

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第45期

(11.07-11.13)

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 •

▶ [中国式方法破解医改难题](#)（来源：人民网）——第 7 页

【提要】党的二十大报告提出，深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，坚持预防为主，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。深化以公益性为导向的公立医院改革，规范民营医院发展。努力解决群众看病就医难题，走出一条中国特色卫生健康事业改革发展之路，是中国医改的目标。我国政府立足国情，充分发挥制度优势，探索用中国式办法破解医改这个世界性难题。

▶ [医保药品支付或将改革，新政利好临床治疗！](#)（来源：健康界）

——第 12 页

【提要】医保药品目录关系着患者、临床与药企的切身利益，药品的进与出备受市场关注。为了防止药品滥用、维护医保基金安全，医保对部分进入目录的药品进行支付范围限定——如果不符合规定的支付范围，即便在目录里，医保基金也不会支付。医保支付范围限制取消之后，试点药品的使用量或将大幅提升。由此，为防止这些药品被滥用，国家与各地医保局均表示，试点药品将被纳入重点监测范围，强化监管，以确保药品使用的合理性，维护患者利益和基金安全。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 支付改革下学科建设运营管理，助力医院扭亏为盈](#)（来源：艾登病案）——第 16 页

【提要】2022 年 10 月 28-29 日，“医院扭亏为盈实践经验交流分享研讨会”成功开展，作为资深医院运营管理实战专家，艾登科技总经理程岚受邀出席，以“DRG/DIP 支付改革下学科建设运营管理规划，助力医院扭亏为盈实践”为主题，进行了演讲与分享。

▶ [价值医疗视角下，医院按 DRG 付费制度的实施效果分析](#)（来源：智慧产业网）——第 23 页

【提要】2020 年 2 月，我市开展按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点工作，首批试点选取了 6 家三级医院。本研究基于价值医疗视角构建评价指标体系，分析我市某医院在按 DRG 付费制度下，医疗机构行为方式改变和对医院运营管理的影响，为推进医保支付方式改革提供策略建议。

• 医药专栏 •

▶ [让药品集中带量采购精准对接临床需求](#)（来源：健康报）——第 30 页

【提要】“经过 3 年探索，药品带量采购政策逐渐完善，药品价格明显下降，产业结构持续优化，临床用药管理走向精细化，总体呈现‘价降、量升、质优’的态势。”中国药学会科技开发中心政策研究部医药政策研究员蒯丽萍表示，通过药品带量采购的发展趋势与政策走向

可以预见，持续规范与科学将成为带量采购重点。接下来，药品带量采购工作将服务临床，更科学地听取临床意见，更精准地满足人民群众多层次临床用药需求。

▶ [思考 | 医保药品目录管理改革对医药产业有哪些影响?](#)（来源：中国药科大学国际医药商学院）——第 34 页

【提要】医药产业创新关系到全民的健康保障、关系到医药产业的长足发展，也关系到我国医药产业在国际市场的竞争力。国家医疗保障局自 2018 年组建以来，在医保药品目录管理方面进行了重大改革，始终高度重视医药产业的创新发展。医保目录管理制度改革措施有利于创新药的上市、放量和生命周期的延长，对医药企业创新促进不断增强，对高质量创新发展的引领作用显著。

• 医保动态 •

▶ [医保发文，解决医院药械欠款](#)（来源：山东省医保局）——第 39 页

【提要】此前，山东省医保局发布了《关于进一步加强医药集中采购监管工作的通知》，文件明确：全省各级公立医疗机构，要全面落实集中带量采购医药货款医保基金与医药企业直接结算工作，针对尚未开展医保基金与医药企业直接结算的医疗机构，设定清零目标。同时，各级医保部门要将开展直接结算情况与医疗机构资金拨付、结余留用考核等挂钩，对于拒不开展直接结算工作的医疗机构，要采取约谈、公开通报等措施，确保实现“应纳尽纳”。

▶ [360° 闭环，实现医保经办服务无死角](#)（来源：中国医疗保险）——第 42 页

【提要】山东省青岛市西海岸新区医保局坚持以人民为中心的发展思想，聚焦医保经办“主战场”，以优化服务“小切口”构建医疗保障“大经办”格局，着力打通每一个梗阻，破除每一个障碍，推动医保经办服务工作提质增效，全力擦亮“新区医保 一生守护”服务品牌，不断提升人民群众在医疗保障领域的获得感、幸福感和安全感。

• 医院信息化 •

▶ [我国智慧医院建设的现状和未来投资趋势](#)（来源：新致开源医疗）——第 46 页

【提要】智慧医院是运用云计算、大数据、物联网、移动互联网和人工智能等技术，通过建立互联、物联、感知、智能的医疗服务环境，整合医疗资源，优化医疗服务流程，规范诊疗行为，提高诊疗效率，辅助临床决策和医院管理决策，实现患者就医便利化，医疗服务智慧化，医院管理精细化的一种创新型医院。

▶ [一院多区，信息先行 | 多院区医院信息化如何建设?](#)（来源：今创医疗）——第 50 页

【提要】医疗卫生体制改革不断深化的当下，依然存在优质医疗资源布局不均衡问题，政策和内需双重驱动公立医院“一院多区”发展。多院区模式或为大型医院业务核心驱动力之一，对于优质医疗资源扩容和均衡区域布局，构建优质高效的医疗卫生服务体系具有重要现实

意义。此外，患者可以选择就近院区复印病历，省时省力。建立适应信息化建设方向的无纸化多院区管理，便于病案存储、集成、共享以及利用等，有效提高信息化建设水平，提升管理效率，推动全院医疗服务质量上台阶。

-----本期内容-----

· 医疗改革 ·

中国式方法破解医改难题

来源：人民网

党的二十大报告提出，深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，坚持预防为主，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。深化以公益性为导向的公立医院改革，规范民营医院发展。

努力解决群众看病就医难题，走出一条中国特色卫生健康事业改革发展之路，是中国医改的目标。我国政府立足国情，充分发挥制度优势，探索用中国式办法破解医改这个世界性难题。

改革支付方式把医保基金花在刀刃上

挂号、检查、取药……在这个就医过程中，如果您是医疗保险参保人，超过起付线后，每一项花费都有一部分由医保基金承担。

如何用好群众的“看病钱”“救命钱”？

“支付机制是提高医保基金使用效能的关键机制。”国家医保局医药服务管理司司长黄华波说，推进医保支付方式改革，不仅是医保高质量发展的需要，也是群众获得更高质量医保医药服务的需要。

国家医保局医保事业管理中心负责人隆学文表示，支付方式改革是为了提高医保基金使用效能，用有限的医保基金为参保人购买更高

质量的医疗服务，同时激励医疗机构和医生主动规范医疗服务行为，提升控制成本的内生动力，促进分级诊疗。

2019年以来，国家医保局先后启动30个城市的DRG(按疾病诊断相关分组)付费国家试点和71个城市的DIP(按病种分值)付费国家试点。2021年底，101个城市已经全部进入实际付费阶段，基本达到预期的效果，并推动医保管理机制的深刻转变，包括医保付费从按项目付费向价值付费转变、从最终买单向主动作为转变、从单纯的手工审核向大数据运用转变、从粗放的供给侧管理向精细的供给侧管理转变等。

今年，国家医保局启动了DRG/DIP支付方式改革三年行动计划，明确到2024年底，全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP支付方式改革工作，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。

“一是狠抓统筹地区、医疗机构、病种分组和医保基金的全覆盖；二是完善核心要素管理与调整机制，健全绩效管理与运行监测机制，形成多方参与的评价与争议处理机制，建立相关改革的协同推进机制；三是牢牢抓住专业能力、信息系统、标准规范和示范点的建设，夯实基础，确保支付方式改革行稳致远；四是引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控和内部运营机制建设的协同。”国家医保局医药管理司副司长李淑春介绍，目前，全国共有200多个地区正在推进住院费用DRG/DIP支付方式改革，下一步将持续推进医保

支付方式改革，监测支付方式改革的成效，真正发挥医保支付“牛鼻子”作用，推动医保高质量发展。

构建诊疗新格局基本实现“大病不出县”

过去 10 年，中国医药卫生体制改革持续深化，人民群众“看病难、看病贵”问题加速破解。国家卫健委体制改革司司长许树强介绍，未来将从 4 个方面打出组合拳，推动构建有序的就医和诊疗新格局。

持续推进优质医疗资源扩容下沉和均衡布局。在国家层面，推进国家医学中心、国家区域医疗中心设置和建设，减少跨区域就医。截至今年 7 月，已经有 20 个省份和新疆生产建设兵团加入国家区域医疗中心的建设范围，3 批共 50 个国家区域医疗中心项目落地实施。“力争国家区域医疗中心建设在今年年底覆盖全国所有省份。”许树强说。

持续加强基层医疗卫生机构规范化建设。截至 2021 年底，全国建有各类基层医疗卫生机构近 98 万个，卫生人员超 440 万人。第六次卫生服务统计调查显示，90% 的家庭 15 分钟内能够到达最近的医疗点。目前基层诊疗量占比长期保持在 50% 以上。下一步，要加大基层全科医生培养培训的力度，完善家庭医生签约服务，提升乡镇卫生院的服务能力。

进一步发挥信息化在分级诊疗中的积极作用。建设远程医疗协作网，缩小区域间服务能力差距。推动医联体内信息互通、数据共享，搭建分级诊疗信息化平台，为家庭医生签约服务、双向转诊、预约诊

疗等提供技术支撑。

完善促进分级诊疗的体制机制。强化地方政府主体责任，做好区域医疗卫生规划和医疗机构设置规划；构建多元复合式医保支付方式，充分发挥医保对供需双方的引导作用；加大对基层人才队伍建设的投入力度，让基层留住人才；增加分级诊疗在各级医疗卫生机构绩效考核中的权重。

“以周口市为例，市级成立‘三集团一中心’，组建互联网医院，建立国家级临床研究合作中心、省级区域医疗中心，开展重点专科建设；县级成立县域医共体管理委员会，组建医疗健康服务集团，实行县乡人财物统管、责权利一体。”河南省周口市委书记张建慧表示，通过市级医院专家、学科、管理“三下沉”，纵向贯通市县乡村四级医疗资源，实现市域医疗资源协同发展，群众基本实现“大病不出县、康复不出乡、小病不出村”。

赋能公立医院发挥中流砥柱作用

公立医院是中国医疗服务体系的主体，也是群众看病就医的主要场所。在满足群众日常就医服务需求和应对重大突发公共卫生事件中，公立医院都发挥着中流砥柱的作用。

国家卫健委医政医管局局长焦雅辉指出，国家卫健委对公立医院提出“三个转变、三个提高”的发展要求。“三个转变”即发展方式要从规模扩张向提质增效转变，运行模式从粗放管理向精细化管理转变，资源配置要从注重物质要素转向注重人才技术的要素来进行转

变。“三个提高”即提高医疗服务质量，提高医疗服务效率和提高医务人员的积极性。

“以省为单位，在 11 个综合医改试点省份率先推动公立医院高质量发展。对省域内各级各类、分门别类的公立医院，明确具体目标、重点任务清单和配套措施清单，探索各级各类公立医院高质量发展的路径。以地市为单位，实施公立医院改革与高质量发展示范项目。”许树强介绍。

“建立现代医院管理制度，从以治病为中心转向以健康为中心，落脚点在于维护公益性，维护公益性的前提就在于坚持政府主导、公立医院主体地位。”江苏省苏州市副市长季晶介绍，近年来，苏州推出了“转、推、定、改”一系列举措。

转，就是加快转变政府职能，明确卫生健康部门的管医职责、公立医院的独立法人地位，明确权责义务。

推，就是推进医保、医疗、医药“三医联动”，全市居民个人卫生支出占卫生总费用比重持续降低。

定，就是确定党委领导下的院长负责制，制定公立医院章程，建立符合医院实际、发展重点的管理制度，提升医院绩效管理效能效率。

改，一是改革体系，目前全市所有公立医疗机构都纳入医联体，建成 11 个城市医疗集团、15 个县域医共体，98 个专科联盟、29 个远程协作网，县域内就诊率超过 98%；二是改进模式，大力推进多学科会诊、日间手术、责任制整体护理及中医综合诊疗模式；三是改善

服务，深化智慧健康建设水平，市民就医只需一部手机。

“通过以上举措，让健康惠民落实到‘最后一公里’，提升老百姓就医获得感，真正让现代医院管理制度落脚到公益性上，实现以人民健康为中心的宗旨。”季晶说。

[返回目录](#)

医保药品支付或将改革，新政利好临床治疗！

来源：健康界

医保药品目录关系着患者、临床与药企的切身利益，药品的进与出备受市场关注。为了防止药品滥用、维护医保基金安全，医保对部分进入目录的药品进行支付范围限定——如果不符合规定的支付范围，即便在目录里，医保基金也不会支付。

不过，随着带量采购、医保药品目录准入谈判、DRG/DIP 支付方式改革等医保制度改革的深入推进，我国药品使用监督管理能力和水平已显著提高，在说明书之外再对药品支付范围进行限定的必要性，已大幅降低。「有必要将目录内药品支付范围逐步恢复至药监部门批准的药品说明书的范围，将用药选择权、决策权真正还给临床医生。」国家医保局近日在相关答复中提到。而实现这一目的途径之一，便是目前多地正在推行的「医保支付标准」试点。

施行 18 年

医保药品限定支付对临床影响何在？

自 2000 年《国家基本医疗保险药品目录》诞生以来，国家分别

于 2004 年、2009 年、2017 年、2019 年和 2020 年对其进行了调整。

在 2004 年的调整中，我国开始对医保目录内药品的支付范围进行限定，并沿用至今。2020 版、2021 版药品目录中具有有限支付范围的药品数量分别为 673、747 种。

在支付限定下，临床在使用这些有限支付药品时，如果符合限定支付范围便可按规定报销，否则医保基金不予支付。

大多数药品的限定支付范围，都是该药已经明确的主治疾病以及较常用的临床用途。2019 版医保目录发布时，时任国家医保局医药服务管理司司长熊先军曾表示，所有支付限定都在药监部门批准的说明书适应症范围内。尤其是针对容易过度使用的药品(如抗生素、营养制剂和中药注射剂等)，将综合考虑其临床价值、临床地位、可替代程度、费用水平等因素，确定支付限定。

具体来说，医保的支付限制主要有限门诊与定点药店、限适应症、限二线用药、限发病时间、限使用时段(如手术前后)、限基金类型等。以 2021 版药品目录为例，在「备注」一栏标有「▲」的药品，即仅限门诊使用和定点药店使用；标注了「适应症」的药品，即患者必须出现适应症限定范围情况并有相应的临床体征及症状、实验室和辅助检查证据以及相应的临床诊断依据，方可使用；标注了「二线用药」的药品，支付时应有使用一线药品无效或不能耐受的证据；标为「限工伤保险」或「限生育保险」的药品，是仅限工伤保险基金、生育保险基金支付。

虽然限制支付不等于限制使用，只是没有达到限制支付范围的条件时，医保基金不予支付而已，患者可以选择自费使用。但由于基本医保是医疗机构尤其是公立医院的最大买单方，药品支付限定确实会临床诊疗产生影响。

可以明确的是，在特定历史条件下，支付限制措施对维护基金安全、防止药品滥用等行为发挥了一定作用。不过国家医保局也在答复中表明，实际执行中，也确实发现一些限定支付范围不尽合理或不易操作，给医务工作者的临床诊疗带来了一定困扰。

「医保支付标准」来了

医保放开限制，让市场决定用什么药

随着国家医保局成立，改革快速推进，积极开展国家组织药品集中带量采购，药品目录准入谈判，全力推进 DRG、DIP 等支付方式改革，强化医保基金监管，着力提升医保信息化、智能化管理水平，通过全链条全系列发力，药品使用监督管理能力和水平显著提高，在说明书之外再对药品支付范围进行限定的必要性已大幅降低。

国家医保局在回复中表示，从维护患者用药公平、改善医患关系、便于临床合理施治的角度，有必要将目录内药品支付范围逐步恢复至药监部门批准的药品说明书的范围，将用药选择权、决策权真正还给临床医生。

实际上，在确保基金安全和患者用药公平的前提下，目前国家医保局正在按照「减少增量、消化存量」的原则，逐步将目录内药品的

支付范围恢复至药品说明书。如 2021 年医保目录调整中，谈判成功的 94 个药品，支付范围已全部与说明书一致。

对于目录内原有支付限定的其他药品，鉴于支付限定调整复杂敏感，涉及基金安全、患者受益和企业利益，为稳妥有序、公平公正，医保部门于 2022 年初开展了「医保支付标准试点」，30 种药品被纳入试点，按通用名(含剂型)确定药品的医保支付标准，支付范围恢复至药品说明书范围，不再限定其他支付范围。

试点药品将按照规则重新确定医保支付标准，即这些药品不再按 100%或者 70%的比例报销，而是设置一个固定的报销标准：如果药品价格不高于支付标准时，按统筹区政策报销；如药价超出标准，则患者自行承担多余部分。

其中，「国谈药品」通过谈判确定支付标准；「集采药品」以中选价格为基准确定支付标准；「两非」(非国谈药和非国采或省采药品)药品，则以挂网价格为基础，按量价加权的原则确定医保支付标准。这也意味着同一通用名的药品，医保支付标准将实现统一：区域内所有定点医药机构，只要使用试点药品，均按此医保支付标准执行。

据不完全统计，目前浙江、福建、安徽、天津、江西、内蒙古、贵州、新疆等地均公布了试点名单，陆续在推进医保支付标准试点工作。

按通用名确认药品的医保支付标准，且支付范围同步恢复至药品说明书，不再有其他额外限制，这种折中的办法与原有的支付范围限

定相比，优势显而易见——既有效调节了药品使用，又减少了医保基金的压力，而且把选择权交给了市场，促进市场竞争更加公平、有效。同一支付标准下，高于支付标准则患者自付——对价格敏感的患者可以选择价格便宜的药品，更看重品牌的患者，则可以选择自己承担一部分费用而选择更贵的药品。

医保支付范围限制取消之后，试点药品的使用量或将大幅提升。由此，为防止这些药品被滥用，国家与各地医保局均表示，试点药品将被纳入重点监测范围，强化监管，以确保药品使用的合理性，维护患者利益和基金安全。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 支付改革下学科建设运营管理，助力医院扭亏为盈

来源：艾登病案

近日，国家卫健委公布的“国考”成绩单显示，2020年，全国3472家二级公立医院中，约四成医院出现亏损情况。疫情的出现，进一步凸显了医院内部运营管理问题的短板和弱项，倒逼医院直面深层次的发展问题。

2022年10月28-29日，“医院扭亏为盈实践经验交流分享研讨会”成功开展，作为资深医院运营管理实战专家，艾登科技总经理程岚受邀出席，以“DRG/DIP支付改革下学科建设运营管理规划，助力

医院扭亏为盈实践”为主题，进行了演讲与分享。

以下为程岚女士的分享：

今天，我们将围绕着“扭亏为盈”展开，想必在座医院都对此话题十分关注。我主要聚焦于 DRG/DIP 支付改革下的临床学科建设，看看在现阶段的运营管理当中，我们可以有些什么样的思维去助力医院扭亏为盈。

我们对学科建设的理解，将从四个方向来分析，即“规模”、“技术”、“质量”、“运营”。艾登科技从 2016 年开始就非常专注于 DRG 分组的研究，以及 DRG 医院管理运营的各种思路，在这些方面我们已经为 3000 多家医院提供了相关的服务，也给 1000 余家医院做过盈亏的预测。在这过程当中，我们也向所有的医院学习到了很多，也有很多经验教训的感悟。所以在今天我想就学科建设，从这 4 个方面去谈谈我们的收获和理解。

我们对学科建设的理解



这 4 个方面其实在“现有”的支付改革之前，我们大家都并不陌

生，但是在如今“新”的支付改革下面，虽然还是这几个字，但是它的“内涵”发生了非常大的变化。

首先，“规模”是学科发展的基础。

这是每家医院都一直在“追求”的。尤其在几年之前，由于是按项目收费模式，医院扩建、增加病房等现象比较普遍。但是在现在的支付改革下，尤其是医院的规模扩建已经受到了一定的“限制”，我们对规模的理解、对学科的比较就不能单单只看病例数，或许还要看CMI，病例数和CMI影响着总权重。

就如下图所示，按项目付费时，叠加每个项目都是“自带利润”，但是按照DRG/DIP付费之后，它最大的变化是这条“绿线”（即总收入），这条绿线它有了一个“天花板”。另外，在DRG/DIP支付改革下，对于学科发展来说，可以在出院人次的绝对增长，床均费用通过效率提升上，寻找着力点。



对于如何扩大学科规模，目标应该是提高绝对患者的数量，确定

高频病组，采取加强门诊建设的策略，并通过门诊专病建设的方式，提升高频组在我院治疗的质量+效率，如特设病种可以考虑增设专病门诊，具体为心绞痛专病门诊、高血压专病门诊、心脏病专病门诊等；

其次，“技术”是学科发展的支撑。

在支付之前，我们理解的技术可能会是需要更多的高精尖设备、知名专家等。而现在，按照国家层面的部署来说，正在建立一个“高水平公立医院网络”，即建立国家医学中心——区域医疗中心——城市公立医院——县级医院的资源布局，所以在这种背景下，医院并不能狭隘的理解去购买更高科技的设备、聘请更知名的专家，而是去思考在这个链条上我能做什么，在哪些病种上可以成为技术输出医院，还是提升服务能力，减少患者不必要的跨省、跨市、跨县流动等。

学科的视角看技术-专科技术攻坚表



对于如何提升学科技术，建议建立临床重点专科群、设计专科技术攻坚表等，重视高值病组，并采取加强住院建设策略，如整合住院资源，“胸痛中心”、“卒中中心”，引进先进的检查、化验、手术

等治疗方式，包括人才进修等。

再次，“质量”是学科发展的保障。

质量是一个“亘古不变”的话题，之前谈到质量的时候，很多医院经常会说“我们医院低风险死亡病例是0，所以我们在质量方面是没有问题的”，其实这种理解相对来说比较狭隘。如果说低风险病例数不等于0，那是属于报警的标记，我们应该去分析这个病例到底出了什么问题，是我们填写的问题，分错组了，还是我真的很在医疗管理上，医疗技术上出现了问题。

背景2：医院获得性指标呈上升趋势

（一）医院获得性指标与死亡率

三级综合医院2020年发生医院获得性指标的患者总住院死亡率为**4.49%**，未发生医院获得性指标的患者总住院死亡率为**0.60%**，发生医院获得性指标的患者总住院死亡率是未发生患者的**7.43倍**。

（二）医院获得性指标与平均住院日

三级综合医院2020年发生医院获得性指标的患者平均住院日为**11.93天**，未发生医院获得性指标的患者平均住院日为**8.53天**，发生医院获得性指标的患者平均住院日是未发生患者的**1.40倍**。

（三）医院获得性指标与每住院人次费用

三级综合医院2020年发生医院获得性指标的患者每住院人次费用为**3.27万元**，未发生医院获得性指标的患者每住院人次费用为**1.48万元**，发生医院获得性指标的患者每住院人次费用是未发生患者的**2.21倍**。

单病种质量管理与控制是国际上公认的有效提高医疗质量的工具之一，美国在这方面做得特别好，对于很多重要的病种管理完成率都可以达到90%以上。这个病种管理完全不等同于我们现在所看到“入径率”，它会有一系列标准的临床诊疗路径，按照这个路径的治疗表现出来的是同质化的管理，对于学科建设管理的非常有效，也减少病人不需要跑多个医院来选择治疗方案。目前在我国的“国考”当中，

也已经列出来一些单病种的质量管理，未来在单病种管理的数量和单病种质量的指标上会越来越完善。

另外，为了去达到在病种管理上的质量提升，其实有一个非常重要的指标，叫做医院获得性的指标，如住院患者手术后获得性指标、住院产妇分娩获得性指标、住院患者其他获得性指标的发生率、住院ICU患者获得性指标等，其与医疗质量控制和患者安全管理直接相关。从国考得出的分析报告显示，无论是综合医院还是专科医院，这个指标都呈上升的趋势，这个趋势在我们在学科管理质量上面要引起关注。如果没有控制好，在新支付中的例均住院日，例均费用，已经中低/低风险死亡率等指标上，都会有明显的负向表现。

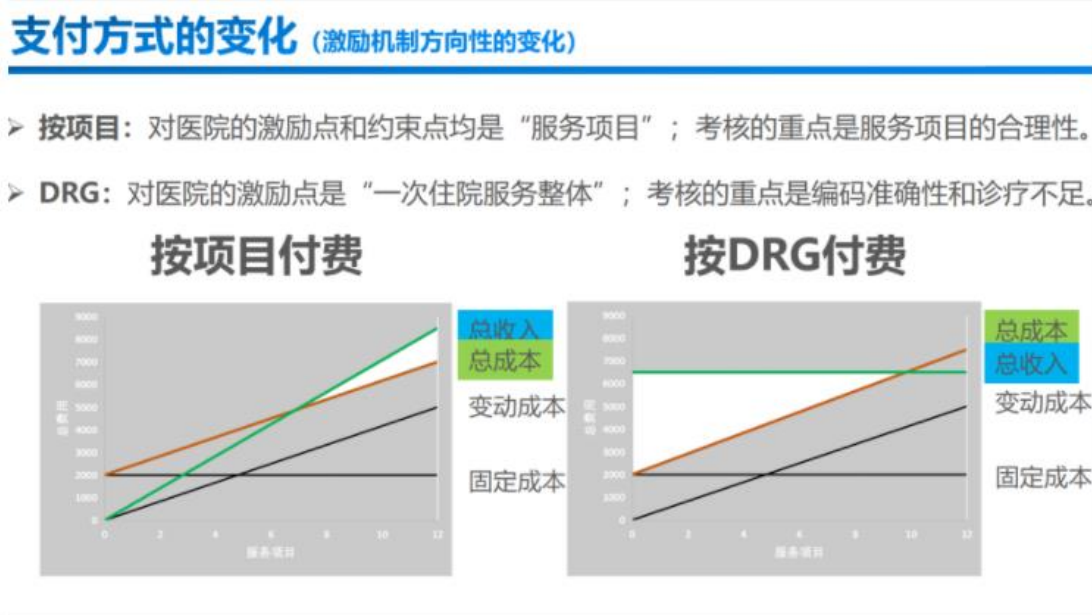
最后，“运营”是学科发展的推手。

对于医院来说，正是因为原来是按项目叠加的，而现在是在区域内总费用管理下去做打包支付的，所以在区域内我们能够去获得更多属于医院优质病种的一些患者，以及更好的医生团队，是要有运营的思维的。这个思维在我们以往传统的医院管理来说相对偏弱，但是这几年随着支付改革的推进，以及我们医院市场化的运营，会更多的表现出来。

我们看到了有很多医院开始去专门去成立管理医院的“运营办公室”，也有医院在每个学科里面专门去设立一个“运营官”。那运营到底是什么？运营更多的是在乎提升病人的体验，在乎怎么培养病人对我们学科的忠诚度。甚至在这个过程中，我们发现了很多中等级

别的医院，他们可能在规模、技术、质量上面与顶级院里有比较大的差距，在这个过程中如果想弯道超车的话，他在运营上面就需要去花费了非常大的精力，他们在力图提升服务质量，来提升病人就医的体验感。也包括对本院临床专家的社会形象打造等。

对于运营方面，目前对医院运营影响较大的是在 DRG/DIP 支付改革下，考核的重点是编码准确性和诊疗是否不足。支付改革下科室的运营策略，应该提高数据的完整准确表达，优化疾病结构，强化成本控制等。



总的来说，医院需要通过“规模、技术、质量、运营”4个角度来进行学科建设，并应用大数据来定位问题，赋能医院提升内涵建设，实现“扭亏为盈”目标。会上，程岚女士还讲解了基于 DRG/DIP 的病案首页填写要点，DRG 支付对全院的影响、对科室的影响，DRG 支付下结余或超支的思考，以及 DRG/DIP 支付改革下学科建设运营管理规

划等相关知识，并穿插多个实际案例辅助理解，该讲课内容专业且兼具实用，得到与会人员的一致认可。

[返回目录](#)

价值医疗视角下，医院按 DRG 付费制度的实施效果分析

来源：智慧产业网

价值医疗理念追求高性价比的医疗服务，一方面追求全面的医疗质量提升，另一方面追求有效管控医疗成本。这一理念与我国正在全面进行的医保付费改革导向相一致，通过建立和完善质控体系和激励机制，鼓励医疗机构主动控制医疗成本，减少资源浪费，提高服务质量、效率和患者体验。

2020 年 2 月，我市开展按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点工作，首批试点选取了 6 家三级医院。本研究基于价值医疗视角构建评价指标体系，分析我市某医院在按 DRG 付费制度下，医疗机构行为方式改变和对医院运营管理的影响，为推进医保支付方式改革提供策略建议。

一、资料与方法

1、资料来源

基础数据来源于 2021 年 1—4 月 (实施后) 和 2019 年 1—4 月 (实施前) 某医院病案首页，剔除逻辑错误数据，数据清洗质控后，合计有效数据 44238 例。DRG 数据来源于医院 DRG 绩效考核管理平台，分组器采用 CN-DRG 分组方案。

2、指标体系构建

基于价值医疗视角，从医疗成本和医疗质量 2 个方面构建指标体系，医疗质量包括病案质量、服务生产能力、医疗结果与安全、满意度等维度，医疗成本包括服务数量和总成本 2 个维度。具体选取的指标见表 1。

表 1 价值医疗视角下医院按 DRG 付费实施效果评价指标

价值医疗	维度	指标
医疗质量	病案质量	入组病例数、入组率
	服务生产能力	病例组合指数(case-mix index, CMI)、平均住院日、费用消耗指数、时间消耗指数
	医疗结果与安全	术中脏器损伤发生率、术中大出血发生率、院内感染发生率、31 日再入院率、死亡率
	满意度	纠纷投诉率
医疗成本	服务数量	出院人数、总权重、DRG 组数
	总成本	医疗支出总费用、药占比、耗占比、次均费用

3、研究方法

试点医院从 2020 年开始按 DRG 付费模拟测算，研究选取 2021 年 1—4 月(实施后)数据与 2019 年 1—4 月(实施前)数据进行对比，分析按 DRG 付费制度改革对医院经济运营、医疗质量等方面的影响。主要指标计算公式如下。

(1) $CMI = \sum \text{某 DRG 费用权重} \times \text{该 DRG 病例数} / \text{医院全体病例数}$ ，其中，DRG 费用权重采用 CN-DRG 标准。

(2) 费用消耗指数 = $\sum (\text{某 DRG 费用比} \times \text{某 DRG 病例数}) / \text{医院总入组病例数}$ ，其中，某 DRG 费用比 = 医院某 DRG 平均费用 / 区域某 DRG 平均费用。

(3) 时间消耗实数 = $\sum (\text{某 DRG 平均住院日比} \times \text{某 DRG 病例数}) / \text{医院总入组病例数}$ ，其中，某 DRG 平均住院日比 = 医院某 DRG 平均住院日 / 区域某 DRG 平均住院日。

二、结果与分析

1、按 DRG 付费前后医疗质量情况

试点医院实施按 DRG 付费后，医疗服务质量各方面指标有所提高。(1) 病案质量方面，DRG 入组病例增长 3.69%，入组率增长 4.15%，达到了 99.87%。(2) 服务生产能力方面，全院 CMI 增长了 4.00%，达到了 1.04，医院收治的病种难度进一步提升。平均住院日由 3.92 天下降到 3.65 天，费用消耗指数由 1.51 下降到 1.16，时间消耗指数由 1.02 下降到 0.99，说明医院服务效率在不断提升。(3) 医疗结果与医疗安全方面，术中脏器损伤发生率维持在较低水平，术中大出血发生率、院内感染发生率、31 日再入院率、死亡率等指标均出现下降。(4) 满意度方面，患者医疗纠纷投诉率由 0.19% 下降到 0.07%。具体情况见表 2。

表2 按DRG付费前后医疗质量情况

指标	实施后	实施前
病案质量		
入组病例数/例	22 042	21 257
入组率/%	99.87	95.89
服务生产能力		
CMI	1.04	1.00
平均住院日/天	3.65	3.92
费用消耗指数	1.16	1.51
时间消耗指数	0.99	1.02
医疗结果与安全/%		
术中脏器损伤发生率	0	0
术中大出血发生率	0	0.33
院内感染发生率	0.73	1.06
31日再入院率	6.65	7.29
死亡率	0.01	0.02
满意度/%		
纠纷投诉率	0.07	0.19

2、医疗成本变化

试点医院实施按 DRG 付费后，医疗成本变化情况如下：(1)服务数量方面，出院人数增长了 3.69%，DRG 总权重增长了 8.01%，DRG 组数从 140 组增长到 154 组，增长了 10%。(2)总成本方面，医疗支出总费用增长了 22.63%，药占比和耗占比保持相对稳定，次均费用由 9780 元增长到 12037 元。具体情况见表 3。

表3 按DRG付费前后医疗成本情况

指标	实施后	实施前
服务数量		
出院人数/人	22 042	21 257
总权重	22 940	21 239
DRG组数/个	154	140
总成本		
医疗支出总费用/万元	26 566	21 664
药占比/%	11.30	10.82
耗占比/%	18.27	18.06
次均费用/元	12 037	9 780

3、基于科室的DRG绩效分析

通过分析不同科室DRG组数和CMI以衡量服务能力变化。(1)DRG入组数：妇科的DRG组数最多，妇科、宫颈科、乳腺科、中西医结合科的DRG组数增加，产科、计划生育科、新生儿科的DRG组数减少，产科下降幅度最大。(2)CMI：中西医结合科的CMI最高，说明其收治的疾病难度最高，妇科、宫颈科、新生儿科、中西医结合科的CMI增长，产科、计划生育科、乳腺科的CMI下降，乳腺科下降幅度最大。具体情况见表4。

表4 各科室按DRG付费前后服务能力情况

科室	DRG组数			CMI		
	实施后/个	实施前/个	变化率/%	实施后	实施前	变化率/%
产科	32	55	-41.82	0.62	0.68	-8.82
妇科	83	81	2.47	1.50	1.37	9.49
宫颈科	21	16	31.25	0.93	0.89	4.49
计划生育科	9	19	-52.63	0.24	0.26	-7.69
乳腺科	20	12	66.67	0.67	0.95	-29.47
新生儿科	15	24	-37.50	0.80	0.64	25.00
中西医结合科	52	48	8.33	1.54	1.53	0.65

通过分析不同科室费用消耗指数和时间消耗指数以衡量服务效率变化。(1)费用消耗指数：除宫颈科外，其他科室均呈现下降趋势，说明各科室住院费用更加趋近于区域平均水平。(2)时间消耗指数：实施按 DRG 付费后全部科室均在 1 附近，说明所有科室住院时间处于区域平均水平，住院时间总体进一步缩短。具体情况见表 5。

表 5 各科室按 DRG 付费前后服务效率情况

科室	费用消耗指数			时间消耗指数		
	实施后	实施前	变化率/%	实施后	实施前	变化率/%
产科	1.53	2.00	-23.50	1.05	1.10	-23.50
妇科	1.04	1.55	-32.90	0.97	1.25	-32.90
宫颈科	1.05	0.74	41.89	0.93	0.67	41.89
计划生育科	1.30	1.42	-8.45	1.04	0.79	-8.45
乳腺科	1.05	1.17	-10.26	0.99	0.43	-10.26
新生儿科	1.15	1.53	-24.84	1.01	1.19	-24.84
中西医结合妇科	1.09	1.48	-26.35	0.98	1.40	-26.35

4、基于亚专科的 DRG 绩效分析

基于亚专科分析 CMI 与 DRG 组数，试点医院 DRG 组数排名前 3 位分别为妇科肿瘤科、普通妇科、中西医结合妇科，CMI 由高到低排名前 3 位的为普通妇科、中西医科结合妇科、妇科内分泌与生殖医学科。综合来看，普通妇科、中西医结合妇科、妇科肿瘤科的 DRG 组数均处于较高水平，同时手术难度较大。通过费用消耗指数和时间消耗指数衡量各亚专科的治疗同种疾病花费的费用和时间情况。(1)费用消耗指数：产科、计划生育科、新生儿科的费用消耗指数较大，分别为 1.53、1.30、1.15，说明上述 3 个亚专科在本区域内治疗同一疾病的费用较高，可能是后续控制费用的重点。其余大部分亚专科在费用消耗指数在 1 附近，说明大部分亚专科治疗同一疾病的费用与区域平均水平一致。(2)时间消耗指数：所有亚专科都在 1 附近，说明所有亚

专科治疗同种疾病花费时间和区域平均住院时间一致。

三、讨论与建议

1、按 DRG 付费制度下医疗质量、服务能力和效率同步提升

按 DRG 付费制度推动医院从粗放扩张发展向精细内涵发展模式转型，医院为获得更高的医保支付率，主动控制医疗成本，压缩住院日，减少不必要的检验检查，严格控制各项医疗质量指标，医疗资源利用率有效提高，践行了价值医疗理念。同时，医院坚持内涵式发展，手术和操作难度不断提高，CMI 达到 1.04。

2、需要进一步加强医疗成本控制

随着医院整体医疗质量和诊疗难度的提高，药品占比和耗材占比没有出现明显的下降，住院次均费用出现上涨(18.75%)，分析原因为，伴随疑难复杂病例的增加，CMI 持续上升，需要更多的医疗资源消耗，说明医院没有因为控制医疗费用而拒收推诿重症患者。但是部分科室如产科费用消耗指数较高，说明其高于区域平均收费水平，可能成为费用控制的关注对象，建议基于 DRG 分组拆分住院费用，分析明确控费重点。

3、提高医院精细化运营水平

关于医疗成本的管控，医院需要将现有的管理系统和运行条线聚合，从改善服务作业流程、加强信息互联共享、临床路径管理、DRG 病种管理和绩效考核等方面提高精细化运营水平，减少无效就医循环和非增值作业，进行精细化的病种成本和收益率分析，构建科学的经

济运营绩效管理体系。

[返回目录](#)

· 医药专栏 ·

让药品集中带量采购精准对接临床需求

来源：健康报

《“十四五”全民医疗保障规划》提出，到2025年，各省(自治区、直辖市)国家和省级药品集中带量采购(简称“药品带量采购”)品种预期达500个以上。2019年9月，药品带量采购在全国范围铺开。经过提速、扩面，目前药品带量采购已覆盖近300个药品品种，阶段性任务完成过半。如今，带量采购药品支付、预付回款及落地使用、质量监控等工作正常态化、制度化推进。

“经过3年探索，药品带量采购政策逐渐完善，药品价格明显下降，产业结构持续优化，临床用药管理走向精细化，总体呈现‘价降、量升、质优’的态势。”中国药学会科技开发中心政策研究部医药政策研究员蒯丽萍表示，通过药品带量采购的发展趋势与政策走向可以预见，持续规范与科学将成为带量采购重点。接下来，药品带量采购工作将服务临床，更科学地听取临床意见，更精准地满足人民群众多层次的临床用药需求。

临床用药量增额降

作为医改的重点工作之一，药品带量采购作用的有效发挥并非一

日之功，其水到渠成得益于“4+7”城市药品带量采购试点、药品一致性评价与飞行检查、临床合理用药等前期政策铺垫。

“以量换价”是带量采购的核心，目的是挤掉药品营销环节中不合理的水分，为调整医疗服务价格和推动产业创新腾出空间。我国开展带量采购以前，已过专利期的进口药市场价格前后变化不大。“仿制药一致性评价为实现过期专利药国产替代打下了良好的基础，再以带量采购战略性购买来实现‘以量换价’，最终达到‘腾笼换鸟’的目的。”蒯丽萍说。

带量采购加速药品价格回归合理，显著降低患者用药负担。今年上半年样本医院临床用药数据分析发现，金额出现负增长，而用量却在持续上升。截至2021年年底，第1~4批带量采购药品用量占比均超过80%，其中，第3批带量采购药品用量占比近90%。在国家组织开展的7批带量采购中，前6批带量采购覆盖234种药品，价格平均降幅为53%，涉及金额占公立医疗机构年药品采购总额的30%，节约医疗费用达2600亿元以上。

药品带量采购优化延伸

3年间，药品带量采购政策一直处于动态调整中。带量采购药品断供问题曾引发全社会的关注。对此，第7批带量采购药品采购政策首次引入“备供企业”机制，探索“一省双供”模式。

目前，除了国家组织药品带量采购外，国家医疗保障部门还提倡省际联盟采购，如京津冀联盟采购、陕西省际联盟采购、河南省际联

盟采购等；提倡省际地市联盟采购，如三明联盟采购；提倡省内地市联盟采购，如山东省、山西省、安徽省、江苏省地市联盟采购等。

其中，国家组织带量采购药品种类不断增加，目前已覆盖高血压、糖尿病、高脂血症、癌症、精神类疾病等常见病的常用药，带量采购药品保障范围进一步扩大。

“药品联盟采购呈现百花齐放的态势，使部分药品在一定范围内实现集中带量采购。”蒯丽萍说。

药企发展须经市场“磨炼”

药品带量采购直接影响医药产业环境与结构。在产业环境方面，带量采购药品可直接进医院，更加公平公开。同时，国家医疗保障局探索实行医药价格和招采信用评价制度，有效规范医药企业销售行为。

在产业结构方面，采用适度淘汰机制引导企业节约资源、集中精力创新研发，中标品种市场集中度快速提升。上海市卫生发展研究中心有关专家分析前6批带量采购中标企业结构发现，中标企业以行业龙头企业为主。

药品带量采购给国内药企发展提供了机遇，使一些创新型药企崭露头角，也对国内药企产品布局、创新研发及市场博弈能力等提出了更高要求。在蒯丽萍看来，政策、市场环境推动国内药企加速转型。转型是国内药企走向海外的必经之路，考验的是企业的博弈能力。“企业应紧跟政策及竞争环境变化，去竞价、报价，做市场战略研判，跟

上政策变化步伐，不断吸取经验教训，努力适应市场，在市场的‘磨炼’下逐渐提升博弈能力，探寻各方利益平衡点。”蒯丽萍说。

带量采购须发挥临床主观能动性

作为药品带量采购体系的最后一个环节，带量采购药品的合理使用也是带量采购的目的。如今，各家医院都高度重视临床药师的作用，通过他们的精细化测算，做到带量采购药品的合理报量。

在实际工作中，有些医院对带量采购药品采取一刀切政策，规定各科室带量采购药品的用量，并以此进行绩效考核。这在一定程度上影响了医生的处方行为。蒯丽萍认为，如今，药品带量采购制度设计越来越规范、越来越精细，用好带量采购政策既要遵守客观实际需求，又要发挥临床主观能动性，体现临床医生与药师的价值，使医务人员最终从患者的角度做出用药决策。

蒯丽萍说：“受新冠肺炎疫情影响，医院用药结构发生变化。如果按照以前用药情况报量，有些药指标完成度不高。因此，国内有研究专家指出，建议按照主观完成率来考核。虽然原来制定的指标完成度不高，但是带量采购药品使用量占比大。也就是说，医院主观意识上倾向于使用带量采购药品，只是实际用量与既定指标之间尚存在一定差距。所以主观完成率可能比客观完成率(相对既定指标而言)更为合理。”

作为药品带量采购政策实施的主要终端，公立医院提质增效和精细化管理才是解决带量采购药品落地的正解。除此之外，蒯丽萍强调，

确保带量采购政策的可持续，需要用好结余留用政策，配合医疗服务价格改革，激励医生合理用药，更好地体现医生的技术劳务价值。

[返回目录](#)

思考 | 医保药品目录管理改革对医药产业有哪些影响？

来源：中国药科大学国际医药商学院

医药产业创新关系到全民的健康保障、关系到医药产业的长足发展，也关系到我国医药产业在国际市场的竞争力。国家医疗保障局自2018年组建以来，在医保药品目录管理方面进行了重大改革，始终高度重视医药产业的创新发展。

一是建立动态调整机制，大幅缩短创新药进入目录的等待时间。医保目录调整时间从最长8年调整1次缩短至每年动态调整，更多新药更快地被纳入医保目录，如2021版医保目录中新增加的67个谈判药品中，有66个是五年内上市的（其中有27个甚至是当年上市的）。

二是实行企业自主申请制度，增加企业沟通交流渠道和申诉机制。2020年，国家医保局印发《基本医疗保险用药管理暂行办法（试行）》，明确对目录外药品一律实行申报制，医药企业自主申报，符合申报条件的药品按程序进入评审环节。从申报范围看，目录准入越来越聚焦新药。

三是力推双通道机制，破解谈判药品进院难、落地时间长等问题，助力创新药实现临床快速准入。2021年5月，国家医保谈判药品“双通道”管理机制建立，首次从国家层面将定点药店纳入谈判药品供应

保障体系，与定点医院实行相同的支付政策，让暂时医院没有配备的谈判药品先进药店，加速创新药多元落地。

四是关注药品临床价值，将创新性纳入评价重要维度。根据《2021 年国家医保药品目录调整工作方案》和《2021 年国家医保药品目录调整申报指南》，创新性与安全性、有效性、经济性、公平性共同成为药品审查的关键因素。2022 年的医保目录调整方案进一步对近五年获批的创新药、改良药以及罕见病用药和儿童用药等适当倾斜，药品调整目录持续对创新药品利好，充分体现了对创新药品的支持。

五是简化独家药品续约程序，提高创新药续约成功率。2022 年 6 月，国家医保局发布《谈判药品续约规则》，对医保谈判药品的续约规则做了详细规定，对于医保谈判目录内符合条件的独家药品，可以无需重新谈判，直接纳入常规目录或简易续约，简化了续约程序，减少独家药品企业续约工作量，提高续约成功率。谈判药品续约规则在提高目录调整工作的规范化、透明化的同时，为创新药在进入医保目录后的可持续发展提供了保障。

医保目录管理制度改革措施有利于创新药的上市、放量和生命周期的延长，对医药企业创新促进不断增强，对高质量创新发展的引领作用显著。

首先，医保目录管理制度改革大幅激励了医药行业创新研发投入。由于医保目录准入频率大幅加快，加之双通道保障了药品的快速落地，创新药在进入医保后实现快速放量，市场回报加快。以我国首

个进入国家医保目录的 PD-1 抑制剂信迪利单抗为例，在没有进医保前，2019 年的销售额仅 10.16 亿元。2019 年底医保谈判成功后，2020 年的销售额就超过了 22 亿元，增幅超 110%；2021 年销售额已达到 30 亿元以上。创新药市场的快速回报极大地激励了医药企业对创新研发的投入。根据艾昆纬分析整理的 2016-2023 年医药行业新药研发投入数据(如图 1 所示)，我国新药研发投入规模大幅增长，年复合增长率高达 23%，而同期全球新药研发投入的年复合增长率仅有 8%。

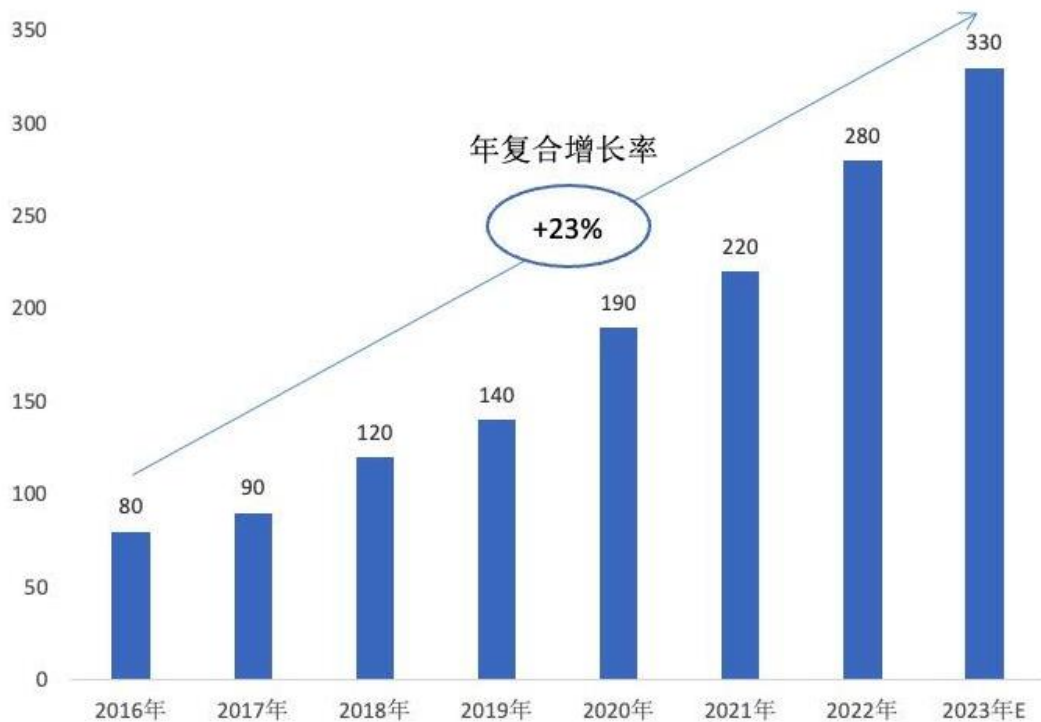


图 1 2016—2023 年我国医药行业新药研发投入情况(单位：亿美元)

其次，医保目录管理制度改革吸引全球医药创新要素聚集国内，会逐步释放出显著的创新溢出效应，从而促进我国医药产业创新的快速发展。创新药从上市到进入医保速度明显加快，从 2017 年的平均近五年缩短到目前的不到两年，准入环境大幅优化，促使大批进口新

药到我国上市。在 2017-2020 年间，共计 68 个进口新药在我国获批上市，占全部获批新药总量的 80%。全球新药品在中国首发也渐成趋势，例如阿斯利康将与珐博进联合开发的新药罗沙司他(爱瑞卓)作为境内外均未上市的新药在我国提出上市申请。与此同时，越来越多的跨国公司积极投入本土研发，在中国的药物开发战略也从过去以注册新药实现上市销售为目的，逐步向与欧美地区同步开展研发的创新基地升级。默沙东、赛诺菲、辉瑞等大型跨国公司在中国设立了 25 个研发中心，相继在上海、北京等地落户，其产业集聚作用催生出了大型生命健康产业园，吸引并培养了大批研发人才。全球创新资源在国内的聚集会在技术、人才、信息上不断释放出的溢出效应，加快推动我国本土创新药物开发，驱动我国创新药开发模式从 me-too 向 first-in-class 转变。中国医药创新促进会发布的《构建中国医药创新生态系统(2021-2025)》报告显示，我国 2020 年研发管线产品数量对全球贡献占比从 2015 年的约 4% 跃至 14%，稳居第二梯队之首，仅次于美国；我国本土药企一类新药上市许可申请获批数量逐步增加，2018 年、2019 年、2020 年分别达到 9 个、9 个和 14 个，2021 年更是创出 39 个的新高。

再次，医保目录管理制度改革促进了创新药在“量”上的快速增长。更多更好的新药接连进入中国市场，倒逼本土药企加快科技创新，我国医药创新研发进入快车道。2018 年至 2020 年，国产创新药获批上市数量稳步增长，分别达到 9 个(2018 年)、9 个(2019 年)和 19 个

(2020年)。随着新药研发投入的持续增加，创新效益逐步体现，2021年迎来一波本土创新药数量的快速上涨，获批了45个药品，是2020年的近3倍。自2019年以来，医保谈判成功药品中，国产新药占比已反超进口。

表1 2017年-2021年获批上市的国产创新药数量

年份	2018	2019	2020	2021
国产创新药上市数量	9	9	19	45

数据来源：国家药品监督管理局官网，米内网。

最后，医保目录管理制度改革推动了创新药在“质”上的提升。医保目录的动态调整机制有助于优化药品结构，药品的创新性带来疗效或安全性方面的优势，以及国家“重大新药创制”科技重大专项支持上市，药品将更加受审评专家的青睐。这鼓励了国产原研化、差异化、高质量创新。

表2 2017年-2020年纳入医保目录的国家重大新药创制项目支持的药品数量

序号	医保目录版本	新纳入创新药品种数	占近年上市创新药比例
1	17版国家医保	4	11.8%
2	18年谈判药品	1	2.9%
3	19版国家医保(含谈判)	9	26.5%
4	20版国家医保(含谈判)	12	35.3%
	合计	26	76.5%

目前，通过准入谈判，4年累计250个药品新增进入目录，其中有26种国家重大新药创制项目支持药品被纳入医保目录，占近5年国家重大新药创制项目支持的全部34种药品的76.5%。

功崇惟志，业广惟勤。国家医保局成立四年来，在医保目录管理改革方面锐意进取，勤勉奋进，不断地探索和完善，为中国创新药的发展提供了一片沃土。在医保目录管理改革的引领下，越来越多医药企业走上创新驱动的高质量发展道路，推动产业结构转型升级，为健康中国建设奉献更多力量。

[返回目录](#)

· 医保动态 ·

医保发文，解决医院药械欠款

来源：山东省医保局

此前，山东省医保局发布了《关于进一步加强医药集中采购监管工作的通知》（以下简称《通知》）。



近年来，多地试水医保基金与企业直接结算，其中，动作幅度最

大的莫过于山东省。

去年 8 月，山东省医保局作为第一个“吃螃蟹”的省，发布了《关于印发医保定点公立医疗机构药品和医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算实施方案的通知》。

文件明确，建立全省统一的药械结算监管平台，实现监管平台与省药械集中采购平台，完成带量采购药品耗材医保基金直接结算。

一年匆匆而过，本次山东省医保局发布《通知》，再次明确：全省各级公立医疗机构，要全面落实集中带量采购医药货款医保基金与医药企业直接结算工作，针对尚未开展医保基金与医药企业直接结算的医疗机构，设定清零目标。

同时，各级医保部门要将开展直接结算情况与医疗机构资金拨付、结余留用考核等挂钩，对于拒不开展直接结算工作的医疗机构，要采取约谈、公开通报等措施，确保实现“应纳尽纳”。

定了！平均 30 天完成回款

为了确保货款结算，此前山东省还为此制定了对应的货款结算管理机制，以及统一的药品耗材货款结算流程，当月账单，确保下个月结清。

截至目前，山东省威海、济南、德州等多市全面开展医保基金与耗材企业直接结算。

今年 7 月，济南发布消息，目前已累计结算货款 3.57 亿元，全年可减轻群众就医负担 10 亿元，集中带量采购药品和高值医用耗材

的货款均已缩短到三十天左右，基本实现“月结”。

近期，山东省医疗保障局价格招采处处长刘智在接受采访的时候表示：为了进一步降低企业交易成本，保障降价后的药品及时足量供应，我们还实行了医保基金与医药企业直接结算政策，实现了平均30天向企业付款，大大压缩了回款周期，解除了企业后顾之忧，也挤出了拖欠药款抬高的药品耗材成本。



有数据显示，拖欠货款1个月，企业将减少近1%的利润，而由医保基金直接与企业结算，回款效率大幅提升，即可减轻企业资金周转压力，也有助于企业将更多的资金和精力投入到创新研发当中。

下一步，解决医院欠款问题

可以看到，本次《通知》中，医保局也再次明确：坚决杜绝拖欠医药企业货款行为，持续推进医疗机构药款清缴工作。

《通知》指出，各级医保部门要加强部门协同，持续推动清欠工

作开展，杜绝县(市、区)专项账户欠款新增问题，并做好与基层医疗机构落实集采货款医保资金直接结算工作的衔接。

对确实存在困难的基层医疗卫生机构，要及时报当地政府同意，制定还款计划，落实清缴任务，切实解决基层医疗机构欠款问题。

[返回目录](#)

360° 闭环，实现医保经办服务无死角

来源：中国医疗保险

山东省青岛市西海岸新区医保局坚持以人民为中心的发展思想，聚焦医保经办“主战场”，以优化服务“小切口”构建医疗保障“大经办”格局，着力打通每一个梗阻，破除每一个障碍，推动医保经办服务工作提质增效，全力擦亮“新区医保一生守护”服务品牌，不断提升人民群众在医疗保障领域的获得感、幸福感和安全感。

一、360° 闭环服务，提升医保经办服务可及度

西海岸新区医保局以医保办事大厅为依托，打造“经办机构纵向下沉、医药机构横向延伸、合作单位联合经办”的360°无死角全方位服务格局，实现线上、线下闭环服务。

(一)创新服务模式，医保服务事项“一次办好”。

全面推行“一窗受理、一次办好”改革，变“专科受理”为“全科受理”，实现“前台综合受理、后台分类审批”的流程再造，落实落细“四最”“六统一”全省医保经办服务要求，办理时限整体压缩72%，办理材料精简82%，医保临柜业务100%一次办好；以“三化”方

式开展医保社保联合征缴，即经办社会化、业务联合化、征缴信息化，实现“只取一号、联合受理、一窗办结”；设置“通办专窗”，满足异地参保群体政策咨询、线上线下申报、受理资料寄递及帮办代办等差异化需求，16项医保政务服务事项实现“全省通办”、7项实现“跨省通办”。

(二) 拓展服务平台，医保服务事项“就近办”。

全力激活医保经办服务“末梢神经”，创新医保工作站服务模式，设立全省首个派驻二级以上公立医院医保工作站，高标准建立36处医保工作站，实现镇街全覆盖，将门诊慢特病资格申办等9大类医保高频业务下沉至医保工作站办理；推进医保公共服务向镇街延伸，将医保参保缴费、医保关系转移接续等征缴业务延伸至23处镇街服务大厅和合作银行，实现企业医保参保缴费属地化办理，群众家门口办医保成为新常态，打造“15分钟医保服务圈”。

(三) 优化服务效能，医保服务事项“指尖办”。

升级实施“互联网+医保”，充分利用医保网上服务大厅、“青岛医保”小程序和微信公众号，推进医保业务“网上办”、“掌上办”，22项医保服务事项100%可以“网上办”，88%可以“零跑腿办”，60%可以“马上办”；疫情防控期间创新实施医保业务“微信帮办”和“邮箱帮办”模式，96%的服务事项可“不见面办”，累计帮办业务18600件，打造了一个永不占线、永不排队的“线上窗口”，真正实现“让数据多跑路，让群众少跑腿”。

二、365 天实时服务，提升医保经办服务便捷度

西海岸新区医保局大力开展医保经办服务提标提质提速提效专项行动，多措并举，确保提供 365 天不间断实时服务，持续在打造新区医保服务品牌上用力见效。

(一) 线下服务“不打烊”。

医保服务大厅实行“午间不断档、全年不打烊”模式，推行预约办理，节假日、公休日延时办，安排值班窗口，工作日午休时间正常办理业务，下班后尚未办好的事项提供延时服务，双休日及法定节假日，通过电话和微信等提供预约办理服务，确保即来即办；全面推行“窗口无否决权”的服务理念，推行容缺受理制，对于不属于受理范围的，向办事群众做好“指路”工作，告知办理路径，让企业群众办事“不跑空、马上办、一次办”。

(二) 线上咨询“一号通”。

打造基于微信公众号平台入口的医疗保障综合服务平台，涵盖人工和智慧综合咨询、预约叫号、业务受理等，医保业务一号咨询，建设群众满意的医保服务生态；改善咨询服务，落实首问负责制，深入开展“我当接线员”活动，着力破解“咨询电话打不通，打通了解释不了”顽疾；全市首创“直播带政策”咨询办理方式，在官方微博直播间，工作人员秒变网络主播，与网友在线互动、解答疑难咨询，累计开展专题直播 7 场，点击量 3 万余次，回复咨询办理业务 900 余次。

(三) 异地就医“零跑腿”。

简化异地就医备案手续，省内临时外出住院、普通门诊、门诊慢性病就医无需备案，直接联网结算，大力推行网上自助备案，实现患者备案“零跑腿”；持续完善异地就医直接结算，全区 57 家住院定点医疗机构全部开通跨省住院费用、跨省普通门诊费用以及省内门诊慢特病费用异地就医联网直接结算资质，84 家定点社区开通普通门诊跨省联网结算和门诊慢特病省内联网结算，120 余万参保群众激活医保电子凭证，就医购药结算“零接触”，1100 余家定点医药机构实现省内异地刷卡结算“一卡通行”，覆盖所有镇街，有效消除参保群众异地就医结算“痛点”。

三、36.7℃温情服务，提升医保经办服务满意度

西海岸新区医保局坚持“硬环境”、“软实力”双向发力，用心、用情为参保人提供 36.7℃最舒适的温情服务，向参保群众讲好医保故事，夯实发展基础，推动新区医疗保障事业发展行稳致远。

（一）聚焦环境改善，打造经办服务标准化示范窗口。

全面升级医保大厅软硬件设施，科学布局引导咨询区、业务取号区、自助服务区、等候休息区、多媒体服务区，预留机动窗口，实现服务标识规范、服务标准一致、服务场所舒适、服务设施齐全；重点做好“一老一小”等特殊群体服务，专设“绿色通道”，专人提供全流程“一对一”帮办代办服务，做到主动服务、微笑服务、满意服务，荣获全省首批“医保经办服务标准化示范窗口”。

（二）聚焦能力塑造，锻造“实干家”人才队伍。

把握新时代新使命对干部队伍建设提出的新要求，开设“医保大讲堂”，培养医保政策“明白人”，推动干部队伍建设取得新成效；树牢实践实干实绩鲜明导向，强化岗位练兵比武，开展“示范窗口”、“服务标兵”评选，建立“我当服务员”、“我当接线员”长效机制，深入开展“机关接地气、干部走基层”活动，努力打造政治坚定、作风过硬、业务优良、廉洁勤政、保障有力、服务为民的“医保铁军”。

(三) 聚焦评价反馈，经办服务再改进、再提升。

推行服务窗口办事流程、服务承诺、姓名职务、办事结果“四公开”制度，开通 24 小时服务热线，每周接待来电来访 180 余人次；实施医保政务服务好差评制度，建立评价、反馈、整改、监督、提升全流程闭环工作机制，以办事群众需求为导向，找准医保服务的需求点和着力点，收到锦旗、表扬信 50 余件，确保群众诉求“件件有回音、事事有着落”。

[返回目录](#)

• 医院信息化 •

我国智慧医院建设的现状和未来投资趋势

来源：新致开源医疗

智慧医院是运用云计算、大数据、物联网、移动互联网和人工智能等技术，通过建立互联、物联、感知、智能的医疗服务环境，整合医疗资源，优化医疗服务流程，规范诊疗行为，提高诊疗效率，辅助

临床决策和医院管理决策，实现患者就医便利化，医疗服务智慧化，医院管理精细化的一种创新型医院。

我国智慧医院建设的现状和未来趋势

我国医疗信息化发展路径日渐清晰，呈现加速发展态势，已经有几十家互联网医疗机构正在开展互联网问诊服务，患者和医生之间的信任机制、医疗质量监控机制等逐步建立，智慧医疗的收益方式、与医疗保险连通等开始有效的尝试，以及诸如分级诊疗、医生多点执业、取消医院事业编制、医疗服务价格改革等政策也将促进智慧医疗产业快速扩大。

“十四五”规划提出，聚焦教育、医疗、养老、抚幼、就业、文体、助残等重点领域，推动数字化服务普惠应用，持续提升群众获得感。智慧医院既是服务于需求方(即患者)的主体，也是服务于供给方(即医护人员、医院管理者)的主体。与传统医院相比，智慧医院仍处于发展初期。

近几年一直在推动“智慧医院”建设加速落地，医院积极探索“互联网+医疗健康”便民服务，成为了上海较早同时运行互联网医院模式的医疗机构。

早在2020年5月同济大学首次提出“无人系统医院”概念，思考和展望未来智能医院的建设，并在同济大学附属同济医院率先落地。作为上海申康医院发展中心智慧医院“三统一”试点医院之一，同济医院着力打造“便捷就医服务”新模式，不断推进医院的医疗数

数字化转型，提升“便捷就医七大场景”运行效能。

就在今年7月，医院迎来了核心信息系统的整体升级切换，并成为全市较早全面上线“上海市级医院智慧应用大厅”并统一规范和优化自助机系统的综合型市级医院。

根据中研普华研究院《2022-2027年中国智慧医院行业市场竞争分析及未来发展趋势预测报告》显示：

2021年国内智慧医院应用规模将达到754亿元人民币，2027年预计市场规模将达到1737亿元，年复合增长率达15.51%，未来该赛道还有巨大发展空间。

目前的应用场景上进行拓展，包括院内场景拓展和院外场景拓展。AI在院内的应用场景可以向辅助治疗、保险支付、医院管理拓展。院外场景的AI应用包括药物研发、慢病管理、智能随访、疫情防控等。

2019-2021年我国智慧医院应用行业投资情况分析

一、2019-2021年总体投资结构

在实现智慧医疗进程中，HIS、电子病历、医联体、远程医疗和医保控费是具有发展空间且更受关注的赛道。

2021年医疗服务和智慧医疗领域投资热情不断提升，整体融资事件达373起，较上年同比提升近26%。受益于国家大力支持社会力量举办连锁化办医，以及近年来国民消费能力和对健康关注度的不断提升，使得强消费和强服务属性的传统医疗机构成为行业热点，医疗

服务的长期价值重获认可，全年医疗服务领域投融资事件近 175 起，超去年近 2 倍有余。

在智慧医疗方面，伴随疫情常态化以及资本市场对估值考量理性回归，全年私募融资也有 198 起左右，投资整体数量较 2020 年稍有所回落，但其中仍不乏一批交易金额超过 5,000 万美元的重磅级交易，大项目在智慧医疗板块中占比依旧在十分之一左右。

2021 年的融资主要聚焦在早期项目上，B 轮之前的企业占比高达 65%，一大批创新性公司以其前端的研发技术、新兴的运营模式等持续吸引投资者的目光。C 轮后的融资企业占比仅有 19%，可以看出资本对较成熟的项目出手相对谨慎；并购交易仅有 16% 的份额，相较于去年 29% 的占比回落不少，说明整合和投后管理的复杂程度也让许多投资人更客观理性地评估自身和项目的匹配度。

二、2019-2021 年投资规模情况

智慧医疗正在走进寻常百姓的生活，将来医疗行业将融入更多人工智能、传感技术等高科技，使医疗服务走向真正意义的智能化，推动医疗事业的繁荣发展。2021 年中国智慧医疗行业投资规模约为 1189 亿元，同比增长 18.3%。

医院智慧化建设已由过去的智能建筑、单纯的机电设备管理，向越来越宽的领域拓展，如今基于物联网技术的医院智能化建设已逐步大规模应用。当前社会已全面进入互联网信息时代，无线通信技术的发展为智能医疗技术的研发与应用提供了强大的技术支撑，进而推动

了数字医疗、远程医疗、移动医疗等新型医疗模式的出现，这是未来健康医疗行业发展的必然趋势。

[返回目录](#)

一院多区，信息先行 | 多院区医院信息化如何建设？

来源：今创医疗

医疗卫生体制改革不断深化的当下，依然存在优质医疗资源布局不均衡问题，政策和内需双重驱动公立医院“一院多区”发展。多院区模式或为大型医院业务核心驱动力之一，对于优质医疗资源扩容和均衡区域布局，构建优质高效的医疗卫生服务体系具有重要现实意义。

多院区建设要坚持一体化管理，是否实现有赖于信息的高度共享，信息化建设是关键。国家卫生健康委在 2022 年 3 月印发的《关于规范公立医院分院区管理的通知》，对多院区信息化建设方面提出明确要求，要求统筹规划建设多院区间互联共享的信息化平台，逐步实现医院管理、医疗服务、医疗质量管理等信息数据共享、业务协同。

医政医管局



但由于部分医院缺乏完善的系统规划、信息化建设不够等，对

于分院区的信息化建设上仍然有许多难点待解决。如何开展多院区的信息化部署，实现数据协同、传输，保障数据安全等，是院方关注的焦点。

多院区信息化建设有哪些必须解决的难点？

- 资源共享程度低，不能满足集约化建设需求；
- 系统众多且数据分散，数据维护量大，标准性弱易出错；
- 多院区系统未能集成到位，异地作业难以实现；
- 数据统计分散，报表不能自动及时归集，影响精细化管理和科学决策；

- 远程医疗程度不高，医务人员需流动工作；

- 设施重复建设、维护量大、资源分散，管理成本高。

多院区信息化建设从哪方面入手？

1、加强数据标准化：打通院区间的系统信息“围墙”，多院区多源数据的流通共享、融合协同；

2、强化病案信息管理：依托信息化建设，多院区病案统一管理，构建从临床科室到病案科精细化闭环病案管理流程；

3、统一调度医疗资源：多院区信息化建设，不单是考虑在单一院区的业务流动，而是信息整合后面向所有院区，实现了对全院统一调度，方便患者就医。

无纸化-助推多院区信息化建设

无纸化的推行实施是信息化建设的一项重要举措，保障了全院业

务系统和数据互联互通，同时形成了高质量的医疗大数据，支撑医院管理决策，为医院运营管理增质、增效。

以信息“互联互通、共享利用”为目标，发掘医疗机构深层需求，无纸化病案管理系统实现异构系统数据采集整合，审核质控全面，满足医院多样场景应用需求，实现了对数据、信息、资源的信息化利用和管理。系统支持多院区管理模式，打破院区间信息壁垒，实现了跨院区患者信息集成、互联互通及共享利用，构建就诊病案信息“一张网”。

多院区管理模式下，各院区数据可独立管理，自定义设置管理权限，具有良好的医疗信息共享、保密性能；各院区根据实际管理设置不同的质控流程、审批流程，且支持跨院区病案借阅，满足医院病案科研、查询等利用需求。

诊疗数据在各院区之间有效便捷的传递和读取是院区间沟通协作的重要保证，也是高效跨院区转诊、远程会诊的基础。各院区专家能随时调取患者在另一院区的诊疗记录，就地了解病程研判，线上联合会诊沟通，提高救治效率。此外，患者可以选择就近院区复印病历，省时省力。

建立适应信息化建设方向的无纸化多院区管理，便于病案存储、集成、共享以及利用等，有效提高信息化建设水平，提升管理效率，推动全院医疗服务质量上台阶。

[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
北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

☎ 电话：010-68489858