

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第45期

(2023.11.06-2023.11.12)

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，直接跳转具体文章内容。)

· 医药专栏 ·

▶ [《卫生经济研究》：政府在药品价格形成机制中的价值选择及路径优化研究](#)（来源：卫生经济研究）——第 7 页

【提要】药品作为重要的医疗资源，其价格 and 政策的变革与走向一直受到广泛关注。药品研发生产企业的行为会紧密围绕其追求利润的内在动机展开，而药品的准公共产品性质对药品价格又有着基本诉求。这意味着政府必须在药品研发生产企业与药品消费者之间找到利益平衡点，从而构建有效的药品价格形成机制。

▶ [一文读懂：国谈药先行自付比例的 5 种制定方式](#)（来源：江苏省医疗保障局）——第 19 页

【提要】我国医保药品目录中的药品实行甲、乙两类管理，参保人使用“甲类药品”按基本医疗保险规定的支付标准及分担办法支付；使用“乙类药品”按基本医疗保险规定的支付标准，先由参保人自付一定比例后，再按基本医疗保险规定的分担办法支付，这一比例被称为“先行自付比例”。从学理上看，先行自付比例是医疗保险学中“共付”的一种体现，强调在“委托—代理”的医疗保障体制中医疗服务需方在诊疗行为中应承担的责任，防止有限医保基金资源的浪费，降低来自医疗服务需方的道德风险。

• 智慧医疗 •

▶ [全国医疗机构信息互通共享三年攻坚，国家卫健委提出八大任务](#)

（来源：大健康派）——第 26 页

【提要】国家卫生健康委规划司司长毛群安表示，党中央、国务院高度重视新一代信息技术在医药卫生领域的应用，用新一代信息技术来重塑医药卫生管理和服务模式，优化资源配置，提升服务效率。国家卫生健康委同财政部、国家金融监管总局等相关部门，从今年起开展全国医疗卫生机构信息互通共享攻坚行动，就是要贯彻落实这一要求，以数字化、网络化、智能化转型来推动卫生健康高质量发展的具体举措。计划力争用三年时间，在医疗健康信息全国互通共享上取得标志性进展。

▶ [事关智慧医院建设分级，两部门发布 2023 版评估手册](#)（来源：国家中医药综合司）——第 31 页

【提要】11 月 7 日，国家卫生健康委办公厅、国家中医药局综合司印发《改善就医感受提升患者体验评估操作手册(2023 版)》，评估对象主要是经各省(区、市)卫生健康行政部门依法登记执业的二、三级医院(其他二级以上医疗机构参照执行)。充分考虑区域经济、人口、医疗资源分布和医院等级情况，确定了诊前、门诊、急诊急救、住院、诊后和全程 6 个维度 27 项指标。其中包含了互联网医疗、互联网+护理服务、智慧医院建设等相关指标。

• 医保速递 •

▶ [医保战略性购买如何促进“三医”协同发展和治理？](#)（来源：金豆数据）——第 35 页

【提要】发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，这是党中央国务院对医改提出的要求。国家医保局成立以来，医保基金发挥战略性购买作用，通过动态调整医保药品目录、开展药品耗材集中带量采购、深化医保支付方式改革、推进医疗服务价格项目改革等，在保障人民群众缓解“看病难、看病贵”的同时，重构医药产业生态，助推公立医院高质量发展。

▶ [DRG 结余不抵违规扣费？警惕 DRG 付费下的医保基金违规行为](#)（来源：从 0 到 1 说 DRG）——第 41 页

【提要】“DRG 付费就是设定支付天花板，都有天花板了，医保还管违不违规吗？”DRG 支付全面覆盖稳步推进，一些医院管理者还存在这样的疑问和侥幸。DRG 支付下，医院结余表象向好，院内违规行为却加剧产生。隐藏在 DRG 付费下的医保基金违规行为无异于埋雷，与医疗服务提质增效的目标导向相悖，需要引起每一位医疗机构管理者的警惕和重视。

• 分析解读 •

▶ [新生儿数量近 5 年下滑 40%，辅助生殖生意还有得做吗？](#)（来源：动脉网）——第 47 页

【提要】近期，国家卫生健康委发布了《2022 年我国卫生健康事业

发展统计公报》，数据显示，2022 年我国出生人口 956 万人，是自 1950 年以来首次跌破千万大关；人口自然增长率为-0.60%，同样是近 61 年来的首次负增长。进入 2023 年，出生人口或将再创新低。今年 8 月，中国工程院院士、北京大学医学部主任乔杰就在“医药创新和科技前沿论坛”上表示，中国新生儿人口数量近 5 年内下滑约 40%，预计 2023 年出生人口数约为 700 万至 800 多万。

▶ [消费医疗复苏，增速最快的竟是这个赛道](#)（来源：动脉网）——
58 页

【提要】2023 年以来，消费医疗逐步复苏。不过，结合多家上市公司财报数据来看，复苏情况在各个细分领域之间、各家公司之间存在较大差异；其中，体检服务在非旺季阶段已有亮眼业绩，并且呈现出量价齐升的态势。为什么是体检？这一增长是偶然还是必然？持续增长的关键是什么？动脉网结合多方数据，对这个已沉寂几年的细分领域进行分析。

• 基金监管 •

▶ [医保局通知：12 月起，耗材回款生变！](#)（来源：Eshare 医械汇）
——第 68 页

【提要】日前，辽宁省锦州市医保局发布《关于应用医保基金与企业直接结算医用耗材带量采购货款的通知(征求意见稿)》。《意见稿》指出，将在 2023 年 12 月 1 日起应用医保基金与各有关生产(配送)企业直接结算医用耗材带量采购品种货款。并从执行之日起开始上传

相应发票单据，货款结算时间为企业交货医疗机构验收合格后次月底。在上传相应发票单据前的医用耗材带量采购品种货款由医疗机构自行与企业结算。回款难问题是耗材流通领域的多年顽疾，伴随着多地开展医保直接结算模式，耗材回款效率已经显著提升。

▶ [医保基金常态化监管，重点有哪些？](#)（来源：中国医疗保险）——第 72 页

【提要】近日，多地开展 2023 年国家医保基金飞行检查工作。自今年 8 月全面启动以来，2023 年医保基金飞行检查工作已进展大半。通过飞行检查，能够查处一批违法违规的大案要案，对医保领域违法违规行为形成强力震慑，飞行检查敢于较真碰硬，彰显了医保基金监管的强硬力度，对被检对象是一次深入的“健康”体检。

-----本期内容-----

· 医药专栏 ·

《卫生经济研究》：政府在药品价格形成机制中的价值选择及路径 优化研究

来源：卫生经济研究

药品作为重要的医疗资源，其价格 and 政策的变革与走向一直受到广泛关注。药品研发生产企业的行为会紧密围绕其追求利润的内在动机展开，而药品的准公共产品性质对药品价格又有着基本诉求。这意味着政府必须在药品研发生产企业与药品消费者之间找到利益平衡点，从而构建有效的药品价格形成机制。

Part 1. 政府干预药品价格形成的必要性

1.1 药品具有准公共产品属性

根据萨缪尔森在《公共支出的纯理论》中的定义，公共产品具有效用不可分割性、消费非竞争性和受益非排他性等基本特点。私人产品则具有排他性、可分性和敌对性。药品作为一种特殊商品，关系民生福祉和生命健康，其供给和价格与社会福利密切相关。由于药品不具备受益的非排他性但满足消费的非竞争性，因此介于公共产品和私人产品之间，属于准公共产品。准公共产品的有限非排他性或非竞争性，决定了其研发、生产、供应及价格形成都应由政府和市场共同分担。这就在保障药品质量、维系药企创新动力的基础上，对公众合理

的价格诉求,以及药品可获得性和可负担性之间的动态平衡提出了更高的要求。

1.2 药品的需求价格弹性较低

价格弹性是指供给量和需求量对价格变动的敏感程度,即价格变动引起的相应供求变动率。在需求具备弹性的情况下,价格降低会激发购买欲从而在价格杠杆作用下提升购买数量。而药品相较于其他商品而言,需求价格弹性较低。当某药品价格上升,出于药品消费的及时性、不可预见性和实际治疗需要,需求并不会大幅减少,即药品需求的变动幅度小于价格变动幅度。因此,对此类低需求价格弹性的商品,其价格的形成需要政府的有效介入。

Part 2. 药品价格形成过程中的现实困境

2.1 市场机制与药品特殊性之间的矛盾

自2016年我国取消除麻醉药品和第一类精神药品外的药品政府定价后,绝大部分药品价格由市场竞争机制形成。一方面,药品价格放归市场,符合社会主义市场经济体制改革的潮流,使市场竞争机制能够在医药领域释放更大活力,使供求关系和市场经济规律能够更加高效地调节药品价格。另一方面,药品作为准公共产品的属性不容忽视,信息不对称、市场竞争不充分和垄断等原因会在一定程度上导致市场失灵。虽然取消药品政府定价在一定程度上减少了对市场活力的束缚,但政府管制的退出并不等同于放任药品市场自由发展,政府需通过行政或法律手段对药品价格形成进行干预,找到药品价格动态平

衡的着力点，缓解药品研发生产企业与消费者之间的利益冲突。

2.2 药品可得性与可支付性无法达成动态平衡

药品可及性问题始终与公共健康福利紧密相关，包含了药品的可获得性和可支付性两个方面。在可支付性问题得到解决前，更为迫切的是如何保障药品的可获得性。在传统药品专利保护的基础之上，随着医药领域的商标权、著作权、商业秘密保护和药品试验数据保护制度等新型知识产权形式的引入，医药知识产权在激励医药领域创新、增加药品可获得性中发挥越来越重要的作用。2014—2021年期间，批准的新药临床与药物专利授权(有效)总体呈现出间断式增长的趋势，尤其是2021年的药物专利授权数量已突破10000件(见图1)。可见，随着近几年国内医药知识产权保护模式的不断完善，药品研发与创新的氛围呈现出积极的态势。

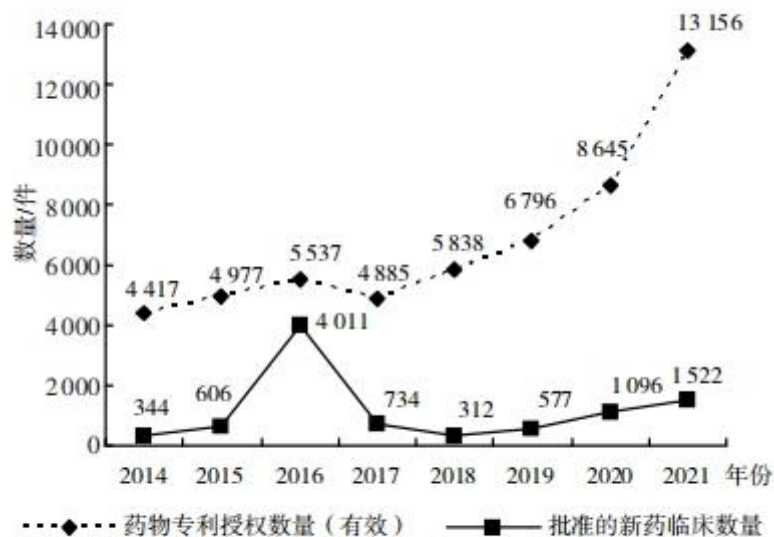


图1 2014—2021年新药临床批准与药物专利授权趋势

数据来源:国家药品监督管理局。

相对于其他产业而言，知识产权保护在医药产业上的敏感性是最强的，不仅在于它控制了医药技术的使用及其衍生的益处，更在于医药领域的科技进步对人类生命质量的巨大影响。以药品专利权为例，从取得专利权到实施专利权，始终伴随着私利与公利、可得性与可支付性此消彼长的微妙关系，专利药品持有人所获得的独占权可以从源头上控制药品的生产和销售。然而在商业利益的驱使下，独占权极易异化为威胁公共健康的危险筹码，导致某些药品在一定期限内形成垄断，或特殊药品断销，可支付性大大降低。

以艾伯维的专利药阿达木单抗(修美乐)为例，这是第一个全人源的 IgG1 治疗性单克隆抗体，2002 年被美国食品药品监督管理局批准用于治疗中重度类风湿性关节炎，2010 年首次获批进入中国市场，目前获批的适应症有类风湿性关节炎、强直性脊柱炎和银屑病等自身免疫性疾病。在国内上市后，修美乐注射液的价格在 2018 年以前一度达到 7641 元/支(40mg/0.8ml)，以两支一个疗程的用量来看，患者每年需要花费 10 万~20 万元，显然已超出绝大多数患者的可负担范围。虽然知识产权制度的初衷是在保护知识创造者利益的基础上鼓励技术创新和技术转移，而事实却因其所致的药品高价限制了低收入人群对药品的获取。药品可获得性与可支付性之间无法达成动态平衡，也间接加剧了药品价格壁垒的形成。

2.3 信息不对称市场中药企逐利性激化

根据信息不对称理论，在市场经济活动中信息优势方通常会选择

性披露有利于自己的信息，并从交易中获利。医药行业信息不对称现象更为突出。当政府试图通过行政或法律手段对药品的价格形成进行干预时，这种信息不对称现象还可延伸到政府、药企、医药市场和普通消费者之间。只要存在信息不对称，那么道德风险就不可避免。如果没有合适的动态应变机制、激励机制或牵制手段，在市场机制下，药企在面临风险或利益受损时很可能做出利己的止损行为，从而激化药品的商品属性。根据地方医保局的统计，在多批药品撤网名单中，药企利润无法回流是主要的撤网原因。药企的趋利性使药品在信息不对称的市场中随时面临其准公共产品性质被商品属性所覆盖的窘境。

2.4 药品价值凌驾于医疗服务价值之上，药价降速缓慢

医务人员专业知识的获取与专业技能的培养是建立在前期付出了极大的时间成本和物力成本之上的，但在医疗实践中，体现医务人员专业知识和技能的服务价值常常被低估，极易被药品和医疗仪器的价值取代。原因之一就是，业务收入成为医院之间业绩竞争的“底牌”，当医疗服务价格和接诊人数较为稳定时，这种竞争的可操作性空间往往会转向药品价格和检查费用。因此，即使药品带量采购和国家医保药品谈判等普惠措施“多管齐下”，药价的降速仍较缓慢，药占比仍显著高于 OECD 国家的平均水平，一些短缺药或急救药甚至出现翻倍溢价现象。

Part 3. 政府在药品价格形成中的价值选择

药品研发生产企业的根本动机是追求利润，要推动企业持续创

新、研发、生产高质量药品，必须让企业感受到市场“有利可图”。然而，药品价格完全放开无疑会导致价格飞涨，而药品价格过度压制又会使企业失去创新动力，影响长远的民生健康福祉。通俗而言，企业需要一个激励机制(主要指利润空间)去维持研发和生产，而公众的诉求是价格合理、质量保障的药品，如何在两者之间找到平衡，是政府面临的价值选择难题。

3.1 效率与公平的价值权衡

药品作为一种资源，是广义资源在卫生领域的具像化。出于药品的准公共产品属性和社会福利性，其分配的理想价值选择应平衡经济效率和社会公平，即兼顾效率与公平。然而，医药市场属于不完备市场，极易出现市场局部失灵；而政府调控方面，政策往往无法及时与快速变化的现实情况有效接轨，从而出现政府失灵，效率与公平难以达成共生状态。

有学者认为，卫生资源配置的优先次序应在重视效率的基础上考虑公平性。在保护知识产权过程中不可避免会产生社会成本，这种成本由整个社会和公众分担，并以公众部分自由的牺牲来换取对发明人创新的激励，“效率优先”原则在这一过程中得以体现。然而药品知识产权保护是以垄断为手段使药品价格上升的静态效应为代价去刺激技术进步，进而改善药品产出的动态效应，极易导致某些疾病无法找到高性价比的可替代药物，部分患者的健康权和生命权无法得到充分保障，公平性在效率优先视角下被弱化。不同专业领域对效率与公

平的争议，使政府不得不正视药品价格形成的价值权衡。“效率”对药品可获得性的益处及“公平”对药品可支付性的补偿，都是药品价格形成机制中不可或缺的考虑因素。而医疗保险制度、基本药物制度、带量采购政策、国家医保药品谈判等政策则以公众福利为核心视角，一定程度上填补了药品知识产权保护所带来的公平性补偿问题。另外，知识产权保护涉及的 Bolar 例外、强制许可、平行进口等措施，更是以行政手段引入仿制药竞争，对解决发展中国家公共健康问题的意义非凡，也在一定程度上映射出政府在药品价格形成中由“效率优先”逐步向“公平与效率兼顾”的价值选择过渡。

3.2 私人利益与公共利益的价值博弈

从私人利益和公共利益的角度，药品知识产权在我国属于私权保护范畴，然而这种私权保护需要与公共利益进行权衡。利益主体多元化使政策、制度、法律价值存在更为复杂的内在冲突，更多的公共福利和更高的投资回报率之间的矛盾映射了消费者和创造者之间的利益博弈。药品知识产权作为一种垄断性权利，无疑会导致大部分消费者获取药品的权利被限制。当消费者无法承受药品垄断所致的高价负担时，过于强调知识产权保护反而会威胁基本人权。政府在激发药企创新活力的同时，应以维护人的生命价值、提升人的生命质量和优化生命活动品质作为衡量标准，全面评估制度、政策和法律的可行性。

在医药产业与公共健康紧密相关及知识产权制度不断演变的背景下，医药知识产权被赋予了更多为国家产业政策服务的责任，职能

重心也逐步倾向于维护市场秩序与公共利益。因此，公权化的趋势在私权公益化和部分公权意志融入后日益明显，知识产权的限制便是公权对私权干预的体现，行政管理职能也在知识产权的确认保护及权利行使过程中得到跟随，公权正在逐步对私权进行渗透。

3.3 对弱势群体优先关切的價值选择

以 Ezekiel J. Emanuel 等为代表的学者曾提出医疗资源分配的伦理价值框架，药品作为重要的医疗资源，药品资源的分配应在这一价值框架内予以衡量，确立符合伦理要求且行之有效的分配方案。这一伦理框架强调了四个基本价值——最大化稀缺资源的效用、平等待人、工具价值的提升和奖励、优先关切境况最差者，因其明确的价值排序和优先性原则，一度成为争议的焦点。鉴于我国“仿制药为主、创新力不强、原始性创新匮乏”和人群收入差距悬殊导致健康水平与药品可及性差异，结合因病致贫、因病返贫暂未彻底根除的实际，政策红利所带来的综合效果蕴含着向仿制药企业与普通消费者倾斜的价值取向。在原研药企、仿制药企和普通消费者的利益博弈中，仿制药企业与普通消费者明显处于相对弱势，而经济状况和健康水平较差的消费者更处于这场博弈的底层，对药品市场的价格变动毫无还手之力，此时，政策兜底以及对基本用药的保障显得尤为重要。

目前，政府通过基本医疗保险制度、基本药物制度和药品带量采购政策等，对药品价格形成过程进行干预。然而，衡量一个谈判成功与否的标志并不完全取决于最终敲定的“底价”，医保基金可否承受、

药品研发生产主体可否接受与药品可及性是否最优同样重要。此外，“国谈”和“集采”药品价格的大幅降低是否会影响药品质量以及企业研发和生产的积极性，也需要进一步考虑。企业的社会责任与政府干预一样都应成为公共利益实现的要素，二者缺一不可，过度强调任何一方都不利于维护企业研发和创新的积极性，并最终影响长远的社会福祉。因此，政府如何在药品价格机制形成过程中找到价值平衡点，依旧任重而道远。

Part 4. 规范药品成本测算及同类药品价格管理

4.1 规范药品成本测算及同类药品价格管理

药品价格形成机制的核心必然建立在研发生产过程中投入的成本之上，那么政府对药品价格形成的干预也应围绕真实的研发生产成本展开，而药品成本的测算与同类药品价格的管理都离不开真实世界的的数据支撑与科学测算方法的运用。针对成本构成较复杂的高价值专利药或罕见病用药，真实世界数据的有效挖掘与利用可以提供药物有效性、安全性等信息，在此基础上邀请药物经济学专家评估药品价值，结合药品历史价格完成成本测算，由此作为“国谈”和“集采”药品的价格形成依据。我国目前的药品价格联动大多以省内企业产品的全国最低价方式形成挂网价，仅局限于企业内部的同一药品，对省际之间或其他企业的药品尚未形成比价关系的管理，极易造成同类药品价格差距过大，从而导致低价企业退出市场，药品价格被动提高。因此，在科学测算药品成本的基础上，对同通用名或同疗效的同类药品，应

加强其比价关系的管理，最大程度减少同类药品价格差距过大的现象。

4.2 推进知识产权相关配套制度之间的衔接

行政手段和法律手段是政府在履职过程、资源分配、宏观调控中常用的手段，行政手段的价值取向强调效率，法律手段的价值取向强调公平，因而公平与效率、可获得性和可支付性的整合往往需要行政与司法之间形成有效链接。任何对药品价格的简单压制都将与保证高品质药品进入市场的目的相悖，且极有可能直接扼杀药品研发、制造的创新动力。故政府在以公共利益的最优实现为长远目标的动机下，必须正视价格形成规律的底层逻辑，以利益补偿和财政支撑激励药品研发生产。而药品知识产权保护是以对超额利润的期待为主要手段，在此逻辑下，社会净损失将不可避免。因此，在知识产权的保护性制度发挥作用的前提下，相关的配套性法律和政策也必不可少，主要包括两类：一是以税收优惠、研发资助奖励等政府主导的激励机制，解决药品可得性问题；二是健全全民医保体系，以转移支付的方式支撑原研药开发，在充实医保统筹基金的基础上科学管理，将更多的专利药品纳入医保目录，通过提高报销比例的方式予以补偿，解决药品可支付性问题。

一项有效的制度设计并不能只聚焦于创新者的利润回报，如何避免研发成本高企并极力降低社会净损失应同样被重视，以体现科学竞争与适度垄断的有效平衡。将企业的社会责任“软法化”是一种新的

解决思路，主要包括两种形式：一是以奖励性法律规范的软法责任为主，聚焦于药企的药品定价行为，将税收优惠和市场专有权保护的优先权给予开发罕见病药品或短缺药品的制药企业；二是以义务性法律规范中的软法责任为主，即否定性法律后果的淡化，一定程度的倡导性效果将会得到体现。

4.3 建立多元主体协同机制及信息反馈渠道

构建“政府-企业-公众”多元主体协同决策模式，并适当引入多中心治理理论，尝试将药品价格形成向社区模式转化，形成由价格主管部门、药品研发生产企业、医保机构、卫生部门等多元化主体构成的药品价格形成机制的整合体，弱化专业知识壁垒带来的信息不对称性。

同时，以积极去行政化的方式将“国谈”和“集采”的职能逐步向医保部门转移，政府负责药品价格监测与药品质量监管，避免决策的主观价值偏向性。

一方面，医保部门接手药价谈判可以使药品价格形成机制在符合医保实际支付能力的基础上更符合市场的价格调控模式；另一方面，政府从议价者角色向监管者角色转变，使药品议价权回归买卖双方，有利于切实保护买卖双方的合理利益诉求。药品价格机制的完善需要通过多方的沟通与协调，在此过程中，医疗机构、患者、行业协会的参与作用也应被重视。

除此之外，积极利用和完善互联网平台，建立以社会公众为主体

的信息反馈渠道，发挥社会公众对药品价格管理的参与和监督作用。需要注意的是，承认多元主体并不意味着将药品价格形成的决定权交由“民意”一锤定音，尤其是容易引发社会关注的特殊议题，绝不能被社会舆论所裹挟，涉及科学证据回答的特定问题必须交由科学证据来解答，社会舆论绝不能凌驾于科学权威的价值之上。

4.4 加强决策过程的专业价值整合与医疗服务价值的引导

确保达成各方利益的相对平衡，必须加强政府决策过程的专业价值整合，夯实公共管理学、公共政策学、卫生经济学、医药知识产权等领域的专业基础，让专业的人做专业的事，有效平衡科技创新过程的“专业价值”与药品创新成果的“公共价值”的关系，实现政府行为价值倾向的科学化与民主化的有机统一。

政府的价值选择过程必须充分体现对“专业价值”的重视，克服“外行”对药品价格形成的模糊理解而产生实践失灵；同时，重视“公共价值”，克服药品政策、制度、法律所产生的综合效应在伦理道德和利益机制平衡上的“市场失灵”，尤其是“政府失灵”的弊端。除此之外，立足于医药产业及公众健康水平动态发展的实际，有意识地引导公众及社会将聚焦药品和器械的视线适当向医疗服务本身的价值转移，医疗服务的劳动价值应在药品和器械的衬托下更好展现，而不是被药品和器械弱化，这对缓解就医焦虑和提升健康水平也具有重要的导向作用。

[返回目录](#)

一文读懂：国谈药先行自付比例的 5 种制定方式

来源：江苏省医疗保障局

研究背景

我国医保药品目录中的药品实行甲、乙两类管理，参保人使用“甲类药品”按基本医疗保险规定的支付标准及分担办法支付；使用“乙类药品”按基本医疗保险规定的支付标准，先由参保人自付一定比例后，再按基本医疗保险规定的分担办法支付，这一比例被称为“先行自付比例”。从学理上看，先行自付比例是医疗保险学中“共付”的一种体现，强调在“委托—代理”的医疗保障体制中医疗服务需方在诊疗行为中应承担的责任，防止有限医保基金资源的浪费，降低来自医疗服务需方的道德风险。

从实践上看，先行自付比例是各地医疗保障部门所能依托的调节保障待遇、防范风险的重要工具之一。具体有如下特点：

一是先行自付比例是地方医保部门在医保药品目录落地过程中的主观实践。随着医保药品目录的逐步统一，乙类药品的先行自付比例由各统筹区结合当地实际自行制定。

二是先行自付比例的变化直接影响患者的报销水平。由于先行自付比例是在待遇测算之前进行，因此，先行自付比例的变化一方面直接影响患者的先行自付金额，同时对患者的可报销药费总额也会产生影响。例如，某乙类药品的支付标准是 2000 元，该药品先行自付比例为 20%，医保报销比例是 90%，则患者使用这款药品的个人负担为

$2000 \times 20\% + 2000 \times (100\% - 20\%) \times (100\% - 90\%) = 560$ 元；若该药品的先行自付比例降至 10%，则患者使用该药品的个人负担将降至 380 元，降幅达 32.14%，可较大程度上减轻患者的医疗费用负担。

三是药品先行自付比例更微观。先行自付比例聚焦到药品个案层面，无论增减调整仅影响该药品自身，不会对其他药品、诊疗项目或医用耗材的医保支付产生影响，相对于宏观医保待遇政策的整体调整而言，对医保基金大盘子的影响更小，在实践中更易于操作。

因此，如何科学地设定先行自付比例应成为医疗保障部门所重点关注的问题，但从已有文献资料来看，鲜有学者在这一方面开展细致的研究。2009 版医保目录发布后的 8 年，国家层面未对医保目录做出统一的调整，各地对目录内现有乙类药品先行自付比例的设置也逐步固化。自 2017 年起，国家建立了医保药品目录动态调整机制，大量创新药品通过谈判准入的方式被纳入医保药品目录，并列为乙类管理，极大程度上填补了医保药品目录在肿瘤靶向治疗、罕见病等领域的空白，将药品保障提高到国际主流用药水平，提升了创新疗法的可及性。这些药品在谈判准入时已有较大幅度的降价，但绝大部分药品最终确定的医保支付标准仍较目录内既存药品价格更为昂贵，对医保基金支出的影响较高。因此，有必要以国家谈判药品(以下简称“国谈药”)为抓手，梳理我国典型地区谈判药品先行自付比例的制定方法，在总结经验的基础上，设计一套能够在平衡患者用药负担的同时保证医保基金安全，促进形成临床合理用药的先行自付比例科学制定

机制。

典型地区国谈药先行自付比例制定的实践

梳理我国典型地区国谈药先行自付比例的制定现状，主要有如下几种方式。

1、方式一：为所有乙类药品设置单一的先行自付比例

第一类方式是不区分常规乙类药品和国谈药，同时不考虑任何其他因素，对所有乙类药品设置相同的先行自付比例，北京、山西、贵州、重庆等典型地区即为此种方式(见表 1)。

表1 第一类方式典型地区的实践

地区	先行自付比例政策
北京市	10%
山西省	5%
内蒙古赤峰市	10%
广东广州市	职工医保5%， 居民医保15%
广东珠海市	5%
广东江门市	5%
广西桂林市	职工医保10%， 居民医保15%
贵州省	10%
重庆市	10%
四川省	17%

这种方式优点是便于当地医保部门统一管理，缺点在于随着谈判准入常态化，药品目录内药品数量逐年增多，对医保基金的安全、可持续会造成一定的影响。因此，该方式相对而言更适合医保基金收缴能力强、结余多的地区实施。

2、方式二：根据药品价格设置不同的先行自付比例

第二类方式是根据药品的价格，将药品划入不同的价格区间段，并由低到高设置各区间的先行自付比例，典型地区如天津、内蒙古包头市(见表 2)。此种方式突出了药品价格在先行自付比例制定过程中的应用，是当地医保部门对价格因素的考量。

表2 第二类方式典型地区的实践

省市	先行自付比例确定方式
天津市	200元(含)以下药品先行自付比例0%，200元到1000元(含)药品为5%，1000元到5000元(含)药品为10%，5000元以上药品为15%
内蒙古包头市	50元以下先行自付比例为10%，50-100元(含50元)为20%，100元以上(含100元)为30%

但此种方式在实践中有一定难度。一是需要建立完善的药品价格体系。以天津为例，该市为医保目录中的所有药品都制定了细化到厂家、剂量及装量的药品价格，而全国绝大多数地区尚不具备这一基础。二是如何划分药品的价格区间段需要科学依据支撑。如表 2 所示，天津和包头在价格段的划分中差异极大，而这一数字应基于真实数据大量测算得出，各地在实践中面临较大的操作难度。三是这一方式存在一定的客观问题。以天津为例，由于不同剂量、不同包装规格的同一种药品价格不同，就会导致该药品存在着不同的先行自付比例(见

表 3)，这在一定程度上会对患者的临床用药选择及个人负担带来不利影响。

表3 药品的不同包装、不同规格对其先行自付比例的影响

问题类型	药品通用名	剂型规格	包装	支付标准(元)	先行自付比例
包装规格不同	吸入用乙酰半胱氨酸溶液	吸入制剂, 3ml:0.3g	安瓿瓶装, 1.5ml, 10支	55.87	0%
			安瓿瓶装, 6ml, 10支	201.70	5%
规格不同	曲前列尼尔	注射剂, 20ml:20mg	中硼硅玻璃管制注射剂瓶	4280	10%
		注射剂, 20ml:50mg		8631.39	15%
	恩美曲妥珠单抗	100mg/瓶	西林瓶1瓶	3580	10%
		160mg/瓶		5130.31	15%

数据来源:天津市医保局官网

3、方式三：区分常规乙类药品和国谈药分别设置单一的先行自付比例

第三类方式是区分常规乙类药品和国谈药后，分别为两类药品设置单一的先行自付比例，云南、湖北武汉、湖北黄石等典型地区均采用此种模式(见表 4)。相较第一类方式，这种方式一定程度上考虑了常规乙类药品与国谈药的差异，通过适当调整国谈药的先行自付比例提高医保基金的收支可控性。但此类方式未能充分考量各国谈药间的差异，管理精细化程度仍有提升空间。

表4 第三类方式典型地区的实践

地区	先行自付比例政策
湖北武汉市	常规乙类药品10%,谈判药品20%
湖北黄石市	常规乙类药品10%,谈判药品20%
云南省	常规乙类药品5%,谈判药品10%

4、方式四：调整特定类别药品的先行自付比例

第四类方式是在设置统一先行自付比例的基础上，基于一定的条件调整某一类药品的先行自付比例，典型地区如河北、浙江、江西等(见表 5)。从实践经验看，各地所考量的因素不一，诸如药品的 ATC

分类(浙江)、适应症(河北)、使用周期及患者负担(江西)等，管理精细化程度相较前述方式更高。

表5 第四类方式典型地区的实践

地区	先行自付比例政策
河北省	将协议期内国谈药分为“普通乙类”(为治疗心血管病、糖尿病等重大疾病或慢性病的特殊类药品)和“特乙类药品”(部分治疗肿瘤的靶向药物和常用药品)进行管理,分别将自付比制定为10%和20%
江西省	使用周期较长、疗程费用较高的国谈药,纳入“双通道”A类药品管理;临床价值高、患者急需、替代性不高、用药人群特定的谈判药品,纳入“双通道”B类药品管理。A类药品实行单列支付,不设起付线和个人先行自付比例,按医保最高支付标准和个人负担的定额费用政策支付;B类药品个人先行自付为10%
浙江省	乙类药品的先行自付比例统一为3%,然后对其中部分ATC分类下的药品单独设定先行自付比例,如XC08钙通道阻滞剂等为1%,XJ06BA普通人免疫球蛋白等先行自付比例为5%

5、方式五：差异化形成多个国谈药先行自付比例区间

第五类方式是在第四类的基础上更进一步，各国谈药先行自付比例不尽相同，最终形成多个先行自付比例区间，典型地区如南京市、无锡市、徐州市、合肥市、上海市等(见表6)。此类方式是国谈药先行自付比例制定方式中最为精细化的，其实质是基于一定的条件将国谈药进行分类管理，并为各类别赋予有差异化的先行自付比例。通过这种方式，能够实现保障医保基金安全，同时引导临床合理用药的目的。

但在实践过程中，部分地区会对一些临床可替代、价格相近的药品赋予不同先行自付比例，以2023年谈判准入的5款头孢类抗生素注射剂为例，5款药品ATC分类相同，医保支付标准相近，南京为5款药品设置了相同的先行自付比例，上海为其中的3款药品设置了相同的先行自付比例，但另有2种药品则设置了更低的先行自付比例

(见表 7)。

表6 第五类方式的典型地区实践

地区	先行自付比例政策
江苏南京市	将谈判药品先行自付比例分为5%、10%、30%等区段
江苏徐州市	将谈判药品先行自付比例分为5%、10%、30%等区段
江苏苏州市	将谈判药品先行自付比例分为5%、10%、30%等区段
江苏无锡市	将谈判药品先行自付比例分为5%、10%、20%、30%等区段
安徽合肥市	将谈判药品先行自付比例分为5%、10%、20%等区段
湖南长沙市	将谈判药品先行自付比例分为5%、10%、20%等区段
上海市	分为0,10%,定额支付三个区间

数据来源:各医保局官网

表7 南京、上海2023年5款头孢类抗生素注射剂先行自付比例的设置差异

ATC分类	城市	药品名称	先行自付比例
XJ01D-其他β-内酰胺类抗菌药	南京	注射用头孢唑林钠/氯化钠	20%
		注射用头孢美唑钠/氯化钠	20%
		注射用头孢唑肟钠/氯化钠	20%
		注射用头孢他啶/5%葡萄糖	20%
		注射用头孢他啶/氯化钠	20%
	上海	注射用头孢唑林钠/氯化钠	10%
		注射用头孢美唑钠/氯化钠	10%
		注射用头孢唑肟钠/氯化钠	10%
		注射用头孢他啶/5%葡萄糖	参照甲类管理
		注射用头孢他啶/氯化钠	参照甲类管理

总的来看,本研究认为第五类方式仍是当前阶段谈判药品先行自付比例制定环节中更好的选择。一是从基金的安全性上看,针对一些创新程度不足、用药价格较高、临床易滥用的药品,第四类、第五类方式通过一定的遴选条件或逐一设定先行自付比例的方式,使这些药品能够与其他药品的先行自付比例得以区分,能够更好引导临床用药选择,同时保证医保基金使用的高效和安全。二是从理论依据上看,

第四类先行自付比例的制定过程中有着明确的分类依据，使最终形成的不同药品的先行自付比例差异“有理可依，有章可循”，但相对而言分类依据较为单一。第五种方式则可容纳更多样的分类指标，同时随着分类指标的增多，部分药品可能受到多指标的共同影响，最终所形成的多个先行自付比例区段则可体现这些分类指标的叠加效应。

因此，如何科学、合理地确定谈判药品先行自付比例的分类指标，并基于不同分类指标构建一套对基准比例进行增减调整的谈判药品先行自付比例制定策略，是本研究所关注的另一个重点话题。

[返回目录](#)

· 智慧医疗 ·

全国医疗机构信息互通共享三年攻坚，国家卫健委提出八大任务

来源：大健康派

国家卫生健康委于11月7日召开新闻发布会，介绍全国医疗机构信息互通共享三年攻坚行动有关情况。

去年7月，国家卫生健康委联合国家中医药局和国家疾控局印发《“十四五”全民健康信息化规划》，提出在不断夯实信息化基础设施建设、持续推进“互联网+医疗健康”便民服务与健康医疗大数据应用发展的基础上，通过开展互通共享三年攻坚、健康中国建设等一系列优先行动，推动全民健康信息化向数字健康跃升。

国家卫生健康委规划司司长毛群安表示，党中央、国务院高度重

视新一代信息技术在医药卫生领域的应用，用新一代信息技术来重塑医药卫生管理和服务模式，优化资源配置，提升服务效率。国家卫生健康委同财政部、国家金融监管总局等相关部门，从今年起开展全国医疗卫生机构信息互通共享攻坚行动，就是要贯彻落实这一要求，以数字化、网络化、智能化转型来推动卫生健康高质量发展的具体举措。计划力争用三年时间，在医疗健康信息全国互通共享上取得标志性进展。

八大目标任务

毛群安介绍，目前，国家全民健康信息平台已基本建成，省级统筹区域全民健康信息平台不断完善，基本实现了国家、省、市、县平台的联通全覆盖，目前已经有 8000 多家二级以上公立医院接入区域全民健康信息平台，20 个省份超过 80% 的三级医院已接入省级的全民健康信息平台，25 个省份开展了电子健康档案省内共享调阅，17 个省份开展了电子病历省内共享调阅，204 个地级市开展了检查检验结果的互通共享。依托平台，各地通过办好“一件事联办”等关键小事，取得了信息便民惠民的良好效果。

在此基础上，这次攻坚行动提出了八个方面的目标任务。

一是要普及推广电子健康卡。

二是要推动检查检验结果互通共享。2025 年底，全国所有的二级公立医院要实现检查检验结果跨机构调阅。

三是要推广商业健康保险就医费用一站式结算。2025 年底，有

条件的省份要实现商业健康保险就医费用即时结算。

四是要推动电子健康档案“跨省份查询”。计划 2025 年底，试点省份要实现电子健康档案向居民本人提供实时授权查询服务。

五是完善国家及省统筹区域全民健康信息平台。

六是建立统一的卫生健康信息传输网。

七是推动医院信息化建设提档升级。

八是全力提升网络和数据安全的防护能力，加强个人信息保护。

这次攻坚行动是以具体的应用场景为驱动，以广大群众需求为导向，不贪大求全，目标是让公众有实实在在的获得感。比如，不再需要每到一家医院就要办一张就诊卡，只要有电子健康卡，就实现不同医院之间的一卡通用，不同医院之间的医学检查检验结果互通共享。每个居民拥有自己的电子健康档案，并可以跨省查阅，逐步实现商业健康保险就医一站式结算，真正方便群众就医，提升群众的就医体验。

围绕电子健康卡的普及，毛群安指出，从 2012 年的就诊卡，到 2018 年就诊卡就由实体卡转型为电子卡，通过多年努力，已经基本构建了一套可以覆盖全体居民个人健康身份识别的体系，并且支撑多卡或者多码协同应用，在技术上已经具备了居民在就诊过程中使用任何一种身份证证件都能够实现一卡通用的能力。截至目前，全国基本实现了三级医院电子健康码的服务应用。

下一步，国家卫生健康委将依托国家全民健康信息平台和国家人口基础信息库，建成电子健康卡跨域主索引的服务系统，建立居民以

身份证号码为主、其他证件为补充的唯一主索引，推动电子健康卡与其他卡或者码协同应用，加强信息互通、业务互通，方便群众使用，满足居民多样化的需求，真正解决“一院一卡、多卡并存、互不通用”等就医的堵点问题。

全面推动医学检查检验结果互通共享

这次攻坚行动要求全面推动医学检查检验结果互通共享。

一是在国家层面，要建立检查检验结果互通共享的信息标准规范，明确检查检验互认的项目清单，形成检查检验项目等编码数据库，建立检查检验结果跨省互通共享的主索引数据服务接口，建立完善检查检验结果的质量控制、授权访问等管理制度。

二是在省级层面，基于省统筹全面健康信息平台，部分试点省份建成“影像云”，建立了标准规范型的检查检验结果互通共享机制。

三是在医疗卫生机构层面，按照国家卫生健康委关于医疗机构医学检查检验结果互认管理办法的相关要求，实现医学检查检验结果的互认共享。

在信息互通共享的同时，也高度重视数据和个人信息的安全风险问题，坚持发展与安全并重。

毛群安介绍，在这次开展攻坚行动过程中，除了要强化做好服务之外，也把重点的精力放在如何进一步强化网络和数据安全上，强化医疗健康数据保护“防泄露”，要求各级卫生健康行政部门要建立健全的符合医疗健康信息互通共享场景的网络与信息安全相关管理制

度。医疗机构要加强数据安全，依法依规对数据的产生、传输、存储、使用、共享、销毁等实行全生命周期安全管理，提高安全防护能力和个人隐私的保护力度。运用加密二维码技术，通过授权访问机制，来保护患者隐私，加强医疗健康数据管理“防滥用”。一些省份已经实现了电子健康档案向居民本人提供实时授权查询服务，已实现医疗卫生机构之间进行信息的互通共享。

在支付环节，此次互通共享攻坚行动也将推动商业健康保险就医费用一站式结算。国家层面将制定商业健康保险的就医费用一站式结算信息标准规范，建立就医结算项目等编码数据库，建立商业健康保险的就医费用一站式结算跨省互通共享主索引数据服务接口。省级层面建立完善商业健康保险就医费用一站式结算系统，实现与全国统一的商业健康保险信息平台对接。

通过商业健康保险就医费用一站式结算，在获取用户授权后，智能匹配就医患者与保险信息、理赔申请与诊疗过程同步推进，这样可以大大节约患者理赔的时间，减少过去比较复杂繁琐的理赔流程，有效改善患者就医结算体验，也无需长时期垫付理赔资金，相对减轻了患者的经济负担，支撑商保健康发展。

最后，围绕如何推进此次三年攻坚，毛群安表示，国家卫生健康委将会同相关部门进一步完善推动全国医疗卫生机构信息互通共享攻坚行动的工作机制，形成医疗健康信息互通共享的工作合力。计划将定期开展全国医疗机构信息互通共享攻坚行动进度调度会，并建立

月进度排名通报机制。各地可结合实际，研究制定支持政策，建立更加有利于医疗卫生机构信息互通共享的运行机制，提供必要的支持保障。地方各级卫生健康行政部门要加强组织领导，细化制定信息互通共享的实施方案，各级各类医疗机构要制定本单位检查检验结果互通共享、商业健康保险就医费用一站式结算、电子健康档案管理和使用等内部的管理办法，充分调动医务人员的工作积极性。也希望得到广大群众的理解、配合和支持。

[返回目录](#)

事关智慧医院建设分级，两部门发布 2023 版评估手册

来源：国家中医药综合司

11月7日，国家卫生健康委办公厅、国家中医药局综合司印发《改善就医感受提升患者体验评估操作手册(2023版)》，评估对象主要是经各省(区、市)卫生健康行政部门依法登记执业的二、三级医院(其他二级以上医疗机构参照执行)。

充分考虑区域经济、人口、医疗资源分布和医院等级情况，确定了诊前、门诊、急诊急救、住院、诊后和全程6个维度27项指标。其中包含了互联网医疗、互联网+护理服务、智慧医院建设等相关指标。

其中，诊前相关指标中包含“是否提供预就诊服务”，预就诊是指复诊患者通过互联网诊疗平台、互联网医院或预约诊疗平台等，预约复诊所需的检查检验，并根据检查检验出结果时间，匹配复诊号源

并提供预约诊疗服务。针对该指标的评估，有助于进一步优化流程，方便群众看病就医。

**改善就医感受 提升患者体验
评估指标（试行）**

维度	指标
诊前	1.门诊患者预约诊疗率
	2.门诊号源下放比例 [▲]
	3.是否提供预就诊服务
	4.择期手术患者术前等待时间
门诊	5.门诊患者预约到院后平均等待时间
	6.门诊提供 MDT 服务的病种数 [▲]
	7.是否设置新型门诊（麻醉、疼痛、药学等）服务 [▲]
	8.是否开展“先诊疗、后付费”
急诊急救	9.120 呼叫反应时间
	10.院前医疗急救 3 分钟出车率
	11.是否设置急诊急救五大中心 [▲]
	12.急诊留观患者平均滞留时间
住院	13.日间手术占择期手术比例
	14.临床路径入径率和出径率
	15.中医医院以中医为主治疗的出院患者比例
	16.分娩镇痛率 [*]
	17.是否建立“一站式”入出院服务中心
	18.开展责任制整体护理的病区占比

	19.出院患者当日结算率
诊后	20.下转患者人次数（门急诊、住院）▲
	21.出院患者随访比例
	22.提供延续性护理服务的病区占比
全程	23.是否提供“互联网+护理服务”
	24.是否提供加速康复外科服务▲
	25.智慧医院建设分级
	26.是否建成老年友善医疗机构
	27.是否建成残疾人友好医疗机构

注：标注▲的指标适用于三级医院和医联体内牵头医院。

标注*的指标适用于设置产科的医疗机构。

在门诊环节，将是否开展“先诊疗、后付费”作为指标。鼓励开展“先诊疗，后付费”，通过加强医院信息化建设，不断优化服务流程，突出了医院的公益性，精简了门急诊就医流程。



在全程维度，是否提供“互联网+护理服务”是重要指标之一。指标说明指出，按照《国家卫生健康委办公厅关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》的要求，依托互联网信息技术平台，派出本机构注册护士提供“互联网+护理服务”，派出的注册护士应当至少具备五年以上临床护理工作经验和护师以上技术职称，能够在全国护士电子注册系统中查询。将“互联网+护理服务”与家庭医生签约、

家庭病床、延续性护理等服务有机结合。对高龄或失能老年人、康复期患者和终末期患者等行动不便的人群，提供慢病管理、康复护理、专项护理、健康教育、安宁疗护等方面的护理服务。

接下来，将评估二级以上医疗机构是否提供“互联网+护理服务”。以“人民群众健康”为中心，以“问题和需求”为导向，坚持鼓励创新和规范引导并重，创新护理服务模式，增加护理服务供给，精准对接群众多样化健康需求。同时，引导规范发展，保障医疗质量和安全。

全程维度另一个重要指标是智慧医院建设分级，评估医院智慧化建设(包括智慧医疗、智慧服务、智慧管理)级别。

智慧医疗的建设水平用医院以电子病历为核心的信息系统的应用水平来代表。从系统功能实现、有效应用范围、数据质量三个维度对医疗机构电子病历及相关临床系统的应用水平进行评价。电子病历系统应用水平划分为0-8共9个等级，10个角色，39个评价项目。

智慧服务的评价从诊前服务、诊中服务、诊后服务、全程服务、基础与安全5个维度展开。对医院应用信息化为患者提供智慧服务的功能和患者感受到的效果两个方面进行评估，分为0级至5级。

智慧管理则是从医疗护理管理、人力资源管理、财务资产管理、设备设施管理、药品耗材管理、运营管理、运行保障管理、教学科研管理、办公管理、基础与安全10个维度进行评价。针对医院管理的核心内容，从智慧管理的功能和效果两个方面进行评估，评估结果分为0级至5级。

通过强化信息化支撑作用，推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设，不断提高医院治理现代化水平，形成线上线下一体化的现代医院服务与管理模式，为患者提供更高质量、更高效率、更加安全、更加体贴的医疗服务。

[返回目录](#)

· 医保速递 ·

医保战略性购买如何促进“三医”协同发展和治理？

来源：金豆数据

发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，这是党中央国务院对医改提出的要求。国家医保局成立以来，医保基金发挥战略性购买作用，通过动态调整医保药品目录、开展药品耗材集中带量采购、深化医保支付方式改革、推进医疗服务价格项目改革等，在保障人民群众缓解“看病难、看病贵”的同时，重构医药产业生态，助推公立医院高质量发展。

实现目录调整常态化

医保的战略性购买是从整体上注重成本效益和价值引领的购买，回答了新时期买什么、买多少、怎么买的问题。即：第一，它不是补偿，而是购买；第二，它不是被动支付，而是主动购买；第三，它不是单一购买，而是整体购买；第四，它不仅关注价格，更加重视价值。总的来说，就是“买得值”。

国家医保局成立以后，每年调整医保目录，经过五轮国家药品谈判，一大批临床价值高、患者获益明显、经济性评价优良的创新药品及时按程序纳入医保支付范围。据统计，2022年版医保目录共有121个药品谈判或竞价成功，总体成功率达82.3%，目录总数达到2967种。新增的药品绝大部分是5年内上市的新药，其中23个药品是2022年新上市，有24个国产重大创新药品被纳入谈判，体现了鼓励创新的价值导向。

面对当前谈判药品出现的进院难、落地难的“堰塞湖”现象，有人认为要从源头上疏导分流。

一是优化谈判品种遴选规则。无差别的医保准入，不利于鼓励真正的创新。现阶段我国创新药创新程度、临床价值差异较大，高创新性、高临床需求、高临床价值的源头创新药品数量较少，跟随创新等创新程度较低的药品占比较高，创新药同靶点同适应症的同质化现象比较严重。以前医药行业是低水平重复，如今创新领域又出现了高水平重复。因此，在医保谈判品种遴选过程中，运用药物经济学创新性价值评价，围绕药品的注册类别和创新品种带来的临床价值获益作为遴选的重要指标，把填补目前临床治疗空缺、显著提高患者生存质量、提升患者用药依从性等临床获益大的品种优先纳入谈判，并给予一个合理的测算阈值，以体现对创新品种临床价值获益的认可。

二是创新医保准入支付方式。现在的创新药医保准入只有谈判一种形式，准入支付形式太单一。要创新医保支付方式，建议参考国外

针对罕见病治疗的药品，有突破性临床获益的药物，或者单次治疗费用较高的创新疗法，开展类似支付上限协议、分期付款等方式。比如欧洲近年流行的风险共担模式。一是以财务风险为基础的支持协议，通过共担药品费用来降低医保支付的财务风险，二是以疗效为结果的支持协议，即按疗效付费。先与医保签订协议，然后再递交真实临床数据，附条件报销准入协议(CED)，还可以根据药品不同创新程度分别予以不同溢价。

三是必须创新支付体系。由于我国基本医保的功能定位，由医保报销所有的创新药品是不现实的，要通过建立多层次医疗保障体系，形成创新支付体系来解决。比如商业补充医疗保险、商业健康保险、惠民保、慈善捐赠、各种形式的医疗互助等，多层次、多渠道保障群众的利益。

探索带量采购集约化

截至 2022 年底，国家医疗保障局共开展七批 294 个药品，三批高值耗材集中带量采购。2023 年开年，第八批药品集中带量采购工作也已经启动。在降低药品虚高价格、治理行业经营生态、探索药品耗材市场价格形成机制方面取得了显著成果，实现了药品降价提质、药品行业转型升级、公立医院深化改革、医疗保障减负增效四个效应。

在开展带量采购过程中，集采规则不断完善和优化，如最高有效申报价格、50%降幅规则、1.8 倍限价、0.10 元入围，体现了低价中选、顺位选择市场、优先使用中选产品的特点。从第七批集采开始增

加了备选企业、差价比前六熔断等规则，有效解决了临床产品供应和同组中选产品价格差距过大的问题。2023年，药品集中采购持续提速扩面，在探索中成药、中药饮片、生物制品等带量采购的基础上，纳入更多的带量采购品种，包括非医保品种，按照品种特点、适应症和主治功能等细化采购规则。不能纳入带量采购的品种则以“分类挂网、分层限价”的方式挂网准入采购。

药品集采协议期满后接续工作坚持稳定价格水平、稳定临床用药、稳定市场预期的接续原则，开展分类接续，包括询价、竞价、综合评价等，形成各种续约规则。续约将进一步体现价值引导，比如支架续约，同时优化价格。接下来，要进一步研究其他创新药品的价格形成机制，如坚持企业自主定价原则，突出激发创新活力；首发报价实行集中受理、全国通行，促进新批准药品快速进入全国市场；通过规范首发挂网价格、定期评估动态调整、加强协同监管等多层次机制，引导价格不断趋向合理。

可以说，集采形成的药品市场价格，使市场竞争回归到正常轨道，为构建医保支付标准体系奠定了基础，最终将以医保支付标准持续引导形成合理的药品市场价格。从协同到主导，医保支付标准作用将越来越大。

从规模扩张转向提质增效

近年来，我国医保支付方式改革有序推进，从过去的单一支付转向整体设计，打造总额预算基础上“四位一体”的多元复合支付医保

支付模式，并逐步向价值支付过渡。

相比其他主要发达经济体 10%左右的住院率，过去十年，中国的住院率、门诊和住院次均费用快速增长。职工医保和居民医保的住院率分别从 2012 年的 14%和 7%上升到 2021 年的 17.7%和 15.2%。必须通过医保支付方式改革形成内部约束机制，通过打击欺诈骗保形成强有力的外部监督。从源头上改变医疗机构成本控制逻辑和运行逻辑，引导公立医院从规模扩张转向提质增效。

同时，医保支付改革也将改变医药企业的竞争逻辑，改变药品研发、销售和使用的逻辑。对于药企而言，DRG/DIP 付费模式下的竞争格局将从原来同类产品之间竞争，变成与整个诊疗环节间的资源竞争。

重塑医疗服务价格机制

医疗服务价格改革在全球都是难题，受许多复杂因素影响，如国家医疗服务体系定位、经济社会发展水平、居民收入支出状况、医疗卫生供给情况、社会保障体系的支付水平等。2021 年 8 月，国家医保局等八部门联合印发《深化医疗服务价格改革试点方案》，提出在五个城市进行试点，希望形成可以推广、复制、操作的一些经验，再推广到全国其他城市。

有人认为，形成价格的基础是价值，要围绕医疗服务的临床价值形成价格，而不是单纯的计算成本进行补偿。医疗服务价格也是实现医疗资源有效配置的杠杆，不能把价格当做改革的工具和平衡医院收

支的手段，不能把调价与医生薪酬水平捆绑在一起，不能等同于行政事业性收费，不能简单把集采降药价的空间“腾笼换鸟”，扼杀改革重塑医疗服务价格机制的机会。

在这个过程中，要坚持发挥政府作用和多方主体充分参与的价格形成机制。政府通过宏观调控手段，平衡好各方利益，在此基础上从价格制定者转变为价格管理者，从管微观到管宏观，从管具体价格到管价格总量，从算小账转向算大账。政府更多转向定规则、当裁判的角色，引入医院和医务人员多方参与，共治共享，治理创新。

小结

未来，医保战略性购买下的新医改走向将是人人享有医疗保障，有好药、用得起药，看好病、少生病。医保方面，价值购买促进价值医保，使医保制度更加成熟，基金运行更加高效，治理体系更加完善。同时推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进三医改革系统集成。医药方面，医保药品国谈准入激发企业的创新热情，集采和支付机制引导企业以临床价值为中心，提高药品质量。医保价值购买和医药政策同时发力，助力医药行业走向创新之路。医疗方面，医保“结余留用，合理超支分担”的激励约束机制，推动医疗机构转变运行机制，促进公立医院发展方式从规模扩张转向内涵发展，从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。

党的二十大报告再次强调，要深化医药卫生体制改革，促进医保、

医疗、医药协同发展和治理，这是当前和今后做好医改工作的根本遵循。下一步，应在改革的制度设计上下功夫，既要遵循系统协同的内在逻辑，也要秉承具体落地的执行机制，形成一个有分工、有合作的治理格局；并通过信息化系统建设和大数据手段实现监管的科学化、精细化，提高治理水平。

[返回目录](#)

DRG 结余不抵违规扣费？警惕 DRG 付费下的医保基金违规行为

来源：从 0 到 1 说 DRG

“DRG 付费就是设定支付天花板，都有天花板了，医保还管违不违规吗？”DRG 支付全面覆盖稳步推进，一些医院管理者还存在这样的疑问和侥幸。

而在某 DRG 支付先行试点地区的市属三甲综合医院，2022 年 DRG 结余一千余万，医保智能审核违规拒付却高达两千万；同市某三甲专科医院，2022 年 DRG 结余两百余万，医保智能审核违规拒付却有四百万。DRG 支付下，医院结余表象向好，院内违规行为却加剧产生。该专科医院医保科主任意识到：“DRG 结余是怎么来的，会不会问题累积到一定程度，到某天都无法解决了？”隐藏在 DRG 付费下的医保基金违规行为无异于埋雷，与医疗服务提质增效的目标导向相悖，需要引起每一位医疗机构管理者的警惕和重视。

DRG 付费下的临床主要违规操作

高编入组。即通过不按规范填报病案首页中的疾病诊断、手术操

作编码使病例进入相对高权重组的行为。具体表现：1、违反病案首页/医疗保障基金结算清单填写规范，根据权重或分值情况调整疾病诊断及手术操作的顺序。2、填报疾病诊断无诊断依据或不满足诊断标准。3、填报未实施、与手术记录不符、违背编码原则的手术操作。

转嫁费用。即将住院费用转嫁至门诊、院外或其他途径结算的行为。具体表现：1、将住院期间使用的药耗项目让患方至门诊、院外或其他途径结算，致相关费用不记入住院费用。尤以贵重药品、高值耗材明显。2、按临床路径住院应进行的常规检查，让患者在门诊检查后再收入院，致相关检查费用不记入住院费用。

低编高套。即通过不按规范填报病案首页中的疾病诊断、手术操作编码将应入相对高权重组入相对低权重组方式获取较多医保基金的行为。具体表现：违反病案首页/医疗保障基金结算清单填写规范，根据付费规律调整疾病诊断及手术操作的顺序进入高倍率病例或医院结余倍率区间。

在高编入组、转嫁费用、低编高套等操作背后，可能还存在分解收费、违反限定适应症、重复收费、串换、虚构等一系列具体到医保智能审核的违规行为。DRG 付费的盈利点影响了医疗机构违规类型分布的变化，同时对院内规范临床诊疗行为、精细化管理也提出了更高的要求。

道阻且长，行则将至。从上至下，转变意识。

管理者要明确：DRG/DIP 支付方式改革是为了控制医疗费用的不

合理上涨，实现“医保患”三方共赢的目标。因此 DRG/DIP 支付方式改革的要点不在于“控费”，而在于“合理控费”。要更好适应 DRG/DIP 支付方式改革，医院管理者应不断提升自身能力，带领院内管理转向规范化、协同化、精细化。

临床医生要明确：DRG 付费下，医保智能审核不但要管违规行为，还管得更有针对性。通过违规操作以期获得更高的 DRG 费用，最终结果得不偿失，“余”不抵“罚”。既没得到好处，还丢了患者满意度。规范数据源的链条管理，规范诊疗行为，提升技术能力，提高诊疗效率才是正途。

下面是对医院优化控费管理的一些建议。

首先了解：DRG/DIP 支付改革与医保基金监管之间的关系

以攀枝花市为例，2019 年 6 月 5 日，国家医保局等四部门公布 30 个 DRG 付费试点城市，攀枝花市是四川省唯一入选城市。2018 年，攀枝花市就启动了按疾病诊断相关分组 (DRG) 点数法医保付费改革工作；2022 年，攀枝花市医保局通报十三批典型违规案例，其中包括 DRG 支付方式下违规使用医保基金案例：

某三甲医院将未达到出院标准的患者办理出院后再入院，属于分解住院，涉及违规金额 37297.10 元。

某三甲医院存在非 ICU 患者收取“重症监护费”，违规入组相关疾病伴 ICU 病组，属于高套点数，涉及违规金额 36100.71 元。

某三甲医院将住院药品“醋酸阿托西班注射液”费用分解到门诊

患者自费结算，且未经患者或家属同意签字，属于分解费用，涉及违规金额 8800.00 元。

.....

2023 年 5 月，四川省医保局调研攀枝花市 DRG 支付方式改革工作时提出三点要求，其中包括：“要深刻认识 DRG 支付方式下基金监管工作的重要性，不能依附改革方式的控费作用而淡化基金监管工作；要多思考、多探索，希望攀枝花为全省摸索出一套在 DRG 支付方式下管用高效的基金监管路径和方法。”

由此可见，各地医保部门已经开始重视 DRG/DIP 付费下可能发生的医保基金监管问题，积极探索监管方法。据笔者了解，目前主要针对 DRG/DIP 付费下出现的高编入组、转嫁费用、低编高套、低标入院、分解住院等问题，通过基于项目与疾病诊断等关联逻辑的规则筛查、基于大数据病组的医保智能监控预警、基于大类疾病下 DRG/DIP 病组结构变化趋势分析等技术手段来开发相应的智能监控功能模块，实现对 DRG 风险指标体系的探索，捕捉 DRG 下的大数据医保基金监控分析与疑点核查。

因此，在医保工作中，医保基金监管与 DRG 支付方式联系紧密，相互渗透、相互支撑、相互弥补，DRG 支付下的医保基金监管手段将更创新、更有针对性。随着 DRG 付费改革进入深水区，“余”不抵“罚”现象可能在各医疗机构越发突显，管理者需引起重视并采取措施。

降“罚”增“余”，DRG 付费下合理控费的几点建议

以 DRG 付费现实管理要求为基础开展绩效考核

笔者在访问临床时，有医生表示“对科室、全院违规扣款情况不了解，医院被扣多少对自己没有影响”；也有医生表示“全院违规扣款各科室均摊，自己再注意规范别人不注意也白搭”……在这些医院，都未形成基于 DRG 付费的绩效考核机制，导致连最关键的临床业务科室都未真正投入到这场全院的改革中，那又何谈“合理控费”呢？

基于 DRG 付费的成本费用管控是一个全方位的管理体系，数据源的链条管理规范、诊疗行为的规范、技术能力的提高、诊疗效率的提升是搭建管理体系的核心目标。涉及到统计、信息、医务、财务等多方面专业人员，因此要强调全员参与，体现逐级把关，落实责任到人，对总预算进行编制，依据有关规范加强预算管控，详细划分医疗成本；过程中更要严把“规范”要求，将规范作为目标实现的基石予以重视和引导。

在院内建立起复合型的成本管理队伍，通过领导组、临床专家组、医保政策组、病案首页及编码质控组、医疗行为和病历质量管理组等多个专项工作组，专攻专研，在 DRG 收支与医保智能审核基础上，对各个环节进行绩效分配，实现 DRG 合理结余和减少医保智能审核扣费双目标导向的院内精细化管理。

发力医院专业化软实力建设

在谈到临床诊疗规范时，有医生问了这样一个问题：“是全国都在智能审核，还是我们这里医保局装怪哦？”对规范临床诊疗行为的

认识，对国家、地方的政策传达，对医生自身的影响与调整，有的医院是没有做到位的。不管是推进精细化绩效考核，还是发展医院临床路径建设，各个环节的人认识不到位、知识不专业，都会成为医院发展的阻碍。“兵马未动，粮草先行”，队伍专业化软实力就是这场改革背后最重要的“粮草”。因此加强各个环节专业工作的实时总结、培训管理，是医院做好精细化合理控费的必由之路。

基于 DRG 付费和医保基金监管背景强化医院的信息化建设

信息化时代，要擅用信息化工具。DRG 分组、病案质控管理、成本效益分析、医保结算清单填报作为 DRG 付费的核心环节，医院管理者至少要通过信息化工具实现这些目标：

- 1、结合时间消耗指数、费用消耗指数、CIM 值等 DRG 核心指标去建立全院医保预算模型；
- 2、通过技术手段实时分析病案分组数据，把控 DRG 分组情况、病案质控管理情况，及时掌握费用异常，及时发现数据质量规范问题；
- 3、及时了解药占比、耗材占比监控情况，及时对全院总体营收、盈亏状况、总成本等进行指标分析并优化费用结构管理。

与此同时，建立院内医保基金监控手段，将医保基金监管与 DRG 付费地位并行，利用信息化手段帮助医院在追求 DRG 结余的同时注意医疗行为的合理合规。

综上，DRG 改革与医保智能监控并行，降“罚”增“余”、合理控费是医院进入良性发展循环的基础，希望积极投身到这场变革的医

院、个人，能实现改革的共建和成果的共享。

[返回目录](#)

• 分析解读 •

新生儿数量近 5 年下滑 40%，辅助生殖生意还有得做吗？

来源：动脉网

近期，国家卫生健康委发布了《2022 年我国卫生健康事业发展统计公报》，数据显示，2022 年我国出生人口 956 万人，是自 1950 年以来首次跌破千万大关；人口自然增长率为-0.60%，同样是近 61 年来的首次负增长。

不过这还没有结束，进入 2023 年，出生人口或将再创新低。今年 8 月，中国工程院院士、北京大学医学部主任乔杰就在“医药创新和科技前沿论坛”上表示，中国新生儿人口数量近 5 年内下滑约 40%，预计 2023 年出生人口数约为 700 万至 800 多万。

虽然数据有所争议，但该预测并非没有道理。据悉，北京市分娩量排名第一的北京妇产医院，即便被纳入辅助生殖定点医院名单，年分娩量也从之前的 1.9 万快速降至 1 万，缩水近 50%。而早年作为“分娩大户”的县妇幼保健院，现如今也开始面临入不敷出的窘境，有不少已经被当地县人民医院收编，成为县人民医院的一个科室。另外还有一些技术水平偏弱的基层医院，甚至直接将产科取消，只留下妇科科室。

种种案例和数据都在表明，我国新生儿数量正在骤减，而与之相关的产业也正受到不同程度的影响。比如私立幼儿园的“倒闭潮”当前正愈演愈烈，根据教育部数据，2022年全国幼儿园共减少5610所，是2007年以来首次下降。另外还有母婴行业，根据《2022年度中国母婴实体店消费数据分析报告》，2022年母婴门店月均销售额较2021年同期下降8.1%，月均订单量和月均单店销售量同比下滑15.6%和12.8%。

当然，近些年大起大落的辅助生殖行业也受到了一定影响，不过在现阶段，行业整体还顾不上考虑低生育率的现状。

低生育率和低市场渗透率，谁更重要？

虽然当前生育率下降是客观事实，但辅助生殖行业其实并不缺“生意”。

一方面，据2020年最新“十三五”调查数据初版分析结果显示，我国不孕不育发病率已快速上升至约18%，而根据国家药监局预测，2023年我国不孕不育率将增加至18.2%，如果以该数据推算，我国不孕不育患者数量已超过5000万。

另一方面是从产妇年龄角度来看。自2021年“三孩政策”出台以来，我国三孩生育比例快速提升，已从2020年的11.1%增长至2022年的15%，其中三孩及以上生育率最高的群体主要集中在30-34岁女性，而该年龄段女性则因为生理机能下降，大多都对辅助生殖有一定需求。



图 1. 2020-2022 年一孩二孩三孩占比(数据来源:如图, 动脉网制图)



图 2. 2018 年-2025 年预计中国辅助生殖行业市场规模(数据来源:头豹研究院)

所以，辅助生殖的市场需求空间是巨大的，也正是因为如此，我国辅助生殖市场近五年复合增速高达 14.5%，但放眼整个医疗产业来看，我国辅助生殖市场规模在当前并不可观，据 36 氪研究院预测，

2022 年我国辅助生殖行业市场规模 569.1 亿元，离千亿市场还有一段距离，这其中的关键变量就在于行业当前较低的市场渗透率。

据弗若斯特沙利文数据显示，我国辅助生殖市场渗透率仅为 7%，与美国近 30%的渗透率相比有较大差距。对此，一位辅助生殖机构负责人向动脉网透露，“在不孕不育的人群里，大概只有 20%的人群最终会选择辅助生殖。”

那么原因是为什么呢？

这得从多个角度来看。首先就是部分患者在当前并不具备生育条件，比如生理上的直接原因，当然也包括部分患者患有不宜生育的严重遗传性疾病、严重躯体疾病、精神心理障碍等等。不过，这都可以归结为技术上的问题，即当前的辅助生殖技术还不能让所有女性都能正常生育。

序号	技术名称	市场价格	详情
第一代试管婴儿	体外受精-胚胎移植 (IVF-ET)	3-4万元	将患者的卵子和精子在培养皿内混合让卵子受精，然后将受精卵在体外培养所产生的胚胎移植到患者子宫内的一种辅助生殖技术，主要是针对女性不孕。
第二代试管婴儿	卵胞浆内单精子显微注射 (ICSI)	5-7万元	在体外受精-胚胎移植 (IVF-ET) 基础上发展起来的显微受精技术，通过直接将精子注入卵母细胞胞浆内，来达到助孕目的，主要是针对重度少弱精以及需睾丸取精的男性不孕症患者。
第三代试管婴儿	胚胎植入前遗传学检测 (PGS/PGD)	9-12万元	在IVF-ET的胚胎移植前，取胚胎的遗传物质进行分析，诊断是否有异常，筛选健康胚胎移植，防止遗传病传递的方法。第三代试管婴儿技术可以进行性别选择，但只有当子代性染色体有可能发生异常并带来严重后果时，才允许进行性别选择。本质上，第三代试管婴儿技术选择的是疾病，而不是性别。

图 3. 三代试管婴儿技术详情及市场定价

其次是成功率和价格的平衡。当前，我国辅助生殖成功率大概在 40%到 60%左右，而全球辅助生殖主要市场美国和泰国则已经达到了 70%到 80%。另外在价格上，国内也不具备明显优势，根据最新市场

情况来看，以第三代试管婴儿为例，国内每个周期治疗费用大致在9-12万元不等，而泰国每个周期费用大约在8-10万元，差异不大。

不过，考虑到成功率，还是会有一部分国人会选择去泰国做试管婴儿，据悉，泰国试管婴儿每年超30000周期，中国籍客户占比80%。

对此，一位辅助生殖器械企业负责人向动脉网阐述了其中的原因，“辅助生殖终归还是一种医疗行为，既然如此，就要优先考虑安全性和成功率。泰国是亚洲试管婴儿先驱，发展至今，相关技术和服 务已经相当完善且成熟，成功率目前基本可以维持在75%左右，再加上整个程序相对简单，离国内也比较近，自然会有很多人愿意为此付费。其实，放眼整个东南亚市场，不只是泰国，马来西亚也是很多国人做试管婴儿的首选。”

当然，这其中还有很多原因，比如国内辅助生殖市场当前还存在较大的供需缺口。据悉，我国辅助生殖市场虽然现阶段渗透率低，但部分头部生殖机构仍然是“挂不上号”，这主要是因为相关牌照难以申请，目前，国内拿到PGD/PGS(第三代试管婴儿)牌照的不足100家，且主要以公立医院为主，民营医院附属或民营资本注入的生殖机构占比不足10%。

最后一点是我国辅助生殖市场当前还有隐藏的角落未被覆盖。上海某一线产科医生向动脉网谈道，“其实有一些患者的生育需求其实不只要个孩子，她可能还想选择孩子的性别，甚至希望生个双胞胎或者龙凤胎等等，而除了夫妻，也有相当一部分同性伴侣或者个人会

选择代孕，但这都是我国法律明令禁止的，不过在部分海外市场却是合法的。”

所以，对于整个辅助生殖行业来说，现阶段去关注生育率意义不大，因为这不是行业所能左右的，行业当前能左右的其实是如何通过更高性价比的服务去提高市场渗透率。

大起大落，辅助生殖一二级市场当前表现如何？

2021年“三孩政策”的发布，让辅助生殖很快就被资本市场推向了“风口浪尖”。

据动脉网观察，在政策发布当天，二级市场辅助生殖概念股集体拉升，截至当日收盘，A股辅助生殖板块指数上涨2.32%；而港股市场，贝康医疗上涨15.1%，锦欣生殖则上涨17.51%。

2017年-2023年1-11月我国辅助生殖领域融资情况

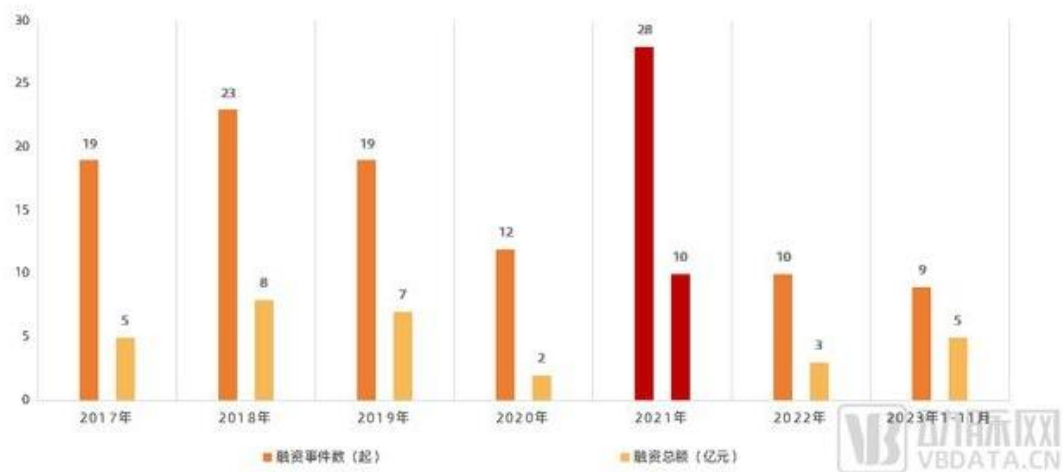


图 4. 2017 年-2023 年 1-11 月我国辅助生殖行业投融资情况(数据来源：动脉橙)

而随着时间推移，二级市场的热度也逐渐传导到了一级市场。据动脉橙数据库不完全统计，在 2021 年，我国辅助生殖领域共完成 28 起融资，融资总额超过 10 亿，包括红杉、IDG、中金资本、深圳高新

投等在内的近 50 家头部机构纷纷下场投资。

不过热闹并没有延续，进入 2022 年，辅助生殖一下子就被行业遗忘了。据动脉网不完全统计，在 2022 年 1 月 1 日到 2023 年 11 月 1 日近两年的时间里，我国辅助生殖行业在一级市场仅完成 19 起融资，整体融资体量下滑明显。

这其中当然有整个医疗市场集体遇冷的客观因素，但更重要的还是辅助生殖行业本身还存在的局限性。比如前文提到的市场渗透率低，除此之外还有相关法律法规的不完善，据悉，不管是现在的《生物安全法》还是人遗办，辅助生殖在法律法规上都是一种相对敏感的临床服务，并且很多标准化的东西到目前都还没有完全确定下来。

企业	最近一轮融资时间、轮次及金额	专注领域
拜尔洛克	2023.01.04, A+轮, 数千万元	从事高端自动化辅助生殖医疗器械研发、生产和销售的企业。
华卫恒源	2022.12.05, PreA轮, 数千万元	公司具有完全自主知识产权的人源免疫豁免细胞技术，聚焦辅助生殖等领域创新细胞药物和检测技术的研发。
德适生物	2023.04.12, C轮, 1亿元	公司研发了全球第三代人工智能染色体分析系统，致力于解决人类生育健康领域的核心技术难题。
东蕴医疗	2021.11.08, 战略融资, 近千万美元	东蕴医疗是中国境内首家自主研发创新，提供全部配套国产胚胎培养基，卵子，精子处理试剂的供应商。
韦拓生物	2021.09.07, C轮, 1亿元	产品包括取卵、冷冻、培养，胚胎移植，获得美国FDA510(k)认证(玻璃化冷冻液、玻璃化解冻液、玻化冻存管、胚胎连续培养液、取卵液，配子缓冲液等)、欧盟CE和NMPA注册证。
瑞柏生物	2021.07.01, A轮, 数千万元	推进了30余种辅助生殖专用医疗器械的转化，形成了“卵子系列”“精子系列”“胚胎培养系列”“冷冻解冻系列”四大产品体系。
嘉宝仁和	2020.08.10, B+轮, 近亿元	基于高通量测序技术的检测产品和包含相关设备、耗材、管理软件在内的非测序产品，并推进实施各类检测的本地化。
瑞辅达	2022.12.06, A轮, 未透露	致力于研究开发辅助生殖医疗领域的耗材和试剂。
伟杰信生物	2023.05.22, C轮, 数亿元	公司业务主要包括：人生殖相关基因重组药物开发、动物生殖相关基因重组药物的开发、面向生殖领域的技术服务和临床检测。

注：近几年完成融资的部分辅助生殖技术代表性企业，数据来源动脉橙数据库。

图 5. 我国辅助生殖领域创新技术代表性企业(数据来源：动脉橙)

另外还有就是整个辅助生殖市场创新能力的不足。据悉，国产器械在辅助生殖穿刺取卵针/取精针和辅助生殖微型工具等附加值低、

技术含量不高的产品，对比进口占有较大优势，但在价格高昂且具有技术壁垒的外辅助生殖用液产品中，目前仍然是以进口为主，进口比例高达 81%。

对此，一位聚焦在辅助生殖领域的投资人向动脉网谈道，“近两年，我们对于辅助生殖的关注度相对较低，这一方面是因为行业还是存在很多的不确定性，现阶段要从中找到市场规律有一定难度；另一方面则是因为辅助生殖其实是一个准入门槛极高，但又很难赚到钱的细分领域，很多机构当前都是在‘赔本赚吆喝’，再加上整个资本市场不景气，我们也没有足够的耐心和底气，去等待这一行业的爆发。”

一级市场尚且如此，那么二级市场又是如何呢？

截止目前，与辅助生殖概念相关的上市企业共有近 50 家，其中典型代表就是锦欣生殖。作为国内“辅助生殖第一股”，锦欣生殖 2019 年在港股上市时，市值一度突破 240 亿港元，不过如今已回落至百亿。

即便如此，锦欣生殖仍然是辅助生殖行业最吸金的上市企业之一。根据半年报显示，锦欣生殖 2023 年上半年收入 13.34 亿元，同比增长 17.2%；净利润 2.24 亿元，同比增长 19.3%；经调整净利润 2.55 亿。对此，锦欣生殖在半年报中透露，其业务增长主要是疫情放开后海外就诊需求快速恢复，据悉，锦欣生殖美国地区上半年收入同比增长 21%，净利润同比增长超过 200%。

与锦欣生殖处境不同的是，大部分辅助生殖上市企业当前还困在

盈利怪圈。10月28日，A股上市公司贝瑞基因发布2023年前三季度业绩报告，期内净亏损1.35亿元，亏损同比扩大733.37%。

另外还有贝康医疗，作为“辅助生殖基因检测第一股”，其在今年上半年虽然实现了两位数的增长，总收入8554.6万元，同比增长24.8%，但到目前还未扭亏为盈，今年上半年，公司持续经营业务的期内亏损是6249.3万元。

亏损当然是各有各的不同，但核心的一点还是巨大的研发投入和下沉服务体量收缩之间的不平衡。对此，贝瑞基因在2022年报中称，公司业绩变动主要因基础科研业务受区域性订单波动影响导致收入下降。

或许也正是因为如此，自2021年贝康医疗在港股上市之后，在近两年的时间里，辅助生殖再未诞生新的上市企业，最近的消息是在今年2月，辅助生殖生物制剂商景泽生物启动A股上市辅导，不过到目前还没有新的进展。

大阔步进入医保，“救”得了辅助生殖吗？

10月27日，广西壮族自治区医疗保障局发布通知，自11月1日起，广西将取卵术等部分治疗性辅助生殖类医疗服务项目，纳入基本医疗保险和工伤保险基金支付范围。该消息一出，辅助生殖概念多股逆势上涨，截至午盘，A股采纳股份、圣诺生物涨超8%，港股锦欣生殖涨超6%。

不过，这并不是今年的“第一次”。早在今年6月，北京市医保

局就率先发布通知，将包括促排卵检查、采卵、人工授精、胚胎移植术等 16 项治疗性辅助生殖技术项目纳入北京市基本医保，并按医保甲类纳入门诊报销。几乎是在同期，辽宁省也宣布将胚胎培养、胚胎移植术等 18 项辅助生殖项目纳入生育保险目录。

事实上，紧随其后的还有很多。11 月 1 日，河南省医疗保障局表示，争取今年年内将部分“临床必需、技术成熟、安全有效、费用适宜”的治疗性辅助生殖项目纳入该省医保支付范围。除此之外，包括浙江、湖南、江西、四川、湖北等地也均发布过拟将辅助生殖技术纳入医保的消息。

不过，这得拆分成两方面来看。

先说积极的一面。未来，一定会有更多地方将辅助生殖纳入医保，也一定会减轻一部分人在辅助生殖上的经济负担，比如此次广西医保，南宁市第二人民医院生殖医疗中心主任李荣就表示，“辅助生殖纳入医保之后，取卵术、胚胎培养、胚胎移植仅此三项就能按 70% 报销 6230 元，自己只需支付 2670 元，另外生育困难妇女做一代、二代试管婴儿，根据险种的不同，可报销幅度在 4000 多元至 1 万多元不等。”

而对于企业方来说，同样有利好。在锦欣生殖近日召开的业绩发布会上，锦欣生殖董事长钟勇就表示，“公司对辅助生殖进医保的前景还是充满期待的，公司也在进行相关准备工作。辅助生殖纳入医保后，短期内可能不会带来治疗量的快速上升，但会推动相关理念普

及。”

所以，对于辅助生殖这样一个新兴产业来说，大范围纳入医保必然会有有效提升市场渗透率。但也不全是这样，辅助生殖纳入医保当前也还存在一些矛盾点。

比如在支付力度上，业内普遍认为，定位于“保基本”的医保，目前对于辅助生殖支付的支持力度仍然有限。对此，一位辅助生殖器械企业负责人向动脉网谈道，“辅助生殖项目的特点就是单次收费比较贵，而且有时尝试几次也未必能够成功，假如接受辅助生殖类医疗服务的人多了，就会对医保基金构成不小的压力。另外从国际实践经验看，试管婴儿涉及流程和技术很多，相关政策落地执行，还需要制定配套细则，以明确报销范围并对患者年龄和次数进行限制，‘来者不拒’是不可能的事情。”

也正是因为如此，就形成了当前辅助生殖行业的矛盾难以调和，即医保基金紧张的地方，生育意愿高，但辅助生殖没进医保；医保基金比较宽裕的地方，生育意愿反而低，辅助生殖却进了医保。

另外，辅助生殖进医保实际只解决了生孩子之前这一阶段的问题，后面还有孩子出生后的养育和长大后的教育，这都直接关乎着最初的生育意愿。这也是为什么辅助生殖被认为是唯一一个政策直接拉不动的细分赛道，这是因为它并非单纯的医学命题，而是融合了技术、伦理、道德、法律等多方因素的社会性命题，其复杂程度已远超医学研究本身。

不过，也不能因此忽视辅助生殖赛道未来的隐藏价值，毕竟当前不孕不育率快速上升是客观事实，再加上我国当前庞大的人群基数，对于辅助生殖的市场需求仍然是庞大的。而另一方面，在企业和本钱的双重推动下，我国辅助生殖相关核心技术和服法也都在快速迭代中，势必会在未来承载更大体量的客户。

而如何突围，无外乎两个关键词，一个是“提高成功率”，另一个是“提升性价比”。

[返回目录](#)

消费医疗复苏，增速最快的竟是这个赛道

来源：动脉网

时间进入第四季度，传统的体检旺季到来。近日，以美年健康为代表的体检机构已经启动了医疗质量与安全保障行动，备战业务高峰。

2023年以来，消费医疗逐步复苏。不过，结合多家上市公司(本文主要指服务端，不含上游药械)财报数据来看，复苏情况在各个细分领域之间、各家公司之间存在较大差异；其中，体检服务在非旺季阶段已有亮眼业绩，并且呈现出量价齐升的态势。

为什么是体检？这一增长是偶然还是必然？持续增长的关键是什么？动脉网结合多方数据，对这个已沉寂几年的细分领域进行分析。

消费医疗复苏，体检增长突出

据国家统计局数据显示，2023年上半年，全国人均医疗保健消

费支出 1219 元,同比增长 17.1%,占同期人均消费支出的比重为 9.6%。与近 5 年来的数据对比,医疗保健消费支出在消费支出中的占比创下新高。

具体到消费医疗,以 19 家上市公司的业绩数据为例,2023 年上半年普遍增长,复苏迹象明显,大部分实现了收入和利润双增长。

细分领域	上市公司	收入同比变动
眼科	爱尔眼科	增长26.44%
	光正眼科	眼科业务增长72.69%
	朝聚眼科	增长30.02%
	何氏眼科	增长32.84%
	普瑞眼科	增长54.86%
	华夏眼科	增长26.40%
口腔	通策医疗	增长3.39%
	皓宸医疗	口腔业务增长49.86%
	瑞尔集团	下降8.28%
	美皓集团	下降38.83%
医美	瑞丽医美	增长3.4%
	雍禾医疗	增长10.7%
	朗姿股份	医美业务增长25.15%
体检	美年健康	增长49.87%
	瑞慈医疗	体检服务增长101.2%
辅助生殖	锦欣生殖	增长17.2%
	麦迪科技	辅助生殖业务增长4.03%
中医	固生堂	增长40.29%
康复	三星医疗	康复业务增长45.36%

2023 年上半年消费医疗服务主要上市公司核心业绩数据,数据来源:公司财报(瑞尔集团为截至 2023 年 3 月的年报数据)

眼科服务领域,各家公司收入和利润增长明显,且个别企业增幅

较大；其中，白内障和视光项目成为增长助推器。

白内障诊疗是眼科服务中较为刚需的项目，过去几年需求被积压，2023 年以来陆续释放。视光服务是近年来患者需求快速增长、新产品新技术不断涌现、眼科医疗机构积极布局的项目，是当前和下一阶段眼科服务的重要增长点。

相比之下，曾支撑起眼科服务半边天的屈光业务增速更慢，主要是由于屈光手术并非刚性需求，在经济下行压力下，消费者决策更加保守。

口腔服务领域，上半年 4 家公司业绩变动情况差异较大，种植牙集采政策落地、消费者需求不够强烈等因素叠加，导致了业绩增长的不确定性。

医美服务领域，尽管收入有一定增长，但利润情况不容乐观。具体到服务项目方面，手术类项目增长缓慢，甚至负增长；即使线下就医全面恢复，但消费者选择这类客单价高、风险也相对更高的项目时更为慎重。而以轻医美为代表的非手术项目安全性更高、耗时更短，也是医美发展的整体趋势。不过，内卷的竞争、高占比的营销成本，使机构盈利能力减弱。

此外，在辅助生殖、中医和康复领域，上市公司均通过内生增长和外部并购，实现了一定程度的业绩攀升。

整体上看，受需求的紧急程度、大众消费意愿、消费能力等因素影响，各个细分领域复苏或增长的幅度差异较大，刚需程度越高复苏

越快。

相比之下，体检是个例外。一方面，“轻预防、重治疗”的观念根深蒂固，大众重视体检这样的预防类服务需要长期的、循序渐进的过程。另一方面，企事业单位通常习惯将职工体检安排到下半年，上半年是体检行业的业务淡季。

但是，消费医疗几大细分领域中，体检服务在上半年“逆势”增长，且增幅突出。

其中，美年健康上半年总收入 44.05 亿元，同比增长 49.87%，净利润同比增长 100.49%。瑞慈医疗上半年总收入 12.84 亿元，同比增长 59.6%，净利润同比增长 232.0%；其中，主营业务体检服务收入增幅高达 101.2%。

同时，体检服务呈现出量价齐升的态势。

据美年健康公开数据显示，截至 2023 年 6 月，已开业体检中心 608 家，其中控股体检中心 293 家。上半年，控股体检中心总接待人次为 695 万人，较上年同期增加 36%；客单价由 2022 年上半年的 514 元增长为 2023 年上半年的 594 元，同比增长 15%。

2023 年上半年公司体检人次和客单价变化情况表¹

	2023 年上半年	2022 年上半年	变动额	变动率
收入（万元）	440,541	292,169	148,372	51%
人次（万人）	695	512	183	36%
客单价（元）	594	514	79 ²	15%

美年健康 2023 上半年体检人次和客单价变化(不含入职体检、职业病检查和核酸检测)图片来源：美年健康半年报

截至 2023 年 6 月，瑞慈医疗在全国有 76 家体检中心，其中 66 家已投入运营。上半年，瑞慈医疗体检业务共接待 184 万人次，较去

年同期增加 89.2%；客单价为 532.6 元，较去年同期上升 6.4%。

体检“逆势”增长最直接的原因在于，线下机构全面恢复正常服务秩序，部分客户 2022 年的体检计划被延后到 2023 年进行。2023 年初，“阳康”套餐广受欢迎，也促进了上半年业绩增长。

短期爆发的为什么是体检？

那么，体检业绩的高速增长仅仅是需求积压后集中释放、服务量激增的原因吗？这需要从更多维度来看。

近几年来，互联网平台、互联网医疗平台积极加大与体检机构的合作。

在美团平台，用户的医疗健康消费需求开始从传统的“治疗”向“预防”转变；近两年来，口腔、眼科、体检、中医等健康消费呈现出多点开花的局面。

2023 年 618 期间，京东健康体检类目整合美年健康、瑞慈医疗等头部体检机构，为消费者定制全国 500 家门店通用体检套餐，并提供体检报告解读服务，订单成交额同比增长了 3.5 倍。

2023 年上半年，平安健康的 B 端业务中，与实体机构合作的“体检+”服务增长迅速，累计服务的企业客户数达 722 家，累计同比增长 67.9%；截至 2023 年 6 月底，公司已与全国超 2000 家体检供应商合作。

互联网平台流量资源丰富，掌握精准的用户画像，为实体机构导流、赋能实体机构的数字化转型升级的效果显著。

同时，随着大众健康意识提升，体检消费者的需求呈现出多元化和定制化特点；相应的，体检服务细分颗粒度越来越小，针对大众、高收入人群、老龄人群、女性或儿童、特定慢病人群、职场人群的产品层出不穷，体检机构也基于不同受众进行差异化定位。

美年健康旗下几大品牌就分别定位了不同人群，“美年大健康”面向全国大众，“慈铭”面向一二线城市的大众，“美兆”则面向高端客户。

平安健康(检测)中心也布局了高端市场，2023年发布了面向高净值人群的健康管理产品，围绕一个人或一个家庭提供定制化的全面深度筛查服务；还推出高端医疗旅游服务，将高端体检与旅游相结合，使得健康管理更具个性化、动态化。

越来越细的市场需求甚至催生了专门的体检项目定制、报告解读服务。如针对大众选择体检项目时缺乏自我判断、体检报告读不懂等问题，可友健康为用户提供项目定制与报告解读，但不直接提供体检服务，也不向体检中心转介用户，仅就定制和解读收费。

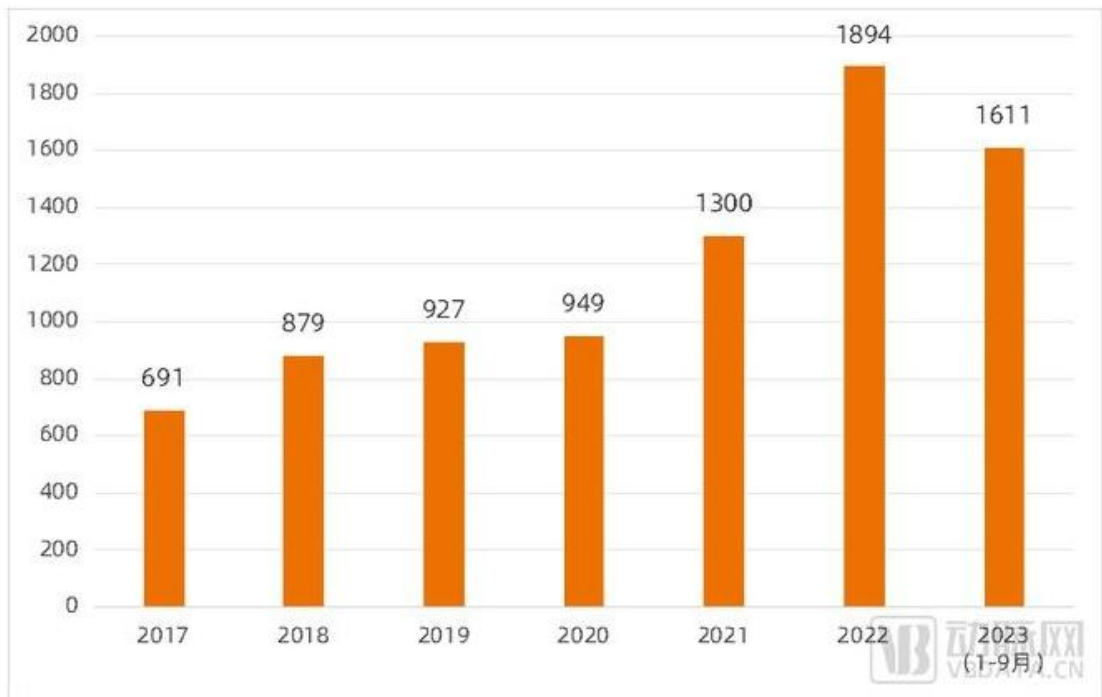
体检行业服务越来越精细化，标准产品与个性产品相结合，可持续扩大在大众中的覆盖。

此外，B端市场的快速增长成为体检业绩加速的关键。

团检是大多体检机构的主要收入来源，2023年上半年，美年健康团体客户和个人客户占收入比分别为77%和23%，瑞慈医疗的体检业务中企业客户占69.1%。

当前，B端客户对员工健康状况越来越重视，体检也已成为许多企业员工福利的标配。

以需要公开招标采购的机关单位为例，据中国政府采购网招投标数据为例，近几年来体检服务采购项目不断增长。2017年的中标信息中，体检服务项目有近700项，此后项目数逐年增长，2020年以后增长尤其迅速，2022年已高达1800多项，2023年1-9月已有1600多项。



近几年中国政府采购网公布的体检服务中标项目数，数据来源：中国政府采购网

公开招标的体检服务中，项目金额少则在十万级，多则数百万元。民营体检机构也从中获得了大量订单。

最后，国家基本公共卫生服务强化了大众对老年人、儿童等进行定期体检的意识。随着人口结构老龄化，老龄群体对于提高心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等重大慢性病的综合防治需

求增强，强化老人群体疾病预防、早期筛查的重要性的必要性日益提升。国家卫健委、教育部等部门对儿童、中小学生的健康体检也制定了相关要求，并明确了经费来源。

另据《中国卫生健康统计年鉴(2022)》统计，2021年，全国健康检查服务量为5.49亿人次，全国体检行业渗透率约为38.9%。这一数据在2017年仅有4.06亿人次，渗透率29%。



近几年全国健康检查人次数及渗透率，数据来源：《中国卫生健康统计年鉴》

相对而言，发达国家健康体检行业起步早，发展较为成熟，以美国、日本为代表的发达国家在2017年体检渗透率就超过了70%，德国则高达95%以上。因此，国内体检市场仍具有相当大的潜力及发展空间。其中，民营体检机构以多元化、多层次服务契合市场需求，机遇巨大。

纵观以上各个维度可以看出，2023年体检服务的业绩增长，既是特殊情况下的偶然，也是大势所趋下的必然。

如何延续增长趋势？

按照体检市场的季节性规律，现正逐步进入第四季度业务高峰期。在迎战旺季的当下，以及在市场空间巨大的未来，体检机构要怎样维持增长态势？

首先，运用数字化提质增效已成为必选项。

过去，数字化已经在体检登记、排队引导、客户分流等服务流程上发挥着不小的作用，提升了管理效率、缩短了体检时长，消费者满意度更高。

同时，数字化、智能化加快向各个检查环节的核心渗透，诸如医学影像辅助诊断、智能质控、智能风险预警等，促进服务质量提升。

甚至风头正盛的AIGC在体检服务中也有应用场景，如美年健康正在论证基于AIGC大模型能力的产品，面向体检客户提供检前、检中和检后全过程的健康咨询，具备全科医学知识和主动多轮对话能力，为客户提供准确而个性化的健康指导。

其次，需从“重检查”到“重干预”转变。

如果说“重治疗轻预防”的观念正在逐步改变，那么，在以体检为代表的预防项目中又出现了“重检查轻干预”的现象。许多时候，体检仅仅是为检而检。

体检机构在报告中对异常项目会进行模式化的提示，有的会为企

业员工、个人消费者提供一定的报告解读或答疑，但整体上个性化程度不足，解决的问题有限。

对消费者来说，部分健康意识较强的会主动就异常提示寻求答疑，但大多数人在短期没有严重疾病风险的情况下，都是拿到报告后一段时间内小心翼翼，时间一长，异常提示便抛诸脑后，与异常提示相关的自我管理或干预行为缺乏。

目前，部分医院体检中心陆续更名为健康管理中心，体现了“重检查”到“重干预”的理念。在数字技术助力下，出具更个性化的体检报告，结合消费者历史健康数据进行更全面解读，直至进行针对性健康管理、慢病管理成为可能。

最后，体检服务可加快与大健康其他细分领域的紧密合作。

体检与保险的结合具有天然优势，体检大数据可支持创新健康险产品开发，推动带病体保险、单病种保险、检后疾病险等产品的创新与受众覆盖。

体检机构也是前沿检测技术和产品输出服务的载体，与检测产品创新公司合作，能提升新技术在消费者中的可及性，也能进一步促进新技术的完善。

此外，医疗服务体系正在推进检查检验结果互认，在各地发布的结果互认名单中，一些民营体检机构、民营医院也被纳入其中。

2022年11月，北京等地卫健委发布的《2021-2022年度京津冀鲁区域医疗机构临床检验结果互认结果的通知》中，列出了北京、天

津、河北、山东四个省份 813 家参与临床检验结果互认的医疗机构，其中就包括美年健康、爱康国宾、金域医学等民营机构。

这意味着，一些大型三甲医院部分检查检验项目将外溢，尤其是预约不方便、需长时间排队的项目，成为体检机构的又一增长点。

写在最后

当然，一切抢占市场的举措都必须建立在医疗质量管理的基础上。健康体检是通过医学手段和方法对受检者进行身体检查，了解受检者健康状况、早期发现疾病线索和健康隐患的诊疗行为，虽有极强的消费属性，但本质仍是医疗活动。

体检服务是如此，消费医疗其他细分领域同样如此，尤其是在当前市场复苏、但整体状况未达预期的情况下，更需坚守医疗本质，挖掘大众根本需求，维护市场的良性发展。

[返回目录](#)

• 基金监管 •

医保局通知：12月起，耗材回款生变！

来源：Eshare 医械汇

一地耗材“回款难”问题有最新突破。

01 锦州推动货款直接结算

11月3日，辽宁省锦州市医保局发布《关于应用医保基金与企业直接结算医用耗材带量采购货款的通知(征求意见稿)》(简称《意

见稿》)。



《意见稿》指出，将在 2023 年 12 月 1 日起应用医保基金与各有关生产(配送)企业直接结算医用耗材带量采购品种货款。并从执行之日起开始上传相应发票单据，货款结算时间为企业交货医疗机构验收合格后次月底。在上传相应发票单据前的医用耗材带量采购品种货款由医疗机构自行与企业结算。回款难问题是耗材流通领域的多年顽疾，伴随着多地开展医保直接结算模式，耗材回款效率已经显著提升。据山东省 2022 年 6 月披露的数据，药品货款直接结算范围覆盖全省 2622 家公立医疗机构，全面实现了对集采药品的直接结算。同时，德州等 8 市在 221 家医疗机构实现了对集采耗材的直接结算。货款结算周期由原来的平均 8-12 个月缩减至平均 30 天。受耗材种类繁多以及资金等因素影响，各地推广直接结算的过程也暴露出各种新的问题，这为后续结算工作的优化提供了经验。

02 “两个账户”保障结算安全

资金储备与周转效率是顺利推进医保直接结算的重点之一。

根据《意见稿》，锦州市医疗保障事务服务中心需对每批次带量采购品种按不低于中选产品统筹地区医疗机构年度协议采量总采购

金额的 50%进行测算、申请周转金，并在采购结果执行前申请到位。

同时，为确保周转金安全有效使用，医保中心、企业均须设立专用中选医用耗材结算账户，以避免出现账目混乱，影响结算效率。

医保中心开立的专用结算账户用于接收医保基金划拨的中选医用耗材采购周转金并对企业中选医用耗材进行结算及医疗机构医用耗材采购款的回收，采购周期结束后，将回收的周转金返回至医保基金。

企业开立的专用结算账户用于接收医保中心划拨的周转金、接收医疗机构回款、返还周转金；已开通锦州地区药品专用结算账号的企业无需另外开户。

《意见稿》指出，根据生产(配送)企业结算专户中的医疗机构回款情况，每月生成医疗机构回款归集账单，医保中心确认后，通知银行和企业办理回款归集。银行和企业收到通知的 3 个工作日内，将企业专户中医疗机构回款划拨回医保中心专用采购结算账户。

03 监管升级，医疗机构需单独记账

任何牵扯庞大资金周转的模式，都需要完善而有力的监管手段来维持长期运转。根据《意见稿》，生产(配送)企业需按与医疗机构约定的时间将中选医用耗材配送到位并提交相应发票单据后，依据与医疗机构的月度对账信息，向医保中心申请支取当月中选医用耗材采购资金。企业每月可申请一次支取周转金，医保中心审批通过后，银行为企业办理相关支取手续，向企业专用采购结算账户划拨相应额度的

药品采购资金。医保中心对企业采购结算账户进行监管，医保中心、企业、银行三方签订资金监管协议，协议中明确该专户款项的业务类型、用途、监管原因、实现监管的方式等，经三方确认无误后，由银行方对该账户实行使用监管。

医保中心专用采购结算账户收到企业回款后做好账务处理，按年与医保基金财政专户进行清算。医保中心划拨及收回中选药品周转金时在暂收(付)款会计科目中核算。

本次《意见稿》还针对医疗机构回款提出了明确要求：作为医用耗材采购货款结算第一责任人，医疗机构应与企业就中选医用耗材往来款项需单独记账，同时要督促企业及时上传相应发票单据。

每月定期生成医疗机构中选医用耗材结算对账单，各级医疗机构应在对账单生成的60日内将中选医用耗材货款支付至生产(配送)企业采购结算专户。

同时，医保中心要督促医保定点医疗机构及时返还预付金，对医保定点医疗机构医保基金预付金的回款情况进行监管。未按时返还预付金的医疗机构，将从次月结算款中扣除。

04 依托招采子系统，直接结算再提速

医保直接结算模式并非新兴事物，早在2020年2月中共中央国务院出台的《关于深化医疗保障制度改革的意见》，就明确提出要“推进医保基金与医药企业直接结算”。

开年以来，多地招采子系统加速落地，从技术层面推动了医保直

接结算的开展。8月，湖南医保局、财政厅、卫健委联合发布《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》，其中提到：全省各级医保定点公立医疗机构通过全国统一的医保信息平台“药品和医用耗材招采管理系统”采购的国家、省际联盟、省级集中带量采购药品和医用耗材中选产品货款，均应纳入医保基金直接结算范围。伴随着医保直接结算模式推广，企业回款难问题得到有效缓解，但若想深层次地破除“三角债”顽疾，还需在配套措施和监管等方面持续完善。从多地回款相关政策可以看出，对于医疗机构的监督力度较前些年其他地区的版本已经全面升级，在具体的规则约束下，耗材领域的“烂账”将越来越少。客观来看，各地医院的财政状况不尽相同，线上平台的搭建速度也有快慢之别，但医保与企业直接结算已为大势所趋，回款难问题正在加速解决。

[返回目录](#)

医保基金常态化监管，重点有哪些？

来源：中国医疗保险

近日，多地开展2023年国家医保基金飞行检查工作。自今年8月全面启动以来，2023年医保基金飞行检查工作已进展大半。通过飞行检查，能够查处一批违法违规的大案要案，对医保领域违法违规行为形成强力震慑，飞行检查敢于较真碰硬，彰显了医保基金监管的强硬力度，对被检对象是一次深入的“健康”体检。

不过，飞行检查只是医保基金全链条监管中的其中一个环节。根

据今年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》，将从飞行检查、专项整治、日常监管、智能监控、社会监督五个维度出发，以点、线、面相结合的方式推进基金监管常态化，更好维护医保基金安全、合理、规范、高效使用。

骗保手段更趋隐蔽、更加专业

基金监管形势依然严峻复杂

近年来，通过专项检查、交叉检查、专项整治和日常监管相结合，推动形成了医保基金监管的高压态势。目前，定点医药机构明目张胆的骗保行为有所遏制。但与此同时，也要清醒地看到医保基金监管的形势依然严峻复杂。好解决的问题逐步得到解决，还有很多难题需要监管部门寻找解决的办法。

一是定点医药机构“明目张胆”的骗保行为有所遏制，但是“跑冒滴漏”现象依然比较普遍，有些骗保行为从台前转到了幕后，骗保手段更趋隐蔽、更加专业，欺诈骗保和医疗腐败交织在一起，监管难度不断加大。例如利用部分医疗服务项目内涵、计价单位、除外内容及说明描述模糊，可收费医用耗材品规繁杂、归类困难、无法精确界定收费标准等“空子”，重复收费、套用项目收费、超标准收费等。

二是异地就医结算、DRG/DIP支付方式改革、互联网+医保服务、长期护理保险试点以及门诊共济保障等改革措施的推进和开展，对建立健全基金监管制度和办法提出了新要求。比如，随着DRG/DIP医保支付方式改革的全面广泛开展，医疗机构从对轻重症患者一律“来者

不拒”变为“挑轻推重”，由“过度医疗和服务”转为“服务不足”，将住院成本向门诊转移、将医保费用向自费转移等。再如，近日上海市静安区法院开庭审理的一起长护险诈骗案件引发社会广泛关注，护理员利用打卡漏洞，虚报工作频次、时长，骗取医保基金的情况，为长护险基金监管敲响了警钟。

三是医保监管的力量不足，监管执法体系不健全，各方监管责任也有待进一步落实。一方面是人员队伍数量不足，基层医保部门监督人员往往身兼数职，无法将医保监督工作常态化，难以达到全覆盖要求，另外专业人员欠缺，很难保证监管的深度及持续性。另一方面是专业素养有待提升，医保业务专业性较强，涉及医学、药学、统计、会计等多个学科，需“懂行”才能查出问题，否则就只能看到表面上的东西，深层次的问题则依然存在，监管工作质量难以提高。

“三个结合” “五个常态化”

加快推进基金监管常态化

国家医保局成立以来，不断探索实践，积累了一些行之有效的监管经验。具体来说，可以概括为“三个结合”“五个常态化”。

一是点线面结合，推进飞行检查、专项整治和日常监管常态化。其中，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。

二是现场和非现场相结合，推动智能监控常态化。医保基金监管涉及主体、环节众多，现场检查受限于诸多条件，往往覆盖面有限，亟需运用现代信息技术寻求破解之道，用新技术赋能。医保智能监控就是目前寻求的解决之道，利用智能监控系统，能够实现医院前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管的全流程防控，让基金监管关口前移，自动拦截“明确违规”的行为，提示违反合理使用类规则的“可疑”行为，成为医疗机构安全规范使用医保基金的“第一道防线”。

根据国家医保局统一部署，预计到2023年底前全部统筹地区上线智能监管子系统，初步实现全国智能监控“一张网”；到2025年底，规范化、科学化、常态化的智能审核和监控体系基本建立。

三是政府监管和社会监督相结合，推进社会监督常态化。国家医保局始终致力于营造全社会共同参与的基金监管氛围，不断完善社会监督制度，畅通举报投诉渠道，全面推进举报奖励制度的落实。今年1月1日开始实施的新版《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》，明确把针对所有违法违规使用医保基金行为的举报纳入奖励范

围，并结合各地实际情况，规定按照案值的一定比例给予举报人一次性奖励。同时将奖励金额上限由 10 万元提升至 20 万元，并设置了最低 200 元的奖励金额下限，充分发挥奖励激励作用，积极鼓励、引导群众参与社会监督。

据统计，今年上半年，全国医保部门收到举报投诉 2137 件，通过办理群众举报，追回医保基金 4233 万元，并处行政处罚 765 万元。同时，国家医保局曝光台及微信公众号公开曝光欺诈骗保典型案例 40 起，涉及违规资金超 6000 万元。

[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