



异地就医对DRG/DIP支付方式的影响及对策分析

任平平¹, 陈 勇¹, 赵允伍², 蒋心梅³, 王 珩^{1,4}

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第一附属医院毕业后教育处,
3. 医保处, 4. 院长办公室, 安徽 合肥 230022

摘 要:异地就医是我国医保体制下的一项有益政策安排,但在运行过程中,异地就医面临就医秩序混乱、成本转移风险频发、医保基金控费困难、监管难度大、管理碎片化等问题,与按疾病诊断相关分组(DRG)或病种分值付费(DIP)支付方式改革存在许多不协调之处。文章通过系统分析异地就医推行过程中存在的问题,探讨DRG/DIP支付方式改革的潜在影响因素,并提出解决策略和建议,为加快异地就医实现按DRG/DIP付费提供参考。

关键词:DRG/DIP支付方式改革;异地就医;医保基金

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2025)01-016-005

doi:10.7655/NYDXBSS240401

异地就医是指医保患者到除参保地以外的其他地区进行就医的一种行为。异地就医政策是基于我国人口流动性大和优质医疗资源分布失衡背景,为保障参保人权益,提高卫生服务利用公平性的一种有益政策安排。为保障异地就医政策的顺利实施,2012年国务院办公厅印发《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》,提出建立异地就医结算机制,要求到2015年初步实现跨省医疗费用异地即时结算,极大地便利了患者省内省外就医。2017年,全国所有省份和统筹区实现全部接入国家异地就医结算系统并联网运行,为解决新的矛盾和问题,《关于规范跨省异地就医住院费用直接结算有关事项的通知》及时出台,通过制定相关规范,使跨省异地就医住院费用直接结算有据可依。2022年,《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》对健全异地就医有关事项作出进一步要求和部署,强调就医地统一管理职责,并鼓励地方探索将异地就医结算纳入按疾病诊断相关分组(diagnosis related groups, DRG)或病种分值付费(diagnosis-intervention packet, DIP)。2024年《按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》再次明确提出

“将异地就医费用纳入DRG/DIP管理范畴”,DRG/DIP在异地就医结算中的应用进程正在加速推进。

然而,由于我国医保统筹层次低、医保制度碎片化、人口流动常态化等问题依然存在,异地就医政策弊端逐渐显现,其在实施过程中出现的诸多问题与DRG/DIP支付方式改革目标相悖,使得DRG/DIP支付方式在异地就医管理中落地困难。既往研究大多着眼于异地就医直接结算、监管能力、就医费用以及异地就医政策影响等方面^[1-4],较少有研究对异地就医与DRG/DIP支付方式改革的内在关联进行探讨。因此,本文从异地就医对DRG/DIP支付方式改革的影响出发,通过分析异地就医现存问题,探讨现存问题对DRG/DIP支付方式改革的潜在影响,最后提出解决策略和建议,为加快异地就医实现按DRG/DIP付费提供参考。

一、DRG/DIP支付方式下异地就医现存问题

(一)异地无序就医,患者数量递增

异地就医产生的根源在于人口流动的加快以及卫生资源配置的不均衡,我国医疗资源“倒三角”的供给结构与医疗卫生服务“正三角”的需求结构之间的矛盾长期存在^[5],大型公立医院以其高精尖

基金项目:国家自然科学基金面上项目“DRG支付方式下的医保—医疗协同机制研究”(72374004);国家卫生健康委医院管理研究医疗质量(循证)管理研究项目“DRG支付下的医保—医疗质量协同管理路径研究”(YLZLXZ23K013)

收稿日期:2024-09-30

作者简介:任平平(1999—),女,安徽阜阳人,硕士研究生在读,研究方向为社会医学与卫生事业管理;王珩(1969—),女,安徽含山人,教授,博士生导师,研究方向为卫生政策与医院管理,通信作者, wangheng1969@163.com。

设备、优质服务、院区规模、高效管理以及高质量的医务人员等优势在对患者产生强劲拉力的同时,其配置结构也在一定程度上固化了患者趋高就医的行为惯性。由于缺乏合理转诊机制的引导,无序就医乱象频发,患者在非理性就医行为的驱动下,异地就医流向单一,主要向大城市聚集,流量倍增,异地就医规模日益庞大。根据《2023年医疗保障事业发展统计快报》,2023年全国普通门急诊、门诊慢特病及住院异地就医人数为2.43亿人次,较2022年增长118.92%,异地就医患者数量增速显著加快。

(二)医保支出持续攀升,基金监管难度大

异地就医患者数量的增加会使医保基金支出金额大幅上涨,并带来基金使用安全和监管难度的增加^[2]。我国异地就医医保基金支出呈逐年攀升趋势,《2023年全国医疗保障事业发展统计公报》数据显示,2023年全国普通门急诊、门诊慢特病及住院异地就医费用为7 111.05亿元,在同年全国基本医疗保险基金总收入中的占比已超过20%,如此庞大数额的异地医保基金支出对异地就医监管提出了更高的要求,但当前异地就医监管存在许多不足,基金监管难度较大。按规定,就医地医保经办机构承担着对异地就医行为的监管职责,但在实际工作中,就医地医保经办机构缺乏监管动力,并没有对异地就医患者的医疗费用提供保障^[6]。参保地医保经办机构处于监管盲区,对异地就医患者和异地医疗机构的不良行为鞭长莫及,加上监管机制不健全,手段单一,国家医保信息平台的相关技术规范和标准不完善,参保地与就医地之间缺乏沟通,信息共享困难,监管主体权责不清,奖惩机制不健全等原因,异地就医监管能力、动力不足,水平较低,导致违规行为频发,异地就医监管陷入困境,医保基金使用效率和可持续性降低^[2]。

(三)成本转移风险频发,公平性缺失问题严重

我国DRG/DIP支付方式改革起步较晚,并且受信息系统的限制,改革多作用于本地医保患者,以按项目付费(fee-for-service,FFS)为主的异地就医患者成了DRG/DIP支付方式改革的非目标群体。DRG/DIP支付方式改革能够促使医院降本增效,并加强对本地患者的费用管理,但外地参保患者异地就医时受就医地的约束限制相对较小,加上医生在选择服务上拥有更多的自由裁量权,医院受运行压力以及逐利心理的驱使,更倾向于接收外地参保患者来增加收益,并且会向异地就医患者转嫁成本来弥补可能的收入损失^[7]。有学者利用某市异地就医群体一段时间内的病案首页和医保信息,针对DIP支付方式改革的实施对非目标群体的影响进行研究,给出了DRG/DIP支付方式改革中医疗服务供方向异地就医患者转嫁成本的证据^[8]。已有多项研究

表明,与按DRG付费的病例相比,异地就医患者的次均住院费用更高,平均住院时间更长,自付费用也更高^[8-10]。费用的差异提示了成本转移的广泛存在,异地与本地医保患者间公平性缺失问题加剧。

(四)管理模式碎片化,异地就医管理困难

我国跨省异地就医直接结算执行“就医地目录,参保地政策”,即按照就医地有关规定确定对参保人的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材的支付范围,按照参保地有关政策确定参保人的基本医疗保险起付标准、支付比例以及门诊慢特病病种范围等。由于我国不同地区医保统筹层次不一,医保目录、报销范围、起付线、支付比例、费用信息等信息存在较大差异,各地根据本地实际采取不同的管理政策,这种碎片化的管理模式造成异地就医管理困难。当前我国医保三大目录中只有药品目录实现了全国统一,医疗服务设施范围目录、诊疗项目目录、筹资标准、待遇水平等各项标准均不统一^[11],信息对接尚不充分,各地医保部门全面获取异地就医相关信息困难,导致就医地和参保地跨区域协作不畅,管理难度大,效率低下。

二、异地就医现存问题对DRG/DIP支付方式改革的潜在影响

(一)医保基金大量外流,DRG/DIP改革进程受阻

异地就医患者数量的增加和对优质医疗资源的追求势必会带来医疗费用的上涨,造成参保地医保基金的大量外流,影响参保地医保基金内部的结构分配进而可能导致参保地医保基金总“盘子”结构失衡。医保基金总“盘子”内部用于各项开支的比例依据各个地区实际情况而定,对于DRG/DIP改革地区来说,用于异地就医的医保基金支出将增加,用于本地开展DRG/DIP支付方式改革以及医疗卫生事业发展的资金将减少,可能导致该地区DRG的基准费率/DIP的分值单价贬值。加上患者大量外流,留在当地医疗机构的医保病例减少,当地医疗机构医保收入降低,医疗机构间的竞争更加激烈,其运营管理将会面临更大压力。根据《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,“抓扩面”被认为是推动DRG/DIP支付方式改革向纵深发展的重要内容,而医保基金大量外流,基金支撑作用难以发挥,将会阻碍参保地DRG/DIP付费方式改革进程。

(二)异地监管不力,DRG/DIP改革目标难以实现

异地就医监管不力,导致医保基金支出大幅上涨,基金使用效率降低并影响基金使用安全,这与DRG/DIP改革目标相悖。DRG/DIP支付方式改革旨在促进医疗机构加强精细化管理,提高医疗服务效率,减轻患者看病就医负担,抑制医保基金的不合理增长并提高医保基金使用效率^[12]。然而在当前

的异地就医监管机制下,医生和患者的道德风险行为频发,医患合谋骗取医保基金的案例屡见不鲜,异地就医监管不力,降低了支付方式改革引导医疗机构主动完善内部管理、规范医疗行为、自觉维护基金安全等方面的有效性。DRG/DIP支付方式改革在抑制医疗费用上涨、提高医保基金使用效率方面虽已取得一定成效,但如果不加快建设全国统一的医保智能监控信息系统、完善异地监管法律法规、构建合理的监管体系,DRG/DIP支付方式改革的效果将会大大减弱,改革作用于医保基金的整体目标也将难以实现。

(三)成本转移频发,DRG/DIP改革效果削弱

异地和本地患者间普遍存在的成本转移频发、同质化管理困难、公平性缺失等问题影响了DRG/DIP改革成效。DRG/DIP改革能够对医疗机构的行为进行约束,促使其主动规范行为、提高效率、控制医疗费用、减少不必要的开支,但是由于异地就医的存在,医疗机构又会触发一系列道德风险行为,使DRG/DIP对医疗机构和医生的行为约束难以形成定式。医疗机构受不同付费机制的共同作用会产生不同的结果,即在DRG/DIP下产生提质、增效、控费、提高精细化管理水平的正向效应,而在FFS下产生多种医疗行为异化的负向效应,削弱了DRG/DIP改革成效。异地就医纳入DRG/DIP付费是一个缓慢的过程,我国从FFS转为包括DRG在内的混合支付方式改革的经验证据表明,患者选择是DRG支付下最为常见的异化行为^[9]。因此,如果松散地实施异地就医纳入DRG/DIP付费,没有设置严格的标准和程序,允许医生自由地将异地就医病例仍然转移到FFS系统,将会严重损害DRG/DIP支付系统在减少卫生支出和降低患者经济负担方面的有效性。

(四)纳入DRG/DIP付费困难多,就医地管理压力大

异地就医直接结算以医保信息化和技术标准化为重要基础,医保标准化是医保信息化的重要支撑,但当前医保编码技术标准呈现碎片化、底层编码呈现多样化、数据质量呈现差异化状态,医保数据跨部门的共享互认有待推进,不同地区医保信息对接困难,对异地就医纳入DRG/DIP付费产生阻碍^[6]。国家鼓励有条件的省份先将省内异地就医纳入DRG/DIP付费管理,但是省内不同地区的医疗水平、服务价格、医疗服务项目等可能存在差异,改革面临着数据采集质量是否符合要求、是否有统一的技术方案支持省内异地就医相关系统的升级改造,以及如何确定省内异地就医DRG/DIP付费预算总额等问题。另外,异地就医纳入DRG/DIP付费管理后将按照就医地的付费方式和标准进行管理,要求就医地

制定统一的审核标准和要求,对本地就医和异地就医进行同质化管理并加强对异地就医付费的全流程监管,部分地区还要求就医地分别计算职工医保和居民医保、本地费用和异地费用点值(费率),这些举措可能会使就医地面临较大的管理压力,增加就医地工作负担。

三、对策建议

探索将异地就医纳入DRG/DIP付费管理是完善异地就医政策、加快医保支付方式改革的重要举措,能够有效增强系统协同性、提升异地就医政策适应性、促进区域均衡发展。但是当前异地就医过程中存在的异地无序就医、医保基金监管困难、成本转移频发、管理模式碎片化等现实问题,给DRG/DIP支付方式改革带来许多潜在不良影响,也阻碍了异地就医按DRG/DIP付费进程。基于此,本文提出如下对策建议(图1)。

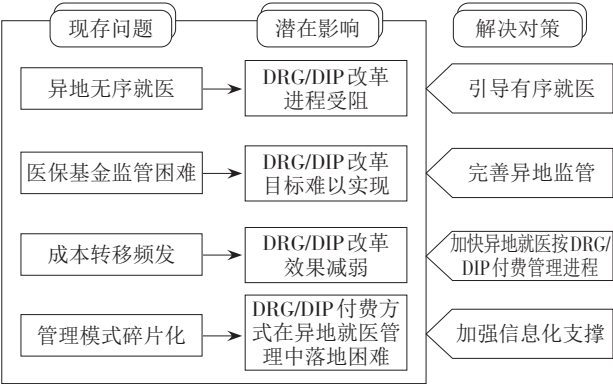


图1 异地就医现存问题、潜在影响及解决对策

(一)引导有序就医,推进分级诊疗

无论是异地就医政策还是DRG/DIP支付方式改革,其初衷都包含对有序就医格局的构建,但在实施过程中由于政策间摩擦的存在,分级诊疗格局难以形成。引导异地有序就医,首先,应关注基层首诊与双向转诊,这直接决定了异地就医数量^[13],基层医疗机构应发挥常见病、多发病的首诊功能,参保地各级医疗机构应根据分级诊疗要求,在明确自身功能定位的基础上加强能力建设,提高把控区域内大病的能力,减少异地就医数量。其次,针对当前异地就医患者转回参保地困难问题,应发挥DRG/DIP付费的分组特点,挑选符合条件的轻症多发病种实行“同城同病同价”,借助DRG/DIP付费杠杆的调节作用,倒逼大型公立医院减少收治轻症患者,主动下转患者,回归功能定位^[14]。最后,引导参保人就医选择是异地就医医保管理政策调整优化的重要方向,医保部门可根据疾病类型和就医地点设置不同的报销比例,利用经济杠杆来引导患者先省内后省外的就医选择,推进有序就医^[15]。

(二)完善异地监管,保障基金安全

异地就医监管首先应明确多主体的监管职责,压实各方主体责任,加强协作配合,提高异地就医协同监管能力。就医地和参保地医保经办机构应在信息共享和费用协查方面加强业务协作,两地应配合做好异地就医医保费用审核工作,对异常情况及时锁定并核实,共同打击欺保骗保行为,保障医保基金安全。同时,就医地应逐步将异地就医患者纳入当地管理,为异地就医按DRG/DIP付费奠定基础。就医地医疗机构应积极配合两地的审核和监管,同时也要规范自身医疗行为,增强控费意识,定期开展自查自纠工作。有关部门应不断完善异地监管制度机制,促进异地监管规范化,建立激励与约束并重的监管机制来调动相关主体的监管动力。可通过将追回的医保基金按比例奖励给就医地,提高就医地监管积极性;通过交叉检查、飞行检查、抽查复查等手段约束不良行为;通过将异地就医监管纳入就医地绩效考核范围来激发就医地对道德风险行为监管的内生动力等^[2]。

(三)加快异地就医纳入DRG/DIP管理进程,消除转嫁效应

当前异地与本地就医患者同质化管理困难、成本转移风险频发、DRG/DIP改革成效难以发挥的主要原因在于,DRG/DIP付费和FFS这两套付费机制分别作用于本地和异地就医患者,并带来了不和谐的结果,对此应加快推进异地就医先省内后省外逐步纳入DRG/DIP管理进程,实现本地与异地就医患者“同病、同治、同价”的目标。鉴于目前自费患者就诊数据缺乏,结算信息库不完善,纳入困难,可先将异地就医直接结算患者费用纳入就医地DRG/DIP管理范畴,后再逐步扩大范围^[6]。异地就医病例纳入DRG/DIP分组后,应统一测算权重/分值、费率/点值,按照就医地标准进行管理。同时要恰当地处理好特例单议机制在异地就医DRG/DIP付费中的使用,异地就医复杂危重病例的选入应严格遵循相关标准、流程和程序,防止医疗机构随意将异地就医病例转回FFS系统之中。

(四)加强信息化建设,发挥支撑作用

信息化建设能够为异地就医提供多维度支撑。首先,有关部门应加快推进国家医保信息平台相关技术规范和标准的完善、落地,提升医保信息化、标准化在异地就医结算过程中的支撑作用,细化异地就医即时结算信息明细,加快实现异地就医数据共享互认^[16]。其次,各统筹区应不断优化异地就医结算系统,加快升级改造异地就医信息系统,为省内异地就医结算明细、医保基金清单数据的获取,以及基金结算清单系统、结算系统与异地就医DRG系统的顺利对接做好必要准备,为就医地对异

地就医DRG/DIP付费的审核稽核和监管工作提供便利,并为日后全国范围内异地就医纳入DRG/DIP付费管理奠定基础。最后,异地就医DRG/DIP付费直接结算涉及患者费用明细的转换或分割、上传、核算、回传等一系列步骤,都需要在相关信息系统中进行操作,为防范道德风险行为,提高信息透明度,应加快异地就医直接结算数字监管系统与医疗信息系统对接,以解决两系统信息互认困难、数据传输存在壁垒等问题^[17]。同时应发挥信息化在异地就医监管中的支撑作用,提升医保智能监控信息化建设水平,加快全面实现监管信息化目标。

参考文献

- [1] 刘畅,王宇菲. 基于文献计量分析的我国异地就医研究现状与展望[J]. 中国全科医学, 2024, 27(12): 1525-1532
- [2] 何靖冉,康正,陈方厅,等. 异地就医下医保基金监管困境及应对策略的质性研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(4): 23-28
- [3] 宋天煜,马荣菲,李紫航,等. 基于社会生态理论的跨省异地就医肿瘤患者住院费用影响因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2024, 24(2): 189-194
- [4] 钟玉英,王凯然,梁婷. 政策促进还是政策摩擦?——医疗保险异地结算与分级诊疗的政策交互作用研究[J]. 公共行政评论, 2020, 13(5): 120-143, 207-208
- [5] 曹凯. 异地就医医保支出持续攀升[J]. 中国医院院长, 2024, 20(8): 24-26
- [6] 王煜昊,王丽娜,梁丽蕙,等. 跨省异地就医的医保基金监管路径研究[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(4): 61-65, 69
- [7] CLEMENS J, GOTTLIEB J D. Do physicians' financial incentives affect medical treatment and patient health? [J]. Am Econ Rev, 2014, 104(4): 1320-1349
- [8] 马超,杜妍蓉,唐润宇,等. DIP支付方式改革、医疗费用控制与医院短期策略性应对[J]. 世界经济, 2022, 45(11): 177-200
- [9] JIAN W Y, LU M, CHAN K Y, et al. Payment reform pilot in Beijing hospitals reduced expenditures and out-of-pocket payments per admission [J]. Health Aff (Millwood), 2015, 34(10): 1745-1752
- [10] 韩进松,吕传爱. DRG付费下异地与本地住院患者就医费用分析——基于某肿瘤医院的实证分析[J]. 中国医疗保险, 2023(1): 55-58
- [11] 吴亭瑶,柏雪. 整体性治理视域下异地就医结算管理路径优化研究[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(8): 61-64
- [12] 陈勇,贾晓倩,牛雨婷,等. DRG支付方式下分级诊疗现状与策略研究[J]. 中国医院, 2023, 27(10): 44-48
- [13] 方鹏骞,陈婷. 我国异地就医实时结算的问题、实现路

- 径和趋势[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(12): 22-24
- [14] 徐强, 张智勇, 巩玉强, 等. 关于省内异地就医纳入DRG付费的必要性及可行性研究[J]. 中国医疗保险, 2022(10): 58-62
- [15] 张智勇, 姜伟, 范其鹏, 等. 省内异地就医DRG/DIP付费改革探析——以山东省为例[J]. 中国医疗保险, 2024(8): 87-92
- [16] 郭珉江, 刘阳, 陆春吉, 等. 我国跨省异地就医直接结算信息化建设历程与展望[J]. 医学信息学杂志, 2021, 42(8): 8-13
- [17] 左昕卉, 康正, 程菲儿, 等. 跨省异地就医直接结算数字监管问题及对策研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(4): 29-33
- (本文编辑: 姜 鑫)

Research on the influence of off-site medical treatment on DRG / DIP payment method and corresponding strategies

REN Pingping¹, CHEN Yong¹, ZHAO Yunwu², JIANG Xinmei³, WANG Heng^{1,4}

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Department of Post-Graduate Education, 3. Medical Insurance Department, 4. Dean's Office, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: Off-site medical treatment is a beneficial policy arrangement under China's medical insurance system. However, in the operation process, off-site medical treatment is facing problems such as chaotic treatment order, frequent switching costs risks, difficulties in medical insurance fund cost control, major regulatory challenges, and fragmentation of management. There are many inconsistencies with the reform of DRG / DIP payment methods. By systematically analyzing the problems existing in the implementation of off-site medical treatment, this paper discusses the potential influencing factors of existing problems on the reform of DRG / DIP payment methods and puts forward strategies and suggestions to address these challenges to provide a practical reference for accelerating the implementation of DRG / DIP payment in off-site medical treatment.

Key words: DRG/DIP payment reform; off-site medical treatment; medical insurance fund