

医保支付改革进入“深水区”。日前,国家医保局发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(以下简称《计划》);DRG为按疾病诊断相关分组付费;DIP为按病种分值付费,明确从2022年到2024年底,全国所有统筹地区全部开展DRG/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。

业内人士表示,2022年,医保支付改革驶入“快车道”,将进一步推动医院加强运行管理和成本控制,充分利用带量采购腾出的空间,进一步规范医务人员行为,优化收支结构。

部委动态

农业农村部 国家乡村振兴局

98个村庄清洁行动先进县获表扬

本报消息 为发挥示范带动作用,进一步激发广大干部群众开展村庄清洁行动、推进农村人居环境整治提升的积极性主动性,农业农村部、国家乡村振兴局日前印发《关于通报表扬2021年全国村庄清洁行动先进县的通知》(以下简称《通知》),对98个措施有力、成效突出、群众满意的村庄清洁行动先进县予以通报表扬。

《通知》指出,2018年12月,中央农办、农业农村部等18个部门共同启动实施村庄清洁行动,重点发动农民开展“三清一改”,包括清理农村生活垃圾、清理村内塘沟、清理畜禽养殖粪污等农业生产废弃物、改变影响农村人居环境的不良习惯,集中整治村庄环境脏乱差。3年多来,各地区采取有效措施,迅速组织推进,农村长期存在的脏乱差局面得到扭转,绝大多数村庄基本实现干净整洁有序。

《通知》强调,各地要以《农村人居环境整治提升五年行动方案(2021—2025年)》为指引,围绕“共建洁美家园 喜迎党的二十大”主题,坚持“立足清、聚众保、着力改、促进美”的十二字要求,拓展提高“三清一改”内容标准,着力培养农民群众健康卫生习惯,不断健全长效保洁机制,美化提升村容村貌,加快推动村庄环境从干净整洁向美丽宜居迈进。

人社部

2022年春风行动取得初步成效

本报消息 记者从人社部获悉:2022年春风行动自1月21日启动以来,各地周密部署,迅速行动,取得初步成效。聚焦就地过年农民工,发放留岗红包、过年礼包、消费券,组织集体过年,实现留岗有关怀。聚焦节后求职返岗农民工,有序推进劳务协作,密集开展招聘活动。

此外,人社部还聚焦连续生产和开工复工企业,推出稳岗稳工奖补、新增员工补贴、共享用工补贴,建立保用工稳生产工作专班,实现用工有支持。截至2月12日,各地已累计发放留岗红包、用工补贴超5亿元,举办各类招聘活动近1万场,提供岗位信息近600万个。

国家外汇管理局

2021年我国经常账户顺差3157亿美元

本报消息 日前,国家外汇管理局公布了2021年四季度及全年国际收支平衡表初步数据。数据显示,2021年我国国际收支基本平衡。其中,经常账户顺差3157亿美元,与同期国内生产总值(GDP)之比为1.8%,继续处于合理均衡区间;直接投资净流入增长显著,跨境资金双向流动活跃。

2021年,我国国际收支状况具有货物贸易持续顺差、服务贸易逆差收窄、直接投资顺差增长显著等特点。国家外汇管理局副局长、新闻发言人王春英表示,2021年,全球经济整体延续复苏态势,我国外贸进出口保持平稳增长,国际收支口径的货物贸易出口3.2万亿美元,进口2.7万亿美元,顺差5545亿美元,较2020年增长8%。

中国人民银行

发布银行间债券市场债券借贷业务管理办法

本报消息 为规范银行间债券市场债券借贷业务(以下简称债券借贷),保护市场参与者的合法权益,提高债券市场流动性,近日,中国人民银行发布了《银行间债券市场债券借贷业务管理办法》。

办法借鉴国际成熟市场实践经验,立足我国金融市场发展需要,从市场参与者、履约保障、主协议等方面完善债券借贷制度,包括支持市场参与者规范开展集中债券借贷业务等,提高债券借贷交易效率和灵活性。同时,为加强风险防范,办法明确了大额借贷报告及披露、风险监测、自律管理等有关要求。

办法出台有利于满足市场参与者多样化的交易需求,提高做市商头寸管理能力,提升银行间债券市场流动性,促进金融市场功能深化和健康发展。



2017年,福建省三明市被原国家卫计委列入“按疾病诊断相关分组(C-DRG)收费改革”三个试点城市之一,试点推行我国自主设计的C-DRG,在全国范围内首次实现医保和患者与医院同时按病种定额结算。作为全国医改“排头兵”,三明市在过去数年尝试过不同版本的DRG。它的经验表明,一种合理的DRG制度设计可以让医院有积极改革的动力。图为居民在三明市第一医院医保办咨询、办理手续。

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方式。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。

医保支付改革向纵深推进

《计划》表明,将加快推进DRG/DIP支付方式改革全覆盖。分阶段、抓重点、阶梯式推进改革工作,加快扩面步伐,建立完善机制,注重提质增效。

根据《计划》,在2019年至2021年试点基础上,按2022年、2023年、2024年三年进度安排。以省(自治区、直辖市)为单位,分别启动不少于40%、30%、30%的统筹地区开展DRG/DIP支付方式改革并实际付费,鼓励以省(自治区、直辖市)为单位提前完成统筹地区全覆盖任务。

具体到统筹地区内,应按照三年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全覆盖,每年进度应分别不低于40%、30%、30%,2024年启动地区须于两年内完成。病种入组率每年进度应分别不低于70%、80%、90%,最终全面覆盖(原则上达到90%)。

资料显示,DRG是按照患者的

患病类型、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,以组为单位打包确定医保支付标准。DIP是利用大数据将疾病按照“疾病诊断+治疗方式”组合作为付费单位,医保部门根据每年应支付的医保基金总额确定每个病种的付费标准。这两种改革都是通过打包定价的方式,促进医疗机构转变运行机制,促使医疗服务提供方主动控制成本,为参保群众提供健康所需要的最适宜的服务。

2019年以来,国家医保局先后启动30个城市的DRG付费国家试点和71个城市的DIP付费国家试点。国家医保局相关负责人介绍,试点三年来,所有试点城市已经全部进入实际付费,基本达到预期的效果,并推动医保管理模式的深刻转变,包括医保付

费按项目付费向价值付费转变、从最终买单向主动作为转变、从单纯的手工审核向大数据运用转变、从粗放的供给侧管理到精细的供给侧管理转变等。

黄华波介绍,未来医保部门将按照CHS-DRG/DIP支付方式改革未来三年行动计划,着力完善一套规范成熟的技术标准,建立一套适应CHS-DRG/DIP变化的医疗机构运营机制,打造一支素质过硬的医保专业化队伍,不断推进改革向纵深发展。

国家医保局医药服务管理司司长黄华波表示,支付方式改革的目的是为了提高医保基金使用效能,用有限的医保基金为参保人购买更高质量的医疗服务,同时激励医疗机构和医生主动规范医疗服务行为,提升控制成本的内生动力,促进分级诊疗,让医保和医疗“相向而行”

实现医院、患者、医保三方共赢

■ 彭韵佳 沐铁城

这次医保支付方式的改革明确了时间表与路线图,也意味着这项改革将进入新阶段。DRG/DIP到底是什么?将会如何影响老百姓看病就医?具体举措如何落地?记者就此采访了业内人士与专家。

看病就医“打包支付”

具体来说,DRG付费即按疾病诊断相关分组付费,根据疾病诊断、治疗方式和病人个体特征等情况形成不同的诊断相关组,每一个诊断相关组确定统一付费标准;DIP付费即按病种分值付费,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分值点值,形成支付标准。

与传统付费方式相比,DRG/DIP付费是一种更科学、更精细的医保支付模

式,其通过大数据的方法,对疾病诊疗进行分组或折算分值,实行“一口价”打包付费,有效避免“大处方”、过度诊疗等问题。

2019年以来,国家医保局先后启动了30个城市的DRG付费国家试点和71个城市的DIP付费国家试点。

“30个试点城市的1亿多份病例经大数据分析,形成628个疾病诊断细分组。”国家医保DRG付费技术指导组组长郑杰介绍,截至2021年10月,30个试点城市DRG实际付费已覆盖807家医疗机构,在推动降低参保人员负担、规范医疗行为等方面发挥了积极作用。

国家医疗保障研究院副院长应亚珍介绍,71个试点城市在2021年底前进入实际付费的阶段性目标已经全面实现。从较早进入实际付费的试点城市情况来看,DIP试点城市取得了初步成效,包括医药费用增速放缓、基层医疗机构就诊

人数占比提高等。

紧抓医保改革的“牛鼻子”

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。这种支付方式执行相对简单,但是却为“大处方”增收、浪费医疗资源等问题埋下隐患。

国家医保局医药服务管理司司长黄华波介绍,DRG/DIP付费是医保改革中的“牛鼻子”,在提高医保基金使用效率、提高医疗效率和医疗质量、降低老百姓看病负担等方面发挥了重要作用。

——提高医保基金使用效率。对医院来说,DRG/DIP付费方式可以进一步实现用有限的医保基金为参保人购买更高质量的服务,确保每一笔医保基金都用在“刀刃”上。

——倒逼医院提质增效。DRG/

整体“提速” 从数量付费到质量付费

业内人士表示,在新型支付方式下,医院回归功能定位,医生回归治疗定位。医院需要在节省成本的基础上,提高诊治水平、服务质量,提升效率,才能收治更多患者,使利益最大化。医生在医院的绩效规范下,需要通过提升技术来获取更多报酬,放弃不必要的药物、检查,避免医疗资源的浪费。

国家医保DRG技术指导组组长、北京市医疗保险事务管理中心主任郑杰此前表示,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。

有业内人士表示,医保支付的基础是价格形成机制,因此支付方式改革本质上是价格改革,要对医疗服务的计价单位、付费标准、支付时间和质量标准等进行改革,其最终形成的医疗费用最大化地契合医疗服务成本。医保支付改革最终目的是逐步转变定点医院和医生的医疗服务行为,促进医院医疗服务行为的规范化和合理化,降低或合理控制医疗服务成本和费用,减少医保基金浪费,使有限的医保基金得到最高效使用。

上述人士表示,随着人民群众生活水平的提高,看病就医的刚性需求被逐渐释放,它的缺陷也暴露地越来越

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。此前按项目付费,由于医疗存在严重的信息不对称,很容易导致“过度消费”,例如部分医疗机构倾向于过度医疗过度使用药物,以及偏好使用加工昂贵的新技术、新材料、新药品等,以致医疗费用不断攀升。通过按病种或治疗方式等多个分类确定付费区间,对医疗机构有明确的引导。

2019年以来,国家医保局先后启动30个城市的DRG付费国家试点和71个城市的DIP付费国家试点。试点三年来,所有试点城市已经全部进入实际付费,基本达到预期效果,医疗机构、医保基金、参保群众在不同程度上均有受益,初步达到共赢效果。根据2019年到2021年统计显示,30个试点城市,随着整体医疗费用结构的优化,参保人员个人负担有所减少。以北京市为例,应用DRG的十年间,在居民消费价格指数(CPI)十年提高17.8%的情况下,住院每权重费用仅提高28.4%,参保人员个人负担由33%下降至28%。同时,非必要住院明显降低。

在各项政策合力发力下,北京药占比由38.8%降至24.2%,与此同时,与之对应的医疗服务费用由30.6%提升至36%。与之相对应的,医院也获得了相应的盈余推出。例如,配套集中带量采购政策推出FM19冠脉支架植入DRG付费后,2021年前8月,北京相关医院实现差额盈余3.4亿元。

地方医保支付改革已提上日程

为推进医保支付方式改革,推动改革向纵深发展,新政将在提升医保治理现代化水平上充分发挥示范引领作用。在各地自愿申报和评估的基础上,相关部门确定了DRG/DIP示范城市,要求示范城市应聚焦扩面、建机制、打基础、推协同等各项重点任务,加大改革创新力度,不断推进支付方式改革向纵深发展。

我国已有多地安排加速推进相关改革。甘肃省政府办公厅日前印发《甘肃省“十四五”全民医疗保障规划》提出,深化医保支付方式改革。全面实行总额控制下按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,推进区域医保基金总额预算与点数法相结合,全面推行DRG和DIP付费。到2025年,DRG付费和DIP付费的医保基金占全部符合条件的住院医保基金支出的比例达到70%。开展门诊支付方式改革,探索开展中医适宜技术和优势病种支付方式改革,开展医保支付方式改革绩效评价。

《四川省“十四五”全民医疗保障规划》指出,完善多元复合医保支付方式。

完善医保基金总额预算管理办法,推动实施区域性医保基金总额控制,逐步实现以按病种付费为主的多元复合医保支付方式。推进DRG付费、区域点数法总额预算和DIP付费改革,并对中医医疗机构的调整系数进行倾斜支持。推进实行医疗康复、安宁疗护、慢性精神疾病等长期住院及医养结合住院、家庭病床等床日付费。逐步完善家庭医生签约服务包付费,实行按人头付费。完善符合中医药服务特点的支付政策,发布中医优势病种目录,推行按中医疗效价值付费、中西医同病同效同价。

推进紧密型县域医共体医保管理改革,健全考核管理和激励机制,对符合条件的医共体实行“一个总额付费、结余留用、超支不补”的医保管理。

《山西省“十四五”医疗保障事业发展专项规划》显示,山西省已全面实施医保定点医疗机构总额预算管理,建立“总额管理、结余留用、合理超支分担”的激励约束机制,支付方式改革进一步深化。下一步将完善医保基金总额预算办法,推进区域医疗保障基金总额预算点数法,全面实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。加快推进DRG付费试点,到2025年底前实现省内全覆盖(中医医疗机构暂不参与)。积极探索适合中医特点的医保支付方式,鼓励引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。持续推进阳泉市国家区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)试点改革。探索制定点数法与地区医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等技术规范,提高支付方式标准化、规范化程度。探索医疗服务与药品分开支付。

浙江省方面指出,建立健全谈判机制,完善县域医共体总额预算、结余留用、合理超支分担的支付机制,更好发挥医保战略性购买作用,激发县域医共体内生动力全面实施住院费用DRGs点数付费,持续完善全省统一的DRGs分组方案和付费规则,强化价值规律在支付方式改革中的作用,实现同病同效同价。稳步推进全省门诊支付方式改革,结合家庭医生签约服务推进门诊费用按人头付费,探索总额预算下门诊费用按人头包干结合APC点数法付费,形成医保支付方式改革闭环。(本报综合)

家医保局在改革三年行动计划给出改革时间表,从抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面,明确了从2022年至2024年分期、分批完成DRG/DIP付费改革任务。

他表示,下一步国家医保局将完善工作机制,加强基础设施建设,协同推进医疗机构配套改革,建立全国统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

值得注意的是,支付方式改革直接作用对象是定点医院,离不开医疗机构的配合以及相关配套改革。专家认为,医保行政部门、医保经办机构与定点医院机构要在基础数据准备、医保总额及分项预算、支付方式标准形成等各个方面保持有效沟通与互动,共同推动改革进程。

“DRG/DIP付费就是要引导医疗机构进行精准成本管控,规范医疗服务,更加注重体现医疗服务技术价值。”应亚珍说,这将有改变医保被动买单、医院粗放发展、患者看病负担重的种种弊端,对医院、患者、医保三方来说,这是一场共赢与互利的改革。(据新华社)