

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第32期

(2023.08.07-2023.08.13)

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。)

• 医院管理 •

▶ [公立医院医保基金监管模式探讨](#) (来源：卫生经济研究) —— 第 7 页

【提要】2022 年医疗保障事业发展统计年鉴数据显示，我国基本医疗保险参保率已超过 95%，医院来自医保基金的业务收入占比明显提高。在各类飞行检查、现场稽核频率逐年增加的情形下，医院如何合理使用医保基金、规范诊疗和收费行为、提升服务质量，是各界关注的重点话题。2013—2022 年，西南某三甲综合性医院(以下简称“A 医院”)医保申报额增长 3.97 倍，医保支付人次增长 6.02 倍。本文以 A 医院为例，探讨基于多学科会诊(MDT)的医保基金监管做法，为完善医院医保基金监管机制提供参考。

▶ [公立医院资本性支出配置思路探讨](#) (来源：经济参考报) —— 第 1 4 页

【提要】公立医院流动资产主要为在院病人医疗款，药品、耗材等存货以及现金等，主要由医疗收入周转产生，会随着医疗收入的增加而增加；由于投资受限等政策影响，公立医院非流动资产主要为固定资产、无形资产、在建工程等，主要来源于医院的资本性支出事项，包括新建医院、设备购置、重大改造等事项。

• 专家观点 •

▶ [观点 | 蔡海清：我国医疗保障制度的发展演进与未来展望](#)（来源：蔡海清）——第 23 页

【提要】新中国成立以来，我们党始终坚持以人民为中心的执政理念，始终坚持将人民健康放在优先发展的战略地位，始终坚持实事求是的工作作风，根据我国经济社会发展的现实需要，稳步推进我国医疗保障事业发展，实现了制度模式从单位保障到社会保障的历史演进。目前，我国已构建起世界上规模最大、覆盖全民的基本医疗保障网，以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度框架初步形成，人民群众“基本医疗有保障”问题得到了切实有效的解决，取得了令世界瞩目的伟大成就。

▶ [探讨 | 如何确定谈判药品的合理价格？](#)（来源：上海创奇健康发展研究院）——第 50 页

【提要】医疗费用增长速度持续超过经济增长是世界各国政府都面临的重大挑战。根据 OECD 的近期研究，在 2011 年至 2060 年的 50 年期间，OECD 国家和金砖 5 国医疗费用的平均增长速度将持续超过 GDP 2 个百分点。研究显示无论是高收入，还是中低收入国家，影响医疗费用增长的两大因素是人口老龄化和创新技术(包括药品)，人口老龄化趋势是不可逆的，因此政府控制医疗费用的关键是创新技术的应用，药品是主要部分。

• 地市动态 •

▶ [对比各地全面提升医疗质量监测指标，看未来质控工作重点](#)（来源：CDSreport）——第 55 页

【提要】相比于国家版的监测指标体系，各地均制定了部分定量指标的目标值，部分目标值还从疾病、医疗机构等级等维度进一步细化。今年 5 月国家卫生健康委、国家中医药局发布《全面提升医疗质量行动计划(2023-2025 年)》后，已有北京、天津、河北、内蒙古、黑龙江、安徽和贵州制定了当地的全面提升医疗质量行动计划工作/实施方案。CDSreport 对比发现，相比于国家版的监测指标体系，各地均制定了部分定量指标的目标值，部分目标值还从疾病、医疗机构等级等维度进一步细化。从各地指标和目标值的制定上，可以一窥未来三年各地质控工作的重点。

▶ [多地发布医保基金使用负面清单，对照自查成医院必修课](#)（来源：CDSreport）——第 59 页

【提要】CDSreport 统计发现，2023 年已有多地医保局编写并印发了医疗保障基金使用负面清单(以下简称医保负面清单)，其中既有省级单位如青海省、湖南省的医保局，也有市级和地市级地区如兰州市、广州市、盱眙县、永康市等。可见，作为医保基金的新型管理手段，医保负面清单的作用正被广泛认可。随着医保基金使用常态化监管的推进，正确理解和使用医保负面清单也成为定点医疗机构的必修课，同时也是医院管理水平的体现。

· 医保快讯 ·

▶ [医保智能监控未来发展的4个方向](#)（来源：华中科技大学）——
第 63 页

【提要】国家医保局自成立以来，始终把加强医保基金监管、维护基金安全作为首要任务。当前和今后一个时期，医保基金常态化监管面临着有限的人力资源和无限的监控任务之间的矛盾；新形势下骗保手段更趋隐蔽和专业化监控难度不断加大的矛盾；欺诈骗保与医疗腐败相交织，治理难度加大的矛盾。此外，异地就医结算、互联网+医保服务、DRG/DIP支付方式改革和门诊共济保障等改革的推进，对建立健全医保基金监控制度提出了更高要求。在医保十四五规划中的智慧医保和安全医保目标下，医保基金智能化监控对于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。

▶ [认清3大挑战，构建基金监管长效机制](#)（来源：中国社会科学院）——
第 67 页

【提要】医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。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。为进一步贯彻落实党中央、国务院决策部署，扎实推进医保基金使用常态化监管工作，国务院办公厅日前印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（以下简称《实施意见》），提出了一系列具体

举措，目的就是要严监管、出重拳，织牢织密医保基金监管网，不给欺诈骗保等违法违规行为可乘之机，绝不让医保基金成为“唐僧肉”。

• 耗材管理 •

▶ [如何拧紧药品和医用耗材管理的“阀门”？](#)（来源：健康报）——第 76 页

【提要】医保基金管理、医保制度改革，与医院药品耗材的管理是密切相关的。今年 5 月，国家医保局编制发布了《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)》，进一步健全和完善了医保审核机制，防止药品、医用耗材不合理使用，有利于保障医保基金安全，促进临床规范施治，维护患者公平用药的权益。

▶ [国家医保局开会，耗材价格治理来袭](#)（来源：国家医保局）——第 78 页

【提要】据国家医保局官网消息，近日，全国医保信息平台招采子系统数据质量治理推进会在青海西宁召开，国家医疗保障局党组成员、副局长施子海出席会议并讲话。会议指出，要深刻理解招采子系统数据质量治理在药品耗材价格治理中的重要意义，加快形成高质量的药品耗材招采数据。要推动招采子系统全部功能的部署应用，丰富完善数据应用场景。要严格把握好数据生成、传输、校准、处置等重点环节，切实履行各个环节的治理主体责任。要紧盯脏数据率、归集数仓率、网采率等代表性指标，对标对表提升指标质量，确保完成年度既定治理目标。

-----本期内容-----

• 医院管理 •

公立医院医保基金监管模式探讨

来源：卫生经济研究

习近平总书记多次对医保基金监管工作作出重要指示批示，国务院办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》为我国医保基金监管改革和发展作出顶层设计安排。2021年5月1日，《医疗保障基金使用监督管理条例》实施，为维护人民群众医疗保障合法权益提供了有力的法治保障，进一步突显了医保基金监管工作的重要性。2023年5月1日，国家医保局正式实施《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》，切实完善飞行检查机制，优化飞行检查程序，规范飞行检查行为，为法治化、规范化、科学化开展飞行检查提供制度保障，持续严厉打击欺诈骗保行为。

2022年医疗保障事业发展统计年鉴数据显示，我国基本医疗保险参保率已超过95%，医院来自医保基金的业务收入占比明显提高。在各类飞行检查、现场稽核频率逐年增加的情形下，医院如何合理使用医保基金、规范诊疗和收费行为、提升服务质量，是各界关注的重点话题。2013—2022年，西南某三甲综合性医院(以下简称“A医院”)医保申报额增长3.97倍，医保支付人次增长6.02倍。本文以A医院为例，探讨基于多学科会诊(MDT)的医保基金监管做法，为完善医院

医保基金监管机制提供参考。

1. 医院医保基金监管工作面临的问题

各级医保、卫生健康部门日益加强的飞行检查和专项治理活动，加大了对医院诊疗行为和收费合规合理性的监管力度，要求医院进一步做好医保基金监管工作。但由于患者个体化和医疗行为复杂性，以及医疗服务价格调整滞后，医保基金合理使用的判定标准难以统一，医院医保基金监管工作仍面临许多难题。

1.1 医保基金监管内容广，涉及部门多

医保基金监管内容涉及医疗行为、物价收费、药品耗材进销存管理等多个领域，牵涉职能部门、临床科室众多，由于归属不同部门及领导分管，容易出现互相推诿的情况，严重影响医保基金管理工作的开展。

1.2 医保基金监管工作专业性较强

医保基金监管涉及的医疗行为与物价收费等领域具有高度专业化的特点，需要相关职能部门与临床科室联动解决。面对各级医保经办机构稽核审查出的问题，医院虽做到了立查立改，也将问题及时反馈给相关科室或职能部门，但医务人员从专业角度可能产生不认可的情况，导致整改效果浮于表面。

1.3 医院未建立医保基金长效监管机制

目前，医院医保基金监管手段较为单一且多为事后监管，监管体系不完善。一般由医保办负责，但往往存在人力不足、责任划分不清

晰、未建立适合医院发展的医保基金使用考核体系等问题，导致不合理收费、不规范诊疗行为时有发生。

2. 基于 MDT 的医院医保基金监管模式

多学科会诊通常是指两个以上相关学科的专家组成相对固定的小组，针对某一器官或系统疾病，通过定期、定时、定址的会议，提出诊疗意见的临床诊疗模式。该模式将多个学科有效联合，能够最大化发挥各学科优势。为打破部门之间管理边界，越来越多的医疗机构尝试将 MDT 概念延伸至行政管理中，以解决部门协调机制运转不畅等问题。A 医院借鉴该模式，创新性提出基于 MDT 的医保基金监管模式，构建医保基金监管体系。

2.1 完善顶层设计，建立医保基金监管工作体系

建立由院长、书记担任主任委员，分管院领导担任副主任委员，各职能部门负责人为委员的医保基金监管委员会，通过集体决策，统筹医院医保基金相关重大管理事项。组建由分管院领导为主任委员，大外科、大内科、肿瘤中心等重要科室负责人与相关职能部门负责人为委员的医保专家委员会，为未明确的医保违规事项提供临床专业支撑，形成院内主动监管的“第三方专家”。针对各项检查与稽核查出的问题，设置专项工作专班，进行问题自查、整改与“回头看”。创新运用 ECI (Explain-Communicate-Improve) 临床沟通新模式，每个临床科室建立医保专项小组，医保办为其配备医保助理，从政策解读、意见收集、持续改进三方面深入临床充分沟通，提高沟通效率和执行

力，夯实医保基金监管基础。医院通过完善顶层设计，建章立制和多方联动，提高遵守法律法规和规章制度意识，确保医保政策准确落地与执行；同时与外部医保经办机构建立协调机制，反馈意见，提高政策制定的科学性，切实把好基金监管“总开关”。

2.2 加强部门联动，建立“医保+N”MDT合作模式

成立医保基金监管自查整改工作小组，以分管院领导为组长，成员包括医务部、医保办、设备物资部、临床药学部、财务部、护理部、信息中心、审计处及各临床科室负责人；为确保责任更加明晰化、指导更加专业化，根据不同岗位职责进行分工，成立四个专班，达成既定目标：审核标准问题做到客观、标准、统一，收计费问题做到合理合规、及时申报，医疗行为做到质量优先合法合规，基础数据维护做到数据精准、过程留痕(见表1)。

表1 “医保+N”MDT合作模式

专班名称	牵头部门	参与部门
审核标准专班	医保办	临床/医技科室、财务部、药学部
收计费专班	财务部	运营管理部、护理部、医务部、医保办、临床/医技科室
医疗行为专班	医务部	临床科室、药学部、医保办
基础数据专班	信息中心	设备物资部、药学部、财务部、医保办

2.3 梳理监管漏洞，建立多方参与的全流程医保基金监管机制

根据医保政策要求，医院形成医保扣罚问题清单，每月调取数据核实病历，追踪发现的问题，确定监管重点。职能部门、临床/医技科室共同梳理问题原因，确认监管规则，拟定整改方案。通过系统管

控、政策宣讲、培训，定期追踪整改效果。构建监管规则库，将医疗违规、物价收费等违规行为的风险点与信息系统结合，做到系统弹框事前及时提醒，将问题识别前移，防止同类问题再次发生(见图 1)。

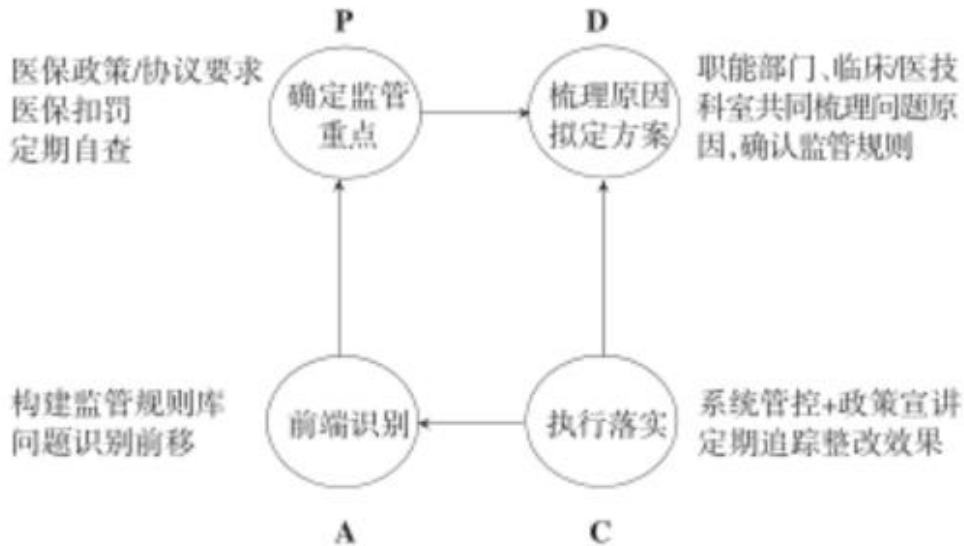


图1 多方参与的全流程(PDCA)医保基金监管机制

2.4 构建互联网+医保智能监管体系

以患者为中心，业务流程优化为导向，构建互联网+医保智能监管体系。基于大数据挖掘与共享平台、人工智能平台，建立计算机智能审核系统，提高了医院医保审核、业务经办效率，同时避免人工审核差错导致的基金风险和廉政风险。打通医院、医保、供药机构等业务系统，运用互联网、人工智能等现代信息技术，构建“一对多”的双通道药品电子处方流转平台。通过将审核系统与医疗业务系统互联互通，实现“数据流转”代替“纸质流转”，提高协同效率，为医保基金监管提供大数据支撑，最终形成覆盖医疗全过程、全方位的智能

化监管体系。

2.5 建立基于 DRG 的费用控制 MDT 模式

医保办每月从用于 DRG 分组的数据中识别诊断问题、映射问题，病案科协同临床科室共同确认，对问题数据进行修改和维护，确保疾病编码准确，避免低码高编。同时，医保办将异常数据发医务部，由医务部对医疗费用进行合理性判定，实现医疗费用合理控制。针对涉及入组、付费合理性的相关政策问题，医保办加强与医保经办机构的沟通与反馈，引导政策制定的合理性。

针对 DRG 付费下容易产生的分解住院、费用转嫁等问题，医院主动制定相应管理，如针对分解住院，医院制定专项主题到临床科室宣讲，定期追踪疑点数据，约谈违规情况严重的科室；针对费用转嫁问题，梳理问题症结，制定《关于院外检验检测管理规定(试行)的通知》《关于进一步加强临床药品使用管理的通知》等政策，让相关工作有章可循

2.6 建立医保基金使用考核体系

为了使医务人员充分了解医保政策，理解医保基金监管的重要性，医院建立了“1+3+6+12”培训制度，强化医保基金监管效果。具体包括：每月各科室通过传达医保简讯，回顾医保管理重要事项；每季度开展一次兼职医保助理培训，强调重要医保政策与业务流程变化要点；每半年开展一次医疗主任培训，通报典型违规案例；每年开展一次医保政策试题考核，以考促学。通过全覆盖、高频率宣传及学习医

保基金监管相关知识，形成“不能违规、不敢违规、不想违规”的良好氛围。同时，制定医保考核指标，对参加政策考核率不达标及医保扣罚情况整改不到位的情况建立问题分析评价与质量考核机制，形成适合医院发展的医保基金使用考核体系，从根本上提高对医保基金监管的认识，进一步规范医疗服务行为，提高医疗服务能力，筑牢医保基金安全防线。

3. 成效

3.1 医院内部形成监管合力

实践显示，多部门联合开展医保基金监管是利用各种的方法和手段，提高沟通、协调效率的一种有效工作方式，充分发挥了多部门联合优势，并将其贯穿于医院医保基金监管的全过程，能够促进形成打击欺诈骗保的高压态势，着力构建“不敢骗”“不能骗”“不想骗”的医疗保障生态环境，促进医院医保基金安全、高效、合理使用。

3.2 明确监管规则，降低医保拒付比例

通过MDT合作，A医院系统性梳理五类医嘱5万余条，形成管控规则459条，标化医保审核规则三类(共计1.2万余条)，构建集医疗合理性、医保合规性的审核规则库，通过审核方式的系统化和智能化，医保审核拒付率持续降低，做到了“内控廉洁风险、外防欺诈骗保”，实现医保审核效率和服务质量双提升。

3.3 提高医保基金监管整改率

医院通过建立医保基金管理数据专库，使医保基金监管工作由事

后申诉、反馈变为事先预警、事中监控，充分利用“大数据”优势对医保数据进行深度挖掘和分析。通过日常全方位自查加交叉评查的形式，院内医保基金监管实现管控类问题全部整改、监控类问题持续整改，进一步促进了医院医保管理工作质量和 service 能力的提升。

4. 小结

当前，医保治理逐渐从扩面提标的外延式发展转向完善机制、系统集成的精细化管理，医保基金监管呈现从显性转向隐形，甚至跨地区、电子化的特点，随着 DRG、DIP 等支付方式改革的推进，医保基金监管重点也将发生转变。公立医院应立足于维护医保基金安全有效使用原则，通过顶层设计把舵定向，以多方协作方式加速巩固，加强监管团队能力建设，夯实基础，提升综合监管效能、强化基金风险防控。基于 MDT 的医保基金监管模式实现了医保基金的全方位全流程闭环管理，将医保管理与行业规范化建设有机衔接，有效压实各方监管责任，有力推动医院走向高质量、精细化发展道路，全面提升医保基金监管水平。

[返回目录](#)

公立医院资本性支出配置思路探讨

来源：经济参考报

2014—2015 年，《关于控制公立医院规模过快扩张的紧急通知》、《关于加强公立医院财务和预算管理的指导意见》（财社〔2015〕263 号）明确“严禁公立医院举债建设和购置大型医用设备”，直接限制

了公立医院基本建设和大型设备购置权限。

2017—2018年，《国务院办公厅关于建立现代医院管理体制的指导意见》（国办发〔2017〕67号）、《关于开展建立健全现代医院管理制度试点的通知》（国卫体改发〔2018〕50号）强调，建立健全现代医院管理制度，公立医院所有权与经营权分离，但自主管理权在资本支出领域存在一定限制，不允许举债进行基本建设和大型设备购置。

2019年，公立医院开始执行政府会计制度，资金性质区分核算，公立医院的自主运营和专项资金投入支出情况能够清晰列示。

2020年，《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27号）首次提出了公立医院业务活动内涵经济行为的概念，强调公立医院需要缓解经济运行压力，提升资源配置效率，公立医院开始关注结余分配事项。

2021年，《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）建立了以医联体为基础的区域性医疗资源配置框架，资源配置重点集中在医联体内部的人才技术要素转移，基本建设和大型设备购置等资本要素则明确依托区域布局和重点项目建设。

可见，公立医院在资本性支出领域的自主管理权一直受到限制，政府举办权着重关注以资源配置为核心的资本性支出。但资本性支出的限制反而使医院更加关注高质量资本性支出的获取，因为这直接关

系到医院的资源配置和人员支出空间。

1. 我国公立医院资本性支出配置现状

1.1 资本性支出增长迅速且资产负债结构稳定

公立医院流动资产主要为在院病人医疗款，药品、耗材等存货以及现金等，主要由医疗收入周转产生，会随着医疗收入的增加而增加；由于投资受限等政策影响，公立医院非流动资产主要为固定资产、无形资产、在建工程等，主要来源于医院的资本性支出事项，包括新建医院、设备购置、重大改造等事项。2020年，我国公立医院非流动资产较2019年增长15.16%，流动资产增长率为9.34%；2021年，公立医院非流动资产较2020年增长13.79%，流动资产增长率为5.48%，非流动资产增长显著高于流动资产。同时，公立医院资产负债率稳定且稍有下降，资本性支出事项没有通过大量举债或者长期付款取得（见表1）。

表1 2019—2021年公立医院资产构成及负债情况

年份	流动资产/亿元	非流动资产/亿元	资产负债率/%
2019	15 822.34	18 457.08	45.96
2020	17 300.48	21 255.87	45.74
2021	18 249.08	24 186.76	45.10

注：数据来源于2020—2022年《中国卫生健康统计年鉴》，下同。

进一步分析公立医院大型设备的增长情况，2019年50万~99万元设备台数为194682台，2020年为222232台，2021年增加到248489台；100万元以上设备台数2019—2021年分别为194859台、223703

台、253867 台，年均增长率高于 10%，也高于流动资产的增长率。公立医院为非营利性医疗机构，一般不会产生较多盈余，那么在不影响自身资产负债的前提下，明确大量资本性支出事项的资金来源是什么，资本性支出事项又是如何配置的，对公立医院资本性支出配置管理十分重要。

1.2 财政拨款收入主要用于资本性支出

数据显示，2019—2021 年，公立医院每年的财政拨款收入均显著高于财政拨款支出(见表 2)。2019 年公立医院实行《政府会计制度》以来，资本性支出是导致财政拨款收入大于财政拨款支出的主要事项。2019—2021 年公立医院每年财政拨款收支差额占比均在 70%左右，考虑到资产折旧摊销的递延性，每年新的资本性支出应抵减上年递延的折旧摊销。

表2 2019—2021年公立医院财政拨款收支情况

年份	财政拨款收入/万元	财政拨款支出/万元	财政拨款收支差额/万元	财政拨款占总收入的比例/%	财政拨款收支差额占拨款收入的比例/%
2019	3 082.39	728.26	2 354.14	8.57	76.37
2020	5 151.49	1 310.81	3 840.68	13.97	74.55
2021	4 326.63	1 309.07	3 017.56	10.58	69.74

政府对公立医院的举办责任在财政项目支出中得到了体现，即通过支持资本性支出完成公立医院的资产更新升级，同时通过控制资本性支出履行监督职责，从而有效控制医院规模。长远来看，医院争取

财政项目才是获取优质资本更新的关键，即公立医院通过财政项目安排完成资源规划和配置，且不影响自主管理和债务规模。

1.3 三级公立医院绩效考核剔除了财政性项目资金影响，且不考虑资本性支出

三级公立医院绩效考核与经济行为相关的指标涉及资源效率、收支结构、费用控制和经济管理四个方面，具有以下特点。首先，除资产负债率外，所有指标均来源于医院收入费用总表，不涉及资产负债表、现金流量表，也就是考核不涉及医院的现金流和资本结构。其次，所有指标不涉及折旧摊销、长期待摊等与资本性支出有关的事项，甚至不考虑资产利用与收入的对应情况。最后，所有指标均剥离了财政项目和科教项目收支影响，以及项目投入对医院运营的影响。可见，政府并不关心医院层面的资本性支出问题，同时剔除了财政和科教资金对医院运营的影响。原因在于：财政项目和科教项目资金是资本性支出最重要的来源，而资本性支出是政府落实举办责任的手段，实施主体不在医院层面。

2. 公立医院资本性支出的分配依据和动因

2.1 医联体建设层次化要求是公立医院资本性支出最主要的分配依据

2021年《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号)对医联体的建设层次有了较为清晰的定位，结合国家卫生健康委《对十三届全国人大五次会议第3042号建议的答

复》，不同医联体层级具有对应的资产配置重点：区域医疗中心围绕区域内重点专科建设、医养结合、医防结合等任务配置项目资金；县级医院项目资金围绕基本医疗服务能力建设如现有成熟技术推广应用、医疗设备优化提升等配置；基层医疗机构建设则关注基本建设和设备购置等，其支出由政府根据规划足额安排。

医联体资源的整合涉及医联体内部资源整合和医联体之间资源整合，前者更倾向于分级诊疗和内部资源输出问题，后者涉及区域内医疗资源规划问题。财政项目对应的资本性支出势必围绕医联体建设层级展开，对医院而言涉及两个问题：一是医院处在医联体建设中的哪个层级；二是医院通过战略规划未来想要处于哪个层级。需要关注的是，虽然医联体能够在短期内促进区域内医疗服务能力的迅速提升，但在一定程度上削弱了医疗行业竞争。长远来看，医联体政策带有阶段性特征，因此医院在战略规划时仍应关注如何在医联体中扮演层级更高的角色，而不是仅仅基于目前角色。

2.2 举债方式下资本性支出为医疗行业的阶段性支持政策

2022年9月7日，国务院常务会议决定对部分领域设备更新改造贷款进行阶段性财政贴息，以加大对社会服务业信贷的支持力度，促进消费拉动作用。随后，国家卫生健康委发布通知，支持医院申报财政贴息贷款，主要用于设备购置等资本性支出项目。财政贴息政策的出台突破了公立医院不得举债建设的政策限制，有着时代背景因素。首先，2019—2021年公立医院资产负债率稳定且稍有下降。其

次，按照全国 2000 亿元贴息贷款，如果用于公立医院的设备购置，2021 年的资产负债率将提高至 47.57%(提高 2.47 个百分点)，资产负债率可控。最后，2000 亿元资本性支出势必会极大地振奋医疗设备供给市场，通过财务杠杆促进医疗相关行业发展。

可见，政府作为举办人在落实公立医院资本性支出时主要考虑医联体的资源配置层次问题和医疗相关行业技术提升问题。前者已通过医疗机构预算完成，后者属于阶段性振奋政策。站在公立医院层面思考，除了关注医联体层次外，做好阶段性政策的项目储备和预算规划关系到政策对医院的利好程度。

3. 公立医院资本性支出管理与政策衔接的建议

公立医院关于资本性支出的管理涉及两个核心问题：一是项目库的储备问题，二是项目管理的问题。事前规划是明确医院资本性支出的管理思路；事中管理涉及基于项目的设备价值分析和检讨事项；事后展示是医院争取更高层级项目的基础，也是医院数据治理和管理能力的体现。

3.1 建立以财政项目管理为核心的预算管理体系，筹备关键性资本性支出项目库

项目预算管理需要医院解决项目筹备、排序和跟踪管理的问题。首先，医院中长期规划是项目梳理的出发点，在立项初期不需要考虑资金来源问题，项目库的筹备可以很好地解决财政专项安排滞后于医院项目库安排的问题，提升医院迅速安排项目的能力。其次，医

院要建立完善的项目库排序机制并持续更新。项目库排序是为了区分在财政年度预算额度内需要安排的项目、争取短期内财政支持的项目以及医院结余中需要重点安排的项目。最后，项目竞争性谈判机制是促进业务参与医院预算的重要手段。引入项目竞争谈判机制不仅可以很好地促进业务参与项目管理，还可有效发掘业务中有价值的项目，在医院争取到其他专项资金时，可以再次借用项目谈判机制有效解决项目适配性问题。

3.2 构建设备更新分类规划思路，匹配资金性质

按照医院设备更新的目的，医院资本性支出配置可区分为周转维持类和能力提升类，医院应制定不同的规划思路。

(1) 周转维持类设备更新主要用于现有设备的到期更换或者行业普适性提升。该类设备更新不会显著提升医院某一方面的产出与能力，在医联体资本性支出政策配置层面很难获得专项资金支持，需要通过医疗盈余基金进行开支。由于涉及医疗盈余的分配问题，该类设备的更新节奏和频率是医院管理的重点。

(2) 能力提升类设备更新主要用于医院战略规划项目、专项提升项目、重点项目改扩建以及业务量提升。该类设备更新涉及医院技术攻关、前沿医学研究以及现有技术更新换代，需要依赖财政性项目及其他支持性政策(如财政贴息)。上述设备更新往往涉及医院一定期间的战略规划，与其在医联体中所处层级相关，因此管理重点是项目的争取能力、项目库的建设能力以及项目产出的展示能力。

3.3 完善医院投入-产出数据库，重视项目成果展示

完善项目成果展示以及相关数据库，对医院争取财政项目至关重要。首先，构建医院项目绩效指标库，围绕绩效指标库建立一系列的数据搜集和整理系统，使项目评价不再局限于传统的业务量等指标，提升绩效目标质量。其次，详细分解医院战略目标，并匹配相应的绩效目标，将项目排序，争取与医院的总体绩效目标结合，减少项目数据跟踪工作量。最后，围绕绩效目标展开项目竞争谈判，公平评价项目绩效。

3.4 尝试利用医疗相关行业的市场竞争性

在现有分级诊疗体系下，医疗行业的竞争有限，优质医疗资源集中程度高且层次化明显，但医疗相关行业的市场竞争性可以对此进行弥补。竞争是行业创新的源泉，例如医疗设备与医疗技术相辅相成。医院可以通过关注和利用医疗相关行业的竞争，加强发展预判，增强技术导向，维持创新思维，包括但不限于：关注承担重大医疗设备技术攻关的企业研究进展，适配医院战略规划；在控制成本费用的基础上，在设备购置时考虑技术开发与提升事宜，并注意搜集成果数据；时刻关注地域性和相关行业内的政策消息，及时应对财政贴息等阶段性政策。

[返回目录](#)

· 专家观点 ·

观点 | 蔡海清：我国医疗保障制度的发展演进与未来展望

来源：蔡海清

新中国成立以来，我们党始终坚持以人民为中心的执政理念，始终坚持将人民健康放在优先发展的战略地位，始终坚持实事求是的工作作风，根据我国经济社会发展的现实需要，稳步推进我国医疗保障事业发展，实现了制度模式从单位保障到社会保障的历史演进。目前，我国已构建起世界上规模最大、覆盖全民的基本医疗保障网，以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度框架初步形成，人民群众“基本医疗有保障”问题得到了切实有效的解决，取得了令世界注目的伟大成就。

一、我国医疗保障制度的历史演进

医疗保障制度作为一项事关民生的经济社会制度，其产生发展不可避免地会受到各国经济社会发展的影响和制约，并要求与之相适应，从而也就决定了其具有阶段性的特征。

（一）建立与计划经济相适应的医疗保障制度

新中国成立之初，我们从国民党旧政府手中承接的是一个千疮百孔的烂摊子，国家面对诸多问题：工业萎缩、农业萧条、生产设施严重损毁，导致大量工厂停工、大批工人失业，特别是国民党统治时期形成的恶性通货膨胀，造成投机盛行、物价飞涨，给国民经济的健康

恢复带来了极大困难。面对城乡人民的生存困境，国家在继续延续战争时代的供给制的同时，迅速对社会保障给予了高度重视，刚成立的中央人民政府以强势姿态承担起救济灾民与失业工人的责任，并在企事业单位及其他基层单位的全面配合下，迅速主导着社会救济、劳动保险等社会保障制度建设，从而从一开始就形成了国家—单位保障制的基本格局。到 1956 年，我国已经初步建立了以国家为主要责任主体、城乡各单位具体负责政策实施的较为完整的社会保障制度。在社会保障制度的实施过程中，国家通过各级政府与企事业单位日益紧密地结为一体。

1966 年 8 月，“文化大革命”开始，国家进入十年动乱时期。当时的基本社会背景是政治上强调意识形态至上，共产主义与集体主义成为时尚，在城镇，国有经济一统天下；在农村，全面进入“一大二公”的公社化时期，国家和单位对社会成员的生活提供保障被视为社会主义制度的当然内容和优越性的体现，并与各个单位的生产活动和劳动分配相混同。以 1968 年底国家撤销内务部为起始，负责劳动保险事务的工会亦陷入瘫痪状态，劳动部门受到削弱，国家已无法有效掌控社会保障制度的实施，社会保障制度只能依靠各个单位组织来维持和延续，因此国家—单位保障制的责任重心由国家转向单位，社会保障迅速走向了单位管理、自成一体、封闭运行的体制。

计划经济时期，在城镇，医疗保障体系主要由劳保医疗及公费医疗组成；在农村，则以社队为单位创建了集体与个人合作分担医疗费

用的合作医疗制度。

1. 计划经济时期的城镇医疗保障制度

1951年2月26日，政务院在颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》中明确规定，由企业或资方缴纳劳动保险金，建立劳保医疗制度，为国有、集体企业职工及其供养的直系亲属提供医疗保障，保障水平为职工的医疗费用全额报销、家属半额报销。

1952年6月27日，政务院颁布《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员公费医疗预防的指示》（以下简称：《指示》），决定自1952年7月起，在全国范围分期推广公费医疗预防制度。为贯彻落实《指示》精神，1952年8月30日，经政务院批准，卫生部颁发《国家工作人员公费医疗预防实施办法》，并于1953年1月23日印发《关于公费医疗的几项规定》，对公费医疗制度进行了细化和完善。公费医疗所需经费由国家财政拨款负担，由各级卫生主管部门统筹统支，保障对象为国家机关事业单位工作人员、革命残废军人、高校学生等。

2. 计划经济时期的农村医疗保障制度

1955年，在农村实行合作化的背景下，山西省高平市米山乡在农业社会保健站中实现“医社结合”，由社员群众出“保健费”和生产合作社公益金补助相结合的集体保健医疗制度建立。

1956年6月30日，经第一届全国人民代表大会第三次会议通过，并由时任国家主席毛泽东同志公布的《高级农业生产合作社示范章

程》规定,由农业生产合作社负责因公负伤或因公致病的社员的医疗,并对其酌量给以劳动日作为补助,首次赋予农村集体组织介入农村社会成员疾病医疗的责任。

1968年12月,毛泽东同志在《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》的调查报告上作出批示,介绍湖北省长阳县乐园公社实行合作医疗制度的做法和经验,从而有力地推动了以农民自愿互助为基础、依靠集体经济的农村合作医疗制度在全国农村的普遍建立和全面实施。至此,农村合作医疗仍为农民自主探索的实践。

直至1979年12月15日,以卫生部发布《农村合作医疗章程(试行草案)》为标志,从国家层面对农村合作医疗制度进行了规定,对合作医疗的实施任务、管理机构、合作医疗基金、医务人员及中草药的采种制用等方面予以规范。合作医疗制度为缓解经济落后的农村缺医少药的矛盾和广大农民看不起病或看病难的问题发挥了历史性的重要作用,被世界银行和世界卫生组织誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

在特定历史条件下,劳保医疗、公费医疗及农村合作医疗,对保障企业工人和机关事业单位工作人员、革命残废军人、高校学生的身体健康,缓解广大农民看病问题,促进社会主义建设,发挥了重要作用。

3. 计划经济时期的医疗保障制度特点

一是实行单位保障。在城镇,主要实行由单位包办、实报实销、

封闭运行的“单位保障”模式，劳保医疗筹资、管理和待遇发放主要由企业工会负责。在农村，传统农村合作医疗以人民公社或生产大队、生产队为统筹单位，筹资和待遇水平由统筹单位决定，实行集体负责、封闭运行，政府给予少量补助。

二是保障水平较低。由于当时医疗技术水平较低、筹资水平有限，大小病统包的结果为以保小病为主。在农村，传统农村合作医疗主要依赖中医技术为农民的常见病、多发病提供医疗保障，无力保障大病，在各地也存在严重的资金赤字问题。

三是筹资和服务供给一体化。在城镇，劳保医疗的筹资主体为企业，许多企业在内部设立了医疗机构，实行筹资与服务供给一体。在农村，合作医疗的筹资主体为人民公社或生产大队、生产队，服务的供给则主要为县乡村三级医疗网，其中乡村医疗服务供给体系由人民公社或生产大队、生产队构成，农村初级医疗保健的筹资与医疗服务供给也是一体的。

(二) 探索与市场经济相匹配的医疗保障制度

改革开放之后，我国的经济发展模式开始由计划经济逐渐向市场经济过渡，以单位保障为特征的医疗保障制度已经越来越难以适应时代的发展变化。

首先，农村实行包产到户、土地承包等改革之后，农村集体经济随之逐渐解体，以农村集体经济为依托的旧式农村合作医疗逐渐失去了赖以存续的基础，合作医疗趋于停办。

其次，继农村实行土地承包责任制改革之后，国有企业改革也随之启动，国有企业开始成为自主经营、自负盈亏的经济实体，直接面对市场竞争环境下的生存压力，甚至会出现破产倒闭的情况。如果继续实行单位保障，不同企业之间医疗保障费用负担的不均衡将导致企业之间的不公平竞争。特别是，在市场竞争中因为经营不善以致破产的企业，其职工的医疗保障权益将难以得到有效维护。

第三，随着企业用人自主权的确立，人员离开企业甚至失业是一件经常发生的事情，原有的单位保障模式将导致上述人员的医疗保障权益难以保证。

第四，我国实行改革开放的基本国策之后，民营企业和外资企业不断涌现，也需要有适合其特点的医疗保障制度来保障其职工的医疗保障权益。

由此可见，如果不改革以“单位保障”为特征的医疗保障制度，不仅不能继续发挥其作为社会稳定、协调机制的作用，反而有可能成为社会冲突、矛盾激化的缘由，从而对市场经济改革与经济发展造成损害。探索构建与社会主义市场经济体制和所有制结构相适应的医保制度，已成必然趋势。

为此，我国开始了医疗保障制度的改革实践。概括起来讲，我国医疗保障制度改革大体上可分为如下4个时期。

1. 试点探索时期(上世纪80年代中期—1998年底)

自20世纪80年代初起，一些企业和地方采用医疗费用定额包干

以及实行医疗费用支付与个人利益挂钩等办法，自发地对传统职工医疗保障制度进行了改革探索。

1989年，国务院批转的《国家体改委1989年经济体制改革要点》中提出在辽宁省丹东市、吉林省四平市、湖北省黄石市、湖南省株洲市进行医疗保险制度改革试点，同时在深圳市、海南省进行社会保障制度综合改革试点。

1993年，党的十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》中明确提出建立社会保障制度，要求城镇职工养老和医疗保险金由单位和个人共同负担，实行社会统筹和个人帐户相结合。

1994年，国家体改委、财政部、卫生部、劳动部四部委制定了《关于职工医疗保险制度改革的试点意见》，提出试点建立社会统筹与个人账户相结合的社会医疗保险制度，成立国务院医保改革领导小组及办公室，组织指导在江苏省镇江市、江西省九江市进行试点（史称“两江试点”）。

1996年4月至1998年12月，为扩大试点阶段。以国务院办公厅《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》为指导，将试点的范围由“两江”扩大到全国56个城市，在更大的范围检验“两江试点”成果，深入研究、发现问题、总结经验、把握规律、完善政策，比较和确定制度模式。

2. 建立城镇职工基本医疗保险时期(1999年—2003年)

经过4年多的试点和扩大试点的探索，各部门、各方面对改革方向和改革的重要性、迫切性，改革的任务、目标、路径和制度模式、政策框架等重大问题基本形成共识。在此基础上，1998年12月14日，国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号），正式提出在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革，标志着与就业关联的医疗保险制度正式建立。在我国实行了将近半个世纪的公费医疗和劳保医疗制度被新的职工医疗保险制度所取代，将单位保障制度转变为现代社会保障制度，实现了历史性的转变和跨越。

3. 推进全民医疗保障制度建设时期(2003年—2017年)

2002年，中共中央国务院颁布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发〔2002〕13号），决定建立新型农村合作医疗和救助制度。

为贯彻落实党中央国务院文件精神，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意见》（国办发〔2003〕3号），通过个人、集体和政府多方筹资，将过去的农村合作医疗转变为新型农村合作医疗制度（简称“新农合”），解决了广大农村居民的基本医疗问题。同年，民政部、卫生部、财政部三部委联合发布《关于实施农村医疗救助的意见》，在全国范围内开展农村医疗救助制度试点。2005年，开展城市医疗救助制度试点。

2007年，国务院出台《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)。经过一年左右的试点,本着由财政给予一定补助、居民自愿参加的原则,在全国建立城镇居民基本医疗保险制度,重点解决城镇非从业人口(俗称“一老一小”)的基本医疗保障问题。

2016年,国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号),决定整合城镇居民医保和新农合,建立城乡居民基本医疗保险制度。截止2017年度,全国大多数省份(共有24个省市)将其城乡居民基本医疗保险业务划归人社部门管理,基本实现了覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”。

综观2003年—2017年这一时期,全民医保制度建设全面推进、迅猛发展,基本实现了基本医保制度的全民覆盖。

4. 改革开放以来医疗保障制度改革的主要特点

这一阶段,我国医疗保障制度改革主要呈现如下特点:

一是医疗保障制度改革与经济社会发展相适应。改革开放后,医疗保障制度改革的功能定位主要是作为国有企业改革的配套制度,在劳保医疗、公费医疗的历史背景下,为了推进改革的顺利进行,改革后的社会医疗保险制度采取了大量过渡性的政策。

二是医疗保障制度的定位是保大兼顾保小。1998年建立的城镇职工医疗保险以保大病为主,通过个人账户保小病;2003年建立的新农合制度是“以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度”;2007年建

立的城镇居民基本医疗保险“以大病统筹为主”。此外，2003 和 2005 年先后建立的农村和城市医疗救助制度，也是以大病救助为主。

三是实行医疗服务供给与购买的分离。建立并实施社会医疗保险制度之后，人民群众需要的基本医疗服务通过社会医疗保险基金向医疗机构购买获得，实现了医疗保障筹资和医疗服务供给的分离。

(三) 构建统筹城乡规范统一的医疗保障制度

2018 年 5 月 31 日，国家医疗保障局正式挂牌成立，开始全面履行统一管理医疗保障事务的职责，彻底扫除了长期制约我国医保改革与发展的体制性障碍，从而为实现我国医疗保障事业高质量发展铺平了道路、奠定了基础。

1. 进行顶层设计，为深化医保制度改革明标定向

2020 年 2 月 25 日，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》（以下简称《意见》）。《意见》澄清了以往长期争论不休的制度选择与行动路径的认识误区，明确了全面深化我国医疗保障制度改革的指导思想、基本原则、发展目标，部署了重点改革任务、发展取向及相应的行动方案，从而为全面深化医疗保障制度改革提供了科学的顶层设计和系统的行动指南。

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，也是贯彻落实《意见》精神的综合体现，《规划》具体描绘了“十四五”时期医疗保障高质量发展“路线图”，标志着我国医疗保障制度改革从长

期试验性改革状态步入了以全面建成高质量、可持续的中国特色医疗保障制度为目标的新发展阶段。

2. 加强制度建设，实现医保管理服务的规范统一

长期以来，我国医保改革主要依靠政策性文件为依据推进，在地区分割统筹的条件下，各级政府及其主管部门颁发过难以计数的政策性文件，呈现出“红头”文件五花八门、政策措施叠床架屋的现象，这不仅弱化了医疗保障制度的规范统一，加剧了地区间、城乡间医保制度的不平衡，也制约了医疗保障制度的可持续性发展。因此，客观上需要进一步加强医疗保障制度建设，实现医保管理服务的规范统一。

为推进医疗保障制度管理规范化，逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡，确保医保基金运行安全和医保制度的可持续发展，2021年1月19日，国家医保局、财政部联合发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号，以下简称《待遇清单》）。

《待遇清单》将法定医疗保障制度的定制权及待遇确定权上收到国家层级，并进一步明确了基本医疗保障的制度框架、主要政策内容以及基本医疗保障基金的支付项目和支付标准、不予支付的范围，进一步夯实了基本医疗保障制度的发展基础。

2021年1月15日，国务院颁布了我国医疗保障领域第一部行政法规《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》）。《条例》的颁布实施为确保医保基金的合理合规使

用以及开展医保基金使用的监督管理提供了法律依据，为维护医保基金安全提供了有力武器。

与此同时，全国各地认真贯彻落实中共中央、国务院《意见》精神，不断提升医保统筹层次，全面做实市级统筹。2020年以来，各地市纷纷出台基本医疗保险市级统筹方案，经过2021年的实践和2022年全面实施，全国范围内，基本实现了基本医保基金的市级统筹，在更大范围内实现了基本医保制度的规范统一。基本医疗保险统筹层次的稳步提升，逐步消除了现行医疗保险制度过度的区域碎片化及其对待遇公平与互助共济能力的不利影响，从而成为全面深化医保制度改革的又一重要进展。

3. 强化规范管理，扎实推动医疗保障治理现代化

针对长期以来地区分割、部门分割条件下形成的医保经办服务标准不统一、信息不共享、系统分割、区域封闭格局，国家医疗保障局将医保标准化、规范化建设作为重要工作任务摆在优先推进的地位。

2019年6月20日，国家医保局印发《医疗保障标准化工作指导意见》（医保发〔2019〕39号），着手部署推进医疗保障标准化建设。同年9月23日，印发《医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法》（医保发〔2019〕55号），加快推进统一的医保信息业务编码标准，形成了全国统一的“通用语言”。

2020年以来，国家医保局陆续颁布《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号）、《医疗机构医疗保障定点管理

暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)、《医疗保障行政处罚程序暂行规定》(国家医疗保障局令第4号)、《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》(国家医疗保障局令第5号)、《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)等6部行政规章,为医保经办管理服务走向规范化提供了具体的制度遵循。

为进一步提升医保管理服务质量和业务经办效率,不断提升人民群众的医保服务体验,国家医保局制定了一系列政策文件以满足人民群众日益增长的服务需求。2020年4月30日,国家医保局印发《全国医疗保障经办政务服务事项清单》(医保发〔2020〕18号),聚焦医疗保障民生领域“难点、堵点、痛点”问题,着力实现“群众办事不求人、最多只跑一次”的目标,建立统一规范的全国医疗保障经办政务服务事项清单制度。为解决老年人等群体运用智能技术遇到的困难,2020年12月26日,国家医保局印发《关于坚持传统服务方式与智能化服务创新并行优化医疗保障服务工作的实施意见》(医保发〔2020〕54号),明确要求,改进传统服务方式,同步促进智能技术在老年人等群众中的普及使用,提高医疗保障服务适老化程度,着力解决参保登记不便捷、老年人等群体线上服务不适用、手工报销不方便、异地就医备案不便利、服务意识和能力有待进一步提升等问题。2021年7月16日,国家医保局在《关于优化医保领域便民服务的意见》(医保发〔2021〕39号)中明确要求,采取推动医保服务标准化

规范化建设、深化医保服务“最多跑一次”改革、推进“互联网+医保服务”、优化医保关系转移接续和异地就医结算、推行医保经办服务就近办理、优化定点医药机构协议管理、完善医保经办管理服务体系、强化医保服务数据支撑、打造医保经办服务示范窗口、打击医保领域欺诈骗保行为等举措，优化医保便民服务。2023年5月25日，国家医保局办公室印发《关于实施医保服务十六项便民措施的通知》（医保办发〔2023〕16号），进一步强调从方便群众办事的角度简化手续、精简材料、压缩时限、创新服务模式，打通医保经办政务服务的堵点和难点，在便民服务上出实招，最大限度方便群众，不断提升群众的幸福感、获得感、安全感。

4. 全面深化医疗保障制度改革阶段的主要特点

这一阶段，全面深化医保制度改革取得了重要进展，主要呈现出如下三个特点。

一是由党中央、国务院直接推动。不再是过去自下而上的地方摸索，而是通过顶层设计自上而下地统一推进。

二是目标明确、方向正确。不再是以往不知往何处去的五花八门的试验，而是在遵循医保制度客观规律的条件下，全面建成中国特色的医保制度。

三是向改革要红利。全面深化医保改革不再是简单的做“加法”，而是以调存量结构和矫正以往制度性缺陷与失衡利益格局为主，从而释放出巨大的改革红利。

二、医保制度改革取得的突出成效

国家医保局成立以来，坚决贯彻党中央、国务院决策部署，坚持以人民为中心的发展思想，把改革作为医保旗帜上最鲜明的底色，全力保障人民群众基本医疗权益，在以往工作基础上，取得新的成就。突出体现如下五个“更”：

（一）更加公平

1. 从覆盖范围来看

国家医保局成立5年来，在各级党委政府的高度重视和各级医保部门的积极努力下，全国人口参保率一直稳定在95%以上，农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在99%以上，基本实现了医保的全民覆盖，基本解决了广大人民群众“基本医疗有保障”的问题，有效缓解了人民群众疾病医疗的后顾之忧。

2. 从待遇保障来看

5年来，医保药品目录的调整速率不断加快，纳入目录的药品品种数量不断增加，上市新药纳入医保目录的等待时间从过去的平均近5年缩短至不到2年，有的新药上市仅半年就被纳入医保目录。2022年，医保药品目录调整新纳入药品111种，收载西药和中成药共2967种，与第一版基本医保药品目录所收载的1535种药品相比，增加了1432种，并且全面实现医保药品目录全国统一。

目前，职工医保和城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达到80%和70%左右。2022年，职工医保住院费用在三级、二级、

一级及以下医疗机构住院费用目录内基金支付比例分别为 79.8%、87.2%、89.2%；居民医保住院费用在三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用政策范围内报销比例分别为 63.7%、71.9%、80.1%。与 2021 年相比，在保持待遇水平总体稳定、略有提升的情况下，职工与居民在同级别医疗机构的住院医保待遇差进一步缩小。

3. 从制度体系来看

目前，基本医疗保险制度框架全国统一，主要区别在于不同地区之间与不同人群之间的政策参数存在差异，随着基本医疗保险市地级统筹的全面做实，大多数地区实现了市地级范围内甚至省级范围内制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体，医保待遇更加公平。

(二) 更有效率

1. 持续推进药耗集中采购工作

5 年来，国家组织集采 333 种药品平均降价超 50%，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，累计减负约 5000 亿元。2022 年，开展第七批国家组织药品集中带量采购，涉及 61 个品种，平均降价 48%。开展国家组织骨科脊柱类高值医用耗材集采，纳入 5 种脊柱类骨科耗材，平均降幅 84%。药耗集中带量采购工作的持续开展，有效挤压了药耗水分、减轻了群众负担、净化了行业生态、规范了医疗服务行为。

2. 着力开展药品准入谈判工作

自 2018 年国家医保局成立以来，不断加快医保谈判节奏，连续

5 年开展医保药品目录准入谈判，累计将 341 种药品通过谈判新增进入目录，价格平均降幅超过 50%。卡瑞利珠单抗、诺西那生纳等一大批独家品种的抗癌药、罕见病用药以适宜价格纳入医保，让人民群众用上了更多“好药”和“救命药”，加上报销后累计为患者减负超 5000 亿元，从而帮助数千万身患重症的患者和他们的家庭重燃生活希望。2022 年，协议期内 275 种谈判药报销 1.8 亿人次。通过谈判降价和医保报销，年内累计为患者减负 2100 余亿元。

3. 广泛开展医保支付方式改革

随着 DRG/DIP 支付方式改革的广泛深入开展，有效发挥了医保基金战略购买作用，医保基金使用效益不断提高，人民群众享受到了性价比更高的医药服务。截至 2022 年底，全国 30 个按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点城市和 71 个区域点数法总额预算和按病种分值 (DIP) 付费原国家试点城市平稳运行。各地积极行动，完成 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划覆盖 40% 统筹地区的目标。全国 206 个统筹地区实现 DRG/DIP 实际付费。

(三) 更可持续

1. 医保基金支撑能力不断增强

基本医疗保险基金(含生育保险)年度总收入由 2018 年的 2.14 万亿元增长至 2022 年的 3.09 万亿元，年度总支出由 1.78 万亿元增长至 2.46 万亿元；全国基本医疗保险(含生育保险)基金当期结存 6324.93 亿元，累计结存 42639.89 亿元。医保基金的收入增长率高

于支出增长率，继续保持着“收支平衡，略有结余”的态势，财务运行状况总体良好，为医保制度的可持续发展奠定了较为坚实的经济基础。

2. 医保信息平台全面上线运行

经过全国医保系统近四年的不懈努力，2022年3月实现了医保信息系统在全国范围内的全面上线运行，彻底结束了过去因为各地各部门自行建设所形成的系统分割、区域封闭、烟囱林立的历史，架起了一条横穿东西、贯通南北的医保服务“网络高速公路”。目前，系统有效接入80万家定点医药机构，覆盖全国13.4亿参保群众，从而为医保制度的平稳运行奠定了技术基础。

(四)更加安全

5年来，各级医保部门积极作为，不断通过“点线面”结合，推动形成医保基金监管的高压态势。

1. 飞行检查通过“点穴式”核查，实现“点上突破”

采取“不预先告知、以上查下、交叉互查”机制，有效破解了“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，充分发挥“飞检”利剑作用。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。

2. 专项整治通过“穿透式”检查，实现“线上推进”

医保部门联合公安、卫生健康等相关部门，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，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。

3. 日常监管通过数据赋能，实现“面上成网”

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 38.5 亿元，约占追回基金总数的 26%。仅一个虚假住院的大数据模型，精准锁定的线索，就抓获了近 500 人，查处涉案金额近亿元。

(五) 更为便捷

1. 医保经办管理服务效率进一步提升

随着全国统一的医保信息系统全面上线运行，医保信息平台的结算平均响应时间 0.8 秒，性能平均提高 3-5 倍，日结算 1800 万人次，经办服务效率明显提升。同时，由于实现了数据实时汇集，也为提高医保管理质量奠定了坚实的技术基础。

2. 异地就医直接结算工作实现新突破

一是群众异地就医住院费用结算更加方便。目前，全国住院费用跨省联网定点医疗机构 6.88 万家，比 2017 年增加了 7 倍。住院费用跨省直接结算率由 2017 年的不到 5%，提高到 2022 年的 65% 左右，累计惠及 2038.76 万人次。

二是普通门诊跨省直接结算取得突破。每个县至少有 1 家定点医疗机构能够直接报销跨省异地就医门诊费用，全国普通门诊费用跨省

联网定点医疗机构 38.21 万家，累计惠及了 6959.91 万人次。

三是门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算取得进展。每个统筹地区至少有 1 家定点医疗机构能够直接报销 5 种门诊慢特病异地就医费用，分别是高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析以及器官移植后抗排异治疗。全国门诊慢特病跨省联网定点医疗机构达到 2.46 万家，累计惠及 73.02 万人次。

四是异地就医备案服务不断优化。近年来，各级医保部门不断扩大可备案人群范围、减少备案所需材料，同时依托国家医保服务平台 APP、国家医保局微信公众号等全国统一的线上备案渠道，实现异地就医备案“网上办”和“掌上办”。

三、医保制度发展面临的主要挑战

随着我国社会老龄化程度不断加深以及国内经济转入中高速增长，医疗保障制度的可持续发展面临新的挑战。

（一）医保基金收支平衡压力不断增大

一方面是医保基金筹资来源和收入增长空间日渐缩小。随着我国经济发展的内外部环境的变化，我国原有的经济高速增长模式越来越受到制约，依托企业和居民增加缴费提高医保基金收入的空间日渐缩小。另据人社部提供的数据，“十四五”期间我国新退休人数将超过 4000 万人，劳动年龄人口净减少 3500 万人，而依据退休人员不再缴费的政策规定，必然导致医保基金的收入来源减少。

另一方面是随着我国老龄化程度的不断加深将导致医保基金支

出快速增长。目前，中国正在快速迈入“中度老龄化”社会，由于我国人口基数大，老年人的绝对数量将迅猛增加，老年人作为医疗费用的支出主体，以及随着医药技术的不断进步，将会刺激医疗消费呈现快速增长态势。

因此，从长远来看，医保基金收支平衡压力将不断增大，基本医疗保险制度的财务可持续性面临着重大挑战。

(二) 发展不充分不平衡问题亟待破解

突出体现在如下几个方面：

一是我国的医保待遇保障水平是从低标准起步的(当时的判断是只有低标准，才能实现广覆盖)，经过这些年的发展，无论是保障范围还是待遇水平都有了切实提高，但总体保障水平与人民日益增长的保障需求之间尚存在一定差距。

二是不同保障制度之间、不同地区之间、不同人群之间保障范围、保障方式、保障水平、保障质量等方面缺乏平衡贯通，既有“叠床架屋”式保障过度的问题，也有“缺门短项”保障不足的问题，这在不同地区之间表现尤为突出，对医保制度的公信力造成严重冲击。

三是基本医保与非基本医保功能混淆，边界模糊，基本医保“一枝独大”，非基本医保尚未得到充分发展，非基本医保在满足人民群众日益增长的多样化、个性化医疗保障服务需求方面，以及化解重特大疾病患者的高额医疗费用风险方面，所发挥的作用相对有限。非基本医保发展的不充分以及基本医保和非基本医保发展之间的不平衡，

既拖累了“保基本”的基本制度健康发展，又阻碍了人民群众多元保障需求，也妨碍了发挥多元主体共建共治共享医疗保障体系能动性、积极性的充分发挥。

(三)新业态对医保改革提出了新要求

目前，我国经济发展的新业态新模式来势迅猛，无论是企业用工、还是人员就业都呈现出以“灵活”为特质的多元化现象，人户分离现象常态化，对医保制度改革提出新要求。

一方面，伴随信息技术的进步和互联网的广泛应用，各种新型就业形态在快速发展，灵活就业已经成为就业领域的主流，这使得建立在传统劳动关系基础之上的职工基本医疗保险面临着覆盖面日益收窄的困境，而流离在正规劳动关系之外的劳动者却又缺乏足够的医疗保障，大多选择缴费低、待遇低的居民医疗保险。

另一方面，根据第七次人口普查数据，2020年全国人户分离人口高达4.93亿人，占总人口之比约35%，其中流动人口达3.76亿人，较2010年第六次人口普查增长了近70%；常住人口城镇化率较2010年提高14.21个百分点。这一组数据表明，我国的人口具有高流动性特点，人户分离现象已经常态化且不可逆转。在这样的背景下，占基本医疗保险参保人数3/4的居民医保如果再延续过去以户籍为依据的参保政策，势必造成许多人处于参保地与受益地分离的状态，从而对医疗保险关系转移接续和异地就医产生巨大的冲击，既不利于医保经办服务，也不利于参保人员就近享受医疗服务。虽然异地就医全国

联网结算平台基本实现了全国住院异地就医联网直接结算，但面临非属地参保管理下的基金超支风险。因此，让基本医保覆盖常住人口应当是正确的改革取向。但此项改革牵涉到政府财政责任重新配置，即目前由政府承担居民医保筹资 2/3 左右的责任将由户籍所在地政府改为常住地政府承担。调查中发现，无论是人口输出地区还是人口输入地区，都对按常住人口参保持消极态度，因为人口输出地区会因此项改革减少中央财政对当地户籍居民的医保财政补助，人口输入地区则会因覆盖户籍不在本地的常住人口而增加地方财政投入。因此，如何顺应人口流动规律，让户籍不在本地的常住人口平等地享受到当地的医疗保险待遇，是全面深化居民医保制度改革需要妥善解决的重大问题。

(四) 三医协同联动尚有待进一步加强

从药耗的集中带量采购使用到医保药品目录的准入谈判，再到医保支付方式改革，以及打击欺诈骗保行为的持续开展，医疗保障制度事实上已经发挥出了战略性购买作用，在有效抑制药品与医用耗材虚高的同时使医疗机构的医疗服务价值得以提升，从而更加紧密地将医保、医药、医疗结合在一起。然而，“三医”之间良性互动、协同发展的局面尚未真正形成，一方面，医保机构面临的基金收支平衡压力在不断增加；另一方面，医疗机构、医药企业则因原有利益受损而不满意。由于医保与医疗、医药（“三医”）之间改革缺乏协同联动，严重削弱甚至对冲了医保改革发展的正向效应，使得医保基金使用效率

受损、人民群众所获得的医疗保障服务性价比不高，获得感不强，对医保的抱怨和诟病时有发生。因此，如何真正形成“三医”良性互动、相得益彰、共同发展的新局面是全面深化医保制度改革的又一大挑战。

综上所述，持续深化医保制度改革的任务还异常艰巨，能否妥善应对上述挑战，客观上决定着中国特色医疗保障制度能否如期全面建成。

四、深化医保制度改革的未来展望

我国的医疗保障制度经过近三十年的发展，实现了医保的全民覆盖，解决了人民群众基本医疗有保障的问题，取得的成就有目共睹。未来，医保制度改革需要着力解决医保制度在改革、建设、发展中出现的不充分、不平衡问题，需要在推进医保事业更加公平、更可持续方面做文章，需要在创新医保治理方式上面下功夫。

（一）在提高医保制度公平性方面下功夫

进一步完善基本医保待遇保障政策，在费用分担机制、待遇保障机制、监管预警机制等关键环节上，做好做足“绣花功夫”，促进城乡之间、地区之间、人群之间待遇公平性的提升。同时，用合理可行管用的规定和标准(如费用分担占比，保障待遇清单，医药服务目录，医保支付方式、范围标准和办法，等等)，使基本保障等原则要求具体化，转化成可量化、可操控、可检查的“机制”，以此解决保障过度或保障不足等问题。

(二) 在推进医保制度可持续方面下功夫

一是努力实现应保尽保目标。全面落实全民参保计划，加大中央财政对经济发展相对落后地区医保发展的支持力度，持续实施政府财政对城乡贫困人口资助参保政策，加大对小微困难企业参保的政策扶持力度，建立适应新业态从业人员特点的参保缴费政策，努力实现应保尽保目标。

二是均衡各方主体筹资责任。按照落实党中央国务院在《意见》中提出的“均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化个人缴费和政府补助结构，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策”的明确要求，分步推进实施。未来一个可能的方向：1. 职工医保，将会在适当的时候，调整单位和个人的缴费结构，适当提高个人缴费占比，并降低用人单位缴费占比；2. 居民医保，最大的可能是将目前按人头实行定额等额缴费制改为与个人或家庭可支配收入挂钩的新缴费制；3. 未来的一个改革方向是，研究制定退休人员缴费政策，具体的实施路径：首先，让新退休人员以基本养老金为费基并参照在职职工的费率缴纳基本医疗保险费；然后，对已退休人员则通过适当提高养老金水平的方式来助力其承担相应的缴费义务。

三是进一步提高医保基金统筹层次。在全面做实市级统筹的基础上，全面建立省级医保基金调剂金制度，并进一步扎实稳妥推进省级统筹。

四是进一步完善医保支付制度。在坚持基本医疗保险基金总额预

算制的条件下，全面推进按疾病诊断相关分组付费(DRG)和按病种分值付费(DIP)方式，同时，健全完善普通门诊和门诊慢特病的付费机制。

五是持续强化医保基金监管。不断完善基金监管制度，着力创新基金监管模式，努力提高基金监管能力，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。

(三) 在提高医保服务便捷性方面下功夫

一是推进医保公共服务标准化规范化建设，实现一站式服务、一窗口办理、一单制结算。

二是加强医保业务经办能力建设，完善医保信息系统功能，大力推进医保服务下沉，着力实现服务事项“马上办、网上办、就近办、一次办”。

三是坚持传统服务与智能服务创新并行，加快推动智能化并提高适老化水平，保留并优化传统渠道。

(四) 在联动改革实现战略购买上下功夫

一是建立基本医疗保障跨部门协同治理机制。建立常态化、跨部门协同治理平台，实现基本医疗保障相关信息共享、协同治理，不断提高基本医疗保障协同治理能力。

二是建立多层次医疗保障体系协同治理机制。加强多层次医疗保障体系之间、基本医疗保障制度体系之间、基本医疗保险制度之间，以及基本医疗保险制度内部各个构成要素之间的协同治理，明确制度

功能定位，加强制度衔接，形成制度合力。

三是建立多元利益主体的协同治理机制。推进全国及各地方层面的协同治理，协商医疗保障筹资与待遇政策调整、医药卫生服务价格制定、医疗保险支付方式与支付标准等内容。

(五) 在推进医保法制化建设方面下功夫

以法定制、依法实施是现代社会保障制度的内在要求，医疗保障制度因涉及关系复杂及业务链条长而对法治的要求更高，其目的不仅在于确保医保制度规范有序运行，更在于明确赋权明责，即赋予全体人民医疗保障权，同时明确其法定义务。目前，我国基本医疗保险的参保率虽然稳定了95%以上，但始终有一部分人未参保。在参保人员中，大多选择参加的是缴费水平和待遇水平都相对较低的居民医保，这表明全民医保目标的全面落实需要以依法强制性参保为条件。

因此，加快推进医疗保障法治化进程不仅是全面深化医保制度改革的重要内容，更是医疗保障制度及其治理现代化的必要条件。2021年1月，国务院颁布的《医疗保障基金使用监督管理条例》是我国医疗保障制度走向法治化的良好开端，也是全面深化医保制度改革取得的重要突破性进展，但仅此一部行政法规不可能使整个医疗保障制度纳入法治化轨道，必须全面加快医疗保障立法步伐，而制定一部综合性的医疗保障法势在必行。目前，第十三届全国人大常委会已将制定医疗保障法列为年度备选立法项目，国家医保局起草的《医疗保障法(草案)》已向社会公开征求意见，这表明医疗保障法的立法步伐在加

快。同时，基于多层次医疗保障体系建设与处理相关关系的需要，还应当制定包括医疗救助、商业健康保险、慈善医疗等在内的多部行政法规。

综上所述，在党中央国务院的英明领导下，我国的医疗保障制度建设走的是一条与实际相结合、与时代发展要求相适应的改革发展之路，在促进经济发展、维护社会稳定、提升人民群众幸福指数方面发挥了重要作用，取得了卓越成效。但随着我国经济社会的发展进步，医疗保障制度也必须随时而动、随势而变，做出适应性变革，从而造福全体人民。

[返回目录](#)

探讨 | 如何确定谈判药品的合理价格？

来源：上海创奇健康发展研究院

医疗费用增长速度持续超过经济增长是世界各国政府都面临的重大挑战。根据 OECD 的近期研究，在 2011 年至 2060 年的 50 年期间，OECD 国家和金砖 5 国医疗费用的平均增长速度将持续超过 GDP 2 个百分点。研究显示无论是高收入，还是中低收入国家，影响医疗费用增长的两大因素是人口老龄化和创新技术(包括药品)，人口老龄化趋势是不可逆的，因此政府控制医疗费用的关键是创新技术的应用，药品是主要部分。IQVIA 的研究显示从 2009 年至 2024 年的 15 年间，全球药品费用几乎翻了一倍，从 6200 多亿美元增长到 1.1 万亿美元。药品价格谈判是政府控制医疗费用的重要举措。由于国家之间的经济

水平、社会文化和医疗保障制度等差异，药品价格差异非常大，如何确定药品的合理价格自然成为一个颇具争议的话题。

价格谈判的经济学思路

能够进入价格谈判的产品，供求双方都有一定的市场垄断能力。政府一般通过社会医疗保障系统代表需方购买，而企业进入谈判的药品都是市场上没有替代的创新药，具有供方的垄断。根据经济学的理论，企业能够接受的最低价格是等于产品的边际成本。具有垄断能力的企业，其利润最大的决策一般高于边际成本，具体成交价格取决于供需双方的谈判。在预算约束下，政府总是希望能够压低价格，为社会购买更多的药品，因此政府和企业的谈判事实上就是社会与企业的利润分配。由于国家之间的社会影响因素(国家体制、医疗保障制度和文化等)差异很大，所以即使是相同的经济水平，能够谈成的价格也很不一样。经济加社会因素决定了需方购买的价格范围。当企业面对多个具有不同购买力，但又相互封闭的市场(国家)的时候，企业增加利润的策略是从高向低，在不同国家谈判不同价格，直到价格等于边际成本。但是由于创新药的研发成本(固定成本)非常高，增加销售量可以降低总成本，价格谈判的余地很大。

减少药价差异的压力在增加

药价在不同国家差异很大，但支付高价药品的国家不断面临国民要求政府干预，降低价格的压力。例如一贯主张市场定价的美国也在2022年的《通胀削减法案》中加入了允许政府与企业谈判药品价格

的条款。根据美国政府审计署 (General Accounting Office, 简称 GAO) 的研究, 美国人均药费远高于其它高收入国家, 2018 年为 1229 美元, 而排在第二位的瑞士只有 894 美元, OECD34 个国家的中位数只有 542 美元。英国 2019 年的人均药费仅为 285 美元, 在 OECD11 个国家中最低。此外, 药品价格的折扣是不公开的, 而折扣的比例很大, 且因药品而异。根据 GAO 的报告, 丙肝药哈沃尼口服片 (Harvoni oral tablet, 28 片), 2020 年的零售价在美国是 31,895 美元, 折扣价仅为 12,642 美元; 澳大利亚的零售价为 8,668 美元, 加拿大的零售价是 16,204 美元, 法国零售价为 9,211 美元。因此, 如果不知道折扣, 国际间价格比较的数据也不真实。很多学者和政策制定者都呼吁药品价格透明。

制度与定价原则

国家制度对药价的影响非常显著。研究显示经济水平相同的国家药价差异很大, 低收入国家差异特别明显, 例如墨西哥的药价曾经比美国还要高 24%。如果一个国家没有覆盖药品的全民医疗保障计划, 那谈判能力就比较弱。美国就是一个例子, 除了联邦政府的老年医疗保险, 退役军人医疗保险, 以及贫困人口的医疗保险之外, 其它大部分都是通过雇主购买的商业医疗保险提供, 药品价格谈判的对象很多, 价格变化就大。很多发达国家有覆盖药品的全民医疗保险, 例如法国和澳大利亚, 这些国家在药品价格谈判中的市场控制能力就很强, 价格谈判成功就纳入全国医保目录, 管理相对简单。

各国在药品价格谈判中的策略虽然不一致，但基本原则还是有共识的。首先判断药品自身的临床效果，根据疗效分等。然后与现有药品比较疗效，决定其临床贡献，也可分为几等。两者结合就是新药的临床价值，在临床价值的基础上，根据预算就可以提出可接受价格。当然，各国在此之外还有很多具体措施。例如法国的药费总额回拨机制(clawback)，每年药费总额不得超出预算约定的百分点，如果超出，50%-70%的超出部分要返还给政府。

差异定价与社会福利

针对不同国家的经济水平和社会制度制定不同的价格在经济学称为价格歧视。价格歧视可以增加企业利润，在商品市场中很常见，例如团购、会员制等等。如果从全球经济资源配置的角度来看，价格歧视是否有利社会福利呢？经济学家庇古一百多年前对这个问题进行了系统分析。在限定条件下，价格歧视一般是减少社会福利的。不过后期研究显示，如果价格歧视可以增加产品销售总量，那就有可能增加社会福利。药品价格歧视是一个典型的增加社会福利的例子。根据国家购买力制定不同价格确实可以增加药品销售量，让更多的人用得起新药，社会福利自然是增加的。而且，创新药品对低收入人群的福利增量(边际效应)应该高于高收入人群，因此扩大药品在低收入国家的使用对人类社会的福利影响更大。因此，从社会视角来看，不同国家制定不同的价格以增加销量对全球社会是有利的。但是，国家利益会促使政府加强谈判降低本国价格，价格差异缩小会减少企业在低收

入国家的降价空间。

治愈性药物的合理价格

自从丙肝特效药索华迪问世以来，治愈性药品不断涌现，特别是再生医学类药物(细胞和基因药物)。这类药品的特点是一次性治愈或者转变为稳定的健康状态，通常称为 SSTs(Single and short-term transformative therapies, SSTs)。由于疗效显著，这类药品一般都非常昂贵。例如，最近两款 CAR-T 药品具有很好的疗效，但一个疗程的价格在 40 万美元左右。美国麻省理工学院生物医学创新中心的研究人员预测，到 2030 年，美国会有 30-60 个类似产品上市。这对任何国家的社会医疗系统都是一个巨大冲击。传统的定价方式显然不适用。首先是疗效持续时间不确定，治愈后会不会复发需要时间检验，复发之后还能不能重复使用该药也不确定，这些因素都会影响药品价值的确定。即使确定价值之后，如何支付也是一个很大的问题，医保基金一般是无法一次性承担这些药品和治疗技术，这也是发达国家当前讨论的热门主题。

结论

药品价格谈判是各国控制医疗费用增长的必要手段，本文讨论了 5 个观点：1. 价格谈判的基础是供需双方具有市场垄断能力，谈判决定社会与企业的利润分享，合理取决于社会认同；2. 各国药品价格的差异非常显著，要求政府干预降低价格的压力不断增加；3. 药品自身疗效和在现有治疗手段之上的疗效增量决定了创新药品的临床价值，

而预算是价格的决定因素;4. 根据国家经济水平制定相应价格对企业和全球社会福利都是有利的,但各国强化价格谈判会减少企业在低收入国家的降价空间;5. 治愈性创新药品的涌现对医保基金是一个巨大冲击,价格谈判需要考虑这类药品的特殊性。

[返回目录](#)

• 地市动态 •

对比各地全面提升医疗质量监测指标,看未来质控工作重点

来源: CDSreport

相比于国家版的监测指标体系,各地均制定了部分定量指标的目标值,部分目标值还从疾病、医疗机构等级等维度进一步细化。

今年5月国家卫生健康委、国家中医药局发布《全面提升医疗质量行动计划(2023-2025年)》后,已有北京、天津、河北、内蒙古、黑龙江、安徽和贵州制定了当地的全面提升医疗质量行动计划工作/实施方案。

CDSreport 对比发现,相比于国家版的监测指标体系,各地均制定了部分定量指标的目标值,部分目标值还从疾病、医疗机构等级等维度进一步细化。从各地指标和目标值的制定上,可以一窥未来三年各地质控工作的重点。

01、过程质控目标进一步细化

“医疗行为质量”相关指标主要考察医疗服务过程质量,国家监

测指标中仅给出了“每百出院人次主动报告不良事件例次”的明确目标值—— ≥ 2.5 例次(年均)，各地指标与此保持一致。针对患者评估类等指标，各地已制定了明确目标值。

以营养风险筛查率指标为例，贵州省、黑龙江省和天津市分别给出了具体要求。其中，天津市要求营养风险筛查率达到 40%，而贵州省针对医院等级进一步细化，要求二级医院和三级医院营养风险筛查率分别达到 50%和 60%。黑龙江省不仅明确全省住院患者营养风险筛查率提升至 20%，同时要求全省存在营养风险住院患者营养治疗率提升至 20%。

关于“早期康复介入率”，目前仅有黑龙江省对部分疾病的康复介入率进行了规定：全省脑卒中患者早期康复介入率提升至 15%，全省脊髓损伤患者早期康复介入率提升至 25%，髌、膝关节置换术后患者早期康复介入率提升至 25%。

肿瘤治疗前 TNM 分期评估率这一指标，贵州要求不低于 80%，黑龙江省要求达到 68%。根据《中国卫生质量管理杂志社》报道，2020 年全国医疗质量抽样调查中，肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌等 5 个常见癌种治疗前完成 TNM 分期评估比例为 66.06%、66.80%、59.66%、66.68%、64.41%，虽相比于 2018 年有所增长，但整体水平依然偏低，要达到 80%的目标是个不小的挑战。

此外，贵州省要求“门诊和住院处方审核率和合格率”分别不低于 80%和 95%，黑龙江的要求则分别为 100%和 90%；两省关于危急值报

告及时率的要求均为 100%。

此类过程质量的管理中，大多需要医护人员投入较大精力，并且多有时效性要求，对于本就繁重的临床工作是一项挑战。根据近年来优秀医院的应用案例，利用智能化工具实现事中质控是有效的解决方案之一。

02、依托信息化促进临床路径的普遍应用与规范管理

在医疗行为质量这一维度，多地提到了临床路径的管理与应用。

贵州省将临床路径与单病种管理、DRGs 绩效评价一起作为医疗质量管理工具，鼓励医院应用此类工具开展质量提升行动。不仅如此，贵州省还将其作为监测质量提升行动效果的指标，要求到 2025 年，全省三级医疗机构 50% 的出院患者、二级医疗机构 70% 的出院患者按照临床路径管理。

安徽省则在“强化关键环节和行为管理，提高过程质量”的章节新增了“加强临床路径管理”这一任务，由医疗机构的主要负责人来抓临床路径管理，形成具有可操作性的本地化临床路径，并提出将临床路径信息系统与 HIS 系统、PACS 系统、LIS 系统、手术麻醉系统等有效整合，依托信息化促进临床路径普遍应用与规范管理。

03、加强信息化技术在病历质控中的应用

“病历内涵质量提升”作为国家全面提升医疗质量行动计划中的五大专项行动之一，在各地实施方案中也占据了较大比重。其中，各地关于“病案首页主要诊断编码正确率”要求与国家层面一致——到

2025 年末不低于 90%。在此基础上，各地针对病历质量管理进行了细化，例如黑龙江分别对病历记录的及时性、准确性和完整性提出了相关要求：

及时性：首次病程 8 小时完成率提升至 70%，入院记录 24 小时内完成率提升至 65%；

准确性：全省 CT/MRI 检查记录符合率提升至 80%，全省恶性肿瘤化学治疗记录符合率；提升至 80%；全省恶性肿瘤放射治疗记录符合率提升至 80%；

完整性：全省手术相关记录完整率提升至 80%。

为达到相关目标，各地也给出了相应措施。内蒙古的工作方案鼓励通过加强信息化技术在病历质控中的应用，查找和分析病历质量问题，持续提高病历内涵质量，并通过将病历质量纳入科室和人员绩效考核内容的方式，提升临床对病历质量的重视。

在国家要求的基础上，贵州省还提出要提升病历质量安全可追溯水平，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，保障病历资料安全，确保病历内容记录与修改信息可追溯，不断提升质量安全意识和水平。

国家和各地已发布的指标体系中均提出要提高医院电子病历应用水平，目前仅有河北实施方案中明确到 2025 年电子病历使用率不低于 60%。

[返回目录](#)

多地发布医保基金使用负面清单，对照自查成医院必修课

来源：CDSreport

无论是出于常态化监管需求，还是 DRG 付费改革推进，对照医保负面清单进行自纠自查已成为定点医疗机构的必修课。

CDSreport 统计发现，2023 年已有多地医保局编写并印发了医疗保障基金使用负面清单(以下简称医保负面清单)，其中既有省级单位如青海省、湖南省的医保局，也有市级和地市级地区如兰州市、广州市、盱眙县、永康市等。

可见，作为医保基金的新型管理手段，医保负面清单的作用正被广泛认可。随着医保基金使用常态化监管的推进，正确理解和使用医保负面清单也成为定点医疗机构的必修课，同时也是医院管理水平的体现。

01、医保负面清单成监督执法的重点

对比多地的医保负面清单可以看出，其主要以国家、省市医疗保险相关法律法规、待遇政策和医保目录等为政策依据，结合当地医保部门在日常检查稽核中发现的问题与国家和省级飞检曝光的问题，对违规行为进行阐释。

以《张掖市定点医疗机构医疗保障基金使用负面清单(1.0 版)》为例，其内容包括 6 类 14 项 138 个问题，根据以往日常监督检查、现场检查、飞行检查、联合检查等检查中查出的违规情形，按超常入院、过度医疗、超目录限定支付范围用药、虚构医药服务、违规收费、

其他造成医保基金损失的行为等问题制定。

医保负面清单可为医保部门基金监管和经办机构稽核检查、拟定智能监控规则使用，是医保基金监管的重要工具。其广泛使用也意味着基金监管方式正从传统的事后监管向事前提示转变。各地的清单中，大多从“违法违规类型”、“违法违规具体内容及行为表现”、“政策法规依据及释义”等方面对医保基金使用中的部分违法违规行为进行阐述。

医保负面清单大多反应当地系统性频发的违规问题，各地对清单中违规行为的监管力度也在加大。汕尾市医保局明确，将以“负面清单”问题作为监督执法的重点，对检查过程中发现定点医疗机构仍然存在的问题，除按照服务协议处理外，将对照《医疗保障基金使用监督管理条例》加大行政处罚的力度，并将有关违规问题作为典型案例在全市范围内进行通报。

此外，随着智能监管的推进，医保负面清单可为建立本地化的医保智能监管知识库和规则库提供参考。南京市人民政府发布的《市政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》指出，推行医保基金监管“负面清单”模式，将清单事项逐步纳入医保智能监控系统，切实发挥南京“医保高铁”积极作用。

02、对照“清单”自查已成医院管理必修课

《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》要求医疗机构强化自我管理主体责任，开展医保基金相关政策法规

规培训，及时开展自查自纠，配合医保部门审核和监督检查。

医保负面清单将医保监管的规则和标准亮在明处，督促定点医疗机构对照清单开展自查自纠，强化医疗服务行为和医疗费用管理。在此背景下，医疗机构也需转变监管理念，从被动监管向主动管理转变。实际应用中，已有医院对照“清单”自查，避免了罚款。

2022年，连云港市医保局了印发《连云港市定点医疗机构医疗服务收费行为负面清单》，发放到各定点医疗机构医护人员手中并开展宣讲，当年该市的定点医疗机构通过自查自纠主动退回医保基金共计412.15万元。

此外，已有地区将DRG支付方式下的付费违规情形纳入负面清单，用以筛查新支付方式改革下的医保违法违规问题及线索，并将其与DRG付费改革绩效评价挂钩。

2022年9月，江苏省医保局印发的《定点医疗机构DRG/DIP支付方式改革绩效评价办法》，纳入了3项“负面清单”，作为“反向指标”评价医疗机构支付方式改革实施情况。其中，负面清单指标主要根据评价专家病案抽检、日常稽核、基金监管及信访统计，给予相应扣分，由此打击医保违法违规行为。

无论是出于常态化监管需求，还是DRG付费改革推进，对照医保负面清单进行自纠自查已成为定点医疗机构的必修课。

03、智能化医保审核助力医院实现事前监管

除医保负面清单以外，国家和地方医保局也在不断曝光违法违规

使用医保基金的典型案例。与医保负面清单类似，曝光的典型案例中，医疗机构的处罚多是因为过度诊疗、超标准收费、超医保支付限定范围用药等医疗行为。

例如，国家医疗保障局 2023 年曝光的典型案件中，河北某医院在 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间存在超医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算、串换诊疗项目、重复检查等违规行为，涉及违规使用医保基金超 500 万。

相比于恶意骗保行为，这类过度诊疗、超标准收费等大多可归于“非主观违规使用医保基金”，其原因多出于诊疗过程不规范、缺乏过程质控、医院缺乏有效管理等。针对以上问题，已有医院采用智能医保审核系统来解决。

智能医保审核系统可按照国家医保三大目录、医保飞检等文件要求拆分细指标，在系统后台形成丰富、适合本地实际的医保审核规则库。通过与电子病历的集成，系统可在医生下达医嘱以及产生费用时对临床行为进行全面审核，对药品违规风险、负面清单风险等进行实时预警，减少医务人员不合理的诊疗行为，从源头避免医保违规行为产生。

在医保基金监管常态化背景下，将“医保负面清单”和“智能医保审核”相结合，可让医疗机构将滞后的事后监管、问题查处逐渐向事前监管、事中干预、问题预防延伸，深入排查基金使用的问题盲区，规范医保基金使用行为。

· 医保快讯 ·

医保智能监控未来发展的 4 个方向

来源：华中科技大学

国家医保局自成立以来，始终把加强医保基金监管、维护基金安全作为首要任务。当前和今后一个时期，医保基金常态化监管面临着有限的人力资源和无限的监控任务之间的矛盾；新形势下骗保手段更趋隐蔽和专业化监控难度不断加大的矛盾；欺诈骗保与医疗腐败相交织，治理难度加大的矛盾。此外，异地就医结算、互联网+医保服务、DRG/DIP 支付方式改革和门诊共济保障等改革的推进，对建立健全医保基金监控制度提出了更高要求。在医保十四五规划中的智慧医保和安全医保目标下，医保基金智能化监控对于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。

背景

医保基金监管的高度复杂性和专业性等特点决定了智能监控的必要性和必然性。医保智能监控是利用现代信息技术与医保大数据，结合智能监控知识库和规则库，实现对医保基金使用全环节、全流程、全场景监控，旨在解决传统医保管理模式下人工有限、效率不高、精度不够等问题，极大提高基金监管质量和效能。2023 年 5 月，国务

院办公厅印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监控的实施意见》(国办发〔2023〕17号)，要求推进智能监控常态化，依托全国统一的医保信息平台，充分运用医保智能监控子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管的全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。同月，国家医疗保障局发布《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)》(以下简称“两库”)。“两库”建设是智能审核和监控工作核心和基础，其建设质量高低直接关系到智能监控应用的成效。全国“两库”走向规范统一，提升了医保智能监控的覆盖面和精准度，有利于构建多层次、全方位、立体化的医保智能监管体系。

医保基金智能监控应用成效

保障医保基金运行安全，提高医保基金使用效率。基金安全稳定运行是实现全民医保的前提。通过智能监控的推广应用，可以实现事前提醒、事中预警、事后监控的全流程防控。据报道，2023年，全国定点医疗机构和定点药店超过95万家，国家统一的医保信息平台日均结算量约为1800万人次，最高日结算量约为3476万人次，全国通过智能监控拒付和追回医保资金达到38.5亿元。截至2023年4月，国家医保局，已累计检查定点医药机构341.5万家次，处理162.9万家次，追回医保资金805亿元。

规范医疗服务行为，减轻群众看病就医负担。两定机构(医疗机

构和医药机构)可以通过智能监控,对医务人员明显违规的行为进行自动提醒和拦截,对可疑违规行为进行实时提醒。目前,越来越多定点医院主动借助智能监控实现自查自纠,减少了违规行为发生,最大限度减少被事后追责或者惩戒处罚。智能审核监控已经成为医疗机构安全规范使用医保基金的“第一道防线”。通过智能审核和监控系统的应用将监控关口前移,力争“抓早抓小”“防微杜渐”,帮助医疗机构强化自我管理、激发内生动力、增强行业自律、自觉规范医疗服务行为,真正实现“源头治理”,让人民群众享受到更加规范合理的医疗服务。医保智能监控系统通过遏制医务人员和医疗机构的违规行为,保障患者生病后在医疗机构能够达到合理治疗,在医保智能监控下免去了不必要的检查和治疗,减轻了患者就医费用负担,切实保障了参保群众的切身利益。

医保智能监控发展的思考

不断提升信息化标准化建设水平。目前全国医保信息平台已经建成落地,但各个地方由于经济文化水平和地区发展差异,对于智能医保监控的各项规则仍不统一。差异化的监控规则使得医保监控的相关部门信息难以互通,行动难以统一,给医保智能监控高质量发展带来挑战。因此,加快各地方医保基金智能监控知识库、规则库标准化建设和应用,加强动态维护升级,不断提升智能监控效能。加强医保监控规则标准化建设,实现各医保监控平台数据的整合联通,是各个相关部门实现联动协调的保障,有利于破除信息孤岛和信息烟囱,助力

医保智能监控实现更高水平发展。

注重全流程监控。以往对医保基金的监控往往是发现两定机构在医保基金的违法违规行为的一种事后惩罚性监控。这种监控方式不能将违规使用医保基金的行为防范于未然，而且在医疗卫生机构的日常工作中缺乏实时监控。这些监控环节的缺失将导致医保监控的效率低下。在医保智能监控中，着重强调要实现医保的全流程监控，从事前的提醒预警，到事中的实时监控，和事后的惩罚追责，全力实现对医保基金的全流程、全链条监控，全方位无死角的监控下充分保障医保基金的安全。智能监控是引擎，各地应当不断完善智能审核和监控的知识库、规则库，配合日常重点指标的监测与基金运行风险的分析，建立事前防火墙，防患于未然。今年5月1日开始正式实施的《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》明确，医疗保障智能监控或者大数据筛查提示医疗保障基金可能存在重大安全风险的可启动飞行检查。在医保智能监控加持下，采取不打招呼直奔现场的飞行检查方式，以“零容忍”的态度打击欺诈和骗保行为，能够有效的震慑定点医疗机构等被检查对象，维护医保基金安全。

充分发挥在医保大数据的作用。医保大数据作为一种重要的战略资源，在医保基金智能监控中起着重要作用。在全国医保统筹地区已基本实现医保智能监控全覆盖的条件下，着力加强医保大数据开发利用工作尤为重要。全国医保信息平台的建成为医保大数据的深入开发利用打下了基础，通过医保大数据建立反欺诈数据监测专区，实施国

家医保反欺诈智能监测项目，常态化开展医保数据筛查分析，在大数据分析的基础上分析锁定医保基金使用违法违规行为，总结欺诈骗保行为规律，为飞行检查提供线索，提高现场检查执法和精准打击力度。利用医保大数据研究开发“虚假住院”、“医保药品倒卖”“重点药品监测分析”等大数据模型，实现医保智能监控能力升级。

推进智能监控做实做细，实现医保基金安全防线一张网。加快实现全国智能监管子系统覆盖所有的统筹区，对全量的医保结算数据开展全面智能审核，初步实现全国智能监控“一张网”，结合大数据应用试点工作，构建事前提醒、事中预警、事后监控的全流程监督管理的基金安全技术防线。

[返回目录](#)

认清 3 大挑战，构建基金监管长效机制

来源：中国社会科学院

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。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。为进一步贯彻落实党中央、国务院决策部署，扎实推进医保基金使用常态化监管工作，国务院办公厅日前印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》(以下简称《实施意见》)，提出了一系列具体举措，目的就是要严监管、出重拳，织牢织密医保基金监管网，不给欺诈骗保等违法违规行为可乘之机，绝不让医保基金成为“唐僧肉”。

推进和加强常态化监管的两大背景

国务院办公厅出台的《实施意见》从三个方面提出了常态化监管的十五条主要内容：一是明确各方职责，分别是承担监管职责的医保行政部门、承担审核检查责任的经办机构和医保基金使用自我管理主体责任定点医药机构等三个主要参与方，以及其他行业部门的主管责任，并特别强调了要强化地方政府属地监管责任；二是做实常态化监管，主要提出了五项监管措施和监管模式的常态化，包括飞行检查、专项整治、日常监管等三项具体的监管措施，以及智能监控和社会监督两种监管模式；三是健全完善制度机制，主要是将上述职责、措施、模式等制度化，构建基金监管的长效机制。

《实施意见》提出的常态化监管概念，首先意味着我国医保基金使用监管的制度建设从探索阶段逐步进入定型阶段。国家医保局成立以来，在医保基金使用监管方面进行了持续不断的全面探索，逐步建立起对医保基金使用全方位、全链条的监管机制。在建立和完善医保基金使用监管机制的过程中，从监管体系的顶层设计到各地监管措施的具体落地，尝试了多种做法和模式，形成了诸多行之有效、符合医保运行规律的监管模式、手段、做法以及体制机制。这些都需要固定下来，形成常态化的监管机制。这是提出常态化监管的第一个主要背景。

其次，常态化监管也提出了未来一段时间我国医保基金使用监管长效机制建设的方向。《实施意见》不仅提出了常态化监管的重点工

作内容，也提出了构建医保基金使用监管长效机制的主要框架。医保基金使用监管的长效机制不仅要总结已有经验、将有效的监管措施常态化，而且也要富有弹性，能够容纳不断出现的新维度、新特征。我国医药卫生体制改革仍然处在攻坚阶段，医保支付方式的改革推进、门诊共济保障的建立完善、“三医”协同发展与治理等仍处在进行当中，医保基金使用的监管不断出现新问题、新挑战。这是提出常态化监管的第二个主要背景。

总结监管机制建设的四点经验与不足

国家医保局成立以来，我国医保基金使用监管机制逐步建立和完善，制度建设卓有成效，但也面临着一些亟待解决的问题。

一是队伍建设从无到有，逐步建立起一支相对独立的监管队伍，但是监管队伍的能力仍有待提升。国家医保局成立之前，医保系统极少有专职的监管队伍；国家医保局成立后，通过各种方式逐步建立了一支相对独立的专职监管队伍。目前这支监管队伍的人员构成中既包括行政部门专司监管的处室或部门，也包括经办机构、引入的第三方力量等。来自《医保基金监管蓝皮书(2022)》的数据显示，截至2022年底，全国省级层面建立专职监管队伍的有12家，地市级层面有43家，县区级100家。但从总体上看，建立专职监管队伍的“面”仍然不全，且由于监管队伍来源相对复杂，监管能力也有待提升。

二是多部门联动机制初步形成，但还需要进一步明确各方职责、完善部门间协同监管机制。医保基金监督管理涉及多个部门，需要部

门联动。在建立全方位、全链条医保基金使用监督管理机制的过程中，以医保部门为主，逐步形成了包括卫生健康、市场监管、药品监管、公安等在内的多部门联动机制。所谓多部门联动，其中既包括政府层面的部门联席会议，也包括各地探索形成的部门间案件移交、线索衔接等机制。但实事求是地说，目前各个部门之间的职责，特别是在重特大案件中的职责划分、案件和线索移交等方面的协同机制仍需进一步完善。

三是监管模式不断创新，但仍有进一步提升的空间。近年来，医保部门充分利用新技术、依托大数据，初步搭建了智能监管的体系框架，极大提高了基金使用监管的工作能力和实际效率，同时也在充分发挥社会监督作用，调动多方面的积极性。但智能监管的覆盖面和渗透率仍有待提升，社会监督参与度也有待进一步扩大。

四是探索形成了丰富的监管方式，但需注意更加关注其实际监管效果。包括飞行检查、专项检查、日常巡查等在内的多种监管手段和监管方式已经形成了比较完善的工作流程，也取得了显著的工作成效，但不容忽视的是，这些监管方式和手段的效果也出现了边际递减的现象。比如飞行检查，一些定点医药机构在逐步摸清飞行检查的规律后，搞“上有政策、下有对策”，以更隐蔽的方式来避开检查。

认清基金监管面临的三大挑战

现代医保制度在筹资端通过大数法则集中资金应对疾病风险，在支出端通过购买医药服务为参保人提供保障。由此，医保基金的监管

也随着人口结构的变化、疾病谱的变化以及医药卫生服务供给侧的改革而处于动态调整的过程当中。不可避免，医保基金监管制度在调整完善的过程中也将面对一系列重大挑战。

一是我国医疗卫生机构的运行机制仍未理顺，定点医疗机构自我监管、自我约束的内生动力不足。我国的医疗机构以公立为主，由于多年以来形成的“以药养医”弊端仍未得到彻底改变，医疗机构仍有动机通过各种手段，有时甚至不乏违规违法手段谋取私利，从而带来医保资金的浪费。随着医保基金监管机制的日趋完善以及监管力度的不断加强，目前总的形势是有明确判断标准、相对明显的违规违法行为显著减少，但一些缺少明确判断标准、较为隐形的违规违法行为仍然存在。

二是我国医药卫生体制改革包括医保领域中的一些改革仍处进行之中，医保基金使用监管的新维度、新特征不断出现，要求医保基金使用监管能够快速容纳新的监管维度和监管内容。以医保支付方式改革为例，按照国家要求，以 DRG/DIP 为主的预算制支付方式要实现住院服务的全覆盖。预付制下违规违法行为的具体表现与按项目付费下的逻辑是完全相反的：预付制下重点是推诿重症、高靠编码、降低服务数量与质量等。诸如此类改革也要求医保基金监管快速跟上。

三是不同层级、跨区域、跨部门的监管与属地化管理、部门分割的现实情况之间存在冲突。我国医疗保障制度实行的是属地化管理原则，但当前我国人口大规模流动呈现常态化特征，跨区域就医越来越

多，不仅如此，随着新的诊疗技术和药物出现，医保基金使用中涉及的跨部门监管也将越来越多。

厘清常态化监管的职责划分与职能衔接

针对我国医保基金使用监管中存在的问题及挑战，《实施意见》从总结已有的监管实践、着眼基金监管面临的新挑战等角度，提出了推进常态化监管的诸多措施。其中最为重要的一点就是对各方责任进行了明确，包括不同层次医保部门、属地政府、其他多部门等。在诸多参与方之中，与医保基金使用联系最为密切的一是医保基金的使用方，即定点医药机构，二是医保基金支出的实际管理方，即医保部门。医保部门实际上也包括了两个主体，即医保行政部门与经办机构。这两个参与方是医保基金使用监管的关键，其职责划分也是常态化监管体系建设重点。

医保行政部门与经办机构之间的监管职责划分与职能衔接

《实施意见》中对医保行政部门职责的界定是“强化医保行政部门监管责任”，对医保经办机构职责的界定是“强化医保经办机构审核检查责任”，二者在基金使用监管中的职责既有分工又有衔接。具体而言，医保行政部门负有对经办机构协议签订、履行等情况的监督，要促进医保经办机构业务规范；而医保经办机构要提高日常审核能力，对定点医药机构、参保人等履行医保协议、享受医保待遇的情况实施核查。

医保行政部门作为国家机关按照法律规定行使行政监管的职能，

主要体现在规则制定和秩序维护上。而经办机构作为医保基金的具体管理方，是执行业务的部门，其监管职能主要依据的是定点协议，根据协议内容进行审查、稽核等，其作出的决定不能超过协议规定的内容，超出协议规定的内容以及在核查中发现的问题线索等要及时移交医保行政部门。

在政策实践中，对于医保行政部门和经办部门之间的职责划分与衔接是一个关键点，特别是在前期监管队伍不健全的情况下，往往需要委托经办机构执行监管任务。本次《实施意见》对此提出了明确的界定和要求。

强化定点医药机构自我管理的主体责任

医保基金的使用最终还是要落到定点医药机构上。医药领域存在严重的信息不对称，不仅是医药服务供给方与患者之间的信息不对称，医保基金管理部门与医药服务供给方相比也处于信息劣势。此外，我国定点医药机构主要以公立医疗机构为主，带有公共部门行政垄断的天然特征。因此，医保基金使用的外部监管往往面临诸多问题，需要定点医药机构充分承担起自我管理的主体责任，强化自我监管的内生动力。

定点医药机构自我管理要将基金使用监管的要求内化到医药机构的内部管理体系中，健全与医保基金使用相关的内部管理制度，同时承担起医保基金使用上的责任，做好就诊患者和购药人员的身份核验、医保目录适用认定、记录和检查检验报告存档等工作。同时，建

立健全信用管理的制度，通过信用管理制度来约束定点医药机构承担起合理使用医保基金的责任。

优化监管手段构建全面协同监管机制

丰富并优化多种监管手段

首先，要将之前行之有效的一些监管措施通过建章立制实现常态化。比如飞行检查制度，国家医保局已出台并实施了《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》，在本次《实施意见》中对飞行检查的常态化进一步提出了要求。此外，对专项整治、日常监管等的常态化也进行了安排。

其次，要进一步推进智能监控的常态化。智能监控是构建现代医保基金使用监管体系的基础，是提高监管效能的主要手段。全国统一的医保信息平台为进一步提高监管智能化、构建智慧医保提供了基础。推动智能监控常态化就是要充分利用医保信息平台提供的大数据，开展医保数据筛查分析，通过大数据分析锁定医保基金使用违法违规行，提高精准监管的能力。

再次，要推进社会监督实现常态化，将社会监督作为净化行业风气、提高医保基金使用效率的重要手段。除了完善举报投诉机制、畅通投诉渠道外，还要探索开展定调医药机构医保基金使用情况向全社会公示的制度，调动全民参与医保基金使用监管的积极性。

跨层次、跨区域、多部门的全面协同监管

我国医保基金管理遵循属地化管理原则，不同层级政府及医保部

门各自承担本层级医保基金的监管职能。本次《实施意见》对不同层级医保部门的监管职责进行了明确。国家医保局负责监督指导全国医保基金使用常态化监管工作，省级医保行政部门负责监督指导本行政区域内医保基金使用常态化监管工作，地市级以下医保行政部门负责落实好常态化监管任务。同时，还进一步明确了地方政府属地监管的责任，要求地方各级人民政府对本行政区域内医保基金使用常态化监管负领导责任。

随着人口的大规模流动，异地就医规模越来越大，并逐渐成为欺诈骗保的高发区，对此，《实施意见》对于跨区域的医保基金使用的监管提出了就医地和参保地同样负有监管责任，要进一步完善异地就医协同监管和跨区域工作机制。

至于多部门协同监管，这既是我国医保基金使用监管的重要经验，也是全面构建常态化监管体系的关键环节。在总结多部门联动监管机制的基础上，《实施意见》提出要完善部门间协同监管机制，一是要信息互通共享，贯通协同渠道；二是加强行政执法与刑事司法之间的有效衔接；三是建立健全重要线索、重大案件联查联办和罪责问责机制。

本次《实施意见》提出的常态化监管是我国医保基金使用监管体系从探索到逐步完善、定型的重要一步。《实施意见》中提出的明确各方责任、做实常态化监管、健全制度机制等内容，紧紧抓住当前我国医保基金使用监管的关键环节、关键问题，在总结既有的基金使用

监管的经验基础上，充分考虑我国医药卫生体制改革面临的挑战，一方面为各地提高监管效能提供了遵循的指南，另一方面也为构建医保基金使用监管长效机制指明了方向，奠定了基础。

[返回目录](#)

• 耗材管理 •

如何拧紧药品和医用耗材管理的“阀门”？

来源：健康报

医保基金管理、医保制度改革，与医院药品耗材的管理是密切相关的。今年5月，国家医保局编制发布了《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)》，进一步健全和完善了医保审核机制，防止药品、医用耗材不合理使用，有利于保障医保基金安全，促进临床规范施治，维护患者公平用药的权益。

医保改革持续深化，其路径一般有两条：一是自上而下的政策推动与落实，二是自下而上的实践探索与总结。仅仅几年以前，药品和医用耗材价格加成还是医院重要的收入来源。随着各地深化公立医院综合改革，2017年，所有公立医院取消药品加成，2019年取消医用耗材加成，药品耗材由收入转为成本。医院能否通过自身的管理改革实现新的平衡，既是影响医院生存发展的大事，也关乎公立医院改革成败。在这个自下而上探索实践的过程中，不少医院取得了难能可贵的成效，其中很多做法和经验值得进一步挖掘和推广。

笔者在各地调研发现，公立医院在药品和医用耗材治理上取得成效，主要有以下三方面的经验。

坚决践行价值医疗的改革理念

价值医疗即最高性价比的医疗，其核心就是以相同的或者更低的成本提升医疗效果。价值医疗的概念描述了医疗质量和成本的关系，即医疗价值等于医疗质量除以医疗成本。

把改革的时钟拨回到十年前，在药品、医用耗材价格加成的大背景下，陷入“以药补医”“以耗补医”怪圈的医院比比皆是，医保基金不堪重负，也严重挤压了价值医疗的发展空间。只有充分认识到实施价值医疗的重要性，在保证医疗质量的前提下，采取一系列综合措施，千方百计降低药品耗材成本，“腾笼换鸟”提升体现医务人员劳务价值的收入占比，才能实现公立医院的良性发展，把医保资金用到“正地方”。

用好医保“杠杆”，激发内生动力

改革的本质是利益的调整，医院党政领导班子要深刻理解医药卫生体制改革的内在逻辑，坚决砍断药品、耗材背后的灰色利益链，把“灰色”收入转换为“阳光”收入，巧用“一把尺”考核，激发全院员工特别是医务人员的内生动力。一方面，为保障改革稳步推进，应适时调整考核办法，完善薪酬绩效体系，将DRG/DIP支付方式的关键指标(药占比、耗占比、例均费用、平均住院日等)作为院内绩效分配的关键指标，在重视服务效率的同时，更好体现医务人员的劳动价值；

另一方面，应严格执行医保报销政策，引导医生进一步规范诊疗行为，提高服务效率。

治理要“刀刃向内”，改革措施做实做细

在药品治理方面，医院必须“一把手”领导牵头，全院“一条心”谋划；围绕核心指标，为各个科室制定个性化的管理目标，查找不合理用药、超标准、超疗程、超适应证用药问题，挤出用药“水分”。医院层面可聚焦抗菌药物、辅助类高价药品，采购基药替代进口药、辅助药，下架没有确切疗效的辅助类、营养类高价药品；规范抗菌药物应用，规范给药路径，促进合理用药。

在耗材治理方面，医院既要把握好“总开关”，紧盯耗材准入源头，在不影响质量与安全的前提下，首选性价比高的医用耗材；又要掌好“方向盘”，平衡好医保和学科发展间的关系，在确保医保基金“好钢用在刀刃上”的同时助力专科发展。医院还要打好“组合拳”，实时优化耗材管理方案，将不收费的耗材支出占比更多与护士长绩效挂钩，将耗材收入占比更多与科主任绩效挂钩，从而压实护士长“管家婆”责任和科主任“当家人”担子，进一步强化全院的成本管控意识。

[返回目录](#)

国家医保局开会，耗材价格治理来袭

来源：国家医保局

招采系统密集上线，跨平台数据共享有望放开，耗材最低价联动

快速推进。

01 耗材价格治理继续升级

据国家医保局官网消息，近日，全国医保信息平台招采子系统数据质量治理推进会在青海西宁召开，国家医疗保障局党组成员、副局长施子海出席会议并讲话。

会议指出，要深刻理解招采子系统数据质量治理在药品耗材价格治理中的重要意义，加快形成高质量的药品耗材招采数据。要推动招采子系统全部功能的部署应用，丰富完善数据应用场景。要严格把握好数据生成、传输、校准、处置等重点环节，切实履行各个环节的治理主体责任。要紧盯脏数据率、归集数仓率、网采率等代表性指标，对标对表提升指标质量，确保完成年度既定治理目标。就在今年5月30日-6月2日，国家医保局党组成员、副局长施子海带队赴江苏、浙江调研挂网药品价格治理工作时也提到，要加快全国统一的医保信息平台招采子系统实际应用，用好信用评价、函询约谈、成本调查、信息披露等价格治理工具。地方层面也在继续推进招采子系统上线、开发应用模块。今日(8月8日)，四川省药械招标采购服务中心发布《关于四川省药械集中采购及医药价格监管平台向四川省医疗保障信息大数据一体化平台药品和医用耗材招采管理子系统迁移相关事项的通知》，该省药采平台在8月20日实施系统关停，并启用招采子系统。7月28日，河北省医用药品器械集中采购中心发文称，国家医保统一信息平台药品和医用耗材招采管理子系统已承接了原河

北省药品医用耗材集中采购平台所有功能，原平台已完成历史任务，于8月1日0时停止使用。据人民日报报道，今年4月山东省正式上线药品和医用耗材招采子系统供应监测模块，山东省的各级医保部门可以通过它，及时掌握医疗机构约定采购量明细、供应配送进度情况。据了解，内蒙古、安徽、江西、海南等省已于去年完成招采子系统部署并开展全部功能应用。

02 跨系统数据共享，耗材低价联动

7月28日发布的《国家医保局财政部国家税务总局关于做好2023年城乡居民基本医疗保障工作的通知》提出，持续推进实施全国医药价格监测工程，开展重点品类药品和医用耗材常态化监测和监测预警，优化医药价格指数编制，推进招采与价格数据跨系统应用和综合治理。对于跨系统的数据共享，此前已有部分地区试水。去年9月，陕西省公共资源交易中心发文称，已与山东省公共资源交易中心签订药品与医药耗材集中采购信息省际共享合作协议。陕西省、山东两省药械集中采购平台将实现挂网价格数据双向共享，全面进行挂网价格比对。上述挂网价格信息共享，是以国家统一的医保信息业务编码为基础，全国首次进行的跨省药械产品全国最低挂网价比对合作。据官方透露，陕西、山东两省交易中心将在条件成熟后，逐步拓宽合作省份。以往，价格数据共享主要出现在带量采购中。整体而言，全国耗材价格仍有明显差异。不过，低价联动越来越成为大趋势。7月以来，多地发文相关通知，开展低价联动。广东省第三方药品电子交易平台

正在依托采集到的国家医保信息平台其他省份价格、企业申报全国最低价格、省内平台交易价格和医疗机构填报价格，按就低原则开展部分议价挂网采购医用耗材联动价格信息查看和确认工作，查看及确认时间分别截止至8月8日17:00和2023年8月11日17:00。陕西明确，7月31日至2023年8月14日针对该省采购平台“限价目录”挂网的药品和医用耗材开展挂网价格专项治理，要依照“陕西省医用耗材动态调整实施细则(试行)”全国最低价的要求，对相关产品价格联动。价格专项治理结束后，于每月第一个工作日，开展挂网价格全国最低价比对工作，对未按要求在1个月内联动全国最低价的产品，一经核实，取消挂网资格，一年内不得在该省申请挂网。河北省医用药品器械集中采购中心7月12日发布的《关于常态化开展全品种医用耗材挂网工作的通知》规定，新申请挂网的医用耗材，如有省级集中采购机构挂网价，企业需填报全国最低价，且申报价格不得高于其全国最低价；如无省级集中采购机构挂网价，企业应提供产品价格成本测算，并承诺挂网后按规定联动全国最低价。

03 重点监测医保费用排名靠前耗材

国家层面，2023年，提升高值耗材网采率再度被强调。根据《国家医疗保障局办公室关于做好2023年医药集中采购和价格管理工作的通知》，探索建立医药价格信息监测和发布制度。编制医药价格指数，拓展指数运用场景和支撑决策功能。常态化开展网采率测算，加强医用耗材特别是高值医用耗材网采率测算，各地要按照测算方法下

算一级，不断提升公立医疗机构药品耗材网采率。此外，上述文件还明确，要强化招采子系统落地应用，做好系统轮调轮试，推进资质审核共享和结余留用等功能模块应用。开展数据专项治理，通过多种方式提升数据质量。事实上，统一医保信息平台的上线，不仅可以用于耗材价格治理，在医保基金监管方面也将发挥威力。今年5月发布的《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》中明确，依托全国统一的医保信息平台，充分运用医保智能监管子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。实施国家医保反欺诈智能监测项目，常态化开展医保数据筛查分析，通过大数据分析锁定医保基金使用违法违规行为，发现欺诈骗保行为规律，有针对性地加大宏观管控、现场检查执法和精准打击力度。根据《2023年医保领域打击欺诈骗保专项整治工作方案》，要聚焦重点药品、耗材。运用好现有的监测大数据，对2022年医保结算费用排名靠前重点药品耗材的基金使用情况予以监测。

[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