

# 中国医疗保险主要付费方式改革进程研究

李佳艺<sup>1,2</sup>, 顾民<sup>3</sup>

(1.南京医科大学附属逸夫医院行政办公室,江苏 南京 210000;

2.南京医科大学公共卫生学院,江苏 南京 210000;

3.南京医科大学第二附属医院泌尿外科,江苏 南京 210000)

**摘要:**随着全民医保制度不断完善,传统的医疗保险支付方式——总额预付、按项目预付等已经难以满足现代医疗卫生事业的发展,也不利于医保基金的管理。各地积极探索医保支付方式改革,在保障参保人员权益、控制医保基金不合理支出等方面均取得了积极成效。然而医保管理对医疗服务双方,特别是提供方的引导制约作用尚未得到有效发挥。本文主要比较了按服务项目支付、按服务单元付费、按人头支付、总额预付、疾病诊断相关分组、基于大数据的病种分值付费等多种支付方式的优劣以及对行业影响,同时对未来医保支付方式改革提出看法。

**关键词:** 医保基金;支付方式改革;医保管理

中图分类号:R197

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.21.044

文章编号:1006-1959(2023)21-0188-05

## Research on the Reform Process of the Main Payment Methods of Medical Insurance in China

LI Jia-yi<sup>1,2</sup>, GU Min<sup>3</sup>

(1.Administrative Office of Sir Run Run Hospital,Nanjing Medical University,Nanjing 210000,Jiangsu,China;

2.School of Public Health,Nanjing Medical University,Nanjing 210000,Jiangsu,China;

3.Department of Urinary Surgery,the Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University,Nanjing 210000,Jiangsu,China)

**Abstract:** With the continuous improvement of the universal medical insurance system, the traditional payment methods of medical insurance, such as a global budget and fee for service, have been difficult to meet the development of modern medical and health care, as well as the management of medical insurance funds. Since the new round of medical reform, the reform of medical insurance of payment forms has been actively explored all over the country, which have achieved positive results in protecting the rights and interests of insured participants and in controlling unreasonable expenditures of medical insurance funds. However, health insurance management has not played an effectively role in guiding and constraining both sides of medical services, especially the providers. In this paper, we have compared the advantages and disadvantages of various forms of payment by literature analysis according to the reality of China, including fee for service, service unit, capitation, global budget, diagnosis related groups and dig data diagnosis-intervention packet, as well as their impact on the industry. Furthermore, we have proposed our own opinions in view of the reform of future health insurance payment.

**Key words:** Medical healthcare insurance fund; Reform of payment methods; Medical insurance management

医保支付方式本质上是在保证基金总额恒定的前提下,医保主管部门对各定点医疗机构进行医保基金的分配,目的是规范医保基金合理使用。在我国社会医疗保险发展过程中,医疗保险主管部门不断改革支付方式,相继或同时采用按医疗服务项目付费、总额预付、按服务单元付费、按人头付费、单病种付费、按疾病诊断相关组付费与按病种分值付费等方式,总体经历了起步阶段、发展阶段以及精细化管理发展阶段三个阶段。本文通过对三个阶段中各支付方式内涵的研究,分析各支付方式利弊以及对相关行业的影响,以期为我国医保支付方式进一步的改革提供参考。

### 1 起步阶段

建国初期三十年间,政府建立了以机关单位公费、企业劳保、农村合作医疗为中心的医疗保障制度<sup>[1,2]</sup>,以国家财政拨款或企业收入支付参保人员的医疗费用。随着国家经济体制改革的发展,计划经济时期的医疗保障制度逐步显露弊病:公费、劳保医疗的不合理增长使国家和企业负担加重;参保范围小,未参保患者因高昂医疗费用而出现因病致穷的问题。为了满足社会经济发展和人民保障的需要,社会医疗保险应运而生。以1998年《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发44号文)为起点,我国正式进入基本医疗保险制度改革阶段,逐步由福利型劳保、公费医疗进入社会化管理的保险制度<sup>[3]</sup>。在此阶段,按服务项目付费成为我国医疗保险主要付费方式。

1.1 按服务项目付费方式的内涵及优缺点 按项目付费是指医保管理部门会按实际发生的费用拨付给

作者简介:李佳艺(1993.3-),女,黑龙江哈尔滨人,硕士研究生,助理研究员,主要从事医疗保险、公共卫生研究

通讯作者:顾民(1966.10-),男,江苏泰州人,博士,副教授,主要从事泌尿外科、医院管理研究

医疗机构。该方式支付灵活,核算方便,激励医务人员提高工作效率,有助于推动医疗发展<sup>[4]</sup>;但按服务项目医保付费方式也增加了医疗费用管理风险,最常见的为过度医疗,包括大检查、大处方、重复用药、超量用药、使用昂贵耗材药物等。

1.2 起步阶段对行业的影响 ①对服务提供方(医疗行业):发展迅速,医疗费用的测算比较直观,容易调动医疗服务供方的积极性,服务的效率比较高,促进国内医疗新技术发展。②对企业:凭借医疗机构对进口药品或耗材的倾向性,进口医疗产品市场发展迅速,抢占国内市场份额。③医保管理部门职能:该阶段医疗机构占主导地位,医保管理部门仅做支付作用。

## 2 改革深化阶段

在传统按项目付费方式已无法满足参保人多元化的就诊需要,且严重阻碍了卫生经济健康发展的背景下,国家卫健委积极推进医疗体制改革,于 2008 年推出《关于深化医药卫生体制改革的意见》。意见中明确提出了医保支付方式改革的要求<sup>[5]</sup>,该项举措标志着我国第一轮医疗体制改革的开端,也是第二轮医保支付方式改革的开始。此阶段是国家不断探索、测试多支付手段并行的阶段;支付方式从单一式转变为混合式;根据医保费用总量控制原则衍生出总额预付方法;并以预付制取代后付制,探索按人头、服务单元、服务项目、病种付费等多种支付方式。同时医保管理部门控费意识增强,医保管理机构的职能从费用结算向监督管理转变,管理水平要求提高。

2.1 按服务单元付费的内涵及优缺点 我国在 1994 年“两江试点”引入该方式,属于预付制支付方式,主要对门诊及住院类型进行细分,建立以每门诊人次及每住院日为单元的收付费机制。医保管理部门确定单元付费标准,采取严格的考核和控制措施,控制医疗服务提供方平均住院天数、平均住院日费用、平均门诊人次费用不合理增长<sup>[6]</sup>。此支付方式属性介于按项目支付与按病种支付之间,易于医保管理部门操作,也为医疗服务机构所接受。但与“按人头付费”一样,按服务单元付费同样有诱导医院选择性收治患者的可能,医院乐于延长患者住院时间,可能出现分解患者住院次数行为,从而达到增加住院日总数或人次数目的。

2.2 按人头付费的内涵及优缺点 2010 年国家医改新方案开始引导各地区完善医疗保障支付制度,探

索对按人头付费等方式。其方法是按照预先确定的每个服务人口以及医疗机构签约服务的参保人数向医疗机构支付费用,不再考虑实际发生的医疗服务数量<sup>[7]</sup>。在这种付费方式操作中,标准过低会导致医疗机构积极性下降,过高则会导致医保基金的浪费。在实际运行过程中,按人头付费支付方式的优点在于基于基层首诊制,可引入社区服务机构间的竞争机制,促进社区服务事业健康发展,引导参保人员到基层医疗机构诊疗;缺点是会引起医生降低治疗风险和服务成本,诱使患者住院<sup>[8]</sup>。

2.3 按总额预付的内涵及优缺点 按总额预付是指以医疗机构医保费用总支出为依据,在剔除不合理增长费用后,由医保管理部门计算出医疗机构的拨付总定额,原则为“总额预算管理、结余留用、超支不补(分担)”,即如果实际发生费用超支,超出部分由医院自己承担或按比例承担。总额预付方式操作简单,在一定时间段内有效的控制了医疗服务费用的增长,但存在的问题也很多。一是会诱使医疗机构降低医疗服务质量,诱导分解医疗服务<sup>[9]</sup>。医疗机构会出现选择性医疗行为,即选择轻症患者、推诿疑难杂症与重症;诱导门诊患者住院以分摊住院次均费用的情况。二是总额预付一般以历时三年医疗总费用进行环比计算,对各医疗机构的规模、科室结构、费用构成、病种构成、患者结构、服务人口等变化考虑不足,计算预算总额势必会有较大的误差<sup>[10]</sup>。

2.4 单病种付费的内涵及优缺点 按病种付费是指在疾病分级基础上制定病种费用标准定额,医保机构按照标准定额支付给医疗服务供方,包括单病种、按疾病诊断相关组付费(DRG)与按病种分值付费(DIP)。在医保支付方式改革阶段,主要探索按病种付费的初级形式,即单病种包干付费,选取临床发生频次高、主要诊断明确、不含并发症、治疗效果明显、以手术治疗为主的病种,病种定额付费<sup>[10]</sup>。这种方式一定程度上减少了医疗保险付费方式管理难度,提高了可操作性<sup>[11]</sup>,有效的控制了医疗费用不合理增长,提高了医疗机构的效率和产出,促进医疗机构加强成本管理<sup>[12]</sup>。但单病种付费自身具有局限性,如覆盖的病种及病例有限,疾病复杂性以及诊断手段多样性使病种定额标准难以确定,入病种结算的病历不容易明确,医疗机构之间在单一疾病的诊治方面存在差异等<sup>[13]</sup>。在实施过程中,医疗机构会为控制费用而减少使用特效药品或合理检查,不利于医疗创

新发展,容易造成医患矛盾。另一方面,医疗机构选择直接将费用超过定额标准、套合并症等情况,以此来规避单病种付费。

**2.5 改革深化阶段对行业的影响** ①对服务提供方(医疗行业):医疗机构承担了较多经济风险,因此促进医疗机构制定医疗规范、流程以及激励机制,并细致的进行成本核算,寻求以最低成本取得最高经济效益。信息手段逐步被重视,信息化助力医院医保控费,进行数据库管理<sup>[14]</sup>,例如为了应对单病种支付,有些医疗机构在医院管理信息系中采用超定额预警提醒或直接使用临床路径;采用实时监控系,对医保监管规则进行动态预警;形成各类分析报表,以便辅助管理。②对企业:刺激医药企业盈利动机。虽然医保主管部门对医疗机构发挥管控作用,但医疗诱导性消费仍促使医药企业盈利不断上涨。③医保管理部门职能重点的转变:医保主管部门开始探索建立适宜的基金监督机制以及服务监控体系。要求定点医疗机构执行相应的出入院标准,确定住院率、再入院率、转诊转院率、参保人自费项目费用比例以及医疗服务质量、单病种临床路径管理、合理用药情况等方面的技术控制标准<sup>[15]</sup>。部分地区开始探索使用信息化手段进行数据违规筛查,将结果与医保实际付费挂钩,有效地遏制了医疗机构大处方、乱检查、乱收费及任意扩大服务项目等弊端<sup>[16]</sup>。

### 3 医保精细化管理发展阶段

《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发〔2017〕55号)是该阶段的起始标志<sup>[17]</sup>。文件明确了改革的主要内容是实行多元复合式医保支付方式。2018年3月国家医疗保障局成立后,持续推进各地因地制宜确定支付方式,探索基于总额预付的混合支付方式,从国家层面试点疾病诊断相关分组(DRG)付费、区域点数法总额预算和按病种(DIP)分值付费,鼓励各地完善按人头、按床日等多种付费方式,推动门诊支付方式改革和县域医共体付费改革<sup>[18]</sup>。在此阶段,医保管理部门的监督重点发生变化,医保管理要求提升,检查方式和手段要求提高,医院管理向精细化成本管控增效高质量发展模式转型,逐步建立起较完善的医保支付体系。

**3.1 疾病诊断相关组付费(DRG)的内涵及优缺点** DRG是国际公认的先进的医院管理方法,也是近年来国家持续推进的重点。DRG将住院患者按照临床

相似性及资源消耗相似性,即按照患者疾病严重程度、治疗方法复杂程度及资源消耗程度分成一定的疾病组,并以组为单位制定医药费用标准进行支付<sup>[19]</sup>。DRG的目的是为了遏制医疗费用上涨趋势、保障患者利益、迫使医疗机构提高服务效率,但按照补偿的价格和可能消耗的资源,医院仍然承担着一定经济风险。业务成本往往占医疗费用比例50%以上,促使医院从过度诊疗转变为正常医疗,最后逐渐缩减医疗服务。正面缩减一般使用临床路径,优化诊疗流程,减少不必要的诊疗项目,最终达到费用控制目标<sup>[20]</sup>。但实际操作中往往伴随着负面缩减现象:如将住院检查移至门诊,导致门诊费用上涨;推诿收治危重患者;被迫取消社会有需要但医疗资源消耗大的临床服务项目。从管理者角度来说,管理成本极高,并且医保管理机构审查工作量大增。

**3.2 基于大数据的病种分值付费(DIP分值付费)的内涵及优缺点** DIP分值付费是基于客观数据,以疾病相关性、资源类似性的主要诊断和关联手术操作的自然组合形成病种,以各病种次均住院费用的比价关系形成病种分值,进入主目录;再考虑年龄、并发症和伴随症等特异性因素对付费进行校正,进入辅助目录。主目录与辅助目录形成互补,从而实现精细化、个性化支付<sup>[21]</sup>。2020年11月,国家率先在广州和上海试点,并在此基础上对东部和中部地区病案治疗信息进行提取组合,形成初版的DIP分值付费支付病种组,随后汇总全国实际病案治疗信息,形成完善的DIP分值付费支付病种组<sup>[22]</sup>。其优势在于:①考虑我国的实际国情和发展现状,忽略医院编码基础、信息化能力、管理能力层次的不同,从临床基础形成科学合理的支付形式,有效促进医疗机构间的良性竞争<sup>[23]</sup>;②在大数据概念下发展形成,将病种作为监督、付费、分析的对象,能有效提高医保政策的科学合理及精细化管理水平<sup>[24]</sup>;③包容性更强,对于以往医院的诊疗行为更容易接受,推广实施的阻碍不大,收治病例越复杂或严重,医院所获得的医保补偿越多<sup>[25]</sup>,很大程度上提高了医院发展创新技术手段和多元化学科积极性<sup>[26]</sup>。其缺点是医疗机构会组别高套、诱导低标准入院治疗、风险选择、分解住院等<sup>[27]</sup>;其分组过于细致,结算时较DRG控费力度减弱,造成不同地区和人群在同一诊断下的收费不一;另外,等级系数差异、历史医疗行为影响等造成医疗资源仍倾向于大医院,不利于分级诊疗<sup>[28]</sup>。

3.3 精细化管理发展阶段对行业的影响 ①对服务提供方(医疗行业):DRG/DIP 通过转变激励机制,串联医保、医疗机构、患者三方利益,根据大数据合理测算病组定价,促使医生合理化诊疗、促进医疗技术发展、结算方式更便捷,推动整个医疗行业向健康可持续方向发展<sup>[29]</sup>。实践证明,在各级医院的精细化管理进程中也起到了重要作用<sup>[30]</sup>。②对企业:该阶段支付方式一定程度上压低了疾病的医疗费用,促使各家医疗机构对药占比、耗占比进行严格把控,导致器械商、药品厂家形成一定价格压力,首当其冲是进口药品以及高值耗材厂家,但也会促进本土制药的发展。另外,此阶段亟需从单纯满足控费以及医保规则实时监管转变为全对象、全维度、全过程的医疗管理,因此全职的医疗行业信息化软件开发公司应运兴起。目前我国医疗信息化行业总体上已初步形成第一梯队,具有一定品牌效应。③医保管理部门职能重点的转变:加强了对医疗机构的费用控制、质量监管、医疗行为监控,采取多手段控制医保基金不合理增长,包括对医疗机构协议化管理<sup>[31]</sup>,持续实施药品、耗材的带量采购,推动药品、耗材零差价,降低医疗服务成本;形成以监管职能部门为主导(添加),强化基金监管高压态势<sup>[32]</sup>,持续优化医疗行为规范政策,在保证医疗服务质量前提下,提高医保基金购买医疗服务的性价比,使参保人获得质量和效率最高的基本医疗服务。

#### 4 现阶段我国医疗费用支付方式及发展方向

国家医疗保险支付制度建立以来,初建时急需满足群众减轻医疗负担的要求,故选择直接粗放的按项目付费,但稳定下来后,逐步暴露了其诱发过度医疗、浪费医疗资源等缺点,亟待改革。因此,各地开始探寻支付方式改革之路,包括单病种付费、按单元付费、总额预付等,一段时间内缓解了医保基金的压力,但也使医疗机构发展空间被压缩。后借鉴国外经验,开始推行疾病诊断相关分组(DRG)付费试点,又根据 DRG 付费方式结合国内实际,创新性的推出了病种分值(DIP)支付方案。试点地区的实践证明,DRG/DIP 在现阶段是有效的,不但在医保基金运行效率提高的基础上,群众负担减轻、满意度提高,也使医疗机构强化了自身建设,良性竞争,因此在 2018 年国家医保局成立后,更是将全面推进疾病诊断相关分组(DRG)付费以及作为改革的首要目标,有利于在保持医疗质量下同时稳步发展医疗。总

体而言,我国的医保支付方式进程是后付制向预付制发展,从按项目支付过渡到以诊断为依据的按病种付费,医疗机构告别了以药品、耗材补偿运行成本的历史,更加重视技术劳动补偿。伴随着支付方式不断的改革,医保管理部门职责从被动支付费用过渡到主动监管医疗行为,监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。医保支付改革不仅仅作用于医疗机构,受到医疗行业变化及医保部门监管作用加强的影响,医药、耗材企业从高速扩张到规范市场化发展,新兴的信息产业也贴合发展医疗质量的主流旋律。

任何一种支付方式都有正负两方面的激励作用,要建立符合国情的、多层次的医保付费管理体系是一项长期且复杂的管理性工作,从制定、完善到最后实施,都需要实践来验证其科学性。回顾每一个阶段,国家选择的支付方式都符合阶段的时代特性,与相关行业影响相辅相成。现阶段我国在稳步推行总额预付下 DRG/DIP 方式,虽一定程度上提高了支付率和基金结余率,但过度限制医疗费,使医疗机构出现入不敷出,不利于医疗技术的发展。因此展望我国的发展,未来应建成以基本医疗保险为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系,制定以市场需要为导向,国家层面统一管理的,有层次的全民保险制度,引导医疗保险向科学化、合理化发展。

有些地区比如台湾已经开始探索部分病种使用医疗效果作为付费依据<sup>[33]</sup>。未来医保支付方式的发展方向可能以功能恢复和治疗效果为依据,其关键指标就是功能,即某项医疗服务、治疗手段或药品对患者疾病治疗、身体康复所达到的效果。医保通过功能恢复情况判定是否进行支付,一定程度引导医生将控费的关键放在提高医疗技术和治疗成效上,对提高医保付费的精准度与合理性具有现实意义和应用价值。一是集中体现了以患者为中心的付费管理理念,以患者的疾病治疗、康复及其体验为核心,有利于患者享受更具价值、更高效率的医疗服务;二是有利于推动和促进医疗新技术、新项目与创新药的研发与推广。

另外因现有付费方式都在强调保障患者医疗服务不降低的同时减少医保基金的支出,一定程度上并不利于医疗机构发展。因此,未来应注重提高医院积极性,如在现有医保支付方政策中融入激励补偿

机制,医保基金进行二次分配,合理补贴医疗机构超预算外的费用,使医院生存不完全限制于支付定额。

### 参考文献:

- [1]国务院.中华人民共和国劳动保险条例[EB/OL].(1953-01-02)[2022-12-01].<https://flk.npc.gov.cn/detail2.html?ZmY4MDg-wODE3NzdkMGM5NDAXNzdkZGIwMzk0YzRmYWWM%3D>.
- [2]卫生部.国家工作人员公费医疗预防实施办法[EB/OL].(1952-06-27)[2022-12-01].<https://www.chinacourt.org/law/detail/1952/08/id/73.shtml>.
- [3]国务院.国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定[EB/OL].(2005-08-04)[2022-12-01].[http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content\\_20256.htm](http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm).
- [4]李诗晴,褚福灵.总额预付制医疗保险支付方式改革对医疗费用的影响:基于断点回归设计[J].社会保障评论,2020,4(3):47-61.
- [5]国务院.“关于深化医药卫生体制改革的意见”征求意见稿[EB/OL].(2008-10-14)[2022-12-01].[http://www.gov.cn/gzdt/2008-10/14/content\\_1120143.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2008-10/14/content_1120143.htm).
- [6]邱平.基于医保支付的角度我国三级医院剖宫产患者医疗费用分析[D].大连:大连医科大学,2020.
- [7]胡慧美,彭立祥,陈定湾,等.嵊州市按人头付费与签约服务相结合试点改革的初步评估[J].中国农村卫生事业管理,2021,41(7):501-505.
- [8]朱铭来,王思楠.天津市糖尿病按人头付费改革效果评估[J].中国卫生经济,2021,40(2):26-29.
- [9]朱晓丽,郑英,王清波,等.我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析[J].中国医院管理,2020,40(2):21-25.
- [10]刘忆.医保总额预付制运行效果研究——基于北京市4家医院的微观数据[J].中国卫生政策研究,2014,7(11):37-42.
- [11]潘建强,张洪成,陈思婷,等.单病种付费政策效应分析——以徐州市某三甲医院为例[J].现代预防医学,2022,49(4):680-684.
- [12]何彩霞,邱冰.某三甲医院单病种质量管理的实践与思考[J].现代医院,2022,22(11):1699-1702.
- [13]宋斐斐.基于医保制度的按项目付费和单病种付费实施的成本效果分析[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [14]徐莉,顾逸君,邵琰婷,等.单病种质量管理信息化平台建设与应用[J].中国卫生质量管理,2022,29(7):15-18.
- [15]人力资源社会保障部.人力资源社会保障部关于进一步推进医疗保险支付方式改革的意见[EB/OL].(2011-05-31)[2022-12-01].[http://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content\\_2004738.htm](http://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_2004738.htm).
- [16]人力资源社会保障部.关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见[EB/OL].(2014-08-18)[2022-12-01].[http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyshbzb/shehuibaozhang/zcwj/jijin-jiandu/201408/t20140829\\_139203.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyshbzb/shehuibaozhang/zcwj/jijin-jiandu/201408/t20140829_139203.html).
- [17]国务院.国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[EB/OL].(2017-06-28)[2022-12-01].[http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content\\_5206315.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content_5206315.htm).
- [18]国家医疗保障局办公室.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[EB/OL].(2020-10-14)[2022-12-01].[http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/05/content\\_5557627.htm](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/05/content_5557627.htm).
- [19]陈凤磊,梁冰,钱静,等.DRG付费改革对广西某三甲医院患者住院费用影响研究[J].中国医院,2023,27(1):53-55.
- [20]纪门,孔旭辉,黄秀芹,等.DRG高倍率病例特征分析及管理建议[J].卫生经济研究,2023,40(1):78-82.
- [21]焦之铭,王芊予,冯占春.我国实施按病种分值付费方式(DIP)的SWOT分析[J].卫生软科学,2021,35(9):45-49.
- [22]国家医疗保障局.关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和DIP病种目录库(1.0版)的通知[EB/OL].(2020-11-20)[2022-12-01].[http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art\\_37\\_3987.html?eqid=86166bcf002ff2e20000000046427d8c7](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_37_3987.html?eqid=86166bcf002ff2e20000000046427d8c7).
- [23]黄洁仪.总额控制下的病种分值付费和单病种付费支付方式比较[J].广州医药,2020,51(1):78-81.
- [24]陈韧,彭彬,李震洋.医院应用DIP管理系统实施按病种分值付费改革的实践[J].中国卫生信息管理杂志,2021,18(5):584-588,598.
- [25]潘卫宇,谢煜,李佳佳,等.基于病种分值付费的高龄股骨颈骨折患者临床护理路径的构建研究[J].中华护理杂志,2022,57(20):2437-2444.
- [26]胡芳芳,陈望忠,袁向东,等.基于双重差分法视角评估按病种分值付费对心血管病种患者的影响[J].现代预防医学,2022,49(17):3181-3186.
- [27]冯海芳.医疗保险按病种分值付费改革管窥——以邢台为个案[J].保险理论与实践,2020(2):34-42.
- [28]刘雨阳,陈贵梅,徐王权,等.芜湖市区域总额预算下按病种分值付费效果评价[J].医学与社会,2022,35(8):100-104.
- [29]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.
- [30]胡芳芳,陈望忠,袁向东,等.基于双重差分法视角评估按病种分值付费对心血管病种患者的影响[J].现代预防医学,2022,49(17):3181-3186.
- [31]国家医疗保障局.医疗机构医疗保障定点管理暂行办法[EB/OL].(2020-12-30)[2022-12-01].[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/1/8/art\\_37\\_4243.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/1/8/art_37_4243.html).
- [32]国务院.国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见[EB/OL].(2020-07-09)[2022-12-01].[http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-07/09/content\\_5525351.htm](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-07/09/content_5525351.htm).
- [33]Chen TT, Oldenburg B, Hsueh YS. Chronic care model in the diabetes pay-for-performance program in Taiwan: Benefits, challenges and future directions [J]. World Journal of Diabetes, 2021,12(5):578-589.

收稿日期:2022-12-26;修回日期:2023-02-02

编辑/成森