

DRG/DIP 支付方式改革对商业医疗险的影响

中端医疗险发展机遇

蒋冠军, FCAS

彭秋雯, FSA, CERA



DRG/DIP* 支付方式作为医保与医院之间的住院打包结算机制，通过引导医院合理控制成本来提高医保基金使用效率，但也因此带来了创新药等高值医疗需求可能无法被满足等潜在挑战。包括中端医疗险在内的商业健康险，是重要的基本医保补充支付方式之一，衔接了人民群众的基本医疗保障需求和个性化医疗保障需求。随着 DRG/DIP 支付方式改革的全面落地，商业健康险市场有望迎来中端医疗险的发展机遇。

背景

自国家正式建立基本医保制度起，基本医保参保人数经历了飞速增长阶段，从 1998 年不到 2000 万人的参保规模增长至 2025 年超过 13 亿人口参保。近年来基本医保参保率基本稳定在 95% 左右，但医保基金的收支平衡压力与日俱增。2024 年医保基金总收入 3.49 万亿元，同比增长 4.2%；总支出 2.98 万亿元，同比增长 5.5%，高于总收入增速¹。目前医保基金在收支平衡的情况下略有结余，但结存率已呈现下降趋势。同时，部分统筹地区的城乡居民医保基金已出现当期赤字，如 2024 年天津居民医保基

金收入 59.65 亿元，支出 70.88 亿元，当期赤字 11.23 亿元²，需使用历史年度累计结余弥补当期缺口。

随着人口老龄化进一步加剧，医疗需求持续增长，医保基金支出将大幅增加；而收入端，考虑到新生人口数量连续下降，预期未来基本医保参保人数增长趋缓甚至减少，医保基金收支面临持续性挑战。另有预测认为，全国医保基金累计结存可能在 2034 年左右出现缺口³。在此背景下，国家积极推进三医联动改革以应对医保基金未来收支不平衡的潜在挑战，医保控费成为医疗改革的重要方向之一。

目前医保控费的主要手段包括 DRG/DIP 付费，以及药品与高值医用耗材集采。DRG/DIP 付费是从医保端开展支付方式改革，针对单次住院费用，通过从传统的按项目付费模式转变为打包支付模式，来引导医院合理控制成本、规范医疗服务行为；集采则是由国家统一组织进行带量采购，从源头降低药品与耗材价格，从而提高医保基金使用效率，并减轻患者就医负担。

本文聚焦于 DRG/DIP 支付方式改革，讨论其目前改革进展与成效，并围绕 DRG/DIP 面临的潜在挑战探讨该改革背景下的中端医疗险发展机遇。

DRG/DIP 支付方式改革进展与成效

按病种付费包括 DRG 和 DIP 两种模式。DRG 将病人分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组，以组为单位确定医保支付标准；DIP 是我国特有的医保支付方法，其通过大数据分析，将疾病按照“疾病诊断+治疗方式”组合成付费单位，并根据每年应支付的医保基金总额来确定各病种的付费标准。DRG 与 DIP 的核心目标都是实现医保控费、提高医保基金使用效率，但在分组方法、数据需求、结算方式等方面存在一定差异。例如，在分组方法方

* DRG (Diagnosis Related Groups): 按疾病诊断相关分组付费，DIP (Diagnosis Intervention Packet): 按病种分值付费。

面，DRG 基于临床路径与专家经验开展分组，DIP 则强调基于历史大数据聚类分析；在结算方式方面，DRG 按病组预先确定固定费率，DIP 则按病种预先确定分值，后根据点数与点值进行结算（见下表）⁴。

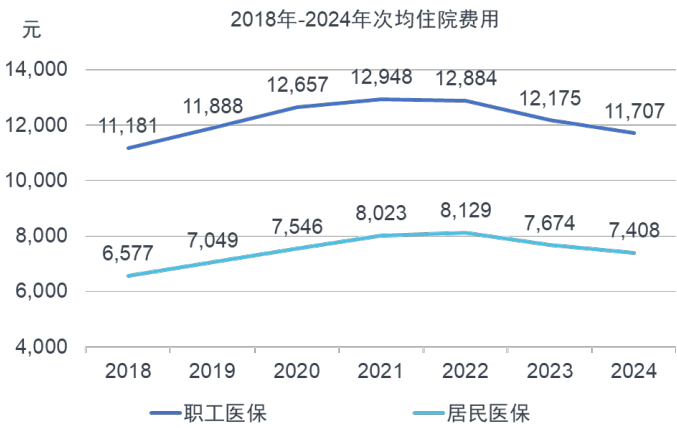
维度	DRG	DIP
核心目标	控制医疗费用，规范诊疗行为，提高医保基金使用效率	
分组方法	基于临床路径、专家经验，按疾病诊断、治疗方式等主观分组	基于历史大数据，按疾病诊断、治疗操作等客观聚类分组
数据需求	需完整临床路径数据，对数据质量、信息系统要求高	可接受历史数据“渐进优化”，对编码质量要求更高
结算方式	按病组预先确定固定结算费率，超支医院承担，结余归医院	按病种预先确定分值，后根据点数×点值确定结算金额，结余留用、超支分担
适用场景	适合诊疗路径稳定的常见病等标准化病种	适合复杂、变异度高的病种，尤其适合信息化基础薄弱地区

纵观国际经验，DRG/DIP 支付方式在医疗体系中的应用不仅局限于支付管理，还可为预算编制、医疗质量管理提供有力支撑。同时，在遏制医疗费用过快增长、规范医疗服务行为、推动分级诊疗以及引导患者合理就医等方面，DRG/DIP 也发挥着重要作用，为保障医保基金可持续发展和促进医疗资源合理使用奠定了坚实基础。

自国务院于 2009 年印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》以来，国家为有效应对医保基金收支压力、优化医疗资源配置，积极探索医保支付方式改革地方试点，推动 DRG/DIP 在全国范围的广泛应用。2022 年启动的 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划目前已顺利完成预期目标，截止 2025 年 4 月，DRG/DIP 实现了统筹地区全覆盖，在全国 393 个统筹地区中，191 个地区采用了 DRG 支付方式，200 个地区采用了 DIP 支付方式，天津与上海两地区同时兼有 DRG 和 DIP⁵。

在 DRG/DIP 支付方式改革成效方面，随着其在全国范围内的展开，DRG/DIP 已在医保支付管理方面取得一定进展。其中，自 2019-2021 年开展 DRG/DIP 支付方式改革试点之后，职工医保和居民医保参保人员的次均住院费用近年来均呈下降趋势（见下图）⁶。另外，根据国家医保局在 2023 年完成的年度清算数据显示，在 DRG/DIP 试点城市中，参保人个人负担较上一年度减少约 215 亿元⁷，为患者带来了切实的经济减负。地方层面，根据浙江、南京等地区披露的数据显示，DRG/DIP 支付方式改革的

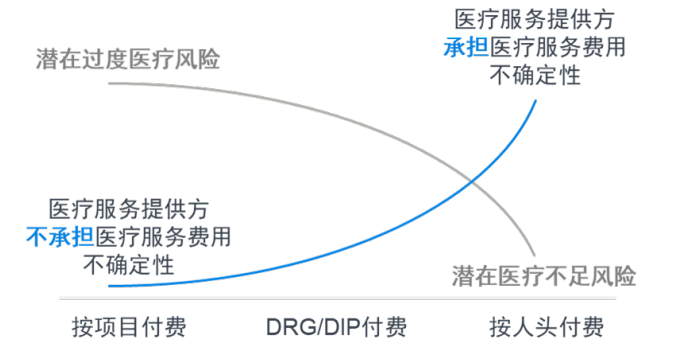
实施，有效降低了患者次均住院费用和个人负担，并提高了医保基金的可持续性。



DRG/DIP 支付方式改革的潜在挑战与应对方案

医疗机构作为医疗服务提供方，与医疗服务支付方（包括医保及商保）之间天然的存在博弈。我们在过往文章中开展过相关探讨，医疗服务费用的底层风险因素包括医疗服务使用率以及平均医疗费用两个方面；医疗服务使用率风险通常需要医疗服务提供方和支付方共同管理，比如保险公司选择健康的参保人就是管理医疗服务使用率风险的常规手段；而医疗服务支付方则比较难有效管理平均医疗费用风险，医疗服务提供方可能有更好的专业技能进行管理⁸。

传统的按项目付费模式下，医疗服务使用率风险以及平均医疗费用风险都由医疗服务支付方管理。医疗服务提供方因不承担医疗服务费用的不确定性，可能通过提供不必要的医疗服务来增加营收从而导致过度医疗，因此按项目付费模式不利于医疗服务支付方管理医疗服务支出。



DRG/DIP 付费则是以患者住院打包支付的形式，住院发生率的不确定性由医疗服务支付方管理的同时，将平均住院医疗费用的不确定性转移至医疗服务提供方。相较于按项目付费模式，DRG/DIP 付费模式可以促使医疗服务提供方减少不必要的医疗服务，规避过度医疗的情况，从而降低医疗服务费用，部分程度缓解医保基金支出持续增长的问题，但也同时带来新的挑战。

按人头付费模式则更进一步，医疗服务支付方以参保人数为单位向医疗服务提供方打包支付年度医疗服务费用，参保人员的所有医疗需求只能由对应的医疗服务提供方提供。相应地，按人头付费模式下，医疗服务使用率风险与平均医疗费用风险都转移至医疗服务提供方。不管是以往住院事件为单位打包支付的 DRG/DIP 付费模式还是按人头付费模式，医疗服务提供方都可能基于利益考量博弈，使得患者在接受医疗治疗时面临一定限制：

- 医疗不足或医疗质量下降：部分医疗服务提供方可能为了追求自身利益最大化，减少必要的医疗服务、限定患者住院天数，从而导致医疗质量下降；
- 高值医疗服务需求得不到满足：为了控制住院成本支出，医疗服务提供方往往缺少动力为患者提供高值医疗服务，自费创新药、特殊检查、创新疗法等医疗项目可能受到限制，导致部分患者的医疗服务需求无法得到满足。

为了规避 DRG/DIP 支付方式改革带来的医疗不足、医疗质量降低、诊断编码高编高套等问题，部分成熟市场构建了全面监管体系来积极应对。例如，德国要求针对住院相关的诊断编码、住院天数、呼吸机使用时长等进行严格审查，并要求医院开展内部质量管理以及发布年度医院质量报告，同时成立质量和效率评估机构负责临床疗效评估与整体质量监管，从而形成完善的 DRG 监管体系有效避免因 DRG 带来的医疗质量下降等情况⁹。台湾的 DRG 监管审查重点则聚焦入院必要性、诊断与治疗方式适当性、编码准确性和费用是否转移等，并通过审查与督导机制严格管控住院费用超出上限和医疗质量降低的情况¹⁰。

借鉴成熟市场经验，我国在推行 DRG/DIP 支付方式改革过程中，也需要建立完善的质量监管体系：一方面建立严格的医疗服务审查机制，另一方面要求医疗机构强化内部医疗质量管理，并定期公开质量报告。同时，可以考虑设立专门的质量评估机构，对临床疗效进行系统性评价，确保 DRG/DIP 支付方式改革在提高效率的同时不降低医疗质量。

DRG/DIP 支付方式改革背景下的中端医疗险发展机遇

DRG/DIP 支付方式改革的全面落地，虽然使患者在住院治疗时面临潜在的医疗质量下降、创新药等高值医疗需求无法被满足等限制，但也为未来商业医疗险的覆盖与支付提供了更广阔的空间。

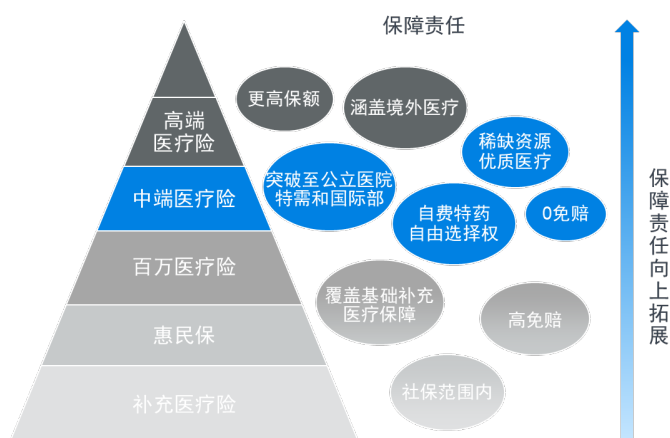
在 DRG/DIP 打包支付模式下，治疗用药出于成本考量往往优先选择集采用药，限制了部分创新药在公立医疗体系下的使用。另外，受到药占比、自费率指标等医保考核以及入院申请流程繁复的限制，创新药一直存在入院难的挑战。国家于近日出台相关政策，打通了创新药进院的最后一公里，极大降低了创新药在公立医疗体系内的使用难度。2025 年 6 月 30 日，国家医保局、国家卫健委联合印发的《支持创新药高质量发展的若干措施》中明确给予创新药“三除外”政策引导，即针对新增设的商保创新药目录中包含的药品，可在基本医保自费率指标中除外、集采中选可替代品种监测范围中除外、以及相关商业健康保险保障范围内的创新药应用病例可在 DRG/DIP 付费中除外。

“三除外”机制的建立突破了创新药在公立医疗体系内的供应限制，其中包括医保范围内创新药和自费创新药。在基本医保保基本的原则下，医保作为支付方，无法满足人民群众多元化的用药需求；部分符合条件的创新药可纳入医保范围内，超出医保范围的自费创新药需求则需要由医保之外的支付方式提供补充保障。目前国家医保局正加快推进健全 1+3+n 多层次医疗保障体系，在基本医保之上由商业健康保险、慈善捐赠、工会互助等其他保障形式发挥补充保障作用，与基本医保形成协同效应，共同为人民群众提供多层次用药保障。

商保作为重要的基本医保补充支付方式之一，衔接了人民群众的基本医疗保障需求和个性化医疗保障需求。随着创新药相关政策的落地，商保创新药目录内药品在公立医疗体系内的使用将逐步放开，也为支付创新药的商保市场创造了更大发展空间，进一步促进 1+3+n 多层次医疗保障体系的完善。

商保市场经过多年发展，已形成了多元化商业医疗险产品供给格局，通过保障责任向上拓展来满足不同用户的保障需求。补充医疗险、惠民保和百万医疗险产品主要覆盖较为基础的补充医疗保障，就医范围往往限制于公立医疗体系，且涵盖较高的免赔额。中高端医疗险产品则可以满足中等收入人群及高净值人群的差异

化需求，在百万医疗险产品之上突破医保支付限制，用户可以选择在公立医院特需部、国际部或私立医院甚至境外医疗机构接受优质医疗服务，享受稀缺医疗资源。针对自费创新药、创新疗法等治疗方式，中高端医疗险用户如有相应需求可拥有自由选择权。同时，中高端医疗险提供 0 免赔保障，0 元起赔的产品设计可以使用户获赔率显著提升。



在当前多元化商业医疗险产品供给格局中，中端医疗险是近期值得重点关注的产品类别。并且各方都有望在中端医疗险的发展中获益。医保角度，中端医疗险通常不局限于医保支付范围，特定医疗场景的医疗费用直接通过商保支付，有望缓解医保支付压力，切实通过多层次保障体系解决多样化的医疗服务需求。医疗服务提供方角度，DRG/DIP 支付方式改革背景下，医疗服务提供方有强烈意愿提供优质医疗资源和商保主体积极合作，近年来比较直接的两个变化是顶尖公立医疗机构积极发展特需医疗和健康管理中心，这两部分都天然和中端医疗险有更好融合和合作空间。

从商保的供需两端来看，供给侧，不同于高端医疗险受限于极致稀缺医疗资源的供给（如高端私立医疗和海外就医资源），中端医疗险可以为患者的医疗治疗需求提供更大的可及性，便于商保经营主体进行医疗资源的整合；需求侧，在 DRG/DIP 支付方式改革背景下，部分创新药的使用限制刺激了人民群众对包括创新药在内的优质医疗和稀缺医疗资源的需求，中端医疗险可以突破公立医疗体系 DRG/DIP 付费的限制，以较低的保费水平在住院用药、治疗方式上为患者提供更多选择，让患者在境内医疗机构享受优质医疗服务。

** 例如明德医疗成本指南 Health Cost Guidelines (HCG)，是明德基于成熟市场真实医疗数据的商业健康险定价工具。

目前中端医疗险实际市场规模仍较有限，保费规模仍显著低于百亿元，相比商业健康险近万亿的保费规模还有很大增长空间。其发展空间真正打开仍需依赖多方共同努力，在顶层设计、筹资模式、产品设计和分销、运营管理等多方面协同推进。其中，产品设计和分销环节往往决定了产品是否能满足用户需求、触达用户并最终成交，运营管理则决定了产品是否能长期可持续。随着商业健康险市场的成熟度逐步提高，保险公司经营理念需要从单纯追求保费增长转变为用户经营，通过健康险精细化管理实现可持续发展。保险公司可以通过与咨询公司在内的第三方合作，提升健康险运营能力，在健康险运营管理价值链的各个环节开展数据驱动的健康险精细化管理。

- 产品定价：基于历史医疗数据开展医疗服务使用率及医疗费用分析，并考虑费用发展趋势实现精细化产品定价。成熟市场通常应用健康险定价工具^{**}，从不同年龄、性别、保障细项等维度为保险公司提供未来医疗费用预测；
- 核保管理：结合医疗数据分析与医学临床判断进行核保评估，通过完善核保流程、优化核保问卷与核保指南，减少选择和逆选择现象，有效控制保单赔付率；
- 理赔风控：通过识别理赔欺诈、过度医疗等现象，有效进行控费。成熟市场基于医疗理赔风控工具^{***}，可以针对理赔欺诈、医疗滥用等服务进行识别和管控；
- 健康管理：应用风险评估算法分析用户健康风险，识别高风险用户，进而通过开展健康管理干预项目以降低长期赔付成本。成熟市场应用数据驱动的风险预测模型，有效预测高风险人群，通过提供健康管理干预延缓或预防用户的医疗需求，提高用户健康水平；
- 经营经验监控与产品动态调整：动态监控保单业务赔付经验，便于适时调整保障及费率，以控制赔付率持续恶化；同时在保障或费率调整时需注意逆选择螺旋效应。

同时，中端医疗险可以在个险市场之外以团险为发力方向，其在政策引导下将获得更大的发展空间。我国目前商业团体医疗险业务大多为企业给员工提供的补充医疗险，仅覆盖社保范围内的基础补充医疗保障。团险市场总体规模远小于个险，其商保市场份

*** 例如明德医疗浪费计算器 Health Waste Calculator (HWC)，能够针对不必要的服务进行识别和管控，是成熟市场管理医疗服务费用的重要理赔风控工具。

额不到 20%；与成熟市场（例如，美国团险份额超过 80%，德国团险份额约 30%）相比，我国团险市场仍具有一定潜力。基于成熟市场团险经验，其业务的大力发展离不开国家顶层政策推动，例如，美国和德国市场针对团险保费可享受税优政策。我国部分地区已在研究探索对商业团体医疗险的政策支持，有望推动团体中端医疗险的发展。

在目前国内经济环境下，对于人均预期超千元的团体中端医疗险保费，如果单纯依赖企业筹资挑战较大。我们可以基于成熟市场团险经验，采用企业与员工混合筹资的模式，在传统团体补充医疗险的保障责任基础上向上拓展，为员工提供包括医院范围突破至公立医院特需部和国际部、自费特药自由选择权等在内的高质量医疗保障。员工筹资方面，如果能大范围开放个账用于支付包括团体中端医疗险在内的商业健康险保费，有可能进一步推动中

端医疗险团险业务的发展。另外，借鉴成熟市场团险经验，保险公司可以通过提供团险保单转移权益提高保单的延续性，确保员工在离职或退休后能继续缴费享受中端医疗险保障。

中端医疗险的未来发展仍需要与医疗体系建立更加紧密的协同机制，特别是针对商保支付的公立医院医疗服务供给，可以通过与公立医疗体系合作定制商保产品和整合公立医院特需部、国际部医疗网络，为患者提供多元化高质量就医选择，满足患者对稀缺资源和优质医疗的需求。

结论

DRG/DIP 支付方式改革为中端医疗险带来了新的发展空间，保险公司有望抓住市场机遇，通过与医疗体系建立协同机制，在政策引导下推动中端医疗险市场规模的快速增长。

参考文献：

1. 国家医保局《2024 年全国医疗保障事业发展统计公报》
2. 天津市财政局《天津市 2024 年预算执行情况和 2025 年预算》
3. 戈艳霞，王添翼，人口老龄化背景下医保基金可持续发展的风险分析[J]。中国医疗保险，2021(2)。
4. 李乐乐，李怡璇，我国医保支付方式改革的治理路径分析——基于 DRG 与 DIP 的机制比较[J]。卫生经济研究，2022(9)。
5. 国家医保局：按病种付费基本实现全覆盖，<https://www.chinanews.com.cn/cj/2025/04-18/10401725.shtml>
6. 国家医保局《2018 年全国基本医疗保险事业发展统计公报》，《2023 年全国医疗保障事业发展统计公报》，《2024 年全国医疗保障事业发展统计公报》
7. 国家医保局《2023 年医疗保障事业发展统计快报》
8. 蒋冠军，彭秋雯，医疗支付系列：DRG 计费山雨欲来，<https://www.milliman.com/en/insight/Medical-Payment-Series-The-rise-of-the-DRG-payment-model>
9. 冯鹏程，邵晓军，赵正堂，德国医保治理及商业健康保险融合发展的研究[J]。保险理论与实践，2021(2)。
10. 台湾行政院卫生署中央健康保险局医审暨药材小组，Tw-DRGs 审查制度简介，<http://www.areahp.org.tw/upload/project/txt/990104b.pdf>



明德是世界最大的保险精算及相关产品和服务供应商之一。公司在医疗保健、财产保险、人寿保险和金融服务、雇员福利领域提供咨询服务。创立于1947年，作为一家独立公司在全球主要城市均设有办公室。

作者联系方式

蒋冠军，合伙人兼精算顾问
guanjun.jiang@milliman.com

彭秋雯，精算顾问
qiuwen.peng@milliman.com