

# 中国医保支付体系改革 25 年： 成就、问题与展望

郑秉文 韦 玮

**[摘要]** 医保支付体系和支付机制是决定医保制度运行和医保基金支付的核心规则，是关系到群众医疗服务的获得感和医保基金使用效率的关键所在。本文对我国建立基本医疗保险制度 25 年以来支付方式改革取得的成就进行了总结，对支付方式发展历程进行了回顾；在分析医保支付方式改革现状和目前存在的问题基础上，提出中国特色医保支付体系改革未来发展的五个取向，包括从后付制到预付制，从总额控制到总额预算，从西学中用到中西结合，从单一方式到多元复合，从数量支付到价值购买；最后，从联动机制、支付机制、支付政策和支付体系等四个方面对构建统一的中国特色医保支付体系改革前景提出政策建议。

**[关键词]** 医保支付方式；三医联动改革；按疾病诊断相关分组付费；按病种分值付费；公立医院改革

我国城镇职工基本医疗保险制度建立 25 年来，支付方式改革始终是伴随医保制度发展与改革的核心问题之一。从某个角度讲，医保制度改革的 25 年就是医保支付方式改革的 25 年，也是人民群众持续减轻就医负担和医保基金运行效率逐渐向高质量发展的 25 年。医保支付体系和支付机制是决定医保制度运行和医保基金支付的核心规则，是关系到群众医疗服务的获得感和医保基金使用效率的关键所在。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》将“建立管用高效的医保支付机制”列为深化医疗保障制度改革的六方面内容之一，要求“持续推进医保支付方式改革”。<sup>①</sup>

医保制度的待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管这四个基础性和关键性机制，形成一个完整的医疗保障供给的闭环。虽然表面上看，支付机制只是医保机构向医疗机构提供补偿的一个“技术工具”，但对医疗行为和医疗质量、待遇保障和报销水平、医院管理和医疗供给、基金效率和基金监管都产生着深刻影响。从本质上讲，支付机制的战略性购买作用使其成为一

**[作者简介]** 郑秉文，辽宁大学教授，中国社会科学院大学政府管理学院教授。主要研究方向：社会保障。韦玮，中国社会科学院大学政府管理学院 MPA 研究生。主要研究方向：医疗保险。

<sup>①</sup> 《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，中国政府网：[https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content\\_5487407.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm)，2020 年 3 月 5 日。

个“政策工具”，在协调医疗服务供给、引导医疗卫生资源配置、促进医保、医药和医疗协同联动改革中成为一个“牛鼻子”。

从我国医疗保险制度的发展历程来看，基本医疗保险基金的保障重点在很长一段时期内以住院费用为主，因此医保支付方式改革的探索和实践也多着眼于住院费用结算方面，已初步形成以按疾病诊断相关分组付费（Diagnosis Related Groups, DRG）和按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）为主、多种支付方式相结合的支付体系；而门诊费用的支付方式改革随着近年来普通门诊统筹工作的开展逐渐起步，尚未形成较为统一的制度体系。

本文的第一部分对我国医保支付方式改革的现状与成就从四个方面进行了总结归纳，第二部分系统梳理了我国医保支付方式改革三个历史阶段的主要特征，对不同阶段和不同医保支付方式的主要特征及其意义进行了比较分析，第三部分详细分析了医保支付方式改革中存在的四方面问题，第四部分对中国特色医保支付体系改革取向提出了五方面的看法，第五部分以 25 年来我国医保支付改革的经验为基础对未来改革前景提出四方面的政策建议，为我国支付方式改革的持续深入推进提供参考。

## 一、我国医保支付方式改革的现状与成就

1999 年 1 月我国城镇职工基本医疗保险制度开始运行，正式进入社会医疗保险制度阶段以来，门诊和住院医疗服务在就诊人群、费用结构和医保支付管理方面始终存在较大差异，在支付方式改革时需针对各自特点，分别采取不同的支付方式。为提高医保基金的使用效率、减轻群众的就医负担，在住院费用结算方式上，我国先后推行按病种付费、<sup>①</sup>总额控制、DRG 和 DIP 等支付方式改革，各地纷纷进行探索实践，推动我国支付方式改革不断向纵深发展。

经过 25 年的探索和改革，在我国医保制度改革的整体布局框架下，伴随着医保制度改革进程的不断深入，医保支付方式改革从无到有、从点到面、从面到全，一方面成为深化医保制度改革的主战场之一，同时，为推动三医联动改革、助力医药健康产业供给侧改革、提高人民群众就医的满意度和获得感作出贡献。

### （一）深化医疗保障制度改革

支付机制作为医保待遇政策的核心环节，为各项政策的串联和协同提供了耦合点，有利于克服按服务项目付费模式下医保政策碎片化的问题，统筹发挥医保政策的合力，深化医疗保障制度改革。第一，改革覆盖范围不断扩大。截至 2022 年，DRG/DIP 支付方式已覆盖过半统筹地区，实际付费地区定点医疗机构 DRG/DIP 覆盖率达 52%，病种覆盖率达 78%，住院医保基

<sup>①</sup> 2018 年之前发改委、卫生部门和医保部门（原人社部门）在出台医药卫生体制改革相关指导文件时，分别提出“按病种收费”和“按病种付费”的概念，并要求地方层面做好两者的衔接（《关于推进按病种收费工作的通知》，中国政府网：[https://www.gov.cn/xinwen/2017-01/16/content\\_5160256.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2017-01/16/content_5160256.htm)，2017 年 1 月 16 日）。有些地方政府在价格、卫生、医保（原人社）等部门联合发文时统称为“按病种收付费”改革，并且在地方执行层面这样的表述较为流行。本文主要从付费端讨论医保支付方式改革，根据《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）的使用规范，统一使用“按病种付费”的概念，特指医疗机构以病种为计价单位打包收取医疗服务费用并由医保基金和参保患者按比例分担的支付方式。

金支出覆盖率达 77%。<sup>①</sup> 第二,基金监管水平不断提升。DRG/DIP 支付方式促进了医保基金监管手段的迭代升级,以大数据技术为依托的智能化监管体系不断健全完善,对违规行为定位的精准度和执法效率得以提高。第三,基金使用效率持续提高。改革实施后,部分统筹地区基金超支的局面得以扭转,基金结算率得到提高,基金管理的精细化程度有效提升。第四,中医支付方式改革实现突破。部分地区探索开展了基于 DRG/DIP 的中医按病种支付方式改革,建立起基于价值和疗效的中医临床路径和评价体系,实现中西医“同病同效同价”,为中医病种纳入医保支付体系的难题提供了解决方案,推动了中医事业的传承发展。

## (二) 推动三医联动改革

医保在三医联动改革中处于基础地位,对医疗、医药资源的合理配置具有核心杠杆作用,对三医有效联动客观上起到了促进作用。<sup>②</sup> 在 DRG/DIP 支付模式带来的竞争机制下,医疗机构的管理方式由粗放式转为精细化、信息化,在医务管理上规范诊疗行为、提高技术水平,在财务管理上加强成本控制,在病案管理上提高编码质量,在薪酬分配上优化绩效考核体系,有力推动了公立医院综合改革的进程,引导医疗、医药资源优化配置和医疗机构高质量发展。如广东省广州市实施 DIP 改革后,全市医疗机构的平均病例组合指数(CMI)明显增长,3125 个病种的次均费用显著下降,病案质量得到提高。<sup>③</sup> 部分试点地区的医疗机构运用成本作业法开展全病种成本核算,通过精细化的财务核算科学制定控费措施,<sup>④</sup> 部分医疗机构建立基于循证药学的药物治疗临床路径,探索保证用药安全和合理控费的有效途径,<sup>⑤</sup> 还有部分医疗机构积极改革绩效管理机制,从技术、疗效、效率等方面建立符合各科室病种特征的绩效考核机制,引导和激励医务人员规范行为、提高技术。<sup>⑥</sup>

## (三) 助推医药健康产业供给侧改革

支付方式改革通过对医疗服务行为的引导和规范,进而对医药健康产业的发展产生深远影响。首先,医疗机构加强临床路径管理和财务核算,对药品和医用耗材的性价比提出更高要求,从而将压力传导至医药行业,促进企业在保证产品质量的同时注重成本管理,推动医药行业供给侧改革。其次,多数地区设置了特例单议或除外支付机制,支持创新医药产品和新型诊疗技术的应用,解除医疗机构和医药企业对开展新技术的顾虑,促进相关产业创新发展。最后,支付方式改革对商业健康保险的发展也起到促进作用。数据显示,2019 年,商业健康保险赔付占基本医保基金支出的比重达 11.8%,<sup>⑦</sup> 部分商保公司还参与了地方医保体系的运作,如当前已在多地试点的长期护理保险,以及总参保人次 2.98 亿、覆盖全国 29 个省份的“惠民保”项目等。

- 
- ① 《2022 年医疗保障事业发展统计快报》,国家医保局官网:[http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art\\_7\\_10250.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art_7_10250.html), 2023 年 3 月 9 日。
- ② 郑功成:《全面深化医保改革:进展、挑战与纵深推进》,《行政管理改革》2021 年第 10 期。
- ③ 张映钰等:《广州市基于大数据的病种分值付费实施路径与成效》,《中国医疗保险》2020 年第 9 期。
- ④ 赖凤郭等:《医保支付方式改革背景下作业成本法在公立医院成本管理中的应用》,《中国医院管理》2023 年第 9 期。
- ⑤ 张宏亮等:《DRG 背景下基于循证药学制订药物治疗临床路径实践探索》,《中国医院》2022 年第 2 期。
- ⑥ 丁音洁、姜立文:《DRG、DIP 为主的多元复合式医保支付方式改革对医院资金管理的影响与优化策略》,《中国卫生经济》2023 年第 4 期。
- ⑦ 瑞士再保险瑞再研究院中国中心:《DRG/DIP 支付方式改革对商业保险的影响》,《中国保险》2022 年第 11 期。

支付方式改革促进医疗服务降本增效的导向和支付数据的公开，有利于商保公司赔付成本的控制，也为商业健康保险的业务模式发展提供了机遇。

#### （四）提高群众就医满意度

“看病难、看病贵”是多年来群众反映强烈的焦点问题，也是我国医改要解决的核心问题。造成该问题的主要原因，一是优质医疗资源分布不均，导致患者就医不便；二是医疗费用居高不下，造成患者负担过重。经过多年的改革探索，特别是 DRG/DIP 支付方式改革实施以来，“看病难、看病贵”得到了初步缓解。一方面，很多医疗机构，特别是县级及以下的基层医疗机构在支付方式改革的激励下，积极引进和开展先进诊疗项目、提高收治能力，技术水平和服务能力得到提高，群众就医的便捷度得以提升。另一方面，医疗费用过快增长的势头得到控制，患者负担随之减轻。一项基于我国 19 个地区 2013—2019 年的抽样数据研究显示，DRG 和 DIP 两种支付方式均显著降低了参保患者的单次住院费用；<sup>①</sup> 山东省青岛市 2022 年上半年 18 家 DRG 试点医院次均住院费用同比下降 5.12%，平均住院日同比下降 8.83%。<sup>②</sup> 上述两方面双管齐下，群众就医的满意度不断得到提高。

## 二、我国医保支付方式改革的演进历程

医保支付方式是医保制度得以健康、可持续性运行的主要组成部分之一。从我国医保制度发展的整体历程来看，医保支付方式改革与医保制度改革相辅相成，与医保基金可持续发展息息相关，并随着医保制度的不断丰富和医保基金管理形势的发展变化而更新迭代。可以说，医保支付方式改革既是医保制度发展的内在需求，也是医保制度改革的重要助力。从重要历史节点来看，我国医保支付方式改革大致经历了三个阶段：1998—2008 年的起步阶段、2009—2016 年的新医改阶段、2017 年至今的深化改革阶段。各阶段的主要特点及有关部门出台的支付方式改革文件如表 1 所示。

表 1 我国医保支付方式改革发展阶段的主要特点及相关文件

发展阶段	主要特点	相关文件
起步阶段 (1998—2008 年)	以地方自主探索为主，按服务项目付费是该阶段的主流支付方式。	《关于加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理的意见》（劳社部发〔1999〕23 号）
新医改阶段 (2009—2016 年)	自上而下开展以总额控制为主的支付方式改革。	《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中发〔2009〕6 号） 《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（人社部发〔2011〕63 号） 《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔2012〕70 号） 《关于推进新型农村合作医疗支付方式改革工作的指导意见》（卫农卫发〔2012〕28 号）

① 朱凤梅：《DRG/DIP 支付改革、费用控制与影响机制——基于 19 个地区抽样数据的多期双重差分分析》，《社会保障评论》2023 年第 5 期。

② 于江、王韩：《山东青岛三年三步走，初步实现三方共赢》，《中国卫生》2022 年第 10 期。

发展阶段	主要特点	相关文件
深化改革阶段 (2017年至今)	支付方式更加多元化, DRG和DIP成为新一轮支付方式改革的主流。	《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) 《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》 《国家医保局 财政部 国家卫生健康委 国家中医药局关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》(医保发〔2019〕34号) 《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城市名单的通知》(医保办发〔2020〕49号) 《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》(医保发〔2021〕48号)

资料来源:根据中央人民政府、国家医保局、财政部及部分省、市人社局、医保局等相关部门官网公开文件整理。

### (一) 起步阶段(1998—2008年)

1998年12月,国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号),初步建立用人单位和职工双方共同负担基本医疗保险费、社会统筹和个人账户相结合的社会医疗保险制度体系。文件要求:“积极推进医药卫生体制改革,以较少的经费投入,使人民群众得到良好的医疗服务”。<sup>①</sup>1999年,劳动和社会保障部等五部门联合印发《关于加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理的意见》(劳社部发〔1999〕23号),明确医保费用可采取总额预付、服务项目、服务单元等结算方式,或多种结算方式结合使用。<sup>②</sup>

此后,我国支付方式改革进入地方自主探索阶段。如黑龙江省牡丹江市自1997年起实行住院费用按单病种结算,根据医疗机构等级和临床疗效确定病种支付标准,有效抑制了医疗资源的浪费、缩短了平均住院日;<sup>③</sup>江苏省镇江市自1995年至2003年,先后探索了按服务单元付费、总额控制、按病种付费等多种支付方式,形成复合式结算办法;<sup>④</sup>江苏省淮安市在参保人次均住院费用年均增幅39.6%、医保基金收不抵支的情况下,自2003年起实行按病种分值付费,2004—2012年次均医疗费用年均增幅仅2.8%,远低于全国同期平均水平,统筹基金当期结余率维持在2%—3%的合理区间。<sup>⑤</sup>

从全国总体情况和医保制度发展阶段来看,该阶段由于我国社会医疗保险制度刚刚起步,按服务项目付费仍是各地采取的主流支付方式,支付方式改革以地方零星探索为主,尚未形成全国性的发展趋势。从统计数据来看,1998—2008年我国医保基金支出规模快速增长,年均增长率达到44.28%(图1),虽略低于同期基金收入47.93%的增速,但其中存在参保人数快速扩面、基金规模显著增长、老龄人口占比较低等因素的作用。该阶段,我国卫生总费用迅速膨胀,2008年卫生总费用约为1998年的4倍,如继续沿用按服务项目付费的支付方式而不加以合理引导和控制,快速上涨的卫生费用和不断加快的人口老龄化进程将对医保基金的财务可持续性带来巨大压力,实施支付方式改革已势在必行。

① 《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,福建省政府网站:[http://www.fujian.gov.cn/zcwjksybj/202102/t20210220\\_5536471.htm](http://www.fujian.gov.cn/zcwjksybj/202102/t20210220_5536471.htm),2021年2月20日。

② 《劳动和社会保障部 财政部 国家经济贸易委员会 卫生部 国家中医药管理局关于印发〈加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理意见〉的通知》,陕西省医保局官网:<http://ybj.shaanxi.gov.cn/zcwj/692.htm>,2019年10月14日。

③ 荆辉:《住院费用单病种结算在医疗保险中的应用》,《卫生经济研究》1998年第7期。

④ 林枫、李一平:《镇江医保支付制度改革进程及核心作用》,《中国医疗保险》2014年第6期。

⑤ 高月霞、徐程:《另辟蹊径的淮安支付方式改革》,《中国社会保障》2013年第4期。

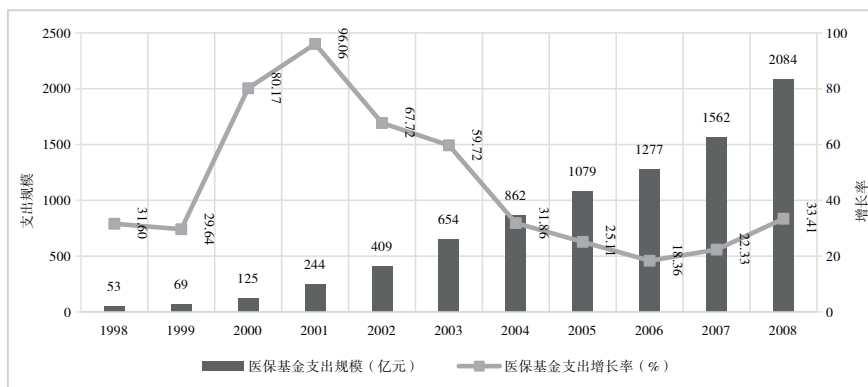


图 1 我国 1998—2008 年医保基金支出及增长率

资料来源：国家统计局官网数据查询栏目 (<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)。医保基金支出增长率由作者计算所得。

## (二) 新医改阶段 (2009—2016 年)

2009 年，新医改启动，《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6 号）指出，我国“医院管理体制和运行机制不完善……医药费用上涨过快”，并提出“完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式”的要求，<sup>①</sup>为支付方式改革明确了方向。此后，人社部、卫生部于 2011 和 2012 年先后出台支付方式改革的指导意见，人社部开展了基本医保付费总额控制和按病种付费改革，卫生部开展了以按病种、按床日付费等支付方式为主的新农合支付方式改革，<sup>②</sup>对控制医疗费用的过快增长起到了一定的作用。

如上海市在 2005 年启动社区卫生服务中心医保预付试点的基础上，自 2009 年起逐步扩大实施范围，到 2011 年总额预付制已覆盖所有公立医院，10 家三级特大综合性医院的医保费用年度增幅明显放缓，药占比从 2009 年的 59.8% 降至 2011 年的 53.9%；<sup>③</sup>北京市于 2011 年在全国率先启动 DRG 付费试点工作，2008—2012 年，6 家试点医院按病组结算病例的个人负担、住院时间、两周再入院率均出现下降，CMI 值上升；<sup>④</sup>新农合的支付方式改革也有所进展，截至 2014 年 6 月，开展新农合住院服务付费改革县域覆盖率达 47.23%，其中 71.44% 的县域实施按病种付费。<sup>⑤</sup>

在这个阶段，我国医保制度进入快速发展阶段，对医保基金的管理和使用提出了更高要求。我国的支付方式改革有了较为清晰的顶层设计，各地改革进程明显加快。从支付方式上看，总额控制成为改革的主流，截至 2016 年，总额控制已覆盖全国 85% 的统筹地区。<sup>⑥</sup>

① 《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，中国政府网：[https://www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280069.htm](https://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280069.htm)，2009 年 4 月 8 日。

② 《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》，南昌市人社局网站：<http://rsj.nc.gov.cn/ncrsj/zcfg/201105/2a-c2a0779df243da868868ca67b9256f.shtml>，2011 年 5 月 31 日；《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》，财政部官网：[http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201212/t20121205\\_709672.htm](http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201212/t20121205_709672.htm)，2012 年 12 月 5 日；《关于推进新型农村合作医疗支付方式改革工作的指导意见》，财政部官网：[http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201205/t20120516\\_651635.htm](http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/zhengcefabu/201205/t20120516_651635.htm)，2012 年 5 月 16 日。

③ 阎元等：《上海市实施医保总额预付制的思考》，《医学与社会》2015 年第 2 期。

④ 简伟研等：《北京市按病组付费初期试点情况和效应分析》，《中国医疗保险》2015 年第 3 期。

⑤ 顾昕：《医保支付改革中国探索的历史回顾与反思——以按疾病诊断组（DRGs）支付为案例》，《中国医院院长》2020 年第 12 期。

⑥ 封进等：《医保总额控制对医疗费用的影响——基于上海和成都的研究》，《中国医疗保险》2019 年第 6 期。

总额控制有效抑制了医疗费用的过快增长,基本医保基金支出增长率持续大幅下降,从2009年的34.26%降至2016年的15.62%(图2),但同时也存在统筹地区和险种覆盖不全面、监督管理方法粗放等问题。<sup>①</sup>另外,该阶段我国复合式支付方式的改革进展较慢,特别是按病种付费方面。据统计,在开展按病种付费的新农合覆盖地区,针对县级、乡级医疗机构开展按病种付费的县域占比分别为57.76%和48.13%,医疗机构、付费金额、结算人次的覆盖率都偏低;<sup>②</sup>同时,按病种付费的病种覆盖面较窄,不能覆盖全部住院病例,对医疗费用的全局性影响有限。

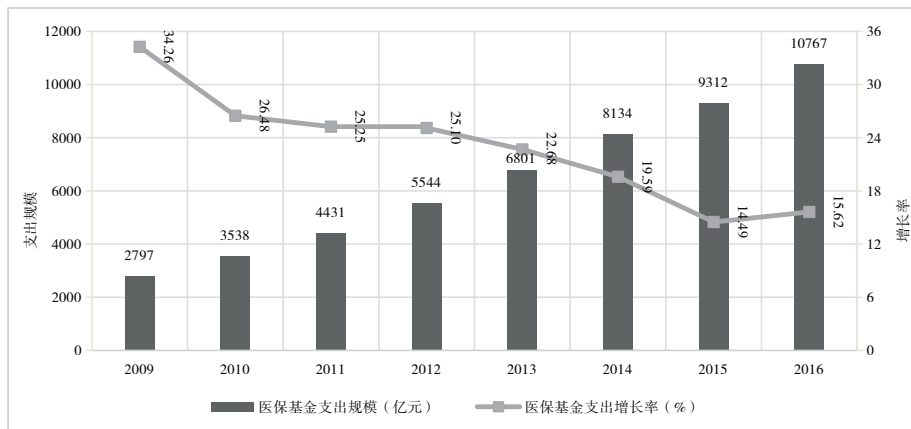


图2 我国2009—2016年医保基金支出及增长率

资料来源:国家统计局官网数据查询栏目(<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>)。医保基金支出增长率由作者计算所得。

### (三) 深化改革阶段(2017年至今)

2017年6月,国办印发《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),提出“全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式”“探索将点数法与预算总额管理、按病种付费等相结合”。<sup>③</sup>2018年,国家医保局成立,强力推动支付方式改革,于2019和2020年先后确定了30个DRG试点城市和71个DIP试点城市,启动新一轮支付方式改革工作。

2021年,国家医保局制定了支付方式改革三年行动计划,提出到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。<sup>④</sup>2021年底,101个试点城市全部启动DRG/DIP实际付费。截至2022年底,DRG/DIP支付方式已在国内206个统筹地区落地实施,覆盖全国395个统筹地区的52%。<sup>⑤</sup>

该阶段,我国医保制度进一步发展完善,待遇保障水平不断提升,支付方式改革由上而下

① 王宗凡:《医疗保险总额控制的实践与思考》,《中国医疗保险》2017年第3期。

② 顾昕:《医保支付改革中国探索的历史回顾与反思——以按疾病诊断组(DRGs)支付为案例》,《中国医院院长》2020年第12期。

③ 《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》,中国政府网:[https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content\\_5206315.htm](https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-06/28/content_5206315.htm),2017年6月28日。

④ 《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》,国家医保局官网:[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art\\_104\\_7413.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_104_7413.html),2021年11月26日。

⑤ 支付方式改革覆盖地区数据参见《2022年医疗保障事业发展统计快报》,国家医保局官网:[http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art\\_7\\_10250.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art_7_10250.html),2023年3月9日。统筹地区总数来源为国家医保局医药服务管理司。

加速推进，顶层设计不断完善，制度框架进一步健全。通过 DRG/DIP 改革，医保部门和医疗机构的专业能力和信息化水平得到提升，技术标准和编码应用更加统一规范，患者就医负担得到减轻，医保基金支出的增长逐步放缓（图 3），基金使用效率得以提高。但与此同时，在制度设计、改革协同等方面，仍有明显不足，需要不断研究、完善。

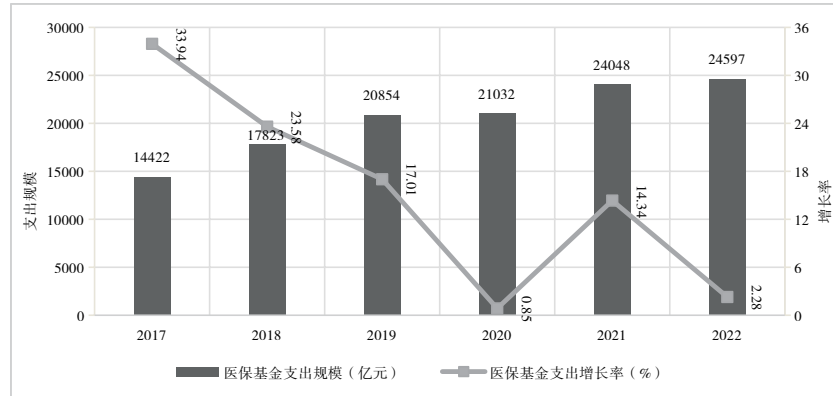


图 3 我国 2017—2022 年医保基金支出及增长率

资料来源：国家统计局官网数据查询栏目（<https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>）。医保基金支出增长率由作者计算所得。

#### （四）我国医保支付方式的主要类型及对比

从我国医保支付方式的演进历程来看，先后出现了按服务项目付费、按病种付费、按服务单元付费、总额控制、DIP、DRG 等六种主要的支付方式（见表 2）。按服务项目付费为后付制，覆盖面最广，在各地普遍应用，但对医疗费用的管控能力最弱，基金支付完全处于被动状态，超支风险最大。其余 5 种支付方式为预付制，对医疗费用均有一定的管控作用，其中总额控制至 2019 年已覆盖全国近 98% 的统筹地区，<sup>①</sup>但在总额控制指标的制定上有较大难度，容易出现医疗机构以指标不足为由推诿患者的问题；按服务单元付费和按病种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，预计于 2024 年底实现统筹地区全覆盖。

表 2 不同医保支付方式的对比

支付性质	支付方式	适用范围	优点	不足
后付制	按服务项目付费	住院病例均适用。	操作简便，方便医疗机构开展新技术项目。	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。
预付制	总额控制	住院病例均适用。	可与其他支付方式叠加，有效控制医疗费用的总规模。	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；易出现医疗机构以指标不足为由拒收患者的情况。

<sup>①</sup> 《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](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html)，2020 年 6 月 24 日。



支付性质	支付方式	适用范围	优点	不足
预付制	按服务单元付费	适用于治疗周期较长且各服务单元费用相对稳定的病种。	便于操作和管理。	可能出现医疗机构延长住院时间、推诿重症患者的问题。
	按病种付费	适用于临床诊疗路径较为明确、费用相对稳定的病种。	有利于引导医疗机构控制诊疗成本。	医疗机构可能出现推诿重症、服务不足等问题。
	DRG	适用于除精神类、康复类及护理类等住院时间较长的病例以外的住院病例费用结算。	有利于引导医疗机构降低诊疗成本、规范诊疗操作。	对临床经验和病案首页的要求较高；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；对新技术的接受度不够高。
	DIP	适用于除精神类、康复类及护理类等住院时间较长的病例以外的住院病例费用结算。	有利于引导医疗机构控制医疗成本、规范诊疗操作，且不依赖于临床经验判断，在不够发达的中小城市更易推行。	医疗机构可能出现高套病组、分解住院、低标入院、冲点数等违规行为；对新技术的接受度虽高于DRG，但低于按服务项目付费。

资料来源：作者制作。

### 三、我国医保支付方式改革存在的问题

25年来，我国的支付方式改革取得了阶段性的成就，但现行的DRG/DIP支付方式在政策设计和支付管理上还存在一些不可忽视的问题，如支付体系与定价体系衔接不畅，在引导医疗资源配置方面无法发挥二者的互补作用；多数地区的改革重点集中在对医疗费用的把控上，价值导向偏弱；对新技术应用和患者的优质优价需求保障不足；覆盖各种诊疗形式、全疾病周期、全人群的支付体系不够健全。这些问题不仅仅是支付机制的问题，还涉及到筹资、待遇、监管等多个方面，对这些问题进行分析和界定，将有助于理清我国医保支付体系的优化方向，进一步推动我国支付方式改革进程。

#### （一）支付体系与定价体系衔接不畅

我国目前的DRG/DIP支付方式改革，病组（病种）支付标准的测算主要基于历史次均费用，而非实际诊疗成本。这种计算支付标准的方式，造成一些病组（病种）的权重（分值）存在偏差，出现病组（病种）间的权重（分值）倒挂等比价关系不合理的情况。上述问题的出现，虽然有历史病案数据质量不高、部分医疗机构收费不够规范等因素的作用，但更多的是医疗服务的定价体系不完善、与支付体系未能有效协同造成的，主要表现为：一是医疗服务的定价偏离成本，医疗机构的收费不能完全反映医疗资源的实际消耗情况；二是医疗服务价格改革与支付方式改革未能协同推进，无法发挥二者在引导医疗资源有效配置方面互相支撑、互相促进的作用。

由于医疗服务市场中医患双方的信息不对称，医疗机构和医务人员往往掌握更为完备的信息，成为疾病治疗过程中的主导方，在医疗服务的收费方面掌握主动权。要引导医疗资源合理配置，关键在于调节医疗机构和医务人员的医疗行为，而调节医疗行为的抓手，则在于医疗服务的定价和支付两个关键环节。我国目前的医疗服务定价主要以历史费用为基础，依靠专家咨询、参考周边地区情况来制定医疗服务价格，缺乏基于成本核算的医疗服务价格形成和调整机

制，定价与成本的偏离导致医疗机构存在逆向补偿、过度诊疗等问题，<sup>①</sup>也给医疗行为和医保支付的监管带来困难；而支付制度以历史收费为基础确定支付标准，则难免出现偏差。因此，建立科学合理的医疗服务成本核算机制和基于成本核算的医疗服务价格监督体系，统筹推进医疗服务价格和支付方式两个改革，才能更好地实现提高医疗资源和医保资金使用效率的目标。

## （二）支付制度的价值导向偏弱

目前，我国医保支付的管理重点仍然放在费用管理上，大多数统筹地区的支付方式未与诊疗质量挂钩。一些已探索开展按价值付费改革的地区，也存在评价指标过于简单、病种覆盖面较窄等问题，如浙江省肝移植术按绩效付费，评价指标为患者生存期；<sup>②</sup>柳州市中医优势病种按疗效价值付费，初期仅纳入 10 个病种，后期扩大到 17 个。<sup>③</sup>支付方式改革的目标，绝不仅仅是控制医疗费用的不合理增长，而是要在控费的同时保障诊疗质量，这也是改革的难点所在。如果支付方式改革的指标体系仅考虑医疗费用的控制，以费用高低决定医疗机构的盈亏，长此以往容易导致医疗机构治疗不足、挑选患者等道德风险问题，既损害了患者的利益，也降低了医疗资源和医保基金的使用效率。<sup>④</sup>因此，将质量指标纳入支付方式改革的政策设计之中，引导医疗机构在控制成本的同时提高诊疗质量，应成为我国支付方式改革下一步的重点方向之一。而按价值付费的政策体系的设计，涉及到医疗过程、质量评价、患者满意度等多方面指标的设置，以及待遇政策、监管执法等配套政策体系，需要建立专业化的医保管理队伍和专家咨询团队，并与医疗机构开展协商谈判，这也是目前我国多数地区医保管理的薄弱环节。

## （三）新技术和优质优价需求保障不足

DRG 和 DIP 病组（病种）的形成机制，导致使用创新药品、耗材及新型诊疗技术的病例（以下统称“新技术病例”）及存在患者优质优价需求的病例，容易由于医疗费用明显高于病组（病种）平均水平而在结算中产生亏损。对新技术病例设置特殊结算政策以促进新技术推广应用，已成为很多统筹地区的共识。但在具体政策设置上，大多通过特例单议的方式进行处理，即对总费用超过病组（病种）平均值一定倍数的病例（包括但不限于新技术病例）进行专家评议后，按实际发生的医疗费用进行补偿。该方法一定程度上解决了新技术病例亏损的问题，但由于该方法属于特例特议，无法解决新技术病例推广应用所需的常态化结算问题，且由于各地为防止医疗机构滥用特例单议规则，通常会设置可申请特例单议的病例数量上限，医疗机构需要在全院的重症、新技术等费用超高病例之中进行选择，不能完全保障新技术的使用。目前，北京、上海已率先出台专项政策对新技术病例予以保障，<sup>⑤</sup>明确符合条件的创新药械和诊疗项目可进行除外支付或不设高倍率病例控制比例，但并未明确新技术成本核算及后续常规纳入 DRG/DIP 结算的具体办法。而对于优质优价需求病例，同样由于 DRG/DIP 付费模式下医疗机构成本管理的需要，导致部分患者的需求无法得到满足，降低了患者的就医体验。该问题虽涉及人群范

① 谭华伟等：《医疗服务成本支撑支付价格形成的现实困境与实践路径》，《卫生经济研究》2021 年第 10 期。

② 倪沪平：《肝移植术“价值医保支付”探索》，《中国社会保障》2020 年第 12 期。

③ 廖藏宜等：《中医优势病种按疗效价值付费的柳州经验》，《卫生经济研究》2023 年第 6 期。

④ 廖藏宜、张艺艺：《DRG/DIP 付费下异化行为表现及监管建议》，《中国医疗保险》2023 年第 2 期。

⑤ 《关于印发 CHS-DRG 付费新药新技术除外支付管理办法的通知（试行）》，北京市医保局网站：[https://ybj.beijing.gov.cn/tzgg2022/202207/t20220713\\_2798069.html?eqid=d97cbdc4000871e20000000664373b68](https://ybj.beijing.gov.cn/tzgg2022/202207/t20220713_2798069.html?eqid=d97cbdc4000871e20000000664373b68)，2022 年 7 月 13 日；《关于印发〈上海市进一步完善多元支付机制支持创新药械发展的若干措施〉的通知》，上海市人民政府网站：<https://www.shanghai.gov.cn/gwk/search/content/6f30a84882fa4fac982feabd31121a56>，2023 年 7 月 28 日。

围较窄，目前并不凸显，但在实践中已有相关反映，也应引起重视，在支付方式改革的政策设计中，应注意在“保基本”的原则与患者优质优价需求之间寻求平衡。

#### （四）覆盖各诊疗形式、全疾病周期和全人群的支付体系不够健全

尽管我国支付方式改革正在向着区域、机构、病种和医保基金“四个全面覆盖”的目标迅速迈进，但仍存在未能覆盖各诊疗形式、全疾病周期、全人群的问题。在诊疗形式覆盖方面，DRG/DIP及已开展的按价值付费的探索以住院为主，未覆盖就诊人次更多的普通门诊及门诊慢病，特别是在当前各地快速推进普通门诊统筹的情况下，住院和门诊支付方式改革如果未能统一协调推进，可能出现医疗机构向门诊转移费用的问题。在疾病周期的覆盖方面，目前DRG/DIP主要针对急性期住院的病例，需要长期治疗的康复、护理等病例未纳入其中，无法实现提高疾病全周期诊疗效果的引导作用。在人群的覆盖方面，当前的支付方式改革多限于统筹地区内的本地就医，除少数地区试点将部分医疗机构的省内异地就医病例纳入改革体系外，大多数异地就医病例未纳入改革范围，存在医疗机构区别对待本地和异地就医患者的可能。出现上述问题的原因，一是我国基层医疗卫生服务体系不够健全，大医院虹吸效应明显，无法形成有效的上下转诊格局，打通急性期住院与长期康复、住院与门诊的支付机制的条件不够成熟。二是医保基金统筹层级较低，除海南、上海、北京等少数地区实现省级统筹外，<sup>①</sup>其他地区仍以市级统筹为主，且各地的待遇和支付政策存在较大差异，为异地就医支付方式改革的实施带来困难。

### 四、中国特色医保支付体系改革的发展取向

医保支付方式改革，归根结底是医保战略性购买理念和方式的变革。在当前“全民医保”的制度背景和群众医疗健康需求不断上涨的现实背景下，医保基金在医疗健康市场中的购买力大大增加，成为可以影响医疗健康市场运行规则的重要支付方。从购买理念上看，我国医保支付方式经历了从“被动买单”到“主动定价”的转变，在医疗费用支付上掌握了主动权。

展望未来，我国医保支付方式改革存在5个较为明显的发展趋势：第一，从后付制到预付制，医保基金的使用效率不断提高；第二，从总额控制到总额预算，医保支付管理更加科学、合理；第三，从西学中用到中西结合，逐步探索建立起一套适合中国国情的本土化医保支付体系；第四，从单一方式到多元复合，实现不同支付方式的优势互补；第五，从数量支付到价值购买，形成医、保、患共赢的良性循环。

总体而言，我国支付方式改革在实现从无到有、从点到面、从面到全的基础上，正在向着从全到优的方向迈进。

#### （一）从后付制到预付制

与国外发达地区经历的改革过程类似，我国支付方式改革也体现出鲜明的从后付制向预付制发展的趋势。在按服务项目付费的后付制模式下，由于医保结算完全按照患者实际发生的费用计算医保支付金额，医疗机构和医务人员没有控制医疗成本的动力，反而可以通过过度检查和治疗提高诊疗收入，患者在此情况下也容易存在搭车检查的行为，从而导致医疗费用过快增

<sup>①</sup> 董波：《医保省级统筹的现状、问题与建议——基于政策文本分析》，《中国医疗保险》2023年第5期。

长,甚至出现基金当期收不抵支的情况,对医保基金的持续运行带来风险和挑战。在此背景下,实行预付制成为支付方式改革的必然选择。预付制通过制定较为明确的付费标准,促进医疗机构加强成本管理,从而实现节约医保基金、提高基金使用效率的效果。

### (二) 从总额控制到总额预算

自 2011 年人社部要求开展总额控制以来,总额控制已经成为国内多数地区医保基金管理的主要手段之一。但在执行过程中,出现了医疗机构因总额控制指标不足推诿患者、降低服务质量等问题。另外,总控指标的制定完全依赖医保部门的裁量,一方面如果指标分配不合理,容易导致医患、医保之间的矛盾,另一方面也存在寻租设租的违法空间。近年来,随着 DRG 和 DIP 支付方式的推广应用,越来越多的地区开始从总额控制向总额预算过渡,不再对单个医疗机构制定控制指标,而是对整个统筹地区的医保基金总额进行预算管理,医疗机构在统筹地区医保基金总额的“大盘子”里通过有序竞争获得医保基金的分配额度,从而更加有利于医疗机构的良性发展。

### (三) 从西学中用到中西结合

在学习借鉴国外经验推行 DRG 付费的过程中,我国由于信息化水平偏低、中西医诊疗体系不匹配等原因,遇到了很多阻力。在此过程中,通过自下而上的政策创新与经验总结,我国在形成本土化 DRG 政策体系的同时,也创立了具有中国特色的 DIP 支付方式,实施门槛较低,易于迅速推开,<sup>①</sup>很多 DIP 试点城市在改革初期即实现统筹区域内符合条件的住院定点医疗机构全覆盖。另外,在中医医保支付方式改革方面,部分地区开始探索将中医病种纳入 DRG/DIP 实施范围,进一步扩大改革覆盖面,初步摸索出一条适应我国现状的支付方式改革的实施路径。

### (四) 从单一方式到多元复合

医保制度启动之初,由于医保部门管理能力有限,多采取较为单一、便于操作的付费方式,如广泛使用的按服务项目付费。随着医保制度的完善和医保管理能力的提高,支付方式不断丰富。从当前实践来看,各地大多采取 DRG/DIP、按服务项目、按服务单元等多种付费方式并用的复合支付方式,并与总额预算、点数法等模式叠加。国家医保局官方统计数据显示,截至 2019 年底,全国 97.5% 的统筹地区实行了总额控制,86.3% 开展了按病种付费,60% 以上开展了对长期、慢性病住院按床日付费,<sup>②</sup>形成了多元复合式的医保支付格局,充分发挥不同支付方式的制度优势,在不同人群、不同病种和不同医疗机构之间的综合配置,在分级诊疗、慢性病管理和整个医疗服务领域发挥调节作用。

### (五) 从数量支付到价值购买

传统的支付方式下,医保基金根据医疗服务的数量来进行支付,而不对实际疗效进行区分。新一轮支付方式改革以来,“价值购买”的医保战略性购买理念逐渐凸显,按绩效、按价值付费逐渐兴起。在改革先行地区,医保支付不再单纯依据医疗服务的数量,而是将疗效和参保人的健康收益等质量指标纳入医保支付体系,医保支付的着眼点从当前的一次治疗变为一个治疗

<sup>①</sup> 应亚珍:《DIP 与 DRG: 相同与差异》,《中国医疗保险》2021 年第 1 期。

<sup>②</sup> 《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](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html), 2020 年 6 月 24 日。

周期甚至更长时间,并根据质量指标进行差异化支付,从而引导医疗机构更加注重诊疗质量,提高患者的健康收益。从本质上讲,从数量支付到“价值购买”其实就是进一步强化医保支付方式改革的“价值导向”。<sup>①</sup>从长远来看,“价值购买”秉持的“价值导向”支付理念更加有利于维护参保人的健康权益,参保人健康水平的提升又有助于节约诊疗成本、提升医保基金支出绩效,形成医、保、患共赢的良性循环。<sup>②</sup>

## 五、中国特色医保支付体系改革的政策建议

经过25年的探索和发展,我国的支付方式改革从地方自主探索到全国统一推动,从借鉴国外经验到开展本土化改革,取得了控制医疗费用过快增长、减轻群众就医负担、推动医药健康产业高质量发展等一系列成就。同时我们也应认识到,我国以DRG/DIP为代表的新一轮支付方式改革还处于初级阶段,运行机制和政策设计尚不健全,存在定价与支付体系脱节、价值导向弱、疾病全周期全人群覆盖不足等问题。如不采取合理方法加以解决,将对改革的深入实施产生不良影响,也不利于发挥支付方式对医疗服务及相关产业的引导、规范作用。

### (一) 加强医疗服务价格与支付方式改革的协同机制

2018年机构改革前,医疗服务的定价、使用和监管等职能分散在物价、人社、卫健等部门,定价与支付脱节,难以形成协同推进的合力。2018年国家医保局成立后,医疗服务价格管理职能从物价部门划入医保部门,为统筹推进医疗服务价格和支付方式改革提供了条件。一方面,要建立科学合理的成本核算机制,这是推进两个改革的共同基础。在具体机制的设计方面,可借鉴国际经验,建立医疗机构成本信息定期报告制度,并利用外部审计、故障排除算法等方法对医疗机构报送的成本信息进行核实,同时充分考虑未来经济发展、消费水平提高、疾病谱变化等情况,建立配套的医疗服务价格动态调整机制,<sup>③</sup>为医疗服务的定价和支付政策的设置提供参考。另一方面,要建立价格改革和支付方式改革的协同联动机制,统筹推进两个改革。价格是支付的基础,但只实施价格改革而忽视支付方式改革,会重走按服务项目付费下过度诊疗的老路;而只改革支付方式却忽视价格改革,则会由于支付与成本的脱离造成医疗机构收入结构的失衡,不利于医疗服务体系的健康发展。因此,在目前我国多数地区价格改革滞后于支付方式改革的情况下,应在国家层面上建立健全医疗服务价格和支付方式改革的协同推进机制,明确实施路径,指导地方尽快补齐短板,提升改革实效。

### (二) 建立健全价值导向的支付机制

从国际经验来看,实施以价值为导向的支付机制已成为支付方式改革的发展方向。<sup>④</sup>我国的支付方式改革尚处于起步和发展阶段,多数地区仍以费用管理为主,建立较为成熟的价值导向的支付机制任重道远。从各地支付方式改革的进展情况来看,不同地区之间改革的深度和广

① 韦玮、郑秉文:《我国医保支付方式本土化改革历程与价值导向完善建议》,《中国医疗保险》2023年第12期。

② 仇雨临、王昭茜:《守正、发展与创新:“十四五”时期医疗保障的完善思路》,《行政管理改革》2021年第4期。

③ 李敏强等:《国外DRGs定价与支付体系对我国医保支付方式改革启示》,《中国医院》2021年第1期。

④ 金春林等:《价值医疗的概念、实践及其实现路径》,《卫生经济研究》2019年第2期。

度进展不平衡，医管理、信息化水平等基础条件差距较大，统一推进按价值付费的条件尚不成熟。因此，从实现路径上，可分三步走：首先，以 DRG/DIP 改革基础条件较好的地区先行，在已有的支付制度框架内嵌入诊疗质量评价指标，改变单纯以病组（病种）次均费用确定医保基金支付金额的计算机制，在与医疗机构协商谈判的基础上，制定与质量评价指标相匹配的医保支付调节机制，根据费用管控和诊疗质量综合确定支付金额，引导医疗机构注重诊疗质量管理；其次，在综合先行地区探索经验的基础上，在国家层面上建立用于医保支付的诊疗质量评价共性指标体系，为各地推行按价值付费提供基础框架，允许各地根据实际增设本地化特色指标，并进一步扩大试点范围；最后，制定按价值付费的时间表和任务图，自上而下大力推进价值导向的支付方式改革，实现区域全覆盖，并建立诊疗质量评价指标的动态调整机制，以适应经济社会发展和医疗技术更新迭代。

### （三）制定适度、公平、可持续的支付政策

按照适度、公平、可持续的原则，建立新技术病例申报补偿机制和优质优价服务除外支付机制，合理保障新技术发展和患者高质量需求。从国外实践经验来看，美国建立了高值创新医疗技术补充支付机制，短期内通过附加支付、异常值支付和共同支付（即前两者兼具），对新技术、高成本病例进行补偿；后续则在 2—3 年运行的基础上，根据实际情况将符合条件的新技术病例纳入常规 DRG 病组中，实现长期常态化支付。<sup>①</sup>在我国 DRG/DIP 改革中，可借鉴该做法，建立本土化的新技术病例申报补偿机制，科学测算新、旧技术的成本差异，合理设定新技术病例的补偿标准，而不是简单进行据实结算。同时，配套建立新技术病例跟踪监测机制，将在一定监测周期内（如 2—3 年）技术成熟、费用稳定且达到一定数量的新技术病例纳入 DRG/DIP 常规病组（病种）结算范围。对于优质优价服务，则建议参照新技术病例的申报机制，对优质优价需求较为集中的病种，如眼科、产科等，建立优质优价服务除外支付机制，对符合条件的优质优价服务按同类普通服务的价格计入病例总费用中，超出同类普通服务价格的个人自费部分不纳入 DRG/DIP 结算的统计范围，避免由于该类患者特殊需求导致医疗机构的亏损。但与此同时，应注意对新技术及优质优价病例的监督管理，避免出现医疗机构诱导患者选择新技术及优质优价项目以规避财务风险的新问题发生。

### （四）探索建立统一高效的中国特色医保支付体系

《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》指出，深化医疗保障制度改革要坚持以人民健康为中心，增强医疗保障的公平性和协调性。从这个意义上讲，支付方式改革应着眼于全民健康的总体目标，立足我国实际，推动建立覆盖各诊疗形式、全疾病周期、全人群的改革体系。首先，应加快完善我国基层医疗卫生服务体系，推动医共体、医联体建设，提高基层医疗卫生机构的诊疗水平，为进一步落实分级诊疗制度奠定基础。第二，探索实施基于价值付费的整合医疗服务的有效路径。借鉴美国、德国等国家的实践经验，将疾病预防、慢病管理等过程整合纳入医保支付机制中，激励医疗机构、医务人员及卫生服务团队的内在协作动力，从疾病周期的全过程提高诊疗质量、降低整体医疗费用。<sup>②</sup>第三，提高医保基金

① 吴晶等：《美国 DRG 下高值创新医疗技术的支付政策及启示》，《中国医疗保险》2022 年第 6 期。

② 朱晓丽等：《整合医疗卫生服务背景下医保支付方式改革的政策优化——基于国际经验视角》，《中国医疗保险》2022 年第 5 期。

统筹层次，扩大省级统筹的覆盖范围，逐步实现省内医保待遇政策与支付机制“同城化”，并在此基础上，探索跨省异地就医支付方式改革的可行方法。第四，建立统一的医保支付体系。在推进普通门诊统筹的同时，同步推进门诊支付方式改革，并与住院支付方式改革相衔接。同时进一步健全多元复合式医保支付机制，根据不同类型医疗服务的特点选择适宜的医保支付方式，实现不同医保支付方式的优势互补。另外，目前 DRG 和 DIP “双轨制”并行的改革路径在短期内是我国地区间改革基础差异较大的情况下的最优选择，但长期看，由于二者的原理相近、基础数据来源相同，加之二者与中医医保支付方式改革的不断兼容适配，未来存在双轨融合的可能，从而探索建立统一高效的中国特色医保支付体系。

## 25 Years of Reform in China's Medical Insurance Payment System: Achievements, Problems, and Prospects

Zheng Bingwen, Wei Wei

(School of Government, University of Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100102, China)

**Abstract:** The medical insurance payment system and its mechanisms are critical to the governance of the medical insurance scheme and the allocation of medical insurance funds, significantly impacting insured individuals' access to medical services and the efficient utilization of funds. This paper provides an overview of the achievements in payment reform over the past 25 years since the inception of basic medical insurance in China. It traces the evolution of payment methods during this period and conducts a comprehensive analysis of the current status and prevalent issues in medical insurance payment reform. Additionally, five strategies are proposed for the future development of China's medical insurance payment system reform: transitioning from a post-payment to a pre-payment model, shifting from global control to a global budget approach, incorporating a blend of Chinese and Western elements, adopting a mix of multiple payment methods, and transitioning from quantity-based payment to value-based purchasing. Finally, policy recommendations are offered for prospective reform, emphasizing the establishment of a unified medical insurance payment system with Chinese characteristics, covering aspects such as coordinated mechanisms, payment policies, and the overall system.

**Key words:** medical insurance payment; coordinated healthcare reform; Diagnosis Related Groups (DRGs); Diagnosis-Intervention Packet (DIP); public hospital reform

(责任编辑: 仇雨临)