

医药先锋系列之



医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第09期

(2023.02.27-2023.03.05)

医药

医疗

医保



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。)

• 两会时间 •

▶ [两会时间 | 关于卫生健康，政府工作报告这样说……](#) (来源：健康中国) ——第 7 页

【提要】政府工作报告中指出，新冠疫情发生三年多来，以习近平同志为核心的党中央始终坚持人民至上、生命至上，强化医疗资源和物资保障，全力救治新冠患者，有效保护人民群众生命安全和身体健康，因时因势优化调整防控政策措施，全国人民坚忍不拔，取得重大决定性胜利。在极不平凡的抗疫历程中，各地区各部门各单位做了大量工作，各行各业共克时艰，广大医务人员不畏艰辛，特别是亿万人民克服多重困难、付出和奉献、都十分不易，大家共同抵御疫情重大挑战，面对尚未结束的疫情，仍在不断巩固统筹疫情防控和经济社会发展成果。

▶ [两会时间 | “两会”代表和委员，关注的医保改革有哪些？](#) (来源：京医会) ——第 16 页

【提要】自去年两会以来，国家医保局共在官方网站公布全国人大代表和政协委员建议提案答复 153 件。这些建议提案在关注什么？关键词有哪些？国家医保局是怎么回应的？通过这些建议提案的视角，让我们来看看，在过去一年医疗保障事业高质量发展的进程中，人民群

众提出了哪些期待，又分别得到了怎样的回应？

• 分析解读 •

▣ [六问门诊共济保障改革『缘由、得失、进展』国家医保局权威回应](#)（来源：国家医保局）——第 28 页

【提要】近日，一些地方推进职工医保门诊共济保障机制改革，引发部分群众关注。部分群众对改革后职工医保个人账户划入减少有疑问，对改革后看病就医便利性有顾虑。针对此次改革中社会普遍关心的问题，国家医疗保障局有关司负责人回答了记者提问。

▣ [DRG 下，按项目付费医保违规问题仍不可小视](#)（来源：医保笔记）——第 36 页

【提要】根据《国家医疗保障局关于印发 DRG 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号），到 2025 年底，DRG 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。届时，以 DRG 付费、按床日付费、按项目付费等多元付费方式并存。在 DRG 付费下，按项目付费的违规依然要警惕。

• 带量采购 •

▣ [国家医保局发文，事关第九批集采、新药定价、规则、报量、支付...](#)（来源：健康界）——第 39 页

【提要】3 月 1 日，国家医保局官网发布《关于做好 2023 年医药集中采购和价格管理工作的通知》，行业最关注的两件大事——集采和

价格管理给出了官方答案。对于创新药企来说，特别值得关注的是，新药获批上市定价方式要变，从药企自由定价，变成像新上市的新冠药那样，在北京等六地提交文件，列明研发成本、生产成本，管理费用等，以此来确定价格。当然，这是国家医保局探索的方向，落地尚未明确时间，但趋势已出，值得关注。

▶ [剑指创新药定价乱象！国家医保局探索新药首发价格形成机制](#)（来源：健识局）——第 44 页

【提要】3月1日，国家医保局印发通知，部署2023年的国家集采和价格管理工作。集采是国家医保局的常规动作。根据规划：除开展已经确定的第八批国家药品集采，2023年国家医保局还会适时推进新批次药品集采。规范集采品种续约工作，持续挤压既往中选品种的价格水分。这一次，医保局首次提出的“新获批药品价格形成机制”，才是整个文件中最有看点的地方。

• 医院管理 •

▶ [财政补助 80 亿！卫健委透露今年医院工作要点：医院建设、耗材集采、支付改革、信息化...](#)（来源：国家卫健委办公厅）——第 48 页

【提要】近日，财政部办公厅、国家卫健委办公厅发布《关于组织申报2023年中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目的通知》（以下简称《通知》）及《公立医院改革与高质量发展示范项目实施方案编制提纲》（以下简称《提纲》）。《通知》指出，2023年3

月 15 日前，中央财政支持项目通过竞争性评审方式公开择优确定，每个项目中央财政补助 5 亿元(其中 10%的资金专门作为绩效奖补资金)，主要用于支持推进公立医院改革与高质量发展。申报项目实施期限为三年。

▶ [医保 DRG/DIP 付费下的医院运营管理策略](#) (来源：清华医疗服务治理) ——第 53 页

【提要】2021 年 11 月，国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，意味着“十四五”期间，我国住院医疗费用医保支付方式改革将进入到加速“扩面”阶段。医院如何顺应政策改革趋势，转变发展理念，利用 DRG/DIP 管理工具来提升内部运营管理效率，实现高质量发展，需要未雨绸缪，尽早做出有效应对策略安排。本文将从医保 DRG/DIP 付费下的医院发展定位、管理重点以及管理策略三个方面探讨医院应该如何有效应对问题，期望能对医院提升医保 DRG/DIP 付费改革下的运营管理效能提供启发。

• 中医药动态 •

▶ [中医药又出重磅政策，一文看清“十四五”冲刺阶段怎么做](#) (来源：国务院办公厅) ——第 63 页

【提要】日前，国务院办公厅发布了《中医药振兴发展重大工程实施方案》(以下简称“重大工程实施方案”)，明确了在 2025 年前需要完成的八大工程的建设目标、建设任务、配套措施和部门分工。这是继中医药“十四五”规划后，最近国家层面出台的又一项高级别指导

政策。

▶ [妇幼保健院里的“中医热”](#)（来源：中国中医药报）——第 67 页

【提要】妇幼专科联盟的很多乡镇卫生院、社区卫生服务机构现在都能够提供中医健康干预服务，并在重点人群和慢性病患者健康服务中应用。下一步，医院工作的重点是推动中医“治未病”理念进社区、进家庭、进机构，探索更具中牟地域特色的中医药融入妇幼健康模式，让更多群众享受到中医药服务的便利。

-----本期内容-----

• 两会时间 •

两会时间 | 关于卫生健康，政府工作报告这样说……

来源：健康中国



关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

* 过去一年和五年工作回顾 *

新冠疫情发生三年多来，以习近平同志为核心的党中央始终坚持人民至上、生命至上，强化医疗资源和物资保障，全力救治新冠患者，有效保护人民群众生命安全和身体健康，因时因势优化调整防控政策措施，全国人民坚忍不拔，取得重大决定性胜利。



关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

过去一年和五年工作回顾

在极不平凡的抗疫历程中，各地区各部门各单位做了大量工作，各行各业共克时艰，广大医务人员不畏艰辛，特别是亿万人民克服多重困难、付出和奉献、都十分不易，大家共同抵御疫情重大挑战，面对尚未结束的疫情，仍在不断巩固统筹疫情防控和经济社会发展成果。





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

过去一年和五年工作回顾

提升医疗卫生服务能力。深入推进健康中国行动，深化医药卫生体制改革，把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，进一步缓解群众看病难、看病贵问题。





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

过去一年和五年工作回顾

持续提高基本医保和
大病保险水平，城乡居民医
保人均财政补助标准从
450元提高到610元。将更
多群众急需药品纳入医保
报销范围。住院和门诊费用
实现跨省直接结算，惠及
5700多万人次。推行药品
和医用耗材集中带量采购，
降低费用负担超过4000亿
元。





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

过去一年和五年工作回顾

设置 13 个国家医学中心，布局建设 76 个国家区域医疗中心。全面推开公立医院综合改革，持续提升县域医疗卫生服务能力，完善分级诊疗体系。促进中医药传承创新发展。基本公共卫生服务经费人均财政补助标准从 50 元提高到 84 元。





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

过去一年和五年工作回顾

改革完善疾病预防控制体系，组建国家疾病预防控制中心，健全重大疫情防控救治和应急物资保障体系，努力保障人民健康。





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

过去一年和五年工作回顾

**积极应对人口老龄化，
推动老龄事业和养老产业
发展。发展社区和居家养老
服务，在税费、用房、水电气
价格等方面给予政策支持。
推进医养结合。实施三孩生
育政策及配套支持措施。**





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

今年工作重点

当前我国疫情防控已进入“乙类乙管”常态化防控阶段，要更加科学、精准、高效做好防控工作，围绕保健康、防重症，重点做好老年人、儿童、患基础性疾病群体的疫情防控和医疗救治，推进疫苗迭代升级和新药研制，切实保障群众就医用药需求，守护好人民生命安全和身体健康。





关于卫生健康，
政府工作报告这样说……

今年工作重点

**推动优质医疗资源扩
容下沉和区域均衡布局。加
强养老服务保障，完善生育
支持政策体系。保障妇女、
儿童、老年人、残疾人合法
权益。**



两会时间 | “两会”代表和委员，关注的医保改革有哪些？

来源：京医会

民之所望，政之所向，一年一度的全国“两会”召开。而医疗保障作为人民群众健康的基本保障，每年都是两会代表和委员们热议的话题之一。

过去一年，医疗保障改革始终紧盯“民之所盼”，积极主动回应人民群众对加强医疗保障，朝着奋力解除全体人民的疾病医疗后顾之忧的目标，不断深化医保改革，切实增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

自去年两会以来，国家医保局共在官方网站公布全国人大代表和政协委员建议提案答复 153 件。

这些建议提案在关注什么？

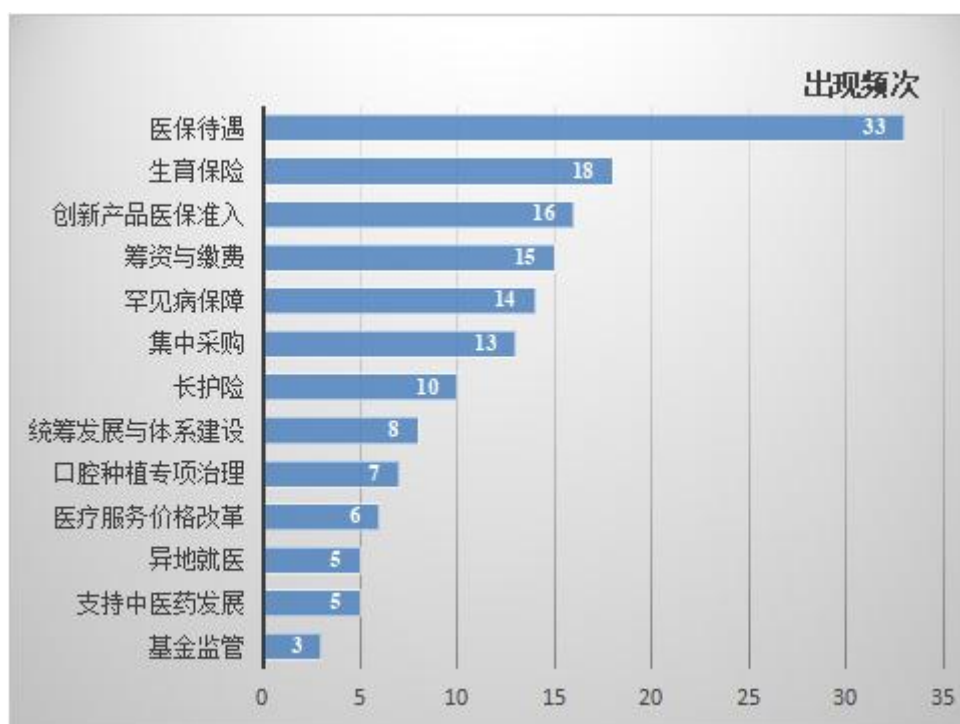
关键词有哪些？

国家医保局是怎么回应的？

通过这些建议提案的视角，让我们来看看，在过去一年医疗保障事业高质量发展的进程中，人民群众提出了哪些期待，又分别得到了怎样的回应？

经统计梳理，153 条建议提案共涉及 13 个医保领域的制度改革主题，其中出现频次较高关键词为分别为：

医保待遇、生育保险、创新产品医保准入、筹资与缴费、罕见病保障、集中采购，具体如下图：



医保待遇

基本医疗保险待遇支付政策包括基本医疗保险、纳入清单管理的补充医疗保险和医疗救助待遇支付政策，是我国基本医保体系的重要组成部分，也是广大参保人医保工作的关注焦点。2022年涉及“医保待遇”的33个建议提案中，主要内容均围绕扩大支付范围和提高报销水平展开，具体关注点包括：提高待遇水平，提高重大疾病、慢性病待遇水平，缩小待遇差，将疾病筛查、疫苗、洁牙等非治疗性项目纳入支付范围等。

事实上，国家医保局成立以来，一直致力于健全完善医疗保障制度，全面加强待遇保障。通过公平普惠实施基本医保、完善大病保险等补充医疗保险、筑牢医疗救助托底保障防线，统筹发挥三重制度保障作用，梯次减轻参保群众医疗费用负担。一是科学设置住院待遇起

付标准，合理分担医疗费用的同时促进科学利用医疗资源。据统计，2021年职工医保、居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达到80%和70%左右，统筹基金最高支付限额分别达到当地职工年平均工资、居民人均可支配收入的6倍左右。二是做好慢性病和特殊疾病门诊保障工作。把部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入报销范围，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理，引导患者更多选择在门诊就医，减轻其就医负担。三是加强重特大疾病医疗保险和救助工作。居民大病保险对参保患者高额医疗费用保障水平在基本医保基础上提高了约18个百分点；对低保对象、特困人员、返贫致贫人口等实施倾斜支付政策，降低起付标准、提高支付比例，并取消最高支付限额。同时，健全因病致贫和因病返贫双预警机制，强化高额医疗费用支出预警监测，及时将符合条件的监测人群纳入救助范围；全面建立依申请救助机制，畅通医疗救助申请渠道。

与此同时，我们也应该看到，目前我国基本医疗保险筹资特别是城乡居民医保的筹资水平较低，还难以完全满足参保群众日益增长的保障要求。国家医保局也在相关答复中明确，2021年居民医保人均筹资为889元。从现阶段医保制度整体发展状况、群众疾病治疗需求以及医疗保险基金筹资水平和抗风险能力来看，当前基本医保制度还是立足于为群众提供基本疾病治疗保障，着力满足群众基本医疗需求，还没有能力将支付范围扩大疫苗、预防筛查到非治疗性的项目。

生育保险

生育保险是社会保险的重要组成部分，是全体妇女生育医疗费用的重要保障，也是我国生育政策得以顺利实施的有力支撑。生育保险待遇包括：生育医疗费用待遇和生育津贴。总体来看，目前妇女因生育发生的符合规定的医疗费用均有相应的政策安排予以保障。相比于前几年，2022年关于“生育保险”的建议提案数量显著增加，涉及的18个建议提案中，主要关注点包括：将辅助生殖技术、产前检查费用纳入报销范围，完善生育保险筹资机制，统一生育津贴发放标准等。

对此，国家医保局表示，人口问题是国之大者。目前，各地已经普遍将符合规定的产前检查相关项目纳入医保支付范围，支持优生优育；并且，已经将符合条件的生育支持药物纳入医保支付范围。同时，国家医保部门正在会同相关部门抓紧研究，指导各地根据国家人口政策及时调整完善医保支付政策，在科学测算、充分论证的基础上，逐步把医保能承担的技术成熟、安全可靠、费用可控的治疗性辅助生殖技术按程序纳入医保支付范围，支持优生优育，促进人口长期均衡发展。

此外，2022年8月，国家卫生健康委、国家发展改革委等17部门印发《关于进一步完善和落实积极生育支持措施的指导意见》，要求加快建立积极生育支持政策体系。其中在完善生育保险制度方面，明确提出“国家统一规范并制定完善生育保险生育津贴支付政策，强

化生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴待遇等保障作用，保障生育保险基金安全。”下一步，国家医保局将积极落实指导意见中的有关要求，统一规范并制定完善生育保险生育津贴支付政策；鼓励有条件的地方探索参加职工基本医疗保险的灵活就业人员同步参加生育保险；指导地方综合考虑基金可承受能力、相关技术规范性等因素，逐步将适宜的分娩镇痛和辅助生殖技术项目按程序纳入支付范围，切实发挥生育保险保障功能，更好地保障妇女权益。

创新产品医保准入

在我国当前的医药卫生体制下，基本医保作为医药服务市场的最大购买方，是医药行业创新发展的有力支撑，通过基金支付给予创新产品和技术合理、稳定的市场回报，从而实现医疗保障与行业发展的良性互动、相互赋能。2022年涉及“创新产品医保准入”的16个建议提案中，主要关注点与往年基本一致，包括：优化创新药品、医疗器械的医保支付准入路径和综合性评价机制，促进创新药医保谈判准入后的落地使用，加强医保政策对创新产品的倾斜和鼓励等。

对于上述建议提案，国家医保局在相关答复中表示，目前已通过多项举措对创新药品予以支持和倾斜，从需求侧引导医药企业加大创新力度，提高竞争能力，推动医药产业创新发展，以更好满足广大参保患者对创新药品的临床需求。一是建立健全医保药品目录动态调整机制，明确“鼓励创新”是医保目录调整的一个重要原则，通过谈判将临床价值高、经济性评价优良但价格较为昂贵的专利、独家品种及

时纳入医保目录。二是促进创新产品医保准入后的落地使用，缩短市场回报周期。如对于医保药品目录谈判药品，通过将定点医疗机构合理配备使用谈判药的情况纳入协议内容，并对医疗机构年度医保总额和考核指标作出合理调整，为其使用谈判药品清除“限制”；并且采取定点医疗机构和定点零售药店“双通道”报销等措施，快速提升谈判药品可及性。三是在医保支付方式改革、医保绩效考核等相关政策中，对创新产品予以倾斜。如对实行 DRG 等支付方式的病种，及时根据谈判药品使用情况合理调整病种权重等。

以国家医保药品目录为例，2022 年的国家医保药品目录调整工作于 6 月启动，并于 2023 年 1 月 18 日正式发布，自 3 月 1 日起正式实施。“鼓励创新”是本次目录调整的重点之一，如将“5 年内获批的新药、5 年内说明书发生重大改变的药品”列入“目录外药品申报条件”，明确体现了鼓励创新的导向。121 个被纳入谈判或竞价的产品中有 24 种国产重大创新药品，最终 20 种药品谈判成功。

筹资与缴费

目前，我国已基本实现全民医保。科学合理的筹资与缴费是我国基本医保制度得以可持续发展的基础和前提。当前基本医保筹资机制和标准，有效支撑了参保人医保待遇支出和制度功能长期稳定发挥，极大减轻参保患者疾病就医费用负担。2022 年涉及“筹资与缴费”的 15 个建议提案中，主要关注点和往年基本一致，仍然为城乡居民的筹资缴费相关政策和工作的，涉及较多的主题包括：优化城乡居民医

保筹资机制，进一步稳定居民医保个人缴费标准，完善征缴扩面工作制度等。

事实上，居民医保在制度建立之初就确定了财政补助和个人缴费相结合的筹资方式，并实行定额筹资、按年动态调整的筹资机制。国家医保局在相关答复中表示，制度建设完善过程中，国家不断加大财政投入，居民医保人均财政补助标准稳步提升，2022年城乡居民医保人均财政补助标准提高到610元，个人缴费标准同步提高至350元，财政补助占年度筹资的64%，是居民医保的主要筹资来源。并且，从个人负担情况来看，参保缴费支出在居民可支配收入中的占比并不高，如2021年占比为0.91%，总体可承受。此外对于困难群体，在享受普惠性的参保财政补助的基础上，国家还通过医疗救助对其个人缴费进一步给予补助，帮助其参加居民医保，确保应保尽保。

而对于上述建议提案中提及的相关问题，国家医保局表示，目前一方面正在积极推进医疗保障立法进程，在法律法规层面研究完善参保机制，为居民医保提供有力的法制保障；另一方面，将按照《“十四五”全民医疗保障规划》要求，推动完善城乡居民基本医保筹资机制，稳定参保人缴费预期，优化个人缴费和政府补助结构，逐步探索建立同经济社会发展水平、各方承受能力和基金收支平衡相适应的筹资机制。

罕见病保障

近几年，在政府有关部门的指导下，我国逐步建立并完善罕见病

的诊疗保障体系，努力破解罕见病患者群体的“治疗难”“用药贵”等现实问题。其中，医保部门也在完善多层次医疗保障体系建设和罕见病用药保障机制两方面重点发力，不断提高罕见病保障能力。在多层次医疗保障体系建设方面，不断健全以基本医疗保险为主题、医疗救助为托底，补充医疗保险等共同发展的多层次医疗保障制度体系，持续减轻罕见病患者群体医疗费用负担。同时，积极引入市场力量，鼓励商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等共同发展，构建综合保障格局。在用药保障机制方面，则以医保药品目录为抓手加强保障，一方面加快调整频率，及时将符合条件的罕见病用药纳入医保目录；同时，推进医保目录准入谈判，大幅减轻罕见病患者用药负担。据报道，最新实施的新版国家药品医保目录内已有 59 个罕见病的用药，覆盖的病种有 28 种，相关药品降幅基本上都在 40%—80%，个别的药品价格降幅甚至超过了 90%。

2022 年涉及“罕见病保障”的 14 条建议提案中，关注点主要包括聚焦在加强罕见病医疗保障、构建多层次医疗保障体系，加强罕见病用药保障、探索多方共付机制，建立专项救助基金等方面。对具体疾病的保障涉及较少，这与国家医保局持续加强罕见病群体保障，将一批罕见病治疗用药纳入医保支付范围不无关系。下一步，国家医保局将在强化三重保障的基础上，继续关注罕见病保障工作，加强对相关问题的研究，配合有关部门研究相关政策，并扩大社会参与，促进商保、慈善、互助发展，充分发挥社会互助共济功能，更好维护罕见

病患者的健康权益。

集中采购

药品和高值医用耗材集中带量采购是党中央、国务院部署的重大改革任务。目前，集中带量采购改革已经进入常态化、制度化新阶段，不仅成功挤压了药品和高值医用耗材价格虚高空间，促进价格回归合理水平，成为减轻群众医药负担的有力举措；而且也让临床使用药品、耗材的质量也得到稳定提升，临床服务需求充分释放。

2022年以来，药品与耗材集中采购动作频出，“提速扩面”成为集中采购核心的关键词。药品方面，先后完成第六批集采(胰岛素专项)的落地和第七批集采的开展，并于近日正式启动了第八批集采的信息填报工作；高值耗材方面，则先后开展了骨科脊柱耗材类(第三批)国家集采，冠脉支架国家集采(第一批)续约工作，以及四川医保局牵头开展的口腔种植体系统省际联盟集采。与此同时，各地按照国家有关工作部署积极开展省内或省级联盟带量采购，药品方面以慢性病、常见病为重点对国家集采外药品开展采购，化学药、中成药、生物药三大类药品板块均有涉及；高值耗材方面则重点围绕群众关注的骨科耗材、药物球囊、种植牙等，持续扩大高值医用耗材集采覆盖面。

涉及“集中采购”的13个建议提案中，主要关注点为制度优化，包括：完善激励约束机制、加强中选品种的供应与质量保障、优化集采产品范围遴选原则、加强集采与其他政策的协同等。对此，国家医保局在相关答复中表示，国家组织、联盟采购已经形成了常态化格局，

集采竞价规制、质量、供应、配送、使用的保障机制和配套政策也日趋完善和优化，关于代表提出的制度优化建议，部分在工作中已有考量和提现。如在完善激励约束机制方面，出台了医保结余留用政策，并将采购和使用中选产品情况纳入公立医疗机构绩效考核等；在加强中选品种供应保障方面，通过加强中选品种监测、压实生产企业主体责任、优化医疗机构回款机制等措施，提高中选企业生产和供应的积极性。下一步，国家医保局将继续推进药品和高值耗材集中带量采购，进一步扩大集采覆盖面，全面落实集采中选品种供应保障、医疗机构激励约束等一系列政策措施，进一步做好集采政策与其他政策的衔接，推动集采改革行稳致远。

其他建议提案还有哪些？

除上述出现频次较高的建议提案外，2022 年代表、委员们还围绕长护险、统筹发展与体系建设、口腔种植专项治理等 7 个领域提出了相关建议提案。

“长护险”共涉及 10 条建议提案，关注点主要围绕构建全国统一的长期护理保险制度，明确长护险的筹资机制、覆盖人群、待遇支付等具体细则。国家医保局表示，下一步将进一步深化试点，重点推进制度框架定型、政策标准统一，适时提出适应我国国情的长护险制度框架，报中央决策。

“统筹发展与体系建设”共涉及 8 条建议提案，关注点主要围绕提高基本医保统筹层次，推进基本医保公共服务体系建设，推进三医

联动等。国家医保局均作出了相关回应，表示将稳步提高基本医保统筹层次，进一步完善地市级统筹，逐步推动省级统筹；在此基础上，建立健全投入保障机制，推动地方加强基层医保机构能力建设。

“口腔种植专项治理”共涉及7条建议提案，这是首次被代表集中关注的领域，其中所涉及的种植牙集采也是2022年初国常会提出的集采重点领域。相关建议提案的关注点主要围绕将种植牙纳入医保支付范围和规范相关医疗服务价格。对此，国家医保局表示，现阶段基本医保暂时还没有能力将种植牙纳入医保支付范围，但将按照相关文件要求开展口腔种植的医疗服务收费和耗材价格专项治理工作。今年1月11日，由国家医保局指导、四川省医保局牵头开展的口腔种植体系统省际联盟集采已经在四川成都开标，最终中选产品平均中选价格降至900余元，与集采前中位采购价相比平均降幅55%。

“医疗服务价格改革”共涉及6条建议提案，关注点包括：规范医疗服务项目管理、设立药事服务费、理顺医疗服务价格改革机制等。2022年以来，国家医保局在5个城市开展了医疗服务价格改革试点工作。下一步将继续按照《深化医疗服务价格改革试点方案》稳妥有序推进改革工作。

“异地就医”共涉及5条建议提案，关注点主要围绕进一步优化异地就医直接结算制度，包括备案、转诊、结算、监管等。值得注意的是，异地就医提及频次逐年减少，这主要与国家医保局近几年加快推进跨省异地就医直接结算制度的发展完善有关，尤其过去一年重点

推进门诊异地就医直接结算，显著提高了人民群众异地就医的便利度。

“支持中医药发展”共涉及 5 条建议提案，关注点主要围绕科学开展中成药带量采购、提高中医医疗服务价格等。对此，国家医保局表示，带量采购方面，目前已经指导地方分别对竞争较为充分的中成药和独家中成药探索了集中带量采购规则，并推动中药配方颗粒在省级集采平台挂网采购，下一步将进一步优化集采、挂网规则和综合评价指标，逐步扩大品种范围；医疗服务价格方面，将对患者广泛接受、特色优势突出、体现技术劳动价值、应用历史悠久的中医医疗服务项目价格，会同相关部门指导各地重点关注、科学调整。

“基金监管”共涉及 3 条建议提案，关注点分别为基金监管行政执法专门机构建设、监管队伍建设以及监管能力建设。这也是近两年我国医保基金监管制度体系改革的工作重点，并取得了一系列显著成效。国家医保局在相关答复中表示，未来将继续建立健全基金监管执法体系，加大培训力度，加强基金监督检查能力建设；压实各级人民政府及其医疗保障行政部门的主体责任，加强部门间信息共享和联动协作，保障医保基金安全高效运行。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

六问门诊共济保障改革「缘由、得失、进展」国家医保局权威回应

来源：国家医保局



2月25日，国家医保局官方网站发布答记者问，回答了相关问题，全文如下：

近日，一些地方推进职工医保门诊共济保障机制改革，引发部分群众关注。部分群众对改革后职工医保个人账户划入减少有疑问，对改革后看病就医便利性有顾虑。针对此次改革中社会普遍关心的问题，国家医疗保障局有关司负责人回答了记者提问。

问题 1：此次改革的背景是什么？

答：我国职工医保制度于 1998 年建立，实行社会统筹和个人账户相结合的保障模式。具体而言，就是由单位和职工个人共同缴费。单位缴费的一部分和职工个人缴费的全部，划入个人账户，主要用于保障普通门诊和购药费用。单位缴费的另一部分形成统筹基金，主要用于保障参保职工住院费用。这个制度在当时特定历史时期中发挥了

重要作用，但随着 20 多年来经济社会的巨大变化，个人账户风险自担、自我保障门诊费用的方式，已越来越难以满足保障群众健康的需要，具体表现在“三个不适应”。

一是不适应日益慢性病化的疾病谱。职工医保建立 20 多年来，我国疾病谱已发生了巨大变化，慢性病已成为影响我国居民健康的主要疾病。全国居民因慢性病导致的死亡人数占总死亡人数的比例超过 85%，导致的疾病负担占总疾病负担的 70% 以上。治疗慢性病最有效的方式，就是通过门诊早诊早治、健康管理，避免小病拖成大病，有效减轻群众病痛和经济负担。原有制度安排中，以个人账户保障普通门诊费用的方式难以满足现实需求。

二是不适应医疗技术的飞速进步。随着医疗技术的发展，门诊可提供的医疗服务范围大幅增加，服务功能明显加强。之前群众需要住院才能享受的诊疗服务，已越来越多地转变为门诊项目。过去必须通过住院才能开展的检查检验及部分手术项目，现在通过门诊就可以解决，门诊服务量快速增长。2001 年到 2021 年，全国医疗机构门急诊人次数从 19.5 亿次增至 80.4 亿次，增长了 312%。个人账户有限的资金积累，难以适应参保人对门诊需求的大幅增长。

三是不适应我国老龄化发展趋势。2001 年我国就已进入老龄化社会，较其他国家，我国老龄化速度更快、老龄人口占比更大。2001 年至 2021 年，全国 65 岁及以上老年人口从 9062 万快速增长至 2.05 亿，占总人口的比重从 7.1% 攀升至 14.2%。据测算，2035 年左右，

我国60岁及以上老年人口将突破4亿,在总人口中的占比将超过30%,进入重度老龄化阶段。老年人随着年龄增加,患病概率更高,而且往往易患多种慢性病,门诊就医频次、就医费用都显著高于中青年。2021年,退休人员人均门诊就诊次数是在职职工的2.17倍,门诊次均费用是在职职工的1.15倍。但原有制度对门诊保障力度不足,老年人小病时不舍得花钱治疗,小病拖成大病,最终不得不住院治疗的现象不在少数。这既增加了老年人身心痛苦,也增加了家人的照护负担,还导致花费了更多费用。

基于上述原因,群众要求报销普通门诊费用的呼声越来越高。为此,国家医保局从2018年开始谋划改革工作,经过反复论证、深入研究后,形成了初步改革方案,并于2020年8月通过中国政府网、国家医保局官方网站等平台向社会广泛公开征求了意见。2021年4月,国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(国办发〔2021〕14号,以下简称《指导意见》),改革正式启动。

问题2: 此次改革可为参保人带来哪些获益?

答: 此次改革,将在以下三方面给参保人带来获益。

一是“增”,让大部分地区实现普通门诊报销从无到有的转变。通俗来说,就是原来职工医保参保人看普通门诊不报销的地区,改革后可以报销;原来看普通门诊可以报销的地区,报销额度进一步提升。第一,除了药品费用可以报销外,符合规定的检查、检验、治疗等费

用也可以报销。第二，部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用将被纳入普通门诊报销，并享受更高的报销比例和额度。第三，符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务，也被纳入门诊报销范围。

二是“优”，通过优化医疗资源配置一定程度缓解“住院难”问题。改革前，由于普通门诊保障不足，“无指征住院”“挂床住院”“小病住院”等不合理的医疗行为频发。改革后，参保人在普通门诊就能享受报销，一定程度上能够降低此前居高不下的住院率，减轻大医院病床周转的压力，促进医疗资源合理配置，把优质医疗资源留给真正需要的病人。

三是“拓”，将个人账户使用范围由参保人本人拓展到家庭成员。改革前，个人账户按规定只能由参保职工本人使用，家庭成员生病时不能使用亲属的个人账户。本次改革在三方面拓展了个人账户使用范围：第一，可以支付配偶、父母、子女在定点医疗机构就医时发生的由个人负担的医疗费用；第二，可以支付配偶、父母、子女在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；第三，部分地区可以支付配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

问题 3：此次改革的具体路径是什么？改革后，参保人个人账户里面的结余受影响吗？

答：本次改革，是在不增加社会和个人额外负担的前提下，建立

职工医保普通门诊统筹报销机制，并通过调减单位缴费和统筹基金划入个人账户的比例，为普通门诊报销提供资金支持。改革明确要求，资金平移后全部用于门诊统筹报销，以满足广大参保人特别是退休人员对于报销普通门诊费用的需求，简单来说就是“待遇置换，资金平移”。

关于个人账户划入方式的调整，《指导意见》有明确设计。具体而言，主要有3个“不变”和2个“调整”。

3个“不变”。第一，个人账户结余的归属不变。个人账户的本金和利息，无论是改革前的历史结余，还是改革后新划入形成的结余，都仍然归个人所有，都仍然可以结转使用和继承。第二，在职职工个人缴费的比例、流向不变。在职职工个人医保缴费仍然全额划入个人账户。第三，退休人员不缴费的政策不变。退休人员仍然不需缴费，个人账户资金仍然由医保统筹基金划入。

2个“调整”，是指按照不同方法，分别调整在职职工、退休职工的个人账户划入方式。第一，对于在职职工，改革前，个人账户的资金来源由单位缴费的一部分和个人缴费共同组成；改革后，个人缴费依然全部划入个人账户，原来单位缴费划入个人账户的部分，划入统筹基金。第二，对于退休人员，改革前，大部分地方每月划入个人账户的资金为“个人养老金实际发放数×划入标准”；改革后，划入个人账户的资金为“本统筹地区实施改革当年基本养老金平均水平×划入标准”，其中，改革后的划入标准比改革前有所降低。

此次改革的核心，是用调整个人账户的划入方式，来“置换”普

通门诊统筹报销。改革涉及利益调整，不少参保人划入个人账户的资金会有不同程度的减少。特别是考虑到我国各区域间发展不平衡，医保政策存在一定差异，我们一直坚持稳步推进，努力处理好改革前后的政策衔接，逐步实现改革目标。

问题 4：本次改革在济病济困方面有什么考虑？

答：为了发挥普通门诊报销济病济困作用，防止因病致贫、因病返贫现象的发生，我们在本次改革中，也考虑了群众实际困难并予以倾斜。

一是注重向患病群众倾斜。改革前，职工门诊就医主要依靠个人账户保障，风险自担、费用自付。对于健康人群而言，个人账户往往用不完，形成资金沉淀；对于患病多的群体而言，个人账户又常常不够用，影响了就医诊疗。改革建立门诊统筹报销，将推动医保基金更多用于患病多的人群。

二是注重向老年群体倾斜。改革明确要求，各地设计报销政策时，针对退休人员要在“一低两高”方面有所安排，即报销“起付线”比在职职工更低、报销比例比在职职工更高、报销“封顶线”比在职职工更高。目前，已开展改革的各统筹地区基本都明确了退休职工享受更高的报销待遇，以更好保障老年人健康权益。

此外，考虑到许多参保人特别是退休人员在基层医疗机构就诊取药比较方便，改革要求在门诊报销待遇方面对基层医疗机构给予倾斜，并将符合条件的定点零售药店提供的用药保障纳入报销范围，方

便群众在家门口就医购药。

问题 5：为解决门诊费用高的问题，除了此次开展的改革，国家医保局还开展了哪些工作？

答：要减轻群众反映强烈的普通门诊费用负担，不仅需要建立普通门诊报销机制，而且需要一系列系统性改革相互支撑。国家医保局自 2018 年组建以来，推出一系列惠民举措，为本次改革提供了有效支撑。

一是降低药品价格。国家组织开展 294 种药品集中带量采购，一批高血压、冠心病、糖尿病等门诊常见病、慢性病用药平均降价超过 50%。得益于大幅降价，患者使用高质量药品的比例从集采前的 50% 上升到 90% 以上。同时，每年按“价同效优、效同价宜”原则动态调整医保目录，累计新增 618 种药品报销，其中 341 种药品通过“灵魂砍价”平均降价超过 50%，保障更多患者用上了过去用不起、买不到的新药好药。

二是优化医保服务。在持续优化异地住院费用直接结算的基础上，不断扩大异地门诊费用直接结算范围，2022 年全国门诊费用跨省直接结算惠及 3243.56 万人次。优化规范长期处方管理，满足慢性病患者长期用药需求，一次就医可开具的处方量最长达 12 周。

三是加强医药价格费用的监管。持续纠治群众反映强烈的“小病大治”、多收费、乱收费、价格失信等危害群众利益行为。2018 年以来，累计处理医疗机构 154.3 万家次，曝光典型案例 24.5 万件，

积极促进医疗服务行为规范，努力让群众享受质优价宜的医药服务。

本次改革后，随着医保管理服务向门诊领域进一步延伸，上述各项惠民机制将在普通门诊统筹这一新的平台进一步发挥系统集成作用，为改革提供有力支持，以增进参保职工的健康福祉。

问题 6：目前，各地推进改革落实的情况如何？

答：目前，全国已有 99% 的统筹地区开展了普通门诊统筹。2022 年，普通门诊统筹减轻职工就医负担 1086 亿元。2023 年以来，全国定点医疗机构已实现普通门诊统筹结算 4.41 亿人次，日均结算超过 780 万人次，完成结算金额 462.4 亿元。通过“待遇置换、资金平移”，改革的效果逐步显现。当然，由于各统筹地区经济社会发展不平衡，推进改革也存在不平衡，有的地方改革红利还没有充分释放。对此，我们将指导各地持续优化完善配套措施，确保实现预期目标。

一是将更多定点零售药店纳入门诊报销范围。有群众反映，改革后虽然普通门诊费用能报销，但对于习惯在药店购药的患者来说，购药报销不方便。对此，国家医保局近期印发《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》（医保办发〔2023〕4 号，以下简称《通知》）明确，参保人凭定点医药机构处方在定点零售药店购买医保目录内药品，可由统筹基金按规定报销。《通知》还要求各地加大力度，实现定点医疗机构电子处方顺畅流转至定点零售药店，方便参保人凭处方开药。2023 年以来，全国已有 2962 万人次在定点零售药店实现结算，结算金额 14.34 亿元，职工参保人在药店次均报销

48.41 元。

二是推动基层医疗机构配备更多药品。有群众担心，基层医疗机构的药品配备不足，无法在一、二级医疗机构买到自己需要的药品。对此，国家医保局将加强部门协同，联合有关部门不断完善政策，支持基层医疗服务体系的建设，优化医疗资源配置，完善家庭医生签约服务，督促基层医疗机构加强药品配备等，努力让群众就近享受医疗服务。

三是提供更加优质的医保便民服务。有群众呼吁，希望进一步提升医保便民化服务，让群众办事“少跑腿”。对此，国家医保局积极推进“互联网+医保”服务，推动医保电子凭证就医购药全流程应用、扩大医保移动支付接入范围，让参保人通过手机就能完成挂号就诊、医保结算、参保信息查询、异地就医备案等相关服务。

群众有所呼，医保有所应。国家医保局将继续指导各地医保部门持续落实改革部署，认真倾听群众呼声，定期评估改革落地情况，根据本地经济社会发展水平和群众就医需求，研究优化门诊报销比例、“起付线”和“封顶线”等政策，不断细化配套措施，优化管理服务，提高保障水平，努力提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

[返回目录](#)

DRG 下，按项目付费医保违规问题仍不可小视

来源：医保笔记

根据《国家医疗保障局关于印发 DRG 支付方式改革三年行动计划

的通知》(医保发〔2021〕48号),到2025年底,DRG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。届时,以DRG付费、按床日付费、按项目付费等多元付费方式并存。在DRG付费下,按项目付费的违规依然要警惕。主要有以下几个原因:

01 “违规”的天然性

根据《价格法》、医疗服务价格政策规定,收费违规属于价格违规,与是否使用医保基金无关,根据《价格法》第三十三条“县级以上各级人民政府价格主管部门,依法对价格活动进行监督检查,并依照本法的规定对价格违法行为实施行政处罚”。

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条“定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;造成医疗保障基金损失的,责令退回,处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款”。

02 对患者造成损失

因为DRG付费只是医保部门与医疗机构之间的结算方式,并没有改变医疗机构与患者的收费模式,因此医疗机构的违规收费行为仍然会对患者造成一定的损害,侵害了患者的权益。

03 按项目付费的病例存在

因DRG付费更适用于急性期住院患者,而对住院时间过长或住院资源消耗与医疗效果关系不密切、或有特殊结算政策的病种依然采用

按项目付费或其他结算模式，如精神病疾病、住院时间超过 60 天的长期住院患者、定额补助的住院分娩患者、低倍率病例、高倍率病例、QY 组病例等。所以，违规收费行为对上述按项目付费的病例产生直接影响，造成医保基金的损失。

04 对 DRG 入组病例实际结算产生影响

因为低倍率、高倍率情形特殊结算政策的存在，正常入组病例会因为违规收费而产生“跃迁”结算，包括从低倍率向正常倍率“跃迁”、从正常倍率向高倍率“跃迁”，这种“跃迁”改变了入组病例的结算方式，会直接造成了医保基金的损失，并且这个违规收费的“边际效应”非常大。

例 1: 医疗机构以“眩晕综合征”为主要诊断上传，入组 DS15(权重 0.57、费率 10000 元/权重、费用 5700 元)，患者实际发生医疗总费用 11480 元。因(大于“高倍率”设定值 2)，该病例纳入按项目付费结算。因费用清单中存在 3 条明细共计 118 元属于违规收费，此时该病例的实际总费用应为 11362 元，因(小于“高倍率”设定值 2)，应纳入正常组按照 DRG 付费结算。因 118 元的违规收费，使本应入正常组按照 DRG 付费以 5700 元结算的病例，最终按照“高倍率”以 11480 元按项目付费进行结算，医保基金损失 5780 元(简单计算)。

例 2: 主要诊断为“胃息肉、2 型糖尿病肾病 II 期”、行主要操作“内镜下胃息肉切除术”，入 GK23-胃镜治疗操作，伴有并发症或合并症(权重 1.16、费率 10000 元/权重、费用 11600 元)。医疗机构

实际发生总费用 4690 元。因(正常倍率)，该病例纳入按 DRG 付费按 11600 元结算。因该病例费用清单中存在 1 条明细 56 元违规收费，此时该病例的实际总费用应为 4634 元，因(小于“低倍率”设定值 0.4)，应纳入按项目付费结算。因 56 元的违规收费，使本因入“低倍率”以 4634 元结算的病例，最终按正常倍率以 11600 元进行结算，医保基金损失 6966 元(简单计算)。

05 对权重、费率调整的影响

根据《国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组与付费技术规范》，由于医疗费用数据比医疗成本数据更易获取，目前大多数 DRG 方案均采用医疗费用历史数据法计算基础权重。具体方法为采用前 3 年住院病例的历史费用数据计算权重，各 DRG 组权重是每一 DRG 组的平均住院费用与全部病例的平均住院费用之比。因此违规收费情形的存在影响了各病例真实的费用数据，进而从宏观层面上影响了权重、费率的测算。

[返回目录](#)

• 带量采购 •

国家医保局发文，事关第九批集采、新药定价、规则、报量、支付...

来源：健康界

3 月 1 日，国家医保局官网发布《关于做好 2023 年医药集中采购和价格管理工作的通知》，行业最关注的两件大事——集采和价格

管理给出了官方答案。



对于创新药企来说，特别值得关注的是，新药获批上市定价方式要变，从药企自由定价，变成像新上市的新冠药那样，在北京等六地提交文件，列明研发成本、生产成本，管理费用等，以此来确定价格。当然，这是国家医保局探索的方向，落地尚未明确时间，但趋势已出，值得关注。

三、加强药品价格综合治理

(七) 探索完善新批准药品首发价格形成机制。落实《新冠治疗药品价格形成指引（试行）》，北京、天津、河北、上海、江苏、四川等6省（市）要做好首发价格受理、定期评估、动态调整等工作。探索稳慎有序扩大新批准上市药品进入医药采购市场的首发价格形成机制覆盖范围，充分鼓励创新发展，引导企业公开合理定价，完善全周期价格管理监督。

来源：国家医保局官网

01 第九批集采会启动吗?高值耗材集采还会有

医保局表示，开展第八批国家组织药品集采并落地实施，适时推进新批次药品集采。

集采已经推进到第八批，行业开始观望，还会有第九批、第十批集采吗？适时推进的表述很玄妙，可能推进也可能不推进，要看情况。但从这方面的表述来看，大概率还是会有第九批集采来的，但是不是在今年不好说。

医用耗材集中带量采购，按照“一品一策”的原则开展新批次国家组织高值医用耗材集采。做好脊柱类耗材集采中选结果落地执行，参照人工关节置换手术价格专项调整的做法，优先调整与脊柱类耗材集采相关的手术价格，适时启动人工关节集采全国统一接续。

02 又有新的集采项目：干扰素、短缺药、急救药

目前，湖北牵头中成药集采已经开始了第二批了，今年医保局仍表态要重点指导湖北牵头扩大中成药省际联盟采购品种和区域范围，此外，文件还显示，今年江西将会牵头开展干扰素省际联盟采购，广东牵头开展易短缺和急抢救药省际联盟采购。

在省级采购联盟上，目前已经有湖北牵头中成药、四川牵头牙科集采，而现在江西和广东省也领了牵头集采的任务。未来会不会形成，不同省份负责牵头一类药品的集采，掌握这类药的全国定价权，这是不是也就是医保局要建设“全国统一开放的集采市场”的背后含义？

03 省级集采目标：130种药(要涵盖生物药)，一次耗材集采

文件要求省级药品集采重点针对未纳入国家集采的品种和未过

评品种，从“填空”和“补缺”两个维度扩大集采覆盖范围，积极探索尚未纳入国家和省级集采的“空白”品种集采，鼓励对已有省份集采、价格竞争充分的品种开展带量价格联动。到 2023 年底，每个省份的国家和省级集采药品数累计达到 450 种，其中省级集采药品应，达到 130 种，化学药、中成药、生物药均应有所覆盖。

聚焦心内科、骨科重点产品，指导更多省份推进吻合器、超声刀等普外科耗材集采，继续探索体外诊断试剂集采，各省份至少开展 1 批省级耗材集采。

04 集采规则：这些不可有，这些可以有

着眼全国统一大市场建设，坚持公平公正、公开透明，防止地方保护、区分内外资、关联性较小因素加分等影响公平竞争的做法。坚持带量基本原则，综合考虑市场竞争格局、企业生产供应、信用和履约情况、产品质量或临床认可度等因素完善采购规则，倡导多家中选。畅通对围标、串标行为的举报渠道，加大惩戒力度。对不同等级失信行为精准运用医药价格和招采信用评价结果，防范通过批件转让等方式规避失信惩戒责任。

上面这些原则对于省级集采约束力更大，临床认可度、市场竞争格局等都是受国家认可的规则，未来这些规则会更多出现在省级集采中。

05 医院报量：备受关注，要进行考核

文件特别提出要提高报量准确性。要求运用历史采购量复核医疗

机构报量，提高报量与临床实际使用的匹配度，对“用而不报”、刻意少报或接续采购报量明显低于上一轮集采的，在报量阶段即要求整改或作出说明。集采结余留用资金严格与报量挂钩，在执行到位的前提下，做到多报量多留用、少报量少留用、不报量不留用。

06 DRG 推行后，节省医保费用，可以给医院

文件强调落实优先使用中选产品，通过通报、约谈、提醒等做好督促和整改，并传递到医院和医生。

今年 DRG 和 DIP 付费全面推开，对于因为使用集采的耗材和药品，节省下来的费用，医保局表态，可以医院和医保共享，即，医院可以从节省下来费用中获益，这将大大提高医院使用集采中选产品积极性和动力。

07 新药上市定价：新玩法要来了

为引导新冠药的合理定价，国家医保局出台了价格形成指引政策，北京、天津、河北、上海、江苏、四川等 6 省(市)要做好首发价格受理、定期评估、动态调整等工作。这份文件透露，这种定价方式并不仅限于新冠药。

文件表示，要探索稳慎有序扩大新批准上市药品进入医药采购市场的首发价格形成机制覆盖范围，充分鼓励创新发展，引导企业公开合理定价，完善全周期价格管理监督。

这或许意味着，未来新药上市后，就不是药企自主定价，而是像新冠药一样，列出研发成本，按照预计患者数量进行平摊，加上、生

产成本、管理费用等系列的成本，对比现有治疗方案，对比国际价格，形成新获批上市药品价格。这种动态值得创新药重点关注。

08 涨价过高、过快药品将被重点关注信用评价要处罚到生产企业

医保局要求，对医院药品耗材采购价开展常态化监测，配合做好短缺药保供稳价，编制医药价格指数，拓展指数运用场景和支撑决策功能。针对涨价过快的品种要探索要素成本测量。

在价格管理方面，特别关注的是信用评价也被视为价格管理重要手段，文件表示，做好医药价格招采信用评价，进一步推动信用评价向生产企业穿透，配合有关部门查办重点案件，落实相应处置措施。

规范药品挂网撤网工作，撤网信息在集采平台系统内部发布，撤网药品的原价格信息保留3年并供国家和各省查询。各省份要坚持守土有责，严防变更药品上市许可持有人或改换规格包装等“改头换面”涨价行为。国家医保局将对重点品种溯源“首涨省份”，并指导有关省份完善制度。推进全国挂网价格信息共享，推动挂网药品价格省间查询，各省要对价格异常上涨、价格总体偏高或明显高于全国低价的情形，及时开展函询约谈提醒，纠治不当价格行为。

[返回目录](#)

剑指创新药定价乱象！国家医保局探索新药首发价格形成机制

来源：健识局

3月1日，国家医保局印发通知，部署2023年的国家集采和价

格管理工作。

集采是国家医保局的常规动作。根据规划：除开展已经确定的第八批国家药品集采，2023 年国家医保局还会适时推进新批次药品集采。规范集采品种续约工作，持续挤压既往中选品种的价格水分。

2022 年因疫情影响，国家医保局只组织了一批全国药品集采，不及往年“一年两次常态化集采”。因此，今年的“适时推进新批次集采”，意味着第八批之后，还会有新的批次国家集采。

除国家层面之外，国家医保局还将重点指导湖北牵头扩大中成药省级联盟采购、江西牵头开展干扰素省级联盟采购，广东牵头开展易短缺和急求药省级采购联盟。

中成药、IVD 等产品国家早就确定以省级联盟的形式组织集采，国家医保局不再组织。今年国家局给三个省份下任务，标志着这三类产品基本也进入了国家集采序列。根据部署，到今年底每个省份的国家和省级集采药品数累计达到 450 种，其中省级药品应达到 130 种。

这一次，医保局首次提出的“新获批药品价格形成机制”，才是整个文件中最有看点的地方。

仿照新冠药制定创新药价格形成机制

国家医保局要求：探索、完善新批准药品首发价格形成机制，并确定北京、天津、河北、上海、江苏、四川等 6 省(市)，做好首发价格受理、定期评估、动态调整。

这一规则是从国产新冠药物的定价规则而来的。自 2022 年底多

款国产新冠药上市后，公众惊奇地发现这些药品都披露了生产成本、研发成本等核心数据。

动辄几百几千的特效药，到底值不值这个价？恐怕不少人有过怀疑。公布新特药品的各项成本，为新药定价提供依据，国家医保局在新冠药上积累了一定经验，今年准备推广到其他品种上。《通知》明确，要探索稳慎有序扩大新批准上市药品进入医药采购市场的首发价格形成机制覆盖范围，充分鼓励创新发展，引导企业公开合理定价，完善全周期价格管理监督。

今后可能会有更多创新药披露成本细节，包括大量进口新药。价格透明之后，无论是医保价格谈判，还是未来可能开展的集采，企业和医保局双方信息都更加透明公开，谈起来也更有依据了。当然，这只是今年医保局提出的一个方案，未看到具体的落地措施，估计很多药企还会观望一段时间。

对于已经集采品种的价格管理，国家医保局要求对集采品种进院价格展开常态化监测，编制医药价格指数，做好医药价格招采信用评级，针对涨价过快的品种价格，探索要素成本策略测量。

今年，国家医保局要求重点品种溯源“首涨省份”，并指导有关省份完善制度，严防变革药品上市许可持有人或改换规格药品包装等“改头换面”的涨价行为。

国家医保局要求，若发现价格异常，或总体偏高，各省市应及时开展函询约谈提醒，纠治不当价格行为。分析人士指出，在医保基金

进入大数据监管之后，国家集采品种的价格、使用监管不留死角，有利于医保经办服务工作的提质增效。

启动医疗服务管理、医务人员收入阳光化

俗话说：“医药不分家”。全国集采在推进药品价格监管的同时，国家医保局首次提出要完善医疗服务价格的管理。

《通知》明确，唐山、苏州、厦门、赣州、乐山 5 个国家试点城市开展医疗服务价格改革，监测首轮调价运行情况，阶段性评估后研究扩大试点范围。

药品集采已经将药品多余水分砍掉，再调整医疗服务价格，给医务人员的合理补贴让收入阳光化。

《通知》要求，各地原则上要在 6 月底前完成年度调价评估，符合启动条件，优先将技术劳务价值占比 60% 以上的价格项目纳入调价范围，保证调价方案中技术劳务价格为主的项目和金额占总量 60% 以上，稳妥有序完成年度调价工作。

这意味着，调整医疗服务人员工作的改革已进入到实质阶段，今后医疗服务价格必将能让医务人员拥有合理的收入。不过，亦有业内认为评价，改革只能让技术服务更有价值，而集采前因药品回扣产生的收入医保基金不会买单。

根据《医保基金监管蓝皮书(2022)》的数据显示，2022 年破获涉及医保案件 2682 起，抓获犯罪嫌疑人 7261 人，追缴医保基金 10.7 亿元，取得比较显著的成效。

可以预见，在全国集采和调整医疗服务价格的政策“组合拳”，

中国仿制药市场面临重塑，传统的带金销售模式已不复存在，按医院临床实际报量治疗会实现患者、医院和医院的三方共赢。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

财政补助 80 亿！卫健委透露今年医院工作要点：医院建设、耗材集采、支付改革、信息化...

来源：国家卫健委办公厅

体制改革司



近日，财政部办公厅、国家卫健委办公厅发布《关于组织申报2023年中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目的通知》（以下简称《通知》）及《公立医院改革与高质量发展示范项目实施方案编制提纲》（以下简称《提纲》）。

《通知》指出，2023年3月15日前，中央财政支持项目通过竞争性评审方式公开择优确定，每个项目中央财政补助5亿元（其中10%的资金专门作为绩效奖补资金），主要用于支持推进公立医院改革与高质量发展。申报项目实施期限为三年。

去年12月，财政部发布《财政部国家卫生健康委国家中医药局关于提前下达2023年医疗服务与保障能力提升(公立医院综合改革)补助资金预算的通知》，提前下达2023年医疗服务与保障能力提升(公立医院综合改革)补助资金80亿元，用于推进公立医院综合改革，补助资金与去年基本持平。因素法分配公立医院综合改革补助资金50亿元，公立医院改革与高质量发展示范项目补助资金30亿元。

01 重点发展县级医院7大专科

根据《通知》，要规范诊疗行为，落实分级诊疗制度，支持市县级公立医院传染病、精神病、急诊急救、重症医学、心脑血管、妇产科、儿科等临床专科建设，加强人才培养，打造一批市县级公立医院重点专科，做到大病重病在本省就能解决，一般病在市县解决，缓解群众看病难问题。

《提纲》中提到，要充分发挥市级三甲医院医疗救治的主力军作用，向区域内居民提供高水平的综合性或专科医疗服务。充分发挥县级医院在县域内的龙头作用，加强胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治“五大中心”能力建设。

2021年10月，国家卫健委印发《“十四五”国家临床专科能力建设规划》，其中明确，在地市和县域层面，以市属医院和县级医院为基础，围绕肿瘤科、心内科、胸外科、普外科、呼吸科、产科、麻醉、重症、骨外科、儿科、病理、检验、医学影像、感染性疾病等基础专科加强建设，推广内镜介入等微创手术和MDT、中西医结合等新

诊疗模式。原则上，各地每年按照 70 万人口匹配 1 个市(县)级专科建设项目，不足 70 万人口的县(区)“十四五”期间至少保障 1 个项目。

02 继续推进耗材集中采购

《通知》要求，推动公立医院积极参与药品和医用耗材集中采购使用改革，加强全流程成本控制，促进资源有效分配和使用，减轻群众看病贵负担。

医疗器械集中采购是规范采购行为，降低采购价格的有效手段。此外，集中带量采购的覆盖范围仍在持续扩大，非医保报销的品类也在经历集采降价的洗礼，安徽、福建等地还尝试开展了大型医疗设备的带量采购，设备采购价有所下落。

今年 1 月的全国医疗保障工作会议上指出，2023 年要持续挤压药品耗材虚高价格水分。开展新批次国家组织药品和高值医用耗材集采，扩大地方集采覆盖品种，实现国家和省级集采药品数合计达到 450 个。

公立医院“量变”正在加速累积，伴随 2023 年医院常规业务的恢复，医疗建设需求将持续扩容。

03 深化医保支付方式改革

根据《通知》，要着力控制医疗费用不合理增长。加强医院全面预算管理，实行全口径、全过程、全方位预算绩效管理，强化预算约束，深化医保支付方式改革。

《提纲》中进一步指出，要建立医疗服务价格动态调整机制，理顺医疗服务比价关系，稳步提高医疗技术服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)占业务收入的比例。深化医保支付方式改革，稳步提高按疾病诊断相关分组或按病种付费的医保基金占全部符合条件的住院医保基金支出的比例。

近年来，DRG/DIP 改革如火如荼，耗材由盈利项转为成本项。

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》，提出从 2022 到 2024 年，全面完成 DRG/DIP 付费方式改革任务，推动医保高质量发展。到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展 DRG/DIP 付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；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。

《行动计划》指出，在 2019-2021 年试点基础上，按 2022 年、2023 年、2024 年三年进度安排。以省(自治区、直辖市)为单位，分别启动不少于 40%、30%、30%的统筹地区开展 DRG/DIP 支付方式改革并实际付费。鼓励以省(自治区、直辖市)为单位提前完成统筹地区全覆盖任务。

统筹地区启动 DRG/DIP 付费改革工作后，按三年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全面覆盖，每年进度应分别不低于 40%、30%、30%，2024 年启动地区须于两年内完成；按三年安排实现 DRG/DIP 付费医疗机构病种全面覆盖，每年进度应分别不低于 70%、80%、90%，

2024 年启动地区须于两年内完成。鼓励入组率达到 90%以上；

按三年安排实现 DRG/DIP 付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出达到 70%，每年进度应分别不低于 30%、50%、70%，2024 年启动地区须于两年内完成。鼓励超过 70%的基金总额预算覆盖率。

04 推进医院信息标准化建设

《通知》指出，推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设，支持建立区域内检查检验结果互通共享信息化规范。

国家卫健委医政医管局副局长焦雅辉此前指出，我国医疗服务正在从“信息化”迈向“智慧化”。智慧医院主要包括三大领域，第一个领域是面向医务人员的“智慧医疗”，即以电子病历为核心的信息系统；第二个领域是面向患者的“智慧服务”；第三个领域是面向医院管理的“智慧管理”。

2020 年，国家卫生健康委统计信息中心印发《医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》，指导各级医院信息标准化建设，推进医疗健康信息互联互通和共享协同。

根据国家卫健委数据，2021 年，96.87%的三级公立医院参加了国家临床检验中心组织的室间质量评价工作，国家室间质评项目参加率中位数为 93.27%，合格率中位数为 97.25%，分别较 2020 年提升 3.86 个和 0.85 个百分点，为推进医疗机构检查检验结果互通互认，降低人民群众就医负担奠定坚实基础。

医保 DRG/DIP 付费下的医院运营管理策略

来源：清华医疗服务治理

医院如何顺应医保 DRG/DIP 付费的政策改革趋势，应从明确医院发展定位、抓住短中长期管理重点、采取有效管理策略进行应对。

2021 年 11 月，国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，意味着“十四五”期间，我国住院医疗费用医保支付方式改革将进入到加速“扩面”阶段。医院如何顺应政策改革趋势，转变发展理念，利用 DRG/DIP 管理工具来提升内部运营管理效率，实现高质量发展，需要未雨绸缪，尽早做出有效应对策略安排。本文将从医保 DRG/DIP 付费下的医院发展定位、管理重点以及管理策略三个方面探讨医院应该如何有效应对问题，期望能对医院提升医保 DRG/DIP 付费改革下的运营管理效能提供启发。

DRG/DIP 付费下的医院发展定位

2021 年 7 月，国家发展改革委联合国家卫生健康委、国家中医药管理局和国家疾病预防控制局共同编制了《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》，该方案旨在扭转当前不合理的“倒三角”医疗服务供给体系，通过“强基层、补短板、布优局”，建成体系完整、布局合理、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效、富有韧性的优质高效整合型医疗卫生服务体系。因此，在“优质高效整合型医疗卫生服务体系”下，不同级别医疗机构应该明确自己的发

展定位，合理配置资源，提高服务水平，促进形成“正三角”医疗服务供给体系，解决当前“倒三角”的医疗资源配置错位和级别医疗机构间的不合理竞争问题。

DRG/DIP 支付方式改革与优质高效医疗卫生服务体系建设密切相关。与按项目付费相比，DRG/DIP 时代的到来意味着我国医疗系统将经历一场由医保支付端催动的医院发展生态变革，过去医疗机构任意扩张医院规模、不按卫生规划随意收治病人、通过过度医疗增收创收的时代基本宣告结束。DRG/DIP 采用均值定价、打包支付机理，通过权重(分值)乘以费率(分值单价)确定了每个 DRG 病组和 DIP 病种区域内医疗服务的“公允价格”，该“公允价格”形成了医保对各病组(种)打包付费的“支付天花板”。打包付费时代的到来更加要求各级别医疗机构转变理念，错位发展，合理竞争，承担国家赋予的医疗卫生服务职责，维护国民健康保障权益。因此，医院能否快速适应这种生态变革环境，首先要做的便是依据国家区域卫生发展规划和自身诊疗水平做好合理的发展定位。具体而言：

首先，对处于“金字塔尖”的国家和地区医学中心，由于其主要依托医学水平突出、影响力强、积极性高的医院开展建设，这类医疗机构的发展定位应当聚焦于疑难重危症诊治、临床技术创新、前沿科研攻关和成果转化、高水平医学人才培养等方面。

其次，对处于“夹心层”的市县区综合性医疗中心，应着力于实现“小病不出乡，大病不出县”、将 90%的疾病留在当地解决为目标，

其重要抓手和发展导向是以学科来驱动医院专科专医专技能力的提升，特别是在推动二级专科建设过程中要紧密结合国家和地区疾病谱的变化，补足空白与薄弱学科短板，例如当前在市县区层面存在的儿科、老年、康复、创面修复等医疗资源配置不足或缺失的学科。

最后，对处于“塔基”的承担“守门人”角色的基层医疗卫生机构，应结合国家正在推动的紧密型医共体建设，提升常见病多发病的诊疗能力，同时促进全专、医防卫和护养融合，形成以乡镇和社区为服务枢纽，健康档案和医患信任为服务基础，具备公共卫生、家庭医生首诊、慢病防治、健康管理、常见病多发病管控、失能康护和临终安宁等全人全生命周期服务能力的服务综合体。

DRG/DIP 付费下的医院管理重点

医院适应 DRG/DIP 付费改革环境并取得显著成效不可能一蹴而就，需要坚持战略定位与战术选择相结合的管理原则。明确战略定位，即是从项目付费时代的经验医疗、作坊式医疗、浪费医疗，走向 DRG/DIP 付费时代的标准化医疗、循证医疗、成本医疗、效率医疗；重视战术选择，即是分阶段、有重点、有的放矢地稳妥推进医院内部管理变革。

在 DRG/DIP 付费改革初期，医院管理的重点工作是理念转变、组织结构调整与常态化培训。理念转变上，需要尽快实现从规模式向内涵式发展、从抢病人向病种结构优化、从项目绩效管理向质量绩效管理等观念转变。组织结构调整上，要成立以院长(分管副院长)为组长、

各职能管理部门与临床科室深度参与的分工明确的 DRG/DIP 付费改革领导小组。常态化培训上，要建立院内 DRG/DIP 知识、正确改革理念、医保支付政策、临床路径、成本管控、学科发展、医疗质量、病案编码和医保结算清单填写等方面的专业化培训机制。

适应短期的改革氛围和夯实改革基础后，医院中期管理的重点工作是围绕“人”和“物”进行控本增效。针对“人”的管理是如何激发医务人员在 DRG/DIP 付费改革过程中提质、成本控制、增效与创新，需要设计合理的绩效激励体系来驱动；针对“物”的管理是如何采用有效的管理机制实现院内“有形”和“无形”资源的最优配置，以提升 DRG/DIP 付费的运营效率，需要以诊疗服务流程优化和临床路径管理来驱动。

长期管理则是要重视医院的战略规划，重点工作是聚焦医院自身功能定位，善于利用本院和区域内的 DRG/DIP 大数据，不断优化病组/病种成本结构，制定固定优势病组/病种和发展特色病组/病种的管理战略，并围绕优势病组/病种和特色病组/病种进行学科布局和人才培养，探寻实现“质量-成本-效益”最优均衡的医院发展路径。

DRG/DIP 付费下的医院管理策略

DRG/DIP 付费下的医院管理策略可重点从推动组织结构变革、优化医疗服务流程、实行病组/病种分级管理、强化病案首页能力建设、建立合理的绩效激励体系和加强医疗行为监管等方面着力。

(一) 推动组织结构变革

由于全民医保时代的 DRG/DIP 付费改革涉及医院的收入模式变化，因此，组织结构变革要成为医院的“一把手工程”，建立院长(分管副院长)为统领、各职能部门和临床科室共同参与、职责明确、通力合作的 DRG/DIP 改革领导组织架构体系。参与的医院内部职能部门应包括医保、病案、医务、质控、护理、医技、药学、医工、信息、财务、绩效、门办等，在综合性大三甲医院，甚至还可以让行风办和党办等部门参与进来。在职能部门设置较细较多的医院，可能还需要成立新型部门(如运营管理科、DRG/DIP 成本核算科、大数据分析科等)，或在院科/院处两级管理架构中间整合相关部门成立非正式的组织(如运营管理部等)，以及重新调整按项目付费时代的管理部门设置或部门职能。

由于医院内部各管理部门和临床科室都有自己部门的利益考量，为了更有效地推进院内 DRG/DIP 付费改革工作，还需要明确各部门的职责分工，将改革责任真正落实到岗、落实到个人。比如，医务部门负责组织协调，推进相关工作顺利开展，并强化 DRG/DIP 付费后的医疗质量与医疗行为管理；医保部门负责 DRG/DIP 政策培训、院内数据交互、医疗收费审核、医保行政和经办部门政务联系；病案部门负责疾病编码与医保结算清单填写及质量管控；质控部门负责病案首页培训、临床路径实施、严控药占比和辅助用药；药学部门负责临床用药指导、合理用药管理；信息部门进行病例数据和信息上传、DRG/DIP 大数据分析；绩效部门负责绩效方案制定与绩效考核；临床科室关注

病历书写规范、病案首页填报、病案及时归档、DRG/DIP 分组反馈等。

(二) 优化医疗服务流程

DRG/DIP 付费将推动医院管理的标准化，医院各部门应全面推进管理流程和诊疗流程科学化、标准化、循证化，从根本上控制医疗服务成本，寻找质量、成本与效率相均衡的最优流程路径。

首先，在出入院服务层面，要推动出入院服务标准化。现有管理体制下，多数医院的住院时长消耗在无序、重复和杂乱的出入院各环节等待上。因此，入出院之前，出入院服务中心可通过通知病人入出院要求，设置专窗办理入出院手续等措施来节约时间；住院期间，需要严格规范术前检查与麻醉访视流程，建立待手术时间监控机制，合理缩短待手术时长；出院后 1-3 天进行电话随访，随访内容应包括身体状况、伤口情况、解答疑问、恢复提醒等内容，降低重复入院率。

其次，在诊疗过程中，需要坚持整合医疗理念，全面推进围手术期标准化流程管理。比如，针对特色技术与优势病种，建立如儿科中心、妇科中心、肿瘤中心等院内医疗中心；倡导多学科会诊模式(MDT)；结合医院诊疗水平，强化全院 DRG 病组的综合临床路径管理或 DIP 各细分病种的临床路径管理；重视术前评估与护理；实施医疗康复与护理服务标准化；推动术后标准流程管理；对重点药物、耗材的临床使用进行总量和过程监测等。

最后，为了降低医院管理成本，医院行政管理部门也要进行管理服务流程优化。需要综合考虑医院的功能定位、医疗服务能力、核定

管理编制等因素，确定最小管理成本支出、最大管理效能的管理部门人员岗位设置。公立医院可以借鉴民营医院经验，以及顺应服务外包趋势，将后勤、消毒供应等交给专业的第三方运营。同时，也要加强对每位领薪管理人员的效率考核，明确每个管理岗位的服务标准，量化管理人员的工作效率。

(三) 实行病组/病种分级管理

医院要依托积累的 DRG/DIP 大数据进行全院病组/病种结构分析，以标杆、优势与特色病组/病种为引领，不断推动病组/病种结构转型，并进行学科体系优化，合理配置院内资源。

首先，根据院内 DRG/DIP 运营大数据，确定标杆病组/病种-优势与特色病组/病种-正常病组/病种-超支病组/病种四级管理模式，不断推动病组/病种结构转型。实操流程为：第一步，根据地区病组/病种的定价标准和本院实际发生费用，测算出每个病组/病种的结余和超支率，依此筛选出医院和科室的优势病组/病种(CMI 值高且结余)和特色病组/病种(CMI 值高但短期超支、CMI 值低但结余率高)；第二步，医院和科室对超支病组/病种的病因结构、诊断结构、治疗结构和费用结构进行“开包验证”，如果能扭亏为盈，则转化为优势和特色病组/病种；第三步，对优势和特色病组/病种进行“质量-成本-效益”的最优路径分析，优中选优，确定出全院的标杆病组/病种(CMI 值和结余高、符合医院发展定位与技术发展方向、创新含量高等)；第四步，以标杆病组/病种为核心进行人才培养、技术创新和学科建

设，以优势与特色病组/病种为重点进行资源优化配置，并不断强化对正常病组/病种和超支病组/病种的持续改善，推动全院和科室的病组/病种结构转型。

其次，重视对病组/病种运营管理大数据的常态化分析。院长层面需要重点关注全院和科室的病组/病种服务能力(总病例数、入组率、服务组数、CMI 值、总 RW 值、三四级手术占比、微创手术和日间手术占比等)、服务效率(均次费用、费用指数、平均住院日、时间指数、药占比、耗材占比、检查检验占比、上下转诊率等)、服务质量(低风险死亡率、重症救治病例数占比、再住院率、并发症发生率、院感率、非医嘱出院率等)和医保结算(医疗总费用、医保拨付费用、总超支结余金额或比例等)等整体运营状况。职能管理部门需要重点关注病组/病种结构的盈亏状况及成本结构，分析正常病组/病种、高倍率病组/病种、低倍率病组/病种、不能入组病组/病种和基础病组/基层病种的病例数量、费用结构和超支原因等。此外，对基层医疗机构而言，基础病组/基层病种应是优势病组/病种，若出现超支，则侧面反映出该医院可能存在费用管控和服务能力问题。

最后，大数据分析也要关注全院、科室、医生组的病组/病种的 CMI、RW、三四级手术、并发症合并症发生率等指标及其排名。通过能产质效指标排名，可以为科室的成本管控、能力提升、医疗质量管理、问题整改等提供明确的改善方向和努力目标。

(四) 强化病案首页能力建设

DRG/DIP 的分组数据源于医保结算清单，而医保结算清单数据的生成主要来自于病案首页数据。可以说，病案首页的规范填写与质量控制是事关医院 DRG/DIP 付费改革成效的生命线，因此，医院需要强化对病案首页的能力建设。

首先，要重视对院内病案科室的基础能力建设。DRG/DIP 付费前，多数医院的病案科室被当成是医院的纯成本消耗科室，行政管理地位低，专业编码人员配置不足。DRG/DIP 付费后，病案管理应成为医院管理“补短板”“强基础”的重点建设内容，具体包括需要提高病案科室的独立管理地位，配备足额的专业编码人员，加强对编码员的编码填写素质培训。

其次，要重视病案首页的质控能力建设。质控能力建设除了要开展案病质量的日常专项监督管理工作外，也需要病案科室加强与其他职能管理部门，以及临床科室的业务协作，建立病案首页质量控制标准，同时还需要智能手段赋能，比如建立院内病案智能校验工具和病案质控分析系统等。需要强调的是，病案首页的质控能力不光体现在主要诊断、主要手术和操作编码填写的完整性和准确性上，以防止错编、漏编、少编等问题发生，另应体现在如何防范高编高套、低编低套、虚假诊断和杜撰病例等恶意违规违法问题上。

此外，还需要重视对编码员与临床医生的专业素养和职业伦理道德能力建设，正确处理好医生的临床诊断、编码员的分类诊断与医保支付诊断三者间关系。临床医生有自己的临床诊断思维，编码员有自

己的职业伦理要求，绝不能“唯 DRG/DIP 利益最大化”而刻意地高套高编支付诊断。

(五) 建立合理的绩效激励体系

DRG/DIP 付费改革成效要传导到医务人员身上，即通过合理的绩效激励体系体现 DRG/DIP 付费的正确导向和医务人员劳务价值，具体可以考虑以 DRG/DIP 量化指标和精准数据为基础，实施与公立医院绩效考核指标相结合的专项绩效激励和依据科室特点的分类绩效激励方式。

在专项绩效激励方面，可选择国家公立医院绩效考核导向指标，如 CMI、RW、三四级手术占比、日间手术占比、疑难危重病例占比、低风险死亡率等，制定专项奖励计划，优项优得。在分类绩效激励方面，院科两级收入分配要考虑管理、医技与临床部门特点，将业务内容、管理状况、技术水平、风险与劳动强度、DRG/DIP 产出等具化为可量化的考核指标，制定差异化的激励方案，特别是临床科室，引导其坚守医疗伦理与职业操守的同时，要重点激励收治符合医院发展定位、诊疗技术提升、学科发展和临床创新的病患。

当然，在绩效考核过程中，职能部门既要把握好尺度和温度，坚持“整体平衡、兼顾特殊、临床倾斜、奖励为主、惩罚为辅”原则；也要把握好程度和力度，避免“唯经济绩效”论，过度地将病组/病种的盈亏与医务人员的奖金收入相挂钩，防范“内科医技化、内科手术化和外科术式升级”等临床道德风险产生。

(六)加强医疗行为监管

由于 DRG/DIP 定价工具存在技术缺陷、政策配置失灵及不合理的医院管理理念引导,实践过程中可能会产生跟按项目付费不同的异化医疗行为。因此,医院管理部门要加强对院内 DRG/DIP 付费后的医疗行为监管,避免触碰医保基金的欺诈骗保“红线”。

首先,医院管理者要吃透《医疗保险基金使用监督管理条例》、本地医保定点协议、国家 DRG/DIP 技术规范与经办规程、医保相关监管规章制度中对医疗行为的约束性条款,并依此制定院内诊疗行为监管制度。其次,要强化合理费用监管,重点对药品、耗材、检查检验、麻醉、介入治疗等成本进行实时监控。再者,重点关注 DRG/DIP 付费后可能出现的异化医疗行为,对分解住院、二次入院、低标准入院、挑选轻症、推诿重症、医疗服务不足、高套高编、不合理收费、费用转嫁等行为做到主动监测与排查分析。最后,重视第三方赋能,建立院端异化医疗行为监管和分析系统,关注重点科室、重点病区、重点项目、重点病组/病种、高低倍率病组/病种的诊疗行为变化趋势。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

中医药又出重磅政策,一文看清“十四五”冲刺阶段怎么做

来源:国务院办公厅

日前,国务院办公厅发布了《中医药振兴发展重大工程实施方案》

(以下简称“重大工程实施方案”),明确了在2025年前需要完成的八大工程的建设目标、建设任务、配套措施和部门分工。这是继中医药“十四五”规划后,最近国家层面出台的又一项高级别指导政策。

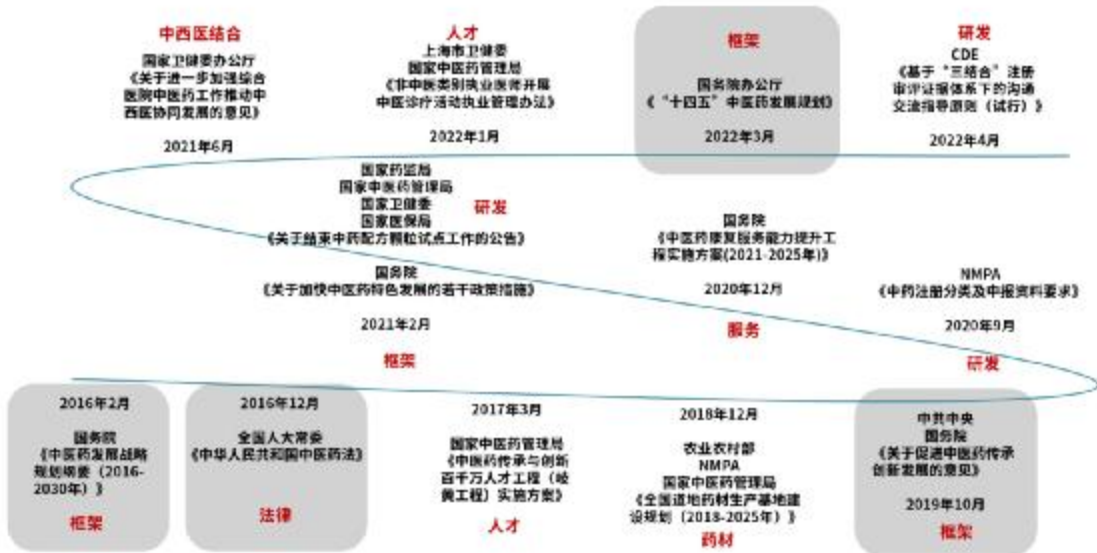
01 历时多年,中医药发展政策框架搭建完毕

新中国成立以来,中国高度重视和大力支持中医药发展。建国初期到80年代,中医药发展处于初级探索时期,这时各方传导机制不畅通、发展道路也不清晰。80年代到2000年初,中医药开始进入建制化发展时期,政策主体逐渐明朗、但发展道路仍不清晰。2003年非典爆发,中药防治非典研究取得的阶段性成果,《中华人民共和国中医药条例》的出台意味着从立法层面完善了中医药的法律体系,中医药发展开始进入全新的科学发展阶段。

时间来到2016年,在全国卫生与健康大会上,习近平总书记强调,要“着力推动中医药振兴发展”。十八大也提出“坚持中西医并重”“扶持中医药和民族医药事业发展”。2016年,国务院正式印发《中医药发展战略规划纲要(2016-2030年)》,把中医药发展上升为国家战略,对新时期推进中医药事业发展作出系统部署。十八大以来,党和政府把发展中医药摆上更加重要的位置,作出一系列重大决策部署。2020年新冠疫情爆发,中医药在新冠疫情中成为中流砥柱,传承创新发展步伐加速。2021年起,经过多年的发展与探索,中医药政策终于进入密集落地时期。并且国家对中医药支持政策已由顶层设计逐步过渡到落地执行阶段,具有较强的连贯性中医药领域重磅政

策频出，政策细节越发丰富。

图 1：2016 年以来中医药政策发展脉络



来源：中康产业研究院整理

当前，国家顶层设计对中医药的定位是：在治未病中的主导作用、在重大疾病治疗中的协同作用、在疾病康复中的核心作用。2022年3月，国务院印发的中医药“十四五”规划详细制定了中医药发展的各项指标。其中多项指标都直接对应顶层设计的要求，如将疾病康复的任务交给中医院，将协同治疗的任务交给普通医院里的中医科室，而基层医疗机构更多承担治未病的任务。

图 2：中医药“十四五”规划指标拆解

	2020现状	2025目标	
数量指标	中医类全科医生数	0.66/万人	0.79/万人
	公立医院中医床位数	6.75万张	8.43万张
	二级以上公立中医医院	51.58%	60%
	中医类执业(助理)医师比例		



来源：中康产业研究院整理

注：中医医疗机构包括中医医院(含中西医结合医院、少数民族医医院)、中医门诊部(含中西医结合门诊部、少数民族医门诊部)、中医诊所(含中西医结合诊所、少数民族医诊所)。

02 八大工程明确“十四五”冲刺阶段任务细节

2022年末，国内新冠疫情防控取得阶段性重大胜利，中医药发展“百废待兴”。2023年2月底重大工程实施方案出台，八大工程的建设目标明确，建设任务细致到具体数字，配套措施详细，部门分工更是“直接点名”。从内容上看，本次实施方案覆盖了中医医疗服务、中西医协同、中医药传承创新、人才队伍建设、中药产业、中医药文化建设和国际化发展等各个方面，以扩大中医药在各个领域的覆盖广度为核心，多次提到以试点、示范工程等方式，通过积累经验的方式建立可复制的发展模式。种种细节都表明这是一份极其落地的执行性文件，为中医药十四五规划明确了最后冲刺阶段的具体任务。

03 总结

这几年中医药发展的政策地位不断提升，相关政策规划也从框架

建设逐步转向落地执行和细节完善。新冠疫情后，中医药发展进入了下一个新阶段，随着人们健康观念变化和医学模式转变，中医药的独特价值还将越擦越亮，为人民身体健康和社会发展贡献更多力量。

[返回目录](#)

妇幼保健院里的“中医热”

来源：中国中医药报

“春节假期长，许多人节日期间积攒的慢性病就诊需求，在节后集中释放。”河南省郑州市中牟县妇幼保健院党总支书记申俊岭介绍，这些天，前来咨询饮食调节、养生防护、针灸治疗等中医药诊疗方式的患者有很多，这让医院前期对中医药融入妇幼健康的探索，得到了临床印证。

中医药成了妇幼保健机构里的“良方”

记者在走访中看到，接连几天，中牟县妇幼保健院中医馆内、儿科中医外治室门前都排起了队。自2020年中牟县妇幼保健院与河南中医药大学第三附属医院开始科室共建起，这样的场景并不罕见。

2019年8月，河南省开展了县级中医药适宜技术融入妇幼健康试点工作，探索总结了一些可借鉴推广的经验做法，并在2020年进行全省推广。为响应号召，中牟县妇幼保健院也积极推广中医药适宜技术在妇幼健康方面的应用。

“现在，我们已将中医药调养、饮食调节、养生保健等理念融入妇幼健康服务全流程。节后，有带着孩子来看积食、咳嗽的，有带着

老人来缓解新冠病毒感染康复期疼痛的，他们都首选中医药治疗。”中牟县妇幼保健院院长梁彩虹说。

随后，梁彩虹以“产后风”为例，向记者细致介绍了中医药融入妇幼健康后，给患者带来的就诊便利。

“‘产后风’是中医学病名，常发于产褥期，主要症状就是肢体关节酸楚、疼痛、麻木、畏寒恶风，关节活动不利，甚至关节肿胀。”梁彩虹介绍，刚立春天还冷，不少患者来就诊时，里三层、外三层，把自己包裹得严严实实，有的患者甚至在夏天都穿长袖长裤，很痛苦。”

“许多患者吃了很多药却疗效甚微。对于这类患者，我们建议她们接受针灸治疗，辅以中药和艾灸治疗。”中牟县妇幼保健院中医馆医生李国芹介绍，大多数患者治疗一次后，疼痛就有明显好转，骨缝“进风”的感觉明显消失。真实可感的疗效让更多患者愿意接受针灸治疗，也主动介绍身边类似症状的亲戚、朋友接受中医药治疗。

中西医结合服务模式成了妇幼保健机构的新选择

疗效确切、价格较低廉，让中医药收获了患者的信任，也让更多妇幼保健医务工作者乐于使用。

现如今，中牟县妇幼保健院通过针灸、推拿、穴位贴敷等外治方式，降低药占比、缩短住院时间、降低治疗费用，让患者体验到了更优质、便捷的诊疗服务。

2023年，中牟县妇幼保健院将继续深化与河南中医药大学第三

附属医院相关科室的合作，以共建中医妇科、中医产科、中医儿科为切入点，建立中西医会诊制度和协同机制，落实中医查房制度，采用“宜中则中、宜西则西”的诊疗模式。同时，该院以“不增加患者单次诊疗费用”为原则，提供了中药养胎、中医治未病、小儿推拿、中药熏洗等 92 种中医药诊疗项目，贯穿生命全周期、妇幼健康服务全过程，大大提高了患者对中医药的接受度和依从性。

“我们打造的西医、中医、中西医结合联动妇幼健康服务模式，不断提高综合治疗疾病的能力，让患者就医有了更多选择。”申俊岭表示，妇女保健部是医院中医药融入较为深入的科室，已经形成中西医结合保胎养胎的医疗保健体系。这里能够利用腕踝针加揸针治疗皮肤过敏，耳穴压豆、隔姜灸缓解妊娠剧吐等。

“很多常见病、多发病、慢性病，都可以通过中医‘治未病’的方法来预防发病、减少复发。医院正探索将‘治未病’理念推广至妇幼专科联盟，让更多医务工作者懂中医、用中医，让更多患者得到实惠。”申俊岭表示，妇幼专科联盟的很多乡镇卫生院、社区卫生服务机构现在都能够提供中医健康干预服务，并在重点人群和慢性病患者健康服务中应用。下一步，医院工作的重点是推动中医“治未病”理念进社区、进家庭、进机构，探索更具中牟地域特色的中医药融入妇幼健康模式，让更多群众享受到中医药服务的便利。

[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