

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2022年第52期

(2022.12.26-2023.01.01)

医保

医疗

医药

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

• 分析解读 •

▶ [盘点：2022 年医疗行业 10 大重磅政策](#) (来源：医学界智库) ——第 7 页

【提要】2022 年在医疗史上应该是很特别的一个年份。这一年，疫情的反反复复给医疗行业带来了极大影响，新医改也走到了深水区，众多政策的沉淀也到了该定型的时候，然而由于圈内人都常处应急状态，很多政策只是露了个面，而尚未落地实施，但这些政策注定会影响到下一年甚至未来很多年。年末，主要从政策影响力大小和持久度两方面做一盘点，遴选了 10 大政策。

▶ [专家解读：国家医保局出台“取消医保不合理限制”的背景及调研情况](#) (来源：新康界) ——第 20 页

【提要】日前，国家医保局官网发布了《关于全面排查并取消医保不合理限制的通知》。将重点排查医保在协议管理、预算管理、审核结算、考核评价、基金监管等方面是否存在不合理限制和要求，直接或间接导致医疗机构在为参保人员提供医疗服务过程中，产生不方便甚至损害参保人员利益的行为。

• 疫情防控 •

▶ [新冠肺炎更名，实施乙类乙管，基层医疗机构迎来“设备升级潮”！](#)

(来源：健康界) — 第 32 页

【提要】“乙类乙管”意味着对新冠病毒感染者不再实行隔离措施，不再判定密切接触者；不再划定高低风险区；对新冠病毒感染者实施分级分类收治并适时调整医疗保障政策；检测策略调整为“愿检尽检”；调整疫情信息发布频次和内容。依据国境卫生检疫法，不再对入境人员和货物等采取检疫传染病管理措施。这一调整还宣告对新冠病毒社会面管控的再一次放开，并对医疗机构传达了“乙类乙管”时期的新任务，将加强对基层医疗机构设备配置和升级改造，夯实基层医疗力量，实现发热门诊、诊室的覆盖。

[▶ 新冠回归乙类管理后，医院就诊需要自费吗？](#) (来源：第一财经)

——第 44 页

【提要】国家卫生健康委发布公告，将于 2023 年 1 月 8 日将新型冠状病毒感染从“乙类甲管”调整为“乙类乙管”。此番调整之后，执行近三年的新冠医保支付政策将如何调整？记者采访的多位医保业内人士认为，新冠病毒感染回归“乙类乙管”后，医保的报销政策也将逐步回归常态化管理，即正常纳入医保乙类传染病的支付管理，患者就医时根据医保政策刷卡结算。国家医保局近日提出，要全力服务疫情防控大局，优化调整医保疫情防控政策，持续降低疫情防控药品耗材等价格，切实保障好群众就医问药。

• 医疗改革 •

[▶ DRG/DIP 支付体系设计思路看医保改革的目的](#) (来源：中科厚立)

——第 49 页

【提要】在 2022 年第 51 期医周药事医院管理的篇幅中(DRG/DIP 支付改革政策背景分析看公立医院发展新思路)，我们了解了医保支付改革产生的历史背景和医保局成立的原因，我们再来详细分析 DRG/DIP 支付体系的架构设计，才能实现在“创造一个医院之间相互竞争的‘市场化’环境竞争中，提升医院管理能力，挤出医院在资源管理和低效率服务等浪费”的预设目标。

[▶ C-DRG 收付费制度改革的政策协同](#)（来源：金豆数据）——第 53 页

【提要】随着三明医改的深入推进，三明市不断深化医保支付方式改革，特别是在三明医改进入“治未病、大健康”的第三阶段以来，坚持“人民至上、健康至上”的理念，坚持以人民健康为中心，探索实行医保基金总额和 C-DRG “双打包”支付制度，形成了总额控制下以 C-DRG 收付费为基础，按项目、按床日、按日间手术付费等多种支付方式共存的多元复合支付方式。

• 养老健康 •

[▶ 《中国城市养老服务需求报告 2022》发布：城市居民养老生活呈现三段式新特征](#)（来源：金融时报-中国金融新闻网）——第 59 页

【提要】选择居家养老、社区养老还是养老机构养老？当我们还在衡量三种养老方式的利弊，不知如何选择时，近日由中国老年学和老年医学学会老龄金融分会、清华大学银色经济与健康财富发展指数课题

组、大家保险集团联合发布的《中国城市养老服务需求报告 2022》(以下简称《报告》)给了我们新的思路：全都要。

▶ [全面解封后，养老机构的“冲击和压力”才刚刚开始](#)（来源：新华养老周刊）——第 63 页

【提要】我国老年人新冠病毒疫苗接种情况如何？与其他国家相比，为何我国老年人疫苗率偏低？老年群体不接种疫苗，致死率有多高？养老院大规模的疫苗接种对于防止新冠感染是否有效？全面放开后，养老机构如何面临“不设防的疫情冲击”？

• 医保快讯 •

▶ [年初政府工作报告中的医保工作，现在完成得怎么样了？（上）](#)
（来源：中国医疗保险）——第 72 页

【提要】3月5日，国务院总理李克强在第十三届全国人民代表大会第五次会议上作2022年《政府工作报告》(以下简称“《报告》”)，总结了2021年里我国取得的成就，同时对2022年的各项重点工作做出部署。《报告》中所涉及的医保工作，今年完成情况怎样了？中国医疗保险为你做简要梳理。

▶ [年初政府工作报告中的医保工作，现在完成得怎么样了？（下）](#)
（来源：中国医疗保险）——第 82 页

【提要】3月5日，国务院总理李克强在第十三届全国人民代表大会第五次会议上作2022年《政府工作报告》(以下简称“《报告》”)，总结了2021年里我国取得的成就，同时对2022年的各项重点工作做

出部署。《报告》中所涉及的医保工作，今年完成情况怎样了？中国医疗保险为你做简要梳理。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

盘点：2022 年医疗行业 10 大重磅政策

来源：医学界智库

2022 年在医疗史上应该是很特别的一个年份。这一年，疫情的反反复复给医疗行业带来了极大影响，新医改也走到了深水区，众多政策的沉淀也到了该定型的时候，然而由于圈内人都常处应急状态，很多政策只是露了个面，而尚未落地实施，但这些政策注定会影响到下一年甚至未来很多年。年末，主要从政策影响力大小和持久度两方面做一盘点，遴选了 10 大政策。

强基层利好政策连发，基层有望强起来

基层医疗卫生机构是基本医疗和公共卫生服务的重要载体，要突出强基层，把更多的财力、物力投向基层，把更多的人才、技术引向基层，切实增强基层的服务能力。要加大城乡基层医疗卫生机构改造和建设力度，加快推进以培养全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，使更多的城乡居民不出社区、不出乡村就能看上病，逐步使基层医疗卫生机构成为群众看病就医的首选之处。这是 12 年前强基层发出的最强音。

然而基层并没有如愿强起来。2018 年人们意识到，没有群众认可的医疗服务，强基层就是空话，于是提出开展优质服务基层行活动，

次年又提出开展社区医院创建。而强基层政策最集中出台的还是今年。

6月2日，国家卫健委印发关于深入开展“优质服务基层行”活动和社区医院建设的通知(国卫办基层函〔2022〕183号)。通知要求，“十四五”期间，力争使乡镇卫生院、社区卫生服务中心普遍达到服务能力基本标准，部分达到推荐标准。各地要主要依托城市社区卫生服务中心全面推进社区医院建设，支持符合医疗机构设置规划和二级综合医院基本标准的社区医院设置成为二级医院，并按照有关规定参加医院评审。对常住人口较多、区域面积较大的县，要按照“十四五”医疗卫生服务体系规划和《国家卫生健康委关于印发医疗机构设置规划指导原则(2021-2025)的通知》(国卫医发〔2022〕3号)有关要求，在县城之外选择1-2个中心卫生院，在达到推荐标准基础上，进一步加强医疗服务能力建设，逐步使其达到二级医院服务能力。

7月12日，国家卫生健康委又印发卫生健康系统贯彻落实以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针若干要求的通知(国卫基层发〔2022〕20号)，要求各级卫生健康行政部门要从深刻把握“两个确立”和坚决做到“两个维护”出发，充分认识基层卫生健康工作在建设健康中国、积极应对人口老龄化和乡村振兴等国家战略中的基础性作用，认真贯彻落实《若干要求》，加强组织领导，完善工作方法，健全工作机制，实化工作措施，切实加大投入，着力推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉，把更多的注意力、精力、财力、物力投

向基层，把更好的人才、技术、管理、机制引向基层，不断夯实基层基础，加快推进基层卫生健康高质量发展。

7月20日，国家卫健委修订印发了乡镇卫生院服务能力标准(2022版)、《社区卫生服务中心服务能力标准(2022版)》并制定印发了《村卫生室服务能力标准(2022版)》3项服务能力标准，对加强儿科建设、提高合理用药水平和提升家庭医生签约服务、老年人服务、儿童服务、中医药服务能力以及加强安全生产等提出新的要求。同时，要求各地要及时加强基层卫生管理人员、卫生技术人员和复核专家培训，全面理解新版《标准》内容，准确把握能力提升内涵。2022年起，申报达到能力标准的基层医疗卫生机构要对照新版《标准》开展自评，各级复核评价要以新版《标准》为依据开展。对2022年以前达到能力标准尤其是推荐标准的机构，要用3年左右的时间按照新版标准开展复核评价“回头看”，发挥新版《标准》导向作用。

11月21日，国家卫生健康委办公厅关于建立动态调整机制加快推进基层卫生健康综合试验区建设的通知(国卫办基层函〔2022〕403号)印发。通知根据《国家卫生健康委办公厅关于开展基层卫生健康综合试验区建设的通知》(国卫办基层函〔2021〕443号)决定在8个原有试验区基础上，新增北京市密云区、广西壮族自治区防城港市上思县、海南省东方市、贵州省遵义市习水县等4个试验区并实施统一管理。

11月24日，国家卫健委印发关于深入开展“优质服务基层行”

活动加强基层医疗卫生机构绩效评价的通知(国卫办基层函〔2022〕410号)以充分发挥绩效评价的导向作用,提高基层医疗卫生机构服务能力和效率,而且将绩效评价结果作为国家基本药物制度补助项目等资金的绩效分配因素。

九版方案与两个导则,不但指导疫情防控而且为今后医院建筑设计和流程再造提供了借鉴

如果要盘点 2022 年医疗行业重磅政策,毫无疑问,有关疫情防控方面的政策注定占据最重要的地位。3 月 11 日,国务院应对疫情联防联控机制综合组印发新冠病毒抗原检测应用方案(试行),决定在核酸检测基础上,增加抗原检测作为补充。

3 月 14 日,国家卫健委办公厅和国家中医药局办公室联合印发了新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)提出,根据“奥密克戎变异毒株患者以无症状感染者和轻型病例为主,大多不需要过多治疗,全部收治到定点医院会占用大量医疗资源”,决定对病例实施分类收治:1. 轻型病例实行集中隔离管理,期间应做好对症治疗和病情监测,如病情加重,应转至定点医院治疗。2. 普通型、重型、危重型病例和有重型高危因素的病例应在定点医院集中治疗,其中重型、危重型病例应当尽早收入 ICU 治疗,有高危因素且有重症倾向的患者也宜收入 ICU 治疗。

8 月 12 日,国家卫健委、国家发改委、住建部联合印发方舱医院设计导则(试行),明确方舱医院是快速、大量、集中收治新冠肺炎

轻症患者及无症状感染者的建筑及其配套设施。方舱医院的选址应符合当地城镇规划、疫情防控工作、社会稳定性风险评估和环保评估等的要求，宜预留扩展条件。按集中收治轻症患者与无症状感染者的医疗功能需求划分功能区域，主要包括院前区、收治区、清洁工作区、卫生通过区等。院前区、收治区为污染区；清洁工作区为清洁区；卫生通过区为缓冲区。

8月11日，国家卫健委、国家发改委、住建部、国家疾控局联合印发集中隔离点设计导则(试行)。明确集中隔离点是对新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者的密切接触者、密切接触者的密切接触者(密接的密接)、入境人员及高风险职业人群等相关规定要求的人员，进行集中隔离和医学观察的建筑及其配套设施。要求集中隔离点的选址应符合当地城镇规划、疫情防控工作等的要求，宜预留扩展条件。集中隔离点应按照隔离观察区、工作服务区、卫生通过区合理分区，各区的建筑布局、机电系统设置应满足疫情防控要求，并兼顾平时使用功能。

6月28日，国务院应对疫情联防联控机制综合组印发了新型冠状病毒肺炎防控方案(第九版)的通知。方案制定的基本依据是全面落实“外防输入、内防反弹”总策略和“动态清零”总方针，根据新冠肺炎乙类传染病甲类管理的要求，坚持“预防为主、防治结合、依法科学、分级分类”的原则，坚持常态化精准防控和局部应急处置相结合，按照“及时发现、快速处置、精准管控、有效救治”的工作要求，

坚决防范境外疫情输入和境内疫情反弹。坚持科学精准防控，落实“早预防、早发现、早报告、早隔离、早治疗”措施，进一步加强源头管控，坚持人、物、环境同防，加强重点时段、重点地区、重点人群疫情防控，提高监测预警灵敏性，及时发现散发病例和聚集性疫情，有力、有序、有效处置疫情，做到发现一起扑灭一起，以最短时间、最低代价将疫情控制在最小范围，切实维护人民群众生命安全和身体健康，最大限度统筹疫情防控和经济社会发展。

印发推荐目录和质量管理暂行规定，为日间手术架桥铺路

日间医疗，是指医疗机构在保障医疗质量安全前提下，为患者提供 24 小时内完成住院全流程诊疗服务的医疗服务模式。以日间手术和肿瘤日间化疗为代表。自 2015 年起，国家便将“推行日间手术”作为改善医疗服务行动的重要措施提出并着力推进。2021 年，国务院办公厅发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》，将发展日间手术作为提升医疗资源使用效率的重要手段。为进一步大力推进日间手术开展，2 月 25 日，国家卫健委印发日间手术推荐目录（2022 年版），涵盖 708 种各科手术作为日间手术病种。11 月 23 日，又印发了医疗机构日间医疗质量管理暂行规定，对日间医疗质量管理的组织建设、制度规范、流程管理等各个方面提出了基本要求，并明确了卫生健康行政部门的监督管理职责。

出台评价指标，为公立医院高质量发展立航标

推动公立医院高质量发展无疑是近年最为热门的话题。2021 年 5

月，《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》印发。但如何评价确保高质量发展做真做实，7月31日，国家卫健委印发了公立医院高质量发展评价指标(试行)的通知(国卫办医发〔2022〕9号)。评价指标在公立医院绩效考核相关指标基础上，按照公立医院高质量发展要求，充分考虑公立医院资源消耗、专科服务能力建设等内容，围绕党建引领、能力提升、结构优化、创新增效、文化聚力等五方面内容建立指标体系。

国家限制类技术目录和临床应用管理规范印发，医疗机构开展医疗技术服务，应当与其技术能力相适应

医疗技术，是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的医学专业手段和措施。国家建立医疗技术临床应用负面清单管理制度，对禁止临床应用的医疗技术实施负面清单管理，对部分需要严格监管的医疗技术进行重点管理。其他临床应用的医疗技术由决定使用该类技术的医疗机构自我管理。医疗机构对本机构医疗技术临床应用和管理承担主体责任。医疗机构开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗机构主要负责人是本机构医疗技术临床应用管理的第一责任人。对于临床应用安全性、有效性不确切；或存在重大伦理问题；或该技术已经被临床淘汰；或未经临床研究论证的医疗新技术之一的禁止应用于临床(即禁止类技术)。禁止类技术目录以外并具有“技术难度大、风险高，对医疗机

构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的；需要消耗稀缺资源的；涉及重大伦理风险的；存在不合理临床应用”之一的，作为需要重点加强管理的医疗技术(即限制类技术)，由省级以上卫生行政部门严格管理。为进一步加强医疗技术临床应用事中事后监管，做好限制类技术临床应用管理，保障医疗质量和医疗安全，4月20日，国家卫健委办公厅印发了国家限制类技术目录和临床应用管理规范(2022年版)。目录包括人工智能辅助治疗技术等12种。

“千县工程”首批医院名单公布，进行动态管理

进一步巩固县医院综合能力建设积极成果，持续提升县医院综合能力，2021年10月国家卫生健康委办公厅印发“千县工程”县医院综合能力提升工作方案(2021-2025年)。方案旨在推动省市优质医疗资源向县域下沉，结合县医院提标扩能工程，补齐县医院医疗服务和管理能力短板，逐步实现县域内医疗资源整合共享，有效落实县医院在县域医疗服务体系中的龙头作用和城乡医疗服务体系中的桥梁纽带作用，到2025年，全国至少1000家县医院达到三级医院医疗服务能力水平，发挥县域医疗中心作用，为实现一般病在市县解决打下坚实基础。4月20日，国家卫健委办公厅结合“十三五”时期全国县医院医疗服务能力评估和各地推荐情况，研究确定了首批纳入“千县工程”县医院综合能力提升工作的县医院名单，共1223家，并明确将对纳入“千县工程”的县医院进行动态管理，结合全国县医院医疗服务能力年度评估情况和各地工作进展情况，适时调整。

纠风工作呈现新特点

一直以来，纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风都是纠风行业作风的重点，也是难点。值得注意的是 2022 年，纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风呈现出一些新特点。6 月 6 日，国家卫生健康委等九部委联合印发的《2022 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》提出，要持续提升纠风工作治理水平，有效提升纪检监察与主管部门间的协作效能。建立健全纠风机制成员单位与上级纪检监察部门间的定期会商机制，形成事前共同研究工作重点、事中及时提交问题线索、事后有效推进“一案四改”的密切联席工作机制。要深入开展医疗领域乱象治理，提出三项重点，一是坚决维护医保基金安全。持续加强医保基金监管，持续开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理，持续推进打击欺诈骗保专项整治行动，加大重点领域打击欺诈骗保工作力度。以有效线索、重点专案作为切入点，精准打击篡改肿瘤患者基因检测结果、串换高值医用耗材、血液透析骗取医保基金以及医保卡违规兑付现金等违法违规行为。二是坚决落实管理要求。在全国医疗机构及其工作人员中持续推进“廉洁从业行动计划”，从“标本兼治”两个维度坚决惩治“红包”、回扣等行风问题，进一步提升医疗机构及其工作人员的廉洁从业水平，不得向孕产妇和婴儿家庭宣传、推荐母乳代用品，不得为推销宣传母乳代用品或相关产品的人员提供条件和场所，医疗机构不得允许未经备案的人员对本医疗机构医务人员或者药事人员开展学术推广等相

关活动。进一步规范医疗行为促进合理医疗检查，落实医疗机构检查检验结果互认管理办法，提高医疗资源利用率，减轻人民群众就医负担，保障医疗质量和安全。落实肿瘤诊疗质量提升专项工作要求，推进诊疗体系建设，优化肿瘤诊疗模式，提高诊断能力，强化用药管理，加强医疗技术管理。加强医疗机构药事管理促进合理用药，规范发展药学服务，提升药学服务水平，落实优先采购使用集中带量采购中选产品政策，防范医疗机构和医务人员使用高价非集采或集采非中选产品替代集采中选产品。严肃查处医疗机构工作人员利用职务、身份之便直播带货。

三是坚决维护行业秩序。落实落细“医疗机构工作人员廉洁从业九项准则”，把握从严治理内核，严肃处理医疗机构工作人员违法违规牟取个人利益行为。严肃查处违反相关法律法规、诊疗技术规范，损害人民群众利益的不合理医疗检查、诊疗行为。加强互联网医疗服务纠风工作力度，推进线上线下服务管理统一，持续清理各类医疗美容机构开展“小腿神经离断瘦腿手术”等有效性存疑、风险性极高的诊疗项目。规范牙科医疗服务和耗材收费，规范公立医院牙科医生多点执业，对于开展种植牙服务，但不参加种植牙耗材省际联盟采购的医疗机构开展重点督察。做好“民营医院管理年”收尾，加强依法执业、完善规章制度、规范诊疗行为、加强质量管理、落实院务公开。加大对出生医学证明签发机构的抽查力度，依法依规严厉打击伪造、变造、买卖或者盗窃出生医学证明的违法违规行为。

要严厉打击医药购销领域非法利益链条。一要“产销用”各环节共同发力打击违法行为。生产环节，严惩前置套取资金行为。加大对生产环节的财务监管力度，防范将“回扣”资金的套取从流通环节转移至生产环节，严厉打击套取资金用于药品耗材设备回扣、商业贿赂行为。流通环节，严惩套取资金行为。重点聚焦医药企业使用票据套取资金，虚构业务事项套取资金，利用医药推广公司空设、虚设活动等违规套取资金，账簿设置不规范，将套取资金用于“带金销售”、商业贿赂的违法违规行为。按照国务院有关要求，严格限制医疗机构备案采购、议价采购适用情形，规范采购行为，严禁公立医疗机构违规线下采购，防范医疗机构与医药企业合谋提高挂网价格。畅通集中带量采购中选产品进院渠道，医疗机构和第三方机构不得在进院、库存等环节向中选企业收取附加费用。使用环节，严惩违反“九项准则”、突破医疗质量安全底线，滥用药品耗材设备牟取个人利益行为，加大典型案件惩治力度。

二要探索建立长效监管机制。常态化制度化实施药品耗材集中带量采购，开展医药价格和招采信用评价，挤出价格水分。提高信息化管理水平，重点加强抗肿瘤药物、抗菌药物和辅助用药管理。强化部门协作配合，完善线索移交机制。对纠风工作中发现的虚开发票、偷逃税款等违法线索及时移交税务部门进行核查检查。落实“一案多查”，密切与纪检监察部门的联动，加强请示汇报与线索移交，争取提前介入。

这些要求，尽管只是 2022 年工作要点，但实际上将成为今后较长一段时间纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风的主要手段。

医疗机构检查检验结果互认有了管理办法

作为遏制不合理检查、减轻群众就医费用负担的一种措施，推进检查检验结果互认已经喊了很多年，最早可以追溯到 2006 年。那年 2 月，原卫生部办公厅印发了一个关于医疗机构间医学检验、医学影像检查互认有关问题的通知（卫办医发〔2006〕32 号）。通知指出，实施检查互认是为了合理、有效利用卫生资源，减少重复检查，切实减轻患者负担，而且明确医疗机构间检查互认不但包括检验结果互认还包括检查资料互认。然而，16 年来，这项工作总是雷声大雨点儿小，尽管几乎所有有关医改的重要文件都提到了，但落实总是很艰难。2020 年 12 月，国家卫健委等八部门联合印发了进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见（国卫医发〔2020〕29 号）。据了解，这个《指导意见》是中央深改委会议审定的。而在《中华人民共和国民法典》和《基本医疗卫生与健康促进法》也都对不合理检查做出了规定，即“医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查”。

2 月 21 日，国家卫生健康委、国家医保局等四部局联合印发了医疗机构检查检验结果互认管理办法并自 2022 年 3 月 1 日起施行。办法对什么是检查检验结果，结果互认的原则，检查检验结果互认的组织管理、互认规则、质量控制、支持保障、监督管理等方面进行了

明确，相信会对未来医疗服务行为提出很多新的要求。

“公立医疗机构经济管理年”活动，在全国范围持续开展

2020年6月，国家卫健委印发关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知(国卫财务函〔2020〕262号)。通知指出，当前，深化医改进入深水区和攻坚期，公立医疗机构也进入高质量发展的机遇期。为更好地满足人民群众日益增长的医疗服务需求，推动公立医疗机构加快补齐内部管理短板和弱项，推进高质量发展，促进发展模式由规模扩张型向质量效益型转变、管理模式从粗放式向精细化转变，决定开展“公立医疗机构经济管理年”活动。活动主题是规范管理、提质增效、强化监管。当时确定活动时间为1年，即2020年7月至2021年6月。更值得关注的是2022年4月，国家卫健委再次下发通知，提出在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动，目的是持续推动公立医疗机构质量效益提升。活动主题不变，聚焦重点难点，补齐短板弱项，着力推动“以业财融合为重点的运营管理建设，助力提高医疗服务质量、提升资源配置效率效益”，并提出进一步防范公立医院经济运行风险。要求强化风险意识，树立底线思维，聚焦重点领域、关键环节，进行风险识别和评估，明确措施，精准防控，健全机制，保障公立医院健康可持续运行。

分院区建设管理有了规范

作为优质医疗资源扩容与均衡布局的主要手段，分院区自被允许以来，以分院区建设为特点的大型公立医院规模扩张就如脱缰野马，

如何规范公立医院分院区管理?3月22日,国家卫生健康委关于规范公立医院分院区管理的通知(国卫医发〔2022〕7号)印发,通知对于分院区建设提出了明确要求,即①规范设置。通知提出,各地要按照《医疗机构设置规划指导原则(2021-2025年)》有关要求,综合考虑本地区经济社会、医疗资源布局和群众健康需求,合理规划设置公立医院分院区。②设置多院区的目的就是“发生重大疫情时院区功能转换”。通知要求,在做好人才储备的前提下适度发展分院区,促进优质医疗资源扩容和均衡布局,实现发生重大疫情时院区功能转换。探索平急结合、功能转换发展模式。在分院区强化“三区两通道”设置,预留可拓展空间,加强呼吸、重症、感染性疾病等科室建设与能力提升,强化标准化发热门诊、独立设置感染性疾病病区建设,在应对重大疫情等突发公共卫生事件时,可迅速进行功能转换。③规范设置审批。严禁未批先办、先建,坚决杜绝无序扩张。④规范医疗质量管理。落实分院区与主院区统一的医疗质量管理制度、临床诊疗规范和标准,实现医疗质量同质化。

[返回目录](#)

专家解读：国家医保局出台“取消医保不合理限制”的背景及调研情况

来源：新康界

12月23日,国家医保局官网发布了《关于全面排查并取消医保不合理限制的通知》。



1. 该通知出台的背景：(1) 相关问题是 在医保局 2018 年成立之前就 已存在，在这一时间 结点提出，最主要是 防止在医疗资源被挤 占的过程中，被医保 管理部门直接甩锅到 国家医保局，是一个 主动的预防机制；(2) 2022 年是 国家医保局成立的第 一个任期结束的时间 结点，2023 年两会 之后，国家医保局的 领导班子要做适当的 调整，这时候先把问 题提出来，目的是在 明年的两会之后，或 者说新的领导班子就 任之后，国家医保局 有可能要在相关的方 面做一些政策的调整。

2. 最终落实问题的核心因素：(1) 当地的卫生行政部 门和医保监管部门之 间的磨合、协调；(2) 所在医保资金统筹地 区的钱袋子是不是够 鼓。

3. 对创新药械的影响：政策 出台对于新药、新的 诊疗方式会有一定的 推动作用，但并不是 真正核心的推手。

4. 医疗服务价格趋势：2023 年可能存在医疗服务 价格调整，定价过低 的项目有可能增长， 一些没有纳入医疗诊 疗收费的会增加进

来，全面收紧的可能性不大。

5. 医保局未来的方向：开源和节流，开源主要是集采和医保谈判等；节流存在养老资金的划拨和商保补充支付等多种可能性。

【Q&A】

Q：国家医保局最近印发了《关于全面排查和取消医保不合理限制的通知》，这个现象出现了很多年，为什么在这个时间点国家医保局要取消一系列的限定？

A：这些问题的的是国家医保局成立之前就存在的，这里面问题比较突出的有几点，文件里也提到：

第一，住院天数的限制。所谓的强制出院，或者叫分解住院是存在的，而到了 12 月份，很多医保定点医疗机构，尤其是基层医疗机构，贵的药品，或者高值的耗材，现在如果需要治疗可能都没有了，因为原来医保的费用管控是按照整体的费用包干，对于一些小的基层医院、二级医院或者社区医疗机构，在前 10 个月甚至前 9 个月，已经把全年医保基金支付完成了，这个时候就存在控制自己整个医院医保费用支出的情况，今年是一个非常特殊的情况，在整个放开之后发现，有很多的医疗资源现在是在被挤占的过程中，那么临床会发生一些问题，比如医疗资源或者抢救不及时，这些问题肯定在一线临床中被反馈出来，在这个过程中，有一些点就会聚焦到医保局，比如有些急重症的药现在已经配制不完全了，主要原因是医疗机构自己本身要控制当年的医保费用。由于医疗资源的挤占，这个问题可能会更严重，

在此时间节点把这个文件释放出来，它的意义其实还是要在整个医疗资源被挤占的过程中，首先从国家医保局的层面，避免被其他机构甩锅。现阶段提出这些问题来，其实还有一些更深的背后的原因，对于一些老的、旧的制度的改革，比如原先人社部、医保司留下来的政策，并没有进行挑战性的改革。包括对于药占比的要求（并非医保局层面提出来的，有可能是下面基层的省医保、市医保、县医保提出的），但是国家层面所有发的文件并没有提出药占比，药占比实际上第一个提出是医疗服务管理系统。医疗服务管理系统在国家医保局成立之前就曾经对医院的药占比提出要求，而且在等级医院评审的过程中多次反复强调，包括药占比、械占比，以及诊疗和检查的占比都提出过一系列的要求。某些省、市、县医保局复用了卫生管理机构的规格或者要求。但从国家医保局层面来说，从来没有提出过要求医院要降低药占比，或者提高医疗服务的占比，所以这个时间点提出这几个问题，实际上有一些问题原先在国家医保局成立之前遗留下来的问题。

第二，并非医保系统提出来的一些制度要求，而是医疗服务管理部门提出来的制度要求，被下边的这种地方性的医保局复用了，这也是这次提出来的一个很尖锐的需求。国家医保局就是要把原先遗留下来的问题，和其他部门的行政要求我们复用的，对老百姓造成一些问题的尖锐的矛盾要提出来，防止由于某些政策放开造成了医疗资源挤兑，造成某些患者救治不及时，这个锅甩过来之后，国家医保局很明确不背这个锅。

这次提出的这些问题都是五年以上沉淀下来的问题，在这一时间结点提出，最主要是防止有些问题被医保管理部门直接甩锅到国家医保局，是一个主动的预防机制。

Q: 对于医疗机构来说，一方面是医保局提出来的排查和整改的要求，另一方面是药占比、械占比等由医疗服务管理机构提出的要求，这对医疗机构来说，怎么平衡这两方面的要求、考核？

A: 这个问题从医疗机构角度来说解决比较困难。从行政管理的层面来说，所有的医保机构跟医保局之间没有行政隶属关系。也就意味着真正医疗机构上级领导就是卫生行政管理部门，它首先要满足卫生管理部门提出的要求。现在卫生部门对药占比提出的频率已经很低了，包括药占比、械占比。现在等级医院评审过程中提的是医疗检查的占比，或者诊疗的占比。

对于医保局的要求，落到统筹地区的医保管理机构的一些问题，它必须要满足人家的要求。所谓统筹地区，因为今天绝大多数国内的医保费用的统筹，都已经上升到地级市统筹，曾经是县级统筹，现在统筹层面层级逐渐提升，由县级统筹上升到地级统筹，对于医疗机构直接结算方现在都是地级市医保局，地级市医保局提出的要求肯定要百分之百执行。无论从国家层面医保局也好，还是统筹地区医保局层面也好，已经有一些手段帮助医疗机构降低药占比，比如双通道政策，就是医疗机构可以不配备某些高值药品，这些高值药品由患者到医保定点药店采购，仍然享受医保待遇。实际上所谓的医疗行政管理部门，

卫生行政管理部门，医保部门，大家都在跟医疗机构合作，从监管的层面也在替医疗机构想办法规避本身主管部门的要求，所以这个文件国家医保局要求的是各地统筹地区医保部门，在地区内开展自查自纠，列出问题，向上反馈，需要整改的再做整改。

监管部门、医保部门一直知道这些问题的存在，从某个角度来讲，国家医保局并没有特别强的意愿主动做调整。但是现在实际面临的是医疗资源和医保费用之间的尖锐矛盾，为了防止后期的一些变数，要把这些问题抛出来。

而且这里面还有一个客观情况存在，2022 年实际上是国家医保局成立的第一个任期结束的时间结点，也就意味着，2023 年两会之后，国家医保局的领导班子要做适当的调整，这时候先把问题提出来，目的是在明年的两会之后，或者说新的领导班子就任之后，国家医保局有可能要在相关的方面做一些政策的调整。

Q: 这个文件要求的时间节奏，1 月 31 号前就要形成各省的排查和取消不合理限制的整改情况报告，2 月底前要了解实际的整改情况，这次整改力度上会比较大吗？

A: 我的理解，这次肯定会有一些给社会感觉整改力度很大的一些手段，有些矛盾是很尖锐的。比如处方天数的的问题，由于疫情的原因国家医保局多次鼓励长处方，鼓励慢性病患者通过互联网手段取方，但是卫生行政管理部门有一些很刻板的政策，实际上这两个部门政策之间有一定的冲突。我认为在这次整改之后，比如说 14 天必须

强制出院，或者分解住院这种情况，包括长处方的某些地区的严格限制，这个肯定会明确的得到遏制。我看这件事形式上改革的力度和强度，肯定要比实质上的改革要大，因为形式上的一些东西主要是给社会面看的，最终是不是能把这些问题真正落到一个解决老百姓的问题上，我认为最核心的点还是卫生行政管理机构，和当地统筹地区的医疗保险监管机构之间的协调问题，从面上说，从国家医保局的角度来讲，肯定出台文件限制并解决这些问题，但是真正到了统筹地区，它出台什么样的政策，实际上是由它的医保费用的总盘子决定的，原先是县级统筹，为什么升到市级统筹，就是因为资金体量更大，有一些已经不堪重负的医保资金盘子，能够通过上升统筹地区，延缓穿底的时间周期。

总之，两个核心问题：1)当地的卫生行政部门和医保监管部门之间的磨合、协调；2)这个地区的钱袋子是不是够鼓。

Q：从整改的文件之后，针对像高值的耗材，包括创新性的药品费用比较高的使用，会不会有更好的政策倾斜？

A：实际上这些创新药、高值医疗器械在推广的过程中，它存在的问题可能跟药占比有一定的关系，但是更多的是医疗机构工作流程的冗余。国家医保局不得不出台双通道政策，主要的原因是，本身的工作性质和工作节奏决定的。比如某个三级医疗机构，常规药品两千多种，整个全链路的药品六千到八千种，它已经有六千到八千种，今天国家谈判了，要新增 15 个也好，20 个也好，医院要根据自己的工

作节奏来完成新药进院的工作，当然我们看到很多新研发的、新谈判进入医保的，在医疗机构里面没法推广，这实际上跟医保局，甚至跟卫生健康行政管理机构没什么关系。所有的创新药，任何一个新药不进医院，这些患者仍然能得到充分的治疗，这可能说的太绝对，但从某个角度来说，新药、新的诊疗方法对于医疗机构是不是要把优先级抬那么高，对于医疗机构本身来说，它需要做的是满足基本的患者治疗，而不是满足新药研发的需求。所以客观的讲，这些政策都出台之后，对于新药、新的诊疗方式会有一定的推动作用，但是就像国家医保局强调很多次的，医保局不是新药研发主推的盘子，所以只能有一些帮助，并不是真正核心的推手。

Q：对于医保占比较高的一些综合医院，或者肿瘤医院，会不会有一些政策上的倾斜？

A：从国家医保局的角度看，医保的结算余额还是很高的，按 400 多个地级市统筹地区来说，仍然是极少数的医保费用的结算是有风险，未来可能从某一个时间结点，要推省级统筹，如果上升到省级统筹的大盘子里，医保费用的结余还是比较充分的。

客观的看，三年疫情，整个全国医保费用结余是越来越多的，由于疫情原因，很多患者到医疗机构去就诊、去开药的频率实际上比疫情之前降低了。看整体的数据，从 2020-2022 这三年，医保费用的结余是逐渐增加的，回过头来看，现在疫情政策放开了，在 2023 年我们视觉可见医保费用的结余可能还要收缩一些，肯定比 2022 和 2021

年医保费用结余要少，但是它穿底的可能性，随着统筹地区逐步提升，从地级统筹逐步往省级统筹走，它的穿底可能性会越来越小。而且在2018年成立国家医保局之后，对于整个医保费用的控制的力量、力度还是很大的。所以我们认为不会出现针对性的、特殊的控制政策。

Q：药品规则上原来有一些药品在医保目录的后缀上加了一些补充作为限制规则，在这次的调整里面会去掉吗？

A：这次发通知实际上针对的还是两块，第一块是诊疗时间的限制，第二块是费用额度的限制。当然还有处方签署的限制。通知里面谈到的所有的问题，都是医疗服务侧相关的问题，而没有医保目录目录侧药品的限制问题，而且在2021年很多药品只允许门诊用药的限制全部取消了。所以在本次的通知，包括后续的一些文件出台的过程中只会针对诊疗问题，原则上来说是会增加药品端限制的取消的。

Q：药品的限制只限术后不能使用，术前、术中不能使用，这种规则有调整的可能性吗？

A：可能性非常小，之所以会限制术后才能用，是因为这个产品本身的治疗原则或者适应症，只是适合术后用。

Q：整体医保资金的增长速度？针对慢病领域对于药品的旺盛需求，医保未来的应对策略？

A：由于我们正在进入老龄化，所以实际上现在医保的费用增速，实际上是在放缓的，也就是说后期会有更多的退休人员，有更少的在职人员，医保盘子由在职人员养已退人员，所以未来这个盘子总量会

越来越小。现在通过国家医保局成立，实际上已经很好的解决了慢病需求特别旺盛的这一部分。慢病患者大量需求的慢病用药，通过集采的方式，把慢病用药的费用压下来，从医保费用的控制来说，这个集采政策肯定是非常好的解决方案。在未来随着人员的老龄化越来越厉害，这部分的费用增长也不会过于明显。

Q：如果医保局去改变药占比的考核，对于卫健委那边的考核，是不是没法去变的？

A：卫生行政监管机构已经在五年前从对药占比的要求变成了三年前对于诊疗检查费用的比例的要求。现在卫生行政监管部门已经不提药占比、械占比了，反而提的是诊疗费用的占比，检查费用的占比，医疗相关类目的占比，它已经变换了一种方式。现在能够从医保端解决的问题是尽量通过双通道、定点药店，各种的外围的模式，尽量降低医疗机构相应的药占比的负担。

在未来一定时期内，想要不要求药占比，或者从医保端解决这个问题，是解决不了的，因为他是两个行政管理部门，卫生行政管理部门和医保基金的结算部门，由医保端解决这个问题是实现不了的。

Q：从一两年的角度来看，医保会对未来的一两年的集采、创新药的谈判、器械的集采，会不会轻一点呢？

A：明年面临着国家医保局换届，那么今年很快可能要面临的的就是国家医保目录新一轮的谈判，2022年整体国谈的平均降幅可能会缓和一些，整体趋势还是收紧。成立国家医保局最核心的任务其实就

是看好钱袋子，防止医保费用穿底。

Q：现在民营的院和公立医院比起来，在医保上会多一些什么限制？

A：首先对于公立医院和民营医院来说，医保的监管是一视同仁的。我们可能看到的视觉效果也好，反馈也好，很多民营医疗机构在被监管的过程中出现这样那样的问题，会多一些。是因为本身民营医疗机构违规的比例和概率比公立医疗机构要大。而且从某个角度来说，公立医疗机构处理问题的应对策略比民营医疗机构要好一点。政策没有民营和公立，但是在执行的层面来说，出现问题的能看到是民营多。从医保局的政策来说，不会对民营机构有特殊照顾，一视同仁。

Q：后续医保政策的调整上会不会对医疗服务价格上会有更严格的价格管控和限制？

A：现在国内实行的医疗收费项里面，有很多是两千年左右的一些收费项，比如住院费、手术费用，收费非常低的。最新一版的医疗诊疗收费项目国家医保局正在筹划出台，但是周期目前看，应该在2023年行政年度里面能够实现出台。特别细化的收紧管理的可能性并不是很大，因为现在很多地方实施的目录，都是较早时间的收费标准，并没有遵照医疗服务收费的价格。从管理的角度来讲，有一些定价过低的有可能增长，有一些没有纳入医疗诊疗收费的会增加进来，但是全面收紧的可能性不大。

从某个角度来说，医疗器械的研发企业，或者新的医疗器械生产

企业，它的新出来的产品进入新的诊疗收费的可能性，这个是比较乐观的。

Q：对于医保局来说，还有没有除了药品降价幅度 KPI 之外的其他的考核指标，比如鼓励医药创新？

A：实际上前一阶段，国家医保局曾经在媒体上很明确的发声，鼓励医药创新不是国家医保局的 KPI，鼓励医药创新实际上是工信部和发改委的政治考核要求，国家医保局核心 KPI 就是看好医保的钱袋子。客观的讲，国家医保局已经做的特别好了，每年有新的创新药进入国家医保目录，这是它鼓励药品创新的最好的动作。

Q：考虑未来老龄化的趋势，老年人用药的增长是迅速的，未来医保池子会保持现在的水平吗？

A：国家医保局已经用尽浑身解数去降低整个医疗支出了。未来的方式方法有多个通道：开源和节流。降价、国谈都是节流的手段。开源，看人社部的一些动作，比如说养老资金的划转，从国有企业直接划钱到人社部解决养老基金的池子问题，未来医保局也会存在这样的可能性，这是开源。另外一种可能性，把更多的原来归医保系统支付的内容由商保系统解决，比如全国各地推的惠民保。

光节流不是真正好的处理方式，因为节流的同时损害了工业企业、商业企业的利益，对于整个经济发展是有影响的。除了节流以外，还得开源。

[返回目录](#)

· 疫情防控 ·

新冠肺炎更名，实施乙类乙管，基层医疗机构迎来“设备升级潮”！

来源：健康界

国家卫健委 26 日晚发布公告：

一、将新型冠状病毒肺炎更名为新型冠状病毒感染。

二、经国务院批准，自 2023 年 1 月 8 日起，解除对新型冠状病毒感染采取的《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类传染病预防、控制措施；新型冠状病毒感染不再纳入《中华人民共和国国境卫生检疫法》规定的检疫传染病管理。

国家卫生健康委员会公告

健康中国 2022-12-26 23:01 发表于北京



国家卫生健康委员会公告

2022年第7号

一、将新型冠状病毒肺炎更名为新型冠状病毒感染。

二、经国务院批准，自2023年1月8日起，解除对新型冠状病毒感染采取的《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类传染病预防、控制措施；新型冠状病毒感染不再纳入《中华人民共和国国境卫生检疫法》规定的检疫传染病管理。

“乙类乙管”意味着对新冠病毒感染者不再实行隔离措施，不再判定密切接触者；不再划定高低风险区；对新冠病毒感染者实施分级分类收治并适时调整医疗保障政策；检测策略调整为“愿检尽检”；调整疫情信息发布频次和内容。依据国境卫生检疫法，不再对入境人员和货物等采取检疫传染病管理措施。

这一调整还宣告对新冠病毒社会面管控的再一次放开，并对医疗机构传达了“乙类乙管”时期的新任务，将加强对基层医疗机构设备配置和升级改造，夯实基层医疗力量，实现发热门诊、诊室的覆盖。

《关于对新型冠状病毒感染实施“乙类乙管”的总体方案》解读问答

一、《总体方案》出台的背景是什么？

新型冠状病毒感染疫情发生以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视疫情防控，全面加强对防控工作的集中统一领导，坚持人民至上、生命至上，因时因势动态优化调整防控措施，不断提高科学精准防控水平，经受住了全球疫情的多轮冲击，成功避免了致病力相对较强的原始株、德尔塔变异株等在我国广泛流行，极大减少了重症和死亡，也为疫苗、药物的研发应用以及医疗等资源的准备赢得了宝贵的时间。我国疫情流行和病亡数保持在全球最低水平，人民健康水平稳步提升，统筹经济发展和疫情防控取得世界上最好的成果。

当前，国内外专家普遍认为新冠病毒变异大方向是更低致病性、更趋向于上呼吸道感染和更短潜伏期。奥密克戎变异株成为全球流行

优势毒株，虽然感染人数多，但致病力较早期明显下降，所致疾病将逐步演化为一种常见的呼吸道传染病。综合考虑病毒特点、疫情形势、疫苗接种、医疗资源准备和防控经验等因素，我国已具备将新型冠状病毒感染由“乙类甲管”调整为“乙类乙管”的基本条件。我国新型冠状病毒感染疫情防控面临新形势新任务，防控工作进入新阶段。

二、《总体方案》中为何将“新冠肺炎”更名为“新型冠状病毒感染”？出于哪些考虑？

2020年1月20日，经报国务院批准后国家卫生健康委发布公告，将新型冠状病毒肺炎（简称“新冠肺炎”）纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病，并采取甲类传染病的预防、控制措施。当时命名为“新冠肺炎”，主要考虑疫情初期病例大部分有肺炎表现。随着奥密克戎变异株成为主要流行株以后，致病力减弱，仅有极少数病例有肺炎表现。考虑到肺炎仅反映了病毒感染后较为严重的患病状况，不能概括所有感染者临床特征，将“新冠肺炎”更名为“新型冠状病毒感染”，更加符合目前的疾病特征和危害。

三、《总体方案》对“乙类乙管”实施的时间进度安排是什么？如何平稳有序过渡？实施“乙类乙管”后的工作目标将做怎样的调整？

《总体方案》明确指出，2023年1月8日起，对新型冠状病毒感染实施“乙类乙管”。依据传染病防治法，对新冠病毒感染者不再实行隔离措施，不再判定密切接触者；不再划定高低风险区；对新冠病毒感染者实施分级分类收治并适时调整医疗保障政策；检测策略调整

为“愿检尽检”；调整疫情信息发布频次和内容。依据国境卫生检疫法，不再对入境人员和货物等采取检疫传染病管理措施。

各地各部门要以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，充分发挥制度优势，坚持人民至上、生命至上，坚持科学防治、精准施策，完善应对准备，调整防控措施，统一规则、分类指导、防范风险，确保平稳有序实施“乙类乙管”。实施“乙类乙管”后，防控工作目标要围绕“保健康、防重症”，采取相应措施，最大程度保护人民群众生命安全和身体健康，最大限度减少疫情对经济社会发展的影响。

四、新型冠状病毒感染实施“乙类乙管”后，主要有哪些应对措施？

一是进一步提高老年人新冠病毒疫苗接种率，在重症高风险人群中推动开展第二剂次加强免疫接种。二是做好新型冠状病毒感染治疗相关药品和检测试剂准备，满足患者用药和检测需求。三是加大医疗资源建设投入，重点做好住院床位和重症床位准备。四是调整人群检测策略，社区居民根据需要“愿检尽检”，不再开展全员核酸筛查。五是根据疾病严重程度，分级分类救治患者。六是做好社区重点人群健康调查和分级服务，摸清辖区 65 岁及以上老年人合并相关基础疾病和疫苗接种情况，提供分类分级健康服务。七是强化养老机构、社会福利机构、医院、学校、学前教育机构、大型企业等重点机构防控，严防场所内聚集性疫情风险。八是加强农村地区疫情防控，为农村老年人、基础病患者等高风险人群提供就医保障。九是强化疫情监测

与应对，研判疫情发展态势，依法动态采取适当的限制聚集性活动和人员流动等措施压制疫情高峰。十是倡导坚持个人防护措施，落实每个人都是自己健康第一责任人的理念。十一是做好信息公布和宣传教育，全面客观宣传解读将新型冠状病毒感染从“乙类甲管”调整为“乙类乙管”的目的和科学依据。十二是优化中外人员往来管理，来华人员在行前 48 小时进行核酸检测，取消入境后全员核酸检测和集中隔离，取消“五个一”及客座率限制等国际客运航班数量管控措施。

五、《总体方案》对进一步推动老年人新冠病毒疫苗接种是如何安排的？

疫苗接种是疫情防控的重要措施之一，是预防重症、减少死亡的有效手段。从个体上看，可以有效保障老年人群的身体健康和生命安全；从全社会看，可有效减少发生医疗卫生资源挤兑的风险。对新型冠状病毒感染实行“乙类乙管”后，老年人等高风险人群持续面临被感染的风险，《总体方案》对接种工作再次作出部署，要求进一步加强组织动员力度，科学评估接种禁忌，加快提高疫苗加强免疫接种覆盖率，特别是老年人群覆盖率。

六、在加强免疫接种时，对疫苗选择和时间间隔有什么要求？

目前所有批准附条件上市的或紧急使用的 13 种疫苗都可用于第二剂次加强免疫，包括新增紧急使用的 4 种疫苗，优先推荐序贯加强免疫，或含奥密克戎毒株或对奥密克戎毒株具有良好交叉免疫的疫苗。各地将按照国务院联防联控机制部署，周密组织实施，优化服务

形式，继续做好老年人新冠病毒疫苗接种工作。感染高风险人群、60岁及以上老年人群、具有较严重基础性疾病的人群和免疫力低下的人群，在完成第一剂次加强免疫接种满6个月后，可进行第二剂次加强免疫接种。

七、各级各类医疗卫生机构如何做好新型冠状病毒感染相关治疗药品和检测试剂准备工作？如何提高药品和抗原检测试剂的可及性？

新型冠状病毒感染相关药品在治疗过程中不可或缺，是医疗救治的重要保障。为做好新型冠状病毒感染相关治疗药品和检测试剂的准备，满足群众使用需求，《总体方案》明确要求，一方面，县级以上医疗机构按照三个月的日常使用量动态准备新型冠状病毒感染相关中药、抗新冠病毒小分子药物、解热和止咳等对症治疗药物；按照分级分类诊疗要求，未合并严重基础疾病的无症状感染者、轻型病例居家自我照护，基层的医疗卫生机构、药品零售机构等也要做相应的准备以保证药品的可及性，基层医疗卫生机构要按照服务人口数的15-20%动态准备新型冠状病毒感染相关中药、对症治疗药物和抗原检测试剂，人口稠密地区酌情增加。各地疫情联防联控机制(领导小组、指挥部)要担负起药品试剂准备的领导责任，指导各级各类医疗卫生机构做好药品和检测试剂准备。另一方面，各省份要基于人口基数、疫情发展形势、各型病例比例等因素，提前测算药品的需求量，并将测算结果提供相关部门来指导企业积极做好药品保供相关工作，引导合理有序精准投放，有效缓解患者买药难、用药难等问题，平稳度过

疫情高峰期。

八、实施新型冠状病毒感染“乙类乙管”，需要作哪些医疗资源准备？各级各类医疗机构如何做好医疗服务？

我国疫情防控面临新形势新任务。做好医疗救治资源准备是“先手棋”、“关键棋”。《总体方案》要求各地加大建设投入力度，尽快完成医疗资源准备任务，重点做好住院床位和重症床位准备。一是进一步加强发热门诊设置，二级以上医院发热门诊“应设尽设、应开尽开”，具备条件的基层医疗卫生机构均开设发热诊室（门诊），配备充足的医疗力量，满足患者就医需要。二是要以地级市为单位，根据人口规模，迅速将符合条件的方舱医院升级改造为亚（准）定点医院，并保障医疗力量充足。三是定点医院加强重症床位设置。省会城市、发挥区域医疗中心作用的中心城市，其定点医院还要设置独立的血液透析中心、分娩室、儿科病房，满足特殊患者救治需求。同时，要组建多学科医疗团队，建立上级医院对口指导关系，保证医疗质量与安全。四是要求二级医院按标准建设和改造重症监护单元，确保各重症监护单元随时可使用，作为三级医院重症医疗资源的有益补充。五是要求三级医院强化重症医疗资源准备，合理配备重症医护力量，确保综合 ICU 监护单元可随时使用，通过建设可转换重症监护单元确保 24 小时内重症监护资源增加一倍。提前组织医护人员开展重症医学专业培训，迅速扩充重症医学队伍力量。建立重症医学专业医护人员和其他经培训医护人员混合编组工作模式，确保重症患者医疗救治工

作有序开展。

九、新型冠状病毒感染“乙类乙管”后哪些人群需要开展抗原或核酸检测？

《总体方案》规定，社区居民根据需要“愿检尽检”，不再开展全员核酸筛查。为保证居民检测需求，要求社区保留一定数量的便民核酸检测点，零售药店、药品网络销售电商等要充足供应抗原检测试剂。

同时，考虑到医疗机构、养老机构、社会福利机构等脆弱人群集中的场所，有关脆弱人群发生重症风险较高，一旦传染源引入，易发生聚集性疫情，因此提出对以下几类人群开展抗原或核酸检测：一是对医疗机构收治的有发热和呼吸道感染症状的门急诊患者、具有重症高风险的住院患者、有症状的医务人员开展抗原或核酸检测；二是疫情流行期间，对养老机构、社会福利机构等脆弱人群集中场所的工作人员和被照护人员，定期开展抗原或核酸检测；三是对社区 65 岁及以上老年人、长期血液透析患者、严重糖尿病患者等重症高风险的社区居民、3 岁及以下婴幼儿，出现发热等症状后及时指导开展抗原检测，或前往社区设置的便民核酸检测点进行核酸检测；四是外来人员进入脆弱人群聚集场所时，查验 48 小时内核酸检测阴性证明并现场开展抗原检测。

十、如何实施分级分类诊疗？如何使重症高风险人员及时得到救治？

《总体方案》要求依托医联体构建分级诊疗体系，医联体内各级各类医疗机构都有各自的功能定位，以满足患者就医需要。基层医疗卫生机构主要做好人群健康监测和健康管理，特别是对老年人合并基础疾病等重症高风险人群要实施分级健康服务；医联体内二级医院主要提供技术支持，提高基层医生对高风险人群的识别、诊断和处置能力，同时做好居民常见病、多发病诊疗工作；医联体内牵头三级医院负责急危重症患者救治，并为基层健康管理的老年人在病情变化需要就诊时提供绿色通道。

在提升基层重症救治能力的同时，还要提高基层医生对高风险人群的识别、诊断和处置能力，加强分级分类收治工作，指导地方建立分片包干责任制，要求以地级市为单位，建立三级综合医院分片包干责任制。按照分区包片原则，为每一家三级综合医院划定责任范围，对口收治划定区域内高龄合并新冠病毒感染的重型、危重型患者，实现老年重症患者包干管理“全覆盖”。需要指出的是，分区包片划定的是责任范围，并不意味着只负责划定区域内患者的收治，任何医院不得以划定区域为理由推诿、拒收其他区域转来的重症患者。对三级医院来说，划定责任区域是相对的，落实首诊负责和急危重症抢救制度是绝对的。国务院联防联控机制医疗救治组将完善三级医院收治老年重症患者监督考核机制，建立三级医院收治老年重症患者和阳性患者“日报告”制度，并将收治情况纳入三级公立医院绩效考核。

十一、《总体方案》明确对哪些人群开展健康调查？如何推进分

类分级健康服务？

主要是对 65 岁及以上老年人尤其是合并基础疾病(包括冠心病、脑卒中、高血压、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、慢性肾病、肿瘤、免疫功能缺陷等)及其新冠病毒疫苗接种情况进行摸底。分类综合考虑了基础疾病情况、新冠病毒疫苗接种情况和感染后风险程度等,是由专家进行综合研判制订的标准。一级服务主要是对一般人群,开展健康教育、引导未接种加强免疫疫苗的老年人,经医生评估后符合接种条件的,尽快接种疫苗。二级服务是在一级服务的基础上,对于次重点人群,对居家治疗的无症状或症状轻微的感染者,基层医疗卫生机构结合实际通过网络、视频、电话、远程或线下方式指导开展抗原检测、健康监测,提供健康咨询、用药指导等。如出现持续高热、呼吸困难、指氧饱和度小于 93%等情况应尽快转诊。基层医疗卫生机构根据需要进行随访,至居家治疗观察结束。社区(村)协助落实对居家治疗感染者的管理,对有定期就医需求的指导协助就医,协助提供购药送药等服务。三级服务主要是对重点人群,在二级服务的基础上,对于失能老人或高龄行动不便感染者,经县(市、区)卫生健康部门确定的专家团队或上级医院评估后决定收治方式。对重点人群感染者和有紧急医疗需求的人群,社区(村)和基层医疗卫生机构协助转诊。

十二、《总体方案》对重点机构疫情防控做了哪些规定？

《总体方案》要求,养老机构、社会福利机构、精神专科医院等人群集中场所结合设施条件采取内部分区管理措施。疫情严重时,由

当地党委政府或联防联控机制经科学评估适时采取封闭管理，并报上级主管部门，防范疫情引入和扩散风险，及时发现、救治和管理感染者，建立完善感染者转运机制、与医疗机构救治绿色通道机制，对机构内感染人员第一时间转运和优先救治，控制场所内聚集性疫情。医疗机构应加强医务人员和就诊患者个人防护指导，强化场所内日常消毒和通风，降低场所内病毒传播风险。学校、学前教育机构、大型企业等人员聚集的重点机构，应做好人员健康监测，发生疫情后及时采取减少人际接触措施，延缓疫情发展速度。疫情严重时，重点党政机关和重点行业应原则上要求工作人员“两点一线”，建立人员轮转机制。

十三、《总体方案》对农村地区做好疫情应对准备提出哪些要求？ 出于哪些考虑？

考虑到农村地区疫情防控基础相对薄弱、医疗卫生资源相对不足等实际情况，为最大限度减少疫情流行高峰对农村地区的影响，最大程度保护农村居民生命安全和身体健康，《总体方案》将农村地区疫情防控作为一个重要方面，细化实化各项疫情应对准备工作。做好农村居民宣教引导，充分发挥县、乡、村三级医疗卫生网作用，做好重点人群健康调查，加强医疗资源配置，配足有关治疗药物和设备。依托县域医共体提升农村地区新型冠状病毒感染医疗保障能力，建立重症患者就医转介便捷渠道，统筹城乡医疗资源，建立健全综合性医院与县级医院对口帮扶机制，为农村老年人、慢性基础疾病患者等高风险

险人群提供就医保障。根据区域疫情形势和居民意愿，适当控制农村集市、庙会、文艺演出等聚集性活动规模和频次。

十四、《总体方案》对疫情监测提出了哪些要求？在疫情应对过程中需注意哪些问题？

按照《总体方案》要求，新型冠状病毒感染实施“乙类乙管”后，要继续动态追踪国内外病毒变异情况，评估病毒传播力、致病力、免疫逃逸能力等特点变化，及时跟踪研判并采取针对性措施。同时要监测社区人群感染水平，监控重点机构暴发疫情情况，动态掌握疫情规模、范围、强度和病毒变异情况，研判疫情发展态势。此外，继续依托全国传染病网络直报系统，对法定传染病病例个案信息实时、在线监测。在疫情应对过程中要特别注意实时综合评估疫情流行强度、医疗资源负荷和社会运行情况等，依法动态采取适当的限制聚集性活动和人员流动等措施压制疫情高峰，最大程度保护人民生命安全和身体健康，最大限度减少疫情对经济社会发展的影响。

十五、《总体方案》对如何做好自己健康第一责任人有哪些要求？

新型冠状病毒感染实施“乙类乙管”后，倡导个人继续保持良好卫生习惯，加强个人防护，按照要求分级分类就诊。《总体方案》指出，每个人都是自己健康第一责任人，大家要继续坚持戴口罩、勤洗手等良好卫生习惯，在公共场所保持人际距离，及时完成疫苗和加强免疫接种。疫情严重时，患有基础疾病的老年人、孕妇、儿童等尽量减少前往人员密集场所。无症状感染者和轻型病例落实居家自我照

护，减少与同住人接触，按照相关指南合理使用对症治疗药物，做好健康监测，如病情加重及时前往医疗机构就诊。

十六、《总体方案》对中外人员往来管理做了哪些优化？

按照《总体方案》要求，一是来华人员在行前 48 小时进行核酸检测，结果阴性者可来华，无需向我驻外使领馆申请健康码，将结果填入海关健康申明卡。如呈阳性，相关人员应在转阴后再来华。二是取消入境后全员核酸检测和集中隔离。健康申报正常且海关口岸常规检疫无异常者，可放行进入社会面。三是取消“五个一”及客座率限制等国际客运航班数量管控措施。四是各航司继续做好机上防疫，乘客乘机时须佩戴口罩。五是进一步优化复工复产、商务、留学、探亲、团聚等外籍人士来华安排，提供相应签证便利。逐步恢复水路、陆路口岸客运出入境。根据国际疫情形势和各方面服务保障能力，有序恢复中国公民出境旅游。

[返回目录](#)

新冠回归乙类管理后，医院就诊需要自费吗？

来源：第一财经

国家卫生健康委发布公告，将于 2023 年 1 月 8 日将新型冠状病毒感染从“乙类甲管”调整为“乙类乙管”。此番调整之后，执行近三年的新冠医保支付政策将如何调整？

《关于对新型冠状病毒感染实施“乙类乙管”的总体方案》（下称总体方案）提出，对新冠病毒感染者实施分级分类收治并适时调整

医疗保障政策。

在过去三年间，我国对确诊和疑似患者救治费用采取“先救治、后结算”的方式，在基本医保、大病保险、医疗救助综合保障后，个人负担部分由财政给予补助。

记者采访的多位医保业内人士认为，新冠病毒感染回归“乙类乙管”后，医保的报销政策也将逐步回归常态化管理，即正常纳入医保乙类传染病的支付管理，患者就医时根据医保政策刷卡结算。

国家医保局近日提出，要全力服务疫情防控大局，优化调整医保疫情防控政策，持续降低疫情防控药品耗材等价格，切实保障好群众就医问药。

新冠医保支付政策面临调整

2020年初，国家医保局及时实施“两个确保”，确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治，对确诊为“新型冠状病毒感染肺炎”等患者采取特殊报销政策。

特殊报销政策具体内容有三项，一是将国家卫生健康委《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》覆盖的药品和医疗服务项目，全部临时纳入医保基金支付范围；二是保证及时支付患者费用；三是对集中收治的医院，医保部门将预付资金减轻医院垫付压力，患者医疗费用不再纳入医院总额预算控制指标。

南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任朱铭来对记者表示，“先救治、后结算”的方式有力保障了新冠感染者的救治费用，根据

新冠特殊报销政策，只要是感染了新冠，与新冠治疗的相关费用都是免费的，由医保和财政共同分担费用，个人是不需要花钱的，当时出台这个政策是因为新冠肺炎死亡率高，但由于严控了感染人数，站在全国的角度来看，对于医保基金没有造成太大的压力，后来这一政策就长期持续下来。

国家医保局今年4月公布的数据显示，国家医保局预付专项资金用于新冠感染救治，累计预拨专项资金200亿元，结算费用29.7亿元。

三年间，国家医保局顺应新冠防治新形势发展需求，不断扩大了临时纳入医保目录的范围。今年3月，国家医疗保障局办公室下发了《关于切实做好当前疫情防控医疗保障工作的通知》，关于报销的主要内容提及：一是按程序将新冠病毒抗原检测试剂及相应检测项目临时性纳入本省份基本医保医疗服务项目目录；二是及时调整纳入医保支付范围的新冠治疗用药，其中《诊疗方案(试行第九版)》新增的奈玛特韦片/利托那韦片，由医疗机构按照企业与有关部门沟通一致的价格采购，医保部门按规定做好支付。

此外，支持疫情严重地区医疗机构正常运转，必要时可按程序预付部分新冠救治资金。扎实做好新冠病毒疫苗及接种费用保障，认真落实核酸和抗原检测项目价格政策，实施“长期处方”、互联网诊疗等结算报销政策。

优化疫情防控措施陆续出台后，新冠感染者人数大增，尤其是医

疗机构将不得拒绝新冠患者就诊之后，医保的支付政策也面临调整。

总体方案提出，分级分类救治患者。未合并严重基础疾病的无症状感染者、轻型病例，采取居家自我照护；普通型病例、高龄合并严重基础疾病但病情稳定的无症状感染者和轻型病例，在亚定点医院治疗；以肺炎为主要表现的重型、危重型以及需要血液透析的病例，在定点医院集中治疗；以基础疾病为主的重型、危重型病例，以及基础疾病超出基层医疗卫生机构、亚定点医院医疗救治能力的，在三级医院治疗。

记者此前从地方医保局了解到，在这段疫情过渡期中，地方医保实际执行的”口径“是，传染病医院以及各地指定的救治机构和方舱等重症收治专门机构仍可以按照原来的政策报销，除这些机构之外，阳性患者到其他医疗机构就医会按正常病来刷卡支付。

一位医保人士对记者表示，当实行阳性患者居家隔离的政策之后，实际上医保的支付方式已经变了，按照原来的集中隔离政策，阳性患者的治疗费用是全免的，但居家之后，阳性患者自行购药，等于是使用了个人账户的资金来进行支付。

纳入医保乙类传染病支付管理

当前，我国法定传染病共有 40 种，其中甲类 2 种，乙类 27 种，丙类 11 种。甲类传染病包括鼠疫、霍乱。乙类传染病包括新型冠状病毒肺炎、传染性非典型肺炎、艾滋病、肺结核等。其中新型冠状病毒肺炎、传染性非典型肺炎和炭疽中的肺炭疽，采取甲类传染病的预

防控制措施。丙类传染病为监测管理传染病，包括流行性感冒等。

国家卫健委发布公告，将“新冠肺炎”更名为“新型冠状病毒感染”，将于1月8日从“乙类甲管”调整为“乙类乙管”。实施“乙类乙管”后，防控工作目标要围绕“保健康、防重症”，中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜对记者表示，降为乙类管理后，检测策略调整为“愿检尽检”，预计接下来各省会陆续调整临时报销政策，对于抗原和核酸检测等费用，医保不应该再继续纳入报销范围；同时，由于不存在疫情大规模传播的风险了，预付给各医疗机构的部分新冠救治资金预计会取消；针对新冠治疗用药的长期处方和互联网结算也会陆续恢复至以前的水平。

“新冠将为乙类管理之后，就是要参照医保对乙类传染病的支付规则，会有一部分是需要自费的，不太可能像特殊时期一样100%报销了，”一位医保研究者说。他表示，在医保报销方面，目前未出新文件，定点医院集中收治重症仍按原政策，这类人数不多，其他的全部按正常就医管理。“未来不久预计定点医院收治的重症也会按乙类传染病，如肺结核，艾滋病等病种正常支付，政府可能会配发免费药品”。

下一步医保回归正常支付之后，此前临时纳入医保的新冠治疗药品和项目会有哪些调整？

最近多地医保局接到通知将新冠用药“阿兹夫定片”“奈玛特韦片/利托那韦片”临时纳入医保甲类支付。以“奈玛特韦片/利托那韦

片”为例，北京社区医院的报销比例为 90%。对此，廖藏宜表示，对于奈玛特韦片/利托那韦片等临时纳入医保报销的药品，理论上后续会退出医保临时支付范围，待通过国家医保局组织的医保谈判后，再纳入各省的医保结算范围。上述医保人士也表示，正常情况下，临时纳入医保目录的药品和项目在“乙类乙管”后会评估纳入医保目录。

朱铭来表示，新冠病毒感染“乙类乙管”之后，医保和卫健部门需要建立一套新冠病毒感染药品、诊疗项目和医疗服务等方面的规则，比如呼吸机，特效药，仿制药、检查费等等，类似于 DRG 的小单项的规则。这样让医保支付更加科学合理。

[返回目录](#)

• 医疗改革 •

DRG/DIP 支付体系设计思路看医保改革的目的

来源：中科厚立

在政策解读的篇幅中(DRG/DIP 支付改革政策背景分析看公立医院发展新思路)，我们了解了医保支付改革产生的历史背景和医保局成立的原因，我们再来详细分析 DRG/DIP 支付体系的架构设计，才能实现在“创造一个医院之间相互竞争的‘市场化’环境竞争中，提升医院管理能力，挤出医院在资源管理和低效率服务等浪费”的预设目标。

1、按“工分”计价的支付体系

不管是 DRG 还是 DIP 中的点值、分值、费率等不同的名称，本质上都是按工分计价，而且是相同病种/病组分组按相同工分的计价模式。至于疾病的分类是按 DRG 的伴随症或者严重伴随症的风险病种，还是以操作/手术组合的分类规则为主的 DIP 病组来确定分组器，则根据医院的认同度来决定。这两种分组器在应用过程中都存在利和弊，哪种能得到大多数医院的认同，适合目前国内医院的信息化程度要求，医保局就采用哪种分组器。从目前趋势看，DIP 极大可能会成为主流的支付体系，但随着时间变化，将来两种分组器也可能会进行优化和统一。

按工分计价的支付体系，首先，解决了吃大锅饭的问题，体现了多劳多得的原则，创造了一个医院相互竞争的环境。医院为了抢夺更多的计价工分，势必会提高疾病的风险难度，或者手术操作复杂度，同一个蛋糕，某家医院分得多些，意味着其他医院就会少得些。其次，采用 DRG 或者 DIP 分组器，由于具有更多的临床特性，同病同治同价，有助于规范医疗行为，医院认可和接受程度高，有利于改革的成功落地。最后，按工分计价模式在欧美国家已经有成功经验，在实施的探索中，有可以借鉴的教训和经验。

2、“总额控制，超支分担，结余留存”的预支付模式

预支付模式包含两个分配方式，第一个“超支分担、结余存留”是上个世纪改革开放后包干制的翻版，包产到户的激励模式。在保障医保基金不穿底的基础上，按规则分蛋糕，医院有本事拿到更多的医

保结余，就可以自由支配这些留存资金，去发奖金，去投入发展；反之，医院也要自己承担亏损的风险，医保基金不再给医院兜底。结余存留模式为医院提供可以期许的努力空间。

第二个“预支付”模式，医保局在总额控制的基础上，先把 80% 的医保基金拿出来为医院承担医保病人的费用，其余 20% 要到年底才做结算。预支付的设计本身是带有鼓励性质，对于医保基金富裕的地方可以起到相应的效果；但对于财政状况不好的地区，医保基金池萎缩，可能达不到 20% 的支付额度，有多少就分多少。

预支付对欠发达地区医院的冲击非常大，会影响到医院下一年的预算工作。预支付也很容易造成医院不愿接收医保病人，病源流失，而医保局还得保障医保病人的异地支付，导致医保基金池进一步萎缩的恶性循环。基于发达地区和欠发达地区之间的发展不平衡问题，作为总操盘手，国家医保局将来应该出台相应政策，平衡医保基金内部之间的差异，避免问题的恶化。

3、按费用区间报销的支付模式

区间设计源于 DIP 架构，也是“超支分担、结余存留”的具体体现。操作规则是以某个 DIP 病组的均值 1 为基准，划分为四个区间：低倍率区间、优质区间、改进区间、高倍率区间。

由于各地区区间设计不一样，现以某地区 DIP 区间设计为例：低倍率区间为 $< 85\%$ 的病例，按实际全额报销；优质区间为 85%–100% 之间，按 100% 报销；改进区间为 100%–150%，按 100% 报销；高倍率区间

为>150%的病例，按一定的病例(5%)核实后实际全额报销，超过比例的其他病例则按实际值减去 100%后的减额报销。100%指的是某病组的均值。

区间的设计要求是同病同治同支，对于资源消耗高度相似的分组才能采用，笔者查阅了其他国家的 DRG 支付设计，都没有引入区间设计，因为 DRG 病种的差异度太大，很难用病种的均值来做标杆。DIP 是具有中国特色的自创体系，以外科手术操作为核心分组，相对容易达到同一病组治疗高度相似的资源消耗标准评价的区间设计要求，也可以说是中国对医疗保障支付体系的创新性贡献。

区间报销的优势

1. 采用低倍率的实际报销模式，可避免医院为了追求结余存留，减少提供不足医疗的隐患；
2. 采用优质区间，奖励规范的医疗行为；
3. 采用改进区间，惩罚过度的医疗行为；
4. 采用高倍率的部分实报，保障风险大，技术难度高的病人权益。
5. 体现公平性原则，通过在工分上进行一定比例的加权对技术难度高、病人人群风险难度大的教学医院、省市级医疗中心、技术创新性医院等进行补偿性支付，体现区间支付模式的公平性。

4、基层病种分类的支付模式

某些地区，区县级等二级医院实行基层病种分类核算支付。基于人力成本差异，同病同治情况下，三级医院的成本更高，业务结余的

亏损更大，利用经济杠杆，降低三级医院收治这些病种的病人数量，从而实现分级诊疗的目的。这也是一种创新思路，笔者预测，未来基层病种的支付模式应该会被广泛采用。

从上述的分析来看，目前医保改革试点的成功离不开这套支付体系的核心设计要点，通过“工分计价”创造出市场化的竞争环境、“超支分担”强化成本意思、“结余存留”鼓励多劳多得、“引入区间”规范医院行为、“基层病种”落实分级诊疗，最终达到减少医保基金浪费的目的。医保局通过这一套组合拳，非常清楚地将目标和压力传导给医院：只有不断规范医疗行为，提升效率和效能，挤出浪费，才能在竞争中获得最大的收益。至于采用什么样的分组器来计价工分，笔者认为倒是次要的。

[返回目录](#)

C-DRG 收付费制度改革的政策协同

来源：金豆数据

随着三明医改的深入推进，三明市不断深化医保支付方式改革，特别是在三明医改进入“治未病、大健康”的第三阶段以来，坚持“人民至上、健康至上”的理念，坚持以人民健康为中心，探索实行医保基金总额和 C-DRG “双打包”支付制度，形成了总额控制下以 C-DRG 收付费为基础，按项目、按床日、按日间手术付费等多种支付方式共存的多元复合支付方式。

C-DRG 收付费制度改革与全员目标年薪制的政策协同

2018年改革实施至今，三明市坚持问题导向，进行了3次C-DRG收付费优化调整。目前，三明市C-DRG收付费改革已进入3.0阶段，共分839个DRG组，实现了智能化审核，将患者个人负担的低于DRG组标准的差额部分医疗费用由医保基金承担，增强老百姓的改革获得感、幸福感和安全感。

(一) 促进医院加强精细化管理

实行C-DRG收付费后，对住院患者医疗费用以疾病诊断分组打包确定收付标准，患者及医保经办机构按定额标准比例支付给定点医疗机构，做成一个由“医院端”到“个人端”的整体收付费方案，形成收付费闭环。

各DRG组按项目价格累计产生的医疗费用超过定额的，超支部分由定点医疗机构自行承担；低于定额的，结余部分作为定点医疗机构的医疗服务收入。这样收付费机制发生了转变，医院住院药品、耗材、检查检验转换为成本，彻底转变了“项目越做越多的创收”现象，转变了医院的以药补医的运行机制，促使医院管理者转变管理理念、定位功能、发展模式，从粗放型的发展方式向精细化管理转变，由被动管理向主动管理转变，医院主动降低成本的积极性大大提高，不断优化资源配置，制定合理成本的诊疗路径，改变医务人员不合理的诊疗行为，抑制了医药费用的不合理增长，步入稳定、有序的发展新阶段。

(二) 促进医院深化薪酬制度改革

三明的公立医院薪酬制度改革起步比较早，2013年起就建立新

的工资总额制度，将医院医药收入结构分为药品耗材收入、检查化验收入、诊查护理床位手术治疗收入。医院工资总额计算以不含检查化验、床位收入的医疗技术劳务类收入(即剔除药品耗材成本、检查化验、床位收入和不计费耗材支出)为基数，切断医务人员工资与药品耗材、检查化验、床位等收入的直接联系，有效遏制大处方、大检查，降低医疗成本、提高运行效率，促进医疗行为回归医学本质。

(三)C-DRG 与全员目标年薪制改革的衔接

实行 C-DRG 收付费改革后，为了适应新形势要求，医院把建立与 C-DRG 收付费改革相适应的“全员目标年薪制”政策作为改革抓手，通过薪酬制度改革转变薪酬体系，建立了以基本年薪为主，绩效年薪为辅的薪酬制度。

结余的医保基金可转化为医疗技术劳务类收入，作为医院职工薪酬发放的财力保障。医院节约的医保基金越多，可纳入医疗技术劳务类收入用于医院薪酬的资金就越多。

C-DRG 收付费制度改革与总额控制包干制的政策协同

(一)实行县域医保基金打包支付

三明市打破县(区)域内医疗机构横纵向壁垒，在 10 个县(市、区)组建 10 家总医院，市区组建 2 家紧密型医共体，人、财、物、事、绩由总医院(医共体)统一管理，实行“一家人、一本账”，形成真正的利益共享、责任共担的紧密型医共体。

一是明确健康管护主体；

二是明确健康管护主体；

三是明确经济利益。

(二) 提高医保基金使用健康效益

医保包干基金不仅可以用于治疗，也可以用于健康。

一是加强慢性病管理；

二是助力医防融合。

(三) 促进医生行为的转变

实行县域医保基金打包支付，确定将医保基金结余部分纳入医疗服务性收入，确定健康促进经费从医疗机构的成本中列支。

基金打包支付政策设定的健康考核指标全部纳入院长年薪考核指标，将医保控费的外在压力转化为医院节约成本提高效能的内生动力，引导总医院(医共体)和医务人员参与普及健康生活、优化健康服务。

C-DRG 收付费制度改与总额包干的政策协同

三明市在政府合理确定医院年度医疗服务目标的基础上，由医保机构与医院谈判确定年度医保支付预算总额，实行“总额包干、超支不补、结余留用”，激励医院和医生因病施治、合理用药、控制费用、减少浪费，通过实施 C-DRG 打包收付费改革，避免了人员重复缴费、政府重复补贴、患者重复报销等问题。通过 C-DRG 打包和总额包干“双打包”的协同，一方面促使医疗机构在总额不变的情况下加强精细化管理，另一方面，在控制患者医疗负担方面提供了有效抓手。

C-DRG 改革成效

(一) 公立医院公益性得以回归

在按疾病诊断相关分组(C-DRG)收付费和总额包干的“双打包”支付方式下,医保基金占医药总收入的比重达65%左右,病人使用的药品、医用耗材和检查检验都成为诊疗服务的成本,而不是医院获得收益的手段。医院彻底改变了原来薪酬分配与医院经济收入挂钩的绩效考核分配模式,建立了以公益性为导向的薪酬分配制度,将技术水平、疑难系统、工作质量、检查结果阳性率、平均住院日、患者满意度等作为薪酬分配重点考核指标,树立医务人员成本理念、规范诊疗行为,有利于医务人员按照医学目的提供医疗服务,遏制了公立医院“创收”冲动,促使医务人员收入阳光化、去灰化、合法化,让医生回归到了治病救人的角色,促进了“合理检查、合理用药、合理诊疗”,凸显了公立医院公益性质。

(二) 医院管理水平得到提高

DRG支付方式改变了传统按项目付费,先治疗后付费的方式,而是在治疗前期明确病种支付标准,使老百姓能明明白白的看病,减少医患纠纷带来的风险;同时又倒逼医院进行全成本核算,变被动成本管理为主动管理,推动医院精细化管理水平,实现全员管理、全过程管理。

自2018年以来,至2021年四年间,三明市按C-DRG收付费累计相对节约医疗费用1.88亿元,有效降低了医疗成本,提高了医保基

金使用效益。

自 2017 年探索基金打包支付改革以来，医保包干基金每年均有结余，5 年来累计结余 13.57 亿元。

(三) 群众改革获得感得到加强

实施 C-DRG 收付费改革后，不设起付线、不区分医保目录内外，基本上实现药品和医用耗材全覆盖。2021 年，三明市城镇职工和城乡居民患者统筹区内住院医疗总费用报销比例(含大病保险)分别达到了 75.64%和 67.57%，较 2011 年的 72.25%和 46.25%相比，患者医疗待遇得到提高，医疗费用负担有所减轻。老百姓的改革获得感、幸福感和安全感得到有效加强。

(四) 医务人员薪酬水平得到提升

全市县级以上公立医院工资总额由改革前 2011 年 3.82 亿元，增加到改革后 2021 年 19.56 亿元，增加了 4.12 倍。院长平均年薪由 2011 年的 9.84 万元增加到 2021 年的 47.16 万元；在岗职工平均年薪由改革前 2011 年的 4.22 万元，增加到改革后 2021 年的 16.02 万元，实行年薪制改革后，2013——2021 年在岗职工年人均收入增速为 9.18%；医生年薪由 5.65 万元增加到 19.34 万元，年人均收入增速为 7.83%。

[返回目录](#)

· 养老健康 ·

《中国城市养老服务需求报告 2022》发布：城市居民养老生活呈现 三段式新特征

来源：金融时报-中国金融新闻网

选择居家养老、社区养老还是养老机构养老？当我们还在衡量三种养老方式的利弊，不知如何选择时，近日由中国老年学和老年医学学会老龄金融分会、清华大学银色经济与健康财富发展指数课题组、大家保险集团联合发布的《中国城市养老服务需求报告 2022》（以下简称《报告》）给了我们新的思路：全都要。

《报告》显示，中国城市居民养老方式并非一成不变，而是随着身体状况的变化呈现“三段式养老”人生：在活力阶段，超过一半（53.6%）老年人选择居家养老；在半失能阶段，居家养老仍是主流，但社区养老（36.3%）和机构养老（21.1%）的比例有所提高；在失能失智阶段，机构养老成为主流选择。

养老观念呈现新特征

清华大学医院管理研究院教授、公共管理学院教授杨燕绥表示，“三段式养老”实际上是从生命周期的角度提供养老解决方案。大部分老年人的生活会经历自理、半自理、不能自理三个阶段，这是由身体机能的逐步衰退决定的。“三段式养老”与身体衰退的规律相匹配，既满足了大多数人的养老需求，也能最大限度提高养老资源的利用效率。

调查显示，百岁人生叠加新时代，带来的是一系列思考和观念重构，新时代城市居民的养老观念呈现出新特征。对于新时代养老，城市居民最关注的是健康，包括心理健康和身体健康，占比均在 50% 以上；然后是养老财富储备，占比 46.5%；接下来依次是老年人的价值体现(41.3%)、家庭生活(30.4%)、生活方式(25.6%)、创业/继续工作等社会参与(18.6%)、终身学习(11.8%)。

杨燕绥认为，上述数据反映了居民健康观念更加积极主动，维护老年健康不是有病治病，而是积极主动开展健康管理预防疾病；财富观念更独立多元，超八成城市居民养老费用倾向靠自己而非子女，规划养老钱不再抱守退休金，而是多元配置保险、基金等金融产品；价值观念更注重贡献，老年人希望自己不是家庭负担，而是家庭好帮手、“银发经济”的主力军；家庭观念更青睐有距离的亲情，过半老年城市居民不希望与子女住在一起，但又要离家近；生活观念更注重培养兴趣爱好以融入社会，老年人不是坐等被照顾，而是主动加入兴趣班、参加公益活动、再就业等，与社会不脱节。

超八成选择不与子女共同生活

在人口老龄化和少子化双重因素叠加之下，养老更加独立，选择不再依靠子女的城市居民超过八成，这一数字与去年相比提升了 8.8 个百分点。城市居民解决养老问题更青睐专业的养老机构，不希望麻烦子女或者亲友，伴随着身体机能下降，超过半数的城市居民会选择入住养老机构。

有别于传统的四世同堂观念，55.8%的城市居民认为应该跟儿女分开居住，相互独立；53.3%的城市居民认为应该跟子女相邻居住，享受“一碗汤”的距离；32.6%的城市居民认为应该去养老机构，减轻儿女负担，靠专业机构照料；选择跟儿女一起生活，养老靠子女的仅为14.3%。

在访谈中，部分城市居民表示，选择养老机构希望能离子女近一些，这样方便子女探望，也能经常看到家人。离亲情近依然是中国养老的典型特征。

《报告》显示，城心养老已成为超八成城市居民的选择，离市中心近、生活方便、交通便利，拥有熟悉的生活圈、社交圈，临近三甲医院，方便子女探望的城心养老机构更受青睐。相比同等档位的城郊养老机构，城市居民每月愿意多支付3161.27元，保障享受到优质的城心养老服务。

数据显示，我国城市居民预期寿命达82.1岁，超出国民平均预期寿命3.9岁。但与此同时，超过一半的城市居民存在慢性病、有过重大疾病或3年内做过手术等问题。2022年，出现健康问题的居民比例同比上升12.1个百分点，城市居民健康水平有所下降。因此，居民对专业化护理人员提供的护理服务有迫切需求，医护服务水平也成为居民选择养老机构的重要考虑因素。

养老规划年轻化趋势明显

近七成城市居民认为，年轻时就应该规划养老财富。其中，30

岁至 39 岁人群已成为考虑自己养老问题的高峰年龄段，在初为父母、父母生病住院以及自己住院三种情况下，人们对养老问题的认识和重视程度明显提升。

大部分年轻的城市居民已经考虑过父母的养老规划并付诸实际行动。《报告》显示，养老规划主要包括三个方面：一是直接为父母进行养老财富储备，如购买保险产品、出租或售卖房产等；二是提醒父母锻炼身体养生，督促父母定期体检；三是了解养老服务及养老资讯，三成居民已经实地考察过养老机构。

《报告》显示，城市居民预计养老总支出平均为 83.64 万元。其中，30 岁至 49 岁人群预计养老所需资金为 100 万元，60 岁以上预期为 61.5 万元。

中老年群体预期寿命更长，但养老支出预期却更低，养老费用缺口显现。不过，城市居民正积极使用金融手段应对长寿风险。在众多手段中，商业养老保险成为养老资金重要补充方式，超过三分之一的城市居民配置商业养老险、年金险、寿险来抵御通胀风险。

选择商业养老保险的原因之一，是“保险+养老服务”的产品模式成为规划养老方案的重要选择。城市居民希望保险产品能附带以健康医护和养老机构费用为主要内容的附加权益，锁定优质养老资源。

针对城市居民在养老服务、养老财富储备方面呈现的新需求、新趋势，《报告》建议，相关部门应联动养老、金融等行业，提高居民风险管理意识、提供养老规划建议，帮助居民适应长寿时代。

比如，可按照“三段式养老”特征为居民打造全周期的养老服务，建立老年人能力评估体系，把政府的医疗服务与社会化的健康管理服务结合起来，辅助居民结合身体状况选择适合自己的养老方式。养老服务行业按照“三段式养老”规划，将城市医疗、养老、健康等资源整合起来，为居民提供临近子女、临近医疗、生活配套完善、生活气息浓厚的完整服务链条。商业保险机构用金融手段提升公众养老规划能力，进一步拓展“保险+养老服务”的产品、营销和服务供给模式，从单纯的支付方延伸至养老服务的供给方。

[返回目录](#)

全面解封后，养老机构的“冲击和压力”才刚刚开始

来源：新华养老周刊

我国老年人新冠病毒疫苗接种情况如何？与其他国家相比，为何我国老年人疫苗率偏低？老年群体不接种疫苗，致死率有多高？养老院大规模的疫苗接种对于防止新冠感染是否有效？全面放开后，养老机构如何面临“不设防的疫情冲击”？

当下，中国正在调整防疫政策，以适应疫情防控的新形势。12月7日下午，国务院联防联控机制发布《关于进一步优化落实新冠肺炎疫情防控措施的通知》，在此前优化措施二十条的基础之上，进一步提出了“新十条”。

优化后的防疫政策主要有几个重大变化：一是明确除养老院、福利院、医疗机构、托幼机构、中小学等特殊场所外，不要求提供核酸

检测阴性证明，不查验健康码；二是允许无症状、轻症阳性患者在符合条件的情况下居家隔离；三是进一步强调要提高 60~79 岁和 80 岁及以上老年人接种率，并对老年人等重点人群摸清底数。

“新十条”既是对近期各地防疫探索的提炼和总结，也进一步明确了未来防疫的新方向。事实上，“新十条”提出的几项优化措施都是围绕新形势下的防疫重点——如何保护脆弱的老年人。

在疫情防控全面开放的当下，我国老年人新冠病毒疫苗接种情况如何？与其他国家相比，为何我国老年人疫苗率偏低？老年群体不接种疫苗，致死率有多高？养老院大规模的疫苗接种对于防止新冠感染是否有效？全面放开后，养老机构如何面临“不设防的疫情冲击”？

1、我国老年人新冠病毒疫苗接种情况如何？

国家卫健委公布的数据显示，截至 11 月 28 日，我国 60 岁以上老年人接种的覆盖人数为 2 亿 3940 万人，完成全程接种 2 亿 2816.5 万人，覆盖人数和全程接种人数分别占老年人口的 90.68%和 86.42%，完成加强免疫接种 1 亿 8151.1 万人。

其中 80 岁以上老年接种的覆盖人数为 2742.6 万，完成全程接种 2356.3 万人，覆盖人数和全程接种人数分别占 80 岁以上人口的 76.6%、65.8%，完成加强免疫接种 1445.6 万人，约占 80 岁以上人口的 40%。

目前，还有约 2500 万 60 岁以上的老人未接种疫苗。

总体上看，我国老年人的接种率不低，但不同年龄层次差异较大，

80 岁以上的老年人接种率较低。

2、与其他国家相比，为何我国老年人疫苗接种率偏低？

与一些发达国家相比，我国 60 岁及以上老年人全程接种新冠疫苗和加强针的比例较低。以截至 2022 年 8 月 10 日的数据为例，我国老年人全程接种率为 85.6%，加强接种率仅为 67.8%，低于美国 (92.1%、70.7%)、德国 (91.2%、85.9%) 和日本 (92.4%、90.3%)。

9 月 16 日，中国疾病预防控制中心英文周报刊发了复旦大学公共卫生学院臧淑洁等人撰写了题为《促进中国老年人接种 COVID-19 疫苗》的文章，文章讨论了我国老年人新冠疫苗接种率较低的多个原因。首都医科大学附属北京佑安医院感染综合科副主任医师李侗曾就此作出如下总结：

长期缺乏打疫苗意识。文章指出，除了新冠疫苗，普通常规疫苗老年人接种率也较低，比如流感疫苗和肺炎疫苗，老年人的接种率分别仅为 6.6% 和 1.2%。这是因为新冠疫情前针对疫苗的宣传比较缺乏，老年人一般需要自费接种，普遍对疫苗的作用认识不足。

李侗曾表示，有些老年人害怕接种疫苗后，基础疾病加重，身体受不了。有些老年人已对疫苗产生“固有认知”，觉得自己见多识广，在面对社区、医生的科普宣传时，常常无动于衷。还有些老年人听信他人对疫苗副作用的夸大其词。这些都是不对的。

居家养老的影响。文章写到，住在养老机构的老人，疫苗接种率较高，而只有 3% 的中国老人住在养老机构。大多数老人居家养老，

相对分散，给疫苗接种带来不便和障碍。

侥幸心理作祟。李侗曾表示，我国“动态清零”的防疫政策，将感染风险控制在较低的状态。对于外出较少的老年人来说，很难实际感受到新冠病毒的威胁，不少人心里存在一种“虚假的安全感”。因此，他们常常以“腿脚不方便，不出远门也不旅游”“买个菜就回来了”等理由拒绝，觉得接种疫苗没必要。

临床服务和预防服务分离。文章指出，在我国，临床服务和预防服务(如疫苗接种)是分离的，全科医生不参与疫苗接种服务。在大多数国家，全科医生提供疫苗接种服务，但在我国社区卫生机构，疫苗接种服务由专职疫苗接种员提供。全科医生与老年人密切接触，熟悉他们的健康状况，但不负责疫苗宣传和服务。因此，许多接种人员不熟悉老年人健康状况，难以评估患有基础疾病的老年人能否接种，甚至不愿为老年人提供接种服务。

新冠疫苗接种早期，都是基层社区医院进行接种服务，但他们对专科不了解。比如，老人有肝肾、心脑血管、肿瘤等疾病时，患者如果问社区医院能不能接种，社区医生回答不好这个问题时，会建议患者到综合医院找专科医生进行评估。但大部分专科医生没接受过疫苗接种的培训，此时两边医生在考虑到我国新冠感染风险比较低的情况下，会采取比较保守的措施，让老人暂时先不接种疫苗。但到后期，老年人接种疫苗的重要性越来越高，很多老年人在重新得到专科医生的评估后可以接种了，但仍有一些老年人觉得，以前医生评估我不能

打，现在又可以打了，不知道相信哪一次的判断，始终犹豫不决，拿不准主意。

而国家疾控局卫生免疫司司长夏刚透露，在基层调研中发现，尚未打疫苗的老年人群往往有三方面情况：一是对新冠病毒感染的风险意识不足，觉得自己日常活动范围有限，接触病毒的机会比较少；二是有些本身有基础疾病，担心疫苗接种会发生异常反应，对接种有顾虑；三是部分老年人存在行动失能或半失能情况，因此感到接种不方便。

3、老年人不接种疫苗，死亡几率有多高？

在此轮疫情中，老年人的死亡病例备受关注，其中很多都是在80岁以上的病例。如11月26日重庆相关部门通报称，一位91岁患者入院时已出现意识障碍、重症肺炎、脓毒性休克、多脏器功能衰竭，临床诊断为新冠病毒肺炎危重型，经抢救无效死亡。11月19日至23日，北京通报了4例新冠病例死亡信息，皆为高龄老人，两位87岁，一位88岁，一位91岁。11月23日，郑州也通报了一位81岁高龄患者死亡病例。入院诊断为新型冠状病毒肺炎轻型、休克、意识障碍，恶病质。11月19日，患者出现血压、心率下降。经救治34分钟后，心率、血压、指脉氧测不出，无自主呼吸，大动脉搏动消失，瞳孔散大固定，宣告临床死亡。

而在香港，其第五波疫情导致了全球最高新冠死亡率。

截至2022年4月4日，香港第五波疫情的新冠累积死亡人数为

8,049 人，其中 60 岁及以上长者占到死亡人数 96%，一半以上的死者为居于养老院的长者；死亡的长者中，未完成二剂疫苗接种者有 6,690 人，占比 87%。

从香港死亡病例的分析数据来看，60 岁以上老年群体中，相比未完成两针接种者，完成两剂疫苗接种者的死亡率下降了 19 倍，接种疫苗预防重症及死亡的效果进一步得到佐证。

因此，香港特区政府在每日新增个感染人数连续急速攀升，医疗系统不胜负荷、几近崩溃危急情况下，决定加大力度“谷针”（即提升疫苗接种率）：缩短两针间隔期，加开疫苗接种点，延长接种点的服务时间，允许长者无需预约直接接种。

具体而言，对于此前接种率不高的养老院，政府增派外展医疗队前往院舍打针，使用网络研讨会的方式持续向长者及家人提供疫苗的信息，并让长者自己决定是否接种疫苗，而非交由家人决定。对于那些不能自行决定的院舍长者，若其家人提交书面反对意见，会有医护团队直接与长者家人联系，反复强调疫苗的重要性、安全性，包括第五波疫情出现很多死亡个案，希望他们能改变心意。

虽然接种疫苗的最佳时机已过，但正如香港劳工及福利局局长罗致光所言“救得一个是一个”，截至 2022 年 4 月 6 日，香港 60 岁及以上年龄组的两剂疫苗接种率已达到 73.62%。

4、养老院大规模的疫苗接种对于防止新冠感染是否有效？

新冠疫情大流行期间，养老院是美国新冠集中暴发的场所。据美

联社报道，养老院居住者约占美国人口的 1%，但约占美国新冠疫情死亡人数的 22%。随着 2020 年 12 月新冠疫苗在美国养老院全面接种以来，新冠病毒感染人数与死亡人数显著下降。

根据 CMS(美国医疗保险和医疗辅助中心)数据，截至 2021 年 7 月 18 日，全美范围内有 81.3%的养老院居住者、58.6%养老院员工接种新冠疫苗。据美国退休人员协会(AARP)2021 年 7 月 15 日发布分析，养老院中的新冠病例与死亡人数继续下降到历史最低点。

养老院大规模的疫苗接种对于防止新冠感染是否有效?此前通过聚合性公开数据进行的研究证明了这一点。

2021 年 8 月，国际权威医学期刊《新英格兰医学杂志》发表了一篇研究，研究借助美国大型长期护理机构 Genesis Health Care 的电子健康记录数据，报告了 21 个州 280 家养老院的接种疫苗居住者和未接种疫苗居住者的新冠病毒感染率。数据表明，新冠疫苗接种有利于养老院人群中无症状感染率与有症状感染率的降低。

这与 2020 年的形成了鲜明对比。2020 年 4 月 24 日《新英格兰医学杂志》刊发了美国一养老院六成老人染新冠的案例。在该养老院中，新冠死亡率高达 26%，半数感染者检测时无症状。研究者发现，症状前或无症状者可能是传播的主体。这表明：仅针对有症状的感染控制策略，不足以防止新冠病毒在养老院中的传播。

5、全面放开后，养老机构如何面临可能的“新冠感染冲击”？

在 12 月 8 日举行的国务院联防联控机制召开的进一步优化落实

疫情防控措施新闻发布会上，有记者问，对于养老院、疗养院等老年人比较集中的机构和场所，在疫苗接种方面将提供哪些便利措施？

国家疾控局卫生免疫司司长夏刚表示，养老院、疗养院是老年人集中的地方，也是疫苗接种服务的重点场所，国务院联防联控机制综合组印发的《加强老年人新冠病毒疫苗接种工作方案》上明确提出，要进一步落实老年人养老院、干休所、疗养院、老年大学、老年活动中心和老年人健身娱乐场所等重点场所的老年人接种工作。

夏刚介绍，前期，各地有关部门密切合作，在重点场所采取了多种措施，有序推进老年人接种工作，包括设立临时接种点、使用流动接种车、开设老年人接种专场和开通老年人接种绿色通道等。

“下一步，我们将延续这些好的做法，将及时总结工作中的成功经验，不断完善各项便民措施，最大限度的为老年人的接种工作提供便利。”夏刚说。

总体来说，保护老人最佳的方式仍是接种疫苗。对于养老院、老年社区中的老人，需要进一步做好应急预案和资源储备，畅通救治通道。

“如果养老院、老年社区在疫情爆发中没有做好预案，可能会导致一定的超额死亡事件。”病毒学家常荣山在接受第一财经采访时表示。

常荣山建议，对于养老院内的老人群体，如果他们在3个月内没有接种过加强针，可以考虑优先接种2针第二代新冠疫苗。

“在总感染率达到一定阈值时，养老院、老年社区要提前设立预案，进行闭环管理。这时，应该仅限接种过新冠疫苗、核酸检测阴性、抗体 IGG 阳性的人，才可以在隔离区与非隔离区之间做生活必需品、药品的交接，原则上不可以进入隔离区；闭环管理人员，在结束医学隔离观察以前，只能出不能进。”常荣山说，通俗来讲，就是“逆向隔离保护”脆弱人群。

常荣山进一步解释，一旦养老院出现了内部感染，无论是老人，还是闭环工作人员，都应尽快转移到条件有保障的酒店隔离。同时，可以给每个老人配备指夹式血氧仪，告知他们经常自测，或者每日由陪护人员为老人进行血氧测量。一旦发现血氧饱和度值低于 95%，就要进行抗原自测，一旦发现抗原自测阳性，就需要立刻转诊至具备救治条件的医院。这样才能尽可能地避免转归为重症。

而对于城市中的老人群体，常荣山称，根据不完全调研，这部分人群对疫苗接种的响应度低于农村，但其面对在疫情风险又远高于农村，“因此，城市中的老人接种疫苗需要尽快排上日程，相关工作人员需要多宣讲，多解读，积极推动老人接种加强针。

香港大学李嘉诚医学院教授金冬雁告诉记者，养老院的防控措施在于三道防线：第一，老人要尽可能地接种疫苗，这仍然是最为关键的；第二，在疫情达到一定节点时多做抗原诊断，诊断阳性后要立即隔离、诊治；第三，坚持做好闭环管理。

国内一位养老协会负责人告诉记者，养老院、老年社区等场所的

防控，需要综合对待。他认为，第一，应针对养老院、老年社区、护理机构等来专门制定防疫攻略，这不但适用于老人群体和家属，相关家政服务人员也需要全面掌握；第二，疾控部门当下也需要从专业角度对养老院等机构提出更新版的防控指南。第三，相关部门的联动也很重要，比如应急预案中的隔离酒店储备、医疗设施储备等，就需要相关部门加强资源协调。

[返回目录](#)

· 医保快讯 ·

年初政府工作报告中的医保工作，现在完成得怎么样了？（上）

来源：中国医疗保险

3月5日，国务院总理李克强在第十三届全国人民代表大会第五次会议上作2022年《政府工作报告》（以下简称“《报告》”），总结了2021年里我国取得的成就，同时对2022年的各项重点工作做出部署。《报告》中所涉及的医保工作，今年完成情况怎样了？中国医疗保险为你做简要梳理。

一、居民医保人均财政补助标准提高30元

6月30日，国家医保局、财政部和国家税务总局联合下发《关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》，要求2022年继续提高城乡居民基本医疗保险筹资标准。各级财政继续加大对居民医保参保缴费补助力度，人均财政补助标准新增30元，达到每人每年

不低于 610 元，同步提高个人缴费标准 30 元，达到每人每年 350 元。中央财政继续按规定对地方实施分档补助，对西部、中部地区分别按照人均财政补助标准 80%、60%的比例给予补助，对东部地区各省份分别按一定比例补助。

今年 9 月以来，全国各地陆续启动了 2023 年城乡居民医保的缴费工作，部分地区缴费工作将于 12 月末截止，请城乡居民参保人注意缴费时间，及时缴费参保。

二、推进药品和高值医用耗材集中带量采购

早在年初，1 月 10 日召开的国务院常务会议就对 2022 年集中带量采购工作划定了工作重点。会议指出，一是以慢性病、常见病为重点，继续推进国家层面药品集采，各地对国家集采外药品开展省级或跨省联盟采购。今年底前，国家和省级集采药品在每个省合计达到 350 个以上。二是逐步扩大高值医用耗材集采覆盖面，对群众关注的骨科耗材、药物球囊、种植牙等分别在国家和省级层面开展集采。三是保证中选药品和耗材长期稳定供应，加强监管，确保中选产品降价不降质。医疗机构要合理优先使用中选产品。四是落实集采医保资金结余留用政策，推进薪酬制度改革，合理提高医务人员收入，更好调动积极性。

今年来，药品与耗材集中采购动作频出，虽然受疫情影响，但从国家到地方，全国医保部门都顶住压力继续快速开展与落实集采工作，“提速扩面”成为集采核心的关键词。

第七批药品集采：

1月，国家组织药品集中采购办公室发布《关于报送第七批国家组织药品集中采购品种范围相关采购数据的通知》，并于7月12日在江苏南京开标。本次集采药品涉及31个治疗类别，包括高血压、糖尿病、抗感染、消化道疾病等常见病、慢性病用药，以及肺癌、肝癌、肾癌、肠癌等重大疾病用药，群众受益面广、获得感强。共有60种药品采购成功，拟中选药品平均降价48%，按约定采购量测算，预计每年可节省费用185亿元。

至此，国家共组织七批集中带量采购，累计成功采购药品达294种。

全国首次医药集采机构工作会召开：

4月，国家医保局召开首次全国医药集采机构工作会，研究部署集采平台建设工作。会上，原国家医保局副局长的陈金甫强调，围绕支持服务医药价格改革与管理的总体目标，持续提升完善交易支撑、线上结算、监测监管、公共服务等功能，重点抓好提升网采率和集采率、规范挂网规则、推广线上结算、强化监测监管、参与医疗服务价格改革、完善信息系统和创建示范平台等工作。国家医保局将在全国创建一批功能完善、运转高效、服务便捷、社会满意的医药集中采购示范平台，总结形成可推广可复制的典型经验。到“十四五”末期，全面建成以业务标准化、管理规范、服务专业化为核心的医药集中采购经办制度体系，集中采购平台运行更加有序、便捷、高效，医药

价格治理水平和集中采购专业服务水平显著提升。

第六批集采药品落地：

5月开始，全国各省份陆续开始执行胰岛素国家集采价格。去年11月26日，国家医保局在上海完成了第六批国家组织药品集中带量采购——胰岛素专项采购工作，42个胰岛素产品通过投标中选，平均降价48%。根据集采前3.2万家医疗机构提出的需求量计算，胰岛素集采需求量超2亿支，涉及金额约170亿元，以每支胰岛素注射液3毫升规格计算，中选产品价格均降到每支80元以下，部分中选产品低于每支20元。拟中选产品平均降价48%，预计每年可节约费用90亿元。

为保证集采胰岛素顺利落地，国家医疗保障局、国家卫生健康委发布《完善国家组织药品(胰岛素专项)集中带量采购和使用配套措施的通知》。《通知》要求胰岛素集采中选产品要按中选价格在各省级医药集中采购平台挂网。胰岛素集采中选产品以中选挂网价格为支付标准，医保基金按规定比例支付。非中选的胰岛素产品属于医保基金支付范围的，支付标准不超过同类别中选产品最高中选价格或医保谈判价格，患者使用非中选产品，价格超出医保支付标准的部分由患者自付。

骨科脊柱耗材集采：

7月11日晚，国家组织高值医用耗材联合采购办公室发布公告，开展骨科脊柱类医用耗材集中带量采购工作，采购周期为3年，自中

选结果实际执行日起计算。这是继冠脉支架、人工关节集采后，正式启动的第三批国家组织高值医用耗材骨科脊柱类集中带量采购。此次集采根据颈椎、胸腰椎手术的需要，覆盖颈椎固定融合术、胸腰椎固定融合术、椎体成形术、内窥镜下髓核摘除术、人工椎间盘置换术 5 种骨科脊柱类耗材，囊括市场上现有的各种材质，可满足现在临床开展的 95% 的脊柱类手术所需。

9 月 30 日，国家组织骨科脊柱类耗材集中带量采购中选结果公布。本次集采平均降价 84%，按约定采购量计算，预计每年可节约费用 260 亿元。首年意向采购量共 109 万套，占全国医疗机构总需求量的 90%。除了费用的降低，集采还可有效提高脊柱产品的临床可及性，让更多的患者看得起病、做得起手术，甚至可以选择原来遥不可及的知名品牌，让更多的百姓用得上品质更高的产品。

种植牙集采：

8 月，国家医保局医药价格和招标采购司在京召开口腔种植价格工作座谈会，重点围绕规范口腔种植收费方式、围绕种植牙全流程做好价格调控、加强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等听取意见。此前，针对口腔种植收费不规范、费用负担重等群众普遍关切的问题，国家医保局按照九部委《2022 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》部署，研究开展了口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理工作。

作为年初国常会提出的集采重点领域，种植牙集采不仅仅是“耗

材”领域的大事，还涉及到医疗服务费用方面的配套措施。8月18日，国家医保局发布公告，就《关于开展口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理的通知(征求意见稿)》公开征求意见；9月6日，国家医保局正式发布了《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》，综合群众、医疗机构、专业人士等各方意见，最终将三级公立医院种植牙医疗服务部分的价格调控目标确定为4500元。需要指出的是，4500元每颗为医疗服务价格的全流程调控目标(并非一刀切的强制目标，文件也明确了允许适当放宽的条件)，并不包括种植体和牙冠等耗材。

文件传递了一个十分强烈的信号——种植牙即将进入“技耗分离”的时代。

而种植牙耗材集采工作的开展也于9月开始。与国家集采的药品和耗材不同，种植牙由于其特殊性，由四川省医疗保障局牵头组建种植牙耗材省际采购联盟，具体采购方案由四川省医疗保障局会同各联盟省份医疗保障部门制定并组织实施，各省份参加。这是第一次医保目录外高值耗材的全国性省际联盟集采，同时针对牙科市场民营机构数量庞大的特点，也要求民营医疗机构参与其中。

9月22日，四川医保局官网发布《口腔种植体系统省际联盟集中带量采购公告》(第1号)，明确采购产品以种植体、修复基台、配件包各1件组成种植体产品系统，并根据种植体材质，分为四级纯钛种植体产品系统和钛合金种植体产品系统共两个产品系统类别。本次

口腔种植体系统集中带量采购周期为 3 年。

12 月 23 日，2022 年的倒数第二个周五，四川医保局官网赶在年末的尾巴上发布了《口腔种植体系统省际联盟集中带量采购公告(第 2 号)》，随公告一同发布了《口腔种植体系统省际联盟集中带量采购文件(LM-01-2022-1)》，明确了采购邀请、企业申报须知等一系列种植牙集采的程序与规则。各产品系统类别的首年意向采购量按参加本次集中带量采购的每一家医疗机构报送的各产品系统首年采购需求量的 90%累加得出。其中，四级纯钛种植体产品系统首年采购需求量为 2494956 套，首年意向采购量为 2253818 套；钛合金种植体产品系统首年采购需求量为 375087 套，首年意向采购量为 339335 套。2023 年 1 月 11 日上午 10:00，将于四川省政府政务服务和公共资源交易服务中心进行现场公开申报信息。

冠脉支架集采接续采购：

11 月 29 日，国家组织冠脉支架集采协议期满后接续采购在江苏常州开标。本次接续采购首次探索在全国范围统一开展接续工作，共 3696 家医疗机构参加，采购量约 178 万个。共 10 家企业的 14 个产品获拟中选资格，既包括美敦力等知名跨国企业，也有上海微创等内资企业，企业中选率达 91%。平均中选支架价格 770 元左右，加上伴随服务费，终端价格区间在 730 元至 848 元。

与上一轮集采相比，本次接续采购中选价格总体保持平稳，参加的医疗机构增加 40%，支架采购量增加 30%，中选企业增加 2 家，中

选产品增加 4 个，品种更加丰富，供应更有保障，冠脉支架集中带量采购的成果得到巩固。

地方联盟集采遍地开花：

除全国性的集中采购外，全国各地也形成了多个集采联盟，进行不同的药械种类的省际联盟集中采购。

2 月 11 日，原国家医保局副局长陈金甫在国务院政策例行吹风会上谈及，集采的主体格局是国家组织、省际联盟的招采。4 月国家医保局发布，到 2022 年底各省份自行开展集采的规划，其中明确三个集采将由省级来组织：江西牵头开展肝功生化试剂采购联盟、福建牵头开展电生理和腔镜吻合器采购联盟、山东牵头开展中药饮片采购联盟。截至目前，这三个集采均有所进展。

11 月，江西省医药采购服务平台发布《肝功生化类检测试剂省际联盟集中带量采购公告(第 1 号)》，正式宣布江西、河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、福建、河南、湖北、湖南、广东、广西、海南、重庆、贵州、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆、兵团、云南组成采购联盟，开展肝功生化类检测试剂集中带量采购，由江西省药品医用耗材集中采购联席会议办公室承担日常工作并具体实施。12 月 19 日，由江西医保局牵头的 23 省肝功生化类检测试剂省际联盟集中带量采购，在线上召开信息公开大会。

12 月 14 日，福建省药械联合采购中心公布心脏介入电生理类医用耗材省际联盟集中带量采购拟中选结果。集采联盟成员覆盖福建、

河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、江苏、浙江、安徽、江西、山东、河南、湖南、广东、广西、海南、重庆、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆、新疆生产建设兵团等 27 省份。

同日，福建省药械联合采购中心公布腔镜切割吻/缝合器类医用耗材省际联盟集中带量采购拟中选结果。相较于电生理类医用耗材联盟，腔镜切割吻/缝合器类耗材集采联盟成员较少，包括福建、河北、山西、内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、浙江、湖北、广东、贵州、西藏、陕西、甘肃、宁夏等 15 省份。

中药饮片集采联盟动作更早。今年年初，山东省牵头并组建三明采购联盟省际中药(材)采购联盟，以开展中药(材)的跨区域常态化联采工作；3 月及 11 月，联盟先后发布中药饮片联采报量的通知、正式采购文件，以及企业申报工作的通知。经过近 9 个月的筹备，全国首批中药饮片联采即将进入开标阶段。

此次联合采购由山东、山西、内蒙古、吉林、黑龙江、安徽、福建、江西、湖南、云南、西藏、青海、宁夏、新疆、新疆生产建设兵团等地以省或部分市的公立医疗机构(含部队医疗机构)及自愿参加的医保定点社会办医疗机构和定点零售药店等单位组成。

采购品种分别是黄芪、党参片、金银花、当归、麸炒白术、红花、烫水蛭、天麻、麦冬、黄连片、太子参、白芍、甘草片、地龙、川芎、丹参、黄芩片、山药、蒲公英、牡丹皮、桔梗等 21 个品种。从首年约定采购量看，仅黄芪一个产品的首年约定采购量(选货+统货)就超

过 800 吨，21 个品种首年约定采购量总计超 5000 吨。

除上述三个被国家医保局“点名”提出的地方联盟集采外，京津冀“3+N”联盟骨科创伤类医用耗材带量联动采购也相当引起关注。作为医疗资源的集中区域，北京与天津拥有广阔的医疗市场，联动河北这一人口大省，京津冀联盟实力不容小觑，况且此次“3+N”联盟还有内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、浙江、安徽、福建、山东、广东、海南、四川、西藏、陕西、甘肃、新疆、兵团等 16 个省份的参与，囊括全国大部分市场份额。联盟地区协议采购总量 108.57 万套，89 家企业的 20026 个产品中选，平均降价 83.48%；执行集采结果后，每年可为联盟地区节省采购金额 59.17 亿元。

另外，值得关注的还有同样由民营医疗机构占市场主要份额的正畸托槽联盟集采。正畸托槽耗材集采联盟包括陕西、山西、内蒙古、辽宁、黑龙江、安徽、河南、广西、海南、贵州、西藏、甘肃、青海、宁夏、新疆、新疆建设兵团等 16 个省份，涉及产品有普通金属托槽、方丝弓托槽、普通陶瓷托槽、自锁金属托槽、自锁陶瓷托槽、无托槽矫治器、颊面管等七类口腔正畸托槽耗材，集采周期为 2 年。12 月 19 日，陕西省公布集采拟中选结果。49 家企业的 739 个产品进入现场竞(议)价环节，32 家企业的 572 个产品拟中选。拟中选产品平均降幅 43.23%，最低降幅 23.33%，最高降幅 88%。预计每年可为联盟省份节约采购资金 1.3 亿元以上。

[返回目录](#)

年初政府工作报告中的医保工作，现在完成得怎么样了？（下）

来源：中国医疗保险

3月5日，国务院总理李克强在第十三届全国人民代表大会第五次会议上作2022年《政府工作报告》（以下简称“《报告》”），总结了2021年里我国取得的成就，同时对2022年的各项重点工作做出部署。《报告》中所涉及的医保工作，今年完成情况怎样了？中国医疗保险为你做简要梳理。

三、深化医保支付方式改革

2021年11月，国家医保局印发《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》，明确以加快建立管用高效的医保支付机制为目标，通过分期分批加快推进，从2022到2024年，全面完成DRG/DIP付费方式改革任务；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，基本实现病种、医保基金全覆盖。今年，各试点地区全部进入实际付费阶段，三年行动计划有序推进中。

四、加强医保基金监管

1月29日，距离虎年的春节假期仅有一天之际，国家医保局发布了第5号令——《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》，规范医疗保障基金使用监督管理举报处理工作，确保及时、有效处理举报，打响了2022年医保基金监管工作的第一枪。此后，今年的医保基金监管工作也在有条不紊却又快速地推进。

4月20日下午，国家医保局微信公众号、官方网站同时发布了

《关于对华中科技大学同济医学院附属同济医院开展专项飞行检查的情况通报》，通报显示，国家医保局根据举报线索，联合国家卫生健康委、市场监管总局，对华中科技大学同济医学院附属同济医院(简称“同济医院”)进行飞行检查，经调查发现，2017年1月—2020年9月期间，同济医院存在串换、虚记骨科高值医用耗材问题，骗取医保基金支付23343609.64元。该事件一时间成为社会关注的热点，也昭示着医保部门打击欺诈骗保的决心：“大三甲”不是“免死金牌”。

5月19日，国家医疗保障局公布了2021年度医保基金飞行检查情况，对去年全国29个省份的68家定点医疗机构的飞检结果进行梳理和公布：被检定点医疗机构存在医保管理问题和重复收费、超标准收费、分解项目收费、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超医保支付限定用药、串换诊疗项目和将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算等违法违规问题。这些问题不仅仅是2021年的飞检重点问题，甚至可以说是三年多飞检经验里发现的“经久不衰”的“热点问题”。面对这些“热点问题”，医保飞检工作进行了有针对性的安排——

5月31日晚，国家医保局官网发布通知，将联合财政部、国家卫生健康委、国家中医药局开展2022年医保基金飞行检查。随通知同时发布的还有《2022年度医疗保障基金飞行检查工作方案》，在该方案中，针对定点医疗机构检查包括：基金使用内部管理情况，财务管理情况，病历相关资料管理情况，药品和医用耗材购销存管理情

况，和分解住院、挂床住院、违反诊疗规范、违规收费(包括违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用)、串换项目、违规采购线下药品、未按要求采购和使用国家组织集采中选产品等行为。同时，在《工作方案》第五部分的“工作准备”里又强调：“加强数据分析。结合检查重点，提前提取指定范围内医保结算数据、医院 HIS 系统数据等，开展前期筛查分析。”

针对检查内容和检查范围，《工作方案》也有了明确指示，涵盖医保基金监管的重点与难点：

“检查内容”中，对被检的医保医疗服务行为和医疗费用的范围里，特别指出要涵盖“定点医疗机构血液透析、高值医用耗材(骨科、心内科)等领域”，以及“包括本地接收跨省异地就医人员结算费用”；飞检范围包括“全国范围内定点医疗机构、县区级医保经办机构，视情况可延伸检查相关机构和参保人。”这意味着，检查范围不是仅包含民营医院、而是涵盖了全国大小各级医疗机构。这与一个月前发布的同济医院飞检结果颇为呼应，医保基金监管的覆盖面越来越完善。

国家医保局官网“曝光台”栏目发布的一系列案例也确实体现了“基金监管无禁区：从基层医疗机构到大三甲医院，从两定机构到参保人，从医疗费用到生育基金管理，医保基金监管正向更深、更广的层次进行。

时间推进到年末，11月25日，国家医保局官网公布《违法违规

使用医疗保障基金举报奖励办法》，规定按照案值的一定比例给予举报人一次性资金奖励，最高不超过 20 万元，最低不少于 200 元。这一规定将此前的最高奖励从 10 万元提高到了 20 万元，意在充分发动群众、依靠群众、鼓励群众参与医保基金监管，持续强化社会监督作用，共同守护好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

五、完善跨省异地就医直接结算办法

近年来，随着跨省异地就医直接结算的建立和逐步推广实施，跨省异地就医直接结算工作取得显著成效，为广大跨省异地就医人员提供了方便快捷的医保经办服务，2021 年全国异地就医总人次超过 1 亿人次，异地就医总费用达到 4648 亿元。

但根据几年的实践，跨省异地就医结算也存在一些有待完善的地方，比如各地区在有关医保的具体政策规定、医保目录之间存在差异，就医地与参保地之间可能在经办管理、信息系统等方面会不同，导致参保人在跨省异地就医直接结算的过程中遇到问题，影响体验感和获得感，也给参保地和就医地的医保部门管理工作带来衔接上的困难，提升监管难度。

这些问题都将在明年 1 月 1 日之后得到缓解。

今年 6 月 30 日，跨省异地就医直接结算重磅文件出台，国家医保局、财政部联合发布《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》，明确了跨省异地就医直接结算的下一步工作，统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算政策，在完善异

地就医备案政策、明确医疗机构直接解散服务范围、规范经办机构跨区域协同流程、强化异地就医资金管理、提升信息化标准化、强化基金监管、规范经办规程 7 个方面，着力破解异地就医备案、结算和协同三个难题。这些措施有助于改进和完善跨省异地就医结算机制，为广大跨省异地就医人员提供高效便捷的相关医保经办服务，同时将在规范跨省异地就医人员的就医行为和有关医疗机构的诊疗行为，并有效控制不合理的医疗支出，确保医保基金安全等方面将发挥重要作用。

目前根据文件要求，各地已纷纷出台相关政策，调整与文件不相符的政策措施，确保同国家政策相衔接，保障新年伊始异地就医直接结算新政的平稳实施。

六、实现全国医保用药范围基本统一

基本医保制度建立之初，针对当时国家医保药品目录品种少、地区间用药习惯差异大等情况，国家允许各省份在国家药品目录基础上，增补部分西药与中成药进入省级医保药品目录。这在特定的医保环境下发挥了积极作用。近年来，随着国家医保药品目录保障能力的大幅提高，继续保留地方增补药品的意义已经不大。逐步统一全国医保用药目录被提上日程。

2020 年 2 月印发的《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出，逐步实现全国医保用药范围基本统一。从 2020 年开始，各地按照国家医保局的要求，在 3 年以内，按照第一年 40%、

第二年 40%、第三年 20%的比例逐步调出原省级药品目录内按规定调增的药品，确保在 2022 年底实现全国医保用药范围基本统一。

截至今年 6 月 30 日，全国已有 15 个省份及新疆生产建设兵团提前完成了全部地方增补药品的“消化”任务，包括北京市在内的其余 16 个省份药品“消化”的完成时间为今年年底。

目前来看，全国各省份“消化”的地方增补药品在现有国家医保目录内都有价格更低、质量更好的替代药，调出影响不大。并且，国家医保局未来也会加强对全国各地药品“消化”工作调度，引导医保定点医药机构在国家目录中选择更好的替代药品，最大限度保证不对患者用药造成影响。

对于参保人来说，主要有 2 个好处：一方面，调出地方增补的药品可以为医保目录腾出空间，能够让更多新药好药及时调进医保目录，为广大群众提供更加优质的医疗保障服务；另一方面，有利于异地就医，目录统一后，参保地和就医地的医保目录差异将被消除，两地可报销的药品品种都是一致的，有利于提升群众异地就医便利性。

七、加强罕见病用药保障

自 2018 年启动国家医保目录常态化调整探索以来，国家医保局在申报范围和关注度等方面，均适当向罕见病药物倾斜。目前，我国共上市 60 余种罕见病用药，其中 40 余种被纳入国家医保药品目录，共涉及 25 种罕见病。其中，近 40%的罕见病药物，都是在国家医保局 2018 年开启国家医保药品目录常态化调整后，被纳入药品目录的。

2018 年以来，通过谈判新增进入药品目录的 19 种罕见病用药，平均降价 52.6%；仅 2021 年，纳入医保目录的罕见病药物数量就多达 7 种，其中原本高达 70 万元一针的“天价药”诺西那生钠注射液进入医保后，仅需 3.3 万元一针。

今年的国家医保目录调整过程中，也特别关注了罕见病患者这个群体，对罕见病用药开通单独申报通道，支持其优先纳入医保目录。9 月 6 日晚，国家医保局官网发布了《关于公示 2022 年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整通过初步形式审查的药品及相关信息的公告》，将“2022 年 6 月 30 日前经批准上市的罕见病治疗药品”明确列入申报条件，且并无“2017 年 1 月 1 日后上市”等条件限制，明确体现出今年医保目录对罕见病用药的倾斜。据悉，本次通过初步形式审查的罕见病用药为 19 个。

虽然因为综合考虑新冠疫情影响和谈判工作需要，2022 年国家医保药品目录现场谈判延期开展，但可以肯定的是，在加强罕见病用药保障方面，新版医保目录必将继续有所作为。

八、规范医疗机构收费和服务

2021 年 8 月 31 日晚间，国家医保局等八部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，并发布遴选 5 个试点城市。今年该试点方案印发已满一年，五个城市也陆续开始实施首轮医疗服务价格调整。

7 月 1 日，国家深化医疗服务价格改革试点工作推进会在厦门市

召开，部署推进首轮医疗服务价格调整工作，这标志着国家深化医疗服务价格改革试点已正式进入实施阶段。国家医保局要求各试点城市把握改革试点实施阶段的重点环节和基本要求，精心组织实施首轮价格调整工作。

7月11日，国家医保局发布《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》，特别强调了医疗服务价格调整要突出体现对技术劳务价值的支持力度。通知指出，强化医疗服务价格宏观管理和动态调整，在省级层面统一动态调整机制的具体规则，明确启动条件和约束条件，健全价格调整程序、规则、指标体系，避免各行其是。按照设定的调整周期和触发机制做好评估，符合条件的，及时在总量范围内有升有降调整医疗服务价格，积极灵活运用医疗服务价格工具，有力支持公立医疗机构高质量发展，确保群众医药费用总体负担不增加。

从苏州、赣州等试点城市公布的实施方案来看，建立总量控制、分类定价、动态调整等机制是首轮医疗服务价格调整的主要内容。而在国家医疗保障局公布的一份答复，再次强调了医疗服务价格改革的四个主要内容，一是强化价格宏观管理，二是分类形成医疗服务价格，三是动态调整医疗服务价格，四是规范管理医疗服务价格项目。

九、支持中医药振兴发展

医保对中医药的支持主要体现在纳入定点的中医药机构范围不断扩大、纳入医保范围的中药品种和服务项目不断增多、支付方式优化等几个方面。

近年来，医保目录中纳入了很多中成药，在未来将进行的新一轮医保谈判中，中药新药数量大幅增加。数据显示：50 个中成药通过初审，数量同比 2021 年增加 61.3%；其中目录内通过初审中成药为 15 个，同比 2021 年增加 87.5%，目录外中成药为 35 个，同比 2021 年增加 52.2%。除益心酮滴丸外，49 个通过初审名单的中药品种均为独家品种。有证券公司分析指出，从医保支付端看，中药新药，尤其是中药创新药进入医保路径较为通畅，准入和支付端的政策结合将帮助后续中药新药快速在医院端实现放量。

支付方面，在全面深化医保支付方式改革的大背景下，为了支持中医药发展，2021 年 12 月 14 日，国家医疗保障局联合国家中医药管理局在《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》中明确提出，“一般中医医疗服务项目可继续按项目付费。探索实施中医病种按病种分值付费，遴选中医病种，合理确定分值，实施动态调整。优先将国家发布的中医优势病种纳入按病种付费范围。中医医疗机构可暂不实行按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费，对已经实行 DRG 和按病种分值付费的地区，适当提高中医医疗机构、中医病种的系数和分值，充分体现中医药服务特点和优势。对康复医疗、安宁疗护等需长期住院治疗的中医优势病种，可按床日付费。探索对治疗周期长、风险可控、需持续治疗的中医病种，开展日间中医医疗服务，实施按病种付费，合理确定付费标准，国家统一制定日间病房的病种目录”。

该政策在今年得到落实，不少地区中医诊疗的 DRG/DIP 医保支付

也提上日程，大趋势是遴选中医优势病种开展收付费方式改革试点，探索中西医同病同效同价。

试点城市会选择一些中医特色优势明显、治疗路径清晰、临床疗效突出、治愈标准明确的病种，在确保疗效前提下，采用中医不做手术治疗，如果能够实现跟西医做手术一样的治疗效果，医保按照疗效对应的西医(手术)DRG 病组相同的付费标准支付，也就是按疗效价值付费，以支持发挥中医在治疗某些疾病方面的独特优势，体现中医的劳务技术价值，稳步推进以 DRG 付费为主的医保支付方式改革持续深入。

根据清华大学医院管理研究院对广西柳州中医病种医保支付改革绩效的评估报告，2022 年 5-8 月病例数量规模较大的四个中医优势病种，即腰椎间盘突出、混合型颈椎病、急性支气管炎(未成年)、支气管肺炎(未成年)，两个按疗效价值付费病种，即混合痔、桡骨远端骨折，与西医组对照评估发现：中医治疗患者体验较好、中医组的费用总体低于西医组、中医治疗的安全和质量有保障。经过严格遴选的中医病种服务可及性逐步提高，医保支付的中医病种从 10 个到 51 个，说明试点是成功的，具有推广价值和质量保障。

[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