

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*

李乐乐^①, 田梦怡^①, 妥宏武^②

摘要 通过对门诊与住院支付方式进行比较分析, 结合我国门诊与住院支付方式改革城市的试点经验, 总结我国医保支付方式改革的运行逻辑、影响机制与实施效果。为推动建立健全管用、高效、多元复合的医保支付方式, 实现“分类结算、协同推进”的医疗服务综合治理机制, 提高医保资金使用效率, 为保障人民群众的生命健康提供经验参考。该文章从政策层面、技术层面和基金层面, 提出优化我国医保支付方式改革治理路径的相关政策建议。

关键词 医保支付方式改革; 门诊病例分组; 按疾病诊断相关分组; 按病种分值付费

中图分类号 R1-9; F840.613 文献标志码 B 文章编号 1003-0743(2022)12-0010-07

Analysis on the Operation Logic, Influence Mechanism and Implementation Effect of Payment Mode Reform of Medical Insurance in China/LI Le-le, TIAN Meng-yi, TUO Hong-wu//Chinese Health Economics, 2022,41(12):10-15, 21

Abstract Based on the comparative analysis of outpatient (Ambulatory Patient Groups, APG) and inpatient (Diagnosis Related Groups, DRG/Diagnosis-Intervention Packet, DIP) payment methods, combined with the pilot experience of outpatient and inpatient payment method reform cities in China, it summarizes the operation logic, impact mechanism and implementation effect of medical insurance payment method reform in China. It provides empirical support for promoting the establishment and improvement of effective and efficient multi-compound medical insurance payment methods, realizing the comprehensive medical service management mechanism of “classified settlement and coordinated promotion”, improving the efficiency of medical insurance funds, and ensuring residents’ lives and health. Finally, from the policy level, technical level and fund level, it puts forward relevant policy suggestions on optimizing the governance path of Chinese medical insurance payment mode reform.

Keywords medical insurance; Ambulatory Patient Groups; Diagnosis Related Groups; Diagnosis-Intervention Packet

First-author’s address School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing, 100872, China

Corresponding author TUO Hong-wu, Email: tuohongwu@163.com

医保支付方式改革是深化医疗卫生体制改革、实现健康中国战略目标的重要举措之一, 对于控制医疗费用增长、优化医疗资源配置、提高医疗服务质量和效率具有重要意义。目前, 我国的医疗服务提供主要以公立医院为主, 其中门诊和住院是公立医院提供医疗服务的主要构成。但是由于门诊和住院在就诊类型、疾病复杂程度、处理方式等方面具有很大的差异, 因此门诊和住院在医保支付、核算和报销机制等方面各有特点。根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》, 为推动建立高效管用的医保支付方式, 我国针对门诊和住院分别开展医保支付方式改革试点, 推动医保和公立医院高质量发展, 提高医疗服务质量和效率, 提高医保基金的使用效率。

针对住院医疗服务, 我国主要试点按疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG) 和按病种分

值付费 (Diagnosis-Intervention Packet, DIP) 两种支付方式。DRG 起源于美国, 现已成为世界多个国家普遍采用的住院结算方式, 在医保支付、绩效管理和质量管理等方面都发挥了重要作用^[1]。我国自 20 世纪 80 年代末开始对 DRG 进行探索, 部分城市陆续开展 DRG 支付方式改革试点工作。经多年实践, DRG 支付方式改革初见成效^[2]。为适应我国医疗保障事业的发展, 建立高效管用的医保支付制度, 我国自主开发了原创的医保支付方式 DIP。2020 年 10 月, 发布了《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), 明确了 71 个城市作为 DIP 的试点城市, 并要求在 2021 年底全部试点城市进入实际付费阶段, 在 1~2 年内将统筹地区医保总额预算与点数法相结合, 实现以 DIP 为主的多元复合支付方式^[3]。这标志着我国住院医疗服务结算方式形成了以 DRG 和 DIP 为主, 多种支付方式协同发展的格局。

针对门诊医疗服务, 浙江省金华市试点门诊病例分组 (Ambulatory Patient Groups, APG) 支付方式。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》指出, 要建立管用高效的医保支付机制, 推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式, 推广按疾病诊

* 基金项目: 国家自然科学基金青年科学基金项目 (72204251); 佛山市社科规划项目 (2022-GJ065)。

① 中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

② 广州工商学院管理学院 广州 510850

作者简介: 李乐乐 (1990—), 男, 博士学位, 讲师; 研究方向: 社会保障与医疗卫生政策等; E-mail: lilele@ruc.edu.cn。

通信作者: 妥宏武, E-mail: tuohongwu@163.com。

断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院的患者按床日付费，门诊特殊慢性病患者按人头付费^[4]。浙江省金华市针对不同医疗服务特点，实施总额预算管理下的多元复合式医保支付方式改革，对基层医疗服务按人头付费，积极探索家庭医生签约服务与慢性病管理相结合的支付方式。金华市于2020年1月开始试点门诊按人头包干结合APG点数法支付方式改革，并于2020年5月获批浙江省试点。经过两年的试点工作，金华市门诊医保基金支出增长率不断下降，与住院DRG病组点数法形成总额预算闭环管理机制，提高了医保基金使用效率，成效显著。

目前，我国已有101个DRG/DIP的试点城市和1个APG的试点城市，但是对于APG和DRG/DIP医保支付方式的运行逻辑、影响机制与实施效果的比较研究还相对较少。本研究结合试点城市的经验，对APG和DRG/DIP支付方式的设计思路、理论机制和实践效果进行比较分析，总结我国医保支付方式改革的运行逻辑、影响机制与实施效果，为推动建立健全管用高效、多元复合的医保支付方式，实现“分类结算、协同推进”的医疗服务综合治理机制，提高医保资金使用效率，保障人民群众的生命健康提供经验借鉴。

1 APG和DRG/DIP支付方式运行逻辑比较

1.1 分组设计比较

DRG分组设计以临床诊断经验为依据，依照“由粗到细”的原则，结合临床路径和专家判断，从疾病诊断大类出发，结合手术操作不断细化，按照诊断和治疗方式的共性特征划分不同的病例组合方式（图1）。组内病种和操作方式差异较大，具有“多病一组、多操作一组”等特点。

DIP分组设计以临床病例资料为依据，依照“由细到粗”的原则，根据临床客观真实数据统计分析结果，对历史数据中病例的疾病诊断和手术操作方式进行穷举归类，按照疾病及其治疗方式的共性特征形成自然分组（图2），组内病种和操作方式差异较小。目前，国家版DIP分组主目录已有核心病种11 553组，综合病组2 499组。

APG分组设计以临床操作方式为依据，依照“由粗到细”的原则，从门诊临床操作类型出发，结合医生对于患者病情的诊断细化，按照病人临床共性特征、操作方式所消耗医疗资源和成本的多少形成分组（图3）。组内医疗资源消耗差异较小，组间资源消耗差异较大，具有“相似操作一组”的特点。

1.2 付费标准比较

为体现DRG对规范医疗机构“同病同操作”诊疗路径的导向作用，DRG以临床病例组合为付费基本单位，有利于激发医疗机构控制成本的内生动力，在保证治疗质量的前提下促使医院选择医疗资源消耗较少

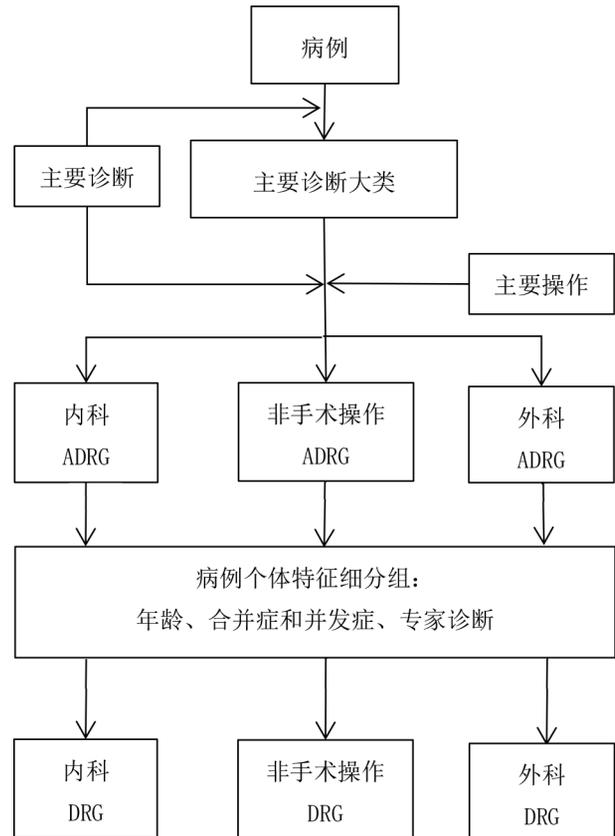


图1 DRG分组思路

的治疗方法，发挥医保支付激励约束作用，减少医保基金支出和患者负担^[5]。DRG支付标准由相对权重与费率两部分构成：（1）相对权重为各病种前3年的平均治疗费用与总平均治疗费用之比，反映该病例组合的技术难度、资源消耗与其他病例组合的差异。（2）费率根据试点地区计划用于支付参与DRG付费改革医疗机构的医保基金预算总额来决定，即当年DRG费率=当年预测住院总费用/预测DRG总权重^[6]，反映了每个相对权重对应的支付基金额度。因此，DRG付费标准=DRG费率×DRG权重。

DIP以病种组合为基本付费单位，利用大数据对不同地区、时期、医疗机构行为进行分析，具体考虑定点医疗机构条件，通过对不同病种赋予差异化分值，反映相应医疗服务带来的客观资源消耗，引导和规范医疗费用合理支出。DIP支付标准主要由病种分值与点值测算两部分构成：（1）DIP病种分值参考当地近3年医疗数据，将所有病例总平均费用与某一病种的平均费用相比，反映了该组合疾病严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度相对于其他组合的差异。（2）DIP点值测算分为预算和结算。DIP预算点值均值=加权年度平均住院总费用/预测DIP总分值，反映了每个相对权重对应的支付标准。DIP结算点值均值=（当年医保基金可用于DIP付费总额/医保报销比例）/∑（DIP分值×病例数量），反映了每个相对权重对应支付的基金额

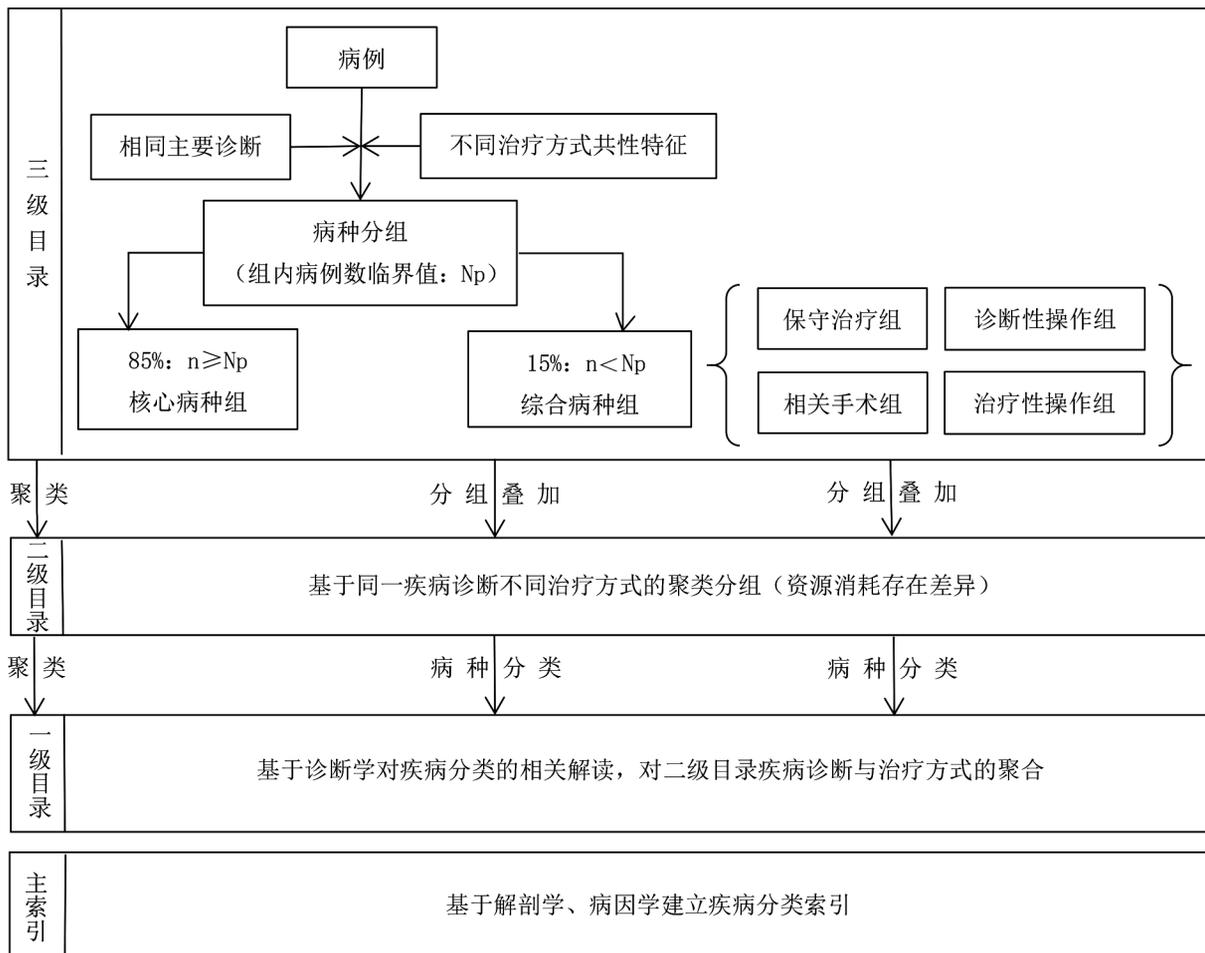


图2 DIP分组思路

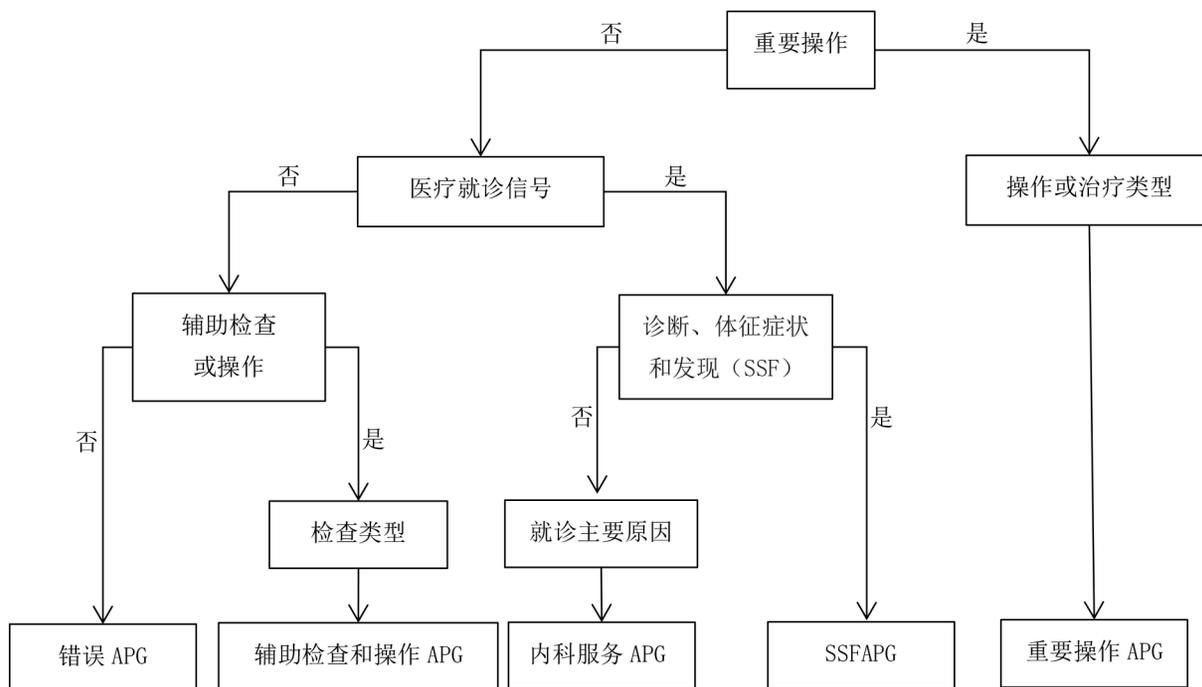


图3 APG分组思路

度。最终采用优质区间模型计算确定预算点值和结算点值。因此，DIP付费标准=DIP病种分值×结算点值。

APG以门诊病例组合作为基本付费单位，对门诊病例中具有相似的临床特征、资源消耗的病例进行分组，与住院病组点数法付费形成总额预算闭环管理，进一步完善了医保基金长效平衡机制。APG支付标准计算由基础费率、权重和附加款项3部分构成：(1) APG基础费率由门诊病人就诊的医疗机构、不同专科、实际政策以及病人类型共同决定。(2) APG权重=每个APG分组的平均费用/全部APG组的平均费用。同时，考虑到门诊以操作为分组依据，可能出现一个门诊病例被分入多个APG组的情形，设立APG权重复合乘数调整机制，将不同病组合理打包付费或根据病组权重进行打折付费，包括辅助服务APG服务打包付费、重要操作整合付费、多重重要操作及辅助服务打折付费等。(3) APG附加款项为医保部门设置的灵活调整部分，充分考虑到门诊操作因个体差异存在不确定性，根据患者的基本情况确定是否添加^[9]。因此，APG付费标准=APG基础费率×APG权重×APG权重符合乘数+APG附加款项。

1.3 运行逻辑比较

从运行逻辑来看，APG和DRG/DIP虽各有特点，但也存在相似之处。首先，3种支付方式都旨在通过科学的机制设计衡量医疗服务的质量和效率，提高医保资金使用效率。其次，3种支付方式的特点具有交叉性：(1) 适用范围，APG是针对门诊以基础诊断操作为主的特点所建立的支付方式，DRG/DIP是针对住院以临床病例为主的特点所建立的支付方式。(2) 分组原则，尽管APG与DRG的分组基础和细分方式有所不同，但都根据“由粗到细”的原则。DIP则通过对历史诊疗方案进行聚类归总，根据“由细到粗”的原则。(3) 分组差异，APG与DRG主要比较临床特征和资源消耗的差异来分组。DIP主要根据大数据统计分析归纳疾病与治疗的特征来分组。(4) 支付标准，APG与DRG根据病组权重与基础费率确定支付标准。DIP根据历史病例完成病种分值、点值测算确定支付标准。

综上所述，APG与DRG的运行机制更为相似，而与DIP运行机制具有明显差异。但是APG主要针对门诊医疗服务，DRG/DIP主要针对住院医疗服务，两种支付方式在分组依据、付费单位和支付标准等方面具有明显差异，详见表1。

2 APG和DRG/DIP支付方式影响机制比较

2.1 对医院的影响机制比较

2.1.1 信息系统建设方面。APG和DRG/DIP支付方式对医院信息系统建设的要求差异较大。DIP将资源消耗及使用情况的统计分析作为临床诊疗的依据^[6]，病例入组率高、组内差异小^[7]，对信息系统建设要求更具可控

表1 APG和DRG/DIP的运行逻辑比较

项目	APG	DRG	DIP
适用范围	门诊医疗服务	住院医疗服务	住院医疗服务
分组原则	由粗到细	由粗到细	由细到粗
分组差异	比较临床特征和资源消耗差异	比较临床特征和资源消耗差异	归纳疾病与治疗特征
分组依据	临床操作	临床经验	病例数据
付费单位	病例组合+病种点值	病例组合	病种点值
支付标准	相对权重×基础费率(+附加款项)	相对权重×基础费率(+附加款项)	病种分值×点值测算

作性，落地相对简便。APG和DRG则需要区域内所有医疗机构的病例数据，对病案数据的质量、时效性和编码准确性要求较高。因此，信息收集难度较大，对医院信息系统建设的要求相对较高。

2.1.2 临床诊疗行为方面。APG和DRG在总额预算下参考组内病例（操作）的平均费用进行支付，在平均成本控制下，若高权重病组超支过多，结余损失有可能会对医院和医生产生负向激励，导致医疗服务不足，造成医疗服务质量下降。然而DIP“承认”医院过往诊疗行为，结合科室的工作量与医疗质量，可以有效激励核心病种与优势病种的发展，对于临床诊疗行为的影响较小。同时，临床医生对DIP的接受程度更高，更能提高医疗质量。

2.1.3 医保基金结余方面。APG和DRG按照“结余留用、超支不补”的原则，依据临床诊疗和操作经验制定规范标准的报销流程，强调促降价、严准入、防滥用、控成本^[8]，对医疗费用的控制十分严格，容易为医院带来较大的财务风险，落地阻力相对较大；DIP基于历史费用计算病种分值，如果某一病种使用较多耗材，那么在支付标准上会有相应体现，避免出现医疗费用低于实际成本的情况，降低了医院财务风险。同时，DIP对医疗费用的控制较为宽松，主要遵循“结余留用、超支分担”的原则，落地阻力相对较小。

2.2 对医生的影响机制比较

2.2.1 高套编码方面。APG和DRG对分组器要求较高，分组总数较少，且权重经过专家的合理化调整，更能体现医疗服务的真实价值，对医疗行为形成正向激励。因此，医生在APG和DRG的约束下进行高套编码的可能性较小，可以控制医疗费用不合理支出，减少过度医疗的风险。而DIP分组总数较多，专家调整权重和系数成本较高，同一组合之中案例数较少，难以起到标尺竞争的效果^[9]。因此，对于医疗行为的规范约束相对较弱，医生进行编码高套操作相对简单，更容易诱导需求，造成医疗费用不合理增加。

2.2.2 风险选择方面。APG和DRG为控制医疗成本，对诊疗操作都进行了严格的规范，医生在参考组内病例临床诊疗和操作规范下，对患者风险选择的可能性

较小。同时，为保证医疗行为规范和医疗费用不超支，可能推诿诊疗难度大、潜在“消费高”的重症患者。然而，DIP主要参考以往的临床诊疗历史数据，医生可按照惯例进行规范诊疗，受医疗服务价格和诊疗规范的影响较小，对患者风险选择的可能性较大，更可能接受潜在消费高、情况相对复杂的患者。

2.3 对患者的影响机制比较

2.3.1 医疗费用负担方面。APG和DRG都具有规范的医疗诊断与操作标准，根据诊断确定治疗方式，并由质控部门监督管理病案的规范性、信息的完整性、治疗方案的准确性和感染的发生情况^[10]，对控制医疗费用增长，降低患者负担具有重要作用。DIP主要参考医疗机构过往诊断数据，采取较为模糊的支付标准，给予医疗服务价格调整的空间，可能导致医疗机构采取不合理方式“冲点”牟利，引发不同等级医疗机构之间恶性竞争，增加患者负担^[11]，降低患者接受医疗服务的性价比。

2.3.2 医疗服务质量方面。APG和DRG/DIP支付方式都具有提高医疗服务质量的作用，但APG和DRG具有明显操作倾向性，可导致手术、操作适应症的不必要扩大，导致医疗费用增加。DIP的医疗成本控制和诊疗操作规范性相对较弱，因此无论患者情况如何，其所必需的医疗服务强度不会明显波动，医院也不容易推诿重症患者，患者可以更好享受优质医疗服务。

2.4 对医疗产品的影响机制比较

2.4.1 创新研发方面。APG和DRG具有较强临床诊疗和操作规范性约束，一方面，新医疗产品（新药、新技术）的开发可能面临定价不合理和超支风险，降低医疗产品创新研发的积极性；另一方面，高值创新产品的医疗费用可能影响同一病组的差异系数，进而影响病种分组的科学性^[12]。因此，不利于医疗技术的发展和应用。然而，DIP对于新医疗产品的研发和应用的约束相对较弱，一定程度上能够推动医疗技术的创新。

2.4.2 行为监管方面。APG和DRG具有较严格的约束机制，能在一定程度上有效减少价格高昂和不必要的医疗产品使用。但APG和DRG的分组对分组器和专家的依赖程度较高，可能受限于医疗机构临床路径的实际情况。同时，各级医疗机构的诊疗方式、路径存在差异，因此监管标准落地阻力较大。DIP采取的延续性控费方案，可能使过去不合理的医疗产品继续被纳入使用范围，从而影响医保资金的使用效率。不过，由于DIP分组过程对于历史病案数据依赖程度较高，同一病种组合在不同医疗机构间的治疗费用差异明显，有利于业务主管部门考核与监管。同时，实施条件和分组技术要求相对简单，各地区可根据自身实际情况对病种进行动态调整，易于在不同区域迅速推广^[13]，监管标准落地阻力相对较小。

3 APG和DRG/DIP支付方式实施效果比较

3.1 医保基金比较

APG和DRG/DIP支付方式均有激励医疗机构主动控制成本，降低医疗费用，减少医保基金支出的效果。

APG试点地区医保基金增长率明显下降。其中，金华市2020年实现APG付费改革后，门诊医保基金增长率从改革前25%下降到省定目标10%以内^[14]。DRG试点地区医保基金增长率降幅明显，玉溪市2017年实行DRG付费的10家医院医保基金支出增长率仅为5%，较全市12%的医保基金支出增长率降幅近60%。DIP试点地区医保基金增长率基本符合预期。其中，广州市实施DIP分值付费前后，医保基金人均支付额（以职工医保为例）分别为2187元、2212元，增长率为1.1%，参保人次均住院医疗费用（以职工医保为例）分别为14697元、15132元，增长率为3%，基金支出实现平稳增长^[15]，基本控制在预期范围之内。

3.2 医疗行为比较

APG和DRG/DIP支付方式均有推动医疗机构提升精细化管理水平、促进医疗资源高效合理配置的效果。

APG激发了医疗机构主动控制成本和费用的内生动力，促进医院提升质控管理水平，推动临床路径应用。金华市各级医疗机构将APG作为内部精细化管理的工具，在规范门诊病历书写、医疗费用上传等方面均起到有效作用，实施APG后基本实现医疗服务降价提质目标。

DRG积极推动了各级医院合理分配医疗资源，促进了医疗资源使用效率的提升。沈阳市在改革过程中通过对DRG权重进行调整，促使大医院减少收治轻症病例，将更多的医疗资源用于重症病例的治疗，有效遏制了大医院虹吸效应，减少了医疗机构之间恶性竞争。但基于玉溪市的实证研究发现，虽然理论上医院会通过收治疑难重症病例来提高病例组合指数，但实际仍需要结合医院的能力和其他因素进一步探讨^[15]。

DIP促进医院节省医疗资源，有效控制了分解住院行为。广州市参保人员住院总人次增长率、人均住院次数连续两年下降，住院总人次增长率从2017年的10.75%下降到2019年的6.85%，年人均住院次数从2017年的1.71下降到2019年的1.65^[16]。

3.3 医疗质量比较

APG和DRG/DIP支付方式均有利于提高医疗质量，具体表现在：（1）CMI值得到明显提升。三明市自2016—2019年CMI值由0.92上升至1.04，呈上升趋势，县级及以上医院收治病种难度略有增加。武汉市样本医院在改革试点后临床路径入组率和CMI值明显高于改革前，试点医院规范了诊疗流程，提升了诊治难度；（2）病案填写的能力有明显提高，病案信息质量得到明显提升。广州市医疗机构2019年住院例均次

要诊断数、例均操作数较2018年分别增长2.71%和25.72%，病案信息完整程度明显提高，病例分组和分值测算更加精准^[16]。

APG和DRG/DIP支付方式对分级诊疗的作用存在明显差异。金华市开展APG试点，积极调整基层家庭医生签约服务权重，引导居民常见病、多发病在基层医疗机构就近治疗，疑难病、危重症通过转诊到大医院治疗，康复回基层，提高了基层医疗资源使用效率。2020年全市户籍人口家庭医生签约率为44.04%，较2019年提高2.46个百分点，重点人群家庭医生签约率达87.75%，较2019年提高6.36个百分点^[4]。温州市开展DRG试点，确立18个基础病组实行“同病同价”，规范临床路径、明确划分入组标准。结果显示，改革实施后三级医疗机构有10个基础病组的均次医疗费用水平降低，一级、二级医疗机构随着收治患者的增加，病例复杂程度、次均费用水平也有所上升，基层医疗资源利用提升，有效缓解三级医疗机构诊疗压力，推进分级诊疗体系建设。DIP对于分级诊疗的作用则不显著。我国有许多地区在试点中出现了较为严重的三级医院虹吸现象^[16]。如银川市三级医院的住院人次已占全市住院人次的78%，产生的医疗报销费用占总报销费用的82%^[17]；南昌市改革后三级医院的医保统筹费用仍然明显高于一级、二级医院^[18]，分级诊疗效果不佳。

3.4 患者负担比较

APG和DRG/DIP支付方式通过完善激励机制、提高报销比例、降低次均费用等方式，有效减轻了患者的就医负担。金华市开展APG试点，采用了“结余留用，超支合理分担”的激励约束机制，从源头上减轻参保人员的负担^[4]。无锡市开展DRG试点，2020年1—11月试点医院单位权重医疗费用为12 391.77元，和上年同期相比单位权重医疗费用明显降低。试点医院参保个人负担率12.19%，较去年同期下降0.68个百分点^[18]。广州市开展DIP试点，住院患者2018年人均自付比例下降2.87%，2019年人均自付比例下降1.26%，与2018年相比，2019年共有3 125个病种次均费用显著下降，占全部病种的31%^[16]。南昌市试点DIP后，患者自付比例出现明显下降，人均自付比例由30%下降至27.64%^[19]。

4 优化我国医保支付方式改革治理路径的政策建议

由于医疗服务具有特殊性和复杂性，“单足而立”的医保支付机制已经无法适应多样化的医疗服务需要。医保支付方式改革需要依据服务领域、服务需求和服务类型的不同，建立健全管用高效多元复合的医保支付方式，实现“分类结算、协同推进”的医疗服务综合治理机制，提高医保资金使用效率，保障人民群众的生命健康。因此，本研究基于APG和DRG/DIP支付方式的运行逻辑、影响机制与实施效果的比较分

析，为优化医保支付方式改革治理路径提出政策建议。

4.1 政策层面

建立健全统一的医院考核与绩效评价的政策体系，完善对补偿机制和奖惩机制^[20]。APG和DRG/DIP支付方式实现了医疗服务支付的闭环管理，对医疗机构和医生行为影响较大。因此，为实现我国医疗保障高质量发展，需要加强对医疗机构的考核和评价，做到奖励与惩罚并重，充分调动各级医疗机构参与医保支付改革的积极性，确保改革工作有序开展^[20]。

4.2 技术层面

加强医保端智能审核系统和医院端医保付费系统建设，推动实现医院数据与医保数据的互联互通，利用人工智能、机器学习等新技术，实现医疗服务的智能定价与风险管理，为医保支付改革提供良好的技术和数据基础。APG和DRG/DIP支付方式对于编码、分组和标准的准确性提出了较高的要求。因此，推动医保支付系统建设、新技术发展和数据互通互通，对于提高医保资金使用效率，促进医疗保障高质量发展具有重要作用。

4.3 基金层面

加强医保基金的优化配置，建立医保基金支出与经济发展水平相适应的动态增长机制。APG和DRG/DIP支付方式对于控制医疗费用增长、提高医疗质量和效率具有重要意义。在医保基金管理过程中，充分利用区块链与大数据、云计算、智能编码等新技术，提高医保基金的使用效率，实现“分类结算、协同推进”的医疗服务综合治理机制，建立健全管用高效多元复合的医保支付方式，提高医保资金使用效率，保障人民群众的生命健康。

参 考 文 献

- [1] 李乐乐. 国内外DRGs发展与C-DRG方法论原理改进研究[J]. 卫生软科学, 2017,31(10):10-14.
- [2] 吕兰婷, 施文凯. DRG改革背景下医院卫生技术评估的功能与推行策略[J]. 中国卫生政策研究, 2020,13(2):26-32.
- [3] 应亚珍. DIP与DRG: 相同与差异[J]. 中国医疗保险, 2021, (1):39-42.
- [4] 江小州. 金华市推行门诊“APG点数法”付费改革的探索实践[J]. 中国医疗保险, 2021(8):49-52
- [5] 刘星辰, 杨燕绥, 李超凡. 美国门诊病例分组预付制的经验及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(7):48-54.
- [6] 杨阳, 张煜琪, 朱豫虹, 等. DIP付费下公立医院耗材费用精益管控实践研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(4):78-83.
- [7] 陈维雄, 林雯琦, 欧凡, 等. DIP与临床路径对医疗资源消耗影响的实证研究[J]. 中国医疗保险, 2021(3):56-61.
- [8] 杨阳, 张煜琪, 李逸璞, 等. DIP付费下医院绩效与成本联动管理机制的探讨[J]. 会计之友, 2021(24):79-84.

(▶▶下转第21页▶▶)

调查方式,利用健康大数据与机器学习技术,筛选出特定重大疾病的高风险个体,再开展精准医学检查核准后,为高风险个体提供健康干预。同时,针对特定健康主题开展群体健康教育、健康科普服务,能够在增长参保人健康知识与素养的基础上,使参保人感受到产品及其价值所在,这将对增加顾客认同和提高续保率将会有显著促进作用。

4.2.2 建议普惠型补充医疗保险承保公司大力加强产品宣传,特别是宣传赔付典型案例,将对增加顾客服务感知有益。普惠型补充医疗保险的定位及保障范围、报销门槛等决定了参保人群中仅有很小比例可获得赔付。绝大多数个体在得不到赔付情况下,特别是健康水平较好的个体,如果无法感受到产品价值,将会对是否购买普惠型补充医疗保险的态度发生变化,极易出现逆向选择。除通过提供健康服务外,承保公司对典型案例的宣传会影响顾客感知,也可强化顾客对普惠型补充医疗保险的认知,提高普惠型补充医疗保险的续保率。

4.2.3 建议政府加大对普惠型补充医疗保险的支持力度,以普惠型补充医疗保险为切入点培养国民健康保险素养,推动多层次医疗保障体系高质量发展。本研究结果显示,普惠型补充医疗保险与传统商业健康保险并没表现出相互替代,而是共同成为基本医疗保险的补充。健康保险素养在很大程度上影响个人购买保险决策,现阶段,商业健康保险因高门槛和风险选择对培育国民健康保险素养的作用有限,低门槛而无风险选择的普惠型补充医疗保险则更能发挥作用。此外,普惠型补充医疗保险的运营推广,如果能适当与

健康管理服务融合,在改善参保人健康素养与健康水平的同时,还能降低个体医疗费用,一定程度上可能会对基本医保资金负担形成有益的缓冲作用。

参 考 文 献

- [1] 金小桃,王琴,陈诗雨,等.“惠民保”发展模式研究[J]. 保险研究, 2022(1):3-20.
- [2] 孙巧慧. 城市普惠医疗险发展问题探讨[J]. 金融理论与实践, 2021(4):102-108.
- [3] 陈丹沛,胡璎珞. 城市定制型商业医疗保险中数据赋能场景应用的探索和思考——以“沪惠保”为例[J]. 上海保险, 2021(7):33-34.
- [4] 朱铭来,金建崇.“惠民保”何以可持续[J]. 中国卫生, 2022(5):104-105.
- [5] 曹如霞. 多层次医疗保障视角下“惠民保”的属性分析[J]. 保险职业学院学报, 2021,35(5):18-23.
- [6] 苏泽瑞. 普惠性商业健康保险:现状、问题与发展建议[J]. 行政管理改革, 2021(11):90-99.
- [7] 郑秉文. 惠民保的政策红利与制度创新[J]. 中国卫生, 2021(9):29-31.
- [8] 于彩霞,孙静,闻岚,等. 完善医疗保障体系降低居民卫生负担[J]. 中国卫生经济, 2019,38(12):13-17.
- [9] 谢明明,刘吉祥,杨孝春. 因病支出型贫困与商业医疗保险作用研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(12):37-40.
- [10] 李月娥,卢珊. 安德森模型的理论构建及分析路径演变评析[J]. 中国卫生事业管理, 2017,34(5):324-327,334.
- [11] 卢珊,李月娥. Anderson 医疗卫生服务利用行为模型:指标体系的解读与操作化[J]. 中国卫生经济, 2018,37(9):5-10.

[收稿日期:2022-09-17] (编辑:杨威)

(◀◀上接第15页◀◀)

- [9] 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.
- [10] 周传坤,刘青青,杨川,等. 基于DRG的某医院患者费用分析及医用耗材成本管控策略探讨[J]. 中国医院管理, 2021,41(2):55-58.
- [11] 傅书勇. 我国医保支付改革下医生激励机制博弈研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(5):24-26.
- [12] 于丽华,江芹,张振忠. DRG收付费改革下医疗机构流程优化探讨[J]. 中国卫生经济, 2021,40(4):17-20.
- [13] 林坤河,刘宵,黄雨萌,等. 区域点数法总额预算下医疗机构“冲点”行为分析——以DIP支付方式为例[J]. 中国卫生政策研究, 2022,15(5):40-46.
- [14] 唐迪,丁锦希,陈焯,等. 医保支付标准与DRG/DIP支付协同推进机制研究[J]. 中国医疗保险, 2021(3):38-42.

- [15] 李乐乐,黄成凤,申丽君,等. 玉溪市DRGs付费改革评估及对策建议[J]. 中国医疗保险, 2019(6):25-29.
- [16] 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]. 中国医疗保险, 2020(9):47-51.
- [17] 王志刚. 将DRG付费改革作为建设高质量医保的关键机制[J]. 中国医疗保险, 2021(1):18-20.
- [18] 江芹,徐志鑫,于丽华,等. 三明市C-DRG收付费对医疗机构的费用影响分析[J]. 中国卫生经济, 2021,40(4):13-16.
- [19] 张博,刘涛,龚福玲. 总额控制下的按病种分值付费评价——基于银川市实践[J]. 中国医疗保险, 2016(7):35-38.
- [20] 陈曼莉,赵斌. 实行按病种分值付费制度的实践经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2017,36(6):38-41.

[收稿日期:2022-09-02] (编辑:杨威)