

DIP 支付方式下医疗机构医保支付率及影响因素分析

赵梦园^{1*} 林坤河¹ 熊英贝¹ 姚轶凡¹ 陈知禾¹ 张雨孟¹ 项莉^{1,2}

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 DIP 支付方式下医疗机构的医保支付率现状及其影响因素,以完善 DIP 支付政策,促进医疗机构优化内部运营及合理补偿。方法:基于 2022 年 A 市 196 家医疗机构 DIP 结算数据,运用多重线性回归分析医保支付率影响因素,并对不同等级医疗机构进行异质性分析。结果:A 市医疗机构 2022 年医保支付率为 103.32%,CMI 标准化次均住院费用越低、偏差病例占比越低、三级医疗机构、四级手术占比越低、居民与职工医保病例比值越低的医疗机构医保支付率越高($P < 0.05$)。异质性分析发现,偏差病例占比、基层病种病例占比、居民与职工医保病例比值、低标入院率对不同等级医疗机构影响不同。结论:医保部门应完善基层病种政策,动态调整病种目录和支付标准,优化筹资水平与机构系数,提高违规处罚力度,确保基金有效利用。医疗机构需加强政策理解,注重内部精细化管理,通过转变绩效考核促进规范合理诊疗,发挥自身医疗服务优势合理提升医保支付率。

【关键词】 医保支付率; 医保; DIP; 异质性分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.06.006

Analysis of medical reimbursement rate and influencing factors under the DIP payment method

ZHAO Meng-yuan¹, LIN Kun-he¹, XIONG Ying-bei¹, YAO Yi-fan¹, CHEN Zhi-he¹, ZHANG Yu-meng¹, XIANG Li^{1,2}

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: Analyze the medical reimbursement rate and influencing factors under the DIP payment method to refine the DIP payment policy, promote the optimization of internal operations in medical institutions, and ensure reasonable compensation. Methods: Based on the 2022 DIP fund settlement data from 196 medical institutions in City A, the study used multiple linear regression to analyze the factors affecting medical reimbursement rate and conducted a heterogeneity analysis for medical institutions of different levels. Results: The medical reimbursement rate for medical institutions in City A in 2022 was 103.32%. Medical institutions with lower CMI standardized inpatient costs, lower rates of deviation cases, tertiary care institutions, lower proportion of level-four surgeries, and lower ratios of resident to employee medical insurance cases have higher medical reimbursement rate ($P < 0.05$). Heterogeneity analysis reveals that the rates of deviation cases, the proportion of primary care diseases, the ratio of resident to employee medical insurance cases, and the low-standard admission rate have different impacts on medical institutions of different levels. Conclusion: Medical insurance departments should improve policies for primary care diseases, dynamically adjust disease catalogs and payment standards, optimize funding levels and institutional coefficients, and increase penalties for violations to ensure effective use of funds. Medical institutions need to

* 基金项目:国家自然科学基金项目(72174068;71874058)

作者简介:赵梦园(2000年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:zhaomyhust@163.com

通讯作者:项莉。E-mail:xlyf@126.com

strengthen their understanding of policies, focus on refined internal management, promote standardized and rational diagnosis and treatment through performance assessment transformation, and leverage their own advantages in medical services to reasonably increase the medical reimbursement rate.

【Key words】 Medical reimbursement rate; Medical insurance; DIP; Heterogeneity analysis

2021 年 11 月,国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号),强调通过支付方式改革引导医疗机构内涵式、精细化发展,并充分利用考核评价结果建立激励约束机制。^[1] DIP 年度清算指通过点值、医疗机构年度总分值及医保基金实际支付比例计算出 DIP 年度应清算总额,在扣除审核违规扣减金额后,最终确定医疗机构年度实际结算总额的过程,是激励约束机制的关键步骤^[2],同时也是医疗机构实现医保结余必须重视的环节^[3]。医疗机构医保支付率为 DIP 年度实际结算总额与医疗机构医保统筹基金支出的比值,若 DIP 年度实际结算总额大于医疗机构与患者按项目付费事先垫付金额,则医保支付率高于 100%,表明医疗机构实现医保结余,低于 100% 则说明医保超支。对于医疗机构而言,合理提升医保支付率意味着在确保医疗服务质量和患者满意度的前提下,通过优化内部运营,以提高服务效率和加强成本控制,提升机构应对支付方式改革的适应性,促进医疗机构通过医疗服务合理补偿。当前各医疗机构 DIP 医保支付率如何,DIP 医保支付率受哪些因素影响,医疗机构是否正确适应 DIP 支付方式改革来提升 DIP 医保支付率,是推动 DIP 改革平稳落地,促进 DIP 支付机制不断健全亟待研究的重要问题。

然而,由于 DIP 改革时间短,实践经验有限,目前对于 DIP 支付方式下医疗机构医保支付率影响因素的研究还相对匮乏。现有关 DIP 的研究多从费用控制^[4-6]、医疗质量^[6-8]、服务提供者行为^[9-10]、区域医疗资源配置^[11]的角度研究政策效果,仅少量研究以医保基金收支结余为切入点^[12-13],医疗机构医保支付率定量分析较为缺乏。因此,本研究基于政策分析和过往学者研究,识别并分析可能影响医保支付率的关键因素,通过实证案例研究探讨 DIP 支付方式下医疗机构医保支付率的影响因素,异质性分析不同等级医疗机构影响因素的差异,为完善 DIP 支付方式,推动医保基金有效利用、医疗机构医保支付率合理提升、医疗机构控费提质提供依据。

1 资料与方法

1.1 地区选择

本文选择 A 市作为案例地区研究医疗机构医保支付率情况。A 市位于我国中部地区,经济发展处于中等水平,2021 年 6 月实现 DIP 实际付费,是国家 DIP 支付方式改革示范点,具有一定代表性。

1.2 研究对象与资料来源

本文以 A 市 2022 年已实施 DIP 支付方式改革的 196 家医疗机构为研究对象,通过 A 市医疗保障局信息系统平台收集其 2022 年度 DIP 结算及相关定量数据。通过内容分析法研究医疗保障局 DIP 支付结算政策,于 2023 年 3 月与医保部门、医疗机构工作人员以及其他利益相关者座谈。

1.3 影响因素选择

DIP 支付方式引导医疗机构从以收入为导向转变为以成本为导向,通过规范医疗行为和强化临床路径管理来控制医疗费用。在费用控制方面,考虑到不同医疗机构收治疾病的疑难复杂程度不同,而病例组合指数(Case-Mix Index, CMI)作为衡量病例疑难复杂程度的重要指标,可直接用于比较评价单元间差异。^[14] 本研究将住院费用通过 CMI 值进行标准化,客观反映医疗费用水平。A 市政策规定当病例医疗总费用在该病种上一年度同级别定点医疗机构平均费用的 50% 以下或 200% 以上时,以实际医疗费用对偏差病例分值进行校准,刘小梅^[15]、邓竹溪^[16]等研究表明该政策可能影响医疗机构医保支付率。

在机构等级与病例结构方面,由于不同等级医疗机构间运营成本、诊疗技术水平存在差异,同一病种在不同等级医院根据 DIP 等级系数执行不同支付标准,同时 DIP 基层病种政策实行“同病同价”也会对不同等级医疗机构医保支付率产生影响。^[17] 四级手术占比作为衡量医疗机构手术难度的重要指标,反映了医疗机构收治病例复杂程度和诊疗技术水平^[18],其对医保支付率的影响体现出 DIP 支付方式

对疑难重症和高精尖医疗技术的保障作用是否充分。此外,曲建卫^[12]、蔡杰^[19]等研究发现,相同病种下职工医保患者由于医保基金筹资水平较高,支付标准会高于居民医保患者,可见医保类型也会对医保支付率产生影响。

在违规行为方面,既往研究表明,医疗机构可能会利用医患信息不对称诱导患者进行非必要住院治疗

疗或者在短时间内让患者再次入院,通过低标入院、二次入院等违规行为获得更高的医保支付率。^[20]

综上所述,本研究基于政策分析和过往学者的研究,结合当地实践经验,从费用控制、机构等级与病例结构、违规行为三个维度分析医疗机构医保支付率影响因素,具体指标及计算公式见表1。

表1 医保支付率影响因素

维度	指标名称	计算公式
费用控制	CMI 标准化次均住院费用	CMI 标准化次均住院费用 = 次均住院费用/CMI
	偏差病例占比	偏差病例占比 = 高(低)倍率病例数/DIP 结算病例数 * 100%
机构等级与病例结构	机构等级	由卫生健康行政部门根据设置规划确定的级别,分为一、二、三级
	基层病种病例占比	基层病种病例占比 = 基层病种病例数/DIP 结算病例数 * 100%
	四级手术占比	四级手术占比 = 出院手术患者四级手术人数/同期出院患者手术人数 * 100%
	居民与职工医保病例比值	居民与职工医保病例比值 = 居民医保病例数/职工医保病例数
违规行为	二次入院率	二次入院率 = 因相同诊断非计划再次入院病例数/DIP 结算病例数 * 100%
	低标入院率	低标入院率 = 不满足入院条件住院的病例数/DIP 结算病例数 * 100%

1.4 统计分析方法

采用 Excel 软件构建数据库,使用 SPSS27.0 软件对数据进行分析,计数资料采用频数与百分比描述,本研究中计量资料呈正态分布,采用均数描述其集中趋势;采用多重线性回归模型分析医疗机构医保支付率影响因素,并对不同等级医疗机构进行异质性分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 A 市 DIP 支付方式改革政策

A 市参照《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范》,结合本地实际,对偏差病例调校机制、基层病种政策、违规行为监管、医保结算规则等进行管理制度建设。

(1)偏差病例调校机制。当病例医疗总费用在该病种上一年度同级别定点医疗机构平均费用的 50% 以下或 200% 以上时,以费用偏差病例总费用为基数重新核定分值。费用在 50% 以下的病例(即低倍率病例)病种分值 = 该病例医疗总费用 ÷ 上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用 × 该病种分值。费用在 200% 以上的病例(即高倍率病例)病种分值 = [(该病例医疗总费用 ÷ 上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用 - 2) + 1] × 该病种分值。(2)基层病种政策。A 市依据病种目录库主目录设置适合二级以下医疗机构接诊的 190 组基层病种,按照全市同病同价进行管理,基层病种在不同等级

医疗机构间的等级系数统一为 1.0。(3)违规行为监管。违规行为监管是利用大数据所发现的医疗机构行为特征,建立针对违规行为的洞察发现与客观评价机制。低标入院、二次入院等违规行为经查实后,按规定扣减医保支付基金,并依据基本医疗保险有关规定对定点医疗机构进行处理。(4)医保结算规则。DIP 年度实际结算总额 = 定点医疗机构年度病例总分值 × 基本医疗保险分值结算点值 - 个人自负费用 - 其他医疗保障费用 - 年度应扣减金额。其中,年度应扣减金额包括利用违规行为监管辅助目录对二次入院、低标入院等指标异常进行调校的费用。

2.2 A 市医疗机构医保支付率及影响因素基本情况

从医保支付率影响因素基本情况来看,2022 年 A 市 CMI 标准化次均住院费用为 8 174.87 元,其中三级医疗机构(8 488.75 元) > 二级(7 983.12 元) > 一级(7 062.27 元)。偏差病例占比为 20.85%,其中一级医疗机构(35.97%) 远高于二级(15.54%)、三级(16.97%)。基层病种病例占比为 25.21%,一级医疗机构(40.30%) > 二级(28.14%) > 三级(10.89%)。四级手术占比三级医疗机构为 11.00%,二级医疗机构为 4.17%。居民与职工医保病例比值为 2.80,其中,一级医疗机构最高(7.61),三级医疗机构最低(1.14)(表 2)。二次入院率、低标入院率分别为 0.07%、0.10%,均为一级医疗机构最高,三级医疗机构最低。

表 2 A 市医疗机构医保支付率影响因素基本情况

机构等级	CMI 标准化次均住院费用(元)	偏差病例(例,%)	基层病种病例(例,%)	四级手术占比(%)	居民与职工医保病例比值
一级	7 062.27	56 737(35.97)	63 564(40.30)	-	7.61
二级	7 983.12	44 367(15.54)	80 341(28.14)	4.17	4.44
三级	8 488.75	38 127(16.97)	24 470(10.89)	11.00	1.14
总计	8 174.87	139 231(20.85)	168 375(25.21)	-	2.80

A 市医疗机构 2022 年医保支付率为 103.32%，其中各等级医疗机构均超过 100%，一级医疗机构支付率最高，达 115.18%。偏差病例支付率为 63.54%，一级医疗机构(90.40%)远高于二级(64.53%)和三级(53.92%)。基层病种病例支付率为 121.20%，一级(138.12%)>二级(119.56%)>三级(86.48%)。居民医保支付率仅为 92.21%，远低于职工医保支付率(121.87%)，且各等级医疗机构职工医保支付率均超过 100%，远高于同等级医疗机构居民医保支付率水平(表 3)。

表 3 A 市医疗机构医保支付率(%)

机构等级	偏差病例	基层病种病例	居民医保	职工医保	总计
一级	90.40	138.12	112.48	139.26	115.18
二级	64.53	119.56	95.92	130.42	100.97
三级	53.92	86.48	81.36	125.38	102.58
总计	63.54	121.20	92.21	121.87	103.32

2.3 医疗机构医保支付率的多重线性回归分析

将上述变量纳入多重线性回归模型，结果显示，医疗机构医保支付率的影响因素为 CMI 标准化次均住院费用、偏差病例占比、机构等级、四级手术占比、居民与职工医保病例比值($P < 0.05$)。费用控制上，CMI 标准化次均住院费用($B = -0.014$)和偏差病例占比($B = -0.121$)越低的医疗机构医保支付率越高。机构等级和病例结构上，三级医疗机构($B = 8.807$)相较于一级医疗机构医保支付率更高，四级手术占比越低医保支付率更高($B = -0.206$)，居民与职工医保病例比值越低医保支付率更高($B = -0.055$)。违规行为方面，二次入院率、低标入院率对医保支付率的影响无显著性($P > 0.05$)(表 4)。

表 4 医疗机构医保支付率影响因素

变量	B	标准误	t 值	P 值	95% CI
常量	221.025	4.655	47.484	<0.001	211.843 ~ 230.208
CMI 标准化次均住院费用	-0.014	0.000	-29.391	<0.001	-0.015 ~ -0.013
偏差病例占比	-0.121	0.035	-3.468	0.001	-0.190 ~ -0.052
机构等级(参照组:一级)					
二级	-0.510	1.365	-0.373	0.709	-3.202 ~ 2.183
三级	8.807	2.476	3.557	<0.001	3.923 ~ 13.692
基层病种病例占比	0.030	0.034	0.892	0.374	-0.037 ~ 0.097
四级手术占比	-0.206	0.084	-2.465	0.015	-0.371 ~ -0.041
居民与职工医保病例比值	-0.055	0.013	-4.284	<0.001	-0.080 ~ -0.030
二次入院率	-4.608	2.540	-1.814	0.071	-9.618 ~ 0.403
低标入院率	1.246	0.635	1.961	0.051	-0.007 ~ 2.499

2.4 不同等级医疗机构异质性分析

因本研究对象中一级医疗机构未开展四级手术，故将四级手术占比外的其他指标纳入异质性分析，结果显示，在费用控制上，一、二、三级医疗机构 CMI 标准化次均住院费用越低医保支付率越高，偏差病例占比上仅有三级医疗机构结果具有显著性，且结果水平明显高于一、二级医疗机构($B = -1.173$)。病例结构

上，一级医疗机构基层病种病例占比越高($B = 0.101$)、居民与职工医保病例比值越低($B = -0.062$)医保支付率越高，二、三级医疗机构结果无显著性。违规行为上，一、二、三级医疗机构均呈现低标入院率越高，医保支付率越高的趋势，但仅有二级医疗机构结果具有显著性($B = 3.261$)(表 5)。

表5 不同等级医疗机构医保支付率影响因素异质性分析

变量	一级	二级	三级
常数	210.133 **	232.504 **	252.083 **
CMI 标准化次均住院费用	-0.013 **	-0.015 **	-0.015 **
偏差病例占比	-0.057	-0.166	-1.173 *
基层病种病例占比	0.101 **	-0.113	0.196
居民与职工医保病例比值	-0.062 **	-0.036	-2.661
二次入院率	-3.653	0.711	-39.410
低标入院率	0.941	3.261 *	55.902
R ²	0.848	0.831	0.975
调整 R ²	0.841	0.811	0.946
F 值	111.679 **	41.109 **	32.882 **

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

3 讨论

3.1 DIP 支付方式下费用控制提高医保支付率

3.1.1 各等级医疗机构费用控制效果显著,有效提升了医保支付率

2022年,A市一、二、三级医疗机构医保支付率均大于100%,回归分析结果显示,CMI标准化次均住院费用越低则医保支付率越高,说明医疗机构一定程度上适应了DIP改革,通过费用控制有效提升了医保支付率,与邓茜^[5]、刘敬^[8]研究结果一致。在政策设计上,A市依照国家试点工作方案及技术规范,构建具有本土特色的DIP改革支付体系,将DIP年度实际结算总额及医疗机构医保统筹基金支出的差值作为医疗机构“结余留用”奖励,在此运行机制下,同一CMI病例在区域内同等级医疗机构间支付标准相同,医疗机构为提升医保支付率,将尽量控制病例次均住院费用以获得更多医保结余。

3.1.2 偏差病例影响医保支付率,三级医疗机构更为显著

回归分析结果显示,偏差病例占比越少则医保支付率越高。根据偏差病例支付规则,低倍率病例依据实际医疗费用与基准支付标准校正病例分值,高倍率病例实际结算费用虽然高于基准支付标准,但仍按照实际费用的一定折扣进行支付,偏差病例所获得的医保结算基金低于实际医疗费用导致医保支付率低。同时异质性分析显示,三级医疗机构偏差病例占比越高则医保支付率越低,而一、二级医疗机构并不显著。这可能是由于三级医疗机构通常处理更为复杂、技术要求更高的病例^[21],病例费用水平较高,更容易偏离基于平均费用水平的病种支付标准产生高倍率病例,此外住院费用的不合理转移、编

码错误等原因导致三级医疗机构易产生低倍率病例^[16],因此三级医疗机构偏差病例支付率仅为53.92%,说明偏差病例对三级医疗机构医保支付率的影响更为明显。

3.2 机构等级与病例结构共同影响医保支付率

3.2.1 三级医疗机构管理水平较高促进医保支付率提升

回归分析结果显示,三级医疗机构在医保支付率上显著优于一级医疗机构,说明三级医疗机构对DIP支付方式适应性更强。可能由于三级医疗机构具备更有利的经济、人员和设施等“软硬件”基础条件,具备相对较高的医疗机构管理水平,更能有效开展内部制度改革以契合DIP运行机制。访谈发现,部分三级医疗机构通过配套相应编码管理、数据管理、病案质控和成本核算等DIP相关政策,成立DIP管理小组、各科室设置DIP管理专岗,同时根据自身需求完善DIP信息化建设,为适应DIP改革奠定了坚实的内部基础。

3.2.2 基层病种政策提升一级医疗机构医保支付率

异质性分析显示,一级医疗机构基层病种病例占比越多医保支付率越高,且基层病种支付率呈现一、二、三级医疗机构逐级递减的趋势,分别为138.12%、119.56%、86.48%。表明基层病种政策能有效促进一级医疗机构医保支付率提升,政策效果符合预期。^[17]基层病种是按功能定位应由一、二级医疗机构收治的病种,在基层病种支付标准统一且制定合理的前提下,一、二级医疗机构凭借其价格和成本优势能够实现结余,因此医保支付率较高,而三级医疗机构由于服务成本高于基层病种支付标准而导致亏损,因此其基层病种支付率相对较低,这促使三级医疗机构更专注于疑难重症和高精尖医疗技术,说明基层病种政策能通过激励约束手段有效引导各等级医疗机构功能归位。

3.2.3 四级手术占比提升导致医保支付率下降

研究结果显示,随着四级手术占比提升,医疗机构医保支付率反而呈下降趋势。这是因为DIP支付标准按统筹区内病种历史费用计算,若患者在四级手术中应用新技术或手术高值耗材,在历史数据存在延迟的情况下其医保统筹基金支出会远超支付标准导致亏损。^[22]此外,进行四级手术的患者病情较为严重,通常存在多种并发症,但在入组时仅能依据患者主要诊断入组DIP病种目录库中的单一病种,其

他相关手术操作资源消耗未能在病种目录中充分体现^[23-24],导致医保支付率下降。

3.2.4 居民分值单价相对较低导致医保支付率下降

回归分析结果显示,居民与职工医保病例比值越高医保支付率越低,与曲建卫^[12]、蔡杰^[19]等研究结果一致。结合访谈结果发现,A市区域总额预算依据当年度职工和居民医疗保险统筹基金支出预算分别确定,由于职工医保筹资水平较高导致同病种的职工医保患者结算分值单价高于居民医保患者,出现“同城同病同分不同价”现象,而医疗机构治疗同一种疾病的医疗成本相同,导致职工医保支付率(121.87%)远高于居民医保(92.21%),因此居民医保病例越多的医疗机构医保支付率越低。此外,异质性分析结果显示,一级医疗机构居民与职工医保病例的比值越高医保支付率也越低,这与其居民医保病例占比在各级别医疗机构中最高(7.61),因此医保支付率受到的影响最大有关。

3.3 低标入院处罚扣减低于违规行为收益,二级医疗机构尤为显著

异质性分析表明,低标入院率越高的二级医疗机构医保支付率越高,与赵辉^[25]等研究一致。这可能由于低标入院病例的实际费用远低于医保对该病种设定的支付标准,即便医疗机构面临扣减医保支付基金的处罚,但违规行为带来的经济利益大于处罚成本,仍能从中获得额外收益。而本研究中一级医疗机构低标入院率更高(0.44%),但对支付率的影响并不显著。这可能是由于一级医疗机构多收治低分值病例且等级系数较低,使得违规行为的收益有限。相比之下,二级医疗机构由于收治病种的严重程度较高,低标入院成为其增加医保基金支付的有效手段。

4 建议

4.1 促进医疗机构适应 DIP 支付方式改革,实现以价值为导向的精细化管理

A市医疗机构得益于当地DIP培训和早期实践,对DIP支付方式改革适应性较强,为其他地区提供了借鉴。医保部门应加强DIP培训,提升医疗机构对DIP机制的理解,并定期公布各医疗机构医保支付率情况,引导医疗机构重视内部精细化管理。医疗机构内部也需通过转变绩效考核方向,促使医务人员产生参与管理的内在动力,引导临床一线聚

焦标准临床路径下的诊疗规范、医疗安全和治疗效果,在控费的同时提升医疗质量和服务能力,实现经济效益与社会效益的统一。

4.2 持续完善基层病种政策,引导合理就医诊疗格局形成

DIP支付方式改革是明确医疗机构功能定位,调整医疗机构的诊疗结构,实现“小病在社区、大病进医院”目标的重要手段。医保部门需结合DIP实际付费数据动态调整基层病种支付标准,在历史数据核算的基础上考虑基层病种成本核算,进一步引导三级医疗机构削弱常见病、多发病患者的收治,更专注于疑难重症和高精尖医疗技术。对医疗机构而言,一、二级医疗机构应提升自身技术水平,保证基层病种医疗服务质量,从而吸引患者基层首诊;三级医疗机构则需关注各病种收支结构与收支结余,对不同病种进行分类管理,发展更具价值、代表学科水平的优势病种,以高技术医疗服务收入创造价值,形成高质量医疗结余。

4.3 动态调整病种目录与支付标准,实现医疗机构精准合理支付

医保部门在参考历史数据的基础上,应充分考虑医疗服务技术、药品耗材成本、仪器设备的变化,动态调整病种目录与支付标准。新技术、新项目可由医疗机构自主申报,经短期支付数据积累和专家论证临床价值后纳入下一年度病种目录中。对于引起资源消耗较大的相关手术操作,可通过细化分组为“主要诊断+主要操作+相关操作”在病种目录中体现,从而实现医疗机构真实成本的精准合理支付。

4.4 持续优化筹资水平与机构系数,维护居民医保患者就医公平性

2020年中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)提出应建立与人均可支配收入挂钩的居民医保基准费率制度,以保证合理筹资。在居民医保总体筹资水平远低于职工医保,而居民医保参保人数远高于职工医保的情况下,可探索将居民医保从定额制调整为以人均可支配收入为基数的费率制,保证居民医保筹资水平与保障能力。此外,医保部门在设置机构系数时,应综合考虑医疗机构等级与其接收不同医保类型患者的比例,通过分析医保基金运行数据和医疗机构成本核算数据,动态调整机构系数,以更合理地补偿那些接收较多居民医保患者的医疗机构,有助于避免医

疗机构因经济利益而推诿患者,维护居民医保患者就医公平性。

4.5 提高违规行为处罚力度,树立医务人员底线意识

为有效减少医疗机构产生低标入院等行为,建议医保部门提高违规行为处罚力度,确保违规成本远超潜在收益,以此发挥震慑作用。同时可以公开违规医疗机构的处罚结果,利用社会监督力量推动医疗机构自我规范。医疗机构仍需强化内部人员管理,积极开展DIP相关知识的宣传与培训工作,树立医务人员底线意识,重视规范合理诊疗,将医疗行为与个人绩效、职业发展紧密挂钩,让医务工作者成为医保基金使用的“第一责任人”。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家医疗保障局. 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)[EB/OL]. (2021-11-26) [2022-11-01]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_104_7413.html
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 邓茜, 王冲, 靳佳宏, 等. 基于双重差分法的DIP试点城市运行效果实证研究[J]. 中国医院管理, 2023, 43(6): 6-9.
- [6] Qian M, Zhang X, Chen Y, et al. The pilot of a new patient classification-based payment system in China: The impact on costs, length of stay and quality[J]. *Social Science & Medicine*, 2021, 289: 114415.
- [7] 张馨予, 严佳琦, 王瑞欣, 等. S市按病种分值付费对公立医院绩效考核病种质量的影响[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(4): 44-50.
- [8] 刘敬, 陈运山, 顾雪非, 等. DIP付费改革对医疗机构经济运行的影响研究: 以广州市某三甲医院为例[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(12): 29-33.
- [9] Lai Y, Fu H, Li L, et al. Hospital response to a case-based payment scheme under regional global budget: the case of Guangzhou in China[J]. *Social Science & Medicine*, 2022, 292: 114601.
- [10] 马超, 杜妍蓉, 唐润宇, 等. DIP支付方式改革、医疗费
- 用控制与医院短期策略性应对[J]. 世界经济, 2022, 45(11): 177-200.
- [11] 向国春, 王佳伟, 陈运山. “粤北模式”的按病种分值付费政策实施效果研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(5): 15-18.
- [12] 曲建卫, 周东波, 杜惠峰, 等. DIP付费下医院医保收支结余水平影响因素分析: 以赤峰市某三甲医院为例[J]. 中国医疗保险, 2023(5): 78-83.
- [13] 黄海芳. DIP盈亏视角下医院医保精细化管理探讨[J]. 财会学习, 2023, (24): 1-4.
- [14] 吴志明, 王佳玮, 邹心爱, 等. CMI引导下的医保精细化管理策略研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(7): 80-82.
- [15] 刘小梅, 张百祥, 张燕萍, 等. 龙岩市某三甲医院按病种分值付费偏差病例的影响因素分析[J]. 江苏卫生事业管理, 2022, 33(4): 487-491, 521.
- [16] 邓竹溪, 史力群, 刘海涛, 等. DIP结算低倍率病例的研究与思考[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(12): 1702-1704, 1708.
- [17] 邵慧丽. 以价值为导向的DIP付费与公立医院运营管理思考[J]. 中国医院, 2023, 27(7): 91-94.
- [18] 郑启, 占霖森, 周璐, 等. RBRVS本土化改革在国考四级手术绩效中的应用研究[J]. 中国总会计师, 2023(10): 45-47.
- [19] 蔡杰. 按病种分值付费实施效果的实证研究[J]. 中国病案, 2021, 22(4): 28-30.
- [20] 廖藏宜, 张艺艺. DRG/DIP付费下异化行为表现及监管建议[J]. 中国医疗保险, 2023(2): 27-34.
- [21] 吴月苹, 牛亚冬, 张亮, 等. 按病种分值付费背景下医疗机构运营策略述评[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(6): 66-69.
- [22] 张慧敏, 张成, 孙娜, 等. 医保DIP实施对骨科手术质控指标的影响[J]. 现代医药卫生, 2023, 39(19): 3403-3406.
- [23] 李昀梦, 曾雪琴, 孙亚玲, 等. DIP付费下医用耗材集采对白内障手术患者的影响研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2024, 35(3): 401-405.
- [24] 王春雨, 陈维雄. 按病种分值付费视角下的射频消融联合经皮左心耳封堵术医保支付优势实证研究[J]. 中国医疗保险, 2024(3): 83-88.
- [25] 赵辉. DRG/DIP付费下医疗机构违规行为的认定依据及处理模式研究[J]. 中国医疗保险, 2023(11): 103-109.

[收稿日期:2024-04-25 修回日期:2024-06-06]

(编辑 薛云)