

国家医疗保障局



第一场



第二场



第三场

扫码看回放

复杂病人入院难？控费后，新技术、新药械会被医院拒之门外？……
 8月3日-4日，国家医保局连续举办三场DRG/DIP付费2.0版分组方案解读会，人民日报健康客户端全程直播。
 据人民日报健康客户端数据，三场直播累计全网传播量突破1268.3万。

四问新版医保支付方式改革

健康时报记者 邱越 谭琪欣 石梦竹 高瑞瑞 赵萌萌 孔天骄 王振雅 周学津

名词解释

DRG/DIP付费

按病组 (DRG, Diagnosis Related Groups) 和病种分值 (DIP, Diagnosis Intervention Packet) 是按病种付费的具体形式。

DRG付费即按疾病诊断相关分组付费。按照患者就诊的主要诊断和主要手术操作，将病例分到不同的核心DRG组，再根据患者的个性特征（并发症等），将每个核心DRG组继续细分。在此基础上，医保按照相应的病组权重和费率进行支付。

DIP付费，即按病种分值付费，将病例的主要诊断和主要手术操作组合，相同组合的病例自动归为一个病种，病种间相互比较确定各自的分值。在区域总额预算机制下，根据年度医保支付总额除以区域总分值，形成一分值多少钱，即点值，医保按照相应的分值和点值进行支付。

DRG/DIP付费不影响患者待遇，患者按照医保目录及规定的比例报销，实时出院结账。医保部门按月度向医院结算剩余费用。如医保DRG结算病组为“GT13-炎症性肠病，伴并发症或合并症”，病组平均费用为权重×费率=6645.42元；该院一个月内可能有诊断为小肠克罗恩病 (K50.000)，溃疡性结肠炎 (K51.001) 等20位患者都在GT13组内，则GT13病组医院应收约132900元。假设20位患者个人负担不同，共计自付约39000元，医保需要对GT13病组结算剩余约93900元。



8月3日上午，第一场现场解读会后，国家医保局医药管理司司长黄心宇（中）回答参会医疗机构代表们提问。
寇晓雯摄

一问：复杂疾病患者入院难、被推诿的现象能转变吗？

按疾病诊断相关分组付费后，医疗费用增长得到明显控制，但接踵而至出现新情况：部分医疗机构不愿收复杂病人了。复杂病人需要处理的操作步骤非常多，对标DRG后费用明显超标。根据现有医保规定，落到实际往往医生做了苦活还要倒贴，该如何化解？

“特例单议机制为复杂的、重特大疾病、急危重症患者留了一扇窗。”8月3日，在国家医保局首场解读会上，国家医保局医保中心副主任王国栋说，医院在收治危重、复杂疾病时可能面临的财务风险，尤其是那些涉及住院时间长、高额医疗费用、新技术新药品使用及跨学科治疗的病例，可以使用特例单议机制。

“医院曾接诊一名高龄且合并多种基础疾病的主动脉夹层患者，整个手术下来，花了将近45万块钱，按照DIP支付方式，医保支付约30万元。我们

把他列为特例单议病例，从而可以按项目结算，15万元差额得到了弥补。”广东省人民医院副院长袁向东向记者分享。

“此次2.0版分组方案中继续强化特例单议机制，DRG特例单议结算比例，由原来的不超过1%提高到不超过5%，DIP不超过出院病例的千分之五，这个比例总体上能够满足医疗机构的需求。”王国栋介绍。特例单议机制是一个补充机制、救济机制、兜底机制。目前，全国有90%以上的统筹地区都建立了特例单议机制，为了让特例单议机制落实到位，2.0版

分组方案通知中明确提出，2025年7月1日前各地要公布上半年的特例单议的情况。

此外，为了缓解医疗机构的压力，能顺利接收这些患者，王国栋提到，医保部门可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金。“目前，全国60%以上的统筹地区探索对医疗机构实行预付。2023年，地方年初预付规模881亿元，超过全国结算清算总拨付额的3%，对减轻定点医疗机构资金运行压力，助力医疗卫生事业发展和医药机构良性运行发挥了重要作用。”王国栋说。下转15版