

基于米特-霍恩模型按病种分值付费支付方式 执行情况分析

王丽颖, 王明慧

(华北理工大学经济管理学院, 河北 唐山 063210)

摘要: 按病种分值付费(DIP)支付方式改革是深化医保支付方式改革的重要组成部分,是符合中国国情的一种原创付费方式。以米特-霍恩模型为框架,从政策目标与标准、政策资源、组织间的沟通与强制行为、执行机构的特性、政治经济和社会环境以及执行者的偏好这6个维度,在文献分析的基础上,阐述按病种分值付费这一支付方式的执行困境。从完善法律法规、提高执行者关注度、提升执行机构的执行能力、优化执行环境4个方面为按病种分值付费支付方式提出建议。

关键词: 米特-霍恩模型; 按病种分值付费; 政策执行

中图分类号: F842; R197.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1671-1807(2025)11-0384-06

2017年6月28日,国务院办公厅发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》,提出全面实施以病种付费为主的多元复合式医保支付制度改革,重点推进病种付费,旨在至2020年实现医保支付方式改革覆盖全国所有医疗机构和医疗服务。同时,降低按项目付费比例,鼓励具备条件的地区探索将点数法与预算总额管理、病种付费相结合,逐步以区域医保基金总额控制替代具体医疗机构总额控制。中国医保支付方式由传统的按服务项目、按人头、按住院床日等方式逐步转变为以按病种分值付费为主的多元复合式医保支付制度。病种分值付费支付方式改革涉及医疗机构、医保局、患者等多个相关方,政策执行的过程中存在复杂性和不确定性。本文基于米特-霍恩政策执行模型,从影响政策执行的6个维度对按病种分值付费政策的执行情况进行分析,并为按病种分值付费支付方式的改革提供建议。

1 按病种分值付费

按病种分值付费(diagnosis-intervention packet, DIP),是利用大数据优势建立起的完整管理体系,在统一的疾病诊断和手术操作编码的前提下,采用“疾病诊断+治疗方式”方式对病案数据进行客观分类,依据不同病种的次均费用与基准病

种或固定值的比例关系确定病种分值。以医保总额预算为前提,计算分值点值均值,形成DIP的支付标准,与定点医疗机构进行年度结算。这种支付方式最大的优点就是费用结算简单,促进医疗资源的使用,有效控制医疗费用的上涨^[1]。2020年《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出推行以按病种付费为主的多元复合的医保支付方式。同年10月,国家医疗保障局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,并于11月公布试点城市名单,按病种分值付费这一医保支付方式正式开始探索之路。

2 米特-霍恩模型

米特-霍恩政策执行系统模型(图1),源自范米特与范霍恩的杰出贡献。Van Meter和Van Horn^[2]揭示了从政策决定到政策效果之间所涉及的众多变数,将这些变数精炼为6大核心因素:政策目标与标准、政策资源、组织间的沟通与强制行为、执行机构的特性、政治经济和社会环境,以及执行者的偏好。米特-霍恩模型以其全面性和深入性,为理解政策执行过程提供了宝贵的理论工具。通过这一模型,可以更清晰地看到从政策决定到政策效果之间所涉及的各种复杂因素及其相互作用。这不仅有助于更好地分析已有的政策执行案例,也有

收稿日期: 2024-12-18

基金项目: 河北省医疗保障局课题(JYB23017)

作者简介: 王丽颖(1994—),女,河北唐山人,硕士研究生,研究方向为社会保障;通信作者王明慧(1979—),女,河北唐山人,硕士,副教授,研究方向为卫生经济政策与医疗保障。

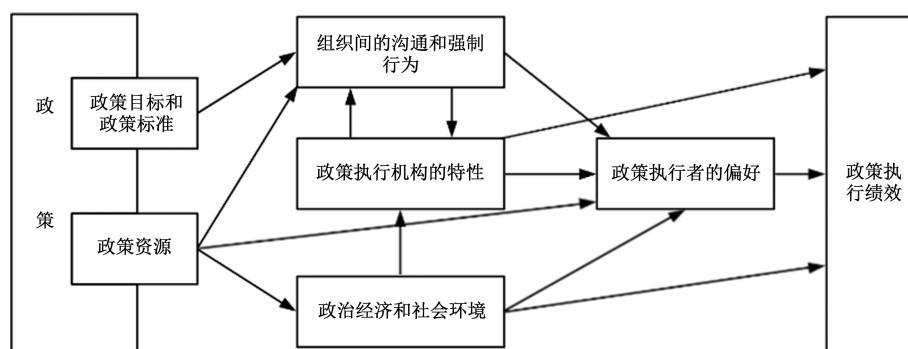


图1 米特-霍恩政策执行系统模型

助于在未来制定和实施政策时,更准确地预测和应对可能出现的问题。

3 按病种分值政策执行情况分析

3.1 政策目标和政策标准

2020年10月14日,国家医疗保障局为落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》制定了《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》,目标用1~2年的时间,将统筹地区医保总额预算与点数法相结合,实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立起现代化的数据治理机制,形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元,以结果为导向的医疗服务付费体系,完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。加强基于病种的量化评估,使医疗行为可量化、可比较,形成可借鉴、可复制、可推广的经验,为下一步在更大范围推广打好基础^[3]。DIP付费改革旨在控制不合理医疗费用增长,提高医保基金使用效率,维护参保人员权益价值,规范医疗服务行为,有效地将医疗服务与医保基金管理相结合,成为推动医保高质量发展和公立医院高质量发展的重要动力源泉。

2021年11月国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》从2022—2024年,全面完成DRG/DIP(疾病诊断相关分组付费/按病种分值付费)方式改革任务,推动医保高质量发展。到2024年底,全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革工作,先期启动试点地区不断巩固改革成果;到2025年底,DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构,基本实现病种、医保基金全覆盖。完善工作机制,加强基础设施建设,协同推进医疗机构配套改革,全面完成以DRG/DIP为重点的支付方式改革任务,全面建立全国统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制^[4]。依据国家医疗保障局全国医疗保障事业发展

统计公报,2020年开始在71个城市开展区域点数法总额预算和DIP付费试点工作,2021年试点城市全部进入实际付费阶段,2022年原试点城市平稳运行,同时各省市地区积极行动完成DRG/DIP支付方式改革三年行动计划中覆盖40%统筹地区的目标。综上,DIP付费改革政策目标较为明确,目标达成情况较好,但是政策标准较为宽泛,“加强基于病种的量化评估,使医疗行为可量化、可比较”这些标准并未形成具体的指标,顶层设计还存在不足之处。

3.2 政策资源

按病种分值付费是以国家医保局负责制定方案,省级医保部门负责试点城市的遴选、认定、培训、指导及考核等工作,各地级市医保局牵头制定本地配套政策并统筹协调推进政策推行。

3.2.1 顶层设计

国家医疗保障局精心制定的《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》不仅为按病种分值付费提供了系统的顶层设计,更是一次医保支付方式改革的积极探索。该方案强调7个重要方面的落地实施:实行科学合理的区域总额预算管理,以确保医疗资源的合理配置;全面覆盖住院病例,以确保医保资金的公平分配;制定清晰明了的结算方式,以简化支付流程;打造高效的数据中心,以提升管理效率;强化全方位的配套监管措施,以规范医疗服务行为;优化协议管理流程,以降低管理成本;提升专业技术能力,以适应医保改革的需求^[3]。各试点城市在实施过程中,应紧密结合本地的实际情况,因地制宜地制定实施方案。

3.2.2 保障机制

为了确保按病种分值付费政策能够顺利实施,国家医疗保障局在过去的一段时间内,陆续颁布了一系列相关政策和技术规范。这些政策旨在建立健全的按病种分值付费体系,提高医疗资源的配置效率,减轻患者负担,同时保障医疗质量和安全。

国家医疗保障局发布的《按病种分值付费(DIP)技术规范》对病种分值付费的实施流程、数据采集与传输、病种编码、费用核算等方面进行了详细的规定。它为各地在实施病种分值付费时提供了统一的技术指导,确保了各地在执行过程中能够保持一致性和规范性。《DIP病种目录库》中包含了各类疾病的病种编码、诊疗方案、临床路径等信息,为各地制定病种分值付费标准提供了重要依据。通过统一病种编码和分类,有助于提高医疗服务的可比性,使各地在病种分值付费实施过程中能够更加科学、合理地评估医疗服务质量和费用。此外,为保障按病种分值付费政策的专家支持,国家医疗保障局还设立了《按病种分值付费(DIP)专家库》。这一专家库包含了全国各地在病种分值付费领域的权威专家,为政策制定、技术研究、实践推广等方面提供了有力的智力支持。专家库的建立有助于推动病种分值付费政策不断完善,提高政策实施的效果。国家医疗保障局试行了《按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程》,该规程对医疗保障经办管理提出了具体要求,包括费用审核、结算、纠纷处理等方面。这有助于确保病种分值付费政策在实际操作中的顺畅运行,降低实施过程中的风险。总之,国家医疗保障局通过颁布一系列关于按病种分值付费的政策和规范,为中国病种分值付费政策的顺利实施提供了有力保障。

3.2.3 技术保障

按病种分值付费政策的执行需要依托大数据平台,医保信息的准确性、及时性、互通性都将影响政策执行的效果。为推进按病种分值付费改革的执行进程,国家医疗保障局依托全国统一的医保信息平台,开发了DRG/DIP功能模块基础版,已于2022年11月在全国落地应用。

3.3 组织间的沟通和强制行为

组织间的沟通是政策执行机构之间的信息共享与沟通平台。强制行为是由政策执行机构制定的规范、激励、惩罚等方式。DIP由各地级市医保局进行统筹协调执行,医疗机构负责上传患者信息、疾病编码等,医保局进行审核,以区域内住院平均医疗费用或基准病种的次均医疗费用作为基准,计算各病种的分值。良好的大数据运行平台是实现医疗机构与医保局沟通的重要保障,医疗机构上传信息是否及时、准确,医保局审核过程中发现异常是否可以及时返回核实都是影响政策执行效果的因素。同时对试点城市政府门户网站以及当地医保局官网搜索,并未发现有试点城市的医保局就按病

种分值付费的支付方式对医疗机构形成具体的考核标准、激励或惩罚机制。对相关文献进行分析发现,有地区公立医院加快推进DIP成本核算与管理,建立绩效激励与成本管理的联动机制,推动医院可持续发展。组织间的强制行为少、无法对政策的执行形成推动力。

3.4 政策执行机构的特性

执行机构是指负责政策执行的政府机关或者单位。按病种分值付费政策主要涉及的执行机构是政府部门、卫生行政部门以及医疗机构。

3.4.1 政府部门

政府部门作为按病种分值付费政策的制定者和主导者,肩负着确定政策发展方向和路径的重任。为了确保按病种分值付费政策的顺利实施,政府部门需要在战略层面进行统一领导,制定总纲领,明确政策目标和实施步骤。自按病种分值付费政策试点推行以来,尽管已近两年时间,但该政策的发展仍不够成熟。在这个过程中,政府部门扮演着关键角色,需要对政策进行持续支持和引导。这包括明确政策涉及主体的具体职责,促进医疗机构、医保部门、患者等各方共同参与,以实现政策良性发展^[5]。然而,当前政府部门在监督、法律保障等方面仍存在不足,尤其是在法律保障方面,尚无针对性法律法规来约束政策过程及主体行为,这在一定程度上影响了政策的实施效果。

3.4.2 卫生行政部门

各地市卫生局及卫生健康委员会肩负着方针政策的协调和监督职责,负责监管和统筹协调工作。卫生行政部门需对计算标准、病种分值库、规则等予以监督和管理,并对出现的问题进行及时解决。然而,行政部门在按病种分值政策的具体细化方面存在不足,多数情况下仅照搬国家卫生健康委员会发布的按病种分值付费政策实施细则,未根据实际情况对目录库进行调整。通过查询各省市卫生行政部门官方网站发现,仅有厦门市医疗保障局针对按病种分值付费建立了质量评价体系,苏州市医疗保障局印发了《苏州市基本医疗保险DRG付费负面清单》强调以骗取医疗保障基金为目的,实施临床诊断与实际治疗不符、高编高靠、低编低靠分组的行为等行为之一的,按相关法律法规处理,其他地市尚未制定相应评价体系,导致实施按病种分值付费政策的效果评价存在偏差,无法有效引导分级诊疗。按病种分值付费政策涉及及专业性强、病种分类繁多且细致,在实际运行过程中出现如疾病低码高编、单病种管理诊疗组间差异较大等问题,

卫生行政部门的监管力度和广度难以达到预期水平,从而使按病种分值付费政策的效果不尽如人意。

3.4.3 医疗机构

从微观组织视角分析,医疗机构是该政策的具体执行者,是政策最终能否成功实施的关键。病案首页的质量是按病种分值付费能否精确实施的关键,通过对现有按病种分值付费的研究文献发现,医疗机构普遍存在病案质量差以及信息化程度不达标的问题,如宿迁市医保局抽查泗阳某医院存在高套病种分值收费的违规情形,叙永县医保局现场核查发现叙永县中医院存在高套分值升级诊断等DIP违规行为,无法提供真实可靠的病种数据支撑。同时医院传统的管理模式,并不能适应深化医保支付方式改革的要求。传统的医院管理模式中,各职能部门的管理是相对独立的,新形势下按病种分值付费作为医保支付方式的改革要求医院进行精细化管理,统筹协调,需要多个职能部门齐抓共管,为适应新的改革要求形成新的管理模式^[6]。探索建立医院与医保之间的良性机制。医疗机构如何进行精细化管理也是按病种分值付费政策执行效果的一大影响因素。

3.5 政治经济和社会环境

3.5.1 政治环境

在积极推进按病种分值付费城市试点的过程中,政府高度重视相关政策制度的建设和完善。为了确保试点工作的顺利进行,政府相继颁布了一系列具体且细致的法律政策,对报销比例、编码规则、职能分工等关键环节进行了详细规定。这些政策文件的出台,旨在加强对医疗服务行为的规范管理,提高医保资金使用效率,减轻患者负担,实现医疗资源的合理配置。政府紧密结合试点城市已进行的医保结算数据,不断总结经验,对相关政策进行修订和完善。体现了中国政府在推进改革过程中的务实态度和及时调整策略的能力。然而,按病种分值付费政策涉及的领域广泛,跨足了医疗、医保等多个部门,这就需要各部门之间紧密协作,共同推进政策的落地实施。但在实际操作过程中,部分部门之间存在不愿主动承担责任的现象,这在一定程度上影响了政策的实施效果^[7]。

3.5.2 经济环境

医保支付方式改革是中国当前医疗体系改革的重要环节,其中,按病种分值付费政策在规划指导资源分配以及调节医疗服务供给上起到了关键作用。这一政策旨在建立一种科学、合理、公正的医疗费用支付方式,以提高医疗服务质量,促进医

疗资源的合理配置。中国目前正在大力推行的智慧医保、县域医共体等政策,与按病种分值付费政策相结合,有利于医院间建立利益共享机制。然而,按病种分值付费政策并未从根本上解决医院与医保之间的利益纠葛问题。由于医疗服务的特殊性,医院在提供医疗服务过程中,往往会出现难以预测的风险,这使得医院与医保之间的利益冲突仍然存在。此外,按病种分值付费政策在实施过程中,也可能出现病种划分不科学、付费标准不合理等问题,进一步加剧医院与医保之间的矛盾。

3.5.3 社会环境

随着中国经济的发展和生活水平的不断提高,人类寿命得以普遍延长,人口老龄化现象日益严重,据统计,大量的老年人饱受高血压、糖尿病、骨质疏松等慢性疾病的困扰,这些疾病的治疗周期漫长,且往往需要长期服药或住院治疗。王涿等^[8]对改革前后骨质疏松患者住院费用的构成及费用变动情况进行分析,发现DIP改革对骨质疏松患者费用结构优化具有导向作用,但仍有优化空间。随着生活节奏不断加快,人们面临的心理压力也日益增大,因此,精神疾病的发病率相较于过去有了显著提升。高霞等^[9]对DIP付费下抑郁症患者的住院费用进行分析,发现DIP改革后抑郁症患者的次均住院费用有所减少,平均住院日由12.28 d缩短至11.75 d,对提高医务人员合理控费有促进意义,但仍有进一步提升的空间。针对此类治疗周期长、需长期干预的特点的病种,现行的按病种分值付费政策并未做出明确规定。在此背景下,按病种分值付费政策亟待进行相应的完善。

3.5.4 技术环境

完备全面的大数据基础是实施按病种分值付费政策的关键技术支撑。根据《DIP技术规范》,为了实现病种分值付费的精准实施,数据准备环节至关重要。这一过程需要包括历史数据的采集以及实时数据的收集,同时,这些数据必须具备及时性、完整性、合理性和规范性等特点^[10]。为了满足这些要求,需要构建一个多系统互联互通的信息平台。通过这个平台,医保机构与医院之间可以实现实时高效的信息交流。在数据处理过程中,一旦发现问题,就能及时进行反馈和处理。然而,目前现有的平台尚无法满足这一需求,导致按病种分值付费工作的精确实施受到限制。

3.6 政策执行者的偏好

3.6.1 参保人

参保人是医疗保险的直接受益者。医保基金

存在的目的是为参保人提供医疗卫生服务,并减少其因病致贫返贫的可能性。按病种分值付费政策受益人之一就是参保人,是否真正降低参保人的住院负担直接反映了政策的实施效果。针对医疗费用变化的研究发现,实行按病种分值付费的模式后,住院患者医疗费用构成中患者的耗材费用以及药品费用的占比均有着显著下降。同时医保患者无论在本地还是在异地就医其个人承担部分的医疗费用与实施按病种分值付费政策之前有了明显的降低。而且,有大部分参保人对按病种分值付费模式并不了解,甚至没有听说过。随着人们生活水平的不断提高,人们在就医选择上倾向于口碑好综合实力强的大医院,这就导致大医院的就诊压力过大,而社区医院以及其他二级医院门可罗雀的现象,他们并不知晓对于一般疾病来说去二级医院与三级医院有什么不同,人们更倾向于实力强的三级医院。反映按病种分值付费政策的宣传力度不到位。

3.6.2 医护工作者

实施按病种分值付费政策,医护工作者是实施者,如何对疾病进行编码,同时患有多种疾病的患者如何选取主诊断都是医护工作者遇到的问题^[11]。而主诊断是确定该病例如何进行报销的决定因素。自从按病种分值付费政策发布以来,相关卫生部门对基层医务人员就如何进行疾病编码、主诊断、并发症等举行多次培训,同时鼓励医务工作者在职教育等,这些措施在一定程度上可提高医务工作者的专业素质和能力。然而受到疾病编码工作具有很强的专业性的影响,很多医生在诊断时不能明确如何对疾病进行正确编码,也在一定程度上加大了医生的工作量,医护人员数量不足这也是当前按病种分值付费政策所面临的一大问题。

3.6.3 医保部门工作人员

按病种分值付费政策的重要一环是医保部门对医疗机构进行医保基金的给付。医保部门工作人员需要对医院上报的数据进行审核,异常数据进行反馈或清洗,这就需要医保部门工作人员具有医学或药学的相关知识,尤其要熟悉编码知识。但医保部门作为一个行政部门专业人才匮乏,对数据进行检查时,涉及如病案首页是否规范、是否有违规嫌疑、第一诊断选择是否正确等专业问题时,医保部门的工作人员无法进行正确判断,导致按病种分值付费政策实施进程缓慢。

4 建议

4.1 完善相关法律法规,探索适应不同病种的DIP支付方式

若要保证按病种分值付费模式在各省市大面积推广,健全的法律法规以及相关配套政策方案是最根本的保障。中国按病种分值付费政策的发展依然处于起步阶段,此时需要政府根据当前各地发展现状及实施效果,随时进行政策的细化、补充和完善,提升政策的可执行性和社会适应性。政府要执行落实好“管办分开”,确定好权责的划分。政府部门在对宏观方向进行把控外,充分利用政策工具激活医保部门及医疗机构的积极性和创造性。现行的DIP结算方式对不同级别的医院赋予不同系数进行结算,但针对不同特点的病种可采取不同的赋值方式,如精神类及康复类这种治疗时间长、日均费用相对稳定的病种,可采取按床日付费支付标准折算成分值,这种方式能够更准确地反映这类病种的治疗特点和费用情况,还可以根据疾病的复杂程度、有无并发症或合并症、年龄等因素,设置不同的调整系数或者增加适当的分值,这有助于更准确地反映这类病种的治疗难度和费用情况,从而确保医保支付的公平性和合理性。

4.2 提高执行者的关注度

提高执行者的关注度和认知度,是确保按病种分值付费支付方式顺利实施和取得预期效果的关键。因此,通过媒体宣传、义诊、健康教育等形式,广泛宣传DIP付费方式的目的、意义,提升政策执行者对该模式的认知度和认同度。积极宣传政策能够让人们突破卫生资源时间与空间的利用限制,节省人们享受优质卫生资源的时间和费用。提高执行者对按病种分值付费的关注度,促进人们看病习惯的形成,为分级诊疗制度奠定了基础,更能够促进中国医疗卫生服务整合体系的形成。同时加大对基层医务人员的培训,提升业务水平,推出符合实际的考核方式和激励机制,培养符合政策需求的人才。

4.3 提升政策执行机构的执行能力

政策执行机构作为政策执行的主要组织载体,其执行能力决定了政策执行的成败。提升执行机构的政策执行能力有多条路径。第一,建立完善的政策执行机制。纵向上大推动各层级政府部门在政策执行过程中的积极沟通与协调,才能在层级性治理中避免政策执行失真的问题。横向上要建立跨部门合作的信任,整合医保部门与医院间的利

益,实现医保医院良性发展模式。第二,提升政策执行者的素质。政策执行者的价值观、认知水平、专业能力等关乎政策执行的水平。要树立人力资源开发的观念,注重运用科学的开发策略,充分激发和挖掘人力资源的潜能、积极性与创造性,提高执行人员的素质。第三,医疗机构要将治疗方案选择、标准住院时间、住院费用、出院标准等医疗行为标准化,规范诊疗行为,牢固树立医务人员控费意识,开源节流,达到提高服务质量有效控制住院费用的目的,同时优化费用结构,增加体现医务人员劳动价值的项目费用。

4.4 优化政策执行环境

首先要加快信息化建设,提升信息化水平。在按病种病种分值付费模式下,必须要有高品质的资料支持,在进行经营分析时,要清楚哪些病种会亏本,医疗保险基金要赔偿多少,哪些可以赚钱,都要从完整的资料系统中得到。进一步提高医院信息化水平,为全面实施按病种收费制度提供数据支持。同时要加大监管力度,开发研究更高效的大数据监管平台。原有的监管模式已不足以完成对医保支付方式改革后支付流程的监管作用,应针对按病种分值付费的模式下出现的低码高编等行为进行新的监管平台的开发。医保部门要强化对医疗机构的宏观监管体系,制定明确的奖惩机制,作为规范医疗机构行为的标尺,确保激励与惩罚体系的法定性和有效性。构建医疗机构的微观监管体系,实施精准化、差异化的监管策略,针对患者的费用结构进行细致分析,防止DIP实施后,医保政策范围内的费用被转移到政策范围外,从而加重患者的经济负担。调整医疗行为的外部激励和内部激励机制,建立与DIP支付方式相适应的医院薪酬分配体系,确保医生的劳动强度、工作复杂性和技术风险得到充分体现。

参考文献

- [1] 国家医疗保障局办公室. 国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障局按病种分值付费(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[A/OL]. (2020-11-09)[2024-01-20]. <https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/30/5565845/files/8242d69ea79846d185f9048d52edb6c7.pdf>.
- [2] VAN METER D S, VAN HORN C E. The policy implementation process: a co-nceptual framework[J]. *Administration & Society*, 1975, 6(4): 445-488.
- [3] 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: 医保办发〔2020〕45号[A/OL]. (2020-10-14)[2024-01-20]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/05/content_5557627.htm.
- [4] 国家医疗保障局办公室. 国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年计划的通知: 医保办发〔2021〕48号[A/OL]. (2021-11-26)[2024-01-20]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_37_7406.html.
- [5] 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.
- [6] 陶芸, 陈驰昂, 韩勇. 我国按病种分值付费实施效果分析及对DRG试点医院的启示[J]. *中国医院*, 2021, 25(6): 16-19.
- [7] 李秋莎, 杨春晓, 赵兹旋, 等. 我国按病种分值付费(DIP)政策研究: 基于国家、省、市三级的比较分析[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(7): 8-15.
- [8] 王涿, 张彩林, 伍利香, 等. DIP改革对骨质疏松症患者住院费用影响研究[J]. *中国医院管理*, 2023, 43(10): 37-41.
- [9] 高霞, 朱瑞轩, 蔡滨, 等. DIP付费下抑郁症患者住院费用的结构变动及灰色关联分析: 以江苏省扬州市某综合性医院为例[J]. *卫生软科学*, 2024, 38(9): 69-73.
- [10] 吴婷. 按病种分值付费政策实施效果研究[J]. *财经界*, 2022(20): 80-82.
- [11] 韦薇. 广东省基本医疗保险按病种分值付费政策研究[D]. 广州: 暨南大学, 2020.

Analysis on the Implementation of the Payment Method by Diagnosis-intervention Packet Based on the Mitt-Horn Model

WANG Liying, WANG Minghui

(School of Economics and Management, North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, Hebei, China)

Abstract: The reform of payment method by diagnosis-intervention packet(DIP) is an important part of deepening the reform of medical insurance payment method, and it is an original payment method in line with China's national conditions. Taking Rice-Horn model as the framework, on the basis of the literature analysis, the payment dilemma was studied from six dimensions, including the policy objectives and standards, policy resources, communication between organizations and coercive behavior, the characteristics of the executive, political economic and social environment and the preference. Some suggestions are put forward from four aspects, including the perfect laws and regulations, improving the executive attention, improving executive execution ability, and optimizing the execution environment.

Keywords: Mitt-Horn model; diagnosis-intervention packet; policy implementation