

医药先锋系列之

# 医周药事

*Medical weekly pharmacy*

2023年第29期

(2023.07.17-2023.07.23)

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 •

▶ [门诊统筹的前世今生](#) (来源：海聊清谈) ——第 7 页

【提要】门诊统筹工作其实早在十多年前就已经开始了试水，只不过一直局限在定点医疗机构内，并没有将定点零售药店纳入其中。在很长的一段时间里，零售药店一直扮演着为群众自费购药(包括使用个人账户上的资金购药)提供渠道的角色，定点医疗机构是使用医保基金的绝对主角，医保统筹基金的使用几乎全部在定点医疗机构内。了解门诊统筹的发展历史和当下的现实情况，显然有助于把握门诊统筹的未来发展。

▶ [探讨 | DRG 原理、应用与未来发展思考](#) (来源：金豆数据) ——第 16 页

【提要】按疾病诊断相关分组付费(Diagnosis-Related Group, DRG)是一种医疗保险支付方法，根据患者的病情、治疗方式、病程等因素将患者划分为相似的病例组，以确定每组病例的平均费用，并根据该费用水平对医院进行支付。DRG 系统的分类标准通常包括疾病诊断、治疗方法、手术类型、年龄、性别等因素。这些因素被综合考虑后，可以将患者划分为具有相似医疗需求和相似费用的病例组，从而实现医疗保险支付的公平和合理。

## • 基金监管 •

▶ [DIP 支付方式改革下的基金监管](#)（来源：药智网）——第 30 页

【提要】医保支付方式从过去按项目付费的后付制向现在主要按 DIP 付费的预付制转变，医疗机构的赢利逻辑发生了变化，相应地，其违规套骗医保基金的行为表现也必然会发生新的变化。因此，医保基金监管也必须随之而做出适应性变化，从而有效守护医保基金安全，切实维护人民群众医疗保障权益。

▶ [“点线面结合”推进医保基金监管走深走实](#)（来源：中国医疗保险）——第 42 页

【提要】根据《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》，飞行检查是指国家和省级医疗保障行政部门组织实施的，对定点医药机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构等被检查对象不预先告知的现场监督检查。根据国家医疗保障局副局长颜清辉曾在国务院政策例行吹风会上介绍，飞行检查已经与专项整治和日常监共同构成了医保基金监管“点线面结合”的格局。

## • 免费医疗 •

▶ [从英国 NHS 看免费医疗陷阱](#)（来源：中国医疗保险）——第 46 页

【提要】英国是典型的“免费医疗”国家，曾被英国人视为最好的医保制度，也曾在 2012 年伦敦奥运会开幕式上被骄傲地展示。但这一建立 75 年的免费医疗制度正逐步走向难以为继的境地——受近期经

济停滞、通胀高企、脱欧等一系列因素影响，该制度正面临筹资不可持续、员工不满薪酬罢工频现、获得免费医疗需要长时间等待等困境。英国媒体认为，英国免费医疗亟需根本性的变革，而不是简单增加 6 万医生、17 万护士和 21 万医技人员。

▶ [理性认识“全民免费医疗”](#)（来源：中国社会科学院人口与劳动经济研究所）——第 52 页

【提要】全民免费医疗向来是一个引人关注而又颇具争议性的话题，对其推崇或排斥的人都不在少数。从直觉出发，可能大多数人都向往通过“免费医疗”来彻底解除对生病的恐惧。那么，究竟何为全民免费医疗，它的实施需要什么条件，现在和未来的中国又适不适合免费医疗？

### • 医院管理 •

▶ [DRG/DIP 下医院信息化建设要点有哪些？](#)（来源：金豆数据）——第 58 页

【提要】《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》要求 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。而医疗机构及时、准确、全面传输 DRG/DIP 付费所需信息是支付工作开展的基础，在大数据时代，信息化建设对于医院实现 DRG/DIP 付费下高质量发展的目标至关重要，是助力医院适应改革的关键。

▶ [DIP 付费下，医院如何分析医保“盈亏”？](#)（来源：医学界智库）

——第 63 页

【提要】医院医保管理考核成绩如何？笔者建议按照“院、科、病种、医生、患者”5 维度进行分析，医院 DIP 医保“大盈亏”份额是“扩大”还是“缩小”，整体是“盈”还是“亏”，哪些科室“盈”哪些科室“亏”，哪些病种“盈”哪些病种“亏”，哪些医生“盈”哪些医生“亏”？“盈亏”的原因合理吗？成为各家医院重点关注的事情。

### • 医药电商 •

▶ [医药电商的线下药店，「偃旗息鼓」了？](#)（来源：医药观察网）

——第 71 页

【提要】流程、SOP、经营理念……这些曾经让电商取得辉煌成功的软实力，未必同样适用于线下，场景的切换也需要转换思路，有些线上非常通畅的程序，到了线下可能就会牵制线下药店的发展。所以，如果电商线下门店要快速发展，需要的是整个公司的托举，线上线下的联动。

▶ [医药行业面临全新的生态环境，医药数智化势不可挡！](#)（来源：

招标网）——第 75 页

【提要】2021 年 10 月 21 日公布的《商务部关于“十四五”时期促进药品流通行业高质量发展的指导意见》中提到，药品流通行业是国家医药卫生事业和健康产业的重要组成部分，是关系人民健康和生命安全的重要行业。要全面提升药品流通现代化水平，完善现代药品流通体系，提高药品流通效率，促进行业高质量发展。并以“数字化、

智能化、集约化、国际化”为发展方向，着力破除药品流通体制机制障碍，提升药品供应保障服务能力、流通效率和质量安全，为服务医疗卫生事业和满足人民健康需要发挥重要支撑作用。

## -----本期内容-----

### • 分析解读 •

#### 门诊统筹的前世今生

来源：海聊清谈

2023年2月15日，国家医保局办公室印发《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》（医保办发〔2023〕4号），引起了社会的广泛关注。了解门诊统筹的发展历史和当下的现实情况，显然有助于把握门诊统筹的未来发展。

#### 一、我国门诊统筹发展的基本历程

国务院1998年12月14日发布的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号），对于我国医疗保障事业来说，无疑具有里程碑意义，标志着我国开始启动并全面实施社会医疗保险制度。

此前，我国实行的是与计划经济相适应的、近乎免费的、由单位提供保障的劳保医疗制度和公费医疗制度（在农村则是实行以农村社队集体经济作为支撑的合作医疗制度）。我国由计划经济转向市场经济之后，为了建立与市场经济相适应的职工医保制度并实现顺利转轨，我国选择了具有中国特色的社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险制度，明确规定“统筹基金和个人帐户要划定各自的支付范围，分别核算，不得互相挤占。”

各地贯彻落实上述规定的普遍做法是，统筹基金主要用来支付职工住院发生的医疗费用以及一部分门诊发生且费用较高的慢性病、特殊病(统称门诊慢特病)医疗费用，而职工在门诊发生的常见病、多发病等小额医疗费用或在定点零售药店发生的药品和医用材料等费用主要由个人账户支付，并没有实行门诊统筹。

随着城乡居民医疗保险制度的渐次开展，为扩大参保居民受益面，提高城乡居民参加基本医疗保险的积极性，一些地方开始了门诊统筹的实践探索。

### (一) 实践探索阶段

2003年1月16日，国务院办公厅转发卫生部等部门《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》(国办发〔2003〕3号)，开始在全国范围内全面实施简称为“新农合”的农村居民社会医疗保险制度。文件提出“农村合作医疗基金主要补助参加新型农村合作医疗农民的大额医疗费用或住院医疗费用。”同时规定“有条件的地方，可实行大额医疗费用补助与小额医疗费用补助结合的办法，既提高抗风险能力又兼顾农民受益面。”值得注意的是，“实行大额医疗费用补助与小额医疗费用补助结合”的提法，意味着门诊小病可纳入新农合基金报销范围，从而为探索新农合的门诊统筹提供了政策依据。

2007年7月10日，国务院在《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发〔2007〕20号)中除了继续采用新农合文件中的类似提法，规定“城镇居民基本医疗保险基金重点用于参保居民



的住院和门诊大病医疗支出”外，明确提出“有条件的地区可以逐步试行门诊医疗费用统筹”。

为此，一些地方根据上述两个文件精神，在实施新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险工作中，分别开始了门诊统筹的实践探索工作。

## （二）渐次开展阶段

2009年7月2日，卫生部、民政部、财政部、农业部、中医药局等5部门在《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的意见》（卫农卫发〔2009〕68号）中提出“开展住院统筹加门诊统筹的地区，要适当提高基层医疗机构的门诊补偿比例，门诊补偿比例和封顶线要与住院补偿起付线和补偿比例有效衔接。开展大病统筹加门诊家庭账户的地区，要提高家庭账户基金的使用率，有条件的地区要逐步转为住院统筹加门诊统筹模式。”从而为新农合门诊统筹指明了发展方向。

2009年7月24日，人社部、财政部、卫生部在联合印发的《关于开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹的指导意见》（人社部发〔2009〕66号）中明确要求“根据城镇居民基本医疗保险基金支付能力，在重点保障参保居民住院和门诊大病医疗支出的基础上，逐步将门诊小病医疗费用纳入基金支付范围。”

2011年5月24日，人社部在《关于普遍开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹有关问题的意见》（人社部发〔2011〕59号）中则进一步要求“尚未开展居民医保门诊统筹的地区，要抓紧出台相关政策，

尽快启动实施;已开展居民医保门诊统筹的地区,要根据本通知要求进一步完善政策、加强管理。”

至此,在国家政策指导下,城乡居民门诊统筹工作在全国范围内渐次展开。

### (三)全面实施阶段

自2018年5月31日国家医保局挂牌成立以来,城乡居民门诊统筹工作一直是各级医保部门每年的重点工作之一。

2018年7月6日,国家医保局、财政部、人社部、国家卫健委在《关于做好2018年城乡居民基本医疗保险工作的通知》(医保发〔2018〕2号)中要求“全面推进和完善城乡居民医保门诊统筹,通过互助共济增强门诊保障能力。尚未实行门诊保障的地区,要加快推进建立门诊统筹。实行个人(家庭)账户的,要逐步向门诊统筹平稳过渡。”

2019年4月26日,国家医保局、财政部在《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2019〕30号)中强调“建立健全城乡居民医保门诊费用统筹及支付机制,重点保障群众负担较重的多发病、慢性病。实行个人(家庭)账户的,应于2020年底取消,向门诊统筹平稳过渡;已取消个人(家庭)账户的,不得恢复或变相设置。”

2020年6月10日,国家医保局、财政部、国家税务总局在《关于做好2020年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2020〕

24号)中重申“强化门诊共济保障。”

2021年5月27日，国家医保局、财政部、国家税务总局在《关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2021〕32号)中强调“完善门诊慢性病、特殊疾病待遇保障和普通门诊统筹，做好待遇衔接。”

2022年6月30日，国家医保局、财政部、国家税务总局在《关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2022〕20号)中除了重申“完善门诊保障措施，继续做好高血压、糖尿病门诊用药保障，健全门诊慢性病、特殊疾病保障”外，进一步提出“增强大病保险、医疗救助门诊保障功能，探索将政策范围内的门诊高额医疗费用纳入大病保险合规医疗费用计算口径，统筹门诊和住院救助资金使用，共用年度救助限额。”

在国家的统一部署和大力推动下，全国各地普遍组织开展了城乡居民门诊统筹工作，但纳入门诊统筹管理的范围主要还是基层医疗机构，许多地方既没有将定点零售药店、也没有将非基层医疗机构纳入门诊统筹管理的范围。

随着医保制度改革不断深入发展，职工医保个人账户固有的不足和内在缺陷随着实践的推进而不断凸显，并且已经事实上形成了城镇职工和城乡居民在门诊医保政策上的二元结构，不利于我国全民医保制度的统筹发展，客观上需要改革职工医保个人账户制度，实施门诊统筹。为此，2021年4月13日，国务院办公厅印发《关于建立健

全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(国办发〔2021〕14号),对“改革职工医保个人账户,建立健全门诊共济保障机制”作出了具体部署和安排。

为了进一步提升参保人员就医购药的便利性、可及性,增强人民群众的医保获得感、幸福感、安全感,2023年2月15日,国家医保局办公室在《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》(医保办发〔2023〕4号)中明确提出“鼓励符合条件的定点零售药店自愿申请开通门诊统筹服务,为参保人员提供门诊统筹用药保障。参保人员凭定点医药机构处方在定点零售药店购买医保目录内药品发生的费用可由统筹基金按规定支付。”同时,为统一规范处方外流的实施路径,不断提高处方流转效率,文件规定“依托全国统一的医保信息平台,加快医保电子处方中心落地应用,实现定点医疗机构电子处方顺畅流转至定点零售药店。”

医保办发〔2023〕4号文件的颁布实施无疑会进一步促进处方外流工作的逐步开展,而随着门诊统筹政策的不断完善以及相关配套政策的建立健全,医保定点药店在门诊统筹中将发挥越来越重要的作用。

## 二、目前门诊统筹面临的主要问题

通过前面的概述可知,门诊统筹工作其实早在十多年前就已经开始了试水,只不过一直局限在定点医疗机构内,并没有将定点零售药店纳入其中。在很长的一段时间里,零售药店一直扮演着为群众自费

购药(包括使用个人账户上的资金购药)提供渠道的角色,定点医疗机构是使用医保基金的绝对主角,医保统筹基金的使用几乎全部在定点医疗机构内。

随着国谈药实行“双通道”管理以及将零售药店纳入门诊统筹管理范围的政策出台,实质上为统筹基金流入定点药店在政策上开了一个口子。正因为如此,从某种角度上来看,两个政策的出台具有标志性的意义,因为它在一定程度上改变了现有的医药行业生态,自然会引起业内人士的普遍关注。

但根据目前所了解到的情况,门诊统筹工作依然面临着一些问题,处方外流并不顺畅,门诊统筹的政策实施要达到预期效果可能还有较长的一段路要走。

### **(一)群众在基层医疗机构门诊看病就医的意愿较弱**

虽然说,在国家政策扶持下,基层医疗机构的硬件建设普遍上了一个台阶,但基于诸多原因,基层医疗机构的诊疗能力和技术水平尚没有得到大的提升,尚未得到人民群众的普遍认可,再加上基层医疗机构配备的药品种类较少、品规不全,难以满足患者的用药需求,群众在基层医疗机构看病就医的意愿较弱,大医院门诊“人满为患”、小医院门诊“门可罗雀”的局面依然如故,从而影响了门诊统筹的实施效果。

### **(二)门诊与住院的医保待遇衔接尚有待进一步完善**

从各地目前已出台的门诊统筹政策来看,门诊统筹报销比例普遍

较低，保障范围也相对较窄，“门诊挤住院”的现象并没有从根本上得到改变，客观上需要对门诊的保障范围和保障水平进行科学的测算和分析，实现门诊待遇和住院待遇的合理衔接，进而发挥基层医疗机构健康守门人的作用，缓解大医院住院就医的压力。

### （三）医保支付方式与门诊统筹不匹配的问题待解决

实行门诊统筹之前，在门诊看病就医主要实行按项目付费。开展门诊统筹之后，多数地方的通常做法是在总额预算基础上按人头付费。但在家庭医生签约率依然比较低的当下，这种门诊医保支付方式的合理性其实是值得商榷的。因为，实行按人头付费的前提条件是，选择在某一个定点医疗机构门诊看病就医的人员在一段时间里相对固定，唯有如此，才能根据签约人员的年龄结构、不同年龄人员的常见病发病率、门诊的历史医疗费用等数据相对合理地测算出年度内的门诊医疗费用，从而相对公允地实行按人头付费。

但当下的事实是，参保群众在其患病需要前往门诊看病就医时选择哪一家诊所或者医疗机构并不固定，甚至可以说带有一定的随机性。也就是说，在与定点医疗机构确定按人头付费的这个“人头数”其实是不确定的，本质上，它是医保部门与医疗机构“讨价还价”之后相互妥协并彼此接受的结果，这其中估算的成份可能更多一些。

### 三、完善门诊统筹政策的对策建议

结合上面分析，笔者认为可以从短期、中期、远期三个纬度尝试对门诊统筹的未来发展作一个趋势性的研判。

### **(一) 短期内主要是不断完善门诊统筹政策**

一是采取激励措施，比如：对在基层医疗机构门诊看病就医的患者降低甚至取消医保起付线、提高报销比例、提供转诊优先权和绿色通道，等等，以此来提升参保群众在基层医疗机构门诊看病就医的主观意愿和积极性。

二是制定政策，明确规定，定点医疗机构的门诊处方自动上传处方流转平台，患者可凭医生电子处方自行选择在定点医疗机构或定点零售药店取药；对选择药店取药的患者可以要求由定点零售药店提供送药上门服务，相应地由患者向配送方支付配送费。

三是在实行门诊统筹基金总额预算基础上，改革完善门诊医保支付方式。一个可能的方向是，对已经完成了家庭医生签约并由签约医生提供了实质性签约服务的参保群众的普通门诊，实行按人头付费；对未签约的参保群众的普通门诊，在一个统筹区域内实行按门诊疾病诊断分组 (APGs) 付费；对医保门诊慢特病、日间手术等，实行按病种付费，或者参照住院待遇标准执行，实现门诊和住院的待遇衔接。

### **(二) 中期内主要是提高基层医疗服务能力**

一是在不断提高家庭医生签约服务率的基础上，强化家庭医生向签约群众提供门诊医疗、健康管理等服务责任，同时建立健全并不断完善有关助推基层首诊、双向转诊的医保支持政策，有效发挥基层医疗机构健康守门人的作用。

二是推进基层医疗服务的社会化改革，实现基层公立医疗机构管

办分开和法人化治理，鼓励非营利民营医疗机构发展，将符合条件的基层诊所纳入医保定点管理，强化基层医疗服务市场竞争，进而促进基层医疗服务能力提升。

三是鉴于目前在政策层面上已经将定点零售药店纳入门诊统筹管理的范围，为了有效提高定点诊所的综合服务能力，在不久的将来，“诊所+药店”（即：诊所提供检查、诊断、处方服务，药店提供药品服务）的医疗服务组合模式有可能得到推崇和发展。

### （三）长远看应逐渐拓宽门诊统筹管理范围

医生除了可以在其执业的医疗机构进行诊疗处方活动外，在诊疗条件符合要求、医疗行为安全可控的情况下，应逐渐放宽对处方医生的处方场景限制，允许执业医师依凭其执业资格、在其专业范围内进行适宜场景下的诊疗处方活动，并将上述处方行为纳入门诊统筹的管理范围。

[返回目录](#)

## 探讨 | DRG 原理、应用与未来发展思考

来源：金豆数据

### DRG 的定义与发展背景

#### （一）DRG 的定义

按疾病诊断相关分组付费 (Diagnosis-Related Group, DRG) 是一种医疗保险支付方法，根据患者的病情、治疗方式、病程等因素将患者划分为相似的病例组，以确定每组病例的平均费用，并根据该费用



水平对医院进行支付。DRG 系统通常由医疗保险机构或政府机构制定，以确保医疗保险费用的公正、透明和可预测性。DRG 系统不仅可以用于医疗保险支付，还可以用于医疗保险计划设计、医院绩效评估和医疗质量控制等方面。DRG 系统的主要特点是将同类疾病或手术进行分类，对于每一类疾病或手术，按照相同的付费标准进行报销，而不是按照每个病人的实际医疗费用进行报销。DRG 系统的分类标准通常包括疾病诊断、治疗方法、手术类型、年龄、性别等因素。这些因素被综合考虑后，可以将患者划分为具有相似医疗需求和相似费用的病例组，从而实现医疗保险支付的公平和合理。

## (二)DRG 的历史背景

20 世纪 70 年代，美国的医疗保健成本急剧上升，政府和保险公司开始寻求新的医疗费用支付方法。此时，哈佛大学医学院教授 Robert B. Fetter 和 John D. Thompson 提出了按疾病诊断相关分组付费 (DRG) 的概念。DRG 是一种将类似的病例进行分组的方法，目的是将医疗服务按照一定的规则分配到不同的付费组中，从而实现医疗费用的控制。1978 年，美国医疗保险部门 (Health Care Financing Administration, HCFA，现在称为中心医保部门) 开始在一些医院试行 DRG 付费制度。1983 年，该制度正式在全国范围内实施。DRG 制度的实施使得医院可以根据患者的诊断和治疗情况，获得相应的医疗费用。同时，DRG 制度也促使医院更加关注医疗质量和效率。随着 DRG 制度的推广，越来越多的国家和地区开始采用这种医疗费用支付方

法。目前，DRG 已经成为全球范围内医疗费用支付的主流方式之一。

## DRG 的基本原理

### (一)DRG 的主要组成部分

DRG 的主要组成部分包括以下几个方面：

1. 主要诊断：患者入院时确定的主要疾病或医学问题，是 DRG 分类的最重要的因素之一。

2. 次要诊断：除主要诊断外，患者入院时可能存在的其他诊断。

3. 手术操作：患者入院时进行的手术操作，也是 DRG 分类的一个重要因素。

4. 年龄：患者年龄对 DRG 分类也有一定的影响。

5. 性别：患者性别对 DRG 分类的影响不大。

6. 出院状态：患者出院时的情况，如是否需要转院、是否需要接受康复治疗等。

7. 难度因素：DRG 还考虑了患者病情的严重程度、治疗难度和资源使用情况等因素，以确定相应的价格。这些难度因素可以通过采用疾病的严重程度分类(例如，重症监护室分级)或采用疾病的复杂度分类(例如，手术的难度、疾病的慢性程度等)来确定。

8. 资源利用：DRG 考虑了患者在住院期间所使用的资源，如床位、医疗器械、药品、护理和实验室检查等。这些因素可以帮助确定相应的价格。

9. 时间因素：DRG 还考虑了患者在医院内的住院时间。这对于估

计医院成本和资源使用情况是至关重要的。

10. 地理因素：不同地区的医疗服务成本也有所不同，因此 DRG 可能还考虑了地理因素，以确定在不同地区的价格。

11. 特殊因素：DRG 还可能考虑一些特殊因素，如患者的民族、文化背景、职业等因素，以及医院的规模、设备和技术水平等因素，以确定相应的价格。

12. 风险因素：DRG 还可能考虑患者的住院风险，如住院期间可能发生的并发症、手术风险等，以及治疗的安全性和有效性等因素，以确定相应的价格。

13. 医保政策：DRG 也受到医保政策的影响，如医保支付限制、药品和诊疗项目的报销政策等因素，也可能影响 DRG 的价格。

通过多种因素的组合，DRG 可以将患者分成不同的组别，并为每个组别确定一个价格。这种分类方法可以促进医疗资源的合理分配，同时也可以降低医疗服务的成本。

## **(二)DRG 的计算方式和原理**

DRG 的计算方式是将患者入院的主要诊断、手术操作、年龄、性别、治疗时间等因素综合考虑，通过匹配对应的 DRG 组，来确定患者的医疗服务费用。DRG 的计算原理主要包括以下几个方面：

1. 确定患者的主要诊断：主要诊断是指导致患者入院的原因。这通常是根 据 ICD 编码(International Classification of Diseases, 疾病分类编码)来确定的。

2. 确定患者的手术操作：手术操作是指患者入院期间进行的外科手术或其他相关的治疗操作。这通常是根据 ICD 编码和 CPT 编码 (Current Procedural Terminology, 医疗程序术语) 来确定的。

3. 确定患者的年龄、性别等个人特征：患者的年龄、性别等因素会影响到其治疗的费用。

4. 将患者归入相应的 DRG 组：根据以上因素，将患者归入与其临床情况相似的 DRG 组中。每个 DRG 组对应一个固定的费用，这个费用是根据历史数据和统计分析得出的。

5. 确定患者的医疗服务费用：将患者归入 DRG 组后，就可以根据该组的平均费用来确定患者的医疗服务费用。

### (三) DRG 的分类和层级结构

DRG 分类结构可以分为三个层级：

第一层级：Major Diagnostic Category (MDC, 主要诊断类别)，是 DRG 分类结构的最高层级。这个层级将患者的疾病归类为 25 个主要诊断类别，例如疾病和疾病组，如神经系统、呼吸系统、心血管系统、泌尿生殖系统等。

第二层级：DRG 组，即将患者的主要诊断和手术进行分组，共分为 470 个 DRG 组。DRG 组与特定的疾病或手术相关，例如心脏手术、肾脏疾病等。

第三层级：DRG 细分组，是 DRG 的最底层，通过考虑患者年龄、合并症等因素进行细分。DRG 细分组的数量因各个 DRG 组而异，可能

有数十个或数百个。

## DRG 的应用和优势

### (一) DRG 在医疗保健领域中的应用

DRG 的应用可以帮助医疗机构和医疗保险更好地管理和控制医疗费用，同时提高医疗服务的质量。以下是 DRG 在医疗保健领域中的几个主要应用：

1. 医院管理：DRG 可以帮助医院管理者了解不同治疗方案的成本和效益，从而优化资源分配和管理流程。

2. 医疗费用支付：DRG 可以帮助医疗保险公司和政府更准确地计算医疗保险报销费用，同时减少医疗保险欺诈和滥用。

3. 质量评估：DRG 可以帮助医疗保健机构和政府监管机构评估医疗服务的质量和效果，从而为改进医疗服务提供数据支持。

4. 决策支持：DRG 可以为医生和医疗保健机构提供决策支持，帮助他们选择最佳的治疗方案，并优化治疗成本和效益。

5. 研究和分析：DRG 可以帮助医学研究人员分析不同疾病的治疗成本和效果，为制定更有效的治疗方案提供数据支持。

6. 绩效评估：DRG 可以帮助医疗保险公司和政府评估医疗保健机构的绩效，从而制定更有效的激励机制，鼓励医疗保健机构提供更好的医疗服务。

7. 医疗保险计划制定：DRG 可以为医疗保险公司制定医疗保险计划提供数据支持，例如确定保险费用、保险赔偿标准等。

8. 资源分配：DRG 可以帮助医疗保健机构和政府更好地分配医疗资源，例如药品、医疗设备等，从而提高医疗服务的效率和效果。

9. 医疗风险管理：DRG 可以帮助医疗保险公司和政府监控和管理医疗风险，例如预测和控制医疗费用、评估患者风险、管理医疗诊疗错误等。

10. 国际比较：DRG 可以帮助不同国家和地区之间进行医疗保健成本和效益的比较，从而为制定更好的医疗政策提供参考。

## (二)DRG 的优势

1. 提高医疗质量：DRG 可以激励医生和医院提供更好的医疗服务，因为医院可以根据患者的疾病情况得到更多的收入。这也可以促使医生更加关注患者的康复过程，提高医疗质量。

2. 降低医疗费用：DRG 可以减少医疗费用的不必要增加。因为医院只能根据诊断和治疗情况收取固定费用，因此医院将更加关注医疗资源的合理利用，避免过度治疗和不必要的医疗检查。

3. 增强医疗管理：DRG 可以帮助医疗机构进行管理，从而提高效率和透明度。医院可以根据 DRG 的分类进行资源配置和管理，更好地掌握医院的经济状况和治疗效果。

4. 增强医保控制：DRG 也可以帮助医保部门进行医疗费用的管理和控制。医保部门可以通过 DRG 制定更加精确和有效的支付标准，避免医院和医生在治疗过程中的浪费和不必要的费用增加。

5. 提高医疗资源利用率：DRG 可以帮助医疗机构更好地利用医疗

资源，使得不同的病种得到合理的治疗和分配。因为医院只能收取固定的费用，所以医院会更加关注医疗资源的合理利用，避免资源浪费和重复利用。

6. 促进医学研究和发展：DRG 可以为医学研究和发展提供更多的数据和信息。通过 DRG 分类和支付方式，医学研究人员可以更加深入地了解不同疾病的治疗和康复情况，进一步优化医疗服务和治疗方案。

7. 改善医患关系：DRG 可以减少医患之间的矛盾和纠纷。因为 DRG 可以避免医生为了增加医疗费用而不必要地延长患者的住院时间或者增加不必要的治疗，从而避免了医患之间的利益冲突和矛盾。

8. 促进医疗卫生行业的规范化和标准化：DRG 可以促进医疗卫生行业的规范化和标准化。因为 DRG 可以制定一些明确的规则 and 标准，使得医院和医生可以更加清晰地了解医疗行业的标准和规范，从而提高医疗服务的质量和效率。

### **(三)DRG 对于医疗机构和患者的影响**

#### **对医疗机构的影响**

1. 促进医疗质量的提高：DRG 制度鼓励医院在同一病组内提供相同水平的医疗服务，这有助于减少医疗差异化，促进医疗质量的提高。

2. 提高医院管理效率：DRG 制度将医院收费过程简化，缩短了医院患者住院时间，降低了医院管理成本。同时，DRG 制度对医院预算有一定的控制作用，促进医院资源合理配置，提高医院的经济效益。

3. 增强医院的竞争力：DRG 制度将医院服务的价值与质量联系在一起，强制医院提供更好的医疗服务，这有助于增强医院的竞争力，提高医院的口碑和知名度。

4. 影响医疗机构的收入：DRG 制度将医院的收费标准与医疗服务的质量联系在一起，如果医院能够提供更好的医疗服务，就可以获得更多的收入。但是，如果医院不能提供高质量的医疗服务，就可能面临收入下降的风险。

### 对生产企业的影响

1. 价格压力增加：DRG 支付方式对医疗器械的定价产生一定的影响，因为医疗器械的价格必须能够适应 DRG 支付方式的统一收费标准。因此，医疗器械生产企业可能需要降低其产品的价格，以便其产品能够符合 DRG 支付方式的定价要求。

2. 技术更新加速：DRG 支付方式可能会促使医疗器械生产企业加快技术更新的速度，以满足医疗保健市场的需求。因为 DRG 支付方式是按疾病诊断分组进行收费，而疾病诊断和治疗方法的变化往往会导致 DRG 组别的调整，从而对相关医疗器械的需求产生影响。医疗器械生产企业需要及时了解市场需求变化，以调整产品研发计划和更新技术水平。

3. 市场份额竞争加剧：DRG 支付方式可能会加剧医疗器械市场份额的竞争。因为 DRG 支付方式将同种疾病或治疗过程的患者归为一组，使得医疗保险支付对医疗器械选择的影响更加显著。医疗器械生



产企业需要竞争更多的 DRG 组别，并开发出更好的产品来获得更大的市场份额。

4. 产品适应性要求提高：DRG 支付方式对医疗器械的适应性要求更高。因为同种疾病或治疗过程的患者都被归为同一组，医疗器械的适用范围必须符合该组患者的共同特征。医疗器械生产企业需要更好地了解 DRG 支付方式的相关规定和患者的诊疗需求，以开发出更具适应性的产品。

5. 研发重点发生变化：DRG 支付方式可能会导致医疗器械生产企业的研发重点发生变化。因为 DRG 支付方式对医疗保健市场的需求产生直接影响，医疗器械生产企业需要根据 DRG 支付方式的需求变化来调整产品研发方向，以满足市场需求。

6. 服务质量要求提高：DRG 支付方式将同一组患者的收费标准统一，而患者的治疗质量和效果却可能存在差异。因此，医疗器械生产企业需要提高产品的质量和服务水平，以确保患者获得最佳治疗效果，并满足 DRG 支付方式的要求。

### **对患者的影响**

1. 限制医疗费用：DRG 的制度可以限制医疗机构的费用开支，避免因不必要的医疗服务和医疗资源的滥用而导致医疗费用不断上涨。

2. 提高医疗质量：为了避免在 DRG 付费范围内出现低质量的医疗服务，医疗机构可能会提高医疗质量，以满足 DRG 制度的要求。这将使得患者获得更好的医疗服务和更好的治疗效果。

3. 促进资源配置：DRG 制度通过对医疗服务的统一支付，促进了医疗资源的配置和优化。这意味着医疗机构将更加注重在不同 DRG 组别的患者之间分配医疗资源的平衡，以满足 DRG 制度的要求，这将使得患者获得更好的治疗资源的分配。

4. 降低患者负担：DRG 制度可以减少患者的医疗费用支出。由于医疗机构的费用将被纳入 DRG 的支付范围内，患者的个人负担将会减轻。

## DRG 的实施和管理

### (一) DRG 实施的流程和方法

1. 患者入院：患者入院后，医生会对其进行身体检查和初步诊断，确定其主要病情和相关情况，包括年龄、性别、病史等。

2. 编码：接着，医生会为患者的病情编码，根据 ICD-10 诊断编码分类系统进行诊断编码。ICD-10 系统是一种将疾病分类编码的方法，用于对疾病进行分类，以便更好地管理疾病和进行统计分析。

3. DRG 分类：编码后，使用 DRG 分类系统对患者进行分类。DRG 分类系统是根据患者的疾病、诊断和治疗过程等因素，将患者分成若干组，并对每组患者提供一组相似的医疗服务。DRG 系统将患者分类为相似的病例，因此具有相似的医疗成本。

4. 支付：最后，医院或保险公司按照 DRG 组别为患者支付医疗费用。DRG 制度的目的是鼓励医院提供高效的医疗服务，同时也鼓励医生进行更好的诊断和治疗，以提高患者的医疗水平和医疗服务质量。

## (二) DRG 管理的组织和角色

在 DRG 的管理中，有几个主要的组织和角色：

1. 支付机构：DRG 的支付机构是负责制定支付标准和支付医院费用的机构。

2. 医院管理部门：医院管理部门负责确保医院遵守 DRG 制度，包括诊断和治疗过程的记录、费用的报告和账单的准确性等方面。他们也需要确保医院在 DRG 制度下获得合理的补偿。

3. 医生和护士：医生和护士是治疗患者的主要角色，他们需要确保根据患者的具体情况提供最合适的治疗方案，并保证治疗过程和费用记录的准确性。

4. 医疗编码员：医疗编码员负责将患者的疾病和治疗过程编码，以确保医疗记录的准确性和一致性。这些编码将被用于确定患者所属的 DRG 组，从而确定医疗费用的支付标准。

5. 医疗顾问：医疗顾问是一种专业服务机构，他们帮助医院管理部门和医生护士等医疗人员了解 DRG 制度，并提供相关的咨询服务，以确保医院在 DRG 制度下的顺利运营。

## DRG 的未来发展

### (一) DRG 的未来发展趋势和方向

未来，DRG 付费系统的发展趋势和方向可能包括以下几个方面：

1. 提高 DRG 付费系统的精准性：目前 DRG 付费系统主要基于诊断和治疗的数据进行分类，但随着医疗技术的发展和医疗数据的不断积

累,未来 DRG 付费系统可以将更多的数据纳入考虑范围,如基因组学、生物标志物等,从而更准确地评估患者的疾病和治疗情况。

2. 推广 DRG 付费系统的应用范围:目前 DRG 付费系统主要应用于医院和保险公司等医疗机构,但未来可以考虑将其应用于其他医疗机构和场景,如家庭护理、远程医疗等。

3. 加强 DRG 付费系统的数据共享和标准化:不同医疗机构之间的数据标准不一致,这给 DRG 付费系统的应用带来了一定的难度,未来可以加强数据共享和标准化,从而更好地实现 DRG 付费系统的应用。

4. 强化 DRG 付费系统的监管和评估:DRG 付费系统的应用需要不断监管和评估,以确保其公正性和有效性。未来可以建立更完善的监管和评估体系,从而更好地促进 DRG 付费系统的发展和应用。

5. 结合人工智能和大数据技术:人工智能和大数据技术的发展,为 DRG 付费系统的精准性和效率提供了新的思路 and 手段。未来可以将人工智能和大数据技术应用于 DRG 付费系统中,从而更好地评估患者的风险、诊断和治疗方案的适用性等,提高 DRG 付费系统的准确性和效率。

6. 考虑患者体验和治疗效果:DRG 付费系统的设计应考虑患者的体验和治疗效果,以避免因过度关注费用而牺牲患者的质量。未来可以引入患者体验和治疗效果的指标,从而更全面地评估医疗质量和付费效果。

7. 推广国际化和跨领域应用:DRG 付费系统的国际化和跨领域应

用是未来的趋势。不同国家和地区医疗环境和文化有所不同，未来可以将 DRG 付费系统应用于更多的国家和地区，从而推广其国际化应用；同时也可以将 DRG 付费系统与其他领域相结合，如医疗保险、医疗科技等，实现跨领域应用。

## **(二)DRG 在数字化医疗中的应用**

在数字化医疗中，DRG 可以应用于以下方面：

1. 优化医疗资源配置。DRG 可以帮助医疗机构了解每个病例的资源消耗情况，以及资源分配的效果如何。医疗机构可以根据 DRG 结果进行调整，以优化资源分配和管理。

2. 提高医疗服务的效率。DRG 可以鼓励医生根据最佳临床实践来为患者提供服务，减少住院时间和重复检查，从而降低医疗费用。同时，DRG 也可以促进卫生保健系统的协同作用，通过增加合作关系来提高效率。

3. 增强患者的医疗体验。DRG 可以提高医疗机构的服务质量，促进患者参与治疗和康复，提高患者的满意度和体验。

此外，在数字化医疗中，DRG 还可以结合电子病历、医疗信息化等技术进行应用，进一步提高 DRG 的效果和效率。还有，DRG 还可以结合医疗大数据、人工智能等技术进行进一步优化。

## **(三)DRG 在全球医疗保健体系中的角色和地位**

在全球医疗保健体系中，DRG 已成为医疗保健付费的主要方式之一。DRG 的使用对于医疗保健体系的发展具有重要的作用和地位。具

体来说，DRG 有以下几个方面的优点：

1. 促进医疗保健质量的提高：DRG 将患者按照其病情严重程度和治疗难度划分为不同的诊断相关组，为医疗保健机构提供了有针对性的诊断和治疗方案，可以促进医疗保健质量的提高。

2. 提高医疗保健效率：DRG 可以使医疗保健机构更好地管理医疗资源，优化医疗流程，提高医疗效率，减少医疗浪费。

3. 更加透明和公正的财务管理：DRG 将患者按照不同的诊断相关组进行计价，为医疗保健机构和保险公司提供了更加透明和公正的财务管理方式。同时，DRG 的引入也有助于减少医疗保健费用的不必要增长，控制医疗保健费用的总体支出。

[返回目录](#)

## • 基金监管 •

### DIP 支付方式改革下的基金监管

来源：药智网

医保支付方式从过去按项目付费的后付制向现在主要按 DIP 付费的预付制转变，医疗机构的赢利逻辑发生了变化，相应地，其违规套骗医保基金的行为表现也必然会发生新的变化。因此，医保基金监管也必须随之而做出适应性变化，从而有效守护医保基金安全，切实维护人民群众医疗保障权益。

#### 一、DIP 支付方式下的违规套利类型

根据目前已出现的情况，主要可以概括为人为降低医疗服务成本和蓄意高套医保支付标准两大类型。

### (一)人为降低医疗服务成本方面

主要包括：

#### 1、“无中生有”

所谓“无中生有”是指医疗机构采取“三假”（假病人、假病情、假票据）手段骗取医保基金的行为。

虽然说“三假”是一个老问题，但依然符合DIP支付方式下的套利逻辑，故而不会根除杜绝。不过，由于这种行为性质恶劣、社会关注度高、打击力度大，现阶段涉及范围广泛且明目张胆的“无中生有”行为已经有所收敛。

#### 2、低标准入院

所谓低标准入院是指医疗机构将未达到入院标准的患者收治住院的行为，比如：将可在门诊治疗或者诊断明确可以居家口服药物治疗的患者（如：病情稳定的肿瘤、脑卒中患者）收住入院，将刚出生无需住院的新生儿收住入院，以住院治疗之名行健康体检之实，等等。

当然，按项目付费也同样存在低标准入院的问题，这不是实行DIP支付方式改革后衍生出来的新问题，但后者所造成的后果更加严重。在DIP支付方式下，医疗机构、特别是一些二级以下医疗机构为了“抢分值”（俗称冲点）而将许多不够入院标准的患者收治入院，不仅浪费了宝贵的医疗资源，也会普遍拉低DIP的分值单价，减少其他

合规经营医疗机构的医保基金分配额；更严重的是，会导致“劣币驱逐良币”的结果，甚至引发“跟风效应”，从而影响并阻碍医保支付方式改革的顺利推进，因此必须采取有效措施防止这种情况泛滥成风。

### 3、低标准出院

所谓低标准出院是指医疗机构将未达到出院标准的患者办理出院的行为。这是实行DIP支付方式以后出现的新情况，是医疗机构为了保证病种收益而过度控制医疗服务成本所发生的不合理行为。

低标准出院实质上就是典型的医疗服务不足，必然会影响医疗服务质量，不利于人民群众的身心康复，直接侵害了人民群众权益。

### 4、转嫁费用

所谓转嫁费用是指医疗机构为了降低病种治疗成本，提高收益水平，将DIP病种应涵盖的项目转移出去的违规行为。

主要包括两种情形：一是院内转院外。将病人住院期间本该由病种包含的药品、耗材、检查检验等费用，转移到院外由患者自行解决；二是住院转门诊。将住院期间本该由病种包含的药品、耗材、检查检验等费用，转移到门诊完成。

上述两种情形均是通过片面降低DIP的物耗成本，来相应增加医疗服务收益，但加重了患者负担，损害了患者利益。

### 5、减少服务项目

减少服务项目是指医疗机构在为患者提供医疗服务的过程中，减



少必要的医疗服务和检查检验项目以及药品耗材使用,属于典型的偷工减料。

减少必要的医疗服务项目必然会降低医疗服务质量,影响治疗效果,既违背了医保支付方式改革的初衷,也严重损害了患者的医疗保障权益。

## 6、推诿重症患者

所谓推诿重症患者是指医疗机构违背其功能定位、拒绝收治本该收治的病人的行为。

一些医疗机构基于收支计算权衡后,担心疑难重症患者治疗费用过高,按病种算账吃亏而推诿病人。对于医疗机构来说,其实是一件“得不偿失”的事情,并不利于医疗机构的长远发展。医务人员的诊疗能力和技术水平更多是其临床实践的经验积累,医疗机构如果一味地推诿重症患者,医疗人员的临床诊疗能力和技术水平就可能停滞不前甚至退步,必然会降低患者就医的信任度,反过来影响医疗机构声誉。

### (二)蓄意高套医保支付标准

主要包括:

#### 1、分解住院

所谓分解住院是指医疗机构将患者应当一次住院完成的诊疗过程,分解为两次或两次以上住院诊疗过程的行为。

分解住院可以发生在同一医疗机构,也可以发生在不同的医疗机

构(如医联体、医共体、医疗集团、甚至是“协议体”之间)。分解住院后,应当进入一个DIP病种结算的病例因分解住院,进入两个甚至多个DIP病种结算。从性质上来看,相当于一个病种收取了两个病种或多个病种费用,具有主观故意的特点。

## 2、重复住院

重复住院是指医疗机构为了获得更多的病种分值,将本可以一并治疗的多病症患者,在短时间内以不同疾病的名义多次收治入院的行为。与分解住院相同点在于短期内多次住院,不同点在于多次住院的疾病诊断不同。

重复住院既可以发生在同一医疗机构,同样也可以发生在不同的医疗机构(如医联体、医共体、医疗集团、甚至是协议体之间),也同样具有主观故意的特点。

## 3、低码高编

低码高编是指医疗机构通过调整疾病主诊断与手术操作代码使病例分入分值更高的DIP病种的行为。

从目前的情况来看,由于低码高编获利直接、手段隐蔽、实施相对容易,因而是DIP付费的主要风险点。

其作案手段主要包括:

①升级诊断。违反《医疗保障基金结算清单填写规范》,在更高分值组内找近似诊断并进行编码。

②虚增诊断。将应进入低分值组的病例,通过虚增次要诊断,分

入高分值组。

③多编诊断。未按《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，填写了对当前住院没有影响的早期诊断或对本次住院资源消耗没有影响的其他诊断，病例由“低分值组”分入“高分值组”。

需要说明的是，按照《住院病案首页数据填写质量规范》要求，医疗机构应填写“未治疗的疾病”，而结算清单则要求“除非有明确临床意义，异常所见(实验室、X-RAY、病理或其他诊断结果)无需编码上报”。如果医疗机构未能熟练掌握政策，按照“只抓不填”的规则直接将病案首页数据转换为结算清单数据，会导致病例中本次未做治疗的既往病史上传，进入并发症/合并症组，成为DIP付费下的“高套分组”违规病例。对于这种情况，要区分是“无心之过”，还是主观故意。如果属于前者，则需要加强对相关人员的业务培训。

#### 4、过度医疗

按项目付费下的过度医疗更多表现为大处分、滥检查，而DIP付费下的过度医疗则主要表现为升级治疗手段、增加手术治疗等，这是因为无论是高级别的治疗手段、还是将保守治疗外科手术化，通常都代表着更高的CMI值，可以获取更多的病种分值，从而获得更多的医保基金分配额。

过度医疗不只是导致医保基金的低效使用甚至不当流失，更严重的是，医疗机构滥用手术治疗，将本应内科治疗的病人送上手术台，不仅会加重病人的经济负担，更会对患者的身体和精神造成不可逆的

严重伤害，必须严加管控。

## 5、高码低编

由于在医保费用结算时通常都会对少数高倍率的特殊病例(实际发生的合规医疗费用一般都在医保支付标准 3-5 倍以上)实行特例单议，并按项目付费。于是，一些医疗机构对按照正常编码入组而医疗费用超过医保结算费用较多的病例，故意将诊断按较低分值进行编码入组，使该病例费用达到“高倍率”，以达到按项目付费的目的，这是典型的套骗医保基金行为。

## 二、DIP 支付方式下的医保基金监管

按项目付费的医保基金使用风险主要是过度医疗、重复收费、虚记多记项目、串换项目收费等，而 DIP 支付方式下医保基金的使用风险则主要是不合理降低医疗服务成本和违规高套医保支付标准，随着 DIP 支付方式改革工作的广泛深入开展，为了顺应改革发展的形势要求，医保基金监管的工作重点、监管范式、方式方法都必须作出适应性改变，从而进一步维护医保基金安全，保障参保群众权益。

### (一)完善协议内容，强化事前警示

定点协议是医保部门进行协议管理的重要内容，也是医保基金监管的组成部分，是医保部门将基金监管关口前移、防范基金风险于未然的必要举措。

经过二十多年的实践探索，医保部门所制定的定点协议内容日益丰富且不断完善。随着医保支付方式由过去主要按项目付费转向主要

按 DIP 或 DRG 付费，客观上需要根据形势发展，结合面临的新情况，及时调整补充完善相关协议内容，实现医保定点机构协议管理工作的迭代升级。

### 1、强调数据质效

DIP 支付方式下，无论是费用结算，还是基金监管，对医疗机构上传数据的质量和时效性有了越来越高的要求，这是保证 DIP 支付方式改革顺利实施并高效运行的现实需要，也是开展基金监管工作的客观要求。因此，需要在医保协议管理中得到体现。从目前的情况来看，主要包括三个方面：一是要强调数据传送责任，以确保医保部门能够得到所需要的数据；二是要强调数据传送时效，以满足人民群众对医保服务的高效性需要和医保基金日常监管的及时性要求；三是要强调数据传送质量，特别是数据的全面、完整、真实、有效，这是保证医保服务质量和基金监管质量的基础和前提。

### 2、补充约束条款

目前，对于许多地方医保部门来说，无论是 DIP 支付方式的具体实施，还是 DIP 支付方式下医保基金监管的工作开展，都是一个新课题。医保协议管理也必然会面临许多新情况、新问题，客观上需要结合工作实际，及时补充完善相关医保协议内容，特别是针对 DIP 支付有可能出现的违法违规违约情况制定约束性甚至是禁止性条款，以切实履行医保部门对医疗机构使用医保基金的事前告知和警示职责。

### 3、细化考核办法

在医保协议中明确对医疗机构执行DIP支付政策情况的考核内容及评价办法，对转嫁费用、高套分值、分解住院、重复住院等新型违规行为，根据违规数量、违规性质、违规程度等，明确相关处理办法(比如：约谈违规方、扣款、相关费用不支付、暂停甚至终止服务协议等)，同时明确与质量保证金兑付、结余留用与超支分担比例、信用评价等进行挂钩等具体办法。

## **(二) 实行多措并举，加强联合监管**

医疗行为的复杂性决定了基金监管必须多措并举、多管齐下，而医疗行为涉及范围的广泛性又决定了基金监管必须多部门协同配合、联合执法。在全面开展DIP医保支付方式改革的新形势下，对于医保基金监管来说，加强如下三个方面的工作尤为重要。

### **1、加强智能监控**

实行DIP医保支付方式本质上就是医疗大数据在医保支付上的广泛应用，相应地医保基金监管也必须实现基于大数据挖掘基础上的智能监控。由于项目付费下的智能监控知识和规则并不能完全有效适应DIP改革需要，因此需要针对DIP风险特点调整完善。具体来说，就是通过构建特定的知识库、规则库，利用最新的大数据挖掘技术，实现医保智能监管信息系统自动筛查发现违法违规、欺诈骗保等行为。比如：通过对个人和机构的行为进行画像，智能识别异常行为，在医保支付前进行实时拦截；通过构建疾病诊疗路径知识库，对低码高编、低标入院、过度诊疗、费用转嫁、服务不足等行为进行有效识

别，等等。

随着全国医保信息平台智能监管系统的全面上线运行以及一些地方先行开展智能监控所积累的成功经验，利用大数据挖掘技术智能锁定DIP支付方式下的高套分值、转嫁费用、低标入院、治疗升级等问题已不是难事，先行探索的地方均取得了较好效果。

## 2、加强行政监管

面对DIP支付方式下出现的新情况、新问题、新风险，除了需要持续加强常态化的医保基金行政监管外，还需要根据DIP支付方式的特点不断调整完善医保基金监管的体制机制，不断创新监管方式，积极探索第三方监管模式，聚集恶意欺诈骗保行为，加大行政检查、处罚、曝光力度，强化威慑效应。

## 3、加强部门协同

在开展医保基金监管过程中，既会涉及对医疗服务的质量、合规性以及价格的合理性进行评判认定等问题，也会涉及对医疗违规行为的责任追究问题，这一切都与多个部门的职责相关联(比如：医疗服务质量、药品质量、医疗服务价格分别由卫健部门、市场监管部门、医保部门负责监管；违约追责主要由医保经办机构发起，而行政处罚和刑事处罚则分别由医保行政部门和公安机关发起，等等)，从而决定了医保基金监管工作必须统筹运用行政、法律、经济和信息等多种手段，按照部门职责分工，加强协同配合，通过建立信息交流、沟通机制，建立一案多查、一案多处工作机制，建立行刑衔接、行纪衔接

等制度，建立协同高效的激励约束机制等一系列制度机制，同向发力，实行综合监管。

### **(三) 严肃违规处理，强化事后纠偏**

近年来，在各级医保部门的共同努力和相关部门的积极配合下，打击欺诈骗取工作取得明显成效，有效遏制了欺诈骗保行为的泛滥之势。但是，由于医疗服务行为的复杂性、涉及范围的广泛性以及配套改革的滞后性，少数机构以及少数人员总是抱着侥幸心理钻制度和政策空子，企图通过非法手段套骗医保基金以谋取不正当利益，从而在社会上造成恶劣影响，必须及时制止、坚决打击。

#### **1、坚持问题处理的及时性**

对于业已发现的套骗基金问题，必须发现一起，处理一起，露头就打，绝不姑息，用实际行动亮明我国政府对欺诈骗保行为的零容忍态度，从而在社会上普遍形成对套骗基金行为的高压态势和“欺诈骗保，人人喊打”的舆论氛围。一是要及时解决苗头性问题。俗话说：“小洞不补，大洞吃苦”。将问题及时解决在萌芽状态，防微以杜渐，无疑成本低而效果好，事半功倍。否则，任由个别的苗头性问题发展成为普遍的广泛性问题以后，不仅解决起来费力多、效果差，而且稍有不慎就有可能产生诸多后遗症；二是要及时弥补政策漏洞。针对欺诈骗保，坚决有效的打击是一个方面；而反思检讨我们的政策缺陷，及时补齐短板，堵塞漏洞，完善政策，从而构筑起一道防范欺诈骗保的“铜墙铁壁”，练就出医保基金的“金刚不坏之身”和“百毒不侵”



之体”，也是十分重要的一个方面；三是及时升级监管手段。随着打击欺诈骗保工作的深入开展，欺诈骗保的行为手段也从过去的明目张胆、简单粗暴转向更加隐蔽、更加专业、更加智能，客观上需要医保部门结合发生案件呈现出来的新特点，及时升级监管手段，积极完善应对策略，从而做好基金风险防范工作。

## 2、坚持问题处理的合规性

对于行政执法者来说，更需要在执法过程中知法守法、依法行政，严格遵循“事实清楚、证据确凿、依据正确、定性准确、处罚适当、程序合法”的执法原则，切实维护法律法规的权威性和严肃性，成为遵纪守法的引领者和示范者，从而有效发挥行政执法的教化作用和警示作用。

## 3、强调问题处理的震慑性

对于一些情节严重、性质恶劣、影响广泛的蓄意欺诈骗保行为，务必按照法律法规规定，从严处罚。对涉案人，该抓的抓，该判的判，该取消医保医生资格的取消医保医生资格，该取消医生执业资格的取消医生执业资格；对涉案的医保定点机构，该暂停医保协议的暂停医保协议，该终止医保协议的坚决终止医保协议，从而形成震慑，以警示他人。

对医保基金的使用进行有效监管在守护医保基金安全、维护参保群众医疗保障权益方面有着非常重要的作用，但从本质上来说，是他律而不是自律，是手段而不是目的，医疗机构及其工作人员发自内心

的行为自觉才是解决问题的根本和关键。为此，不仅需要加强政治思想教育，加大政策宣传力度，切实提高医疗机构及其工作人员的思想认识和自律意识；更需要不断深化医疗体制改革、着力完善制度政策体系，有效激发医疗机构及其工作人员合规高效使用医保基金的内生动力，变外部制约为自我约束，变他律为自觉。如果真能如此，也就标志着医保基金监管工作迈上了新台阶，开创了新局面，焕发了新气象。

[返回目录](#)

### **“点线面结合” 推进医保基金监管走深走实**

来源：中国医疗保险

国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局四部委近日联合印发《关于开展2023年医疗保障基金飞行检查工作的通知》以及《2023年医疗保障基金飞行检查工作方案》，正式启动2023年全国医保飞检工作，继续巩固欺诈骗保高压态势。

根据《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》，飞行检查是指国家和省级医疗保障行政部门组织实施的，对定点医药机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构等被检查对象不预先告知的现场监督检查。根据国家医疗保障局副局长颜清辉曾在国务院政策例行吹风会上介绍，飞行检查已经与专项整治和日常监共同构成了医保基金监管“点线面结合”的格局。

**2023年全国飞检正式启动这三个领域是重点**

7月15日，国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局四部委联合印发《关于开展2023年医疗保障基金飞行检查工作的通知》以及《2023年医疗保障基金飞行检查工作方案》，明确将医学影像检查、临床检验、康复三个领域作为检查重点。检查范围为2021年1月1日—2022年12月31日期间医保基金使用和管理情况，必要时可追溯检查以前年度或延伸检查至2023年度。

其中，由国家医保局会同有关部门从各省范围内选择医保基金用量较大的城市（一般为地级市）作为被检城市，直辖市直接作为被检城市；由飞行检查组从被检城市医保基金支付排名靠前的定点医药机构中现场抽取2家医院和1家药店，连同市级医保经办机构共同作为被检单位。也可根据举报线索、智能监控疑点等直接确定被检单位。

此次飞行检查采取“省份交叉互检”模式，通过抽签方式确定参检和被检省份。飞行检查实行组长负责制，并计划在2023年8月至12月期间实现对全国31个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团全覆盖检查。

### **五部门开展打击欺诈骗保专项整治工作，具体怎么做？**

今年4月，国家医保局联合最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委印发了《2023年医保领域打击欺诈骗保专项整治工作方案》（以下简称《方案》），在全国范围开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作。

《方案》要求严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，

坚持问题导向，聚焦党中央、国务院高度重视的重大问题，人民群众反映强烈的突出问题，对“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为进行重点打击。具体从三个方面着力：一是聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗等重点领域。二是聚焦医保结算费用排名靠前的重点药品、耗材，对其基金使用情况予以监测，对其他出现异常增长的药品、耗材等，也予以重点关注。三是聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为。对异地就医、门诊统筹政策实施后的易发高发违法违规行为，也专门提出工作要求。五部门将对各类整治重点加强统筹指导，制定分领域检查指南，梳理重点违法违规行为清单供地方参考执行。

更加强化部门协同。进一步明确和细化了医保、检察机关、公安机关、财政及卫生健康五部门在专项整治工作中所承担的职责。五部门综合监管态势初步形成，为专项整治工作的深入开展奠定基础，对医保领域各类违法违规行为形成强有力震慑。

更加重视大数据监管。《方案》指出，2023年国家医保局将在大数据监管方面着重发力，开展大数据监管试点，构建各类大数据模型筛查可疑线索，并下发各地核查。要求各部门认真完成国家下发的核查任务，并结合当地实际，有针对性的开展大数据筛查分析。

### **推进日常监管常态化，这些工作是关键**

做好医保基金日常监管，是加强医疗保障基金使用常态化监管的重要方面。今年5月，国务院办公厅印发的《关于加强医疗保障基金

使用常态化监管的实施意见》，对“推进日常监管常态化”提出了明确要求。具体包括：

研究制定医保基金使用日常监管办法，健全完善工作机制，细化监督检查工作规范和要求。出台统一明确的监督检查事项清单、检查工作指南等，提高日常监管规范化水平。合理制定并严格执行年度监督检查计划，对数据指标异常的定点医药机构加强现场检查，对上级部门交办的问题线索、举报投诉涉及的定点医药机构开展现场核查，依法依规处理。强化医保经办支付环节费用审核，落实日常核查全覆盖。

### “点线面结合”推进医保基金监管工作走深走实

国家医疗保障局副局长颜清辉曾在国务院政策例行吹风会上介绍，面对巨大工作量的监管对象和医保基金使用行为，国家医保局不断探索实践，积累了一些行之有效的监管经验，可以概括为“三个结合”“五个常态化”，其中之一就是“点线面结合”。

具体来说，飞行检查侧重于点，专项整治侧重于线，日常监管侧重于面，这三者有机结合、相辅相成。通过点线面相结合，努力做到检查一个、查透一个、规范一个，这样成体系地推进医保基金监管工作不断走深走实。比如今年，国家医保局就把骨科作为专项整治的重点内容之一，利用这些检查办法，对定点医疗机构进行排查整治，促进整个骨科领域的全面规范。接下来，再转入常态化的日常监管，并出台全国统一的监督检查事项清单、检查指南等，提升日常监管的专

业化、规范化水平。通过点线面相结合，我们努力做到检查一个、查透一个、规范一个，这样成体系地推进医保基金监管工作不断走深走实。

根据此前发布的《2022年全国医疗保障事业发展统计公报》，2022年全国医保系统共检查定点医药机构76.7万家，处理违法违规机构39.8万家；处理参保人员39253人。2022年，共追回医保资金188.4亿元。组织飞行检查24组次，检查23个省份的定点医疗机构48家、医保经办机构23家，查出涉嫌违法违规资金9.8亿元。

[返回目录](#)

## • 免费医疗 •

### 从英国 NHS 看免费医疗陷阱

来源：中国医疗保险

英国是典型的“免费医疗”国家，曾被英国人视为最好的医保制度，也曾在2012年伦敦奥运会开幕式上被骄傲地展示。但这一建立75年的免费医疗制度正逐步走向难以为继的境地——受近期经济停滞、通胀高企、脱欧等一系列因素影响，该制度正面临筹资不可持续、员工不满薪酬罢工频现、获得免费医疗需要长时间等待等困境。《泰晤士报》称，近2/3的英国人对免费医疗制度不满。英国《每日电讯》《经济学人》等刊物开始反思免费医疗制度。特别是英国首相宣布了增加免费医疗制度医务人员的改革方案后，英国媒体认为，英国免费

医疗亟需根本性的变革，而不是简单增加 6 万医生、17 万护士和 21 万医技人员。

英国免费医疗体系现在面临的严峻挑战有 3 点：

一是“慢”，免费医疗服务供给严重不足，保障国民健康效果不佳。

突出表现为等待时间长。2023 年 4 月，仅 5600 万人口的英格兰地区，排队等待就诊的患者数就达 740 万人，等待时间中位数为 13.8 周，相当于每 7 名英格兰人就有 1 人排队等待 3 个月仍看不上病。其中，309 万人等待时长已超过 18 周，37 万人等待时长已超过 52 周，相当于每 20 个等待就医的病人中就有 1 人等待 1 年以上还没有看上病。同时，NHS 数据显示，因心脏病、中风等病需要及时救治的患者，平均等待救护车在 1 个小时左右。英国皇家急诊医学学会表示，目前每周都会有 3 百到 5 百名患者因等待时间长死在急诊。

英国全科医师协会主席就公开呼吁让病人去私立医院看病，认为等待免费医疗是在消耗生命。这表现为英国的富裕人群和贵族群体都会购买商业医疗保险，以获得更快、更舒适的就医体验。

二是“贵”，维持免费医疗的高税(费)，对经济发展产生灾难性影响。

为支持免费医疗运行，英国人的税(费)负担越来越高，躺平和离开成为重要选择。普通英国人每月要缴纳相当于工资 20% 的个人所得税和 13.25% 的国民保险费。媒体称，为支撑福利国家越来越高的支

出，原本针对少数英国人的高税率正日渐成为主流，适用人群越来越多。目前，适用 45%税率的英国人已达 86.2 万人，比上一年翻了一番；适用 40%税率的英国人已增至 560 万人，占纳税人的 1/6，预计到 2027 年将涨至 1/5。目前，收入 10 万英镑以上的英国人要承担 50% 以上的税(费)负担。一些原来有 2 人工作的家庭，考虑到 2 人工作收入也不会增多，开始选择 1 人退出工作、专职育儿。一些英国人为逃避高税率，开始移民他国，媒体称英国已是全球第三向外移民的国家。同时，过高的税率也让企业不愿来到英国。媒体称，在英国的公司今年比去年增长了 1/3 的税收负担。

三是“重”，英国财政已难以持续加大对免费医疗的投入，投入不足问题将日渐严重。

免费医疗基本靠政府财政支出支撑。尽管各界都批评英国政府长期对免费医疗投入不足，导致医务人员不足、医院床位不足、救护车不足。但实际上，免费医疗已经成为英国财政的不可承受之重。2021/22 财年英国财政支出的卫生费用高达 2168 亿英镑，占英国政府财政支出的 20.8%，是同期军费支出的近 4.5 倍。尽管，由于英国财政可支配支出规模的缩小，2021/22 财年免费医疗财政支出比 2020/21 财年减少了 13 亿英镑，但占财政总支出的占比还是增长了近 1 个百分点。同时，英国政府债务已经相当于 100%的 GDP，难以更大力度支持免费医疗。2022 年 12 月，英国财政赤字 274 亿英镑，其中 173 亿英镑用来支付政府债务的利息。财政的“无能为力”，正是



近期英国政府对于初级卫生保健医生要求涨薪 35% 以抵消通胀影响的诉求，只愿围绕涨薪 5% 的标准进行谈判的根本原因。

### 英国尚且如此，如果用我国的状况来看，将会如何？

首先来看看就医的等待时间。相比于英国，目前我国的就医等待时间很短，只要当天挂上号都能当天看上病，从看病到确诊再到住院或者手术的时间都很短，一般也就几天。可是患者往往仍然有“看病难”的印象，这是因为大量的患者汇集到三级医疗机构，三级医疗机构的医疗服务拥挤不堪，挂号难的情况确实存在(但也没有英国那么难，不需要等待英国那么长的时间)，优质医疗资源供给严重不足，大城市大医院虹吸现象严重。

当然，这与我国的医疗服务质量不平衡有关，在这里不多展开论述，想说明的是，等待时间长并不是英国的孤例，而是所有免费医疗国家、地区的通病，我国香港也是如此，免费医疗的医院动辄排队几个月起步。如果我国要实行免费医疗，那么患者要面对的肯定也是严格的分级诊疗和加倍的等待时间。

实际上，英国的例子已经将免费医疗的“公平”本质暴露出来，它仅仅体现在表面，让病人(少数特权患者除外)看起来拥有了平等享受医疗的权利，但这并非能真正享受到医疗服务，只是进入到享受医疗服务的“名单”。而作为普通人，我们需要考虑的是自己真的能承受医疗效率低下、等待时间过长的后果吗？我们的病情能够幸运到支撑我们等上三个月甚至是一年吗？相比之下，我国现在的医疗服务可

能会被诟病为拥挤、就诊时间短、态度平平等等，但在让患者真正能看上病、获得治疗的效率上，并不算低下。如果我们放弃现有路线，不解决医疗资源的不平衡和优质医疗资源的供给不足，只大谈特谈“免费医疗”，真的会让患者受益吗？

其次，免费医疗的国家基本上都出现了二元服务市场，即免费医疗和私立医院。私立医院的出现填补了免费医疗情况下部分人想要快速看病的需求，代价是医疗费用非常高昂。特别是在一些发展中国家，在本身免费医疗的医疗资源的数量不够充足、质量不甚优秀的情况下，再加上离谱的排队时间，逼着患者去私立医院看病，很多时候患者因此倾家荡产。

与高昂的医疗费用相匹配的，是高昂的商保费用，并且不是平民能负担得起的。可以说在二元服务市场下，有钱人和普通人的医疗保障和医疗待遇天差地别。扪心自问，这是我们需要的医疗体制吗？

再次，我们从个人经济负担上来衡量一下。剖析英国的例子，能发现羊毛还是出在羊身上，英国的免费医疗是由高税收撑起来的，缴纳 40%以上税的人就已经占据英国总人口的 1/6 以上。而这个标准放在我国会如何？

根据国家统计局公布的数据，目前我国绝大多数人的月收入都集中在 0-10000 元之间：月收入在 0-2000 元的人群占比高达 20.7%，2000-3000 元的人群占比为 22.1%，3000-5000 元的人群占比为 25.8%，5000-10000 元的人群占比为 22.4%。也就是说，超过 40%的老百姓月

收入不足 3000 元，超过 65%的老百姓月收入不足 5000 元，超过 90%的老百姓的月收入都不足 1 万元。在这个收入情况下，类比英国，就相当于我国有很多月收入不足 10000 元的人都要承担高昂的 40%税，甚至 45%的税；而月收入 3000-5000 元的中等收入群体也要承担 20%以上的税率，到手收入锐减。

月薪 10000 到手 6000，月薪 3000 到手 2400，大家可以结合一下自己的收入和生活成本来衡量一下，这是否是自己可以承担的税率。毕竟天上不会掉馅饼，免费医疗只是看起来“免费”，不是真正的什么都不花钱，在医护人员工资、医疗机构运行成本和药械都要钱的情况下，免费医疗也只是从看病花钱转嫁到税收缴钱上。

最后，我国的财政目前也并不足以支撑免费医疗的开展。正如国家医保局在一份答复中所说：考虑到我国还将长期处于社会主义初级阶段，财政支撑能力还很有限，医保筹资水平还不高，基金支撑能力还不足，如果实行免费医疗，不仅会压缩基本医疗服务范围，降低待遇水平，还可能会引起不必要的医疗浪费，长久来看不利于医疗保障制度可持续发展，不利于保障人民群众健康。

如果完全由财政负担医疗费用，实行免费医疗，那么就必然会造成对医院投入的不足，医务人员转回普通公务员收入。可能有很多人说，公务员收入不好吗，但是不妨问问医生本身，现在的收入和公务员的收入，他们选哪个？目前我国医生的收入水平普遍比公务员更高，如果回归到事业单位或是公务员的工资，甚至到手的钱要被腰斩，降

薪肯定影响医务人员积极性。

除了医务人员工资之外，还有医院的硬件成本也要考虑在内，财政不足，势必导致设备更新缓慢，医疗技术停滞不前，服务体系更新难。

在文章的结尾，笔者想说，我国人口众多，情况复杂，照搬外国现成经验很可能无法解决我们自身的问题，更何况是在国外已经逐渐被发现弊端越来越多的经验。免费医疗并不是那个比较圆的“外国的月亮”。只有适合我国国情的改革方法，才是最好的改革方法。中国的医保改革发展不能脱离中国基本国情和现实，要在发展中逐步提高群众保障质量，必须始终守牢“保基本、可持续”的底线，旗帜鲜明反对医保领域福利主义，决不做兑现不了的高承诺、难以持续的过度保障。确保医保制度和人民群众的医保获益长期可持续，才是我们真正应该做的。

[返回目录](#)

### 理性认识“全民免费医疗”

来源：中国社会科学院人口与劳动经济研究所

全民免费医疗向来是一个引人关注而又颇具争议性的话题，对其推崇或排斥的人都不在少数。从直觉出发，可能大多数人都向往通过“免费医疗”来彻底解除对生病的恐惧。那么，究竟何为全民免费医疗，它的实施需要什么条件，现在和未来的中国又适不适合免费医疗？

#### 全民免费医疗并不“免费”

我们谈到的免费医疗，一般是指以英国国民健康服务(NHS)为代表并被福利国家所广泛采取的一种医疗保障模式。在这种模式下，国民在接受医疗服务时无需付费，政府主要通过税收的形式为医疗服务筹资，通过财政预算的方式供款，为国民提供公平、普惠的医疗服务，体现的是国家和公民之间的权利义务关系。可见，免费医疗实质上并非真正的“免费”，而是由广大纳税人为医疗服务买单。事实上，我国在计划经济时期实行的公费医疗、劳保医疗与农村合作医疗因个人无需缴费且在接受医疗服务时免费，从而对于个人而言也是一种免费医疗制度。

福利国家型的免费医疗与我国现行的社会医疗保险模式的实质区别不在于“免费”与否，而是采取何种筹资机制来解决医疗费用负担问题。前者通过纳税人共担责任的政府财政来承担；后者则主要通过劳资双方缴费来承担，缴费义务与权利享受之间存在直接关联性。客观而言，两者都是人类应对疾病风险的成熟的社会化制度安排，经不同国家长期实践检验也都是有效可靠的。既然如此，就没有必要采取绝对的肯定或否定态度，而是应当考虑哪种模式适合一国国情及其所处的发展阶段。

### **全民免费医疗的实施条件较高**

福利国家的全民免费医疗确实是颇具吸引力的制度安排：一是因个人不用付费而省却了患者的负担；二是因保障水平高而能够切实解除国民疾病医疗后顾之忧；三是脱离了劳资关系的限制而更能够体现

国家的责任。然而，全民免费医疗的实施却需要具备相应条件，至少包括以下几点。

一是需要具有雄厚的政府财力作为支撑。如若不然，免费医疗服务往往范围狭窄、供不应求，质量也难有保障，只是徒有虚名，这在印度等一些发展中国家已经得到验证。真正的全民免费医疗意味着国家财政必须承担起全部责任，因此离不开高税收支撑，从而必须强化个人所得再分配的调节功能，这在发达国家也不易做到。

二是需要以社会公平为主流价值取向，并达成追求高福利、接受高税收的社会共识，即国民普遍期望建立普惠的高福利制度并愿意承受由此带来的纳税负担，这是支撑全民免费医疗的群众基础，而这种共识的形成并不容易。

三是需要落实基层首诊、分级诊疗，以实现医疗服务资源的合理配置。在这方面，尤其是需要强大的基层医疗机构扮演“守门人”角色。事实上，全科医生守门人制度是英国 NHS 的基础，病人首先在全科医生处接受服务，由全科医生决定病人是否需要接受专科诊疗，这些全科医师经过严格专业培训，医疗技术受到民众的普遍信赖。基层能力的建设、民众信任的建立、就医习惯的改变难以一蹴而就。

此外，还需要能够接受全民免费医疗可能带来的问题，比如急慢分治机制下的排队候诊、择医权受限等，这些可能影响患者的就医体验。全民免费医疗在英国的实践中，长期遭遇一些批评，这些批评主要集中在效率偏低上。人口老龄化叠加新冠疫情等因素使得 NHS 系统

承压，候诊时间屡创新高，2022 年底，仅人口不到 6000 万的英格兰地区就有约 700 万人在等待转诊治疗，等待超过 18 周的患者近 300 万，等待超过一年的有近 40 万。在急诊方面，35%的急诊患者需要等待 4 小时以上。由于排队就医时间较长，大多数英国人也都能坦然接受小病自愈、非紧急情况耐心等待的局面。有更高支付能力或需求的人也会转而付费从营利性的私人医疗机构获得更快、更好的医疗服务。

综上，全民免费医疗虽然诱人，但并非轻易能够实行的，我国计划经济时期实行的公费医疗与劳保医疗到了后期也因财力不足以支撑而难以为继。因此应当对其持审慎的态度。

### 社会医疗保险模式更适合中国现实

前已述及，建立免费医疗制度的基础是经济发展使社会财富积累和政府财力达到雄厚程度、医疗卫生资源布局相对均衡，以及凝聚多种社会共识等，显然，我国还不具备这样的条件，权利义务相对应的社会保险医疗模式更适合我国现实。

社会医疗保险起源并仍广泛见于德国、法国、荷兰等西欧国家，大多数发展中国家同样采取了社会医疗保险作为国民医疗保障的主体制度安排。该模式之所以被广泛使用，一方面是因为其筹资的独立性、稳定性程度较高。由缴费形成的医疗保险基金独立于财政资金，可以免于受到财政紧缩措施的影响，也免于与其他民生支出项目竞争优先性。也正是出于这个原因，各国医疗保障体系的发展大多从社会

医疗保险模式起步。

另一方面，社会医疗保险制度的根本特征是参与主体分担责任，通过互助共济机制，以集体之力量提供确切的保障。它不仅要求参保人先履行缴费义务于后享受医疗保险待遇，而且通常由劳资双方均衡分担缴费责任，这种权利与义务的对应、责任的均衡分担有助于维护制度的可持续发展。

在社会医疗保险模式下，同样可以实现较高的医疗保障水平，达到在接受医疗服务时无需或只需支付很少费用的效果，这在德国等国早已经成为现实。当然，这同时也意味着较高的筹资标准。

我国医疗保险制度尚未实现切实解除人民群众疾病医疗后顾之忧的目标，根源不在于制度模式的选择有误，而在于这一制度因存在制度性缺陷与缺失从而未能充分发挥效能。例如，职工医保个人账户折损了制度三分之一以上的统筹保障功能，居民医保按人头等额缴费既损害了筹资公平也限制了筹资增长，还有统筹层次偏低、地区待遇标准差异，以及市场化的商业健康保险发展迟滞等问题，结果导致重大疾病仍然是城乡居民最大的生活风险来源。如果能够通过全面深化改革，矫正制度性缺陷、弥补制度性缺失，加之优化筹资机制、提高统筹层次、统一待遇标准，相信这一制度将有能力更好地实现目标，并赢得更高的公众认同感。

### 全民免费医疗亦可成为未来的选项

尽管免费医疗服务模式在现阶段不适用于我国，但伴随中国式现



代化的全面推进，在财富积累到相当规模的条件下，面向全体国民提供免费医疗服务是一个可以考虑的方案。因为它普惠性地面向全体国民，患者无需考虑缴费多寡、享受的医疗服务待遇也高度一致，更无需考虑医疗费用的起付线、共付比例、封顶线等复杂规制以及报销范围内外药品、治疗方案等的差异，从而对国民而言是非常方便省心的，而承担责任的是政府，显示的是有为政府的担当。医护们可以专注于治病救人，公立医院可以回归公益本色，全民可以享受公平的医疗服务，疾病不再构成影响患者及其家庭生活的重要风险因素，这些也是我们每个人的期待。

总之，我们需要理性认识全民免费医疗，既不必盲目推崇更也不必一味排斥，其本质是通过税收筹资的方式来为国民提供医疗保障。未来，如果我们想要走向全民免费医疗，则不仅要共创更加丰厚的物质基础，而且要有集体主义的共享意识，摒弃与全民免费医疗相悖的取向，包括固守着医保个人账户作为私人利益的利己取向。而在现阶段，理应坚持社会医疗保险并不断优化其制度安排，不断满足人民群众对更高水平医疗保障的需要。

[返回目录](#)

## • 医院管理 •

### DRG/DIP 下医院信息化建设要点有哪些？

来源：金豆数据

《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》要求 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。而医疗机构及时、准确、全面传输 DRG/DIP 付费所需信息是支付工作开展的基础，在大数据时代，信息化建设对于医院实现 DRG/DIP 付费下高质量发展的目标至关重要，是助力医院适应改革的关键。

#### DRG/DIP 付费下医院信息化建设需满足哪几点？

国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》要求强化信息化支撑作用。推动云计算、大数据、物联网、区块链、第五代移动通信(5G)等新一代信息技术与医疗服务深度融合。

国家医保局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》明确提出，要引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设等四个方面的协同改革，做到四个到位。

#### 1. 编码管理到位

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。一是要确保医保疾病诊断和手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目等 15 项国家医保信息业务编码标准在定点医疗机构的落地应用；二是规范填写医疗保障基金结算清单，按照《医疗保障基

金结算清单填写规范》上传统一的医保结算清单。

## 2. 信息传输到位

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管。

## 3. 病案质控到位

病案管理是 DRG/DIP 分组的核心，医疗机构需加强院内病案管理，提高病案管理质量。各统筹地区可以支持和配合定点医疗机构，开发病案智能校验工具，开展病案质量专项督查，提高医疗机构病案首页以及医保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。

## 4. 医院内部运营管理机制转变到位

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的类型、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。

## DRG/DIP 付费下医院信息化建设要点

6月13日，国家医疗保障局官网发布《国家医疗保障局2022年度医保基金飞行检查情况公告》。从通报结果来看，抽查的48家定点医疗机构无一“全身而退”，均存在重复收费、超标准收费、分解项目收费等问题，超过95%的定点医疗机构存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等问题，超过89%的定点医疗机构存在将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算的问题，超过81%的定点医疗机构存在违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超量开药等问题，还有部分医疗机构存在按DRG付费模式下高靠病组、低标准入院等其他违法违规问题。

医院要如何通过应用信息化技术避免违法违规问题，实现医保合规的同时高质量发展？

## 1. 助力医院医保合规

### (1) 与医保部门相关系统的衔接

国家统一的医保信息平台针对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。因此，对于医院来说，与医保部门相关系统的衔接尤为重要。

2020年-2021年底，国家医保局相关司局多次组织研讨会，就DRG/DIP信息系统基本功能及技术规范展开调研及研讨，金豆公司全程深度参与研讨、功能及技术规范编写与完善、系统演示汇报等，深度参与标准制定。

在医院端，金豆公司精准融合了医保局端的标准与医院端的需求，构建出局端-院端一体化解决方案，通过提高数据质量和规范诊疗行为，为医院管理提供精细化决策支持，助力医院高效、规范使用医保基金。目前，金豆公司局端-院端一体化解决方案已成功在 140 余家医院落地。

## **(2) 符合国家相关政策的知识库和规则库**

国家医疗保障局《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)》明确指出，鼓励定点医药机构应用“两库”加强内部管理，规范医药服务行为。

金豆公司医保智能审核系统内设丰富的知识库和规则库，符合国家医保局关于基金智能审核和监控知识库、规则库的监管要求，有助于规范医药服务行为，也适用于 DRG/DIP 低码高套的规则预警要求。金豆公司以临床诊疗指南、临床合理用药等标准规范为基础，构建了强大的规则库、指标库、标准病种数据模式库等知识库群作为审核、提醒、校验的依据，实现对医务人员不合理的诊疗、检查、开药行为的实时提醒和在线校验，引导医务人员自觉遵守临床诊疗规范和医保管理政策，依法合规、合理规范开展医药服务，避免重复收费、超标准收费等问题的发生。

## **2. 助力医院高质量发展**

### **(1) 提升病案首页/医保基金结算清单质量**

医保基金结算清单是医疗机构向医保部门申请费用结算的数据

凭证，决定了 DRG/DIP 的分组，也影响着每个 DRG 和 DIP 分组的定价和支付。

住院病案首页是医院进行住院病案登记、疾病分类、审查等的主要依据，其提供的信息，是医院进行医疗质量监管和分析的数据来源、支撑医院信息系统的重要数据库、医疗保险支付体制改革费用核算的主要信息。《全面提升医疗质量行动计划(2023-2025 年)》提出，到 2025 年末，病案首页主要诊断编码正确率不低于 90%。

金豆公司构建的病案和清单质控系统，可以灵活适配医院内部经办流程，支持病案首页和结算清单的全流程管理、不同角色在病案/清单环节开展可配置的多轮人工审核、病案/清单对账，保证病案环节提升编码准确率，清单环节定位风险病案，协助医院实现提升病案首页和医保结算清单质量的目标。

## (2) 加强医院费用控制

费用消耗指数反映的是治疗同类疾病所花费的费用，为评价公立医院高质量发展的重要指标。

医院通过信息化手段采集出院归档病案数据，进行数据测算，生成费用消耗指数。该指标可引导医院在保持合理的疾病 DRGs/DIP 分组基础上，持续提升病案首页内涵质量，通过主动分析同组疾病费用结构，比较发现医院改进和控制费用结构的方向，降低不合理不必要的费用，尤其侧重药品和耗材的费用降低，切实降低患者的疾病负担，改善患者的就医体验，提高诊疗效率，促进医院的高质量发展。

### (3) 优化临床路径

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。天津市医疗保障局《DRG/DIP 联网审核实施细则(试行)》明确指出，定点医疗机构存在未完成按临床路径/诊疗规范要求应实施的诊疗措施的情形，天津市医保结算中心应依法不予支付。

医院可借助信息化技术加强对临床路径的监测与管理，从同病组不同科室预测盈亏、费用结构、病例类型等多维度分析病组盈亏情况，定位问题，为院内优化临床路径建立基础。

[返回目录](#)

### DIP 付费下，医院如何分析医保“盈亏”？

来源：医学界智库

近期，许多实行 DIP 付费的地区医保清算结果相继出炉，无论医院医保是“盈”还是“亏”，是什么原因导致“盈亏”，需要好好认真研究，找到“止亏、减亏、扭亏为平或为盈”的方法和措施，助力医院可持续发展。

随着 DIP 医保付费在各地的落地推行，2022 年各地区医保清算结果相继出炉。

医院医保管理考核成绩如何？笔者建议按照“院、科、病种、医生、患者”5 维度进行分析，医院 DIP 医保“大盈亏”份额是“扩大”还是“缩小”，整体是“盈”还是“亏”，哪些科室“盈”哪些科室“亏”，哪些病种“盈”哪些病种“亏”，哪些医生“盈”哪些医生

“亏”？“盈亏”的原因合理吗？成为各家医院重点关注的事情。

### DIP 付费下医院医保“盈亏”分析

DIP 付费是基于区域住院医保总额预算，按照 DIP 病种进行分值标化，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。

DIP 付费引入的内部人竞争控制原理，在医保基金预算总额预算的前提下，鼓励医院之间相互竞争，在总额预算池子“抢蛋糕”，一家医院抢到的医保金额占比高，预示着另外医院占比相应缩小。因此，DIP 付费下医院医保“盈亏”分析包括两个方面：

第一，医院医保总额是“扩大”还是“缩小”；

第二，医院医保“盈亏”金额是“多”还是“少”。

医院医保总额是“扩大”还是“缩小”分析。

在区域医保总额预算有限的情况下，本院医保结算增长率高于区域医保总额预算增幅，或本院医保结算金额增加，标志着另外医院占比下降，表明本院所占区域医保预算份额“扩大”。如果本院医保结算增长率低于区域医保总额预算增幅，或本院医保结算金额下降，医院医保份额就会缩小，就标志着另外医院占比提高，表明本院所占区域医保预算份额“缩小”。分析方法：

本院 DIP 结算金额增幅 =  $(\text{本院本年 DIP 结算金额} - \text{本院上年 DIP 结算金额}) / \text{本院上年 DIP 结算金额} \times 100\%$

本院 DIP 医保份额 =  $\text{本院本年 DIP 结算金额} / \text{区域本年度 DIP 预算}$



总额×100%

如果本院 DIP 结算金额增幅>区域医保 DIP 总额预算增幅，表明本院医保预算份额“扩大”，医院的医保收入增加，说明医院在区域具有较好的竞争力。

如果，本院 DIP 结算金额增幅<区域医保 DIP 总额预算增幅，表明本院医保预算份额“缩小”，医院的医保收入增幅下降，其他医院的医保收入增幅上升，说明本院在区域内竞争优势不强，没有医保收入的增幅本院的业务会出现逐步“萎缩”。

本院 DIP 结算金额增幅=本院本年 DIP 结算金额/本院上年 DIP 结算金额-DIP 医院年度预算增幅

本院 DIP 结算增幅大于 1，表明本院 DIP 份额“扩大”，增幅小于 1，表明本院 DIP 份额“缩小”。DIP 医院年度预算增幅在年初时一般公布，如果没有公布，可以考虑增幅 5%分析(医保筹资政策关联)。

医院医保“盈亏”金额是“多”还是“少”分析。

医院 DIP 总分值结合年终清算点值，考虑到医保考核金额，作为对医院 DIP 医保清算，医保清算金额如果大于实际医疗费用，医院出现医保“盈余”，医保“盈余”金额是“多少”，盈余是不是合理？需要研究和分析。

DIP 医保结算=倍率低于 0.5 的按照实际费用结算+倍率在 0.5-2 之间的按照标准分值×清算点值+倍率 2-3 之间的重新计算分值×清算点值+超过 3 倍比例单议病例按照实际费用结算

医院 DIP 医保盈亏=DIP 医保结算-本院 DIP 患者实际医疗费用-  
医保考核核减费用

从以上公式可以看出，只有 (DIP 医保结算-医保考核核减费用)>本院 DIP 患者实际医疗费用，医院才会有 DIP 医保盈余；反之，医院就出现 DIP 医保亏损。

### DIP 医保“盈亏”合理性分析

DIP 付费下，无论医院 DIP 医保整体“盈亏”情况如何，医院要认真分析盈亏是不是合理，也许会出现过分追求“医保盈余”和控制“医保亏损”，从而导致医院学科建设及医疗服务能力提升受到严重影响，进而影响医院可持续高质量发展。

因此，DIP 医保盈亏分析，不仅仅是 DIP 医保份额及总盈亏情况分析，还要细化进行分析，包括 DIP 分值分析、DIP 费用结构分析、DIP 收入分析、DIP 业务成本分析、DIP 质量安全分析、DIP 医疗服务能力分析、DIP 病种价值分析等。进而细化到“院、科、医生、病种、患者”五维度进行合理性分析。

#### 1. DIP 分值分析

DIP 分值分析，主要是开展本院 DIP 高分值、适中分值、低分值结构分析，通过分值结构分析，了解病种结构状况，进一步分析 DIP 医保盈亏提供参考依据。

#### 2. DIP 费用结构分析

DIP 费用结构分析，主要是参照 DIP 实际医疗费用中，药品、耗

材、医技检查、医疗服务项目占比，要与DIP医保结算收入对标分析，DIP医保结算收入其实是区域次均医疗费用的标准收入，医院要参照DIP医保结算收入分析本院DIP费用结构是否合理。

### 3. DIP收入分析

DIP收入分析，主要比较分析本年度DIP收入金额与上年度医保结算额度比较，是增加还是下降，分析医院DIP收入变异，是因为病种结构或分值区间病种变化增减的收入，还是DIP分值单价变动增加的收入。

### 4. DIP业务成本分析

院级要开展DIP业务成本核算，按照住院成本费用，结合DIP患者与非DIP患者分开核算，可以采取多参数分配法核算DIP总业务成本，分析DIP成本是增加还是下降，分析成本结构变化情况等。

### 5. DIP质量安全分析

要开展DIP医疗质量安全分析，低风险死亡率、手术患者并发症发生率、I类切口手术部位感染率等指标。医疗质量安全指标，直接影响DIP医保盈亏，医疗质量安全指标如果过高，引起住院日延长，抗生素使用率提高，处置治疗费用增加，导致实际医疗费用高于DIP医保结算费用，从而形成亏损，如果医疗质量安全控制较好，这些费用节省就会成为医院的医保盈余。

### 6. DIP医疗服务能力分析

DIP医保盈亏与医疗服务能力相关，一般情况下，医保服务能力

较强，医院获得的 DIP 分值就多，获得的医保结算就多，如果费用控制与医疗安全管理较好，就容易获得“超额医保盈余”，反之，则容易出现“医保亏损”。医疗服务能力分析指标包括，出院患者手术占比、出院患者微创手术占比、四级手术占比、医疗服务项目收入占比、CMI 值等。

## 7. DIP 病种价值分析

医院通过开展 DIP 成本核算，与 DIP 医保结算收入比较，核算 DIP 业务盈余(暨经济价值)，与 DIP 医疗服务能力 CMI(暨学科价值)指标比较，采取波士顿“四象限”分析模型，把 DIP 病种划分为“战略病种、优势病种、适宜病种、劣势病种”，指导医院病种结构调整，赋能医院绩效精准考核激励。

通过以上对 DIP 分析，研判医院 DIP 医保“盈亏”是否合理，DIP 合理性分析模型如下。DIP 医保盈亏合理性分析模型

医院 DIP 医保结算盈亏，第一，要进一步精细化分析，是哪些科室、哪些医生、哪些病种、哪些患者导致的盈余和亏损，第二，还要按照病种结构进一步分析，是高分值病种、适中分值病种、高分值病种、极高病种分值病种导致的盈余和亏损，第三，更要与医疗服务能力 CMI 指标比较分析。通过综合分析，才能清楚亏损是否合理。

### 如何“止亏、减亏、扭亏为平或为盈”？

如果 DIP 付费下医院出现盈余，医院满心欢喜。如果出现医保结算亏损，医院管理者更加关注，如何才能“止亏、减亏、扭亏为平或

为盈”？还有追求医保“盈余”需要关注哪些重点？这些都是医院管理者需要面对的。

DIP 付费下医院医保结算出现亏损，要做到“止亏、减亏、扭亏为平或为盈”，需要掌握四字秘诀“开源节流”，八字实操秘籍“增量、控费、降本、提质”，是对“开源节流”细化，结合 DIP 医保盈亏状况，有针对性的加强精益管理，提高 DIP 下医院运营效率和效益。

DIP 付费下开源是关键。

在区域内医保总额预算下，医院能不能抢到较多的“医保蛋糕”，决定医院能不能扩大份额占比。因此，开源应成为医院顺应 DIP 付费的关键，开源的渠道有三：一是，多看患者才能增加 DIP 总分值，总分值增加医院医保收入份额就增加，医院需要提高市场竞争力；二是，多看高分值的病种，同样资源下看的高分值病种占比提高，医院的 DIP 分值就多，医院自然就可以增加医保收入，但是需要提高医疗服务技术水平为根本；三是，加强医联(共)体建设，基层病种分流到医共体下级医院，医联(共)体内危急重症及高分值患者上转，实现分级诊疗充分发挥各级医院功能定位作用。

增量，增加病人量是基础，如何结合医院学科建设状况，精准增加与医院功能定位相契合的病人量是关键，如何增加提高 DIP 高分值病种结构，应成为增量医院的重点关注。

DIP 付费下节流是核心。

DIP 按照预付费，更加重视成本控制，在 DIP 收入预算封顶的条

件下，如何节流才是核心，加强合理用药管理、强化卫生耗材合理使用、规范医技检查减少防御性过度检查，成为节流的基础，还要加强采购成本管控、设备投资评估、床位扩张分析、人力资源配置等资源配置的，都成为节流的范畴。

控费，要特别注意过分控费力度的把握，避免出现从医疗过度到医疗缺失，进而影响医疗质量和患者满意度，控费是控不合理的用药、用材、检查，防止因为控费出现医疗质量隐患，让患者自费买药等，导致患者满意度下降，从而影响医院的竞争力。

降本是提高资金使用效率减少浪费，成本是医院运营管理之本，需要加强成本控制，强调成本控制是成本的最优化，绝对不能因为降本影响到医疗质量。

提质是根本。

DIP 付费引入的市场竞争原理，鼓励医院之间的竞争，医院竞争力的根本在医疗技术服务能力，医疗服务能力是医院管理之源。

总之，DIP 付费成为医保支付改革的主要方式，大势所趋，医院要顺势而为，找到 DIP 付费下医院精益管理可持续发展之道，才是硬道理。

[返回目录](#)

## · 医药电商 ·

### 医药电商的线下药店，「偃旗息鼓」了？

来源：医药观察网

我们为什么对电商的线下药店无感？

#### 1、电商的线下药店发展遇瓶颈

曾经，大批医药电商举着寻找行业痛点的大旗，开启实体门店布局。尽管业内对电商们提出的“对行业模式进行升级改造、重塑产业业态结构”的说法褒贬不一，但传统线下药店无疑是担心的，他们担心本就对行业冲击强大的电商如今又来线下“搅局”，是否会让传统线下药店无立锥之地。

几年时间过去，事实证明了这种担心的多虑，电商们的线下店早已停止了最初不断扩张的步伐。不论特药药店还是社区药店、不论销售规模还是门店数量，不论是门店盈利能力还是C端客户认知，电商们的线下药店都无法与传统药店抗衡。

为什么电商的线下药店未能如想象般发展壮大，恐怕还要从自身寻找原因。

#### 2、互联网电商为什么会布局线下药店？

追根溯源，这个话题恐怕要先从电商们进军线下店的原因讲起。

首先是监管的加强。2021年10月底，国家卫健委对外发布《关于互联网诊疗监管细则(征求意见稿)》，对互联网医疗平台的销售药品模式、问诊模式提出严厉要求，也是从这一年开始，京东自营大药

房开始加速全国布局。而 2022 年 12 月 1 日实行的《药品网络销售监督管理办法》，禁止了处方药的线上销售，提早布局的线下门店此时便发挥了承接作用。

其次是流量入口的需求。互联网平台卖药，与 C 端始终是“隔着一层”，而线下场景的打造，可以增加线上线下整体的服务能力，提升用户黏性。事实上，京东不仅仅是药房在布局线下，“京东便利店”“京东数码”“京东 mall”……各个版块都在往线下延伸。

第三是医药电商需要完善自身的业态，最大化流量优势。毕竟是“京东健康”，零售药店是不能避开的关键环节。供应链、大数据都可以赋能到线下，从而形成独特的竞争力，在传统药店中拼出自己的的一方天地。

### 3、理想与现实的差距

医药电商做线下药店来源于其强有力的信心，信心背后是庞大的流量、强大的产研、比传统线下药店多出数倍的品类资源、供应商资源……有这些作为依托，线下药店怎么会做不好呢？然而，理想很丰满，现实很骨感，线上线下的打通，并没有想象得那么容易。

#### 思维模式改变难

对于互联网公司来说，线下业务是不同于以往主营业务的一个新模式，而互联网电商思维更习惯的是搭建平台，快速直接。在这样的情况下，线上部门在公司内部毫无疑问是利润贡献部门，业务稳定增长、用人少，投入产出高；而线下业务如果不能独立，那么这个部门



在公司内部看起来，必然是如同“拖累”。开药店是长线项目，初期耗时耗力，招兵买马、各处圈地，却常常颗粒无收甚至负毛利。公司能够给予这个部门多长时间成长就成了关键，在情况不明朗的情况下，只能暂停业务扩张甚至调整团队。

阿里健康在 2021 年关闭了北区特药门店，只保留有盈利的部分药店；京东健康目前的自营门店 150 家，距离千家门店的设想，差距甚远。

### 公司内部协调难

在公司内部，线上线下资源不能共用也是限制线下药店发展的瓶颈。会有人认为如果门店不能创造额外的增值收入，仅依靠线上流量带来营收，那么并不能为公司创造收益。往往部门之间还存在业绩竞争，线下部门想要共享线上的资源，并不容易。

电商最引以为傲的供应链优势，在实践中难以做到线上线下统采分销。线上采购为一个入口一个出口；而全国范围的零售门店，更多是每个门店有自己独立的采购部门。这样一来，线上的议价能力无法赋予线下，线下体量小拿不到最优价格。

常见情况是同一家公司线上价格优于线下。如果将两个部门的采购打通或许可以解决这个问题，但是这样首先需要有一个商业公司可以对全国门店发货，其次需要整合全国各个门店的采购，即便这样也无法做到 100% 的统采。线下药房与传统药房做不到差异化竞争，后入场者势必处于弱势。

## 获得产品授权难

对于普药产品还好，但是对于新品、特药产品，厂家如果渠道管理严格，线下门店也很难获得厂家的支持。在厂家的管理体系里，与线上平台对接的是电商部，线下药店对接的是渠道部，两个部门很多时候是互为竞争的关系。如果电商平台在厂家获取经营资质，为了内部销售渠道的划分，厂家就不会再开通同一家企业的线下门店，否则内部的绩效难以计算，这一点也限制了电商的线下门店取得产品销售资质。

即便拿到资质，厂家对线上线下的价格、提供的支持有的也会有不同。

## 管理标准统一难

流程、SOP、经营理念……这些曾经让电商取得辉煌成功的软实力，未必同样适用于线下，场景的切换也需要转换思路，有些线上非常通畅的程序，到了线下可能会牵制线下药店的发展。

线上业务体量大，供应商排队供货，希望电商采购动动手指将搜索排名提前，电商此时虽为乙方，但也是很强势的乙方。可能在与供应商的协议中，对某些条款如保证金、回款周期、库存储备等条件会略微苛刻。而线下药店竞争激烈，电商的药店在供应商眼中与其他药店无异，药店为“弱势乙方”，这时再拿着这样的协议与供应商签约，没有哪个上游可以同意。

内部 KPI 考核也一样，线上部门更加考虑投入产出比，业务模式

决定这部分是低投入高产出，重在产研与采销，慕名而来的供应商大把。而线下部门的行业平均毛利摆在那里，更注重的是服务与BD，发展初期更需要去找客户拿到产品。两者如果是同样的考核、同样的流程侧重，就会对线下的发展形成限制。

与电商平台相比，线下业务难做很多，公司制定这个战略的时候一定也是几番论证，已经认识到了这些困难的存在才会做下去，但是公司内部对线下药店的定位、战略、管理……都是问题。

这些也影响着线下药店能够获得的资源、竞争能力、影响力，如果不解决，线下业务就更像是在以一个部门的力量与头部专业零售公司在竞争，以小博大，谈何容易。

所以，如果电商线下门店要快速发展，需要的是整个公司的托举，线上线下的联动。不能是仅仅投入资金、招人、开店，扔到市场里自己竞争。毕竟现在的市场格局已经逐渐建立，对于新入场者的机会越来越少。

[返回目录](#)

## **医药行业面临全新的生态环境，医药数智化势不可挡！**

来源：招标网

### **政策支持**

2021年10月21日公布的《商务部关于“十四五”时期促进药品流通行业高质量发展的指导意见》中提到，药品流通行业是国家医药卫生事业和健康产业的重要组成部分，是关系人民健康和生命安全

的重要行业。要全面提升药品流通现代化水平，完善现代药品流通体系，提高药品流通效率，促进行业高质量发展。并以“数字化、智能化、集约化、国际化”为发展方向，着力破除药品流通体制机制障碍，提升药品供应保障服务能力、流通效率和质量安全，为服务医疗卫生事业和满足人民健康需要发挥重要支撑作用。

### 市场趋势

近年来医药市场的迅猛增速，加快了我国医药流通行业的渠道多元化趋势：除了传统以医院为中心的医疗供应体系，其它渠道快速发展，包括社区卫生服务中心、全科诊所、零售药店，以及线上互联网医院、在线问诊 APP 等。

据国家卫健委数据，截至 2021 年 6 月，全国互联网医院已达 1600 余家。而在 2020 年上半年，全国互联网医院还只有 600 多家。医药电商强势崛起，四大医药流通商——国药控股、华润医药、上海医药和九州通医药也在优化业务结构的基础上，不断探索医药电商业务，并实现了由各自自营的中心仓，完成向患者药品配送的“仓配模式”、“网订店取”与“网订店送”的新零售模式。

### “医疗器械家族”身份逐步完善

医疗器械唯一标识(Unique Device Identification, 缩写 UDI)是医疗器械产品的电子身份证。

国家药监局 2021 年发布的第 114 号文件指出在《国家药监局、国家卫生健康委、国家医保局关于深入推进试点做好第一批实施医疗

器械唯一标识工作的公告》(2020 年第 106 号)规定的 9 大类 69 个品种的基础上,将其余第三类医疗器械(含体外诊断试剂)纳入第二批实施唯一标识范围。支持和鼓励其他医疗器械品种实施唯一标识。确保数据真实、准确、完整、可追溯。

总体而言,“后”疫情时代,全民健康意识加强,数字化、互联网、大数据、人工智能等技术发展快速推动健康行业创新,医药领域可及性、可负担性、性价比将不断优化。在此情况下,互联网医疗和数智化营销两大赛道将迎来利好。

[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