中国医疗政策对临床决策及患者获得感的调研

总结报告

北京爱谱癌症患者关爱基金会

2023 年 10 月 28 日

目录

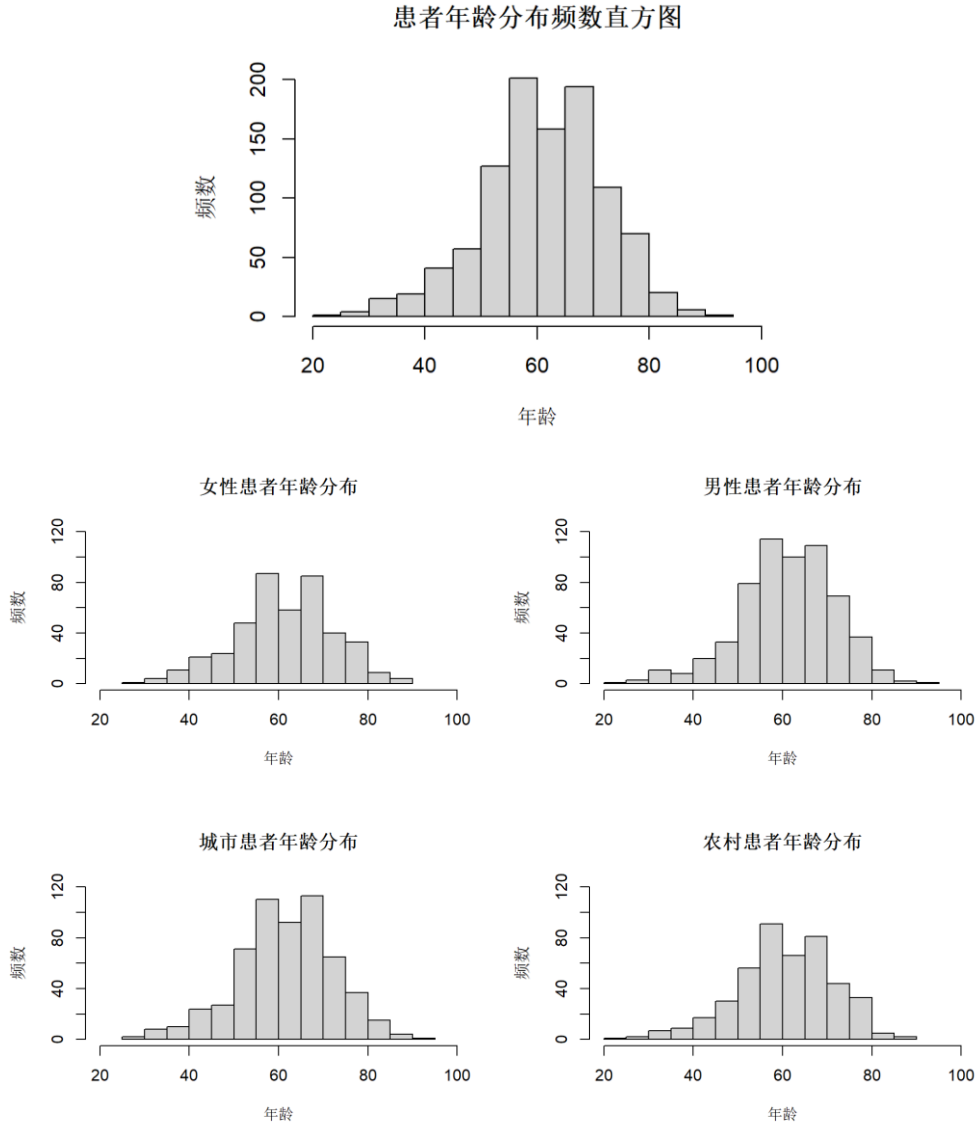
一、结直肠癌患者数据.....2
1. 基本信息.....2
2. 患者的就诊情况及生存状况.....4
3. 患者治疗结直肠癌的经济负担.....6
4. 患者治疗结直肠癌的需求情况.....10
二、医生数据.....13
1. 基本信息.....13
2. DRG/DIP 政策了解情况及看法.....13
3. 抗肿瘤药物临床应用管理.....14
4. 基因检测使用情况.....17
三、医保科数据.....20
1. 基本信息.....20
2. DRG 政策了解情况及看法.....21
3. DIP 政策了解情况及看法.....23
四、DRG 专家数据.....26
1. 基本信息.....26
2. 专家评分.....26
3. 专家建议.....27
五、DIP 专家数据.....28
1. 基本信息.....28
2. 专家评分.....28
3. 专家建议.....29
六、卫生经济学家数据.....30
1. 基本信息.....30
2. DRG 政策评价.....30
3. DIP 政策评价.....32
4. 专家建议.....34

一、结直肠癌患者数据

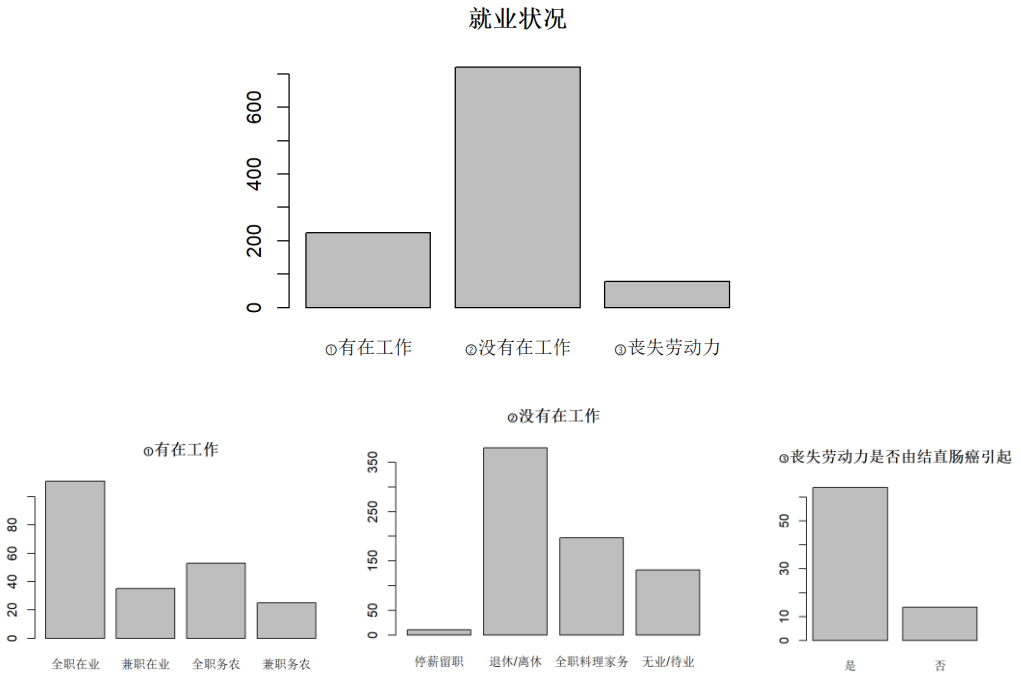
1. 基本信息

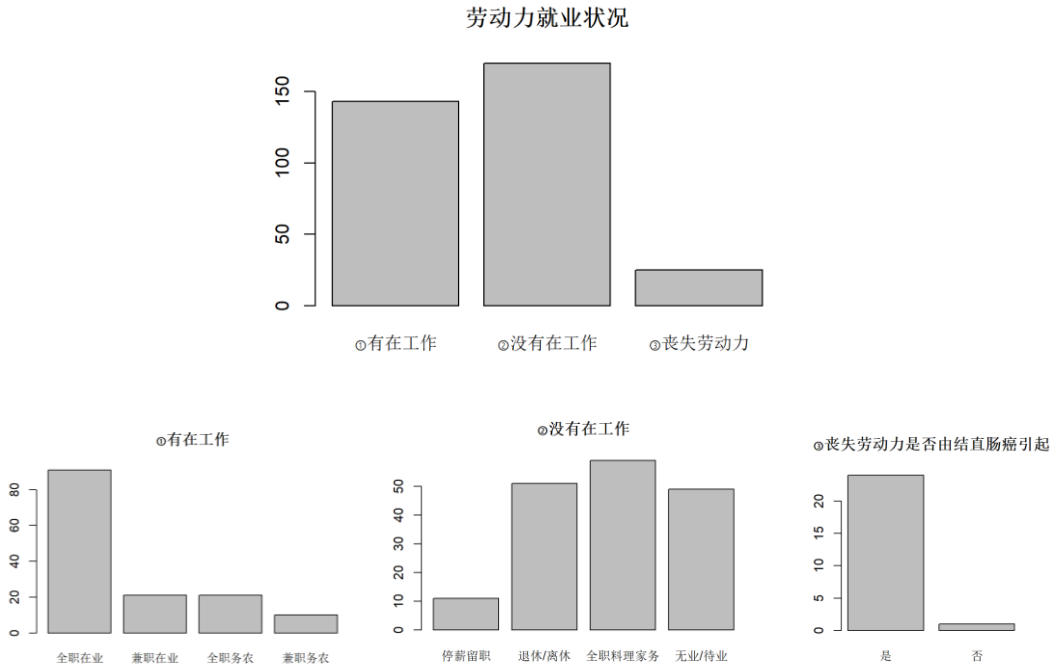
本次调研共纳入来自 7 个大区，18 家中心的 1023 名结直肠癌患者的有效问卷。其中，615 份问卷（60.12%）由患者本人填写，305 份（29.81%）问卷由血源亲属填写，103 份（10.07%）问卷由非血源亲属或其他照护者填写。其中非血源亲属大多为夫妻，部分为表亲或姻亲关系。

收集的问卷中，425 例（41.54%）为女性患者，598 例（58.46%）为男性患者。患者年龄在 24~93 岁之间，其中男性平均年龄为 61.59 岁，女性平均年龄为 61.75 岁。579 位（56.60%）患者为城镇户籍，444 人（43.40%）为农村户籍。



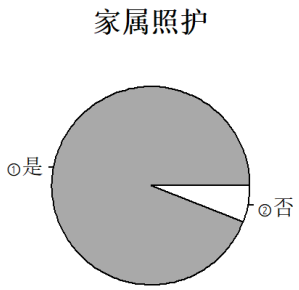
大部分患者（70.38%）处于当前未工作状态，且多为退休/离休人员。目前在工作的患者（21.90%）多为全职在业或全职务农。丧失劳动力的患者（7.72%）中，有 81%认为是由患结直肠癌导致的。

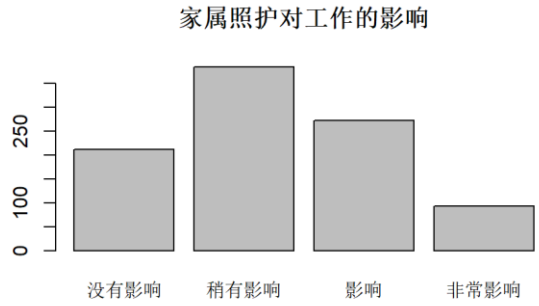




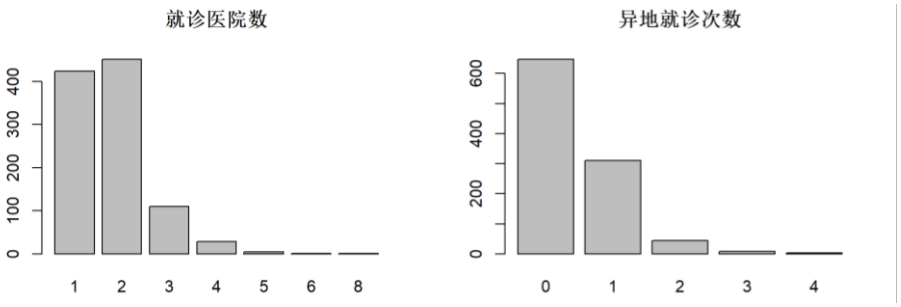
假设退休年龄为男性 60 岁，女性 55 岁。按照上述假设计算，338 位未到退休年龄的患者中，仍在业工作的占比仅为 42.31%；未在工作的患者中，全职在家料理家务、无业/待业（含失业/下岗）的占比较总人群高；丧失劳动力的 25 位患者中，仅 1 例认为与结直肠癌无关。说明对于劳动力人群，患结直肠癌对工作影响较大。

93.94%的患者在患病时有家属照护，其中仅 21.96%的照护者认为未影响正常工作；39.96%认为稍有影响；28.30%认为影响；9.68%认为非常影响工作，例如导致频繁请假，调岗，误工等。

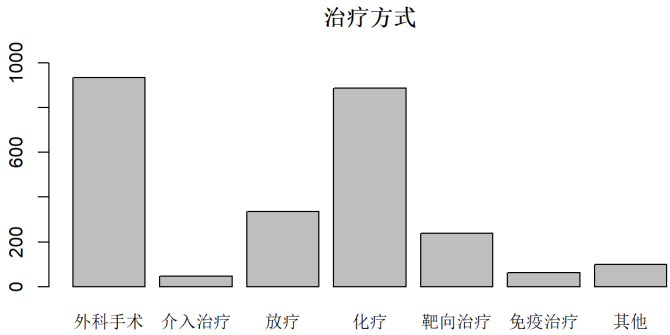


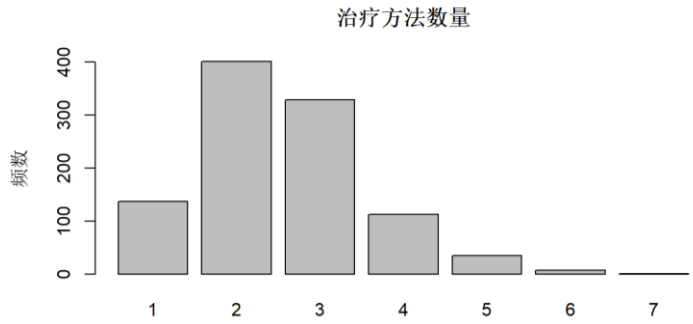


2. 患者的就诊情况及生存状况

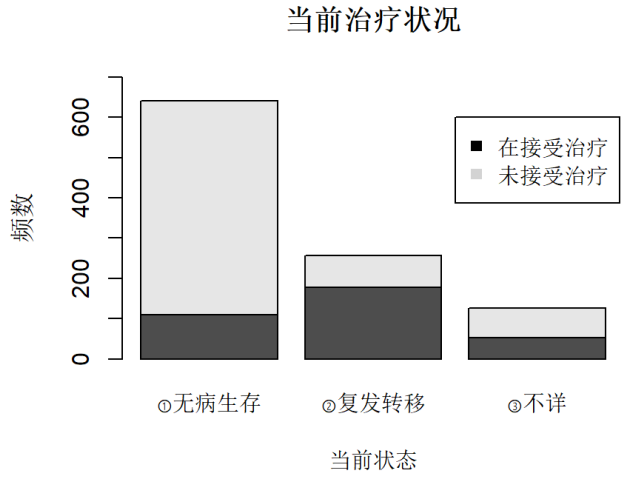


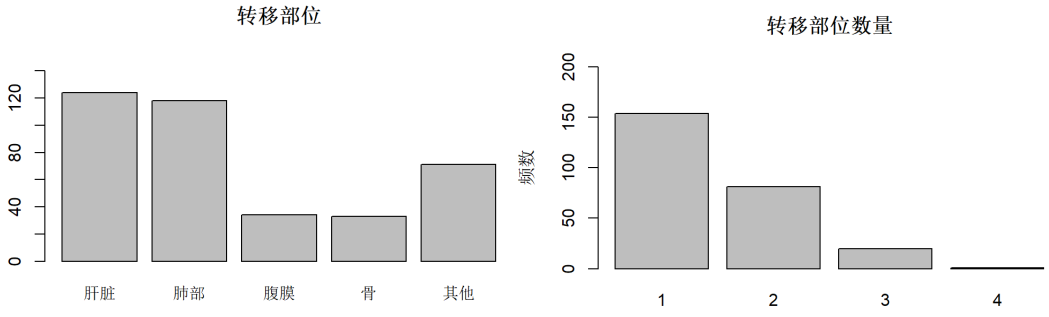
患者就诊医院数从 1~8 不等，多辗转多地寻求结直肠癌治疗。424 位（41.45%）患者仅在一家医院就诊；599 位（58.55%）患者曾转诊。此外，376 位（36.75%）患者曾在异地就诊；647 位（63.25%）患者没有异地就诊。





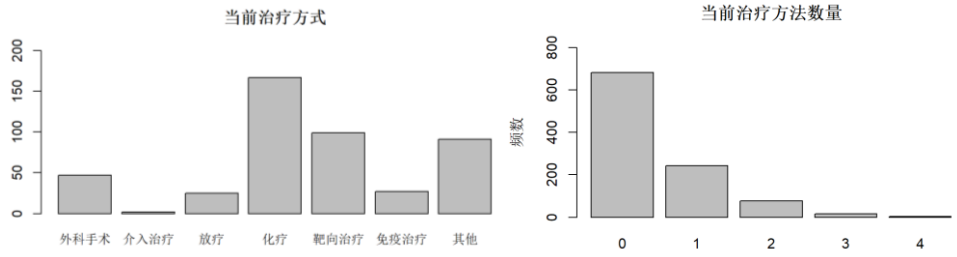
罹患结直肠癌后，几乎所有患者都接受了治疗。其中，外科手术治疗（91.40%），化疗（86.61%），放疗（32.84%）和靶向治疗（23.17%）的覆盖率较高，“其他”治疗包含中医治疗、姑息治疗等。886 位患者（86.61%）接受了两项以上的治疗，807 位患者（78.89%）同时接受了外科手术和化疗。



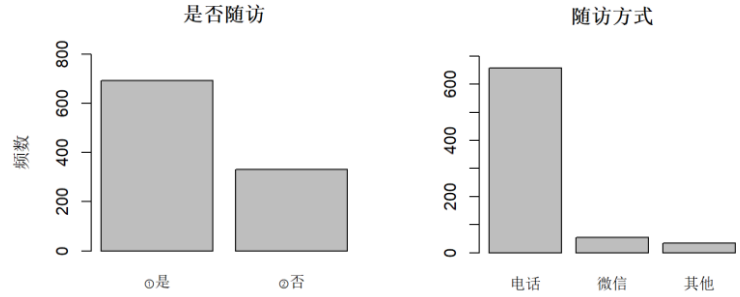


截止调查期限，共 256 位（25.02%）患者复发转移，其中 178 位（69.53%）

患者在接受治疗。复发转移部位多为肝脏（48.44%）、肺部（46.09%），其中 51 例（19.92%）肝部、肺部同时转移，其他转移部位包括盆腔、淋巴、肾、脑、子宫等。此外，641 位（62.66%）患者无病生存，126 位（12.32%）患者患病状态不详。



在当前接受治疗的 340 位患者中，化疗（49.12%）和靶向治疗（29.12%）覆盖率最高，“其他”治疗主要为中医治疗。

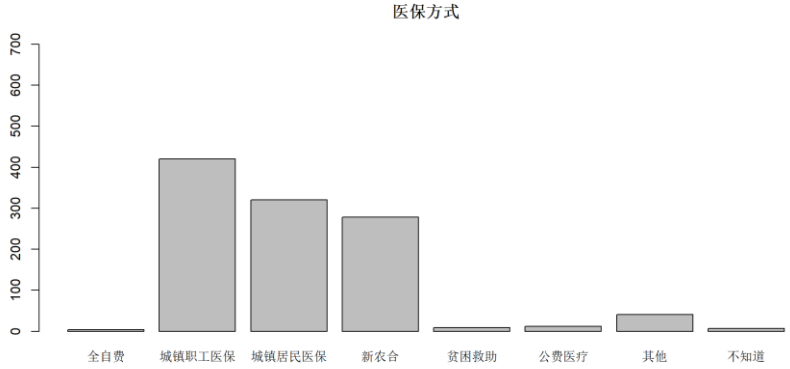


接受调查的所有患者中，有 692 位（67.64%）表示曾接受了随访，电话（95.09%）、微信（7.80%）随访为主要随访方式，其中有 40 位（5.78%）患者同时接受了电话和微信随访；331 位（32.36%）表示未接受过随访。在随访意愿方面，869 位（84.95%）患者愿意接受随访，其中大部分患者愿意接受电话随访（84.58%）、微信随访（8.17%），另有部分患者愿意接受线下随访、短信随访等。

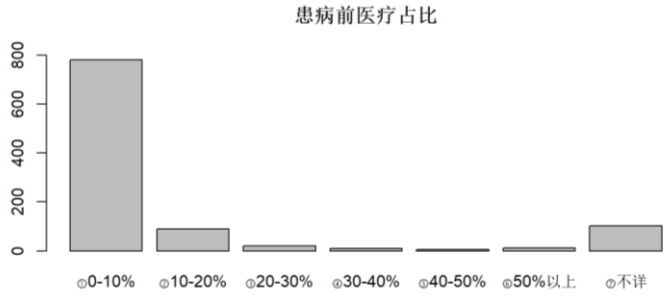
3. 患者治疗结直肠癌的经济负担

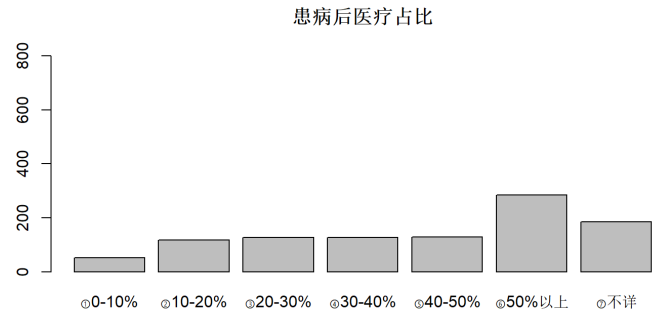
	了解花费情况	不了解花费情况
患者本人	509 (82.90%)	105 (17.10%)
家属	304 (74.51%)	104 (25.49%)

问卷显示，大约 509 位（82.90%）患者了解治疗的花费情况；304 位（74.51%）家属了解治疗的花费情况。



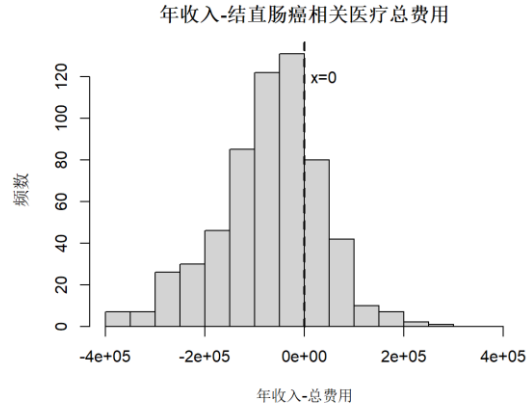
调查结果显示，患者最多的医保方式为城镇职工基本医疗保险（420 例，41.06%）、城镇居民基本医疗保险（320 例，31.28%）、新型农村合作医疗（278 例，27.17%）。“其他”包括商业保险、大病医保、异地医保等。



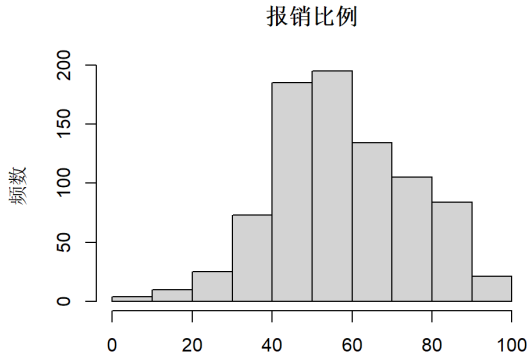


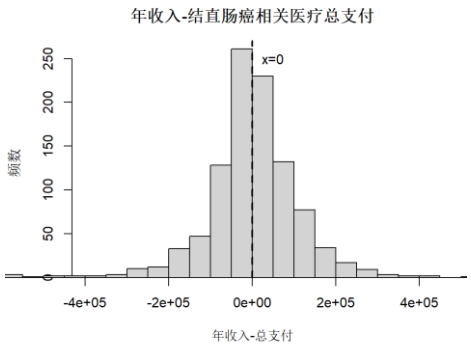
在患者诊断为结直肠癌之前，平均每年患者用于看病/治疗的医疗相关费用（含报销）最小为 0 元，最大为 10 万元，中位数为 1000 元。782 位（76.44%）患者患病前上述花费占患者家庭年收入（收入包括工资、奖金、津贴等所有形式的收入计算在内）的百分比为 0-10%。而患病后，相关费用及其占患者家庭年收入的百分比迅速上升，医疗花费中位数达到 5 万元。

	最小值	中位数	最大值
患者家庭年收入	1,000	90,000	3,000,000
患者医疗相关费用	3,000	150,000	10,000,000

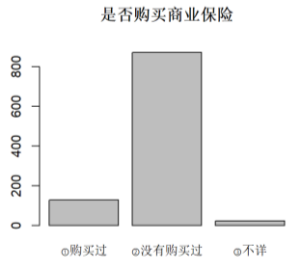


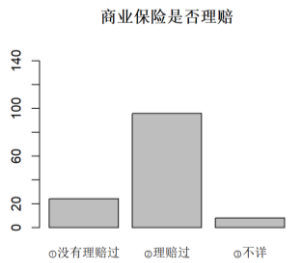
最近 12 个月以来，患者的家庭年收入的范围在 1000 元~300 万间分布（收入包括工资、奖金、津贴等所有形式的收入计算在内），其中中位数为 9 万元。自确诊结直肠癌至今，患者在治疗结直肠癌方面的医疗相关总费用（含报销，包括挂号、住院、手术/介入治疗/放化疗、药物等）介于 3000 元~1000 万元，中位数为15万元。以年收入-结直肠癌方面医疗相关总费用为横坐标绘制频数直方图，较大一部分患者的医疗相关总费用已经超过家庭年收入。

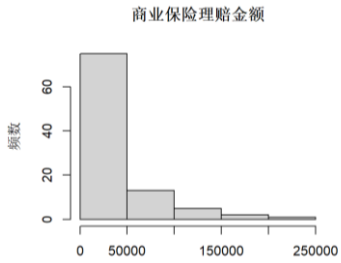




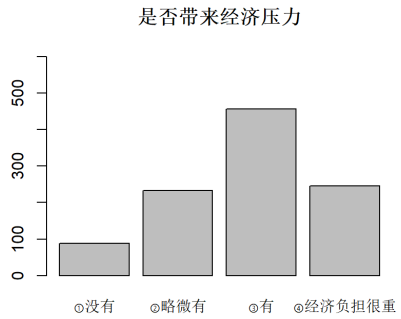
医保报销比例数据显示，大部分患者的医疗保险可以报销 50%左右的金额，最高可以达到 100%报销。根据：实际支付=总金额*（1-报销比例），粗略计算得到实际支付中位数为 4.8 万元。因医保报销，家庭年收入-医疗支出的分布整体右移，有一半的家庭（510，49.85%）因病支付的医疗金额小于年收入，极大减轻了负担。



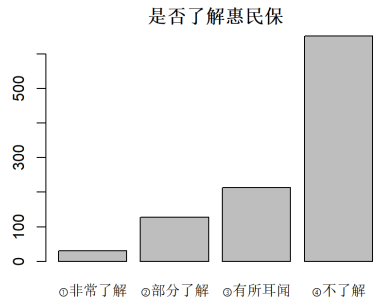


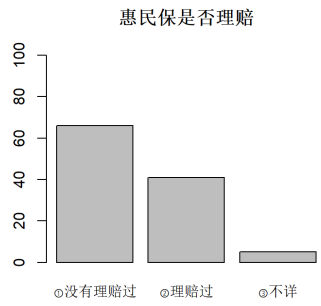


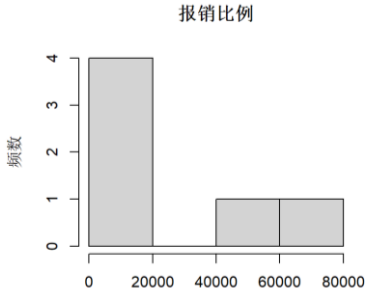
患者中 120 人（11.73%）曾购买商业保险，其中 96 位患者表示曾接受过（75%）理赔，金额从 5000 元到 228706 元不等，中位数为 5 万元。

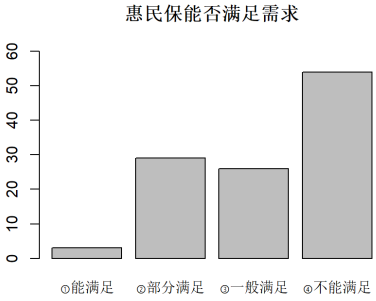


自确诊结直肠癌至今，患者在治疗结直肠癌方面的其他总费用（包括患者及照顾者相关的吃住行、雇佣护工/陪护、购买营养品/康复用品/医疗器械等其他支出）从 0 元到 460 万元不等，中位数为 1.2 万元。仅有 88 位（8.60%）患者认为无经济负担；233 位（22.78%）患者认为略微有经济负担；457 位（44.67%）患者认为有经济负担；245 人（23.85%）认为经济负担很重。

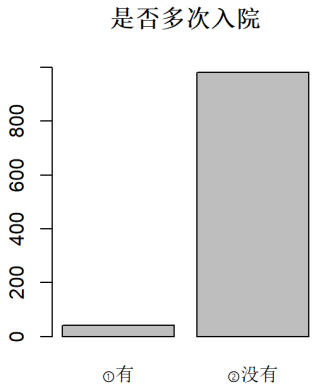






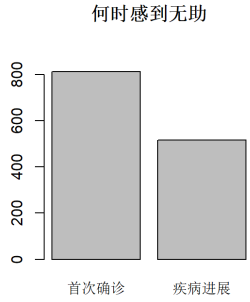


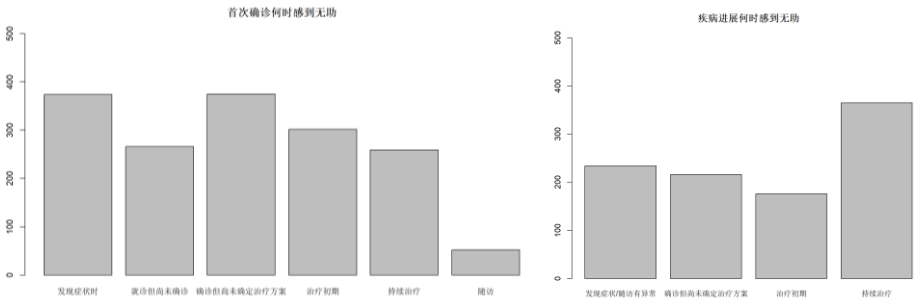
关于惠民保[1]的普及调查结果显示，患者对惠民保的了解甚少，仅 30 位（2.93%）患者或家属表示非常了解；128 位（12.51%）表示部分了解；213 位（20.82%）有所耳闻；652 位（63.73%）完全不了解。在享受惠民保报销的患者中，也仅有 3 位认为该报销能够满足结直肠癌诊疗需求。



此外，41 位患者（4.01%）在同一次治疗中被要求多次办理进出院（先出院再入院以继续治疗）。

4. 患者治疗结直肠癌的需求情况





812 位（79.37%）患者在首次确诊时感到无助；516 位（50.44%）患者在疾病进展时感到无助。首次确诊时，多数病人及家属在治疗全过程均感到紧张、焦

[1] 惠民保是由政府指导、保险公司与社保局合作的保险，也叫城市定制型补充医疗险。

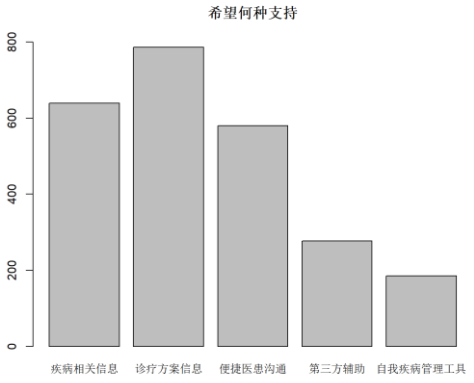
虑，尤其是在发现症状、确诊初期，有较大的心理压力和经济压力。疾病进展（转移复发）时，压力来源则主要为持续治疗给患者带来的身体、心理压力和经济压力。患者及家属的主观回答则基本体现以下几点：

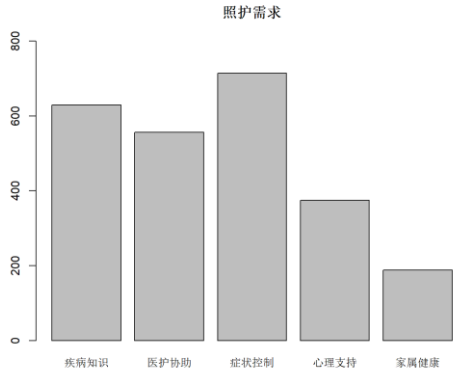
（1）疾病知识匮乏，未知和恐惧

（2）治疗周期长，身体痛苦，迁延不愈

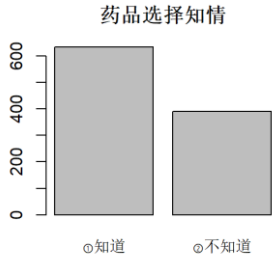
（3）经济压力大，费用高，报销额度低

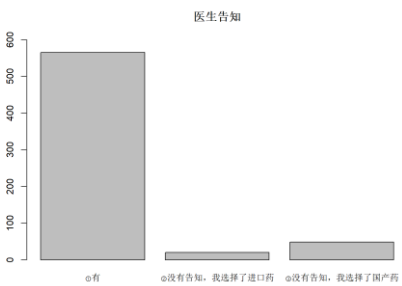
（4）心理压力大（患者及家属）

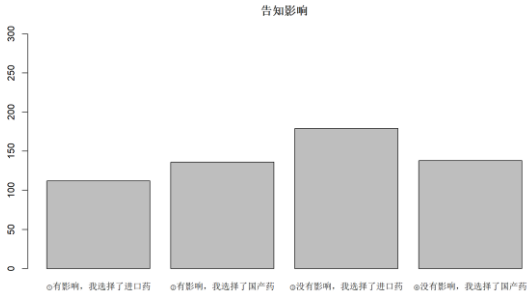




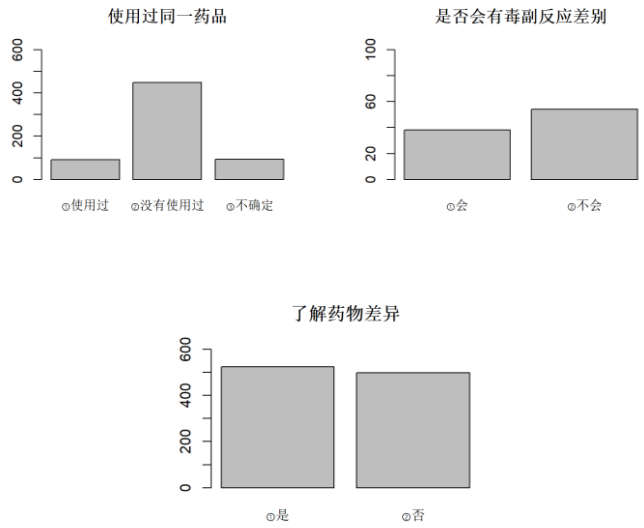
对于上述压力，患者及家属期待支持与帮助。若不考虑经济因素，患者及其照护家属最希望获得的医疗相关支持包括诊疗方案信息（786，76.83%）、疾病相关信息（639，62.46%）、便捷医患沟通（580，56.70%）等；而对于患者照护，症状控制（714，69.79%）、疾病知识（629，61.49%）、医护协助（556，54.35%）等则是患者及家属最需要的协助方式。







药品选择方面，633 位（61.88%）患者或家属知道肿瘤治疗时可选择同一药品的原研（进口）或仿制（国产）药，仍有部分患者及家属（38.12%）不知道可以选择。其中，565 位（89.26%）患者是由医生告知得知；而其余知晓的患者，在未被医生告知的情况下多选择了国产药（70.59%）。近一半（43.89%）患者或家属表示在得到医生告知后，影响了其对于药品的而选择（即选择“有影响”选项的患者或家属）。

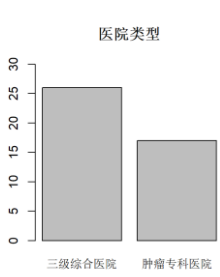


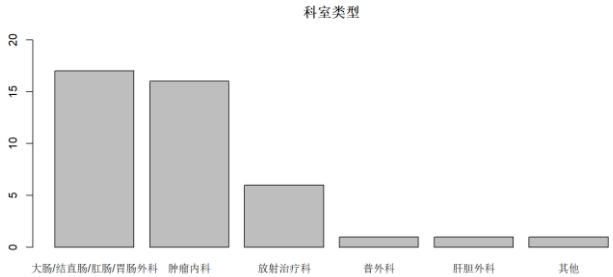
在治疗过程中，小部分患者（14.53%）使用过同一药品的原研（进口）药及仿制（国产）药，其中 54 人（58.70%）认为不存在毒副反应差别。此外，近一半患者或家属并不了解药物差异。

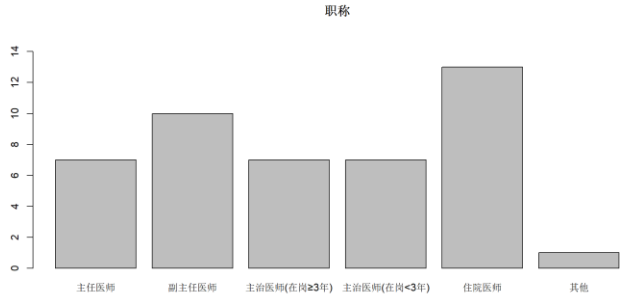
二、医生数据

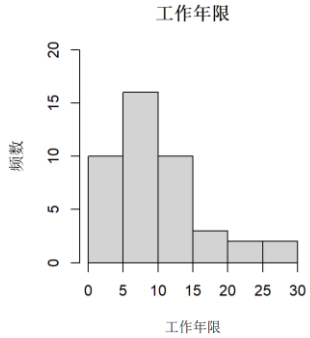
1. 基本信息

本次调研共收集到 43 位医务人员的有效问卷。其中 26 份（60.47%）来自三级综合医院，17 份（39.53%）来自肿瘤专科医院。17 位医生来自大肠/结直肠/肛肠/胃肠外科；16 位来自肿瘤内科；6 位来自放射治疗科；其他类型医生包括普外科、肝胆外科、肿瘤外科、消化内科的医生各 1 位。



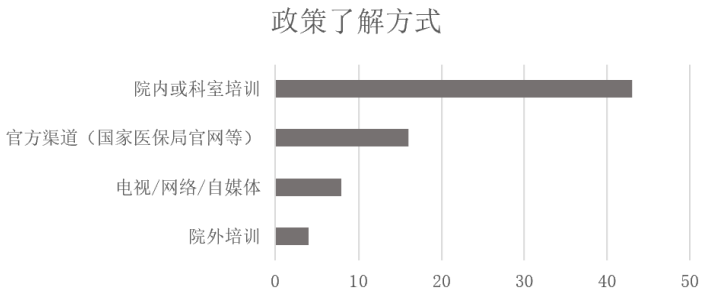


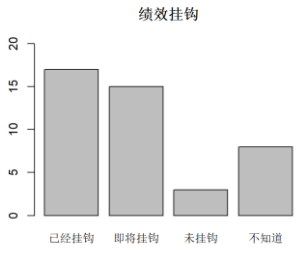




43 位医务人员中，7 位为主任医师，10 位为副主任医师，此外还有 7 位主治医师（在岗≥3 年），7 位主治医师（在岗<3 年），以及 13 位住院医师，1 位其他职称。从事结直肠癌诊疗的工作年限为 2~30 年不等。

2. DRG/DIP 政策了解情况及看法

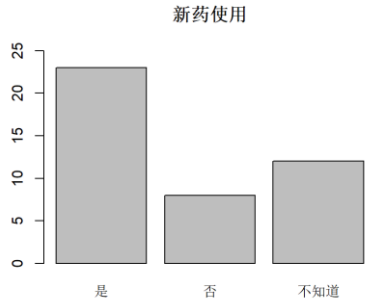




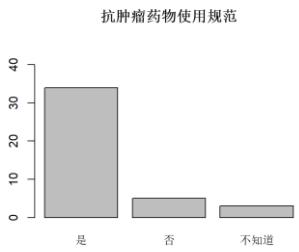
所有医生均了解 DRG/DIP 支付政策，且都曾通过院内或科室培训了解 DRG/DIP 政策（43 人）。17 位医生表示其绩效已经与医保付费挂钩，15 位表示

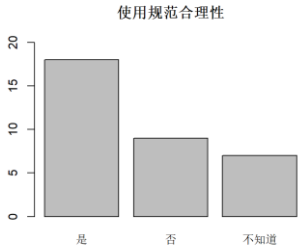
即将挂钩。

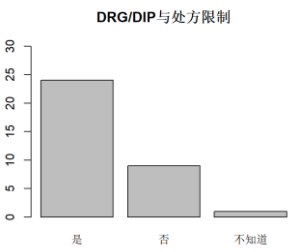
3. 抗肿瘤药物临床应用管理



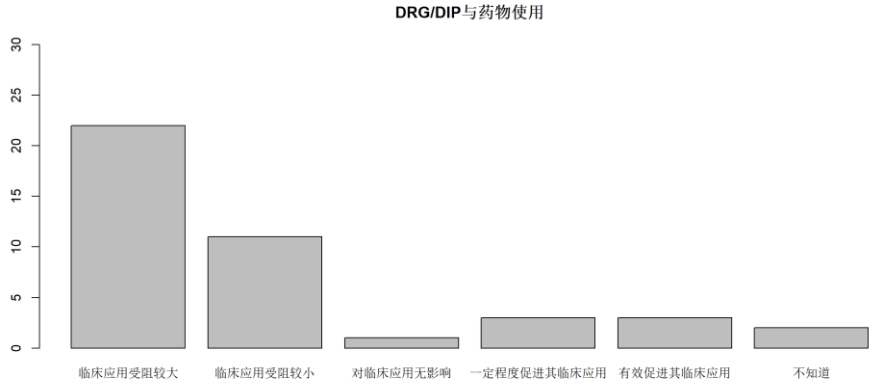
共 23 位医生所在的医院对肿瘤创新药（靶向/免疫/基因治疗等药物）在院内使用时有政策的限制，22 位认为存在药物审批特别通路。政策限制主要为医保规定（7 人）；特别通路主要包括药物双通道审批（3 人）；专业药房门诊购药（3 人）。

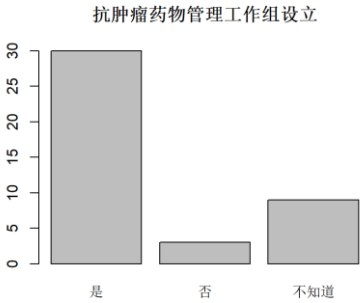


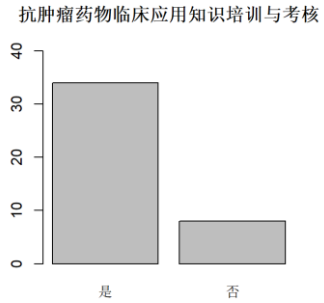




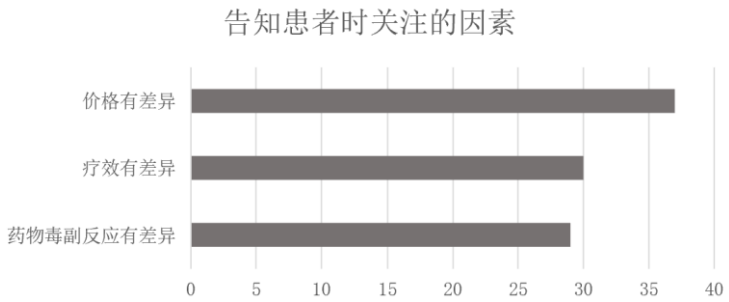
34 位医生所在的医院有依托卫健委文件的更细化的抗肿瘤药物临床使用规范或限制；18 位医生反应这些规范存在不合理，影响医生的处方权和患者的药品使用情况。此外，24 位医生认为 DRG/DIP 的施行使抗肿瘤药物临床使用规范对医生的处方有了更多的限制。



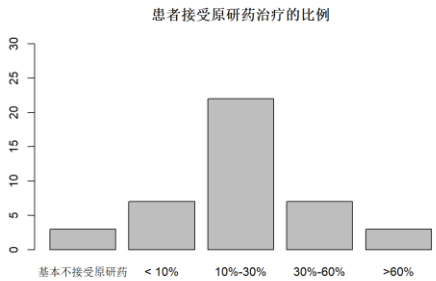


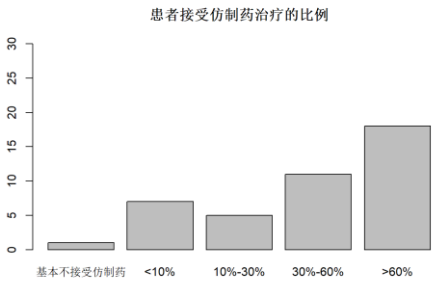


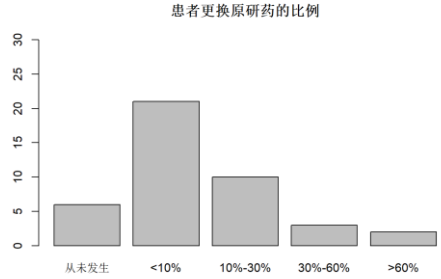
在 DRG/DIP 政策实施后，大多数医生认为药物使用在临床应用受阻较大（22 人），部分认为有较小阻力（11 人）；认为促进临床应用的医生较少（6 人）。大部分医生（30 人）所在医院设置抗肿瘤药物管理工作组，未设置抗肿瘤药物管理工作组的医院均有专（兼）职人员负责具体管理工作。此外，34 位医生需要定期参加院内抗肿瘤药物临床应用知识培训与考核。



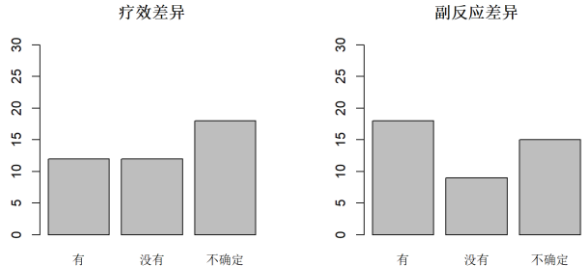
28 位医生反映其所在的医院有专门的抗肿瘤药物临床应用监测相关信息系统/平台；35 位医生所在的医院同时有肿瘤原研药物及国产仿制药物供患者使用；40 位医生表示如果医院同时有肿瘤原研药及国产仿制药，会告知患者并让患者及家属自主选择。进行告知时，医生会提醒患者关注价格差异（37 人）、疗效差异（30 人）、副反应差异（29 人）。



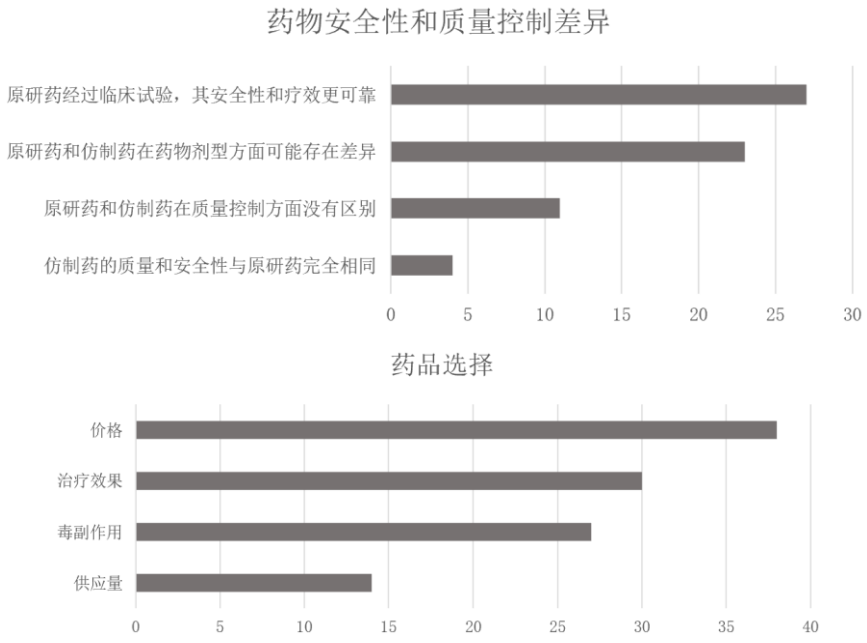


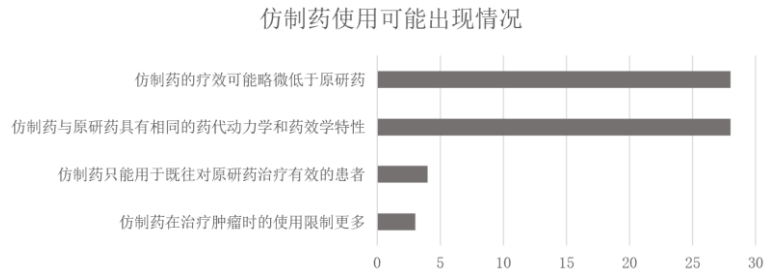


大部分患者对原研药（进口药）的接受程度为 20%左右；而大部分患者对仿制药（国产药）的接受程度大于 60%。在使用仿制药后，较少患者要求更换为原研药。



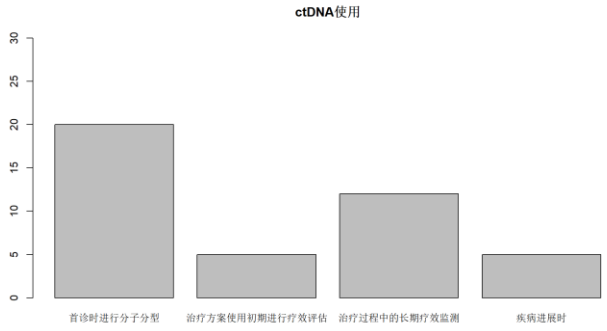
医生对于原研药和仿制药的疗效差异的态度较为分散，而更多医生（18 人）认为存在副反应差异；此外，有较多医生不确定疗效、副反应的差异。

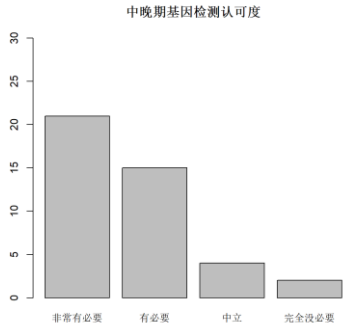




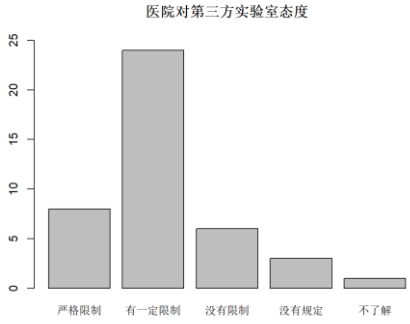
关于药物安全性和质量控制方面的差异，27 位医生认为原研药经过临床试验，其安全性和疗效更为可靠；23 位医生认为原研药和仿制药在药物剂型方面可能存在差异。当患者需要治疗特定类型的肿瘤时，价格（38 人选择）、疗效（30 人选择）、毒副作用（27 人选择）均为影响医生对原研药和仿制药选择的主要因素。使用仿制药时，23 位医生指出可能出现仿制药疗效略低于原研药的情况，23 位医生指出二者具有相同的药代动力学和药效学特性。

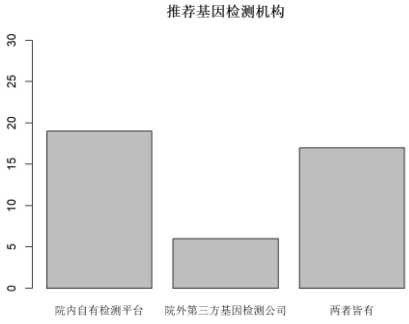
4. 基因检测使用情况



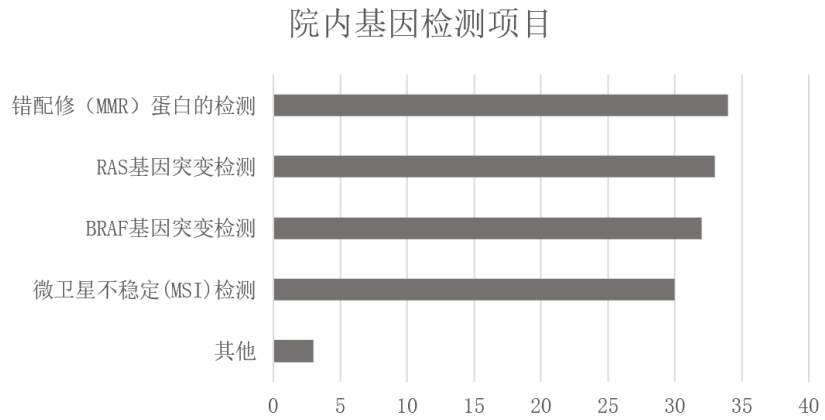


对于不可手术的结直肠癌患者，20 位医生会在首诊时进行分子分型，使用 ctDNA 检测，12 位医生会在治疗过程中的长期疗效监测中使用。在不考虑检测费用、患者疾病状态等客观因素的前提下，21 位医生认为中晚期结直肠患者非常有必要做基因检测，15 位认为有必要，4 位中立，2 位认为完全没必要。

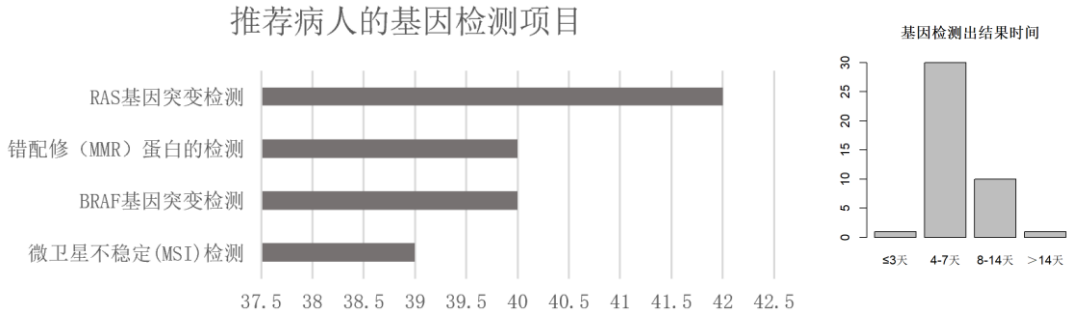


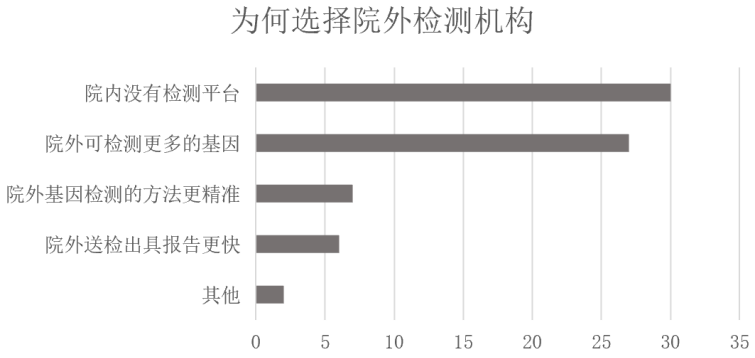


大部分医生（24 人）所在医院对外送第三方实验室进行肿瘤基因检测有一定限制（院内没有开展的检测项目可以院外检测），部分（8 人）医院限制严格（只允许院内基因检测）。日常工作中，19 位医生会推荐患者在院内自有平台做常规基因检测，6 人会推荐第三方检测公司，17 人两者皆有。



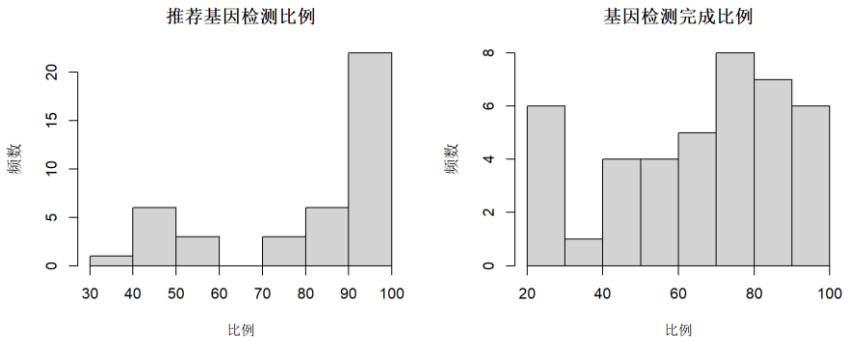
对于结直肠癌相关的基因检测或分子诊断，大部分医院内能做错配修（MMR）蛋白的检测（34 人）、RAS 基因突变检测（33 人）、BRAF 基因突变检测（32 人）、微卫星不稳定（MSI）检测（30 人）。其他检测项目包括少见突变以及药物代谢相关基因等；一家医院微卫星不稳定通过免疫组化获得。



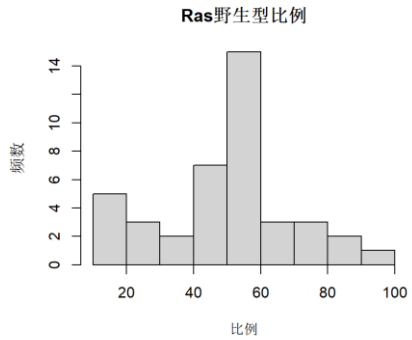


回答该题的所有医生（42 人）推荐病人进行 RAS 基因突变检测；40 人推荐错配修（MMR）蛋白的检测及 BRAF 基因突变检测；39 人推荐微卫星不稳定（MSI）检测。促使医生选择院外基因检测的因素为院内没有检测平台（30 人）、

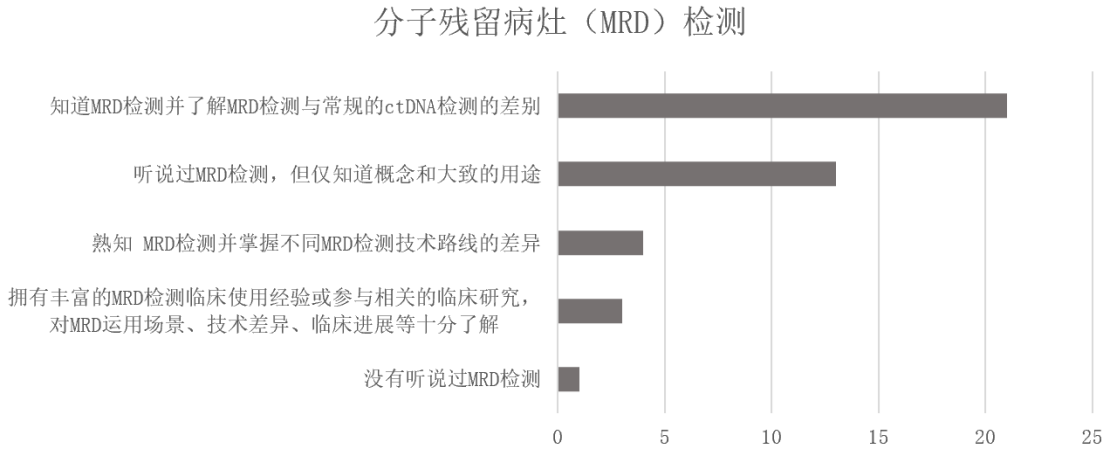
院外可检测更多的基因（27 人）等。



假设实际诊疗工作中接诊的全部中晚期结直肠患者的量为 100%，较多医生（27 人）会推荐 90%以上的患者做基因检测。所有推荐做基因检测的中晚期结直肠癌患者中，基因检测完成比例的分布较为分散。



既往做了 Ras 基因检测的中晚期结直肠患者中，Ras 野生型与突变型的比例较为分散，较多医生反映其所有患者的突变比例约为 50%左右。

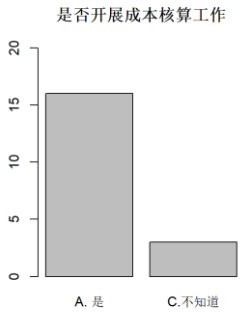


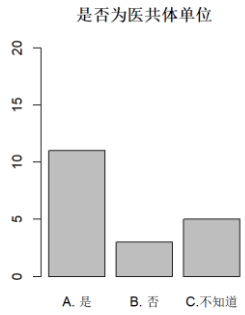
对于分子残留病灶（MRD）检测，仅有小部分医生熟知（4 人）或十分了解（3 人），大部分仅知道概念（13 人）或了解 MRD 与 ctDNA 检测的差别（21 人）。

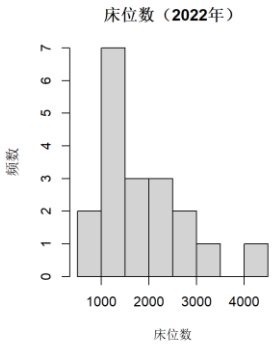
三、医保科数据

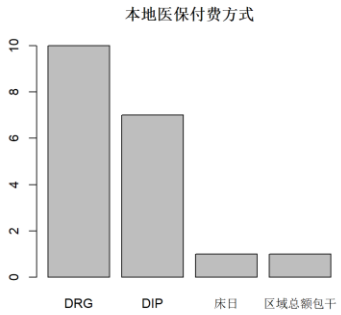
1. 基本信息

本次调研收取了 16 家医院的 19 份医保科医生问卷。其中 5 名男性，14 名女性；7 位为医保科管理人员，12 位为医保科职员。

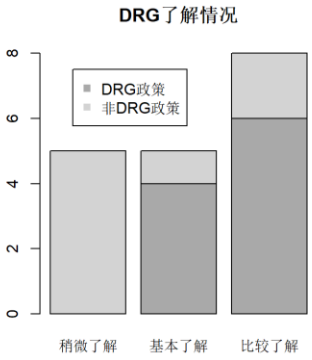


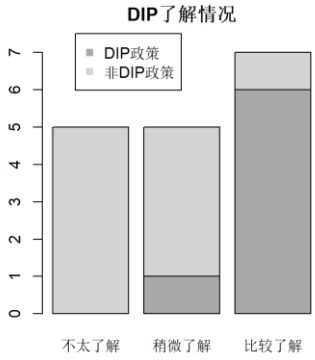






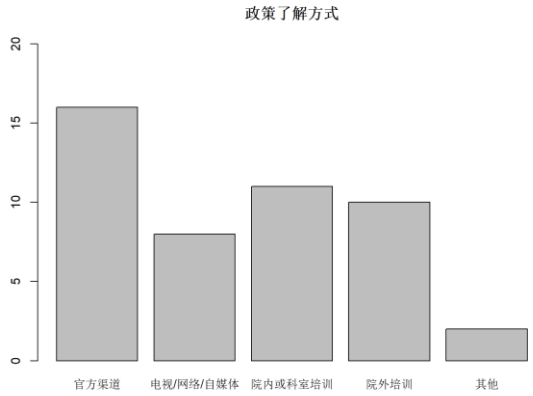
其中，16 位医生所在的医院开展过成本核算工作，11 位所在的医院为医共体单位，2022 年各家医院的床位数分布如图所示。共有 10 家医院使用 DRG 付费方式，7 家使用 DIP 付费，此外，床日和区域总额包干各 1 家。

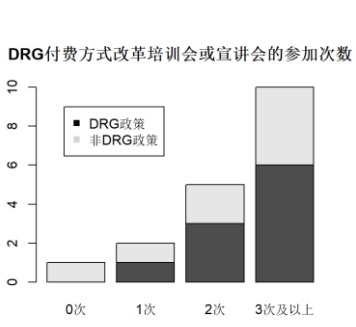


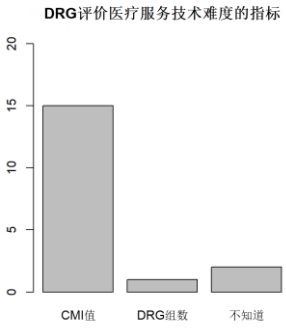


10 家 DRG 政策实施单位的医保科医生中，4 位对 DRG 政策基本了解，6 位比较了解；7 家 DIP 政策实施单位的医保科医生中，1 位对政策稍微了解，6 位比较了解。

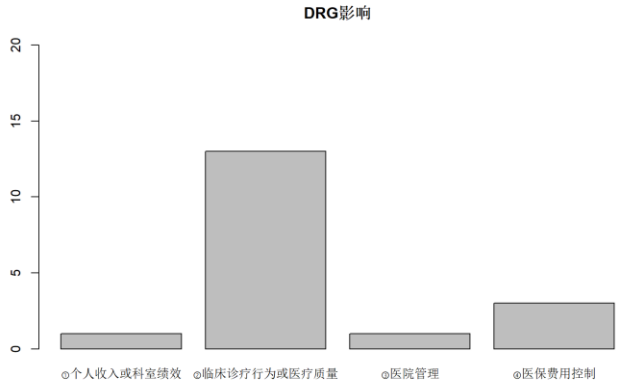
2. DRG 政策了解情况及看法

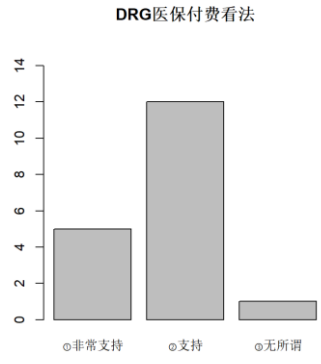




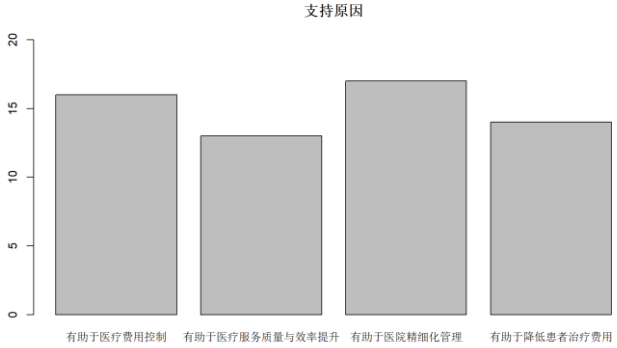


19 位医保科医生中，有 16 位通过官方渠道（国家医保局官网、国家医保 DRG 付费技术指导组公众号等）了解 DRG 付费政策；8 位通过电视/网络/自媒体了解付费政策；11 位通过院内或科室培训了解；10 位院外培训了解；2 位通过相关书籍了解。10 人参加过 3 次及以上 DRG 付费方式改革培训会或宣讲会。





13 位医保科医生认为，DRG 医保付费方式影响最大的是临床诊疗行为或诊疗质量；3 位认为影响最大的是医保费用控制。对于 DRG 政策的支持态度，5 位医保科医生表示非常支持，12 位医生表示支持，1 位表示无所谓。



除去选择“无所谓”选项及未填写的医保科医生，剩余问卷 17 份。支持 DRG 医保付费的主要原因是有助于医院精细化管理（17 人）；有助于医疗费用控制（16 人）；有助于降低患者治疗费用（14 人）；有助于医疗服务质量与效率提升（13 人）。

DRG 付费方式改革将会对哪些内容带来较大影响	选择人数
科室重点病组的盈亏	10
支付标准过低是否会导致新技术无法开展	9
必需的临床治疗是否会受到支付的负面影响	8
个人绩效是否会受到影响	7
支付标准和分组规则是否合理	7
是否会出现推诿重症病人的现象	7
极端费用（过高/过低花费）是否有其他支付途径	7
有关肿瘤医院/肿瘤患者的特殊政策	6
是否有参与并修订政策的途径	5
个人工作量是否会增加	2

开展了 DRG 付费的 10 个单位中，医保科认为 DRG 改革的可能影响如上所示。其中科室重点病组的盈亏、新技术开展受阻、必需临床治疗受到负面影响，为排名前三的较大影响。

根据各医院 DRG 政策开展情况，各医保科医生对以下问题给出相应回答。

Q1：DRG 付费方式改革对个人绩效的影响：2 位医保科医生认为，可能导致医生绩效大幅降低；2 位认为有升有降，非龙头医院的收入可能会受到影响，特别是疑难病例较多的科室；3 位认为医生会更多关注患者入组情况，有助于提高绩效；1 位认为影响不大。

Q2：DRG 付费方式改革对医疗服务的影响：5 位医保科医生认为，可以规范诊治，提升服务效率；5 位认为可能降低了医疗服务质量，需要考虑推诿重症病人、低权重病人和转科病人的现象。

Q3：DRG 付费方式改革对医疗费用的影响：所有医保科医生均认为，可以一定程度上降低不合理医疗费用，但仍需考虑缩减必要项目会降低诊疗质量。

Q4：DRG 付费方式改革的相关配套政策（如极端费用的其他支付途径等）：1 位医保科医生提到北京已发布特殊病例除外和新药新技术除外政策；3 位提到分组制定修改（如应对 ICU 和重症患者细分病组，不能只根据诊断或手术名称来支付医保费用等）；2 位提到机器人手术、TOMO 治疗等新技术新业务业务开展受限。

Q5：DRG 的支付标准和分组规则：4 位医保科医生提到应细化分组标准（尤其是增加重症及极端情况付费标准）；2 位建议应基于历史数据指导分组规则和支付标准；1 位提到对重点学科、教学医院、医学中心的倾斜。

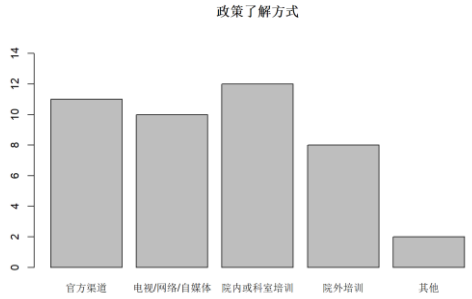
对于 DRG 付费的建议，10 位医保科医生的回答可以概括为以下几点：

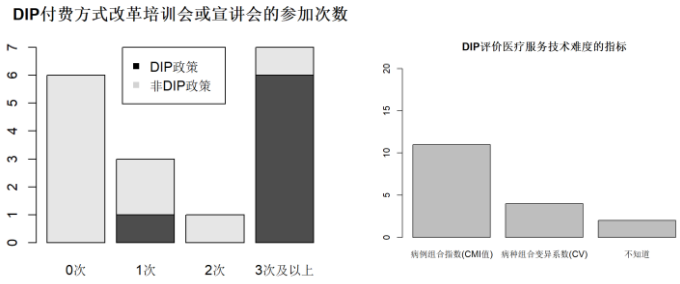
（1）分组细化、科学化，应让更多一线临床专家参与制定

（2）不利于对高新技术发展，应考虑纳入特殊分组

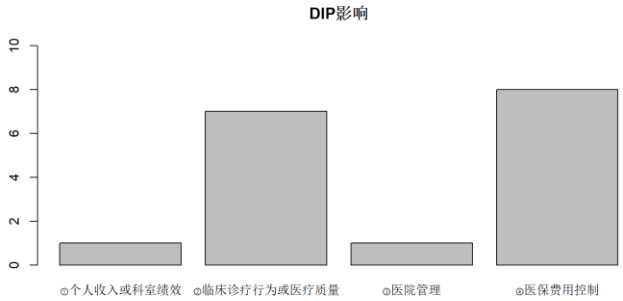
（3）制定更加适用于本地的支付方式

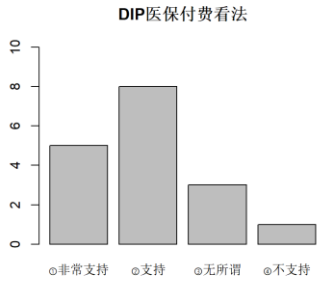
3. DIP 政策了解情况及看法



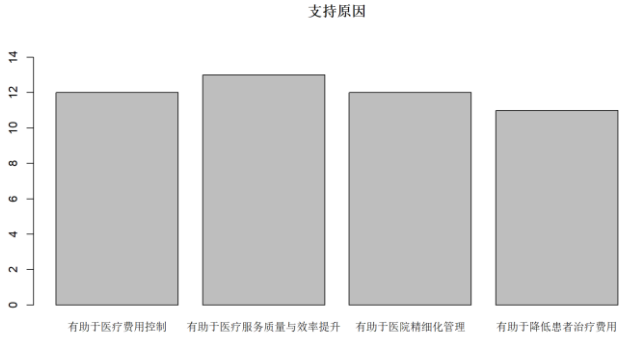


19 位医保科医生中，有 12 位通过院内或科室培训了解过 DIP 付费政策；11 位通过官方渠道（国家医保局官网等）了解；10 位通过电视/网络/自媒体了解过；8 位院外培训了解；2 位通过相关书籍了解。7 人参加过 3 次及以上 DIP 付费方式改革培训会或宣讲会，DIP 政策实施单位的医保科医生参加更多。





8 位医保科医生认为，DIP 医保付费方式影响最大的是医保费用控制；7 位认为影响最大的是临床诊疗行为或诊疗质量。5 位医保科医生非常支持 DIP 政策，8 位医生支持，3 位认为无所谓，1 位参加过 3 场及以上宣讲会后仍不支持。



除去选择“无所谓”及未填写的医保科医生，剩余问卷 15 份。支持 DIP 医保付费的主要原因是有助于医疗服务质量与效率提升（13 人）；有助于医疗费用控制（12 人）；有助于医院精细化管理（12 人）；有助于降低患者治疗费用（11 人）。

DIP 付费方式改革将会对哪些内容带来较大影响	选择人数
科室重点病组的盈亏	7
支付标准过低是否会导致新技术无法开展	7
支付标准和分组规则是否合理	6
是否会出现推诿重症病人的现象	6
有关肿瘤医院/肿瘤患者的特殊政策	6
个人绩效是否会受到影响	5
必需的临床治疗是否会受到支付的负面影响	5
极端费用（过高/过低花费）是否有其他支付途径	4
是否有参与并修订政策的途径	4
个人工作量是否会增加	3

开展了 DIP 付费的 7 个单位中，医保科认为 DIP 改革的可能影响如上所示。其中科室重点病组的盈亏、新技术开展受阻，为所有医保科医生认为的较大影响。

根据各医院 DIP 政策开展情况，各医保科医生对以下问题给出相应回答。

Q1：DIP 付费方式改革对个人绩效的影响：2 位医保科医生认为对个人绩效无影响；5 位认为，DIP 科室超支金额与绩效挂钩，对个人绩效有一定影响，尤其是临床一线及风险高、技术难度大、成本费用控制较好的科室和岗位。

Q2：DIP 付费方式改革对医疗服务的影响：4 位医保科医生提到，治疗进一步标准化、精细化，医保目录内项目使用量增加；4 位提到控制费用可能导致急危重症患者诊疗不足，部分医院高价格医疗服务、高端技术手段服务项目开展次数明显减少，如 PET-CT 等。

Q3：DIP 付费方式改革对医疗费用的影响：所有回答该问题的医保科医生均认为，可以一定程度上降低均次费用、患者自费率，能较好控制费用不合理增长。

Q4：DIP 付费方式改革的相关配套政策（如极端费用的其他支付途径等）：4 位医保科医生提到“特病单议”政策，即对于费用极端异常病例和空白病种病例可以向医保局提交申请，经季度审核后，合规医疗费用据实拨付。

Q5：DIP 的支付标准和分组规则：DIP 医保付费政策有详细的执行标准，由分值和点值决定，分值由病种编码决定，又受病例类型的影响；点值由月度医保基金预算和月度病例数决定。

对于 DIP 付费的建议，共有 4 位医保科医生回答，可以概括为以下几点：

（1）分组科学化，应让更多一线临床专家参与制定，定期调整 DIP 不合理分组和病种分值，不脱离实际

（2）将新技术新项目等纳入病种管理

（3）DIP 信息化系统建设

（4）全面考虑医-患-保三方面的利益诉求

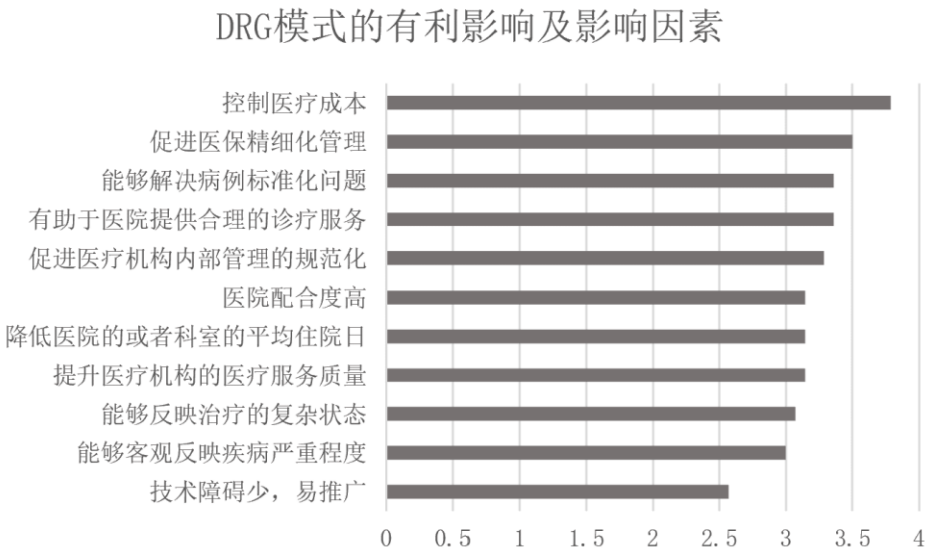
四、DRG 专家数据

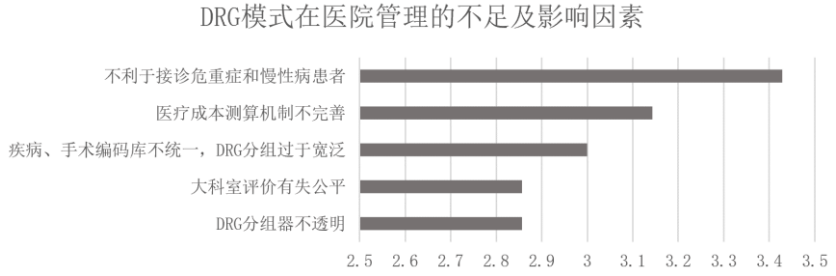
1. 基本信息

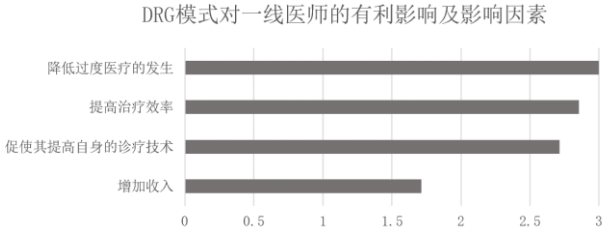
共有 14 位 DRG 专家填写了问卷，其中 7 位比较了解 DRG 政策，4 位基本了解，3 位稍微了解。专家了解政策方式主要是通过官方渠道（12 位）、院外培训（7 位）、电视/网络/自媒体（7 位）、院内或科室培训（8 位）、科研项目（2 位）。

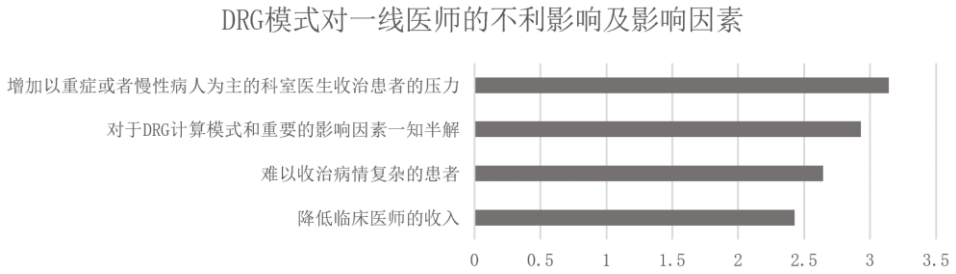
2. 专家评分

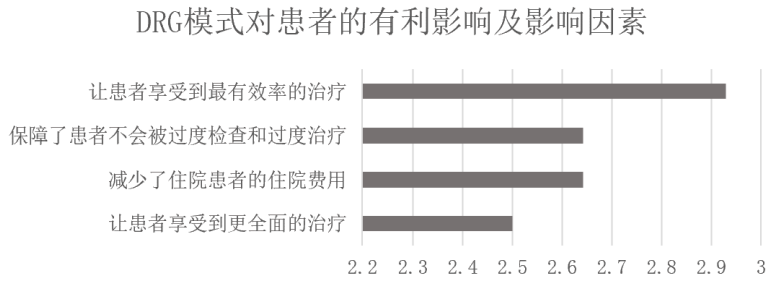
问卷请专家对 DRG 模式在各个方面的有利、不利影响及影响程度进行评分。每档评分划分为 5 类：无影响（0 分），影响不大（1 分），影响一般（2 分），影响较大（3 分），影响非常大（4 分）。计算 14 位专家打分的平均分，可以得到以下图表。平均分约接近 4 分，说明 DRG 模式对该方面的影响越大。

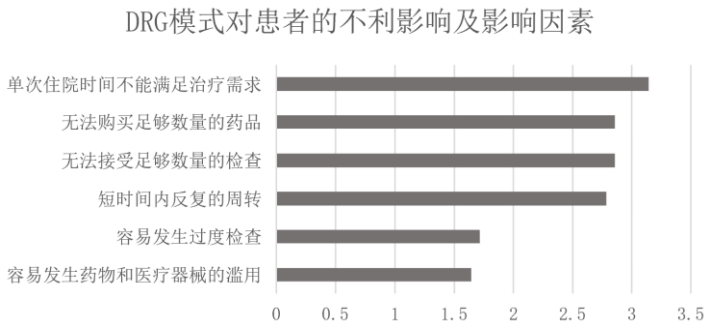












3. 专家建议

14 位 DRG 专家中，有 10 位支持政策，3 位非常支持，1 位不支持。支持 DRG 政策的原因主要包括：政策有助于医疗费用的控制（12 位）；政策有助于医院精细化管理（11 位）；政策有助于医疗服务质量与效率的提升（10 位）。反对的理由主要是现阶段 DRG 分组规则不科学、配套措施不明确，导致工作负担增加，阻碍医疗技术发展。

CHS-DRG 实际付费后，14 位专家均认为应根据 DRG 结果优化绩效方案。8 位专家对于 DRG 付费方式改革给出了以下意见和建议：

（1）细化分组，优化权重，尤其是针对疑难重症

（2）考虑避免推诿重病人问题

（3）建立有效的技术激励机制

（4）建立统计学评价模型，提高精细化管理水平

（5）提高医务人员认知度，规范医疗服务行为

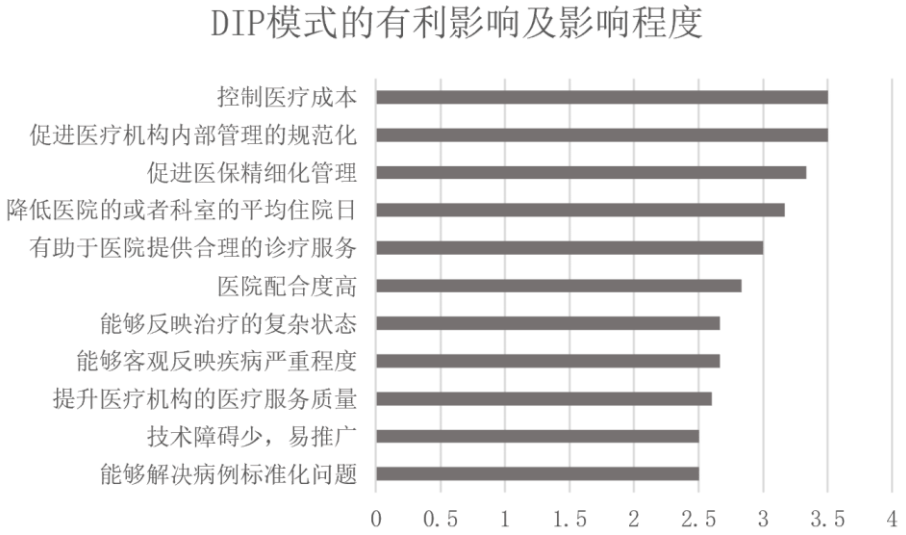
五、DIP 专家数据

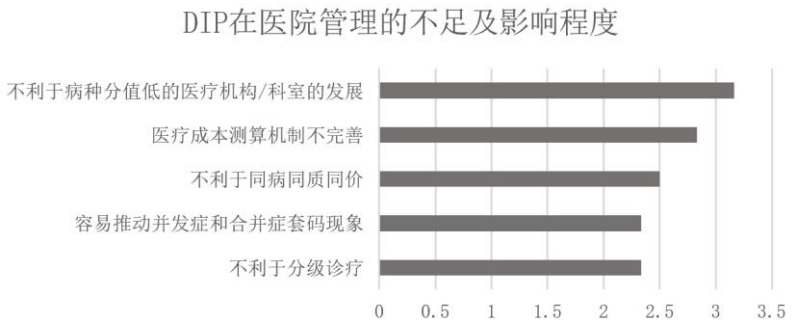
1. 基本信息

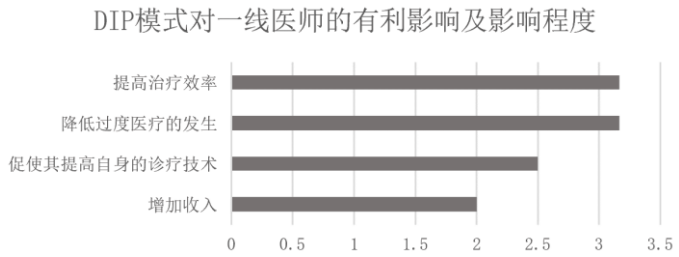
共有 6 位 DIP 专家填写了问卷，其中 2 位基本了解 DIP 政策，4 位比较了解。专家了解政策方式主要是通过官方渠道（5 位）、院外培训（5 位）、院内或科室培训（4 位）。

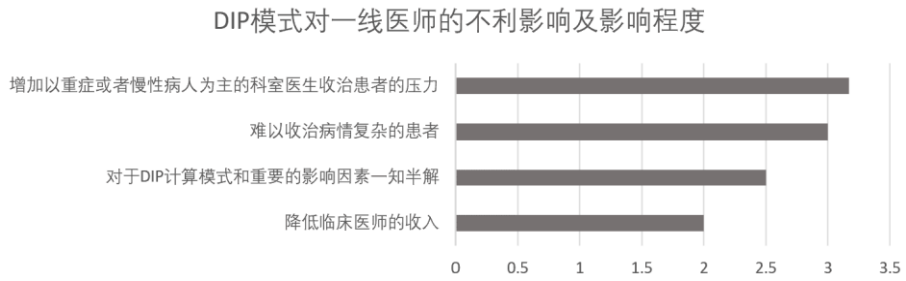
2. 专家评分

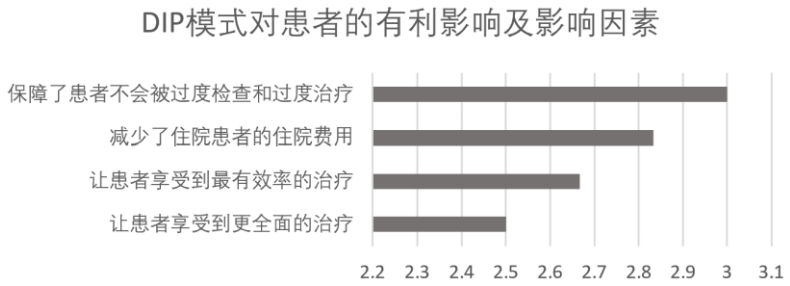
问卷请专家对 DIP 模式在各个方面的有利、不利影响及影响程度进行评分。每档评分划分为 5 类：无影响（0 分），影响不大（1 分），影响一般（2 分），影响较大（3 分），影响非常大（4 分）。计算 6 位专家打分的平均分，可以得到以下图表。平均分约接近 4 分，说明 DIP 模式对该方面的影响越大。

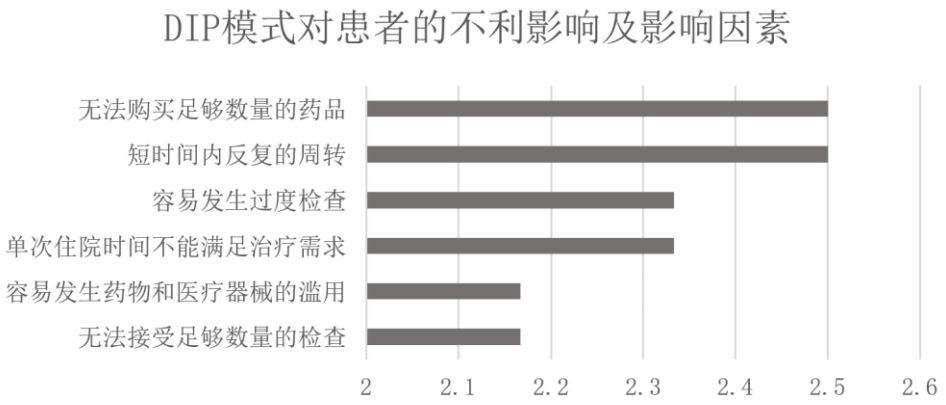












3. 专家建议

应用 DIP 政策后，5 位专家认为应根据 DIP 结果优化绩效方案。3 位专家对于 DIP 付费方式改革给出了以下意见和建议：

（1）优化分组方案，减少病种数目，根据 CV、RIV 等指标调整分组结果

（2）加大基层病种数量，扩张基层可收治的病种目录，推行基层病种同病同地同治同价，协同分级诊疗

（3）加强异地就医的支付与管理，对异地就医病例纳入 DIP 支付

（4）探索支付标准双规制，对诊断明确、治疗路径清晰、预后效果明确的病种实行费率法，对诊治和预后不确定性大的病种实行点数法

（5）在 DIP 病种（尤其是慢性病病种）基础上实行按绩效付费，根据患者出院后 3 个月的疾病转归、再入院等指标做绩效考核，根据绩效考核结果支付 5%-10%的病种费用

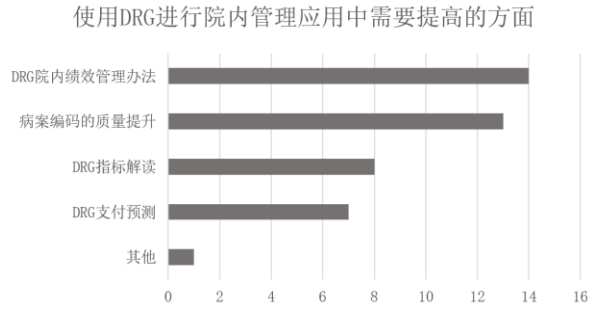
（6）调整医疗机构系数，提高高水平医疗机构补偿力度

六、卫生经济学家数据

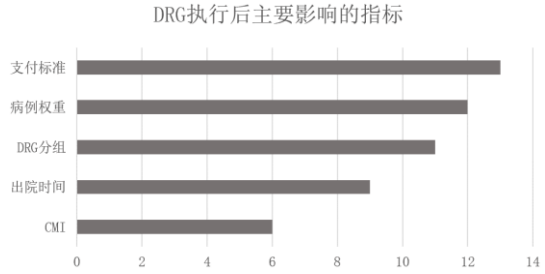
1. 基本信息

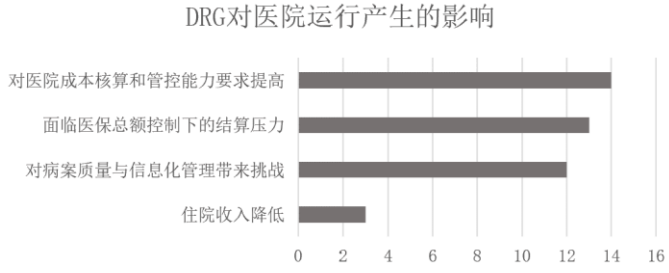
共有 15 位卫生经济学专家填写了问卷，其中 6 位来自医学高校，4 位来自专科医院，4 位来自综合医院，1 位来自科研院所。专家的学科背景为：7 位公共卫生与预防医学背景，3 位临床医学类背景，其他包括会计学 2 位，卫生经济、社会医学与卫生事业管理、工商管理背景各 1 位。

2. DRG 政策评价

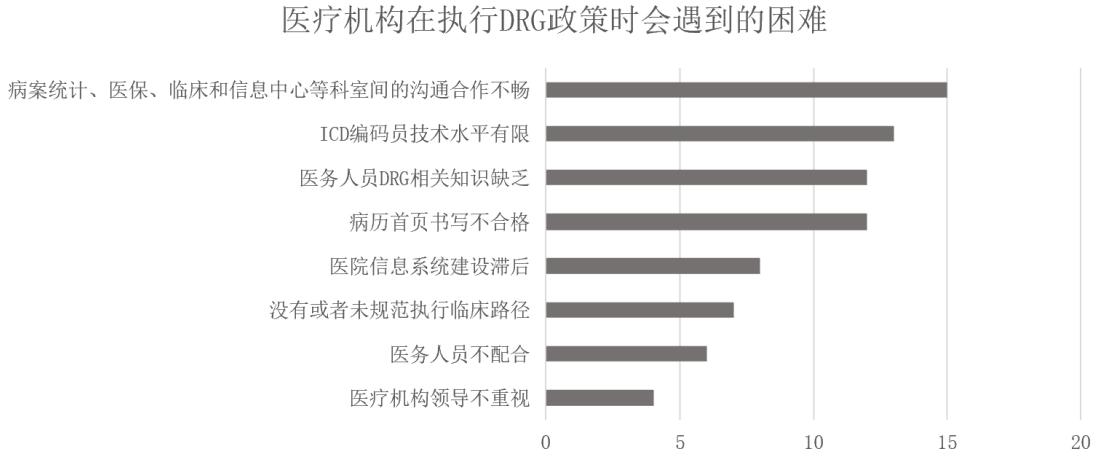


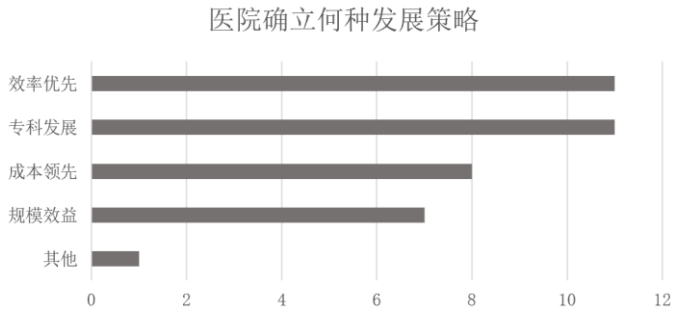
专家认为，DRG 政策主要需要提高的是 DRG 院内绩效管理办法（14 人）；病案编码质量提升（13 人）； DRG 指标解读（8 人）；DRG 支付预测（7 人）；其他包括转科前后的权重拆分等。所有专家都认为病案首页数据质量会影响 DRG 应用的科学性与准确性。





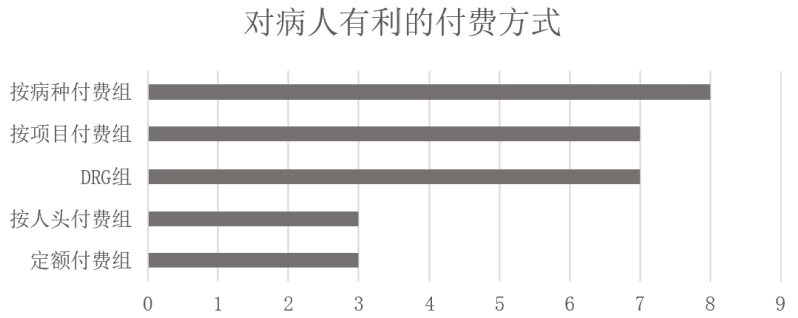
DRG 执行后，主要影响支付标准（13 人）、病例权重（12 人）等指标；对医院运行的成本核算和管控能力（14 人）、面临医保总额控制下的结算压力（13 人）、对病案质量与信息化带来的挑战（12 人）产生了较大影响。



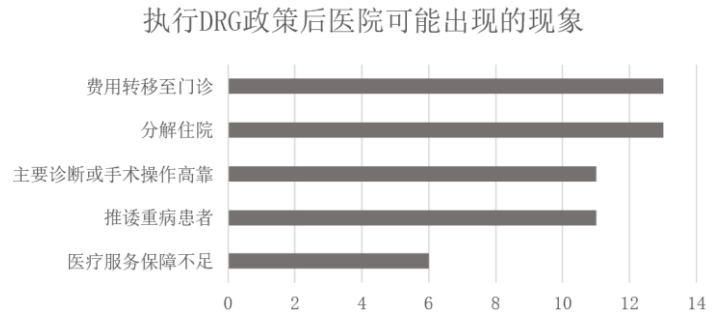


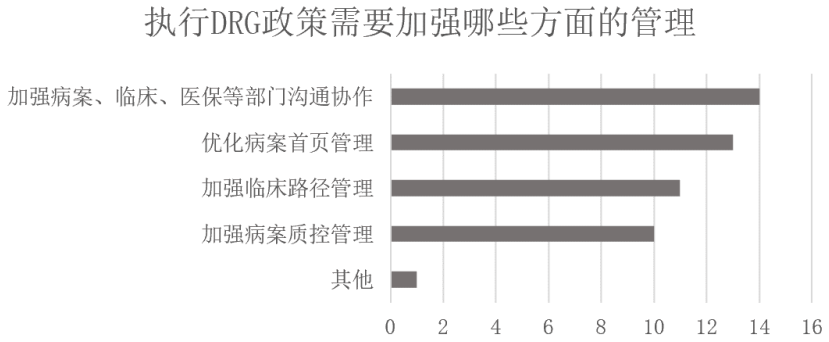
医院在执行 DRG 政策时，多出现病案统计、医保、临床和信息中心等科室间的沟通合作不畅（15 人）；ICD 编码员技术水平有限（13 人）；医务人员 DRG 相关知识缺乏（12 人）；病历首页书写不合格（12 人）等困难。其中，各部门的合作不畅是所有专家均指出的问题。

面对困难，专家们认为医院应确立效率优先（11 人）、专科发展（11 人）为主的发展策略。其他策略建议包括提高医疗质量等。



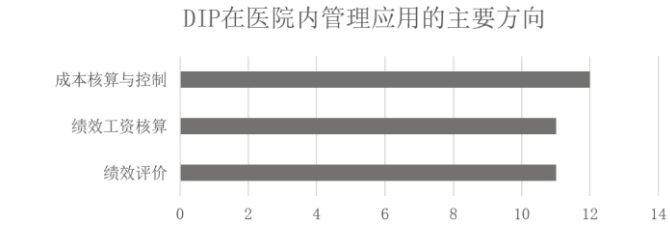
“医药分开综合”改革后，专家认为按病种付费组（8 人）、按项目付费组（7 人）、DRG 组（7 人）的医保支付方式对病人更有利。

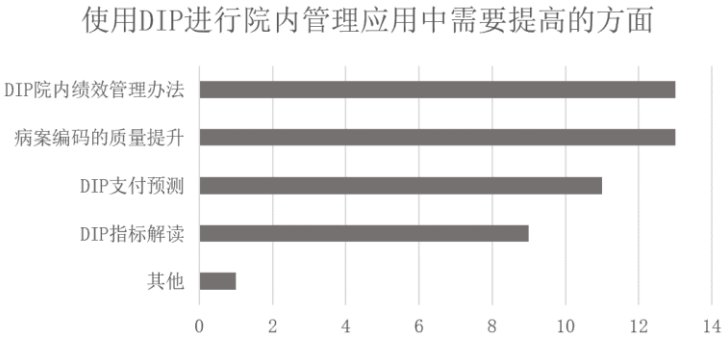




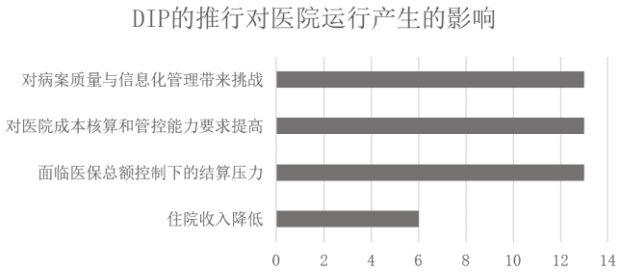
执行 DRG 政策后，专家认为可能会出现费用转移至门诊（13 人）、分解住院（13 人）、主要诊断或手术操作高靠（11 人）、推诿重病患者（11 人）等问题。为执行政策，需要加强病案、临床、医保等部门沟通协作（14 人）、优化病案首页管理（13 人）等方面的管理；其他建议包括加强信息系统建设等。

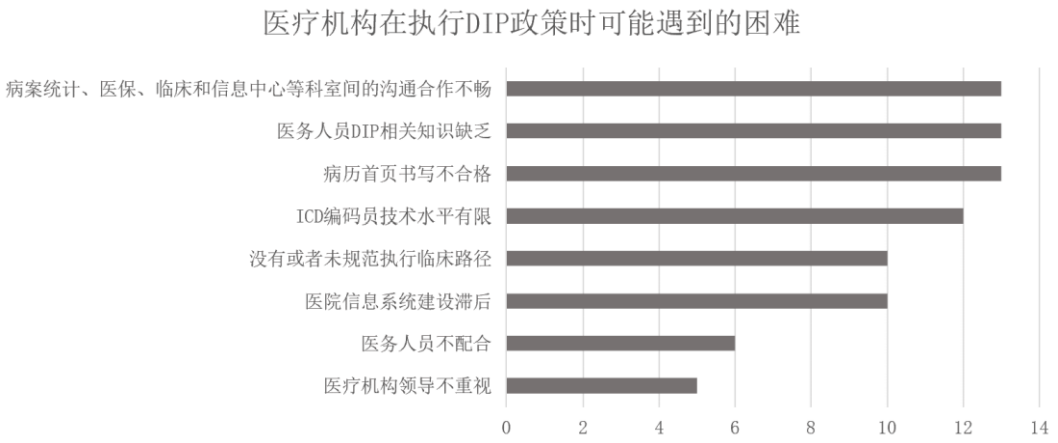
3. DIP 政策评价





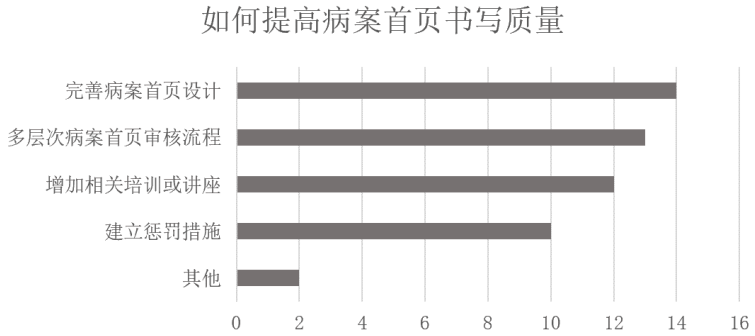
专家认为，DIP 政策在医院内管理应用的主要方向为成本核算与控制（12 人）、绩效工资核算（11 人）与绩效评价（11 人）。使用 DIP 进行院内管理应用中需要提高的方面包括 DIP 院内绩效管理办法（13 人）、病案编码的质量提升（13 人）等；其他方面包括转科分值拆分等。



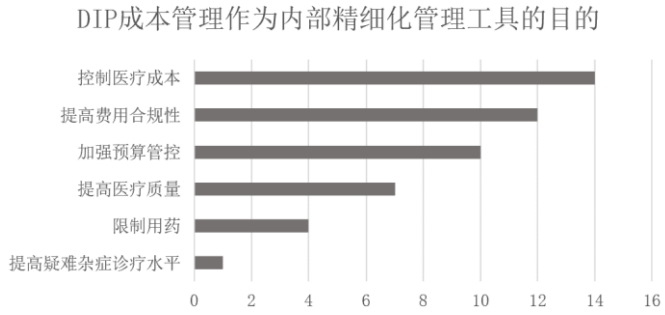


13 位专家认为，DIP 政策施行后，对医院病案质量与信息化管理能力、成本核算和管控能力要求提高，医院面临医保总额控制下的结算压力增大。此外，12 位专家认为 DIP 政策影响病种的成本消耗。

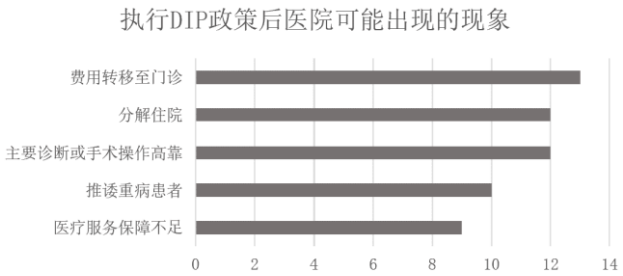
医院在执行 DIP 政策时，多出现病案统计、医保、临床和信息中心等科室间的沟通合作不畅（13 人）；医务人员 DRG 相关知识缺乏（13 人）；病历首页书写不合格（13 人）；ICD 编码员技术水平有限（12 人）等困难。

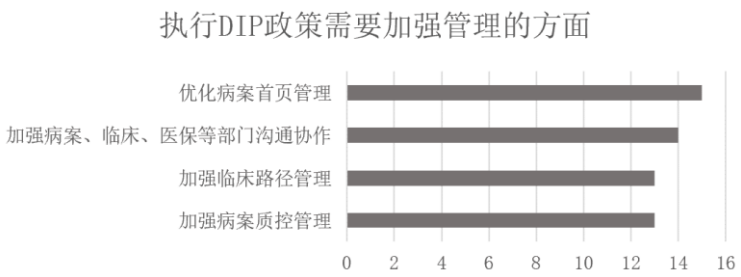


所有专家均认为，病案首页数据质量会影响 DIP 应用的科学性与准确性。专家认为可以提高病案首页书写质量的方法包括完善病案首页设计（14 人）、多层次病案首页审核流程（13 人）、增加相关培训或讲座（12 人）、建立惩罚措施（10 人）等；其他措施包括认真学习病案首页填写规范、自动校验的规则与检查机制等。



专家认为，DIP 成本管理作为内部精细化管理工具，可以起到控制医疗成本（14 人）、提高费用合规性（12 人）、加强预算管控（10 人）作用；仅 1 位专家认为可以提高疑难杂症诊疗水平。





执行 DIP 政策后，医院可能出现费用转移至门诊（13 人）、分解住院（12 人）、主要诊断或手术操作高靠（12 人）、退位重病患者（10 人）、医疗服务保障不足（9 人）等问题。为此，应优化病案首页管理（15 人），加强病案、临床、医保等部门沟通协作（14 人）、加强临床路径管理（13 人）、加强病案质控管理（13 人）等。

4. 专家建议

共 14 位专家回答了一系列 DRG 相关的开放性题目，概况和总结如下：

Q1：在 DRG 制度下，如何确保医院和医生仍能提供高质量的医疗服务，而不只是关注病人的床位时间或住院天数？

（1）提高诊疗质量，建立流畅的支付沟通机制

（2）调查患者满意度，作为医院评级定价参考

（3）实施第三方监管，严格实施临床路径管理

（4）完善绩效考核体系，保障医生收入

（5）医生自身应将成本意识融入医疗活动中，使其成为临床规范内容

Q2：DRG 付费制度是否对医疗技术的发展和创新产生了影响？它如何应对不断涌现的新技术和治疗方法？

（1）是的

（2）应定期进行评估，适当调整政策

（3）应设置新技术和新治疗方法的保护机制，建立一定比例的支付预算来覆盖创新或试验性治疗，或鼓励三甲及对应专科医院开设专门申报通道

Q3：DRG 系统对患者的影响如何？它对患者的医疗服务获得、质量和可及性产生了哪些影响？

（1）直接降低了医疗成本，减轻了经济负担

（2）提供更高效便捷的医疗服务，减少资源浪费

（3）重大疾病患者可能会被拒收或降低服务质量

（4）限制了医疗服务的获得，部分项目被规避，医疗质量和安全受影响

（5）管理行为和考核指标产生诱导效应，影响被管理对象的正常生产业务

Q4：改进 DRG 分类的可能性或建议：

（1）建立复杂病人单独核算机制

（2）进一步提高政策认识，加强多部门协同作业

（3）利用大数据、大模型细化分组和路径选择，智能化

（4）每个 DRG 组设置必做项目与可选项目

（5）中西医结合类 DRG 研究需尽快推进

（6）学习借鉴国际其他医保付费方式