

“按病种付费”如何重塑武汉医疗生态

长江日报记者王恺凝 通讯员任艺萱 杨诗雨

“明天就能来做手术了吗?”1月27日,张婷接到华中科技大学同济医学院同济医院(以下简称同济医院)甲乳外科电话时难以置信。得到肯定答复后,她很惊讶:“同济医院甲乳外科‘一床难求’,现在居然只用等一天。”

张婷的就医体验折射出国家医保局“按病种付费”支付方式改革推动的武汉医院系统变革。这场改革如何改变医院的管理和患者的就医成本?今年,国家医保局将发布“按病种付费”3.0版分组方案,武汉还需如何发力?长江日报记者近日走访武汉多家医院探寻答案。

小病不用大住院,门诊检查费也可以报销

1月28日上午,张婷在同济医院日间诊疗中心完成了乳腺结节切除手术。医生告诉她,29日中午即可出院,之前在门诊做的检查也可以纳入住院费报销。

“10年前我做过同样的手术,起码等了一个星期才有床位。”张婷告诉记者,乳腺结节切除是个小手术,不用住院治疗。但以前门诊手术报销比例低,患者基本会选择住院做手术。因为住院床位有限,每个人就医等待时间就被拉长了。

2019年开始推行医保支付方式改革后,很多不需要住院的日间手术纳入了“按病种付费”,无论住院与否,医保支付标准都一样。

武汉市医疗保障局相关负责人解释,“按病种付费”有两种模式:一种按疾病诊断相关分组付费(DRG),一种按病种分值付费(DIP)。武汉实行的是DRG模式,就是医保部门把病情相似、治疗方式差不多的住院病例归成一组,通过历史数据测算出统一的费用标准,“打包”支付给医院。

简单理解,过去是“后付制”,医院用多少

医保部门结多少,按项目收费;现在是“预付制”,不管医院花了多少钱,都按同一标准“打包给钱”,医院需要控制成本才能获得收入。

结算方式的改变,促使医院更加关注诊疗效率。为了改变“小病也要大住院”的现状,日间诊疗模式应运而生。2022年开始,同济医院由门诊办公室牵头,采取“专科模式”,要求临床科室遴选出操作简单、风险低、术后恢复快、适合门诊日间诊疗的病种,治疗费用在诊疗周期完成后统一结算。

记者从该院甲乳外科了解到,该科病情不那么重的患者,术前等待时间基本控制在18小时内,病情复杂的等待时间也基本在两天内。改革后带来的好处是:一方面,床位周转率加快,节约了患者的等待时间;另一方面,由于不再收取床位费、护理费等费用,转移到门诊日间诊疗的患者,经济负担也相对减少。

目前,同济医院已有48个专科开展了日间诊疗,累计服务19.15万人次。记者探访得知,武汉超过60%的三甲公立医院都开展了日间医疗服务,覆盖的手术病种不断扩大。

不适合“按病组付费”病例,医院可申请特病单议

据武汉市医保局统计,截至2025年底,武汉“按病组付费”出院人次占比已超过95%。支付有标准,医院控成本,会不会导致医疗服务不足?采访中,多位医生提到,医保支付方式改革之初,时常有患者提到这样的担忧。

“医保支付方式改革后,对效率医疗提出了更高的要求。”武汉大学人民医院一位医生告诉记者,效率医疗要求既要优质,又要高效,掌握两者平衡的关键就是流程标准化。比如日间手术,以前是患者住院后再开始术前检查,现在会让患者在门诊做完术前检查,接诊医生根据患者检查结果再次评估,符合日间手术治疗的办理正式入院手续,按一次普通住院进行结算,将住院期间跟本次手术相关检查、检验费用纳入住院费用一起报销。术后推行快速康复理念,大部分患者两三天即可出院。这样做,就医环节一个都没少,但患者的等待时间和成本都下降了。

对于病情复杂、费用超标的患者,武汉实行“特病单议”机制。在武汉市第五医院心内科,患者刘心因为急性心衰在该院住院20天,医疗费用超过两万元,高于医保对该病种的结算费用。

但医院并未催促他出院。“像这样的急重、超支的患者,我们会跟医保局申请特病单议。”武汉市第五医院副院长洪李锋告诉记者,武汉市医保局在对一般住院患者实行“按病种付费”的同时,对住院时间长、资源消耗多、合理应用新药新技术、复杂危重症或多学科联合治疗的病例,经医保部门审核后,可“按项目付费”或调整支付标准,解除医院的后顾之忧。

洪李锋认为,医保尊重临床出台“特病单议”机制,就是为了支持医院收治复杂重症患者,推动新技术的发展,确保患者得到充分治疗。

医院对管理模式动“手术”,住院费用逐年下降

“在‘按病组付费’模式下,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,都是影响医疗服务质量的重要因素。”武汉市第四医院医保办工作人员告诉记者,“按病组付费”不仅是支付工具,更是管理工具,推动公立医疗机构高质量发展。

2024年底,针对高发病率、高致残率、高死亡率的老年髌骨骨折,该院对救治流程和管理模式动起了“大手术”,成立了实体化的“老年髌骨骨折中心绿色通道”。临床上,打破科室壁垒,由骨科牵头,联合内外科、医事护理等核心成员组建临床多学科综合治疗协作组(MDT);行政上,由财务、绩效、医保、病案等职能部门组成行政MDT,为临床提供精准的数据支持和流程保障。两支“战队”合力制定《老年髌骨骨折救治指南》,一旦有老年髌骨骨折患者入院,立即“一键启动”绿色通道。相关专家迅速在线或现场会诊,30分钟内核心成员到位,快速评估并确定手术方案。

1月29日,该院收治了一名79岁的髌骨

折患者。主治医生接诊后,使用快速筛查工具,4小时内协同心内科完成风险评估。随后,医生联合临床MDT小组严格遵循临床路径完成手术,并在规定的检查与用药范围内进行治疗,避免超支。

该院多位接受采访的医生表示,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。

经过近一年的实践,该院对比了739份病例,结果显示:患者术后1年康复生存率达到92.6%,比传统模式提升21%;平均住院日从14天大幅缩短至6.2天;人均医疗费用减少约6927元,患者自付部分显著下降;人均节约医保统筹基金约5487元,累计节约统筹基金超200万元。

从全市医疗机构来看,根据公开资料,武汉参保患者次均住院费用呈逐年下降趋势。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%。

挤掉流程“水分”,用最小成本提供最有价值服务

挤掉运营“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,医生的诊疗行为和理念也正在改变。

“过去给患者开检查单,往往勾选‘大套餐’,医生省事了,费用上来了。”武汉市第五医院消化内科主任黄平晓坦言,“按病组付费”改革后,开检查单和处方单也得考虑性价比,尽量用最小的成本,提供最有价值的医疗服务。

不久前,一位65岁的患者因反复上腹隐痛来就诊。按照以往惯例,医生会直接开出胃镜、肠镜、腹部CT乃至一系列生化全项检查。黄平晓详细问诊和初步评估后,发现患者症状很集中,既往无特殊病史,只针对性地安排了胃镜检查及必要的幽门螺杆菌检测。结果很快明确为慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染,后续规范治疗,患者症状明显缓解。

“现在开检查前,我们会多问几句、多评估一步。”黄平晓说,不是检查越多就越负责,而是要让每项检查都有其明确的临床意义,避免不必要的医疗支出和患者的身体负担。

这种“精准检查、精准治疗”的理念,正逐

渐成为医生的共识。他们更加注重诊疗方案的成本效益比,在确保医疗质量与安全的前提下,主动挤掉流程中的“水分”,优化临床路径。

“医保支付方式改革后,医生的绩效奖金不再与开单量直接挂钩,而是与诊疗质量、效率、成本控制和患者满意度紧密相连。”洪李锋说,医保支付方式是一个“指挥棒”,医生的精力更纯粹地集中在病情研判和提升技术上,这更符合医生的职业初心。

对于即将发布的按病种付费3.0版,武汉多家医院管理者指出,新版本在疾病分组上将更加精细化,即使是同一病种,也会依据严重程度、治疗方式等进行精准区分,从而形成更贴合临床实际的分类体系。同时,3.0版分组方案明确了每两年一次的定期更新机制,既避免了政策“一刀切”,也有助于及时体现医疗技术进步与服务价值。

武汉市医保局相关负责人表示,武汉将继续深化支付方式改革,依托3.0版提供的精细化分组与动态调整机制,进一步推动医疗资源合理配置,引导医疗机构优化诊疗路径,提升服务质量,实现医保、医院与患者多方共赢。

医保支付方式变革正深刻重塑武汉医疗生态。“按病种付费”(DRG)改革,将医保支付从“按项目结算”转为“打包预付”,倒逼医院从“多开药多检查”转向“提效率控成本”。

患者账本更轻:日间手术兴起,门诊检查纳入报销,小手术告别“住院等床”,费用与等待时间双减。

医院管理更精:医院主动对管理模式“动手术”,优化流程路径、挤掉检查“水分”,推行效率医疗、精准医疗,63家医疗机构实现医保基金结余留存。

医生价值更纯:医生摆脱“以收入为中心”的扭曲激励,绩效与质量、效率挂钩,专注诊疗方案本身的质量与适宜性,回归诊疗本质。

记者手记

寻找三方共赢 「价值公约数」

医保支付方式改革一直是敏感话题。采访中记者数次感到,这场改革的深层博弈,是医保、医院、医生三方在全新模式下,重新寻找价值支点与行为逻辑的过程。

医保部门的角色亟待进化。精细化管理的核心,不应仅是控制费用,更在于建立一套能激励医院和医生向“价值医疗”迈进的支付机制。这意味着,在设定分组与价格时,必须充分听取临床声音,承认医疗技术的复杂性与进步空间,让费用的合理结余能够反哺医疗质量的提升。

支付方式改革彻底改变了医院的生存法则。过往粗放增收的方式已经行不通,迫使医院回归其本质功能:在控制不合理成本的前提下,追求诊疗水平与服务效率的最优解。这要求医院进行深刻的内部革命,如推动业财融合、改革绩效体系、尊重医生的专业自主权等。这不仅考验管理者的精细化管理水平,更考验管理者的道德水平。

采访中,我提出一个问题:医生的劳动价值,如何在新的支付体系下得到应有的体现?武汉市第五医院副院长洪李锋告诉我,一个设计良好的支付体系应能让医生摆脱“以收入为中心”的扭曲激励,转而专注于诊疗方案本身的质量与适宜性。当医生的报酬与病例的复杂度、治疗的技术含量、成本的合理控制更紧密挂钩时,不必要的用药和检查自然失去动力。关键在于,医院内部的绩效考核需要同步改革,真正让医生“松绑”,让他们敢于且乐于采用最符合患者利益也最经济有效的临床路径。

我觉得,改革的理想状态是形成良性循环:医保部门通过科学支付购买价值;医院通过精益管理承载价值;医生通过规范诊疗实现价值。没有任何政策生来就是完美的,我们希望今年将发布的按病种付费3.0版通过规则设计,将博弈的方向引导至提升整体医疗系统效率与质量的轨道上。找到医保、医院、医生三方的“价值公约数”,才是多方共赢的基石,最终受益者才能真正受益。(长江日报记者王恺凝)



武大人民医院消化内科医生为患者做日间手术。



武汉市第五医院消化内科主任黄平晓向患者解释“按病组付费”报销政策。