

医药先锋系列之

医周药事

Medical weekly pharmacy

2023年第47期

(2023.11.20-2023.11.26)

医保

医疗

医药



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司 主办

——本期视点——

(阅读提醒：使用手机阅读的朋友，请按页码提示，进行阅读；使用电脑阅读的朋友，可点击您要阅读的文章标题，直接跳转具体内容。)

· 分析解读 ·

▶ [DRG/DIP 下医院药品耗材管理如何改变？](#) (来源：中国医疗保险)

——第 7 页

【提要】控制药耗一直是新医改的重点，药品耗材零加成、药品“两票制”等政策都削减了医院“做大处方”的动力。但由于多年来临床有一定程度的路径依赖，并且在按项目付费下科室无论使用什么药品耗材，都被视为“平进平出”，临床用药用耗的导向仍停留在做好“住院次均药品费用增幅”、“住院次均费用增幅”等国考指标上，整体管控药耗的意识较淡。

▶ [深化医保改革与医药产业创新发展——关于医保战略性购买对医药发展的促进作用](#) (来源：医疗保险研究会) ——第 14 页

【提要】党的二十大报告明确指出，深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药(以下简称“三医”)协同发展和治理。这是党中央根据全面推进中国式现代化建设全局和战略部署，对“三医”改革发展提出的新任务、新要求。我们务必认真学习，深刻领悟其内涵要义，扎实有序地推动“三医”协同高效发展和治理，更好服务于全面建设社会主义现代化的大局，不断满足人民群众日益增长的美好生活和健康福祉的需要。

• 医院管理 •

▶ [医院信息互联互通测评那些事儿](#)（来源：科医云）——第 22 页

【提要】随着医疗信息化的发展，医院信息的互联互通逐渐成为提高医疗服务质量、提升患者满意度的强大引擎。国家卫生健康委员会及相关部门发布了一系列政策，明确提出要加快医疗信息化建设，推动医疗信息互联互通的发展，提高医疗服务效率和质量。

▶ [数据透视下 DRG 危重患者管理与思考](#)（来源：艾登医保）——第 28 页

【提要】临床中将生命体征不稳定，病情变化快，两个以上的器官系统功能不稳定，减退或衰竭病情发展可能会危及到病人生命的情况定义为危重病人。这些病人需要接受特殊的治疗和护理，如机械通气、血管活性药物、血液净化等。根据不同的疾病种类和严重程度，危重患者的比例可能会有所不同。对于某些特定的危重患者，如脓毒症休克患者，其死亡率高达 40%左右。同时危重患者的医疗费用往往比一般患者高出很多，这给患者以及医保基金的运行带来巨大的压力。

• 智慧医疗 •

▶ [基于 5G 全流程闭环管理的智慧护理服务模式](#)（来源：中国卫生质量管理杂志社）——第 36 页

【提要】在 5G 技术加速赋能的背景下，国家各级卫生健康管理部门与医疗机构开始在护理领域进行智慧化探索，寻求以“5G+互联网”为核心的智慧护理解决途径。北京大学深圳医院积极响应国务院办公厅

厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》，通过服务流程创新与系统性改进工程，建立起一整套标准化、系统化、智能化、平台化的护理解决方案，实现护理工作朝着提质增效、精细化管理、注重人力技术要素的发展方向转变。

▶ [基于电子病历的智慧医保服务探究](#)（来源：北京大学深圳医院）

——第 40 页

【提要】随着医保支付方式改革的不断深化，以按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费为主的新型医保支付方式在全国范围内逐渐普及，而作为智慧医保支付的主要信息来源，电子病历受到了高度重视。

• 医药专栏 •

▶ [2023 年医保目录谈判落幕，“灵魂谈判”是如何练成的？](#)（来源：人民日报）——第 43 页

【提要】六年来，医保谈判不仅逐步建立了分通道准入机制；而且不断在探索实践中优化相关机制，让准入工作的可操作性与可预测性得到进一步增强。可以说，国家医保目录动态调整机制日益成熟，“患者用药享实惠、企业创新获发展、医保管理得成长、基金支出保安全”的多赢局面初步形成，政策成效显著。而在这个过程中，每年的医保“灵魂谈判”都在其中扮演着重要角色。

▶ [多地发文强化集采药使用，涉及考核加分、与医院直接结算等](#)（来源：健识局）——第 49 页

【提要】据梳理，山东、陕西、江西、贵州、福建、天津、辽宁、河南、湖南等多省市均启动医保基金与医疗机构直接结算的新政，意在解决医院长期拖欠药企货款的问题，维持保供企业的现金流。事实上，“医保基金与医药企业直接结算”的政策今后将在全国更大范围内得到落实。业内普遍认为：只有临床优先使用集采药的同时，缩短供应企业的回款等一整套的政策组合拳，才能提高药品生产企业的积极性，让全国药品集采覆盖的仿制药产业进入良性循环。

• 医保动态 •

▶ [20 多个省已开启！全国医保飞检持续进行中](#)（来源：金豆数据）

——第 52 页

【提要】医保基金的安全运行，基金使用效率的提高，是减轻群众看病就医负担的重要基础。国家医保局自成立以来，始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为医疗保障首要任务，持续开展专项整治，严厉打击各种违规违法使用医保基金的行为。

▶ [关于医保支付方式改革，这些误解要讲清](#)（来源：中国医疗保险）

——第 55 页

【提要】根据去年国家医保局发布的《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》规定，从 2022 年到 2024 年底，全国所有统筹地区全部开展按疾病诊断相关分组 (DRG)/病种分值 (DIP) 支付方式改革工作，到 2025 年底，DRG/DIP 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。按照计划，今年要达到 70% 的地区覆盖率、70% 的医疗机构覆

盖率、80%的病种覆盖率和 50%的基金支出。如此迅速的落地时限，给各地留下一定的压力的同时，也很可能让很多一线人员忙中出现误解，从而给落地执行带来不便。笔者从 DRG/DIP 的一些基本理念入手，试图解开一些误会，凝聚共识。

-----本期内容-----

• 分析解读 •

DRG/DIP 下医院药品耗材管理如何改变？

来源：中国医疗保险

控制药耗一直是新医改的重点，药品耗材零加成、药品“两票制”等政策都削减了医院“做大处方”的动力。但由于多年来临床有一定程度的路径依赖，并且在按项目付费下科室无论使用什么药品耗材，都被视为“平进平出”，临床用药用耗的导向仍停留在做好“住院次均药品费用增幅”、“住院次均费用增幅”等国考指标上，整体管控药耗的意识较淡。

DRG 和 DIP 实施后，病组医保支付标准固定，同病组中患者使用的药品和耗材都是成本，如果由于药耗使用过多导致患者医疗总费用超过支付标准，就会产生亏损。为了避免这种情况，医院产生了强控费动力，一项研究在五个 DRG 试点城市调查了 200 名医院工作人员的结果表明，DRG 实施后，医院开始限制高值药品和耗材的使用、减少药物使用天数、并且用仿制药替代原研药的情况显著上升。

(一) 药品管理措施

1. 遴选高性价比的药品入院

随着药品从“收入中心”转为“成本中心”，医院药事委员会在遴选药品入院时除了临床需求、药品品种合理性，开始更加关注药品

的药物经济学证据和临床综合评价结果。为充分考虑药品入院对医保支付的影响，降低因药品性价低带来的超支风险，部分医院的药事委员会纳入了医保工作人员。

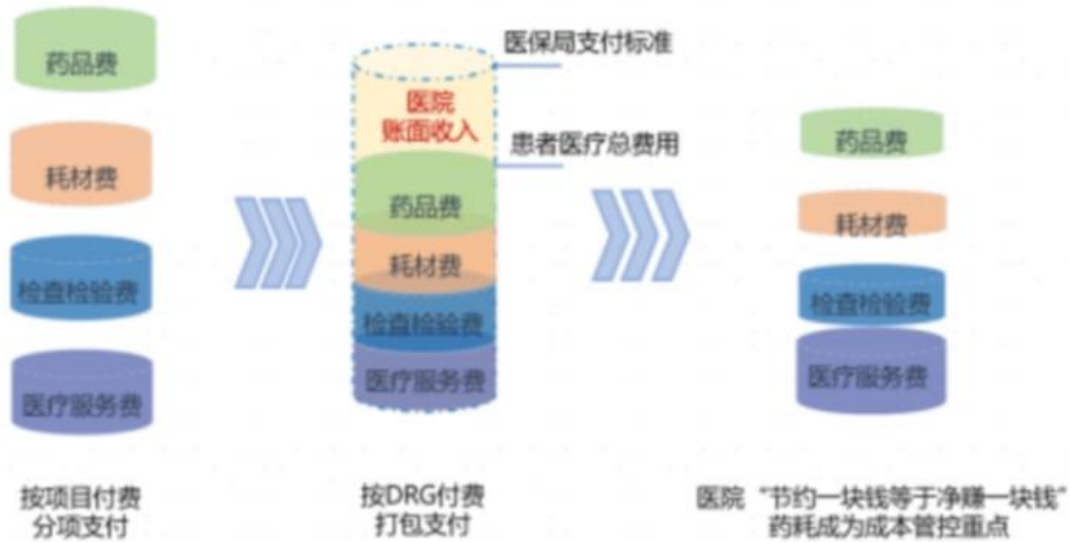


图 DRG 改革前后医院药品耗材使用情况示意图

这一点在日本的经验上也得到了验证，日本推行的 DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination Per-Diem Payment System) 是指诊断程序分组/按日付费系统，与 DRG 最大的不同是其不是按照每一个个案来支付，而是按照个案的住院日来支付。由于 DPC 打包支付对每个手术都设定了封顶价，这推动了日本 DPC 住院药品的仿制药替代，2005 年日本的仿制药替代率还只有 32.5%，而在 2020 年仿制药替代率已经达到了 84.4%。尽管国内没有“仿制药替代率”指标的监测，但可以通过 2021 年“集采未中选原研药使用情况变化——集采推动仿制药替代”新闻发布会上的披露的数据粗略估计，新闻显示 9 个集采品种在集采前原研药的采购量占比为 28.9%，即仿制药的市场份额在 7

0%左右，和日本的数据相比，国内还有较大的仿制药替代空间。结合“一品双规”等考虑，未来医院在选择入院品种上必定会更加看重价格，转向使用价格更低的仿制药。

2. 联动集采和国谈药落地政策

鼓励临床使用国家集采药品是政策要求，也是 DRG 改革下医院管控药品费用的重要手段。从 2019 年 9 月至 2023 年 7 月，国家已经组织了八批药品集中采购，每一批集中采购都由医院上报药品使用量，药品中标后医院执行上报使用量要求。国家集中采购的药品通过“以量换价，量价挂钩”，中选药品降价均在 50%左右，并且中选药品为通过仿制药一致性评价的药品或者进口原研药，有质量保证，医生从患者病情实际需求出发，为患者处方集采药品可以减轻医院用药成本负担。与国家集采药品相关的病组，支付标准是根据集采前的历史费用确定，而实际医院使用的是集采降价后的药品，可以认为医院会获得一笔额外的集采奖励金额，许多医院也感受到了集采后带来的“DRG 返利”。

随着医保药品目录调整周期变为一年一调，一些创新药品通过国家谈判的方式快速进入医保目录，各医院在支付方式改革中兼顾国谈药品落地也积累了一些经验。主要方案之一是通过“双通道”机制满足患者需求，从而解决由于医院的准入流程较慢，部分药品“进院难”的问题。但医院也需要预防由于“双通道”费用归集带来意料之外的问题，例如部分地区未将“双通道”处方的费用计入患者住院总

费用，导致医院涉及“双通道”药物治疗病组低倍率病例占比异常高，病组费用严重失真，甚至影响到地区相关病组的支付标准调整，掣肘医院对该病组患者的正常治疗。除此之外，由于创新药品在临床使用中需要时间推广，而国谈药品在谈判后价格仍然较高，使用后容易产生病例超支，医生倾向于开具保守的常用治疗药物，而不愿意处方创新药品，如果 DRG 超支与绩效挂钩的话，医生更是缺乏使用愿意。为了激励医生使用国谈药品，有地方对国谈药品的使用采取特殊支付，例如湘西自治州规定“使用新增国家谈判药品费用占该病例医疗总费用 10%(含)以上的病例可以进行费用极端异常单议”，河南开封、安徽铜陵则规定对国家谈判药品支付时单独计算点数。

3. 点评中增加医保支付内容

专项处方点评是医院根据药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，对特定的药物或特定疾病的药物(如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药等)使用情况进行的处方点评。根据 2010 年原卫生部印发的《医院处方点评管理规范(试行)》，三级以上医院应该逐步建立健全专项处方点评制度。由于控制药品费用是 DRG 改革下医院的重要管理目标，而医保部门在药品合理使用方面缺乏专业经验，因此许多医院积极开展药学联动，在药剂师进行专项处方点评时增加医保目录限制范围相关内容，同时寻找更具性价比的药品替代。某三甲医院药剂科对医保用药替代

使用的点评示意如下。

表 药剂科针对医保用药替代使用点评表

住院号	DRG 组	主要诊断	药剂科点评内容
22002XX	GU15 消化道溃疡伴穿孔, 不伴并发症或合并症	十二指肠溃疡伴出血(主诊); 急性失血性贫血; 食管隆起性病变	①门冬氨酸钾注射液 1.712g qd ivgtt 1/28-2/4 48.74 元/支*14 支=682 元 常规充电解质, 可选择基药氯化钾注射液(1.2 元/10ml) ②复方醋酸钠林格注射液 500ml qd ivgtt 1/28-2/4 158.09 元*7 瓶=1106 元 常规补液可选择价格较为便宜的基药林格液品种(4.28 元/500ml)

(二) 耗材管理措施

1. 准入中提前介入收费

目前各地区管理部门逐步出台可收费医用耗材目录, 例如北京在 2021 年发不了《部分可收费医用耗材的医疗保险报销政策》。但這些目录所涵盖的耗材范围有限, 而医疗技术不断革新, 导致一些新医用耗材仍暂时没有收费依据。另一方面, 大多数低值耗材随医疗服务项目收费, 本身为不可收费耗材, 在医院加强 DRG 病组成本核算和成本控制的背景下, 医院急需对这些无法收费的医用耗材加强管理。

一是源头管控, 将风险前移, 在准入新技术时开展新技术医疗服务项目价格收费申报工作, 准备成本测算数据和卫生技术评估结果, 推进医用耗材的可收费审批; 二是加强院内收费规范, 在耗材遴选入院和相关医疗新技术准入之时, 医院价格管理部门及时介入, 结合耗

材用途和技术内涵告知临床科室和相关部门该耗材是否可收费。三是做好不可收费耗材的成本分摊管理，针对耗材用途和特性，“一物一议”，制定成本计入方案，规范使用，形成与临床使用科室、绩效管理部門的共识。例如，广东省某医院针对院内缝线、止血纱费用远超同级医院同 DRG 组平均耗材费用的情况，医院制定了止血材料和防粘连材料的使用审批制度，控制这类不可收费材料的不规范使用。

2. 采购中积极集采议价

截至 2023 年 6 月，国家已经开展了三批高值医用耗材的集中采购工作，给医院降成本带来了很大帮助，比如“FM19 经皮冠状动脉支架植入”病组主要使用的耗材冠状动脉支架集采之后大幅降价，2021 年某三甲医院该病组仅因集采降价就结余近千万。因此为了降低医院运营成本，部分医院也借鉴国家集中带量采购的招标模式，对院内使用耗材组织供应公司议价，集中采购。山西省某医院对 30 个常用外科耗材借鉴国家医疗保障局对高值耗材带量采购的招标模式，组织多公司议价，实施议价降价，最高降价幅度达 77%，预计年节约金额 1000 多万元。

除此之外，尽管单个非计费耗材的价值不高，但用量巨大，且近年来品类增多，在医院成本支出中所占比重呈现上升趋势，引起了医院管理的重视，也是医院开展集中采购的对象。某医院对使用量大的非计费耗材通过医院集中采购谈判降价，在医院医学装备管理委员会下成立非计费医用耗材价格谈判专项工作领导小组及办公室，由院长

担任组长，院领导班子成员担任副组长，参与每场价格谈判。医院相关职能科室对在用的耗材采购、出库、收费等大数据进行科学性梳理，最终确立了以在用的检验科、病理科试剂，血糖试纸等其他常用低值耗材为主体的谈判对象，在 2020 年 7 月至 2020 年 9 月共 3 个月期间，开展了 9 批次谈判工作，累计降价 1344.1 万元。

表 非计费耗材价格谈判批次情况

批次	集中采购品种
第一批	病理科、检验科专机专用试剂等
第二批	病理科、检验科专机专用试剂等
第三批	病理科试剂及耗材、透明敷料、打印胶片、高压注射器针筒等
第四批	供应室清洗、消毒类耗材、血糖试纸、部分内镜用耗材、全院使用的棉纱制品等低值耗材等
第五批	放诊科一次性使用压力连接管、麻醉科、ICU 麻醉呼吸管路及热湿交换过滤器、心肺室呼吸回路过滤器等
第六批	邻苯二甲醛消毒液、器械润滑剂、灭菌包装无纺布
第七批	造口类非计费耗材、手消毒液及其他年使用 10 万元以下的非计费耗材
第八批	检验科、病理科 2019 年使用总额 10 万元以下的非计费耗材，输血科非计费耗材
第九批	病理科免疫组化一抗、FISH 试剂

3. 使用中寻找优选替代

表 省某医院优选替代耗材情况

科室	优选替代建议
介入科	组织胶水、下腔静脉滤器、封堵器、聚乙烯醇栓塞微球等 9 项进口耗材移出配套表，国产品牌替代使用
创伤骨科	进口钢板国产替代：倒刺线管控使用
胃肠、泌尿、胸外科等	一次性超声刀头、电动吻合器严格按照适应症管控使用，同时遴选国产品牌替代使用

医院在梳理本院使用耗材中，可以针对重点使用耗材，结合设备

科和临床的意见，寻找有质量保障同时价格更低的替代产品，进一步降低医院成本管控压力。例如，某医院骨科的钢板用量大，金额高，经医院开会讨论后，决定使用统一优质的国产替代进口钢板，降低了DRG超支风险。

[返回目录](#)

深化医保改革与医药产业创新发展——关于医保战略性购买对医药发展的促进作用

来源：医疗保险研究会

党的二十大报告明确指出，深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药(以下简称“三医”)协同发展和治理。这是党中央根据全面推进中国式现代化建设全局和战略部署，对“三医”改革发展提出的新任务、新要求。我们务必认真学习，深刻领悟其内涵要义，扎实有序地推动“三医”协同高效发展和治理，更好服务于全面建设社会主义现代化的大局，不断满足人民群众日益增长的美好生活和健康福祉的需要。

(一)

促进医药产业创新发展是深化医保改革的应有之义，也是医保必须承担的重要责任。在以往的官方行文中，常常是医疗、医保、医药为序，而党的二十大报告将医保提到首位，置于医疗、医药之前，显然是具有新意和深意的。

其内涵要义就在于：既充分肯定了“三医”内在的逻辑关联性、

服务功能的一致性、发展治理的协同性，是辩证统一的有机整体，是“三医”高质量协同发展必须遵循的基本法则；又突出了医保在“三医”中的基础性、关键性功能作用，是对医疗、医药(通常说的医疗服务供给侧)改革发展的引导和促进作用；进而也强化了医保改革的责任、增大了医保改革发展的压力。明乎此，新时期的医保人应当勇于担当，使深化医保改革在引导和促进“三医”高质量协同发展和治理中发挥好这个重要的功能作用。

(二)

“三医”协同发展和治理既要各自根据自身运行规律、功能优势、职责定位，努力做好自己的事，又要为着“三医”共同的服务对象、中心任务、核心目标，心往一处想、劲往一处使，增强改革、政策、工作等方面的一致性、协同性，做到良性互动、相互支持、相得益彰、协同高效。

医保改革对医疗、医药改革的引导和促进作用，主要是通过以价值为取向的战略性购买的方式和途径，也就是利用“杠杆撬动”作用。医保战略性购买既是一项导向性改革举措，又是一个杠杆性政策工具；既可有效引导医疗供给方主动摒弃外延扩张型发展模式，减少过度、无效医疗等积弊，逐步系统性走向价值医疗(即合理、必需、有效、可负担的医疗)，自觉深化医疗机构的治理结构、资源配置结构、人事薪酬结构等适应性改革，又可以促进医药行业大幅降低运营成本、净化行业生态、优化发展环境，公平有序地进行市场竞争，心无旁骛

地走创新发展之路。

医保战略性购买本质上是医保部门运用医保基金强大的购买实力，购买性价比相当、投入产出效益相宜的优质医疗(医药)服务。其主要方式和途径有药品集中带量采购、医保药品目录动态调整机制、DRG/DIP 为主的支付方式(俗称打包付费)改革、分级分类的基金总额预算管理和绩效评价机制等。只有全方位、全要素系统集成，协同推进医保战略性购买，才能提高医保基金的使用效率，提升医疗保障的质量和水平，同时发挥“指挥棒”和“杠杆”的作用，引导和促进医疗模式和医疗行为转型、转变、提质、增效，引导和促进医药行业降低营销成本、净化行业生态、优化市场环境，系统性走上创新发展之路。需要强调的是，要把医保战略性购买实施好，需要“三医”相向而行、协同配合。其中，医保战略性购买主导者无疑是主管医保基金使用的医保经办部门，主体责任也应由医保经办部门承担，但是，仅靠医保一方之力是难当此重任的，很可能出现“按下葫芦起来瓢”“政策跑不过对策”的尴尬局面，必须是“三医”协同发力、相向而行、良性互动，才能产出相得益彰的协同效应。

(三)

近年来，在实施医保战略性购买中，药品集中带量采购改革制度化常态化推进成效较为显著，本文拟着重就这项改革举措谈一些思考认知。

为了厘清这项改革举措的来龙去脉、政策指向、机制原理和主要

功用，拟从三个维度进行审度和表述。

药品集中带量采购虽然世界卫生组织(WHO)早已提出，在许多国家和地区已实施多年，但在我国却是医保制度发展到一定阶段实施的一项具有突破性、战略性的重大改革。这项改革的基本出发点是回应人民群众的强烈关注和现实需要；基本原则是提高医保基金的使用效率；基本政策指向是针对药价虚高的顽疾，使之回归合理区间，发现体现“社会均衡价值”的药品真实价格，为制定医保支付标准提供借鉴和依据；机制原理和主要功用是引导“三医”配套改革、协同治理，促进医药产业创新发展。这项改革的核心要义有三：一是量，即以量换价；二是招采合一；三是多方参与、协同治理。

我国的药品集中带量采购改革是在总结上海等地探索创新取得成效和经验的基础上，进一步规范完善后才在全国范围内逐步实施的。2021年，国务院办公厅印发《关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，进一步明确了这项改革的指导思想、基本原则、覆盖范围、采购规则、保障措施、配套政策、运行机制、组织保障，等等，正式开启了我国药品集中带量采购常态化制度化改革的新征程。这项改革的全面实施，充分体现了中国改革之所以能一步一个脚印地扎实推进，并取得显著成效的一条基本规律、基本经验，就是“突破在地方、规范在中央”，使“摸着石头过河”与顶层设计有机结合起来，使改革举措既有充分的理论逻辑，又有可靠的实践逻辑。

药品集中带量采购改革已经取得了突破性、阶段性的显著成效，这在相当程度上，已经成为相关各方最大的共识。一是实现了以量换价的初衷，使长期虚高的药价逐渐回归合理区间。国家组织开展八批药品集采，333种药品平均降价超50%；集采心脏支架、人工关节等8种高值耗材平均降价超80%，而且确实达到了质优价宜。二是降低了患者的医药费用负担，人民群众的获得感进一步增强。据统计，国家组织集采333种药品，叠加地方联盟采购，累计减负约5000亿元。目录内药品有序升级换代，5年来，国家医保目录累计新增618种药品，仅2022年就新纳入药品111种，目录总量达到2967种，集采品种中使用高质量药品的患者比例从50%提高到90%以上。三是推动医药行业生态系统重塑。随着集采中选产品带量进医院、新药降价进医保目录后销量大增等新机制取代“带金销售”的老办法，引导越来越多企业走上重创新、重质量、重成本管理的创新发展之路。四是通过集采更好地发掘在市场机制作用下形成真实反映社会均衡价值的药品价格，为健全完善医保支付标准提供了较为可靠的依据和参考数据。五是推动形成在“三医”联动改革基础上的多方参与、共同治理的医保治理新格局蹚出了新路，积累了经验，为医疗卫生事业整体性加速回归公益本位创造了有利条件。

值得注意的是，成效虽然明显，但还是初步的、阶段性的。医保与医疗、医药之间，无论在政策上、改革举措上，还是在具体管理上，一致性和协同性都有待加强。国谈中选创新药进医院难的问题依然存

在，虽然用“双通道”的办法有了一定的缓解，但还不尽如人意，还必须进一步增强医保与医疗、医药之间改革和政策的协同性、一致性，才能将改革成效转变成人民群众看得见、摸得着的实实在在的保障实惠。

(四)

对我国医药产业创新发展应当给予更高维度的重视。应当将医药产业创新发展纳入“三医”协同高质量发展的重要环节，统筹谋划、系统集成、协同推进。

医药产业是民生产业、健康产业，是国民经济的重要组成部分，是传统的与现代的生产方式相结合的，一、二、三产业融为一体的特殊产业。创新药更是关系国计民生特别是人民群众健康福祉的大事，只有把创新医药产业搞上去，才能赢得医药市场竞争的主动权，人民群众用药的可及性和可负担性才能有稳定持续的保障。我国人口众多，对医药市场需求巨大，已经成为仅次于美国的全球第二大药品消费市场。我们应该像重视粮食安全一样重视医药安全，把药品生产和供应保障的主动权牢牢掌握在自己的手中。

(五)

我国医药产业进入了持续快速发展的新阶段。随着改革开放的深入开展和国民经济持续健康发展，人民生活水平不断提高，中国特色医疗保障制度体系不断完善，医药卫生体制改革持续推进，国家对医疗卫生的投入逐步提高，2021年全国卫生总费用已超过7万亿元，

占 GDP 的比重由 2010 年的 4.9% 增至 2021 年的 6.7% (这个占比与发达国家相比虽然还有一定差距, 但就我国基本国情、经济发展水平等实际情况来说, 已经是了不起的进展, 已经迈上了一个大的台阶了)。

有关研究机构发布的报告显示, 2017 年至 2021 年, 我国医药产业市场规模年复合增长率为 2.7%, 2021 年达到 1.6 万亿元。主营业务收入缓慢增长, 投融资规模扩大, 潜在市场空间巨大, 到 2022 年 5 月, 行业资产总计 45290.8 亿元, 同比增长 3.94%。这是确保医药产业持续发展的战略资本, 随着国家推进药品附条件上市和优先审评审批等制度的施行、将国谈中选创新药品尽快纳入医保支付范围等, 对医药产业创新发展的支持力度不断加大, 有关方面预测, 未来五年, 中国医药市场将会以 9.6% 的年复合增长率持续增长, 2025 年达到 22873 亿元, 2030 年达到 29911 亿元。

另外, 创新发展已成全球医药产业的必然趋势。从全球视野维度审视医药产业, 其创新发展已成必然趋势。概括地讲, 主要有三大因素促成这种趋势。

一是市场独占期结束, 首创新药持续受到资本市场关注, 研发向创新药转移、全球药企的重心也向创新药转移。二是人们对传统商业模式(重仿制药、轻未知的罕见病治疗药物)的依赖性不断下降, 开启注重研发新药的进程。三是制药企业与高科技公司之间的深度合作, 大大促进了医药产业创新发展。

(六)

我国医药产业正处于创新发展的战略机遇期。面对全球医药产业创新发展的必然趋势，我国医药产业创新发展既有严峻的挑战，又有良好的机遇，总体上说处于创新发展的战略机遇期。

虽然制约医药创新发展的的问题还较突出，前沿领域原始创新能力还有不足，协同发展的产业生态尚未形成，高附加值产品国际竞争优势还不强，以及小品种药存在供应风险，仿制药、中药等还存在质量控制不够好等问题，但创新发展的有利条件仍大于挑战和问题，概括地讲，主要有以下几个方面。

首先，如前所述，党中央、国务院高度重视医药产业创新发展，将其作为民生保障和中国式现代化建设的重要内容，作出了重大决策部署和一系列重要指示，指明了发展方向、灌注了巨大动力。其次，经过长期努力特别是“十三五”以来，医药产业强劲发展，迈上新台阶，为加快创新发展打下了良好基础。再次，工信部等九个部门制定出台了《“十四五”医药工业发展规划》，为医药产业加快质量变革、效率变革、动力变革，为构建新的发展格局提出了总体要求，明确了基本原则(生命至上、创新引领、系统推进、开放合作)、具体目标(6项)、重点任务(5个)、保障措施(4条)。只要把《规划》全面落实落细落地，我国医药产业创新发展必将出现新的局面，开创新的境界。另外，随着医保改革的不断深化，医保战略性购买等改革制度化常态化持续推进也为医药产业心无旁骛地走创新发展之路创造了条件，提供了有力支持，等等。

医药产业作为周期性弱、政策性强、与人民健康息息相关的特殊行业，必须坚持以人民为中心、生命至上、健康第一的发展理念，坚持守正创新、坚持以人民的需要为导向，既要坚持创新发展，又要巩固发展经过长期实践检验证明疗效确切、价廉物美的传统药物；既要
用足用好相关政策(如财税政策、金融政策等)，又要充分发挥市场法则的决定性作用，进一步规范市场竞争秩序，提升市场竞争力，让有效市场和有为政府更好结合，真正走出一条中国特色中西药结合的医药产业创新发展的新路，在中国式现代化建设中做出新贡献。

[返回目录](#)

• 医院管理 •

医院信息互联互通测评那些事儿

来源：科医云

随着医疗信息化的发展，医院信息的互联互通逐渐成为提高医疗服务质量、提升患者满意度的强大引擎。

政策驱动互联互通发展

国家卫生健康委员会及相关部门发布了一系列政策，明确提出要加快医疗信息化建设，推动医疗信息互联互通的发展，提高医疗服务效率和质量。

国家卫生健康委员会印发的《国家医疗健康信息医院信息互联互通标准化成熟度测评方案(2020年版)》(简称“互联互通测评”)，

旨在以卫生信息标准为核心，“以测促用、以测促改、以测促建”为原则，实现互联互通和信息共享。2022年，《“十四五”全民健康信息化规划》提出，持续推动医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评，并支持将医院信息化互联互通情况纳入医院绩效考核、医院等级评审等工作中。

此外，多地在制定相关政策时也将互联互通测评纳入目标。

《三级医院评审标准(2022年版)安徽省实施细则》和《上海市三级医院评审标准实施细则(2023年版)》中，将医院“互联互通成熟度测评达到4级及以上水平”设置为前置条件，成为“一票否决项”。

《广西壮族自治区三级综合医院评审标准实施细则(2023年版)》和《河北省三级医院评审标准实施细则(2023年版)》的现场检查中，将“医院按照《国家医疗健康信息医院信息互联互通标准化成熟度测评方案》，实现信息互联互通、交互共享，互联互通标准化成熟度测评达到四级及以上”明确设置为计分项。

《广州市推动公立医院高质量发展实施方案》提出，积极开展国家医疗健康信息区域(医院)互联互通标准化成熟度测评，二级医院达到3级及以上水平，三级医院力争达到4级及以上水平。

.....

这些政策如同春风，为互联互通成熟度测评注入了源源不断的活力，使得参与互联互通标准化成熟度测评的医院数量逐年增加。

互联互通测评分级要点

目前，医院信息互联互通测评按照应用效果评价分为5级7个等级，由低到高依次为一级、二级、三级、四级乙等、四级甲等、五级乙等、五级甲等。每个等级的要求由低到高逐级覆盖累加，即较高等级包含较低等级的全部要求。这样的设置类似“升级闯关”模式，让医院能够一级一级地自我突破，不断提升自身的互联互通水平。



由图可知，互联互通测评越往上越关注的是平台应用的深度和整合业务的广度。等级越高，越能证明医院整体信息化建设和应用水平更好，患者越能享受到更高质量的就诊服务。每上升一个等级，都会有不同的侧重点，一级和二级主要要求数据集的标准化，三级则加强了对共享文档和数据整合的要求，四乙四甲说明医院已经建成业务协同、信息共享的信息平台，高级别的五乙五甲证明医院可以展现出丰富的跨区域互联互通的实际应用效果，具体如下：

一级：对采纳、应用电子病历数据标准的基本要求，医疗机构的住院电子病历数据应符合标准中对数据元属性的要求。

二级：在满足一级要求的基础上，增加了对门(急)诊电子病历数据的要求，电子病历数据完全符合标准要求，为规范电子病历数据的传输和共享提供标准数据。

三级：在满足二级要求的基础上，增加对住院电子病历共享文档、文档注册查询交互服务的符标要求，标准化要求从单纯的数据维度扩展到包括共享文档、交互规范、技术架构、基础设施、应用效果的多维度，是从数据采集到数据应用的进一步规范，并要求建成独立的电子病历共享文档库，实现电子病历数据整合。

四级乙等：在满足三级要求的基础上，增加对门(急)诊电子病历共享文档和个人、医疗卫生人员、医疗卫生机构注册、查询服务的符标要求，初步实现全院信息整合并提供公众、医疗、管理等方面的应用功能，并进一步规范了技术架构、基础设施、应用效果等内容。

四级甲等：在满足四级乙等要求的基础上，建成较完善的基于电子病历的医院信息平台 and 基于平台的独立临床信息数据库，提供基础的互联网诊疗服务，开始临床知识库建设，在卫生管理方面提供较为丰富的辅助决策支持，业务系统建设较为丰富并实现基于平台的连通，公众、医疗、管理等方面的应用功能要求基于平台实现，并进一步规范了技术架构、基础设施、应用效果等内容。

五级乙等：在满足四级甲等要求的基础上，法定医学报告及健康体检共享文档符合标准，平台实现院内术语和字典的统一，实现与上级平台基于共享文档形式的交互，提供较为完善的互联网诊疗服务，

初步实现基于平台的临床决策支持、闭环管理、大数据应用，医院信息平台的性能满足接入上级信息平台的要求，初步实现与上级信息平台的互联互通。

五级甲等：在满足五级乙等要求的基础上，医院信息平台实现与上级信息平台进行丰富的交互且医院信息平台的交互服务完全满足医疗机构内部标准化的要求，医院与上级平台实现术语和字典的统一，基于平台提供较为完善的临床决策支持、闭环管理，实现丰富的人工智能和大数据应用，实现丰富的跨机构的业务协同和互联互通应用。

互联互通测评指标体系

医院信息互联互通测评关注的是平台及标准化，通过全面评估以电子病历和医院信息平台为核心的医院信息化建设，评测内容分为 4 大类 11 小类 315 个测评指标，总计 100 分，包括数据资源标准化建设情况、互联互通标准化建设情况、基础设施建设情况、互联互通应用效果 4 个方面，4 大类中定量指标与定性指标分值比例约为 6:4，详见下表。

定量测试指标主要包括数据集与共享文档标准化建设情况、互联互通交互服务情况、平台运行性能情况。其中，数据集与共享文档标准化情况总分为 30 分，三级要求达到 28 分，四级及五级乙等要求达到 29 分，而五级甲等要求达到满分 30 分，数据完整性、准确性、真实性及标准性等与数据质量相关的能力是该部分测评的关键。互联

互通交互服务标准符合性即判断测试对象是否符合医院信息平台技术规范 and 交互规范，需注意及时性、真实性、准确性和覆盖性等方面的能力。

指标体系	测评指标	一级	二级	三级	四级 乙等	四级 甲等	五级 乙等	五级 甲等
2.数据资源标准化建设情况 (30分)	2.1 数据集标准化情况	10	15	15	15	15	15	15
	2.2 共享文档标准化情况	—	—	13	14	14	14	15
3.互联互通标准化建设情况 (35分)	3.1 技术架构情况	—	—	6	7.4	8.1	9.8	10
	3.2 互联互通交互服务情况	—	—	10.5	12.5	19.1	25	25
	3.3 平台运行性能情况	—	—	—	—	—	—	—
4.基础设施建设情况 (18分)	4.1 硬件基础设施情况	—	—	3	3.9	4.3	4.6	6
	4.2 网络及网络安全情况	—	—	4.5	5.3	5.48	5.49	5.5
	4.3 信息安全情况	—	—	1.8	2.9	3.07	3.21	4.1
	4.4 业务应用系统建设情况	—	—	1.2	1.5	1.8	2.1	2.4
5.互联互通应用效果 (12分)	5.1 应用建设情况及利用情况	—	—	4	5.1	6.2	7.2	7.7
	5.2 平台联通业务范围	—	—	1	2.4	2.95	3.6	4.3
等级分		10分	15分	60分	70分	80分	90分	95分

评审内容	评审指标	接入变化	等级要求
基于平台的内部连通业务	临床服务系统的接入情况	由22个增至33个	四级乙等≥8个，四级甲等≥15个，五级乙等≥26个，五级甲等≥30个
	医疗管理系统的接入情况	由12个增至24个	四级乙等≥5个，四级甲等≥10个，五级乙等≥18个，五级甲等≥20个
	运营管理系统的接入情况	由7个增至15个	四级乙等≥2个，四级甲等≥6个，五级乙等≥10个，五级甲等≥14个
基于平台的外部连通业务	与上级已联通的业务	由4个增至8个	五级乙等≥5个，五级甲等≥8个
	已联通的外部机构	由7个增至11个	三级≥2个，四级乙等≥3个，四级甲等≥5个，五级乙等≥7个，五级甲等≥9个

定性评审指标主要包括互联互通标准化建设中的技术架构情况、基础设施建设情况、互联互通应用效果。值得注意的是，四级考核前核心业务系统(含平台)需完成等级保护三级定级备案与测评，并能提供备案证明及本年度或上一年度相关系统的安全测评报告。此外，平台联通业务范围需重点关注基于平台的临床服务系统、医疗管理系统、运营管理系统等内部接入情况，以及接入上级信息平台、已联通

的外部机构等外部联通情况。

互联互通测评基本要求和流程

医院信息互联互通测评是系统工程，通常要经历申请报名、评审改造准备、实验室测试、专家文审、现场评审、等级评定等多个阶段，其基础要求可以归纳为以下几点：合理的技术架构、规范的数据与接、清晰的资源管理、深层的数据分析利用、强化的数据与网络安全能力、丰富的互联互通应用。

通过互联互通测评的“以测促建”，让医院将意识到信息化是发展的核心动力，并以标准化要求推动持续发展，以规范化思路促进医院建设，从而不断提高医疗综合管理水平和服务能力。

需要重视的是，国家测评方案是测评依据和标准，在医院信息化建设中必须按照标准化要求严格执行。同时，在标准改造和实施中，应与医院实际需求紧密结合，制定全面的实施计划，分步骤实施，并逐步完善。这样才能确保医院的信息化建设符合国家标准要求，同时也满足医院自身的实际需求。总之，互联互通建设作为医院信息化的首要基础，其标准化成熟度水平已成为衡量医院综合实力的重要指标之一，其重要性不言而喻。

[返回目录](#)

数据透视下 DRG 危重患者管理与思考

来源：艾登医保

一、DRG 支付下的危重患者的困局：资源消耗与治疗效果的“平

衡”

临床中将生命体征不稳定，病情变化快，两个以上的器官系统功能不稳定，减退或衰竭病情发展可能会危及到病人生命的情况定义为危重病人。这些病人需要接受特殊的治疗和护理，如机械通气、血管活性药物、血液净化等。

根据不同的疾病种类和严重程度，危重患者的比例可能会有所不同。对于某些特定的危重患者，如脓毒症休克患者，其死亡率高达40%左右。同时危重患者的医疗费用往往比一般患者高出很多，这给患者以及医保基金的运行带来巨大的压力。

保证医保基金不穿底并结余留用是主要政策趋势，近年来国家顶层连续发布重磅文件，例如《国家医疗保障局办公室关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保办发〔2020〕44号）。

该文件提出实行DRG以病组为单位打包确定价格和医保付费标准用于支付的方式可以有效地降低医疗成本，避免过度医疗，减轻患者负担。但另一方面，DRG支付制度下医院需要承担一定的超支费用。

例如，一些严重疾病患者需要接受高额的ICU治疗费用，而DRG支付标准可能不足以覆盖这些费用，这可能会导致医院出现亏损的情况，因此当政策和管理压力向下传导到临床端，医生往往担心花费超支，在治疗时显得束手束脚。

正如前段时间上海某胸外科医师评李佳琦事件所说：“我的一位食管癌患者做完手术后自己要承担多出来的14000块钱...”这里我

并不是站在医生角度说话，“努不努力”是网红的观点，但工资没上涨是真实发生的，扣钱后自付盈亏也是现状，但在此机制下如果不破局最后受伤的很有可能是急需这些优质医疗资源的患者。口红可以先不买，病得看~

因此，DRG 付费不是单纯的一刀切，将医保和患者的压力转嫁到医院。一方面需要有配套的支付政策解决重症患者费用超支的情况，例如将使用 ICU 重症资源的患者按其他方式支付，若仍按 DRG 支付，需要制定相应高倍率病例补偿机制和特病单议做为支付兜底政策。另一方面，需要临床不断总结治疗经验，提前干预控制患者病情进展，降低危重患者患病率和死亡风险。在平衡政策和实际资源消耗中找到对患者治疗最有利的方案是临床面对的难点，这需要从数据切入寻找破局的关键节点。

二、破局的三个关键步骤

在现有重症患者中，哪些疾病和病组尤其需要关注，如何汇总治疗管管理经验，以及因地制宜的制定本院落地方案是破局的三个关键步骤。因此以数据为驱动，定位本院最需要关注病种并深钻原因是 DRG 模式下科室管理的有效抓手。此处我们引用艾登管理平台某院 ICU 相关数据，陪同大家走通这关键三步。

1. 拉数据

(1)分析 ICU 科室常见病组，选择本院高度关注的 T010 的 DRG 组可以看到，“ES11 呼吸系统感染/炎症，伴重要合并症与伴随病”

占比最高，为 24.12%，平均住院费用高达 18806.1 元。鉴于 ICU 患者病情危重，一旦治疗路径发生偏差，将导致住院日延长或使用呼吸机等高资源消耗的有创器械，患者预后难以保证且科室也将面临巨大亏损。

表 1 ICU 常见 DRG 病组 TOP10

DRG分组	DRG分组名称	占比	累计占比	平均住院费用
ES11	呼吸系统感染/炎症，伴重要合并症与伴随病	24.12%	24.12%	18806.19
ET11	慢性气道阻塞病，伴重要合并症与伴随病	18.43%	42.55%	11169.81
ES13	呼吸系统感染/炎症，伴一般合并症与伴随病	17.11%	59.66%	14071.26
BR11	颅缺血性疾患，伴严重并发症或合并症	11.21%	70.87%	16780.31
FR21	急性心肌梗死，伴重要合并症与伴随病	7.30%	78.17%	14980.17
FR23	急性心肌梗死，伴一般并发症或合并症	5.19%	83.36%	11479.2
AH19	气管切开伴呼吸机支持≥96小时或ECMO	4.78%	88.14%	57890.28
SR11	脓毒血症，伴重要合并症与伴随病	4.10%	92.24%	23679.11
SR11	脓毒血症，伴一般合并症与伴随病	3.36%	95.60%	18067.38
VS23	药物中毒或毒性反应，不伴并发症或合并症	1.12%	96.72%	10579.76

(2) 下钻 ES11 病组下相关诊断数据

ES11 病组下主要病种为重症肺炎，占比为 31.12%，我们以该病种为例，演示相关管控路径。与重症肺炎相关的合并症与并发症，排名第一的是呼吸衰竭，占比为 8.12%，第二的是低蛋白血症，占比为 7.43%。第三的是冠状动脉粥样硬化新心脏病，占比为 7.10%，三者累计占比为 22.65%。故通过有效干预“低蛋白血症”和“呼吸衰竭”及以“冠状动脉粥样硬化型心脏病”或能成为撬动“诊治与资源”平衡的重要杠杆。在规范化的住院管理下，可有效降低平均住院日和资源消耗。

表 2 ES11 下诊断分布 TOP10

病种名称	占比	累计占比
重症肺炎	31.12%	31.12%
肺部感染	20.43%	51.55%
社区获得性肺炎, 非重症	17.10%	68.65%
社区获得性肺炎, 重症	11.21%	79.86%
细菌性肺炎	6.43%	86.29%
坠积性肺炎	3.31%	89.60%
铜绿假单胞菌性肺炎	1.87%	91.47%
吸入性肺炎	0.95%	92.42%
病毒性肺炎	0.77%	93.19%
脓胸不伴有痿	0.50%	93.69%

表 3 重症肺炎相关合并症与并发症 TOP10

病种名称	占比	累计占比
呼吸衰竭	8.12%	8.12%
低蛋白血症	7.43%	15.55%
冠状动脉粥样硬化型心脏病	7.10%	22.65%
胸腔积液	6.99%	29.64%
电解质代谢紊乱	6.58%	36.22%
心肌损害	6.12%	42.34%
2型糖尿病	5.97%	48.31%
脓毒血症	5.21%	53.52%
高血压3级	4.76%	58.28%
脑梗死	3.91%	62.19%

2. 找经验

因篇幅有限, 这里我们主要以呼吸衰竭为例, 结合循证医学制定管控路径。

(1)呼吸衰竭: 是各种原因引起的肺通气和(或)换气功能严重障碍, 以致不能进行有效的气体交换, 导致缺氧伴(或不伴)二氧化碳潴

留，从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。当患者病情加重则考虑建立人工气道通气接呼吸机辅助呼吸。而对于部分患者，如考虑短期内不能脱机，则可以考虑气管切开接呼吸机辅助呼吸，改善呼吸衰竭症状。按目前医保结算清单接口上传标准和 DRG 分组方案，一旦使用有创呼吸机或 ECMO，则进入“AH1 气管切开伴呼吸机支持 ≥ 96 小时或 ECMO”组，意味着患者的病情严重，资源消耗巨大。故有预防呼吸衰竭或呼吸衰竭后的治疗与护理是改善患者预后合理分配治疗资源的必要步骤。

有资料显示，对危重症机械通气患者实施早期康复策略，可改善肌肉功能和认知功能，减少谵妄和 ICU 获得性肌无力的发生，缩短机械通气时间、ICU 住院时间和总住院时间，从而改善疾病的长期预后。因此，对于危重症机械通气患者在保证安全的前提下，要尽早应用早期康复策略。

3. 制定方案

(1) 选择评估重症患者病症程度的评分表或指标：

可借助急性生理与慢性健康评分表 (APACHE II) 等评分表对意识、气道、呼吸、循环等方面进行急危重症紧急度的评估。

(2) 呼吸衰竭的机械通气的应用指征评估：

符合下述条件应实施机械通气，包括经积极治疗后病情仍继续恶化；意识障碍；呼吸形式严重异常，如呼吸频率 $>35\sim 40$ 次/min 或 $<6\sim 8$ 次/min，节律异常，自主呼吸微弱或消失；血气分析提示严重通气和氧

合障碍：PaCO₂，50mmHg 尤其是充分氧疗后仍<50mmHg；PaCO₂ 进行性升高，pH 动态下降。

三、突破困境的“里”和“外”：院内精细化管理+合理申诉

DRG 分组后的付费测算集中在费率和病组权重的确定上，但受到历史数据的影响以及实际诊疗经过的差异，经常会发生住院病例的实际住院费用与本 DRG 病组的平均住院费用差异较大的情况，特殊病例由此产生。这需要医院管理者从院内精细化管理和合理申诉从两个维度予以系统性考量和解决：

1. “里”——院内精细化管理

(1)数据质量：保证病例能够正确入组是实行上述关键三个步骤的前提，即 DRG 是通过临床诊断和手术操作对应的 ICD 编码完成分组，故诊断和手术及操作的完整性，准确性是保证入组的前提。根据医保结算清单填报规范，重症肺炎属于“管理性诊断”，当能够明确病因时，优先以肺炎的病因，例如“细菌性(肺炎克雷伯菌，肺炎链球菌等)/病毒性/呼吸机相关性”等作为主要诊断。

手术方面，有创呼吸机、气管切开以及 ECMO 是进入先期分组“AH1 气管切开伴呼吸机支持≥96 小时或 ECMO”的关键操作不能漏填。其它诊断，重要的相关合并症与并发症要填写完整，根据 CHS1.0 分组方案，低蛋白血症、冠心病等是重症肺炎的有效 CC/MCC，漏填会导致无法体现诊治水平和资源消耗，错误进入权重更低的“不伴合并症与伴随病”组。在数据正确的的情况下，开展上述三个破局步骤，进

行临床溯源分析，提前干预，降低发展成为更为严重的疾病的可能。

图 1 医疗保障基金结算清单

诊断代码计数_____						
主要手术及操作名称	主要手术及操作代码	麻醉方式	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码
手术及操作起止时间_____		麻醉起止时间_____				
其他手术及操作名称 1	其他手术及操作代码 1	麻醉方式	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码
手术及操作起止时间: _____		麻醉起止时间_____				
其他手术及操作名称 2	其他手术及操作代码 2	麻醉方式	术者医师姓名	术者医师代码	麻醉医师姓名	麻醉医师代码
手术及操作起止时间_____		麻醉起止时间_____				
.....						
手术及操作代码计数_____						
呼吸机使用时间 天 小时 分钟						
颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前_____天_____小时_____分钟						
入院后_____天_____小时_____分钟						
重症监护病房类型 (CCU、NICU、ECU、SICU、 PICU、RICU、ICU (综合)、其 他)	进重症监护室时间 (_年_月_日_时_分)		出重症监护室时间 (_年_月_日_时_分)		合计 (_时_分)	

图 2 CHS1.0 分组方案

<p>AH1 气管切开伴呼吸机支持≥96 小时或 ECMO</p> <p>同时包含以下手术：</p> <p>31. 1x00x005 暂时性气管切开术</p> <p>31. 2100x001 纵膈气管切开术</p>	<p>31. 2900x001 永久性气管切开术</p> <p>96. 0400 气管内插管</p>
	<p>和</p>
	<p>39. 6500 体外膜氧合[ECMO]</p> <p>96. 7201 呼吸机治疗[大于等于 96 小时]</p>

医疗质量：遵循循证医学，制定临床路径落实相关核心制度是医疗质量得以保证的基础，也是永恒的话题。挤出过去的资源消耗“水分”，调整病种结构，医疗资源合理分配最优化，回归医疗本质才是 DRG 支付下的引导趋势。

2. 外一向医保局合理申诉

DRG 费用结算亏损严重的病例，且排除是通过院内管理可降低资源消耗时，可执行特病单议。后续会行文专门讨论(包括，特病单议的纳入范围，申诉，评审流程和若干常见问题)。

[返回目录](#)

• 智慧医疗 •

基于 5G 全流程闭环管理的智慧护理服务模式

来源：中国卫生质量管理杂志社

常言道“三分治疗，七分护理”。在 5G 技术加速赋能的背景下，国家各级卫生健康管理部门与医疗机构开始在护理领域进行智慧化探索，寻求以“5G+互联网”为核心的智慧护理解决途径。北京大学深圳医院积极响应国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》，通过服务流程创新与系统性改进工程，建立起一整套标准化、系统化、智能化、平台化的护理解决方案，实现护理工作朝着提质增效、精细化管理、注重人力技术要素的发展方向转变。

应用模式

- 01 基于 5G 全流程闭环管理的智慧服务模式
- 02 基于 5G 全流程闭环管理的智慧用药安全环
- 03 手术安全环流程





应用成效

基于 5G 技术的院前急救平台，让医生可以依据网络传输的患者信息提前制定急救方案并进行资源准备，从而使院前急救与院内救治的衔接加快 5 分钟。智能手术分级管理系统和全闭环 COMS 手术管理系统的运用，使非计划再次手术发生率下降至 0.3%，术前安全核查执行率提高至 99.7%。

基于 5G 技术的智能急救车，实现了急救车内所有药品的自动化管理，盘存时间从每台急救车需要 30 分钟降低至 30 秒，并自动生成急救过程中的药品记录和医嘱信息。智能随访系统让医院每年跟踪服务患者 8 万余人次、回收问卷 13.7 万份，患者平均满意度提升至 95% 以上。

讨论

智慧护理是智慧医疗的重要组成部分，通过护理信息感知、护理资源整合、智慧护理决策等方式，实现护理流程改进和护理效率提升。该院推行智慧护理模式之后，护理人员的护理操作步骤有明确的规范和要求，护理大数据分析也会有对应的决策信息库。在多个全流程闭环不断循环的过程中，护理人员会不断发现问题、解决问题，提高服务精准、提升工作效率、保障患者安全，最终实现护理质效的阶梯式上升。

本研究建议，在未来发展智慧护理时，各医院还应当通过智能互联设备、大数据计算及标准化数据集，在智慧护理决策、护理人员行为管理等方面深入研究与探索。

第一，辅助决策方面，自动提示护理评估及护理措施，利用实践反馈对机器学习模型进行训练，优化智能辅助决策，由经验护理向规范护理转变。

第二，质量评价方面，及时修正缺漏，健全对人的绩效考核评价机制，推动激励机制多元化。

第三，路径挖掘方面，制定智能化专科评估模型和方法，贴合专科护理需求；实现更连贯、更合理的护理规范和流程。

第四，教育培训方面，对临床护理人员能力进行多维度评估，针对薄弱维度智能推荐培训，积极培养推动护理建设的领导型人才和熟练掌握技术的专业型人才。

第五，人员参与方面，鼓励护士作为研究者和设计者，参与智慧

护理设备的研发与设计，使其充分了解最新的护理前沿知识。

[返回目录](#)

基于电子病历的智慧医保服务探究

来源：北京大学深圳医院

2021年9月，国务院发布《“十四五”全民医疗保障规划》，将“智慧医保”列为新时期医疗保障发展的重要目标。随着医保支付方式改革的不断深化，以按疾病诊断相关分组 (DiagnosisRelatedGroups, DRG) 付费和按病种分值 (DiagnosisInterventionPacket, DIP) 付费为主的新型医保支付方式在全国范围内逐渐普及，而作为智慧医保支付的主要信息来源，电子病历受到了高度重视。

智慧医保需求分析

医保结算和支付是基本医疗保险管理的重要环节，是规范医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。长期以来，由于我国不同地区医保结算数据的采集标准、内容不统一，且采集方式各异，导致医保结算数据无法做到互联互通，这对医保基金的审核与监督提出了挑战。

为加强国家医保基金监管，自2018年9月起，国家医保局会同国家卫生健康委、公安部、国家药监局联合开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动，开展飞行检查。经过多年积累，国家医保局飞行检查已逐步成熟，检查组除配备政策、医学、财务人员外，同时加入了信息技术人员，使人员结构更为合理。

构建基于电子病历的智慧医保系统

多部门协作提升智慧医保系统质量

北京大学深圳医院智慧医保系统管理涉及多个部门，需病案统计科、医保办、财务部、信息科等多部门齐抓共管。在多部门协作过程中，该院建立智慧医保管理相关委员会，定期召开工作会议，保障智慧医保管理工作有序进行。

强化病案编码培训

病案首页疾病编码是医保付费的基础。病案编码员对于疾病知识的掌握情况以及对医学概念的清晰分辨，尤其是对解剖学知识的理解程度，直接影响编码准确性。

重视智慧医保审核模块建设

数据质量安全管理是医保管理的重要环节。该院由病案编码人员、医保管理人员、系统工程师、临床医生等共同成立数据质量监督工作小组，参与医保数据质量监管，对采集数据进行规范性、完整性、一致性检查，及时修正问题数据，确保电子病历及医保数据安全，并建立数据质量监管机制。

基于电子病历完善医保智能审核功能

初级智慧医保是将基础医保智能审核功能嵌入医院信息管理平台，按照医保限定条件对违规事件进行提前干预。该院初级智慧医保审核平台将审核控制类型分为强控拦截、反馈和提醒，对每位医师的诊疗、药品、耗材等权限进行限定，对医师违规行为进行弹窗提示和

拦截警告。

实现疾病手术 ICD 编码智能审核

医保结算清单作为 DRG 分组/DIP 病种分值的主要依据，其诊疗信息指标主要来源于病案首页，诊疗信息要求上传的疾病诊断与手术操作需分别使用国家医保版 ICD-10 和国家医保版 ICD-9-CM-3。

讨论

在电子病历中嵌入医保智能审核功能，不断完善医保知识库与规则库，可有效避免医保资金的违规使用。同时，ICD 编码智能审核有效降低了编码错误率的发生，提升了主要诊断编码正确率，在 DRG/DIP 医保支付新模式下能够更加真实地反映医院实际收治病例疑难情况，保障了医保支付与医疗质量的共同提升。

未来是数据的时代，以电子病历系统中的医疗数据作为医院各项管理循证依据是大势所趋，尤其在医保信息化、数字化、智慧化进程中，医疗机构要构筑以电子病历为核心的智慧医保系统，严抓数据质量，坚持多部门协作，持续优化医院智慧化管理，从而全面推进公立医院高质量发展。

[返回目录](#)

· 医药专栏 ·

2023 年医保目录谈判落幕，“灵魂谈判”是如何练成的？

来源：人民日报

为期四天的 2023 年国家医保药品目录谈判终于落下帷幕。

从 11 月 17 日谈判开始以来，共有 168 种药品进行谈判和竞价，为历年来品种最多的一次。其中，148 种独家药品进行一对一议价谈判，20 种非独家药品通过竞价确定纳入医保支付价格。品种方面，除了老百姓常用药，比如高血压、糖尿病用药、抗感染用药等，还涉及多个罕见病药物、肿瘤药物、抗病毒药物等。

这是国家医保局成立以来连续第六年开展医保药品目录调整工作。六年来，不仅逐步建立了分通道准入机制；而且不断在探索实践中优化相关机制，让准入工作的可操作性与可预测性得到进一步增强。可以说，国家医保目录动态调整机制日益成熟，“患者用药享实惠、企业创新获发展、医保管理得成长、基金支出保安全”的多赢局面初步形成，政策成效显著。而在这个过程中，每年的医保“灵魂谈判”都在其中扮演着重要角色。

1、国家医保药品目录谈判怎么“谈”？

谈判准入是新药进入医保目录的主要方式，也是形成创新药市场价格的重要机制。经过多年探索实践，目前医保现场谈判已经形成了较为稳定的工作模式：谈判采取医保和企业“一对一”的形式，企业方谈判代表一般为 3 人，其中 1 人为主谈人；医保谈判方一般包括 5

名谈判专家，其中一名为组长，均为谈判前从专家库随机抽取，组成人员主要来自于地方医保部门。原则上一个品种的谈判时间是 30 分钟，不过实际上，对于一些价格昂贵但临床急需的罕见病、重大疾病用药，超过一小时的“鏖战”并不少见。

根据谈判规则，现场谈判先由企业方报价，企业方有两次机会报价并确认。如企业第二次确认后的价格高于医保方谈判底价的 115%(不含)，谈判失败并自动终止；反之则进入双方磋商环节，双方最终达成一致的价格必须不高于医保方谈判底价。

2、为什么通过形式审查的药品没有都来参加现场谈判？

今年 9 月初，国家医保局公布通过形式审查的申报药品名单，包括 224 个目录外药品、164 个目录内药品在内，共计 388 个。而本次现场谈判只有 168 种药品进行谈判和竞价，那么，其他通过形式审查的药品为什么没有来参加现场谈判呢？

这需要分情况来解释原因。对于目录外药品，未能参加现场谈判的主要原因是没有通过专家评审，即从安全性、有效性、创新性和公平性 4 个方面来看，认为该药品无法满足纳入调整范围的要求。

而对于目录内药品，则是因为按照今年的目录调整规则，大部分目录内续约产品可以通过“简易续约”模式完成续约，不需要参加现场谈判。“简易续约”模式是 2022 年医保目录调整工作中首次对外公开规则的续约模式。对于符合“简易续约”规则要求的品种，医保方可以按照明确的价格调整规则计算降幅并确定新的支付标准，企业

方接受即可通过书面程序直接完成续约。通过这种方式，不仅减轻了企业方的谈判续约工作量，也进一步提高了医保目录谈判的工作效率。

据统计，本次参与现场谈判和竞价的 168 个产品中，143 个为新增产品，仅有 25 个是目录内续约产品，也就是说，通过形式审查的 164 个目录内产品中超过八成都已经通过“简易续约”模式完成了谈判续约。

3、谈判前，医保部门做了哪些准备工作？

根据 2023 年目录调整的工作方案，医保药品目录调整分为企业申报、形式审查、专家评审、谈判竞价等环节。也就是说，现场谈判竞价其实是医保目录调整的最后道“关卡”，而在这之前，国家医保局已经组织相关专家进行了大量前期准备工作。

第一关是形式审查。初步形式审查是对申报药品是否符合当年国家医保药品目录调整申报条件以及药品信息完整性进行的初步审核。通过形式审查，一方面可以确保申报的药品符合申报条件，另一方面对申报资料的完整性、规范性进行审核，并根据工作需要就一些资料的真实性向有关方面进行核实，有利于保证提供给专家的信息更加准确完整。

第二关是专家评审。包括专家评审、药品价格测算两个关键价值评估环节。

专家评审环节主要包括论证确定评审技术要点；组织评审专家利

用评审指标对药品进行评审，形成拟直接调入、拟谈判调入、拟直接调出、拟可以调出、拟调整限定支付范围等 5 方面药品的建议名单；并对对于拟谈判药品，论证确定其谈判主规格、参照药品和限定支付范围。

多次参与谈判的国家医保谈判药物经济学专家组组长刘国恩和天津大学药物科学与技术学院教授吴晶曾撰文指出，评审融入了中国疾病谱特征与现行医保目录覆盖情况、中国疾病流行病学特点、分级诊疗制度下的基层用药需求等本国国情要素，并着重强调公平性维度，有针对性地弥补目录短板。根据国家医保局公布的调整工作方案，2023 年的评审指标包括安全性、有效性、创新性和公平性四个方面。

价格测算环节则主要由药物经济学专家与基金测算专家针对谈判药品分别独立开展测算。药物经济学专家主要通过通行方法和预先设定的经济性阈值测算基准价格，并辅助参考各省招采最低中标价格、重点国家与地区的国际最低价格、疗效相似的竞品价格等进行调整。基金测算专家则主要评估医保基金可负担性。两者相结合，最终确定一个预期底价。据中国医疗保险了解，近两年的医保目录调整测算环节长达两周。

值得一提的是，在测算环节，国家医保局给予了参加谈判企业和专家之间充分沟通的机会，也就是业内俗称的“预谈判”。在这个过程中，双方会就产品医保支付标准的测算方式、测算依据等细节进行深入沟通，让企业对谈判结果有充分预期。也就是说，企业在坐到谈

判桌之前，“心里是有底的。”

在通过这两关后，谈判双方就可以正式坐到谈判桌上开始现场谈判。而对于谈判专家来说，为了最大程度地用好有限的医保资源，也会在开始谈判前全面了解谈判产品的相关信息，包括基本特性、适应症、患者人群数量、临床使用证据、市场竞争情况和国内外价格信息等，以“知己知彼”为参保人赢取更大降价空间。

4、医保目录支持创新，那为什么不把所有创新药都通过谈判纳入医保？

支持创新是各国普遍做法，但需要注意的是，在我国的社会主义初级阶段的基本国情下，以及在我国基本医疗保险的制度框架下，支持创新是有前提的。

第一，支持创新必须以“保障基本”为前提。在历次国家医保目录调整中，国家医保局一直牢牢把握“保基本”的定位，尽力而为、量力而行，把药品保障水平的提升建立在经济和财力可持续的基础之上。

第二，支持创新必须以“患者受益”为前提。医保工作的目标是努力让每一分钱都花得更值，所以医保目录调整始终坚持“价值购买”，紧紧围绕药品给患者带来的受益确定价格水平，使新准入药品的性价比显著提高。

第三，支持创新必须以科学、客观、规范的评估评价为前提。对于医保来说，产品是否有创新性、创新程度有多高，都是经过科学、

规范的评审程序才能确定的。而经过多年探索实践，医保目录调整已经建立了一套符合我国实际的指标体系，实现了药品评审“从主观到客观”“从定性到定量”的跨越，对创新的衡量更加精准、科学。

其实，医保部门始终重视对药品创新的支持，历年来不断通过工作机制完善，以实际行动有力支持了医药创新：缩短谈判周期，从原来的七年一调整到现在的每年一谈；完善评审评价机制，让评审规则更加科学，工作程序更加规范、透明；加快谈判药落地，在持续推动医院使用谈判药的基础上，通过“双通道”机制，进一步提高谈判药的可及性。并且值得注意的是，在今年的谈判续约规则中，医保又提出对创新药支持的新机制：对于按照现行药品注册管理办法批准的1类化药、1类生物药、1类和3类中成药，符合条件的可以申请谈判续约，谈判降幅可不必须高于按照简易规则确定的比例。

所以说，“灵魂谈判”并不仅仅是这4天的现场谈判。它的本质，是医保代表全体参保人和企业进行以量换价的商业博弈，每一个价格数字的背后，都蕴含着医保“战略性购买”的智慧。因为有科学、规范、流程作为保障，有大量的产品信息作为支撑，更因为有超过13亿参保人作为筹码，“灵魂谈判”才得以达成。

如今，现场谈判工作已经完成，按照国家医保局预定工作安排，预计12月将公布本轮医保目录调整工作结果，明年1月起落地实施，让全国参保人都能用上这些新纳入目录的好药。未来，医保目录调整工作还将继续，“灵魂谈判”也将继续上演，让新药更加可及，让有

限的医保资源最大限度满足参保人的用药需求，医保的勇气决心和责任担当始终都在。

[返回目录](#)

多地发文强化集采药使用，涉及考核加分、与医院直接结算等

来源：健识局

在强化集采药品使用上，各地开始了新一轮的工作。11月2日，河北医保局向全社会发布征求意见稿，就医保定点医院以及医保医师进行考核。公众可于2023年12月2日前，通过电子邮件或书面信函的方式提出意见建议。

这两份征求意见稿分别对集采结果的执行情况制定考核指标。医院把集采中选品种及时进院、优先使用、完成约定采购量继续使用等都是考核的加分项，而医师不使用集采产品或使用价高产品则将被扣分，如累计扣分视情节严重，暂停医保处方权1至5年。

“征求意见稿发布的时间点非常好。”分析人士指出，过去医保基金监管只面向医院管理层，本次改变思路鼓励医疗机构、约束科室和医生，无疑是完善监管制度，是优化政策落地的必然结果。

10月底，湖南省医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款启动仪召开。目前已有多个省启动医保与医院直接结算的模式，使得集采的成果更能在回款环节体现。这一系列政策的出台，都奔着一个共同的目标：多用集采药。

医生执行积分制

全国各地重点抓好集采中选结果的落地实施，确保所有参保人员都能用上价廉质优的中选品种，是医保部门推广药品集采改革的初衷。但一段时间以来，未中标的药物依然大行其道，部分集采药的销量提升不上去，挫伤了参加集采企业的积极性。

从处方端规范集采药的使用，是最直接的方式。我们梳理发现，本次《河北省医疗保障定点医药机构考核办法》分为线上、线下两种考核办法，其主要包括内控管理、集采落地情况、目录管理、实际报销比例、就医管理、支付方式改革、结算管理等。

河北省规定：定点医药机构考核满分为 100 分，考核得分低于 60 分的暂停医保服务 3 个月，限期整改。整改不到位的，不再续签协议。集采药品的使用就是加分项：医疗机构积极推进集采药的使用，每次加 0.5 分，最多加 3 分；集采中选产品及时进院的，加 0.5 分；优先使用中选产品的，加 1 分；完成约定采购量后，余量份额同等条件下使用药企低价药品的，加 5 分。

尽管集采药品使用不是强制的“扣分项”，但加分也能在一定程度上鼓励医疗机构优选使用集采中选产品。更为重要的是，对于医生使用集采药也采取了积分制度，参照了国家医保局 10 月 8 日发布《加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理的指导意见》的相关规定。

这份《意见》明确，医师违规大量使用高价非中选品种或可替代品种的，可记 1 至 3 分；有集采中选品种，仍发起同品种其他厂牌高

价药采购需求申请的，记 1 至 3 分。如扣分累计达到 12 分，或连续两年分别记分超过 9 分，终止医保支付资格 1 年。

本次河北出台的《征求意见稿》，延续国家医保监管政策的体现。可以预见，今后对医师使用集采药使用也将严格规范起来。

各地解决医院拖款难

解决临床优先集采中选产品的使用仅是第一步，供应企业更关心如何能保证定期回款。以前医院回款一般都要在 6 个月左右，集采药品本身价值就不高，如果回款周期太长，又在一定程度上减少了企业的利润。

各省相继出台医保经办机构与药企直接结算集采中选药品、耗材货款的政策，明确给供应企业回款周期是 60 天。

10 月底，湖南省医保局召开医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款启动仪式。会议要求：各级公立医疗机构要把实施直接结算作为一项新业务，落实好支付主体责任，严格按照要求抓好支付委托、票据审核、账目复核等环节的具体工作。

我们梳理发现，山东、陕西、江西、贵州、福建、天津、辽宁、河南、湖南等多省市均启动医保基金与医疗机构直接结算的新政，意在解决医院长期拖欠药企货款的问题，维持保供企业的现金流。

事实上，“医保基金与医药企业直接结算”的政策今后将在全国更大范围内得到落实。

业内普遍认为：只有临床优先使用集采药的同时，缩短保供应企

业的回款等一整套的政策组合拳，才能提高药品生产企业的积极性，让全国药品集采覆盖的仿制药产业进入良性循环。

[返回目录](#)

• 医保动态 •

20 多个省已开启！全国医保飞检持续进行中

来源：金豆数据

医保基金的安全运行，基金使用效率的提高，是减轻群众看病就医负担的重要基础。国家医保局自成立以来，始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为医疗保障首要任务，持续开展专项整治，严厉打击各种违规违法使用医保基金的行为。

为了守护群众“看病钱”、“救命钱”，自今年8月份起，国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局四部门联合组织开展覆盖全国31个省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团的医保基金飞行检查。截至目前，贵州、陕西、四川、新疆、上海、海南、山东等20多个省市已开展医保飞行检查。

聚焦三大领域，医保飞行检查“靶向出击”

这是第5次开展医保飞行检查，此次飞行检查分启动、实施、总结三个阶段。最重要的是飞检实施阶段，从8月一直延续到12月。飞检主要聚焦定点医疗机构、零售药店、医保经办机构内控管理三大领域。

首先是对定点医疗机构。包括医保内控管理情况、财务管理情况、药品耗材集中带量采购执行情况、全国统一的医保信息业务编码应用情况以及医保基金使用过程中涉及的医疗服务行为和收费行为。

其次，零售药店。包括将医保基金不予支付的药品或其他商品串换成医保药品，空刷、盗刷医保凭证，伪造、变造医保药品进销存票据和账目，伪造处方或参保人员费用清单，为非定点零售药店、终止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算等行为。

第三，检查医保经办机构内控管理。包括对定点医药机构和参保人申报的费用日常审核、支付以及核查情况，DRG/DIP 付费方式下年度预算额度确定情况，智能审核系统使用情况等。

此次全国飞行检查为何聚焦以上三大领域？相关业内人士分析，近些年，在居民使用医保过程中，反映问题较突出的主要是在这三个领域。自国家医保局成立之后，维护医保基金使用安全、降低浪费、打击骗保一直是其重点工作之一。

值得关注的是，今年飞检将定点零售药店纳入检查的重点范围，可以说是此次飞检的一个“新亮点”。据业内人士介绍，一直以来，部分定点零售药店的违法违规行为被广泛诟病，医保部门严厉打击之下仍有漏网之鱼，而此次医保飞行检查把定点零售药店纳入医保飞行检查的重点范围，更具有针对性，进一步补齐基金监管的短板弱项，扎牢基金监管的篱笆栅栏，防范医保基金的跑冒滴漏。这也说明，今年医保飞检与此前相比更加聚焦重点、注重靶向发力，持续发挥国家

飞检的威慑作用和示范效应，进一步擦亮飞检“利剑”，守护百姓“救命钱”。

联合严打形成高压态势守好百姓“看病钱”

全国医保飞行检查，对严厉打击医保领域各类违法违规行为起到了怎样的促进作用？

在医保基金筹资额度仍然有限的情况下，医保基金使用乱象的出现，将会降低医保基金的使用效能，必须要严厉打击。“在全国范围组织开展新的飞行检查，旨在对骗保以及违规使用医保基金的行为形成打击的高压态势，使医保基金使用更加合理规范，切实守好人民群众的‘看病钱’‘救命钱’。”相关业内人士表示。

同时，通过打击骗保，医保基金使用效率提高之后，可以将居民健康所需要的药品更多地纳入医疗保障范围，通过医保护围，使居民在医疗保障中的安全感进一步提升，从而提升居民的获得感、幸福感，同时也有利于居民更加放心地去消费。

这次医保飞行检查，要求倒查两年，涉及的检查内容更加广泛、更有针对性。因为长期以来骗保行为，在医药领域中无法有效遏制，成为一种潜规则。现在针对这三方面来进行飞行检查，有效从医药、医疗的源头进行排查筛选，同时在飞检过程中能够及时发现典型问题并加以解决，这对违规者有很大震慑作用，对于改善医疗资源的有效利用、规范使用医保基金也具有一定的促进作用。

此外，为了持续加强基金监管工作的常态化开展，今年以来，国

家医保局联合多部门，持续强化基金监管，出台了一系列相关政策文件及措施，如3月，国家医保局印发《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》；4月份印发了《关于开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作的通知》；5月份印发了《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》；7月份国家医保局发布《关于开展2023年医疗保障基金飞行检查工作的通知》；9月份国家医保局发布《关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》等。这些都充分体现了国家对打击医保基金违法违规行为、维护医保基金安全稳定运行的坚定决心。

从国家医保局公布的数据显示，2018年至2022年，对违法违规的医药机构处理154.3万家次，追回医保基金771.3亿元，曝光典型案例24.5万件，不难发现，随着国家医保部门加大违法违规行为的检查、打击、曝光力度，不断完善制度建设、加强部门协作、用好新技术手段，医保基金“跑冒滴漏”情况得到了有效遏制，进一步保障了医保基金安全运行。

[返回目录](#)

关于医保支付方式改革，这些误解要讲清

来源：中国医疗保险

根据去年国家医保局发布的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》规定，从2022年到2024年底，全国所有统筹地区全部开展按疾病诊断相关分组(DRG)/病种分值(DIP)支付方式改革工作，到2025年

底,DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。按照计划,今年要达到70%的地区覆盖率、70%的医疗机构覆盖率、80%的病种覆盖率和50%的基金支出。如此迅速的落地时限,给各地留下一定的压力的同时,也很可能让很多一线人员忙中出现误解,从而给落地执行带来不便。今天笔者从DRG/DIP的一些基本理念入手,试图解开一些误会,凝聚共识。

DRG/DIP 就是限制医疗服务价格吗?

提起DRG/DIP,不少医务工作者会叹气,认为是医保给每个病种规定了最高价格,超了限价要被罚款。当然,也不排除确实有部分医院管理者就是这样和医护人员进行错误解释的。更多的时候,是一些实行DRG地区的医务工作者私下交流,说自己某某手术超钱而被罚款的事;类似的事情也经常见诸报端,不少医务工作者反映,自己现在需要一边算钱一边进行诊疗,对工作积极性和工作效率都有影响。

单纯地把支付方式改革看做是医保出台的新限价规定,其实是对DRG/DIP最大的误解。诚然,医保对医疗的管理,在多数时候以管理费用为手段,但这是“手段”而非“目的”,这点后面会详细说明。在这个部分,笔者想要和大家讨论的重点在于,DRG/DIP改革绝对不是“限价”,让医生们算账看病甚至会损害医院的经济利益。

首先,大家需要了解一下病组的价格是怎么来的:一般来说是取当地该病组过去三年里费用的平均数。这就意味着,当下每一笔医疗费用都是计入下一年计算病组平均价格的“成本”,事关未来的DRG

病组价格。如果一味过少医疗，压缩医疗费用，除了会导致病人得不到该有的医疗服务，影响医疗质量，甚至影响医院的口碑，还会使未来 DRG 病组的“价格”变低，医保结算的金额变少，变成恶性循环。这是绝对不可取的。

另一个层面讲，医保的 DRG 规定的病组价格是一个平均价格，“均价”意味着不可能每一次治疗的价格都恰好卡在这条均价线上，围绕均价一定会有高有低，既然低于均价是正常的，那么高于均价也是正常的，没必要因为某一个单次治疗的价格较高就崩了心态。

有医生会担心收治的疑难重症病人会造成医疗费用超出过多，医保部门其实也有准备：特病单议，简单来讲就是特殊的病例特殊算钱。从目前的试点经验来看，不少地方采取向医保部门申请特病单议，医保部门审核后如果没有高码低编等问题，会根据支付的实际情况进行补偿。在这种情况下，对于重症患者，医生大可放心使用新技术、新药品，只要是合理的医保部门就会认可。从实际情况来看，医保的特病单议否定率也不高，以眉山市为例，2020 年该市三级医院特病单议病例金额否定率为 14.71%，充分鼓励了新技术的开展。

所以，支付方式改革下正确的做法是合理诊疗，正常提供医疗服务，对患者和医生、医院都好。

DRG/DIP 是因为医保没钱了，要控费？

快年末了，“医保没钱论”可能又要卷土重来，而笔者每年都对此进行辟谣也快成为保留节目。从近几年的全国医疗保障事业发展统

计公报来看，医保基金的结余是向好的，2022年，全国医保基金当期结存6324.93亿元，累计结存42639.89亿元，这其中虽然职工医保个人账户累计结存有13712.65亿元，就算去掉个人账户的钱看，累计结存也十分乐观，按照2022年职工医保和居民医保的支出来看，至少还能花个1年。当然，这不是说医保基金池就不需要再扩充了，毕竟只放水不进水的池子干得太快了，但足以说明医保基金是充裕的，运行是良好的，是能保证大家基本医疗需求的。

那为什么还要进行支付方式改革，要在全中国花大力气推广DRG/DIP?

这就要说到医保管理的理念：医保管的是钱，但通过管钱，背后的目的是希望促进合理诊疗，优化医疗资源配置，让患者用上质优价廉的好药，营造风清气正的行业环境，让医保基金花的更有价值，给全体参保人更好的医疗保障，为健康中国助力。从这个出发点看，单纯说医保是“控费”，理解就有些偏颇和浅薄了。

既然医保的目的是引导“合理”，肯定就要管“不合理”。传统的按项目付费已经无法适应现在的情况，助长了医疗费用的攀升，“看病贵”已经在百姓心中留下了刻板印象，那改革刻不容缓——毕竟医保基金有限，但大家对于医疗服务的需求是无限的，同时一些不法分子对于医保基金非法逐利的欲望也是无限的，通过医保支付方式改革来促进势在必行。

支付方式改革，用的就是“支付”这支杠杆，倒逼医院减少不

必要的检查、不该开的药品，将改变长期以来医院靠项目、药耗赚钱的粗放发展方式，让医院更注重成本管理，最终规范行业健康发展的同时，让患者真正少出钱，减轻人民群众的看病负担。

DRG/DIP 能让医院有经济收益吗？

正如前文所述，DRG/DIP 不能单看一例来判断医院是否有结余，要总体看情况。

以北京为例，北京医保中心主任郑杰曾在公开场合表示，自 2022 年 3 月 15 日开始，北京在 66 家三甲综合医院推行实际付费，截至 2022 年 10 月 31 日(试点 7 个半月)，66 家三甲综合医院 DRG 结算病例 60 万人次，医保按 DRG 付费支付 137 亿元，与实际费用 111 亿相比，整体上各医院差额盈余 26 亿元。再来看 DIP，《广州日报》在《医保 DRG/DIP 改革带来了什么?》这篇文章中采访了某 DIP 医院的医保办主任，该主任表示，医院原本是亏损经营，在实行 DIP 支付后实现了结余。这两个例子都说明，医院完全可以通过支付方式改革，获得正常的经营利润，甚至可以扭亏为盈，促进医院良性发展。

DRG/DIP 改革下，医院管理思路跟上去了吗？

其实分析下来，改革本身目的是好的，思路也没有错；具体到每个兢兢业业治病救人的医生，他们不仅辛苦，而且从自己的角度出发，也没有错。那么问题出在哪呢？

医院管理思路跟不上，或者“懒政”，都会让好好的政策在下面执行时变了味道。一刀切摊派指标，将风险转嫁给医生，限制单笔诊

疗费用，美其名曰“责任落实到人”，这样确实是最简单的管理方法，短期来看也能够“行之有效”地让医疗行为符合医院的利益，但实际上就如笔者在上文分析的那样，是透支医院未来正常利益的涸泽而渔，更影响医生和患者的改革体验感。再从另一个角度来讲，如果医生超支全额从绩效里扣除，那医生的结余为什么不全额给到呢？这显然不公平也不合理。

解决的关键点在于，当成本成为医院要关注的问题，院内绩效考核方法也该随之转变了：从价格激励转型到价值激励，从数量激励转型质量激励、从收入增长激励转型降本增效激励、从结果激励前置转型过程精准激励。难吗？肯定难，如果不难，也不会有“一刀切”的存在，但，改革一定会继续，医院管理观念的转变也一定要及时跟进，出台合适的考核方案，真正让医生放心推行合理诊疗，否则一定会被改革的浪潮抛弃。

[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



北京先锋寰宇网络信息有限责任公司

 公司官网

医药梦网: <http://www.drugnet.com.cn>

药城: <http://www.yaochengwang.com>

 地址: 北京市海淀区万泉河路小南庄400号

 电话: 010-68489858