按病组及按病种分值支付方式改革明白纸

一、医保支付方式指什么？

医保支付方式，指的是医保部门对医疗机构支付、结算医疗费的方式。目前，医保支付方式主要包括按疾病诊断相关分组付费(DRG简称：按病组付费)、按病种分值付费(DIP)、按床日付费、按人头打包付费、按项目付费等。目前，国家大力推行和推广的医保支付方式，主要就是按病组和病种分值付费，即DRG和DIP两种付费方式。

二、什么是按病种分值付费（DIP）？

按病种分值付费（DIP）：根据近三年医保住院患者的诊断、治疗，分出若干个病种。再根据费用情况，给每个病种赋予一定的分值，大病重病“分值”高，小病轻病“分值”低，再根据医保年度预算总额和所有病种的总分值，计算出一个统筹区的分值点值，分值点值代表的是一分值多少钱。某个医院病种总分值乘以分值点值和本医院等级系数，就是医保付给该院的医保费用。因DIP采用的数据全部是真实的历史数据，具有精准性和客观性，实现了对医疗机构每一病例的标准化支付。DIP是自下而上，从细到粗进行聚类的思想。以同样诊断、同样手术操作的组合为聚类原则，聚类的基本原则是相同。

三、什么是按病组付费（DRG）？

按病组付费（DRG）：按照疾病诊断、病情严重程度、治疗方法等因素，把病人分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组。在此基础上，医保按照相应的付费标准进行支付。DRG是自上而下、从粗到细进行分类的思想。以临床过程相似、资源消耗相近为分类原则，分类的基本原则是相似。

DRG/DIP都能改变医疗机构的逐利模式，促进医疗机构重视成本管控，降本增效。即以提高医保基金使用效率，不断提升医保科学化、精细化、规范化管理服务水平，保证医保基金安全可持续；发挥“经济杠杠”的作用，调节卫生资源配置总规模、结构，引导医疗机构管控成本，推进医疗费用和医疗质量“双控制”

四、什么是特病单议制度？

特病单议制度是在开展医保支付方式改革中，对费用差异过大等特殊病例通过医疗保障专家集体讨论评审认定核准点数或认定存在不合理治疗的方法，主要目的是支持医疗机构开展新技术、收治疑难重症的重要举措，有助于提升医保支付效能，推进医保支付方式改革“精细化”。对医保支付方式改革中出现的以下情况：急诊入院的危急症抢救患者；已在医保部门备案的新技术项目；以手术操作为主要治疗手段的转科患者；住院天数过长或住院医疗费用较高的病例；经当地医保经办部门核准可申请按项目付费的其他情况等，按照要求向当地医保部门提出申请，经专家评审确认为合理超支或者不足的部分费用，给予调整医保支付标准。

五、国家为什么要力推医保支付方式改革?

很多人的第一反应是为了节约医保资金或者说控制医疗费用，这样回答是片面的。一直以来，我国传统的医保支付方式是按项目付费，通俗来说，就是根据诊疗过程中用到的所有药品、医疗服务项目、医用耗材，用了多少结算多少，患者和医保根据实际费用分别承担各自需要支付的部分。这种医保支付方式执行起来相对容易，但过于粗放，容易滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为。这不仅造成医疗资源的浪费，还让参保人多花钱、医保基金多支出。医保推行的DRG/DIP支付方式改革，通过历史数据精准测算，从技术上能够提升医保基金的精细化管理，改变过去医疗机构“多花钱、赚钱多”的基本模式，开创医疗机构“少花钱，赚钱多”的新模式，有效改变医疗机构的盈利模式，促进医疗机构重视成本管控，降本增效。

六、实行DRG/DIP支付方式改革，医保基金的总额预算减少了吗？

没有。DRG/DIP付费改革，改的只是医保基金的分配规则，并没有调减医保基金的分配总量。对于绝大多数统筹地区来说，每年用于分配的医保基金总额不但没有减少，反而是逐年增加的。只不过在新的医保基金分配规则下，不同的医疗机构所得到的医保基金分配额与过去相比可能会有增减。

那些及时掌握医保政策并能够快速适应形势发展的医疗机构，可以快人一步地获得更多的医保基金分配额；而一些反应相对迟缓，因为固步自封而未能及时做出适应性变革的医疗机构，就有可能在医保基金分配中处于不利位置，所获得的医保基金分配额与过去相比难免有所减损。

七、医保部门是如何科学测算年度预算总额？

各统筹区医保部门是以保障参保人基本医疗需求以及医疗发展刚性需求为前提，精准测算本地医疗机构前三年住院次均费用和平均住院日，扣除异地就医、不纳入DRG/DIP结算等费用后，形成DRG/DIP基础预算，同时充分考虑支持新项目、创新药品和耗材以及突发情况，合理确定预算额度。当群众就医需求显著增加时，在医疗机构没有降低住院标准的情况下，可再次追加年度预算总额，必要时在确保基金安全的前提下，动用历年医保基金结余，确保年度预算额度科学、合理、精准。

八、为什么部分临床医生将收入减少归咎于医保支付方式改革？

DRG/DIP医保支付标准是历史医疗费用的均值重现，目的是为了倒逼医疗机构加强内部管理和规范诊疗行为，通过改革获得收益。但是，部分医疗机构在对科室及其医务人员进行考核时，简单粗暴的将所收治病人的治疗费用与所获得的医保支付费用直接挂钩。如果治疗费用高于医保支付的费用，就相应地扣减科室医务人员的绩效工资和奖金，这也就使得一些医务人员将收入减少归咎于医保支付方式改革。比如，前不久，上海一名胸外科医生为一个患有食道癌的病人进行治疗，因为超支了约一万四千元，最终医院决定从他的工资中扣除。医疗机构简单把医保支付数额与科室人员绩效直接挂钩的做法是不科学的。病例盈亏的原因有很多因素，其中对于因新技术应用和难易程度较大、资源消耗较多的特殊病例可以申请特例单议，以此获得符合医疗价值的医保费用，对于因不合理诊疗和收费造成的病例亏损，医院可以将医保结算数据作为加强医院优化费用结构和控费的参考，科学运用。国家卫健委等6部门在《深化医药卫生体制改革2023年下半年重点工作任务》（国卫体改发〔2023〕23号）中明确规定“医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩”。

九、医疗机构如何避免医疗费用“超支”？

一是医疗机构领导班子认识要到位，要高度重视DRG/DIP支付方式改革。

二是医疗机构医务人员要积极学习DRG/DIP支付政策，了解支付机理，清楚支付规则并正确操作。

三是医务人员要合理控费，规范医疗服务行为和推行临床路径，把不合理的医疗费用控制在发生阶段。

四是医疗机构要建立适应DRG/DIP付费制度变革的绩效评价模式，而不是简单粗暴的直接挂钩。

五是医疗机构还要进一步加强适应DRG/DIP付费的内部信息化建设，实现精细化管理。

十、支付方式改革的目标能实现吗？

能。我省邢台市是国家DIP付费试点城市，从2021年开始执行DIP付费，下面就以邢台市为例，看看DIP付费的效果。

一是个人自负费用减少了。2021年3165元，2022年下降至3062元，个人自负下降3%。次均住院费用2021年9630元，2022年下降至9367元，下降2.7%。

二是医保基金使用绩效提高了。2021、2022年年均医保基金支出增长率控制在4%—5%之间,较改革前的9%下降幅度比较大。2022年，住院统筹基金结算率为109%，较2021年提高1.5个百分点。

三是医院服务质量提升了。首先医疗服务能力提升，主要体现在CMI提高上。2021年启动实际付费，各级医疗机构整体CMI值从1.27提升至1.31。其次规范了病案管理，甲级病案率达93%，数据入组率达到99%。第三经济上受益。2022年，邢台市共计229家医疗机构参与清算，其中结余184家，超支45家，80%医疗机构都享受到了改革的红利。