

工作论文

SSL Working Paper Series

WP No.201-20250507

中国社科院世界社保研究中心 主办



这期刊发的《工作论文》是由郑秉文、韦玮联合撰写的《当前 DRG/DIP 支付方式的改革动因、主要问题与改革路径》，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。

当前 DRG/DIP 支付方式的改革动因、主要问题与改革路径

郑秉文

中国社会科学院长城学者 政府管理学院教授

世界社保研究中心主任

韦玮

山东省德州市医疗保障局

【摘要】当前，我国已基本实现 DRG/DIP 付费统筹地区全覆盖，在规范医疗机构管理、优化医疗资源配置、降低群众就医费用时间成本、提高医保基金使用质效和可持续性等方面发挥了积极作用。但医保支付改革的专业性强、复杂度高，深化改革、提质增效还面临多重挑战。基于对医保支付方式改革的历程和现状、趋势和意义的全面论述，本文对我国推进 DRG/DIP 付费进程中存在的问题和挑战进行深入分析，并在借鉴国外实施 DRG 经验教训基础上，对完善和提高 DRG/DIP 质效提出政策建议。

【关键词】按疾病诊断相关分组付费 按病种分值付费 医保支付方式改革
三医联动改革

2024 年 7 月，党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革 推进中国式现代化的决定》中指出，要“深化医保支付方式改革”。医保支付方式是医疗保障制度体系的核心机制之一。实施医保支付方式改革，是党中央国务院对深化医疗保障制度改革作出的重要决策部署，也是推动“三医联动”改革协同发展的必然要求。自 1999 年 1 月正式实施社会医疗保险制度以来，我国的医保支付方式经历了从后付制向预付制转变的过程。2019 年以来先后启动了住院费用按疾病诊断相关分组付费（DRG）和按病种分值付费（DIP）为主的改革，逐渐替代按服务项目付费的传统支付方式。2024 年，DRG/DIP 医保支付方式改革三年行动计划顺利收官，全国所有统筹地区基本实现 DRG/DIP 的全覆盖。

目前，以 DRG/DIP 为主的多元复合式医保支付制度基本形成，在优化医疗资源配置、降低群众就医负担、提高医保基金使用质效、提高医保基金可持续性等方面发挥了积极作用。例如，2024 年全国基本医保基金总收入同比增长 4.4%^①，基金总支出 2.97 万亿元，同比增长 5.5%，支出过快增长势头有所遏制，全年统筹基金当期结余 0.47 万亿元，历年累计结存 3.87 万亿元，医保基金管理质效明显提升。同时，全国基本医保门诊结算达 67 亿人次，同比增长 19%。回顾 2018 年至 2024 年，基本医保基金总收入 19.9 万亿元，支出 16.5 万亿元，统筹基金累计结存 3.87 万亿元，为全体人民生命健康提供了有利保障。

去年，针对近期来反映的临床诉求，在广泛听取医疗机构意见基础上，为最大限度地体现医保与医疗“相向而行、协同前行”的改革理念和价值导向，国家医保局发布了 DRG/DIP 分组方案的 2.0 版本，重点对 13 个学科以及联合手术和复合手术问题进行了优化完善，要求各统筹地区的数据工作组在 3 月底之前投入实际运作。在医保支付方式 DRG/DIP 改革升级的重要节点，对我国支付方式改革的现状和存在的问题进行系统梳理，借鉴国际上 DRG 支付方式改革最新做法，回应群众的社会关切，让支付方式更加贴近临床实际，探讨改革中面临的挑战及应对策略，对于持续深化医保支付方式改革有重要意义。

^① 国家医保局.国家医保局召开“保障人民健康 赋能经济发展”新闻发布会[EB/OL].（2025-01-17）
[2025-02-09].https://www.nhsa.gov.cn/art/2025/1/17/art_14_15491.html

一、从四大驱动因素看医保支付方式改革大势所趋

从全球范围看，在过去半个多世纪里，医疗卫生费用支出和医保费用支出均呈上涨趋势。根据世界卫生组织和世界银行的数据，全球医疗卫生支出的 GDP 占比 2000 年是 8.62%，2021 年提高到 10.36%；同期人均支出从 475 美元提高到 1260 美元，政府财政性人均医疗保健卫生支出从 273 美元增加到 793 美元。

我国卫生总费用和医保支出规模同样呈现出不断上涨的趋势，尤其医保支出规模增长十分明显。2009 年我国卫生总费用支出 17542 亿元，占 GDP 的 33.5 万亿元的 5.2%，2023 年增加到 90576 亿元，占 GDP 比例提高到 7%。2009 年至 2023 年，我国卫生总费用和人均卫生费用年均增长率均超过 12%^①，明显高于同期 GDP 增速。由于医保制度建立的较晚，医保支出增长更加明显：2009 年我国医保制度（含职工医保和居民医保，下同）支出 2797 亿元，仅占 GDP 的 0.8%，2023 年医保支出高达 2.82 万亿，占 GDP 比重陡然提高到 2.2%。

推动卫生总费用和医保支出显著提高的原因是综合性的，其中最主要的驱动因素有四个：一是人口老龄化不断加深导致人口供养率持续提高和制度潜在支持率显著降低，二是医疗科学技术水平和先进医疗设备迭代更新加速导致医疗通胀率居高不下，三是疾病谱正在发生深刻变化并为卫生总费率和医保支出带来压力，四是我国医保制度正处于扩张期，医保目录持续扩容与报销水平不断提高。

第一，人口老龄化不断加深。根据联合国去年发布的 2024 年版《世界人口展望》的数据，在过去半个世纪里发达国家人口的零岁组寿命预期从 1970 年的 70.6 岁提高到 2023 年的 79.9 岁，提高了将近 10 岁；65 岁组寿命预期从 14.5 岁提高到 20.0 岁；同期，65 岁及以上人口占总人口比例从 9.9% 提高到 20.2%，意味着人口发展从“老龄化阶段”跨越到“超老龄化社会”；潜在支持率（20-64 岁人口与 65 岁及以上人口的比值）从 5.7 下降至 2.9。对医保制度而言，发达国家人口老龄化这些指标明显的变化说明，在医保制度中，劳动年龄人口的负担日益加重，老年人比例逐渐增加，医保支出压力显著增加，且老年人口占比越高，医保基金支付压力越大。例如，中国职工医保制度 2023 年在职职工参保人数是 2.7 亿人，退休职工 1.0 亿人，制度支持率是 2.71。但是，在医疗机构发生的费用中，占比仅为 27% 的退休职工却占用了全年费用的 57%。中国老龄化发展迅速，

^① 数据来源为国家统计局官网数据查询栏目（<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>）。年均增长率系作者计算得出。

根据联合国的预测，到 2032 年将跨入“超老龄化”的门槛即占比超过 20%。2023 年 65 岁及以上老年人口 2.17 亿，到 2035 年和 2050 年将分别达到 3.13 亿和 3.90 亿，2050 年 80 岁及以上人口将达 1.32 亿，是 2023 年 3492 万人的将近 4 倍。

第二，医疗通胀率居高不下。医疗通胀率是指在一定时期内，与医疗相关的商品和服务（如药品、诊疗费、住院费、保险费用、医疗器械等）价格的价格年度增长率，表示医疗服务和产品价格的上涨速度。在过去十几年里，从全球平均水平和绝大部分国家来看，一般来说医疗通胀率普遍高于经济通胀率，尤其中国医疗通胀率处于高位，但经济通胀率很低，医疗通胀率的敏感性和反差显得更大，且中国的医疗通胀率高于很多发达国家。根据美世达信最新发布的《2025 年全球健康趋势报告》^①，2023 年和 2024 年中国医疗通胀率分别为 13.5 和 9.0%，处于高位，高于很多发达国家和发展中国家。例如，加拿大这两年的数据分别是 9.0%和 9.0%，美国是 5.2%和 5.2%，韩国是 7.8%和 7.6%，澳大利亚是 2.9%和 3.0%，法国是 4.6%和 3.1%，西班牙是 8.4%和 9.3%，瑞典是 7.0%和 8.0%。推动医疗通胀率高企的因素首先是人口老龄化（糖尿病、心脑血管疾病等慢病需求增加），其次就是医疗技术进步和新药创新药成本提高，例如，高值耗材、高端设备（如 MRI）、医疗器械、靶向疗法、创新药物、基因疗法、免疫疗法（如 CAR-T 细胞疗法）、质子重离子放疗等创新医疗技术的应用成本不断提高，其中有的前沿技术研发成本极高，导致初期治疗费用大幅攀升。

第三，疾病谱发生深刻变化。在人口老龄化不断加剧、医学不断进步、生活方式已然转变、生态环境出现变化、全球化加速等多种因素的共同作用下，在过去几十年里，包括我国在内的全球疾病谱悄然发生变化。疾病谱主要有两个变化，即从传染病向慢性非传染性疾病转变，心脑血管和恶性肿瘤等慢病上升为突出位置，传统传染病向新发传染病转变并开始跨区域传播，且全球化加速了病原体传播。就目前来看，疾病谱发生的两个主要变化是当前各国医保体系面临的主要挑战，反映的是人类社会发展与自然环境的动态博弈。一方面，天花、麻疹、结核和疟疾等传统传染病的发病率和死亡率显著下降，另一方面，心血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性呼吸系统疾病等慢性非传染性疾病（NCDs）需长期治疗，终身用药，新发传染性疾病的突发性和扩散性带来不确定性，疾病谱的这两大变化

^① MercerMarsh Benefits, Health Trends 2025: Adapting Plans to Optimize Value, Businesses of Marsh McLennan.

成为国民健康的主要威胁。以恶性肿瘤发病率为例，在癌症谱系的变化中，肺癌、肝癌、胃癌等仍处高发状态，随着抗癌药不断纳入医保目录，医疗支出自然大幅上升。

第四，医保目录持续扩容与报销水平不断提高。坚持“以人民为中心”的发展理念，坚持尽力而为、量力而行，在发展中保障和改善民生是中国式现代化的重大任务，在医保制度改革中主要体现在两个方面，即动态扩大医保目录和扩大享受待遇的参保人员覆盖范围。扩大医保目录是提高医保覆盖病种和药品范围的主要表现，自 2000 年发布第一版“医保药品目录”以来，为实现目录的优化，调整周期从早期最长的八年缩短到目前每年调整一次，并已连续调整 7 年，每年都有新药品、新技术、新耗材纳入进来，累计有 835 种药品新增进入目录，药品目录总数达 3159 种，其覆盖病种范围持续扩大，“药篮子”不断升级：一是向罕见病患者倾斜，累计纳入 90 余种罕见病治疗药物；二是及时把新药好药纳入目录，创新药新增数量越来越多，在 2024 年新增的 91 种药品种有 90 个是 5 年内新上市品种，其中 38 个是“全球新”的创新药；三是参加职工医保的灵活就业人员可享有生育医疗待遇保障；四是完善生育支持政策，辅助生殖项目逐渐纳入医保。扩大享受待遇的参保人员覆盖范围是医保制度高质量发展的另一个主要指标，其中，门诊费用和住院费用的报销比例均稳中有升，尤其居民医保的待遇水平和享受待遇的参保人员覆盖范围显著提高。2023 年，参加居民医保人员享受待遇 26.1 亿人次，比上年增长 21.1%，居民医保参保人员医药费用 19581.56 亿元，比上年增长 19.4%。居民医保住院费用目录内基金支付比例 68.1%。

在上述四大因素驱动下，大多数国家卫生费用和医保支出面临不断上涨的巨大压力，决策者们采取了很多改革举措，其中最主要的有两大项，即改革医保支付方式和引入战略购买机制。早在上世纪中叶，发达国家就开始探索医保支付方式改革。20 世纪 70 年代 DRG 诞生于美国高等学府，为控制医疗费用过快的增长，1983 年美国老年医疗保险（Medicare）将其引入^①。由于 DRG 的控费效果受到肯定，一些国家开始尝试采用，也有些国家对其进行本土化改良，很快，DRG 在发达国家和转型国家纷纷“落户”。目前，约有 50 多个国家正式建立起 DRG 网络

^① Gavens M R .DRGs and PPS—Their Effect on Hospitals[J].Society of Nuclear Medicine,1989(17):16-22; Hafsteinsdottir E J G , Siciliani L .DRG prospective payment systems: refine or not refine?[J].Health Economics,2010,19(10):1226-1239.

机制，还有十几个国家正在局部试验过程之中。

综上，在世界范围内，医保控费和支付方式改革是一个大趋势，DRG 是目前国际上最为流行、覆盖国家数量最多的主流医保支付方式。

二、当前改革现状与 DRG/DIP 改革的深远意义

我国医保制度建立至今还不到 27 年。医保制度建立之初我国就进入人口老龄化的门槛，同时开始积极探索适合国情的医保支付方式，至今经历了按服务项目付费、按病种收付费、按服务单元付费、总额控制、DRG 和 DIP 等六种主要支付方式。其中，按服务项目付费的覆盖面最广，在各地普遍应用；其次是总额控制，至 2019 年总额控制支付方式已覆盖全国近 98% 的统筹地区^①；按服务单元付费和按病种收付费在半数以上统筹地区开展了实践，但覆盖病种较为有限；DRG 和 DIP 是我国当前新一轮支付方式改革的两种主流支付方式。六种医保支付方式特点各异。

（一）按服务项目付费。按服务项目付费是最基本、应用最广泛的医疗费用结算方式，也是医疗保险制度建立初期普遍采用的付费方式。患者接受医疗服务后，按照实际发生的服务项目计算医疗费用总额，并按医保规定的报销政策确定医保和患者的分担金额。该支付方式计费简单、便于对账，利于医疗机构新技术项目的推广应用，但对患者医疗费用的管控力度不足，存在医疗机构和医务人员通过诱导患者过度检查、过度治疗而增加医疗费用的风险。

（二）总额控制。总额控制即在年度基金预算的基础上，综合考虑物价水平、医疗技术发展及各类支出风险等因素，统筹确定区域内定点医疗机构年度使用医保基金的控制额度，将总额控制指标细化分解到每家定点医疗机构执行，并设置“结余留用、超支分担”的激励约束办法。该支付方式可与其他支付方式叠加，有效控制医疗费用的总规模，但在总控指标的制定、与定点医疗机构协商谈判等方面存在较大难度，同时，易出现医疗机构以指标不足为由拒收患者的情况。

（三）按服务单元付费。按服务单元付费是指将医疗费用划分为固定的服务单元（如床日）并确定每个服务单元的支付标准，医保结算时按照服务单元的数量计算基金支付金额，而不再按照患者实际发生的费用计算。该支付方式多被用

^① 《2019 年全国医疗保障事业发展统计公报》，国家医保局官网：http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html

于精神类疾病、长期护理、康复治疗、安宁疗护等治疗周期较长且各服务单元的费用相对稳定的病种，优点是便于操作和管理，且对每个固定的服务单元的医疗费用可起到一定的控制作用，但在未对服务单元数量作出明确规定的情况下，存在医疗机构延长住院时间以增加结算金额的问题，且由于服务单元付费标准固定而患者病情轻重程度不同，导致医疗机构可能存在推诿重症患者的倾向。

（四）按病种收付费。按病种收付费意指单病种付费，是指以病种为单位将医疗费用打包后由医保和患者分担的支付方式。医保部门根据各医疗机构一定时期内纳入按病种收付费管理的病种收治病例的次均费用，确定各病种的医疗费用支付标准以及医保和患者分担的比例，从而得出医保和患者各自应负担的金额，以包干的方式支付给医疗机构。该支付方式有利于引导医疗机构控制诊疗成本，但由于支付标准固定，医疗机构可能出现推诿重症、服务不足等问题。同时，由于对不同严重程度的患者均按同一标准收费，容易引发轻症患者的不满。

（五）DRG 支付方式。DRG 支付方式按照疾病诊断、治疗方式、疾病严重程度等将病例划分为若干分组，组内病例病症相似、资源消耗相近，并根据划入各病组的历史病例数据测算病组的支付标准，以此与医疗机构进行结算（患者的费用结算仍按项目进行）。该支付方式有利于引导医疗机构降低诊疗成本、规范诊疗操作，但由于其对临床经验和病案首页的要求较高，更加适用于诊疗技术相对发达、信息化程度较高的地区。在该支付方式下，医疗机构可能产生高套病组、分解住院、低标入院等违规行为，对医保部门的监管带来挑战。另外，由于 DRG 不精确到具体手术操作，可能存在使用高新技术项目的病例由于费用超支出现较大亏损的情况，在支持新技术应用方面需要建立特殊机制，对医保管理能力的要求较高。

（六）DIP 支付方式。DIP 支付方式为中国原创，其主要做法是利用大数据技术将统筹地区一定时期内（一般是启动 DIP 前三年）的病例按照“主要诊断+手术操作”的组合形式进行聚类，形成若干 DIP 病种并根据病种次均费用测算病种分值，以此与医疗机构进行结算（患者的费用结算仍按项目进行）。与 DRG 相比，DIP 强调对临床数据的客观统计，穷尽所有主要诊断与手术操作的组合形式，并在此基础上聚类形成核心病种和综合病种，病种划分更为细致，对新技术的接受度更高，有利于引导医疗机构控制医疗成本，对医疗机构的病案首页和信

息化程度要求低于 DRG，在临床诊疗和信息化程度不够发达的中小城市更易推行。但在该模式下，医疗机构也会产生与实行 DRG 类似的违规问题，如高套病种、分解住院、低标入院等，以提高结算点数，获取更大的基金份额，对医保部门的监管提出更高要求。另外，DIP 病种数量较多，对医保管理带来挑战。

上述六种支付方式各有短长，在我国医保制度中都曾或正在发挥重要作用，目前形成了 DRG/DIP、按服务项目、按服务单元等多种付费方式并用的多元复合支付方式格局。在这轮支付方式改革中，国家制订了三年行动计划，其目标是到 2024 年底实现全国所有统筹地区 DRG/DIP 全覆盖，到 2025 年底实现所有符合条件的医疗机构 DRG/DIP 全覆盖。推进 DRG/DIP 医保支付方式全覆盖是深化三医联动改革、引导医疗资源优化配置、控制费用支出规模的核心举措之一，对医、保、患三方都具有重要意义。

第一，对于医疗机构来讲，有利于推动其内部管理的制度变革，加快公立医院改革的进程。新支付方式“结余留用，合理超支分担”的激励约束机制，促使医疗机构主动管理成本、规范诊疗行为、提高技术水平，减少不必要的检查和治疗，以避免费用超支的风险，从而在提升医疗资源运用质效的同时，促进医疗机构从粗放型发展向内涵式发展转变。

第二，对于医保部门而言，有利于提升医保基金的使用质效。改革后，DRG/DIP 支付方式可使医保部门从医疗费用的被动买单者转变为主动管理者。通过精准的基金预算和病种费用核算，医保基金支付更加科学高效，基金管理更加精细、规范，医保治理能力的现代化水平得到提升。

第三，从参保人角度来看，虽然支付方式改革只改变医保部门与医疗机构的结算方式，似乎与参保人无关，但从改革的本质来看，参保人是医保支付方式改革的受益者。一方面，改革后医疗机构加强成本管理，有助于降低参保患者的经济压力；另一方面，参保人可以享受到更规范、更优质的诊疗服务，就医体验得到改善。

三、DRG/DIP 改革对医、保、患三方行为影响分析

DRG/DIP 医保支付方式改革的目的，说到底是为了提高医保基金的使用质效，既要确保保障患者的治疗效果，又要加强对医疗费用的管理，寻求一个更具

性价比的医疗服务平衡点。在医保支付方式的介入下，医疗机构、医保部门、参保人作为医疗行为的三个主要参与方的行为都会受到明显影响。

第一，对医疗机构的运营理念和行为模式的影响。基本医保基金是医疗机构收入的主要来源。根据相关统计资料测算，2022 年全国各类医疗卫生机构的医疗收入为 4.19 万亿元，基本医疗保险基金支出 2.46 万亿元^①，医保基金支出占医疗机构医疗收入的 58.73%。对于医疗机构而言，医保不仅是其收入的主要支柱，同时也通过影响参保人的就医意向和消费行为对医疗机构的医疗收入产生进一步影响。医疗机构通过设置院内绩效管理制度等管理措施，对医务人员的诊疗行为造成影响，从而自上而下地落实其运营理念。不可否认的是，尽管医疗机构承担着救死扶伤的崇高社会责任，但即使是公立医疗机构，也面临着财政差额拨款下的巨大经济压力，这就在医患双方的信息不对称条件下为医疗机构实现收支平衡带来很大想象和操作空间。例如，为避免费用超支带来亏损，医疗机构主动减少高值药品、耗材的使用，减少检验检查等诊疗项目，缩短住院时间，在降低费用的同时，又会带来“治疗不足”的风险。再如，还有一种更为“高级”的管理策略，即通过提高诊疗技术、扩大收治规模等方式，提高收治患者的难度和数量，从质量和数量两个方面综合提高医疗收入。这种管理策略有利于医疗机构的长远发展，但如何提高技术、扩大规模，对医疗机构的管理层来说，也是个不小的挑战。

第二，对医保部门的政策导向和监管力度的影响。医疗机构和参保人员出于各自利益的权衡，在疾病治疗过程中出现不同的行为选择，从而对医保基金的使用质效产生影响。对医保部门来说，提高医保基金使用质效的捷径必然是有针对性地合理设置政策导向，使提高医保基金的使用质效与各方利益相统一，从而引导各方在满足自身利益需要的同时，实现控制医疗费用、保障治疗效果、节约医保基金的目的，达到“激励相容”的效果^②。比如，对一级、二级、三级医疗机构设置逐级降低阶梯式住院费用报销比例，引导参保人根据病情选择合适的机构就医，促进分级诊疗的实施。又如，将参保人的医疗消费与健康收益挂钩，从而

^① 医疗机构的医疗收入数据参见《中国卫生健康统计年鉴（2023 年）》（国家卫健委.中国卫生健康统计年鉴（2023 年）[EB/OL].（2025-01-24）[2025-02-10].<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjnj/202501/b8d57baa95834269b5b3562bfec801a7.shtml>.）；基本医疗保险基金支出数据参见国家统计局官网：<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>）

^② 杨燕绥,常培筌,秦晨,等.医保复合型付费的“约束-引导-激励”机制研究——契约科学和社会治理下金华医改实践[J].卫生经济研究,2021,38(12):7-10.

引导参保人合理治疗，避免医疗资源和医保基金的浪费。再如，在政策引导的同时，医保部门通过开展执法检查，加大对医保基金使用的监管力度，严厉查处医疗机构和参保人的违法违规行为，追回违法违规所得的医保基金，减少医保基金的“跑冒滴漏”等。另外，保持药品器械集采常态化，寻求价格的“最大空间”等，这是医保部门将其与支付方式改革进行绑定和“双管齐下”自然逻辑的结果。

第三，对参保人追求效用最大化和需求多样化的影响。与医疗机构和医保部门一样，病患作为参保人也是一个“理性人”，在医保目录、集中采购、支付方式的制度框架内，他们普遍希望实现个人消费的效用最大化，获得最多和最优的医疗服务，获得最好的药品和耗材。因此，对于医保目录内的药品、耗材和医疗服务项目，由于医保报销分担了部分费用，参保人一般接受程度较高，特别是甲类（无个人首先自付）的药品、耗材和项目常常作为首选，由此必然产生“搭车检查”和“挂床住院”等隐患。问题的关键在于，作为参保人的病患在需求上是多样化，家庭经济条件、受教育程度、职业性质是差异化的，消费观念、健康追求、对生命意义的追求和理解是多层次的，对多种治疗方案的选择及其治疗预期的“消费偏好”更是千差万别的，必然会有一部分参保人要求使用价格相对更为昂贵，超出支付方式对费用范围限定之外的药品及耗材与服务项目，甚至表示个人愿意填补由此导致的费用缺口，如不能得到满足，就必然在参保人医疗服务需求多样性与支付方式约束统一性之间产生冲突。由于各地各医院的管理能力存在差异，在医院层面如果不能在同病组内进行统筹和调剂的话，医院硬性费用指标分解到医生个人层面之后必将与病患产生矛盾。

四、国外 DRG 支付方式改革的趋势

目前，国外医保支付方式改革大致有三个发展趋势：第一个趋势是 DRG 支付方式在中等收入国家方兴未艾，受到的关注和使用的范围正处于上升期^①。第二个趋势是 DRG 在高收入国家医保支付系统改革中的主流地位出现逐渐减弱的迹象，热度远不如十几年以前。第三个趋势是有些国家探索基于价值的医保支付模式正在兴起，比如捆绑支付（Bundled Payment）、按绩效付费（Pay for

^① Yuan Liu, Gang Wang, Tian-Ge Qin, Susumu Kobayashi, Takashi Karako, Peipei Song, Comparison of diagnosis-related groups (DRG)-based hospital payment system design and implementation strategies in different countries: The case of ischemic stroke, BioScience Trends Advance Publication, DOI: 10.5582/bst.2023.01027, https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/advpub/0/advpub_2023.01027/_pdf/-char/en

Performance)、共享结余(Shared Savings)和风险分担(Shared Risks)支付等^①。医保支付方式改革从数量向价值转变,长期看这是一个趋势,例如,捆绑支付可降低下肢关节置换患者的总费用以及下肢关节置换和心脏瓣膜手术患者的费用,且并未造成住院时间或再入院率的增加^②。

一方面,DRG的引入和实施迅速扩展到很多国家,其效果很快显现。例如,世界银行在其发布的《向DRG医保支付方式的过渡-案例研究的经验教训》研究报告中对九个国家进行了详细分析^③,指出他们引入DRG的主要目的是出于控制不断上涨的医疗成本、提高效率 and 可持续性以及医保支付透明度的需要。该报告认为,DRG可减少过度诊疗,美国医保制度医疗费用增速在实施DRG的首年就从18%下降至3%,平均住院日也随之下降。另一方面,该研究报告还认为,患者每次诊疗的金额上限是固定的,它们来自以往的平均成本,但与单人单次诊疗的实际成本无关;该报告认为,DRG的缺陷和风险在于“激励医院在每次入院时节省服务(即治疗不足)、患者过早出院以及挑选低成本患者”,由此,该研究报告建议各国应根据实际情况,建立一些“排除机制”。

归纳起来,根据国外学者的研究,DRG存在的主要问题包括:一是难以应对支付水平过高的病例^④。为避免支付不足导致的意外后果,这些国家纷纷建立附加的“排除机制”。例如,英国和德国使用了较多的各种排除机制,丹麦的排除机制更多地用于引导患者高度复杂的服务需求,美国使用的排除机制较少。二是对医院的运营行为产生影响。有课题组通过建立数据库对297个指标进行对比^⑤,发现DRG对医院运营行为有较大影响,包括均次住院日、医疗质量和医疗资源的利用等,还发现报销率不足和对复杂病例进行分类的能力不足。三是不利于新技术和创新药的应用。未将患者后期康复、护理等费用纳入病种支付标准,对及时

① 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(06):24-27.

② 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.

③ Caryn Bredenkamp, Sarah Bales, and Kristiina Kahur, Editors, Transition to Diagnosis-Related Group(DRG) Payments for Health-Lessons from Case Studies, World Bank, Washington, 2020, pp.2-3.

④ Wilm Quentin, Victor Stephani, Robert A. Berenson, Lone Bilde, Katja Grasic, Riina Sikkut, Mariama Touré, Alexander Geissler, How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA Pay for Variable, Specialized and Low Volume Care: A Cross-country Comparison of In-patient Payment Systems, IJHPM(International Journal of Health Policy and Management, g 2022, 11(12), 2940-2950, https://www.ijhpm.com/article_4255_0484a5590215857331fa8e935f97e447.pdf

⑤ Shumin Ren, LinYang, Jiale Du, Mengqiao He and Bairong Shen, DRGKB: a Knowledgebase of Worldwide Diagnosis-related Groups' Practices for Comparison, Evaluation and Knowledge-guided Application, . Database (2024) Vol. 2024: article ID baac046; DOI: <https://doi.org/10.1093/database/baac046>

应用新技术和使用创新药等存在一定负激励^①。四是存在一定的公平性问题。有学者对希腊版的 DRG 研究结果发现^②，DRG 不能充分适应患者的病情严重程度，导致报销不公平现象十分明显。

五、当前 DRG/DIP 支付方式改革存在的主要问题

如前所述，在政策导向上我国医保支付方式改革正在形成以 DRG/DIP 为主的多元复合式竞争态势，在政策目标上贴合临床实际，有利于推动三医联动协同发展，降低患者费用负担，提高医疗资源配置质效和医保基金使用质效。但由于疾病诊疗的复杂性和患者需求的多元性，从政策过程来看，我国的支付方式改革在政策设计、经办管理、宣传解读等三个层面还面临诸多风险和挑战。

第一，在政策设计层面，医保支付方式政策机制不健全为其全面推进和实施带来风险。一是支付方式改革政策与医保待遇政策的协同问题。支付方式改革虽然不改变参保人的待遇水平，但医保待遇政策的合理性是影响支付方式改革效果的重要因素之一。如果没有建立待遇与支付政策的评估和协调机制，基金支出的压力和矛盾将集中体现在 DRG/DIP 付费环节，导致医疗机构和参保人的不满和抱怨。二是区域总额在门诊与住院之间的分配机制问题。统筹地区对普通门诊和门诊慢特病的管理较为粗放，随着医疗费用及医保支付金额持续增长，尤其对“紧平衡”的居民医保基金来说，如果没有制定科学的区域总额分配和管理机制，普通门诊和门诊慢特病费用的快速增长可能会挤占住院病例可用的基金份额，造成 DRG/DIP 付费区域总额不足和基金支付率下降。三是支付方式改革覆盖面与异地就医的协调问题。一般而言，异地就医患者的病情相对较重，费用相对较高。目前，部分省份已试点将省内异地就医纳入支付方式改革，以避免出现医疗机构区别对待本地和异地患者的问题，但跨省异地就医尚未纳入改革范围，加之异地就医的就医地监管责任落实困难，参保地通常在异地就医费用结算中处于被动地位，无法对异地就医费用进行有效管理。

第二，在经办管理层面，新型支付方式对医保部门管理能力提出更高要求。一是 DRG/DIP 支付方式对信息化的依赖程度较高，对基础数据质量要求更严格。

① Ellis A P .Setting prices for disease: lessons from foreign experience,June 5,2001[C].Paris,2001.

② A. Vozikis, S. Xesfingi, E. Moustafieri, T. Balbouzis, T. Rigatos, The DRG-Based Hospital Prospective Payment System in Greece: An Assessment of the Reimbursement Rates Using Clinical Severity Classification, *Modern Economy*, Vol.7 No.13, December 2016, https://www.scirp.org/pdf/ME_2016120116262826.pdf

如果信息系统建设不够完善、历史数据质量不高，可能会造成病种费用测算数据出现偏差。二是支付方式的高效推进需要医保管理手段的升级迭代。在经办管理上需要进一步健全与医疗机构的沟通协商机制，探索行之有效的协商模式；同时，高套分组、分解住院、低标入院等行为更加隐蔽，需要将执法检查的重心由按项目转移到按病种分类上来。三是支付方式改革对医保队伍专业化水平提出较高要求。支付方式改革涉及多个专业领域的知识，对医保管理和执法人员的专业素养要求较高。但目前很多地区的医保队伍存在专业人员配备不足、专业结构不合理等情况，难以对医疗机构进行全方位、深层次的监管。

第三，在宣传解读层面，政策宣贯解读不到位导致出现各种偏差。一是医疗机构的理解偏差。一些医疗机构未及时转变管理思路，仍沿用原来粗放的管理模式，次均费用明显高于同级同类医疗机构并由此导致出现亏损。二是医疗机构的行为偏差。一些医疗机构的行为逻辑中完全忽略了 DRG/DIP 大数平均的计算逻辑，忘却了为疑难重症、新药新技术提供合理补偿的特例单议机制，在次均费用上盲目内卷，采取一刀切的方式要求患者在其规定的天数内出院。三是医疗机构的服务偏差。有些医院降低服务质量，推诿重症患者，甚至出现低标入院、高套分组等违规行为，为区域内的医疗总量注入水分，降低了患者的就医体验，有悖于改革初衷。四是医疗机构的宣教偏差。大多数医院的宣传培训针对的仅是医保办和医务科等相关科室人员，直接面向医务人员的政策宣传和培训不够充分，在医务人员的绩效与病例盈亏直接挂钩时，医务人员只好“一手拿听诊器，一手拿计算器”，极大降低了对改革的认同度。五是医保部门的宣传偏差。医保支付方式改革关系到广大参保人员的切身利益，但由于改革体系和政策逻辑较为复杂，宣传解读不够全面、清晰，很多参保人对改革的目的、内容和成效缺乏了解，甚至存在误解，社会公众对改革的认知度较低，不利于改革的顺利推进。

六、政策建议

习近平总书记指出：“改革是由问题倒逼而产生，又在不断解决问题中得以深化”。支付机制是提高医保基金使用效能的关键机制。推进医保支付方式改革，不仅是医保高质量发展的需要，也是医院高质量发展的需要，更是人民群众获得更高质量医保医药服务的需要。在我国医保支付方式改革过程中，如何使医、保、

患三方实现共赢，是需要不断磨合的挑战，正视并研究这些问题将有助于我们持续深化医保支付方式改革，探寻改革下一步的发展方向。基于上述分析，提出三点政策建议。

第一，加强顶层设计，优化支付方式改革的政策机制。一是强化政策协同。待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管作为医保制度的基础性和关键性机制，共同构成医疗保障供给的闭环，是密切关联、不可分割的^①，加强与筹资、待遇、监管等政策的协同，特别是要建立全面的医保政策评估机制，统筹制定各项医保政策，提高医保政策体系的平衡性和协调性，为支付方式改革的顺利推进奠定基础。二是完善区域总额管理机制。充分调研本地疾病谱、医疗资源分布及技术水平等实际情况，合理划分普通门诊、门诊慢特病和住院的医保基金额度。三是加快推动省内异地就医纳入 DRG/DIP 改革，探索跨省异地就医支付方式改革的可行路径，尽快实现支付方式改革制度就医人群全覆盖。

第二，注重能力建设，提升医保治理的精细化、专业化、智能化程度。一是加强信息化建设，加快国家支付方式管理子系统功能模块的落地应用，提升基础数据质量，保障医保结算的准确性和及时性，利用大数据和人工智能对医保基金流向和医疗服务行为进行实时监控和预警。二是提高医保管理的精细化水平，建立健全经办机构与医疗机构的沟通协商机制，在支付方式改革政策制定、核心参数设置、特殊病例处理等方面，充分吸收医疗机构的合理化意见建议，全面推进、强化和完善中国版的排除机制即特例单议机制。三是提高医保管理人员的专业能力，加强医保工作人员和专家咨询团队两个专业队伍建设，鼓励医保工作人员参加学术交流、行业研讨和课题研究，拓宽视野，锤炼能力，不断提升医保管理队伍的专业化水平。

第三，强化宣传解读，增进各方沟通互信。首先，建立双向沟通机制。搭建医保部门与医疗机构、参保人之间的沟通平台，设立咨询热线和意见反馈渠道，及时解答医疗机构和医务人员在政策执行中的问题，回应参保人的关切和诉求，增强各方对改革的认同感和支持度。其次，构建立体宣传矩阵。针对不同年龄、不同群体的特点，结合社会上普遍关注的热点问题，有针对性地开展支付方式改革政策宣传，特别是充分利用微信公众号、短视频等新媒体平台，制作生动有趣、

^① 郑秉文,韦玮.中国医保支付体系改革 25 年：成就、问题与展望[J].社会保障评论,2024,8(03):75-89.

贴近生活的宣传内容，吸引社会公众关注。最后，优化宣传解读内容。鼓励统筹地区和医疗机构编制印发通俗易懂的医保支付改革的解读材料，通过案例分析、图表展示等方式，将复杂的政策内容简单化，帮助社会公众更好地理解改革政策，消除误解和疑虑，为改革的深入推进营造良好的舆论环境。

主要参考文献：

①Gavens M R . DRGs and PPS—Their Effect on Hospitals[J]. Society of Nuclear Medicine, 1989(17):16-22; Hafsteinsdottir E J G, Siciliani L . DRG prospective payment systems: refine or not refine?[J]. Health Economics, 2010, 19(10):1226-1239.

②Caryn Bredenkamp, Sarah Bales, and Kristiina Kahur, Editors, Transition to Diagnosis-Related Group(DRG) Payments for Health-Lessons from Case Studies, World Bank, Washington, 2020, pp.2-3.

③Ellis A P .Setting prices for disease: lessons from foreign experience, June 5, 2001[C]. Paris, 2001.

④郑秉文, 韦玮. 中国医保支付体系改革 25 年：成就、问题与展望[J]. 社会保障评论, 2024, 8(03):75-89.

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