

地方特色中医支付方式改革对中医服务供给的影响

——基于武汉市“DRG+中医药补偿”模式的案例研究

龚光雯^{1,2*} 雷 偕³ 陈曼莉^{1,2}

1. 湖北中医药大学管理学院 湖北武汉 430065
2. 湖北省高校人文社科研究基地中医药研究发展中心 湖北武汉 430065
3. 湖北省中医院 湖北武汉 430061

【摘要】目的:分析武汉市中医支付方式改革对中医服务供给的影响,为构建符合中医特点的支付方式提供依据。方法:采用间断时间序列方法,比较样本医院椎间盘突出患者改革前后服务供给水平、结构和效率的变化。结果:该支付模式未显著改变椎间盘突出患者的住院天数、中医药治疗费用和西药费用,通过减少中医非药物疗法控制了费用的上涨,但存在选择患者和增加中药使用的策略性行为。结论:探索符合中医药特点支付方式的关键在于促进供方提供中医服务获利与医保控费之间的激励相容。可通过将点值加成、系数调整或阈值奖励等精准激励嵌入DRG/DIP支付框架,依据“价值支付”理念构建与中医临床疗效、病例组合指数和服务质量动态关联的考核机制等,推进探索符合中医药特点的支付方式。

【关键词】中医; 支付方式; 服务供给; DRG; 间断时间序列

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.12.005

The impact of local TCM medical insurance payment reform on TCM service supply: A case study of the “DRG + TCM compensation” model in Wuhan

GONG Guang-wen^{1,2}, LEI Cai³, CHEN Man-li^{1,2}

1. School of Management, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei 430065, China
2. Research Center for the Development of Traditional Chinese Medicine, Key Research Base of Humanities and Social Sciences of Hubei Province, Wuhan Hubei 430065, China
3. Hubei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan Hubei 430061, China

【Abstract】 Objective: To analyze the impact of the payment reform for Traditional Chinese Medicine (TCM) in Wuhan on the service provision behaviors of TCM hospitals, and to provide evidence for developing payment methods aligned with the characteristics of TCM. Methods: An interrupted time series analysis was conducted to compare changes in the level, structure, and efficiency of service provision for patients with intervertebral disc herniation in sample hospitals before and after the reform. Results: The payment model did not significantly alter the length of stay, the proportion of TCM treatment costs, or the proportion of Western medicine costs for these patients. While it controlled cost escalation primarily by reducing the use of non-pharmacological TCM therapies, issues such as "patient exclusions" and "TCM service exclusions" were observed. Conclusion: A payment system tailored to TCM characteristics can achieve incentive compatibility among the objectives of enabling hospital profitability through TCM service provision, controlling medical insurance expenditures, and preserving TCM distinctiveness. Therefore, exploring such payment models should involve embedding precise incentives—such as reasonable point-value bonuses, coefficient adjustments, or threshold-based rewards—into the DRG/DIP payment framework. Furthermore,

* 基金项目:湖北省自然科学基金中医药创新发展联合基金项目(2025AFD600);湖北省高校人文社会科学重点研究基地“中医药发展研究中心”一般项目(ZXYB003)

作者简介:龚光雯(1987年—),女,博士,讲师,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:guangwengong@163.com

通讯作者:陈曼莉。E-mail:manli@hbucm.edu.cn

guided by the "value-based payment" concept, an assessment mechanism dynamically linked to TCM clinical efficacy, case mix index, and service quality should be established to promote the development of TCM-appropriate payment systems.

【Key words】 Traditional Chinese Medicine (TCM) ; Payment method; Services supply; Diagnosis-Related Groups (DRG); Interrupted time series

2021 年 12 月,国家医疗保障局、国家中医药管理局发布《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》(医保函〔2021〕229 号),明确要求“完善符合中医药特点的医保支付政策”“推进中医医保支付方式改革”。按疾病诊断相关分组(Diagnosis-Related Groups, DRG)支付方式的分组与支付标准主要基于西医诊疗路径,难以充分体现中医“辨证论治”的特点和人力密集型服务的价值。这种固有的不匹配可能导致对中医医疗服务采用 DRG 支付难以合理补偿中医医师的劳务消耗,不仅挫伤医务人员提供中医服务的积极性,还可能引发中医医疗服务供给减少,制约中医药的传承创新发展。^[1-3]因此,如何在 DRG 支付框架下充分体现中医药服务价值,避免中医药特色服务萎缩,成为医保改革实践和学术研究共同关注的焦点问题。

在推行 DRG 付费的背景下,多地区医保部门已开始探索支持中医药发展的特色支付模式。^[4-5]其中,武汉市并未将中医医院简单排除在 DRG 改革之外,亦未采取“一刀切”的支付策略,而是创新性地实施了 DRG 付费与中医药补偿相结合的模式。该模式规定,若住院病例的中医药治疗费用占比超过 30%,则对中医药治疗费用进行全额补偿且最高不超过该病例 DRG 回款总额。这一设计在固定的 DRG 付费额度内,构建了引导医疗机构将中医药治疗费用占比提升至 30% 以上的激励机制。从理论上看,这一特色支付模式对中医服务供给可能产生双重效应。一方面,为达到 30% 的补偿门槛,中医医院有动力维持并增加中药与中医非药物疗法的使用,缓冲 DRG 可能引致的“西化”压力。另一方面,在越过 30% 的门槛后,为进一步最大化收益,医疗机构可能提供过量的中医服务。因此,武汉市 DRG 结合中医药补偿支付模式对中医服务供给的影响尚不明确,有待进一步实证检验。为揭示 DRG 结合中医药补偿支付改革的效应,提炼地方改革经验,本研究采用间断时间序列分析方法,以武汉市某三级甲等中医医院为样本,聚焦其椎间盘疾病的代表性病种,定量评估 DRG 结

合中医药补偿支付模式对中医服务供给的实际影响,为探索符合中医药特点的支付机制提供证据支持。

1 资料与方法

1.1 资料来源与病种选择

为准确评估该支付模式对中医服务供给的影响,本研究需选取一个中医药治疗为首选方案的优势病种。据此,设定了三项遴选病种的标准:(1)纳入国家中医药管理局制定的中医临床路径或诊疗方案目录;(2)为国家级或省级中医重点专科的优势病种;(3)被其他地区纳入中医按病种付费改革范围。结合样本中医医院的推荐,最终确定以椎间盘疾病作为典型病例进行分析。

选取武汉市某三甲中医医院 2019 年 1—12 月(改革前)与 2023 年 1—12 月(改革后)两个时间段的椎间盘疾病住院患者病案首页数据。剔除存在逻辑错误、住院天数大于 60 天或住院费用为 0 的无效病例,最终获得有效病例 5 454 例。本研究以该地区正式实施 DRG 付费与中医补偿相结合政策的时点作为中断点,将整个观察期划分为改革前、改革后两个阶段,所有分析均基于月度汇总数据展开。

1.2 分析方法

为评估 DRG 结合中医药补偿支付对中医服务供给的影响,本研究选取服务供给水平、结构和效率作为结果变量。采用住院费用衡量服务供给水平,采用中医非药物疗法费用占比、中药费用占比、中医药治疗费用占比以及西药费用占比 4 个指标衡量服务供给结构,采用平均住院日衡量供给效率(表 1)。

采用间断时间序列分析的基础模型公式如下:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times time_t + \beta_2 \times intervention_t + \beta_3 \times time_after_t + \varepsilon_t$$

其中, Y_t 为各结果变量, $time_t$ 为连续时间变量(1~24 个观测月份); $intervention_t$ 是干预变量(干预前=0, 干预后=1); $time_after_t$ 是干预后时间计数变量(干预

表1 结果变量与衡量指标

| 变量类型 | 衡量指标 | 定义与计算方式 |
|------|-------------|----------------------------|
| 供给水平 | 住院费用 | 患者单次住院发生的所有医疗费用之和 |
| 供给结构 | 中医非药物疗法费用占比 | 中医非药物疗法费用/住院费用×100% |
| | 中药费用占比 | 中药费用/住院费用×100% |
| | 中医药治疗费用占比 | (中医非药物疗法费用+中药费用)/住院费用×100% |
| | 西药费用占比 | 西药费用/住院费用×100% |
| 供给效率 | 平均住院日 | 出院患者占用总床日数/同期内出院人数×100% |

前=0,干预后按月累加)。 β_0 为截距, β_1 为干预前趋势斜率, β_2 为干预瞬时效应, β_3 为干预后趋势变化量。

为校正可能存在的自相关问题,所有模型均采用 Newey-West 稳健标准误(滞后阶数=2)。敏感性分析中引入结果变量的一阶滞后项,结果显示其均不显著($P>0.05$),表明基础模型设定合理,不存在明显动态偏误。同时,控制因 DRG 实施可能引发的患者选择行为所带来的年龄—性别混杂^[6]采用分层标准化法对患者的年龄和性别进行校正,即患者按年龄(<18岁、18~40岁、40~60岁、≥60岁)和性别(男、女)交叉分层,以整体研究期间人口构成为标准进行加权,计算得到经调整的月度指标。比较校正前后模型结果,若存在显著差异,则以调整后的结果反映政策的真实效应。使用 Excel 整理原始数据,采用 STATA15.0 进行数理统计分析。使用双侧检验,检验水平 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 分析结果

2.1 患者基本特征

2019年和2023年,该中医医院分别收治椎间盘突出住院患者3 710人次、1 743人次。2019年,男性占40.59%,女性占59.41%;至2023年,男性比例略有上升(43.26%)。2019年和2023年均以40岁以上人群为主,其中60岁及以上的比例由41.67%下降至33.85%;18~40岁的比例从18.25%上升到24.73%。在供给水平方面,住院费用的中位数由2019年的8 647.03元下降至2023年的7 493.94元。在供给结构方面,中医非药物疗法费用中位数由2 998.50元降至2 686.00元,但其占比上升了近10个百分点;中药费用中位数由347.72元略上升至366.40元,其占比下降了0.12个百分点;中医药治疗费用中位数由3 515.41元降至3 220.63元,但其占比上升了11个百分点;西药费用中位数由898.64元降至317.90元,其占比下降了5.35个百分点。住院天数中位数从2019年的9天降至2023年的8天(表2)。

表2 2019年与2023年椎间盘突出患者基本情况及费用、效率指标对比

| | 2019(N=3 710) | 2023(N=1 743) |
|----------------|---------------|---------------|
| 性别(人,%) | | |
| 男性 | 1 506(40.59) | 754(43.26) |
| 女性 | 2 204(59.41) | 989(56.74) |
| 年龄(岁,%) | | |
| <18 | 3(0.08) | 2(0.11) |
| 18~40 | 677(18.25) | 431(24.73) |
| 40~60 | 1 484(40.00) | 720(41.73) |
| ≥60 | 1 546(41.67) | 590(33.85) |
| 供给水平(中位数) | | |
| 住院费用(元) | 8 647.03 | 7 493.94 |
| 供给结构(中位数) | | |
| 中医非药物疗法费用(元) | 2 998.50 | 2 686.00 |
| 中医非药物疗法费用占比(%) | 37.71 | 47.62 |
| 中药费用(元) | 347.72 | 366.40 |
| 中药费用占比(%) | 4.18 | 4.06 |
| 中医药治疗费用(元) | 3 515.41 | 3 220.63 |
| 中医药治疗费用占比(%) | 44.71 | 55.71 |
| 西药费用(元) | 898.64 | 317.90 |
| 西药费用占比(%) | 9.91 | 4.56 |
| 供给效率(中位数) | | |
| 住院天数(天) | 9.00 | 8.00 |

2.2 基于间断时间序列的主效应评估

采用间断时间序列分析 DRG 结合中医药补偿改革对中医服务供给的影响。OLS 模型显示,DRG 结合中医药补偿改革初期,住院费用增加了 4 972.77 元($P=0.001$)。但改革后,住院费用显著下降(每月 -569.45 元, $P=0.004$)。经 Newey-West 校正后,改革前的住院费用上升趋势不显著($\beta_1=160.62$, $P=0.206$)变为显著上升($P<0.001$)。含滞后项模型进一步确认了该支付模式改革对住院费用增长的即时效应和住院费用下降的长期效应。因此,DRG 结合中医药补偿改革能够抑制中医医院椎间盘突出患者的住院费用的增长趋势。

在中医服务供给结构方面,改革实施前的中医

非药物疗法费用占比(每月+1.01%, $P<0.001$)和中医药治疗费用占比(每月+0.84%, $P=0.003$)呈上升趋势,而中药费用占比(每月-0.17%, $P=0.017$)和西药费用占比呈下降趋势(每月-0.47%, $P<0.001$)。改革实施后,中医非药物疗法费用占比下降(每月下降1.12%, $P=0.003$),中药费用占比上升(每月上升0.39%, $P<0.001$),中医药治疗费用占比下降趋势不显著(每月-0.73%, $P=0.052$),西药费用占比上升趋

势不显著(每月上升0.01%, $P=0.934$)。这表明,该支付模式减少了中医医院椎间盘患者中医非药物疗法的使用,增加了中药的应用,对中医药治疗费用占比和西药费用使用无显著影响。在服务效率方面,改革对平均住院日产生了瞬时的缩短效应,降低了0.76~0.92天。然而,改革后的长期趋势并未发生显著变化,说明该支付模式在改革初期缩短住院时间(表3)。

表3 DRG结合中医药补偿改革效应的间断时间序列分析结果

| 指标 | 模型 | 基线水平 | 改革前变化趋势 | 改革后瞬时变化 | 改革后变化趋势 |
|-------------|------------|--------------|------------|-------------|-----------|
| 住院费用 | OLS | 8 832.44*** | 160.62 | 4 972.77** | -569.45** |
| | Newey-West | 8 832.44*** | 160.62*** | 4 972.77** | -569.45* |
| | 含滞后项 | 11 220.79*** | 218.87 | 6 122.07*** | -716.84** |
| 中医非药物疗法费用占比 | OLS | 0.2976*** | 0.0101*** | -0.0048 | -0.0112** |
| | Newey-West | 0.2976*** | 0.0101*** | -0.0048 | -0.0112* |
| | 含滞后项 | 0.2175** | 0.0066 | -0.002 | -0.0077 |
| 中药费用占比 | OLS模型 | 0.0736*** | -0.0017* | -0.0053 | 0.0039*** |
| | Newey-West | 0.0736*** | -0.0017*** | -0.0053 | 0.0039*** |
| | 含滞后项 | 0.0770** | -0.0020* | -0.0043 | 0.0042** |
| 中医药治疗费用占比 | OLS模型 | 0.3713*** | 0.0084*** | -0.0101 | -0.0073 |
| | Newey-West | 0.3713*** | 0.0084*** | -0.0101 | -0.0073 |
| | 含滞后项 | 0.2978*** | 0.0058 | -0.0052 | -0.0052 |
| 西药费用占比 | OLS | 0.1612*** | -0.0048*** | -0.0124 | 0.0001 |
| | Newey-West | 0.1612*** | -0.0047* | -0.0124 | 0.0001 |
| | 含滞后项 | 0.1473*** | -0.0040* | -0.0104 | 0.0003 |
| 平均住院日 | OLS | 9.6947*** | -0.0056 | -0.7632 | -0.0002 |
| | Newey-West | 9.6947*** | -0.0056 | -0.7632*** | -0.0002 |
| | 含滞后项 | 11.5857*** | 0.0104 | -0.9199* | -0.0246 |

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ 。

2.3 控制混杂偏倚的稳健性检验

为评估研究结果的稳健性,本研究比较了未调整模型与通过分层标准化法控制患者年龄和性别后的调整模型。引入滞后因变量并未显著改善两个模型的拟合优度,表明时间序列的依赖性较弱。比较未标准化和标准化基础回归、Newey-West 回归分析结果,控制年龄与性别后,该支付模式控制中医医院椎间盘突出患者的住院费用增长趋势的效应依然存在,但影响幅度有所减小;对中医非药物疗法使用和中医药治疗费用的降低效应、对中药使用的增长效应仍然显著,幅度同样减小;对西药费用占比和平均住院日的影响则始终不显著(表4与图1、2)。

表4 未控制与控制混杂偏倚的间断时间序列分析结果的比较

| 指标 | 模型类型 | 未标准化调整 | 标准化调整 |
|-------------|------------|-----------|--------------|
| 住院费用 | OLS | -569.45** | -2.411*** |
| | Newey-West | -569.45* | -2.411*** |
| 中医非药物疗法费用占比 | OLS | -0.0112** | -0.000038*** |
| | Newey-West | -0.0112* | -0.000038*** |
| 中药费用占比 | OLS | 0.0039*** | 0.000019*** |
| | Newey-West | 0.0039*** | 0.000019*** |
| 中医药治疗费用占比 | OLS | -0.0073 | -0.00002* |
| | Newey-West | -0.0073 | -0.00002 |
| 西药费用占比 | OLS | 0.0001 | 0.000007 |
| | Newey-West | 0.0001 | 0.000007 |
| 住院天数 | OLS | -0.0002 | -0.00017 |
| | Newey-West | -0.0002 | -0.00017 |

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ 。

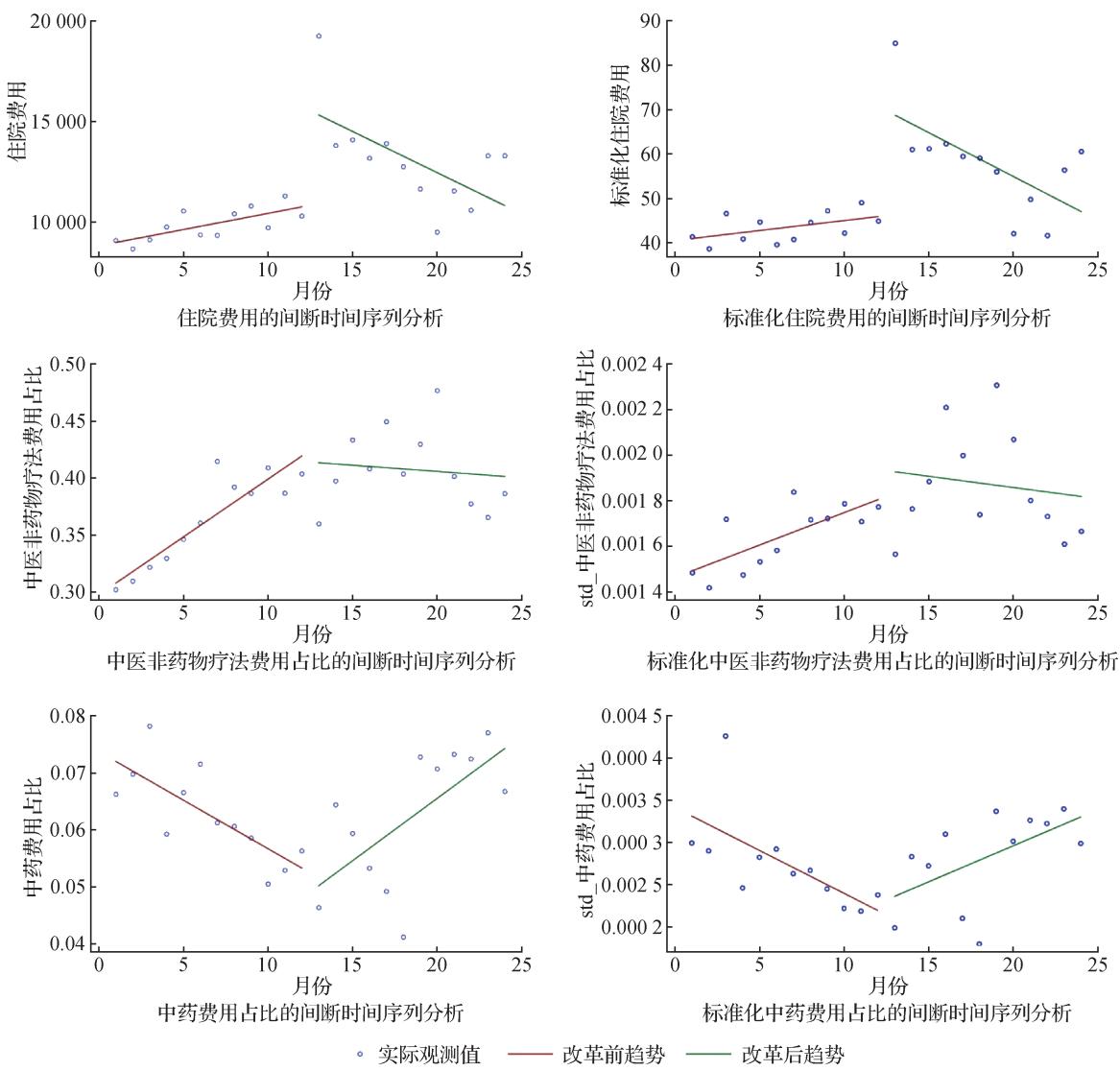


图1 住院费用、中医非药物疗法费用占比和中药费用占比改革前后变化的未标准化和标准化分析结果比较

3 讨论与建议

根据分析结果,DRG结合中医药补偿模式未显著改变椎间盘突出患者住院天数、中医药治疗费用占比和西药费用占比,通过减少中医非药物疗法,扭转了费用持续上涨趋势,但存在选择患者和增加中药使用的策略性行为。DRG结合中医药补偿模式的成功之处与暴露出的问题,对探索符合中医特点支付方式具有启发意义。

3.1 DRG结合中医药补偿模式能兼顾中医治疗完整性与控费,探索符合中医特点的支付方式的关键在于促进中医服务供给与控费激励相容

分析结果显示,DRG结合中医药补偿改革初期的住院费用上升。这可能与中医医疗机构对新支付规则的适应过程以及对较高权重DRG分组的“高编

高套”“低码高编”行为有关^[7];改革后住院费用的下降,则与已有研究揭示的DRG通过“结余留用”这一核心激励机制引导医院包括中医医院转向成本控制的观点一致。^[8-11]本研究还发现,该支付模式未显著缩短椎间盘突出患者的平均住院日,这一发现与已有研究发现腰椎间盘突出按DRG付费患者住院天数较短的观点不一致。^[12]总体来看,DRG结合中医药补偿改革在未显著改变对椎间盘突出患者住院天数、中医药治疗费用占比和西药费用占比的情况下,实现了对住院费用增长趋势的有效控制。这说明,在中医医院治疗椎间盘突出疾病过程中,DRG结合中医药补偿支付模式没有减少中医服务、转向西药或缩短必要住院周期,有效保障了中医服务使用和中医治疗的完整性。

DRG结合中医药支付模式在守住“住院日”“西医占比”底线的基础上实现控费成效的经验说明,在

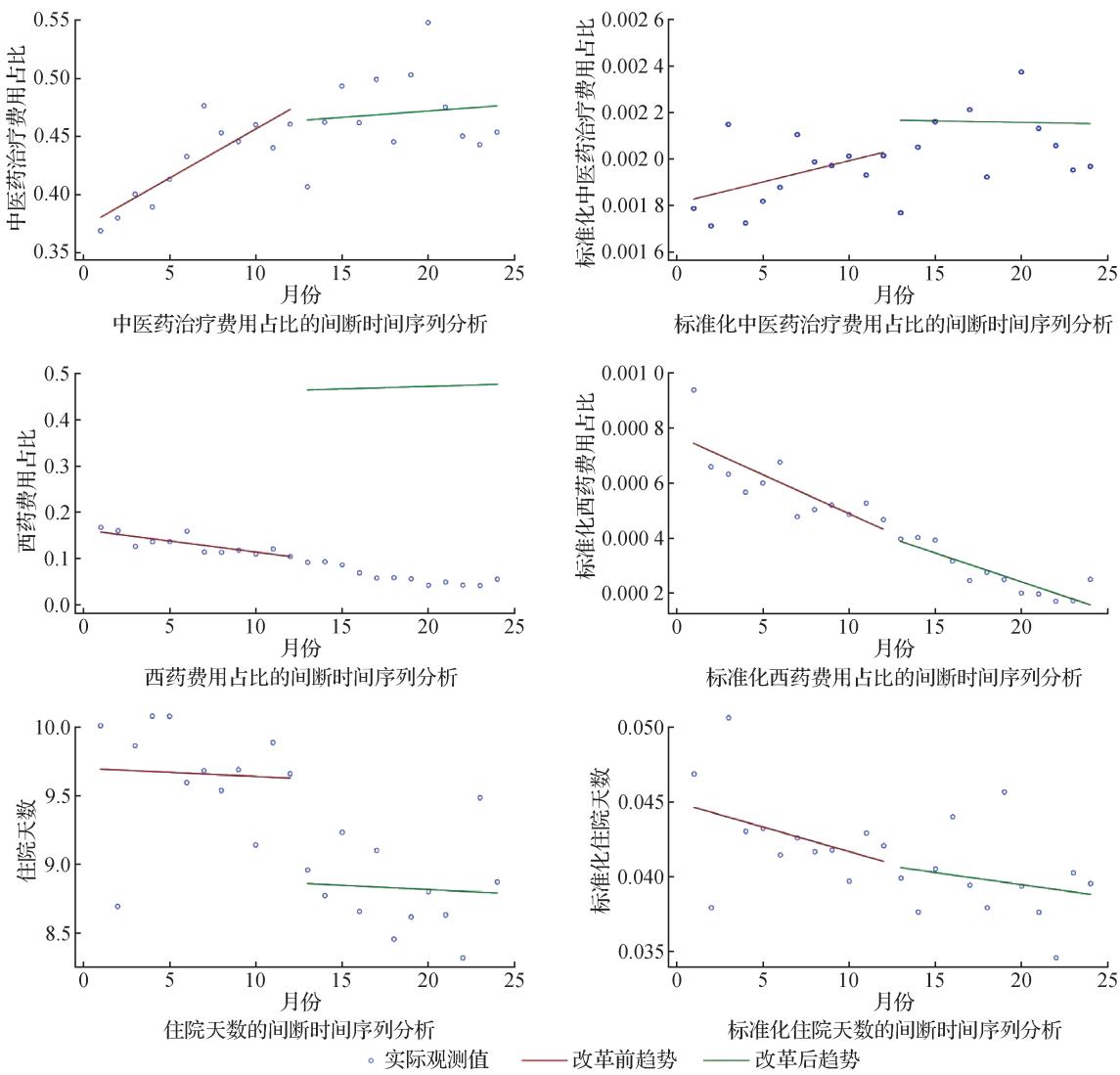


图2 中医药治疗费用占比、西药费用占比和住院天数改革前后变化的未标准化和标准化分析结果比较

总额预算封顶的框架下嵌入了中医药治疗费用占比大于30%将获得经济收益的激励机制,形成了成本控制和激励中医服务供给的双重激励导向。该嵌入式的设计使医院追求中医药补偿的逐利行为与医保控费、维护中医特色的政策目标之间实现激励相容——医院唯有通过优化内部成本结构而非削减必要中医服务,才能实现收益最大化。因此,在DRG/DIP推开的背景下,探索符合中医特点支付方式的重点在于如何在总额预算封顶的支付框架下通过合理设置点值加成、系数加成等结构性激励,让医院因提供了高质量、足疗程的中医服务而获得更合理的经济回报。

3.2 DRG 结合中医药补偿改革减少了中医非药物疗法的使用,探索符合中医特点的支付方式需要从粗放补偿转向精准激励

分析结果显示,DRG 结合中医药补偿模式在不

降低中医药治疗费用的情况下,通过降低非药物疗法费用占比来控制住院费用的增长趋势。这一发现表明,尽管该支付模式包含了激励中医服务供给的机制,但DRG支付固有的、强大的控费压力依然对中医非药物疗法服务的供给产生了抑制效应。在DRG控费压力下,医院管理的核心目标从最大化单个病例收益,转变为降低时间消耗指数、提高床位利用效率。^[13]住院天数不变而费用下降,也进一步印证了“床日结余率”在中医医院同样起主导作用。采用成本加成定价方式的针灸、推拿等中医非药物疗法因主要依赖医生的经验和技术手法,对医疗耗材和设备的依赖度较低而定价偏低,未体现中医技术劳务价值。^[14]因而,在DRG控费的主导作用下,体现中医特色但定价未体现中医技术劳务价值的中医非药物疗法的供给受到了抑制。

为更好地发挥医保促进中医药传承与创新中的

作用,未来需要基于成本核算重新评估并提高中医非药物疗法的服务定价,使其充分反映医务人员的技术劳务价值。同时,应推动DRG结合中医药补偿支付模式由“一刀切”的粗放补偿模式,向以价值为导向的精准激励模式转型。首先在覆盖范围上,从中医病种的全覆盖转变为聚焦中医优势病种,即建立一套可量化的“中医药价值评估指标体系”,将针对中医病种的抽象价值优势转化为纳入支付补偿的范围。然后,根据按绩效支付或按价值支付框架,设计与价值指标动态挂钩的奖惩支付机制。

3.3 DRG结合中医药补偿改革增加了椎间盘突出患者的中药使用,探索符合中医特点的支付方式应引导中医合理用药与重症收治

分析结果显示,DRG结合中医药补偿模式在未显著增加中医药治疗费用占比的情况下,促进了中药费用占比的上升。这一改变可能与医疗机构在DRG支付框架下的供方道德风险行为效应有关。^[15]2023年,该中医院收治患者总数(1 743人次)远低于2019年(3 710人次),且年龄大于60岁患者的比例从41.67%下降至33.85%,而18~40岁患者的比例则从18.25%上升至24.73%($P<0.001$)。患者年龄结构的“年轻化”可能与该医院采取的选择患者的策略性行为有关。同时,椎间盘突出的中医核心治疗是针灸、推拿、理疗、牵引等非药物疗法,中药通常起辅助、配合的作用。^[16]重度、复杂型椎间盘突出患者因需要配合使用活血化瘀、止痛等中药,其中药费用占比相对较高。而轻度颈椎病、腰椎间盘突出患者因以非药物疗法为主,其中药费用占比相对较低。年龄通常是椎间盘突出轻重的一个预测因子,年龄结构年轻化通常意味着轻症比例高、使用中药辅助较少。然而,在轻症患者本身中药治疗需求较低的情况下,中药费用占比反而上升。这揭示了在中医药治疗费用占比30%的门槛效应下的增加中药使用的策略性行为,即医生有极强的动力将轻症患者的中医药治疗费用占比努力提升至30%以上。因此,中药费用占比的上升,是收治轻症患者与增加轻症患者的中药使用共同作用的结果。这一发现警示,该模式能够激励中药使用的“数量”,但未必能有效提升中药使用的临床价值。

为引导医院合理收治患者、减少选择患者和增加中药使用的策略性行为,建议将医保支付总额或绩效评价体系与反映医院收治病例整体难易程度的

病例组合指数(CMI)相挂钩,即收治患者的病情复杂程度越高,则CMI数值越高,其将可以获得更高比例的医保支付金额。同时,建议将CMI、重症患者收治比例等体现医疗服务能力与公平性指标纳入医院内部的绩效考核,从而形成更全面的合理诊疗行为引导机制。

4 研究局限性与展望

本研究存在以下局限性:首先,数据来源于单一中医医院,限制了研究结论的外部有效性。其次,受数据可得性限制,未能控制如疾病严重程度、并发症等潜在混杂因素。未来研究可纳入多个、不同级别的中医医院及更多病种,以全面评估该支付模式的影响,并深入探讨其内在作用机制。

作者贡献:龚光雯构思文章研究框架,撰写与修改论文;雷偲收集、整理与分析数据,参与论文初稿撰写;陈曼莉对文章构思和写作提供指导,并负责论文的修改。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 万凯莹,董柏青,王碧艳,等.中医医院DRGs医保支付方式改革关键问题及对策[J].中医医院,2022,26(12): 36-38.
- [2] 王志伟.试论中医医院特殊性对其医保支付方式选择的影响[J].社会保障研究,2017(2): 77-81.
- [3] 刘磊,张娜娜,林志红.DRG付费改革对中医医院中医药服务的影响[J].中医药管理杂志,2023,31(12): 209-212.
- [4] 廖藏宜,杨若宁,廖俏敏,等.DRG/DIP付费下中医药医保支付改革的现实困境、典型经验及政策建议[J].中国现代中药,2024,26(5): 765-773.
- [5] 王大壮,喻小勇,李天鹏,等.南京DRG点数法付费在中医医院的实施效果及其完善策略探析:以某省三甲中医院为例[J].中国卫生事业管理,2023,40(3): 165-167.
- [6] YANG O, CHAN M K, CHENG T C, et al. Cream skimming: Theory and evidence from hospital transfers and capacity utilization [J]. Journal of Economic Behavior & Organization, 2020, 173: 68-87.
- [7] 凌叶青,李建国,祝建辉.DRG/DIP付费下中医医疗行为异化及对策[J].卫生经济研究,2025,42(8): 79-82.
- [8] 司小平.DRG支付对住院患者医疗费用负担的影响研究[J].卫生经济研究,2025,42(1): 61-64.
- [9] 同彬,王成亮,赵耀伟,等.基于双重差分模型的DRG医保支付方式改革对于山西省肿瘤患者医疗费用的影响

- 分析[J]. 中国卫生统计, 2025, 42(2): 256-258.
- [10] 陈蒙恩, 袁有树, 王焱, 等. DRG 支付方式改革对中医医院住院费用及结构的影响[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(3): 18-24.
- [11] 吴琼, 张自严, 冯丹, 等. DRG 改革对中医医院中医药服务的影响: 基于间断时间序列分析[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(1): 74-78.
- [12] 兰妮, 廖莉莉, 朱光炜, 等. DRG 付费下柳州市某三甲综合医院开展中医优势病种按病种点数法付费的实践探索[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(10): 50-55.
- [13] 赵玉洋, 郝晋, 吴春华, 等. 基于时间消耗指数的临床科室床位利用效率评价方法研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(7): 46-49.
- [14] 宋宝香. 我国中医医疗服务价格改革的特殊性及其实施建议[J]. 价格理论与实践, 2016(1): 91-93.
- [15] 杨松, 彭美华, 钟艳红, 等. DRG 付费下医疗服务供方道德风险表现与防范对策[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(8): 53-57.
- [16] 王邦博, 杨晓倩, 栾逸先. 针灸治疗腰椎间盘突出症的临床研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(9): 2206-2212.

[收稿日期:2025-10-31 修回日期:2025-12-02]

(编辑 薛云)

全球多数国家全民健康覆盖取得进展,但挑战依然严峻

世界卫生组织与世界银行集团最新联合报告显示,自 2000 年以来,全球绝大多数国家(无论收入水平或地区)在扩大医疗服务覆盖及减轻医疗费用负担方面取得同步进展。这两项指标是实现全民健康覆盖的核心目标——确保到 2030 年,所有人都能获得所需医疗服务而不陷入经济困境。

医疗服务覆盖与经济负担趋势

《2025 年全民健康覆盖全球监测报告》显示,2000 至 2023 年间,全球医疗服务覆盖指数从 54 分提升至 71 分;同时,高额自付医疗费用导致贫困人口比例从 34% 降至 26%。然而,最贫困群体仍承受沉重负担,全球约 16 亿人因医疗支出陷入贫困,46 亿人仍无法获得基本医疗服务,21 亿人因就医陷入经济困境。药品费用是主要因素,其中贫困人群自付药品支出高达 60%。

进展不均与不平等现象

报告指出,低收入国家在扩大覆盖率和减轻经济负担方面取得进展最快,但仍存在最大差距。非洲、东南亚及西太平洋区域在减轻经济负担方面有积极表现。尽管全球服务覆盖率提升,非传染性疾病

病服务、孕产妇与儿童健康领域进展有限。经济和社会因素对减贫有推动作用,但医疗费用仍是贫困人口财务困境的主要原因。

性别、收入、居住地及教育水平差异导致的不平等依然存在。2022 年,最贫困群体中四分之三面临因医疗费用导致的经济困难,而最富裕群体不到四分之一。弱势群体(如流离失所者、非正规定居者)往往未被纳入监测,健康不平等水平可能被低估。

迈向 2030 年的行动

世卫组织总干事谭德塞表示:“全民健康覆盖是健康权的最终体现,但数十亿人仍无法获得或负担所需医疗服务。在国际援助削减背景下,各国应立即投资卫生系统,保护国民健康与经济安全。”

报告呼吁各国在六个核心领域采取行动:为贫困及弱势群体提供免费基本医疗服务;扩大公共卫生系统投资;解决药品自付费用过高问题;加速提供非传染性疾病基本服务;强化基层医疗,提升公平性和效率;采取多部门协作,关注健康决定因素及全民健康覆盖驱动力。

(摘编自:联合国新闻网)