

第1章

绪论

本章首先介绍研究背景；其次阐述研究问题与研究意义，界定重要的概念并介绍研究思路与方法；最后对各章的内容安排作简要介绍。

1.1 研究背景

1.1.1 医疗服务定价与医保支付方式的制度变迁

由于医疗服务的特殊性，对于医疗服务定价不能单纯依靠市场的调节，政府也必须要对医疗服务定价进行规制，保证医疗服务定价的合理性。医保支付制度成为政府对医疗服务定价的关键抓手，对医疗服务定价具有重要影响。因此，我国政府相关部门对医保支付制度改革进行了大量的探索和实践。自新中国成立以来，我国的医保支付方式与医疗服务定价就有着密切的关系，医保支付方式的制度变迁对医疗服务定价产生了重要的影响。

我国基本医疗保险体系经过初步创立阶段、自主探索阶段、全面推进阶段和改革深化阶段，医疗服务定价也基本实现了从政府计划到无序市场竞争，再到有序市场竞争，最后到政府监管与市场竞争充分融合的高质量发展转型。2020年3月5日，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确要求“推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革”，不



断优化医保资源配置，提高人民群众的健康水平。这是关于我国医疗保障制度改革的最高层次的顶层设计，是我国医疗保障进入高质量发展阶段的纲领性文件，为我国未来医保支付方式改革指明了发展的方向（申曙光，2020）。

1. 初步创立阶段（1949 年至 20 世纪 90 年代初）

中华人民共和国成立后，我国坚持公有制经济与公共卫生发展并重，将卫生福利事业作为工作的重点，公共卫生和初级保健服务实行农村依靠集体经济与城市依靠国家财政的筹资模式。在供给方面，政府在城市大量建设公立医院，实行统收统支、差额补贴、定向补贴等多种方式。在农村建立农村合作医疗制度，出现大量“赤脚医生”，承担起为农村提供公共卫生和初级保健服务的职能（杨燕绥、刘懿，2019）。在需求方面，1952 年原政务院发布《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，规定了我国的机关事业单位人员实行公费医疗预防制，统收统支，不能分配给个人。企业人员实行劳保医疗，农村居民实行合作医疗，我国的基本医疗保险体系初步建立。这个阶段主要依靠国家公共财政支持，以政府计划为主，初步建立了我国基本医疗保障体系的基础。

2. 自主探索阶段（20 世纪 90 年代至 2008 年）

自 20 世纪 90 年代，我国开始对医保支付方式改革的探索。1998 年国务院印发《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号），这是我国关于建立城镇职工医疗保障制度的标志性文件。在改革的初期，原劳动和社会保障部规定城镇职工医疗保险支付方式主要以按项目付费为主，鼓励各地可以根据医保机构的管理能力和试点医院的类别性质探索使用符合当地医疗保险发展的其他支付方式。同时，还可以考虑本地区经济发展情况和医保基金的承受能力，建立与经济发展水平相适应的医保支付方式和标准。

我国很多城市启动了医疗保险制度改革，探索与当地经济发展相适应的医保支付方式。1995—1996 年，江苏省镇江市开始试点统账结合的医疗保险制度，但是由于试点初期存在经验不足、管理落后等问题，加剧了医疗保险统筹

基金收支矛盾的情况；1997—1998年，开始完善统账结合和统算费用分担的基本医疗保险政策，基本建立了统账双结余管理模式；1999年，实行统筹基金总额控制，个人账户按实付费的支付方式，医疗保险支付制度基本确立，医疗保险发展进入平稳运行阶段（钱小山等，2004；孟开等，2009）。2001年，上海市实施城镇职工基本医疗保险制度后，医疗费用增长过快；2002年，实施医保费用预算管理，对定点医疗机构采用医保支付费用预算管理，其本质是总额预付制；2005年，开始探索试点医保预付改革，在社区卫生服务中心试点医保费用预付管理；2005—2008年，试点区县从长宁区和松江区两个区推广到全市19个区县，上海市形成了以医院自主管理机制为核心、以实行医保费用预付为特征、以推进资源整合调整为目标的医保支付方式改革。2002年，北京市印发《北京市基本医疗保险规定》，开始建立基本医疗保险制度并逐步完善以覆盖全体市民；同时，为了节约医保基金，保障医保基金的使用安全，增加医保基金的可持续性，北京市启动了DRGs-PPS^①付费机制的研究工作，开始对按疾病诊断相关分组付费改革进行试点工作（邓小虹，2015）。

此外，原卫生部也在山东省、河南省和天津市等地区开展了按单病种付费改革试点工作，探索多种不同的医保支付方式。2007年，在总结全国各地医保支付方式改革成果的基础上，原劳动和社会保障部规定可以通过医保管理部门与医疗卫生机构进行谈判协商确定医保支付结算方式，积极探索总额预付和按病种付费等多种支付方式，控制医疗费用的过快增长。自主探索阶段开始由政府计划向市场竞争过渡，但这个阶段是自主探索的试点阶段，基本医疗保险支付制度还不够成熟，市场处于比较粗放且无序的竞争状态。

3. 全面推进阶段（2009—2014年）

2009年，我国新一轮的医疗卫生体制改革正式启动，中共中央、国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号），明确要求建立我国的基本医疗保障体系，逐步覆盖城乡居民，规范公立医院运行机制。

^① 在较早时期的官方文件中“按疾病诊断相关分组”缩写为DRGs，在较晚发布的文件中缩写为DRG。PPS是预付费制度（Prospective Payment System）的缩写。

同时，强化医疗保障对医疗服务的监控作用，不断完善医保支付制度改革，积极探索和试点不同的医保支付方式，建立对医疗机构的有效激励和惩戒的约束机制。2011年，人力资源和社会保障部印发《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)，明确指出要结合预算管理加强付费总额控制，探索总额预付的办法。同时，探索与我国基本医疗保障体系和经济发展水平相适应的医保支付方式，探索试点以按病种付费为主的多种付费方式，不断完善医保支付方式改革。2011年，国务院办公厅印发《2011年公立医院改革试点工作安排的通知》(国办发〔2011〕8号)，明确要求各地结合实际加强医保支付方式改革，探索建立医保经办机构与医疗机构谈判协商、互利共赢的医保支付方式。2012年，原卫生部、国家发展改革委和财政部发布《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)，明确要求各统筹地区进行门诊费用和住院费用支付改革。鼓励各地参照按疾病诊断相关分组付费，不断探索完善按病种付费支付方式改革，控制医疗过程中的不合理医疗服务行为。2012年，人力资源和社会保障部、财政部和原卫生部发布《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)，明确指出要不断加强医保支付方式改革，积极推进总额预算等多种医保支付方式改革，不断提高医保基金的使用质量和效率。(廖藏宜、同俊，2019)。

2011年，北京市人力资源和社会保障局启动了按DRG付费试点工作，北京市成为全国首个成功开发完整的DRG分组系统、大规模应用DRG进行医疗绩效分析、系统应用DRG进行付费制度改革的城市。北京大学第三医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北京大学人民医院、首都医科大学附属北京友谊医院、首都医科大学附属北京宣武医院和首都医科大学附属北京天坛医院6家医保定点医院成为首批DRG试点医院。北京市从已有的650个病组分组方案中选取了医疗费用比较接近、病例数量相对集中的108个病组作为试点范围，逐步推广DRG付费方式(邓小虹，2015)。2009年，上海市选取上海交通大学医学院附属仁济医院、复旦大学附属华山医院和上海市第一

人民医院3家三级医院开始医保预付试点；2010年扩大至10家市属医院并开始了全市所有二级医院的医保预付试点工作；2011年医保预付试点推广到全部二、三级医院，医保总额预付制成为上海市的主要医保支付方式。医保费用预付后，医院因加强管理，实际申报费用低于预付额度的部分由医院留用，大大激发了医院控制医疗费用的内生动力。全面推进阶段完全实现了市场从无序竞争到有序竞争的过渡，基本医疗保险支付制度经过试点推广后逐步成熟，基本医疗保险支付方式改革取得重大成果。

4. 改革深化阶段（2014年至今）

2014年后，我国的医保支付方式改革取得了显著的成果，不同试点城市进行了多种医保支付方式改革试点。国家在总结不同城市试点经验和教训的基础上，要求各地完善医保支付方式改革，开展总额预付改革，加强对医疗机构的医疗服务行为的激励与约束。

按照国务院办公厅发布的国办发〔2017〕55号文件^①的要求，我国有很多城市结合本地区的实际情况开展了DRG付费改革的试点工作，在控制医疗费用不合理增长、提高医疗服务质量和效率、完善医疗服务定价机制等方面取得了显著成效，例如江苏省淮安市的按病种分值付费改革、浙江省金华市的DRG病组点数法付费改革、云南省玉溪市的按DRG付费改革等。通过开展按DRG付费试点，总结按DRG付费的经验和问题，逐渐形成具有普遍性的试点经验，便于在全国范围内进行推广（李乐乐，2020）。

2018年3月，按照国务院机构改革方案的要求，整合了分散在不同部委间的医疗保障的功能和职责，组建了国家医疗保障局。国家医疗保障局的成立是医保制度顶层设计在体制上的重大变革，使医疗保障制度的职责、职能和功能在组织构架上获得新的定位，符合新时期、新形势和新目标下国家医保制度发展目标的需要（张晓，2018）。国家医疗保障局成立后，医保支付方

^① 2017年，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》（国办发〔2017〕55号），明确要求全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，国家选择部分地区开展按疾病诊断相关分组（DRGs）付费试点，健全医保对医疗行为的激励制约机制。



式改革成为国家医疗保障局成立后的重要改革任务之一，尤其是对按 DRG 付费的试点和推进力度不断加强。政府规制是保证按 DRG 付费改革的理论基础和重要方式。按 DRG 付费试点对数据质量、分组技术、人员素质、医疗机构的积极性等都有很高的要求，同时还要对医疗机构在进行按 DRG 付费试点过程中的行为进行监督与规制，防止出现高编码、合作共谋等现象。因此，按 DRG 付费也是政府在信息不对称条件下，对医疗服务定价的一种新的规制方式，需要以政府的权威或命令作为保障，以强制力的形式保证政策实施，解决医疗服务定价问题，发挥政府规制的作用。2018 年，国家医疗保障局发布《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》(国保办发〔2018〕23 号)，指出将“加快推进按疾病诊断相关分组 (DRGs) 付费国家试点，探索建立 DRGs 付费体系”，明确 DRGs 付费试点要按照“顶层设计、模拟测试、实施运行”三步走的工作部署。2019 年，国家医疗保障局等四部委《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) 公布了 30 个 DRG 付费国家试点城市的名单，统筹推进试点工作，从国家层面建立 DRG 付费的制度和政策体系。2020 年 3 月 5 日，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确要求“推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式”，不断优化医保资源配置，提高人民群众的健康水平。同年，10 月和 11 月，国家医疗保障局分别印发《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)、《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)，标志病种分值付费 (Diagnosis Intervention Packet, DIP) 付费改革的正式启动，并确定 71 个试点城市，按病种分值付费与国家主导的 DRG 付费同步推进。2021 年，国家医疗保障局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号)，从“抓扩面、建机制、打基础、推协同”四个方面，分阶段、抓重点、阶梯式推进改革工作，加快推进 DRG/DIP 支付方式改革全覆盖。2024 年 7 月 23 日，国家医疗保障局印发《按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》(医保

办发〔2024〕9号），要求结合实际调整本地分组、提升医保基金结算清算水平、加强医保医疗改革协同，使分组更贴合临床实际，改革从“扩面”走向“提质”。2025年，国家医疗保障局印发《医疗保障按病种付费管理暂行办法》（医保发〔2025〕18号），在国家层面为按病种付费建立系统性、规范性文件，医保支付方式改革进入制度化、规范化的新阶段。

未来各城市在推进以DRG/DIP为代表的医保支付方式改革中，在充分考虑地方实际情况的基础上进行政策创新，要注重公共财政预算、医保基金结余和人才储备等，以更好地实现政策的预期目标（李乐乐等，2024）。

我国关于医保支付方式改革的主要政策文件如表1-1所示。

表1-1 国家关于医保支付方式改革的主要政策文件

时间	部门	文件名称	主要内容
1999年	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》	基本医疗保险费用的具体结算方式，应根据社会保险经办机构的管理能力以及定点医疗机构的不同类别确定，可以采取总额预算结算、服务项目结算、服务单元结算等方式，也可以多种方式结合使用
2007年	劳动和社会保障部、发展改革委、财政部、卫生部、食品药品监管局、中医药局	《关于城镇居民基本医疗保险医疗服务管理的意见》	积极探索由医疗保险经办机构与定点医疗机构协商确定医疗服务的付费方式及标准。积极探索按病种付费、按总额预付等结算方式，调动定点医疗机构主动参与管理、降低医疗服务成本的积极性
2009年	中共中央、国务院	《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》	完善医疗保障监管。加强对医疗保险经办、基金管理和使用等环节的监管，建立医疗保险基金有效使用和风险防范机制。强化医疗保障对医疗服务的监控作用，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，建立激励与惩戒并重的有效约束机制

续表

时间	部门	文件名称	主要内容
2011年	人力资源和社会保障部	《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》	门诊医疗费用支付，要结合居民医保门诊统筹的普遍开展，适应基层医疗机构或全科医生首诊制的建立，探索实行以按人头付费为主的付费方式。住院及门诊大病医疗费用支付，要结合医疗保险统筹基金支付水平的提高，探索实行以按病种付费为主的付费方式
2012年	国务院	《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》	改革完善医保支付制度。加大医保支付方式改革力度，结合疾病临床路径实施，在全国范围内积极推行按病种付费、按人头付费、总额预付等，增强医保对医疗行为的激励约束作用
2013年	国务院办公厅	《关于深化医药卫生体制改革2013年主要工作安排的通知》	深化医保支付制度改革。结合门诊统筹推行按人头付费，结合门诊大病和住院推行按病种付费等支付方式改革
2014年	国务院办公厅	《关于印发深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务的通知》	改革医保支付制度。总结地方开展医保支付制度改革的经验，完善医保付费总额控制，加快推进支付方式改革，建立健全医保对医疗服务行为的激励约束机制
2017年	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》	实行多元复合式医保支付方式。重点推行按病种付费。开展按疾病诊断相关分组付费试点。完善按人头付费、按床日付费等支付方式。强化医保对医疗行为的监管
2018年	国家医疗保障局	《关于申报按疾病诊断相关分组付费国家试点的通知》	加快推进按疾病诊断相关分组(DRGs)付费国家试点，探索建立DRGs付费体系。按照“顶层设计、模拟测试、实施运行”三步走的工作部署

续表

时间	部门	文件名称	主要内容
2019年	国家医疗保障局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药管理局	《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》	公布了30个DRG付费国家试点城市的名单，统筹推进试点工作
2020年	中共中央、国务院	《关于深化医疗保障制度改革的意见》	持续推进医保支付方式改革。大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费
2021年	国家医疗保障局	《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》	从2022年到2024年，全面完成DRG/DIP付费方式改革任务；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；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
2021年	国家医疗保障局	《关于印发DRG/DIP付费示范点名单的通知》	提高认识，高度重视示范点工作的重要意义；明确任务，切实发挥示范引领作用；主动作为，推动医保高质量发展
2022年	国家医疗保障局办公室	《关于做好支付方式管理子系统DRG/DIP功能模块使用衔接工作的通知》	国家医保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
2024年	国家医疗保障局办公室	《关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》	做好2.0版分组落地执行工作；提升医保基金结算清算水平；加强医保医疗改革协同

续表

时间	部门	文件名称	主要内容
2025年	国家医疗保障局	《医疗保障按病种付费管理暂行方法》	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机制，赋能医疗机构高质量发展；将按病种付费相关要求纳入协议管理，加强改革成效监测评估，完善医保信息平台建设，提升按病种付费的标准化水平

资料来源：根据相关文件和资料整理而成。

经过多年的探索和实践，DRG 付费方式改革取得一定的成果。但是 DRG 本质上仅是一项管理工具，作为管理者和使用者必须清楚地认识到其缺点与不足，并没有一种十全十美的医保支付方式。此外，我国医保支付方式改革在控制医疗机构的趋利行为上取得的效果有待提升，不合理的医疗费用增长仍然较多。同时，制度设计更注重宏观医疗总费用的控制，未达到优化和调整医疗服务内部结构、控制不合理用药和提高医疗服务价值的目标，反而造成了医院和医务人员工作积极性降低等问题（李乐乐，2017）。

1.1.2 医疗服务定价困难的重要原因

身体健康是人类生存和发展的基础，是人类最基本的需求（莱恩、伊恩，2008）。在社会发展的漫长历史中，人类从未停止过与疾病的斗争。从医学发展初期的急性传染病、寄生虫病、营养不良等疾病，到 19 世纪末 20 世纪初的恶性肿瘤、心脑血管等疾病，再到艾滋病等疾病，始终是威胁人类生命健康的重要因素。健康是人类社会普遍关注的永恒话题，世界各国为了有效应对疾病带来的不确定性风险，逐步建立了医疗保险制度，代替患者向医疗机构支付一定的医疗费用，以减轻患者的经济负担。经过长期的发展，医疗保险制度逐渐完善和成熟，对抵御疾病风险和保障生命健康发挥了重要作用。但是由于医学知识和医疗服务信息的特殊性和复杂性，患者对相关的医