

# 医保 DIP 支付改革 对医疗资源利用效率及患者满意度的影响研究 ——以江苏省某市社区医院为例

代宝菊 孙国君

浙江工业大学 浙江 湖州 313200

**摘要:**我国 2010-2020 年卫生总费用年均增长率达 11.8%，远超 GDP 增速，医保基金收支压力凸显。传统“按项目付费”引发过度医疗等问题，2019 年国家启动 DRG/DIP 试点，2021 年明确 DIP 全覆盖目标。DIP 凭借“疾病诊断+治疗方式”分类及大数据分值库，以经济杠杆引导医疗机构控费提效，但针对社区医院的系统性研究不足。本研究以江苏省某市社区医院为对象，采用混合研究方法：双重差分模型（DID）对比实验组（23 家试点医院）与对照组（20 家非试点医院）核心指标；3-5 家医院案例追踪；682 名患者满意度调查结合结构方程模型（SEM）分析。结果显示，改革成效与问题并存：费用控制上，次均费用年均降 3.2%，药占比从 35% 降至 28%，但存在分解住院；资源利用上，平均住院日缩短 0.8 天，日间手术占比提 15%，基层服务能力未改善；服务质量分化，30 天再入院率降 1.2 个百分点，患者自付比例未改善，诊疗透明度满意度降 8%；患者满意度从 3.62 分升至 4.05 分，诊疗流程体验增幅 17.9%，费用负担感知增幅 7.8%。研究表明，DIP 改革有效控费提效，但“控费优先”可能影响医疗质量，需配套动态分组、智能监管等措施，强化基层资源投入，平衡控费、质量与患者体验。  
**关键词:** 医保支付方式改革；按病种分值付费（DIP）；医疗资源利用效率；患者满意度；混合研究方法

## 1 绪论

### 1.1 研究背景与意义

#### 1.1.1 研究背景

社会经济发展与人口老龄化推动医疗费用持续增长，2010-2020 年卫生总费用年均增 11.8%，医保基金收支平衡压力加剧。传统“按项目付费”模式下，医疗机构缺乏控费动力，过度医疗、资源浪费问题突出，加重患者负担。

国家高度重视医保支付改革：2019 年启动 DRG/DIP 试点，形成“双轮驱动”格局；2021 年《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》明确 DIP 全覆盖。DIP 通过“疾病诊断+治疗方式”组合分类，依托大数据构建分值库，形成“总额预算、病种赋值、分值点值”支付体系，引导医疗机构控费提效<sup>[1]</sup>。

#### 1.1.2 研究意义

(1) 理论意义：深化 DIP 支付模式作用机制探索，揭示其对医疗资源利用效率与患者满意度的影响路径，填补基层医疗机构相关研究空白。(2) 实践意义：为医保部门优化政策、医疗机构提升管理提供数据支撑；借鉴国际经验，完善我国医保支付制度，缓解“看病贵”，改善医疗服务供需关系。

### 1.2 国内外研究现状

#### 1.2.1 国内研究现状

(1) DIP 支付改革：核心在于病种分组科学性与动态调整，信息化建设与数据质量是关键。改革能降低次均住院费用、药占比，缩短平均住院日，但可能引发分解住院，基层服务能力提升不明显，患者满意度研究匮乏且结论不一致。(2) 医疗资源利用效率：评价指标体系需兼顾投入与产出，预付制模式能提升效率，医院管理、信息化建设等也有重要影响。(3) 患者满意度：评价维度涵盖费用负担、诊疗流程等，费用透明度、流程便捷性等是核心影响因素，支付方式改革对满意度的影响存在分化。

#### 1.2.2 国外研究现状

(1) 美国 DRG：控费成效显著，通过 VBP 计划将支付与质量挂钩，建立患者满意度动态监测体系。(2) 德国 G-DRG：分组精准，动态调整机制完善，专科适配性强，对高值耗材采用“谈判定价+按病例支付”。(3) 日本 DPC：质量导向，与基层医疗协同衔接，形成“支付-评价-改进”闭环。

#### 1.2.3 研究述评

国内研究证实 DIP 在控费、提效上的作用，但数据质量、政策适配性存在问题，基层医院及患者满意度系统研究不足；国外经验有借鉴价值，但需结合我国国情调整。

### 1.3 研究目标与方法

### 1.3.1 研究目标

量化 DIP 对社区医院医疗资源利用效率的影响, 评估其对患者满意度的作用, 分析基层改革的挑战与机遇, 提出优化建议<sup>[2]</sup>。

### 1.3.2 研究方法

(1) 定量分析法: 运用 DID 模型, 对比实验组与对照组医疗费用、住院天数等指标差异。(2) 案例研究法 纵向追踪 3-5 家代表性社区医院, 剖析改革举措与成效。

(3) 满意度调查: 设计结构化问卷, 调研 682 名住院患者, 结合 SEM 分析影响路径。

### 1.3.3 研究创新点

(1) 研究视角: 聚焦社区医院, 填补基层研究空白。(2) 研究方法: 融合 DID 模型、案例研究与满意度调查, 方法科学。(3) 研究内容: 构建“费用-质量-体验”三维框架, 内容全面。(4) 研究结论: 提出贴合基层的优化对策, 具实践指导意义。

## 2 理论基础和文献综述

### 2.1 理论基础

#### 2.1.1 医保支付改革核心理论

(1) 卫生经济学核心理论: 信息不对称理论揭示医疗服务市场特征, 供给诱导需求理论指出供给方可能诱导过度医疗, 资源配置效率理论强调实现帕累托最优。

(2) 资源稀缺性理论: 医疗资源有限, DIP 通过刚性约束实现精细化利用。(3) 委托-代理理论: 明确医保部门、医疗机构、患者的权责关系, DIP 通过机制设计破解利益冲突。(4) 价值医疗理论: 强调以最小成本实现最优健康结局, 与医保改革目标契合。

#### 2.1.2 医保支付模式演进历程

(1) 按项目付费主导阶段(1998-2010年): 操作简单, 但引发费用快速增长。(2) 支付方式多元化探索阶段(2011-2018年): 试点按人头、按床日、按病种付费, 效果有限。(3) DRG/DIP 双轮驱动改革阶段(2019年至今): 精细化、标准化, 实现全覆盖目标。

#### 2.1.3 DRG 与 DIP 支付制度核心内涵

(1) DRG: 基于临床路径分组, 强调临床同质性与资源消耗相似性, 适配二级及以上医院。(2) DIP: 大数据驱动, 病种组合灵活, 操作简便, 适配基层医疗机构。

#### 2.1.4 效率与患者满意度研究相关理论

效率研究依托 DEA 和生产效率理论; 患者满意度研究基于期望确认和服务质量差距模型。

### 2.2 文献综述

现有研究在 DIP 政策设计、实施效果上有成果, 但研究对象聚焦不足、内容不系统、方法待完善, 缺乏社区医院综合研究<sup>[3]</sup>。

## 3 中外医保支付模式比较及我国 DRG/DIP 发展分析

### 3.1 DRG 与 DIP 的联系与区别

#### 3.1.1 核心联系

均为预付制, 以控费提效、规范诊疗为目标, 依托病案数据, 结合总额预算, 兼顾费用与质量。

#### 3.1.2 主要区别

DRG 基于临床路径分组, 步骤复杂, 适配大型医院; DIP 依托大数据分值库, 操作简便, 适配基层。

#### 3.1.3 互补性特征

层级、区域、病种互补, 实现医保支付改革全覆盖。

### 3.2 我国 DRG/DIP 发展情况、特点及实施效率

#### 3.2.1 发展情况

历经试点探索、全面推进、深化完善三阶段, 超 95% 统筹地区落地, 基层纳入比例超 80%。

#### 3.2.2 核心特点

双轨并行、大数据赋能、总额管控、医保健协同。

#### 3.2.3 实施效率与成效

医疗费用增速放缓, 资源利用效率提升, 医院管理精细化, 医保基金可持续性增强。

### 3.3 典型国家支付模式解析

(1) 美国 DRG: 控费与价值医疗协同推进。(2) 德国 G-DRG: 动态调整与专科适配并重。(3) 日本 DPC: 质量导向与基层协同衔接。

### 3.4 经验启示

优化分组机制, 强化基层适配; 构建动态调整机制; 完善“监管-激励-质量”协同体系<sup>[5]</sup>。

## 4 江苏省某市社区医院医疗资源利用效率评价指标体系构建

### 4.1 指标体系构建原则与依据

#### 4.1.1 构建原则

科学性、基层适配性、可操作性、系统性。

#### 4.1.2 构建依据

卫生经济学理论、政策文件、国内外文献。

### 4.2 指标体系构建步骤与过程

(1) 文献梳理与指标初筛: 形成包含 3 个一级维度、12 个二级指标的候选池。(2) 专家咨询与指标精炼: 两轮德尔菲法, 最终确定 8 个二级指标。(3) 实证筛选与最终体系确立: 经数据可获性、鉴别力、相关性分析, 确立指标体系。

### 4.3 指标体系具体内容与权重确定

#### 4.3.1 指标体系详述

费用控制维度(次均住院费用、药占比、检查检验占比)、效率提升维度(平均住院日、床位周转次数、日间手术占比)、服务适配维度(基层病种入组率、家庭医生签约患者住院占比)。

#### 4.3.2 指标权重确定

采用熵权法与层次分析法结合，确定各指标权重。

#### 4.4 指标体系适用性检验

信度和效度检验显示，体系内部一致性良好，能准确衡量基层医院资源利用效率。

### 5 江苏省某市社区医院 DIP 改革分析

#### 5.1 研究设计与数据来源

选取 23 家试点医院为实验组，20 家非试点医院为对照组，数据来自医保结算、医院运营及患者满意度问卷。

#### 5.2 数据预处理

采用倾向得分匹配法（PSM）筛选样本，匹配后两组核心特征无显著差异，满足 DID 模型平行趋势假设。

#### 5.3 DID 模型构建与检验

构建双向固定效应 DID 模型，经平行趋势、安慰剂、稳健性检验，结果可靠。

#### 5.4 对医疗资源利用效率的影响

(1) 费用控制：次均住院费用、药占比、检查检验占比显著下降，存在分解住院问题。(2) 效率提升：平均住院日缩短，床位周转次数、日间手术占比提升，基层服务能力未改善。(3) 服务适配：基层病种入组率、家庭医生签约患者住院占比提升，诊疗透明度不足。

#### 5.5 对患者满意度的影响

(1) 总体变化：满意度从 3.62 分升至 4.05 分。(2) 各维度变化：诊疗流程体验提升最显著，费用负担感知提升平缓。(3) SEM 分析：诊疗流程、医疗质量感知对总体满意度影响显著，存在群体异质性。

### 6 社区医院 DIP 支付改革优化对策建议

#### 6.1 优化 DIP 分组与支付机制

(1) 构建基层专属病种分组体系，提升基层病种占比。(2) 建立“国家统一+区域适配”的动态调整机制。(3) 优化医保总额预算分配规则，将质量指标纳入分配权重<sup>[5]</sup>。

#### 6.2 健全智能监管体系

(1) 搭建大数据智能监管平台，实时监测违规行为。(2) 完善监管奖惩与绩效联动机制，强化诊疗透明度监管。

#### 6.3 强化基层医疗能力建设

(1) 加大财政投入，更新医疗设备。(2) 完善医护人员培养与激励机制。(3) 构建区域医疗协同服务体系，建立双向转诊机制。

#### 6.4 聚焦患者权益保障

(1) 优化医保报销政策，提高居民医保报销比例。(2) 持续优化诊疗流程，推广“互联网+医疗”。(3) 强化特殊群体精准关怀，制定专项服务方案。

### 7 总结和展望

#### 7.1 主要研究结论

(1) DIP 改革有效提升了社区医院医疗资源利用效率，切实缓解了基层医疗资源浪费问题。改革后社区医院医疗费用得到有效控制，诊疗运营效率显著提升，服务定位更贴合基层医疗需求。

(2) DIP 改革对社区医院患者满意度产生正向影响，整体呈稳步提升态势。患者在诊疗流程、医疗质量、就医环境等方面的体验均有改善，但费用负担感知提升平缓，不同群体患者满意度存在异质性。

(3) 社区医院落实 DIP 支付改革仍存在适配性短板，基层医疗改革落地需兼顾特殊性。社区医院在 DIP 分值核算、病种分组适配、医保结算对接、医务人员培训等方面仍存在堵点，需结合基层服务特点制定差异化实施细则。

#### 7.2 研究不足与展望

本研究的局限性主要体现在：研究样本仅选取江苏省某市社区医院，样本覆盖范围较窄，研究结论的普适性有待进一步验证；研究周期相对有限，未对改革长期实施后的成效进行持续性追踪。

未来相关研究可进一步扩大样本范围，选取多地区、多层级的基层医疗机构开展对比分析；拉长研究周期，构建长期追踪监测体系，深度挖掘 DIP 支付改革对基层医疗服务体系的长效影响；结合社区医院实际运营痛点，针对性提出更精准的 DIP 改革优化策略，助力医保支付改革与基层医疗高质量发展深度融合。

#### 参考文献：

[1] 封娟 .DIP 支付方式在基层医院的应用效果研究[J]. 中国卫生经济, 2024,43(5):67-70.

[2] 叶鑫瑛, 等 .DIP 支付模式下综合医院全科医学科发展研究[J]. 中国全科医学, 2025,28(2):156-160.

[3] 张进, 余红星, 王明举, 等 .DIP 支付背景下医保结算清单管理的探索与实践[J]. 中国卫生信息管理杂

志, 2024,21(6):857-862.

[4] 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(03): 56-61.

[5] 赖黎 .DIP 支付改革对医院精细化运营的影响研究[J]. 中国医院管理, 2024,44(3):45-48.