

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第33期

(08.15-08.21)

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 ·

▶ [集采结余留用怎么留？不妨看看这些建议](#) (来源：中国医疗保险)

——第 7 页

**【提要】**结余留用政策是激励引导医疗机构和医生使用国采中选药品的一个关键环节。2019 年 3 月发布的《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》指出，完善“结余留用、超支合理分担”的激励约束机制和风险分担机制，鼓励医疗机构使用中选药品。本文通过对国家、省、市药品集采结余留用政策展开研究，分析结余留用金额的影响因素，为相关决策提供一些思考和建议。

▶ [解读 | 种植牙价格治理的 4 大抓手](#) (来源：江西省医保局) ——

第 17 页

**【提要】**随着我国人口老龄化程度的不断加深以及人民生活水平的不断提高，人民群众对口腔种植的医疗服务需求呈现快速增长态势。据统计，2020 年我国种植牙数量约达到 400 万颗，销量增长 28.2%。而长期以来，口腔种植领域存在的收费不规范、费用负担重等问题，一直是困扰群众的民生痛点。

## • 医院管理 •

▶ [DRG 时代下，医院精细化管理的 5 个要点](#)（来源：健康界）——第 22 页

【提要】DRG 到底是什么?大家再也不要认为它是简单的三个字母，对于医院管理者来讲，是提升医疗质量的管理工具，是彰显医院整体实力的重要抓手，而对医保来讲，其最终目的就是控制医疗费用的过快增长。2021 年 11 月 26 日，国家医疗保障局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年计划》，明确了时间节点、目标任务、重点内容，并要求三年内全覆盖。因此，医院对 DRG 支付方式需要积极配合，及早适应。那到底 DRG 时代的医院精细管理该怎么做?医院管理层应该重视哪些方面?

▶ [做好这些方面，医院更好适应 DIP 支付方式改革](#)（来源：秦永方 医疗卫生财务会计经济研究）——第 31 页

【提要】DIP 支付方式改革目前除 71 个国家试点城市外，在全国各地得到较快推广。DIP 支付改革倒逼医院内部运营机制改革到位，赋能医院围绕 DIP 付费加强精益运营绩效管理。DIP 支付方式改革，倒逼医院内部运营机制改革到位，如何建立与 DIP 支付方式相适应的精益运营绩效管理之道，对医院提出了较大的挑战。

## • 医保动态 •

▶ [改革探路：医保跨省一体化，牵出群众“幸福线”](#)（来源：文汇报）——第 37 页

【提要】开通异地就医、可以直接在上海的医院持卡联网结算，身在上海的嘉兴人王阿姨感慨：“真是方便很多！”王阿姨是典型的“老沪漂”，退休后就居住在上海，给女儿带孩子，平日生活都很适应，唯独一点——她患高血压，习惯在瑞金医院看病配药，之前看病要自己先垫钱，回嘉兴时再报销，如今省了“跑腿折腾”。

▶ [医保数字化转型，看病就医进入“无卡时代”](#)（来源：浙江省桐乡市医疗保障局）——第 42 页

【提要】浙江省桐乡市医疗保障局坚持“全力强保障 全心为民生”的工作宗旨，充分发挥桐乡作为世界互联网大会永久举办地的优势，以数字化转型为突破口，聚焦老百姓需求度高、体验感强、获得感大的重点项目，全面推进新时代立体化、网络化、便捷化的医保公共管理服务体系建设，实现医保经办在高效下运行、医保温度在服务中传递、精准惠民在数据里发力，为桐乡争当高质量发展共同富裕示范区排头兵贡献医保力量。

### • 集中采购 •

▶ [国家集采大动作不断，如何做好与其他改革的协同联动？](#)（来源：中国医疗保险）——第 46 页

【提要】2022 年 8 月 11-12 日，国家医保局党组成员、副局长陈金甫赴山东威海调研集采中选产品落地使用情况，先后到威高集团、吉威医疗、文登整骨医院实地考察中选产品原料与产能保障、供应配送、终端使用等情况，并与企业和医疗机构代表座谈听取意见建议。陈金

甫强调，集中带量采购是多重目标中寻求动态平衡的系统改革，是重大制度机制创新。近年来，医药企业和医疗机构自觉响应改革、拥抱集采，做出了积极努力，已成为推动改革、促进发展的同路人。下一步，要持续推进集采提速扩面，推动形成公平竞争、质量保障与创新驱动的行业发展新格局。

▶ [“一品一码”，医用耗材野蛮生长时代将终结](#)（来源：国家医保局）——第 51 页

【提要】国家不久前发布的《关于做好 2022 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》中强调，要持续推进全国统一的医保信息平台深化应用，充分发挥平台效能。全面深化业务编码标准维护应用，建立标准应用的考核评估机制。带量采购、DRG/DIP 改革、全国医保信息平台统一……医疗系统正掀起一场指数级改革。在这场改革里，统一医保信息业务编码，形成全国“通用语言”，是耗材遴选、采购、配备、使用、支付、结算一体化的基础。

### • 医药舆情 •

▶ [医药贿赂再现“新花样”，治理药价虚高为何这么难？](#)（来源：北京青年报）——第 55 页

【提要】近期，国家医保局会同相关部门，指导相关省对 3 家企业药品虚高定价、套取资金进行专项调查。经查，2017 年至 2021 年 5 月，天心制药等 3 家药品生产企业为规避“两票制”政策和监管，与下游 50 多家药品代理商相互串通，对注射用头孢硫脒等 87 种药品采取用

虚高价格采购原料药方式套现，并向下游药品代理商转移资金。涉及金额巨大，其中部分资金用于行贿医务人员或特定关系人，开展药品违规促销。

▶ [医疗反腐爆大案，219人主动说明违纪问题！](#)（来源：中纪委）

——第 58 页

【提要】8月15日，中纪委官网发布了《杭州推进医疗领域腐败问题专项整治靶向治理建设清廉医院》一文。文章表示，开展专项治理活动后，219人主动说明违纪问题，上交红包及礼品礼金59万余元，运用“四种形态”处理363人，通报问题12个，完善制度118项。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 集采结余留用怎么留？不妨看看这些建议

来源：中国医疗保险

结余留用政策是激励引导医疗机构和医生使用国采中选药品的一个关键环节。2019年3月发布的《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》（医保发〔2019〕18号）指出，完善“结余留用、超支合理分担”的激励约束机制和风险分担机制，鼓励医疗机构使用中选药品。本文通过对国家、省、市药品集采结余留用政策展开研究，分析结余留用金额的影响因素，为相关决策提供一些思考和建议。

#### 一、结余留用政策制定背景

国家药品集采医保资金结余留用政策主要涉及两方。一方是政策制定方的医保部门以及财政部门，其主要目的是激励医疗机构使用国采中选药品，同时加强医保基金管理、提高医保基金使用效率和保证医保基金安全。另一方是政策执行方的医疗机构，在国家集采政策下，医疗机构需要完成中选品种约定采购量，获得结余留用资金，提高医务人员的绩效工资等，从而促进医院健康发展。

主管部门在制定结余留用政策时，既要保证结余留用金额不会太少以至于达不到激励医疗机构的作用，又不会太多以至于给医保基金

造成负担。医疗机构在执行国采政策时，既要保证按时完成国家组织集中采购中选药品的约定采购量，又要尽可能落实好药品集采的相关规定，以得到更高的结余留用资金。

## 二、结余留用政策影响因素分析

结余留用政策是将国采药品降价后为医保资金预算节约的药品费用(结余基数)，按照一定比例(结余留用比例)返还给定点医疗机构，与医疗机构和医务人员共享改革红利。其计算公式如下：

结余留用金额=(集采药品医保资金预算-集采药品医保支出金额)×结余留用比例。

其中，集采药品医保资金预算=约定采购量基数×集采前通用名药品加权平均价格×统筹地区医保基金实际支付比例×集采通用名药品统筹地区参保患者使用量占比；

集采药品医保支出金额=(中选产品约定采购量×中选价格+非中选产品使用金额)×统筹地区医保基金实际支付比例×集采通用名药品统筹地区参保患者使用量占比。

通过结余留用金额计算公式可以看出，医疗机构可以通过三种方式增加结余基数：一是在国采品种报量环节，通过扩大约定采购量基数提高集采药品医保资金预算；二是在国采执行期间，通过减少非中选产品的使用金额降低集采药品医保支出金额；三是完成好国家集采的相关要求，提高结余留用比例。

### 1、集采药品医保资金预算



约定采购量基数是医疗机构在报量时预测的一个国采周期内某品种的实际采购量。中选产品约定采购量是根据中选企业数量和医疗机构报量(即约定采购量基数)按比例确定,即约定采购量=约定采购量基数 $\times$ 比例,其中比例根据中选企业数量确定。

假设医疗机构对国采品种的报量是准确的,某个国采品种中选企业为4家及以上,那么其约定采购量为其基数的80%,即中选产品采购量和非中选品种采购量分别占80%和20%。

在结余留用政策激励下,医疗机构实际中选产品采购量可能超过约定采购量,假设超出10%,那么实际中选产品采购量由中选产品约定采购量(80%)和超出约定采购量(10%)两部分组成。但根据国家结余留用政策规定,超出约定采购量的中选产品不计入结余留用预算。

为使结余留用金额最大化,医疗机构需要把中选产品超出约定采购量的部分体现在报量中,比如将上述中选产品约定采购量变为90%。因此,医疗机构在报量时,其约定采购量基数倾向于适当扩大。

## 2、集采药品医保支出金额

在各省发布中选药品清单及执行时间之后,中选产品约定采购量和中选价格就确定了,那么影响集采药品医保支出金额的主要因素是医疗机构在国采执行期间非中选产品的使用金额。医疗机构的某个国采品种要想有结余留用金额,则该品种非中选产品的使用金额 $S_{非}$ 需要满足 $0 \leq S_{非}$

当 $S_{非}=0$ 时,该国采品种能得到最大的结余留用金额;当 $S_{非}=S_0$

时，该国采品种的结余留用金额为 0；当  $S_{非} > S_0$  时，该国采品种的结余留用金额为负数，并将抵消其他国采品种结余留用金额。

### 3、结余留用比例

结余留用比例主要取决于各定点医疗机构的考核结果以及结余留用比例的确定方式。国家医保局、财政部于 2020 年 6 月发布《关于国家组织药品集中采购中医保资金结余留用的指导意见》，对定点医疗机构的考核指标共 10 项，包含 4 项关键指标和 6 项参考指标（见表 1）。主要考核医疗机构执行药品集采规定、合理控制药品费用和落实改革政策等方面的情况。在统筹地区制定具体考核方案时，关键指标不作调整，参考指标可根据各省（区、市）或统筹地区实际情况调整，各项指标权重由各省（区、市）或统筹地区设定。

表1 定点医疗机构考核指标参考

考核内容	考核指标	重要程度
执行药品集采规定	是否按时完成国家组织集中采购中选药品的约定采购量	关键
	医疗机构30天回款率	关键
合理控制药品费用	定点医疗机构药品费用增长率	关键
	非中选产品采购量占比	参考
	非中选产品采购金额占比	参考
	疗效近似的其他通用名药品费用情况	参考
落实集采、价格等改革政策	线下采购占比	关键
	执行集采政策(如报量等)的违规次数	参考
	价格违规次数	参考
	集采中选药品的规范流转	参考

#### (1) 定点医疗机构考核指标的制定。

省（区、市）或统筹地区可根据实际情况选择参考指标、确定考核

方式以及每个考核指标的权重。主管部门在制定政策时需要保证测算出的结余留用金额足够激励医疗机构，同时不会对医保基金造成负担，所以最好在制定政策前对不同的指标选择、不同的考核方式以及不同的指标权重等方案进行测算，选出最符合实际情况的方案。以下主要对其中三个指标进行分析。

一是医疗机构药品费用增长率。定点医疗机构药品费用增长率是本年度药品支出额与上一年药品支出额的比较。定点医疗机构药品费用不仅与药品价格有关，也与收治患者数量有关，相比较“医疗机构人次均药品费用增长率”，更能客观反映合理控制药品费用的情况。另外，随着人们生活的日渐富足，药品费用也有其自然增长的规律，可能医疗机构人次均药品费用增长率较上一年有所增长，但还低于全市医疗机构人次均药品费用增长率。所以考核时可以对比两个增长率，若医疗机构人次均药品费用增长率较全市医疗机构人次均药品费用增长率低，则不扣分；若较全市医疗机构人次均药品费用增长率高，则按规则扣分。

二是非中选产品采购量和采购金额占比。医疗机构考核指标中有两个指标涉及非中选产品使用情况，分别是非中选产品采购量占比和非中选产品采购金额占比。根据结余留用政策，价格低于中选药品且过一致性评价的非中选药品不纳入计算，大部分未中选的原研药品、过一致性评价等药品的价格高于中选药品，所以在中选和非中选药品采购量一定的情况下，其非中选产品采购金额占比要比非中选产品采

购量占比更大，更容易超过非中选产品占比红线。那么在选择参考指标时，考核医疗机构非中选产品采购金额占比相较于其采购量占比更严格。

## (2) 结余留用比例确定方式分析。

根据定点医疗机构考核结果，结余留用比例确定方式主要有两大类。一是给予考核合格的医疗机构同一结余留用比例，也就是说只要医疗机构考核合格，无论医疗机构考核得分是 60 分还是 100 分，结余留用比例相同。二是考核合格的医疗机构根据具体考核分值划分级别，根据不同的级别给予不同的结余留用比例，考核得分越高，结余留用比例越高(见表 2)。

**表2 结余留用比例的不同确定方案**

	方案一:同一结余留用比例	方案二:不同结余留用比例
合格	按时完成国采中选药品的约定采购量,并且考核得分60分以上同一留用比例,如30%	[80,100]:A级 50% [70, 79]:B级 40% [60, 69]:C级 30%
不合格	未按时完成国采中选药品的约定采购量或者考核得分小于60分留用比例为0%	未按时完成国采中选药品约定采购量或者考核得分小于60分D级 0%

表 2 中，与方案一相比，方案二更能激励医疗机构在按时完成国采中选药品约定采购量的同时，更好地落实国家集采相关政策，得到更高的考核分数，从而赢得更高的结余留用比例。

## 4、国采品种统计范围

### (1) 统计范围差异。

在测算结余留用金额时发现，不同的国采品种统计范围会影响部

分医疗机构考核指标和结余留用金额测算结果。统计范围按照“是否统计没有约定采购量的国采品种”分为两种：一是只统计医疗机构有约定采购量的国采品种；二是统计医疗机构采购的所有国采品种。

### **(2) 统计范围对结余留用测算的影响。**

在医疗机构考核及结余留用金额测算时，不同的国采品种统计范围主要影响结余留用政策的四个因素。一是结余留用金额测算公式中的非中选产品使用金额；二是医疗机构考核指标中的医疗机构 30 天回款率；三是非中选产品采购量占比；四是非中选产品采购金额占比。

在结余留用金额测算时，没有约定采购量的国采品种就没有“约定采购量基数”，也意味着没有“集采药品医保资金预算”。因此，只要采购非中选药品，该品种的结余留用金额就为负数，会减少该医疗机构总的结余留用金额。

在国采执行期间，医疗机构更关注有约定采购量的品种，没有约定采购量的国采品种可能会出现在监测盲区。那么在对医疗机构考核时，其中选和非中选产品使用情况考核不达标的可能性比有约定采购量的品种高。

### **(3) 医疗机构应对办法。**

若主管部门在做结余留用金额测算时，统计医疗机构采购的所有国采品种，则说明对医疗机构执行国家集采政策的要求更严格。原因有二：一是没有约定采购量的国采品种没有“集采药品医保资金预算”，医疗机构只能采购中选产品，否则会减少结余基数；二是不仅

要关注医疗机构有约定采购量品种的执行情况，也要监测其没有约定采购量的国采品种中选和非中选产品的使用情况。

医疗机构有两种应对办法：一是在国采品种报量时，对为国采周期需要采购的药品合理报量；二是在需要采购没有约定采购量的国采品种时，优先使用中选品种，这也符合国家药品集中采购的执行要求。

### 三、思考和建议

根据以上对结余留用政策测算公式、医疗机构考核指标等方面的分析，针对医疗机构和主管部门，分别提出如下思考和建议。

#### 1、医疗机构

##### (1) 合理报量，适当放大。

一是报量品种尽量全面，尽量多涵盖一些国采周期预计采购的国采品种。目前医疗机构主要依据国采品种的历史采购数据报量，历史没有采购而国采周期预计采购药品可能没有报量。若不报量则该品种没有医保资金预算，只要采购了非中选产品就会减少医疗机构的结余留用金额。二是适当放大国采品种报量(即约定采购量基数)。约定采购量是根据中选企业数量对约定采购量基数按照一定百分比换算后的数量。医疗机构在执行国家采集采时优先采购中选药品，如果报量准确，那么中选药品的采购量更接近约定采购量基数，但超额完成的任务量是没有结余留用金额的。因此，医疗机构可适当放大国采品种报量(约定采购量基数)，使折算后的约定采购量更接近于中选药品的采购量。需要注意两点：一是准确预测国采品种采购周期内的采购量；

二是中选企业的数量在报量之后才能确定,为了能够按时完成国采中选药品的约定采购量,比较保险的做法是按照最大中选企业家数的比例进行适当扩大。

### **(2)减少非中选药品采购。**

医疗机构在执行国家药品集采过程中,要尽量减少非中选药品的采购。一是在医疗机构考核中,非中选采购量和采购金额的占比要小于50%。二是在测算结余留用金额时,非中选药品的采购金额越少,结余留用金额越大,如果某个国采品种的中选和非中选药品的采购金额超过该品种的医保资金预算,则结余留用金额为负,会扣减该医疗机构的结余留用金额。

### **(3)做好国采执行监测。**

建议医疗机构全面监测所有采购的国采品种,而不仅仅是有约定采购量的品种。在结余留用测算中若纳入统计范围的是所有国采品种,那么没有约定采购量的品种需要监测其中选产品医疗机构30天回款率、非中选产品使用金额、非中选产品采购量占比和非中选产品采购金额占比。

## **2、主管部门**

### **(1)按照考核级别确定结余留用比例。**

在确定医疗机构结余留用比例时,建议按照医疗机构考核的分值划分级别,不同的级别给予不同的结余留用比例。医疗机构在落实国家药品集采工作中考核得分越高,结余留用比例越大,得到的结余留

用金额越多，这也符合结余留用政策激励引导的目的。另外，也可以根据各省(区、市)或统筹地区的实际情况对考核合格的医疗机构给予同一结余留用比例。比如医保资金紧张的地区可以都按照 30%的比例发放结余留用金额；医保资金充足或想更大激励医疗机构积极性的地区可以按照 50%比例发放结余留用金额。但是，这种激励方式可能不如分级给予结余留用比例的激励效果好。

## **(2) 提前预测，精准决策。**

各省(区、市)或统筹地区可根据实际情况选择参考指标、调整考核方式以及确定指标权重，自由度较大。为了使结余留用金额既能够起到激励医疗机构的作用又不会对医保基金造成负担，建议提前对不同参考指标、不同考核方式以及不同指标权重的结余留用方案进行测算，根据测算结果选择更符合各省(区、市)或统筹地区实际情况的结余留用方案。

## **四、小结**

综上，对结余留用政策分析发现，医疗机构在落实国家集采政策时，可以通过合理报量以及减少非中选药品使用来提高集采药品医保资金预算或降低集采药品医保支出金额，以获得更高的结余留用资金，进而提高医务人员的绩效工资等，促进医院健康发展。

主管部门可以结合各省(区、市)或统筹地区的实际情况制定结余留用比例的确定方式，使结余留用资金既能激励医疗机构执行国家药品集采改革，又不会对医保资金造成较大负担。同时，主管部门还可



以通过对不同参考指标、不同考核方式以及不同指标权重的结余留用方案进行测算，根据结果选择更适合的结余留用政策，通过信息化手段进行精准决策。

[返回目录](#)

## 解读 | 种植牙价格治理的 4 大抓手

来源：江西省医保局

随着我国人口老龄化程度的不断加深以及人民生活水平的不断提高，人民群众对口腔种植的医疗服务需求呈现快速增长态势。据统计，2020 年我国种植牙数量约达到 400 万颗，销量增长 28.2%。而长期以来，口腔种植领域存在的收费不规范、费用负担重等问题，一直是困扰群众的民生痛点。

8 月 18 日，国家医保局发布公告，就《关于开展口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理的通知(征求意见稿)》(以下简称《征求意见稿》)公开征求意见。《征求意见稿》的发布，传递了一个十分强烈的信号——口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理工作即将正式开展。因此，正确理解并把握文中的政策要义，就有着客观的现实必要性。

### 一、规范收费，从项目构成入手

据了解，目前市面上种植牙的收费主要由耗材、医师服务费以及医院运营费三部分构成，其中，耗材占比约 25%，医师服务费约占 40%，其余为医院的运营费。为了规范口腔种植收费，《征求意见稿》从项

目构成入手，采取如下措施：

一是实行“技耗分离”。服务项目和专用耗材实行分开计价，即：种植体植入费与种植体耗材系统价格分开计价；牙冠置入费与牙冠产品价格分开计价；植骨手术费与骨粉价格分开计价。对于目前耗材合并并在医疗服务项目价格中收费的情况，《征求意见稿》提出了具体的解决办法——扣减相关耗材线上采购均价，同步下调项目价格。

二是整合价格项目。具体来说：1. 一期植入手术(种植体植入)和二期手术(放置愈合基台)等合并为种植体植入；2. 牙冠置入服务，包括印模制取、颌位关系记录与转移、基台和牙冠安装、调试修改等，合并为种植体的牙冠置入；3. 种植牙配套实施的植骨手术、软组织修复、植入体的修理和拆除等服务，设置独立的医疗服务价格项目；4. 医疗机构为确保缺牙修复精准度，利用医学影像等各类检查手段和数字技术、人工智能等构建虚拟 3D 模型、制作病灶模型或手术导板的，按照服务产出分别设立相应的医疗服务价格项目。

三是理顺比价关系。对群众反映强烈、费用负担重的种植体植入费、牙冠置入费、植骨手术费以降为主。具体来说，1. 公立医疗机构政府指导价显著高于本地区民营医疗机构平均价格的，专题论证、重点降价；2. 公立医疗机构自主定价院际差异大的，督促价格次序靠前、显著高于平均水平的医疗机构主动回调；3. 穿颧手术、复杂植骨等技术难度大、风险程度高的项目，允许与常规种植牙手术价格拉开适当差距；4. 固定义齿、可摘义齿等缺牙修复方式的医疗服务价格与口腔

种植保持合理比价关系，鼓励医疗机构优先为患者提供适宜的缺牙修复服务；5. 拔牙、牙周洁治、补牙等以技术劳务为主的项目，历史价格偏低的可适当提高价格。

## 二、价格调控，从全流程管理入手

由于口腔种植耗时长、流程多、手术过程复杂，要实行有效的价格调控就必须进行全流程管理。为此，《征求意见稿》规定：

一是医保部门要以单颗常规种植为重点，明确全流程价格的调控目标，指导集中带量采购、规范医疗服务价格项目，以及加强口腔种植医疗服务价格调控等整治工作。

二是对单颗常规种植的全流程价格在标准以上的地区，要采取针对性措施，将全流程价格导入至每颗不超过规定标准的新区间。

三是将全流程价格中种植体植入手术及牙冠置入价格占比控制在60%左右，检查设计价格占比控制在10%左右，突出体现整个种植牙服务中的技术劳务价值。

四是种植体植入费、牙冠置入费、植骨手术费等口腔种植项目实行政府指导价管理的地区，医保部门在规范价格项目的同时，重新制定公布政府指导价。

五是对实行公立医疗机构自主定价的地区，医保部门应按照全流程价格调控目标，组织各医疗机构在按照立项指南发布实施新价格项目的规定时间内重新公布价格。

六是民营医疗机构口腔种植牙等服务价格实行市场调节，遵循公

平合法、诚实信用和质价相符的定价原则，并主动在明显区域公示价格水平。

### 三、降低成本，从集中采购入手

种植牙耗材纳入集中带量采购必然会提高采购资金使用效益，降低耗材成本，从而降低种植牙医疗服务和耗材虚高价格，减轻人民群众费用负担。《征求意见稿》提出的具体措施包括：

一是组建采购联盟。由四川省医疗保障局牵头组建种植牙耗材省际采购联盟，各省份均应参加。集中采购以成套的种植体系统为单元，包含种植体、修复基台，以及覆盖螺丝、愈合基台、转移杆、替代体等配件。

二是广泛组织动员。组织公立医疗机构(含军队医疗机构)全部参加种植牙耗材集中采购，全力动员民营医疗机构参加。公立医疗机构医生在民营医疗机构多点执业，并作为负责人或业务骨干的，该公立医疗机构应督促其规范参与集采。医疗机构需书面回复参加或不参加本次集采，不参加的要说明原因。对于区域内种植牙集采报量率高、中选产品使用率高、口腔种植费用经济性优势突出、评价排名靠前的民营医疗机构，由各地医疗保障局在官方网站上展示价格和费用情况，为患者提供就医指引。

三是如实准确报量。各省分别组织省内参加集采的公立和民营医疗机构填报种植牙耗材的采购需求。填报需求量原则上不得低于上一年度实际采购量，同时考虑种植牙需求增长因素，确保报量准确合理，

促进更好实现以量换价，便于中选企业保障供应。对开展种植牙服务但拒不报量或报量率不足上年度实际使用量80%的公立医疗机构实行差异化价格政策，其中，种植体植入和牙冠置入手术实行政府指导价管理的地区，实际收费不得超过政府指导价的80%；实行自主定价管理的地区，实际收费不得超过本地区公立医疗机构自主定价平均水平的80%。

#### 四、实现长效，从综合治理入手

口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理工作是一项复杂的系统工程，不能寄希望毕其功于一役，必须立足于下定决心，打持久战，久久为功，方有成效。为此，《征求意见稿》提出了实行综合治理的具体举措：

一是建立价格异常警示制度。以地市为单位建立口腔种植的价格异常警示制度，将价格投诉举报较多、定价明显高于当地平均水平、拒绝或消极参与种植牙集采的各级各类医疗机构列入价格异常警示名单，并每季度在当地医疗保障局官方网站公开通报。年内多次进入警示名单的医疗机构，由省级医疗保障部门集中通报；情节恶劣的，由国家医疗保障局统一曝光。对于列入价格异常警示名单的医疗机构，综合运用监测预警、函询约谈、提醒告诫、成本调查、信息披露、公开曝光等监管手段，促进形成良好的市场秩序；属于公立医疗机构的，应在调整医疗服务价格、受理新增医疗服务价格项目申报等方面采取限制措施。

二是开展价格专项检查。具体分为三个阶段：1. 专项治理启动阶段。按照“横到边、竖到底、全覆盖”的原则，全面开展口腔种植收费和医疗服务价格调查登记，为规范项目和价格、实施集中带量采购奠定坚实基础。调查登记期间发现的违规收费线索，及时查处纠正；2. 专项治理实施阶段。医疗保障部门重点做好监测工作，密切关注各级各类医疗机构口腔种植医疗服务价格执行情况和种植体等耗材的实际采购情况，以及种植牙耗材、种植牙手术价格、患者次均费用等重点指标变化，确保各项治理措施落实落细，省级医疗保障部门以省为单位形成报告报国家医疗保障局；3. 价格治理“回头看”阶段。各地医保部门会同相关部门，以区域内价格排名靠前、群众投诉举报较多、拒绝参加种植牙集采或隐瞒报量的医疗机构为检查重点，检查过程中发现医疗机构重复收费、价格欺诈、虚假宣传等违法违规线索，以及提供口腔种植医疗服务过程中不合理不规范的检查诊疗行为，及时向行业主管部门、行政执法部门通报。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### DRG 时代下，医院精细化管理的 5 个要点

来源：健康界

DRG 到底是什么?大家再也不要认为它是简单的三个字母，对于医院管理者来讲，是提升医疗质量的管理工具，是彰显医院整体实力

的重要抓手，而对医保来讲，其最终目的就是控制医疗费用的过快增长。2021年11月26日，国家医疗保障局印发《DRG/DIP支付方式改革三年计划》，明确了时间节点、目标任务、重点内容，并要求三年内全覆盖。

因此，医院对DRG支付方式需要积极配合，及早适应。那到底DRG时代的医院精细管理该怎么做？医院管理层应该重视哪些方面？

### 一、主动适应改革

医疗机构应及时调整战略，由原来的扩张式发展转变为内涵式发展。医保在按项目付费时代，通过多开药、多使用贵的耗材，多做检查，即项目越多，收费就越多，医院收入就越高，这种靠无序扩张就能够挣钱的发展模式，已经一去不复返。那如何在DRG支付时代，实现医院的高质量发展？

一是转变思想认识。认清DRG支付做为世界公认的较为先进和科学的支付方式之一，是有效控制医疗费用不合理增长，建立公立医院运行补偿新机制，实现医保患三方共赢和推进分级诊疗促进服务模式转变的重要手段。

二是强化分工协作。DRG作为一个系统性工程，对于医院来说，不仅涉及到信息系统建设、也涉及到病案、临床、质控等各个科室的协作分工，这就需要强有力的协调能力，同时，明确职责、协同配合。如：管理层：制定有效政策，加强培训与管理，协调解决各项矛盾，提出质量控制要求以及违规防范要求；临床医生：规范诊疗行为和术

语，正确书写诊断及首页，在病程和辅助检查报告中能够体现支持依据，按临床路径提出简化程序和层级间的关系；质控部门：负责优化流程日程监管，学透 DRG 相关文件及相关知识，用好质检报告，把控整体医疗质量。

三是强化制度建设。制度管人、流程管事、团队打天下。医疗机构应把制度建设放在首位，通过制度先行，不断规范流程，提高工作效率和工作质量，降低管理风险。如通过组织管理和制度建设，考核医院各科室是否积极参与到 DRG 付费中，并制定相应的措施以保障 DRG 付费的顺利开展和有效运行。其中管理制度建设包括病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度建设等配套措施的建立和考核。

## 二、提高病案质量

病案的质量直接影响 DRG 分组和付费标准测算的准确性，也能反映实施 DRG 付费的医疗机构诊疗规范情况，因此，医院应把改善病案质量作为重中之重。如果病案首页填写不准确或者信息缺失，直接影响后续的医疗支付。医院管理层和各临床科室应从病案首页完整性、主要诊断选择准确率等方面对病案首页质量进行评价。

一是临床要“写得准”。正确的主要诊断，全面的并发症/合并症，全面的手术操作，都应规范、全面、准确填入病案首页。

如在实际诊疗过程中进行有创呼吸机治疗[大于等于 96 小时]，如果漏填会导致 DRG 入组不同，医保拨付费用差异性就很大，医院损



失也会很大。

### 举例

出院主诊断：J44.000 慢性阻塞性肺病伴有急性下呼吸道感染；

其他出院诊断：R57.200 脓毒性休克，E87.600 低钾血症。

主手术操作：有创呼吸机治疗[大于等于 96 小时]，总费用 64269 元。

假如漏填呼吸机治疗[大于等于 96 小时])，入内科组：ET21 慢性气道阻塞病，伴有严重并发症或合并症。根据绵阳市 2018 年-2020 年历史数据测算，以三甲费用参考医保拨付费用 11446 元，亏损 52823 元。

同样的主诊断与其他诊断，正确填写主手术操作：96.7201 呼吸机治疗[大于等于 96 小时]，优先入 MDCA 先期分组疾病及相关操作组：AH19 有创呼吸机支持 $\geq$ 96 小时或 ECMO 或全人工心脏移植术。根据绵阳市 2018 年-2020 年历史数据测算，以三甲费用参考医保拨付费用 71381 元，结余 7112 元。

以上案例，可看出，住院医师必须在病历记录(病程记录、出院记录、出院证等)、医嘱单(呼吸机治疗开始时间、停止时间)、病案首页(呼吸机治疗必须填在手术操作第一行主手术操作栏)、收费记录等如实填写呼吸机治疗情况，核实呼吸机治疗累计时间，有创呼吸机治疗大于等于 96 小时的一定不能漏填错填。

除了呼吸机时间，主要诊断、其他诊断、主要手术/操作、年龄、

新生儿入院天数、入院类型、体重等多项关键信息的漏填也会对入组产生影响。

二是病案要“编得对”。正确理解诊疗信息，准确翻译 ICD-10 及 ICD-9 手术操作编码。

如部分 00 码在医保版属于灰码不入组，不入组医保就不拨费用，该病例医院全亏损。0000 组(不入组)指由于疾病诊断/手术或操作编码不规范等原因导致的不能正常入组的病例，包括不能进入任意 MDC 和进入了某 MDC 但是不能进入该 MDC 内任意内科 ADRG 等情况。

ICD-10 是一个以病因为主的多轴心分类系统。ICD 分类依据疾病的 4 个主要特征，即病因、部位、病理及临床表现。除个别情况外，疾病诊断至少会存在核心成分，即部位+临床表现是基本部分。医师下的疾病诊断要规范完整，编码员编码要精准。编码员针对 00 码要核查病历(病程记录、手术记录、出院证、医嘱单、检查检验报告等)，核对编码，当好翻译官，用精准的编码体现诊疗过程。根据病历真实情况，尽量在同亚目下优先使用长码条目，其次选择非 00 码条目，最后选择 00 码条目。

举例一：出院主诊断：胆囊结石伴有急性胆囊炎，无其他诊断，住院后行腹腔镜下胆囊切除术，总费用 10113 元。

其一，出院主诊断选：K80.000 结石伴有急性胆囊炎，灰码(00 码)不入组，亏损 10113 元，

其二，主诊断选：K80.000x004(同亚目下长码)胆囊结石伴慢性

胆囊炎急性发作，主手术：无(主手术漏编)，导致入内科组：HU15 急性胆道疾患、不伴并发症或合并症。根据绵阳市 2018 年-2020 年历史数据测算，以三甲费用参考医保拨付费用 4480 元，亏损 5633 元。

其三，主诊断选：K80.000x004(同亚目下长码)胆囊结石伴慢性胆囊炎急性发作，主手术：51.23 腹腔镜下胆囊切除术，入手术组：HC25 胆囊切除手术、不伴并发症或合并症。根据绵阳市 2018 年-2020 年历史数据测算，以三甲费用参考医保拨付费用 10431 元，结余 318 元。

三是财务要“费用准”。分类准确，费用准确。财务科应根据《病案首页费用分类与医疗服务收费分类对照表》，严格做好住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。

四是信息要“传得全”。在信息系统中设置核对功能模块，对病案数量、财务信息、诊断、手术操作、入组、分值等多维度进行医院与医保局数据核对，保证医院与医保局信息的一致性。为确保数据传送无误，需要医保科、信息科、病案科、临床科室、财务科等通力协作完成，对上传的信息进行审核、校对，保证信息传递的准确、全面。

### 三、重视 KPI 指标

医院要顺应 DRG 付费方式的要求，引入 DRG 关键指标，并通过 DRG 在绩效管理中的应用，发现问题及时整改及落实，不断完善考核体系。

一是总权重是绩效考核的基础。在 DRG 付费制度中，一方面，医

保资金拨付是按照总权重多少付费的；另一方面，总权重数整体反应医疗业务风险程度、时间消耗和资源消耗等，所以要以总权重数作为科室或医生考核激励的基础。

二是病例组合指数值(CMI 值)是绩效考核的重点。CMI 是指一个科室或医生平均每份病例的权重，反映的是科室或医生个人收治病例的总体特征。CMI 值是一个相对数，可以横向进行比较，CMI 值越高，说明难度和技术含量越高。所以 CMI 值是科室或个人绩效考核重点，使之能够引导科室或医生引进新技术，提升技术水平，优化病种结构。

三是权重 $\geq 2$ 病例绩效考核要倾斜。权重 $\geq 2$ 的病例一般都是疑难重症，或三四级手术，体现学科实力和影响。考核激励机制，要有利于鼓励科室和医生收治疑难重症病例，多做三四级手术。

四是时间消耗指数是绩效考核的导向。利用费用消耗指数和时间消耗指数评价科室或个人的绩效，如果计算值在 1 左右表示接近平均水平；小于 1，表示医疗费用较低或住院时间较短；大于 1，表示医疗费用较高或住院时间较长。

五是 DRG 付费盈亏是绩效考核的参考。由于费率和权重的设计，做不到百分之百精准，部分病种会亏损比较严重，这就需要科学的对各科室病种进行分析和预算，对科室盈亏进行考核，要兼顾公益性，不能简单粗暴的出台“盈利奖励、亏损扣罚”的政策。

#### 四、规范服务行为

DRG 监管考核中强调的重点监控推诿患者，分解住院、降低标准

住院、“高编码”、减少必要医疗服务、诱导住院患者外购药品耗材等违规行为。作为医疗管理者，必须主动规范医疗行为。

一是促进临床路径标准化。

各科室要确定适合自身诊疗技术和诊疗水平的临床路径，规范医疗服务行为，以保证质量、控制成本为特征，按病种规划最合理的医疗和护理方案。

二是达成临床共识。

发挥绩效指挥棒作用，通过绩效考核驱动推动临床路径执行，促使医生由“被动”变“主动”，提高入径率，降低退出率。加大对违规行为的考核惩处力度。重点要监管科室或医生推诿患者，分解住院、“高编码”、升级诊断和服务不足等情况。

三是质量控制。

质量控制是临床路径管理的核心环节，是临床路径实施效果的最重要保障。临床路径质量控制工作主要包括事前、事中和事后三个环节。事前建立院科二级质量监控体系，制定奖惩方案，对员工进行岗前培训。事中进行环节质量成立检查组定期检查，定期组织检测评价工作。事后进行终末质量考核，建立临床路径实施结果报告反馈制度，将发现的问题通知相关责任人；综合分析，提出整改意见和措施，不断提高路径管理质量。

## 五、完善成本管控

不同医院 DRG 病种成本不一，DRG 支付下形成“成本竞赛”，只

有着力于解决群众“看病难、看病贵”的问题，以低成本获得竞争优势，以高服务质量获得群众认可，才能始终立于不败之地。因此，必须建立适应 DRG 改革的成本管理体系。

一是建立以 DRG 为核心的成本核算体系。按照医保支付的 DRGs 支付预算，加强对病种成本核算，确定 DRGs 相关疾病组病种成本，并进行分析评价，对不合理药品消耗、卫生材料消耗、检查费用，进行剔除，确定标准成本。按照腾笼换鸟的思路，把不合理的费用用于支付医疗技术服务功能提升。

二是建立临床专科运营管理体系，组建运营团队，深入临床一线，分析经营管理中存在的问题，提出有针对性的发展建议，指导临床科室提高运营管理水平；在各临床科室设置临床运营助理，负责组织内部运营分析、协助科室绩效管理和推进支付方式改革等工作。

三是完善成本管控机制。根据 DRG 例均收益与成本的关系，精准地评价 DRG 病组运行情况，将病组分为优势病组、潜力病组和劣势病组。对优势病种，给予重点扶持与激励倾斜。对于潜力病组，在持续做好分级诊疗和成本管控工作的基础上，持续培育扩大病源，增加诊疗数量。对于劣势病组，做好成本效益评价，精准分析亏损的主要原因和重点环节，并采取针对性管控措施。

总之、DRG 支付方式的运用，不仅帮助医院规范了医疗行为、病历书写及诊断名称，提高了病历质量，使医疗活动有了标准化流程，也促进医院管理模式向精细化管理转变，促进医院改革及提高患者满

意度。

[返回目录](#)

## 做好这些方面，医院更好适应 DIP 支付方式改革

来源：秦永方医疗卫生财务会计经济研究

DIP 支付方式改革目前除 71 个国家试点城市外，在全国各地得到较快推广。DIP 支付改革倒逼医院内部运营机制改革到位，赋能医院围绕 DIP 付费加强精益运营绩效管理。

2020 年 10 月，国家医疗保障局印发《关于区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》，2021 年 11 月，国家医疗保障局《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》，DIP 与 DRG 并行成为医保支付改革的主要方式之一，DIP 不仅是一个可选项，由于具有“组内差异小、通俗易懂、落地执行快”特点，符合中国国情，正在成为医保支付方式改革优先项，在全国各地得到较快推广。DIP 支付方式改革，倒逼医院内部运营机制改革到位，如何建立与 DIP 支付方式相适应的精益运营绩效管理之道，对医院提出了较大的挑战。探索交流医院精益运营绩效管理之道 9 大方面。

### 01 培训先行，改变观念

DIP 付费与项目付费不同而语，项目付费是基于后付费，犹如“医生点餐、医保买单”，医院管理的导向是“粗放式规模增收发展模式”，运营绩效管理激励的是“多做项目或多收入才能多得”；DIP 则不同是基于预付费，犹如“医保先买单，医生配餐”，在区域标杆费用的

总量内，如何提高医疗技术水平、合理控制成本，才能得到合理的经济价值；如果观念不改变，依然停留自传统惯性运转的管理模式，医院就有可能出现激励增收不增效，医保不买单还要支付医务人员绩效的双亏局面。



因此，培训先行，改变管理观念。认真学习和领会 DIP 支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。各统筹地区要充分发挥 DRG/DIP 支付方式改革付费机制、管理机制、绩效考核评价机制等引导作用，推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，提高医保基金使用绩效。

## 02 组织到位，明确分工

DIP 支付方式改革，是对传统医院运营绩效管理的“颠覆”，牵



一发而动全身，DIP支付方式改革在医院归口看似是医保办的事情，其实是全院协同的大事情，因此，医院要建立DIP协同管理MDT模式。



### 03 苦练内功，四个到位

《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》中“推进医疗机构协同改革”的内容，对医院精益运营绩效管理能力的提出较高的要求和挑战。

一是编码管理到位。医院要重点优先实现医保疾病诊断和手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目编码的落地应用，并使用医保标准编码，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》上传统一的医保结算清单。医保结算清单作为DIP支付的重要凭据，医院要练好内功，做好基础信息质量控制。

二是信息传输到位。医院要校验医保结算清单接口文档及各字段数据来源，梳理医保结算清单数据项的逻辑关系和基本内涵，做细医保结算清单贯标落地工作，及时、准确、全面传输DIP付费所需信息，

确保信息实时传输、分组结果和有关管理指标及时反馈。

三是病案质控到位。病案首页是医保结算清单的重要组成部分，是DIP分组的核心，是结算的重要依据，因此，医院应切实加强院内病案质量管理，保证病案首页的完整度、合格率、准确性。

四是医院内部运营管理机制转变到位。支付方式改革的主要目的，就是要引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值。医院应建立DIP病种精细化管理机制。

#### **04 分组分析，找出差距**

DIP支付方式改革，国家版主目录有核心病种11553组，综合病种2499组。各地DIP分组组数不一致，有多有少。医院要按照当地的DIP分组开展覆盖率分析，分析本院实际DIP组数与当地DIP组数的差异。进而细化到科室、医疗组进行学科DIP的差异，找出不足，分析自身的条件，明确学科发展的方向。

#### **05 预算分析，费用合理**

DIP分值是区域平均费用的标化，通过区域预算总额预算机制，医保部门测算了预结算点值，作为每月与医院结算的依据，年终清算时候测算最终的清算点值。医院需要参考DIP标准分值、DIP预结算点值，预算DIP病种实际分值费用。在实际工作中，医生下达诊断后，通过“疾病诊断+治疗方式”的组合，就要进行DIP预算分析，把DIP病种预算费用作为参考依据。注意费用要合理，要防止过分控费导致

医疗不足影响医疗质量，医保部门也对医疗不足有考核规定。

## 06 医保结算，收入确认

DIP 住院患者出院后，医院要与医保部门结算，各地医保部门对结算还有规定，一般而言医保使用率越高，医保结算就打折，为了防止过度医疗，医保使用率越低，医保结算一样打折，为了防止医疗不足；年终清算，还要考核，清算分值也是变数，所以，DIP 收入的确认就非常困难。一般而言，平时 DIP 病种收入确认，参考 DIP 实际分值与 DIP 标准分值点值测算，然后按照医保使用率结算政策打折或奖励再行调整。年终按照清算点值调整每个 DIP 收入。

## 07 成本核算，颗粒病种

目前医院大部分都开展了科室成本核算，DIP 是基于病种付费，国家卫健委和财政部政策都有明确规定，对病种成本核算提出了较高的需求，如何开展 DIP 病种成本核算，在实践上还有许多焦点和难点需要探索，对医院提出了不小的挑战。成本是 DIP 运营管理之“本”，目前大部分只核算到了收费的药品和收费的耗材成本，核算到了医保结算的结余，真正的 DIP 实际成本核算的不多，这也就导致了不能正确评价病种的对医院真实的经济贡献。探索按照综合指数法开展病种成本核算，按照“算为管用、算管结合”管理会计思路，对 DIP 成本按照制造成本法，开展“药耗成本、直接成本、业务成本”核算，为测算 DIP 盈亏打下坚实的基础。

## 成本分析：反映成本消耗及结构情况



满足内部运营管理需求的同时  
实现财务会计部门成本核算功能

微信号: yfck6988

### 08 盈亏分析，精准管控

通过对DIP收入的确认，核算DIP病种盈亏(包括医保结余、边际结余、直接结余、业务结余)，通过对DIP病种“收支保”分析，评价DIP病种的经济价值，对每个DIP开展收入结构分析，寻求DIP收入结构调整和成本降低的最佳途径。按照DIP次均病种盈亏和DIP数量，按照DIP盈亏与CMI等，开展病种盈亏“四象限”分析，为病种结构调整提供参数。开展CMI收入指数、成本指数、结余指数核算与分析。

### 09 提质增效，综合评价

DIP支付看似对医院经济的影响，实质还是对运营管理思路的冲击，在DIP预付费模式下，DIP病种的费用其实相对稳定，医院要发展就需要考虑如何“开源、控费、提质、降本”之道，如何开源?增加经济贡献度和CMI附加值高的DIP病种是关键，围绕质效作文章，

不是简单的数量的增加;如何控费?限高和限低是敏感点,费用过高的DIP要精益分析,找到降低费用的方法和措施,费用过低,重点关注医疗不足引发的风险;如何提质?面准区域综合病种组及未开展的病种创新突破,聚焦DIP分值高级医务性分值高的病种,提高集合度。如何降本?精准控制不合理消耗,精细化挖潜,堵塞跑冒滴漏是关键。“开源、控费、提质、降本”有效管理工具就是绩效考核指挥棒,通过与绩效考核关联推动DIP精益管理。

总之,DIP医保支付新时代,对医院传统惯性的管理提出了严峻挑战,价值医疗时代已经到来,医院精益运营绩效管理变革势不可挡,唯有不变的就是顺应历史潮流而变。

[返回目录](#)

## • 医保动态 •

### 改革探路：医保跨省一体化，牵出群众“幸福线”

来源：文汇报

开通异地就医、可以直接在上海的医院持卡联网结算,身在上海的嘉兴人王阿姨感慨:“真是方便很多!”王阿姨是典型的“老沪漂”,退休后就居住在上海,给女儿带孩子,平日生活都很适应,唯独一点——她患高血压,习惯在瑞金医院看病配药,之前看病要自己先垫钱,回嘉兴时再报销,如今省了“跑腿折腾”。

已在南京生活几十年的金女士情况正相反。“我是上海人,梅钢

建设初期随父母来南京，生活至今，以前看病要先自己垫钱，再到医保点排队报销，如今可以拿上海社保卡在南京直接结算了！”

小小一张医保卡，是百姓幸福生活的“晴雨表”。在长三角更高质量一体化发展的指引下，长三角三省一市以更紧密的姿态站在一起，尤其在医保领域，上海市医保局会同苏、浙、皖三省医保局，坚持以人民为中心，在国家医保局的统一部署和大力支持下，紧扣“一体化”和“高质量”两个关键词，加快推进长三角医保一体化发展，不断提升参保群众异地就医便捷度，促进长三角区域内劳动力合理有序流动，着力推动实现基本医保公共服务便利共享，努力为国家改革提供可复制、可推广经验。

### 异地就医更便捷，长三角门诊费用直接结算试点全国推广

随着人员交流日益频繁，医保待遇可否随时“带走”、跨省异地就医可否更便捷？“跨省异地就医直接结算”呼之欲出，而这背后涉及医保基金复杂的统筹问题，要系统解决不容易。构筑起全世界最大医疗保障网络、实现“全民医保”的中国，能否再啃下这一难题？改革需要一名“探路者”，长三角迎难而上。

2018年9月起，上海市医保部门牵头，会同苏、浙、皖三省医保部门，在长三角率先启动异地就医门诊费用直接结算试点。截至2022年7月底，上海全部16个区802家定点医疗机构实现跨省直接结算，并已覆盖长三角全部41个城市和11553家医疗机构，累计结算987.52万人次，涉及医疗费用26.43亿元，是全国异地门诊结算

总量最大的区域之一。

数据分析显示，长三角异地门诊费用直接结算有效满足长期异地工作、居住、养老等不同需求，并且实现互惠互利。其中，苏浙皖来沪门诊就医人次占双向总人次 76%左右，从上海至苏浙皖就医人次占比 24%。同时，坚持分级诊疗，就医秩序整体可控，未出现就医“虹吸”现象。

有改革，有方法，更有百姓的满意度！长三角门诊费用直接结算试点工作获全国推广——2021 年国务院《政府工作报告》明确提出要加快推进“门诊费用跨省直接结算试点”。2022 年国务院《政府工作报告》进一步提出“完善跨省异地就医直接结算办法”。2021 年 2 月起，上海市医保局按国家要求，稳步扩展门诊异地结算范围，截至 2022 年 7 月底，已覆盖全国 31 个省和新疆生产建设兵团共 347 个城市。“上海及长三角的试点，给了国家重要的参考与依据。”业内分析。

### 聚焦群众“高频关注”，推动医保公共服务更便利共享

2017 年 7 月起，按国家统一部署，上海市推进实施跨省异地就医住院费用直接结算工作，实现全部定点医疗机构跨省异地住院费用直接结算全覆盖，截至 2022 年 7 月底，跨省住院直接结算累计达 269 万人次，涉及医疗费用 721.42 亿元。上海医保部门对长三角异地住院直接结算数据进行专项调研分析结果表明，异地住院直接结算就医群体以“异地转诊人员”为主，重点解决了临时转诊参保人员重大疾

病就医需求。其中，苏浙皖来沪住院就医人次占双向总人次 90%以上，上海具备优质医疗资源的三级甲等医院受到更多青睐。

在此基础上，上海有序开展高血压、糖尿病等门诊慢特病费用跨省直接结算试点。结合疫情防控和群众实际需要，上海还率先探索互联网医院异地患者医保在线支付。目前，上海共有 79 家互联网医院实现异地结算，长三角参保群众在互联网医院复诊诊查费、药品费用，纳入异地医保支付。

上海市的“数字转型便捷就医”服务也惠及长三角群众，“长三角信用就医项目”2022 年 6 月 30 日上线，将信用就医的范围从上海市参保人扩展到长三角区域来沪就医的参保人，首批在瑞金医院和第六人民医院开展全流程实测，已完成首批签约的参保人享受“信用就医、无感支付”的医保服务。

长三角城市群手牵手，牵出了百姓生活的“幸福线”。“上海市医保部门坚持以数字化转型为依托，会同三省医保部门，聚焦群众关注度高、获得感强、体验感深的医保经办事项，推动医保公共服务更加高效、便民。”上海市医保局相关负责人表示，随着医保经办服务事项加快统一，长三角区域跨省医保服务共享更便利。比如，医保高频事项实现长三角区域“一网通办”；又比如长护险结算实现长三角区域“跨省延伸”，针对部分失能老人反映，到长三角养老无法享受长护险待遇结算等问题，2021 年起，上海市医保局牵头试点本市老年人入住长三角区域有分支的养老机构长护险费用延伸结算，已覆盖



江苏、浙江两省 10 个市，进一步满足失能老人异地养老需求。

### 协同研究，推动更高质量医保一体化发展

发挥示范引领效应，长三角生态绿色一体化发展示范区内已率先实现医保领域“同城化”。在上海市青浦区、江苏省苏州市吴江区、浙江省嘉兴市嘉善县，三地医保部门以示范区医保一体化为先手棋和突破口，推动实现区域就医免备案、经办服务一站式、慢病特病结算通、网上医保在线付、异地审核协同化“五个率先”。示范区医保一体化建设试点经验已列入示范区第一、二批制度创新经验复制推广项目清单，在全国推广。

长三角的手越牵越紧，医保一体化发展走向纵深。目前，贯彻长三角医保一体化“有计划逐步实现药品目录、诊疗项目、医疗服务设施目录统一”的会议部署，“三个目录”统一在长三角加快推进。三省一市医保部门共同支持委托专项课题研究，全面梳理三省一市在普通门诊、门诊慢性病、特殊门诊的待遇政策，提出长三角职工医保门诊共济保障与“两病”用药保障、集中带量采购、支付方式改革、基金监管等协同改革的意见建议。贯彻国家关于“推进构建区域性、全国性联盟采购机制”的要求，沪浙皖启动长三角区域联盟药品联合招采工作。长三角(沪浙皖)联盟地区药品集中采购中选结果于 2022 年 6 月 30 日公布，中选价格稳中有降，联盟地区总体降幅 29%，百姓就医负担有望进一步减轻。

改革并非一蹴而就。下一步，长三角将进一步推进基本医保“三

个目录”等政策统一，加强长三角药品、耗材招采联动，强化长三角医保基金监管联动，更高质量一体化让协同效应进一步显现。

[返回目录](#)

## 医保数字化转型，看病就医进入“无卡时代”

来源：浙江省桐乡市医疗保障局

浙江省桐乡市医疗保障局坚持“全力强保障全心为民生”的工作宗旨，充分发挥桐乡作为世界互联网大会永久举办地的优势，以数字化转型为突破口，聚焦老百姓需求度高、体验感强、获得感大的重点项目，全面推进新时代立体化、网络化、便捷化的医保公共管理服务体系建设，实现医保经办在高效下运行、医保温度在服务中传递、精准惠民在数据里发力，为桐乡争当高质量发展共同富裕示范区排头兵贡献医保力量。

### 一、政务融合区域化，点燃医保办事新引擎

桐乡深入推进医保数字化转型，特别是经办管理服务领域，通过网络数据交换共享，构建跨区域政务服务平台，逐步实现医保办事嘉湖一体化、长三角一体化，让办事群众从来回“跑着办”到跨区域“联通办”再到异地“互相办”，切实提升办事效率。

(一)领跑嘉兴，试行同城同待遇。2020年10月1日起，嘉兴市桐乡市和湖州市南浔区两地城乡居民医保参保人员开始试行免备案和同城同待遇，并在两地分别设立政务服务通办专窗试点，梳理出涉及基本医疗保险参保人员异地就医备案、基本医疗保险参保人员医疗

费用零星报销等共计 12 个医保事项，通过网络数据交换共享，实现“异地受理、一次办结”，惠及 126 万余名湖州市南浔区与嘉兴市桐乡市参保人员。

(二) 两地通办，深化嘉湖一体化。嘉兴市桐乡市与湖州市德清县签订政务服务“嘉湖一体化”通办战略合作框架协议，两地将在桐乡市洲泉镇、河山镇、大麻镇与德清县新市镇、禹越镇便民服务中心分别设立“嘉湖一体化”互通互办专窗，开通两地自助服务一体机跨区域通办模块，为两地企业群众提供 24 小时自助服务，积极打造线上线下一体联动、归属地、通办地两地无差别服务的“嘉湖一体化”深度融合服务体系。

(三) 跨省互办，推进长三角一体化。以某公司在江苏如东投资的重大项目为切入点，推进浙江桐乡与江苏如东医保业务跨省通办，基本医疗保险参保人员医疗费用零星报销等 7 个医保高频事项实现跨省通办，方式为线下代办或窗口工作人员辅助网上申请。下阶段，将探索通过政务服务 2.0 平台授权，增加自助机功能丰富通办途径，根据参保人员需求，逐步完善通办事项清单。

## 二、看病就医无卡化，开创医保报销新时代

加快推进医保电子凭证的推广应用，进一步做好“长三角异地门诊”双向直接结算和跨省异地就医的扩面工作，同时扩充“3+N”一站式结算内容，群众看病就医进入“无卡时代”。

(一) 全面推广“医保电子凭证”的激活使用。桐乡市参保人员在

医药机构就医购药时无需携带医保实体卡，直接出示医保电子凭证即可完成医保结算支付。目前我市所有定点医药机构均开通医保电子凭证应用场景。通过联合支付宝、微信、农业银行、工商银行、中国银行、建设银行、邮储银行、农商银行等 19 家第三方合作伙伴以及全市各企事业单位的推广，已激活参保人数 73.8 万人，占比 92%，刷卡次数达到 230 万次在嘉兴各县市中排名靠前。

(二) 全力推进“3+N”一站式结算。桐乡市“3+N”一站式结算系统，在医疗保险、大病保险、医疗救助的基础上，新增优抚补助、工会互助、重性精神病补助、计生特殊家庭安康保险和大病无忧保险结算模块，群众刷卡结算时由系统自动审核，无需办理报销手续，减轻垫资压力，实现医疗补助的“零次跑”。“3+N”一站式结算自 2019 年 9 月开通以来，累计享受报销 24.57 万人次，合计报销金额 5897.25 万元。

(三) 全面实现异地就医直接结算。2019 年 5 月后，全市 82 家定点医疗机构、304 家定点药店全部接入嘉兴市异地结算系统。推进医保长三角一体化，我市 24 家医疗机构接入长三角异地结算系统，与全国 59513 家定点医疗机构实现直接联网结算，其中长三角(含浙、苏、皖、沪三省一市)1 万多家实现门诊异地联网结算。2021 年累计刷卡人次为 51.57 万，涉及医保报销 2.86 亿元。

### 三、医保服务人性化，构建慢病管理新模式

依托省医保局、浙江大学在乌镇建立浙江医保大数据和政策研究

发布平台的优势，桐乡市医疗保障局不断拓展“互联网+医保”慢病管理应用场景，进一步推行“慢病线上复诊、医保线上支付、线下送药到家”服务新模式。

（一）打造乌镇互联网医院便民门诊平台。乌镇互联网医院便民门诊平台是依托于乌镇互联网医院搭建的互联网慢性病一体化平台，主要提供“在线复诊”、“在线处方”、“医保在线支付”和“药品配送”四大核心服务场景。桐乡参保人员可通过该平台，接触到全国各地在乌镇互联网医院注册的平台医生进行在线接诊，开具在线处方流转，医保在线支付，最后由第三方医药机构进行药品配送上门等一体化线上服务。

（二）搭建桐乡市级线上慢性病管理平台。依托“健康桐乡”APP作为掌上诊疗支付平台，参保人员注册登录，通过市民卡号实名验证、刷脸认证，开通医保移动支付功能后，可通过“健康桐乡”APP预约挂号，全市公立医疗机构的医师均可线上接诊，患者可上传检查报告，固定一位医师咨询或复诊，有利于形成较为完整的病情跟踪报告，为慢性病人提供全过程、全周期管理服务。目前“健康桐乡”APP互联网+慢病服务及慢病签约医生已覆盖全市基层卫生服务站。

（三）提供居家上门移动支付个性化服务。桐乡市医疗保障局始终坚持传统服务方式和智能化服务方式并行，通过结合家庭医生签约上门服务，为特殊人群提供居家上门移动支付服务。桐乡市域内与家庭医生签约并办理慢性病门诊待遇备案的无智能手机或不会使用互联

网操作的慢性病参保人员可主动联系签约的家庭医生携带慢性病药品，医保移动结算设备至患者家中进行诊疗服务，医药费用直接刷卡结算。

[返回目录](#)

## • 集中采购 •

### 国家集采大动作不断，如何做好与其他改革的协同联动？

来源：中国医疗保险

2022年8月11-12日，国家医保局党组成员、副局长陈金甫赴山东威海调研集采中选产品落地使用情况，先后到威高集团、吉威医疗、文登整骨医院实地考察中选产品原料与产能保障、供应配送、终端使用等情况，并与企业和医疗机构代表座谈听取意见建议。

陈金甫强调，集中带量采购是多重目标中寻求动态平衡的系统改革，是重大制度机制创新。近年来，医药企业和医疗机构自觉响应改革、拥抱集采，做出了积极努力，已成为推动改革、促进发展的同路人。下一步，要持续推进集采提速扩面，推动形成公平竞争、质量保障与创新驱动的行业发展新格局。

### 集中带量采购改革已经进入常态化、制度化新阶段

2018年以来，国家医保局会同国家有关部门以带量采购为核心，推进药品和高值医用耗材带量采购改革，经过三年努力，集中带量采购改革已经进入常态化、制度化新阶段。

药品采购方面,到目前为止,已开展 7 批国家组织药品集中采购,共覆盖 294 种药品,按集采前价格测算,涉及金额约占公立医疗机构化学药、生物药年采购额的 35%,集中带量采购已经成为公立医院药品采购的重要模式。

高值耗材采购方面,则聚焦了心内科和骨科两个群众最为关注的领域。2020 年,开展了冠脉支架的集采,支架价格从均价 1.3 万元左右下降至 700 元左右,医疗机构临床常用的主流产品基本中选,覆盖医疗机构意向采购量的 70%以上。与 2019 年相比,相同企业的相同产品平均降价 93%,国内产品平均降价 92%,进口产品平均降价 95%。2021 年,开展了人工关节的集采,共有 48 家企业参与本次集采,最终 44 家中选,中选率 92%。人工髋关节平均价格从 3.5 万元下降至约 7000 元,人工膝关节平均价格从 3.2 万元下降至约 5000 元,不仅实现了人工关节费用的大幅下降,而且为其在医用耗材目录准入、定价及支付提供了依据,将促进“技耗分离”政策的实施。

与此同时,地方在参与国家组织集采的同时也开展了不同形式的省级和省际联盟集采,从采购品种看,化学药、中成药、生物药三大类药品板块均有涉及,冠脉球囊、眼科人工晶体两个品种也已经实现了省份全覆盖。

按照集中带量采购常态化、制度化推进的路线图,国家医保局今年将继续开展药品和高值耗材带量采购。第三批高值医用耗材即骨科脊柱类医用耗材已经于今年 7 月 11 日正式启动,采购对象为颈椎前

路钉板、颈椎后路钉棒、胸腰椎后路微创钉棒等 14 个产品系统类别，采购周期为 3 年。根据采购方案，此次骨科脊柱类耗材集采将“采用适当方式，在保证公平竞争、保持竞争强度、去除虚高价格空间前提下，促进更多企业中选，增强预期稳定性”。这意味着，此次集采方案给予了中小企业更多机会，相较之前的人工关节集采方案平衡性更强。

### 各项医保制度改革协同联动，多措并举确保中选产品落地

从“4+7”试点以来，国家医保局就及时出台了医保配套措施相关政策文件（《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》），从医保基金预付、医保支付标准、建立集采考核机制等多个层面，指导地方做好中选结果落地实施。在此基础上，统筹谋划，做好各项医保制度改革之间的政策衔接，确保形成改革合力，共同推进集采结果的落地实施。

一是全国统一的医保信息平台为保障集采结果落地实施提供了技术支撑。

根据国家医保局相关负责人介绍，全国统一的医保信息平台已经全面建成，并在全国 31 个省份和新疆生产建设兵团全域上线，该平台涵盖了药品和医用耗材招采、支付方式等 14 个子系统，覆盖 40 万家医保定点医疗机构和 40 万家医保定点零售药店。一方面，将加快实现全国药品耗材编码标准化，推进“带码招标、带码采购、带码结算”，便于数据在全国范围内互认、流转、共享，促进省际间价格信



息互联互通；另一方面，能够实现所有集采品种的产品供应、配送服务、采购使用以及患者支付报销的“多方信息合一”。

例如，胰岛素专项国家集采中选品种的落地过程中，全国医保经办机构、医疗机构、零售药店均使用了统一标准和规范的胰岛素分类编码，可以保障中选结果更好落地实施。并且，中选产品是在国家统一部署的新医疗保障信息平台上使用，方便管理与监测，确保患者能够准确使用。而随着药品耗材招采子系统功能逐步健全，未来还能从招标采购环节、中选结果落地执行监测等方面提供更多技术支撑，持续保障后续开展的其他批次国家集采中选结果落地实施。

二是医药价格和招采信用评价制度为集采结果落地实施提供了监管保障。

国家医保局于2020年8月发布文件，围绕建立医药价格和招采信用评价制度，旨在发挥医药产品集中采购市场的引导和规范作用，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，促进医药企业按照“公平、合理和诚实信用、质价相符”的原则制定价格，促进医药产品价格合理回归。

为有效约束企业行贿、缺货断供等履约不力行为，国家组织药品集中采购也逐渐引入价格招采信用评价机制，将信用评价结果与产品申报资格、中选排名、市场分配结果等关联，通过实现信用评价切实与企业利益挂钩来有效约束。第五批国家集中带量采购首次引用信用评价制度。而近日完成的第七批国家集采则在此基础上进一步增加了

信用评价制度的应用力度和强度，明确提出：拟中选企业若被任意一省依据医药价格和招采信用评价制度评定被评定为“严重”或“特别严重”失信等级的，或在两年内拟中选企业在国家组织药品集中采购中的中选品种被联合采购办公室取消中选资格的，在主供和备供地区确认中，均不具备拟中选企业第一次选择确认地区的资格，即相对少了一个供应地区。

三是医保支付方式改革和医疗服务价格改革为集采结果落地实施起到了协同促进作用。

医保支付方式改革方面，近两年医保在完善医保基金总额预算管理和量化考核的基础上，广泛推行 CHS-DRG/DIP 付费改革国家试点，并在此基础上推动构建多元复合的医保支付方式。这种“打包式”支付方式本身就能够促进公立医院强化成本意识，引导其更加倾向于使用质优价廉的集采中选品种。不仅如此，为了进一步激励医疗机构优先使用中选产品，相关政策文件已经明确“医保部门制定年度医保基金总额控制指标时，对合理使用中选品种、履行购销合同、完成集中采购药品用量的定点医疗机构，不因集中采购品种药品费用下降而降低总额控制指标”，以及“对使用集中采购药品的治疗，首年不因药品费用下降而降低病种(病组)支付标准”，以激励医疗机构先使用中选产品。

医疗服务价格改革方面，国家医保局于 2021 年 8 月 31 日印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，明确启动医疗服务价格改革试点，

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，进一步降低对药品耗材采购使用中“灰色”利益的依赖。同时明确，对于国家集采等重大改革任务，建立医疗服务价格专项调整制度，根据实际需要启动医疗服务价格专项调整工作。今年7月，国家医保局又发布了《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》，进一步理清了医疗服务价格和医药集中采购的关系，明确医疗服务价格和药品耗材集中采购各自的功能定位，价格调整触发机制与药品耗材集中采购不直接挂钩，调整总量不直接平移置换。同时，围绕如何协同推进两项改革、确保有机衔接做出了具体安排：对医用耗材和医疗服务深度关联的项目，要准确分析集中采购产生的具体影响，分类施策、科学协同。其中，耗材在医疗服务价格项目外单独收费的，虚高价格经集中采购挤出水分后，相关定价偏低的项目优先纳入价格动态调整范围，必要时可实施专项调整；耗材合并到医疗服务价格项目中、不单独收费的，根据集中采购降低物耗成本的效果，适当降低医疗服务项目价格，向群众释放改革红利。

[返回目录](#)

### **“一品一码”，医用耗材野蛮生长时代将终结**

来源：国家医保局

有业内人士指出，编码就像一根绳，能拽出所有的信息。随着医用耗材招标、采购、交易、结算、监督一体化的推进，全国耗材管理一盘棋的格局已逐步形成。

## 耗材全国“通用语言”更新

8月8日，国家医保局发布《关于公示医保药品、医用耗材分类与代码数据库维护信息的通知(2022年7月)》(以下简称《通知》)。

《通知》表示，国家医保局组织开展了医保药品、医用耗材信息维护和审核工作，并将2022年7月药品、医用耗材维护信息予以公。



经公示无异议后，该批次药品、医用耗材信息将分别纳入国家医保药品、医用耗材分类与代码数据库，供各地医疗保障部门使用。医用耗材编码动态维护工作被纳入今年深化医改重点任务。5月，国务院办公厅发布《深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务》，文件明确，扎实推进全国统一医保信息业务编码动态维护和深化应用。分类推进医疗器械唯一标识实施工作，深化唯一标识在监管、医疗、医保等领域的衔接应用。目前，全国统一的医保信息平台已建立完成。国家不久前发布的《关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》中强调，要持续推进全国统一的医保信息平台深化应用，充分发挥平台效能。全面深化业务编码标准维护应用，建立标准应用的考核评估机制。带量采购、DRG/DIP改革、全国医保信息平台统一……医疗系统正掀起一场指数级改革。在这场改革里，统一医保信息业务

编码，形成全国“通用语言”，是耗材遴选、采购、配备、使用、支付、结算一体化的基础。

### 野蛮生长期结束，“最小颗粒度”改革开启

粗放式已成过去，医疗器械行业正在进行一场“最小颗粒度”改革。去年11月，国家医保局发布“《基本医疗保险医用耗材支付管理暂行办法(征求意见稿)》和《医保医用耗材“医保通用名”命名规范(征求意见稿)》公开征求意见的公告”(以下简称《公告》)。国务院医疗保障行政部门负责建立健全全国统一的医用耗材医保准入管理制度。制定医保医用耗材编码规则、耗材通用名分类标准、评价规则及指标体系、医保准入流程、医保支付标准的确定规则等，对各省落实国家医保医用耗材目录及医保支付标准确定等工作实施监督管理。省级医疗保障行政部门执行国家统一的医保医用耗材目录，按照医保支付标准的确定规则制定本行政区域内的支付标准。省级医疗保障行政部门负责指导、监督辖域内各统筹地区贯彻执行国家医保医用耗材目录和省级支付标准等。鼓励省级医疗保障部门之间采取区域联盟或协作区域等形式，制定联盟或区域内医保医用耗材支付标准。国务院医疗保障行政部门通过制定《基本医疗保险医用耗材目录》(以下简称《耗材目录》)确定医用耗材支付范围。综合考虑医用耗材的功能作用、临床价值、费用水平、医保基金和参保人的承受能力等因素，对《耗材目录》进行动态调整。确定及调整《耗材目录》的程序，主要包括确定调整规则、企业申报、专家评审、公布结果等。

《耗材目录》按照国家医保耗材通用名管理。结构主要包括凡例和目录两部分。凡例是对《耗材目录》的编排格式、名称和编码规范、支付范围等的解释和说明。目录包括编号、通用名称、功能分类、医保编码、支付范围、计价单位、支付标准、备注等。此外，国家基本医用耗材支付实行医保通用名管理。在依照国务院医疗保障行政部门医用耗材编码规则进行分类的基础上，按照以学科、用途、功能为核心，兼顾材质和特征，充分考虑不同学科分类的差异性，依据功能和效果相近、支付标准管理趋同的原则，将具有医保耗材编码的耗材进行分类合并，形成医保通用名。建立“医保通用名”目录，关联相关数据库，统一适用于医保、准入、采购、支付、监管等应用场景，实现多职能通用，多部门共享。

### “一品一码”，最严监管时代来了

三年前，“医保业务编码标准动态维护”在国家医疗保障局官网上线试运行。其中“医保医用耗材分类和代码”是难度最大的一项。现行耗材注册批件中规格型号种类繁多、数量庞大，甚至同一个批件下有几万个品规，难以进行有效管理。业内人士认为，形成全国统一的医保医用耗材分类与代码，将有效改善这一行业野蛮生长、混乱无序、效率低下、资源浪费等乱象。

有知情人士指出：以后政策覆盖的品类还会铺的更广，器械编码就好像一根绳，它要拽出所有的信息。负责多地医保数据搭建的专业人士分析，之前的编码环境很乱，全国有将近十种不一样的耗材编码

标准，有的省份之间能够统一，但有的在使用上不太一样，而且有的企业和城市会自己建设一套流水编码，整体相互混淆。耗材统一编码之后能够实现“一品一码”，招标、采购、支付等环节运行都会更加精细化，这既便于监管，也能减轻企业负担。“这种管理的颗粒度会粗一点，没有那么精细。如果某一批次里面有某个产品出了问题，那只能去追溯整个批次的产品，根据厂家的留样记录或者留样样品种分析批次问题，做出一个合理性评估，但是没有办法精确到单个产品的情况，很可能会有遗漏。”同时，建立耗材“通用语言”对遏制带金销售也起着关键作用。

此前，有业内人士表示，以前所有的医生回扣，医药代表、耗材销售代表能赚到的钱其实都是医保系统“跑冒滴漏”的资金，一旦医保信息系统建成，整个医保链条上的跑冒滴漏都将全部消除，这意味着链条上所有凭借灰色收入为生的人全都出局。耗材无序竞争时代已结束，医疗器械行业进入全生命周期监管的新阶段。

[返回目录](#)

## • 医药舆情 •

### 医药贿赂再现“新花样”，治理药价虚高为何这么难？

来源：中国青年报

近期，国家医保局会同相关部门，指导相关省对3家企业药品虚高定价、套取资金进行专项调查。经查，2017年至2021年5月，天

天心制药等 3 家药品生产企业为规避“两票制”政策和监管，与下游 50 多家药品代理商相互串通，对注射用头孢硫脒等 87 种药品采取用虚高价格采购原料药方式套现，并向下游药品代理商转移资金。涉及金额巨大，其中部分资金用于行贿医务人员或特定关系人，开展药品违规促销。

这几家药企虚抬药价的手段，经过了精心设计。首先，药品生产企业与药品代理商签订合作协议，在原料药采购环节增加指定“经销商”，由“经销商”按正常价格购进原料药，提价数倍至十数倍后，再销售给药品生产企业。然后，药品生产企业以“原料药涨价、生产成本高”的名义，将原料药的虚高价格进一步传导至出厂和投标挂网价格。

也就是说，经过一个所谓原料药中间“经销商”的倒手，药企购买的原料药价格被“合理”推高。此后药企再将药品出厂价定得很高，外人通过发票和财务报表等来核算成本，很难发现猫腻。目前，天心制药等 3 家企业按要求对涉案的 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。

针对原料药下手抬价，是一种欺骗性很强的变通手段。过去在药品流通环节，各级经销商层层加价，开七八张发票、加七八次价是常事。实现“两票制”后，中间加价等就没法操作。因为“两票制”规定，药品出厂开一次发票，药品卖到医院再开一次发票，只能开两次



发票。这样一来，中间加价等操作无法进行，不仅药价处于低位，而且没有资金搞商业贿赂，在这个环节上，治理药价虚高可望见到实效。

但问题是，如果在药品出厂之前，在原料药上加价，就可能绕过“两票制”的监管，并给药品商业贿赂筹到了大量资金。由于原料药提价数倍至十数倍，出厂价被翻倍推高就不足为奇，这个巨大的窟窿，让“两票制”在一些地方被打折扣。

值得警惕的是，这两年，类似变通手段出现了不少。比如，国家集采药品的价格很低，这对于老百姓是大好事，但医疗机构却没有“赚头”，一些医疗机构就只采购非中选药品或替代药品。又如，药品加成取消了，就让部分医保目录内药品消失，迫使患者只能使用相应的自费药品。再如，“医药代表”在医院已难寻踪迹，鲜有人再敢统方发放药品回扣，但少数医生就诱导患者到指定药店购药……这些做法均已零星出现，有些变通手段如只买非集采药等，在一些地方几乎已成普遍现象。

这几起案件虽属个案，却显示出一种现象与苗头，因而具有很强的警示意义。为何下这么大的力气，一些药品价格仍然居高不下？原料药价格上涨已成当下的一种风潮，但究竟是真实的市场表现，还是推高药品出厂价的托辞？这些都是这类案件应该引发的思考。

近年来，整治药价虚高和打击医药商业贿赂的力度空前，但一些医药企业、医疗机构“下有对策”也需要着重防范。唯有严密封堵这些新漏洞，相关改革和整治举措才能产生预期的效果，患者才能持续

获得优质价廉的药品。

[返回目录](#)

## 医疗反腐爆大案，219 人主动说明违纪问题！

来源：中纪委

8 月 15 日，中纪委官网发布了《杭州推进医疗领域腐败问题专项整治靶向治理建设清廉医院》一文。文章表示，开展专项治理活动后，219 人主动说明违纪问题，上交红包及礼品礼金 59 万余元，运用“四种形态”处理 363 人，通报问题 12 个，完善制度 118 项。



去年，中纪委多次就医药反腐发文，并单独明确撰文指出：随着监管层一个又一个“重拳”政策出台，医药代表这个职业迎来了“转型或消失”的特殊时刻，“中间商赚差价”的时代正走向终结。

今年，反腐力度不减，中纪委官网也在不断披露全国各地的医药反腐实录。重庆、江西、四川成都……全国各地都在加强医药反腐的力度。在去年对医药代表定论后，本年度医药反腐更多的是从医院反腐角度，以塑造“不敢腐”的环境，进一步减少腐败产生的土壤。更值得关注的是，本次案件披露显示，数字化已经成为医药反腐有利工

具。

### 医药数字化反腐，医生被约谈

中纪委上述文章披露，采购管理、重点岗位轮岗、多点执业、科研学术活动等4个领域是监督管理的重点，除了对重点岗位重点监管和制度提升外，杭州市还采用数字化的方法对医生的处方在大数据、全链条的基础上进行数字化审查。

据介绍，富阳区刚刚上线的“智廉医院”3.0平台。该系统通过汇集分析门诊、药品等核心业务数据，实现药品、设备的采购申领、使用等全流程轨迹监督，并对医生线上用药申请不合规之处自动报警。在数字化监管下，在医院目前已有同类型的药物的情况，医生还申请价格更贵的新药，富阳区第一人民医院一名医生被院纪委约谈。

为进一步解决医疗行业“潜规则”突出、廉政风险较大等监督难题，市纪委监委督促市卫健委加快推进数字化改革，赋能清廉医院建设，对合理用药、高值医用耗材、医疗核心数据实施精准监控，一批“数智”监督平台在公立医院上线运行。

不仅仅是极为督促，还有的医院主动出击。杭州市第一人民医院打造“数字纪检2.0”，1000余条纪检数据汇聚在“智廉大脑”驾驶舱，加强行医过程线上“阳光”留痕管理。

这种改革的直接成果是诊疗费用的大幅度降低。文章的开头介绍了这样一个案例，同样是急性阑尾炎手术，费用比两年前要节省近三千元。

## 医保数字化监管，全国各地开花

医保智能审核主要通过自动化监测医生诊疗行为，达到控制医疗不合理费用、维护医保基金安全的作用，2009 年左右由商业公司从美国引入，并从 2011 年左右，在中国各省市陆续上线。

2020 年 7 月，国务院办公厅印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，明确要求“建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用，加快建立省级乃至全国集中统一的智能监控系统，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。”

数字化监管的地位由此得到确认。据国家医保局最新消息，全国统一的医保信息平台已全面建成，在全国 31 个省份和新疆生产建设兵团全域上线，为 13.6 亿参保人提供医保服务，医保信息化标准化取得里程碑式突破。

有了智慧医保搭建的数字化基础后，对于医药实现了全链条的监管，有了数字化留痕后，医药反腐有了更为有力的抓手，医药不合规行为更容易被曝光。

以河南省信阳市为例，信阳市作为河南省智能监控建设唯一示范点城市，经过近两年的全力推进、精细实施，示范点创建工作取得明显成效。2020 年 9 月，信阳市医保局引入第三方合作力量，由平安医保科技协助参与智能监管项目建设，主要分为三个部分：

一是实现事后审核全覆盖。项目组对事后审核子系统功能与规则

进行全面升级优化，实现 5 大类(医保经验、三目录依从性、合理用药、诊疗服务规则、检验检查规则)、44 条规则和 9542 条明细的充分应用。据介绍，现已全部覆盖统筹基金支付的 2841 家定点医疗机构住院和门诊慢病管理，并实现在线查看结算明细单、医嘱、病案、手术、检验检查等信息，整个审核过程与医疗机构完成线上互动反馈。

二是建立智能监管知识体系。智能监管系统包括医学知识、审核规则、典型案例、医保政策 4 大基础知识库。医学知识库涵盖了临床诊断、手术操作、诊疗项目、药品知识、医用材料、临床路径等，共有 70 多万条知识库信息；审核规则库支持规则可拖拽、组件化配置，检查人员根据需要自行设置，已在现场突检时发挥即时性效应；典型案例库汇聚审核稽核典型案例，实现经验共享；医保政策库支持对政策基础信息的维护，通过结构化解读为规则制定提供政策依据。

三是进销存监管接入医疗机构信息化系统。对全市定点医药机构药品入库信息、损耗信息、库存信息、销售数据进行接入，持续获取 HIS 系统的进销存上传数据，动态掌握药品耗材信息，通过医保结算数据对比，及时发现药品耗材在流通过程中的串换、虚记等疑点问题，有效杜绝公立医疗机构虚增医疗成本、民营医疗机构欺诈骗保等行为，并为下一步招采数据的比对预留接口。截至 2020 年 7 月，进销存数据已上传 30 万余条。

[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