

我国按病种分值付费(DIP)政策研究

——基于国家、省、市三级的比较分析

李秋莎^{1,2,3*} 杨春晓^{1,2,3} 赵兹旋^{1,2,3} 陈钟鸣^{2,3,4} 丰志强^{2,3,4} 黄冬梅^{2,3,4} 尹文强^{2,3,4}

1. 潍坊医学院公共卫生学院 山东潍坊 261053
2. “健康山东”重大社会风险预测与治理协同创新中心 山东潍坊 261053
3. 国民健康社会风险预警协同创新中心 上海 200032
4. 潍坊医学院管理学院 山东潍坊 261053

【摘要】目的:比较国家、省、市三级按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)政策的共性与差异,为各省市的政策设计提供参考建议。方法:检索政府官网、北大法宝法律数据库系统收集国家及各省市有关DIP的政策文本,在文献资料和访谈资料分析的基础上,采用内容分析法进行提炼总结。结果:自2020年至今,国家医疗保障局共出台7份政策文件推进DIP支付方式改革,随后我国8个省份、7个地级市发布了相关政策文件26份。各省市的DIP政策适用范围与国家要求基本保持一致;在国家顶层设计的指导下,各地根据实际对关键要素设计(病种目录、分值、医疗机构系数)、监督管理措施等方面进行了调整与细化;病种分值方面,国家及多数省市均以历史数据为基准测算,但测算依据并不一致,不少地区要求考虑各病种间的相对权重。结论:地方政府及相关部门应出台指导性政策文件推进当地DIP改革,在设计政策时明确政策适用范围,建立关键要素动态调整机制,加强对医疗行为的监管并重视DIP在推进分级诊疗方面的作用。

【关键词】按病种分值付费;医保支付方式;政策比较;内容分析法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.07.002

Research on the policy of Diagnosis-Intervention Packet (DIP) in China: A comparative analysis based on the national, provincial and municipal levels

LI Qiu-sha^{1,2,3}, YANG Chun-xiao^{1,2,3}, ZHAO Zi-xuan^{1,2,3}, CHEN Zhong-ming^{2,3,4}, FENG Zhi-qiang^{2,3,4}, HUANG Dong-mei^{2,3,4}, YIN Wen-qiang^{2,3,4}

1. School of Public Health, Weifang Medical University, Weifang Shandong 261053, China
2. “Health Shandong” Severe Social Risk Prevention and Management Synergy Innovation Center, Weifang Shandong 261053, China
3. Collaborative Innovation Center of Social Risks Governance in Health, Shanghai 200032, China
4. School of Management, Weifang Medical University, Weifang Shandong 261053, China

【Abstract】 Objective: Our study compared the similarities and differences of the national-provincial-municipal three-level DIP policy, in order to provide reference suggestions for the policy design of other cities. Methods: We collected the policy texts related to DIP in national and different regions from the official website of the government and the Peking University’s Fabao Law Database. Based on the analysis of literature and interview data, the content analysis method was used to refine and summarize. Results: Since 2020, the National Healthcare Security Administration has issued 7 policy documents to promote the reform of DIP payment method, and then 8 provinces and 7 prefecture level cities have issued 26 relevant policy documents. The scope of application of DIP policies in all provinces and cities was basically consistent with national requirements. Under the guidance of the national top-level design, all

* 基金项目:山东省自然科学基金项目(ZR2019MG010)

作者简介:李秋莎(1995年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生管理与政策、公共卫生危机管理理论与政策。E-mail:liqiusha2017041@163.com

通讯作者:尹文强。E-mail:yinqw1969@126.com

localities have adjusted and refined the design of key elements (disease directory, score, medical institution coefficient) and supervision measures according to the actual medical conditions. In terms of disease score, the country and most cities used historical data as the benchmark, but the calculation basis was not consistent. Many regions require to consider the relative weight of each disease. Conclusions: Local governments and relevant departments should issue guiding policy documents to promote local DIP reform; define the scope of policy application when designing policies; establish a dynamic adjustment mechanism for key elements; strengthen the supervision of medical behavior, and pay attention to the role of DIP in promoting hierarchical diagnosis and treatment.

[Key words] Diagnosis-Intervention Packet; Payment method of medical insurance; Policy comparison; Content analysis method

医保支付方式改革是医改的核心内容之一。按病种分值付费 (Diagnosis Intervention Packet, DIP) 是指医保经办机构在住院医疗保险基金总额预算控制的前提下,对结算期内定点医疗机构收治的病例进行分值量化,之后确定各医疗机构参与结算的分值,从而对住院医疗保险基金在各个医疗机构之间进行结算与分配。^[1-2]自 2020 年国家医保局启动 DIP 试点后,71 个试点城市在 2021 年底前进入了实际付费阶段。

从较早进入实际付费的试点城市来看,DIP 取得了初步成效。江苏、福建、山东等省份试点城市的医疗费用和次均住院费用增速明显下降,医保支付住院费用增长率最多下降 4.8%,一定程度上降低了基金支出压力。^[3]DIP 改革在满足医疗需求的同时能够减轻现阶段医保基金负担,对于创新医保基金管理模式^[4]、控制医疗费用不合理上涨有重要意义^[5]。然而,DIP 的推行仍存在一定障碍。现有研究认为,病案首页填写质量低、患者感知不足等问题制约了 DIP 的推广与落实^[6],政策设计中也存在不合理之处^[7],DIP 政策有待进一步优化完善。

国内学者关于 DIP 的研究集中在 DIP 实施效果的整体性评价^[8-9]、DIP 对大型公立医院及医生行为的影响^[10-11]、实施障碍与优化策略等方面^[12-13],关于 DIP 政策设计科学性、政策工具适用性、政策内容合理性涉及较少,导致在 DIP 政策设计中缺少系统性总结。国家医保局要求到 2025 年底,基本实现 DIP 支付方式全覆盖,而目前 DIP 在全国的推行仍处于试点阶段,缺乏较为成熟的推广模式,各地市亟需出台政策文件规范 DIP 的有序开展。因此本研究通过对国家及试点地区出台的 DIP 政策基本特征、适用范围、关键要素设定、监督管理等方面进行对比,采用内容分析法提炼国家、省、市三级 DIP 政策的共性

及地区差异,以期为其他省市设计政策时提供参考借鉴,促进 DIP 政策在全国范围内稳步推行。

1 资料与方法

1.1 资料来源

政策文本收集:检索国家及各省市人民政府、卫健委、医疗保障局等相关部门官方网站,收集有关推进 DIP 政策的文件,并通过北大法宝法律数据库 (<https://www.pkulaw.com/>) 采集政策样本作为补充。纳入排除标准:(1)发文时间自国家 DIP 试点方案出台至今(2020 年 9 月至 2022 年 6 月);(2)发文内容主要围绕 DIP 展开;(3)排除各省市出台的 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划方案;(4)排除未公开发布文件。最终国家层面纳入 7 份政策文件,省级层面纳入 11 份,市级层面纳入 15 份,共 33 份。

访谈资料收集:利用课题组自制的访谈提纲,于 2021 年 12 月在山东省内多个地市选取医保部门管理人员、二/三级医院和社区卫生服务中心/乡镇卫生院管理者进行关键人物访谈。访谈内容主要围绕当地的 DIP 政策推行现状、具体措施、实施障碍等方面展开。

文献资料收集:以“医疗保险”“支付方式改革”“按病种分值付费”“DIP”等为主题词制定文献检索策略,在万方、知网等数据库检索 DIP 相关文献。

1.2 资料分析

在文献资料分析的基础上,运用内容分析法对国家及各省市发布的政策文本进行萃取提炼,从发文基本情况、政策适用范围、病种目录库、病种分值、医疗机构系数设定、监督管理和促进分级诊疗措施等方面对比分析,访谈资料作为补充。

2 结果

2003年10月,江苏淮安是我国首个采取按病种分值付费方式的城市。^[14] 该市提取了全市近3年住院发生10例以上的病种作为试点病种,赋予其固定分值,限定期内的总分值情况,作为费用结算的依据。^[14] 随后淮安市对于住院医疗费用的结算控制进行适度优化,形成了运行良好的医保综合结算模式,并将其模式推广至其他地区。南昌、银川、中山、宿迁等多地也纷纷引入按病种分值付费,相关改革探索均取得良好成效,积累了较为丰富的政策实践经验。^[16-21]

2.1 国家层面出台的按病种分值付费有关政策

在地方实践经验的基础上,国家政策大力支持DIP支付方式改革,自2020年至今国家医疗保障局共出台7份政策文件,从最初制定工作方案、公布试点城市名单、明确技术规范、病种目录库、专家库,到印发三年行动计划逐步推进改革。2020年10月19日,国家医疗保障局明确要求用1~2年的时间实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式,标志我国按病种分值付费(DIP)改革工作正式拉开序幕(表1)。

表1 国家层面发布的DIP相关政策文件

序号	政策名称	发文时间	发文内容
1	国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知(医保办发[2020]49号)	2020年10月	明确试点目标、范围、要求、内容、步骤、保障机制、组织管理等
2	国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知(医保办发[2020]45号)	2020年11月	确定按病种分值付费试点城市名单
3	国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和DIP病种目录库(1.0版)的通知	2020年11月	明确DIP技术规范与病种目录库,要求各试点城市制定本地总额预算管理办法
4	国家医疗保障局办公室关于建立区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)专家库的通知(医保办发[2020]50号)	2020年12月	建立按病种分值付费(DIP)专家库
5	国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知(医保办发[2021]27号)	2021年5月	明确DIP业务的主要内容、协议管理、信息系统建设与数据采集、预算管理、病种分值确定、审核结算、稽核审查、考核评价等
6	国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知(医保发[2021]48号)	2021年11月	总结推广2019—2021年DRG/DIP付费国家试点的有效做法,制定三年行动计划(工作目标、工作任务、工作要求)
7	国家医疗保障局办公室关于印发DRG/DIP付费示范名单的通知(医保办函[2021]15号)	2021年12月	强调DRG/DIP重要性;印发DRG/DIP付费示范名单

2.2 地方层面DIP相关政策发文基本情况

自2020年国家医保局启动DIP试点后,我国地方层面根据当地实际,发布了有关DIP支付方式改革的政策文件共26份(表2)。从地区来看,东部省市5个、中部省市8个、西部省市2个,西部地区发文量较少。从发文机构来看,主要包括人民政府、医保部门、财政部门、卫生健康委员会,其中参与次数最

多的是各地医保部门(12次)。发文机构的差异体现了政策执行力度的强弱,内蒙古、宁夏、安徽、海南、天津、山东淄博、湖北宜昌为多部门联合发文,可见相关政府部门高度重视本地DIP支付方式改革的推进。^[22] 从发文名称来看,各省市出台的26份文件中,10份为试行文件,说明地方DIP政策仍处于探索试验阶段。

表2 我国地方层面DIP政策发布情况

地区	发文机构	发布时间	政策名称
省级层面			
内蒙古	内蒙古自治区医疗保障局、财政厅、卫生健康委员会	2020年12月	《内蒙古自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费工作方案》
宁夏	宁夏回族自治区医疗保障局、卫生健康委员会	2021年2月	《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费工作实施方案的通知》
安徽	安徽省医疗保障局、卫生健康委员会、财政厅	2021年2月	《安徽省基本医保区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作指导方案》
天津	天津市医保局、卫生健康委、财政局	2021年8月	《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法(试行)》

续表 2 我国地方层面 DIP 政策发布情况

地区	发文机构	发布时间	政策名称
山东	山东省医疗保障局	2021 年 10 月	《山东省按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》
河南	河南省医疗保障局	2021 年 10 月	《河南省按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》
西藏	西藏自治区医疗保障局	2021 年 12 月	《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)实施办法(试行)》、《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)经办规程(试行)》《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)监管考核办法(试行)》《西藏自治区 DIP 付费特病单议评审办法(试行)》
海南	海南省医疗保障局、医疗保险服务中心	2021 年 12 月	《关于逐步推开区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)工作的通知》
市级层面			
芜湖	芜湖市人民政府	2020 年 9 月	《芜湖市基本医疗保险住院费用按病种分值付费管理办法(试行)》
荆州	荆州市人民政府	2020 年 12 月	《荆州市基本医疗保险按病种分值付费实施办法》
宜昌	宜昌市人民政府; 宜昌市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会	2021 年 5 月; 2021 年 9 月	《宜昌市区域点数法总额预算和按病种分值付费试行办法》; 《关于印发宜昌市区域点数法总额预算和按病种分值付费配套文件的通知》……(包括总额预算管理、数据管理、目录管理、病例评审管理、监督管理、考核评价、经办规程 7 个配套文件)
淄博	淄博市人民政府; 淄博市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会	2021 年 8 月	《淄博市人民政府办公室关于推进区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作的实施意见》; 《淄博市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费实施办法》
厦门	厦门市医疗保障局	2021 年 9 月	《厦门市医疗保障定点医疗机构住院区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)规程》
宜春	宜春市医疗保障局	2021 年 12 月	《关于全面开展区域点数法总额预算和按病种分值付费工作的通知》
辽源	辽源市人民政府	2022 年 1 月	《辽源市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)实施办法(试行)》

2.3 DIP 政策适用范围

DIP 政策适用范围包括推行的机构范围、涵盖的医保基金范围和纳入的病种范围。本研究纳入的 8 个省份中仅有山东、西藏规定了 DIP 政策适用范围, 7 个地级市却均有明确规定。各省市在机构和医保基金适用范围方面与国家政策保持一致, 适用于统筹地区医疗保障经办机构与定点医疗机构的基本医疗保险住院医疗费用结算。病种适用范围方面, 有 4 省市在国家技术规范的基础上调整了 DIP 病种纳入排除范围。山东省补充日间化疗费用; 荆州市补充家庭病床医疗费用结算; 西藏提出超高费用耗材/药品病例、新冠病毒肺炎、大骨节病、先天性心脏病等病例暂不纳入 DIP 付费范围; 宜春将部分中医单病种、患尿毒症透析住院病例剔除。

2.4 DIP 政策关键要素设定

在按病种分值付费模式下, 医保部门对定点医疗机构住院服务的付费标准由病种目录库、病种分

值和医疗机构系数三个关键要素决定。国家医保局使用试点城市报送的历史数据形成病种目录库, 按照一定的测算依据确定核心病种的分值并引入医疗机构等级系数, 各省市在国家政策指导下分别针对这三项核心政策措施进行了细化(表 3)。

2.4.1 病种目录库的建立

病种是指疾病的主要诊断名称与手术及操作编码进行的组合。国家 DIP 将病种目录库分为主目录与辅助目录, 其中主目录包括核心病种近 11 553 组, 综合病种 2 499 组。除安徽、海南外, 其余 6 省均明确提出以国家预分组结果为基础建立本地 DIP 病种目录库。个别地级市在国家 DIP 目录体系的基础上对病种进行调整, 如厦门在核心病种中细分了基层病种、中医优势病种及肿瘤病种; 山东、河南、淄博筛选出当地普遍开展、质量可控且费用稳定的病种作为基准病种。内蒙古、宁夏、安徽、山东、西藏建立目录库动态调整机制。

表3 DIP 关键要素设定

地区	病种目录库建立	病种分值确定	医疗机构系数设定
国家层面			
	国家 DIP 目录库包括核心病种近 11 553 组,综合病种 2 499 组	试点城市按照本地区前 3 年数据进行全样本数据病例平均医疗费用测算,确定核心病种的分值	引入医疗机构等级系数,区分不同级别医疗机构分值,并动态调整
省级层面			
内蒙古	按照国家的分组规则,在自治区病种目录库基础上,形成本地病种分值目录核心病种与综合病种库	—	医院级别、病种结构、功能定位
宁夏	以大数据方法分析“疾病诊断+治疗方式”相关组合的共性和个性特征,区分核心病种和综合病种,形成主目录库与辅助目录	按照本地前 3 年数据;测算全样本数据病例平均费用	—
安徽	—	—	医院级别、病种结构、功能定位、医疗水平、专科特色、次均费用、主要收治患者年龄、专科类型、绩效考核结果
天津	在国家 DIP 病种目录库基础上,结合往年住院病例数据,制定 DIP 病种分组方案	根据往年各 DIP 组次均住院费用与全市次均住院费用的比值测算	医院级别、总体资源消耗指数
山东	以国家预分组结果为基础,确定病种,形成本地 DIP 目录库	将本地住院平均费用或基准病种的次均费用为基准测算	基本系数:医院级别、病种结构、功能定位、医疗水平、专科特色、医保管理水平、协议履行情况; 加成系数:根据基层医疗机构、中医医疗机构以及开展国家、省级重点学科的定点医疗机构设定
河南	使用历史数据,以国家预分组结果为基础,形成本地 DIP 病种目录库	—	医院级别、病种结构、功能定位、医疗水平、专科特色、医保管理水平、协议履行情况
西藏	在国家 DIP 病种目录库基础上,结合定点医疗机构救治疾病特征和临床特点建立本地主目录库,明确核心病种和综合病种	根据本地前 3 年数据;按 1:2:7 的权重;计算各病种平均费用	调整系数:医院级别; 加权系数:根据病例组合指数、临床重点专科设定
海南	—	根据本地前 3 年数据;按 1:2:7 的权重;计算各病种和全样本数据病例平均费用	医疗水平、医疗资源消耗程度(时间消耗指数、费用消耗指数)、历史成本系数
市级层面			
芜湖	—	按照本地前 3 年数据;测算全样本数据病例平均费用	医院级别、手术类别
荆州	主目录库、辅助目录; 核心病种、基层核心病种、同病同分值基层核心病种、综合病种	根据本地前 3 年数据;按 1:2:7 的权重;计算各病种和全样本数据病例平均费用	医院级别、医疗水平、均次住院费用、医疗物价
宜昌	主目录库、辅助目录; 核心病种、综合病种、基层病种	—	医院级别、病种结构、功能定位
淄博	基准病种、核心病种、综合病种	将本地各病种平均费用或基准病种的次均费用为基准测算	医院级别、病种结构、功能定位、医疗水平、专科特色、基金平均支出比例关系、医保管理水平
厦门	核心病种(基层病种、肿瘤病种、中医优势病种)、综合病种、床日病种	根据本地前 3 年数据;按 1:2:7 的权重;计算各病种平均费用	医院级别、功能定位、医疗水平、专科类别、医保管理水平、协议履行情况
辽源	主目录库、辅助目录; 核心病种、综合病种	根据历史平均费用与基准费用之间的比例关系测算	医院级别

2.4.2 病种分值的确定

病种的不同分值表示病种在治疗过程中消耗的不同医疗资源。各省市均以历史数据为基准,结合资源消耗程度来测算病种分值。除天津、山东、河南、淄博、辽源之外,其他省市使用了近三年的历史数据,其中西藏、海南、荆州、宜昌、厦门和宜春是

按照连续三年 1:2:7 的权重计算。测算依据主要有四种:一是根据全样本数据病例平均费用测算,二是计算各病种平均费用,三是以基准病种的次均费用为基准测算,四是测算各 DIP 组次均住院费用与全市次均住院费用的比值。内蒙古、宁夏、安徽、山东、海南、宜昌、芜湖、淄博、宜春对病种分值实行

动态管理,宜春市规定病种分值每 1~2 年集中调整一次。

2.4.3 医疗机构系数的设定

医疗机构系数反映定点医疗机构之间治疗同种疾病所需均次住院费用的比例关系。除海南省外,纳入的其余地市在设定系数时首要考虑了医院级别这一因素(提及 12 次),其次是医疗水平(7 次)、功能定位(6 次)、病种结构(5 次)等。山东省及其淄博市提出定点医疗机构等级系数由基本系数和加成系数组成,加成系数主要考虑基层医疗机构、中医医疗机构以及开展国家、省级重点学科的定点医疗机构等因素;西藏设定调整系数和加权系数。宁夏、安徽、山东、河南、厦门、宜昌建立了医疗机构等级系数动态调整机制。

2.5 DIP 监督管理措施

DIP 对医保的精细化管理提出了更高的要求,需要采取有效的方法加强监管。国家政策规定 DIP 监管考核指标主要包括:组织管理和制度建设、基线调查、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源效率、费用控制和患者满意度。为提升医保服务水平,各地级市均制定了有关监督管理的具体措施促进地区医疗服务透明化,并将监督考核评价结果与年度清算挂钩。仅有荆州、宜昌、淄博、厦门、宁夏、内蒙古、西藏、海南设定了具体考核评价指标纳入费用控制和质量监管,不少地区主要根据重复住院率、费用增长率、转诊率等指标考核,没能体现医疗机构的服务质量。^[23]

3 讨论

3.1 目前各地市 DIP 改革推行进度不同,政策设计存在差异

国家医疗保障局在总结淮安、上海、广州等典型城市 DIP 试点经验的基础上,不断出台相关政策推进全国范围内 DIP 改革,从顶层设计、关键技术到未来规划,政策涵盖范围全面且政策设计较为完善。但目前地方性政策文件较少,在国家政策执行后有 18 个省份出台 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划,仅有 8 省、7 市发布本地 DIP 改革的推动性政策文件。其中,中部地区发文量最多;东部地区多数地市在国家政策出台前已先行开展 DIP 试点,发文量少于中部地区;而西部地区发文量最少,医疗资源不足、大数据技术难度等原因使西部城市推行 DIP 改

革存在一定困难。纳入研究的 15 个省市开展 DIP 的时间有先后、前期政策基础不同,导致 DIP 改革推进程度不一致,相关部门在设计本地政策时侧重点存在差异,地方试点方案与国家医保局要求和居民需求仍存在差距。

3.2 地方 DIP 政策在适用范围、预算、监督管理方面与中央政策基本一致

目前国家政策规定的 DIP 实施范围较为局限,仅适用于基本医疗保险的住院费用结算,各试点地区均在此范围内开展工作,同时在预算、结算、监督管理等方面遵循国家要求。各地市 DIP 付费均按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则实行年度总额控制的支出预算管理,并以“总额控制、月预结算、年度清算”为原则,根据上述病种分值及医疗机构等级系数对定点医疗机构予以结算。同时,国家及各省市制定了许多监管措施规范医疗机构行为,但是个别省市缺乏量化的考核评价指标,或是设立的考核指标单一,无法衡量医疗机构诊疗能力和治疗技术难度。

3.3 在国家技术规范指导下,地方政策针对 DIP 关键要素进行了调整

第一,各地级市在国家 DIP 试点方案和技术规范的基础上建立本地病种目录库,均包含主目录与辅助目录,二者相辅相成共同构建出客观标准的 DIP 目录体系。但多数地级市并没有发布具体的病种名称及数量,而目录库的病种数量才能够真正反映当地医疗现状。^[24]第二,国家技术规范要求按照前 3 年数据进行全部病例平均医疗费用测算病种分值,仅有内蒙古、宁夏与国家政策一致,其余省市调整了病种分值测算依据。但各地以历史费用为基准,均纳入了过去不合理的部分,导致往年平均住院费用越高的医疗机构分值就越高,固化了不公平的医疗资源分配。^[12, 19]第三,由于不同级别医疗机构收治同病种病人的病情复杂程度、医院技术水平等因素有差别,费用上会出现较大差异,国家政策为区分不同级别医疗机构分值,引入医疗机构等级系数,因此各地级市在设定机构系数时首先考虑了医院级别因素。但访谈发现,医疗机构等级系数对地区医疗资源分配影响巨大,三级医院的高等级系数使其在医保基金分配中收益颇丰,而基层医疗机构难以获得较高的医保配额。^[23]同时,国家政策强调关键要素的动态调整,只有宁夏、安徽、山东建

立了针对目录库、病种分值和医疗机构系数的动态调整机制,其余地级市大多只针对病种分值进行动态管理。

4 建议

4.1 地方政府及相关部门应联合出台指导性政策文件推进 DIP 改革,与国家政策原则一致的基础上探索地域特色模式

地方层面亟需在国家顶层设计的指导下,因地制宜进行规划并制定工作方案,规范本地 DIP 有序发展。各地设计 DIP 政策时应保持与中央政策的一致性,在此基础上提炼本地特色,探索不同的政策地域模式。“已付费地区”和“未启动地区”应区分工作重点,不同地区重点解决不同的问题或障碍,针对当地实际锁定难点集中攻关。例如,“未启动地区”着重于 DIP 付费核心机制的建立与完善,“已付费地区”可以将工作重点聚焦到本地病种目录库建设、确立不同病种分值等方面。

4.2 立足国家 DIP 技术规范,完善关键要素设立原则并动态调整

目前 DIP 仅在局部地区实施,结算基金范围局限于基本医疗保险。其余省市在设计 DIP 政策时首先应明确政策适用范围,包括机构、基金以及病种适用范围的纳入排除范围。在此基础上,突出目录库、病种分值和医疗机构系数三个关键要素,以国家分组为基础,结合本地实际确定病种分组,综合考虑定点医疗机构的意见使其满足临床需求^[25];在费用测算时考虑全样本数据、各病种数据以及基准病种费用等多个因素,对病种分值进行精准测算^[26];加强医疗机构系数管理,确保机构系数能够准确反映医疗成本,保证政策制定的科学性,不断完善 DIP 技术标准和流程规范;建立健全关键要素动态调整机制,当历史数据不能代表目前医疗资源消耗水平时,应根据实际情况及时调整,并规定调整时限。^[27]

4.3 制定具体评价指标,加强 DIP 付费监督管理

通过文献梳理和访谈资料分析发现,DIP 推进过程中存在高套编码、冲点数、降低住院标准、分解住院等不合理行为。^[28]地方 DIP 政策制定时可借鉴国家设立的监督考核指标体系,从九个维度出发结合当地实际制定具体可操作的监管指标,发挥大数据在监测方面的作用,确保医疗质量。^[29]医保局

和医保经办机构作为监管考核主体,应加强对 DIP 的运行监督,根据监督考核评价结果建立激励约束机制,将考评结果与定点医疗机构住院费用结算拨付挂钩。

4.4 重视 DIP 在推进分级诊疗方面的作用

为进一步落实分级诊疗制度,增强基层医疗机构开展医疗服务的积极性,鼓励上级医院向基层转诊,多个地级市设置了基层病种。规定基层病种在不同级别医疗机构实行同病同效同价,对其不设置医疗机构等级系数。基层病种在基层诊治,可以促使资源合理分配,减轻三甲医院的资源占用。^[30]政策制定时应充分发挥 DIP 在分级诊疗方面的作用^[31],针对基层设置合理的医疗机构加成系数,关注基层医疗机构的生存发展,根据基层的实际诊疗情况、技术水平、各病种住院费用、就诊人次等因素遴选基层病种,大幅提高医疗服务资源和医保基金使用绩效。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 吴荣海,向前. 基本医疗保险按病种分值付费比较研究[J]. 经济师, 2021(1): 240-242.
- [2] 赵斌. 按病种(病组)分值结算:现状、做法和评价[J]. 中国医疗保险, 2018(3): 13-16.
- [3] 宝兴县医疗保障局. 深入解析中国原创医保支付方式——DIP[EB/OL]. (2021-12-27) [2022-06-06]. <http://www.baoxing.gov.cn/>
- [4] 秦环龙,吴丹枫,李焯楠. DRGs + DIP 助推公立医院高质量发展[J]. 中国医院院长, 2020, 16(21): 78-80.
- [5] 冯芳龄,胡希家,叶向明,等. DRG 与 DIP 助力公立医院高质量发展的政策内涵及改革实践:“DRG 及公立医院高质量发展研讨会”综述[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(8): 35-38.
- [6] 邓倩,李东华,肖黎,等. 我国基本医疗保险总额控制下的按病种分值付费现状研究[J]. 医学与社会, 2016, 29(9): 11-13.
- [7] 束嘉俊,黄晖,陈怡,等. 基于医保患三方视角的按病种分值付费 SWOT 分析[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(1): 36-39.
- [8] 杨业春,李美坤,林圻,等. “按病种分值付费”控费效果研究[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(6): 36-39.
- [9] 谢岱仪,杨敏,李超. 按病种分值付费实施效果与对策探讨[J]. 中国社会保障, 2020(5): 86-87.

- [10] 吴伟旋, 向前. 按病种分值付费对公立医院预算管理的影响研究[J]. 中国医院管理, 2019, 39(11): 54-55.
- [11] 谭清立, 刘思妍, 柳丹玲, 等. 按病种分值付费对医生行为的影响: 基于实验经济学[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(9): 14-19.
- [12] 焦之铭, 王芊予, 冯占春. 我国实施按病种分值付费方式(DIP)的 SWOT 分析[J]. 卫生软科学, 2021, 35(9): 45-49.
- [13] 景秀雯, 王健, 梁坤, 等. 实行总额控制下按病种分值付费的 SWOT 分析[J]. 中国当代医药, 2019, 26(30): 150-153.
- [14] 刘也良. 江苏淮安: 总额控制下的病种分值结算[J]. 中国卫生, 2017(3): 68-69.
- [15] 芦丰, 宋静, 孙晓阳, 等. 淮安市按病种分值付费的实证研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2014, 14(4): 280-283.
- [16] 涂小凤, 李敏, 程旭初. 南昌: 按病种分值付费[J]. 中国社会保障, 2014(8): 76-77.
- [17] 张博, 刘涛, 龚福玲. 总额控制下的按病种分值付费评价: 基于银川市实践[J]. 中国医疗保险, 2016(7): 35-38.
- [18] 黄毅, 朱怡. 广东经验对按病种分值付费国家试点城市的启示和思考[J]. 华西医学, 2021, 36(12): 1739-1743.
- [19] 陈曼莉, 赵斌. 实行按病种分值付费制度的实践经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(6): 38-41.
- [20] 汪欢, 李锦汤, 彭秀萍. 广东推进按病种分值付费改革的做法和成效[J]. 中国医疗保险, 2019(9): 50-52.
- [21] 李涛, 袁振. 宿迁市城镇医保按病种分值付费绩效分析[J]. 中国医疗保险, 2016(8): 46-49.
- [22] 李浩, 戴遥, 陶红兵. 我国 DRG 政策的文本量化分析: 基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(12): 16-25.
- [23] 陈曼莉, 赵斌, 杨希. 按病种分值付费的技术要点分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(4): 27-31.
- [24] 黄谦. 云浮市基本医疗保险按病种分值付费政策学习的困境研究[D]. 广州: 华南理工大学, 2020.
- [25] 张仲芳. 总额控制下的医疗保险“按病种分值付费”改革研究: 基于南昌市城镇职工医保的实践[J]. 社会科学家, 2016(12): 47-51.
- [26] 蔡杰, 李洪涛. 按病种分值付费分值细分方法研究[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(6): 62-63.
- [27] 贾洪波, 段文琦. 基本医保按病种分值付费的实践探讨[J]. 卫生经济研究, 2018(5): 57-59.
- [28] 许速, 邬惊雷, 谢桦, 等. 基于大数据的病种分值付费研究: 来自上海和广州经验[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(3): 186-190.
- [29] 崔欣, 谢桦, 杨羽佳, 等. 基于大数据的病种分值付费组别高套发现机制研究[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(3): 196-198.
- [30] 王奕婷, 王坚强, 莫显昆. 长沙市城乡居民基本医疗保险病种分值付费改革对分级诊疗的影响[J]. 经济地理, 2021, 41(12): 94-99.
- [31] 邓倩, 李东华, 肖黎, 等. 我国基本医疗保险总额控制下的按病种分值付费现状研究[J]. 医学与社会, 2016, 29(9): 11-13.

[收稿日期:2022-06-28 修回日期:2022-07-12]

(编辑 赵晓娟)