

# DIP 支付方式与紧密型医共体总额付费政策融合研究

林坤河<sup>1\*</sup> 刘 宵<sup>1</sup> 熊英贝<sup>1</sup> 姚轶凡<sup>1</sup> 项 莉<sup>1,2</sup>

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 国家医疗保障研究院华科基地 湖北武汉 430030

**【摘要】**在 DIP 的政策框架范围内,探索 DIP 支付方式与紧密型医共体总额付费政策融合模式,分析各模式对医共体服务行为影响。本研究应用博弈论从政府和医共体、医共体和医疗机构双层经济激励结构,即外部支付方式和内部分配模式两个层面,构建医共体打包付费三个组合模式下的博弈模型。研究发现,当 DIP 支付方式既用于外部支付,又用于内部分配时,扩大服务量为最优策略,容易导致医共体内外竞争;当只用于外部支付,不用于内部分配,仍持续对外进行服务扩张,内部分配制度的设计空间不足;当不用于外部支付,只用于内部分配时,有助于通过按人头总额付费削弱医共体对外的无序竞争,同时通过 DIP 支付规则,应用区域内不同点值规范医疗机构恶意扩大服务量的不合理行为。

**【关键词】** DIP; 医保支付方式; 总额付费; 紧密型医共体

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.04.003

## A study on the integration of DIP payment method and the total payment policy of close-knit medical community

LIN Kun-he<sup>1</sup>, LIU Xiao<sup>1</sup>, XIONG Ying-bei<sup>1</sup>, YAO Yi-fan<sup>1</sup>, XIANG Li<sup>1,2</sup>

1. School of Medicine Health Management of Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. HUST base of National Institute of healthcare Security, Wuhan Hubei 430030, China

**【Abstract】** Within the policy framework of DIP, explore the integration mode of DIP payment method and the total payment policy of close-knit medical community, and analyze the impact of each mode on the service behavior of medical community. Game theory is applied to build game models under three combination modes of medical community package payment from the two-layer economic incentive structure of government and the close-knit medical community, the close-knit medical community and medical institutions, namely, external payment mode and internal distribution mode. It is found that when DIP payment is used for both external payment and internal distribution, expanding service volume is the optimal strategy, which tends to lead to internal and external competition in the medical community. When it is only used for external payment, not for internal distribution, the design space of the internal distribution system is insufficient when it continues to expand its service externally. . When it is not used for external payment but only for internal distribution, it is helpful to weaken the disorderly competition outside the medical community by paying per capitation amount. At the same time, through DIP payment rules, different point values in the region are applied to regulate the unreasonable behavior of medical institutions maliciously expanding the service volume.

**【Key words】** DIP; Payment method of medical insurance; Total budget payment; Close-knit medical community

\* 基金项目:国家自然科学基金(72174068;71874058);首都医科大学国家医保研究院开放性课题(YB2022B08)

作者简介:林坤河(1994年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生政策、卫生经济。E-mail: kunhelin@163.com

通讯作者:项莉。E-mail: xillyf@126.com

我国正在全面推进紧密型医共体(以下简称“医共体”)建设,以构建整合型医疗卫生服务体系,推动质量效益的整体提升。<sup>[1]</sup>2021 年 5 月国务院办公厅发布的《关于推动公立医院高质量发展的意见》,明确要求进一步探索对医共体实行总额付费。国内外实践证明运用支付方式改革有助于促进医疗整合、控制医疗费用和保证医疗质量,医保经济杠杆作用形成的“利益共同体”同样是推动医共体内医疗机构分工协作的有效措施。<sup>[2-3]</sup>探索医共体的总额付费和医联体内部各机构利益共享、合理分成的机制已逐渐成为共识。<sup>[4-5]</sup>2021 年 11 月,国家医疗保障局出台《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》,提出要在 DRG/DIP 的政策框架范围内,协同推进医共体总额付费,同时也提出到 2024 年底,全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 支付方式改革工作。DIP 支付方式改革工作尚处于试点阶段,DIP 的付费政策如何与医共体总额付费相结合,形成医共体激励约束和利益分配机制,提高医保基金使用效率,实现医共体建设目标,是在 DIP 支付政策全面推进的改革环境下亟需解决的重要命题。

## 1 文献回顾

### 1.1 DIP 支付方式

DIP 作为中国原创的医保支付方式,自 2020 年国家医疗保障局陆续发布《试点工作方案》《试点城市名单》《DIP 技术规范》和《DIP 病种目录库(1.0 版)》,正式启动全国试点工作。现有研究目前主要聚焦于早期按病种分值付费地方案例、DIP 支付方式技术要点、DIP 与 DRG 支付方式比较等的描述性分析。<sup>[6-8]</sup>DIP 支付方式通过区域点数法总额预算和按病种分值付费的方式能够有效控制医疗费用,节约医保基金。张映钰等通过定性分析广州市 DIP 支付方式实施路径,揭示了其控制费用和减轻参保人负担的效果。<sup>[8]</sup>郑秀萍对厦门 DIP 支付方式实施效果进行描述性定量分析表明医保基金支出增幅下降,居民自付比例降低。<sup>[9]</sup>虽然一定程度上有利于控制医疗费用、推动各级医疗机构错位发展,但加剧不同医疗机构对医保基金的竞争,易出现低标入院、分解住院、虹吸基层等多收病人的不合理医疗行为风险。陈曼莉等通过知情人访谈和文献分析,结合按 DIP 支付方式技术要点分析可能存在的轻病入院、分解住院等不合理医疗行为风险。<sup>[10-11]</sup>于保荣通过对沈阳和广州区域点数法总额预算下的 DRG 和 DIP 支

付方式设计思路和具体实施比较,指出广州医疗机构在 DIP 支付方式下为获取更多医保基金份额,通过不合理多收病人增加其分值总量,同时也致使分值点值降低。<sup>[12]</sup>

### 1.2 医共体按总额付费

实现总额付费制作为医共体医保支付方式的主要发展趋势<sup>[13]</sup>,国内学者较为关注总额付费的总额确定方式,医共体按人头总额付费是当前各地实施及学者关注的重点。浙江省德清县<sup>[14]</sup>、福建省三明市<sup>[15]</sup>、安徽省无为市<sup>[16]</sup>、浙江省安吉县<sup>[17]</sup>等地开展基于当年医保基金总额、上年度决算额、GDP、物价水平等综合因素衡量总额预算,以按人头付费方式分别总额支付给各医共体。部分学者认为,按人头总额付费有助于改善医共体不合理的医疗行为。朱晓丽等基于对深圳市罗湖县、福建省尤溪县、浙江省德清县等地区医联体医保总额预付制改革的比较,指出按人头总额付费能够促进提升医共体上下转诊的动力,缓解大医院虹吸基层的问题。<sup>[18]</sup>赵慧童对安徽省天长市医共体总额付费进行单独研究,发现该地基层服务量有了明显提升。<sup>[19]</sup>张文东等分析发现镇江市采用按人头总额付费后,基层医疗机构的就诊量、收入明显增加。<sup>[20]</sup>

### 1.3 小结

近几年,虽然针对于 DIP 支付方式和医共体总额付费两个政策的研究有所增加,但大多聚焦在单个政策的制度设计、效果评价、运行管理等方面,虽然对 DIP 支付方式和医共体总额付费的实践探索和制度设计提供了重要启发,但较少探讨在全国层面快速推进 DIP/DRG 支付方式的政策背景下,DIP 支付方式和医共体总额付费如何结合,能够既适用全区域内医疗机构支付方式激励约束机制,又与医共体机构整合、资源整合、服务整合等特殊属性融合。

实践和研究表明,DIP 应用区域点数法总额预算虽然有效控制医疗费用,节约医保基金,但仍会带来多收患者提升医保份额的不合理医疗行为。医共体建设的一个重要目标是有效推动医共体内医疗机构内部整合,促进分级诊疗,保障患者合理就医。DIP 支付方式的负面效应是否会影响医共体原有的整合模式? DIP 支付方式是否能够与医共体原有的医保支付模式相结合,在有效控制医疗费用的同时缓解虹吸基层的问题,促进分级诊疗? 解决这些问题仍

具有重要的现实意义。因此,本研究基于 DIP 支付方式和医共体总额付费政策的付费逻辑,对融合模式进行梳理,运用博弈论探索不同融合模式下医疗机构的行为选择,为建设基于 DIP 支付方式的医共体总额付费提供理论依据,促进我国医保支付方式改革的不断完善。

## 2 DIP 支付方式与医共体总额付费政策融合模式分析

### 2.1 政策融合模式

本研究从医共体总额付费利益主体出发,考虑“政府—医共体—医疗机构”双层经济激励结构,包含“政府—医共体”即政府对医共体的外部医保基金支付和“医共体—医疗机构”即医共体内部医疗机构进行资金分配,基于博弈论探究 DIP 实施模式应用于外部医保基金支付与内部医疗机构分配两个层面激励效果,包含以下三种情况:(1)模式一:DIP 既应用于外部医保基金支付,又应用于内部医疗机构分配;(2)模式二:DIP 只应用于外部医保基金支付,不应用于内部医疗机构分配;(3)模式三:DIP 不应用于外部医保基金支付,只应用于内部医疗机构分配(表 1)。

表 1 DIP 支付方式与医共体总额付费融合模式

融合模式		医共体总额付费	
		外部支付	内部分配
DIP 支付方式	模式一	是	是
	模式二	是	否
	模式三	否	是

### 2.2 机构行为博弈

#### 2.2.1 博弈基本要素

##### (1) 基本假设

区域内的医共体及其他医疗机构由于服务量巨大及服务时间随机,在 DIP 支付方式下医保基金按年度进行结算,无明显先后顺序且各机构的服务决策不公开,故认为各机构间的博弈为完全信息静态博弈。当前医疗机构强调公益性,但受到现有政策保障措施与现有机构发展不相适应的现状影响,虽然医疗机构为非营利性机构,但是仍存在明显盈利特征。<sup>[21-22]</sup>故本研究假设 DIP 支付方式下,医共体及其他医疗机构均为理性经济人,在博弈过程中追求利益最大化为最优策略,即为追求总 DIP 住院医疗收入最大化。

#### (2) 模型参数

B 表示当年 DIP 住院医疗总费用即 DIP 医保基金总额/实际医保报销比例; $Q_1, Q_2, \dots, Q_i$  为第  $i$  个医共体或非医共体内的医疗机构各自 DIP 住院医疗总费用, $B_1, B_2, B_n, B_{n+1}, \dots, B_n$  为第  $n$  个医共体内医疗机构各自 DIP 住院医疗总费用, $B_j$  为第  $j$  个医疗机构(含医共体内医疗机构)各自 DIP 住院医疗总费用; $G$  为病种分值的点值大小; $q$  为病种分值的大小, $q_r$  表示各 DIP 分组中  $r$  类病种的分值大小; $N_{ir}, N_{jr}$  表示第  $i$  或  $j$  个医共体或医疗机构第  $r$  个病种的病例数; $u$  表示医共体内部一定的分配规则; $M_n$  表示基于医共体内第  $n$  个医疗机构根据医疗服务所应获得的资金。

#### 2.2.2 模式一

由于 DIP 支付方式既用于外部医共体支付,又用于医共体内部分配。内外部支付模式相同,即外部医保基金对于医共体进行结算时便是依照医共体内各医疗机构病种分值份额大小,医共体内部分配依旧依照病种分值份额大小。因此,医共体与其他医疗机构、医共体内各医疗机构博弈公式相同。

##### (1) 区域医保总额测算:

$$B = (Q_1 + Q_2 + \dots + Q_i) = (B_1 + B_2 \dots + B_j) = \sum (q_r * N_{ir}) * G + \sum (q_r * N_{jr}) * G + \dots + \sum (q_r * N_{(i+j)_r}) * G = G * \sum (q_r * N_{(i+j)_r})$$

##### (2) 医共体收益函数:

$$V_i = Q_i = G * \sum (q_r * N_{ir})$$

##### (3) 医共体内医疗机构收益函数:

$$V_n = Q_n = G * \sum (q_r * N_{nr})$$

(4) 不同医共体(非医共体内医疗机构)的收益比较:

$$V_{i1} - V_{i2} = Q_{i1} - Q_{i2} = G * \sum (q_r * N_{ir}) - G * \sum (q_r * N_{ir}) = G * [\sum (q_r * N_{ir}) - \sum (q_r * N_{ir})]$$

##### (5) 医共体内医疗机构的收益比较:

$$V_{n1} - V_{n2} = B_{n1} - B_{n2} = G * \sum (q_r * N_{nr}) - G * \sum (q_r * N_{nr}) = G * [\sum (q_r * N_{nr}) - \sum (q_r * N_{nr})]$$

模型中, $B, G, q$  为当年年终结算的固定常数。 $\sum q_r * N_{(i+j)_r}$  表示全区域的分值总量,  $\sum (q_r * N_{ir})$  表示第  $i$  个医共体(非医共体内医疗机构)的分值总量,  $\sum (q_r * N_{nr})$  第  $n$  个医共体内医疗机构的分值总

量。各机构最终医保结算总额为分值点值与各机构病种总分值相乘,在年终结算时,G 病种分值点值、各机构最终医保结算总额受各自分值总量影响,当  $\sum(q_r * N_{i1r}) > \sum(q_r * N_{i2r})$ 、 $\sum(q_r * N_{n1r}) > \sum(q_r * N_{n2r})$  时,  $V_{i1} > V_{i2}$ 、 $V_{n1} > V_{n2}$  即各机构总分值越高,而  $q$  为固定常数,故病例数  $N$  越多,机构收益  $V$  越高。因此,不论是医共体还是医共体内各医疗机构为获取最大医保总额,提升分值总量均为博弈最优策略。

### 2.2.3 模式二

由于 DIP 支付方式应用于外部医共体支付,故区域医保总额测算、医共体收益函数与模式一相同。

(1) 不同医共体(非医共体内医疗机构)的收益比较仍为:

$$V_{i1} - V_{i2} = Q_{i1} - Q_{i2} = G * \sum(q_r * N_{i1r}) - G * \sum(q_r * N_{i2r}) = G * [\sum(q_r * N_{i1r}) - \sum(q_r * N_{i2r})]$$

(2) 医共体内医疗机构分配未使用 DIP 实际支付结果,故而保留原有的医共体内部分配规则,医共体内医疗机构收益函数为:

$$V_{n1} = uM_{n1} = Q_i - u \sum(M_n), n \neq n1$$

从模型中可知,医共体的收益仍以扩大总分值,即扩大病例数为最优策略。而医共体内部医疗机构受  $u$ 、 $M$ 、 $Q$  不定因素影响,且均为正相关。当医共体收益  $Q$  越大,医疗机构<sub>n1</sub>根据医疗服务所应获得的资金  $M$  越大、 $u$  分配规则对医疗机构  $n1$  越有利的情况下,医疗机构  $n1$  收益越佳。

### 2.2.4 模式三

由于外部政府对医共体的结算形式不采取 DIP 支付方式结算规则,故模式三外部政策采用按人头总额付费进行模拟,纳入新变量: $S$  为医共体区域内的总人数, $p$  为按人头的结算规则如当年医保基金总额、上年度决算额、GDP、物价水平等综合因素所产生的调节系数, $C$  为每个人头的医保额度。为简便公式,将医共体内的总分值记为  $W_{内}$ ,将区域 DIP 总分值扣除医共体总分值的记做  $W_{外}$ 。

(1) 区域医保总额测算:

$$B = (Q_1 + Q_2 + \dots + Q_i) + (B_1 + B_2 \dots + B_j) \\ = (pCS_1 + pCS_2 + \dots + pCS_i) + (B_1 + B_2 \dots + B_j) \\ = pC(S_1 + S_2 + \dots + S_i) + (B_1 + B_2 \dots + B_j)$$

(2) 医共体收益函数:

$$V_i = Q_i = pCS_i$$

(3) 医共体内医疗机构收益函数:

$$V_{内} = G_{内} * \sum(q_r * N_{内r}) = \frac{B}{W_{内}} * \sum(q_r * N_{内r})$$

(4) 医共体外医疗机构收益函数:

$$V_{外} = G_{外} * \sum(q_r * N_{外r}) \\ = \frac{B - \sum Q_i}{W_{外}} * \sum(q_r * N_{外r})$$

模型中, $p$ 、 $C$ 、 $S_i$  为当年的固定常数,在相同的系数规则和单个人头相同的额度水平下,各医共体的收益函数即每年按人头总额付费的金额大小仅与当年度辖区内的人口数  $S_i$  有关,与服务量无关。而医共体内部医疗机构,由于依据 DIP 运行规则进行分配,仍与单个医疗机构的总分值正相关。但是由于医共体的总额为  $Q_i$  与区域内其他医疗机构总额为  $B - \sum Q_i$  即区域 DIP 总额度扣除医共体消耗额度,故测算的分值点值  $G_{内}$  存在差异。当  $G_{内} > G_{外}$ ,医共体内医疗机构病种总分值  $W_{内}$  较小,相同病种的点值更高。当  $G_{内} < G_{外}$ ,医共体内医疗机构服务量较高,病种总分值  $W_{内}$  过大,相同病种的点值较低,过度扩大服务量不再是最优策略,而是严格劣势策略。

## 3 讨论

### 3.1 模式一:扩大服务量为最优策略,医共体内外竞争激烈

DIP 支付方式下,各医疗机构的服务策略是未知的,医疗市场存在机构间的信息不对称,单个机构的当年医保总额占比受分值点值和该机构的病种总分值影响,分值点值在年终决算时对所有医疗机构影响是固定的,所以任何医疗机构均可以通过获得高分值总量来获取当年更高的医保份额占比。因此,当 DIP 支付方式既应用于外部医保基金支付,又用于内部医疗机构分配时,各医疗机构为争夺更大份额的医保基金,最优策略均为扩大服务量的不合理医疗行为,医共体内均陷入“囚徒困境”博弈。

一方面,医共体总额付费的总额仅与服务量呈正相关,服务量越大,病种总分值越大,越有机会获得更高的医保基金份额,使得医共体为追逐利益而扩大服务量,虹吸医共体外的其他机构。另一方面,由于医共体内的分配机制也直接以 DIP 支付方式的

实际付费为依据进行划分,容易导致通过医保杠杆促进医共体内部整合的激励机制无法发挥作用,医共体的“利益共同体”链条断裂,医共体内的医疗机构利益互联逐步缩小,竞争需求逐步扩大。有研究指出,德国、中国台湾等较早运用区域点数法总额预算的国家和地区,基层医疗卫生机构生存压力加剧,资源向大医院集中明显。<sup>[23-24]</sup>广东中山、宁夏银川等地区推行早期按病种分值付费的过程中三级医院虹吸加剧,银川市甚至出现医保结算占当年份额高达84%以上等现象。<sup>[25-26]</sup>医共体内的大医院同样可以通过虹吸医共体内的小医院、基层医疗卫生机构的患者来争取更多的服务分值。完全采取DIP支付方式支付规则,很难限制创造需求,导致“优者越优、弱者越弱”困境,最终带来医共体名存实亡。

### 3.2 模式二:医共体外部服务扩张加剧,内部分配设计空间不足

当DIP支付方式只应用于外部医保基金支付,不用于内部医疗机构分配时,医共体从理性经济人角度分析,仍和模式一相同,以获得更多服务量,扩大病例数为最优策略。而由于内部分配并未直接采取DIP支付方式的实际付费结果,故而医共体内的医疗机构仍受医共体收益 $Q$ 、医疗服务所应获得的资金 $M$ 、分配规则 $u$ 的正相关影响,扩大服务量对医共体内的医疗机构而言仍是严格优势策略。首先医共体收益 $Q$ 是决定医共体内各医疗机构实际能瓜分到的份额大小的资金基础。在模式二的情况下,虽然内部由于保有原先的考核规则和评估手段作为资金分配的依据,可以一定程度避免医共体内各医疗机构过度竞争患者。但受外部DIP支付方式的影响,医共体内各医疗机构仍会加剧与外部医疗机构的竞争,通过争夺医共体外医疗机构的服务量来保障自身医保基金份额足够大,致使医共体在区域内的垄断加剧。其次,因为外部支付方式依据医疗服务量对医共体进行结算,无过往所存在的“结余留用”额度。因此,医共体内部分配难以避免需要依据医疗服务量(即医疗服务所应获得的资金 $M$ )作为核心考核指标,容易造成各医疗机构过度看重服务数量而轻视质量的问题。内部分配规则 $u$ 虽然能够通过基金监管、指标考核、质量评估等手段去规范各医共体内医疗机构行为,但医共体管理者仍以整体发展即医共体实际利益为首要出发点,医共体、医共体内医疗机构均以扩大服务,做大总量为核心目标,难以确保医共体内分配制度的合理有效的制定。医共体收

益以服务量为基础,象征医务人员的劳动价值,内部分配制度可调节空间较小,难以突破病种总分值的限制,容易违背医共体引导医疗机构合理施治、规范诊疗行为、保障医疗服务质量、提高医疗服务效率的最初目标。

### 3.3 模式三:按人头总额削弱无序竞争,用点值规范医疗机构行为

当DIP支付方式不应用于外部医保基金支付,只应用于内部医疗机构分配时,一方面,政府通过按人头总额付费的形式进行医共体支付。对于同个区域而言,基于地方医保基金实际情况、社会经济特征等制定支付规则 $p$ 和单个人头医保金额 $C$ 是固定的,医共体与医共体外的医疗机构间不存在无序的竞争意图。从长远来看,为扩大医保份额,医共体只有通过优化机构服务能力和服务质量,提高区域医疗资源水平,提升区域居民的安全感、依赖感和信任感,以良好的口碑和优质的服务,扩大居民群体。此外,通过建立“总额预算、结余留用、合理超支分担”的激励机制能够更好的推动医共体转变意识,将医保资金从“医院收入”变成“医院成本”,引导内部医疗机构以疾病为主转为以健康为主,通过有效预防、合理治疗、规范转诊,逐步实现“居民生病少、基金结余多、医生收入高”的愿景,同时也可利用结余留用为内部分配制度留足调节空间。

另一方面,内部分配应用DIP支付方式的支付规则,医共体内外疾病实现同病同价管理,每个医共体的分值点值不同,医共体内医疗机构可以通过服务量获取资金份额。但每个医共体分值点值 $G = (\text{医共体按人头总额总额} - \text{DIP以外的其他金额}) / \text{该医共体病种总分值}$ ,其他医疗机构分值点值 $G = \text{区域DIP总额度扣除医共体消耗额度} / (\text{区域病种总分值} - \text{医共体病种总分值})$ ,因此在同个区域内会有多个不同分值点值 $G$ ,当 $G_{\text{内}} > G_{\text{外}}$ ,医共体内医疗机构病种总分值 $W_{\text{内}}$ 控制较好,相同病种的分值相同但分值点值更高,单个病种医保所支付的金额在同区域内更高,能够获得更高的利润。当 $G_{\text{内}} < G_{\text{外}}$ ,医共体内医疗机构服务量较高,病种总分值 $W_{\text{内}}$ 过大,单个病种医保所支付的金额在同区域内更低,导致医疗收入被削弱。同时,医共体内医疗机构也可利用双向转诊、疾病预防、以更少的医疗成本来获取医保对相同疾病的医保费用,使医保基金结余留用,实现医保经济杠杆作用。

## 4 结论及建议

### 4.1 结论

DIP 支付方式和医共体总额付费政策融合仍处于探索阶段,尚缺乏有效的理论支撑和实践依据,本研究通过博弈论基于政府和医共体、医共体和医疗机构双层经济激励结构,从外部支付方式和内部分配模式两个层面,探究 DIP 支付方式如何有效嵌入医共体总额付费运行逻辑中,既能合理发挥 DIP 支付方式控费优势同时又能削弱其恶意扩大服务量的不合理医疗行为,保障医共体内部整合结构的问题,促进实现医共体建设目标。

研究中发现,当 DIP 支付方式既应用于外部医保基金支付,又应用于内部医疗机构分配时,扩大服务量为最优策略,容易导致医共体内竞争激烈,加剧大医院对小医院的虹吸,医共体“利益共同体”名存实亡;当 DIP 支付方式只应用于外部医保基金支付,不应用于内部医疗机构分配,医共体行为策略与模式相同,持续对外进行服务扩张,而内部由于医保总额受外部支付方式调节,故而医共体及医疗机构运行均将以服务量作为核心指标,内部分配制度的设计空间不足;当 DIP 支付方式不应用于外部医保基金支付,只应用于内部医疗机构分配时,通过按人头总额付费既有助于医共体层面削弱对外的无序竞争,又能够通过结余留用激发医疗机构内部动力,同时通过 DIP 支付规则,进行内部分配制度设计,应用区域内不同点值规范医疗机构恶意扩大服务量的不合理行为,有助于促进分级诊疗,保障患者合理就医,但仍需警惕过分压缩服务成本,影响服务质量的风险。

### 4.2 建议

#### 4.2.1 医共体外部总额包干

在 DIP 支付方式改革背景下,医共体外部总额仍保持按人头总额付费,考虑县域人口数、医疗费用水平差异、不同年龄人群健康需求、医共体绩效考核结果等,通过“总额包干、超支不补、结余留用”的形式缓解医共体对外的无序竞争,使其专注于内部医疗机构间的利益联结,为保障足够结余应用于利益分配而主动控制成本,促进医院合理下转患者,提升医保基金效率。

#### 4.2.2 医共体内部精细管理

医保部门对医共体内部实施 DIP 支付管理,区

域内同病同价,在医共体外部总额基础上切分医共体 DIP 份额,各医共体形成独立点值。同时,为防止过度压缩成本,影响医疗服务质量,医保部门可以通过 DIP 医疗大数据系统对低风险组死亡率、非计划再次入院率、病案质量指数等质量监管指标纳入考核。一方面医保部门可以通过监督县域医共体及各成员单位医疗服务费用、服务量、服务质量等指标变化,加强医共体内的绩效评估,使其与来年医保总额挂钩,基于绩效结果对包干总额进行适当增减,规范医共体整体行为;另一方面,按照 DIP 支付规则和区域内不同点值的影响,让医共体成员单位主动从聚焦服务量竞争转向聚焦能力提升收治高分值病种和合理成本控制提高医保结算率。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] 崔兆涵,王虎峰.整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J].中国卫生政策研究,2021,14(2):1-7.
- [2] Agarwal R, Liao J M, Gupta A, et al. The Impact of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review [J]. Health affairs (Millwood), 2020, 39(1): 50-57.
- [3] 周津,贺琼,王军,等.医共体总额预付对基层医疗服务供给的影响分析——基于湖北省黄冈市黄州区的实证研究[J].中国卫生政策研究,2022,15(8):41-47.
- [4] 胡晓梅,黄薇,陈迎春,等.按人头总额预付下医共体内医务人员纵向协作研究[J].中国医院,2022,26(6):6-9.
- [5] 黄雨萌,吴文琪,钟正东,等.基于博弈论的罗湖总额预付模式下医院集团合作分析及启示[J].中华医院管理杂志,2021,37(12):969-973.
- [6] 廖秋纆.台湾全民健保总额预算支付制度对医院市场结构与绩效之影响[D].台北:国立台湾大学,2013.
- [7] 郑秀萍,康洽福,陈新坡.基于双重差分法评估按病种分值付费对恶性肿瘤患者住院费用的影响[J].中国医疗管理科学,2020,10(2):17-22.
- [8] 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(9):47-51.
- [9] 郑秀萍,陈新坡,王畅,等.C-DRG收付费与按病种分值付费实践政策比较——基于福建省三明市和厦门市医保支付方式改革实践[J].江苏卫生事业管理,2019,30(10):1297-1300.

- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 于保荣. DRG 与 DIP 的改革实践及发展内涵[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(1): 4-9.
- [13] 张振, 李祥飞. 我国部分地区紧密型县域医共体内医保支付方式改革效果研究[J]. 卫生软科学, 36(6): 74-80.
- [14] 姚水龙. 德清县医保助推分级诊疗的实践探索[J]. 中国医疗保险, 2020(7): 45-48.
- [15] 胡佳, 朱晓丽, 郑英, 等. 福建省尤溪县医保支付方式改革及效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 25-31.
- [16] 赵小初, 钱广海. 无为市医保支付方式改革的实践探索[J]. 中国医疗保险, 2020(6): 60-63.
- [17] 任贵明, 戴先才, 朱晖, 等. 安吉县“按人头包干”医保支付方式改革的实践探索与思考[J]. 中国医疗保险, 2021(7): 65-68.
- [18] 朱晓丽, 郑英, 王清波, 等. 我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(2): 21-25.
- [19] 赵慧童. 天长市县域医共体新农合按人头总额预付制对分级诊疗影响研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2018.
- [20] 张文东, 吴阿元. 镇江市医保支付机制在分级诊疗中的运用效果及思考[J]. 中国医疗保险, 2017(3): 45-49.
- [21] 谭申生. 规模化建设将公立医院带入畸形发展[J]. 中国医疗保险, 2015(5): 27-28.
- [22] 张卫东, 李华. 基于双层多任务委托代理模型的公立医院公益性研究[J]. 中国医院管理, 2014, 34(4): 21-23.
- [23] Bradley Chen, Fan Victoria-Y. Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan [J]. Health economics, 2015, 24(11): 1422-1436.
- [24] 刘芳, 赵斌. 德国医保点数法的运行机制及启示[J]. 德国研究, 2016, 31(4): 48-63, 145-146.
- [25] 韦薇. 广东省基本医疗保险按病种分值付费政策研究[D]. 广州: 暨南大学, 2020.
- [26] 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.

[收稿日期:2022-12-27 修回日期:2023-02-28]

(编辑 薛云)

## 《柳叶刀》杂志:确保全球所有人都能获得 可负担的高质量医疗照护服务

全民健康覆盖指的是无论人们的支付能力如何、在任何时间和地点,每个人都应有权享有高质量医疗照护服务。目前,许多国家还没有类似全民健康覆盖的服务。过去几十年间,多个《柳叶刀》专辑曾研究了全球各地的人群健康状况及其卫生体系的联系,多个《柳叶刀》重大报告表明,仅确保医疗照护服务的可及性而缺乏相应的质量保证显然是不够的。

在《柳叶刀》创刊 200 年之际,为了推动全民

健康覆盖方面的进步,杂志呼吁:(1)各国政府必须逐步衡量为民众提供的医疗照护服务,以持续改善这些服务的可获得性、可及性、可接受性和质量水平。(2)社会各界应认识到,健康不仅仅是医疗卫生服务系统良好运转的产物,必须采取果断的政治、经济和社会行动以保护和加强健康。

(来源:柳叶刀 TheLancet 公众号)