

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第14期

(04.04-04.10)

医保

医疗

医药

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

· 分析解读 ·

▶ [5 个行动，解读医保支持中医药政策的方式](#) (来源：江西省医保局)

——第 9 页

【提要】2019 年 10 月 20 日，中共中央国务院颁布《关于促进中医药传承创新发展的意见》，对促进中医药传承创新发展作出重要的决策部署；2021 年 1 月 22 日和 2022 年 3 月 3 日，国务院办公厅分别印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》和《“十四五”中医药发展规划》等政策文件，对支持中医药发展作出了全面系统的战略性安排。纵观我国医保政策历史沿革，非常鲜明的一个特点就是中西医并重，重视中医药在维护人民身心健康的独特作用，体现了对中医药发展的支持，并且在医保制度的改革发展过程中不断加强。

▶ [带量集采：如何确保药品供应充足不断？](#) (来源：中国医疗保险)

——第 20 页

【提要】今年 2 月 11 日，国家医保局副局长陈金甫在深化药品和高值医用耗材集中带量采购改革进展国务院政策例行吹风会上表示，今年将按照“一品一策”的原则对群众反映多、价格调整空间大的耗材品种开展高值医用耗材集中带量采购。随后在 2 月 17 日，上海阳光医药采购网发布了《关于开展第七批国家组织药品集中采购相关药品

信息填报工作的通知》，意味着第七批国家集采正式“官宣”。中国医疗保险特与中国药科大学国家药物政策与医药产业经济研究中心执行副主任、药品监管科学研究院执行院长邵蓉展开对话，就社会关心的集采药耗的质量与供应保障问题进行访谈。

• 智慧医疗 •

▣ [“智慧助老”互联网医院改造实践](#)（来源：中国卫生质量管理杂志社）——第 29 页

【提要】在信息化高速发展的今天，老年群体在适应数字化生活的过程中面临诸多困难和挑战，形成了一道难以逾越的“数字鸿沟”。2020 年底，国务院办公厅及全国老龄办相继发布了“智慧助老”相关政策，旨在引导和帮助老年人更好地融入信息化时代。四川大学华西医院每年服务老年患者达 100 余万人次，但调研显示，当前老年患者互联网医院线上使用率及增长率偏低。为切实维护老年患者智慧就医公平性，该院互联网医院项目团队以 PDCA 循环为基础，聚焦老年群体日常就医高频事项，进行互联网医院线上应用适老化改造，取得了较好效果。

▣ [人民时评：充分激发数字医疗的优势](#)（来源：人民日报）——第 32 页

【提要】习近平总书记指出：“要坚持基本医疗卫生事业的公益性，不断完善制度、扩展服务、提高质量，让广大人民群众享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。”数字医疗为

实现优质医疗资源共享、解决医疗资源分配不均和就医成本高等问题提供了可行方案，发展潜力很大。现实中，由于信息系统标准不统一、电子病历无法共享、医疗机构检查检验结果不能互认等因素，数字医疗的优势还难以充分发挥出来。在发展数字医疗过程中，应加快改革医疗体制、机制和管理方式，打通相关堵点，让优质医疗资源顺畅流动，更好惠及广大患者。

• 中医药动态 •

▶ [世界卫生组织发布“关于中医药抗击新冠肺炎专家评估会”报告](#)
[--中医药能有效治疗新冠肺炎](#)（来源：中国日报）——第 34 页

【提要】日前，世界卫生组织在官方网站上发布了“世界卫生组织关于中医药抗击新冠肺炎专家评估会”的报告，充分肯定了中医药抗击新冠肺炎疫情的贡献。报告中指出中药能有效治疗新冠肺炎，降低轻型和普通型病例转重率，缩短病毒清除时间和改善轻型和普通型患者的临床预后。鼓励成员国考虑中国形成并应用的中西医结合模式（整合医学模式），有效管理当前疫情并对未来可能发生的全球疫情做好准备。

▶ [改革创新 全面推进中医药振兴发展](#)（来源：中国中医药报）——第 37 页

【提要】近日，国务院办公厅印发《“十四五”中医药发展规划》，本次《规划》是新中国成立以来首个由国务院办公厅印发的中医药五年发展规划，是继《中医药发展战略规划纲要（2016—2030 年）》《中

共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》之后，进一步对中医药发展作出的全局性、战略性、保障性谋划，是“十四五”时期贯彻落实党中央、国务院关于中医药工作的决策部署，推动中医药振兴发展的纲领性文件。

《规划》全面对接新发展阶段、新发展理念和新发展格局，统筹医疗、科研、产业、教育、文化、国际合作等重点领域，全面发挥中医药多元价值，规划了中医药高质量发展的新思路和重点任务。

• 医院管理 •

▶ [DIP 支付方式改革下，医院管理有四条要领](#)（来源：健康报）——第 41 页

【提要】广东省广州市自 2018 年 1 月起全面实施 DIP 付费改革，并在 2021 年 12 月被国家医保局确定为 12 个 DIP 付费示范点之一。广州市实施 DIP 付费改革 3 年多来，通过各级医院的实践探索，积累了一些经验：一是做好 DIP 与“国考”互动的战略部署，二是抓住 3 个“牛鼻子”获得合理医保支付，三是合理管控成本，不片面追求业务量，四是职能部门各司其职，强化协同。

▶ [医院黄金时代已过 全链条延伸和管理能力是关键](#)（来源：村夫日记）——第 45 页

【提要】在老龄化的持续推动下，医疗服务需求增长日趋加快，但也引发了医保可持续性的危机。由于医保以收定支，在老龄化逐渐加深后本身就面临缴费基数减少的困境，叠加医疗费用的激增，医保的可

持续性危机日益加大。而且，随着适应症人群广阔的医疗技术创新难以突破，目前的技术创新集中在适应症人群较窄的疑难杂症上。但无论是药品还是耗材的研发成本却日益高昂，而新技术的商业周期却快速缩短，为了尽快收回成本并获得高利润，新技术的定价策略缺乏灵活调整的空间，只能不断调高价格，这对医保可持续性更是雪上加霜。

• 医保快讯 •

▣ [解读 | 规范知识库、规则库管理，推动医保基金智能监控向高层次发展](#)（来源：上海市医疗保险协会）——第 51 页

【提要】医保基金智能监控是提高医保治理能力与水平不可或缺的技术支撑，知识库、规则库建设在医保基金智能监控中具有举足轻重的作用。在全国层面规范医保基金智能监控系统建设和“两库”管理，既有必要性又有紧迫性。规范“两库”管理包括规范基本范畴、规范职能分工、规范有序运作、规范使用管理和规范评估改进。推进“两库”建设的未来发展，要从建设智慧医保的目标出发，适应多层次保障体系，强化部门信息共享，满足大数据应用需要，多方参与、达成共识和提高人员专业素质，促进医保基金监管高质量发展。

▣ [DIP 支付方式改革的 5 大关键点](#)（来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究）——第 59 页

【提要】相对 DRG 来说，DIP 颗粒度更细，是以历史数据为基础，依据现实匹配关系对每个病例的“疾病诊断+治疗方式”进行穷举与聚类，将稳定的住院病种进行组合，根据各病种费用均值、技术难度等

与某基准病种的比例关系确定相应的病种点数，再结合点数单价及各医疗机构开展的总点数计算出支付总金额，是医保向医疗机构进行支付的方法。通俗易懂，操作更简单，推广效率更快，不需要更多的专家参与更容易落地推行，是医保管用高效的工具。

• 地市精彩 •

▣ [河南：建设智慧健康大数据创新应用中心，形成一批 5G+智慧医疗等示范应用场景](#)（来源：大健康派）——第 64 页

【提要】日前，河南省印发《2022 年河南省数字经济发展工作方案》。2022 年，河南省将深入实施数字化转型战略，推进“5110”工程，坚持数字产业化、产业数字化、数字化治理、数据价值化、数字生态化“五化”发展，强化国家大数据综合试验区建设牵引，重点推动新型基础设施提速、数字经济核心产业提升、农业数字化深化、智能制造和工业互联网推进、智慧物流电商建设、智慧文旅发展、新型智慧城市提质、数字政府提效、数字乡村建设、数字经济生态体系建设等 10 个行动，全方位打造数字强省。

▣ [医保监管“云”助力，这个试点城市构建智能监控新格局](#)（来源：威海市医保局）——第 66 页

【提要】医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。自创建国家医保智能监控示范点以来，2021 年，威海市医保局紧紧围绕“医心为民、人民至上”的服务理念，聚焦参保群众“急难愁盼”再发力，在智能监控平台的基础上，主动迎难而上，大力应用新技术、新手段，

主动适应新形势、新业态，引入第三方服务，与平安医疗健康管理股份有限公司达成合作协议，全面构建“1+2+N”智能监控新格局，实现了由单一的智能监控系统向综合监管体系跨越式发展，为参保群众撑“牢”了医保基金“保护伞”。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

5 个行动，解读医保支持中医药政策的方式

来源：江西省医保局

中华民族在生生不息绵绵不绝的历史长河中创造发展了中医学。中医学是我们中华民族的瑰宝，为中华民族的繁衍生息作出了巨大贡献，在维护人民身心健康方面有着独特的优势，是博大精深的中华文明的重要组成部分，对世界文明进步产生了积极且深远的影响。

2019 年 10 月 20 日，中共中央国务院颁布《关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发〔2019〕43 号），对促进中医药传承创新发展作出重要的决策部署；2021 年 1 月 22 日和 2022 年 3 月 3 日，国务院办公厅分别印发《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》（国办发〔2021〕3 号）和《“十四五”中医药发展规划》（国办发〔2022〕5 号）等政策文件，对支持中医药发展作出了全面系统的战略性安排。

充分发挥医保职能作用，不断完善中医药医保支持政策，不仅是贯彻落实党中央国务院支持中医药事业发展重要决策部署的政治要求，更是满足人民群众日益增长的医疗健康需求的现实需要。为此，国家医疗保障局会同国家中医药管理局于 2021 年 12 月 14 日联合发布了《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕

229 号)。

纵观我国医保政策历史沿革，非常鲜明的一个特点就是中西医并重，重视中医药在维护人民身心健康的独特作用，体现了对中医药发展的支持，并且在医保制度的改革发展过程中不断加强。

一、纳入医保定点的中医医药机构范围不断扩大

1999 年，根据原劳动和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局《关于印发城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法的通知》（劳社部发〔1999〕14 号）规定，纳入医保定点的中医医药机构主要为：中医医院、中西医结合医院、中医门诊部、中西医结合门诊部和中医诊所。2021 年，国家医保局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》中明确规定，“及时将符合条件的中医（含中西医结合、少数民族医）医疗机构、中药零售药店等纳入医保定点协议管理。按规定将符合条件的提供中医药服务的基层医疗卫生机构和康复医院、安宁疗护中心、护理院以及养老机构内设中医医疗机构纳入医保定点管理”。

由此可见，能够被纳入医保定点的中医医药机构的范围明显在不断扩大。

二、纳入医保支付范围的中药品种不断增多

1999 年，根据《城镇职工基本医疗保险用药范围管理暂行办法》（劳社部发〔1999〕15 号）规定，纳入医保支付范围的中药主要是《中华人民共和国药典》（现行版）收录的药品和符合国家药品监督管理部

门颁发标准的药品，明确规定以下药品不能纳入基本医疗保险用药范围：主要起营养滋补作用的药品；部分可以入药的动物及动物脏器，干(水)果类；用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂；各类药品中的果味制剂、口服泡制剂等。

2020年，根据《基本医疗保险用药管理暂行办法》(国家医疗保障局令第1号)规定，将经国家药品监管部门批准、取得药品注册证书的中成药(民族药)以及按国家标准炮制的中药饮片纳入国家《药品目录》。同时规定，以下药品不纳入《药品目录》：主要起滋补作用的药品；含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品；保健药品；主要起增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒等作用的药品；酒制剂、茶制剂，各类果味制剂(特殊情况下的儿童用药除外)，口腔含服剂和口服泡腾剂(特别规定情形的除外)等。

2021年，国家医保局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》(医保函〔2021〕229号)中规定，“按规定将符合条件的中药饮片、中成药、医疗机构中药制剂等纳入医保药品目录”，并要求“各地应根据基金承受能力和临床需要，按程序将符合条件的民族药、医疗机构中药制剂和中药饮片纳入本地医保支付范围，并建立动态调整机制。将符合《处方管理办法》和《医院中药饮片管理规范》但超出《中华人民共和国药典》规定常用剂量开具的中药饮片纳入医保支付范围”。

三、纳入医保支付范围的中医医疗服务项目不断扩大

1999 年，劳动和社会保障部等五部门在《城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准意见》（劳社部发[1999]22 号）规定，“劳动和社会保障部负责组织制定国家基本医疗保险诊疗项目范围，采用排除法分别规定基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目范围和基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目范围”，并要求“各省(自治区、直辖市)劳动保障行政部门要根据国家基本医疗保险诊疗项目范围的规定，组织制定本省的基本医疗保险诊疗项目目录。可以采用排除法，分别列基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目目录和基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目目录。也可以采用准入法，分别列基本医疗保险准予支付费用的诊疗项目目录和基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目目录。对于国家基本医疗保险诊疗项目范围规定的基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目，各省可适当增补，但不得删减。对于国家基本医疗保险诊疗项目范围规定的基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目，各省可根据实际适当调整，但必须严格控制调整的范围和幅度”，文中并没有对中医医疗服务项目作出特别规定。

2021 年，国家医保局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》中规定，“加大对中医特色优势医疗服务项目的倾斜力度。鼓励各地将疗效确切、体现中医特色优势的中医适宜技术纳入医保支付范围。规范使用中医医疗服务项目，医保支付不得设置不合理限制”。为此，地方医保部门结合当地实际进行了积极探索，比如：广

东在《关于开展医保支付改革促进中医药传承创新发展的指导意见》中提出，“支持传统中医特色诊疗项目纳入我省医保诊疗项目目录”。浙江在《关于支持中医药传承创新发展的实施意见》(浙医保发〔2021〕60号)中规定，将“中医门诊辨证论治项目纳入医保基金支付范围”。山东在《关于加强医疗保障支持中医药发展的若干措施》(鲁医保发〔2020〕58号)规定，“将治疗性针灸、推拿等中医特色优势项目和耳穴综合疗法、中医体质辨识、脉图诊断等适宜新技术纳入医保基金支付范围”。四川在《支持中医药发展若干政策》(川医保办发〔2021〕19号)中规定，“将符合条件的创新性中医诊疗项目，‘互联网+’中医项目按急需诊疗项目管理相关规定纳入我省基本医疗保险支付范围，及时让参保人员享受到中医新技术”。

四、中医药服务价格政策不断完善

国家医保局成立之前，医疗服务(包括中医药服务)价格管理工作一直由发展改革委员会(原计划委员会)负责。2018年5月，国家医保局成立后，医疗服务价格管理的职能移交国家医保局。

医疗服务价格政策的演变过程大致如下：

2000年2月21日，国务院办公厅在《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见(国办发〔2000〕16号)》中，关于医疗服务价格政策提出将医疗机构分为非营利性与营利性两类进行管理；重申了医疗服务价格分为基本、非基本和特需医疗服务三类，并实行不同的作价办法。

2000年7月20日，国家计委与卫生部联合发布《关于改革医疗

服务价格管理的意见的通知(计价格〔2000〕962号)》，在重申既往政策的基础上，增加了“对医疗服务价格实行政府指导价和市场调节价，取消政府定价”等内容。

2009年11月9日，国家发改委在《关于印发改革药品和医疗服务价格形成机制的意见的通知(发改价格〔2009〕2844号)》中提出“非营利性医疗机构提供的基本医疗服务，实行政府指导价；营利性医疗机构提供的各种医疗服务和非营利性医疗机构提供的特需医疗服务实行市场调节价”。

2016年7月1日，国家发改委在《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知(发改价格[2016]1431号)》中重申“改革医疗服务项目管理，改进价格管理方式，结合公立医院综合改革同步调整医疗服务价格。到2020年，逐步建立以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整机制，基本理顺医疗服务比价关系”及“公立医疗机构提供的特需医疗服务及其他市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务，实行市场调节价”。

纵观上述医疗服务价格政策沿革，我们就会发现此前的医疗服务价格政策在国家层面上基本上都是针对所有医疗服务价格的普遍性规定，并没有针对中医药医疗服务价格的特别规定(注：在具体实施中，各地通常都会根据当地实际，针对具体的中医药医疗服务项目制定具体价格)。

2019年10月20日，中共中央国务院在《关于促进中医药传承

创新发展的意见》（中发〔2019〕43号）中明确规定，“以临床价值为导向，以中医优势服务、特色服务为重点，加大政策支持力度，完善医疗服务价格形成机制。医疗服务价格调整时重点考虑中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格”。

为贯彻落实党中央国务院文件精神，2021年1月22日，国务院办公厅在《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》（国办发〔2021〕3号）中提出，“建立以临床价值和技术劳务价值为主要依据的中医医疗服务卫生技术评估体系，优化中医医疗服务价格政策。落实医疗服务价格动态调整机制，每年开展调价评估，符合启动条件的及时调整价格，充分考虑中医医疗服务特点，完善分级定价政策，重点将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久的中医医疗服务项目纳入调价范围。医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价，符合条件的按规定纳入医保支付范围”，并规定由“国家医保局、国家卫生健康委、国家中医药局负责”。

2021年12月14日，国家医疗保障局会同国家中医药管理局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号）中制定了具体举措，即：一是建立目标导向的中医服务价格项目管理机制，优化现有中医价格项目，完善新增中医服务价格项目管理政策，丰富中医价格项目。对来源于古代经典、至今仍广泛应用、疗效确切的中医传统技术以及创新性、经济性优势突出的中医新技术，简化新增价格项目审核程序，开辟绿色通道。二是建立健全灵敏

有度的价格动态调整机制，及时开展调价评估，在医疗服务价格动态调整中重点考虑中医医疗服务项目，优先将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久，成本和价格明显偏离的中医医疗服务项目纳入调价范围。三是公立医疗机构从正规渠道采购中药饮片，严格按照实际购进价格顺加不超 25% 销售。非饮片的中药严格按照实际购进价格“零差率”销售。中药饮片的具体范围以药品监管部门的定性为准。公立医疗机构无法提供中药饮片实际采购票据的，可参照本地区社会药店购进价格作为监管依据。医疗机构炮制使用的中药饮片、配制的中药制剂实行自主定价。鼓励将公立医疗机构采购的中药配方颗粒纳入省级医药集中采购平台挂网交易，促进交易公开透明。

2022 年 3 月 3 日，国务院办公厅颁布《“十四五”中医药发展规划》，再次强调了国办发〔2021〕3 号文件中完善中医药服务价格的相关政策，并且特别提出“在医疗服务价格动态调整中重点考虑中医医疗服务项目”。

五、符合中医药特点的医保支付方式不断优化

医保支付方式是医疗保险制度内在的不可分割的组成部分，与医疗保险制度相伴而生、如影随形。我国在基本医疗保险制度建立之初，就开始了对医保支付方式的积极探索，并一直处在不断的改革完善之中。

1999 年，原劳动保障部等四部门在《关于加强城镇职工基本医

疗保险费用结算管理的意见》(劳社部发〔1999〕23号)中规定,“统筹地区社会保险经办机构要按照以收定支、收支平衡的原则,合理确定基本医疗保险基金的支出总量,并根据定点医疗机构的不同级别和类别以及所承担的基本医疗保险服务量,预定各定点医疗机构的定额控制指标。……基本医疗保险费用的具体结算方式,应根据社会保险经办机构的管理能力以及定点医疗机构的不同类别确定,可采取总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算等方式,也可以多种方式结合使用”。

2011年,原人力资源和社会保障部在关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》(人社部发〔2011〕63号)中要求,“各地要按照基金支出总额,确定对每一种付费方式的总额控制指标,根据不同定点医疗机构级别、类别、特点以及承担的服务量等因素,落实到每一个定点医疗机构,以及每一结算周期,并体现在医保经办机构和定点医疗机构的协议中。……门诊医疗费用的支付,要结合居民医保门诊统筹的普遍开展,适应基层医疗机构或全科医生首诊制的建立,探索实行以按人头付费为主的付费方式。……住院及门诊大病医疗费用的支付,要结合医疗保险统筹基金支付水平的提高,探索实行以按病种付费为主的付费方式。……有条件的地区可逐步探索按病种分组(DRGs)付费的办法。……暂不具备实行按人头或按病种付费的地方,作为过渡方式,可以结合基金预算管理,将现行的按项目付费方式改为总额控制下的按平均定额付费方式”。

2016 年，国务院在《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3 号）中规定，“系统推进按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等多种付费方式相结合的复合支付方式改革，建立健全医保经办机构与医疗机构及药品供应商的谈判协商机制和风险分担机制，推动形成合理的医保支付标准，引导定点医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长”。

2017 年，国务院办公厅在《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55 号）中明确了基本医疗保险支付方式改革的主要内容，即：实行多元复合式医保支付方式，推行按病种付费，开展按疾病诊断相关分组付费试点，完善按人头付费、按床日付费等支付方式。

由上可见，在基本医疗保险支付方式的改革完善中，对中医药服务的医疗费用结算并没有特别的专门规定。

为支持我国中医药传承创新发展，2019 年，党中央国务院在《关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发〔2019〕43 号）中要求，“健全符合中医药特点的医保支付方式。完善与国际疾病分类相衔接的中医病证分类等编码体系。分批遴选中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种实施按病种付费，合理确定付费标准。通过对部分慢性病病种等实行按人头付费、完善相关技术规范等方式，鼓励引导基层医疗卫生机构提供适宜的中医药服务”。

2021 年，国务院办公厅在《关于加快中医药特色发展的若干政

策措施》(国办发〔2021〕3号)中提出,“探索符合中医药特点的医保支付方式,发布中医优势病种,鼓励实行中西医同病同效同价。一般中医药诊疗项目继续按项目付费”。同年,国家医保局颁布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》(医保发〔2021〕48号),决定到2024年底,全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革工作;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,基本实现病种、医保基金全覆盖。

在全面深化医保支付方式改革的大背景下,为了支持中医药发展,2021年12月14日,国家医疗保障局联合国家中医药管理局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》中明确提出,“一般中医医疗服务项目可继续按项目付费。探索实施中医病种按病种分值付费,遴选中医病种,合理确定分值,实施动态调整。优先将国家发布的中医优势病种纳入按病种付费范围。中医医疗机构可暂不实行按疾病诊断相关分组(DRG)付费,对已经实行DRG和按病种分值付费的地区,适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值,充分体现中医药服务特点和优势。对康复医疗、安宁疗护等需长期住院治疗的中医优势病种,可按床日付费。探索对治疗周期长、风险可控、需持续治疗的中医病种,开展日间中医医疗服务,实施按病种付费,合理确定付费标准,国家统一制定日间病房的病种目录”。

上述规定,不仅体现了医保对中医药发展的政策支持,更凸显了一种渐次加强、适度保护的趋势。

带量集采：如何确保药品供应充足不断？

来源：中国医疗保险

今年2月11日，国家医保局副局长陈金甫在深化药品和高值医用耗材集中带量采购改革进展国务院政策例行吹风会上表示，今年将按照“一品一策”的原则对群众反映多、价格调整空间大的耗材品种开展高值医用耗材集中带量采购，重点为骨科耗材、药物球囊、种植牙等耗材品种，国家层面将开展脊柱类医用耗材集采。随后在2月17日，上海阳光医药采购网发布了《关于开展第七批国家组织药品集中采购相关药品信息填报工作的通知》，意味着第七批国家集采正式“官宣”。中国医疗保险特与中国药科大学国家药物政策与医药产业经济研究中心执行副主任、药品监管科学研究院执行院长邵蓉展开对话，就社会关心的集采药耗的质量与供应保障问题进行访谈。

中国医疗保险：针对可能出现的国家集采药品供应保障问题，国家和地方都采取了哪些措施加强药品供应保障，成效如何？

邵蓉：

可以说，国家集采药品保供是保证集采政策实施效果的前提，直接关系患者用药可及。在过去五批化药集采中，无论是国家层面还是地方层面都高度关注集采药品的供应保障，采取了多项措施来解决供应保障中可能的问题。

在国家层面，体现在事前、事中和事后三个环节的管理。事前，

收集企业充分详实的产能信息(填报)。产能调查从“4+7”试点时就已提出,即联采办可根据工作需要拟中选企业的药品生产及拟中选药品质量进行调查(调查形式根据实际情况确定),要求拟中选企业积极配合。事中,建立企业库存和停产报告制度,要求企业核算产能并上报。在“4+7”试点时就已规定各中选企业应每季度向联采办报送中选药品的库存数量,后面几批集采要求每月向联采办报送库存数量。2019年5月1日起还正式启动国家药品集采执行情况监测工作,由医保部门牵头,协调区域内药品采购平台等按月进行数据收集、审核、汇总、分析及报送工作,保障供应方面的监测指标主要包括生产环节的生产库存、停复产、核心原辅料供应及价格,以及流通环节的地区库存及回款等情况。事后,未雨绸缪,防患于未然。一是明确备选企业的替代方案,如第五批国家组织药品集采明确了启动备选企业的规则,中选企业出现不能及时足量供应或取消中选资格等情况,致使协议无法继续履行时,所在省份可启动备选企业供应流程。二是将供应保障与信用评级进行有效衔接,对未能按协议供应约定采购量的中选企业视情况评定为“严重”或“特别严重”失信等级,各级集中采购机构根据企业信用评级情况,采取书面提醒告诫、限制或中止其胰岛素产品挂网、披露失信信息等处置措施,从而将中选品种供应保障与信用评价管理进行有效衔接,确保中选品种的稳定供应。

省级层面上,各省也积极出台配套文件,制定集采药品供应保障信息监测、报告、调查、处罚等措施,并与招采信用评价制度相衔接,

落实中选药品生产企业的供应、配送主体责任。

比如辽宁省 2019 年 4 月发布《关于做好医药价格和药品供应保障信息监测工作的通知》，在健全药品供应保障信息采集工作机制方面，实行药品供应保障异常信息的报告制度(生产企业)、月报制度(配送企业)、直报制度(医疗机构)以及调查和发布制度(管理部门)，对于药品供应保障异常信息及时预警，并依据相关规定对购销双方违约违规行为作出处理。

湖北省于 2020 年 12 月发布《关于建立并实施省医药价格和招采信用评价制度的意见》，按照国家《医药价格和招采信用评价的操作规范(2020 版)》《医药价格和招采信用评级的裁量基准(2020 版)》有关规定，系统集成守信承诺、信用评级、分级处置、信用修复等机制，具体措施包括执行国家信用评价目录清单、实行医药企业主动承诺制管理(包括供应保障相关内容)、实行失信行为信息采集记录管理、实行医药企业信用评级管理、失信违约行为处置、鼓励医药企业修复信用等。在确保药品质量和供应方面，建立生产企业应急储备、库存和产能报告制度，督促中选企业严格履行质量和供应保障责任。

通过国家层面和地方层面发布的一系列供应保障措施，我国集采中选药品供应保障情况总体良好，多数中选企业认真执行集中采购协议，按照约定采购量严格履约，对医疗机构超出约定采购量的需求总体能够满足供应。中选企业为集采药品保供所做的努力，可圈可点，但是疾病谱的变化和其他原因导致医疗机构不能按时完成采购量的

情形时有发生,理应受到关注并予以解决,以使集采政策长期可持续。

中国医疗保险:国家组织药品集采中一直反复向投标企业强调产能和供应保障,并采取了相应保障措施,为什么像华北制药这样供应能力不足的事件还是会出现?对企业有哪些启示?进一步说,哪些环节出现问题可能引起国家集采药品供应保障问题?

邵蓉:

在国家药品集中采购中,基于多种原因企业中选品种会面临上市后变更的情形。(1)中选品种价格大幅下降,企业为控制成本而进行一系列变更。比如扩大仿制药一致性评价批量、变更生产设备(将半自动设备改为全自动等)、将进口辅料变更为国产辅料、变更包材供应商、变更包装规格等。)(2)医疗机构报量与实际需求差距较大,如果超出采购报量,企业为扩大生产需要变更批量。对于新批准上市的3类、4类品种,由于新批准上市,多数企业研发阶段只会按照法规要求的最低批量进行申报,以减少研发期间的原辅料浪费和产品上市后面临的市场不确定的风险,同时新批准上市的品种原料药供应商通常也只有一家,故扩产导致的变更事宜会更加频繁。(3)一些外部因素,比如因搬迁或环保等因素导致原料药生产受到限制、制剂中间体供应不足等,也会导致制剂企业变更原料药供应商、变更辅料等。

根据《药品管理法》(2019年)、《药品注册管理办法》(2020年)、《药品上市后变更管理办法(试行)》(2021年)和《已上市化学药品药学变更研究技术指导原则(试行)》(2021年)等规定,我国对药品

上市后变更按照其对药品安全性、有效性和质量可控性的风险和产生影响的程度，按审批类、备案类和报告类变更实行分类管理。如，已上市化学药品药学变更涉及的变更情况包括：变更原料药生产工艺、变更制剂处方中的辅料、变更制剂生产工艺、变更制剂所用原料药的供应商、变更生产批量、变更注册标准、变更包装材料和容器、变更有效期和贮藏条件、增加规格、变更生产场地等情形，每一类变更情形又将根据具体品种特点、变更情况，细分为微小、中等、重大变更，分别实行报告、备案或者审批管理。

由于前述原因，企业品种中选后可能面临上市后变更，而每一类产品变更属于微小、中等还是重大变更需要具体情况具体分析，基于变更周期的不确定性，可能造成类似华北制药类似的供应能力不足、供应短缺问题。对于企业而言，应当根据自身品种特点、自身现有产能、预期市场用量、扩产可能对应的变更情形，提前做好市场预判，以尽可能保障供应的稳定性。此外，还有一些不可预测的因素，比如自然灾害等不可抗力导致无法供应药品，是需要各方主体建立风险预判和补救措施的。相关监管部门在实践中不断探索，以持续完善国家药品集中采购机制，提高采购量预测的准确性，多措并举，确保品种的稳定供应，比如建立中标企业与采购医疗机构、联采办的长效沟通机制，对于可预料的超量风险，及早沟通，给中标企业调整生产计划和供应策略的时间准备。

中国医疗保险：在加强供应保障方面，医保、卫生、药监应分别

承担哪些职责？

邵蓉：

正如前面所述，集采药品供应保障直接关系到患者用药可获得。2019年修订的《药品管理法》强调药品可及是我国药品管理的目标之一，同时针对药品储备和供应设立了专门章节。在药品供应保障体系构建过程中，要求各职能部门通力协作、密切配合、增强全局观念，通过各司其职、协调联动，确保国家组织药品集中采购、供应保障和使用平稳有序推进落实。

医保部门作为集采政策制定者和执行者，重点在牵头做好国家药品集中采购的组织管理、落实措施制定和监督实施工作，包括药品约定采购量的分解、带量购销合同的编制和签订、供应配送、药款结算、使用监测、失信惩戒和市场清退等。

卫健部门重点负责在对医疗机构落实中选药品使用情况进行指导、监督和评价，督促医疗机构主动开展临床使用监测，对短缺药品及时预警和通报。

药监部门负责中选药品质量的监督检查和中选药品的流通、使用环节的质量监管，加大监督检查力度，督促相应主体落实产品供应保障责任、实事求是进行产能评估和报告、严格执行停产报告工作要求。

工信部门作为促进医药行业发展的管理部门，重点在督促企业按照中选药品约定采购量落实生产供应责任，支持企业开展技术改造，提升中选药品供应保障能力。

中国医疗保险：国家集采中标企业往往需要同时保障多个省份的药品供应，对其流通和配送能力也提出了考验，如何避免“企业有库存，但医院和药店反应供应短缺”这类问题的发生？

邵蓉：

这类情况时有耳闻，如何避免？企业有库存，医院和药店反映短缺，有这么几种情况，一是信息不畅通，企业没有掌握第一手市场需求信息；二是企业虽然了解使用终端信息，但是因为信息滞后、配送资源不足、配送能力低下导致；三是产供运销脱节，反映企业的市场运作和管理能力的不足；四是回款不及时等导致。

解决和避免这些问题的办法，一是加强信息管理和畅通，力争做到精准信息点到点；二是医疗机构和药店应当提升库存科学管理能力，必要时按照药品销售分类设定采购标准，实现库存底线预警，或对应季药品提前备货采购。转变买方“老大”的思维，给予供货企业一定的时间空间；三是中选企业应当提升市场管控能力和配送能力，集采产品原则上是可以实行一票制的，但是在物流问题上应当在遵守GSP、落实委托方主体责任的前提下，发挥市场这只手的作用，充分利用和整合第三方物流资源，提高配送效力和降低配送成本，以解决配送“痛点”；四是建立短缺药品的应急调配机制。特殊情形下允许各医疗卫生机构间开通临时调剂、互通有无，并通过省药采中心与药品生产经营企业协商调剂等方式，最大限度保障临床和药店供应；五是完善短缺药信息报送及动态监测体系。各医疗机构药学部门或药店

根据短缺药品实际情况分析药品短缺原因，将辖区内各类短缺药品种等情况，通过网络直报系统报省卫计委，统计分析后在省药品集中采购平台上公布，避免因信息不对称造成药品短缺，一旦发现药品供货周期延长等前兆，即启动预警机制；六是医院和药店应对中标企业及时回款，降低供应成本。

中国医疗保险：对于超过约定采购量但仍有采购需求的药品，如果出现断供问题，您认为应当处理较为合理？

邵蓉：

当中选药品完成约定采购量后仍有需求但中选企业难以供应时，首当其冲的是解决药品的供应问题，满足临床用药需求，然后，依据相关法律法规和约定(合同、协议)落实采购双方应当承担的法律责任。对于管理部门来说，还应当及时总结，持续完善药品集中采购规则，建立风险预防机制，避免或减少类似情形的再次发生。

具体来说，从《全国药品集中采购文件(GY-YD2021-2)》“周期内若提前完成当年约定采购量，超出部分中选企业仍按中选价进行供应，直至采购周期届满”规定，从法义上可以看出，中选企业对超出约定采购量，在采购周期届满前没有选择权，是应当按中标价继续供货的。众所周知，带量采购量价挂钩，超过约定采购量按原价供货，对中标企业理应是有益的，但是正如前面所分析的，企业的生产和供应能力是受到多种因素制约的，即使其主观上愿意扩大产能，也不可能一蹴而就，而是需要履行变更审批程序的。企业无力掌控变更进程，

不能供货的风险增大。

从《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号）“鼓励公立医疗机构对药品实际需求超出约定采购量以外的部分，优先采购中选产品，也可通过省级药品集中采购平台采购其他价格适宜的挂网品种”规定来看，该规定更加科学和合理，优先采购不是必然供应，中选企业是可以根据自身情况裁量选择的。

如中选企业有能力且愿意继续供应药品，则超过约定采购量的部分继续执行中选价格，这对企业是有利的，客观上助力企业投标时的报价预判；如中选企业不能或不愿供应中选药品，上期采购合同即完成。联合采购办公室根据药品供应保障能力在通过该品种一致性评价但未入围的药品企业中选择部分企业，在征得药品企业和采购医疗机构的同意下，将超额采购量重新划分、根据原中选价格对未中选药品的价格做出一定的限制，并在双方达成合意进行挂网采购，按时按量保质供应超额部分的药品。

因此，对于超过约定采购量但仍有采购需求的药品，如何防止出现断供问题，我认为(1)采购报量尽可能更接近临床实际需求。不可否认的是，早前临床机构对集采政策的理解和走向趋于保守和观望中，报出的量给自己留有充分的余地，随着国家明确表明了药品集采工作常态化之后，加上集采药品的价格优势，这种“观望”和报量的保守现象会大大改观。(2)中选企业要提升认知自身状况的能力，理

性参与，信守约定，兑现承诺。对“我方承诺确保在采购周期内满足供应地区中选药品的采购需求，包括约定采购量以及超过约定采购量的部分，具有履行协议必须具备的药品供应能力，对药品的质量和供应负责”谨慎承诺，尤其是对“超过约定的采购量”预判，即要考虑用药单位的保守报量，又要关注到中选药品的价格优势可能带来的潜在市场扩容。企业一旦承诺而又言而无信，则留有信用污点。且不谈中选企业应当承担相应的法律责任，由此导致药品的断供，影响到患者用药一定是不可原谅的。(3)对于中选企业不能或无法做出承诺的品种，在采购期内有足够的时间，由联采办做好备选对策，由通过该品种一致性评价但未入围的药品企业做好“接力”准备。而对于中选企业无法满足的临床急需的药品，医疗机构可自行挂网采购，保证临床用药。

[返回目录](#)

· 智慧医疗 ·

“智慧助老”互联网医院改造实践

来源：中国卫生质量管理杂志社

在信息化高速发展的今天，老年群体在适应数字化生活的过程中面临诸多困难和挑战，形成了一道难以逾越的“数字鸿沟”。2020年底，国务院办公厅及全国老龄办相继发布了“智慧助老”相关政策，旨在引导和帮助老年人更好地融入信息化时代。四川大学华西医院每

年服务老年患者达 100 余万人次，但调研显示，当前老年患者互联网医院线上使用率及增长率偏低。为切实维护老年患者智慧就医公平性，该院互联网医院项目团队以 PDCA 循环为基础，聚焦老年群体日常就医高频事项，进行互联网医院线上应用适老化改造，取得了较好效果。

现状与问题

门诊部联合信息中心成立老年患者线上服务适老化改造质量改进 CQI 项目小组，由小组调取相关数据进行统计分析。统计数据表明：2020 年，互联网医院线上诊疗为 809515 人次，其中 60 岁及以上老年患者共计 53624 人次，仅占互联网医院线上使用总人数的 6.6%，整体使用率偏低；线上就诊老年患者主要来自四川省内市县，四川省外患者应用率相对偏低；互联网医院在线诊疗服务主要针对常见病及慢性病复诊患者；当前老年患者预约挂号形式主要以线上预约为主，但近 82.0% 的老年患者都是由子女代劳，患者本人对互联网医院整体认知率偏低；老年患者在操作上存在诸多困难，暴露出手机移动应用端模块不完善、流程复杂等问题。

改造实践

CQI 项目小组结合数据分析结果，通过用户画像将老年患者分为两大类人群，并分别制定改进方案。

第一，线上移动端改造。(1) 诊前。通过介入人脸识别技术及 AI 语音辅助技术，简化注册卡填写字段，增加了语音录入功能；设置人

脸识别和人工后台优先审核两种方式；运用 AI 智能导诊技术赋能分诊挂号。(2) 诊中。操作界面、列表均以简洁的放大字体显示；简化问诊流程，去除干扰信息；借助 AI 语音辅助技术，实现全过程文字语音朗读和语音录入转换。(3) 诊后。老年患者需要移动端付费时，只需点击“帮我付”就会自动生成一条微信好友代付链接，推送链接给亲/好友，代缴费后即可完成支付；在移动端特别添置“闪亮红点”对代办事项予以提醒；增设人工客服支持功能。

第二，线下服务流程改造。针对无智能手机或不具备自主操作设备能力的老年患者，在门诊患者服务中心、自助机区域、挂号取号处、入院服务中心设置老年患者专用或优先窗口，配备专职导医。同时，推动形成门诊人文关怀服务体系，切实改善老年患者就医体验。

实施效果

自 2021 年年初实施互联网医院适老化改造项目以来，该院老年患者移动端注册总量高达 280940 人次，线上移动端预约挂号量达 664340 人次，线上诊疗及自助检查开单总量达 79211 人次，较 2020 年大幅度提升。2021 年，智慧导诊应用方面，老年患者累计交互次数 173649 人次，其中有分诊结果的 158020 人次，占分诊交互总次数的 91%；点击推荐科室 107453 人次，分诊跳转挂号率达 68%，AI 智能导诊分诊效果显著。此外，线上移动端操作系统的可及性和易用性提升，更多老年患者愿意尝试使用互联网医院在线诊疗服务。

本研究局限

互联网智慧医疗服务是一种新兴服务模式，老年患者受传统思维影响，接纳度和使用意愿较低。在适老化项目改造中，除考虑老年患者生理因素外，还应考虑老年患者对互联网+医疗服务的接纳度、使用意愿等知信行方面的心理因素。下一步，我们将运用问卷调查法，结合线下实地访谈，了解更多老年患者的认知情况及意见，坚持以问题为导向、以患者为中心，着力帮助老年群体跨越“数字鸿沟”，让老年患者真正体会到智慧医疗带来的便捷。

[返回目录](#)

人民时评：充分激发数字医疗的优势

来源：人民日报

打开手机，就能在线问诊；拍完 CT 影像，可自动诊断、出结果……近年来，随着 5G 通信、人工智能、大数据、云计算等数字技术在医疗领域的应用，远程会诊、互联网医院、智慧医疗等新的医疗业态不断涌现、蓬勃发展。

目前，全国已有 2200 多家三级医院初步实现院内信息互通共享，7700 多家公立医院提供互联网医疗服务，在线医疗用户规模近 3 亿。

数字医疗的快速发展，让越来越多的患者感受到了就医的便利。

作为一种把计算机技术、信息技术应用于整个医疗过程的新型医疗模式，数字医疗具有显著优势。从患者的角度看，数字医疗能够跨越时空，解决医患之间的信息不对称问题，还简化就医流程、降低就医费用、改善就医体验。从医生的角度看，数字医疗让患者病历、健

康档案实现数据化，提高了疾病诊断、患者管理的效率，进一步解放了医疗生产力。从医疗机构的角度看，数字医疗有助于促进院内管理精细化，提升管理水平和服务水平。

习近平总书记指出：“要坚持基本医疗卫生事业的公益性，不断完善制度、扩展服务、提高质量，让广大人民群众享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。”数字医疗为实现优质医疗资源共享、解决医疗资源分配不均和就医成本高等问题提供了可行方案，发展潜力很大。现实中，由于信息系统标准不统一、电子病历无法共享、医疗机构检查检验结果不能互认等因素，数字医疗的优势还难以充分发挥出来。在发展数字医疗过程中，应加快改革医疗体制、机制和管理方式，打通相关堵点，让优质医疗资源顺畅流动，更好惠及广大患者。

发展数字医疗，还需加强顶层设计，完善法律法规。在推进医改的过程中，建立健全制度规范，明确医疗机构的权利义务，进一步规范数字医疗行为。前不久施行的《医疗机构检查检验结果互认管理办法》提出，医疗机构应按照相关原则，开展检查检验结果互认工作。相关举措给患者带来实实在在的便捷，受到社会关注。多一些类似的政策措施，就能提高医疗资源的利用效率，更好保障患者的权益。

在医疗信息化建设过程中，信息标准体系的建立起着基础性的作用。近年来，我国医疗机构持续推进电子病历等临床医疗系统的信息化升级，但在具体实施过程中，因各地自行采购和建设，相关系统标

准不统一、接口各不相同。在这种背景下，电子健康档案、电子病历体系难以实现全国互联互通、实时共享。因此，应探索建立统一的规范和系统，明确软件操作、数据接口等技术标准，着力推进原有系统改造和更新。

当然，数字医疗属于新事物，也亟待加强监管。在互联网诊疗中，一些平台为了节省成本，对医生的资质等存在审批不严的问题；一些医疗机构没能保存好患者的就医数据，造成患者隐私泄露。凡此种种，都存在着安全隐患，不容小视。未来，有必要压实责任、强化监管，加大对不规范行为的处罚力度。数字医疗的本质是医疗服务。只有规范发展、提供高质量的医疗服务，数字医疗才能行稳致远。

健康是广大人民群众的共同追求。数据互联互通是信息时代的大势所趋，数字技术在医疗领域的应用将会越来越广泛。多措并举、精准发力，努力实现全国信息共享，就能充分激发数字医疗的优势，为健康中国建设注入新动能。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

世界卫生组织发布“关于中医药抗击新冠肺炎专家评估会”报告——

中医药能有效治疗新冠肺炎

来源：中国日报

3月31日，世界卫生组织在官方网站上发布了“世界卫生组织

关于中医药抗击新冠肺炎专家评估会”的报告，充分肯定了中医药抗击新冠肺炎疫情的贡献。报告中指出中药能有效治疗新冠肺炎，降低轻型和普通型病例转重率，缩短病毒清除时间和改善轻型和普通型患者的临床预后。鼓励成员国考虑中国形成并应用的中西医结合模式（整合医学模式），有效管理当前疫情并对未来可能发生的全球疫情做好准备。

世卫组织传统、补充和整合医学处于 2 月 28 日~3 月 2 日期间，召集了来自 13 个国家的 15 名专家，评估中医药在治疗新冠肺炎中的作用。中国中医科学院院长黄璐琦担任会议顾问。这次会议是继今年 1 月 17 日世卫总组织干事与中国国家中医药管理局在日内瓦举行高级别政策对话后，召开的中医药治疗新冠肺炎的专题会议。

国家中医药管理局局长于文明对世卫组织持续支持传统医学表示欢迎。他说中医药不仅在治疗非典时取得明显成效，而且是中国防治新冠肺炎、控制疫情蔓延的重要组成部分。

“国家中医药管理局第一时间选派中医专家赴武汉开展诊疗，总结筛选出‘三药三方’等方药和治疗方法以抗击新冠疫情。这些治疗方法不断被优化以治疗新的病毒变种。国家中医药管理局将继续优化中医诊断和治疗方案，并努力从科学上解释疗效机制。中国愿意协助其他世卫组织成员国加强传统医学在其卫生系统中的作用。”于文明说。

世卫组织整合医疗服务司司长鲁迪·埃格斯说，世卫组织认为传

统和补充医学是整合医疗服务的一个重要组成部分。传统医学在世界各地备受欢迎，传统和补充医学是过去一年间各国从世卫组织网站下载材料次数最多的议题之一。中医药得到了中国政府的大力支持，希望会议帮助世界各国人民更好地了解传统医学在应对未来疫情中的作用。

据介绍，截止到 2022 年 2 月下旬，世卫组织 COVID-19 研究数据库已经包含 3986 篇关于传统医学的文章和 1441 篇中医药相关文章。世卫组织还组织了关于传统医学和新冠肺炎的讲习班，与各国和专业组织分享传统和补充医学的知识和经验。

经过认真讨论，与会国内外专家形成结论：中医药能有效治疗新冠肺炎，且根据临床疗效判定指标显示对轻型和普通型病例尤其有效，表现在中医药能有效降低轻型和普通型病例转为重症的风险，且与单纯的常规治疗相比，纳入研究范围的中药在作为附加干预措施时，可缩短病毒清除时间、临床症状缓解时间和住院时间。尽早使用中医药可改善轻型和普通型新冠肺炎患者的临床预后。

在进行常规治疗的同时，使用已纳入研究范围内的中医药方法进行干预，不仅耐受性良好，其安全性相较于单纯的常规治疗亦相仿。

与会专家建议中国可对当前数据分析开展进一步优化，推动开展新的临床试验，并加强国际临床试验与合作。

与会专家建议世卫组织应及时与成员国分享此次会商的成果。鼓励成员国之间在临床和机理研究方面开展积极合作，考虑中国形成并

应用的中西医结合模式(整合医学模式),并在其卫生保健体系和监管框架中考虑将传统医药干预措施,如中医药,纳入新冠肺炎临床管理规划中。

黄璐琦对有机会向世卫组织介绍中国中医药从业者在抗击新冠肺炎方面的努力表示感谢。他感谢专家们为改进中医药研究提出的宝贵建议,并强调中国国家中医药管理局随时准备协助其他国家促进传统医学的使用。

[返回目录](#)

改革创新 全面推进中医药振兴发展

来源: 中国中医药报

近日,国务院办公厅印发《“十四五”中医药发展规划》(以下简称《规划》),本次《规划》是新中国成立以来首个由国务院办公厅印发的中医药五年发展规划,是继《中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》《关于加快中医药特色发展的若干政策措施》之后,进一步对中医药发展作出的全局性、战略性、保障性谋划,是“十四五”时期贯彻落实党中央、国务院关于中医药工作的决策部署,推动中医药振兴发展的纲领性文件。《规划》全面对接新发展阶段、新发展理念和新发展格局,统筹医疗、科研、产业、教育、文化、国际合作等重点领域,全面发挥中医药多元价值,规划了中医药高质量发展的新思路 and 重点任务。

第一，以深化改革创新为引领，推进中医药事业高质量发展。

习近平总书记指出，“人民对美好生活的向往，就是我们的奋斗目标”“老百姓关心什么、期盼什么，改革就要抓住什么、推进什么，通过改革给人民群众带来更多获得感”。中医药改革创新发展的目标就是满足人民群众对丰富多样健康服务的需求，对此，《规划》做到了坚持问题导向、目标导向、结果导向，以破除制约中医药高质量发展的体制机制和政策障碍为切入点，完善政策举措和评价标准体系，持续推进中医药领域改革创新，为中医药传承创新发展营造良好政策环境，以改革促进高质量发展。

一是建立符合中医药特点的中医医疗机构、特色人才、临床疗效、科研成果等评价体系，破解严重制约中医药发展的“卡脖子”难题，促进中医药特色优势发挥；二是通过建立体现中医药特点的现代医院管理制度、完善中医药价格和医保政策、改革完善中医药注册管理等举措，深化中医医疗、医保、医药“三医联动”改革，促进中医医疗机构健康可持续发展；三是通过建设 10 个左右国家中医药综合改革示范区，在服务模式、产业发展、质量监管等方面先行先试，打造中医药事业和产业高质量发展的标杆和样板。

第二，注重满足人民群众健康需求，建设优质高效的中医药服务体系。

“十三五”期间，中医药服务体系进一步健全，全国中医医院达到 5482 家，99%的社区卫生服务中心、98%的乡镇卫生院、90.6%的社

区卫生服务站、74.5%的村卫生室能够提供中医药服务，但同时中医药服务区域发展不平衡问题依然突出，优质中医医疗资源总量不足、分布不均，约14%左右的县尚未设置县级中医医院。在此背景下，《规划》提出了以国家中医医学中心、区域中医医疗中心为龙头，各级各类中医医疗机构和其他医疗机构中医科室为骨干，基层医疗卫生机构为基础，建设融预防保健、疾病治疗和康复于一体的中医药服务体系，进一步提高中医药服务的可及性。同时，更强化补足基层中医药服务能力相对薄弱的短板，夯实基础，织牢网底，让百姓在家门口就可以享受到中医药服务。《规划》明确实施基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划，通过实施县级中医医院建设、基层中医馆建设、名医堂工程等项目，全面提升基层中医药在治未病、医疗、康复、公共卫生、健康宣教等领域的服务能力。

第三，注重提高中西医结合诊疗水平，推动中医药与西医药相互补充、协调发展。

中西医并重是新时代卫生与健康工作方针之一，也是我国医药卫生事业的显著特征和优势，《规划》中不仅多举措彰显中医药在医疗和健康服务中的特色优势，更是首次将“提高中西医结合水平”单列一节，通过建机制、建高地、推协作，打造一批中西医协同“旗舰”医院、“旗舰”科室，开展重大疑难疾病、传染病、慢性病等中西医联合攻关，推出一批中西医结合诊疗方案或专家共识，并引导专科医院、传染病医院、妇幼保健机构规范建设中医临床科室、中药房，普

遍开展中医药服务，构建中西医协同发展的良好局面。同时，注重加强中西医结合各层次人才的培养，从院校教育、继续教育、学科建设等方面多措并举，落实西医学习中医制度，实施西医学习中医人才专项，培养一批高水平的中西医结合人才，为中西医结合发展提供人才支撑。

第四，注重中医药特色人才队伍建设，培育各类人才，夯实发展根基。

人才是发展第一要素，新时期中医药传承创新发展更需要高素质人才的引领与支撑。高层次人才不足、基层人才短缺、结构分布不均衡仍是制约中医药发展的关键环节，“十四五”时期是中医药振兴发展的战略机遇期，迫切需要大批高素质中医药人才及后备力量。《规划》不仅在医教协同深入院校教育改革中谋篇布局，更加强化中医药特色人才队伍建设，实施中医药特色人才培养工程(岐黄工程)，一是开展以“国医大师”和“全国名中医”表彰奖励为代表的高层次人才计划，做强领军人才、优秀人才、骨干人才梯次衔接的高层次人才队伍；二是按照“下得去、留得住、用得上”的要求，开展以“基层中医药人才培养”和“革命老区中医药人才振兴”为抓手的基层人才计划，加强基层中医药人才队伍建设；三是以高水平中医药重点学科、中医临床教学基地能力和传承工作室建设为立足点，实施人才平台建设计划，推动构建立体化、高素质的各类中医药人才培养体系，夯实中医药振兴发展的根基。

长风破浪会有时，直挂云帆济沧海。《规划》为新时代中医药传承创新发展导航！中医药步入了发展的春天，让我们乘势而为，驭势而赢，为健康中国建设作出中医药人的贡献！

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DIP 支付方式改革下，医院管理有四条要领

来源：健康报

广东省广州市自 2018 年 1 月起全面实施 DIP 付费改革，并在 2021 年 12 月被国家医保局确定为 12 个 DIP 付费示范点之一。广州市实施 DIP 付费改革 3 年多来，通过各级医院的实践探索，积累了一些经验。

要领一

做好 DIP 与“国考”互动的战略部署

我们越来越多的医院在实践中逐步感受到：DIP 支付的核心要素与“国考”（国家三级公立医院绩效考核）的指标要求是“同宗同源”的。抓准了 DIP 的本质、做好 DIP 运行管理，同样有助于在“国考”中取得好成绩。因此，医院党委及领导层要做好 DIP 与“国考”互动的战略部署。

DIP 的本质，是精确依据医院收治的病种及运用的诊疗技术支付医保基金。这种支付方式既可反映医院各学科的能力与水平，也能反映医院合理把握医疗费用及费用结构、合理管控诊疗成本的能力与水

平。这与“国考”在持续发展、医疗质量、运营效率三个维度所要求的指标是基本契合的。

此外，在全民医保事业不断发展及医保支付方式改革不断深化的态势下，医院在给患者提供合理诊疗服务并获得合理医保支付的同时，也能赢得患者与医院员工满意度的提升。

要领二

抓住3个“牛鼻子”获得合理医保支付

对医院来说，实施DIP付费后，要在管理上紧紧抓住3个“牛鼻子”。

第一个“牛鼻子”是病种组合。DIP病种组合反映医院收治患者的病种构成和病种覆盖程度，与病种分值相对应。医生的本领与科室的学科能力是影响医院收治病种组合的核心，而病案首页的质量则是影响医院病种组合的关键。抓住这个“牛鼻子”的关键措施是各学科收治符合医院功能定位的患者，并做好合理诊疗。

具体措施主要有以下几条：一是提升病案首页管理水平，杜绝病案首页信息不完整、出院诊断错漏率较高、疾病编码水平低等问题。二是填好《医保基本结算清单》。

临床人员要准确选择主要诊断，完整填写并发症和合并症，准确全面地填好手术操作名称；编码人员要正确理解临床诊疗信息，准确地对诊断、手术/操作进行编码；病案人员要主动与临床、医保沟通；财务人员要准确做好费用分类，确保数据精确无误；信息人员要确保

信息系统接口正确，数据传输准确完整。

第二个“牛鼻子”是病种分值。病种分值以《病种分值库/表》为核心，反映诊疗行为与诊疗难度。

对病种分值，医院既要充分重视，又不能唯分值论。做到“不唯分值”，在医院层面，要专注于收治与自身功能定位相符的患者；在诊疗层面，不能因病种分值影响诊疗决策，做到合理诊疗。充分重视分值，就要求医院紧抓精益管理，在DIP规则下通过强化、细化管理行为，获得合理的医保支付。

同时，要把握好病种分值与医疗费用的关系。病种分值决定着医保支付的费用，而诊疗行为产生的医疗费用则直接影响医保支付效果。因此，处理好病种分值与医疗费用的关系是取得良好医保支付效果的关键。

第三个“牛鼻子”是医保付费。医保付费是让医院获得应有的医保补偿，其关键是《医保基金结算清单》的质量。

抓牢这个“牛鼻子”，医院要做到不“冲分值”，确保点值不“贬值”；加强DIP运行管理，将费用保持在合理区间；强化质量管理，减少医保拒付的发生。

要领三

合理管控成本不片面追求业务量

DIP给医院带来的最直接、最主要的影响是：既往医院的医疗服务做得多，医疗业务收入就多；而在DIP规则下，医院提供医疗服务

多并不一定意味着收入多。特别在药品、医用耗材“零加成”下，药品、耗材成为医院的支出和成本。医院需要通过强化合理诊疗、合理用药、合理使用高值耗材，来管控诊疗成本，以获得预期的医保支付效果。

医院片面追求业务收入增加，将会让自身陷于被动。在 DIP 规则下，“逐利”动机下的“多收费”“套餐收费”“过度诊疗”等不仅无法获得效益，还会给绩效考核和医保基金监管带来负面影响。

要领四

职能部门各司其职，强化协同

DIP 的健康有序运行离不开多部门协同。医院各职能部门既要各司其职，又要围绕 DIP 运行和“国考”进行密切协同。

如，医保管理部门需要掌握最新改革动态、解读医保政策，结合统筹区内各家医院的实际情况，及时调度 DIP 运行；提出各项 DIP 运行要求，结合政策和医院实际，不断完善管理制度流程。医院医保管理部门还要与医保局、医保中心保持及时有效的沟通，积极参与 DIP 政策实施的调研和协商，为 DIP 分值库的确定和动态调整提供临床依据。

此外，病案管理部门要把控病案首页的编码质量，及时与临床科室、医保部门沟通；信息部门需要依据医保政策，开发院内的医保管理系统，不断完善 DIP 付费结算和监管系统，实现数据采集智能化等；物价和财务部门要重点做好物价、收费与结算等工作；医务、质控、

设备管理等部门需要切实做好合理诊疗的管理与医疗质控，严格监管药物与医用耗材的消耗。

2020 年，广州医保按照 DIP 规则清算时，361 家医保定点医疗机构结余留用金额共 6.33 亿元。这从一个侧面看到，只要医院管理跟得上医保支付方式改革的要求，在 DIP 规则下，医院完全可以获得合理的医保支付，并实现医保收支的结余。

[返回目录](#)

医院黄金时代已过 全链条延伸和管理能力是关键

来源：村夫日记

在老龄化、医保支付制度改革和技术创新覆盖面日趋收窄这三个因素的推动下，医院市场全行业普遍向好的时代已经过去，未来医疗服务市场将出现持续的结构调整，医院强化自身管理效率和向急性期后服务延伸将成为主要趋势。

在老龄化的持续推动下，医疗服务需求增长日趋加快，但也引发了医保可持续性的危机。由于医保以收定支，在老龄化逐渐加深后本身就面临缴费基数减少的困境，叠加医疗费用的激增，医保的可持续性危机日益加大。而且，随着适应症人群广阔的医疗技术创新难以突破，目前的技术创新集中在适应症人群较窄的疑难杂症上。但无论是药品还是耗材的研发成本却日益高昂，而新技术的商业周期却快速缩短，为了尽快收回成本并获得高利润，新技术的定价策略缺乏灵活调整的空间，只能不断调高价格，这对医保可持续性更是雪上加霜。

面对这一挑战，在过去数十年，各国都推出了一系列的政策来控制医疗费用的增速，这反过来抑制了医疗服务和药耗市场的增长。但因为医保采取的是精细化管理工具，特别是药价和 DRG 改革推动了急性期医疗服务增速明显下滑，而对医疗质量的考核则带动了医院对院外康复和护理服务的协同，这推动了医疗服务市场的结构出现了明显的改变。

随着医院并购活动的活跃，医疗服务市场呈现如下四个趋势：

第一，医院和床位数量不升反降。随着医院运营效率的提高，床位周转率加快的同时，床位使用率出现下降。这导致医院能以更少的床位满足上升的医疗服务需求，医院数量和床位数都出现了冲高回落的趋势，最终表现为医院经营不善倒闭，或是医院之间进行频繁并购。另一方面，老龄化导致地区人口结构改变，很多地区受到经济发展制约，持续出现人口流出，这引发当地医疗服务需求萎缩，也难以招募到优质的医生，这些地区的医院逐步进入恶性循环。这引发了政府提供托底服务，引入外部医院托管或者直接进行财政补贴，这在一定程度上减缓了医院和床位数量的减少，但随着人口结构的持续改变，长期减少的趋势无可逆转。

第二，大医院成为唯一逆势增长的群体。随着医院的持续整合，医院越来越大，而小医院在逐步减少，这导致大医院日益成为市场的主导力量。

根据 KaiserFamilyFoundation 的数据，2005 年，隶属于一个医

疗体系的医院数量大致是 2700 多家，独立医院大致 2500 多家，两者相差不大。但到了 2017 年，属于一个医疗体系的医院接近 3500 家，而独立医院减少到 1800 家不到。由此可见美国的医院合并趋势非常明显。

日本医院市场的分化日益严重，500 床以上大医院是唯一录得双位数增长的板块。虽然在 2015 年出现了-8.54%的增速下滑，但在 2017 年就获得了快速的双位数反弹并一直持续到 2019 年，如果没有疫情，大医院的增长仍将持续。大医院均机构的营收从 2011 年的 1319.8 亿日元(72.9 亿人民币)增长到 2021 年的 1840.4 亿日元(101.6 亿人民币)。

大医院的增长动能主要来自三个方面：老龄化导致复杂疾病增多、医保支付制度改革导致大医院持续虹吸以及新技术集中在大医院提供。

首先，随着人均寿命的延长，复杂疾病的需求持续增加，由于中小医院治疗能力的欠缺，大医院成为高价值病人的主要服务提供方。中小医院的门诊诊次和住院量虽然远超大医院，但由于简单疾病的客单价较低，单一机构的营收在大医院和中小医院之间的差距越来越大。比如，2020 年，中国医院市场规模为 3.49 万亿元，其中三级医院占 69%的市场份额，二级医院占 28%，一级医院只占 3%。

其次，医保支付制度改革推动了医院规模的增长。随着医保支付制度改革，药耗价格持续下降，推动医院收入持续下降，而 DRG 实施

后导致单个病案的住院费用下降。这两者叠加推动医院扩充病源来抵消收入下降的影响，但无论是品牌还是实际技术能力，中小医院都难以和大医院抗衡。另一方面，大医院为了提高与医保的谈判能力，通过扩大服务能力或者通过收购经营不善的其他医疗机构来扩大自身规模和医保额度，从而推动了医疗机构的持续兼并。

当然，监管主要通过强化分级诊疗来压制大医院的扩张。比如，日本规定病人直接去 400 床以上医院要支付 5000 日元的转诊费，但这只是降低了门诊流入大医院的幅度，住院仍然是以大医院为主。而且，大医院可以通过自建或收购基层诊所和护理院等模式来变相规避这一政策。

最后，由于新技术主要治疗复杂疾病，而其价格极为高昂，大医院从中得到了最大的竞争优势。与 20 世纪主要开发普适性的新药不同，21 世纪的新药主要治疗复杂疾病尤其是癌症，可适用人群大幅收窄，由于其采用了高价策略，大医院收治病人虽然数量并不是最高，但高昂的药耗价格推高了其收入。

从日本市场可以看到，医保改革之后，中小型医院的服务成本普遍出现了上升，药耗的成本占比出现了下降，但大医院则相反，大医院的药耗成本占比出现了明显上升，服务成本占比出现了下降。医院服务支出占比与收入增速成反比。只有医院收入增速下滑或负增长，服务支出占比才出现明显上升。2015 年之后，大医院收入大幅增长，同期药占比出现了快速上升，从 17% 上升到 19%，耗占比也从 11% 上

升到 12%，这说明大医院在快速扩张的同时更多依赖产品来获得收入增长，这推动了产品相关成本开支的上升。

第三，医院整合对医保形成反向挤压，推动医保进一步改革，医保与医疗机构的博弈持续升级。

随着医院的持续合并，尤其是在部分地区形成一定的垄断优势之后，医疗机构与支付方的谈判能力大幅增强。在美国，医院合并推高了医院与商保谈判的价格，对商保形成了挤压。但即使在政府定价的医保领域，如果医院收购了独立的医生诊所，让很多家小诊所合并变成了医院新的门诊部，则 Medicare 就会按照医院门诊部的价格来付费，而通常这种付费价格都会比独立医生执业的诊所要高。因此，医院的纵向收购独立诊所，也会推高 Medicare 的开支。为此，目前美国也正在讨论将医院收购的独立诊所价格调整，而不是按照医院门诊部的价格进行支付。

在医保为主的国家，除了收购或者控制基层医疗机构之外，大型医疗机构在医保总额的谈判上更具优势，这也导致医保不断上抬统筹层次以增加自身的谈判能力。比如，中国医保正在将统筹层次上抬到地级市，除了改变医保管理的碎片化之外，与县区内的医联体和医共同体谈判也是重要的因素之一。由于一个县往往只有 2-3 个医共同体，事实上已经形成了地区医疗资源的垄断，如果医保仍以县为统筹单位，在谈判过程将异常困难。

第四，大医院延伸服务链条，第三方难以获得发展优势。

随着医疗服务市场的持续整合，医院市场正在形成不同的医疗集团，这些医疗集团形成了一个内部的生态体系，推动了医疗机构服务的内生化，对第三方服务形成了明显的挤压。第三方服务不仅是指检验检查，也指医疗服务链条上的急性期后服务。

与美国市场强调专业化不同，东亚地区缺乏商保对医保的转移支付。美国医院在医保虽然利润不高，但却可以通过向商保病人收取高额费用来获得利润。但日本没有商保可以转移支付，医院的损失无法弥补，只能靠进行全链条延伸来弥补营收和利润的下降。

值得注意的是，由于日本第三方检验和检查较为发达，原先中小医院都是将这部分转给院外，但随着医疗服务市场受到支付方的挤压和竞争日趋激烈，越来越多的医院开设病理和检查科室来留住这部分收入。病理诊断科的数量从 2008 年的 168 家医院增长到 2019 年的 916 家医院，检查科室在同期从 93 家增长到 239 家。而急诊科室是能带来高收入的急重症患者的主要来源，成为大中型医院的争夺重点，不仅大医院加大了对急诊的发展力度，中小医院也纷纷开设急诊科来获得病人，拥有急诊科的医院从 2008 年的 186 家增长到 2019 年的 764 家。

这对中国市场有着较强的参考意义，尤其是随着医联体的发展，医院集团更容易在内部形成自有生态，从而降低对外部第三方的需求。

从全球来看，在医保为主的支付方引导下，医疗服务市场的结构

性调整导致急性期医疗服务占比日益降低，而急性期后服务占比则出现明显上升。另一方面，药耗新技术产品上市后仍旧获得了一定的增长空间，这进一步挤压了传统药耗的价格，导致能使用新技术的大型医疗机构获得了扩张的持续动能，挤压了小型医疗机构的生存空间。因此，在 DRG 支付和药价改革的双刃剑下，医院无需建立精细化管理体系就能保持高增长的时代一去不返，这导致很大一部分医院难以持续经营，从而推动了医院市场的持续整合。

在整合的过程中，医保与医疗机构的博弈将持续，但在以医保为主的国家，医疗机构向全链条延伸是必然的趋势，大型医院或者医院集团都将形成自己的内部生态，这将持续挤压其他第三方的服务机构，包括急性期后的康复护理和检验检查。

[返回目录](#)

• 医保快讯 •

解读 | 规范知识库、规则库管理

推动医保基金智能监控向高层次发展

来源：上海市医疗保险协会

医保基金智能监控是提高医保治理能力与水平不可或缺的技术支撑，知识库、规则库建设在医保基金智能监控中具有举足轻重的作用。在全国层面规范医保基金智能监控系统建设和“两库”管理，既有必要性又有紧迫性。规范“两库”管理包括规范基本范畴、规范职

能分工、规范有序运作、规范使用管理和规范评估改进。推进“两库”建设的未来发展，要从建设智慧医保的目标出发，适应多层次保障体系，强化部门信息共享，满足大数据应用需要，多方参与、达成共识和提高人员专业素质，促进医保基金监管高质量发展。

医保基金智能监控是信息化时代医保管理的重要特征，也是提高医保治理能力与水平不可或缺的技术支撑。自本世纪初我国全面实施医保制度改革起，信息技术就逐步在医保领域的就医、支付结算和公共服务中得到越来越广泛的应用，智能监控在医保基金监管中的作用也日益凸显。2019年，国家医保局在全国开展了医保基金监管“两试点一示范”工作，着力推行医保智能监控示范点建设，要求针对欺诈骗保行为新特点，完善医药标准目录等基础信息标准库、诊疗规范等临床诊疗知识库，进一步完善不同规则库，提高智能监控的覆盖面和精准度。2020年，国务院办公厅发布《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（以下简称“国务院指导意见”），要求全面建立智能监控制度。不断完善药品、诊疗项目和医疗服务设施等基础信息标准库和诊疗规范等医学知识库，完善智能监控规则，提升智能监控功能。由此表明，知识库、规则库（以下简称“两库”）在医保基金智能监控中具有举足轻重的作用。

一、现阶段“两库”管理的基础与困扰

医疗保障基金智能监控是指医疗保障部门依据有关法律、法规、规定以及相关行业标准、规范等，依托全国统一的医疗保障信息平台，

运用信息化手段，利用大数据实时动态监控医疗保障基金全过程使用情况，并根据监控结果进行协议管理和行政监管的监督管理方式。医保基金智能监控系统中，一般包含基础信息标准库、知识库和规则库。基础信息标准库主要收集存储参保人员和医疗服务、医疗费用等基础性信息，是智能监控的信息源头。知识库是医保基金智能监控所需知识和依据的集合，是判断医疗服务行为是否合法合规合理的主要客观依据。规则库是基于知识库判断监管对象相关行为是否合法合规合理的逻辑、参数指标、参考阈值以及判断等级等的集合，对监管对象是否存在或疑似违法违规行为起到筛查和提示作用。

多年以来，各地在医保基金智能监控的探索实践中，逐步构建起门类较为齐全且自成体系的基础信息标准库、知识库和规则库，具有浓重的地方特色和较强的针对性、实用性，为提升医保基金智能监控的能力和水平奠定了良好基础。在信息规范化方面，根据国家医保局有关标准化工作和医保信息业务编码标准等要求，基础信息标准库现已基本得到规范，而“两库”的规范化工作还存在较大欠缺，主要问题在于分类各异、“碎片化”和共享不足。如有的根据规则来源分为目录规则、政策规则、行业规则、经验规则；有的根据规则指向分为正面规则、负面规则；有的根据监控功能分为监控信息库、预警信息库、跟踪信息库；有的根据监控过程分为事后审核规则、事中干预规则、事前预警规则；有的根据规则的可靠性分为确定类规则、审核提醒规则，或者刚性规则、非刚性规则；还有的根据规则应用分为直接

规则、间接规则。这些规则划分方法尽管有其一定的道理，但与加快形成医保基金监管大格局，提高医保基金监管法制化、标准化、规范化水平，促进区域间共享互通和平衡发展的要求尚有一定距离。为此，在全国层面规范医保基金智能监控系统建设和“两库”管理，既有必要性又有紧迫性。

二、规范“两库”管理的要点

针对“两库”建设的现状，根据国家医保局建设全国统一的医疗保障信息平台、形成全国统一的医疗保障标准化体系和实现全国医疗保障信息业务一码通等要求，规范“两库”管理应当着重做好以下几方面的工作。

一是要规范“两库”的基本范畴。以往各地对“库”的划分系根据各自的认知和实践体验来确定，方法与类别各异。根据国务院指导意见，概括为基础信息标准库、知识库和规则库。基础信息标准库虽已有明确的编码标准，但不一定能够涵盖各地已有的各类基础信息，包括与相关部门的共享信息。随着监管工作深入和大数据的应用，需要逐步充实完善。知识库、规则库两者的界限往往易于混淆，各地现行做法也不尽相同。尤其是“两库”中有相当部分为依据地方政策、协议条款和实际状况所确定的规则，还有部分规则在应用中又与当地智能监控系统的功能设置紧密关联，具有明显的地方属性，名称和定义出于各自理解，如何在国家层面实现相对统一的管理并促进共享，尚有些具体问题有待妥善解决。

二是要规范“两库”管理的职能分工。从横向关系看，现行医保管理体制总体上由医保行政部门管政策，医保经办机构管经办服务。但有些地方的经办机构再分职工医保、居民医保，又有些地方另设医保基金中心、医保监督检查所、医保信息中心等专职机构，还有少数地方的经办机构不隶属医保部门。“两库”管理的管理职能应当落实在医保行政部门，而具体运作离不开经办机构。因此，医保行政部门应当充分发挥牵头和组织协调作用，处理好医保行政部门、经办机构、专职机构之间的工作关系，明确职能分工，避免交叉扯皮。从纵向关系看，目前存在分级管理、垂直管理两种形式，属地管理模式也可能不同，因此还应当处理好不同层级之间的工作关系。

三是要规范“两库”管理的有序运作。“两库”管理包括知识搜集、规则编写、多方论证、审核发布以及动态调整等程序。以往的“两库”建设，基本以统筹地区为主或以监控系统开发管理者为主，多方协调往往不足。“两库”运作管理中，既要处理好上述医保系统内的横向与竖向的关系，还必须协同卫健部门、医药服务机构及行业组织等。尤其对如何采用相关行业主管部门发布的规范标准、提出医疗机构提供合理和必要服务的管理要求、组织多方论证并达成最大共识，以及多方意见不一致时如何采取可能的协调方式等，都是需要关注和重点解决的问题。对监控规则的公开发布，以往也存在不同看法，所以发布什么、怎么发布、如何解释并共同遵守，也需要在实践中逐步加以完善。

四是规范“两库”的使用管理。“两库”建设的根本目的在于使用。由于医保基金监管中行政执法、协议管理和支付审核等的主体不同，使用者会是不同的部门或机构。而在监管规则应用中，除了能够直接定性处理的以外，相当一部分规则主要起到提示或警示作用，需要监管部门或机构到现场做进一步核查。因此，就可能会发生核查结果认定上的差异，需要健全协调机制，形成一致口径，以免造成监管对象无可适从，影响基金监管的权威性、严肃性。鉴于医疗服务的复杂性，在处理过程中要把握好监管对象申诉等环节，以确保智能监控结果应用的准确性、合理性，利于维护医药服务机构的正当权益。

五是规范“两库”的评估改进。随着制度政策完善、实践经验积累、医学与信息技术发展，监控规则势必需要不断充实完善、发展创新。因此，应当对监控规则进行及时监测和客观评估，观察分析其有效性和敏感度，并结合新情况、新要求、新技术的发展变化，在持续调整、完善和创新中不断优化和丰富监控规则，着力提升监控规则的实用价值，促进医保基金智能监控的可持续发展。

三、“两库”建设的发展思考

从医保基金智能监控及“两库”建设的未来发展来看，应当贯彻《“十四五”全民医疗保障规划》提出的立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，构建新发展格局的要求，从建设智慧医保的目标出发，努力适应新的发展形势，拓展新的发展思路，探索新的发展方式，促进医保基金监管高质量发展。

一是适应多层次保障体系。全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，是未来医保制度的发展目标。目前，部分地方已将职工医保、居民医保、大病保险、生育保险、异地就医、医疗救助和医疗补助等纳入智能监控。推进医保基金智能监控及“两库”建设，应当从多层次医疗保障体系出发，既要立足基本医疗保险，兼顾职工医保、居民医保的不同特点；又要逐步向补充保险、医疗救助及长期护理保险等扩展，实现职责范围内医保制度监管全覆盖。

二是强化部门信息共享。国务院《促进大数据发展行动纲要》提出，要加快政府数据开放共享，推动资源整合，提升治理能力。目前，各地已普遍成立大数据管理局统筹管理数据资源，通过搭建共享交换平台和公共数据资源开放平台实现信息共享，推行涵盖政府事务的“一网统管”，智能监控中与相关部门实现信息共享也不乏其例，使多元关联的大数据发挥其更大效用。随着医保基金监管能力和智能监控数据挖掘能力的提升，加大信息采集和应用的广度和深度势必成为发展趋向。对来自卫健、药监、民政、市场监管、公安司法、审计、信用管理等部门的各类相互关联数据进行组合、挖掘和深度分析，对拓展“两库”建设、提升医保基金智能监控效能具有极高的实际应用价值。

三是满足大数据应用需要。国务院指导意见要求，建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用。医保大数据涵盖医疗保障各类信

息以及相关部门及机构的关联信息，医保大数据分析可以从海量数据中筛选有用信息，通过技术手段将信息转化为洞察力，增强识别医保基金使用中违法违规违约和欺诈骗保行为的科学性、精准性和可靠性。目前，有些地方在智能监控中已应用区块链技术实行药品进销存监管；应用知识图谱和多卡聚集模型对参保人员欺诈骗保实行跟踪识别；应用指数偏离度、均衡指数(BI)及辅助目录对DRG、DIP病种付费实行监管。医保基金智能监控应当充分引入大数据分析技术，包括构建算法模型，通过特征画像构建特征集合，采用统计分析、自动分析(神经网络、聚类分析、决策树等数据挖掘算法)、生物识别和知识图谱等技术，“两库”建设也应当进一步适应大数据应用的发展要求。

四是多方参与、达成共识。《“十四五”全民医疗保障规划》提出要坚持共享共治、多方参与。强化多主体协商共治，健全医疗保障部门、参保人代表、医院协会、医师协会、药师协会、护理学会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等参加的协商机制，构建多方利益协调的新格局。目前，很多地方由政府牵头建立了多部门参与的医保基金监管联席会议制度及工作协作机制，形成多方参与的格局。在“两库”建设方面，现在依据医保政策、管理规范制定的监管规则比重较大，还有相当部分规则依据药品说明书，但依据临床诊疗规范的相对欠缺。尤其在对专业性较强的过度医疗行为进行监管时，现有规则显得捉襟见肘。因此，在制定涉及医药专业的监控规则过程中，应当建立健全深入听取卫健部门、医药机构及临床专家意见的工作机

制，还可参考卫健部门发布的诊疗规范等形成监控规则，并注重发挥医药行业学会(协会)的专业作用。

五是提高人员专业素质。医保基金监管牵涉面广、专业性强，智能监控又与信息技术紧密相关，医保基金监管队伍构成应当集合医学、药学、财务、法律、计算机、统计分析等方面的专业人员，满足新形势下医保基金监管工作的客观需要。目前，不少地方主要依靠引入第三方力量参与来解决人力和专业人员不足的矛盾。提高监管人员的专业素质，一方面需要吸纳各类专业人才加入监管队伍，并切实保持队伍的稳定性；另一方面在于增强现有人员的专业培训和自学能力，包括在与第三方合作中不断开拓视野、更新知识、扩展技能。

[返回目录](#)

DIP 支付方式改革的 5 大关键点

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

DIP 是以大数据为基础，在汇集大量真实世界病例的基础上，按照“诊断+操作”的分组规则，对病例进行分组，并根据一定的结算规则进行医保付费。是中国原创的支付方式，相对 DRG 来说，DIP 颗粒度更细，是以历史数据为基础，依据现实匹配关系对每个病例的“疾病诊断+治疗方式”进行穷举与聚类，将稳定的住院病种进行组合，根据各病种费用均值、技术难度等与某基准病种的比例关系确定相应的病种点数，再结合点数单价及各医疗机构开展的总点数计算出支付总金额，是医保向医疗机构进行支付的方法。通俗易懂，操作更简单，

推广效率更快，不需要更多的专家参更容易落地推行，是医保管用高效的工具。DIP 支付方式改革具有“五大”关键点，探讨分享交流。

1、区域总额预算控制关键点

DIP 付费的基础是区域总额预算控制，区域点数法总额预算是为保证医保预算收支平衡，将统筹区域总额预算与点数法相结合而实现多元复合式支付方式的一种医保资金分配方法。DIP 支付以区域总额预算为基础，实行总额预算管理，不再明确单个机构预算额度，将区域点数法总额预算和按病种分值付费协同，其实质是在某区域住院医保总额预算下，医疗机构按照各自病种的总点数及其实际费率获得医保补偿。

参考区域总额预算与前三年病种分值总点数确定预算点值，结合当年实际病种分值总点数确定结算点值。

DIP 预算点值=前三年 7:2:1 加权平均年度住院总费用/ Σ (DIP 分值*对应病种病例数量)

DIP 结算点值=(当年医保基金可用于 DIP 付费总额/医保报销比例)/ Σ (DIP 分值*对应病种病例数量)

医院总分值点数= Σ 按病种分值病例的分值 \times 权重系数 \times 年度病例评审系数-审核扣分 \times 权重系数

医保统筹基金预决算支付总额=医院年度分值 \times 分值点值(单价) \times 统筹基金支付率 \times 考核系数-审核扣减金额

DIP 付费下，结合区域总额预算，通过年终分值调整的方式，确

保医保基金安全可控。

2、内部人竞争机制关键点

DIP 付费是基于区域预算总额控制，与每家医院医保预算总额控制不同，倡导的是区域医疗机构之间相互竞争，通过竞争提高医保基金使用效率，通过竞争确保患者医疗可及性，通过竞争倒逼医院内部运营机制改革到位。

DIP 付费是医保部门通过区域总额医保住院预算打包，参考区域内 DIP 组数及数量，战略性购买区域医疗机构所有的医保住院患者服务，形成战略购买“基金池”，各家医院在这个基金池中“抢蛋糕”，医保按照各家医疗机构实际服务的数量和病种分值结算，具有明显的“激励强者、鞭策弱者”的作用，对于医疗服务能力强和管理水平高的医院就处于优势，对于医疗服务能力差和管理水平低的医院就处于劣势。

区域内的医院在内部人竞争的大环境下，第一，DIP 病组数量竞争。DIP 入组数量的多少反映医院 DIP 病组覆盖广度，医院会更加关注 DIP 数量的多少以及覆盖度广度，直接影响到医院的 DIP 收入。第二，医疗服务能力竞争。医院不仅要关注 DIP “量”的多少，更要关注 DIP “质”的高低，DIP 病种结构疑难程度反映医院医疗服务能力，分析病种组合的高分值病种与低分值病种构成情况，学科建设和医疗服务能力是影响医院收治病种组合的核心竞争力。第三，DIP 成本优势竞争。DIP 是基于预付打包付费，在医疗服务能力趋同的情况下，

你的成本消耗合理效益就高，你的成本消耗高效益就低，DIP 付费激励医院更加关注成本管控。

3、医保患共赢关键点

DIP 付费目标是实现“医-保-患”三方共赢，为了控制医院通过增肌按患者自费比例增收，医保部门在 DIP 付费中巧妙设计，通过医保支付系数考核控制实现。

支付系数<医保给定最低比例：

支付总额=病种分值记账金额-审核扣减金额

支付系数>医保给定的最低比例小于或等于 100%：

支付总额=年度分值×分值单价×当年支付率×年度考核系数-审核扣减金额

支付系数>100%：

支付总额=年度分值×分值单价×当年支付率×年度考核系数+调节金-审核扣减金额

医保统筹基金支付率=实际 DIP 记账费用/医保发生的医疗费用总额(职工/居民)

支付系数作为医保部门调控各家医院结算的工具，从以上公式可以看出，从医保部门角度来讲，对于支付率超过 100%的，医院盈余太多的医保部可以调节限制，防止从医疗过度转向医疗缺失。所以，医院要高度重视支付率问题，要按照医疗规范合理诊疗，不是医疗收费金额越低越好。

4、覆盖范围更广泛关键点

DIP 最大的特点，是覆盖范围更广泛。DIP 主要适用于住院医疗费用结算(包括日间手术、医保门诊慢特病医疗费用结算)，DIP 的适应性及可扩展性可探索应用于普通门急诊付费标准的建立，也可以应用于医疗机构收费标准的改革。

随着门诊统筹政策的执行，708 中日间手术的扩面，DIP 作为管用高效的医保支付工具，很快会在日间手术和医保门慢特病医保费用结算会加快推广和应用。医院要引起高度关注。

5、结算规则清晰关键点

DIP 虽然更加细化，《病种库》将主目录区分为核心病种近 11553 组，综合病种 2499 组，与 DRG 相比相关指标体系理解沟通难度大，晦涩难懂，医务人员接受度不高不同，医保推行难度大，对医疗专业知识要求高；而 DIP 更加通俗易懂，看一个病给多少分，简单明了，不需要医务人员了解更多的知识，医保推行更高效。

总之，DIP 付费大大势所趋，医院不仅要重视“五大”关键点，更要规范病案首页管理和填好《医保基本结算清单》，直接影响到医院 DIP 付费结果。

[返回目录](#)

· 地市精彩 ·

河南：建设智慧健康大数据创新应用中心，形成一批 5G+智慧医疗等 示范应用场景

来源：大健康派

日前，河南省印发《2022 年河南省数字经济发展工作方案》。2022 年，河南省将深入实施数字化转型战略，推进“5110”工程，坚持数字产业化、产业数字化、数字化治理、数据价值化、数字生态化“五化”发展，强化国家大数据综合试验区建设牵引，重点推动新型基础设施提速、数字经济核心产业提升、农业数字化深化、智能制造和工业互联网推进、智慧物流电商建设、智慧文旅发展、新型智慧城市提质、数字政府提效、数字乡村建设、数字经济生态体系建设等 10 个行动，全方位打造数字强省。

文件提到，将加快建设信息基础设施，优化提升融合基础设施。推进健康领域数字化改造，建设智慧健康大数据创新应用中心。

提升发展数字经济核心产业。积极发展 VR/AR、可穿戴设备等新型智能终端。发展物联网产业，重点发展 MEMS 传感器、智能传感器材料、智能传感器终端等全产业链。发展网络安全产业，扩大网络安全产品示范应用，加强与信息工程大学的战略合作，推进科技成果转化，落地一批合作项目。发展新一代人工智能产业，建设国家新一代人工智能创新发展试验区。发展软件和信息服务业，争取引进落地 20 家以上优势企业。发展 5G 产业，培育打造省级 5G 产业示范基地、

5G 应用创新引领区，形成一批 5G+智慧医疗等示范应用场景。发展区块链等前沿产业，制定河南省区块链技术应用和产业发展行动方案，推动区块链场景应用。积极培育平台经济新业态，支持开展互联网医疗等线上服务试点，培育一批专业功能独特、创新竞争力强的独角兽、瞪羚企业。

文件强调，全面提升数字化治理能力。加快数字政府建设，推动省一体化政务服务平台、政务服务移动端迭代升级，实现 4000 项政务服务事项全豫通办、全程网办。提高数字化公共服务效能，优化完善全民健康信息标准化体系，推进省医疗保障平台建设，提升医疗机构智慧化服务水平。稳步推进智慧养老服务平台建设，争取老年人入网人数达到 1000 万以上。深化智慧健康养老应用试点示范，推广物联网和远程智能安防监控技术。

优化数字经济发展环境。实施数字经济生态体系建设行动，加快产业园区、要素市场建设，统筹推进优势企业培育、对外开放合作。

同时将强化政策引导，加快设立省数字经济政府引导基金，吸引市场化投资机构发起子基金或定向投资重点企业和项目，引进培育数字经济初创企业。鼓励各地根据发展实际，设立数字经济发展专项资金，制定支持产业集聚发展、企业主体培育、创新能力提升等政策措施。坚持体系化推进数字经济项目建设，按季度纳入省重点项目“三个一批”活动，定期集中签约、开工、投产一批重大项目。加强要素保障，提供精准、高效、优质服务，推动签约项目早开工、开工项目

早投产、投产项目早达效。

[返回目录](#)

医保监管“云”助力，这个试点城市构建智能监控新格局

来源：威海市医保局

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。自创建国家医保智能监控示范点以来，2021年，威海市医保局紧紧围绕“医心为民、人民至上”的服务理念，聚焦参保群众“急难愁盼”再发力，在智能监控平台的基础上，主动迎难而上，大力应用新技术、新手段，主动适应新形势、新业态，引入第三方服务，与平安医疗健康管理股份有限公司达成合作协议，全面构建“1+2+N”智能监控新格局，实现了由单一的智能监控系统向综合监管体系跨越式发展，为参保群众撑“牢”了医保基金“保护伞”。

实行监管规则“云”更新让医保基金监管“有理有据”让医保基金“有迹可循”

不以规矩，无以成方圆。记者了解到，自威海市委市政府出台《关于建立医疗保障基金监管长效机制的意见》后，为进一步完善制度体系，威海市医保局先后印发了《威海市医保智能监管系统建设实施方案》和工作办法，配套出台了信用评价、信息披露、举报奖励、社会义务监督员、医保医师管理等制度文件20余个。“医保系统内的规章制度不只是对线下的定点机构和参保群众有约束性，线上也是同步监管，实时追踪，确切来说，线上比线下的监管更到位，智能监控系

统在事前事中就能识别出违规风险并作出相应提醒。”智能监控科科长林鑫介绍说，“我们的智能监控平台执行的医保基金相关规定、落实的相关政策都是最新的，上午业务科室把相关政策推过来，下午智能监控系统的更新就跟上了。”

让医保基金监管无死角，让医保基金流向“有迹可循”。2021年，威海市医保局创新工作管理机制，将平台运行管理延伸至后台操作人员管理，通过闭环管理机制(监测疑似问题输送院端-院端医保科接收信息-发送至院端业务科室落实完毕-院端医保科接收信息回馈-报送局业务科室-信息传送至智能监控科)进行合理化分工，进一步完善了医保智能监控系统服务功能。工作管理机制创新为医保基金监管注入了新动能，也为医保基金监管工作未来的发展带来更多新挑战。

基金监管科科长李辉告诉记者，智能监控平台提档升级，医保基金监管工作的发展迎来新挑战，这也是医保基金监管工作新的机遇，“医保为民”需要医保人时时刻刻在心里，医保基金监管工作更是需要“夜以继日”，“风雨兼程”。

拓展服务平台“云”功能完善“1+2+N”智能监控运行机制

为切实看好参保群众的“钱袋子”，威海市医保局积极拓展服务平台“云”功能，在原来智能监控系统运行基础上，上线了多个监管服务系统。

应用云监控人脸识别治理“假病人”，其中事后系统审核 123.57 万人次，拒付违规金额 354.29 万元，此外，威海市医保局还创新做

法，将人脸识别技术引入参保人员身份核验，累计核验中医“日间病房”住院患者 2.31 万人次；上线“医保数字保险箱”系统治理“假病情”，累计上链住院报销单、参保证明等数字证照 35.1 万张；上线大数据分析评价系统治理“假费用”，共发现问题线索 793 个，追回医保基金 309.49 万元；上线移动稽核 app，运用移动端现场检查定点医药机构 215 家，处理违规 23 家，追回基金 83 万元；上线进销存监管系统，截至目前，共收集信息 8236.56 万条，处方流转监管系统累计上传和流转 56 万人次；上线 DRG 智能审核系统，将全市 12 家 DRG 试点医院 618 个病组的病案首页数据接入 DRG 系统，共抓取违规病历 142 份，涉及违规金额 96.58 万元，疑似违规病历 115 份、违规金额 185.72 万元；上线医保基金风控系统，识别异常单据 923 条，涉及医保基金 232.29 万元。

关口前移+管服并重发挥医保基金管控“云”效能

常制不可以待变化，一涂不可以应万方。威海市医疗保障局双向发力充分释放医保智能监控平台的数据集合优势，全力推动关口前移，局端、院端一体化智能审核监管系统深度融合，互联互通，实现双机制体系“落地生根”。一方面，威海市医保局推动基金监管由事后向事前事中延伸，目前，威海已建成医保智能监控平台和 6 大智能监控系统，上线 8 类知识库、70.6 万条数据，梳理规则 11154 条，将应用功能拓宽至事前预警、事中审核等 9 个方面，数据资源中心接入 HIS 系统数据 1.5 亿条，数据利用率达 98%，智能定位系统完成进

销存数据对接的医药机构达到 1600 多家。另一方面，威海市医保局规范医保基金使用源头监管，在威海市立医院、威海妇幼保健院上线入院审批系统，对重点环节、重点科室、重点人员、重点病种进行全方位监控。

此外，作为全国医保智能监控试点城市之一，威海进一步探索基金监管新机制，建立基金运行监管分析报告制度，定期对定点服务机构基金运行情况开展大数据分析，及时掌握关键指标的变动态势，共发现药品费用异常、次均费用增长过快等问题线索 793 个，通过举办培训班、发放政策汇编、公众号线上培训等形式，在各区市对医保工作人员及医疗机构负责人开展业务专题培训，重点从《条例》宣贯、医药价格政策、基金监管案例分析三方面进行政策培训和业务指导，2021 年上半年共开展培训 6 期，培训人员达 2000 余人次，全力打通政策落地“最后一公里”，从源头上规范院端诊疗行为。

“对于医院而言，基金监管的关口前移，在病人就诊时的前端就规范了医生诊疗行为，实现医院收费合理、用药合理、治疗合理，促进医保基金的合理使用和规范管理，保障参保群众享受到合理有效的医疗服务。”威海市妇幼保健院医保科科长田华玲告诉记者。

“风险要从源头管控，而不是出现问题之后再去做问题，事后向事前事中推进，事前事中发现要用心，事后追踪要有责任心。”日常基金监管例会上，威海市医保局局长苑顺同志多次强调。

大数据时代的到来，新技术的应用将成为一种趋势，医保基金监

管领域也将引起一场巨大而深远的变革。夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；非廉洁淳良，不可信也。威海市医保局智能监控“云”数据“聚沙成塔”、“积水成渊”，为医保基金监管汇聚多方力量，为参保群众撑“牢”医保基金“保护伞”，这把伞为民服务的初心不会变，不仅“遮风挡雨”还“结实耐用”。

[返回目录](#)



扫一扫
关注药城公众号



扫一扫
关注医药梦网公众号



📍 地址：北京市海淀区万泉河路小南庄400号
北京先锋寰宇电子商务有限责任公司

☎ 电话：010-68489858