

三年内支付方式改革工作覆盖全国所有统筹地区

医保支付更科学更精细

挂号、检查、取药,这是去医院看病最熟悉不过的流程,这个过程中,如果您是医疗保险参保人,超过起付线后,每一项花费都有一部分由医保基金承担。也就是说,我们看病的钱里,医保基金按比例支付给了医院。

今年起,用3年时间,医保支付方式将发生全面变革。日前,国家医保局发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》明确,从2022年到2024年底,全国所有统筹地区全部开展按疾病诊断相关分组(DRG)/病种分值(DIP)支付方式改革工作,到2025年底,DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。

乍一看,支付方式改革是医保基金跟医院之间的事,跟普通参保人关系不大。其实,这项改革不仅事关医保基金使用,也关系参保人的利益。



(网络图)

支付机制是提高 医保基金使用效能的关键

一直以来,我国传统的医保支付方式是按项目付费,根据诊疗过程中用到的所有药品、医疗服务项目、医用耗材,用多少结算多少,患者和医保基金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,也较为符合过去我国医药卫生体制的实际情况。随着人民群众生活水平的不断提高,看病就医的刚性需求逐渐释放,传统支付方式的弊端也越来越明显: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。

“党中央、国务院高度重视医保支付方式改革工作,《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了医保待遇、筹资、支付、监管4项机制。支付机制是提高医保基金使用效能的关键机制。”国家医保局医药服务管理司司长黄华波说,《“十四五”全民医疗保障规划》明确要持续优化医保支付机制。推进医保支付方式改革,不仅是医保高质量发展的需要,也是医院高质量发展的需要,更是人民群众获得更高质量医保医药服务的需要。

事实上,有关医保支付方式改革的实践探索一直未停步,从最初单一的按项目付费逐渐发展成为多元复合式医保支付方式。针对不同疾病、不同医疗服务特点,分类推进医保支付方式改革。对住院医疗服务,探索按病种、按疾病诊断相关分组付费;对长期、慢性病住院医疗服务探索按床日付费;对基层医疗服务,积极探索按人头付费与慢性病管理相结合等。

随着医疗技术的发展、临床路径的开展,以及医保基金精细化管理的要求,探索创新更加科学、更加精细化、更加规范化的医保支付方式势在必行。

因病施治、科学定价 倒逼医院控费增效

新的DRG/DIP付费方式正从破题、起步、试点走向全面推进。

所谓DRG付费,即按疾病诊断相关分组付费。也就是说,按照疾病诊断、病情严重程度、治疗方法等因素,把患者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付费始于20世纪80年代,目前有40多个国家将其应用于医保定价或基金预算,是世界公认的较为先进和科学的支付方式之一。国家医保局成立后,在综合地方主要版本的基础上,形成了我国自己的支付版本CHS-DRG,具有融合兼容、覆盖最全、编码统一、临床平衡、数据保证等特点,这也标志着DRG在我国的施行从分散走向统一,逐步规范。

所谓DIP付费,即按病种分值付费,在总额预算机制下,根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算点值,形成支付标准,对医疗机构每一病例实现标准化支付。

与传统按项目付费相比,DRG/DIP付费是一种更科学、更精细的医保支付模式,能够帮助医院在进行费用管理的同时,兼顾临床发展。

“以往按传统的项目付费时,医保根据每一个项目乘以单价后加总的额度,按照报销比例支付给医院,医院会有多提供医疗项目数量来增加收入的冲动。”国家医保DRG付费技术指导组组长、北京市医疗保险事务管理中心主任郑杰说。

他表示,推行DRG后,对医疗机构来说,原来靠量增收和扩张床位规模的时代结束了,将倒逼医院进行提质控费增效。医保部门在考核医疗机构服务质量的基础上,明确结余留用政策,合理超支分担。因此医疗机构将更关注药品、耗材等成本管控,压缩治疗中的水分,实行更高效的管理模式。在这一过程中,患者也可以避免不必要的医疗支出。

新支付方式 可实现三方互利共赢

按照DRG/DIP支付方式改革设计的理想模式,医保基金、医院、患者三方应该实现共赢。

对医保来说,DRG/DIP付费更加科学、更加规范,更能优化医疗服务。可以用有限的医保基金为参保人购买更高质量的服务,提高医保基金使用效率。

对医院和医生来说,新支付方式将激励医院和医生自觉地规范医疗服务,控制成本,减少资源浪费。另一方面还会引导医疗机构提高疾病诊治能力,用高质量的服务和技术水平吸引患者来院就医。

对参保患者来说,医院控制成本后,对应的收费项目变少了,患者看病就医花费少了,个人负担也就减轻了。

现实中,理想模式能否实现?在新支付方式正式落地前,2019年以来,国家医保局先后启动了30个城市的DRG付费试点和71个城市的DIP付费试点。

湖北武汉是第一批DRG试点城市之一,全市所有二级及以上定点医疗机构均被纳入试点。2021年1—10月,在全市病例组合数基本持平的情况下,住院次均费用从1月的14992元降至10月的13712元,次均费用降低9%。医疗机构的收支结构调整初显,常见病、多发病收治比例明显降低。职工医保统筹基金累计结余由负转正,扭转了连续7年当年出现缺口的趋势,基金支出风险得到初步化解。

在贵州六盘水,DRG付费改革后,2021年,住院医疗总费用增速较2019年下降2.51%,全市医保支付住院费用增长率较2019年下降8.87%;2021年底,城乡居民住院次均费用由6725.07元下降到6385.09元,同比下降5%;城镇职工住院次均费用由10572.79元下降到8342.34元,同比下降21.09%;平均住院天数由9.99天下降到9.21天,同比下降7.8%。

国家医疗保障研究院副院长、中国医疗保险研究会副会长应亚珍认为:“实施DRG/DIP付费将有效改变长期以来医保被动买单、医院粗放发展、患者看病负担重的弊端,对三方来说,是一场互利共赢的改革。”

(据新华社)