



The Manifestation Characteristics of Doctors' Behavioral Changes Under the DRG/DIP Payment Reform

Li Hongjun, Wang Yi, Cao Hong*

Chengdu Xinhua Hospital Affiliated to North Sichuan Medical College, Chengdu, China

Email address:

lhjun_2015@yeah.net (Li Hongjun), 277124169@qq.com (Wang Yi), 878626664@qq.com (Cao Hong)

*Corresponding author

To cite this article:

Li Hongjun, Wang Yi. (2025). The Manifestation Characteristics of Doctors' Behavioral Changes Under the DRG/DIP Payment Reform. *Science Discovery*. 13(6), 170-174. <https://doi.org/10.11648/j.sd.20251306.21>

Received: 9 September 2025; **Accepted:** 24 December 2025; **Published:** 29 December 2025

Abstract: The issuance and implementation of China's *Interim Measures for the Management of Diagnosis-Related Group (DRG) / Diagnosis-Intervention Packet (DIP)-Based Payment in Healthcare Security* marks a shift from the traditional fee-for-service model to a diagnosis-based point payment system in China. The DIP payment mechanism, which operates on an average-cost basis, effectively controls unreasonable expenses during diagnosis and treatment, enhances the efficiency of healthcare fund utilization, and accelerates the transformation of the medical system from a "disease-centered" to a "health-centered" approach. This reform will inevitably influence physicians' clinical behavior. The stethoscope and scalpel in doctors' hands are now imbued with new meanings, compelling physicians to evolve from purely technical experts into prudent "medico-economic stewards," who must closely align patient needs with healthcare payment requirements. This article examines the changes in physician behavior under the DRG/DIP payment reform from three perspectives: the shift from revenue management to cost management, reflecting a precise reorientation in clinical practice; the deep restructuring of decision-making mechanisms from a technology-driven to a value-driven approach; and the comprehensive expansion of the physician's role from merely responding to patient demands to proactively managing care needs. It concludes that, leveraged by the payment model reform, the transformation in physician behavior will in turn shape new service models and herald the dawn of a new era in healthcare services.

Keywords: DRG/DIP, Payment Reform, Doctor Behavior, Characteristics of Change

DRG/DIP支付改革下的医生行为变革的表现特征

李洪军, 王忆, 曹洪*

川北医学院附属成都新华医院, 成都, 中国

邮箱

lhjun_2015@yeah.net (李洪军), 277124169@qq.com (王忆), 878626664@qq.com (曹洪)

摘要: 我国《医疗保障按病种付费管理暂行办法》的颁发实施, 标志着我国从传统的按项目付费向按病种分值付费的转变。病种分值付费是一种平均费用付费的机制, 能够有效地控制诊疗过程中不合理费用, 提升医保基金的保障效率, 加速医疗体系“以治病为中心”向“以健康为中心”转型, 也必然对医生的诊疗行为产生影响。医生手中的听诊器和手术刀正被赋予新的含义, 医生不得不从纯粹的技术专家转型为精打细算的“医疗管家”, 把患者需求和医保支付要求紧密地结合在一起。本文从收入管理到成本管理, 医生诊疗行为的精准转向; 从技术导向到价值导向, 医生决策机制的深度重构; 从需求服务到服务需求, 医生角色定位的全维拓展三个方面分析了DRG/DIP支付改革下的医生行为变革的表现, 从而得出在支付方式杠杆的作用下, 医生行为的变革又将反过来塑造新的服务模式, 将迎来一个新的医疗服务时代。

关键词: DRG/DIP, 支付改革, 医生行为, 变革特征

1. 引言

2025年8月15日, 国家医疗保障局正式印发《医疗保障按病种付费管理暂行办法》(以下简称《办法》), 这一文件将深刻改变中国医疗服务的支付逻辑与激励机制。《办法》标志着我国从传统的按项目付费向基于价值的预付制转变迈出了关键一步, 医疗体系“以治病为中心”向“以健康为中心”转型的制度基础正加速形成, 预示着从曾经处于“试验田”的DRG/DIP支付方式正式走向一个时代, 必然对医疗行业生态产生全方位的深远影响, 对医生行为习惯产生变革性的推动。医生手中的听诊器和手术刀正被赋予新的含义, 医生不得不从纯粹的技术专家转型为精打细算的“医疗管家”[1]。他们既要坚守临床阵地, 又要精打细算“柴米油盐”; 既要服务患者的需求, 又要直面需求的患者; 既要追求技术卓越, 又要关注患者服务体验。这场静默的医疗行为革命, 正在全国医院的诊室和病房中悄然上演。

2. DRG/DIP支付改革下的医生行为变革

2.1. 从收入管理到成本管理, 医生诊疗行为的精准转向

按疾病诊断相关分组(DRG)和按病种分值付费(DIP)的核心逻辑是将传统的按项目付费转变为病组打包支付, 从根本上改变了医疗服务收入结构[2]。在DRG/DIP体系下, 医院收入不再与检查检验、药品耗材、治疗项目等数量挂钩, 而是取决于所治疗病种的成效和成本控制能力。医生收入也不再与检查、药品、耗材等相关, 而是取决于最少成本、最大收益的价值医疗实现程度, 这一转变使医生被迫从“开单能手”转变为“成本管家”, 开启了三个“觉醒”, 标志着医生诊疗行为的转向。

2.1.1. 成本意识觉醒

从DRG/DIP支付改革前, 医保付费采取按照项目付费方式, 项目价格高医疗收入高、医疗收入高医疗利润高。如改革前一些心内科、骨科的高值耗材成为“两高”的理想载体, 成为大家争先恐后的“香饽饽”。实现DRG/DIP支付后, 一方面这些高值耗材集中采购后, 项目服务价格腰斩。另一方面, 医保支付占比开始下降[3]。两者共同作用使得项目利润空间被压缩。这样, 无论是医院自身, 还是科室都面临着医疗服务“利润率”的降低和“利润量”的减少, 失去了开展绩效分配的物质基础, 最终直接反映到医生的收入上。每名医生都能懂得, 一旦医院未能在医保支付中获取“应有”的支付, 个人绩效受到牵连是必然的。这样的变化必然会倒逼医生从关注服务量转变为关注利润量, 尤其是成本端的变化, 毕竟每省下的一分钱成本既可以视作一角钱的医疗收入, 又是不用付出任何劳动的一分钱纯利润。

2.1.2. 医疗行为觉醒

DRG/DIP支付的根基是打包付费, 这个“包”实际上是一种平均值, 是某一地区诊治某一疾病组的平均值。这个值是由患者在住院期间的检查检验、药品、耗材、医事服

务等服务项目构成[4]。过去, 在实施DRG/DIP支付前, 医生一般会按照患者的意愿和个人的需要开具各类检查检验、药品耗材、服务项目等, 追求的是大、多、全, 以此满足医患双方的需求。而DRG/DIP是按照平均值来付费的, 多开的检查、药品、耗材超出平均值就不予支付, 不但没有任何利润反而变成了成本。在这种情况下, 医生必然会审视诊疗过程中开展的各类服务项目, 分清哪些是必选项, 哪些是可选项, 而不是过去单纯诊疗量积累。例如, 医生在开具检查单时, 需判断检查是否必要, 避免因过度检查导致费用超标。医疗行为开展遵循科学性。

2.1.3. 病历书写觉醒

书写病历的核心逻辑是记录诊疗全过程, 证实医疗行为的合规、合理性, 也为患者提供连续的诊疗数据和历史就诊记录。在DRG/DIP改革前, 病历书写的质量与医保支付关联度不大, 与医疗纠纷投诉是强关联。但在DRG/DIP支付中, 病历的质量与支付额的大小、是否合理有直接关系。在DRG/DIP支付下, 医院运营如同餐馆经营, “菜单”就是病种分值表, 而医生填写的第一诊断和手术操作代码决定属于哪一项“菜单”, 直接决定了“菜品”的价格。过去被视为“琐事”“啰嗦”的操作记录、异常指标、生理特征等, 成为评判医疗服务项目是否合理的直接证据, 成为医疗服务经济收益的关键[5]。如医生在没有相关指征指示的情况下, 开具的检查项目就会不被医保认可; 或者没有在病历首页上填写相应的手术操作代码, 疾病就会进入保守治疗组, 手术费用就会被忽略。可见, 病历书写的质量开始与医保收入强关联, 必须按照要求不断提升书写质量。

2.2. 从技术导向到价值导向, 医生决策机制的深度重构

DRG/DIP支付改革不仅改变了医生的行为方式, 更从根本上重构了临床决策机制。医生在诊断治疗过程中, 不仅要考虑医学因素, 还需权衡病种价值、成本效益和服务连续性等多重维度[6]。

2.2.1. 病种选择的动态性

在DRG/DIP支付模式的推动下, 各家医疗机构结合往年的医保支付数据, 以CMI值和医保利润额为坐标轴, 衍生出战略病种、优势病种和劣势病种的治理架构。战略病种、优势病种和劣势病种的区分已成为医院绩效管理的关键框架, 形成了不同的应对策略。这种分类直接影响医生收治决策, 每名医生优先聚焦于优势病种成为共同的选择, 形成了类似于博弈论中的“囚徒困境”, 结果优势病种可能转化为劣势病种, 又或者转换为战略病种[7]。在这种动态的变化中, 唯有做好自己才是“万变不离其宗”的最佳对策, 同时更考验医生对疾病诊疗前沿信息的了解程度和随机的应变能力。

2.2.2. 技术创新的双刃剑

面对DRG/DIP的成本约束, 医生对创新技术的态度变得审慎而复杂。虽然, 各地医保部门已经把新技术、新项目独立出来, 对住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症等不适合DRG/DIP支付的病例, 可自主

申报特例单议,但是新技术、新项目具有相对高门槛的特征,并不适合于绝大多数的医疗机构和医生,归属于头部医疗机构和顶级医生的福利[8]。况且,技术创新本身也有成本和效益之分。一旦医保的单例结算并不一定覆盖新技术新项目的成本,在医疗机构整体利润下滑的大形势下,医疗机构能够为新技术新项目承担的成本也是有限的,一定程度限制了医务人员开展技术创新的积极性、主动性,有时甚至会陷入一种左右为难的纠结。

2.2.3. 诊疗过程的再算计

DRG/DIP支付将医院从"收入中心"转变为"成本中心"。成本压力可能导致诊疗过程异化为两个极端。一个极端是医生为了降低费用,有意减少患者的检查检验项目或者一些医疗有效措施的应用,让患者正当的权益受损。另一个极端是医生有意延长重症患者治疗时间,过度使用高价手术,让总费用进入特例单议机制,让医保的权益受损。不排除医生为追求更合理支付,存在低码高编和高码低编现象[9]。

DRG/DIP支付使医生把诊疗过程的注意力放在疾病诊疗以外的方面,让医生从单纯治疗救人的角色变成"生意人",一手拿着听诊器,一手拿着计算器。这是实施DRG/DIP支付后,患者投诉最多的问题,医生群体内部抱怨最多的地方。那么,到底医生该不该对诊疗过程进行"算计"呢?其实,这个答案同样藏在医生的身份定位里。医生这个职业本色就是一种"算计",中医从患者的五行、五色中,运用望闻问切的手法,结合自己的经验,算出患者可能的疾病和治疗方法。西医则是运用自然科学中关于人体的基本规律、原理和机制,结合病情、既往史、检查检验结果等,运用现代医学的成果和自己的经验,综合"算计"后初步判断出患者的疾病和治疗方法,并不断依据最新的结果予以修正。可见,医生的"算计"是天生、天然就有的,只是过去"算计"是放在对病情的评估、诊断和治疗上。但无论是中医还是西医,都应该关注患者本人的意愿、经济收入、社会关系情况等对患者进行关怀关爱关心,并采取不同的治疗方法,这就是"计算"后的结果呈现[10]。今天,DRG/DIP支付方式改革推行价值医疗,而价值医疗就是一定经济成本下医疗效果的最大化,追求不是最好、最佳的治疗效果,而是切合每个人需求下最优的诊疗方案,同时必须关注这种方案患方、医方、医院方、医保方的接受、承受程度,从中找到一条最适宜的诊疗方案。这是对医生群体新的要求,更是推进人类健康命运共同体的共有路径。因而,医生群体应该善用自己的聪明才智,契合新时代医生的素质要求。

2.3. 从需求服务到服务需求,医生角色定位的全维拓展

DRG/DIP支付对医生医疗行为最大的变化是疾病诊疗的需求已不再是医疗服务的全部,除了对患者疾病诊疗的需求予以服务外,更要服务好患者变化的需求,以服务的变化应对需求的变化,以需求的变化来引导服务的变化,共同守护人民的健康。

2.3.1. 患者需求的多元化与个性化

DRG/DIP支付方式的实施、社会的多元化发展、信息传播的快速性,以及视频媒体的广泛传播性,使得患者的需求呈现出多样化和个性化的特点[11]。不同年龄、性别、

文化背景、生活方式的患者,对医疗服务有着截然不同的需求。年轻患者可能更倾向于利用互联网、小视频、公众号获取医疗信息,希望医生能够采用更加便捷、高效的数字化、智能化医疗手段进行诊疗;老年患者则可能更注重与医生面对面的交流,希望医生能够传递关怀、关爱和同理、同情,对传统的医疗服务方式有更高的认同感。同时,随着人们自我意识的增强,各类患者在医疗过程中更加注重自身的感受和体验,希望医疗机构有通畅的服务流程和舒适的就诊环境,也希望医生能够尊重他们的个体差异,满足他们的不同需求[12]。例如,对于患有糖尿病的患者,不同患者的生活习惯、饮食偏好以及工作环境各不相同,他们对疾病管理的需求也存在差异。有的患者可能需要医生提供详细的饮食计划和运动指导,以更好地控制血糖;有的患者则希望了解更多关于糖尿病并发症的预防知识,以及如何在生活工作中应对疾病带来的影响。这种多样化和个性化的需求,促使医生必须从传统标准化的诊疗模式中走出来,更加关注患者的个体需求,从"标准化治疗"转向"个性化满足"。

2.3.2. 诊疗方案的多元化与个性化

传统的医疗模式中,常常是患者带着身体不适或疾病症状前来就医,向医生陈述病情,医生依据自身所学的专业知识和临床经验,运用各种医疗检查手段对患者的病情进行评估,进而制定相应的治疗方案,旨在满足患者缓解病痛、治愈疾病的基本诉求[13]。这种模式以患者的疾病诊疗需求为中心,将主要精力集中在对疾病的诊断和治疗技术的运用上,认为只要准确诊断疾病并采取有效的治疗措施,就能实现医疗服务的目标。这一模式下,医生主要扮演的是被动响应者的角色。在整个过程中,医生的行为特征表现为高度的专业性和技术性,注重运用专业知识和技能解决患者的疾病问题,而在与患者的沟通交流方面,往往侧重于告知患者疾病诊断结果和治疗方案,较少主动了解患者的心理状态、生活背景以及对治疗的期望等非疾病相关信息[14]。

随着社会经济的持续快速发展,人们的生活水平显著提高,物质生活的丰富使得人们对健康的重视程度达到了前所未有的高度。健康不再仅仅被定义为身体没有疾病,而是涵盖了生理、心理和社会适应等多个维度的良好状态。这种健康观念的深刻转变,使得患者对医疗服务的期望发生了根本性变化[15]。他们不再满足于传统医疗模式下单纯的疾病治疗,而是渴望获得更加全面、个性化的医疗照护,包括疾病预防、健康管理、心理支持以及对生活质量的关注等。例如,越来越多的人开始主动关注自身的健康状况,定期进行体检,注重疾病的早期预防和干预;在患病后,除了希望得到有效的治疗,还期望医生能够给予更多的心理安慰和生活指导,帮助他们更好地应对疾病对生活和心理带来的影响,希望与医生共同制定治疗方案,了解不同方案的成本与效果,兼顾本人意愿和支付标准的定制个体诊疗方案。这种患者需求的变化促使医生需从"以疾病为中心"转向"以健康为中心",需要不断提升沟通能力和健康管理技能[16]。

2.3.3. 服务模式的多元化与个性化

新型支付方式下患者需求必然随之变化,当医生从满足疾病诊疗需求转为满足健康需要时,服务模式也将随之

多元化和个性化,从主动者的角色来主动服务患者的需求,从"被动服务"转向"主动服务",成为患者的健康顾问、管家和家庭医生于一体的多重角色[17]。

(i). 主动挖掘患者需求

在主动服务需求模式下,医生的首要任务是主动挖掘患者的潜在需求。这要求医生不仅仅局限于患者所表述的表面症状和诉求,而是要通过深入的沟通交流,全面了解患者的生活背景、心理状态、健康目标以及对医疗服务的期望等多方面信息[15]。例如,对于一位因头痛前来就诊的患者,医生在询问病情时,不能仅仅关注头痛的症状和体征,还应了解患者近期的工作压力、生活作息、家庭关系等情况。因为这些因素可能与头痛的发生密切相关,患者自身可能并未意识到其与头痛之间的联系。通过这种深入的沟通,医生可能发现患者头痛的原因并非单纯的身体疾病,而是长期工作压力导致的精神紧张。进而,不但全面把握患者头痛的主要原因,而且为患者的康复治疗提供了更多的关注维度,最终让患者的身心健康受益。

(ii). 提供个性医疗服务

个性化医疗服务是新型医疗服务模式的核心内容。医生在充分了解患者个体差异的基础上,结合专业知识和最新的医学研究成果,为每一位患者量身定制最适合的治疗方案。这不仅包括针对疾病的个性化治疗,还涵盖了个性化的健康管理和康复指导[18]。例如,在肿瘤治疗领域,随着精准医疗的发展,医生可以根据患者肿瘤的基因特征、分子分型以及个体的身体状况,选择最有效的治疗药物和治疗方案,提高治疗效果,减少不良反应。在康复阶段,医生会根据患者的年龄、身体恢复情况以及生活需求,制定个性化的康复计划,包括康复训练的强度、频率以及注意事项等,帮助患者尽快恢复身体功能,提高生活质量。同时,对于患有慢性疾病的患者,如高血压、糖尿病等,医生会为其制定个性化的疾病管理方案,包括饮食、运动、药物治疗以及定期监测等方面的具体建议,以帮助患者更好地控制病情,预防并发症的发生。

(iii). 协助患者健康管理

在主动服务需求模式下,医生的角色从单纯的疾病诊疗者转变为患者健康的全方位管理者。这意味着医生不仅要关注患者患病时的治疗,还要参与到患者疾病预防、健康促进以及康复后的长期健康管理等各个环节。在疾病预防方面,医生可以通过开展健康教育活动,向患者普及健康知识,提高患者的健康意识和自我保健能力,帮助他们养成良好的生活习惯,预防疾病的发生。例如,医生可以为社区居民举办关于心血管疾病预防的讲座,介绍合理饮食、适量运动、戒烟限酒等预防措施的重要性,并根据不同人群的特点,提供个性化的预防建议。在患者康复后,医生要对患者进行定期随访,了解患者的康复情况,及时调整康复计划 and 健康管理方案,确保患者能够保持良好的健康状态。同时,医生还要与其他医疗专业人员、社区卫生服务机构以及患者家属密切合作,构建全方位的健康管理网络,为患者提供持续、全面的健康服务。

3. 结语

DRG/DIP医保支付改革的实质是把过去个体医生和个体患者的诊疗方案放在群体医生和群体患者的整体评价中,让医生在治疗患者同时,必须考虑成本效益的关系,促使医生从过去关注诊疗的全过程扩展到关注医疗行为背后的医保基金的支付程度、患者的需求,其选择的诊疗方案和沟通内容随之发生改变,对医生的全维能力提出更高的要求,也让患者的需求满足度出现变化。但本文只从医疗服务的供给端分析DRG/DIP支付改革下医生行为的变化,未从患者需求端来分析医生行为变革后患者收益是否受损或者受益,反过来对医生的医疗行为产生何种影响,也是值得探讨的重要问题。

致谢

本文为四川省基层卫生事业发展研究中心课题《基于系统动力学的四川省社会办医运行机制与发展策略研究》(SWFZ23-Y-68)的阶段性成果之一。

参考文献

- [1] 张翠华, 贺加. 医疗保险费用供方支付方式对医生行为的影响 [J]. 重庆医学, 2012, 41(6): 618-620.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1671-8348.2012.06.041>
- [2] 郑大喜, 李心怡. 按项目收费与按DRG付费: 目标、分工、冲突与协同 [J]. 现代医院管理, 2025, 23(04): 74-78.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-4232.2025.04.020>
- [3] 化得良, 李祉睿, 宋金霞, 等. 我国DRG支付方式改革对医疗机构服务效率影响的系统评价 [J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(08): 38-43.
<https://doi.org/10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.8.09>
- [4] 王汝雅. 浅析DRG支付改革下公立医院病种成本核算的方法与实践难点 [J]. 乡镇企业导报, 2025, (15): 41-43.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1006-2203.2025.15.014>
- [5] 姚强, 焦月芳, 张晓丹, 等. 医生薪酬支付方式对医疗服务行为的影响研究——一个范畴综述 [J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(04): 25-35.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-2982.2025.04.004>
- [6] 刘瑶瑶. DRG支付背景下临床医生诊疗行为影响机理及对策研究 [D]. 安徽医科大学, 2024.
<https://doi.org/10.26921/d.cnki.ganyu.2024.001384>
- [7] 方金鸣, 陶红兵. 基于博弈理论的DRG支付对三级医院疾病诊治难度的影响分析 [J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(07): 24-29.
<https://doi.org/10.13912/j.cnki.chqm.2023.30.7.06>
- [8] 储晓红, 赵洋, 孔运生, 等. DRG付费对医院新技术应用及住院费用影响实证研究 [J]. 中国医院, 2025, 29(09): 52-54.
<https://doi.org/10.19660/j.issn.1671-0592.2025.9.12>
- [9] 张静, 陈明嘉, 田玲. DRG支付模式下病案编码质量控制的重要性及实践路径研究——基于某三甲医院的案例分析 [J]. 中国信息界, 2025, (07): 236-238.

- [10] 杨永梅. 医保支付对医生行为影响的经济分析 [J]. 医学与哲学(A), 2016, 37(04): 66-69.
<https://doi.org/10.12014/j.issn.1002-0772.2016.04a.18>
- [11] 周妍. DRG付费改革对医生诊疗行为的影响研究 [J]. 行政事业资产与财务, 2024(8): 117-120.
- [12] 王坚强, 王奕婷. DRG医保支付方式改革对医疗行为的影响 [J]. 湖南社会科学, 2021(1): 133-139.
- [13] 孙焕, 陈美琼. DIP改革下医院以价值为导向的质量和成本双控制管理对策 [J]. 中国医疗保险, 2024(5): 103-108.
<https://doi.org/10.19546/j.issn.1674-3830.2024.5.015>
- [14] 蒋晓娟. DRG支付方式对医疗纠纷的影响分析 [J]. 现代医学, 2024, 52(S1): 27-30.
- [15] 张根水, 毛燕娜, 张远妮, 等. DRG/DIP控费导致医生行为异化的机制研究 [J]. 医学与哲学, 2025, 46(10): 43-46.
<https://doi.org/10.12014/j.issn.1002-0772.2025.10.09>
- [16] 谭清立, 刘思妍, 柳丹玲, 等. 按病种分值付费对医生行为的影响:基于实验经济学 [J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(9): 14-19.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-2982.2021.09.003>
- [17] 于丽华. 医改政策环境下医疗机构实施DRG的思路和策略 [J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 12-16.
- [18] 杨春芬. DRG支付方式改革对医院运营管理的影响 [J]. 中国乡镇企业会计, 2025, (14): 158-160.
<https://doi.org/doi:10.3969/j.issn.1004-8480.2025.14.053>