中国卫生经济学会和国家卫生健康委卫生发展研究中心主办，是我国卫生经济研究领域创刊最早、发行量和覆盖范围最大的国家级中文核心期刊。

《中国卫生经济》邮发代号: 14-97, 欢迎通过邮局订阅。
期刊定价 20.00 元/册, 240.00 元/年。全国各地邮局均可订阅。如邮局漏订, 可直接向本刊补订。

邮局汇款 地 址: 哈尔滨市香坊区中山路 112 号,
《中国卫生经济》编辑部

邮政编码: 150036

银行汇款 户 名: 黑龙江省卫生健康发展研究中心
开户银行: 中国工商银行哈尔滨市大直支行
账 号: 3500040109008993694

汇款提示 汇款后请及时通知《中国卫生经济》编辑部, 以便及时、准确邮寄杂志和发票。

《中国卫生经济》编辑部自办发行联系电话/传真:
0451-87253040、87253041、87253042/0451-87253048; 官
网: <http://www.cn-he.cn>。