

引子

前后两次,在同一家医院,做同一种手术,总费用相差10万余元。这是湖南湘潭市民肖晓芳的亲身经历。7年前,肖晓芳在湘潭市中心医院做颅内动脉瘤栓塞手术,住院总费用28.7万元,自付部分近7万元。今年9月,肖晓芳完成第二次手术,手术难度与上一次基本相当,但总费用不到18.3万元,自付部分仅2.18万元。

费用降在哪?“除药品与耗材价格大幅降低外,医疗服务总体费用也下降了1万多元,这还是在手术费、护理费等医疗服务单价提升的情况下实现的。”对照两次费用清单,湘潭市医疗保障局四级调研员章奋强分析,医保支付方式改革发挥了引导作用,医疗机构主动控制成本,促使诊疗行为更加规范。医保支付是保障群众获得优质医药服

务、提高资金使用效率的关键机制。中共中央、国务院2020年2月印发的《关于深化医疗保障制度改革的意见》要求,“推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,推广按疾病诊断相关分组付费”。党的二十届三中全会《决定》提出,“深化医保支付方式改革”。2019年起,我国先后启动按病组(DRG)和病种分值(DIP)付费为主的医保

支付方式改革试点,改变了过去医保基金主要按项目向医疗机构付费的方式。到2023年底,全国九成以上医保统筹地区已经开展按病组或病种分值付费。今年7月,国家医疗保障局发布按病组和病种分值付费2.0版分组方案,改革向纵深推进。医保支付方式改革给患者和医疗机构带来哪些变化?近日,记者走进湖南湘潭、福建厦门、湖北武汉等改革试点城市探访。

人民眼·深化医保支付方式改革

截至2023年底,全国九成以上医保统筹地区开展按病组或病种分值付费。记者在湖南湘潭、福建厦门、湖北武汉探访——

用好医保基金 减轻就医负担

本报记者 颜珂 王岑欣 强郁文

一操作、一病种。

同样以急性阑尾炎(无合并症或并发症)为例,按病种分值付费方式,如采用腹腔镜下阑尾切除术,则“急性阑尾炎+腹腔镜下阑尾切除术”单独成组;按病组付费方式,因资源消耗相近,腹腔镜下阑尾切除术与传统阑尾切除术同归为一组,每个病组的支付标准一致。

“不论按病组还是病种分值付费,每个病组或病种的医保支付标准,均基于其历史数据确定。”章奋强说,医院实际治疗费用低于医保支付标准的,结余部分由医院留存;超出医保支付标准的,合理超出部分由医院、医保分担。通过建立激励和约束机制,引导医疗机构合理用药、检查和治疗,避免医疗机构“多开医疗服务项目多得收益”。

主动申请试点医保支付方式改革,与湘潭的经济社会发展息息相关。湘潭是座老工业城市,参保在职职工人数与退休职工人数比例为1.4:1。2016年至2019年,全市职工医保统筹基金收入增长8.9%,支出增长则高达54%。住院率高、医疗费用增长快,医保基金支付压力大。章奋强介绍,以2020年为例,湘潭职工医保参保人员住院率为29.3%,为湖南省最高,住院医保基金支出总额超过控制目标约2亿元。

在厦门,医保基金同样面临快速增长的支付压力。“改革前一年,全市医疗费用增幅高达19.82%。”厦门市医疗保障局局长花育明说。

2019年,国家医疗保障局在武汉、湘潭等30个城市启动按病组付费试点;次年,在厦门等71个城市启动按病种分值付费试点。2021年,试点城市均进入实际付费阶段。

与传统医保支付方式相比,按病组和病种分值付费有何不同?

我国传统的医保支付方式是按项目付费,即诊疗过程中用到的药品、医疗服务项目、医用耗材等,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。虽简单便捷,但易滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为,造成医疗资源浪费。

“采用按病组或病种分值付费,则是按病组或病种的划分,来设置医保支付标准。”厦门市医疗保障中心副主任王菁菁介绍,标准明晰后,由医保部门打包支付给医疗机构,将“为治疗过程付费”变成“为治疗结果付费”。

例如,一名患者因急性阑尾炎(无合并症或并发症)住院,需进行阑尾切除术。若采用传统支付模式,需对药品、耗材、手术费、护理费等诊疗过程中的项目费用叠加计算。若采用按病组或病种分值付费,则根据当地主要医疗机构3年来急性阑尾炎(无合并症或并发症)病例中,同类切除阑尾手术的费用数据,通过一定算法得出医保支付标准。

“按病组和病种分值付费,主要区别在于分组方式。”章奋强解释,前者根据临床过程相似、资源消耗相近的原则,将病例分入若干疾病诊断相关组;后者分组更细,按“主要诊断+主要操作”的规则将病例聚类成组,即一诊断、

一操作、一病种。同样以急性阑尾炎(无合并症或并发症)为例,按病种分值付费方式,如采用腹腔镜下阑尾切除术,则“急性阑尾炎+腹腔镜下阑尾切除术”单独成组;按病组付费方式,因资源消耗相近,腹腔镜下阑尾切除术与传统阑尾切除术同归为一组,每个病组的支付标准一致。

“不论按病组还是病种分值付费,每个病组或病种的医保支付标准,均基于其历史数据确定。”章奋强说,医院实际治疗费用低于医保支付标准的,结余部分由医院留存;超出医保支付标准的,合理超出部分由医院、医保分担。通过建立激励和约束机制,引导医疗机构合理用药、检查和治疗,避免医疗机构“多开医疗服务项目多得收益”。

事实上,在按病组和病种分值付费改革之初,习惯于传统运营发展模式的医疗机构,不少都遭遇过阵痛。拿到医院改革第一年的“账单”,厦门市中医院总会计师黄文化吃了一惊:“一年亏了1000多万元。”

重新审视过去的发展路径和运营方式,医疗机构纷纷开启改革,挤掉运营成本“水分”。厦门市中医院成立运营管理中心,专职精细化管理,优化成本与支出。

耗材费用占比过高,怎么降?除去已实施集中采购的耗材,黄文化和同事列出了厦门市中医院使用量在前200的耗材名单,重新评估议价——

检验试剂供应商一度有数十家之多。医院通过公开招标,在保证品牌、质量不变的前提下,选择一家价格更低的供应商集中采购,一年节约3000多万元;

医疗设备维护原来由各供应商多头负责。如今由一家第三方公司统一提供服务,价格降低的同时,维护时间也大大缩短,每年节约设备零部件开支1300多万元。

统一招标采购,减少供应商数量,

以采购规模换取议价优势——类似的议价策略在湘潭市中心医院同样收效明显。仅今年上半年,医院80多项医用耗材采购价格下调,最高降幅达60%。

挤“水分”,优化路径是手段,转变观念是根本。在医保支付方式改革的推动下,医务工作者的诊疗行为和理念正在改变。

武汉市中心医院每月评选按病组付费实施效果标杆团队,引导业务科室提升服务效率,降低服务成本。肿瘤科副主任医师雷章所在团队多次获评标杆团队。

肿瘤疾病一般以内科治疗为主,药费和检验费占比较高。“过去给患者开检查单,往往勾选‘大全套’,医生省事了,费用上来了。”雷章坦言,按病组付费改革后,检查检验也得考虑“性价比”,“尽量用最小的成本,提供最优质的医疗服务。”

加强临床路径管理、规范诊疗流程,成为不少医疗机构的选择。

10月24日,湘潭市中心医院呼吸与危重症医学科收治了一名肺血栓栓塞症患者。科室副主任宋成峰轻点鼠标,打开临床路径管理系统,系统自动提示必选诊疗操作:询问病史及体格检查;完善相关检查;进行病情初步评估,高危等级一般采取溶栓治疗,中低危等级一般采取抗凝治疗……

“临床路径就像导航地图,诊疗流程‘按图索骥’,更加标准化、规范化。”宋成峰说。

挤掉“水分”,医疗费用下降,医保基金使用效率提升。今年上半年,湘潭市定点医疗机构的次均住院费用为6005元,与2020年同期相比下降逾三成。改革以来,厦门市年均医疗费用增幅降至8.86%。2023年,武汉市63家医疗机构实现医保基金结余留存,全市次均住院费用比2018年降低12%。

服务之变

探索多元复合支付方式协同机制,医疗质量保障有力,服务供给合理适当

支付有标准,医院控成本,会不会导致医疗服务不足?医保支付方式改革之初,章奋强到医疗机构调研,常能听到这样的担忧。

解疑释惑,先要正确理解按病组和病种分值付费。章奋强向各医院解释:新的支付模式下,支付标准是依据历史大数据得出的平均值。按照平均数法则,在一些病例上的“超支”部分,可以通过另一些病例的“结余”来弥补。

遇到不适用按病组或病种分值付费的情况怎么办?多地探索按病组或病种



分值付费为主,多元复合支付方式协同的灵活机制,“一把钥匙开一把锁”。

今年4月,因细菌、真菌、病毒混合感染引发重症肺炎,79岁的患者刘大明住进了湘潭市中心医院,一度病情危重。因同时患有多种基础性疾病,老人住院24天,总花费超过4万元。若按病组付费规则,该病例入组“肺真菌病,伴合并症或并发症”,医保支付标准不到9600元。

“不用为合理费用的超标担心。”主管医生邓滔告诉记者,对使用新药新技术、病情复杂、医疗费用高的危重症等特殊病例,都可按照特例单议机制,由医保基金按程序单独结算。2023年,湘潭市医保基金共为此类病例追加支付1.36亿元。

在厦门,全市各医院2023年累计申报特例单议金额达2.3亿元。有的患者病情虽不危重,但需要长期住院治疗。“以前住院时间长了,医院可能会担心费用超支。”记者在厦门仁爱康复医院见到陈其雄时,他在这里住院已经13天了。由于膝关节退行性病变,陈其雄常常得住院理疗。

如何让需长期住院的患者住得安心?按病种分值付费之外,对日均费用稳定且需长期住院的癌症治疗、功能障碍康复等11个病种,厦门市采用按床日付费方式,避免“长住院”患者被推诿或“被出院”。

“踏踏实实,安心康复。”说话间,又到了训练时间,陈其雄直走向康复中心。医疗质量保障有力、服务供给合理适当,有“疏”也有“堵”。

为确保医保基金安全及医疗服务质量,湘潭创建了按病组付费反欺诈大数据信息系统,集纳包括入院记录、出院记录等在内的全市定点医疗机构诊疗过程关键数据,定期开展数据筛查。

同一名患者,当日出院,次日又办理住院,是否属于“分解住院”?这是湘潭按病组付费反欺诈大数据信息系统初筛的一个疑点病例。

比对关键数据,湘潭市医疗保障局基金核查中心负责人刘勇很快看出问题所在:“两次住院时间间隔短,医院的主要诊断和治疗都是心脏病,只是诊断名称稍有不同,很可能是分解住院,需要进一步复核。”

有反向约束,也有正向激励。过去主要考评控费数量,如今更加注重服务质量——厦门市医疗保障局创新推出精细化评价考核体系,将考核结果与医保基金支付挂钩,发挥支付赋能作用,鼓励医疗机构提质增效。

“简单来说,医疗技术水平越高、效率越高、满意度越高,影响医保基金分配的系数就越高,医疗机构实际可分配的资金就越多。”王菁菁说。

发展之变 以医保支付方式改革为牵引,促进医疗、医保、医药协同发展和治理

“医疗机构如何应对按病组和病种分值付费支付方式改革?”近年来,厦门大学附属第一医院(以下简称“厦大附

一院”)医务部主任许中与同行开展交流时,经常探讨这一话题。

“按病组或病种分值付费规则下,患者平均住院天数、病床周转率,以及反映病例诊疗技术难度的CMI值等指标,都是影响医院收入的重要因素。”在许中看来,按病组和病种分值付费不仅是支付工具,更是管理工具,将推动公立医疗机构高质量发展。

大力开展日间手术,是厦大附一院着力提高病床周转率的创新实践。

两膝前交叉韧带先后断裂,患者陈智恒5年内,在厦大附一院做了两次韧带重建手术。第一次住院9天,自付2万多元;第二次在日间手术中心,从入院到出院,间隔不到24小时。“自付资金少了1万元左右,省时省钱效果好。”陈智恒说。

2023年,厦大附一院日间手术量超过1.41万台,全院患者平均住院天数较2016年的7.54天降至目前的6.3天。

医保支付方式改革是深化医药卫生体制改革的重要一环,二者同向而行、同频共振。医疗、医保、医药联动,改革协同效应不断释放。

设置基础病组,助力分级诊疗落地实施——

一些常见病病情相对简单,适合在基层医疗卫生机构诊治。湘潭市将高血压(不伴严重并发症或并发症)等28种常见病列为基础病组,实行同城同病同价。“不同等级的医院,收治基础病组患者,医保支付标准相同。大医院很可能支出较多,小医院则会盈余。”章奋强说,这将调动基层机构诊疗积极性,有效引导资源下沉基层。

2023年7月至2024年6月,湘潭市雨湖区长城乡卫生院次均住院费用下降14%,住院人次增长42%。院长袁友明告诉记者:“卫生院这两年新增了5个专科科室,收治的患者越来越多。”

创新差别化支付手段,充分发挥中医药作用,提升中西医结合疗效——

56岁的杨晓月第一次骨折后做完手术,时隔不久又骨折了。去年9月,她来到湘潭市中医医院骨科治疗。医生通过小夹板固定骨折部位,并指导其进行康复锻炼。3个多月后,她的受伤部位逐渐恢复。

“一些中医优势明显的病种,如果按病组付费,其支付标准只能根据‘保守治

疗’的诊治方式确定,远低于同等疗效的外科手术治疗。”湘潭市中医医院大外科主任曹谦介绍,以杨晓月的情况为例,如果以按病组付费的支付标准,医保支付不超过3500元;湘潭市通过探索中医优势病种按疗效价值付费,对部分更适合中西医结合治疗、治疗路径清晰、费用明确的中医疗优势病种,实行中西医结合“同病同效同价”,相关中医治疗对照对应病组中的手术组付费标准,医保支付超过1.13万元。

对适合按病组付费的按病组付费;对中医优势病种按疗效价值付费;对当地中医特色专科诊疗按项目付费……湘潭市中医医院党委书记罗文轩说,2023年,医院住院人数较上年增加1000多人次,以中医为主治疗的出院患者比例、中医制剂使用比例、中医非药物疗法比例均有提升。

今年7月,国家医疗保障局发布按病组和病种分值付费2.0版分组方案。新方案契合技术进步,有效回应地方诉求,充分吸纳基层建议,更加符合临床实际……在湘潭、厦门、武汉三地采访,记者听到不少积极评价。

“尽管支付方式改革取得了阶段性成果,但作为一项长期性、系统性工作,仍需久久为功、持续推进,特别是改革精细化水平还有待提高,对医疗服务供给的引导作用还有释放空间。”国家医疗保障局有关负责同志在2.0版分组方案新闻发布会上表示,将出台更有力的改革措施,促进医疗、医保、医药协同发展和治理,努力完成改革目标。

(文中患者均为化名)

图①:一名患者在湖南省湘潭市中医医院骨科治疗。

湘潭市中医医院供图

图②:福建省厦门市医疗保障局工作人员讨论按病种分值付费方案。

厦门市医疗保障局供图

本版责编:杨彦 孙振 戴林峰 刘雨瑞

版式设计:汪哲平

