

# 黑龙江按病种分值付费政策的实施情况及优化对策\*

邓 茜<sup>①</sup>, 高广颖<sup>①</sup>, 田佳帅<sup>①</sup>, 张婧怡<sup>①</sup>, 张礼亮<sup>①</sup>, 代珊珊<sup>①</sup>

**摘要** 目的: 了解试点城市DIP实施情况并提出建议, 为政策完善提供参考依据。方法: 对黑龙江省J市和H市医院管理者和医务人员进行半结构式访谈和问卷调查, 并引入史密斯政策执行过程模型, 从不同维度分析其实施情况。结果: 试点城市改革初具成效, 结果显示60%的对象对政策了解程度较高并认为实施效果较好, 但由于实际付费时间较短, 也存在配套政策不完善和执行主体协作度不高等问题。结论: 为保证DIP政策平稳有效运行, 建议优化制度顶层设计, 持续优化政策环境, 加强部门联动, 加大政策培训力度, 提升医院管理者和医务人员的认知水平, 增强其参与意愿。

**关键词** 按病种分值付费; 政策评估; 黑龙江

中图分类号 R1-9; R19-0 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2023)06-0017-05

Research on Implementation and Optimization Countermeasures of the Diagnosis-Intervention Packet Policy in Heilongjiang/DENG Qian, GAO Guang-ying, TIAN Jia-shuai, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(6):17-21

**Abstract Objective:** To understand the implementation of diagnosis-intervention packet (DIP) in pilot cities and put forward corresponding suggestions for the improvement. **Methods:** A semi-structured interview and questionnaire survey were conducted among hospital managers and doctors in J City and H City of Heilongjiang Province, and Smith Policy Implementation Process Model was introduced to analyze its implementation from different dimensions. **Results:** The reform in the pilot area has achieved initial results. The results show that 60% of the respondents have a high degree of understanding of the policy and believe that the implementation effect is good. However, due to the short actual payment time, there are also problems such as imperfect supporting policies and low degree of cooperation between the executive bodies. **Conclusion:** To ensure the stable and effective operation of the policy in pilot cities, it is suggested to optimize the top-level design of the system, continue to optimize the policy environment, strengthen the linkage between departments, strengthen the policy training, improve the cognitive level of hospital managers and medical staff, and enhance their willingness to participate.

**Keywords** diagnosis-intervention packet; policy evaluation; Heilongjiang

**First-author's address** School of Public Health, Capital Medical University, Beijing, 100069, China

**Corresponding author** GAO Guang-ying, E-mail: gaogy@ccmu.edu.cn

医保支付方式是深化医改的重要环节, 按病种分值付费(以下简称DIP)是我国地方医保部门依据本地情况创造的中国版疾病诊断相关分组的雏形<sup>[1]</sup>, 2003年, 在江苏淮安最先实施, 随后逐步在中山市、南昌市、宿迁市、芜湖市、银川市等20个城市推行<sup>[2]</sup>, 相较于传统的总额控费而言, 其结算方式更为灵活<sup>[3]</sup>。此外, 部分城市改革实践结果表明, DIP付费对控制医疗总费用增长, 确保医疗保险基金安全有显著效果<sup>[4]</sup>, 更加符合我国实际情况。由此, 2020年10月, 《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)和《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范 and DIP病种目录库(1.0版)的通知》(医保办发〔2020〕50号), 要求在2021年底所有试点城市都进入实际付费阶段, DIP付费全国推广由此拉开序幕。黑龙江省J市和H市两个城市作为国家首批DIP试点城市, 均于2021年12月顺利进

入实际付费阶段。

政策的实施会对相关部门带来一定的影响并产生一定结果, 即“效果”。“效果”一词是抽象概念, 对医疗保险政策方案执行的结果进行评价即医疗保险的效果评价, 通过判断医疗保险目标的实现程度来评价效果的高低, 主要包括对医疗保险三方的影响, 即对保险方、被保险方和医疗服务提供方影响<sup>[5]</sup>。DIP是由后付制转向预付制的医保支付方式改革, 其发挥作用主要依赖于医疗服务提供方对支付方式的反应<sup>[6]</sup>, DIP政策的实施会对医院产生一定的影响, 因此, 医院管理者和医务人员对此项政策的了解和掌握程度决定了其实施效果。同时, 政策目标的实现与其执行的情况密切相关, 执行过程中的各影响因素也会在一定程度上决定政策的实施效果, 史密斯政策执行过程模型能够从政策本身、政策执行主体、政策执行对象及政策执行环境等多角度来进行分析和探讨。

目前, 国内关于DIP运行对医院影响的研究主要集中在分析医疗费用、影响因素、病案管理、预算成本和绩效研究等方面<sup>[7]</sup>, 关于试点城市DIP实施效果的定性与定量相结合的研究较少。本研究主要是以两个试点城市的医院为例, 先从微观角度来了解医院管理者和医务人员对DIP的了解和认知情况, 在此基础上, 从

\* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71874113)。

① 首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

作者简介: 邓茜(1993—)女, 硕士在读; 研究方向: 医疗保险与卫生经济; E-mail: 18010674404@163.com。

通信作者: 高广颖, E-mail: gaogy@ccmu.edu.cn。

宏观层面借助用于政策评估的史密斯政策执行过程理论框架模型,进一步分析影响试点城市DIP实施效果的各项政策因素,最终提出参考建议,为完善DIP政策提供理论支撑。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

1.1.1 定性资料。通过现场调研获取两市成为国家DIP试点后颁布的配套政策文件,并利用课题组设计的访谈提纲,于2022年7月对34家已实施DIP结算的定点医院管理者进行半结构化访谈,获取定性资料进行整理分析。访谈内容主要包括医院DIP实施的整体情况、DIP对医院的影响、改革中的成效和问题及改进措施。

1.1.2 定量资料。课题组根据研究目的设计了调查问卷,主要内容包括:基本信息、DIP认知情况、运行情况 and 实施效果四部分内容,于2022年7月通过问卷星的方式发放给两市已实施DIP结算的16家三级医院的医务人员,共发放问卷1 227份,回收1 227份,回收率100%,其中,有效问卷1 050份,有效回收率85.57%。

### 1.2 研究方法

通过EXCEL建立数据库并进行逻辑检查和数据清洗,使用SPSS 26.0软件进行数据分析。对调查对象基本信息、DIP政策了解情况、实施情况和对医院影响进行描述性分析,用频数和百分比表示。对收集到的访谈资料进行归纳整理,通过词云图和词频统计当前各医院比较关注的内容和问题,在此基础上通过史密斯模型构建政策执行分析框架,进一步探讨两市DIP政策执行过程中的影响因素,进而为DIP政策完善提供参考建议。

## 2 试点城市DIP的实施效果

### 2.1 人口学特征

两个试点城市共调查了1 050名医院人员,均为综合医院的医务人员,大部分的工作年限为10年以上,职称为中级及以上,受教育程度为大专及以上。

### 2.2 试点城市DIP政策了解情况

国家医保局于2020年出台了DIP系列政策文件,经过2年的宣传、培训和实施,医务人员对DIP政策有了一定程度的了解。调查发现,两市有60.00%以上的对象处于比较了解状态,29.00%为一般了解状态,不太了解和完全不了解的对象较少,仅为9.00%(表1)。

### 2.3 试点城市DIP政策实施效果

对照国家出台的DIP政策并结合医院实际实施的效果,调查发现:55.20%的对象认为本院实施情况比较好,也有39.20%的对象认为实施效果一般(表2)。为推动政策落地见效,J市共组织了18轮次培训学习,培训人员达3 000余人次;H市组织20轮次培训学习,培训人员达5 000余人次。实际付费运行半年后,也取得

表1 试点城市医务人员对DIP政策的总体了解情况

了解程度	人数(人)	百分比(%)
非常了解	179	17.00
比较了解	471	44.90
一般	305	29.00
不太了解	71	6.80
完全不了解	24	2.30

了初步的成效,与上一年同期比较,J市试点医院平均住院日由10.13天降至9.55天,同比下降5.72%,次均费用由9 929.50元降到9 029.41元,同比下降9.06%。H市试点医院平均住院床日由10.11天降至9.97天,同比下降1.38%;次均费用由7 831.57元下降至7 765.66元,同比下降0.84%。

表2 试点城市医院政策实施效果统计情况

实施效果	人数(人)	百分比(%)
比较好	580	55.20
一般	412	39.20
不太好	47	4.50
其他	11	1.10

### 2.4 DIP付费政策运行对医院的影响

医院作为DIP改革政策的主要执行者,DIP改革所带来的激励机制转变,会对医疗服务提供方的行为产生影响<sup>[8]</sup>,DIP实际付费后更会对医院产生实质性的影响。从问卷调查结果来看,两市的医务人员认为通过DIP付费主要促进了院内临床路径结构的优化,同时也确立了重点病种,发展了优势学科,加强了患者疾病管理,发展了更多临床技术和提高了病案质量等(表3)。

表3 试点城市医务人员认为DIP付费对医院的影响情况

影响	人数(人)	百分比(%)
促进院内优化临床路径结构	859	13.30
确立重点病种,发展优势学科	774	12.00
加强患者疾病管理	768	11.90
发展更多临床技术	739	11.40
提高了病案质量	715	11.00
明确了医院自身功能定位	685	10.60
管理水平有提升	652	10.00
进行了绩效改革	629	9.70
信息化管理水平提升	628	9.70
其他	25	0.40

### 2.5 试点城市医院DIP付费政策实施过程中遇到的问题

借助Nvivo12 Plus软件对34位试点医院管理者的访谈记录进行词频分析,排除无关词项后,保留了出现频次在前50的关键词,形成词云图,可以直观地看出在本次访谈中,“问题”占据主要位置,其次是“规范”“费用”“付费”“培训”“管理”“政策”和“编码”等,初步反映出医院关注的重点内容(图1)。同

时,对访谈问题研究进行整理并列出医院比较关心的前5个问题,其中,“医保局结算数据反馈”“医院拨付比例较低”和“需要对政策进行深度解读”位列前三,是医院目前最关注的内容,也是亟需解决的问题,与词云图显示的结果密切相关(表4)。



图1 试点城市DIP运行过程中遇到的问题词云图

表4 试点城市医院关注的DIP内容排序

具体内容	排序
医院拨付比例较低	1
医保局结算数据反馈	2
需要对政策进行深度解读	3
亟需建立辅助目录	4
初建分值库有待完善	5

### 3 基于史密斯政策模型的试点城市DIP付费政策执行情况

政策目标能否实现,除了与政策本身是否完善有关之外,关键还在于政策能否行之有效。史密斯模型是一种用于政策评估的理论框架模型<sup>[9]</sup>,美国学者托马斯·史密斯在1973年提出,由理想化政策、执行机构、目标群体和环境因素四个要素组成<sup>[10]</sup>,政策执行过程就是四个变量相互作用、相互博弈的过程,在这一过程中产生的冲突,史密斯将其设定为“紧张”关系,为了避免出现破坏性紧张关系,可以通过制度化或非制度化的处理,保障政策的执行效果<sup>[11]</sup>。医保支付方式改革作为医疗保障制度改革的重要内容,也是“三医联动”改革的关键DIP付费环节。DIP付费改革政策作为公共政策的组成部分,与公共政策执行具有相似性,也会受到政策执行4个因素的影响。

#### 3.1 试点城市DIP政策执行影响因素

3.1.1 理想化政策: DIP配套政策亟需优化完善。理想化政策是政策运行产生效果的基础,即需要满足合法、合理、可行的政策要求<sup>[12]</sup>。DIP政策是我国本土化的医保支付方式改革探索,由于这项政策在国内起步较晚,实施初期本身尚存在待完善的内容,并非是完全理想化的政策。

试点城市DIP政策的起草和制定,主要是按照国家

医疗保障局颁布的相关政策文件要求,并结合当地实际要求制定的。在DIP政策实际运行半年后,试点城市取得了一定的成效,但也暴露出一定的问题:一是政策解读不到位。出台的相关实施方案明确实行月度预结算和年度清算,但付费半年后,部分受访的医院管理者均表示不清楚如何进行年末清算以及清算的标准是什么,医保局对颁布的政策未进行深度解读,医院也未对存疑的内容进行及时反馈,造成了政策理解偏差。二是配套政策亟待完善。试点城市未出台监管考核文件,制定的初稿均为定性指标,缺乏定量数据,还需要设置相关指标作为监管考核依据,医保经办机构才能及时发现违规行为,进行预警和及时反馈;由于历史数据不完善,目前尚未开发针对疾病严重程度、年龄、并发症等方面的辅助目录;亟需探索中医病种目录库,使中医病种合理入组,助推中医药事业发展。

3.1.2 执行机构: 医保-医院-卫健三方联动性较弱。执行机构是政策执行的主体。DIP付费政策落实过程主要是由市级医保局起草、制定和颁布政策,并以红头文件的形式下发到各具备实施住院DIP付费结算的各医院,医院通过召开会议和宣传等方式让各位医务人员了解政策的主旨和具体内容。在这个过程中,医保局和医院作为政策执行机构,扮演了重要角色,但在政策的规划和执行过程中,需要多个机构和部门的协作,比如进行卫生资源协调配置时,需要协同卫健委相关部门共同执行,然而在实地调研过程中,两地卫健委很少参与到此项政策执行过程中。

3.1.3 目标群体: 医务人员对政策的认知水平有待提升。政策目标群体是指政策作用的对象。DIP设计的初衷是通过支付方式改革,推进医保经办机构和定点医院按照DIP进行住院医疗费用结算,从而规范医务人员医疗行为,合理控制医疗费用,提高医疗服务质量,最终保障参保人的基本权益。在政策执行的过程中,目标群体为医务人员和患者,由于运行时间较短,本研究的目标人群主要聚焦于医务人员,医务人员对DIP政策的认知情况会对政策改革产生一定的影响,因而需要关注医务人员的个人态度,根据数据分析结果可以看出,仍有近40%的对象对政策了解程度不够。

3.1.4 环境因素: 改善不同维度环境因素的影响时,应坚持因地制宜原则。政策的执行环境包括政治、经济、社会和技术等方面。一是在政治环境方面,由于基础条件较薄弱,政策制度体系还有待完善。二是在经济环境方面,试点城市城乡之间发展不平衡,经济发展也存在一定的差距,地区间医疗发展不平衡。三是在社会方面,近几年试点城市人才外流情况较严重,特别是基层医院面临长期无人才引进的情况,同时,试点城市地处边境地带,聚居的少数民族都有各

自的民俗和语言特点，在政策培训时，需要提高基层医院管理者和医务人员的接受程度。最后，在技术发展层面，由于实施DIP需要较好的信息化水平和管理技术，而当地的基础则相对比较薄弱，有待进一步加强。

### 3.2 试点城市DIP政策有效执行的路径优化

在政策的执行过程中，史密斯提出的四个环节产生的“紧张”可能影响政策的执行效果，若将这些“紧张”内化解决就能取得阶段性成效。对试点地区政策执行的影响因素进行分析，较为全面地阐释了DIP政策执行中可能面临的阻碍。对此，本研究提出以下优化路径（图2）：试点城市DIP付费的政策执行，应在遵循国家技术规范基础上，结合实际情况完善政策体系；在政策执行时要与各利益相关主体沟通协作；要加强政策的宣传解读，提升医务人员的政策认同感，通过不断的沟通，保证政策更好的贯彻落实。

## 4 结论与建议

### 4.1 试点城市改革初显成效，费用得到有效控制，但仍存改进空间

与上一年同期比较，试点城市的次均总费用、平均住院日均呈下降趋势，尤其是部分基础条件较好的三级医院效果较为明显，医院管理者通过先行先试的模式，主动到先进试点城市学习，转变了管理思维，将院内医疗资源进行合理配置，进一步优化了医疗费用结构，减少了非必要药品和耗材比例，有效控制了成本。调研发现，在DIP实际付费运行半年以后，医院管理者认为医院还需要提升医院管理水平，要强化运营管理体系建设、加强病案质量管理、调整与DIP相适应的绩效考核制度和规范临床路径等，这说明DIP的运行已经开始改变了医院管理者的经营理念和运营思路。

### 4.2 部分工作人员未摒弃总额控费观念，对政策的理

解有待提高

在DIP支付模式下，医保购买模式发生了转变，从被动买单变成主动购买。由于实际付费时间较短，部分医院工作人员对政策理解相对滞后，未摒弃之前的总额控费观念，认为DIP付费与按项目付费的基金拨付差距是由于违规所扣，仍不了解两种支付方式改革的实际差异。各试点在推进DIP工作中，存在各个环节专业技术水平有待提升。在实际付费半年后仍有大量的医院管理者不知道DIP的含义和具体内容，在实际操作过程中只是关注预拨费用，出现了部分月份冲点值、分值的行为，部分医生表示“不会看病了”，出现不敢接收重症患者的心理，而未真正寻找医院自身原因。

### 4.3 构建多部门联动机制，完善配套政策措施，实现政策动态调整

随着国家医保支付方式改革的逐步推进，应该抓住机遇，推进DIP的配套措施<sup>[13]</sup>。根据试点城市DIP付费政策执行路径优化策略，可采取系列的针对性举措：首先，医保局通过到先进试点城市进行学习和交流，完善DIP付费的配套政策，包括明确结算清算具体规定、制定科学合理适用的监管考核指标、增加基层病种目录库的数量、制定中医病种目录库和辅助目录、在原本绩效考核制度的基础上增加DIP的考核内容等。其次，在DIP政策的更新、完善和制定执行过程中，医保局要征询其他部门的意见和建议，比如在监管考核文件制定时，需要与卫健部门共同商讨，合并医院监管考核指标，既能让医保局实现有效监督的目的，也能减轻医院迎检负担。

### 4.4 医保局加大政策宣传培训和解读力度，提高医务人员政策认知水平

根据史密斯政策模型，政策目标的实现与政策执

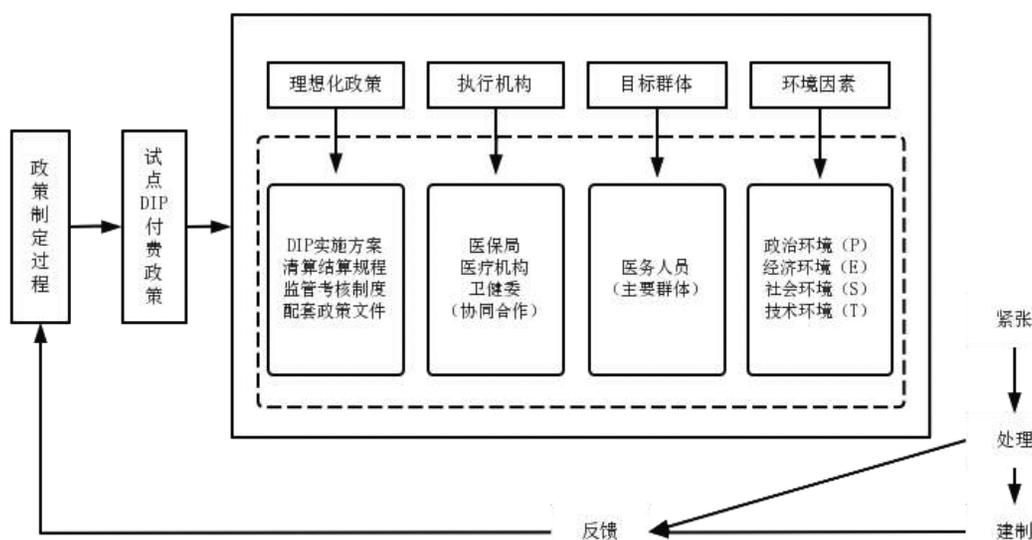


图2 试点城市DIP付费政策执行分析框架

行过程密切相关,医务人员对DIP政策的了解程度与政策执行者的宣传水平和政策执行力度密不可分。在实际付费后,DIP结算会触及到医务人员的利益,能使其真正地参与到学习培训中,从而推动制度发展。一方面,医保局要通过官方网站、有关媒体公众号或深入医院对颁布的各项政策进行细化解读,明确医院在DIP改革中的重要地位,围绕改革背景、目的和具体内容等展开,让医院真正了解DIP改革,从而减少对医保的对立情绪;另一方面,在医院内部可以将医保部门作为主要业务科室,联合医务、病案、质控等科室,成立专题培训小组,分批次深入科室进行政策解读、规范病案书写、将医保局反馈的问题传达给各科室,以期覆盖全科室、全人员,从而提升医务人员对政策的认知程度。

4.5 医院管理者要提升管理水平,让各部门各司其职,医务人员回归本职工作

随着医药改革、医保付费模式改革、国家三级公立医院绩效考评等医改政策的相继出台<sup>[4]</sup>,精细化管理、高质量发展成为医院重要议题,DIP更是倒逼医院加强精细化管理,医院管理者需要与时俱进,提升管理水平、转变管理观念,促使提升医疗服务质量、重视成本管理、加强医院运营效率和提高医院的核心竞争力等。医生作为这项政策作用的对象,也是实际参与者,在这项政策改革中,需要做到的是按照临床路径进行诊疗,注重医疗服务和规范病案书写,而对于病例入组、费用结算、病种分值等需要由相关部门实时跟进,让医生回归到治病救人的本职工作中。

## 5 总结

入选国家DIP试点城市以后,两个试点城市均出台了一系列政策文件,积极推进改革进程。截止目前,实际付费探索已进行了一年多的时间,并取得了一定的成效,如平均住院费用、平均住院日有所下降,医务人员对DIP政策有了一定的认识。但由于该政策处于运行初期阶段,实际付费时间较短,且城市基础较薄弱,也存在一系列的问题,未来医保、医院、卫健委三方需积极参与政策制定,加强对政策内容的细化解读,从而提高

医务人员的认知水平,增强政策的认同感。

## 参 考 文 献

- [1] 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(3):13-16.
- [2] 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.
- [3] 邱雪梅. 病种分值结算政策对某中医医院医疗指标影响分析[J]. 中国病案, 2016,17(8):35-38.
- [4] 陈树国. 按病种分值结算科学实现医保基金总额控制[J]. 中国医疗保险, 2012(12):49-51.
- [5] 周绿林, 李绍华. 医疗保险学[M]. 北京: 科学出版社, 2016:208-209.
- [6] 顾昕. 中国医保支付改革的探索与反思:以按疾病诊断组(DRGs)支付为案例[J]. 社会保障评论. 2019(3):78-91.
- [7] 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.
- [8] 饶克勤. 三医联动改革与国际经验借鉴[J]. 卫生经济研究, 2019,36(1):4-9.
- [9] 梁公文, 李媛, 刘慧鑫, 等. 以需求为导向的医院科研共享平台服务模式的建立与实践[J]. 中华医学科研管理杂志, 2018,31(4):241-244+253.
- [10] 陈皓阳, 葛鹏楠, 刘易昕, 等. 我国智慧康养政策执行困境及服务推进策略——基于史密斯模型[J]. 卫生经济研究, 2020,37(12):40-44.
- [11] 王再进, 徐治立, 刘辉, 等. 基于史密斯模型的企业研发费用加计扣除政策分析及建议[J]. 中国科技论坛, 2015(12):120-125.
- [12] 贾海艺, 尹文强, 陈钟鸣, 等. 基于史密斯模型与情景分析法的“先看病后付费”政策研究[J]. 中国卫生事业管理, 2015,32(4):244-246+286.
- [13] 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]. 中国医院, 2020(9):47-51.
- [14] 李彧, 郭文东, 李建邦, 等. 按病种付费模式对医院医保管理的影响[J]. 现代医院, 2020,20(12):1824-1826.

[收稿日期: 2023-03-22] (编辑: 张红丽)

# 欢迎订阅《中国卫生经济》杂志合订本

《中国卫生经济》编辑部现有2018—2022年《中国卫生经济》杂志合订本若干(每年12期合订为一本),可为读者、作者收藏和查阅原始文献资料提供帮助,欢迎订阅,欲购从速。请您在汇款时务必注明购买《中国卫生经济》杂志某年的合订本及数量。

合订本定价: 260元/本

通信地址: 哈尔滨市香坊区中山路112号

《中国卫生经济》编辑部收

邮政编码: 150036

电话(传真): 0451-87253041

联系人: 田志远