

石家庄市医疗保障局

石家庄市医疗保障局 关于转发《河北省医疗保障局办公室关于进一步做好支付方式改革宣传通知》的通知

各县（市、区）医疗保障局，高新区、经开区医保部门，市医保中心：

现将《河北省医疗保障局办公室关于进一步做好支付方式改革宣传通知》（冀医保办〔2024〕5号）转发你们。请结合本地情况，利用《按病组及病种分值支付方式改革明白纸》，或创新宣传内容、宣传方式，加强支付方式改革宣传工作，为改革顺利推进营造良好舆论氛围。

石家庄市医疗保障局

2024年3月12日

河北省医疗保障局办公室文件

冀医保办〔2024〕5号

河北省医疗保障局办公室 关于进一步做好支付方式改革宣传工作的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局,省本级医疗保障经办机构:

为确保全省按病组和病种分值支付方式改革工作顺利推进,提高支付方式改革在广大医务工作者及就医患者中的政策知晓率 and 理解接受度,省医保局编写了《按病组及按病种分值支付方式改革明白纸》,现就进一步加强支付方式改革宣传工作通知如下:

一、把握宣传目的

普及按病组和病种分值支付方式改革的实施意义,消除医务工作者和患者对改革的疑虑和误解,提升医疗机构对改革的认同感、参与度、执行力,引导患者理性看待支付方式改革,助力形成良

好医患关系。

二、明确宣传内容

结合本地情况,利用《按病组及按病种分值支付方式改革明白纸》,或创新制作宣传内容,重点明确支付方式改革的基本概念、改革目的,以及改革对医疗机构、医务人员和患者的积极影响。

三、创新宣传方式

可通过媒体资源,如医保部门及医疗机构官网、微信公众号等平台,发布支付方式改革的文章或视频;可制作宣传册分发给医务工作者和就医患者;可开展医患座谈会,宣讲国家推广医保支付方式改革的目的、意义,听取各方意见和建议;鼓励各统筹区创新多种手段加强宣传工作。

各统筹区要高度重视按病组和病种分值支付方式改革宣传工作,精心组织策划,确保宣传内容准确、有效,同时积极向省医保局报送宣传工作中的典型案例,为支付方式改革顺利推进营造良好舆论氛围。

附件:按病组及按病种分值支付方式改革明白纸



(信息公开形式:主动公开)

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,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。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的。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。

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“经济杠杆”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、什么是特例单议制度?

特例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:住院天数过长或住院医疗费用较高的病例;已在医保部门备案的新技术项目;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。