

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No.174-20241016

中国社科院世界社保研究中心 主办



这期刊发的《工作论文》是由韦玮、郑秉文联合撰写的《我国医保支付方式本土化改革历程与价值导向的发展趋势》，如引用，需征得本实验室（世界社保研究中心）或作者本人的同意——编者。

我国医保支付方式本土化改革历程与价值导向的发展趋势

韦玮

中国社会科学院大学政府管理学院研究生

郑秉文

中国社会科学院大学政府管理学院教授

中国社会科学院世界社保研究中心主任

【摘要】我国自1998年建立社会医疗保险制度以来，为应对医疗费用快速上涨、维护医保基金可持续运行，在吸收国外经验的基础上，从国家到地方进行了多种形式的医保支付方式本土化改革实践，取得了明显成效。本文在简单回顾“二战”以来国际医保支付方式改革进程的基础上，对我国医保支付方式改革本土化历程及与国际互动进行分析，总结我国医保支付方式改革的效果，展望改革的发展趋势，并就推广价值导向的医保支付方式改革提出三步走策略。

【关键词】医保支付方式改革；本土化；按疾病诊断相关分组付费；按病种

分值付费；按价值付费

随着人口老龄化趋势的加剧和医疗技术水平的不断提高，医疗费用上涨成为全球性现象。世界卫生组织曾指出，据保守估计，约 20%—40%的医疗卫生资源由于药品价格虚高、过度诊疗、低标入院、延长住院等原因被浪费，在做好医疗卫生费用筹资的同时，提高医疗资源和医疗费用的利用效率同样重要。医疗保险作为医疗费用的重要支付方，对医疗和医药市场具有明显的引导作用，因此，医保支付方式改革成为各国政府提高医疗卫生支出的使用效率、引导医疗资源优化配置的重要手段。从国际经验来看，多数国家的医保支付方式改革经历了从后付制到预算付费管理、从关注数量到重视价值的发展过程。从国内实践来看，我国的医保支付方式改革在学习借鉴国外经验的基础上，不断探索和创新本土化支付方式，在助推三医联动改革、提高医保基金使用绩效等方面取得了初步成效，但支付机制中的价值导向偏弱，支付方式改革仍然在路上。

为聚焦讨论内容，本文以医疗费用中占主要份额的住院费用的支付方式改革为研究内容，对“二战”以来国际医保支付方式改革进程进行简单回顾，分析我国医保支付方式改革的本土化历程及与国际的互动，总结我国的医保支付方式改革效果，展望改革的发展趋势，并就推广价值导向的医保支付方式改革提出三步走策略。

一、发达国家医保支付方式改革历程

第二次世界大战结束后，欧美发达国家纷纷宣布建立“福利国家”，资本主义由此进入鼎盛的黄金发展期。福利国家“大厦”的一个重要特征是构建起一个从摇篮到坟墓的覆盖全生命周期的医疗保险体系。发达国家医保体系的主要筹资方式可分为三种，即一般税收的筹资方式、医疗保险费的筹资方式、“税费混合”的筹资方式。但无论在筹资端采取什么筹资方式，在支出端均可看到医疗卫生费用快速膨胀。例如，美国医疗健康费用支出的 GDP 占比从 1950 年的 5% 快速提高到 21 世纪初的 15%，同期 10 个发达国家实际人均医疗健康费用支出年均增长率为 4.1%，高出人均 GDP 增长率大约 2 个百分点，并且 75 岁及以上人群的人均医疗健康支出是 50 岁—64 岁组的 8 至 12 倍。

20 世纪 70 年代之前，各国医疗保险制度支付方式普遍采取的是按服务项目付费，其基本特征是简单容易操作，但其缺陷也十分明显，即在运行过程中难以

对医疗费用进行有效控制，容易出现过度诊疗的问题，导致医疗费用大幅增长。在按服务项目付费的基础上，各国纷纷开始探索各种形式的基于预算付费管理的医保支付方式，试图予以替代按服务项目付费。

20 世纪 70 年代到 90 年代，越来越多的国家开始采取总额控制的预算管理方式，在一定程度上起到了提高医疗卫生支出使用绩效的效果，但也引发了一系列问题，如医疗机构推诿患者、降低服务质量，导致患者满意度下降。同时，由于总额控制对医生诊疗行为的限制，也招致医疗机构和医生的不满和抗议。与此同时，欧洲一些国家开始探索采取按服务单元付费的方式进行医保费用结算，但由于医疗机构倾向于延长住院时间或增加住院率以提高医疗费用，该支付方式的实际效果也很有限，加之其病种适用范围具有局限性，后经多次改革，按服务单元付费不再是欧洲各国的主流支付方式，但仍在精神类疾病、长期护理等领域有所应用。

20 世纪 70 年代，美国耶鲁大学研发了一套基于患者疾病诊断对病例进行分组的分类方案，即按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG），该方案将病例分为 83 个主要诊断类别，并根据次要诊断、年龄、治疗过程等因素进一步细分为 383 个 DRG 病组，以反映住院患者的资源消耗水平，供医院、政府、同行评审组织和医疗保险支付方开展医疗资源利用审查活动使用。1983 年，为应对医保支出的过快增长，美国老年医疗保险（Medicare）采用了 DRG 支付方式，根据组内患者的平均费用与全部患者平均费用的比值确定各病组的权重，并以此为标准向医疗机构支付费用，有效控制了住院患者的诊疗成本，缩短了患者的住院时间。

随后，DRG 支付方式被澳大利亚、德国、加拿大、日本等多个国家引入医保结算体系，并根据各国国情进行了本土化调整，形成了不同版本的 DRG 支付系统，以提高医疗服务的质量和效率。2020 年，世界银行在对美国、德国、澳大利亚、俄罗斯等国的 DRG 改革进行分析的基础上，指出与按服务项目付费相比，DRG 支付方式有助于减少过度检查、用药及延长住院天数等过度诊疗现象，如美国 Medicare 启动 DRG 付费首年，患者医疗费用增幅从 18% 迅速降至 3%，次均住院天数也出现下降。一项基于瑞典 26 个地区数据的研究表明，与未实施 DRG 的地区相比，实施 DRG 的地区诊疗成本节约 9.7%。

但在随后各国的实践过程中，DRG 支付方式也逐渐暴露出一些不足，如未将患者急性期后的康复及护理费用纳入病组支付标准、不利于成本增加的新诊疗技术应用、存在选择性激励等，对诊疗效果的引导作用不足。因此，一些国家开始探索实施基于价值付费的支付方式，将康复、护理、慢性病管理等治疗过程及诊疗效果纳入结算体系，如捆绑支付（Bundled Payment）、按绩效付费（Pay for Performance）、共享结余（Shared Savings）和风险分担（Shared Risks）支付等。

按价值付费的支付方式取得了较为理想的预期。美国的一项研究表明，捆绑支付降低了部分病种手术患者的医疗费用，且未增加患者的住院天数及再入院率。美国医疗保险和医疗救助服务中心（Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS）2021 年的官方数据显示，2020 年参与共享储蓄计划（Shared Savings Program, SSP）的责任医疗组织（Accountable Care Organization, ACO）节省了约 19 亿美元的医保费用，并获得近 23 亿美元的绩效报酬，连续四年实现净储蓄，发挥了提高诊疗质量和降低医疗成本的作用。英国实施按绩效付费的最佳实践关税（Best Practice Tariffs, BPT）项目后，髌部骨折病例的诊疗质量得到了改进。

然而，由于指标体系和激励约束机制设置的差异，对不同的支付方式或者同一支付方式下不同项目的评估结果不尽相同。2022 年 CMS 对其实施的 21 项支付模型的评估显示，向参与者（医疗机构或组织）提供财务激励的模型中，6 个结余、6 个亏损、6 个无显著改变，少数模型的护理质量得到改善，多数无明显变化。因此，对于按价值付费的支付方式来讲，指标体系和支付政策的设置十分关键。

二、国外主流支付方式在我国医保制度中的引入及我国医保支付方式本土化改革的探索

（一）国外主流支付方式在我国的引入和实践

“二战”以后，国外医保支付或预算管理方式从时间顺序上看，大致经历了按服务项目付费、总额控制、按服务单元付费、DRG、按价值付费等五种。这五种方式的特征虽然各有千秋，但总体是一个不断升华与扬弃的过程，波浪式改革

成为国际医保支付或预算管理方式不断迭代更新的一条主线。就目前来看，DRG 和按价值付费普遍流行于大多数国家，成为很多发达国家医保支付方式的主流，尤其 DRG 吸引了很多国家医保管理部门的持续关注。

作为引导医疗资源优化配置的重要手段，国际医保支付方式改革的演进和发展有效地节约了诊疗成本、提高了资源利用效率，也为我国支付方式改革提供了参考样本和经验借鉴。我国改革开放之初正值国外 DRG 支付方式如火如荼的年代，当时我国同样面临着医疗卫生费用快速增长的问题，1980 年—1985 年我国卫生总费用年均增长率达到 14.27%^①，但缺乏有效的管理工具对医疗资源消耗及医疗费用支出进行客观评价，于是 20 世纪 80 年代末，美国的 DRG 支付方式开始引起我国各地学者的广泛关注。1988 年，北京市医院管理研究所成立，开始对 DRG 在北京市应用的可行性进行研究，北京市于 2011 年启动 DRG 试点工作，成为我国首个实施 DRG 的城市。国家医保局成立后，2019 年正式公布了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG（CHS-DRG）分组方案》，在国家层面上完成了 DRG 付费的顶层设计，有力推动了我国 DRG 改革的进程。

除 DRG 外，国外关于按服务单元付费和总额控制的实践也引起了我国相关部门和部分地区的关注。截至 2019 年，我国 60% 以上的统筹地区开展了按床日付费，97.5% 的统筹地区实行了医保付费总额控制，但上述两种支付方式的实践效果与国外类似，无法较好地实现引导医疗资源优化配置的作用，支付方式改革的路径仍需进一步探索。

（二）我国医保支付方式的本土化改革

我国部分地区在吸收国际经验的同时，立足本地实际，创新性地开展了按病种收付费、按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）等与按病种付费相关的其他支付方式改革，并对中医病种、康复病种等探索实施按价值付费，有力推动了我国医保支付方式的本土化改革进程。

按病种收付费被认为是实施 DRG 的初级阶段，1995 年在黑龙江省齐齐哈尔市率先实行。但由于按病种收付费严格遵循临床路径的特点，病种多集中在外科手术类疾病，难以实现住院病种全覆盖，且病种成本测算困难、收付费标准难以科学确定，试点病种的实际执行率较低，还需要进一步探索改进。

^①增长率数据根据国家统计局数据查询栏目历年卫生总费用数据计算得出。

按病种收付费的探索起步后，国内部分地区还探索了同样以病种为付费单位，但病种覆盖面更广、更易落地执行的 DIP 支付方式。该支付方式于 2003 年发源于江苏省淮安市，随后在广东省中山市、山东省东营市等多个城市实行，在规范医疗行为、科学合理支付等方面具有积极效果。2020 年，国家医保局印发《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）》，在国家层面上统一了 DIP 付费的基本框架，开始在全国试点推广 DIP 支付方式改革。

近年来，随着国外按价值付费支付方式的兴起，国内部分地区还进行了按价值付费的本土化探索。如浙江省自 2018 年起对肝移植术实施按绩效支付，根据患者的年龄及手术后的生存期制定差异化的支付政策，激励医疗机构提高诊疗质量。广西壮族自治区柳州市 2018 年起试点中医优势病种按疗效价值付费，纳入病种的次均住院费用和住院时间明显下降，患者满意率超 90%。湖南省长沙市自 2022 年起开展住院康复护理支付方式改革，对康复治疗建立“功能相关分组（FRG）”和“基于患者需求的慢性康复分组（PDCRG）”，并设计了配套评估量表及相关激励机制，初步建立了康复治疗按价值付费的制度框架。这些地区的自发探索，为我国支付方式改革的纵深发展积累了有益经验。

概而言之，与发达国家医保支付方式演进历程非常相似，在过去的几十年里，我国医保支付方式也经历了一个渐变的改革历程，截至目前，先后出现了 6 种应用较广的支付方式或预算管理方式，即按服务项目付费、总额控制、按服务单元付费、按病种收付费、DRG 和 DIP 等。其中，按服务项目付费和按总额控制付费的影响最大，覆盖面最广；其次是按服务单元付费和按病种收付费，这两种支付方式虽然覆盖范围超过统筹地区的半数以上，但覆盖病种数量明显小于按服务项目付费和总额控制覆盖的病种数量；DRG 和 DIP 作为我国当前新一轮医保支付方式改革的两种主流支付方式正在全国强力推进。2021 年，国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》（以下简称《三年行动计划》），规定“十四五”期间 DRG/DIP 支付方式实现“四个全覆盖”，即覆盖所有的统筹地区、符合条件的医疗机构、90%以上的病种和统筹区内 70%以上的住院医保基金。为实现“四个全覆盖”，《三年行动计划》提出了加强“四项基础建设”，即加强专业能力建设、信息系统建设、标准规范建设、示范点建设，为 DRG/DIP 支付方

式改革的持续推进提供基础支撑。

三、我国医保支付方式改革的历程和效果

在过去几十年里，从基金支出的角度看，我国医保支付方式改革大致经历了三个阶段：1998年—2008年的自发探索阶段、2009年—2016年的新医改发展阶段、2017年至今的深化改革阶段。特别是国家医保局成立以来，我国支付方式改革在方方面面取得了丰硕成果，尤其在提高医保基金使用绩效、推动三医联动改革、提高群众看病就医的满意度和获得感等方面取得了明显成效。

（一）我国医保支付方式改革的历程

1、自发探索阶段（1998年—2008年）。由于医保制度刚刚建立，各项规章制度尚不完善，制度覆盖面迅速扩大，前期医保基金支出增长率随着职工参保人数增长率变化出现明显波动，二者于2001年同步达到高峰后逐渐降低^①。在后期，2007年启动城镇居民医保试点后，居民参保人数快速增加，但居民医保基金的支出规模较小（约为职工的3%）^②，对医保基金的总体影响有限，医保基金支出规模的增长主要来源于职工医保基金支出的增加。在这个阶段，部分地区开展了不同形式的自发探索，但全国范围内尚未形成大规模的支付方式改革趋势，医保支付以按服务项目付费为主，医保基金支出增长率总体看呈高位运行态势。

2、新医改发展阶段（2009年—2016年）。该阶段，基本医疗保险制度参保人数从4.01亿人增加至7.44亿人，基金收入从0.37万亿元增至1.31万亿元，基金支出从0.28万亿增至1.08万亿。在这个阶段，我国支付方式改革明确提上议事日程，且有了较为清晰的改革方向和目标，医保基金支出的增速逐年下降，医保基金支出增长率从34.26%降至15.62%（见图1），历年基金累计结余从0.43万亿元提高到期末的1.50万亿元^③。

3、深化改革阶段（2017年至今）。随着2016年城镇居民医保与新农保合并，医保参保人数从2016年的7.44亿陡增至2017年的11.77亿和2018年13.45亿人，参保率达到95%，再创历史新高，基本实现全覆盖。基金收入从2017年

^①根据国家统计局官网数据查询栏目的医保参保及基金支出数据计算，2001年医疗保险参保人数和基金支出的增长率分别为92.40%、96.06%。

^②根据国家统计局数据查询栏目的医保基金支出数据，2008年职工、居民医保基金支出分别为2020亿元、64亿元，居民医保基金支出约占职工医保基金支出的3%。

^③原始数据引自国家统计局数据查询栏目，增长率数据由作者计算得出。

的 1.79 万亿元提高到 2022 年的 3.09 万亿元，基金支出从 1.44 万亿元提高到 2.46 万亿元。在这个阶段，以 DRG/DIP 为主流的新一轮支付方式改革快速推进，医保基金支出增速在 2020 年—2022 年期间受疫情因素影响出现波动，但总体呈下降趋势，基金支出增长率从 2017 年的 33.94% 大幅降至 2022 年的 2.28%（见图 1），且参保人次均住院费用的增速逐年下降，参保职工次均住院费用在 2022 年首次出现负增长。

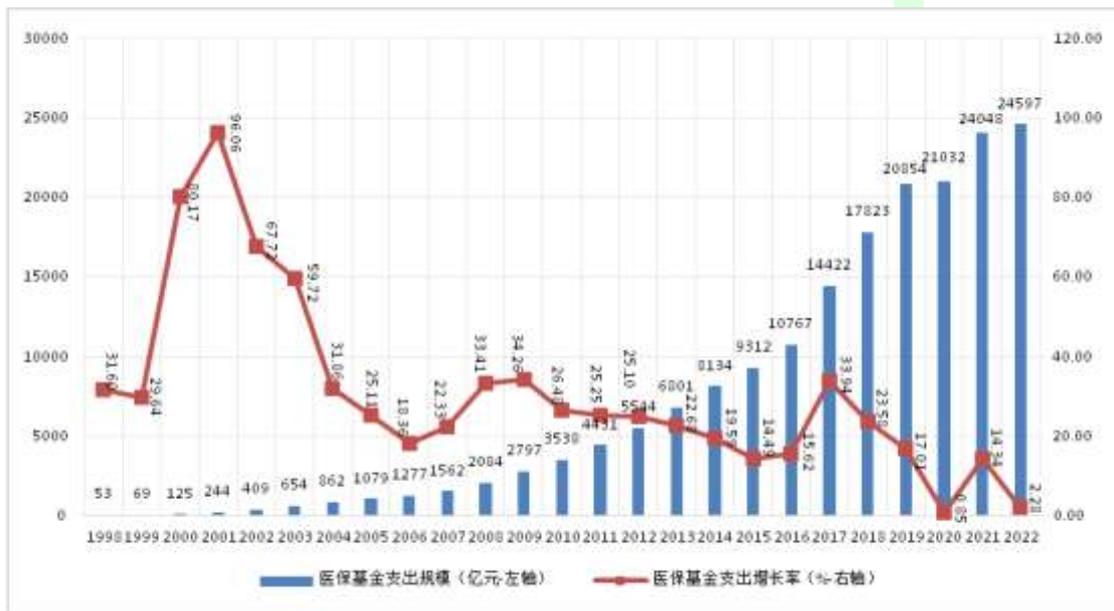


图 1 我国 1998 年—2022 年医保基金支出及增长率

（二）我国医保支付方式改革的成效

1、提升医保基金的使用绩效。DRG/DIP 为主的新一轮支付方式改革，以按病种付费的支付机制设计，为强化各项医保政策之间的协同配合、减少医保政策的碎片化提供了有效的解决方案，有利于统筹提高医保基金的使用绩效。同时，改革中更加强调大数据分析等信息化手段的应用，有利于从经办管理、稽核检查、监督执法等各个环节加强对医保基金使用情况的精细化、智能化管理，丰富了医管理手段，维护医保基金的高效平稳运行。此外，新一轮支付方式改革从专业能力、信息系统、标准规范和示范引领等四个方面，进一步夯实了医疗保障制度改革的基础，也为持续深化支付方式改革、提高医保基金的管理效能和使用绩效提供了有力保障。

2、助推三医联动改革的深化实施。DRG/DIP “结余留用”的激励机制，有效

激发了医疗机构加强成本管理的内生动力，医疗机构主动建立健全与改革相适应的院内管理模式，通过加强临床路径管理、提高诊疗技术水平、优化病种收治结构等措施，综合提升精细化管理能力，促进了医疗机构的健康发展。医疗机构在加强成本管理的同时，也将压力信号传导到医药、医械行业，从而推动相关行业的供给侧改革。最后，DRG/DIP 对医药新技术设置的特例单议及除外支付机制，有利于引导创新技术和产品的临床合理应用，促进医疗、医药产业的创新发展。

3、提高群众看病就医的满意度和获得感。2021 年底，101 个 DRG/DIP 试点地区均已启动实际付费。从试点地区运行情况来看，改革后普遍实现了群众就医负担减轻、就医便捷度和满意度提高效果。支付方式改革引导医疗机构规范诊疗行为、提高技术水平、加强成本管理，患者的就医体验得到改善，个人负担得到减轻，满意度得以提升。同时，很多试点地区设置了“同城同病同价”的基层病种政策，助力基层医疗机构发展，引导和推动分级诊疗制度实施，进一步提升了群众看病就医的便捷度。

四、我国医保支付方式改革存在的不足及价值导向发展建议

我国的支付方式改革从上世纪末开始起步，发展迅速并融入国际医保支付方式改革主流之中，建立了以 DRG/DIP 为主、多元复合的医保支付机制，并不断探索具有中国特色的价值导向的支付方式，形成了以按病种付费为主要框架的价值医疗付费体系的雏形。而过去几十年来，发达国家医保支付方式改革的发展趋势和动向显示，以价值为导向的支付机制越来越受到关注，日益成为支付方式改革的一个潮流。具体而言，以价值为导向的支付机制强调的是在有效管理医疗成本的同时提供高质量的医疗服务。相比之下，我国的价值医疗付费体系仍处于初级发展阶段，多数地区支付方式改革的目标和措施侧重于规范诊疗和费用管理，对医疗服务质量和疗效的关注不足，价值导向偏弱；同时，已开展的按价值付费的相关探索，也存在评价指标较为简单、病种覆盖面较窄等短板。进一步增强医保支付机制的价值导向可能是我国支付方式改革下一阶段的重点发展方向。

（一）价值导向支付机制的特点

1、具有双重目标。传统的医保支付方式往往关注的是按服务数量计算的费用支付，而以价值为导向的改革意味着将根据患者的健康状况和医疗服务的效果

来获取报酬，而不仅仅依据服务的数量，将医疗服务效果与降低整体医疗支出统一起来，以更好地满足患者的需求。

2、强调以患者为中心。以价值为导向的支付方式改革将有可能推动医疗体系更加关注患者的需求和期望，包括提高患者的参与度、强调预防和健康促进以及通过提供更好的协调和连续的护理来改善“客户体验”，以此作为医保基金资源流向以患者为中心的医疗服务项目的推动力。

3、强调绩效评估与质量指标。以价值为导向的支付系统更加强绩效评估和质量指标，并且强调医疗提供者的报酬与其提供的医疗服务的质量、效果和患者满意度相关联，激励医疗提供者更加关注对患者全疾病周期的专业诊治，而不仅仅是对特定病症的治疗。

4、全面引入技术创新。以价值为导向的支付方式改革鼓励新技术的创新和应用，以提高医疗服务的效率和效果，支持科学的医疗决策和卫生管理，包括电子健康记录、远程医疗、人工智能等技术的应用。

5、可促进医疗资源的有效整合。与传统的医保支付方式仅关注治疗过程中的单次医疗费用结算不同，以价值为导向的支付方式更加注重疾病全周期的健康管理整体效果，从而实现疾病预防、慢性病管理等健康服务与急性期住院、康复期护理等治疗过程的有机整合，促进分级诊疗制度的落实和医疗机构（团队）间的协作。

（二）推进价值导向支付方式改革的建议

从我国医保支付方式改革的现状来看，各统筹地区的进展明显不平衡，由于基层医疗卫生服务体系建设情况及医保经办管理体系、数字化转型水平、行政经费来源渠道、医保基金支付压力等条件约束，在全国范围内建立以价值为导向的统一支付体系尚存在一些困难。因此，建议我国价值导向支付方式改革的实现路径分三步进行。

1、遴选部分 DRG/DIP 改革基础条件较为成熟、基层医疗卫生服务体系相对健全的地区先行先试。在已有的支付制度框架内，嵌入按价值付费的绩效评估和质量评价指标，并加强与医疗机构的协商谈判，在此基础上综合考虑费用管理情况和诊疗质量确定医保支付金额，从而引导医疗机构在管理费用的同时更加注重诊疗效果。

2、对先行地区的探索经验进行总结和提炼。在持续推进医疗卫生服务体系改革、提升基层医疗服务能力的同时，在国家层面上制定医保支付绩效评估与质量评价的共性指标体系，作为各统筹地区实施按价值付费的指导性框架。同时，允许各地结合实际进行本地化配置，引导地方医保行政管理部门和卫健部门积极参与进来，逐渐扩大试点范围，提高按价值付费的社会影响力。

3、大力推进按价值付费的支付方式改革。在试点较为成熟的基础上，自上而下大力推进按价值付费的支付方式改革，制定明确的时间表和任务图，逐步实现区域全覆盖。建立绩效评估与质量评价指标的动态调整机制和医保基金可持续性指标的联动机制，引入医保基金精算和预测制度，应对人口老龄化带来的医保基金支付压力，适应经济社会发展和医疗技术更新迭代。

五、结语

医保支付方式改革是一项复杂的系统性工程，没有哪一种支付方式是完美且通用的，需要根据应用场景、作用对象和管理目标等因素综合考量，选择适宜的支付方式。同时，在以人民健康为中心的医疗保障制度改革总体目标下，我国应进一步强化医保支付方式改革的价值导向，支付方式改革与医疗卫生服务体系改革协同发力，建立健全价值导向的医保支付体系，以医保支付的杠杆撬动全民健康目标的实现。

参考文献：

[1]World Health Organization. The World Health Report 2010[EB/OL]. (2012-06-16) [2023-12-05]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>.

[2]郑秉文. “十四五”时期医疗保障可持续性改革的三项任务[J]. 社会保障研究, 2021(02):3-14.

[3]National Bureau of Economic Research. Health Care Expenditures in the OECD[EB/OL]. (2006-03) [2023-12-05].

<https://www.nber.org/bah/winter06/health-care-expenditures-oecd>.

[4]彭晓博. 医疗价格形成机制和医疗保险支付方式的历史演变——国际比

较及对中国的启示[J]. 国际经济评论, 2018(01):24-38+4.

[5]甘银艳,王海银,金春林. 欧洲按服务单元付费应用进展及启示[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(07):93-96.

[6]Gavens M R .DRGs and PPS—Their Effect on Hospitals[J]. Society of Nuclear Medicine, 1989(17):16-22.

[7]Hafsteinsdottir E J G , Siciliani L .DRG prospective payment systems: refine or not re-fine?[J].Health Economics, 2010, 19(10):1226-1239.

[8]雷璐倩,张伶俐,颜建周,等. 德国医疗保险支付方式改革及对我国的启示[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(2):176-181.

[9]刘子琼,单苗苗. 医疗保险支付方式:国际经验与启示[J]. 卫生软科学, 2019, 33(8):68.

[10]王亚琦,袁式屏. 澳大利亚按病种付费制度对我国的启示[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(4):94-96.

[11]Bredenkamp C, Bales S, Kahur K. Transition to Diagnosis-Related Group Payments for Health[J]. World Bank Publications, 2020.

[12]Gerdtham U G, Löthgren M, Tambour M, et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis[J]. Health Economics, 1999, 8(2):151-164.

[13]Ellis A P. Setting prices for disease: lessons from foreign experience, June 5, 2001[C]. Paris, 2001.

[14]安磊,么莉,冯晶晶,等. 美国医保支付制度改革对我国康复护理服务的启示[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(4):9-12.

[15]孙辉,王海银,谢春艳,等. 美国以价值为导向的医保支付模式应用及启示[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(6):24-27.

[16]Lindsay E. Jubelt, Keith S. Goldfeld, Saul B. Blecker, et al. Early Lessons on Bundled Payment at an Academic Medical Center[J]. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2017(25), 654-663.

[17]Centers for Medicare & Medicaid Services. Affordable Care Act's

Shared Savings Program Continues to Improve Quality of Care While Saving Medicare Money During the COVID-19

Pan-demic[EB/OL]. (2021-08-25) [2023-12-05].

<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/affordable-care-acts-shared-savings-program-continues-improve-quality-care-while-saving-medicaid>.

[18]Nuffield Trust.The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence[EB/OL]. (2014-02-20) [2023-12-05].

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/the-nhs-payment-system-evolving-policy-and-emerging-evidence>.

[19] Centers for Medicare & Medicaid Services.White Paper – Synthesis of Evaluation Results Across 21 Medicare Models[EB/OL]. (2022-07-19) [2023-12-05].

<https://www.cms.gov/priorities/innovation/data-and-reports/2022/wp-eval-synthesis-21models>.

[20]中国医疗保险.一文读懂 DRG 在我国的历史变迁[EB/OL]. (2023-05-06) [2023-12-05].

<https://mp.weixin.qq.com/s/RpY8G4Uaj5zy71W9ABt54A>.

[21]国家医疗保障局.关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知

[EB/OL]. (2019-10-24) [2023-12-05]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_37_1878.html.

[22] 国家医疗保障局.2019年全国医疗保障事业发展统计公报

[EB/OL]. (2020-06-24) [2023-12-05]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html.

[23]廖藏宜.中国医保 DRG 付费改革探索的三个阶段[J].中国人力资源社会保障, 2020(01):60.

[24]邹伏英,熊瑶,邹俐爱等.按病种收(付)费相关规范研究探讨[J].中国卫生事业管理, 2017, 34(08):589-592.

- [25] 应亚珍, 曹庄. 如何认识 DIP 改革的后发优势[J]. 中国卫生, 2020(12):47-48.
- [26] 国家医疗保障局. 国家医疗保障局办公室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) [2023-12-05]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/11/20/art_53_3988.html.
- [27] 倪沪平. 肝移植术“价值医保支付”探索[J]. 中国社会保障, 2020(12):84; 浙江:试点肝移植术基本医保按绩效支付[J]. 中国医疗保险, 2018(01):72.
- [28] 廖藏宜, 秦纪华, 蓝志成. 中医优势病种按疗效价值付费的柳州经验[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(06):61-63+67.
- [29] 胡琳琳, 龙飞, 李佳, 等. 康复病组按价值付费的“长沙模式”[J]. 中国医疗保险, 2022(06):74-79.
- [30] 国家医疗保障局. 关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知[EB/OL]. (2021-11-26) [2023-12-05]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_104_7413.html.
- [31] 国家医疗保障局. 2018年全国基本医疗保险事业发展统计公报[EB/OL]. (2019-06-30) [2023-12-05]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html.
- [32] 国家医疗保障局. 2022年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2023-07-10) [2023-12-05]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/7/10/art_7_10995.html.
- [33] 黄华波. 医保支付方式改革取得积极进展[EB/OL]. (2022-11-14) [2023-12-05]. <https://mp.weixin.qq.com/s/cnxfED0yoOgLcBnFP7txzg>.
- [34] 金春林, 王海银, 孙辉, 等. 价值医疗的概念、实践及其实现路径[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(02):6-8.

The process and effect of localization reform of medical insurance

payment method in China from international perspective

【Abstract】 Rising medical costs are a common problem facing all countries. From international experience, Diagnosis Related Groups and pay for value have become the mainstream of medical insurance payment reform. Since the establishment of the social medical insurance system in 1998, in order to cope with the rapid rise of medical expenses and maintain the sustainable operation of the medical insurance fund, China has carried out various forms of localized reform of medical insurance payment methods from the state to the local level on the basis of absorbing foreign experience, and achieved obvious results. Based on a brief review of the process of international medical insurance payment reform since World War II, this paper analyzes the localization process of China's medical insurance payment reform and its interaction with the international payment reform, summarizes the effect of China's medical insurance payment reform, looks forward to the development trend of the reform, and puts forward a three-step strategy to promote the payment of pay for value.

【Key words】 Medical insurance payment reform, localization, Diagnosis Related Groups, Diagnosis-Intervention Packet, pay for value

声明:

中国社会科学院世界社保研究中心(简称“世界社保研究中心”),英文为 The Centre for International Social Security Studies at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 CISS CASS, 成立于 2010 年 5 月, 是中国社会科学院设立的一个院级非实体性学术研究机构, 旨在为中国社会保障的制度建设、政策制定、理论研究提供智力支持, 努力成为社会保障专业领域国内一流和国际知名的政策型和研究型智库。

中国社会科学院社会保障实验室(简称“社会保障实验室”), 英文为 The Social Security Laboratory at Chinese Academy of Social Sciences, 英文缩写为 SSL CASS, 成立于 2012 年 5 月, 是我院第一所院本级实验室。“社会保障实验室”依托我院现有社会保障研究资源和人才队伍, 由“世界社保研究中心”直接领导, 日常业务运作由“世界社保研究中心”管理, 首席专家由“世界社保研究中心”主任郑秉文担任。

“社会保障实验室”于 2013 年 2 月开始发布《快讯》和《工作论文》两项产品。其中, 《快讯》产品版权为“社会保障实验室”所有, 未经“社会保障实验室”许可, 任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、上网和刊登, 如需使用, 须提前联系“社会保障实验室”并征得该实验室同意, 否则, “社会保障实验室”保留法律追责权利; 《工作论文》版权为作者所有, 未经作者许可, 任何机构或个人不得以抄袭、复制、上网和刊登, 如需引用作者观点, 可注明出处。否则, 作者保留法律追责权利。

如需订阅或退订《快讯》和《工作论文》, 请发送电子邮件至: cisscass@cass.org.cn。

地址: 北京东城区张自忠路 3 号院东院北楼。

电话: (010) 84083506

传真: (010) 84083506

网址: www.cisscass.com

Email: cisscass@cass.org.cn

联系人: 董玉齐