

# 医保支付方式改革,如何影响看病就医?



在江苏省射阳县市民中心,工作人员为市民办理业务。(新华)

我们看病就医,费用主要由医保基金和个人共同支付给医疗机构。其中,各类医疗机构医疗收入约60%由医保基金支付。

医保基金主要为治疗过程付费,还是为治疗结果付费,会对诊疗行为、医疗费用、资源配置等产生重要影响。目前,我国正在持续深化医保支付方式改革,以进一步规范诊疗行为,优化资源配置。

为什么要改革?到底改了些什么?对患者和医疗机构又带来了哪些影响?国家医保局医药服务管理司司长黄心宇11日在2024年上半年例行新闻发布会上介绍了相关情况。

## 为111个职业制定国标

人社部门公开征求意见

据新华社电 记者11日从人力资源社会保障部获悉,由该部组织开发的111个国家职业标准已上线公示。调酒师、美容师、婚礼策划师等职业“国标”将逐步完善。

据介绍,这些国家职业标准对各职业的定义、技能等级、培训要求等作了详细规定。以婴幼儿发展引导员国家职业标准为例,该职业共设5个等级,分别为五级/初级工、四级/中级工、三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师。标准详细列明了每个等级相应的工作内容、技能要求和相关知识要求。

初级工需掌握母乳喂养知识、拍嗝的流程与注意事项、辅食添加顺序与注意事项等知识技能;高级工则需能为孕妇及家属解释重要产检项目内容、能评估与改进婴幼儿喂养策略等。

国家职业标准还对各职业需具备的理论知识、技能要求各项权重进行了详细规定;在职业技能评价要求方面,列明了申报条件、评价方式、评价时长等。

本次组织开发的111个国家职业标准在技能人才评价工作网公示,截止日期为4月25日,公众可按公示要求通过电子邮件方式反馈意见或建议。

### 为什么要改革?

传统上,医保基金采取“按项目”的方式,先确定药品、耗材、医疗服务项目的范围和报销比例,再将应由医保报销部分的费用直接支付给医疗机构。

这种方式实际上是为治疗过程中消耗的各个项目付费,优点是简单便捷,医生开什么处方、要求患者做什么检查,医保按照规定的比例支付报销即可。但缺点同样明显,其中最突出的就是诱发医疗费用过快增长、“过度医疗”屡禁不绝、医务人员劳动价值没有充分体现、患者权益和医保基金安全难以得到保证。

一方面,医务人员劳动价值没有得到充分体现。在医保“按项目付费”的方式下,立项、定价偏重物耗成本,医务人员的劳动付出未能得到足够的尊重,开展难度大、技术水平高的诊疗行为并不能获得足够的经济补偿。且消耗项目的多少与医疗质量和治疗结果无必然关系,治疗效果差、住院时间长的病例反而收费更高。

另一方面,因为医疗信息不对称、治疗标准化程度较低等原因,“过度检查”“过度医疗”“过度开药”甚至多收费、乱收费等医疗乱象时有发生。2005年,北方某医院被曝出“550万元天价住院费”事件,涉事医院违规向患者收取多项费用。

在此背景下,我国医疗费用也持续快速增长。中国卫生健康统计年鉴显示,2000年至2021年,我国卫生总费用从4586.63亿元增长到76844.99亿元,年均增长率高达14.36%,远超同期GDP增速。一些国家的经历表明,持续过快的卫生费用,将给个人、企业、政府带来沉重负担,并造成诸多深远负面影响。

### 改革主要改什么?

为了更为科学地配置医疗资源、规范医疗行为,近年来,国家医保局吸收国际经验,持续深化医保支付方式改革。

改革的重点,就是将过去医保基金向医疗机构“按项目付费”为主,改革为“按病种付费”为主。换言之,就是将过去的“为治疗过程”付费,改革为“为治疗结果”付费,医保、医疗双方对于投入和产出有合理预期。采取DRG方式付费,就是其中的一个重要模式,医保、医疗双方用治疗多少病种、病种的难易程度如何来对话,使医疗服务可量化、可比较。

DRG,全称为“疾病诊断相关分组”,是一种用于衡量医疗服务质量效率,以及进行医保支付的重要工具。

美国于20世纪80年代,由原医疗服务财政管理部、现在的老年保险和救助保险中心开展DRG付费。此后,德国、澳大利亚、日本等国家也相继实施DRG付费。有研究显

示,目前全球有50多个国家和地区实施了DRG。

我国于20世纪开始逐步探索推行DRG改革。改革的基本原理是,根据住院患者的疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式等因素,将临床特征和医疗资源消耗情况相似的患者分为同一组。对同组患者,确定相似的费用标准,由医保部门“打包”支付给医疗机构,从源头改变对医疗机构和医务人员的激励机制,从“多开项目获得收益”,转变为“控制成本也能获得收入”。

以哈尔滨市某位脑血管病患者住院进行介入溶栓治疗为例,如果该患者没有合并症或并发症,将被归为“脑血管病溶栓治疗,不伴并发症或合并症”组,医保基金根据该组的费用标准15870元,将治疗费打包支付给医院,即使治疗费用不到15870元,医疗机构也可以将医保多支付的结余予以

留用)。如果该患者同时患有糖尿病,则会被归为“脑血管病溶栓治疗,伴严重或一般并发症与合并症”组,医保基金支付金额也上调为23153元(治疗费用如果不足23153元,医疗机构也仍然可以结余留用)。

在实际操作中可以看到,医疗机构优化管理、提高效率可以产生相应的结余留用资金。如某市全市骨科结余留用1735.58万元,例均结余1130元。12家医疗机构中,按DRG的收入和按项目计算的医疗费用相比,产生“盈余”的有10家医疗机构,2家医疗机构骨科出现“亏损”。以“盈余”最多的A医院(826万元)和“亏损”最多的B医院(-676万元)对比,IC2组(髌、肩、膝、肘和踝关节置换术)A医院与B医院平均住院天数分别是7天、11天,例均费用分别为3.75万元、5.37万元。在全市普遍有“盈余”的情况下,时间、费用效率更高的医院获得更多收益。

### 实现了哪些效果?

到2023年底,全国超九成医保统筹地区已经开展DRG/DIP支付方式改革,改革地区住院医保基金“按项目付费”占比下降到1/4左右。从各地实践看,改革已经取得了几方面效果:

一是患者医疗费用负担减轻,就医便利性提高。DRG/DIP付费后,一些地区患者次均医疗费用、住院时间、个人负担部分明显降低。一些地区落实基层病种“同病同质同价”后,基层医疗机构收治患者的积极性提高,高等级医疗机构收治此类患者积极性下降,引导了分级治疗,也方便了患者就近就医,节约了交通、住宿等社会成本。

二是医疗机构运营向精细化

转变。DRG/DIP付费后,医疗机构对医保收入有了合理预期,主动控成本、强管理,向内部改革要效益的动力增强,时间消耗指数、费用消耗指数下降。医院CMI值(病例组合指数,指数值越高表明医院治疗病例的技术难度越高)得到提高,三四级手术比例明显增加,患者收治更符合功能定位,腾挪了发展空间。浙江省在全面实施DRG付费后,推动了检查检验结果全省互认,节约了大量不必要的检查检验资金。

三是医保基金使用效能提升。经过支付方式改革等措施综合发力,部分改革城市住院率下降,医保基金实现了收支平衡。有的城市以往每到年底医疗机构总是反映医保总额不足,患者住院难。支付方式改革后,医保与医院建立

了协商谈判机制,形成以医疗服务结果为导向的合理支付,保证了不需要住院的患者不再低标准入院,确实需要住院的患者能够“住得上院”。

当然,医疗问题非常复杂,医疗领域技术进步也很快,医保支付政策肯定有与医疗实际不匹配、落后于临床发展的地方。为此国家医保局正在建立面向广大医疗机构、医务人员的意见收集机制和DRG/DIP分组规则调整机制,以医务人员提出的意见建议和客观发生的医疗费用数据为基础,对DRG/DIP分组进行动态化、常态化的调整完善,定期更新优化版本,确保医保支付方式科学性、合理性,充分回应医疗机构诉求,更好促进医保、医疗协同治理和发展。

## 反保险欺诈

金融监管总局拟出台工作办法

本报讯 为防范化解保险欺诈风险,保护保险消费者合法权益,推进保险业高质量发展,国家金融监督管理总局起草了《反保险欺诈工作办法(征求意见稿)》,4月11日向全社会公开征求意见。

金融监管总局有关司局负责人表示,近年来,保险欺诈团伙化、职业化、跨区域、跨机构案件渐趋增多,现行《反保险欺诈指引》部分内容已不适应当前反欺诈工作需要。为此,金融监管总局起草了征求意见稿,强调顶层设计,加强统筹;突出反欺诈工作中的消费者权益保护;强化科技赋能和大数据应用,推动大数据反欺诈工作新模式。

征求意见稿明确,反保险欺诈工作目标是建立“监管引领、机构为主、行业联防、各方协同”四位一体的工作体系,反欺诈体制机制基本健全,欺诈违法犯罪势头有效遏制,行业欺诈风险防范化解能力显著提升,消费者反欺诈意识明显增强。

根据征求意见稿,金融监管总局及其派出机构应定期对保险机构欺诈风险管理体系的健全性和有效性进行检查和评价,对相关行业组织反欺诈工作进行指导。(新华)

## 新生儿参保

国家医保局推动流程精简

据新华社电 记者11日从国家医保局2024年上半年例行新闻发布会上获悉,国家医保局将推进“高效办成一件事”12项重点事项落地,包括推动新生儿参保等医保相关事项形式优化、流程精简、服务提速。

国家医保局办公室副主任付超奇介绍,2024年12项医保领域“高效办成一件事”重点事项中惠及参保群众8项、用人单位1项、医药企业2项、定点医药机构1项,主要涉及三方面内容:

一是形式优化。包括群众既能用社保卡就医购药,也可以扫描医保码或刷脸实现医保报销;职工医保个人账户家庭共济可直接线上办理,不需再去窗口;群众可以便捷地查询医保相关信息等。

二是流程精简。通过信息共享联动,新生儿参保和生育医疗费用报销、职工医保参保人退休、企业破产时信息核查等不再需要多个部门跑腿办理;符合条件的困难群众可直接享受基本医保参保资助,既不需申请,也不需先垫缴后报销;同时,异地就医直接结算将拓展到更多门诊慢特病病种,更多罹患慢性病的群众可以享受异地直接结算服务、减轻垫付压力。

三是服务提速。群众生育并提交申请后,10个工作日内可获得生育津贴支付;医药企业提交申请后,药品赋码可在10个工作日内完成审核;及时与定点医疗机构结算合规医疗费用,进一步缩短服务办理时间。

付超奇表示,国家医保局将积极推动医保基金安全程度比较高的地区,向信用比较好、管理比较规范、积极推进药品追溯码扫码的定点医疗机构提供1至3个月的医保结算预付金,减轻医疗机构运行压力。

# 医保支付方式改革部分常见问题

### 1. 改革限制了患者住院天数吗?

国家医保部门从未出台“单次住院不超过15天”之类的限制性规定,对少数医疗机构将医保支付标准的“均值”变“限额”、“以医保额度到了”的理由强行要求患者出院、转院或自费住院的情况,国家医保局坚决反对并欢迎群众向当地医保部门举报,将对相应医疗机构予以严肃处理。国家医保局受理举报电话为010-89061397。

### 2. 各个疾病组的支付标准会被刻意压低吗?

医保支付方式改革中对相关疾病的支付标准不是“拍脑袋”得出,也不会刻意压低价格,而是以历史费用数据为基

础、运用大数据方法科学测算得出。具体来说,每一个病组都会包含历史数据中的若干具体病例,其支付标准就是基于这些病例的相对平均费用,并随着社会发展、物价水平变动等适时提高,能够保证患者得到合理、必要的治疗。

### 3. 疾病组分组和支付标准是由医保局拍脑袋得出来的吗?

当然不是。从DRG和DIP初版开始,病组(病种)的制定就讲求客观、真实、多方参与。2019年DRG1.0版本,就是融合了当时国内主流的4个DRG版本形成核心DRG组,并会同中华医学会

组织专家临床论证,还采用了30个试点城市6200余万份病例数据验证而成。2020年DIP1.0版本是以上海、广州等地区的前期工作为基础,选取东、中、西部具有典型代表性的10个省市数约6000万数据的样本,通过大数据分析形成。

国家医保局制定完成DRG和DIP版本后,各地还要根据本地医疗费用、历史数据、临床实际情况等因素,组织临床、病案、医保、统计等方面的专家,对核心DRG组进行细化,确定本地DIP病种库,最终用于医保支付。因此分组、支付标准都有客观依据,并充分听取了医疗机构的意见。此外,国家医保局还将建立DRG和DIP分组动态调整机制,不断加

以完善,使分组更加贴合临床实际,付费更加精准。

### 4. 医保支付方式改革影响患者个人承担的就医费用吗?

医保支付方式改革不影响患者出院结算体验,患者出院实行按比例报销,即时结算出院。医保部门按照月度结算,结算的资金是该病种(病组)月度费用中,应由医保基金支付的部分。患者因为做了不必要的医疗服务项目,按比例报销后个人负担部分减少。医疗机构按病种(病组)支付标准仍然获得合理支付。(国家医保局)

FEN LEI XIN XI

## 分类信息

广告热线: 22503333 22500203 22500205

一、行式分类: 每行14个6号字(包括标点、数字)收40元(遗失类另计费)/每次刊登1行起,最多15行/标题8字以内80元计费/独立栏目按内文3行计费/餐饮、个人家政类信息每一行内包月350元,不再赠送次数/招租转让、二手汽车、票务、旧货市场类一行内包月500元,不再赠送次数/寻人启事,8cmx3cm 200元/次,不再赠送次数。

二、版块分类: 4cmx3cm 200元/次 8cmx3cm 400元/次 刊发分类信息不予创意设计

三、备注: 所有分类广告都必须提前付款,套红或指定位置各另加收30%,每刊登3次送1次,刊登5次送2次,刊登20次送10次(连续刊登)。版块招聘广告连续刊登5次送5次。

认刊须知 刊例内容符合国家有关法规和规定,刊例内容应包含:政府公告、法律文书、医疗(含机构及器械)、药品、保健品,及含有手术治疗、推广药品的美容广告等,不予办理刊发版类广告。商务、招聘类提供营业执照副本的有效复印件,内容加盖公章;教育培训类提供相关部门证明,内容加盖公章;房产出租、出售提供相关房产证明,转租提供租赁合同原件;个人信息或家政服务提供身份证明或社区证明;刊登证件遗失声明提供有效证明文件。广告客户须提供其他必要的证明文件。欢迎电话咨询。

综合

## 求购旧机械

发电机,车床、铣床、冲床,塑料机,仓库物资,五金,废铁,库存机械等。承接各种倒闭改行整厂设备。电话:13506045678