

# DIP 支付方式下新生儿科医保结算影响因素分析

陈知禾<sup>1\*</sup> 林坤河<sup>1</sup> 钟正东<sup>1</sup> 周 津<sup>1</sup> 张雨孟<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】**目的:分析新生儿科 DIP 医保结算情况及其影响因素,优化新生儿科医保结算规则,推进支付方式改革精细化管理。方法:选择国家 DIP 支付方式试点城市 Y 市为案例地区,结合定性资料分析与访谈研究,采用描述性分析、四象限气泡图、多元线性回归方法,对 Y 市新生儿科全样本患者数据进行分析。结果:Y 市 2022 年有 1 372 例新生儿,医保结算率为 84.82%,其中三级医疗机构为 81.10%。未入组 718 例,占比 52.33%。三级医疗机构、未入组、低体重儿、住院天数越高、出生天数越低、结算分值越低的病例,医保结算率越低( $P < 0.05$ )。结论:新生儿科医保结算率显著低于全市水平,三级医疗机构亏损程度更高,易引致推诿危重新生儿患者风险;新生儿科存在分组精细化不足、分值失真的问题。建议:完善核心要素管理与调整机制,优化新生儿科 DIP 病种分组;综合考虑新生儿资源消耗特征、合理动态调整新生儿医疗服务价格、科学设置新生儿科加成系数;做到新生儿科发展与医保协同改进,推进医保支付方式改革内涵式、精细化发展。

**【关键词】** 医保;支付方式;DIP;基金结算;新生儿科;精细化管理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.12.005

## Analysis of influencing factors of medical insurance fund settlement in neonatology under DIP payment method

CHEN Zhi-he<sup>1</sup>, LIN Kun-he<sup>1</sup>, ZHONG Zheng-dong<sup>1</sup>, ZHOU Jin<sup>1</sup>, ZHANG Yu-meng<sup>1</sup>, XIANG Li<sup>1,2</sup>

1. School of Medical and Health Management, 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】** Objective: To analyze the DIP medical insurance settlement situation of neonatology and its influencing factors, to optimize the medical insurance settlement rules of neonatology, and to promote the fine management of payment method reform. Methods: City Y, the pilot city of national DIP payment method, was selected as the case area, and the data of the whole sample of patients in neonatology department of City Y were analyzed by descriptive analysis, four-quadrant bubble chart, and multivariate linear regression methods, combined with qualitative data analysis and interview study. Results: There were 1 372 neonates in City Y in 2022, with a health insurance billing rate of 84.82% and 81.10% in tertiary care facilities. There were 718 unenrolled cases. Tertiary care institutions, not enrolled, low-birth-weight babies, higher days of hospitalization, lower days of birth, and lower settlement scores were the influencing factors for the low rate of health insurance settlement in neonatology ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Neonatology medical insurance settlement rate was significantly lower than that of the city, and tertiary care institutions had higher deficits, which may lead to the risk of shirking critically ill neonatal patients. There were problems of insufficient grouping refinement and score distortion in neonatology. Recommendation: We

\* 基金项目:国家自然科学基金(71874058;72174068)

作者简介:陈知禾(1999 年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:zhihechan@163.com

通讯作者:项莉。E-mail:xlyf@126.com

should improve the management and adjustment mechanism of core elements, optimize the DIP grouping of neonatology, comprehensively consider the resource consumption characteristics of neonates, rationally and dynamically adjust the price of neonatal medical services, and scientifically set the neonatology markup coefficients, so as to achieve synergistic improvement in the development of neonatology and health insurance, and to push forward the connotative and refined development of the reform of the payment method of health insurance.

**【Key words】** Medical insurance; Payment method; DIP; Fund settlement; Neonatology; Refined management

2021年,国家医疗保障局等部委印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48号),提出到2025年底,DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构,基本实现病种、医保基金全覆盖。在DRG/DIP支付方式下,医保基金不再按照患者实际住院费用按医保支付比例支付给医疗机构,而是按病例所进入的DRG/DIP病组的付费标准进行支付。<sup>[1]</sup>研究证明按病种组合付费的医保结算方式,有助于促使医疗机构各科室转变运行机制<sup>[2]</sup>,在“超支不补,结余留用”的医保基金结算激励约束机制下,开展病种成本核算,确保医保基金结算率在合理区间<sup>[3]</sup>。2021年国务院印发《中国儿童发展纲要(2021—2030年)》,指出要优先保障儿童健康,做好儿童医疗保障工作,加强新生儿科专科建设。2022年国务院关于儿童健康促进工作情况的报告中同样提及要深化儿童健康领域改革创新,尤其强调了重视新生儿生命最早期。调研发现新生儿科存在学科发展与支付方式改革不相协调的问题。因此,随着支付方式改革的逐渐“扩面”,对于新生儿科的医保协同改进尤为关键,对于新生儿病种医保结算规则的优化是当前进一步推进支付方式改革精细化管理,促进新生儿科发展、保障新生儿健康亟需解决的问题。

## 1 文献回顾

由于DIP运行时间较短,实践经验有限。国内外学者更多关注DRG支付方式对新生儿科或儿科的影响。Montefiori M<sup>[4]</sup>等研究指出同一DRG组的新生儿费用差异很大,低出生体重的新生儿住院费用约为DRG支付标准的两倍,对收治低出生体重新生儿的医院不利。美国DRG通过设立儿科改良诊断相关组,新增47个新生儿DRG组和儿科DRG组<sup>[5]</sup>,其中出生体重是新生儿分组的主要变量<sup>[6]</sup>。国内支付方式改革针对儿科病组精细化尚停留在理论研究层面,大部分地区并未对儿科患者、不同出生

体重的新生儿区分支付标准。少部分研究发现儿科DRG病组费用与成本之间存在偏离,如马欣彤<sup>[7]</sup>利用费用成本转换法测算儿科病组成本,发现58.71%的儿科DRG病组呈现不同程度亏损。实践中,DRG/DIP支付方式均是以历史医疗费用为基础制定病组支付标准。然而,我国儿科尤其是新生儿科医疗服务价格改革当前正面临着调整频率滞后、动态调整机制未贯彻实施等问题<sup>[8]</sup>,因此新生儿科现行医疗服务价格水平与实际医疗成本等不能完全匹配。随着DRG/DIP支付方式改革的逐渐推行,越来越多的医疗机构反馈新生儿科与医保支付方式改革不协调,医务人员劳动价值无法通过医保结算得到合理体现等问题尤为突出。

新生儿疾病治疗方式、用药要求与成人相比存在差异,在医疗服务对象中属特殊群体。DRG支付方式存在儿科病组比价关系尚未理顺,历史医疗服务定价偏低,分组不够精细化问题。由于DRG和DIP符合病例组合打包支付的特性,两种医保结算方式均根据历史数据进行测算确定病种支付标准,在数据来源和支付标准确定上没有本质区别。但DIP与DRG分组逻辑不同,DIP支付方式下的新生儿科是否存在相同问题?新生儿科的DIP结算情况如何,病种、分值、系数三个核心要素是否合理?支付方式改革能否做到与儿科健康领域改革协同发展,缓解新生儿科发展难题?解决这些问题具有重要的现实意义。因此,本研究以Y市新生儿科全样本患者为例,分析新生儿科DIP医保结算情况及其影响因素,探究DIP支付方式激励约束效应及作用机制对新生儿科的影响,为进一步优化DIP支付方式提供建议。

## 2 资料与方法

### 2.1 案例地区选择

选择Y市作为案例地区研究新生儿科医保结算情况。Y市于2020年11月3日被列为国家DIP支

支付方式试点城市,2021 年 9 月 30 日启动 DIP 付费改革,试点项目在国家医保局 3 次验收中均被评估为优秀。2022 年该市承担全国统一医保信息平台 DIP 功能模块测试试点工作,并成为全国第一个在国家医疗保障信息平台上实现 DIP 月度结算和年度清算的城市,选择 Y 市具有一定的代表性。

## 2.2 定性资料与方法

本研究定性资料来源于文献和访谈。文献研究检索国家卫生健康委员会、国家医疗保障局、Y 市医疗保障管理局等网站收集 DIP 支付方式改革相关政策文件,包括病种目录库、DIP 医疗保障经办管理规程等政策,以病种、分值、系数核心要素为框架采用内容分析法进行分析。访谈研究于 2023 年 7 月在 Y 市通过与医保相关部门、医疗机构相关人员等利益相关者座谈进行。

## 2.3 定量资料与方法

### 2.3.1 定量资料来源

2023 年 7 月通过医疗保障局信息系统平台收集 Y 市 DIP 改革后 2022 年住院患者数据库和 DIP 清算数据库。新生儿的定义是胎儿从脐带结扎到出生后 28 天内,新生儿科所治疗的患者对象包括所有患病的新生儿。本文研究对象是 Y 市纳入 DIP 结算的 1 372 例新生儿及 65 213 例全市患者全样本数据。因 Y 市 2022 年新生儿住院仅在二、三级医疗机构,且属于居民医保类别,故全市指二、三级医疗机构居民医保患者。指标包括患者人口学信息、医疗机构级别、住院费用、DIP 统筹基金结算金额、医疗机构统筹基金支出金额、住院天数、出生天数、出生体重、入院体重、结算分值、入组情况等。

### 2.3.2 定量资料分析方法

(1)描述性分析。计数资料采用频数与百分比进行描述。采用非参数检验中的 Wilcoxon 秩和检验对新生儿和全市患者全样本结算情况进行比较。采用病组的变异系数(Coefficient of Variation, CV)对住院费用进行组内一致性评价,界定标准为 0.70,高于 0.70 意味着同一病组患者之间费用悬殊。

(2)四象限气泡图。参考刘天豪<sup>[9]</sup>、孙丽<sup>[10]</sup>等研究利用采用波士顿矩阵理论研究支付方式改革病种结算情况。依据《国家医疗保障局按病种分值付费(DIP)技术规范》(医保办发[2020]50号)(以下简称《DIP 技术规范》),Y 市以 15 例为临界值划分核心病种与综合病种。本研究选取 2022 年新生儿

科例数超过 15 例的 8 组核心病种作为典型病种,以医保结算率(即 DIP 统筹基金结算金额/医疗机构统筹基金支出金额\*100%)为纵轴,病例组合指数(亦称 CMI,CMI 指数越高,代表收治疾病的疑难危重度越高、诊疗技术难度水平越高)为横轴,气泡大小为例数,几何中心点为全市平均情况。采用 Excel 软件制作气泡图。

(3)影响因素分析。采用多元线性回归分析新生儿科医保结算率影响因素。统计分析采用 SPSS26.0 实现, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 Y 市 DIP 改革政策介绍

2022 年,Y 市实现统筹地区、医疗机构、病种分组、医保基金四个方面全面覆盖,推动 DIP 支付方式改革向纵深发展。Y 市 DIP 改革突出病种分组、分值和系数三个核心要素,建立和完善管理和动态调整机制(图 1)。

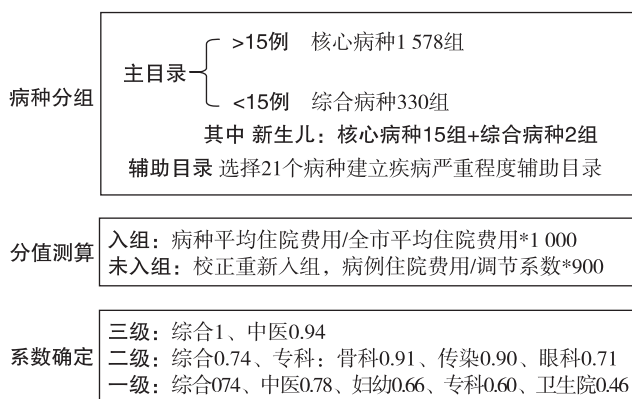


图 1 Y 市 DIP 核心要素管理与调整机制图

(1)病种分组。Y 市遵循《DIP 技术规范》要求,以国家分组为基础,结合本地实际,2022 年年终清算总病种数 1 908 组,核心病种 1 578 组,综合病种 330 组,其中新生儿核心病种 15 组,综合病种 2 组。同时,筛选了 21 个病种建立了疾病严重程度辅助目录,发现并未针对新生儿病种建立辅助目录。

(2)分值测算。为综合反映历年疾病及费用的发展趋势,Y 市以近 4 年的历史数据按照 1:1:2:6 加权的的形式计算平均住院费用,病种分值为该病种平均住院费用与全部病例平均住院费用之比乘以 1 000 确定。在年终清算时针对未入组病例采取了分值校正入组的方式,按照未入组病例住院费用与当年平均住院费用 5 875.0 元(作为调节系数)之

比乘以 900 确定。

(3)系数确定。Y 市通过等级系数调节同一病种在不同等级、不同类型医疗机构的病种分值,根据不同级别类型医疗机构病种次均住院费用,将三级综合医院的每分值费用作为基准值,记为 1;其他等级医院以分值单价除以总体的每分值费用获得对应基础系数,共计 11 个等级系数。其中,专门设置了骨科、传染病、眼科专科等级系数,没有对新生儿科设置专科等级系数。

### 3.2 Y 市 DIP 结算情况分析

#### 3.2.1 Y 市新生儿科患者基本情况

2022 年 Y 市 1 372 例新生儿中,在二级医疗机构的新生儿病例数占比较高,为 57.87%。入组率方面,全市超过一半的新生儿病例未正常入组,二、三级医疗机构分别约有 60% 与 36% 的新生儿病例未正常入组。三级医疗机构结算总分值约是二级的 1.46 倍。近 70% 的低体重新生儿在三级医疗机构收治。三级医疗机构新生儿病例的平均出生天数低于二级 0.53 天,平均住院日高于二级 2.98 天(表 1)。

表 1 2022 年 Y 市新生儿科患者基本情况

指标	新生儿科	三级医疗机构	二级医疗机构
病例数(占比,%)	1 372	578(42.13)	794(57.87)
未入组病例数(未入组率,%)	718(52.33)	210(36.33)	508(63.98)
结算总分值(分)	1 146 847.41	680 134.29	466 713.12
低体重新生儿(占比,%)	114	79(69.30)	35(30.70)
平均出生天数(天)	4.72	4.41	4.94
平均住院天数(天)	5.80	7.53	4.55

#### 3.2.2 Y 市新生儿科与全市医保结算率比较

2022 年 Y 市新生儿科医保结算率为 84.82%,远低于全市的 95.82%。其中,三级医疗机构新生儿科医保结算率为 81.10%,低于二级的 89.28%。全市三级医疗机构医保结算率为 98.29%,二级为 94.08%,三级高于二级。新生儿科医保结算率在不同等级医疗机构差异上呈现与全市相反趋势。

进一步对新生儿科与全市的医保结算率进行比较,得出整体上新生儿科与全市在医保结算率方面有显著性差异( $P < 0.001$ ),其中三级医疗机构医保结算率有显著性差异( $P < 0.001$ ),二级医疗机构无显著性差异( $P = 0.071$ )(表 2)。

表 2 2022 年 Y 市新生儿科与全市医保结算情况比较

指标	总计		三级医疗机构		二级医疗机构	
	新生儿科	全市	新生儿科	全市	新生儿科	全市
DIP 统筹基金结算金额(万元)	308.66	24 817.11	161.10	10 486.48	147.55	14 330.63
医疗机构统筹基金支出金额(万元)	363.90	25 900.85	198.64	10 668.90	165.26	15 231.95
医保结算率(%)	84.82	95.82	81.10	98.29	89.28	94.08
Z	-3.541		-5.65		-1.805	
P	<0.001		<0.001		0.071	

#### 3.2.3 Y 市新生儿科病种结算情况分析

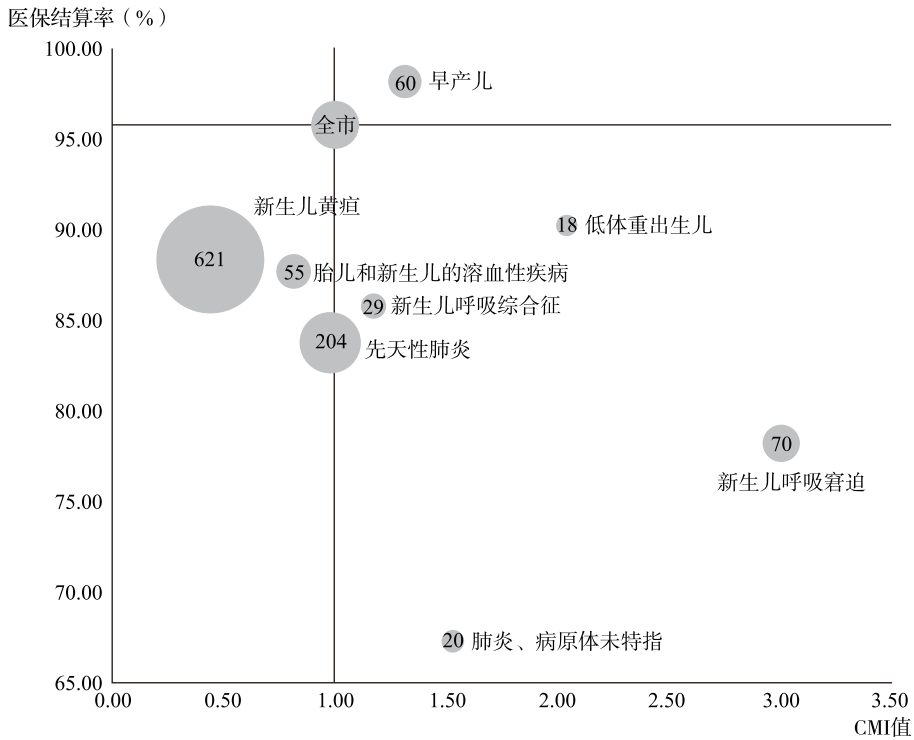
表 3 为 2022 年 Y 市新生儿科核心病种结算情况与全市居民的对比情况。为进一步探究新生儿科

医保结算率低下的原因,采用四象限气泡图选取病例数超过 15 例的 8 组核心病种(共计 1 077 例,占比 78.50%)与全市情况进行比较分析(图 2)。

表 3 2022 年 Y 市新生儿科核心病种结算情况分析

分组诊断及名称	住院医疗费用(万元)	DIP 统筹基金结算金额(万元)	医疗机构统筹基金支出金额(万元)	CMI 值	例数	医保结算率(%)	CV 值
P07.1 低体重新生儿	28.21	10.61	11.76	2.04	18	90.19	1.01
P23.9 先天性肺炎	154.29	58.14	69.41	0.99	204	83.77	0.76
J18.9 肺炎,病原体未特指	23.54	6.61	9.83	1.53	20	67.24	0.76
P22.0 新生儿呼吸窘迫	161.49	54.44	69.69	3.01	70	78.13	0.66
P07.3 早产儿	60.55	24.77	25.26	1.32	60	98.05	0.54
P55.9 胎儿和新生儿的溶血性疾病	34.51	11.95	13.63	0.82	55	87.64	0.49
P59.9 新生儿黄疸	210.75	75.53	85.51	0.44	621	88.33	0.46
P24.9 新生儿吸入综合征	26.13	10.99	12.82	1.17	29	85.69	0.34
全市居民(几何中心点)	50 030.80	24 817.11	25 900.85	1.00	65 213	95.82	/

注:此处低体重新生儿例数为 18 例,与表 1 低体重新生儿例数 114 例不一致,这是由于不是所有低体重特征的新生儿都入组 P 低体重新生儿组,特此说明。



注:气泡大小表示例数。

图 2 新生儿科病种结算情况气泡图

由图 2 可知,处在第一象限(高 CMI、高医保结算率)的病种为早产儿,60 例新生儿 CMI 值为 1.32,医保结算率为 98.05%。处于第三象限(低 CMI、低医保结算率)的病种有新生儿黄疸、胎儿和新生儿的溶血性疾病、先天性肺炎。处于第四象限(高 CMI、低医保结算率)病种有新生儿呼吸综合征、肺炎病原体未特指、低体重新生儿、新生儿呼吸窘迫。其中,低体重新生儿(低于 2 500 克)的 CV 值最高,为 1.01,先天性肺炎和肺炎,病原体未特指 CV 值均为 0.76,高于 0.70,可认为分组存在不合理性。

### 3.2.4 新生儿科医保结算率影响因素分析

为探究影响新生儿科医保结算率的因素,以医保结算率为因变量,将医疗机构级别、是否入组、是否为低体重新生儿、结算分值、出生天数、住院天数作为自变量进行多元线性回归分析,VIF 均小于 5,可判断变量不存在共线性。结果显示,三级医疗机构、未入组、低体重儿、住院天数越高、出生天数越低、结算分值越低的病例,医保结算率越低( $P < 0.05$ )(表 4)。模型检验  $F = 119.958, P < 0.001$ ,决定系数  $R^2 = 0.342$ ,该模型能解释新生儿科医保结算率变异的 34.20%。

表 4 新生儿科医保结算率多元线性回归分析

变量	回归系数	标准误	标准化回归系数	t 值	P 值
医疗机构级别(以二级为参照组)					
三级	-6.876	0.493	0.340	-13.936	<0.001
是否入组(以未入组为参照组)					
入组	6.511	0.472	0.326	13.788	<0.001
是否低体重(以否参照组)					
低体重新生儿	-5.250	0.819	-0.145	-6.412	<0.001
结算分值	0.003	0.001	0.222	6.982	<0.001
出生天数	0.084	0.037	0.051	2.248	0.025
住院天数	-0.604	0.065	-0.280	-9.338	<0.001
常数项	98.534	0.619	—	159.204	<0.001

## 4 讨论

### 4.1 新生儿科医保结算率显著低于全市,三级医疗机构亏损程度更高

Y市新生儿科医保结算率仅为84.82%,低于全市的95.82%,三级医疗机构医保结算率为81.10%,显著低于全市水平。多元线性回归结果显示,三级医疗机构是新生儿科医保结算率低的影响因素。说明新生儿科在全市DIP结算中亏损严重,三级医疗机构亏损程度更为明显。这可能与三级医疗机构收治低体重与低出生天数的新生儿病例数、平均住院天数均高于二级医疗机构有关,其治疗所需的技术水平和收费水平都较高有关,与陈菁<sup>[11]</sup>、陈志军<sup>[12]</sup>等研究得出三级医院亏损病种多,亏损程度高结论基本一致。医保基金结算是DIP落地的一个关键环节<sup>[13]</sup>,《DIP技术规范》明确,评估医保结算效果最常用的指标是比较DIP统筹基金结算金额与医疗机构统筹基金支出金额的差异,如差异小于10%,通常认为DIP支付标准和结算细则较为适宜。可见Y市新生儿科DIP支付标准和结算规则与三级医疗机构实际存在不相适应问题。对于三级医疗机构而言,以病种组合的支付标准进行医保基金的结算,未科学设置对于新生儿科辅助分型系数,可能面临着“收治一个,亏损一个”的困境,存在推诿危重症新生儿患者的风险。

### 4.2 新生儿科未入组率较高,分组精细化不足

本研究结果显示,未入组病例是新生儿科医保结算率低的主要影响因素。Y市未入组病例占52.33%,超过一半新生儿病例未正常入组。同时本研究发现有3个新生儿科病种CV值高于0.70,组内病例资源消耗水平差异大,进而影响医保结算率。未入组的原因可能与编码缺失、分组器设置缺陷<sup>[14]</sup>,新生儿病情相对复杂,入组难度大,医疗机构在填写诊断和操作时专业性不足等因素有关。一般而言,未入组病例按照校正入组、入新增组、换算分值、按最低分值四种情形处理确定支付标准。不同于DIP正常入组的病例分值测算方法是以每个病种组合的平均住院费用与加权历史住院费用之比乘以1000,Y市针对未入组病例采取了校正入组的方式,未入组按照统一的当年全市平均住院费用进行分值测算,且在分值取整过程中采取乘以900的方式,相较于入组病例进行了分值扣减,进一步造成医保结算率低。

不同特征新生儿费用差异较大,进一步印证新生儿科分组精细化不足的问题。本研究指出,入院

体重或出生体重低于2500g、出生天数越低、住院天数越高的新生儿,医保结算率越低。低体重新生儿通常为胎龄较小的早产儿,相比于足月儿身体发育时间短,多发合并症和后遗症,相应需要根据病情给予更多抗感染治疗等临床治疗和护理手段。<sup>[15]</sup>出生天数越低的新生儿,呼吸窘迫综合征、高胆红素血症疾病的发生率通常较高<sup>[16]</sup>,治疗难度和治疗成本升高,相应住院天数也随之升高<sup>[17]</sup>。新生儿低出生体重<sup>[18]</sup>、低入院体重<sup>[19]</sup>对高医疗费用有直接影响,这是因为这类特征的新生儿,病情相对严重,住院天数与住院费用相比普通新生儿有较大差异<sup>[20]</sup>。在DIP支付方式下,新生儿按照统一的病种支付标准进行结算支付,较难反映实际资源消耗水平。

### 4.3 新生儿科病种分值失真,医保支付标准与实际资源消耗偏离

分值是反映不同病种组合资源消耗程度的相对比值,是确定DIP支付标准的基础。本研究结果显示,结算分值越低,新生儿科医保结算率越低。可能与Y市新生儿科医疗服务项目本身定价偏低,新生儿科新技术、新项目开展较多有关,因此存在分值失真现象。回顾我国儿科医疗服务价格政策,虽然《医疗服务价格项目规范(2012年版)》中明确规定,因操作对象年龄较小导致操作技术难度大的儿科医疗服务应高于成人同类服务价格,但目前开展新生儿科医疗服务项目价格动态调整的省市较少<sup>[21]</sup>,新增价格项目支持创新技术、创新项目的开展力度有待增强。在DIP支付方式下,新生儿科历史住院费用数据一直处于低位,分值测算未能体现真实的疾病资源消耗和医务人员劳动价值,最终医保支付标准往往与新生儿实际情况偏离较大,造成医保结算政策性亏损问题。

## 5 建议

### 5.1 优化新生儿科DIP病种分组,综合考虑新生儿资源消耗特征

研究表明,新生儿科DIP支付标准和结算细则与实际专科发展不相适应,病种分组不够精细化导致未入组率高。Y市在DIP支付方式政策设计上,缺乏0~28天的新生儿年龄辅助目录,提示应优化新生儿科病种分组,采用CV值验证分组合理性。同时针对出生体重、入院体重低于2500克、早产儿等特征确定合适的分值校正机制或进行精细化分组,客观拟合新生儿科疾病成本消耗。针对未入组的病例,医保管理部门应及时将结果反馈给医疗机构,重新核实入组以确定支付标准。



## 5.2 合理动态调整新生儿医疗服务价格,解决分值失真现象

DIP 支付方式下,由于新生儿科在医疗服务成本与收费长期失真状态下按照历史费用计算病种分值,出现弱者愈弱的现象,加重新生儿科发展受限问题。为回归新生儿科医疗服务的劳务价值,应协同推进新生儿科医疗服务价格调整与 DIP 支付方式改革<sup>[22]</sup>,按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则,稳妥有序推进深化医疗服务价格改革试点。对于体现新生儿科医务人员劳务特点和价值的医疗服务项目,收费标准要高于成人医疗服务收费标准,同时新增价格项目着力支持基于临床价值的医疗技术创新,从而提高病种比价关系和支付标准。调整后的医疗费用按规定纳入医保支付范围,避免增加患者就医负担。

## 5.3 科学设置新生儿科加成系数,有效体现医疗服务技术含量

医疗服务价格调整所需周期较长,在无法及时调整新生儿医疗服务价格的情况下,建议通过为新生儿科设置 DIP 结算加成系数<sup>[23]</sup>,特别是为三级医疗机构或新生儿重点专科等收治疑难杂症较多的新生儿病例设置加成系数,合理体现医务人员的技术劳务价值和医疗机构的运营成本,防止因“一刀切”导致部分医疗机构出现拒收资源消耗高的危重症新生儿患者,有效体现医疗服务技术含量,促进医保基金提质增效。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

[1] 张立强,李欣芳,李响,等. DRG、DIP 付费改革下结余留用政策逻辑与思考[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(5): 13-16.

[2] 于婷,严波. DRG 付费方式下公立医院结余分析与运营策略研究[J]. 中国医院, 2022, 26(10): 64-66.

[3] 谢志兰,吴新飞,杨青,等. 基于临床路径的 DIP 病种成本管理研究[J]. 现代医院, 2023, 23(9): 1384-1386.

[4] Montefiori M, Pasquarella M, Petralia P. The effectiveness of the neonatal diagnosis-related group scheme [J]. PLoS One, 2020, 15(8): e0236695.

[5] Wasson J. A discussion of pediatric modified DRGs [J]. American Medical Record Association, 1989, 60(2): 26-32.

[6] Lichtig L K, Knauf R A, Bartoletti A, et al. Revising diagnosis-related groups for neonates [J]. Pediatrics, 1989, 84(1): 49-61.

[7] 马欣彤,邓婕,宋喜国,等. 儿科 DRG 病种组成本比价关系研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(8): 40-42.

[8] 于保荣,王庆. 中国医疗服务价格管理的历史、现状及发展: 兼言《深化医疗服务价格改革试点方案》[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(10): 3-7.

[9] 刘天豪,诸葛秀红,李悦言,等. DIP 付费下基于波士顿矩阵的某三级医院运营管理研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(7): 949-953.

[10] 孙丽. DRG 盈亏视角下医院医保精细化管理研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(5): 42-45.

[11] 陈菁,王海国. DIP 付费模式下妇幼保健机构绩效考核体系构建: 以湖北省某妇幼保健院为例[J]. 中国医疗保险, 2023(6): 77-82.

[12] 陈志军,包维晔,沈思远,等. 基于临床路径的儿科病种成本收益研究[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(8): 49-52.

[13] 姚强,张晓丹,姚岚. DIP 医保基金结算流程及关键技术研究[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(3): 1-8.

[14] 李会玲,曹蕊,许凤娟,等. 哈尔滨市医保结算中 DRG 分组测算的问题分析[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(8): 37-40.

[15] 罗丽,熊小云,杨海梅,等. 出生体质量低于 500 g 超早产儿的生命与发育支持护理[J]. 护理学杂志, 2023, 38(5): 42-45.

[16] 冯艳玲. 近足月小于胎龄儿与适于胎龄儿早期并发症构成比与预后对比研究[J]. 临床医学, 2016, 36(7): 102-103.

[17] 钟庆华,段江,梁琨,等. 早产小于胎龄儿生长代谢的临床研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2019, 21(5): 458-462.

[18] 袁源,欧荣,万映利. 基于 DRG 的重庆市早产儿住院病例费用分析[J]. 医学与社会, 2020, 33(3): 47-50.

[19] 付婷辉,冷京倍,陈吟,等. 新生儿出生体重与入院体重对 DRG 分组影响分析[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(5): 55-60.

[20] 谢冰珏,余颖,唐路,等. 基于决策树模型的 DRG 优化分组探索: 以新生儿疾病外科组为例[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(2): 47-51.

[21] 郑大喜. 儿科医疗服务价格政策回顾、实施进展与启示[J]. 中国医疗保险, 2023(8): 20-27.

[22] 许光建,乔羽堃. 我国医疗服务价格调整与医保支付方式改革的联动机制研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(5): 8-14.

[23] 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(10): 38-39.

[收稿日期:2023-11-08 修回日期:2023-12-09]

(编辑 薛云)