

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

医疗服务按服务单元收付费专刊

2018 年 第 4 期

(总第 87 期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2018 年 6 月 15 日

编者按 按服务单元收付费是一种重要的收付费管理方式，在全球各国多个领域广泛应用，也是我国医疗服务收费及付费改革的重要内容之一。2017 年，上海市卫生和健康发展研究中心受中国价格协会委托开展医疗服务按单元收付费研究，探索按服务单元收付费整体化改革路径，本期专刊收录了此次课题的部分研究成果，介绍了国内按服务单元收付费的改革进展，提出了推进我国按服务单元收付费改革的实施路径和政策建议；分析了美国、欧洲、日本等国家和香港地区按服务单元收付费改革的发展模式，归纳总结其经验以及对我国医疗服务收付费改革的启示，为我国推进医疗服务按服务单元收付费改革提供理论依据和参考。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 11 卷第 4 期 (总第 87 期)
2018 年 6 月 15 日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市建国西路 602 号
邮编: 200031
电话: 021-33262061
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
赵丹丹

主 编: 胡善联

副 主 编: 徐崇勇
金春林 (常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

校 对: 楚玉玲 周 娜

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目次

研究进展

国内医疗服务按单元收付费改革进展

..... 李潇骁 王海银 周佳卉等 (1)

我国推进医疗服务按单元收付费改革的策略和建议

..... 王海银 丛鹂萱 周佳卉等 (10)

医疗服务按单元收付费境外发展策略及启示

..... 王海银 丛鹂萱 周佳卉等 (18)

他山之石

美国医疗服务按单元收付费进展及经验借鉴

..... 熊玉琦 王海银 金春林 (26)

欧洲医疗服务按单元付费应用进展及启示

..... 甘银艳 王海银 金春林 (38)

日本医疗服务按单元付费应用进展及启示

..... 周佳卉 王海银 陈 多等 (49)

香港地区公立医疗服务按单元收费进展及启示

..... 丛鹂萱 王海银 张晓溪等 (60)

国内医疗服务按单元收付费改革进展

李潇骁¹ 王海银² 周佳卉² 丛鹂莹² 熊玉琦³ 甘银艳⁴ 金春林²

【摘要】 近年来,我国已有多个地区开展按服务单元收付费的实践,积累了一定的改革经验和教训。文章介绍了国内按服务单元收付费的改革进展,以及目前在国内外应用的主要形式和方式,总结归纳了我国按服务单元收付费的应用领域、使用条件和存在问题,在此基础上,提出了当前收付费方式改革的政策建议。

【关键词】 服务单元;收付费;改革进展

在世界范围内,按床日收付费依然是按服务单元收付费的主要构成部分。我国已在多个地区探索按服务单元收付费方式,并积累了一定的经验和教训。文章系统介绍了国内按服务单元收付费的改革进展,以及国内按服务单元收付费应用的主要形式和应用领域,在此基础上提出了当前收付费方式改革的政策建议。

一、国内按服务单元收付费的改革进展

国内较早实施按床日收付费制度的地区是云南省禄丰县,该县于2007年8月开始实施这种对供方的支付制度,并实现了一种支付方式对所有病种的全覆盖,取得了一定效果^[1]。按床日收付费的付费单元是住院床日,所有疾病根据严重程度进行分类,根据不同疾病类型严重程度的不同,限定每床日费用的标准,依据疾病类型和住院天数就可以测算出一个病人的总体费用。具体来说,禄丰县通过对2006年不同医疗

第一作者:李潇骁,女,硕士,研究实习员

通讯作者:金春林,男,博士,研究员,上海市卫生和健康发展研究中心主任

作者单位:1.中南大学湘雅医院,长沙410078

2.上海市卫生和健康发展研究中心,上海200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海200031

3.华中科技大学,武汉430000

4.广西壮族自治区医学科学信息研究所,南宁530000

机构病历的抽查，统计不同机构的次均住院费用、住院天数和每床日费用水平，根据病历分析并参照专家意见对疾病进行分类，按不同医疗机构进行分级，同时根据不同疾病的住院天数进行分段，最终确定了禄丰县按床日收付费制度的付费标准。具体区分标准包括：将患者按照急危重症病人、非急危重症病人、择期手术病人、儿科病人分为4类；将医疗机构根据服务能力和费用水平分为4级；根据专家意见对急危重症病人按护理等级分段；对手术病人按术前、术中、术后分段；其他病人按照住院时间分段，最终确定费用标准方案。结算管理上依据结余留用、超支不补的原则，使医疗机构形成自我约束机制。内蒙古自治区扎赉特旗在借鉴云南省禄丰县改革经验的基础上，结合自身实际情况于2010年10月对按床日收付费制度进行了尝试，实践发现这种支付方式受到了参合农民牧民、医疗机构和新农合经办机构三方的认可^[2]。

黑龙江省甘南县采用的方法则是根据医院级别、各科室疾病病情严重程度和治疗中的进展情况对疾病进行分类和分段，在严格测算的基础上，制定新农合认定的各类疾病和各时间段的每床日应付费标准，病人出院后按实际发生费用和规定补偿比与医疗机构结算，形成新农合经办机构以实际住院天数规定的付费标准。在收付费方式的探索推进上，甘南县主要分为3个阶段。第一个阶段是2010年上半年，甘南县首先在乡镇卫生院开展床日制试点，同年下半年进一步推广到县级医疗机构。但在实行一年后，由于手术费用不计入床日付费内而要另行计算，导致手术费用不断增长，部分疾病与床日制标准离散程度较大，医生无法操作，因此将费用稳定的疾病和离散程度较大的疾病单独列出后作为单病种付费，这样就形成了第二阶段以床日制为主、单病种作为补充的混合支付方式，使支付方式更加接近实际。2012年，由于各医疗机构为了节省治疗费用，将单病种的治疗时间平均缩短3天，证明在单病种运行

过程中各医疗机构为了降低成本同时也降低了服务质量，因此试点进入第三阶段，开始采用单病种床日制混合支付方式^[3]，主要针对内科、传染科、外科、妇科、五官科、儿科等6个科室，按照乡镇卫生院、商业职工医院和妇幼保健院、县医院和县中医院3个层次来制定不同的补助标准。根据相关标准，对一般住院患者的住院天数进行分段，分为1~2天、3~10天、11~15天和16天及以上，住院时间段也由短到长呈现降序的费用支付标准。为了保障按床日制收付费制度的有效实施，在控制费用的同时不降低医疗服务质量，甘南县还建立了配套考核制度，考核内容包括新农合管理、医疗行为规范、费用控制效果、医疗质量和病人满意度5个方面。最初实行按月度考核，待运行正常后改为按季度考核，考核结果与拨付补偿等资金投入挂钩。

2012年，黑龙江省富锦市卫生局开始实行按出院人次收付费改革^[4]，以“机构分级，费用分段”的测算原则，进行按住院人次付费标准测算，主要是将市内所有医疗机构划分为几个级别，对每一级别的费用按一定的费用区间进行分段，并对每一段新农合支付的定额标准进行明确，从而使每一级别的医疗机构有一套对应的支付标准。一是机构分级，根据本市定点医疗机构的功能定位、服务能力和历史费用等因素，将全部定点医疗机构分为5级。其中中心医院、中医院及妇幼保健院各单独设立一个级别，县级其他医疗机构归为一个级别，所有乡镇卫生院作为一个级别。二是费用分段，通过对每一类医疗机构近3年住院患者医疗费用的统计学分析，在剔除特殊因素后，根据患者的费用分布、构成比例（患者构成、费用构成），按照费用较低的设低差异区间、费用较高的设高差异区间的原则，为每一级别医疗机构设置若干个费用组段。如中心医院共设31个费用组段，其中区间费用上下限差在200元和500元的各设1个费用组段，上下限差在1000元的设11个费用组段，上下限差在

2000 元的设 14 个费用组段。三是支付标准设定，根据每一组段内患者费用的实际构成（如每组段内患者费用的集中程度、组段上限和下限附近住院患者费用中的不合理因素分析等），为每一组段确定一个费用值（力求使费用值能达到组段内大多数患者的平均水平），将此费用值与对应组段拟达到的控费目标（即医疗机构通过提高管理水平可达到“略有盈余、收支平衡和亏损”）相结合以确定此组段的代表值，用代表值乘以政策补偿比，即为该组段患者的新农合定额支付标准。在监管上遵循对医疗机构资金结算的“定额控制费用、超支不补和结余归医疗机构使用；按月审核，按月拨付；按季考核，按季结算”原则，严格进行监管。

我国江苏省宿迁市、江苏省淮安市、江西省赣州市、新疆自治区乌鲁木齐市、广西自治区合浦县等地，也陆续就服务单元收付费做出了探索。按服务单元收付费的方式遏制了按项目付费方式下大处方和滥检查等现象，控制了医疗费用不合理增长，提高了参合患者的保障水平。

总体来看，按服务单元收付费在实践过程中取得了一定的效果。一是按服务单元付费能够实现以一种支付方式对几乎所有病种的覆盖，从而使绝大部分的住院患者成为受益人群，相对于按病种付费更广的适用范围使其可以实现医疗机构病种的全覆盖。由于治疗过程中不受到诊疗项目和用药目录的限制，病人的全部诊疗和用药都能纳入补偿范围，这样使得医疗机构操作方便、住院病人易于接受，监管过程中也避免了因为诊疗和用药标准的问题与医生或院方产生矛盾。二是能够控制医疗服务的过度增长，按服务单元付费具有预付制性质，对医疗机构的补偿费用多遵循“结余留用、超支不补”的原则，医疗机构若提供过度医疗服务，则其发生的费用很有可能得不到有效补偿。通过这种方式，按服务单元收费能够达到规范和限制医疗机构的检查、诊疗及用药行为的效果。云南省禄丰县实行按床日付费制度以来，县医院住院业务收入上

涨 54.7%，住院人次增加 34.3%，次均住院费用上涨 15.2%，医疗机构住院业务的上涨主要依靠人次的增加。分解住院率和重复住院率分别从 2006 年的 0.2% 和 2.3% 下降到 2009 年的 0.1% 和 1.6%。在黑龙江省甘南县，2010 年实施按床日付费后，各医疗机构次均费用明显下降，全县定点医疗机构次均费用下降 23.0%，其中县级医疗机构下降 12.6%，乡镇卫生院下降 58.9%，县级医疗机构处于稳定状态，乡镇卫生院次均费用继续下降，2013 年实行单病种床日付费后，再次大幅度下降，全县下降 15.4%，特别是乡镇卫生院下降 47.0%，降幅较大。研究显示，在一定周期内，采用床日支付方式的定点医疗机构能够在可支付总额的平均范围内调整其诊疗行为，实施按床日支付方式后医疗机构开大处方、滥检查等行为明显减少，医院的总体药品使用量明显下降而基本药物的使用水平则维持在稳定水平。三是按服务单元付费在实施过程中理解简单、操作方便，有效地降低了医疗机构和管办的审核及管理成本，并且这种支付方式补偿标准明晰，减少了监管部门和医疗机构的矛盾。

二、国内按服务单元收付费应用存在的问题

虽然按服务单元收付费在一定程度上能够有效控制过度医疗服务等行为，但是改革试点过程中也暴露了部分问题。如江苏省镇江市曾在 1995—1996 年实行了“按服务单元收付费”，实行该项改革前 3 年（1992—1994 年），镇江市平均每年医疗费用增幅为 33.4%；1995 年实行该项改革后，医疗费用增幅比前 3 年下降 28.2 个百分点，当年医保基金有较大结余。但随着医院的逐步适应，该收付费方式“只能控制人次费用、不能控制就诊人次”的弊端逐渐显现，医院“分解处方、重复挂号、二次住院”现象频现，医院收入大幅增长 24.6%，统筹基金大幅超支，门诊人数增长 35.0%，出院人数增长 14.9%，医院费用增长 35.6%，同时出现医院推诿危重病人的现象^[5]。因此，自 1997 年开始，镇江市以“总

额控制，超支不补”替代按服务单元的收费方式。浙江省宁波市于2005年起推行以按服务单元浮动付费为主的结算政策，也遇到相似的问题。

广东省佛山市禅城区自2007年起城镇职工医保实施按服务单元收费方式，同期顺德区实施总额预付制^[6]。将2区2007—2010年的实施情况进行分析发现，2008年禅城区的人均统筹支付额低于顺德区，但随后两年快速增长，到2010年该区所有医疗机构的人均统筹支付额都超过了顺德区，说明按服务单元收付费不能控制医疗费用的不合理增长，分析其原因主要有以下几点。一是禅城区实行按服务单元付费，定点医疗机构根据实际发生的住院人次获取定额，没有总量目标，医疗机构采取增加住院人次、扩充服务数量的手段增加医保支付。二是未对定点医疗机构设置总量控制目标，使得医疗机构在诱导参保人自费购买昂贵的药品或材料、降低单元服务成本、增加服务量等方面有了可乘之机。三是禅城区每年度职工住院费用平均定额标准是参考以往年份的次均住院费用划定的，基数越高新年度的定额标准也就越高，使得医生有很强的激励去诱导患者过多的消费自费比例高的医疗服务，如此循环，导致统筹支付金额及人均次统筹支付金额迅速上升。

多地区的改革试行显示，在实施按单元付费初期，费用控制效果明显，但由于此方式只将床日、人次作为单元控制费用标准，无法对住院人次和住院日进行有效控制，在其运行过程中会逐渐出现医疗单位通过减少医疗服务而增加住院天数、增加住院人次、扩充服务数量等手段增加医保支付等问题。

三、政策建议

（一）制定科学的收付费标准

合理的收付费标准有助于实现消除高额医疗费用风险的目标，进而解决百姓“看病难、看病贵”的问题。收付费标准包括每次服务的收付

费标准及每年的容许增长指标。不合理的收付费指标不利于控制医疗费用，因此出现了医生诱导患者过多的消费自费比例高的医疗服务的现象，如此循环，导致统筹支付金额及人均次统筹支付金额迅速上升。建议应以国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）增长率或居民家庭人均可支配收入增长率或消费物价指数增长率，作为衡量收付费标准的容许增长指标。同时，应该制定更科学的费用分段，在费用标准的设计上引入病种的概念，使得每日支付的费用与实际发生的费用更为接近。

（二）建立配套的激励约束机制

从各地改革实践来看，按服务单元收付费可较好地控制医疗费用增长，但是对于医院医疗服务质量的控制能力较差，因此应将预付制与奖惩机制相结合以控制医院的服务质量。如可以保留一定比例的医疗费用作为奖励基金，达到激励作用。通过配套的奖励措施，可以在一定程度上减小预付制对医疗服务质量的影响。当然在总的激励机制下，不同的医院、科室可根据实际情况进行机制的分解或改进。

（三）多种支付方式相结合

单一的支付方式难以实现医疗服务质量和控制医疗费用的平衡。不同的供方支付方式能对医疗卫生服务提供方产生不同的激励作用，从而影响其行为，同时对供方积极性激励、医疗费用控制、医疗卫生服务质量和病人满意度等产生深远影响^[7]。医疗服务支付制度的变革导致了医疗行为的改变，进而导致医疗质量的改变和费用的增减^[8]。但是一种支付方式往往难以在降低医疗费用的同时兼顾医疗质量的提高，按服务单元收费亦然。作为一种限额付费的医疗服务收付费方式，按服务单元收费会在一定程度上限制新医疗技术的发展^[9]。当然，这并非意味着我们应该放弃按服务单元收费，现实中几乎不存在任何一种单一的支付方式能够在上述各个维度都产生正面的效果，无论哪种

方式都需要综合配套措施,以保证在支付方式改革中对控费和质量双目标的实现^[10]。

从我国支付方式改革过程来看,越来越多的地区开始实行混合支付方式。如浙江省宁波市于2012年5月1日起推出以总额预算控制下的按服务单元浮动付费为主、按服务项目付费及按单病种付费相结合的混合结算办法,有效杜绝了分解就医人次的行为^[11]。2015年辽宁省在《关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》(辽政办发〔2015〕120号)中明确“强化医保基金收支预算,建立以按病种付费为主,按人头付费、按服务单元付费等复合型付费方式,完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策”。2017年全国两会上关于推进医保支付方式改革的建议中提出,医疗保险支付方式的选择应成为医改的核心内容之一,现行的各种医保支付方式各有优劣,应兼顾政府、主管部门、医生、患者等多方利益,结合疾病的诊断和治疗特点,选择适宜的付费方式。对社区卫生服务中心推行的“家庭医生式服务”,采用按人头付费;对精神疾病和慢病长期康复以及护理住院病例,采用总量控制、按床日付费;对医疗花费大和诊断治疗水平要求高的急危重症住院及门诊大病病例,采用以按病种付费为主的方式可能是行之有效的措施,也应是医保支付方式改革重点要推进的支付模式。因此,在未来的支付改革中,包括服务单元在内的复合收付费方式改革将是改革重点。

参考文献

- [1] 朱兆芳,王禄生,李润萍.云南省禄丰县新农合住院按床日支付方式主要做法和效果评价[J].中国卫生政策研究,2011,4(1):32-37.
- [2] 赵凤江,于福池.新农合住院按床日付费制的实践与思考[J].中国医药指南,2011(3):339-340.
- [3] 康殿才,李欣,赵佰良等.甘南县新型农村合作医疗单病种与床日付费有机结合探索[J].中国初级卫生保健,2014,28(8):18-19.

- [4] 李腾远, 李朋, 程功等. 富锦市新型农村合作医疗按出院人次付费支付方式改革初探[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28 (9) : 31-34.
- [5] 王争亚, 吕学静. 我国医疗保险付费方式改革研究[J]. 社会经纬, 2016 (7) : 147-154.
- [6] 梁丹怡, 陈玲, 林白桦等. 两种付费方式对医疗费用的不同影响[J]. 中国医疗保险, 2012 (10) : 41-44.
- [7] 宋太平, 张立强, 任静等. 新农合供方支付方式改革现状分析[J]. 卫生经济研究, 2012 (3) : 14-18.
- [8] 简伟研, 郭岩. 按床日付费下医院的用药行为—案例研究[J]. 中国药物经济学, 2009, 4 (2) : 7-11.
- [9] 田丽娟, 周令, 苏玉红. 新农合支付方式改革现状及建议[J]. 中国公共卫生, 2009, 29 (3) : 438-441.
- [10] 孟庆跃, John Langenbrunner. 新农合支付方式改革需要注意的几个问题[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4 (2) : 25-26.
- [11] 周琦荟, 刘海容, 葛惠雄等. 医疗保险总额预算控制下的按服务单元浮动付费制: 机遇与挑战并存[J]. 中国卫生经济, 2013, 32 (11) : 21-23.

(文字编辑: 陈多; 责任编辑: 信虹云)

我国推进医疗服务按单元收付费改革的策略和建议

王海银¹ 丛鹂莹¹ 周佳卉¹ 熊玉琦² 甘银艳³ 李潇骁⁴ 金春林¹

【摘要】 文章对医疗服务按服务单元收付费的应用定位、方向及发展内涵进行了界定和归纳,明确了按服务单元收付费的定义、种类及适用范围,阐明了实施按服务单元收付费的关键环节和方法,同时提出了推进我国按服务单元收付费改革的实施路径和政策建议。

【关键词】 按服务单元;改革策略;政策建议

按服务单元收付费一体化改革是当前改革新要求和新议题。尽管我国在前期分别开展了按服务单元付费改革及收费改革试点,但整合地推进尚缺乏现实及理论指导。科学推进按服务单元收付费一体化改革,需要明确其应用定位及机制、内涵及适用范围及操作的关键环节和方法等,下面分别简要介绍。

一、按服务单元收付费的应用定位、方向及发展内涵

基于国际和国内的应用经验和教训,按服务单元收付费较疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRGs)等其他支付方式在控费和配置效率方面尚显不足,这也是当前全球在住院收付费中广泛应用DRGs的原因^[1]。近年来,在我国收付费相关顶层设计文件中也提及我国需要优先推进按病种收付费。综上所述,按服务单元收付费应用定位已明确,总体可将其作为按病种收付费为主下的补充收付费方式,具体

第一作者:王海银,男,博士,助理研究员

通讯作者:金春林,男,博士,研究员,上海市卫生和健康发展研究中心主任

作者单位:1.上海市卫生和健康发展研究中心,上海 200032;上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

2.华中科技大学,武汉 430030

3.广西壮族自治区医学科学信息研究所,南宁 530022

4.中南大学湘雅医院,长沙 410008

情况应因地制宜地进行发展。

当前我国在按服务单元付费方面进行了一些探索，已有部分地区尝试开展按服务单元收费改革。总体而言，按项目收费是各地的主要的支付手段，按服务单元付费仍是辅助的支付手段。从国际经验来看，在部分领域或全领域下采用按服务单元收付费管理是可行的，其典型国家为美国、日本^[2-4]。从国内发展来看，我国按服务单元收费和付费缺乏衔接，按服务单元付费改革面临着一系列的挑战和问题。我国目前正在推行大部制改革，如成立医疗保障局、将定价及支付等功能整合、颁布医保支付方式改革指导意见、价格改革指导意见等。在这种背景下，探索按服务单元收付费一体化改革是当前重要的方向。

按服务单元收付费一体化改革主要包括以下 3 个部分：一是医疗机构实行按服务单元收费，基于设定的单元而非项目进行收费；二是医疗机构按照患者病情进行规范诊疗，减少浪费和不合理医疗；三是医保经办机构按服务单元定额按比例结算，结余留用、超支不补。该策略实施主要依赖于 2 个机制：一是收付费定额谈判协商机制，在科学合理测算服务单元收费定额的基础上，物价、医保及医疗机构协商制定收付费标准；二是激励约束机制，实施过程中做实结余留用，超支不补的原则，通过经济杠杆促进公立医院控制成本和减少浪费。

二、按服务单元收付费的定义、种类及适用范围

（一）按服务单元收付费的定义

按服务单元收付费包括 3 个步骤，首先公立医疗机构提供的医疗服务按照一定分类标准作为收付费单元，然后物价和医保管理部门协商确定收付费标准，最后由公立医院向患者收费及医保对医疗机构付费。其中，单元分类一般包括按人次、按床日、按日等方法。

（二）按服务单元收付费的种类

从国际及国内按服务单元收付费种类来看，包括按人次、按日等多种形式，可因地制宜灵活使用。

1. 按人次定额收付费

按人次定额收付费是指公立医疗机构按每一人次作为收费单元对患者进行收费，医保部门基于人次定额收费标准按比例进行定额付费的医疗服务收付费方法。具体收付费定额可包括急诊、普通门诊、专科门诊、敷药或注射、透析、化疗及护理等。

2. 按日均收付费定额

按日均收付费定额是指公立医疗机构按每日作为收费单元对患者进行收费，医保部门基于日定额收费标准按比例进行定额付费的医疗服务收付费方法。具体收付费可包括每日急诊病床、每日精神科病床及每日康复病床等。

3. 风险调整后的床日收付费定额

风险调整后的床日收付费定额是指公立医疗机构按医疗机构类型、病种分组、住院时间长短等进行分类分组后对患者进行按床日定额收费，医保部门基于风险调整后的床日收费标准按比例进行定额付费的医疗服务收付费方法。调整因素一般包括按医疗机构层级进行分类，按危重程度进行分类，按住院时间进行分类，按病种进行分类等。

4. 其他收付费定额

主要应用于护理、康复等，如收付费单元设定为按 60 日收付费，按年度收费等。

（三）按服务单元收付费的适用范围

综合国内和国际应用经验，按服务单元主要应用于精神心理疾病、康复、长期护理等部分领域，也有国家和地区应用在医疗服务的全领域。

是否在部分领域应用主要与相关成本易测量性及变异程度有关。

三、按服务单元收付费设计的关键点

按服务单元收付费改革涉及多个环节，包括单元划分、收付费范围确定、收付费标准制定、动态调整、路径规范等监督管理、信息化建设、组织领导实施等。下面简要对关键环节进行说明。

（一）单元划分

确定收付费单元是实行按服务单元收付费的第一步。不同单元设定下其收付费标准不同，如针对不同门诊类型、不同住院类型建立收付费单元；也可以在门诊和住院下对疾病进行划分，如一般疾病、恶性肿瘤及特殊疾病等；或者对床日进行分段确定单元，如按四分之一分位数、平均住院床日等。

（二）收付费范围

费用覆盖范围是确定收付费标准的前提。由于我国医保管理采用报销目录内按比例支付、可单独收费以及医保范围外自费等方式，在设定单元收付费标准时可基于医保支付管理制定不同的覆盖策略，按照全部诊疗技术、基本医疗技术划分为2类。

1. 全部诊疗技术。全部诊疗技术包括药品、检查、化验、手术及护理等全过程诊疗技术服务，患者按单元收费标准支付后，按医保报销比例支付自费部分外，不再支付其他费用。该覆盖范围的优点是直观、易理解、好操作，有利于控制医疗机构使用自费项目和部门支付项目，保障参保人的利益；缺点是可能限制医疗机构及参保人使用高价格耗材的自由度等。

2. 基本医疗技术。基本医疗技术包括基本的住院费用、注射费（无菌制剂加工费除外）、实验室检查费、诊断性影像学检查费（动脉造影导管术除外）、药物费以及一定价格标准以下的治疗费。其他的采用项

目收费，包括手术及其耗材费、麻醉费、放疗费、超过一定标准的治疗手段、精神科专科治疗费（药费除外）及内窥镜检查费等。该覆盖范围的优点是保障了基本医疗技术使用，对复杂、价格较高的手术、耗材等进行额外考虑，相对灵活；缺点是不利于控制服务单元以外技术的费用。

（三）标准制定及调整

定额收付费标准测算方法主要有3种：历史数据法、成本核算法、点数法。

历史数据法主要是根据历史数据测算来确定单元收费金额（一般采用近3年的历史数据），用全年患者总费用除以单元使用总频次。该方法的优点是计算简便，容易测算，但没有考虑不合理的费用，科学性不强，控费方面不强。

成本核算法是依据全面科学系统测算不同单元下公立医疗机构的投入成本来进行定价，也是一种常用的收费定价策略。该方法的前提是可以准确地测量不同单元下的成本，对本地区的各类各级医疗机构单元成本系统测量后，可以建立该单元下的平均成本，作为收费的依据；缺点是我国当前成本核算系统尚不健全，现有条件下实行这种方法尚有一定的困难。

点数法是指建立各单元的收费权重，综合区域医疗服务收入、医保基金支出及实际运行频次等数据，动态建立每年单元支付权重单价，从而确定收费和付费标准^[5]。该方法的优点是体现不同单元间的比价关系，同时能够较好控制基金支出总量，引导医疗机构服务行为。

定额标准受到很多因素的影响，如疾病谱变化、就医人群构成、医疗技术更新以及经济增长变化等，需要及时更新调整。应建立同医疗消费物价指数等挂钩的动态调整机制，物价、医保行政管理方应与公立医疗机构及时进行谈判协商，动态调整按服务单元收付费标准。

（四）监督管理

基于按服务单元收付费方式存在的不足，应按照医疗机构分级、疾病分类等情况，制定平均住院日、转院率、政策范围内费用平均自负比例、人头人次比等主要控制指标体系，建立按服务单元收付费的操作规范和路径，克服该付费体系的缺点，保障公立医疗机构合理提供符合规范和质量的医疗服务。

（五）信息化建设

由于单元的划分对现行的收付费系统有较大冲击，需要加强相关信息化建设。一是调整现行收付费结算信息化体系。如设立新的单元收费系统，患者基于单元标准进行缴费。二是医疗服务使用及监控系统，建立单元下的医生行为数据库，如药物、耗材、护理及手术项目等使用情况。三是单元付费系统。如建立基于单元而非医保目录内、医保目录外的支付系统，按照单元总额进行按比例支付。

（六）组织领导及实施

按服务单元收付费涉及到物价、医保、卫生及医疗机构等不同利益方，需要有一定的组织分工和制度安排。物价管理部门主要负责制定按服务单元收费标准及覆盖范围等，动态调整相应标准。医保管理部门主要负责按服务单元付费结算工作，同时对相关考核指标进行监督管理。卫生管理部门主要负责制定相应单元下各病种的路径规范，并对医疗服务行为进行监管。医疗机构主要负责实施按服务单元收付费制度，保障患者能够公平、及时、合理地接受医疗服务。

四、按服务单元收付费改革的实施路径及政策建议

（一）科学设计、试点推进按服务单元收付费

按服务单元收付费涉及单元划分、标准设定、覆盖范围等内容，实施前应充分规划、论证，特别是单元收费的覆盖范围及规范、收费标准等。

实施层面建议可以从精神疾病、康复及护理等部分领域着手，在部分医院及地区试点实施，及时发现存在的问题，优化总结后再推广实施。

（二）优化按服务单元收付费分组，探索整合型的收付费单元

建立设定收付费单元时，建议结合按病种分组及机构分级等情况，适当对门诊（次）、住院（床日、日）等进行细分，形成整合病种大类、不同机构类型以及不同患者类型的收付费单元。

（三）建立风险调整下的收付费标准，探索相对点数机制

测算单元收付费标准时，除考虑历史收费数据、成本等情况，建议考虑将住院日等情况纳入日住院收付费标准，对住院时段进行分层设立支付标准，克服定额计费延长住院日获得高收益的不足。同时，设置收付费标准时考虑不同标准间的相对权重，在条件可能的地区，探索建立收付费单元总额下的相对点数机制，从机制上控制按服务单元收付费不合理增长。

（四）因地制宜、统筹兼顾新技术发展及其他支付方式

由于各地区在资源配置、管理能力及信息系统建设层面均不同，因此，推进按服务单元收付费应结合当地的实际，因地制宜地建设推进。同时，由于按服务单元收费是较高层次的打包收费，一些创新卫生技术价值比较高，该收费方式可能抑制新技术的发展应用。因此，我国应探索制定按服务单元下的新技术收费和支付处理策略，如设立新项目、补充支付、调整单元单价等^[6]。

（五）实施激励约束机制、加强配套监管

按服务单元收付费成功实施的关键点是有激励约束机制，各地在实施过程中一定要做实结余留用和超支不补的原则，对于控制成本较好的公立医院进行激励，对于浪费严重的给予一定的经济惩罚，促进公立医院内涵建设。同时，基于按服务单元收付费存在的分解住院、延长住院

日等缺陷，应加强相应的监管配套措施，促进公立医院合理有序进行收费方式改革。

参考文献

- [1] Park M, Braun T, Carrin G, et al. Provider payments and cost-containment: lessons from OECD countries[EB/OL]. Technical briefs for policy-makers, 2007, 1-7. (2016-03-04) [2017/10/5]http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_07_2-providerpay_oecd/en/.
- [2] Centers for Medicare & Medicaid Services. Inpatient psychiatric facility prospective payment system [EB /OL] . (2016-03-04) [2017/10/5]. <http://www.cms.gov/outreach-and-education/Medicare-Learning-network-MLN/MLNproducts/downloads/inpatientpsychfac.pdf>.
- [3] 厚生劳动省, 平成. 28年度诊疗报酬改定关系资料 (DPC制度) [EB /OL] . (2016-03-04) [2017/10/5]. <http://www.mhlw.go.jp/>
- [4] 香港医院管理局. 医院管理局条例 (第113章) 收费表修订公众收费-符合资格人士 (第3884号公告) [EB/OL]. http://www.ha.org.hk/haho/ho/cs/238766_sc.pdf.
- [5] 陈致远, 蒋蓉, 邵蓉. 台湾地区二代健保改革对大陆医保基金公平性及可持续性的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10 (2) : 50-56.
- [6] Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R. DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries[J]. Value in Health, 2011, 14 (8) : 1166-1172.

(文字编辑: 石瑛; 责任编辑: 张苹)

医疗服务按单元收付费境外发展策略及启示

王海银¹ 丛鹂莹¹ 周佳卉¹ 熊玉琦² 甘银艳³ 李潇骁⁴ 金春林¹

【摘要】 按服务单元收付费是一种重要的收付费管理方式，在全球各国多个领域广泛应用，是我国支付及收费改革的重要领域之一。文章对境外按服务单元收付费应用模式进行了分析，提出了我国发展按服务单元收付费的政策建议，为推进我国优化资源配置和医疗服务收付费管理提供理论依据。

【关键词】 按服务单元；定价；支付；境外

近年来，我国各地探索推进按服务单元付费，在新农合及部分病种领域取得了良好发展态势。2016年我国已有35%的统筹地区开展了按服务单元付费^[1]。当前，我国医疗服务收费方式是按项目收费为主，按项目、按病种及按服务单元付费的复合型付费方式。医疗服务收付费间缺乏有序衔接成为制约公立医院发展及降低群众个人费用负担的重要瓶颈。2017年国家发改委等三部委联合发布的《关于推进按病种收费工作的通知》（发改价格〔2017〕68号）中首次提出做好按病种收费和付费改革的衔接，形成政策合力，控制不合理费用增长。因此，医疗服务收付费一体化将成为下一步改革的重要方向。按服务单元收付费是我国医疗服务收费及付费改革的重要内容之一，探索形成按服务单元收付费科学发展策略具有重要的现实意义。文章从境外视角，归纳分析了按服务单元收付费改革的发展模式，并据此提出发展策略和建议，以期为我

第一作者：王海银，男，博士，助理研究员

通讯作者：金春林，男，博士，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200032；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

2. 华中科技大学，武汉 430030

3. 广西壮族自治区医学科学信息研究所，南宁 530022

4. 中南大学湘雅医院，长沙 410008

国推进按服务单元收付费改革提供重要依据。

一、按服务单元收付费发展模式

上世纪 80 年代美国将按疾病诊断相关分类 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 作为老年医疗保险 (Medicare) 中主要的住院支付方式^[2], 之后 DRGs 在澳大利亚、德国、法国等世界各国广泛应用。按服务单元收付费在欧洲等地从主要的支付方式转变为仅在部分领域应用, 其发展模式及应用受到很大挑战^[3]。文章基于美国、欧洲、日本及中国香港地区等地按服务单元收付费应用进展, 归纳提出当前按服务单元收付费的主要发展模式及关键点。

(一) DRGs 外的部分病种按服务单元收付费模式

该模式是当前住院采用 DRGs 作为主要支付方式国家所实施的普遍策略, 其在美国、欧洲及澳大利亚等地广泛应用。

从应用领域来看, 该模式目前主要应用在精神心理疾病、家庭保健、长期护理等部分领域。如美国 1997 年开始对家庭保健、资深护理等实行风险调整下的按日及床日付费^[4], 2005 年对精神疾病住院实行风险调整下的床日付费^[5]。波兰 2008 年精神病治疗服务仍通过服务单元支付^[6], 冰岛 2003 年以来对居家护理 (nursing homes) 服务统一按照服务单元付费^[7]等。

从覆盖范围来看, 该模式下涵盖了治疗或保健所需的基本服务。如美国家庭保健涵盖了护理、保健、物理、言语治疗、营养咨询^[8]等。爱沙尼亚急性门诊手术中收费单元涵盖了基本检查、诊断、治疗、护理、膳食和药品^[9]等。此外, 涉及高值耗材及高新技术, 一般不纳入覆盖范围。

从支付标准来看, 该模式均基于 DRGs 及其他因素进行风险调整, 如工资指数、患者特征、机构特征、补充支付。如美国精神病护理支付标准中综合考虑了患者严重程度诊断相关组 (Medicare Severity

Diagnosis Related Groups, MS-DRGs) 分类, 就诊所在机构类型 (教学医院、城市医院等)、地理位置 (工资指数等) [10]。家庭保健服务以 60 天为一个单元, 以应用 DRGs 以及卫生服务使用为依据, 分成 80 个费用组, 每组确定相应的付费标准 [11]。

从监管机制来看, 该模式下设置一定的监管评价体系, 来防止不合理服务和保障服务质量。如美国建立了精神疾病住院机构质量报告 (inpatient psychiatric facility quality reporting, IPFQR) 项目 [12]、健康保健质量监测指标等, 对不符合监管要求的机构降低支付金额及短期内禁止加入 Medicare 项目等。

(二) DRGs 和住院日风险调整下的全病种按床日付费模式

该模式的核心是采用按住院床日付费, 同时基于 DRGs 和住院床日进行风险调整, 其典型国家为日本。

从应用范围来看, 该模式主要针对的是普通急性住院患者, 特殊疾病或事件不包括在内, 如住院 24 小时内死亡、出生 7 日内死亡、器官移植、康复评定、康复治疗等 [13]。

从覆盖范围来看, 该模式下涵盖了住院治疗或保健所需的基本服务。如日本按日定额收费可覆盖约 70% 的住院费用, 包括床位、护理、注射、实验室检查、影像检查、药物, 以及 1000 点 (1 点 = 10 日元) 以下的治疗, 手术及其耗材、麻醉、放疗、超过 1000 点的治疗手段、康复治疗、精神科专科治疗、内窥镜检查等则另单独按项目计费 [14]。

从支付标准来看, 该模式基于 DRGs 及住院时间进行风险调整, 如日本以四分位数、平均住院天数及标准差等将住院分为四个时间节点, 分别为住院天数在第一四分位数内、第一四分位数至平均住院日、平均住院日至平均住院日加 2 个标准差及其他。不同住院时长分别给与不同的单元定额, 如第一四分位数内可加收 15%, 平均住院日加 2 个标准差

减 15% 等，以避免医院延长住院床日增收费用。此外，日本建立包括医院配置状况、机构类别、医疗质量及基础系数的医疗机构系数^[15]。

从监管机制来看，日本主要采取定期调查评估的方式进行监管，如日本厚生劳动省成立了诊疗报酬调查组，每年对医疗行为等数据进行采集和分析，统计数据公开可供查阅。此外，日本中央社会保险医疗协会也开展飞行调查来评估存在的问题。

（三）住院和门诊均按单元付费模式

该模式是指在门诊和住院均采用单元定额的方式进行收付费，其主要特点为对门诊及住院类型进行细分，建立以每门诊人次及每住院日为单元的收付费机制。该模式应用的典型地区为中国香港地区。

从应用范围来看，该模式涉及到了门诊和住院所有医疗服务。如香港地区公立医疗机构设置 13 种门诊单元收付费标准^[16]，如急诊，普通门诊，专科门诊，老年、精神、康复日间治疗等；设置 2 种住院单元收付费标准，如普通住院及康复、精神住院等。

从覆盖范围来看，公立医院门诊和住院的基本医疗服务均包括在内。如门诊覆盖范围包括处方药、病理检查、检验等；住院覆盖范围包括临床诊疗、检查化验及病理学检验、药物等。

从支付标准来看，其制定主要依据成本、患者负担能力、合理使用、资源配置及公众接受度等综合考虑设定^[17]。在不同类别下没有按疾病风险及机构类别进行分层，均收取相同的费用。从香港地区的实际支付标准与成本比较来看，收费远远低于成本，公立医院运营主要依赖于政府财政投入，多数类别的服务财政补助占比达 90% 以上^[18]。

从监管机制来看，该模式主要关注防止医疗服务滥用和保障质量 2 方面。如香港地区 2007 年设立的个案复核机制，对申请减免的申请进行深入调查、定期随机抽查已批核的个案、对有高风险出现诈骗及滥用

的个案加以复核。同时香港地区通过社会监督机制,如通过“香港医学会”等组织对违规行为进行曝光,政府组织调查介入并对违规人员进行惩处,保障医疗服务合理合规使用。

综上所述,国际及香港地区按服务单元收付费应用广泛,发挥了重要作用。在制度设计上结合本地实际设定应用领域、覆盖范围、支付标准及监督管理等,形成了良好的闭环管理。由于按服务单元收付费的局限性,国际及香港地区逐步引入 DRGs,通过将按服务单元收付费与 DRGs 相结合的方式平衡各支付方式的优缺点,复合式收付费改革成为未来改革的趋势^[19]。

二、国际及香港地区按服务单元发展模式的借鉴与启示

我国各地主要在新农合领域及精神病治疗方面开展按床日付费改革,并已积累一定的经验。从各地实际发展来看,我国推动按服务单元付费模式仍然面临一系列的问题和挑战,具体表现在 3 个方面。一是尚没有将按服务单元收费和付费整合考虑,仍主要基于按项目收费,支付时按单元付费,不利于减低患者个人负担。二是对服务单元付费缺乏风险调整手段。上世纪 90 年代江苏省镇江市率先采用按服务单元付费,出现了医院“分解处方、重复挂号、二次住院、推诿危重病”等现象,门诊人数和出院人数增长迅速,统筹基金大幅超支,其原因之一就是没有基于病种、医院等级等风险因素进行调整。三是应用形式尚较单一,我国主要在精神病治疗和新农合进行应用,面临老龄化及长期护理等形势发展,在长期护理、康复等领域尚较少涉及,同时按服务单元结合其他收付费方式整合型管理应用较少。

基于国际及香港地区的发展模式及关键路径,结合我国医疗服务管理机制等实际情况,提出如下几点改革建议。

（一）优化按服务单元收付费分组和标准，理顺比价关系

建议在现有收付费分组条件中，进一步考虑区分病种类型、床日长短等因素，以及不同单元间的合理比价关系，探索形成风险调整下的收付费标准，以及相对比价关系合理的按服务单元收付费点数体系。

（二）建立按服务单元收付费规范及监管机制，引导合理医疗行为

鉴于按单元收付费内在缺点，建议建立按服务单元收付费相应的规范和路径，引导在服务单元内合理医疗服务行为。同时，建立大数据下的监管分析机制，定期对医疗机构医疗服务行为及使用频次进行监测评估，及时发现存在的问题和不足，引导按服务单元收付费平稳有序实施。

（三）平衡新技术发展及其他支付方式

建议按服务单元收付费中统筹建立使用创新技术的灵活机制，如采用单元内补充支付、单元外额外支付、调整单元内涵等方法，平衡费用控制和新技术发展间的关系。同时，也考虑按服务单元收付费与其他支付方式间的衔接，如 DRGs、按人头收付费等，形成协同良好的医疗服务收付费体系。

（四）加强按服务单元收付费衔接，加强信息化配套建设

当前，我国正在推进医疗保障局建设，对医疗服务收付费管理进行了有效整合。建议以此为契机，加强按服务单元收付费的衔接。如收付费编码统一、收费和支付内涵统一、收费和付费操作统一等，避免实际操作时仍是以按项目收费为主，按服务单元支付的分离式管理，切实降低患者负担。另外，配套的信息化建设需要加强，以应对以上收付费机制变化。

最后，各地应因地制宜，在应用领域、覆盖范围、支付标准及配套监管设计上基于当地实际情况进行灵活处理，将按服务单元收费作为优化收付费机制的解决方案，帮助形成激励约束的管理机制，以促进公立医院提升资源使用效率和规范医疗服务行为。

参考文献

- [1] 颜清辉. 颜清辉谈深化医保支付改革基本思路[J]. 中国医疗保险, 2016 (6): 71-71.
- [2] Quinn K. After the revolution: DRGs at age 30[J]. Annals of internal medicine, 2014, 160 (6): 426-429.
- [3] Park M, Braun T, Carrin G, et al. Provider payments and cost-containment: lessons from OECD countries[EB/OL]. (2007-7-2) [2017-10-3]. http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_07_2-providerpay_oecd/en/.
- [4] United States Government Accountability Office. Medicare: Interim Payment System for Home Health Agencies[EB/OL]. (1998-8-6) [2017-10-3]. <https://www.gao.gov/products/T-HEHS-98-234>.
- [5] Centers for Medicare & Medicaid Services. Inpatient psychiatric facility prospective payment system [EB/OL]. (2018-1-15) [2018-5-3]. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/MLN-Publications-Items/CMS1243666.html?D>
- [6] Busse R, Geissler A, Quentin W. Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals[M]. McGraw-Hill Education (UK), 2011.
- [7] ME Halldórsson. Health care systems in transition[EB/OL]. (2003-10-1) [2017-8-10]. <https://rafladan.is/bitstream/handle/10802/9517/e82881.pdf?sequence=1>.
- [8] 辛衍涛. 美国的家庭保健服务[J]. 中华医院管理杂志, 1994, 10 (10): 63-64.
- [9] Estonian Health Insurance Fund (2010a). DRG tagasisidearuanne[EB/OL]. (2010-5-10) [2017-8-20]. http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/DRG_tagasiside_aruane_2009.pdf.
- [10] Garrett B, Luque A, Liu K, et al. Medicare Payment Adjustment for Inpatient Psychiatric Facilities: A Review and Potential Refinements[EB/OL]. (2009-8-22) [2017-7-15]. <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/29321/412250-medicare-payment-adjustment-for-inpatient-psychiatric-facilities-a-review-and-potential-refinements.pdf>.
- [11] Levinson, Daniel R. Effect of The Home Health Prospective Payment System on The Quality of Home Health Care [R]. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General, 2006.
- [12] Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary. Inpatient Psychiatric Facilities Quality Reporting Program [EB/OL]. (2017-6-5) [2017-8-9]. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/IPFQR.html>.
- [13] 厚生労働省. 平成 28 年度診療報酬改定関係資料 (D P C 制度) [EB/OL]. (2014-03-05) [2017-9-5]. <http://www.mhlw.go.jp/>.
- [14] Okamura S, Kobayashi R, Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care[J]. Health Policy, 2005, 74 (3): 282-286.
- [15] 厚生労働省. 平成26年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分) [EB/OL]. (2014-3-5) [2017-8-4]. <http://www.mhlw.go.jp/>.
- [16] 香港医院管理局. 医院管理局条例 (第113章) 收费表修订公众收费-符合资格人士 (第3884号公告) [EB/OL]. (2017-6-18) [2018-2-10]. http://www.ha.org.hk/haho/ho/cs/238766_sc.pdf.

- [17] 香港食物及卫生局. 医疗改革咨询文件-掌握健康掌握人生 [EB/OL]. (2008-3-15) [2017-10-15]. http://www.fhb.gov.hk/beStrong/tc_chi/consultation/consultation.html.
- [18] 香港特别行政区政府. 总目140-政府总部：食物及卫生局（卫生科）[EB/OL]. (2016-2-24) [2017-10-5]. <https://www.budget.gov.hk/2016/sim/pdf/chead140.pdf>.
- [19] Szende A, Mogyorosy Z. Health Care Provider Payment Mechanisms in the New EU Members of Central Europe and the Baltic States: Current Reforms, Incentives, and Challenges[J]. *European Journal of Health Economics*, 2004, 5 (3) : 259.
- [20] 王争亚, 吕学静. 我国医疗保险付费方式改革研究[J]. *社会经纬*, 2016 (7) : 147-154.

(文字编辑：唐密；责任编辑：信虹云)

美国医疗服务按单元收付费进展及经验借鉴

熊玉琦¹ 王海银² 金春林²

【摘要】 建立科学合理的医疗服务收付费制度是当前公立医院改革的重点方向之一。文章以家庭保健服务和精神疾病住院服务为例，对美国医疗服务按服务单元收付费的形成与发展、服务项目、供需方特征、支付标准、质量监管等方面进行分析总结。同时，为我国医疗服务相关领域按服务单元收付费模式的构建提出经验借鉴：明确按单元收付费方式供需方特征，确定准入和认证标准；确定合理的单元收付费方式覆盖范围；制定科学、合理的支付标准；建立完善、科学的质量监管体系。

【关键词】 按服务单元收付费；支付方式；政策建议；美国

按服务单元收付费是指将医疗服务按一个特定的参数划分服务单元，然后根据过去的历史资料及其他因素制定出服务单元平均费用标准，医疗费用支付机构根据医疗机构的服务单元量进行偿付的医疗服务收付费流程^[1]。由于其支付标准单一且固定，操作方法较简便，具有预算、包干性质，利于保险机构操作，医院易于接受。在美国，按服务单元收付费是老年医疗保险（Medicare）支付方式的一种（见表1）^[2-4]。Medicare 是美国最重要、惠及面最广的公共医疗保险，覆盖人群为 65 岁及以上老年人、未满 65 岁的残疾人及终末期肾病患者，其所建立的各种支付方式及其相关理论与经验被广泛采纳并应用。按服务单元收付费方式在 Medicare 中主要应用于以下领域：对资深护理机构和家庭保健服务，采用风险调整下的按单元收付费方式；对精神疾病住院实施按

第一作者：熊玉琦，女，华中科技大学医药卫生管理学院博士研究生

通讯作者：金春林，男，博士，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心主任

作者单位：1. 华中科技大学医药卫生管理学院，武汉 430030

2. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

疾病诊断相关分类（Diagnosis Related Groups, DRGs）下的床日收付费。文章全面总结美国医疗服务按服务单元收付费的发展实践，重点介绍家庭保健服务和精神疾病住院的按服务单元收付费方式，为我国医疗服务相关领域按服务单元收付费模式的构建提供研究基础和改革经验，期望以此推进我国医疗服务收付费制度改革。

表 1 美国老年保健医疗制度各种支付方式、原理及开始时间

医疗服务方式	支付方式	原理	开始年份
急性住院	急性住院 DRGs ^①	应用病例组合进行疾病分组 每组确定收付费标准	1983
康复住院	风险调整的打包收付费	应用病人评价表进行评分，根据分数 进行分组，每组确定收付费标准	1997
资深护理	风险调整下的按床日收付费	应用病例组合进行风险调整 然后确定 不同床日收付费标准	1997
家庭保健	按单元收付费（60 天一个单元）	应用病例组合进行风险调整 共分 80 个费用组，每组确定收付费标准	1997
医疗机构门诊	APC ^② 打包收付费	将门诊项目分类 每个类别确定一个 打包收付费标准	1999
医疗机构服务	P4P ^③	基于质量指标计算结果获得应得费率 之外的额外奖励	2004
长期住院	长期住院 DRGs	应用病例组合进行疾病分组 每组疾病确定支付标准	2005
精神疾病住院	精神疾病 DRGs 分组的按床日收付费	应用病例组合进行疾病分组，每组疾病 进行床日费用分段，并确定收付费标准	2005
终末期肾病	风险调整的打包收付费	应用病例组合进行风险调整 针对病人情况确定不同支付标准	2011

注：① 1DRGs-Diagnosis Related Groups, 诊断相关组；② 2APC- Ambulatory Payment Classifications, 门诊支付分类；③ 3P4P- Pay for Performance, 按绩效收付费。

一、美国家庭保健服务按日收付费模式

（一）形成与发展

在美国，家庭保健领域采用风险调整下的按单元收付费方式（60 天为一个单元）。1997 年以前，Medicare 基于成本收付费系统来支付家庭

保健服务，这样的支付体系会诱导家庭保健机构（home health agencies, HHAs）通过提供不必要的服务来增加从 Medicare 获得的支付收入。1990—1997 年间，Medicare 在家庭保健服务上的花费从 37 亿美元增加到 167 亿美元，HHAs 数量从 5730 家增加到 10 807 家。

为抑制快速增长的家庭保健费用，美国国会通过了《1997 平衡预算法案》（the Balanced Budget Act of 1997, BBA），要求医疗保险和医疗补助服务中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）从 1999 年 10 月 1 日开始为家庭保健服务实施预付体系^[6]。1999 年，国会通过了《综合巩固和紧急补充拨款法案》，将家庭保健预付系统的实施推迟到 2000 年 10 月 1 日。BBA 还提出实施临时支付系统（interim payment system, IPS）作为新的预付系统的过渡，以此弥补当时现有家庭保健服务的支付缺陷^[6]。然而，由于 IPS 会累积每个受益人的金额，未对具体特定的受益人支付进行限制，这使得 HHAs 陷入一个新的支付缺陷。尽管如此，IPS 实施后的 1999 年 Medicare 用于家庭保健服务的费用降至 79 亿^[5, 7, 8]。同年，HHAs 减少至 7830 家，接受服务的受益人数量减少至 2700 万^[9]。2000 年 10 月 1 日，家庭保健预付系统（prospective payment system, PPS）代替了 IPS^[5]。

（二）服务项目及供需方特征

1. 服务项目

美国的家庭保健服务的项目包括：医疗护理、医疗保健、社会工作、营养咨询、生活护理和家务、转送患者、安慰护理、医疗设备服务、饮食服务等^[10]。2015 年家庭保健服务的受益人为 370 万人，占 Medicare 中 A 计划和 B 计划服务总人数的 10.8%，HHAs 数量为 12 149 家^[11]。

2. 服务需求方特征

在家庭保健服务方面，成为 Medicare 受益人须满足以下特征^[9]：

(1) 回家接受服务；

(2) 需要在间歇性基础上获得熟练的护理服务，或者身体上或言语上的治疗，又或者是对职业治疗有持续需求；

(3) 在医生照护下；

(4) 在医生护理计划和定期检查计划下接受服务。

3. 服务提供方特征

在成为 Medicare 认证的家庭保健服务提供者前，HHA 需通过一定的程序和要求。**首先**，HHA 必须为通过 Medicare 支付资格筛选提交登记申请，包括关键负责人的信息、运营资金、服务地点；**其次**，由受批准的认证机构可以对其进行认证，对其组织结构、管理、患者权利、医疗监督和患者评估方面的考量以确定其是否符合参与条件；**最后**，通过调查或获得认证后必须与 CMS 签订服务提供者协议^[9]。

(三) 支付标准与合理性

在 PPS 下，HHAs 以 60 天为一个支付单元，以应用病例组合的风险调整以及近期其他卫生服务的使用为依据，分成 80 个费用组，每组确定付费标准。基础费用受工资指数（造成地区间工资差异的工资调整因素）影响，支付数量基于单元开始时患者的需求。每个受益人接受的支付基于家庭保健服务的国家平均花费，并按受益人归类到的支付组的平均支付花费调整。归类到哪个组基于受益人状况的严重程度，综合考虑测量临床（是否受益人存在一种或多种临床状况）、功能（受益人进行日常生活行为的能力）、服务使用（基于治疗访问的数量和在连续单元中的排序）三方面。因此，此支付方式具有一定的合理性。HHAs 根据提交的预期支付需求接受每个单元的预支付，占总预期支付的 50% 或 60%，在单元完成时接受最后的平衡支付。2005 年，每个单元的基本支付额为 2264.28 美元^[9]。

（四）质量监管

1. 不合理计费和家庭保健质量问题

尽管美国家庭保健服务领域按服务单元付费依据一定的支付标准，并根据患者疾病复杂程度和工资指数进行调整，但仍存在 HHAs 不合理计费的问题，原因主要有：一是覆盖标准模糊；二是医生参与不够，受益人状况监测不恰当、不充分；三是覆盖决定依据的信息不充足；四是地区家庭保健中介机构（Regional Home Health Intermediary, RHHIs）仅依靠文献研究，评估受益人是否满足资格标准，是否接受了适合当前健康状况的服务，是否确实获得了 Medicare 计费服务^[12]。

CMS 提出，受益人尽管接受了高质量的家庭保健服务，依然有再住院或急诊需求，但 PPS 通过经济诱导限制了受益人接受家庭保健服务。同时，再住院和急诊就诊率的增加代表着低质量的服务。因此，需要相关体系来保障受益人得到足够的服务。此外，医疗保险支付咨询委员会认为，以 60 天为一个服务单元的家庭保健利益的界定模棱两可，会导致家庭保健比其他医疗服务更易出现服务提供限制^[9]。

2. 结果和评估信息集（the outcome and assessment information set, OASIS）

OASIS 是一种通过使用 79 个条目（人口学、临床、功能数据）来评价患者和测量结果的临床评价工具，其建立基于 2 个目标：一是 PPS 使用 OASIS 数据决定受益人归类到 80 个家庭保健资源组中的哪一个；二是 OASIS 提供监管质量的机制。评估过程是由一个注册护士或有经验的康复治疗专家，对接收家庭保健服务的受益人在每个单元的服务循环开始和结束时的具体项目进行综合评估。同时，OASIS 捕获关于再住院、急诊量以及造成再住院或急诊访问的不良事件，不良事件包括：不恰当的药物治理管理或副作用、毒性和过敏反应；在家摔伤或意外受伤；

伤口感染、伤口恶化、新的病变或腐烂；不受控制的低 / 高血糖或糖尿病^[9]。

3. CMS 及 RHHIs 质量监管措施

CMS 认为应谨慎地对健康保健质量指标进行监测，并及时报告分析，帮助测量和公开健康保健行为质量。此外，针对不合理支付问题，如果 CMS 或其合作者判定某 HHA 计算了不应该被计算的服务，CMS 可以剥夺其计费权利，并在 1 ~ 3 年内禁止再加入 Medicare 项目。有研究提出 CMS 还应该采取以下四项行动：一是对 HHAs 参与 Medicare 项目采取更有效的监管；二是让 HHA 工作人员参与 Medicare 项目；三是让医生更有效地参与定义潜在的欺诈和滥用行为；四是对服务提供者参与不合理的计费行为采取更有效的处罚措施^[9]。RHHIs 也采取了避免不合理支付的措施，如对 HHA 进行合理计费教育，要求 HHA 归还超出合理支付的金额^[9]。

二、美国精神疾病住院服务按床日收付费模式

（一）形成与发展

1983 年 10 月 1 日开始，对于住院服务，大多数美国医院应用医院住院 PPS。由于 PPS 的 DRGs 没有准确计算所有机构中患者治疗费用，一些特殊医院和科室没有被包括在这个项目中，如精神疾病。1999 年，法律规定精神疾病住院服务实施按服务单元（床日）预付系统，并要求确定按服务单元付费的金额，建立反映各医院患者资源使用和花费差异的患者分类系统，第一年预算中平，即产出对预算不产生影响，2002 年 1 月开始向国会报告 PPS 费用^[13, 14]。

2004 年 Medicare 将病例组合调整的理念引入精神疾病按床日付费标准的制定中，形成现行的精神疾病住院机构预付系统（inpatient psychiatric facility prospective payment system, IPF PPS），通过如临床相

似性、资源消耗相似性等分类原则对病人进行分类管理，分类要素包括病人的疾病类型、年龄、合并症、并发症、体重等，并给予不同分类以不同的支付调整系数，在与基础床日支付金额相乘的基础上，制定不同的住院床日支付标准^[13, 15]。

（二）服务项目及供需方特征

这种模式对精神疾病住院服务没有限定具体的服务项目和需方要求，但对提供服务的机构和医生提出了要求，它要求服务机构确定提供的精神治疗在合理预期下可改善患者的状态。同时，对提供精神疾病住院服务的医生也提出以下要求：一是在住院或一段时间后确认患者的需要是合理和可行的，并进行监督；二是在住院第 12 天对第一点内容进行重新确认；三是依据具体情况，根据审查委员会建立的间隔时间进行重新认证，如患者继续需要，频率不低于每 30 天确认 1 次^[13]。

（三）支付标准与合理性

2017 年基础按床日支付费为 761.37 美元，其设定考虑住院运行和与资本相关的成本（包括日常和辅助服务），主要由以下因素决定^[13,16]。

1. 地理因素

通过分配医院工资指数值来平衡工资水平的地理差异。在 2016 财政年，工资指数基于当前新行政管理和预算局（Office of Management and Budget, OMB）和新的 OMB（各占 50%）。2017 财政年，工资指数反映了对新的 OMB 描绘的全部采纳。而在阿拉斯加和夏威夷，非劳力相关的部分使得在精神疾病住院机构（inpatient psychiatric facilities, IPFs）生活的成本更高。

2. 患者特征

患者特征包括 Medicare 严重性诊断相关组（MS-DRG）分类、年龄、特定并发症以及住院天数。

3. 机构特征

根据 OMB 的描述，由于这些机构所在地区主要为城市，因此对农村地区的支付调整正逐步取消。2016 财政年 Medicare 对 2/3 的农村进行调整，2017 财政年对 1/3 的农村进行调整，2018 年不再进行调整。此外，教学医院接受的支付基于非直接医学教育成本。

4. 补充支付

提供补充支付的条件包括以下 3 种情形：一是在符合条件的紧急部门 IPFs 中接受治疗的患者，在入住的第一天会得到额外 12% 的支付；二是对电休克疗法的费用；三是对需要异常高昂费用的病例的额外支付。

IPF PPS 具体支付计算方法见图 1^[7]。

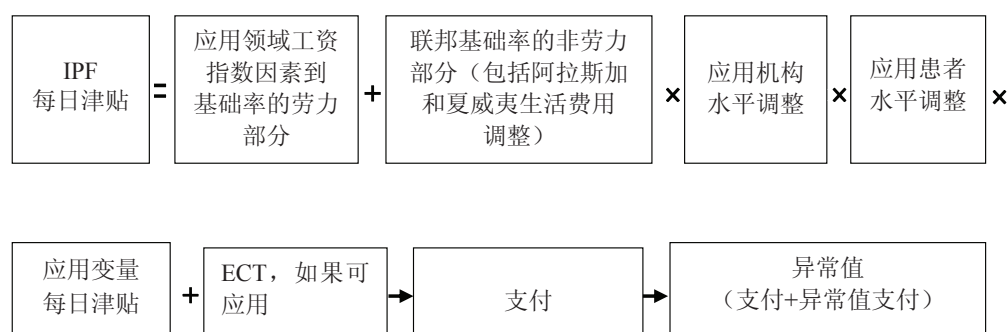


图 1 IPF PPS 下的支付标准

（四）质量监管

为监管在 IPF 模式中 PPS 下的精神疾病住院服务质量，美国政府建立精神疾病住院机构质量报告（inpatient psychiatric facility quality reporting, IPFQR）项目。所有基于 PPS 支付的 IPFs 都应该满足 IPFQR 项目要求，它要求服务提供者知晓并报告他们所属机构的最优行为和提供服务的类型。由于这是一个基于报告支付的项目，如果符合条件的机构不参与，Medicare 将支付其较少费用，符合条件的 IPFs 在一个财年中不参与 IPFQR 项目或不满足所有的报告要求，将会在那年与标准官

方费用相比减少 2%。表 2 为 IPFs 2013 财政年、2015—2017 财政年必须报告的质量措施^[13, 17]。

表 2 2013 财政年、2015—2017 财政年美国 IPFs 需报告的质量措施

财政年	质量措施
2013 年	1. 物理抑制使用时间 2. 隔离使用时间 3. 服用多种抗精神病药物的患者 4. 使用适当的理由进行多种抗精神病药物治疗的患者 5. 出院后继续护理计划 6. 出院后继续护理计划在出院后传给下一级护理提供者
2015 年	1. 酒精使用筛查 2. 精神疾病住院治疗后随访 3. 病人护理经验评估 4. 使用电子健康记录
2016 年	1. 流感疫苗接种 2. 卫生保健人员的流感疫苗接种覆盖率 3. 烟草使用筛查 4. 烟草使用治疗
2017 年	1. 离院时使用烟草 2. 酒精使用的简单干预提供, 以及 sub-2a 酒精使用简单干预 3. 出院病人所接受特殊营养元素的过渡记录 (从住院设施向家庭 / 自我护理或任何其他护理场所的出院) 4. 过渡记录的及时传输 (从住院设施到家庭 / 自我护理或任何其他护理点) 5. 筛查代谢紊乱

三、经验借鉴

(一) 明确供需方特征, 确定按服务单元收付费准入和认证标准

对供方来说, 明确机构或科室采取按服务单元收付费方式接受补偿所需满足的条件, 并通过一定的认证程序, 由具备认证资格的认证机构对其进行资格认证并签订认证协议。通过明确权利与义务、保证供方资质、规范管理机构或科室提供的卫生服务行为, 保障服务提供的质量。

对需方来说, 明确按服务单元收付费覆盖的患者人群的定义和范围,

针对不同的患者群体，提供不同的医疗服务支付方式。即使同一种支付方式，也可根据不同人群对患者特征进行调整，使按服务单元收付费进行地更科学、更有效率，使其能同时满足不同人群的需求，进而体现医疗服务的公平性^[17-19]。

（二）确定合理的按服务单元收付费方式覆盖范围

根据卫生财政情况，明确按服务单元收付费方式的具体项目范围、受益人范围、机构覆盖范围，在促进医疗服务公益化的同时，抑制卫生服务费用不合理的快速增长，兼顾公平与效率。

（三）制定科学、合理的按服务单元收付费支付标准

首先，明确支付方式定义。模糊的定义会抑制医疗服务的提供。为保证按服务单元收付费方式支付的合理性、科学性，使其能够在兼顾控制卫生费用不合理增长和腐败现象的同时保证医疗服务质量，必须根据服务项目或服务人群的实际情况，确定是按床日收付费还是其他服务单元收付费方式。

其次，科学制定支付标准。根据我国医疗服务情况，结合我国按服务单元收付费现状和存在的问题，考虑多方面的因素，制定合理的支付标准。例如，考虑地理因素，利用工资指数调整地理因素造成的工资水平差异和支付差异；考虑不同类型的患者特征，根据患者的年龄、病情、合并症等进行风险调整；考虑机构特征，对不同地区、不同类型（教学或非教学、综合或专科）、不同等级医院（二级甲等、三级甲等或其他）进行调整；针对异常费用或特殊情况制定相应的补充支付标准。

（四）建立完善、科学的质量监管体系

首先，根据我国现行医疗服务体系存在的问题以及现行按服务单元收付费方式试点地区发现的问题，建立完善、科学的质量监管体系，防止因支付体系的缺陷造成的服务限制、不合理计费或其他问题^[20]。其次，

利用大数据建立相应质量监管机制，对服务单元开始前、进行中和结束后进行全过程的收集数据、质量评估以及不良事件报告。再次，制定明确而具体的质量监管措施。对按服务单元收付费行为进行测量、报告、公开、反馈，并针对满足质量监管要求的机构或人员制定奖励措施，不符合质量监管要求或不合理计费行为制定相应的处罚措施。

参考文献

- [1] 苏红, 罗英, 李联, 等. 多种医疗收付费方式的研究[J]. 卫生经济研究, 2013 (3): 8-12.
- [2] 袁伟. 美国医疗保险制度考察报告[J]. 中国医疗保险, 2015 (10): 68-71.
- [3] 中华人民共和国财政部国际司. 美国医疗保险制度介绍[EB/OL]. (2013-12-13) [2017-06-9]. http://gjs.mof.gov.cn/pindaoliebiao/cjgj/201310/t20131025_1003317.html.
- [4] 赵颖旭. 美国医疗照顾制度的主要医疗服务支付方式介绍[J]. 中国全科医学, 2012 (10): 3321-3322.
- [5] Murtaugh C M, McCall N, Moore S, et al. Trends in Medicare home health care use: 1997-2001[J]. Health Aff, 2003, 22 (5): 146-156.
- [6] Medicare: Interim Payment System for Home Health Agencies[R]. United States Government Accountability Office. (Aug 6, 1998) [Aug 3, 2018]. <https://www.gao.gov/products/T-HEHS-98-234>.
- [7] Medicare Home Health Benefit: Impact of Interim Payment System and Agency Closures on Access to Services[R]. United States Government Accountability Office. (Sep 9, 1998) [Aug 3, 2018]. <https://www.gao.gov/products/HEHS-98-238>.
- [8] Liu K, Long S K, Dowling K. Medicare interim payment system's impact on Medicare home health utilization [J]. Health Care Financing Review, 2003, 25 (1): 81-97.
- [9] Levinson, Daniel R. Effect of The Home Health Prospective Payment System on The Quality of Home Health Care[R]. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General. (Jan, 2006) [Aug 3, 2018]. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-01-04-00160.pdf>.
- [10] 辛衍涛. 美国的家庭保健服务[J]. 中华医院管理杂志, 1994 (10): 63-64.
- [11] Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary. CMS Fast Facts [EB/OL]. (2018-08-01) [2018-08-03]. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts/index.html>.
- [12] Medicare: Improvements Needed to Address Improper Payments in Home Health [R]. United States Government Accountability Office. (Feb 27, 2009) [Aug 3, 2018]. <https://www.gao.gov/products/GAO-09-185> GAO-09-185.
- [13] Centers for Medicare & Medicaid Services. Inpatient psychiatric facility prospective payment system [EB/OL]. (Aug, 2016) [Aug, 3, 2018]. <http://www.cms.gov/outreach-and-education/>

Medicare-Learning-network-MLN/MLNproducts/downloads/inpatientpsychfac. pdf.

- [14] Lave J R. Developing A Medicare Prospective Payment System for Inpatient Psychiatric Care[J]. Health Affairs, 2003, 22 (5) : 97-109.
- [15] 郎婧婧, 周海龙, 于丽华. 精神疾病住院按床日收付费方法研究[J]. 卫生经济研究, 2017 (4) : 43-46.
- [16] Garrett B, Luque A, Liu K, et al. Medicare Payment Adjustment for Inpatient Psychiatric Facilities: A Review and Potential Refinements[J]. (Aug 22, 2009) [Aug 3, 2018]. <http://www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/412250-Medicare-Payment-Adjustment-for-Inpatient-Psychiatric-Facilities-A-Review-and-Potential-Refinements.PDF>.
- [17] 宋斐斐, 赵坤元, 申俊龙. 国外医疗保险费用支付方式的分析及对我国的启示[J]. 广西医学, 2016, 38 (2) : 291-293.
- [18] Wolff J, Mccrone P, Patel A, et al. Determinants of per diem Hospital Costs in Mental Health[J]. Plos One, 2016, 11 (3) : e0152669.
- [19] Drozd E M, Cromwell J, Gage B, et al. Patient case-mix classification for medicare psychiatric prospective payment[J]. Am J Psychiatry, 2006, 163 (4) : 724-732.
- [20] 赵颖旭, 江芹. 美国Medicare住院支付改革的经验借鉴及对中国的启示[J]. 中国卫生经济, 2013 (6) : 95-97.

(文字编辑: 刘娟; 责任编辑: 张苹)

欧洲医疗服务按单元付费应用进展及启示

甘银艳¹ 王海银² 金春林²

【摘要】 文章详细介绍了欧洲按服务单元付费的现状和进展,包括应用领域、问题及改革经验,从中归纳并提出其对我国医疗服务收付费改革的启示,为我国医疗服务收付费改革提供支撑。

【关键词】 按服务单元付费;服务领域;欧洲

按服务单元收费,是指医疗保险机构根据过去的历史资料及其他因素制定出平均服务单元费用标准,然后根据医疗机构的服务单元进行偿付的方式。按服务单元收费旨在降低每住院床日和每门诊人次的成本,达到费用控制的目的,但其缺点是会诱导医院选择性收治患者,导致住院床日增加和服务质量下降。因此,在更关注通过支付制度改革科学合理地反映医疗服务成本的欧洲,按服务单元收费只能作为一种补充付费方式,应用于少数特定医疗服务。文章详细介绍了欧洲按服务单元付费的现状和进展,包括应用领域、问题经验,归纳提出其对我国医疗服务收付费改革的启示,为我国医疗服务收付费改革提供支撑。

一、欧洲医保支付及按服务单元收费应用情况

欧洲国家目前对门诊服务主要采用按人头和项目的付费方式,对住院服务采用按病种付费(Diagnosis Related Groups, DRGs)为主、按床日等服务单元付费为补充的混合付费方式。按服务单元付费对医疗机构进行偿付的应用较少,但以床位为基础的支持并不少见。20世纪80年

第一作者:甘银艳,女,硕士,研究实习员

通讯作者:金春林,男,博士,研究员,上海市卫生和健康发展研究中心主任

作者单位:1.广西壮族自治区医学科学信息研究所,南宁 530022

2.上海市卫生和健康发展研究中心,上海 200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

代欧洲一度实行按服务单元支付，其后，为了适应经济社会环境的变化，进行了几次卫生改革。

20 世纪 70 年代开始，在经济快速发展的背景下，欧洲医疗卫生改革的重点转向为重新恢复并建立全民医疗保险制度，为居民提供平等、可及的医疗卫生服务，保持医疗卫生支出的增长与国家经济增长水平相称^[1]。因此，欧洲国家对医疗机构的财政投入较高（保证全面覆盖医院的运营费用）且不注重成本比较与控制，在这种情况下，按服务单元付费由于其支付标准单一、固定，操作方法比较简便，广泛应用于对医院的支付，甚至也用于支付全职受薪医生的工资^[2, 3]。

20 世纪 80 年代，比利时、法国、荷兰、德国等国主要采用强制性社会医疗保险制度，政府较多地参与对医院费用、预算制定和公立医院的规划，整个公共和私人医疗系统受到政府的严格监管。医疗费用支付由保险公司（疾病资金）和医疗机构之间的合同确定，一般按照公立医院实行 DRGs，全科医生总额预算或按人头为单位支付。其中，比利时公立医院和私立医院费用按总额预算下的按服务单元支付；法国对私立医院按服务单元支付；匈牙利对慢病住院实行加权按服务单元付费（见表 1）。

表 1 欧洲国家对医院的支付方式

国家		对医院的支付方式 (年份如下)	对医院的支付方式 (2008 年后)
德国	20 世纪 60 年代	按服务单元后付制	总额预付下的按病例
	20 世纪 70 年代 至 2002 年	按病次 + 按床日	
	2003 年	每病例 + 按服务单元	
	2003 年后	按病例 + 按服务单元 (精神病治疗)	
法国	20 世纪 80 年代初	按床日	按病例
匈牙利	20 世纪 90 年代	按病例 (急性) + 加权按服务单元 (慢病) + 按病例 (高度专业化服务)	按病例

表 1 欧洲国家对医院的支付方式（续）

国家		对医院的支付方式 (年份如下)	对医院的支付方式 (2008 年后)
波兰	20 世纪 90 年代	按病例 + 按服务单元（长期护理）	按病例
瑞典	20 世纪 80 年代	混合支付 + 按床日（专科护理）	总额预付 + 按病例 (55%)
挪威	20 世纪 70 年代	按床日（专科护理）	总额预付（60%）+ 按 项目付费 (40%)
荷兰	1983 年前	按床日	调整总额预付（80%） + 按病例 (20%)
瑞士	20 世纪 90 年代	按项目 + 按服务单元 + 总额预付下的按病例	总额预付 + 按病例 (2/3 的县)
奥地利	20 世纪 80 年代	按床日一次性支付	
爱沙尼亚	20 世纪 90 年代	按床日 + 按病例调整	按病例
克罗地亚	20 世纪 90 年代	按床日 + 总额预付	
拉脱维亚	20 世纪 90 年代	按床日 + 按服务项目	
斯洛伐克	20 世纪 90 年代	按床日	按病例
斯洛文尼亚	20 世纪 90 年代	按床日 + 按服务项目	总额预付 + 按病例
比利时	20 世纪 80 年代初	按床日	按病例 + 按项目付费
苏联	20 世纪 80 年代	按服务单元 + 总额预付下的按病例	
冰岛	1977 年前	按床日	总额预付

经过之后的卫生改革，按服务单元付费虽已不是欧洲医保的主流支付方式，但一直延续应用于精神疾病、心理治疗、长期护理等特殊服务领域，并经不断调整融入主流 DRGs 支付方式中。

（一）精神疾病、心理治疗等特殊服务领域

欧洲国家中，波兰、冰岛、爱沙尼亚等国按服务单元付费应用于精神疾病、心理治疗、长期护理等特殊服务领域。

1. 波兰

波兰 2008 年以来建立的 DRGs 系统（jednorodne grupy pacjentów, JGP）规定所有医院（公共和私人）提供的服务都必须基于 DRGs 支付，且范围不断扩大，但精神病治疗服务仍通过服务单元支付^[4]。

2. 冰岛

1977 年以前冰岛政府按照床日支付医院服务费用，20 世纪 90 年代初引入 Nord-DRGs，但 2003 年 1 月以来根据居民评估工具（resident assessment instrument, RAI）规定居家护理（nursing homes）服务统一按服务单元付费：每年对每人所需的护理进行一次评估，将 RAI 值为 1.00 的每日费率作为基准率计算每日基准费。举例为：如果每日津贴的基数为 11000 克朗（约合 132 欧元），RAI 为 1.05 的居家护理机构将获得 $11000 \times [(0.59 \times 1.00) + (0.41 \times 1.05)] = 11225.5$ 克朗（约 135 欧元）的每日费用^[5]。

3. 爱沙尼亚

爱沙尼亚医疗支付系统的付款方式、服务价格和支付范围均用政府批准的卫生服务清单进行管理，普遍适用于所有医疗服务机构（见表 2）。2001 年，在按项目付费和按服务单元付费的高支付水平下，爱沙尼亚健康保险基金（estonian health insurance fund, EHIF）逐渐推出基于 DRGs 的支付系统，2002—2009 年 DRGs、按项目付费和按服务单元付费同时用于支付住院服务，但 DRGs 的占比不断增加，3 种支付方式占比分别从 2006 年的 36%、35%、29% 变为 2009 年的 39%、33%、28%^[6]。

表 2 爱沙尼亚医疗支付系统

支付对象	支付方式	支付范围
家庭医生	按人头付费	5 个分组：0～2 岁、3～6 岁、7～49 岁、50～69 岁、70 岁及以上
	按项目付费	超过人头标准的 42% 的诊断、超过 3% 的心理和语言治疗以及家庭医生额外接的小手术和妇科疾病
	质量奖励计划（QBS）补贴	达到指标要求的预防疾病、慢性病管理 偏远地区的租房、交通
专科门诊	按病例 + 成本上限	
	按项目付费	

表2 爱沙尼亚医疗支付系统（续）

支付对象	支付方式	支付范围
急性住院、门诊手术	按病例 + 成本上限	
	诊断相关组（Nord-DRGs）	占每病例的 70%，异常的除外
	按项目付费	异常值（如化疗，器官移植），占每病例的 30%
	按服务单元付费	基本检查、诊断治疗、护理、膳食、简单医疗程序、实验室检测和药品
康复服务	按病例 + 成本上限	
	按项目 + 按服务单元付费	
居家护理	按病例 + 成本上限	
	按项目 + 按服务单元付费	

资料来源：http://www.haigekassa.ee/sites/default/files/pressile/estonian_system_tanel.pdf（2009）

爱沙尼亚居家护理服务实行按服务单元付费，由护理医院向那些从家庭、医院或者其他机构转来的患者提供护理，其中住院护理患者支付 15% 或者每日最高 9.75 欧元的床日费，其余由医疗保险基金按天计算，每月约 52 ~ 1560 欧元；普通的护理服务患者支付 2.50 欧元 / 床日，最高 25 欧元 / 床日，门诊护理和家庭护理则免费。

（二）综合分值调整

在实践中，经病例组合（Case-mix）调整的按床日付费模式将 DRGs 支付与按床日付费相结合，可以对医疗机构形成一定的激励作用^[7]。部分国家基于诊断相关组（DRGs）对患者或服务设置统一费率或分值进行分类，如奥地利、德国。

1. 奥地利

奥地利按服务单元付费约占医院整体收入来源的 4%。奥地利在 20 世纪 80 年代初对住院服务实行按床日一次性支付。在 80 年代后期，住院部门的成本增长率超过了国内生产总值（Gross Domestic Product, GDP）年均增长，是经济合作与发展组织（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）国家中平均住院天数（average length of stay,

ALOS) 最长的国家之一^[8]。1997 年开始, 基于绩效型医院融资框架 (leistungsorientierte krankenanstalten finanzierung in german, LKF), 奥地利将对法定医疗保险 (Statutory Health Insurance, SHI) 所涵盖的所有医院的包括日间护理和专科医院的住院费用 (如急性老年护理、康复、姑息治疗以及儿童和青少年神经疾病服务) 的预算拨款从按服务单元收付费制度转移到基于诊断相关组 (DRGs) 的患者分类系统 (patient classification system, PCS ; leistungsorientierte diagnose-fallgruppen in german, LDF)。所有的医疗服务按照 LDF 分值结算, 根据所有医院的医院活动数据并参考医院程序的资源消耗数据, 每个 LDF 得分包含两个组成部分: 一是与程序直接相关的所有资源消耗的绩效部分, 这一部分由服务的平均成本确定; 二是按住院床日部分, 不能归入程序的科室成本, 首先计算每个床日的调整成本, 将调整成本之和除以总床日数, 得到服务的平均成本, 并根据异常值调整 (如长期住院的每日分值会有所下降)。

2. 德国

德国自 20 世纪 60 年代至 1992 年, 疾病基金采用按服务单元付费的后付制方式向医院支付服务费用, 服务单元价格经基金签约医院管理组织根据医院情况计算而来, 因此医院所有服务单元 (如一个门诊人次、一个住院床日) 的价格是一致的。1993 年提出了基于病例的支付体系 (case payment), 开始对医院服务采取包括按病种预付和服务单元 (床位) 后付的混合式支付方式, 但由于支付和定价方式缺乏对疾病风险的调整, 导致医院推诿重症病人。德国于 2004 年 1 月正式实行修改后的澳大利亚式 DRGs 支付体系, 但精神病治疗、心理治疗等少数特定服务仍按服务单元支付, 部分缺乏足够数据计算某些 DRGs 成本的服务也可根据服务单元进行补充。

2009 年 3 月, 《医院融资改革法》(Hospital Financing Reform Act,

KHRG) 规定德国私人医疗保险协会 (GKV-Spitzenverband) 和德国医院协会在精神病治疗和心理治疗服务中建立基于床日的一次性补贴制度 (lump-sum remuneration), 在 2012 年 7 月 21 日颁发的《心理支付法》(Psych-Pay Act) 指导下, 医院薪酬制度研究所 (InEK) 构建了精神病治疗和心理治疗服务的统一费率系统 (PEPP), 该系统基于按服务单元付费并将根据患者特征和程序进行调整, 2013 年起, Klinikum Chemnitz gGmbH 医院精神科参与参与前瞻性支付方式 (prospective payment systems, PPS) 的可选和预算中立阶段 (optional and budgetneutral phase) 的实施并不断完善, 2017 年应用于所有医院^[9]。

二、欧洲按服务单元付费评价

(一) 改革按服务单元付费原因

如前所述, 经济社会逐渐恢复下的欧洲国家, 其医疗卫生改革目标是建立平等、可及的全民医疗保险制度, 而普遍对医疗服务提供机构缺乏有效的成本控制, 按服务单元付费单一、简单的运行机制契合了各国政府的需求而主导了半个多世纪。但随后, 按照“医疗费用的上涨—按服务单元付费不能控制费用上涨—DRGs 付费具有控费和提效的双重优势”的逻辑, 按服务单元付费逐渐被整体性的 DRGs 付费所取代。

1. 医疗卫生系统压力

20 世纪 70 年代开始, 欧洲医疗卫生成本迅速上涨, 石油冲击紧随其后, 80 年代初又遭遇经济衰退, 欧洲国家普遍采取成本控制政策, 大幅减少卫生支出^[1, 10, 11], 并在支付制度方面出现了转变, 具体体现在: 一是实现提供方与支付方的分离 (purchaser-provider split), 利用第三方支付的费用分摊和支付上限控制成本的上涨, 医疗服务提供与筹资也从行政化、高度集中的“命令—控制”模式转变成基于购买服务的主体分离模式^[12], 这为之后的有效谈判和医院活动的透明度建立提

供了基础；二是许多国家改变了过去的回顾性支付方式（retrospective payment systems, RPS），采取了某种形式的前瞻性支付方式（prospective payment systems, PPS），强化对医疗服务机构的经济激励^[13]。

2. 按服务单元付费的缺陷

医疗支付制度通过核心激励机制、调控供方医疗行为，对卫生服务体系的运行绩效和医疗资源的配置效率产生了深刻的影响^[14]。由于按服务单元/床日付费医院的收入主要取决于病人的住院时间，报销收入会随着提供服务的数量和程度以及住院时间的增加而增加，这使得医院倾向于通过延长病人的住院时间或增加患者住院率来提高自身收入，从而无法激励医院改进效率^[2, 8, 15]。首先，按服务单元付费使用的是每个床日的平均成本乘以患者人数得到机构的补偿费用，它只适用于真正的“平均”患者，对实验室服务、手术、药品等程序中不平均成本的实用性差。其次，在计算床日费或每天费用时，某些类型的患者（门诊病人、日间患者、新生儿患者等）可能被排除在计算的分母之外，也忽视了资本成本，得出的单位费用自然是不精确的^[16]。按服务单元、按服务项目付费这些统一费率或固定预算支付系统造成了国家的管理问题和居民健康状况的下降，OECD 国家的卫生改革证实了按服务单元（床日或每日）支付有限的事实，这也是众多国家引进 DRGs 的主要原因之一^[11, 17]。

3. DRGs 的优势弥补

DRGs 付费是基于病例的支付系统，根据治疗特定病例所需的大致投入来偿付医院，因此医院没有提供不必要的服务或延长病人住院时间的动机；而且 DRGs 能够量化服务提供的内容，增加成本的透明度，进而改善医院绩效，控制医疗服务成本。1983 年，美国国会立法将 DRGs 作为 Medicare 住院的支付方式在全国推行^[18]。20 世纪 90 年代，欧洲国家引入 DRGs 系统，医院平均住院天数逐渐减少，卫生支出占国内生

产总值的百分比开始下降^[1]。

（二）适用领域与调整

由于精神卫生服务质量、住院时间均难以衡量，这使得对那些医疗资源消耗有异质性的患者进行分组定义不可行，但研究表明，按服务单元付费在难以准确衡量病例成本的服务的付费上具有较大的可行性^[19]，这也是其依然应用于精神病治疗、长期护理等少数特定服务的原因。目前，各国也在逐渐完善按服务单元付费：**一是**设定每日费用随住院时间的增加而下降，降低延长住院时间的动机影响；**二是**强化对住院时间的限制，如只有通过专业审查才能获得延长住院时间的批准；**三是**与每病例支付等其他支付方式结合，提高支付的前瞻性和灵活性。

单一的支付方式难以同时实现费用控制、提高医疗服务质量、降低管理成本的目标。近年来欧洲国家付费组合使用各种支付方式，如按床日与按项目付费相结合，按床日与医院总额预算相结合等，这些混合支付方式可以更大程度地利用各种支付方式的优点，互相弥补不同方式的劣势，减少医疗机构的风险选择^[20]；另外，从后付制(RPS)向预付制(PPS)转变，从以服务为基础(service-based)向以绩效为基础(performance-based)的付费系统转变，在较完善的管理信息系统下注重基于循证医学和成本效益的服务的产出与结果^[21]。

三、对我国的启示

截至2016年4月，我国35%的统筹地区开展了按服务单元付费，且以按床日付费为主进行试点探索，由于其支付标准单一、固定，操作方法比较简便，易于保险机构操作，且易被医院接受，一定程度上控制了费用增长，提高了医疗服务效率。但是从欧洲国家的经验来看，按服务单元付费支付的作用有限，在现行医疗卫生系统压力下并不能有效控制医疗费用的增长。在我国推行按服务单元付费的过程中，需总结借鉴

欧洲国家经验教训：一是找到按服务单元付费的适用领域，扬长避短，不断创新，将按服务单元付费方式与其他支付方式相结合适用；二是在诊断相关组（DRGs）患者分类系统、成本数据收集和基于临床路径或指南下的资源消耗值计算等支持下，详细分析各类变异情况，设置调整系数，以确定按服务单元付费的支付标准。

参考文献

- [1] Hurst J W. Reforming health care in seven European nations. [J]. Health Affairs, 1991, 10(3): 7.
- [2] Aas I H. Incentives and financing methods. [J]. Health Policy, 1995, 34(3): 205-220.
- [3] Glaser W A. Paying the Hospital: Foreign Lessons For the United States[J]. Health Care Financing Review, 1983, 4(4): 99-110.
- [4] Organization W H. Diagnosis-related groups in Europe[J]. World Health Organization.
- [5] ME Halldórsson. Health care systems in transition: Iceland. <https://rafhladan.is/bitstream/handle/10802/9517/e82881.pdf?sequence=1>.
- [6] Estonian HealthInsurance Fund(2010a). DRG tagasisidearuanne[DRG Feedback Report]. http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/DRG_tagasiside_aruanne_2009.pdf.
- [7] 郎婧婧, 周海龙, 于丽华. 精神疾病住院按床日付费方法研究[J]. 卫生经济研究, 2017 (4): 43-46.
- [8] Busse R, Geissler A, Quentin W, et al. Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals[M]// Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. 2011: 1261-1264.
- [9] InEK. Nachweis zur Personalausstattung nach der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung[EB/OL]. (2017-06-26) [2018-08-01]. https://www.g-drg.de/Nachweis_zur_Personalausstattung_nach_der_Psych-Personalnachweis-Vereinbarung.
- [10] Holcomb W R, Thompson W A. Medicare prospective reimbursement for mental health services: A literature review[J]. Administration in Mental Health, 1988, 15(3): 127-138.
- [11] Schneider P. Provider payment reforms : lessons from Europe and America for South Eastern Europe. http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/Schneider-Provider_Payment_Western_Balkans.pdf.
- [12] Robinson R, Figueras J, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance[J]. Garrido, 2005, 29(10): 149A.
- [13] Park M, Braun T, Carrin G, et al. Provider payments and cost-containment: lessons from OECD countries[J]. Technical briefs for policy-makers, 2007.
- [14] Robinson J C. Theory and practice in the design of physician payment incentives. [J]. Milbank Quarterly, 2001, 79(2): 149.

- [15] Langenbrunner J C, Cashin C, O'Dougherty S, et al. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. [M]// Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals. The World Bank, 2009: 377-386.
- [16] Wilson S H. Methods for the economic evaluation of health care programmes[J]. Journal of Epidemiology & Community Health, 1987, 41(4): 355.
- [17] Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems[J]. Euro Observer, 2010.
- [18] Quinn K. After the revolution: DRGs at age 30[J]. Annals of internal medicine, 2014, 160(6): 426-429.
- [19] Jan W, Paul M C, Anita P, et al. Determinants of per diem Hospital Costs in Mental Health: [J]. Plos One, 2016, 11(3): e0152669.
- [20] Szende A, Mogyorosy Z. Health Care Provider Payment Mechanisms in the New EU Members of Central Europe and the Baltic States: Current Reforms, Incentives, and Challenges[J]. European Journal of Health Economics, 2004, 5(3): 259.
- [21] Robinson R, Figueras J, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance[J]. Garrido, 2005, 29(10): 149A.

(文字编辑: 姬雪萍; 责任编辑: 信虹云)

日本医疗服务按单元付费应用进展及启示

周佳卉 王海银 陈多 金春林

【摘要】 探索不同的医疗费用支付方式对我国医疗服务收付费改革有着重大意义。文章简要介绍了日本的公共医疗保险体系，对根据日本国情制定的日本诊断群分类综合评价/按日收费系统（DPC/PDPS）制度的背景、覆盖范围、收费标准、效果等方面进行分析。同时，为我国医疗服务按单元收付费改革提供启示与建议。

【摘要】 按服务单元收付费；DPC 制度；日本

近年来，我国积极推进医保支付方式改革，全面推行多元复合式医保支付方式。按服务单元收付费作为我国医疗支付方式之一，各地正在探索其发展对我国的现实意义。在日本，为保障在日人士的健康，日本为其公民和合法居留的外籍人士提供强制性、全覆盖的医疗保险。日本对急性住院的病人主要实行在疾病诊断相关分组的基础上的按床日付费制度。文章重点介绍日本按服务单元付费的模式，为我国医疗服务按单元收付费提供经验借鉴。

一、日本公共医疗保险制度概述

（一）公共医疗保险的分类

日本的卫生体系主要以社会医疗保险的形式运行。日本通过完善的社会医疗保险制度，使国民的平均寿命和卫生保健水平处于世界领先地位^[1]。职工和非职工的健康保险体系分别于 1922 年和 1938 年颁布^[2]。1961 年《国民健康保险法》的修订，标志着日本全民医保的达成^[2, 3]。

第一作者：周佳卉，女，硕士，研究实习员

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

目前，日本的医疗和预防性服务为 2 个独立的模块，前者由公共及私人保险支出，后者由一般税收支出^[2]。

日本的医保制度被称为法定医疗保险制度（Statutory Health Insurance System, SHIS），其特点为强制性、全覆盖，包括合法居留的外籍人士（短期访问的人员除外）^[4]。该模式使日本的医保成为世界上最大的医疗保险项目之一，覆盖面是美国 Medicare 的近 3 倍^[5]。根据居民的职业现状及居住地，日本医疗保险主要分为职工保险和居民保险^[5, 6]。职工保险又被细分为 2 类。第一类为大型企业和政府部门的雇员等参加的医保，即健康保险组合及共济组合医疗保险。其中，健康保险组合主要针对大型企业的雇员，企业可以自行选择不同的组合；共济组合可分为国共济、地共济和私学共济，主要针对国家公务员、地方公务员及私立学校教职员等人群^[1]。第二类职工保险为小型企业（5 人及以上）的雇员参加的医保，由全国健康保险协会提供^[1, 5]。居民保险称为国民健康保险（National Health Insurance, NHI），为非在职居民提供医疗保障，主要针对小型公司（5 人以下）、农业和零售 / 服务业个体户及其家属、自由职业者和退休人群^[4]。对于 65 岁及以上的老年人，日本还建立了高龄者医疗制度来满足老年人的健康需求。其中，65 ~ 74 岁的老年人参加前期高龄者财政调整制度，75 岁及以上老年人参加后期高龄者医疗制度^[1]。

不同的医疗保险，其保险费率有所不同。2015 年，健康保险组合的平均保险费率为 8.88%，其中雇主承担 4.84%，雇员承担 4.05%；共济组合医疗保险中，国共济、地共济和私学共济的平均保险费率分别为 8.30%、9.94% 和 7.57%，雇员雇主各承担一半；全国健康保险协会所提供的医保平均保险费率为 10%，雇主和雇员各承担 5%^[7]。对于参加国民健康保险的人群，其缴纳的保险费根据被保险者的个人和家庭经济水平、被保险者所在市町村的医疗费用水平共同决定^[1, 8]。

在 2003 年以前, 个人负担的医疗费用比例根据所参加的不同健康保险有所不同^[2, 8]。2003 年 4 月以后, 政府调整了相关法律, 医疗费用的自负比例统一定为 30%, 但 3 岁以下儿童自负率为 20%, 75 岁及以上人群为 10% (75 岁及以上高收入人群为 20%)^[2]。2008 年, 自负比例进一步调整, 6 岁以下儿童为 20%, 70 ~ 74 岁的低收入人群为 20%, 75 岁及以上低收入人群为 10%, 其他人群为 30%^[1, 4]。通常情况下, 患者在医院、诊所、药店等地接受医疗服务时, 只需支付自负部分的费用^[1]。

(二) 医疗费用负担情况

2015 年, 日本的国民医疗总费用为 42 兆 3644 亿日元, 人均医疗费用为 33 万 3300 日元。国民医疗费用占国内生产总值 (Gross Domestic Product, GDP)、国民收入的比例分别为 7.96%、10.91%^[9]。该年医疗费用的来源中, 公共财政占 38.9%, 其中国库负担占 25.7%, 地方财政占 13.2%; 医疗保险费用占 48.8%, 其中雇主缴费占 20.6%, 个人缴费占 28.2%; 其他占 12.3%, 其中患者个人负担占 11.6%^[9]。

二、日本诊断群分类综合评价 / 按日收费制度 (diagnosis procedure combination/per-diem payment system, DPC/PDPS)

(一) 日本实施 DPC 制度的背景

自上世纪 70 年代早期起, 日本的社会支出 (包括卫生、退休金以及其他社会福利) 急剧增加。日本的卫生支出占 GDP 的比值从 1975 年的 4.3% 上升到 2005 年的 6.6%。促进国民健康、维持卫生及社会服务费用水平成为日本最主要的社会政策^[2]。

在过去, 日本使用传统的按服务项目付费作为医疗服务的付费方式。1990 年, 厚生劳动省对老年医院病例实行按日收费。1994 年 7 月, 1613 家老年医院中已有 840 家选择了此种收费制度, 过度的实验室检查与药物使用受到有效控制。然而, 由于按日收费的额度不是针对病

例组合来调整的，医院更倾向于收治不需要太多治疗的病人^[10]。1998年，日本在10家试点医院对急性住院病人实行按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRGs）收费。由于DRGS收费方式不强调住院时长，这样相对单调的收费方式在日本难以适用。因为在不同医院，急性住院病例的住院时长千差万别^[2]。

2003年4月，厚生劳动省开始实行DPC/PDPS制度（以下简称DPC制度），这是一种针对急性住院病人的病例组合系统^[11, 12]。DPC是一种对病例分类后的定额收费制度。DPC制度的目标是为国民提供高质量且有效的医疗服务，并建立完善的临床数据库。

在DPC制度实行前，为了对疾病进行分类，厚生劳动省从8000家医院中选出82家特定机能医院，包括80家教学医院以及2家国家级医院，并从这些医院中提取了2002年7—10月的共267 000条普通病房住院病例记录进行分析，形成了2552个诊断群分类，包括16个主要诊断共575个疾病^[11]。目前，DPC制度已包括5839个DPC诊断群分类，涵盖18个主要诊断。

（二）DPC制度适用范围及人群

一般医院、特定机能医院（一般病房）、专科医院等医疗机构均可实行DPC制度，并使用医疗管理记录系统。每一家医院自愿决定是否实行以及何时实行DPC制度。使用DPC支付制度的医院数量在逐年增加，从最初的82家医院到2014年的超过1500家医院，覆盖了日本约55%的普通床位^[13]。

DPC制度针对的是住在普通病房，且疾病符合诊断群分类的急性住院患者，但住院24小时内死亡的患者、出生7日内死亡的新生儿、器官移植患者、接受康复评定的患者、在康复医院病房住院进行康复的患者及其他由厚生劳动省指定的患者不适用于此制度^[14]。

（三）DPC 制度收费范围及收费标准

DPC 制度的收费方式由 2 部分组成，即按日定额收费以及按项目收费。按日定额收费可覆盖约 70% 的住院费用，包括基本的住院费用、注射费（无菌制剂加工费除外）、实验室检查费、诊断性影像学检查费（动脉造影导管术除外）、药物费以及 1000 点（1 点=10 日元）以下的治疗费^[11, 14]。按项目收费方式覆盖了剩余的费用，包括手术及其耗材费用、麻醉费、放疗费用、超过 1000 点的治疗手段、康复治疗费用（药费除外）、精神科专科治疗费（药费除外）、内窥镜检查费用等^[14]。

按日定额收费的定额标准根据住院天数分为 3 个阶段。平均住院天数的第一四分位数称为第 I 日，平均住院天数称为第 II 日，第 III 日为平均住院天数加 2 个标准差的值，并取大于该值的 30 的整倍数。在第 I 日范围内为住院期间 I，第 I 日到第 II 日为住院期间 II，第 II 日到第 III 日为住院期间 III。3 个住院期间分别代表了定额标准设定的 3 个阶段。若住院天数在第 III 日以内，则医疗费用按日定额收费；若住院天数超过第 III 日，则超过部分的医疗费用实行按项目收费。此外，根据医疗投入量的大小，定额标准共有 4 种计算方式^[14]。

1. 设定方式 A

设定方式 A 是针对一般的诊断群。住院期间 I（第 1 阶段）的每日定额收费标准为在该诊断群分类中，在每日平均医疗费用的基础上加 15%；住院期间 II（第 2 阶段）的医疗费用为每日平均费用与住院期间 II 范围内的住院天数的乘积，并减去在住院期间 I 多收的费用，进而得出该阶段的每日定额收费标准；住院期间 III（第 3 阶段）的每日定额收费标准为住院期间 II 的每日定额标准的 85% 与住院期间 III 的每日平均医疗费用中较低的值^[14]（见图 1）。

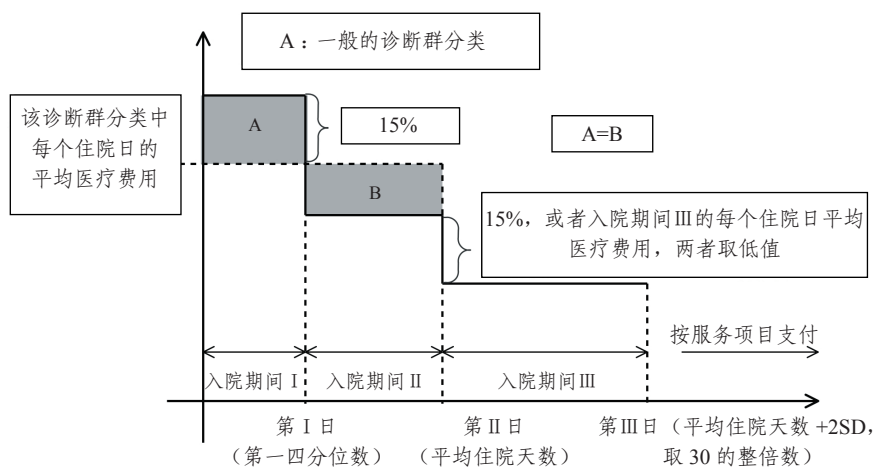


图1 DPC 制度收费设定方式 A

2. 设定方式 B

设定方式 B 是针对在住院初期医疗费用极高的诊断群。住院期间 I 的每日定额收费标准为在该诊断群分类中，住院期间 I 的每日平均医疗费用；住院期间 II 的医疗费用为该诊断群分类中的每日平均费用与住院期间 II 范围内的住院天数的乘积，并减去在住院期间 I 中超出平均费用的部分，进而得出该阶段的每日定额收费标准；住院期间 III 的每日定额收费标准为住院期间 II 的每日定额标准的 85% 与住院期间 III 的每日平均医疗费用相比，较低的值^[14]（见图 2）。

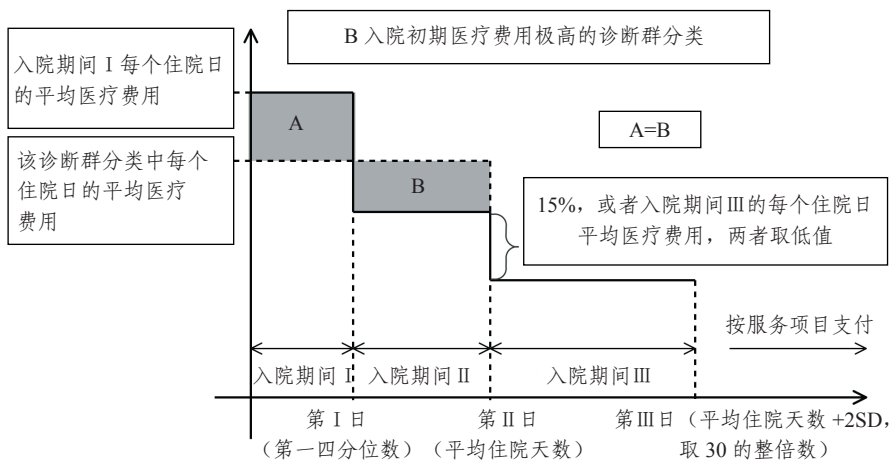


图2 DPC 制度收费设定方式 B

3. 设定方式 C

设定方式 C 是针对住院初期医疗费用较少的诊断群。住院期间 I 的每日定额收费标准为在该诊断群分类中，在每日平均医疗费用的基础上加 10%；住院期间 II 的医疗费用为每日平均费用与住院期间 II 范围内的住院天数的乘积，并减去在住院期间 I 多收的费用，进而得出该阶段的每日定额收费标准；住院期间 III 的每日定额收费标准为住院期间 II 的每日定额标准的 90% 与住院期间 III 的每日平均医疗费用相比，较低的值^[14]（见图 3）。

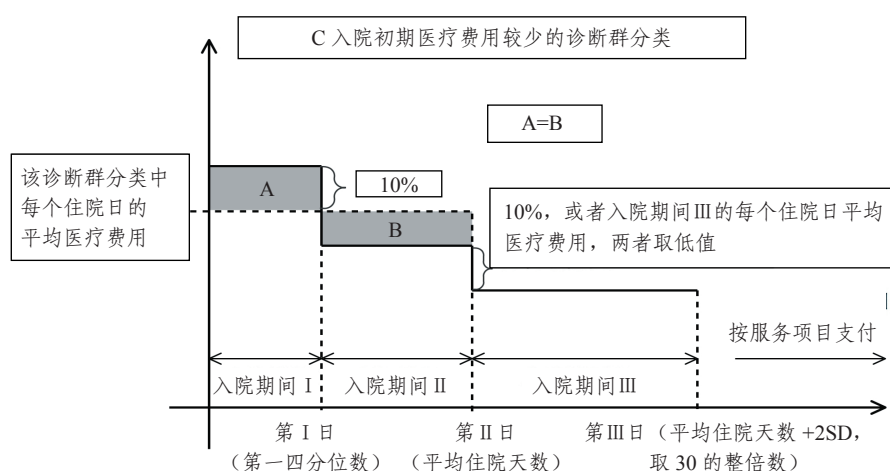


图 3 DPC 制度收费设定方式 C

4. 设定方式 D

设定方式 D 是针对使用高额药物的诊断群（如恶性肿瘤等）。第 I 日为固定值，即住院第 1 天，收费标准为药物费用，不收取住院基本费；住院期间 II 的每日定额标准为每日的住院基本费；住院期间 III 的每日定额费用按照前三种设定方式（85% 或 90%）得出，或者根据该诊断群中住院期间 III 的每日平均医疗费用得出，以费用低者作为该阶段的每日定额收费标准^[14]（见图 4）。

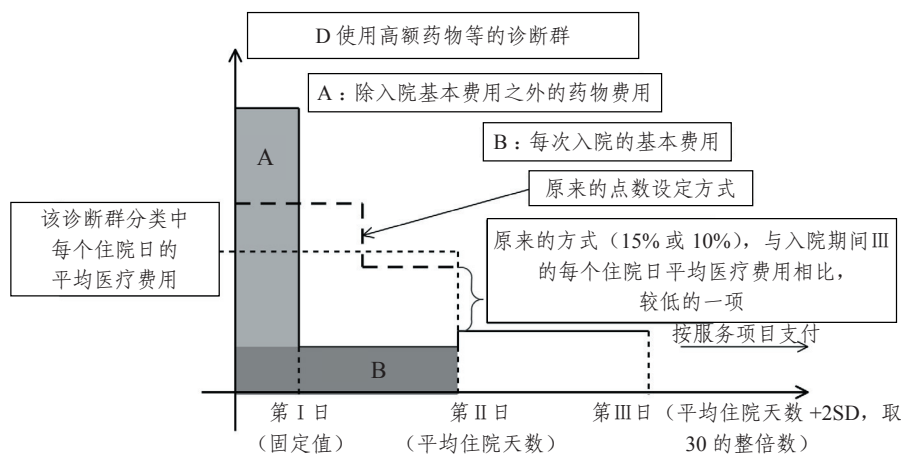


图4 DPC 制度收费设定方式 D

不同诊断群分类所对应的具体定额点数和住院日范围可以在《诊断群分类（DPC）点数表》中查到。厚生劳动省在官网上发布电子版《诊断群分类（DPC）点数表》，每年更新数次。

除了确定按日收费的定额标准，计算定额部分的医疗费用时还需确定医疗机构系数。医疗机构系数由机能评价系数Ⅰ、机能评价系数Ⅱ、基础系数和暂定调整系数相加得出。机能评价系数Ⅰ包括对医院体制、看护配置、地域特性、特殊病房、疗养环境等因素的评价，反映医疗机构的整体功能及人员配置情况^[14]。机能评价系数Ⅱ反映了实行DPC制度的医院对提高整体医疗质量的贡献，通过保险诊疗指数、效率性指数、复杂性指数、覆盖率指数、急救医疗指数、地域医疗指数、通用药物指数、重症度指数8个维度得出。实行DPC制度的医院被分为3个群组，DPC医院Ⅰ群为大学医院本部，DPC医院Ⅱ群为具备大学医院本部的诊疗密度和功能的医院（即高机能医院），DPC医院Ⅲ群为其他医院。基础系数是为了缩小同一群组医院之间治疗费用的差距而设定的，该系数可以促进同一群组医院的标准化，使它们的诊疗密度更为集中^[13]。在刚开始实行DPC制度时，因为同一个疾病诊断分组在不同医院的费用有很大差异，为了防止因DPC制度而导致的医院经营状况急剧恶化，同时激励医疗机构参与DPC制度的实施，厚生劳动省制定了调整系数，

以确保实行 DPC 的医院可以获得与前一年同等水平的收入^[2, 14]。目前, 调整系数正在阶段性的过渡到机能评价系数 II 和基础系数中, 未被转移的部分称为暂定调整系数。预计到 2018 年, 暂定调整系数将被废除^[13]。

DPC 制度中按日定额收费部分的费用, 由不同阶段的每日定额标准、住院天数及医疗机构系数相乘得出。住院病例的医疗费用为定额预收部分的费用与按服务项目付费部分的费用之和。

(四) DPC 制度的效果

DPC 制度可以被认为是另一种形式的 DRGs 付费方式, 是在疾病诊断相关分组的基础上根据日本国情与实际情况而制定的付费制度。DPC 采用按日定额收费与按项目收费相结合的混合医疗支付方式, 在一定程度上弥补了因疾病的复杂性而造成的收费方式不合理。按日定额收费部分的费用涵盖基本的住院费用及一般的检查、治疗费用, 在这一部分中未被使用的费用即医院的盈利, 这迫使医院在诊疗过程中尽量减少不必要的开支, 如不必要的检查与用药等。

DPC 制度在短期内即对平均住院天数、医疗卫生费用支出以及医疗卫生服务的质量产生了影响。在未使用医疗机构系数进行校正的情况下, 与 2002 年 4—10 月的数据相比, 2003 同期病例中使用 DPC 制度的 82 家医院的平均住院天数减少 4.5%, 而其他使用传统的按服务项目收费的医院减少 1.5%^[11]。令人始料未及的是, 在实行 DPC 制度之后, 82 家试点医院的医疗费用有所增加, 2003 年 4—10 月的住院费用比 2002 年同期增长了 2.8%, 而其他医院同期增长 2.2%; 门诊费用增长 4.1%, 其他医院反而下降 0.3%; 医疗卫生总费用增长 3.2%, 其他医院增长 1.5%。为了在缩短平均住院天数的同时保持病床的利用率, 住院病例的医疗卫生服务相对密集, 从而导致住院费用增加。

2011 年, 在 DPC 实行了 8 年之后, 研究人员从 QIP (the quality

improvement/indicator project) 数据库中提取了从 2001 年 4 月 1 日到 2009 年 9 月 30 日期间住院的共 21 103 条急性心梗病例, 并对数据进行分析, 从而来评估 DPC 制度对日本医疗资源利用及医疗卫生质量的影响^[12]。研究结果表明, 与按服务项目收费相比, DPC 制度显著降低了医疗资源的利用, 体现在医疗费用及住院时间的降低。然而, 在医疗卫生质量方面, DPC 制度的实行并未降低死亡率, 再住院率反而有所上升。

(五) DPC 制度的监管

厚生劳动省成立了诊疗报酬调查组 (DPC 评价小组), 每年对实行 DPC 制度的医院的出院患者及医疗行为等相关数据进行收集、分析, 并定期形成 DPC 影响评价调查报告。每一次调查前均会在厚生劳动省网站上更新调查说明, 其中详细介绍了调查的内容及方式方法。调查组收集的统计数据公布网站以供查阅。此外, 中央社会保险医疗协会还定期对医院进行调查, 作为上述评价的补充。

三、日本 DPC 制度对我国的启示

DPC 制度是一种将按日定额收费和按服务项目付费相混合的付费方式, 结合了 2 种付费方式的特点。在从现行的按项目收费向按服务单元收费转变的过程中, 这样的混合收费制度可以使收费方式平稳过渡, 减小因收费模式发生改变而产生的不利影响, 这在我国也具有一定的可操作性。DPC 制度使得医院的信息趋于标准化、透明化, 这对我国也有借鉴意义。

一般来说, 简单的使用按服务单元的收费制度无法体现医务人员的技术价值。但在 DPC 制度中, 可以体现医务人员技术价值的手术、麻醉等项目没有被包括在定额收费的部分中, 这在一定程度上削弱了单纯的按服务单元收费所带来的弊端^[15]。

DPC 制度的按日定额收费部分根据住院时长的不同进行了一定调整, 充分考虑了患者在住院前期费用较高的问题。同时这种方式还可以

鼓励医院在治疗患者时尽量减少住院天数，提高病床使用率，以获得更高的收益。此外，由于医院只能在按日定额收费部分获得收益，而无法从按服务项目收费中获益，这在一定程度上减少了高额医疗服务的滥用。

参考文献

- [1] 厚生労働省. 我が国の医療保険について [EB/OL]. 厚生労働省, (2017-01-01) [2017-10-27]. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryouhoken/iryouhoken01/index.html.
- [2] Tatara K, Okamoto E. Japan: health system review [J]. Health System in Transition, 2009, 11 (5): 1-164.
- [3] 郭丽岩. 日本医保体系与药价管理制度及对我国的启示[J]. 中国物价, 2013, (7): 60-62.
- [4] Mossialos E, Ana D, Osborn R, Sarnak D. International profiles of health care systems, 2016[EB/OL]. The Commonwealth Fund, (2017-05-31) [2017-07-15]. <http://www.commonwealthfund.org>.
- [5] Kondo A, Shigeoka H. Effects of universal health insurance on health care utilization, and supply-side responses: Evidence from Japan[J]. Journal of Public Economics, 2013, 99(2): 1-23.
- [6] Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. International profiles of health care systems, 2014 [EB/OL]. The Commonwealth Fund, (2015-01-23) [2017-07-04]. <http://www.commonwealthfund.org>.
- [7] 厚生労働省. 第20回医療経済実態調査（保険者調査） [EB/OL]. 厚生労働省, (2015-11-18) [2017-07-04]. http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&tcID=000001064295&cycleCode=0&requestSender=search.
- [8] 吕学静. 日本医疗保险筹资与费用控制措施[J]. 中国医疗保险, 2014 (5): 68-70.
- [9] 厚生労働省. 平成27年度国民医療費の概況 [EB/OL]. 厚生労働省, (2017-09-13) [2017-10-27]. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/15/index.html>.
- [10] Ikegami N, Campbell JC. Medical care in Japan[J]. N Engl J Med. 1995, 333(19): 1295-1299.
- [11] Okamura S, Kobayashi R, Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care[J]. Health Policy. 2005, 74(3): 282-286.
- [12] Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan[J]. Health Policy. 2012, 107(2-3): 194-201.
- [13] 厚生労働省. 平成26年度診療報酬改定の概要（DPC制度関連部分） [EB/OL]. 厚生労働省, (2014-03-05) [2017-10-30]. <http://www.mhlw.go.jp/>.
- [14] 厚生労働省. 平成28年度診療報酬改定関係資料（DPC制度） [EB/OL]. 厚生労働省, (2016-03-04) [2017-10-27]. <http://www.mhlw.go.jp/>.
- [15] 孟开, 常文虎, 张迎媛, 田慧. 日本医疗费用支付方式对我国建立预付费体系的启示[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23 (12): 854-857.

（文字编辑：侯志英；责任编辑：信虹云）

香港地区公立医疗服务按单元收费进展及启示

丛鹂萱 王海银 张晓溪 周佳卉 金春林

【摘要】 文章系统地总结香港地区按服务单元收费的经验，研究其进展，并在此基础上提出内地推行按服务单元收费的政策建议：定价靠近医疗服务的成本、定期审核医疗服务的成本与定价。文章期望以此为我国推行医保支付方式改革提供参考。

【关键词】 按服务单元收费；医保支付方式；香港地区

2018年3月我国发布了《关于巩固破除以药补医成果持续深化公立医院综合改革的通知》（国卫体改发〔2018〕4号），要求我国推进医保支付方式改革，完善按床日等多种付费方式，并且进一步扩大按服务单元收费范围和数量。

我国香港特别行政区公立医疗服务目前主要采用按服务单元收费的方式，单元划分方式分为按次固定收费与按床日收费2种，为市民提供了高质量的医疗服务。借鉴香港地区的按服务单元收费经验有助于我国进一步完善当前的医疗服务收费方式改革，为相关政策的制定和执行提供坚实基础。

一、香港地区按服务单元收费概况

香港地区奉行“不容市民因经济困难而得不到适当的医疗服务”^[1]的卫生政策理念，其医疗服务由公立医院和私立医疗卫生机构双轨提供。其中，公共医疗开支全数由政府财政预算支持，而私立医疗服务主要由

第一作者：丛鹂萱，女，硕士，研究实习员

通讯作者：金春林，男，博士，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

用者自付费用^[2]。

香港地区目前实行的医疗收费架构基本沿用医院管理局（以下简称“香港医管局”）于1990年的设定。其中，公立医疗服务的费用主要采用按服务单元收费的方式，分为按次收费和按床日收费，即门诊服务按次收取固定费用，而住院服务按床日收费。在这套架构之下，香港地区将服务需方进一步分为符合资格人士¹和非符合资格人士²。其中符合资格人士主要依靠政府的大幅资助，享用公共医疗服务（除香港医管局标准服务范畴以外服务），占公立医疗服务使用人群的绝大部分。

二、香港地区按服务单元收费概况

（一）应用领域及方式

香港医管局辖下的所有医院及门诊服务均按照政府宪报的收费标准进行收费。香港地区的公立医疗机构提供超过90%的住院服务，按照病床使用日数收费^[1]。而公立医疗机构的门诊服务主要按次数进行固定金额收费。按服务单元收费方式应用于绝大部分公立医疗机构的医疗服务收费项目之中，符合资格人士的收费项目中全部都采用按服务单元收费方式，而非符合资格人士的收费项目仅有产科分娩服务一项不是按照服务单元收费^[6, 7]。2种类别人士的服务单元划分方式相同，分为按次数固定收费及按床日收费，其中按床日收费的计算标准也相同，起始时间为午夜12时，住院当日即日出院，首日不足一日按照一日计算^[5]。

香港针对符合资格人士的医疗服务收费种类一共有14种，其中社区康复护理服务（精神科）为免费，因此有价格的医疗服务收费一共有13项。对这13项有价格的医疗服务项目，医院采取按次或按日计算的

¹ 符合资格人士需要满足以下准则：持有根据《人事登记条例》（第177章）所签发香港身份证的人士，但若该人士是凭借其抑或入境或逗留准许而获签发香港身份证，而该准许已经逾期或不再有效则除外；身为香港居民的11岁以下儿童；或医管局行政总裁认可的其他人士^[2]。

² 符合资格人士以外的人士被定义为非符合资格人士。

方式收取固定金额的费用。其中急诊病床住院服务住院首天还要收取入院费 75 港元,而专科门诊(包括专职医疗诊所)根据病人诊次进行收费,首次诊疗的病人需要支付额外的 55 港元^[3]。收费项目中,以次数为参数进行服务单元划分的有 11 项,约占全部收费项目(13 项)的 85%;以日数为单元收费的项目则集中于住院费用。按服务单元定额收费具体价格详见表 1。

表 1 香港地区符合资格人士按服务单元定额收费表

服务单元划分参数	服务	收费
次数	急诊室	180 港元 / 次
	专科门诊(包括专职医疗诊所)	135 港元 / 次(首次)
		80 港元 / 次(其后每次)
		每种药物 15 元
	普通科门诊	50 港元 / 次
	敷药或注射	19 港元 / 次
	精神科日间医院	60 港元 / 次
	老人科日间医院	60 港元 / 次
	复康日间医院	55 港元 / 次
	肿瘤科诊所或肾科诊所日间程序及治理	96 港元 / 次
	在日间医疗设施接收日间程序及治理	195 港元 / 次
	社区康复护理服务(普通科)	80 港元 / 次
	社区专职医疗服务	80 港元 / 次
日数	住院(急诊病床)	入院费 75 港元 / 次
		120 港元 / 日
	住院(疗养/复康、护养及精神科病床)	100 港元 / 日

香港一共有 20 种针对非符合资格人士收费医疗服务。其中,除产科分娩服务是采用打包服务最低价,分已确认预约个案和未确认预约个案(或没有接受由医管局提供的产前检查之人士)2 种情况差别收费外,其他 19 项服务均采用按服务单元收费的方式。这些按服务单元收费的项目采用的单元划分方式也是分为按次数收费和按日收费 2 种方式,其中以次数为参数进行服务单元划分的有 14 项,约占所有按服务单元收费项目的 74%,按日收费的项目集中于住院和其他病房或护理室的使用

服务中。肾科中心 / 诊所或其他日间医疗设施的血液透析日间程序及治理服务会根据病患是长期还是急性使用该项服务而区别收费，急性的收费是长期收费的 2 倍^[4]。按服务单元定额收费具体价格详见表 2。

表 2 香港地区非符合资格人士按服务单元定额收费表

服务单元划分参数	服务	收费
次数	急诊室	1230 港元 / 次
	专科门诊（包括专职医疗诊所）	1190 港元 / 次
	普通科门诊	445 港元 / 次
	敷药或注射	100 港元 / 次
	肾科中心 / 诊所或其他日间医疗设施的	3000 港元 / 次（长期）
	血液透析日间程序及治理	6000 港元 / 次（急性）
	肿瘤科诊所日间程序及治理	895 港元 / 次
	眼科诊所日间程序及治理	725 港元 / 次
	在日间医疗设施接收日间程序及治理	5100 港元 / 次
	精神科日间医院	1260 港元 / 次
	老人科日间医院	1960 港元 / 次
	复康日间医院	1320 港元 / 次
	社康护理服务（普通科）	535 港元 / 次
	社康护理服务（精神科）	1550 港元 / 次
	社区专职医疗服务	1730 港元 / 次
日数	住院（普通科医院）	5100 港元 / 日
	住院（精神科医院）	2340 港元 / 日
	深切治疗病房	24400 港元 / 日
	加护病房	13650 港元 / 日
	婴儿护理室	1340 港元 / 日

总的来说，符合资格人士享受公立医疗服务的收费与非符合资格人士相比收费更低。

（二）费用范围界定

公立医院的住院费用包括病人所需的临床、生化及病理学检验（包括诊症、诊断影像及其他检验、疫苗注射及一般护理费用，以及医院和诊所按规定份量发给的药物^[6, 7]。对于符合资格人士和非符合资格人士来说，门诊费用覆盖范围相同，即都包括处方药物、病理学检验、放射

学检验及其他检验费用^[6, 7]，区别在于符合资格人士的费用中不包括在专科诊所求诊的处方药物费用，须按照每种 15 港元的费用另行收费^[3]。

公立医院的日间医院收费不涉及额外收费项目，但日间程序收费对于符合资格人士和非符合资格人士的费用覆盖范围不同。符合资格人士除肿瘤科诊所或肾科中心 / 诊所外，其他日间程序收费需要按照急诊病床收费办法，额外在首日收取入院费 75 港元^[3]；而非符合资格人士肿瘤科或眼科诊所日间程序和治理以及肾科中心 / 诊所或者其他日间医疗设施的血液透析日间程序及治疗费用不包括药物、放射学、病理学服务及诊断 / 治疗程序^[4]，这些服务项目按照私家收费表标准进行收费。

根据香港医管局条例，不论是符合资格人士还是非符合资格人士，医院或诊疗所只提供牙科服务给那些需要紧急牙科治疗或牙科治疗为其治疗的必要部分的病人^[6, 7]。除了收取住院及 / 或诊症费用外，还需要收取镶牙和补缺器费用，符合资格人士的收费金额由医院或者诊疗所的牙科医生直接决定，而非符合资格人士的金额则需要医院或者诊疗所的牙科医生按照成本决定^[6, 7]。

（三）支付标准

总体来说，香港地区公立医疗服务按服务单元方式收费的标准由香港医管局根据以下六条原则制定，分别为：病人共同分担成本，确保收费在市民的负担能力之内并提供一定费用减免，鼓励病人恰当使用服务，资源运用优次，扶助弱势社群使用服务以及公众的认受^[1]。

公立医疗服务收费最新一次价格调整在 2017 年 6 月开始实施，香港地区政府根据香港医管局 2015—2016 年度服务成本的上涨，将急诊室、普通科门诊和专科门诊以及急诊病床住院费用上调^[2]。另一个考虑因素则是政策导向，即香港地区政府致力于通过医疗服务费用的上调鼓励市民恰当使用供应医疗服务，不要过度使用急诊室服务^[2]。

尽管成本因素是香港地区政府调整价格的考虑之一，但从实际的收费来看，收费远低于成本。根据香港食物及卫生局公布的最新医疗服务成本数据，2014—2015 年度普通科急诊及康复病人每日的住院成本为 4600 港元^[6]，普通科急诊住院收费为每日 120 港元，普通科康复住院收费也仅为每日 100 港元，香港地区政府对这 3 项医疗服务的资助比例都在 97% 以上，是所有住院类服务中享受政府资助力度最大的。除此之外，其他类住院服务的资助比例也都高于 90%，急诊、普通科门诊和专科门诊服务的资助比例也都在 80% 以上（见表 3）。

表 3 香港地区公立医院及诊所收费结构及政府资助水平（2014—2015 年度实际费用）

公立医院及诊所服务		使用者收费	成本	政府资助占比（%）
住院	普通科急诊	120 港元 / 日	4600 港元 / 日	97.4
	普通科康复	100 港元 / 日	4600 港元 / 日	98.0
	疗养科	100 港元 / 日	1470 港元 / 日	93.2
	精神科	100 港元 / 日	2470 港元 / 日	96.0
	智障科	100 港元 / 日	1400 港元 / 日	93.0
急症和门诊	急诊室	180 港元 / 次	1140 港元 / 次	84.2
	专科门诊	首次 135 港元 / 次	1130 港元 / 次	88.1
		其后 80 港元 / 次		93.0
	普通科门诊	50 港元 / 次	410 港元 / 次	87.8

从病症和手术角度来看，许多重病或者复杂手术的收费也远远低于其成本。举例来说，香港医管局公布的肝脏移植手术的成本为 54 万港元左右，不包括手术后复诊和抑制免疫系统治疗的费用^[2]，但是使用者收费与其他住院服务相同，收费标准并不是为了完全收回成本而设定或者调整。

二、香港地区按服务单元收费存在的问题和应对策略

（一）现行收费存在的问题

1. 公立医疗机构压力过大

尽管公立医疗机构提供质优价廉的医疗服务，基本都采用简单的按

服务单元定额收费结构，但是这样的机制无法引导市民合理适度使用公共资源，导致公立医疗机构压力过大，负荷超越医院或者诊疗机构所能承受的极限。仅 1990—1991 年至 2005—2006 年度，香港地区的公立医院住院总人次从 64 万人增至 113 万人，增长约 76%，而且人次还在继续增长。这就导致香港地区许多医疗服务轮候时间过长，不利于市民的健康^[1]。

除此之外，急诊室服务资源也被过度消耗，许多原本应该由基层诊疗机构治理的病人到急诊室求诊，公立医院因此每日需要负荷超过 5500 求诊人次，不能合理分流急诊人群，导致医疗服务资源分配不合理^[1]。

2. 公立医疗服务不够多元化

在实施中，按服务单元收费的主要问题是公立医院的服务过于单一化。香港地区目前绝大部分住院服务由公立医疗机构提供，医院基本只提供一种标准水平的服务，市民可以通过轮候名单等待，而在诸如病房设施的选择上，市民难以根据个人情况选择，也不能选择提供医疗服务的专业人员。只有极少数公立医院（东区尤德夫人那打素医院和律敦治医院）提供特别病房，以相当于普通急症住院每日费用的 20 多倍的价格提供特别收费病房^[3]。如果市民不想花长时间轮候等待公立医院的服务，或者希望选择医疗人员等，就只能选择费用相对高昂的私立医疗机构。

3. 公共财政难以长久支撑现有资助水平

目前公立医疗服务的资助水平基本都在 80% 以上，很多服务类别如普通科住院服务等政府资助水平更是达到了 97% 以上。然而随着香港地区人口的急剧老化，老年人口比例倍增，医疗服务需求增加以及医疗成本的上涨^[1]，使得香港地区若要继续维持长久实行的政府资助、价格低廉、服务质量优秀的医疗服务，势必要大幅增加公共医疗开支，占整体开支的份额亦会持续增长。然而香港地区 2008 年的医疗改革咨

询文件预计至 2033 年，公共医疗开支每年平均增长率会比本地生产总值的增长率高 66%^[1]，即香港地区现行的医疗融资制度长远来看将不具有持续性，香港地区将面临医疗融资困难的问题。

（二）香港地区应对现有问题的策略

1. 加大医疗资助力度

香港地区近年来不断加大在公立医疗方面的投资，2007—2008 年度至 2014—2015 年度以来，卫生服务经常开支从 320 亿港元增加到 520 亿港元，增幅超过 60%^[6]。除此之外，香港地区还开展了一个重要的公立医院重建和扩建计划，包括兴建天水围医院和香港地区儿童医院，扩建基督教联合医院，以及重建广华医院和玛丽医院^[6]。

2. 改革保险计划

自 1997 年回归祖国以来，香港特区政府一直在探索适合的医疗改革方案来改善香港地区整体的医疗保障制度，经过 2000 年、2005 年、2008 年和 2010 年共 4 次大型面向社会的咨询之后，于 2014 年发布《自愿医保计划》，提出由政府规管的自愿私人医疗保险计划。该计划旨在透过改善市场上的医疗保险质量，鼓励市民多使用私立医疗服务，减轻公立医疗机构的压力、增加市民选择，并且扩大医保融资范围^[7]。不同于之前世面上的其他私人医疗保险，该医保计划保证可以终身续保，承保投保前已有的病症设有等候期，并透过高风险分摊基金让较高风险的人士也可以投保。此外，香港地区政府还制定了标准保单条款和条件等以保证市民可以进行投保，扩大了医保融资范围^[7]。

3. 推行电子健康记录互通系统

香港地区在 2016 年 3 月开始正式启用电子健康记录互通系统（ehealth），公立和私立医疗机构可以在获得病人同意下共享病人的健康记录^[8]。这套互通系统方便病人在公立和私立医疗机构转换求诊，增加

病人就医的选择，也减少重复检查和治疗的可能性，避免人工导致的记录错误，提升总体卫生开支的效率。

三、启示及建议

（一）服务收费标准靠近成本

香港地区公立医疗服务绝大部分都是采用按服务单元收费的方式，服务收费标准远远低于实际服务成本，而内地目前的财政补助占医院总支出的比例在 9.2%，与香港地区 80%、90% 这样的补助比例相差巨大。尽管现阶段大幅度提升财政补助比例并不现实，但是建议借鉴香港地区的服务收费定价的基本思路，结合内地的实际状况，采取靠近成本定价的方式制定医疗服务收费标准。

内地现在进行中的医疗服务价格改革提出“首要改革，是推进医疗服务价格分类管理”^[9]，而其中公立医疗机构的基本医疗服务实施政府指导价，特需和个性化需求比较强的实行市场调节价^[9]。如要切实执行《推进医疗服务价格改革的意见》（发改价格〔2016〕1431号）中提到的改革要点，就必须明确现有医疗服务的成本，进行成本核算，建议将公立医疗机构的基本医疗服务靠近服务成本定价，而特需和个性化强的服务按市场调节定价。这样的定价原则可能会更加合理，既避免了医院入不敷出，定价难以收回成本，又保证了病人有一定的自付费用，从价格上可以引导市民合理使用医疗资源。当然，这样的服务定价标准可能只适用于比较基本的医疗服务，如普通门诊、急诊和住院病床之类，手术和其他比较复杂的诊症若是按照靠近服务成本的定价可能会增加群众看病的总体负担，与现行医改的宗旨和目的不相符。

（二）定期审核服务成本与定价

香港医管局定期检讨公立医疗机构服务收费定价，2017 年最新价格调整前，香港医管局于 2002 年进行了一次价格调整，也提高了一些

服务内容的定价，如急诊室服务收费等。2003—2017年期间，香港医管局还委托独立机构对私立医疗机构的收费进行调查，希望缩小公立医疗机构急诊室与私立机构收费的差距，改变市民的求诊行为。因此建议定期审核按服务单元收费项目的成本，加强物价、医保等部门的联系，并且可以引入第三方独立机构进行此类调查，及时调整定价。

参考文献

- [1] 中国香港食物及卫生局. 医疗改革咨询文件-掌握健康掌握人生[EB/OL]. (2008-03-13) [2018-3-11]. http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth_full_chn.pdf.
- [2] 中国香港立法会. 立法会卫生事务委员会公营医院服务收费检讨（立法会CB（2）555/16-17（04）号文件）[EB/OL]. (2017-01-16) [2018-3-11]. <https://www.legco.gov.hk/yr16-17/chinese/panels/hs/papers/hs20170116cb2-555-4-c.pdf>.
- [3] 中国香港医院管理局. 医院管理局条例（第113章）收费表修订公众收费-符合资格人士（第3884号公告）[EB/OL]. (2017-06-18) [2018-3-11]. http://www.ha.org.hk/haho/ho/cs/238766_sc.pdf.
- [4] 中国香港医院管理局. 医院管理局条例（第113章）收费表修订公众收费-非符合资格人士（第3884号公告）[EB/OL]. (2017-06-18) [2018-3-11]. http://www.ha.org.hk/haho/ho/cs/238767_sc.pdf.
- [5] 中国香港医院管理局. 医疗收费[EB/OL]. (2017-06-18) [2018-3-11]. http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10045&Lang=CHIGB.
- [6] 中国香港特别行政区政府. 总目140-政府总部：食物及卫生局（卫生科）[EB/OL]. (2016-02-24) [2018-3-11]. <https://www.budget.gov.hk/2016/sim/pdf/chead140.pdf>.
- [7] 中国香港食物及卫生局. 自愿医保计划咨询文件[EB/OL]. (2014-12-15) [2018-3-11]. http://www.vhis.gov.hk/doc/tc/full_consultation_document/executive_summary_chn.pdf.
- [8] 中国香港特别行政区政府. 医健通电子病历互通系统[EB/OL]. (2016-11-30) [2018-3-11]. http://www.ehealth.gov.hk/tc/about_ehrss/electronic_health_record/index.html.
- [9] 国家发展改革. 推进医疗服务价格改革的意见（发改价格[2016]1431号）[EB/OL]. (2016-07-01) [2018-3-11]. <http://www.gov.cn/xinwen/2016-07/07/5089136/files/a58617cf7c644c57a60c092d381bd980.pdf>.

（文字编辑：周清茨；责任编辑：张革）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生和健康发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China