

DIP 医保基金结算流程及关键技术研究

姚强^{1,2,3*} 张晓丹² 姚岚^{3,4}

1. 武汉大学社会保障研究中心 湖北武汉 430072
2. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072
3. 国家医保研究院华科基地 湖北武汉 430030
4. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

【摘要】区域总额预算内的按病种分值付费下医保基金如何结算成为 DIP 落地的重难点。本研究通过现场调研和政策文献分析建立了 DIP 医保基金结算的逻辑框架和实施流程。结果显示,以“基金预拨付”“月度预结算”和“年度清算”为核心的结算框架融合了预付制和后付制思想;“月度预结算”作为结算的关键环节,对于分解医保经办机构 and 医疗机构的年终压力、引导合理医疗行为具有重要作用;“年度清算”作为结算的核心环节决定了医疗机构年度医保基金支付金额,其需要依托并整合区域总额预算、病种分值库及校正、医疗机构监管考核等关键技术;通过出台结算及相关配套政策明确结算流程、测算方法及关键参数,为 DIP 改革的落地实施和见效提供技术支撑和制度保障。

【关键词】区域总额预算; DIP; 结算流程; 医保支付方式

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.03.001

The settlement process and key technology exploration on DIP medical insurance fund

YAO Qiang^{1,2,3}, ZHANG Xiao-dan², YAO Lan^{3,4}

1. Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China
2. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China
3. HUST Base of National Institute of Healthcare Security, Wuhan Hubei 430030 China
4. School of Medicine and Health Management of Tongji College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】The key point to the implementation of the big data diagnosis & intervention packet (DIP) is settling of medical insurance fund under the payment according to the value of the disease under the regional total budget. Through on-site survey and policy literature analysis, the logical framework and implementation process of DIP medical insurance fund settlement are established in this study. The results show that the settlement framework, featuring “Fund pre-allocation”, “Monthly pre-settlement” and “Annual liquidation”, integrates ideas of both pre-payment system and post-payment system. “Monthly pre-settlement” being the key of the settlement process, plays an important role in breaking down the year-end pressure of medical insurance agencies and medical institutions and guiding reasonable medical behaviors; “Annual liquidation” acts as the core link of settlement, which determines the annual amount paid by medical insurance fund of medical institutions, which is based on key technologies such as regional total budget, DIP grouping database and correction, and medical institution supervision and assessment, meanwhile integrates them. It is very important the settlement process, measurement methods and key parameters are

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(72174149);教育部人文社会科学研究规划基金项目(21YJAZH102);教育部人文社会科学重点研究基地自设课题(1203-413100050)

作者简介:姚强(1988年—),男,博士,副教授,研究员,主要研究方向为卫生经济、卫生服务和医疗保障。

E-mail: yaoqianghero@126.com

通讯作者:姚岚。E-mail: lanyao@mails.tjmu.edu.cn

clarified through the issuance of settlement and related supporting policies so that technical support and institutional guarantee are provided for the implementation and effectiveness of the DIP reform.

[Key words] Regional total budget; DIP; Settlement process; Medical insurance payment methods

1 引言

区域总额预算下的按病种分值付费 (Diagnosis-Intervention Packet, DIP) 支付方式作为我国原创的医保支付方式,在《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〕45号)中首次正式提出,其核心技术环节包括确定区域预算总额、建立病种目录库、设定权重系数及分值校正机制、制定结算办法以及建立监督考核机制等。^[1]2021年7月,《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)明确提出审核结算是DIP业务的重点内容。同时,通过调研发现对于DIP医保结算流程和关键技术的理解不深入或偏差已经成为影响各地DIP实施过程中的重要障碍和风险点。然而,目前研究主要聚焦于DIP的政策文本分析^[2]、实践经验介绍^[3-6]、改革效果评价^[4, 6, 7]以及对于医院精细化管理影响^[8]等方面,仅少量研究对DIP的区域总额预算、医疗机构等级系数以及高套分值监管等进行探讨,尚缺少对于DIP结算流程及关键技术全面、深度的探析。^[9-11]本文在对广州、上海、天津、湖北、吉林和西藏等地实地调研访谈(2021年4月—2022年8月)以及各地政策文献等分析的基础上,对区域总额预算下的DIP支付方式结算流程及关键技术进行剖析。一方面,厘清各关键技术之间的逻辑关系,建立DIP结算的逻辑框架和实施流程,进一步完善DIP支付方式的理论体系。另一方面,为各地科学地制定适合本地的DIP结算办法提供理论和技术支撑,助力各地DIP支付方式改革经办结算的落地。

2 DIP 医保基金结算流程及关键技术

2.1 DIP 结算流程及关键技术的逻辑框架

DIP支付方式下医保基金结算流程按照时间维度主要包括基金预拨付、分段预结算和年度清算三个关键环节。政策层面,2021年,《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范》提出了DIP支付方式下医保经办机构与医疗机构之间支付的总体原则,

即“基金预拨付、月度预结算、年预清算、年度清算”。同年,《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》中进一步明确DIP的结算包括基金预拨付、月度预结算和年度清算(包括确定预清算总额)三个方面。

实践层面,目前国家试点城市或所在省份均制定了DIP结算的相关办法。各地结算流程的关键环节及其名称不尽相同,但均包含“月度预结算”(又称月预结算或月度预付)和“年度清算”(又称年终清算或年终决算)两个环节。如广州市、中山市、汕头市、东莞市预拨周转金以减轻医疗机构的周转压力,并遵循“月(度)预结算、年度(终)清算”的原则。江苏省淮安市、江西省南昌市、湖北省宜昌市、安徽省芜湖市、广东省韶关市等均按照“月预结算(预付)、年度(终)决算”的结算模式。^[12-15]之前,也有部分地区按照“季度预结算,年终决算”的方式对医疗机构进行支付。^[16, 17]

本研究构建了DIP医保基金结算流程及关键技术的逻辑框架(图1)。DIP医保基金结算的关键流程主要包括基金预拨付、月度预结算和年度清算三个环节。其中,基金预拨付一般在年初拨付,月度预结算贯穿医保基金保障年度,年度清算在医保基金保障年度结束后的第一个季度,一般在次年的1—3月。同时,DIP医保基金结算过程中需要依托区域总额预算、病种目录库(包括病种目录、辅助目录、医疗机构等级技术等校正支付标准的因素)、点值测算、监管考核等核心技术。此外,数据治理和信息系统建设是DIP医保基金结算的基础条件,并影响月度预结算和年度清算的效率和时间节点的设置。

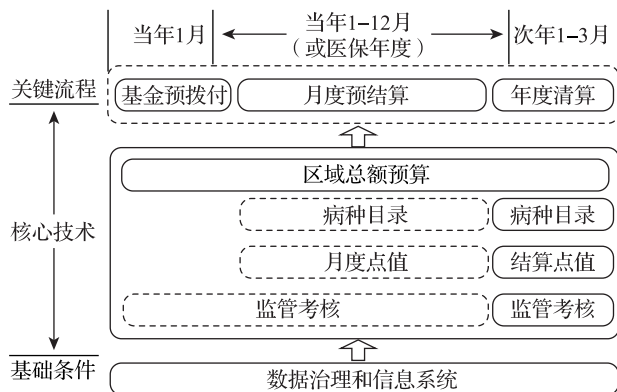


图1 DIP 医保基金结算流程及关键技术逻辑框架

2.2 DIP 医保基金预拨付

2.2.1 定义内涵

基金预拨付,也称周转金,一般指医保经办机构按照总额控制指标一定比例设立周转金(如5%),并对符合条件的定点医疗机构进行一定数量资金的预拨付,以缓解医疗机构的资金周转压力。基金预拨付是在当年医疗机构提供医疗服务前的预拨付,与当年实际的医疗服务情况并不相关,并且不影响医疗机构年度医保基金支付总金额。然而,基金预拨付制度除了缓解医疗机构的资金周转压力外,其对于医疗机构建立良好信誉的引导意义和突发事件的应对意义更为重要。

2.2.2 关键技术及参数

基金预拨付涉及对象和金额两个关键参数,其主要受到上一年度监管考核情况和区域医保基金预算总额影响。关于预拨付的对象,实际操作过程中各地可以根据往年的具体监督考核情况确定是否预拨付及预拨付金额。如广东部分地区规定对2年内未违反医疗保险有关管理规定的定点医疗机构进行预拨付。关于预拨付金额,一般年初按照上年度该定点医疗机构全年医保支付总额的一定比例预拨付,如可设定为上年度医保基金实际结算金额平均1~2个月的金额。同时,拨付金额可以与往年监督考核情况挂钩,对于监督考核情况较好的医疗机构预拨付金额可以相对较高。实践过程中,仅广东省部分地市明确提出预拨周转金以减轻医疗机构的周转压力。同时,医保经办机构在年度清算之前需要收回预拨付基金,在财务上增加了繁琐的程序和工作量。

2.3 DIP 医保基金月预结算

2.3.1 定义内涵

月度预结算,又称月度预付,属于医保基金的分段预结算的范畴,即医保经办机构根据医疗机构当月医保基金预算额度和医疗机构的医疗服务情况进行预结算。DIP支付方式下月度预结算理论上与这些医疗服务最终获得的医保基金存在偏差,但并不影响年终医疗机构获得的医保基金的决算金额,并且月预结算数据的审核、反馈和沟通为年度清算奠定了基础。目前,全国71个国家试点城市均开展了月度预结算,具体结算方法以采用当月数据为代表的月度记账金额和月度分值法两类方法。除了使用当月数据外,也有部分城市结合历史数据确定月预结算金额,如宿迁和天津等部分城市采用预算点值以及当月分值计算预结算金额,上海等部分有基础的城市则根据往年DIP清算结果确定月预结算金额并下达预算指标。

2.3.2 结算流程

月度预结算的实施流程及关键技术如图2所示。首先,次月7日前,医疗机构完成医保结算清单和病案首页等数据上传,医保机构对上传数据进行审核,并将问题数据反馈给医疗机构进行补充修改,确认最终数据。实际操作过程中,一般要求患者出院后的3~7天内上传医保结算清单。然后,次月15日前,医保经办机构根据医保结算清单数据对病例进行入组,基于病种分值库、医疗机构等级技术和辅助目录库等计算出每个医疗机构及区域的月度分值,同时,结合医保基金月度预算金额和医保基金以

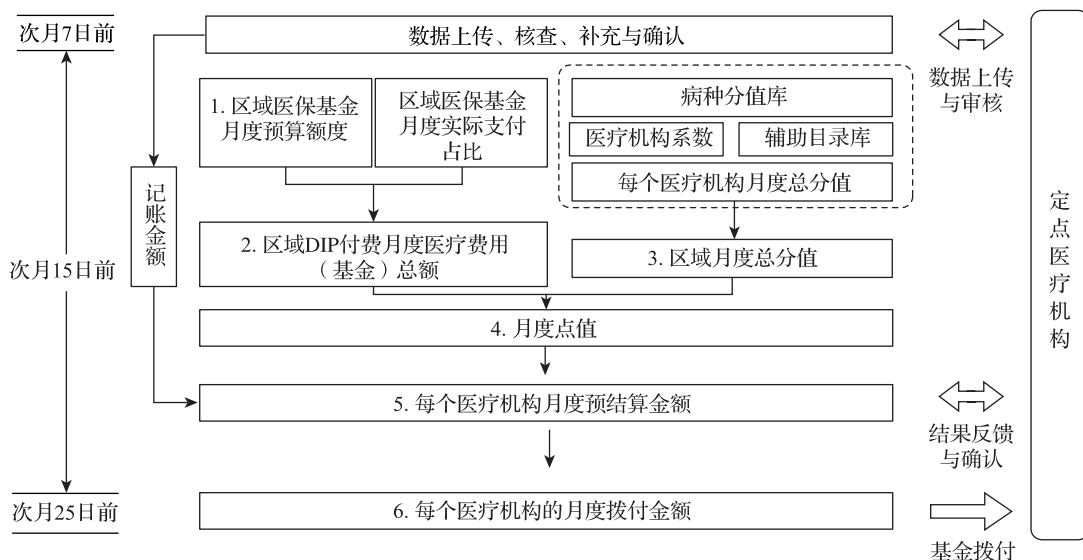


图2 DIP 医保基金月预结算流程

外的医疗费用补偿情况,确定月度点值并测算出每个医疗机构的月度预结算金额(如果按照月度记账金额法,则基于医保基金记账金额测算),并反馈给医疗机构沟通和确认。最后,次月 25 日前,医保经办机构根据每个医疗机构最终确认的月预结算金额,提交财务部门完成医保基金拨付。

2.3.3 关键技术及参数

月度记账金额法和月度分值法关键技术及参数如表 1 所示。月度记账金额法,主要根据按项目付费下的医保基金记账金额并按照一定比例测算医疗机构的预结算金额。因此,其主要涉及按项目付费的医保基金记账金额和预结算支付比例两个重要参数。首先,DIP 支付方式下,对于患者的收费仍然是按项目付费方式计算患者的自负金额,因此对应的可以计算出按项目付费的医保基金应支付金额(即医保基金的记账金额)以及大病保险、医疗救助等基本医保基金之外的支付金额。然后,月度预结算金

额可以按照医疗机构医保基金记账金额的一定比例进行预结算,具体比例各地可以根据具体情况制定,如 85% ~ 95%。^[6, 14]

月度分值法,主要是根据区域月度预算金额、医疗机构的月度分值以及医保基金之外获得的补偿金额(主要是患者支付的金额,部分地区根据情况也可能包括大病保险、医疗救助和商业医疗保险等)测算医疗机构的月度预结算金额。其涉及的主要关键参数包括区域月度医保基金预算额、区域月度分值医疗费用总额、区域月度总分值、区域月度点值等,最后结合每个医疗机构的月度分值以及医保基金之外获得的补偿金额等情况,确定医疗机构的月度预结算金额(同样可以考虑按照月度分值法计算出金额的一定比例支付,如 85% ~ 95%,预留部分作为质量保障金在年度清算中根据绩效考核情况进行支付)。根据点值的计算方法不同,又可以分为医保基金点值和医疗总费用点值两种不同的类型(表 1)。^[12, 15, 18, 19]

表 1 月度预结算金额测算方法及核心参数

方法	核心参数	计算公式	优点	缺点
月度记账金额法	按项目付费下的记账金额,支付百分比	医疗机构月预结算金额 = 医疗机构记账金额 * 支付百分比	操作简单,适用于起步阶段	缺乏引导作用,与年终金额偏差较大
月度分值法	医保基金点值法: 区域月度基金预算、区域月度总分值、区域月度基金点值、医疗机构月度总分值、支付百分比	1. 区域月度基金预算金额 = 年度预算金额 * 月度分配比例 (如可把年度预算总额平均划分到 12 个月份或者根据基金历史支付记录按照比例划分到 12 个月份) 2. 区域月度总分值 = $\sum(f(\text{医疗机构病组基础分值, 病组辅助目录调整系数, 医疗机构等级系数}))$ ^① 3. 区域月度医保基金点值 = 区域月度基金预算金额 / 区域月度总分值 4. 医疗机构月预结算金额 = 医疗机构月度总分值 * 区域月度基金点值 * 支付百分比	考虑了 DIP 服务能级,医疗机构能够了解分值情况	基金点值未考虑医保基金之外的补偿金额,不同级别医疗机构之间存在不平等,基金实际报销比例处于两端的医疗机构测算偏差较大
	总费用点值法: 区域月度基金预算、区域月度分值医疗费用总额、区域医保基金实际支付比例、区域月度总分值、区域月度点值、医疗机构月度总分值、医保基金之外的补偿金额、支付百分比	1. 区域月度基金预算金额 = 年度预算金额 * 月度分配比例 (如可把年度预算总额平均划分到 12 个月份或者根据基金历史支付记录按照比例划分到 12 个月份) 2. 区域月度分值医疗费用总额 = 区域月度基金预算金额 / 区域医保基金实际支付比例;或区域月度基金预算金额 + 医保基金之外的补偿金额 (其中区域医保基金实际支付比例 = 记账金额 / 记账医疗总费用 * 100%) 3. 区域月度总分值 = $\sum(f(\text{医疗机构病组基础分值, 病组辅助目录调整系数, 医疗机构等级系数}))$ 4. 区域月度医疗费用点值 = 区域月度分值医疗费用总额 / 区域月度总分值 5. 医疗机构月预结算金额 = (医疗机构月度总分值 * 区域月度点值 - 医保基金之外的补偿金额) * 支付百分比	考虑 DIP 医疗服务能级,金额测算接近年终决算,起到及时反馈引导医疗机构的作用	操作复杂,医保和医疗机构能力要求较高,工作量较大

① 区域月度总分值计算相对于年度总分值计算,月度分值计算仅考虑病组的基础分值、疾病严重程度辅助目录和医疗机构等级系数校正,对于偏差病例、特殊病例的校正以及监督考核等可以暂不考虑。

2.4 DIP 医保基金年度清算

2.4.1 定义内涵

年度清算,又称年终清算或年终决算,是指确定医疗机构的年度医保基金支付金额(又称年度决算总额),并结合月度预结算情况,最终确定医疗机构的年终基金拨付金额过程。DIP 医保基金年度清算涉及的关键参数及节点主要包括区域总额预算、区域年度总分值、区域年度结算点值、医疗机构年度分值、违规行为监督、年度考核情况等,并结合“结余留用、合理超支分担”结算原则,最终确定医保基金年度支付金额和拨付金额。目前,71 个国家试点城市均按照国家技术规范测算结算点值及支付标准进行支付,并建立了激励约束和风险分担的机制,同时大部分城市在文件中明确了具体计算方法和关键参数。

2.4.2 结算流程

DIP 年度清算的实施流程及关键技术如图 3。首先,次年 1-2 月,医疗机构完成上年度医保结算清

单和病案首页等数据上传,同时汇总年度违规行为监管、日常稽查和年度绩效考核以及偏差病例和特例单议数据,医保经办机构对数据进行审核和汇总,并将问题数据和汇总结果返回给医疗机构进行补充,最终确定年度数据。其次,次年 2 月份,一方面需要再次确认医保基金预算总额,并结合区域医保基金实际支付占比情况测算出区域 DIP 付费医疗费用总额;另一方面,需要测算出每个医疗机构和区域年度 DIP 总分值;通过区域 DIP 医疗总费用和总分值,以及优质区间的选择,测算出年度结算点值。然后,根据分值、点值、医保基金以外的支付金额和监管考核情况,计算出每个医疗机构医保基金的年度预结算金额,并反馈给医疗机构沟通确认。次年 3 月份,医保经办机构根据“结余留用、合理超支分担”的原则计算出每个医疗机构的年度预决算总额,然后结合每个医疗机构的月度预结算总额(或基金预拨付金额),最终确定每个医疗机构的决算总额和拨付金额,并交由财务完成基金拨付。

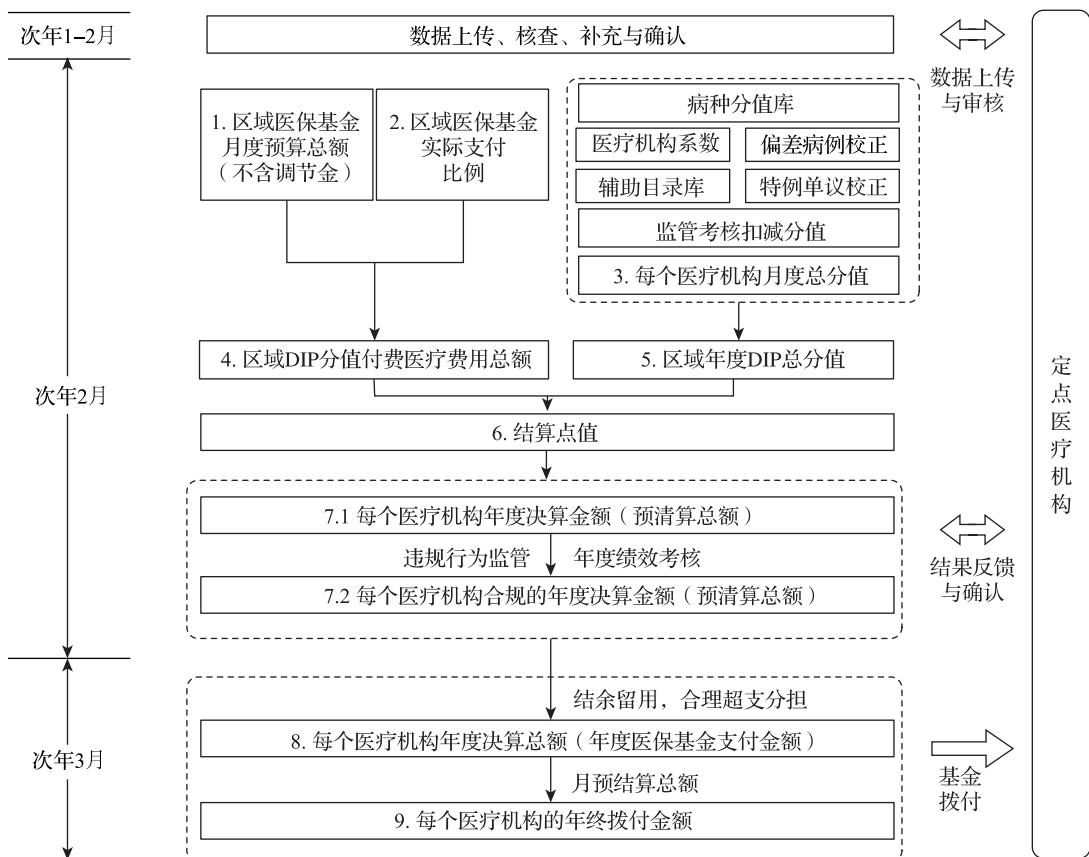


图 3 DIP 医保基金年度清算流程

2.4.3 关键技术及参数

DIP 结算流程需要在区域总额预算体系、病种分

值库及校正体系、监管考核体系等关键技术的基础上运行。主要涉及关键参数如下:

(1) 区域医保基金预算总额:即区域年度按病种付费的医保统筹基金预算总额,不包括调节金;

(2) 区域医保基金实际支付比例 = 区域医保基金记账金额/区域医疗服务记账总费用,其中记账金额和记账总费用均指按项目付费下记录的费用;

(3) 每个医疗机构年度总分值 = $f(\text{医疗机构每个病组基础分值,病组辅助目录调整系数,医疗机构等级系数,偏差病例校正,特例单议校正}) - \text{监管考核扣减分值}$;

(4) 区域 DIP 分值医疗费用总额 = 区域医保基金预算总额/区域医保基金实际支付比例(D1:比例法);或区域医保基金预算总额 + 医保基金之外的补偿金额(如大病保险、医疗救助、商业保险、患者自负金额等)(D2:加减法);

(5) 区域年度 DIP 总分值 = $\sum(f(\text{医疗机构病组基础分值,病组辅助目录调整系数,偏差病例校正系数,特例单议校正系数,违规行为扣除分值,医疗机构等级系数}))$,即区域所有医疗机构经过校正后的总分值之和;

(6) 结算点值 = 区域 DIP 分值医疗费用总额/区域年度 DIP 总分值;

(7) 每个医疗机构年度预决算总额(预清算总额) = 点值 * 每个医疗机构年度总分值 * 每个医疗机构的医保基金实际支付比例 - 每个医疗机构审核违规扣减金额(比例法);或点值 * 每个医疗机构年度总分值 - 每个医疗机构的医保基金之外的补偿金额(如大病保险、医疗救助、商业保险、患者自负金额等) - 每个医疗机构审核违规扣减金额(加减法);

(8) 每个医疗机构年度决算总额(年度医保基金支付金额) = $f(\text{每个医疗机构年度预决算总额,医疗机构年度绩效考核系数,“结余留用,合理超支分担”})$,其中,超预算支出的部分可以从调节金部分支出;

(9) 每个医疗机构的年终拨付金额 = 每个医疗机构年度决算总额 - 每个医疗机构月度预结算金额之和(或预拨付金额)。

DIP 付费医疗总费用和预清算总额。实际支付比例法和加减法是医疗总费用和预清算总额计算过程中应用的两种重要方法。区域医疗总费用的计算过程中,按照医保基金支付比例法计算的费用对于 DIP 医保支付总额与按项目付费记账总额的差距具有一定的放大效应(如广州采用此方法)。而在每个

医疗机构预清算总额的计算过程中,按照医保基金支付比例法计算的预清算总额对于 DIP 医保支付总额和按项目付费的记账总额差距具有一定的缩小效应。

DIP 年度分值。年度总分值的计算除了依托于病种分值库、医疗机构等级系数、疾病严重程度辅助目录外,还需要考虑偏差病例、特例单议病例校正机制的应用,如对应用新技术、新项目、国家谈判药等导致费用离散程度较高的病例进行校正。同时,还需要考虑监管考核扣减分值的扣除。

DIP 结算点值。结算点值要避免计算成基金点值(即区域 DIP 医保基金预算总额/区域年度 DIP 总分值),这样就会导致医保基金之外的补偿没有被考虑在内,从而导致自负比例比较高的医疗机构占据优势,并且不利于总费用的控制。尽管有些地区期望通过设定个人自负比例阈值,扣除超个人自负比例的方法考虑超额的个人自负费用,以修正使用基金点值未考虑个人自负费用的缺陷,但是仍然只考虑了超额部分的个人自负费用。^[13, 15, 20, 21]

违规行为监管扣减。医疗违规行为的扣减如果是换算成分值扣减,则可以体现在总分值计算中,如果是具体金额扣减,则体现在预决算总额中。^[16, 22]实践中对于单个或者一类违规行为的病例,一般按照 3~5 倍分值扣减并体现在年度清算的总分值计算过程中。

年度绩效考核及应用。年度绩效考核系数一般为 0~1 之间的一个系数,通过年度建立考核指标体系对医疗机构进行考核以获取考核系数,并应用考核系数对预清算金额进行校正。^[1]如广州市建立了年度考核体系,将病种费用增长率、疾病和手术编码准确率、人次人头比增长率、年度总体自费率、参保人满意度调查纳入考核范围,考核系数直接乘以预清算总额以实现预清算总额的校正。^[6]

年度决算金额。“结余留用,合理超支分担”规则主要通过实际记账金额与 DIP 预决算金额 G2 的比较,按照事先设定的规则转换获得。如广州市将实际记账总额去除违规费用后同 DIP 预决算金额比较,实际记账总额在 DIP 预决算金额 80%~100% 之间的按 DIP 预决算金额 100% 支付,在 100%~110% 之间的部分由调节金按 70% 进行补偿,小于 80% 的按照记账金额据实支付,超出 110% 的不予支付。^[6]其他地区也采取了类似的具有激励约束特征的结算规则,但是具体规则及参数的设置不尽相同。^[17]

3 讨论与建议

3.1 充分发挥月预结算引导合理医疗行为和分解年度清算压力的双重作用

DIP 支付方式下医保基金结算从按项目付费的现付制转变为区域总额预算下年度清算的后付制。其中月预结算是关键,年度清算是核心,两者缺一不可。月预结算通过医保基金预付起到了缓解医疗机构垫资压力的作用,同时,还起到了分解年终经办压力和引导医疗机构合理诊疗行为的作用。因此,建议高度重视和充分发挥月度预结算的作用,加强医疗机构的日常数据审核、违规行为监管和稽查考核等,科学地测算月预结算金额以真实地反映 DIP 支付方式下每个医疗机构的竞争态势。一方面可以通过月度预结算工作为年度清算工作监管考核关键参数的确定奠定基础;另一方面,可以通过信息的及时反馈引导医疗机构规范诊疗行为、控制不合理医疗费用,从而达到充分发挥医保基金战略购买,引导医疗资源合理配置的杠杆作用。

年度清算直接决定医疗机构年度医保基金支付金额,需重点关注年度清算流程及关键参数的确定。如年度清算的区域总分值是在病种分值库的基础上经过医疗机构系数、疾病严重程度辅助目录、偏差病例和特例单议校正后的最终总分值,同时需要扣减掉医疗机构的违规行为的扣减分值。年度清算的结算点值需要注意必须是医疗总费用的点值,而不是基金的点值。病组支付标准的计算过程中,不同类型基本医疗保险可以共用病种目录库及分值,但是需要区分职工医疗和居民医保并分别计算支付标准。医疗机构支付额的测算需要考虑基本医保基金之外的补偿费用,如医疗救助、商业医疗保险和患者的自费用;同时,需要明确监督和考核结果如何应用到年终医保基金支付额的校正。如医疗行为监管和年度考核结果在清算流程中的应用位置(如总分值或预清算总额校正)和方法(如通过绝对值扣减或系数调整)及其影响机制。

3.2 DIP 医保基金结算流程的设计和实施需要充分整合和应用各关键技术

DIP 医保基金结算需要建立在科学的区域总额预算体系、病种目录库及分值校正机制、医疗行为监督机制、医疗服务绩效考核机制等基础上,融合“结

余留用、合理超支分担”的结算规则,通过科学的设计建立起各个关键技术之间的逻辑关系,形成科学 DIP 医保基金结算流程和激励约束机制。实践中建议各地重视区域总额预算、病种分值库及校正机制、监督考核制度等的建立及应用。然而,考虑到各地基础不同,建议基础或者能力较弱的地区采取逐步纳入的策略。如以区域总额预算和病种分值库为基础,在实践中逐步完善辅助目录等分值校正、违规行为监督和绩效考核机制及其应用,最终形成符合当地实际情况的 DIP 结算流程及办法。此外,需要注意的是不同类型基本医疗保险,如城镇职工和城乡居民基本医疗保险,需要分别明确预算总额、区域总分值、结算点值及病组的支付标准等关键参数。除了不同类型基本医疗保险的横向协同外,今后还需要考虑同大病保险、医疗救助、商业医疗保险等的纵向协同关系,充分发挥 DIP 支付方式改革的杠杆作用及不同支付方的协同效应。

3.3 通过出台相关配套政策为 DIP 医保基金结算提供技术支撑和制度保障

DIP 结算流程专业性和操纵性强,一般需要通过出台相应的经办规程及配套政策文件明确医保基金结算的实施流程及区域预算总额、区域总分值、结算点值、医疗机构支付额等测算方法。一方面,可以为医保经管结算提供技术支撑和保障,另一方面,有利于医疗机构及时了解自身情况并做出调整,引导医疗机构形成以价值为导向的医疗服务行为。核心的配套技术文件通常包括数据标准和管理规范、全面预算管理办法、病种目录管理办法、支付与结算实施办法、监督预警管理办法、绩效考核评价办法、医疗服务协议等。此外,每年可以提前制定本年度的清算工作方案,明确各项工作的责任部门,合理安排年度的监管考核等工作。最后,DIP 医保基金结算的经办实施需要根据清算流程对医保信息系统、业务流程以及医保经办机构 and 医疗机构之间数据传递和沟通机制进行完善,并开发相应的 DIP 信息系统及技术模块,以提高 DIP 医保基金结算的效率。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 陈继芳,白丽萍,谭卉妍,等.广东省按病种分值付费

- 实践及对医院医保管理的启示[J]. 中国医院管理, 2022, 42(3): 63-66.
- [2] 李秋莎, 杨春晓, 赵兹旋, 等. 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[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(7): 8-15.
- [3] 贾晓倩, 王珩, 蒋心梅, 等. 医保支付方式按病种分值付费研究进展[J]. 中国医院, 2022, 26(9): 18-21.
- [4] 厦门市医疗保障局. 厦门市总额预算下点数法支付方式改革经验与成效[J]. 中国医疗保险, 2020, 13(10): 45-49.
- [5] 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.
- [6] 张映钰, 乐煦, 曾茜. 广州市基于大数据的病种分值付费实施路径与成效[J]. 中国医疗保险, 2020, 13(9): 47-51.
- [7] 陈娟, 慕华桥, 彭丽, 等. 基于文献计量的 DRG 与 DIP 实施现状及效果比较[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(12): 45-47.
- [8] 谢朝晖. 按病种分值付费模式对医院医保控费管理及精细化管理的影响[J]. 江苏卫生事业管理, 2022, 33(6): 765-768.
- [9] 吴晶, 赵博雅. 医疗保障制度改革中应用点数法总额预算的思考[J]. 世界临床药物, 2021, 42(7): 542-546.
- [10] 王传清. 安徽淮南创新设置 DIP 医疗机构结算系数[J]. 中国卫生, 2022, 38(10): 38-39.
- [11] 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.
- [12] 袁红梅, 何克春, 杨燕. 基于“病种点数法”结算的医保支付方式改革探索[J]. 中国医院管理, 2020, 40(6): 89-91.
- [13] 刘雨阳, 陈贵梅, 徐王权, 等. 芜湖市区域总额预算下按病种分值付费效果评价[J]. 医学与社会, 2022, 35(8): 100-104.
- [14] 胡碧花, 马绍椿, 李慧, 等. 费用总额控制下按病种分值付费的政策实践与探讨[J]. 医院管理论坛, 2020, 37(6): 12-14.
- [15] 徐伟, 郝梅, 杜珍珠. 总额控制下按病种分值付费的实践与思考[J]. 中国药房, 2016, 27(6): 721-723.
- [16] 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, 11(3): 13-16.
- [17] 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, 35(5): 57-59.
- [18] 陈森辉. 梅州首次执行按病种分值付费情况的分析[J]. 现代经济信息, 2019, 34(36): 31-32, 35.
- [19] 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, 9(7): 35-38.
- [20] 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.
- [21] 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, 31(12): 47-51.
- [22] 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.

[收稿日期:2022-12-29 修回日期:2023-03-02]

(编辑 刘博)