

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第34期

(08.22-08.28)

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 •

▶ [专访：DRG 付费如何从破题试点走向全面推进](#)（来源：《中国医疗保险》杂志）——第 6 页

【提要】在北京市医保中心的会议室里，郑杰与国家医保 DRG 付费技术指导组一行人正在为接下来全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务商讨着推进办法。2019 年，国家医保局启动 30 个城市的 DRG 付费国家试点，截至 2021 年底，所有试点城市均已进入实际付费阶段，基本达到预期效果。2021 年 11 月，国家医保局制定印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，提出从 2022 年到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务。

▶ [DIP 改革如何实现管用高效](#)（来源：国家医疗保障研究院）——第 15 页

【提要】建立管用高效的医保支付机制是党中央、国务院对医保改革发展提出的重要任务，是医疗保障高质量发展、不断提高医保基金使用效能的重要举措，也是医改领域协同推进需求侧管理和供给侧改革的关键环节，对医疗卫生事业持续健康发展影响深远。其“管用”是指医保支付对医疗卫生资源配置总量和结构发挥杠杆作用，在促进医院主动控本降费中发挥“引擎”作用，在分级诊疗制度建设中发挥协

同作用；“高效”是指通过支付改革，以病种为计价/支付单元，尊重医疗服务内在规律，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医保基金使用效率。

• 医疗改革 •

▣ [国家医保局：正在着手建立全国统一的医药挂网和交易规则](#)（来源：国家医保局）——第 23 页

【提要】“国家医保局正在着手建立全国统一的医药挂网和交易规则。”这是国家医疗保障局 8 月 24 日公开的在对十三届全国人大五次会议第 8013 号建议的答复中介绍的。关于“发挥医疗机构在创新产品临床研究和产品应用方面主体作用”的建议，国家医保局介绍，在现有工作中已有一定体现。“十三五”规划实施以来，科技部、药监局、卫生健康委等多部门协同推进，将创新医疗器械科研成果转化和临床应用作为工作重点。

▣ [探讨 | 医保医师这个“小切口”，会成为三医联动的纽带吗？](#)（来源：光明日报）——第 26 页

【提要】医保医师是在执业医师基础上为规范医师执业行为而构建的新身份，普遍指医疗机构中符合国家执业资格要求，通过医保管理机构的培训和考试，与医保部门签订服务协议，能够为参保人提供医疗服务的执业医师。医保医师制度则是指医保部门对其辖区内医保医师概念的界定、对医保医师有关医保处方行为的规定，是医保医师应遵守的行业办事规程和行为准则。从“执业医师”到“医保医师”，是

对医师在执业资格、执业行为等方面的进一步规范，表明医师不仅是人民健康的守门人，同时也是人民医保基金的守门人。

• 集中采购 •

▶ [国家明确年底前完成种植牙集采，医保将如何“带量”？](#)（来源：

央视新闻）——第 29 页

【提要】“种植牙”因外观、使用寿命可以与真牙媲美等优点，尽管价格不菲，仍是不少患者的刚需。然而，口腔种植领域收费不规范、费用负担重等问题长期存在，成为困扰群众的民生痛点。国家医疗保障局近日公布了《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）》。《通知》提出，要推进种植牙集采，围绕种植牙全流程做好价格调控工作，切实降低患者负担。

▶ [4 个方面，保障集采中选药品顺利落地使用](#)（来源：中国医疗保险）

——第 34 页

【提要】国家医保局自 2018 年 5 月组建成立以来，已陆续开展了七批八个轮次国家组织药品集中带量采购工作，常态化、制度化药品集中采购工作机制初步形成并不断完善，成效渐显。医生是药品的具体处方者，因此，笔者认为，集采中选药品能否顺利落地使用，关键是医生手中的“这支笔”，要让医生手中的“这枝笔”在临床处方时“敢用、先用、愿用”集采中选产品。当然，也要保证集采中选药品“够用”。

• 医养结合 •

▶ [不断提升医养结合服务质量](#)（来源：人民网）——第 41 页

【提要】发展居家社区医养结合服务、推动机构深入开展医养结合服务、完善支持政策、多渠道引才育才……前不久，国家卫生健康委等 11 个部门联合印发《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，结合我国老龄人口特点、家庭发展趋势等新情况，瞄准医养结合的难点堵点，提出多项政策措施。这是对现实问题、群众关切的积极回应，也是具有前瞻性的应对举措。

▶ [摆在医疗行业面前的新难题：如何推动医养结合发展？](#)（来源：亚创科技）——第 43 页

【提要】根据第七次全国人口普查数据，全国 60 岁以上老年人口达 2.64 亿人，占全国总人口的 18.7%，65 岁以上老年人口达 1.9 亿人，占全国总人口的 13.5%，根据国际上通常把 60 岁以上老年人口占总人口比例达到 10%，或 65 岁以上人口占总人口比例达到 7% 作为一个国家或地区进入老龄化社会的标准。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

专访：DRG 付费如何从破题试点走向全面推进

来源：《中国医疗保险》杂志

在北京市医保中心的会议室里，郑杰与国家医保 DRG 付费技术指导组一行人正在为接下来全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务商讨着推进办法。2019 年，国家医保局启动 30 个城市的 DRG 付费国家试点，截至 2021 年底，所有试点城市均已进入实际付费阶段，基本达到预期效果。2021 年 11 月，国家医保局制定印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，提出从 2022 年到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务。本想着能喘口气的大家，面对着全面推开的艰巨任务，再一次投入到紧张的工作当中。

作为 DRG 付费国家试点技术指导组组长、北京市医保中心主任，从破题、起步、试点走向全面推进，郑杰带领着整个国家医保 DRG 付费技术指导组全程参与。除了这类内部会议外，他们还负责指导各地开展 DRG 相关工作，全国 30 余个省份遍布着他们的足迹。而对于这种工作状态，在推进 DRG 付费的过程中，郑杰说，大家早就习以为常了。

博采众长 CHS-DRG 应运而生

DRG 的特点是将患者患病情况进行综合分析后纳入不同的诊断组

打包治疗，实现治疗流程的规范化及治疗费用的可控。具体来说就是根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度、合并症与并发症及转归等因素把病人分入诊断相关组，然后决定医保支付。

在郑杰看来，此前的医保支付更像是“账房先生”，主要关注是否超支，至于费用结构是否合理、资源如何配置，则很少干预。同时，传统的按项目付费机制下，管理者(医保部门)与市场主体(医院与医生)两者对立，医院与医生被动接受医保部门管理，难免会有抵制心理，总是想方设法规避管理，闹得医务工作者不高兴，医保部门管理效率低，算得上是“双输”。

有没有一种机制，能将管理者与医务工作者放在同一战线，让医务工作者从被动接受管理向主动自我管理转变？

“DRG 便是这样一种机制。”郑杰告诉我们，按项目付费过度偏向供方，总额预付则过度向需方倾斜，DRG 是一个折中，既考虑需方，也考虑供方，是平衡市场供需的有效工具。

“这主要是因为 DRG ‘控价不控量’。”他解释道，控价是对供方的管理，让种种医疗行为“明码标价”，抑制过度医疗，避免资源浪费、费用虚高；而不控量则指 DRG 同时给供方足够的发展空间。“只要医院的服务好、技术高，收治多少病人，医保便兑现多少价值，由此可以平衡供需，达到真正的良性发展。”

其实，我国一直在摸索 DRG 付费改革的实施路径。“虽然与美国、

澳大利亚、德国等国家相比，我国的 DRG 起步较晚，但支付方式改革一直都是我国医改的重要方向，对 DRG 的研究虽有困难但从未间断。”郑杰说，特别是进入 21 世纪，我国对 DRG 的研究呈现“全国大爆发”的特点，从 2011 年我国诞生第一个应用于付费的 BJ-DRG 开始，CN-DRG、CR-DRG、C-DRG 陆续出现，这四个版本也成为了当时的主流版本。

四个主流版本的形成意味着国内 DRG 相关研究取得了重大成果，但也正是由于版本不一，改革在推行中出现了不少问题。“由于顶层设计没有达成一致，这些 DRG 分组版本在全国性实践操作层面还存在困难，影响力也在一定程度上受到了限制。”郑杰说，有的 DRG 标准侧重付费，有的侧重对医疗质量评估，给医疗机构带来了困扰。因此，形成中国特色统一的支付版本十分必要。

要形成统一的支付版本，编码标准、分组、定价、监管评价等每个环节的顶层设计都至关重要。其中，分组是 DRG 付费的基本单元，是统一支付版本、推进支付方式改革成功的关键，国家医保局十分重视，也一直在推进分组工作。2019 年 10 月，国家医保局印发《关于印发疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点技术规范和分组方案的通知》，正式公布《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG (CHS-DRG) 分组方案》两个技术标准，我国形成了 376 组核心分组 (即 ADRG (1.0 版))，基本可覆盖全部危急重中短期住院病例。

但是，DRG 是一组疾病诊断或手术操作等临床过程相似，且资源消耗相近的病例组合，分组遵循逐层细化、大类概括的原则。患者疾病类型不同，通过诊断区分开，同类病例但治疗方式不同，通过操作区分开，这两个因素构成了 DRG 分组的第一个层次，即核心组 ADRG；在此基础上，如果同类病例同类治疗方式，但病例个体特征不同，则应通过年龄、并发症或合并症、出生体重等因素区分开，最终形成 DRG 细分组，这是 DRG 分组的第二个层次。

由此可见，核心组 ADRG 只是 DRG 分组的中间阶段，而 DRG 细分组就是要在核心组 ADRG 的基础上，使用回归分析、聚类分析、因子分析、决策分析等统计学方法，寻找关键分组因素和分组节点，如并发症或合并症、年龄等，对 ADRG 进行进一步的细分，最终形成临床过程相似、资源消耗相近的 DRG 细分组。细分组形成后，同一 DRG 细分组内的患者医疗费用基本相近，才具备使用统一支付标准进行医保支付的基础，因此，细分组工作有其推进的必要性和重要性。

2019 年 12 月，国家医保局成立 DRG 付费国家试点技术指导组(以下简称技术指导组)，组织国内各大 DRG 主流版本专家共同合作，专门研究制定分组方案，并指导全国各地推行 DRG 付费工作。郑杰说，当时技术指导组组织四个主流版本的核心专家操刀，通过版本融合论证，寻求共识、去除差异，集合各家长处、弥补不足，最终形成了统一的国家医保版权威 ADRG 分组方案。随后联合中华医学会组织临床权威专家对 CHSDRG(1.0)进行全面论证，266 名来自全国各地的临床、

医保、编码专家，分 30 个专业就 CHS-DRG(1.0) 架构和内涵等内容进行了为期一周的临床论证工作。

“当时每个讨论组都建立了微信群，会前在群里把一些关键的问题、任务安排做了布置，会后就确定的事项进一步讨论，不断完善手术操作的分类和编码等。”郑杰说，技术指导组也同时运用医保大数据和人工智能技术对 30 个试点城市 2016 年—2018 年的 6500 万条住院数据进行标准化分析，寻找费用数据的规律与趋势。

在业内顶级统计学专家指导下，经过近半年的分析论证，2020 年 6 月，国家医保局正式发布《医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG) 细分组方案(1.0 版)》(以下简称 CHS-DRG 细分组)，形成了 618 个 DRG 组，其中包括 229 个外科手术操作组，26 个非手术室操作组，363 个内科诊断组。

“相比 ADRG(1.0 版)，此次的细化能充分代表每个病例的特点。”郑杰说，CHS-DRG 细分组的发布，标志着国家医保 CHS-DRG 落地前的分组方案准备宣告完成，全国唯一用于医保付费的 DRG 技术版本正式形成。

模拟运行先试先行披荆斩棘

CHS-DRG 细分组发布后，各试点城市需要参考其分组结果、合并症并发症/严重合并症并发症表、分组规则、命名格式等，制定本地的 DRG 细分组方案，并在 2020 年 8 月底前向技术指导组提交各自的分组结果和病例数据，为 DRG 付费的模拟运行作准备。

“DRG 付费是一件非常考验医保部门和医疗机构基础建设的工作，绝非一朝一夕能够完成的。”在郑杰看来，DRG 对运行系统、医院管理等都是个考验。

一方面，运行系统是支撑 DRG 的一个最关键因素，如果系统不到位，DRG 便没法运行，这其中有些城市系统有所欠缺；另一方面，试点城市的医院管理要相对规范——DRG 运行的先决条件是病案，即使分组再科学，如果病案编码编错了，国家层面拿到了错误信息，分出来的组一定是错的，所以分组科学与否，很大程度上取决于医院基础牢不牢固。因此，即使国家层面已经出台了统一的技术规范和指导原则，但由于各地基础建设情况差异较大，且各自面临积累多年的历史遗留问题，难免出现进度、水平不一的情况。

国家医保局深知各地可能面临的种种难题。为加强对各试点城市的指导，技术指导组对专家进行分组，每个试点城市设 2—4 个专家，全国共划分为八大区，通过逐级指导，推进各试点城市制定本地分组、各组权重、费率等。

在专家们进行实地调研指导的过程中，大家发现各试点城市问题百出且各式各样：一些城市未使用 CHS-DRG 核心分组方案；一些城市使用 CHS-DRG 核心分组方案的匹配度相对较低；一些城市数据标准不统一，质量存在问题；一些城市为获得较高的 RIV(即组间值)，存在过度裁剪数据的情况；还有一些城市分组过多，组内样本数量过小的情况，分组不稳定……

针对这些问题，技术专家开展“一对一”“点对点”的指导，对一些技术难点直奔现场解决，一些常见的问题则通过远程视频等方式指导解决。经过近两个月的“加班加点”，30个试点城市向技术指导组提交了各自的分组结果和病例数据。2020年11月，在对这些试点城市的组织管理和技术方案进行充分评估后，国家医保局发布模拟运行前的评估结果，确定了包括北京、天津等在内的第一批开展模拟运行的22个城市。因分组技术方法、结算细则不够完善等原因，剩余八个试点城市未能通过评估考核。

为帮助这些试点城市尽快进入模拟运行阶段，国家医保局于2020年12月发布了试点专家组固定联系分组名单，专家组根据固定联系分组安排，采取统一组织调研和不定期指导等方式，梳理分析八个试点城市存在的困难和问题，加强对试点城市的指导。2020年底，剩余城市也相继通过评估考核并进入模拟运行阶段。至此，30个试点城市全部进入模拟运行阶段。“在这期间，我们还同步组织了DRG国家级付费试点城市分批参加在京开展的三期进修集训工作，每期两周时间，强化各试点城市的运行能力。”郑杰介绍。

经过一段时间的模拟运行，2021年6月和10月，国家医保局针对DRG付费国家级试点城市开展了两批交叉调研评估，第一批和第二批交叉调研评估中，均有29个DRG付费国家级试点城市评估优秀，1个城市评估良好。通过这种方式，不仅为各试点城市提供了相互交流学习的机会，也深入掌握了各试点城市工作推进情况。同年12月，

30 个试点城市陆续进入了实际付费阶段。

实际付费支付改革任重道远

陆续进入实际付费阶段后，因有此前模拟运行的成功经验，各试点城市的实际付费开展顺利，基本达到预期效果。

据了解，DRG 实施后，手术与操作类病组的占比在不断上升，内科类病组的占比不断下降。“这在一定程度上说明大病小治、抢占住院资源的现象在逐渐减少，必须得到及时救治、真正需要住院的疾病占比在上升，医疗行为逐渐趋于规范。”郑杰告诉《中国医疗保险》，通过实施 DRG，临床价值也得以兑现。

“群众的体验感也有所提升。”郑杰说，DRG 走进医疗机构后，医院在收治病人时价格更加公开透明——以病组为单位打包付费，医疗机构不断优化临床路径，规范医疗行为，挤出水分；对患者来说，治疗效果也有所提升。此外，医疗机构也在由过去的无序扩张式发展转向合理诊疗的内涵式发展，整体效率提高，群众少做了很多不必要的检查，少吃了不少不必要的药，体验感更优。2019 年至 2021 年，30 个试点城市次均费用虽然依然呈现增长趋势，但随着整体医疗费用结构的优化，参保人个人负担降低。以广西壮族自治区梧州市为例，自 2021 年 1 月启动实际付费后，1 月—9 月，全市平均住院日、次均住院费用、患者自付比例分别同比下降 10.3%、6.1%、4.7%。

试点地区定点医疗机构医疗服务行为更加规范、检查用药更加合理、治疗的针对性更强，医疗机构、医保基金、参保群众在不同程度

上均有受益，共赢效果初步显现。2021年12月，国家医保局还确定了18个DRG示范点，推广DRG付费经验。总之，经过多年探索，我国已完成了“制定一组标准、完善一系列政策、建立一套规程、培养一支队伍、打造一批样板”的目标任务，已积累超1亿份住院数据参与分组，DRG改革辐射超2亿参保人员，惠及14亿参保群众。

“目前来看虽然取得一定成效，但是DRG付费改革还有不少工作要做。”在郑杰看来，随着科技水平迅猛发展、医药技术不断更新，CHS-DRG付费体系该如何优化，如何分组才能不会影响新药新技术的发展，极高费用或极低费用情况如何付费才符合临床价值……这些问题都需要在未来的实践当中不断思索解决之道。

目前，我国一直在动态化调整分组和标准，确保DRG分组随着疾病发展变化持续动态更新和不断优化，真实反映临床实际和资源消耗情况。针对新药、新技术，我国将研究新药新技术除外机制，确保不因CHS-DRG分组影响技术发展，也将研究极值病例除外机制，对偏离值极高与极低情况进行除外据实支付……但是，除了国家政策不断优化完善，在CHS-DRG付费改革背景下，医疗机构和医保部门也应在DRG付费改革中承担起相应的责任与义务。

“在DRG付费改革的探索中，医疗机构必须及时调整管理与发展理念，由原来的扩张式发展转变为内涵式发展，加强成本核算的精细化管理，主动进行临床路径的标准化，同时完善绩效分配，通过规范诊疗行为、提高效率而获得的结余，要用来兑现医护人员的价值。”

郑杰同时强调，医保部门也应提升专业技能，加强医保管理队伍素质的建设，并依靠医保监管系统等先进技术手段，通过系统及时发现问题，并在大数据中找到医疗行为的变化，提前预防，做好监管。

2021年，国家医保局出台《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，要求到2024年底，全国所有的医保统筹地区启动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。

目前，我国支付方式改革的思路已经比较清晰，技术指导组正按照未来三年行动计划，持续完善形成规范成熟的技术标准，不断推进改革向纵深发展。“DRG改革一直在路上，我们还有很多事要做……”郑杰说。

[返回目录](#)

DIP改革如何实现管用高效

来源：国家医疗保障研究院

建立管用高效的医保支付机制是党中央、国务院对医保改革发展提出的重要任务，是医疗保障高质量发展、不断提高医保资金使用效能的重要举措，也是医改领域协同推进需求侧管理和供给侧改革的关键环节，对医疗卫生事业持续健康发展影响深远。其“管用”是指医保支付对医疗卫生资源配置总量和结构发挥杠杆作用，在促进医院主动控本降费中发挥“引擎”作用，在分级诊疗制度建设中发挥协同作用；“高效”是指通过支付改革，以病种为计价/支付单元，尊重医疗

服务内在规律，为参保人购买有价值的医疗服务，提高医保基金使用效率。

迄今为止，我国已经完成了 101 个城市的 DRG/DIP 国家试点，启动了 32 个示范城市建设，发布了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》（以下简称《三年行动计划》），为确保改革进度、质量、效果提供了目标和指引。其中，DIP 付费作为中国原创的支付方式，正覆盖越来越多的地区。

本文拟围绕 DIP 技术特征，探讨其特点、优点和难点，以期各方更好地理解 DIP 付费机制，在理论和实践层面不断完善 DIP 付费机制，实现医、患、保共赢的改革目标。

一、DIP 技术特征

从 DIP 改革背景而言，继 2019 年的 DRG 付费国家试点之后，2020 年 10 月，国家医保局又推出了 DIP 付费国家试点，支持这一抉择的依据是多方面的。

一是 DRG 付费机制已在国际上施行多年，各国在实践中不断对其改良改造，效果也各有差异；国家试点城市在推进过程中也遇到了基础条件不足、分组难度大、医疗机构不协同等现实困难，进展差异较大。

二是广东省（以广州为典型）、上海市等地探索了一套基于大数据的 DIP 付费机制，实施进展顺利，医院反映积极，效果较为理想。从执行结果来看，相比 DRG，DIP 既有激励医疗机构管控成本的共性优

势，又在鼓励临床创新技术发展、鼓励收治疑难杂症以及防范“医疗不足”等方面具有更加精准的支付机制设计。不仅如此，江苏淮安、江西南昌、山东东营、宁夏银川、福建厦门等地已先行先试，积累了实践经验。

三是在国家医保局的组织指导下，国家级专家团队在总结地方实践的基础上，研究形成了一套 DIP 付费技术规范。

四是各方论证了 DIP 付费方式改革的可行性和必要性。信息科技发展到现在，数据条件和处理技术已今非昔比，可以实现更加精细化的分组以适配临床服务的多样性、复杂性及资源消耗差异，有条件为实现科学精细付费，并真实直观体现临床服务，激励合理诊疗和合理管控成本的支付方式改革探索出一条中国之路。

DIP 作为利用大数据优势建立的医保支付管理体系，包含病种分组、支付标准、费用结算和监管考核等一系列技术方法，在理论体系、分组策略等方面具有显著特征。它利用真实、全量数据客观还原病种“全貌”，通过对疾病共性特征及个性变化规律的发现，建立起医疗服务的“度量衡”体系，主要技术环节及特征突出体现在六个方面。

一是以大数据为基础。大数据应用是 DIP 付费方式的最基本特征，也是发挥其支付价值最核心的技术。医疗服务领域的信息化，以及医疗医保编码的统一、规范、标准化，为大数据的汇聚与应用奠定了技术基础，也为科学分析、精细管理提供了无限空间。

二是以区域总额预算管理为前提。DIP 突出区域总额预算管理，

不再以医疗机构为单位确定医保额度。区域总额预算首先强调统筹区内“同病同治同价”的基本原则，即同一病种在同一统筹区内病种费用大致相近(因医疗机构等级及收治病人结构不同设调节系数);其次是统筹区内DIP付费基金预算总额管理，防范基金超支风险;再次是用区域基金总控和病种分值、点值计算、结算办法等，调控、引导区域卫生资源配置总量和结构趋于合理，尤其对资源过度配置、医疗服务费用总额过高起到经济约束作用。

三是病种分组更加精准、精细。DIP依据“疾病诊断+操作方式”的不同组合进行聚类分组，以病种作为计价单元和付费基础，通过对真实、全量病例进行聚类分组和统计分析，形成自然客观分组，具有“一病一操作一组”及组内差异较小等特点，与临床实际更为贴近，也更加直观。

四是分值测算体现临床差异。分值反映的是不同病种的资源消耗差异，将不同医疗机构的医疗服务产出由不可比变为可比。DIP病种分值首先基于历史费用数据，一般按照每一个病组或病种的平均医疗费用相对于所有病例的平均医疗费用水平计算得到，平均医疗费用水平越高，病种分值越高;与此同时，也考虑各病种历史费用的合理性以及同一病种在不同等级医疗机构资源消耗的客观差异。点值是确定每分值所对应的费用水平，又分为预算点值和结算点值。预算点值是该统筹区内DIP基金预算所能覆盖的医药费用总额(用于DIP的基金额度/住院实际报销比)与预计病种总分值的比值。这意味着，在DIP

基金预算确定的前提下，该地区 DIP 总分值越多，点值越低；反之，点值则越高。结算点值则是按本结算年度实际总分值计算调整的结果。

五是“结余留用，合理超支分担”体现激励约束。DIP 付费确定了医保与医疗之间的结算关系和支付标准，它是一种付费机制。但是医疗机构与住院病人之间的收费机制仍然采用按项目收费标准，即患者在出院时，支付的是按服务项目清单累计的医药费用中扣除医保报销后该个人承担(共付)的部分，其余则成为医疗机构与医保待结算款项。这一待结算款项与 DIP 付费标准之间形成的差额，就是所谓“结余”(DIP 付费标准超过待结算款项)或“超支”(DIP 付费标准低于待结算款项)。这个节点其实是 DIP 付费撬动医疗机构主动管控资源消耗的核心。可以说，实行“结余留用、合理超支负担”是发挥 DIP 付费方式经济杠杆的关键政策。

六是监管考核评价趋利避害。与任何其他支付方式一样，DIP 付费方式也有天然的“空子”，那就是分组细化背景下，医疗机构更便于采取组别高套、组别低套等手段；加之分解住院、低标入院、选择病人等常规风险，甚至以影响医疗质量安全为代价获取经济利益的极端不规范行为。凡此种种，医疗服务机构应强化自我约束和管理，特别是公立医院要体现公益性，以患者病情需要为收治准则，以维护公众健康为己任，做到合理收治、合理诊疗，以及医疗资源的合理消耗。作为支付方式改革的配套，DIP 技术规范制定了针对性的审核、考核、

监管、监测指标体系，防范和控制有关风险。

二、问题及思考

DIP 付费改革总体比较顺利，不少地区因地制宜、积极探索，改革质量不断提高，成效可期。但随着改革扩面和深化，在技术规范和实施条件等层面也面临着不少困难和挑战，需要推进技术创新，夯实基础条件，进一步提升改革的速度、质量和绩效。

技术规范尚待优化完善

已有的 DIP 技术规范明确了技术规范的框架和基本操作要领，为改革实施提供了基本理念、基本知识和技术路径，但与改革实践要求相比，以构建一整套科学完善的具有中国特色、时代特征，且形成管用高效的支付机制为目标，还需在技术规范细化、优化等方面下功夫，并逐步形成一套完整的理论体系。

一是强化大数据的价值挖掘。大数据的汇聚与应用应贯穿到 DIP 分组、分值点值计算、结算以及监管考核的各个环节和全部过程，应连接医疗服务和医保管理乃至经济社会发展全链条。大数据不仅是历史数据，还有现实数据；既包括本地纵向比较数据，更要有横向比较数据；应建立标准数据体系，如按病种临床路径下的正常资源消耗；涵盖典型数据、科研积累数据；不仅要有医疗医保数据，还要拓展延伸到经济社会发展、人群健康等主要指标。总之，对大数据的认识水平，以及对其挖掘和应用的能力还要不断积累。要不断总结大数据的挖掘方法和应用场景，对能够形成规范的应逐步予以固化。

二是科学制定区域总额预算。在区域医保筹资规模既定的情况下，如何分配住院基金与门诊基金？住院基金中有多少用于DIP付费等？与历史支出如何衔接？与医保领域目录调整、集中带量采购、医疗服务项目价格改革等如何协同？在医共体背景下，如何实现复合式支付方式？以上种种，都需要在预算编制和基金分配方法中体现出来。

三是科学实现病种分组。病种分组面临着如何更适配临床实际，核心病种与综合病种的病例临界值定在多少更加适宜辅助目录应用的技术方法，以及基层病种、中医优势病种的遴选原则，即时升级国家病种目录库等问题。

四是规范分值测算。以国家试点城市为例，分值测算方法还不统一，有的采用全部病例的平均费用作为基准，有的采用基准病种法，有的采用固定数值法；不仅如此，分值结构应用也不充分，药品分值、耗材分值缺乏分析。下一步要关注如何结合临床路径，形成部分病种的分值校正机制；比较不同测算方法，给出选择空间；应用大数据，基于临床路径，探索典型病种药品、耗材分值等。与此同时，分组调整也是医疗机构十分关切的问题。在测算医疗机构等级系数时，一般要综合考虑机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、医保管理水平等因素，但是以医疗机构层面还是以病种层面确定系数，还需进一步明确。

五是强化监管考核。需要加强信息系统相应功能模块建设，实现针对DIP的有效监管和考核；研究形成一套共性的监管和考核指标体

系，切实防范DIP付费下医疗机构管理导向和服务行为的变异。

实施落地尚有现实困难

一是基础条件方面存在数据质量不高和信息化建设权限不明两个问题。先看数据质量：随着改革的推进，各地病案、医保结算清单管理水平等数据基础不断提升，但普遍还面临历史数据质量差，导致地区分组难以体现地区真实诊疗情况；实时数据质量较差，导致分组结果偏差，补偿不足或虚高；缺乏专业编码人员进行日常病案规范化管理等问题。再看信息化建设：信息化建设是DIP付费的基础支撑条件，就国家级和省级管理层面而言，无论是DIP或其他支付方式，支付方式信息系统当属于管理系统，其功能应立足于满足部门决策管理需求，能汇总、统计、分析主要运行指标；而在统筹区（主要是地市级统筹，或部分省级统筹）层面，DIP支付方式信息系统则是操作系统，其功能要实现各统筹区关键技术操作，且这一操作在各个技术节点都颇具个性化，颇有日常管理价值。因此，对支付方式信息系统的地市级基础结算数据应用权限，对改革的实施和实现精细、精准管理既是基础条件，又是关键问题，应予以明确界定。

二是医保部门存在专业能力不足问题。地方医保部门在改革实施中普遍存在人力不够、专业人才不足的问题，由此也出现了一些管理权能履行不到位、缺位的问题。如在DIP总额预算制定、病种分组、分值测算等环节，甚至是整体付费方案的制定上，过于依赖第三方信息技术支持公司，弱化了医保部门自身在改革中的主导性。

三是医疗机构协同不足。面对 DIP 改革，部分医疗机构仍然存在对 DIP 不熟悉，内部运行机制不转变、被动应付等问题。

纵观《三年行动计划》，对实施层面的困难和问题，已经有了科学、系统的指引和部署，各地应着力于组织实施、扎实推进。抓“四个扩面”、建“四个机制”、打“四个基础”、推“四个协同”。不断完善多元复合支付方式改革，建成符合中国国情的管用高效的医保支付机制，最终让全民受益。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

国家医保局：正在着手建立全国统一的医药挂网和交易规则

来源：国家医保局

“国家医保局正在着手建立全国统一的医药挂网和交易规则。”这是国家医疗保障局 8 月 24 日公开的在对十三届全国人大五次会议第 8013 号建议的答复中介绍的。

关于“发挥医疗机构在创新产品临床研究和产品应用方面主体作用”的建议，国家医保局介绍，在现有工作中已有一定体现。“十三五”规划实施以来，科技部、药监局、卫生健康委等多部门协同推进，将创新医疗器械科研成果转化和临床应用作为工作重点。

一是建立临床研究制度体系。国家卫生健康委分别于 2014 年和 2021 年发布《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《关于开

展医疗卫生机构临床研究规范管理试点工作的通知》，加强对医疗机构开展临床研究的规范管理，提高创新医疗器械等临床研究的质量。

二是建设临床医学研究中心。在科技部、国家药监局、国家卫生健康委等多部门指导下，目前已在心血管疾病、神经系统疾病等 20 个疾病领域建成 50 家国家临床医学研究中心，构建了覆盖近万家医疗机构的专病防治创新协作网络，为推动创新医疗器械产学研协同和成果转化提供环境保障。

三是加强创新医疗器械科技支持。近年来，科技部持续加大医疗器械科技投入，设立国家重点研发计划重点专项，从国产高性能医疗器械新技术创新、新产品研发、临床应用示范等方面进行“全链条、一体化”的任务布局，全方位支持高性能医疗器械创新产品发展。

“关于创新医疗器械的集中采购”的建议，国家医保局表示，公立医疗机构使用的医疗设备和医用耗材通过不同的方式进行采购，前者通过政府采购的方式，由财政部门负责，后者通过集中采购的方式，由医保部门负责。国家医保局会同相关部门按照党中央、国务院的决策部署，积极开展国家组织高值医用耗材集中带量采购，重点将部分临床用量大、采购金额高、临床使用较成熟、市场竞争较充分的医用耗材纳入采购范围，通过公开透明的竞争规则，促使价格回归合理水平，同时让企业获得明确的市场预期。

在集中带量采购过程中，由医疗机构根据历史使用量，结合临床使用情况和医疗技术进步确定需求量，并根据临床使用特征、市场竞

争格局和中选企业数量等因素合理确定带量比例，在集中带量采购之外留出一定市场，为创新产品开拓市场提供空间。

目前，国家医保局正在研究完善医药集中采购平台挂网机制，推动建立全国统一的挂网和交易规则，加强医药集中采购平台标准化、规范化、专业化建设，在挂网时优化流程、及时响应、公开透明，既降低群众负担，又助力创新医疗器械产业创新发展。

“关于创新医用耗材医保支付”的建议，国家医保局介绍，《国务院办公厅关于印发高值医用耗材改革方案的通知》（国办发〔2019〕37号）明确提出，鼓励高值医用耗材创新发展，支持医用耗材研究生产，加快高新技术型高值医用耗材注册审批，推进市场公平竞争。

目前，国家医保局正研究完善相关政策，指导各地及时将符合条件的创新医用耗材按程序纳入医保支付范围，稳步提升参保患者保障水平。同时，在推进医保支付方式改革，确定按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）、按病种分值付费（DIP）支付标准等环节，对创新医用耗材等按相关规定和程序予以支持。

国家医保局表示，下一步，国家有关部门将进一步加大对高端医疗器械行业的科技支持和研发投入，鼓励国家临床医学研究中心等围绕创新型医疗器械产品开展临床研究和临床使用试点，同时，进一步优化医药集采平台挂网采购规则，完善医保支付政策，促进医疗器械行业高质量发展，以合理的价格为人民群众提供更多的创新产品。

[返回目录](#)

探讨 | 医保医师这个“小切口”，会成为三医联动的纽带吗？

来源：光明日报

医保医师是在执业医师基础上为规范医师执业行为而构建的新身份，普遍指医疗机构中符合国家执业资格要求，通过医保管理机构的培训和考试，与医保部门签订服务协议，能够为参保人提供医疗服务的执业医师。医保医师制度则是指医保部门对其辖区内医保医师概念的界定、对医保医师有关医保处方行为的规定，是医保医师应遵守的行业办事规程和行为准则。从“执业医师”到“医保医师”，是对医师在执业资格、执业行为等方面的进一步规范，表明医师不仅是人民健康的守门人，同时也是人民医保基金的守门人。

医保医师制度是医保基金监管的必然产物与发展趋势

目前我国基本医疗保险多通过设置定点医疗机构、定点药店等管理医保基金，但其中的问题日渐显现。一方面定点医疗机构“易进难出”是普遍现象，在医疗资源匮乏的地区，仅有的定点医疗机构自然形成垄断地位，一旦因医保基金监管、使用问题被撤销医保定点资格，影响的不仅是医疗机构，更重要的是影响当地患者。另一方面，因个别医师的医保违规行为惩罚整个医疗机构不尽合理，在医师多点执业政策逐步放开的今天，医师具有更多选择和出路，其在执业的医疗机构中的违规行为并不会影响其整个职业生涯，对定点医疗机构既往的粗放式管理并不能充分防范医师个人行为产生的道德风险。

自 2009 年全面推开城镇居民基本医疗保险，医保覆盖人群不断

扩大。截至 2021 年年底，我国基本医疗保险参保比例达到 96.6%，但医保监管人员数量却相对有限。鉴于临床病种种类繁多，定点医疗机构违规行为层出不穷，原因各异，导致医保监管难度加大，压力剧增，使得建立医保医师制度成为医保监管的必然产物与发展趋势，通过将医保监管从医疗机构延伸至医师个人，将医师诊疗行为直接与医保挂钩，落实医师医保基金“守门人”的职责，实现医保基金的合理使用。

建立医保医师制度是“三医联动”的关键之举

自 2009 年实行新一轮医药卫生体制改革以来，我国不断探索完善医保、医疗、医药及“三医联动”制度。2022 年 3 月第十三届全国人民代表大会第五次会议李克强总理提出 2022 年的政府工作任务，其中要求提高医疗卫生服务能力，深化医保支付方式改革，加强医保基金监管；完善跨省异地就医直接结算办法，实现全国医保用药范围基本统一；坚持预防为主，加强健康教育和健康管理，深入推进健康中国行动。在改革的每一个阶段，医保、医疗、医药等制度都是相辅相成的，“三医联动”推进医疗卫生服务能力的提升。

医保医师制度的出台正是以医保医师这个“小切口”实现医保、医疗、医药三医联动的关键之举。在一系列制度改革过程中，医师是核心、是制度践行者、医疗服务提供者，通过医师手中的“笔”最终确定的不仅是诊疗手段和用药方案，而且是医保基金的有效支出与使用。医保医师制度的建立将医保基金监管的关口前移至医师端，通过

对医师开展相关医保政策的培训与考核，签订服务协议，引导医师自觉遵守医保规定，进一步规范诊疗行为与用药处方，实现医保基金有价值的购买，使医保医师成为三医联动的纽带。

医保医师制度是新《医师法》的重要补充

2022年3月施行的《中华人民共和国医师法》(简称新《医师法》)第二十九条规定，医师应当坚持安全有效、经济合理的用药原则，遵循药品临床应用指导原则、临床诊疗指南和药品说明书等合理用药。这是相较于《中华人民共和国执业医师法》新增的一条规定，对医师用药的规范性提出了明确要求。

此外，新《医师法》肯定了医师多点执业政策，鼓励医师定期定点到县级以下医疗卫生机构提供服务，在一定程度上可能造成医师的医保违规行为的监管困难。医保医师制度强调通过信息系统的实时监控、不定期的抽查核算以及大数据的智能分析，将不合规的诊疗处方一一检出，对于规范医师用药行为与保障医保基金安全具有重要意义。因此，医保医师制度可作为新《医师法》的重要补充，为规范医师行为以及医保监管提供帮助，应创造条件予以积极推动，医疗机构应下大力气加强医院医保工作。

[返回目录](#)

• 集中采购 •

国家明确年底前完成种植牙集采，医保将如何“带量”？

来源：央视新闻

医保局出新方案种牙价格能否“降温”？

“种植牙”因外观、使用寿命可以与真牙媲美等优点，尽管价格不菲，仍是不少患者的刚需。然而，口腔种植领域收费不规范、费用负担重等问题长期存在，成为困扰群众的民生痛点。

国家医疗保障局近日公布了《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)》。《通知》提出，要推进种植牙集采，围绕种植牙全流程做好价格调控工作，切实降低患者负担。

种牙为啥贵？离“种牙自由”还有多远？

种植牙集采来了，价格会降低吗？种植牙到底贵在哪儿？这次国家医保局公开征求的意见，对降价到底有什么作用呢？

种植牙是一种缺失牙修复技术，具有牙齿功能恢复较好、外观与真牙接近等优势。而种植牙的价格取决于材料和医生技术两个方面。种植体的材料大多为钛合金，但不同品牌材料各有不同，制作工艺各有千秋。总体来说，进口种植体会比国产种植体更贵，在进口品牌中，欧美种植体的价格会高于其他亚洲品牌，所以价格跨度一颗从6千元到2万元不等。

种植牙贵不仅是种植体等材料贵，手术和修复治疗等费用也占据很大一部分。多地口腔医院负责人表示，一台种植牙手术的关键在于

医生的技术水平，一个专业的种植牙医生普遍需要十年以上的学习和临床经验。

所以，我们知道种牙为什么这么贵了，一个是材料贵，一个是手术费贵。所以才会出现有患者光种植了下排牙，总花费就超过14万元的情况。有人说“一口牙，一辆车”，还有什么原因导致价格昂贵？

种一颗牙到底需要多少钱？

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理蒋昌松：一颗种植牙的费用在各地各级各类医疗机构这里差异非常大，有的便宜的可能三四千块钱一颗，有的贵的地方可能达到三到四万。医疗服务的费用，这一部分就是各地有的地方是按单个项目叠加收费，有的地方可能打个包，比如说种植牙一万块钱既包括了耗材，又包括了人工。为什么说不规范？就是非常乱，没有一个特别明确的（说法），这个种植牙价格区间也非常离散。

国家医保局新方案到底“新”在哪儿？

国家医保局此次公布的《征求意见稿》，名字里就提到要进行“医疗服务收费和耗材价格的专项治理”。这是瞄准了种植牙价格昂贵的两个痛点下手。

先来看耗材价格。种植牙本来没有纳入医保，那么材料费怎么降？《征求意见稿》中提到，要精心组织开展种植牙耗材集中采购，组建种植牙耗材省际采购联盟等。这里说的“集采”就是医保带量集中采购。那么，医保怎么带量？如何“采购”呢？

医保如何带量?如何集中采购?

此次《通知》明确，种植牙的集采，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。种植牙耗材集中带量采购坚持招采合一、量价挂钩的基本原则，充分考虑种植牙耗材生产、供应和临床使用等方面的特点，引导企业公平竞争。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。

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理蒋昌松：那么本次带量采购，名义上是省级的联盟带量采购，但实际上是全国各级各类医疗机构，包括我们所有的种植体的供应企业，牙冠的供应企业都会参与到这一次口腔的专项治理工作当中来。所以说这一次的用量市场都是全国的用量，那相信对生产企业也好，对医疗机构、口腔医生、患者，各方都是有吸引力。通过带量采购能够形成一个自己的合理价格出来。

国家医保局：今年年底前完成种植牙集采

记者也从国家医保局了解到，目前，四川省医保局已经将此次集采的相关工作方案上报国家医保局，国家医保局将针对方案展开广泛调研。按照目前工作安排，将于今年年底前完成种植牙集采工作。

"医保带量集采"能让种牙价格"大跳水"吗?

一提起“集采”，老百姓的直观感觉就是价格要降了。那么，口腔种植是否会通过集采迎来“跳水大降价”呢？

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理蒋昌松：专项治理，第一个部分是规范口腔种植医疗服务收费，第二个部分就是种植材料的带量采购。带量采购是医保部门牵头组织的一项系统工程，需要科学的产品分组，合理的竞争及中选规则，还要完善中选之后的配套措施，才能把虚高的价格水分挤出来。

此前，心脏支架、人工关节等医疗器械集采落地，带来了大幅降价。其中，心脏支架从均价 1.3 万元左右下降至 700 元左右，人工髋关节平均价格从 3.5 万元下降至 7000 元左右，人工膝关节平均价格从 3.2 万元下降至 5000 元左右。那么，口腔种植是否会通过集采迎来跳水大降价呢？

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理蒋昌松：在心脏支架植入术以及人工关节置换术中，耗材的费用占总费用的 60%至 70%，因此，耗材降价能大幅降低患者的手术费。种植牙大约三分之一是材料(费)，三分之二是人工、技术费用。因此，只做耗材的带量采购很难全面把一颗种植牙的费用降下来。

民营机构市场占比高集采能参与吗？

有过种植牙经验的患者都知道，很多民营医疗机构都开展了种植牙项目。此次医保局的通知也提出，要推进种植牙开展集采，加强民营医疗机构口腔种植价格监管和引导。那么问题来了，过去的药品、耗材集采主要是集中于公立医疗机构，那么这次集采，民营机构是否有意愿参与？

首都医科大学国家医疗保障研究院院长助理蒋昌松：目前口腔种植的服务量，民营医院要多于公立医院，民营医疗机构的口腔种植服务量能占到三分之二。那这一次我们不管是集采还是说价格治理，都鼓励民营医疗机构参与。这一次相当于是全国的一个市场，所有的种植市场来换取一个相对来说便宜的价格。这样对于民营医疗机构未来节约成本也是有非常的好处。随着老龄化需求的扩大，民营医疗机构未来的种植量，就是种植牙的服务量肯定是会有一个非常大的提升，那这样的话如果能够采购到比现在更优惠的价格，那对于节约成本、吸引患者、创建市场口碑都是有好处的。

"牙"价格降了"服务费手术费"能降吗？

种植牙通过集采降价，相关的服务价格又如何做到合理、透明？此次《通知》还提出，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。

其中，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，要坚持公益性原则，专题论证、重点降价。

民营医疗机构口腔种植牙等服务价格实行市场调节，并保障公示价格信息的真实性、及时性、完整性，不得以虚假的补贴、低价等价格手段来欺骗患者。

当然，对于区域内种植牙集采报量比较好的、种植费用经济性比较突出的民营口腔医院，当地医保局可在官方网站上开展价格和费用的公示、公开，引导患者去这些医疗机构种牙。

4个方面，保障集采中选药品顺利落地使用

来源：中国医疗保险

国家医保局自2018年5月组建成立以来，已陆续开展了七批八个轮次国家组织药品集中带量采购工作，常态化、制度化药品集中采购工作机制初步形成并不断完善，成效渐显。

药品集中带量采购工作关涉药品的生产、交易、流通、使用全过程。因此，它既是一项系统工程，也是一篇大文章。如果说，完成招投标、确定中选药品是这篇文章的前半部分，那么，中选药品的落地使用就是这篇文章的后半篇。后半篇文章的质量好坏将直接影响药品集中带量采购工作的成败，被媒体屡屡曝光的医疗机构未完成约定采购量的情况，从一个侧面说明解决集采中选药品落地使用问题具有客观的现实必要性和紧迫性。2022年8月11日—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，充分说明国家医保局对这个问题的重视和关切。

医生是药品的具体处方者，因此，笔者认为，集采中选药品能否顺利落地使用，关键是医生手中的“这支笔”，要让医生手中的“这支笔”在临床处方时“敢用、先用、愿用”集采中选产品。当然，也要保证集采中选药品“够用”。

一、加强监管，保障质量，保证中选药品医生敢用

唯有药品质量可靠，医生才能放心处方，这是保证集采中选药品

顺利落地使用的基础和前提。虽然说，在国家组织的药品集中带量采购中，通过质量和疗效一致性评价是仿制药入围竞标的前置条件，但如何保证药品中选、价格下降后，企业生产供应的药品品质不变、质量稳定，更是一个特别需要持续关注、高度重视的问题，必须强化监管，长抓不懈，久久为功，善作善成。关键是抓好如下四个方面：

一是明确各方责任。对中选企业来说，主要是严格按照药品质量标准 and 经药品监管部门核准的生产工艺要求组织生产，认真做好生产、销售等数据的记录和管理，做到数据真实、准确、完整；对地方政府来说，主要是落实地方政府药品监管部门属地监管责任，将集采中选药品列入重点监管品种，对中选企业实施“一企一档”管理，按照“最严谨的标准、最严格的监管、最严厉的处罚、最严肃的问责”要求，针对药品生产、流通、使用等环节，实现全流程、全链条、全方位质量监管；对医疗机构来说，主要是加强集采中选药品不良反应监测，发现疑似不良反应及时按程序报告。

二是实现信息共享。主要是纵横两个方面的信息共享：从纵向来说，国家、省(直辖市、自治区)、地区(设区市、自治州)、县(市、区)药品监管部门要实现药品生产工艺、质量标准等监管基础信息的共享，从而增强监督检查的及时性、针对性和准确性；从横向来说，加快实现医保信息平台、国家药品供应保障综合管理信息平台、区域全民健康信息平台和全国信用信息共享平台的信息共享。

三是建立追溯制度。加快推进药品生产、流通、使用全过程追溯

体系建设，严格要求药品上市许可持有人、药品生产企业、药品经营企业和医疗机构按照规定提供追溯信息，基本实现集采中选药品全程可查询、可追溯。

四是强化监督检查。全面实施“两个全覆盖、一个重点关注”，不断强化质量监管，切实保证药品质量。“两个全覆盖”是指：对中选企业进行全覆盖监督检查，对中选产品进行全覆盖抽查检验；“一个重点关注”是指：重点关注降价幅度大的品种以及原辅料供应商、生产场地、生产工艺和批量等发生变更的品种，切实加强监督管理和风险防范。

二、明确要求，强化考核，保证中选药品优先使用

政府组织开展药品集中带量采购工作，是减轻人民群众用药费用负担、净化医药行业生态、提高医保资金使用效率、促进医改进一步向纵深发展的重要举措。从某种意义上说，它也是对过去所形成并固化的既得利益格局的一次重新调整和大洗牌。因此，在推进过程中，所遇到的阻力和困难可想而知，如果不辅之以必要的行政手段，集采中选药品的落地使用就有可能成为一句空话，不仅让政府的声望受损，也侵害了人民群众的切身利益。因此，对医疗机构及其医生在药品的临床处方上提出明确要求，加强管理和考核，确保集采中选药品能够优先使用，显然是十分必要的。

一是明确要求。从我国目前的情况来看，医疗机构在药品使用方面扮演着十分独特的角色，发挥着十分重要的作用，也是药品使用的

大户。因此，为保证集采中选药品的落地使用，必须对医疗机构使用集采中选药品作出明确规定，具体来说，就是：要求医疗机构应根据临床用药需求优先使用集采中选药品，并按采购合同完成约定采购量。

二是加强管理。具体举措包括：1、将集采中选药品纳入临床路径管理，制定用药指南，确保规范用药；2、将优先推荐选用集采中选药品的要求纳入医生处方信息系统药品使用规则库，在医生临床处方时给予事前提醒；3、在医院处方规范中要求临床医师按通用名开具处方，除特殊情形外，处方上不得出现商品名；4、强化药学人员在处方审核和药品调配中的作用，保证集采中选药品优化使用。

三是强化考核。将优先使用集采中选药品纳入公立医疗机构绩效考核体系，具体包括：1、将医疗机构采购和使用中选药品情况纳入公立医疗机构绩效考核、医疗机构负责人目标责任考核范围；2、将医疗机构采购和使用中选药品情况作为医保考核考评的重要依据，并与医保基金结算相挂钩；3、对中选品种处方量下降明显的医生，进行专项约谈。

三、建立机制，激励约束，保证中选药品医生愿用

激发医疗机构及其处方医生使用集采中选药品的内生动力是保证集采中选药品落地使用的根本，因此，建立健全并不断完善集采中选药品落地使用的激励约束机制才是长久之策、可持续之道。关键是如下三个方面：

一是激发使用集采中选药品的内生动力。主要包括：1、对因集中带量采购中选药品所节约的医保资金，按照结余留用政策规定，在医保基金结算中给予医疗机构激励；2、对采购结果执行周期内未正常完成中选品种采购量的医疗机构，在医保考核考评中扣减相应分值；3、支持并鼓励医疗机构完善内部考核办法和薪酬机制，促进临床医师和药学人员合理用药，并优先使用中选产品；4、加大政策宣传力度，提高医务人员政策知晓度，着力营造优先使用集采中选药品的良好的舆论氛围和工作环境。

二是明确集采中选药品医保支付标准。根据国务院办公厅在《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）中的规定，具体包括：1、对医保目录内的集中带量采购药品，以中选价格为基准确定医保支付标准；2、对同通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，实行同一医保支付标准；3、对未通过一致性评价的仿制药，医保支付标准不得高于同通用名下已通过一致性评价的药品。

三是在医保付费中激励中选药品使用。随着全面广泛深入推进DRG/DIP支付方式改革，药品和医用耗材的使用已由过去的收益源变成了现在的成本项，政府组织的药品和医用耗材集中带量采购带来的最大变化就是较大幅度地降低了药品和医用耗材的采购价格，在按病组(种)确定医保支付标准的情况下，药品和医用耗材的价格下降也就意味着医疗服务的成本降低，再加上集中采购为医疗机构所节约的采

购成本，从某种意义上来说，这就是为医疗机构带来的收益。如果说，集采中选药品结余留用政策是一种对集采中选药品落地使用的显性激励；那么，DRG/DIP 医保支付方式改革的深入推进和全面实施则是一种隐性激励。

四、强化供给，防范短缺，保证中选药品临床够用

2021年8月20日，国家组织药品集中采购办公室(以下简称“联采办”)发布公告称，第三批国家组织药品集中采购品种布洛芬缓释胶囊的中选企业华北制药股份有限公司(以下简称：华北制药)在山东省未能按协议供应约定采购量。基于此，“联采办”将华北制药纳入“违规名单”，取消其自2021年8月11日至2022年5月10日参与国家组织药品集中采购活动的申报资格。这一事件的发生无疑为集采中选药品的保障供应问题敲响了一次警钟，必须及时制定有效对策，防止类似事件的再次发生。从目前的相关政策文件来看，主要包括：

一是明确中选企业责任。明确要求：1、中选企业应做好市场风险预判和防范，及时、足额按照采购合同要求组织药品生产，并向配送企业发送药品，确保在采购周期内满足医疗机构对中选药品的临床用药需求；2、出现无法及时供应的，除不可抗力因素外，中选企业应承担相应责任和由此产生的所有费用，否则将被视为失信违约行为；3、中选企业应当提升市场管控能力和配送能力，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”。

二是建立应急调配机制。为了保障中选药品的供应，具体举措主要包括：1、因为特殊原因出现药品短缺时，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；2、为了规避以往“一个药品在一个省份只有一个中标企业”而可能存在的断供风险，实行一省“双供”模式以保障中选产品供应，即：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，及时保障药品供应，确保患者用药的连续性。

三是发挥信用评价作用。在集采中选药品的保障供应问题上，可以采取如下措施：1、及时全面、完整规范地采集医药企业(含药品生产许可持有人、药品和医用耗材生产企业、与生产企业具有委托代理关系的经销企业，以及配送企业)在药品供应方面的行为信息，并对医药企业进行相应的信用等级管理；2、根据医药企业信用评级，分别采取书面提醒告诫、依托集中采购平台向采购方提示风险信息、限制或中止相关药品或医用耗材挂网、限制或中止采购相关药品或医用耗材、披露失信信息等处置措施；失信行为涉及省份数量达到规定条件的，由国家医疗保障局医药价格和招标采购指导中心启动全国联合处置；涉事药品或医用耗材供给结构单一、供需形势紧张的，在保障供应的基础上采取分级处置措施；3、医药企业在集采中选药品供应方面

发生的违约行为，根据问题发生的性质以及情节的严重程度，进行不同的处理，并适时向社会公布。

[返回目录](#)

• 医养结合 •

不断提升医养结合服务质量

来源：人民网

只有推动医疗、康复、护理、养老服务更好实现资源共享、服务衔接，医养结合服务质量才能不断迈上新台阶。

发展居家社区医养结合服务、推动机构深入开展医养结合服务、完善支持政策、多渠道引才育才……前不久，国家卫生健康委等 11 个部门联合印发《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，结合我国老龄人口特点、家庭发展趋势等新情况，瞄准医养结合的难点堵点，提出多项政策措施。这是对现实问题、群众关切的积极回应，也是具有前瞻性的应对举措。

人口老龄化是世界性问题，通过医养结合来应对这一挑战，是许多国家的共同选择。从我国的老龄化特征看，不仅人口规模大，发展速度快，而且持续时间长，发展不平衡，老年人健康问题比较突出，医养结合无疑是社会刚性需求。截至 2021 年底，我国 65 岁及以上人口超 2 亿人，占总人口 14.2%，预计到 2025 年，65 岁及以上的人口将达到 2.21 亿。这意味着，医养结合的需求还将进一步加大。

党的十八大以来，我国深入实施健康中国战略，医养结合工作不断取得新进展，医养结合机构数量和服务质量明显提升。国家卫健委公布的数据显示，截至去年底，全国两证齐全的医养结合机构达 6492 家，共有床位 175 万个，养老机构以不同形式提供医疗服务的比例超过 90%。不过，医养结合还存在供给不足、服务质量不高、成本高、专业人才缺乏等问题，需要结合我国的文化传统和医疗卫生事业发展的实际逐步加以解决。

从养老的传统看，进一步提升医养结合服务质量，首先要提高服务的可及性和便利性。我国大部分老年人选择居家养老，有慢病、高龄、失能、半失能等行动不便、需要照料的老人，也集中在社区。现阶段，应重点提高居家和社区医养结合服务质量。一方面，要鼓励社区卫生服务机构、乡镇卫生院、养老服务机构等在社区(乡镇)设立医养结合服务设施，推动医疗卫生机构将服务延伸至社区和家庭，将上门医疗服务向养老机构拓展。另一方面，可通过“互联网+医疗健康”“互联网+护理服务”等创新方式，让老年人不出社区(乡镇)即能享受服务。

从医养结合的发展历程看，要在优化服务衔接方面下更大功夫，进一步促进政策衔接、资源共享和服务融合。长期以来，我国的医疗健康和养老服务分别由不同类型、不同层级的机构提供，政策制定和监督管理职能分散于卫生、民政等多个部门。推进医养结合，需要把各方面的资源整合起来，协同提供服务。比如，医疗卫生机构可以在

养老机构中设立医疗服务站点，提供嵌入式医疗卫生服务；养老机构可以改造和增加护理型床位和设施，增强内设医疗卫生机构服务能力，与医疗卫生机构开展签约合作，为老人提供预约就诊绿色通道等医疗服务。只有推动医疗、康复、护理、养老服务更好实现资源共享、服务衔接，医养结合服务质量才能不断迈上新台阶。推进医养结合，是优化老年健康和养老服务供给的重要举措，是积极应对人口老龄化、增强老年人获得感和满意度的重要途径。医养结合，关键在合，不仅要求对资源进行优化配置，也意味着要树立大卫生、大健康的观念，为人民提供全方位全周期健康服务。坚持正确发展方向，着力破解难点堵点问题，推动医养有机衔接，促进医养结合发展，定能推动医养结合服务更加专业规范、质优价廉、多元可持续，更好满足老年人健康和养老服务需求，帮助他们过上更有品质的晚年生活。

[返回目录](#)

摆在医疗行业面前的新难题：如何推动医养结合发展？

来源：亚创科技

根据第七次全国人口普查数据，全国 60 岁以上老年人口达 2.64 亿人，占全国总人口的 18.7%，65 岁以上老年人口达 1.9 亿人，占全国总人口的 13.5%，根据国际上通常把 60 岁以上老年人口占总人口比例达到 10%，或 65 岁以上人口占总人口比例达到 7% 作为一个国家或地区进入老龄化社会的标准。

01 老龄化社会

我国已进入老龄化社会。随着经济社会发展，进入 21 世纪，我国人口老龄化问题越来越突出。

社会进入老龄化之后推进医养结合是优化老年健康和养老服务供给的重要举措，是积极应对人口老龄化、增强老年人获得感和满意度的重要途径。

02 通知出台

在今年 4 月份的时候，国家就发布了通知，鼓励有条件的地方创建首批全国医养结合示范县。

03 指导意见出台

到了 7 月份，更是出台了更加详细的细则，围绕发展居家社区医养结合服务、推动机构深入开展医养结合服务、优化服务衔接、完善支持政策、多渠道引才育才、强化服务监管 6 个方面展开。

04 未来趋势

预计到 2040 年，65 岁及以上老年人口占总人口的比例将超过 20%。同时，老年人口高龄化趋势日益明显：80 岁及以上高龄老人正以每年 5% 的速度增加，到 2040 年将增加到 7400 多万人。

趋势越来越严峻，医养结合已经成为必须要做好的事情，这关乎着众多的老年人的健康和养老服务，做好这项工作也是为社会减轻负担，提升人民群众的幸福指数，相信随着政策的进一步落地，人才的进一步引进，优化细节，强化监督，这项工作将会快速被推动起来。

[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