

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第23期

(2023.06.05-2023.06.11)

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。）

• 医院信息化 •

▶ [DRG 支付方式改革下，医院信息化建设如何开展？](#)（来源：中国数字医学）——第 7 页

【提要】在 DRG 支付将成为我国医保支付主要方式之一的背景下，医院须加强信息化建设，满足 DRG 支付的需要。为此，必须明确医院信息化需求，确定医院信息化建设策略。根据 DRG 支付工作要求和医院运营、发展需要，面向 DRG 支付的医院信息化需求分为 DRG 结算端管理需求、DRG 数据生成过程管理需求、基于 DRG 支付方式的协同管理需求和 DRG 支付条件下的临床管理需求等 4 类。为满足这些需求，信息化建设策略需从系统建设、数据治理、技术选择和方式选取等方面进行综合研判后设计确定。总体而言，信息化建设工作应该既符合 DRG 支付方式改革要求，也能满足医院生存发展需要。

▶ [医院信息化建设现状与实践](#)（来源：DRG 变量）——第 20 页

【提要】信息化建设是医院实现 DRG/DIP 付费精细化管理的关键。本文梳理分析了医院协同推进 DRG/DIP 付费改革的任务，总结医院 DRG/DIP 信息化建设现状，提出医院 DRG/DIP 信息化建设重点在于与医保部门信息系统的衔接，需以数据为基础，围绕保障医疗服务质量和提升病案数据质量两条主线开展运营分析，并重视医保基金监管稽

核，从而为 DRG/DIP 改革提供全方位的信息化支撑。

• 医疗聚焦 •

▣ [破题“长寿时代”养老困局，泰康升级解决方案](#)（来源：健康界）
——第 30 页

【提要】根据国家卫生健康委统计数据显示，截至 2021 年底，全国 60 岁及以上老年人口达 2.67 亿，占总人口的 18.9%。预计 2035 年左右，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。随着人口老龄化快速发展，如何实现老有所养、老有所医，成为人们的关注焦点。

▣ [多重政策“剑指”高值医用耗材治理！医院该如何应对？](#)（来源：中科厚立）
——第 36 页

【提要】高值医用耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、临床使用量大、价格相对较高、群众费用负担重的医用耗材。近年来，我国高值医用耗材行业得到较快发展，在满足人民群众健康需求、促进健康产业发展等方面发挥了积极作用，但同时也出现了不同的声音，比如，价格虚高、过度使用等，群众反应强烈。

• 医药专栏 •

▣ [在药店也能用医保买处方药！多地加速推动处方外流](#)（来源：艾美达医药咨询）
——第 41 页

【提要】近日，安徽省医疗保障局印发《关于推进医保电子处方流转

应用工作的实施方案》(下称“《方案》”),从目标和原则、医保电子处方流转路径设计、实施步骤、保障措施等方面,详细规定了医保定点医疗机构电子处方,应如何顺畅流转 to 定点零售药店……

▶ [短缺药集采将至?](#) (来源:广州公共资源交易中心)——第 46 页

【提要】在今年 5 月 10 日召开的全国卫生健康药政工作电视电话会议上,短缺药、儿童药、基药被列为 2023 药政工作会议重点工作任务。按此前国务院办公厅《关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》(以下简称《意见》)要求,省级联动机制牵头单位要在规定时限内监测并协调短缺或不合理涨价情况,省级不能协调解决的,要在规定时限内向国家联动机制牵头单位报告。在短缺药采购方面,《意见》主要提出了三方面内容——落实直接挂网采购政策,允许医疗机构自主备案采购,以及严格药品采购履约管理。

• 医保动态 •

▶ [新形势下医保基金监管面临的挑战与对策](#) (来源:中国医疗保险)——第 49 页

【提要】医保部门作为医疗服务购买第三方,其角色定位决定了用有限的医保基金为参保群众购买高性价比的医疗服务其理所当然的职责。随着医保改革的深入推进以及对欺诈骗保行为持续保持高压态势,违法违规套骗医保基金的行为也相应发生了一些新的变化,基金监管工作面临着一系列新的形势和新的挑战,需要包括医保部门在内的各相关部门紧跟形势发展,结合实际情况,采取有效举措,创新监

管办法，寻找应对之策，有效打击新型套骗医保基金行为，切实防范医保基金的不当流失。

▶ [国家医保局：扎实推进医保立法等多方面工作](#)（来源：国家医保局）——第 61 页

【提要】推进法治医保建设是法治政府建设的重要组成部分，是医疗保障事业实现高质量发展的必由之路。医保系统组建以来，医保制度体系不断完善，立法工作持续推进，依法行政进一步落细落实，医保系统法治意识不断提升，医保法治建设不断取得新进展。

• 国际视野 •

▶ [揭秘美国险企布局养老服务三大路径，这一领域才最值得下注](#)（来源：慧保天下）——第 65 页

【提要】居家养老或也是中国受众最广的养老场景，痛点、难点与机遇并存。我们认为庞大的需求决定了居家或也是中国受众最广的养老场景，但养老服务供给短缺导致的险企投入意愿差是阻碍居家养老发展的核心问题，险企如何整合资源、提升服务能力是关键。轻重融合或是养老社区未来的发展趋势，我们认为良好的成本管控和实现、维持预期入住率是社区盈利的关键。

▶ [DRG 国内外研究现况与趋势](#)（来源：医院绩效咨询新知）——第 95 页

【提要】近年来，随着医疗费用不断上涨，人民群众疾病经济负担持续增加，控制医疗费用势在必行。由于疾病诊断相关分组(DRG)控费

效果明显，在国际上被多个国家和地区进行实验和使用。2020年，国家医疗保障局推出了DRG全国性试点方案，即《国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组方案(1.0版)》，使我国DRG研究迎来了空前热潮。本研究利用VOSviewer和CiteSpace软件各自的分析优势，全面分析DRG国内外研究现状，并进一步分析DRG研究趋势，为国内DRG深入研究与实践探索提供参考借鉴。

-----本期内容-----

• 医院信息化 •

DRG 支付方式改革下，医院信息化建设如何开展？

来源：中国数字医学

在 DRG 支付将成为我国医保支付主要方式之一的背景下，医院须加强信息化建设，满足 DRG 支付的需要。为此，必须明确医院信息化需求，确定医院信息化建设策略。根据 DRG 支付工作要求和医院运营、发展需要，面向 DRG 支付的医院信息化需求分为 DRG 结算端管理需求、DRG 数据生成过程管理需求、基于 DRG 支付方式的协同管理需求和 DRG 支付条件下的临床管理需求等 4 类。为满足这些需求，信息化建设策略需从系统建设、数据治理、技术选择和方式选取等方面进行综合研判后设计确定。总体而言，信息化建设工作应该既符合 DRG 支付方式改革要求，也能满足医院生存发展需要。

为贯彻落实医保支付方式改革，国家医保局制定了《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》和《国家医疗保障 DRG (CHS-DRG) 分组方案》并于 2019 年 10 月发布。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“到 2025 年年底，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”，DRG 支付将成为全国范围内医保的主要支付方式之一。

与按项目支付方式不同，DRG 支付是针对患者住院期间的健康状

态、诊疗方式及转归等情况，依据相关的编码和记录信息，基于 DRG 模型算法，计算、归类、分组，并采用特设支付流程完成支付。DRG 支付对有关数据和记录的产生、收集、质控、存储、传输、上报等信息处理过程有一定技术要求，对临床、医务、医保、运营、财务、病案、信息等的工作流程和管理有综合协同要求，满足这些要求的共同前提是具备有效的信息技术支持，因此需要有针对性地加强医院信息化建设，扩展、补充、完善信息系统功能，提高数据治理水平。

我国的医院信息化建设始于 20 世纪 80 年代，虽已经数十年发展，但地区之间信息化水平仍很不平衡；不同地区、不同级别的医院，医疗水平和管理水平也存在差异。目前已推出的有关医院信息系统建设的规范以及电子病历系统建设的标准等，均未对 DRG 支付工作所需的相关信息化建设提出针对性的具体要求。新形势下，医院应根据相关部门要求，结合医院发展现状，明确需求和问题，有针对性地加强信息化建设。

一、DRG 支付条件下的医院信息化需求分析

与 DRG 支付工作相关的信息化建设需求，主要源自 DRG 结算端管理、DRG 数据生成过程管理、基于 DRG 支付方式的协同管理和 DRG 支付条件下的临床管理等方面，形成 4 类需求。

1、DRG 结算端的信息化建设需求

医疗保障基金结算清单(以下简称结算清单)是医保定点医疗机构在开展住院、门诊慢性病、特种病等医疗服务后，向医保部门申请

费用结算时提交的数据清单，由 190 项数据指标构成，为 DRG 结算的数据依据。DRG 结算是 DRG 支付中最基础的工作，其基本流程是：患者出院后，医院将其对应的结算清单提交给医保经办机构，后者根据结算清单数据采用 DRG 分组程序分组，根据分组结果和 DRG 预付费标准向医院支付有关费用。其中，医院按照要求向医保经办机构提交结算清单，就是医院 DRG 结算端的管理工作，其信息化建设需求为：能够生成一份覆盖 DRG 结算要求的结算清单；按照统一接口标准生成数据集；通过网络连接至医保经办机构的相关系统并成功提交结算清单数据集。医保经办机构所管辖的所有医疗机构都必须实现结算端信息化，才能实现 DRG 支付。

2、DRG 数据生成过程的信息化建设需求

结算清单数据源自患者住院诊疗过程，经历诊疗数据产生、出院数据汇集和结算数据确立等 3 个阶段，经过医生、编码员和医保结算人员等 3 类工作角色的收集、整理、加工、转换等技术处理，各阶段均需要信息技术的有效支持。

(1) 诊疗数据产生阶段

诊疗数据的产生阶段自患者因本次住院疾病问题首次到医院门、急诊就诊，或上次住院后出院、转院，到患者本次住院后离院，覆盖本次住院诊疗的全过程，也是原始数据资料产生的过程，数据处理涉及门急诊电子病历系统、住院电子病历系统、门急诊管理系统和住院管理系统等临床诊疗工作系统。

本阶段需要强化 5 个方面的信息化建设。第一是支持完整、准确获取本次住院前的信息；第二是支持临床医生规范、准确、完整记录数据，及时确认多源数据资料的一致性和生成时序，例如各种检查结果、会诊记录、治疗报告、医嘱和病程记录等，做到相互印证匹配；第三是支持应用统一医学名词术语，包括支持统一术语辅助录入与维护，实现院级名词术语维护管理，并支持基于互联网的统一名词术语平台的维护等；第四是支持开展病历书写的形式质控和运行病历质控；第五是要确保手术麻醉系统、监护系统等的记录以及检查科室的病理、影像、生化检验等报告及时汇入病历主数据，延误报告和召回修改等异常情况应有说明或处理记录。

(2) 出院数据汇集阶段

出院数据汇集是在患者实际离院后的一段时间内，对病历资料归集，完成住院病案首页填写、电子病历提交、住院病案首页编码、病历资料整理归档、住院费用明细清单生成等工作，为确定结算数据做好准备，这些工作涉及电子病历系统、病案管理系统、病案首页管理系统、出院结算管理系统等。

该阶段信息化建设强调 5 个方面。第一是支持全面辅助病案首页填写和编码，包括辅助临床医生选择主要诊断、填写其他诊断和按要求摘出必要的手术操作条目；协助编码员完成主要诊断、其他诊断和手术操作的编码，从技术上保障编码符合标准、规范要求；辅助提示、核验其他需要填写的数据项，如昏迷时间等。第二是强化病案首页管

理功能，除支持存储、查询、统计外，还应支持首页数据质量控制和编码质量控制。第三是要确保病案首页可作为基础数据支持广泛用途，首先是能够支持临床应用，在此前提下做到便于转换成结算清单数据，确保数据准确、真实；此外，还要支持统计调查、绩效考核、医院等级评审、专科及医学中心评审、临床专科项目评审等其他数据应用。支持疾病分类编码和手术操作的分代编码能力，确保编码有效支持 DRG 分组。第四是要建设电子病历的提交管控功能，确保病历按时提交，满足 DRG 结算时限要求，对提交的病历应有关键资料的完整性检查，对提交后召回的病历，有能力确保其修改结果与结算数据无冲突。第五是要提供病历记录数据条目、病案首页费用条目与住院费用明细清单三者的一致性核验能力，能够自动标注、警示编码所需关注的的数据项。

(3) 结算数据确立阶段

结算数据确立阶段要汇集相关数据，经转换、质控和数值确认，得到结算清单数据指标，为 DRG 结算端管理做好准备；还需处理提交结算后被退回的问题结算清单，支持修改后再确认和重新报送结算。结算清单的数据主要来源于病案首页管理系统、病案管理系统、住院入出转管理系统和电子病历系统，此外还涉及手术麻醉管理系统、门急诊管理系统、财务管理系统、医保管理系统和人力资源管理系统等。

本阶段需要强化以下 4 个方面的信息化建设。第一是能够将病案首页中的诊断和手术操作等编码转换到结算清单中的对应条目，转换

规则源自病案首页端的《住院病案首页数据填写质量规范》《疾病分类与代码国家临床版》《手术操作分类代码国家临床版》，以及与之对应的结算清单端的《医疗保障基金结算清单填写规范》《医疗保障疾病诊断分类与代码》《医疗保障疾病手术操作分类代码》等规范和标准。转换实现方式包括基于映射表的转换、人工转换和人工智能辅助转换等，目前多采用人工转换，因此需要建设配套的数据操作平台。第二是提供医生确认和修改结算清单数据的功能，包括结算清单提交前以及提交后退回的问题结算清单修改，对应的功能模块或子系统需要集成或嵌入住院医生工作站。第三是支持多源数据的标准化、共享和时间同步，所有数据源系统均需同步改造。第四是支持不同标准下数据的多视角展示，确保内部计算的数据一致性，以及修改后多系统数据的整合、一致性，例如修改结算清单时要关联到病案首页和病历记录。

3、基于 DRG 支付方式的协同管理

DRG 支付是医院的主要经济来源之一，支付结果关系医院的运营、发展。DRG 支付条件下的协同运营管理，主要以期望收益为目标，结合医院和学科发展需要，通过配置资源、制定流程、控制数据质量等措施引导业务方向，设定业务量，协助提高效率，同时针对 DRG 支付结果，合理分配收益、分摊责任并反馈信息，协助调控。DRG 协同运营管理需要临床、医保、医务、运营、财务、人力资源、病案以及信息等多部门协同开展工作，而实现协同工作的基本条件是建设高效的

信息操作平台，同时各部门的管理信息系统也需要补充、增强功能。医保管理系统需要增加 DRG 结算分析功能，分析结算结果，共享、分析病种相关信息，实时跟踪了解诊疗过程，开展预测分析；医疗质量管理体系需要增加基于 DRG 指标的管理功能，包括 DRG 能力指标、效率指标和安全指标的管理，对死亡病例的管理需要增加低风险死亡病例分析、报告功能。基于人工智能和大数据技术，增强病历内涵质量管理能力，提高质控效率，借助人工智能技术实现全量质控。

对于不良事件、多次住院、手术并发症等的监控管理，需要与 DRG 支付工作结合。指标管理和病种管理建设均需同时面向支付和医疗绩效管理两方面需求，两线并行管理分析，相互支持。医院运营管理系统应可全方位连接各专业管理系统，共享 DRG 相关数据资料，本地建设主要关注效能、成本、质量的综合分析和管控，配置科室规模，调配资源，其中病种成本分析、科室成本管理、耗材与药品使用计划及综合资源配置管理功能是信息化建设的重点。其他管理部门专业系统的功能建设，重点是加强数据互通、共享能力以及数据同步能力。

4、DRG 支付条件下的临床管理信息化

DRG 支付对临床工作的直接影响是医疗质量、学科发展与直接经济效益之间平衡的变化，相应的信息化建设围绕临床路径、诊疗规划和过程管理等 3 个方面展开。借助信息技术实现临床路径管理是有效控制病种成本、保障医疗质量的基本方法之一。DRG 支付条件下的临床路径管理系统需要支持病种成本控制功能，增加诊疗方案、药品耗

材及住院时间等资源的分析、计划、监控、管理功能，强化路径的病种选择、分组和诊疗方案学习能力。诊疗规划管理主要围绕病种选择展开，涉及疑难病例与高收益病例的收治比例制定，系统必须具有基于 DRG 分组模型的分析能力和大数据分析能力，确保科室能够平衡管理收益性和病例复杂性，合理制定病种收治规划，满足医疗、科研和学科建设要求。过程管理，要求系统支持在患者住院诊疗期间持续对诊断和入组情况做出预测分析，获得预期的 DRG 结算收益，辅助制定和修正诊疗方案，调配资源。临床决策支持系统建设非常重要，但需先强化其诊疗成本分析功能。

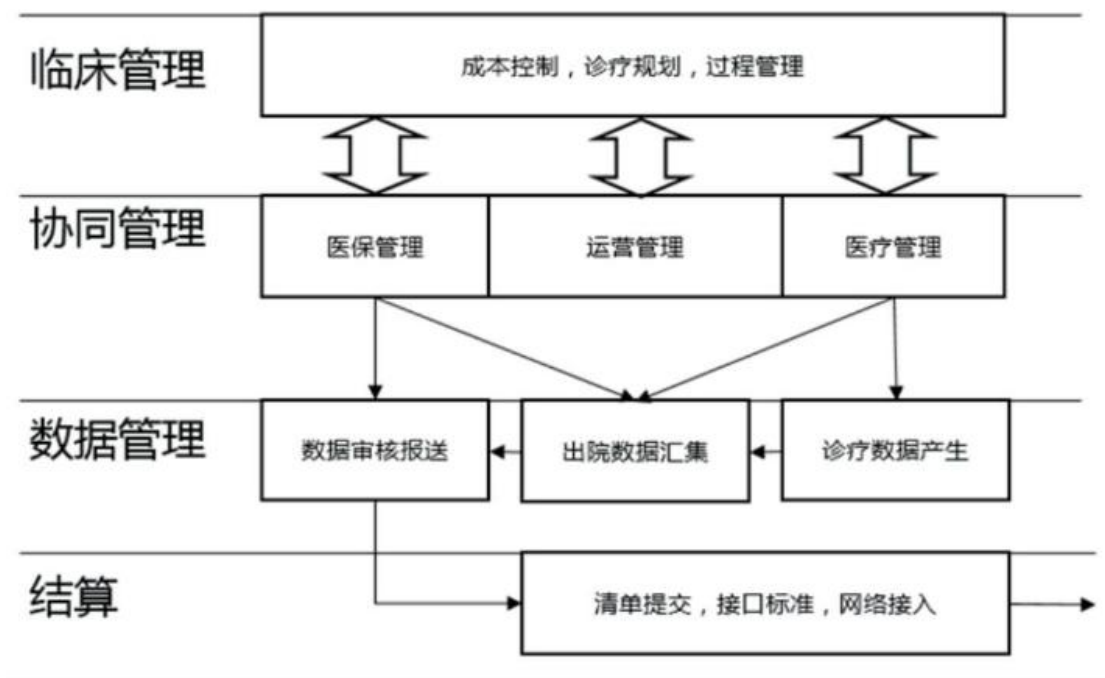
二、需求之间的关系

上述 4 类面向 DRG 支付的医院信息化建设需求是有层次的，其中前两类需求可分步有序建设，从结算管理反向建设到诊疗数据产生管理。DRG 结算端管理和 DRG 数据生成过程管理需求，解决的是 DRG 数据上报和数据管理问题，属于被动管理。诊疗数据产生阶段不断将临床相关诊疗数据汇集到病历系统和管理系统中，核心是病历记录；出院数据汇集阶段形成完整住院病历，并完成病案首页填写、编码，核心是住院病案首页；结算数据确立阶段收集以病案首页数据为核心的结算清单相关数据，转成结算清单，实施管理，并为结算做好准备，核心是结算清单；DRG 结算端将报出结算清单，完成结算。

基于 DRG 支付方式的协同管理和 DRG 支付条件下的临床管理信息化，均是面向 DRG 结算结果的，包括实际结算结果和预期目标，属于

主动管理。协同运营管理的特点是多部门协作，因此信息化建设也是多平台的，核心为支持医保、医务和运营的管理功能建设。

协同管理层的系统之间有大量信息共享、交互，同时对数据管理层和业务层也有不同形式的交互与管控。DRG 支付条件下的临床管理依托信息技术支持临床工作，适应新支付形式，确保医疗、科研和学科建设要求。4 类需求及其相互关系见下图。



三、信息化建设策略

DRG 支付工作需要信息技术的强力支撑。对于医院信息化建设，其需求虽广泛、深入，但并不全面，而且需求呈现层次性，因此医院可以根据自身发展的现状、规划、目标和条件做出选择，采取有针对性的、效果显著且能快速实现的信息化建设策略。

1、系统建设

信息化需求的层次性决定了系统的信息化建设可以分层展开，典

型的建设方式有以下 4 种。

(1) 仅实现 DRG 结算工作开展

DRG 支付工作的最低要求是域内医院均可以实现 DRG 结算，因此对一家医院最基本的要求是能实现 DRG 结算。对于一些规模较小、信息化建设基础弱、病种单一的医院，仅需要建立 DRG 结算系统，满足 DRG 结算端工作，即可支持所在地区实现 DRG 支付。这是医院应对 DRG 支付改革最基本的信息化建设策略。

(2) 建立相对完善的 DRG 结算体系

在完整实现 DRG 结算工作条件下，以结算清单数据集为目标，以数据为中心，建设自数据产生到数据归集，再到获取目标数据集的全链条、闭环体系、完整把控 DRG 结算工作，基于当前临床工作和管理模式，真实、准确支持 DRG 结算，这是被动但比较完整开展 DRG 支付工作的信息化建设策略。

(3) 建立面向新支付方式的协同管理体系

以 DRG 支付改革为契机，在建设完备的数据管理体系条件下，强化、完善各部门基于 DRG 管理功能需求的信息化建设和多部门协同工作的信息工作平台，进而开展有效的成本管理、质量管理、绩效管理、流程优化，实现预期收益目标，这是主动通过综合管理迎接 DRG 支付改革的信息化建设策略。

(4) 实现基于 DRG 支付的医疗精细化管理

在全面建设 DRG 支付管理和协同运营管理信息系统条件下，依托

信息技术,构建直接面向临床业务、符合 DRG 支付要求的信息化系统,通过支持精细化管理,取得预期收益,并创造学科发展的经济条件,这是 DRG 支付条件下医疗精细化管理主导的信息化建设策略。

2、数据治理

DRG 支付基于数据。DRG 数据的产生、汇集、传输、应用,历经多个系统、多种业务、多方管理的长链条,必须强化、完善医院信息系统总体的数据治理工作,在全面加强数据治理的前提下,突出对 DRG 支付的特殊需求。开展 DRG 数据治理,首先要明确 DRG 数据治理的主导部门,一般是医院的大数据中心或病案室。数据治理部门需要协调临床科室和相关管理部门制定完整的、支持 DRG 数据管理的工作规范,覆盖数据生成和流程管理全过程,将政府发布的有关规范要求具体化,并落到实处。

DRG 数据治理的一项重要工作是开展元数据管理,统一、规范支持医保、卫生数据报送接口标准及各系统的数据应用。另一项重要工作是建立统一的医院数据标准管理体系,统一管理医学名词术语、疾病诊断编码和手术操作编码字典库,贯彻落实医保管理有关标准,建立协同型数据质控体系及临床路径等医疗过程管理体系,实现病历书写、首页填写、首页编码、结算清单编码等过程的联动闭环流程管理。此外,需要明晰主数据管理,建立 DRG 支持数据的关联映射,保障数据获取和数据分析,支持医保、卫生管理部门对数据资料的核验、检查。

3、技术选择

先进的信息技术有助于提高 DRG 支付管理工作的能力、水平和效率。DRG 数据具有典型的多源异构特点，建设数据仓库、数据湖、数据集市等有助于高效管理和应用这些数据。采用数据挖掘技术、智能检索技术，大范围检索病历资料，有助于快速定位 DRG 问题的原因。大数据技术可用于评估修正分组模型，建立多维度标杆，开展病种分析、指标分析、业态分析、成本分析、资源综合分析、病历记录语境分析、高值药品耗材适应证分析等多种工作。

医院端开发分组器，可以模拟、验证分组结果，及时计算验证 DRG 指标值，辅助制定运营管理策略。人工智能技术可以强化决策支持系统建设和知识库建设，智能管理临床路径，建立诊疗过程中的 DRG 关键指标预警，开展诊断筛选和分组预测，全量自动开展病历内涵质控，辅助不同规范之间的数据映射转换，辅助编码和自动搜索编码证据，智能核准编码规则依据，智能抓取数据，制定病种选择方案。加强 BI 系统建设，确保及时全面报告 DRG 分组信息。

此外，采用先进的网络架构和管理模式，可以确保支持广泛数据共享和系统互通，同时保障数据和系统安全；采用数据中台架构和系统集成技术，有利于快速、高效满足 DRG 工作的功能需求变化，及时扩充功能。

4、方式选取

如果医院正在新建或重构信息系统，DRG 支付工作所需的功能应

当尽可能在新系统中全面实现。对于绝大多数医院，信息系统已完成建设并能有效支持医院工作，DRG 支付相关功能需要采取补充、扩展、增强方式等方式实现，信息化建设选择按需对当前系统进行改造或采购成品系统嵌入、集成，这两种方式各有利弊：如果采取对现行系统升级改造，需要评估当前开发公司的能力和技术储备以及费用等；如果采用成品采购方式，存在嵌入和集成支持能力问题，当前系统必须具有可扩展性，包括支持数据共享能力、应用界面再设计、系统和数据安全保障等。

在功能实现方面，DRG 相关的软件成品经过试用，比较可靠，可以快速见成效；但有些 DRG 技术功能不得不通过购买成品得到，例如分组器的模型算法、大数据分析系统的数据源、决策支持系统的知识库、统一术语系统的术语维护等。

DRG 支付方式将在 3 年内成为国内广泛采用的医保支付方式，而医院信息化建设是实现 DRG 支付的基础条件。DRG 支付对信息技术的要求涉及医院信息化建设的多个方面，但不是医院信息化建设的全部，属于功能补充和强化性建设，需求是分层次的，可施用的技术也具有选择性，医院可以根据自身条件和目标，采用多种策略进行信息化建设。DRG 支付改革是医院信息化建设发展的契机，数据治理、智慧管理、互联互通和电子病历建设等都将得到强化和发展，广泛多方面的深层需求将极大促进和助力医院信息化建设发展。

[返回目录](#)

医院信息化建设现状与实践

来源：DRG 变量

【摘要】信息化建设是医院实现 DRG/DIP 付费精细化管理的关键。本文梳理分析了医院协同推进 DRG/DIP 付费改革的任务，总结医院 DRG/DIP 信息化建设现状，提出医院 DRG/DIP 信息化建设重点在于与医保部门信息系统的衔接，需以数据为基础，围绕保障医疗服务质量和提升病案数据质量两条主线开展运营分析，并重视医保基金监管稽核，从而为 DRG/DIP 改革提供全方位的信息化支撑。

【关键词】疾病诊断相关分组；按病种分值付费；医院信息化建设

近年来，按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费和按病种分值付费 (DIP) 支付方式改革在全国范围内加速推进。截至 2021 年年底，101 个国家试点城市全部进入实际付费阶段。2021 年，国家医保局印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》(以下简称《三年行动计划》)，规划“十四五”期间国家医保支付方式改革工作，推动改革向纵深发展。DRG/DIP 作为住院医疗费用按病种打包付费的主要支付方式，可推动医院加强病种管理与成本核算，进一步改善数据质量、规范医疗行为、提高运营效率，促进医院实现精细化管理和高质量发展。

1. 医院协同任务分析

按照《三年行动计划》的要求，医保部门需要引导和协同医疗机构做好编码管理、信息传输、病案质控和内部运营管理机制转变方面的工作。见图 1。

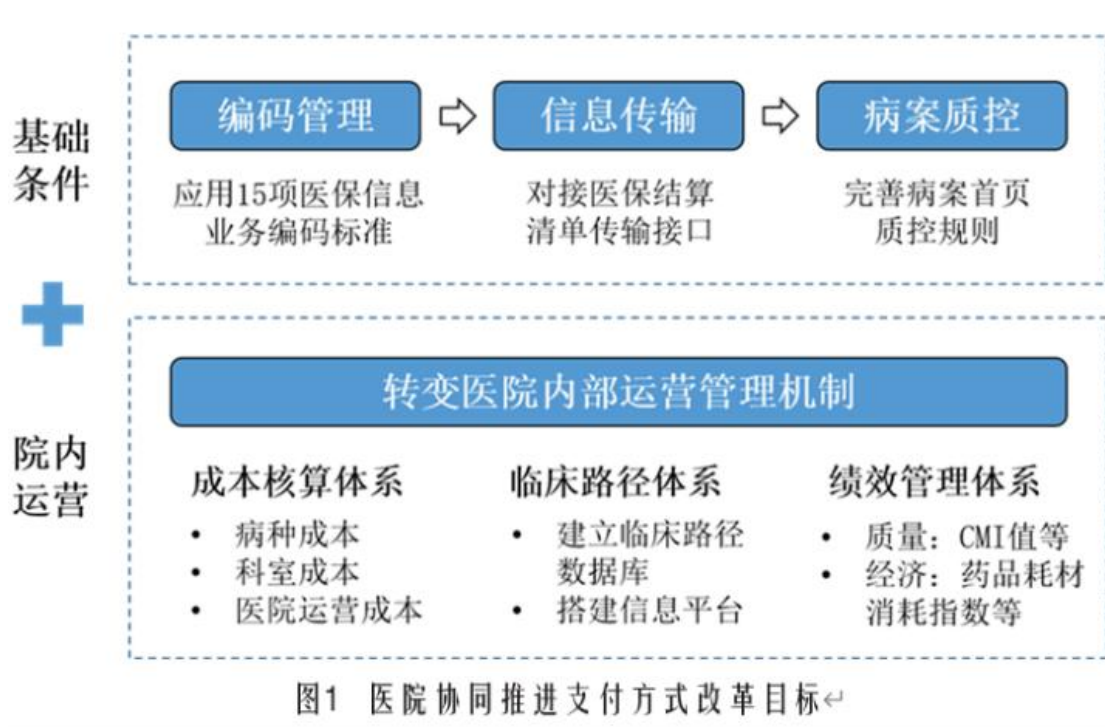


图1 医院协同推进支付方式改革目标

1.1 编码管理

DRG/DIP 付费主要根据国家医保版疾病诊断编码和手术操作编码进行分组。一是要确保疾病诊断、手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目等多项国家医保信息业务编码标准在定点医疗机构的标准化应用；二是规范填写医疗保障基金结算清单，通过医疗机构编码和患者住院号关联匹配医保结算清单与病案首页。

1.2 信息传输

支付方式改革过程中，医院需协同保障 DRG/DIP 付费所需信息的及时、准确、全面传输。一是确保信息实时传输，严格按照国家医疗保障信息平台接口规范，及时上传医保结算清单数据信息，统一数据采集源头；二是要求分组结果和有关管理指标及时反馈并能实时监控，例如清单质控问题的在线提示和医疗机构的在线修改提交，以提

高病例入组的准确率。

1.3 病案质控

病案管理是 DRG/DIP 分组的核心，医疗机构需加强病案培训和质量督查。一是构建病案培训体系，以病案首页规范为依据实施多层面同质化培训，通过搭建沟通平台，加强病案与临床、职能部门与临床、临床与临床间各层面的交流与互动；二是以问题为导向，构建院内病案数据督导检查新模式，成立由病案编码员和临床医务人员组成的病案首页质量检查无差别专家组，共同承担院内病案首页的监管和质控工作。

1.4 转变医院内部运营管理机制

一是优化院内资源配置，强化内部成本核算与管理。

二是医院作为医疗

服务供给方，需主动优化临床路径，提升医疗服务质量，降低无效费用支出。促进临床路径与 DRG/DIP 分组相融合，将诊疗流程相似、费用差异小的疾病组纳入统一临床路径管理。三是在医院绩效管理过程中需兼顾经济效益与医疗质量的平衡，根据不同科室所提供服务类型、成本管控水平、医疗机构发展定位等因素，制定复合型的绩效分配模式。

2. 医院 DRG/DIP 信息化建设现状和问题

2.1 现状

DRG/DIP 信息化建设对于实现医院协同推进支付方式改革的目标

至关重要，是助力医院适应改革的关键。从部分医院的实践情况看，支付方式改革的同时，各级医院不同程度加快了信息化进程，根据医院内部管理需要，陆续开展了 DRG/DIP 医保支付下各项精细化管理的信息支撑工作。

2.1.1 各级医院不同程度加快信息化进程

随着智慧医院建设和医院信息标准化建设的不断推进，我国医疗机构信息化程度得到了显著提升，但不同等级医疗机构间资源分布不均，信息化程度差异较大。

在医疗机构信息化的进程中，三级医疗机构信息系统发展速度远快于基层卫生医疗机构，且多为医院自行组织建设系统。某招标网的数据显示，医疗信息化领域 2021 年上半年中标 10973 件，同比增长 31%；中标金额 141 亿元，同比增长 23%。其中，三级医疗机构中标金额占比达 50%以上，基层卫生医疗机构占比不足 6%。国家卫生健康委统计信息中心发布的《全民健康信息化调查报告 2021》显示，目前基层医疗卫生机构信息系统多为省级、地市级、区县级统一建设或乡镇自建，其中，区县级统一信息系统建设占比最大，约为 47.6%。

2.1.2 进行业务编码贯标及系统接口改造

为达到 DRG/DIP 改革要求，大部分医保定点医疗机构目前进行了国家医保版 2.0 疾病诊断及手术操作编码院端映射工作，动态维护医院所用药品、医用耗材及诊疗项目等医保信息业务编码贯标工作。同时，按要求规范病案首页信息和医保收费信息，改造医院端 HIS 系统

相关模块，做好医保与医院端信息系统对接，实现医保相关功能。由于涉及医院内部管理、HIS 系统开发设计技术、系统安全责任等诸多方面的问题，HIS 系统的改造工作主要由定点医疗机构与相关 HIS 开发商完成，包括新增医保结算清单上传接口、增加医保结算清单参数字典等，部分医院还在医生端病案首页填写模块中添加了诊断编码排序功能、手术操作编码排序功能等。

2.1.3 以数据为中心建设质控系统

以湖北省实行 DRG 的某三级公立医院为例，院内建设医保结算清单质控系统，每日对医保结算清单进行质控，包括清单上传数量与质量、歧义组(QY 组)和不能正常入组(0000 组)病例提前质控等内容，在系统上线后该院 QY 组病例大幅度减少。福建省某三级甲等妇幼保健院则依托信息化平台，对临床病历实施实时质量监控，建立集病历质控系统、临床质量控制系统等于一体的医院决策管理平台，该院通过信息化平台建立全面质量管理体系，持续推进医疗质量、服务流程等改进。

2.1.4 探索开发运用 DRG/DIP 分组器

一方面，部分医院通过自建或采用第三方厂商提供的分组器，在上传医保结算清单数据前对住院病例进行模拟分组，结合分组结果对病案首页的疾病诊断、手术操作编码信息进行修改调整，以保障住院病案首页质量及入组率；另一方面，部分医院建立临床诊断库、ICD 编码库及分值库等三库合一的信息系统，建立临床科室、病案室和医

保办三方联动反馈机制，在住院医师工作站设置与诊断编码对应的分值提醒窗口，提示该病种分值以及类似的诊断编码、建议入组病种等，且每月按科室分析分值结算数据，为科室持续改进和医院决策提供数据支持，保障合理诊疗，避免结算结果负偏离。

2.1.5 自建 DRG/DIP 运营管理平台

部分医院建设了院内 CHS-DRG/DIP 管理平台，包含“院长驾驶舱”“DRG/DIP 费用管理”“DRG/DIP 成本管理”“DRG/DIP 运营分析”等功能模块，既可以清晰展示医院 DRG/DIP 运营情况，也可以为科室提供数据支持，增加医院 DRG/DIP 分析的维度和深度。北京市某三级甲等肿瘤专科医院建设了基于肿瘤大数据平台的 DRG 系统，提高了医院数据分析能力及医疗服务水平，并能培养临床人员成本意识，为开展绩效分析、提升医疗机构精细化管理水平提供数据基础。

2.2 DRG/DIP 信息化建设存在的问题

从宏观上看，医院 DRG/DIP 信息化水平在不同等级医疗机构间差异较大，基层医疗机构 DRG/DIP 信息化建设能力明显不足。国家卫生健康委统计信息中心发布的《全民健康信息化调查报告 2021》显示，基层医疗卫生机构信息系统覆盖率仅为 74.7%。此外，应用功能建设有待完善，实名制就医、预约服务、自助服务等基本医疗服务功能上线率较低，为 28.3%~59.6%。

从微观上看，医疗机构对于医院 DRG/DIP 信息化建设认识不足。作为医疗数据的源头，利用信息化技术和信息化设备实现医院医疗业

务流程以及管理流程的重构是医疗机构高质量发展的重要环节，但是部分医院管理者对医院 DRG/DIP 信息化建设的重要性认识不足，还未转变信息化建设的观念，医疗机构的管理模式和方法没有跟上时代发展。对于编码贯标、病案质控、数据审核、数据传输、数据分析、人员培训等工作缺乏主观能动性，导致医疗机构数据无法准确及时上报，同时也影响医疗机构的切身利益。

3. 医院 DRG/DIP 信息化建设重点

3.1 与医保部门系统衔接

目前，国家统一的医保信息平台正在建设完善过程中，针对 DRG/DIP 也设计了支付方式管理模块，可实现医保支付方式管理各项功能，医院 DRG/DIP 分组结果、监测重点、管理指标分析等可视化模块也逐渐得到加强。对于医院来说，与医保部门相关系统的衔接尤为重要。当然，也需要医保部门主动共享信息，加强协商沟通和信息公开，积极反馈 DRG/DIP 管理指向，协同推进支付改革。

3.1.1 应用医保信息业务编码标准

一方面，医院需要在院内实现不同版本编码的映射，由信息部门或电子病历厂商完成对应使用工作，同时上传运行使用的编码以及映射后的编码，便于追溯有问题的数据；另一方面，填报医保结算清单时，并不是将病案首页的全部内容导入即可，而是要求遵照医保结算清单填写规范，从病案首页中提取相应数据。对于病案首页中的有效诊断和手术操作信息，医保系统要全部抓取，应传尽传，同时需要核

对医院病案上传编码与医保端收到的诊断，发现错误后及时修正。

3.1.2 接口对接与信息反馈

一方面，医疗机构需要及时、全面完成医疗机构信息系统改造工作，准确校验医保结算清单数据传输接口，完成与医保平台的接口对接，确保医疗机构 HIS 系统和国家医保信息平台数据互联互通；另一方面，需动态维护医院基础信息、住院信息等，通过整理综合运营数据，建立管理所需的数据库，实现数据的及时传输和调用。此外，还需确保信息的及时反馈，医院可通过医保系统的反馈得知保险付费方真实的入组结果和结算信息，更有针对性地进行精细化管理，分析重点科室和病组/病种分值偏差情况，推进临床科室的合理诊疗。

3.1.3 构建病案首页质控体系

对现有住院病案首页进行改造，在医院现有的病案归档系统或电子病历系统中增加住院病案首页相关质控规则。①完整性校验：依据医保结算清单和 DRG/DIP 有关医疗统计数据填报必填项和条件必填项要求，确保数据必填项目完整填报，如疾病诊断名称、疾病诊断编码、手术及操作名称、手术及操作编码、总费用、医疗机构名称，患者出生日期、入院日期、出院日期、年龄、性别等核心指标无漏项。②准确性校验：根据住院病案首页和医保结算清单数据接口技术标准，上传的数据能准确反映患者诊疗、医疗收费等信息，并通过逻辑校验规则。可基于数据形成病案填写辅助知识库，增补反映医疗质量和医疗资源使用效率的相关信息，以便准确抓取及核对医保结算清单

相应数据项，避免在 DRG/DIP 付费中因高编、低编、错编或漏编造成经济损失。

3.2 关注医院 DRG/DIP 管理关键环节

在信息化背景下，医院 DRG/DIP 管理需加强病种层面精细化管理水平，关注病种成本核算、临床路径管理、药品耗材控制、费用结构管理等关键环节。

3.2.1 病种成本核算

首先需要明确成本核算单元，通过核算某病种内患者的成本计算出某 DRG 病组/DIP 病种的单位成本。医疗机构可根据成本核算结果从疗效、质量、成本、费用多个维度度量监测管控，降低无效成本支出，加强内部精细化管理。在实际操作中，医疗机构应建设包含医院运营成本、药品成本、医用耗材成本等相关数据的数据库，并与科室临床行为信息链接，动态分析病种成本结构和科室成本结构，及时发现待优化的临床行为，提高各科室主动管理成本的意识。

3.2.2 临床路径管理

临床路径是病种费用的形成和构成基础，对病种分值具有规范和引导作用。医疗机构可借助信息化技术加强对临床路径的监测与管理，建立多病种的临床路径质量数据库，开展定期评价。对于医联体，还可通过搭建医疗机构间信息平台，将医疗信息互通共享，根据临床路径各环节的治疗特点和各医疗机构的功能定位开展分工协作，推进分级诊疗。

3.2.3 运行监测分析

DRG/DIP 付费要求医疗机构信息平台应支持相关数据调取，便于对病例组合指数(CMI)、平均住院日、药品耗材消耗指数、低风险死亡率等相关指标开展定期分析。除常规的清算后分析外，其分析的关键节点前移到日常运行监测中，包括患者在院期间、病例归档和费用申报前后等，需要医保、财务、药品、耗材、病案、信息等职能科室共同参与，根据运行分析结果对不合理的情况进行规范，在医疗质量、医疗安全和合理控费之间达到平衡。

3.3 重视医保基金监管稽核方向

医院信息化建设过程中，可根据医保部门对定点医疗机构开展的日常稽核与专项稽核要求，综合考虑可能存在的风险点，开展院内数据监测与审核，重点关注高套分值、分解住院、低标入院、诊断与操作不符、诊疗项目超限定频次等违规行为，制定相应的审核逻辑和风险提示，以规范医疗服务行为。

其中，需注意院内分组器的合理应用，避免因 DRG/DIP 入组结算影响临床实际诊疗。此外，还需关注住院医疗费用向目录外费用转移、向门诊费用转移的风险。

4. 小结

综上所述，随着 DRG/DIP 支付方式改革的深入，医院需针对 DRG/DIP 付费的技术特点，不断完善医院信息化建设，全面提高病案质量及上传国家医保信息平台数据质量，以智能化大数据手段增强监

测分析能力，为医院高效科学运营提供重要的信息化支撑。

[返回目录](#)

• 医疗聚焦 •

破题“长寿时代”养老困局，泰康升级解决方案

来源：健康界

根据国家卫生健康委统计数据显示，截至 2021 年底，全国 60 岁及以上老年人口达 2.67 亿，占总人口的 18.9%。预计 2035 年左右，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。

随着人口老龄化快速发展，如何实现老有所养、老有所医，成为人们的关注焦点。

“人活得越来越长，百岁人生将成为生命常态，但人人长期带病生存将带来极大挑战。”日前，泰康保险集团管委会成员兼泰康之家 CEO 邱建伟在泰康之家·甬园开业仪式上表示。

首先，中国社会面临筹资问题。虽然中国已建立起由三个支柱构成的养老保险体系，但筹资水平与国外相比仍然存在显著差距，且不同支柱之间发展呈现出不均衡状态，第三支柱发展明显不足。在未富先老的社会背景下，养老金缺口压力不断凸显。

其次，当前中国养老服务供给存在“结构性”失衡，高品质医养服务依然稀缺。根据民政部最新调查数据显示，截至 2022 年第一季度

度，全国各类养老服务机构和设施数为 36 万个，床位达到 812.6 万张。但据测算，平均入住率不到 50%。

“你的供给不是我的需要，我的需要你并没有满足。”邱建伟如此解释当前这种“结构性”失衡状态。

如何破局?怎样才能从体系上解决“人活着，但钱没了”“有钱，但买不到优质养老服务”这两大关键问题?

作为行业先行者，泰康通过创新性地整合保险支付与医养服务，形成了覆盖全生命周期的包含保险、金融、筹资以及医养服务的解决方案，解决长寿时代、百岁人生所需要面临的筹资挑战、医养服务保障挑战。

医养融合的探索实践

早在 2007 年，泰康便开始探索医养融合，首创“一个社区、一家医院”模式，即在每家养老社区旁边建设一家医院，让社区居民足不出户便可享受到高品质的医疗配套服务。

在邱建伟看来，医养融合毫无疑问会促进健康，医疗与慢病管理、健康管理的有机结合将大大提高健康的生存质量。

数据显示，我国居民人均预期寿命由 2020 年的 77.93 岁提高到 2021 年的 78.2 岁，但老年人健康预期寿命不到 70 岁，说明老年人平均带病生存时间将近 10 年。

另据统计，我国约 75% 的 60 岁及以上老年人患有一种或多种慢性病，43% 有多病共存(2 种及以上)，失能老年人口超过 4000 万，60

岁及以上老年痴呆患者约为 1507 万。

“养”和“医”需求的叠加趋势越来越明显，老年人对生活照料、疾病诊疗、康复护理的需求不断增加。

在此背景下，医养结合成为业界重要的探索方向，并作为重要内容，纳入《健康中国 2030 规划纲要》、《国家积极应对人口老龄化中长期规划》等重要规划，并被写入《基本医疗卫生与健康促进法》。

“医养结合本身就是对资源的一种优化配置。”国家卫生健康委老龄司司长王海东表示，一方面，它可以通过为老年人提供医养结合服务，让很多在医院住院的老年人主动离开大医院，减轻对医院病床的压力，这本身就节约了大量的医保资金。另外，可以通过医养结合发展，降低养老机构的空置率，这是双赢的。

泰康保险集团创始人、董事长兼首席执行官陈东升曾在接受采访时表示，在养老社区的探索中，他意识到养老与医疗密不可分，同时，医疗行业是一个永久朝阳的行业，而人寿保险集团去做医养实体有天然优势，首先是资金优势，其次是客户优势、产品优势。

2022 年 7 月，国家卫生健康委等 11 个部门印发《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》，明确指出支持社会力量建设专业化、规模化、医养结合能力突出的养老机构，主要接收需要长期照护的失能老年人。

需求和政策的双重支持之下，泰康在医养融合的探索道路上一路狂奔。截至目前，泰康之家作为泰康大健康生态布局战略的重要载体，

已在全国布局 29 个城市 33 个项目，其中 13 城 14 家社区投入运营，入住居民超过 8300 人。除刚刚开业的宁波甬园外，预计今年还将有 6 地养老社区投入运营，届时泰康之家将实现全国 20 家社区连锁运营，入住居民也将突破 1 万人，持续领跑行业。

值得一提的是，在每个养老社区配备的一家医院，以“康复学科+老年学科+急救”为专科特色，建立以长期健康管理为目标，以老年医学为中枢，整合急症转诊、长期护理、预防保健及康复治疗的医养康护体系。在此基础上，根据客户的不同身体情况进行分区照护，设置独立生活、协助生活、专业护理和记忆照护四个服务区域，实现一站式持续照护。

泰康医养融合从 2.0 到 3.0 版本的跨越

在泰康之家的业务版图中，宁波泰康之家·甬园意义非凡。

在它之前，泰康投入运营养老社区在医养融合实践上只能算是 2.0 版本，而甬园的开业，一并开启了泰康医养融合的 3.0 时代，即形成“养老社区+三级专科医院”更高层次的医养融合服务新模式。

泰康保险集团总裁兼首席运营官刘挺军表示，泰康之家·甬园和宁波泰康脑科医院(筹)共同组成的泰康宁波国际医养园区在两个方面实现了重大升级：第一是位于城市 CBD 核心区，第二是大型三级专科医院和养老社区紧密结合形成了医联体。

据了解，宁波泰康脑科医院(筹)是泰康保险集团在全国布局的五大医学中心之一，总建筑面积约 11.9 万平方米，拟开放总床位 416

张，预计于 2023 年底投入运营。在学科规划上，医院以打造三大卓越医学中心(神经医学中心、老年医学中心、健康管理中心)为特色。神经医学中心顺应脑科医院的学科与技术要求；老年医学中心主要是为甬园社区的老人做好健康的保驾护航；健康管理中心则是为了顺应泰康医养结合的战略，为泰康的保险客户提供全程的健康管理服务。

据宁波泰康脑科医院(筹)护理总监张玲透露，作为宁波市政府重点引进的大型国际医疗项目，宁波泰康脑科医院(筹)的定位是国际化高品质的三级专科医院，医院会秉承医教研一体化发展，实现可持续健康发展，终极目标是打造一个百年的、高品质的医院，长期为宁波当地的老百姓服务。

全国老龄办原副主任、复旦大学老龄研究院副院长吴玉韶表示，新时代养老将由生存必需型向享受型、发展型、参与型转变，实现从养老到享老的目标，享老是更高层次的养老。

作为泰康在国内布局的第一家位于城市 CBD 核心区的 CCRC 养老社区，泰康之家·甬园为居民长辈提供社交、健康、文娱、美食、财务等一站式“享老”新生活解决方案。目前，甬园乐泰学院已开设约 30 门课程，包括合唱、手工、绘画等，此外，智慧医养作为泰康之家专业服务的另一大特色，在甬园社区也得到了充分体现，从健康服务、安全保障、营养膳食、快乐生活、适老智能等多个领域全方位满足居民的高品质生活服务需求。

创新整合“保险支付+医养服务”

然而，想要破解养老困局，仅仅升级医养服务还不够。

面对长寿时代的挑战，泰康的完整解决方案是将保险支付与医养服务相结合，打造长寿、健康、富足三大闭环。

在支付端，泰康提供年金保险、重疾保险、医疗保险、护理保险等商业保险产品；在服务端，打造医、养、康、宁相融合的一站式连续性服务。

按照泰康的规划，客户可通过养老保险，在养老服务体系里安度晚年；通过健康保险，在医疗健康体系里得到服务和治疗；通过投资理财型产品，实现财富增值。

“泰康打造的‘长寿、健康、富足’三大闭环，就是要用市场经济的方式方法，实现全心全意为人民服务的伟大理想，让泰康之家这种高品质的享老生活方式惠及到更多长辈。”陈东升表示。

“泰康方案本质上就是把支付和服务结合到一起，一方面打造高品质的养老服务体系，另一方面通过长周期的投资理财和财富积累，让人们能够在退休后享受到这种服务，创造性地解决筹资能力不足的问题。”邱建伟表示。

据他透露，未来泰康将在两个方向进行业务拓展。一是满足更多人群高品质养老的需求，推动一场养老革命，让养老的成本能够逐渐降低，提高养老的效率，让更多人享受得起；二是结合前沿科技的运用以及机构养老建立起来的服务流程、服务的标准化能力，探索以养联体模式为代表的居家与社区养老的服务体系。

“多层次养老体系既是符合未来中国国情的需要，同时也是未来泰康发展的方向。” 邱建伟表示。

[返回目录](#)

多重政策“剑指”高值医用耗材治理！医院该如何应对？

来源：中科厚立

高值医用耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、临床使用量大、价格相对较高、群众费用负担重的医用耗材。近年来，我国高值医用耗材行业得到较快发展，在满足人民群众健康需求、促进健康产业发展等方面发挥了积极作用，但同时也出现了不同的声音，比如，价格虚高、过度使用等，群众反应强烈。

国务院办公厅于 2019 年印发《关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》，明确要求加强高值医用耗材规范化管理，将单价和资源消耗占比相对较高的高值医用耗材作为重点治理对象，高值医用耗材治理正式拉开帷幕。

随后，2020 年，国家卫生健康委办公厅关于印发《第一批国家高值医用耗材重点治理清单的通知》，重点治理清单包括单/多部件金属骨固定器械及附件、导丝、耳内假体、颌面部赈复及修复重建材料及制品、脊柱椎体间固定/置换系统、可吸收外科止血材料、髌关节假体等 18 种。

二、三级公立医院绩效考核操作手册也从 2020 年开始逐步将高值医用耗材收入占比纳入指标考核。在今年刚发布的二、三级公立医

院绩效考核操作手册中，也赫然在列。种种政策表明，高值医用耗材治理在未来，都会是公立医院绩效考核的常态指标。

01 高值医用耗材为何“高值”

按照此前国家重点监控药品的操作方式，一旦被纳入重点监控，相关产品要被踢出医保报销范围。如今，这 18 种高值耗材虽然不会像重点监控药品一样，完全踢出医保，但严格限制使用肯定是少不了的。

为何如此？这其中不免说到 2 点原因。

其一，高值耗材滥用所带来的“看病贵”“看病难”问题。

就拿心脏支架来说，重量仅约 0.03 克，均价高达上万元。近年来，我国的心血管疾病发病及患病人数逐年攀升，《中国心血管健康与疾病报告 2020》推算，按照每年临床用量达 100 多万个，人均使用 1.4—1.5 个，全国心脏支架的费用负担一年超过 150 亿元。巨额医疗费用导致很多人不愿再去医院就诊，医患矛盾频发。

其二，高值耗材采购环节所涉及的工作人员腐败问题。

随着医疗卫生领域群众反映的呼声越来越高，纪委监委开始着手医疗卫生领域案件查办，经深入调查分析发现，行业违规招投标、线下采购、以械补医、临床不合理使用等问题易发多发，其中，不乏很多意志不坚定的医务工作人员，在金钱、权利的诱惑下迷失自己。

例如，南京市鼓楼医院神经外科原行政副主任黄某利用职务之便，其在神经介入手术中使用三家公司的医疗耗材竟达 3.78 亿元，

共收受贿赂 4000 余万元。此外，2019 年，苏州大学临床医学研究院原副院长杨某军、江苏省人民医院原副院长杨某健也因在高值医用耗材使用等方面严重违纪违法被查处等。

除此之外，高值医用耗材已经给医保基金及医院造成了巨大的压力，价格机制不合理、市场需求大、医保支付的相关政策缺乏等多重原因让国家不得痛定思痛，高值医用耗材治理势在必行！

02 医院是否该对高值医用耗材“一刀切”

加强公立医疗机构及医保定点医疗机构高值医用耗材管理，是国家治理高值医用耗材改革的重要内容。随着相关政策出台，高值医用耗材集采落地，医院也开始逐步变被动为主动，主动加强高值医用耗材治理——

去年底，阳泉市第一人民医院就发布文件强调对部分高值耗材予以停用。无独有偶，厦门大学附属第一医院、福建中医药大学附属第三人民医院也纷纷发布通报，实行高值医用耗材预算管理或降低进口比例等。

停用及规范高值耗材使用，作为医院严格控制耗占比的常用手段有一定成果，但并不是长久之计。医院转变运营思路，变粗放为精细，才能从最根本解决问题。

①加强专人监管，提升管理意识

传统管理模式下，医疗机构高值医用耗材滥用普遍存在 2 种情况，一是临床科室占据“主动权”。为匹配临床需求，科室申报多，

采购也就多,这种情况下可能存在采购的数量、规格与实际需求不符,从而造成耗材的积压浪费;其次,一些急诊手术常出现科室自行采购耗材,后续再补手续的情况,院内缺乏准入机制及监管,从而造成高值耗材滥用情况。

针对上述情况,医疗机构在高值医用耗材治理方面,更应该从内部、从根本加强自我管理,以政策为导向,加强院内宣传,提升医务人员自我管理意识,将高值医用耗材规范使用纳入医务人员规范化培训和继续教育内容,严格按产品说明书、技术操作规范等要求使用。其次,院内应该建立针对性管理机构,明确高值医用耗材管理科室,岗位职责落实到个人,建立与之对应的考核机制,考核结果直接与绩效挂钩,进一步加强自我管理。

② 优先选用集采中选结果

据相关报道,在 2018-2022 年间,国家组织集采心脏支架、人工关节等 8 种高值医用耗材平均降价超 80%;连同地方联盟采购,加上药品集采,累计减负约 5000 亿元。近日,国家将推进开展第四批高值医用耗材的集采,此次将针对眼科的人工晶体和骨科的运动医学类耗材。

高值医用耗材改革以来,国家出台的一系列政策不管是对医保高值医用耗材逐步进行统一分类与编码还是探索制定统一的医保支付标准亦或是实行医保准入和目录动态调整,其实都在有意无意透露出一个信号——引导医疗机构主动降低采购成本,而优先选用集采中选

结果便是有效途径之一。

除此之外，有关规定也曾明确因开展集中带量采购节约的费用，可在考核基础上，按一定方式由医疗机构结余留用。总之，不管是否在治理名单中，优先选用集采中选结果的高值医用耗材对医院长远发展来说是利大于弊的。

③完善高值医用耗材预算管理

通过预算控制管理，能使采购活动的控制具有可操作性，并保证采购的耗材有计划、高效地使用和管理，既保证业务也能避免积压造成浪费。

医院可通过历年大数据分析，找到科室或重点病种使用高值医用耗材的种类和使用量规律，以此作为依据，估算全院一年高值医用耗材采购预算金额，再以此作为标准，列入来年高值医用耗材采购预算。

在总额控制的目标下，设置全院高值医用耗材预算指标再细化到临床科室，有预算才有“底线”，只要守住“底线”，才能化被动为主动。

④加强信息化建设

耗材管理并不是一朝一夕的工作，如果单靠人为，工作量巨大且效率难以保证。信息化盛行的时代，医院加强信息化建设已不再是新鲜命题，在高值医用耗材的管理上同样适用，健全医院信息化系统，减少院内医用耗材管理人员，同时降低管理成本。

03 总结

高值医用耗材治理被称为医改难啃的“硬骨头”，涉及的利益链条长，触及的改革面广，医院作为“主阵地”，加强监管，提升高值医用耗材准入原则是职能所在，亦是实现医院成本管控、迈向可持续发展的重要途径。

[返回目录](#)

• 医药专栏 •

在药店也能用医保买处方药！多地加速推动处方外流

来源：艾美达医药咨询

近日，安徽省医疗保障局印发《关于推进医保电子处方流转应用工作的实施方案》（下称“《方案》”），从目标和原则、医保电子处方流转路径设计、实施步骤、保障措施等方面，详细规定了医保定点医疗机构电子处方，应如何顺畅流转 to 定点零售药店……

医保电子处方流转路径一个枢纽、三端互联

根据《方案》，该省医保电子处方流转按照“一个枢纽、三端互联”的架构进行设计。

“一个枢纽”即建设全省统一的医保电子处方中心(电子处方流转平台)，处理医疗机构和零售药店间处方流转，实现电子处方查询和统计、医保政策维护管理、费用结算处理等功能。

“三端互联”即医疗机构 HIS 系统、零售药店药品管理系统、医保结算系统与医保电子处方中心的互联互通。

安徽省医疗保障局 安徽省卫生健康委员会 安徽省药品监督管理局

文件

皖医保秘〔2023〕34号

安徽省医疗保障局 安徽省卫生健康委员会 安徽省药品监督管理局关于印发推进 医保电子处方流转应用工作 实施方案的通知

药店要基于上述枢纽和互联系统，药店提供配药和医保结算服务。提供复诊的互联网定点医院，应为省级卫生健康等部门批准开展“互联网+”医疗服务，且依托的实体医疗机构为省内医保定点医疗机构。

《方案》还鼓励，探索“互联网”就医购药服务新途径创新应用场景，依托国家、安徽省医疗保障信息平台，探索通过与线上购药平台数据共享的方式，打通参保人员、互联网医院与定点零售药店的线上通道，实现医院开具电子处方、参保人员在线购药、药师在线审方、药店实时配药、医保在线结算的全流程服务，为患者提供“线上购药云服务”。鼓励探索“网订店取”或“网订店送”等服务功能，进一

步提高药店购药便利性。

多举措保障电子处方流转

为实现医保定点医疗机构电子处方顺畅流转至定点零售药店，保障参保人员凭处方在定点零售药店实现配药和医保结算，实现初诊、复诊购药更为便捷，《方案》还制定了多层保障措施，加快制度推行。

一是做好技术规范。开发部署全省统一的医保电子处方中心，统一医保电子处方中心与定点医疗机构及零售药店系统接口规范，定点医药机构分别按照接口规范实现与医保电子处方中心的互联互通，用信息化手段连通医院端、药店端、医保端，实现定点医疗机构处方的接收、分发、统计、分析等管理功能。

二是推进医疗机构电子处方流转。参保人员在定点医疗机构就诊时，经医保医师开具电子处方、药师审方、医保办备案后，医疗机构将电子处方上传至医保电子处方中心，参保人员凭医保电子凭证等有效证件到定点零售药店购药，定点零售药店从医保电子处方中心获取处方，药店执业药师审核后，为参保人员配备处方内的药品，发生的医保内药品费用按医保政策结算。

定点医疗机构暂未实现与医保电子处方中心联网的，参保人员可凭定点医疗机构开具的纸质处方和医保电子凭证等有效证件，在处方有效期内到定点零售药店购药，药店执业药师按规定进行审核后，为参保人员配备处方内的药品，发生的药品费用按医保政策结算。

三是推进复诊开方，支持互联网医院处方流转。参保人员选择互

联网定点医院复诊的，医保医师在线开具处方、药师在线审方、同步向省互联网医疗服务监管平台、省医保电子处方中心上传处方，参保人员自主选择药店，与医保电子处方中心联网的定点零售药店在线调取患者处方，药师在线审核后，方可购药。

《方案》强调，医疗保障部门负责牵头组织实施，指导医保经办机构 and 定点医药机构做好医保信息系统改造和测试，加强医保基金监管。依据处方管理相关规定，规范开具、审核、调剂、保管、上传处方，并加强监督管理。组织实施对定点药品零售企业、省内互联网销售第三方平台的监督检查，依法查处相关违法违规行为。

同时，做好总结推广，掌握各统筹地区工作推进情况，及时发现问题，解决问题，合理引导预期，逐步扩大医保电子处方流转在医保经办服务中的应用范围和场景，注重经验总结，形成可复制能推广的经验。

多地加速推动处方外流

今年年初以来，全国各地与医保基金、定点药店相关的政策频出，无不显示处方外流推动动作在加速。

近日，江西省萍乡市第二人民医院开出江西首张医保电子流转处方，让参保群众实现在医院看病开方、药店快速取药、医保即时结算。萍乡市市民钟女士在萍乡市第二人民医院就诊，医生为其开具医保电子处方并上传至江西省医保电子处方中心，钟女士通过“江西智慧医保”APP 查询符合处方购药的定点药店后，选择在家门口的江西天顺

大药房萍雅店完成购药和医保直接结算。此举意味着，萍乡市的医疗机构与便民药店之间实现了电子处方流转和费用实时结算，让群众就医“少跑腿”“秒支付”。

参保群众凭电子处方在便民药店取药实现医保即时结算

江西省医疗保障局有关负责人表示，萍乡市是全省医保电子处方流转平台应用试点地区，目前该市通过加大电子处方流转平台应用推广力度，强化定点医药机构接口改造、联调测试等工作，已在试点医药机构实现了普通门诊、“双通道”等就医类别医保电子处方流转至定点药店的购药直接结算。

今年5月，湖南医保局发布《关于调整优化职工基本医疗保险普通门诊统筹政策的通知》，进一步对门诊统筹政策作出部署，在费用报销方面，定点零售药店执行与基层医疗机构相同待遇报销政策，不设起付标准，政策范围内药品费用按70%比例支付，定点零售药店和定点医疗机构门诊统筹基金年度最高支付限额合并计算。该政策将于6月1日起执行。

同月，湖北省医疗保障局召开门诊统筹定点药店调研座谈会，反映沟通湖北省职工医保门诊统筹定点药店在医保药品配备、零售价确定、医院处方流转和信息系统建设方面的问题。与会连锁代表反应医院流出的处方很少，在少有流出的处方中，甚至有被注明“应患者要求所开，对安全不负责任”的情况。连锁们希望协调卫健部门加大处方外流的比例考核。对于处方外流少的问题，湖北省医保局相关处室

负责人指出，国家医保局即将推出新政策，要求公立医疗机构将所有处方信息全部上传处方流转平台，患者可凭处方自行选择在医院或外面药店买药，湖北省医保局也将进一步推进落实处方流转政策。

[返回目录](#)

短缺药集采将至？

来源：广州公共资源交易中心

1、多个短缺药或将展开集采？

6月5日，广州公共资源交易中心发布《关于开展阿托品注射剂等25个药品相关产品信息收集工作的通知》，相关企业需于6月7日17时前完成信息填报。

值得注意的是，此次涉及的25个品种中，有13个品种与去年7月工信部、国家卫健委、国家医保局、国家药监局四部门在《关于加强短缺药品和国家组织药品集中采购中选药品生产储备监测工作的通知》（以下简称《通知》）中联合发布的“短缺药品监测品种及生产企业”名单存在重合，包括阿托品注射剂、酚妥拉明注射剂、苯巴比妥注射剂等。

通知所要求的填报内容主要分为两方面，一是药品生产企业供应情况，包括年度产能、是否可满足广东市场、可满足供应的全国省份；二是原料药基本情况，包括原料药现在产厂家、购进原料药名称、购进价格、目前原料供应商，注明自产或外购等。

业内有分析认为，此次信息收集是对相关药品原料药及生产供应

能力的摸底，有可能是为专项采购或其它类型采购所做的准备工作。

去年，国家医保局曾在对全国人大代表和全国政协委员的建议和提案的回复中提到，由于“孤儿药”和短缺药多为用量少、竞争不充分的产品，当前基于不同企业间相互竞争的带量采购机制难以适用，需要探索新的采购机制；此前，《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》也曾明确要求积极探索“孤儿药”、短缺药的适宜采购方式，促进供应稳定。

目前，已有多地对此展开探索。

例如，2021年，重庆牵头河南、广西、海南等9省针对黄体酮注射液、注射用糜蛋白酶、甲硫酸新斯的明等21个药品展开为期两年的集采，这也是全国首次省级跨区域短缺药品联盟采购。

结合《渝豫桂琼滇青宁新新疆兵团短缺药品联盟保供稳价带量采购文件》等来看，此次联盟集采采取“市场竞价综合评审+议价”方式，坚持保供稳价和多家中选的原则，同时短缺药品不纳入“结余留用”考核。

5月31日，河南省医保局发布十九省药品联盟采购公告，涉及24个拟采购品种，其中，去乙酰毛花苷注射剂、维生素K1注射剂、凝血酶散剂、尿激酶注射剂等均已被纳入国家短缺药监测名单。

2、短缺药被列为今年重点工作任务

在今年5月10日召开的全国卫生健康药政工作电视电话会议上，短缺药、儿童药、基药被列为2023药政工作会议重点工作任务。

按此前国务院办公厅《关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》(以下简称《意见》)要求,省级联动机制牵头单位要在规定时限内监测并协调短缺或不合理涨价情况,省级不能协调解决的,要在规定时限内向国家联动机制牵头单位报告。

在短缺药采购方面,《意见》主要提出了三方面内容——落实直接挂网采购政策,允许医疗机构自主备案采购,以及严格药品采购履约管理。

具体来看,对于国家和省级短缺药品清单中的品种,允许企业在省级药品集中采购平台上自主报价、直接挂网,医疗机构自主采购;对于本省采购平台无企业挂网的临床必需易短缺药品重点监测清单和短缺药品清单中的药品,医疗机构可提出采购需求,线下搜寻药品生产企业,并与药品供应企业直接议价,在省级药品集中采购平台自主备案。

在配送方面,短缺药品不受“两票制”限制,不得限制配送企业,同时,对于企业未按约定配送、供应等行为,也将加大监督和通报力度,按合同规定进行惩戒。

另外,针对短缺药原料问题,国务院也提出了多项举措。

一方面要增加药用原料有效供给,包括提高原料药等审评审批效率和水平,推动制剂企业联合原料药企业组成供应联盟,鼓励原料药和制剂一体化生产等。

另一方面也要加大对原料药垄断等违法行为的执法力度,建立市

场监管、公安、税务、药品监督管理等部门协同联动工作机制，开展多部门联合整治，“以最严的标准依法查处原料药和制剂领域垄断、价格违法等行为，坚持从重从快查处”，构成犯罪的依法追究刑事责任，坚决处置相关责任人。

[返回目录](#)

• 医保动态 •

新形势下医保基金监管面临的挑战与对策

来源：中国医疗保险

近日，国务院办公厅印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》，重申加强医保基金使用常态化监管，对保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担具有重要意义。

被视为群众“看病钱”“救命钱”的医保基金，正提速步入常态化监管时代。

医保部门作为医疗服务购买第三方，其角色定位决定了用有限的医保基金为参保群众购买高性价比的医疗服务其理所当然的职责。因此，确保医保基金在使用过程中不被滥用、不被套取就是排在第一位的首要任务，这也就是为什么在医保局成立之始就将维护医保基金安全、坚决打击欺诈骗保作为医保部门重要任务的原因之一。随着医保改革的深入推进以及对欺诈骗保行为持续保持高压态势，违法违规套

骗医保基金的行为也相应发生了一些新的变化，基金监管工作面临着一系列新的形势和新的挑战，需要包括医保部门在内的各相关部门紧跟形势发展，结合实际情况，采取有效举措，创新监管办法，寻找应对之策，有效打击新型套骗医保基金行为，切实防范医保基金的不当流失。

一、五年来基金监管工作概述

2018年9月11日，国家医保局在挂牌不到4个月时间、绝大多数地方医保局尚未成立的情况下，联合国家卫健委、公安部、药监局等部门印发《关于开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动的通知》（医保发〔2018〕13号），在全国范围内全面吹响打击欺诈骗取医保基金行为的冲锋号。一方面说明当时的医保基金监管工作确实面临着十分严峻的形势，另一方面也体现了新成立的国家医保局对于坚决打击并全面遏制欺诈骗保行为的坚定决心。

五年来，在党中央国务院和各级党委政府的高度重视、大力支持以及各相关部门的通力合作下，医保基金监管工作持续深入开展，顶层设计高屋建瓴，监管体系不断完善，监管工作不断规范，医保基金监管长效机制初步形成，打击欺诈骗保成效显著，有力地维护了医保基金的安全平稳运行。

（一）顶层设计高屋建瓴

2020年2月25日，党中央国务院颁布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号，以下简称《意见》）。《意见》明

确提出健全严密有力的基金监管机制，改革完善医保基金监管体制，完善创新基金监管方式，依法追究欺诈骗保行为责任。党中央国务院的上述要求无疑从全局高度和宏观视角上为医保基金监管工作指明了改革发展方向。

2020年6月30日，国务院办公厅印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号，以下简称《指导意见》），明确提出构建并形成党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的“五位一体”医保基金监管新格局。《指导意见》突出了各级党委在基金监管方面的领导责任，也就意味着各级纪委监委在基金监管中将发挥更加重要的作用，这不仅体现了我国在医保基金监管方面的鲜明特色，也对以公立医院、国有企业为主体的医药相关机构党员干部个人必须严格遵守医保基金监管的法律法规和政策划出了红线和警戒线；各级医保部门代表人民政府行使监督管理权，也就意味着医保监管机构可以通过法律、行政、经济、信息、市场化等多种手段对医保基金进行监管；实践中社会组织和第三方机构通过提供技术支持以及参与医保经办等途径，对医保基金监管发挥了十分积极且非常重要的作用，因此《指导意见》进一步强调发挥社会组织的监督监管作用；从根本上来说，监管是手段而不是目的，不是一味地以外力手段强制行业和个人遵守医保基金的使用规则，而更应当是通过监管制度的建设和实施来全面提升医药服务行业和个人规范使用医保基金的行为自觉，正因为如此，《指导意见》在构建“五

位一体”的基金监管新格局中将行业自律和个人守信纳入其中，并强调推进行业自律管理以及建立信用管理制度，从而为建立基金监管的长效机制打下基础。

2021年9月23日，《“十四五”全民医疗保障规划》（以下简称《规划》）正式发布，这是我国医保领域首个五年规划，具体描绘了“十四五”时期医疗保障高质量发展“路线图”。具体到基金监管方面，就是通过健全监督检查制度、全面建立智能监控制度、建立医疗保障信用管理体系、健全综合监管制度、完善社会监督制度等一系列举措，从而加快健全基金监管体系机制，对新时期医保基金监管工作具有重要的指导意义。

（二）监管体系不断完善

各级人民政府不断强化医保基金监管责任，大多数省级人民政府将打击医疗保障领域欺诈骗保纳入相关考核体系，强化激励问责机制。各级医保部门以《指导意见》为遵循，着眼于建立基金监管长效机制，积极开展“两试点一示范”工作，基金监管体系不断完善。

2019年5月21日，国家医保局办公室印发《关于开展医保基金监管“两试点一示范”工作的通知》（医保办发〔2019〕17号），开始了以创新监管方式、创建监管信用体系、实现智能监控为主要内容的构建基金监管体系的实践探索之旅。

2021年1月15日，《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第375号，以下简称《条例》）正式颁布并于当年5月1日开始

全面实施，这是我国社会医疗保险制度建立 20 多年来，医保领域第一部专门的行政法规，为医保基金监管工作提供了强有力的法治保障和执法“利剑”，改变了此前医保基金监管无法可依的局面，也为整个医保制度步入法治化体系化轨道奠定了第一块基石。全国各地在贯彻落实《条例》过程中，为增强《条例》在实践中的可操作性，全国多数地方结合当地医疗保障基金监管的实际需要，对《条例》中的原则性和授权性规定进行了进一步细化，完善了地方性法规。

2021 年 2 月，国家医保局印发《关于医疗保障部门向纪检监察机关移送医疗保障基金监管中发现问题线索的通知》，指导各级医保部门将监管工作中发现的涉嫌违反党纪、职务违法和职务犯罪等问题线索移送纪检监察机关处理，实现行纪衔接；同年 11 月 26 日，国家医保局和公安部联合印发《关于加强查处骗取医保基金案件行刑衔接工作的通知》（医保发〔2021〕49 号），文件明确了查处骗取医保基金案件的移送范围、移送程序、协作机制以及工作要求，进一步健全欺诈骗保案件移送机制，从而为加强医保部门与公安机关的协作配合、畅通协作渠道、提高监管效能提供了政策遵循。

2023 年 4 月 21 日，国家医保局、最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委在联合印发的《2023 年医保领域打击欺诈骗保专项整治工作方案》（医保发〔2023〕15 号）中进一步明确了在开展专项整治工作中各相关部门的职责分工。在我看来，文件实质上是对《监管条例》中有关部门职责分工条款作出了进一步的细化和明确。

2023年5月19日，国务院常务会议审议通过《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》，明确提出要压实医保基金使用和监管的各方责任，进一步强化医保行政部门监管责任、医保经办机构审核检查责任、定点医药机构自我管理主体责任、行业部门主管责任和地方政府属地监管责任。要优化医保基金监管方式，做实常态化监管，加强信息智能监控和社会监督，进一步织密医保基金监管网。

(三) 监管工作不断规范

随着医保基金监管工作的深入开展、制度体系的不断完善以及实践经验的不断积累，医保基金监管工作也逐渐走上了一条制度化、常态化和规范化之路。

2021年6月23日，国家医保局印发《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》（医保发〔2021〕35号），从而为规范医保基金使用监管行政执法行为，确保医保行政部门合法、合理、适当地行使行政处罚裁量权，保护公民、法人和其他组织的合法权益提供了制度遵循。

2022年1月29日，国家医保局颁发《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》，进一步规范举报线索处理流程；同年11月17日，国家医保局办公室、财政部办公厅联合印发《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》（医保办发〔2022〕22号，以下简称《办法》），《办法》是对2018年11月27日印发的《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》（医保办发〔2018〕22号）的修改完善，

对奖励条件、奖励办法等作出进一步的规范。两个文件的颁布实施有效提升了社会力量参与医保基金监督的积极性和广泛性，从而切实维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益。

2022年3月30日国家医保局印发《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》(医保发〔2022〕12号)，明确了“两库”的功能定位、建设原则、建设程序及各级医保部门工作职责，为各地医保部门开展“两库”建设提供了根本遵循。2023年5月15日公布的《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》则进一步规范并完善了医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系，将有望进一步促进智能监管工作的统一规范和效能提升。

2023年3月13日，国家医保局颁布《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》(国家医疗保障局令第6号)，进一步明确了飞行检查的遵循原则、启动条件、组织方式、检查要求、检查程序、问题处理等内容，为完善飞行检查机制，优化飞行检查程序，规范飞行检查行为，实现法治化、规范化、科学化飞行检查，进而进一步加强医保基金监管工作提供了制度保障。

(四) 监管工作成效明显

5年来，在各级医保部门的共同努力下，医保基金监管工作取得明显成效，有效遏制了定点医药机构欺诈骗保现象日益猖獗的势头，有力维护了医保基金安全和人民群众切身利益。2018年~2022年，

查处违法违规违约定点医药机构数 154.3 万家次，追回医保资金 771.3 亿元，曝光典型案例 24.5 万件，形成了医保基金监管的高压态势。

一是充分发挥“飞行检查”的利剑作用，有效破解“熟人社会同级监管”难题，对发现违法违规的行为重拳出击、露头就打。2019 年以来，国家医保局累计派出飞行检查组 184 组次，检查定点医疗机构 384 家，发现涉嫌违法违规使用相关资金 43.5 亿元。

二是联合公安、卫健等相关部门，聚焦骨科、血透、心内等重点领域和重点药品耗材、虚假就医、医保药品倒卖等重点行为，开展专项行动，进行靶向监督，除去侵蚀群众“救命钱”的“病灶”。仅 2022 年就破获案件 2682 起，抓获犯罪嫌疑人 7261 人，追缴医保基金 10.7 亿。

三是充分运用智能监控、大数据等现代信息技术，加快构建全方位、多层次、立体化的监管体系。2022 年，通过智能监控拒付和追回医保资金 38.5 亿元。光是运用虚假住院大数据模型来精准锁定违法犯罪线索，就抓获近 500 人，查处涉案金额近亿元。

二、医保基金监管面临新形势

在肯定成绩的同时，我们也必须清醒地认识到，随着打击欺诈骗取医保基金行为的持续广泛深入开展以及医保制度改革、特别是医保支付方式改革的全面深化，违法违规行为正在发生一些新变化，基金监管总体形势依然严峻。

(一) 骗保技术手段进一步升级

随着专项整治工作的全面开展，打击欺诈骗保高压态势的日渐巩固，一些骗保行为开始变换花样，许多骗保行为开始由台前转入幕后、由地上转入地下，手段更隐蔽，造假更专业，查处难度进一步加大。如：利用部分医疗服务项目内涵、计价单位、除外内容及说明描述模糊，可收费医用耗材品规繁杂、归类困难、无法精确界定收费标准等“空子”，重复收费、套用项目收费、超标准收费等；篡改肿瘤患者基因检测结果，诱导无指征患者使用靶向药；通过长期保管代刷医保卡骗取医保基金；药品生产企业与下游药品代理商相互串通，采用虚高价格采购原料药方式套现，向下游药品代理商转移资金，用于打通关系、开展药品违规促销等，使得医保基金监管工作面临着严峻挑战。

另一方面，随着区块链、大数据、人工智能和 5G 技术等在医疗服务和医疗保障领域的广泛应用，新技术应用的两面性同样在医保基金监管工作中体现出来，新技术在给基金监管带来便利的同时，也使得医保基金在使用过程中面临着新的风险。如：一些掌握计算机网络和数据库技术的不法分子，就有可能直接进入中心数据库，更改系统日志，甚至恶意操纵结算和支付，以此套取医保基金，等等。

(二) 医保制度改革带来新挑战

尽管我国的基本医保制度框架已经基本健全，但具体政策及政策参数还处在不断改革完善之中。医保政策的调整肯定会引致基金使用行为发生变化，从而对监管工作提出新的要求。随着 DRG/DIP 医保支

付方式改革的全面广泛开展，一些地方出现了就诊人次和住院率持续上升的现象，医疗机构从对轻重症患者一律“来者不拒”变为“挑轻推重”，由“过度医疗和服务”转为“服务不足”，将住院成本向门诊转移、将医保费用向自费转移等；随着异地就医直接结算工作的全面开展，由于医保管理服务链条的延长给基金监管带来了新的挑战；由于门诊医疗具有就诊频次高、业务量大、次均费用低、累计次数多等特点，随着门诊统筹工作的全面铺开，如何有效化解门诊监管任务日益繁重与监管力量相对不足的矛盾也是一个亟待研究解决的问题。

（三）对医共体的监管有待突破

医共同体经营管理模式下，医共同体内牵头单位和成员单位固定、服务对象范围按行政区域划分等，从而客观上形成了区域内医疗资源的寡头垄断局面，既有的监管手段难以适应新的变化，基金监管工作需要有针对性地寻找新的突破。

一是由于医共同体在区域内的寡头地位，使其拥有了更多的政府资源和话语权，与监管部门的博弈能力也进一步加强，医共同体模式下形成的内部成员“利益联盟”可能会淡化彼此间的竞争意识，从而弱化医保制度改革的实施效果。

二是医共同体在提高服务质量、打破沟通障碍的同时，一定程度上也降低了违规成本。比如：一个患者的完整治疗流程有可能涉及多家医疗机构，分解诊疗项目、重复收费等违规行为只凭其中一家医疗机构的医疗记录难以发现和认定，这为医共同体内部成员单位“合谋”套

骗医保基金、滋生新的更加隐蔽的违法违规行为创造了条件，不仅进一步拉长了医保基金监管链条，也提高了打击欺诈骗保行为的难度。

三是一些医保部门对医共体实行医保基金“总额预付、结余留用、合理超支分担”的政策片面理解为将医保基金以总额预付的形式包干给医共体，使得牵头医院实质上拥有了内部各成员单位的医保基金分配权，转身成为“第二医保”，医保部门的职能被不断削弱，不仅仅医保基金在使用过程中存在着不可控的风险，也增大了群众医保权益受损的可能性。

三、创新求变迎接工作新挑战

面对着新的形势、新的挑战，客观上需要各级医保部门随时而动、随机应变，不断探索创新医保基金监管模式，有效守护医保基金安全，切实维护人民群众的医疗保障权益。

（一）完善制度建设，构建长效机制

一是夯实医保基金监管基础制度，建立并完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。

二是优化监管事项层级配置，稳固跨部门联动机制，强化综合执法。

三是完善包括行政指导、公开承诺、约谈、警告、暂停结算、中止或解除协议、追回资金、刑事处罚、党纪处罚等阶梯式监管工具，针对不同的违法违规违约情形，采取不同的监管手段。

四是完善监管长效机制，如完善并统一信用监管基础制度和标准

规范，提高医保信用评价的公信力，拓宽信用评价结果应用场景等。

（二）着力能力建设，提高监管水平

一是立足于“内”。在完善监管队伍管理机制和工作机制、强化执法保障措施、统一执法标准、规范执法程序的同时，加强医保部门监管队伍能力建设，努力配备具有医学药学临床经验，法律、统计、财会、计算机、审计等专业知识和实践经验的监管工作人员。在此基础上，加强监管人员的教育培训，在开展系统学习基础上，根据工作需要，开展专题技能技巧培训，加强对新技术、新工具的应用和经验推广，着力打造一支作风优良、素质过硬的医保基金监管队伍。

二是借力于“外”。充分发挥商业保险机构、会计师事务所、审计事务所、计算机网络信息技术服务机构、医院医师协会等第三方专业力量，规范购买服务行为，建立激励约束相容的工作机制。与此同时，认真贯彻落实举报奖励机制，有效发挥社会监督员作用，广泛动员社会各界和公众参与基金监管，着力织就一张全民参与的“基金安全守护网”。

三是强化智能监管。按照国家医保局的统一部署，加快全国统一的医保智能审核和监控知识库、规则库建设，推广视频监控、生物特征识别、大数据挖掘分析等新技术应用，努力实现医保基金使用的全程智能监控，探索推行以远程监管、移动监管、预警防控为特征的非现场监管，从而构建起以法治为保障、以信用管理为基础、以多形式检查大数据监管为依托的全方位监管格局。

(三) 强化监管协同，筑牢安全防线

一是加强与卫生健康、市场监管、公安、检察、纪委监委、审计、财政等相关部门的联系，推进部门间分工协作、协同监管，不断提高监管效能。

二是协同 DRG/DIP 医保支付方式改革，利用多维度指标体系进行大数据病种(组)智能监控，严控高套分值(权重)、低标入院、分解住院、重复住院、转移费用等不正当增收降本行为，倒逼医疗机构规范诊疗行为。

三是健全完善对医共体使用医保基金的监管工作。建立符合医共体实际、科学合理的基金预算分配机制和医保支付方式，加强医共体协议管理和监督监测考核工作，进一步完善针对医共体的医保基金“总额预付、结余留用、合理超支分担”的责任分担机制。

四是通过完善区域间协同联查合作机制、建立异地就医基金监管激励约束机制、着力推进异地就医直接结算，减少线下手工报销现象，弥补经办安全漏洞，有效降低发生在异地就医环节的医保基金使用风险。

[返回目录](#)

国家医保局：扎实推进医保立法等多方面工作

来源：国家医保局

推进法治医保建设是法治政府建设的重要组成部分，是医疗保障事业实现高质量发展的必由之路。医保系统组建以来，医保制度体系

不断完善，立法工作持续推进，依法行政进一步落细落实，医保系统法治意识不断提升，医保法治建设不断取得新进展。

全面推进科学立法，以法治保障医保制度改革

今年3月份，国家医疗保障局公布了2022年法治政府建设情况报告，根据报告，2022年，国家医疗保障局持续推动构建依法行政的政府治理体系，医保法治建设取得新进展，主要内容包括：

（一）坚持着眼全局，持续推进《医疗保障法》立法。

按照全国人大和国务院年度立法计划安排，扎实推进医保立法工作。发挥立法专班牵头协调作用，通过视频会议、实地走访等形式多次开展调研，加强对重点难点问题调查研究，通过座谈讨论等方式充分听取各方意见，不断修改完善《医疗保障法(征求意见稿)》。

（二）坚持部门协同，研究起草《社会保险经办条例》。

积极配合司法部，会同人力资源社会保障部完成《社会保险经办条例(草案)》审查修改工作，围绕提升医疗保险和其他社会保险经办服务法治化规范化水平，统一规范，积极协调，加强协同。

（三）坚持重点施策，加快出台医保基金监管配套文件。

为更好贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，推动医保领域依法行政，积极组织推进《医疗保障行政处罚程序暂行规定》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》落地实施。不断完善配套规章，出台《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》，研究起草《医疗保障基

金使用监督管理条例实施细则》等。

(四) 坚持基础支撑，进一步加强部门规章研究制定工作。

以五年立法规划为导向，以年度立法计划为抓手，深入开展医保法律制度立法研究，广泛开展药品价格管理、长期护理保险、经办管理等领域的立法研究，推动部门规章立法工作稳步开展。在充分总结前五年立法工作经验的基础上，积极研究起草国家医疗保障局第二个五年立法规划(2023-2027年)，努力推动构建与医保事业功能定位相契合、与医疗保障职能相匹配、与改革发展要求相适应、系统完善的部门规章基础体系，促进部门规章立法和业务工作同部署、同实施。

积极推动《医疗保障法》立法，为医保制度改革提供法治保障

推进法治医保建设是法治政府建设的重要组成部分，是医疗保障事业实现高质量发展的必由之路。建立以《中华人民共和国医疗保障法》为统领，配套出台若干行政法规和部门规章，形成独立完备的医疗保障法律体系，是回应人民群众期盼的现实需要，是深化医疗保障制度改革、推进医疗保障治理体系和治理能力现代化的必然要求，是解决医疗保障改革发展整体无法可依的必然选择。

国家医保局介绍，国家医疗保障局自成立以来，坚决贯彻党中央、国务院的决策部署，在推进医疗保障立法方面，主要做了三方面工作：

一是加强调研，多次组织召开“医疗保障法制建设”座谈会，听取专家学者、地方部门等对我国医疗保障领域法制建设的意见和建议。

二是积极作为，主动谋划，在充分听取各方意见的基础上，编制《国家医疗保障局立法规划(2018-2022年)》和《国家医疗保障局立法工作管理办法(试行)》，将制定《医疗保障法》作为医保法治建设的重点内容。

三是积极开展立法前期工作，组织力量开展相关重大课题研究，研究起草涉及基金监管、定点医药机构管理、基本医疗保险用药管理等多项内容的行政法规草案和部门规章，并不断完善《医疗保障法(征求意见稿)》。

下一步，国家医疗保障局将认真贯彻落实党中央、国务院对医疗保障工作的决策部署，以《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》为基本遵循，全面总结医疗保障改革实践和地方立法经验，吸纳域外医疗保障立法有益经验，积极推动《医疗保障法》立法工作，有效回应社会各界对医疗保障法治建设的期盼。

此外，国家医保局还表示，2023年，国家医疗保障局将统筹推进高水平法治医保建设，持续完善医保法治体系，顺应改革需要，加快推进医保重点领域立法和立法研究，大力开展医保法治宣传教育，全面提高医保干部依法履职能力，严格依法行政，为医保事业高质量发展提供有力法治保障。

[返回目录](#)

• 国际视野 •

揭秘美国险企布局养老服务三大路径，这一领域才最值得下注

来源：慧保天下

美国险企参与养老服务的主要方式包括：(1)以健康险作为养老服务支付方式(保险赔付)；(2)通过居家健康服务机构直接提供养老服务(附加服务)；(3)通过 REITs 间接投资养老社区(投资行为)。分析美国险企参与养老服务，我们总结得到以下经验：

成熟的健康险商业模式和医疗服务体系是保险支付养老服务的基础。

市场环境和规模决定了美国养老服务最主要的场景是居家养老。

运营养老社区存在风险，医疗服务的抗风险能力更强。

目前中国保险公司参与养老服务的方式主要包括：(1)自建或合作养老社区；(2)探索居家养老服务模式。基于美国经验，我们认为险企开展养老服务未来或呈现以下趋势：

储蓄类产品当前或更适合连接保险与养老服务。市场差异导致中国无法照搬美国医疗服务养老、健康保险支付医疗的模式，储蓄险连接养老服务更有助于做大支付规模，绕开健康险规模小-难以打通医疗支付-规模增长乏力的难题，同时可以刺激大额保单销售，扩大利润来源。

居家养老或也是中国受众最广的养老场景，痛点、难点与机遇并存。我们认为庞大的需求决定了居家或也是中国受众最广的养老场

景，但养老服务供给短缺导致的险企投入意愿差是阻碍居家养老发展的核心问题，险企如何整合资源、提升服务能力是关键。

轻重融合或是养老社区未来的发展趋势，我们认为良好的成本管控和实现、维持预期入住率是社区盈利的关键。

风险：

养老服务供给发展缓慢；商业保险在医疗服务和养老照护服务支付份额过低；居家模式下客户购买养老服务数量不达预期；养老社区入住率不达预期，养老社区运营成本过高；合作养老社区床位不足或发生违约。

01、美国养老服务市场概览：服务类型、场景以及市场空间

服务类型：从日常生活服务到专业医疗护理提供丰富服务保障

按服务内容，美国养老服务大致可分为：生活协助、生活陪伴、介护(照护)服务、专业医疗护理、记忆照护、安宁疗护六类服务。六大类服务的专业医疗属性由低到高，其中专业医疗护理、记忆照护和安宁疗护需要由专业的医疗人员提供服务，而各类服务是否具备一定程度的专业医疗及护理属性是健康保险能否报销的重要依据，因此后三类服务的部分费用可由美国医保(Medicare)和商业健康险报销，而生活协助和陪伴、介护服务则无法由医保和商业健康保险报销。

图表 1：美国养老服务的常见服务类型，其中医疗类的服务可由医保和商业健康险报销部分费用



资料来源：seniorliving.org，中金公司研究部

服务场景：居家、专业机构、养老社区全面覆盖主要老年生活场景

按照享受养老服务的场景不同，可分为居家、专业机构、养老社区三种模式。居家模式下老人在自己家中享受各类上门服务；专业机构模式下老人享受以医疗服务为核心的养老服务，养老社区则是在为老人提供住宿的基础上，在社区内为老人提供各类养老服务，服务内容根据社区内住户的需求有所差异。需要注意的是，老年人在各类场景下的费用能否由保险报销、以何种保险报销取决于老人所获取服务的属性，因此需基于服务类型而非场景判断支付方。

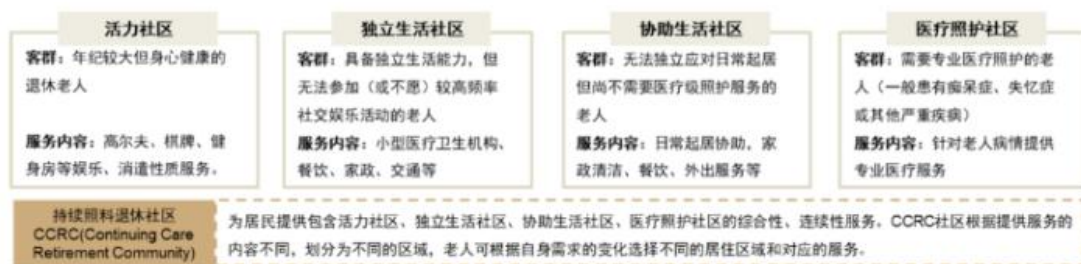
居家场景下，老人在自己家中享受生活协助和陪伴、介护、医疗类服务，并可由医保和商业保险支付部分费用。居家养老服务中符合政府规定的医疗服务费用可通过 Medicare 报销；商业健康险可作为 Medicare 在免赔额、报销上限、特定处方药之外的补充，长期护理

险(或带有长期护理条款的寿险)则可作为日常照护服务的支付手段。

护理院等专业机构提供以医疗和康复目的为核心的照护服务,医保和商业保险可报销部分费用。护理院(Skilled nursing facility & Nursing facility, 简称 SNF&NF)为入住的老人提供食宿、介护、医疗照护、记忆照护、安宁疗护等服务。Medicare 和商业健康险可报销医疗类支出,长期照护险则可报销非医疗的照护类支出。

养老社区提供基于住宿的各类养老服务,住宿相关费用是主要支出,且需要自付。养老社区根据服务内容不同可分为活力社区、独立生活社区、协助生活社区、医疗照护社区、持续照料退休社区(CCRC)五类;养老社区的主要支出为住宿相关费用(购买产权、社区入住入门费、月租金)和月度服务费(物业管理费、服务费),社会保险、商业保险仅能针对部分医疗服务提供报销。

图表 2: 养老社区可分为活力社区、独立生活社区、协助生活社区、医疗照护社区、持续照料退休社区



资料来源: seniorliving.org, 中金公司研究部

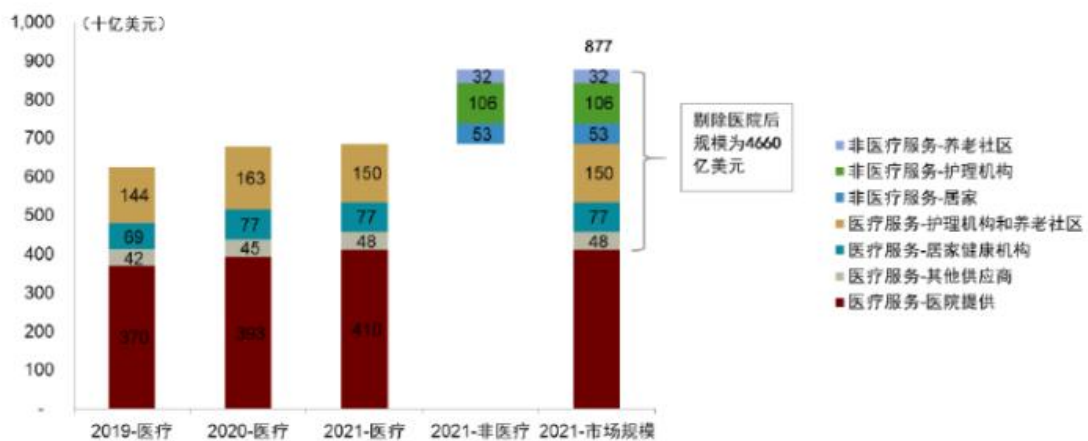
美国养老服务市场规模达 8770 亿美元,居家是最主要的服务场景

美国养老服务 2021 年市场规模达 8770 亿美元。我们测算 2021

年美国养老服务市场规模达到 8770 亿美元(剔除医院服务部分后为 4660 亿美元), 相当于当年美国 GDP 的 3.8%。

居家是美国最主要的养老服务场景。从服务人次和供给能力来看, 居家(居家健康服务和安宁疗护服务)是最主要的养老服务场景, 2017~2018 年美国年均有约 650 万人在居家场景下享受养老服务(居家健康服务 490 万人, 安宁疗护 160 万人)。

图表 3: 我们测算 2021 年美国养老服务市场规模达 8770 亿美元(剔除医院直接提供的服务为 4660 亿美元)

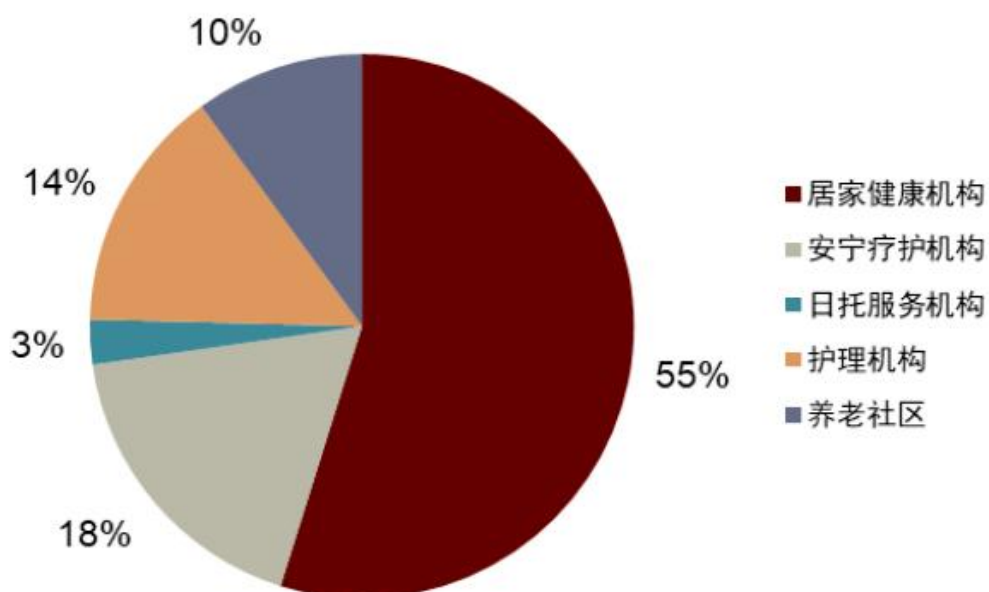


资料来源: 美国劳工部, 美国 CMS, seniorliving.org, 中金公司研究部

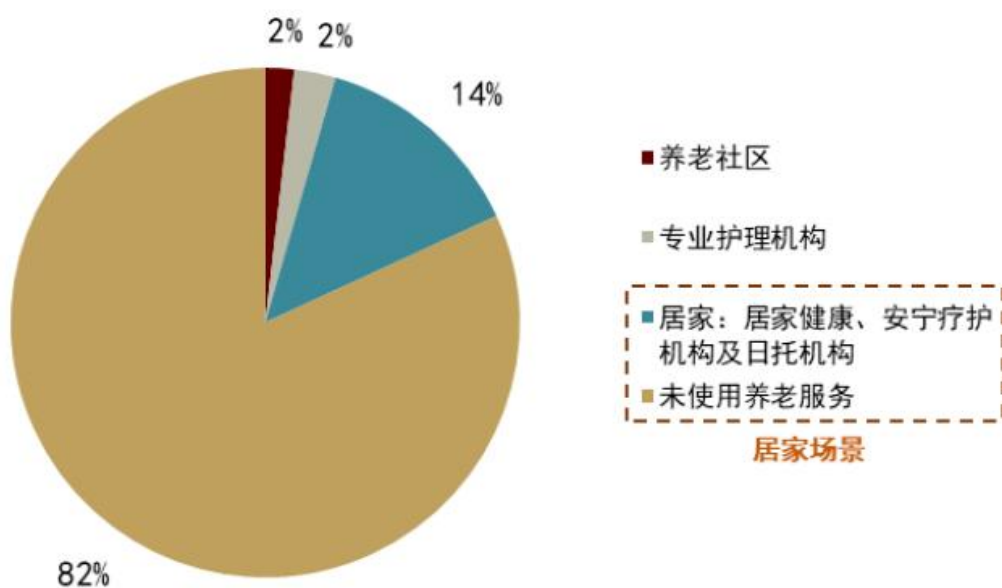
注: 以美国 65 岁以上居民在医院、居家、护理机构和养老社区、其他供应商的医疗支出、65 岁以上居民的个人护理类服务支出、养老社区平均住宿费用和床位供给数测算得到美国养老服务市场规模

图表 4: 从接受各类养老服务的群体来看, 居家服务机构(居家健康、安宁疗护)是美国最主要的养老服务机构, 从所有 65 岁及以上群体来看, 居家场景(使用居家服务+未使用前文提到的养老服务)是最主要的养老场景

不考虑未使用养老服务的群体，不同养老服务机构的比例



考虑所有65岁及以上的老人，不同养老场景的比例



注：

1. 受可得性限制，表中使用 2017~2018 年数据。居家健康服务机构仅在居家场景下为老人提供服务，安宁疗护服务大多在居家场景下提供(服务方包括居家健康机构、医院、护理机构等)，日托提供居家

和机构的非医疗服务，护理机构提供机构内的医疗和非医疗服务。

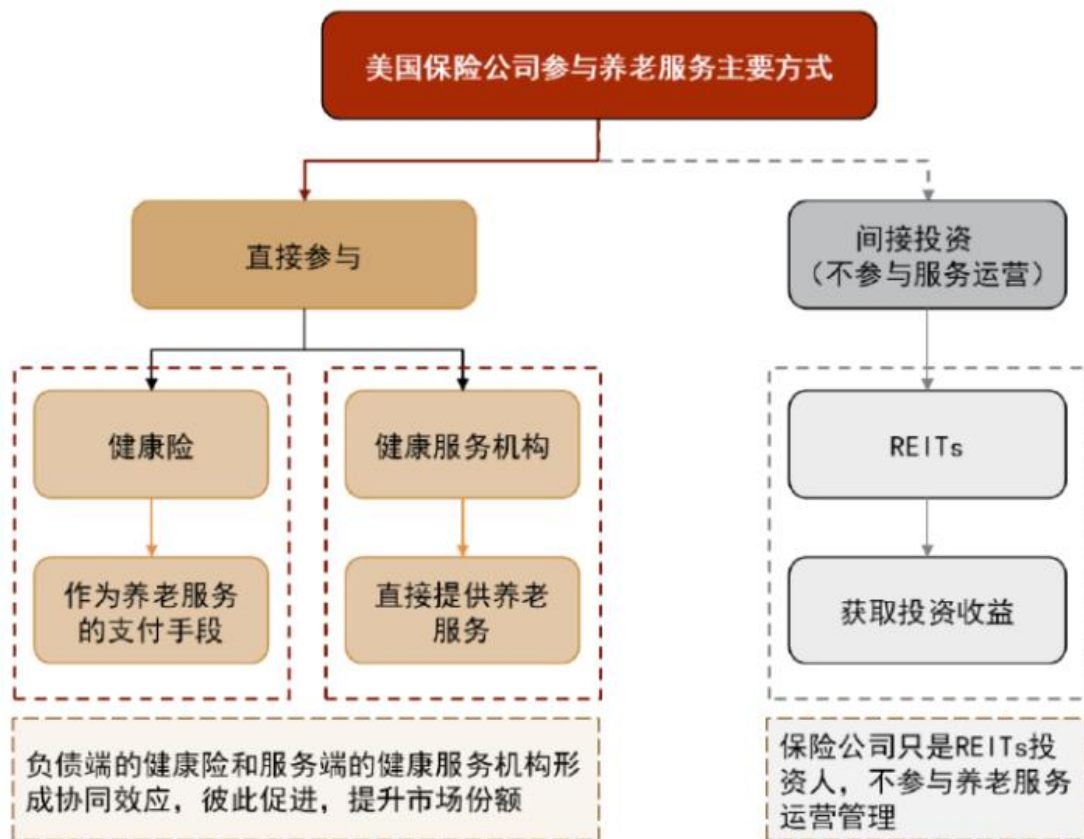
2. 实际上医院也是养老服务的供给方之一，但是由于美国医院提供服务的场景过于复杂(居家、住院、门诊等)，且难以区分养老目的和纯医疗目的服务，故此处未考虑医院部分服务。

3. 未使用养老服务的老人也算作居家养老场景：老人足够健康不需要外部机构服务，或老人的同住人就可以自行满足老人的养老需求。资料来源：美国 CDC，Statista，中金公司研究部

02、美国保险公司参与养老服务行业的实践和经验

美国保险公司参与养老服务的方式主要有三种途径：(1)保险产品(主要通过医疗险)作为养老服务支付方；(2)收购居家健康服务机构，从支付方延伸至服务提供方；(3)通过 REITs 间接投资养老社区和相关服务设施。其中，前两种模式为通过承保端作为支付方或者服务提供方直接参与养老服务行业；第三种模式则为通过投资端间接参与养老服务行业，不直接运营相关养老社区和设施。本文关注的重点是前两种模式下美国保险公司发展实践背后的一般规律以及对我国保险公司的启示，同时由于我国保险公司在探索养老业务过程中基于我国市场环境形成了特色实践，即保险公司既投资建设、同时直接参与运营养老社区，因此第三种模式下养老社区运营商的盈利性也值得关注。

图表 5：美国保险公司可在负债端和服务端直接参与养老服务，也可通过投资 REITs 间接获取养老服务行业投资收益



资料来源：Medicare 官网，联合健康等公司公告，中金公司研究部

三大模式：作为支付方、服务提供方、资金方，全面参与养老服务行业

途径一：保险产品作为养老服务支付方，即保险公司的健康险业务

美国的医疗服务体系与养老服务体系高度绑定，这使得以健康险为代表的保险产品成为了养老服务的重要支付手段。保险公司可通过以下方式参与养老服务的支付：(1) 成为 Medicare Advantage 计划的供应商，承保 Medicare 覆盖范围内的基础养老医疗服务支出；(2) 销售商业健康险，承保 Medicare 覆盖范围之外的补充养老医疗服务支出；(3) 销售长期护理险，承保非医疗性质的养老照护服务(日常照护、

介护服务等)支出。

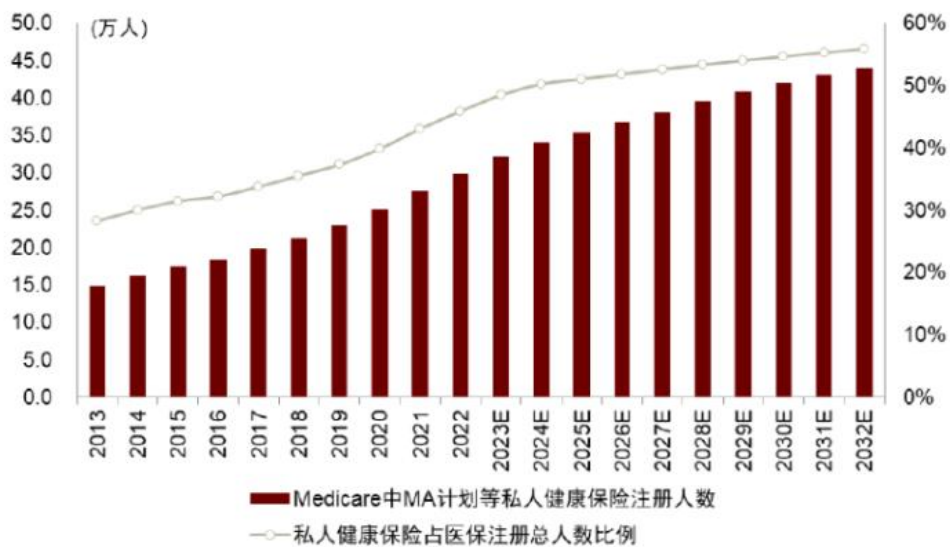
图表 6：美国商业保险(包含 MA 计划)可作为多种养老服务的支付手段

	MA计划	商业健康险	商业长期护理险
门诊医疗	✓	✓	×
住院医疗	✓	✓	×
居家健康	✓	✓	×
居家介护	×	×	✓
SNF&NF	仅保障医疗目的支出		✓
安宁疗护	✓	✓	×

资料来源：美国 CMS，Medicare 官网，Medicaid 官网，中金公司研究部

注：Medicare 包含传统 Medicare 和 Medicare advantage plans(MA 计划)，传统 Medicare 由美国 CMS 运营，MA 计划由经 CMS 批准的保险公司运营。商业长期护理险包括有长期护理条款的寿险

图表 7：美国 Medicare 中由保险公司承保的私人健康保险占比持续上升，2022 年达 46%，CMS 预计 2032 年私人健康保险注册人数占 Medicare 总注册人数比重比将达到 56%



资料来源：美国 CMS，中金公司研究部

注：私人健康保险中约 97%为 MA 计划，2023-2032 年数据为美国 CMS 预测值

途径二：收购居家健康服务机构成为服务方，即保险公司的健康服务业务

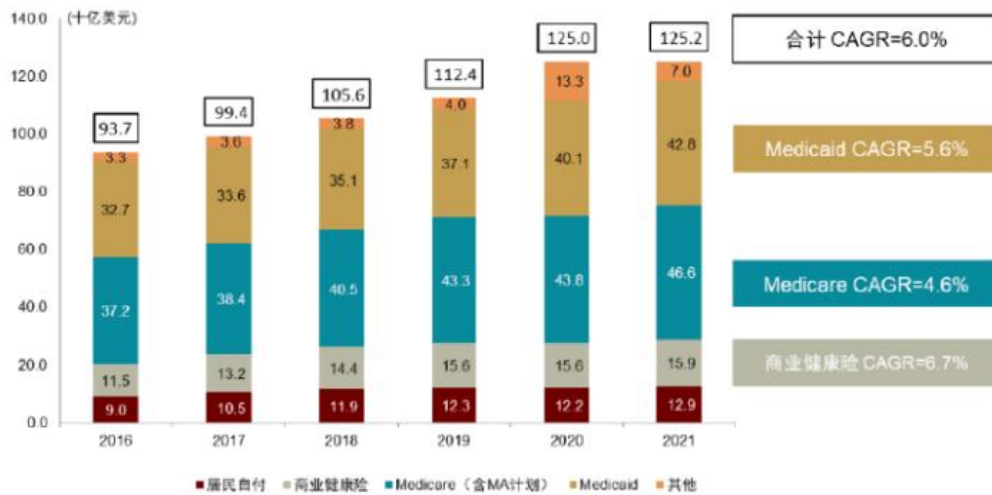
居家健康服务机构是美国居家养老服务的主要供应商，其为老人提供居家健康服务并主要通过 Medicare (包括传统 Medicare 和 MA 计划) 结算服务费用。健康险公司收购居家健康服务机构后，能通过降赔付、降费率以提升其承保端份额，还能利用保险主业优势助力旗下服务机构扩大市场份额，形成规模效应、降低服务成本。

居家养老服务具有成熟稳定的盈利能力。以美国居家健康服务公司 Amedisys 为例，2022 年 Amedisys 在全美 34 个州和华盛顿特区开展居家健康服务，其毛利率稳定在 40%以上，2017-2022 年平均 ROE 达 19% (2022 年疫情、劳动力短缺、Medicare 开支缩减以及公司并购行为多因素共同导致当年 ROE 下滑)。

健康险公司提供居家健康服务能实现降赔付成本→降保险费率→提升承保端份额，还可通过保险主业反哺其居家健康服务机构。MA 计划份额最高的联合健康和哈门那分别收购了头部居家健康服务机构 LHC Group 和 Kindred at Home，不同于 MA 计划市场份额集中于头部，美国居家健康服务机构市场集中度很低 (据美国 CDC 截至 2018 年全美有约 11500 家居家健康服务机构)。收购居家健康服务机构后健康险公司能降低其健康服务赔付成本，从而降低保费并提升承保端

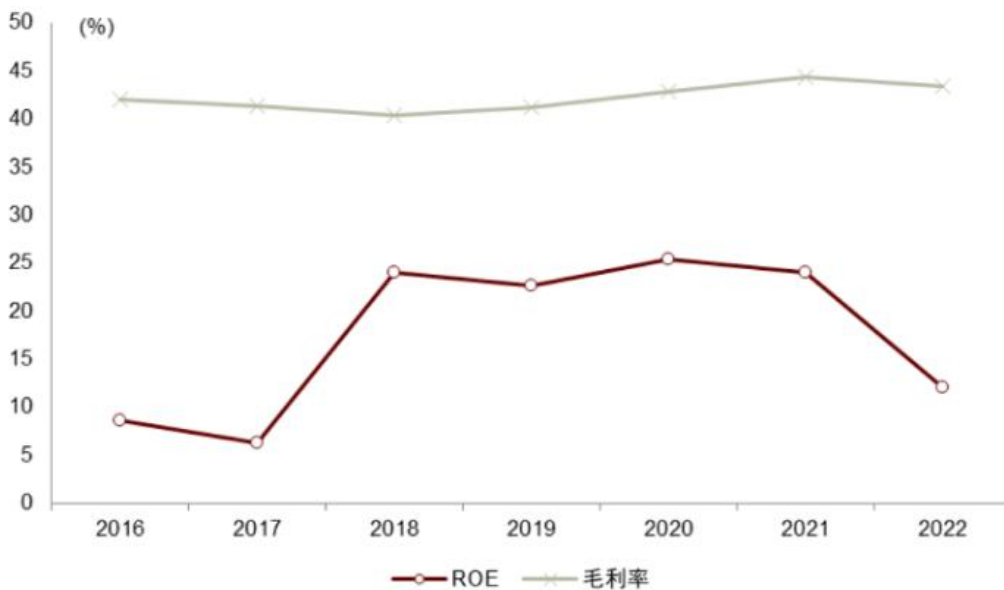
份额，还可以利用自身保险份额优势促进旗下健康管理机构提升份额，整合居家健康市场，形成规模优势，进一步降低其保险赔付成本。

图表 8：2016-2021 年美国居家健康服务支出年化增速达 6.0%，其中 Medicare 年化增速达 4.6%，商业健康险年化增速达 6.7%

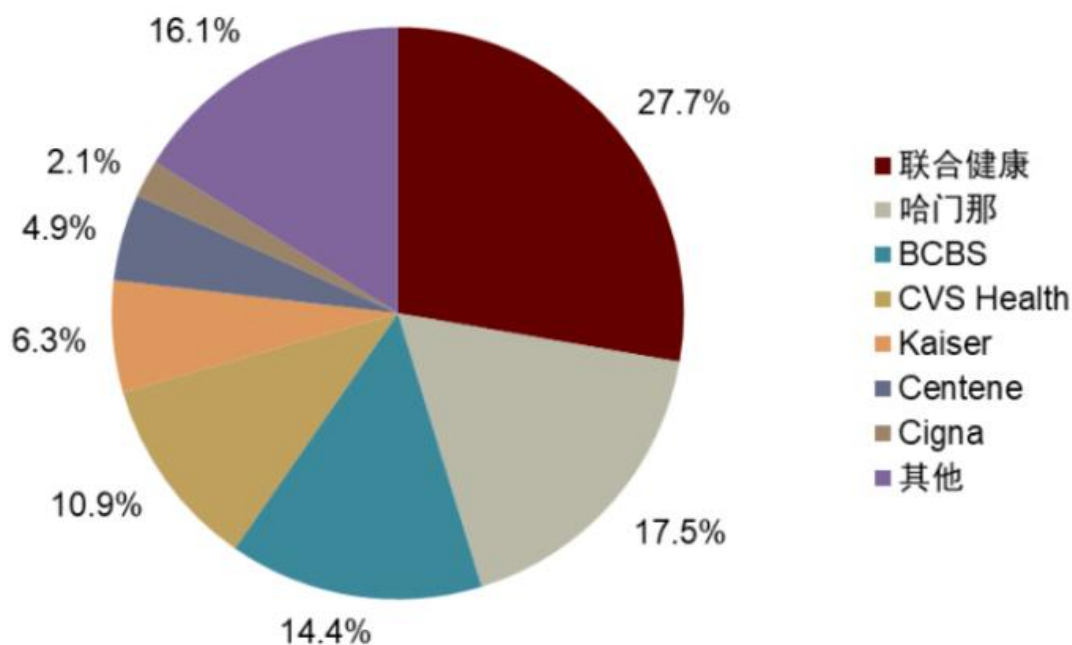


图表 9：Amedisys 毛利率维持在 40%以上，2017-2021 年 ROE 超

20%

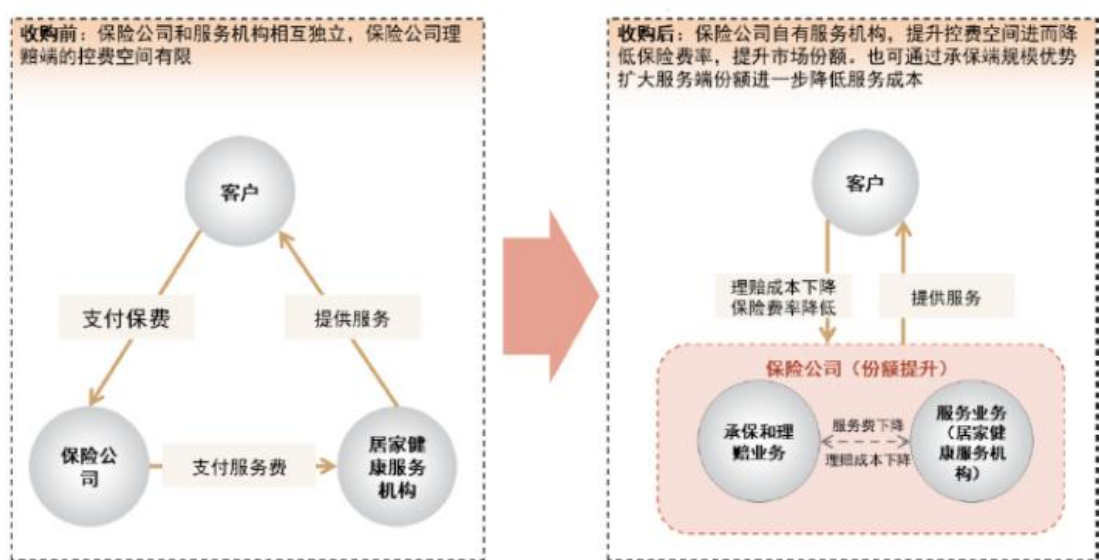


图表 10：截至 2022 年末，按 MA 计划参保人数计，MA 计划份额最高的 2 家健康险公司份额达到 45%



资料来源：美国 CMS，KFF，中金公司研究部

图表 11：收购居家健康服务机构有望提升健康险公司控费能力，进而降低保险费率以提升市场份额



资料来源：Reuters，联合健康公司公告，中金公司研究部

途径三：通过 REITs 间接投资养老服务相关资产，即保险公司的

投资业务

美国有大量投资于养老社区和医疗服务设施的 REITs，其通过建设或收购养老地产、医院和相关基础设施，并出租给相应运营商赚取租金，部分 REITs 也会和养老社区运营商共同经营以赚取服务费，保险公司通过投资这类 REITs 可以获得稳健的投资收益。

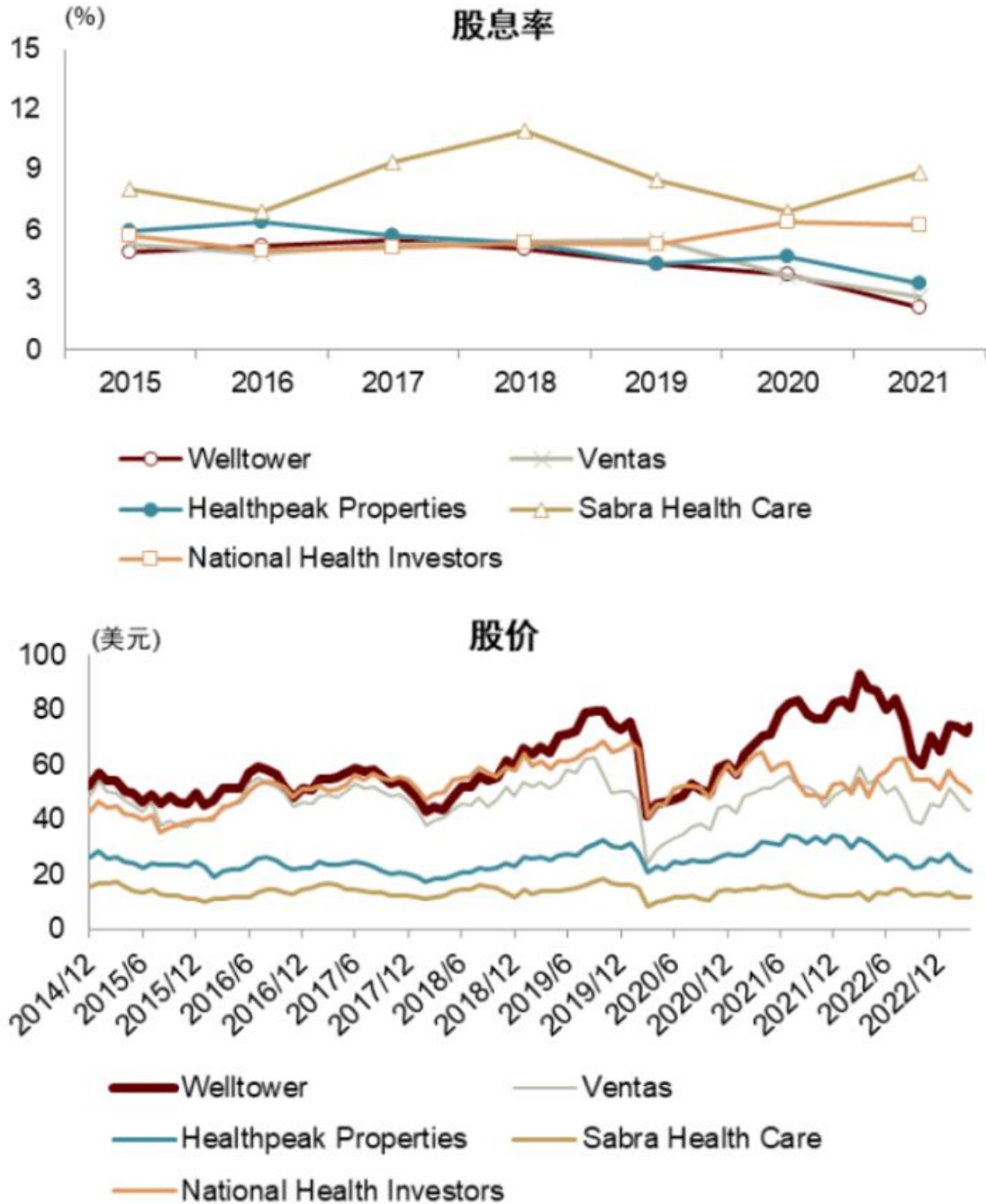
REITs 的灵活性大、收益确定性较强，能提供稳定的投资收益。投资 REITs 实质上是将养老服务行业作为保险公司投资配置，REITs 进入和退出方面具有较高的灵活性，且保险公司不用参与养老服务的具体经营管理，能够降低运营风险。此外 REITs 通过多元布局养老社区(出租+合作运营)、医院(自营)等资产，加之医院有更刚性的医疗需求，REITs 的盈利确定性和稳定性强，能够实现稳定的盈利和分红，为保险公司提供良好的投资收益。

投资 REITs 不能为保险主业带来协同效应。保险公司作为 REITs 投资者只能获得间接的投资回报，无法利用 REITs 投资的养老服务机构促进保险主业发展。

美国盈利性养老社区运营商盈利表现不佳。不同于养老医疗 REITs，美国商业化的养老社区运营商盈利表现较差，这主要由于：1) 养老社区是小众市场，且美国过半 CCRC 由非盈利机构运营，挤占了盈利性 CCRC 运营商的市场份额和利润空间；2) 美国 CCRC 运营商大多高杠杆负债经营，利息、租金支出和折旧摊销费用较高，仅在入住率达到较高水平(90%或更高)时才可能盈利；3) 过去数年盈利性 CCRC 运

营商过度追求规模，扩张过快进一步提升了负债和入住率的压力。

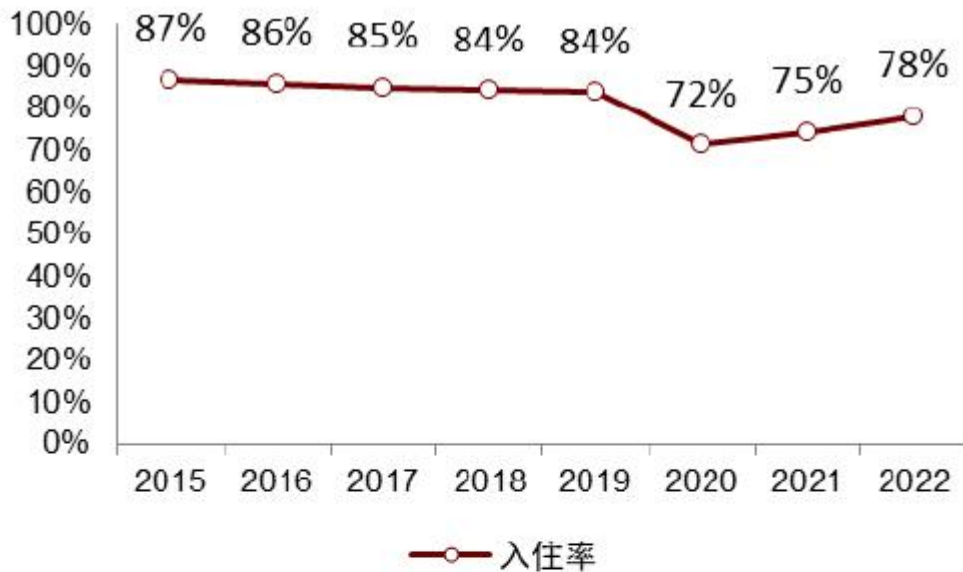
图表 12：美国养老医疗 REITs 维持较高股息率的同时股价温和上涨或保持稳定



资料来源：公司公告，Wind，中金公司研究部

图表 13：美国最大的盈利性 CCRC 运营商 Brookdale 入住率持续

低于 90%，且多年份处于亏损状态



资料来源：公司公告，中金公司研究部

美国养老服务的发展经验有何借鉴意义？

成熟的健康险商业模式和医疗服务体系是保险支付养老服务的发展基础

养老服务与医疗服务强相关、保险高度参与医疗支付体系，是美

国保险成为养老服务重要支付方的两个核心原因。

美国成熟的医疗服务和护理服务促进了养老服务的发展。美国医疗体系和护理体系深度结合(如护理机构能提供医疗性服务和非医疗性服务)，且服务场景丰富(医院、居家、专业机构等)，这激发了丰富的养老需求，目前中国医疗服务体系还相对单一(以公立医疗机构为主)，且尚未建立成熟的护理体系，这导致养老服务供给较为单一且不足。

美国保险高度参与医疗支付体系难以复制。美国医疗机构和保险公司共同发展多年，双方形成了稳定的合作，以健康险为代表的保险产品在美国医疗支付体系中占据重要地位。我们认为行业发展模式差异导致中国无法直接复制美国保险支付医疗的模式，但中国保险公司有望通过用户分层和产品分层，在平衡公平与效率的前提下持续提升保险产品的医疗支付份额。

市场环境和规模决定了养老服务业务的主要场景在居家而非养老社区

大多数老人的养老需求是碎片化、非持续的，这决定了养老服务业务的主要场景在居家而非养老社区。虽然养老社区能集中提供全方位的养老服务，但由于费用更高，对于身体相对健康、财务资源有限的老人而言性价比过低，吸引力有限，因此更灵活、更经济的居家场景养老服务市场规模更大，是养老服务的核心业务，我们认为这一逻辑在中国同样适用。

运营养老社区存在亏损风险，支付方和服务方抗风险能力更强

养老社区的盈利性受社区入住率影响较大。美国商业性养老社区运营商常年盈利表现不佳的原因包括市场竞争格局、盲目扩张等，但这些原因最终均是通过拉低社区入住率从而损害社区盈利能力。不同于养老社区，医疗机构得益于刚性的医疗需求，盈利的稳定性更强。

养老服务支付方和服务提供方的盈利性更加稳定。支付方就是传统的健康险业务，只需要正确定价保证保费能覆盖理赔成本，即可赚得稳定的利润；服务方由于没有类似租金、折旧摊销等刚性固定支出，能根据市场供需及时控制成本，利润稳定性虽然低于支付方，但出现亏损的风险较低；支付方和服务费结合后则能强化双方的盈利能力：支付方进一步控费、服务方更有稳定的客源。

03、中国养老市场：机遇与挑战并存，保险公司何去何从？

中国养老服务现状：存在结构性供给短缺，服务体系仍处建设阶段

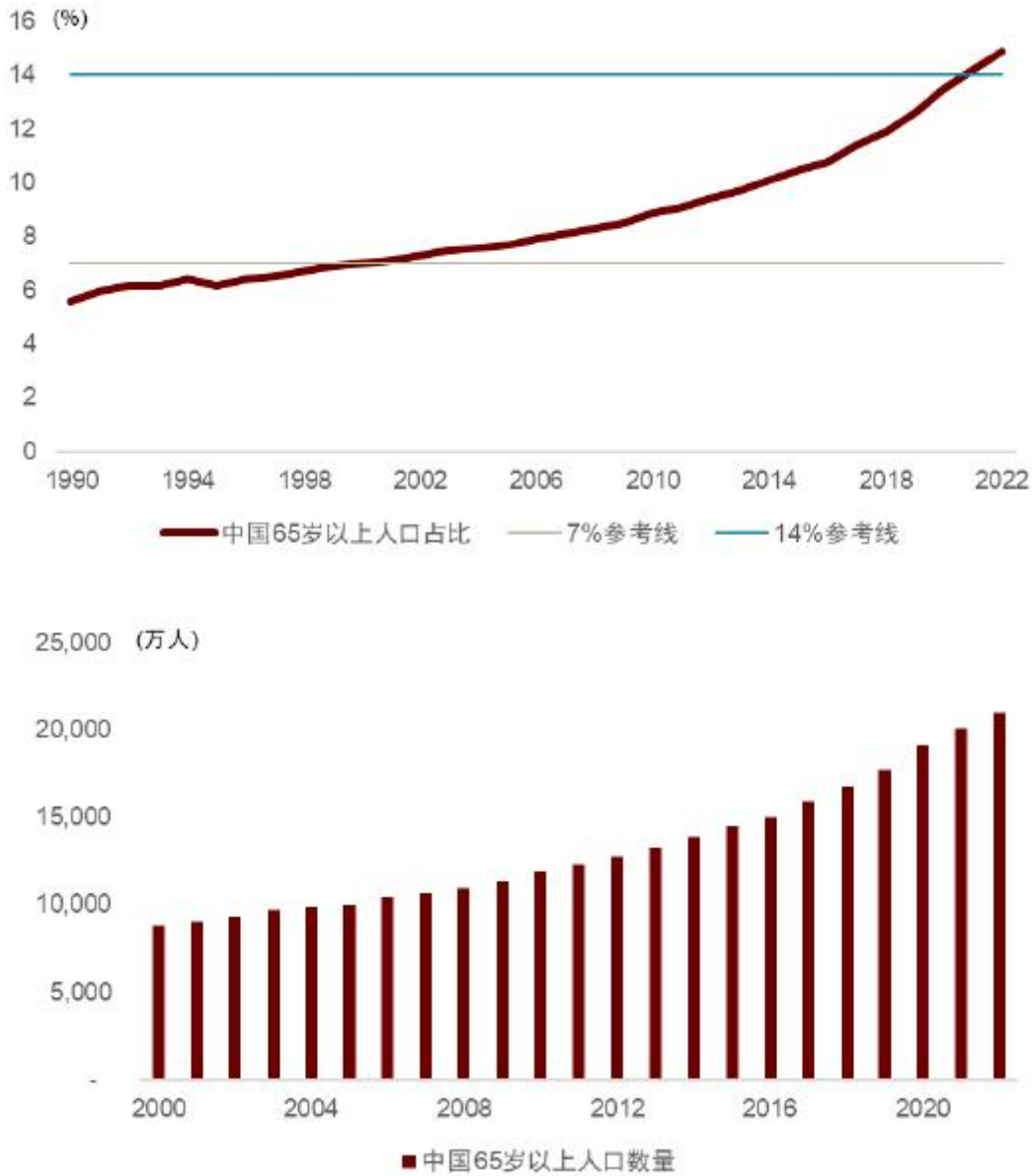
中国当前老龄化水平较高，存在大量养老服务需求

中国当前老龄化水平较高。据联合国，2020 年全球 65 岁以上人口占比为 9.3%，中国当年该数据为 13.5%，2021 年中国 65 岁以上人口占比超过 14%。

社会存在大量养老服务需求。目前中国老年抚养比为 20%，2020 年 80 岁及以上人口数为 3660 万人，占总人口比重为 2.6%，2020 年中国独居老人、失能老人数量分别为 1.18 亿人和 4200 万人，社会存

在广泛的老年照护和老年医疗服务需求。

图表 14：中国当前老龄化水平较高



资料来源：国家统计局，中金公司研究部

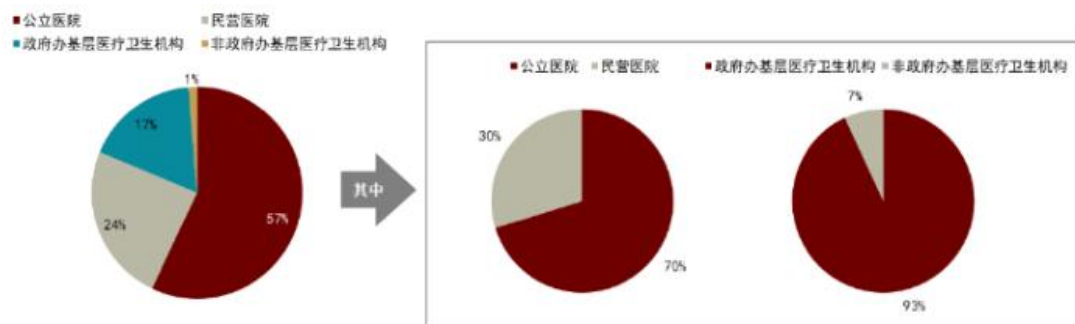
养老服务体系不完善，保险未打通医疗支付

中国的养老服务体系发展不完善、保险未打通医疗支付是目前保险参与养老服务体系的主要障碍，随着相关制度不断完善、医疗和照护服务体系以及支付体系不断健全，我们预计中国养老服务市场有望

不断发展，保险公司的参与度有望持续提升。

服务体系：由于发展时间短，中国的养老照护和医疗服务体系结构单一，以养老院和医院为主，尚未建立多层次医疗服务和照护体系，难以支撑居家、社区等场景下的养老服务需求，此外以社会保障为主要目的的养老照护体系还存在专业人员短缺、服务质量不高等结构化的供给问题。

图表 15：截至 2021 年，我国医疗床位中 75%来自公立医院或政府办基层医疗机构，且床位供给以医院为主，尚未建立起多层次的医疗服务体系



资料来源：国家卫健委，中金公司研究部

图表 16：中国医疗服务体系和护理体系仍有发展和完善空间

	医疗体系				护理体系		
	综合性/专科医院	康复医院	居家健康服务机构	专业护理机构	日常照护机构	护理状态标准	护理计划标准
美国	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
中国	✓	✓	未成体系	有待完善	有待完善	有待完善	有待完善

资料来源：中金公司研究部

支付体系：以公立医疗体系和社会福利机构为主的养老服务体系决定了养老服务的支付体系以医保和社会保障体系为主，商业保险在支付体系中的份额很低。我们认为随着多层次医疗体系和更加完善的

养老服务体系逐步建立，商业健康险在养老服务，尤其是医疗类服务支付体系中的份额有望提升。

养老服务专业机构较为缺乏，现存养老院质量参差不齐

中国目前较缺乏养老服务专业机构，不足以支撑庞大的养老服务市场。目前中国养老机构以公益性养老院(专业性弱)和医院(不专注于养老)为主，缺乏专业的养老服务机构，且中国护理从业人员数总量(护理人员及护士)和每千名老人拥有的照护人员数均较低，服务供给不足。

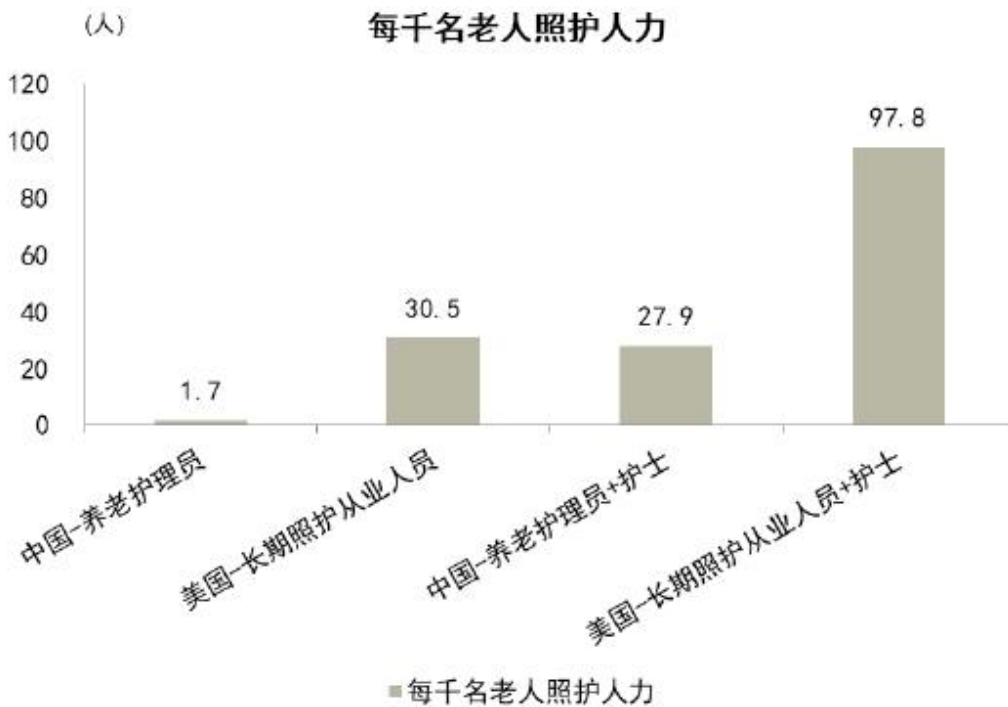
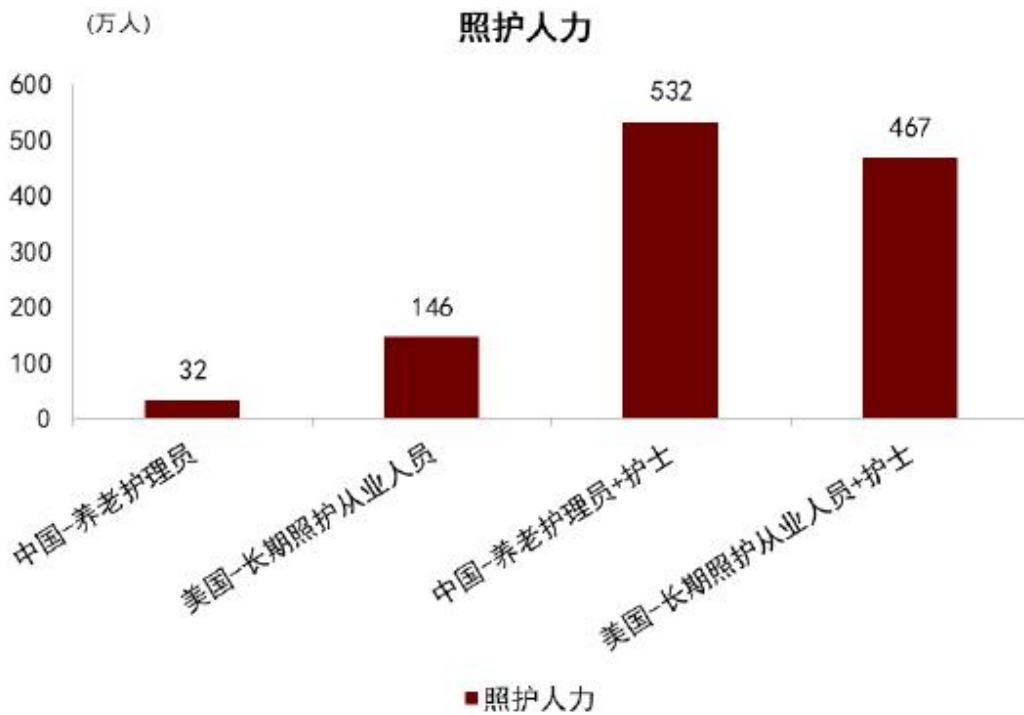
服务质量差异导致现存的养老院入住率分化严重。截至 2021 年，中国有养老机构 39961 家，养老机构床位 503.6 万张，但机构间入住率差异较大，整体入住率较低(2020 年仅 45.5%)。我们认为养老机构的经营理念(市场定位、投资周期)是导致其服务质量参差不齐的主要原因，而服务质量差异则导致了机构间的入住率出现分化。

目前中国保险公司参与养老服务的主要方式

中国保险公司参与养老服务的方式包括养老社区和居家养老：

养老社区：分为自建自营养老社区的重资产模式和与养老社区运营商开展合作的轻资产模式，由于海外没有类似的“保险+养老社区”商业模式，我们认为养老社区这一模式下社区的盈利性以及合作关系的持续性均有待观察。

图表 17：中国照护从业人员、考虑护士后的护理总人力供给仍有较大提升空间



注：美国为 2017 年数据，中国为 2021 年数据

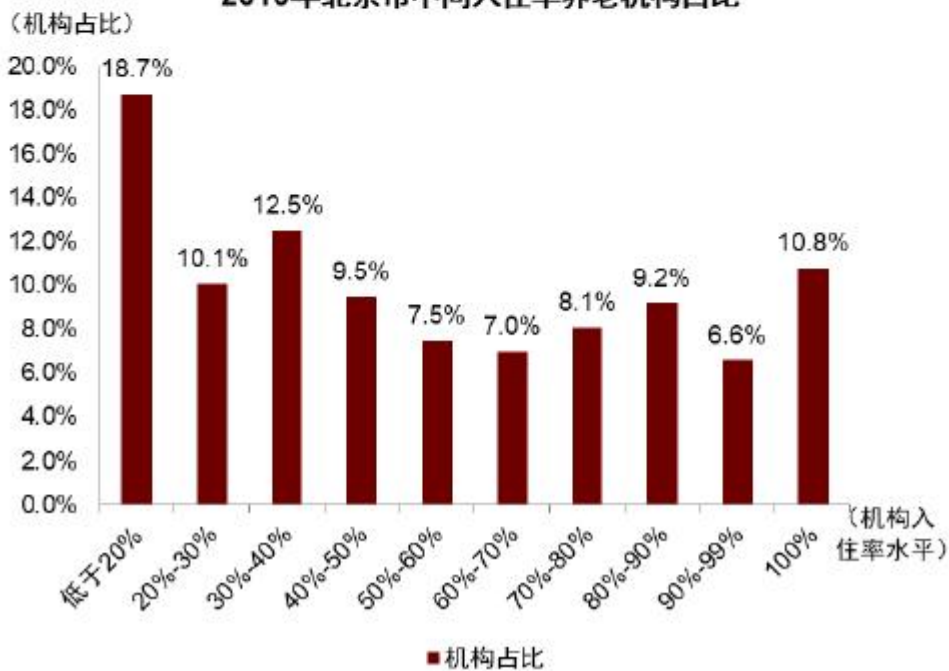
资料来源：人社部，民政部，国家卫健委，美国 CDC，中金公司研究部

图表 18：中国养老机构入住率逐年走低，但机构间入住率存在较大差异，我们认为这主要是优质机构供给短缺所致

全国养老机构入住率



2016年北京市不同入住率养老机构占比

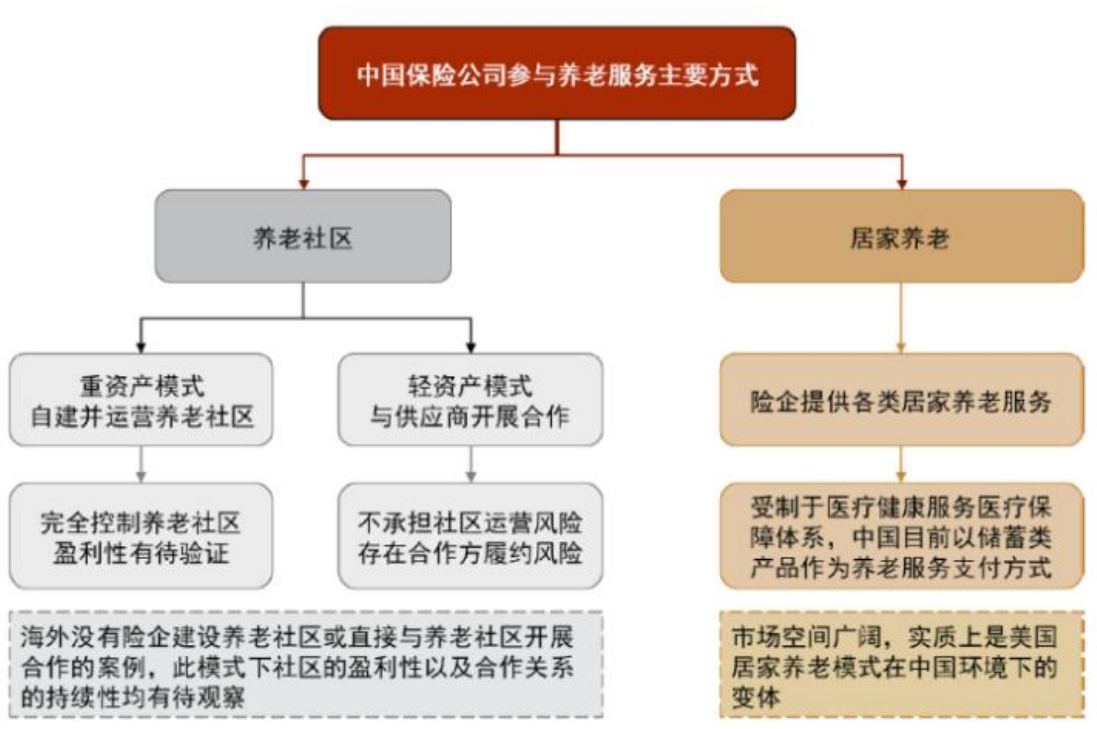


资料来源：中国民政统计年鉴，《养老产业为何兴旺不起来?》（2019年，北京大学人口研究所，作者：乔晓春），中金公司研究部

居家养老：这一模式其实是美国居家养老模式在中国制度环境下的变形，保险公司为客户筛选和管理服务供应商，客户可通过保险产品

品支付服务费用，但受制于当前的医疗服务和保障体系，中国居家养老目前以储蓄类产品作为服务的支付手段。

图表 19：中国保险公司参与养老服务的方式包括养老社区和居家养老



资料来源：中国平安等公司公告和公司官网，中金公司研究部

养老社区：有效促进大额保单销售，重资产盈利性和轻资产合作稳定性有待观察

目前中国保险公司参与的养老社区项目多为 CCRC 模式的综合性社区。根据是否自建/自采养老社区资产可分为重资产模式和轻资产模式，无论是重资产或轻资产模式，客户都需要累计缴纳超百万元的保费方能获得入住资格，且入住后仍需按月缴纳过万甚至更高的租金和服务费。

保险责任与养老社区服务相互独立，社区入住权能有效拉动大额

保单销售。当客户累计缴纳特定产品(一般为年金、终身寿等)保费超过一定金额(百万元以上),保险公司将赠予客户旗下养老社区的保证入住权或优先入住权,并与客户签订确认协议,由于中国目前高品质养老社区供给较少,从现有的保单销售情况来看,养老社区入住权能有效拉动大额保单的销售。

重资产模式: 保险公司出资建设养老社区并自己运营,品牌优势和履约能力强,对资本实力和运营管理能力有很高的要求。自建社区→保单保费挂钩入住资格→保单红利/给付金支付社区开销。保险公司出资开发养老社区以及医院等配套设施,或出资收购相关地产物业并进行改造。向购买特定保险保费达到一定数额的用户赠送养老社区保证入住名额。

轻资产模式: 与第三方养老社区开展合作,保险公司不直接控制养老社区也不参与运营,资本投入和运营管理能力方面门槛较低。**基本模式:** 与养老机构合作/租赁已有物业进行改造→保单保费挂钩入住资格→保单红利/给付金支付社区开销。保险公司不参与养老社区的开发和运营,而是与养老机构合作,向特定险种累计保费达标的客户赠送养老社区优先入住名额。

我们认为重资产模式的社区的盈利性和轻资产模式险企与养老社区合作的长期稳定性均有待观察:

重资产模式对社区具有完全控制力,但盈利能力有待验证。参考美国经验,投资建设养老社区并出租的模式有良好的投资收益,但运

营养老社区的盈利受入住率影响较大，尽管保险公司有资金成本优势，但重资产模式的投资期限长，投资初期涉及大量假设，如果未来入住率不达预期，养老社区存在亏损的风险。

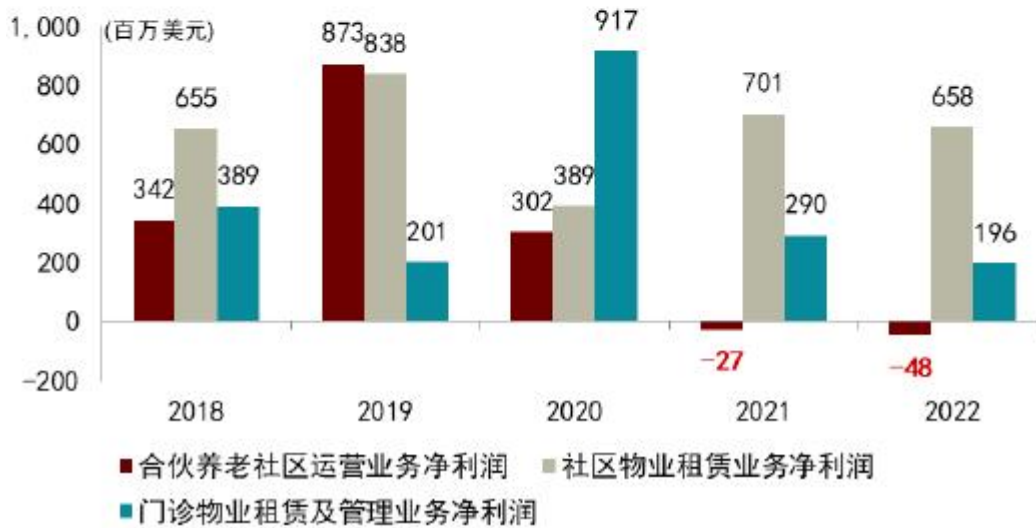
图表 20：截至 2022 年末，多家保险公司已布局养老社区项目

保险公司	养老社区	参与模式	网点规划
中国平安	平安颐年城	重资产	已落地：广州、深圳、上海 已布局：北京、杭州
中国人寿	国寿嘉园	重资产	已开业：北京、天津、苏州、三亚、深圳
太保人寿	太保家园	重资产	已开业：成都、大理 已布局：武汉、上海、郑州、三亚、北京、南京、厦门、杭州（在建）、广州（拟投资）
新华人寿	新华家园	重资产	已开业：北京、海南博鳌
太平人寿	乐享家	重资产+轻资产	已开业：上海、三亚、成都 在建：广州
人保寿险	人保颐园 光大汇晨	重资产+轻资产	已开业：大连（自建）
阳光人寿	阳光人家	重资产	已布局：北京、江苏、浙江、山东、河南、宁夏、海南 已开业：广州
泰康人寿	泰康之家	重资产	已开业：北京、上海、广州、成都、苏州、武汉、杭州、南昌、沈阳、长沙、厦门、南宁、三亚 已布局：天津、呼和浩特、郑州、宁波、合肥、南京、青岛、福州、温州、济南、深圳、佛山、重庆、昆明、贵阳、长春
大家保险	大家的家	轻资产	已开业：北京、天津、南昌、杭州、秦皇岛、三亚 已布局：成都、太原、长沙、济南
光大永明	光大汇晨 百龄帮	轻资产	已开业：北京、青岛、三亚、银川、威海、上海、义乌、苏州、兖州、漯河、重庆、四川、浙江、福建、河南、广西、贵州、甘肃
鼎诚人寿	光大汇晨 今夕延年	轻资产	已开业：甘肃、广东、广西、海南、江苏、内蒙、宁夏、四川
恒大人寿	恒大养生谷	重资产	已开业：南京、昆明、三亚
招商仁和	仁和颐家	重资产	已开业：广州、深圳 已布局：北京（雄安）、广州、深圳、厦门/漳州、杭州、苏州
复星保德信	星堡	轻资产	已开业：北京、上海
百年人寿	星堡	轻资产	已开业：北京、上海
君康人寿	君康年华	重资产	已开业：北京、上海
合众人寿	合众优年	重资产+轻资产	已开业：武汉、南宁、沈阳+12家旅居项目

资料来源：公司官网，中金公司研究部

轻资产模式能规避社区运营风险，但合作长期稳定性存在变数。轻资产模式下险企无法直接干预社区经营，在优质社区的床位供给长期短缺的背景下，随着老龄化加剧，未来存在险企合作社区床位不足导致入住排队，甚至终止与险企合作的风险不可忽视。

图表 21：养老社区盈利性受入住率影响，新冠疫情导致社区入住率下降后 Welltower 的养老社区运营业务在 2021 和 2022 年出现亏损，但社区租赁和门诊物业租赁及管理业务线仍保持盈利



注：2020年及以后入住率为近三月平均入住率
资料来源：公司公告，中金公司研究部

居家养老：整合养老服务供应，搭建生态圈

基本模式：与各类服务机构合作提供丰富的养老服务。保险公司对达到一定缴费门槛(数十万或百万元)的用户通过合作网络的供应商提供免费或收费的多样化服务，包括智能管家、家政服务、家庭医生、重疾专案管理、家庭适老化改造、起居照料、老年大学服务等服务。

保险公司筛选、管理服务供应商，确保服务品质。中国养老服务的供给零散、标准不统一，单一消费者难以有效筛选养老服务，且服务质量良莠不齐且。保险公司依靠规模优势对养老服务供应商进行有效筛选和管理，建立优质供应商网络，提升服务效率、保证服务质量。

与美国不同，储蓄险是中国居家养老的间接支付手段。如前文提及，当前中国医疗服务和保障体系不足以支撑健康险作为医疗类养老服务支付手段，此外真正能覆盖长期照护费用的长期护理险保费高、赔付杠杆率低、销售难度大。相比之下储蓄险支取更加灵活，产品储蓄性质使得即便保费较高也依然能被客户接受。

图表 22：真正具有支付能力的长期护理险保费高、赔付杠杆率低，而赔付场景单一，导致销售难度大

保险要素		假设70-80岁出险理赔，保险公司赔付责任		
被保险人年龄	约45岁	第1-2年	基本失能赔付	基本保险金额×24个月=约24-48万元
基本保险金额 即每月支付金额	约1-2万元	第3-4年	高度失能赔付	基本保险金额×150%×24个月=约36-72万元
保险期间	至约100岁	第5-8年	高度失能赔付+严重认知障碍赔付	基本保险金额×150%×36个月+ 基本保险金额×30%×36个月=64.8-129.6万元
缴费期间	10年	合计赔付		约124.8-249.6万元
年交保费	约4-6万元			
合计保费	40-60万元			

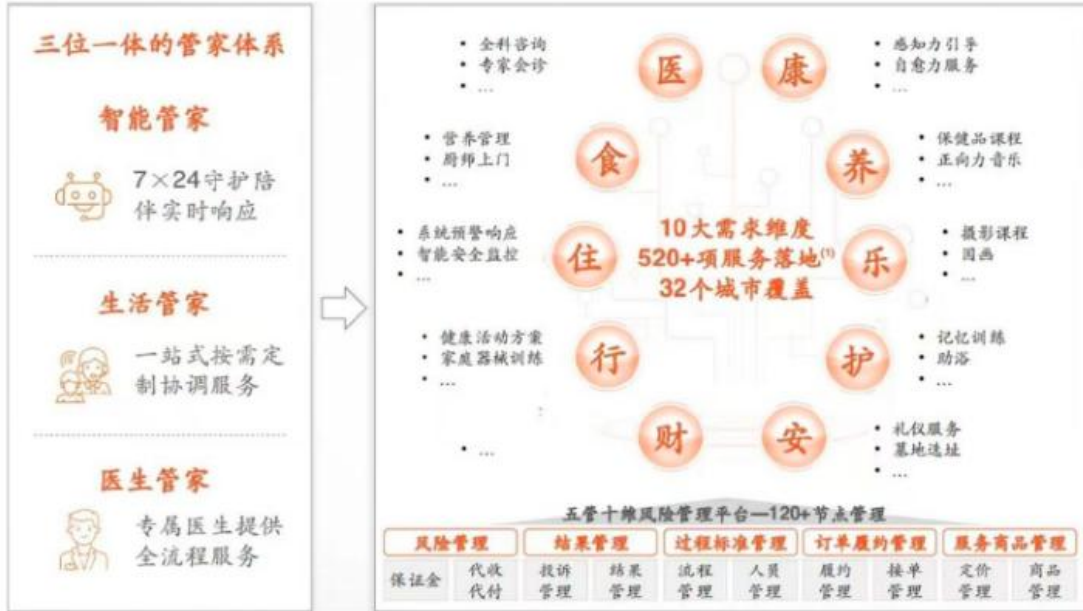
注：表中数据为基于相关产品条款的测算值
资料来源：保险行业协会，中金公司研究部

如何看待保险公司开展养老服务的发展前景？

储蓄类产品当前或更适合成为连接保险与养老服务的桥梁

制度差异导致中国无法照搬美国医疗服务养老、健康保险支付医疗的模式，我们认为储蓄类产品将率先成为连接保险与养老服务的桥梁。

图表 23：中国平安居家养老目前已布局全国 32 个城市，落地项目超过 520 项，客户满意度(NPS)超 80%



资料来源：公司公告，中金公司研究部

绕开健康险规模小-难以打通医疗支付-规模增长乏力的难题：健康险在医疗支付的份额过低，储蓄险销售难度更低有助于积累支付额。目前健康险在医疗支出中份额较低(仅约 5%)，在医疗服务面前议价权较弱，险企很难通过健康险打通医疗支付，在一定程度上进一步导致健康险销售困难。对客户而言购买储蓄险是投资而非消费，故储蓄险销售难度更低，更便于险企做大支付端规模(储蓄险对应的保险资产)并连接、建造养老服务网络。

刺激大额保单销售，扩大利润来源：通过储蓄险连接养老服务，能够刺激大额保单销售，并为创造了养老服务业务这一潜在利润来源。我们预计未来储蓄险支付养老服务可能会进一步优化客户体验，比如可跳过保险支取环节，通过保险资金余额直接抵扣养老服务费用。

居家或也是中国受众最广的养老场景，养老服务短缺等痛点与机遇并存

市场空间大：庞大的需求决定了居家养老是中国最主要的养老模式，据国家卫健委，我国养老呈现“9073”格局，即90%老人居家、7%老人依托于社区、3%老人入住养老机构，而依托于社区养老实质上是居家养老的服务场景的延伸。

养老服务短缺等痛点与机遇并存，险企如何整合资源、提升服务能力是关键。养老服务供给短缺、养老服务资源整合难度大是居家养老模式面临的痛点和难点，导致居家养老业务资金投入大、回收期长，目前尚未发展出成熟的商业模式，目前中国平安已在这一领域有所探索。

服务供给短缺是阻碍居家养老发展的核心问题：目前中国养老服务供给短缺、资源分散，险企整合服务资源、搭建服务网络的难度大，险企参与居家养老需要自建或跟第三方机构合作搭建服务网络，前者资金投入量大、回收期长，后者供给不足且难以把控服务质量，同时服务网络搭建完善之前对保单销售的刺激作用有限，导致保险公司投入意愿不强。

储蓄险间接支付下，险企需更加注重养老服务质量。不同于美国健康险跟医疗服务的绑定关系，健康险可以带来养老服务的确定性需求(如美国HMO模式，健康险只报销服务网络内费用)，储蓄险间接支付养老服务费用的特征对险企提供的养老服务质量提出更高要求，否

则客户可能会选择不购买养老服务，导致养老服务业务收入不及预期。

维持入住率和成本控制是养老社区盈利的关键

轻重融合或是未来的发展趋势，我们认为良好的成本管控和实现、维持预期入住率是社区盈利的关键：兼备轻重模式特色的轻重融合模式（共建或入股社区运营商）在保证社区合作稳固的同时亦能在一定程度上分散社区经营风险，或成为未来险企养老社区的主流模式；此外，实现、维持预期入住率能确保养老社区的收入符合预期，进而确保社区实际经营情况与前期投资建设假设一致，是养老社区实现盈利的关键。

风险提示

养老服务供给发展缓慢

险企参与养老服务的发展，尤其是居家模式的发展依赖于针对老人的医疗、照护等养老服务供给的发展，若养老服务供给发展缓慢，险企可能无法如约为客户提供养老服务。

商业保险在医疗服务和养老照护服务支付份额过低

若未来商业保险（包括储蓄险和健康险）在养老服务（包括医疗和照护）支付份额中占比过低，险企将无法形成支付端规模优势，进而失去其在服务端的议价权。

居家模式下客户购买养老服务数量不达预期

居家养老模式下，储蓄险间接支付的特性导致客户购买养老服务

的行为存在不确定性，若客户选择不购买险企所提供的养老服务，险企在服务端面临亏损的风险

养老社区入住率不达预期，养老社区运营成本过高

若未来养老社区的入住率不达预期规划，或社区运营成本超出预期规划，均可能导致养老社区亏损。

合作养老社区床位不足或发生违约

轻资产模式下，若险企合作的养老社区床位不足或终止与险企合作，则险企面临因无法履行给客户的入住承诺导致的舆论风险或法律风险。

[返回目录](#)

DRG 国内外研究现状与趋势

来源：医院绩效咨询新知

近年来，随着医疗费用不断上涨，人民群众疾病经济负担持续增加，控制医疗费用势在必行。由于疾病诊断相关分组 (DRG) 控费效果明显，在国际上被多个国家和地区进行实验和使用。DRG 是一种基于临床过程一致性和资源消耗相似性对病人进行分类的组合方案，于 20 世纪 70 年代初在美国诞生。上世纪 80 年代中期，我国学者开始对 DRG 进行研究，以论证疾病诊断分组在中国应用的可行性；上世纪 80 年代末，国内正式开展对病例进行分组的实验，分组结果被命名为 BJ-DRGs。通过 30 多年的实践研究与发展，DRG 在我国已形成了 BJ-DRG、CN-DRG、CR-DRG 和 C-DRG 等地区性试点分组方案。2020 年，

国家医疗保障局推出了 DRG 全国性试点方案,即《国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组方案(1.0 版)》,使我国 DRG 研究迎来了空前热潮。本研究利用 VOSviewer 和 CiteSpace 软件各自的分析优势,全面分析 DRG 国内外研究现状,并进一步分析 DRG 研究趋势,为国内 DRG 深入研究与实践探索提供参考借鉴。

1. 数据与方法

1.1 数据来源

本研究数据,来源于中国知网(CNKI)数据库和 Web of Science(WOS)。

1.2 研究方法

本文的描述性统计分析主要依托于 WOS 数据库和 CNKI 数据库自带的基础性数据可视化分析,并按照研究设计的要求,进行相应的处理和再计算。

2. 结果与分析

2.1 DRG 研究现况

2.1.1 文献时间分布

近 40 年来,国内 DRG 中文文献发文数量稳步上升;从 1980 年到 2007 年,中文文献发文量总体平稳,发文量较少;从 2008 年开始,中文文献发文量增幅逐步加快,主要原因是新医改的推进和 DRG 本土化试点,特别是 2017 年《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》文件颁布后,DRG 研究发文量出现快速

增长。DRG 英文文献发文量整体较平稳，并在 1991 年前后发文量出现波动，主要原因是其他国家开始引进美国的 DRG 分组方案，多国学者开始对 DRG 展开研究，并随着引进国家数量的增多，DRG 英文文献发文量呈稳步上升态势，使 DRG 研究逐渐成为全球研究热点。DRG 中文/英文文献发文量年分布情况，具体见图 1。

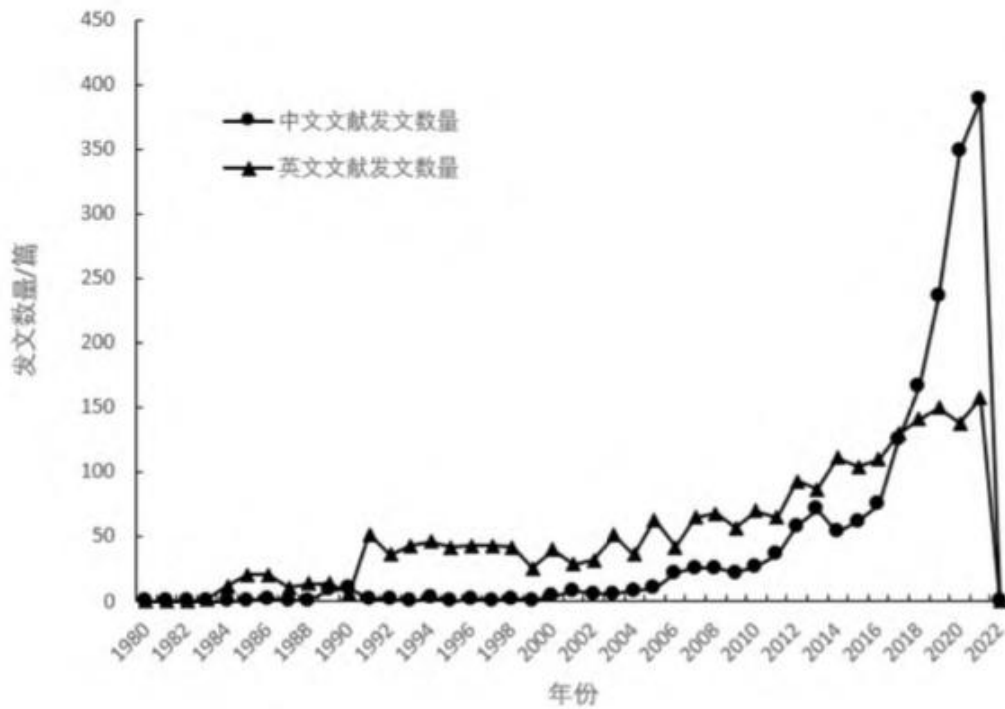


图 1 DRG 中文/英文文献年发文量分布图

2. 2DRG 研究热点与趋势

2. 2. 1 关键词聚类分析

关键词是文献主要内容的凝练，反映文献研究的核心要义。在 DRG 中文文献中，一共有 3792 个关键词，使用 VOSviewer 分析时，设置关键词共线阈值为 6，从而有 215 个关键词进入分析，并形成 9 个聚类分组。

主题 1:DRG 支付方式对住院费用的影响。该主题是 DRG 领域的研究热点, 实施 DRG 支付制度的主要目的就是控制医疗费用; 依靠病案统计和数据积累, 目前 DRG 支付方式对住院费用的影响研究, 已经可及到具体的疾病类型。

主题 2: 临床路径与 DRG 的协同应用。该主题主要探讨临床路径管理与 DRG 支付管理的联合应用成效, 以及两者之间的相互影响作用。

主题 3: 病案首页填写质量。DRG 分组的应用与信息化管理密切相关, 病案首页填写是患者信息收集的基础, 疾病诊断分组对于病案填写提出了更高的质量要求。

主题 4、主题 5 和主题 6: 公立医院绩效评价和资源利用的相关研究。这三个研究主题关系密切, 以公立医院为核心, 探讨在 DRG 支付方式下医生绩效与资源消耗的内在调节机制。

主题 7 和主题 8: 医疗保险制度与医保基金使用。医疗保险制度的建立与完善, 主要是为了有效利用医保基金, 降低患者疾病经济负担, 并发挥出最大化社会效益。研究表明, 医保支付制度(DRGs-PPS)对于不同级别医院的医疗费用、住院天数影响不同; DRG 在一定程度上可控制医疗费用, 以维护医保基金收支平衡。

主题 9: 新农合按病种付费对医疗费用的影响及其与 DRG 的对比研究。按病种付费对控制医疗费用起到一定作用, 但可以借鉴 DRG 制度中将病例的风险和成本纳入考量范围, 以弥补自身的不足。

在 DRG 英文文献中，一共有 6502 个关键词，关键词共线频数阈值设为 15，共有 146 个关键词纳入分析，并主要形成了 4 个聚类分组。

主题 1: DRG 与病例死亡风险、流行病学、成本管理等方面的相关研究。在 DRG 研究中，将死亡风险纳入考量范围，以比较住院费用、消耗资源的情况。基于 DRG 分组，有效探究疾病的流行病学特征及其对住院时间的影响，或探究 DRG 与不同管理模式协作时治疗成本的变化。

主题 2: 基于疾病危重度而展开的病例分组与疾病编码的相关研究。疾病危重度 (Severity of Illness, SOI) 是指患者器官系统失调或生理性失代偿的程度。疾病危重度是医院收治病人时病情程度的依据，其界定更是病例分组的基础，也是疾病编码的重要指标；基于疾病危重度探究 DRG 编码填写对医保报销的影响，并开展规范编码以提升病案质量的研究。

主题 3: DRG 对住院费用 (费用补偿) 和医疗服务质量的影响。有系统评价研究表明，实施 DRG 可有效减少住院时间，但对住院费用的影响不确定，仅有少数研究证明 DRG 会提高再入院率，大部分研究证明 DRG 可以提高医疗服务质量。

主题 4: DRG 对外科手术治疗结果的影响。美国的 George J 对将“全髋关节置换术 (Total Hip Arthroplasty, THA)”和“全膝关节置换术 (Total Knee Arthroplasty, TKA)”两种外科治疗方法归为同

一诊断分组的研究表明，这种分组结果会导致不一样的治疗结果(再入院率不同)。德国学者 MurinP 的一项研究表明，实施 DRG 可以提高外科手术的效率，取得出色的手术结果，但对提高医生绩效没有明显的影响。

2.2.2 关键词突现分析

根据分析，可归结国内 DRG 研究领域主要有三个研究趋势。

趋势一:新农合按病种付费改革成效及其与 DRG 比较研究。关键词突现指标中的“按病种付费”的突现强度很高(5.9778)，与之同一时间段出现的有关键词“新农合”(突现强度为 2.56)，并在关键词共线网络知识图中两者在同一聚类中。研究涉及到新农合按病种付费对医疗费用的控制成效，基于按病种付费方式利用多元线性回归分析住院费用的影响因素网;在与 DRG 的比较中，DRG 设置疾病的难度系数和风险系数的方式值得按病种付费制度借鉴。

趋势二:医保支付制度(DRGs-PPS)对医保基金、基金支付能力的影响。医保基金(3.8357)、DRGs-PPS(2.7148)、基本医保(2.6878)、基金支付能力(2.6878)、医疗保险(2.2523)和总额预算(1.9687)等关键词突现时间较为一致，并基本处于同一聚类中。基于总额预算的 DRG 支付制度可有效缓解当期的医保基金压力，提升基金支付能力，但长期效用有待考究例。

趋势三:基于 DRG 分组的公立医院病案首页质量研究。自 2020 年国家医保局颁布 DRG 全国试点分组方案后，综合医院(以公立医院为

主)病案首页质量研究成为热点,病案首页质量(1.9967)与综合医院(1.9967)两个关键词的突现时间符合逻辑。病案填写质量关乎 DRG 的绩效评价,关乎 DRG 分组的有效调整;相关研究表明,提高病案首页质量,能够更加客观地对 DRG 进行绩效评价。

根据分析,可归结国外 DRG 研究领域三个主要研究趋势。

趋势一:基于 DRG 的全髓关节置换外科手术成效及医生绩效相关研究。该研究涉及全髓关节置换手术(TotalHipArthroplasty, 2.0590)、效率(Efficiency, 3.3004)、绩效(Performance, 2.1964)、再入院(HospitalReadmission, 2.4017)和臀部骨折(HipFracture, 3.0408)等关键词指标;美国一项研究表明:基于 DRG 捆绑支付的全髓关节置换等外科手术并不会影响医生绩效(或患者的费用补偿),这与德国一项基于 DRG 的外科手术研究结果一致,但德国的研究结果显示,从病案记录的实际情况来看,基于 DRG 的外科手术效率更高,患者的手术救治效果更好。

趋势二:各国开展基于 DRG 行政数据记录的费用分析与出院率比较研究。国家(Country, 2.6580)、行政数据(AdministrativeData, 2.2474)、出院(Discharge, 2.1493)、生活质量(QualityofLife, 3.0408)和费用分析(CostAnalysis, 2.5705)等五个关键词突现时间段基本一致,突现强度相差不大。研究人员比较了来自欧洲 11 个国家的不同 DRG 系统对胆囊切除手术患者的影响,发现在不同国家 DRG 系统中该手术的费用情况、治疗分类情况不一致,并研究认为外科医生、

医院管理人员和国家 DRG 管理当局应考虑其他国家的 DRG 系统对胆囊切除术患者的分类依据,以优化自身的 DRG 系统以确保公平和适当的费用补偿机制。

趋势三:DRG 临床编码相关研究。关键词临床编码(ClinicalCoding, 3.8636)的突现强度很高,体现出临床编码对 DRG 实践应用的重要意义。有研究表明,临床诊疗中手写的诊断编码,再将其转录,会增加错误风险,从而应积极推进电子编码,提高编码人员对编码重要性的认识,以利于数据的准确记录,从而提高数据质量。

3. 结论与展望

3.1 结论

(1)从 DRG 发文情况来看,国内近几年的发文数量持续上升,主要因为 DRG 的推行获得政策层面的大力支持,成为了学术研究热点;而国外近几年发文量平稳增长,是因为各国引进 DRG 时间较早,研究探讨趋于稳定,相比国外发文而言,国内发文的整体质量偏低,文献的研究方法和探讨类型创新性不足,同质化严重,这主要与 DRG 在国内的研究还处于起步阶段相关。

(2)从 DRG 研究的合作情况看,国内发文多是以个人和团体为主,研究机构之间合作性较差,从而会导致研究人员不能有效地了解 DRG 全况;国外发文多是合作研究,研究机构之间联系较多,并能够较好地把握 DRG 实施的整体情况。相比国外合作研究而言,国内机构间合作强度不够,研究团队间的交流有限。

(3)国内 DRG 研究主要围绕医院的 DRG 试点成效进行,并进一步研讨 DRG 对于公立医院绩效管理的作用;而国外研究主要围绕基于 DRG 的具体疾病或人群救治情况,以探讨 DRG 在医疗体制中所发挥的作用。相比国外而言,国内研究缺乏研究体系支撑,并多是理论上的探讨,对 DRG 研究不够深入,实践应用性不强。

(4)国内外研究都重视 DRG 对医疗费用的影响,因为控制医疗费用是各国实施 DRG 的初衷;国内外研究都关注病案信息(临床编码)的填写质量,因为其关系到 DRG 的绩效评价以及 DRG 的进一步优化;国内外 DRG 研究都是朝向提高 DRG 的应用性,而各国对 DRG 应用性的研究程度不同,这主要与各国实施 DRG 的成效不一致相关。

3.2 展望

基于研究结论,对国内 DRG 研究有三点展望:

(1)DRG 研究的根本目标是优化医保制度,以更好地利用医保基金,从而具有很强的实践实用意义。当前,国内 DRG 研究大多是以既有数据为基础,不能很好地结合临床实际,从而研究的实践性较差。因此,DRG 研究应更多地考虑实际应用取向,以形成有临床实践应用价值的研究成果。

(2)加快国内 DRG 创新性研究步伐,持续学习西方国家先进的理论知识与研究方法,要尽快完成 DRG 研究从“跟跑”并跑”到“领跑”的发展跨越。国内 DRG 研究要进一步开展体系性研究,而医疗费用研究是基础性研究,要进一步探讨费用控制的内在原理与机制。

(3)要加强研究机构之间、作者之间的科研合作，全方面研究 DRG 实践存在的主要问题，实现 DRG 实践推广应用的方法突破，以形成具有普适性的研究成果。同时，DRG 研究要立足国情社情，要发挥中国特色社会主义制度优势，形成学术领域共商共研共享的和谐学术氛围。

[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