

按病种分值付费背景下医疗机构运营策略述评*

吴月苹^①, 牛亚冬^{②③}, 张亮^④, 张翔^{②③}

摘要 按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)是未来几年国内医疗机构运营所面临的最大的挑战之一。通过对DIP的关键环节进行了梳理,认为DIP主要从“分值”和“点值”两个路径对医疗机构收入产生影响。文章归纳了当前医疗机构应对DIP的主要做法,分别为提高病案质量、强化费用控制、调整绩效考核,并进一步从巩固自身定位、加强纵向合作、注重行业联合等3个方面提出了医疗机构的运营策略。

关键词 支付方式;按病种分值付费;医疗机构;运营策略;述评

中图分类号 R1-9; F2 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)06-0066-04

Comment on Operational Strategies for Medical Institutions Under DIP/WU Yue-ping, NIU Ya-dong, ZHANG Liang, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(6):66-69

Abstract Diagnosis-Intervention Packet (DIP) is one of the biggest challenges faced by medical institutions of China in the next few years. It combs the key points of DIP, and concluded that DIP mainly influenced the income of medical institutions from the paths of score and point value. The main methods of medical institutions to deal with DIP are summarized, including improving the quality of medical records, strengthening cost control and adjusting performance appraisal. It further proposes the operation strategy of medical institutions from the aspects of consolidating their own positioning, strengthening vertical cooperation and focusing on industry alliance.

Keywords payment method; Diagnosis-Intervention Packet; medical institution; operation strategy; comment

First-author's address Zhengzhou Central Hospital Affiliated to Zhengzhou University, Zhengzhou, 450000, China

Corresponding author ZHANG Liang, E-mail: zhangliang@mails.tjmu.edu.cn

医保支付方式改革是控制医疗费用上涨的重要手段^[1]。总额控制、按床日付费、按病种支付以及DRG支付等,是国内改革最常使用的支付方式。这些支付方式在改革之初,呈现出了一定的控费效果^[2-3],但从长期来看并未遏制医疗费用增长的势头^[4]。在此背景下,按病种分值付费(Diagnosis-Intervention Packet, DIP)逐渐走入改革的视野。

DIP是一种综合“点数法”、总额预算和DRG支付而形成的国内首创的医保支付方式,主要用于对住院服务的支付^[5-6]。在这种支出方式下,医保部门不再对单个医疗机构进行总额控制,而是对整个区域的医保支出总额进行控制,采用“点数法”在医疗机构之间进行医保资金分配^[7]。国内最早开展DIP支付方式改革的是江苏省淮安市^[8],随后江苏、江西、山东、广东、湖南、宁夏等多个省份也相继试点和推广,改革经验愈加成熟。2020年10月,国家医疗保障局发布了《区

域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》,并于2021年11月发布了《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,后者指出我国要在2025年实现DRG、DIP支付在具备住院服务能力医疗机构的全覆盖,因而DIP支付方式改革将是未来几年国内医疗机构运营所面临的最大的挑战之一^[9-10],如何适应DIP支付并使之成为医疗机构所用急需得到解答。本研究首先对DIP支付的关键环节进行了梳理,进一步剖析了DIP支付对医疗机构收入的影响路径,归纳了当前医疗机构应对DIP改革的主要做法,最后有针对性地提出了医疗机构运营的补充策略,以期为医疗机构的持续发展提供支持。

1 DIP支付的关键环节

1.1 DIP目录和病种分值制定

医保部门以辖区前3年住院服务数据为基础,穷举出所有“疾病诊断”+“治疗方式”组合,将病例数≥15的组合作为核心病种,对病例数<15的组合进行聚类分析,并作为综合病种,核心病种和综合病种共同构成DIP目录,二者可以覆盖区域绝大部分的住院病例。

病种分值是通过分值来量化病种的资源消耗程度,现行政策中,病种分值的计算公式:某病种分值=某病种次均住院费用/区域总体次均住院费用。

1.2 分值权重确定

针对相同病种,一方面,不同级别医疗机构由于服务能力的差异,其治疗成本和效果也存在不同;另一方面,儿童及高龄老年患者的治疗成本往往高于其

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71734003);郑州市社会科学调研课题项目(ZSLX20220199)。

①郑州大学附属郑州市中心医院 郑州 450000

②华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 武汉 430030

③湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 武汉 430030

④武汉大学政治与公共管理学院 武汉 430072

作者简介:吴月苹(1994—),女,硕士学位;研究方向:医院管理;E-mail:982749787@qq.com。

通信作者:张亮,E-mail:zhangliang@mails.tjmu.edu.cn。

他人群。在这种情况下，医保部门根据医疗机构的服务能力以及患者的年龄段，设定了差异化的分值权重，且机构服务能力越高，权重越大，儿童及高龄老年患者的权重高于其他人。此外，为促进分级诊疗，一些地区还将DIP病种划分为了基层病种和非基层病种，对于基层病种，高层级医院的分值权重则要低于基层医疗机构。

1.3 分值调校

医保部门在预算和决算时会分别计算点值，即每一分值所对应的费用，其计算公式为：点值=区域医疗总费用/区域总分值。

根据病种分值及预算点值，医保部门计算出各病种的标准费用，并作为病例分值调校的依据。对于低于标准费用50%的病例，其调校方法为调校分值 $_{低标}$ =标准分值×(实际医疗费用/标准费用)；对于超过标准费用2倍以上的病例，其调校方法为调校分值 $_{超标}$ =标准分值×(实际医疗费用/标准费用-1)；对于超过标准费用5倍以上的病例，则通过专家评判来确定分值。

1.4 监督管理

尽管DIP支付为区域医保总支出设定了上限，但各医疗机构“瓜分医保基金这块蛋糕的机制”仍然是“多劳多得”^[11-12]，即分值占比越高，所得医保基金越多。在此情况下，医疗机构就容易出现推诿病情复杂病人、分解住院、虚高诊断等行为，因此医保部门主要从病案质量、病情复杂程度、再入院率、患者自付费用等角度对医疗机构进行监管和考核，作为医保基金决算时的依据之一。

1.5 总额预算和决算

总额预算、决算的制定主要包括年度预算、决算和月度预算、决算。月度决算时主要按照相应预算和月度总分值来计算点值，在扣除一定比例质量保证金后，将医保基金分配给各医疗机构。年度决算时，则综合考虑年度预算和已支出情况，根据区域可用于DIP的医保基金总额及年度总分值来计算点值，对各医疗机构年度应得医保基金额度进行重新核算并支付。

医疗机构年度医保收入的计算公式如下：医疗机构医保收入=(医疗机构总分值×点值-本机构内非医保支付费用)-质量保证金×医疗机构考核结果。

2 DIP支付对医疗机构收入的影响路径

与按项目付费相比，DIP支付并没有改变对医疗机构“多劳多得”的激励机制，且在DIP支付下，医疗机构在跟患者结算时，采用的仍然是按项目支付。但不同的是，按项目支付下，区域医保支出和医疗总费用由服务量所决定，上不封顶。而在DIP支付下，尽管名义上医疗费用与服务数量成正比，但实际上，医保部门通过医保总额预算和医保补偿比“两只手”，为区域医疗总费用划定了“天花板”^[13]，即当医保支出达到总

额预算水平时，随着医疗服务量的增加，医保支出也不再增加，患者自付只能有限增加，区域医疗总费用也将趋于稳定。按项目支付下，医疗机构的服务价格即医保结算价格，其提供的服务项目和服务数量越多，则收入越高，但在DIP支付下，医疗机构的服务价格确定，而医保结算价格不确定，因为点值大小由区域医疗总费用和DIP总分值决定，医疗机构的收入与“分值”和“点值”密切相关^[7]。

在DIP支付下，医疗机构收入=机构分值×区域点值=机构分值×(区域医疗总费用/区域总分值)=区域医疗总费用×(机构分值/区域总分值)，换言之，医疗机构收入取决于机构分值在区域总分值中的占比，且占比越高，收入越高，医疗机构想要在区域总分值中的占有较大的比例，首先就要保证自身有较高的分值^[14-15]。

医疗机构在服务过程中是以服务项目为单元来收费的，而医保部门是以点值为单元跟医疗机构进行结算的，且点值的大小在服务过程中是不确定的。在这种情况下，服务价格和结算价格的差异就会对医疗机构的收入产生影响。具体而言，区域点值=区域医疗总费用/区域总分值，借助该思路，医疗机构可以计算出本机构的点值，即机构医疗费用和机构分值的比值，当机构点值小于区域点值时，说明医疗机构的服务价格要小于医保结算价格，二者差距越大，医疗机构盈利越多；当机构点值大于区域点值时，说明医疗机构的服务价格要大于医保结算价格，二者差距越大，医疗机构亏损越严重。同时也可以计算出特定病种的点值，即某病种总医疗费用和总分值的比值，当机构某病种的点值低于区域平均水平时，那么该病种就可以为医疗机构带来盈利，当机构某病种的点值高于区域平均水平时，那么该病种只能增加医疗机构的亏损。

透过DIP的分值调校环节可以发现，实际医疗费用是影响机构点值的关键，当实际医疗费用<50%标准费用时，机构点值与区域点值相同；当50%标准费用≤实际医疗费用≤标准费用时，机构点值小于区域点值；当实际医疗费用>标准费用时，机构点值大于区域点值。此外，收治病种类别也会影响到机构点值，当非基层医疗机构收治基层病种时，病例分值会被打折扣，进而提高机构点值，降低机构收益。

3 DIP支付下医疗机构的主要做法

3.1 提高病案质量

病案质量决定了病种的准确划分，进而影响病例的分值以及医疗机构的收益，因而DIP实施后，医疗机构开始通过引入DIP信息系统来加强病案管理^[16-17]，在疾病诊断阶段，减少机构服务和医保结算之间的潜在冲突。DIP信息系统中囊括了区域内不同医保的DIP病

种及相应分值和标准费用，一方面使医务人员可以准确根据DIP分组规则进行诊断，减少病例无法入组或被纳入综合病种的可能，另一方面则可以使病种诊断与医疗资源消耗更为匹配，减少实际费用远超过或远低于标准费用的可能。

3.2 强化费用控制

分值决定了医疗机构收入的高低，而点值则决定了医疗机构收益的大小。因此，DIP实施以来，医疗机构普遍开始采取更为严格的费用控制措施，来降低机构点值，扩大机构点值和区域点值的差异^[18]。一方面，医务人员通过DIP信息系统，时时监测已用费用和标准费用之间的差异，尽可能减少与主诊断不相关的诊疗项目，尤其是药品、检查等非技术性服务，将结算费用控制在标准费用范围内^[19]。另一方面，对于存在较高超支风险的诊疗行为，如联合手术或转科治疗，则需制定严格的标准进行限制，鼓励科室通过择期手术、择期再入院、缩短住院时间等方式来替代联合手术或转科治疗，控制患者单次住院的费用，缩小实际费用和标准费用之间的差距。

3.3 调整绩效考核

医疗机构通过对比机构点值与区域点值可以判断自身的盈利情况，通过比较科室之间的点值可以识别出盈利能力低的科室并进行通报和整改，通过比较机构病种点值和区域病种点值可以筛选出盈利高的病种，减少或停止提供盈利低或有亏损病种的服务。为提高科室及医务人员对DIP的重视，在开展院内培训的同时，部分医疗机构还将科室的DIP损益情况与科室绩效进行关联^[20]，不降低医院监管水平，通过提高科室自律，使医务人员能够主动接受并适应DIP。

4 DIP支付下医疗机构的补充策略

综上，医疗机构的行为主要是从“点值”的角度入手来适应DIP改革，通过对强化病例收治过程的管理^[21]，来提高病例分值，控制病例费用，从而减少DIP对机构收益的影响。除此之外，医疗机构也可以从以下几个方面来应对DIP。

4.1 巩固自身定位，提高同级竞争力

医疗机构总分值由病种分值和病例数量所决定，因此医疗机构提高自身总分值，就必须从这二者的角度来考虑。不同级别医疗机构的服务能力不同，同一医疗机构内部，各专科的服务能力也各有差异。对于服务能力较强的医疗机构或科室，需要进一步提高技术水平，巩固自身行业领先地位，以提供“高分值病种”服务为首要目标，提高与同水平医疗机构的竞争力，减少与低层级医疗机构的竞争。一方面是因为高分值病种可以获得更多分值，带来的收入更高；另一方面是因为与低层级医疗机构相比，高层级医疗机构在提供低分值病种服务时的成本更高，在相同或相似

分值下，这意味着低分值病种在高层级医疗机构的点值要高于低层级医疗机构以及区域平均水平，高层级的医疗机构在提供低分值病种服务时容易出现“亏损”。

对于服务能力一般的医疗机构或科室，则需要继续把握自身“基层”定位，以提供“低分值病种”服务为首要目标，通过增加病例数量来提高自身的总分值。一方面，低分值病种的病例比高分值病种的病例更多，更容易获取；另一方面，低层级医疗机构很难与高层级医疗机构竞争“高分值病种”患者，且高层级医疗机构有“等级系数”优势，能获得更多分值，因此，高分值病种在低层级医疗机构的点值可能要高于高层级医疗机构或区域平均水平，低层级医疗机构在提供高分值病种服务时可能出现“亏损”。

4.2 加强纵向合作，实现跨级抱团

在DIP支付下，不同服务能力医疗机构之间的纵向合作和抱团发展，可以提高各自与同级医疗机构竞争时的优势，更有利于各自收入水平的提高^[22]。对于高层级的医疗机构而言，通过将本机构收治的“低分值病种”患者下沉到低层级医疗机构，可以加强自身与低层级医疗机构的联系和互信，从而可以从低层级医疗机构获取更多潜在的“高分值病种”患者。另一方面，高层级医疗机构将“高分值病种”患者转诊到低层级医疗机构进行康复和护理，可以降低其服务成本和机构点值，从而获得更多盈利^[23]。对于低层级医疗机构而言，加强与高层级医疗机构的合作，不仅可以获得更多“低分值病种”患者，同时也可以为自身的服务质量提供较好的保障，降低收治风险，提高其信誉。

4.3 注重行业联合，完善支付制度

DIP试图通过一种“内卷机制”来实现医疗费用的下降：当病例高于标准费用时，医疗机构极易亏损，当且仅当病例费用低于标准费用，同时又高于0.5倍标准费用时，医疗机构才可能盈利，不仅如此，在总额预算确定，总分值不定，结算点值不确定的背景下，医疗机构当且仅当资源消耗水平低于区域平均水平时，才能避免亏损，这种机制迫使医疗机构想尽一切办法去压缩服务成本。控制医疗费用是医保支付方式改革的重要目标，但不是唯一目标，无底线地控费，可能会导致患者利益受损，服务质量下降，出现“劣币驱除良币”的现象。作为支付方式改革的发起者和主导者，医保部门对客观医疗规律，合理诊疗过程等方面的认知要远低于医疗服务提供方。因此医疗机构一方面要适应DIP，另一方面，也应警惕支付方式与医疗规律的冲突，通过行业联合，提高医疗服务提供方的话语权，从支付方式改革的被动接受者转变为主动参与者，对支付方式的合理性进行审视，提高病种分类、诊疗规范、分值与点值制定等方面的科学性，协

助医保部门对DIP制度进行完善。

参 考 文 献

- [1] 黄德斌. 以价值为导向改革医保支付方式[J]. 中国社会保障, 2021(11):27.
- [2] 高峰. 医保费用总额预付制支付方式的实施效果实证分析[J]. 中国卫生经济, 2017,36(12):32-34.
- [3] 李乐乐, 田梦怡, 妥宏武. 我国医保支付方式改革的运行逻辑、影响机制与实施效果分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(12):10-15.
- [4] 瞿婷婷, 解乃琪, 易沛. 医疗保险支付方式改革与医药费用控制[J]. 南开经济研究, 2019(5):145-162.
- [5] 傅卫, 江芹, 于丽华, 等. DRG与DIP比较及对医疗机构的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2020,39(12):13-16.
- [6] 杨铭. 医疗保险按病种分值付费的国内外文献综述[J]. 黑龙江科学, 2023,14(3):52-54.
- [7] 余敏, 张曼婕, 彭美颖, 等. DIP关键要素分析及医院管理策略研究[J]. 现代医院, 2022,22(2):253-256.
- [8] 解满平, 姜丽, 翟素娟, 等. 江苏淮安按病种分值结算支付方式下医院控费实践[J]. 中华医院管理杂志, 2017,33(4):278-281.
- [9] 龙雨曦, 袁向东, 黎浩. 我国医保支付改革下按病种分值付费的探讨与建议[J]. 中国卫生质量管理, 2022,29(4):18-20,29.
- [10] 韩芳, 胡伟, 赵静怡. 从医院角度看诊断相关分组预付费(DRGs-PPS)与病种分值付费(DIP)[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021,41(12):864-868.
- [11] 谢岱仪, 杨敏, 李超. 按病种分值付费实施效果与对策探讨[J]. 中国社会保障, 2020,310(5):86-87.
- [12] 秦建国, 钱锦. 按病种分值付费发展与思考[J]. 中国社会保障, 2018,292(11):79-81.
- [13] 赵东辉. 病种分值付费背景下医院提质控费管理实践[J]. 中国医疗保险, 2021(7):73-75.
- [14] 单红燕. DIP分值付费下公立医院建立多维度成本管控模式的思考[J]. 中国总会计师, 2021(2):110-111.
- [15] 廖藏宜. DRG/DIP付费的医疗服务冲量行为思辨[J]. 中国人力资源社会保障, 2022(4):57.
- [16] 徐雨虹, 吴建, 王艳清, 等. DIP付费模式下医院成本管理数字一体化平台建设研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(8):89-92.
- [17] 张顺霞. 按病种分值付费对医院管理的影响[J]. 中国卫生产业, 2020,17(3):50-52.
- [18] 吴伟旋, 向前. 按病种分值付费对公立医院预算管理的影响研究[J]. 中国医院管理, 2019,39(11):54-55.
- [19] 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.
- [20] 卜秀珠, 赵东辉. 某三甲医院按病种分值付费的管理实践[J]. 中国医疗保险, 2021(11):74-75.
- [21] 宋静, 吉雅玲. DIP改革新形势下医院医保精细化管理探讨[J]. 中国卫生经济, 2022,41(2):77-79.
- [22] 许速, 邬惊雷, 谢桦, 等. 基于大数据的病种分值付费研究: 来自上海和广州经验[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(3):186-190.
- [23] 陈继芳, 白丽萍, 谭卉妍, 等. 广东省按病种分值付费实践及对医院医保管理的启示[J]. 中国医院管理, 2022,42(3):63-66.

[收稿日期: 2023-03-07] (编辑: 彭博)

(◀◀上接第65页◀◀)

- [4] 林陶玉, 方鹏骞. 疫情防控紧急状态下医院护理人力资源配置与动员管理策略[J]. 中国卫生事业管理, 2020,37(5):332-334.
- [5] TONG M X, HANSEN A, HANSON-EASEY S, et al. Public health professionals' perceptions of the capacity of China's CDCs to address emerging and re-emerging infectious diseases[J]. Journal of public health, 2021,43(1): 209-216.
- [6] GUPTA S, KUMAR V, KARAM E. New-age technologies-driven social innovation: What, how, where, and why?[J]. Industrial marketing management, 2020,89(2):499-516.
- [7] REALE F. Governing innovation systems: a parsonian social systems perspective[J]. Technology in society, 2019,59(10): 1174.
- [8] 濮小英, 顾亚明, 王小合, 等. 卫生健康领域供给侧结构性改革的内涵、改革红利和逻辑思维[J]. 中国卫生经济, 2021,40(11):23-27.
- [9] 郭玉秀, 宋国强, 周荣耀, 等. 安徽省卫生资源配置现状及公平性研究[J]. 中国卫生资源, 2018,21(4):318-322.
- [10] 宿敬肖, 闫晶. 京津冀协同发展背景下人才共享相关研究[J]. 商场现代化, 2016(30):161-162.
- [11] 张薇薇, 赵静杰. 协同创新中人才资源共享模式与创新绩效研究[J]. 科学管理研究, 2019,37(5):143-147.
- [12] 王巍, 王英哲, 商梦雅. 重大公共卫生事件中中医护人力资源错配与反思——基于新冠疫情突发地湖北省的经验依据[J]. 商业研究, 2021(5):45-52.

[收稿日期: 2023-03-14] (编辑: 毕然, 滕百军)