

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2022年第36期

(09.05-09.11)

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。）

### · 妇幼健康 ·

▶ [思考 | 三孩政策配套支持，生育保险何以作为？](#)（来源：中国劳动和社会保障科学研究院医保室）——第 6 页

【提要】生育保险是一项独立的社会保险制度，是国家通过立法对职业女性因生育子女而暂时中断劳动导致的收入损失和因怀孕和生育子女带来的医疗费用进行保障的一项社会制度。我国于 1994 年颁布《企业职工生育保险试行办法》，该制度及后续的配套措施仍然是目前生育保险的实施依据，其中制度原则性内容在《中华人民共和国社会保险法》中以专章形式进行了明确。

▶ [加强宫颈癌和乳腺癌防治，河南布好“十四五”妇幼健康事业大棋局](#)（来源：河南省政府新闻办）——第 16 页

【提要】近日，河南省政府新闻办举行新闻发布会，重点介绍河南省“十四五”妇幼健康事业发展规划。省卫生健康委相关负责人在发布会上介绍，“十四五”期间，河南妇幼健康事业以保障妇女儿童健康和提高出生人口素质为主线，坚持将“全周期保障人民健康”的理念贯穿到妇幼健康工作的全过程、各环节。

### · 分析解读 ·

▶ [口腔医疗：政策和市场双重挑战下的转型](#)（来源：村夫日记）——

第 18 页

【提要】长期以来，口腔医疗一直是较为火热的投资赛道，作为消费医疗中仅次于眼科的专科，口腔标的一直以其高增长、高毛利和轻资产获得青睐。但是，随着人口红利的结束、经济下行导致的消费意愿萎缩和监管的强化，口腔医疗到了转型的关口，这也意味着市场到了洗牌的时刻。

▣ [解析 DRG 改革下，医疗机构遇到的难点与对策](#)（来源：中国医疗保险）——第 21 页

【提要】作为济南市首批 DRG 支付试点医院，山东省立第三医院(以下简称样本医院)推出四项举措确保 DRG 支付方式平稳高效运行。但在 DRG 支付方式运行中，仍面临着病案质量不佳、人员能力不足、信息化技术不够及政策运行中必然存在的一些问题与难点，这就要求医院在推进 DRG 中，要不断加强内部监管、做好人才储备、提升信息化水平等，以期更加积极稳妥地推动 DRG 运行，助推医院高质量发展。

### • 集中采购 •

▣ [脊柱类耗材国采来了！国庆前结果出炉](#)（来源：国务院办公厅）——第 27 页

【提要】9 月 7 日晚，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布公告，宣布骨科脊柱耗材集采将于 9 月 27 日进行，企业递交申报材料，现场开标。这是继冠脉支架和人工关节之后，全国开展的第三批高值耗材集中采购。

▶ [国家医保局定调，集采下一步这样做](#)（来源：国家医保局）——

第 32 页

【提要】2022 年 9 月 6 日上午，国家组织医药集中采购工作会议及药品和耗材联采办会议以视频方式召开，陈金甫副局长出席会议并讲话。陈金甫强调，要认真贯彻落实国务院常务会议部署，积极推进国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购，加快开展口腔种植医疗服务收费专项治理和种植牙耗材集中采购，及时平稳推进冠脉支架集采协议期满统一接续，规范开展药品集采接续工作，一手抓改革、一手抓管理，持续深化改革，全面构建科学、精细、规范的运行管理体系，确保群众享受改革成果，促进医药行业高质量发展。

### • 医保速递 •

▶ [变被动付费为主动购买，医保支付机制如何管用高效？](#)（来源：

中国医疗保险研究会）——第 37 页

【提要】医保支付机制直接关系到医保基金的使用效率、能否为人民群众购买到性价比相当的适宜的医药服务、确保其合法的医疗保障权益；也关系到医保制度能否稳健运行和可持续发展。自我国医保制度创立以来，就一直倍受关注和重视。医保经办管理部门更是将其作为“牛鼻子”牢牢抓住不放，并不断进行改革创新。

▶ [医保支付方式改革需平衡好哪些关系](#)（来源：中国财政科学院研

究所）——第 45 页

【提要】医保支付方式改革是深化我国医疗保障制度改革的重要内

容。2018 年国家医保局组建以来，医保支付方式改革进程明显加快，DRG、DIP 等支付方式改革覆盖面持续扩大，诊疗费用次均增速得到明显控制，患者实际补偿比稳中有升，参保患者的住院就医负担有所缓解。在新冠肺炎疫情的影响下和医保筹资增速放缓的背景下，医保支付方式改革取得如此成就实属不易。

## -----本期内容-----

### · 妇幼健康 ·

#### 思考 | 三孩政策配套支持，生育保险何以作为？

来源：中国劳动和社会保障科学研究院医保室

生育保险是一项独立的社会保险制度，是国家通过立法对职业女性因生育子女而暂时中断劳动导致的收入损失和因怀孕和生育子女带来的医疗费用进行保障的一项社会制度。我国于1994年颁布《企业职工生育保险试行办法》，该制度及后续的配套措施仍然是目前生育保险的实施依据，其中制度原则性内容在《中华人民共和国社会保险法》中以专章形式进行了明确。

我国的生育保险制度自建立起不断完善，有效地保障了职工生育待遇权益，均衡了用人单位的负担，促进了企业间的公平竞争。2021年，党和国家做出实施三孩生育政策的战略调整，这为完善和发展生育保险制度提供了重要机遇，也提出了更高要求。

#### 我国生育保险制度的发展沿革

从覆盖范围看，由于部门职能范围问题，早期的生育保险仅面向城镇企业职工，参保范围限定在城镇企业职工在职人员。发展至今，生育保险已覆盖城镇所有在职人员，所有参加城镇职工基本医疗保险的在职人员同步参加生育保险。城乡居民的生育医疗待遇由城乡居民医疗保险按规定进行保障。

从筹资来源看，我国的生育保险仅由用人单位作为单一筹资方，职工个人不缴纳生育保险费。用人单位按照其工资总额的一定比例缴纳生育保险费，最高不超过工资总额的 1%。在经济进入新常态的背景下，为减轻企业负担，生育保险费率从不超过 1% 下调至符合条件地区不超过 0.5%。需要说明的是，用人单位不仅需要为女职工缴纳生育保险费，同时需要为男职工缴纳相同费率的生育保险费。用人单位为男职工缴费的政策设计是由生育保险制度原则及其功能决定的。首先，生育保险覆盖城镇所有在职人员，包括女职工和男职工。其次，生育保险待遇范围包括男职工可以享受的计划生育医疗待遇、男职工未就业配偶的生育医疗待遇，另外部分地区还探索将男职工陪产假津贴纳入生育保险待遇范围。再次，20 世纪 90 年代建立生育保险制度的重要初衷在于解决早期生育费用完全由企业负责时企业间负担不均衡的问题，女职工过多的企业由于生育带来用工成本过高，导致女职工就业受到影响，于是社会统筹模式的覆盖所有在职职工的生育保险制度应运而生，男女职工共同缴费呼应生育保险制度内涵的要求。

从待遇内容看，生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴两部分内容。

生育医疗服务是指为职业女性或男职工配偶提供的妊娠、分娩和产后的医疗照顾。随着政策的调整完善，目前的生育医疗服务涵盖产前检查、住院分娩以及计划生育三类与生育行为相关的内容。与普通医疗服务不同的是，生育期间的医疗服务主要是通过医疗手段帮助产

妇顺利生产，服务内容主要以检查为主，一般不需要特殊治疗。生育医疗费用具体包括检查、分娩、计划生育以及和生育并发症等相关的医药费用。生育是人类繁衍的基础，为了体现其社会价值，生育保险对生育医疗服务的报销比例高于医疗保险中的普通医疗服务，基层医疗机构甚至能够达到全额报销。

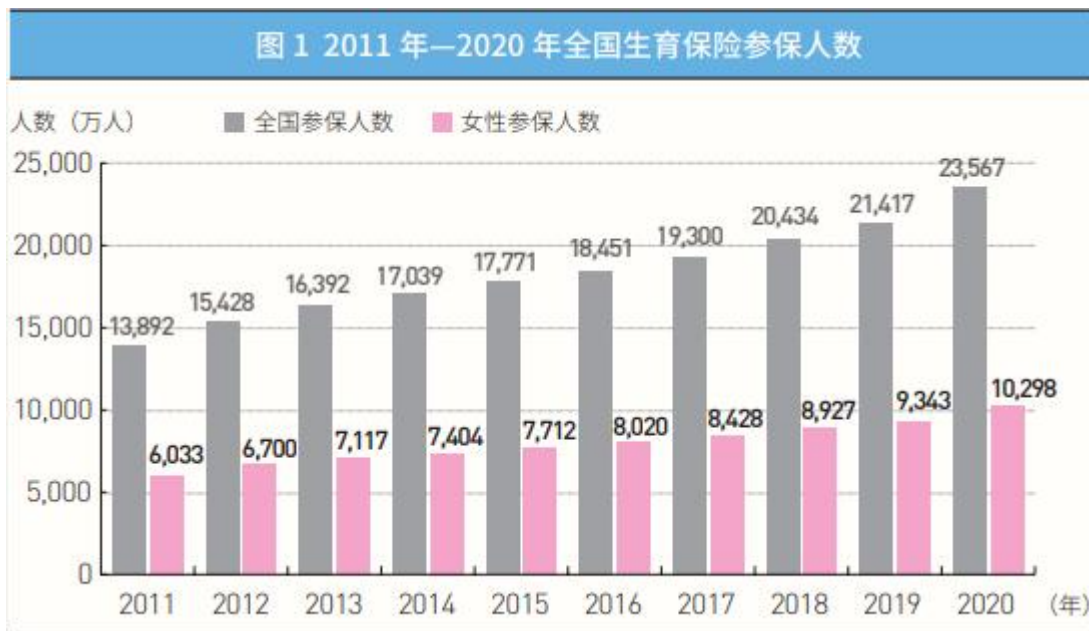
生育津贴是指按照相关法律法规，对女职工因生育而中断劳动导致的收入损失给予的补偿。生育津贴支付期限主要与产假时长相关。20世纪80年代以前，我国的产假时长为56天；1988年国务院颁布的《女职工劳动保护规定》将产假调整为90天；2012年修订的《女职工劳动保护特别规定》再度将产假总时长调整为98天。国际劳工组织通过的《生育保护公约》《保护生育建议书》等与生育保险相关的约定中要求，产假不少于12周，且产前、产后必须有休假，2000年修订的公约中提出产假时间不少于14周。我国的98天法定产假已满足国际公约的基本要求。国际公约还规定生育津贴的标准不应低于原收入的三分之二。我国的生育津贴计发标准为职工所在用人单位上年度职工月平均工资。这一规定有利于保障女职工在生育期间稳定的收入来源，但同时会不可避免出现部分女职工生育津贴标准高于本人日常工资水平的情况。

### 我国生育保险制度建设取得的丰硕成果

其一，参保人数逐渐增多。随着社会经济的发展，全国生育保险的参保人数逐渐增多，两险合并实施之后，参加基本医疗保险的在职



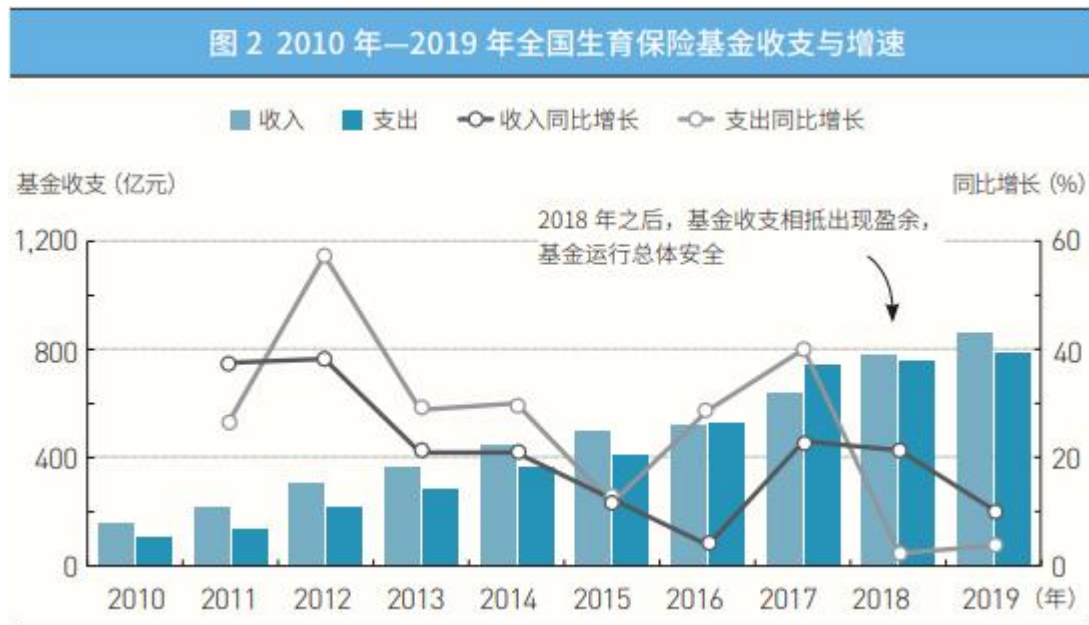
人员同步参加生育保险，生育保险参保率再度明显提升。如图 1 所示，全国生育保险参保人数从 2011 年 1.39 亿人增加到 2020 年 2.36 亿人，其中女性参加生育保险的人数从 6033 万人增长到 10298 万人。参保人数不断增加，保证了生育保险基金的稳步增长，促进了生育保险基金的长期收支平衡。



其二，生育保险基金规模不断扩大。随着参保人数的增加，我国生育保险基金的收入逐年增加。如图 2 所示，在 2016 年、2017 年，基金的支出超过基金收入，基金出现收不抵支的情况，主要原因是国家调整了生育政策，实行“全面二孩”政策后出现暂时性的收不抵支，2018 年之后，基金收支相抵出现盈余，基金运行总体安全。

其三，生育保险待遇不断提高，主要体现在如下两个方面。一是保障待遇不断提升。改革开放后，由于社会经济发展步入正轨，生育保险基金由企业统筹转为社会统筹，生育保险待遇逐步提高。随着产

假时长逐步延长，生育津贴支付期限也相应延长。2015年之后，修订的《人口与计划生育法》赋予合法合规生育奖励假期的待遇，部分地区将其纳入生育津贴支付范围。生育保险待遇内容也不断增加，1999年，计划生育手术费用纳入保障，地方在探索中还增加了孕产妇的营养补贴等，另外增加了男性职工陪产假津贴支付，提高男性对家庭的责任。二是待遇享受人次不断增长。随着参保人数与生育保险覆盖面的不断扩大，生育保险待遇享受人次也呈增长的趋势。如图3所示，2011年至2021年，生育保险待遇享受人数由265万人增长到1321万人，尤其是2016年实施“全面二孩”政策之后，待遇享受人次较2015年之前出现大幅增长。生育保险待遇享受人次与新出生人口总量密切相关，2018年之后待遇享受人次回归稳步增长。



其四，生育保险缴费比例适度下调。新中国成立初期，国家将生育保险作为一项福利制度保障女职工的合法权益，将女职工生育期间

所需的生育费用纳入公费医疗中。生育保险制度的缴费方式是企业缴费，企业按照一定比例缴纳费用，各省市的生育保险费统筹形成生育保险基金。生育保险的缴费比率由单位按照当地政府部门当年规定的比例(一般是 0.6%-0.8%)缴纳，国家与个人不缴费。这种单一制的缴费方式不利于生育保险费用分担。为了降低企业的缴费负担，减轻企业的费用压力，国家在 2015 年颁布降低生育保险缴费的政策，将符合条件的生育保险费下调为单位职工工资的 0.5%以内，进一步减轻企业的缴费负担。目前，一半左右地区生育保险费率维持在 0.5%的水平。



### 生育保险制度面临的新形势

首先，从长期来看，生育保险基金面临的压力越来越大。

收入方面，生育保险基金本质上是雇主保险，收入来源于工资基数的增加与缴费率的上升。当前，随着经济规模扩大，我国经济增长率也逐渐放缓，再叠加新冠疫情等因素，政府不断通过减费降税等措

施减少企业经营压力、激发企业经营动力，因此提高缴费率已不现实。此外，经济增长的放缓也导致工资基数上升缓慢，进一步加大了基金增长的阻力。支出方面，随着国民福利的不断提升，社会保险各险种待遇逐渐提高，生育保险待遇也不例外。一方面，由于生育成本大幅上升，公众对生育福利的要求越来越高，比如提高生育医疗待遇、延长生育休假等；另一方面，近些年随着工资基数的逐年上升，支付生育津贴的数额也越来越大。在生育保险基金收入未呈现大幅上升的情况下，基金支出由于待遇提升、生育政策调整等呈现不断上升的趋势，长期来看基金收支平衡的压力增大。

其次，生育保险制度与管理有待于进一步完善。

两险合并实施后，使生育保险在参保登记、基金征缴、医疗服务管理、经办和信息服务等方面与医疗保险统一实施，生育保险在待遇给付等方面面临与医疗保险的重新划分。在统筹层次方面，由于统筹层次低下，当前生育保险一般是市级统筹，一方面导致基金统筹能力不强，无法调剂资金余缺，造成各统筹地区基金支出苦乐不均；另一方面统筹层次低下导致异地生育行为以及相关的基金异地支付存在问题，给异地生育的参保人待遇报销带来不便。

再次，随着三孩生育政策的出台，生育保险作为降低生育成本、促进生育率提升的刺激政策而被期待。

受出生人口持续走低的影响，我国少子化形势日益严峻。第七次全国人口普查数据显示，2020年我国总和生育率为1.3、人口出生率

为 8.52%，已步入国际标准的“超少子化”国家行列。根据相关会议报道，2021 年上述两项数据进一步下降。长期稳定的低生育率不仅减弱了人口增长的惯性，而且带来一系列社会问题，如劳动力规模萎缩，人口红利消失，对经济发展尤其是劳动密集型行业带来直接负面影响。面对人口缩减态势，生育政策历经“单独二孩”和“全面二孩”的重要调整，然而实际生育率的提高并未达到政策预期效果。相关调查显示，实际生育率低于意愿生育是普遍面临的问题，生育、养育、教育成本高昂成为阻止诸多有生育意愿的育龄妇女实施生育行为的必要条件。2021 年 6 月，《中共中央国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》正式印发，提出实施三孩生育政策，其中明确要求建立生育配套支持措施，并将“完善生育休假与生育保险制度”作为一项重要举措，生育保险面临重要的发展机遇。

### 新形势下完善生育保险制度的发展思路

如前所述，我国的生育保险制度是 20 世纪 90 年代在地方探索社会统筹方式的基础上建立的。制度建立的背景体现了制度目标，生育保险建立的初衷在于均衡企业间负担，从而更好地保障女职工的生育权益。在明确功能定位的基础上，生育保险确定了用人单位缴费、个人不缴费的筹资原则。从筹资来源角度看，生育保险具有雇主责任险的性质。在探讨生育保险的发展思路之前，首先需要明确是否要坚持制度原有的功能定位。

一是坚持原有功能定位，完善生育保险制度。生育保险制度属于

社会保险制度模式，是通过共同缴费实现社会共济的方式，权利与义务对等是其基本特征，也就是说只有缴费才能享受相应待遇，通常待遇水平与缴费水平相关联。实施“全面二孩”政策以后，全国生育保险基金在 2016 年和 2017 年连续两年出现当期收不抵支，近些年随着新出生人口总数的下降，基金逐渐回归平稳，而三孩政策的实施有可能会使基金平衡再度受到挑战。在当前国际形势错综复杂、新冠疫情影响尚不确定的背景下，提高用人单位缴费水平的难度很大。在筹资水平不变的情况下，增加新的待遇内容缺乏合理性和可行性，生育保险应在现有制度框架内进行完善。

二是拓展生育保险功能，适度实施更广待遇范围。实施三孩生育政策后，有学者提出通过生育保险解决育儿假等与生育相关的假期津贴待遇，以及将居民纳入生育津贴支付范围。这些建议拓展了生育保险的功能，如照此实施，需要打破原有的制度框架，对制度进行重构。首先，生育保险和基本医疗保险需要保持独立运行，或者生育津贴独立运行，否则增加的待遇内容会使生育保险将基金支出风险转嫁给医疗保险，可能影响医疗保险正常运行。其次，生育保险筹资来源需要拓宽，居民享受津贴待遇需要以增加个人或政府缴费为前提，用人单位为其缴费的理由不充分且无力承担。再次，各类假期政策应从各自功能角度清晰定位、统一规划、合理衔接，以免各类假期功能混淆，影响筹资主体责任划分。

### 完善生育保险制度的政策建议

一是提高统筹层次，提升共济互助水平。由于各地经济发展水平的差异较大，生育保险筹资与待遇给付在各地区间差别也比较大，提高生育保险的统筹层次，可以在更大范围内提高互济水平，保证生育保险基金的长期收支平衡。同时，统筹层次的提高可以使基金筹集、管理与给付在更大范围内得到统一，均衡不同企业的负担，延伸制度的公平性。同时，提高生育保险统筹层次有利于妇女异地产检、生产以及应对各种突发情况，便利育龄妇女的异地就医行为。当前，医疗保险提高统筹层次已成共识，两险合并实施背景下，生育保险提高统筹层次也应是题中之义。

二是完善生育医疗服务，动态提升待遇水平。由于产前检查由门诊提供，发生次数多且监管难，所以产前检查成为生育医疗待遇中的薄弱环节。建议由卫生健康部门制定或者由医保部门与医疗机构协商制定产前检查基础服务包，生育保险基于服务包内容实施保障。对于住院分娩和计划生育医疗服务，多数地区采取定额或限额支付方式，即对于某个病种规定一个最高的医保付费额度。随着社会经济发展水平的提高以及物价水平的变动，社会公众的购买力水平也会相应发生变化，相应地医药费用也呈现不断上涨的趋势，之前确定的支付标准如不及时调整，相对于业已提高的医药价格，生育保险定额支付的额度会略显偏低。建议按照当地物价水平的上涨幅度或者CPI(消费者物价指数)中医药价格的上涨幅度进行调整，形成生育保险定额支付的动态调整机制。

三是加强政策协同，厘清待遇功能。在当前优化生育政策的背景下，国家部署了“一揽子”支持措施，提出了系列优化组合政策，生育保险作为其中一个环节应注重与其他相关政策的衔接，不能因为其他政策的缺位而放大自身的功能或者脱离经济发展水平地提高保障待遇，应注重部门协同与政策衔接，做到“水浅行小舟，水深走大船”。

[返回目录](#)

## 加强宫颈癌和乳腺癌防治，河南布好“十四五”妇幼健康事业大棋局

来源：河南省政府新闻办

近日，河南省政府新闻办举行新闻发布会，重点介绍河南省“十四五”妇幼健康事业发展规划。省卫生健康委相关负责人在发布会上介绍，“十四五”期间，河南妇幼健康事业以保障妇女儿童健康和提高出生人口素质为主线，坚持将“全周期保障人民健康”的理念贯穿到妇幼健康工作的全过程、各环节。



《规划》明确，到2025年，全省妇幼健康服务体系更加完善，全方位全生命周期妇幼健康服务能力和水平显著增强，严重致残的出



生缺陷得到有效控制，努力让群众享有公平可及、系统连续的高质量妇幼保健服务，妇女儿童健康水平稳步提高。重点围绕“强基层、提能力、保安全、重监管、惠民生”五个方面发力，为“十四五”妇幼健康事业谋篇布局。

围绕强基层体系，河南将持续加强市、县、乡、村四级妇幼保健服务能力建设，计划到2025年，每个市、县均有1所政府举办的标准化妇幼保健机构，80%的二级以上医院妇幼健康服务能力达标，70%的乡村医疗卫生机构妇幼健康服务能力达标，70%的二级以上妇幼保健院设置中医临床科室。持续开展妇幼保健机构等级评审、绩效考核、感染防控管理，保障妇女儿童享有高质量的医疗保健服务。

围绕提服务能力，河南将以加强妇幼专科、学科和重点实验室建设为重点，推进妇幼健康领域技术创新；每年为基层培养300名以上妇幼技术骨干，持续壮大妇幼健康人才队伍；组建区域妇幼保健专科联盟，探索妇幼健康发展新模式；实施妇幼健康知识普及行动，提升妇女儿童健康素养。

围绕保安全底线，河南将落实《母婴安全行动提升计划(2021-2025年)》，夯实母婴安全五项制度，规范开展孕产妇风险筛查、评估与管理，严格高危孕产妇专案管理，保障孕产妇就医安全；所有县(市、区)危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心标准化建设全覆盖，有效减少孕产妇和新生儿死亡的发生。

围绕重监管治理，河南将加强行业监管，严格技术准入，强化质

量控制，规范《出生医学证明》等法律证件的管理，完善“互联网+妇幼健康”服务模式，提高妇幼健康服务与管理的质量和效率。

围绕惠及妇女儿童，河南将加强宫颈癌和乳腺癌防治，健全妇女全周期服务链条。明确每个县(市、区)要有 1 个产前筛查机构，每个省辖市要有 1 个产前诊断机构，完善“县级能筛查、市级能诊断、省级能指导、区域能辐射”的出生缺陷防治网络。0~6 岁儿童眼保健和视力筛查率达到 90%以上。强化儿童营养喂养与运动指导，促进儿童早期发展服务进农村、进家庭、进社区，促进儿童全面健康发展。

[返回目录](#)

## • 分析解读 •

### 口腔医疗：政策和市场双重挑战下的转型

来源：村夫日记

长期以来，口腔医疗一直是较为火热的投资赛道，作为消费医疗中仅次于眼科的专科，口腔标的一直以其高增长、高毛利和轻资产获得青睐。但是，随着人口红利的结束、经济下行导致的消费意愿萎缩和监管的强化，口腔医疗到了转型的关口，这也意味着市场到了洗牌的时刻。

与眼科以医院为主不同，口腔以诊所为主，由于开业成本较低，市场进入门槛不高，这导致市场高度分散，难以形成集中化的市场规模。以头部公司为例，同样深耕 20 年左右，通策医疗 2021 年的营收

为 27 亿元，而爱尔眼科的营收为 150 亿元，两者营收规模差距大的原因是口腔难以全国化布局。眼科可全国化布局，虽然在部分区域会是核心，但这不妨碍在全国多个地区可做出多个营收上亿元的单店。但口腔市场高度分散，市场无法集中，如果离开核心主站所控制的区域，单店收入在 10 年内能超过 1 亿元的屈指可数。所以，口腔连锁一旦全国化拓展，必然造成高额亏损最终迫使其回到核心区域。

正是这种高度分散的市场形态推动了口腔医疗以区域化发展为特色。无论是通策还是牙博士，高毛利的前提都是长期深耕省内一个都市区域，甚至连全省密集布点都做不到，只在 2-3 个地市及下属的县市进行密集布点。而类似瑞尔这样全国性布点的模式长期面临亏损，即使扭亏之后，毛利率和净利率也远低于区域性公司。

而如果从业务分类来看，过去 10 年带来口腔市场高歌猛进的种植和正畸的增速正在逐步趋缓，综合治疗类别内的儿科和修复的增速在加快，这意味着口腔医疗的消费属性正在弱化。以通策为例，成人消费类业务在疫情前的 2019 年已经逐步呈现疲态，疫情加速了这一趋势。2016-2021 这 6 年的总增长来看，综合和儿科都增长了 3.5 倍，正畸为 2.5 倍，种植只有 2.2 倍。随着人口出生率的持续下降，成人消费业务面临新流入客群减少的影响，儿科和综合治疗将成为中长期竞争的重点。

不仅仅是通策的种植业务增速成为所有种类中增速最慢的，瑞尔也是如此。瑞尔的种植业务增速是所有业务类别中最低的，2021 年

只有 26.69%，大幅低于 37.76% 的平均增速，在整体业务中的占比也首度跌破 20%，只有 19.77%。

伴随着正畸和种植业务的增速趋缓，对口腔医疗市场的监管也在日益强化。特别是在种植牙集采的全国推开，对本已受到需求下降的种植业务形成了明显的冲击。在经济下行的市场现状下，个人对种植这类昂贵的需求受到了很明确的抑制，推动其寻找更低价的替代方案。而种植牙集采会对价格敏感群体形成吸引力，推动他们向参与集采的医疗机构流动，并带动中低端产品在市场全面降价。虽然民营医疗机构仍将保有中高端客户，但对体量会形成叠加冲击，对本已增速趋缓的种植业务形成压力。

面对政策和市场的双重挑战，口腔医疗需要寻找转型之路。全国散点式布局的战略被抛弃之后，跨省大幅向外扩张的模式也就不适合口腔医疗，在省内以核心主站为根基向周边辐射扩张将会是主要的发展模式。而提升自身业务特色是另一个重点。在种植和正畸业务增速放缓之后，儿科和修复虽然成为新的领头羊，但这两块业务的治疗属性更强，小而轻的诊所在体现自身的优势上面临一定的压力，口腔医院更具优势。

口腔医院在消费类项目的收入上，总体要低于口腔门诊部。口腔医院相比口腔门诊部，服务量更大，有更大比例的治疗收入，从这一角度来说，口腔医院抵抗经济周期，在经济下行削弱消费上所受影响会低于口腔门诊部。同时，过度依赖消费会长期影响到品牌和用户

留存，不利于培养专科治疗上的实力和市场影响力，因此，在这一点上口腔医院的门槛要明显高于门诊部。

总体而言，口腔医疗正面临十多年来最大的挑战，在消费能力下滑、监管强化和业务类别轮换的大环境下，口腔连锁机构需要结合自身优势去匹配市场发展趋势，如果主营业务受到冲击较大，转型的需求将更为迫切，市场洗牌的时代已经到来。

[返回目录](#)

## 解析 DRG 改革下，医疗机构遇到的难点与对策

来源：中国医疗保险

《基本医疗保险支付方式改革的指导意见》以及山东省医保局、省财政厅、省卫生健康委印发的《关于印发按疾病诊断相关分组付费省级试点城市名单的通知》等文件要求，自 2021 年起，山东省济南市正式开启 DRG 付费工作。

作为济南市首批 DRG 支付试点医院，山东省立第三医院(以下简称样本医院)推出四项举措确保 DRG 支付方式平稳高效运行。但在 DRG 支付方式运行中，仍面临着病案质量不佳、人员能力不足、信息化技术不够及政策运行中必然存在的一些问题与难点，这就要求医院在推进 DRG 中，要不断加强内部监管、做好人才储备、提升信息化水平等，以期更加积极稳妥地推动 DRG 运行，助推医院高质量发展。

### 应对 DRG 支付方式改革的医院实践

一是发挥组织引领作用。在 DRG 模拟付费阶段，样本医院即成立

了 DRG 专项领导小组和工作小组，领导小组的组长由院长担任，小组负责 DRG 的组织协调、规划部署、监督检查等工作，协调各部门各司其职，统筹推进；工作小组由质管部、医务部、护理部、医保部、病案科、信息网络部、医工部、药学部等多个职能科室负责人组成，负责 DRG 的具体推进工作。两个小组统一思想、多方位部署，贯彻落实 DRG 支付方式改革。

二是开展多维度 DRG 政策培训。DRG 支付政策虽已宣传推广多年，但通过与临床医务工作者的沟通访谈，样本医院发现各临床一线人员大多对 DRG 支付方式不够熟悉，部分人员甚至对医保 DRG 支付改革存有抵触情绪。为改变这一现状，自 DRG 模拟付费阶段开始，样本医院即开展多维度 DRG 政策培训工作，一方面，通过邀请已成熟运行 DRG 的医院专家来院培训的方式，加强相关人员对 DRG 支付的理解和学习；另一方面，通过定期开展的医院中层干部会议强调并宣传 DRG 支付改革。针对 DRG 政策理解、医保结算清单填写规范、各科重点 DRG 病组入组分析等，医院质管部联合医保部、病案科等职能科室，采取线上与线下、集中培训与入科培训相结合的方式，进行全方位、全覆盖的宣传培训，不断强化医务人员对 DRG 支付改革的认知，积极主动适应新形势下支付改革的要求。

三是持续提升医疗质量和效率。医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。国家大力推行 DRG 支付改革的初衷是通过更有效率的医保支付，更好保障参保人员权益，增强医

保对医药服务领域的激励约束作用。在此背景下，DRG 支付改革对于医院来说既是挑战，也是机遇。样本医院借助 DRG 支付改革这一“工具”，加强成本管理，做好“开源”和“节流”，积极开展日间手术，降低平均住院日，降低成本，提高效率，缓解了“看病难、看病贵”问题，提升了患者满意度。同时，积极开展 PDCA 持续改进项目，将降低住院患者平均住院日、降低住院患者次均药品费用增幅、提升 DRG 支付方式改革下的医保基金效益等项目纳入院级持续改进项目，利用院级力量，采用规范化、标准化管理手段，通过流程改善、原因分析、追踪作业等方法进行持续改进。此外，结合绩效监管进行更加深入的精细化管理，不再单纯通过增加医疗数量来提高收益，而是结合各病组临床路径，进行全成本核算，减少不必要的成本投入，提高医疗服务的效率与质量。

四是加强运营数据的精细化分析。DRG 支付背景下，医院不仅要会看病，还要会算账，运营数据的分析对指导临床至关重要。样本医院主要从科室、病组两个层面进行大数据分析，分析超支科室的重点超支病组，结合时间消耗指数、费用消耗指数、药耗成本等多方面综合分析，入科指导。针对 DRG 病组，分析全院的主要病组、优势病组、劣势病组、权衡管控病组的科室分布及盈亏点，对比同种病组在不同科室间的区别，结合临床路径给予临床指导，突出学科优势，均衡学科发展。同时，与同级别医院进行病组间的对比，对标区域平均水平，不断指导临床降低时间、费用等资源消耗。

## 医院推进 DRG 支付改革的问题与难点

在 DRG 运行初期，医疗机构大多会遇到以下几个问题。

一是病案首页质量不高，影响患者就医体验。在 DRG 支付下，将同一病组的不同患者均进行“打包”付费。为入组更高费用病组，不排除部分医师随意填写或歪曲病案信息，通过低码高编、增加诊断等方式，高套 DRG 病组来获取更多利益，导致病案质量及真实性无法保证。同时，可能存在为减少个案超支，产生将患者违规分解住院、推诿重症患者、减少医疗服务等行为，这些行为均极易产生医疗安全风险，严重影响医患关系及患者就医体验。

二是新政策下综合型人才缺乏。DRG 支付管理既需要具有临床医学、财务管理、数据处理、病案编码、公共卫生管理等各个专业背景人才的高效协同，又需要具有医学知识、财务知识、编码及医保政策知识的复合型管理人才。而面对 DRG 这一新政策，大部分医院只有院领导或部分职能部门领导对政策较清楚，而其他人员一头雾水。缺乏了解 DRG 支付政策的综合性人才，导致 DRG 付费真正实施时，医院各部门茫然无措，无力应对，DRG 精细化管理更是无从谈起。

三是各医院信息化水平参差不齐。DRG 付费改革顺利推行的每个环节都依托于医院的信息化系统，需要院内多个系统流程的重构与改造，包括 HIS 系统改造、病案首页改造、医保结算清单审核系统新增、DRG 结算平台的对接等。DRG 支付改革对医院的信息化水平提出了新的更高的要求，而目前各大医院信息化水平参差不齐，部分医院的信



息系统缺乏标准化和系统化，数据信息的交流及再处理能力差，无法支撑 DRG 的顺利运行。

四是 DRG 运行初期存在部分矛盾点。例如，DRG 病组支付费用标准是根据既往大数据测算而来的，医疗机构开展的新技术病种存在无法入组或入组错误问题。医保部门虽然开通了单病特议渠道，但审核周期较长，结果未知，会在一定程度上影响新技术的发展。此外，目前的 DRG 浮动费率政策规定，费率可根据年度实际结算基金，在年终清算时作适度调整，这就导致医疗机构每月测算的病组盈亏存在误差，在一定程度上影响医疗机构的判断，导致临床指导的偏差。这些矛盾点成为了医疗机构较难处理的问题点。

### 医院适应 DRG 支付改革的思考

针对上述问题及难点，医院可通过以下对策来改善，以更好地适应 DRG 支付改革。

一是加强院内监管，强化责任落实。病案首页是 DRG 入组的基础，关乎每份病例的正确付费。因此，医院需高度重视病案首页的填写，加大监管力度，制定奖惩制度，坚决杜绝病案信息造假，将病案书写质量作为评价科室、个人的重要指标，责任到人、奖罚到人，不断增强医务人员病案书写的责任意识和法律意识。同时，增加医保结算清单审核环节，正确编码，确保病案信息的规范性、准确性、及时性。

二是注重复合型人才的培养，强化人才支撑。DRG 支付涉及面广、专业性强、内涵理解难度大，对复合型人才需求量大，而人才培养时

间长。面对这种状况，医疗机构需提前布局，加强人才梯队建设。提前准备政策宣传与培训工作，营造院内学习 DRG 的良好氛围。同时，通过选派管理人员外出进修，参加各类 DRG 相关培训竞赛，各部门轮岗、转岗等多种方式，提前培养人才、储备人才，为医院更快更好地适应 DRG 支付改革，打下坚实的人才基础。

三是加强信息平台建设，做好技术支撑。医院信息化建设要始终以提升医院医疗质量、提高医护人员工作效率、改善患者就医体验为目标。医院要查找自身信息化系统的薄弱环节，建立一套以临床路径为核心的全流程信息化体系。在 DRG 正式运行后，及时完成迭代更新与系统优化。同时，DRG 支付改革还需要大数据处理系统和监管系统，以提升 DRG 大数据的精细化分析、成本管控和院内监管能力，需要医院综合考虑，提前做好信息技术准备。

四是加强医院内部管理，还原医疗本质。DRG 支付改革将对医院的诊疗服务模式、管理体系带来一定的变革。DRG 支付改革的目标与医院发展目标是一致的，均是为了提升医疗服务质量和效率、降低资源浪费、实现救死扶伤。因此，面对运行初期存在的诸多矛盾与难点，医院需继续加强内部精细化管理，联动改革，加强成本管控，规范诊疗服务行为，而不是一味地追求高利益。同时，从其他省市 DRG 运行过程也可发现，各地通过追加权重、特色病例结算办法等多种方式，为医院开展新业务新技术、分级诊疗等提供了助力。因此，医疗机构应加强与相关医保部门的沟通交流，在坚决贯彻落实国家部署的同

时，加强攻关，开展新业务新技术等的研究，着力在减少资源浪费、提升医疗技术与水平上下功夫，为患者提供更好的服务。

DRG 支付改革是一个不断优化与完善的过程，诸多矛盾也定能在深化改革中得到解决。医疗系统务必坚定信心，勇毅笃行，抓住 DRG 支付改革契机，推进医院精细化管理，推动医院实现高质量发展。

[返回目录](#)

## · 集中采购 ·

### 脊柱类耗材国采来了！国庆前结果出炉

来源：国务院办公厅

#### 耗材国家集采又有大动作！

9 月 7 日晚，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布公告，宣布骨科脊柱耗材集采将于 9 月 27 日进行，企业递交申报材料，现场开标。这是继冠脉支架和人工关节之后，全国开展的第三批高值耗材集中采购。

#### 1800 页文件内容看点解析

9 月 7 日晚上 8 点多，虽然按正常来讲已经过了下班时间 2、3 个小时，挂网的公告仍然在业界引起了巨大关注，国家组织高值医用耗材联合采购平台网站甚至一时出现页面崩溃的情况。没人想到，公告中随之发布的 PDF——《国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购文件(GH-HD2022-1)》(以下简称《文件》)会有 1800 多页之厚重。

《文件》分为三部分：采购邀请、申报企业须知和附件，主要“厚”在 100 页开外的内容——联盟各地区医疗机构首年采购需求量和各产品系统类别医疗机构首年采购需求量上，这部分有一千多页；除此之外，《文件》的主要内容还涵盖了采购与申报的各种要求、材料形式、流程等方方面面，非常详细。其中主要看点有四：

1. 明确集采内容：本次耗材集采的产品为骨科脊柱类医用耗材，根据手术类型、手术部位、入路方式等组件产品系统进行采购，共分为 14 个系统类别，29 个竞价单元，872 套系统，全国 6426 家医疗机构填报采购需求 120.84 万套（不包含骨水泥）。

据统计，2018 年我国骨科耗材市场规模约为 190 亿元，2020 年达到约 300 亿元，其中，关节类和脊柱类耗材市场分别约为 86 亿元/76 亿元。有业内人士分析，随着耗材市场规模不断扩大，本次集采涉及的脊柱耗材市场规模或可超 90 亿元。

2. 增加带量采购周期：本次骨科脊柱耗材带量采购的周期为 3 年，以联盟各地区中选结果实际执行日起计算。首年协议采购量于 2023 年 1-2 月起执行，具体执行日期由联盟各地区确定。已自行开展脊柱类医用耗材集中带量采购，且尚在采购协议期内的省份，可顺延执行本次集采中选结果。而在此前，人工关节集采周期为 2 年。

3. 竞争规则更加完善：本次集采选用分组竞价方式，综合考虑医疗机构需求、企业供应意愿和供应能力、产品组合完整度等因素，在同一产品系统类别下，将企业分单元分别竞价。其中，主要部件齐全

且能供应全国所有地区的企业，按医疗机构意向采购量由多到少依次排序，取该系统类别累计意向采购量前 85%所涵盖的企业进入 A 竞价单元；而供应量无法覆盖全国，或主要部件有所缺失的企业则会进入 B、C 两组。同时增加了一条规则，若竞价比价价格<本产品系统类别最高有效申报价 40%的，则该企业获得拟中选资格。本次集采在入围企业数量上也有所放宽，规定如果有效申报企业数量多于 50 家，则最多入围企业数量可以有 30 家。具体规则可扫描文末二维码，详见《手册》。

4. 信用评价影响排名：当出现竞价比价价格相同的情况，将首先按照企业的信用评价进行排名，未被任一省(区、市)依据医药价格和招采信用评价制度评定为“中等”、“严重”或“特别严重”失信等级的企业优先；如同时被评定失信等级，按失信等级严重程度低的企业优先；如多次被评定失信等级，按失信等级评定次数少的企业优先；失信等级采集时间范围为本采购文件发布日前 2 年内。

### **耗材集采动作加快**

就在《文件》发布的前一天，2022 年 9 月 6 日上午，国家组织医药集中采购工作会议及药品和耗材联采办会议以视频方式召开，陈金甫副局长出席会议并讲话。会上，他再次强调要认真贯彻落实国务院常务会议部署，积极推进国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购。而早在今年 2 月国新办举行的国务院政策例行吹风会上，陈金甫副局长就指出，今年高值医用耗材集采的工作重点是骨科脊柱类耗材集采

和种植牙耗材集采；半年后，7月11日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布了《国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购公告(第1号)》，这标志着骨科脊柱类耗材国家集采正式启动。

从提出工作重点到正式开展，本次耗材集采用了7个月时间，不可谓不快。而反观三次耗材集采的节奏，“快”字贯穿始终：

2019年7月，国务院办公厅发布《治理高值医用耗材改革方案》，明确了高值医用耗材的分类和集中归集方式以及带量采购的跨省联盟，开启高值耗材带量采购的多省市试点模式。2020年10月，国家高值耗材联合采购办公室启动冠脉支架采购，我国医用耗材集中采购全面铺开。2021年9月，第二批国家组织高值医用耗材集采公布结果，已于今年初在全国各省份陆续执行。

时间	文件名	发文单位	主要内容
2019年7月	关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知	国务院办公厅	对于 <b>临床用量较大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产</b> 的高值医用耗材，按类别探索集中采购，鼓励医疗机构联合开展带量谈判采购，积极探索跨省联盟采购
2019年11月	关于进一步推广福建省和三明市深化医药卫生体制改革经验的通知	国务院深化医药卫生体制改革领导小组	2020年9月底前，综合医改试点省份（安徽、浙江、福建、江苏、上海、青海、湖南、重庆、四川、陕西、宁夏11个地区）要率先进行探索
2020年3月	关于深化医疗保障制度的改革意见	国务院	坚持招采合一、量价挂钩，全面实现药品、医用耗材集中带量采购
2020年5月	上报2019年三类医用耗材采购情况的通知	国家医保局向地方医保局发布	要求省级平台报送冠脉支架、冠脉球囊、人工晶体三类产品2019年采购价格和采购量
2020年7月	国家组织冠脉支架集中带量采购方案（征求意见稿）	国家医保局	国家医保局将从冠脉支架入手探索开展国家组织高值医用耗材集中带量采购，要求2020年7月10日前反馈意见
2020年10月	国家组织冠脉支架集中带量采购文件（GHH02020-1）	联合采购办公室	公布冠脉支架集中采购品种、企业、数量等信息。第一批国家组织高值医用耗材正式启动
2021年6月	关于开展国家组织高值医用耗材集中采购和使用的指导意见	国家医保局等八部门	重点将部分临床用量大、采购金额较高、临床使用较成熟、市场竞争较充分、同质化水平较高的高值医用耗材纳入采购范围
2021年8月	国家组织人工关节集中带量采购文件（GHH02021-1）	联合采购办公室	公布首批开展人工关节集中带量采购信息。第二批国家组织高值医用耗材正式启动
2022年7月	国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购公告	联合采购办公室	此次集采产品为骨科脊柱类医用耗材，根据手术类型、手术部位、 <b>术式</b> 等进行采购，共分为14个产品系统类别。第三批国家组织高值医用耗材正式启动

表格来源：火石创造根据公开资料整理

3年来，集采工作高速推进，人民群众也获得了实实在在的幸福：集采后，总体呈现了“价降、量升、质优”的态势。从价格来看，心脏支架平均降幅93%，人工髋关节、膝关节平均降价82%，耗材价

格明显下降，有力挤压了虚高空间。从数量来看，心脏支架集采落地首年，中选支架采购总量达 169 万套，为全年协议采购量的 1.6 倍，中选品种数量提升。从质量来看，心脏支架中选铬合金使用率达到了 95%，原占 1/3 市场的不锈钢材质支架基本被淘汰。

### 试点成效斐然

在国家进行脊柱耗材集采之前，安徽已率先进行了地方集采探索，取得了优异成绩。2019 年 7 月安徽省试点第一次脊柱耗材集采，国产产品平均降价 55.9%，进口产品平均降价 40.5%，总体平均降价 53.4%，单个组件最大降幅 95%。2021 年 7 月，安徽再次针对骨科脊柱类耗材开展第二轮集采，中选价格最高降幅达到 82.88%，平均降幅 54.6%。据安徽省医药集中采购中心主任李育举例介绍，一套国内某主流品牌高端产品临床术式胸腰椎后路钉棒，2019 年中选一套价格约 6380 元，经 2021 年再次集采竞标后，拟中选一套价格降到 2711 元左右，再次降价约 57.5%；一套颈椎前路固定融合装置，2019 年中选 1 套价格约 5215 元，后又降至 2215 元，降幅约 57.5%。

### 完善医疗机构激励机制

保障耗材落地应用，医疗机构的激励机制是关键。国家医保局在近日挂网的一份答复中指出，目前已经建立了高值耗材利益成果“回哺”机制，将集采获得的利益成果通过合理分配回馈医疗机构和医务人员：

(一) 积极落实结余留用政策。集中带量采购下，中选产品大幅降

价挤出了价格水分。为进一步提高医疗机构和医务人员参与改革的积极性，优先使用中选产品，我局会同相关部门印发《国家医保局财政部关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的指导意见》和《国家卫生健康委员会财政部人力资源和社会保障部国家医保局关于加强国家组织药品耗材集中采购医保资金结余使用管理工作的通知》，将集中带量采购节约的医保资金，经考核后按一定比例由医疗机构留用，主要用于医务人员薪酬改革。

(二) 协同调整医疗服务价格。除了结余留用政策，对于少数特殊情况需要进一步调整医疗服务价格的，我们也指导地方做好配合。例如，在冠脉支架集中采购结果实施过程中，少数省市异地患者占比高、医保资金结余留用的作用不充分，配套调整了偏低的冠脉支架手术价格。

(三) 推进公立医院薪酬改革。为进一步形成分级诊疗体制，提升基层医疗机构服务能力，国家卫生健康委探索推进将基层医疗机构按照“公益一类保障，公益二类激励”，落实“两个允许”要求，建立符合基层的人事薪酬制度，充分调动基层医务人员积极性，让基层能够留住高素质的医学专业人才。

[返回目录](#)

### 国家医保局定调，集采下一步这样做

来源：国家医保局

2022年9月6日上午，国家组织医药集中采购工作会议及药品



和耗材联采办会议以视频方式召开，陈金甫副局长出席会议并讲话。

陈金甫强调，要认真贯彻落实国务院常务会议部署，积极推进国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购，加快开展口腔种植医疗服务收费专项治理和种植牙耗材集中采购，及时平稳推进冠脉支架集采协议期满统一接续，规范开展药品集采接续工作，一手抓改革、一手抓管理，持续深化改革，全面构建科学、精细、规范的运行管理体系，确保群众享受改革成果，促进医药行业高质量发展。

国家医保局有关单位负责同志在主会场参会，各省级医保部门和医药集中采购机构负责同志、药品和高值医用耗材联采办负责同志在各地分会场参会。

本次集采工作会，再次强调医保部门将认真贯彻落实国常会部署，常态化制度化开展药品和高值医用耗材集中带量采购，进一步降低患者医药负担；并明确了接下来集采改革的重点工作，确保群众享受改革成果，促进医药行业高质量发展。

### **积极推进耗材集中带量采购**

国家医保局自 2018 年组建以来，不断推进药品和高值医用耗材带量采购改革，先后开展七批药品集采和心脏支架、人工关节两批高值医用耗材集采，累计节约费用约 3000 亿元。药品耗材价格回归合理水平，群众受益明显。

在今年 2 月国新办举行的国务院政策例行吹风会上，陈金甫副局长指出，在开展高值医用耗材集采时，国家聚焦了心内科和骨科两个

群众最为关注的领域。此外，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。

集采后，总体呈现了“价降、量升、质优”的态势。从价格来看，心脏支架平均降幅 93%，人工髌关节、膝关节平均降价 82%，耗材价格明显下降，有力挤压了虚高空间。从数量来看，心脏支架集采落地首年，中选支架采购总量达 169 万套，为全年协议采购量的 1.6 倍，中选品种数量提升。从质量来看，心脏支架中选的铬合金使用率达到了 95%，原占 1/3 市场的不锈钢材质支架基本被淘汰。

本次集采工作会上，也明确了高值医用耗材的工作重点，主要是两个方面——骨科脊柱类耗材集采和种植牙耗材集采。

在骨科脊柱类耗材集采方面，国家已完成摸底研究、信息标准化等基础工作，7 月 11 日，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布了《国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购公告(第 1 号)》，这标志着骨科脊柱类耗材国家集采正式启动。本次集采覆盖 14 个产品系统类别，采购周期为 3 年。

在种植牙集采方面，国家医保局明确，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。集采坚持招采合一、量价挂钩的基本原则，按照政府组织、联盟采购、平台操作的总体思路，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。

### 加快开展口腔种植领域专项治理

长期以来，我国口腔种植领域存在收费不规范、费用负担重等问题。随着国民生活水平提高和人口老龄化程度的加深，口腔种植医疗服务价格成为了困扰群众的民生痛点，各方关于整顿秩序、降价减负的呼声非常强烈。

8月18日，国家医疗保障局网站发布了《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)》(以下简称“《征求意见稿》”)，面向社会公开征求意见。

《征求意见稿》共四部分12条，重点是规范口腔种植收费方式，整合种植体植入、牙冠置入等相应的医疗服务价格项目；围绕种植牙全流程做好价格调控，降低公立医疗机构口腔种植医疗服务的偏高价格，加强民营医疗机构口腔种植价格监管和引导；组织实施种植体集中带量采购，广泛发动各级各类医疗机构参与集采并准确报量。

《征求意见稿》一经发布，立即引起广泛关注。9月2日，国家医保局发布了公开征求意见的情况，此次征求意见期间，社会公众通过多种形式反馈意见建议共232条，其中约6成反馈意见对国家开展口腔种植专项治理表示支持，另有约3成反馈意见在表达支持的同时提出建设性意见。合计约9成的意见表达了对口腔种植专项治理的支持，也进一步表明此次治理方案抓到了治理重点，为规范口腔种植服务打下坚定的基础。

在征求意见情况通告的最后，国家医保局明确将综合考虑各方意见建议，尽快修改完善《征求意见稿》并组织实施；仅仅4天之后，

国家医保局在全国工作会上再次强调，要加快开展口腔种植医疗服务收费专项治理和种植牙耗材集中采购。两个“快”字都表明了此次专项治理的紧迫性，国家医保局下定决心要尽快破解困扰群众很久的口腔种植难题，回应群众对“口腔种植专项治理方案尽快落地”的呼吁。

### 平稳规范开展集采接续工作

目前，国家集采已经进行到了第七批，累计成功采购药品 294 个品种，随着一些国家集采药品的采购周期将至，对于国家集采品种地方接续开始兴起。

平稳实施国家组织药品集中带量采购协议期满后的接续工作，是推动集中带量采购常态化制度化运行的重要环节。

2021 年 11 月 4 日，国家医保局发布《关于做好国家组织药品集中带量采购协议期满后接续工作的通知》（以下简称《通知》），对接续工作如何开展做了明确部署。

按照《通知》要求，各省份在开展集采接续工作时，要坚持带量采购，不得“只议价、不带量”。明确原研药、参比制剂、通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品上市许可持有人均可参加。

在如何开展接续方面，各省份应着眼于维护市场和临床用药稳定，综合考量企业和产品的多方面因素，通过询价、竞价、综合评价等方式确定中选企业和中选价格。对需求量较大或供应保障要求较高的省，鼓励同一品种由多家企业中选。

纵观整个国采续约，更多的是一种稳定思想：稳定市场、稳定医

院、稳定患者、稳定供需双方的诉求，继而稳定来之不易的国家带量采购常态化、制度化、规范化的大好局面。

[返回目录](#)

## • 医保速递 •

### 变被动付费为主动购买，医保支付机制如何管用高效？

来源：中国医疗保险研究会

医保支付机制直接关系到医保基金的使用效率、能否为人民群众购买到性价比相当的适宜的医药服务、确保其合法的医疗保障权益；也关系到医保制度能否稳健运行和可持续发展。自我国医保制度创立以来，就一直倍受关注和重视。医保经办管理部门更是将其作为“牛鼻子”牢牢抓住不放，并不断进行改革创新。医保支付机制的不断改革创新，对提高医保基金的使用效率、保障人民群众的健康需求、确保医保制度的可持续发展、促进医疗医药等相关领域的改革和发展都发挥了重要的、不可或缺的机制性功能和基础性作用。但也毋庸讳言，由于诸多因素(如体制性矛盾、机制性障碍、政策性问题等)的影响制约，改革的产出与改革的投入之间并不匹配，甚至被“对冲”，使得医保基金使用效率并不是很高，群众的获得感也并不是很强，通常说的“花冤钱”的问题所在多有，很值得反思、深思。

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中提出“建立管用高效的医保支付机制”的改革任务后，大家都在思考和探

索：什么样的医保支付机制才是管用高效的呢？怎样才能使其“管用高效”呢？以及管用高效的医保支付机制与新阶段构建医保治理的新格局、促进“三医”高质量协同发展之间是怎样的关系等这样一些重大问题。回望历史、观照现实，窃以为必须从更新的维度、更宽广的视角、更系统的观念对医保支付机制进行一番再思考、再认识，才能全面认识和把握建立管用高效的医保支付机制的内涵真谛以其与构建新的医保治理格局和促进“三医”高质量协同发展之间的内在关系，更加自觉地持续推进医保支付机制的系统性改革、协同性创新。唯其如此，医保支付机制的改革方能在总结既往经验教训、巩固已有改革成果的基础上，再创新机、开新局，以建立管用高效的医保支付机制为切入点和突破口，为逐步构建“三医联动”、多方参与、协同治理的医保治理新格局蹚出路子、积累经验，进而促进“三医”高质量协同发展。

（一）医保支付机制作为医保制度最基础、最关键的机制之一，其改革创新一直是与中国医保制度的改革发展相生相伴的。也就是说，中国医保制度的改革发展历程，也是医保支付机制改革创新不断跟进的过程。在相当长的一段时间，医保支付机制的改革创新主要是围绕如何实施好“保基本、可持续”的基本方针和“以收定支、收支平衡、略有结余”的基金管理原则这一主题、主线进行的。既要提高资金使用效率，为人民群众购买到性价比相当的医药服务，又要确保基金收支平衡、防止发生系统性财务风险。在实践中逐步变被动付费为主动

购买，主要从三个方面(环节)持续用力。

一是划定医保基金支付范围，根据基金承受能力、满足群众基本医疗需求、适应医疗科技进步和临床需要，动态调整医保“三个目录”，并将其作为医保支付的基本依据。由于受管理体制等诸多因素的影响，这方面存在两个突出缺陷：一方面调整节奏把握得不好，有的调整周期过长；另一方面甲、乙两个目录的设置，使地方“自由裁量权”过大，导致地区之间相互攀比和不平衡，有损制度的规范统一和刚性约束。

二是实施定点医疗机构和定点零售药店管理(简称“两个定点”)。对“两个定点”在相当长的时间里存在争议，有的主张应当让病人自主选医生、选医院并多次以“减少行政审批”等名义，总想废止这项制度。实践证明实施定点管理是医保支付重要载体，不但明确了医保支付的对象，而且有利于规范医药、医保双方的行为和责任。最终还是以“医保协议管理”称谓坚持下来，并在实践中不断健全完善。

三是坚持不懈地推进医保支付方式改革、提高基金使用效率，发挥医保支付对医疗医药等相关领域改革的促进作用。概括地说，这方面的改革主要是围绕医保初始阶段按项目付费的被动买单式支付，逐步向着在基金总额预算管理基础上以按病种付费为主、多元复合式付费的战略性的购买方式迈进的(俗称“打组合拳”式的支付方式)。在医保支付方式改革的过程中，曾发生过两种倾向，有的人士误把支付方

式等同于医保支付机制的全部，忽视医保支付机制的其他环节；也有的人士不适当地夸大了医保支付方式的功能作用，忽视了相关体制机制、政策环境等的协同作用，事实上医保支付方式乃至医保支付机制并没有充分释放出管用高效的机制效能。

特别值得肯定的是，在推进医保支付机制改革的过程中，始终强调充分调动和发挥地方，特别是统筹地区的积极性和创造性，鼓励支持他们从实际出发探索创新，创造各种能够提高基金使用效率、遏制医疗费用不合理过快增长的切实可行的医保支付方式和办法。在推进这项改革的实践中，不少统筹地区从当地的实际和实践出发，都有许多各具特色又富有实效的探索创新和新鲜经验。其中较具典型意义和中国特色的医保支付方式，是以江苏省淮安市等一些城市创造的在基金总额预算管理基础上，按病种(病组)分值付费的做法和经验，成效更为显著(就诊次均费用下降、住院床日减少、患者自付费用下降、基金支出增速减缓等等)，并在全国几十个城市中借鉴施行和创新发展，均收到显著成效。

(二)2018 年国家医疗保障局成立以来，随着我国医保制度改革的全面深化，医保支付机制的改革也持续推进，迈上了新的台阶、开创了新的局面、取得了新的成效。择其大端，主要体现在如下五个方面。

一是在思想认识和发展观念上有了新的变化。对医保支付机制在医保制度体系建设和深化改革中的重要作用给予更高层次的重视，提



到更加突出的位置，由过去作为医保管理部门的“重要抓手”转变为推动“三医联动”、构建多方参与、协同治理，医保治理新格局的“切入点”和“突破口”来抓。

二是注重医保支付机制各个环节统筹推进、系统集成(而不仅仅是支付方式“单兵突进”)。先后健全完善了医保目录的动态调整机制，合理划分中央与地方目录调整职责和权限，建立医保待遇清单制度，推动全国医保用药范围基本统一。完善医保协议管理，建立健全跨区域就医协议管理机制，推动建立健全医保药品支付标准等。

三是进一步完善发展在基金区域点数法总额预算管理基础上的以按病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式(DIP)。先后组织101个地区开展DRG/DIP国家试点；实施区域基金总额管理；将推进DRG/DIP作为医保支付方式改革的“重头戏”；实施三年行动计划；召开线上线下有200万人参加的DRG/DIP支付方式改革大会等等，确保在2022年内覆盖不少于40%的统筹地区、不低于40%的医疗机构，不低于70%的病种，30%的医保基金。

四是在全面深化医保改革中创新医保支付机制，其中不乏具有原创性、实效性的创新，譬如医保药品目录调整的药品遴选和谈判机制，药品(耗材)制度化、常态化集中带量采购改革等，这实际上是在原来“三二一”(三个目录、两个定点、一个支付方式)基础上的突破性创新，是医保支付“关口”前移，严把支付“入口”的创新，通过这样的创新，先把虚高的价格压下来，把水分挤出去，这实质上是夯实了

基金支付的基数，不花或少花“冤枉钱”，医保基金的使用效率就必然提高、老百姓的获得感也就增强了(据统计，前5批国家药品集中采购，全年节省药费约1500亿元)。

五是建立逐级培训 DRG/DIP 专业人才的培训工作机制和理论与实践相结合、地区之间相互交流评鉴的学习模式，培养了一批了解医保政策导向、懂得 DRG/DIP 业务，又具有实操能力的医保支付专业人才队伍。

(三)建立真正管用高效的医保支付机制如同推进其他各项改革创新一样，要把“顶层设计”与“摸石头”(在实践中积累经验、发现问题、把握规律)紧密结合起来，边前行、边思考、边总结，才能不断增强自觉性，减少、避免盲目性。回顾、思考、总结过往进行医保支付机制改革的历程，特别是近几年在医保支付机制改革上守正创新的实践，定然会获得许多有益的启示。

其一，建立管用高效的医保支付机制，医保与医疗、医药“三医”都必须更新零和博弈等不合时宜的旧观念，树立价值认同、目标一致、共建共治共赢的新理念。过去，往往是从经济学意义上将医保支付机制定义为医保(买方)向医药服务(卖方)的支付手段；从管理学上将其定义实施经办管理的重要抓手，提高基金使用效率的一个政策工具，或者是对医药服务供给方的一种激励约束方式等。这些观念和定义，虽有一定的道理，也有一些成效，但有片面性、局限性，是导致医保支付机制远未达成管用高效目标的重要根源。因此，必须更新不合时

宜的旧观念，树立深化医保支付机制改革是推动“三医联动”、多方参与、协同治理新格局的切入点和突破口的新理念，将医保支付机制改革创新置于新时期新阶段坚持不懈、协同推进“三医联动”，增强改革整体性、系统性、协同性，构建多方参与、协同治理新的医保治理格局的大背景、大框架下，统筹谋划、协同推进建立起真正管用高效的医保支付机制，达成价值认同、共建共治共赢的改革目标。

其二，建立管用高效的医保支付机制，必须坚持走系统集成、协同创新的路子。系统集成，首先是构成医保支付机制的各要素、各环节(如支付范围、支付对象、支付标准、支付方式、支付结算、支付管理等)要系统集成，真正做到“于法周延、于事简便”，要注意强化“支付标准”这个“弱项”，使其成为支付“硬约束”；其次是医保支付的对象(“两个定点”)的相关体制机制和政策规定要系统集成、适宜配套，否则再好的支付机制也难以产生激励约束的作用；第三是医保医药各方都要注重协同创新，协同是创新的前提和基础，协同需要多样性，多样性(多元、多主体)的协作创新就会产生1加1大于2、甚至大于10的“协同效应”。这一点，近两年开展的药品带量集中采购的改革实践中已经得到很好的实证，也给建立真正管用高效的医保支付机制以深刻的启示(而在一些地方集采药品落地情况尚不理想，也说明协同不到位，高效就难达标)。概括地说，这些年医保支付机制改革正反两方面的经验警示我们不能单在医保支付的某个环节或方式上发力，而是必须坚持系统集成、协同创新方能管用高

效，不然就会出现“道高一尺、魔高一丈”“你有政策、他有对策”“按下葫芦起来瓢”的“对冲”局面，是很难实现管用高效的。

其三，建立管用高效的医保支付机制，必须坚持基金总额预算管理基础上的以按病种付费(DRG/DIP)为主的多元复合式支付方式(即“打组合拳”)。医疗行为虽然有其自身的规律性，也有临床路径等方面规范，但同时又具有相当的复杂性、不确定性和难掌控性。因此，任何一种支付方式，也不可能“包打天下”，必须是多元复合式支付。譬如门诊类可实行单元或项目付费，社区服务类可实行人头付费，医共体类服务可实行“打包付费”，等等，只要具有“三性”(经济性、便捷性、共赢性)的付费方式，都应当视为“管用高效”的，都应受到鼓励和支持。

其四，建立管用高效的医保支付机制，必须坚持与时俱进、持续用力。医保支付机制的管用高效是相对的、发展的，而不是静止的、一成不变的，也就是常说的“没有最好，只有更好”。改革永远在路上。就DRG/DIP而言，也必须在实践中不断调整、修正和完善。医保支付机制的改革创新是一个不可中断的连续进程，不可能一蹴而就，也不可能一劳永逸，必须一以贯之地持续用力。“势变则道亦变”。只有不断进行医保支付机制的协同创新，才能使医保支付机制充满活力，保持管用高效的机制效能。

其五，建立管用高效的医保支付机制，必须注重加强医保专业人

才队伍人才建设(专业人才队伍不仅包括医保部门的，也包括医疗、

医药机构的)。必须强调医保治理、医保支付不仅是一个专业，而且是一门很大的学问。专业的事只有交由专业的人去做，才能把正确的事做正确。先贤有言：“纵有良法美意，非其人而行之，反成弊政。”再好的制度政策，再好的体制机制，如果执行的人不行，就难以发挥应有的效能，甚至适得其反；相反，虽然某些政策、办法是不完善、有缺陷，如果执行的人素养高、能力强还可“救得一半”。近年来，在几轮药品目录准入谈判中，促使某些药品大幅降价的一个重要因素就是医保谈判代表高强的谈判能力。由此可见，医保之道，惟在爱人；医保之治，惟在得人。培养造就一支有情怀、有担当、有能力(要特别强调执行能力、实操能力和协调能力)的医保专业队伍，是确保医保高质量可持续发展的关键，亦是建立管用高效的医保支付机制的关键。

[返回目录](#)

### 医保支付方式改革需平衡好哪些关系

来源：中国财政科学院研究所

医保支付方式改革是深化我国医疗保障制度改革的重要内容。2018年国家医保局组建以来，医保支付方式改革进程明显加快，DRG、DIP等支付方式改革覆盖面持续扩大，诊疗费用次均增速得到明显控制，患者实际补偿比稳中有升，参保患者的住院就医负担有所缓解。在新冠肺炎疫情的影响下和医保筹资增速放缓的背景下，医保支付方式改革取得如此成就实属不易。

但在取得成绩的同时，改革也存在一定隐忧。

一是医保基金增速与医疗费用增速控制不平衡。目前医保基金风险控制较好，但医疗费用仍在快速增长，《中国卫生健康统计年鉴》数据显示，2010年以来，医疗卫生机构医疗费用的增速始终保持在10%以上(2020年因疫情原因出现负增长)。

二是门诊和住院费用控制不平衡。住院费用增速控制相对较好，在医保支付方式优先关注住院费用的背景下，医疗机构的门诊和住院费用正在发生结构性变化，《全国卫生健康财务年报》显示，门诊费用占医疗费用的比例重新上升。

三是付费改革与收付费改革进展不平衡。目前收付费改革进展相对滞后，给供方转移风险留出了空间，《全国卫生健康财务年报》资料显示，医保基金占公立医院医疗收入的比例在2011年—2018年期间持续上升，2019年后已经连续两年出现下行趋势。

四是患者流向和医保基金流向没有得到明显改善。患者利用高级别医院的比例仍在持续上升，患者到统筹地区外就医现象在疫情控制后快速反弹，医保基金上流外流现象仍然没有反转的迹象。

五是医保支付方式改革与供给侧结构性改革协同性仍有较大的改进空间。一方面，卫生服务供给侧结构性改革相对滞后，基层医疗卫生机构的诊疗服务能力提升缓慢，不利于引导居民就医下沉至基层；另一方面，医保支付方式改革过程中，医保经办机构对患者就医管理重视不足，缺乏推进基层首诊的路线图和时间表。

医保支付机制改革是实现医保制度高质量发展的重要前提。针对改革过程中出现的隐忧与问题，迫切需要强化系统思维，引入战略购买的视角来推进改革。

在笔者看来，未来的医保支付机制改革需要处理好以下四对关系：一是平衡好医保基金风险控制与参保人员就医费用控制；二是需要处理好参保人员的门诊保障与住院保障，逐步实现门诊保障与住院保障比例的平衡；三是要坚持医院与基层并重，加强就医管理，协同推进医疗卫生服务供给侧结构性改革，探索建立有序就医的激励约束机制，优化患者流向与医保基金流向；四是加速推进预付制为主、后付制为辅的支付方式改革。这四对关系，既是我国医保支付机制改革的核心要素，也是医保实现战略购买的重要内容。平衡好上述四对关系，有助于进一步深化我国医保支付机制改革，实现我国医保制度的高质量发展。

[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