

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第46期

(11.14-11.20)

医保

医疗

医药



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司 主办

——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 •

▶ [DRG/DIP 支付方式改革潜在风险防范分析](#)（来源：中国医疗保险）

——第 7 页

【提要】为扎实推进《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，国家医保局建立了交叉调研和每日交流工作机制，加大经验交流推广力度，集中会诊分析新情况、解决新问题。从调研交流情况看，各地在加快推进 DRG/DIP 改革中，一些矛盾和问题也随之逐渐显现，既有工作层面、过程性问题，也有系统性、苗头性风险和问题。值得关注的是，一些试点地区借鉴国际经验结合本地实际，已着手防范和应对这些问题并取得积极效果。本文将从问题风险和风险防范两方面展开分析。

▶ [“同病同效同价”，医保支付方式改革破解中医支付难题](#)（来源：

21 世纪经济报道）——第 19 页

【提要】近日，柳州市医疗保障事业管理中心主任蓝志成接受了记者采访，他向记者回忆了柳州市中医药支付方式改革的点滴进程。是什么造就了“患者少花钱、医院增收入、医保减支出、中医特色得体现”的多方共赢局面？这要得益于柳州市在实施 DRG 付费改革的过程中，探索出的中医按疗效价值付费方式。

• 医院管理 •

▶ [DRG 付费方式下，公立医院实现可持续发展的 5 大运营策略](#)（来源：中国医院杂志）——第 25 页

【提要】近年来，取消药品耗材加成、带量采购、DRG 医保支付方式改革等政策不断落地，医改进入深水区。公立医院积极探索高质量发展的可行性方案，通过提质、降本、增效，减轻医院内部经济运行压力和政府的民生负担，依靠医院自身结余管理，建立可持续发展的运营之路，实现社会效益和经济效益的有机统一。公立医院在全国医疗体系中具有规模优势，作为国家医疗卫生健康事业发展的主力军，其经营状况的好坏，直接影响整体改革步伐和发展方向。

▶ [突破运营管理困境，医院如何用好大数据？](#)（来源：医管新世界）——第 35 页

【提要】随着医疗卫生服务事业的发展，医院运营管理实践中所涉及的内容也愈加复杂，利用大数据推动医院运营管理创新已成为新时期医院管理工作开展的重要任务，对于我国医疗服务事业发展具有重要意义。运营管理作为医院管理工作的核心，是帮助医院实现医疗服务资源管理调配的重要手段，包含内部管理、战略管理、营销管理三方面。随着医疗服务工作规模及医疗资源储备量的逐渐上升，医院运营管理实践面临的压力也越来越大。

• 集中采购 •

▶ [多地开展生物药集采，创新规则有哪些？](#)（来源：米内网）——

第 38 页

【提要】一直以来，生物药及生物类似药都存在临床用量大、金额高等特点，随着集采越来越“无禁区”，生物药集采的必要性已经显现。10月，国家医保局在官网公布了大批对全国人大代表和全国政协委员的提案和建议的回复，对于生物药，国家医保局表示，将在现有集采成功经验基础上，结合生物药的特点，不断完善生物药集采规则。此前，国家医保局就公开表示，生物制剂议价采购和多家中选的建议，下一步将在工作中充分考虑。

▶ [第七批药品集采落地，药品价格将这样调整](#)（来源：药智网）——第 43 页

【提要】随着第七批国采基本在全国落地，除中选企业外的其他同通用名药品生产企业也迎来市场变局。截至目前，第七批国采已经有 24 省份发布落地消息。与此同时，第七批国采未中选产品也迎来调价、调整医保支付标准，甚至暂停挂网等要求。

• 医保快讯 •

▶ [筹资的实践与难题：长护险能否全面推开的关键](#)（来源：武汉科技大学文法与经济学院）——第 51 页

【提要】党的二十大明确提出建立长期护理保险制度。长护险是社会保险第六险，建立可持续的长护险制度，是二十大精神与社保制度完善的应有之义。经历了 2 次试点，长护险制度试点已经达到 49 个城市。目前试点城市都有发布相关文件，不少学者针对中国长护险的覆

盖范围、筹资、待遇给付都进行了相关研究分析，为长期护理保险进一步的全面推开提供了依据。在长护险制度设计和试点实施过程中，资金筹集是其基础与核心，事关长护险制度的实施推广和可持续运行发展。

▶ [织密多层次医疗保障网：各地兜牢保障底线、便利异地就医、完善长期护理保险制度……](#)（来源：人民日报）——第 59 页

【提要】习近平总书记在党的二十大报告中指出：“社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器。健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系。”近年来，我国社会保障体系建设驶入快车道，促进多层次医疗保障有序衔接、保障妇女儿童合法权益、完善残疾人社会保障制度和关爱服务体系……各地各部门不断出台相关政策措施，兜牢底线、保障民生，为人民创造美好生活奠定了坚实基础。

• 中医药动态 •

▶ [重庆垫江：基本建成市区域中医医疗中心](#)（来源：中国中医药报）——第 64 页

【提要】自 2013 年 7 月被纳入国家中医药综合改革试验区建设以来，重庆市垫江县紧紧围绕“完善基层中医药服务体系，提高基层中医药服务能力和制定中医药服务补偿政策”，多措并举发展中医药事业，形成了中医诊疗、保健、康养、医药全面发展的新格局，县乡村服务体系逐渐健全，基本建成了重庆市区域中医医疗中心。一是以机制建设

为重心，健全组织架构。二是以财政投入为保障，改善硬件设施。三是以队伍建设为支撑，强化人才培养。四是以能力建设为核心，注重内涵发展。五是以预防保健为外延，突出中医特色。

▶ [四川省发布 15 项新政，将于 2025 年建成全国一流中医药创新高地](#)（来源：四川省中医药管理局）——第 66 页

【提要】近日，四川省科技厅、省中医药管理局联合印发《关于实施中医药创新工程建设中医药创新高地的意见》，提出 4 方面 15 项具体举措，明确到 2025 年，突破一批中医药关键核心技术，建设一批中医药特色创新平台，初步建成全国一流的中医药创新高地。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

DRG/DIP 支付方式改革潜在风险防范分析

来源：中国医疗保险

没有十全十美的医保支付方式，每种支付方式都有其优点和局限，关键在于扬其长避其短。DRG/DIP 支付方式改革全面推进，取得积极进展和明显成效，同时苗头性问题和潜在风险也不容忽视，须及时干预纠偏堵塞漏洞，防止形成破窗效应，保证改革行稳致远。

继“改革成效篇”——《DRG/DIP 改革正在对医改格局、行业生态产生深远影响》、“改革逻辑篇”——《DRG/DIP 支付方式改革属性和实践逻辑探讨》后，本期继续发布国家医保局医药服务管理司司长黄华波撰写的“风险防范篇”，敬请阅读。

难有一劳永逸的改革，也难有绝对完美的制度。从世界范围看，DRG 付费有利于强化医保价值付费导向，给予医院、医保、患者三方稳定预期，避免项目付费下宝贵有限的医疗资源不合理使用甚至严重浪费，这种浪费经常造成患者经济上的损失和身体上的二次伤害，造成整体社会效益极大损失；同时也出现医疗不足、高编高套、推诿重症病人等新的风险和问题。目前 DRG/DIP 支付方式改革在我国全面推开，在取得积极成效的同时，同样会面临这些新问题新风险。一些学者已对这些可能的风险表示出担忧甚至焦虑。

有问题不可怕，关键是及时发现、理性看待、妥善应对、精准施策。值得关注的是，一些试点地区借鉴国际经验结合本地实际，已着手防范和应对这些问题并取得积极效果。本文将从问题风险和风险防范两方面展开分析。

两类问题

为扎实推进《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，国家医保局建立了交叉调研和每日交流工作机制，加大经验交流推广力度，集中会诊分析新情况、解决新问题。从调研交流情况看，各地在加快推进 DRG/DIP 改革中，一些矛盾和问题也随之逐渐显现，既有工作层面、过程性问题，也有系统性、苗头性风险和问题。

工作过程性问题。比如工作人员能力不强、信息系统支撑不够、医疗机构信息传输不规范、社会相关方对于支付方式改革不够了解支持、相关改革协同配套不够等等。这类问题如同孩子成长时必然经历的走路说话识字认人等问题，随着成长都会逐渐解决。其主要存在于医保部门自身，且与工作初期相关人员对相关情况不熟悉、工作基础不扎实、工作进展不平衡、研究宣传解读不够充分有效等起步阶段的性质相关。随着工作深入推进，这些工作过程性、阶段性问题必然会逐渐缓解直至解决。差别在于，工作基础好、主动性强的地区，会解决得快一些、好一些、彻底一些，其他地区会相对慢一些。

目前的工作交流中，地方反映的多为此类问题。这些问题可归为医保自身工作层面，危害程度相对较小，但具有阶段性普遍性必然性，

也具有紧迫性，必须重视且优先尽快解决好。不难理解，目前国家和地方集中精力主要解决的也正是这一类问题，如正在进行的大规模培训交流、信息系统建设、部门沟通协调、宣传解读等，并且正在产生积极效果。

系统性风险问题。比如推诿病人、医疗不足、高编高套、转嫁费用等。这类问题和风险主要属于机制性和利益调整层面的问题，就如同人体内的少量癌细胞，如果不及时清除甚至纵容其发展，就可能暴发式增长形成病灶甚至扩散开来，造成系统性破坏甚至颠覆性后果，损害 DRG/DIP 改革的公信力。因此，必须时刻注意消除其存在和发展的土壤，早发现早防范早控制。

系统性风险问题具有跨部门性质，且具有模糊性、隐蔽性。解决这类问题不仅敏感而且复杂，度的把握十分重要，必须深入剖析，寻求对策。虽然目前凸显的主要是第一类工作层面的问题，地方关注的也主要是这类问题，但我们必须对第二类系统性风险问题保持足够的预见性和敏感性。本文重点分析此类问题。

四种风险

总体上看，全国 DRG/DIP 改革尚处于起步阶段。至 2022 年 9 月，虽然全国有半数统筹地区开展了实际付费工作，但普遍时间不长，大部分地区 2021 年底才开始实际付费，医保部门、医疗服务机构、社会专家团队等尚处于新付费机制的磨合初期。还有半数统筹地区处于前期准备阶段或尚未启动准备工作。因此，以上分析的第二类系统性

风险问题目前并不突出或尚未显现，还可以归属于潜在风险。未雨绸缪分析这些风险及其防范应对措施，无疑可以提高预防效果和工作效率，保证改革更加平稳有序。从国际经验教训及地方试点实践看，此类风险的主要表现是医疗不足、转嫁费用、过度医疗、欺诈骗保四种形式。

医疗不足。这是相对于项目付费下的过度医疗而言的，一般指未按诊疗规范提供必要医疗服务及相应药品耗材等行为。医疗不足可以分为三种情形。

一是降低医疗服务质量，或减少必要的医疗服务、药品耗材、检查检验项目的使用，或降低药品、耗材等必需品质量，可以理解为医疗领域的偷工减料，以至于明显降低医疗服务水平，影响治疗效果。相对于过度医疗行为，减少不必要药品、耗材、检查检验项目，属于合理医疗回归，值得鼓励，也是 DRG/DIP 改革的目的。但过犹不及，如果过度减少医疗资源消耗导致医疗不足，则会直接损害患者权益，违背 DRG/DIP 改革初衷。

二是推诿病人，即违背医疗机构功能定位，拒绝收治本该收治的病人。按项目付费时医疗机构也有选择病人的问题，如一些医疗机构弱化儿科、全科等科室，主要原因可能出于按项目付费下治疗儿科、全科患者无利可图或获利相对较少。DRG/DIP 改革按病种打包付费，也可能产生一些医疗机构基于收支计算权衡后选择病人的潜在风险。DRG/DIP 付费下医疗机构选择病人具有两面性和模糊性。从积极方面

看，高等级医疗机构主动选择医技难度高的疑难杂症病人，主动放弃医技要求低、基层医疗机构完全可以胜任的多发病常见病病人，有利于改变目前一些大型医疗机构大小通吃、过度虹吸基层病人的现状，缓解疑难杂症患者看病难问题，促进分级诊疗和基层医疗机构发展。从消极方面看，在超高费用病例特例单议、新医药技术除外机制等没有建立或不健全的情况下，一些医疗机构可能担心疑难重症患者治疗费用过高，按病种算账吃亏而推诿病人。

三是过度保守，即一些医疗机构过度放弃创新医药技术使用。医疗机构偏向于保守治疗本无可厚非，某些情况下具有合理性。但过度保守则可能降低解决疑难杂症问题的能力，影响一些疾病的治疗效果，在性质上也可以归于医疗不足问题。医疗医药技术创新或能有效解决部分患者、部分疾病急需而救急救命；或能以较低成本、方便使用、更高效率等方式提高治疗效果，适应的技术创新具有必要性，支付方式改革应该是促进而不是阻碍这一进程。

以上三种情形都具有合理与不合理之间界限的模糊性。如何判断医疗机构是否医疗不足、推诿病人、过度保守，需要一套标准规范监测监控并对问题苗头及时干预，尤其是需要创新机制加强引导。

转嫁费用。指将本该病种组涵盖的成本项目转移出去，片面降低病种组成本，提高获益水平。这一问题在我国现阶段更显突出。目前转嫁费用主要有两种情形：一是院内转院外，即病人住院期间将本该由病种组包含的药品、耗材、检查检验等费用，转移到院外患者自行

解决；二是住院转门诊，即住院期间将本该由病种组包含的药品、耗材、检查检验等费用，转移到门诊完成。这两种情形都违反 DRG/DIP 管理规则，通过片面降低 DRG/DIP 的物耗成本，相应增加医疗服务收益，但加重了患者负担，损害了患者利益(这里不包括医疗机构主动将本不需住院治疗的患者通过门诊等渠道解决，这是值得肯定和鼓励的)。

过度医疗。与项目付费时过度使用医疗服务项目、药品、耗材不同，DRG/DIP 付费下的过度医疗问题主要表现为低标入院、升级治疗手段、增加手术治疗三种情形。一是低标住院，即将不符合住院条件的病人收治入院，按病种收费，获取更多医保基金支付额度。考虑到住院时医保统筹基金报销待遇高，加上一些医疗机构尤其是基层医疗机构住院病人少，这时医院和患者都有利益驱动，将本该门诊完成的治疗转为住院治疗。二是升级治疗手段。更高级别的治疗手段通常代表更高的 CMI 值，继而获得更高的病种组权重和分值。三是增加手术治疗。手术治疗的 CMI 值一般高于内科治疗，因此，增加手术治疗，或者保守治疗外科手术化，可以增加病种组权重分值。必须重点关注的是，医疗机构滥用手术治疗，将本应内科治疗的病人送上手术台，这不仅仅加重病人经济负担，更造成其身体和精神上的严重伤害。

欺诈骗保。DRG/DIP 并不能根除欺诈骗保问题，只是与按项目付费相比，欺诈骗保的表现形式有所差异，主要有三种方式：一是高编高套。指医疗机构通过调整疾病主诊断与手术操作代码、虚增诊断、

虚增手术等方式使病例进入权重和分值更高的 DRG/DIP 病种，以获取更高的医保基金支付额度。从国际教训和国内部分地区试点情况看，高编高套利益直接、手段隐蔽、实施相对容易，是 DRG/DIP 付费的主要风险点。二是分解住院。指将参保人应当一次住院完成的诊疗过程，分解为两次或两次以上住院诊疗过程的行为。性质上看，相当于一个病种组收取了两个病种组费用，具有主观故意的特点。三是“三假”问题。即与项目付费时类似，相关单位或个人凭空编造假病人、假病情或假票据，骗取医保基金的行为。“三假”问题不会因为 DRG/DIP 付费而根除，这里不展开论述。

风险防范之强监管

项目付费情形下，医保基金监管主要针对过度医疗、虚记多记项目、串换项目收费等问题。DRG/DIP 付费情形下，开展基金监管的重点有所不同，具体标准规范、方式方法也应有所区别。虽然总体思路相似，但需根据 DRG/DIP 付费特点加以调整、完善和改革创新。主要表现在四个方面。

强化智能监控。智能监控是指基于特定的知识库规则库，利用大数据人工智能，利用信息系统自动筛查发现违法违规、欺诈骗保等行为的 管理方式。经过多年努力，全国医保系统已基本建立智能监控机制。但项目付费下的智能监控知识和规则并不能完全有效适应 DRG/DIP 改革需要，需针对 DRG/DIP 风险特点调整完善。鉴于每次诊疗病案、诊断、治疗、用药、手术，以及病人一段时间内住院、门诊、

药店购药等存在各种客观联系，在医保大数据、信息化、智能化新时代，相对于上世纪 70 年代 DRG 起源初期只能靠人工审核的情况，智能监控系统已不难锁定 DRG/DIP 付费下的高编高套、转嫁费用、低标入院、治疗升级等问题。地方探索也积累了一些经验。如广州市建设病种分值付费智能监控系统，制定高套分值、低标住院等 32 项监控规则、305 个监控指标并动态优化更新。梧州市制定 CMI 指数异常等 8 项规则，2021 年共检查问题数据病案 844 份，发现大量高编高套诊疗不规范等病案。邵阳市根据 2022 年 1—8 月 DIP 结算数据，智能审核检测出疑似违规病历 3 万多份，疑似违规住院总费用 1 亿多元。庆阳市针对 31 个轻症病组确定 18 个易高编高靠的病组实行重点监控。

强化协议管理。协议管理是医保日常管理的一项重要内容，也是医保强监管的主要手段。协议管理包括机构定点管理、基金预算管理、结算清算管理、协商谈判、考核评价、审核稽核、信用管理等多个管理环节和多种管理工具。地方结合 DRG/DIP 付费，完善协议管理机制，取得一些经验。如福建省医保部门加强对频繁转院、低标准入院、分解住院、挂名住院、超医保支付范围、高套分值等情形的审核，形成一般审核、特殊病例审议、专项审核、案件移送等多种处理方式。无锡市制定病历稽核检查操作流程，实行智能审核与专家核查相结合，2021 年累计完成 DRG 病历检查 1 万多份，扣回本金及违约金 1000 多万元。六盘水市实行“一院一提醒”制度，对在运行分享、数据监测过程中发现的可疑问题进行工作提示，促使医疗机构进行靶向整改。

加强行政监管。国家医保局成立以来，按党中央国务院要求，全面加强基金监管，取得明显成效。连续几年将医保基金监管作为首要任务，加强工作部署和调度，建立并不断完善举报投诉、飞行检查、典型案例曝光等工作机制，出台《医疗保障基金使用监督管理条例》及相关配套政策规范，营造出全覆盖、无死角、重震慑、严查处的工作氛围，医保基金监管能力大幅提升。针对 DRG/DIP 付费下新情况新问题新风险，医保基金行政监管仍需加强，且需根据 DRG/DIP 付费特点不断调整完善。仍然需要重点关注和打击假病人假病情假票据等恶意欺诈骗保行为，加大行政检查、处罚、曝光力度，强化威慑效应。在加强行政监管过程中，要注意标准规范先行，做到有法可依、依法行政。如泸州市制定《泸州市区域点数法总额预算和按病种分值付费医疗保障监管规程》，规范行政监管工作。

加强综合监管。指多个相关行政部门协同发力，共同实现全方位、全流程、全环节监管。2018 年《国务院办公厅关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》明确提出要转变监管理念、体制和方式，从重点监管公立医疗卫生机构转向全行业监管，从注重事前审批转向注重事中事后全流程监管，从单项监管转向综合协同监管，从主要运用行政手段转向统筹运用行政、法律、经济和信息等多种手段，提高监管能力和水平，并从总体要求、明确监管主体和责任、加强全过程监管、创新监管机制、加强保障落实五个方面进行部署。各个部门按分工要求，既各司其职依职能职责加强监管，又加强协同配合同

向发力，综合监管能力不断增强。比如建立信息交流、沟通机制，建立一案多查、一案多处工作机制，建立行刑衔接、行纪衔接相关制度，建立协同高效的激励约束机制等等。具体如，卫生健康部门加强病案分析和处方点评，规范医疗服务行为；医保部门加强考核评价和基金监管，防止医保基金损失风险等。

风险防范之软引导

防范 DRG/DIP 支付新机制的潜在风险，必须疏堵结合，疏堵并重。如果将强监管看成堵，软引导则为疏。对于 DRG/DIP 改革，这种疏导主要包括以下四个方面。

比较引导机制。前面文章分析过，医疗服务由项目付费时的不可比变为可比较可评价是 DRG/DIP 改革的显著优势。由于患者个体情况千差万别，很难用一个标准一把尺子准确衡量一个具体病例医疗服务的合规合理性。因此，要促进医疗服务更好回归临床价值导向，全面深入提高医疗服务和医保基金使用绩效，最好的办法就是激发医务人员主动加强内部管理、主动减少资源浪费、主动提高医疗服务质量的内生动力；跨医院、跨地区甚至全国范围内开展病种组多维度比较，比如病种次均费用、平均住院床日、时间及资源消耗、重复入院率、低风险组死亡率、群众满意度等，乃至具体的药品、耗材、检查检验项目使用情况，再逐渐公开或一定范围内公开展示这些比较结果。阳光是最好的防腐剂，通过同业比较可以更好引导医务人员精准发现自身不足、主动加强内部管理，自觉抵制高编高套、医疗不足、转嫁费

用等不合理甚至违法违规行为。目前 DRG/DIP 付费尚处于起步阶段，不少医院正在积极开展院内科室之间同病种组比较，主动与其他医疗机构之间开展横向比较，很容易就发现医院内部管理、医院临床路径管理等方面的薄弱环节，起到了前面分析的效果，初步显示出比较引导机制的有效性。

激励约束机制。激励约束机制必须体现奖优罚劣，体现政策导向。DRG/DIP 付费激励约束机制可以体现在多个方面，如体现奖优罚劣的结余留用机制和考核奖励机制，体现政策导向的倾斜激励约束机制和基层病种机制等。结余留用和考核奖励不难理解。倾斜约束激励主要针对需医保政策支持和鼓励的领域，如重点医疗机构、区域性或医院内优势专科、中医药优势病种与治疗等。一些地方探索通过权重辅助目录增加重症权重，通过政策倾斜提高中医治疗权重系数、重点专科权重系数等，取得引导性效果。如宜昌市建立正向和负向辅助目录，其中正向辅助目录 5231 条，2021 年 6—11 月发生并发症/合并症 33741 例，增补调校费用 7813.41 万元；负向辅助目录病例中二次入院辅助目录扣减分值 16.58 万分，低标入院扣减分值 1.83 万分，扣减病案质量调节金 492.47 万元。基层病种机制的一个基本理念是同城同病同价，主要是针对常见病多发病，同病同价能够降低大型三级医疗机构收治常见病患者的积极性，促进分级诊疗和基层医疗机构发展。如泸州市在核心病种范围内选取适合基层医疗卫生机构诊治的病种 74 组，实行全市同病种同分值付费。

除外机制。除外机制是 DRG/DIP 打包付费机制的必要补充，也是有效引导医疗机构接受疑难杂症病人，积极开展医药创新技术应用等的重要工具。除外机制主要包括特例单议机制(包括极高、极低费用等情形)、新项目除外机制(包括新药品、耗材、医疗服务项目)等。如邵阳市制定 DIP 特例单议规则、特例单议细则等文件，明确特例单议“两类主体”(市、县医保)、“四种类型”(极端异常病例、负值病例、转科病例、新技术病例)、“四个环节”(提出申请、业务受理、专家评议及结果公示)，同时开发特例单议软件，实现线上申报、线下评议。2021 年 10—12 月 DIP 付费医疗机构首批共申报 1928 条，单议新增病例分值 101840 分，使极端异常病例分值更接近于真实成本。

协商治理机制。医保支付机制具有核心杠杆作用，因此也是一种治理机制。协商治理是 DRG/DIP 治理机制的一项重要内容。一些地区在此方面取得一些成效。一是建立公开机制。如湘潭市提出以公开促公正，实行支付标准公开、分组方案公开、分组结果公开、谈判方案公开、运行分析情况公开，提升医疗保障工作透明度和公信力。二是建立协商机制。如庆阳市搭建与医疗机构沟通对话、反映诉求、建言献策的和谐共享平台，对预算总额、权重确定、分组效能、协议签署等事关付费改革的关键环节进行沟通协商。三是建立社会治理机制。如遵义市医保部门邀请卫生健康等职能部门、各级各类医保定点医疗机构和专家团队多轮次征集意见建议，召开专家论证会、专题讨论会

50 余次，收集意见建议 184 条，在此基础上形成遵义市 DIP 实施办法、总额预算和结算管理办法、监管考核办法、经办管理规程和定点医疗机构补充服务协议等相关政策，增进了社会共识。

[返回目录](#)

“同病同效同价”，医保支付方式改革破解中医支付难题

来源：21 世纪经济报道

广西壮族自治区柳州市在实施 DRG 付费改革的过程中，患者少花钱、医院增收入、医保减支出、中医特色得体现。

2022 年 4 月的一天，家住广西壮族自治区柳州市的 8 岁孩子李佳佳(化名)在玩耍时不小心跌伤。家人们赶忙带着左腕关节疼痛的孩子到柳州市中医院就诊，在办理了住院手续后，孩子被诊断为左桡骨远端骨折。

按照西医疗法，孩子需要通过手术上钢板，经过一段时间的治疗后再进行二次手术取出钢板。权衡之下，主治医师使用了骨折手法复位、小夹板外固定，以及中医辨证施治等治疗方法，孩子在 7 天后康复出院，迄今没有出现复发再入院的情况。

从费用的角度看，本次治疗费用一共 3594.63 元。孩子如果做手术，需要花费 7679.89 元，中医疗法为患者节约了超过 4000 元。令人惊奇的是，医保基金与医院在本次治疗的结算过程中同样获得了收益：医保基金省下了 1535.98 元，医院获得了 2549.28 元的结余收入。

是什么造就了“患者少花钱、医院增收入、医保减支出、中医特

色得体现”的多方共赢局面?这要得益于柳州市在实施 DRG 付费改革的过程中，探索出的中医按疗效价值付费方式。

近日，柳州市医疗保障事业管理中心主任蓝志成接受了记者采访，他向记者回忆了柳州市中医药支付方式改革的点滴进程。

直面“中医西化”困局

在过往，医疗机构主要采取“据实结算”的按项目付费模式，实际医疗费用由医保基金与患者“被动买单”。医院使用的药品耗材越多、开具的检查越多，其收入就越高，容易诱发过度医疗行为。

患者“看病贵”的呼声日渐高涨，医保作为联动医疗、医药的经济杠杆，亟待支付方式上寻求变革。2021 年 11 月，国家医保局发布《关于 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》，“十四五”期间，DRG 与 DIP 两种预付制方式将双轨并进，取代按项目付费的模式。

早在 2017 年 7 月，柳州市就正式启动 DRG 付费改革。DRG 指的是疾病诊断相关分组，分组的逻辑是将疾病复杂程度相似、临床过程同质、资源消耗相近的病例归为一组。如根据治疗方式的不同，病例将被分为“内科治疗”“外科治疗”和“非手术室操作”三类核心组别。

而在医保付费方面，则是依照历史医疗数据为每一病组测算出定额付费标准，以打包定价的方式为各病组设定医保支付的“天花板”。如果实际医疗费用超出了“天花板”，则是由医疗机构自身消

化;反之结余部分可以留用。

更进一步来讲,柳州市选择的是 DRG 点数法付费模式。将各 DRG 病组价值以一定点数体现,年终再根据各医疗机构所提供医疗服务的总点数,以及统筹地区医保基金支出预算总额,确定每个点的实际价值,再按照各医疗机构实际总点数进行拨付清算。

可以看出,在 DRG 付费时代,医院在过往的收入将转变为成本,结余的医保基金方可成为收入,从而倒逼医疗机构提质增效,同时为医保基金和患者节约不必要的支出。

但值得注意的是,相较中医疗法而言,西医疗法使用的检查、化验、药品较多,加之 DRG 参考的临床路径均为西医治疗的临床路径,因此“外科治疗组”的支付定额一般都要高过“内科治疗组”,蓝志成很快意识到,这容易带来“中医西化”的导向。

“譬如有一些病例,既可以采取手术治疗,又可以采用中医非手术疗法达到同样的疗效,在政策导向下,有可能导致医疗机构都去做手术,继而使中医特色优势技术遭受冷落。”蓝志成解释称。

为了避免政策风险,中医按疗效价值付费的设想应运而生。其基本思路是“中西医同病同效同价”,即同一病种,采用中医疗法若能达到与西医疗法基本一致的疗效,则按照西医相应的 DRG 病组付费标准进行医保结算。

“中西医同病同效同价”如何保公平?

设想既已提出,进而就要考虑怎样落地,第一个难题就是如何进

行疗效评估。“理想的状态是纳入越多病种越好，但受诸多条件制约，我们只能优先选择临床治疗路径单一、疗效评估经济方便的病种进行疗效价值付费。就评价标准而言，治愈无疑比好转来得更有说服力。”蓝志成说。

骨科病种是最符合上述条件的。只要骨折局部肿胀减轻、疼痛缓解，X线片复查达到功能复位或解剖复位标准，就可以达到出院标准。目前，在柳州市19个按疗效价值付费病种中，骨科病种达到了15个。

除此之外，另一个争议的焦点则是此种支付方式是否会导致低指征入院。蓝志成告诉记者：“譬如腰椎间盘突出症是60岁以上老年人的多发病、常见病，如果没有压迫到神经，一般不必住院治疗。如果实施按疗效价值付费，有人就担心中医医院产生冲动，大量收治那些没有必要住院治疗的病人。在总额控制的前提下，入组病例的激增将会导致该DRG组的点值降低，继而使采取西医疗法的医疗机构的收入受到影响。”

为规避这一风险，柳州市打上了双重补丁。首先，达到入院手术指征的病例方可入组；其次，能够开展相关病种手术的医疗机构才可以进行疗效价值付费。

在对中医倾斜支付之后，如何解决中西医间的公平性问题？中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜告诉记者，尽管按疗效价值付费是非DRG支付方式，但只是在总额预算的前提下实现中医疗法与外科治疗组点数的替换，无需单独划拨预算。

在试点初期，为争取双方达成共识，按疗效价值付费病种依照西医相应 DRG 病组点数的 80% 予以拨付。从 2022 年起，除血栓性外痔和腰椎间盘突出症两个病种的点数系数仍为 80% 外，其余 17 个病种均已实现“中西医同病同效同价”。

柳州市还引入了“保质期”这一概念来保证医疗服务质量。当患者入院时，医院可以在中西医疗法中择其一开展治疗。若采取中医疗法，在 15 天内治疗未有效果的，可以退出按疗效价值付费，重新采用手术治疗，前期费用由医疗机构自行承担。患者在 3 个月内、3 至 6 个月、6 至 12 个月、12 至 18 个月、18 至 24 个月内复发的，医保基金相应只支付标准费用的 0、20%、40%、60%、80%，只有患者在两年以上不出现重新住院的，医保基金才会全额支付。

4 年努力推动多方共赢

自 2018 年 5 月启动以来，柳州市按疗效价值付费已走过了四度春秋。截至 2021 年 10 月，已有 17 个病种 2000 余份病例进行了按疗效价值付费，医保结算金额达 1818 万元。其中，医保基金节省 455 万元，患者医疗费用减轻 1231 万元，医疗机构额外获得结余奖励 776 万元。

廖藏宜评价说，柳州市在严格的准入指征和疗效保质期的规范下探索按疗效价值付费，使中医融入现行医保支付体系，继而发挥医保“约束-引导-激励”的运行机制优势，在医患保三方共赢的同时，又促进了中医药事业的传承创新发展。

2022年，柳州市在按疗效价值付费的基础上，进一步引入32个病种试行中医优势病种按病种点数法付费。

“由于目前按疗效价值付费病种较少，为进一步解决DRG付费改革的政策导向问题，加大对中医的倾斜力度，激发传承发展中医动力，我们通过大数据，筛选中医参与率较高，疗效与西医相比有相对优势的病种，以其运行成本为依据，单独测算付费标准，实行中医优势病种付费。这些病种的疗效评估与其它DRG病组病种一致，不必强求治愈。中医优势病种付费标准同样折算为DRG的点数，纳入费用总额控制范围。”蓝志成表示。

此外，柳州市还在中医优势病种或按疗效价值付费病种中遴选出15个治疗周期长、风险可控、需持续治疗的病种，开展中医日间病房治疗付费。

蓝志成解释称，日间病房是介于门诊和普通住院之间的一种治疗管理模式，符合住院条件但非看病治疗期间不须住院的患者，在每日治疗结束后，可以离院回家或是工作，其间产生的医疗费用将纳入医保住院报销。这项改革措施旨在打破过往“统筹基金管住院，个人账户管门诊”的藩篱，既提高了医疗服务效率，又使患者在减轻负担之余提升了生活质量。

至此，柳州市DRG付费下适合中医药特点的支付方式框架已基本健全，而蓝志成对未来仍然抱有期待。他说，先期按疗效价值付费的工作多由医保杠杆推动，未来希望医疗机构大力挖掘中医特色疗法，

实现按疗效价值付费病种的逐渐扩容；同时疗效评估体系也应以大数据为支撑，进一步走向科学化、标准化。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 付费方式下，公立医院实现可持续发展的 5 大运营策略

来源：中国医院杂志

近年来，取消药品耗材加成、带量采购、DRG 医保支付方式改革等政策不断落地，医改进入深水区。公立医院积极探索高质量发展的可行性方案，通过提质、降本、增效，减轻医院内部经济运行压力和政府的民生负担，依靠医院自身结余管理，建立可持续发展的运营之路，实现社会效益和经济效益的有机统一。公立医院在全国医疗体系中具有规模优势，作为国家医疗卫生健康事业发展的主力军，其经营状况的好坏，直接影响整体改革步伐和发展方向。2020 年 12 月，国家卫生健康委、国家中医药管理局出台《关于加强公立医院运营管理的指导意见》，为公立医院如何以公益性和医院发展战略为导向，加强内涵建设，向精细化管理要效益，以适当结余为医院维持稳定运营、积蓄发展潜能、促进医院可持续发展等指明了方向。

一、医院结余构成分析

在 DRG 付费政策下，将因住院诊疗产生的医院结余分为医疗结余和医保结余。医疗结余指医疗收入与成本之差，医保结余指 DRG 支付

标准与医疗收入之差，医院结余为医疗结余与医保结余之和。医疗结余与医保结余的比较关系决定了医院结余的盈亏结果(表 1)。

表1 医院结余构成分析

情形	医疗结余	医保结余	比较关系	医院结余
1	盈余	盈余	医疗盈余 > 医保盈余	盈余
2	盈余	盈余	医疗盈余 < 医保盈余	盈余
3	盈余	亏损	医疗盈余 > 医保亏损	盈余
4	盈余	亏损	医疗盈余 < 医保亏损	亏损
5	亏损	盈余	医疗亏损 > 医保盈余	亏损
6	亏损	盈余	医疗亏损 < 医保盈余	盈余
7	亏损	亏损	医疗亏损 > 医保亏损	亏损
8	亏损	亏损	医疗亏损 < 医保亏损	亏损

对于一所医院而言，情形 1、2、3、6 下，医院结余有盈余，其中情形 1 和 2，一般出现在大型公立医院。这类医院医疗技术和运营管理水平领先，成本管控到位，资源利用充分，临床路径标准化程度高，实现了医疗结余和医保结余都盈余。

情形 4、5、7、8，医院结余亏损，其中情形 7 和 8，一般出现在中小型或基层医院。这类医院接收和救治患者的能力有限，患者资源不足，选择余地较小，医院运行成本长期处于高位，相对容易进入收治并发症较多的患者会导致资源消耗过度，而不收又会造成资源闲置的恶性循环中。

二、医院结余形成分析

医院结余推导的过程，是分析结余形成原因，找准管控着力点和相应运营对策的过程。在 DRG 付费政策之下，以某患者为例，将住院医疗服务产生结余的过程拆解如下(暂不考虑超支合理分担的部分)。

1. 基本公式

公式(1): 医院结余=医疗结余+医保结余;

公式(2): 医疗结余=医疗收入-医疗成本;

医保亏损时, 公式(3): 医保结余=DRG 支付标准-医疗收入;

医保盈余时, 公式(4): 医保结余=(DRG 支付标准-医疗收入) × R,

其中 R 为医疗机构结余留用率。

2. 推导结果

当 R=100%时, 推导出公式(5): 医院结余=DRG 支付标准-医疗成本。

当 $R < 100\%$, 且医疗收入 $> DRG$ 支付标准(即每权重医疗费用 $>$ 费率)时, 为医保亏损病例, 医院结余推导公式同公式(5)。

当 $R < 100\%$, 且医疗收入

3. 结果分析

(1) 医疗机构医保结余留用率为 100%。此时, 医疗成本是医院可控的唯一变量, 提高医疗成本的管理水平和管控力度是获取医院结余的首要及主要措施。做好项目成本管理、DRG 病组成本管理和动态监管, 并将项目和 DRG 成本测算结果作为内部资源分配、新增项目定价、收费价格调整和 DRG 付费标准谈判的重要依据, 为医院内部精细化管理和争取外部支持打好基础。

(2) 医疗机构结余留用率低于 100%。此时, 医疗收入和医疗成本同为医院可控变量。一方面, 医疗收入的高低直接决定了该病组医保结余的盈亏情况; 另一方面, 医疗收入和医疗成本相互关联, 影响着

医疗结余。

①若医疗收入高于 DRG 支付标准，即为医保亏损病例，医院结余的盈亏由耗费医疗成本的高低决定。当医疗成本 $>$ DRG 支付标准时，医院结余为负，即医疗盈余不足以弥补医保亏损(表 1 中情形 4)或医疗结余和医保结余均呈亏损状态(表 1 中情形 7 和 8);当医疗成本

②若医疗收入低于 DRG 支付标准，即为医保盈余病例，此时医疗收入对医院结余的影响与医疗机构结余留用率呈负相关。医疗机构结余留用率越大，医疗收入对医院结余的影响越小。由公式(6)可得：
$$\text{医院结余}/\text{医疗收入}=1-\text{医疗收入成本率}+R\times(\text{DRG 支付标准}/\text{医疗收入}-1)$$
。当 $0\leq\text{医疗收入成本率}\leq 1$ 时，医疗结余为正，此时医院结余呈盈余状态(表 1 中情形 1、2);当 $1\leq\text{医疗收入成本率}\leq 1+R\times(\text{DRG 支付标准}/\text{医疗收入}-1)$ 时，医疗结余为负，医院结余呈盈余状态，即医保盈余足以弥补医疗亏损(表 1 中情形 6);当医疗收入成本率 $> 1+R\times(\text{DRG 支付标准}/\text{医疗收入}-1)$ 时，医疗结余为负，医院结余呈亏损状态，即医保盈余不足以弥补医疗亏损(表 1 中情形 5)。

4. 运营管理关注点分析

(1)关注医疗收入成本率。当医保基金紧张，医保盈余不能完全归医院留用时，还要关注医疗收入成本率对医院结余的影响，厘清医疗收入和医疗成本的因果关系，避免资源配置不当导致收支失衡。

(2)关注各 DRG 病组的内部结构。当合理结余仅部分归医疗机构

留用时，会出现每权重费用虽低于费率，但由于医保亏损金额>医保盈余归医院留用的部分，导致病组整体呈现亏损态势的情况，所以无论开展全院层面还是科室层面的 DRG 盈亏分析，都需将各病组内的盈余病例和亏损病例分开来看，找准盈亏原因，为决策提供正确依据。

(3)关注亏损病组的数量和内涵。关注医疗内涵，深入剖析亏损原因，分清是医疗成本过高导致的亏损，还是自费材料收入纳入 DRG 支付导致的亏损。建立起问题解决机制，为医院内部加强医疗管理和外部医保谈判做好充分准备。

(4)重视特异性分析。特异性分析是及时发现问题、解决问题的重要手段。通过对费用消耗指数或时间消耗指数异常患者的具体分析，查摆病组中是否存在医疗不足、不符合住院指征或存在大量非必要检查检验项目的情况，不断优化临床路径，提升医疗服务质量和效率，保障患者安全。

三、DRG 付费方式下医院规模、医疗结余、医保结余的关系

在现行 DRG 付费方式下，形成医院结余的医疗结余和医保结余息息相关，紧密联系。要提高医保结余就要合理减少医疗行为，而减少医疗行为直接影响医院收入规模，进而影响医疗结余。那么，公立医院如何在维护其公益性的前提下获取合理结余？首先，应提高医疗服务收入占比，以知识创造价值，增加可支配收入，形成高质量的医疗结余。其次，减少药品、耗材消耗，增加医保结余，促进医保资金的

合理使用。第三，减少非必要的检查、化验收入。这是一把双刃剑，在增加医保结余的同时也会影响医疗结余的形成。

随着医改的不断深入推进，医保政策从增量向存量优化转变，医院收入规模受到限制，结余空间不断减少，部分医院存在收不抵支的现象。政策的变革使医院获取合理结余的方式从追求收入增量转为以成本控制为核心，而获取结余方式的改变，倒逼医院转变运营管理理念和管理方式，从以床位数量和医疗收入作为医院发展目标的规模意识转向精细化管理和高质量发展，重视运营能力，完善评价体系，加强内涵建设，形成合理的收入结构和有效的成本控制，保持医疗结余和医保结余的动态平衡。医院通过业务梳理、资源配置和流程再造，将医疗业务、经济运行和运营管理深度融合，不断充实精细核算、精益管理、精准施策的管理理念，促进医院提质、降本、增效，争取社会效益和经济效益的双赢局面，以合理结余保障为人民提供公益性医疗服务的可持续性。

四、公立医院保持适当结余、实现可持续发展的运营对策

1. 转变运营管理理念和管理模式

医院应明确战略发展目标，建立适应 DRG 支付方式的新型运营管理体系。收入方面，以 DRG 评价指标为指引，通过资源配置式的全面预算管理和精细化成本核算，引导病种结构和收入结构调整，促进适应医院战略目标的学科体系建设和发展，依靠人才、技术获取更多数量的高权重患者，实现可支配收入增长。质量方面，以 DRG 病组为管

理单元，通过转变绩效考核方向，引导临床一线聚焦标准临床路径下的诊疗规范、医疗安全和治疗效果，重视质量管理和过程管理，实现医院内涵提升和高质量发展。成本方面，设置专科运营助理，通过业财融合下的精细化核算、分析和管理的，提高资源配置的合理性和使用的高效性，减少非必要消耗，以合理的成本费用获取适宜的运营效率。在收入、质量、成本等措施的合力下，实现医疗结余有盈余，保障可持续发展。

2. 建立科学的评价指标体系，对医院内部运营进行动态管理

在依靠规模产生效益的时代，医院大多以单一指标评价进行粗放式管理。而在 DRG 支付下，医院运营管理模式发生改变，评价方式也应随之变化。

公立医院绩效考核中的单一指标可以作为医院对外的主要成果展示，却无法对学科发展步伐、资源利用效率、病种结构调整、经济运行状况等进行客观、准确、综合的评价及动态管理，于是指标组合评价和评价结果修正思想迅速受到重视。CMI 和 DRG 组数相结合，可用于评价科室业务范围和医疗技术难度；出院均次费用和每权重医疗费用相结合，可用于考核医疗服务效率和资源使用效益，以及患者接受医疗服务的性价比；病组权重和结余相结合，可用于指导病种结构调整，促进分级诊疗；科室发展能力和成本控制能力相结合，可用于决策运营管理方向和资源配置倾向。多种指标组合方式为医院提供了不同视角的管理思路，横向、纵向和与标杆比较等评价方式为医院提

供了不同维度的管理视角，有利于医院提升管理效能，扩大合理结余的获取方式和途径，促进社会效益和经济效益双丰收。

3. 加快智慧医院建设步伐，利用信息化手段提升管理效能

打造智慧医疗、智慧管理、智慧服务“三位一体”的智慧医院。建立知识驱动和数据驱动深度融合的智能化医疗管理体系，以大数据、云计算对临床进行业务指导、实时控制和智能预警，保障患者安全，提升医疗服务质量和资源使用效率。打造功能实用、信息共享、服务智能的智慧服务体系，改善患者就医体验，提高人民群众就医获得感。建立行政管理服务平台，第一时间获取有效的信息资源，降低管理的滞后性，同时将内部控制标准融入到系统中，降低管理风险，促进医疗业务规范有序运行。管理信息发布的系统化、智能化、无纸化和审批流程的信息化、可视化，能够解决人力传输低效率、低质量问题，提升决策效率。智慧医疗、智慧管理、智慧服务“三位一体”的智慧医院建设方案可有效促进医院实现资源共享，提升管理水平和效率，降低运营成本，增加合理结余空间。

4. 建立数据质量管理制度，实现数据资产化管理，持续提升信息化产能

随着信息化、数字化、智能化、智慧化的 IT 技术在医院建设中的广泛使用，数据已从原来单纯的存储备份转变成为分析、决策、目标制定提供依据的基本要素，与人财物技并重，成为医院精细化管理和可持续发展的重要战略资源。

2021年，国家中医药管理局、国家卫生健康委联合印发《公立医院内部控制管理办法》，要求医院建立信息数据质量管理制度。医院应根据文件要求，建章立制，加强数据质量管理。一方面，通过不断修正改进以提高数据质量，形成数据治理和数据挖掘新思路，实现从数据收集到数据资源整合、再到数据资产管理的逐步升级，持续提升医院信息化产能。另一方面，在管理制度化信息化的同时，将制度指标化、指标数据化、数据标准化，提高制度的可执行性和执行的可衡量性，秉持“用数据说话，用数据管理，用数据决策”的理念，将数据循证的管理思想运用到医教研防和运营管理的方方面面，促进医疗资源转化和医疗价值增值。

5. 提升流程管理能力，实现提质降本增效

流程管理的能力影响着医院的管理竞争力。在医院运营管理模式转型进程中，管理竞争力逐渐成为医院的核心竞争力，是医院能否实现管理出效益，完成高质量发展、可持续运营的重要因素。

流程管理能够促进医院战略目标实现和价值链整合，而流程优化的过程则是转变发展方向、优化资源配置、规范医疗行为、提升管理效能和运行效率的过程。服务患者方面，梳理医疗业务流程，建立临床路径等标准管理体系，根据治疗效果动态调整资源投入，减少过度医疗，实现医疗安全、治疗效果和诊疗效率的有序提升；梳理医疗服务流程，减少患者在诊室、检查室、手术室等服务过程中的等待时间，提升服务效率，缩短平均住院日。行政管理方面，梳理行政审批、科

研管理、费用报销、物资申领和配送等流程中的内部控制风险点，降低风险成本，减少职能交叉重叠造成的管理冗余，提高工作效率。流程优化在保障医疗质量和安全的前提下，一方面要提高资源转化率，重视每份资源获得收益的能力；另一方面，应减少非增值作业导致的资源浪费，降低获取每份收入付出的成本。医院通过加强流程的合理性、收入的合规性和支出的必要性管理，从而获得合理结余，促进医疗事业稳步向前。

信息化系统上线的过程是将“管理制度化、制度流程化、流程表单化、表单信息化”的过程，也是流程梳理再造、数据互联共享的过程。医院应以总体战略为指引、以运营管理为抓手、以问题和结果为导向、以信息系统为辅助支撑，围绕医疗业务和管理业务的运转情况和资源配置情况，建立业务执行标准和动态调整机制，不断优化业务流程，形成PDCA螺旋上升的管理模式，实现提质降本增效、获取合理结余、保障可持续发展的总体目标。

五、结语

在我国健康医疗服务体系中，公立医院承担着满足人民群众基本医疗需求的主要责任和疫情防控的重要使命，其诊疗技术和救治能力深刻影响着全民健康管理水平。在新冠肺炎疫情防控常态化、财政资金紧张、医保基金压力大的环境下，公立医院依靠外部力量获得发展动力的空间变小。此时，医院必须通过精细化管理和高质量发展获取适当结余，为优化服务环境、促进人才培养、提升医疗技术提供必要

保障。无论是医疗结余还是医保结余，公立医院应始终肩负社会责任，秉承取之于民、用之于民的公益性服务理念，为患者提供高质量、高性价比、高获得感的医疗服务，为医疗事业发展做出应有的贡献。

[返回目录](#)

突破运营管理困境，医院如何用好大数据？

来源：医管新世界

随着医疗卫生服务事业的发展，医院运营管理实践中所涉及的内容也愈加复杂，利用大数据推动医院运营管理创新已成为新时期医院管理工作开展的重要任务，对于我国医疗服务事业发展具有重要意义。

医院运营管理压力增大

运营管理作为医院管理工作的核心，是帮助医院实现医疗服务资源管理调配的重要手段，包含内部管理、战略管理、营销管理三方面。

内部管理指医院内部制度管理、人力资源管理、医疗服务流程管理；战略管理是对所处区域内医疗市场发展的管理与分析；营销管理即协调医患关系，与患者建立良好沟通的基础。

随着医疗服务工作规模及医疗资源储备量的逐渐上升，医院运营管理实践面临的压力也越来越大。

大数据背景下医院运营管理创新的意义

大数据技术飞速发展，对医院医疗服务工作开展及运营管理工作发展具有重要意义：

1、促进医院信息化管理体系建设

管理信息化建设是缓解医院运营管理压力、提升运营管理效率和质量的必然途径。通过建立大数据运营平台，全面促进医院运营管理的大数据技术应用水平，是医院管理信息化建设的重要标志。

2、全面提升医院运营管理实效

基于大数据背景下进行运营管理创新，对海量医疗服务数据进行结构化、标准化治理，深入挖掘数据价值，从而产生更加具针对性和建议性的数据资源，为医院运营管理工作的开展提供高质量的数据分析指导，为医院决策提供数据分析支持。

大数据背景下医院运营管理实践中存在的问题

大数据技术的发展及管理信息化建设的逐渐落实，医院对基于大数据平台和技术的运营管理信息化建设重视程度逐渐提升，但在运营管理实践中，仍然存在一些现实问题：

第一，大数据平台智能化程度较低，无法基于高质量数据分析运营管理情况。目前，很多医院信息化建设侧重于 HIS 系统、电子病历系统中，对基于大数据技术的运营数据信息智能化分析与决策建议需求并不高难以发挥大数据技术平台对运营管理积极性建议的实现。

第二，技术平台局限于流程性记录，无法给予患者以医疗服务导向。医院目前使用的信息化系统局限于针对医生诊断与救治的大数据技术系统，制约了医院管理服务信息化建设的作用发挥，难以给予患者以医疗服务导向。

第三，信息交互性发挥较差，无法实现医院运营过程中信息的交互。目前医院运营管理实践中，对于内部制度管理、人力资源管理、医疗服务流程管理等内容之间的沟通渠道建设并不完善，难以实现管理工作中的有效沟通和提质增效。

大数据背景下医院运营管理创新的策略

进一步加强医院运营管理信息化建设，推动医院运营管理创新可从以下方面着手：

1. 强化大数据的信息挖掘能力，提升运营管理平台的智能化数据分析效果。

推动医院运营管理创新，首要任务就是解决当前医院运营管理信息化建设中信息管理平台数据分析智能化程度不足的现实问题。通过构建信息化运营管理平台，对数据库资源进行深度分析挖掘，全面提升医疗数据的高效利用为医院运营管理工作的高质量、高效率开展提供保障。

其次，将医院医疗服务中的医疗预警、人力资源考核中的绩效指引以及内部管理的精细化分析纳入在大数据运营管理平台中，为运营管理决策提供有效的数据分析支持。

2. 促进大数据与成本管理的融合，降低医院的运营成本投入。

降低医院医疗服务开展中的成本投入，以更低的运营成本投入来促进医院发展是医院运营管理工作的重要任务。需要注重大数据技术与成本管控的有机结合，深入分析成本投入使用中的不合理因素，并

加以调整。

3. 以患者服务为系统设计核心，强化大数据平台对患者的医疗服务导向作用。

在医院运营管理创新中，加强患者医疗服务管理的改革，为患者诊疗服务提供信息化管理引导，全面提升医疗服务流程管理的效率和质量。

大数据背景下医院运营管理创新对于医院医疗服务事业的发展有着积极的推动意义。在大数据背景下开展医院运营管理创新时，要注重大数据技术平台智能化分析的应用，实现大数据挖掘与成本管理的有机结合，并强化患者的医疗服务导向，全面提升医院运营管理的效率和质量。

[返回目录](#)

· 集中采购 ·

多地开展生物药集采，创新规则有哪些？

来源：米内网

生物制剂集采，多地开始迈步。

01 集采“无禁区”，多地开展生物药集采

11月16日，河北省医用药品器械集中采购中心发布《关于公示我省化学药品、生物制剂集中带量采购拟中选结果的通知》。

其中，热门品种人生长激素注射液(4IU/1.33mg/1ml/支)、注射

用人生长激素(4.0IU/1.33mg/1.0ml/瓶)等拟中选。



11月15日，安徽省医药联合采购办公室发布《安徽省2022年度部分化学药品及生物制剂集中采购文件(征求意见稿)》(以下简称《征求意见稿》)，开展安徽省2022年度生物制剂及部分化学药品集中采购，截止日期到11月17日。

早在今年年初，广东等11省联盟集采就曾纳入生长激素，也是生长激素首次进入集采。

一直以来，生物药及生物类似药都存在临床用量大、金额高等特点，随着集采越来越“无禁区”，生物药集采的必要性已经显现。10月，国家医保局在官网公布了大批对全国人大代表和全国政协委员的提案和建议的回复，对于生物药，国家医保局表示，将在现有集采成功经验基础上，结合生物药的特点，不断完善生物药集采规则。此前，国家医保局就公开表示，生物制剂议价采购和多家中选的提议，下一步将在工作中充分考虑。

近年来，生物类似药迅速发展，包括阿达木单抗、贝伐珠单抗、利妥昔单抗、曲妥珠单抗等在内的多个生物类似药已有多家药企获批。

02 生物药集采，各地规则创新

从多地生物药集采文件来看，规则不尽相同。以近期开展生物制剂集采的河北和安徽为例：

河北

1. 低价中标，引入“1.1倍”阈值，医疗机构自主分配

河北省医保局规定，同通用名下有1至3家企业申报的，报价最低的1家中选，并获得全部采购量。同通用名下有4家及以上企业申报的，申报价不高于最低价1.1倍(含)以内的药品全部中选，由医疗机构自主选择并分配采购量给中选企业药品。

虽然报价只要不高于最低价的1.1倍即可中选，但具体的采购量分配仍不明确。后续，厂家想要获得更多的分配量还是需要面对的难题。对于“光脚”企业而言，想要通过本次集采获得更多市场，如何让更多公立医院使用，仍然是不小的问题。

2. 集采最低价，价格联动

采购周期内，如果中选企业药品在其他省(市、区)产生新的更低的集中带量采购中选价格，企业应在30日内向河北省医用药品器械集中采购中心申报，并联动新的中选价格。

安徽

1. 降价环节引入专家谈判机制

专家依据论证会针对具体品规设置的具体降幅制定“谈判意愿价”，结合药品临床使用情况，对入围品规进行现场谈判，并要求企

业于谈判结束时给出“最终报价”。

这种通过专家压低集采品规价格的方式，是集采一种新的尝试，将价格的主动权移交到专家手中。不过，这也提醒参加本次集采的企业需要注意报价的底线。

2. 报价要求严格，需按照评价指标体系，多维度评判

从报价要求看，药品在首次报价后，还需按“综合评价指标体系”分别计算各组药品的综合得分。

首轮降幅 $\geq 50\%$ (与本药品的全国省级最低有效挂网价相比)的药品，综合评价“价格水平”得满分。

如果无集中带量采购集采中选价、2021年在安徽省无采购记录的申报药品，“首次报价”须低于2021年省药品采购平台同品规药品采购的有效最低价及该药品的全国省级最低有效挂网价。

首轮报价依然是本次集采的关键，想要产品中选，价格水平依然是重要考核指标之一，且其在综合评价体系的分值占比较大。

某品种同品规以安徽省或全国最低价挂网，如果是新上市的厂家，只能进行降价。

3. 增加零售药店，约定采购量扩大

本次药品集采约定采购量为全省公立医疗机构及医保定点社会办医疗机构和定点(零售)药店上报采购量基数的90%。

具体来看，本次集采不仅仅包括安徽省的公立医疗机构等，还直接包括了定点零售药店，采购范围扩大，同时，采购量也拓展到90%，

给了中选企业更多量的选择。

在“采购执行说明”上规定，医疗机构将优先使用本次药品集中采购中选药品，并确保完成约定采购量。医疗机构在优先使用本次药品集中采购中选药品的基础上，剩余用量可采购同品种价格适宜的其他药品。

也就是说，本次集采中选药品依然是医疗机构的优先选择，并作出了“确保完成约定采购量”的承诺，让参加的企业有了一定的把握。

《征求意见稿》明确，应参加集中带量采购不参与集中带量采购、以及未中选药品纳入“重点监控药品”目录，实施监管。

03 生物药有望纳入国采？

国采已经进行了七批，第六批国采为胰岛素专项，对生物药集采已经有了经验。

2021年2月，国家药监局药审中心发布《生物类似药相似性评价和适应症外推技术指导原则》，被业内称为生物制剂的“一致性评价”开启的信号。从近期国家医保局对全国人大代表和全国政协委员的提案和建议的回复来看，生物药集采仍然有较大的可能。目前，满足4家及以上的生物类似药已经有3个，分别是贝伐珠单抗注射液、阿达木单抗注射液、注射用英夫利西单抗。

米内网数据显示，贝伐珠单抗近年来在中国公立医疗机构终端的销售额增速均达两位数，2021年销售规模接近70亿元；阿达木单抗近两年在中国公立医疗机构终端的销售额增速均超过100%，2021年

销售额首次突破 10 亿元；注射用英夫利西单抗 2021 年在中国公立医疗机构终端的销售额约为 9 亿元。

药品名称	2021 年中国公立医疗机构终端		获批生物类似药
	销售额	原研厂家及市场份额	
贝伐珠单抗注射液	60 亿+	罗氏 (32.94%)	上海复宏汉森生物制药有限公司
			东曜药业有限公司
			海正生物制药有限公司;贝达药业股份有限公司
			百奥泰生物制药股份有限公司
			苏州盛迪亚生物医药有限公司
			山东绿叶制药有限公司;山东博安生物技术有限公司
			信达生物制药(苏州)有限公司
阿达木单抗注射液	10 亿+	艾伯维 (61.95%)	齐鲁制药有限公司
			上海君实生物医药科技股份有限公司
			正大天晴药业集团股份有限公司
			上海复宏汉森生物制药有限公司
			信达生物制药(苏州)有限公司
			海正生物制药有限公司
注射用英夫利西单抗	9 亿+	西安杨森 (99.92%)	百奥泰生物科技(广州)有限公司
			玉溪嘉和生物技术有限公司
			海正生物制药有限公司
			泰州迈博太科药业有限公司

仅这 3 种生物类似药的中国公立医疗机构终端的销售额已经在近 90 亿左右，而第六批国采(胰岛素专项)涉及的规模在百亿元。

虽然多地生物药的集采在规则及品种上有差异，但其脚步正在加速。

[返回目录](#)

第七批药品集采落地，药品价格将这样调整

来源：药智网

随着第七批国采基本在全国落地，除中选企业外的其他同通用名药品生产企业也迎来市场变局。

截至目前，第七批国采已经有 24 省份发布落地消息。与此同时，第七批国采未中选产品也迎来调价、调整医保支付标准，甚至暂停挂网等要求。

比如，甘肃近日发布关于第七批国采相关药品挂网申报结果的通知。根据这份通知，第七批国采药品集中采购相关药品共申报 710 个，其中拟暂停交易的就有 553 个，拟纳入监测结算系统交易的有 25 个，拟不予挂网的 31 个。

同日，天津发布第七批国采未中选品种价格调整工作的通知指出，同品种药品通过一致性评价的仿制药在天津市挂网数量达到 3 家，取消其他未通过一致性评价药品挂网。

国采已经进行到了第七批，每一批国采后，未中选产品的后续市场变迁一直是业内关注的重点。

经过对各地落地政策梳理，国采未中选的药品大多会面临调价、减量以及暂停挂网三种情况。

以梯度降价为标准，不得高于梯度降价结果。

符合第七批国采品种申报要求的未中选药品，价格不得高于该品种在全国其他未带量地区的供应价格(剂型、规格、包装应符合差比价规则)，不得高于梯度降价结果。

这主要针对的是原研药、参比制剂、过一致性评价产品，针对这些产品，即便没有通过降价中选国采，仍然需要根据相关标准梯度降价，以保留挂网资格。

同通用名同剂型仿制药，价格新规定。

不符合第七批国家集采品种申报要求的同通用名同剂型仿制药，不得高于中选品种和备供品种的供应价格(剂型、规格、包装应符合差比价规则)。

这主要针对的是未过一致性评价的仿制药，这类药品的价格需要降到中选产品和备选产品以下。

未过一致性评价药品，将面临出局。

同品种药品通过一致性评价的仿制药挂网数量达到3家，取消其他未通过一致性评价药品挂网。

这里主要针对的也是未过一致性评价的产品，按照《国务院办公厅关于开展仿制药质量和疗效一致性评价的意见》(国办发〔2016〕8号)规定，化学药品新注册分类实施前批准上市的其他仿制药，自首家品种通过一致性评价后，其他药品生产企业的相同品种原则上应在3年内完成一致性评价；逾期未完成的，不予再注册。

从多地发布的关于第七批国采未中选产品的通知来看，大批未过一致性评价的品种正在被暂停挂网。

多地集采未中选产品，价格新规定公布

随着第七批集采的落地执行，辽宁、天津等地均发布了国采未中选产品须按梯度调价的通知，原研药、参比制剂、通过国家质量和疗效一致性评价的仿制药等均需按照当地要求进行调价——即便不通过国采降价，只要同通用名品种被纳入国采目录，相关药企最终也要

面临降价命运。集采的降价外溢效应在持续发挥效力。

下面，选取 5 个省份的第七批药品集采落地实施相关文件，查看各地对于集采品种的价格是如何规定的。

上海

11 月 8 日，上海市医保局发布《关于本市做好第七批国家组织集中采购和使用有关工作的通知》，明确自 11 月 22 日起执行第七批药品集采中选结果，并明确第七批集采品种的医保支付政策。

对通用名纳入本市医保药品支付范围但价格高于中选价格的同通用名未中选药品(以下称“价高药”，备选药品除外)，按照“价格适宜”原则在梯度降价或限价后挂网公开议价采购。

在此基础上，为引导患者形成相应的用药习惯，对“价高药”适当提高个人自负比例(老红军、离休人员和一至六级残疾退役军人除外)。

本市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员使用“价高药”的，药品自负比例提高 10%(基本药物和医保甲类支付的药品)或 20%(其他药品)。

甘肃

9 月 27 日，甘肃省公共资源交易中心公布《关于开展第七批国家组织药品集中采购相关药品挂网申报工作的通知》，明确了第七批集采品种的申报价格和挂网规则。

1. 国家集采非甘肃中选药品。按照中选价格申报，纳入药品结算

及监测系统,不能按国家中选价申报的参照通过一致性评价药品联动规则挂网。

2. 原研药品(含参比制剂)。原研药品(含参比制剂)按照全国最低价申报(国家集采中选价格除外),并实行最低价动态协同。申报价格与甘肃中选价格相比,1.5倍以内的,纳入药品结算及监测系统;1.5倍以上的,已在甘肃挂网的保留原平台交易,未在甘肃挂网的新增至阳光平台挂网。

3. 通过质量和疗效一致性评价的仿制药品(含按照新化学药品注册分类获批的仿制药和《中国上市药目录集》内药品)。过评药品可比采购价是甘肃中选价2倍以上的,按照不低于可比采购价与甘肃中选价价差的50%降幅进行申报;2倍以内的,按照不高于可比采购价申报。申报价格与甘肃中选价格相比,1.5倍以内的纳入药品结算及监测系统(包括暂时无可比采购价的药品);1.5倍以上的,已在甘肃挂网的保留原平台挂网,未在甘肃挂网的新增至阳光平台挂网。

4. 未通过质量和疗效一致性评价的仿制药品。未过评药品申报价格应低于国家集采中选药品最低价,如其可比采购价低于国家集采中选药品最低价的,申报价格不得高于其可比采购价。此次药品挂网申报工作完成后,同品规通过质量和疗效一致性评价(包括原研药品和参比制剂)的药品在我省挂网达到3家及以上的,且能充足保障供应时,取消未通过一致性评价药品的挂网资格。未达到3家的,已在甘肃挂网的保留原平台挂网,未在甘肃挂网的新增至阳光平台挂网。

天津

11月14日，天津市医药采购中心发布了《关于开展第七批国家组织药品集中采购未中选品种价格调整工作的通知》，明确了未中选品种价格调整规则。

符合第七批国家集采品种申报要求的在天津市未中选药品，价格不得高于该品种在全国其他未带量地区的供应价格(剂型、规格、包装应符合差比价规则)，不得高于梯度降价结果。

不符合第七批国家集采品种申报要求的同通用名同剂型仿制药，不得高于其市选中品种和备供品种的供应价格(剂型、规格、包装应符合差比价规则)。

辽宁

11月10日，辽宁省公共资源交易中心公布《关于开展第七批国家组织药品集中采购未中选药品价格确认和梯度降价工作的通知》，明确了第七批集采未中选药品价格确认和梯度降价规则。

属于国家组织药品集中采购第七批范围内且已在辽宁省挂网采购的未中选药品，均需进行梯度降价。

1. 原研药、参比制剂、通过国家质量和疗效一致性评价的仿制药。

(1) 对于纳入上海市梯度降价范围且已在上海市完成梯度降价的原研药、参比制剂、通过国家质量和疗效一致性评价的仿制药，按照以下要求降价：

辽宁省当前挂网价格高于上海市梯度降价结果(以下简称红线价)

的产品，需降价至不高于上海市红线价方可继续挂网采购。

辽宁省当前挂网价格低于上海市红线价的产品，企业在申报价格时可填入当前价格并在“报价说明”中写明未降价原因。

(2)对于未纳入上海市梯度降价范围的原研药、参比制剂、通过国家质量和疗效一致性评价的仿制药，按照以下要求降价：

有同通用名、同剂型、同规格药品存在上海市红线价的产品，需降价至不高于该上海市红线价，且不得高于全国各省最低现行采购价。

无同通用名、同剂型、同规格药品存在上海市红线价的产品，需联动全国各省最低现行采购价。

2. 其它仿制药：未通过国家质量和疗效一致性评价的产品，须降价至低于国家组织药品集中采购(辽宁)同品种中选价格(剂型、规格、包装有差比关系的根据差比价规则计算)，且不得高于全国各省最低现行采购价。

江苏

11月11日，江苏省医保局发布《关于规范带量采购药品阳光挂网和支付管理有关事项的通知》，明确了江苏省平台已挂网的集中带量采购及期满接续采购产品挂网价格规则。

1. 国家带量采购未中选产品，挂网价格应符合国家联采办的梯度降价要求且不高于全国各省级现执行挂网价格中最低价。其中，未通过一致性评价的仿制药，挂网价格还不得高于《全国药品集中采购(江

苏)中选品种表》中同品种中选价格的最低价。

对价格不符合上述要求的已挂网未中选产品，暂停挂网，待其调整至符合要求后恢复挂网。

2. 省带量采购未中选产品，其阳光挂网价格应不高于全国最低价，同时按以下方法调整议价上限：

(1) 同品种未中选的最高价产品，根据其全国最低挂网价与同品种最高中选价格的价差倍数，由大至小排序，平均分为三档，分别在全国最低挂网价基础上下调 15%、10%、5%，形成该产品的议价上限(调整后议价上限低于 0.1 元的，以 0.1 元计)。

(2) 同品种未中选的其余产品，挂网价格应不高于未中选最高价产品调整后的议价上限。

对未按要求调整挂网价格(议价上限)的未中选产品，其采购使用情况将列入重点监测范围，并定期对医疗机构采购情况进行通报。

3. 在国家和省带量采购原中选但期满接续采购未中选的产品，以期满接续采购结果执行起 6 个月为过渡期，并予以单独标识。过渡期内，原中选企业仍以原中选价格供应，暂不纳入重点监测范围。

过渡期满后，原中选产品继续以不高于原中选价格供应的，参照过渡期要求管理。其中，原中选产品应调整的议价上限若低于原中选价格的，以原中选价格为议价上限，不再下调；调整后的议价上限若高于原中选价格的，其采购情况纳入重点监测范围。

第七批国采共有 295 家企业的 488 个产品参与投标，最终 217 家

企业的 327 个产品获得拟中选资格。围绕每一轮国采，不符合国采资质、不在中选产品队列的药品更不在少数。从全国多地的实践来看，撤网、降价、调整医保支付标准已经成为通行手段。在中选药品实现以价换量，政策保证采购的同时，其余产品也需要转而寻找新的市场出口。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

筹资的实践与难题：长护险能否全面推开的关键

来源：武汉科技大学文法与经济学院

党的二十大明确提出建立长期护理保险制度(以下简称“长护险”)。长护险是社会保险第六险，建立可持续的长护险制度，是二十大精神与社保制度完善的应有之义。经历了 2 次试点，长护险制度试点已经达到 49 个城市。目前试点城市都有发布相关文件，不少学者针对中国长护险的覆盖范围、筹资、待遇给付都进行了相关研究分析，为长期护理保险进一步的全面推开提供了依据。在长护险制度设计和试点实施过程中，资金筹集是其基础与核心，事关长护险制度的实施推广和可持续运行发展。

长护险制度筹资：49 个城市的经验

经全国 49 个试点城市经验的梳理，发现长护险制度试点的筹资实践可细化为三个方面：筹资方式、筹资水平以及筹资责任。

1. 筹资方式：多样化

我国长护险试点实践的具体筹资方式存在多样性和差异性。根据定额制和比例制两种筹资方式，地方试点筹资模式有三类：

一类是定额制，譬如，广州、安庆、齐齐哈尔和上饶等地区采取定额筹资方式，缴费金额由每人每年 40 元-180 元不等，各地区起始筹资标准差距较大，最多的是石景山区，筹资标准为 180 元/人/年，最少的是安庆市，筹资标准为 40 元/人/年。

一类是比例制，第一批试点的青岛、承德、荆门、重庆和上海这 5 个城市，以及第二批试点城市有天津、乌鲁木齐、福州、呼和浩特、昆明、晋城、南宁、盘锦和湘潭这 9 个城市采取比例筹资方式。虽然是按比例筹资的方式，但是各试点城市的缴费基数不同。以第一批试点城市为例，上海市是以职工医疗保险统筹基金的 0.5% 来筹集资金；青岛市和重庆市分别以职工医疗保险缴费基数总额的 0.3% 和职工基本医疗保险实际平均缴费基数的 0.2% 为标准来筹集资金。

还有一类是定额制+比例制，譬如，南通市按照城镇居民人均可支配收入的 0.3%，暂定 100 元的水平来筹集资金，长春和青岛也是采用这种混合制的方式。

2. 筹资水平：低水平起步阶段

正在试点的长护险制度处于低标准起步阶段，无论是定额制、比例制还是二者的混合制，总体筹资水平显著低于国际水平。以先行建制的德国和日本为例，德国自 2017 年起，保费由雇员和雇主各负担

一半，有子女的雇员需缴纳工资总收入的 2.35%，无子女的雇员缴纳 2.6% 的保费；日本现行长护险缴费来自于保费和税收，各占 50%；其中，第 2 号保险人缴费大约为工资和年度奖金的 1.55%。即便如此，日本政府也迫于财政负担过重，进行了多项长护险制度改革。

3. 筹资结构与筹资责任：非均衡化

总结 49 个试点城市的基本做法，发现长护险筹资主要有五条渠道，分别是基本医疗保险基金、政府的财政补助、个人缴费、企业缴费以及福利彩票公益金。依据地方实践责任主体的不同，可将长护险制度的筹资分为三个主要模式。

一是“一方负担”的基本医疗保险基金负担型，即长护险基金完全由基本医疗保险基金结余资金划拨，宁波市、广州市和天津市采用这种方式。

二是“两方负担”的“医保基金+X”共担型，即长护险基金由个人和企业各自承担一定比例，主要有“医保统筹基金+个人缴费”、“医保统筹基金+个人账户”以及“医保统筹基金+福利彩票公益金”这三种搭配。上海市和长春市的实践是医保统筹基金和个人账户；齐齐哈尔市和重庆市的做法是医保统筹基金和个人缴费；山东省潍坊市的做法是基本医疗保险基金和福利彩票公益金。

三是“多方负担”的混合负担型，即长护险基金来源于财政补贴、基本医疗保险基金、个人缴费、企业缴费和福利彩票公益金补助等，多采用“政府补助+医保统筹基金+个人缴费”，“政府补助+单

位缴费+个人缴费”，“政府补助+医保统筹基金+福利彩票公益金”这三种搭配。新疆石河子市的做法是医保统筹基金、财政补助和福利彩票公益金三个方面；再如江苏省苏州市、湖北省荆门市、山东省青岛市、江西省上饶市、河北省承德市等 9 个试点城市的做法是来自于财政补助、基本医疗保险基金和个人缴费三个方面。成都市、晋城市石景山区等 5 个试点城市的长护险基金来自于政府补助、单位缴费和个人缴费。

长护险制度筹资的最大难题：筹资责任的界定

从以上可知，长护险制度筹资的责任主体有政府、医疗保险基金、企业和个人。目前的试点筹资机制呈现碎片化的主要原因就在于筹资责任难以界定。

1. 筹资可永远依赖医疗保险基金吗？

前文将长护险制度的筹资模式分为以上三类，显而易见的是医疗保险基金在长护险制度中参与性很高。以第一批的 15 个城市为例，山东省青岛市和吉林省长春市的筹资 100% 来源于基本医疗保险基金；安徽省安庆市筹资来源基本医疗保险基金和个人缴费；其余 12 个试点城市基金的筹资来源大多来自于基本医疗保险基金、财政补贴、个人缴费或者福利彩票公益金等方面。可知，第一批试点的 15 个城市过度依赖医疗保险基金。

长护险依赖于或跟随于医保基金，这不是中国特例，国际上也是如此。另外，在法律层面，2021 年《医疗保障法(征求意见稿)》第

二十三条明确：国家建立和发展长期护理保险，解决失能人员的基本护理保障需求。这是长护险第一次被纳入法律，意味着医保制度在积极推进长护险制度。这可以从技术层面理解医保制度的良苦用心，因为由于一旦失能等导致的长期护理费用极其高昂，但是在医院的医疗护理与长期护理的费用又难以区分。因此，二者在同一个主管部门之下的“依赖关系”或“跟随关系”显而易见。

但是在学理上，医保制度与长护险制度的二者功能导向不同、各自化解风险不同，是两种不同的社会保险制度，长护险理应要独立建制、独立筹资。

况且，医保制度也没有能力长期被长护险制度依赖。因为随着老龄化的日益严峻，老年抚养比会逐渐上升，医保制度自身收支平衡也存在风险，自身负担会越来越重，而此时老龄化加深后长期护理需求越大。因此，从长远来看，医保制度也无力长期为长护险制度输血。

因此，尽管从法律上、管理部门归属以及技术操作上，长护险和医保有紧密联系，但是从学理上可知，长护险对医疗保险基金的依赖并非长久之计，长护险应该逐渐降低对医保制度的依赖，着眼于独立筹资、独立核算。

2. 政府是长护险制度的主要筹资主体吗？

通过国家统计局历年发布的数据可知，近些年来，政府在社会保障和就业支出、卫生健康支出以及科学技术支出等方面重点支出。虽然政府处于财力紧平衡，但其积极财政政策支出刚性不减，特别是加

大了对普惠性、兜底性民生支出的保障力度。在社会保障领域，政府以缴费补助、培育养老产业发展和老年护理产业扶持等形式积极推进长护险制度的发展。

虽然长护险是应对老龄化之举，但是老龄化的加深长远会抑制经济的增长，进而影响政府收入和支出，所以长护险制度不应将政府补贴作为筹资的主要来源。政府主导性建立长护险，是想依据社会保险制度的强制性扩大覆盖面，将更多人群纳入建制，积极发挥保险制度的大数法则功能，以保证长护险制度的长期可持续。若一味强调政府缴费作为建制的主体，则无异于福利国家的做法，与我国社会保险体制不相符合。所以政府不能也不应该是筹资的主要责任主体。

3. 最稳定的筹资来源主体是谁？

在国际上，德国、日本和韩国等都采取的是由个人、企业和政府共同付费的长期护理保险制度。其中，企业缴费和个人缴费是筹资的主体。《扩大长期护理保险制度试点的指导意见》也强调筹资以单位和个人缴费为主，单位和个人缴费原则上按同比例分担，以加强长期护理保险筹资的可持续性。这符合我们国家社会保障制度是以企业和个人缴费为主体的保险制度的应有之义，也只有企业和个人的缴费，才是长护险筹资的最稳定来源。

在建制初期，为促进各地积极试点，《指导意见》明确指出：“试点阶段，可通过优化职工医保统账结构、划转职工医保统筹基金结余、调剂职工医保费率等途径筹集资金，并逐步探索建立互助共济、责任

共担的长期护理保险多渠道筹资机制。”因此，南宁市在不增加总体费率的情况下，通过费率平移，长护险企业以0.15%的费率单独缴费，既不增加企业负担，又有稳定的筹资渠道。

长护险制度稳定筹资的解决对策

在上述三个问题的基础上，为长护险制度稳定筹资提出以下解决对策：

1. 构建真正意义上的多元化筹资渠道，逐步降低对医保基金的依赖性。

长护险试点看上去有多元化的筹资渠道，但是过于依赖医疗保险基金，并非真正意义上的多元化筹资。因此，建议建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制。对于职工人群，强调单位和个人缴费为主，起步阶段效仿南宁的做法不增加二者的负担；对于城乡居民，以政府补贴和居民缴费为主，探索其他社会性资金及慈善资金等其他力量参与进来。另外，地方政府财力有条件的地方可探索通过财政等其他筹资渠道，对特殊困难退休职工缴费给予适当资助。从长期而言，要通过建立长护险制度的活水之源，降低对医保基金的依赖性。

2. 形成动态调整的筹资机制，增强长护险制度的可持续性。

长护险制度的筹资水平处于低位，长期而言无法应对老龄化危机。国际上先行建制的国家，在长护险领域的改革经验丰富，它们的宗旨是要保证长护险制度的足额给付，因此建立与经济社会发展和保障水平相适应的筹资动态调整机制，对于人口基数大、未富先老的中

国，意义重大。建议基于科学测算护理服务相应的资金需求，在保障长护险制度的财务机制平衡的基础上，合理测算筹资水平。由此可见，各地人口结构的差异、护理服务市场的成熟度以及政府购买的水平等因素，均会影响到筹资能力、筹资水平和筹资机制的动态调整。荆门市关于筹资激励的做法有利于保障长护险制度的可持续性。

建议在经济条件允许的地方，建议适度提高各筹资主体的筹资标准，使长期护理保险的筹资水平与地区经济发展水平相适配。对于经济欠发达城市应优化产业结构、促进居民消费，保证宏观经济平稳持续增长，为长护险的试点提供财政资金支持，积极应对人口老龄化，为老龄人口提供护理支持。

3. 均衡责任主体的分担，并考虑到群体的差异性。

长护险制度的责任主体类似于社会保险领域的其他保险制度。前文关于政府、企业、个人和医保基金各自责任的行文，最终指向的是四者在制度中的责任分担不同，政府发挥的是主导性的责任，包括制度设计、基金管理、服务购买、政府补贴以及鼓励商业性长护险的发展等；企业和个人的缴费是筹资的主体，各自缴费责任的分担可以效仿国际上好的做法，实现二者责任均衡的同时兼顾效率与公平，一方面要通过缴费激励等措施提高参保效率，另一方面要通过特殊人群的补贴和费用减免增强长护险制度的公平性。具体各地政府、企业和个人，以及医疗保险基金各自的负担比例如何，要通盘考虑到老龄化指数、人均 GDP、医保基金余额以及老年护理服务市场的成熟度等因素，

基于精算平衡的缴费责任分担对于建立可持续的长护险制度极为重要。

[返回目录](#)

织密多层次医疗保障网：各地兜牢保障底线、便利异地就医、完善长期护理保险制度……

来源：人民日报

习近平总书记在党的二十大报告中指出：“社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器。健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系。”

近年来，我国社会保障体系建设驶入快车道，促进多层次医疗保障有序衔接、保障妇女儿童合法权益、完善残疾人社会保障制度和关爱服务体系……各地各部门不断出台相关政策措施，兜牢底线、保障民生，为人民创造美好生活奠定了坚实基础。

构建三重制度保障兜牢群众健康底线

“以前去看病，交钱的时候觉得非常‘肉疼’，现在交费配药，心里轻松了许多。”家住江苏省南京市六合区马鞍街道大圣村的居民许芳一边说一边掏出最近在江苏省肿瘤医院看病的药费单：总金额10193.20元，基本医疗保险支出7502.20元，大病保险基金支出1749.15元，医疗救助基金支出847.67元，医保基金支付总额10099.02元，个人支付94.18元。“用医保卡在机器上一刷，总共1万多块，自己只付了不到100元。”

今年 49 岁的许芳 2015 年确诊乳腺癌，当年做了手术，自费部分的大头是一种靶向药；2018 年转移到了肺部，这几年都是采取靶向药加化疗药的方式进行治疗，在她家的客厅里，绿色盒子的靶向药堆满了半个沙发。“这些只是一个月的量，没有参加医保的时候，自费要近 1 万元。”

许芳一家五口，早年间，夫妻二人在苏州打工，带着积攒下来的 10 万多元回到六合区老家，没想到第二年就查出恶性肿瘤。由于没有续上医保，加上手术，积蓄见了底。许芳抹起了眼泪说：自己生病后就不工作了，丈夫开公交车，每月到手 4000 多元，公婆拿着每月 535 元的城乡居民基本养老金，一家收入远远不够靶向药费用。

了解到这一情况，马鞍街道工作人员陆华琴上门介绍医保政策，许芳选择以灵活就业人员形式参加职工医保，并在 2018 年 11 月办下了低保，随后在江苏省肿瘤医院办理了门诊特病的认定。

这背后，是江苏省保障困难群众医疗的“三重制度”，让群众看病付得更少，报销补得更多，获得感更高。2018 年江苏省机构改革以来，医保部门统筹医疗救助与医疗保险资源，推进建设基本医保、大病保险、医疗救助互相衔接的综合医疗保障制度体系。在“保基本”方面，将适合门诊长期治疗的重特大疾病纳入门特保障范围，参照住院待遇保障，全省职工医保和居民医保政策范围内，住院医疗费用基金支付比例分别稳定在 85%和 70%左右；在“治大病”方面，对符合条件的困难人员，大病保险起付标准降低 50%，报销比例较普通患者提

高5至10个百分点;在“托底线”方面,将在县域定点医疗机构住院的救助对象个人自付费用控制在政策范围内住院总费用的10%以下。

“相信以后政策会越来越好,我要安心治疗,还要看着儿子娶媳妇,帮忙带孙子……”如今,许芳对未来充满了希望。

异地就医结算方便住院费用实时报销

一大早,河北省三河市医院住院部,患者王文军接到出院通知。女儿刘志慧收拾完行李后,拿上出院诊断证明、住院押金条等材料,径直来到医院一层大厅,先到咨询处盖章,然后到4号窗口办理医保报销手续,最后到6号窗口结算住院费用。前后不过10分钟,刘志慧便完成了母亲出院所需的所有手续。

“现在跨省异地就医非常方便,住院费用医保还能实时报销。就像这次,住院费用一共4705元,医保就直接报销了2520元,我只支付了2185元。”从窗口接过结算票据,刘志慧向记者展示起来。

刘志慧告诉记者,母亲王文军是天津人,一直在老家参加城乡居民医疗保险。前几天,王文军突然出现心率过速、胸口闷痛等症状,刘志慧赶忙带着她来到三河市医院救治。“一开始,我还担心异地就医的医保备案手续特别繁琐。”令刘志慧没想到的是,母亲这次的就医过程格外顺利。“办理住院时,工作人员发现我们是异地就医后,就指导我在网上进行备案。”点开“国家异地就医备案”微信小程序,按照提示输入患者个人信息,点击提交,很快备案便完成。“不用垫资,更不用跑腿,跨省异地就医直接结算真的太省心了。”刘志慧说。

“近年来，随着跨省异地就医直接结算的实行，来我院就医的异地患者越来越多。”三河市医院医保办主任马庆荣说，“过去异地就医患者就医后，需要全额负担医药费，还要等着复印病历，拿回参保地报销，费时费力，还得垫钱。跨省异地就医直接结算后，患者或家属只需在手机微信小程序或国家医保 APP 上备案后，即可在异地医保定点医院就医，不再需要提供任何资料，只需交自费部分，省时、省力又省钱。”

廊坊市医疗保障局四级调研员刘则红介绍，目前，廊坊市所有符合条件的住院定点医疗机构均已开通跨省异地住院直接结算业务，全市 66 家医疗机构开通了异地就医普通门诊费用直接结算。下一步，将继续做好跨省异地就医各项工作，积极扩大门诊费用跨省直接结算的定点医疗机构范围，进一步提升参保人的获得感、幸福感。

长期护理纳入保障失能人群减轻负担

这天，家住四川省成都市温江区春江里小区的曹加春特意起了个大早，在楼下迎接上门服务的护理师。

曹加春的丈夫袁小郎意外高位截瘫，已经卧床 20 多年，曹加春靠着低保和社会各界的救助勉强支撑起家庭。如今两人都已年过半百，丈夫心理状态也出现问题，抑郁症状严重，她护理时感到愈发力不从心。

2021 年，成都市长期护理保险将成年城乡居民纳入保障范围。在医保局干部的入户帮助下，曹加春为丈夫提交了失能申请，很快便

顺利通过评估，每月能获得 500 多元照护费，家里经济压力小多了。随着今年 7 月保障力度进一步提高，袁小郎还能享受专业护理人员每月两次上门护理服务，生活质量又提高了不少。

远远看到护理师韩苗苗，曹加春高兴地挥起手。走进家门，韩苗苗熟练地为轮椅上的袁小郎测量血压血糖、进行按摩。曹加春由衷感谢：“能享受这样的服务，我们过去想都没想过。”

“袁大哥的血压血糖数值偏低，要持续测量一段时间，我会根据数据帮他设计饮食方案。”韩苗苗给出建议。她在大学攻读的就是老年服务与管理专业，又在专业护理机构工作了 6 年，照顾失能人群经验丰富。每次上门她也会将一些护理技巧教给曹加春，还会为袁小郎做些心理疏导。

如今，曹加春不仅经常向护理师请教专业知识，还会经常参加温江区组织的照护规范化培训。“给患者翻身的技巧、如何预防和治疗压疮等，培训班讲的都是我们最紧缺的知识。”曹加春说。

近年来，温江区探索构建“亲情+专业”的照护服务模式，通过培训提高失能者亲属居家基础照护能力，配合护理机构提供的上门专业照护。“这样可以让失能人群最大程度地获得生活独立和人格尊严，也能减轻家庭经济负担。”温江区医疗保障事务中心主任吴娇说。

目前，温江区已实现长期护理保险全覆盖，参保人数达 63.66 万人，累计拨付长期护理保险保障资金 4036.96 万元。吴娇表示，温江区正探索长期护理保险与公共卫生、基本医保之间的有效衔接机制，

引导乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗机构为失能人群提供更多关照。

经过护理师的帮助，袁小郎身心状态大有改观，不爱出门的他现在坚持每天在小区摇轮椅运动 2 小时。“我要健康地活下去，把日子越过越好。”袁小郎说。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

重庆垫江：基本建成市区域中医医疗中心

来源：中国医药报

自 2013 年 7 月被纳入国家中医药综合改革试验区建设以来，重庆市垫江县紧紧围绕“完善基层中医药服务体系，提高基层中医药服务能力和制定中医药服务补偿政策”，多措并举发展中医药事业，形成了中医诊疗、保健、康养、医药全面发展的新格局，县乡村服务体系逐渐健全，基本建成了重庆市区域中医医疗中心。

一是以机制建设为重心，健全组织架构。成立了由垫江常务副县长任组长、分管副县长任副组长，相关部门为成员的垫江县中医药联席会议工作制度。出台了《垫江县中医药发展“十四五”规划》《垫江县人民政府办公室关于加快中医药事业发展推进中医强县建设的意见》，对中医药服务体系、人才建设、政策保障给予明确。设立了垫江县中医药发展办公室，内设中医管理科、中医药产业发展科，指

导全县各级医疗单位中医药相关工作。

二是以财政投入为保障，改善硬件设施。强龙头，抓示范引领。投入 1.8 亿元建成 6.8 万平方米的县中医院外科大楼和内科大楼，投入 2000 万元完成县人民医院中医馆装修及 6000 平方米业务用房改建。县人民医院、县中医院分别创建成功全国综合性医院中医工作示范单位、全国中医类别住院医师规培基地。建枢纽，抓基层推进。投入资金 6518 万元，完成 26 个乡镇卫生院(社区卫生服务中心)标准化建设，新增中医医疗业务用房 5125 平方米，开设了中医门诊、中药房、煎药房、治未病工作室等中医科室。全县 26 个基层医疗机构标准化中医药综合服务区实现全覆盖。固网底，抓全面覆盖。打造中医药特色村卫生室 50 个，全县 271 个行政村卫生室均配备牵引床、中医微波治疗仪等医疗设施。县、乡镇、村(社区)的医疗机构中医药适宜技术覆盖率、中医药参与预防保健率达 100%。

三是以队伍建设为支撑，强化人才培养。开通中医药人才引进绿色通道，在每年招聘计划中，将 30% 以上的名额用于招聘中医药人才。对紧缺优秀的中医药人才不需公招考试，直接考核录用，引进研究生以上学历的中医药类人才，不受编制限制。推行县管乡用、乡聘村用模式。在县人民医院、县中医院设置基层卫生服务岗 100 名(中医占比超过 40%)，新进人员进行住院医师规范化轮训后，下派基层卫生院服务三年，下派期间待遇由县财政全额保障。探索绩效奖励机制，建立名中医、中医硕导津贴机制，探索试行《乡镇卫生院临床一线中

医药人员补助办法》和《中医药服务绩效考核办法》，实行奖勤罚懒、奖优罚劣，调动中医药人员积极性。

四是以能力建设为核心，注重内涵发展。强化学科建设。全县建成风湿病科、中医肿瘤科 2 个国家级中医重点专科，1 个国家级中医特色专科针灸科，骨伤科、心病科等 10 个市级中医重点专科。启动建设风湿病科 1 个市级中医名科，儿科、护理学等 4 个市级中医重点专科，乳腺外科、皮肤科 2 个市级中医特色专科，中医痹病学、中医护理学 2 个市级中医重点学科建设项目。广泛组织中医药“一揽子”知识培训、“西学中用”及名老中医师带徒活动，对年轻医生实行传、帮、带的师承教育。开展中医药技术方法 88 种，中医适宜技术 16 种。

五是以预防保健为外延，突出中医特色。运用中医药知识和方法开展优生优育、生殖保健和重点人群健康保健。县中医院成立“中医治未病”中心。各乡镇卫生院开展老年人中医体质辨识和儿童中医调养，对农村相关危险因素进行中医药行为干预。开展中医药文化节，利用电视台、健康教育专栏、宣传标语等媒介，广泛普及中医科普知识；结合实际开展中医药健康知识咨询、中医药健康教育讲座和中医药预防保健宣传，引导居民学习和掌握中医药养生保健知识等。

[返回目录](#)

四川省发布 15 项新政，将于 2025 年建成全国一流中医药创新高地

来源：四川省中医药管理局

四川省科技厅联合四川省中医药管理局发布《关于实施中医药创

新工程建设中医药创新高地的意见》将在 2025 年将在四川初步打造全国一流的中医药创新高地。

近日，四川省科技厅、省中医药管理局联合印发《关于实施中医药创新工程建设中医药创新高地的意见》，提出 4 方面 15 项具体举措，明确到 2025 年，突破一批中医药关键核心技术，建设一批中医药特色创新平台，初步建成全国一流的中医药创新高地。

1、实施中医传统理论和诊疗技术创新工程

加强川派中医传统理论研究，深入推进“天回医简”等出土医药文献与文物考古研究，理清中医药传承创新发展脉络；发掘、整理名老中医传统诊疗经验，推动川派中医名家临床经验与学术思想的数字化传承。提升中医防治重大疾病和传染性疾病预防能力，建立中医药防治重大疾病的循证研究方法体系和临床研究数据库，研发具有中药特色的临床评价方法学体系和关键支撑技术，开展中医药参与重大突发公共卫生事件应急处置路径和方法研究。推进川派中医优势病种诊疗手段创新发展，深入开展川派中医优势病种研究，传承创新临床精准诊疗方案；研究针灸经穴效应的生物学基础和调控规律，开发以针灸为代表的非药物疗法的临床研究范式。推动康复与治未病关键技术研究。

2、实施中药资源开发和产业发展创新工程

加强川产道地药材种质资源创新利用，开展道地和特色药材药效物质基础研究，加快川产道地药材无公害标准化种植、林下种植、生

态种植、野生抚育和仿野生栽培关键技术攻关。

开展中药饮片与配方颗粒关键技术攻关，发掘“川派炮制”原理，制定工艺规范，改进中药饮片智能化关键技术设备；开展配方颗粒单味浓缩、药效一致性评价和药渣综合利用转化研究。加强创新中药研发，开展传统经典名方效用解析及配伍规律研究、中药药效活性成分作用效果和机制研究，遴选川产中成药大品种和特色民族药品种，开展二次开发研究。

3、施中医药科技能力创新工程

建设医教研一体化中医创新平台，提升中医临床医学研究规范性和技术转化质量；构建产学研协同中药创新平台，推进西南特色中药资源国家重点实验室和国家中药种质资源库等基础平台建设。

同时，引育中医药高水平创新人才，优化中医药创新环境，支持中医药科技创新成果转移转化平台建设。

4、实施中医药科技合作创新工程

推动川渝合作开展中医优势领域的中西医结合诊疗方案研究，共同开展共有道地中药材标准化种植和加工技术研究；落实四川与澳门、四川与香港中医药发展战略合作协议科技创新重点任务，共建四川澳门中医药创新联合实验室等。加强中医药国际科技合作，通过“引进来”和“走出去”相结合，推动中医药参与国家战略性科技创新合作与政府间国际科技创新合作。

[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