



中国医疗付费变革来袭，DRG/DIP如何破局

◎都江堰宏惠医院 李冬

中国的医疗付费方式，正在经历一场影响深远的巨大变革——从传统的“按项目付费”，转向全新的“按病种打包付费”，核心载体便是DRG和DIP。这绝非单纯的结算方式调整，更是一场深刻的“医疗革命”，旨在重塑中国医疗体系的核心逻辑。

过去数十年，我国绝大多数医院长期实行“按项目付费”模式。患者就诊时，医院依据提供的每一项服务，如化验、检查、药品、手术等逐项计费，医保再按比例报销。这种模式的缺陷十分突出：一是易引发“过度医疗”，医院提供的服务项目越多，收入越高，可能导致不必要的检查、用药和高值耗材使用，加重患者经济负担；二是医疗费用增速过快，缺乏有效成本控制机制，医保基金支出压力巨大，难以长期可持续；三是缺失“价值医疗”理念，医院和医生收入与治疗项目数量挂钩，而非治疗效果和效率，医生角色逐渐偏离患者健康“守护者”的本质。

为破解上述难题，国家医保局推出DRG和DIP两种核心付费方式，核心逻辑均在于“打包付费”，从根源上转变医疗服务激励机制。

DRG（按疾病诊断相关分组）以“临床相似、资源消耗相似”为核心理念，将病例分入600~800个DRG组，每组代表一类病症相近、治疗方式和资源消耗相当的疾病。医保对同一DRG组支付固定价格，医院最终盈亏由实际花费决定。

DIP（按病种分值付费）则秉

持“大数据挖掘、真实客观”理念，依托大数据将病历组合成数万种病种组合。医保根据区域基金总额和医院总分值核算分值单价，医院收入为病例分值总和乘以单价，分值数量直观反映服务多样性。

通俗来讲，DRG类似“套餐制”，医保提前定好“菜单”和价格；DIP类似“积分制”，医院通过提供合规服务挣积分，再按积分分配医保基金。

这场改革并非小范围试点，而是国家层面的顶层设计。2019年，国家医保局在30个城市启动DRG付费试点；2020年，DIP付费试点覆盖71个城市；2021年底，国家医保局发布三年行动计划，明确要求2024年底全国全面开展DRG/DIP改革，2025年底覆盖所有符合条件的住院医疗机构，实现病种和医保基金全覆盖。这意味着，未来一两年内，全国多数医院将正式迈入“打包付费”新时代。

DRG/DIP付费改革将系统性改变医院、医生和患者的行为模式。对医院和医生而言，核心有三大转变：一是从“收入中心”转向“成本中心”，医院必须着力控制成本、提升运营效率，才能实现良性发展；二是推动“价值医疗”落

地，医生需用更少的资源和时间治好病人，回归“以患者为中心”的医疗本质；三是规范诊疗行为，DRG/DIP对诊断和操作填写的规范性要求更高，倒逼医疗服务走向标准化。

对患者而言，改革带来的积极影响更为直接：一是有效避免“过度医疗”，减少不必要的检查和用药，切实减轻经济负担；二是治疗体验持续优化，医院会主动优化诊疗路径，缩短住院时长，助力患者快速康复；三是医疗账单更透明，医院将聚焦性价比更高的治疗方案，从源头遏制不合理医疗费用增长。

作为中国医改的关键一步，DRG/DIP支付改革虽伴随挑战，比如部分医院可能推诿重症患者、出现“医疗不足”等情况，但医保部门已通过“特病单议”、动态调整权重/分值、强化全程监管等机制规避风险。此次改革以经济杠杆为抓手，引导医疗系统从规模扩张转向内涵发展、从粗放运营转向精益管理，是一场关乎医疗质量、效率与可持续性的深刻变革，最终目标是构建更高效、公平、可持续的医疗保障体系，守护好全民健康。☺