

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第10期

(2023.03.06-2023.03.12)

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。)

· 养老健康 ·

▶ [破解养老难题，两会值得关注的议案提案都在这里了](#)（来源：慧保天下）——第 7 页

【提要】“两会”召开，各路代表、委员的议案、提案很多也公之于众，多聚焦民生话题，尤其是国内人口开始负增长，人口老龄化、家庭少子化趋势加速之下，“养老”相关话题，成为重中之重，引发了诸多代表、委员的高度关注，很多代表、委员的议案、提案也都试图厘清其中关键问题，并提出相应建议。本文汇集十几位“两会”代表、委员的建议，包括当下问题以及解决方案两大类，涉及“养老”问题的方方面面，包括：进一步健全长护险制度、构建多元化筹资来源、鼓励社会资本办养老业务、鼓励商业保险公司深化保险与健康管理融合、明确商业保险公司办养老社区的税优政策等等。

▶ [我国将在 2025 年全面建成“15 分钟养老服务圈”](#)（来源：威诺敦）——第 22 页

【提要】去年印发的《关于加强新时代老龄工作的意见》中明确指出，2025 年逐步完善“一刻钟”居家养老服务圈。各地政府需支持增加供给，做活普惠性养老服务，做大 15 分钟养老服务圈。根据全国老龄办《中国人口老龄化发展趋势预测研究报告》的判断，2021 年至 2

050 年是我国人口加速老龄化阶段，老年人口数量平均每年增加 620 万人，到 2050 年，老年人口总量将超过 4 亿人，老龄化水平达到 30% 以上。

• 医院管理 •

▶ [干货分享！DRG 评价指标体系你需要了解这些](#)（来源：医有数）
——第 27 页

【提要】DRG 作为一种管理工具，其应用范围不仅是医保支付，在绩效评价方面的应用也非常广泛。尽管 DRG 的产生背景是基于医疗付费，但 DRG 的本质是一种根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的病例组合分类方案，所以其既可以作为医保结算的工具，亦可以用于衡量医疗服务质量效率的绩效评价方法。

▶ [公立医院发展方向明确：药耗集采、支付方式改革、信息化建设……](#)（来源：国家卫生健康委）——第 33 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》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》。

《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。

• 分析解读 •

▶ [低增速时代下 保险与药品结合的挑战和趋势](#)（来源：Latitude Health）——第 37 页

【提要】随着商业健康险在主要经济体普遍进入低增速时代，保险公司急需寻找新的增长点。另一方面，由于医疗科技的发展，面向广适应症人群的新药越来越少，大部分新药都是面向小众人群的高额治疗，这对保险覆盖能力提出了挑战。如何在低增速时代提高自身竞争力以吸引用户来拓展市场份额就非常关键。

▶ [数字疗法：医疗消费的间接性挑战](#)（来源：村夫日记）——第 41 页

【提要】与数字医疗类似，数字疗法由于缺乏支付方，而始终难以获得发展。但如果换一个角度来看，支付方并不是一种新型商业模式的必要条件，眼科和牙科等消费医疗领域都是用户自费，并没有因为缺乏支付方而阻碍了发展。数字疗法无法得到支付方青睐的原因与其缺乏自费基础的原因是类似的——缺乏立竿见影的疗效。

• 中医药动态 •

▶ [基层医疗视角下共享中药房的发展](#)（来源：药事服务在线）——第 43 页

【提要】为使共享中药房在基层医疗中更高效、规范地发展，北京中医药大学中药调剂标准化研究中心翟华强教授团队以“共享中药房”为检索词在中国知网、各级人民政府网、国家中医药管理局官网、人

民网、中国新闻网、新华网等平台检索 2022 年 05 月 20 日前的报道、文献与政策，梳理出“共享中药房”与“智慧中药房”2 种“互联网+”中药房的发展模式与历程，总结了共享中药房的定义以及未来建设方向，为后续研究提供了参考。

▶ [重大工程提振中医药发展“精气神”](#)（来源：中国中医药报）——第 47 页

【提要】全国两会前夕，国务院办公厅印发了《中医药振兴发展重大工程实施方案》，聚焦“十四五”时期“怎么干”，部署了 8 项重点工程及 26 个建设项目，为中医药传承创新发展提供有力支撑，注入强劲动力，提振了中医药传承创新发展的“精气神”。新征程，新起点，面对来之不易的机遇，如何结合两会精神，将重大工程的一系列工作部署落地落细落实？两会代表委员们展开了热议。

• 医保快讯 •

▶ [医保基金 3 大监管难题有望破解！](#)（来源：江西省医保局）——第 53 页

【提要】医保基金无疑是我国社会医疗保险制度平稳运行和可持续发展的最重要的经济基础，在保障人民群众医保权益中发挥着至关重要的作用。随着医保基金监管工作的深入开展以及监管力度的不断加大，在取得普遍性明显成效的同时，也遇到了一些亟待解决的瓶颈问题，过度医疗认定难、监管力量不足、部门协同难就是其中最具代表性且一直困扰着医保部门的三个问题。这些难题该如何破解？

▶ [3 个角度，谈谈 DRG/DIP 付费怎样助推分级诊疗](#)（来源：中国医疗保险）——第 58 页

【提要】分级诊疗是医改的“深水区”，“分级诊疗成功之日便是医改成功之时”这句广为流传的话，说明了分级诊疗在医改中的重要性，也凸显其难度。经过十余年的医改，分级诊疗实际效果并不理想，部分原因在于基层医疗能力薄弱、群众就医习惯引导尚需时日，更主要的原因是大型医疗机构积极性不足。大型医疗机构在医疗卫生领域的地位举足轻重，是分级诊疗的主要参与者，长期以来其优化资源配置的内生动力不足，对基层医疗机构虹吸严重。DRG/DIP 付费改革带来了新的变化，能够通过调整相关配套措施对分级诊疗起到一定的助推作用。

-----本期内容-----

· 养老健康 ·

破解养老难题，两会值得关注的议案提案都在这里了

来源：慧保天下

“两会”召开，各路代表、委员的议案、提案很多也公之于众，多聚焦民生话题，尤其是国内人口开始负增长，人口老龄化、家庭少子化趋势加速之下，“养老”相关话题，成为重中之重，引发了诸多代表、委员的高度关注，很多代表、委员的议案、提案也都试图厘清其中关键问题，并提出相应建议。

对于保险行业而言，“养老”也是必须直面的话题，无论是包括长期护理保险、带病体保险在内的健康保险的发展，还是“保险+养老”“保险+健康”等业务的发展，都脱离不开“养老”这一范畴。

本文汇集十几位“两会”代表、委员的建议，包括当下问题以及解决方案两大类，涉及“养老”问题的方方面面，包括：进一步健全长护险制度、构建多元化筹资来源、鼓励社会资本办养老业务、鼓励商业保险公司深化保险与健康管理融合、明确商业保险公司办养老社区的税优政策等等。

以下就是全部内容：

一、问题突出

长护险覆盖面远远不足

全国政协委员、农工党宁夏区委会主委、宁夏医疗保障局局长杨淑丽：

杨淑丽指出，2016年、2020年，国家分两批开展长期护理保险试点(以下简称“长护险”)，全国先后有49个城市试点，取得较好成效，但随着老龄化社会程度不断加深，“421”结构家庭成员逐渐老化，“一人失能，全家失衡”养老护理问题日益突出。

杨淑丽提到，目前长护险覆盖面不够广，失能老人家庭负担沉重。截至2021年，试点城市参保人数近1.5亿人，累计享受待遇165万人。而目前，全国失能老人已达4000余万人。以宁夏为例，据测算，到2025年，宁夏老年人口将达119万人，失能半失能老人将达13.3万人。宁夏等个别省区仍未开展试点。

农村“无人赡养”问题突出

全国人大代表、阜阳市政府副秘书长杨善竑：

当前，我国养老事业面临着大城市“一床难求”和农村“无人赡养”两大难题，特别是农村地区，随着城镇化、老龄化步伐的加快，一些农村地区，空巢老年人占比超过70%，其中不少老人还要照顾留守儿童，加之农村地区基础设施和公共服务水平远低于城市，养老服务体系相对滞后，多以家庭养老和土地自我养老为主，因此农村养老问题更加需要引起广泛关注。

医保基金输血长护险面临持续性问题

全国政协委员、民建广东省委会副主委、广东财经大学法学院院

长鲁晓明：

当前在很多地方，长期护理保险高度依赖医疗保险基金，然而，两者的性质和功能存在不小差异。长期护理保险面对的是失能人群，是通过护理维持其身体机能状态，并不具备显著的治疗康复功能，而医疗保险主要是保障患者的治疗和康复。同时，医疗保险面临较大的保值增值压力，医保基金对于长期护理保险的输血本身面临持续性的问题。因此，需要建立专门的互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，保证其长期稳定发展。

专业人才严重不足

全国政协委员、农工党宁夏区委会主委、宁夏医疗保障局局长杨淑丽：

养老机构专业护理人员占比低，据初步估计，我国养老护理人员缺口大约超过 500 万人。养老机构普遍存在招人难问题，人员流动性大，兼职人员、临聘人员和“40”“50”人员成为主力，学历不高、专业水平低，业务素质能力不强，尤其懂医养结合的长期护理专业人员十分紧缺。养老服务人员从事的是辛苦活和良心活，个别养老服务人员道德素质不高，存在欺老虐老行为。护理标准缺乏规范指引，服务监管不足。

全国人大代表、常青乐龄护理院护理员李楠楠：

以江苏为例，全省失能老年人总数约为 135 万，如按照 1：6 的配备比例，需要专业养老护理员 17.5 万人，缺口超过 12 万。细化到

个体身上，我今年 32 岁，我们这代 90 后子女的父母岁数也大都六十开外。从我所服务的常青乐龄护理院 60 岁以上老人的入住率来看，正呈现上升态势。由此可见，养老行业日益增长的照护需求与专业护理人员存在的现实“缺口”矛盾已经摆在面前。人才流失，是目前养老护理行业面临的痛点。行业的快速发展，还是需要专业的人从事专业的事。

李楠楠提案聚焦“进一步做好医养结合养老机构医护职称”，重点养老护理员薪酬待遇、岗位津补贴发放、提升职业荣誉感等内容。希望国家层面能够出台专门相关政策文件，打通职业晋升通道，科学制定符合医养结合机构医护人员的职称评审标准，进一步完善医护专业技术人员薪酬激励机制，从顶层设计上加强养老服务人才队伍建设。

对商业保险公司经办长护险缺乏信任

全国政协委员、广东国鼎律师事务所主任朱列玉：

在有关独生子女父母养老问题的提案中，朱列玉指出，应尽快建立政府主导的独生子女家庭养老长期护理保险制度。独生子女家庭养老有比较多的特殊性，特别是在失独、失偶、失能半失能人群逐渐增多的情况下，独生子女既要养育 2-3 个孩子，还要承担繁重的工作和生活压力，给予其一些假期、经济补偿等措施解决不了根本问题，加上子女和老人大多不在一起居住，生病住院时找家属签字都困难。

她表示，目前实行的商业银行和保险公司设立的养老保险和长期

护理保险，商业味太浓，公益性不足，政府作用发挥不强。经多年调研和认真分析认为，建立政府主导的长期护理保险制度，是解决独生子女家庭养老的最根本性措施之一。要在法治化条件下，政府投入真金白银，根据独生子女家庭养老的数质量情况变化，合理加大投入，形成长效机制，引入商业保险参与，市场化运作，加强监管，专款专用。

二、解决方案

应进一步加强顶层设计

全国政协委员、民建广东省委会副主委、广东财经大学法学院院长鲁晓明：

鲁晓明调研时表示，如今老年人对长期护理保险的需求逐渐增多，长期护理保险试点也经历了很长时间的实践，制定全国统一的长期护理保险制度，时机已相对成熟。

当前长期护理保险的工作主要依靠两个指导意见，分别是《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》和《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》。对此，鲁晓明表示：“指导意见仅是引导性文件，可以考虑制定一部专门的长期护理保险法，或者在社会保险法中专门设置一章关于长期护理保险的制度。”

为此，鲁晓明计划提出关于尽快制定长期护理保险制度的提案，建议总结各地经验，统一长期护理保险措施，保障长期护理保险的稳

定、长期发展。他认为，经过这么长时间的实践，针对中国的实际，借鉴其他国家的成熟做法，制定全国统一的长期护理保险制度是可行的，也具有一定的迫切性。

全国政协委员、对外经济贸易大学保险学院教授、副院长孙洁：

当前，我国失能老人对社会护理的需求不断增加，但养老护理还处于起步阶段，人们对护理服务的认识比较模糊，养老护理相关制度和运作机制尚未完善，养老护理服务产业发展相对滞后。

对此，孙洁提出三方面建议。首先，加强顶层设计，探索可持续发展的护理保障机制。促进养老护理体系与经济社会的协调发展，需从国家战略层面统筹解决关系老年人护理的重大和长远问题。一是参考日本、德国将长期护理保险纳入社会保障制度框架，相关政府部门尽快研究出台相关制度规范，明确长期护理保险制度定位与发展方向；二是建立全国统一的等级评定和需求评估标准，管理规范，逐步完善多渠道筹资机制，扩大保障范围，保证其可持续发展；三是鼓励商业保险公司创新参与养老护理产业链条建设，逐步提高商业保险服务老年护理问题的能力，满足老龄化现象带来的长期护理保险需求。

全国政协委员、南方科大副校长金李：

“我国老龄人口达 19%，十多年后将突破 30%，但养老产业仅占 GDP7%，产业发育相对滞后。”金李表示，重要原因是养老市场化进程缓慢。目前，兜底性养老由政府提供，高端养老由富人买单，而普通人多样化且井喷式的需求很难充分满足。只有大力发展产业，提升

性价比，才能让普通人也用得起市场化养老，而不是孤独无助或者拖累家人。

金李认为，养老产业链长，提供了无数科技应用场景。可拉动养老金融、医疗、保健、健康食品、养老文化产业、养老机构投资、住宅小区适老化改造等。因人工成本提升，养老产业发展必定通过数智化手段，从而为前沿科技提供广泛应用场景，比如机器人技术、人工智能、语音识别、区块链、大数据。

在金李看来，养老产业的高质量发展不仅能满足人民对美好生活的追求，还能极大带动服务业发展。在出口和投资等传统引擎增长乏力的背景下，提振信心急需体量巨大的替代产业。养老产业在供给和需求侧都有巨大提升空间，产业链的深度和广度能对经济持续发展提供有力支撑。

金李建议，要从供给端、需求端和融资端梳理，制定未来产业顶层设计，把养老产业作为未来经济发展重要抓手，尽可能预见将来发展过程中的问题，使行业能长期健康规范发展。

建立多元化筹资机制

全国人大代表、阜阳市政府副秘书长杨善竑：

适度提高农村养老金，让农村老人过上经济宽裕的生活。同时，探索长期护理保险，在试点基础上，尽快全面推行，以“财政要支持、个人要缴费”的原则，建立基金多元化筹资机制，多渠道破解资金和服务难题，呵护老人晚年生活。

全国政协委员、农工党宁夏区委会主委、宁夏医疗保障局局长杨淑丽：

杨淑丽建议，扩大长护险试点范围，惠及更多群体。在保障人群方面，采取先职工后居民、先重度后轻度的方式稳步推进。在资金筹资方面，减少对医保基金的依赖度，启动资金由医保、财政共同承担，探索建立个人缴费、单位缴费、财政补贴、公益基金相结合的多渠道筹资机制，对西部欠发达地区开展居民长护险，中央财政予以支持补助。在确定失能评定标准与护理等级方面，尽早实现统一、科学、量化的国家标准。鼓励商业保险开发补充护理保险产品，满足群众多样化、多层次护理需求。

建立老年人健康档案

全国人大代表、阜阳市政府副秘书长杨善竑：

杨善竑建议，为农村 65 岁以上老人建立健康档案，针对 70-90 岁的老人，每年开展一次常规健康体检，加强对常见疾病的预防和治疗，以减少失能和重病等的发生率。

明确养老服务标准

全国政协委员、厦门海事法院院长夏先鹏：

“随着人口老龄化的加剧，应加快推动养老服务领域标准化建设，打造一批样板示范机构。”建议在顶层设计方面，加快养老服务领域标准的制、修订工作，制定全国统一的养老服务质量标准、等级评定与认证体系，保障养老服务的规范化和精准性。由相关部门牵头，

打造一批满足不同需求的养老服务样板示范机构，构建多层次养老服务供给机制。对市场不能解决的，由政府兜底。

全国人大代表、通大附院骨科主任医师、教授刘璠：

当前，我国新冠疫情防控已经取得显著成效，加强后疫情时代大健康管理成为当务之急。要积极引导群众树立“每个人都是自己健康的第一责任人”理念，构建慢性病患者健康管理的质控管理，建立区域健康档案信息化标准化，实现互联、互通、共享。政府层面也要积极促进大健康管理服务合理定价并逐步纳入医保支付。

打破机构养老、社区养老和居家养老界限，将机构专业养老服务延伸、辐射到社区、家庭，让以执业护士和持证护理员为主的专业照护团队走进老人家庭，将符合条件的养老机构纳入医保定点和基本照护保险管理范围，推进“养联体”建设，在有效破解养老难题、提升养老服务质量的的同时，有力推进养老产业化发展。

探索分级养老护理机制

全国政协委员、对外经济贸易大学保险学院教授、副院长孙洁：

在完善养老护理体系方面，孙洁建议，借鉴各国先进经验模式，探索分级养老护理机制，逐步形成以“居家护理为基础，社区服务为依托、机构护理为补充”的无缝衔接养老护理服务体系。

具体可在生态环境较好的地区先行先试，逐步完善。一是对健康老人，采用居家养老方式，以自理和家庭照顾为主，社会组织服务为补充；二是对部分失能、但有一定自理能力的老人，采用社区养老护

理方式，由政府搭建社区服务网络，社区服务组织上门提供专业化的生活照料与护理服务，协助家庭照顾护理；三是对丧失自理能力的老人，采用机构养老护理方式，入住专业老年护理机构，并由专业护理人员提供生活照料、医疗、护理、康复、精神慰藉等全面服务。

鼓励社会资本兴办养老护理服务业务

全国政协委员、对外经济贸易大学保险学院教授、副院长孙洁：

按照“政策引导、政府扶持、社会兴办、市场推动”原则，促进护理产业发展，并探索基于互联网等技术手段创新养老护理产业的新模式，提高护理服务的便捷性和针对性。一是将护理设备研发、生产纳入国家重点支持的产业目录，鼓励护理设备和技术的更新；二是大力支持发展各类养老护理服务机构，通过政策引导，鼓励社会资本投资兴办以老年人为对象的护理服务业务；三是加快培养专业的护理人员，鼓励下岗、失业人员参与养老护理工作；四是推动智慧养老护理，促进人工智能等新一代信息技术和智能硬件等产品在养老护理领域深度应用。

全国人大代表、河北易水砚有限公司设计总监张淑芬：

通过调研，张淑芬发现，尽管近年来我国养老服务体系建设取得了明显成效，但随着老龄化进程加快，养老服务有效供给仍显不足。在她看来，要解决养老服务存在的缺口，需要进一步加大民营企业进入养老服务产业的支持力度。

通过实践，张淑芬对如何优化养老服务有了更加深入的思考：要

加快养老服务立法进程，支持社会力量开办养老机构，推进养老事业和产业的持续健康发展；加快出台更接地气的医养结合政策，推动医养一体化进程，打通健康养老“最后一公里”；健全人才培养体系，建强养老服务专业队伍……让民营企业下定决心、放开手脚从事养老服务产业。

全国政协委员、安徽省政协副主席、致公党安徽省委会主委陶仪声：

近年来我国养老产业发展迅速，多样化的养老服务在一定程度上满足了一部分老年人的需求，但市场需求比较迫切的、集合专业医疗和健康养老两方面功能的医养结合服务，供给还不充足不充分。

陶仪声表示，她将提交关于“加大资金投入，助推医养结合发展”内容的提案，建议明确各级政府财政投入的责任划分，尽快建立财政资金投入机制，设立支持医养结合发展专项基金，保证专项补贴资金落地；充分调动各类慈善机构和非营利组织的参与积极性，引导他们投入到医养结合服务中来，增加医养结合服务建设的资金储备；深化医疗保险制度改革，加大医保资金对医养结合服务的资金支持力度。

全国人大代表、泉州南安市省新镇省身村党委书记吴金笔：

“农村养老值得引起更多关注和重视。”吴金笔表示，随着社会的发展，中国老年人比例将逐步增多。虽然政府也出台了不少养老政策，但很多农村的养老院还处在“萌芽”状态。

吴金笔建议，养老往纵深发展，不能只局限于框架，要就地取材、因地制宜，可推广“一村一养老院”的模式，根据村庄实际情况和大小，在确保安全的前提下，对公共用地和废弃、闲置用地等进行改造提升，建成农村养老院。在类型方面，可考虑建设社会型养老院、投资型养老院等，还可适当邀请乡贤等人士加入，作为投资慈善的新方式，多方合力进一步提升农村养老服务水平。

明确商业保险公司兴建养老社区税收政策

全国人大代表、太平洋医疗健康管理有限公司副总经理(主持工作)周燕芳：

积极应对人口老龄化，近年来各大保险公司及部分中小型保险公司纷纷涉足养老社区的投资开发，据不完全估算，目前保险公司投资落地的养老社区超过 70 个，总投资规模逾 1000 亿元。

养老社区与 4 亿中产消费升级、2 亿长者对美好生活的向往息息相关，也是提振内需的重要抓手。

周燕芳认为，财政部、税务总局 2019 年发布的第 76 号《关于养老、托育、家政等社区家庭服务业税费优惠政策的公告》，对为社区提供养老、托育、家政等服务的机构给与税费优惠等系列支持政策。但保险公司兴建的养老社区是否适用相关税费优惠政策尚不明确。

因此周燕芳提议，为降低养老社区建设和运营成本，增加养老服务消费和养老社区投资，加速实施扩大内需战略，同时支持长期持有型的养老社区等机构养老的持续经营与发展，可持续地向社会提供养

老服务;希望由财政部、税务总局牵头出具相关说明,明确长期持有型的养老社区等机构养老适用2019年第76号公告提出的税费优惠政策。

进一步推动商业健康险与健康管理的深度融合

全国人大代表、太平洋医疗健康管理有限公司副总经理(主持工作)周燕芳:

周燕芳指出,商业保险与健康管理的深度融合,有助于推广健康管理服务,落实健康促进举措;有助于落实风险减量管理,推动商业健康保险的发展;有助于整合医疗健康生态的服务资源,形成“医药险”的服务闭环;更有助于推动医药卫生产业的发展,促进产业互促深融。

但现阶段商业健康保险与健康管理的融合方面仍存在诸多问题和挑战。比如,健康管理服务大多作为获客和保单促销的工具,未真正参与到风险管理环节当中;健康管理服务种类和形式相对有限,投保人获得感不高;健康管理服务缺乏标准,服务供应商质量参差,服务的长期稳定性存在不可控;健康管理服务受产品定价比例限制,可纳入商业健康险的服务类型有限;人身险公司健康管理服务高度同质化,缺乏以客户为中心的创新。

针对上述问题,周燕芳提出以下建议。

一是可以拓宽可结合健康管理服务的保险产品范围。

允许长期人身保险产品纳入健康管理服务。2022年人身险业务

实现原保费收入 3.2 万亿，健康险原保费收入 8653 亿。建议将可结合健康管理的产品范围扩大到养老保险、寿险等险种，可以扩大健康管理服务投入 3-4 倍。通过主动、科学地设计，可引导保险行业更好地参与并服务社会治理的现代化，充分发挥保险的“正外部性”，实现更多和更公益的“溢出”。

二是提高保险产品中健康管理服务的定价比例。

保险公司提供的健康管理服务包含在保险产品责任条款中的，其分摊成本不得超过净保险费的 20%，从金额上限制了健康管理服务的内容和服务形式。提高这一比例，可以为健康管理服务与长期险的进一步融合打开新的空间。健康管理服务有望从获客环节，延伸至后续长期的客户服务环节，理赔风控环节，转变以往健康管理主要作为服务成本的概念，实现对风险的减量服务；同时给投保人提供一揽子的健康保障方案，增强投保人获得感，对投保人的健康产生正面积积极的影响。

三是规范商业保险与健康管理结合的服务标准和服务方式。

为避免服务成为保险行业下一个销售误导和引发投诉的热点，建议由行业协会牵头，进一步明确各类健康管理服务的服务标准和规范运行细则，并定期对健康管理服务开展质量评估，必要的内容予以行业备案等手段，对健康管理服务进行有效的管理。

四是建立保险业健康管理平台，促进行业交流发展。

保险与健康的融合创新是一种外向型的跨界创新，需要围绕产业

链上下游进行协作和整合。由协会组织牵头，集合保险公司、再保险公司、医疗健康企业之力建立保险业健康管理平台，多方跨界交流，可大大促进行业的发展创新。包括集行业内各方专业能力和数据积累，对重点创新领域进行经验交流研究，明确行业共识；基于行业共识，在头部风险偿付能力高的保险机构进行试点创新，形成可以推广的创新模式；就创新模式逐步建立起普适性原则、工作流程和配套机制，在全行业内推广，鼓励二次创新交流。

推动养老资金开展全球化资产配置

全国政协委员、东亚银行联席行政总裁李民斌：

李民斌在提案中指出：“开放养老金融业务不仅为大众提供更丰富且能长远保值甚至增值的财富管理选项，亦可减轻公共财政负担。目前我国养老资金资产配置全球化较低，不利分散投资风险；并且整体养老金规模存有较大提升空间。”

他表示，“为了实现长远增值和分散风险的投资目标，建议我国养老资金可有序纳入更多境外资产，以开展全球化资产配置的布局。香港的金融服务比较优势明显，可发展成为我国养老资金的境外资产配置和风险管理中心，建议可逐步纳入在香港注册成立的基金及金融产品到内地养老金体系的可投资范围内。另外，内地与香港互联互通机制在多年畅顺运作下发展趋于成熟，建议跨境理财通也可逐步扩容，允许个人养老金纳入香港金融机构的理财产品，让民众可透过香港的金融平台，扩阔投资选择，达到投资高收益、低风险的优质资产

的目的。”

[返回目录](#)

我国将在 2025 年全面建成“15 分钟养老服务圈”

来源：威诺敦

去年印发的《关于加强新时代老龄工作的意见》中明确指出，2025 年逐步完善“一刻钟”居家养老服务圈。各地政府需支持增加供给，做活普惠性养老服务，做大 15 分钟养老服务圈。

01 多地发展 15 分钟“养老服务圈”

江西：2025 年基本建成 15 分钟“养老服务圈”

近日，《江西省“十四五”养老服务体系建设规划》出炉。江西省将加快构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系，推动养老事业和养老产业协同发展。

规划提出，到 2025 年，居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系更加健全，覆盖城乡、功能完善、结构合理、供给多元、服务优质、监管到位、方便可及的养老服务新格局更加完善。

山东：青岛打造“15 分钟”居家养老服务圈

继 2020 年年底城市街道级居家社区养老服务中心实现 98 个街道全覆盖后，2022 年，青岛又实现了 40 个农村镇级居家社区养老服务中心全覆盖，进而实现城乡统一、均衡的全覆盖。青岛也成为全国首个实现由专业养老机构提供居家社区养老服务全覆盖的城市。

河北：网格化优势实现“15 分钟养老圈”

网格化养老中的健康养老服务机构，是由政府、国有民营企业、医院等多方实施建设，结合老旧小区改造工程来规划网格，新建社区要求开发商在建设时配齐相应配套设施；在农村，以乡镇为网格有效整合健康养老服务资源。

上海：徐汇 15 分钟“敬老服务圈”

徐家汇街道围绕老有所养，着重开展助餐、助浴、助行、助医等服务，推进社区嵌入式养老，解决老年人养老需求。

河南：奋力打造 15 分钟养老服务圈

南阳市全市建设至少 63 个养老服务中心、421 个社区日间照料中心、1000 个居家养老服务站点、10000 张以上家庭养老床位，打造城市养老“15 分钟”生活圈，着力构建市、县、街道、社区、居家养老服务体系格局。整合闲置资源，对适宜用于养老服务的场所，一律调整为养老服务设施

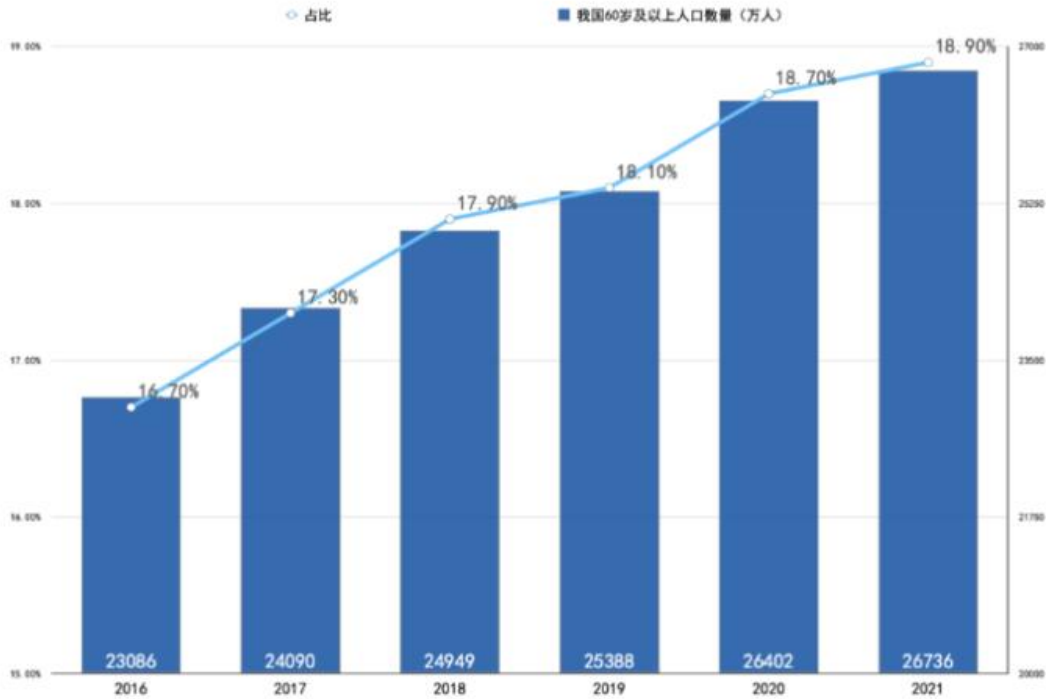
江苏：“苏适养老”品牌，应对银发浪潮

江苏有 1850 多万老年人，全省共建成养老床位 74.2 万张，每千名户籍老人拥有床位数达 40.1 张。2 万个社区居家养老服务站点覆盖城乡，研究建立“苏适养老”综合评价指标体系，对各地养老服务发展状况进行精准评估。

02 养老行业，迎井喷式增长

根据全国老龄办《中国人口老龄化发展趋势预测研究报告》的判断，2021 年至 2050 年是我国人口加速老龄化阶段，老年人口数量平

均每年增加 620 万人，到 2050 年，老年人口总量将超过 4 亿人，老龄化水平达到 30% 以上。



随着年龄增长，老年人的各组织器官生理代谢功能和免疫机能逐渐衰减，老龄化的不断加剧势必导致慢病老年人口增加。据中国青年报数据，我国现有超过 1.8 亿老年人患有慢性病。

社会老龄化加剧、老年人康复意识提高，老年康复需求也得以加快释放，预计 2023 年我国康复医疗器械市场规模将达到 670 亿元。康复医疗器械市场占有总的康复医疗市场大半壁江山。

多地官方发文支持康复养老产业：

深圳市发改委正式印发《深圳市促进生物医药产业集群高质量发展的若干措施》重点支持养老机构建设，康复辅具创新开发，打造智能康复辅具产业基地。

《宁波市人民政府关于深化完善社会养老服务体系建设的意见》积极探索以“健康+养老”为核心的多产业融合发展新业态，重点加强中医保健和中医理疗产业与养老的融合。

《吉林省人民政府办公厅关于推进养老产业加快发展的实施意见》意见提出，实施智慧养老推广工程，养老人才培养工程，龙头企业培育工程，老年健康管理工程。

03 老年康复领域药械结合表现突出

药械结合在肌肉骨骼疼痛表现

大部分肌肉骨骼疼痛属于慢性疾病，老年患者在医院完成治疗后，居家仍需康复治疗与锻炼恢复。药械结合以定向透药方式，将液体药物在皮肤表面激活，被雾化的药物离子、药物分子经皮肤精准渗透组织，使预期药效和功能更加精准有效。

【适用病症】颈椎病、腰椎间盘突出、肩周炎、骨质增生、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、坐骨神经痛、腰腿痛、膝肘关节、手指、足趾扭挫伤、跌打瘀痛、运动创伤、退行性骨关节病、各种急慢性软组织损伤、骨质疏松等。

药械结合在神经系统疾病表现

中风、瘫痪、神经衰弱、脑损伤、缺血性脑血管病等是老年群体发病频率较高的神经系统疾病，其后遗症通常需居家康复治疗，若康复不佳，患者将面临生活水平下降，社会、家庭负担加剧的困境。

药械结合通常采用重复性经颅磁刺激和肢体神经肌肉刺激的方

式，直接作用于患者脑部疾病区域，改善脑部血液循环，增强脑内血管弹性，促进脑细胞新陈代谢。配合药物修复神经元细胞，减少因动脉粥样硬化，高脂血症，糖尿病等循环代谢慢性病引发的二次中风及偏瘫的发作，以及长期卧床，发生皮肤溃烂而引发的褥疮。

【适用病症】中风、瘫痪患者、缺血性脑血管病、神经衰弱、脑损伤性疾病等多种疾病的治疗或辅助治疗。

药械结合在新冠康复表现

长新冠对老年人影响从失健开始，失健就是人老了以后自然的生理衰退，紧接着出现功能障碍，加上各种慢病，最后出现了失能。

药械结合通常采用中医定向透药疗法对呼吸系统疾病进行治疗，既避免了口服药物对胃肠道的刺激，又避免了药物对肝肾的伤害等副作用，更适合老年人。

拔罐、穴位电刺激疗法对消化系统疾病进行治疗，离子化药物在微电脑智能控制下，脉冲电场的正负电荷将药物离子或带电荷的药物通过电渗流带到患处。同时穴位贴敷药物既可治疗多数常见慢性病，也可缓解部分急性症状。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

干货分享！DRG 评价指标体系你需要了解这些

来源：医有数

DRG 作为一种管理工具，其应用范围不仅是医保支付，在绩效评价方面的应用也非常广泛。尽管 DRG 的产生背景是基于医疗付费，但 DRG 的本质是一种根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的病例组合分类方案，所以其既可以作为医保结算的工具，亦可以用于衡量医疗服务质量效率的绩效评价方法。

多项评价体系涉及 DRG 指标

2022 年 12 月 15 日，国家卫生健康委发布了《三级医院评审标准(2022 年版)》及实施细则，在保持《2020 版标准》主体框架和内容不变的基础上进行了“更新式”的修订。无论是 2020 版还是 2022 版标准，在第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”中都涉及 DRG 指标，涉及 DRG 组数、CMI 值，时间指数、费用指数以及低风险死亡率。

在 2022 年 9 月末国家卫生健康委发布的《公立医院高质量发展评价指标(试行)》中，同样涉及了 DRG 相关指标考核，涉及 CMI 值、时间消耗指数、低风险组病例死亡率。同样，在 2023 年三级公立医院绩效考核方案中，在“医疗质量安全”考核指标中，同样涉及了低风险组病例死亡率。

三级医院等级评审标准(2022 版)

一、医疗服务能力

- (一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)
- (二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)
- (三) DRG-DRGs 组数
- (四) DRG-CMI
- (五) DRG 时间指数
- (六) DRG 费用指数

二、医院质量指标

- (一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况
- (二) 患者住院总死亡率
- (三) 新生儿患者住院死亡率
- (四) 手术患者住院死亡率
- (五) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率
- (六) 手术患者术后 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术率

- (七) ICD 低风险病种患者住院死亡率 (第一诊断为以

公立医院高质量发展评价指标

	7	时间消耗指数	定量	<p>计算方法: 时间消耗指数=Σ (医院各 DRG 组平均住院日与区域同 DRG 组平均住院日比值 × 医院该 DRG 组病例数) / 医院分析病例数</p> <p>数据来源: 病案首页; 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>
	4	专科能力指数	定量	<p>计算方法: 基于疾病病种的医院相关专科能力综合指数。</p> <p>数据来源: 病案首页; 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>

二、能力提升 (5个)	5	住院患者重点监测病种覆盖率	定量	<p>计算方法: 住院患者重点监测病种覆盖率=重点监测病种出院人数/同期出院人数×100%</p> <p>数据来源: 病案首页; 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>
	6	医疗质量指数	定量	<p>计算方法: 基于择期手术患者并发症发生率、I类切口手术部位感染率、低风险组病例死亡率、RW值和CMI值、抗菌药物使用强度(DDD_s)等, 计算公立医院医疗质量综合指数。</p> <p>数据来源: 病案首页; 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>

四、创新增效 (4个)	14	每百名卫生技术人员科研经费	定量	<p>计算方法: 每百名卫生技术人员科研经费=本年度科研项目立项经费总金额/同期卫生技术人员总数×100</p> <p>数据来源: 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>
	15	万元收入能耗占比	定量	<p>计算方法: 万元收入能耗占比=年总能耗/年总收入×10000</p> <p>指标来源: 全国卫生健康财务年报(其中“年总能耗”数据由医院填报); 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>
	16	费用消耗指数	定量	<p>计算方法: 费用消耗指数=Σ(医院各DRG组患者住院例均费用与区域同DRG组住院例均费用比值×医院该DRG组病例数)/医院分析病例数</p> <p>数据来源: 病案首页; 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台</p>

公立医院绩效考核

14. 低风险组病例死亡率 ▲

【指标属性】定量指标, 国家监测指标。

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

考核年度运用 DRG²⁷分组器测算产生低风险组病例²⁸，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。

【计算方法】

$$\text{低风险组病例死亡率} = \frac{\text{低风险组死亡例数}}{\text{低风险组病例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 分子：低风险组死亡例数是指考核年度低风险组出院患者死亡人数之和。

(2) 分母：低风险组病例数是指考核年度低风险组出院人数之和。

(3) 利用各 DRG 病例的住院患者病死率对不同 DRG 进行死亡风险分级。

以上涉及医院的三项重要评价标准，将与 DRG 相关的指标纳入，将充分发挥绩效评价这一指挥棒的作用。那么这几项指标是从哪几个维度评价医院的，评价的原理是什么？下面带你读懂 DRG 指标的医疗评价逻辑。

DRG 指标的评价维度

通过 DRG 可从以下四个方面对医院进行评价：①医院服务产能；②医院服务效率；③医院服务质量。下面我们进行逐一分析：

首先，医疗服务产能主要通过总权重数、DRGs 数量及病例组合指数评估。DRGs 组数反应了医院医疗服务的广度，DRGs 组数越多，说明该医院能够提供的诊疗服务范围越广；病例组合指数(CMI)通过计算医院收治患者的例均权重得出，反映了医院收治病种的结构，通

常用于评判医疗服务技术难度。

DRGs的评价内容和指标

评价模式	指标	意义
医疗服务产能	总权重数	医院总产量
	DRGs数量	医院的技术范围
	病例组合指数 (CMI)	医院收治病历的平均技术难度
医院服务效率	时间效率指数	医院治疗同类病例的时间消耗值
	费用效率指数	医院治疗同类病例的医疗资源消耗值
医院服务质量	低风险组死亡率	医院低风险病例发生死亡的概率
	中低风险组死亡率	医院中低风险病例发生死亡的概率

图源：CMAC 发布

医院高权重的病例收治越多，权重大于 1 的 DRG 例数占比越高，CMI 值越高；反之 CMI 值越低。CMI 指数计算方式如下：

2.2 CMI指数

医院	分项	DRG组1	DRG组2	权重 (点数)	分项点数	总点数
A院	病例数	50例	1例	1.6	1.6 × 50 = 80	80 + 0.6 = 80.6
	实际均费	160元	60元	0.6	0.6 × 1 = 0.6	
	全部病种均费	100元				
	权重 (点数)	1.6	0.6			
	分项点数	1.6 × 50 = 80	0.6 × 1 = 0.6			
	总点数	80 + 0.6 = 80.6				
B院	病例数	1例	50例	1.6	1.6 × 1 = 1.6	1.6 + 30 = 31.6
	实际均费	160元	60元	0.6	0.6 × 50 = 30	
	全部病种均费	100元				
	权重 (点数)	1.6	0.6			
	分项点数	1.6 × 1 = 1.6	0.6 × 50 = 30			
	总点数	1.6 + 30 = 31.6				

A院: 80.6 病例数51	CMI大
B院: 31.6 病例数51	CMI小

$$\text{病例组合指数 (CMI)} = \frac{\sum (\text{某DRG费用权重} \times \text{该医院该DRG的病例数})}{\text{该医院全体病例数}}$$

A院CMI =	$\frac{1.6 \times 50 + 0.6 \times 1}{51}$
B院CMI =	$\frac{1.6 \times 1 + 0.6 \times 50}{51}$

图源：CMAC 发布

其次，医院服务效率主要通过时间消耗指数和费用消耗指数进行评估。时间消耗指数体现体现治疗同类疾病的时间效率，时间消耗指数越小，说明治疗同类疾病的效率越高；费用消耗指数体现治疗同类

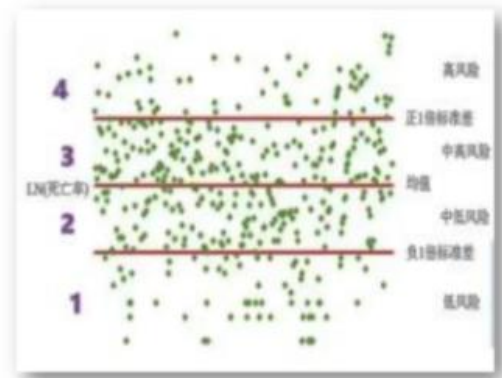
疾病的费用效率，费用消耗指数越小，说明治疗同类疾病的费用越少。时间消耗指数和费用消耗指数这两个指标是计算医院每个病组的住院费用或住院天数与区域同病组比值后再汇总计算均值得到的综合指标，如果计算值在 1 左右，表示医疗效率接近区域平均水平，小于 1 表示与区域平均水平相比，医疗费用较低或住院时间较短，大于 1 则表示医疗费用较高或住院时间较长。

第三，医院服务质量主要通过低风险组或中低风险组死亡率进行评估。该指标表达的是理论上“低风险组”不应出现死亡或者死亡率非常低，如果医院出现了死亡，或者死亡率高于区域平均水平，提示临床或管理过程可能存在问题。医院可将低风险组死亡病例作为问题线索，系统、全面查找临床和管理过程中可能存在的缺陷。

安全性指标——低风险组病例死亡率

- 利用各DRG组病例的住院死亡率对不同DRG进行死亡风险分级
 1. 计算各DRG的住院死亡率 (M1) ;
 2. 对M1取对数 (Ln(M1)) ;
 3. 计算Ln(M1)的均值 $\overline{\text{Ln}(M1)}$ 和标准差 (si)
- 低风险组死亡：

疾病本身并不危重的病例，若出现低风险的病例，提示临床或管理过程可能存在问题。



图源：CMAC 发布

综上所述，在等级评审、“国考”、公立医院高质量发展评价指标纳入的 DRG 相关指标，与目前我国医院精细化高质量发展目标是相契合的，同时，DRG 作为病例组合的一种分类工具，将病例按照“临床过程相似、资源消耗相近”的原则进行组合管理，使不同医院之间

的医疗服务具有可比性，更利于医院开展精细化管理。

[返回目录](#)

公立医院发展方向明确：药耗集采、支付方式改革、信息化建设……

来源：国家卫生健康委

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 继续推进药品和医用耗材集中采购

《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。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

低增速时代下 保险与药品结合的挑战和趋势

来源：Latitude Health

随着商业健康险在主要经济体普遍进入低增速时代，保险公司急需寻找新的增长点。另一方面，由于医疗科技的发展，面向广适应症人群的新药越来越少，大部分新药都是面向小众人群的高额治疗，这对保险覆盖能力提出了挑战。如何在低增速时代提高自身竞争力以吸

引用户来拓展市场份额就非常关键。

美国市场因为有 PBM 这一中间人，保险公司比较容易找到抓手，不仅通过 PBM 卖药解决了保费低增速的问题，还包括通过 PBM 从药企获得的返点来缓解对高价药的赔付压力。

美国商业保险主要看中了 PBM 对商业保险的价值，尤其是特药的价值。由于特药费用占医疗开支的比例逐年增大，特药成为了一大块肥肉。

而排名前六的特药零售药店几乎都与保险公司进行了整合。保险公司一方面希望借进入 PBM 和特药零售药店来以价换量，一方面则直接转入 PBM 和特药的收入，在商保参保人数增长有瓶颈的情况下，帮助保险集团推动收入增长。

而且，随着美国老龄化加速，联邦医保商业化产品 MA 和 Medicaid MCO 的发展迅速，PBM 服务的增长规模已经主要来自医保。通过医保商业化保险和 PBM 这两个增长引擎，美国保险公司保持了高增长。

但 PBM 的获利模式备受市场争议，一方面和药企谈判获得返点，一方面在零售药店一端通过在支付方赔付价格和自身给付零售药店之间的价差获益，利用这些不透明之处来获利。

但从中国台湾地区和大陆地区来看，由于实行以医保为主的制度，市场存在明显的刚性兑付，不可能容忍一个中间人在其中获取利益。医保为主的支付方更需要的是将药价打压下去以节约成本，而不是去维护高药价的同时还让商业公司获利。

在这样的市场环境下，支付制度改革所带动的需求变化将主导保险和药品结合的模式。台湾地区的商业保险受 DRG 影响较大，住院天数缩小，大病治疗往门诊费用转变，靶向药开支加大，因此应对这些变化，商业保险用产品组合、定额和赔付型产品结合的形式来加深高额医疗开支的保障。

不过，台湾地区的保险产品价格相对高一些，这与其人均收入水平较高所产生的强支付能力相关。而中国大陆地区由于人均收入水平相对较低，目前发展的还是集中在低价医疗险，这就带来了低保费和高保障之间的明显矛盾。

在中国大陆，惠民保开始将特药的重心转向医保外自费药品转移，提示了惠民保对高额药品的关注度。但市场在药品保险上却存在一定的乱象，主要是财产险公司为了获得保费增长，不惜以亏损的方式，用即买即用形式来销售商业药品保险，面临强监管。药品保险本质上是财产险公司扩大营收的工具，其不具备保险属性。但与美国 PBM 不同的是，药品保险很难从药企获得高额返点，只能收取一个较低比例的通道费，导致药品保险永远无法盈利。因此，即使没有监管干预，药品保险也很难真正走远。

而作为医疗险中最适合对特药覆盖的产品，百万医疗险在保费上要高于惠民保和药品保险，更有能力覆盖高价药。但是，百万医疗险覆盖保障持续升级，尤其是随着住院治疗新技术的推行，大幅提高了赔付的压力，如果再将长期在门诊使用的特药纳入，对保险产品的可

持续性会带来较大的压力。

另一方面，OTC 药品和健康消费服务与高价保险的结合更容易落地和推开。与医疗险不同，寿险类产品保费高昂，有足够的覆盖健康服务和 OTC 等普通药品。寿险产品发展 OTC 药品和健康服务更主要是提高接触频率，从而提高用户体验和留存率，从本质上来讲，这种方法也是提高营销能力的一种手段。当然，美国 MA 业务中提供 OTC 药品和各类健康管理服务的主要目标还是控费，这是其医疗险的特性决定的。

从整体分析来看，现阶段中国的药品+保险的发展趋势更多还是出于营销考虑。

在医疗险领域，纳入越来越多的特药虽然在一定程度上提高了保障能力，但保费必须持续提高才能跟上覆盖药品范围的扩大，如果继续以营销为主要出发点而不考虑可持续性，会在后端的理赔上面临越来越多的纠纷，产品整体的可持续性挑战较大。而在寿险领域的开发上，当前健康服务和药品的结合还非常浅，未来如何整合进客户更需要的服务以提升用户体验会很关键，也将决定长险和药品的合作市场规模是否能持续上升。

总之，中国药品+保险的发展模式还有很长的路要走，更多取决于用户的购买意愿和能力，而这些取决于支付制度改革后推动的需求转向，当前短平快的发展模式不具备提供长期发展路径的参考价值。

[返回目录](#)

数字疗法：医疗消费的间接性挑战

来源：村夫日记

与数字医疗类似，数字疗法由于缺乏支付方，而始终难以获得发展。但如果换一个角度来看，支付方并不是一种新型商业模式的必要条件，眼科和牙科等消费医疗领域都是用户自费，并没有因为缺乏支付方而阻碍了发展。数字疗法无法得到支付方青睐的原因与其缺乏自费基础的原因是类似的——缺乏立竿见影的疗效。

首先，如果从支付的角度来看，支付方对新型服务类的治疗是否纳入覆盖主要是看重能否提高疗效，提高健康水平，降低医疗费用，与立竿见影的医疗费用控制举措相比，数字疗法与健康管理服务类似，都过于间接，难以量化产出，支付方很难给出一个明确的报销价格。

一直以来，数字疗法都是以临床实证作为其独特的发展优势，以区别于其他健康管理服务，意图通过更具备临床疗效的服务来获得市场认可。但由于数字疗法无法像药品那样不受到患者外在的经济状况和心理状态的改变，而是随着患者生存、社交和心理等多重因素的变化和改变。因此，数字疗法始终难以获得类似药品那样的面向广泛用户的疗效，支付方对将其纳入也一直存疑。

因此，数字疗法只能通过类似美国企业健康福利的形式给出，但随着企业收紧健康福利开支，数字疗法也面临企业采购增速的减缓。而如果从医保的角度来看，由于难以量化，没法给出类似美国企业健康福利那么高的价格，但又没法按照健康管理服务那样根据不同的医

疗操作来计算报销费用，比如定期测量血糖和血压等给予事先确定的报销费用，根据全年的病人疾病控制指标再确定奖惩举措。这就导致即使能纳入医保报销，医保的报销费用无法覆盖其高昂的成本，商业模式无法建立。

其次，如果从消费的角度来看，消费医疗追求的是当下的可获得性，不管是医美、眼科的飞秒和白内障，还是齿科的种植和正畸，最后呈现的都是一种直观的当下的可获得性。消费医疗都是经过短期的治疗，消费者可以直观的获得其追求的效果，这里创造的是区别于疾病治疗的另一种疗效。但这种直观的感受是无法在数字疗法中获得的。数字疗法可能在长期使用后会产生一定的效果，但消费者都是短视的，没有人会愿意为长期的结果付费，这也是美国面向C端的数字疗法脱落率持续高企的原因。

事实上，数字疗法的有效性不仅取决于软件本身，而是医生投入的精力、病人的依从性和医疗制度本身的完善性(比如接入电子病历的问题)这三点，只要一个环节没有跟上，整个产品的疗效就很难体现，也就无法说服用户继续使用，支付方也就很难持续去覆盖这样的产品，消费者也没有意愿去自费采购。

而且，从经济价值来看，数字疗法也缺乏说服力。所谓的经济价值不仅是指所消耗的资源能带来什么样的疗效以及由此带来的效率提升，而且还包括对医疗服务使用率和医患对其使用的便捷性和价值，以及可在不同医疗体系和支付体系下的可扩展性。

因此，虽然数字疗法的实际使用场景一直在院外，但所有以处方形式发展的数字疗法公司都一直通过强调自身在院内的临床价值来和其他健康管理公司进行区分。但是，作为一个院外的辅助治疗工具，数字疗法首先要说服用户必须要能提供明确的经济价值，而不仅是临床价值。

数字疗法面临的是类似健康管理的问题，本质上是一种消费创造，而不是一种治疗，支付方介入就整合进入治疗体系，支付方不介入就进入消费。但是，由于既缺乏消费场景下的直观疗效，又缺乏疾病治疗的有效性，数字疗法处于进退维谷的状态。

[返回目录](#)

• 中医药动态 •

基层医疗视角下共享中药房的发展

来源：药事服务在线

共享中药房是一种大范围向服务区域内的患者提供一致的中药饮片调剂、煎煮、配送以及用药指导等一体化、个性化中医药服务的“互联网+”中药房，其可以向基层提供一站化、集约化、统一规范的药事服务，改善基层医疗环境，提升基层药学从业人员的中药处方调剂和临方炮制能力，节约医药成本，促进基层高治疗医疗机构的建设。

为使共享中药房在基层医疗中更高效、规范地发展，北京中医药

大学中药调剂标准化研究中心翟华强教授团队以“共享中药房”为检索词在中国知网、各级人民政府网、国家中医药管理局官网、人民网、中国新闻网、新华网等平台检索 2022 年 05 月 20 日前的报道、文献与政策，梳理出“共享中药房”与“智慧中药房”2 种“互联网+”中药房的发展模式与历程，总结了共享中药房的定义以及未来建设方向，为后续研究提供了参考。

01 “互联网+”中药房的发展

本篇文章依据经营者是否为医院将现阶段的“互联网+”中药房分为“智慧中药房”与“共享中药房”两类。智慧中药房是指企业与医疗机构签订药品采购与代煎服务协议，医疗机构医师的处方经审核后外流至企业代煎部门，由代煎部门完成调配、煎煮、特色剂型制作、配送等工作，实现中药代煎的自动化和机械化发展。

共享中药房是指保留医联体或医共体中的龙头医院中药房，依托互联网、物联网、区块链技术等建设线上处方流转平台，负责统一服务区域内的处方目录与药事服务规范，由共享中药房的药师开展审方、调配、临床炮制、饮片煎煮、特殊剂型制作、配送、用药指导等工作。随着对共享中药房的探索以及相关政策的出台，部分地区将共享中药房的信息系统与医保信息系统相结合，“三医联动”初见雏形。虽然智慧中药房与共享中药房的运营模式有着共通之处，但其在面向对象、运营者、投资建设、服务提供、自动化程度、监管/追溯体系、信息化程度、利益划分等方面又截然不同，具体情况见下表。

项目	智慧中药房	共享中药房
面向对象	医疗机构	医疗保障局、统计局、政府集采部门、药品经营企业、医疗机构、患者等
运营者	企业	医疗机构
投资建设	企业独建	政府/企业与医疗机构合建
服务提供	1. 处方调配、煎煮、特殊剂型制作、院内制剂加工 2. 药品配送	1. 药品集采供应与仓储养护 2. 审方、调配、临方炮制、饮片煎煮、特殊剂型制作、处方点评 3. 药品配送 4. 用药指导、用药科普、药事服务及人员培训等与药学相关的工作
自动化程度	自动化程度高。智慧中药房主要有自动化运输系统、自动煎煮设备、特色剂型制作设备,部分还有自动调配设备	自动化程度为中等水平。共享中药房现阶段主要有自动煎药机、传统调配设备、传送带、传统炮制设备等
监管/追溯体系	监管体系不成熟,部分环节缺少监管	具有全流程信息化可追溯监管体系,闭环管理
信息化程度	信息化程度低。智慧中药房仅依靠处方外流连接,企业与医疗机构信息系统分离	信息化程度高。共享中药房与医疗机构信息系统连接密切
利益划分	企业与医疗机构间协商分配	由各医疗机构间协商分配

(智慧中药房与共享中药房的对比)

02 共享中药房在基层推广的必要性与可行性

共享中药房在基层推广的必要性主要体现在以下两方面：第一，基层医疗机构中药饮片用药品种限制多、质量差异大，且易存在采购机制不完善，贮存保管不规范，无法鉴别出药效好的饮片，用药流程不规范和缺乏用药监管等问题。第二，基层医疗机构药学从业人员数量不断上涨，同地区内药事服务质量参差不齐、药学从业人员素质高低不同，药事服务质量的提升和人才培养的难题使得在基层建立共享中药房迫在眉睫。

共享中药房在基层推广的可行性主要体现在国家对基层医疗机

构信息系统建设投入的增加，数据显示，截至 2019 年底，为满足初级医疗决策，约有 17.95% 的二级公立中医医院可实现部门间数据交换，约有 1.8% 的二级公立中医医院可实现全院信息共享。且由于系统的兼容性问题，共享中药房不在三级医院管理者的首要考虑范围内，故其在基层推广的可能性更大。

03 共享中药房的优势

共享中药房的优势主要体现在以下四方面：第一，辅助分级诊疗制度的实施，减少药品流通的中间环节，将患者引流至基层，有利于基层医药资源的整合与合理分配，推动了行业高质量发展。第二，共享中药房采用条码技术和信息化系统，可对接药品供应商与各医疗机构的信息管理系统，去除传统调剂过程中的死角以及由人力完成难于监管的部分，有利于规范、监管基层用药流程。第三，共享中药房扩大基层中医诊疗规模，提供全程化、一站式中药调剂服务，统一基层药事服务；保障患者享有个性化的中医药服务，使中医药融入基层医疗卫生服务体系中，推动基层医疗高质量发展。第四，共享中药房可整合区域内药品集采工作，推动药品流通体制改革，促进“三医联动”；补充完善基层中医药大数据，加快中医药现代化进程，助力个体化用药的实现。

04 共享中药房在县域医共体的推广现状

共享中药房率先在县域医共体试行，截至 2022 年 05 月，我国共享中药房的试点工作主要集中在山东、浙江、安徽、贵州等省。根据

其试点经验进行总结，共享中药房的建设应该从完善药品集采工作流程，提高全流程调剂信息系统模块的兼容性及同步性，统一药物目录、药事服务、人才培养和绩效考核方式，明确数据查询的权限、界定与保护患者隐私等四方面进行完善。

05 总结与展望

共享中药房是依托互联网、物联网、大数据、区块链与人工智能等技术，整合线上线下医药资源，以集约化的调剂方式和服务思维，改革全流程药事服务，汇总患者信息、电子药历与处方，提供药品集中采购、仓储养护、系统审方、用药指导、药品调配、临方炮制、科学煎煮、真空袋装、个性化制剂、配送到家、处方点评等服务的“全程化、个性化、一站式”的“互联网+”中药房。目前，共享中药房的建设正处于探索“如何更好地使全程化调剂信息管理系统与用药信息监测与追溯系统一体化”的阶段，共享中药房的未来应该不仅能与互联网医院相连接，更能与各科研机构、循证中心对接，使中医药在基层焕发新活力。

[返回目录](#)

重大工程提振中医药发展“精气神”

来源：中国中医药报

全国两会前夕，国务院办公厅印发了《中医药振兴发展重大工程实施方案》，聚焦“十四五”时期“怎么干”，部署了8项重点工程及26个建设项目，为中医药传承创新发展提供有力支撑，注入强劲

动力，提振了中医药传承创新发展的“精气神”。

新征程，新起点，面对来之不易的机遇，如何结合两会精神，将重大工程的一系列工作部署落地落细落实？两会代表委员们展开了热议。

中医药发展的治本之策

“《方案》最大亮点是充分发挥了中医药特色和优势，不仅进一步强调了中医药健康服务高质量发展的重要性，提出了相关的支持政策和方针，也强调了中西医协同推进工作的开展。”在全国人大代表、天津中医药大学名誉校长张伯礼看来，这是助推中医药发展治本之策，是提高中医药服务能力的必由之路。

“重大工程对中医药‘十四五’时期的发展做了很好的顶层设计，也考虑到了整体事业发展的重要领域，比如国家医学中心、中西医结合旗舰医院等的建立、做大做强中国中医科学院等，充分体现出其注重遵循中医药发展规律，挖掘中医药特色优势的特点。”全国政协委员、中国中医科学院副院长唐旭东指出，《方案》不仅是对路线图的部署，更着力于破除制约高质量发展的体制机制障碍，激发中医药事业发展活力。

全国政协委员、湖北中医药大学副校长马骏表示，《方案》站位高，操作性强，从《方案》的建设目标可以看出，其出台是全面贯彻党的二十大精神，加大力度落实中医药守正创新传承发展的体现，也是推进中医药高质量发展的具体措施。在马骏关注的中医药人才培养

领域，“既有高层次人才培养的计划，也关注到了基层人才需求和人才培养平台的建设，涵盖了中医药发展中人才需求的立体框架，为人才队伍建设提供了有力支撑。”

全国政协委员、中国中医科学院望京医院党委书记李浩表示，政府工作报告和党的二十大报告中提及的“促进中医药传承创新发展”以及重大工程涵盖的八项重点工程，都体现了党中央、国务院对中医药发展的高度重视，在贯彻落实的过程中，希望财政、科研、药监等相关的政府部门结合自身工作进一步细化支持措施，将中西医并重的理念落到实处。

全国人大代表、江苏康缘药业股份有限公司董事长肖伟表示，政府工作报告中提出，加快建设现代化产业体系。“结合《方案》，我们应围绕制造业重点产业链，集中优质资源合力推进关键核心技术攻关。进入新发展阶段，中药产业需要深入转变发展方式，以效率变革、动力变革促进质量变革，实现发展质的有效提升和量的合理增长。”

提升发展质量是核心要义

习近平总书记强调，高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务。《方案》锚定“高质量发展”目标，致力于解决中医药重点领域、重要环节的突出问题。

“《方案》中有关国家中医医学中心、国家区域中医医疗中心等的建设目标，为中医药发展与创新提供了国家级的平台，同时注重辐射基层，在基层开展中医医疗机构的建设及适宜技术试点，将为基层

群众的就医提供极大的便利。”全国人大代表、湖南中医药大学第一附属医院中医儿科临床研究所所长张涤表示，对于重大疑难疾病、慢性病和传染性疾病中西医联合攻关和中医药防治重大疑难疾病临床方案优化的研究，是对中医药参与此类疾病诊疗的肯定与进一步支持，例如我们团队一直在开展有关中医药早期干预儿童孤独症的研究和中药复方治疗儿童传染性疾病的研究，已经取得了一定成果，相信有了重大工程建设的支持，将更快更好地发挥中医药在重大疑难疾病、慢性病和传染性疾病诊疗过程中的作用。

安徽亳州是著名的“中华药都”，已形成千家药企、十万药商、百万药农、千亿级市场的产业布局，相较于中药产业的蓬勃发展态势，亳州的中医医疗事业发展相对滞后、质量也并不高，对此，全国人大代表、安徽省亳州市市长秦凤玉一直在寻求解决之道，《方案》的印发让她眼前一亮。

“《方案》明确提出，在优质中医医疗资源短缺、转外就医多的地区，依托当地现有资源，院地合作、省部共建，实施若干国家区域中医医疗中心建设项目。建议相关部门统筹医疗资源区域布局，从保障欠发达地区群众就近便捷享受优质医疗资源的角度出发，根据医疗机构合作对接、地方特色等准备情况，遴选确定国家区域中医医疗中心。”秦凤玉代表建议，支持亳州建设国家区域中医医疗中心，有助于加速补齐亳州“药强医弱”短板，推动“北华佗”创造性转化和创新性发展，提升“世界中医药之都”的影响力和美誉度，有助于实现

群众对更高质量医疗的期盼。

中药院内制剂被称为中药新药的摇篮和源头之一。“我在北京几所医院进行了调研，发现院内制剂非常受老百姓欢迎，但因政策法规限制，多局限于本院使用，不能得到较好的推广和使用，因生产规模小、市场面不够大，造成部分制剂很容易停产，不利于中医药传承创新发展。”李浩委员表示，《方案》明确，鼓励在中药制剂和中医技术应用等方面制定更加灵活的政策，因此他也将推动医疗机构中药制剂走出“院门”、实行区域共享的提案带上两会，希望能以此为切口促进中药新药研发，提升中药产业发展质量。

走好传承路，打出创新牌

传承精华、守正创新是中医药发展的根本遵循，也是重大工程实施的基本原则。

在中医药传承创新和现代化工程中，《方案》提出，推动实施中医药现代化关键技术装备项目，提升中医药技术装备水平、产业创新能力及产业化水平。针对此领域发展，今年两会，张伯礼代表带来了他的建议，“国家应进一步出台扶持政策，设立生物医药制造重大专项支持智能制药关键技术与装备研发。弘扬中医药，加速提升中药制备装备的研究水平，促进中药制药装备快速实现自动化、数字化、智能化升级。”

“要强化中药的科学基础研究，夯实从基础到应用、再到生产的科研链条起始端，针对中医药传承创新发展的重大战略需求，以中医

药理论为指导，创新融合前沿技术，科学阐释中药复方与机体交互作用的生物学原理和作用规律，深度解析中药复杂体系的功效物质，阐明中药复杂成分制药过程的量质传递规律，建立‘中成药功效相关成分的质量控制体系’，为中药现代化提供基础战略支撑。”肖伟代表认为，大力推动制药过程先进制造，在全过程质控基础上，建立以中药制药过程知识系统为核心的中成药智能制造关键技术，以加快中药制造业的转型升级。

“我们不仅要加强对中医药科技创新方面的建设，说明白、讲清楚中医药疗效，将中医药多多展示给全世界的医药同行，同时也要注意传承，比如要利用好中医药古籍。”唐旭东委员表示，《方案》专门聚焦中医药古籍文献传承提出建设任务，将古籍保护工作摆上重要日程，真正让书写在古籍里的文字活起来，这位中医药高质量发展提供了更多“营养”和资源。

“欲流之远者，必浚其泉源。”《方案》中提出的中医药文化弘扬工程与张涤委员的想法十分契合。“以湖南省为例，湖湘地区中医药文化底蕴深厚：始祖炎帝神农尝百草，安寝于炎陵；医圣张仲景长沙坐堂行医，著伤寒绝学；药王孙思邈寻药三湘四水，倡大医精诚等。各地的中医药文化发展均各具特色，需要重视与鼓励系统梳理中医药发展源流与脉络的梳理工作，进一步加强本地特色中医药文化研究。”张涤委员表示，要丰富中医药文化宣传形式，推进中医药文化走基层、进乡村，广泛传播中医药文化理念和健康养生知识。

· 医保快讯 ·

医保基金 3 大监管难题有望破解！

来源：江西省医保局

医保基金无疑是我国社会医疗保险制度平稳运行和可持续发展的最重要的经济基础，在保障人民群众医保权益中发挥着至关重要的作用。因此，加强医保基金监管，维护医保基金安全，规范医保基金使用，重拳打击欺诈骗保，就不仅是医保部门理所当然的职责，更是其义不容辞的使命。

随着医保基金监管工作的深入开展以及监管力度的不断加大，在取得普遍性明显成效的同时，也遇到了一些亟待解决的瓶颈问题，过度医疗认定难、监管力量不足、部门协同难就是其中最具代表性且一直困扰着医保部门的三个问题。这些难题该如何破解？

一、构建行为识别规则库有助防范过度医疗

长期以来，由于对“过度医疗”存在着认知差异和模糊地带，导致对过度医疗行为的监管存在界定难、识别难与处置难的现实困境，一直是影响医保基金合理使用、困扰监督执法的痼疾，同时也是对有限医疗资源的极大浪费。

在《医保基金监管蓝皮书：中国医疗保障基金监督管理发展报告(2022)》中，《过度医疗行为认定和医保监管规则研究》一文作者通

过全面梳理国内外相关研究成果，经过深入研究，对“过度医疗行为”的内涵进行了界定，即：过度医疗是指医疗服务供给方在医疗行为过程中(而非收费支付)提供超出患者需要或需求的化验检查、治疗、过度用药等医疗服务行为。这些医疗服务行为可能是无效的甚至有损生命健康，并且造成个人经济损失与医疗卫生资源浪费。

在实际操作中，通过构建过度医疗行为指标体系对过度医疗行为进行识别。指标体系共包括5个一级指标，包括“过度(化验)检查”、“过度治疗”、“过度住院”、“过度开药”与“其他过度医疗行为”；30个二级指标，包括重复(化验)检查、无指征(化验)检查、套餐式(化验)检查、升级检查项目、重复治疗、无指征治疗、手术治疗、过度使用耗材等；67个三级指标，包括短期内重复进行相同或相似化验检查、互不认化验检查结果而重复化验检查、开展与病情无关的某项化验检查、将特殊化验检查作为常规项目开展、套餐常规检查(入院/门诊)、随意扩展套餐项目等。

并认为，随着医疗技术水平的提升、医保支付方式的转变、健康行为追求的提升等，过度医疗行为将会逐步发生变化，过度医疗指标体系也就必需随之不断更新。

在此基础上，作者结合美、德、英等国家防范过度医疗行为的实践经验，结合我国实际，提出了我国治理过度医疗行为的五条建议：一是医保引领各方协同，发挥行业协会作用；二是疾病组别逐个突破，构建过度医疗行为规则库；三是大数据面上预警，专家团队点上识别；

四是丰富监管队伍，医保卫生协同监管；五是完善自我披露制度，引导机构自我监管。

二、以技术替代弥补力量不足是大势所趋

当前，由于我国医保部门人少事多的矛盾十分突出，客观上存在着医保基金监管队伍力量薄弱、能力不足的现实痛点，因此，借助现代互联网技术和信息化手段，运用大数据挖掘技术实行智能监控，以技术来替代人力无疑是在当前情况下提高医保基金监管质量和效率的重要举措。

由于医保骗保主体多元化、手段多样化、行为隐蔽化，因此一直都是基金监管的难点和痛点。在众多骗保手段中又以团伙欺诈骗保最为隐蔽，对有组织的“专业”骗保，监管难度更大。在基金监管人力有限、现有监管系统无法有效发现团伙、新政策带来未知挑战的情况下，为有效防范团伙作案，切实维护医保基金安全，蓝皮书的《基于AI大数据的医保反团伙欺诈探索与实践》一文立足大数据时代背景，聚焦医保团伙反欺诈探索与实践，运用图机器学习社区发现、加速聚类、联邦学习等算法，构建融合团伙骗保识别和医保电子凭证支付实时监管的精准监管综合方案，为基金监管执法提供强大技术支撑和专用工具。

随着以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式的广泛推行，一些新型医保违规行为，如低码高编、低标入院、费用转嫁、服务不足等问题逐渐暴露。这些新型违规行为的界定，由于缺乏统一的界定

标准，须结合疾病诊断实际及对应的医疗干预措施进行综合判定，监管部门受临床高专业性掣肘的问题也更加突出。

为解决这一问题，切实提高医保基金监管效率，蓝皮书的《基于疾病诊疗路径智库的医保基金监管体系研究与应用》一文介绍了他们团队以医疗服务全过程数据为支撑，通过量化诊疗路径，设定监控规则，充分运用大数据技术，构建疾病诊疗路径智识库，实现对复杂违规行为的智能化精准识别，对现有监管手段的不足进行有效补充的实践探索。

随着长护险试点工作的不断深入，长护险居家护理服务作为全新的服务形式，其监管仍处于“形成阶段”，实际操作中存在监督举证困难、难以全面防范等问题。例如，长护险居家护理服务在失能老人家中进行，隐蔽性强，难以利用文书检查等常规手段全面监管；监管具有滞后性，上门飞检取证困难，等等。

因此，实行“大数据+精准管理”将是长护险居家护理服务监管的发展方向。

上海市宝山区医保局协同第三方技术公司，运用云服务、RFID无感知设备、智能化算法、大数据分析等技术，探索建设“长护e安”三级智能监管平台，将科技手段应用于长护险居家护理服务监管场景，对护理员服务轨迹进行全流程精准跟踪，及时发现并有效拦截、纠正疑似违规行为，实现了事前预警、事中管理、事后督查的闭环管理，通过应用科技手段实现服务留痕，让监管更加精准。

三、部门协同关键要界线清、职责明、衔接紧

在医保基金监管工作中，经常会面临着如何有效地实现行刑衔接以及医保部门内部如何正确处理好基金监管和医保稽核的工作边界问题，这是保证医保基金监管工作顺畅高效推进，防止出现推诿扯皮等堵点现象而必须要关注并予以解决的问题。

上海市闵行区针对医保基金监管行刑衔接工作存在的衔而不接、接而不查、查而不实、实而不畅等问题，认真把握医保欺诈骗保行为的内在规律，探寻医保行政机关与公安司法机关对案件认定的共通点，不断完善行刑衔接的前期准备，通过发挥职能优势、畅通衔接运行，优化协同环节、凝聚衔接合力，创新科技赋能、提高衔接效能，坚持多方宣教、增强执法效应等举措，实现行刑衔接过程中的互联、互通、互补、互助，推动衔接更加科学化、精准化。

江苏如皋市医保局立足现有机构编制实际情况和医保基金监管工作特点，坚持经办稽核应有的法定地位，突出经办稽核在“管早、治小、抓全”方面特有的功能价值，将行政执法与经办稽核两种检查手段所覆盖的监管事项和所涉及的规定程序进行梳理，在法律规定和协议约定的协同运用上积极实践，探索出“案源统一、立案分流、处置互补”的工作流程，有效理顺了医保行政监管与经办稽核的关系，明晰了行政执法与经办稽核之间的职责界线，初步实现了行政执法与经办稽核在医保基金监管中的融合发展。

[返回目录](#)

3 个角度，谈谈 DRG/DIP 付费怎样助推分级诊疗

来源：中国医疗保险

分级诊疗是医改的“深水区”，“分级诊疗成功之日便是医改成功之时”这句广为流传的话，说明了分级诊疗在医改中的重要性，也凸显其难度。经过十余年的医改，分级诊疗实际效果并不理想，部分原因在于基层医疗能力薄弱、群众就医习惯引导尚需时日，更主要的原因是大型医疗机构积极性不足。大型医疗机构在医疗卫生领域的地位举足轻重，是分级诊疗的主要参与者，长期以来其优化资源配置的内生动力不足，对基层医疗机构虹吸严重。DRG/DIP 付费改革带来了新的变化，能够通过调整相关配套措施对分级诊疗起到一定的助推作用。笔者从新形势、新机制、新作为三个角度浅谈如下：

一、新形势赋予医保部门新使命

长期以来，医保在“三医联动”中发挥着基础和杠杆作用，属于后台辅助角色。党的二十大提出“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”，给医保赋予了新的使命，也提出了更高的要求。DRG/DIP 支付方式改革是医保领域的深层次变革，按照国家三年行动计划安排，各省市加快推进“四个全覆盖”工作，住院基金由被动支付向主动购买的战略转型正在形成并逐步固化。DRG/DIP 改革也将对医疗行业产生深远影响，同时给分级诊疗带来新的机遇。

二、新形势下医保付费应有新机制

医保部门高度关注分级诊疗，根本原因在于分级诊疗与医保基金

使用效能密切相关。大型医疗机构因其收费等级、药耗使用习惯等，治疗同一病种的成本往往高于基层医疗机构，一些轻症病例如果继续留在三级医疗机构治疗，必然导致医保基金过多支出。基于这种考虑，DRG/DIP 付费改革应持续优化配套管理措施，健全完善助推分级诊疗的新机制：

一是区域总额预算。原按项目付费模式下，医保部门通常会对每个医疗机构的住院费用设定具体额度指标，超出指标费用会由医保部门与医疗机构共同分担。该模式下，虽然超支费用会有一定的分担比例，但大型医疗机构更倾向于轻重病例通吃，做大当年额度以便换取明年的更高额度；相比之下，基层医疗机构因其业务量有限，医保部门给的额度指标也比较小，如果短时间内流入了较多的病例，会因超出额度指标造成亏损。这种单设指标额度的方式，固化了上下级医疗机构间的病例流动，不利于分级诊疗。

DRG/DIP 付费改革引入区域总额预算机制，这意味着 DRG/DIP 不再对每个医疗机构的住院费用单设具体额度指标，充分尊重医疗机构住院业务发展的自主权。这是医保部门的管理理念的深刻转变，也在一定程度上遏制了大型医疗机构冲指标的冲动，打消了基层医疗机构额度不足的顾虑。应进一步优化区域总额预算机制，打破县域间、不同级别给分级诊疗提供了良好的基础环境。

二是医疗机构系数。DRG/DIP 付费下，医疗机构收益(病组付费标准)=权重(分值)*费率(点值)*系数，区域内各医疗机构的权重(分

值)、费率(点值)是相同的,系数成为影响医疗机构收益的关键因素。医保部门在设定系数时,应综合考虑医疗机构级别类别、CMI值、四级手术占比、区域医疗中心等多方面因素。同样作为三级医疗机构,也应当对系数适当地进行差异化细分,避免出现“吃大锅饭”问题。如果大型医疗机构仍热衷于收治轻症病例、开展小手术,将导致CMI值、四级手术占比等相关指标落后,也就无法获得医保部门在系数管理上的倾斜支持。

三是同城同病同价。在DRG/DIP付费改革初期,部分地区探索开展基层病种、基础病种,虽然国家层面尚无明确定义,但各地约定俗成的做法是,选择部分临床路径基本统一、入组标准明确、治疗难度不高的常见病、多发病,不再区分级别因素,以基层医疗机构为基准设定统一的付费标准,实现相关病种“同城同病同价”。如果大型医疗机构仍继续收治此类病种,他们的收益将会随着患者数量的增加而减少。DRG/DIP通过付费杠杆作用,引导轻症病例有序下沉到基层医疗机构,以优化医疗资源配置。

三、新形势下医疗机构应有新作为

在DRG/DIP付费模式下,医疗机构应当明确战略规划、加强运营管理、向内涵式方向发展,取得分级诊疗新成效:

一是找准功能定位。大型三级医疗机构不应当再追求病种覆盖的广度,而是应更注重优势学科建设,支持创新性、前沿性技术开展和疑难危重病例收治;体现医疗技术难度的CMI值、四级手术占比等指

标也应逐步提升，高权重病例数量逐步增多，大型医疗机构诊治疑难危重症的功能定位、区域医疗中心的龙头带动作用更加明确，以获取更高的系数。基层医疗机构应注重承接常见病和大医院下沉的基层病种。

二是加强上下协作。医联体、医共体及近期推行的紧密型城市医疗集团，实质上都属于上下级医疗机构的协作模式。长期以来分级诊疗内生动力不足，导致上下协作模式孱弱，病例更多是向上流动，下沉效果不明显。在 DRG/DIP 付费助推分级诊疗的新格局下，大型医疗机构和基层医疗机构应当加强联动，使患者上得去、下得来，为群众提供高质量、有效率、能负担的医药服务。

[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