

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第II期

(2023.03.13-2023.03.19)

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 •

▶ [郑功成：扎实推进医保基金高质量、可持续发展](#) (来源：人民论坛) ——第 7 页

【提要】党的十八大以来，伴随全民医保的全面推进，我国医保基金运行总体稳健，累计结存基金丰厚，基金监管走向制度化，为医保制度发展提供了有力支撑。新发展阶段，如何进一步加强医保基金的使用和管理，更好实现让人民群众病有所医？就以上问题采访了全国人大代表、中国社会保障学会会长、中国人民大学教授郑功成，一起来看他的解读。

▶ [深度分析：分级诊疗的内在困境](#) (来源：Latitude Health) ——第 10 页

【提要】面对大医院的高增长和基层的日益薄弱，监管希望推动分级诊疗来降低大医院的市场份额，主要目标是降低医疗费用并缓解大医院就诊过于拥挤的问题。但实际上，这一策略并不成功。一方面是因为大医院本身的技术能力和品牌，另一方面，也是因为缺乏医生自由执业的土壤，同时医生在基层获得的收入与大医院相比差距过大。因此，类似中国台湾地区通过医院和基层合作来发展家庭医生的模式会是解决的手段之一。这种模式的好处是让医院可以有更多精力和时间

投入到高价值业务，但同时也可以获得足够的病人转化到住院，基层则可以处理更多的小病和慢病。

• 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 绩效评价正在全面推进 事关医院收入与“国考”](#)（来源：CDSreport）——第 15 页

【提要】根据相关政策文件，梳理了 DRG/DIP 绩效评价的指标体系、管理现状、结果运用等内容。随着 DRG/DIP 支付改革的全面推进，开展 DRG/DIP 绩效评价也成为各地医改政策中的热词。如本月起实施的《广东省按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程》，明确 DIP 业务的主要内容包括：强化 DIP 全流程监测，加强考核评价等。DRG/DIP 绩效评价结果不仅与医保服务质量保证金挂钩，也与定点医疗机构的年终清算等相关联。CDSreport 根据相关政策文件，梳理了 DRG/DIP 绩效评价的指标体系、管理现状、结果运用等内容，为深入理解这项工作提供参考。

▶ [协同视角下，医院如何做好院内医保基金监管？](#)（来源：DRG 变量）——第 20 页

【提要】医院加强医保基金监管，不仅是顺应医保基金监管法治化的时代要求，也是推进公立医院高质量发展的内在要求。本文以湖南省某三甲医院(以下简称 H 医院)为例，分析医院医保基金监管存在的问题、对策及成效，为进一步加强院内医保基金监管提供参考。

· 医药专栏 ·

▶ [4 举措优化“双通道”药品管理，让患者用药更有保](#)（来源：国家医疗保障研究院）——第 27 页

【提要】为推动国家谈判药品落地实施，保障参保人员合理用药需求，2021 年，国家医保局会同国家卫生健康委出台《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》，通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足公众对谈判药品的合理使用需求，提升谈判药品的供应保障水平。本文通过梳理各省、自治区、直辖市以及新疆生产建设兵团的“双通道”政策实施情况，分析“双通道”实施成效和存在问题，并提出完善政策的建议。

▶ [新版药品目录实施，将用药决策权真正还给临床医生](#)（来源：中国医疗保险）——第 36 页

【提要】新版国家医保药品目录自 3 月起在全国各地落地实施。各地参保群众在看病购药的时候，将享受新版目录的药品报销范围和价格。在报销范围方面，新版目录不仅在药品品种数上有所增加，达到了 2967 种，和此前相比共新增 111 个药品；与此同时，在具体药品的支付范围上也发生了比较明显的变化。这一变化虽然没有品种数量增加更容易带来直观的理解，但医生和患者在开具、使用相关药品的时候就会有切身感受。医保药品目录，正在逐步将用药决策权真正还给临床医生。

· 中医药动态 ·

▶ [“中医药+高科技”开辟国际惠民路](#)（来源：中国中医药报）——
第 40 页

【提要】近日，坐落于深圳市光明区的光明国际中医药港正式运营，这一集产、学、研、用、商、储备为一体的中医药综合性平台，将成为带动广东省中医药传承创新发展，促进人才、资本、知识、技术等要素跨境流动和区域融通的重要引擎。“发展中医药，人民有需求，我们有实力。”光明国际中医药港设计者李健男说，深圳迫切需要完备的中医药服务与完善的中医药产业，光明区新兴产业聚集，正适合成为中医药发展的基石。

▶ [注意，国家建设标准发布！3 万多个基层中医馆要爆发？](#)（来源：健康县域传媒）——第 47 页

【提要】基层中医药的突破性发展，不再是解决有没有的问题，而是进一步解决能不能用、怎么用的问题。这也是贯彻落实《“十四五”中医药发展规划》，深入实施《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》提出的根本目标。3 月 13 日，为了进一步规范社区卫生服务中心、乡镇卫生院中医馆服务内涵建设，提升基层中医药服务能力，国家中医药管理局印发《社区卫生服务中心乡镇卫生院中医馆服务能力提升建设标准(试行)》，分别从设置、人员配置及培训、医疗和康复、预防保健、文化建设、信息化建设和规章制度八个方面，制定了 34 条建设标准细则。

· 医保速递 ·

▶ [北京市海淀区：“第六险”实施前夕的功夫](#)（来源：北京市海淀区医保局）——第 55 页

【提要】刚刚过去的 2022 年，是海淀区医保局为启动实施长护险制度而开展的“精心筹备攻坚年”。这一年，海淀区医保局绘就了一幅齐抓共管、左右协同、奋力拼搏、勇毅笃行的生动画卷，为启动实施长护险制度奠定了坚实的政治基础、思想基础、社会基础、制度基础，探索建立了政策体系、标准体系、考评体系、服务体系和运行管理机制。一年的工夫，结出累累硕果。

▶ [以加强和规范飞行检查为抓手 不断提高医保部门依法行政水平](#)（来源：佛山市医疗保障局）——第 64 页

【提要】《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》（国家医保局局令第 6 号，以下简称《办法》）现已正式公布，2023 年 5 月 1 日施行。

《办法》以全面贯彻落实医疗保障领域法律法规及服务协议为基础，以实事求是、公正文明、程序合法为原则，通过明确各方责任划分，创新飞行检查机制，严格查处违法违规行为，维护医疗保障基金的安全。这是国家医保局贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》的具体行动，也是规范医疗保障基金飞行检查行为，推进法治政府建设的重要举措。

-----本期内容-----

· 分析解读 ·

郑功成：扎实推进医保基金高质量、可持续发展

来源：人民论坛

党的十八大以来，伴随全民医保的全面推进，我国医保基金运行总体稳健，累计结存基金丰厚，基金监管走向制度化，为医保制度发展提供了有力支撑。新发展阶段，如何进一步加强医保基金的使用和管理，更好实现让人民群众病有所医？就以上问题采访了全国人大代表、中国社会保障学会会长、中国人民大学教授郑功成，一起来看他的解读。

问：党的十八大以来，医疗保障事业发展进入新阶段，全民医保改革向纵深推进。请您谈谈未来医保基金的发展目标。

郑功成：2020年2月发布的《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，到2030年要全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系；党的二十大报告明确提出，到2035年基本公共服务实现均等化。这意味着与之相关的医疗保障制度必须在2035年前全面成熟定型。以此为依据，医保基金政策的优化与完善任务也须在2030年至2035年间全面完成，即明确全国统一的医保筹资、运行管理与医保待遇政策，以为各参与主体特别

是全体人民提供清晰、稳定的预期。

针对各地医保筹资与待遇差异性，可以在上述目标设定的条件下采取循序渐进方式确立“三步走”的行动路线：“十四五”期间，宜着力通过提高统筹层次以增强医保基金在区域之间的互助共济功能，逐步均衡主体各方的筹资负担以促进筹资公平，通过推行医保待遇清单制度缩小地区差距，同时进一步缩小职工与居民两大群体之间的待遇差距。“十五五”期间，应当全面实现基本医保基金省级统筹并建立国家层级的调剂制度，基本实现政府、单位与个人的筹资责任分担均衡化，在全国范围内实现基本医疗保险待遇统一。“十六五”期间，确保医保基金政策全面定型，实现基本医疗保险制度高质量、可持续发展，其他层次医疗保障制度走向成熟、定型。

问：您认为医保基金在发展过程中应该遵循哪些理念？

郑功成：首先，以满足人民需要为出发点，根据实现制度目标的实际需要，努力筹集足够的医保基金并确保其合理、高效使用，有力支撑高质量医保制度持续发展。应当逐步取消医保基金支付封顶线，设定患者自付费用的控制目标，明确从现在的约30%逐步降低到10%左右的时间表与路线图。唯有如此，才能给全体人民提供清晰、稳定的医保预期，才能真正全面解除人民群众疾病医疗的后顾之忧，同时牢固树立全体人民对医保制度的信心。

其次，落实共建共享，均衡责任分担。强化共建意识，逐步推进单位缴费与职工缴费、政府补贴与居民个人缴费责任均衡化，并通过

提高统筹层次增进地区之间的共建意识，进而让全体人民共享医疗保障的福利。

最后，树立保持适度储备的意识，通过降低单位缴费率，探索职工医保与居民医保整合，并使用医保基金等方式来促使居民的医保水平得到提升，进而使整个医保基金的使用效率得到提升。

问：为了推进医保基金高质量、可持续发展，您认为在政策层面还可以进行哪些优化？

郑功成：首先，优化医保筹资机制。一是均衡单位与个人筹资责任。二是改变居民医保个人筹资模式。关键是遵循社会保险普遍规律，采取以与个人或家庭可支配收入挂钩并按一定比率缴费的新政策，消除筹资不公、逆向调节现象，同时使居民医保筹资水平得以正常增长。

其次，优化医保财务机制。在全面做实市级统筹的基础上加快省级统筹步伐，以此增强医保制度区域之间的互助共济。“十四五”期间应争取全面推进职工医保基金省级统筹，条件具备的省市区可以一步到位，暂时不具备条件的可以先行建立省级调剂金过渡。居民医保也宜早日研究省级统筹。此外，在医保基金实现全国统筹之前，有必要建立国家级的医保基金调剂制度，以增强国家的宏观调控能力，确保这一制度能够公平惠及全体人民。

再次，继续完善医保基金支付方式。根据《“十四五”全民医疗保障规划》，医保支付方式改革的目标是在全国范围内普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推进区域医保基金总额预算

点数法改革，引导医疗机构合理诊疗，提高医保资金使用效能。

最后，进一步健全科学管理机制。一是要不断提升医保基金预算管理水平和。通过科学编制医保基金收支预算，强化预算执行和绩效监控、评价和结果运用，建立健全基金运行风险评估预警机制，实现医保基金中长期可持续。二是要继续发挥医保战略购买者作用。进一步优化医保三大目录，完善药品、医用耗材带量招标采购制度并扩大适用范围，同时承认医疗服务的技术价值，通过科学标准引导医疗服务价格走向合理化。三是进一步改善与定点医药机构的关系。在继续加强医保基金监管、坚持与定点医疗机构和定点药店协议管理的条件下，尝试建立医保经办机构与医院、医生、药品有关的行业或专业组织的联系，通过行业组织来约束医院与医生职业行为。如果行业组织能够增强自律性，则医保基金的安全与效率将能够得到更好保证。

[返回目录](#)

深度分析：分级诊疗的内在困境

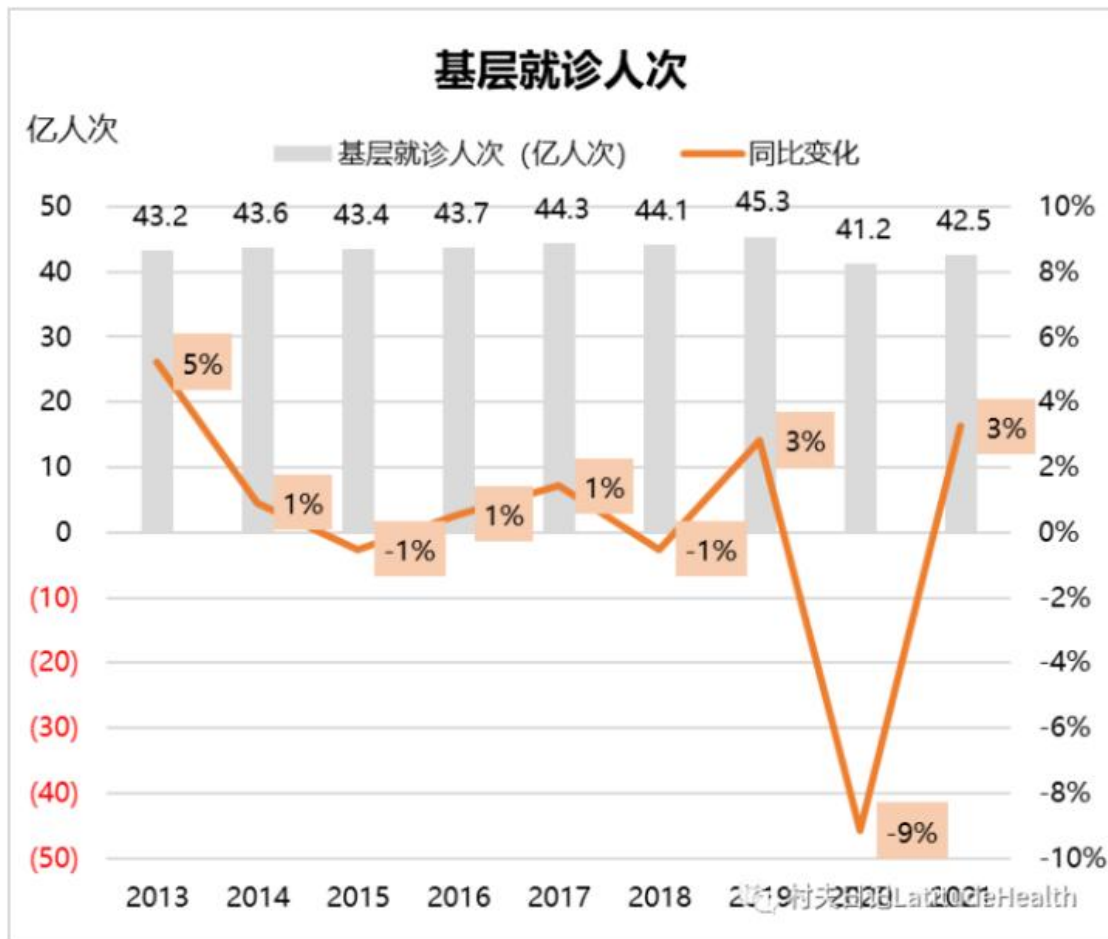
来源：Latitude Health

除了针对医疗机构进行控费之外，医保改革的另一个重点是分级诊疗。但在东亚地区，由于长期缺乏守门人制度，政府推动分级诊疗的效果长期不彰，不得不通过持续推出新的监管策略来缓慢推动。从趋势来看，分级诊疗是一个长期改变就医习惯的过程，尽管政策会持续加码，但不可能一蹴而就，而且可能出现长期的停滞。

对大医院进行限制是东亚地区的特色，在欧美国家，大医院的规

模其实并不大，其追求的是单床收入的提升，而不是扩大床位数。而东亚地区的医院单床收入相对有限，保持增长的主要动力来自扩大床位数。为了扩大床位数，扩大门诊量并由此带来向住院的转化就至关重要。由于自身拥有强势品牌和技术能力，大医院的虹吸日益强劲，这造成了基层薄弱，门诊和住院都向大医院集中，人才很难向基层下沉。

图表 1：基层就诊人次



数据来源：历年卫健委《中国卫生健康统计年鉴》

从数据来看，在门诊上，2021 年基层服务了 42.5 亿人次，比 2020 年上升了 3.3%，但这一服务量只是倒退到比 2012 年高 3%，仍然低于

2013 年的门诊量，倒退了 9 年。在住院上，2021 年基层服务了 3592 万人次，甚至没有出现医院住院量的反弹，而是持续下跌了 3%，虽然下跌的幅度比 2020 年有所收窄。基层 2021 年的住院量甚至比 2010 年还要低。

图表 2：医院门诊诊疗人次



数据来源：历年卫健委《中国卫生健康统计年鉴》

在 2021 年的门诊上，基层机构中反弹最明显的是社区医疗机构 (含中心和院),2021 年门诊诊疗人次为 8.36 亿人次,同比上升了 11%,已经接近 2019 年的门诊量。社区医疗机构占基层整体门诊量的比例也从 2013 年的 15%增加到了 2021 年的 20%。不过，2021 年的反弹主要来自于社区卫生中心，而不是社区卫生站。社区卫生中心虽然在机构数量上只占社区卫生机构整体的 30%，但却占了门诊诊疗人次的 83%。2021 年，社区卫生中心诊疗人次为 6.95 亿人次，同比增长 12%，已经恢复到接近 2019 年的服务量。而社区卫生站诊疗人次只有 1.4

亿人次，同比增长 4.5%，仅仅是恢复到接近 2012 年的服务量。

乡镇卫生院 2021 年的门诊量也反弹了 6%，超过了 2018 年的服务量。占基层总体门诊量比例从 2013 年的 23% 上升到 2021 年的 27%。乡镇卫生院分两类，乡镇中心卫生院规模大一些，均机构床位数 61 张，2021 年门诊量为 5.06 亿人次，占乡镇卫生院门诊量的 44%。乡卫生院床位规模小一些，均机构 32 床，2021 年门诊量为 6.5 亿人次，占 56%。两类机构在 2021 年分别门诊量上升 7.8% 和 4.6%，规模较大的乡镇中心卫生院服务量反弹更有优势。

但占基层门诊量 32% 的村卫生室门诊量持续下跌，2021 年的门诊量只有 2013 年最高点的 67%，这拖累整体基层的门诊量仍倒退到了 2012 年。而村卫生室占基层总门诊量的比例也从 2013 年的 47% 下降到 2021 年只有 32%。村卫生室的门诊量从 2014 年就开始每年下跌，疫情期间下跌幅度变得更大。

因此，从所有基层机构的收入结构来看，在 2015 年到 2021 年之间核心的变化都是：对补贴的依赖越来越大，门诊收入占比萎缩比较明显。

基层机构对补助的依赖性可以分为 3 个梯队。乡镇卫生院和街道卫生院为第一梯队，对补助的依赖超过 50%，是最高的。村卫生室和社区卫生机构为第二梯队，补助占比不到半数但也超过 40%。第三梯队是对补助依赖相对较低的门诊部和诊所，都在 20% 左右。

最依赖补助的是乡镇卫生院，补助占收入比例 2021 年达到了

53%。门诊和住院分别占 28%和 19%。对比乡镇卫生院 2015 和 2021 的收入结构变化发现，补贴占比增加而住院占比下跌。

村卫生室的补助和其他收入占比达到 48%，社区卫生机构为 43%，两者都是基层中补贴重要性比较高的。这两类机构都是以门诊为核心，门诊占收入比例分别为 52%和 53%。2021 年和 2015 年相比的变化趋势都是补贴重要性增加，只是程度有所差异。村卫生室在门诊上萎缩明显，所以更依赖补贴，门诊占收入比例比 2015 年下跌了 17 个百分点。而社区卫生机构门诊占比略下降了 3 个百分点，住院萎缩了 2 个百分点，这些部分都由补贴来弥补。

伴随着基层的逐步被削弱，医院的占比持续上升，尤其是三级医院获得了高速的增长。在门诊就诊量的分布上，2021 年所有医院整体门诊量为 38.8 亿人次，其中三级医院为 22.31 亿人次，二级医院为 12.54 亿人次，一级医院为 2.16 亿人次，其余为未定级医院。三级医院占整体医院门诊量的比例在 2021 年为 57%，比 2013 年上升了 12 个百分点。而二级医院在门诊量上的占比下跌了 8 个百分点，而一级医院则占比持平。

但是，只有三级医院在 2021 年的门诊量超过了 2019 年，比 2019 年还高出 8%，而二级医院和一级医院的门诊量均比 2019 年少，分别低 7%和 6%，只是基本回到了 2018 年的门诊量，相当于倒退了 3 年。

因此，面对大医院的高增长和基层的日益薄弱，监管希望推动分级诊疗来降低大医院的市场份额，主要目标是降低医疗费用并缓解大

医院就诊过于拥挤的问题。但实际上，这一策略并不成功。一方面是因为大医院本身的技术能力和品牌，另一方面，也是因为缺乏医生自由执业的土壤，同时医生在基层获得的收入与大医院相比差距过大。因此，类似中国台湾地区通过医院和基层合作来发展家庭医生的模式会是解决的手段之一。这种模式的好处是让医院可以有更多精力和时间投入到高价值业务，但同时也可以获得足够的病人转化到住院，基层则可以处理更多的小病和慢病。不过，这种模式无法改变医院强基层弱的现状，只是在现状下的优化。

中国大陆的分级诊疗难以成功的原因也在于此，即使提高个人在高等级医院就医的自负比例也很难改变病人寻求优质医疗资源的需求。现在通过医联体和医共体来推进分级诊疗的模式确实能起到一定的强基层作用，但这种强基层更多只是在强化现有趋势下给予基层一定的规模，从本质上来说，基层仍然是积贫积弱。当然，分级诊疗到底能有多大效果还取决于医院对基层的支撑力度。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG/DIP 绩效评价正在全面推进 事关医院收入与“国考”

来源：CDSreport

根据相关政策文件，梳理了 DRG/DIP 绩效评价的指标体系、管理现状、结果运用等内容。

随着 DRG/DIP 支付改革的全面推进，开展 DRG/DIP 绩效评价也成为各地医改政策中的热词。如本月起实施的《广东省按病种分值付费 (DIP) 医疗保障经办管理规程》，明确 DIP 业务的主要内容包括：强化 DIP 全流程监测，加强考核评价等。

DRG/DIP 绩效评价结果不仅与医保服务质量保证金挂钩，也与定点医疗机构的年终清算等相关联。CDSreport 根据相关政策文件，梳理了 DRG/DIP 绩效评价的指标体系、管理现状、结果运用等内容，为深入理解这项工作提供参考。

01、DRG/DIP 绩效评价对医院影响深远

在医保支付改革进程中，DRG/DIP 绩效评价与“医保基金使用绩效评价”是紧密相联的，通过发挥绩效评价的“指挥棒”作用，引导医疗机构协同推进支付方式改革，自觉规范医疗服务行为，提高医保基金使用效益。因此，中央及各地都高度重视医保绩效评价工作。

2020 年 3 月，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出实施基金运行全过程绩效管理，建立医保基金绩效评价体系。2021 年 11 月，国家医保局在《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》中明确，建立医保基金使用绩效评价与考核机制，并充分利用考核评价成果建立激励约束机制，真正发挥医保支付“牛鼻子”作用。随后，各省市也纷纷予以跟进，在制订当地“三年行动计划”时纳入相关要求。

DRG/DIP 绩效评价结果对定点医疗机构的影响深远。例如，江苏

省的《定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法》提出，将绩效评价结果纳入医保绩效综合评价，与预留的医保服务质量保证金挂钩，并将评价结果纳入年终清算指标依据。这个规定在多个省市的 DIP 医保管理规程中也有体现。

下图根据《广东省按病种分值付费 (DIP) 医疗保障经办管理规程》绘制的 DIP 结算流程，清晰展示了医保绩效评价在其中扮演的“角色”。此外，江苏省还明确将 DRG/DIP 绩效评价结果抄送同级卫生健康主管部门，推进评价结果与公立医院绩效考核相挂钩。可见，这项工作不仅影响公立医院的收入，也将关系到“国考”成绩，需要医院认真做好相关指标的管理。



图 1 医保绩效评价与 DIP 审核结算的关联性

02、DRG/DIP 绩效评价体系正在不断完善

医保基金绩效评价主要通过构建定量和定性相结合的指标体系，

进行科学合理、细化量化、可比可测的评价。目前国内外均未建立统一的医保基金绩效评价指标体系，经济合作与发展组织(OECD)的一项调查显示，改善医疗服务质量、是否符合国家标准、改善医疗服务生产效率是最常见的3个绩效目标。大部分OECD国家将医保基金绩效评价和区域医疗卫生绩效评价体系进行有机结合，指导基金在不同区域、不同服务提供者之间进行合理有效的分配。

我国在迈入新型医保支付方式全面推行的时代后，主要开展基于DRG/DIP的医保绩效评价。国家医保局2021年4月印发的《按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程》提出，从医疗费用、医疗资源使用效率、医疗行为改变、医疗质量水平和参保患者满意度等不同维度进行综合评价，客观反映DIP运行效果。

同年12月，安徽省安庆市印发《基本医疗保险DIP绩效考核办法》，考核内容覆盖上述考核维度，并加入了病案质量(如病例数据校验通过率)等考核项目，要求23项考核指标的得分除以100，原则上不低于0.8。促使医院做好病案质量等指标的管理。

考核项目	考核指标	考核内容	分值	评分标准	责任科室
6. 医保财务管理情况		经办机构不予支付的费用，定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。	2	所列情形医疗机构仍做医保欠费处理的，扣2分	医保管理中心
		定点医疗机构应严格规范财务管理，严肃财经纪律，真实完整的记录库存药品及材料的购入、领用、结存情况，并妥善保管好台账及相关凭证的。	3	未建立财务管理制度的，扣1分；未建立药品及材料台账管理的，扣2分。	医保管理中心
基金监管	7. 配合监管情况	按照医保基金监管相关要求，配合医保部门开展基金监管工作。	2	无正当理由，以拖延、推诿、隐匿或提供虚假材料等方式，拒不配合基金监管工作的，每次扣0.5分	基金监管科
	8. 查处落实情况	严格执行医保部门行政处罚或协议处理。	2	无正当理由，拒不执行医保部门行政处罚、协议处理的，每次扣1分	基金监管科
	9. 违规整改情况	对于医保部门检查处理的违规问题，能够及时整改落实。	2	未及时整改的，每一项扣0.5分	基金监管科

指标考核	10. 医院住院人次变化率	医院住院人次变化率=(本年度出院患者人次-上一年度出院患者人次)/上一年度出院患者人次*100%。(年住院人次小于1000的医疗机构不纳入本项考核)	4	与上年度相比增加, >5%, 如无正当理由, 扣2分; >10%, 如无正当理由, 不得分	医保管理中心
	11. 均次住院费用增长率	均次住院费用增长率=(本年度均次住院费用-上年度均次住院费用)/上年度均次住院费用*100%	5	增长率每增加1%, 扣0.5分	医保管理中心
	12. 医院 CMI 值	CMI 值用于评估医院病例的复杂程度 (CMI 值=Σ(病例分值*病例数)/病例数)	5	CMI 值按医院等级划分, >平均值得5分,<平均值每少5%扣1分扣完为止	医保管理中心
	13. 费用消耗指数	所有病例实际住院费用与按病种分值结算费用的比值。	3	小于等于1得3分, 大于1小于1.2的, 得1分, 大于1.2的, 不得分	医保服务中心

考核项目	考核指标	考核内容	分值	评分标准	责任科室
病案质量	14. 病例数据校验通过率	病案区医保编码上传校验通过率=校验通过例数/上传总例数	4	通过率达100%, 得4分, 每降低1%扣1分, 扣完为止	医保服务中心
		首次上传校验通过率 (注: 首次上传校验通过例数/上传总例数)	4	通过率达95%, 得4分, 每降低5%扣1分, 扣完为止	医保服务中心
		合格病例两次以上(含两次)修改病例率 (注: 上传病例中合格病例无问题仍进行修改大于等于两次, 合格病例按照医保编码规则上传病例)	4	发现10例, 扣0.5分, 扣完为止	医保服务中心
		不合格病例多次上传未通过率 (注: 上传病例中不合格病例的修改次数大于两次仍未通过)	4	发现10份, 扣0.5分, 扣完为止	医保服务中心
	15. 诊断操作信息填写准确度	通过病例抽查发现上传病例的诊断, 操作信息填写准确情况。	8	发现不准确1份, 扣0.2分, 扣完为止(含日常稽核发现病例)	基金监管科 医保管理中心
16. 出院患者信息上报及时性	出院后15个工作日内上传信息病例占比=出院后15个工作日内上传病例数/应上传总病例数	6	占比达到100%的, 得6分, 每下降10%扣1分	医保服务中心	
医疗行为	17. 分解住院及出院15日再住院率	出院15天内再住院率与上年度相比增加10%以上。 (出院15天内再住院率=出院患者15天内再住院人数/出院患者总数*100%)	5	分解住院查实一例扣1分, 扣完为止; 出院15天内再住院率与上年度相比每增加1%, 扣0.5分	医保管理中心
	18. 药品、医用耗材外购情况	医疗机构应加强药品、诊疗和耗材管理, 参保人员在住院期间发生的经医疗机构确认的外配处方, 其费用应计入参保人员当次住院总费用, 实行一票结算。	5	未纳入当次住院费用并一票结算的, 查实一例扣1分, 扣完为止(含日常稽核发现病例)	基金监管科 医保管理中心 医保服务中心
	19. 低标准入院	降低入院标准, 如住院体检等。	5	查实一例扣1分, 扣完为止(含日常稽核发现病例)	医保管理中心

摘自:《安庆市2021年度基本医疗保险DIP绩效考核办法》

2022年9月,江苏省医保局印发《定点医疗机构DRG/DIP支付方式改革绩效评价办法》,基于DRG/DIP支付特点、医院绩效考核实际等,设置了“覆盖DRG病组数(DIP病种数)、结算清单完整率与准确率、医保基金覆盖率、负面清单”等22项指标,进一步完善了医保绩效评价体系。其中,负面清单指标主要根据评价专家病案抽检、日常稽核、基金监管及信访统计,给予相应扣分,由此打击医保违法违规行。

[返回目录](#)

协同视角下，医院如何做好院内医保基金监管？

来源：DRG 变量

我国已建成世界上规模最大的全民医疗保障网，医保基金为有效缓解患者的经济压力及防范因病致贫提供了有力的经济支撑。包含公立医院在内的定点医疗机构服务了大量医保患者，是医保基金的主要拨付对象。据统计，近年来医保基金收入占公立医院医疗收入的比重达 60%左右。但是，医院的医保基金管理普遍存在以下问题。一是医保基金监管体系不健全，内部监管手段单一。二是医保基金监管一般由医保办负责，但医保办往往人单力薄，责权不对等。三是医院对医保违规行为责任的追究缺乏刚性，力度不够、缺乏威慑力，使得不合理收费、不规范诊疗行为时有发生。

医院加强医保基金监管，不仅是顺应医保基金监管法治化的时代要求，也是推进公立医院高质量发展的内在要求。本文以湖南省某三甲医院(以下简称 H 医院)为例，分析医院医保基金监管存在的问题、对策及成效，为进一步加强院内医保基金监管提供参考。

存在的问题

1. 医保医疗费用管理制度不健全

医院缺乏完善的医保医疗费用监督管理体制及考核奖惩制度，未明确各职能部门在医疗收费与物价管理上的工作职责。如医保物价办、医务部、护理部等不同科室对医疗收费价格和医保支付政策的变化未能及时互通，缺乏定期督导与考核奖惩机制，导致临床医务人员

无章可循或有章不循。

2. 医务人员对医保政策认知不足

医保监管部门近年来大力开展医保基金专项检查，暴露出医院存在重复收费、分解项目收费、套用项目收费等违法违规问题。究其原因，主要是医务人员对物价政策掌握不准确、规章制度执行不严格、管理不到位。如临床医护人员对物价政策理解不透彻、掌握不全面，超范围多记或重复记账；对项目收费内涵理解不准确，导致收费执行与收费标准存在偏差；将收费政策和当地医保支付政策混淆，把医保支付政策当收费政策来执行；物价政策相对滞后，因新项目审批周期长且不易通过或未及时申报价格，自设项目收费、套用项目收费等。

3. 监管信息系统不完善

实时、有效地监管医疗收费行为离不开医院的信息化支撑。随着医保支付方式改革的不断深化，对医院信息系统(HIS)提出了新要求，医院的信息监管系统需不断升级改造。目前，很多医院的信息系统仅能满足基本的临床需求，无法向临床医师、技师或药剂师主动发送医保物价违规预警，实现对医疗收费行为的实时监控，也无法对重复收费项目进行及时识别与预警。这不仅给医疗收费及医保监管带来困难，也增加了医务人员检查审核医嘱的工作量。

4. 医院对医务人员培训、指导与督查力度不够

近年来，我国不断完善医保物价政策，陆续出台《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)《医疗保障基金

使用《医疗机构管理条例》（中华人民共和国国务院令第 735 号）等政策法规，要求定点医院及其工作人员按诊疗规范提供合理、必要的医药服务，并向参保人员如实出具费用单据，不得违反诊疗规范。因此，医院应当对临床医务人员进行及时有效的培训、指导与督查。

但是，各医院重视程度不一，普遍存在未定期召开医保物价管理例会、对医保物价政策解读与宣传力度不够、未指导临床物价员及时掌握收费要点等问题。另外，多数医院的培训与指导未深入临床一线，往往只达到科室管理者层面，经过层层传达后政策信息衰减或不全，从而造成实施偏差。

主要策略

1. 按照医保政策要求排查医院管理漏洞

根据医保基金专项治理要求及省级医疗服务价格政策标准，H 医院全面梳理各临床医技科室现存的医疗收费问题，停止使用违规医嘱套餐。同时，按照“统一分类、统一编码、统一维护、统一发布、统一管理”的要求完成医保编码贯标工作，推进医院编码动态维护和深化应用，信息标准化在医保管理中起到支撑和引领作用。

2. 健全完善医保基金管理体制机制

2.1 完善院内监管体系。H 医院成立医保物价管理委员会，制定医院医疗收费管理办法、医保物价管理制度和医保基金监管制度。建立多部门联动协同管理，医保物价联合医务、护理、信息、财务、纪检监察、绩效管理等部门，建立完整的医保物价管理工作组织架构，

保证管理督查者与医务人员明确岗位职责及工作内容。同时，加强医保部门与临床科室等业务部门的协同，完善病历记录，落实收费复核。此外，引入物流管理系统，对药品、医用耗材等进行严格的追溯与监管，规范药品及医用耗材收费。在HIS嵌入智能审核规则，规范事中诊疗与收费行为。

2.2 出台监管实施细则。H医院各部门通过自查自纠、现场访谈等方式总结分析历年医保检查发现的违规问题，以省级医保政策为标准，结合医院专家意见集中讨论，出台监管方案。一是与行风纪检联合督查，对每月费用排名前十位的患者病历进行查阅，及时通报发现的医疗收费违规问题。二是对于每月省市医保大数据分析发现的违规问题，及时组织相关科室申诉，对违规问题立行整改并落实绩效考核。三是每月定期开展处方点评，对门诊违规处方进行重点分析。四是对实名举报或投诉的医疗收费违规问题，采用大数据比对、处方点评、面对面约谈等方式进行全面分析。在构建标准化医保基金监管模式的基础上，明确医疗服务项目价格及药品价格，保证医保政策与物价管理政策全面落实。

2.3 开展定期督导检查。根据医保医疗费用监督管理办法和物价管理制度，H医院在医保物价管理委员会统一组织下，每月由多部门联合对各临床医技科室的医疗收费行为开展定期督查。对于发现的不合理收费项目、超医保限定用药等情况，及时与相应科室反馈核实并提出整改建议，进行总结分析与再学习，避免不同科室重复出现相同

问题，形成基金监管长效机制。

2.4 明确考核奖惩办法。根据医疗收费管理办法明确奖惩考核方法，H 医院对医疗服务行为和医疗费用规范的科室及个人进行奖励，对出现违规行为的科室和个人给予相应处罚。同时，借助医疗质量绩效考核的经济杠杆作用，对医疗组、处方医生、护理单元执行严格的奖惩制度。奖励主动参与医疗质量管理的医务人员，加强医疗收费工作与医疗服务质量的捆绑与对接。

3. 升级医保基金监管系统

H 医院加强医保基金监管信息系统建设，结合相关技术规范、价格政策、主要违规问题，设计建立医疗收费监管规则库。统计分析收费执行过程信息，如医院是否多计、漏计、重复计费，当出现错记、重复计费时，系统实时提示。以信息系统打通医嘱开具、执行、报告提示、费用确认、结算等各环节，实现事前提醒、事中控制、事后反馈全流程管控。推进基于电子病历、电子发票的医疗费用智能审核，提高医嘱、费用确认的信息化与规范化管理水平，促进规范收费。同时，运用信息链理论对医保政策信息、医保督查发现的问题进行收集、分析、提取、评价，转化成为有意义的数 据，形成“医疗收费监管防火墙”。

4. 全面开展医保政策宣传培训

结合历年医保飞行检查及医院自纠自查发现的医保物价违规问题，H 医院采取线上与线下、政策与案例相结合的方式开展覆盖全院

的针对性培训。围绕“严格规范行为，合理管理费用”，H医院开展多种形式的宣教，包括科室巡讲、医保早查房、医保点评会、医保法律法规专题会等形式，加强政策法律解读和典型案例警示。通过医院官网与微信公众号挂号平台宣传视频、医院宣传栏与宣教手册、院前准备中心短信息提醒、医院与科室健康大讲堂等加强对参保患者的政策宣传，增强患者守法意识。

初步成效

1. 加强医院与医保部门沟通，保障基金安全有效使用

H医院通过构建医保基金规范化标准化协同监管模式，明确了各职能部门在监管中的角色定位，有效规范了临床医疗服务行为，进一步提升医保基金使用效率。医院定期邀请有飞行检查经验的人员来院授课，深入分析讲解医保基金监管政策、飞行检查发现的重点问题。

鉴于医院的收费项目繁杂，在对医保或价格政策把握不准的情况下，H医院积极与医保监管部门沟通，准确解读政策。对于进入临床应用却没有收费标准的医疗新技术、新项目，及时向医保部门反馈，积极申报新增项目。

2. 建立多方协调机制，提升医保管理水平和绩效

医保基金规范化标准化监管模式的开展加强了多部门协同。H医院的医保物价管理委员会参照飞行检查模式，常态化开展医保基金合理使用自查自纠工作。针对出院收费核查率不达标、常规收费核查及专项检查中执行情况排名靠后的科室，确认违规问题及责任，每月进

行通报并扣分;对违规问题严重、频出差错的科室,实行问责处罚。

该监管模式实施三年来,H医院的医保基金监管水平不断提升,临床医护人员防范和规避医保违规行为的意识逐步增强,医保违规行为和违规扣款逐年下降。2019年—2021年,H医院的医保物价政策知晓率逐年提高,从2019年的71.4%提高到2021年的93.5%。同时,医保查处的违规问题数量下降66.7%,医保违规扣款金额下降71.3%(见表1)。

表1 H医院医保基金监管实效

项目	2019年	2020年	2021年
医保物价政策知晓率(%)	71.4	84.6	93.5
医保查处的违规问题(个)	33	17	11
医保违规扣款金额(万)	1500	960	430

3. 由被动管理转向源头治理,减少了违规行为发生

医保基金规范化标准化监管模式的建立,将医保基金监管与信息系統运行相结合,实现全流程监管。医院对HIS系统收费库进行优化完善,包括医疗服务项目、可收费耗材项目及组套项目等,重新核对在院实际应用的收费项目,重新对照医保统筹报销比例,确保收费的规范性和准确性。通过对临床科室收费组套及项目明细调查分析,将组套中不规范检查、诊疗、耗材项目进行清理,避免错收误收。

对比该监管模式实施前后H医院的问题清单数据,超标准收费、超频次收费、分解项目收费等违规行为降幅分别为87.5%、95.8%、97.3%(见表2),监管成效明显。

表2 H医院基金监管模式建立前后部分问题清单数据统计

项目类别	建立前(条)	建立后(条)	降幅(%)
重复收费	320	54	83.1
超标准收费	32	4	87.5
超频次收费	3680	154	95.8
分解项目收费	2840	76	97.3

小结

医保基金作为老百姓的“救命钱”，关系到医保制度可持续运行，更关系到整个社会的和谐稳定。大量医疗机构违法获取医保基金被查处、曝光，表明国家对于违法使用医保基金行为实行“零容忍”的态度和决心。

医院创新医保基金监管机制，构建规范化标准化监管模式，对加强医保医疗费用有效监管具有十分重要的意义。下一步，医院的医保管理工作应由应急型、功能型逐步向服务型、智能型转变，推进医保基金监管逐步走向系统化、规范化、标准化。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

4 举措优化“双通道”药品管理，让患者用药更有保

来源：国家医疗保障研究院

国家医保局成立以来，建立了医保药品目录动态调整机制，4年累计将250个新药好药通过谈判准入的方式纳入了国家医保药品目录，提升了患者用药保障水平，增强了群众的幸福感与获得感。

但是，受制于各种因素，谈判药品“进得了医保，却进不了医院”的现象依然存在，谈判药品可及性和可负担性还有较大的提升空间。为推动国家谈判药品落地实施，保障参保人员合理用药需求，2021年，国家医保局会同国家卫生健康委出台《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》，通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足公众对谈判药品的合理使用需求，提升谈判药品的供应保障水平。本文通过梳理各省、自治区、直辖市以及新疆生产建设兵团的“双通道”政策实施情况，分析“双通道”实施成效和存在问题，并提出完善政策的建议。

“双通道”管理成效

自“双通道”政策发布以来，各地医保部门积极探索本地化的“双通道”政策，参保人对谈判药品的可及性与可选择性大大增强。根据某省2022年1月—6月份数据显示，该省1月—6月共使用264种“双通道”药品，累计报销147.93万人次，其中，定点医疗机构144.65万人次，“双通道”定点零售药店3.28万人次。

1、谈判药品覆盖扩面

覆盖省份多。从药品覆盖省份数量来看，覆盖30个及以上省份的药品数为32个，覆盖20个及以上省份的药品数为101个。从药品数量看，15个省份“双通道”药品数量在200个以上。北京、河北等14个省份覆盖药品数量最多，为275个“双通道”药品。平均每

个省纳入“双通道”管理药品数量为 199.3 个，占有谈判药品的 72.5%。

覆盖“双通道”零售药店逐步增多。根据《关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》文件要求，绝大多数省份均实现了每个地级市(州、盟)至少有 1 家符合条件的“双通道”零售药店。同时，为了提高“双通道”药品的供应保障能力，更好地满足参保人用药需求，各地大力支持“双通道”零售药店建设，“双通道”零售药店数量逐步增多。如，目前广东省“双通道”零售药店达 1418 家，山东省 438 家，云南省 569 家。

2、群众获得感增强

药品可及性增强。各省发布的“双通道”药品名单中，包含 66 个抗肿瘤药品、21 个罕见病药品、33 个儿童用药和 51 个创新药。说明地方医保部门在制定“双通道”药品名单时突出了临床需要，对临床价值高、患者急需、替代性不高的品种及时纳入了“双通道”管理，提升了参保人对药品的可及性。另一方面，考虑到患者用药连续性和可负担性，北京、天津等 17 个省份还将常规目录中费用较高的药品纳入“双通道”管理，药品数量从 3 个到 38 个不等。通过将重点领域的谈判药品和常规目录中的高值药品及时纳入“双通道”管理，在一定程度上提升了参保人对部分药品的可及性，满足了临床对部分药品的需求。

待遇保障措施多样。考虑到参保人对药品的可负担性，为了确保

参保人能“用得起、用得上”谈判药品，各地积极探索单独的药品支付保障机制，对于使用周期长、疗程费用较高的谈判药品施行单独支付政策。北京、天津等 15 个省份以省为单位制定了统一的单独支付药品名单，并通过规定个人先行自付比例、起付标准、封顶线、支付标准，全方位提高参保人的待遇水平(见表 1)。除了设置单独支付药品名单外，各地还积极探索将部分“双通道”药品纳入门诊慢性病或门诊特殊病保障范围，根据本地医保基金承受能力设置其支付政策。

表1 部分省份单独支付政策

序号	省份		单独支付政策
1	宁夏	个人先行自付比例	门诊使用谈判药品个人先行自付比例为10%
2	江西		“双通道A类药品”不设置个人先行自付比例
3	江苏	起付标准	不设置起付标准
4	北京	封顶线	不设置支付限额
5	天津		30个谈判药门诊用药最高支付限额按该药品说明书年度最高药品费用确定
6	四川	支付标准	职工医保和居民医保实际支付比例分别达到70%和60%及以上

3、“双通道”管理机制逐步完善

定点医疗机构。作为药品的主要使用端和供应端，各省市出台的“双通道”文件中均对医疗机构的管理提出了相关要求，强调医疗机构是谈判药品临床合理使用的第一责任人。同时，部分省市对新版医保目录印发后召开药事委员会的时间作了细化规定，如河北、山西、江苏要求新版医保药品目录正式公布后 1 个月内及时召开药事委员会。

定点零售药店。定点零售药店作为“双通道”药品的供应端之一，

对谈判药品的落地有着重要影响。从地方发布的相关文件来看，各地主要从“双通道”零售药店遴选程序、零售药店数量和分布、信息化建设等方面对“双通道”定点零售药店作出了相关要求。同时加强对“双通道”定点零售药店的监督管理，各省份均对“双通道”药品实行“三定管理(定责任医师、定医疗机构、定零售药店)”或者“五定管理(定认定机构、定治疗机构、定责任医师、实名制管理、定供药机构)”，确保用药安全以及患者在诊断、治疗、处方、购药、结算环节均能方便快捷地找到相应的机构和医生，提升精准服务。

“双通道”管理机制存在的问题

“双通道”管理机制实施以来，有效解决了谈判药品的配备与使用问题，一定程度上缓解了参保人的合理用药需求，并通过待遇政策的设置，提升了参保人的待遇保障水平。但是，目前“双通道”管理机制依然存在着一一些亟须解决的问题，如药品遴选标准模糊、供应保障水平待提升、信息平台待优化、政策衔接不够流畅等问题一定程度上妨碍了“双通道”药品的合理使用。

1、“双通道”药品遴选标准待细化

在药品遴选过程中需要有规范一致、明确可行的标准，以确保在众多药品中选出符合标准的优质药品，否则药品遴选将无法准确把握“度”。但是，绝大多数省份在出台的文件中对“双通道”药品的遴选标准、程序仅作了原则性规定，如考虑患者合理用药需求、药品临床价值和医疗保障待遇政策等，缺乏明确的“双通道”药品遴选标准。

2、供应保障能力待加强

部分国谈药品供应商实行独家经营模式，每个市只与一家“双通道”零售药店签订供货协议，不向其他“双通道”零售药店供货，药店面临无药可售的尴尬局面，影响了参保患者购药的便捷性。

3、信息平台待优化

信息系统平台是“双通道”药品顺利流转的关键环节，当前信息系统平台建设依旧存在一些问题，对“双通道”药品的顺利使用产生一定负面影响。主要包括以下几方面：一是系统功能模块尚不健全，全国统一医保信息系统中尚无谈判药“双通道”定点零售药店联网结算功能模块，不能实现谈判药在医疗机构端直接联网备案和定点零售药店端联网结算功能；二是处方流转平台尚未建立，“双通道”药品的处方流转是实现“双通道”药品使用和医保支付的重要环节，部分省份处方流转中心正在建设中，就医购药、医保基金支付等环节全流程管理尚未真正实现；三是异地就医直接结算无法实现，谈判药品所对应的疾病多为疑难病症，存在较多的转外就医的病例，患者在统筹地区以外“双通道”药店购买的谈判药品无法通过异地就医系统直接结算。

4、政策衔接待完善

作为政策落地方，医疗机构需要承受多种政策的叠加影响，一旦政策间存在冲突，将会导致医疗机构在诊治过程中顾此失彼，顾虑重重。在国家三级公立医院绩效考核过程中，虽然国家和省文件都规定

谈判药品配备不占用药占比，但“门诊次均费用增幅”“门诊次均药品费用增幅”“住院次均费用增幅”“住院次均药品费用增幅”等仍是国家三级公立医院绩效考核指标，相关数据由国家相关部门直接抓取。医疗机构考虑到本院的“国考”成绩，对费用较高的谈判药品、罕见病用药等的配备使用存在顾虑，影响了公立医院配备费用较高谈判药的积极性。除了国家三级公立医院绩效考核指标与“双通道”机制衔接不顺畅之外，国谈药品落地对 DRG/DIP 付费也提出了更高要求。DRG/DIP 权重、分值的测定是以历史数据为依据，谈判药品属新增药品，使用谈判药品将导致病组(种)费用升高，如何调整该病组(种)的权重、分值以及医疗机构年度医保总额预算是一个很有挑战的课题。

完善“双通道”管理机制的建议

1、细化“双通道”药品遴选标准

《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》中指出，对于临床价值高、患者急需、替代性不高的品种，要及时纳入“双通道”管理。各地应在国家文件的要求下，结合本地疾病特点、人口规模、基金运行情况等制定本地的“双通道”药品遴选标准。在实际操作过程中，可以根据谈判药品临床价值划分，优先考虑填补治疗空白、增加治疗序贯、改善疗效的药品。并从参保人角度和药品市场环境的角度出发，对于医药市场急需、显著增加患者受益、难以被其他药品替代的药品，优先考虑纳入“双通道”管理。

2、持续压实主体责任

强化医疗机构在谈判药品配备使用中的责任，要根据临床用药需求，明确药事会召开时间、频次，实现“应配尽配”，不能因为“双通道”管理机制弱化医疗机构配备谈判药品的主体责任，始终坚持医疗机构是谈判药品临床合理使用的第一责任人。加强对医疗机构的监督管理，禁止医疗机构以“国谈药品纳入‘双通道’，药店渠道能够解决参保患者用药需求”为由，将国谈药品从医院常规采购目录中剔除。防止“双通道”变成药店购药“单通道”现象的产生。同时，继续完善医疗机构配备谈判药品相关政策，如医疗机构药品使用考核指标体系构建、药品配备品规限制、医院药事会制度等，将谈判药品配备使用情况纳入公立医院绩效考核指标，提升医疗机构配备谈判药品的积极性。

3、加速推进信息化建设

处方流转是“双通道”管理机制的核心内容，连通医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店。为了确保患者能够顺利、安全、方便地使用“双通道”药品，需要建立统一的处方流转平台，同时会同相关部门明确处方流转规则。制定统一的“双通道”结算模块，实现药店销售系统、医院HIS系统与医保结算系统数据实时交换并直接结算。加强定点医疗机构院内处方审核系统和“双通道”药品使用监测系统的建设。完善异地就医结算系统以及相关政策，加速实现“双通道”药品异地购药直接结算。

4、加强政策协同

有关部门之间应加强政策合力，合理、顺畅的政策能够极大减少由于政策冲突而产生的不合理医疗行为，产生 $1+1>2$ 的政策效果。在实际管理过程中，常规目录中的高值药品同样存在“进院难”问题，应加强谈判药品与常规目录高值药品管理协同。各地可以结合本地患者人群情况和疾病特点，积极探索将相关药品纳入“双通道”管理，并根据本地医保基金运行情况制定适宜的待遇保障政策。同时，应加强“双通道”管理与支付方式改革协同。根据谈判药品的替代/使用情况制定规则，调整 DRG/DIP 权重、分值以及医保总额预算，做好与 DRG/DIP 支付方式改革的衔接。此外，还需要加强与异地就医政策协同。门诊慢性病、特殊病保障范围和保障水平各异，信息系统建设滞后，异地就医使用“双通道”药品后需参保地手工报销。在这种情况下，需要加快推进将“双通道”谈判药品纳入异地就医直接结算范围。

结论

国家发布“双通道”管理方案以来，全国各地积极探索“双通道”管理机制建设，既体现了国家整体要求，也有适应本地实际情况的相关措施。“双通道”管理机制在一定程度上缓解了谈判药品“落地难”问题的同时，提升了参保人待遇保障水平。但是，“双通道”管理机制取得显著成效的同时，也需要正视其目前存在的问题，需要在药品遴选标准、压实医疗机构主体责任、信息化建设、政策协同等方面逐步完善“双通道”管理机制，达到更好保障人民群众用药需求、减轻

医药费用负担的目标。

[返回目录](#)

新版药品目录实施，将用药决策权真正还给临床医生

来源：中国医疗保险

新版国家医保药品目录自3月起在全国各地落地实施。各地参保群众在看病购药的时候，将享受新版目录的药品报销范围和价格。

在报销范围方面，新版目录不仅在药品品种数上有所增加，达到了2967种，和此前相比共新增111个药品；与此同时，在具体药品的支付范围上也发生了比较明显的变化。这一变化虽然没有品种数量增加更容易带来直观的理解，但医生和患者在开具、使用相关药品的时候就会有切身感受。

医保药品目录，正在逐步将用药决策权真正还给临床医生。

医保药品目录为什么会有“限定支付范围”？

医保药品支付范围其实并不是国家医保局成立以后才有的新概念。事实上，早在2004年，原劳动部印发《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》，就开始限定医保药品支付范围，并沿用至今。

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022年)》(以下简称国家医保药品目录)由凡例、西药部分、中成药部分、协议期内谈判药品(含竞价药品)部分、中药饮片部分5部分组成。“限定支付范围”在《凡例》中有明确解释，是指“符合规定情况下参保人员发生的药品费用，可按规定由基本医疗保险或生育保险基金支付。

工伤保险支付药品费用时不受限定支付范围限制。经办机构在支付费用前，应核查相关证据。”具体来说，主要包括以下几种情况：

一是标注了适应症的药品，是指参保人员出现适应症限定范围情况并有相应的临床体征及症状、实验室和辅助检查证据以及相应的临床诊断依据，使用该药品所发生的费用可按规定支付。

二是标注了二线用药的药品，支付时应有使用一线药品无效或不能耐受的证据。

三是标为“限工伤保险”的药品，是仅限于工伤保险基金支付的药品，不属于基本医疗保险、生育保险基金支付范围。

四是“限生育保险”的药品，是生育保险基金可以支付的药品，城乡居民参保人员发生的与生育有关的费用时也可支付。

在实践中，上述四类限定中第三类和第四类通常很少存在争议，争议较大、容易对医生和患者临床用药产生影响的主要为前两类限定，也是近两年国家医保药品目录调整对支付限定调整最大的部分。部分人会把它理解为医保对临床用药权的干涉，从而质疑甚至反对这些限定。而实际上，“支付限定”是医保基金在特定历史条件下对维护基金安全、防止药品滥用所采取的一种策略，包括适应症限定的各类限定，都只是用于医保基金支付的一种规定，并不是临床用药的规定，医生在下处方时仍然要依据患者病情和药品说明书合理用药。

为什么现在可以逐步放开支付限定？怎么放开？

虽然医保药品限定支付范围对维护基金安全、防止药品滥用发挥

了积极作用，但确实也有一些限定支付范围限制了医生临床合理用药或不易操作。并且，随着医保制度改革不断向纵深推进，包括这一问题在内的一些医保深层次问题也在渐次显现。近年来，越来越多的医务人员和患者反映，医保药品支付范围限定逐渐成为影响临床合理用药的因素。

“民有所呼，政有所应”。面对这种情况，国家医保局以解决人民群众“急难愁盼”问题为己任，在着手建立国家医保药品目录动态调整机制的同时，也将着手解决限定支付范围问题提上了日程。与此同时，深化医保制度改革的不断推进，让医保基金使用有了更多科学、有效的管理手段，也为放开限定支付范围提供了充分的基础。国家医保局表示，通过近年来积极开展国家组织药品集中带量采购、药品目录准入谈判，全力推进 DRG、DIP 等支付方式改革，强化医保基金监管，着力提升医保信息化、智能化管理水平，全链条全系统发力，药品使用监督管理能力和水平显著提高，在说明书之外再对药品支付范围进行限定的必要性已大幅降低。

不过，支付限定调整复杂敏感，涉及基金安全、患者受益和企业利益，需要稳妥有序开展。从 2021 年开始，国家医保局对于限定支付的调整开始落实到实践中。

一方面，对于 2021 年国家医保药品目录调整中谈判成功的 94 个药品，支付范围已全部与说明书一致；另一方面，决定开展医保支付标准试点，根据企业自愿申请，将纳入试点范围的药品支付范围同步

恢复至药品说明书。2022 年的目录调整则在此基础上进一步优化限定支付范围：对于新准入和续约的品种，医保支付范围根据企业申报情况确定，原则上与说明书保持一致，据统计，2022 年调整新增谈判及竞价准入的 108 个药品中，绝大多数药品的医保支付范围与说明书保持一致，仅 8 个品种支付范围做出一定调整；对于目录原有品种，主要调整放宽了国家集中带量采购中选药品、国家基本药物以及说明书适应症发生变化药品的医保支付范围；此外，对个别原支付范围表述不合理的药品做了修订。

对于医保支付范围下一步的调整方向，国家医保局曾表示，下一步，将根据临床用药情况和医保基金支付能力，逐步调整完善目录内药品的医保支付范围。

放权不等于滥用，医生合理用药“任重而道远”

“将用药选择权、决策权真正还给临床医生。”调整限定支付范围，符合医生临床用药需求和医药产业发展需要，符合我国深化医保制度改革的大方向，更加符合广大参保人的利益。这不仅是国家医保局优化医保目录管理所迈出的重要一步；也是为更好地维护患者用药公平、改善医患关系、方便临床合理施治所作出的一项有意义的调整。

但也正因为如此，医生在真实的临床场景中所扮演的角色就变得更加重要。不管是从确保合理用药的角度，还是从提高医保基金使用效率的角度，都需要医生在卫生、药品监管、医保等多方面的政策和法规的框架内，给予患者最合理的处方，真正把权力用好，这也是推

进“三医”协同发展与治理所应该遵循的方向。

[返回目录](#)

· 中医药动态 ·

“中医药+高科技”开辟国际惠民路

来源：中国中医药报

高楼林立，车水马龙，高科技产业聚焦……这是广东深圳的标识，而这样一座快节奏的现代化都市却与传统中医药结下了不解之缘。近日，坐落于深圳市光明区的光明国际中医药港正式运营，这一集产、学、研、用、商、储备为一体的中医药综合性平台，将成为带动广东省中医药传承创新发展，促进人才、资本、知识、技术等要素跨境流动和区域融通的重要引擎。

“发展中医药，人民有需求，我们有实力。”光明国际中医药港设计者李健男说，深圳迫切需要完备的中医药服务与完善的中医药产业，光明区新兴产业聚集，正适合成为中医药发展的基石。

“中医药+高科技”跨界融合激发创新活力

光明国际中医药港位于光明区科技城中，规划总建筑面积3.1万平方米，包括深圳市中药饮片代煎代配中心、粤港医疗机构中药院内制剂中心、深圳市中药材储备基地、深圳光照中西医协同医院、中药材跨境流通与信息化创新海关监管区域，以及俄罗斯、日本、泰国、加拿大、巴基斯坦、塞尔维亚等国际中试车间等。

古色古香的中医药牵手充满现代感的高科技，不矛盾、不违和吗？深圳市光明区卫生健康局副局长魏莉莎常常被如此问及。在她看来，深圳是一个年轻化、快节奏的现代都市，其中医药事业产业发展也必须符合高效、高科技含量的特点，才能满足人民群众的实际需求。

传统中医看病配药，一医一桌一患者，一杆称称药配方，一个老砂锅咕嘟咕嘟煮出醇厚药汁……但在光明国际中医药港，见不到这种传统模式，取而代之的是广东省第一个蒸汽动力全自动化智能系统。选药配方完全靠自动调剂设备完成，智能煎药机按预设程序煎完药后，机械臂会自动取药。10组形似吊车的自动机械臂在煎药车间里忙忙碌碌，将煎煮完的中药送至自动设备封袋贴标，电子眼自动生成可追溯的记录，随后通过便捷物流系统直接送到患者手中，能满足每天处理5000~6000个处方需求。在6000平方米的智能无人仓储库中，潜伏式智能AGV机器人抬着中药货架移动，梳理着902个货架上的2706个中药仓位。

“一方面是提高效率、节省人力，另一方面也能保证中药汤剂的质量。”深圳市中药饮片代煎代配中心负责人卢亿齐坦言，经验丰富的老药工慢火熬中药固然好，但产量太低跟不上需求，如何在扩大产量的基础上保证中药质量？这就需要数字技术赋能，以强大的技术支撑保障高效高质。

高效高质，是深圳这座城市的底色，也是这里对中医药服务提出的要求。

仅 3000 平方米的空间，却高度集合了中药提取浓缩、丸、胶囊、片剂、颗粒、散剂、茶剂、合剂、洗剂和水凝胶膏剂等全剂型 10 条生产线……这是光明国际中医药港粤港医疗机构中药院内制剂中心的高端配制，该中心总工程师刘华将该中心定义为具有一定生产能力的综合性实验平台。能研究、能供给，还必须保质保量，如此特殊的要求一般制药设备满足不了，刘华跑遍了设备市场后下决心创新设计、专门订制。于是，严格按照 GMP 设计要求、兼容多条生产线、满足多种剂型的全自动化生产系统应运而生，可实现生产过程的全程监控和追溯，单班年处理中药饮片量达 300 余吨，将高质高效体现得淋漓尽致。

“中医药是主体，高科技是工具、手段。”广东省重点实验室主任、光明国际中医药港黄龙滴丸中试车间负责人马俊始终强调高科技是为发展中医药服务的。他带领团队研究的黄龙滴丸源自《肘后备急方》中黄龙汤，又与现代医学粪菌移植治疗理念不谋而合，开发黄龙滴丸就是以高科技为手段最大限度地传承古方精华。马俊带领团队通过一步步技术攻关，突破“卡脖子”高端制备技术，得到了一粒粒气味清香如同晶莹红豆的黄龙滴丸，并可达到过胃溶解外层、过小肠溶解中层、到达大肠时释放并定殖菌群精准靶向治疗效果。“疗效好而且更方便，更合适这个快节奏的社会。”马俊说。

光明国际中医药港要行稳致远，离不开与现代科学的深度融合。今年 2 月，人工智能与数字经济广东省实验室(深圳)成为光明国际中

药港的签约支持单位。该实验室执行主任、加拿大工程研究院院士于非谈到，人工智能与中医诊疗经验都需要基于数据统计，二者可优势互补、互利共赢。他相信有了尖端数字技术的助力，会生产出更多老百姓喜闻乐见的中医药产品。

紧抓先行先试机遇中医药发展打通“任督二脉”

建设光明国际中医药港是政府下的一盘大棋。早在2020年2月，《深圳市促进中医药传承创新发展实施方案(2020-2025年)》就提出，支持光明区创建光明国际中医药港，同年7月召开的广东省中医药大会也强调了其作为中医药产业基地的重要意义。2021年6月，《深圳市国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》提到，深化国家中医药综合改革试验区建设，打造国际中医药港；同年12月，《深圳市建设粤港澳大湾区中医药高地实施方案(2021-2025年)》《深圳市中医药综合改革试验区建设方案(2021-2025年)》明确光明国际中医药港建设的15项重点工作。2022年，《广东省建设国家中医药综合改革示范区实施方案》更是专门提出其引擎价值。

“政府搭台，科学家和企业家唱戏，这是一种全新的机制。”李健男谈到，近4年的时间，光明国际中医药港就基本建设完备，如此高效率离不开高位推动、上下联动的创新机制，其最大限度地拓展了国际视野、释放了中医药活力。

作为中国特色社会主义先行示范区、国家中医药综合改革示范试

验区、粤港澳大湾区重要城市，深圳有“先行先试”优势，这为中医药发展提供了得天独厚的机遇。目前，光明国际中医药港已经取得了“四个先行先试和一个突破”的优异战绩，即先行先试中医药进出口政策，简化审批程序，先行先试建立港澳台中医师和其他国家传统医师在深圳执业政策，先行先试中成药及中药材跨境电商服务机制，先行先试中医药跨境流通和认证机制，突破中医药经典名方及验方的审批、开发、生产及标准化等政策。

“各地互通互认的关键是建立统一标准，这不仅是政策问题，更是学术问题。”深圳市中医药传承发展研究院院长刘克新提到，当下的目标是多方共同实现粤港医疗机构之间院内制剂的调剂使用，探索与日本、俄罗斯、泰国、巴基斯坦等国家的传统药专家交流和制定标准，推进传统药产品互认互通，这需要各领域人才共同攻关才能打通中医药发展的“任督二脉”。目前，除了于非这样的科学家，还有日本爱知医科大学教授、天然药用植物创新药研发专家梅泽一夫，加拿大中医眼科专家于卫东，南部战区总医院中药制剂专家团队，以及来自香港大学、香港浸会大学的中医、中药研究生正在逐渐加入光明国际中医药港，人才“外引+内培”将为其发展带来活水源泉。

以惠民为核心从粤港澳大湾区走向国际舞台

“视网膜色素变性等疑难眼病是世界医学难题，世界各地有很多患者深受其苦。”加拿大中医眼科专家于卫东旅居海外30余年，见识了世界各地的疑难眼病，他今年专程回国加入光明国际中医药港深

圳光照中西医协同医院，既是用多年临床所得服务国内群众，也是运用丰富的海外行医经验助力构建适宜的中医药服务对外路径。

“为人民服务是最重要的核心。”魏莉莎始终强调光明国际中医药港的惠民使命——既是为深圳乃至广东当地的人民服务，更是为粤港澳大湾区乃至世界人民服务，长远目标是让全球更多人受益于中医药、领悟到中医药的独特价值。

“要踩准人民的需求点。”李健男介绍，集中研发的15种健康系列产品，覆盖了《“健康中国2030”规划纲要》提及的8大系统15种常见疾病，如新冠及其后遗症、高血压、冠心病、糖尿病、癌症、抑郁症及罕见病等，对于三子养亲汤、葛根汤、柴胡龙骨牡蛎汤、小青龙汤、麻杏石甘汤、天麻钩藤饮、乌梅丸等经典名方产品的开发，更是要求必须优于同类日本汉方药，为的是打响中医药产品的国际品牌。

虽任重而道远，却未来可期。光明国际中医药港未来的光明图景正在徐徐展开，传统而古老的中医药将在深圳这片高效率、高科技的土地上焕发出独特的时代光芒，为粤港澳大湾区以及世界各地人民的健康贡献力量。

记者手记

让高科技为中医药插上腾飞翅膀

随着科技日新月异地发展，人们的生产生活发生了翻天覆地的变化，“全自动”“智能化”充斥在我们生活的方方面面。在这样一个

时代，中医药要实现高质量发展，无疑要与现代科学深度融合以突破“卡脖子”难题，正如《中医药振兴发展重大工程实施方案》所强调的“充分利用现代科学成果和技术方法，巩固和发扬中医药特色优势，推进中医药现代化、产业化”，光明国际中医药港在发展中医药方面的有效探索正是对这一论述的生动实践。

中医药与现代科学深度融合，必须以坚持中医药内涵为前提。中医药虽古老却理念先进，粪菌移植治疗糖尿病、阿尔兹海默症、自闭症、肥胖症等方面属现代医学前沿，但其实早在东汉时的《肘后备急方》中，就有名方黄龙汤体现粪菌治病理念。光明国际中医药港着力开发的黄龙滴丸，并非另起炉灶的现代新药，而是在传承经典古方内涵基础上进行创新，使其起效更精准、服用更方便，更符合老百姓的实际需求。

坚持中医药内涵、汲取中医药精华，同时充分利用现代科学成果和技术方法，可使传统中医药焕发时代光芒，以高质高效的新形象更好地服务于人民群众。光明国际中医药港的蒸汽动力全自动化智能系统，选药、配药、煎煮、打包、配送全部自动完成，每天能高效处理5000~6000个中药处方，此为利用高科技将老药工的实践经验进行高效率复制，使中医药服务更契合于当下快节奏的社会环境。

目前，中医药振兴发展迎来天时、地利、人和的大好时机，深圳市立足国际视野，在新兴产业聚集的光明区大力建设中医药港，可谓以高科技之力促中医药高质量发展的典范。

注意，国家建设标准发布！3万多个基层中医馆要爆发？

来源：健康县域传媒

基层中医药的突破性发展，不再是解决有没有的问题，而是进一步解决能不能用、怎么用的问题。

这也是贯彻落实《“十四五”中医药发展规划》，深入实施《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》提出的根本目标。

3月13日，为了进一步规范社区卫生服务中心、乡镇卫生院中医馆服务内涵建设，提升基层中医药服务能力，国家中医药管理局印发《社区卫生服务中心乡镇卫生院中医馆服务能力提升建设标准(试行)》，分别从设置、人员配置及培训、医疗和康复、预防保健、文化建设、信息化建设和规章制度八个方面，制定了34条建设标准细则。



这一标准文件意味着基层中医药的发展将由此前的基建规模转向内涵这样的质量建设，这是一个更清晰更高要求的开端，但实际工

作中仍有较大难度落实。

业内专家指出，新版建设标准无论是诊室数量、使用面积，还是中医师配置都高出很多，这样的建设要求应引起主管部门的重视，但也不能完全一蹴而就，还是要有个逐步完善的过程。

人员配置新 6 条

“关键还是人的问题。”对照建设标准中关于人员配置及培训提出的六条，一位西南地区的基层医院院长直呼太难了。

“像我们这样的经济欠发达地区，院内只有少数年龄较大的中医在从事中医诊疗，更严重的是后继乏人，虽然每年约有 20 万的中医院校毕业生，但由于工作条件、薪酬待遇、晋升空间等多种现实因素，已经建得很好的中医馆、中医科也很难引进人、留住人，中医药人员比例严重失调。”

原山阳县卫健局副局长徐毓才表示，大力发展中医药服务是基层医院的优势，如今，基层医疗卫生机构发展中医科、建设中医馆的标准进一步提高了。13 年前(2010 年)，国家中医药管理局印发的《乡镇卫生院中医科基本标准》中就明确规定：中医科作为乡镇卫生院一级临床科室独立设置。无床型卫生院设立 1 个以上中医诊室；有床型卫生院和中心卫生院设立 1 个以上中医诊室和 1 个以上中医康复治疗室。每个中医诊室至少配备 2 名中医类别医师，每个中医康复治疗室至少配备 1 名中医类别医师。

现阶段的实际差距是很大的，有的卫生院按照要求开了中医馆，

但没有中医医师。有的中医师动不动就被要求下乡接种疫苗，或被要求去做基本公共卫生服务进村入户。

中医人员配置及培训六条内容：

1. 中医类别执业(助理)医师(含中医医术确有专长医师)占本机构执业(助理)医师总数的比例不低于 25%，且主执业机构在本机构的中医类别执业(助理)医师不少于 5 名。

2. 主执业机构在本机构的中级及以上职称中医类别执业医师或执业不低于 15 年的中医类别执业医师不少于 2 名。

3. 中药饮片调剂人员不少于 2 名，应为中药专业技术人员或经过县级及以上中医药主管部门组织的中医药知识与技能培训并考核合格的非中药专业人员。

4. 中药煎药室工作人员，应经过中药煎药相关知识和技能培训并考核合格。

5. 中医馆应每年选派至少 1 人赴上级医院进修学习或参加县级以上中医药师承项目，提高中医药人员的技术水平和服务能力。

6. 至少有 1 名上级医院高级职称中医类别执业医师到中医馆定期坐诊指导，每周不少于 1 次。

但也有例外，对于建设标准中提到的中医执业医师占比不低于 25%，中级职称不少于 2 人，饮片调剂人员不少于 2 人，进修不少于 1 人等要求。

四川省成都市青白江区清泉镇公立中心卫生院院长汪洪表示，

2018 年以前，我们的中医馆是比较薄弱的，一年的中医药销量在 14 万左右。2019 年开始，我们引进了一些中医医生，开展了一些中医适宜技术，现在我院的中医执业医师有 12 名，占比 25%，2022 年的中医诊疗人次超过了 5 万，占比超过了 55%，门诊中医的非药物治疗是 1599 人次，中医药的业务收入近 2000 万。

增加数量提高质量

中医馆的建设与发展需要政策支持，也需要加大财政投入力度。

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曾公开表示，目前我国的基层中医药事业发展仍存在管理体制不健全、专项投入不足、专业人才不多、区域发展不平衡等诸多制约因素。

官方统计数显示，2012-2022 年的十年间，中央财政持续投入支持了 3.67 万个中医馆建设，截至 2020 年底，全国有 85.38% 的社区卫生服务中心、80.14% 的乡镇卫生院设置中医馆。到 2022 年底，基本实现全部社区卫生服务中心和乡镇卫生院中医馆全覆盖。

中医馆、中药房设置八条内容：

1. 中医馆(含少数民族医馆，下同)独立设置，位置醒目，布局合理，体现中医药特色，并满足保护患者隐私、无障碍设计要求。中医馆使用面积不低于 300 平方米。

2. 中医诊室(含治未病室)3 个及以上，单个诊室使用面积不低于 10 平方米。

3. 设中医治疗室 2 个及以上，总使用面积不低于 40 平方米。
4. 中药房在中医馆内独立设置，使用面积不低于 40 平方米。
5. 中药饮片品种数不少于 300 种，少数民族医馆可适当降低要求。
6. 中药房中药饮片储存、调剂、煎煮等设备能够满足业务需求。
7. 设置煎药室提供煎药服务，使用面积不低于 10 平方米，分区合理；也可与上级中医医院或有合格资质的药品经营企业等进行合作，采用互联网、物联网等技术提供中药饮片配送、代煎、代送等服务。
8. 鼓励依据患者需求，提供丸、散、膏、丹、胶囊等个性化用药服务。

“除了业务用房面积有些差距外，像诊室、治疗室、中药房、煎药室、饮片品种数这些要求还是达标的。”河南省舞钢市尹集镇中心卫生院院长牛瑞林在仔细研究该建设标准后说道，我们是河南省示范中医馆，目前的业务用房面积 200 余平方米，配备中药饮片 300 余种，开展了针灸、推拿、拔罐、刮痧、牵引、康复理疗、电针、耳穴压豆等中医诊疗服务，以及颈椎病、腰椎间盘突出症、中风后遗症康复、面瘫等特色疗法，年均中医门诊量 5600 人次。

作为江苏省 102 个五级中医馆建设单位之一，射阳县盘湾中心卫生院的中医馆完全在新建设标准之上。

这是江苏省创新基层中医馆建设管理模式，着力打造“星级”中

医馆，引领基层中医馆从“有没有”向“优不优”发展的结果。

院长王兵在接受采访时指出，“目前，我们整个院区的建筑面积是 12000 平方米，其中中医馆的建筑面积是 358 平方米，是高出标准要求，我们有 3 个中医诊室、2 个中医治疗室、1 个康复理疗室和 1 个中药房，设备方面除配备有常规的电针仪、颈腰椎牵引设备外，还引进了当地独有的中频治疗仪等。”

服务提供

目前，我国已初步建成覆盖城乡，融预防保健、疾病治疗和康复于一体的中医药服务体系。中医药服务水平与效能不断增强。

截止到 2020 年年底，每千常住人口中医院的床位数达到了 0.81 张，全国中医总诊疗人次达到了 10.58 亿人次。

这是此前在国家卫生健康委关于中医药政策体系完善和服务能力提升有关情况的新闻发布会上，国家中医药管理局医政司副司长赵文华在答记者提问时说出一组数据。

针对该建设标准中提出的有关医疗服务、康复和健康管理的要求，作为浙江省长兴县中医院医共体集团虹星桥镇分院的院长，王天峰从本院实际出发，提出了要增加中医药康复手段，实现非药收入占比 40% 的阶段目标。

“药品收入是乡镇卫生院良性发展的主要障碍，但由于可开展诊疗项目有限，造成医疗服务收入不高，现有的收入结构中，中医药方面的收入占总业务的 18%，这还远远不够，我们新增了 13 名中医类

别执业医师，目前的人员占比在 10%，离标准要求的 25%也还有一定距离，这方面我们还在继续想办法通过医共体帮扶来解决。”

中医医疗和康复服务 10 条内容

1. 能够提供中药饮片和 6 类 10 项以上中医医疗技术服务。
2. 配备不少于 10 种中医诊疗和康复设备。
3. 应用中医药康复手段对中风后遗症、肢残等疾病进行康复治疗。
4. 至少培育 1 个中医优势专科(专病)，提高优势病种的中医临床疗效。
5. 中医诊疗人次数占本机构总诊疗人次数比例不低于 35%，中医处方(包含中药饮片、中成药)数占处方总数的比例不低于 35%。
6. 中药饮片处方数占本机构处方总数的比例不低于 8%或中医非药物疗法治疗人次数占本机构总诊疗人次数比例不低于 12%。
7. 规范提供中医药健康管理服务，目标人群覆盖率不低于国家基本要求。
8. 运用中医药知识和方法，积极开展孕产妇、高血压病及 2 型糖尿病等中医药健康管理服。
9. 所有家庭医生团队能够提供中医药服务，为辖区居民提供具有中医特色的个性化服务包。
10. 开展中医药健康教育，每年更换中医药健康教育内容宣传栏不少于 4 次，面向公众开展中医药健康咨询活动不少于 5 次，提供有

中医药内容的健康教育文字资料不少于 6 种，播放有中医药内容的音像资料不少于 3 种，举办有中医药内容的健康知识讲座不少于 6 次。

广大农村地区，中医的接受度和信任度普遍较高，面向的大多是老年疾病，在预防、保健、康养、医疗各方面发挥着重要作用。陕西省彬州市龙高镇中心卫生院院长刘阳说道，“为了积极发挥中医药在公共卫生管理中的作用，我院中医主治医师孙海锋自编了《中医药健康管理三字歌诀》，推广和普及中医药知识，对于高血压、糖尿病、65 岁以上老年人，0-6 岁儿童保健起到良好的中医健康指导。坚持每年为 65 岁以上老人做中医体质辨识，取得了良好的社会效益。

很显然，增加中医服务供给是未来的一大发展趋势，但仍有一些问题不能忽视，那就是对中药使用的标准化管理以及工作人员的考核评价。

新建设标准中将其单列成规章制度，要求严格执行相关操作规范和考核分值占比不低于 15%。业内专家指出，“这是目前乡镇卫生院开展中药管理工作中存在的主要问题，像未经加工炮制的药品直接用于调剂、新药研发和开发投入少、名称不规范、假药等等，都在影响中医药的创新发展。”

[返回目录](#)

· 医保速递 ·

北京市海淀区：“第六险”实施前夕的功夫

来源：北京市海淀区医保局

2022年10月18日，北京市海淀区医保局组织收听收看了习近平总书记党的二十大开幕会上所作的报告，全局上下无不备受鼓舞。海淀区医保局党组书记、局长曹玉明表示：“习近平总书记的报告描绘了全面建设社会主义现代化国家的宏伟蓝图，句句说到了我们的心坎上。总书记在讲到健全社会保障体系时，明确提出建立长期护理保险制度，这是不断满足人民对美好生活需要的英明决策，充分彰显了习近平总书记和党中央坚持人民至上的崇高民生情怀，说出了医保人的心里话，赋予了医保人使命与担当，我们感到无比自豪。”

建立长期护理保险制度是党中央、国务院为应对人口老龄化、健全社会保障体系作出的一项重要部署。2016年以来，国家已组织开展两批试点，统一了全国失能等级评估标准，共有49个城市和两个重点联系省份启动长护险试点。截至2021年底，试点地区参保人数达1.45亿人，年人均筹资180元，享受待遇的失能人员累计达165万人，年人均减负超1.5万元，基金累计支出500亿元。2022年5月12日，北京市医保局作出批复，同意海淀区医保局在全市扩大长护险试点前，开展长期护理保险失能和需求评估试点测试相关工作。海淀区医保局紧扣国家试点部署、紧盯已试点地区进程、紧密结合本区实际，着力研究试点城市的各项政策和管理服务机制与本市本区的

差异性，着力研究海淀区作为北京市试点地区的特殊性和必要性，通过开展全过程实操测试、实景式技能培训等具有实践特色的工作，为本区实施长护险做好政策、人才、监管等各项筹备，为全市扩大试点和全面实施长护险制度提供实践支撑。

刚刚过去的 2022 年，是海淀区医保局为启动实施长护险制度而开展的“精心筹备攻坚年”。这一年，海淀区医保局绘就了一幅齐抓共管、左右协同、奋力拼搏、勇毅笃行的生动画卷，为启动实施长护险制度奠定了坚实的政治基础、思想基础、社会基础、制度基础，探索建立了政策体系、标准体系、考评体系、服务体系和运行管理机制。一年的工夫，结出累累硕果。

在加强组织领导和协调机制上下功夫

海淀区自 2016 年 7 月起启动居家养老失能护理互助保险试点工作，是全国唯一的商业性失能护理互助保险试点，并将建立长护险制度作为民生工程推进。区长召开研究会，主管副区长召开长护险失能和需求评估试点测试工作专题调度会，坚持依法、民主、科学决策。区政府专题会议审议通过《2022 年海淀区长期护理保险试点测试方案》并下发全区各相关单位执行落实。区领导强调，建立长护险制度是党中央、国务院的重要决策部署，是健全社会保障体系的重要民生工程，要求全区各街镇、各部门提高政治站位，统一思想认识，按照测试方案安排，切实做好失能和需求评估试点测试、考评体系和人才队伍建设等各项工作，为全市建立长护险制度提供“海淀经验”。区

委区政府将失能和需求评估试点测试工作纳入重点任务督查督办，区人大以“加快创新、补齐短板，推进养老服务高质量发展”议案形式予以推进，区政协积极参与，各职能部门和街镇分工负责，将长期护理场景向医药健康产业主体开放。

在区委的高度重视下，海淀区建立了党委领导、政府主责、人大监督、政协参与、部门负责、街镇协同、多元融合、产业创新、百姓实惠的长护险与医药健康产业高水平互动、高质量发展格局，形成全区团结一心共建长期护理保险制度的强大合力和长效机制，搭建了统一规范的服务平台和经济平台。

2022年，海淀区医保局充分发挥自身的职能定位和组织、人才、资源及专业优势，统筹协调辖区科技创新和智力资源优势，先后组织召开13次推进会，与区级相关职能部门和单位形成优势互补的稳定联系机制，凝聚成推进民生工程建设的强大合力，推进长护险失能和需求评估试点测试步步深入。

在调研问计上下功夫

走出去摸实情，请进来谋良策，是海淀区医保局的一条务实之举。2022年，海淀区医保局开展了紧锣密鼓般的调查研究，旨在将问题导向、目标导向和创新导向转化为结果导向。这些调研活动主要分为三个方面。

进行系列专题政策研讨

邀请北京市医保局相关负责人，区人大代表、政协委员、医疗机

构代表等召开一系列长护险工作专题政策研讨会，针对海淀区实施长护险的总体思路和制度设计、目前本地医养结合机构发展数量不足及其原因、老年人就医取药面临的困难，以及补充医疗保障发育不足等重点、短板和难点问题，提出解决思路和相应举措。与会代表纷纷献计献策，就参保范围、资金筹集、待遇支付等制度重点内容深化研究，细化各项实施细则，共同探索解决之道，保障制度平稳实施。

组织多次测试工作调度

按照长护险失能和需求评估试点测试工作安排，海淀区医保局多次组织召开推进工作调度会，邀请区人大、民政局、财政局、卫生健康委、残联、科信局，以及此次长护险失能和需求评估试点测试涉及的四季青镇、八里庄街道、羊坊店街道、甘家口街道、海淀街道相关业务负责人参加。工作调度会议对评估试点测试重点工作推进进度进行明确并详细分工，对工作方案进行反复研讨修订，对收集基础背景数据、评估队伍下一步教育培训计划、周报报送等工作提出具体要求。

前往多家委办局调研问计

不仅如此，海淀区医保局还多次前往区委老干局、区卫生健康委员会、区民政局、区残疾人联合会、区卫生学校开展相关调研工作，针对数据交互、医护人员人才队伍建设、老年健康管理服务内容、社区医疗机构现状及存在问题、发挥社区属地化职能等进行分析研判。同时，这些调研活动也是对长护险重要意义和作用的宣传过程，赢得了被走访单位的大力支持。

在这些调研活动中，局领导都坚持带队前往，与被走访单位的领导共商制度建设大计，做好区域“顶层设计”和“一把手工程”在海淀区医保局的充分彰显。在一场接一场的调研、研讨、推进会、培训会活动中，区医保局领导班子和科室负责人及业务骨干都冲锋在前，体现了医保人牢记初心使命和为人民健康勇于担当、善于作为的科学精神和扎实作风。

在开展失能和需求评估测试上下功夫

海淀区医保局以失能和需求评估试点测试工作为“小切口”，对推进长护险进行了制度政策、标准体系、运行机制等理论与实践相结合的全方位研究，为长护险制度实施达成“五项支撑”。

摸清底数，为数字化决策提供数据支撑

在试点测试中，海淀区对评估人员数量动态需求等 11 类问题，联合区内各部门开展了逐项量化的统计分析和测算，旨在用好“民生大数据”，确保制度实施后在筹资、人才、服务等方面的供需平衡。截至 2022 年上半年，海淀区基本医疗保险（含生育保险）参保人数 324 万人；全区 60 周岁以上重度失能老人 2.2 万人，占全区老年人口的 5%；全区持证残疾人 4.08 万人。经测算，长护险政策全面实施初期，全区需要不少于 400 名专业评估人员、5000 名长期照护师。经预测分析，今后 5 到 10 年，全区每年将动态增加失能人员不少于 3000 人，相应地，预计每年需动态增加评估人员不少于 100 名、长期照护师不少于 500 人。

深入研究，为制度实施提供政策支撑

一年来，海淀区医保局深入研究分析国家和全市长护险政策标准与本区失能人员实际情况的差异，探索建立符合本区实际的长护险政策体系、标准体系、考评体系、服务体系和运行管理机制。其中，在缴费政策研究方面，依据实事求是、既尽力而为又量力而行的原则，经过测试，城镇用人单位暂按缴费基数 0.2% 缴纳(起步阶段从职工基本医保统筹基金中划转，不增加单位负担)；职工按缴费基数的 0.1% 从个人账户中按月划转，按照2022年基数上下限计算，每月划转5.8元至31.8元不等；灵活就业人员按缴费基数的 0.1% 与基本医保费一并缴纳(按照2022年基数计算每月个人缴费5.2元)；退休人员按缴费基数下限的 0.1% 从个人账户中按月划转(按照2022年基数计算每月划转5.8元)；城乡居民个人缴费为月缴费基数下限的 0.1% (按照2022年基数计算每月个人缴纳5.8元)，财政补助标准与个人缴费标准相同。

评估测试，为制度建设提供实践支撑

在失能和需求评估方面，海淀区体现出三大特点。

一是实现“双评估”，即在评估参保人失能等级的同时，同步评估参保人需求及与需求相对应的服务，使评估与后续服务有机衔接，实行服务预告，打消失能者及其家人对只评估不服务的顾虑。

二是实现“双测试”，即在对失能者先做线上预评估测试的基础上，再入户进行现场评估测试，并探索了与民政部门共同上门测试的

方式。通过线上线下相结合的方式，全区对甘家口街道、海淀街道、四季青镇、北下关街道共 208 名失能人员开展了失能与需求评估测试，共评出重度失能者 137 人、中度失能者 41 人、轻度失能者 30 人。既保质保量完成了市医保局要求的评估标准、操作系统、评估全流程闭环测试的工作内容，又创新探索了融合科技赋能、政策集成整合的长护险海淀特色模式，圆满完成评估试点测试任务。

三是“一次入户测试”解决群众“三医”问题，将长护险失能和需求评估测试与基本公共卫生服务有机结合，探索推出涵盖失能评估、健康管理团队(含家庭医生)服务、“互联网+医保+复诊送药”、在家医保电子凭证实时结算、移动支付等长期护理保险增值服务。

具体做法是：上门入户评估时，主动联合卫生健康等部门，力求与家庭医生巡诊同步，通过一次上门评估测试，同步提供多项服务，完善并扩充长期护理服务内涵。

多种培训，为制度实施提供人才支撑

一年来，海淀区医保局组织开展了多种形式的人才培训，取得了突出实效。

一是举办首批长护险评估试点测试工作线上培训。

2022 年 11 月 14 日至 16 日，区医保局在区卫生学校、北京市羊坊店医院等多个长护险教学实践基地，组织举办评估试点测试工作线上培训，进一步建立完善全区长护险教育管理考评体系和服务供给体系，建立专业人才队伍，满足人民群众多层次、多样化、全生命周期

的保障需求。

二是实地观摩，注重实践。

区卫生学校教师根据失能失智人员的特点，组织开展包括压疮换药、协助翻身等技能在内的基本护理项目实操教学。2022年11月，评估专家、评估员、小教员、质监员、长期照护人员分为两组，到北京市羊坊店医院和北京市中关村医院开展实习，实地观摩护理场景，老年医学科护士长现场指导讲解护理方面遇到的诸多问题。

三是验证标准体系、组织线下考试。

首批评估测试参训人员共400余人次参加了政策理论及实操实习培训，培训时间人均近50课时。参训人员以良好成绩通过了线下理论知识考试及护理技能实操考核，为后续制度落地实施储备了一批人才力量。

创新服务，用“健康服务包”提升质效

区医保局充分发挥全区科技优势、教育资源优势和创新能力优势，完善和丰富长期护理服务内涵，开展移动支付和远程服务，打造融合科技赋能、产学研用一体、医保商保衔接的海淀特色“健康服务包”，同步满足参保人员医保、医疗、医药、照护等多方面需求，为全国统一大市场的经济平台建设贡献海淀力量。

在推进管理服务上下功夫

海淀区从定点管理、拓展为老服务途径等方面做实相关各项管理服务工作。

加强医疗机构定点管理

将养老机构内设医疗机构纳入医保定点申报范围，医保、卫生、民政等部门协同加强对养老机构定点准入政策宣传，引导相关机构有序纳入。目前，全区医保定点医疗机构中共有 9 家养老内设医疗机构，另有 1 家养老内设医疗机构已通过市、区两级新增定点考察评估，待信息系统验收通过后将正式签约成为医保定点医疗机构。对长护险制度全流程进行标准化校准和质控，完善“三线考核”（管理、经办与服务）、廉政风险防控、基金监管和应急预案等配套制度。

以信用医保为依托开展实践探索

海淀区医保局通过推进医银相结合的医保服务信用结算平台建设，创新开展社区老年人“先看病、后付费”试点，目前北京市中关村医院已正式开通“信用医保”就医模式，通过银行预先授信的方式，实现患者就医“先看病，后付费”，免去就医过程中包括挂号、就诊、取药等多个环节的排队缴费，为老年群体打造了一种简便高效的付费模式。试点“智慧医保药柜”一站式服务，实现家庭医生在社区为患者提供就诊服务后，患者通过社区“智慧医保药柜”进行医保挂号、结算、取药，这项举措目前已在北下关社区卫生服务中心试点成功，用高效便捷的医疗保障服务助力丰富并完善“15 分钟健康生活圈”。

2022 年，海淀区医保局通过开展长护险政策研究、实施评估试点测试、建设教育考评体系、培育专业队伍、健全考核评估机制、推出区域特色“健康服务包”，不断探索完善长期护理保险全流程运

行模式，为长护险制度的启动实施做出了较为全面充分的准备，达到了为本区实施长护险制度试点夯实业务基础、为全市扩大制度试点提供实践支撑的评估试点测试目标要求。

好风凭借力，扬帆正当时。进入学习贯彻落实党的二十大精神开局之年，海淀区医保局全体同志决心按照党的二十大精神的主题，全面贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，弘扬伟大建党精神，自信自强、守正创新，踔厉奋发、勇毅前行，继续按照国家、北京市和区委区政府的部署，为实现党的二十大精神提出的“建立长期护理保险制度”的目标而勇毅笃行，团结奋斗。

[返回目录](#)

以加强和规范飞行检查为抓手 不断提高医保部门依法行政水平

来源：佛山市医疗保障局

《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》（国家医保局局令第6号，以下简称《办法》）现已正式公布，2023年5月1日施行。《办法》以全面贯彻落实医疗保障领域法律法规及服务协议为基础，以实事求是、公正文明、程序合法为原则，通过明确各方责任划分，创新飞行检查机制，严格查处违法违规行为，维护医疗保障基金的安全。

这是国家医保局贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》的具体行动，也是规范医疗保障基金飞行检查行为，推进法治政府建设的重要举措。

一、政策背景

(一) 夯实法治医保的重要举措。

习近平总书记强调，要用法治给行政权力定规矩、划界限，推进严格规范公正文明执法。中共中央、国务院印发的《法治政府建设实施纲要(2021-2025年)》明确要完善行政执法程序规范，完善相关规范标准。规范行政检查，依法保障行政相对人陈述、申辩等权利。自《医疗保障基金使用监督管理条例》颁布并实施以来，国家医保局陆续出台了一系列配套部门规章及规范性文件，医保基金监管有了法律武器作支撑，越来越规范的同时，也形成了震慑作用，进一步打击医疗保障领域违法违规行为，保障了医保基金安全运行，维护了参保人员的根本利益。

(二) 飞行检查行为亟需规范。

自成立国家医保局以来，飞行检查作为一种有力有效的监督检查方式，被广泛运用于医保基金监管领域，查处了一批医保违法违规问题，形成了较强的震慑，飞行检查取得显著成效。据统计，国家医保局共组织开展飞行检查 184 组次，检查定点医药机构 384 家，查出涉嫌违规资金约 43.5 亿元。

为更好地贯彻执行《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》等法律法规，对医疗保障基金飞行检查活动进行了全面的规范和指导，飞行检查办法亟需出台。

二、主要内容

《办法》共5章32条，聚焦飞行检查启动、检查、处理三个关键环节，重点细化了飞行检查适用范围、明确了检查要求、强化了对检查行为的监督管理等，主要有四方面内容：

（一）《办法》总则明确飞行检查的定义、原则、参与机制等内容。

规定组织实施飞行检查的层级为国家和省级医疗保障行政部门，在《办法》附则规定了市级以下医疗保障行政部门可以参照《办法》依法组织开展检查。被检查对象范围为医保定点机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构等。同时可以联合多部门或者聘请第三方机构开展飞行检查。医疗保障行政部门将建立检查对象库和检查人员库、专家库，并实行动态管理。

（二）明确飞行检查的启动情形、人员组成等内容。

规定飞行检查组应当由执法人员和熟悉相关专业的其他人员组成，明确“双随机、一公开”检查机制和针对举报投诉、智能监控、媒体曝光等情形的突击检查形式。明确了被检地医疗保障行政部门配合飞行检查的有关义务，及时提供有关政策文件，并根据检查需要，派行政执法等人员配合现场检查工作。

（三）明确飞行检查的执法程序等内容。

规定检查人员应当严格按照行政处罚程序有关规定进行调查取证，同时有关单位和个人具有配合调查的义务以及被检查对象具有陈述申辩的权利。《办法》规定现场检查结束，飞行检查组应当与被检

地医疗保障行政部门就检查发现问题的事实是否清楚、证据是否充分、定性和定量是否准确等事项进行充分沟通，在飞行检查结束时形成飞行检查报告，报组织飞行检查的医疗保障行政部门。

(四)明确飞行检查的后续处理方式。

规定检查完成后应依法依规对涉嫌违法违规的情形分别予以处理，明确协议处理与行政处罚的衔接情形、行纪衔接情形等程序。值得注意的是，为了加强飞行检查后续处理效果，《办法》强调组织飞行检查的医疗保障行政部门应当将飞行检查结果纳入对被检地医疗保障行政部门工作的综合评价体系，并对飞行检查结果处理情况进行督导，适时组织力量开展飞行检查“回头看”。并要求针对飞行检查中发现的区域性、普遍性或者长期存在、比较突出的问题，可以约谈被检查对象和相关医疗保障部门负责人。其中，对于区域性、普遍性的问题，被检查对象所在地医疗保障部门应组织辖区内定点医药机构开展自查自纠。

三、注意事项

笔者就贯彻执行《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》，结合医保基金监管飞行检查常见问题归纳以下几个注意事项：

(一)飞行检查后续处理应在多少天内办结？

1. 飞行检查组移交飞行检查相关材料后，对应作出行政处罚的违法行为，被检地医疗保障行政部门应根据《行政处罚法》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》规定时限予以办结。

2. 被检地医疗保障行政部门应当在收到移交材料的 30 个工作日内，将处理进度和整改方案上报组织飞行检查的医疗保障行政部门，并在处理完结后 5 个工作日内报送书面报告。

(二) 飞行检查结果如符合立案标准，医疗保障行政部门不及时立案的，会有什么履职风险？

根据《行政处罚法》第五十四条规定，行政机关发现公民、法人或者其他组织有依法应当给予行政处罚的行为的，必须全面、客观、公正地调查，收集有关证据；符合立案标准的，行政机关应当及时立案。如医疗保障行政部门对符合立案标准的案件不及时立案的，依照《行政处罚法》第七十六条应由上级医疗保障行政部门或者有关机关责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

(三) 飞行检查后续该如何分类处理？

被检地医疗保障行政部门根据飞行检查结果，针对不同情况依法作出处理：

一是对确有应受行政处罚的违法行为，依法作出行政处罚；

二是对违反医保服务协议的，交由医保经办机构按照协议约定进行处理；

三是对涉嫌违纪、职务违法、职务犯罪的问题线索，按规定移送纪检监察机关；

四是对涉嫌违反相关法律、法规、规章，应当由其他部门处理的，

移送相应部门处理；

五是其他需要进行处理的情形，按规定处理。

(四) 飞行检查后续处理中涉及行政处罚，是否需要补充调查取证？

根据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第三条规定，医疗保障行政部门实施行政处罚应做到事实清楚、证据确凿、依据正确、程序合法、处罚适当。由此可见，如在后续处理中需要作出行政处罚的违法行为事实不清、证据不充分，应当由被检地医疗保障行政部门补充调查取证，进一步核实并依法采集有关证据。

(五) 如发现飞行检查结果有误，后续处理该怎么办？

由于飞行检查时间短、检查面广、涉及医疗服务项目多且数据庞大，难免会出现事实尚不够清楚、证据尚不够确凿充分，或者检查结果有误等情形。被检地医疗保障部门在后续处理中应实事求是，依法执法、认真核查梳理，如发现飞行检查结果有误，不应纳入行政处罚或协议处理范围。另外，《办法》也规定了被检地医疗保障行政部门的处理结果与移交的检查结果存在较大差异的，应当作出书面解释。

[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