

# DRG 支付模式下医疗机构质量 - 成本均衡困境的 多维解构与制度优化研究

涂声淦

苏州大学政治与公共管理学院 江苏 苏州 215123

**摘要:** 本文系统探讨 DRG 支付制度改革中医疗机构面临的“质量-成本”二元目标冲突。基于制度变迁理论与激励相容理论, 构建“政策刚性-组织响应-行为异化”三维分析框架, 揭示标准化支付与个体化诊疗矛盾、经济激励与伦理责任张力、区域差异与技术适配失衡等核心问题, 提出动态调整机制、分层支付体系、风险共担制度等优化路径, 为完善医保支付体系提供理论支撑。

**关键词:** DRG 支付; 医疗质量; 费用控制; 制度困境

## 引言:

在全球医疗费用控制浪潮中, 疾病诊断相关分组 (DRG) 支付模式作为典型的管理工具, 已在全球医疗体系中形成制度扩散。我国自 2019 年启动 DRG 支付改革试点以来, 在控制医疗费用增速方面取得显著成效, 但医疗机构面临的运营悖论逐渐显现: 一方面, DRG 的预付制特性要求医院主动控制成本; 另一方面, 医疗服务的专业特质又要求保障个体化诊疗质量。这种矛盾在慢性病管理、急危重症救治、医疗技术创新等领域尤为突出, 形成“控费有效性”与“质量保障性”的制度性张力。本文通过理论与制度分析, 试图解构 DRG 支付体系的多维困境, 并提出系统性解决方案。

## 1 理论框架建构

### 1.1 制度刚性理论视角

DRG 支付制度作为典型的技术治理工具, 其设计逻辑根植于医疗服务的工业化改造范式。根据 Scott (1998) 的制度认知理论, 这种“标准化冲动”实质是通过简化复杂现实来构建可控秩序, 其运行机理表现为三重结构化特征: 一是疾病分类编码化, 采用 ICD-10 等分类体系将连续性疾病谱离散为有限诊断组, 本质上是对临床实践的知识论重构, 隐含福柯 (Foucault, 1973) 所指的“医学凝视”权力运作——将患者身体转化为可计算的病理对象; 二是支付单元模块化, 通过病例组合指数 (CMI) 将医疗服务转化为标准化“产品包”, 但医疗服务的根本特性 (Arrow, 1963)——不确定性、信息不对称、委托代理关系——使这种模块化面临本质性冲突; 三是绩效评价指标化, 以平均住院日、药耗占比为核心的 KPI 体系形成对医疗机构的数字规训, 导致 Goodhart 定律的典型困境——当指标成为目标时, 它

就不再是好的指标。在 North (1990) 的制度变迁框架下, 编码体系沉没成本、支付规则学习效应、利益集团适应性预期共同构成制度锁定 (lock-in) 的三重约束, 临床弹性空间被制度刚性持续挤压。

### 1.2 激励相容理论视角

基于委托代理理论, DRG 支付构建了医保机构 (委托人) 与医疗机构 (代理人) 的新型契约关系, 其激励机制呈现双重悖论: 其一为激励结构的二律背反, 结余留用机制符合 Holmstrom-Milgrom (1991) 的强绩效薪酬理论, 理论上可激发成本控制动机; 与此同时, 超支惩罚机制引发风险规避行为, 触发 Kahneman 前景理论的损失厌恶效应, 二者张力使医疗机构陷入“创新抑制-风险选择”的行为困境。其二为激励扭曲的传导路径: 低码高编 (Upcoding) 通过诊断编码高套获取支付溢价; 风险选择 (Risk Selection) 利用 Cherry-picking 策略筛选低风险患者, 形成 McGuire (2000) 所述的供给引致需求异化; 服务转移 (Service Shifting) 将成本

转嫁至门诊或自费项目，破坏医疗服务连续性。

## 2 DRG 支付模式的多维困境解析

### 2.1 标准化支付与临床实践的内在冲突

一是疾病异质性与支付同质性的矛盾。临床实践中，同一 DRG 分组患者的年龄结构、并发症数量、器官功能状态等个体差异显著影响治疗成本，现有分组逻辑难以完全涵盖临床复杂性，导致医院对复杂病例采取保守治疗策略。二是技术迭代与制度滞后的发展悖论。医疗技术创新呈现非线性扩散特征，根据技术采纳生命周期理论，新型诊疗手段往往经历“创新萌芽-快速扩散-成熟稳定”三阶段，但 DRG 分组动态调整存在显著时滞，导致：①机器人辅助手术、基因靶向治疗等高价值技术在临床应用初期面临成本补偿缺位；②医疗机构因支付约束倾向于维持传统治疗路径，形成技术采纳的逆向激励；③ DRG 定价机制未能纳入健康产出、生活质量改善等创新技术核心价值维度。

### 2.2 经济理性与医疗伦理的价值冲突

医疗机构为达成控费目标可能采取缩减检查项目、缩短住院天数等策略，这种效率优先导向虽降低显性成本，但可能增加误诊风险、术后并发症等隐性质量成本。同时，部分医院通过设置隐形门槛筛选低风险患者，导致急危重症、高龄患者等医疗需求群体可及性降低，违背医疗服务公平性原则。

### 2.3 统一框架与区域差异的结构性矛盾

我国东中西部在慢性病构成比、传染病流行特征上存在显著差异，统一权重体系难以精准反映区域疾病经济负担：一方面，区域高发疾病治疗成本与支付标准存在系统性偏差，与经济、医疗条件相近区域价格缺乏衔接；另一方面，既有支付体系强化“马太效应”，发达地区在权重调整中议价能力更强。同时，基层医疗机构在病案首页填写、诊断编码转换、电子病历与分组器接口兼容等基础环节存在系统性能力鸿沟，导致 DRG 实施效果呈现显著区域分化。

## 3 制度优化的系统路径

### 3.1 构建弹性支付机制

一是建立动态参数化支付模型，引入合并症指数 (CCI) 与年龄调节因子 (Age Index)，将患者个体特征转化为支付系数调整变量： $Payment=Base$

$Rate \times (1 + \alpha \times CCI + \beta \times Age\ Index)$ 。其中 CCI 采用权重叠加法量化并发症的边际成本影响，Age Index 通过指数函数反映年龄相关的治疗难度梯度。对极端变异病例设立国家级豁免清单，采用回溯性成本补偿机制，避免医疗机构因收治危重患者陷入财务困境。二是构建创新技术三维评估体系：临床价值维度采用生存率改善、功能恢复等硬性指标，经济性维度引入成本效果比 (ICER)，社会效益维度通过质量调整生命年 (QALYs) 测算群体健康收益。对通过评估的技术实施“过渡支付”方案——按“50%DRG 支付+30%基金补偿+20%医院承担”分级分担，弥合技术扩散曲线与支付调整周期的相位差。

### 3.2 完善分层治理体系

一是空间维度适配，运用多层级治理理论建立“金字塔式”调整结构：国家层面制定基础分组框架保持制度统一性；省级层面通过疾病失能调整生命年 (DALY) 等指标动态调整权重 ( $Regional\ Weight = National\ Weight \times (1 + \gamma \times DALY\_rate)$ )，允许省级医保部门每年调整 10%-15% 的分组权重，反映区域流行病学特征；市级层面设立特殊病例目录，保留临床实践弹性空间。二是机构维度分化，依据资源基础理论建立差异化考核体系：三级医院重点考核技术创新与疑难重症救治 (技术创新权重 40%、成本控制 30%、教学科研 30%)；基层医疗机构强化基础服务与成本控制 (基础服务 60%、费用控制 40%)，引导各级机构在统一支付框架下实现比较优势发展。

### 3.3 建立风险共担生态系统

一是基于 Beck (1992) 风险社会理论构建“质量-成本”联动补偿模型。设立区域性风险调剂基金，对经审核的合理超支按 70% 比例补偿，补偿额度与质量绩效正向挂钩；设置并发症发生率、非计划再入院率等质量阈值，突破警戒线时自动触发成本审查机制，将单纯经济风险分担升级为质量导向的风险治理。二是依据 Donabedian (1988) 质量理论构建三维监测网络：过程维度通过临床路径依从性、检查完备率保障诊疗规范性；结果维度追踪 30 天再入院率、中长期生存质量；体验维度引入患者报告结局 (PROMIS) 量化就医感受。通过质量数据与支付系统的智能耦合，实现从“为服务付费”向“为价值付费”的范式转换。

### 结论与展望：

DRG 支付改革正面临深刻的制度张力：标准化管理需求与医疗实践弹性的结构性矛盾、成本控制目标与质量保障要求的价值冲突、统一制度框架与区域差异现实的适配困境，共同构成医保支付改革的“不可能三角”。本文提出的适应性治理框架，通过弹性支付机制、分层治理体系、风险共担生态的协同建构，尝试在制度刚性与实践柔性之间开辟第三条道路，将参数化设计、差异化治理、过程化监控等现代管理工具有机嵌入医疗保障的制度内核，推动 DRG 系统从“机械执行”向“智慧适应”演进。未来研究需突破传统支付理论的路径依赖，在智能合约技术重塑医保结算流程、价值医疗导向重构支付标的、人工智能伦理重建治理规则等前沿领域深化探索，最终实现医疗支付体系从“成本控制工具”到“健康促进引擎”的质的跃迁，构建兼顾公平、效率、创新的可持续医疗保障生态。

### 参考文献：

- [1] 曹珍, 郭默宁, 管仲军. 按 DRG 预付费改革对医疗服务质量的影响——基于北京市的实证研究 [J]. 社会保障研究, 2024(03):52-69.
- [2] 陈非非, 张璐莹, 俞纯璐, 等. DRG 付费下创新医疗技术的额外支付机制研究 [J]. 卫生经济研究, 2023, 40(08):28-32.
- [3] 方金鸣, 陶红兵. 基于博弈理论的 DRG 支付制度对医疗机构诊疗行为影响分析 [J]. 中国卫生经济, 2021, 40(03):5-8.
- [4] 李浩, 陶红兵. DRG 下低码高编的制度环境、

逻辑动机及形成机制 [J]. 社会保障研究, 2022(06):64-77.

- [5] 廖藏宜, 荆欧杰, 惠文. 医保 DRG 付费改革对医疗服务价值的促进作用 [J]. 财经问题研究, 2024(11): 89-103.
- [6] ARROW K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care [J]. American Economic Review, 1963, 53(5):941-973.
- [7] BECK U. Risk Society: Towards a New Modernity [M]. London: Sage Publications, 1992.
- [8] DONABEDIAN A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? [J]. JAMA, 1988, 260(12):1743-1748.
- [9] HOLMSTRÖM B, MILGROM P. Multitask Principal-Agent Analyses [J]. Journal of Law, Economics, & Organization, 1991, 7:24-52.
- [10] FOUCAULT M. The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception [M]. London: Routledge, 1973.
- [11] KAHNEMAN D. Prospect Theory: For Risk and Ambiguity [M]. Cambridge University Press, 2000.
- [12] MCGUIRE T G. Physician Agency [A] // CULYER A J, NEWHOUSE J P. Handbook of Health Economics [C]. Amsterdam: Elsevier, 2000:461-536.
- [13] NORTH D C. Institutions, Institutional Change and Economic Performance [M]. Cambridge University Press, 1990.
- [14] SCOTT J C. Seeing Like a State [M]. New Haven: Yale University Press, 1998.

作者简介：涂声淦（2002.07- ），男，汉族，江西宜春人，硕士研究生在读，研究方向：卫生政策。