

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第26期

(2023.06.26-2023.07.02)

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 ·

▶ [医保引导“三医”协同治理，背后的逻辑是什么？](#)（来源：中国社会科学院经济研究所）——第 7 页

【提要】党的二十大报告提出：“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。这一表述首次将医保置于“三医”的首位，体现了党中央对我国医疗保障领域过去五年政策实践的充分肯定，同时也赋予了医保在引导“三医”协同治理上的重要任务。那么，医保引导“三医”协同治理的依据是什么？其背后有着怎样的理论逻辑？有哪些政策工具可以用来实现“三医”协同治理？医保在引导“三医”协同治理上如何实现政策的一致性？

▶ [思考 | 医疗服务项目成本如何科学测算？](#)（来源：中国医疗保险）——第 16 页

【提要】医疗服务项目定价方法包括成本定价、价值定价和参考定价，其中，成本定价法依据医疗服务项目单位成本、地区社会平均成本测算结果进行定价，在定价过程中考虑医疗服务项目所需成本消耗，使定价在一定程度上反映其价值。但我国医疗服务项目价格主要依赖有形物耗、设备折旧，重“物”不重“人”的定价方法导致价格扭曲。价格严重背离成本和技术劳务价值，不仅影响公立医院收入结构的合

理性，还影响医务人员工作积极性。

## · 地方养老 ·

[▶ 北京养老服务网上线：汇集全市 574 家养老机构，可订购 98 项居家养老服务](#)（来源：央视新闻、北京青年报）——第 28 页

【提要】北京养老服务网涵盖居家养老、机构养老、养老助餐、养老政策、养老人才、养老志愿服务、京津冀养老、养老在线办事、适老化产品、养老信息公示、养老课堂、养老合作资源等多个服务板块，将最新最全的养老服务主体、产品、服务政策与资讯等呈现给广大老年人及家属以及参与养老服务、关心关注养老事业产业的网络用户，真正实现养老服务“四个一”，即：养老服务“一网通查”，服务信息“一网展现”，政务服务“一网通办”，服务诉求“一网通答”，帮助老年人便捷找服务、找机构、找政策，助力养老服务市场主体高效找资源、找人才、谋发展。

[▶ 打造农村养老服务改革创新“新沂模式”](#)（来源：江苏民政局）——第 34 页

【提要】农村养老一直是养老服务发展的重点难点。近年来，江苏省新沂市从解决农村敬老院问题入手，创新体制机制，加大资金投入，走出了一条以区域性养老服务中心建设助推农村敬老院转型升级和实现农村养老服务高质量发展的新路径、新模式。“新沂模式”亮点在于，充分发挥区域性养老服务中心的兜底保障功能，拓展居家社区服务功能，全面提升机构管理服务水平，为入住老年人提供专业化、

标准化、精细化、亲情化的照料护理服务，大大提升了老年人的幸福感、获得感。

### · 带量采购 ·

[▶ 7月1日起，31省联盟集采耗材开始降价](#)（来源：天津市医保局）

——第 43 页

【提要】6月28日，天津市医保局发布《关于落实京津冀“3+N”医药采购联盟关节骨水泥类医用耗材集中带量采购和使用工作的通知》，其中明确，天津将于7月1日起执行京津冀“3+N”医药采购联盟关节骨水泥类医用耗材集中带量采购中选结果。可以预见，今年下半年，多地将执行新的关节骨水泥价格。而天津作为首个集采结果执行省份，其在执行环节的配套措施也将为其他地区提供部分借鉴。

[▶ 6月份全国多省发布政策，积极探索“空白”品种集采](#)（来源：证券日报）

——第 48 页

【提要】近期，随着第八批国家集采落地工作如火如荼地开展，各省级、省际联盟主导的地方性集采不断扩大范围，可以看出地方政府在医药采购领域的重视程度在不断加强。对于多省密集宣布地方性集采政策，相关人士表示，地方性集采重点针对未纳入国家集采的品种和未过评品种，从“填空”和“补缺”两个维度扩大集采覆盖范围，积极探索尚未纳入国家和省级集采的“空白”品种集采，鼓励对已有省份集采、价格竞争充分的品种开展带量价格联动。

• 医院管理 •

▶ [“过度医疗”究竟是怎样界定的？医院内部该如何避免？](#)（来源：金豆数据）——第 51 页

【提要】过度医疗与过度检查作为一种不良医疗行为，长期以来是引发医疗纠纷主要原因之一。过度医疗增加了患者的医疗开支，使得很多患者雪上加霜，同时也激化了医患矛盾，有损医疗工作者社会形象，当社会上充斥着负面的评价时，又会导致优秀的人才从医的意愿锐减，进一步加剧医疗资源匮乏的问题。

▶ [DRG/DIP 付费下的 6 大医院管理策略](#)（来源：霍尔视野）——第 57 页

【提要】2021 年 11 月，国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，意味着“十四五”期间，我国住院医疗费用医保支付方式改革将进入到加速“扩面”阶段。医院如何顺应政策改革趋势，管理策略重点从哪些方面着力？本文将从六个方面探讨医院应该如何有效应对问题，期望能对医院提升医保 DRG/DIP 付费改革下的运营管理效能提供启发。

• 医药速递 •

▶ [后疫情时代，千亿保健品市场知多少](#)（来源：新康界）——第 65 页

【提要】大健康产业是一个非常庞大的赛道，其中保健食品的需求在不断的扩大。保健品市场将在营养保健食品零食化、养生年轻化和运

动营养品快速增长的推动下持续健康发展。新冠肺炎疫情后，越来越多的人开始重视自我保健和免疫力的提高。保健品不仅可以满足人们对身体健康的需求，还能够为消费者提供更多样化、个性化的选择，这为保健品市场带来了更加广阔的发展前景。未来几年，预计保健品市场将继续保持高速增长，其增长率有望达到 10%-15%，到 2025 年将达到 5500 亿元人民币左右规模。

[▶ DRG/DIP 下，国家、地方如何“借”政策助力医药技术创新？](#)（来源：医药经济报）——第 74 页

**【提要】**建立高效管用的医保支付机制是深化医疗保障制度改革的重要目标。随着生物技术、材料技术、数字技术的不断迭代升级，医疗新技术快速发展。如何让医保支付体系与我国的创新态势相匹配，为创新药品、创新技术快速市场化提供政策支持，多个城市进行了有益探索。

## -----本期内容-----

### · 分析解读 ·

#### 医保引导“三医”协同治理，背后的逻辑是什么？

来源：中国社会科学院经济研究所

党的二十大报告提出：“深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理”。这一表述是对我国医药卫生事业发展和改革的重要理论总结，也是未来一段时间推进健康中国战略深入实施的政策指南。这一表述首次将医保置于“三医”的首位，体现了党中央对我国医疗保障领域过去五年政策实践的充分肯定，同时也赋予了医保在引导“三医”协同治理上的重要任务。

那么，医保引导“三医”协同治理的依据是什么？其背后有着怎样的理论逻辑？有哪些政策工具可以用来实现“三医”协同治理？医保在引导“三医”协同治理上如何实现政策的一致性？这些问题都是在深入学习党的二十大精神时亟须从理论逻辑及政策实践层面加以回答的重大问题。

#### 医保引导“三医”协同治理的客观依据

“三医”协同治理是党的二十大提出的重大命题，是医药卫生领域在新发展阶段贯彻新发展理念、实现高质量发展的必然要求。医保之所以能够引导“三医”协同治理，依靠的不是行政手段或行政力量，而是它强大的战略购买能力。

我国已经实现了全民医保，职工医保和城乡居民医保覆盖了全国95%以上的人口。这个全球最大的医疗保障体系也因此成为了我国最大、最主要的医疗服务和医药产品购买方。我国医疗保障基金的主体是社会医疗保险，而现代社会医疗保险的功能是利用大数法则筹资来分散疾病的冲击风险。在待遇保障上，社会医疗保险主要通过购买服务的方式来实现。尽管医疗服务领域存在供方利用信息优势诱导需求的问题，但医保却可以通过战略性购买去对冲因医疗服务供给信息不对称而带来的种种弊端。从现代社会医疗保险的发展趋势来看，随着统筹层次不断提高，医保基金作为单一购买方的趋势将会不断增强，战略购买能力也将不断提升。通过战略购买协调医疗服务和医药供给、引导医疗卫生资源配置已成为现代社会医疗保险的通行做法，这也是我国改革开放以来医疗保障制度建设取得的重要经验。

当然，基本医保的战略购买又不同于完全市场化的战略购买。社会医疗保险本质上属于公共保险，参保人与医保基金之间形成的是公共契约关系。这首先意味着医保基金在运营和管理中的目标不是利润最大化或基金剩余最大化，而是参保人的利益最大化。其次，在利用战略购买实现参保人利益最大化的过程中，不可避免会有行政化的因素，比如在医保管理实践中，医保与定点医药机构签订的服务协议即具有行政合同的法律性质，再如医保基金的监管除了依据协议进行的管理外，还具有行政监管的性质和职能。

需要明确的是，医保引导“三医”协同治理主要依据的是其战略



购买能力，行政化的因素只能是次要因素，不能将医保引导“三医”协同治理理解为以行政化手段进行行业管理。医保通过战略购买引导“三医”协同治理，这是对我国十几年来医药卫生体制改革的经验总结，是利用市场手段实现公共目标的政策创新，是有效市场和有为政府的有机结合。从这个角度来看，医保引导“三医”协同治理也构成了中国式现代化的重要内容之一。

### 医保引导“三医”协同治理的政策内涵

从医保引导“三医”协同治理的总依据出发，在政策制定及实施过程中，必须首先以参保人的实际需求作为出发点。这是医保引导“三医”协同治理的第一个政策内涵。以参保人的需求作为出发点，意味着在政策制定及实施过程中，不能以其他参与方的需求为出发点，不能以保护供给方或其他理由损害参保人的利益。

在我国医药卫生体制改革的推进过程中，时常会发生的一类问题是一些地方往往以保护本地医疗服务供给方或保护本地医药供应方为由要求医保进行配合，而这些要求往往并不符合参保人的最大利益。在全民医保的大背景下，符合参保人的最大利益就是符合最广大人民群众的最大利益，这与以人民为中心的发展理念是一脉相承的，更是以人民为中心的发展理念在“三医”领域的具体体现。

当然，在现实中医疗服务和药品供应都与医保之间存在密切关系，维护参保人的最大利益同时也是医疗服务和医药供应的根本出发点，医疗服务与医药产品供应的最终目标也是维护并实现参保人的最

大利益。在这一点上，“三医”具有相同的价值观基础。

医保引导“三医”协同治理要以提高医保基金的使用效率为基本原则。

这是医保引导“三医”协同治理的第二个政策内涵。社会医疗保险作为公共保险，要以实现参保人的最大利益为目的。而要实现这一目标，各项政策的制定及实施就都要以提高基金使用效率为基本准则。具体到实践中，从医保基金管理来看，控制医疗费用从来都不是目的，提高使用效率才是基金管理的基本准则，即“只要是该花的钱，再高也要花；不该花的钱，再少也不行”。效率是衡量是否“该花”的重要标准。传统上医保对医疗服务和药品的支付是基于成本补偿的，在此种模式之下，医保被动报销了大量无效、不具临床价值的服务和药品。若以提高基金使用效率为基本准则，医保引导下的“三医”协同治理只能走向创造有价值的医疗服务和有价值的医药产品。

医保引导“三医”协同治理的主要手段是市场购买。

这是医保引导“三医”协同治理的第三个政策内涵。主要使用市场购买的方法和手段来体现医保引导资源配置，这是由医保战略购买的性质所决定的。市场购买的方法和手段一方面能够充分发挥市场竞争对提升效率的重要作用，另一方面也能够充分体现参保人的真正需求，利用参保人“用脚投票”的机制，促进供给侧竞争，提升供给效率。从基金管理角度来看，充分利用市场机制还可以减少管理成本、提高管理效能。

当然，从社会医疗保险的公共性出发，这里的市场手段和方法同完全市场化的手段和方法还是有一定区别的。比如作为购买主体的医保基金本身就是参保人的代理人；再如因服务供给方存在信息不对称、区域性垄断等问题，导致缺乏足够的市场购买条件。因此，在医保基金管理实践中，还需要充分发挥政府这只“看得见的手”的作用，引导并保证市场竞争的秩序与条件，以提升基金的运行和使用效率。

医保引导“三医”协同治理的政策工具以参保人的需求为出发点、以提高基金运行和使用效率为准则、以市场购买作为主要手段，这是医保引导“三医”协同治理的三个政策内涵。

在此之下，需要明晰医保引导“三医”协同治理的主要政策工具。总体上主要包括两类工具：一是引导宏观资源配置的工具，即通过优化医保支付结构，引导并提升医疗卫生资源宏观配置效率；二是提高微观运行和管理效率的工具，目的是提高医保基金和医疗卫生资源的运行效率。

宏观资源配置指医疗资源在不同领域的分布，比如在住院和门诊之间、医院和社区医疗卫生服务之间、医疗服务与药品之间、不同类别药品之间的资源分布。具体到医保上就是医保的支付结构。当前医药卫生领域的宏观资源配置仍然存在不够合理、不完全符合参保人实际需求、有违价值医疗准则的地方，这也是影响整体效率提升的主要原因。比如大量资源集中在大医院和住院服务上，参保人有更加迫切现实需求的社区医疗卫生服务缺少优质资源；再如在药品支付结构

中，既非集中带量采购药品也非谈判准入药品的“双非”药品占用资金过大等。这些资源的错配是导致医疗卫生领域效能偏低、医保基金效率不高的深层次原因。医保引导“三医”协同治理，在宏观上首先需要从参保人的需求结构出发、从价值医疗的准则出发，引导资源合理配置。

医保引导资源合理配置的主要政策工具是分类预算管理。

《“十四五”全民医疗保障规划》专门提出“完善分项分类预算管理办法”，统筹考虑住院与门诊、医疗服务与药品等，以实现优化支付结构、引导资源配置的功能。而优化医保支付结构、引导资源合理配置的依据，首先是参保人的实际需求结构和需求分布，其次则要符合医疗领域的专业规律以及资源消耗的经济学规律。从国际上医保基金的管理经验来看，分项分类预算已成为重要的管理手段和政策工具，并对调整医疗卫生资源的配置起到了关键性作用。一些国家和地区的医保预算既在全科与专科之间划分，也在服务与药品之间划分，有些甚至还会在不同的区域之间进行资金分配。随着分类分项预算管理逐渐成为国际上医保引导资源配置的主要政策工具，它也即将并应当成为改变我国不合理医疗资源配置状况的重要手段。

在微观上，医保引导“三医”协同治理的主要政策工具是支付方式。

从社会医疗保险战略购买的方式来看，从按项目付费到前瞻性付费的支付方式变革是一个大的趋势。通过前瞻性的支付方式引导医疗

服务供给方实现高质量发展，也是医保引导“三医”协同治理的主要路径。前瞻性的支付方式，具体到社区医疗卫生服务上主要是按人头付费，具体到住院医疗服务上则主要是按病种支付。使用前瞻性的支付方式，一方面可以充分调动医疗机构提升诊疗效率的积极性，另一方面还可以减少不必要的医保基金支出，是提升资源使用效率的主要政策工具。

当然，宏观政策工具和微观政策工具在使用上是相辅相成的：若没有合理的宏观资源配置，那么微观上的支付工具也很难发挥应有作用；若没有支付工具作为配合，宏观上的资源配置也就失去了运行基础。

从目前的实际发展情况来看，医保在微观支付政策上的改革进展较快，以 DRG/DIP 为代表的按病种付费正在全国铺开，并取得了明显成效，已初步形成了中国特色的医保支付体系；与此同时，社区医疗卫生服务实施按人头付费也开始进行探索。但在引导宏观资源配置上，分项分类预算管理还比较薄弱，医保的支付结构依然是“被动买单”，这也是下一步贯彻落实党的二十大精神在医保改革领域中的重点。

### 医保引导“三医”协同治理的政策一致性

医保引导“三医”协同治理落实到政策实践上，需要协调“三医”之间的政策以及医保内部政策以实现政策的一致性。

在之前的医药卫生体制改革中，“三医”之间的政策协同与一致

性缺少共同遵循的原则，从而出现了一些冲突与矛盾，导致有些改革效果不彰。党的二十大报告提出医保、医疗、医药协同发展与治理，实际上是明确了医保引导“三医”协同的工作要求。具体到政策实践中，需要实现医保引导下的政策一致性。

医保引导“三医”协同治理首先要求“三医”的政策逻辑要依据医保的战略购买政策内涵实现一致性。

从目前情况来看，“三医”之间仍然存在政策冲突。站在医保的角度，要以参保人的实际需求为出发点来购买服务，以提高基金使用效率作为战略购买的准则，体现价值医疗。但在医疗服务的供给侧，目前的管理体制仍然是基于成本补偿的制度框架，要求对成本进行补偿。

在这一框架背景之下，医疗机构的“动力”还是去不断扩大规模、提升成本，并要求医保进行足够补偿。但从医保的角度，价值医疗要求按照医疗服务为参保人带来的实际价值进行购买，对于没有价值或价值较低的服务，医保基金则不必买单。再比如，对住院服务实行按病种打包付费也势必要求医疗机构的管理模式要从之前基于按项目付费管理转变为适应打包付费的管理。在按项目付费下，医院管理模式的主要特征是“分解”，将收入目标层层分解到科室、团队乃至医生个人；但按病种付费下，支付是打包进行的，按项目的“分解”并不适合，甚至会导致各种冲突和扭曲加剧。

除了“三医”之间的政策一致性，医保内部的各项政策之间也要

实现一致性。

医保目前全面推开的按病种付费体现的是打包付费逻辑，这本身就是一种定价机制，即按照一个病组统一进行打包定价，不再对包内的各个项目进行定价。但医保在医疗服务上仍然有价格管理，仍会按照服务项目进行定价，因此，医疗服务价格调整需要与按病种付费进行协调。再比如，医保基金监管体系的建设也仍是以按项目监管为主，主要的监管指标还是按项目付费时期的指标。这固然与当前协同治理的整体推进程度有关，但也反映出医保内部的相关政策仍需进一步协调和优化。

党的二十大报告对医保引导“三医”协同治理提出了新的要求，为医保赋予了重大任务。要想真正实现医保引导下的“三医”协同治理，医保基金必须凭借其强大的战略购买力，以参保人的需求为出发点，以提升基金使用效率为基本原则，以市场购买作为主要手段。不仅如此，在具体推进实现医保引导“三医”协同治理这一改革目标的过程中，可以充分运用两大政策工具，一是通过分项分类预算优化医保支付结构，引导宏观资源配置；二是通过支付方式改革提高微观上的支付运行和管理效率。

总之，医保引导“三医”协同治理必须要从医保的基本原则出发，从价值医疗的角度出发，实现“三医”之间以及医保内部的政策一致性。

[返回目录](#)

## 思考 | 医疗服务项目成本如何科学测算？

来源：中国医疗保险

医疗服务项目定价方法包括成本定价、价值定价和参考定价，其中，成本定价法依据医疗服务项目单位成本、地区社会平均成本测算结果进行定价，在定价过程中考虑医疗服务项目所需成本消耗，使定价在一定程度上反映其价值。但我国医疗服务项目价格主要依赖有形物耗、设备折旧，重“物”不重“人”的定价方法导致价格扭曲。同时，价格形成没有充分体现技术难度、劳动强度、风险程度等无形成本，造成部分大型设备检查治疗和检验类项目价格偏高，技术劳务含量较高的诊察、护理、手术、中医等项目价格偏低的现象。价格严重背离成本和技术劳务价值，不仅影响公立医院收入结构的合理性，还影响医务人员工作积极性。

造成收费价格扭曲的原因之一在于定价调价规则不合理，价格与成本、价值间缺乏必要联系。如何设置将技术劳务与物耗分开，以项目社会平均成本为基础的价格合理形成、动态调整规则，体现服务产出，平衡劳务价值和设备物耗贡献是医疗保障部门、公立医院共同面临的难题。

### 一、医疗服务项目成本测算政策实施难点

尽管国家和地方政策要求将医疗服务成本作为定价调价的参考，但实际应用中，医疗服务成本测算存在测算理念、口径、方法不尽合理，重物耗轻技术等问题。财政、卫生健康和医保部门尚未在推进公



立医院成本测算上形成合力，不同部门先后印发了公立医院成本核算指导性文件，顶层设计文件缺乏协调统一。《医疗服务项目成本分摊测算办法(试行)》(计价格〔2001〕1560号)滞后于现行财务会计制度，在定价调价实践中没有得到应用，国家医保局尚无服务于定价调价的医疗服务项目成本测算指导文件。新增医疗服务价格管理存在缺乏国家系统性指导意见、项目内涵界定不清晰、定价基础不牢、监管不到位、区域之间相同项目的成本测算结果和价格水平存在较大差异等问题。地方层面，各省份新增医疗服务价格项目成本构成、测算内容与计算口径不统一，与医院财务会计制度缺乏衔接，部分医院项目成本信息采集困难、信息化支撑不足，成本测算结果除用于新增价格项目申报和试行定价，在调价中应用仍不充分。

### 1、医疗服务项目成本构成与计算口径各异，影响区域间数据比较

立项试行新增医疗服务价格项目在试行期内，由公立医院综合按预计年服务量测算项目成本、患者负担等因素，参考外省市价格，自主制定试行价格。但是各省份医疗服务价格项目成本构成、计算口径差异较大，给医院测算项目成本、成本监审和区域间相同项目成本、价格的比较带来困难。各地医疗服务项目成本测算的成本构成、核算内容与计算公式中，打包定价内涵耗材试剂(耗材试剂每人每次应摊金额=消耗一个试剂盒÷可检测人份×单价)，水电气(实际消耗数量为每人每次实际耗用量，水电燃料应摊金额=消耗数量×单价)，低值

易耗品每人每次摊销口径一致(低值易耗品每人每次应摊金额=消耗一个低值易耗品÷可用人次×单价)，但人员费用、折旧、维修和管理费(见表 1、表 2)的计算公式、方法和填写说明口径不完全一致。此外，北京新增医疗服务项目成本测算包括人员经费、卫生材料费、固定资产折旧费、无形资产摊销费等内容，成本核算从财务会计取数，确保了数据同源性和一致性。

表 1 部分省份新增医疗服务价格项目成本测算—维修费测算口径比较

计算方式	省份
按设备折旧费20%提取	吉林、黑龙江、河南、贵州、重庆、甘肃
据实结算	河北、湖北

表 2 部分省份新增医疗服务价格项目成本测算—管理费测算口径比较

计算方式	省份
项目直接成本X固定摊入比例	山东、天津、上海、福建、吉林、黑龙江、河南、安徽、贵州、重庆、青海、新疆、西藏、甘肃
项目直接成本X上年度财务报表管理费用率	广东、江西、海南、宁夏、内蒙古
据实结算	河北、湖北、陕西、四川、广西

各省份医疗服务项目成本构成中的各类人员平均劳务费、资产折旧费测算口径不一致，不利于测算项目成本结果的横向比较。其中，对于每小时工资福利、每小时折旧的计算，有的省份没有提供计算公式，即便提供了计算公式的省份也不一致。例如，年薪酬、折旧费的小时数，各地出现多个口径的换算。有的省份没有明确小时工资、福利额与上年度财务年报工资福利费用之间的取数校验关系。有的省份没有明确资产按发票原值扣除相应财政拨款计算折旧、人工成本剔除财政补助。部分省份未明确折旧年限、管理费用率是否按财务会计制度执行。部分省份测算项目分摊资产折旧时考虑残值，与政府会计准

则矛盾，《政府会计准则第3号——固定资产》（财会〔2016〕12号）规定“固定资产应计折旧额为其成本，计提固定资产折旧时不考虑预计净残值”。

## 2、尚未依据成本测算结果，调动公立医院参与医疗服务项目价格调整的积极性

我国医疗服务价格和经济发展水平协同性有待加强，各省市社会经济发展水平有较大差别，实质性启动价格动态调整进度也不一样。一些地方长期停留在取消药品耗材加成专项平移调价的“腾笼换鸟”改革阶段，难度更大的医疗服务价格动态调整实施缓慢，未能平衡合理补偿医疗服务成本与现行价格、社会承受能力和医疗成本补偿的关系，医疗发展水平相当、经济发展水平相近的省份间缺乏协调，区域位置相邻地区间医疗服务比价关系未理顺。尽管多个省份的医疗服务价格动态调整实施方案提出“优先将成本与价格严重偏离的项目纳入调价范围”，但较少省份对公立医院在成本核算基础上，上报复杂型项目调价建议的报价规则、流程和要求做出细化规定，并未设计公立医院建议调整复杂型项目价格样表，计价单位、现行价格、建议价格、测算成本、上年度服务量、建议调价理由等内容缺乏。公立医院技术服务项目使用频次高、收入占比低的情况仍较突出，医疗服务项目成本信息在定调价上的应用不足，调价缺乏成本依据，不具有技术上的精准性，重物资消耗，轻技术劳务，调价缺乏医院和医务人员参与，调价周期过长，调整项目数量、范围和幅度非常有限，医院受益率不

高、获得感不强，这些因素导致医院开展精细化医疗服务项目成本测算动力不足，未能从根本上解决价格与价值背离问题。

## 二、优化医疗服务项目成本测算的政策建议

要解决现行医疗服务项目成本测算政策实施过程中的主要难点，需要从宏观、微观两方面协同发力，完善医疗服务项目成本测算顶层制度设计，推动公立医院积极参与项目成本测算实践。一方面，国家医保局在整合国家现行政策文件，吸收典型省份有益经验的基础上，出台新增医疗服务价格项目管理指导意见，明确将医疗服务项目技术规范转化为价格项目的立项原则，对成本测算、专家论证、事项报告运行监测等流程做好闭环衔接，指导各省份进一步完善新增价格项目申报、审批、定价、试行和转正实施、调价细则；以医疗服务项目成本为定价基础，在控制调价规模的前提下，遴选调价项目。另一方面，公立医院要加强新技术临床应用准入审核、立项论证、成本测算、定调价等内容的全过程管理。

### 1、完善医疗服务项目成本测算顶层设计，便于公立医院参与价格形成与调整

科学规范的测算方法与框架设置是成本测算客观、真实与合理的保障，为医疗保障部门制定、调整医疗服务项目价格，确定补偿尺度提供真实可靠的依据。公立医院在一定时期内提供的医疗服务项目物耗、折旧与人工成本会随着病例人次、医疗服务水平变化发生金额和构成结构变化，应建立成本监测体系，以各成本要素变动为基础，开

展医疗服务价格动态调整。医疗保障部门应积极组织制定耗材、医疗服务项目、医疗服务设施价格并进行动态调整、指导公立医院准确测算和上报项目成本结果信息。

**(1)设置医疗服务项目成本测算表格，明确项目构成、计算公式，加强与财务会计制度的衔接。**

基于社会平均成本的医疗服务项目定价可以使同种医疗服务的劳动耗费，按统一尺度计量、补偿，为医疗服务价格调整提供依据。只有统一成本测算内容与计算公式口径，客观准确反映项目成本，外省已获批价格情况对本地同一项目定价调价才更具有参考价值。结合典型地区做法，设计可操作的医疗服务项目成本测算样表，统一成本测算数据基础，完善项目成本测算监测体系和成本报告制度，规范人力成本、设备物耗、管理费用等项目成本构成以及每人次摊销计算口径。明确“财政补助中对项目设备购置折旧和医务人员费用的补助应作为项目成本合计的减项，房屋设备折旧年限按《关于印发医院执行〈政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表〉的补充规定和衔接规定的通知》（财会〔2018〕24号）附表确定”等具体内容。建立成本核算质量评价体系，对基础数据采集、成本核算技术和方法、成本数据质量等进行全面评价，有助于筛选合格样本医院，提高成本数据的准确性、可比性。拟定价格在5000元以上的申报项目，提交卫生经济学评价报告或与现行医疗服务价格项目的临床效价比较报告。设计新增医疗服务价格项目执行情况监测表，包括医院名称、项目编

码、项目名称、现行收费标准、患者主要来源、临床使用情况(临床适用疾病范围、起到的临床效用、哪些临床科室应用该项目结果)、该项目在外省开展及价格情况等内容,以便对新增医疗服务项目价格执行的效果进行跟踪评估。

**(2)设计复杂型医疗服务项目调整价格规则和表格,方便公立医院参与报价。**

复杂型医疗服务项目价格动态调整充分发挥公立医院和临床专家专业优势,在当年调价总量内,由公立医院参与报价,引导医院加强成本测算与成本管控。为指导复杂型医疗服务项目价格动态调整,统一设计公立医院复杂型医疗服务项目调价规则和报价建议表。公立医院复杂型项目价格调整报价建议表包括:医院名称、填报时间、项目编码、项目名称、计价单位、现行价格、人力资源消耗(医护人数与耗时)、技术难度、风险程度、调价重要程度排序(由高到低)、上年度服务量、测算成本、建议价格、涨幅、建议调价理由等内容。

理论上,医疗业务活动中各种要素投入成本和价格应成正比,但在实际定价过程中,除成本因素外,还存在多种政策杠杆与宏观经济因素的调节作用综合影响。复杂型医疗服务项目应综合考虑评估患者费用变化、经济社会发展水平、医院运行情况、患者承受能力等因素,按启动区间得分及时启动动态调价,由所属医疗保障部门向辖区内符合条件的公立医院公告本轮复杂型项目可用调价总量、受理起止时间、接受报价项目范围和自主报价要求、按审核报价生成拟调政府指

导价、遴选调价项目规则，从医院竞争性报价逻辑出发，增加公立医院和医务人员对调价水平、遴选调价项目的发言权和参与度。

公立医院按医疗保障部门预设报价规则提供一次性竞争报价，因为每家医院成本管控能力的不同，医疗服务项目成本存在一定差异，医疗保障部门获得的一组价格中必然存在不同报价，均衡价格会随公立医院数量增加而下降、最终接近真实成本，引导医院加强项目成本控制，弥补消耗，获得更大收益或尽量减少亏损。医疗保障部门审核收到的医院资料，剔除无效报价后，组织专家对平均报价进行论证，考虑各项目间及其与周边城市比价，修正明显不合理的项目价格。按三级医院有效报价、上年服务量计算生成调增、调减项目加权平均价格。对各调增项目报价进行经济分、政策分赋分，得分相加得到各调增项目最终报价得分，按从高到低进行排序，依次遴选、确定拟调整项目，直至可用调价总量用完，本轮调价方案各项目加权平均价格作为拟调整价格。根据医疗服务定价成本核算情况，考虑公立医院正常发展需要，按调价整体限额，确定价格调整项目及幅度，降低偏高的以设备物耗成本为主的检查、检验类项目价格，上调诊查、护理、手术、中医等技术劳务价值为主医疗服务项目价格。

## **2、加强公立医院医疗服务项目成本测算，以可靠数据支撑价格形成与调整建议**

无论是新增医疗服务价格项目立项申报、试行期自主定价、执行情况监测、转正申请，还是对现有项目价格水平进行动态调整都有赖

于按项目服务量、耗时测算的成本数据作为基础和依据。公立医院要建立健全医疗服务项目成本测算和调价管理制度，规范新增价格项目审核论证流程，以技术准入为先，申报新增价格项目立项；监测成本和收入结构变化，向医疗保障部门提出动态调价建议。

**(1) 准确测算新增医疗服务价格项目成本，平衡人员技术劳务和设备耗材贡献。**

为促进新技术尽早应用于临床医疗，公立医院价格管理部门要参与新设备、新品规耗材试剂招采，了解科室技术引入情况，关注串换套用项目收费风险，梳理外省市价格文件和可申报新增价格项目方向；医务管理部门要加强新技术临床应用准入控制，与价格管理部门共同指导科室准确规范填写技术规范 and 价格项目要素。

技术准入控制内容包括新技术是否可在临床应用，评估技术先进性、安全性、有效性、经济合理性；开展新技术主体是否具备保证医疗质量的技术资格、条件、措施；接受新技术客体的适应证、禁忌证、预计例数；与同类项目比较的优、缺点。开展卫生技术评估，对申报新项目技术难度、风险程度，人员技术培训、使用技术能力和掌握的经验，配套新设备、耗材、试剂等内容进行评判，为新技术准入决策提供循证依据。公立医院申报新增医疗服务价格项目，按管理权限向属地卫生健康、医保部门提出申请，由相关部门对受理的新增价格项目申请材料的符合性、完整性进行审查，并组织专家论证。通过批准的立项试行新增医疗服务价格项目，由公立医院根据测算成本、社会



承受能力等因素自主确定 2 年试行期价格。按预计年服务例数、完成该项目所需各类医务人员数及操作平均耗时，做好立项试行新增价格项目成本测算，按项目内涵固定项目边界、消耗、产出，让建议价格充分反映人力成本水平和医院间人力成本差异，激励医院、医务人员从事各自擅长的医疗服务项目和学科研究。

收集试剂、耗材、设备购置发票等信息，平衡技术劳务和设备贡献，防止产生设备耗材成本对人员劳务技术价值的挤出效应。立项试行新增医疗服务价格项目在试行期内，由公立医院综合成本测算结果、其他省市价格水平、与同类项目合理比价关系、患者承受能力等因素自主制定试行价格，并公示备案。试行期届满 3 个月前，医院按程序申报立项试行新增价格项目转正。医院应为医疗保障部门开展的成本调查提供可靠资料，包括医院及相关项目基本情况、上年度会计报表，项目定价成本监审表、项目开展医护人员上年工资、耗材设备采购发票等信息。医疗保障部门综合项目备案价格、实际开展情况、临床诊疗效果、项目间比价关系、各方意见建议以及外省市价格等因素，为转正价格项目制定正式价格。

**(2) 公立医院按报价规则和要求，在成本核算基础上提出复杂型项目调价建议。**

复杂型医疗服务项目实行政府主导、公立医院参与的政府指导价形成机制，经综合评估，符合触发条件的，由属地医疗保障部门启动动态调价，公立医院按报价规则、要求，在成本核算基础上提出调价

建议;医疗保障部门审核医院调价申请后进行经济性、政策性赋分,总分高的项目优先调价。公立医院按要求及时报送经院内评审的调价方案建议、项目成本测算报告(如需要)。建议价格涨幅超过 100%的项目,申报医院同步提交详实的成本测算和经济性分析报告。改变传统体制下被动接受价格的思维模式,充分利用成本测算结果,提高医院参与价格形成的积极性。

坚持成本定价法原则,以成本核算体系和数据作为支撑,确保公立医院有深度的参与定价话语权,让价格和价值得到真正统一。成本是制定价格的最低界限,只有正确核算成本,真实反映医疗服务耗费,才能为医疗保障部门合理定价提供依据。成本核算结果只有应用于医疗保障部门组织的医疗服务定价调价,才能激发公立医院开展精细化项目成本核算、对外报送成本报表的动力。公立医院应根据医疗保障局调整医疗服务价格通知,及时更新价格信息公示内容,维护收费信息系统,做好本轮调价前后服务量变化统计,监测调价项目实施情况,分析评估服务量增幅超过 15%的项目,及时反馈政策执行效果,推动政策执行和完善。

### 三、小结

医疗服务项目价格形成、调整与成本密切相关,当投入要素价格发生显著变化,价格不能一成不变,成本信息则是定价调价的基础。医疗保障部门在制定项目价格时会以同级医院同类项目社会平均成本作为定价的重要依据,医院在申报新技术项目定价申请时要向医疗

保障部门提供成本测算资料。统一建立成本核算标准化制度体系，定期编制成本报告是保障公立医院产出区域可比成本信息的前提。

建立科学、统一、规范的医疗服务项目成本测算、考核评估体系和大数据监测平台，收集医疗服务价格项目实施、收费情况，以多年纵向数据反映项目成本、价值，减轻主观看法与经验影响，以公立医院既定业务量下的准确有效成本信息为基础，对相同项目的不同医院成本核算结果和成本构成进行比较、筛选平衡项目，充分发挥成本核算结果在成本控制和医疗服务定价等方面的作用，纠正人力价值和物耗资源的资源错配，体现医疗服务合理比价关系、量化人力技术价值，实现人力价值的正常化。公立医院及其医务人员要增强成本意识，加强医疗服务项目成本测算，让安全、有效、经济、可靠的新技术转化为计价项目；在成本测算基础上按规则、程序提出报价建议和理由。

医疗保障部门按有效平均报价，经专家论证修正后价格，在总量范围内调整，保持同类项目合理比价。新增项目试行期间，监测评估项目开展例数、实际成本、运行效果，对价格严重偏离项目成本，或比价关系不合理的，由医疗保障部门指导公立医院及时纠正。医院价格管理部门要按医疗服务项目立项批次分别建立业务台账，收集耗材、设备、试剂采购票据或购买合同复印件、人员平均工时成本依据、折旧、外省市价格，监测项目年开展例数、效果和实际成本变化，为医疗保障部门定调价提供参考。

[返回目录](#)

## · 地方养老 ·

### 北京养老服务网上线：汇集全市 574 家养老机构，可订购 98 项居家 养老服务

来源：央视新闻、北京青年报

据央视新闻消息，目前，北京共有常住老年人口约 465 万人，占常住总人口 21.3%；户籍老年人口约 414 万人，占户籍总人口 29%。为切实满足老年人及养老服务市场主体的供需对接需求，提高大家对养老服务的获得感、安全感、幸福感，由北京市委社会工委市民政局打造的北京养老服务网于 6 月 28 日正式上线。

北京市民政局副局长、新闻发言人郭汉桥介绍，北京养老服务网涵盖居家养老、机构养老、养老助餐、养老政策、养老人才、养老志愿服务、京津冀养老、养老在线办事、适老化产品、养老信息公示、养老课堂、养老合作资源等多个服务板块，将最新最全的养老服务主体、产品、服务政策与资讯等呈现给广大老年人及家属以及参与养老服务、关心关注养老事业产业的网络用户，真正实现养老服务“四个一”，即：养老服务“一网通查”，服务信息“一网展现”，政务服务“一网通办”，服务诉求“一网通答”，帮助老年人便捷找服务、找机构、找政策，助力养老服务市场主体高效找资源、找人才、谋发展。

北京养老服务网九大亮点如下：

**亮点一：“关怀版”弥合“数字鸿沟”**

为了让广大老年人轻松享用网站服务，北京养老服务网不仅专门设计了老年“关怀版”和普通“标准版”一键切换功能，还从视觉色彩、功能需求、入口位置等方面进行充分考虑和精心设计，首页运用更具针对性、包容性的舒适体验界面，将老年人及家属最关心的“居家养老、机构养老、养老助餐、在线办事”四类关键服务项目放在首页明显位置，便于查询使用；将全市“养老机构数量、床位数量、可选订床位数量、养老驿站数量、助餐点数量”等全市养老资源情况简洁清晰地在网站展示，并配套养老资源地图查询功能，方便老年人及家属精准定位养老服务资源。

## 亮点二：“一站式”掌握“海量资源”

为解决养老服务长期存在的服务信息找不全、服务产品买不好、服务资源寻不到等问题，北京养老服务网汇集了北京市 574 家备案养老机构、11.3 万张养老机构床位、1469 家养老服务驿站、1476 家养老助餐点的详细介绍，实现了从“查找”“预约”到“咨询”“办理”的一站式、全过程服务，方便老年人随时随地了解“家门口”的养老服务资源，让老年人及家属“一键”找到身边的养老机构、养老驿站和养老助餐点。每种类型的服务主体都可实现多条件、多维度搜索查询，让养老服务信息更真实透明，让搜索更简单便捷。

在“居家养老”功能模块可以实现便捷“找服务”，老年人及家属可以线上浏览并订购居家养老综合示范中心提供的居家照护、助洁、助医等 13 类 98 项居家养老服务，也可查询全市 1469 家养老服

务驿站、就近就便选择驿站享受线下助餐、助浴等助老服务。

在“机构养老”功能模块可实现精确“找机构”，想入住养老机构的老年人可通过检索机构所属区域、机构性质、床位规模、收费价格、服务星级等多个条件，在全市 576 家养老机构范围内定向查询到心仪的机构。如果想进一步了解某家养老机构，还可进入机构详情页面，在线浏览机构 VR 实景，并通过机构房态图、床位数等信息，实时了解机构入住情况，随时线上预约实地参观，满意即可通过网站在线签约入住，省去以往繁琐程序及漫长等待。

在“养老助餐”功能模块可以实现线上线下“找餐桌”，老年人或家属可查找评价好、菜品全、性价比高的养老助餐点，部分助餐点还支持在线点餐下单，让老年人足不出户也可货比三家，订购物美价廉、营养均衡的“暖心饭”。

### 亮点三：系统化集成特色养老板块

网站集成了多个特色养老服务栏目和产业发展板块，不断拓展服务保障、价格普惠化的优质养老服务商，在强化供需精准对接的基础上，培育养老消费增长点，促进产业链上下游衔接互动，形成供需两旺的产业发展良好格局。如：

在“适老化产品”板块，目前收录展示了 39 种常见的适老化产品，提供图文并茂的信息介绍和服务可到家的订购链接，帮助老年人及家属系统了解适老化产品功能、价格等信息，打通产品与服务购买渠道，助力老年人提升居住环境的安全性、便利性和舒适性。未来还

将进一步拓展优质服务商。

在“养老课堂”板块，可提供康复护理、照护知识、专业课程、实用技巧等四大类近 30 项免费学习资源，方便养老护理员、机构管理者等养老服务人才及重度失能老年人家庭照护者等人群自主学习，强化照护服务能力，提高老年人晚年生活质量。

在“我要合作”板块，汇集了适老化改造、养老助餐、智慧养老、医养结合等四种类型的养老服务市场化合作资源，展示服务商基本介绍、功能定位、联系方式等，帮助养老服务市场主体寻找适合的合作伙伴。

#### **亮点四：一体化对接京津冀协同发展**

北京养老服务网特别设置“京津冀养老”板块，及时发布京津冀养老服务政策，特别是异地养老相关支持政策，全面展示天津、河北的优质养老机构详情，重点推介环京周边养老服务项目，助力京津冀养老服务资源对接共享，推进京津冀养老机构资质互认、标准互通、监管协同，实现三地优质养老服务信息资源实时发布、同步共享，为在京老年人异地养老提供更多、更广阔的选择。

#### **亮点五：全方位满足多用户需求**

网站面向不同用户群体，全方位满足多元化需求。除了老年人及家属可通过网站查询、购买各类养老服务与产品、办理老年人津贴补贴及养老助残卡等服务事项、评价养老服务机构的服务质量外，其他类型用户也可通过网站实现不同需求满足。

例如，养老服务市场主体可在网站展现机构信息、服务能力，通过“我要合作”寻找合作资源、“我要招聘”发布人才招聘信息等；养老护理员、养老服务专业高校毕业生等各类专业人才可通过网站的“我要求职”功能向养老服务机构投递简历、在“养老课堂”学习养老服务技能、通过“养老政策”板块了解养老服务政策标准；全市养老志愿者可通过网站查找服务项目、展示志愿服务风采，近期，“京彩时光”养老志愿服务信息平台也将上线小程序，并在北京养老服务网预留服务入口，为志愿服务供需匹配搭建线上桥梁；市区两级行业主管部门也可通过网站监管养老服务市场主体行为、引导养老行业科学合理发展、优化养老服务政策制定。

#### **亮点六：“全天候”倾听“民声民意”**

养老服务是社会广泛关注的话题，为畅通广大老年人与各类养老服务资源的沟通渠道，北京养老服务网特别设置了 24 小时智能在线客服和 400 电话坐席客服，帮助老年人用最习惯的电话沟通方式，了解养老服务政策、解答问题诉求。在此基础上，网站还单独设置了“投诉建议”功能板块，网络用户可针对养老服务质量、养老机构收费、养老机构安全、老年人失能评估、办理养老助残卡等 10 类问题提出投诉和建议，帮助养老服务机构提升规范化、品质化养老服务。此外，为了方便网络用户提出诉求，每个养老机构和养老服务驿站详情页面都设置了“我要投诉”“我要评价”功能键，多途径实现养老问题一键通答。



### 亮点七：同步上线“北京养老服务网”小程序

为方便老年人网上冲浪、玩转“北京养老”，手机小程序端“北京养老服务网”同步上线试运行，老年人打开手机即可使用网站所有服务功能。针对居家养老的高频需求，手机小程序开辟了全市统一的养老助餐服务入口，并打通了微信、养老助残卡(失能护理补贴)等多种支付方式，老年人及家属可以在小程序直接点餐下单，首批通过筛选入驻试运行的 40 余家养老助餐点，全部支持线上订餐支付。

### 亮点八：同步构建全息管理信息平台

北京养老服务网构建养老服务全要素记录、全数据互通、全流程监管、全口径分析的全息管理机制，通过“一网一端一平台”的一体化管理设计，保持网站信息与养老信息管理系统后台数据的实时交互联动，让后台无感采集的信息真实反映在前端网站，打造科技与温度交融的智慧养老“北京平台”。

例如：通过养老机构合同网签自动产生的机构房间、床位等信息，由系统后台直接推送至北京养老服务网，在机构养老详情页面的房态图中直接呈现在大众眼前，实时反映机构的真实入住情况。网站各类服务功能使用的真实数据也将实时回传至系统后台，通过统计分析为政府决策提供有力支撑。

下一步，北京养老服务网移动端将配置养老服务机构日常安全检查功能模块，养老服务机构须对照检查任务开展定期自查，市、区民政部门可根据规定要求，随时配置生成定制化检查任务并下发养老服

务机构；后台管理系统将根据自查、检查结果自动计算机构“健康度”指标，该指标将在北京养老服务网同步展示，让老年人及家属和社会各界共同对机构进行监督。

### 亮点九：同步设置全方位安防体系

为确保网络用户安心使用网站服务，采用了多种安全措施来保护用户隐私和数据安全，加密传输服务数据，实时监测网络流量，动态感知安全威胁、预警网络安全风险、主动捕获攻击行为，拦截各类网络攻击，确保北京养老服务基础设施和老年人重要数据的全方位安全防护。

[返回目录](#)

## 打造农村养老服务改革创新的“新沂模式”

来源：江苏民政局

农村养老一直是养老服务发展的重点难点。近年来，江苏省新沂市从解决农村敬老院问题入手，创新体制机制，加大资金投入，走出了一条以区域性养老服务中心建设助推农村敬老院转型升级和实现农村养老服务高质量发展的新路径、新模式。“新沂模式”亮点在于，充分发挥区域性养老服务中心的兜底保障功能，拓展居家社区服务功能，全面提升机构管理服务水平，为入住老年人提供专业化、标准化、精细化、亲情化的照料护理服务，大大提升了老年人的幸福感、获得感。

### 破题

## 改不改背后是农村养老怎么干

2017年，民政部等六部门启动了为期4年的全国养老院服务质量建设专项行动，重点之一就是加强养老院安全管理。2019年，江苏提出所有养老机构均需配备消防系统。当时，新沂有20所农村敬老院，大多由上世纪九十年代中小学改建。多年来，各级财政投入了3600余万元对敬老院提档升级，但由于建筑年代早，常修常坏，多为C级危房，已失去修整的价值。而且，一所敬老院进行消防改造花费至少30万元，20所要600万元，镇级财力薄弱，很难投入大笔资金对敬老院进行改造。

改抑或不改的背后，农村敬老院何去何从？1958年，新沂建设了第一所农村敬老院，此后60多年的岁月中，敬老院在农村养老服务中发挥了举足轻重的作用。但困扰敬老院发展的根本性问题始终没有得到解决，包括布局不合理、基础设施差、服务不专业、安全隐患多等。同时，随着经济社会的快速发展，大批农村劳动力涌向城市，农村出现了大量的留守、空巢、独居和高龄老人。新沂65岁及以上老年人口达到15.39万，占户籍人口的14%，其中农村老年人占比53.6%，农村敬老院如何满足他们的养老服务需求？这不仅是困扰新沂的难题，也是新时代农村养老服务发展必须解决的课题。

农村敬老院改革，是历史发展的必然规律，也是现实发展的必然要求。2019年3月，国办印发《关于推进养老服务发展的意见》，其中有这样一段表述为敬老院发展指明了方向：“从2019年起实施

特困人员供养服务设施(敬老院)改造提升工程,积极发挥政府投资引导作用,充分调动社会资源,利用政府和社会资本合作、公建民营等方式,支持特困人员供养服务设施(敬老院)建设、改造升级照护型床位,开辟失能老年人照护单元,确保有意愿入住的特困人员全部实现集中供养。逐步将特困人员供养服务设施(敬老院)转型为区域性养老服务中心。”

以此为契机,徐州开展农村养老服务体系建设试点。彼时,占地18.8亩的新沂养老服务中心正在建设当中,再加上市委、市政府的鼎力支持,新沂成为徐州农村养老服务体系建设试点县市。新沂以农村敬老院向区域性养老中心转型为抓手,探索构建覆盖全市的多层次全要素农村养老服务体系。

2019年10月,新沂出台了建设区域性养老服务中心工作方案,规划在钟吾街道、北沟街道、唐店街道、瓦窑镇、棋盘镇、阿湖镇、时集镇等7个镇街,建设区域性养老服务中心。上文提及在建的新沂养老服务中心,作为7个区域性养老服务中心之一纳入规划,更名为钟吾养老服务中心。为高效推进区域性养老服务中心建设,新沂市委、市政府成立了工作专班,把这项工作列入2020年民生实事工程和人大、政协重点督办的民生实项目。市委、市政府主要领导亲自调度,分管领导全程跟进,市民政局牵头抓总,会同有关部门形成了齐抓共管的工作格局,仅一年多时间,7个区域性养老服务中心全部建成投入使用。

## 奠基

### 三项改革激活一池春水

2020年8月31日，新沂市养老服务中心迎来了第一批入住的老人，共有百余人，来自窑湾敬老院、合沟敬老院和邵店敬老院。有的老人年岁已高，行动不便，工作人员将老人背下车并安排入住。相比从前条件简陋的房间，这里两栋6层高的住宿楼以廊道联接，合围形成的庭院是老年人日常活动的场所，室内陈设装饰也是焕然一新。

与农村敬老院相比，区域性养老服务中心绝不仅是硬件提档升级，而是建设布局、管理体制、运营机制三者的彻底改革，唯此才可能激活一池春水。

以往农村敬老院基本按照“一镇一院”配置，区域性养老服务中心则按照人口分布和养老服务需求规划布局。新沂区域性养老服务中心床位设置在300~400张，覆盖周边2~3个镇，全部按照护理型养老服务机构标准统一设计、统一建设、统一验收、统一交付使用。比如，房间门可以大小扇开启、卫生间为推拉门；建筑规格为多栋3~5层连廊庭院式建筑。7家区域性养老服务中心，总面积57304.41平方米，共设置床位2300余张，其中5家为新建。建设资金从哪来？新沂抢抓国家实施积极的财政政策、扩大内需战略等机遇，紧盯政策导向和资金投向，积极拓展融资渠道，向上争取中央预算内投资和专项资金4000多万元，同时发行专项债约1.6亿元，为区域性养老服务中心的建设提供资金保障。

在管理体制上，原来的农村敬老院的人、财、物全部归镇街所有，服务水平偏低。而新沂市的区域性养老服务中心不再是“镇办镇管”，资产、运营管理权限全部归市政府所有，由民政部门直接管理，原农村敬老院的管理服务人员由所在镇街安置，或择优录用到新建成的养老服务中心。

养老服务专业性强，区域性养老服务中心要想充分发挥作用，需要依托专业队伍进行运营。新沂市通过实地考察、公开比选，引进上海九如城、江苏汇乐集这样的专业养老服务企业。其中，九如城运营钟吾街道、唐店街道、瓦窑镇、棋盘镇、阿湖镇的5家区域性养老服务中心，汇乐集运营北沟街道区域性养老服务中心。

养老服务机构运营虽属轻资产运营，但农村养老市场发育不充分。为了让企业打消疑虑、做好服务，新沂市优化运营资金的供给，扶上马、送一程。建立特困人员供养标准自然增长机制，特困供养资金也从镇财政兜底变为市财政兜底，民政部门每月将特困人员供养经费、护理补贴打包给运营企业。同时，市财政每年统筹部分专项资金，用于支持区域性养老服务中心的建设运营。目前，区域性养老服务中心床位使用率达80%以上，运营机构实现了收支平衡、微利经营。

## 聚势

### 做好服务与探索发展融为一体

农村养老服务不同于城市，养老服务企业大多成长发展于城市。面对城乡养老诸多差异，九如城、汇乐集等企业坚持以人为本，在实

践中探索，并相应做出调整。

新沂市区域性养老服务中心的老人大多是特困老人和失能失智的农村社会老人。九如城首先针对他们的饮食习惯和喜好，定期调整食谱。其次，特困老人普遍会有自卑感，为体现平等与尊重，在饮食、衣物、场所使用、参加活动等方面，机构中特困老人和社会老人的标准、待遇都是相同的。最后，根据新沂老年人的特点，创新服务内容，开展形式多样的特色服务，如九如币、乐龄游戏、爱心志愿、健康教育、长者委员自治等。其实，九如币在养老机构都有运用，但在城乡有所不同。在农村，主要是鼓励老年人养成良好卫生习惯等；在城市，主要是鼓励老人参加活动。

另一方面，运营农村区域性养老服务中心与运营城市养老服务机构也有相同点，其中之一就是对标准化工作的重视。九如城运营的5家中心实现了标准化运营、统一管理，质控小组定期检查纠偏。各中心之间互通互融，相互交流学习，有困难也会第一时间响应帮助。

汇乐集则倡导以情动人。2021年4月，汇乐集开始运营北沟养老服务中心，40多位特困对象入住。他们卫生习惯较差、安全意识淡薄，如何帮他们建立整洁有序的生活环境？工作人员打好感情牌，挨个摸底谈心，了解他们性格经历、健康状况和个人喜好，为每个人制定了服务“画像”，有的放矢地开展个性化服务。喜欢种植劳作的，就为他在公共区域开辟“小菜园”；喜欢外出的，就把一些行动不便老人的代购代办事务交给他；患有慢性病的，就主动关心他的身体情

况，及时督促他进行康复治疗。渐渐地，老人对工作人员从抵触到接纳，逐渐建立了信任感。同时，北沟养老服务中心把文明卫生要求提炼为十几条，并冠之以“三大纪律八项注意”，希望这样有时代烙印的名称唤起他们的共鸣。每日三餐前、每场活动前组织老人诵读，以及举办有奖竞答等活动，潜移默化中让老人们接受卫生文明要求。经过一年多的持续管理与服务渗透，园区卫生环境得到了翻天覆地的改观，随地吐痰、床上抽烟等问题再无一例。每日早课前，老人们还主动摆好桌椅。

在新沂区域性养老服务中心，老人能享受到怎样的服务呢？每家中心设有配餐间、多功能室、娱乐室、门诊康复室、精神关爱室，护理型床位占比 100%。每个房间都有数字电视、独立衣柜、呼叫系统、独立卫生间以及 24 小时热水供应。运营管理方面，则按照三级及以上养老机构标准，提供安全保障、生活照料、健康管理、康复护理、精神慰藉、文化娱乐、医疗服务、心理疏导、临终关怀等服务，按 1:7 的比例配备专业护理服务人员，护理员持证上岗率 100%。

在开展机构养老的同时，区域性养老服务中心增设社区托养、日间照料、居家养老服务等功能，有效满足社会老年人的养老需求，形成社区、居家和机构“三位一体”养老综合体，实现了供养、托养、医养等养老服务的有机结合，公共养老资源得到充分利用。

企业也通过新沂区域性养老服务中心的实践，积极探索农村养老服务的解决方案。



此前，九如城对农村养老服务持有观望状态，但有感于新沂新颖的区域养老模式、优越的硬件条件以及政府的大力支持，开始运营养老服务中心。不到两年的实践，坚定了他们对农村养老服务的信心，并致力于探索农村养老服务“1+N”模式。“1”指的是县级养老服务中心，通过打造医养融合能力，使其辐射N个镇街养老服务中心，镇街养老服务中心再向社区居家延伸，从而建立农村三级养老服务体系。

汇乐集梳理了区域性养老服务中心的九大职能，即区域性特困对象集中照护中心、区域性保障群体普惠养老示范中心、区域性社区居家养老志愿服务中心、区域性老年人营养配餐中心、区域性养老服务人才培育中心、区域性养老服务顾问指导中心、区域性失能家庭照护支援中心、区域性家庭养老床位服务支援中心、区域性养老服务创新研究中心，努力将区域性养老服务中心打造成养老服务综合体。

## 立意

### 让基本养老服务惠及每一位老人

改革后，政府由提供服务转变为定政策、强监管、重保障，实现了政事分离、管办分开，更加专注于基本养老服务体系建设，让改革成果惠及每一位老年人。

坚持区域性养老服务中心的公益属性。一方面，为兜底保障的老年人提供更优质的服务，让他们在吃好穿暖的同时，情感、精神等需求得到满足。另一方面，积极开展普惠养老，优先保障低保家庭中失

能老人、重度残疾老年人、困难空巢独居老人等群体的机构养老服务，费用按收住社会老人的 85%收取。目前，7 个区域性养老服务中心共收住特困人员、低保家庭等困难老年人和社会老年人共 1346 人。全市农村特困集中供养率达到 50%以上，失能半失能特困供养对象实现 100%入住养老机构。

建立健全养老服务综合监管制度。新沂市民政局定期协同市市场监管局、卫健委、消防大队等单位，在养老服务中心开展食品安全、疫情防控、消防安全等方面的培训，还联合财政、市场监管等部门制定出台《特困人员供养资金管理办法》和《区域性养老服务中心运营管理制度》，对安全管理、服务质量、资金使用等方面进行细化规范。市民政局设立养老服务监管办公室，安排专人负责区域性养老服务中心的运营监管，着力提升养老服务中心规范化、专业化和标准化管理水平。

强化养老服务要素保障。医养结合，是满足农村养老需求的有效途径。新沂市民政局对接医保部门，结合长护险的全面推广，将 7 个区域性养老服务中心全面纳入长护险服务机构。与此同时，积极协调医保、卫健部门，全面推进区域性养老服务中心深度医养结合：协调市中医院、人民医院打通老年人住院一站式服务绿色通道；在新沂钟吾养老服务中心设置一级综合医院的基础上，在瓦窑、棋盘、阿湖、唐店 4 个镇街的养老服务中心设置卫生室；推动时集镇白石卫生室进驻时集养老服务中心；依托市中医院就近便利的优势资源，在北沟养

老服务中心设置老年康复室。通过这些举措，新沂区域性养老服务中心建立了入住老年人小病在院看、大病直接住、重病上门救的医疗服务保障机制。

养老服务人才队伍建设，是推动养老服务高质量发展的强基工程。新沂致力于强化人才培养，加大人才引留，并建立奖励机制。充分利用九如城、汇乐集等企业，先后培养了 400 多名养老服务专业人才，到养老机构和居家养老服务机构就业。积极对接徐州卫生学校，把区域性养老服务中心作为护理专业学生的实训基地，并引进大中专院校毕业生 10 余人到新沂养老机构就业，给予一次性入职补贴，共计 13 万余元。积极开展岗位练兵活动，每年组织一次在岗护理员、养老院长岗位轮训，开展一次护理员职业技能大赛，建立职业技能等级、工作年限与入职补贴挂钩制度，增强养老护理员职业吸引力。

[返回目录](#)

## • 带量采购 •

### 7 月 1 日起，31 省联盟集采耗材开始降价

来源：天津市医保局

骨科耗材省际联盟集采火速落地，国采也近在眼前了。

#### 01、平均降价 83.13%，关节骨水泥集采落地

6 月 28 日，天津市医保局发布《关于落实京津冀“3+N”医药采购联盟关节骨水泥类医用耗材集中带量采购和使用工作的通知》（以

下简称《通知》), 其中明确, 天津将于 7 月 1 日起执行京津冀“3+N”医药采购联盟关节骨水泥类医用耗材集中带量采购中选结果。



此次关节骨水泥类耗材集采覆盖全国 31 个省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团。据津云新闻报道, 此次集采共 4762 家医疗机构参与, 协议采购量约 64 万个基础包, 占联盟地区关节骨水泥总需求量的 95%, 涉及市场规模约 10.21 亿元。集采平均降价 83.13%, 按约定采购量计算, 预计每年可节约费用 8.53 亿元。

拟中选结果显示, 8 家申报企业全部获得拟中选资格。关节骨水泥集采最低拟中选价格为 150 元, 最高拟中选价格为 200 元。

可以预见, 今年下半年, 多地将执行新的关节骨水泥价格。而天津作为首个集采结果执行省份, 其在执行环节的配套措施也将为其他地区提供部分借鉴。

在集采执行环节, 保证中选产品的使用及质量最为关键。

《通知》明确, 要优先使用中选产品。医疗机构要畅通中选品种进院渠道, 并不得在进院、库存等环节向中选企业收取附加费用, 协

议期内优先使用带量采购中选产品，确保完成协议采购量；超出协议采购量的部分，中选企业仍需按中选价格进行供应，直至采购周期届满。

此外，将加强对中选产品生产、流通、使用全链条质量监管，坚决防范因价格下降而降低质量的行为。

非中选产品的定价也不能过高。

根据《通知》，在保证中选产品协议采购量完成的前提下，可结合临床使用实际情况，在采购平台适量采购其他价格适宜的未中选产品。非中选产品设定挂网价格高线，对超出价格高线的非中选产品，引导相关企业逐步将价格调整至合理水平。

### 京津冀“3+N”医药采购联盟关节骨水泥类医用耗材 集中带量采购非中选产品挂网价格高线

序号	包装规格	包装系数	不含抗生素价格 (元)	含抗生素价格 (元)	备注
1	20g	1	200	260	
2	20g×2	2	400	520	
3	40g	2	400	520	
4	40.8g	2	400	520	
5	41.7g	2	400	520	
6	43g	2	400	520	
7	44g	2	400	520	
8	44.9g	2	400	520	
9	45g	2	400	520	
10	50g	2	400	520	

11	60g	3	600	780	
12	40g×2	4	800	1040	
13	80g	4	800	1040	
14	20g×10	10	2000	2600	
15	40g×10	20	4000	5200	

备注：包装系数以20g粉末所对应的关节骨水泥产品为1个“基础包”计算，不同包装规格产品按照粉剂重量等比例转换为基础包数量，如出现小数，则向下取整至个位。关节骨水泥（不含抗生素）和关节骨水泥（含抗生素）产品分别以200元/基础包和260元/基础包计算非中选产品挂网价格高线。

## 02、医保最高支付标准确定

回款方面，根据《通知》，将实行医保直接结算政策。

医保经办机构根据医疗机构采购中选产品数量，在到货确认 30 个工作日内将货款拨付供货企业。在采购周期内，超过协议采购量的部分，生产企业继续按照中选价格供应的，医保基金继续按时结算货款。对当月医保基金不足以支付医疗机构结算货款的，由医疗机构自行结算。

中选产品使用及耗材回款情况都将受到监测考核。

根据《通知》，按照“每月监测、年度考核”的要求，对医疗机构执行协议采购量进度和回款情况开展监测和督导，并纳入公立医疗机构考核和医保定点医疗机构协议管理考核，考核结果与集采结余留用资金挂钩，确保完成采购周期内合同用量。

医保支付方面，《通知》明确，关节骨水泥类医用耗材集中带量采购中选产品以中选价格作为医保支付标准，纳入医保支付范围，医保基金按规定比例支付。

关节骨水泥(不含抗生素)非中选产品的医保最高支付标准为每

“基础包”200元，关节骨水泥(含抗生素)非中选产品的医保最高支付标准为每“基础包”260元。

患者使用非中选产品的销售价格不高于医保最高支付标准的，医保基金据实按规定比例支付；销售价格高于最高医保支付标准的产品，医保基金以医保最高支付标准按规定比例支付；销售高于最高医保支付标准2倍的(不含2倍)，按照最高医保支付标准的110%作为该耗材的医保支付标准，患者个人增负部分按照我市现行规定执行。

《通知》还明确，医用耗材带量联动采购和使用实施后，按病种定额付费、按人头总额付费等付费方式，首个采购年度不调整付费权重或预算额度，以后年度按规定相应调整付费标准或预算额度，产生的结余部分，按规定拨付医疗机构。未完成采购协议规定采购量的医疗机构，协议年度结束，扣除其相应病种的全部履约保证金。

### 03、骨科新格局正在形成

在多轮集采之下，骨科耗材新格局正在形成。截至目前，骨科关节、创伤、脊柱三大品类已相继进入降价周期，平均降幅均在80%以上。与此同时，作为集采“最后一块拼图”的运动医学，也即将加入降价队列。

今年3月，国家组织眼科及骨科两类医用耗材历史采购数据填报工作启动，而这也被视为运动医学国采的开端。

其中，骨科类医用耗材包括锚钉、修复用缝线、界面固定钉、横穿固定钉、软骨固定钉、软组织固定钉、可调式固定板、不可调式固

定板、人工韧带系统、半月板修复移植系统、关节镜配套系统、脉冲冲洗器、钻头、磨头、刨刀、异种骨、同种异体骨、人工合成骨及骨形成蛋白等。

据《中国医疗器械行业发展报告》，2020年，我国运动医学市场中的国产占比仅为8%。整体而言，国内运动医学起步较晚，市场主要以施乐辉、强生、史赛克、锐适等进口厂家为主导，国内骨科企业如威高骨科、春立、大博、凯利泰等企业均有布局。

东方证券研报指出，根据智研咨询统计，运动医学行业市场规模目前大约在40-50亿量级，国产化率仍处于较低水平，集采有望加速行业创新和国产化率不断提升。

整体而言，对于骨科企业，此刻正值行业阵痛期，必须顶住降价压力完成重塑，淬火后即是新生。

[返回目录](#)

## 6月份全国多省发布政策，积极探索“空白”品种集采

来源：证券日报

近期，随着第八批国家集采落地工作如火如荼地开展，各省级、省际联盟主导的地方性集采不断扩大范围，可以看出地方政府在医药采购领域的重视程度在不断加强。

### 多省密集宣布地方性集采政策

近期，河南、甘肃、四川等多地发布地方性集采相关文件。其中，河南省医保局发布《河南省十九省(区、兵团)药品联盟采购公告



(二)》。公告指出，拟采购包括肌苷注射剂、苯唑西林注射剂、破伤风人免疫球蛋白注射剂、利福平注射剂等 24 个品种。

值得注意的是，拟采购的 24 个品种均已被纳入 2022 年医保目录中，且其中 15 款产品为医保甲类品种，预计相关产品的采购量颇大。

除此之外，甘肃省医保局发布了《甘肃省第一批药品集中带量联动采购工作实施方案(征求意见稿)》。公告中指出，对省级(省际联盟)2022 年底前已开展集采但甘肃省未参与或未接续的医保目录内药品，按照要求，遴选甘肃省公立医疗机构临床使用成熟、采购金额高、与外省价格差异明显的部分药品开展带量联动采购工作。

值得注意的是，公告中明确，为便于有序衔接国家集采工作，截至 2023 年 5 月 31 日前通过一致性评价仿制药、原研药、参比制剂累计 3 家及以上的品种不纳入此次带量联动范围。

另外，四川省药械招标采购服务中心发布《关于做好“八省二区”第四批药品集采落地工作的通知》(简称：《通知》)。

《通知》指出，四川省药械集中采购及医药价格监管平台近期将进行开放药品集采三方合同签订，要求相关医疗机构尽快进行库存清理，集采中选企业、配送企业尽快完成备货等准备工作。本次集采中选结果于 2023 年 6 月份实施。

“八省两区”省际联盟原为“六省两区”省际联盟，成立于 2020 年 9 月份，最初的成员包括四川省、山西省、内蒙古自治区、辽宁省、吉林省、黑龙江省、海南省以及西藏自治区。次年 5 月份，该联盟吸

纳贵州省、青海省加入，此后，该联盟简称“八省二区”联盟。

成立三年以来，该联盟先后完成由四川省、黑龙江省、内蒙古自治区及辽宁省牵头的四批药品集采。涉及集采药品分别达 17 种、21 种、18 种及 20 种。

### 从“填空”和“补缺”维度扩大集采范围

对于多省密集宣布地方性集采政策，相关人士对记者表示，地方性集采重点针对未纳入国家集采的品种和未过评品种，从“填空”和“补缺”两个维度扩大集采覆盖范围，积极探索尚未纳入国家和省级集采的“空白”品种集采，鼓励对已有省份集采、价格竞争充分的品种开展带量价格联动。

对于国家集采与地方性集采的差异，相关人士则认为，两者的差异表现在采购范围、采购方式以及采购目的三个方面。采购范围上，国家集采覆盖了药品、医疗器械领域。而地方性集采则主要涵盖药品；采购方式上，国家集采通过多轮询价以获取最优价格，而地方性集采更重注砍价等手段；采购目的上，国家集采的目的主要是减少患者负担，而地方性集采则多出了降低社保费用和医保结余的目的。

行业方面，无论是地方性集采还是国家集采，对医药企业的影响都要分短期和长期视角来看。短期方面，中标企业要降低产品售价，未中标企业则会失去市场份额。所以从短期方面看，无论是否中标，对医药企业短期的营收和净利润都有一定的波动影响。并且，随着集采范围的不断扩大，将涉及整个行业内的药企。

但长期来看，参与集采的企业获得了市场份额，同时，集采将倒逼企业控制生产成本、提升生产工艺、加大创新力度等，对企业的长远发展起到促进作用。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### “过度医疗”究竟是怎样界定的？医院内部该如何避免？

来源：金豆数据

过度医疗与过度检查作为一种不良医疗行为，长期以来是引发医疗纠纷主要原因之一。过度医疗增加了患者的医疗开支，使得很多患者雪上加霜，同时也激化了医患矛盾，有损医疗工作者社会形象，当社会上充斥着负面的评价时，又会导致优秀的人才从医的意愿锐减，进一步加剧医疗资源匮乏的问题。

在我国《医疗保障基金使用监督管理条例》以及新《医师法》中，都对过度医疗做出明文规定：

《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条、第五点：

应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药……

在新医师法中，也明确规定：

1. 不得对患者实施过度医疗；

2. 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

如果违反诊疗规范，对患者实施不必要的检查、治疗造成不良后果，情节严重的，会责令医师暂停六个月以上一年以下执业活动直至吊销医师执业证书。

### 一、过度医疗/检查，究竟如何界定

#### 1. 过度医疗，专家这样界定：

对于“过度医疗”的定义，目前学者杜治政的观点得到学术界的大多认可，即“过度医疗是由于多种原因引起的超过疾病实际需要的诊断和治疗的医疗行为或医疗过程”。

该定义有两个要点：一是这种诊断和治疗对于该疾病是多余的、不必要的，甚至是有害的；二是过度医疗是一种行为或过程，不是指还未成为实践的诊疗计划或设想。

#### 2. 过度检查，在民法典中这样规定：

第一千二百二十七条医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。

从实践来看，医疗机构实施过度检查主要有两种情形，一种是本来不需要检查而要求患者检查，另一种则是本来可以用简单诊疗技术进行检查却要求患者采用成本高的复杂诊疗技术进行检查。

为了更加清晰地理解和界定过度医疗行为的边界，需要对过度医疗与相关的适度医疗、防御性医疗等名词加以辨析和甄别：

### (1) 适度医疗

从法律角度出发，适度医疗是指医方根据医疗合同约定或法律规定，从社会经济发展水平出发，以现有技术、水平实施的符合疾病治疗实际需要的医疗活动。适度医疗与过度医疗是一对相对概念，其要求医务人员在遵循执业要求的前提下，基于现有的医学技术，承担应有义务，为患者提供合理、适当的检查、治疗方案、治疗过程及保健。此处的合理、适当并不是绝对的，要根据不同的国家社会发展情况、患者的经济承受能力情况、医疗设备和技术水平等情况而决定。医疗人员要出于患者的个性考虑，运用应当具备的医学知识，具体问题具体分析。

### (2) 防御性医疗

1978年，美国学者 Tancredi 首次提出了“防御性医疗”的概念，它一般是指医务人员在医疗过程中为了进行自我保护、避免医疗纠纷和诉讼所进行的“偏离规范化服务准则的医疗行为”。具体而言，目前的防御性治疗包括三种类型，一是积极型防御治疗，指医生主动增加会诊次数、增加对患者的检查数量等，尽可能避免出现失误和差错。显然，这种方式将会给患者带来更多的负担并造成医疗资源的浪费；二是消极型防御治疗，指的是为了避免风险而不收治病人，这必将造成医疗人员与患者的矛盾增加；最后是较为常见的医疗同意书制度，

即在患者承担高风险、高支出时以书面形式进行通知并征得其同意。学界普遍认为，防御性医疗是一种不符合医学精神、医学准则的为了规避医疗者自身风险的医疗行为。结合来看，这三种类型中的积极型防御治疗无故增加了患者所要承受的负担，已经超过了正常医疗的必要程度，客观上极有可能造成患者的人身财产损害，因此应该归类于过度医疗行为。

不过医疗行业具有其特殊性，主要表现在疾病的不确定性和诊疗措施的多样性，这也导致在实践中对适度检查和过度检查实际上难以有一个明确的界限，对其进行认定其实是一个非常专业的问题，需要通过专业鉴定来确认。医疗机构只有在明显违反了法定的义务，背离了适度检查的要求而造成检查显著超量，才可能被认定为过度检查。

## 二、过度医疗/过度检查的具体行为

在医保经办部门进行医保检查过程中，总结出了过度医疗以及过度检查的违规情形：

1. 违反临床用药常规和联合用药原则不合理或超范围、超剂量的用药；或医疗机构有意使用高价药品；
2. 不合理或超常规量使用一次性耗材；有意使用高值耗材；
3. 参保患者在治疗期间，无明显指征，医疗机构对其进行同一项目或类似项目多次检查；同一患者短期内多次住院且接受重复或类似检查的。大型设备诊查能够一次确诊，却重复使用其他大型设备诊查同种疾病；或有意选择费用高的辅助检查；

4. 违反《医疗技术临床应用管理办法》、手术分级和安全核查制度，放宽或降低手术指征实施手术治疗或频繁进行同一种医疗技术（包括理疗、康复项目；静点或肌注药物、抢救、血气分析、抽取积液等特殊操作除外）；

5. 其他可以认定为过度诊疗的情况，比如：

(1) 一次住院多次检查血栓弹力图，收取多次“血栓弹力图试验”费用。

(2) 超声诊疗中心开展“四肢血管彩色多普勒超声”、“颈部血管彩色多普勒超声”，“颅内段血管彩色多普勒超声”项目时，将“浅表器官彩色多普勒超声”项目组套一起在收费。

(3) 一个高血压病人，血压升高引起的头疼，医生给做了头颅的CT 甚至有时候给做头颅核磁，甚至把头颅血管 MRA 都给做了，这其实就是一种非必要的检查，但是医疗机构或者临床大夫会以防止出现高血压引起的脑部疾病为由为患者去做这些检查，这其实就是一种预防式检查，也属于一种过度检验。

(4) 在医保飞行检查某院过程中，发现尿适用于泌尿科、肾病科、产科及肾脏病变患者的沉渣定量检查，在某院所有科室入院患者均做了该项检查，部分患者无指征，涉嫌过度检查。

### 三、过度医疗/过度检查如何避免

#### 1. 医院管理者层面

##### (1) 将绩效与“创收”脱钩

切断医务人员收入分配与科室经济收入的直接挂钩关系、切断医务人员收入分配与处方、检查、耗材等收入的直接挂钩关系。

同时将八要素纳入医务人员内部绩效考核和分配，多劳多得、优绩优酬。这八个综合考虑的要素是：岗位工作量、医疗质量、患者满意度、成本控制、医药费用控制、病种及手术难易度、临床科研教学、医德医风。

同时将均次费用、药占比、耗占比三项指标进行长期监测和考核，指标不达标的进行绩效扣除，对控制得当的科室进行绩效奖励。

只有切断“创收”与绩效挂钩这只“隐形”的手，医生的诊疗行为才会不受利益驱动，大大降低“大开检查”、“大开药品”的发生概率。

## **(2) 建设健全的医疗质量安全管理制度**

通过建设医疗质量安全管理制度，对合理用药、合理使用抗菌药物加强管理，对于不合理的检查以及药品使用利用信息化予以提示或拦截，对极其恶劣的“过度医疗”的医生个人或科室进行公开通报批评。

建立院内的临床路径管理制度，对常见病和多发病实行临床路径管理，培训临床医生严格遵循临床路径指导原则，规范路径管理；并将临床路径作为医疗质量控制和医院管理的工具，用于规范常见病和多发病的诊疗行为。

同时积极上报医疗不良事件，形成院内医疗纠纷应急处理方案以



及患者投诉应急处理方案。

## 2. 医务人员层面

医生要做到充分尊重患者的尊重人的生命和健康，严格遵循医疗循证指南以及用药说明。当医师面临没有指南，没有规范，又需要病人使用的时候，也应该通过法定的医疗质量委员会的程序进行讨论，还有伦理委员会，患者同意，那么同时还可以有上级医师的联诊，多学科会诊来支持医师做出这个判断和治疗的选择。

同时在医患认知不对等的情况下，存在将“告知不充分”误认为是过度医疗的情况。《民法典》第一千二百一十九条，《医疗纠纷预防和处理条例》第十三、十六条，均规定了医务人员有告知义务。

因此，医生在实施医疗行为前，特别是在特殊检查、特殊治疗前，或者涉及较大数目的医疗支出时，应加强与患方的沟通，让患者和家属充分了解医疗行为的必要性。

[返回目录](#)

## DRG/DIP 付费下的 6 大医院管理策略

来源：霍尔视野

2021 年 11 月，国家医保局发布《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，意味着“十四五”期间，我国住院医疗费用医保支付方式改革将进入到加速“扩面”阶段。医院如何顺应政策改革趋势，管理策略重点从哪些方面着力？本文将从六个方面探讨医院应该如何有效应对问题，期望能对医院提升医保 DRG/DIP 付费改革下的运营管理效

能提供启发。

## 01、推动组织结构变革

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

由于医院内部各管理部门和临床科室都有自己部门的利益考量，为了更有效地推进院内 DRG/DIP 付费改革工作，还需要明确各部门的职责分工，将改革责任真正落实到岗、落实到个人。比如：

医务部门负责组织协调，推进相关工作顺利开展，并强化 DRG/DIP 付费后的医疗质量与医疗行为管理；

医保部门负责 DRG/DIP 政策培训、院内数据交互、医疗收费审核、医保行政和经办部门政务联系；

病案部门负责疾病编码与医保结算清单填写及质量管控；

质控部门负责病案首页培训、临床路径实施、严控药占比和辅助用药；

药学部门负责临床用药指导、合理用药管理；

信息部门进行病例数据和信息上传、DRG/DIP 大数据分析；

绩效部门负责绩效方案制定与绩效考核；

临床科室关注病历书写规范、病案首页填报、病案及时归档、DRG/DIP 分组反馈等。

## 02、优化医疗服务流程

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

首先，在出入院服务层面，要推动出入院服务标准化。

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

其次，在诊疗过程中，需要坚持整合医疗理念，全面推进围手术期标准化流程管理。

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

最后，为了降低医院管理成本，医院行政管理部门也要进行管理服务流程优化。

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

### 03、实行病组/病种分级管理

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

首先，根据院内 DRG/DIP 运营大数据，确定标杆病组/病种-优势与特色病组/病种-正常病组/病种-超支病组/病种四级管理模式，不断推动病组/病种结构转型。

实操流程为：

第一步，根据地区病组/病种的定价标准和本院实际发生费用，测算出每个病组/病种的结余和超支率，依此筛选出医院和科室的优势病组/病种(CMI 值高且结余)和特色病组/病种(CMI 值高但短期超支、CMI 值低但结余率高)；

第二步，医院和科室对超支病组/病种的病因结构、诊断结构、治疗结构和费用结构进行“开包验证”，如果能扭亏为盈，则转化为优势和特色病组/病种；

第三步，对优势和特色病组/病种进行“质量-成本-效益”的最优路径分析，优中选优，确定出全院的标杆病组/病种(CMI 值和结余高、符合医院发展定位与技术发展方向、创新含量高等)；

第四步，以标杆病组/病种为核心进行人才培养、技术创新和学科建设，以优势与特色病组/病种为重点进行资源优化配置，并不断强化对正常病组/病种和超支病组/病种的持续改善，推动全院和科室的病组/病种结构转型。

其次，重视对病组/病种运营管理大数据的常态化分析。

院长层面需要重点关注全院和科室的病组/病种服务能力(总病例数、入组率、服务组数、CMI 值、总 RW 值、三四级手术占比、微创手术和日间手术占比等)、服务效率(均次费用、费用指数、平均住院日、时间指数、药占比、耗材占比、检查检验占比、上下转诊率等)、服务质量(低风险死亡率、重症救治病例数占比、再住院率、并发症

发生率、院感率、非医嘱出院率等)和医保结算(医疗总费用、医保拨付费用、总超支结余金额或比例等)等整体运营状况。职能部门需要重点关注病组/病种结构的盈亏状况及成本结构,分析正常病组/病种、高倍率病组/病种、低倍率病组/病种、不能入组病组/病种和基础病组/基层病种的病例数量、费用结构和超支原因等。此外,对基层医疗机构而言,基础病组/基层病种应是优势病组/病种,若出现超支,则侧面反映出该医院可能存在费用管控和服务能力问题。

最后,大数据分析也要关注全院、科室、医生组的病组/病种的CMI、RW、三四级手术、并发症合并症发生率等指标及其排名。

通过能产质效指标排名,可以为科室的成本管控、能力提升、医疗质量管理、问题整改等提供明确的改善方向和努力目标。

#### 04、强化病案首页能力建设

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

首先,要重视对院内病案科室的基础能力建设。

DRG/DIP付费前,多数医院的病案科室被当成是医院的纯成本消耗科室,行政管理地位低,专业编码人员配置不足。DRG/DIP付费后,病案管理应成为医院管理“补短板”“强基础”的重点建设内容,具体包括需要提高病案科室的独立管理地位,配备足额的专业编码人

员，加强对编码员的编码填写素质培训。

其次，要重视病案首页的质控能力建设。

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

此外，还需要重视对编码员与临床医生的专业素养和职业伦理道德能力建设，正确处理好医生的临床诊断、编码员的分类诊断与医保支付诊断三者间关系。临床医生有自己的临床诊断思维，编码员有自己的职业伦理要求，绝不能“唯 DRG/DIP 利益最大化”而刻意地高套高编支付诊断。

## 05、建立合理的绩效激励体系

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

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

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

## 06、加强医疗行为监管

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

首先，医院管理者要吃透《医疗保险基金使用监督管理条例》、本地医保定点协议、国家 DRG/DIP 技术规范与经办规程、医保相关监管规章制度中对医疗行为的约束性条款，并依此制定院内诊疗行为监



管制度。其次，要强化合理成本控制和监管，重点对药品、耗材、检查检验、麻醉、介入治疗等成本进行实时监控。再者，重点关注 DRG/DIP 付费后可能出现的异化医疗行为，对分解住院、二次入院、低标准入院、挑选轻症、推诿重症、医疗服务不足、高套高编、不合理收费、费用转嫁等行为做到主动监测与排查分析。最后，重视第三方赋能，建立院端异化医疗行为监管和分析系统，关注重点科室、重点病区、重点项目、重点病组/病种、高低倍率病组/病种的诊疗行为变化趋势。

[返回目录](#)

## • 医药速递 •

### 后疫情时代，千亿保健品市场知多少

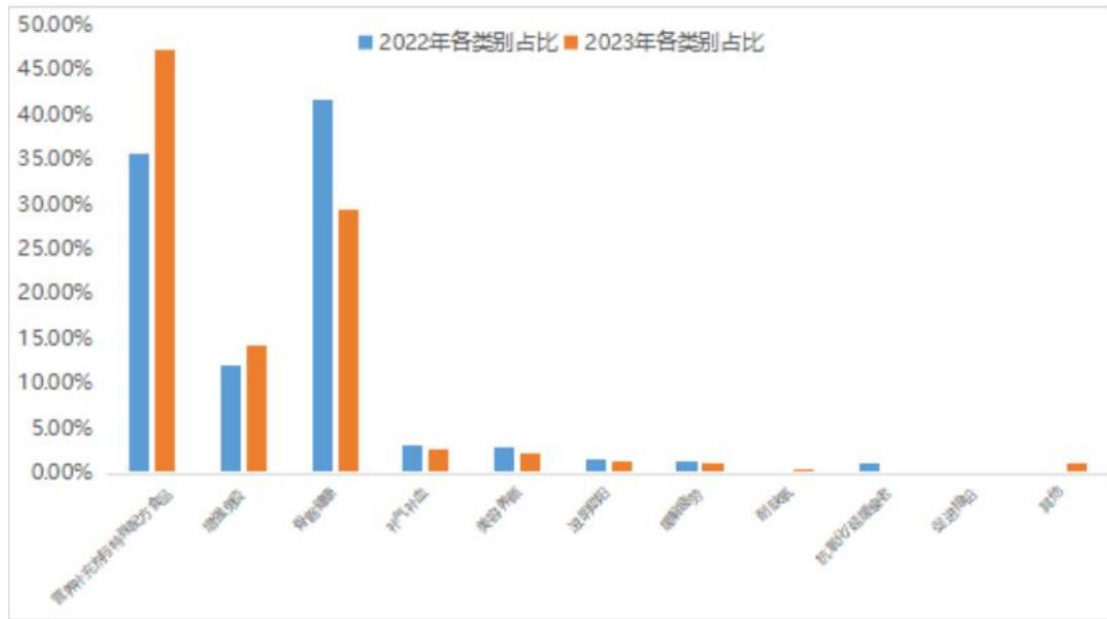
来源：新康界

大健康产业是一个非常庞大的赛道，其中保健食品的需求在不断的扩大。保健品市场将在营养保健食品零食化、养生年轻化和运动营养品快速增长的推动下持续健康发展。新冠肺炎疫情后，越来越多的人开始重视自我保健和免疫力的提高。保健品不仅可以满足人们对身体健康的需求，还能够为消费者提供更多样化、个性化的选择，这为保健品市场带来了更加广阔的发展前景。据统计，2019 年全国保健品市场规模达到了约 4000 亿元人民币。

未来几年，预计保健品市场将继续保持高速增长，其增长率有望达到 10%-15%，到 2025 年将达到 5500 亿元人民币左右规模。纵观保

保健品全品类零售销售额占比分析，截至 2023Q1，营养补充剂与特殊配方食品、免疫增强剂上涨明显，这可能与春季流感、过敏、“二阳”的预防与康复有关。

图 1 保健品全品类占比分析



数据来源：中康 CHIS

下表列举了每个品类 2021-2023Q1 零售市场销量 TOP5 通用名的产品发展状况及销售额。

表 1 2021-2023Q1 各品类销量 TOP5 品种

类别	通用名	厂家数	2021销售额 (百万)	2022销售额 (百万)	2023Q1销售额 (百万)
滋补保健类	蛋白粉	78	2741	2665	548
	氨糖软骨素钙	118	2454	2598	1002
	辅酶Q10维生素E	18	154	202	91
	辅酶Q10	10	189	174	33
	灵芝孢子粉	90	168	141	28
眼科类	越橘叶黄素胡萝卜素	17	385	385	601
	叶黄素	12	199	199	237
	蓝莓叶黄素胡萝卜素	8	91	91	165
	叶黄素越橘	9	6.83	6.83	9.5
	蓝莓叶黄素	5	6.14	6.14	8.3
胃肠道类	益生菌	47	1870	2151	727
	珂妍	1	350	312	85
	常润	1	202	180	40
	芦荟	52	192	164	44
	通便	4	156	147	36

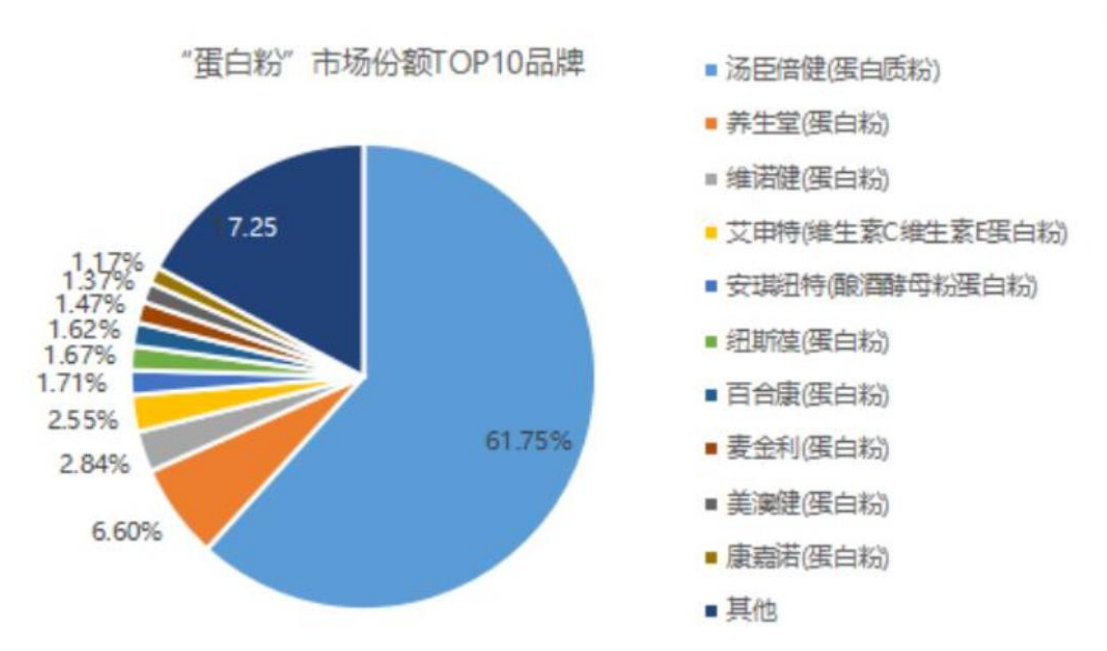
糖尿病类	卓清速溶	1	9.3	38	4.18
	L-阿拉伯糖	1	24	18	2.18
	苦瓜西洋参铬	2	4.67	5.38	1.18
	雪源康	1	5.03	4.03	1.13
	配方奶粉	3	1.49	2.8	0.59
维生素矿物质补充剂	维生素C	240	2382	2779	648
	多维元素	211	1592	1370	274
	B族维生素	137	1440	1257	245
	维生素D维生素K	49	969	958	236
	维生素E	144	997	834	177
泌尿系统类	雄纠纠益康	1	5.15	2.67	0.59
	至宝特质三鞭酒	1	0.57	1.8	0.18
	韭菜子人参	1	0.63	0.43	0.01
	海狗鞭特补	1	0.09	0.14	0.02
	灵芝海狗肾	1	0.12	0.13	0.01
神经系统用药/补益安神助眠类	褪黑素	74	302	367	112
	DHA藻油	12	218	272	84
	褪黑素维生素B6	2	103	112	32
	鱼油牛磺酸	35	92	112	32
	脑白金	1	63	44	10
止咳祛痰类	甘草	7	9.11	13	4.22
	莱阳梨	1	2.45	2.02	0.69
	川贝枇杷	1	0.08	0.39	0.26
	西洋参北沙参桔梗川贝枇杷	1	0.03	0.13	0.15
	雪梨	1	0.25	0.08	—
心脑血管类(不含高血压)	鱼油	97	699	661	1
	大豆磷脂	48	236	197	929
	深海鱼油	19	81	67	91
	浓缩磷脂	7	28	55	20
	卵磷脂	9	29	32	991
妇产类	大豆异黄酮	12	78	61	12
	孕宝	1	8.88	5.82	0.75
	大豆异黄酮维生素E	11	6	4.37	0.65
	大豆异黄酮钙	8	6	3.62	0.89
	美龄	1	0.8	0.81	0.12
口腔咽喉类	川贝枇杷	16	84	123	30
	枇杷	2	94	112	24
	西瓜霜喉口宝	3	70	93	20
	胖大海	1	59	60	12
	金银花	29	38	45	8.73
减肥类	常菁	1	187	198	48
	左旋肉碱茶多酚荷叶	1	19	16	3.28
	纤维素	1	3.01	1.69	0.24
	决明子山	4	2.15	1.54	0.41
	左旋肉碱牛磺酸	1	0.73	0.72	0.21

肝胆类	水飞蓟总根丹	1	85	127	43
	牡蛎大豆肽肉碱	1	51	81	29
	牡蛎VC营养	1	48	29	5.84
	力克保健	1	26	23	7.44
	护肝茶	1	23	20	3.96

数据来源：中康 CHIS;注：以 2022 年销售额排名

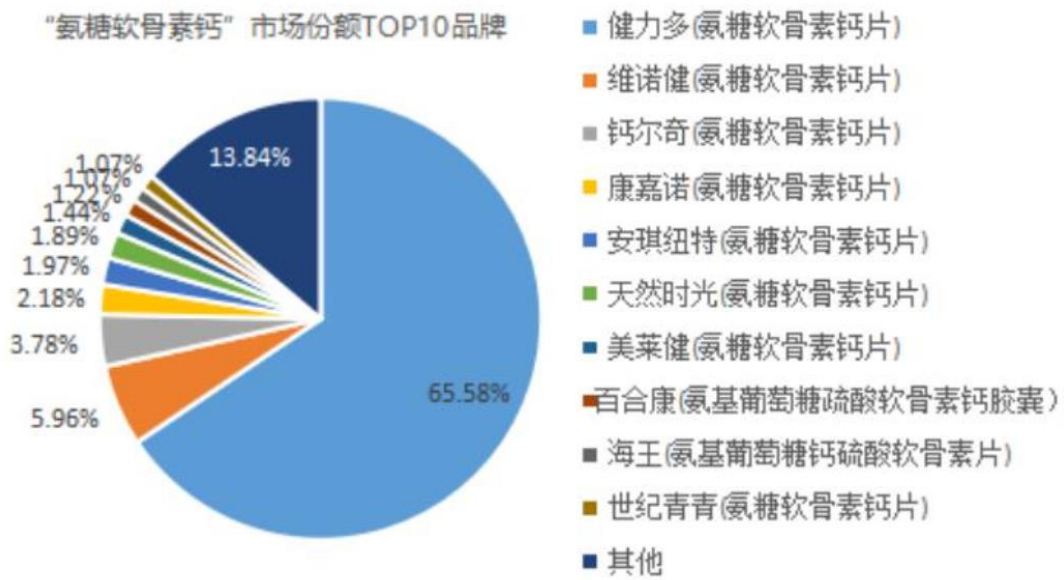
可以看出部分品种竞争较为激烈，如蛋白粉、氨糖软骨素钙、灵芝孢子粉这些受众群体为中老年人人居多的品种竞争厂家数均在 70 家以上。面向全人群的膳食补充剂，复合维生素、维生素 C、维生素 B、维生素 E 等竞争厂家均超过百家。随着现代社会的压力变大，睡眠问题随之未来，褪黑素等安神助眠类品种也是较热的赛道。益生菌近 3 年的增长率在 20%以上，目前有 47 个厂家，相信在未来较短的时间内会迅速增长。图 2 列举较热门赛道(50 个竞争厂家以上)的零售市场的竞争情况。

图 2 蛋白粉等 10 个品类的零售市场份额



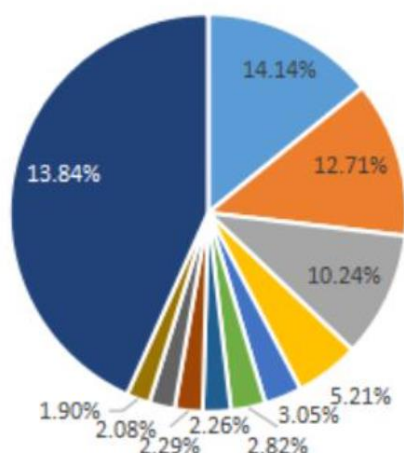
汤臣倍健的两个大单品“蛋白粉”和“氨糖软骨素该片”均占相应零售市场份额的 60%以上，具有绝对的优势和领先地位。其次占比

较多的为维诺健的两个品种。在钙片市场，钙尔奇也占据着较大的市场。“灵芝孢子粉”为破壁灵芝孢子，属于中药保健品。仙芝楼与同仁堂旗下品牌占据市场前三位。



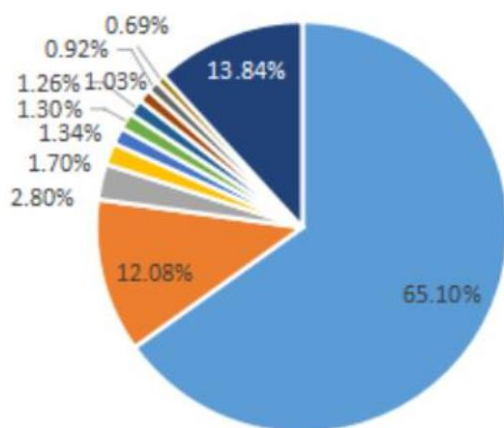
维生素类品种中，以汤臣倍健及养生堂两大品牌为主。

“维生素C” 市场份额TOP10品牌



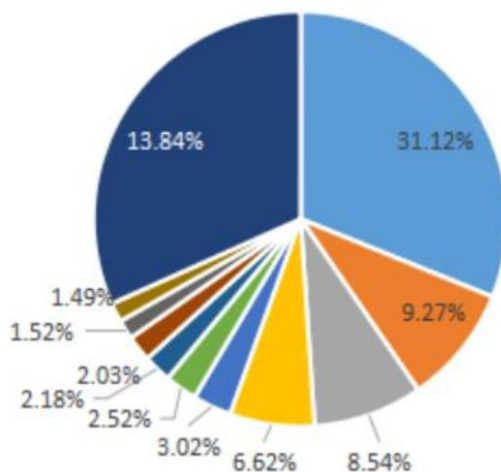
- 养生堂(天然维生素C咀嚼片)
- 汤臣倍健(维生素C片)
- 果维康(维生素C含片)
- 维诺健(维生素C咀嚼片)
- 善元堂(维生素C咀嚼片)
- 艾兰得(维生素C含片)
- 美澳健(维生素C咀嚼片)
- 百合康(维生素C含片)
- 安琪纽特(维生素C咀嚼片)
- 其他

“维生素E” 市场份额TOP10品牌



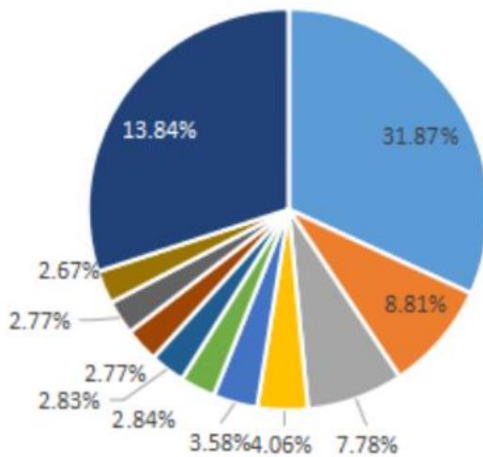
- 养生堂(天然维生素E软胶囊)
- 汤臣倍健(维生素E软胶囊)
- 维诺健(维生素E软胶囊)
- 善元堂(维生素E软胶囊)
- 海王优品(维生素E软胶囊)
- 美澳健(维生素E软胶囊)
- 百合康(维生素E软胶囊)
- 国致(维生素E软胶囊)
- 安琪纽特(天然维生素E软胶囊)
- 惠生(天然维生素E软胶囊)
- 其他

“B族维生素” 市场份额TOP10品牌



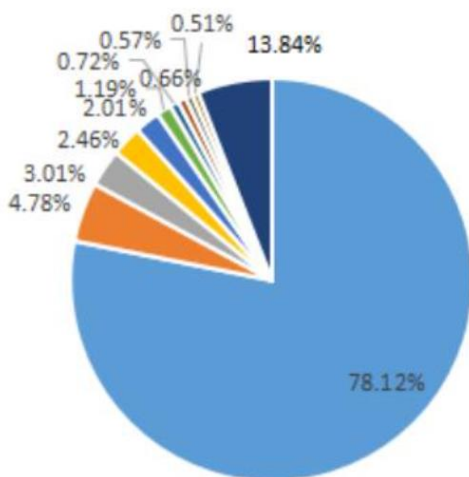
- 汤臣倍健(B族维生素片)
- 养生堂(B族维生素片)
- 维诺健(多种B族维生素片)
- 果维康(B族维生素含片)
- 美澳健(多种B族维生素片)
- 善元堂(多种B族维生素软胶囊)
- 国致(B族维生素片)
- 安琪纽特(多种B族维生素片)
- 海王优品(多种B族维生素片)
- 百合康(多种B族维生素片)
- 其他

“多维元素” 市场份额TOP10品牌



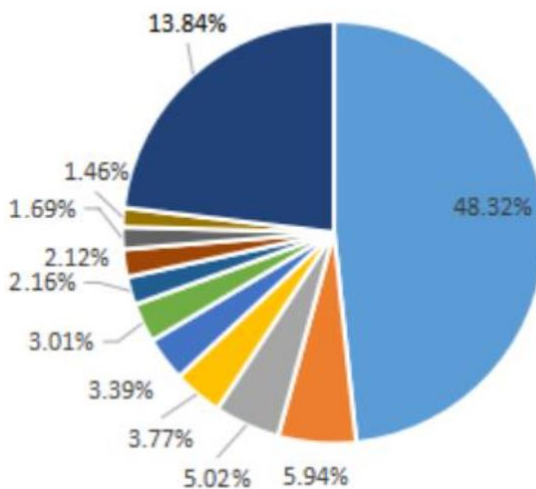
- 汤臣倍健(多种维生素矿物质片)
- 美好蕴育(阿法林-润康胶囊+片剂)
- 金斯利安(多维片)
- 银善存(多种维生素多种矿物质片)
- 成长快乐(多种维生素加钙咀嚼片)
- 十月馨(多种维生素多种矿物质片)
- 银善存(多种维生素矿物质片)
- 善存(小佳维咀嚼片)
- 善存(多种维生素多种矿物质片)
- 成长快乐(多种维生素加锌咀嚼片)
- 其他

“褪黑素” 市场份额TOP10品牌



- 汤臣倍健(褪黑素片)
- 美奥健(褪黑素片)
- 国致(褪黑素胶囊)
- 海王优品(褪黑素片)
- 康麦斯(褪黑素片)
- 联合邦利(褪黑素片)
- 西岛(褪黑素软胶囊)
- 百合康(褪黑素胶囊)
- 滋新(褪黑素片)
- 金品健(褪黑素软胶囊)
- 其他

“鱼油” 市场份额TOP10品牌



- 汤臣倍健(鱼油软胶囊)
- 维诺健(鱼油软胶囊)
- 美奥健(鱼油软胶囊)
- 世纪青青(鱼油软胶囊)
- 百合康(鱼油软胶囊)
- 纽斯葆(鱼油软胶囊)
- 善元堂(鱼油软胶囊)
- 富莱欣(鱼油软胶囊)
- 澳天力(鱼油软胶囊)
- 阿司维康(鱼油软胶囊)
- 其他

“芦荟” 市场份额TOP10品牌



数据来源：中康 CHIS;注：此处排名及市场份额为 2023Q1 数据

那么，在竞争日趋激烈的保健品行业如何才能拔得头筹?笔者认为，产品的研发才是关键，保健品行业正在从“打赢营销战”逐渐进入“研发争夺战”中，根据需求来研发产品，细分需求是未来发展的比较重要的方向。

### 人口老龄化，增强免疫力为最大需求

随着我国人口老龄化程度的加深，未来会有越来越多的老年人为了降低疾病的发生率、延缓病情，日益增强对养生保健的重视程度。需要特别关注针对老年人身体机能变化的适应性配方和营养需求，如增强骨密度、改善心血管健康和促进免疫功能等。在保健品的研发过程中，需要充分考虑老年人的生理特点和健康需求，确保产品的安全性和有效性。此外，为了提高老年人接受和使用保健品的程度，还需要注意产品的易用性、口感和包装设计，以便老年人能够方便地使用和享受。



## 年轻人的“朋克养生”，更加注重科学性和可靠性

“保温杯里泡枸杞”已经不是中老年人的专利，越来越多的年轻人加入了“养生”大军。他们对于健康生活方式的追求呈现出与传统养生观念不同的需求，因此对于青年人的保健品的研发可以更加注重创新和个性化，使用户获得寻求与众不同的产品体验。可以集中在提供增加能量、改善睡眠质量、增强免疫力、减轻压力等方面的功能性产品。

## 挖掘中医药瑰宝，构建特色产品

由上表的分析结果也可看出，目前企业研发主要集中在化学及生物制品中，布局中药保健品的企业其实屈指可数。诚然，饮食养生早已在中医药学体系中出现，是中华保健文化的精髓之一。我国保健食品与中医药养生有着紧密的联系，因此在保健食品的研发中，借鉴中医药养生理论是一个重要的途径。中医药养生理论强调平衡身体的阴阳、五行和脏腑等方面的关系，关注于整体健康的维护和疾病的预防。也注重个体差异和个体化的养生方案。因此，在保健食品的研发过程中，可以考虑根据不同人群的体质和需求，发挥“药食同源”的“特长”，为个体提供不同的健康保健解决方案。

《“健康中国 2030”规划纲要》提出，到 2030 年，人民的健康水平将持续提升，健康服务能力将大幅提升，健康产业规模将显著扩大，健康服务业总规模预计达到 16 万亿，并成为国民经济的支柱性产业。《“十四五”国民健康规划》提出了一系列措施，包括实施国

民营养计划和合理膳食行动、强化食品安全标准与风险监测评估、促进健康与养老、推动食品等产业的融合发展，以及壮大健康新的业态和模式。这些政策的出台都将不同程度的有利于保健品行业的长期稳定发展。找到市场差异，精准定位不同需求，才能在这片“初生的蓝海”的极速遨游。

[返回目录](#)

## DRG/DIP 下，国家、地方如何“借”政策助力医药技术创新？

来源：医药经济报

建立高效管用的医保支付机制是深化医疗保障制度改革的重要目标。随着生物技术、材料技术、数字技术的不断迭代升级，医疗新技术快速发展。如何让医保支付体系与我国的创新态势相匹配，为创新药品、创新技术快速市场化提供政策支持，多个城市进行了有益探索。

### “除外”鼓励创新

近年来，国家医保局加快推进医保支付方式改革，实施 DRG/DIP 三年行动计划。针对有人担忧 DRG 影响医疗新技术和新药品使用的问题，2019 年 10 月，国家医保局发布《关于印发疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》明确提出，“已在医保经办备案的新技术项目，可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准”。针对疑难重症，明确可提高疑难重症 DRG 组的权重值，降低轻症 DRG 组的权重值。

我国在 DRG/DIP 制度设计中有一系列除外机制，为新技术、新药品、新器械留足发展空间。

高倍率与低倍率病例：DRG 将费用高于或低于各 DRG 付费标准规定倍数的病例，分别定义为费用极高或极低病例，也就是高倍率与低倍率病例，可以按项目付费。其中，三级医院中患者实际住院费用小于 DRG 组收费标准 1/3 为低倍率病例；三级医院中患者实际住院费用高于支付标准 3 倍，便成为高倍率病例。福建进一步调整为“小于 DRG 组收费标准 1/2 或大于 2 倍”作为低倍率与高倍率病例。

特病单议机制：对于资源消耗差异过大、病情复杂、缺乏历史数据参考的高费用病例，允许定点医疗机构提出申请并提交相关材料，由医保经办机构组织专家进行审核，对于符合特病单议的病例，予以合理性补偿或单独支付。

### 地方探索实践

各地在 DRG/DIP 支付改革实践中，运用多种方式支持新技术、新药品、新器械发展。

一是除外支付或不纳入的 DRG 支付。如北京在 CHS-DRG 付费政策中对于符合一定条件的药品、医疗器械及诊疗项目，纳入 CHS-DRG 付费除外支付管理。福建设计了不纳入 C-DRG 收费的三类情形：一是包括起搏器、人工血管、镇痛分娩在内的 17 项医用耗材、医疗服务、临床用血，以及床位费超出普通病房标准的部分；二是住院天数和住院费用过低或过高的病例，患者因转院中途退出治疗且住院时间少于

48 小时的病例，住院期间死亡的病例；三是康复治疗、中医中治病例，LDR(待产、分娩、恢复及产后单人房间)家庭化分娩病例。河北邯郸等地明确付费异常高值和异常低值的病组可按项目付费，确定特殊治疗、特殊用药，高值耗材的清单，可以不纳入 DRG 分组，确保全覆盖。

二是通过设置新病组的方式纳入新医药技术。如福建对部分肿瘤患者按治疗方案划分亚组。在常规分组基础上，将接受化疗、放化疗综合治疗、恶性血液病靶向(免疫)治疗的患者按不同治疗方案，进一步划分出亚组并设定系列收费标准。其中，化疗患者分为 4 组，每组包含不超过 109 个治疗方案亚组；放化疗综合治疗患者分为 8 组，每组包含不超过 37 个治疗方案亚组；恶性血液病靶向(免疫)治疗患者分为 4 组，每组包含不超过 15 个治疗方案亚组。一定程度解决了肿瘤放化疗和恶性血液病患者分组精度不足和分组结果变异度高的问题。

三是分档支付。如福建 C-DRG 共 825 个常规分组，每个分组至多设五档定额收费标准，兼容新技术新药品，形成分档支付。

四是调整已有病组权重和费率。如杭州、宁波、南京、梧州等。

### 防止“追新”滥用

目前，医疗创新技术和器械缺乏质量与安全评价体系，没有创新等级分类和评价标准。有研究显示，医疗技术本身存在较大的不确定性，48%的医疗新技术效果缺乏证据基础，经过验证有效的医疗技术仅 13%，无效技术 6%，有害技术 3%。因此，亟需建立创新评价体系

和质量安全评价制度。对于符合成本效益的新技术，可以纳入医保支付；限制一些新技术适用范围，使用成本下降后再推广，防止新技术的滥用。从这个意义上说，DRG 可以遏制临床“追新”的冲动，对新技术进入临床起到有益的调节作用。此外，医保创新准入渠道与支付方式的单一性，不能满足创新药品、器械和医疗技术的发展需要，必须深化改革，促进医保支付创新。

在创新准入方面，优化药品谈判品种遴选规则。现阶段，我国创新药创新程度、临床价值差异较大，高创新性、高临床需求、高临床价值的源头创新药品数量较少，跟随创新等药品占比较高，同靶点同适应症的同质化现象较多。无差别的医保准入不利于鼓励真正的创新。有人建议，可以根据药品的创新性价值评价，把药品的注册类别和创新品种带来的临床价值获益作为遴选的重要指标，将填补目前临床空白、显著提高患者生存质量、显著提升患者用药依从性等临床获益大的品种作为谈判优先考虑品种，并给予合理的测算阈值，以体现对创新品种临床价值的鼓励和引导。

在创新医保支付方式上，建议对具有临床突破性价值，治疗费用较高的创新药品、器械和医疗技术，参考欧洲近年流行的风险共担模式。如以财务风险为基础的支持协议，通过共担新技术新药品费用来降低医保支付的财务风险；或者以疗效为结果的支持协议，即按疗效付费。先与医保签订协议，然后再递交真实临床数据，即附条件报销准入协议(CED)。

上海等地开始探索以绩效评价为核心的支付方式改革试点，对超选择脑动脉腔内血栓取出术、机器人 X 射线立体定向放射治疗、Septin9 基因甲基化检测等 3 个诊疗项目试行按绩效支付，也是深化改革，促进医保支付创新的有益实践。此外，国家医保局在《深化医疗服务价格改革试点方案》文件中提出“技耗分离”改革思路，把医用耗材成本从价格项目中逐步分离，这也是改革的一个方向，有利于创新技术发展。

### 增强多元合力

2022 年 7 月，国家医保局发布《进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》(简称《通知》)，旗帜鲜明支持医疗技术创新发展。《通知》明确，新增价格项目着力支持基于临床价值的医疗技术创新；要求加快新增医疗服务价格项目受理审核进度，对优化重大疾病诊疗方案或填补诊疗空白的重大创新项目，开辟绿色通道；切实加强创新质量把关，对以新设备新耗材成本为主、价格预期较高的价格项目，做好创新性、经济性评价。同时，提出要审慎对待资本要素驱动、单纯谋求投资回报及地方保护特征的立项诉求，避免按特定设备、耗材、发明人、技术流派等要素设立具有排他性的医疗服务价格项目。

由于我国基本医保的功能定位和基本医保资源的有限性，将所有医药技术创新都纳入基本医保，由医保报销所有的创新药品和技术并不现实，要通过建立多层次医疗保障体系，形成创新支付体系来解决。

[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