

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第32期

(08.08-08.14)

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。)

• 医疗改革 •

▶ [医保收入连续三年徘徊不前 零售药店转型正当其时](#) (来源：村夫日记) ——第 7 页

【提要】自从医保改革以来，受到集采和国谈影响的部分药品在院内销售受到了明显影响，院外零售市场获得了前所未有的关注。但是，药品零售市场同样受到医保的影响，虽然过去几年获得了一定的处方药的增量，但随着医保改革的深入，零售药店依靠医保发展的模式已经到了不得不转型的地步。

▶ [医疗商业模式变革：技术驱动边界](#) (来源：Latitude Health) ——第 10 页

【提要】随着技术创新的日新月异，商业模式的变革受到市场的高度关注。但是，从过去 10 年的实践来看，虽然商业形态出现了很大变化，但基本的商业模式并没有出现根本性的转折。技术的价值更多体现在提升传统产业的价值，尤其是提高效率和降低成本。从医疗领域来看，技术变革带动的商业创新是与支付方式改革相伴而生的。

• 医保动态 •

▶ [上半年医保基金收支平衡，灵活就业参保仍待探索](#) (来源：21 世纪经济报道) ——第 13 页

【提要】“从整体上看，医保基金当期结存情况良好，符合‘以收定支、收支平衡、略有结余’的原则。”南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任朱铭来表示。但由于我国医保基金目前仍以地市级统筹为主，各统筹区的基金运行情况不尽相同。8月1日，国家医保局在答复全国人大代表建议时指出，由于地区间经济社会发展、医疗消费水平和人口老龄化程度不一，基金支撑能力和运行情况也有差异，一些统筹地区基金运行压力较大，个别地区甚至出现当期赤字。

▶ [推动“三项工程” 助力医保经办服务能力再提升](#)（来源：山东省医疗保险事业中心）——第 19 页

【提要】今年以来，在国家医疗保障局坚强领导和精心指导下，山东省认真贯彻落实国家局各项工作部署，以行风建设和规范化建设为抓手，从业务经办堵点难点出发，创新推动数据赋能“无证明之省”工程、异地经办“协同服务”工程和能力提升“医保明白人”工程，实现医保经办服务“一键通”“一站办”“一口清”，全省参保群众获得感、幸福感和满意度不断提升。

• 中医药动态 •

▶ [强化高校顶层设计 培养中医药高层次创新人才](#)（来源：中国中医药报）——第 22 页

【提要】人才是中医药振兴发展的第一资源、根本基础、核心力量，强化中医药特色人才建设，是对中医药人才培养工作的总体要求，也是服务健康中国国家战略、顺应世界医学教育趋势、面向信息化时代

发展进程的重大课题。中医药高等院校作为中医药人才培养的主阵地，如何面向国家战略和人民幸福福祉，构建符合中医药特色人才成长的有效机制、队伍和平台，培养德才兼备、仁心仁术的高素质中医药人才，是实现中医药“传承精华，守正创新”的关键。

▶ [山东济南实施“六大工程”推动中医药传承创新](#)（来源：山东省济南市卫生健康委）——第 28 页

【提要】近日，山东省济南市卫生健康委印发《济南市中医药发展“十四五”规划(修订版)》，进一步完善和补充了该市“十四五”时期中医药发展战略、任务和举措，明确通过实施中医药龙头项目引领工程、中医药服务能力提升工程等“六大工程”，推动中医药传承创新，到 2025 年末，所有区县中医医院达到国家医疗服务能力推荐标准，全市中医药产业总产值突破 240 亿元。

• 医药专栏 •

▶ [国家医保局宣布：严打医药回扣](#)（来源：云南省药品集中采购平台）——第 31 页

【提要】8 月 11 日，云南省药品集中采购平台发布《关于失信行为评级为严重和特别严重的医药企业的公示(二)》，直接通报了云南**医药有限公司失信行为评级为严重。近段时间，已经进入失信药企的密集通报期，截至目前，国家医保局就“价格招采信用评价‘严重’和‘特别严重’失信评定结果”已经发布了 3 次公告，涉及 13 家药企，其中 11 家为严重失信药企，2 家为特别严重失信药企。

▶ [四部门：加强短缺药品和国家集采中选药品生产储备监测工作](#)（来源：工业和信息化部）——第 36 页

【提要】8月9日工业和信息化部办公厅等四部门发布《关于加强短缺药品和国家组织药品集中采购中选药品生产储备监测工作的通知》（以下简称《通知》）。此次《通知》发布，旨在为及时研判短缺药品和国家组织药品集中采购中选药品短缺风险，提升相关药品生产供应保障能力。

• 分析解读 •

▶ [探讨 | 欺诈骗取医保基金，损失金额如何计算？](#)（来源：中国医疗保险）——第 39 页

【提要】按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）的规定，医保基金损失的计算尤为重要，不仅是医疗保障行政部门履职的重要前提，也是行政处罚中罚款基数的重要依据。由于各地医保待遇政策不一，关于基金损失具体数额的计算存在很大争议。本文分析了医疗保障基金损失计算争议产生的原因，并提出相关建议。

▶ [一文读懂：医保贯标后，智能审核系统的挑战与应对措施](#)（来源：四川大学华西医院）——第 46 页

【提要】医保智能审核系统是根据临床诊疗、药学以及医保政策规范设置审核规则，采用信息化的审核引擎，实现全面、全程监控与评价医疗服务行为、医保政策执行情况的信息系统。随着医保业务经办量以及医保基金支出逐年增加，结合医保业务特点开展智能监控是提高

基金监管效率的必然选择。从智能审核在多个城市的运行情况看，智能审核在基金监管中取得了较好的成效，但其局限性以及在应用中的问题也逐渐暴露出来。本文对目前智能审核的应用情况、存在的问题进行分析总结，提出新时期优化智能审核的建议和思考。

-----本期内容-----

· 医疗改革 ·

医保收入连续三年徘徊不前 零售药店转型正当其时

来源：村夫日记

自从医保改革以来，受到集采和国谈影响的部分药品在院内销售受到了明显影响，院外零售市场获得了前所未有的关注。但是，药品零售市场同样受到医保的影响，虽然过去几年获得了一定的处方药的增量，但随着医保改革的深入，零售药店依靠医保发展的模式已经到了不得不转型的地步。

自从 2018 年下半年医保改革启动以来，零售药店获得的医保收入逐步开始止步不前。2019 年，零售药店的医保收入获得了 23% 的增速，从 1645 亿元上升到 2029 亿元，但 2020 年的增速只有 2%，这可以解释为受到疫情的影响，但 2021 年全年疫情整体稳定，医保收入增速为 -1%。这表明，零售药店市场受到医保支付制度改革的影响已经开始真正显现。

从整体来看，零售药店的医保收入止步不前有三个原因：零差价、门诊统筹改革和监管强化。

首先，药品零差价政策对药店影响较大。随着集采和国谈的推进，原先药品零差价的政策对市场的冲击效应凸显出来了。在集采之前，由于药价仍然较高，即使医院实行药品零差价，药店的药价仍然具备

一定的竞争力。但是，集采之后，院内价格大幅下降，药店已无价格优势，用户回流医院趋势明显。而且，随着部分集采将 OTC 纳入，院内 OTC 也获得了一定的发展，这对零售药店的增长形成了明显的压力。

其次，门诊统筹改革在两方面影响了零售药店市场：报销政策改变和个帐减少。在门诊统筹改革下，门诊报销不再全部由个帐支付，而是统筹基金会支付 50% 以上，这意味着如果医保用户去院内配药可以减少自身的个帐消耗速度。另一方面，为了增强统筹资金的支付能力，个帐资金中的企业缴纳部分不再注入个帐，这导致个帐大幅缩水。虽然用户在药店的支付会有一部分统筹支付，但大部分药店仍然以个帐为主，特别是 OTC 不可能在药店内使用统筹，用户在药店购药的意愿度明显下降，医院和基层医疗机构的替代作用明显。

最后，随着监管强化，原先的无处方随意购买处方药的行为受到冲击，不得不进行合规操作，改为互联网医院补方模式。虽然这对处方药销量的影响不大，甚至还在一定程度上推动了处方药的院外零售，但由于医保监管对医保卡盗刷的管理趋严，与原先弱势监管相比，药店所得到的医保收入受到了明确的管理，随意刷医保卡的情况大幅减少。

从零售药店的市场现状来看，虽然医保仅占到了零售药店全部销售额的 40%，但这是零售药店引流和销售其他相关产品的重要依托。目前全国已经有 39 万家药店纳入医保覆盖，占到药店总数的 68%。

不过，药店的转型并不容易，其面临三大难点：

由于年轻人对药品的需求都是偶发的，叠加上 O2O 模式的发展，实际到店购物的人数是非常有限的，大部分零售药店的主要销售对象是中老年人，尤其是有定期购药需求的老年人。

一旦医保对 OTC 药品的覆盖出现转变，处方药销售对药店的专业能力要求较高，很多药店连专职的药师都很匮乏，这样的药店显然没有能力再获得医保覆盖。而且，从日本的实践来看，要获得处方就必须是院边店，现在大量药店并不是院边店，未来也很难获得处方，只能向非药品进行转型。

OTC 和非药品虽然不像处方药那样需要高度专业化的服务，但毕竟与健康相关的产品仍有着使用指导的需求，以及用户反馈再调整产品使用的需求。这对药店服务人员的专业化仍有着明确的要求，但目前看不到任何药店能做到真正的专业化。这其中的原因固然是现有模式不需要专业化，也有成本考虑，由于来自医保的收入占到 40%，且无需提供真正的服务，药店对提高成本的任何改进没有迫切需求。

因此，面对医保支付制度改革，零售药店虽然获取了一部分流向院外的处方药，但自身的基本盘尤其是 OTC 也受到了一定的蚕食。在零差价政策下，处方药销售将无法成为药店的利润来源，如果还按照原来依赖医保的发展模式将面临可持续性的挑战。零售药店需要尽早规划转向以自费药品、医疗器械和其他非药品为主的模式，对健康快消品的销售能力将决定零售药店的市占率。

医疗商业模式变革：技术驱动的境界

来源：Latitude Health

随着技术创新的日新月异，商业模式的变革受到市场的高度关注。但是，从过去 10 年的实践来看，虽然商业形态出现了很大变化，但基本的商业模式并没有出现根本性的转折。技术的价值更多体现在提升传统产业的价值，尤其是提高效率和降低成本。

从医疗领域来看，技术变革带动的商业创新是与支付方式改革相伴而生的。

随着老龄化和疾病谱的改变，医疗支付方面面临的压力是空前的，一方面是老龄化带来的筹资压力对保险基金的可持续性带来了挑战，另一方面是慢病人群快速增加导致的医疗开支持续高速增长。

为了应对自社保体系建立以来最大的危机，过去 30 多年支付方式的改革集中在 DRG 和药耗价格的改革。通过药耗价格改革，支付方抑制了药耗开支的增速。通过 DRG，支付方有效地控制了住院医疗开支的增速，但带来了医疗质量不稳定的挑战。支付方进而通过推动医疗质量的提升来改善整体健康水平，从而在总体上降低医疗开支。由此推动了医疗市场的改变：医疗服务从割裂变为全链条贯通，从单一治疗模式向联合治疗转变，从院内向院外延伸。

无论是按照专科分类还是治疗和康复的割裂，医疗服务的链条是断裂的，医疗机构只关注治疗，病人很难得到持续的护理，尤其是院

外的追踪和干预是很大的空白。而且，由于各个专科只关注自己的治疗，对病人缺乏综合治疗的关注，导致医疗质量很难得到持续提高。因此，随着医疗服务链条的打通，治疗不再局限于单一专科，多学科治疗越来越普遍，也不再局限于院内，从院内向院外延伸。

但这一趋势发展的前提是医保和商保这两大支付方共同推动服务链条的顺畅，改变当前的割裂状态。但是，世界各主要经济体的支付体系差异很大，其整体的推动能力也不尽相同，商业模式必须因地制宜展开，并不是因为有了更具优势的技术就能直接商业化成功的。

具体来说，随着 DRG 的实施，住院时间缩短之后，出院后的康复护理需求增加。另一方面，由于床位周转率加快，医院更愿意和基层医疗机构合作来获取病人，这也推动了医疗筛查的发展。筛查主要通过基层医疗机构来完成，而康复和护理分别通过医保和长护险来覆盖。在这其中主要产生的是服务市场扩展的机会，技术的优势是在联接，这种联接带来了两方面的机会，一方面是信息化，主要是医院和基层医疗机构及康复护理机构的联接，方便各个医疗机构之间的对话，推动以病人为中心的模式发展。另一方面是远程问诊，机构之间的远程问诊和远程追踪有助于对病人的持续管理，提高筛查率和降低复发率。

不过，随着 DRG 的实施，药耗新技术的使用会受到一定的限制，一方面，医保会制定 DRG 除外支付目录来保证新技术的使用，另一方面也会推动新技术进入 DRG 各个组别。但 DRG 对新技术的纳入是整体

考虑，主要看重的是新技术覆盖面和对急重症的治疗价值，这就对新技术如何商业化提出了挑战。

一般来说，新技术的商业化取决于其面向的群体规模和自身的成本控制能力，如果只能面向较窄的小群体，由于无法快速扩展规模，成本也难以下降，产品价格会较为高昂。这类产品如果不是治疗急重症的，很难获得支付方的覆盖。但如果是面向大众，则成本可以在规模的前提下出现快速下降，产品价格可以明显下降，被覆盖的可能性较大。当然，这都是在量产可以降低成本的前提下，如果成本无法按规模下降，这样的产品很难面向大众，也难以真正做出规模。

因此，如果一项新技术如果不是治疗急重症的，又无法通过量产来降低成本的，被支付方纳入的机会较小，只能依靠自费市场做一个小而美的模式。当然，消费医疗仍是一个蓬勃发展的市场，虽然人口下降在远期将对其产生明显制约，但在中短期内仍将获得较快的增长，新技术在这一自费市场有着明显的机会。

从中国市场来看，随着支付方持续推动药耗价格改革和 DRG 的实施，新技术需要更多对标以医保为主的国家的商业化过程，寻找适合自己发展的策略。

由于 DRG 刚起步，中国对康复护理和前端筛查的支付覆盖还较弱，随着改革的推动和长护险的发展，诊前和诊后会得到逐步的覆盖，但这些覆盖将集中在医疗机构内的服务，促进的是医疗机构之间的联接需求，很难促进第三方服务的发展。

· 医保动态 ·

上半年医保基金收支平衡，灵活就业参保仍待探索

来源：21 世纪经济报道

日前，国家医保局公布了 2022 年 1 月至 6 月医疗保险和生育保险收支情况。



2022 年上半年，基本医疗保险(含生育保险)基金收入 15200.51 亿元，其中，职工基本医疗保险(含生育保险)9933.87 亿元，城乡居民基本医疗保险 5266.63 亿元。



基本医疗保险(含生育保险)基金支出 11030.88 亿元,其中,职工基本医疗保险(含生育保险)6869.35 亿元,城乡居民基本医疗保险 4161.53 亿元。

“从整体上看,医保基金当期结存情况良好,符合‘以收定支、收支平衡、略有结余’的原则。”南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任朱铭来表示。

但由于我国医保基金目前仍以地市级统筹为主,各统筹区的基金运行情况不尽相同。8月1日,国家医保局在答复全国人大代表建议时指出,由于地区间经济社会发展、医疗消费水平和人口老龄化程度不一,基金支撑能力和运行情况也有差异,一些统筹地区基金运行压力较大,个别地区甚至出现当期赤字。

从受访人士的观点来看,受人口老龄化程度加深、医疗费用增长较快等因素影响,医保基金的中长期平衡存在一定压力。为此需要在开源与节流两方面付诸努力。

总体基金保障能力稳健可持续

《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》显示,2021 年,全国基本医疗保险(含生育保险)基金总收入 28727.58 亿元,全国基本医疗保险(含生育保险)基金总支出 24043.10 亿元,全国基本医疗保险(含生育保险)基金当期结存 4684.48 亿元,累计结存 36156.30 亿元。

2022 年上半年医保基金运行情况显示,全国基本医疗保险(含生

育保险)基金当期结存 4169.63 亿元。

国家医保局医药管理司负责同志指出，总体上看，全国医保基金收支平衡，略有结余，收支规模与经济发展水平相适应，基金保障能力稳健可持续。

但正如前文所述，医保基金地区不平衡情况仍然突出。在 2021 年 2 月召开的国务院政策例行吹风会上，国家医保局副局长施子海表示，基金结存地区主要集中在部分人口流入的省份，集中程度还在不断提高。人口流入较多的东部 6 省市职工医保统筹基金累计结存比例在 2010 年占全国 44.7%，2020 年则上升到 56.6%。

朱铭来表示，受疫情影响，结存比例较高的省份相继推出了阶段性缓缴职工医保单位缴费政策，这将在一定程度上影响基金结存。

如果区分职工医保和居民医保分析，职工医保的“家底”更厚。但要注意到，截至 2021 年，个人账户的累计结存基金占职工医保的近 40%。“庞大的个账沉淀基金难以有效发挥医保的风险互济保障功能。从个人账户的实际使用情况来看，年轻人用得少、积累多，但老年人用得多、还不够，在个账基金使用的内部配置来看是不合理的。”中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜说。

居民医保方面，由于其筹资标准相对较低，但待遇保障水准不断提升，2021 年当期基金使用率已突破 95%。

中长期平衡存在一定压力

尽管医保基金目前结存情况良好，但在中长期发展方面仍有诸多

情况需要考虑，首要面临的便是人口老龄化。国家卫生健康委日前发文指出，预计 2035 年前后，我国将进入人口重度老龄化阶段，即 60 岁以上人口占比超过 30%。

朱铭来表示，老年人口对于医疗服务的需求更为迫切，随着人口老龄化程度的不断加深，医疗费用将迎来快速增长，作为医疗服务购买主体，基本医保将面临更大支付压力。

以职工医保为例，在 2021 年职工医保参保人数中，在职职工为 26106 万人，退休职工为 9324 万人，在职退休比为 2.80，较 2010 年的 2.99 有明显下降；而在医疗机构发生费用中，退休职工医疗费用 7461.37 亿元，在职职工医疗费用 5475.08 亿元，也就是说占比为 26.31%的退休职工在医疗机构花费了 57.68%的费用。

朱铭来解读称，由于我国退休职工不缴费，但医疗费用的增长率却显著高于缴费人群。目前已有地方实行延长缴费年限的措施，在未来需要考虑将退休职工纳入缴费范畴。

《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，2021 年全国卫生总费用初步推算为 75593.6 亿元，较 2010 年增长 55613.2 亿元，卫生总费用占 GDP 百分比由 2010 年的 4.98%增长至 2021 年的 6.5%。

“随着经济增长由高速进入中高速、疾病谱变化、医疗技术进步等，医疗费用支出不断增长，基金收入增速低于支出增速将成为新常态，医疗保障基金中长期平衡存在一定压力。”在前述国务院政策例行吹风会上，施子海说。

提升有限医保基金的使用效率

面对平衡压力，开源与节流两端具体有哪些可行措施？湖南大学风险管理与保险精算研究所所长张琳表示，截至 2021 年底，全国基本医保参保人数已突破 13 亿人，参保率稳定在 95% 以上，在“开源”端成效显著。

职工医保方面，增加缴费的举措也无太多探索空间。廖藏宜表示，早在 2019 年，全国职工基本医疗保险平均费率已达到工资总额的 9%，在世界范围内处于中高水平。如果再提高费率，将加重企业与职工的负担。应当在既定缴费水平基础上进行个人账户改革，建立健全职工医保门诊共济保障机制，通过激活现有基金的存量来满足群众的门诊医疗报销需求。

居民医保方面，尽管筹资水准自 2016 年以来以每年 60 元至 80 元的标准递增，但在定额筹资的模式下，总体筹资水平较职工医保差距明显，且对部分低收入家庭来说并不公平。中国人民大学公共管理学院教授李珍就此呼吁，居民医保筹资模式亟需由定额筹资向费率制转型，应以居民家庭人均可支配收入为基数，在全国范围内执行统一费率的筹资模式。

朱铭来表示，灵活就业人员是“开源”端值得思考的群体。目前，尽管灵活就业人员可以自愿选择参与职工医保，但缴费标准相较正规就业人群而言费率高出不少，且完全由个人承担，绝大部分灵活就业人员选择参加的是居民医保，甚至不参保。未来应当探索由挂靠平台、

个人、财政共同承担筹资的合理分担机制，将更多灵活就业人员纳入职工医保参保范围。

在受访人士看来，“节流”端应当是追求基金可持续发展的重点。“节流”不意味着医保待遇的下降，而是要在医疗费用快速增长的背景下提升有限医保基金的使用效率。

张琳表示，一方面需要逐步推进集采、DRG/DIP支付方式改革等举措；同时，商业保险作为多层次医疗保障的重要组成部分，具有很大发挥空间。商保既要衔接基本医保，成为医疗卫生事业的有效支付方，又要针对患者个性化、多样化需求，建立起健康管理服务的生态圈。

“要严格按照医保待遇清单促进制度规范统一，守住‘基本医保保基本’的底线，统筹发挥基本医保、大病保险和医疗救助三重制度综合保障效能，清单外的医疗需求则通过补充商业保险予以满足。”朱铭来说。

要规避不合理的医保支出，基金监管亦发挥重要作用。一位医保系统官员指出，目前医保部门正运用信息化手段，从事前、事中、事后三个维度介入基金监管。

“事前提醒主要是在医生进行诊疗行为之前，对等潜在的违规现象进行预警。如先前有慢病患者通过长期开药的方式骗保，现在通过慢病监控系统可以提前让医生注意到超量开药的现象；事中监管指的是医疗机构需将所有的诊疗行为上传至医保系统，医保部门能够在病

人住院期间进行实时审查;事后监管主要通过飞行检查等方式,对挂床住院、过度医疗等难以实时甄别的违规行为进行倒查。”该官员说。

[返回目录](#)

推动“三项工程” 助力医保经办服务能力再提升

来源:山东省医疗保险事业中心

今年以来,在国家医疗保障局坚强领导和精心指导下,山东省认真贯彻落实国家局各项工作部署,以行风建设和规范化建设为抓手,从业务经办堵点难点出发,创新推动数据赋能“无证明之省”工程、异地经办“协同服务”工程和能力提升“医保明白人”工程,实现医保经办服务“一键通”“一站办”“一口清”,全省参保群众获得感、幸福感和满意度不断提升。

推动“无证明之省”建设工程,实现“一键通”

为落实“放管服”改革要求,实现医保经办“减事项、减材料、减环节、减时限”,山东充分发挥数据赋能作用,通过对接50项常用电子证照库,参保人或单位无需提供各项证明材料,工作人员轻点鼠标即可实现信息在线核验,将“你向我证明”变为“我为你证明”,减少办事群众跑动次数,提升群众满意度。

一是全面推动“减证办”。组织全省各级医保经办机构按照首批确定的参保登记、生育保险待遇核准支付、医保关系转移等10项“用证”事项,开展证明材料梳理,最大程度“减证明、减环节、减时限”,对依法保留证明事项,通过与公安、民政、人社、卫健、行政审批等

部门共享电子证照和部门数据实现“无证明办事”。

二是拓展医保电子凭证应用场景。医保电子凭证被纳入山东省第一批 50 项常用电子证照证明清单，其他部门可根据业务场景需要对接使用，进一步扩大医保电子凭证应用范围和场景，实现挂号、就诊、结算“一码通行”。

三是建立“免证办”长效机制。深入各市调查研究，结合全省实际情况，按照“只增不减”的原则，做好第一批“用证”事项清单动态维护工作，着手梳理第二批“用证”事项任务，每年至少 2 次更新发布事项清单，不断扩大“无证明办事”范围和场景，做到清单之内“无证明”，医保经办“少跑腿”。

创新“协同服务”受理工程，实现“一站办”

为进一步完善医疗保障经办服务体制机制，提升跨市域、跨统筹、跨部门业务协同服务水平，切实提高参保群众异地医保经办便捷度，山东创新建立医保经办协同服务机制，打破“地域屏障”，参保群众异地办理医保业务无需“东奔西跑”，实现一站式“跨域通办”。

一是加强经办机构间协同服务。参保人在非参保地办理业务或异地联网医药机构就医购药时，向当地医保经办机构咨询求助，被咨询地医保经办机构按照首接负责原则，与参保地医保经办机构同时履行“双主体”责任，共同为解决群众诉求“保驾护航”。

二是加强经办机构与协议定点医药机构协同服务。参保人就医购药时遇有问题，定点医药机构按照协议承担医保服务主体责任，负责

对接医保经办机构，协同解决问题；参保人省内跨市就医结算遇到困难时，医药机构应与当地医保经办机构承担“双主体”责任，负责联系参保地医保经办机构协调解决。

三是加强跨省业务协同服务。对山东省参保人在省外或外省参保人来山东省办理医保业务或就医购药遇有问题，向我省医保经办机构咨询求助的，按上述原则加强与外省相关医保经办机构业务协同，协调解决问题。通过“协同办理”，把“麻烦事儿”抛给经办机构，将“幸福感”带给参保群众，切实让医保服务更加规范优质便捷高效。

启动“医保明白人”工程，实现“一口清”

山东已建成 2.2 万个基层医保服务站(点)，随着群众对医保经办业务和医保政策咨询需求的不断增加，基层医保人员能力和水平亟需提高。山东在全省开展“医保明白人”培训工程，让参保群众在家门口就能“找得到人、问得清楚、办得成事”。

一是锻造一支高素质队伍。按照“培训一批、考核一批、上岗一批”的原则，面向基层医保服务站点医保工作人员，在全省范围内首批培养 3000 名“医保明白人”，考核合格后持证上岗，真正把医保服务送到老百姓身边。

二是开发一套高质量课程。“医保明白人”培训共设置了公共课程和本地课程两大类，在全省层面推进经办政策优化，全面梳理医保参保缴费、待遇享受、异地就医报销、药品“双通道”管理等政策，遴选优质师资，精心制作课件，制作成全省统一的公共课程。同时，

各市结合当地政策实际，采用山东快板、情景剧、三句半等通俗易懂的方式，积极开发具有本地特色的个性化课程，培训课程更接地气、更有实效。

三是创建一个长效机制。推进培训常态化，开发线上教学模块，利用电视、电台、网络平台等渠道开设医保专题栏目、医保知识竞赛，促进全社会形成学医保、懂医保、用医保的良好氛围。建立完善“医保明白人”基本数据库，不断充实优化人员结构，到2022年底，在全省打造一支政策上“一口清”“问不倒”，专业上“学得深”“善思考”，业务上“上手快”“办得好”的高素质医保服务队伍。

下一步，山东省将紧密围绕国家局行风建设专项评价要求，锚定“走在前，开新局”工作目标，高点定位、高标推进、高效落实，积极践行医保经办好点子、推广好做法、宣传好成效，为推动医保经办服务高质量发展贡献山东力量。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

强化高校顶层设计 培养中医药高层次创新人才

来源：中国中医药报

人才是中医药振兴发展的第一资源、根本基础、核心力量，强化中医药特色人才建设，是对中医药人才培养工作的总体要求，也是服务健康中国国家战略、顺应世界医学教育趋势、面向信息化时代发展

进程的重大课题。中医药高等教育院校作为中医药人才培养的主阵地，如何面向国家战略和人民幸福福祉，构建符合中医药特色人才成长的有效机制、队伍和平台，培养德才兼备、仁心仁术的高素质中医药人才，是实现中医药“传承精华，守正创新”的关键。

2021年，上海发布了《关于深化医教协同进一步推动本市中医药教育改革与高质量发展的实施方案》，提出充分发挥上海中医药教育改革示范引领作用，不断优化中医药特色人才培养和评价体系的总体要求，设置了包括加强中医药学科专业建设、推动中医学长学制教育改革、探索院校教育和现代师承教育相结合新模式、建设中西医结合人才培养高地等16个方面内容。

2021年底，上海获批成为国家中医药综合改革示范区建设单位，再次把特色人才培养作为“构建‘规划引领、内涵导向、系统评价、多元激励、提升能级’五位一体的中医药高质量发展制度创新链”的重要环节。

2022年6月，国家中医药管理局、教育部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委联合印发《关于加强新时代中医药人才工作的意见》，聚焦人才培养、使用、评价、激励等体制机制改革提出系列政策措施。这进一步推动了上海深入探究中医药教育改革和人才培养驱动力和着力点。

上海中医药大学校长徐建光指出，“中医药教育需要顺势而上，通过建立‘大专业、大学科’的新形态，使中医药的学科体系、学术

体系、话语体系在推动现代医学模式转变过程中不断发展。通过培养中医药特色创新人才，使中医药在活态传承中实现现代化创新，让‘中’味更浓，‘医’效更好。”

与此同时，上海中医药大学也把“构建面向未来的中医药教育多元、开放、包容的新格局”纳入“双一流”建设蓝图中，进一步明确了中医药现代化发展的核心是多学科交叉与融合的建设方向。

上海中医药大学作为全国最早开办中医学长学制专业的院校之一，率先与“985”综合性大学合作，整合人文、自然等多学科教育资源优势形成多维人才培养特色，也是现今全国中医药大学中唯一坚持长学制学生本科前两年在综合性大学就读的院校。此项改革举措的设计者、国医大师严世芸认为，“中医药学植根于中国传统文化的土壤，‘仰观天文，俯察地纪，中悉人事’，是自然科学技术与人文科学价值的融合统一。如果将以整体观、系统论为特色的中医学割裂为各个知识模块，学生囿于狭小的知识藩篱，学文而不知医，学医而不知药，学药而不知方，无法完整把握中医药的精粹，传统的‘六经之旨’与‘当世之务’之间缺少紧密结合，也就失去了创新的动力”。

所以，学校在开放办学的过程中，一方面继续强化“文化涵养、思维养成、健全人格”的通识教育体系，实现道德修养与中医思维并育、人文素质与专业能力相融；一方面在突出“强素养、读经典、学各家、跟名师、做临床”的同时，对接中医药现代化要求和科学探究能力培养目标，整合优化传统课程、建设新兴交叉学科课程，通过选

修、辅修、科创等形式打通跨学科学习和实践的“立交桥”，提升人才知识结构的多元组合效应。

一系列体现“大健康”理念的多学科深度融合，逐步形成了“新医科”统领医学教育创新的理念和雏形。正如学校党委书记曹锡康指出的，“只有在院校教育阶段筑牢学生发展的根基，培植多学科交融和个性化发展的‘优质土壤’，才能解决中医药人才传承创新后劲不足的问题”。

为了持续优化多学科引入人才培养的机制建设，2016年起，上海中医药大学整合资源，成立了面向基础前沿领域的交叉科学研究院、面向文化引领的科技人文研究院，形成开放性、跨学科科研教学大平台。2018年起，学校整合附属医院临床学科特色，围绕中医临床诊疗思维、中西医结合临床诊疗技术、针灸推拿康复技能等内容，建立特色临床技能培训和评价中心，形成医教协同、理论技能一体化、师生培训一体化的实践教学大平台。2019年依托张江高科技园区、中国医药城和知名企业等产教研融合基地，建立服务医工结合人才培养的“中医人工智能学院”，跨出了医工结合的第一步，并率先在全国新办生物医学工程、智能医学工程两个新专业，获批教育部第一批、第二批“新工科”项目。

2020年，学校与中国中医科学院成立“本博连读联合教育学院”，新办“屠呦呦班”，依托京沪及全国名医名师工作室形成“大师+团队”全程师承教育的新思路，进一步探索中国特色的未来医学

科学家的培养规律。同时，与交通大学医学院成立“中西医结合汇聚创新研究院”，创建高校内的中西医结合虚实结合的研究高地。研究院负责人、上海市政府参事、副校长陈红专指出，“我们瞄准的都是具有顶尖优势的国内外公认的中西医领域诊疗规范和原创性基础研究成果，致力于在创新型人才培养上释放‘新活力’，在中西医结合学科建设上开创‘新局面’。”

加强人才培养供给侧和产业需求侧结构要素全方位融合，是进一步发挥中医药健康产业能级提升的关键所在。学校在“十四五”发展规划和高水平地方大学建设方案中，把“推进以中医人工智能产业学院、康复产业学院、中药产业学院、公共卫生实训示范基地、全科医学实践教学示范基地为代表的产学研合作基地和现代产业学院建设”作为重点工作。

学校与国内外具有影响力的高校、科研机构、企业建立广泛的人才培养网络，探索具有鲜明行业特色的课程定制机制，形成《互联网医疗与大数据》《交叉医学导论》《中药商品学和国际标准》等特色选修课程群；同时打破资源壁垒，充分利用企业的专业研发团队，共建联合教研室和双师型教学团队，形成“知识构建—场所实践—研发设计—实证应用”四位一体的“2+2”教学模式，解决产业研发与专业教学的脱节问题。

徐建光亲自领衔康复产业学院的建设工作，他表示，“要把人才培养的红利以及科学研究成果更进一步地体现在推动产业发展的大

命题上，实现研究有梯队、诊疗有规范、产业有方向、创新人才有归属，构建起协同开放、创新发展的中医特色人才培养大格局。”康复产业学院以康复医学院、附属医院、中医智能康复教育部工程研究中心为依托，与同济大学、上海机器人产业技术研究院有限公司、上海市超算中心等校、院、企深入合作，围绕新型康复产业人才培养和中医智能康复产品开发，推动教育链、人才链与产业链、创新链有机衔接。2021年获批上海市首批重点现代产业学院。

高校是中医药院校教育、毕业后教育和继续教育的统一连续体。《2017年上海市中医药工作要点》明确，建设国家中医药高层次人才培养基地。落实委市合作协议，以上海中医药大学为建设主体，按照医教融合的要求开展国家中医药高层次人才培养基地建设。致力于服务优秀拔尖人才脱颖而出、现代师承教育与文化传播相融合的高层次中医药人才培养的平台“优才学院”，就高层次中医药人才培养的理念更新与模式构建进行了有益的尝试。“优才学院”的成立，一方面充分利用高校学科荟萃、人才集聚的资源优势，为人才培养提供智力、文化、素养等方面的支持；另一方面，在大学学术研究和文化传承的沃土中，通过建立师生、生生“学习共同体”的方式，突破以往师承模式中“单兵作战”的视野局限，真正培养出素质全面、富有个性、人格平衡的人才。

2018年4月起，“优才学院”承办了第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目“强素养”培训班)、第三批上海市领军人才培

训班和第一批中医药外向型优秀骨干人才培养项目。特别是优才班，通过每期 100 人集中进行为期 6 周的学习，对接中医药高层次人才培养目标，遵循具有中医药特色的中医药人才传承规律，构建“医德并修，医文融合，医儒兼通”的培养新模式，为全国中医临床和基础优秀人才提升理论觉悟、夯实人文底蕴、开拓艺术视野、强化综合能力提供良好的学习“特区”，为中医药高层次人才培养模式的探索与实践打下了坚实的基础。

“优才学院”特聘顾问、“岐黄学者”刘红宁对此深有感触，“营造中医药人才发展良好环境，形成从卓越中医生培养—中青年骨干—领军人才和战略科学家的特色培养路径和整体保障机制，才能切实提升育人实效，推动中医药人才快速成长和可持续发展。”

中医药教育是中医药特色人才培养的根基，需要高校强化顶层设计，注重整体布局，做到统筹兼顾，特别是有效发挥高水平学科的支撑和引领作用，构建协调可持续发展的平台体系，才能为推动中医药事业高质量发展提供源源不断的人才支撑。

[返回目录](#)

山东济南实施“六大工程”推动中医药传承创新

来源：山东省济南市卫生健康委

近日，山东省济南市卫生健康委印发《济南市中医药发展“十四五”规划(修订版)》，进一步完善和补充了该市“十四五”时期中医药发展战略、任务和举措，明确通过实施中医药龙头项目引领工程、

中医药服务能力提升工程等“六大工程”，推动中医药传承创新，到2025年末，所有区县中医医院达到国家医疗服务能力推荐标准，全市中医药产业总产值突破240亿元。

在中医药龙头项目引领工程方面，《规划(修订版)》提出，争创国家中医药综合改革试验区、国家区域医疗中心、国家中医(肿瘤)医学中心。建设防治重大感染性疾病重点实验室。打造东西部两个中医药产业发展极。在自贸试验区中医药产业片区，打造中药产业集聚区；依托长清区鲁澳中医药科技园，搭建济南、澳门两地中医药人才、科研、产业交流合作平台。相较于原版，明确由中国中医科学院广安门医院牵头，联合广安门医院济南医院共同申报国家中医(肿瘤)医学中心，规划新建400张研究性病床，共同完成肿瘤相关的中医基础探究、中药创新研发、制剂成果转化、集成创新研究、交叉学科探索等重大任务。

在中医药服务能力提升工程方面，《规划(修订版)》提出，做优中医药服务布局，做强做大龙头中医医院，推进市中医医院东院区建设使用，争创省级区域中医医疗中心。夯实基层中医药服务基础，力争2025年末90%的区县创建全国基层中医药工作示范县。提升基层医疗卫生机构国医堂(中医馆)建设标准，建立“品牌”管理模式。相较于原版，进一步提出实施名医堂工程，打造一批名医团队运营的精品中医机构；开展“中医阁”建设，到2025年，30%的社区卫生服务站和村卫生室设置“中医阁”；实施重点人群中医药健康促进项目。

打通中西医协调发展经络，推动综合医院、专科医院、传染病医院和妇幼保健机构中医临床科室、中药房建设。提升中医治未病和康复服务能力，争创 1~2 家国家或省级中医康复中心。

在中医药科技创新工程方面，《规划(修订版)》提出，强化中医药基础研究和关键核心技术攻关，建强科技创新平台，促进中医药科技成果转化，加强中医药重点专科建设，实施扁鹊精品专科计划，每年评选市级重点专科 20 个。相较于原版进一步提出优化医疗机构中药制剂注册管理，促进合理使用中药。

在中医药人才建设工程方面，《规划(修订版)》明确，到 2025 年，培养 2~3 名学术领军人物、5~10 名骨干人才、10 名优秀学科带头人，遴选市级名老中医、名中医药专家、基层名中医、青年名中医 200 名。相较于原版，提出要将综合医院、妇幼保健院等医疗机构中医药人才纳入各类中医药人才培养项目；适当放宽长期服务基层的中医医师职称晋升条件，表彰奖励评优向基层一线和艰苦地区倾斜；把会看病、看好病和中药炮制、鉴定等作为中医药从业人员主要评价内容，构建中医思维、临床能力(专业技能)和社会认可度“三位一体”的评价体系。

《规划(修订版)》还提出，实施泉城中医药名品工程。实施“泉城中药名企”品牌战略，力争 5 年内重点培育 1~2 个中医药产业集群，纳入省“十强”产业“雁阵型”集群库。实施“泉城道地药膳”“泉城康养文旅”“泉城康养助老”品牌战略，并新增“泉城中医保健”

品牌战略。实施中医药文化弘扬传承工程，挖掘和传承中医药精华精髓，开展中医药文化传播活动，加大中医药国际交流力度。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

国家医保局宣布：严打医药回扣

来源：云南省药品集中采购平台

01 药品回扣问题高发，16家药企被通报

8月11日，云南省药品集中采购平台发布《关于失信行为评级为严重和特别严重的医药企业的公示(二)》，直接通报了云南**医药有限公司失信行为评级为严重。



近段时间，已经进入失信药企的密集通报期。

为对给予回扣、垄断涨价等问题突出的失信医药企业采取适当措施等，2020年8月，国家医保局发布《关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》，要求以省为单位、以医药集中采购机构为主体，全面建立医药价格和招采信用评价制度。

截至目前，国家医保局就“价格招采信用评价‘严重’和‘特别

严重’失信评定结果”已经发布了3次公告，涉及13家药企，其中11家为严重失信药企，2家为特别严重失信药企。

为此，国家医保局官网定期在“价格招采信用评价”专栏公布“严重”和“特别严重”失信的企业，加大行业警示力度。

据发现，国家医保局对上述13家药企通报的原因，大多是“向医院等有关人员给予回扣或不正当利益，使其经营的药品获得额外的交易机会、竞争优势和销售数量”。

国家医保局信息显示，以药品回扣问题为例，根据公开可查的法院判决文书统计，2016年-2019年间全国百强制药企业中有超过半数被查实存在给予或间接给予回扣的行为，其中频率最高的企业三年涉案20多起，单起案件回扣金额超过2000万元。医药上市公司平均销售费用率超过30%。

不仅仅是国家医保局，中纪委官方网站和云南、四川、河南等省市均发布过相关通报，医药回扣已经成为药企最高发的失信行为，呈现出涉案金额居高不下、腐败利益链条环环相扣等特点。

8月9日，国家医保局发布《关于天心制药等3家企业虚增原料药价格、虚抬药价套取资金有关情况的通报》，直接指出天心制药等3家企业为实现产品进院，通过隐秘的方式实现药品回扣，开展药品违规促销。

国家医保局对此直接要求，天心制药等3家药企需按要求在全国范围内对涉案的87种药品进行价格整改，剔除现行价格中用于实施

贿赂等虚高部分，平均降幅 50%以上，部分品规被停止采购。

值得注意的是，对于上述涉嫌虚高定价、套取资金的行为，国家医保局直接会同相关部门，对于 3 家企业进行了专项调查。

国家医保局同时表示，将配合有关部门持续纠正医药购销领域不正之风。

6 月 6 日，国家卫健委联合工信部、公安部、财政部等九部门联合发布《关于印发 2022 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》指出，“产销用”各环节共同发力打击违法行为。

生产环节，严惩前置套取资金行为。加大对生产环节的财务监管力度，防范将“回扣”资金的套取从流通环节转移至生产环节，严厉打击套取资金用于药品耗材设备回扣、商业贿赂行为。

流通环节，严惩套取资金行为。重点聚焦医药企业使用票据套取资金，虚构业务事项套取资金，利用医药推广公司空设、虚设活动等违规套取资金，账簿设置不规范，将套取资金用于“带金销售”、商业贿赂的违法违规行为。

此前，中纪委网站发文《院长带头腐，导致医院“全链条”腐败》指出，院长收取 10%的回扣，财务人员、库房管理员收取 2%的回扣，临床医生、护士收取 15%的回扣，形成药品耗材采购院长腐、支付贷款财务腐、药品入库库管腐、处方开单医生腐的“全链条”腐败。

不管是国家医保局、中纪委或是地方政府机构，对医药回扣等医疗领域的腐败行为态度已经十分明确，严查并通报，相关企业及人员

都或受到惩罚。

02 挤出药品价格不合理水分，清除药品回扣灰色空间

根据医药招采信用评价制度，药企一旦涉及商业贿赂，需要详细说明涉案药品或医用耗材“回扣”情况，包括给予回扣的对象、金额、方式、资金来源，单价药品或医用耗材“回扣”占零售价格的比例等。

一旦药企信用评价制度出现问题，除了惩罚，另一直接需要面对的就是医疗机构减少甚至中止对其继续采购医药产品。也就是说，给予回扣会导致药企丧失进入集采市场的机会。

根据《“十四五”全民医疗保障规划》，到“十四五”末期，各省(自治区、直辖市)国家和省级药品集中带量采购品种达 500 个以上。

集采已经常态化，从地方到国家，其市场影响范围达到千亿。国家卫健委医政医管局发布的国家三级和二级公立医院绩效考核操作手册(2022 版)的通知中，对于国采中标药品的使用比例都要求不断提高。有业内人士指出，后续集采市场销售额或超过百亿。药企一旦失去集采市场，影响不言而喻。

为根治医药回扣问题，国家医保局还将多部门联动、综合施策。目前来看，国家监管部门正不断加大对药品回扣等行为监管处罚力度。

例如：近期开展的医保基金飞检，倒查两年半；以及建立全国统一信息平台，都在通过加大对医院的监管力度，从而避免医疗腐败滋

生。

业内有人认为，未来，公立医院药品采购环节，或许会建立诚信评价和惩戒体系，综合消除带金销售、药品回扣等医疗腐败问题。

在信用评价制度中，同时提出鼓励企业采取切实措施主动修复信用，包括终止相关失信行为、处置失信责任人、提交合规整改报告并接受合规检查、剔除涉案药品或医用耗材价格中的虚高空间等。由此可见，失信企业想要恢复信用，可以采取主动降价，挤出药品价格回扣水分等行为。

一直以来，医药领域回扣等突出问题导致医药费用过快增长、医保基金大量流失。当药价逐渐合理化，药品回扣灰色空间殆尽，药企之间的竞争也将回归良性。

针对药品回扣，医保局此前在媒体回应时表示，国家医保局还将从改革层面持续发力，根治药品回扣：

一是以全面实行集中带量采购为目标深化药品耗材集中采购制度改革，巩固和完善采购规则和政策体系，实现常态化运行；

二是完善医保基金总额预算管理和量化考核，推行按病种、按疾病诊断相关分组付费等多元复合的医保支付方式，促进公立医院强化成本意识，配合降低药品耗材采购价格；

三是稳妥有序推进医疗服务价格改革，通过调控医疗服务价格总水平、理顺比价关系，使公立医院更多通过医务性收入获得合理补偿，降低对药品耗材采购使用中“灰色”利益的依赖。

药品回扣利益链不断被曝光，严打仍在继续。

[返回目录](#)

四部门：加强短缺药品和国家集采中选药品生产储备监测工作

来源：工业和信息化部

8月9日工业和信息化部办公厅等四部门发布《关于加强短缺药品和国家组织药品集中采购中选药品生产储备监测工作的通知》(以下简称《通知》)。此次《通知》发布，旨在为及时研判短缺药品和国家组织药品集中采购中选药品短缺风险，提升相关药品生产供应保障能力。



《通知》提出，在监测品种方面，国家卫生健康委公布的国家短缺药品清单品种、国家临床必需易短缺药品重点监测清单品种，国家

医保局公布的国家组织药品集中采购中选药品。监测品种目录实施动态调整。

监测企业方面，短缺药品生产企业、国家组织药品集中采购中选企业、重点短缺药品储备企业。监测企业目录实施动态调整。

监测工作模式方面，地方工业和信息化主管部门会同卫生健康、医疗保障、药品监管主管部门督促指导本区域内监测企业通过线上方式填报生产储备信息，协调组织生产供应。工业和信息化部会同相关部门对生产储备信息进行分析、适时开展检查评估并公布相关情况，协调解决重大问题。

关于信息报送时间和方式，为每月 10 日前，短缺药品生产企业和集采中选药品生产企业，通过“短缺药品生产供应监测预警平台”，分别填报《医药工业企业短缺药品生产供应监测报表》《国家集中采购药品生产供应监测报表》；重点短缺药品储备企业通过“国家医药储备管理信息系统”，填报《短缺药品库存数量统计表》。

国家组织药品集中采购中选药品短缺风险，一直是大家关注的问题。但自国家组织药品集中采购推行以来，药品集中采购也确实出现过中标企业断供等问题。那怎样避免此类情况发生？国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心等相关部门也采取相应有效措施，如下：

其一，第七批国家组织药品集中采购改变了以往“一个药品在一个省份只有一个中标企业”的规则，新增了备供地区和备选企业。拟

中选企业统一进行主供地区和备供地区确认，拟中选企业确认后在备供地区成为备选企业，备选企业按其中选价格直接在备供地区挂网供应。当主供企业无法满足所选地区市场需求时，备供企业可按有关程序获得主供企业身份。

其二，对违约的申报企业、中选企业设定和实施资格限制。在药品集中采购活动中，以违约、违规行为“情节严重”为前提，将申报企业、中选企业列入“违规名单”，取消相应企业的申报资格、中选资格。同时，视情节轻重取消上述企业自列入“违规名单”之日起2年内参与各地药品集中采购活动的资格。

其三，建立和实施药品招标采购信用评价制度。在充分掌握信用信息、综合研判信用状况的基础上，以公共信用综合评价结果、行业信用评价结果等为依据，对监管对象进行分级分类，根据信用等级高低采取差异化的监管措施，由此构建以信用为基础的新型监管机制。2020年国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心印发的《医药价格和招采信用评价的操作规范(2020版)》中就规定，根据失信行为的性质、情节、时效，以及影响范围等因素，将医药企业在本地招标采购市场的失信情况评定为“一般”“中等”“严重”“特别严重”四个等级，对于失信等级评定为“一般”的医药企业，给予书面提醒告诫；对于失信等级评定为“中等”的医药企业，还应在采购平台的信息中标注信用评级结果，并在医疗机构下单采购该企业生产、配送的药品或医用耗材时，自动提示采购对象的失信风险信息；对于失信

等级评定为“严重”的医药企业，应限制或中止该企业涉案药品挂网、投标或配送资格；对于失信等级评定为“特别严重”的医药企业，应限制或中止该企业全部药品挂网、投标或配送资格。

此次《通知》的发布，明确要求，充分发挥省级会商联动机制作用，进一步加强信息联通共享，强化监测预警，完善短缺药品分级应对管理措施，指导监督企业履行好信息填报义务，不断提升药品生产供应保障能力，更好满足人民群众健康需求。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

探讨 | 欺诈骗取医保基金，损失金额如何计算？

来源：中国医疗保险

按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）的规定，医保基金损失的计算尤为重要，不仅是医疗保障行政部门履职的重要前提，也是行政处罚中罚款基数的重要依据。由于各地医保待遇政策不一，关于基金损失具体数额的计算存在很大争议。本文分析了医疗保障基金损失计算争议产生的原因，并提出相关建议。

一、医保基金损失计算的争议

医疗保障行政部门在处理案件过程中，对于个人的违规行为一般较为容易计算基金损失，但对于定点医药机构的违规行为，计算过程中存在以下分歧。

1、基金损失必须精准计算

第一种观点认为行政处罚案件对程序要求高，医保基金损失是罚款的基础，应力求精准。在违规情形已认定，又有参保人员详细名单的情况下，应逐一计算每个参保人员的医保待遇享受情况，得出一个较为准确的医保基金损失金额。

以某案件为例，医疗保障部门已查实定点机构在开具化验项目“真菌培养及鉴定”和“真菌药敏试验”时打包检查收费，共涉及461人次，其中451人次因真菌培养结果“阴性”而未做“真菌药敏试验”。该打包检查收费行为涉嫌过度检查，451人次的违规医疗总费用为22550元。按照第一种观点，应当将451人次先按照城镇职工、城乡居民等人群进行区分，然后按照门诊、住院等类别进行区分，再按每个人发生总金额中现金、个人账户、统筹基金等进行细分，其中如涉及离休干部、劳模资金的应单独列出，然后计算出每个人违规医疗费用所对应的统筹基金、医疗救助等损失，最后汇总求和，即为总的基金损失。

2、基金损失直接按相关比例测算

第二种观点认为医保经办机构对于定点机构费用拨付有较复杂的规定，而实时结算过程中又涉及个人账户、起付标准等，实际上无法精准计算医保基金损失。建议不再进行细算，可按照现有医保政策规定，在医疗机构认可的情况下，以基金拨付比或政策规定的报销比为基础，计算医保基金损失金额。

仍以上述案件为例，根据 451 人次违规医疗总费用 22550 元，如该定点机构上年度基金拨付综合比为 80%，则可按照 18040 元 ($22550 \times 80\%$) 作为总的基金损失；或者按照最有利于定点机构的方式，以该市现有医保政策中最低的报销比 70% 作为计算标准，则得出总的基金损失为 15785 元 ($22550 \times 70\%$)。对于骗保案件，公安部门和检察部门在无法精准计算基金损失的情况下，按有利于对方的原则，多采用此类计算方式。

3、基金损失区分不同险种后按相关比例测算

第三种观点同样认为逐一细算医保基金损失不可行，但由于城镇职工医保与城乡居民医保待遇仍有一定的差异，建议按照相关比例，分别计算城镇职工医保、城乡居民医保、医疗救助等对应的基金损失，相加得出医保基金损失总金额。

按照第三种观点，则应将 451 人次先按人员类别分解成城镇职工和城乡居民，再按各自的基金拨付综合比进行计算。假定该案件涉及职工 230 人次，对应违规医疗总费用 11500 元；城乡居民 221 人次，对应违规医疗总费用 11050 元；该定点机构上年度城镇职工医保基金拨付比为 85%，城乡居民医保基金拨付比为 70%，则基金总损失为 17510 元 ($11500 \times 85\% + 11050 \times 70\%$)。

二、医保基金损失计算难的原因分析

医保基金损失计算难，主要原因在于医保基金的结算方式与监督检查的计算方式不一致。医保基金结算由参保人员发起，采取个人账

户、统筹基金等通道式结算方式，统筹基金的支出统计以人为单位；医保各类监督检查以具体项目(包括药品、诊疗项目、耗材)为入口，对应的一般是违规项目总金额，各类违规费用的统计以项目为单位。在认定违规金额时，需要将以项目为单位的违规医疗费用总额转换为以人为单位进行结算的基金支出数额，转换过程涉及医保支付方式等一系列操作问题，难度非常大。

1、结算方式问题

一是费用结算时间。目前医保经办机构与定点医药机构的费用结算有一定的滞后期，《关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》规定定点机构费用结算办理时限不超过 30 个工作日。因此，对于检查发现的违规问题，定点机构会以医保基金尚未结算、医保经办机构可直接扣除为由，认为不应计入医保基金损失。

二是费用预拨方式。根据相关政策规定，医保经办机构可以在合理预留一定比例的考核保证金和年终清算资金后，再与定点机构进行医保费用结算。以笔者所在市为例，考核保证金比例为 5%，在年度考核清算前，定点医药机构每月获得 95%的医保费用结算，定点机构会要求在计算损失时将考核保证金部分按比例予以剔除。

三是医保支付方式。当前医保已实行区域总额预算、DRG/DIP 等支付方式改革，虽然定点机构每月所获取的是按项目付费的医保结算费用，但最终将根据年度总额预算考核、DRG/DIP 考核结果进行清算，定点机构实际获得的医保基金数额与按项目付费所对应的数额并不

一致。

2、待遇配置问题

一是报销比例因素。根据《社会保险法》的规定，各地均对城镇职工医保和城乡居民医保参保人员设置了不同的待遇标准，而且针对特殊人员(如家庭医生签约人员、门慢门特人员等)也有特别的待遇规定，无法将违规项目按照统一的比例精准计算基金损失。

二是算法配置因素。目前医保交易均已实现实时结算，在算法配置中，包含普通门诊、药店门诊、住院、门诊慢性病、门诊特殊病等多个医疗类别；也包括城镇职工、城乡居民、离休干部、劳模等多类人群；还包括个人当年账户、个人历年账户、统筹基金、大病保险、医疗救助等结算渠道。基金报销按照医药机构的不同等级以及各类分段金额的高低也有不同的比例。

对于一笔实时结算费用中的单个违规项目，基金损失既与医疗类别、不同人群、费用总金额的分段计算有关，又具体涉及个人账户、起付标准、统筹基金、大病保险、医疗救助、优抚等各类财政资金、商业补充医疗保险等，实践中难以界定违规费用对应到哪个部分，也难以具体细算出医保基金损失。

3、基金损失退回渠道问题

在违规金额认定存在争议的同时，基金损失的退回渠道也未能形成一致意见。

一是统一退回至职工医保财政专户。考虑到在计算医保违规金额

时可能只能以拨付比或政策规定的最低报销比为基础，难以计算各险种的具体违规金额，有观点认为基金损失应统一退回至职工医保财政专户。

二是按险种分别退回至原财政专户。《条例》第四十五条、《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第五十三条均明确指出，“退回的基金退回原医疗保障基金财政专户”，有观点认为基金损失应按险种分别退回至城镇职工医保和城乡居民医保财政专户。

三、医保基金损失计算的相关建议

1、基金损失界定的相关建议

部分违规项目的医保基金损失实际上无法具体界定，而对于医保部门而言，作出相关决定前必须明确基金损失金额，对此提出以下几点建议。

一是处理决定应充分听取意见。无论协议处理决定还是行政处罚决定均属于行政行为，医保部门在追回基金或作出罚款决定前，必须充分听取定点机构的陈述申辩和反馈意见，对于已经审核扣款或已主动退回的部分予以剔除。同时应在与定点机构协商一致的基础上，将违规基金损失按照同一口径进行计算，以避免行政风险。

二是协议文本应明确相关要求。虽然费用预拨方式和医保支付方式均对定点机构实际获得的医保基金有所影响，但费用预拨和支付方式均针对一定时间内所有的医疗服务行为，而违规行为只涉及某个医疗服务行为中几个特定的项目，因此不宜在计算基金损失时过多考虑

此类因素。建议在签订医保定点协议时明确“如因违规行为需追回相应医保基金的，不考虑费用预拨及医保支付方式所带来的影响”。但对于费用结算滞后问题，定点机构尚未获得拨付费用的，不宜直接作为基金损失，可对未拨付的费用进行扣除。

三是国家层面应明确相关口径。由于协议处理决定和行政处罚决定均需要计算基金损失数并作退回，建议国家层面统一明确基金损失的具体规定，供各地在行政执法、刑事司法等方面予以应用。

笔者建议可按照《条例》第四十五条的规定，同时结合工作实际，在确实无法精准计算违规项目的医保基金损失时，应尽量简化基金损失的计算方式，如可采用上年度定点机构的医保基金综合拨付比(包括统筹基金、大病保险、医疗救助等基金)进行具体计算：医保基金损失=违规项目医疗总费用×上年度该机构医保基金拨付比。如定点机构为新增的，可按照政策规定的最低报销比进行计算。

2、违规金额退回渠道的相关建议

笔者认为按照医保基金综合拨付比计算出医保基金损失时，实际上已经是一个基金损失的总体值，难以再具体细分成城镇职工医保基金损失、城乡居民医保基金损失、大病保险基金损失、医疗救助基金损失等。建议按照有利于具体操作的角度出发，从国家层面明确违规金额退回渠道，对于无法精准计算的情形，可直接退还至城镇职工医保基金财政专户。

[返回目录](#)

一文读懂：医保贯标后，智能审核系统的挑战与应对措施

来源：四川大学华西医院

1. 前言

医保智能审核系统(以下简称智能审核)是根据临床诊疗、药学以及医保政策规范设置审核规则,采用信息化的审核引擎,实现全面、全程监控与评价医疗服务行为、医保政策执行情况的信息系统。随着医保业务经办量以及医保基金支出逐年增加,结合医保业务特点开展智能监控是提高基金监管效率的必然选择。从智能审核在多个城市的运行情况看,智能审核在基金监管中取得了较好的成效,但其局限性以及在应用中的问题也逐渐暴露出来。随着国家医疗保障局贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准(以下简称“贯标”)、药品目录动态调整以及支付方式改革的推进,智能审核也面临新的机遇与挑战。本文对目前智能审核的应用情况、存在的问题进行分析总结,提出新时期优化智能审核的建议和思考。

2. 智能审核取得的成效

2.1 提高了医保经办机构的监管效率

传统的人工逐单审核效率较低,面对数量巨大的医保单据只能选择按比例抽审或进行重点单据的审核,而智能审核可以通过审核引擎内置的规则快速完成医保单据的审核,筛选出明显违反政策的单据直接扣款,也能够迅速定位存在疑点的单据,将可疑单据返回医疗机构,由医疗机构提交补充资料说明情况,医保经办机构再进行人工复审。

在该模式下，智能审核实现了全单据、全样本的审核，通过筛选可疑单据进行人工复审，大幅提高了人工审核的效率。另外，一些地区的医保经办部门将智能审核延伸至医疗机构的医生工作站，在医生开具医嘱时即时提示，做到事前管控，从源头避免了一些明显违反医保报销政策情况的出现，协助医疗机构降低了管理成本与风险。部分地区通过前置智能审核并关联患者历次门诊就诊记录，对患者就诊行为开展全程监控，拦截患者在不同医疗机构之间重复开药等不规范就诊行为，降低患者的违规风险。

2.2 提高了医疗机构上传的数据质量

智能审核需要医院按要求上传患者费用明细以及可识别的 ICD-10 诊断，若费用明细未按要求上传或 ICD-10 诊断缺失，可能出现“假阳性”审核单据，需要医院再次提交资料证明其并未违规，不但增加了医院工作量，且一旦医保经办机构对二次提交的材料不予认可，则造成扣款。因此医院自发通过各种管理措施提高上传数据的准确性、完整性，特别是医保接口文档中结算交易要求上传的 ICD-10 诊断。从笔者所在地区的实施情况看，2014 年智能审核开始前，由于结算交易只需要上传一个 ICD-10 诊断即可完成结算，上传的 ICD-10 诊断也不用于审核，因此医院并不重视诊断的上传，往往只上传一个 ICD-10 诊断，或所有出院患者均默认一个诊断(如“肠消化不良”)上传。2014 年开展智能审核后，由于 ICD-10 诊断与药品、诊疗项目的适应症审核直接相关，因此医院上传 ICD-10 诊断的完整

性、准确性大幅提高。同时，部分医疗机构根据智能审核规则中涉及费用明细发生时间判断是否违规的规则逻辑，对费用明细发生时间的取值进行了调整，如将以往 HIS 系统中“生成账单的时间”或“开具医嘱的时间”调整为“执行项目的时间”，作为明细发生时间上传，尽量避免出现数据上传偏差导致的智能审核“假阳性”问题。

2.3 规范了医疗机构的收费和诊疗行为

实施智能审核监管后，传统人工审核需要花费大量时间甄别的计费、医疗管理漏洞被全面识别，如按小时计费项目一天内计费超过 24 小时、按日计费项目超过住院总天数等明显不符合收费规范的问题。医院也参照智能审核规则，搭建院内基于智能审核的合理用药、收费合规、病种管理等系统，提升医疗机构医保基金使用管理的精细化水平。医院通过分析智能审核反馈的扣款数据，定位问题原因并有针对性地进行整改，促进了医疗服务收费以及临床诊疗行为的规范。

3. 智能审核的局限性及问题

3.1 收集医疗信息较少，智能化程度受限

目前智能审核主要依靠费用明细以及 ICD-10 诊断配置审核规则，而反映医疗过程以及医疗结果的医嘱、LIS(实验室信息管理系统)、PACS(医学影像存储与传输系统)以及护理量表等医疗信息并未纳入审核系统。笔者医院所在的统筹区开展智能审核较早，实施过程中曾尝试将涉及临床合理性的规则直接用于审核监管，但由于缺少医疗相关数据，试行期间几乎所有单据都被提示违规，出现了大量违反

“临床合理性”的单据。目前受制于反映医疗过程的信息的缺失，智能审核对医疗合理性问题的甄别能力还有待提升，实际上并不能十分有效地控制“医疗不合理导致的医疗费用增长”。

随着《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(以下简称《药品目录》)的动态调整，目录内药品报销限制条件的设置也更加贴近临床。在缺少医疗信息的情况下，智能审核的应用受到一定的限制，如在《药品目录(2019年版)》执行后，营养风险评估、药敏试验等成为药品报销的审核依据，而费用明细与 ICD-10 诊断并不能完全涵盖上述信息，只能将所涉及的单据划入可疑单据反馈到医院，再由医院补充提交资料。以笔者所在医疗机构 2019 年智能审核系统反馈的可疑单据为例，平均每月智能审核初筛可疑单据 1504 份，占申报单据的 22.49%，其中约 95% 为因缺乏实验室检查结果、营养风险评估、体温记录等信息而产生的可疑单据。虽然该部分单据经医院提交资料申诉，医保中心复审给予了报销，但由于申诉工作量较大，医疗机构与医保审核部门都承担了较大的工作压力。2022 年，国家医疗保障局尝试性地将药品说明书作为药品的报销限制，而药品说明书的内容更加复杂，在不收集医疗文书、医嘱等信息的情况下，系统将不能够满足“智能”审核的要求，所有单据均需人工复审。

3.2 审核规则内涵不明确

在国家医疗保障局统一调整《药品目录》后，虽然各统筹地区的药品目录保持了统一，但是在实际执行层面，由于缺乏对报销限制的

统一解释、培训以及规范，存在同一报销限制条件在不同统筹地区、不同层级的医保经办机构和医院之间理解不一致的问题。加之智能审核软件公司出于保护知识库商业价值以及医保经办机构防止医院根据规则规避智能审核的考虑，智能审核执行过程中往往不公开或不直接公开智能审核规则的具体配置情况，导致医院医保报销审核与医保经办机构之间信息不对称以及执行层面的不一致，出现报销审核纠纷。

3.3 审核规则的制定缺乏政策依据

目前智能审核涉及较多收费合规性规则，如重复收费、限定频次、手术超高频次规则。除明确违反收费常规的情况，如按日计费项目收费超过住院天数、按小时计费项目单日收费超过 24 小时，部分涉及收费合规性的审核规则缺乏政策依据。虽然医保管理部门应对收费合规性进行监管审核，但在行政管理中又未明确发布“收费规范”，导致管理上只有“智能审核认定的不合规收费”而无“收费政策认定的不合规收费”，造成医院的收费政策执行与报销审核规则执行不一致，在实际工作中给医院医保审核报销以及收费管理带来较大的困扰。

3.4 未厘清智能审核与按病种付费的关系则的制定缺乏政策依据

智能审核以项目形式进行扣款，而按病种付费则是以病种支付标准与医院进行结算，在扣款执行层面将智能审核按项目形成的扣款直接从病种支付标准中扣除并不合理。另外，若按病种付费结余政策设

置了结余封顶线，如政策规定按病种付费结余留用最多不超过 1000 万元或基金拨付总额的 3%，考核时应从结余中扣减智能审核违规费用再计算封顶线，若先计算封顶线再扣除审核扣款，则导致医院在结余超过封顶线时并未得到足够的补偿。

4. 新形势下智能审核的优化建议

4.1 以“贯标”为契机，多维度采集数据

以“贯标”为契机，在医保诊断、医疗服务项目、药品和耗材分类代码全国统一的基础上，探索采集和分析入院记录、医嘱、检验检查报告数据的智能审核系统应用。提高智能审核监管的灵敏度和特异度，真正实现基于医疗合理合规的智能审核。

4.2 加强政策指导，明确审核规则内涵

医保药品目录报销限制条件的解释应加强国家层级的指导与规范，避免不同医保经办机构、不同医疗机构解读的偏差。建议医保经办机构将智能审核延伸至医院，做到事前、事中有效监管，避免不合理医疗行为的发生，不仅实现单个统筹地区审核规则的一致性、公平性、联动性，也避免各个医疗机构重复开发院内审核系统造成资金浪费。同时，医保经办机构需尽快与市场监督部门明确职责分工，在政策层面明确涉及收费计费的规则，改变目前只有“智能审核规则”没有“收费政策执行规范”的情况，促进医疗机构价格、运营、医保等管理部门与医保经办机构形成合力，共同开展收费计费规范的执行与监督。

4.3 完善数据采集，优化申诉模式

为降低医疗机构申诉以及医保经办机构的复审工作压力，医保经办机构一方面应完善基础数据的采集，另一方面可以采用 Browser/Server 模式，由医保经办机构访问医疗机构的电子病历、费用系统查询资料，资料不完善时再由医疗机构举证上传。医疗机构也可进行优化改造，在事前和事中关口内嵌管理系统，通过接口收集医保项目符合报销要求的字段数据，通过 freemarker 技术和文件转换生成申诉举证图片材料，由工作人员复核材料后，与医保经办机构开通接口，批量上传至医保经办机构。

4.4 加强数据挖掘，助力基金安全

随着“贯标”的落实，智能审核不能识别自费项目通用编码的障碍已经扫清。医保经办机构应加强对自费项目的数据分析，一方面研究医保政策与临床诊疗实际的契合度，为更进一步优化医保报销限制条件的设置提供数据支撑。另一方面，在按病种付费政策下，针对无故将符合报销范围的费用转嫁为患者自费，逃避智能审核监管、规避病种费用超支的行为应予以处罚，保障参保患者利益与基金安全。同时，“贯标”后国家标准编码的应用将赋能智能审核对识别患者不合理就医、重复开具药品、医院虚构病情、串换医保编码等欺诈骗保行为的核查，下一步需加强基于“贯标”的数据挖掘方法研究与应用。

4.5 厘清医保智能审核与支付方式改革之间的关系

支付方式改革启动后，应将稽核重点放在医疗真实性与合理性方

面。在收集医疗过程数据受限的情况下，可以在“贯标”的基础上，将《医疗保障基金结算清单》包含的手术操作、呼吸机使用时间、护理天数、转科情况等信息引入智能审核引擎。在收费计费、医保政策执行合规规则已较为丰富的基础上聚焦临床行为的合规性、合理性判断，使智能审核促进医疗机构自身逐步规范，同时也从医疗合理性角度为线下稽核和检查提供线索。在智能审核的扣款执行上，需要结合按病种付费的考核办法调整扣款模式，扣款并不是最终的目的，而是通过智能审核与病种付费的相互结合，充分发挥病种付费结余留用政策引导医院主动规范医疗行为的积极作用。

医保智能审核能够大幅提高医保经办机构的审核效率，是未来开展医保基金监管的重要手段。新时期的《药品目录》动态调整、按病种付费、医保基金结算清单应用既给医保智能审核在业务多场景复杂环境下的应用带来了挑战，又是医保智能审核智能化升级的一个契机。加强智能审核规则内涵的解释与指导、明确审核规则制定的依据、厘清病种付费与智能审核监管的关系，结合医院以及医疗实际多层次收集必要的临床数据，提升智能审核在就医真实性、医疗合理性方面的侦测水平，使智能审核真正成为医保经办机构开展医保基金监管强有力的工具，同时也为医院结合智能审核持续提高医疗管理水平提供必要的支撑。

[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