

“强基层”导向下 DRG/DIP 支付与县域医疗服务体系价值的协同机制研究

——基于新结构经济学的案例分析

邢怡青^{1*} 谢涛² 苗豫东¹ 张亮² 吴建¹

1. 郑州大学公共卫生学院 河南郑州 450001

2. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

【摘要】目的:揭示 DRG/DIP 支付方式与县域医疗服务体系之间的协同关系及机制。方法:基于新结构经济学理论,构建“要素禀赋梳理-比较优势甄别-制约瓶颈识别-政策因势利导”分析框架,以重庆市 Q 区为案例进行系统剖析。结果:DRG/DIP 支付改革初期对县域医疗服务体系价值产生抑制效应,主要体现在两条作用路径:一是总额预算管理层级上移,导致县乡之间的空间权力结构失衡;二是均值定价与机构等级系数形成的均质化定价机制,扭曲县乡机构间的空间竞合关系。两者叠加导致县级医院服务功能偏离定位、基层价值被低估,从而制约比较优势发挥与基层自生能力增强。结论:DRG/DIP 支付改革与县域医疗服务体系协同推进,关键在于支付规则与县域内在的比较优势是否匹配;应发挥政府因势利导作用,通过优化预算管理单元、建立反映成本异质性的动态定价、以比较优势系数替代固化等级系数,将 DRG/DIP 支付由控费工具转为引导体系优化的战略杠杆。

【关键词】县域医共体; DRG/DIP 支付; 新结构经济学; 体系价值

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.05.001

Synergy mechanisms between DRG/DIP payment and county-level healthcare system value under the strengthening primary care' orientation: A case analysis based on New Structural Economics

XING Yi-qing¹, XIE Tao², MIAO Yu-dong¹, ZHANG Liang², WU Jian¹

1. School of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

2. School of Politics and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

【Abstract】 Objective: This study aims to elucidate the synergistic relationship and underlying mechanisms between DRG/DIP payment systems and county-level healthcare systems. Methods: Drawing on the theory of New Structural Economics, we developed an analytical framework consisting of four steps: “mapping resource endowments, identifying comparative advantage services-recognizing constraint bottlenecks, policy guidance based on contextual conditions.” The framework was applied to a systematic case study of Q District in Chongqing. Results: In the early stage of DRG/DIP payment reform, the value of the county-level healthcare service system was inhibited, primarily through two pathways: first, the upward shift of total budget management disrupted the spatial power structure between county and township levels; second, the homogenized pricing mechanism, comprising average-based pricing and institutional grade coefficients, distorted competitive and cooperative relationships among county- and township-level institutions. Together, these effects caused county-level hospitals to deviate from their intended service roles and led to the undervaluation of primary care services, thereby suppressing the realization of

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(72474162);河南省软科学研究计划项目(262400411043)

作者简介:邢怡青(1995年—),博士,讲师,主要研究方向为医疗服务体系、医保支付。E-mail: 578500489@qq.com

通讯作者:吴建。E-mail: wujian@zzu.edu.cn

comparative advantage and the development of self-sustaining capacity at the grassroots level. Conclusions: The successful synergy between DRG/DIP payment reforms and county-level healthcare service systems depends on aligning payment rules with the intrinsic comparative advantages of local institutions. Governmental intervention should be strategically applied to optimize budget management units, establish dynamic pricing that reflects cost heterogeneity, and replace fixed grade coefficients with comparative advantage coefficients. Such measures can transform DRG/DIP payments from mere cost-control tools into strategic levers for guiding systemic optimization.

[Key words] County-level healthcare consortium; DRG/DIP payment; New Structural Economics; System value

1 引言

县域医疗服务体系承载我国70%人口的医疗需求,是分级诊疗与乡村振兴的核心载体,其建设成效关乎“大病不出县、小病不出乡”的政策目标实现。^[1]医保支付方式对优化服务体系具有关键作用^[2],其中,疾病诊断相关分组(DRG)与按病种分值付费(DIP)成为近年来改革的重要方向,截至2025年底已覆盖所有符合条件的县域医疗卫生机构。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十五个五年规划纲要》指出要“建设优质高效医疗服务体系”和“健全医疗医保医药协同发展和治理机制”。2026年3月,国家医保局、国家发展改革委、国家卫生健康委联合印发《关于医保支持基层医疗卫生服务发展的指导意见》(医保发[2026]7号),进一步强调医保在支持基层医疗卫生发展、促进分级诊疗中的关键作用。实践中,DRG/DIP在控制医疗费用增长、提升基金使用效率等方面成效显著。^[3-4]然而,在对县域的观察中发现,基层医疗卫生机构因部分病种易被判定为“低标入院”而陷入发展困境,市级统筹下的基金分配机制也诱导县级医院收治基层轻症病源。^[5]现有研究显示,部分县级医院的基层病种患者占比高达28.16%^[6],加剧基层“病源流失—能力萎缩”的负向循环^[7]。当前正值DRG/DIP3.0转型期^[8],如不及时识别此结构性矛盾,县域医疗服务体系可持续发展面临风险,制度纠偏成本亦将攀升。因此,探索DRG/DIP支付引导县域医疗服务体系回归合理分工、增强基层卫生服务能力,具有重要政策价值与现实紧迫性。

现有研究主要聚焦两类议题:一是评估DRG/DIP对医疗费用^[9]、门诊住院服务结构等微观层面的影响^[10-11];二是探讨DRG/DIP支付与医共体总额付费、按人头付费等局部协同^[12],以及支付参数的内涵与流程解读^[13]。然而,现有研究聚焦单一流程或单一机构^[14-15],鲜有从体系视角构建理论框架,分析

DRG/DIP支付与多层级组织的互动协同机制,难以作为整合型医疗服务体系下的支付制度优化提供指导。新结构经济学指出,经济体最优结构内生于其要素禀赋,发展的关键在于遵循比较优势。^[16]这为破解上述研究局限提供了适配的理论工具—县域医疗服务体系价值也内生于各级医疗机构依托其人力、技术等禀赋结构,聚焦比较优势服务,通过服务供给与要素禀赋匹配带来整体效率的提升。基于此,本文以新结构经济学为理论指导,构建DRG/DIP支付与县域医疗服务体系价值协同的分析框架,并以重庆市Q区为例,阐释支付逻辑如何与县乡两级医疗机构的要素禀赋相适配,为推进“强基层”战略以及促进医疗与医保协同发展提供理论支撑。

2 理论分析框架

新结构经济学主张将理论与政策实践结合,通过提供具有实践意义的政策分析方法解决系统发展的现实问题,如增长识别与因势利导框架的构建等。^[17]本文基于该理论,构建“要素禀赋厘清—比较优势甄别—制约瓶颈识别—政策因势利导”的四步分析框架(图1),旨在探讨DRG/DIP支付与县域医疗服务体系的协同适配路径,进而驱动县域医疗服务体系价值提升。

第一步,梳理资源禀赋结构。县域医疗资源禀赋结构包括不同层级医疗机构所拥有的人力、技术、设备等要素。新结构经济学理论认为,一个经济体在某一时点的发展情况和禀赋结构决定其潜在生产能力。^[18]通过梳理县域县乡两级医疗机构人财物资源以及制度文化、人口结构禀赋,为甄别其比较优势提供基础。

第二步,甄别比较优势。比较优势是在既定资源禀赋结构下,某一经济体在生产特定产品或服务的相对效率优势。县域医疗服务体系价值的实现,核心在于不同层级医疗机构依托自身禀赋,提供具

备成本效益优势的医疗服务。本步骤具体分析县乡两级医疗机构在DRG/DIP改革前已经形成的存量优势服务,以及改革后展现的比较优势动态变化。

第三步,识别制约瓶颈。本步骤围绕DRG/DIP支付的核心要素,从市域总额预算管理、均值定价、机构等级系数入手,分析这些要素对于县域医疗服务中的主体关系与行为变化,进而对县乡两级医疗机构比较优势服务发挥的影响,为政府发挥因势利导作用提供决策参考。

第四步,发挥因势利导作用。在新结构经济学理论框架下,政府的核心是指通过制度供给协助企业识别并利用比较优势,引导经济结构向更高阶段变迁。在县域医疗服务体系下,体系价值的实现不仅源于单一诊疗行为获益,更取决于体系结构的合理性。因此,DRG/DIP支付应发挥引导资源优化配置的作用,促使县乡两级医疗机构的服务产出与其要素禀赋的比较优势相匹配。

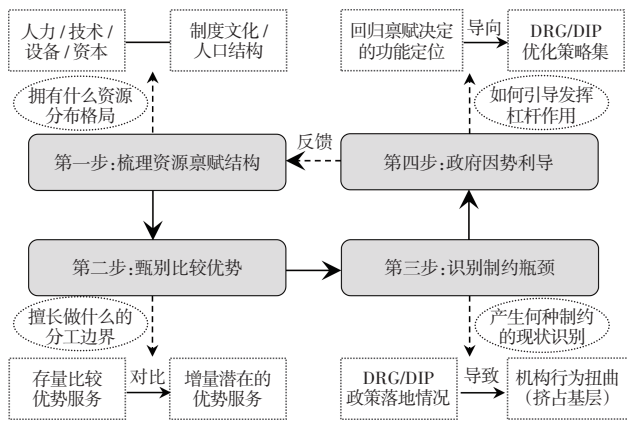


图1 DRG/DIP与县域医疗服务体系价值协同分析框架

3 资料与方法

3.1 案例选择

本研究选取重庆市Q区作为单案例分析对象,该案例能够反映县域医疗服务体系的典型运行特征,主要体现在以下三个方面:第一,该区具有典型的“县-乡-村”三级组织架构。全区设有2家三级医院,30家基层医疗卫生机构(包括6家社区卫生服务中心及24个乡镇卫生院)。第二,目前全国范围内县域DRG/DIP支付模式具有相似性,普遍采用市域总额预算管理、均值定价和机构等级系数。第三,该区存在“县级强、基层弱”的发展不均衡现象,也是我国县域医疗服务体系的普遍性特征。基于上述特点,单案例研究不仅便于深度剖析DRG/DIP支付与县域

医疗服务体系的协同机理,也为其他资源禀赋结构与发展阶段相似的县域提供可借鉴经验。

3.2 资料来源与数据收集

本文的数据来源包括定性资料与定量数据两方面。定性资料方面,通过一对一深度访谈收集信息,访谈对象涵盖区卫健委和医保局相关负责人、县级医院及乡镇卫生院院长以及临床医生,共计10份有效访谈资料。同时,结合中国知网、万方等数据库中的相关文献,以及政策文件、新闻报道等公开资料,对DRG/DIP支付改革的研究成果进行补充整理。在定量数据方面,通过参保人员结算系统,提取2017年1月—2025年1月的医保结算数据,并从医保部门获取对应时段的医保年度预算及年终清算数据。同时,通过区卫健委和统计局收集同期的医疗机构卫生统计报表以及县域人口与经济统计数据,为本文分析提供数据支撑。

4 新结构经济学视角下的Q区案例剖析

4.1 梳理资源禀赋结构

4.1.1 医疗资源要素禀赋

首先,从人力与技术要素分布来看,县域优质医疗资源呈现明显的层级分化特征。2023年该区卫生健康统计年鉴数据显示,县级公立医院集中了全区90%以上的高级卫生技术人员和高学历人员,基层医疗卫生机构技术力量薄弱,人员学历层次普遍偏低。其次,从财力资源禀赋来看,医保基金分布呈倒三角格局。2023年医保基金结算数据显示,职工医保方面,仅城东等3家社区卫生服务中心的结算资金占比超过15%,其余27家基层医疗卫生机构占比均不足10%;城乡居民医保方面,所有基层医疗卫生机构结算资金占比均低于10%,白土、金洞等乡镇更是低至1.30%和1.20%。

4.1.2 制度文化及人口结构要素禀赋

在制度禀赋方面,Q区整合区中心医院、中医院、妇幼保健院及30家基层医疗卫生机构,构建城乡一体化医疗服务共同体,推进县乡医疗服务协同。2022年,县级医院为基层医疗卫生机构新建2个专科、开展4项慢性病管理项目,下沉医务人员完成基层手术162台次。文化禀赋方面,该区融合土家族、苗族等民族医药传统,当地居民对中医药及康复疗养认可度较高,形成了独特的区域文化优势,也为基层医疗卫生机构发展差异化比较优势服务提供了空间。

在人口结构层面,Q区呈现人口外流与老龄化特征。截至2023年底,常住人口与户籍人口比值为0.87,且这一比值在乡镇地区更高。从年龄结构来看,0~14岁人口占比为17.7%,65岁及以上人口占比为15.7%,其中部分乡镇65岁及以上人口占比超过35%。这种以“一老一小”为主、且外流人口与老年人口在乡镇高度集中的人口结构特征,为基层医疗卫生机构明确比较优势服务提供方向。

4.2 甄别比较优势

4.2.1 各级医疗卫生机构的静态比较优势

县域医疗资源在不同层级医疗卫生机构间的非均衡分布,决定了各机构的静态比较优势。县级医院作为县域医疗中心,其比较优势集中于资本与技术密集型的疑难重症诊疗领域。依托完善的硬件设施和高级专业技术人才,县级医院在心血管介入、冠状动脉搭桥等复杂疾病诊疗方面形成了显著的技术优势和服务效率。

基层医疗卫生机构是保障居民健康的第一道防线,其核心优势在于低边际服务成本与地理空间贴近性。依托这一资源禀赋,基层医疗卫生机构在高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等慢性病管理、术后康复及常见多发病首诊方面,具备显著的成本与效率优势。此外,家庭医生签约服务建立的医患信任关系,也是基层医疗卫生机构的独特优势。^[19]2017—2023年服务数量结构的变化印证了这一比较优势,基层医疗卫生机构就诊量较高的科室集中在全科、中医科及康复医学科,中医医疗服务量增长24.46%,高血压、糖尿病年末规范管理人数分别增长9.85%和26.93%。

值得注意的是,样本县域各级医疗卫生机构的实际服务产出与理论上的比较优势存在结构性偏离。2017—2023年,基层医疗卫生机构门急诊人次占县域的比重由43.3%降至36.9%,出院人次占比由32.3%降至29.8%,这反映出基层医疗卫生机构的静态资源禀赋优势未能充分释放,其实际运行效率与理论比较优势之间仍存在显著差距。

4.2.2 DRG/DIP支付实施后的比较优势服务变化

样本区于2024年6月1日启动DRG支付方式改革,为本研究提供了政策观察窗口。通过对比改革前后的服务量,识别DRG支付与县域医疗服务体系价值协同关系的变化。首先,根据总体住院服务量变化结果显示,DRG支付在实施初期便产生虹吸效

应。如图2(a)所示,在改革落地后的次月,县级医院的住院人次占比达到全年峰值61.38%,较改革前1—5月平均值提高约4个百分点,而基层医疗卫生机构的住院服务量占比则低至38.62%。

其次,本文选取国家分级诊疗目录中适宜基层诊疗的慢性阻塞性肺疾病进行分析。理论上,此病种属于基层医疗卫生机构的比较优势范畴,但图2(b)显示诊疗结构存在以下异化现象:一方面,县级医院的收治比例始终在85%左右,即使剔除季节性因素后,在改革实施后的次年2月,这一比例仍高达85.80%,较改革前同期改善不明显。另一方面,在DRG实施的次月,县级医院的收治比例升至92.74%,基层医疗卫生机构占比被压缩至8%以下。这表明,在DRG支付改革初期,县级医院倾向于通过扩张服务规模来获取更多医保基金,偏离比较优势的轨道。

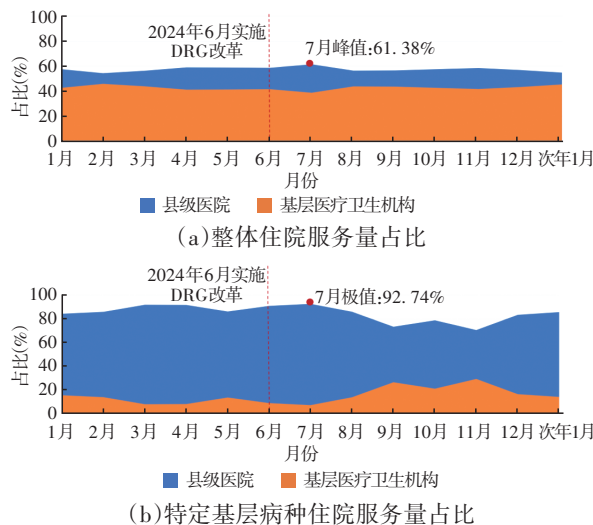


图2 DRG支付改革前后样本地区医疗机构住院服务量变化

4.3 制约瓶颈识别

空间是形塑社会关系、影响权力运作和治理实践的关键维度。^[20]县域医疗服务体系是一个空间化的治理系统,其治理格局由资源分布、权力关系和制度规则共同构成^[21],医疗机构的要素禀赋与比较优势则是空间关系的体现。本部分从空间治理的微观视角切入,剖析支付规则与比较优势服务供给、基层自生能力提升之间的结构性摩擦,揭示制约县域医疗服务体系价值实现的瓶颈。

4.3.1 市域总额预算下的空间权力重构与激励行为扭曲

在县域医疗服务体系的空间治理中,各级医疗机构的资源配置与服务能力受制于利益权力结构。

相较于县域医共体以县域为单元的内部分配机制, DRG/DIP 支付采取的是市域总额预算管理,其核心变化在于医保资金配置权与管理尺度的空间重构,即将医保基金的预算与结算单元由县域上移至市域空间。这一变化在扩大医保资金池规模的同时,也嵌入了市级层面主导的管理规则与激励逻辑,进而影响县域医疗服务体系内部生态。

管理规则的嵌入体现在总额预算与结余留用的规则制定权、相关指标解释权被集中到市级层面,县域医疗机构的自主权被压缩。在治理半径扩大的市域博弈空间内,市级医院凭借行政等级、资源禀赋和规模优势等,在预算分配等规则制定中拥有更强的话语权,这导致支付规则的设计更适配高层级医疗机构。县级医院与基层医疗卫生机构在制度层面上则处于被动承接的边缘,导致统一的支付规则与县域实际服务需求出现脱节,进而削弱支付制度对县域比较优势服务的调节弹性。

空间权力的上移进一步重构了县域医疗服务的激励结构。县域内医疗机构被嵌入到一个更大规模、更高层级的市级分配资金池中,为获取更多医保基金份额,县级医院的理性策略是利用技术与规模优势,虹吸属于基层比较优势的常见病与多发病。这一行为逻辑的扭曲导致双重负效应:一方面,县级医院的优质技术要素被轻症患者低效占用,偏离其比较优势升级的发展路径;另一方面,基层医疗卫生机构的资金流与病源流遭遇阻滞,即便在其自身具备比较优势的常见病领域,也因患者流失陷入功能性萎缩,其自生能力在制度与规则挤压下持续弱化。

4.3.2 均质化价格下的空间关系异化与体系价值耗损

在县域医疗服务体系的空间治理中,不同层级医疗机构的服务成本并非均质分布,而是受地理环境及人口分布等要素的共同塑造,呈现空间异质性,这也是各级医疗机构比较优势的核心来源。在 DRG/DIP 支付体系中,均值定价与机构等级系数作为核心支付价格信号,其本质是一套基于市域尺度的均质化价格规则,即用统一的服务价值衡量标准对各级医疗机构服务进行补偿。当这一定价规则嵌入县域医疗场域时,其不仅规范资金流向,也重塑了县乡两级医疗机构之间的空间竞合关系,进而影响比较优势发挥与基层自生能力增强。

首先,均质化价格规则与县域实际成本结构脱节。一方面,均值定价基于市域各病种组历史病例费用的加权平均生成,内嵌了市级与县级医院的高

技术要素成本,如设备折旧与检查费用等,忽视各级医疗机构之间的成本梯度及空间补偿逻辑。另一方面,等级系数尽管蕴含了对不同层级医疗机构成本差异的补偿,但其以医疗费用为基础,而非资源消耗的真实成本。在现实运行中,基层医疗卫生机构相同疾病的边际成本可能更高,这部分成本溢价在现行制度下被视作效率损失,尚未获得相应的支付补偿。由此可见,基层医疗卫生机构在 DRG/DIP 支付规则设计的起点便陷入适配性缺失的状态,其真实的成本结构与发展诉求在统一规则下被忽视。

其次,均值定价与等级系数的叠加进一步重构县域内的空间竞合关系,诱发县乡关系的异化。在理想的分级诊疗体系中,县乡两级医疗机构应基于比较优势,形成互补的空间分工格局,而 DRG 支付价格信号的嵌入打破原本尚未成熟的分工边界,使得县级医院产生空间套利动机。对于常见病与多发病,县级医院可凭借其已分摊的固定资产成本,从高于自身边际成本的均值定价中获取相对价格溢价,而基层医疗卫生机构的低成本比较优势在全市平均成本的定价规则下被稀释,难以在价格竞争中体现其禀赋价值。与此同时,高层级医疗机构系数进一步放大县级医院的价格优势,使其更有动机利用其在县域空间中的优势地位,对原本属于基层比较优势的病源进行虹吸。这导致县级医院与基层医疗卫生机构的关系,从基于功能的空间梯度互补方向,转向基于利益的空间病源竞争路径。

最后,空间关系的异化引发县域医疗服务体系价值损耗,抑制县乡两级医疗机构的比较优势发挥,并进一步削弱基层医疗卫生机构的自生能力。一方面,县级医院为获取超过其实际边际成本的支付溢价,倾向于大量收治轻症病例,这与其本应聚焦疑难重症、发挥技术优势的功能定位相背离,导致服务供给的结构性错配,降低县域医疗体系的整体运行效率。另一方面,基层医疗卫生机构在缺乏空间成本差异化的定价规则下丧失价格竞争优势,既面临提供基本服务即可能承受基金损失的风险,也难以通过合理结余实现能力积累与长效发展。某乡镇卫生院院长提到:“DRG 实施后,我院以前主要收治的部分常见病如今被医保部门判定为轻症入院,相比收治这类疾病所获得的医保资金,我们面临的违规处罚风险更高,相当于在倒贴钱看病,这严重影响了我们医生的诊疗积极性,现在大家也不敢收了,也不知道以后院里要怎么发展”。

4.4 发挥政府因势利导作用

根据新结构经济学理论,有为政府的核心职能在于通过制度安排与政策引导,使参与主体的行为逻辑符合要素禀赋决定的比较优势。依据此标准,面对 DRG/DIP 支付方式在县域实施中引发的空间关系扭曲与激励失衡,卫生健康主管部门与医保部门应站在系统治理视角下,构建有利于县乡两级医疗机构发挥比较优势的制度环境,推动基层自生能力提升,从而实现县域医疗服务体系的价值最大化。

4.4.1 优化总额预算治理空间,引导体系价值创造

针对市域总额预算引发的尺度上移、权力重构及由此导致的县级医院对基层病源的虹吸效应,医保部门应及时纠偏,优化预算治理的空间单元,在市域统筹下为县域医疗服务体系赋能,引导县乡两级医疗机构从份额争夺转向价值创造。

第一,探索构建市域统筹下 DRG/DIP 支付与县域医共体总额预付的衔接机制,推动形成“市级统筹、县域分层、基层留存”的总额预算管理模式。具体而言,在市域总额预算框架下,依据县域服务人口规模及结构、疾病谱特征、各级医疗机构功能定位,设立县域医保预算子池,并为基层医疗卫生机构预留专项保障资金。该子池预算赋予县级医保部门规划与调剂权限,增强县域医保基金使用的自主性与灵活性,同时避免基层资金被县级或市级医院虹吸,缓解零和博弈带来的预算挤压效应,为基层医疗卫生机构发展提供稳定的资金预期。

第二,构建以体系价值为导向的医保资金内部分配机制,优化县域内医保资金的内部调节。在县域医共体内部,建立基于比较优势服务产出与协同绩效的资金动态调配制度,赋予县级治理主体分配自主权,以缓解市域统筹可能引发的治理尺度脱节。具体而言,从 DRG/DIP 总额中预先计提一定比例设立资金池,其分配不与医疗机构收入直接挂钩,而是重点考核县乡两级医疗机构在分级诊疗方面的实际贡献。制定差异化的结余留用与风险分担方案,加大对基层医疗卫生机构的倾斜力度,将县域结余资金按比例用于回补基层的要素投入与成本缺口,如人员培训、数字化改造等,推动医疗服务体系向有序分工与协同共生的生态回归。

4.4.2 构建反映空间异质性的成本补偿体系,优化均质化支付调节机制

针对均值定价与等级系数造成的价格信号失

真、基层价值被低估及县乡分工关系异化,卫生健康主管部门与医保部门应协同推动支付标准从一刀切向差异化转型,使价格信号能够真实反映不同空间、不同层级服务的资源消耗与实际价值。

第一,建立反映空间成本异质性与层级功能的动态定价体系。政府应牵头卫生健康、医保、财政等相关部门开展权威、透明的医疗服务项目成本核算,以此为基础推动 DRG/DIP 支付标准由单一的区域历史均值,转向基准价±区域(层级)调节权重体系。其中,调节权重的核心构成包含三类调节因子:一是地理区位因子,重点纳入偏远地区基层医疗卫生机构的人力通勤、物资物流等运营成本;二是机构功能属性因子,匹配不同层级医疗机构在分级诊疗体系中的功能定位,重点向基层承接的常见病、慢病管理等比较优势服务倾斜;三是疾病技术难度因子,针对疾病技术复杂度,匹配对应的成本补偿标准。通过上述多维度的动态调整,使 DRG/DIP 支付价格更贴合不同服务场景的成本结构,同时合理体现基层医疗卫生机构的技术劳动价值,为其自生能力提供制度保障。

第二,引入激励相容的比较优势系数,推进机构等级系数从身份溢价向价值补偿转变。基于临床路径分析与区域诊疗大数据,系统筛选并动态更新基层适宜病种目录,以此为基础设计差异化的支付系数。对于基层医疗卫生机构收治其目录内的适宜病种,设定 $K>1$ 的能力补偿系数,以覆盖其因规模效应不足产生的较高边际成本,从而促进其提供比较优势服务;若县级医院收治同一病种,设定 $K<1$ 的错配惩罚系数,这一系数临界值以该行为的边际收益低于其承接疑难重症的机会成本为标准,以抑制县级医院的虹吸行为。通过上述差异化比较优势系数形成的支付杠杆,不仅能够精准激励符合体系分工的服务行为,还可有效约束偏离功能定位的资源错配,从而促进县域医疗服务体系价值提升。

综上,现行 DRG/DIP 支付体系通过市域总额预算、均值定价与机构等级系数的叠加作用,导致县域医疗服务体系价值受损。为促进比较优势的发挥与基层医疗卫生机构能力的提升,需要从核心支付参数入手,系统性地改革支付机制,构建以要素禀赋为基础、以比较优势与基层自生能力增强为目标的支付框架,如图3所示。

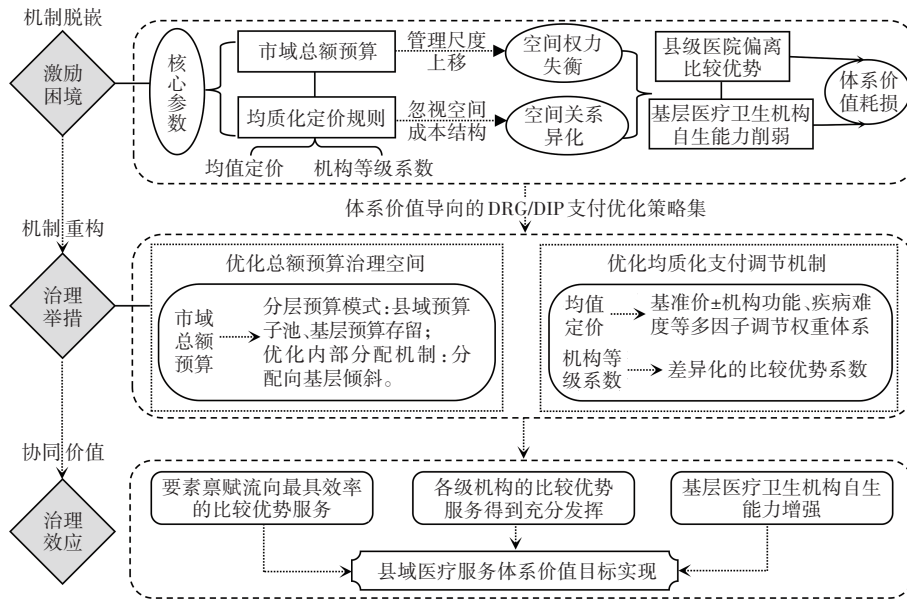


图3 DRG/DIP支付与县域医疗服务体系价值的协同困境与优化路径

5 结论与建议

本研究结论如下：第一，现行DRG/DIP支付与县域医疗服务体系之间存在结构性失配。改革初期，支付规则诱导县级医院的策略性规模扩张行为，导致其优质资源被轻症患者低效占用，县乡两级医疗机构偏离比较优势发展路径，体系整体效率受损，但其长期效应有待进一步观察。第二，改革协同困境的核心在于支付规则脱嵌于县域医疗服务空间特征，具体表现在以下两个关键环节：其一，市域总额预算通过管理尺度上移，重构医保资金配置空间权力，逆向激励县级医院虹吸基层病源，导致资源配置方向与比较优势分工相背离。其二，均值定价与等级系数作为均质化的价格信号，未能充分反映县乡两级成本的空间异质性，基层医疗卫生服务的合理价值无法获得充分补偿，从而弱化其自生能力。综上所述，本研究揭示一个亟待重视的改革潜在风险，若缺乏适配县域要素禀赋结构的精细化支付政策，沿着市域统筹下DRG/DIP支付改革路径，将进一步加剧县域医疗服务体系内部的功能错配与效率损失。

对此，本文提出如下建议：首先，从结构性视角出发，推动DRG/DIP支付与县域医疗服务体系的协同适配。支付方式设计立足于要素禀赋结构，引导资源依据不同层级医疗机构比较优势进行公平且高效的配置，促进形成分工明确、功能互补的治理格局。其次，从系统性视角出发，推进支付机制的精细化重构。具体从总额预算、支付基准、调节系数等环

节进行优化。在总额预算环节，建立体现体系价值的绩效资金池，将结余分配与分级诊疗成效挂钩，并为基层医疗卫生机构设立专门的基金池，以保障基层医疗卫生服务供给的资金稳定性。在定价环节，突破单一的区域均值定价规则，推动建立“基准价±区域(层级)调节权重”体系，使支付价格更贴合不同服务场景的真实成本结构，合理体现基层医疗卫生机构的技术劳动价值；在系数调节环节，以基于价值补偿的比较优势系数替代固化的行政等级系数，形成能够精准引导病种合理流向的价格信号。

6 本文局限性

本研究基于新结构经济学视角，构建了DRG/DIP支付影响县域医疗服务体系价值的理论分析框架，丰富了DRG/DIP支付与县域医疗服务体系协同研究。然而，本研究也存在以下局限。第一，本研究以重庆市Q区为例开展案例剖析，其结论对资源禀赋相似的县域具有参考价值，但在不同发展水平的县域中，支付政策适配性可能存在差异，研究普适性有待验证。第二，本研究对支付改革制约瓶颈的识别，以理论逻辑推演方法为主，缺乏严格的因果效应检验。未来可基于医保结算数据与病案首页等数据，实证检验DRG/DIP支付的长期作用效果，为政策优化提供更加完善的实证依据。

作者贡献：邢怡青负责概念设计、搭建分析框架、论文撰写与修改；谢涛负责资料收集与文章修订；张亮负责文章的资源获取、提供模型优化指导；

苗豫东提供理论见解与方法指导;吴建负责论文的质量控制、审阅与监督管理。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 张亮, 邢怡青, 马希望. 基层医疗卫生体系现代化的理论逻辑、历史演进与未来进路[J]. 社会科学, 2023(4): 111-121.
- [2] 贺睿博, 罗琳彬, 邢怡青, 等. 强基层导向下县域医保基金战略性购买的实现路径研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(7): 1-7.
- [3] 黄明芳, 林坤河, 项莉. DIP支付方式对医疗服务供给结构的影响[J]. 中国公共卫生, 2025, 41(11): 1373-1378.
- [4] 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.
- [5] 张雪雨, 李雷, 徐露, 等. DRG/DIP付费改革的支持政策: 典型经验与优化路径[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(10): 38-43.
- [6] 钟杰, 韩丹, 张佳. 某县级公立综合医院DIP实施状况调研[J]. 中国医疗保险, 2023(4): 92-96.
- [7] 苏菁涵, 陈笛, 裴娅辛, 等. DIP支付下三级医院基层病种病例收治管理关键问题与对策[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(11): 11-13.
- [8] 国家医疗保障局. 按病种付费分组方案3.0版调整情况介绍实录[EB/OL]. (2026-03-20)[2026-04-01]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2026/3/20/art_14_19970.html
- [9] 孙孟雅, 刘智勇, 吕倩鹏, 等. DIP付费对公立医院医疗服务费用及效率的影响: 基于双重差分法的实证研究[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(7): 35-43.
- [10] 朱晓佳, 于淼. 按病种付费医保支付方式改革的双刃剑效应分析: 基于多时点DID的实证分析[J]. 保险研究, 2025(9): 66-81.
- [11] 骆雪, 姚强, 张苗, 等. DRG付费改革的溢出效应研究: 基于异地住院患者医疗费用水平和结构的分析[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(11): 48-56.
- [12] 张梓洵, 尹刚, 边颖, 等. 紧密型县域医共体下人头总额预付与DRG付费协同机制研究: 基于整体性治理视角[J]. 中国全科医学, 2025, 28(19): 2441-2448.
- [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] 温源, 张慧平. 价值医疗导向下公立医院DIP付费预算管理路径研究[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(11): 86-89.
- [15] 廖藏宜, 荆欧杰, 惠文. 医保DRG付费改革对医疗服务价值的促进作用: 来自H市的证据[J]. 财经问题研究, 2024(11): 89-103.
- [16] 宿杨, 林毅夫. 新结构公共经济学: 理论框架与应用实践[J]. 中国软科学, 2025(10): 1-16.
- [17] 林毅夫, 付才辉. 比较优势与竞争优势: 新结构经济学的视角[J]. 经济研究, 2022, 57(5): 23-33.
- [18] 徐章星, 刘滨, 张兵. 南水北调工程与受水区县域高质量发展: 新结构经济学视角下的临清例证[J]. 水利经济, 2025, 43(5): 41-50.
- [19] 李浩淼, 李腾旭, 张亮. 基层卫生服务从供需接触到“粘性”形成的路径与效应: 基于重庆市黔江区X镇的经验[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(3): 1-8.
- [20] 燕继荣, 郭宏樟, 孙照哲. 运用空间思维改善社会治理: 一种治理新模式[J]. 公共管理与政策评论, 2026, 15(1): 3-16.
- [21] 邢怡青, 贺睿博, 李浩淼, 等. 县域医保支付与医疗服务结构适配关系与机理: 基于云县典型案例的分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(5): 1-7.

[收稿日期:2026-01-03 修回日期:2026-04-20]

(编辑 赵晓娟)