

我国全面推行医保按病种付费改革

医保“打包付费”实行两年一次的动态调整,斩断过度医疗链条

国家医疗保障局近日印发《医疗保障按病种付费管理暂行办法》(以下简称《办法》),推进按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革,规范按病种付费管理,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机制,赋能医疗机构高质量发展。

目前,按病种付费已覆盖全部医保统筹地区。为什么要推行医疗保障按病种付费?对患者会有哪些变化?

医保按病种付费 杜绝“大处方”“大检查”等过度医疗

一直以来,我国传统的医保支付方式是按项目付费,药品、耗材、服务项目,用多少结算多少,这种医保支付方式容易滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为。

为了规范医疗行为,自2019年起,国家医保局持续推行“按病种付费”支付方式改革,即通过历史数据精准测算,根据患者的病情分组,对同组患者,确定相似的费用标准,由医保部门“打包”支付给医疗机构。

医疗机构和医务人员从“多开项目获得收益”,转变为“控制成本也能获得收入”。如今,按病种付费实现了从试点到扩面,从地方探索到国家统一,目前“按病种付费”已覆盖全部医保统筹地区。

国家医保局医药管理司司长黄心宇介绍,改革后,医疗机构诊疗行为更加规范,时间和费用消耗指数下降,平均住院日有所缩短。同时,对一些适宜在一、二级医疗机构开展诊疗的病种,实行了不同级别机构的“同病同付”。

近年来,我国持续推进医保支付方式改革,对疾病分组进行动态调整,优化了医保付费技术标准。

对于住院时间长、资源消耗多、使用新药新技术等不适合按病种支付的病例,医疗机构可以申请特例单议,医保部门经过审核后,可以按照项目付费或调整支付标准,确保这些患者能够得到合理充分治疗。

两年一次! 医保“打包付费”将动态调整

医保按病种付费,是指通过对疾病诊疗进行分组或折算分值,实行医保对医疗机构的“打包付费”。随着医疗技术的飞速发展,按病种付费也需动态调整,以适应临床变化。

为此,《医疗保障按病种付费管理暂行办法》提出,我国将为医保按病种付费建立病种分组方案动态调整机制,根据客观数据、意见建议、临床特征规律、政策调整变化等因素,进行定期调整,原则上每两年调整一次。

“两年调整一次的周期,既兼顾了分组方案一定时间内保持稳定,也提高了分组更新与临床技术发展之间的匹配关系。”国家医保局有关负责人说。

按病种付费包括按病组(DRG)付费和按病种分值(DIP)付费两种形式。

DRG分组方案调整,在保持主要诊断大类相对稳定的基础上,重点调整核心分组和细分组;DIP病种库调整,重点包括核心病种和综合病种。

《办法》同时指出,统筹地区医保部门可结合实际,研究制定适合本地基层医疗机构开展的基层病种,实现“同病同质同付”。有条件的省份,可探索统一全省基层病种。

设立“特例单议”机制 保障疑难危重患者治疗

>>什么是医保按病种付费?

即通过历史数据精准测算,根据患者的病情分组,对同组患者,确定相似的费用标准,由医保部门“打包”支付给医疗机构。

>>按病种付费有哪些形式?

按病种付费包括按病组(DRG)付费和按病种分值(DIP)付费两种形式。
分组方案原则上每两年调整一次,动态优化以适应临床变化。

>>特例单议机制

针对复杂病例(如长期住院、使用新药等)设置特例单议通道,确保患者得到合理充分治疗。

>>按病种付费有什么好处?

医疗机构和医务人员从“多开项目获得收益”,转变为“控制成本也能获得收入”,诊疗行为更加规范,时间和费用消耗指数下降,平均住院日有所缩短。

值得关注的是,新规对“特例单议”机制独立成章,明确申报特例单议的病例,包括但不限于因住院时间长、资源消耗多、合理使用新药耗新技术、复杂危重症或多学科联合诊疗等,不适合应用病种支付标准的病例。同时,还要求医保部门畅通特例单议受理渠道,完善工作制度,优化工作流程,简化上报材料,提升评审效率。

《办法》明确,结合国家支持创新药和医疗器械发展有关政策要求,支持医疗机构收治复杂重症患者、合理使用新药耗新技术。

“这释放了医保支持医疗机构合理使用新药耗新技术,收治疑难危重患者的坚定决心。”国家医保局有关负责人说。

此外,为充分发挥病种结余留用资金的激励作用,新规明确医疗机构通过规范服务行为、主动控制成本获得的病种结余资金,可作为业务性收入。

改革不影响患者出院结算 个人负担部分可能会减少

据国家医保局统计,截至2024年底,全国“按病种付费”出院人次占比超过90%。“按病种付费”会限制患者住院天数吗?医保部门会刻意压低支付标准吗?

医保支付方式改革中,对相关疾病的支付标准,是以历史费用数据为基础、运用大数据方法科学测算得出的平均值,并随着社会经济发展、物价水平变动等适时提高。

国家医保局表示,从未出台“单次住院不超过15天”之类的限制性规定,对少数医疗机构将医保支付标准的“均值”变“限额”、以“医保额度到了”的理由强行要求患者出院、转院或自费住院的情况,国家医保局将予以严肃处理。

医保支付方式,指的是医保与医院之间的结算方式,改革不影响患者出院结算体验,患者出院实行按比例报销,患者因为少做了不必要的医疗服务项目,按比例报销后,个人负担部分可能会减少。

鼓励医院开展“日间医疗” 规范诊疗行为,降低医疗费用

“按病种付费”不仅可以一定程度上减轻患者的个人负担部分,也促进医疗机构主动控制成本,规范诊疗行为。

目前,全国近60%的三级公立医院开展了“日间医疗”,24小时内就能完成全流程住院治疗,加快床位周转,降低医疗费用。

以前,一些病情简单、不用住院就可以治疗的患者,因为门诊报销比例较低,患者会为了多报销而选择住院,不仅医疗费用高,还造成资源浪费。

现在,这些不需要住院的日间手术或放、化疗,纳入了“按病种付费”,无论住院与否,医保支付标准都是一样的。住院时间越短,医院结余越多。

山东金乡县人民医院院长代建军表示,这不仅缓解老百姓住院病房紧张、一床难求的现象,同时费用下降30%左右。

对于肿瘤患者来说,化疗是一件麻烦事,往往都得住几天院,没有病床还得等。近年来,浙江湖州市中心医院开设“日间化疗中心”,对于病情稳定、治疗方案简单、副作用风险低的肿瘤患者,可以实现白天在医院治疗,晚上回家静养。

浙江湖州市化疗患者房粉英介绍,“以前到医院治疗,一次总要住院3至5天,现在早上来,晚上就能回家了。”为减轻患者负担,湖州市日间化疗的癌症患者,都按特殊病种支付,享受住院同等待遇。

“《办法》既是对过去改革政策的‘一揽子’优化,又是对未来改革的具体指引。”有关人士表示,随着《办法》的全面实施,构建更加科学高效的医保支付体系,既让医保基金用在刀刃上,也让群众在优质医疗服务中感受到实实在在的获得感。

国家医保局相关人士表示,推进以按病种付费为主的支付方式改革,对于促进医疗机构规范行为、主动控制成本,优化医疗资源配置,提高医保基金使用效能,维护参保人健康权益具有重要意义。

据新华社、央视、经济参考报

空间站舱外航天服B创下20次出舱纪录

神舟二十号乘组日前圆满完成第三次出舱活动。记者18日从中国航天员科研训练中心获悉,在这次任务中,航天员陈冬穿着的空间站舱外航天服B已累计保障20次出舱任务,成为中国空间站首套实现“4年20次”延寿目标的舱外航天服。

据介绍,中国空间站舱外航天服B,已由11名航天员在8次载人飞行任务中接力使用,经动态评估其状态稳定良好。

中国空间站舱外航天服是第二代“飞天”舱外航天服,按照设计标准,使用寿命为“在轨贮存3年,其间出舱使用次数不小于15次”。

据介绍,中国空间站舱外航天服是我国首个在轨开展寿命评估并延寿使用的飞行产品。

2024年初,在轨飞行的舱外航天服接近“3年15次”的寿命设计指标极限。为准确评估舱外航天服的剩余寿命,科研团队制定了科学合理的寿命评估、健康监测方案和在轨检测方法,使舱外航天服成为首个在轨开展寿命评估并延寿使用的飞行产品,确保了舱外航天服在轨安全可靠地延寿使用。

7月15日,天舟九号向中国空间站送上新一批补给,其中包括两套第二代“飞天”舱外航天服。目前,这两套第二代“飞天”舱外航天服D、E已完成解包检测,状态良好,将在未来出舱任务中逐步投入使用。

与第一代“飞天”舱外航天服相比,第二代“飞天”舱外航天服突破了长寿命、高安全可靠、高效作业支持等关键技术,有力保障了中国空间站建造期及运营期的出舱活动任务。 据新华社

国家税务总局8月18日对外发布“新三样”(电动汽车、锂电池、光伏产品)领域2起偷骗税案件,这是税务部门首次披露该领域的违法案件。

“近年来,国家对‘新三样’部署实施一系列税费优惠政策,有力支持了相关经营主体快速发展。”国家税务总局相关部门负责人说,但仍有少数“新三样”领域经营主体在本身缴税较少的情况下,仍违规骗享税费优惠甚至偷税骗税,既违背了税费优惠激励创新发展的初衷,又破坏了法治公平的税收环境,还助长了低价低效无序“内卷式”竞争,加剧产能过剩,破坏全国统一大市场建设。

从披露的案例看,有的企业将非直接从事研发工作的人员工资费用纳入研发支出进行申报,违规享受研发费用加计扣除税费优惠。有的则是骗税团伙通过操控多家新能源企业,虚开发票并虚构生产加工假象,将不能退税的产品,以可退税的“新三样”产品名义出口,骗取国家出口退税款。

目前,税务部门对涉及违规享受研发费用加计扣除税费优惠的企业,依法作出追缴税费、罚款的处理处罚决定,并依法加收滞纳金。另一起案件已经当地法院审理并作出判决,相关违法人员受到了法律的惩处。

据新华社

税务部门首曝『新三样』领域偷骗税案