

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第35期

(2023.08.28-2023.09.03)

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。)

• 医保基金监管 •

▶ [门诊共济保障机制下，如何识别医保基金使用风险？](#)（来源：中国医学科学院）——第 7 页

【提要】本文以北京市某三甲医院的门诊医保基金拒付案例为研究对象，以北京市某三甲医院 2017 年 1 月—2022 年 9 月的门诊医保基金拒付案例为基础，结合文献资料形成门诊医保违规数据信息库，包含患者基本信息(年龄、性别)、诊疗信息(门诊诊断、检查、医嘱)、费用信息(费用总额与结构)、险种信息(职工医保或居民医保)、拒付信息(拒付原因与金额)，构建并完善门诊医保基金使用风险事件数据库，探讨门诊医保基金使用的安全隐患及其根本原因，兼顾医保基金监管治标与治本的关系，以期为门诊共济保障制度下基金精准监管提供借鉴。

▶ [探索医保支付方式改革下的基金监管新路径](#)（来源：《中国医疗保险》杂志）——第 20 页

【提要】深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重要决策部署，也是医疗保障制度自身发展完善、不断提高基金使用效率的必然要求。按照《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，目前，DRG/DIP 支付方式改革已经进入深水区，在引导医疗机构加强管理、促进医

保基金提质增效的同时，也推动医疗行为发生深刻变化，让医疗机构使用医保基金的方式由“按项目”结算变为按病组(种)“打包”结算，一定程度上抑制了医疗机构过度医疗的利益驱动，促进医疗机构以收入为中心转向以质量和成本为中心，提升医保基金的使用效率。

• 养老护理 •

[▶ 减轻失能老人家庭负担 我国加快健全老年护理和长期照护服务体系](#)（来源：央视新闻）——第 24 页

【提要】中国老龄科学研究中心 29 日在京发布《中国老龄产业发展报告(2021-2022)》。截至 2022 年末，我国 60 岁及以上老年人达到 2.8 亿，其中失能、半失能老年人约 4400 万。在 80 岁以上的老年人群中，失能、半失能的约占 40%左右，他们不同程度需要医疗护理和长期照护服务。近年来，我国加快健全以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的老年护理和长期照护服务体系。

[▶ 认知功能障碍筛查项目如何开展？这四地模式值得一看](#)（来源：惠斯安普）——第 28 页

【提要】认知功能筛查及早期干预如何开展？在政策的推动下，国内各地已陆续在社区广泛开展老年人认知功能障碍筛查，一些地区的认知障碍防控探索极具代表性和借鉴意义，一起来看看这些省市认知筛查项目是如何做的。

• SPD 管理 •

▶ [飞检来袭 SPD 助力医保合规大有可为](#)（来源：国医科技）——第 32 页

【提要】8 月起，国家四部门联合组织开展覆盖全国范围的医疗保障基金飞行检查。此次医保飞检，是《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》实施以来开展的第一次全国性的医保执行情况检查，覆盖范围广，将为医保部门未来开展飞行检查打下样板。自 2018 年国家医疗保障局成立以来，已连续五年推进日常监管全覆盖。重拳之下，医保合规成为医院关注的重点。

▶ [SPD 提升医药信息化 医药反腐背景下备受关注](#)（来源：钛媒体焦点）——第 35 页

【提要】近期医药反腐风暴持续发酵，引起了全社会的广泛关注。关于反腐的重点关注内容，其实主要集中在药械耗材采销流通各环节所滋生的寻租空间上。这对极度依赖各类营销手段，销售费用高企不下的国内药企而言自然算是一场彻底变革。

• 分析解读 •

▶ [全国统一医保信息平台全面建成后，带来哪些新变化？](#)（来源：中国医疗保险）——第 40 页

【提要】国家招采子系统即国家医保信息平台药品和医用耗材招采管理子系统，是由国家医保局统筹建设的全国医保信息平台下的一个子系统。国家医保信息平台涵盖支付方式、跨省份异地就医、公共服务、

药品和医用耗材招采等 14 个子系统，14 个业务子系统包括四大类：公共服务、经办管理、智能监管、分析决策。目前，河北省邯郸市、江西省上饶市、广东省广州市等作为首批监测试点已经展开工作。国家医保局指出，争取到 2024 年底前，全国所有地区达到监测点建设要求。

[▶ 探讨 | 门诊统筹优先解决的是什么？](#)（来源：村夫日记）——第 44 页

【提要】门诊统筹改革在全国铺开，市场关注焦点主要集中在处方外流，但其实门诊统筹政策推出的初衷是从筹资和保障这两个角度全面提高医保的共济功能，从而提高医疗保障的深度。但随着慢病和重疾成为医疗的主要开支，由于门诊缺乏共济能力，广大患者的医疗负担越来越大。事实上，除了少数高度富裕的地区（比如新加坡），绝大部分医保国家和地区都实施门诊共济。随着中国进入老龄化社会，实施门诊统筹的紧迫性也日益明显。

• 医院管理 •

[▶ DRG 付费进入新阶段，医院精细化管理如何更深入？](#)（来源：医数洞悉）——第 47 页

【提要】随着各地 DRG 付费方案逐渐成熟稳定，大部分医院都制定了相应的精细化管理策略和流程，并通过信息化系统将病案质控和费用管理融入关键业务流程。在 DRG 付费改革的前 1-2 年，医院最为关注病案编码质量、DRG 超支病组和超支病例，进而有针对性地减少医保

超支。

[▶ 10月1日起取消医院回款权，对民营医院有影响吗？](#)（来源：国家医保局、华夏医界网）——第 52 页

【提要】近年来，随着医疗行业的快速发展和患者需求的日益增长，医药流通成本和货款回款难问题日益突出，给医疗机构和医药企业带来了巨大的压力。为了解决这一问题，国家医保局近日发布了一项重大改革举措——取消医院回款权。那么，取消医院回款权具体是什么意思？它将对医疗行业带来哪些新变革？我们一起来看看。

-----本期内容-----

• 医保基金监管 •

门诊共济保障机制下，如何识别医保基金使用风险？

来源：中国医学科学院

2021年4月，国务院办公厅发布《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）（以下简称《指导意见》），要求各地增强门诊共济保障功能，改进个人账户计入办法，规范个人账户使用范围。为深入贯彻落实《指导意见》相关精神，按照“权益置换、存量改革”的思路，2023年起，各地陆续出台门诊共济保障渐进式改革方案。

随着门诊共济保障机制不断完善，医保基金的覆盖范围和保障水平不断提高，同时也出现了一些欺诈骗保问题，给医保基金可持续发展带来威胁。2022年，国家医保局组织飞行检查，查出涉嫌违法违规资金9.8亿元。2022年，通过基金监管共追回医保资金188.4亿元。医保个人账户反映出的资金划拨不公平、风险分摊功能缺失、账户资金沉淀过多、刺激医疗费用增加等问题，对医保基金提质增效和监管提出了更高要求。据预测，未来医疗服务中的门诊医保基金使用占比将越来越高。

本文以北京市某三甲医院的门诊医保基金拒付案例为研究对象，以北京市某三甲医院2017年1月—2022年9月的门诊医保基金拒付

案例为基础，结合文献资料形成门诊医保违规数据信息库，包含患者基本信息(年龄、性别)、诊疗信息(门诊诊断、检查、医嘱)、费用信息(费用总额与结构)、险种信息(职工医保或居民医保)、拒付信息(拒付原因与金额)，构建并完善门诊医保基金使用风险事件数据库，探讨门诊医保基金使用的安全隐患及其根本原因，兼顾医保基金监管治标与治本的关系，以期为门诊共济保障制度下基金精准监管提供借鉴。

一、结果

1. 建立按项目付费下门诊医保基金使用风险事件库

门诊拒付案例概况。2018 年国家医保局成立后，医院更加重视医保基金使用监管。2017 年 1 月—2022 年 9 月，该院门诊拒付例数与金额总体呈下降趋势。

2021 年，属地医保经办机构开始全覆盖式的基金督查，拒付金额有所增加。2022 年 1 月—9 月，医保拒付例数增多，但金额较 2021 年下降(见图 1)。

从门诊医保拒付案例的原因分类看，主要是药品问题(占比 55.8%)，其次是诊疗/检查问题(占比 16.6%)和物价收费问题(占比 15.1%)(见图 2)。其中，药品问题导致的医保拒付，有诊断缺失/不匹配、单次超量开药、累计超量开药、系统数据上传错误等原因。诊疗/检查问题导致的医保拒付，主要是诊疗缺乏合理性、检查项目与疾病不匹配等原因。物价收费问题导致的医保拒付，原因可能是临床

操作人员计费时的失误，例如重复计费、未按规定频次计费；也可能是物价管理人员在价格项目维护过程中的疏漏导致，例如价格加收政策执行错误。此外，医保报销问题导致的医保拒付，主要是因为不同险种的报销政策存在差异，例如胎儿心脏超声未按生育险报销，而用基本医疗保险报销。上述情况均需要进行详细的风险事件归因分析。

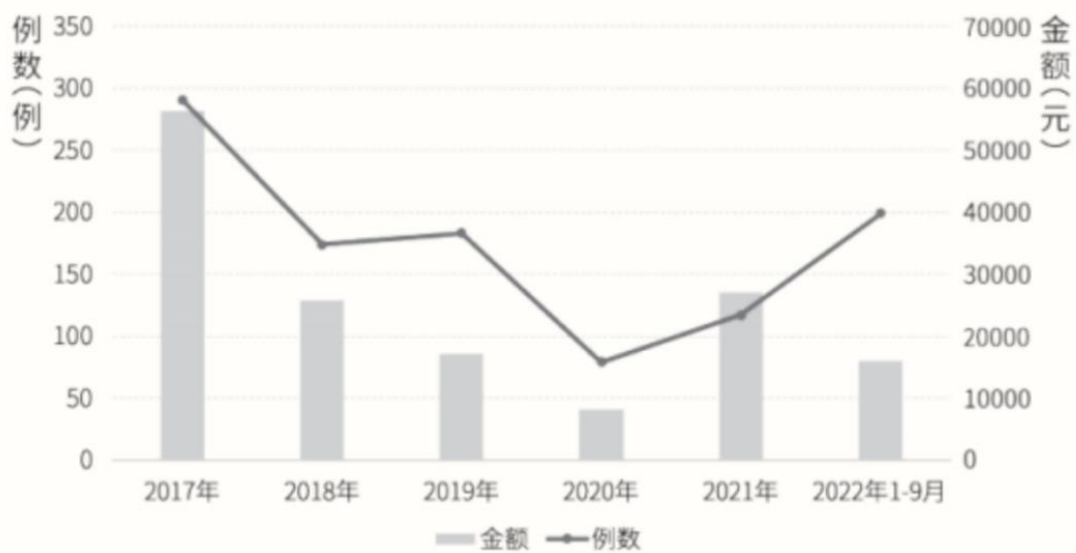


图1 北京市某三甲医院2017年1月—2022年9月门诊拒付情况

门诊医保基金使用风险事件。本研究通过梳理拒付信息、查阅文献、组织专家函询和深度访谈等形式，形成了较为完善的按项目付费下医保基金使用风险事件库(见表 1)。

其中，一级目录有 6 个方面，分别是“用药异常(西药)”“用药异常(中草药)”“诊疗项目、检查化验异常”“医用耗材/设备异常”“就医异常”和“管理问题”。二级目录有 34 个方面，涵盖诊疗、药品、检查化验等风险事件。

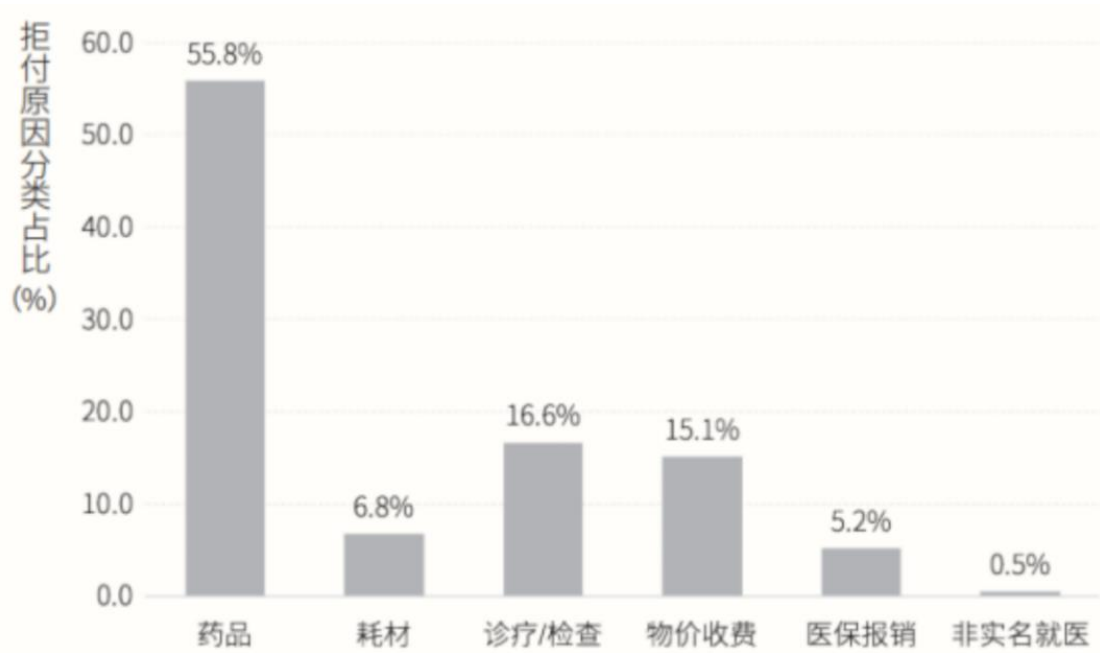


图2 北京市某三甲医院2017年1月—2022年9月门诊拒付原因占比

表1 医保基金使用风险事件库

医疗保险基金使用风险	风险事件
1.用药异常(西药)	用药超量
	非适应症用药(超医保报销限制内容)
	处方诊断缺失/不全
	超医保限定条件用药(违反限定医院类型、级别用药报销)
	同类药品重复(药理作用相同的药品重复使用)
2.用药异常(中草药)	药食同源问题(单方或单包)
	用药超量
3.诊疗项目、检查化验异常	重复收费(内涵互斥项目同时收费)
	超物价收费标准收费
	违反物价规定收费(不完全符合收费项目内涵)
	超医保限定条件(医生、年龄、疾病、数量、频次、险种等)
	无指征检查、化验(将体检、健康查体纳入医保报销)
4.医用耗材/设备异常	重复检查、化验(多个套组间子项重复)
	超医保限定条件(医生、年龄、疾病、数量、频次、险种等)使用
	与注册证适用范围不符
	无相应诊疗项目/超医保支付范围
	违反零加成收费

5.就医异常	死亡后发生门诊费用 非实名制就医(人证不符)/违反代开药规定 不符合享受医疗保险待遇的规定条件(险种类型) 虚假挂号/空挂号(社区医院报销比例高,患者退费意愿低,导致医保基金损失) 特病备案患者未按特病结算或特病周期有误
6.管理问题	没有及时维护本地医保目录库、未维护院内药品/耗材账页、医师编码等信息 信息缺失(系统不稳定导致上传数据信息缺失) 重复处方(同一种药品由于医保贯标码不同,重复配置时系统无法拦截) 医用耗材贯标码信息错误或不一致 多收费(已缴费项目未做且未退费) 串换药品、串换耗材、串换诊疗项目和服务设施 倒卖药品 分解收费 虚假治疗 门诊共济人身份认定错误 医生工作站非实名使用(医生U-Key借用) 套高编码(门诊按APG点数法支付,高靠分组) ^[7]

2. 归纳门诊其他支付方式的基金使用风险

门诊按病种付费的基金使用风险。门诊在疾病诊治过程承担着医学咨询、健康教育、疾病诊断与鉴别诊断等功能，承担这些功能的门诊服务不适合按病种付费。由于门诊治疗时效性强、病程快等特点，对不能十分明确判定诊断开始时间与结束时间的疾病，也不适合门诊按病种付费。一旦强制实施，容易出现医院分解收费、通过增加诊断退出临床路径等规避按病种付费的风险。只有临床路径较为明晰、规范的病种，例如乳腺癌、前列腺癌等，可以尝试按病种付费。

同时，如何准确划分疾病诊断前的检查过程(按项目付费)和诊断后的治疗过程(按病种付费)，也是门诊按病种付费的难点和风险点，容易造成疾病诊断治疗过程中两种付费方式前后交叠，出现费用分

解、重复的问题。

门诊特病报销政策是门诊按病种付费的一种形式，部分统筹区用于解决患者恶性肿瘤术后放化疗等大病报销待遇，部分统筹区用于解决高血压、糖尿病等慢性疾病患者的门诊报销待遇。门诊慢特病病种付费的监管风险点主要集中在病种的准入条件，只有明确慢特病病种准入标准、诊疗过程中的药品及检查项目目录，才能避免医保基金“跑冒滴漏”。

门诊按人头付费的基金使用风险。较按项目付费而言，按人头付费是针对门诊慢病治疗的一种基金预算管理层级更高、管理颗粒度更大、更利于节省基金的付费方式。通过对北京和湖州两个地区进行实地调研与访谈可知，虽然按人头付费可以有效降低使用风险，但是其制度设计本身也带有“挑病人”“对患者治疗不足”等先天缺陷。需要配套医疗质量评价、按人头付费诊疗医保费用精算考核等措施，加强对诊疗内容和质量的把控。否则，容易发生患者在按人头付费区域内就诊有基金结余，转移到非按人头付费的地区就诊出现基金超支、不足的问题。

3. 分析欺诈骗保行为动因

本文采用归因分析法，分别通过目标群体维度、政策执行环境维度、组织维度和政策制度维度分析医保基金使用风险事件的动因，以期从源头上遏制欺诈骗保行为的发生(见图3)。

目标群体维度是指医生和患者主观故意或无意中造成的医保基

金使用风险，分为医生和患者两个层面，有以下三种方式。



图3 医保基金使用风险事件归因图

(1) 参保人故意骗保。参保人为了多开药、个人少支付等原因，主观上故意隐瞒身份、借用他人社保卡、重复报销等骗取医保基金。

(2) 医师自我管理问题。医师由于不了解医保、物价政策，多开药、无适应症开药、重复开检查化验等，造成医保基金浪费。

(3) 参保人与医师合谋骗保。参保人和医师存在利益输送，医师为配合参保人套取医保基金，主观故意违反物价收费与医保报销政策，表现为利用信息技术漏洞故意串换药品、倒药、挂床等，造成恶劣影响。

政策执行环境维度是指政策在执行过程中的环境因素，通过环境的改善可以保障医保政策更加顺畅和有效执行，主要有以下四个方面。

(1) 信息孤岛。参保人在死亡之后，由于民政信息没有及时与医

保信息联通，导致其他人冒用死亡患者社保卡发生门诊费用，造成医保基金损失。

(2) 市场因素(灰色产业链)。门诊共济保障制度改革之前，门诊诊疗费用主要由个人账户或个人自费支付，监管力度比住院弱。2023年，门诊共济保障制度改革开始在全国推开，对门诊医保基金的监管应该加强，而且应该注重对市场因素的分析。由于市场上滋生的医药灰色产业链会直接或间接影响医师的诊疗行为，使得医师在门诊进行非必要、不合理的检查，或医患合谋倒卖药品等，都会给医保基金造成巨大浪费。

(3) 第三方付费机制。俗称“外检”，是指医疗机构无法开展的检验检查项目，由第三方机构代为完成的情况。有些“外检”是在有医保定点资质的医疗机构或第三方检验检测机构完成，医保基金使用风险较小。有些“外检”是到无医保定点资质的第三方检验检测机构进行，所开展的医保或非医保检查检验项目通过就诊医院申报医保费用，医保基金使用风险较大。

(4) 医保监管能力不足。由于医保常规督查和专项检查工作量大、监管人手不足、信息系统功能有限等原因，医保机构对欺诈骗保行为的监管大多是事后督查处理。目前，通过信息技术事前提示和事中拦截已在医疗机构内部监管实现。然而，医疗机构是否与医保机构使用同样的知识库和规则库，关系到医疗机构内部监管的成效与投入产出比，即系统建设成本与医保基金拒付减少的例数、金额的关系，从而

影响医疗机构的监管积极性。总之，当监管机构专业知识不足、医保信息化水平不高、监管能力不足时，极易发生欺诈骗保。

组织维度是指医院相关管理部门的执行能力对于医保政策执行效果的影响，主要包括以下六个方面。

(1) 医院信息系统问题。医院信息系统建设关系到数据安全构建、不同管理系统间的数据互通，以及与医保结算系统之间的对接。院内信息系统故障导致门诊交易明细未及时上传、门诊医生工作站未设置开药条件限制、医保医师编码未维护等，都会造成门诊医保基金错付。

(2) 医院医保管理问题。医院医保管理人员自身能力及其对医保政策的理解水平，也会影响医保政策的执行。串换药品、耗材、诊疗项目而导致骗保的情况，很多是因为医保药品、耗材、诊疗项目目录库维护人员对政策了解不到位或手工操作疏漏等原因造成的。同时，医保政策培训是否到位、医保管理人员对医保适应症的掌握是否到位、对临床检查治疗合理性/适宜性的把握等，均会影响门诊医保基金安全使用。

(3) 医院物价管理问题。物价政策的延后性、技术或患者年龄等导致的加收政策不同，会造成临床诊疗活动中一定量的技术或服务缺失相应的医疗服务项目价格。医嘱套组维护过程中的材料对应问题(如是否可收费)、对物价政策理解不到位造成的收费套组维护错误等，都是门诊按项目付费下不可避免的基金使用风险点。

(4) 医院药事管理问题。主要体现在超量用药、超说明书用药、

超医保限制报销范围用药等。当前，大多数医院为加强临床合理用药评价，使用门诊前置处方审核系统避免处方问题。但是，部分医院的药事管理水平有限，未能及时将医保限制报销条件正确地加入门诊前置处方审核系统，导致医保基金浪费。

(5) 医院绩效分配导向问题。院内绩效分配政策是合理医疗行为的指挥棒。通过访谈发现，门诊医师的“大处方”（特指中草药处方）、多检查/重复检查等诊疗行为均受到院内绩效分配政策的影响，工作量、医疗收入的考核仍是绩效考核的重要组成部分。

(6) 医院收退费管理问题。社区医疗机构退号、退费等财务手续比较复杂，包括门诊医师确认未就诊、审核等流程。患者出于对时间效益比的考虑，往往不会退费，使医保基金承担了大部分损失。这类“空挂号”导致的医保拒付风险事件，未来通过简化退费流程可使其减少乃至消失，如患者在手机上申请即可完成退费。

政策制度维度是指政策制定者未充分考虑政策执行过程中的具体情况而导致执行困难，通常指影响医保报销政策的其他相关政策，主要包括以下三个方面。

(1) 法律法规缺失或不健全。这里的法律法规不仅指医保基金监管相关的法律法规，还有医保基金监管时参考或参照的卫生健康、药品器械、医疗服务价格等相关的法律法规。对于药品、耗材、诊疗技术的临床使用与监管涉及的生产、销售、临床准入、质量效果评价，每个环节都要将行政主管部门出台的政策法规作为基金监管的依据。

当管理相关环节交叉或管理界限不明晰时，才发现相关法律法规的缺失或不健全，医疗机构出于临床技术的发展或患者救命救急的考虑使用某些药品、耗材，可能会造成医保基金违规使用。例如，儿童药品的规格和小包装应该有相应药品生产环节的规制与要求，在当前规制缺失的情况下，会导致临床使用时人为拆分大规格为小规格，或大包装使用后的合用、弃用情况。这种情况不仅影响诊疗安全，而且会导致产品进销存不一致。如果不分产品性能，一律将大包装使用后的剩余产品丢弃，会导致医保基金浪费，这类基金使用风险问题应从健全法律法规层面解决。

(2) 政策未及时更新，与临床实际脱节。随着医疗技术的进步与发展，以前制定的收费项目仅针对开放式手术、介入操作等常规项目，当医疗技术发展至腔镜等微创途径、机器人操作或者智能软件分析时，缺乏相应的收费项目。如果价格政策动态调整不及时，容易导致临床无法收费，或者收费后因为不合规而出现基金拒付情况。

(3) 价格补偿机制不到位。医疗机构长期以来实行“以药养医、以耗养医”的补偿机制，取消药品、耗材加成后，在其他补偿机制不到位的情况下，医疗机构主观上采取多检查、多化验的方式补偿医疗费用，造成医保基金滥用。

二、讨论

1. 本研究提供了识别门诊医保基金使用风险的视角和方法

风险管理是国际上公认的医保基金安全管理理念和手段，是制定

医保基金监管措施的重要依据。本研究以门诊医保基金使用风险为切入点，以风险导向为结果，运用专家函询、深度访谈、归纳分析等方法，初步构建门诊医保基金使用风险事件库。在此基础上，运用归因分析法，从政策制度维度、组织维度、政策执行环境维度和目标群体维度深入分析医保基金使用风险事件背后的行为动因，以期从源头遏制欺诈骗保行为发生。门诊共济保障政策实施后，门诊就医需求进一步释放，在监管过程中可据此视角进行风险监控和分析，有效识别风险，维护医保基金安全。

2. 针对不同的支付方式，基金监管重点应有差异

相对于住院和急诊，门诊诊疗服务具有情况复杂、功能复杂、时间短频快等特点。不同的医保支付方式对于不同的门诊诊疗功能具有一定的影响作用。

相较按项目付费，按病种付费和按人头打包付费对统筹区内医保基金的管理颗粒度更大，管理方式也相对单一，即做好医保总额预算管理，将基金超支的管理风险下放至医疗机构，统筹区内医保经办机构更容易管控基金风险。实际上，在门诊监管过程中，打包付费仍存在病种如何选择、准入标准如何确定、如何避免与按项目付费重复收费、如何匹配相应的区域医疗资源规划、如何配套医保系统能力建设等诸多待研究课题。这些课题既可能限制打包付费下基金监管的成效，也可以助力医保基金提质增效，关键在于是否有与之匹配的医政管理、医保清算政策。

门诊按项目付费是一种比较容易、自主和包容性更强的基金监管方式，规则相对单一，基金监管的重点在于药品、耗材、诊疗项目的管控。只要物价收费政策及时更新，医保报销政策明确，院内信息加强事前提示、事中拦截，就能够避免 80% 以上的基金使用风险。基金使用风险管理的难点在于对诊疗合理性、适宜性的把握和评价。

3. 针对不同门诊医保基金使用风险事件的归因结果, 采用不同的规避风险措施

门诊医保基金使用风险事件归因分析是为了透过医保拒付现象看到套用医保基金背后的根本原因，通过解决根本原因达到避免医保基金被套用、被骗取、被浪费的结果。本研究发现，目标群体维度、政策执行环境维度、组织维度、政策制度维度的归因，与规避风险措施的难易程度、达到目的所需的时间符合以下规律。

(1) 目标群体维度下门诊医保基金风险的主要原因在人，不论医务人员还是参保人，一旦达到了基金合理使用“人人为我，我为人人”的认识高度，避免这类风险所需时间不长，但是要达成“基金统筹共济、风险共担”的思想认识，还需要很长时间。(2) 组织维度的归因分析是本次研究中最详细的部分，虽然不同医疗机构各有表象，但处理起来相对容易，对症下药即可。(3) 政策执行环境维度关系到多个管理部门的信息互动、市场与第三方机构原因引起的灰色链条、医保机构能力建设等，各项措施从落地到显出成效还需要一定时间，随着各项医改政策到位，问题才能逐步解决。(4) 对于规避和防范政策制

度维度内的风险，建立健全药品耗材生产销售、医疗服务价格动态调整、医保基金监管、临床诊疗行为合理性等方面的法律法规都需要多部门联动，花费大量时间论证与验证。部分涉及公立医院补偿机制等深层次问题，需要较长时间处理(见图 4)。



[返回目录](#)

探索医保支付方式改革下的基金监管新路径

来源：《中国医疗保险》杂志

深化医保支付方式改革是党中央、国务院作出的重要决策部署，也是医疗保障制度自身发展完善、不断提高基金使用效率的必然要求。按照《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，目前，DRG/DIP 支付方式改革已经进入深水区，在引导医疗机构加强管理、促进医保基金提质增效的同时，也推动医疗行为发生深刻变化，让医疗机构使用医保基金的方式由“按项目”结算变为按病组(种)“打包”结算，

一定程度上抑制了医疗机构过度医疗的利益驱动，促进医疗机构以收入为中心转向以质量和成本为中心，提升医保基金的使用效率。

然而，随着医保支付方式改革的不断深入，医疗机构和医生对 DRG/DIP 付费规则逐步熟悉。在医疗机构外延性扩张不变的前提下，不可避免地会倾向于将医疗服务行为向更趋利的方向进行适应性调整，其中一部分可能会演变成各类医保违规行为，由此也带来一些新的基金安全风险，包括高套病组、低标入院、分解住院、转移费用、推诿患者等。对此，医保业内人士普遍认为，这些行为在浪费医疗资源、医保基金的同时，更损害了参保人的合法权益，需要医保部门加强对 DRG/DIP 付费下医保基金使用的监管，从而保障基金安全和有效使用。

无疑，面对更为专业、复杂的 DRG/DIP 付费方式，各种欺诈骗保行为更具隐蔽性，对医保基金监管工作提出了新的挑战，亟需医保部门转变工作理念和创新监管方法。近年来，各地医保部门紧密结合国家医保局关于支付方式改革和基金监管的统一部署和工作要求，重点针对 DRG/DIP 付费可能面临的上述违规问题，积极探索医保基金监管新路径，在取得显著成效的同时，也形成了一批可复制、可推广的经验。笔者通过梳理部分典型地区的具体实践，发现各地在 DRG/DIP 付费下的基金监管方面各有千秋、各具特色。

一是适应 DRG/DIP 付费特点，提升医保协议管理精细化水平。如上海运用协议管理，建立医疗机构综合评估机制。山东日照结合区域

点数法总额预算管理，增加结算清单填写的约束条款，规范填写和上传，增加 DRG 结算数据核对、材料报送要求和办结时限条款，确保 DRG 按时结算；同时，量化平均住院日、床位使用率、人次人头比、次均费用、重点监控药品等重点监控数据。江西赣州则在定点协议中专门补充 DIP 付费服务协议条款，明确监管范围，并通过建立指标监测体系，进行动态预警和提醒。浙江乐清则对医疗机构次均费用、CMI 指数、病种变化情况等 DRG 相关指标进行综合监测，推动定点医疗机构提升 DRG 管理规范化水平。

二是加强智能监控系统应用，变“事后分析”为“事中监管”。如上海基于 DRG 和 DIP 病种指数与指数单价，设定病种分值单价、药品分值单价和耗材分值单价等偏离度标准，通过与标准比较、与自身趋势比较等维度，支持从机构到科室、医生、病组进行逐层分析，对异常病例进行监测预警。山东日照则构建了 DRG 运行监测分析机制，对试点医疗机构的结算病案情况、核心指标运行情况、次均费用、收入结构等多项运行指标进行监测并及时评估。

三是建立健全针对 DRG/DIP 支付方式的监控知识库、规则库指标体系。如四川省眉山市以 DRG 关键指标监控及医学、医保监管规则构建线上监管规则库。线上监管体系审核检出疑似违规行为后，医保审核人员在线上对疑似违规病例进行初审判定，剔除假阳性病例（是指线上智能审核规则检出违规，经核查不存在违规行为的病例），为线下核查明确核查对象及核查要点，进一步缩小线下核查范围。

四是加强数据质量控制，深化大数据应用。在数据质量控制方面，北京市西城区采取零差别把控数据质量，对核心数据的质量进行零差别校验，并实时开展情况通报，督促各定点医疗机构及时整改，保证 DRG 指标测算准确性。江西赣州通过建立编码陪审机制、医保电子大数据存储机制、数据实时校验反馈修订机制、清算解读机制等，全面加强数据质量控制。在数据应用方面，北京市西城区则以大数据分析为基础开展数据建模，通过采集定点医疗机构数据完成数据建模。江西赣州则基于大数据建立病种标准管理体系，对医院基金支付、医疗服务行为进行精准监管，行动对不合理诊疗行为的快速识别、科学评价与合理纠正。

五是加强多部门联动，探索监管一体化。如上海建立与 DRG/DIP 支付方式相匹配的疾病组合诊断路径和治疗路径，形成临床诊疗轨迹，与卫生健康部门合作，加强综合监管。北京市西城区建立了由医保局、卫生健康委、市场监管局、财政局、人社保局、民政局为主，多个部门参与的部门协调工作小组，强化部门协同。山东日照则联合卫生健康、市场监管部门等建立了失信联合惩戒机制，及时公示检查结果，强化结果互认，对失信行为依法实施联合惩戒。

六是探索专项检查，针对 DRG/DIP 付费特点精准化开展检查。如山东日照建立了 DRG 病案质量专项检查机制，依据监测指标提示情况，对出现风险提示且实际发生病例较多的 DRG 组和医院，抽调病历开展病案质量专项检查，督促定点医疗机构主动加强院内质控体系，

切实提升病案管理水平和编码准确率。浙江乐清则针对各医疗机构业务及费用结构特点，开展病案质量专项检查，对病案质量不高等共性问题全面清查，集中协调解决。

除上述举措外，各地还普遍通过加强信用监管、加大宣传警示、鼓励社会共同参与等途径，进一步强化基金监管的震慑力。

结语：随着支付方式改革工作不断深化，基金监管工作面临着新形势、新任务，相关政策和理论也需要跟上时代的步伐，同时也需要医保监管理念的更新和人才素质的建设，多方发力才能做好 DRG/DIP 支付方式改革下的医保基金监管。同时，各地医保管理部门也可积极与高校、学术机构、信息技术公司等第三方合作开展专题研究，探索 DRG/DIP 支付方式改革下的医保基金监管新的方式方法，并将研究成果及时转化为实践应用，助力医保支付方式改革的高质量发展。

[返回目录](#)

• 养老护理 •

减轻失能老人家庭负担 我国加快健全老年护理和长期照护服务体系

来源：央视新闻

中国老龄科学研究中心 29 日在京发布《中国老龄产业发展报告(2021-2022)》。

截至 2022 年末，我国 60 岁及以上老年人达到 2.8 亿，其中失能、半失能老年人约 4400 万。在 80 岁以上的老年人群中，失能、半失

能的约占 40%左右，他们不同程度需要医疗护理和长期照护服务。近年来，我国加快健全以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的老年护理和长期照护服务体系。

去年以来，我国在北京市、天津市、山西省等 15 省份启动了全国老年护理服务试点工作。经过一年的试点，各地护理机构、康复机构以及老年护理专业护士和医疗护理员队伍数量明显增加。各地社区卫生服务中心、专业服务机构积极提供居家护理、家庭病床和日间照护等服务，推动服务向社区和家庭延伸。不断完善老年护理和长期照护服务的内容标准，与长期护理保险支付标准有机衔接。

国务院参事北京协和医学院教授刘远立：“十四五”期间，要加快建立基于失能状况和家庭经济能力双评估的长期照护基本社会保障制度，为失能或者半失能的老年人提供有效的医养结合的长期照护服务。

为缓解老年健康照护人才紧缺，“十四五”期间，我国将实施全国老年医学人才培养项目，对全国二级及以上综合性医院老年医学科和医养结合机构的 1 万名骨干医护人员开展培训。力争到 2025 年，各地老年护理专业护士参加培训的比例不低于 90%。加快培养服务于老年健康的社会工作者、志愿者队伍，通过入户、社区活动等形式为失能老年人提供便利可及、针对性强的健康服务。

长期护理保险：减轻失能老人家庭负担

一人失能，全家失衡。为减轻失能、半失能老年人的家庭负担，

我国 2016 年启动长期护理保险试点，目前试点城市已经扩大到 49 个，参保人数达到 1.69 亿，累计 195 万人享受长期护理保险待遇。那么哪些人可以享受长期护理保险？符合条件的人将享受到哪些服务？

北京市石景山区规定，因年老、疾病、伤残等原因导致持续重度失能 6 个月以上的参保人，可以申请享受长期护理保险。89 岁的姚文琴老人因心脑血管疾病和糖尿病导致耳聋、失明，已瘫痪卧床 4 年了。家属提出长期护理保险申请后，工作人员上门评估。

姚文琴的儿媳妇周丽：我和他闺女两个人倒着（照顾）。我都 60 多了，天天这样真的连觉都睡不好。最难的就是给他擦澡翻身，还是想请一些专业的人来帮着。

失能等级评估师赵志林：老人目前是符合了长护险申请的条件，然后最终公示结束以后，老人才可以正式享受长护险的待遇。包括日常的擦浴翻身，包括有一些助洁创口的护理等一系列服务。

像姚文琴这样重度失能的老人，每月除了享受专业机构 12 小时免费上门服务，还会得到每月 1044 元的家属护理补贴。

北京石景山区长期护理保险经办机构负责人张延苓：长护险是专门针对失能的困难的家庭和这样困难的人群，为他们提供基本的失能照料服务，让很多家庭不但能够解决他在护理中所遇到的技术问题，而且能够补偿家庭因为失能造成的收入损失。

石景山区 2018 年试点长期护理保险以来，至今已有 4000 多人享受待遇。65 岁的居民李世勇，因脑梗瘫痪 20 年了，两年前他申请到

了长期护理保险，每个月享受养老护理员 6 次上门服务。

养老护理员刘大伟：主要做康复比较多一些，还有洗澡、剪指甲、理发，还有协助他们排痰、翻身、扣背。一开始他是腿疼，然后肩膀还有一些不舒服，通过按摩给他做康复，还有活动肢体。刚才问他，疼痛感基本上没有了。

失能老人李世勇的妻子：他动不了，上厕所什么都挺费劲的。然后办了长护险，（养老护理员）来了以后，帮着我干一部分，我就轻松多了。

专家：养老服务行业人员紧缺问题亟待解决

由于社会认同低，薪酬待遇低，职业发展空间有限，目前养老服务行业还存在人员招不来、留不住等问题。专家建议，用明确的岗位职责、清晰的职业上升路径以及合理的薪酬体系来吸引和留住人才。

据测算，“十四五”时期，60 岁及以上老年人口总量将突破 3 亿，占比将超过 20%，进入中度老龄化阶段。据统计，我国对养老护理员的需求达 600 万名，但目前相关从业人员只有 50 万名，特别是具有医养结合技能的长期护理服务人员十分紧缺。专家建议，强化老年健康照护队伍建设，增加从事老年护理工作的医疗护理员数量，开展职业技能培训和就业指导服务，培训一批老年方向的医疗护理员，充实老年健康特别是长期照护服务队伍。健全老年健康相关职业人才评价制度，完善以技术技能价值激励为导向的薪酬分配体系。

中国人民大学副校长杜鹏：要吸引到更多的人才，需要一个建

立稳定的职业生涯的一个预期，就像医护人员一样，他可以从护士到护师到主任，一系列晋升的渠道。我们养老机构的护理人员，能够有一个清晰的职业生涯发展的路径。第二个就是通过政府加大在这个方面的补贴，使得相应的收入待遇，能够吸引到专业的人员加入。

[返回目录](#)

认知功能障碍筛查项目如何开展？这四地模式值得一看

来源：惠斯安普

《中华神经医学杂志》今年5月文章显示，我国是全球AD患者数增速最快的国家之一，60岁以上人群中，有983万AD患者、3877万轻度认知损害患者。医生在医院里等患者，来的80%左右是中重度痴呆阶段的AD。

阿尔茨海默病的病因迄今不明，可能与遗传因素、神经递质、免疫因素和环境因素等有关，一旦发病无法治愈，随着身体和认知功能逐渐衰弱，患者会失能失智甚至死亡。而开展早期评估，早发现、早干预，可以减少30%的老年痴呆病发病，延缓发病5年，降低发病率50%。因此，早筛查、早预防、早诊断、早干预显得尤为重要。

认知功能筛查及早期干预如何开展？在政策的推动下，国内各地已陆续在社区广泛开展老年人认知功能障碍筛查，一些地区的认知障碍防控探索极具代表性和借鉴意义，一起来看看这些省市认知筛查项目是如何做的。

上海

2019 年上海率先推行老年人认知障碍早期筛查，如今的“上海模式”引领全国已建立多级认知障碍防控体系，上海市精神卫生中心联合多家医院建立漏斗式的分层筛查的标准干预体系，实现社区、二级医院、三级医院和医养联盟之间的分诊和轮转。患者从社区到医院，最后干预阶段患者大部分还是要回到社区或者养老机构。



上海还创新推行“1+1”试点模式，以体检为主、社区补充，从而延展筛查覆盖面，实现“1+1>2”的效果。将认知筛查与老年人健康体检相结合，丰富了健康体检的内容，有风险的老年人可以由社区医师或者社区防控精神心理医师接手下一步诊断与干预，需要进一步明确诊疗方案的则转诊到老年精神科专科记忆门诊，方便老年人群开展医疗分级诊断和双向转诊。

江西

江西省也在开展认知障碍筛查试点，其特色是“政府牵头数字化助力”。采用数字化筛查工具，建立了中西医结合的认知障碍数字化诊疗中心，将认知筛查过程中的中高风险老人转诊到认知障碍数字化诊疗中心完成诊断治疗。

海南

2022年2月，海南省委省政府将老年人认知障碍筛查试点工作列为2022年为民办实事事项，成为第一个将老年人认知障碍筛查纳入民生工程的地区，针对风险人群开展认知康复数字疗法试点纳入为民办实事项目中，推动数字疗法在老年人认知障碍康复领域运用。在试点的医疗机构和社区卫生服务机构开展认知功能在线筛查服务，为存在认知功能下降风险的人群提供针对性的脑健康管理方案。



The screenshot shows the official website of the Hainan Provincial Health Commission. The header includes the commission's name in Chinese and English, along with a search bar. The main content area displays a notice titled "海南省老龄工作委员会办公室 海南省卫生健康委员会关于印发《海南省老年人认知障碍筛查试点（痴呆风险筛查）项目实施方案》的通知". The notice is dated 2022-03-11 10:59 and is identified as "琼老龄办发〔2022〕1号". The text of the notice states that it is issued to various cities, counties, and autonomous county governments, as well as the provincial government and disabled persons' federation, and requests them to implement the plan in accordance with local conditions.

认知康复数字疗法试点工作通过在部分医疗卫生机构(设老年医

学、神经、精神专科的医疗机构和开展认知障碍友好社区建设的基层医疗卫生机构)投入专业的筛查工具和数字疗法设施,为2022年认知障碍筛查试点中发现的认知下降或认知损伤人群,提供专业筛查、随访和数字疗法服务。

江苏

2023年7月,江苏省卫生健康委印发《江苏省老年人认知障碍(老年痴呆)筛查与干预试点实施方案》,在省内13个设区市分别设立一个省级认知障碍筛查与干预指导中心,确定老年人认知障碍筛查和干预试点地区。

项目的实施分初筛、初诊、专科诊断三步。第一阶段:对试点地区范围内65岁以上的老年人,基于老年人体检、主动筛查、家庭签约医师日常检查3种方式,使用记忆筛查工具进行认知功能筛查。第二阶段:对阳性结果、高危老人,在其与家属知情同意的前提下,由专业人员开展精准诊断,负责给出脑健康建议,同时给予积极处置。第三阶段:对于老年认知障碍确诊患者,转诊至市精神卫生中心,完善头颅磁共振成像(MRI)、脑脊液、血液等检查,由专科医师进行进一步诊疗。

对以上各省市的认知障碍防治方案进行提炼,不难发现,当前,认知筛查牵头的主体目前以民政、卫健系统为主,以精卫中心、社区、医院为落地试点,在推进项目时,借助新的检测技术和康复干预手段,并将认知筛查纳入体检,对老年人进行脑认知健康管理,与社区筛查

干预相互补充。

阿尔茨海默病大规模筛查势在必行，未来的十年是我国应对阿尔茨海默病的重要“机会窗口期”，探索中国特色的防治体系，推行早期筛查、早期干预，让阿尔茨海默病晚发生或不发生。

[返回目录](#)

• SPD 管理 •

飞检来袭 SPD 助力医保合规大有可为

来源：国医科技

8月起，国家四部门联合组织开展覆盖全国范围的医疗保障基金飞行检查。此次医保飞检，是《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》实施以来开展的第一次全国性的医保执行情况检查，覆盖范围广，将为医保部门未来开展飞行检查打下样板。

自2018年国家医疗保障局成立以来，已连续五年推进日常监管全覆盖。重拳之下，医保合规成为医院关注的重点。

医保合规有多难?100%检出率

2022年，医保飞检抽查了48家定点医疗机构，其中48家医疗机构都存在重复收费、超标准收费、分解项目收费问题，检出率100%；46家存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，检出率95.8%。

然而，在高检出率的背后，暴露出医院管理的无奈，诸多违规情

况并非有意为之。

就耗材管理来说，由于医院内部管理不规范、对医保政策认知不足、缺乏信息化管理手段等粗放管理模式，飞检时查出违规情况，想追踪已无迹可寻。管理者不禁需要思考：如何避免无意识违规？如何做好精细化管理？如何应对下一次飞检？

医保合规有章法引入 SPD 管理理念

前段时间被炒成概念股的 SPD 着实大火了一把，有人冷眼旁观看热闹，有人理性分析泼冷水。我们抛开偏见，随着 SPD 在各医疗机构的落地实践，其对于医用耗材精细化管理的效果逐渐被认可，对于助力医保合规大有可为。

剖开来看，SPD 不仅是管理工具，实质上是一种先进的科学的管理理念。SPD 并非独立于医院管理之外，而是将医院先进优秀的管理经验与信息化管理系统相结合，将医院院内复杂的医用耗材管理工作“标准化”“流程化”，在 SPD 模式的框架下，按照计划有序推进，进而实现医用耗材的精细化管理与数字化追溯。

全流程追溯监管 SPD 助力医保合规

就医用耗材而言，在“零加成”政策要求下，院内耗材出库与计费信息必须保持一致，这也是医保合规的检查重点。SPD 与医院 HIS 形成安全互联接口，对信息进行数字化留痕，确保耗材出库信息与计费信息一致，保证账实相符，并提供合理解释空间。

以某三甲医院为例，2021 年上线 SPD，医用耗材财务数据以 2022

年为分界线形成明显对比：以价值高昂的高值耗材为例，2022 年之前出现严重账实不符情况，由于没有流转记录，无处可查，无法解释；2022 年之后，每一笔高值耗材都前可追溯、后可追踪，每一笔账都清晰明白。

当下，SPD 模式对于医用耗材尤其是高值耗材的精细化管理，已经实现了真正意义上的全流程追溯。SPD 模式下的高值耗材采用一物一码管理，从哪来的、谁扫码消耗的、哪个患者使用的，做到可查询可追溯，账实相符轻而易举，串换耗材等违规行为无处遁形。

针对低值耗材，管理到二级库的科室，SPD 模式下的库存最多为 7 天用量，通过消耗和剩余库存作比较，可以做到耗材消耗有迹可循，即使出现计费问题，可以通过查询路径做到有的放矢，避免像之前一样于茫茫大海中捞针，不知所措。

独立第三方服务规避医保违规风险

第三方 SPD 服务商独立于医院和供应商，不参与耗材买卖业务，提供院内耗材物流管理服务。耗材院内赋码验收入库，有入库单等详细信息，上架中心库后由 SPD 人员负责保管，供应商禁止随意出入库房，避免统方风险；耗材由 SPD 服务人员按需配送至科室，降低供应商中途换货风险（比如将正常的耗材换成近效期耗材）；财务所需的库存结转报表、收支月报，供应商入库报表、科室出库报表等数据可在系统查询，SPD 为医院规范化管理提供技术保障。

2023 年医保飞检已正式开展，各医疗机构即将迎来一场严峻考

核。医保飞行检查是深化医改的一个组成部分，飞检不是目的，保障人民群众健康的同时提升就医体验和质量，是医保的目标，也是医务人员的初心。未来，随着医疗监管等政策常态化推进，医保合规问题将逐渐成为医院共识，推动 SPD 在医疗机构的普及应用，一方面通过 SPD 预防医保违规，另一方面也通过 SPD 纠察医保合规性，无论对于医院还是监察部门来说，无疑都是好结果。

[返回目录](#)

SPD 提升医药信息化 医药反腐背景下备受关注

来源：钛媒体焦点

医药反腐风暴中，SPD(院内物流管理系统)因其“透明化且可追溯的药品流通”大火，相关概念股开开实业(600272.SH)一度走出 7 天 6 板的行情，此外，塞力医疗(603716.SH)、九州通(600998.SH)等等相关个股也有异动。

市场情绪高涨的背后，SPD 到底是概念炒作的资本游戏?还是市场机会?

一位医药分析师对钛媒体 APP 表示,SPD 能够帮助医院降本增效,具有刚需性,在医药反腐中,“以药养医”将成为过去式,具有“透明化”特点的 SPD 确实会有增量,但增量现在还不明显,仍需时间验证;在资本市场中,有的公司确实拥有 SPD 业务,但相关业务做得并不好,要谨防炒概念的公司。

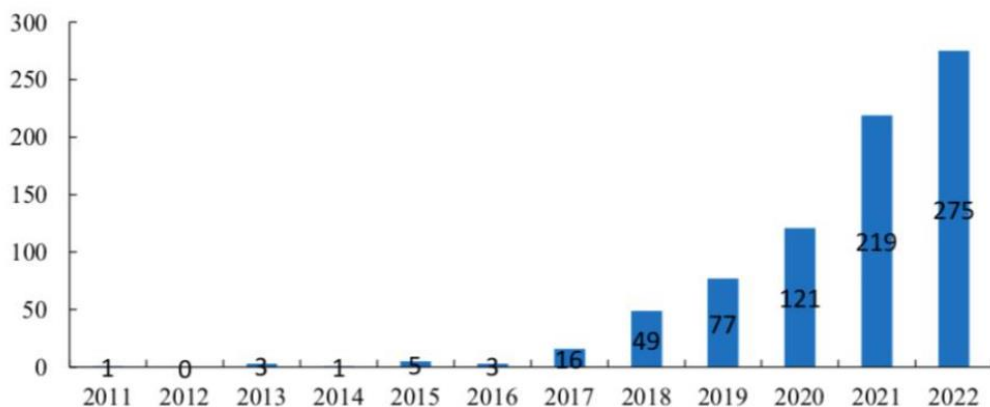
医药反腐推高 SPD 预期

SPD 即医疗用品的供应、库存管理、加工等物流活动的集中处理或外包管理办法，包括软件及智能硬件等配套设备。简言之，SPD 能够实现医疗用品在采、供、存、用、结算等环节数字化留痕，这就意味着在 SPD 系统中，医疗用品“零加成”成为可能，让医药腐败分子无空可钻。

因此，随着医药反腐之风吹的越来越猛，资本市场上 SPD 概念也愈发火热。

细究下来，背后的市场逻辑主要在于三点：一是 SPD 在公立医院内的渗透率很低，意味着未来市场空间广阔；二是在 SPD 系统的刚需性，尤其能极大提高庞杂的医疗器械运营管理效率；三是政策端的加持。

图2：全国公立医院医疗器械 SPD 项目中标数近年来呈现高速增长



数据来源：器械之家公众号、开源证券研究所

来源于器械之家、开源证券

据国家卫健委发布的《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》，截至 2021 年末，我国共有 11804 家公立医院，按照此市场存量推算，截止 2022 年 10 月，我国医疗器械 SPD 项目在全国公立医院的渗透率

约为 5.5%。

渗透率较低的原因，医药腐败之外，也有医疗器械 SPD 项目铺开较晚的因素。据钛媒体 APP 了解，国内首批 SPD 项目于 2013 年底左右启动，最初以药品为主，后随着 2017 年、2018 年耗材也开始实行“器械零加成”“两票制”等政策后，相关 SPD 项目才得以快速推开。

据中物联医疗器械供应链分会数据，从 2019 年到 2022 年 10 月，收集到国内开展 SPD 项目的公立医院数从 32 个快速增长到 647 个，增势颇为强劲。

聚焦至项目本身，一个医院的医疗器械规格及类别有上万种，运营管理的复杂程度也更高；叠加医药及医疗器械作为医院的最主要成本，占据 55%左右，因此作为具有“降本增效”的 SPD 项目在医院端具备刚需性。

也正是基于上述特点，使得 SPD 项目的价值相对较高。据建发致新(A22384.SZ)招股书，公司 2022 年主要客户平均每家医院一年的收费 599 万元。据开源证券数据，按照不同级别的医院渗透率进行估算，2025 年规模有望达 135 亿元。

值得注意的是，政策端近年来持续加大对 SPD 的支持力度。在《三级医疗评审标准(2020 版)安徽省实施细则》、《贵州省智慧亿元三年提升计划(2021-2023)实施方案》等文件中，提及要通过供应链管理(SPD)等技术推进医院集约化运营服务、将“使用 SPD 对医用耗材实行全流程规范管理”认定为最高级 A 级标准等。

嘉定区社区卫生服务中心区域化医药物资SPD项目（药品软件）中标公告

2023年08月16日 15:14 来源：中国政府采购网 【打印】 [【显示公告概要】](#)

一、项目编号：SHZC-14-20230705-1113（招标文件编号：SHZC-14-20230705-1113）

二、项目名称：嘉定区社区卫生服务中心区域化医药物资SPD项目（药品软件）

三、中标（成交）信息

供应商名称：上海统御信息科技有限公司

供应商地址：上海市静安区康宁路1089号1幢301-3室

中标（成交）金额：144.0000000（万元）

来源于中国政府采购网

而随着医药反腐强度的加大，SPD项目有加速落地趋势。据中国政府采购网，8月16日，上海嘉定区社区卫生服务中心区域化医药物资SPD项目（药品软件）中标公告发布；同日，清流县总医院医用耗材及检验试剂、药房供应链物流集中配送服务（SPD）项目竞争性磋商公告也发布。

SPD也存隐忧

竞争格局来看，据开源证券数据，国药控股（01099.HK）目前掌握着所有医疗器械商业企业主导SPD市场份额的41%。此外，塞力医疗、国科恒泰（301370.SZ）、上海医药（601607.SH）、九州通（600998.SH）、开开实业、建发新致等医药流通企业也拥有一定的SPD业务，其中塞力医疗2022年SPD业务占比为29.8%。

钛媒体APP了解到，SPD主要分为纯软硬件供应商模式、医药商业公司服务模式、医药商业公司集配模式以及独立于医院与供应商的第三方SPD运营服务商模式等。目前的SPD系统更多只是覆盖医药商

业公司和医院端，远未达到“原料厂商-生产企业-商业公司-医院-患者”的全链模式。

在上述部分模式中，业内存在担忧，SPD 目前存在低水平竞争等，比如部分医药商业公司不仅为医院提供 SPD 系统的运营及服务，掌握着医院的药品、医疗器械采购权的同时，也在为医院供应药品、医疗器械等，此前也有部分医药商业公司免费赠送 SPD 业务的现象。

“近水楼台先得月，感情上自然会有所倾向，这也很难说公平与否。”一位医药商业公司人士坦言。

如何规避？目前已有医院从源头上开始限制。公开资料显示，中山大学附属第一医院在医用耗材 SPD 招标文件提出“投标人不得与招标人存在医用耗材销售业务关系”；西安市第一医院在 SPD 药品智慧供应链服务项目招标中也要求“投标人不得与招标人存在业务关系”。

此外，上述医药分析师告诉钛媒体 APP，目前市场上不乏降本增效不及预期的 SPD 项目，也有游资借此炒概念等。

以“7 天 6 板”的开开实业为例，便不乏游资爆炒的现象。有着“拉萨天团”市场之称的东方财富拉萨东环路第一证券营业部、东方财富拉萨东环路第二证券营业部、东方财富拉萨团结路第二证券营业部频繁现身于开开实业近日的龙虎榜中。

而开开实业本身，SPD 业务营收占比不足 10%。据公司公告，旗下负责 SPD 业务的子公司雷西精益 2022 年营业收入 8.94 亿元，占据公司营收比重较低，截止 2023 年第一季度尚未实现盈利；而开开实业

上半年净利润同比大降超 40%。

SPD 业务公司人士及行业分析人士等对钛媒体 APP 坦言，医药反腐长路漫漫，增量的 SPD 项目落地等也需要较长的流程，真正体现在业绩上仍需要较长的时间。这也意味着 SPD 短期内难以大爆发。

整体而言，市场的这一轮暴涨更像是殷切的期待，市场期待着医药厂商等不再用高额的销售费用去换取进院的销量，而是专注于研发及临床价值等，市场期待着反腐后的正规化和公平竞争。

[返回目录](#)

· 分析解读 ·

全国统一医保信息平台全面建成后，带来哪些新变化？

来源：中国医疗保险

各地纷纷推进国家医保招采子系统，更严药品采购、价格监测将至。

1、超 20 省上线国家招采子系统



8 月 21 日，山东省公共资源交易中心发布《关于组织开展招采

子系统配送企业接口对接工作的通知》，“山东省药械集中采购平台”药品交易功能拟于 2023 年 9 月迁移至“国家医保统一信息平台药品和医用耗材招采管理子系统”。

山东省要求，相关企业要确保在 9 月 5 日前完成接口对接工作，确保新平台上线后业务正常开展。

同日，四川省药械招采服务中心发布《关于四川省药械集中采购及医药价格监管平台关停并启用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的通知》宣布，四川省药械集中采购及医药价格监管平台业务信息系统将于 8 月 22 日 0 点关停，并于 8 月 28 日 9 点开放四川省医保信息数据一体化平台药品和医用耗材招采管理系统试用并调试，9 月 1 日正式启用。

国家招采子系统即国家医保信息平台药品和医用耗材招采管理子系统，是由国家医保局统筹建设的全国医保信息平台下的一个子系统。国家医保信息平台涵盖支付方式、跨省份异地就医、公共服务、药品和医用耗材招采等 14 个子系统，14 个业务子系统包括四大类：公共服务、经办管理、智能监管、分析决策。

对于“建立全国统一挂网和交易规则”，早在 2020 年，国家医保局在《国家医疗保障局对十三届全国人大三次会议第 7777 号建议的答复》中就明确表示，国家医保局信息平台药品与医用耗材招采管理子系统建成后，将积极推进部门数据共享，加强各省药品和医用耗材价格联动和监测，通过建立统一的挂网和撤网规则，结合企业信用

评价结果，保障医疗器械价格合理、安全有效、供应充分、使用科学。

2022 年，国家医保局宣布全国统一医保信息平台全面建成，各省纷纷响应。

8 月 3 日，国家医保局官网发布消息称，国家医保局在青海西宁召开全国医保信息平台招采子系统数据质量治理推进会，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，充分认识数据质量治理的紧迫性和复杂性等，加快形成高质量的药品耗材招采数据。

不完全统计，目前，全国已经有 20 多个省份陆续推进建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台，同时将药品、耗材招采系统切换到国家医保局信息平台招采子系统，接下来，全国药品耗材招采、配送、监管将实现联动，各省药品、耗材价格将更加透明。

2、全国统一医保信息平台建成的意义重大

全国统一医保信息平台的建成，为药品集采、药价监控、医疗服务价格协同管理等形成全国统一一盘棋，具有重大意义。

一是在全国医保信息平台信息共享下，可以更准确地获取网采率。药品耗材应挂尽挂，提升网采率。正如上述会议提到的，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。

二是规范和完善了药品挂网。按照医保发〔2022〕1 号关于“带

码招标、带码采购、带码结算”的要求，没有医保编码的产品，医疗机构将无法采购。

各省陆续贯标完成数据清洗，例如，广东省发布《关于做好双氯芬酸等药品省级带量采购和使用工作的通知》提到，各采购平台按照“带码招标、带码采购、带码结算”的要求，督促相关企业及时登录国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台更新维护产品编码，如因无编码导致无法下单采购交易的，责任自负。

在国家医保局制定了统一的医保信息编码下，各地医保信息数据共享，及时获取最新版本的产品信息，匹配该产品在当地的挂网和采购价等，不管是区域还是跨区域都可以做到价格对比。

三是支付方式改革。在全国医保信息平台支付方式管理子系统 DRG/DIP 功能模块上线后，基于 DRG/DIP 功能模块，开展满足管理要求的监测分析指标和可视化大屏，国家、省级层面支付方式改革可以实时监测、分析等。

目前，河北省邯郸市、江西省上饶市、广东省广州市等作为首批监测试点已经展开工作。国家医保局指出，争取到 2024 年底前，全国所有地区达到监测点建设要求。

值得一提的是，在全国医保统一信息平台下，医保基金也实现了更好的监督。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。

同时，在医保基金智能监控知识库、规则库的建设和加快应用下，智能监控效能不断升级。接下来，可以常态化开展医保数据筛查分析，对医院采购用量、药企配送达标与否等进行监测，更有力监管。

[返回目录](#)

探讨 | 门诊统筹优先解决的是什么？

来源：村夫日记

门诊统筹改革在全国铺开，市场关注焦点主要集中在处方外流，但其实门诊统筹政策推出的初衷是从筹资和保障这两个角度全面提高医保的共济功能，从而提高医疗保障的深度。

根据 2021 年 4 月国务院办公厅发布的《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》，门诊统筹首先从慢病开始，逐步扩展到其他费用负担较大的病种，特别值得注意的是，“对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理”，这意味着会有部分住院服务向门诊服务转移。门诊统筹的方向是“不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡”，也意味着最终是降低个人的门诊负担，只是在初期筹资额度有限的情况下依病种推进。

原先医保制度设计的原则是门诊主要由个人储蓄账户支付，住院才进入统筹。但随着慢病和重疾成为医疗的主要开支，由于门诊缺乏共济能力，广大患者的医疗负担越来越大。事实上，除了少数高度富裕的地区（比如新加坡），绝大部分医保国家和地区都实施门诊共济。

随着中国进入老龄化社会，实施门诊统筹的紧迫性也日益明显。

除了提高慢病和重疾患者的保障，高住院率、DRG 支付改革和住院向门诊费用转移这三个变革趋势同样也需要门诊统筹来提高保障能力。

首先，由于门诊完全是个帐支付，很多先进技术的检查及治疗很难被纳入门诊，患者的需求只能通过住院满足，这从一个方面推高了住院率，尤其是拥有大型设备和较高技术的三级医院的住院率。

根据 OECD 公布的数据，世界主要经济体的住院率平均为 14%，中国的住院率不仅高于大部分发达国家，也高于很多发展中国家。按照平均住院率来看，职工医保的住院率从 2013 年的 14.6% 上升到 2022 年的 17.6%。居民医保住院率的上升更快，从 2013 年的 8.1% 上升到 2022 年的 16.3%。2021 年，职工医保住院费用中，74% 流向三级医院，20% 流向二级医院，流向一级医院的只有 6%。

随着门诊统筹的逐步推进，门诊可报销的范围逐渐增加，降低了住院检查的可能性，从而缓解了一部分不必要的住院。

其次，DRG 实施之后，为了降低单个病案的开支，医院有将住院费用向门诊转移的需求，如果病人只能使用有限的个帐资金，其负担将大大加重，门诊统筹的共济性则可以有效解决这一问题。

DRG 实施后，住院费用将向门诊转移，在已经形成守门人制度的国家和地区，基层门诊将受益。但从美德等国的趋势来看，医院通过整合或收购门诊的方式，将这块收入还是留在了自己体内，但由于基

层门诊的分工和医药分离业已形成，第三方检验和处方零售仍将获得增长。但对于那些没有守门人制度的地区，比如中国台湾地区，由于医院拥有庞大的门诊部门，医院将住院费用向自己的门诊转移，基层的门诊不是获益方，医院处方并不会外流，第三方检验也不会从中获益。

不过，随着医联体和医共体在中国大陆的发展，虽然住院费用将向门诊转移，主要进入到医院自有门诊，但在院后的管理和服务上，则将部分门诊转移到自身控制的基层医疗机构，也将在一定程度上带动基层医疗服务机构的发展。

最后，从住院向门诊转移是市场变革引起的，这一趋势对门诊共济的实施也提出了迫切性。

过去十多年，医院大规模扩张的主要原因是医保大幅扩容，目前中国医保的覆盖率高达 95% 以上。但是，当医保用户扩容结束，新用户增长停滞，来自医保赔付费率的放缓，导致医院的收入开始出现了停滞。与此同时，医保的控费措施却正在加强，无论是药品集采还是 DRG 改革，都对医院的营收形成了一定的压力。

在面临病人流入的减少和收入增幅日益放缓的现状下，医院能做的就是尽量优化自身的结构来削减成本和扩大支付方鼓励的其他业务。随着住院业务的压力越来越大，医院也开始通过并购和新建的方式来进入康复、护理和门诊等业务。

另一方面，慢病人群增加和癌症的慢病化都对门诊的依赖越来越

大,这也要求门诊部门的扩容,原先的门慢特报销制度已经捉襟见肘,急需通过门诊统筹来加大覆盖力度,实现由病种保障向费用保障过渡。

因此,在住院向门诊转移的大趋势下,门诊统筹的主要作用是提高医保的共济功能,处方外流并不是门诊统筹的政策目标。在已经实施医药分开的国家和地区,是否有门诊统筹都不影响原有的市场形态,比如新加坡的门诊都是个人储蓄账户支付,但医疗机构的处方主要还是流向药店。而中国台湾地区的门诊一直是实施统筹的,医院门诊的处方很少流到院外。所以,虽然部分地区部分门店仍有其特殊性,微观上还是有可能提高药店的业绩,但从大趋势来看,门诊统筹并不能改变现有药店市场格局。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

DRG 付费进入新阶段, 医院精细化管理如何更深入?

来源: 医数洞悉

随着各地 DRG 付费方案逐渐成熟稳定,大部分医院都制定了相应的精细化管理策略和流程,并通过信息化系统将病案质控和费用管理融入关键业务流程。在 DRG 付费改革的前 1-2 年,医院最为关注病案编码质量、DRG 超支病组和超支病例,进而有针对性地减少医保超支。据了解,仅通过病案质控,主要是主诊断、主手术合理完整上传,许

多大型公立医院年度增收高达千万以上，甚至更多。DRG 付费以史无前例的效率，促进了各级医院病案数据质量快速提升，尤其是完整性方面，即使集采之前，也确实提高了医院主动控制成本、管理患者医疗费用(即医疗负担)的积极性，由被动管理转为主动调整，由原来的对账管理转为更深入的以数据为依据的管理策略。然而，在颠覆传统医院管理的同时，也出现了一些问题，出现了医院内部管理的迷茫和分歧。

院内管理困境

尽管各地政策已经充分考虑到不同情况的影响，一是未能完成完整治疗的费用低倍率病例，例如入院短时间死亡、转院、患者要求出院等；二是为防止推诿重症的高倍率病例及费用极高病例的补偿；三是长期住院病例按床日结算；四是设定级别差异系数或通过不同指标综合制定不同医院差异系数(主要是浙江)，从而尽可能保证 DRG 分组无法涵盖的医疗复杂性得到合理支付；五是通过考核指标和大数据监管防止恶意套高、钻政策漏洞等行为，等等。我们仍然看到各地不同医院不同程度的出现下述情况：

套高编码。只要权重高的就是结算标准高的，所以进权重高的组准没错，甚至可以看到有些科室出现了完全不可能在本科室收治的疾病和处置方式。

合并症/并发症编码能传尽传。不管是非常熟悉 DRG 付费政策还是处于学习探索阶段的医院，都知道合并症和并发症影响入组，进而

影响权重和结算费用。所以在 DRG 付费实施过程中，往往会看到无合并症/并发症病例占比大幅降低，合并症/并发症数量大幅增加。

以费率法医保支付标准或点数法预估的支付标准作为病种费用目标，不足的增加服务项目，超出的则减少。

以上情况并不是医院管理层希望看到的，这不仅影响医保基金的合理分配，同时也给院内管理带来困扰，因为数据混乱导致无法制定相对符合实际需求的科室、病种管理标准。而合并症/并发症编码数量增加，或者病种人次分布发生变化，其中确实有历史数据质控相对宽松，提升管理能力带来的正向影响，而一般的手段很难区分哪些是提升管理能力的正向影响，哪些是“矫枉过正”的负面结果。医保支付标准，原本确实是希望引导医院和临床主动控制成本，其背后的逻辑类似统计学中的“向平均趋势”，随着大数据积累和多方博弈达成平衡，DRG 支付标准确实会变成最符合实际需求的参考标准，但初期由于不同医院不同病种历史费用受到诸多因素影响，确实存在病种付费标准与实际需求偏移的情况。如果大家都能理解 DRG 有高有低、总体平衡的苦心，那将是个理想的画面，但实际情况是不同医院经营压力、人才引进和保留等方面都离不开经济支撑，所以总是有希望得到更多，先解决短期温饱的选择。

除此之外，DRG 管理涉及病案、医保、质控、信息、财务、绩效等多方面，近几年广受欢迎的就是 MDT 多学科协作管理模式，这在大型公立医院落实尚且是一把手工程，更不用说在一些存在一人多岗、

缺岗缺编的小医院落实的难度了。

再者，各医院采购数据和财务数据保密性较高，不能得到财务和采购的协同，DRG 管理就总是停留在医保结算不超支这一目标，而无法协同医院发展制定更精准的不同病种费用管理标准。

DRG 付费 2.0 阶段的院内医保管理定位

如果说 DRG 付费 1.0 阶段，主要任务是分组、定价、支付，那么在药耗集采、飞检深入化常态化、医疗服务价格动态调整、深化门诊统筹、大数据监管的基础越加牢固等多管齐下的综合作用下，DRG 付费也将走向更精准的定价、更完善的机制、更敏感的自动调节方法论体系，进而成为三医协同更有力的杠杆，在这里我们先称其为 2.0 阶段吧。特别提示：2.0 这个说法非官方结论，仅为了便于理解不同时期的变化。

由于 2.0 阶段医院可用的数据资源更多，面临的政策环境和市场环境也都更复杂多变，传统的医保部门管理职责也需要适应新形势的需求。此前医院医保部门主要关注偿付率、医保违规、报销政策，为适应 2.0 阶段的管理需求，还需要做好以下工作：

把本院大数据利用起来，提高通过大数据识别违规风险的能力，区别于以往基于确定规则判定和向临床宣导政策的角色。

与临床密切沟通，有评估 DRG 病组支付标准和制定本院不同病组管理目标的能力。

对医疗服务价格动态调整的思路和方向有较高的敏感性，制定评

估方法和流程，做到事前介入，基于医疗服务价格动态调整对医保付费的影响有充分的准备和预案。

最后，作为临床和财务之间业财融合纽带，协同做好病组成本管理。

很多医保人看到这里，估计已经血压飙升，确实目前医保部门工作量和难度都面临较大挑战，因此院内在资源和人才方面的支持往往是成功转型的决定性条件。

精细化管理的几点建议

在 DRG 医院管理中，常常存在一个误区，就是单纯以偿付率作为评价标准。通常来说，只要控制医疗费用在医保支付标准以下，偿付率就会显著提高。但这显然不符合实际需求，因此关注偿付率的同时，还需特别关注病组均费和人次的变化。

已经有很多医院认识到病组成本管理比医保超支监控更有意义，但苦于无法精确测算成本而只能粗略对病种成本做主观判断，就很难形成确定的管理标准。由于医院成本测算是个非常复杂的课题，这里不做过多赘述，但可以基于一些成本分摊比例、病种的资源消耗分类等预估成本比例，用于 DRG 组利润变化监测。这个数据虽然不够准确，但能够反映趋势，便于定位问题和管理重点。

还有很多医院一直期望以同级别医院或本地所有医院的费用标准、药耗占比等作为标杆参考，进行本院费用管理，而大部分医院无法获得相关数据。并且，如果本院均费、药占比、耗占比与地区均费

差异较大时，想要分析差异原因、制定合理和可执行的标准，反而更难。这时候可以不苟求完美标准，先从本院数据中找到可利用的标杆参考。除了一般常用的本院均值外，还可以选取医保付费优质区间（例如费用倍率在 0.95-1.05）病例数据，或者均费、药耗占比稳定性和聚集性较高的科室及临床专家的病例数据作为标杆测算基础。

对临床路径相对清晰稳定的外科手术或操作病组，建立路径管理方案，并通过信息化系统进行事中管理。而对临床路径差异受诸多因素影响的内科病种，则可通过设定资源目标，配合绩效方案来优化医疗费用和成本结构。另外，纵向横向对不同大类下的资源项目做比较监测，也常常会有意外惊喜。需要注意的是，制定临床路径的目的在于可执行进而产生更好的结果，但临床过程与其他业务管理最大的不同，在于临床过程的复杂性，它与个体差异、合并症情况、患者经济负担等密切相关，同时，临床行为在考虑医院经济收入之前，排在第一位的永远是职业道德和治病救人。

[返回目录](#)

10月1日起取消医院回款权，对民营医院有影响吗？

来源：国家医保局、华夏医界网

近年来，随着医疗行业的快速发展和患者需求的日益增长，医药流通成本和货款回款难问题日益突出，给医疗机构和医药企业带来了巨大的压力。为了解决这一问题，国家医保局近日发布了一项重大改革举措——取消医院回款权。

据了解，该举措自 2023 年 10 月 1 日起，在全国范围内实施医院回款权取消工作。这是继 2019 年启动医保基金与药品、医用耗材生产企业直接结算试点之后，医保改革的又一重大举措。这一政策的目的是深化医改，促进医保、医疗、医药三医协同发展和治理，提高医保基金使用效率，降低医药流通成本，同时也解决了医药企业回款难的问题。

那么，取消医院回款权具体是什么意思？它将对医疗行业带来哪些新变革？我们一起来看看。

什么是取消医院回款权？

所谓取消医院回款权，就是指取消公立医院作为采购方和结算方的双重身份，将原本由公立医院与药品、医用耗材生产企业或配送企业（以下简称“医药企业”）之间的货款结算事务交由医保经办机构代为结算。

具体来说，就是将公立医院采购的国家、省际联盟、省级集中带量采购中选产品和挂网采购产品的货款由医保基金直接支付给医药企业，并从对应公立医院下月的医保结算费用中抵扣。

取消医院回款权的范围包括所有公立医院（含社区卫生服务中心）和所有国家、省际联盟、省级集中带量采购中选产品和挂网采购产品。其中，集中带量采购中选产品指经药品监督管理部门批准并获得《药品注册证》或《进口药品注册证》、具有国家或省级药品目录代码的药品；挂网采购产品指经药品监督管理部门批准并获得《医疗器械注

册证》或《进口医疗器械注册证》、具有国家或省级耗材目录代码的耗材以及按照医疗器械管理的体外诊断试剂产品。

取消医院回款权的流程主要包括四个环节：数据上传、票据审核、对账复核和货款拨付。

取消医院回款权将带来哪些新变革？

取消医院回款权是一项深远的改革，它将从根本上改变原有的医疗行业运行模式和利益格局，对各方都会产生重大影响。主要体现在以下几个方面：

1、对于公立医院来说，取消回款权意味着失去了一项重要的自主权利和收入来源。原来，公立医院可以通过与医药企业协商延长货款回款期限或者索取回扣等方式来获取额外收益或者补贴运营成本。但是，这种做法也导致了公立医院与医药企业之间的利益勾结和不正当竞争，影响了公平公正的市场秩序和患者的合法权益。

取消回款权后，公立医院将无法再从货款中获取利润或者回扣，也无法再以货款为借口拖欠或者拒绝付款给医药企业。这将迫使公立医院转变运营思路和管理模式，更加注重提高内部效率和服务质量，更加依赖于政府补助和患者支付。

2、对于医药企业来说，取消回款权意味着解决了长期困扰的回款难问题。原来，由于公立医院掌握着货款结算的主动权和话语权，往往会以各种理由拖欠或者克扣货款给医药企业。取消回款权后，医药企业将直接从医保基金中获得货款，不再受公立医院的影响和干

扰。这将大大缓解医药企业的资金压力，提高其现金流和盈利能力，也有利于其加大研发和创新投入，提升产品质量和竞争力。

同时，取消回款权也意味着医药企业将面临更加严格和规范的监管和考核，不能再通过回扣或者其他不正当手段来获取市场份额或者提高价格，而必须依靠产品的性价比和服务的水平来赢得客户和市场。

3、对于医保经办机构来说，取消回款权意味着承担了更多的责任和任务。原来，医保经办机构只需要与公立医院进行结算，而不需要直接与医药企业打交道。

但是，取消回款权后，医保经办机构将成为货款结算的主体，需要与公立医院和医药企业进行数据对接、票据审核、对账复核、货款拨付等工作。这将增加医保经办机构的工作量和风险，也要求医保经办机构提高自身的管理水平和信息化水平，建立完善的监督和评价机制，确保货款结算的准确性、及时性和安全性。

4、对于患者来说，取消回款权意味着享受到了更加公平和透明的医疗服务。原来，由于公立医院与医药企业之间存在利益输送和回扣现象，导致患者往往无法获得最优惠的价格或者最合适的产品。

取消医院回款权后，民营医院将迎来哪些变化？

除了以上四个方面，应该也有部分人迫切想知道取消医院回款权对民营医院会产生影响吗？我们试着分析一下：

取消医院回款权确实会对民营医院产生一定的影响。民营医院不

再需要与公立医院竞争货款结算的主动权和话语权，也不再需要承担货款拖欠或克扣的风险，这确实会减轻其资金压力和提高盈利能力。还可以利用医保基金的流水作为信用贷款，也可以减少民营医院的现金流压力和避免不必要的财务风险。

然而，需要注意的是，这种政策变化对于不同的民营医院可能会产生不同的影响。对于一些规模较小或财务管理能力较弱的民营医院，取消回款权可能会带来更大的挑战，因为它们可能缺乏足够的资金储备和财务规划能力来应对货款结算的变化。

此外，政策的实施也需要考虑到公立医院和民营医院之间的合作关系。公立医院和民营医院在一些领域中可能会存在竞争关系，因此取消回款权可能会对公立医院和民营医院之间的关系产生一定的影响。

总的来说，这种政策变化对于民营医院的影响需要综合考虑，包括医院的规模、财务管理能力、合作关系等因素。政府应该根据实际情况制定相应的政策措施，以促进医疗行业的健康发展。

可以看到，取消医院回款权是一项重大的改革举措，它将对医疗行业产生深远的影响。我们期待政府能够制定出更加完善和细化的政策措施，以促进公立医院、民营医院、医药企业、患者等各方的协同发展和共赢合作。

[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